

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

施設名称:こぶし		種別: 障害者支援施設
代表者(職名)氏名:施設長 上山真美		定員・利用人数: 定員 30 名・利用人数 28 名
所在地:〒028-5133 岩手県二戸郡一戸町中山字軽井沢 139-1		
TEL:0195-35--2691		ホームページ: http://www.iwate-fukushi.or.jp/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:平成 19 年 4 月 1 日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人岩手県社会福祉事業団 八重樫幸治		
職員数	常勤職員: 16 名	非常勤職員: 名
専門職員	施設長(介護福祉士): 1 名	
	業務係長(介護福祉士): 1 名	
	寮棟主任(介護福祉士): 1 名	
	生活支援員: 13 名	
	(社会福祉士及び精神保健福祉士:1 名)	
	(精神保健福祉士: 1 名)	
	(介護福祉士: 1 名)	
	(保育士: 1 名)	
施設・設備 の概要	(男子棟: 2 名部屋: 計 7 室) ひいらぎ・しらかば・くす・ねむ・かし・あおぎり・いちよう (女子棟: 2 名部屋: 計 7 室) ききょう・りんどう・あじさい・はまなす・ひまわり・なでしこ・ さざんか	洋室・暖房機・ベッド等 (エアコン設置は女子棟 2 室のみ)
	(男子棟・女子棟: 個室) すずかけ・こまくさ (計: 2 室)	洋室・暖房機・ベッド等
	デイルーム(男女各 1 室)	テレビ・テーブル・ロッカー・エアコン暖房機 等
	食堂(1 室)	テーブル、エアコン、扇風機、暖房機等
	洗面所(男女各 1 室)	洗面台(大 2・小 4: 手すり付き 2)
	トイレ(男女各 1 室)	洋式トイレ 7 機: 手すりあり 立小便器(男子棟のみ 3 機)
	浴室(男女各 1 室)	大浴槽各 2、小浴槽各 2、24H 給湯有
	廊下	手すり等

③ 理念・基本方針

権利擁護と意思決定支援を基本に、利用者の個々のニーズに沿ったサービスの質の向上に努めるとともに、安心安全な生活の提供に努めます。

地域移行に向け、就労や生活について自己決定する力を育成し、希望する生活の実現を目指します。
地域移行を支援するため、関係機関と連携し、幅広いニーズに応じたサービスの提供とセーフティ

ーネットとしての役割を果たします。

- 1 人権尊重と虐待防止の意識の醸成
- 2 安心・安全なサービスの提供
- 3 地域福祉の推進
- 4 人材育成と働きがいのある職場づくり
- 5 利用率の維持・向上と経営の安定

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

精神科病院等の社会的入院者、精神障がいや発達障がいを有している方等を積極的に受け入れています。19 歳から 70 代後半までの方が在籍しており、地域生活への移行を希望する方や高齢化による身体機能の低下、精神障がいや発達障がい等、利用者の状況は多様化する中、職員一人ひとりが質の高いサービスを提供するため、専門研修への参加や日頃の O J T、職場研修を通して専門知識や技術の習得に努めています。

地域生活移行を目指す方の個々の障がいやライフステージに適した生活の場への移行に向け、関係機関と連携を図りながら希望の実現に向けた取組みを進めています。

特別支援学校や精神科病棟からの入所ニーズもあることから、入所前の見学、体験利用等を積極的に行い、スムーズな入所利用ができるよう努めています。

地域生活を送られている方等が、地域生活を維持、継続できるよう、レスパイトや健康管理などの目的での短期入所等を積極的に受け入れています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 5 月 9 日（契約日） ～ 令和 7 年 3 月 6 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4 回（令和元年度）

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

利用者の希望と意向を尊重した個別支援の実践

160 項目に渡る詳細なアセスメントと年 2 回以上のモニタリングを通じて、利用者の心身の状態や希望する暮らしを把握し、個別支援を行っている。写真、絵カード、筆談等の多様なコミュニケーション手段を活用するほか、利用者の意思を 2 回、2 人の職員で確認するなど、利用者一人ひとりの意思確認を丁寧に行い、なんでも相談、意見箱、自治会、個別面談など、複数の相談機会を通じて出された意見を緊急性に応じて、施設長、サービス管理責任者や関係職員で速やかに検討・対応している。

また、日中活動においては、利用者アンケートを通じてニーズを把握し、創作活動、レクリエーション、電材作業など、多様なメニューを提供している。全体活動への参加が困難な利用者には居室での DVD 鑑賞や音楽鑑賞など、個別の活動も用意されており、それぞれの心身の状況に応じた柔軟な支援が実践されている。また、利用者の特性により支援に困難を抱える場合においても、関係機関との連携や研修機会を設けることにより、職員の対応力を向上させる機会を創出している。

◇ 改善を要する点

ボランティア等の受入れ

中長期計画の前期実施計画にボランティアの積極的受入れと学校教育への協力が明示されている。今年度は串餅づくりのボランティア 1 名の受入れがあったほか、高校生の体験学習に 8 名の参加があったが体制の機能は十分とはいえない。

コロナ禍や高齢化に伴い地域のボランティアグループの解散が相次ぎ、ボランティアに参加する住民が少なくなっている。今後はボランティア活動のメニュー開発や養成の取組が望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

○施設のコメント

この度の評価では「利用者の希望と意向を尊重した個別支援の実践」等が特に高い評価をいただきました。幅広い年齢層に対し、支援の個別化・多様化が求められる中、適切なサービスを提供するため、関係機関や医療との連携を図り、職員個々が障がい特性の理解、支援スキルの向上を図る必要があります。外部研修の受講や、受講後の伝達研修を行うとともに、毎日のミーティングでは、統一した支援を行うよう試行錯誤し取り組んできた結果が、評価に繋がったものと思います。今後も利用者様が安心安全な生活を送ることができるよう、サービスの充実に努め、地域生活を目指す利用者様には、希望を実現できるよう取り組んでまいります。

一方、「ボランティア等の受入れ」については、改善を要するとのこと指摘を受けました。新型コロナウイルス感染症の流行により、数年間、十分な取り組みを行うことができず、5 類感染症への移行を機に活動を再開しました。以前交流のあったボランティア団体の解散が相次いだことから、新たな活動メニューの開発を行ってまいります。

また、「利用者の快適な生活環境の確保」についても触れていただきました。築 45 年以上経過し、老朽化により不具合が各所で見られてきております。今後も環境整備に取り組み、利用者様の快適な生活環境の改善に努めてまいります。

○法人本部のコメント

令和 6 年度は、障害者支援施設 1 施設、救護施設 1 施設の 2 施設が福祉サービス第三者評価を受審し、リスクマネジメント体制の構築や再発防止策の検討・取組について高い評価をいただきました。今後も定期的なリスクマネジメント委員会の開催やインシデント・アクシデントレポートを活用した重大事故発生の防止等の取組を継続し、利用者に安心・安全なサービスを提供できるよう努めていきます。

その一方で、ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢や体制についてご指摘いただきました。新型コロナウイルス感染症の 5 類移行後、これまで感染症のリスクを考慮して休止していた活動も少しずつ再開したところですが、今後、さらに施設行事や利用者と地域住民との交流の場、教育機関との連携等を増やしてまいります。

また、令和 7 年度は、中長期経営基本計画（令和 3 年度～令和 12 年度）の中間年であり、これまでの取組を検証するとともに、人材不足や物価高騰、法制度の改正等、様々な社会情勢の変化に柔軟に対応できるよう見直しを行ってまいります。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

第三者評価結果

受審事業所名： 障がい者支援施設 こぶし

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<コメント1> 法人及び施設の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。 岩手県の出資によって設立された法人の特性を踏まえ、公共性の高い法人として地域福祉を推進する等の理念と4つの基本方針が定められている。 理念等はサービス提供の手引書「手にして未来」、事業計画書、広報紙、施設紹介パンフレット、ホームページに掲載され、職員に周知されている。年度初めの職員研修会で理念等が施設長から解説されるとともに、アンケートを行い浸透度が確認されている。利用者や家族に対しては施設内の掲示物や広報紙、パンフレットで周知が図られている。 当施設を含む5つの障害者支援施設が総合的な拠点機能を備える中で、比較的軽度な障害を有する幅広い年齢層の利用者を支援する役割を担う特徴があり、利用者の地域移行や介護度に適した利用調整を積極的に行う取組は、理念の遂行に基づいている。		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。		第三者評価結果
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント2> 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 県の分野別福祉計画、法人や施設を取り巻く施策動向、施設の自己評価が中長期計画の策定、見直しの機会をとらえて分析されている。 法人の取組として施設報酬に関する加算や減算、利用状況、職員の状況の聞き取り調査が行われている。また、毎年の決算において、費用や収支の分析が行われ、改善事項が明確化されている。これらは法人の施設長会議で共有され、課題の優先順位が明確にされている。 相談支援事業所が行ったニーズ調査の結果が法人内のグループ施設で共有され、利用希望者の調整も行われている。また、地域の自立支援協議会等の会議においても情報収集、意見交換が図られ、地域の事情も把握されている。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
<コメント3> 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 経営分析により明確となった課題は、基本方針を推進する重点として体系化されている。その重点は法人と施設に共通する13項目が設定されている。施設にはさらに40の推進項目が設定され、中長期計画に反映されている。 また、施設の単年度計画には重点目標が①入所調整による定員の充足②利用者の地域移行③人材育成と業務の効率化として明確にされている。これらの計画は、理事会、評議員会、運営協議会、職員会議で共有されている。職員には「通過施設として利用者の地域移行を進め、新規利用者を受け入れする」という目標が示されて、具体的な取組が進められている。		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<コメント4> 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。 令和3年度から12年度までを計画期間とする中長期基本計画が策定されている。計画は7年度までの前期実施計画、8年以降の後期実施計画で構成されている。また、前期実施計画は5年度に中間見直しが行われている。 計画目標には、法人の基本方針が掲げられ、目標は「人権擁護の徹底」「サービスの質の向上」「セーフティネットの役割発揮」など13の重点項目の体系で計画化されている。 中長期の収支計画は、人員配置計画と収支見通しとして明示され、人件費、事務費、事業費、固定資産取得費、積立金等が経営施設と指定管理施設別に計画年度単位に示されている。施設の中期計画は、体験入所や短期入所の受け入れなどの数値目標が設定されている。また中間見直しによって実施回数の増減があった。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<コメント5> 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。 中長期計画の重点項目に基づく重点の13項目の達成に必要な40項目の実施内容と具体的な数値目標を設定した単年度の事業計画が策定されている。施設ではさらに業務単位別に①生活介護計画②施設入所支援計画③個別支援計画④健康管理計画④職員研修計画など、具体的な実施内容、実施時期、月間・週間スケジュール、職員倫理綱領・行動規範などを盛り込んだ運営計画が策定されている。 事業の重点課題については、担当職員の割り当てと、実施時期があらかじめ計画化されており、成果を確認できる仕組みが機能している。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	第三者評価結果
--------------------------	---------

6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<コメント6> 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 重点課題の実施については、担当職員をあらかじめ明確にして、四半期ごとに進捗状況が確認され、改善策が講じられている。 法人の施設長会議では施設の取組の評価や課題が共有され、次年度計画に反映するよう取り組まれている。事業計画の策定は、①当年度事業の業務の反省と改善事項を全職員が提出し、②業務係長、寮棟主任、生活支援員が年度の業務反省、評価を経て3月に次年度計画案を策定する手順が取られている。 計画案は事業拠点グループ施設の施設長会議での検討を経て、法人本部に提出される仕組みである。事業計画は年度当初の職員会議で施設長から説明されるとともに毎月の職員会議で業務の進捗が確認され、職員の理解が図られている。		

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<コメント7> 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。 事業計画は、施設内に掲示して利用者等に周知が図られているほか、利用者自治会総会の議事録にルビを付し、掲示されている。 家族には家族会総会を书面開催し、書面が配布されている。施設の広報紙には事業の重点事項が掲載されている。事業計画の重点項目、苦情受付体制、年間行事予定や実施状況はホームページに掲載されている。 一方、利用者の生活に関連する生活介護支援計画、健康管理・検査計画、個別支援計画の取組、嗜好調査、満足度調査、ボランティアの受入れ、実習生や体験学習、体験利用の受入れ、防災訓練などは分かりやすい資料の活用や周知の工夫があれば、より理解が深まると思われる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	第三者評価結果
------------------------------------	---------

8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<コメント8> 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 中・長期計画及び年度計画の重点にサービスの質の向上を掲げ、安心・安全なサービス、支援技術の向上、サービスの点検、生活環境の充実、創意工夫による業務改善を実施事項に選定し、毎年度の事業評価によって組織的に質の向上を図る仕組みが機能している。 第三者評価基準を活用した毎年の自己評価と定期的な第三者評価を受審する取組がある。また、職員個々の支援の質を確認するため「人権侵害自己チェック」「コンプライアンス自己チェック」が実施されている。虐待防止、苦情解決、リスクマネジメント、感染症対策、防災、保健、給食に関する委員会を開催し、それぞれの課題に応じた改善や工夫を行う仕組みが機能している。 また、支援困難な利用者への対応の検討や研究、試行錯誤を通じた支援向上の取組がある。		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<コメント9> 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。 施設の自己評価は、1年を通じて第三者評価基準に基づいて評価チームを中心に検討する業務担当制と計画があり、機能している。また、業務の評価は、法人による経営ヒアリングや事務指導、年度事業の反省、職員提案制度などで多角的に改善策を検討する機会が設けられている。 改善策は、職員会議等で検討され、翌年度事業の実施計画や施設の生活介護支援計画、職員の勤務体制、予算に反映されている。課題は改善実施計画を策定し、具体的な実施方法や期限が定められている。		

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<コメント10> 施設長は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 職員会議において、施設長は法人施設の理念、基本方針、施設の運営計画、施設が目指す役割を明確に説明している。また、施設報酬の算定の仕組みや収益に与える影響を説明するとともに職員に対する考察や検討を促す業務支援が行われている。 施設長の役割は業務分担で21項目が明示され責任が明らかとなっている。施設長の姿勢は広報紙でも表明されている。 災害時における役割や不在時の対応は、災害時事業継続計画(BCP)で明示され、職員にも周知されている。有事の際の役割・責任の順位は、施設長→業務係長→寮棟主任→当日勤務の上位者と定められ、防災計画や緊急時マニュアル等に反映されている。		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<コメント11> 施設長は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 法令の改正、制度の動向等は施設長をはじめとする職員が各種研修や法人の各種会議等を通じて理解し、施設の職員会議を通じて周知が図られている。施設長は、障害者差別解消法など、重要性の高い内容を職員研修プログラムに組み込んでいるほか「人権侵害自己チェック」を月1回、「コンプライアンス自己チェック」及び「虐待防止自己チェック」を職員全体に年2回実施して、集計結果を分析し、職員に周知しているほか、必要な職員には施設長のコメントを添えた助言が行われている。		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<コメント12> 施設長は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 施設の自己評価を進める担当者を配置して体制を作るとともに、職員参加による自己評価が遂行されている。施設長の課題認識は、事業実施計画の経営方針、取り巻く環境や重点項目に記述され、組織としての取組を明示するとともに、事業推進スケジュールを職員に共有しながら進捗を管理するなど指導力が発揮されている。 職員提案制度や業務改善活動、利用者満足度調査が目的に沿って活用されるよう取り組まれている。職員提案が出やすいように強化月間を設けたり、提案者を伏せて対応を検討するなど、細やかな工夫が行われている。 利用者の人権に関わる虐待防止、苦情解決等の責任者として委員会が機能するよう努力されている。 施設内で実施する職員研修は、主に利用者の権利擁護、安全確保に関する内容が取り上げられており、職員が交替で講師を務める仕組みで実施されている。		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<コメント13> 施設長は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。 施設長は、法人の経営改善検討委員会の経営部会の委員として事務の効率化、職員の育成方法、事業の再編、事務的アクシデントの防止等の検討に参画している。法人は施設長に対して経営ヒアリングを実施することにより収益の要因分析、報酬加算の対応、優先的な業務課題への対応を促す取組が機能している。 具体的にはスノーシェルターやエアコンの設置、利用者の施設変更、育児休業に伴う代替職員の配置、委員会活動のスリム化など、負担軽減の取組がなされている。また、「いつまでにだれが取り組む」というポイントを明確にしたスケジュール管理が行われ、実効性が高められている。利用者が自治会の活動として清掃活動に取り組むことを支援しているほか、業務の標準化によって職員個々の支援の不揃いを解消するよう検討されている。		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<コメント14> 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。 中長期計画に「期待する職員像」を掲げると共に①職員の確保②人材の育成③働きやすい職場づくりの目標が設定されている。県内各所に異動が可能な総合職、一定地域に勤務先を限定する一般職の二つが正規職員であり採用は法人が行うコース別雇用管理制度となっている。非正規の地域職専門員は近隣地域から施設が採用する仕組みである。また、地域職専門員から一般職、一般職から総合職に登用するキャリアアップできる仕組みがある。 法人には人財マネジメント課が置かれ、職員満足度調査、70歳までの就業機会の確保などの取組がある。職員研修は法人所管研修として、新採用職員研修から施設長研修までの7種類の職制別研修、リスクマネジメント、人事考課、虐待防止、メンタルヘルス等の課題別研修、4段階のキャリアパス研修、外部機関への派遣研修が用意されている。社会・介護福祉士等の専門資格者の配置は、報酬加算の基礎となっていることから受験料の負担や手当支給などの支援が行われている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント15> 総合的な人事管理を実施している。 法人は理念に基づいて「期待する職員像」を①優しい心②高い専門性③強い責任感と自省心④向上発展する職員と定めている。 人事管理は、職務定義・職務基準に基づく人事管理制度、職員の職務向上に関する努力の焦点を管理職との面談を通じて支援する目標管理制度、職位や職能、課題に応じた教育研修制度を組み合わせた総合的な人事マネジメントが行われている。職員満足度調査や職員提案制度があり、職員の意向が経営改善やサービス改善につながるシステムがある。 人事考課は正規職員と非正規職員が対象となっている。人事考課や目標管理、それに伴う研修の希望などは、職員の自己評価と段階的な管理職との面談によって行われている。昇進・昇格・昇給は、職務の定義や基準によって明らかにされている。		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a
<コメント16> 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取組んでいる。 異動希望などの就業の意向や家庭事情等は身上調書で把握されている。有給休暇や時間外労働は施設が毎月集計して法人に報告する仕組みがあり就業の状況が定期的に把握されている。職員の就業環境や健康増進を検討する衛生委員会は、近隣のグループ施設と合同で設置され、施設長が委員として参画し、施設の活動に反映している。 法人は「心の健康づくり計画」を策定し、ストレスチェックの実施のほか、外部相談員による電話相談の体制が確保されている。施設には健康づくりの担当者が任命されている。職員の健康状態は施設長が面談の機会をとらえて把握し、治療が必要な場合は勤務調整を行うなどの配慮が行われている。夜勤を伴う変則勤務であることから、休みの希望や有給休暇の取得が職員の意向を踏まえて調整されている。就業内容の見直し検討によって夜勤者が翌日の業務予定を連絡ボードに記載するとともにパソコンのネットワークで共有する対応が行われている。 福利厚生は健康診断、希望者へのワクチン接種、職員互助会による給付などがある。また、家族の育児、介護に関する休暇や休業の支援制度があり、手続きを解説する手引きが配布されている。		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<コメント17> 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。 目標管理は、職員一人ひとりの自主性と創造性を尊重しつつ、仕事の自己管理と能力開発、業務の効率的運営を目指すための取組に位置づけられ、努力の焦点を明確化することによって職員一人ひとりの研修の希望にも反映されている。 年度当初に職員は目標管理シートを作成し、定期的に管理職との面談を行い、達成に向けた取組を確認する仕組みとなっている。面談は、目標設定時、中間評価、年度終盤の3回にわたって行われ、次年度に向けた助言や指導が行われている。達成できなかった業務目標については、一つ一つの案件ごとに「いつから、どのように取り組む」というように、具体的な支援が行われている。 一人ひとりの職員が自分の提案が通ること、目標が達成できること、成長を自ら感じてもらえることなどに留意されている。		

18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<コメント18> 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 法人は、中長期計画に人材確保・育成と働きやすい職場づくりを目標に設定し、実施計画として教育研修制度を定めている。7段階の職制別研修や課題別研修、外部機関への派遣研修、キャリアパス研修が用意されているほか、施設として年12回の職員研修会が計画され、施設長、業務係長、主任などが講師を務めて実施されている。研修テーマは、人権侵害防止、虐待防止、コンプライアンス、個別支援計画・意思決定支援・合理的配慮、感染症対策、リスクマネジメント、メンタルヘルス、成年後見制度、苦情解決制度など利用者の権利擁護に直結するテーマが設定されている。 また、職員倫理綱領や行動規範の周知、資格取得に向けた自己開発、新採用職員への指導担当者を決めた助言、外部研修を受講した職員による伝講研修などが実施されている。		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<コメント19> 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。 人事考課と目標管理に基づいて、職員が望む仕事の役割や資格の取得、その達成に向けた研修の希望を個別人材育成計画として正規職員一人ひとりが策定する取組がある。施設長は職員一人ひとりの計画から適切な研修を選択し、受講候補者の調書を法人に提出すると共に法人のヒアリングにも対応し、満遍なく適切な研修が受けられるよう手続きされている。 正規の新採用職員には法人による新任職員研修が行われている。非正規の地域職専門員については、採用後、約6か月間、指導プログラムに基づくOJT(指導担当者を決めた助言指導)が行われ、業務の習得状況を確認する仕組みがとられている。その後は、施設の職員研修と外部研修を受講した職員による伝講研修などが実施されているほか、WEB研修の受講が奨励されている。 また、免許や資格の取得状況、サービス管理責任者等業務上必須となる研修、法人が行う職制別・課題別研修、施設が実施する職員研修、自己啓発として受講した研修等の履歴を継続的に記録する研修履歴カードが職員一人ひとりに作成されている。この履歴管理により、人事異動があった際も円滑に研修が継続できる仕組みが運用されている。		

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<コメント20> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 実習生受入れに関する基本姿勢は、中長期計画の前期実施計画と「こぶし実習受入要領」に明文化されている。受入れマニュアルは社会福祉士、介護福祉士、保育士、介護等体験実習に対応するプログラムが用意され、体制が整備されている。 実習生の受入を推進するために学校への働きかけを行っているが、施設が立地する地理的条件の影響もあり、希望者は少ない。実習生の受入調整は、施設グループの統括部門が調整する仕組みであるが、ここ数年は受入れ実績がない。今後は施設における支援力の特徴や支援の強みをアピールするなど、積極的な受入れへの工夫が期待される。		

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<コメント21> 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。 法人のホームページに法人の理念や基本方針、倫理綱領、広報紙、地域における公益的な取組、提供する福祉サービス、職員の処遇改善加算の状況、職員の採用募集の取組、法人及び施設の事業計画の概要、法人の事業報告概要、収支計算書、貸借対照表等の情報が公開されている。 活動の状況は、法人の運営協議会とグループ施設の運営協議会でそれぞれ報告されている。 第三者評価の結果と施設の苦情受付体制はホームページに掲載されている。苦情の受付と対応の状況は施設内に掲示されている。 また、法人の広報紙(年2回)、施設グループの広報紙(中山の園だより、年2回)、施設の広報紙(こぶしだより、年4回)が発行され、利用者やその家族、地域の関係者、関係機関に情報提供されている。		

22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<コメント22> 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 施設の事務、経理は毎年事務分担がなされ、責任が明確にされている。労務管理に関するチェックリストを法人に提出する仕組みがあるほか、法人による内部経理監査や事務指導が行われ、指摘のあった問題点は法人に是正状況が報告されている。また、法人の監事による監査、監査法人による独立監査人の監査が行われ、収支及び財産の状況が適正に表示されている等の意見がそれぞれ公表されている。		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<コメント23> 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 中長期計画の前期実施計画では地域との連携・協働が重点事項に設定されている。8つの事業所が施設グループを形成し、地域の行政機関、社会福祉協議会、近隣の社会福祉法人、学校、警察、消防署、利用者家族会、利用者自治会、職員労働組合等で構成する運営協議会が年1回開催されている。協議会では施設の活動状況のほか、利用者の高齢化、リスクマネジメントの取組などが報告され施設の理解を深める取組がなされている。 利用者の買い物は近隣の商店のほか、スーパーマーケットに送迎して行うよう外出計画に基づいて行われている。カラオケ店や外食店の利用、墓参、希望する理髪店の利用などは利用者の希望に応じて年1回外出支援するなど、余暇利用と地域交流の機会となっている。また、利用者は地域サークル「童謡唱歌を楽しむ会」に参加する機会がある。本人の希望や意思の判断によって通院する医療機関を選んで受診する利用者もいる。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
<コメント24> ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。 中長期計画の前期実施計画にボランティアの積極的受入れと学校教育への協力が明示されている。今年度は串餅づくりのボランティア1名の受入れがあったほか、高校生の体験学習に8名の参加があったが体制の機能は十分とはいえない。 コロナ禍や高齢化に伴い地域のボランティアグループの解散が相次ぎ、ボランティアに参加する住民が少なくなっている。今後はボランティア活動のメニュー開発や養成の取組が望まれる。		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<コメント25> 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。 二戸地域自立支援協議会に法人のグループ施設の代表が参画し、施設は協議会の取組を共有している。施設は自立支援協議会の生活支援部会に参画し、関係施設・団体との協議や検討を通じて連携する体制がある。地域にある福祉課題は、7つの部会ごとに集約されている。 地域の障害福祉サービス事業所や行政機関の所在地と連絡先が一覧となったサービス資源マップが施設内に掲示されている。精神科病院とも連携し社会的入院の解消にも関わりがある。地域での生活を目指す利用者と職員が地域の社会資源を学ぶ勉強会を実施するなど、連携の効果が表れている。		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<コメント26> 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。 福祉ニーズの把握は法人の施設グループと協働して取り組む仕組みであり、グループ内の相談支援事業所が病院や市町村に調査を行い施設入所や生活困窮のニーズが取りまとめられ、施設と共有されている。入所ニーズのある方々には面談や見学の機会を提供し具体的な支援に結びつくよう取り組まれている。 二戸地域自立支援協議会には施設グループの代表者が参画しており、不登校・ひきこもり、ヤングケアラー、グループホーム情報の周知、障害福祉サービスから介護サービスへの連携、医療的ケア児、児童発達支援センターの必要性、強度行動障害、地域の資源不足などの課題が把握されている。		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<コメント27> 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 地域の障害者の短期入所を受け入れている。また、虐待等の緊急性があるとき、または希望があるときは入所の決定がなくても食費と光熱水費の実費を負担して一時的に入所利用ができる体験入所を公益事業として実施しており、現時点で5名の利用実績がある。 また、災害時に県内の障害者施設が相互に支援する協定に参画している。法人は生活困窮者支援を目的とした相談員を配置し、県社会福祉協議会と連携している。 今後は、施設の専門的なノウハウや情報を地域に提供する取組や幅広い地域活動への積極的な関わりが期待される。		

評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<コメント28> 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。 利用者を尊重する基本姿勢は、法人経営理念・経営基本方針及び職員行動規範等に基づき、施設の運営計画に明示されている。 職員が理解を深める取組として、施設長が講師となり、法人及び施設の経営理念・基本方針を周知する研修が行われている。近隣のグループ施設と合同で定めた行動基準を職員会議等で読み合わせる取組もある。 また、人権侵害に関する自己チェックを毎月実施するとともに、コンプライアンス自己チェックを年2回行い、結果を職員間で共有するとともに、虐待防止委員会で協議を行うなどの取組がある。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<コメント29> 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。 法人の倫理綱領、職員行動規範、「こぶしプライバシー保護マニュアル」などが整備されている。マニュアルは入室や入浴、排泄介助等が想定される場面ごとにまとめられたものとなっており、職員会議や研修等を通じてプライバシー保護の重要性や内容が確認され、共通理解が図られている。 居室は基本的に2人部屋であり、家具等で利用者のスペースが分けられている。しかし、間仕切りがなく、プライバシーに関して十分な配慮がなされているとは言えない。 施設の築年数が古く、構造上の課題といえるものだが、利用者のプライバシー確保の観点からも工夫が求められる。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		第三者評価結果
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
<コメント30> 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 近隣のグループ施設の統括部門が定める「中山の園グループ体験入所受入事業実施要領」に基づき、利用希望者に対して施設の生活や提供可能なサービスを体験し、確認、判断できるよう事前見学が行われるとともにパンフレットが提供されている。法人のホームページにある当施設のページには生活や行事の様子が写真や絵で紹介されている。 公共施設等でのパンフレットの配布は取り止めており、現在は利用希望者のみに配布されている。しかし、障害者支援施設や障がい者の地域生活への移行などへの理解のためにも、配布の工夫が望まれる。 また、資料や動画の活用等による分かりやすい紹介や情報提供の創意も期待される。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<コメント31> 福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 福祉サービスの開始・変更時には、利用契約書や重要事項説明書に基づき、説明を行い、利用者や家族から意思確認を行っている。利用契約書や重要事項説明書には、ルビをふる等、理解しやすいように工夫している。 これまでサービス利用の意思決定が困難な利用者はいなかったため、サービスの開始・変更に関するマニュアルを整備していなかった。 今後は利用者支援の観点から、施設としての方法を定めた運用が望まれる。		

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
＜コメント32＞ 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 他事業所への移行や地域移行に当たっては、個人情報使用同意書を利用者から提出してもらい、不利益が生じないよう配慮し、変更先に情報提供を行なって引き継ぎしている。引継ぎの際には、スムーズな移行となるよう移行後の相談対応は元の担当職員や管理職が対応している。 一方、法人内の人事異動等もあることから、担当窓口の設置や対応方法を定めるなど、サービスの継続性への充実が望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
＜コメント33＞ 利用者満足度を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 利用者と家族を対象に満足度調査を年2回実施している。結果は、利用者には自治会役員会や例会等で、家族には「こぶしだより」や調査結果で報告し、職員にも会議等で分析結果を共有し、支援方法の検討や改善を図っている。 満足度調査以外にも、「なんでも相談」、自治会での意見聴取、個別の面談やモニタリング会議等で利用者の要望や満足度を聴き取っている。記述等が難しい方には職員2名体制で聞き取りを実施する配慮がある。 このような取組が行われているが、把握された結果を検討する場が明確になっていないので、これまでの取組を体系化し、自治会との連携を図りながら、検討の充実が望まれる。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		第三者評価結果
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
＜コメント34＞ 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。 「苦情解決事業実施要領」及び「苦情解決マニュアル」に基づき、苦情解決の体制が整備されている。苦情受付の体制は、重要事項説明書に明記されている。また、苦情解決委員会を年3回開催し、苦情、相談、意見等を報告するとともに、内容や対応方法の検証を行い結果を施設内に掲示している。 自治会例会や「なんでも相談日」等に職員が参加し、様子をうかがいながら、利用者が苦情を申し出しやすいよう配慮している。 苦情内容及び解決結果、対応策等は、苦情を申し出た利用者や家族等の意向を確認し、広報紙「こぶしだより」で公表することとしている。		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
＜コメント35＞ 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 「なんでも相談」を月1回開催し、苦情解決第三者委員や担当職員が中心となり利用者からの相談に応じている。また、年3回は外部相談員（第三者委員）による相談及び看護師、栄養士による相談を行っている。 食堂に意見箱を設置し、寄せられた意見に対しては自治会例会や掲示等で返答している。 相談専用の部屋がないことから、職員室や空き居室等を相談スペースとして活用し、いつでも対応されている。しかし、建物構造の制約もあるが、プライバシーの保てる落ち着いた専用の相談スペースの確保が望まれる。		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
＜コメント36＞ 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。 満足度調査、なんでも相談、ご意見箱や個別面談等を通じて、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 利用者から寄せられた相談や意見に関しては施設長、業務係長、寮棟主任らが必ず目を通し、職員の対応の適切さや緊急性の有無を判断している。 苦情解決マニュアルを整備し、記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めている。 しかし、苦情（不満な感情の表明）に至らない意見・提案・要望・相談の振り分けの判断、対応の基準が明確にされていないので、マニュアルの充実が求められる。		

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		第三者評価結果
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<コメント37> リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。「リスクマネジメント実施計画」に基づき、事故につながりかねない事態についてはインシデントレポート、事故についてはアクシデントレポートが作成されている。職員がリスクマネージャーとゼネラルリスクマネージャーを担い今後の対応方法を検討し対策が検討されている。特にアクシデント事例については、即時にタ札等で職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討する対策会議を実施するとともに、職員に対応策を周知している。 定期的にリスクマネジメント委員会を開催し、発生要因等を分析するとともに、職員研修を実施している。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<コメント38> 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。感染症対応マニュアルを見直し、新型コロナウイルスなど新たな感染症対策の対応を図るとともに、感染経路別の予防策や発生時の対応手順など医療機関や看護師の意見を取り入れながら安全確保に向けた体制を整備している。 感染症対策委員会において、感染症の予防策と利用者の安全確保について、動画等を取り入れながら職場研修を実施している。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<コメント39> 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 近隣のグループ施設の統括部門が災害時における事業継続計画(BCP)を策定し、この計画に沿って「こぶし防災計画」を作成している。施設長を隊長とする自衛防災隊を組織し、職員の役割や活動内容を定めるとともに、非常招集系統図等の関係書類が全職員に配布されている。 防災訓練計画に基づき、様々な場面を想定した訓練を毎月実施し、実施状況と反省点を記録している。 食料や備品類の備蓄リストを作成し、食料は施設で3日分確保するとともに、給食の業務委託先から提供される仕組みを整えている。 10月には地元消防団をはじめ、地域関係者が参加したグループ施設全体の訓練を実施した。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		第三者評価結果
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<コメント40> 提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。 利用者の権利擁護などの基本的な実施方法を定めた法人職員の共通手引書「手にして未来」、「日常生活支援マニュアル」、「健康管理マニュアル」、その他の業務マニュアルに基づき、福祉サービスが提供されている。各マニュアルには支援の狙いと支援内容、手順が文書化されており、サービス水準の統一化と連続性が図られている。マニュアルは会議等で内容を確認するとともに、異動で転入した職員や新任職員に対する職場研修にも取り入れられている。服薬や外出、買い物等の支援に際して個別に注意が必要な利用者には留意事項を一覧表にして職員間で共有されている。 実施内容は毎日の生活介護記録に記録されると共に、毎月、担当職員によって個別支援計画提供管理表にサービスの実施結果が記録されている。		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<コメント41> 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。 標準的な実施方法及び利用者支援に関する個別的な留意事項は、毎月開催する職員会議において検証し、必要に応じ見直しが行われている。愛着障害などの支援困難ケースの検討、研究がなされ、支援方法の見直しに反映されている。 また、職員一人ひとりが当該年度の業務の反省と改善事項を具体的に提案し、見直しに反映されている。		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		第三者評価結果
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援を適切に策定している。	b
<コメント42> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。 「個別支援計画等策定手順マニュアル」により、基本的な視点や手順、留意点が定められている。個別支援計画の策定責任者はサービス管理責任者（業務係長）である。策定には各職種の関係職員が参画し、アセスメント、計画作成、見直しに関わっている。個別支援計画は利用者本人、家族や成年後見人等に説明され、要望や意見を反映するよう配慮されている。アセスメントは日常生活や社会性などの7領域に加え転倒アセスメントが行われている。 しかし、利用者の一部については、個別支援計画に生活場面ごとの具体的支援が明確にされていないケースが散見された。実際の支援方法は利用者一人ひとりの提供マニュアルに整理される仕組みであるので、支援計画との関連づけや一体化などの検討が望まれる。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
<コメント43> 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。 個別支援計画の見直しは、「個別支援計画等策定手順マニュアル」に基づいて、サービス実施状況の評価と計画の見直しに関する手順を定めて実施している。利用者本人、家族、成年後見人等を交えて計画実施結果の評価（モニタリング）を6か月ごとに実施し、見直し内容は職員会議で周知し、職員間で共有されている。 モニタリングのほかに、急変時など利用者の状態に変化がある都度アセスメントを実施して利用者の現状把握に務めている。 しかし、一部の利用者については、一人ひとりの状況に応じた具体的な生活支援の内容が個別支援計画に十分反映されていないことから、評価・見直し後の個別支援計画の策定方法の検討が望まれる。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
<コメント44> 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。 利用者一人ひとりのサービス実施に関する記録はサービス提供管理表や毎日の生活介護記録によって記録され、職員間で共有されているほか、計画の見直しに生かされている。また、職員によって記録内容に差異が生じないよう、法人が作成した手引書「手にして未来」に基づき、施設長らが助言・指導している。 昨年10月から新たな支援記録システムが導入され、システムの利点を最大限に活用できるよう、研修を行っている。利用者の状況など、個別支援計画に基づいたサービスの提供内容はネットワークシステムによって共有され確認することができる。組織の情報共有は職員会議や書類の回覧、掲示等で行われている。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<コメント45> 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 書類の保管管理に関する法人の規程及び「個人情報保護規程」に基づき、利用者に関する記録が管理されている。記録の管理は文書の整理、保管及び保存に関する取扱い要領に沿って管理されており、施設長を責任者に位置づけている。個人情報保護の遵守に関しては、コンプライアンス自己チェックシートを用いて定期的に振り返りを実施しているほか、職員会議等で周知し管理の徹底を図っている。 入所時は、重要事項説明書に基づいて個人情報の保護が説明されている。また、利用者に係る個人情報（肖像権含）の使用同意書を取り交わし、個人情報の保護に努めている。		

A-1 利用者の尊重と権利擁護

A-1-(1) 自己決定の尊重		第三者評価結果
A1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	a
<コメント1> 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 施設では選挙支援や外出支援についてのマニュアルを整備し、利用者の自己決定・自己選択を促す環境づくりに取り組んでいる。月1回の利用者自治会や役員会の開催を通じて、利用者の意見・要望を吸い上げ、納涼会やお楽しみ会など利用者主体の活動を支援している。また、趣味活動に関するアンケートを実施して日中活動に反映させたり、買い物リストを用いて希望商品の聞き取りを行うなど、日常生活における自己決定の機会を設けている。 合理的配慮については、車いす利用者へのスロープ設置や作業時の音が苦手な利用者へのイヤーマフの着用など、個々の特性に応じた対応を行っている。また、障がい者差別解消法、合理的配慮について学習会を行い個別支援の向上をはかる取組を行っている。		

A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
A2	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	C
<コメント2> 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。 権利侵害の防止と早期発見のための具体的な取組として、毎月「人権侵害自己チェック」「人権侵害に関する申出書」により、自己、他者と多面に渡りチェックを行っている。施設長が点検確認し、会議において職員にフィードバックを行うほか、利用者家族、第三者委員が参加し年2回以上開催する虐待防止委員会においても内容を説明し協議を行っている。 運営計画に職員行動基準や倫理綱領を掲示し、職員がいつでも確認できる環境を整備している。権利擁護ポスターの掲示や意見箱の設置、「なんでも相談」の機会確保など、利用者が相談しやすい体制づくりにも努めている。 身体拘束の適正化について「こぶし身体拘束等取扱要領」に基づき、緊急やむを得ない身体拘束等に関する説明書、実施記録票、検討結果表、同意書が整備され、職員の理解がはかられている。 しかし、「人権侵害自己チェック」「人権侵害に関する申出書」による権利擁護のための具体的な取組を、利用者や家族に周知していないことから、今後は取組の周知が望まれる。また「こぶし身体拘束等取扱要領」の内容と、身体拘束等の適正化のための指針に求められる内容の確認と整備が望まれる。		

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		第三者評価結果
A3	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
<コメント3> 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 アセスメントにおいて、利用者の心身の状況や生活習慣を把握するとともに、年2回以上のモニタリングにおいて、利用者の望む生活等や本人、身元引受人、成年後見人等から聴き取り、個別支援計画に取り入れているほか、スケジュール表や生活場面など「日常生活支援マニュアル」に加え、新たに「サービス提供マニュアル」を作成し、より個別的できめ細かな支援方法の統一を図っている。 食器の下膳時に転倒の可能性がある利用者には、トレーを活用し引き続き自分でできるよう見守りを基本とし、洗濯機の使用方も利用者の状況に応じて個別の支援方法を定めるなど、自律・自立生活のためのきめ細かな支援を行っている。 利用者による行政手続き、生活関連サービス等の利用に際しては、利用者の状況に応じ、家族や関連機関と連携しながら、職員が手続代行等の支援を行っている。		
A4	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a
<コメント4> 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 利用者の心身の状況に応じ、写真と絵カードの両方を提示するなど、理解しやすいような取組のほか、筆談等を用いてコミュニケーション手段の確保を行っている。 日課、給食メニュー等の掲示のほか、職員の出勤予定者を写真で掲示するなど、利用者に分かりやすく説明する工夫を行っている。また、利用者一人ひとりの振り返り表に、利用者自身が今日できたこと、できなかったことを記載するとともに、職員が励ましや褒めるコメントを記載し、職員みんなで応援しているメッセージを伝えるなど、利用者とのコミュニケーション手段に工夫を行っている。 必要に応じて成年後見人や相談支援事業所、措置機関等と連携し、利用者の意思を適切に代弁してもらう体制も整備している。		

A5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a
<コメント5> 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 利用者が自分の思いや気持ちを話せる場として、「何でも相談」や個別面談など、気軽に相談できる機会を設けている。利用者全員が意思表明や言葉によるコミュニケーションが可能であり、更に2回確認することや職員2人で確認することで意思確認を徹底している。相談内容は、関係職員、サービス管理責任者、施設長等で検討と共有を行い、個別支援計画の変更点や留意事項、配慮事項等は、寮棟会議及び職員会議で周知している。 自治会で出された質問や意見は、回答を掲示し、また、次の自治会で説明するなど、利用者の意思表明に対する支援の工夫のほか、意思決定支援の研修を受講し、職員間で共有している。		
A6	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a
<コメント6> 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。 個別支援計画に基づき利用者の希望やニーズに対応した日中活動の多様化をはかっている。毎月、活動計画書を作成し、活動内容が一覧で分かるようにしている。利用者に日中活動のメニューに関するアンケートを実施し希望やニーズを把握し、職員提案により今年度から利用者支援会議とは別に日中活動を検討する会議を設け、支援の充実をはかっている。 御所野遺跡見学、小岩井農場、食べ放題、カラオケボックスへの外出などの余暇活動のほか、集団活動が難しい利用者には、居室でDVD鑑賞や音楽鑑賞、デイルームで麻雀など、一人で落ち着いて活動できる内容を提案し、意思を確認しながら支援を行っている。		
A7	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a
<コメント7> 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 職員は、外部研修、近隣のグループ施設研修、職場研修等に参加し、利用者の障害、特性、心身の状況等に応じた専門知識や支援技術を得て、毎月行われる職員会議や寮棟打合わせで支援方法を検討・共有している。 支援内容の検討・実施に当たっては、通院先の医師、看護師と情報を共有し、支援方法の確認を行っている。精神障がい、発達障がいのほか、愛着障がいの利用者の支援について、担当専門医から「愛着障がいや行動上の問題の理解と対応方法」「発達障がい等他の障がいとの違いや関係」の研修を開催し、質疑応答を通して助言を得ている。 利用者の入院中は、担当医とオンラインによるケア会議を2回開催し、個別、具体的な助言（スーパーバイズ）を得ている。退院時には「精神科退院療養計画書」「退院後の療養上の留意点」に基づいた支援の実践を行っている。		
A-2-(2) 日常的生活支援		第三者評価結果
A8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。	a
<コメント8> 個別支援計画にもとづく日常的生活支援を行っている。 「日常生活支援マニュアル」に沿って、食事・配膳、入浴、買物外出等の支援のほか入浴、排便の確認を行い、日常的生活支援を行っている。 嗜好調査の実施や栄養士による相談対応を通じて利用者のニーズを把握し、セレクトメニューの導入や特別食の提供など、食事の充実を図っている。 利用者の状況の変化に対して、定時に排泄の声かけを行い、洋式トイレを正しく使えるように支援するなど具体的に個別支援計画に記載し、職員会議において、誘導しながら便器への座り方を見守り、動作を教えるなどの支援の共有が行われている。 また、シャワー浴の提供、夜間のトイレ付き添い、排便チェックによる排泄リズムの把握など、個別の状況に応じたきめ細かな生活支援を実施している。		
A-2-(3) 生活環境		第三者評価結果
A9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	b
<コメント9> 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されているが、十分でない。 施設は老朽化しているが、居室、食堂、デイルーム、浴室、トイレ、廊下等は、清潔であり明るい雰囲気が保たれている。女子棟と男子棟では、デイルームや廊下の掲示物など雰囲気に違いがあるが、利用者の特性に合わせた生活環境に配慮している。 2人部屋の居室は、利用者の希望や安全に配慮し、ベットやカラーボックスの配置を変え工夫している。年2回利用者の満足度調査を実施し意向を把握している。 エアコンは、食堂、男子棟デイルーム、女子棟デイルーム、女子棟居室4部屋、短期入所室に設置が進んでいる。 職員は、全ての居室の網戸の点検と修繕を行い、更にデイルームに新たに網戸を設置し、扇風機を増やすなど生活環境の改善の工夫を行っている。デイルームの壁紙を剥がす利用者の特性に応じ、張替から職員が塗装することを予定している。毎週水曜日は、利用者と職員が一緒になって重点的に環境整備に取り組んでいる。 利用者から要望がある洗浄便座の設置や、適温維持のためエアコンの増設など、今後も利用者の快適な生活環境の改善が望まれる。		

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		第三者評価結果
A10	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
<コメント10> 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 新型コロナウイルス感染症5類移行後は、県立療育センターの理学療法士が来所し、利用者2～3人について、1回目はアセスメントと具体的な訓練の提案を受け、2回目は訓練の評価と改善を行うなど、機能訓練(介護動作)研修会を実施し専門職の助言・指導のもと機能訓練・生活訓練を行っている。 他の利用者については、日常生活動作のなかで機能低下を防ぎ維持できるよう、生活訓練として朝の清掃、配膳当番、洗濯、環境整備、歩行(屋外・廊下)のほか、朝礼後のラジオ体操は、全員が意欲的に参加する機会と、身体機能の維持と利用者のやりがいになっている。個別メニューとして、いきいき体操、バランスボール、ストレッチ、踏み台昇降、ウォーキング及び嚥下体操等、定期的に見直しを行い、利用者の状況に応じた健康活動個別運動メニューを作成し、訓練を行っている。		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		第三者評価結果
A11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	a
<コメント11> 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 「こぶし健康管理マニュアル」「健康管理支援マニュアル」に基づき日常の健康管理として、月1回全員の体重、血圧を測定している。高血圧症や服薬の利用者など医師から指示があった利用者は、毎日朝と夜に血圧を測定している。看護師が毎朝巡回し、利用者の健康観察を行い、健康チェックカードに記録している。利用者の健康状態は、看護師と寮棟職員で毎日共有している。看護師による健康相談を実施している。 医療機関との連携については、精神科医の週1回、内科医の月2回の診察体制を整備している。「事故・緊急時対応マニュアル」において、救命処置、異物による気道閉塞(窒息)時の対応、出血時の止血法など、緊急時の場面ごとの手順、対応方法を明示し、職場研修で取り上げるなど、緊急時、流行期に備えている。 「こぶし事故・緊急時対応マニュアル」において、夜間、休日、平日の救急要請など組織の通報体制を職員間で共有している。		
A12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b
<コメント12> 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されているが、十分ではない。 「生活介護支援計画」の基本的な生活介護に関わるサービス内容の中に、健康づくり支援が定められており、「施設入所支援計画」の基本的な施設入所に関わるサービス内容の中に、健康管理支援が定められている。また「こぶし健康管理支援計画」と「令和6年度こぶし利用者検査実施計画」を策定している。 「こぶし日常生活支援マニュアル(服薬支援)」について、職員の支援内容及び手順のほか、利用者別の支援の留意事項により服薬支援が行われている。内服状況について、毎日、薬管理チェック表に記載し施設長が確認している。「こぶし薬管理・保管マニュアル」により、薬の受け取り、薬の仕分け、ダブルチェックの確認を行っている。毎月の会議での服薬に関するロールプレイ実施を通じて、誤与薬や配薬ミス防止に努めている。また、医務担当者会議や感染症対策委員会を定期的に開催し、安全管理に取り組んでいる。頓服薬については、処方変更に即座に対応できるよう、薬箱に用法用量を記載するなどの工夫も行っている。 インシデント・アクシデントについて、こぶし内のほか、月1回開催される近隣のグループ施設の業務係長等会議において、発生要因、再発防止策を共有している。 医療的支援を必要とする利用者が多く、医療的な支援の実施について、管理者の責任が明確に示されることが望まれる。		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		第三者評価結果
A13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a
<コメント13> 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 利用者の意向を尊重し、大型連休を利用してドライブや大型ショッピングモールへ外出するなど、社会参加への意欲を高める支援や工夫を行っている。奥中山公民館で開催された奥中山文化祭に作品を出品し鑑賞に出かけ、一戸祭りの山車運行には引手として参加し、二戸市民文化会館で開催されたピアノコンサートを鑑賞するなど、感染症対策に努めながら外出と交流の機会を増やしている。 地域移行希望者を対象に、就労、他事業所利用、グループホーム入居等のイメージづくりができるように学習会を開催し、利用者自ら目標を立てるなど意欲を高める支援を行っている。		

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		第三者評価結果
A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a
<コメント14> 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 年2回以上のモニタリングで、地域移行の意思確認を行い、地域移行を目指す利用者には学習会を開催している。相談支援事業所や移行先等の関係機関と連携をはかり支援の確認を行うほか、事業所周辺施設・支援者等の情報を文書と図に表し、掲示している。 利用者が就労継続支援B型事業所を体験する際は、利用者が事前に質問事項を準備するなど、主体的な取組を促すほか、職員が体験先を訪問し利用者を励まし、不安や体調不良を訴える利用者には個別面談を行うなど、利用者の状況に配慮したきめ細かな支援を行っている。 利用者の移行への意欲や実感につながる取組として、就労継続支援B型事業所や生活介護事業所の見学のほか、グループホームの体験に向け、近隣のグループ施設のグループホームで練習を行うなど支援の工夫を行っている。		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		第三者評価結果
A15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
<コメント15> 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 家族等との連携・交流に当たって、利用者の意向を尊重し、個別支援計画の具体的支援方法に記載している。 帰省の意向について、必要な医薬品、衣類等の準備や家庭の様子を伺うなど、その都度必要な支援を行うほか「利用者携行品チェックリスト」「服薬や持ち物に関する家族へのお願い」を書面で作成するなど緊密な連携を行っている。利用者の生活状況等について、年4回発行の「こぶしだより」等の広報で報告するほか、モニタリングの機会の活用、体調不良時や医療面等の必要な場合は速やかに家族と連絡を取っている。 成年後見制度の利用者について、カシオペア権利擁護支援センターと連携をはかり対応している。成年後見制度の利用が考えられる利用者・家族について、法人本部と連携して把握を行い、援護の実施者である市町村と情報共有をはかるなど、利用者・家族の状況に応じた支援の工夫を行っている。		

A-3 発達支援

A-3-(1) 発達支援		第三者評価結果
A16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	評価外
<コメント16>		

A-4 就労支援

A-4-(1) 就労支援		第三者評価結果
A17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	非該当
<コメント17>		
A18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	非該当
<コメント18>		
A19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	非該当
<コメント19>		