

## 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：精神障害者支援施設                                                                                       |
| 代表者氏名：所長 浅野 律子                              | 定員（利用人数）：20名（短期2名）                                                                                 |
| 所在地：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：<br><a href="https://fukushi.miyagi-sfk.net/kenp/">https://fukushi.miyagi-sfk.net/kenp/</a> |
| 【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                                        | （専門職の名称） 名                                                                                         |
|                                             | 精神保健福祉士 4名                                                                                         |
|                                             | 社会福祉士 3名                                                                                           |
| 施設・設備<br>の概要                                | （居室数）                                                                                              |
|                                             | 22室（内、短期入所2室）<br>バス・トイレ・エアコン完備                                                                     |
| （設備等）<br>事務室，食堂，交流室，相談室，<br>洗濯コーナー，静養室，公衆電話 |                                                                                                    |

### ③ 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，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。

### ④ 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年の標準期間内で自立訓練（生活訓練），宿泊型自立訓練を行う。

#### ・支援内容

1日を通して，生活リズムづくりや整容，家事，服薬，金銭管理など生活力を身につけられるよう日課に沿って支援を行う。一人一人に「個別支援計画」を作成し，定期面談をしながら自己実現のための目標設定を行う。

平日に行う日中プログラム（講座，SST，運動，調理，行事等）のほか，個別面談，通院支援，社会資源の利用支援等を行っている。また，安心して社会復帰・地域移行ができるよう，日常的に相談支援事業所や市町村，かかりつけ医療機関等と情報共有，ケア会議を開催し，切れ目のない支援を行うよう努めている。

⑤第三者評価の受審状況

|               |                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和 4 年 4 月 27 日（契約日） ～<br>令和 4 年 10 月 3 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 5 回（令和元年度）                                         |

⑥総評

◇特に評価の高い点

○障害の多様化に伴った専門知識の習得

近年の障害者の症状の多様化に伴い、従来の知識だけでは対応が難しくなっており、これに対応するため、事業所では関係機関と連携し、外部での専門講習の受講や、内部での勉強会を通じて必要とされる専門知識の習得に努め、利用者へのより質の高い支援を行えるように取り組んでいる。

○支援の質の改善への取り組み

3 年毎の第三者評価の受審、毎年の事業所としての自己評価、年 2 回の職員自身のセルフチェック、利用者への毎月のアンケートや面談等を通して現在の事業所における支援の質を確認し、ミーティングや職員会議での話し合いなどを通じて改善計画が立てられ実施されている。

○関係機関との連携

支援の性格上、関係機関との連携は日常より行われており、地域の市町村、精神科医療機関、相談支援事業所などと利用者に対する支援の方法や、地域における福祉課題に関して話し合いなどが行われ、常時連絡を取り課題解決に向けた取り組みが行われている。

◇改善を求められる点

○地区の方々との関係

関係機関との連携は日常より行われているが、利用者の状況やコロナによる影響もあり地区の方々との関係は希薄となっている。地区での清掃活動の復活やボランティアの方々との関係及び防災訓練などを通じて、地区の自治会や住民とのより積極的な連携を検討していくことが期待される。

○プライバシー保護と個人情報保護の解釈

言葉上の問題ではあるが、プライバシー保護と個人情報保護の内容に対する解釈が混同している傾向が見られる。実際の支援においては利用者のプライバシーは十分に考慮され、保護された支援が行われているが、内容を再度確認し、具体例などを参考に勉強会等を通じて、より明確に理解していくことが期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の受審は平成２３年度から始め５回目となりました。事前書類や訪問調査，利用者様へのアンケートや面接など，多岐に渡る調査のうえ，様々なご助言，ご提案をいただきました。改めて心より感謝申し上げます。日頃の事業運営や利用者支援をお認めいただき大いに励まされたり，取り組めていなかった課題に気づかされたりなど，客観的なご意見をいただく大変貴重な機会となりました。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，工夫に努めて参ります。

⑧評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

## 【共通評価項目】

## 評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45 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。 | ②・b・c   |
| <コメント><br>法人の運営理念「誰もが身近な地域で安心して生き生きとして暮らせる地域づくり」を基に事業所としての基本方針を作成し、事業計画書やホームページへの掲載が行われている。職員には毎年事業計画書を含め倫理綱領、各種マニュアル類などを綴じたファイルが配布され、期初の職員会議で全員に説明が行われている。また、「具体的行動計画」も作成され、毎月の職員会議で読み合わせが行われ、法人及び事業所の理念や方針の徹底が行われている。利用者へは、入所時に入所案内の記載内容を説明し、更に入所後も日中プログラムで機会を設け、分かりやすい文書を作成しスライドなどを使用し説明している。 |                                   |         |

## 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。 | a・②・c   |
| <コメント><br>管理者は社会福祉事業全体の動向を法人本部での会議や県からの通知、県自立支援協議会等との打ち合わせで社会全体の福祉環境や、地域における福祉状況について情報を得ており、得られた情報は、職員会議やミーティングで職員へ伝達が行われている。更に、地域の福祉状況、地域における情報に関して、自治会や民生委員などを通して確認していくことも期待される。 |                                           |         |

|                                                                                                                                                                                 |                                     |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 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。 | ㉗・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉環境の変化に対応し、発生する課題を職員会議で話し合い、事業所としての方向性を検討し具体的な改善へと結び付けている。また、近年、利用者の多様化する症状の変化などに対しても職員として必要な専門的スキルなどを分析し、対応できるように検討がなされており、事業所としての事業計画への反映が行われている。</p> |                                     |       |

### 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・㉗・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の中・長期計画は指定管理期間に基づき5年間の中期計画が策定されており、理念や基本方針の実現に向け目指す方向が明確に示されている。中・長期計画は職員へは職員会議で説明されており、指定管理事業者として5年間の全体的な取り組みが述べられている。具体的方向性や取り組み課題は明確となっているが、年度ごとの取り組みまでの記載はない。5年間に渡り事業所をどの様に段階的に向上させていくのかを示していくことも期待される。</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。                | ㉗・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度の事業計画は法人や事業所の中・長期計画をもとに策定され、職員にも期初に配布され、職員会議やミーティングで説明が行われている。事業計画には事業所における年度の重点的取り組みや数値目標、具体的行動計画、スケジュール等が明記されている。</p>                                                                                          |                                                     |         |
| 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・㉗・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書は前年の計画や自己評価などをもとに職員会議で話し合われ、毎月達成状況の確認が行われ、四半期毎に報告書が作成されている。進捗状況に応じて年度内でも必要な修正が行われている。法人のスケジュールに従い事業計画の作成が行われているが、翌年度の事業計画の作成が早く、当年度の事業実績が完全に反映されない部分もあり、当年度の実績を出来るだけ反映できるスケジュールを法人としても検討していくことが期待される。</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。 | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は利用者に抜粋版を配布し、日中活動プログラムで説明が行われている。利用者が理解しやすいように、写真や絵を使用し、スライドを使う等の工夫が行われている。また、必要に応じて、ルビをふるなどの配慮も行われており、日常も確認できるよう、誰でも手に取ることができる場所に設置し、いつでも確認できるようにしている。</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

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                      | 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス評価委員が選定され、3年に1回の第三者評価と毎年の自己評価を実施し、職員による自己評価を委員が取りまとめている。管理者を含めて協議された結果が職員会議で報告され、課題に関する検討が行われている。</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。 | ㉓・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価の結果は分析され、文書化されて職員に配布・説明が行われている。結果をもとに職員と共に改善策を職員会議やミーティングで検討し、改善計画が策定されている。また、SST研修の中に改善の為の基礎的な内容を入れるなどの取り組みが行われている。評価結果は事業所の第三者委員にも報告され、改善の為の助言を受けている。更に、四半期ごとに、改善策が計画通り実行されているか職員会議やミーティングで確認が行われている。</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

|                                                                                                                                                                                                                   |                                            |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                   |                                            | 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。 | ㉓・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は事業所の広報誌などに、自らの方針を記載すると同時に、年度初めの職員会議を始め、日常の会議やミーティングでも職員に対し年度の取り組みや運営方針を表明している。職務分掌が作成され管理者の役割と責任が明確化され、職員に配布・説明が行われ、役割と責任を明示している。事故や災害時においても管理者の役割が防災計画書等に記載され、不在時における代行者も決められている。</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・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者はコンプライアンスに関して法人や行政で行われる会議に参加しパワハラやセクハラを含む幅広いコンプライアンスに関して確認し、職員へ「法令遵守規定」を配布し期初の職員会議や研修会、異動の際の打合せを通じ周知を図っている。取引等に関しても、法人の規定に従い相手との適正な関係を保持している。</p>                                                        |                                              |       |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。                                                                                                                                                                                                       |                                              |       |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は事業所の支援の質の確認の為、定期的に職員による自己評価や毎月の利用者アンケートを実施し、事業所の課題を確認している。また、サービス評価委員やアンケート委員を設置し、管理者も参加して課題改善への取り組みが行われている。職員会議やミーティングでも課題等に関して報告を行い職員からの意見を求めており、課題に対応した研修を計画して実行するなど、支援の質の向上のための取り組みが積極的に行われている。</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。     | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の運営や業務の改善に向けた取り組みの一環として毎年QCサークル活動が行われている。管理者は定期的に職員から職員会議や個別面談等を通じて意見を聞き、業務効率や職場環境等の改善につなげている。</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>法人において「人材育成基本方針」が定められ、人材育成に関する基本方針がうたわれ、「職員研修規定」により育成に関する計画が立てられている。指定管理事業所でもあり、県との協定に基づく人員配置、及び法人の方針にのっとり、専門職などの配置が行われている。また、人材確保に関しては毎年法人との連携のもと行われている。</p> |                                                    |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------|
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                  | a・ <u>b</u> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「人材育成基本方針」や「職員研修規定」に「期待する職員像等」が明記されている。法人としての人事規定が作成され、職員へ入社時に説明が行われている。人事考課規定は明確となっており上司による評価を基に、個々の職員の成果や貢献度を評価している。個人研修計画や身上調書をもとに職員との個別面談が半期毎に行われており、職員の意見や意向などが聞き取られ、スキルアップ等の参考としている。更に、研修以外での職員の目標等も加え将来の姿を描くことが出来るような話をし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。 | a・ <u>b</u> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に行われる個別面談や身上調書を通して職員の意向が確認されており、シフトなども職員の状況に対する配慮が行われている。有給休暇の取得に対する配慮も行われているが、未消化もあり、まだ改善の余地が認められる。メンタルヘルスに関しては法人の制度に基づきアンケートが行われ、必要に応じてカウンセリングや専門医の受診が出来る仕組みとなっている。ハラスメントに対しても事業所内に窓口が設けられ、相談が出来る環境が整えられている。福利厚生は県の福利厚生制度が利用できる。事業所内の職員の相談窓口は、サービス管理責任者が担当することになっているものの、必ずしも明確とはなっていない。より明確化していくとともに、有給取得の促進のための検討を行っていくことが期待される。</p> |                                             |                |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                |
| 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。           | <u>a</u> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「人材育成基本方針」や「職員研修規定」に「期待する職員像等」が明記され、それに向けて職員の個人研修計画が毎年各職員により提出され、管理者との面談が定期的に行われている。個人研修計画は統一された様式に記載され、職員としての年間の目標項目や期間、水準が記載されている。個人研修計画は年度の初めに作成され、中間期の面接で進捗が確認され、必要な助言などが行われている。年度末には達成状況の確認が行われ、翌年度の個々の職員の目指すべき目標へのアドバイスなどが行われている。</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。         | ㉗・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>法人の「職員研修規定」に基づき、具体的な事業所としての研修計画が策定され研修が実施されている。事業所の研修推進委員が選定され、法人本部と共に階層別研修などの計画が立てられている。研修推進委員は事業所内の毎年の研修計画の立案や推進、外部研修の案内などを担当している。事業所内研修は正規職員に限らず、臨時職員も対象として行われ、最近ではオンラインでの研修も行われている。職員との面談では、組織として求められる資格や技術に関しての話が行われている。</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。                       | ㉗・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>事業所の個々の職員の研修記録や資格、専門知識、スキルなどは統一された書式に記録され、必要に応じた研修が行われている。新入職員などに対してはOJTなどの個別指導が規定に基づき行われている。また、法人においては経験に応じた階層別研修が行われ、事業所では専門知識の習得の為、外部研修などに職員を積極的に受講させている。外部の研修に関しては、事業所内の全職員に案内され、参加者に対して必要な支援が行われている。</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。                                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |
| 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。 | ㉗・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>事業計画に福祉人材の育成に関する基本姿勢が明記され、毎年積極的な受け入れが行われている。実習生受け入れマニュアルが策定され、事業所としての実習プログラムに従って実習が行われている。指導者研修を受けたサービス管理責任者が事業所での指導を担当している。学校側とは指導内容に関して連携してあたっている。コロナ下での一時中断時期を除き、毎年社会福祉士や精神保健福祉士などを目指す複数の学生の受け入れが行われている。</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>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人や事業所はホームページ等により、理念や基本方針及び事業所での具体的支援内容を公開し、合わせて、苦情や相談体制、地域福祉への取り組みなども公開している。また、苦情の内容や、対応に関する改善内容についてもホームページや広報誌を通じて公表している。事業所での活動内容などを紹介した法人の広報誌「福祉みやぎ」、事業所（県北地域福祉センター）の広報誌「けんぽっく」などを家族、関係機関、病院などに配布し地域への広報活動も行っている。更に、地区の自治会などに配布し地域との関係を深めていくことも期待される。</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。 | a・b・ <b>c</b>  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における経理や事務処理に関しては、法人の規定や事業所の規定に従って事業所のルールが作られ、これに沿って運営されており、法人による定期的な監査が行われている。また、3年に1回県による監査が実施されている。事業所における職務分掌が策定されており、職員に対し期初の会議や職員会議などで説明が行われている。</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>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が地域生活への移行を目指しており、それに伴う必要な社会資源や情報を提供している。また、日中プログラムや個別支援での訓練が行われている。基本方針や中・長期計画、事業計画に事業所と地域との関係に関する基本的な考え方が明確にうたわれている。地域での古川祭りなどへの参加や、現在はコロナの影響もあり中断しているが地域の公園の清掃活動なども行われていた。利用者の特性から、地域の住民などとの交流は活発には行われていない面もあり、今後、利用者の地域移行を目指すためにも、地域と利用者との交流をどの様に行っていくか検討が期待される。</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。           | ㉗ b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本方針や中・長期計画、事業計画として地域との連携の中でボランティアの積極的な受け入れがうたわれている。事業所としてもボランティア受け入れマニュアルが整備され、定期的な受け入れが行われている。毎年地元有志によるスコープ三味線や高校生による吹奏楽、ダンス、運動などの受け入れが行われている。受け入れにあたって、マニュアルに従いボランティアへの研修を行い、事故が起きないように配慮している。</p>             |                                                        |       |
| 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。 | ㉗・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個々の利用者のニーズに対応するため、地域における精神科病院や県内各自治体、相談支援事業所などの社会資源を明示した資料を作成し、職員会議やミーティングで職員に説明し、情報の共有が図られている。関係機関とは日常より打ち合わせが行われ、必要な時には支援を受けることが出来る関係が作られている。地域の福祉問題に関しては、関係機関との会合で話し合いが行われ、課題の認識など必要に応じてそれぞれの関係機関との連携が行われている。</p> |                                                        |       |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。                                                                                                                                                                                                                |                                                        |       |
| 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。                  | ㉗・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関を交えた利用者の支援会議やセミナー、会合などから地域における福祉ニーズを把握している。また、併設する障害者就業・生活支援センターやグループホームなどを通して、地域における生活課題等の情報を得ている。</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。              | a・㉗・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関における福祉ニーズに対応し、事業所のノウハウを必要に応じて提供しており、入所にも積極的に応じている。災害時における災害弱者受け入れに関して、地区の自治体との災害協定は締結されていないが、必要に応じて受け入れの準備はされている。地域の方々との関係を含め、地区に対する福祉面以外での活動に関して、今後検討していくことも期待される。</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。 | ㉖・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した支援は理念や基本方針、事業計画などに明記され、職員へ配布されている。また、職員会議や研修会で定期的に周知が図られ、毎年の自己評価による確認も行われている。倫理綱領や虐待防止対応マニュアルが作成され、質の高い生活支援のガイドラインを整備し利用者を尊重する支援を徹底している。</p>                                                                                                                                                                       |                                                    |         |
| 29                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等に配慮した福祉サービス提供が行われている。       | ㉖・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護に関して、倫理綱領や具体的行動指針に明記され、マニュアルが作成され、職員会議や研修で職員への徹底が行われている。支援にあたっては利用者に対する過干渉なのか必要な支援なのかを常に意識した支援が心掛けられている。また、職員は定期的な自己評価でプライバシー保護に配慮した支援を確認している。具体的行動指針は事業所内に掲示するなど、利用者への周知が行われている。一方、一部ではプライバシー保護と個人情報保護が混同して解釈されている面も見られ、再度プライバシー保護に関して確認をしていくことが望まれる。プライバシー保護に関して内容を確認し、具体的なケースを参考に職員への研修を行っていくことなどが望まれる。</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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                    |         |
| 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。      | ㉖・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の「ご利用案内」が作成され、利用に向けた分かりやすい説明が記載され、ホームページには入所までの案内や紹介リーフレットが掲載されている。リーフレットには事業所の基本方針や支援の内容が掲載されている。利用希望者に対しては事業所内の見学を含め、短期利用による体験入所が行われている。リーフレットなどに関しては、環境の変化等に対応し適宜見直しが行われている。入所にあたっては、入所までの流れのフローチャートを作成し、利用者が理解しやすいような工夫もされている。</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。              | ㉗・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所にあたり、利用者及び保護者には事業所の基本方針や支援内容などの説明を行い、利用者や家族の同意を得ている。入所の際には利用契約書、重要事項説明書での説明と同時に署名を得ている。入所前には体験入所が行われ、体験後には入所での目的などを確認し、入所の可否やその後の指導の材料としている。また、支援の変更時には利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。</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。 | a・㉘・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者がグループホームや他事業所へ移行する場合は、引き継ぎ書が作成され、利用者の同意を得たうえで、移行先へ情報提供を行っている。退所後の相談窓口や方法などに関して説明し、資料を渡している。引継ぎの為の手順を明確にするためにも、手順書などの作成も期待される。</p>                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |       |
| 33                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                  | ㉗・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の満足度調査を毎月実施している。また、毎月の個別面談及び3ヶ月に一度、利用者、担当職員、サービス管理責任者を交えた三者面談を実施して、利用者の意向を確認している。利用者自治会やテーマ別ミーティングに職員が出席し、利用者の意見や要望の聞き取りが行われている。利用者の意見や要望に関してはミーティングや職員会議で話し合いが行われ、個別支援計画書への反映や必要な改善が検討されている。</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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                           |       |
| 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。                      | ㉗・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情・相談対応マニュアルが作成され、苦情受付窓口から苦情解決の責任者まで明記された資料が事業所内に掲示されている。契約書にも記載され、入所時に利用者への説明が行われ、さらに入所後も日中活動プログラムの中で説明が行われている。玄関には目安箱（意見箱）が設置され、いつでも苦情が提出できるようにしており、毎日回収が行われている。受け付けた苦情に関しては、記録が保管され、対応状況や改善策などが記入されている。受け付けた苦情に対する検討内容や対応策は利用者に対しフィードバックされている。苦情および解決策に関しては申し出た利用者の了解のもと、ホームページへの掲載による公開が行われ、第三者委員への報告が行われている。また、苦情に関して職員会議等で分析・検討を行い、日常の支援の実施方法の見直しが行われている。</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・ <u>b</u> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に意見・相談方法が記載され、利用者への説明が行われている。相談は基本的に担当者が対応しているが、他の職員にも自由に行えることを説明している。相談対応する際に使用する相談室が設けられ、静かな環境で話ができるようになっている。利用のしおりには心配事がある時の相談の受付時間が記入されているが、担当職員はじめどの職員にも相談できることを併記しておくことが期待される。</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。            | <u>a</u> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常の利用者とのコミュニケーションから、必要な意見や相談がしやすい雰囲気を心がけており、意見箱の設置や、普段の会話でのきっかけ作りなど意見を出しやすい工夫が行われている。出された意見や相談への対応を定めたマニュアルが用意され、職員間での情報の共有と、迅速な対応が行われている。苦情と同様に、受けた意見や相談を基に支援の内容にかかわる見直しが行われている。</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。  | <u>a</u> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止・対応マニュアルが作成され、事故予防・対応体制やリスクマネジメント体制が明確化され、職員会議で職員への周知が行われている。リスクマネージャーが設置され、日常の支援でのヒヤリハットに関して報告書が作成され、ミーティングで報告と対応策が検討されている。ヒヤリハットは四半期毎に法人への報告が行われ、また、発生から1ヶ月後の振り返りが行われ、対応の効果が確認されている。</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。 | <u>a</u> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症予防・対応マニュアルが作成され、事業所内における対応体制が作られている。感染症に関する研修会や勉強会が定期的に行われ、利用者への周知も行われており、食中毒やノロウイルスなどへの具体的な予防策が実施されている。マニュアルは感染症の流行状況を確認しながら適宜見直しが行われている。感染症研修会は保健所の職員へ依頼し、利用者も交えて開催するなど、利用者にも感染症への知識を学んでもらっている。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>危機管理計画が作成され、災害発生時の対応体制が決められている。災害発生時における、利用者や職員の安否確認もメールを利用して確認ができるシステムが作られている。災害時におけるBCPも近隣の他施設との連携により行なえるよう検討されている。非常食などの備蓄も行われ、担当が決められ普段より入れ替えなども行われている。防災計画が策定され、消防署などと連携し2ヶ月に1度の訓練と年2回の総合訓練が行われている。防災訓練には地域の自治会等との連携を行っていくことも期待される。</p> |                                            |                |

## 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。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な支援方法を定めた文書がマニュアル集として、職員が常に見られるよう事務所に置かれている。また、期初には事業計画書などと合わせ、主だったマニュアルや規定を含め、1冊のファイルとして全職員への配布が行われている。各マニュアルには権利擁護やプライバシーの保護が各箇所にうたわれており、マニュアルを基に定期的な研修が行われている。また、支援がマニュアルに沿って行われているかは、自己評価などで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。               | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法に関しては、指導計画の見直しや利用者からの意見、職員会議での意見などを基に見直しが随時行われている。見直した内容はミーティングや職員会議で情報の共有が行われている。</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。                                                                                                                                                                                                  |                                                       |         |
| 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（又は作成）している。  | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントは統一した様式を使用し、定められた手順で行われており、利用者のニーズが明示されている。アセスメントを基にサービス管理責任者が責任者として支援計画書を作成し、必要に応じて他の職員や関係機関との協議が行われている。特に支援が困難なケースについては、状況に応じて相談支援事業所、行政等との情報交換が行われている。</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。              | ㊦・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画の見直しに関する手順書が作成され、これに沿った見直しが行われている。個別支援計画は3ヶ月ごとの見直しを、状況に応じて医師や栄養士等の関係者を含め行われている。毎月、個別面談を行い、必要に応じて支援方法の見直しが行われている。見直した内容は他の職員へは引き継ぎ書やミーティングで情報の共有が図られている。また、緊急に見直しが必要な場合の手順も明確化されている。個別支援計画の評価、見直しの基準は、各種マニュアルに反映すべき事項や支援の質の向上に関わる課題等が明確にされている。</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、職員間で共有化されている。 | ㊦・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援記録は事業所が定める統一書式で記録を行い、記入方法や内容に差異が生じないよう、必要に応じてサービス管理責任者からの指導が行われている。記録内容及び進捗状況に関しては月2回の職員会議やミーティングなどで共有が図られ、支援方法の検証や見直しが行われている。また、事業所内でのネットワークも活用され、情報の共有化が行われている。</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>法人として「個人情報保護規定」が作成され、個人情報の保管や利用、廃棄、漏洩防止、第三者への提供などが規定されている。個人情報保護規定は入職時に職員に説明が行われ、誓約書の提出を受け、入職後も定期的な研修が行われている。事業所における個人情報の取り扱いに関して、利用者には利用契約時に説明が行われ同意を得ている。紙記録は鍵のかかるロッカーに保管され、管理者が責任者となり管理されている。</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。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の基本方針等に、利用者の権利擁護を念頭に利用者の地域での自立支援を掲げており、事業所内の生活に関しても、基本的には利用者の自己決定を基本としている。事業所内の他の利用者と関係する部分に関しても、利用者同士の話し合いにより自主的に決められている。</p>                                                                                                                                         |                                       |         |
| A-1-(2) 権利擁護                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |         |
| 47                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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。     | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止委員会が組織され、「倫理綱領」や「虐待防止対応マニュアル」が整備され、職員全員へ配布され、虐待防止に向けた研修が行われている。倫理綱領に基づく具体的行動計画を作成し、遵守・実践しており、また事業所内廊下に掲示し、利用者等へ周知している。職員は「職員セルフチェックリスト」「体制整備チェックリスト」を行い、権利侵害の防止と早期発見に努めている。緊急で止むを得ず身体拘束を行う場合の手続きや実施方法に関しても「ガイドライン」が作成され、これに基づいて行うこととされ、実施した場合は関係する市町村への報告が行われている。</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。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が入所時に目標を設定し、それに合わせた個別支援計画が作成される。利用者が自ら社会生活に必要なスキルを習得できるよう、徐々にステップアップしながらの支援が行われている。毎月、利用者と職員との面談で支援計画の進捗が確認され、訓練の動機付けにより、利用者本人が自信を持って次のステップに進めるような取り組みが行われている。</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。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「対象外」</p> <p>利用者の状況に応じたコミュニケーションを取りながら支援が行われているが、基本的に利用者は一定の自立行動が出来る方が対象であり、コミュニケーション機器や代弁者を必要とする利用者はいない。</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。           | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談対応マニュアルが作成され、利用者は誰にでも相談できることが入所時に説明され、日常から担当職員以外への相談も行えるようになっている。利用者には社会資源に関する情報を始め、必要とされる情報の提供が行われている。毎月、利用者と職員の面談が行われ、その中で相談も行われている。相談内容は、都度記録され、職員会議やミーティングを通じて情報の共有が行われている。相談内容をもとに個別支援計画へ反映も行われている。</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。             | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりのニーズに合わせ、月曜～金曜まで日中活動支援が行われている。利用者が余暇などを楽しむための地域情報の提供と支援が行われ、利用者の活動状況を観察し、定期的に個別支援計画や日中活動プログラムの見直しが行われている。利用者の半数はスマートフォンを利用しているが、自立時の正しい使い方を学ぶため、現在外部からの出前講座が計画されている。</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。                | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障害の内容が多様化しており、これに対応するため職員に必要とされる専門知識も広範囲に渡っている。様々な障害に関する職員研修が行われ、専門知識の習得が進められている。個々の利用者の状況を職員間で共有し、事業所内で適切な支援が行われている。</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。         | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内での食事は朝食、夕食が提供され、昼食は利用者が自分たちで用意している。食事に関する利用者のアンケートは毎月行われ、提供する食事の質の改善が行われている。入浴支援、排せつ支援等は事業所内では行われていない。食事に関するアンケートの内容は給食業者に伝えられ、考慮した食事の提供が行われている。</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。    | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の建物はやや老朽化しているが、室内は清潔に保たれている。利用者の状況から、日中活動の場所は特に設けられていないが、食堂を利用して日中活動が行われている。利用者の地域生活への移行を考慮して、地域でのアパートの利用を想定し、全員個室の利用となっている。個室にはトイレ、浴室が備わっており、利用者自身が管理することとなっている。</p> |                                              |       |
| 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。      | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時に利用者が作成した目標に向けた支援が行われ、生活訓練は、職員、関係機関、専門職などを交えた検討を行い実施している。訓練の達成状況を観察し、訓練の見直しが行われている。</p>                                                                               |                                              |       |
| 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。 | ㉓・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者自身が自分の体調を管理し、不調がある時には自ら発信することも自立訓練と捉えているが、発信できない利用者には、職員が状況を確認し、対応している。「緊急対応マニュアル」が作成されており、変調が確認できた場合はこれに従い対応している。生活習慣の見直しに関する指導も行っている。</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。          | ㉖・b・c |
| <コメント><br>服薬マニュアルが作成され、利用者の入所時には服薬は毎食時職員が確認している。服薬習慣の向上時には、医師と相談し自身での管理に切り替えている。服薬時の間違いを防止するために、マニュアルを利用者に配布し説明を行っている。                                                 |                                                    |       |
| 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。       | ㉖・b・c |
| <コメント><br>利用者の希望に基づき、地域における社会資源の情報提供や体験等が行われている。自宅への外泊などに関しては、支援会議等で利用者の意見を含めた検討を行い、実施している。コロナの影響で制約はあるが、利用者の自立の為、社会資源の利用は必要に応じ職員が支援を行うが、地域移行を見据え利用者自身で利用できるように支援している。 |                                                    |       |
| 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。 | ㉖・b・c |
| <コメント><br>入所時より地域生活に向けた訓練が行われ、地域の社会資源の活用や自立生活の為の訓練など、個別支援計画をもとに行われ、関係機関と連携し状況を見ながら徐々にステップアップしている。                                                                      |                                                    |       |
| 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。               | ㉖・b・c |
| <コメント><br>利用者の進路、更新の際、ケースワーカーや関係機関を交えて家族との打ち合わせが行われている。退所後も含め、必要に応じて家族からの相談に対応している。                                                                                    |                                                    |       |

### 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><br>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><br>対象外<br>利用者へは必要に応じてハローワークへの登録方法や、電話マナー、履歴書の記載方法などの支援が行われている。 |                                             |         |
| 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><br>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><br>対象外                                                         |                                             |         |