

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会

精神障害者社会復帰施設

宮城県援護寮

福祉サービス第三者評価報告書

2011年10月5日

特別非営利活動法人メイアイヘルプユー

東京都福祉サービス第三者評価機関

認証番号 機構 02-004

## 目 次

【1】 実施概要 .....	1
【2】 事業評価結果	
I 組織マネジメント .....	3
II サービス提供のプロセス .....	15
III サービスの実施項目 .....	21
【3】 総評 .....	25

(添付資料) 職員自己評価・利用者調査 集計結果

## 【実施概要】

### 1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成23年6月15日
- (2) 情報収集の実施（調査）
  - ①利用者調査 平成23年7月31日
  - ②職員自己評価 平成23年6月15日～6月30日
  - ③経営層自己評価 平成23年6月15日～7月10日
  - ④訪問調査 平成23年8月1日・2日

### 2. 評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

### 3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 聞き取り調査
- (2) 調査対象者数 15名

### 4. 評価調査者

新津 ふみ子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）  
東京都評価者養成講習修了者番号H0201048

鳥海 房枝（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）  
東京都評価者養成講習修了者番号H0301065

加藤 浩之（組織マネジメント項目）  
東京都評価者養成講習修了者番号H0201050

### 5. 評価決定合議日

平成23年8月15日

### 6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子
- (2) 評価責任者 NPO法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津ふみ子
- (3) 連絡先  
NPO法人メイアイヘルプユー事務局  
〒141-0031 東京都品川区西五反田2-31-9 シーバード五反田401  
電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
	9/9	
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している	
	評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど)	
評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている		
評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	
評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		
評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	

### カテゴリ1の講評

#### 法人の経営理念を踏まえた事業所の基本方針を明らかにし、職員・利用者に周知している

本事業所は法人(宮城県社会福祉協議会)が県から指定を受けて管理運営している。公益性・広域性・中立性を特質とする法人の経営理念を踏まえ、事業所の事業計画に基本方針を明示し、職員に周知している。精神障害者生活訓練施設としての社会的役割をどのように果たしていくのか、その基本的な運営方針を明らかにし、会議や事例検討など日常の場面を活用して、所長以下、すべての職員が事業所の使命や役割、方針を共有する機会としている。また、重要事項説明書に事業所の運営方針を明記し、契約時に利用者、家族に対し、説明をしている。

#### 管理者の役割が明示されており、所長は運営上の課題に意欲的に責任を果たしている

法人の職務規程に所長の職務が明記されているほか、事業所の職員研修実施計画の中に管理者の役割を示し、職員に周知している。また、事業所の事務分担表に所長以下、各職員の分担事務を具体的に列記している。今年4月に着任した所長は、運営上の課題に直面しながらも、意欲的に役割と責任を果たしている。今後、所長を補佐する主任主査の職務権限を定め、所長の権限のうち、どの範囲を委譲するかを書面において明らかにすることで、主任主査の組織上の位置づけをより一層明確にすることが期待される。

#### 職員は会議や日々のミーティングで情報をやり取りしながら緊密な連携を図っている

管理職のリーダーシップのもと、9名の常勤職員が月2回の職員会議のほか日々のミーティングを通じて必要な情報をやり取りしながら緊密な連携を図っており、風通しのよい状態が維持されている。所長は法人全体の会議に出席し、検討の経緯および結果を職員に伝えている。利用者には毎週1回、土曜日夜のナイトミーティングで重要な決定事項等を伝えている。今後、運営方針にも謳われたエンパワメントの観点から、決定の経緯を利用者に伝えたり、議論に参加する機会を意識的に設定することが期待される。

カテゴリ-2		
2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ-1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>3/4</b>
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している <b>評点(○●)</b>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている <b>評点(○○)</b>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 <b>3/7</b>
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある <b>評点(○●)</b>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している <b>評点(●●●)</b>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている <b>評点(○○)</b>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

## カテゴリー2の講評

### 倫理綱領に基づく具体的な行動計画の実践を期待する

11の条文から成る法人としての倫理綱領を策定し、職員に周知している。毎年度、事業所ごとに倫理綱領に基づく具体的な行動計画を策定し、その内容を毎月見直すことを事業計画に定めてるが実施に至っていない。しかし今年、関連事業所において職員の不祥事が発覚したことを機会に、管理者はこのような事態を重く受け止め、倫理綱領・規程について全職員で再確認し、また全体会議で話題にしている。このような取り組みの成果を確認するためにも、具体的な行動計画を毎月見直すこと、さらにはより具体的な行動計画にすること、そして実践を期待する。

### 経営の透明性の確保に取り組んでいる一方、事業所の機能等を活かした取り組みが弱い

仙台市以外の市町村、福祉事務所、精神科専門病院に事業所のリーフレットを配布している。また、これまでに法人の方針として外部委員による第三者評価を受審し、その結果をホームページで自主的に公表している。ただし、画面上、文字が非常に小さく、読み手の利益を意識した情報提供という点では、改善の余地を残している。事業所の機能や専門性を活かした活動に関しては、医療機関などから講師の依頼があれば対応している状況であり、今後の取り組みとして、本事業所の専門性を認識し、地域社会に役立つことを考えてもらいたい。

### 関係機関との連携は図られているが、ボランティアの受け入れは今後の課題である

地域の医療機関や相談支援・就労支援の事業所、精神保健福祉センター等関係機関とのネットワークが構築されており、隔月の情報交換を利用者の社会復帰に向けたサービス提供に活用している。実習生の受け入れには応じているが、ボランティアの受け入れについては未検討であったため、今回の第三者評価の利用者面接では、ボランティアの受け入れについて利用者意向を把握してほしいという本事業所からの依頼で、利用者面接時に質問している。利用者の意見も踏まえ、利用者と共に受け入れについて検討することを期待する。

カテゴリ3		
3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用		
サブカテゴリ1(3-1)		
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8
<b>評価項目1</b> 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当
<b>評価項目2</b> 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる	○非該当
◎あり ○なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している	○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる	○非該当
<b>評価項目3</b> 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している <span style="float: right;">評点(〇〇●)</span>		
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる	○非該当
◎あり ○なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる	○非該当
○あり ●なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している	○非該当
カテゴリ3の講評		
<b>サービス内容に関する事業所内外の相談・苦情窓口を設け、利用者に伝えている</b> サービス内容に関する事業所内外の相談・苦情窓口を設け、担当者の氏名と連絡先を契約時の重要事項説明書に明記して、利用者に伝えている。しかし、今回実施した調査の結果では、第三者委員の存在を知っていると答えた利用者の数は対象者の3割以下にとどまっており、周知が進んでいる様子をうかがうことはできない。今後、第三者委員が事業所を定期的に訪問して利用者とは顔見知りの関係をつくり、安心感をもって相談できる環境を整えていくことが重要と思われる。		
<b>利用者全体の意向を把握するため、毎月のミーティングとアンケート調査を実施している</b> 利用者全体の意向を把握するしくみとして、毎週土曜日のナイトミーティングと月1回のアンケート調査を実施している。アンケートの集計およびそれを踏まえた職員側の検討結果をナイトミーティングの際に発表している。アンケートは職員の対応やサービス内容に関する選択式の7項目と自由記述で構成され、毎月同じ内容で実施されている。今後、実施が形式主義に陥ることのないよう、福祉サービスの一般的な特質として必ずしも職員と対等な関係にあるとは言えない利用者の本音を引き出し、個々の様々な悩みや問題の解決につなげていくことが期待される。		
<b>新法への移行に向け、これまで以上に事業環境や利用者ニーズの把握と分析が期待される</b> 近隣の医療機関や相談支援・就労支援の事業所、精神保健福祉センターとのネットワークが組織され、相互の利用者の状況や地域の福祉ニーズ等に関する情報交換を定期的に行なっている。当事業所は、来年度からの新法への移行に向け、提供するサービス体系の再構築を迫られている。今後の事業の方向については事業所が提案し、法人や県と連携、助言を得るという役割分担であり、これまで以上に事業環境や利用者ニーズの把握と分析に努めることが求められる。問題意識を前面に出した、積極的な取り組みが期待される。		

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
評点(000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(000●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
評点(0000)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況 **4/4**

評価項目1  
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-4の講評

**事業計画の策定からその実行、検証、見直しに至るサイクルを法人全体で回している**  
 事業計画の策定からその実行、検証、見直しに至る、いわゆるPDCAサイクルを本部事務局を中心に法人全体で回している。今年3月に策定された法人の中長期経営プランをもとに各事業所が年度の事業計画を立て、四半期ごとに実施状況を本部が集約して、計画の見直しにつなげている。年度末には、法人がその事業を実施する必要性など5つの項目について自己評価を行ない、総合的な評価点をつけている。

**事業所の基本方針と職員の討議による前年度の総括を踏まえ、事業計画を策定している**  
 事業計画は職員の討議による前年度の総括を踏まえて策定されている。計画書の冒頭には事業所の基本方針が掲げられ、次いで年度の重点項目が明記されている(今年度は「自立支援法移行に向けた生活支援体制の再構築」)。全体的に事業所として取り組む項目が内容ごとに列挙されている印象で、優先順位をつけたり、アクションプランへの落とし込み(だれが、何を、いつまでに、どのような方法で、といった要素への分解)といった部分で改善の余地を残している。

**事故の原因分析を行なったうえで、防止策を利用者の個別支援計画に盛り込んでいる**  
 事業所内で利用者の薬の飲み忘れなどが発生すると、その原因を組織的に分析した上で、その利用者の個別支援計画に防止策を盛り込むといった対応を行なっている。また、3. 11の震災を経て、事業所で備え置く非常食や水の量を増やすといった対策を講じている。また、近隣の警察や消防、医療機関といった関係機関と連携に取り組んでいる。利用者が服用している薬の供給については、精神保健福祉センター、北部保健福祉事務所と協議はしたが、具体策の確認には至らず、今後の課題としている。

カテゴリー5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリー1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>3/8</b>
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(●●●●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>7/7</b>
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 職員のやる気向上に取り組んでいる		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○非該当
●あり ○なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○非該当
カテゴリー5の講評		
<p><b>職員配置が手厚く、また資格保有者の割合が高い組織体制となっている</b></p> <p>利用定員20名に対して、所長を含む常勤職員が9名、医師等の嘱託職員が3名の手厚い体制をとっている。精神保健福祉士が3名配置されており、その他、社会福祉士などの資格保有者の割合が高い組織となっている。法人の中長期経営プランにおいて、階層別のキャリアアップの仕組みの構築について、具体的な方向性が示されている。今後、現場職員に期待する専門性や能力像の階層化および管理職・専門職のコース分けを行なった上で、職員の能力と適性に合ったキャリアアップの道筋を明確にすることが期待される。</p> <p><b>個別の育成計画を作成し、進捗と成果を相互に確認する仕組みの整備が期待される</b></p> <p>当事業所としての3か年の職員研修実施計画に、管理者・現場職員・新任職員に対して求められる人材像を目標として明示している。しかし、研修計画に展開したときに、それぞれの研修がどの能力要件をクリアするためのものか、そのつながりが必ずしも明確になっていない。今後、個別の面接を通じて、職員一人ひとりの仕事を通じた自己実現の意向を把握するとともに、組織として職員に期待する役割を伝え、合意した内容を個別の育成(研修)計画にまとめた上で、進捗と成果を相互に確認する仕組みを整備することが期待される。</p> <p><b>職員集団の風通しがよく、まとまりのよい状態が維持されている</b></p> <p>今回の職員の自己評価の結果を見ると、職員集団のまとまりが良好に維持されている様子が読み取れる。本事業所は、職員が仕事上の問題を一人で抱え込まず、何でもオープンに話し合える関係性の構築に管理職が力を注いでおり、そのことがそうした面に表れているものと思われる。一方、人事考課を年2回実施し、その結果を業績手当に反映している。法人の中長期経営プランでは、来年度からの実施を目的に新たな制度を検討することが謳われており、これまでの制度が職員のモチベーションの維持・向上にどのように役立ってきたかの検証の実施が期待される。</p>		

7			カテゴリ-7	
7			情報の保護・共有	
			サブカテゴリ-1(7-1)	
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			6/7	
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・保管している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(000●)	
評価	標準項目			
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		<input type="radio"/> 非該当	
カテゴリ-7の講評				
<p>組織として収集し共有することが必要な情報の洗い出しと管理方法の検討が期待される</p> <p>職員間で共有するための情報は、紙媒体と電子ファイルの状態をストックされている。前者は種類別にファイリングされ、事務室内の所定の書庫に、後者はパソコン上の共有フォルダに保存されている。パソコンを事務室の外に持ち出すことは禁止されているものの、外部記憶媒体の使用に関しては必ずしもルールが明確になっていない。今後、課題に取り組む優先順位を整理した上で、事業所として収集し、職員間で共有することが必要な情報の洗い出しと、その管理の方法について検討することが期待される。</p> <p>法人として個人情報保護規程を定め、職員研修等で周知を図っている</p> <p>法人として個人情報保護規程を定め、個人情報の取り扱いや守秘義務等について、新任研修、毎年の事業計画説明時に所長が個人情報保護、守秘義務について説明する等で職員に対する周知を図っている。当事業所では、必要があって個人情報を外部の関係機関に提供する場合に、必ず本人の同意を得ることが仕組みとして定まっており、厳密に管理されている様子が伺える。ただし、個人情報の利用目的が明確な形で利用者に示されておらず、今後の改善が期待される。</p> <p>実習生に対して個人情報の保護について説明している</p> <p>実習生に対する個人情報の守秘義務については、学校側で準備した様式を受け取っている。またオリエンテーションの中で、利用者の個人情報に対する守秘義務等について、担当の主任主事が説明している。当事業所としても説明用の資料作成が期待される。</p>				

カテゴリ-8	
8	カテゴリ-1～7に関する活動成果
サブカテゴリ-1(8-1)	
前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリ-4:「計画の策定と着実な実行」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<b>職員間の連携が保たれ、風通しのよい状態が維持されている</b> ・管理職のリーダーシップのもと、9名の常勤職員が月2回の職員会議のほか日々のミーティングを通じて必要な情報をやり取りしながら緊密な連携を図っており、風通しのよい状態が維持されている。今年4月に着任した所長は、運営上の課題に直面しながらも、意欲的に役割と責任を果たしている。 ・3. 11の震災を経て、事業所で備え置く非常食や水の量を増やすといった対策を講じている。近隣の警察や消防、医療機関といった関係機関と連携しながら不測の事態への備えを行なっている。	
サブカテゴリ-2(8-2)	
前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-5:「職員と組織の能力向上」	<input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<b>職員が何でも話し合える関係性が保たれ、職員集団のまとまりが良好に維持されている</b> ・今回の職員の自己評価の結果を見ると、職員集団のまとまりが良好に維持されている様子が読み取れる。当事業所は、職員が仕事上の問題を一人で抱え込まず、何でもオープンに話し合える関係性の構築に管理職が力を注いでおり、そのことがそうした面に表れているものと思われる。	
サブカテゴリ-3(8-3)	
前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している	
評価項目1	
前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている ・カテゴリ-6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリ-7:「情報の保護・共有」	<input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている <input checked="" type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない <input type="radio"/> 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	
<b>職員間の情報共有のツールとしてパソコンが活用されるようになった</b> ・職員間で共有するための情報は、紙媒体と電子ファイルの状態で作成されている。前者は種類別にファイリングされ、事務室内の所定の書庫に、後者はパソコン上の共有フォルダに保存されている。パソコンの活用により、職員間で情報が正確かつ迅速に伝わるようになったことで、例えば、情報の漏れや遅れによる事故やトラブルが実際にどの程度減ったかといった効果の測定と検証が望まれる。	

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

空室解消のための営業活動に力を注いだ結果、利用延べ人数の大幅な伸びにつながった  
 施設のキャパシティを最大限活用し、保有している価値を社会に還元するために、昨年度より、空室解消のための営業活動に力を注いだ結果、昨年度は前年度より年間の利用延べ人数が14%増と、大幅な伸びにつながった。今年度も前年度並みの実績を維持している。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している

・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者アンケートの効果測定と改善に向けた検討が期待される  
 ・利用者全体の意向を把握するしくみとして、毎週土曜日のナイトミーティングと月一回のアンケート調査を実施している。アンケートの集計およびそれを踏まえた職員側の検討結果をナイトミーティングの際に発表している。今後、アンケートの実施が形式主義に陥ることのないよう、福祉サービスの一般的な特質として必ずしも職員と対等な関係にあるとは言えない利用者の本音を引き出し、個々の様々な悩みや問題の解決につなげていくことが期待される。  
 ・事業を取り巻く情勢の分析については、更なる取り組みが必要である。事業環境と利用者ニーズの把握に積極的に取り組むこと、そして、分析する場と機会を明確にすることが課題である。

## II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ-1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
◎あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
◎あり ○なし	4. 利用者の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>利用条件や、支援内容などを分かりやすく紹介したリーフレットがある          本事業所(以下「寮」という。)の情報を入手できる媒体として、リーフレット、ホームページ、法人が作成している施設紹介のリーフレット、県が作成している施設紹介冊子がある。活用度が高いと思われるリーフレットは、平成21年度刷新、内容は利用に際しての情報(入寮対象者、利用料金、手続き入所対象、入所申込み)、入寮について入寮直後から退寮までの過程を説明、生活訓練プログラムの紹介、居室や共用スペースは写真で紹介、ポイントをわかりやすく説明している。ホームページは利用方法や入寮者の状況等を紹介している。</p> <p>関係機関に対し、リーフレットや入寮に関する資料を準備し説明をしている          情報を提供する関係機関は、入寮対象者が関係を持っている機関である仙台市以外の市町村の窓口、福祉事務所、精神科専門病院である。待機者や申し込み者が減少した平成21年度から積極的に情報提供に取り組み、関係機関を訪問し、入寮手続きや入寮後の生活等について、資料を作成し丁寧な説明をしている。その後は順調に紹介があり、積極的な情報提供が功を奏している。ホームページは担当者を決め、全体(職員)会議で意見を聞き、更新している。今後は、関係機関に対する継続的な情報提供とホームページの更新基準などについて明確化が求められる。</p> <p>利用者の問い合わせ時は必ず見学を勧め、また説明資料を活用している          利用者の問い合わせは、利用者が居住している行政や入院中の病院からが多い。電話での問い合わせの後、見学訪問を勧めている。利用者本人が一人で見学することはほとんどなく、家族や行政の保健師、病院の医療ソーシャルワーカーが同席することが多い。見学は利用者の状況に応じ曜日を決め、フローチャート・入寮までのプロセスや入寮条件と手続きなどを記載した資料を作成しており、これらを使って入寮後の生活などについて説明している。時間は30分程度で、主に入寮担当の生活支援ワーカーと主任主査が担当し、「引き継ぎ簿」で共有している。</p>		
サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
◎あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
◎あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	○非該当
◎あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	○非該当
◎あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	○非該当

サブカテゴリー2の講評

契約は、体験入寮2回を原則とし、複数の判定会議でその適合性を検討している  
 入寮希望者は、申し込みの上、体験入寮2回を原則としている。まず体験入寮の可否を判断するため、生活支援ワーカーは訪問実態調査、主治医と面接し状態把握をする。入寮体験時は冊子「体験入所のしおり」や「体験プログラム」を活用し基本ルールを説明。入寮の判断に際しては、本人と囑託医の面接、また体験入寮中の経過は、入寮評価表に記載、まず職員による「入寮検討会議」、その後外部の関係者(囑託医、精神保健福祉センターの担当者)を交えて「判定会議」と、サービスの開始に際し、適合性を判断する過程が綿密である。

利用開始時は、「入寮受け入れ後のプログラム」を使い支援している

入寮の契約時は家族が同席することが多い。重要事項説明書と施設の生活規則について「ご利用のしおり」で説明。利用開始直後は「入寮受け入れ後のプログラム」により5日間で寮の生活やルール、支援プログラム、近隣の状況等について、一度にではなく徐々に説明する方針で支援。既に入寮している利用者を紹介し、毎日のミーティング時の話題とする等皆で気にかけている。入寮目的が社会生活をするにあたり、利用前の生活の継続ではなく、むしろ修正と生活技術を獲得するための訓練である。自分で管理することが増えるので、その支援を課題としている。

退寮時は、関係機関を交えた支援会議を開催し、丁寧な申し送りをしている

サービス利用期間は基本的に2年以内であり、個人差はあるが、入寮6か月以降から具体的な退寮後の生活の検討を開始する。個別支援計画に準じ退寮後の生活に向けた支援、そして退寮先が決定した時には、同行訪問や外泊等を繰り返し、生活の場として適切に判断し、そこになじめるような支援をしている。この時に関係機関を交えた支援会議を開催(利用者の状況により複数回開催)、退寮後の引き継ぎをしている。退寮後も相談には応じることを伝え、また年1回は同窓生が集まる機会を作り、退寮後の生活状況を把握する機会となっている。

サブカテゴリー3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	10/11
---	-----------------	-------------------	-------

評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇●)
評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
○あり ●なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当

<b>評価項目2</b> 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたくうえで、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(00)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしきみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		<b>評点(00)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ3の講評

**入寮時に包括的なアセスメントを実施している**

入寮時に使用する様式は、市町村でケアマネジメントを行なうために活用するとして作成された「精神障害者ケアガイドライン検討委員会版(第4版)」である。これは、地域で生活する全ての利用者を対象としたアセスメント表であり、本事業所の支援目標から見て妥当性に課題があり、検討の必要性を述べている。アセスメントの責任者は、利用者担当職員であり、主任主査(生活支援ワーカー)が内容を確認・指導する仕組みである。包括的なアセスメントは入寮時のみであり、その後は、個別支援計画の評価時に、状況の変化や新たな課題を確認している。

**利用者と面接をし個別支援計画を作成、説明の上、手渡している**

個別支援計画の作成は、入寮1か月をめどに担当職員が原案を作成し利用者に説明、意向を聞いている。また月1回は、個別支援計画について職員間で討議する機会があり、その意見を反映させている。その後1か月から3か月毎に担当者が面接を繰り返し、ニーズの達成状況を評価している。また「暮らし向き相談チェック表」は、金銭管理、服薬管理、日常生活面について毎月利用者と面接、自立状況のレベルチェックをしている。入院や病状の変化時など必要に応じ関係機関や家族が参加し、ケース会議を開催し、個別支援計画に反映させている。

**申し送りが必要な事柄は、毎日の申し送りと引き継ぎ簿に記載し、確認印を捺している**

利用者の支援に関する記録は、様式「利用者記録票」に個別支援計画でニーズ(課題)として挙げたことに関する支援、体調や精神状態の変化とそれへの対応を中心に記載、この変化は毎日申し送る引き継ぎ簿にも記載し、職員全員が確認印を捺す仕組みである。支援内容の変化は、個別支援計画の見直し時に、様式「個別支援計画 評価」に記載している。また「暮らし向き相談チェック表」でも確認できる。日常の変化に関する申し送りは、毎朝のミーティング時であり、また職員9人が事務室を共有しており、常時意見交換や情報を共有しやすい環境である。

サブカテゴリー5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5/6
<b>評価項目1</b> 利用者のプライバシー保護を徹底している <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<b>評価項目2</b> サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している <span style="float: right;">評点(〇〇〇●)</span>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー5の講評		
<p>外部の関係者への情報提供などの際には利用者の意向を確認している</p> <p>外部の関係機関としては、通所する作業所、医療機関、行政の保健師などがある。これらの機関へ情報提供する書類についてはその都度、利用者本人に説明し、日付を入れて同意のサインをもらうように定めている。また、利用者への手紙などの文書類の扱いも、開封せずに手渡すことを原則にしている。居室は鍵がかかり、鍵の管理も利用者がしている。居室への入室は複数が原則であり、業者による窓ガラス清掃等の際には、職員が現場を見守ることにしている。</p> <p>日常生活上のルールと個人の意思の尊重の兼ね合いについて、検討を期待する</p> <p>毎朝のミーティングや作業所への通所、SSTへの参加なども利用者の意向をまず重視するようにしている。計画的に小遣いを使えない、朝食抜きや起床が遅い生活習慣、服薬管理ができないなどは、退寮後の社会生活の支障になることもあるため、これらの項目(7項目)を「暮らし向き相談チェック表」として表し実行レベルを確認、利用者個人の理解度や生活のペース等を把握するために使用している。しかし利用者からはルールとして受け止められがちな内容であり、検討の余地を残している。</p> <p>「利用者の気持ちの尊重」について、さらなる取り組みを期待する</p> <p>虐待については法人本部で身体拘束ゼロに向けた取り組み相談体制を整えている。一方、倫理綱領に基づく具体的な行動計画を策定し、その見直しをすることになっているが実行には至っていない。職員の不適切な対応があった場合はその都度職員会議で検討するとしているが、昨年度実施した利用者アンケートの中に、職員の態度と言動に対する改善要望が出ている。今回の利用者面接の結果をからは、「利用者の気持ちは尊重されているか」の質問に対し、肯定的な回答は高いとはいえない結果である。更なる取り組みを期待したい。</p>		

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の  
標準項目実施状況

9/12

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(○○○●)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(○●●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(○○○○○)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ6の講評

既存の手順書に加え、業務点検の手段として活用するための取り組みを期待する

現在作成されている手順書類として、サービス利用開始前や開始直後の支援に関すること、SSTプログラム、服薬マニュアル、事故等の安全管理に関するものがある。平成22年度は手順書(マニュアル)の見直しを改善課題とし、取り組みだしている。今後の課題として、手順書を業務点検の手段として活用することについて検討すること、また新人教育として活用するためには、手順書として標準化した方がよい業務分野を明確にし取り組むこと、取り組むための責任者や検討方法等についても明確にし、計画的に取り組むことが課題である。

現在取り組んでいる改善活動を生かすためにも、計画性が求められる

標準化されている基本事項や手順書の改変や見直しの時期は、基準化されていない。また既存の手順書などの中には作成日時に記載がないものがある。組織としての改善への取り組みは、毎年QC活動で課題を1つ取り上げ取り組んできており、成果をあげている分野がある。今後は職員や利用者などからの意見や提案を積極的に活用するためには、この改善計画の進捗状態の確認と評価への取り組みを充実させることが課題である。よりよいレベルの支援を方針とした時、立ち止り、意識的な見直しが必要であることを確認したい。

職員が一丸となってサービスの向上に取り組んでいる

サービスの基本事項等の共有は、毎朝のミーティングと月2回職員会議である。現場指導は、主任主査をはじめとし、経験豊富な支援相談員が担当している。コミュニケーションを大切に相談しやすい状況を作っていることは、職員の自己評価からも判断できる。また職員研修を計画化し、外部研修に参加できる条件を整備、職場内では利用者の支援に関する討議の場が知識等を学べる機会であるが、課題を明確にした職場内研修の充実を期待する。日常的に注意、管理しなければならない安全性に関しては、点検個所を明確にし、担当者を決めて取り組んでいる。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

		サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		19/19	
1 評価項目1 個別の支援計画などに基づいて自立(自律)に向けたさまざまな取り組みを行っている			
		評点(00000)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている		○非該当
◎あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
◎あり ○なし	3. 自立生活に必要なさまざまな情報を提供している		○非該当
◎あり ○なし	4. 必要に応じて対人関係のアドバイス等を行っている		○非該当
◎あり ○なし	5. 利用者の自己対処能力を高めることを原則として支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画に基づいた支援状況は定期的な職員会議で共有している</p> <p>本事業所の機能が社会生活に向けた通過機関であるため、利用者それぞれが地域で自立的に暮らせるために必要になる能力を「暮らし向き相談チェック表」として表し、その能力獲得に向けた支援をしている。チェック表の構成は金銭・服薬管理・食事・身だしなみなどの7項目からなり、出来ているレベルを5段階で確認している。「暮らし向き相談日」として毎月1回設け、また利用者からの申し出や必要性を判断した時には、個別面接をしている。個別支援計画の経過は利用者記録票に記録、また支援の実施状況は月1回の職員会議(中間会議)で共有している。</p> <p>利用者状況に応じコミュニケーションや、地域情報の提供は見学も含め取り組んでいる</p> <p>対人関係の処理が不得意な利用者も少なくないため、コミュニケーションの取り方については、利用者ごとに「ゆっくり話す」「1つ1つ確認しながら話す」「繰り返し話す」の他に、選択が容易になる質問の仕方(2者択一)や、言葉だけでなく文字も加えてわかり易くするなどを基本に支援している。また、暮らしに必要な様々な情報は、紙媒体収集したものについては玄関先におき、ミーティングで紹介している。さらに、可能な限り、実際に現場を見学して利用方法などまで具体的にイメージが描けるようにしている。</p> <p>対人関係の処理能力を高めるための取り組みを行なっている</p> <p>利用者の自己対処能力や対人関係処理能力の向上を目的にして職員によるSSTを実施している。そのため職員の「SST」研修の受講を重要視している。現在このSST開催は月2回で、利用者を半数にして実施しているため、利用者にとっては月1回の参加となる。これに対して利用者面接で、「本当に月1回のSSTで役に立つのか、自分はまだ少し回数を増やしてほしい」という要望もあった。月1回の一律参加でなく、利用者ごとに成果が見える取り組みも必要になると考える。さらなる取り組みを期待したい。</p>			
2 評価項目2 利用者の健康を維持するための支援を行っている			
		評点(0000)	
評価	標準項目		
◎あり ○なし	1. 利用者が健康の自己管理ができるよう病気や治療の理解を深めるための支援をしている		○非該当
◎あり ○なし	2. 必要に応じて、通院等に対する助言や支援を行っている		○非該当
◎あり ○なし	3. 利用者が自己服薬管理できるよう助言や支援を行っている		○非該当
◎あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている		○非該当

評価項目2の講評

病気や薬剤治療についての学習会の開催に取り組んでいる

利用者に対して薬や病気等健康問題に関するアンケート調査を年1回行ない、必要と考えられる内容を利用者と協議して学習会を開催している。このアンケートにより断薬のリスクに関する学習の重要性が分かり、それを個別面談時の支援や学習会のテーマにするなどしている。また、精神科のみの治療ではなく、体調不良を自分で判断し、他科受診の判断と行動力を身に付けられるような働きかけにも取り組んでいる。

入寮直後の通院には職員が同行している

確実な受診行動につながるよう、入寮直後の第1回目の通院には職員が同行することを原則にしている。これは利用者が、医療機関までの交通手段を確実に使えるか、交通費がいくらかかるか、時間はどの程度かかるかなど、通院にまつわる事柄を明確にすることに加え、主治医と職員の関係づくりの意味もある。利用者により1回の通院同行で、確実受診行動につながらないと判断した場合は、その都度柔軟に対応するようにしている。

薬の自己管理は、主治医などの助言を得、段階的に進めている

服薬の自己管理は、事業所独自の5段階で進める服薬チェック表を利用している。この際主治医の承諾を得、通院先のワーカーとの連絡を取り、利用者自身で管理できるよう支援している。入寮直後は職員が管理し、薬の自己管理が可能になった利用者についても、月1回の訪室時に残薬と空き袋チェックで、服薬状況を把握し、必要に応じた支援をしている。利用者の体調変化の把握方法は、まず朝食に出てこない利用者に対しては職員が居室に電話をしてから訪室している。また、体調変化は顔色と食欲などで早期に把握するよう努めている。

3 評価項目3

利用者の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
◎あり ○なし	1. 日常のプログラムは、利用者の特性や嗜好を考慮し、多様な体験ができるようにしている	○非該当
◎あり ○なし	2. 施設は、採光、換気、清潔性など居心地のよい環境となるようにしている	○非該当
◎あり ○なし	3. 日常の生活に関するきまりごとについては、利用者等の意見を参考に見直しをしている	○非該当
◎あり ○なし	4. 利用者同士が意見を言う機会があり、その意見等を施設運営に反映できるようしくみを整えている	○非該当

評価項目3の講評

日常のプログラムへの参加は利用者の意向を重視している

季節に応じたイベントを隔月程度実施している。内容は職員がまず企画するが、毎月の面接の折などにも利用者の意向を聞くようにしている。イベントへの参加の仕方や寮生活での役割体験も、利用者への支援計画に位置付けるようにしているが、決して強制しないようにしている。なお、事業所としては寮内でのイベントプログラムについては月1回程度楽しめるプログラムを増やしたい意向がある。交通機関を利用した外出プログラムは、費用負担の面から希望は少なく、利用者負担は250円程度に抑えた内容にしている。

利用者の居室環境を良好に保つため月1回は職員が訪室している

月1回の利用者面接終了後に、利用者と共に居室に職員が訪問し、使い勝手や不具合の有無、室内の清掃や整理整頓状況などを把握し、不十分であれば利用者ができるよう助言するなどの支援をしている。食堂や厨房、トイレなどの共用スペースは清掃当番を決め、利用者自身で自主的に行なっている。また、毎週土曜日を清掃日とし、月1回は屋外清掃、残る3回は屋内の共用スペースの清掃日として職員も参加して全員で行なっている。

利用者ミーティング等により利用者の意向把握し、施設運営に活かすことに努めている

利用者ミーティングは毎朝、土曜日は夕食後にナイトミーティングを1時間程度で開催している。特に土曜日のミーティングは、翌週の予定の確認と、施設運営に関する利用者の意向や要望を話し合う良い機会にしている。この他に利用者の意向を把握する機会は、面接時や月1回実施している利用者アンケートなどである。利用者の意向を尊重して運営を見直した例として、朝の金庫を開ける時間の変更や食器の洗い方の変更などがある。利用者調査では「不満や要望を事業所や職員に言い易いか」の質問に対し、肯定的な回答は高くはない。更なる検討を期待する。

4 評価項目4 施設と家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの状況を家族等へ知らせる手段を整えている	○非該当	
●あり ○なし	3. 必要に応じて、家族等への情報提供や支援をしている	○非該当	
評価項目4の講評			
<p>家族との連絡などは利用者本人の意向を最大限重視するようにしている</p> <p>利用者本人と家族との関係が良好で、回復過程が順調な場合の家族への連絡は、本人の意思を確認して、身元引受人である家族に担当職員から連絡するようにしている。身元引受人からの情報も、内容により工夫するが、本人に伝えることを原則にしている。連絡方法は電話が多い。身元引受人である家族から、「本人には知らせないでほしいが、〇〇のような状況があり状態を崩していると考えられる」などの連絡が入ることもあり、このような場合は対応方法を職員で話し合うようにしている。</p> <p>利用者の状況を家族に知らせるために必要となる家族と利用者との関係を把握している</p> <p>利用者本人と家族の関係については、入寮時に関係機関からの情報で把握している。また、入寮時の面接により身元引受人である家族の意向も確認できている。家族への連絡について利用者は、「必ず事前に確認を」から、「今更どうでもよい」「確認の必要はないので、むしろ寮から積極的に家族に働きかけてほしい」など様々な反応がある。退寮先が自宅となる利用者の場合は、職員が家庭訪問を繰り返し、在宅生活に向けた家族の役割や受け入れ方などを助言している。</p>			
5 評価項目5 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当	
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	○非該当	
●あり ○なし	3. 退所後の地域における生活について、計画的に支援している	○非該当	

## 評価項目5の講評

### 地域の関係機関とのネットワークを活用し、地域の情報を把握している

2か月毎に、関係機関(病院2か所、診療所、県立精神保健福祉センター、本事業所)が集まり、情報交換している。地域の情報収集の場にもなっている。また、本事業所の運営について、関係者から理解を得られる場でもあり、必要に応じて関係機関へ利用者の相談がしやすい状況となっている。この会議は現在のところ関係機関の情報交換が主であるが、精神障害者が地域で暮らしやすくなるためにはどのようなサービスが必要か、地域の資源を巻き込むための活動等についても検討されることを期待する。

### 利用者が地域資源を活用できる機会を多用に準備している

入寮プログラムの中で、まず社会資源の紹介をしている。また、個別支援計画に沿って、必要と考える他の事業所のデイケアや、就労支援事業者、就労先などの利用も案内している。その他に、利用者が外出先などで聞いてくる地域情報も、ミーティングで知らされ、それらを活用することもある。なお、地域資源の活用については、利用者の意向を確認し、まず職員が同行して見学することから開始している。

### 退寮に向けては、地域支援ネットワークを組んで対応している

退寮後の地域での暮らしを支えるために、地域支援ネットワーク会議を開催し、そこに支援計画案を提示して、新たな暮らしを支える関係者と協議している。この会議は利用者のニーズにより複数回開催することがある。ここが新たな支援者への支援の引き継ぎの場になっている。支援ネットワークの主なメンバーは医療機関、市町村、相談支援事業所、家族などである。

## 2011年度第三者評価総評

本事業所は、法人(宮城県社会福祉協議会)が県から指定を受けて管理運営している。法人はすでに第三者評価を独自に取り組んでおり、本事業所としても自己評価及び外部委員を指名し評価を受けている。その結果はホームページで公表し、高い公益性を有する法人として、積極的な情報開示を通じた経営の透明性の確保に取り組んでいる。今回、更なる客観性と評価の適切性を期し、当法人に依頼したと認識している。わが国では福祉サービスの第三者評価の受審率は低く、宮城県内においても同様であるが、このような状況の中で率先して第三者評価を受審したことを高く評価したい。今後の事業経営に役立てていただくことを願い総評を書かせていただきます。

### **特に優れている点**

#### 1. 職員集団の風通しがよく、まとまりのよい状態が維持されている

本事業所は、利用定員20人に対し、所長を含む常勤職員が9人という小規模職場であり、また事務室は1か所で常時意見交換や情報共有がしやすい環境である。職員の話し合いの機会として、全体会議(職員会議)を月2回、そのほか日々のミーティング等で支援課題について検討するなど、その機会が充実している。今回の職員の自己評価の結果を見ると、職員集団のまとまりが良好に維持されている様子が見取れる。本事業所は、職員が仕事上の問題を一人で抱え込まず、何でもオープンに話し合える関係性の構築に管理職が力を注いでいること、また経験豊富な職員がコミュニケーションを大切にし、相談しやすい関係づくりに努めていることなどが影響していると判断できる。職員集団の風通しがよく、まとまりのよい状態にあることは、課題解決に向けて何よりも大切な風土であり、更なる課題への取り組みが期待できる。

## **2. 利用者がサービスの利用・入寮を判断する際の取り組みが丁寧である**

本事業所は、入院治療の必要はないものの、地域生活を送る上で何らかの支援を必要としている人を対象に、日常生活に適應することができるよう訓練及び指導を行なうことを目的にした通過施設である。サービス利用期間は基本的に2年以内である。言い換えれば、サービス提供の目的が明確であり、かつ期限付きのサービスであり、利用者は限定されるという特徴がある。したがって、このサービスの利用希望者に確実に情報を届けること、およびサービスの契約(入寮)に際しては、適合性の判断が求められるが、本事業所は、この点に関し丁寧な取り組みをしている。

### **①情報内容が分かりやすく、配布先が適切である**

本事業所は、利用対象者向けに独自にリーフレット、ホームページ等で情報を提供している。活用度が高いと思われるリーフレットは、平成21年度に刷新、入寮対象者、利用料金、入寮手続きを始め、入寮から退寮までの課程や生活訓練プログラムの紹介など分かりやすい内容である。配布先は、市町村窓口、福祉事務所、精神科専門医療機関等サービス利用者に関連性の深い機関である。配布資料も充実しており、入寮手続きや入寮後の生活等について詳細な内容を明示した規程や、説明文を作成し、関係機関を訪問して説明する等丁寧な取り組みである。

### **②サービス利用契約(入寮)に2回の体験入寮と判定会議で適合性を判断している**

利用問い合わせ者には原則として見学を勧め、そのうえで入寮希望者には、申し込みの上、体験入寮2回を原則としている。体験入寮の可否を判断するための実態調査、入寮体験時は冊子「体験のしおり」や「体験プログラム」を活用し基本ルールを説明。入寮の判断に際し、本人と囑託医の面接、また入寮中の経過は、入寮評価票に記載する。そしてまず職員による「入寮検討会議」その後、囑託医と精神保健福祉センターの担当者を交えて「判定会議」と、サービスの開始に際し、適合性を判断する過程が綿密である。

### **③利用者調査の結果から**

利用者調査(面接)では、利用前にサービス内容や利用方法に関する説明について、全員が説明はあったと回答している。また説明は分かりやすかったかという質問については、75%が体験入寮等により分かったと回答している。しかし25%はどちらともいえないと回答し、文章を読みあげて説明する方法に対し分かり難いとの意見があった。更なる工夫を期待する。

### **3. 退寮後の自立生活を支援するためのネットワークを充実させている**

精神障害者が地域で自立して生活する力を獲得するための手段として、本事業所における自立訓練が位置付けられている。従って、ここでは適切な職員の支援を受けながら、利用者自身が暮らしや就労などの場面で、様々な成功体験を重ねていくことが重要になる。また、利用期間が有期限の通過施設であるため、退寮後まで継続的な支援が必要であり、地域資源をネットワーク化する仕組みづくりも併せて重要になっている。その観点から本事業所の取り組みを見ると、以下の点が評価できる。

#### **①地域情報交換会の定期的開催**

この交換会は自発的に職員が関係機関に呼びかけて開始した会であり、隔月継続的に実施している。会に参加している機関は、医療機関(病院2か所、診療所1か所)、県立精神保健福祉センター、本事業所である。現在までの議題は主に情報交換であるが、継続的に顔を合わせているため、相談もしやすい関係ができています。また、本事業所の状況を参加者に周知する良い機会にもなっています。今後は精神障害者が地域で暮らしやすくなる地域環境整備に向けた取り組みなど、課題解決に向けた更なる活動を期待したい。

#### **②地域支援ネットワークを構築し退寮後の暮らしを支援している**

本事業所退寮後の生活を支えるため、退寮時期を迎えるときには利用者それぞれに地域支援ネットワーク会議を開催し、そこで退寮後の暮らしを支える働きかけを関係者が共有・分担できるようにしている。本事業所はこの会議開催時に、退寮する利用者の支援計画案を示し、新たな暮らしを支える関係者と協議するなど、継続的支援の場になっている。このネットワーク会議の主なメンバーは、医療機関、居住場所となる市町村職員、相談支援事業所、家族などである。

本事業所での暮らしが順調であっても通過施設であり、最終目標を地域での安定した暮らしとしている以上、退寮後の支援がより重要になる。その視点から、確実なネットワーク会議開催などによる退寮後を見据えた働きかけを評価したい。

#### **③退寮者に対する交流会の開催**

本事業所の退寮者に対する交流会を、年1回開催している。交流会開催の目的を、退寮後の状況把握の機会にしているということであるが、それに止まらず、現在の利用者にとっては、退寮後の暮らしの在り方のモデルを見る貴重な機会になると考える。また職員としては退寮者

と会うことでその後の暮らしぶりが分かり、在寮中の支援の適切性を評価する機会にもなるなど、交流会に様々な意味を持たせることができる。これらの視点から、継続的な交流会の開催を評価する。今後は、更に意識的・効果的な交流会の運営を期待したい。

## **改善が求められる点**

### **1. 個別の育成計画を作成し、進捗と成果を相互に確認する仕組みの整備が求められる**

職員の教育・研修に関する基本的な考え方は、当該サービスの特性を踏まえ、質の向上のために事業所として定めた目標を達成するために必要とする人材の育成である。例えば年度ごとに連続性のない研修の開催や外部研修への参加、あるいは職員の希望だけを尊重した研修計画は、質の向上に対する取り組みと位置付けることはできない。

当事業所としては3か年の職員研修実施計画に、管理者・現場職員・新任職員に対して求められる人材像を目標として明示している。しかし、研修計画に展開したときに、それぞれの研修がどの能力要件をクリアするためのものか、そのつながりが必ずしも明確になっているとは言えない。今後、個別の面接を通じて、職員一人ひとりの仕事を通じた自己実現の意向を把握するとともに、組織として職員に期待する役割を伝え、合意した内容を個別の育成(研修)計画にまとめた上で、進捗と成果を相互に確認する仕組みを整備することが求められる。

### **2. 新法への移行に向け、サービスの現場がより主体性を発揮して事業環境や利用者ニーズの分析にあたることが求められる**

当事業所は、来年度からの新法への移行に向け、提供するサービス体系の再構築を迫られている。事業を取りまく情勢の分析は基本的には事業所の役割であり、法人事務局や県と連携し、助言を得ながら事業所が進む方向を定めるとしている。現状は、課題認識のレベルと思われ、今後は危機感を持ち、主体性を発揮し、積極的に事業環境や利用者ニーズの把握と分析に努めることが求められる。

### **3. 本事業所が策定した「倫理綱領に基づく具体的な行動計画」の実践が求められる**

法人が策定した11の条文から成る倫理綱領に対応する、具体的な行動計画を策定し、毎月の全体会議で再認識、見直しを事業計画に明示しているが、この取り組みは、実施に至っ

ていない。現状では、個人の尊厳の尊重等については、利用者とのミーティングや毎月の面接、アンケート調査等を通し利用者の意向を把握、職員会議では利用者の気持ちを尊重することについて話題にし、討議している状況がある。しかし今回の利用者調査(面接)では、利用者の気持ちは尊重されているかという質問に対し、肯定的な回答は高いとはいえない結果である。また、昨年度の事業報告では、職員の言動に対する改善要望があり、職員間で話し合っていると報告されている。個人の尊厳や生活者としての権利の尊重への取り組み、行動化は簡単ではないことを十分に承知しつつ、一つの方策として、倫理綱領に対応する具体的な行動計画の内容について、本事業所のサービスの特性を踏まえより具体的な内容にすること、そしてその実施について確認していくことがあると考えられる。全職員が参加し取り組むことを期待する。

#### **4. 業務の標準化に対する更なる取り組みを期待する**

本事業所は、入寮に関する規程や手順書等については、わかりやすい内容で標準化されている。今後の課題として、既存の手順書類に加え、標準化の必要性がある業務分野についての検討、手順書作成日の明示、見直しの時期等について検討するなどが必要である。昨年度から手順書(マニュアル)の見直しを課題として取り組み出しており、成果が期待される。