

(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:みちのく療育園メディカルセンター	種別:医療型障害児入所施設	
代表者(職名)氏名:小山 耕太郎	定員・利用人数: 60名	
所在地:紫波郡矢巾町大字煙山24-1		
TEL:019-611-0600	ホームページ:http://www.i-shinsei.jp	
【施設・事業所の概要】医療型障害児入所施設・療養介護・生活介護・児童発達支援・短期入所		
開設年月日:平成13年7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 新生会 理事長 阿部 肇男		
職員数	常勤職員:84名	非常勤職員:12名(医師含まず)
専門職員	医師:4名	医師:12名(歯科医師4名含)
	薬剤師:1名	
	看護師:25名(准看護師3名含)	
	(サービス管理責任者:3名)	
	生活支援員:31名(介護福祉士14名)	生活支援員:3名(介護福祉士2名)
	管理栄養士:2名	
	放射線技師:1名	
	理学・作業療法士:3名	
	臨床検査技師:1名	
	歯科衛生士:1名	
	総務・事務:10名	
	調理師:3名	調理員:4名
	相談員:2名	洗濯員・清掃員:5名
施設・設備 の概要	居室・定員:6名4室 5名2室	診療室3診・歯科1診
	居室・定員:4名1室 3名1室	X線室・検査室・脳波心電室
	居室・定員:9名1室 1名10室	薬局・医局
	食堂兼プレイルーム	会議室・多目的室
	障害者用トイレ	相談室
	厨房・給食施設	職員休息室

③ 理念・基本方針

○法人の理念 「輝く命」

【法人の基本方針】①人権の尊重②四者一体での運営③倫理の確立④地域生活支援の活動強化

○みちのく療育園メディカルセンターの理念

私たちは、すべての人々が豊かな生活と幸福な人生を送ることを願い、地域社会とともに手を携えて前進します。

【基本方針】

- 1 みちのく療育園メディカルセンターは、重い障害を持つ人々の福祉と充実を目指します。
- 2 みちのく療育園メディカルセンターは、ノーマライゼーションの理念に基づいて、地域社会と共に歩みます。
- 3 みちのく療育園メディカルセンターは、内外の評価と提言を受けながら日々研鑽に励みます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

児童福祉法と障害者総合支援法に基づく福祉施設であり、同時に医療法に基づく病院でもあります。療育・医療・リハビリ・介護などの機能を生かし、重度の知的障害と重度の肢体不自由を併せ持つ「重症心身障害児・者」の方々を対象に以下の事業を行う福祉医療施設です。

○児童福祉法による「医療型障害児入所施設」障害者総合支援法による「療養介護事業所」
長期契約利用（長期入院）60名

○障害者総合支援法による「短期入所・日中一時利用」空床型

○「児童発達支援」「生活介護」1日利用者5名

○医療法による病院、入院診療：一般病床60（長期入院60床）

○外来診療：神経疾患・発達障害の専門医療機関としての専門外来

（標榜診療科：小児科、内科、精神科、耳鼻科、リハビリテーション科、歯科）

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年 12月 15日（契約日） ～令和4年 9月 29日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（平成29年度）

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

事業経営をとりまく環境と経営状況の的確な把握・分析

当施設が平成13年7月に本県初の重度心身障害児・者施設として開設されてから21年が経過した。この間、関連法律の改正があり、児童福祉法による「医療型障害児・者入所施設」、障害者総合支援法による「療養介護事業所」、医療法に基づく病院となり、建物、設備等が拡充整備され、定員数も増加した。入所者については高齢化が進み、医療の必要性が高まってきている。本年4月に名称を「みちのく療育園メディカルセンター」に改称した。

こうした中、県・市町村や日本重症心身障害福祉協会の会議、研修会に参加し地域の各種福祉計画の策定動向や全国の動向について内容を把握し分析している。また、中長期経営計画の策定に当たっては利用者及び家族等のアンケート調査を実施し同計画に反映させている。月次収支については、本部作成の財務実績シートと比較分析シートにより管理しているほか四半期ごとに利用者数、利用率を把握し分析を行っている。

◇ 改善を要する点

標準的な実施方法について見直しをする仕組みの整備

個々の利用者に対する支援の手順や留意点等をまとめた個別支援マニュアルについては年1回のモニタリング時に各部門担当者が参加するモニタリングカンファレンスを実施して総合的な評価を行った上で検証及び見直しを行っている。

しかし、支援の基本的な実施方法を定めた各種マニュアル（入浴・排泄・移動・行動特性・食事・個別社会体験・療育活動）については定期的な検証や見直しにかかる方法、手順、時期などについて文書化されたものではなく、マニュアルにはその作成日や改定日の記載がない。

実際には配置された担当者の課題意識によって不定期に見直されている。そのような状況から、福祉サービスの標準的な実施方法の設定や見直しについて組織的な取組とはなっておらず、今後は個別支援計画の見直しや個別支援マニュアルの取組と連動した仕組みとして構築されることが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

令和4年度福祉サービス第三者評価結果を受けて

みちのく療育園メディカルセンターは令和4年7月に福祉サービス第三者評価を受け、令和5年1月19日に結果報告会を開催しました。今回の第三者評価は平成26年度の第1回、平成29年度の第2次に次ぐ3回目であり、コロナ禍の影響によりほぼ5年ぶりの受審となりました。ご多用の中丁寧にご評価いただいた社会福祉法人岩手県社会福祉協議会の皆様に感謝申し上げます。

評価の結果は、共通評価45項目と内容評価16項目（19項目中3項目は非該当）、合計61項目の中で、評価aが17項目（28%）、評価bが41項目（67%）、評価cが3項目（5%）でした。今回の結果を前回と比べると、11項目において評価値は改善しており、評価値が悪化したものはありませんでした。これは職員一人ひとりが利用者様へ安心・安全な福祉サービスを提供するために創意工夫を重ねてきた結果であり、たいへん誇りに思います。一方、検証・見直しの体制作りや権利擁護のための取り組みなど、組織として一層の改善を要する点も明らかになりました。改善が期待される評価cを受けた3項目のうちひとつは共通評価（Ⅲ）「適切な福祉サービスの実施」の中の「標準的な実施方法について見直しをする仕組みの確立」であり、もうひとつは内容評価の中の「利用者の権利擁護に関する取り組みの徹底」でした。三つ目の評価cは、内容評価における「地域生活への移行と地域生活の支援」に関するものですが、この項目は当施設に当てはめることが必ずしも適切でない内容を含んでいると考えています。また、保護者様へのアンケートでは、長引くコロナ禍での日常生活への心配や保護者様の高齢化に伴う後見人に関する課題などが寄せられました。

みちのく療育園メディカルセンターの理念は「すべての人々が豊かな生活と幸福な人生を送ることを願い、地域社会とともに手を携えて前進します。」であり、その理念を実現するための基本方針のひとつに、「内外の評価と提言を受けながら日々研鑽に励みます。」を掲げています。今回の評価結果に基づき、組織として課題を明確化し、提供する福祉サービスの一層の改善に取り組んでまいります。利用者様・保護者様をはじめ地域の関係者の皆様には今後ともご支援、ご指導くださいますようお願い申し上げます。

令和5年1月23日

みちのく療育園メディカルセンター施設長

小山耕太郎

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： みちのく療育園メディカルセンター

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。	b
<p><コメント1> 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。 職員全員に対し法人、施設の理念を記載した携行用のカードを配布するとともに朝礼時等に唱和している。基本方針については新人職員研修において周知している。理念、基本方針は施設内の正面入口、会議室等目につく場所に掲示している。 理念や基本方針についてはルビを振るなど分かりやすく説明したものを作成するなどの工夫をし、周知を図るとともに、定期的に理念、基本方針の周知状況を確認するなど、継続的な取組が望まれる。</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> 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 県や施設の近隣市町等の会議や研修に参加するなどして地域の各種福祉計画の策定動向を把握し分析している。福祉サービスのコスト分析については法人本部作成の財務実績シート、比較分析シートにより毎月行っている。福祉サービス利用者の推移、利用率の分析は四半期ごとの法人監査時に行っている。</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。	b
<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、取組を進めているが十分ではない。 法人本部に設備整備、職員体制、財務状況の現状分析を四半期ごとに報告しているとともに施設内においても管理職以上で構成している運営会議で財務状況等についての情報を共有している。 改善すべき課題についての職員への周知や改善に向けて具体的な取組が望まれる。</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。	b
<p><コメント4> 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。 法人においては令和3年3月に令和3年度から令和8年度までの中長期経営計画を策定している。本中長期経営計画の策定に当たっては前期(平成27年度～令和2年度)の中長期経営計画の評価を行い、また、より具体的な行動目標となるよう利用者及び家族、職員に対してアンケート調査を実施しそれぞれのニーズ調査を行っている。 本中長期経営計画において法人の理念・基本方針や重点目標等を掲げているが、中長期の収支計画が明確にされていない。</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。	b
<p><コメント5> 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。 単年度計画については、第VI期(令和3年度～令和5年度)中期経営計画・施設別行動計画に基づいて毎年度策定している。施設の部門では単年度計画の目標、具体的な計画を定めている部門もある。 しかし、部門によっては数値目標や具体的な成果等が設定されていない部門もあることから全部門で数値目標等を設定するなどにより、実施状況の評価を行える内容となることが望まれる。</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。	b
<p><コメント6> 事業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、または、職員の理解が十分ではない。 事業計画の策定は各部、各課で取りまとめられ、計画の重点はコロナ感染症の拡大防止のため施設内で環境を整備しZOOMを活用して全職員に周知されている。 事業計画実施状況やその評価については、時期、手順が定められておらず、事業計画の見直しも行われていない。</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。 利用者の特性から事業計画の内容の理解周知は困難であることから家族等を対象としてコロナ禍前までは保護者会の総会、懇親会等を利用し説明していたが、現在は、総会、懇親会等が開催できなくなっている。 今後コロナ禍を意識し分かりやすく説明した資料の作成や理解を促すための取組についても検討することが望まれる。</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。	b
<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ているが、十分に機能していない。 定期的に受審している第三者評価による評価者コメントを参考に各部ごとに課題改善に取り組んでいる。 自己評価については毎年定められた評価基準では行われていない。また、評価結果を分析・検討する場が組織として位置づけられていないので、業務検討委員会に位置づけ機能させる取組が求められる。</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。	b
<p><コメント9> 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 診療、看護、療育、総務の各部門の主任以上で構成される業務検討委員会において課題を検討し課題の共有化が図られ改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 今後業務検討委員会が機能し、改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行うことが望まれる。</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。	a
<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、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 管理者は経営に関する方針と取組を会議や研修を通じ明確にするとともに自らの役割と責任についてZOOMを活用するなどして職員に方針を周知している。また、平常時のみならず、有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。</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。	b
<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の取組を行っているが、十分ではない。 管理者は日本重症心身障害福祉協会が主催する定期的な会議や研修会において法令遵守等経営に関する研修や勉強会に参加している。環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取り組んでいる。 今後は、コンプライアンス委員会を通じ法例遵守規定等を周知しているが、法令遵守するための一層の具体的な取組が望まれる。</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。	b
<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指導力を発揮しているが、十分ではない。 福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映させるため、管理者による「なんでも相談室」を開催し、日常業務に対しての意見や改善についての方法、自身についての悩みや相談など幅広くヒヤリングし職員が働きやすい環境を整備している。「障がい者虐待防止職員セルフチェック」を毎月実施し、サービス提供に不安な点が現れた場合は、上司(所属長ら)が面談するなどし、適正な対応を行っている。 なお、本部へ報告する集計表、所属長コメントについては職員用掲示板へ表示し職員と共通認識できるよう取り組んでいる。 福祉サービスの質の一層の向上を図るため組織的に具体的な体制を構築し、自らもその活動に一層積極的に参画することが望まれる。</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。 管理者は施設内の各種会議、委員会に参画し経営の改善や環境整備に積極的に取り組んでいる。また、経営の改善については、コロナ禍において在宅支援事業(通所、短期入所)の利用制限が続き収入が減収していることから増収対策として各部署が連携し長期入所者の増員などの対策を実施し、成果を上げた。</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。	b
<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いるが、それにもとづいた取組が十分ではない。 法人として、各種学校・大学への新規採用案内、各種就職説明会への積極参加等を行い効果的な福祉人材確保(採用活動等)を実施している。 しかし、福祉人材や人員体制に対する計画にもとづいた育成の取組については必ずしも十分とは言えない。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント15> 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 期待する職員像として「利用者・家族・地域に満足していただける人間力の高い職員」を掲げ人事考課制度を導入し職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果等を評価している。また、職員の身上調査作成時に面談し、異動等の意向、業務の適正、希望等確認するとともに業務に関する意見、要望を聞き反映させている。 人事異動に関する基準が明確に定められていないので、明確にして職員に周知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。		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。	b
<p><コメント16> 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。 有給休暇の取得状況を把握し、低取得者には取得推進を促したり法人本部によるこころの健康相談を実施し相談しやすい工夫をしている。 しかし、改善策については福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行されていない。</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。	b
<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行われているが、十分ではない。 人事考課制度実施要領に沿い目標の設定、一時考課者との中間面接と助言を行いながら進捗状況の確認をしているが、目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとはなっていない。</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。	b
<p><コメント18> 組織としての職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。 法人の教育研修制度体系図「職制別到達目標」を基本に、人材育成委員会で教育研修年度計画を作成し実施している。また、研修内容の評価見直しは、人材育成委員会開催時に討議し議事録として保存、次年度の参考としている。 しかし、計画の評価と見直しについては定期的に行われていない。</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。	b
<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ているが、参加等が十分ではない。 新入職員については毎年法人本部にて研修を実施し、法人の理念、就業規則、コンプライアンス等について内部講師より講義。振り返りでフォローアップ研修を2回実施。他に施設独自のオリエンテーションを新入職員、中途採用者を対象に(年2回)実施している。 しかし、職員の経験や習熟度に応じた個別的なOJTが適切に行われていない。</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
<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はしているが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。 令和3年度は、コロナ禍により実習生の受入を制限したことにより実績が例年よりも少なくなっている。 今後は指導者に対する研修を実施することが望まれる。</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。	b
<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を公表しているが、方法や内容が十分ではない。 ホームページ等に法人理念や基本方針等掲載している。また、広報「HIKARE」は、当施設の入所、通所保護者及び市町村並びに、他事業所、病院、大学等約200先へ毎回配布している。第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況についても公表することが望まれる。</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。	b
<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が、十分ではない。 定期的な内部監査はじめ会計事務所の監査を実施している。 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施することが望まれる。</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。 地域の関わり方についての基本的な考え方は、事業計画書の地域福祉の推進で明示している。また、地域の人と利用者との交流の機会となるみちのく療育園メディカルセンター祭や開園記念日のイベント開催で町内幼稚園、小学校の児童達との踊り、合唱発表を行っている。活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板等を利用し利用者に情報提供することが望まれる。</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。 学校教育への協力については各種専門学校、高等学校からの体験受入として看護・介護支援理解の一環で、数日間ボランティア活動として受け入れている。 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点で行うことが望まれる。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		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。	b
<p><コメント25> 利用者によりそ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ているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 利用者が在籍する特別支援学校との月1回の連絡調整会議及び年2回の連絡協議会を行っている。また、地域の自治体(岩手県・紫波町・矢巾町・盛岡市・一関市)からの依頼を受けた会議などに積極的に参画し解決に向けて協同して具体的な取組を行っている。 地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料の作成が望まれる。</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。 矢巾生活支援ネットワーク事業や紫波町こどもサポート会議へ参加し地域ニーズに対応しているほか児童の発達支援に関する機関及び団体との連携を図り情報交換及び児童のサポート、助言等の取組を行っている。さらに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が望まれる。</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。 矢巾町との連携による矢巾生活支援ネットワーク事業へ積極的に参加し町内に居住する高齢者が町内の店舗で買い物する際、交通手段のない方に対し施設で保有する車両で送迎してきたが、ここ1年～2年は、コロナ禍により活動できない状況にある。また、矢巾町と紫波町からの委託による医療的ケア児コーディネーター事業を行っている。 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が望まれる。</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。		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。	b
<p><コメント28></p> <p>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は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。法人理念「輝く命」を基とした施設独自の理念と基本方針を掲げ、特にも理念については全職員のネームプレートに記載し意識の定着を図っている。新人職員研修において利用者に対する基本的人権の尊重について学ぶ機会を設けているとともに、虐待防止セルフチェックシートを活用して毎月自己点検を行い必要によって面談による指導を行うとともに、そこで確認された課題については施設長コメントを付して掲示するほか朝礼や終礼、各部の会議にて職員への周知・注意喚起を図っている。</p> <p>しかし、利用者を尊重した基本姿勢について標準的な実施方法を示す各種支援マニュアルに記載されてはいるものの限定的な内容にとどまり十分とはいえない内容となっている。今後は重症心身障がい有する利用者の尊重を明示した基本姿勢について、「みちのく療育園意思決定支援ガイドライン」の活用も図る等、より積極的な取組が望まれる。</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。	b
<p><コメント29></p> <p>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。</p> <p>各支援場面における標準的な支援マニュアルの中にプライバシー保護の観点による記載はあるものの支援項目の一つとしての記述にとどまり、施設としての基本的な考えを示す内容にはなっていない。別に「プライバシー保護(個人情報保護)マニュアル」も整備されているが、個人情報保護に関するマニュアルと混同した内容となっており、職員の理解を深めるためには、より明確な整理が必要である。</p> <p>基本的人権を有する利用者の生活の場としての観点との両立に向けて、利用者や家族の視点に立った環境整備の工夫とともに個々の利用者等の状況・状態に合わせた周知・説明の方針の確認が望まれる。</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。	b
<p><コメント30></p> <p>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。</p> <p>施設サービスの情報についてはホームページで広く公開するとともにブログはほぼ毎日更新して可能な限り情報発信に努めている。利用対象者が限定的であることから公民館等不特定多数の住民が利用する公共施設等へのパンフレットの設置は行っていないが、相談支援室や法人内の相談支援事業所等を通じて利用希望者には可能な限り必要な情報を提供するように取り組んでいる。</p> <p>しかし、コロナ禍の状況から見学、体験入所、一日(緊急)利用等には対応していない。</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></p> <p>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。</p> <p>サービス利用・開始にあたっては、利用者もしくは家族等に対し利用契約書、重要事項説明書、個別支援計画書を提示・説明して同意を得ている。絵カードや文字盤を使って意思疎通できる利用者に対しては個別に必要な方法で意思決定に向けた支援を行っているが、多くが意思表示が困難な重度の障がい有する利用者であり、主には家族や成年後見人等が代理契約を行っている。説明の際にはできるだけ専門用語を使用しないようにすることを確認し、理解を促している。重症心身障害を有する利用者に対する意思決定支援の取組を組織的に行っていくために厚生労働省による「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」を参考に「みちのく療育園意思決定支援ガイドライン」(案)を作成した。</p> <p>今後はこれを活用して職員間で合理的配慮に基づく意思決定支援の流れや留意点を確認し、より積極的な取組を推進することを期待する。</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></p> <p>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。</p> <p>医療的ケアを必要とする重症心身障害者が主たる利用者の施設特性から、他施設への利用変更や家庭・地域生活への移行は実績としてはほとんどない状況となっている。病状の変化や健康面での変調等により病院等へ転院することがあるが、その際には全体カンファレンスの開催により現状と要検討事項をまとめて情報を整理するとともに、転院先に対しては看護サマリーだけではなく療育部が作成した生活支援の留意点等を示した支援サマリーも併せて提供し、支援の継続性に配慮した情報提供を行っている。移行先や家族等からの相談については相談支援室が窓口となって対応している。</p>		

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<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把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。 絵カードや文字盤等を利用して意思疎通可能な利用者もいるが、多くが意思表示を含む意思疎通が困難な利用者であることから、利用者本人から施設生活の満足度を測る手段としては日常生活での表情等で汲み取ることが中心となっている。 しかし、その取組は手順を定めた定期的・組織的なものとはなっていない。また、利用者の代弁者となる家族や成年後見人等に対する調査等も定期的に行う仕組みは現在ない。毎月1回「管理職の何でも相談」を実施するとともに、不定期ではあるが職員が個別に対応しての利用者アンケートを実施し、その結果をもとに支援内容の改善に努めており、今後はこの取組を定期的かつ組織的に実施するため、その根拠となる手順等の整備について望まれる。</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。	b
<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が、十分に機能していない。 苦情解決規程及び苦情解決委員会規程が整備され苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が配置されているとともに苦情解決委員会の所掌事項等が法人で定められ、組織的な苦情対応の仕組みができています。利用者や家族等に対してはそのことが契約時に利用契約書や重要事項説明書で説明され、周知が図られている。苦情を受け付けた際の流れについてはフローチャートで図式化され、利用者や家族等にフィードバックする体制が整えられている。 一方で、意思疎通が困難な利用者が多いことや家族についても高齢化やコロナ禍の状況で連絡が取りづら状況となっていることもあって近年の苦情受付の実績がない。利用者アンケートも行っているが定期的なものとはなっておらず、重症心身障害を有する利用者や高齢となった家族等から苦情を含む福祉サービスの質の向上にかかる意見等をより申し出しやすい工夫について積極的な取組が望まれる。</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を整備されているが、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。 利用者の障害特性から主体的な意思表示が困難な場合が多く、また日常の生活場面でのコミュニケーションの方がリラックスしていることから、生活支援の場面において職員から話を聴くようにしている。それと併せて「管理職の何でも相談」も行い、利用者にとって複数の意見表出の機会を設けている。できるだけ利用者の負担を軽減した形で相談や意見を述べやすい環境について配慮されているが、その対応については個別支援マニュアルに記載されているものを除いては個々の職員の意識や能力等によって差異が生じている状況もある。 今後は、すべての利用者に対する意思疎通のアセスメントと支援方法の検討によって、個々の利用者に対する相談支援の方針をより積極的に模索していくことが望まれる。</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。	b
<p><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。 利用者の障害特性より利用者本人からの主体的な相談や意見が出てきにくい状況ではあるが、月1回行っている「管理職の何でも相談」の実施と併せて日常的な生活支援の場において職員が個々に対応している。職員間で共有が必要な内容のものは終礼で周知したり緊急性のあるものについては課長職以上の職員によるミニカンファレンスを行って対応するようにしている。 しかし、苦情以外の相談や意見に対する支援マニュアルは整備されておらず、今後手順や対応策の検討等について組織的かつ迅速に対応するための仕組みを整備することが望まれる。</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。 「みちのく療育園リスクマネジメントマニュアル」(平成21年9月作成、令和2年5月最終改定)を整備し想定される支援時のリスクを整理するとともにアクシデント、インシデント発生時の事故報告書の提出について規定している。事故報告書は月間約20件ほど提出される等積極的な事例の収集に努めるとともにリスクマネジメント部会で内容を確認し原因分析の上対策を検討、その内容については朝礼や終礼時に報告し職員間の周知を図っている。</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。 施設内研修で医療安全について職員間で確認するとともに院内感染対策委員会規程に基づき設置された委員会によって院内感染防止対策マニュアルや新型コロナウイルス感染症対策マニュアルを作成して対策を講じている。訪問調査時点において利用者新型コロナウイルス陽性者は発生していなかったが、発生した場合の対応についてもマニュアルに記載して職員間で確認している。</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。 防災委員会規程によって規定された委員会にて災害時対応手順が作成され、火災、地震、夜間震災、風水害における災害時の対応について規定するとともに年3回の状況別避難訓練、同じく年2回の総合防災訓練を実施している。また、防災研修会の実施及び防災アクションカードの使用等についても取り組んでいる。食料や備品類等の備蓄は5日分確保され、消費(賞味)期限等についても「備蓄食糧品在庫表」で計画的に管理されている。</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。	b
----	---	---

<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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。
支援に関する標準的な実施方法については支援場面ごとに作成された各種マニュアル(入浴・排泄・移動・行動特性・食事・個別社会体験・療育活動)にて示されているが、手順書としての内容となっており、利用者尊重、プライバシー保護、権利擁護に関する記載が限定的なものとなっている。
実際の支援にあたっては個々の利用者ごとに作成された個別支援マニュアルに基づいて行われており、これについては年1回のモニタリング時に見直しが行われている。マニュアルに基づいて支援されているかどうかについて、特に新人職員や異動してきた職員に対しては経験のある職員が指導係として個別に対応して適切な支援の定着が図られている。

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。	c
----	---	---

<コメント41>
標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。
個々の利用者に対する支援の手順や留意点等をまとめた個別支援マニュアルについては年1回のモニタリング時に検証および見直しが行われているが、支援の基本的な実施方法を定めた各種マニュアルについては定期的な検証や見直しにかかる方法、手順、時期などについて文書化されたものはなく、マニュアルに作成日や改定日の記載もない。福祉サービスの標準的な実施方法の設定について組織的な取組になっていない。
今後は個別支援マニュアルの取組と連動した仕組みの構築について検討が望まれる。

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計画を適切に策定している。	a
----	--	---

<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。
利用者に対する支援は、相談支援事業所が作成するサービス等利用計画書を参考としながら施設として整備したアセスメントシートによって課題を把握、医科・歯科・リハビリ・栄養管理・看護・支援の担当者が集まり、全体カンファレンスを実施して個別支援計画を策定している。計画策定後は中間評価(6か月)、終了時評価(1年)を行い、利用者及び家族に達成状況の評価や今後について説明をしている。終了時評価の際には各部門担当者が参加するモニタリングカンファレンスを実施して総合的な評価に努めている。意思疎通が困難で本人の意向が直接確認できない利用者に関しては、サービス管理責任者や各担当職員(医科・歯科・リハビリ・栄養管理・看護・支援)が生活歴や普段の様子から本人の意向を想定するとともに、家族に確認している。個別支援計画の内容に職員の経験や力量によって差異が生じないよう「個別支援計画書作成上の留意点」や「モニタリングカンファ実施要綱」の中で「アセスメントに基づく適切な個別支援計画の策定について」とする資料を使って評価の視点等を統一している。

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。
個別支援計画の評価・見直しは各部署担当者が中間評価(6か月)・終了時評価(1年)を行い、利用者及び家族に説明するとともにニーズの聞き取りを行っている。また、評価時期以外でも計画を緊急に変更する場合は、朝礼や終礼を利用し、申し送りノートも活用して職員間で情報共有している。
必要によって個別支援マニュアルの変更に反映しているが、支援場面ごとの各種マニュアルの変更の仕組みは整備されていない。なお、重度の障害を有する利用者の意思決定支援については「みちのく療育園意思決定支援ガイドライン」を整備したところであり、その効果的な活用については今後の課題となっている。

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。	b
----	---	---

<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記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。
サービスの実施状況についてはケース記録や看護部日誌・療育部日誌に記録されている。また、個別支援計画に変更があった場合もケース記録に記入している。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、特に新人職員に対しては経験の長い職員が確認して指導するようにしている。しかし、統一した事項をまとめた記録要領や書き方の例示集などは整備されていない。
記録の共有については施設内LAN上の共有フォルダでデータを管理している。しかし、ネットワークシステムの導入には至っていない。電子カルテ導入の予定があり看護部内での整備は進められているが療育部との共有を想定したものとはなっておらず、法人内の他施設・事業所で導入している記録システムの利用を含め今後の課題となっている。

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
<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。 法人で策定されている処務規則の第9章(第27条～30条)に文書取扱について規定され、それに基づき利用者に関する記録が管理されている。また、同じく「みちのく療育園個人情報管理規程」及び「個人情報管理委員会設置要領」、さらに施設で策定した「みちのく療育園メディカルセンター プライバシー保護(個人情報保護)マニュアル」にて利用者の個人情報の管理についてのルールが定められている。職員は就業規則に基づき採用時に誓約書を提出している他、個人情報の保護に関する研修を年1回以上行うこととしている。個人情報の取扱については、毎年利用者及び家族または成年後見人等に説明し確認書を提出してもらっている。</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-(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。	b
<p><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が、十分ではない。 利用者の多くが意思表示を含む意思疎通が困難な重い障害のため、一人ひとりの意思・意向を深く読み取り、ケアしている職員が表情や身振り、手ぶり、全身を駆使して受けとめようと努めている。絵カード、文字盤等も併用して、本人の好きなもの(趣味活動、衣服、嗜好品や理美容)など推量しながら寄り添い、日常生活に必要な事柄について個別的な支援や対応をしている。 しかし、利用者一人ひとりへの合理的配慮が、個別支援や取組を通じての具体化が十分とは言えず、利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会の設定についても今後の課題である。</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。	c
<p><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。 利用者の権利擁護に係る規程やマニュアルも整備されている。「身体拘束廃止委員会」は月1回開催され身体拘束の廃止に向けて検討しているが、利用者の生命・安全を第一に考えて、やむを得ない最小限の身体拘束(車いすベルト、ミトン、ベット柵、つなぎ服、施設等々)は家族等の説明と同意を得て行われているものの、「重度の利用者が多いため、改善できない状況が続いている」とのことである。利用者の権利侵害と虐待防止のための虐待防止委員会の開催や早期発見のための「障がい者虐待防止職員セルフチェックリスト」等の取組は、職員に理解され実施されている。チェックリスト集計後に問題等が確認された場合、所属長が当事者(記載した職員)に聞き取りし、毎週行われる部長会議で再発防止策等を検討することになっている。 しかし、権利擁護のための取組を具体的に検討する定期的な取組はない。今後「権利侵害をしない宣言」や「身体拘束をしない宣言」など法人の理念や基本方針の4つの考え方、開設時の思い、などに立ちかえった検討が望まれる。</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。	b
<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が、十分ではない。 重い障害のため自力で歩行や移動、身の回りのことなど自立生活が困難で、全介助を必要とする方がほとんどである。ベッドで寝たきりにせず、できるだけ車いすで移動させ、自立生活をできるように個別支援マニュアルに基づいた支援が行われている。居室は平均5～6人で個々のベッド周辺が個人専用のスペース空間となっており、好みの写真や絵を飾ったり、CDや私物を置いたりしている。自分の所有物については自己管理できないので、手の届く所、見えるところ、時々触れることが大切であると考え、こうした体感と理解が得られるように動機づけを行い自律・自立につながるような気配りした支援が行われている。 個別支援計画は、医療的ケア項目が主となっているが、今後利用者のエンパワメントを信じ、自身が関われる項目を加え、治療と教育が一体となった支援が望まれる。</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。	b
<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が、十分ではない。 重い障がいのため話し言葉による会話、伝達、意見交換、ニーズ把握は困難であるが、アセスメント段階で利用者固有の行動や特性を把握して、個別支援計画の作成につなげている。また、利用者のコミュニケーション手段として、個別支援マニュアルを作成し、支援を行っている。絵カード、手指を使ったサイン、文字盤等を活用しコミュニケーション手段の確保に努めている。 今後、利用者本人のニーズを引き出すためにコミュニケーション機器や代弁者等の活用が望まれる。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。 利用者の意思を尊重する支援としての相談等の適切な取組のために①なんでも相談会②利用者アンケートを試みたが、話し言葉等に重い障がいがあり意思表示や伝達が困難な利用者が多いため、模索しながら、前向きなチャレンジが続く状況である。担当職員が1人で4名の利用者を受け持つ状況では、個々のニーズや意思・意向をじっくり受けとめ相談、解決していくことは厳しいと思われる。 相談については、モニタリングやカンファレンス時にサービス管理責任者を中心に意思決定支援会議として、各部署と理解・情報共有を図っている。個別支援計画に反映するよう心掛けているが十分ではない。今後は、できることから「意思決定支援ガイドライン」に沿い、本人、家族、後見人、相談支援専門員、医師、看護師、サービス管理責任者等が参画した方法で検討し、実施が望まれる。</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。	b
<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が、十分ではない。 個別支援計画は医療的ケアが中心で暮らしや生きがいにつながるような、個々の利用者の希望・要望を反映した項目が少ない印象であるが、コロナ禍前までは、利用者のニーズに応えた項目を多く記載して、一定の成果もあった。余暇活動やレクリエーションは保育士が中心に、実施している。全職員で、園内行事(療育園祭・クリスマス会)も実施している。 地域の日中活動の情報提供と必要に応じた利用支援については、コロナ禍でもあり行っていない。計画の見直しは中間評価及び終了時評価において、検討している等、一定の取組の継続は認められる。</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。 心身に重い障がいを持つ利用者が多いので、自力で歩行や移動することもできない。衣食住もすべて介助や介護を必要とする。行動障害が確認された場合も、医師が常勤しており、素早い診察・診断をして治療が実施される。その後も医師の指示や助言を得ながら医療的ケアや福祉的支援が行われる強みがある。他害や興奮気味の利用者は、個室の居室や個別的な支援方法を検討され、状態観察をしながら継続的に支援する。障害の状況に応じた適切な支援を行うため、職員間での支援方法等についても、朝礼・終礼で申し送りや対応策を確認したり検討を行い、情報共有して、できるだけ一貫性のある支援に心がけている。園内研修も定期的に実施して、障害状況を理解した上で適切な支援を行うよう努めている。</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。	a
<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。 食事については、月1回開催の給食委員会の他に管理栄養士を中心としたNST委員会(栄養サポートチーム)を開催し、利用者個人に合わせた栄養マネジメントを実施している。嗜好調査は年2回実施、月～金の昼食の献立について集中的に調査している。また、季節の行事食を取り入れたり、ご当地メニューをイメージして献立し、楽しく、美味しく食事ができるよう工夫もしている。各利用者に合わせたきざみ食・ミキサー食等で食事を提供している。入浴は週3回を基本とし、入浴前には看護師による健康チェックや個別対応マニュアルに基づいて入浴を行っている。(入浴日以外は清拭を実施しているが、ご本人の要望や健康状態等で入浴日に清拭や足浴を行うこともある。)排泄は利用者自身の心身状態を考慮し、便座・ポータブル・尿器・オムツを使用し、個別対応マニュアルに基づき支援し、記録している。 移動・移乗手段は、車椅子(電動含む)が9割以上で、個別対応マニュアルに基づき支援している。なお、移乗に関しては職員が2名で実施する(リフト含む)「配慮を要する利用者・支援内容一覧」に基づき支援している。</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。 令和元年10月に東棟増築に伴い、東棟では経管栄養、酸素療法など医療機器を使用した医療的ケア利用者を中心に支援している。真ん中にナースコーナーが設けられ、モニター画面と全体の利用者を見渡せるように工夫している。24時間見守り、看護が必要なので看護師の配置も多い支援体制である。一方、西棟はベッドや車椅子を使用してある程度の移動や活動のできる利用者を中心である。居室は男(30名)・女(27名)別である。居室、食堂兼プレイルームは広く、清掃や消毒も徹底され、清潔感もある。エアコンも設置され年間適温が確保され、快適で明るい雰囲気である。居室は、利用者が思い思いに過ごせるよう各居室にTVを設置し、自由に楽しませられている。(時々利用者からの要望でDVDを見る時もある。)居室・トイレ・浴室にはカーテンを設置したり、間仕切りをしてプライバシー保護に配慮している。他利用者への他害がある利用者は別室対応している。 主たる利用者が医療的ケアを要する重症心身障がい者となっていることから、トイレは複数の便座を確認しやすい造りとなっている等、事故防止の観点から安全面を重視し支援する側に配慮した構造となっている。</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。	a
<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。 医師4名、看護師25名、理学・作業療法士3名、生活支援員31名(うち介護福祉士14名)等々が24時間、三交替制勤務で支援にかかわっている。利用者の機能訓練・生活訓練については、医師の指示箋、助言のもとで理学・作業療法士3名が中心となりリハビリ検討委員会主導で行われている。 利用者の機能訓練は一人ひとりの心身の状況に応じながら、残存能力の維持や向上を目的に取組まれ①座位訓練②関節可動域訓練③評価・計測(両下肢浮腫)④作業趣味活動など、座位角度の確保や電動椅子の操作等へつながる訓練を行っている。利用者の日常生活(趣味や遊び)の中にもリハビリ要素(散歩、ダンス、ボール遊び等々)を取り入れ、利用者の方々が無理なく参加できるように工夫している。また、リハビリ検討会を開催し、モニタリングやカンファレンスを行い、定期的に検討・見直しを実施している。</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。 医師、看護師、リハビリ、歯科、放射線科があり、隔週で整形外科、毎週耳鼻科診察がある。生活支援員等が24時間交代勤務体制で常勤している。利用者一人ひとりの健康状態は毎日行うバイタルチェック、排泄チェック表、食事や水分摂取等々看護師と生活支援員が連携し実施、記録し、健康状態を把握しながら健康管理に努めている。 体調変化時の対応とマニュアルを作成し、夜間急変のフローチャートがあり、専門医療機関へ緊急搬送するまでの流れを明示し、対応が明確にされている。 医師、看護師による病状説明などは適宜行っているが、定期的な相談や説明は1年ごとの契約時に行っている。利用者の障がいに関わった健康の維持増進のため、他部門と協力し合いながら工夫を行っている。職員の勉強会や研修会は年間を通して開催され、個別指導も定期的に行うなど専門知識の習得に努め、利用者の健康管理に反映されている。</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。 医療的支援は、喀痰吸引、経管栄養、慢性疾患、アレルギー疾患への対応等、医師の指示のもと、看護師が適切な対応を行っている。双方にサインを行うことで責任を明確にしている。 服薬管理は、調剤室の薬品庫で薬剤師が管理し、利用者別経口摂取マニュアル一覧表に基づいた服薬方法により適切に与薬している。与薬時は別々の薬ボックスに薬の種類、内容を記載し、服薬後は空き袋を薬ボックスに戻して服薬を確認する仕組みがあり、安全管理体制が構築されている。軟膏類は指示を受けたものを処置伝票に記載し、適切な部位に確実に責任をもって処置を行っている。万一、医療事故が発生した場合の報告ルートはフローチャートで明示され、管理日誌に綴られている。職員研修は定期的かつ適宜行い、スキルアップを図っている。個別支援計画には、各職種の計画が立案されている。医療的支援においても①支援目標②支援内容(具体的な内容、留意点)③担当者が明示され、管理者の責任が明確になっている。</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。 現在、特別支援学校の高等部に在籍している利用者は4名である。本来は、訪問授業で対面による授業方式であるが、コロナ禍において、工夫がなされオンライン方式での学習の機会が提供されている。利用者はリモート画面での授業においても、はじめは戸惑いも見えたが、すぐに慣れて喜んで参加し、生きがいとなっている。今後も、コロナ禍の影響を配慮しながら、特別支援学校と連携・協力し、状況に応じた対応をしていく。 利用者の多くは心身の状況は重い障がいがあるため、また医療面での制約もあり、社会参加にも制限がかかっている。(参加できそうな活動まで中止となるケースが多い。)コロナの影響により、1年以上外泊にも出られない状況であるが、皆で知恵を出し合い、支援に創意・工夫をして進めたいと考えている。</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。	C
<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ない。 利用者は重い障がいを抱え、意思表示・決定が困難な場合が多いことから、地域生活への意向を確認することができていない。ご家族も現状の生活を希望することも多いことから、地域生活への移行は進んでいない。 最近、紫波郡内でも重い障がいのある方々が、積極的にグループホームを利用されていることから、今後は相談支援事業所等から情報を収集しながら、施設利用者(通所も含む)に情報提供を行っていくことを期待したい。</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。	b
<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が、十分ではない。 コロナ禍においても月1回①広報誌②利用者本人を紹介した園だよりの発行③様子や状況報告等々、施設の運営状況をお知らせする等の取組を実施している。家族等の要望や意見交換する機会も少ない中、電話、ソーシャルネットワーキングサービス、オンラインなど活用して個別の相談等に応ずるように工夫している。通常であれば年2回の保護者会懇親会を実施し、意見交換や相談に応じたり、外泊時に相談を受けた場合でも、必要であれば助言等の家族支援も行っている。二大行事(みちのく療育園祭・クリスマス会)等で家族にも参加を促し、利用者と一緒に楽しめるように取り組んでいる。 しかし、コロナ禍により、面会制限や外泊中止など家族との交流が行われていない。また、家族との関わりは長年に渡り信頼関係は構築できているが、ご家族が抱えている課題解決までは至っていない。今後、コロナ感染症等の状況を把握し、社会状況の変化に応じた施設独自の家族支援等のあり方が望まれる。</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。	a
<p><コメント16> 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。 児童福祉法と障害者総合支援法に基づく福祉施設で、同時に医療法に基づく病院である。小児科医師が常勤し、外来で診療が実施されている。 児童発達支援のガイドラインに基づき、子どもの障害の状況や家族・家庭等の状況に応じた医療的支援を行うため、活動プログラムを準備している。保育士1名、看護師1名が配置されている。(現在、利用者はいない)令和2年4月から相談支援室(令和4年4月から相談支援部)として、学校等の関係機関との情報共有、連絡調整も行っている。リハビリテーション科では外来リハビリテーションとして、個々の日常生活指導から学習支援も行っている。また、個々の課題だけではなく、家庭・学校・地域社会と包括的に支援も行っている。</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。	非該当
<p><コメント17></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。	非該当
<p><コメント18></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。	非該当
<p><コメント19></p>		