

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・施設情報

名称：啓生園		種別：障害者支援施設	
代表者氏名：吉川 真一		定員（利用人数）：40 名	
所在地：仙台市宮城野区幸町 4 - 6 - 2			
TEL：022-385-7860		ホームページ： https://shinsho-miyagi.or.jp	
【施設・施設の概要】			
開設年月日：昭和 51 年 5 月 1 日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 宮城県障がい者福祉協会			
職員数	常勤職員：24 名	非常勤職員：1 名（嘱託医）	
専門職員	管理者 1 名	看護師 1 名	
	生活支援員 19 名	栄養士 1 名	
	サービス管理責任者 1 名	事務員 1 名	
施設・設備 の概要	（居室数） 12 部屋	（設備等）EV、スロープ、特殊浴槽	
	食堂、多目的室、事務室、浴室等	厨房機器、床走行リフトほか	

③ 理念・基本方針

基本理念

- ・ 障害者支援施設 啓生園は、施設利用者への安心・安全なサービス提供を通じて、豊かな社会づくりに貢献し、地域社会から信頼される施設を目指します。

基本方針

- ・ 私たちは、利用者一人ひとりが、“自分らしく生きていく”ことを尊重し、望む生活が実現できるよう、障害福祉サービスの提供に努めます。
- ・ 私たちは、地域や家族との結びつきを大切にし、施設のもてる機能や職員の知識技能を地域社会に役立てられるよう、日々研鑽に努めます。
- ・ 私たちは、市町村や各障害福祉サービス事業者、その他の保健利用サービス提供機関と密接に連携し、地域の社会資源として貢献できるよう努めます。

④ 施設・施設の特徴的な取組

築48年目の施設です。設備や居室の老朽化が進み、施設利用者の皆様にはご理解とご協力をいただきながら運営しています。

施設に隣接して、宮城県障害者福祉センター、宮城県障害者総合体育センター、幸町ウェルフェア温水プール、宮城県障害者社会参加推進センターがあります。

また、近隣には商業施設（家電、書籍、日用品、飲食、雑貨）があり、ショッピングはもちろん芸術文化スポーツ等へ気軽に触れる機会があり、施設利用者にとって潤いや刺激あふれる環境の中で暮らせることも魅力の一つです。

施設の基本方針のとおり、地域で暮らしながら、地域との接点を図ることで、障害のある方々を緩やかに理解し、障害となるものを認識してもらうことが施設の役割と考え、積極的に地域イベントに参加し交流を深め、近くで共に暮らす市民として理解していただき、施設入所者も社会の一員としての自覚と責任を感じてもらえるよう心がけています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年5月1日（契約日）～ 令和6年10月8日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（令和3年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○利用者の社会との交流と自立への支援

施設は県の敷地内に位置しており、周囲には県の施設や消防学校などがある一方、一般住居や民間企業などは無く、町内会は存在しません。このような環境の中で、利用者が社会と接触する機会をどのように提供するかが重要な課題となっています。これに対し、施設では社会との接点を積極的に模索し、地域貢献委員会を設置して活動しています。具体的には、利用者と職員が自主的に地域の清掃活動を行い、地域社会に利用者の存在をより理解してもらう取り組みを推進しています。また、コロナ禍においても、利用者の外出を積極的に奨励し、隣接するショッピングモールへの外出を支援しています。これにより、利用者が買い物や外食を通して社会と関わる機会を得ています。さらに、バスやタクシーの利用を独自で行えるよう支援することで、地理的条件による孤立を防ぎ、社会的自立を促進しつつ、地域社会から障害者への理解を得るための取り組みを行っています。

○利用者の意見をもとにした改善への取組

施設では、利用者の意見を基に支援の質を向上させる努力が積極的に実施されています。毎月開催される利用者懇談会では、施設長や職員が参加し、利用者からの直接の意見や要望を聴取する場が設けられています。この懇談会を通じて収集された意見は、組織内で共有され、実際の支援内容に反映される仕組みが確立されています。また、施設内に設置された「ご意見ポスト」は、利用者が自由に意見や要望を提出できる手段として機能しています。提出された意見は定期的に集計され、職員会議で検討されたうえで対応が講じられます。さらに、業務向上委員会や虐待防止委員会が組織されており、利用者の意見やアンケート結果

を基に、支援の見直しや改善策を提案・実施しています。また、利用者の意見に基づく迅速なフィードバック体制も整備されており、対応可能な事項は速やかに実行され、長期的な対応が必要な場合には進捗状況を利用者に定期的に報告する仕組みも整えられています。これらの取り組みにより、利用者の声が支援の質向上に直接寄与し、利用者満足度を高める結果となっています。

○施設の利用にあたっての丁寧な説明

施設では、利用希望者への案内およびサービス開始時の説明に際し、利用者およびその家族が十分に理解できるよう、細心の注意を払った対応が実施されています。利用希望者からの問い合わせに対しては、初めに電話での説明が行われ、その後、施設の基本情報や提供サービスの詳細を記載したパンフレットが送付されます。また、施設の活動内容はホームページやインスタグラムを通じて紹介されており、利用希望者が事前に施設の雰囲気把握できるよう工夫されています。見学を希望する場合には、利用者本人や家族、ならびに相談支援事業所の職員が来所し、詳細な説明が行われます。特に、聴覚障害を持つ方には手話および筆談での対応が行われ、知的障害を持つ方には分かりやすい言葉でゆっくりと説明するなど、利用者の障害や理解力に応じた情報提供が行われています。サービス開始時に説明する重要事項説明書には、利用者が理解しやすいようルビを振るなどの配慮がなされ、契約時は本人および家族の同意を得ています。

◇改善を求められる点

○中・長期計画の作成

施設長は、中・長期的なビジョンを持っていますが、それに基づいた中・長期計画の策定は未だ行われていません。建物の老朽化対策や建て替え計画の策定には複雑な課題が存在するものの、それ以外の課題に対しても職員に明確な目標を提示し、将来に向けた統一的な取り組みを進めるためには、中・長期計画の策定が期待されます。また、事業計画については、前年度の計画に関する報告書が作成され、各部署での実績を踏まえた事業計画が構築されており、利用者やその家族、地域社会、そして職員の資質向上に関する具体的な取り組みが記載されています。しかし、事業報告書では、前年度に達成できなかった点や反省点が必ずしも明確に示されていない状況が見受けられます。このため、前年の反省点を踏まえた翌年度の計画が策定されることが求められます。

○職員との面談などを通じた必要なアドバイスや意向の確認

職員の自己評価からは、上司や施設長との正式な面談の機会が乏しく、業務に関するフィードバックやキャリアについての相談が十分に行われていないことが伺えます。施設長が他の施設の責任者を兼任しているため、以前は行われていた個別面談の頻度が減少しており、職員個々の現状を適切に把握しアドバイスを提供する機会が限られています。定期的な面談を通じて、職員の目標設定や課題を明確化し、これを支援する制度の導入が不可欠です。今後、上司や施設長との定期的な面談の機会を確保することで、職員が自らの業務やキャリアについて相談できる環境を整え、職員のモチベーションやスキルの向上を促進することが期待されます。

○建物の老朽化による課題

施設は築約 50 年が経過しており、建物や設備の老朽化が進行し、雨漏りが発生する箇所

があるほか、安全面での問題も顕在化しています。こうした状況においても、職員は利用者が安全かつ快適に過ごせるよう様々な工夫を施しています。しかし、物理的には利用者の居室は4人部屋となり、環境的な課題が残ります。また、プライバシーに配慮した相談を行うための専用の相談室を設置できず、医務室を転用するなどの工夫が行われています。建て替えに関しては、土地・建物の所有者、運営事業者がそれぞれ異なることや予算の問題が絡み、計画の立案は困難な状況です。それでも、利用者の生活の質向上や職員のモチベーションを考慮し、今後も継続的に検討していくことが期待されます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・施設のコメント

施設長の兼務による指導低下が、管理運営に大きな影響を与えたことは否めません。客観的な評価は、同時にそこで暮らす利用者や働く職員も感じていることと受け止め、ご指摘いただいた課題の改善に取り組みます。

一方、施設職員の取り組みや活躍が大きく評価され、利用者支援の向上、施設の安全防災、地域貢献等の足跡が、意欲的に取り組んだ実績として取り上げていただけたことは、喜ばしい限りです。

3年前よりも、当施設の運営力が向上したのか？ できていなかったことが、どこまで改善しているのか、しっかりと強み弱みを分析して、また3年後に向けて取り組みます。

的確なご指摘をいただき感謝いたします。ありがとうございました。

⑧ 評価細目の第三者評価結果
別紙のとおり

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、基本方針を確立・周知している。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念である「すべての人が尊重され、安心して暮らせる社会を実現します。」を施設の理念として掲げ、これに基づき施設の基本方針「安心安全なサービス提供を通じて豊かな社会づくりに貢献し・・・」が策定されています。この基本方針については、会議での説明のほか、法人全体の事業計画書から施設に関係する部分を抜粋して掲示し、供覧しています。また、利用者や家族が閲覧できるように、施設内にも常設され、理念の周知が図られていることが確認できます。さらに、施設の広報誌「ゆずの木」にも基本方針や事業計画書が掲載され、地域や家族に向けても配布されています。職員の自己評価では、ほとんどの職員が理念や基本方針を理解している一方で、一部には十分に理解されていないケースも見られます。今後も継続的に理念や方針のさらなる周知と理解の向上が期待されます。</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を的確に把握・分析している。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>社会的および地域における福祉環境については、行政との会議、身体障害者施設協議会の会議、WAM ネットなどから情報を得ています。得られた情報は、会議を通じて職員に対して資料配布や説明が行われています。さらに、詳細な説明が必要な場合は、幹部会議で詳細を共有し、一般職員への説明を指示しています。利用者に対しても、毎月1回の利用者懇談会に関連する事柄について説明が行われています。また、施設の運営状況については、毎年事務部門から職員へ説明が行われ、毎月の職員会議では、施設長から簡潔な経営状況、加算に関する話、支援の質に関する説明が行われています。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設における最大の課題は、建物の老朽化による問題です。築後50年近くが経過し、施設内の雨漏りや、利用者の高齢化に伴う設備の導入、居室におけるプライバシー確保などの課題が生じています。しかし、土地と建物の所有者、運営者が異なるため、これらの問題の解決が進みにくい状況です。その中でも、現状の設備を活用し、修繕や居室内でのプライバシー保護に工夫を凝らし、利用者が少しでも快適に過ごせるよう努めています。また、社会全体で福祉人材が不足している現状から、施設内での人材確保や育成も課題となっています。これらの課題については、職員会議や幹部会で施設長から報告が行われ、対策について協議が行われています。今後も法人と連携しながら、設備問題や人材育成に継続して取り組んでいくことが期待されます。</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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人としての中・長期計画が策定されていないため、施設としての計画も現時点では策定されていません。施設の中・長期的な展望が検討され、職員会議などでは将来に関する取り組みが話し合われ、年度単位での取り組みは計画されていますが、これらが文章化されるまでには至っていない状況です。施設長の目標やビジョンを明確にするためにも、施設としての中・長期的な計画を文章化していくことが求められます。設備面の課題については、現時点では根本的な解決策が見いだせない状況ですが、それ以外の面での取り組みについては、具体的に明示し、職員と一体となった対応を進めていくことが期待されます。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画はまだ策定されていませんが、施設長としての中・長期的な目標に向けた年度ごとの事業計画は作成されています。この事業計画には、家族、地域、虐待防止、職員資質向上など、項目ごとに取り組むべき方向性や具体的な対応が記載されています。作成された事業計画は、施設ごとにまとめられ、法人全体の事業計画書として取りまとめられています。職員向けには、施設ごとの計画書が別途作成され、供覧や施設内に設置されています。今後は、単年度の計画に加えて中・長期計画を策定し、施設としての目標をより明確に示すことが期待されます。また、年度ごとの取り組みについては、職員への周知を図るため、説明と同時に配布することも効果的であると考えられます。</p>		

I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>年度の事業計画は、前年の事業計画に対して各部門で職員が振り返りを行い、その結果をもとに立案されています。前年度の報告書では、達成できた項目だけでなく、未達となった項目についても理由や今後の取り組みを明記し、翌年度の事業計画に反映して改善を図ることが期待されます。また、取り組みの結果として改善が見られた項目については、可能な限り数値化し、改善の効果を明確にすることも期待されます。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>利用者には事業計画の概略が説明され、家族には家族会を通じて説明が行われています。利用者には関連する部分を抜粋して説明していますが、施設内に掲示する資料については、理解が難しい利用者もいるため、ルビを振るなどの工夫が望まれます。家族会は現在も開催されていますが、家族の高齢化が進み、両親に代わり兄弟や親戚が関わるケースが増えているため、出席者は年々減少しています。こうした状況もあり、施設では毎年期初に発行される広報誌に事業計画を掲載し、施設の取り組みを家族や関係者に伝える取り組みを行っています。</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を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者への支援の質を向上するため、「ご意見ポスト」を施設内に設置し、利用者が自由に意見を寄せられる仕組みを整えています。寄せられた意見は整理され、職員会議で検討されています。また、毎月の利用者懇談会で意見とそれに対する改善案が報告され、施設内にも掲示されています。さらに、業務向上委員会や虐待防止委員会、身体拘束適正委員会などの委員会を設置して、職員へのアンケートを実施し、改善の必要がある事項について具体的な改善提案を検討しています。これらの取り組みにより、福祉サービスの質向上に向けた組織的な対応が進められています。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>各種委員会の役割を明確にし、虐待防止委員会では、虐待に該当する行為を具体的に示すことが重要であると考えられています。年に一回虐待防止に関する研修を開催し、今年度は職員による寸劇を通じて、実際の支援で起こりうる具体例を示した研修を計画しており、不適切な支援の防止に努めています。また、各委員会での改善への取り組みは職員に供覧され、生活支援課で改善提案の効果を検証しています。効果が不十分な場合は、再度委員会に差し戻し、再検討を行うなど、PDCA サイクルを実践した取り組みが行われています。しかし、利用者の権利擁護に関する研修やセルフチェックの実施については、職員の自己評価から課題が見受けられます。今後は、虐待防止に加え、権利擁護やプライバシー保護についても、具体例を用いた研修や勉強会を進めていくことが期待されます。</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) 管理者の責任を明確にしている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、自らの施設における取り組みの方針を毎年の事業計画の前文に記載し、期初の職員会議だけではなく、毎月の会議でも必要に応じて職員に説明しています。さらに、年2回発行される広報誌「ゆずの木」に、施設長の運営方針や重点的取り組みを記載し、職員や家族に共有しています。法人内では職務分掌が作成され、施設長の役割や責任が明示されているほか、不在時の代行者も明確にされています。施設長はまた、支援の質を改善するために課題とされる項目について委員会を立ち上げ、一部の委員会では自らリーダーを務めるなど、積極的にリーダーシップを発揮しています。</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り組んでいる。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>毎月、法人で実施される施設長研修や行政との会議において、法令遵守に関する注意喚起が行われています。また、マスコミなどを通じて法令遵守に関する情報を取得し、職員に共有しています。しかし、現状では施設の運営規定にコンプライアンスに関する規定がまだ整備されていないため、今後はハラスメントを含むコンプライアンス規定の作成が期待されます。加えて、職員に対するコンプライアンスの周知を図るとともに、ハラスメントを受けた職員の相談窓口や、施設内で発見された場合の通報規定なども整備することが望まれます。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの意見を積極的に聞く環境を整えるため、「ご意見ポスト」を設置し、また毎月定期的に利用者懇談会を開催し、施設長自ら出席して利用者の意見を直接聞く取り組みを行っています。さらに、支援の質の向上や業務の効率的な運営を図るため、いくつかの委員会を立ち上げ、施設長自身も重要な委員会のリーダーを務めるなど、積極的に施設の改善に取り組んでいます。これらの取り組みを通じて、福祉サービスの質の向上に向けた指導力を発揮しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設の安定的な運営を目指し、職員からの積極的な提案を取り入れながら、業務改善委員会を立ち上げ、支援の質の向上とともに業務の効率化に取り組んでいます。職員の意見を直接聞くため、毎年個別面談を実施していましたが、今年度は施設長が隣接する他施設の責任者を兼務することとなり、実施できていません。また、業務改善に関する職員アンケートもコロナの影響で遅れていましたが、今年度中に実施予定です。また、ICT化の推進やPC・タブレットの導入を進め、業務改善にも徐々に取り組んでいます。職員との個別面談は、業務改善だけではなく、支援の質向上や職員定着にもつながる取り組みであるため、早期の実施が期待されます。</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、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会的な福祉人材の不足を背景に、施設でも人材募集に継続して取り組んできましたが、十分な効果が得られていませんでした。最近、地域に向けて施設の活動状況を公開する目的で始めたInstagramが、人材確保に徐々に効果を発揮し始めており、これを見た数人からの応募が出ています。今後もInstagramや他のネット媒体を活用し、引き続き人材確保に努めていくことが期待されます。また、職員の定着に向けて、職員間での良好なコミュニケーションの促進や、相談しやすい環境作りに取り組むことも期待されます。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>倫理綱領が作成され、施設の職員としての姿勢が明記されています。人事考課は法人の規定に基づいて行われ、職員自身による評価をもとに、2次評価、3次評価が実施されています。特に2次評価では、職員との面談を通じて必要なアドバイスが行われ、説得性が重視されています。従来、施設長による職員への個別面談も行われていましたが、施設長が他施設の責任者を兼務することになり、現時点では実施されていません。今後、早期に職員との面談を再開し、職員の意向や目標を確認して、適切なアドバイスが行われることが期待されます。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>職員の自己評価から、休暇は比較的取りやすい職場であることが伺えます。一方で、上司や施設長との面談の機会が少ないという意見も見受けられます。今後は、職員間だけでなく、上司や施設長とのコミュニケーションを活発化し、より開放的な職場環境を整えていくことが期待されます。福利厚生については、グリーンパルに加入しており、職員は積極的に活用しています。有給休暇については、取得しやすい環境ではあるものの、全てを消化できていない職員もおり、一部の休暇が消滅している状況です。職員の勤務シフトに余裕がない状況ですが、より積極的な有給休暇の取得を奨励することが期待されます。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>日常の会話を通じて職員の目指す目標を把握していますが、具体的な到達レベルや期間、方法などを記載した明確な目標管理までは行われていません。職員が目標に対する意識をより明確に持つためにも、目標管理を導入し、目標の妥当性や進捗の確認、適切なアドバイスができるよう、上司や施設長との定期的な面談を実施していくことが期待されます。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>事業計画書には、職員の質の向上に対する姿勢が明記されており、業務改善委員会が組織され、業務改善と支援の質向上に取り組んでいます。法人としての研修や内部研修、外部研修が実施され、研修に専門の講師を招いたり、施設独自の寸劇を取り入れるなど、職員が理解しやすい工夫がなされています。しかし、階層別や専門分野別などの総括的な研修体系はまだ整備されていません。今後は、各職員を体系的に育成するためにも、施設としての研修体系を策定し、効率的な人材育成を進めていくことが期待されます。</p>		

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの資格や研修の受講履歴は記録され、必要な研修が漏れなく受講できるように取り組まれています。新人研修は毎年4月に法人で行われ、その後、施設でOJTが実施されています。中途採用入社の職員に対しては、4月の新人研修が後回しになるため、施設で全体の概要説明を行い、職場でOJTが行われています。OJTは先輩職員が指導を担当していますが、新入職員の不安解消のため、チューター制度など相談しやすい環境の整備が期待されます。現在、外部研修に関しては、生活支援課の課長の指示により参加者を決定しています。今後、必要な外部研修の案内は、全職員に共有し、希望による参加も可能にすることが期待されます</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・育成を適切に行っている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れマニュアルが作成され、実習指導者研修を受けた指導者が配置され、受け入れ窓口も決められています。しかし、資格取得を目指す実習希望者は現在のところ少ない状況です。今年度は、専門学校から介護福祉士の資格取得を目指す学生9名が、障害についての知識を深めるために1日実習に訪れました。資格取得のための実習ではありませんが、4名の指導者による実習指導と職場体験が行われました。今後は、学校などへの積極的な招致活動を行い、より多くの実習生の受け入れに取り組んでいくことが期待されます。</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を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページには施設の紹介や財務状況に関する資料が掲載されています。また、毎年2回発行される広報誌では、施設の活動内容が紹介され、家族や関係者、地域のショッピングセンターなどに配布・設置されています。昨年度末からはインスタグラムも開始し、利用者の活動がより詳細に紹介されるようになっていきます。施設では3年前に第三者評価を受審し、今回が2回目の受審となっていますが、前回の指摘事項については積極的に改善に取り組み、その内容を公表しています。</p>		

22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設における事務処理や経理処理は、基本的に法人の規定に従って行われています。法人からは毎年2回監査が実施され、主に経理処理に関する監査が行われています。指摘事項があった場合は、幹部会議で報告され、指導に基づき速やかに是正措置が取られています。業務面における確認の為、県の指定監査とは別に施設では3年おきに第三者評価を受審しています。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設は県有地内にあり、周囲に民家がなく、自治会も存在しないため、地域との交流を広げるための独自の取り組みが行われています。施設内に地域貢献委員会を組織し、地域に施設を知ってもらうため、利用者自治会との話し合いを基に、利用者が車いすを押しながら周辺の清掃活動を行うなど、積極的に地域へ働きかけています。また、コロナ禍でも利用者が比較的自由に外出できるようにし、一人でショッピングモールに出かけて買い物をしたり、バスでスポーツイベントに出かけています。地域との交流を深めるとともに、地域の方々に障害を持つ利用者を理解してもらう取り組みを行っています。施設は消防学校や行政関連施設に囲まれ、閉鎖的になりがちな環境にありますが、施設や利用者を積極的に社会に認知してもらおうという姿勢を持って運営されています。</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。	a・㉠・c
<p><コメント></p> <p>コロナ以前は看護学校の学生がレクリエーション活動のボランティアに定期的に訪れていましたが、コロナ禍での感染予防に伴い中断しています。現在も、施設のイベントに地域の方々を積極的に招いていませんが、9月の啓生園祭りでは地域の小学校の児童による太鼓のサークルによる演奏が行われています。今後、学生によるボランティアなどの受け入れを再開するためにも、専門学校や大学などのサークルに呼びかけていくことも期待されます。また、受け入れるにあたって、事故防止のためにもマニュアルなどの作成を行っていくことも期待されます。</p>		

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携を適切に行っている。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>行政や相談支援事業所、医療機関、福祉事務所などの関係機関と定期的な協議は行っていますが、必要に応じて随時打ち合わせを行い、適切な助言を得られる体制が整っています。地域の福祉関係施設については、仙台市が発行するリストを参考にしています。</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を行っている。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>周辺に町内会がないため、地域における福祉ニーズに関する具体的な情報は得られていませんが、相談支援事業所や行政から広範囲の情報を得ています。また、仙台市の障害者自立支援協議会には傍聴として参加し、必要な情報を得ています。今後も積極的に社会参加を行いながら、関連機関から地域を含めた福祉関連の情報収集に努めていくことが期待されます。</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・活動を行っている。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>施設は仙台市と福祉避難協定を締結し、隣接する第二啓生園と連携して、災害時には障害者など災害弱者を受け入れる体制を整えています。その他、法人が運営する体育館では、依頼があれば運営の補助を行うなど、地域のニーズに応じた公益的な活動に取り組んでいます。</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を明示している。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について、共通の理解をもつための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>倫理綱領や行動指針には、利用者の尊重が明記されており、定期的に行われる職員会議や研修を通じて、全職員が利用者の権利擁護に関する理解を深めています。利用者アンケートからも、利用者への尊重が職員に周知されている様子が伺えます。また、虐待防止委員会が組織され、施設長が自らリーダーとなり、虐待防止に取り組んでいます。さらに、年末には寸劇を通して、具体的にどのような行為が虐待に該当するかを確認する予定です。今後は、これらの取り組みに加え、職員が定期的にセルフチェックを行い、自身の支援に関して日常的に確認することが期待されます。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供を行っている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>職員の自己評価から、支援の現場では利用者のプライバシーに十分配慮した支援が行われていることが伺えます。現在、プライバシー保護に関するマニュアルの作成が遅れており、生活支援に関するマニュアルにもプライバシー保護の観点十分に盛り込まれていません。個人情報保護に関するマニュアルは整備され、利用者や家族への説明と同意を得ていますが、プライバシー保護についての説明は行われていません。今後は、プライバシー保護に関するマニュアルの作成や職員への研修、利用者や家族への説明など、利用者のプライバシー保護に向けた取り組みを徹底していくことが期待されます。</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）を適切に行っている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス利用に必要な情報を積極的に提供している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設の利用を希望する方からは、電話での問い合わせが多く、その際には相談支援事業所を通じてパンフレットを郵送しています。施設のホームページやインスタグラムでも、施設の活動内容を紹介しています。また、希望があれば見学も受け付けており、その際には本人、家族、相談支援事業所の職員が来所し、障害の状況に応じた丁寧な説明を行っています。耳が不自由な方には手話ができる職員やボランティア通訳、または筆談で対応し、知的障害のある方にはゆっくりと丁寧に説明することで、施設の情報が適切に伝わるように努めています。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>利用開始にあたっては、主に重要事項説明書を使用して説明が行われています。説明書類にはルビが振られており、利用者が理解しやすいよう、ゆっくりと丁寧に説明するなど配慮しています。契約に際しては、本人と家族の同意を得ています。福祉サービスの開始や変更時には、基本的にサービス管理責任者が対応していますが、不在時にも対応できるよう、一連の流れを記載した手順書も作成されています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・施設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・②・c
<p><コメント></p> <p>医療機関への移行例はあるものの、他の施設への移行はほとんどありません。移行する場合、利用者の記録は本人の同意を得た上で、相談支援事業所もしくは家族を通じて移行先に提供しています。また、移行後も必要に応じて相談を受け付けることを伝えています。今後は、移行に関する書類に移行後の相談についての事項を記載し、情報提供に関して利用者もしくは家族から同意を得ることが期待されます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月利用者懇談会を開催し、施設長と利用者代表が出席して、利用者からの意見や要望を聞く取り組みが行われています。また、利用者自治会も定期的で開催され、利用者の代表が職員と話し合いを行っています。従来は利用者からの意見をノートに記入してもらっていましたが、書き込みが少なかったため、現在は「ご意見ポスト」を設置し、各利用者が自由に手紙（ハガキ大の紙）を投函できる仕組みを取り入れました。この取り組みにより、多数の意見などが寄せられるようになっていきます。寄せられた意見は毎月職員会議で報告され、必要な対応が行われています。</p>		

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みを確立し、周知・機能している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>苦情対応の体制は、重要事項説明書および契約書に記載されており、利用開始時に利用者や家族に対して説明が行われています。苦情対応窓口、解決責任者、第三者委員、宮城県社会福祉協議会内の運営適正化委員会についても記載され、施設内に掲示されており、常時閲覧可能です。施設内に意見箱は設置されていませんが、利用者には「ご意見ポスト」を苦情提出の手段として案内しており、他の意見とともに苦情も投函されています。家族向けには意見箱が用意されていますが、隣接する第二啓生園の入り口に設置されているため、やや離れた場所にあります。家族がより利用しやすい場所への移設を検討することが期待されます。</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
<p><コメント></p> <p>施設は手狭なため、専用の相談室を設置することが難しい状況です。そのため、利用者や家族が希望する場合には医務室などを利用し、プライバシーに配慮して落ち着いて話ができる環境を整えています。利用者や家族には、いつでもどの職員にでも気軽に声をかけてほしいと伝えています。現在の苦情対応体制は「苦情受付窓口」ではなく「相談受付窓口」となっていて誤解を招く恐れがあるため、訂正することが期待されます。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>「ご意見ポスト」に投函された意見は毎月まとめられ、職員会議で話し合いが行われ、解決策が検討されています。実行可能なものは速やかに対応し、時間がかかるものについては、その旨を利用者にフィードバックしています。また、職員に直接寄せられた相談内容についても同様に職員会議で検討し、対応しています。</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を行っている。		
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を構築している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>施設にはリスクマネジメント委員会が設置され、事故予防や再発防止に向けた取り組みが行われています。施設内で発生したヒヤリハットは報告書に状況と防止策が記載され、委員会に報告されています。重要な案件については職員会議で共有され、事故防止に関する対応が話し合われています。しかし、現状では集計期間や委員会の開催頻度については明確な基準が定められていません。今後、ヒヤリハットの発生状況を一定期間ごとに集計し、発生傾向を確認することや、対策の効果を定期的に委員会で検討することが期待されます。</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。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>施設には感染症・食中毒対策委員会が組織され、看護師を中心に感染症や食中毒の予防や対応が検討されています。現在、県の資料を参考に、感染症・食中毒対策のマニュアルを作成しています。委員会では、職員向けの研修や嘔吐物処理の訓練、また、発生時の事業継続プラン（BCP）の検討も行われています。今後、早期に施設としての対応マニュアルを完成させ、予防や対応に関する指導を徹底していくことが期待されます。</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・c
<p><コメント></p> <p>災害対策計画が作成されており、災害時の対応体制が明確になっています。施設は行政のハザードマップ上で被災想定区域には入っていませんが、毎年火災や地震を想定した避難訓練を夜間も含めて3回実施しています。現在、火災報知機が作動すると特定の職員の携帯に通知が送られるシステムを導入しており、職員への迅速な通報が可能になっています。災害時の備蓄は3日分確保しており、食料は栄養士が担当して定期的に入れ替えを行うなど、適切に管理されています。また、施設は仙台市と福祉避難所としての協定を締結しており、災害時には災害弱者を受け入れることとしています。</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を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>支援に関するマニュアルは、一部作成されていますが、まだ作成されていないものがいくつか残っています。現在、各委員会が中心となり素案を作成し、完成を急いでいます。作成されたマニュアルにもまだ、利用者のプライバシーへの配慮などが十分に反映されていないものもあり、今後の見直しが期待されます。完成したマニュアルは一冊にまとめ、職員が必要な時に参照できるよう保管することが求められます。また、マニュアルをもとに職員への研修を定期的実施し、基本的な支援がマニュアルに基づいて行われるよう取り組んでいくことが期待されます。</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を確立している。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>制度の改訂や利用者、職員からの意見をもとに、マニュアルの見直しが行われています。業務向上委員会や他の委員会での検討も含め、必要に応じた修正が行われています。今後は、見直しの時期や見直し後の職員への周知方法を明確にしていくことが期待されます。</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を策定している。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>入園時のアセスメントは、同性の職員が施設で統一されたアセスメント表を使用して実施しています。個別支援計画書は、入園後およそ1ヶ月以内に利用者の状況を確認しながら、サービス管理責任者によって作成されます。作成時には、利用者、家族、相談支援事業所の職員が同席し、利用者および家族の意向を確認して同意を得た上で進められます。また、医療的支援が必要な場合は、事前に医師の意見を仰ぎ、必要に応じて栄養士からの意見も事前に取り入れています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>モニタリングは原則として半年に1度行われており、大半の利用者は明確な意思表示が可能のため、特に必要がない場合は家族や相談支援事業所の職員は同席せずに実施されています。モニタリングの結果は支援計画表に記載され、議事録とともに施設内で共有されています。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の支援記録は、介護記録ソフトを導入して入力されており、施設内のネットワークを通じて他の職員と情報共有が行われています。また、月末には記録がプリントアウトされ、職員に供覧されています。記録方法に関しては、業務改善委員会が主体となり職員への研修を実施し、統一した入力が行われるよう指導しています。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>利用者の記録は、施設内のPCと紙ベースで管理されています。紙ベースの記録は利用者ごとにファイルされ、事務所の鍵付きロッカーに保管されており、施設長が責任者として管理しています。PC内の記録は全職員が閲覧できるようになっていますが、外部への情報漏洩を防ぐ仕組みの検討も期待されます。施設では個人情報管理規定が設けられ、個人情報の保管、廃棄、提供に関する扱いが定められています。職員には入社時に研修が行われ、情報保護に関する誓約書の提出も行われています。また、利用者や家族にも個人情報の取り扱いについて説明し、同意を得ています。今後、入社時だけでなく、継続的に個人情報保護に関する研修を行い、保護体制をさらに徹底していくことが期待されます。</p>		

内容評価基準

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		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設の運営方針として「一人ひとりの主体的選択と自己決定を尊重し、利用者本位のサービス提供」を掲げており、これを実践する取り組みが行われています。利用者の服装や嗜好品、飲酒についても、危険や健康に影響がない限り、利用者の選択に任せています。食事には頻繁に選択メニューが取り入れられ、利用者の好みに合わせた工夫がされています。さらに、利用者は日中活動として、近隣のショッピングモールで自由に買い物や外食を楽しんだり、バスを利用して小旅行をしたりと、自分の思い通りの生活を楽しんでいます。これらの外出による買い物や交通機関の利用は、利用者の社会適応や自己決定のエンパワメントにもつながっています。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A②	A-1-(1)-② 利用者の権利擁護に関する取り組みが徹底されている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>虐待防止マニュアルが作成され、施設内に虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会が設置されており、これらの委員会を中心に職員への権利擁護に関する研修が行われています。さらに、具体例をもとに職員が寸劇を行い、どのような行為が利用者の権利侵害にあたるのかを示すなど、積極的な取り組みが行われています。また、施設内には「ご意見ポスト」が設置され、利用者が自由に意見を書き込み投書できるように工夫されています。毎月、投書内容をもとに施設内の支援状況を確認し、必要な改善に取り組んでいます。</p>		

A-2 生活支援

A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の自立生活に向け、必要なサポートを提供しながら、基本的には身の回りのことは利用者自身で行うよう支援しています。施設内には洗濯機や乾燥機が設置されており、衣類の洗濯や部屋の掃除も利用者自身が行っています。お金の管理も自己管理が基本であり、買い物や外出時の交通費も利用者自身で管理しています。洗濯や掃除が難しい利用者には職員や業者による支援が提供され、お金の管理が難しい利用者には職員が必要なサポートを行っています。</p>		

A④	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><コメント></p> <p>利用者の症状に応じたコミュニケーション手段が取られており、耳の不自由な利用者には簡単な手話や筆談、ジェスチャーを使用しています。また、理解が難しい利用者には、写真や絵を見せながら、ゆっくりと話して理解を促しています。さらに、必要に応じてPCに入力し、画面で確認するなど、利用者が十分に理解できるような工夫が行われています。</p>		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>日常の利用者とのコミュニケーションに加え、毎月施設長との懇談会が開催され、利用者の意見や要望が確認されています。また、「ご意見ポスト」を設置し、利用者がそれぞれの要望や意見、相談を記入できる仕組みがあり、毎月集計され、施設長が確認したうえで、職員会議で内容が検討され、必要な対応が行われています。さらに、利用者自治会が組織され、毎月定期的に行われる役員会には職員も参加し、利用者の代表者と施設内の生活やイベントに関する話し合いが行われています。役員会の内容は、出席している職員によって職員会議で報告されます。利用者から相談があった場合は、場所や時間を問わず対応しており、必要であれば医務室などを使用して、プライバシーに配慮した静かな環境で話ができるようにしています。</p>		
A⑥	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の日中活動は、利用者の意向を反映し、カラオケやゲーム、散歩、買い物など、それぞれの体調や希望に合わせて実施されています。また、健康維持のため、希望者は毎朝職員とともにラジオ体操を行っています。さらに、日中活動として、利用者は自由に外出し、近隣のショッピングモールで買い物や外食を楽しみ、それぞれの余暇を満喫しています。</p>		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>提携している医療機関と連携し、利用者の障害に応じた支援を行っています。また、職員は障害に関する研修を受講して専門的な知識を習得し、利用者に適した支援を提供する取り組みが行われています。現在は一部の職員の参加にとどまっているため、今後はより多くの職員が積極的に専門知識習得のための研修を受講することが期待されます。</p>		

A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設では、利用者の心身の状況に基づいた個別支援計画を作成し、マニュアルに従った支援を実施しています。食事については、栄養士が利用者からの意見を取り入れ、メニューに反映させ、利用者が美味しく楽しく食べられるよう取り組んでいます。利用者との面談からも、食事に対する満足度が高いことが伺えました。支援に必要な機器操作については、業者と連携して勉強会を開催し、利用者が快適に過ごせるよう取り組んでいます。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>建物が老朽化し、雨漏りが発生することや、全ての居室が4人部屋であるなどの課題はありますが、職員は利用者が少しでも快適に過ごせるよう工夫しています。環境整備委員会を設置し、施設内の環境を日常的に確認し、清潔で安全な生活環境を確保するための取り組みを行っています。各居室では個別に温度調節が可能ですが、エアコンの設置場所や外光の入り具合などにより、すべての利用者に同じ環境を提供することが難しい場合もあります。現在、関係機関へ建て替えに向けた要望を行い、協議を進めていますが、今後も継続して取り組むことが期待されます。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の自立度が高く、機能訓練を必要とする利用者は少ないため、施設には理学療法士などの専門職員は在籍していません。機能訓練が必要な場合は、外部の医療機関へ通院して実施しています。また、施設内では外部に委託して訪問マッサージを実施しています。今後、利用者の高齢化に伴いADLの低下が考えられるため、外部専門家の指導を受けつつ、施設内でもある程度の機能訓練を行える体制を整えていくことも期待されます。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(3)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応などを適切に行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>毎朝、体温を確認し、医師から指示がある利用者については血圧も測定し、利用者の健康状態を確認して記録しています。利用者に体調の変化があった場合は、在籍している看護師が症状を確認し、主治医や医療機関に連絡を取って受診を手配するなど、マニュアルに基づいた適切な対応が行われています。</p>		

A12	A-2-(3)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>利用者への服薬は、看護師を中心にマニュアルに基づいて実施されています。看護師は、医師の処方箋に基づいて手配した薬を医務室で管理し、必要な分を職員に渡しています。利用者のテーブルには服用する薬の名前が記入され、複数の職員による確認の上、自分で服薬できる利用者には手渡し、コップに入れる必要がある場合は職員が準備して渡しています。飲み忘れの恐れがある利用者には、食事の終わり頃に服薬を促し、全員の服薬を確認しています。また、服用後の薬袋は次の食事時間までテーブルに置いておき、確実に服薬したことを確認しています。食物アレルギーのある利用者には、医師の指導に基づき栄養士が管理し、皿の色を変えるなどして職員による3重のチェックが行われています。さらに、看護師をリーダーとする感染症・食中毒対策委員会が設置され、感染症や食中毒の予防に力を入れています。職員の自己評価からは、医療的支援に関する研修が十分ではない面も見受けられるため、今後は職員への医療面に関する研修を強化していくことも期待されます。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A13	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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>施設は県の敷地内にあり、周囲にはスポーツ施設やイベント会場があり、利用者は希望に応じてスポーツ施設や文化・芸術イベントに参加しており、施設としても開催案内などの必要な支援を行っています。また、日中は比較的自由に外出が可能であり、近隣のショッピングモールへ出かけて買い物や外食を楽しみ、地域住民との交流も行われています。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	a・(b)・c
<p><コメント></p> <p>宮城県の第7期障害福祉計画に基づき、入居利用者の地域移行に関する取り組みが進められており、利用者に対して地域移行の説明を行い、希望する利用者に対応するための窓口を設置しました。また、近隣にグループホームができた際には、案内チラシを利用者が閲覧できるようにしています。しかし、住み慣れた施設から退所することへの不安や費用面を考慮し、現状では地域移行を希望する利用者はいません。今後も継続して、地域移行をどのように進めていくか検討していくことが期待されます。</p>		

A-2-(8) 家庭との交流・交流と家族支援		
A15	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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 利用者の家族には、定期的に広報誌や利用者に関するお便りを送付し、家族会の総会時にはアンケートを通じて家族からの要望を把握しています。また、必要に応じて電話での連絡や相談に対応し、勉強会を開催して成年後見制度などについての説明も行っています。今回の家族アンケートからは、施設の支援に対する良好な満足度が伺えましたが、一方で施設の老朽化に対する心配や支援に対する不満も一部見られました。今後も家族との良好な関係を維持し、さらに発展させていくことが期待されます。また、家族の高齢化が進む中、家族会を今後どのように存続させるかが課題となっています。		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程などに応じた発達支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外		
A18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外		
A19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	a・b・c
<コメント> 対象外		