

令和 4 年度
福祉サービス第三者評価報告書

社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会
精神障害者支援施設 宮城県援護寮

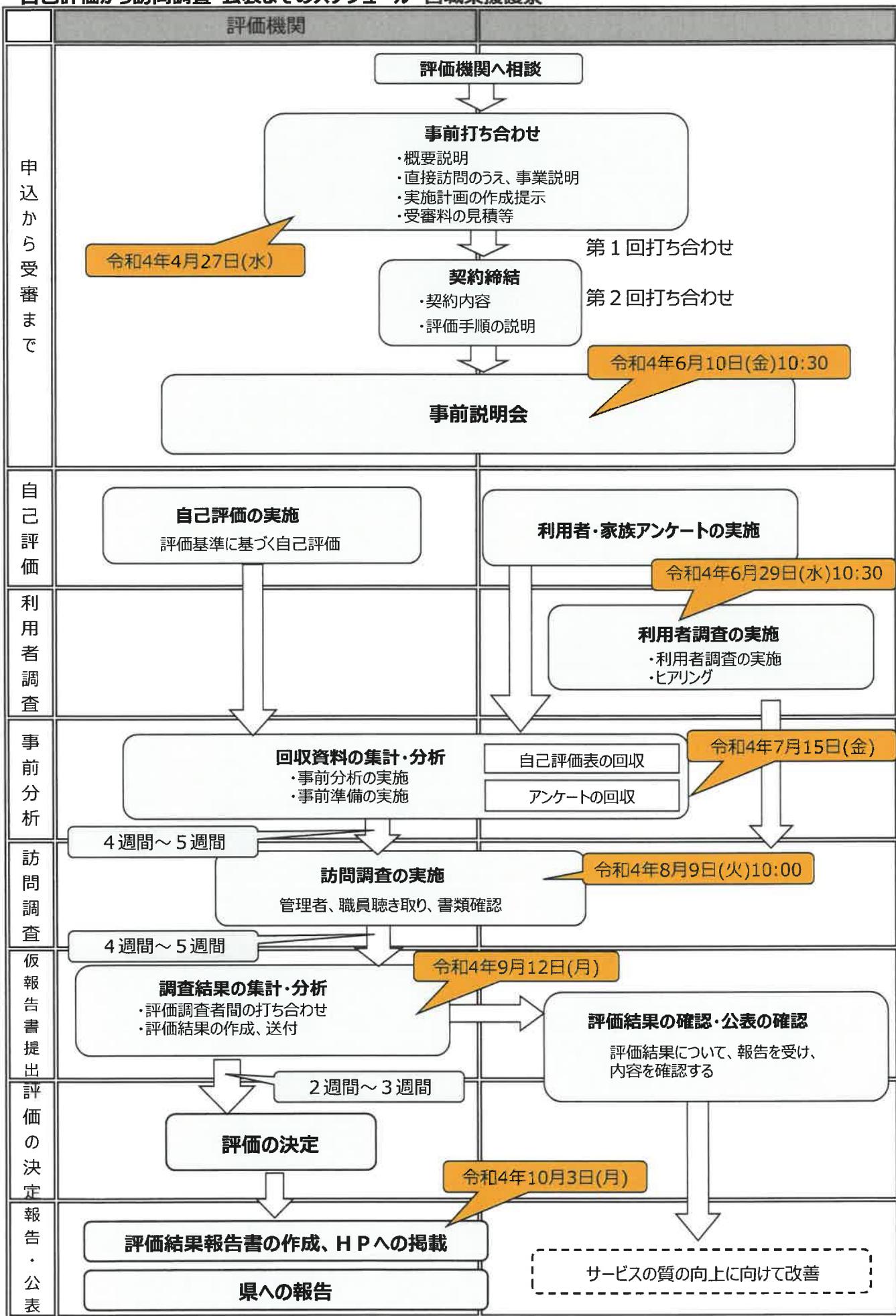
令和 4 年 10 月 3 日

株式会社 福祉工房

報告書内容

- 1. 評価の流れ**
- 2. 事業所情報及び総評**
- 3. 福祉サービス第三者評価結果表**

・自己評価から訪問調査・公表までのスケジュール 宮城県援護寮



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： https://fukushi.miyagi-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	（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 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

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）～ 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。	(a) b・c
〈コメント〉		
<p>法人の運営理念「誰もが身近な地域で安心して活き活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。</p>		

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・(b)・c
〈コメント〉		
<p>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。</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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント>		
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。		

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

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。

		第三者評価結果
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。		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

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。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

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。

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。		
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・b・c
<コメント>		
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。ハラスマ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。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
<コメント>		
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。		

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 <input type="radio"/>

〈コメント〉

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。

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。	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c
----	---	--

〈コメント〉

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。

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〉

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ようにしていくか検討が期待される。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>〈コメント〉</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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>〈コメント〉</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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>〈コメント〉</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>		

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・b・c
----	--	-------

〈コメント〉

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、静かな環境で話が出来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。

36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・b・c
----	---	-------

〈コメント〉

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。

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。	a・b・c
----	---	-------

〈コメント〉

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。

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〉

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、食中毒やノロウィ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。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

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。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	---	-------

〈コメント〉

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。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	------------------------------------	-------

〈コメント〉

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。

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

〈コメント〉

「対象外」

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。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

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中心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。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

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。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	-------------------------------------	-------

〈コメント〉

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。

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〉

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、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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--	-------

〈コメント〉

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
----	--------------------------------------	-------

〈コメント〉

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
〈コメント〉		
対象外		

