

(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

名称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳8-1-3	評価実施期間	平成25年11月26日～26年12月22日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）：第二新生園	種別：障がい者支援施設（施設入所・生活介護・就労継続支援B型）
代表者氏名：理事長 阿部 肇男 （管理者） 施設長 菅野八重子	開設年月日：昭和63年4月1日
設置主体：社会福祉法人 新生会 経営主体：社会福祉法人 新生会	定員：施設入所40名・生活介護70名・就労継続支援B型15名
所在地：岩手県紫波郡矢巾町大字太田第17地割54番地 TEL：019-697-8011 FAX：019-697-8013	

3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ <b>管理者の責任とリーダーシップ</b></p> <p>施設長は施設全体をリードする立場として、その職責・責任について「第二新生園業務分担表」に明示し、全職員及び保護者へ配布すると共に、機関紙「はばたき」で平成26年度事業に向けた方針と役割を表明している。利用者へは園内巡回、職員へは個別面談等を実施して課題等について把握し、評価・見直しの取組を行っている。また、毎月「障がい者虐待防止職員セルフチェックリスト」により、福祉サービスの質の現状を定期的、継続的に評価、分析し、職員の意見も併せて取り込む取組を行っている。今回の福祉サービス第三者評価受審の取組に向けても、平成24年にサービス委員会を設置し総務・通所・入所の各グループで自己評価を実施する取組を行い課題を抽出し、抽出された課題に対して平成25年にマニュアル委員会を立ち上げ検討対策を行いながら受審につなげている。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ <b>苦情・意見に対する報告・公表の手順等の整備</b></p> <p>法人の苦情解決規程のもと、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置して体制を整備し、また、各事業所（施設入所・生活介護・就労継続支援B型）に苦情解決の仕組みのフローチャートを掲示しているものの、異食する方がいる事業所では利用者のいる場所への掲示はしておらず、工夫が必要である。年度末に第三者委員出席の下、1年間の苦情相談報告会を開催し、苦情の検討内容や対応策を利用者や家族等にフィードバックしているが広く公表するまでには至っておらず、公表に向けた体制整備が今後の課題である。また、利用者アンケート、保護者アンケートにより意見等を聞き取る取組は実施しているものの、意見や提案を受けた際の記録や報告の手順、対応策の検討について規定したマニュアルの整備が求められる。</p>
--

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>平成26年度受審にむけて、平成24年度サービス委員会を設置し取組みを開始し、総務・入所・通所の3グループに分けてガイドラインの読み込みや研修会を行い、自己評価を実施しました。そのプロセスを通して、職員間で施設運営や支援内容について理解を深めながら見直すことができました。</p> <p>個人、チーム、施設全体の取組みを通して、福祉サービスの標準化を確認するとともに、当園の提供</p>
---

する福祉サービスの現状と課題を共有できたことは、職員研修の機会となり、第三者評価受審の成果だと思います。

評価結果につきましては、改善課題が明確になりましたので、今後改善計画を立て、更なる福祉サービスの向上に向けて、取り組んで参りたいと思います。

- 5 各評価項目にかかる第三者評価結果  
(別紙)

## (別紙)各評価項目にかかる第三者評価結果【第二新生園】

### 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、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 障がい者支援施設「第二新生園」は、社会福祉法人新生会が平成24年に掲げた法人理念である『輝く命』を掲げ明文化している。理念は法人パンフレット「囀南の翼」、事業計画書、事業報告書、第Ⅲ期経営計画等に掲載するとともに、施設内にも掲示している。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 法人の理念を受けた基本方針は、第1「人権の尊重」、第2「四者一体での運営」、第3「倫理の確立」、第4「地域生活支援の活動強化」の四項目を定めている。第2では理事8名中施設長1名、評議員17名中職員1名と家族代表7名が参画している。また、平成24年から取組んだ自己評価の中から職員と話し合い自ら第4項目を平成26年4月1日に加え更に具体的内容としている。</p>	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 理念や基本方針を職員へ周知し理解を促すために、毎年理念・基本方針を掲載している事業計画及び事業報告書を配布するとともに、毎月の職員会議冒頭で「法人理念唱和」をしている。また、理念の解説を平成25年3月に創設者自らが職員へ説明する機会を設けている。今後の更なる取組として、理念・基本方針をネームプレートの裏面に印刷することや毎日行われている朝会・夕会で理念等の唱和が考えられる。</p>	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 理念や基本方針について、利用者へ分かり易く伝えるためにサービス委員会で検討し『輝く命』を利用者の笑顔写真をパネルにし、食堂やダイニング、各拠点に掲示する工夫をしている。また、利用者家族には資料及びパワーポイントを用いて分かり易く説明しており、欠席者へも資料を送付している。さらに、障がいの特性に合わせて個々の利用者に対する周知の方法に更なる工夫や配慮と継続的な取組が望まれる。</p>	

#### I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。 社会福祉法人新生会では平成24年3月に第Ⅲ期経営計画を策定し、理念を受けた基本方針四項目に添った重点課題が掲げられ具体的な方針を明示している。策定については理事・本部に施設長も加わり組織全体での取組が行われ、毎年達成度の評価をもとに見直しも行われている。第Ⅳ期経営計画策定(平成27年3月から3年計画)の際は、法人全体の重点課題と第二新生園の重点課題のすみわけが期待される。</p>	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>第二新生園では、社会福祉法人新生会第Ⅲ期経営計画による中・長期実施計画に基づいて、各年度事業計画を策定している。事業計画では施設入所事業、生活介護事業、就労継続B型事業の三事業の支援内容が示されている。今後の更なる取組として、数値目標等を設定することにより実施状況の評価が行える取組が期待される。</p>	

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>実施状況の把握や見直しについて、臨時職員も含め全職員へ配布している事業計画に沿って、日々の業務・運営課題をケア会議で協議、運営会議で検討し、職員会議で周知する流れがある。ただし、各計画の策定段階となると、全ての職員の意見を吸い上げる仕組みが整っていないため職員の代表が中心となっている。業務委員会で毎月事業進行状況を確認していることから、達成度状況調査に基づく見直しを一部の職員にとどまらない過程で検討することが望まれる。</p>	

I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画を職員や利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>職員に対しては、事業計画・事業報告・第Ⅲ期経営計画を配布し、職員会議で説明するとともに、業務委員会において事業計画の進行管理を行っている。利用者には例会時に分かり易く説明するため、A3サイズ用紙を用いてイラストや写真を入れる工夫をしている。また、利用者家族には、84名中30名程度が参加した保護者会総会時に配布説明し、欠席保護者へは資料を郵送している。さらに、障がいをもつ利用者に対する周知方法の工夫や各計画の周知状況を確認し、継続的に取組むことが望まれる。</p>	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、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。</p> <p>管理者(施設長)は施設全体をリードする立場として、その職責・責任について「第二新生園業務分担表」に明示し、全職員及び保護者へ配布している。また、機関紙「はばたき」で26年度事業に向けた方針と役割を表明している。利用者へは園内巡回、職員へは年2回個別面談等を実施して課題等について把握し、評価・見直しの取組を行っている。</p>	
I-3-(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。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者自ら、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が、十分ではない。</p> <p>社会福祉法人新生会の法令遵守規程に基づき、第二新生園では各規程を職員へ名前入りで配布し、ケア会議で読み合わせを行っている。また、送迎事故が多いことから「利用者送迎等の安全運転・事故時の責任・対応について」の研修を実施している。さらに、関係法令(幅広い分野)のリスト化を図りながら、周知のみならず遵守させるための取組が求められる。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>管理者(施設長)は毎月「障がい者虐待防止職員セルフチェックリスト」により、福祉サービスの質の現状を定期的、継続的に評価、分析し、職員の意見も併せて取り込む取組を行っている。また、新体系移行に向けた取組の中で利用者の地域移行を行うとともに、法人内で優先順位の高い位置に施設整備計画を進めるなど、組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>管理者(施設長)は毎月経営状況を「会計集計状況」として作成し、業務委員会において、中・長期計画の基になる事業計画の進行状況とともに分析を行っている。また、目標管理シートを用いて組織内に同様の意識を形成する取組を行っている。ただし、人事については理事長及び代理が面談し決定する事項のため、第二新生園としての具体的取組に制約がある。また、経営や業務の効率化、改善のため「第二新生園業務分担表」に節電・節約行動計画を挙げているものの、その実施状況が確認できていないので、活動が推進される具体的取組の内容が求められる。</p>	

## 評価対象II 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

#### II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>障がい者支援施設の情報を含む社会福祉事業全体の動向について、施策審議会や知的福祉協会の役員である施設長が情報を得て的確に把握している。また、グループホーム利用者の意向アンケートの実施や短期入所希望者の増、施設入所待機者3名と施設利用に関する状況は把握しているが、その把握した情報やデータが中・長期計画や各事業計画に反映されていない。また、第二新生園を取り巻く矢巾町等の地域特徴などが把握されていないことから、地域の情報やデータを把握し中・長期計画や各事業計画に反映させる取組が求められる。</p>	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>月末会計状況を作成し、84人利用で2億3千万程の収入、人件費比率67%、事業比率23%、事務比率10%とコスト分析を行っている。しかし、エコ・節電係が配置されているものの光熱水費諸費についての具体的な数値は職員会議などで示されていないため、情報を提供し改善に向けた意見等を聴取することが求められる。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当
<p>評価者コメント</p>	

### II-2 人材の確保・養成

#### II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	c
<p>評価者コメント</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。</p> <p>法人の基本方針『第3倫理の確立』に基づき、第Ⅲ期経営計画の26年度実行計画に「職員に資格取得者を増やし支援力を強化する」と掲げ、現在、社会福祉士3名、介護福祉士11名と加算体制となる10名以上の有資格者が確保されている。しかし、必要な人材や人員体制について具体的に数値化されたプランがないため、将来のプランに合わせた具体的な人事管理体制の構築が求められる。</p>	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。</p> <p>社会福祉法人新生会として平成19年度に人事考課を導入し、「人事考課システムの概要」「人事考課基準の考え方」を職員へ明示している。しかし、その結果から職員へのフィードバック等具体的な人材、教育、給与などの方策とリンクしていないことから、客観性や透明性の確保が図られていない。そのため、今後策定が予定されている第Ⅳ期経営計画に盛り込まれ検討されることが望まれる。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

<p>II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p>	<p><b>b</b></p>
<p>評価者コメント                  職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。                  年次有給休暇取得状況、時間外勤務状況を作成しデータを数値化しながらチェックできる体制を整備している。施設長による年2回の面談、人事異動については身上調書を作成し理事長・代理との面談も設定されている。また、法人として心理相談員によるカウンセリング相談を設け専門家による相談支援体制を整備している。しかし、就業状況の結果を分析・検討する担当が設定されていないなど、改善策を検討する仕組み、具体的なプラン内容の反映までに至っていない。そのため、今後は分析・検討する委員会等の設置が望まれる。</p>	
<p>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p>	<p><b>b</b></p>
<p>評価者コメント                  福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。                  社会福祉法人福利厚生センターへ加入し、各種助成金申請を行っている。また、第二新生園親睦会である親交会活動を実施すると共に、被服貸与、インフルエンザ予防接種、健康診断の公費実施や「こころの健康づくり」研修を取り入れメンタルヘルスケア対策の取組も実施している。しかし、福利厚生センターへの加入は17名と常勤職員に限られていることから、非正規職員を含む全職員加入により、退職時や慶弔等の各種給付金が受け取れる体制が望まれる。</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

<p>II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p>	<p><b>C</b></p>
<p>評価者コメント                  組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。                  中・長期計画の中に、組織としての基本姿勢が明示されていないが、現在「社会福祉法人新生会教育研修規程」「社会福祉法人新生会教育研修実施要領」を策定中であり、法人が「期待する職員像」を明確にしていることから今後の取組に期待したい。</p>	
<p>II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。</p>	<p><b>C</b></p>
<p>評価者コメント                  職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。                  新任用職員研修テキストを用いての研修や23年度はダウン症、24年度は自閉症、25年度は発達障がいと外部講師を招き有効と思われる知識・技術の導入に努めている。しかし、職員の個性に考慮した一人ひとりの教育・研修計画が策定されていないため、個別人材育成に添った経験年数や本人意向を考慮した計画の策定が求められる。</p>	
<p>II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p><b>C</b></p>
<p>評価者コメント                  研修成果の評価が定期的に行われていない。                  各種研修会参加後には復命書により報告を行うとともに、職員会議等で発表する場を設けている。しかし、「個別人材育成計画」「外部研修受講評価書」の様式はあるもののその利用には至っていない。そのため、これらの様式の活用により研修成果に関する評価・見直しをする取組が求められる。</p>	

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

<p>II-2-(4)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。</p>	<p><b>a</b></p>
<p>評価者コメント                  実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。                  実習生の受入れについて、「第二新生園保育士受入要領」に基づき、業務分担表による担当職員が受入れ窓口となり、平成25年度は保育士5名10日間、高校生4名6回を受入れている。また、実習生学校との文章による取り交わしもされ、実習における責任体制等も明らかにしている。社会福祉法人として福祉の人材を育成することは社会的責務の一つであることから、組織として更なる体制整備が今後も期待される。</p>	

<b>II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>実習生の受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。実習受入に際しては、学校側と日程や内容について協議し、実習の心得などオリエンテーションを実施している。また、職場体験を中心に高校生を受入れている。しかし、実習プログラムでは各事業所を知る職場体験に留まっていることから、実習生の目的に沿った「質の高い、学びのある」プログラムの整備が求められる。また、保育士以外の種別に配慮した実習プログラムの用意も望まれる。</p>	

## II-3 安全管理

### II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

<b>II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。緊急時の場合に備えて、紫波警察署生活安全課や矢巾分署等と連絡・協力を取り合える体制の整備をしている。送迎や緊急時の連絡手段として災害優先ダイヤル設定を携帯電話3台中2台に備えている。総合防災訓練では近隣の協力隊の参加を得ての訓練も実施している。また、インフルエンザ流行時にはホームページを確認し、みちのく療育園嘱託医と連携し感染症対策委員会を適宜開催し対応している。職員への周知方法として共有のパソコン6台を活用している。今後の更なる取組として、感染対策委員会の位置づけや担当職員を明示するとともに、中・長期計画に具体的な取組方法の明文化が期待される。</p>	
<b>II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。インシデント報告の流れに基づき、ヒヤリハット・小事故・大事故と色分けした各記載様式を事務室だけでなく各事業所に設置し、気づいた時に直ぐに記載できる工夫をしている。リスクマネジメント委員会で対策が練られ、職員会議で周知し、ケア会議で対策実行の流れができています。また、リスクマネジメント委員会で練られた対応策が個別支援計画に反映されている事例も確認される。利用者の安全を守る取組は常に変化し改善の繰り返し求められるため、定期的な評価・見直しの更なる取組が期待される。</p>	

## II-4 地域との交流と連携

### II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

<b>II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>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。法人の基本方針『第4地域生活支援の活動強化』に基づき、基本的な考え方が掲げられ、第Ⅲ期経営計画にも実行計画が明記されている。園祭実行委員会では委員から積極的な発言があるなど企画・実施されている。またイラストや写真を入れて作成されたエコマップは、具体的情報提供として利用者が地域へ出ていきやすい工夫がされている。</p>	
<b>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。施設所有の土地貸出や就労B利用者の作業補助をNPOやまぶどうの会と行うと共に、保育園児と利用者の共同作業に取組むなど、障がい者や福祉を理解する場を提供している。また、太田地区広報『花畑』に第二新生園機関紙『はばたき』を回覧添付として12部配布している。矢巾町民生児童委員協議会との懇談会も計画されているが、地域ニーズに応じた住民が自由に参加できる活動や在宅障がい者やその家族等に対する相談支援をする取組は十分とはいえない。第二新生園が管理するまゆの里(隣接する一般住宅の自活訓練棟)は布団も準備されており6～10名ほどは宿泊ができ、集会もできる施設であることから、この施設を活用した取組が期待される。</p>	

<b>II-4-(1)-③ ボランティア受け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>	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>ボランティア受入については第Ⅲ期経営計画に明示されており、第二新生園ボランティア受入要領に基づき登録したボランティアは、第二新生園ボランティア受入マニュアルに沿って「ボランティアの心得」を研修し活動する取組が行われている。園祭では120名のボランティアが活動している。また、年1回訪問歯科のボランティア活動があり、利用者の口腔ケアの一助としている。さらに、ボランティア育成に向けての講座や必要な研修の機会を確保する取組が望まれる。</p>	

**II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。**

<b>II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>施設の役割や機能を達成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明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>利用者へのサービスの質の向上のために必要とされる機関を、同じ施設・お役立ち施設・病院など種別に分け、イラストや写真を入れて個々の利用者が理解しやすいようエコマップという形で作成している。このエコマップは、職員会議で説明し職員間で共有している。また、この情報を例会で利用者へ分かりやすく説明する工夫があり更に共有化されている。この項目は、自己評価に基づき優先度の高い取組課題として整理し、今年度の年間計画の中で取組んできている。年間計画は、業務委員会で進行管理を行い、この項目は予定していた取組目標が達成できた項目と言える。</p>	
<b>II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>盛岡南近辺の障がい者福祉に関わっている地域支援事業、施設、医療機関、行政を構成員とする34団体による「紫波町障がい者ネットワークつき一會」が定期的に行われ、情報交換や新設施設見学会などが行われている。また、広域ケア会議、ケア会議、担当者会議と具体的課題に沿った検討を行っている。今後の更なる取組として、前項社会資源のエコマップに挙げられている関係機関とのネットワーク化の取組に期待したい。</p>	

**II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。**

<b>II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</b>	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p> <p>「矢巾町民生児童委員協議会」、「紫波町障がい者ネットワークつき一會」との連携が確保されており、具体的な地域の福祉ニーズを把握する取組ができる状況にある。よって、第二新生園を含む社会福祉法人新生会グループとして連携する団体等と協力して地域の福祉ニーズを取りまとめたい。</p>	
<b>II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</b>	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画がない。</p> <p>法人としてグループホームを新たに開設する取組はしているが、福祉ニーズの把握に基づいた第二新生園が独自に行う具体的な事業・活動は実施されておらず、中・長期計画にも明記されていない。今後、職員間での意見交換等を通し第Ⅳ期経営計画に盛り込むことが求められる。</p>	

## 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。

<p><b>Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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。</b></p>	<b>a</b>
<p>評価者コメント                  利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内での共通の理解を持つための取組が行われている。                  法人の理念や基本方針、第二新生園運営規程や運営方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供が明示されている。個々の支援度合いを把握し、個別支援マニュアルに自立・見守り・一部介助・全介助等を明記し、利用者を尊重した対応が標準的な実施方法に反映されている。また、新任研修で処遇・基本姿勢の研修を行い、利用者尊重や基本的人権への配慮、身体拘束や虐待防止等について理解して利用者支援にあたっている。虐待防止規定の勉強会、虐待セルフチェックリストで個々の処遇確認を毎月行い、チェックリストを施設長へ提出し、施設長は早期に職員の聞き取り対応を行うなど、共通理解を持つための姿勢が感じられる。</p>	
<p><b>Ⅲ-1-(1)-② 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。</b></p>	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  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、職員に周知する取組が十分ではない。                  プライバシー保護マニュアルは見学・入浴介助・排泄等の場面ごとに整理して作成している。プライバシー保護チェックリストも10月から始め、プライバシー保護の確認をしている。また、新任職員への研修は、法人の新任研修等で実施している。利用者の居室は、男性2～3名で女性3～4名で一部屋となっており、プライバシー保護の観点からは課題も見られるが、一人で過ごしたい利用者が使用できるように1カ所の部屋にソファやテレビを置き、くつろいだり、落ち着ける空間の確保への配慮や工夫をしている。今後は利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について全職員対象の研修会や利用者への周知の取組が望まれる。また、利用者の居室等の整備は中長期計画での検討を期待する。</p>	

#### Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

<p><b>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。</b></p>	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。                  「利用者のニーズに応じ、サービス内容の充実を図る」と中長期計画の重点課題に掲げ、希望献立や個別外出、一泊旅行等を実施している。利用者のアンケート調査、保護者アンケート調査を毎年実施し、3月の保護者懇談会でさらに意見や要望を伺い満足度の把握に努めている。また、利用者の意思疎通の状況に応じて担当支援員等が表情や仕草から感じ取り満足度の作成をしている。施設長は利用者の例会や保護者理事会に出席し、利用者との個別面談で意見や要望を聞き取っている。今後とも利用者の意思疎通の状況に応じた調査方法の工夫や検討を期待するとともに、利用者満足の上昇を目指す姿勢の明確な文書化が望まれる。</p>	
<p><b>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。</b></p>	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分でない。                  利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置はないが、保護者懇談会の担当者がアンケート調査及び保護者の意見や要望を聴取し、業務委員会や運営会議で検討し改善する仕組みとなっている。また、給食委員会や防災委員会には利用者代表が参画しており、検討結果は例会で報告している。今後は利用者満足に関する調査の担当者・担当部署を明確にし、把握した結果を利用者参画のもとで検討することが望まれる。</p>	

#### Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

<p><b>Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</b></p>	<b>b</b>
<p>評価者コメント                  利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談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。                  利用者や家族等に重要事項説明書で、要望・苦情等申し立て先及び虐待防止に関する相談窓口や担当者等の説明、施設へ直接相談しにくい内容の場合、行政の相談窓口や県福祉サービス運営適正化委員会があることを説明し文書を配布している。施設内には相談室や相談箱の設置はあるが、利用者の中に紙を誤食する方がおり掲示物やゴミ箱、トイレペーパーまでほとんど置かない状況にある。今後は利用者が複数の相談相手から自由に選んで相談できること、意思疎通の状況に応じた支援体制があることを、分かり易く説明した文書作成と、利用者や家族へ伝えるための工夫が望まれる。</p>	

Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	C
<p>評価者コメント</p> <p>苦情解決の仕組みが確立していない。          法人の苦情解決規程のもと、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置して体制を整備し、また、各事業所（施設入所・生活介護・就労継続支援B型）に苦情解決の仕組みのフローチャートを掲示しているものの、異食する方がいる事業所では利用者のいる場所への掲示はしておらず、工夫が必要である。年度末に第三者委員出席の下、1年間の苦情相談報告会を開催し、苦情の検討内容や対応策を利用者や家族等にフィードバックしているが広く公表するまでには至っておらず、公表に向けた体制整備が今後の課題である。</p>	
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C
<p>評価者コメント</p> <p>利用者からの意見に対する対応マニュアルを整備していない。          利用者アンケート、保護者アンケートにより意見等を聞き取る取組は実施しているものの、意見や提案を受けた際の記録や報告の手順、対応策の検討について規定したマニュアルの整備が求められる。</p>	

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

#### Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。

Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。          平成24年度より自己評価を実施、25年度に第三者評価委員会を作り、担当者・担当部署を設置している。26年度は第三者評価受審に向け、自己評価に基づき課題を整理し、第三期経営計画と福祉サービス第三者評価の項目を連動させて年間計画を作成している。取組む項目には優先順位を付け、各職員へ分担し業務委員会で進捗状況を確認して取組んでいる。</p>	
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>実施した評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。          実施した評価は「第三者評価委員会」で分析し、課題は職員会議に報告し、職員間で共有化を図っている。今後の更なる取組として、一連の流れを委員会の中で検討し手順書や「サービス改善実施要領」等として作成されることが期待される。</p>	
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。          評価結果から明確になった課題について、PDCA・SDCAのサイクルを活用し改善する体制ができています。今後は、この一連の流れを「サービス改善マニュアル」等として、文書化し改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しが行われるよう更なる体制の整備が望まれる。</p>	

#### Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>個々のサービスについて、標準的な実施方法が文章化され、それに基づいたサービスが実施されている。          入所マニュアル、通所マニュアル、就労マニュアル、送迎マニュアルや作業手順一覧等に利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示している。年2回実施のモニタリングや毎月実施のケア会議で個々の利用者に対する支援方法について検討や確認をしている。また、プライバシー保護チェックリストや虐待防止チェックリストで定期的にチェックする体制を整備している。標準的な実施方法について職員へ周知する方策は、異動職員・新規職員研修及び年度当初の職員会議で業務手順や日常支援マニュアルの読み合わせを行い周知を図っている。</p>	
Ⅲ-2-(2)-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
<p>評価者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。          標準的な実施方法の見直しは、業務マニュアルを年度末の3月に見直しを行い、4月の職員会議で周知している。また、個別支援計画の見直しは6月と12月の2回、12月はモニタリングを実施している。個別支援マニュアル、家庭調査票（通所のみ）は年末に担当支援員が作成し、事業所職員に回覧（補足・訂正）見直しを行っている。</p>	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>個別支援計画に基づいて、サービス実施の記録はパソコンにより業務日誌、活動日誌から統一された様式でケース記録へ転記されている。月末には利用者の状態をまとめ、今後の支援を検討した内容を記録している。個別ケースファイルにはフェースシートを毎年更新し「入所関係書類」「個別支援関係書類」「ケース記録」「医務関係書類」等、一人ひとりの書類を整備している。記録内容にばらつきが生じないように入力様式が統一され、適切に記録されている。</p>	
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。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者に関する記録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。</p> <p>利用者の記録は記録管理者が設置され、記録の保管、保存、廃棄に関しては、法人の処務規則で規定している。利用者や家族から情報の開示を求められた場合の規定は、個人情報管理規程により対応している。職員に対し記録管理や個人情報保護と情報開示についての職員研修や新任研修で教育している。ケース記録、業務日誌、個別支援計画、個人台帳等の個人情報に関する文書綴りは、事務室のキャビネ内に施錠管理している。パソコン等はアクセス権の制限をし管理している。</p>	
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の状況に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>利用者の状況は、パソコンの福祉業務支援ソフトウェア「ほのぼの」ネットワークを利用し、情報の共有化を図っている。また、日々の利用者の状況は朝会・夕会及び業務日誌、連絡簿で報告し周知している。情報共有を目的として各事業所でケア会議を行い、懸案事項については業務委員会、運営委員会で検討し、結果は職員会議で報告している。なお、ケース検討会や各種会議録は職員へ回覧し、周知を図る等、共有化する取組が行われている。</p>	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。</p> <p>施設や組織、サービス内容を紹介したホームページを作成し公開している。また、施設紹介のパワーポイントを作成し、見学者や実習生へ対応しており、希望があった場合には体験入所や一日利用にも応じている。パンフレットは役場や地域生活支援センター、さわやかハウス等多数の人が手にすることができる場所に置いて情報提供をしている。</p>	
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基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。</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、サービス内容や料金等が具体的に記された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者や保護者に説明を行い、同意を得て施設利用契約やその他必要な契約を締結している。また、契約締結にあたりお互い一部づつ保有している。さらに、重要事項説明書等の資料や契約書の内容を利用者にも分かり易くする工夫や配慮(例えば地域福祉権利擁護事業の活用)が望まれる。</p>	

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>他の施設や地域への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継文書を定めていないが、利用者の現状や個別支援マニュアルを資料として渡している。サービス終了後の相談窓口の設置はしていないが相談支援事業所に引継ぎ、必要に応じて情報提供している。今後は引継ぎや申し送りの手順等、内容を文書で定める事が求められる。また、サービス終了後の相談方法や担当者、相談窓口を設置し、口頭だけでなく書面で伝えることが望まれる。</p>	

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

#### Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。</p> <p>個別支援計画見直しは、6月と12月に実施し、12月はアセスメントを実施している。個別支援計画実施報告書や家庭調査票、個別支援マニュアル等を参考に、組織が定めた様式で利用者の身体状況や生活状況を把握し記録しているが、利用者の将来の生活についての希望等、聞き取りが十分と云えず今後の検討課題である。また、アセスメントの手順について明確な文書化が求められる。</p>	
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。</p> <p>個別支援マニュアルの各項目ごと、利用者全てのアセスメントに基づき、一人ひとりの具体的なニーズや課題をサービス場面ごとに明示している。</p>	

#### Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>サービス実施計画策定の責任者を設置し、計画策定は保護者、利用者、担当者、サービス管理責任者で話し合い、保護者や利用者の意見や要望を聴取し作成している。作成した個別支援計画は利用者や保護者の同意を得て決定し、職員会議で合議し施設長の決裁を得、保護者に控えを渡している。また、サービスが計画通り行われていることは、各種サービスチェック票、日誌、ケース記録により確認できる。</p>	
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービス実施計画について、実施状況の評価と実施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。</p> <p>個別支援計画は6月に見直し、12月はまとめて計画実施報告と評価・モニタリングを利用者や保護者同席のもと実施している。また、ケア会議も毎月実施し、必要に応じてサービス内容の見直しを行い、職員会議で報告している。会議録は職員に回覧し周知を図っている。</p>	

## A-1 利用者の尊重

### 1-(1) 利用者の尊重

A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。          個々のコミュニケーション手段、意思疎通に関する留意点は個別援助マニュアルの「意思疎通・コミュニケーション、人間関係」項目にまとめられ、ケア会議によって職員間で対応の統一化を図っている。音声言語で理解が困難であったり字が読めない等、意思伝達に制限のある利用者に対しても情報が正確に伝えられるように、掲示や配布等の際にはイラストや写真を活用している。個別事例に対して必要に応じて外部専門家の参画を得て検討しているが、職員間で共有化するためにその記録(報告書)による伝達研修の充実が望まれる。</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。          利用者の障がいの重度化により意思決定支援に個別・特別な支援を要する状況となっている。このような利用者の主体性を保障するために、絵や写真等個々のコミュニケーションレベルに応じて活動を選択できるように工夫をしている。意思発信の難しい利用者も含めて平等に生活体験の場を保障し、個々に選択の判断材料を増やす努力をしている。自治会活動として「例会」を設置しているが、利用者の重度化に合わせた運営の在り方について現在検討中であり、今後の自治会運営のルールや方針の整備が望まれる。</p>	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>見守りと支援の体制の整備が十分ではない。          自力での活動に制限を加えざるを得ない状況に際しては、可能な限り本人に説明・確認するとともに、緊急の際は電話で家族の了解を得、その他については個別支援計画のモニタリングに合わせて確認を取っている。しかし、活動場面では当番制のリーダー職員を配置し、利用者がゆとりをもって活動に参加できる体制に配慮しているものの、利用者の高齢化、障がいの重度化及び職員の欠員もあり、十分な見守り体制とはなっていない。</p>	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムが十分ではない。          社会生活訓練マニュアルを整備しているが職員間での共有化が不十分で有効に活用されていない。利用者の障がいの重度化に伴い、個々の社会生活能力は低下傾向にある。更に高齢化が進んでいることもあり、学習・訓練というより社会体験的な支援に比重が置かれている。比較的障がいが軽く年齢が若い通所部門の利用者に対するSSTの実施等については現在課題として認識しており、今後利用者ニーズに応じた取組が望まれる。</p>	

## A-2 日常生活支援

### 2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。          利用者個々に対する食事場面での支援方法については個別援助マニュアルに記載され、定期的に評価、見直し、情報の共有化が図られている。また、これとは別に食事個別援助マニュアル及びより詳細な留意事項を記載した一覧表を作成している。利用者の体調等に対する食事変更の手順についてはフローチャートにより対応している。これらはケース記録の他、緊急・重要な事項について業務日誌で職員に周知している。</p>	
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫をしている。          調理は業者委託により実施されている。その中で毎年希望献立に関する利用者調査を実施、調査結果を計画的に献立に反映させている。毎月行われている給食委員会には利用者の代表者も出席し、直接給食提供者に意見を述べる機会が保障されている。利用者から「職員と一緒にご飯を食べたい」という意見もあるが、利用者の支援度が上がってきている実情や職員の欠員が続いている状況の中で、個々の利用者安心して食事をしてもらえる環境を重視し、基本的に職員は時間をずらして昼食をとる方式としている。</p>	

A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>喫食環境の配慮が十分ではない。 個々の状態に合わせた食事場面の配慮事項についてはケア会議において検討している。多様な発達像の利用者がおり、食堂の環境設定も一律に対応が難しく、たとえば音楽についても気になって落ち着かなくなる利用者もいるため別室での対応となっている。食堂がホールと兼用となっており、認知障がいのある利用者にとっては行動転換が難しいなど、設備的な課題がある。また、計画的に整備はしているが食器等備品のバリエーションが限られているため、喫食環境の更なる整備が期待される。</p>	

## 2-(2) 入浴

A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の障がい程度や介助方法など個人的事情の配慮が十分ではない。 入浴支援マニュアルを整備し、標準的な支援方法の手順が示されている。個別援助マニュアルの項目に「入浴」を設け、個々のニーズに対応した支援方法を明示している。支援の状況はケース記録に記録されているが、十分な内容の記録になっていない。また、入浴チェックリストは留意点の明示とともに作成されているが、日々これらの記録がみられず、業務の中で十分に活用されているとは言えない状況にあり、職員間で活用できる記録の仕方について検討が求められる。</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の希望に沿って行われているが、十分ではない。 入浴は個々に週3回行われている。気温が高い日や失禁等で汚れた場合には、随時シャワー浴で対応している。また、入浴日以外は、足洗いをやっている。入浴の週間回数を増やすことについては現時点で考えていないが、利用者の高齢化に伴い日課の見直しが必要となってきている。そのような中で、1回の入浴時間を長めに確保し、急がせずリラックスする時間としての視点を今後重視していく方針で検討している。</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c
<p>評価者コメント</p> <p>環境は適切ではない。 脱衣場にはパネルヒーターが設置され、冬季の寒さ対策が行われている。夏季は扇風機で対応、状況によっては窓を開けて入浴することもある。今後更なる快適な環境の確保に向け、プライバシーへの配慮を含めた検討が求められる。</p>	

## 2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c
<p>評価者コメント</p> <p>介助は快適に行われていない。 個々の利用者に対する支援内容・方法について個別援助マニュアルに記載し、職員間で共有化が図られている。標準的な支援方法として、排泄支援に関するマニュアルを整備している。利用者の高齢化、障がいの重度化により快適性より安全性を重視する傾向が見られる。今後、高齢化に伴い排泄用具の利用が多くなることが想定され、衛生や防臭を考慮したマニュアルが求められる。その際、現在の設備の利用と併せて利用者本人の用具等の使いやすさにも考慮して対応していくことが望まれる。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	c
<p>評価者コメント</p> <p>清潔かつ快適ではない。 トイレ清掃はパート職員が業務を担当して行っているが、衛生や防臭について考慮したマニュアルは整備しておらず、課題となっている。また、利用者の高齢化、障がいの重度化により利用者の快適性より支援の安全性を優先する傾向の中で、便座の暖房を止めたり、車椅子用トイレの扉をカーテンとする等設備的に快適性、プライバシーへの配慮の面で十分とはいえない環境が確認される。よって、研修を深めながら更なる工夫をするとともに、改善を継続する姿勢が求められる。</p>	

## 2-(4) 衣服

A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援が十分ではない。 衣類選択支援マニュアルを作成し、自分の好みや気候、生活場面に応じて自己選択が可能な利用者には自己選択を尊重する支援を行っている。しかし、利用者の障がいの重度化が進んでいる中で、介護しやすい衣服を担当職員が選ぶ傾向にある。支援の難しさを感じるものの、利用者の主体性の尊重の方法に一層の工夫が求められる。</p>	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切に行われている。 標準的な支援方法を定めるため破損・汚れ衣類支援マニュアルを作成するとともに、個別的な配慮事項について個別援助マニュアルに着脱衣の項目を設け対応している。着替え用の予備衣類がない場合は園で保管している衣類を貸出し、速やかに対応している。</p>	

## 2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 清潔支援マニュアルを作成し、エンパワメントの視点に基づく支援に心がけている。自分で整容することが困難な利用者に対しては、本人の好みに配慮しながら職員が介助して支援している。毛穴パック体験に取組むなど、楽しみながら整容する工夫も行われている。</p>	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>配慮している。 地域の理容師や資格のある保護者ボランティアの訪問により散髪の手助けを設けている他、利用者の希望に応じて外出活動の中で地域の理容院・美容院の利用の機会を設けている。</p>	

## 2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>配慮していない。 就寝中・不眠時支援マニュアルを作成し、安眠環境及びプライバシーへの配慮、不眠時の対応について定めている。寝具は衛生面、清潔保持のためリース契約をしている。施設の老朽化もあり、冬は居室が寒いということで入眠前に限り電気毛布を活用するなどの工夫をしている。睡眠障がい等により不眠傾向のある利用者が他の利用者の睡眠を妨げる場合には別室対応をしているが、施設の老朽化等を考慮すると、居室の定員数の改善も含めて施設整備が求められる。</p>	

## 2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>適切である。 個々の利用者に対して個別健康管理台帳を整備し、健康管理に関する配慮事項や看護の必要性について整理しまとめている。必要な利用者に対しては、リハビリテーションに関する実施計画書に基づいて計画的に健康維持・増進に取り組んでいる。インフルエンザ予防接種の承諾については、郵送により家族の協力を得ている。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されているが、取組が十分ではない。 フローチャート形式の緊急時対応マニュアル、出血時・意識異常時等の対応マニュアル、更に誤飲時中毒マニュアルを整備し、健康面の変調や事故時の対応について備えている。また、法人内他施設の医師との連携により迅速かつ適切な医療が受けられる体制を整備している。ただし、他の医療機関への紹介が必要なケースについて情報を共有化する看護サマリーの整備が求められる。</p>	

<b>A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント          確実に行われている。          服薬管理マニュアル、誤薬発生時の対応に関するマニュアル、通院内服状況に関する一覧表など、標準的な服薬管理方法及び個々の利用者の服薬支援に関する情報を共有化するための仕組みがつけられている。処方薬は一包化に取組むと共に、誤薬を防ぐため服薬はすべて職員の手により、声に出しての名前の確認、口に入っている状況の目視、空き袋のチェックを徹底することで事故発生の予防に努めている。</p>	

## 2-(8) 余暇・レクリエーション

<b>A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。</b>	<b>a</b>
<p>評価者コメント          余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。          障がいの重度化により、話し合いやアンケートへの回答が難しい利用者が多い状況の中で、日常プログラムの充実を図りながら余暇・レクリエーション活動の体験を増やし、それによって好きな活動を選択できるように支援をしている。チーム活動(余暇レク)マニュアルに示されている活動の他、近隣健康増進施設のアクア教室を利用したり、温泉やカラオケに行くなど、地域の社会資源の活用にも積極的に取り組んでいる。</p>	

## 2-(9) 外出・外泊

<b>A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント          利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。          行事や個別活動等において外出する際には担当者から利用者に対して約束ごとやルールについて説明し理解を促すよう努めている。しかし、標準的な外出のルールについては明示されておらず、利用者の代表や自治会との話し合いの機会も明確には確保されていない。利用者の障がいの重度化や高齢化等により、自立生活スキルを定着させるための支援というよりは余暇・レクリエーションの一環としてイベント的に取組んでいるのが実情である。職員体制の問題もあるが、個別の外出ニーズに対応できる工夫とSSTなど利用者の学習の機会の保障について今後一層の取組が望まれる。</p>	

<b>A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント          利用者の希望に応じて行われているが、十分ではない。          標準的な外泊支援の手順は明示されておらず、個別案件について起案する形で対応している。利用者の希望を尊重するように意識面での配慮はしているが、帰省の希望があったとしても実際には家族の状況、特にも親・きょうだいの高齢化の問題があり利用者の希望に応じて対応することが困難な状況になってきている。また、時間的な見通しが立てられない利用者が多い中で、準備も含めて計画的に取組むことが難しい状況もある。</p>	

## 2-(10) 所持金・預り金の管理等

<b>A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。</b>	<b>b</b>
<p>評価者コメント          管理体制が整備されているが、取組が十分ではない。          障がいの重度化により、金銭の自己管理が難しい利用者が多い。そのような状況の中で、法人「利用者預り金等管理規程」、「利用者預り金等事務取扱要領」、「預り金等管理規定」、「利用者小遣い金事務取扱規定」を整備し、複数職員の相互チェック体制の下、職員による適正な管理体制が敷かれている。しかし、自己管理ができるようになるための学習プログラムへの取組については不十分で、今後体験的な学習の実施も含めてより積極的な支援が望まれる。</p>	

<b>A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。</b>	<b>c</b>
<p>評価者コメント          利用者の意志や希望に十分応じていない。          新聞や雑誌については、その紙を異食したり破く行為に拘る利用者があり、安全配慮、利用者間トラブルの回避の視点などにより、原則共用スペースには配置しないこととしている。ただし、個別に対応できる環境であったり外出先での購入については職員の支援のもと、可能な範囲において利用者の意志や希望を尊重している。テレビの共同利用についても障がいの重度化により利用者間で話し合っその方法を定めることが困難であるため、職員の支援によって行われている。</p>	

<b>A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。</b>	<b>c</b>
<p>評価者コメント          利用者の意志や希望に十分応じていない。          飲酒や喫煙については、精神薬等を服用している利用者への配慮や健康被害防止の観点から、サービス利用契約時これを禁止する旨説明、同意を得た上で利用してもらっている。</p>	