

## 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： つどいの家・コペル                | 種別： 障害者支援施設   |  |
| 代表者氏名： 管理者 佐々木 健             | 定員（利用人数）： 40名   |  |
| 所在地： 宮城県仙台市若林区上飯田一丁目 17-58   |   |  |
| TEL： 022-781-1571            | ホームページ： <a href="https://www.tsudoinoie.or.jp/">https://www.tsudoinoie.or.jp/</a> |  |
| 【施設・事業所の概要】                  |   |  |
| 開設年月日 平成 14 年 4 月 1 日        |   |  |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人つどいの家 |   |  |
| 職員数                          | 常勤職員： 25名   | 非常勤職員： 20名                                 |
| 専門職員                         | 管理者： 1名   | 生活支援員： 28名                                 |
|                              | サービス管理責任者： 1名   | 栄養士： 1名                                    |
|                              | 看護師： 4名   |  |
| 施設・設備<br>の概要                 | （居室数）   | （設備等）                                      |
|                              | 25室（パン工房含み）   | 喫茶室、厨房、トイレ（男女）、多目的<br>トイレ、全館空調、車椅子対応エレベーター |

### ③ 理念・基本方針

どんなに重いしょうがいのある人も、地域社会で差別されることなく、いきいきと自立した地域生活ができるよう、自己実現の場を保障し支援することを、基本理念にしています。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・開所 24 年目となっておりますが、開設当初から地域交流・つながりを大切にしてきました。長年続けている「コペルでバザーる」（バザー）や各学校との交流会などを続けています。
- ・地域としょうがいのある方々との繋がりを目的として、パン製造・販売は地域にも浸透しており、各種販売会イベントに加え、令和 6 年度から東北福祉大学に定期的に訪問販売を行っています。
- ・各行事・イベントも積極的に行っております。成人を祝う会・還暦を祝う会・地域の盆踊りへの参加（コロナ禍後は独自で開催）等も行っています。
- ・見学、各種実習生の受入れ等も積極的に行っています。
- ・利用者 1 人ひとりに個別支援計画を立てて支援を進めており、その中でも個別外出・グループ外出も積極的に行っております。

⑤ 第三者評価の受審状況

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和6年10月1日（契約日）～<br>令和7年1月15日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0回（年度）                                |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○地域との連携

事業所は、設立当初から利用者家族によるバザーを通じて資金を調達し、地域との交流を基盤に運営を行ってきました。その伝統は現在も受け継がれ、事業所内でのバザー開催を通じて地域住民とのつながりを深める重要な役割を果たしています。また、大学や市民センターでの訪問販売、フードバンク活動への参加、地域の夏祭りや市民センター祭りでの利用者による発表など、利用者が直接地域と関わる多彩な機会が提供されています。これらの取り組みは、利用者が地域社会の一員としての役割を実感し、自信を持つきっかけとなっています。

さらに毎年、中学生の職場体験や小学生の職場見学の受け入れ、町内会長との定期的な情報交換などを通じて、地域社会全体で福祉を考える姿勢が築かれています。また、自立支援協議会への参加を通じて地域の福祉課題を把握し、事業所の活動に反映することで、地域福祉の向上に寄与しています。

一方で、コロナ禍により中断していた夏の盆踊りの復活計画や、震災時の支援に感謝を込めた能登半島災害への職員派遣など、災害時の対応力や地域への恩返しの姿勢も注目に値します。さらに、宮城県災害派遣福祉チーム（DWAT）への登録など、地域や災害支援への取り組みが幅広く行われている点は、事業所の社会的役割を一層際立たせるものとなっています。

これらの活動は、地域に開かれた事業所運営を実現するとともに、利用者が社会とつながる機会を提供する重要な役割を果たしています。

○「にこり・ほっと」活動

事業所では、「にこり・ほっと」と題した取り組みを通じて、利用者や職員が感じた前向きな瞬間を共有し合う活動を行っています。これは、日常の支援や業務の中で生まれる小さな喜びや感謝をポスターや掲示物として事業所内に掲示し、視覚的に伝えるものです。この活動を通じて、職員同士や利用者とのコミュニケーションが活性化され、事業所全体の士気向上につながっています。また、日々のポジティブな場面を記録し共有することは、支援の成果や事業所の取り組みの良さを可視化するだけでなく、職員のモチベーション向上や利用者の自信にも繋がっています。このような工夫は、職場環境の改善や支援の質の向上においても大きな役割を果たしていると思われます。

「にこり・ほっと」活動は、事業所内の前向きな雰囲気づくりと、支援する側・される側の双方にとって大きな意味を持つ取り組みとして、他の事業所でも参考とされるモデルケースになると思われます。

○「ゲストスピーカー」活動

事業所では、利用者がゲストスピーカーとなり、学生に対して自身の経験や日々の生活に

ついて語る取り組みを行っています。この活動は、利用者が自分の声で自身の思いや生活の工夫、支援を通じて得られた学びなどを伝える機会を提供しています。学生にとっては、直接の体験談を聞くことで、障害についての理解がより具体的かつ実感を伴うものとなります。

利用者自身にとっても、話をするのが自己肯定感を高める機会となり、社会の中で役割を果たしているという自信を持つきっかけにもなっています。

また、この活動を通じて、学生たちの障害に対する偏見が減少し、共生社会の実現に向けた意識の醸成が期待されます。利用者が主体的に発信するこの活動は、事業所の「利用者主体の支援」の方針を実現するものとなっており、地域や教育機関と連携した先進的な取り組みとなっています。

#### ◇改善を求められる点

##### ○管理者の方針の職員への浸透

事業所の管理者による「事業計画の共有」「ビジョンや方針の浸透」「職場環境の整備」などについては、一定の取り組みが実行されています。年度計画における「利用者支援の質向上」という目標についても、計画の中で具体的な取り組みや指標が示され、職員に対して説明が行われています。職員の自己評価や現場の声を通じて、計画内容が日常業務にどのように活かされるかについて、一定の理解が進んでいる様子も見受けられます。

しかし一方において、管理者の方針や計画が現場全体にわたり均一に浸透しているかという点に関しては、現状ではまだ十分ではない面が見られます。事業計画の内容に関する理解や管理者のビジョンや方針に対する理解、職場環境への取り組みなど、職員の捉え方にバラつきが見え、全体としての理解が進んでいない面が懸念されます。今後は、全体会議やグループディスカッションを活用してより積極的に管理者の方針や計画を説明し、職員の理解をさらに向上することが期待されます。

##### ○人材不足に関わる課題

福祉分野における人材不足は、全国的な課題として深刻化しており、事業所でも法人と協力しながら対応に努めているものの、現場では依然としてさまざまな影響が見られます。特に、利用者一人ひとりの個性やペースに合わせた支援を行うために必要な時間や人員が不足し、細やかなケアが十分に行き届かないケースが発生する可能性があります。さらに、人員不足が職員の負担増加につながり、新任職員への指導やスキル向上を目的とした研修への参加が制限されるなど、職員全体の成長機会への影響も懸念されます。

また、利用者家族からの意見や要望を把握し、反映する取り組みについても、現場の負担が大きくなる中で、後回しになってしまうことも懸念されます。このような状況は、事業所全体の信頼性や支援の質に影響を与えるため、今後も継続した人材確保の取り組みが期待されます。

##### ○医療面での研修

事業所では看護師が4名在籍しており、利用者の日常の健康管理や医療機関との連携が的確に行われており、安心できる生活環境の提供が進められています。一方で、職員の医療に関する研修が十分に実施されていない点が懸念されます。利用者の症状に応じた適切な支援を行うには、基礎的な医療知識や緊急時の対応スキルを身につけることが求められます。看

護師に全てを頼るのではなく、チーム全体で医療対応力を強化することが重要です。継続的に医療面の研修を実施し、職員全体で知識を共有して、現場での支援力向上を目指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・事業所のコメント

○丁寧な聞き取りを行っていただき、説明した内容もしっかり反映されていて、事業所の強みを高く評価してもらいました。ありがとうございます。

○事業所の課題についてはとても良い学びの機会となりました。理念・目標・取組みが伝わりきれていない部分に対して、今回の第三者評価をすることで意識の差異があったことに気付くことが出来ました。書面や口頭で伝えるだけではなく、何度も繰り返し確認できる方法で提示するなど工夫していこうと思います。

○利用者、保護者へのアンケートについてもたくさんご意見をいただきました。事業所として改善に向けて取り組む必要があると強く感じた半面、利用者や保護者が感じている疑問や課題をつどいの家・コペルに伝えることができる関係性であることは良い面であると捉え、さらに意見の出しやすい環境を構築していきたいと思います。

○利用者、保護者、職員から共通してあげられていた「人員不足」については、求人募集をして待つだけではなく、定期的に更新したり、各種機関を通さずに独自で募集する取り組みを行い、早急に改善できるように取り組みます。

⑧ 評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

## 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>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念や基本方針は、パンフレットや事業計画書に明記され、職員の行動指針や法人が目指す将来像を具体的に示しています。理念として掲げる「どんなに重いしょうがいがある人も、地域で差別されることなく、いきいきと自立した地域生活ができるよう、自己実現の場を保障し、支援すること」は、法人の支援方針の基盤として重要な役割を果たしています。職員に対しては、新任職員研修や定期的な会議の場で理念やビジョン、行動指針について説明が行われており、職員自己評価からも理解が進んでいる様子が伺えます。一方で、家族や利用者への周知が十分に行われている状況とは言えません。家族には、施設懇談会で年 1 回程度触れるにとどまっており、利用者にはほとんど説明されていない現状です。今後は、保護者会や施設懇談会の場で資料を配布し説明を行うことや、利用者に対しては絵や写真を活用した分かりやすい工夫を取り入れることが期待されます。また、こうした取り組みを継続的に実施し、定期的にその効果を検証することで、理念や基本方針の周知をさらに進めていくことが求められます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中期計画には、福祉環境の変化や社会問題について詳細に記載されており、これに基づいた取り組みが進められています。また、障害者施設協議会などに参加し、福祉環境の変化や制度に関する情報を把握し活用しています。事業所の経営状況については、新年度の会議で職員に報告されるほか、家族にも説明が行われています。さらに、稼働率の状況についてはグループのチーフに共有され、運営状況の透明性が保たれています。一方で、職員の自己評価からは、経営状況に対する関心が高いとはいえない状況が伺えます。今後、職員の経営への参画意識を高めるため、事業所の運営状況や経営に関する情報を継続的に提供し、議論や意見交換の場を設ける取り組みも行っていくことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、コロナ禍に伴う地域交流の希薄化、福祉分野全体での人材確保の困難さが重要な経営課題として認識されており、職員会議を通じて職員へこれらの情報を共有しています。財務基盤の改善に向け、宿泊体験や日中一時支援事業の利用促進など具体的な施策を掲げており、課題解決への積極的な姿勢が伺えます。また、Google Workspaceを導入し、職員間の情報共有を促進する取り組みも行われています。一方で業務改善に注力するあまり、利用者への支援が手薄になる可能性が懸念されており、内容によっては報告をグループのチーフまでとしているものもあります。これらが影響してか、事業計画全体に対する職員の理解が十分に進んでいない点も職員の自己評価からは伺えます。今後は、利用者支援と財務基盤強化の両立を目指し、進捗状況を定期的に見直すとともに、全職員が事業計画に対する認識を深め、課題解決に向けた主体的な関与を促進する仕組みを構築する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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人では、2020年から2024年までを対象とする第4期マスタープランが策定されており、法人全体としての目指す方向性が明確に示されています。このマスタープランは、中・長期的なビジョンを具体化したものであり、策定時には職員全員に配布と説明が行われ、新任職員に対しても初任者研修で配布・説明がなされるなど、職員への周知に努めてきました。しかし、コロナ禍によりマスタープランの進捗が遅れたため、第5期マスタープランは第4期の計画を踏襲した形で進められています。一方で、マスタープラン策定から一定の時間が経過したためか、職員の理解度が薄れている点も伺えます。法人や事業所として目指す方向性をさらに深く理解してもらうためには、マスタープランの内容を再確認し、具体的な取り組みと関連づけて事業計画の説明を行うことが望まれます。このような取り組みを通じて、職員一人ひとりが中・長期的な目標に対する意識を高め、自身の業務との関連性をより明確に理解できるようになる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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の事業計画は、法人の中期的なビジョンを基盤として策定されており、具体的な目標や取り組みが示されています。このような事業計画は、事業所全体としての方向性を共有し、職員が取り組むべき内容を理解するための指針となっています。一方で、事業計画の内容について、職員全体への周知や理解が十分とは言えない状況も見受けられます。職員が計画の意図や目標を深く理解し、自身の業務と結び付けて取り組むためにも、策定時の説明だけでなく、計画内容を定期的に振り返り、進捗状況を共有する機会を設けることも期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の策定や実施状況の把握、評価・見直しにおいて、年間の実績をもとに事業報告書が作成されています。振り返りや計画の作成は主に管理者が担い、一部ではチーフの意見を取り入れるなど、管理層を中心に進められています。一方で、職員は目の前の支援業務に追われ、事業計画の作成や振り返りに十分な時間を充てられない状況となっていることが伺えます。また、年度初めに全職員へ事業計画が配布され説明されているものの、自己評価では職員の理解が十分に進んでいない様子も見受けられます。このことから、事業計画の内容を職員がより主体的に捉え、実践と結び付けるためにも、例えば、各グループ単位で当年度の振り返りを行い、その内容をもとに翌年度の計画を話し合う機会を設けることなど、職員が計画の意図や目標を深く理解し、自身の業務との関連性を実感しやすくなるような取り組みを検討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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画については、保護者会や施設懇談会を通じて家族に説明が行われており、必要な内容はパワーポイントなどを活用して分かりやすく提示しています。一方で、説明時の資料配布は行われておらず、利用者への説明についても現時点では実施されていない状況となっています。事業計画を家族だけではなく利用者にも共有し、理解を促すことは、利用者の主体的な参加を引き出すためにも重要と考えられます。そのため、利用者の特性に配慮した視覚的な資料や簡易な言葉を用いた説明を導入することなど、計画をより分かりやすく伝える工夫が期待されます。また、家族への説明についても、説明内容の要点をまとめたパワーポイントなどの資料を配布することで、計画への理解がさらに深まることが期待されます。利用者や家族が計画内容をより身近に感じられる取り組みを進めることで、事業計画の実効性が高まり、支援に対する一体感が生まれることが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた取り組みは、法人本部の研修委員会が研修状況を管理し、職員のスキル向上を図っている点が特徴的です。日常の支援の中では、担当職員が利用者の声を直接聞き取り、家族に対しても施設懇談会で意見を収集する機会を設けています。また、昨年度から「にこり・ほっと」の取り組みが実施されており、利用者や職員の前向きな瞬間をとらえて事業所内に掲示することで、全員の士気を高める工夫が見られます。さらに、他県の先進施設への見学や福祉施設協議会を通じた他施設との交換実習にも積極的に取り組み、支援の質の向上に向けた学びを深めています。これらの取り組みは、職員のモチベーション向上や支援の質の向上に寄与するものと期待されます。一方で、家族や利用者からのアンケート調査は実施されておらず、体系的な意見収集や満足度の把握には課題が残されているようです。今後、アンケートの導入も検討することで、利用者や家族の声をより幅広く取り入れ、支援の質をさらに向上させる取り組みにつなげることも期待されます。</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。 | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、施設懇談会を通じて家族から意見を収集し、それを職員会議で共有する仕組みが整えられています。また、家族から寄せられた意見は、各グループに対しチーフと管理者が確認を行い、必要に応じて適切な対応を図っています。これにより、家族の声を支援や運営に反映する取り組みが進められています。さらに、外部の専門家による確認を受けることで、事業所内で気づきにくい課題についても客観的な視点からの意見を取り入れ、改善に役立つ取り組みも行われています。このような外部の視点を取り入れた取り組みなど、積極的に支援の質の確認と改善への取り組みが行われています。一方で、こうした意見や改善提案をどのように計画に落とし込み、継続的な改善に結びつけていくかについて、職員間での理解が十分に進んでいない面も伺えます。今後は、組織全体で課題解決に向けた取り組みを具体化し、実行に移し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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者の役割と責任については、事業計画書などに記載され、職員への周知が図られています。また、管理者の年度の取り組みや方針は、事業計画書や広報誌にも明記されています。広報誌は年6回発行され、家族や関係機関、地域に配布されるなど、管理者の方針を周知する取り組みが行われています。職員に対しては、朝の打ち合わせ時に短時間ながらも継続的に話をする機会を設けており、職員会議でもできるだけ分かりやすく説明する努力が行われています。一方で、職員の自己評価では、管理者の方針に対する理解が十分に進んでいない状況が伺えます。そのため、今後は、方針をより具体的に示し、職員が業務との関連性を理解しやすくする工夫を行うことや、職員との対話や方針の共有の場を増やすことで、管理者の考えを現場に浸透し、職員の理解を深めていく取り組みが期待されます。</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組を行っている。     | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人では、法令遵守に関する研修が研修委員会によって実施されており、必要に応じて虐待防止委員会が研修の企画を行う場合もあり、継続的な取り組みが進められています。また、衛生委員会では具体例を交えたハラスメント研修が実施されており、職員が日常業務で直面しやすい問題について具体的に学ぶ機会が提供されています。事業所内では、不適切な行為が発生した際に法人へ通報できる窓口が設けられており、問題の早期発見と対応が図られる仕組みが整備されています。さらに、朝礼では管理者が具体例を挙げながら法令遵守の重要性について説明を行うなど、現場に即した取り組みも見られます。一方で、職員の自己評価からは、職場でのコンプライアンスに対する理解が十分に進んでいない状況も伺えます。今後は、研修内容のさらなる充実や、職員一人ひとりが法令遵守の重要性を実感できるよう、学びの機会を増やすことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けて、「にこり・ほっと」などの独自の取り組みを通じ、支援の課題発見だけでなく、利用者や職員の良い点を見つけ出し、明るい職場づくりを目指している管理者の姿勢が伺えます。このようなポジティブな視点を持つ取り組みは、支援の質を高めるだけでなく、職場全体の士気向上にもつながるものと期待されます。また、法人全体や事業所内では、目的に応じて研修委員会、虐待防止委員会、衛生委員会など複数の組織が設けられ、それぞれが質の向上に向けた活動を行っています。これらの組織が機能することで、職員が学びやすい環境を作る取り組みが行われています。一方で、職員不足の影響もあるのか、職員は知識向上への意欲を持ちながらも、十分な研修を受けられていない現状が伺えます。今後は、限られた人員配置の中でも、効率的に研修を実施する工夫や、オンライン研修の導入など、新たな取り組みを検討することが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営の改善や業務の実効性を高めるために、毎月、法人の総務部門から管理者へ経営状況に関する分析が報告される仕組みが整えられています。また、定期的に職員会議やチーム会議、非常勤ミーティングが開催され、情報共有が図られています。さらに、今年度からは Google Workspace の Chat 機能を活用し、日常的に職員間で情報を共有する取り組みが開始され、職場全体の連携を強化する姿勢が見られます。一方で、職員の自己評価からは、経営に関する関心が必ずしも高くない状況が伺えます。そのため、経営状況についての情報を概略的にでも職員へ共有し、経営に対する意識を高める機会を設けることが期待されます。例えば、職員会議の場で経営の状況や課題を簡単に説明したり、職員が経営改善に寄与できるアイデアを提案できる場を設けるなど、職員の参画意識を育む取り組みを行っていくことも期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>必要な福祉人材の確保と定着に向けて、常勤職員は法人が、非常勤職員は事業所が採用を行う体制が取られています。しかし、社会全体で福祉人材の確保が難しい状況が続いており、ハローワークに加え人材派遣の利用も必要となっている状態です。このような厳しい環境下でも、看護職員4名を配置するなど、計画に基づいた人員配置に努めています。また、職員の研修体系については、階層別、専門職別、新任職員向けなど体系的に整備されており、職員のスキルアップを図る仕組みが整えられています。今後も人材確保の難しさが予想される中、例えば、職場環境の改善やキャリアアップの支援、既存の職員が魅力を感じる制度の拡充などの取り組みを検討するなど、採用活動のさらなる工夫や、現職員の定着を促進する取り組みを行っていくことが期待されます。</p> |  |         |
| 15   | II-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。                         | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>総合的な人事管理は、法人の規定に基づいた人事考課が行われています。評価は、管理者による評価と法人での検討会での評価を経て確定され、その後、職員との面談を通じてフィードバックが行われています。人事考課の結果は、翌年の昇給や賞与に反映される仕組みとなっています。また、人事考課とは別に、管理者との目標管理面談が年1回実施されています。ただし、現状ではこの計画が十分に達成されていない様子が伺えます。面談を実行していくことや、職員の成長や業務改善に向けた支援をさらに充実させるためにも、中間で進捗確認や必要に応じたアドバイスを行っていくことも期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の就業状況は総務部門で管理され、必要に応じて管理者へ報告が行われる体制が整えられています。有給休暇の取得については、目標を設定し、半期間の取得状況を分析する仕組みが設けられており、未消化の職員に対して注意喚起が行われるなど、職員の休暇取得を促す取り組みが進められています。また、時間外勤務の管理も厳格に行われ、サービス残業が発生しないよう指導が徹底されています。福利厚生に関しては、中小企業向け福利厚生事業であるグリーンパルに加入し、職員がスポーツへの参加などを通じて利用できる環境が提供されています。さらに、職場と家庭とのバランスについては比較的良好な状況が見られ、働きやすい職場づくりが一定程度進んでいると思われれます。一方で、業務量やその内容に関して職員の自己評価からは、課題がある状況も見受けられます。職員一人ひとりの負担を軽減するための業務の見直しや効率化、役割分担の工夫が期待されます。今後は、職員の働きやすさをさらに向上させ、職場の定着率向上や業務効率の改善につなげていく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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けて、研修は法人研修と事業所研修の2階層に分けて実施されており、研修委員会が職員の等級ごとに必要な研修を案内する仕組みが整えられています。また、研修に参加した職員は復命書を提出し、職員ごとの研修の参加履歴が記録されているため、研修の進捗状況を把握しやすい体制が取られています。外部研修については、管理者が内容を選定し、有用と判断されるものは全職員に周知されており、参加を希望する職員にはシフト調整などの便宜が図られるなど、研修参加を支援する取り組みが行われています。一方で、職員からは現在行われている研修に対して、職員が求めているものとの乖離が生じているとの意見も見られます。今後、現場のニーズを反映した実践的な内容や、職員が興味を持ちやすいテーマを取り入れるなど、研修内容の見直しや職員の意見を聞きながら研修プログラムを改善するなどの取り組みを検討していくことも期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中期計画および事業所の事業計画には、人材育成の重要性が明確に記載されており、研修体系も整備されています。また、法人の行動指針には福祉人材として求められる職員像が示されており、教育・研修の方向性が具体的に明文化されています。研修委員会が組織され、これに基づいた研修が計画的に実施されています。一方で、現在の研修内容について、職員の自己評価からは、ニーズに十分適応していない状況も伺えます。今後は、職員の意見や現場の声を反映した研修プログラムを構築し、より実践的かつ効果的な内容に改善していくことが期待されます。例えば、現場の課題に対応したケーススタディや、職員が主体的に参加できるワークショップ形式の研修を取り入れることで、研修の実効性が高まり、職員のモチベーション向上にもつながる可能性があります。引き続き、教育・研修の基本方針を軸にした柔軟な取り組みを進めることで、職員一人ひとりの成長を支援し、組織全体のスキル向上を目指す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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの研修の受講状況は把握されており、必要な研修への案内が行われるなど、教育・研修の機会を確保する取り組みが進められています。新任職員については、法人での新人研修を経て職場に配属され、その後、管理者による研修やOJTが実施されています。OJTでは、グループのチーフが指導者となり、さらに現場経験を持つ職員がメンターとして新任職員を支援する体制が取られています。一方で、職員の自己評価からは、人手不足の影響もあり、新任職員へのフォローが十分に行われていない面があることが示唆されています。このため、新任職員の指導体制を見直し、より効果的なサポートを提供する仕組みの構築を検討することも期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、次世代の福祉人材の育成を目的として、毎年10名程度の学生実習生を積極的に受け入れています。実習は学校側の手順に沿って行われており、教員による巡回も実施されるなど、学校との連携が図られた体制となっています。一方で、指導マニュアルや手順書が整備されていないため、実習指導の内容が個々の職員に依存している面があります。今後、マニュアルや手順書を作成し、安全で効率的に、実習生が学べる環境を整えることも期待されます。</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。       | Ⓐ・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営の透明性を確保するために、法人及び事業所では様々な情報公開の取り組みが行われています。具体的には、法人のホームページを通じて事業所の活動内容を紹介するほか、広報誌を隔月で発行し、保護者や関係機関、地域に配布することで情報の共有を図っています。また、利用者が大学などに出向き、ゲストスピーカーとして事業所での生活を直接話す機会を設けている点も特徴的です。さらに、保護者などからの苦情については、解決後の対応状況を事業報告書に記載し、広報誌を通じて情報公開も行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、事務処理や経理処理が法人の規定に基づき適正に行われています。また、法人から毎年2回の内部監査が実施されており、1回目は経理、2回目は経理および業務に関する監査が行われています。これにより、経営や運営における透明性と公正性を確保するための仕組みが整えられています。監査で指摘された内容については、チーフ会議などを通じて共有され、必要な改善が図られる取り組みが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者と地域との交流を広げるため、事業所ではさまざまな取り組みが行われています。法人は設立当初、利用者家族によるバザーを通じて資金を調達し、運営を行ってきた経緯があり、現在もその伝統を受け継ぎ、事業所内でバザーを開催して、地域住民の来所を通じて交流を深めています。また、大学や市民センターへの訪問販売会や、フードバンク活動への参加を通じて地域とのつながりを広げています。特にフードバンク活動では、地域の方々から余剰食材の提供を受け、必要とする団体へ届ける支援活動が展開されています。さらに、地域の夏祭りへの出店や、沖野市民センター祭りでの利用者によるダンス発表など、利用者が直接地域と関わる機会が設けられており、交流を促進する工夫が見られます。コロナ禍の影響で一部の活動が中断されていますが、可能な範囲で積極的に地域交流を継続している姿勢が伺えます。</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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、ボランティアの受け入れに関して積極的な姿勢が見られます。コロナ禍以前には、清掃やパン作りを手伝うボランティアが定期的に訪問し、大学のゼミ生による訪問も行われていました。現在は、ボランティア活動の再開を目指し、福祉系大学などにチラシを配布し、ボランティアの募集を呼び掛ける取り組みが進められています。さらに、地域との交流の一環として、職場体験として毎年3~4名の中学生を受け入れるほか、小学生の社会見学も受け入れており、次世代への福祉教育の機会を提供しています。一方で、ボランティアや見学者の受け入れに関するマニュアルや手順書は現時点では整備されておらず、受け入れ時の対応が個々の職員に依存している状況が伺えます。事故防止や円滑な受け入れを進めるためにも、具体的なマニュアルや手順書の作成が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、仙台市発達支援センター「アーチル」特に南部アーチルとの連携が強く、研究発表や見学の受け入れを通じて、専門的な知識や支援の向上に努めています。また、嘱託医である子ども病院との連携により、リハビリ研修を実施するなど、医療機関との協力体制も整えられています。さらに「仙台ふれあいガイド」を事務所に設置し、必要に応じて保護者等に情報を提供できるよう配慮しています。一方で、職員が福祉に関する情報を十分に把握できていない面があることが自己評価からは伺えます。今後は、関係機関や社会資源に関する情報を職員全体で共有する機会を設けることなどが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズを把握するため、事業所では地域の町内会長や連合町内会長との関係を日頃から構築し、地域における課題について情報交換を行う取り組みが行われています。また、自立支援協議会への参加を通じて、地域における福祉課題を把握し、それに基づいた支援の方向性を考える機会が確保されています。一方で、地域住民との交流の場として行われていた夏の盆踊りは、コロナ禍により現在中断している状況です。しかし、来年度には復活が予定されており、地域住民とのつながりを再構築する機会となることが期待されています。また、地域福祉の推進において、民生委員など地域の他の支援者とも連携を図ることも今後の課題として検討し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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、2011年の震災時に受けた支援への感謝を込め、今年の能登半島災害時には職員2名をボランティアとして派遣するなど、災害発生時の支援活動を実施しています。また、宮城県災害派遣福祉チーム（DWAT）に登録し、災害時に迅速かつ適切な支援活動を行う体制を整えています。さらに、フードバンク活動を通じて地域貢献にも力を入れています。余剰食材の提供を呼びかけるため、ショッピングモールでの啓発活動や、地域住民からの食材収集を行い、集まった物資を仙台フードバンクに届けるフードドライブ活動を継続しています。このような取り組みを通じて、地域の福祉ニーズに応える一貫した姿勢が伺えます。</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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念、経営ビジョン、行動指針には利用者の尊重が明示されており、事業所の事業計画もこの基本方針のもとに作成されています。また、権利擁護・虐待防止委員会による研修では具体例を交えながら利用者の権利擁護について学ぶ機会が設けられています。さらに、「虐待防止マニュアル」や「感染症マニュアル」が整備され、不適切な支援の防止に向けた体制が構築されています。加えて、「にこり・ほっと」活動を通じて、事業所内の雰囲気をも明るくし、職員が気持ちにゆとりを持てるような環境づくりを進めることで、利用者に対する不適切な行為が行われぬよう配慮しています。一方で、人手不足の影響もあり、利用者一人ひとりの個性やペースに合わせた支援が十分に行き届いていない状況も見受けられます。今後は、職員体制の強化や業務の効率化を進めることで、利用者の特性により丁寧に寄り添った支援を提供できるような取り組みが期待されます。</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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供のため、設立当初から同性介助を基本とし、トイレ設備においても利用者のプライバシーを守る工夫がなされています。また、職員も日々の支援において利用者のプライバシーに配慮することを心がけています。一方で、プライバシー保護に関するマニュアルは未整備であり、利用者への支援においてプライバシーをさらに徹底するためには、具体的な指針を示すマニュアルの作成が期待されます。また、プライバシー保護の重要性を職員全体で共有するため、具体例を交えた研修を実施することも期待されます。</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。 | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者にはパンフレットなどの資料を提供するほか、特別支援学校からの入所希望者に対しては事前に実習の受け入れを行い、実際の事業所での活動経験を通じて事業所の利用イメージを持てるよう配慮しています。また、実習の際には利用希望者の状況を確認し、事業所での支援の方向性を確認するプロセスも設けられています。さらに、実習時には家族にも一日同行してもらい、事業所での生活環境や活動内容を確認してもらうなど、利用者本人だけでなく家族の理解を深める取り組みも行われています。支援学校以外からの利用希望者に対しても、資料の提供だけでなく、見学や説明を実施することで、適切な情報を伝える工夫がなされています。</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。  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時には、重要事項説明書や契約書の内容が説明され、重要事項説明書にはルビが振られるなど、分かりやすさを意識した工夫がなされています。絵や写真を用いた資料は作成されていませんが、必要な説明は利用開始前の段階で必ず実施されており、実習中に現場を見ながら説明を行うことで、利用者や家族が具体的に事業所の活動や支援内容を理解できるよう配慮しています。一方で、職員の自己評価では、新規利用者に対して事業所内のルールや活動内容についての説明が十分に行き届いていない面が伺えます。今後は、利用開始時の説明が一貫して行えるよう、手順書やガイドラインを整備し、職員間での共有を進めることも期待されます。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>近年、福祉施設・事業所の変更や家庭への移行の事例はありません。しかし、10年ほど前、支援員が移行先まで同行し、適切な対応が行われた例がありました。今後、同様のケースが発生した場合には、支援員が同行することを予定しており、利用者が安心して新しい環境に移行できるよう対応が定められています。また、利用者家族の同意を得たうえで、必要な情報の提供や移行後の相談対応についても明確にする計画が進められています。</p>  |   |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。  |   |       |
| 33   | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意見を把握する取り組みとして、定期的にグループ単位で意見を聞き取る機会を設け、聞き取った内容を職員間で共有し検討しています。また、家族からの意見については、保護者会や施設懇談会を通じて収集し、職員間で共有し対応を協議するプロセスが整えられています。一方で、人手不足の影響も相まって、利用者や家族からの意見を十分に把握しきれていないケースや、聞き取った意見への対応が十分に行われていない状況も一部には見受けられます。今後、利用者や家族の声をより効果的に収集し、対応を充実させるための取り組みとして、例えば、簡易な形式でのアンケートや、意見収集後の対応状況を共有するなど、意見への対応を迅速かつ適切に行う環境を整えることが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情対応体制は重要事項説明書に明記されており、事業所内にも掲示することで、利用者や家族が確認しやすい形で周知されています。また、意見箱については効果が見られなかったため設置を取りやめ、苦情や意見は直接担当職員に話してもらえるように伝えています。法人には、苦情解決委員会が設置され、第三者委員を含むメンバーが年2回の検討会を実施しています。この検討会では、苦情に対する対応が適切であるか確認されており、体制が機能していることが伺えます。また、家族から施設懇談会で寄せられた苦情については、次回の懇談会で対応状況を説明するなど、家族との対話を重視した対応が進められています。一方で、今回の家族アンケートでは苦情に相当する意見が寄せられる場面も見られました。こうした意見を積極的に収集し、対応をさらに強化する仕組み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・ <del>b</del> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書には、苦情および相談窓口として事業所のサービス管理責任者が明記されており、利用者や家族に周知されています。また、利用者には、支援員やチーフに対していつでも相談できることが伝えられており、希望があればサービス管理責任者や管理者に直接相談できる体制が整っています。同様に、家族に対してもこれらの連絡先が周知されています。相談の際には、プライバシーに配慮し、希望があれば個別の部屋で対応することとしており、利用者が安心して相談できる環境が提供されています。今後、重要事項説明書に「どの職員にも相談できる」旨を明記することで、さらに相談のしやすい環境を構築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。          | ①a・b・c             |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者から相談を受けた場合、その内容は職員間で共有され、適切な対応が図られています。その場で回答が困難な場合には、上司や管理者に報告し、対応を協議した上で利用者に説明するなど、丁寧な対応が行われています。意見箱については、利用者の多くが文字を書くことが難しい状況を考慮し、廃止されています。その代わりに、担当職員や支援員に直接意見を述べるよう促すことで、利用者が気軽に相談や意見を伝えられる環境が整えられています。また、必要に応じて法人内の相談支援事業所に繋ぐことで、より専門的な対応を行う仕組みも備えられています。</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・ <del>b</del> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内には権利擁護・虐待防止委員会が設置され、事業所内で発生したヒヤリハットについて振り返りを行い、改善策を検討する仕組みが整っています。また、ヒヤリハットの情報は夕方の打ち合わせで共有され、PC内に記録することで、職員全体で情報を共有し、再発防止に努めています。事業所内の安全確認に関しては、各担当職員が月末の金曜日に設備点検を行っていますが、点検基準を明確化するためにチェック表の作成が今後の課題として挙げられます。また、初任者研修ではリスクマネジメントに関する研修が実施されていますが、在籍職員への研修が行われていない状況となっています。今後は、在籍職員を対象とした定期的なリスクマネジメント研修の実施や、点検作業の標準化を図る取り組みを進めることで、より体系的なリスク予防体制を整備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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内に設置された看護師連絡会では年4回、医療面の打ち合わせが行われ、感染症対策を含む医療的な課題について情報共有が進められています。また、毎月開催される衛生委員会では、感染症に関する研修が計画されており、職員が最新の知識を学ぶ機会が設けられています。さらに、感染症対策マニュアルが作成されており、感染症発生の予防と具体的な対応について明文化されています。加えて、感染症に対応した事業継続計画（BCP）も策定されており、感染症発生時における事業所の機能維持や利用者の安全確保に向けた取組が進められています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、防災委員会を中心に防災体制の見直しや計画的な取組が進められています。防災計画は定期的に見直されており、各種避難訓練の実施が検討されています。また、ハザードマップでは事業所が水害の被災想定区域に指定されていることを踏まえ、水害への対応を含めた訓練も実施されています。具体的には、避難訓練が年2回行われ、そのうち1回は洪水を想定した訓練が実施されるなど、地域特性に即した防災対策が行われています。さらに、防災計画に加えて緊急時対応マニュアルの整備が進められており、BCP（事業継続計画）やBCM（事業継続マネジメント）の取組を通じて、災害時の対応策が組織的に講じられています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、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、職員がいつでも参照できるよう、事業所内のネットワークを通じてPC上にマニュアル類を保存しています。この仕組みにより、必要な情報を迅速に確認できる環境が整えられています。また、マニュアルを基本としつつ、利用者の状況や特性に応じた柔軟な支援が行われており、利用者一人ひとりに適したサービスが提供されている状況が確認できます。一方で、職員によっては経験に基づく支援を優先し、マニュアルへの認識が比較的薄い状況が懸念されます。今後、マニュアルに示される支援の基本を確認し、より適切な支援が行えるよう、マニュアルの重要性を職員全体で共有する機会を設けることなどが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、提供する福祉サービスの標準的な実施方法について、見直しを行う仕組みが整えられています。制度改正があった際には随時対応し、適切に改定を行っています。また、職員、利用者、家族からの意見をもとに、半期に一度振り返りを行い、現場の状況を踏まえた改善が進められています。さらに、法人内で開催されるサービス管理責任者連絡会では、改定内容の確認が行われ、見直しの方向性が共有されています。</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。  | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、アセスメントに基づく個別支援計画の適切な策定に取り組んでいます。新規入所の場合、入所前の実習を通じて利用者の様子を確認し、通所開始時には個別支援計画の暫定版を作成する仕組みが整えられています。また、アセスメントに基づく計画の策定には、必要に応じて栄養士や看護師などの専門職が参加し、利用者の健康面や栄養面を含めた多面的な支援が考慮されています。さらに、策定にあたっては、利用者本人および家族からの同意を得ることで、支援内容に対する共通理解を図っています。一方で、職員の自己評価からは、個別支援計画に利用者の症状やニーズが十分に反映されていないと感じる職員がいることを確認しています。今後は、計画の策定過程において、アセスメント内容の共有や情報の精度を高める取り組みも期待されます。</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。      | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、モニタリングを原則として半年に一度実施しており、利用者の状況やニーズの変化に応じた計画の見直しが行われています。また、各グループでのケースカンファレンスを通じて、利用者一人ひとりの状況を再確認し、支援内容の適切性を評価する仕組みが整えられています。一方で、職員の自己評価からは、見直しの際に十分に利用者のニーズが反映されていないのではないかという懸念が示されています。このことから、モニタリングやケースカンファレンスの内容をより充実させ、利用者の声や状況を的確に計画に反映する工夫が期待されます。今後は、職員間の意見交換や利用者・家族の声を積極的に取り入れる場を設けることで、支援計画の質をさらに高めることが期待されます。</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。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常の記録は担当職員が記録システム「絆」に入力し、ネットワークを通じて職員間で共有しています。この仕組みにより、利用者の状況や支援内容について職員全体で情報を共有し、適切な支援が行える環境が構築されています。また、記録の内容に関しては統一性を保つため、サービス管理責任者による職員への指導が行われています。この取り組みにより、記録の質を向上し、情報共有の円滑化が図られています。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、個人情報保護に関する規定を設け、利用者に関する記録の適切な管理が行われています。事業所には個人情報保護の責任者が設置され、個人情報の取り扱いについて重要事項説明書に記載し、利用開始時には家族から取り扱いに関する同意を得ることで、情報管理に対する透明性を確保しています。さらに、職員には入職時に個人情報保護に関する誓約書を提出させており、情報管理に対する意識を高める取り組みが行われています。一方で、入職時以外の個人情報保護に関する研修はあまり実施されておらず、継続的な教育の不足が課題とされます。今後は、職員に対して定期的な研修を実施し、個人情報保護に関する理解をさらに深める取り組みが期待されます。</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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の行動指針には、第一に利用者本人の意思を尊重することが掲げられており、この方針に基づいた支援が実践されています。昨年度は意思決定支援に関する研修が実施され、職員が利用者の意思決定を支える知識やスキルの向上に努めています。具体的には、医療的な制約や安全面の問題がない限り、衣服や整容、嗜好品について利用者の意思を尊重しており、行事参加についても利用者の希望を優先する姿勢が見られます。一方で、職員の自己評価からは、意思決定支援に関する研修への参加が十分に行われていない面があることが伺えます。今後は、意思決定支援に関する継続的な研修の実施を通じて、職員全体の理解をさらに深め、利用者一人ひとりの意思がより適切に尊重される支援体制を強化することが期待されます。</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。   | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念や経営ビジョン、さらに事業所の事業計画においても、利用者の権利擁護が明確に示されており、この基本方針に基づいた支援が進められています。また、法人の権利擁護・虐待防止委員会が主催する研修が毎年実施されており、職員が利用者の権利を守るための知識を深める機会が提供されています。研修は、グレーゾーンとなり得る具体的な事例を交えた実践的な内容となっています。さらに、日常の支援において不適切な行為が発見された場合の通報制度が設けられ、迅速な対応が可能な仕組みが整備されています。利用者や家族に対しても、入所時に重要事項説明書を用いて権利擁護に関する説明が行われ、支援内容への理解を深める取り組みが行われています。今後は、利用者の権利擁護をさらに徹底するため、具体例を活用した職員のセルフチェックを取り入れるなど、職員の意識向上を目的とした継続的な取り組みを行っていくことも期待されます。</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。                 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、利用者の状況や能力に応じた柔軟な支援が提供され、自立を目指した取り組みが積極的に行われています。特に、比較的軽度な障害の利用者には見守りを主体とした支援を行い、自立の促進を図っています。また、公共交通機関の利用を支援することで外出時の自由度を高める工夫が見られます。さらに、買い物支援や服装・整容の選択を利用者自身に委ねることで、意思を尊重し主体性を育む取り組みも実施されています。こうした日常生活に密接した支援に加え、行政手続きのサポートも行い、利用者の自律的な生活の形成を支える取り組みが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、利用者の心身の状況に応じた適切なコミュニケーション手段が確保されており、利用者が安心して意思を伝えられる環境が整えられています。特に、理解が難しい利用者に対しては、絵や写真を活用した工夫や、ゆっくりと理解しやすい言葉での説明が実践されており、個々の利用者に応じた対応が伺えます。また、初任者研修においてコミュニケーションに関する教育を実施し、新任職員が早期に適切な支援方法を習得できるよう取り組んでいます。一方で、利用者の意思決定支援に関する研修への参加者がまだ少数であることから、今後は意思決定支援の理解を深める機会の拡充のためにも新任職員に限らず、一般職員にも継続的なコミュニケーションスキル向上を目的とした研修の実施が期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の意思を尊重する支援として、担当者が利用者の希望を日常的に聞き取り、支援内容に反映させる取り組みが行われており、家族の意見が強く反映される場面においても、利用者本人の希望を最優先に考慮しています。また、計画的な週案が決められている場合でも、利用者の要望に応じて柔軟に活動内容を変更し、個別対応を行うなどの工夫が見られます。これにより、利用者が自らの意思を持って選択し、決定する経験を得られる機会が広がっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、週案や月案を担当者が作成し、計画に沿った日中活動や利用支援が適切に実施されています。活動内容は、利用者一人ひとりの状況や意向に配慮して立案されており、創作活動や健康維持を目的とした運動、外出活動など多岐にわたるプログラムが提供されています。こうした取り組みにより、利用者が自らの可能性を広げたり、社会参加の意識を高めるきっかけを得る機会が創出されています。一方では、職員の自己評価からは、利用者への支援内容に不安を感じている面が伺えます。今後は日中活動に関してグループ内での話し合いや、スキルアップのための研修を行うなど、さらに活動内容の充実に取り組める体制を作ることが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の障害の状況に応じた適切な支援を提供するため、ケース会議やグループ会議が定期的開催され、支援内容についての検討や情報共有が行われています。また、強度行動障害など障害に対する知識を高めるため、多くの職員は外部研修に参加するなど、スキル向上に向けた取り組みが進められています。こうした取り組みにより、利用者一人ひとりのニーズに応じた個別支援の質が高められています。一方で、行動障害への対応に関して不安を抱える職員も一定数いることが、職員の自己評価から伺えます。今後は、研修の活用だけでなく、事業所内での事例検討やスキル共有の場を設けるなど、職員全体の対応力を底上げする仕組み作りが期待されます。</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。   | (a)・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、利用者の日常生活を支えるための支援が丁寧に行われています。特に、食事についても支援の一環として捉え、栄養士と看護師が協議し、利用者の健康状態や障害特性に配慮した形態で提供されています。温かいものは温かい状態で、冷たいものは適切な温度で提供されるなど、利用者への細やかな配慮が行われています。また、給食のない日には、利用者の好みに応じた弁当が提供され、これが利用者の楽しみの一つとなっています。現在、入浴支援は実施されていませんが、排泄、移動、移乗支援については、利用者一人ひとりの状況に応じた適切なサポートが提供されており、安全で快適な生活環境の維持に努めています。</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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の建物は建築から24年が経過し、一部改築が行われているものの、利用者ができるだけ快適に過ごせるよう工夫がなされています。利用者が活動しやすいように設備やスペースの配置には配慮がなされており、利用者のニーズに応じた環境作りが進められています。一方で、職員の自己評価からは、活動環境に関して不安を感じている状況が伺えます。利用者が快適に活動できる環境や、利用者が自由に過ごし、休息できる環境に関しては、今後も継続して工夫を行っていくことも期待されます。</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・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在、事業所内には理学療法士や作業療法士が配置されていないものの、過去に作業療法士が作成したマニュアルや訓練メニューを活用して、職員が訓練を実施しています。また、法人内に所属する作業療法士が事業所を訪問し、職員に指導を行うなど、連携した取り組みにより利用者支援の質を維持する努力がなされています。一方で、現在使用されているマニュアルや訓練メニューが更新されていないことから、利用者の現状や新たなニーズに対応するため、定期的に専門職の助言を受けながら、より効果的な訓練プログラムを整備することが期待されます。</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。 | a・(b)・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応に関して、一定の取り組みが行われています。看護師が4名在籍し、1日2回の体温測定の実施や、毎月バイタルチェックの日を設けて体重や血圧の測定を実施するなど、利用者の健康維持に努めています。また、年1回の健康診断を実施し、健康管理の継続的な取り組みが進められています。重度の身体障害がある利用者に対しては、かかりつけ医への迅速な連絡や搬送を行う体制が整備されており、緊急時の対応にも配慮がなされています。緊急時対応の手順については、利用者個別に作成されているケースがある一方で、事業所全体としての統一的な指針の整備がまだ検討段階にあり、今後の課題となっています。また、医療面の職員研修が現在十分に実施されていないことから、今後は、研修を通じて職員の医療知識や緊急対応スキルを向上させることで、利用者への支援の質をさらに高めていくことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、医療的支援が適切な手順と安全管理体制のもとで提供され、利用者の健康管理に配慮した取り組みが行われています。看護師4名が在籍し、医療的支援が必要な利用者だけでなく、日常的に担当グループに入り、利用者の健康状態を確認しています。また、服薬管理では、主治医の指示書に基づき看護師が管理を行い、職員とともにダブルチェックを実施することで誤薬防止に努めています。さらに、服薬手順をグループごとに明確化し、掲示することで、職員全体が一貫性を持って対応できる体制が整えられています。食物アレルギーへの対応については、栄養士が担当し、適切な除去食の提供が行われていますが、現在は口頭での確認が中心となっています。今後は、さらなる安全性を確保するために、アレルギー対応の手順書を作成し、運用する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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、利用者の希望や意向を尊重し、社会参加や学習の機会を提供する取り組みが積極的に行われています。地域との連携を意識し、地区の市民センター祭りでのダンス発表やミニバザーの開催をはじめ、パンの販売や大学でのゲストスピーカー活動などを行っています。多様な活動を通じて地域社会との交流を深め、利用者が地域の人々と直接触れ合い、社会とのつながりを実感できる機会が提供されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、利用者の希望や意向を尊重し、地域生活への移行や地域生活を支えるための取り組みが進められています。他法人との連携を通じて、利用者の地域生活への移行を検討しています。また、利用者に対して定期的にグループホーム（GH）への入居に関するアンケートを実施し、希望や意向を把握する取り組みが行われています。一方で、現状として、重度心身障害者が入居可能なグループホームが非常に限られていることが課題となっています。法人内でもGHの新規開設が検討されていますが、費用面での課題があり、現状では実現の目途が立っていません。その中でも、GHへの入居に向けた準備として、見学や生活訓練、宿泊体験などの取り組みが進められており、利用者が地域生活に向けたステップを踏む訓練が行われています。今後も、厳しい状況の中ではありますが、希望する利用者が地域生活に移行できるように、継続して、GHなどの確保や開設などに取り組んでいくことも期待されます。</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。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、利用者の家族等との連携や交流、家族支援に積極的に取り組んでいます。家族との情報共有には連絡帳が活用されており、送迎時のコミュニケーションを含め、日常的な連携が図られています。また、施設懇談会を開催し、家族の意見を聞く場を設けることで、家族の声を支援に反映させる取り組みが行われています。さらに、保護者会が主体となり、バザーやグループホーム（GH）見学会などの活動を企画・実施しており、職員も同行して話し合いを深めるなど、家族との協働が活発に行われています。法人全体としても連合保護者会が組織されており、家族間の幅広い連携が支援体制に活かされています。一方で、職員の自己評価からは、家族とのコミュニケーションについて不安を感じている職員もいることが伺えます。今後は、職員全体で一貫性のある対応が行えるよう、家族対応に関する研修や情報共有の仕組みをさらに強化することも期待されます。</p> |                                      |       |

### 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外</p> |   |         |

### 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外</p> |   |         |
| 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外</p> |   |         |
| 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対象外</p> |   |         |