

## 宮城県福祉サービス第三評価結果

## 第三者評価機関名

株式会社福祉工房

## 1 施設・事業所情報

名称：宮城県援護寮	種別：精神障害者支援施設	
代表者氏名：所長 千葉 姿奈子	定員（利用人数）：20名（短期2名）	
所在地：大崎市古川旭5丁目7-21		
TEL：0229（23）1513	ホームページ：http://www.kenpoku-sfk.com/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成13年 4月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：		
職員数	常勤職員：10名	非常勤職員 2名（管理当直者）
専門職員	（専門職の名称） 名	
	精神保健福祉士 3名	
	社会福祉士 3名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	22室（内、短期入所2室） バス・トイレ・冷暖房完備	事務室，食堂，交流室，相談室，洗濯コーナー，静養室，公衆電話

## 2 理念・基本方針

基本方針：精神障害者の方々の社会参加と自立に向けて自己決定・自己選択の尊重を基本に、家族、病院、県、市町村等関係機関との連携のもとで、それぞれのニーズに応じた支援を行います。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

精神障害者の社会復帰施設として、2年の標準期間内で主として宿泊生活訓練を行う。

- ・自立訓練（生活訓練）及び宿泊型自立訓練

利用者が自立した日常生活または社会生活が営むことができるよう、一定の期間にわたり生活能力の維持、向上等のため必要な支援、訓練を行うことを目的としている。

- ・支援内容

生活力を身につける支援（講座、調理等）、相談援助、通院支援、コミュニケーション能力を高める支援、余暇の過ごし方、就労、住宅探し支援を行っている。また、地域生活移行前に主治医や地元関係機関によるケア会議を開催、市町村・相談支援事業所のほか関係機関との連携のもとで安定した生活ができるよう支援に取り組む。

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成31年5月8日（契約日）～令和1年11月25日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4回（平成28年度）

## 5 総評

### ◇特に評価の高い点

#### ○運営体制の完成度

宮城県からの指定管理事業所でもあり、又、宮城県社会福祉協議会の運営と言うこともあり、比較的小規模な事業所でもあるが、運営体制の完成度は高く、各種規定やマニュアル類、教育体制等は的確に整備され、サービスの質の向上に対する取組みも積極的に行なわれている。

#### ○地域との連携への取組み姿勢

事業所の性格上、地域との連携は遅れていたが、様々な機会を利用し、徐々にではあるが、関係作りが行なわれつつあり、利用者と地域を結びつけ、利用者の自立を促していく取組は評価される。

#### ○利用者の権利擁護

利用者の権利擁護に対する取組みは徹底されており、規程やマニュアル類の整備とともに、職員への教育、研修を通じて利用者の権利擁護に対する明確な姿勢が組織風土として根付いている面がうかがえる。

### ◇改善を求められる点

#### ○本質的な目標の確認

毎年の自己評価への取り組み等に関し、法人の取組みや、規程に縛られるあまり、行なう事が優先され、本来の目的が後回しになっている面が出てくるのが危惧される。目的を意識した上での取組が期待される。

#### ○喫煙環境

受動喫煙が問題視される中、現状の事業所における喫煙環境に関し一考をして行くことが望まれる。利用者の安全面や精神面での影響、及び職員の健康面を考慮し、県や法人と検討し改善していくことが望まれる。

#### ○標準的な実施方法の文書化

個々の支援に関しては運営規程等に明記され実施されているが、福祉サービス実施時における留意点や、具体的な利用者への配慮、個別支援計画への反映等、職員の入れ替わりによる、新規の職員への対応等も考慮し明確に文書化していくことが望まれる。

#### ○利用者とのコミュニケーションと信頼性の構築

利用者の悩みや、相談を受ける体制や機会は設けられ、十分に機能しているが、反面、利用者は日常の出来事等を職員と話し合い、コミュニケーションを深めていくことを希望しており、入居期間が2年間に限定されていることから、利用者とのさらなる信頼性の維持のためにも、検討していくことが期待される。

## 6 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の外部評価機関の受審は平成23年から実施し4回目となります。日頃行っている運営、サービス面等を客観的に評価して頂いた事は大変貴重な機会となりました。

評価結果の内容については職員間で共有し、改善点が明確化されたことで事業所としてより信頼される施設を目指し工夫・改善に努めていきます。

この度の受審にあたり、様々の助言やご提案をいただいたこと、評価機関の皆様にご改めて感謝申し上げます。

## 7 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）（様式2－第三者評価機関公表用）

(別紙)

## 福祉サービス第三者評価結果票（宮城県援護寮）

※ すべての評価細目（71項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※ 評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 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

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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・ <b>①</b> ・c
＜コメント＞ 法人の理念、方針はホームページ等に詳細に記載され、法人の方針に従い、事業所の基本方針が策定され事業計画書等に記載され、所内に掲示、職員や利用者への周知が行われている。更に、事業所のパンフレットやホームページにも更新時には事業所としての方針を掲載して行くことも期待される。		

#### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	<b>②</b> ・b・c
＜コメント＞ 宮城県及び大崎地区の自立支援協議会の委員となっており、これらの会議等を通じ、県や地域における状況の把握が適宜され、又、法人における施設長会議を通じて全国的な情報が取得されている。		
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。	<b>③</b> ・b・c
＜コメント＞ 上記情報を基に、事業所としての取り組むべき方向を職員との話し合いを通して、策定しており、年度における重点取り組み計画に反映し、職員へ取り組むべき方向性を明確に示している。		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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・①・c
<コメント> 宮城県の指定管理事業所であり、管理期間における運営計画が策定され、これに基づいた運営が行われている。計画は詳細に策定されているが、更に、職員には、これが中期的な基本となる取り組みであることを周知していくことも期待される。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 上記計画をもとに、単年度の計画が策定されており、具体的な年度における行動指針が示されている。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 法人の手順に従い、毎年9月の中旬に翌年度の第一次の計画を策定し法人へ提出し、翌年の1月に再度見直し修整が行われている。前年の経過や、翌年度の計画は月二回行われる職員会議で話し合いが行われ、又、職員の理解を促すために、事業計画書の冒頭に年度における環境の変化や、重点的取り組みなどを記載している。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 事業計画は利用者には年二回、プログラム時においてプロジェクター等を使用し、説明が行われ、利用者が常時確認できるように所内に掲示もされている。又、入所時には、家族への説明も行われており、一部行事には利用者の意見も取り入れられている。		

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 法人全体の取り組みとして3年に一回、第三者評価の受審、及び毎年の自己評価を行っており、事業所としてもこれに従い受審及び自己評価が行われている。		

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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果に基づいて、職員会議での話し合いが行われ、課題とされるところに関しては、事業計画への反映も行われ、改善に結びつけている。自己評価に基づく改善がどのように進展してきたか理解しやすいよう、経過が分かるような取り組みも期待される。</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

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務分掌は策定されており、事業所長としての役割や責任は明確化されている。又、事業所長は毎年、事業計画書に年度での取り組むべき方針を記載し、職員への説明が行われている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人における管理者研修等での法令遵守に関する研修会に参加、又、法人の法令順守規定を職員会議等を通じ職員へ周知する取り組みを行っている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人におけるサービスの質の向上のための各種ワーキンググループに参加、そこでの取り組みを事業所へ復命、可能なものについては事業所で採用し、実行している。又、事業所内でもサービス評価に関して、月一回、職員会議で話し合いを行い改善につなげている。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務効率に関しては、毎月の職員会議で話し合いを行い、職場環境の改善の為に、ローテーションやシフトに関して各自の事情を考慮し、調整が行われている。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における人材計画は、指定管理として定められた基準に従い配置されており、不足が生じた場合は、法人との調整もしくは事業所での採用が行われている。人材に対する基本方針は法人における組織細則に記載され、又、研修規定に基づく育成が行われている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の人材育成体系に求められる職員像が記載され、法人の規定に従い人事管理が行われている。採用は正職は原則として法人にて、臨時職員やパートタイマーに関しては事業所での採用が行われている。人事考課は年二回行われ、結果は賞与に反映されている。又、人事考課は職員へのフィードバックが行われ透明性が確保されている。又、職員と管理者は毎年面談が行われており、職員の目標等に関しての話し合いが行われ、アドバイスをを行っている。更に、職員の目標に関しては記録として残し、フォローに結び付けていくことも期待される。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の勤務状況に関しては事務部門を通して把握されており、法人の規定に基づく福利厚生制度が適用されている。又、職員会議等での話し合いを基に、職員のライフバランスに考慮したシフト体制やローテーションが実施され、働きやすい職場環境作りが行われている。</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。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の研修計画が作成され、年2回職員との個別面談が実施され、アドバイスや指導が行なわれている。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人にて職員研修規定が策定されており、階層別研修、職能別研修、選択研修等体系が作られ、原則として正職は全員受講することとなっている。又、事業所内においても年間での研修計画が策定され、実行されている。事業所内における研修は、職員との面談等を通じ、毎年見直しが行われている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>少人数の職場でもあり、全員の技術レベル、資格などは管理者により把握され、組織図に記録されている。新人職員に関しては法人での研修後、事業所でのOJTが行われる仕組みとなっている。又、中途採用等の臨時職員やパートタイマーに関しても、それぞれの技量に応じて、必要な研修やOJTが行われている。外部研修に関しては全員に案内がなされ、希望や必要に応じて参加を促している。更に、現状の職員の就業環境を考慮すると、臨時職員の採用が増加しており、臨時職員へも正職と同様の体系だてた研修計画の検討も望まれる。</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。		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>昨年度は大学生3名の受け入れが行われ、又、医師会からの勉強会への協力も行われている。実習生に対する「しおり」は詳細に作成され指導者も有資格者がこれにあたっているが、受入れにあたっての窓口の明確化や、安全の確保等マニュアルの見直しを行なっていくことも期待される。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の全体の決算情報等はホームページに公表されており、三年ごとに行われる第三者評価に関するの情報も公表されている。更に、事業所としての透明性を図る意味でも、今年度よりブログが作られ、時々事業所の様子を発信しており、広く事業所を知ってもらう取組が行われている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における事務処理、取引等は法人の規定に従って行われており、毎年定期的に、宮城県及び法人より監査が行われている。</p>		

### Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との交流を促進するため、地域コミュニティセンターとの関係作りを始め、地域の夏祭りに利用者と参加するなどを取り組み、徐々に地域との関係作りが進行している。今後とも事業所の取り組みを地域に知ってもらうためにも継続的に活動していくことが期待される。</p>		
24	<p>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。</p>	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れマニュアルは作成され、受入れの準備はできているが、現時点での受け入れはない。今後、音楽等日中活動における受け入れを検討している。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談支援事業所を始め、病院、保健所等関係する機関とは、不定期ではあるが頻回に打ち合わせがおこなわれており、十分な関係作りが日常より行われている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが行われている。</p>	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本事業所と同一の事業体である相談支援事業所「ほほえみ」にて行われており、相談事業や、自立支援協議会、医療関係等との連携のもと、地域におけるニーズを捉える活動は行われている。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域においては、同一事業体にある相談支援事業所が地域における福祉ニーズにこたえる取り組みを、又、法人全体で地域に福祉関係の情報を伝える取り組みを行っている。事業所としても今後どのような活動が行えるか検討していくことも望まれる。</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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重する姿勢は倫理綱領を基に年4回職員会議で読み合せ、具体的な行動計画を見直ししている。又、利用者には利用契約書、重要事項説明書に記載して基本方針を共有している。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㊤・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護、虐待防止策等の権利擁護の規程、マニュアル等は研修を通じて職員に周知している。利用者の生活環境に関しては、入室の声掛け等、職員行動の規範に明記して、利用者、家族にも周知している。</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。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ・パンフレットには事業所が提供するサービスの内容や日々の生活の様子、行事の様子を掲載されている。見学、一日利用、体験入所（7日）等も行われている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始・変更時の説明は重要事項説明書を基に説明して、利用者の自己決定を尊重している。</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。	㊤・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの継続性には配慮しているが、制度上入居期間が2年間であり、利用者にとって家庭などへの移行のための期間としては十分な取組みまでには至らない現状がある。十分とは言えない期間でも、将来を考慮した取組みは行なわれている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㊤・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所に対する満足度調査として、毎月利用者アンケートを実施しており、結果は週間ミーティングや朝礼で職員間で共有され、検討されている。又、定期面談（月）及び随時の面接</p>		

も実施している。更に、調査の結果をもとに、利用者も交えた検討会議を実施し、課題や対策に関する共有が臨まれる。		
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。		
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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者に周知する取組も行われている。法人のなんでも相談規程、重要事項説明書、アンケートの実施、意見ボックスを設置して苦情解決の仕組みが機能している。</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。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所は利用契約になんでも相談・苦情解決担当者等を記載し、又、事業所内にポスターを掲示して、意見を述べやすい体制作りが行なわれている。更に、利用者に日常的な言葉かけを積極的に行う等の取組みも期待される。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援マニュアルをもとに、利用者からの相談や意見を積極的に把握して組織的かつ迅速に対応している。日報、支援マニュアルや引継ぎ簿等に対応策を記載し、組織的に迅速に対応している。</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。		
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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメント体制は法人のリスクマネジメント規程に明記され構築されている。給食時の調理の点火・消火等を始め、日常のヒヤリハットを基に対策している。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>衛生推進委員会・保健衛生係も設置されている。法人感染症マニュアルが作成されていて、利用者に対してポスターを掲示するなど、感染症予防を呼びかけ、手洗いやうがい等を促している。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害に対して利用者の安全確保のための取組は組織的に行なわれている。危機管理計画・緊急時の行動計画が作成されている。ハード面として、落下防止措置・消火設備等、ソフト面として、災害発生時の体制、食料や備品の備蓄が取り組まれている。</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。		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法が文章化されていない。個々の支援に関しては運営規程等に記載されているが、福祉サービス実施時の留意点や利用者のプライバシー配慮等、事業所の環境に応じた業務手順を作成し、個別支援に反映していくことが望まれる。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個々の支援の実施方法については、利用者の状況の変化に合わせて、その都度見直しを実施している。マニュアル等は3年に1回の見直しをしているが、毎年1回確認する機会を設けることや、職員や利用者等からの意見に基づき、必要に応じて個別支援へ反映させるなどの見直しをする事が望まれる。</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。		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画を策定する体制が確立して取組みが行われている。サービス管理責任者を配置し、事業所独自のアセスメント用紙を利用して作成している。アセスメントは、看護師・医者・保健師等、部門を横断した様々な職種による関係職員の会議、利用者の意向把握をへて実施している。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の見直しには、定期的に評価見直しが行われている。入寮時（暫定期間）にアセスメントを実施して、入寮後に利用者面談を行い、意向等を確認している。</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。		
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、職員間で共有化している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人一人の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。情報は事務所内のネットワークでの記録や各種様式を使用している。記録は印刷し、上司の決裁を受けて全職員が回覧して情報共有している。</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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人・個人情報・特定個人情報規程、事業計画の事務分掌に責任者等が記載されている。利用者契約書及び重要事項説明書に記載され、管理体制が確立されている。</p>		

## 障害者・児福祉サービス版内容評価基準

### 評価対象 A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
46	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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。施設内のルールについて変更がある場合は、利用者がミーティングにて話し合いを行っている。利用者一人一人の「その人らしく」を尊重した合理的配慮による支援姿勢が期待される。</p>		
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
47	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人倫理綱領に基づく具体的行動に記載され、事業所内の廊下にも掲示している。日常において言葉使い・不快等に対しても、権利侵害を発生させない仕組みづくりとして、人権侵害に関するチェック表等を使用して、複数の職員で振り返りを行う等の検討も期待される。</p>		

### 評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
48	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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>生活の自己管理、行政手続きや司法手続き、生活関連サービス等の利用のための支援等が整備され取り組まれている。利用者には利用契約書に基づいての支援を実施している。</p>		

49	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。	㉓・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況に応じたコミュニケーションの支援を行っている。日常のコミュニケーションが出来る力を持っている利用者を対象に自立訓練が行なわれている。精神症状による体調変化については、休息やペースダウンを促す等の配慮をしている。</p>		
50	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・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意思を尊重する支援としての相談を行っている。利用者の生活に関する悩みや思い、望みを受けとめる機会を設けている。利用者は具体的な悩みや要望よりも、日頃の出来事を聞いてもらいたいという気持ちがあり、更に、利用者とのコミュニケーションを繋げる意味でも検討していくことが望まれる。</p>		
51	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。	㉕・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づく日中活動と利用支援を行っている。月間・週間プログラムの作成、訓練外出や施設見学を実施している。利用者一人一人が満足できる事を大切にしている。</p>		
52	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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の障害に応じた適切な支援を行っている。職員は各種専門研修への参加を推奨して、専門知識の習得を図り支援の向上に努めている。利用者の状況については活動を行うグループの編成・変更や食堂の席の変更を行って、利用者がくつろいで過ごせる様に支援している。</p>		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
53	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。	㉗・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>身体的には自立しており、利用者には朝夕の食事が提供されている。昼食は各自、自炊しており使用金額の管理、衛生面、安全面等個別支援計画にもとづき支援が行なわれている。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
54	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。	㉘・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の快適性、安全に配慮した生活環境が確保されている。事業所の老朽化による設備面の不具合もあり快適性は十分とは言えないが、居室・トイレ・入浴室もあり、くつろいで過ごせる環境である。利用者の尊厳と快適性が図られた居住空間となっている。</p>		
<p>A-2-(4) 機能訓練・生活訓練</p>		
55	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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。プログラムやメニューを作成し、課題のクリアを求めるのではなく、日常生活の中で出来る範囲以内での実践をしている。利用者の意向を尊重しながら、定期的なモニタリングの実施による内容の見直しも望まれる。</p>		
<p>A-2-(5) 健康管理・医療的な支援</p>		
56	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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者は通院をしているため、医療面はそれぞれ主治医の指導を受けている。職員は通院同行する時もある。</p>		
57	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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>服薬管理支援は主治医へ相談し指示を受けている。入寮から段階を踏んで自己保管まで移行する事を目標に、まずは処方箋・頓服薬等を事務室で預かり、服薬は事務室にて職員が確認している。服薬に対する職員の専門的な知識も望まれる。</p>		
<p>A-2-(6) 社会参加、学習支援</p>		
58	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。	㊦・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中プログラムとして作成されている。参加型訓練については、利用者によるその都度参加を確認している。</p>		
<p>A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援</p>		
59	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・㊦・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の希望や意向を聞くと、2年間という入居期間は短い。制度上入居期間が2年間であり、利用者にとって家庭などへの移行のための期間としては十分な取組みまでには至</p>		

らない現状がある。利用者の希望や意向においても、十分な期間ではなく、職員や利用者同士、地域の人々とのコミュニケーションを築くためにも、利用期間の検討を希望している。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
60	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・①・c
<コメント> 家族との連携は、交流と家族支援として必ず見学して頂き同意を得ている。お盆や正月は家庭に帰ると家族からの支援状態となり、家族との連携や家族支援についての工夫も望まれる。		

### 評価対象 A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
61	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・b・c
<コメント> 対象外		

### 評価対象 A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
62	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・b・c
<コメント> 対象外		
63	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。	a・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外</p>		
<p>64</p>	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外</p>		