

福祉サービス第三者評価結果表

① 第三者評価機関名

株式会社 福祉工房

② 施設・事業所情報

名称：宮城県援護寮	種別：自立訓練（生活訓練）・宿泊型自立訓練
代表者氏名：鷺 伸晃	定員（利用人数）：20名（他、短期2名）
所在地：〒989-6117 宮城県大崎市古川旭5丁目7番21号	
TEL：0229-23-1513	ホームページ： https://fukushi.miagi-sfk.net/kenp/

【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）：社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会

職員数	常勤職員：10名	非常勤職員 3名（管理当直者）
専門職員 ※延べ数	社会福祉士 5名	公認心理師 1名
	精神保健福祉 5名	ケアマネジャー 1名
	介護福祉士 2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・エアコン完備	事務室、食堂、交流室、相談室、 洗濯コーナー、静養室、公衆電話

③ 理念・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、市町村透析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。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

2年間の標準期間内で自立訓練（生活訓練）、宿泊型自立訓練として下記の支援を行うもの。
・生活訓練：規則正しい生活習慣を確立するための支援、服薬管理、金銭管理など日常生活技術を習得するための訓練を個別支援プログラム及びグループ支援プログラムを通して行います。
・地域生活移行支援：地域生活移行に向けての相談、情報提供、連絡調整や同行支援等を行います。
・相談及び援助：地域生活移行に向けた希望や心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
・健康管理：日常生活上必要な健康管理を行います。また、医療機関との連絡調整を通じて健康保持のための適切な支援を行います。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 7 年 4 月 1 日（契約日）～ 令和 7 年 12 月 24 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	6 回（令和 4 年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○職員の専門性向上と定着を促す人材育成体制

福祉サービスの質と安定した運営を支えるために、職員の育成と定着に向けた取り組みが計画的に行われています。外部専門家によるスーパービジョンを年 3 回実施し、職員が業務上の悩みやメンタルヘルスについて相談できる体制が整っており、安心して働く職場づくりにつながっています。

また、人材確保の面では、全職員を正規職員へ転換することで安定した体制を築いており、専門資格を持つ職員も適切に配置されています。さらに、個々のキャリア形成支援として、施設長による目標の聞き取りと半期ごとの進捗確認・助言が計画的に実施されています。

加えて、職員が施設長を評価できる仕組みも整えられており、双方の人事考課を通じて組織の透明性を高めるとともに、職員のモチベーション向上にもつながっています。

○利用者の自立に向けた段階的な生活スキル支援

利用者の自立を支援するため、実践的かつ段階的な生活スキルの習得支援が組織的に整えられています。個別支援計画に基づき、金銭管理や服薬管理など、日常生活に必要な力を少しずつ身に付けていくよう、支援が丁寧に進められています。

たとえば、金銭管理では浪費傾向のある利用者に対して、まずは職員が現金やカードを管理し、朝夕と一緒にレシートを確認しながら収支をつける練習を行い、徐々に自己管理へ移行するサポートが提供されています。服薬支援についても、最初は職員が一括管理を行い、利用者の理解度や体調に応じて段階的に自己管理へ移行できるよう支援されています。これらのプロセスはマニュアル化され、支援の標準化と継続性が確保されています。

また、利用者の意思を尊重した支援が一貫して行われており、個別支援計画の作成では本人の希望や考えを中心に据えたアプローチが取られています。昼食の選択や外出先・行事の決定など、日常の様々な場面で話し合いの機会が設けられており、自分で決める力を育む環境が整っています。こうした積み重ねが、利用者の自律性を支える基盤となっており、施設の理念とも合致した支援体制が実現されています。

○災害・感染症対応と地域の防災・福祉への貢献体制

災害や感染症に備えた取り組みが計画的に行われており、利用者の安心・安全を守るとともに、地域社会への貢献にも積極的に関わっている点が評価されます。

災害対策では、ハザードマップに基づいた水害時の垂直避難訓練が毎年実施されており、夜間訓練も含めて職員と利用者が共に参加することで、緊急時に即応できる実践力が育まれています。非常用物資についても、30 名分 × 5 日分以上の備蓄を確保し、業者との定期契約により常に新しい状態が保たれています。発電機の保有と点検も適切に行われ、災害時の電力供給にも備えています。

さらに、当施設は「災害時に福祉的配慮が必要な方を受け入れる施設」として県に登録さ

れており、受け入れの際には居室を個室として提供できるよう整備が進められています。プライバシーと安心の確保を重視した地域支援体制が整えられている点も特筆されます。

感染症対策についても、マニュアルや事業継続計画（BCP）が整備されており、特に新型コロナウィルス感染症の流行時には、保健師の助言を受けながらゾーン分けなどの的確な対応が行われました。施設内での感染拡大を防ぎつつ、利用者の不安軽減に向けた支援が丁寧に実施されていました。

◇改善を求められる点

○地域との連携と情報発信の不足、構造的な障壁に対する検討

施設の性質上、地域との連携や情報発信に関して、精神障害者を対象とする施設であることから、地域の理解が得づらいこともあり、地域への広報誌やパンフレットなどの発行・配布に消極的とならざるを得ない状況となっています。その結果、施設の理念や活動内容が地域に十分伝わらず、理解促進の機会が限られた状態となっています。また、個別支援計画の策定やモニタリングにおいて、相談支援専門員や家族の関わりも限られています。

一方で、利用者の状況を観察しながら、状態の適しているタイミングで話し合いを行うこともあります。事前の相談員への連絡が難しく相談員が出席できない状況が多く、また、家族も入所当初には利用者との関りを避ける傾向があり、家族もアセスメントやモニタリング時の参加が限られています。施設としては、利用者の状況を見ながら、相談員や家族の意見を徐々に聞き、利用者の支援計画の参考にしている状況です。

また、利用者が2年間の期間での短期利用でもあり、利用者と地域との交流よりも、施設内での落ち着いた生活に重点を置いた取り組みが行われており、利用者が短期間の間に地域との関係を作っていくことも難しい状況となっています。

障害者福祉に求められている利用者と地域社会との交流や施設の透明性に関して、どこまで取り組んでいくのか、どのようにしていくかが、施設だけに限らず今後の課題として検討していくことが求められていると思われます。

○ビジョンの浸透と職員のワークライフバランスへの配慮

施設長が年度初めに職員へ方針を伝える機会を設けるなど、施設の方向性を明確にしようとする努力が見られます。しかし、職員の自己評価では「ビジョンが十分に共有されていない」と感じる声が一定数確認されており、日常の業務において管理者の考えが十分に浸透していない実態がうかがえます。支援の方向性や目標が職員一人ひとりの業務にどう結びつくのかが明確でない場合、職員の判断や支援内容にばらつきが出る恐れがあり、組織全体としての一体感や支援の質に影響を与える可能性があります。

また、職員の働きやすさやワークライフバランスについても、自己評価では「どちらとも言えない」との回答が目立ち、心身の健康や生活とのバランスに不安を抱える職員が一定数存在していることが確認されています。メンタルヘルス対策として、年3回のスーパービジョンが実施されているものの、職員からは「回数が少ない」との声が挙がっており、職員からは実施頻度やタイミングに対しての改善の要望もうかがえます。

今後は、施設長が日常的な会議やミーティング、個別面談を通じて、自身の方針や考えを繰り返し発信し、職員が方向性を共有できる機会を積極的に増やすことも有効です。また、ICTの活用による業務効率化や、スーパービジョンの回数増加など、実際の負担を減らしな

がら職員の安心感を高める支援などを検討していくことも期待されます。

○ICT環境整備と電子決済訓練の遅れ

職員が現場でできる範囲で業務効率化を進めている姿勢が見られる一方で、ICT環境の整備に関しては全体としてやや遅れが見受けられます。現在の支援記録は、PCの文書作成ソフトを使って作成されており、情報共有や記録作成の効率面で限界があります。専用の記録支援ソフトやシステムの導入はまだ一部にとどまっており、記録に要する時間が職員の負担となり、支援の質にも影響を与える恐れがあります。

また、予算の関係もあり、利用者の生活環境の利便性を高めるためのICTインフラ、とりわけWi-Fi環境が未整備である点が課題に挙げられます。現在、施設内では利用者が自由にインターネットに接続できる環境が整っておらず、情報収集や学習、家族との連絡など、社会参加が一部十分なところも見られます。

さらに、キャッシュレス化が進む社会の中で、利用者への金銭管理支援についても一部検討が期待される課題も見られます。施設では、段階的な現金管理の訓練は充実していますが、電子マネーやQR決済といった新しい支払い方法に対応した支援や訓練は、まだ十分に実施されていません。今後、利用者が地域での自立生活を送るうえでの実用的な課題となる可能性も考えられます。

今後は、予算との兼ね合いも考慮しながら、コストや導入可能な範囲を精査した上で、専用システムの導入や、Wi-Fi環境についても、共用スペースや一部居室など段階的な整備を行い、利用者の利便性を高めることが期待されます。さらに、電子決済に関するリスク管理と活用方法を個別支援計画に明確に位置づけ、利用者が安全かつ自立的に新しい生活環境に適応できるよう、実践的な支援体制を構築していくことも期待されます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の受診は、平成23年度から始め6回目となりました。事前書類や訪問調査、利用者の皆様へのアンケート調査及び面接、職員へのwebによる自己評価など、多角的な分析から客観的なご意見をいただくことができました。改めて心より感謝申し上げます。当事業所の課題として、特に地域との連携の在り方やICT化への取り組みについては職員間でも関心が高いものでしたので、ご提案いただいた内容を元に法人と連携を図りながら、支援の質の向上に努めて参りたいと思います。評価結果については職員間で共有し、より信頼される施設を目指し業務の改善、工夫に取り組みます。

⑧ 評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

(別紙)

福祉サービス第三者評価結果票 【障害者・児福祉サービス版】

- ※ すべての評価項目（64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。
- ※ 評価項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・c
<コメント>		
施設の理念や基本方針は、法人の中期計画や公式ホームページに明記されており、事業所の紹介資料にも「大切にしたいこと」として整理されています。職員への周知については、職員会議などで重点的に説明する場はあまり多くありませんが、日常の支援において「地域とのつながりを大切にする」「利用者の思いを尊重する」といった行動を通じて、理念が実践に結びついている様子が見られます。職員の自己評価には、理念や方針を理解し、それを支援に活かしていることが表れています。また、パンフレットや利用者向けのしおりにはルビを振るなど、誰にでもわかりやすく伝える工夫もなされています。		

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 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	(a) b・c
<コメント>		
施設では、事業経営を取り巻く環境について、県や地区の自立支援協議会に積極的に参加し、県内の福祉の動きや地域の課題など、さまざまな情報を把握するよう努めています。特に、運営法人が宮城県社会福祉協議会（社協）であることを強みとしており、社協内で定期的に行われる施設会議を通じて、地域全体の福祉に関する重要な情報を得て、それを施設内で共有しています。また、相談支援事業所などからも必要な情報を収集しており、地域との連携を意識した経営が進められています。施設の収支状況など経営に関する情報も、職員会議の場などで伝達されており、職員が経営の現状を把握しながら業務にあたる工夫が見られます。		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
---	-----------------------------------	-------

<コメント>

現在、施設の稼働率は約5割にとどまっており、利用者の確保が最大の経営課題として認識されています。事業計画書にもその課題が明記されており、組織としてこの課題に取り組む姿勢が示されています。加えて、指定管理施設として、地域での受け入れが難しい方や緊急的な対応（レスパイト）などに応じていることもあります。一定のスペースを確保しておかなければいけないという課題もあります。さらに制度上、対象とする利用者が精神障害者に加えて知的障害者にも広がったことにより、異なる障害特性への対応が求められ、支援方法に戸惑う場面もあったようですが、現在は職員の対応力が徐々に向上しています。利用者の確保に向けた具体的な取り組みとしては、病院や相談支援事業所、福祉事務所など関係機関への訪問営業を積極的に実施しています。特に入院設備のある病院を重点的に訪問し、生活リズムの再構築を重視した施設の支援方針を丁寧に説明しています。この営業活動には職員も同行しており、地域の資源やニーズへの理解が深まるだけでなく、職員のモチベーション向上にもつながっています。また、経営状況については会議の中で職員と共有する場を設けており、職員が経営全体を意識しながら支援に取り組めるよう配慮がなされています。

今後は、利用者の高齢化にも対応するため、介護保険への移行も視野に入れながら、本人の自立を重視した支援の継続も期待されます。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

令和4年度から令和8年度までの指定管理期間に基づいて、中・長期的な視点を持った計画（中・長期計画）を策定しています。この計画には、法人としての理念や経営ビジョン、基本方針が明確に示されており、施設運営の方向性を定める基盤となっています。中・長期計画は単なる概要の提示にとどまらず、毎年度、具体的な年間活動計画へと落とし込まれており、職員一人ひとりが自身の業務と照らし合わせながら取り組めるようになっています。この中・長期計画は、必要に応じて職員が確認できるようファイルで管理され、全職員に共有されています。これにより、日常業務において中・長期の目標とのつながりを意識しながら、継続的な取り組みができる体制が整えられています。毎年の活動の中で、施設としての目標や重点的に取り組む課題が明確にされているため、計画と実行の連動性が保たれています。一方で、指定管理制度の5年ごとの更新という仕組みの中で、利用者への継続的な支援体制が将来的に不安定になる可能性も指摘されています。こうした課題を見据え、施設では県に対して、次回の指定管理においては非公募による継続運営の検討を依頼しており、長期的な視点で安定した施設運営を目指す姿勢がうかがえます。

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) b c
---	--------------------------------------	---------

〈コメント〉

施設では、指定管理に基づく中・長期計画が策定されており、そこでは年度ごとの目標や取り組むべき内容が項目ごとに具体的に示されています。この中・長期計画を基盤として、毎年度の事業計画が作られており、重点的に取り組む項目については、上半期・下半期に分けた目標設定がなされるなど、段階的かつ着実な実施が意識された内容となっています。年間の活動計画は、職員が常に確認できるようファイルで共有されており、日々の業務の中でも中・長期的な視点が保たれています。職員の自己評価においても、中・長期計画が全体に周知され、業務に反映されていることが確認されています。

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。	(a) b c
---	---	---------

〈コメント〉

事業計画の策定にあたり、各係が前年の取り組みを振り返り、反省点や改善点、必要な予算に関する意見を出し合いながら、ブラッシュアップを行う体制が整えられています。職員全員には中・長期計画や事業計画がファイルで共有されており、職員の自己評価でも、多くの職員が事業計画の内容を把握し、理解していることが確認されています。計画の実施後の状況についても、各係での振り返りが行われ、結果がフィードバックされる仕組みとなっています。特に、支援会議には8名の職員が参加し、支援内容の課題や改善点について話し合が行われています。その結果は議事録として記録され、出席できなかった職員にも伝達されており、情報共有が徹底されています。また、支援の実施内容とその結果については翌月に振り返るというサイクルが組まれており、いわゆるPDCAの流れを意識した取り組みが行われています。具体的な実践例として、利用率向上を目指した営業活動の導入が挙げられます。こうした活動は、経営課題を踏まえた上で計画され、実施・評価・見直しへとつながっており、実効性のある取り組みとなっています。さらに、年間の活動報告書には、計画を実行する中で生じた課題や反省点が記載され、翌年度の事業計画への反映が図られています。

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・c
---	-------------------------------------	-------

<コメント>

事業計画書そのものは利用者に配布されていませんが、計画に基づいて作成された「年間活動計画」(日中プログラム)を通じて、利用者への周知と理解の促進が図られています。この年間活動計画は、月ごとの具体的な予定として整理され、職員から利用者に対して定期的に説明が行われています。説明の際には、「自立訓練」など制度上の言葉は使わず、やさしく噛み砕いた表現を用いて、利用者一人ひとりが内容を理解しやすいよう配慮されています。また、プログラムの内容は社会体験や地域移行の準備、季節の行事など多岐にわたっており、利用者の関心や生活の目標に沿った形で実施されています。活動には「地域との交流を大切にする」「自立をめざす」といった職員側の明確な目標が存在しますが、利用者にはその目的を日常的な言葉で伝えることで、理解と納得を得ながら参加を促しています。このように、施設では事業計画をベースにした活動を通じて、利用者の理解と納得を得ながら支援を進めている様子がうかがえます。

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。	Ⓐ b・c

<コメント>

法人全体の取り組みとしての、運営改善部会、リスクマネジメント部会、権利擁護部会などに施設の担当職員が参加しており、これらの会議で得た情報や視点を施設内で共有し、実際の業務改善や支援内容の見直しにつなげています。これにより、法人全体と施設が連動しながら、継続的なサービス向上に取り組む体制が築かれています。施設内では、毎月支援会議が開催され、職員同士が支援に関する課題や改善点について話し合う機会が設けられています。こうした会議では、利用者一人ひとりの支援内容を検討するだけでなく、全体的な支援の質や職員の関わり方についても議論がなされており、支援の質の底上げに寄与しています。また、利用者アンケートや職員の自己評価（セルフチェック）も定期的に実施されており、これらの集計・分析はサービス管理責任者が中心となって進めています。特徴的な点としては、職員が自作したプログラムを用いてアンケート結果をグラフ化するなど、ICTの活用による業務の効率化が自動的に行われていることが挙げられます。これらのデータは支援会議などで共有され、具体的な支援方法の改善に活用されており、PDCAサイクルが確実に回っていることが確認できます。

9	I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り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
---	--	---------

〈コメント〉

職員の自己評価や利用者アンケートの結果を職員全体で共有し、それらに基づいて課題の整理と改善策の検討が行われています。支援会議では、各職員が事前に取り組み状況を要点としてまとめた資料をもとに、支援方法の改善や見直しについて具体的な話し合いが実施されており、PDCAサイクルが実際に機能しています。会議の内容は報告書として記録され、出席できなかった職員にも共有される仕組みとなっており、情報の透明性と共有が図られています。このようにして明らかになった課題の中には、利用者からの具体的な要望なども含まれており、重要な課題については単年度の事業計画に反映され、翌年度の活動につながるよう対応が進められています。また、事業計画の策定段階では、各係が前年の活動を振り返り、反省や見直しを行ったうえで、必要な改善点を報告し、翌年度の計画に反映するプロセスも整えられています。一方で、単年度の事業報告書においては、目標に対する達成状況は記載されているものの、達成できなかった点や取り組みを通じて見えてきた課題、反省点についての記載が十分とは言えない面もうかがえます。

これらを明文化し、より具体的に報告書や総括に反映させることで、振り返りの質を高め、組織全体での改善意識をさらに強化することが期待されます。

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

〈コメント〉

管理者の役割と責任は、事務分掌を通じて明確にされており、年度初めには、その年の方針や具体的な取り組みに関する考えを職員に直接伝える場を設けています。こうした機会を通じて、施設運営の方向性を明確にし、職員が共通の目標を持って業務にあたれるよう配慮がなされています。また、施設の運営が指定管理によるものであるという性質上、個人的な意見を一方的に反映させにくい側面もあります。特に重要とされる権利擁護に関する事項などについては、日常的に職員に対して注意喚起を行うなど、管理者としての責任を果たす姿勢が見られます。一方で、職員の自己評価からは、管理者の考えるビジョンや方針について、十分に職員間で共有されていないと感じている職員も一定数存在することが確認されています。

今後は、こうしたギャップを解消するために、年度初めの説明に加え、定期的な職員会議や日常のミーティングの中でも、管理者の考え方や方針を意識的に発信していく取り組みが求められます。全職員が、管理者の意図を正しく理解し、施設としての方針を共有することで、支援の方向性が統一され、より質の高い福祉サービスの提供へとつながっていくことが期待されます。

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・c
----	---	-------

〈コメント〉

遵守すべき法令や制度に関する情報が、法人全体の施設会議を通じて定期的に共有されており、その内容は職員にも確実に伝達される仕組みが整えられています。これにより、制度の変更や新たな法令に関する情報がタイムリーに届き、全職員が共通の認識を持って業務に取り組む体制ができています。また、職員の育成を目的として法人が実施する特別研修として実施されるハラスメント研修（「管理職」・「監督職」・「一般職」に分けて開催）は、法人として全職員の受講が義務づけられています。この研修を通じて、職員はハラスメントの基本的な知識と対応について学び、適切な行動をとるための意識づけが図られています。さらに、職員の自己評価においても、施設が法令遵守に向けた具体的な取り組みを行っていると評価されており、法令理解に関する意識が職員間でも定着していることがうかがえます。

現在の取り組み体制に大きな課題は見られませんが、福祉を取り巻く制度や法令は常に変化しているため、今後は最新の情報を効率的かつ継続的に職員に共有し、実践への反映を一層強化していくことが求められます。

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。	Ⓐ b・c
----	---	-------

〈コメント〉

管理者は、福祉サービスの質の向上に対して高い意欲を持ち、専門性の強化と職員の働きやすい環境づくりの両面から、明確な指導力を発揮しています。特に、外部の専門家を招いて行うスーパービジョンを年3回実施しており、これは職員の悩みの解消やメンタルヘルスケアに重点を置いた内容となっています。このスーパービジョンは、あらかじめ職員から質問を募り、専門家が事前に回答を準備する形式で進められており、職員にとってより実践的で安心感のある学びの場として機能しています。サービス管理責任者による通常の指導では対応が難しい専門的な内容に解答が得られる点や、職員の職場定着を意識した支援につながっている点において、管理者の明確な方針とリーダーシップを感じられます。こうした外部専門家による研修やスーパービジョンを通じて、職員の支援技術の向上も見られており、「職員の支援技術が向上した」と外部からの評価も寄せられています。これにより、サービスの質が安定し、利用者への支援にも良い影響を与えていることがうかがえます。一方で、年3回のスーパービジョンの実施については、職員から「回数が少ない」との声も挙がっており、今後の課題とされています。

今後は、この取り組みの効果をより高めていくために、実施回数や頻度の見直しを含めて、職員が継続的に安心して学べる環境づくりがさらに期待されます。

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發揮している。	a・b・c
----	---	-------

〈コメント〉

現在、施設単独での大規模な ICT 導入は困難な状況にありますが、その中でも職員ができる範囲での「業務効率化」が進められており、現場の努力による改善が見られます。具体的には、手書きや紙ベースの作業を職員が自作したプログラムで Google Workspace を用いてネット予約システムの構築、利用者外出・外泊予定のクラウド化や AppSheet を活用した出席管理アプリを作成し、情報共有の迅速化と事務負担の軽減を進めており、業務効率の向上を目指した取り組みが行われています。また、サービスの質の向上を目指し設置していたサービス向上委員会について、より個別の課題に対応できるよう、昨年度見直しし、今年度、それに代わる施設運営推進会議を設け、職員個々の権利擁護意識、リスクマネジメント、ハラスメント、運営改善等について、各施設が抱える課題を把握し、組織的に検討評価及び分析することにより、適正な施設運営の推進に努めています。

今後は専用アプリなどの導入を検討するなど、IT 化を含めさらに業務の効率を職員とともに検討していくことが期待されます。

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・c

〈コメント〉

必要な福祉人材の確保と定着に向けた具体的な体制と取り組みが確立されており、安定した職員配置が実現されています。指導員は 8 名体制で、かつて臨時職員として勤務していた職員も含め、すべて正規職員へと転換されており、長期的な視点での人材確保が図られています。また、支援対象となる利用者に、比較的対応の難しいケースが多いという施設の特性を踏まえ、法人としても手厚い職員配置を認めています。加えて、PSW（精神保健福祉士）などの専門資格を持つ職員が在籍しており、専門職の充足状況にも問題は見られません。これにより、専門性の高い支援体制が継続的に提供できる環境が整っています。人材育成と定着を図るための取り組みについても計画的に進められています。管理者は、年度初めに職員一人ひとりの「やってみたいこと」や成長目標を丁寧に聞き取り、文書化した上で、年間を通して進捗の確認と助言を行っています。このように個別支援の取り組みにより、職員のキャリア形成を後押しし、意欲の向上につなげています。また、外部研修の受講については、できる限り希望に応じられるよう日程調整を行っており、法人全体として研修費に対する補助金制度があることも、職員の学びを支える要素となっています。

15

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

(a) b c

<コメント>

法人全体で定められた人事考課制度に基づき、計画的な人事管理が行われており、評価結果は賞与や昇給に反映される仕組みとなっています。評価のプロセスでは、管理者による職員の考課が行われた後、管理者との面接を通じたフィードバックの場が設けられており、職員一人ひとりに対して課題点や評価された点などが具体的に伝えられています。このフィードバックを通じて、職員は自身の業務の振り返りや改善点を把握し、次年度に向けた目標を検討する機会として活用しています。また、法人全体の特徴的な取り組みとして、職員から管理者（施設長）を評価する制度も導入されています。この管理者評価は、職員が記入した内容を管理者本人が見ることなく法人本部へ直接送付する形式で実施されており、組織内の透明性を高めるとともに、双方向の評価を実現しています。こうした仕組みは、管理者自身の振り返りや資質向上にもつながっており、風通しの良い職場環境づくりに寄与しています。

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り組んでいる。

a (b) c

<コメント>

職員の勤務状況は、事務職員が日々管理し、施設長がその内容を把握する体制が確立されており、有給休暇や時間外勤務の状況も適切に管理されています。有給休暇の取得については、夏季特別休暇なども含めて計画的に取得されている様子がうかがえます。特に、年5日の有給取得義務化への対応としては、3か月前から職員に対して取得計画の提出を促し、無理のない休暇取得を進める取り組みがなされています。職員のメンタルヘルスも配慮されており、法人全体でハラスマント研修の受講を義務づけています。また、施設独自の取り組みとして、外部の専門家によるスーパービジョンを年3回実施しています。職員が業務上の悩みを抱え込まずに相談できる場を設けることで、職場定着の促進やストレス軽減、働きやすい職場づくりに向けた有効な取り組みとなっています。一方で、職員の自己評価では、ワークライフバランスについて「どちらとも言えない」と回答する職員が一定数おり、仕事と生活の調和に関して改善の余地があることもうかがえます。

今後は、業務の効率化（例えばICTの活用）といった具体的な取り組みとあわせて、ワークライフバランスのさらなる改善や、スーパービジョンの機会の拡充など、職員が心身ともに健康に働き続けられるための支援を強化することも期待されます。

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

〈コメント〉

年度初めには、管理者が職員の「やってみたいこと」や個人の目標を丁寧に聞き取り、文書として記録したうえで、半期ごとにその進捗を確認しながら、個別にアドバイスを行う機会を設けています。このプロセスを通じて、職員自身がキャリア形成を主体的に考えられるよう支援する体制が確立されています。また、職員が希望する研修についても、業務に支障の出ない範囲でできる限り受講できるよう調整がなされており、個人の学びを尊重した対応が取られています。研修機会の提供については公平性が意識されており、外部から届く研修案内はすべての職員にオープンに共有され、参加の意思が誰でも表明できる環境が整っています。さらに、研修の内容や対象については、職員がすでに有している資格やスキル、経験なども考慮されており、個々の成長段階に応じた研修が提供されています。受講した研修については記録が残され、施設内の伝達研修を通じて、個人の学びが組織全体の知識や支援技術の向上へつながる仕組みも機能しています。現在の取り組みは多角的かつ実践的に行われており、制度運用において大きな課題は見られません。

今後のさらなる展開としては、職員が設定した目標の中に資格取得など専門性の向上を目指す内容がある場合に、法人全体として補助制度や奨励策をより強化し、職員の高いキャリア志向を継続的に支援していくことが期待されます。

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

〈コメント〉

法人内には階層別研修や専門別研修の情報が整備されており、施設でもそれを活かした研修計画が実施されています。施設独自の研修計画は、年度の事業計画に具体的な内容が記載されており、研修の位置づけが明確化されています。記載内容には、社会生活技能訓練（SST）研修やOJT、Off-JT研修に加え、法人主催の研修や配置必須研修、外部研修の活用も含まれており、多様な学びの機会を通じて職員のスキル向上が図られています。職員の希望や社会情勢の変化にも柔軟に対応しながら、必要な研修を適宜受講できる体制が整っています。また、Web研修の積極的な活用により、移動時間の削減と業務との両立が図られており、職員が無理なく学び続けられる環境が整備されています。研修を受講した職員はその内容を記録し、必要に応じて施設内で伝達研修を行うことで、個人の学びを組織全体に還元する仕組みも機能しています。

今後の取り組みとしては、研修計画に記載された内容、特にSSTなどの専門性が高いプログラムについて、計画的かつ継続的に実施し、その効果を定期的に検証していくことが求められます。これにより、福祉サービスの質の安定化と向上、さらには職員一人ひとりの専門性の深化と意欲的な成長につながることが期待されます。

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

<コメント>

外部研修の案内については、職員全員に対してオープンに情報が提供されており、書類を入れる個別の箱を通じて通知され、各職員が参加・不参加の意思表示を行える仕組みが設けられています。管理者は職員の希望する研修について、業務に支障が出ないよう調整を図りながら、できる限り受講できるよう配慮しており、自発的な学びを尊重した環境づくりがなされています。職員の持つ資格やスキル、これまでの経験なども考慮したうえで、個別に適した研修機会が提供されており、画一的ではない柔軟な人材育成が進められています。受講した研修については、記録として管理されるとともに、内容を他の職員と共有するための伝達研修も実施されており、個々の学びが組織全体の知識・技術の向上へと波及する仕組みが確立されています。さらに、法人事務局から提供される階層別研修の情報や、Web研修の活用も進められており、移動時間や業務負担を軽減しながら効率的に学習できる環境も整っています。

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。

(a) b c

<コメント>

福祉サービスに関わる専門職の育成に積極的に取り組んでおり、実習生を受け入れる体制が整備されています。特に今年度は、精神保健福祉士（PSW）の実習生を2名受け入れており、計画的かつ丁寧な指導が行われています。実習指導にあたる職員については、事前に研修を受講し、実習指導者としての資格を取得することで、指導の質を確保しています。さらに、施設独自の取り組みとして「実習生受け入れ用テキスト」を作成し、指導内容の統一と職員の負担軽減を図っています。このテキストは、毎年度見直しが行われており、内容の改善と更新が継続的に進められています。こうした取り組みにより、実習生の育成に関する体制は安定的に運用されており、指導の質の確保と実習の充実が図られています。実習生にとっても、体系的で一貫性のある指導が受けられる環境が整っており、学びやすい体制となっています。

現時点では、明確な課題は特に見受けられません。今後の改善点としては、現在活用されている「実習生受け入れ用テキスト」の内容について、実習現場での経験や、社会情勢・法令改正などの外部環境の変化を反映させながら、より実践的かつ質の高い教材へと継続的にブラッシュアップしていくことが期待されます。また、実習生の指導を通じて得られた新たな視点や気づきを、施設内の全職員と共有し、組織全体の学びや支援技術の向上につなげる取り組みもあわせて推進していくことなども期待されます。

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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p>＜コメント＞</p> <p>施設では、運営の透明性を確保するために、理念や基本方針、経営ビジョンを法人の中期計画や公式ホームページに掲載し、一定の情報公開を行っています。また、相談や苦情の受付体制についても明示しており、対応の流れや窓口が整備されています。一方で、地域社会への積極的な情報発信という点では課題が残されています。主に精神障害者を対象とした施設であることから、「精神の施設」としての情報発信に対する地域の反応や理解不足への懸念があり、広報誌やパンフレットなどを用いた対外的な情報提供は控えめな状況にあります。そのため、地域住民に対して、施設の方針や特色が十分に伝わっていない可能性があります。施設の性格を踏まえ、今後どのように施設の情報を地域に対して伝えていくか、検討していくことも望されます。</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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c
<p>＜コメント＞</p> <p>経理処理については、県や法人の規定に基づき適切に実施されており、現時点で大きな問題は見られません。法人本部による幹事監査・事務監査も定期的に実施されており、監査結果については必要に応じて職員に説明・報告され、組織全体での透明性確保が図られています。また、利用者からの相談や苦情に対する対応体制についても明確な仕組みが整っており、「何でも相談記録表」により内容が記録・管理されています。加えて、必要に応じて第三者委員への報告体制も構築されており、外部の視点を取り入れた公正な対応が可能となっています。このような苦情対応の仕組みは、施設の運営における信頼性と安心感の向上に寄与しています。</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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c

〈コメント〉

施設では年に2回、地域の除草作業を職員と利用者が共に行ってています。地域住民の方々に「施設が地域の一員である」という姿勢を示し、施設の存在と活動を理解してもらう機会としています。また、地域のボランティアセンターを通じて中学生などのボランティアを受け入れる実績もあり、ボランティアとの交流を通じて、地域の方々が利用者や施設について知るきっかけとなっています。さらに町内会費を納め、自治会の回覧板のやり取りを行い、地域の自治活動にも参加しています。さらに、地域主催の防災訓練、炊き出し訓練やスポーツレクなどへも利用者及び職員が参加することで、地域への社会参加への場を広めています。

施設が主に精神障害者を対象としている性格から、「精神の施設」と地域に伝えることで理解を得にくい状況があるため、理念や基本方針を広報誌やパンフレットに積極的に掲載するような対外的情報発信はやや消極的になっています。

どのように施設の情報を地域に対して伝えていくか、伝えるべきかを含め、今後検討していくことも望まれます。

24	II-4-(1)-② ボランティア等の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。	<input checked="" type="radio"/> a b c
----	--	--

〈コメント〉

施設では、ボランティアの受け入れに関する要項やマニュアルを作成しており、これに基づいて職員・ボランティア双方の役割を整理し、統一的な手順で受け入れを行っています。従来は大学などにボランティアを依頼していましたが、昨年度より地域との関係を重視していく方針のもと、地域のボランティアセンターを通じて依頼を行い、中学生を含むボランティアを受け入れています。この仕組みにより、地域とのつながりが広まり、施設が地域の一員として参加しているという認識が深まっています。また、イベント時には、ボランティアと利用者が一緒に作業や食事をする場を設けています。このような場面を通じて、ボランティアの方々や地域の方々に、利用者の様子や施設の活動に直接触れてもらい、理解と交流が促進されています。

今後は、ボランティア活動を通じた交流機会をさらに広げるため、ボランティアセンターを通じた受け入れ体制の維持・強化はもちろん、職員が主体となってボランティアとの活動の幅を広げていくことが期待されます。こうした継続的な取り組みによって、施設が地域社会にさらに根付くとともに、ボランティアからの新たな視点や力を支援活動に取り込んでいくことも望されます。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

連携機関として、〈相談支援事業所〉、〈市町村窓口〉、〈病院〉、〈行政機関〉、〈保護観察所〉など、多岐にわたる機関と日常的に連絡・協議を行っています。また、県および地区の〈自立支援協議会〉や〈人材育成部会〉など、行政・福祉関係者が参加する協議の場にも積極参加し、社会資源や制度の最新情報を定期的に収集しています。運営法人が宮城県社会福祉協議会であるという特色を活かし、法人全体の施設会議を通じてこれらの情報が共有され、施設内職員へも迅速に伝達される仕組みが整えられています。その結果、職員は日々の支援業務において、必要な社会資源や関係機関を認識し、利用者の支援を多角的に進めることができます。利用者の地域移行支援や関係機関との橋渡し支援においても、利用者が移行先（例：グループホーム）へ進む際、担当職員が相談支援事業所と連携して情報収集や見学の付き添いを行うなど、個別対応を丁寧に進めています。また、利用者確保に向けた取り組みとして、病院や福祉事務所といった機関に対して、施設の支援方針を説明する訪問・説明会活動を開始・強化しており、社会資源の活用・機関連携を支援体制の一環として捉えて運用しています。さらに、利用者自身が社会資源を主体的に活用できるよう指導する仕組みも進んでいます。社会資源に関する情報はまず利用者自身に「自分で調べてもらう」形で促し、その後に職員がサポートするという流れを設けることで、利用者の主体性を高めながら連携資源を使いこなせる力を育成しています。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

施設では、大崎市地域自立支援協議会や施設が属する社会福祉協議会を通じて定期的に地域の福祉ニーズや社会資源の情報を収集し、その内容を職員へ伝達する仕組みが整えられています。連携機関として、相談支援事業所、市町村窓口、病院、行政、保護観察所等との情報交換も行っており、幅広いネットワークを活用しています。また、地域住民との日常的な関係構築にも配慮しており、町内会費の納付、回覧板の受け取り、町内会長との意見交換を通じて、自治会との関係を維持しています。さらに、宮城県警察署から内部研修開催時に地域の犯罪傾向などについて情報提供を受けることで、福祉サービス提供の視点からも地域状況を把握しようという姿勢が見られます。

27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

地域の関係機関として、〈相談支援事業所〉、〈保健師〉、〈支援学校職員〉などを対象に、コミュニケーションスキル向上を目的とする研修会（社会生活技能訓練（SST））を実験的に実施しています。さらに、施設は県の指定を受けて「災害時に福祉弱者を受け入れる」役割を担っています。30名×5日分の備蓄品を確保し、居室を個室活用して受け入れられる体制を整備しており、地域防災・福祉の両面での貢献となっています。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

〈コメント〉

職員の倫理意識を高めるため、専門職の基本となる社会福祉士の倫理綱領を根拠に、毎月職員全員で読み合わせを実施し、日々の支援において倫理的な判断ができる体制を促しています。また、利用者の権利擁護に関しては、虐待防止や身体拘束に関するセルフチェックを年2回実施し、マニュアルに基づいた研修も定期的に行っており、これらの取り組みを通じて職員が適切な支援を行えるよう体制整備されています。さらに、法人全体に設けられている権利擁護部会の活動内容も施設内に周知されており、倫理・支援の質の向上が組織として運営されています。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供に取り組んでいます。個人情報保護に関する規定やマニュアルが整備されており、職員にはその内容が周知されています。また、職員は在職中のみならず退職後も情報漏洩を防ぐよう、守秘義務に関する誓約書を取り交わしており、基本的な体制が整っています。さらに、社会福祉士の倫理綱領に基づき、毎月職員による読み合わせを行っており、倫理観の徹底を図っています。虐待防止や身体拘束に関するセルフチェックも年2回実施し、マニュアルに基づいた研修も定期的に行われており、職員の倫理的な意識向上にもつながっています。また、プライバシーに関しての基準は法人のマニュアルに従い行われており、利用者への日常の支援においても、プライバシーを尊重した支援が徹底されています。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

施設では、利用希望者に対してパンフレット、広報誌、しおりなどの各種資料を用い、必要に応じて個別資料も作成するなど、丁寧な情報提供が行われています。サービス管理責任者を中心に、利用希望者やその家族、相談員に対しては、施設のサービス内容や生活の様子を分かりやすく説明しており、事業所の見学や部屋の案内、体験利用（ショートステイを含む）も隨時受け入れるなど、実際の利用イメージを持ってもらうための配慮もなされています。また、理解が難しい方に対しては、ルビを振った資料や写真を用いた説明など、分かりやすく伝える工夫がなされており、個別の状況に応じた柔軟な対応が実施されています。現在、利用者の確保が施設としての課題となっていることから、管理者が職員とともに医療機関などを訪問し、施設の機能や支援内容に関する説明を行うなど、施設の存在や取り組みを直接伝える「営業活動」にも力を入れています。こうした対外的な働きかけを通じて、利用を必要とする方に確実に情報が届くよう努めています。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

入所時には、「入所のしおり」や「重要事項説明書」、市町村の必要書類などを用いて、サービス内容、契約条件、施設のルール等を丁寧に説明しています。説明の場には原則として相談員や家族も同席し、第三者の視点も交えて確認できるよう配慮されています。さらに、利用者の理解を助けるため、必要に応じて重要事項説明書にルビを付けたり、パンフレットに写真を用いる工夫がなされており、視覚的にも把握しやすい形式となっています。また、契約時点も再度確認を行う機会が設けられています。「しおり」は体験利用の段階で手渡され、入所前に内容を確認できるようにすることで、利用希望者が安心して検討できる体制が整っています。こうした説明体制が定着しており、利用者の理解度や支援状況に即した説明手段が確立されています。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

利用者が次の生活の場（例えばグループホームや家庭など）へ移行する際に、福祉サービスの継続性を確保するための体制が組織的に構築されており、移行先がグループホーム等である場合、必ず担当職員が移行先の担当者会議に出席し、施設での支援経過、利用者の状態変化、服薬内容などを所定の様式に基づいて書類として引き継いでいます。これにより、移行先の支援体制が利用者の実情を把握したうえでスムーズに支援を開始できる環境を整えています。また、情報共有についても、個人情報保護に関する同意書をきちんと取得した上で行われており、支援に必要な情報が適切な手続を経て移行先へ提供されています。さらに、退所後についても配慮がなされており、退所時には「退所後の相談方法や担当者（例：施設長）を明記した文書」を、個別支援計画の終了時評価に添えて利用者に手渡すことで、移行後も支援を必要とすれば相談できる体制を明示しています。職員により、グループホームの情報収集や見学への付き添い、行政手続きの支援など、生活移行に伴う支援も多面的に行われています。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

利用者満足の向上を目的とした仕組みとして、毎月第1土曜日には利用者アンケートを実施しており、回答形式は紙に加えてスマートフォンやパソコンからの入力（Google フォームなど）にも対応するなど、利用者の利便性に配慮した多様な方法が採用されています。収集したアンケートは職員がすべて集計・グラフ化し、朝礼や職員ミーティング等で結果を共有し、食事の嗜好に関する調査も毎月実施しています。さらに、施設入口には意見箱が常設され、日常的に利用者からの意見や要望を投函できる環境が整えられています。これらの取り組みにより、利用者の声を定期的に吸い上げ、組織内で共有・検討する体制が確立されており、運用自体に大きな課題は見受けられません。

一方で、今後さらなる改善を進めるために、集計・分析結果や意見箱に寄せられた内容に基づいて具体的な改善策を講じた後、その改善内容と結果を利用者に対して明確にフィードバックする取り組みを強化することも期待されます。利用者が自らの意見が尊重され、施設運営に反映されると実感できる環境をつくることで、さらなる満足度の向上につなげる取り組みも期待されます。

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

〈コメント〉

施設では、苦情対応マニュアルを整備し、受付窓口・解決責任者・第三者委員といった体制が明確に定められています。苦情や相談は「何でも相談室」という窓口で一元的に受け付けており、「何でも相談記録表」を活用して、相談と苦情を適切に区別しながら記録・管理する体制が整っています。さらに、施設の玄関には意見箱を設置し、職員や家族がいつでも自由に意見や苦情を申し入れられるようにするなど、利用しやすい仕組みも整備されています。また、第三者委員も連絡先とともに明記され、必要に応じて委員への報告体制も確立されており、公正な対応が図られています。受け付けられた苦情については、極力早期（翌日または翌週）に対応するよう徹底されており、速やかな解決に努めている点も評価できます。なお、苦情の対応実績はこれまでにないものの、マニュアルには解決後の公表に関する規定も明記されており、万が一の際にも対応の透明性が確保される体制となっています。

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 c

〈コメント〉

施設では、「何でも相談室」という窓口を設け、受付時間を午前9時30分から午後4時30分までとして利用者に案内していますが、緊急時にはこの時間帯を超えて対応可能であることも明示されています。また、施設入口には意見箱が常設されており、いつでも自由に意見や要望を投函できる仕組みが整えられています。相談環境も配慮されており、他の人に聞かれたくない内容の相談に対しては個室を使用できるようになっており、プライバシーに配慮した形式で声を聴く体制が構築されています。さらに、相談できる職員は担当者に限定されず、どの職員にも気軽に話せることを日常より利用者に伝えており、利用者が「相談しやすい」と感じられるよう配慮されています。

今後は、個室相談室や意見箱等の環境を引き続き維持・活用し、職員が日常的に利用者の声に耳を傾け、利用者にとって開かれた運営が継続されることが期待されます。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

施設では、相談・意見を受け付けた際には必ず記録を行い、業務日誌や「何でも相談記録表」といった所定の記録様式を用いて職員間で情報を共有する仕組みが確立されています。記録された情報は全職員で参照可能となっており、対応策が施設内で周知・統一されています。また、対応の迅速性にも配慮がなされており、相談を受けた職員は極力早めの対応を図っています。例えば「翌日または翌週まで」を目安に回答を行うよう努めており、すぐに結論を出せない案件についても、相談者に対して回答予定時期を明確に伝える体制が整っています。これにより、利用者が相談した際に「いつ返事が来るのか」が分からず不安を感じることのないよう配慮されています。現状では、こうした一連の仕組みが継続的に運用されており、対応体制そのものに大きな課題は確認されていません。

今後は、この記録・共有・迅速対応という流れを維持しつつ、全職員が「利用者の声を真摯に受け止め、支援の質向上につなげる」という意識をさらに強めていくことが期待されます。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

法人全体では「リスクマネジメント部会」が設置され、施設内にも「リスク管理委員会」が設けられており、組織的な管理・運営体制が整えられています。施設内では、ヒヤリハットや事故発生時の報告制度が明確に定められており、報告書には発生状況、暫定的な対応策、その後のリスクマネージャーによる評価および結果までが記載される構成となっています。これらの報告は、遅くとも発生後1週間以内に委員会等で共有・対応される体制が整っており、迅速かつ一貫した対応が図られています。また、ヒヤリハット報告は四半期ごとに集計され、法人本部へ報告されており、定期的な監査・レビューによって、組織全体でのリスク管理の質の向上が図られています。事故報告についても同様の仕組みで対応され、適切な対応が実施されています。一方で、現時点では、リスク予防の観点から「危険予知トレーニング（KYT）」のような実践的な研修は未導入となっており、今後の取り組み課題として認識されています。現在は、ヒヤリハット発生時に全体会議で対応策を検討することで一定の対応を行っています。

今後は、職員が潜在的なリスクを事前に察知し、未然に防止できる力を養うための研修体制の整備が期待されます。危険予知トレーニング（KYT）などの研修を計画的に導入することで、職員一人ひとりのリスク感度を高め、より安心・安全な福祉サービスの提供につなげていくことが望まれます。

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) b・c
----	--	---------

〈コメント〉

施設では、感染症対応マニュアルと、発生時にも業務を継続できるようにした BCP（業務継続計画）を策定しており、施設内には「感染症対策委員会」が設置され、組織的な対応が行われています。過去には、コロナ禍において保健師の指示を受けて施設内をゾーン分けし、感染拡大を防止する対策を実践しています。また、看護師は常駐していませんが、協力医療機関と連携し、体調に不安のある利用者には職員が通院に付き添うなど、医療面での支援体制も整えられています。

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に行っている。	(a) b・c
----	---	---------

〈コメント〉

施設では、行政が作成したハザードマップを参考し、水害時には建物の2階以上への垂直避難を想定した防災訓練を毎年実施しています。また、火災や地震を想定し、夜間を含めた訓練も行われ、利用者と職員と一緒に参加して現場対応力を高めています。災害用物資の備蓄の面でも備えが整っており、30名分×5日以上の備蓄品を確保し、食品についても業者との契約による定期的な入れ替え（ローリングストック）を行っています。さらに、非常用電源として発電機を保有し、定期的に動作確認を行っており、停電発生時にも対応可能な体制を整えています。職員の安否確認については緊急連絡網やメール一斉送信訓練を通じて体制化され、昨年度には地域の地区防災訓練にも施設として参加し、地域防災力との連携を図っています。

III-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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

〈コメント〉

施設では、サービスの種類ごとにマニュアル類を体系的に整備しており、マニュアルはPC内のデータとして保存されているだけでなく、「マニュアルファイル」として紙ベースでも配布され、職員一人ひとりがいつでも手元で参照できる体制が確立されています。職員会議や全体会議の場でも内容によってはマニュアルを読み合わせるなど、職員間で共通理解を深める取り組みが実施されています。また、職員の自己評価からも、マニュアルに基づく支援が行われていることが確認できます。

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
----	---	-------

〈コメント〉

マニュアルは毎年度更新されており、年度更新前（期末）には、職員から内容に関する見直し意見を募る機会が設けられています。これにより、現場の声を反映した実効性の高い内容への改善が図られています。また、年度途中での見直しが必要になった場合には、変更箇所のみを印刷して配布し、紙ベースで管理されているマニュアルファイルの該当部分を差し替えることで、迅速かつ柔軟な対応が可能となっています。一方で、職員による自己評価の中には、現在のマニュアルが現場のニーズや環境に十分適しているかについて「どちらとも言えない」とする意見も複数見られました。

こうした声を受けて、今後はより一層、現場の実情を踏まえた丁寧な検討を重ね、マニュアル内容のさらなる見直しと改善を進めていくことが期待されます。

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 アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。	a・b・c
----	---	-------

〈コメント〉

アセスメントの実施責任者は施設長が担い、サービス管理責任者が計画作成を行う際には、担当職員も同席しています。個別支援計画は利用者ご本人の意向を主軸に据えて作成されており、本人の希望を尊重した支援を基本としています。また、計画を策定するための手順書が整備されており、そのガイドラインに沿って組織的かつ適正に手続きを進めています。加えて、必要に応じて相談支援専門員や医療機関などの関係機関から情報収集を行うことで、多角的な視点を計画に取り入れる取り組みもなされています。課題として、相談支援員が時間を確保することが難しく、アセスメント実施の場に同席できるケースがほとんどない現状があります。また、家族のアセスメントや個別支援計画策定への参加機会が限られており、直接的な意見聴取の場が十分でない側面も認められますが、現状は、利用者の状況を観察しながら、状態の適しているタイミングで話し合いを行うこともあり、事前の相談員への連絡が難しく相談員が出席できない状況が多く、また、家族も入所当初には利用者との関りを避ける傾向があり、家族もアセスメントやモニタリング時への参加が限られています。施設としては、利用者の状況を見ながら、相談員や家族の意見を徐々に聞き、利用者の支援計画の参考にしている状況となっています。

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。	a・b・c
----	--------------------------------------	-------

〈コメント〉

個別支援計画のモニタリングを3か月に一度のサイクルで実施しており、支援の継続性と質の維持に向けた体制が整えられています。モニタリングは利用者本人との話し合いのもと行われ、本人の意向や取り組み状況を確認し、同意を得た上で記録に残しています。職員はこの場で「この3か月間（または約2か月半）を振り返ってどうでしたか」といった対話を通じて、モニタリング記録を作成しています。また、支援計画書には本人のサインが付され、相談支援事業所へも交付されており、外部機関との連携が取られています。

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、職員間で共有化されている。	a・(b)・c
----	---	---------

〈コメント〉

施設では、利用者に関する福祉サービス実施状況を記録し、職員間でその共有を図る体制が整備されています。支援記録は、PC上の共有フォルダーにあるWordデータ形式で入力され、職員がいつでもアクセスできる仕組みとなっています。記録の質を保つための工夫として、「F-SOAIP（生活支援記録法）」を導入しており、職員それぞれの記述のばらつきを抑え、支援の経過や介入・評価の流れを明らかにできるようにしています。また、毎月支援会議を開催し、職員による取り組み状況の要点資料をもとに、実施状況の振り返りと次の支援方針の検討が組織的に行われています。これにより、記録された情報が単に蓄積されるだけでなく、職員全体で支援内容を共通理解し、質の改善に向けて活用されている体制です。

現状では、この記録・共有の仕組みは十分に機能しており、明確な運用上の課題は認められていませんが、今後に向けては、現在のWord入力という形式のままでは手間がかかるため、記録作成の効率化を図る観点からアプリ等のシステム導入を検討し、職員の負担軽減および情報共有のさらなる迅速化を目指すことも期待されます。

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・(b)・c
----	------------------------------------	---------

〈コメント〉

紙ベースで出力された記録やその他の利用者データは、鍵付きケースファイル用ロッカーで保管されています。さらに、法人規定により、利用者に関する記録は5年間保管することが定められており、退所者のデータは現利用者データとは別管理となっています。また、個人情報保護に関しては、法人で「個人情報保護規定」やマニュアルが整備され、職員に対して周知がなされています。職員は、在職中はもちろん、退職後も知り得た情報を外部に漏らさないという誓約書を取り交わしています。

職員の自己評価からは、個人情報保護の研修への参加に関し、半数以上は受けているとの回答ですが、一部には否定的もしくはどちらとも言えない回答もあり、今後は、再度、全職員への周知・理解の徹底に取り組んでいくことも期待されます。

評価対象A 福祉サービスの内容

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。	Ⓐ b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の持ち物や着るものについては、基本的に個人の自由が尊重されています。食事では、朝食と夕食は決められたメニューですが、昼食は利用者の希望に応じて自由に選択できる体制が整っています。さらに、行事のメニューや外出先などは、月に3~4回実施されるディスカッションやグループトークを通じて、利用者の希望を丁寧に聞き取りながら決定されています。個別支援計画の策定にあたっても、利用者ご本人の意向を主軸に据え、本人の希望を尊重した支援を基本としています。また、計画作成の手順書が整備され、組織的かつ適正なプロセスに基づいて対応が進められています。一方で、計画策定や評価を行う際に、相談支援員や家族の参加があまりなく、これにより、外部専門職や家族の意見を十分反映させた支援設計・評価が行いづらい側面があります。</p> <p>今後は、利用者の意向を尊重する現行の体制を継続しつつ、支援の質をさらに高めるため、相談支援員や関係機関、家族が個別支援計画の策定・評価に参加しやすい仕組みを整備することが期待されます。</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。	Ⓐ b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人全体の「権利擁護部会」の活動内容を施設内にも取り入れ、「虐待防止委員会」および「身体拘束適正化委員会」が四半期に1回以上開催され、事故事例やヒヤリハットの傾向分析を通じた職員の意識向上が図られています。また、虐待や身体拘束に関するセルフチェックを年2回実施し、関連マニュアルに基づいた研修も定期的に行われています。職員の倫理的態度を高める取り組みとして、毎月、倫理綱領を題材とした読み合わせを行い、倫理観の醸成に努めています。さらに、外部の専門家を招いたスーパービジョンも年3回実施しており、職員の悩みに対応するとともに、倫理的課題への助言がなされています。利用者の声を権利擁護に反映するため、アンケートや意見箱に虐待やハラスメントに関する意見が寄せられた際には、速やかに調査・対応し、その結果を本人や家族、関係者に報告する体制も確立されています。個人情報保護については、法人規定とマニュアルが整備されており、在職中はもちろん、退職後も情報漏洩を行わない旨の誓約書を交わすなど、情報管理に対する明確なルールがあります。</p>		

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本			第三者評価結果
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。		
<p>〈コメント〉</p> <p>掃除や洗濯などの生活行為は、利用者が自ら行うことを原則としており、支援の必要な場面では職員が適切にフォローしています。また、金銭管理については、浪費傾向のある利用者にはまず職員が鍵付き金庫の鍵を預かり、職員と共に朝夕の収支確認やレシートの整理など、家計簿的な支援を通じて金銭感覚を育成しています。その後、徐々に自己管理へと移行できるよう、段階的な支援が提供されています。服薬管理においても、最初は事務所での一括管理から始め、利用者の状況に応じて自己管理へと進める支援体制が確立されています。さらに、公共交通機関の利用が困難な利用者には、切符の購入方法や乗車の手順を職員が付き添いながら個別に指導するなど、移動の自立支援も行われています。一方で、地域移行を推進する上での課題として、精神障害に対する理解不足からアパート契約が進みにくい状況があります。また、キャッシュレス社会の進展に伴い、電子決済の普及による浪費や金銭トラブルにどう対応していくかという点も、今後の支援の課題とされています。</p> <p>今後の取り組みとしては、現在のような段階的な生活スキルの育成支援を継続・強化しつつ、電子決済など新たな社会環境への対応についても、支援計画に明確に位置付けた上で、リスク管理を含めた実践的な支援の検討が期待されます。</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。		
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の多様な心身の状況に応じた適切なコミュニケーション支援を行うため、職員の専門性向上に取り組んでおり、法人全体で実施されているコミュニケーションに関する研修会へ職員を参加させ、基礎的・応用的な知識の習得を図っています。また、利用者に対しては、社会生活技能訓練（SST）を支援の一環として取り入れており、日常生活に必要な対人スキルや意思表示の方法など、実践的なコミュニケーション能力の向上を目的とした支援を継続的に実施しています。精神障害による妄想や思い込みが強い利用者に対しては、接し方に注意が必要なため、職員間で個々の利用者のコミュニケーション特性や留意点を日々のミーティングや記録を通じて共有し、支援方法の統一を図る体制が整えられています。これにより、利用者からの誤解や不信感を最小限に抑える工夫がなされています。さらに、女性職員が男性利用者と関わる際には適切な距離感を保つなど、職員の立場や性別に応じたリスクマネジメントも意識された対応が実践されています。</p> <p>現時点では、コミュニケーション支援に関する明確な課題は確認されていませんが、今後も SST の継続実施に加え、職員間の情報共有体制をさらに強化することで、より多様なニーズに対応できる支援力の向上が期待されます。また、職員のコミュニケーションスキルを高める定期的な研修の実施も、引き続き重視されるべき取り組みとして位置付けられます。</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)・b・c
----	--	---------

〈コメント〉

利用者が自身の意思や意見を安心して表明できる環境の整備に努めており、「何でも相談室」を設置し、苦情・相談の両方を一元的に受け付ける窓口としています。相談受付時間は日中に設定されていますが、緊急時にはこの限りではない旨も伝えられています。相談内容の秘匿性にも配慮し、必要に応じて個室（相談室）の利用が可能な体制も整っています。

また、施設の入り口には意見箱（目安箱）が設置されており、利用者が日常的に意見や要望を投函できる環境が確保されています。こうした意見・相談は「何でも相談記録表」やケース記録として記録され、業務日誌を通じて職員間で共有され、迅速かつ組織的な対応が図られています。対応は原則として翌日または翌週までを目安に行い、即時の対応が困難な場合には、回答の目安時期を利用者に伝えることで不安の軽減にも努めています。利用者の意向は日常のあらゆる場面で尊重されており、昼食の選択や行事・外出先の決定においても、月に3~4回実施されるディスカッションやグループトークを通じて、利用者の声を丁寧に聞き取りながら進められています。

51	A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。	(a)・b・c
----	---------------------------------------	---------

〈コメント〉

個別支援計画に基づき、利用者の生活力や社会性の向上を目的とした日中活動を計画的に実施しており、活動は午前・午後の2コマ構成となっており、いずれも原則として必須参加とされています。日中活動の内容は多岐にわたり、生活スキルの習得や社会参加を支援するものが組み込まれています。具体的には、寮内清掃では共用スペースを職員と協力して整える機会を設け、金銭管理については、日常的に金庫の現金管理や支出記録を通じた訓練が行われています。その後、段階的に自己管理へと移行するための自立支援の一環として実施されています。また、社会性の育成に関しては、週間ミーティングでの予定確認や情報共有、ストレッチ＆ウォーキングといったスポーツ活動、読書・パソコン・創作などから選べる個人活動などが実施されています。行事や外出先の決定においては、月に3~4回実施されるグループトークやディスカッションを通じて、利用者の希望を丁寧に聞き取る体制が整っています。個別支援計画に定められた個々の目標に取り組む時間として「個別支援活動」が設けており、これは集団プログラムとは別に、利用者の状況に応じた個別的な対応がなされています。さらに、日中活動の時間外（15時以降など）においても、必要に応じて個別支援が柔軟に行われています。活動の説明にあたっては、「自立訓練」など制度上の用語をそのまま使わず、利用者にとって理解しやすい平易な表現を用いて目的や内容を伝えており、利用者が活動の意義を主体的に捉えやすいよう工夫されています。

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。	a ①b・c
----	-------------------------------------	--------

〈コメント〉

利用者それぞれの障害特性（精神障害、知的障害、発達障害等）に応じた適切な支援を行うため、組織的な取り組みを実施しています。職員については、障害の状況に応じた専門研修への参加を推進しており、知的障害支援研修や発達障害支援センター主催の研修会など、担当職員が知識習得できる取り組みが行われています。日常支援においては、利用者の心身状況を踏まえたコミュニケーション手段の確保にも注力しており、職員間で「妄想や思い込みが強いケース」などの支援上の注意点を共有し、支援方法の統一を図っています。また、利用者同士のトラブルを防止するため、食堂の座席配置にも配慮し、利用者間の人間関係や支援環境を考慮した対応がなされています。さらに、パニックや癲癇といったトラブル発生時には、職員2名程度で対応を行い、興奮を抑えるよう安全な環境を確保する工夫もされています。現状では、対応手順は文書化されていないものの、定期的な会議を通じて支援の統一が図られており、職員が個別の対応に適切に臨める体制です。

今後は、利用者と職員双方の安全確保のために、緊急事態対応の手順を文書化し、職員への教育・訓練を実施することで、支援の質と安全性をさらに向上させることが期待されます。

A-2-(2) 日常的な生活支援

53	A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。	a ①b・c
----	-------------------------------------	--------

〈コメント〉

個別支援計画に基づく、日常的な生活支援の中心には、自己管理能力の向上が据えられており、特に金銭管理や服薬管理においては段階的な支援が組織的に実施されています。

金銭管理に関しては、浪費傾向のある利用者も想定し、初期段階では職員が鍵付き金庫の鍵を預かる体制からスタートします。利用者とは朝夕の収支確認を行い、レシートの貼付や出費記録を通じた家計簿管理の指導がなされ、最終的には金庫の鍵を本人に渡す自己管理への移行を目指しています。この支援はほぼ毎日実施されており、実践的かつ継続的に進められています。服薬管理についても同様に、事務所での保管から段階的に自己管理に移行する仕組みが整えられており、そのステップごとの判断基準についてはマニュアル化されています。日常生活支援の一環として、掃除や洗濯は利用者本人が行うことを基本とし、共用スペースの清掃についても職員と利用者が協働して毎週実施しています。食事に関しては、朝食・夕食は定められたメニューに基づく提供となっていますが、昼食は利用者の自由選択が可能となっており、毎月の嗜好調査も活用して支援内容に反映されています。一方で、今後の社会環境の変化に対応する課題も認識されています。特に、電子決済の普及といった現代的な課題に対し、利用者が浪費やトラブルに巻き込まれることのないような指導・支援体制については、対応の難しさが指摘されています。

今後の取り組みとしては、現在の段階的な金銭管理・服薬管理の体制を維持・発展させるとともに、社会の変化に対応する新たな生活支援、特に電子決済のリスク管理と活用指導を日常支援の中に組み込むことが期待されます。

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。	a (b) c
----	---	---------

<コメント>

利用者の全ての居室は個室で、プライバシーの確保に配慮されており、各部屋にはエアコンとユニットバスが設置されていることで、利用者が安心して日常生活を送るための基盤が整っています。設備の維持管理については、エアコンの清掃と共に共用部のワックス清掃をそれぞれ年2回、専門業者に依頼して実施するなど、衛生的な環境保持に努めています。また、日常的な共用スペースの清掃は、職員と利用者が協働で実施する週間清掃の中で行われており、利用者の主体性を促す生活支援にもつながっています。利用者の自由な生活スタイルにも配慮がなされており、PCやゲーム機などの私物の持ち込みは自由とされていますが、自己管理を条件とすることで、自己責任の意識を育む支援にもなっています。安全面においては、毎朝の体温測定などを通じた体調管理を日課とし、体調不良時には協力医療機関と連携した迅速な対応体制が確保されています。さらに、リスク管理委員会の設置やヒヤリハット報告体制など、リスクマネジメント体制も組織的に運用されており、日常的な安全確保にも配慮された環境が維持されています。

現状の課題として、利用者の利便性向上に不可欠なWi-Fi環境の整備が未完了という点があります。現在、全室設置とするか、共用部のみとするかを含め、予算および設置範囲に関する具体的な調整・検討が進められています。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

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) b c
----	---	---------

<コメント>

施設では、特に生活スキルの向上を目的とした支援に力を入れており、個別支援計画に基づいた多様なプログラムが体系的に提供されています。日中活動は午前・午後の2コマに分かれ、全利用者が必須で参加しています。内容は、週間ミーティングや寮内清掃、スポーツ活動などの集団活動に加え、以下のような個別支援が実施されています。

- 金銭管理：浪費傾向のある利用者には、職員が鍵付き金庫を預かる形式で支援を開始し、日々の収支確認やレシート貼付などを通じて金銭感覚を養い、最終的には自己管理へと移行する段階的な訓練が行われています。
- 服薬管理：マニュアルに基づき、最初は事務所保管からスタートし、本人の理解度や生活状況に応じて自己管理を目指す段階的支援が提供されています。
- 個別支援活動：利用者ごとの目標に基づく支援を行うため、日中活動とは別に「個別支援活動」の時間を設定し、個別性の高い訓練を実施しています。
- 公共交通機関の利用訓練：利用者の社会生活に必要な移動スキルの向上を目的に、職員が切符の買い方などを付き添いながら指導しています。

一方で、身体機能に特化した訓練については、施設に理学療法士等の専門職が常駐していないため実施されていません。現状では、身体的な機能訓練を必要とする利用者もいないため提供されていません。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

施設では、毎朝の体温測定や健康状態の確認を全利用者に対して実施しており、その結果は記録として残されています。これにより、日々の小さな体調変化にも早期に気付けるような支援体制が維持されています。服薬の変更時や新たに内科の薬が処方された場合には、2週間の健康観察期間を設け、毎朝の健康チェックを強化しています。利用者の個別状況に応じて、便通状況の確認や血圧測定（必要時）なども実施されており、特に医師の指示がある場合には、糖尿病などの持病を持つ利用者への対応実績もあります。体調変化時の対応においては、看護師の常駐はありませんが、近隣の協力医療機関との連携体制が確保されています。利用者から体調不良の訴えがあった際には、速やかに医療機関の受診を調整し、必要に応じて職員が通院に付き添うなどの対応が行われています。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

利用者の服薬管理については、明確な段階的支援方式が整備されています。初期段階では薬を事務所内の鍵付きロッカーで保管し、服用時には職員の立会いのもとで実施され、その後、利用者本人による時間厳守が可能になれば、1日分または3日分の薬を利用者の居室で管理し、服用時だけ職員が確認するというステップを経て、最終的には利用者自身での自己管理を目指しています。これらの流れは、マニュアルとして文書化されています。健康状態の把握にも配慮されており、高血圧や糖尿病などの持病がある利用者に対しては、医師の指示を受けて血圧測定や適切な措置が行われています。常駐の看護師はいませんが、協力医療機関が近隣にあり、利用者が体調不良を訴えた際には、速やかに受診先を検討し、必要に応じて職員が付き添って通院をサポートする体制が整えられています。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

就労を目指す利用者には、就労移行支援事業所の学習会やハローワークの説明会への参加を案内し、必要に応じて職員が付き添う支援体制が整えられています。また、学習支援の一環として、社会生活技能訓練（SST）や、読書・パソコンの利用といった選択活動が日常プログラムに組み込まれており、利用者が自分の関心や意欲に応じて活動内容を選べるよう配慮されています。地域社会とのつながりを重視した取り組みとして、職員と利用者が共に地域の除草作業に参加するほか、地域のボランティアセンターを通じた交流も行われており、地域住民との接点づくりが進められています。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

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) b c

〈コメント〉

施設では、個別支援計画に基づき、金銭管理や掃除、洗濯といった日常生活スキルの訓練を行っており、利用者が自立した生活を送れるよう、最終的には自己管理を目指した支援が実施されています。これらの訓練は、利用者一人ひとりの習得状況に応じて柔軟に調整されており、公共交通機関の利用が困難な利用者に対しては、職員が個別に付き添いながら具体的な指導を行うなど、実践的な支援も行われています。地域移行に向けては、利用者の意向を尊重しながら、相談支援員やグループホームの関係者と密に連携を取りつつ、移行先の選定や見学の調整が行われています。グループホームやアパートへの入居が決定した際には、職員が契約手続きに立ち会い、住所変更などの行政手続きについても支援を提供する体制が整っています。加えて、退所後も適切な支援が継続されるよう、相談窓口や連絡先を記載した文書を支援計画の終了時に利用者へ手渡すなど、アフターケアの仕組みも講じられています。また、地域生活に関する具体的なイメージを持てるよう、援護施設の卒業生を招いた懇話会を年1回実施しており、卒業生が自身の経験を語ることで、現利用者にとってのピアサポート的な役割も果たしています。これにより、地域生活への不安の軽減や、自立への意欲向上が期待されています。

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 b c

〈コメント〉

施設では、利用者の家族との連携や情報共有に努めており、入所時や定期的な担当者会議などの場では、可能な範囲で家族が同席し、本人の支援方針について話し合いが行われています。ただし、多くの利用者は精神的な課題等を抱えており、家族との同居が困難である場合も多いため、日常的な家族支援の機会は限られているのが現状です。

入所後は、家庭との関わりが希薄になるケースもありますが、必要に応じて施設から利用者の近況報告を行い、情報共有を図っています。また、通院の際に家族が付き添う場面もあり、その際には職員が改めて利用者の状態について説明を行うなど、家族との連携を丁寧に継続する姿勢が見られます。

一方で、家族への支援としての具体的な助言や関わり方に関する指導などは、支援の対象が主に成人利用者であることや、家族が高齢化しているケースも多いことから、医療機関や関係機関と役割分担しながら対応している様子がうかがえます。

今後、家族との関係性の再構築や安定した交流の支援を行うためには、利用者個々の事情を尊重しながらも、家族支援に関する体制整備や相談支援の充実に取り組んでいくことも期待されます。

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		

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
<コメント>		
対象外		
64	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。	a・b・c
<コメント>		
対象外		