

(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:岩手県立療育センター障がい者支援部	種別:障害者支援施設
代表者(職名)氏名:葛西健郎(所長)	定員・利用人数: 32 名
所在地:〒028-3609 岩手県紫波郡矢巾町医大通2丁目1番3号	
TEL:019-601-3260	ホームページ: http://www.i-ryouiku.jp/index.html
【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):経営法人一岩手県社会福祉事業団 設置主体一岩手県	
職員数	常勤職員: 11 名 非常勤職員: 名
専門職員	(専門職の名称: 名)
	看護師 1名
	理学療法士 1名
	生活支援員 7名(兼務者含)
	[内、介護福祉士 3名]
	就労支援員 1名
	[内、介護福祉士 1名]
職業指導員 1名	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)
	個室 10室
	二人部屋 10室
	(設備等)
	手すり
	エレベーター

③ 理念・基本方針

療育センター

《経営方針》

- 1 利用児(者)起点の安心で安全なサービスの提供に努めます。
- 2 人権擁護と虐待防止の徹底に努めます。
- 3 地域との交流と、利用ニーズへの対応に努めます。
- 4 総合的な障がい児(者)の療育相談体制と地域支援機能の充実に努めます。
- 5 人材育成と働きがいのある職場作りを目指します。
- 6 信頼される組織運営と経営基盤の安定・強化を推進します。

障がい者支援部

《理念》

私たちは、利用者の皆様が、再び地域でその人らしく自立した生活ができるよう、質の高いサービスの提供に努めます。

《基本方針》

- 1 職員倫理綱領及び職員行動基準を順守し、安心と信頼の支援に努めます。
- 2 関係機関と連携を図り、ご本人の希望に沿った地域移行を推進します。
- 3 日々の研鑽により、専門性の向上を図ります。

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

身体障害、高次脳機能障害を有する方を対象としています。

○ 自立訓練（機能訓練、生活訓練）

自立した日常生活や社会生活ができるよう、一定期間、身体機能や生活能力向上のために必要な訓練を行います。

○ 就労移行支援

一般企業等への就労を希望する方に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。

○ 施設入所支援

自立訓練、就労移行支援を利用するにあたり、地域事情等により通所が困難な方に対し住居の場を提供します。自立訓練と施設入所を併用したサービス事業所としては県内では当施設のみです。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年 4月 30日（契約日） ～令和3年 12月 21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回目（平成30年度）

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

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の構築

ジェネラルリスクマネジャーに部長、リスクマネジャーに係長が選任されており、リスクマネジメント委員会が開催されている。事故発生時の対応と安全確保について責任が明確化され、手順書等があり、職員に周知されている。インシデント及びアクシデントレポートが提出されており、終礼や職員会議で確認され、発生要因、改善策、再発防止策を検討・実施している。療育センター全体の医療安全対策委員会、リスクマネジメント委員会にメールで報告し、さらにメール会議において、分析・検討し、改善をしている。ヒヤリハットについても職員が意識している。特に、高血圧等の服薬管理、刻み食の配膳ミス等を避けるため、複数職員で確認している。障がいによる特性についても、専門的な見地から対応している。職員への安全確保・事故防止研修は、外部研修を含めて行い、安全確保策の実施状況と実効性について、定期的に評価、見直しをしている。

◇ 改善を要する点

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

療育センター研修会、紫波郡障がい者ネットワーク会議「つき一会」及び矢巾地域の基幹相談支援センターと連携を図っている。経営分析結果では、事業所の利用者増、認知度向上やニーズ

発掘のためのアンケート調査を行う等、本格的なニーズや生活課題等の把握に努めている段階であるが、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には至っていない。また、県内唯一の自立訓練（機能）事業所であり、特に高次脳機能障がいのある方の自立に向けた訓練機関として重要な役割を担っていることから、上記のニーズ把握の取組を充実させるとともに、より専門性の高い支援の提供が求められる。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者の生活環境への配慮やリスクマネジメント、法令順守の取り組みについて高い評価をいただきました。安心・安全を第一とした、利用者目線での支援を今後も継続して行きます。また、職員は専門職、社会人として、法令順守の意識を高く保つことに努めます。

改善が求められる点として、「地域ニーズの把握」が挙げられました。関係機関との連携を更に深めながら地域ニーズや課題を的確に把握し、ニーズに応えられるよう努めてまいります。また、県内唯一の自立訓練（機能訓練）事業所として、より一層サービスの充実を図るよう努めて行きます。

第三者評価を受審することは、自分たちの業務をチェックする機会でもあります。頂いた評価を基に、今後の施設運営に活かして行きます。

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。

第三者評価結果

受審事業所名： 岩手県立療育センター 障がい者支援部

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
<p><コメント1> 法人(福祉施設・事業所)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。 法人の経営理念は「全ての人が相互に人格と個性を尊重し合いながら、共に生きる豊かな社会の実現に貢献します」となっている。また、経営基本方針は、①お客様本位の良質かつ適切なサービスの提供、②地域福祉の推進、③人材確保・育成と働きがいのある職場づくり、④信頼される組織運営と経営の安定・強化を掲げている。障がい者支援部では、法人の理念、基本方針と整合性を保ちながら独自の「理念」と「基本方針」を事業計画において明記している。これらの理念等は、職員会議で読み合わせを行い職員へ周知するほか、利用者や家族に周知し、特に利用者には理解しやすいようイラストを用いている。さらに、周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		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
<p><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。 法人では令和3年4月から10年間の新しい中長期経営基本計画をスタートさせている。経営基本方針は、昨今の福祉を取り巻く環境の変化等を踏まえて修正が行われた。法人と障がい者支援部は、ヒアリングを通じ経営環境と経営状況について分析を行い、事業実施計画に反映させている。また、定期的に利用率の分析を行っているほか、令和2年度には利用者確保のために回復期病院等にニーズ調査を行っている。</p>		
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
<p><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。 経営環境、経営状況について、法人と障がい者支援部において経営ヒアリングを行い、経営分析し毎年度の事業実施計画に反映されている。経営状況や改善すべき課題については、職員会議等で職員に周知している。経営課題となっている利用率の向上については、令和2年度にニーズ調査を実施し、その解決・改善に向けて取組が進められている。</p>		

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
<p><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。 法人として、昨年度において新たに令和3年度から12年度までの中長期経営基本計画が策定され、本年度から運用している。計画の推進過程における種々の法制度改正に対応するため柔軟に計画の見直しを行い、策定後5年目を終えるまでに中間改定を行うこととしている。令和3年度から7年度の前期実施計画において利用者の数値目標を策定し、実施状況の評価を行える内容となっている。</p>		
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
<p><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。 法人の定めた中長期経営基本計画に基づき、障がい者支援部として毎年事業実施計画を策定している。事業実施計画を策定する際は、業務反省を行い、前年度の事業実施計画の課題や問題点を明確にし、具体的な数値目標を設定している。</p>		

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
<p><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。毎年度、定例職員会議において事業計画の見直しを行っている。前期、年間の業務反省に基づき次年度の事業計画に反映している。事業計画については、職員会議時に配布し説明を行って職員の理解を促している。</p>		
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
<p><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。障がい者支援部の事業計画(経営方針)は、利用者向けに主な内容にはルビをふって掲示、周知している。また、できるだけ分かりやすいよう、イラストを入れた掲示物も併せて掲示している。 一方、利用者の自治会である「友睦会」に対して、口頭での具体的な説明はなく十分とは言えない状況である。利用者等の参加を促す観点からも、今後、説明・周知の工夫が望まれる。</p>		

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
<p><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。 福祉サービスの質の向上は、P(Plan・計画策定)→D(Do・実行)→C(Check・評価)→A(Act・見直し)のサイクルを継続して実施することにより、機能することから、職員会議で福祉サービスの質の向上に向けた提案・協議・実行についての結果は、翌月の職員会議で効果を確認する仕組みで取り組んでいる。見直しがあれば計画の変更等を行っている。また、障がい者支援部では、平成30年度に第三者評価を受審し、令和元年度と令和2年度には第三者評価基準に基づく自己評価を行っている。</p>		
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
<p><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。 自己評価の結果を分析し、課題を明確にして改善実施計画を作成し、継続的に取り組んでいる。改善実施計画は、部長、係長を中心に、関連する担当者も交え検討し、その内容は回覧し、職員間で課題の共有化が図られている。</p>		

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。	b
<p><コメント10> 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 療育センター機関紙「みち」を利用者、家族、各機関宛てに年2回発行しているほか、障がい者支援部独自の広報紙「You&Boku(ゆう・ぼく)」を年2回発行し、自らの役割と責任について表明している。また、職員会議においても自らの役割と責任を含む職務分掌等について表明し周知を図っている。 しかしながら、有事における管理者の役割と責任については、療育センター消防計画書に定められた消防訓練を実施するための防災訓練実施計画や火災と地震への緊急避難対応マニュアル等があるものの十分とは言えない。平常時のみならず、管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を明確にした非常災害対策計画等の作成が望まれる。</p>		
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
<p><コメント11> 管理者は、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。 法人では、令和3年3月に日常の業務を遂行する過程で遵守すべき基本的な方針及び行動の指針となるコンプライアンス基本方針・行動指針を改定し、職員に周知を図っている。障がい者支援部長は、自ら遵守すべき法令等を十分に理解し、利害関係者との適正な関係を保持している。職員に対しては、年2回、コンプライアンス自己チェックシートによりコンプライアンスが守られているかを確認・分析し、職員会議で傾向についてコメントを示して各職員の意識啓発を図っている。また、法令遵守に関連する項目を職員会議で話をしている。そのほか、部内研修として、「クレーム対応」「接遇」「虐待防止」等を実施している。</p>		

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
<p><コメント12> 管理者は、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。 障がい者支援部長は、福祉サービスの質の向上のため四半期ごとに業務自主点検を実施し、評価・分析を行っている。また、療育センター全体での療育研修会や業務改善活動報告会を年1回開催し、職員の発表・研修の場を設けている。職員はその発表に向けた資料作成や内容の精査等、自己学習の研鑽、研究の推進に積極的に取り組んでいる。</p>		
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
<p><コメント13> 管理者は、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。 障がい者支援部長は、経営状況について、療育センター内の会議で経営課題の改善に向けて指導力を発揮している。また、働きやすい環境整備の一環として夏季休暇、年次等の休暇の取得については、職員の希望に応じられるよう配慮している。業務の実効性を高めるために業務改善活動、職員提案制度等を活用して自ら積極的に参画し、職員の声を聞いて改善に取り組んでいる。</p>		

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
<p><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。 法人の経営基本方針の一つに人材確保・育成と働きがいのある職場づくりを掲げ、中長期経営基本計画において、計画的な人材の確保に努めることとし、ホームページ・就職情報サイトの活用や就職説明会の開催等を行っている。また、正規職員の採用を年2回、社会人経験者を対象として実施し、幅広く人材の確保に取り組んでいる。障がい者支援部では看護師、理学療法士等の専門職を確保し人事考課制度、目標管理制度、教育研修制度により、育成が図られている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント15> 総合的な人事管理を実施している。 法人において期待する職員像として「優しい心、高い専門性、強い責任感と自省心を持ち、向上発展する職員」を掲げ明確にしている。期待される職員像を目指すため「教育研修制度」、「人事考課制度」、「目標管理制度」を実施し、有機的に三制度の運用を図っている。人事考課、目標管理制度に合わせ、職員の個別面談を年3回実施して職員の意向や意見に基づき改善策を検討・実施している。</p>		

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り組んでいる。	a
<p><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り組んでいる。 部門管理者である障がい者支援部長は、法人が定めている目標決定面談(5月)、中間面談(9月)、達成面談(2月)に基づき、定期的に職員との個別面談を行っているほか、時間外労働や休暇取得状況を把握しワークライフバランスに配慮している。また、日頃から職場内のコミュニケーションを取って働きやすい職場づくりに努めている。法人全体として、職員の心身の健康の確保のため、メンタルヘルス不調者への対応フローチャートや各事業における支援体制を築いている。</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。		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
<p><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。 法人が期待する職員像の指標があり、その理念のもとに職務定義書が定められている。障がい者支援部においては、目標管理制度実施要領に基づいて、人事考課・目標管理シートがあり、職員が定めた目標に対し、上司が個別面談を行い、中間面談により進捗状況を確認した上で、自己評価について指導助言を行っている。さらに期末面談で目標達成度合いの確認を行い、次年度に反映していくことを繰り返しながら、法人本部と療育センター・障がい者支援部は、一貫した職員育成に向けた目標管理等が適切に行われている。</p>		

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
<p><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。 中長期経営基本計画、職務定義書、指標、職員の手引き書である「手にして未来Ⅱ」には、法人の基本理念・基本方針が明示されている。これを基に教育研修制度実施要領があり、体系化された本部所管研修・施設所管研修・自己啓発研修を合わせて、職員(臨時職員を含む常勤の職員全員)は、個別人材育成計画を作成し、教育・研修が実施され、期末面談で評価されている。</p>		
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
<p><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。 法人の教育研修制度実施要領に基づき、本部所管研修と施設所管研修及び自己啓発研修がある。それぞれにおいて、職制別研修や派遣研修及び部門別研修・OJT等があり、外部研修に係る情報を各職員に提供し、職員個々の研修計画を作成し適切に教育・研修が実施されている。新採用職員は、新採用職員指導要領に基づき、指導計画が作成され適切に教育・研修が行われている。令和2年度においては、6月から2月まで8名の職員が外部研修に参加している。</p>		

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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。 「療育センター実習生受入要領」「実習生受入マニュアル」・事務分担表・実習指導者会議報告書等により積極的な取組を実施していく体制は整備されている。社会福祉士養成の実習については、大学主催によるソーシャルワーク実習指導者会議がオンラインにより開催され、指導者研修を受講済みの職員1名が出席している。学校側と、ソーシャルワーク実習指導マニュアル及び実習感染症防止対策等について協議するとともに、今後においてもプログラムの整備や社会情勢及び実習先の状況等を共有しながら、継続的な連携を維持していくための取組を行っている。</p>		

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
<p><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、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報及び第三者評価結果報告書をホームページに公開している。療育センターの機関紙「みち」は療育センター全体の概要を紹介し、障がい者支援部機関紙「You&Boku(ゆう・ぼく)」は、利用者のユニークな手書きもあり、親しみやすい機関紙である。理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報紙等を県内各関係機関や地域へ向けて配布している。</p>		
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
<p><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。 法人の処務規則及び会計規則・経営分析結果報告書により事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知されている。外部の専門家による監査支援及び内部監査が定期的に行われ、指摘事項に基づいて経営改善を行い、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。</p>		

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。	b
<p><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行っているが、十分ではない。 利用者と地域との交流を広げるための地域とのかかわり方についての基本的な考え方は、事業計画に文書化され、地域行事の情報提供や地域タウン誌等が利用者の視点で利用しやすいように設置されている。コロナ禍により、地域で開催されるイベントが見合わせとなったり、療育センターの夏祭りも内部のみの実施となっている。 コロナ禍という状況の中にあって、利用者と地域との交流を広げるための取組は限られるが、職員提案型の制度を積極活用する等、活用できる社会資源や地域の情報収集を行い、一人ひとりのニーズに応じた地域交流を広げるための機会を目指す創意ある取組が期待される。</p>		

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
<p><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。 地域の学校教育等への協力については、法人の実施計画及び療育センター事業計画の中に、小中学校への職員の講師派遣及び小中学校・高等学校からの職業体験の受入れ、地域保育園等との交流行事の実施の項目がある。 しかし、障がい者支援部の実施計画では、地域の学校教育等への協力について具体的な項目が掲載されていない。地域の人々や学校等におけるボランティア活動は地域社会と施設をつなぐ柱であり、また施設は福祉に関する知識と専門性を有する社会資源としてその役割があることから、小中学生の職場見学や高等学校のインターンシップ等を行うなどの取組が期待される。</p>		

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
<p><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。 各関係機関一覧表(49機関)が掲示されており、それぞれの関係機関とは、定期的又は必要に応じて支援会議を開催し、関係文書、支援会議録(岩手中部障がい者就業・生活支援センターほか)が整備され、職員会議で説明・共有されている。また、退所者のアフターケアは、支援会議や電話等により必要に応じて行われ、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</p>		

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。	b
<p><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行っているが、十分ではない。 療育センター研修会、紫波郡障がい者ネットワーク会議「つきー会」及び矢巾地域の基幹相談支援センターと連携を図っている。経営分析結果では、事業所の利用者増、認知度向上やニーズ発掘のためのアンケート調査を行う等、本格的なニーズや生活課題等の把握に努めている段階であるが、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には至っていない。</p>		

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
<p><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。 療育センターでは、関係機関及び地域住民向けに療育研修会を開催しており、現在は、コロナ禍のためオンラインを活用している。障がい者支援部では、講師として法人内の事業所職員を対象に研修を行っているが、法人内の職員に加えて一般参加者も加える等、地域に還元する取組が期待される。 なお、療育センターとして超重症児等の利用増加に伴い設備面や人的体制等の課題があり、地域の防災対策や、被災時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組は、現時点では困難であり、着手できる状況にはない。</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。		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
<p><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。 法人の令和3年度概要に、経営理念、基本方針(行動指針)、職員倫理綱領、職員行動規範を明記している。法人のパンフレット、中長期経営基本計画(令和3～12年度)、機関紙「みんなの広場」、令和3年度事業計画書当初予算書に経営理念、行動規範を記している。職員の手引き書である「手にして未来Ⅱ」に理念、経営方針とともに人権侵害防止取組要領、虐待防止要綱が掲載され、利用者尊重の概略について、毎月の職員会議で部長から説明があり、さらに順番で職員による読み合わせをしている。また、人権侵害自己チェック票は毎月100%の提出率で本部に報告している。虐待件数、内容、虐待の発生要因、リスクマネジメント等について研修を深め、標準的な実施方法等に反映され、必要な対応がされている。</p>		

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。	a
<p><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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。「手にして未来Ⅱ」、法人の虐待防止要綱、コンプライアンス基本方針・行動指針、プライバシーの権利保護マニュアル、「療育センター個人情報保護への対応方針」に利用者のプライバシー保護について規定され、職員会議・研修会で職員への理解が図られている。利用者とは、入所時に契約書、重要事項説明書、写真と映像の使用同意書、個人情報の使用に係る同意書等を交わしている。プライバシー保護について掲示し、周知に努めている。二人用の居室はカーテンで仕切っているが、現在は一人一部屋で使用している。利用者や家族には、入所時にプライバシー保護について、各種資料により丁寧に説明している。新しい施設になり、利用者も安心して生活を楽しんでいる。</p>		
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。	a
<p><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積極的に提供している。療育センター及び障がい者支援部用パンフレット、入所案内用紙等を、県内の地域ごとに各施設(医療機関、支援学校、相談事業所等)へ年次計画(毎年30数箇所ずつ)に基づき、郵送している。見学、体験入所、一日利用等は、従来積極的に行ってきたが、療育センター全体のコロナ対策により、現在は中止している。要請に応じて、医療機関等各施設に職員が出向き、パワーポイントや動画を活用して説明している。なお、言葉遣い、写真、図、絵を工夫したより分かりやすいパンフレットを現在作成中である。</p>		
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
<p><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。サービス開始の時は、利用契約書、重要事項説明書、訓練や就労移行支援マニュアル、ホームページ、パンフレット、パワーポイント、動画を活用して、分かりやすい資料で説明し、自己決定を尊重している。しかし、変更時や退所時の対応については、家族への適切な説明、運用のルール化、困難事例について整理、整備することが望まれる。特に退所先については、利用期間が1年6か月(機能訓練)から2年(生活訓練、就労移行)であることから、退所先選定の難航が予想されること等を踏まえ、詳しい説明や継続に配慮するなどの取組が求められる。</p>		
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。	a
<p><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。他の福祉サービス事業所、地域、家庭への移行等に当たっては、退所支援マニュアルにより、民生委員、ケースワーカー、相談支援専門員等の出席のもと、支援会議等を実施し、本人の生活歴、家族状況、医療情報、ADL等の情報を記した引継ぎ文書により、情報提供をしている。また、退所後の相談方法や担当者について文書を渡しているほか、退所後の窓口や電話によるアフターケアの状況等も記録している。</p>		
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。	a
<p><コメント33> 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。満足度調査実施要領に基づき、年2回(10月、3月)満足度調査を実施している。施設、日課、入浴、食事、職員、健康等について調査し、分析・検討結果を利用者、自治会等に説明し、さらに絵入りのわかりやすい資料を掲示している。この結果をもとに、日課の変更等、具体的に改善している。給食に関する野菜の好き嫌いの嗜好調査は絵入りで実施し、好きな野菜ランキングを全体及び部署ごとで発表している。和食、焼き魚等が好まれており、日々の給食や行事食に取り入れられている。また、宿直時を活用して、部長をはじめとした宿直職員が何でも相談を実施している。</p>		
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
<p><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。法人及び療育センターの実施要綱、実施要領に基づき、責任者に事務局長、受付担当者に部長、第三者委員に男性1名・女性2名が設置されている。利用者には重要事項説明書で説明している。意見箱を玄関と2階食堂に設置し、紙とペンを用意し、また、相談員名を廊下に掲示している。苦情受付・経過記録書を保管し、検討内容や対応策を利用者と家族等にフィードバックするとともに、事業報告書で毎年公表している。</p>		

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
<p><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。 毎月1回、部長によるなんでも相談を実施している。意見箱の設置と苦情解決事業について第三者委員3名の氏名とともに廊下に掲示している。 宿直時には、当直の職員に相談できるようになっており、相手を自由に選べる状況にあるが、文書化をして、利用者に伝えることが望ましい。</p>		
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。	a
<p><コメント36> 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。 日常的に担当者を中心に相談や意見の傾聴に努めており、宿直時にも傾聴が行われている。意見箱と一緒にポスターを掲示し、意見を述べやすいスペースとして相談室の確保もできている。対応マニュアルの活用により、相談や意見について、状況を速やかに説明し迅速に対応するとともに、業務反省や業務改善で見直しも行っている。</p>		
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
<p><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。 ジェネラルリスクマネジャーに部長、リスクマネジャーに係長が選任されており、リスクマネジメント委員会が開催されている。事故発生時の対応と安全確保について責任が明確化され、手順書等があり、職員に周知されている。インシデント及びアクシデントレポートが提出されており、終礼や職員会議で確認され、発生要因、改善策、再発防止策を検討・実施している。療育センター全体の医療安全対策委員会、リスクマネジメント委員会にメールで報告し、さらにメール会議において、分析・検討し、改善をしている。ヒヤリハットについても職員が意識している。特に、高血圧等の服薬管理、刻み食の配膳ミス等を避けるため、複数職員で確認している。障がいによる特性についても、専門的な見地から対応している。職員への安全確保・事故防止研修は、外部研修を含めて行い、安全確保策の実施状況と実効性について、定期的に評価、見直しをしている。</p>		
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
<p><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。 新型コロナウイルス感染症対策について、法人事務局と拠点施設15か所を対象に、以下の基本的対応が、法人から詳細に提示されている。①県等からの不要不急の外出自粛要請等が出た場合、②濃厚接触者又はPCR検査を受ける者が出た場合、③感染者が発生した場合。さらに、障がい者支援部として、感染が発生した場合の対応マニュアルを策定し、施設内のゾーニング、罹患者の隔離、利用者支援職員の宿泊先の調整等のほか、継続する事業内容、通所事業の一時制限、職員の勤務の取扱い等も規定されている。療育センター所長から第3版院内感染対策マニュアルが発出されており、感染対策機構図、指針要綱、規定標準予防、経路別予防、ゾーニング、職業感染等12項目が規定されている。また、院内感染対策委員会がメールによる紙面会議で行われている。利用者を対象とした感染症対策の学習会が開催され、療育センター全体として厳密な対策が実施されている。</p>		
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
<p><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。 「手にして未来Ⅱ」、療育センターの消防計画書、避難経路図、緊急避難(災害)地震マニュアル、防火管理規定、防災訓練等実施計画書、障がい者支援部の緊急連絡網、非常招集連絡系統図等により、療育センター全体として、災害時の対応体制が決められている。また、隣接する盛岡となん支援学校と連携した消防計画、統括防火、防災の協議事項、防火管理委員会の仕組みを構築し、機能させている。利用者及び職員の安否確認の方法が定められ、すべての職員に周知されるとともに、その他にもスマートフォンを利用し、安否確認を行っている。療育センター全体として、食糧や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を定め整備している。となん支援学校とは、地域避難協力体制を構築し、協力員を地域住民に依頼している。民間業者2社に防火管理の一部、消防設備等の監視、操作、災害時の自衛消防、通報連絡等を業務委託をしている。 なお、療育センターとして、診療継続計画、事業継続計画(BCP)が綿密に立てられ、BCP発想に基づく初動対応と大災害対応の連動の観点で計画されている。</p>		

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
<p><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。 施設として、標準的な実施方法について、障がい者支援部事業計画に基づき各種手順書を定めている。特に、「手にして未来Ⅱ」を中心に据え、障がいの程度や特性に応じた個別支援計画の作成と、それに伴う支援マニュアルを活用しており、各マニュアルには、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護について記載され、職員会議やサービス管理責任者を中心とした打合せで周知徹底を図るとともに、業務反省で標準的な実施の確認が行われている。</p>		
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
<p><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。 標準的な実施方法については、支援マニュアルを中心に、毎月の職員会議、臨時の会議を開いて、職員全体で見直しをしている。モニタリングや個別支援計画もPDCAサイクルで検証・見直しを行い、必要に応じて一人ひとりの実施計画の内容に反映され、機能している。また、職員や利用者等からの意見や提案も、業務反省、満足度調査、なんでも相談等を通して速やかに反映されている。</p>		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p><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おり、取組を行っている。 サービス管理者を実施計画策定の責任者としている。アセスメント様式を定め、一人ひとりの個別支援計画、モニタリング記録を踏まえ、外部関係者も参加して支援会議を開き、協議を重ね、アセスメントを行っている。利用者一人ひとりのニーズは、意向聴取表にて確認され、利用者の意向と同意に基づき個別支援計画が立案・実施されている。原則3か月ごとのモニタリングも機能している。職員会議、業務反省により、計画どおりに実施されていることを確認する仕組みがあり、これらは記録として整備されている。</p>		
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
<p><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。 実施計画の見直しについて、「手にして未来Ⅱ」において、時期、参加者、利用者の意向把握、同意を得る手順等、組織的な仕組みを定めている。見直しによって変更した個別支援計画の内容は、利用者情報ソフト用パソコン(職員室に2台あり)に入力し、職員が閲覧できる体制になっている。また、利用者の意向や支援に対する希望や評価が反映される様式となっている。退所後の居住先を決めきれないケースがあり、その際は、市町村や相談支援事業所と協議を行い、提供サービスの変更を行っている。 今後は、福祉サービス、施設受入状況等課題を整理されたい。</p>		
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
<p><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。 相談受付手順、受付票、利用者基本情報、アセスメント情報(ADL等)、意向聴取票、個別支援計画、モニタリング等の統一した様式により、利用者の身体、生活状況等が把握・記録されている。サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認できる。記録内容や書き方に差異が生じないように、要領や指導等を工夫している。情報の流れが明確にされており、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。情報共有を目的とした定期的な会議の開催や部門横断の取組がされている。情報記録ソフトが入っている専用パソコン2台による記録、職員全員で共有フォルダを用いた情報共有の仕組みが整備され、管理されている。なお、会議の際は、紙媒体に印刷せず、できるだけ画面上での会議を行っている。</p>		
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
<p><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。 「手にして未来Ⅱ」、法人の個人情報保護に関する規程、基本方針、同意書、マニュアル等に利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定及び個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が定められている。記録管理者を部長と定め、職員は、利用者の個人情報について個人情報保護規定等を理解し、守秘義務を遵守している。個人情報の使用については、入所時にその使用について意思を確認し、同意書ももらっている。</p>		

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-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
<p><コメント2> 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 「手にして未来Ⅱ」の第1章で「社会福祉実践の基本」として整備され、併せて利用契約書及び重要事項説明書、コンプライアンス基本方針・行動指針、身体拘束に関する基準等各種マニュアルに基づいて取り組んでいる。また、人権侵害に関する自己チェック表を毎月全職員が記入し、提出することで日常的に人権侵害の予防に取り組んでいる。権利擁護に関する内容は、重要事項説明書で、家族及び本人に説明を行っている。前回の第三者評価受審時に「プライバシー権利保護マニュアルの活用と周知の徹底」について改善が求められるとされたが、部内研修の実施や掲示用マニュアルの整備等について積極的に取り組むことにより改善されている。</p>		

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。	a
<p><コメント2> 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 「手にして未来Ⅱ」の第1章で「社会福祉実践の基本」として整備され、併せて利用契約書及び重要事項説明書、コンプライアンス基本方針・行動指針、身体拘束に関する基準等各種マニュアルに基づいて取り組んでいる。また、人権侵害に関する自己チェック表を毎月全職員が記入し、提出することで日常的に人権侵害の予防に取り組んでいる。権利擁護に関する内容は、重要事項説明書で、家族及び本人に説明を行っている。前回の第三者評価受審時に「プライバシー権利保護マニュアルの活用と周知の徹底」について改善が求められるとされたが、部内研修の実施や掲示用マニュアルの整備等について積極的に取り組むことにより改善されている。</p>		

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
<p><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。 自立訓練(機能・生活)事業、就労移行支援事業という、利用期間が決まっているサービスを提供している関係から、個々のニーズや障がいの特性・軽重等に合わせて退所に向けた目標を設定し、それを明示した個別支援計画によって支援が提供されている。本人の希望を尊重した上で自立訓練実施計画を作成し、自立生活訓練評価表を活用しながら声がけや環境の整備(合理的配慮)等による動機づけに取り組み、自主的な活動を尊重して見守りの姿勢を基本とした支援を行っている。処方薬についても、可能な限り自主管理を原則(服薬確認は誤飲・誤用防止のため職員がチェックする)とし、食堂には私物(飲食物)管理用の冷蔵庫を設置している。アパート等での生活を予定している自立生活訓練が必要な利用者に対しては、自活訓練室において、実際のアパート等での生活を疑似体験しながら訓練することができるようにしている。行政手続や通院等については必要に応じて、送迎や同行等の支援を行っている。</p>		
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
<p><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。 身体障がいや高次脳機能障がいのある方を対象として地域で自立して生活するための有期限の支援を提供する事業を行っており、特に自立訓練(機能)事業については県内唯一の実施事業所となっている。利用者への支援についてはアセスメントシートによる評価と本人及び家族からの意向の聴取に基づき作成された個別支援計画によって行われている。失語症等コミュニケーションに配慮を要する利用者に対してもアセスメントに基づき本人との意思疎通に支障のない手段を検討して必要な支援を行っている。利用者に伝える方法として、口頭連絡に加えて、ホワイトボード等を活用し、視覚でも確認できる環境を作っている。令和2年度には職員研修として「SST(社会生活技能訓練療法)ファーストレベル研修」を受講し支援スキルの向上に努めている。</p>		
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
<p><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。 利用者からの相談は生活のいとなみの場面においていつでも誰にでも話せることを基本とし、併せて個別に相談できる機会も確保している。利用者の選択・決定と理解のための情報提供については、高次脳機能障がいのある利用者の特性に配慮しつつ、それぞれのメリットとデメリットを分かりやすく伝達するように努めている。選挙支援についても期日前投票及び不在者投票それぞれについてマニュアルを整備し、利用者の意思を尊重した参政権の行使に努めている。</p>		

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
<p><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。 「手にして未来Ⅱ」及び事業ごとに整備されているマニュアルに基づいて作成された個別支援計画により、個々のニーズに合わせた支援を提供している。身体状況に合わせた機能訓練や体力向上に係る活動、認知訓練、ピッキングや請求書作成等の就労移行支援のほか、日中活動については、日常的なパソコン作業、陶芸部及びブラスワン(各種の学習機会の提供)、コロナ禍前にはふくろうグループ(高次脳機能障がい者当事者支援)のフィールドワークとして大型ショッピングセンターに出掛けていくこともあった。県独自の緊急事態宣言が発出される等事業所外での活動が困難な状況にあった中で、利用者からの希望によってADL室を使った鉄板焼きの昼食会等も開催した。活動やプログラム等への参加に消極的な利用者に対しては、活動でつくった料理を自室で食べる等個々の可能な範囲で部分的に参加できるように努めている。</p>		
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
<p><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。 身体障がいや高次脳機能障がいのある人を対象とした事業所として、個々の障がいの状況についてアセスメントシートで評価し個別支援計画に基づいて支援を行っている。常勤職員の平均在職年数が2.5年(令和3年度)という中で、異動等で着任してから初めて高次脳機能障がいのある利用者にかかわる職員が多く、専門的な知識や支援技術を早期に習得する必要がある。この課題に対して、大学の教員が月1回程度ともに活動し、利用者支援等への指導的助言により専門的知識や支援技術の習得に努めている(県独自の緊急事態宣言の発出に伴って令和3年8月以降教員の来所を見合わせ中。11月再開の予定)。不適応行動等によって個別的な対応が必要となった場合には、終礼等で適宜情報共有を図りながら、支援検討会議を開催して支援方法の検討・見直し等を行っている。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		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な生活支援を行っている。	b
<p><コメント8> 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っているが、十分ではない。 食事・入浴・排せつについては、それぞれマニュアルを整備し標準的な実施方法で支援を行うとともに、個々の心身の状況に応じて、アセスメントシートの評価に基づいて作成した個別支援計画によって支援を行っている。入浴はそれぞれの障がいに合わせたマニュアルで、入浴時間についても個々の希望を尊重し、プライバシーに配慮した支援がされている。食事については、年2回実施する嗜好調査の結果を参考として、利用者の意見を考慮した献立となっている。 一方、県立療育センターとして統一した献立となっているため、児童から成人まで嗜好や配慮事項等の異なる利用者に対して、可能な限り栄養士の工夫で対応している状況ではあるが、医療的ケアの必要な児童を最優先する都合上個々の希望に対してきめ細かい部分の対応が難しい状況となっている。調理体制の整備や栄養士の負担軽減等、より良い食事の提供に向けた検討が求められる。</p>		
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。	a
<p><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。 毎月担当者によって「点検・修繕チェックリスト」を使った施設・設備の点検がされ、不備があれば修理改善を行うが、これまで椅子の緩んだねじの締め付け程度で大きく修繕が必要な箇所は出てきていない。平成30年1月に現在地に移転新築され、全体が明るく清潔感のある空間となっている。利用者の居室については、定員に対して現在利用者数に余裕があることと、コロナ禍における状況から全室個室対応となっている。また、毎週曜日を決めて掃除の時間をつくり、居室環境の確認を含め職員が必要な支援を行っている。食堂は、手指消毒を徹底し、基本的に1人1テーブルで食事ができるようにしている。洗面所は、車椅子でも不便なく使用できるようバリアフリー設計となっているほか、トイレもプライバシーが保護され安全に利用できるように設計されている。夜間は、守衛や宿直職員の見回りによって部屋のテレビの消し忘れや音漏れ等に注意して利用者の安眠環境が確保されている。</p>		

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。	b
<p><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が、十分ではない。 県内唯一の自立訓練(機能)事業所であり、特に高次脳機能障がいのある方の自立に向けた訓練機関として重要な役割を担っている。専門職である理学療法士を常勤雇用として配置しており、機能訓練室も整備されている。自立訓練(機能)事業は、標準利用期間が1年6か月とされている中で、個々のニーズに対して身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復を目的とした訓練により利用者の地域生活への移行を図ることが目的として位置づけられている。機能訓練の対象者は「機能訓練について」としてフローチャートで決定することになっている。 しかし、個々の利用者に対する機能訓練の必要性の協議や個別支援計画の作成の段階で、理学療法士が必ずしも参加できていないわけではなく、計画的に機能訓練を行える状況とはなっていない。今後は、設備及び人材の有効活用について検討し、より専門性の高い支援の提供が求められる。</p>		

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
<p><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。 健康管理マニュアルに基づき、日々の健康状態の確認、通院支援、健康診断、健康指導に取り組んでいる。利用者の健康状態については勤務の交代時に引き継ぐほか、特別の対応が必要な際には職員会議や職員研修等を通してその周知に努めている。年2回実施している定期健診(神経内科)の際には、看護師と事前に健康状態等について確認を行い、その内容をまとめ医師に情報提供し連携を図っている。利用者の体調変化等に迅速に対応するため、緊急医療対応マニュアルを平日・日中だけではなく夜間・休日用のものを整備し、その手順を共有している。また、のどに物を詰まらせた時の対応マニュアルも整備し、異物除去、救急車要請、経過観察の手順を明示している。その上で、個々の利用者に対しては、看護師を中心に地域生活を見据えて「自分の健康は自分で守る」ことを意識づけるようにしている。特に、不調の際にどのように対処すればよいかといったことについて、健康相談等で伝えるようにしている。</p>		

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。	a
<p><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。 健康管理マニュアルで通院支援の手順を示し、服薬支援マニュアル、緊急医療対応マニュアルで医療的な支援を実施している。服薬管理は、地域移行を見据えて利用者個々の状況に応じて段階を踏んで徐々に自己管理できるよう支援している。薬は一包化するとともに、職員のチェックによって飲み忘れや誤飲が起こらないように配慮している。利用者の障がい状況から自己管理が困難な場合は、本人同意のもと、職員管理としている。アレルギー疾患等のある利用者については、食事形態表にその旨を記載し、職員に周知を図り対応している。食事形態表は栄養士にも提出し連携を図っている。医療機関が併設する事業所である特性を生かし、医師や看護師の助言に基づく支援体制の構築を図っている。さらに外部の講習会(Zoom研修)に利用者も職員とともに参加し、職員は知識の習得等を、利用者は自身の障がい理解等に努めている。</p>		

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
<p><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。 利用者が個々の目標や希望に合わせて地域移行に向けて取り組むための活動プログラムとして、ストレッチやスポーツレクリエーション、認知訓練等16種類のプログラムが用意され、自主的に活動を行うことができるようになっている。高次脳機能障がい当事者訓練(ふくろうグループ)においては、利用者の社会参加や学習意欲を高めたり認知機能の向上を目的に、コミュニケーションに関することやフィールドワーク等を実施している。また、認知訓練の一環として計算問題、かな拾い等を実施しているほか、利用者の特性把握及び認知機能向上のためコグトレ(認知トレーニング=Cognitive Training)を実施している。外泊、外出等については、新型コロナウイルス感染症に係る基本的対応に基づき対応している。</p>		

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
<p><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。 令和2年度の退所者は5名で、退所理由の内訳は家庭復帰4名、就労継続支援B型事業所の利用が1名となっている。家庭復帰者の中には復職につながった人もいる。個々の利用者が地域生活に移行するイメージを持てるよう、希望によって他事業所等の見学に同行したりオンライン見学を調整・実施したりしている。プラスワン(各種の学習機会)の活動の中で、利用可能な福祉制度や福祉サービス等の基礎的な知識・情報の習得・収集に関する支援を行っている。退所後に障がい福祉サービスを利用する場合には、地域の相談支援事業所との連絡・連携を通じてスムーズに地域移行できるように調整を図っている。</p>		

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
<p><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。 個別支援計画の作成及びモニタリングにおいては、利用者の意向とともに、家族の意向についても聴取して意向聴取表には聴取者の氏名とともに、利用者のサインも付して記録することになっている。聴取した家族の意向については、利用者本人の意向に反しない限りにおいて尊重することとしている。また、地域移行等支援の方向性を関係者間で確認・調整が必要な際には支援会議に家族も参加することになっている。コロナ禍により、直接会って話すことが難しい状況においては、電話やオンラインビデオ通話等で実施している。緊急時(利用者の所在不明時や通帳紛失時等の際)には、マニュアル、フローチャートに基づき身元引受人と連絡を取ることになっている。</p>		

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。	非該当
<p><コメント16></p>		

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。	a
<p><コメント17> 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。 就労訓練として、就労に必要な知識及び能力の向上のため請求書作成、ピッキング、計量作業、パソコン基礎、パソコン資格取得等のプログラムを用意しており、利用者の希望によって選択することができる。利用者の特性等に配慮して小グループで課題を設定して取り組むグループ訓練も実施している。これらについては個別支援計画によって行われ、支援日誌に記録される。モニタリング時に、本人の意向や支援等について確認を行い、必要に応じて、家族や関係機関等で支援会議を実施し、本人の意向や就労に向けての支援等について確認を行っている。</p>		
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。	b
<p><コメント18> 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が、十分ではない。 就労移行支援マニュアルを作成し、アセスメントから雇用決定、さらに就労後のフォローアップまでの手順を定めて支援している。就労訓練の一環として、グループ訓練を実施、利用者の意向を組み入れ、障がい状況等に配慮しテーマを設けて訓練を提供している。また、定期的に話し合いの場を設け、グループ訓練の内容や利用者の状況等について確認を行っている。工賃については支給要領を整備しており、原則として、利用開始日に契約と併せて利用者に説明し同意を得るようにしている。 就労移行支援事業のため、サービス利用終了後の就労に向けた支援が主な目的であることから、工賃引き上げの取組については難しい状況である。コロナ禍においては外部との交流にも制限があり、名刺や冊子等の作成に関する広報営業活動にも取り組みめない状況となり、受注数も安定しなかった。</p>		
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。	b
<p><コメント19> 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が、十分でない。 利用者の就職活動の支援に当たっては、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、公共職業安定所等関係機関と連携して取り組んでいる。その中で、利用者の障害者就業・生活支援センターへの相談については登録手続き支援や支援会議の実施等、就労移行支援マニュアルにも位置づけながら取り組んでいる。また、地域自立支援協議会の就労に関する部会へ出席し、情報収集を図りながら他機関との連携の機会の確保に努めている。就職後(退所後)のフォローアップとして、半年間本人や就職先と連絡を取り、仕事や生活の状況確認や助言等を行い職場定着を図っている。 一方で、サービス利用に期限が設けられている事業でもあり、離職した障がい者の受入れや支援については積極的にはできていない状況である。また、合理的配慮を要する利用者がある場合は、利用者の状況や特性等に応じて対応しているが、就労移行支援マニュアルにおいて、合理的配慮に係る支援が明確にされておらず、マニュアルの見直しが求められる。</p>		