

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：仙台つどいの家 | 種別：生活介護 |
| 代表者氏名：山口収 | 定員（利用人数）：35（46）名 |
| 所在地：仙台市宮城野区幸町3-12-16 | |
| TEL：022-293-3751 | ホームページ： https://www.tsudoinoie.or.jp/facility/sendai/ |

【施設・事業所の概要】

開設年月日 平成5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：19名 | 非常勤職員 17名 |
| 専門職員 | （専門職の名称）名 | |
| | 看護師 5名 | 作業療法士 1名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数）4室+会議室・スヌーズレン・音楽ルームほか | （設備等）本館+パン工房・喫茶厨房・交流スペースほか |

③ 理念・基本方針

【法人基本理念】どんなに重いしがいがある人も、地域で差別されることなく、いきいきと自立した生活ができるよう、自己実現の場を保障し支援すること

④ 施設・事業所の特徴的な取組

【大切にしたいこと】①寄り添うこと（利用者の発する小さな自己表現を大切にする）②外出すること（必要な支援により、社会参加の機会を充実させる）③感情を表に出すこと（音楽やアートを通して、湧き出る感情の表出を大切にする）④健康に生活すること（体と心の健康を大切にする）⑤地域のカット交流すること（地域の中での利用者の役割を大切にする）⑥連携すること（多くの人の支援を受けながら生活していくことを大切にする）

上記の目標を具現化するため、『地域住民とのつながり』や『しがいの正しい理解』を軸に、利用者さんが主導的に取り組む様々な活動・外出を展開しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和7年8月1日（契約日）～ 令和7年11月26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

○地域と利用者の多角的な連携・交流

施設では、利用者が地域の一員として自然に関わり、役割を果たすことを重視した取り組みが展開されています。中心的な活動である「つどいマルシェ」では、利用者がパンの製造や販売、カフェでの接客等を担い、地域住民と日常的に顔を合わせる場が設けられています。こうした関わりは、利用者にとっては社会的役割を実感する機会となる一方で、地域住民にとっては、利用者を支援の対象としてではなく、同じ地域に暮らす存在として受け止めるきっかけとなっています。このような日常の接点を積み重ねることで、障害に対する理解と共感が自然に醸成されています。

さらに、広報誌「とんがらし通信」の発行を通じて、地域の町内会、学校、福祉関係機関等へ施設の理念や活動が継続的に発信されており、特に連合町内会やマンション管理組合との調整による回覧・配布は、地域に密着した丁寧な情報浸透の工夫として注目されます。

また、月2回実施されているフードドライブ活動では、地域住民が提供した食品を、利用者が受け取り、選別し、必要な施設へ届けるという一連の活動が行われています。この取り組みも、利用者の社会参加と地域貢献の両面を兼ね備えた活動となっており、利用者自身が「誰かの役に立っている」という実感を持てる場ともなっています。加えて、施設が「こども110番の家」として子どもたちの安心の拠点としても機能しており、地域からの信頼も厚いものとなっています。

これらの活動に共通しているのは、利用者自身が主体的に関わっている点であり、これが支援と地域の間に生まれる隔たりを取り除く鍵となっています。今後は、こうした取り組みをさらに深め、防災訓練や地域清掃活動等への発展を通じて、より多様な世代・立場との関わりが広がっていくことが期待されます。

○福祉人材の育成に対する組織的な取り組みと機会の確保

施設では、職員の専門性向上および福祉人材の継続的な育成に向けて、組織的かつ意欲的な取り組みが進められています。法人全体としては、階層別および専門分野別の年間研修計画が策定されており、それに基づき職員が外部・内部問わず多様な研修に参加できる体制が整備されています。中でも、首都圏の先進的な事業所に職員を数日間派遣し、実地での研修を行う取り組みは、職員の実践力と視野を広げる貴重な機会となっており、職員育成に対する施設の本気度をうかがわせます。また、非常勤職員に対しても、業務時間内に年1回の研修を実施する等、雇用形態に関わらず学びの機会を確保する姿勢が見られ、全職員を対象とした育成への配慮が感じられます。

さらに、将来的な福祉人材の育成という観点からも、積極的な取り組みが進められています。福祉系・看護系の専門学校からの実習生を受け入れており、特に看護学生に対しては、地域の中で看護職が果たす役割を体験的に学べるよう配慮された実習体制が整えられています。また、中学・高校生の職場体験にも積極的に応じており、若年層が福祉の仕事に関心を持つきっかけづくりにも寄与しています。こうした受け入れに際しては、学校教員との事前調整をはじめ、利用者や家族への説明も丁寧に行われており、受け入れ側の体制づくりにも力が注がれています。

○利用者の地域生活への移行に向けた段階的かつ継続的な支援体制の構築

利用者およびご家族の高齢化が進む中で、地域生活への移行支援を重要な課題と位置づけ、積極的に取り組んでいます。特に、生活介護を利用する 46 名のうち 19 名がすでにグループホームに入居しているという実績からは、支援が単なる方針ではなく、着実に実践していることがわかります。

こうした地域移行支援は、利用者の自己決定を尊重しつつ、単に「送り出す」のではなく、段階的で丁寧な準備のもとに進められています。法人内のショートステイ事業を活用し、希望する利用者が短期間の宿泊体験を通じて新しい環境に慣れる機会が設けられており、移行に対する不安の軽減が図られています。実際に、このプロセスを経てグループホーム入居につながった事例も確認されており、移行の成功を支える仕組みとして効果を上げています。また、グループホーム入居後も、施設との関係が切れることなく継続利用できる体制が整えられており、利用者の生活リズムが維持されるような配慮が見られます。このように、移行前後の生活の連続性を重視した支援体制は、利用者の安心感や地域生活の安定した定着につながっています。

一方で、地域資源の不足や、医療的ケアや重度障害のある方への対応の難しさ、「できる限り自宅で支えたい」というご家族の意向との調整といった課題もあります。これらの点については、関係機関との連携強化や制度・資源の拡充に向けた取り組みが引き続き求められますが、施設ではこうした状況に対しても継続的に支援が行われており、利用者一人ひとりの希望と生活環境に応じた個別支援が進められています。

△改善を求める点

○経営計画における目標設定の抽象性と組織的フィードバックの不足

事業運営に関する計画が毎年度策定されていますが、その目標設定が抽象的な表現にとどまっており、具体的かつ測定可能な指標が十分に設定されていない面があります。現行の単年度事業計画では、「出席の向上」「新規会員の拡充」等の目標が掲げられているものの、稼働率や利用率、費用対効果といった経営数値に基づいた定量的な目標設定が不足しており、取り組みの成果を客観的に検証することは困難です。

また、計画の実行状況に関する組織的な評価や振り返りの仕組みが十分に整っておらず、過去の中期計画（2020 年～2024 年）においても、進捗状況の報告や未達成項目に対する具体的な評価・反省が文書として整理されていないことから、次期計画への効果的なフィードバックが限定的となっています。これにより、計画策定と運用とのあいだに乖離が生じる可能性があり、今後の改善が期待されます。

さらに、施設内部では収支やコストに関する情報は把握されているものの、詳細な分析やそれに基づく経営的な意思決定が十分に行われているとは言えず、その内容が職員全体へ体系的に共有されているとも言えません。今後は、職員が経営上の課題を自らの役割と結びつけて認識し、主体的に改善へ参画する意識を高めていくための取り組みが期待されます。

○福祉サービスの質の向上に向けた体系的評価・改善サイクルの未整備

日々の支援において職員間での声かけや日常的な振り返りを通じて、サービスの質を保つ努力が継続されており、職員会議や個別支援会議等を通じて、気づいた点を共有し、利用者の状況に応じた支援の見直しが図られている様子も見られます。こうした日常的な実践を通じた改善の姿

勢は、支援の質を支える重要な基盤となっています。

一方で、サービスの質の向上を組織的かつ体系的に進める仕組みについては、今後の整備が期待される段階にあります。現状では、利用者や家族を対象とした満足度調査やアンケート等の客観的な意見聴取の機会が設けられておらず、支援内容に対する広範かつ定量的な評価が行われにくい状況です。今後は、利用者からの意見や、第三者的な視点を取り入れた振り返りをもとに、改善活動につなげる取り組みを検討していくことが期待されます。

また、集められた声や自己評価の結果を組織的に分析し、改善策の検討から実施、事業計画への反映までを担うような委員会体制（例えば「サービス向上委員会」等の専門的枠組み）も、現時点では十分に整っていない状況です。職員個々の振り返りについても、年度を通じた定期的な実施には至っておらず、支援の質を継続的に点検・改善していくという観点では、今後の改善点と考えられます。

今後は、アンケート調査の導入や、職員が日常的に活用できるセルフチェックツールの整備等を通じて、客観的な評価に基づいた継続的な改善活動を組織として推進していく体制づくりが期待されます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

はじめて第三者評価を受審し、事業所の得手・不得手が如実に表れていて興味深かったです。利用者さん・ご家族との関わりや活動・イベント内容・外出先・頻度等については、職員の努力・探求心もありかなり良いレベルを保てていると自負しているが、事務的な部分や運営管理的な部分に課題があることが結果から具体的に分かり、改善点が浮き彫りになったことは今後の事業運営に向けての大きな宿題をいただいたと感じています。また、利用者さん・ご家族・職員のアンケート結果からも、継続して進めていくべき点と改善すべき点が見えたことは、管理者にとって大きな収穫でした。

今後は今回の評価によって抽出された課題を改善・修正していくことで、よりよい事業運営を行っていければと考えております。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

(別紙)

福祉サービス第三者評価結果票

【障害者・児福祉サービス版】

- ※ すべての評価項目（64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。
- ※ 評価項目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|---|-----------------------------------|---------|
| I-1-（1） 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| ① | I-1-（1）-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a (b)・c |
| ＜コメント＞ | | |
| <p>事業所では、組織運営の基本となる理念、基本方針、経営ビジョン、行動指針が、法人の中期計画や公式ホームページに明確に記載されています。また、パンフレットに代わり事業所の概要が全て記されたパワーポイント資料には「大切にしたいこと」が記載されており、これが事業所の基本方針として機能しています。職員への理念の周知・徹底については、毎年の職員会議等での形式的な説明機会は少ないと認識されており、「理念がこうで」という言葉を用いての説明は行われていませんが、地域との繋がりや利用者の思いを尊重すること、また何のためにこの事業を運営しているかという基本的な考え方を含めた「日頃の思い」を伝える機会を通じて、理念の浸透を図っています。その結果、職員の自己評価においては、理念や基本方針をきっちりと把握していることが確認されており、日々の実践に反映されています。一方で、外部への周知活動に関しては、理念や基本方針を広報誌等には特に記載しておらず、地域社会への積極的な情報発信については今後の課題と思われます。利用者ご家族への周知についても、ご家族に改めて個別に説明する機会はほとんどなく、月に一度の懇談会（収集の機会）において「こういう気持ちでやっている」という思いを伝えているものの、文書による明確な情報提供がないため、どこまで理念が伝わっているか不明瞭であるという課題が残ります。</p> <p>今後は、職員が高い理解度を維持している現状を踏まえ、ご家族に対しては懇談会等で具体的な支援事例と合わせて理念を再確認してもらう機会を設けるとともに、パンフレット等の文書資料をより積極的に活用し、理念を再提示する取り組みが期待されます。また、広報誌等を利用した対外的な情報発信の強化を通じて、施設が大切にする価値観や基本方針を広く社会に周知してもらう取り組みが期待されます。</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 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a <input checked="" type="radio"/> c |
| <p>〈コメント〉</p> <p>事業経営を取り巻く環境と経営状況の把握・分析について、法人として策定された中期計画に基づき、世の中の環境や地域（特に仙台市）の様々な状況に関する多様な分析に取り組んでいることが確認できます。外部環境の変化を捉える取り組みとしては、毎年要望書を提出する際に担当部局との協議の機会を設ける等、行政側との連携を通じた情報把握を行い、施設長が新聞やニュースを通じて得た外部情報とともに職員に対して会議で報告し共有を図っています。一方で、前回の中期計画のデータが過去のものとなってしまっている点や行政主催等外部の会議への参加がここ数年控えめになっており、よりタイムリーナ地域や社会の動向把握が必要であると考えられます。さらに、内部の経営数値の確認は行われているものの、詳細な分析までは十分に対応できていない状況であり、その結果、経営状況の具体的な内容や分析結果が十分共有されておらず、職員が経営へ参画する意識を持つための基盤がまだ十分ではありません。</p> <p>今後の改善への取り組みとしては、職員が経営状況を把握することで、より主体的に施設運営に関わる意識を持てるよう、会議等の場を通じて収支やコストに関する情報について、適切な範囲で定期的な共有を深めていくことが期待されます。加えて、施設長を中心に、行政等が主催する外部の会議へ積極的に参加し、最新の社会情勢や地域の福祉ニーズに関する情報を継続的に収集し、その情報を職員全体で活用していくことが望されます。</p> | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|---------|
| 3 | I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | a (b)・c |
|---|-----------------------------------|---------|

〈コメント〉

施設における経営課題の明確化と具体的な取り組みについては、職員配置や利用者の通所率といった現状の課題を適切に認識し、それらを年度の事業計画に反映させた改善への取り組みを進めています。特に、利用者の安定的な通所・参加を促す具体策については、継続的に実施されている点が評価されます。一方で、策定された事業計画においては、目標設定がやや抽象的であり、稼働率やコスト分析といった経営指標に基づく、測定可能な数値目標の設定が不十分です。そのため、取り組みの成果や実績を客観的に検証することが難しい状況にあります。また、過去の中期計画（2020年～2024年）に関する進捗報告や、未達成の課題への具体的な評価・反省が、組織的な文書として十分に整理されておらず、次期計画への効果的な反映が課題となっています。さらに、事業計画の策定プロセスにおいては現場職員の意見を聞く場が設けられているものの、実際には施設長を中心となって計画を策定しており、職員全体が経営課題を自分ごととして捉えにくい状況にあると考えられます。

今後は、現状の課題に対する改善目標をより具体的に数値化し、職員が経営状況を把握した上で主体的に取り組めるよう、収支やコスト状況の定期的な共有を図ることが望されます。さらに、事業計画の策定段階から職員の参画を促進し、計画内容と経営課題に対する理解を深める取り組みが期待されます。

I-3 事業計画の策定

| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------|
| 4 | I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | a・b (c) |

〈コメント〉

法人全体として、中・長期的な事業運営の方針を示す計画が策定されており、2020年度から2024年度を対象とした前回の中・長期計画では、施設運営の方向性や重点施策が具体的に示され、事業推進の指針として活用されてきました。しかし、2025年度も半ばを過ぎた現在、次期中・長期計画は未策定のままであり、内部での検討は進んでいるものの、現時点で明文化された新たな計画は示されていません。また、前回計画に関する成果や未達成事項の評価が文書として整理されておらず、計画と実績の振り返りが不十分です。前回計画に含まれていた施設改修等、一部の取り組みが未実施であることから、外部要因や調整の難しさといった課題も影響していると考えられます。こうした実行状況を職員と共有し、計画の進捗や課題を定期的に振り返る仕組みが今後求められます。さらに、職員の自己評価結果からは、「施設の中・長期計画を把握している」と回答した職員が限られており、策定時の初回説明のみで、その後の継続的な共有の機会が少なかったことが背景にあると考えられます。

中・長期計画は施設の将来的な方向性を共有する重要なツールであることから、今後は新たな計画の策定に加え、その内容を定期的に振り返り、職員との共有と理解を促進する取り組みが期待されます。

| | | |
|---|--------------------------------------|-------|
| 5 | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | a・b・c |
|---|--------------------------------------|-------|

〈コメント〉

2020 年度から 2024 年度までの法人の中・長期計画に基づき、これまで単年度の事業計画が策定されており、各事業計画が法人全体の方針の一部として位置づけられていました。

一方で、2024 年度で現行の中・長期計画が終了しているにもかかわらず、次期（2025 年度以降）の中・長期計画は内部での検討段階にとどまっており、現時点では文書として整備されていません。また、前回の中・長期計画に関しても、実行結果や未達成事項についての評価や反省が文書化されておらず、次期計画への的確なフィードバックが難しい状況です。さらに、単年度の事業計画に記載されている目標は、「出席の向上」や「新規会員の拡充」等抽象的な表現が多く、取り組みの成果を客観的に評価しづらい傾向があります。

今後は、新たな中・長期計画の策定と、これに基づいた事業計画策定の段階から具体的かつ測定可能な数値目標を設定することにより、事業計画の実効性と改善サイクルの質を高めることが期待されます。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

| | | |
|---|---|-------|
| 6 | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | a・b・c |
|---|---|-------|

〈コメント〉

法人で策定された中・長期計画を基に、施設でも単年度の事業計画が作成されており、期間は過ぎているものの、その内容は全職員に配布され、期初の会議にて説明が行われています。また、保護者に対しても、保護者会等を通じて年度の取り組みについての概要が説明されており、一定の情報共有を行っています。一方で、現行の事業計画では目標がやや抽象的な表現にとどまっており、取り組みの成果を客観的な検証が難しい状況です。加えて、事業報告においても、実施できなかった項目に関する具体的な評価や振り返りが十分に記載されておらず、次期計画への効果的なフィードバックが課題となっています。また、計画の策定には施設長の関与が大きい一方で、職員の自己評価結果からは、事業計画の内容を十分に把握している職員が半数程度にとどまっており、職員全体での参画意識や理解の浸透に課題があることがうかがえます。

今後は、稼働率やコストといった経営指標を踏まえた、成果を測定しやすい数値目標を計画に盛り込むことで、実績の検証がしやすい体制の整備が期待されます。また、取り組みの結果を定期的に振り返り、未達成の項目についても評価・分析を行ったうえで、次年度以降の計画に的確に反映できる仕組みを構築することが重要です。職員に対しては、計画内容の継続的な周知とあわせて、策定期階からの参画の機会を拡充することで、施設運営に対する理解や主体性の向上が期待されます。さらに保護者に対しても、施設の方針や取り組みを簡潔にまとめた資料を配布する等、よりわかりやすく伝える工夫が求められます。

| | | |
|---|-------------------------------------|---------|
| 7 | I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | a (b) c |
|---|-------------------------------------|---------|

〈コメント〉

事業計画に関する情報は、主に保護者会等の機会を通じて家族に説明されており、施設としての方針や年間の取り組みについて、一定の周知が図られています。ただし、事業計画書そのものや、それに準じた資料の配布は行われておらず、内容の説明は口頭に限られているのが現状です。施設の取り組みや目標を保護者により分かりやすく伝えるためには、会議の場に加えて、簡易な資料を作成・配布する等、書面を活用した情報提供の工夫が望されます。また、日々の支援内容や行事と関連づけながら、事業計画の趣旨を伝えることで、保護者の理解や協力を得やすくなることが期待されます。一方、利用者に対しては、グループ活動等で今年度の取り組みについて説明する場面はあるものの、全体としての周知は限定的です。利用者が理解しやすい言葉や形式による資料の掲示・配布、視覚的なツールの活用等を通じて、少しでも理解を深められるよう工夫していくことが望されます。

今後は、施設としての理念や取り組みの方向性を、利用者・家族の双方と共有しながら支援を進めていくために、情報提供の方法やタイミングにさらに工夫を加えていくことが期待されます。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|---|---------|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | |
| 8 | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | a (b) c |

〈コメント〉

施設では、自己評価を年次ベースで実施しており、施設全体として支援の質を確認する体制が整えられています。また、虐待防止委員会の設置に加え、全職員を対象とした定期的な研修が行われており、さらに、利用者一人ひとりをより深く理解するための内部研修についても、担当者を定めた上で継続的に取り組まれています。一方で、職員個人の自己評価や振り返りについては、年度を通じた定期的な実施がされておらず、日常的に支援の質を点検する仕組みとしては、まだ十分ではありません。今後は、支援内容を踏まえたセルフチェックツールの導入や、定期的な振り返りの仕組みづくりが期待されます。また、利用者やご家族からの意見については、主に保護者会等の場で対話が行われていますが、アンケート等による定量的な意見聴取は実施されていません。

今後は、より幅広い意見を把握する手段として、定期的なアンケート調査を行い、その結果を職員にフィードバックして支援に反映させる仕組みを整えることが望されます。さらに、サービス向上委員会等の組織的な場を設け、集められた声や課題を分析し、改善策を検討・実行する体制を強化し、事業計画へ効果的に反映させていくことが期待されます。

| | | |
|---|--|--|
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果に基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 <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c |
|---|--|--|

〈コメント〉

施設では、虐待防止委員会を中心に、職員の権利擁護に関する意識や取り組み状況について評価を行い、必要な改善点を検討する場が設けられており、一定の組織的な対応が図られている様子がうかがえます。一方で、今後は、サービスの質の向上を目的とした専門的な委員会（仮称：サービス向上委員会等）を設置し、職員による自己評価結果や、今後導入が期待されるアンケート調査の結果等を分析・共有することで、課題の「見える化」と継続的な改善の推進が図られることが期待されます。また、明らかになった課題とその改善策を、単年度の事業計画に具体的に反映させることで、より計画的で実効性のあるサービス改善につながると考えられます。

今後は、こうした評価結果をわかりやすく可視化し、職員全体での共通理解を深めながら、施設運営や日々の支援内容に反映させていく、継続的な改善のサイクルを確立していくことが望されます。

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

| | |
|---|--|
| 一方で職員の自己評価からは | 第三者評価結果 |
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | |
| 10 Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c |

〈コメント〉

広報誌を2か月に1回のペースで発行し、その中で施設長は自身の考え方やビジョンを述べる場として活用しています。また、事業計画書の冒頭にも、施設を取り巻く環境や重点的に取り組みたい内容が記載されており、職員や関係者に対して、施設の方針や思いを直接伝えようと努めています。一方で、職員の自己評価からは、施設長の意図が職員全体に十分に浸透していない側面が見られます。

今後は、会議や定期的な打ち合わせの場を活用し、広報誌や事業計画書に記された施設長の思いや方針について、意図や背景を丁寧に説明する機会を増やしていくことが期待されます。さらに、職員がその考え方を理解し、自らの業務と結びつけて捉えられるよう、対話的な場や意見交換の機会を設けることで、理解と共感を促進し、役割意識の醸成につなげていくことが望されます。

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

〈コメント〉

施設では、法令遵守（コンプライアンス）に関する基本的な取り組みとして、運営規定の中に関連する規定を盛り込み、職員が業務を行う上での基本的なルールが明文化されています。さらに、ハラスメント防止に関する規定も整備されており、法人が策定した行動指針が、職員の倫理的な行動を導く枠組みとして機能しています。一方で、職員の自己評価の結果からは、コンプライアンスに対する意識にばらつきが見られ、行動指針についても計画書等に記載はあるものの、職員が日常的に目にする機会が少ないとから、十分に意識が浸透していない状況だと思われます。

今後は、コンプライアンスに関する研修を定期的に実施することに加え、行動指針を事務所内に掲示する等、職員が常に意識できる環境づくりが期待されます。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

| | | |
|----|---|--|
| 12 | II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | a <input type="radio"/> b <input checked="" type="radio"/> c <input type="radio"/> |
|----|---|--|

〈コメント〉

法人全体では、階層別・専門分野別の年間研修計画が策定されており、職員が継続的に研修へ参加できる体制が整えられています。特に、外部研修として首都圏の先進的な取り組みが行われている事業所に職員を数日間派遣し、実地での学びを得る機会を積極的に取り入れている点は、施設長の指導力を支える取り組みとして高く評価されます。また、非常勤職員に対しても、業務時間内で年1回の研修機会を確保しており、全職員を対象とした育成への配慮が感じられます。一方で、支援の質を組織的に高めていくための「サービス向上委員会」等、継続的に改善策の立案や検証を行う体制については、現時点では十分に整備されていません。さらに、利用者やご家族を対象とした満足度調査やアンケートが実施されておらず、支援内容に対する客観的な評価データが得られていない点も、今後の課題として挙げられます。

今後は、支援の質向上を目的とした組織的な枠組みを整備し、利用者・家族アンケートや職員によるセルフチェック等の評価結果を継続的に収集・分析する仕組みを構築することが期待されます。その上で、明らかになった課題に対して具体的な改善策を検討し、次年度の事業計画に反映させていくこと等に指導力を注いでいくことが期待されます。

| | | |
|----|---|---------|
| 13 | II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を發揮している。 | a (b) c |
|----|---|---------|

〈コメント〉

施設では、経営の改善や業務の実行性向上に向けて、施設長がチーフ会議等を通じて職員と経営状況や課題を共有し、議論を重ねる中で指導力を発揮している様子がうかがえます。特に、「来所されにくい利用者をどう呼び戻すか」といった稼働率改善に直結する課題を取り上げ、収益向上に向けた意識を職員に伝えている点や、業務効率化の一環として支援記録のPC入力化を開始しており、法人全体でもICT化に関する検討会議が立ち上げられる等、先進事例を取り入れながら改善を図ろうとする姿勢が見られます。一方で、経費削減等のコストマネジメントに関する具体的な議論は会議内であまり行われておらず、組織全体での体系的な改善活動はまだ十分に展開されていない点がうかがえます。さらに、職員の自己評価結果からは、施設長のビジョンや方針が十分に職員全体に共有されていない側面が見られ、今後さらに指導力を発揮していくためには、理念や方向性の浸透が求められます。

今後は、経営数値を活用した具体的なコスト削減目標を設定し、それを職員と定期的に共有する場を設けることが望されます。あわせて、ICT化をさらに推進し、支援記録にとどまらず他の記録作業についてもペーパーレス化を進めることで、全職員の業務負荷軽減につながるよう、計画的な改善が期待されます。

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|--|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | |
| 14 | II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a (b) c |

〈コメント〉

施設では、利用者の状況に応じた職員配置を意識的に行っており、「人が多すぎる環境では、少ない時の対応力が育ちにくい」との考えのもと、適正な配置バランスの維持に努めています。専門職の配置も概ね安定しており、職員の自己評価では「休暇を申し出た際に気兼ねなく取得できる」との声も見られる等、休みやすい職場環境づくりへの配慮もなされています。一方で、一部の専門職において離職のリスクが懸念されており、必要な人材の確保が当面の課題とされています。また、勤続年数の短い職員の離職が多い点も課題であり、特に経験の浅い職員に対しては、継続的な支援やフォローワー体制の強化が求められます。キャリアアップ支援制度（資格取得支援）も整備されていますが、活用にはばらつきがあり、制度が十分に定着支援へとつながっていない側面も見受けられます。

今後は、職員一人ひとりのキャリア形成を支える制度の活用を促進するとともに、制度内容の見直しや運用の工夫を図ることで、特に若手職員の定着に向けた計画的な取り組みを進めていくことが期待されます。

15

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

a・(b) c

<コメント>

職員の人事管理においては、評価結果を昇給や賞与に反映させる仕組みが導入されており、年に一度の査定を実施する等、一定の制度整備が進められています。また、施設長やチーフが職員と年1回以上の面談を行い、評価結果を伝える機会を設けることで、職員が自身の業務や役割を振り返る機会が確保されています。さらに、職務・権限・責任の明確化についても運営規定に基づいて行われており、該当情報は職員が閲覧できるよう配慮されています。一方で、職員が自ら目標を設定し、その達成度を振り返る「自己評価制度」は導入されておらず、現状では個々の職員が自身の成長を具体的に意識する機会が限られています。

今後は、現行の評価制度に加えて、職員が自ら成長目標を設定し、定期的に自己評価を行う仕組みを整えることで、職員の主体性や業務への意欲向上が期待されます。また、支援に関する目標管理とは別に、育成の視点に立った人事評価の運用や面談機会の拡充、日常的なフィードバックの充実を図ることで、施設の方針や目指す職員像の共有をさらに進めていくことが望されます。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

a・(b) c

<コメント>

職員の自己評価では、「休暇を申し出た際に気兼ねなく取得できる」との意見が大多数を占めており、休みやすい環境づくりが一定程度進められている様子がうかがえます。加えて、法人として時間単位での休暇取得制度が設けられており、家庭との両立を支援する勤務環境が整備されています。一方で、勤続年数の短い職員の離職が比較的多い傾向があり、特に経験の浅い職員が安心して働き続けられるよう、支援体制の強化が求められています。有給休暇の取得状況についても、子育て中の職員を中心に活用が進んでいる一方で、一部の職員では取得が進まず未消化となっている例もあるため、施設長による個別の声かけをより積極的に行なうことが期待されます。また、職員のメンタルヘルスに関しては、ストレスチェックシート等を用いた取り組みが行われておらず、職員が自身のストレス状況を客観的に把握しにくい点も課題とされています。

今後は、勤続の浅い職員の定着支援に向けて、現在行われているメンター的な制度の運用を明確化・強化するとともに、ストレスチェックの導入や産業医等との連携による支援体制の整備を進めることで、職員がより安心して働き続けられる職場環境づくりが期待されます。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

| | | |
|----|------------------------------------|--|
| 17 | II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c |
|----|------------------------------------|--|

〈コメント〉

職員の育成に向けては、施設長やチーフが年に1回以上の面談を実施し、職員の意向や課題を把握する機会が設けられています。特に、勤続年数の少ない職員や推薦された職員に対しては、「今年度どう取り組んでいくか」といった具体的なキャリア形成に関する対話が行われており、一人ひとりに寄り添った支援が行われています。また、資格取得支援制度も整備されており、希望する職員が学びを深められるよう、一定の環境が整えられています。一方で、職員が自身で目標を設定し、その達成度を振り返る「目標管理」の仕組みは現時点では導入されておらず、計画的なスキルアップの機会が明確になっていません。このような仕組みがないことで、職員の成長が個々の自発性に委ねられがちとなり、組織としての育成方針が十分に機能しにくい面もあると考えられます。さらに、制度としては整備されている資格取得支援についても、職員の中には活用に消極的な姿勢が見られ、制度が十分に活かされていない様子が見受けられます。

今後は、既存の面談に加え、職員自身が成長目標を設定し、半期ごとにその進捗や達成状況を振り返るような目標管理の仕組みを導入することで、より計画的かつ組織的な育成が進められることが期待されます。

| | | |
|----|--|--|
| 18 | II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c |
|----|--|--|

〈コメント〉

職員の教育・研修については、法人として階層別および専門分野別の年間研修計画が策定されており、基本方針と計画に基づいた研修実施体制が整えられています。全職員を対象とした虐待防止や身体拘束の適正化に関する研修も定期的に行われており、支援の質の確保とコンプライアンス遵守に向けた取り組みが継続されています。さらに、利用者理解を深めることを目的とした内部研修も、担当者を定めて実施されており、研修を通じた支援力向上への意識がうかがえます。一方で、法人全体で策定された研修計画が職員全体に十分に周知されておらず、自身がどのような研修を受けるのか、また組織としての育成方針を把握しにくい状況があります。内部研修に関しても、単年度の事業計画書内に実施時期や内容が明示されていないため、計画性や職員間での情報共有が不十分となっています。また、外部研修については、案内が施設長やチーフの判断で個別に伝えられることが多く、職員全体が自由に情報へアクセスし、自身の関心やキャリアに応じて研修を選ぶ機会が限られている点も課題と思われます。

今後は、法人が策定する年間研修計画を職員に分かりやすく周知し、組織としての研修方針や期待を明確に伝えていくことが求められます。あわせて、施設内での内部研修についても、年間スケジュールや実施概要を事業計画書に具体的に記載し、職員間での情報共有と計画的な参加を促すことが望されます。さらに、外部研修の情報についても、施設内掲示等を活用して全職員が平等にアクセスできる環境を整えることで、研修機会の拡大とともに、職員の主体的な学習意欲の向上が期待されます。

| | | |
|----|--------------------------------------|-------|
| 19 | II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | a・b・c |
|----|--------------------------------------|-------|

〈コメント〉

法人全体で策定された研修計画に基づき、職員が階層別や専門分野別の研修に参加できる体制が整えられています。特に、首都圏の先進的な事業所での3日間にわたる実地研修は、実践的な学びの機会として職員の専門性向上に資する内容となっており、積極的に活用されています。また、非常勤職員に対しても、勤務を調整したうえで年1回の研修機会が提供される等、雇用形態を問わず学びの機会を確保しようとする姿勢が見られます。一方で、研修の実施状況を組織として把握するための仕組みが十分に整備されておらず、職員ごとの研修受講履歴が記録・管理されていないため、特定の職員に研修が偏っていないか、または必要な研修を受講できていない職員がいないかといった確認しづらい状況です。さらに、外部研修の案内についても、全職員に一律で周知されているとは言い難く、とくに非正規職員においては勤務条件等の制約から参加が難しいケースもあり、実質的な機会の公平性に課題が残されています。

今後は、職員一人ひとりの研修履歴をデータベース化し、組織として体系的に管理することで、受講状況の偏りを是正し、計画的なスキルアップ支援につなげていくことが期待されます。また、研修情報を全職員に確実に伝達できるよう、掲示物やデジタルツールを活用するとともに、参加が難しい職員にはeラーニング等代替的な学習機会も利用できる工夫も望されます。

| | | |
|--|--|-------|
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | |
| 20 | II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・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 |

〈コメント〉

施設では、福祉系・看護系の学校から実習生を受け入れており、とりわけ看護学生の実習においては、地域における看護職の役割や活躍の実際を伝える機会を設ける等、積極的な実習支援の姿勢がうかがえます。さらに、中学・高校からの職場体験学習の希望にも柔軟に対応しており、夏祭り等の行事では地域の学校と連携する等、将来的な福祉人材の育成と地域貢献の両立を意識した取り組みが進められています。

実習生の受け入れにあたっては、学校教員とのカリキュラム調整が行われており、利用者やご家族に対しても口頭での案内が実施されています。一方で、今後は利用者やご家族への理解と安心感をより高めるために、掲示や書面を通じた事前説明の導入が期待されます。また、実習生へのオリエンテーション時には、個人情報の取扱いや写真撮影に関する注意事項を文書で明示する等、受け入れに関するマニュアルの整備を進めていくことも期待されます。

II-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | |
| 21 | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | a (b) c |

〈コメント〉

施設では、地域や関係機関との情報共有を目的として、広報誌「とんがらし通信」を定期的に発行し、利用者の家族をはじめ、相談支援事業所、福祉事務所、地域の町内会や学校等に幅広く配布しています。特に、連合町内会やマンション管理組合を通じた回覧や個別配布、小中学校への配布等、地域との連携を意識した工夫が随所に見られ、他施設にとっても参考となる好事例といえます。また、施設のホームページでも活動内容や取り組みが紹介されており、こうした情報発信により運営の透明性が確保されています。さらに、施設では「つどいマルシェ」の開設を通じて、パンの製造・販売やカフェの運営を行い、地域住民と利用者が日常的に交流できる場を提供しているほか、各種イベントの開催を通じて、地域の方々と利用者・職員が触れ合う機会を積極的に設けており、施設や利用者に対する理解の促進が図られています。一方で、苦情対応については一定の体制が整備されているものの、対応結果を一定の条件のもとで公表するための明確な基準は、現時点では設けられていません。

運営の透明性をさらに高める観点から、受け付けた苦情についても、必要に応じて内容や件数等を公表していくための基準を明文化していくことが期待されます。

| | | |
|----|---|---------|
| 22 | II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a (b) c |
|----|---|---------|

〈コメント〉

施設では、法人が定めた規程に基づき、経理および事務処理を適正に実施しており、法人内部の監査体制として、年2回の監事監査が行われています。監査では、業務監査と財務監査の双方が実施され、指摘事項があった場合には、法人全体の管理者が集まる会議において共有・是正が図られる仕組みが整備されています。一方で、監査結果や法人全体の運営に関する情報については、施設内での共有が会計担当者や関係職員のみに限定されている場合が多く、職員全体への周知は一部にとどまっています。

これらの情報には、施設の運営全般に関わる重要な事項が含まれることもあるため、今後は内容に応じて、職員全体に対しても適切な形で情報を共有し、運営に対する理解と透明性の一層の向上を図っていくことが望されます。

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------|---------------------------------------|---------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |

〈コメント〉

利用者と地域との交流を広げるために、コンサート等の施設主催イベントの際には、近隣住民にチラシを配布して参加を呼びかける等、地域に開かれた活動が継続的に行われています。また、地域の市民センターで開催されるお祭りへの参加や、施設入り口にある「つどいマルシェ」でのパンの販売・配達を通じて、日常的な場面での地域との接点づくりにも工夫が見られます。さらに、夏祭りでは地元中学校のクラブ活動と連携したり、小学生や親子を対象とした料理教室で利用者が講師を務める等、利用者が役割を発揮する形での地域交流の場も創出されています。こうした取り組みは、地域住民との双方向の関係性を育み、福祉に対する理解促進にもつながっています。一方で、町内会の清掃活動といった地域の日常的な取り組みへの参加については、時間的な制約等もあり、職員や利用者が継続して関わることが難しい状況です。

今後は、「つどいマルシェ」での活動をさらに発展させ、日常的な地域との接点を広げていくことで、利用者の自己実現と地域における障害理解の促進が期待されます。また、連合町内会等地域団体との関係を深め、防災訓練等多世代で参加できる活動への参画を検討することで、より一層の地域連携の推進が望されます。

| | | |
|----|---|-------|
| 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 Ⓐ・Ⓒ |
|----|---|-------|

〈コメント〉

施設では、地域とのつながりを大切にしながら、さまざまな形でボランティアの受け入れを行っており、その体制も一定程度整備されています。受け入れているボランティアには、個人の参加者をはじめ、地域企業の新入社員による社会貢献活動、学生、近隣中学校の職場体験学習等、多様な層が含まれており、年間を通じてのべ人数も多いことがうかがえます。活動内容については、各ボランティアの得意分野や関心に応じて、利用者のグループ活動やイベント支援、レクリエーションの補助等に柔軟に関わってもらう形がとられています。特に中高生や大学生等若年層の参加は、福祉への理解を深める貴重な機会となっており、施設側でも学校との連携を意識的に育んでいる様子が見受けられます。

受け入れに際しては、担当職員が中心となり、事前に施設概要や利用者対応に関する基本的な説明を行っていますが、個人情報の保護や写真撮影・記録の取り扱いに関する明確なマニュアルや文書化された注意事項は、現時点では整備されておらず、担当者交代時の引き継ぎや体制の安定化に向けた課題が残されています。

今後は、口頭での説明に加えて、簡潔なオリエンテーション資料や注意事項の文書化を進めることで、より継続的かつ安全なボランティア受け入れ体制の確立が期待されます。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

| | | |
|----|---|-------|
| 25 | II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、 関係機関等との連携が適切に行われている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
|----|---|-------|

〈コメント〉

利用者の生活や健康を支えるために必要な関係機関との連携体制が確保されており、日常的な支援の中で適切に活用されています。たとえば、医療機関との連携については、利用者ごとの主治医に加え、嘱託医や協力医療機関として地域の病院と協定を締結しており、緊急時や体調不良時にも迅速な対応が可能な体制が整えられています。警察・消防といった公的機関とも連絡体制を確立しており、特に近隣の消防署とは日常的なやり取りが行われる等、地域に根ざした支援体制が構築されています。また、利用者支援に必要な医療・行政・相談支援事業所等の社会資源については、地域の情報冊子等を活用し、施設内で職員がいつでも確認できるよう整理されており、実効性のある情報共有がなされています。独自のリスト化はされていないものの、必要な情報を実用的な形で活用している様子がうかがえます。

一方で、地域の自立支援協議会やサービス管理責任者の協議会といった、制度改正や地域課題に関する情報共有の場への参加については、近年、参加が難しい状況が続いているところで、今後の課題とされています。これらの協議会は制度の動向や地域の支援ニーズを把握する重要な機会であるため、可能な範囲での情報収集や他事業所とのネットワークの再構築が望まれます。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

| | | |
|----|--|-------|
| 26 | II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われ ている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
|----|--|-------|

〈コメント〉

地域の福祉ニーズや課題を把握するため、地元町内会や地域関係者との連携が日常的に行われており、地域に開かれた姿勢がうかがえます。町内会長や近隣の民生委員とは、形式的な会議にとどまらず、日常的な交流を通じて顔の見える関係が築かれており、地域における高齢者や障害者の実情についての情報共有がなされています。また、隣接する市民センターを会場に、地域の福祉事業所や町内会長、民生委員、行政職員（地域包括支援センター職員等）が集まる情報交換会が年2回開催されており、施設としても継続して参加しています。この場では、独居高齢者の増加、外国籍住民の増加、障害のある住民の孤立といった地域特有の課題について意見交換が行われており、施設も地域福祉の一端を担う意識を持って関わっている様子がうかがえます。実際に、認知症の高齢者が施設内に迷い込むといった事例も発生しており、地域と施設の間に境界を設けず、柔軟に対応する姿勢が感じられます。

今後は、施設が地域福祉の担い手として、障害福祉に関する講話や啓発活動を行う等、さらに地域とのつながりを深めていくことが期待されます。

<コメント>

小学校との連携による職場体験の受け入れや、PTAからの依頼を受けて「こども110番の家」として機能する等、子どもたちの安心・安全を支える地域拠点としての役割を担っています。特に、施設運営の「つどいマルシェ」は、地域住民が気軽に立ち寄れる“逃げ場”や“集いの場”としての性格を備えており、利用者の自己実現を支えると同時に、地域の中に自然な形で障害理解のきっかけを生み出す貴重な場となっています。日暮時にも運営されており、地域の方々からも「施設の明かりが防犯的にも安心につながっている」との声が寄せられており、住民との信頼関係が構築されていると言えます。また、月2回実施しているフードドライブ活動では、地域住民から提供された食品を利用者とともに受け取り、必要とされる福祉施設等へ届けるという、地域資源の循環と福祉支援を組み合わせた実践が行われています。このような活動を通じて、利用者自身が社会参加を実感できる機会が創出されている点も非常に意義深いものです。一方、防災に関する取り組みとしては、毎月の避難訓練に加え、年1~2回、消防職員の立ち会いで総合訓練が実施されています。今後は、町内会長や民生委員等の地域住民にもこうした訓練を見学・参加いただく機会を設けることで、災害時の連携体制の構築や地域住民の防災意識の向上にも貢献できるものと期待されます。現時点では、地域清掃等の共同作業型の公益活動は実施されていないものの、「地域をきれいに保とう」という意識は職員・利用者双方に浸透しています。

今後は、この意識を基盤に、地域住民との協働による活動への発展も視野に入れることができます。このように、地域の福祉ニーズに応じた多様な公益的活動が着実に実施されており、今後は防災や清掃等、地域住民とともに取り組む活動の強化・拡大が期待されます。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| 28 | Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | a (b) c |
| <p>〈コメント〉</p> <p>利用者を尊重した支援の実践に向けては、虐待防止委員会を中心に、支援のグレーゾーンとされる事例を職員間で話し合う機会が設けられており、共通理解を促進する取り組みが見られます。職員の自己評価によると、理念や基本方針への理解度は高く、日々の支援において一定の実践がなされていることもうかがえます。一方で、管理者のビジョンや方針が職員全体に十分に共有されていないという状態も懸念され、支援のあり方に関して職員間の理解にばらつきが見られます。また、虐待防止についても、具体的な事例を用いた研修が十分とは言えず、現場での認識に差が生じる可能性が懸念されます。</p> <p>今後は、行動指針や理念を定期的に再確認するとともに、職員自身が「自分の支援が利用者を尊重しているか」を振り返るセルフチェックの導入が有効と考えられます。たとえば、呼称・命令調の語りかけ・過度な親密さ等、無意識に生じがちな言動について具体的な事例をもとに振り返る機会を設けることで、支援の質を見直すことも有効と思われます。研修についても、既に行われている権利擁護や虐待防止等に加えて、より具体的な事例を用いたワークショップ形式の研修を実施することで、グレーゾーンへの気づきと対応力の向上を図ることが期待されます。また、定期的なアンケートや聴き取りを通じて利用者の満足度や支援に対する実感を把握する仕組みを整えることも望まれます。</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が行われている。 | a (b) c |
| <p>〈コメント〉</p> <p>利用者のプライバシー保護に関しては、法人として個人情報保護規定を整備しており、記録類は鍵付きの棚で保管され、職員による日常的な確認が行われる等、情報管理体制が適切に構築されています。また、広報誌やホームページに利用者の写真を掲載するため、入所時に同意書を取得する等、個人情報の取扱いへの配慮も見られます。また、利用者の生活支援の場でも、入浴等では同性介助を基本とする等、利用者のプライバシー保護に配慮した取り組みが行われています。</p> <p>一方、プライバシー保護に関する具体的なマニュアルが整備されておらず、支援内容に職員によるばらつきが生じる可能性もあります。今後は組織として統一的な取り扱いができるよう個人情報保護規定に加えて、プライバシー保護に関する規定や、マニュアルを作成していくことが望されます。</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）が適切に行われている。 | | |
| 30 | Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | a (b) c |

〈コメント〉

利用希望者に対する情報提供の取り組みとして、ホームページやパワーポイント資料を用いて施設の概要や支援方針を紹介するほか、見学・体験の機会を設け、サービス内容を実際に体感できるよう工夫されています。一方で、提供される情報の中には、知的障害のある利用者ご本人にとって分かりやすい表現になっていない部分もあり、「利用者自身がサービス内容を理解したうえで選択する」という観点からは、資料や掲示物にふりがなを付す、平易な言葉で説明する等の配慮が十分とは言えない点がうかがえます。

今後は、利用希望者ご本人が内容を理解しやすくするために、パンフレットや掲示物の表記方法を見直し、視覚的・言語的な工夫を積極的に取り入れていくことが期待されます。

| | | |
|----|--|---------|
| 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 |
|----|--|---------|

〈コメント〉

施設では、福祉サービスの開始時や内容に変更が生じた際、利用者およびその家族に対して分かりやすい説明を行うことを大切にしており、契約時には、重要事項説明書や契約書に基づき、サービス内容や利用上の留意点について丁寧な説明が実施されています。

説明にあたっては、文字情報だけでなく、施設内の様子を写した写真やイラストを用いて視覚的に理解しやすい工夫も取り入れられており、利用者本人の理解を促す姿勢がうかがえます。利用者の中には漢字の読みが難しい方もいらっしゃるため、ルビを付す等の配慮がさらに進められれば、より一層の理解支援につながるものと考えられます。また、サービス提供内容に変更があった場合も、施設長またはサービス管理責任者が、本人およびご家族に対して丁寧に状況説明を行い、必要に応じて同意を得る等、誠実な対応がなされています。

今後は、説明資料の文字表現に応じてルビの追加や表現方法の工夫をさらに充実させることで、利用者一人ひとりの理解を支える取り組みを一層進めていくことが期待されます。

| | | |
|----|---|---------|
| 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 |
|----|---|---------|

福祉サービスの継続性に配慮した対応として、過去に利用者が他の事業所へ移行した際には、職員が実習に同行する等、個別に丁寧な支援が行われていました。ただし、近年は事業所間の移行事例はほとんどなく、現在は各家庭からグループホームへの移行に関する助言や支援が中心となっており、関係機関と連携しながら利用者やご家族への支援が行われています。一方で、今後再び事業所間の移行が生じた場合に備えて、福祉サービスの継続性を確保するための手順や、引き継ぎに関する手順書は現時点では整備されていません。今後は、アセスメントシートや個別支援計画の引き継ぎ方法等を含む手順書を文書化し、職員間で共有できる体制を整えておくことが期待されます。

あわせて、移行後のフォローワー体制についても明確にし、相談窓口を記載した案内文を配布する等、必要に応じた相談支援が継続できる環境づくりを進めていくことが望まれます。

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 |
|----|---|---------|

〈コメント〉

利用者満足の向上を目的とした取り組みとして、月に1回の家族会や年4回の給食会議を通じて、家族や多職種間で意見交換の機会が設けられています。特に食事については、年に1回の嗜好調査の結果を栄養士が取りまとめ、翌年度のメニュー作成に活用する等、利用者のニーズに応える工夫が見られます。また、レクリエーション活動に関しても、グループごとに利用者の希望を聞き取り、活動計画に反映させる等、日常支援の中で利用者の意向を尊重する姿勢がうかがえます。一方で、施設全体としての満足度を把握するための仕組みは十分には整備されておらず、利用者および家族を対象としたアンケート調査が実施されていないため、広く客観的な意見を収集し、組織的な改善に活かす機会が限定的です。

今後は、利用者および家族を対象としたアンケート調査を年1回程度実施し、サービスに対する客観的な評価を得るとともに、その結果を職員間で共有し、食事や支援内容に関する課題を明確にし、改善に向けた取り組みを進めていくことが期待されます。

III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

| | | |
|----|--|---------|
| 34 | III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | a (b)・c |
|----|--|---------|

〈コメント〉

苦情解決の体制として、苦情対応マニュアルが整備されており、重要事項説明書にも苦情受付窓口や解決責任者、第三者委員の連絡先（電話番号）等が明記されていることから、基本的な対応体制が確立されています。合わせて、職員に対しては会議等を通じて、苦情が発生した場合の対応手順の確認が行われており、一定の周知と理解が図られています。一方で、現時点では施設内に意見箱が設置されておらず、家族や関係者が気軽に意見・要望・苦情を投函できるような物理的な仕組みがないため、相談や申し出のハードルが高くなっている可能性があります。また、苦情が解決された後の対応についても、再発防止や組織の透明性確保という観点から、同意を得た上で情報共有や事例の公表に関する方針が明文化されていない点は、今後の整備が求められます。

今後は、家族を含めた関係者が気軽に意見を出せるよう、事務所前等につきやすい場所に意見箱を設置することが望されます。合わせて、苦情解決後の対応に関する手順をマニュアルに追記し、必要に応じて公表できる体制を整えることで、苦情対応の透明性と信頼性をさらに高めていくことが期待されます。

| | | |
|----|--|---------|
| 35 | III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | a (b)・c |
|----|--|---------|

〈コメント〉

施設では、利用者が日常的に相談や意見を述べやすい環境づくりに配慮されています。相談は主に担当職員が対応していますが、特定の職員に限らず、どの職員にも話しやすい雰囲気づくりを意識している様子が見られます。実際、グループの担当職員が異動した場合でも、利用者が引き続き信頼関係のある職員に相談できるような柔軟な対応が行われており、安心して相談できる関係性が築かれています。また、職員同士の連携も図られており、担当外の職員であっても日常的に利用者と接する場面があることで、利用者の相談を受けやすい環境が形成されています。ただし、相談できる職員が限定されることや、「話しやすい職員に相談してもよい」といったことについては、現時点では利用者や家族に対して明確に周知されていないことがうかがえます。

今後は、苦情受付体制等を掲示する際には、「どの職員にも相談可能である」旨を併記する等、相談しやすさをさらに伝える工夫が求められます。こうした周知の工夫により、利用者が安心して思いを伝えられる環境づくりが、より一層進められていくことが期待されます。

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

〈コメント〉

施設では、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するための体制が整えられています。毎日の朝夕の打ち合わせの場を活用し、職員間で相談内容を共有することで、対応の一貫性が保たれるよう配慮されています。相談を受けた際には、内容に応じて管理者・施設長・サービス管理責任者等への報告が行われ、必要に応じて対応策を検討する仕組みが構築されています。こうした報告体制が職員の間で共通認識として定着していることで、個人の判断に任せきりにせず、組織としての対応へつながる流れが機能しています。また、すぐに対応が難しい相談については、返答までの目安時間を利用者に示す等、不安を与えない配慮も取られています。一方で、相談対応に関するマニュアルや手順書が明文化されていない点は今後の課題です。

対応の質を組織全体で安定して保つためには、相談の受付から情報共有、対応、記録、フィードバックに至る一連の流れを明確にした手順書の整備が望まれます。

III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

| | | |
|----|---|---------|
| 37 | III-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | a (b)・c |
|----|---|---------|

〈コメント〉

法人全体で安全衛生委員会が設置されており、事業所においては看護師が安全衛生担当として中心的な役割を担いながら、衛生管理や事故防止に関する業務を推進しています。日常的なリスク管理として、毎月1日に施設設備の点検を実施し、清掃担当区域を中心に状態確認を行うほか、車椅子についてもグループごとに点検日を設け、清掃と併せてブレーキの状態等を確認しています。こうした取り組みは、安全への日常的な意識づけにつながっています。ヒヤリハットの事例に関しては、まず朝夕の打ち合わせの場で周知を行い、事実の共有と対応方針の検討がなされています。内容に応じて後日再度取り上げ、暫定的な対応策の妥当性を確認しながら、必要に応じて恒久的な改善へつなげる体制も整っています。ただし、こうした検討をより組織的に実施するためには、安全衛生委員会等での事例検証を定例的に行い、全体での改善共有を図ることが望されます。

また、リスク回避を目的とした職員研修については、個人の研修受講や外部研修への参加を通じて知識向上が図られていますが、危険予知訓練（KYT）等の体系的な研修機会を設けることで、リスク感度の底上げおよび現場での対応力強化をさらに進めることが期待されます。

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

〈コメント〉

感染症対策については、法人の看護師連絡会を中心に感染症マニュアルの見直し・運用が行われており、施設内では看護師がその取り組みを主導しています。職員に対しては、内部研修の一環として看護師による感染症に関する講義が実施されており、熱中症や医療的ケア等時期に応じた内容も取り上げられています。ノロウイルス等の汚物処理については、実際の訓練は行われていないものの、処理方法や注意点に関するレクチャーがあり、必要な資材（使い捨てガウン・手袋等）も各グループで備えられています。

また、施設内での新型コロナウイルス発生時には、居住空間での完全なゾーニングが難しい状況にも関わらず、グループごとに行動制限を設ける等柔軟な対応が図されました。日常の衛生管理では、手洗いや手指消毒について利用者にもわかりやすく説明がなされ、朝と昼の1日2回の検温や換気の徹底とあわせて、感染予防の習慣化が図られています。さらに、協力医療機関との連携により、主治医や嘱託医と協力して予防接種や初期対応を優先的に受けられる体制が整っており、医療支援体制の面でも一定の備えが確認できます。

| | | |
|----|--|-------|
| 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 ①・c |
|----|--|-------|

〈コメント〉

防災マニュアルが作成されており、地震等の災害発生時の避難方法や対応手順が明記されています。災害時には原則として施設内にとどまるなどを安全策としており、必要に応じて建物外への避難も想定されています。行政発行のハザードマップでは施設が特定の避難対象区域に指定されていないものの、法人全体で災害時対応方針が定められており、例えば川の氾濫で本部機能に影響が出た場合は本事業所が代替機能を担う可能性も考慮されています。施設内には防災倉庫が設置され、飲食物や必要物資の備蓄がなされています。品目や数量にはばらつきがあるものの、一定期間に対応できる体制が整っています。また、吸引器使用や充電等最低限の電力を確保するため、太陽光発電設備と蓄電池が設備されています。ただし、調理や長期生活に必要な電力供給までは想定されておらず、あくまで短期間の一時的対応が前提となっています。災害時には、基本的に利用者を自宅へ送迎することを想定していますが、自宅が被災している場合等は施設内にとどまることも視野に入れており、その際には最低限の生活支援が可能となる備えが図られています。

一方、現在の避難訓練には地域住民の参加がなく、地域との連携体制には今後さらなる強化が期待されます。今後は、総合防災訓練の際に地域住民にも参加を呼びかけ、地域と一体となった災害対応体制の構築を進めていくことが望まれます。

III-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| 40 | III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | a (b)・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>施設では、提供する福祉サービスの標準的な実施方法を支援マニュアルとして文書化しており、職員が共通の理解のもと支援を行える体制が整えられています。マニュアルは紙媒体ではなくパソコン内フォルダで整理されており、送迎・食事・排泄等の日常支援に関する基本的な内容に加えて、権利擁護・身体拘束・感染症対応等の分野も含まれています。これらのマニュアルは、各グループからネットワークを通じて閲覧できる環境が整備されており、必要な場面で迅速に参照できる体制が構築されています。また、マニュアルに基づいた支援が日常的に実践されているかどうかについては、施設長が日々各グループを巡回し、職員の対応や支援の様子を直接確認する機会が設けられています。形式的なチェックリストによる確認ではないものの、実際の活動に關わりながら現場の実態を把握するという姿勢がうかがえます。</p> <p>今後は、既存のマニュアル内容を基にチェックリストを整備し、職員自身がセルフチェックを行える仕組みを導入することで、支援の質のばらつきを防ぎ、標準的な福祉サービスの提供が継続的に行われるような取り組みが期待されます。</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が確立している。 | a (b)・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>提供する福祉サービスに関する標準的な実施方法として、各種支援マニュアルが整備されており、制度改正や現場の状況に応じた見直しも行われています。これらのマニュアルは、運営規程等の基本方針とともに支援の指針として機能しており、状況の変化に対応できるよう柔軟な運用が図られています。見直しについては、現時点では全てのマニュアルに対して一律の定期サイクルが設けられているわけではありませんが、内容に応じて隨時更新がなされており、たとえば感染症対応マニュアルは看護師が中心となって必要な修正を行っています。</p> <p>今後は、マニュアルごとに担当者を設定し、年1回程度の定期確認を行う体制を整備することで、内容の妥当性や現場との整合性がより確実に担保される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が策定されている。

| | | |
|----|---|--|
| 42 | III-2-(2)-① アセスメントに基づく個別支援計画を適切に策定している。 | <input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c |
|----|---|--|

〈コメント〉

利用開始にあたっては、統一されたアセスメントシートを用いて、利用者の家庭状況や心身の状態、希望する活動内容等を丁寧に把握する取り組みが進められています。アセスメント結果は「希望課題整理表」に反映され、支援の優先順位を明確にしたうえで個別支援計画の策定へとつながる流れが確立されています。個別支援計画の策定には、サービス管理責任者を中心に、必要に応じて看護師・栄養士・作業療法士等の専門職も関与しており、チームによる支援体制が構築されています。支援が難しいケースに関しては、現時点では外部専門機関との連携による計画策定は限定的ですが、必要に応じて関係機関と連携し、例えば状態の変化が著しい利用者に対して外部専門家の訪問支援を受けながら柔軟に対応している様子もうかがえます。

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

〈コメント〉

個別支援計画の評価および見直しについては、年度当初に策定した暫定的な計画を起点として、3ヶ月後に初回の見直しを行う体制が整えられています。このプロセスでは、利用者の通所適応状況等の初期観察を踏まえ、実際の状況に即して計画が修正され、その後は6ヶ月ごとに中間・年度末の評価が実施されています。たとえば、初回支援計画が4月1日時点で策定され、7月に実際の状況を反映した修正が行われるといった段階的な対応が見られます。見直しにあたっては、本人の同意だけでなく家族の意向も丁寧に反映されており、利用者中心の支援を重視する姿勢がうかがえます。また、モニタリング結果や支援内容の変更点については、毎月開かれるケース会議の中で職員間に共有されており、組織的な情報共有の仕組みが機能しています。

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

| | | |
|----|---|---------|
| 44 | III-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | a (b)・c |
|----|---|---------|

〈コメント〉

日々の支援記録については、統一されたフォーマットを用いてパソコン上で入力されており、そのデータはネットワークを通じて他の職員と共有できる環境が整備されています。入力された記録はプリントアウトのうえ紙媒体としても保管されており、電子データと紙の双方による記録管理が行われています。記録方法については、職員に対して事前に入力ルールの指導が行われており、一定の統一性が保たれています。また、支援内容が職員間で共有されることで、支援の継続性や一貫性が確保される体制も構築されています。一方で、職員の自己評価において「忙しい時でもその日のうちに支援記録をついているか」という問い合わせに対し、大半の職員が「はい」と回答しているものの、「いいえ」「どちらとも言えない」「無回答」とした職員も一定数見られたことから、記録のタイミングや業務の繁忙度に応じた対応にはらつきがある様子もうかがえます。

特に業務が立て込む状況下では、やむを得ず翌日に記録を行うケースも想定されます。単純な記録遅れが生じないよう、記録の重要性を意識づける指導が継続して行われることが期待されます。

| | | |
|----|------------------------------------|---------|
| 45 | III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | (a)・b・c |
|----|------------------------------------|---------|

〈コメント〉

利用者に関する記録の管理体制については、法人全体で定められた個人情報保護規定や文書管理規定に基づいて運用されており、一定のルールに則った適切な管理が進められています。個別支援計画を含む記録類は、利用者ごとにファイル化され、鍵付き書庫に保管されており、日常的な取り扱いも整理が行き届いている様子が見られます。鍵の管理については責任者が主体的に行う体制が整っており、実務では職員が必要に応じてキーボックスを利用できる仕組みとなっています。ファイルの持ち出しに対しても、その日中に戻されているかを確認するチェック体制があり、情報管理に対する意識の高さがうかがえます。個人情報保護に関する取り組みとしては、職員向け研修の実施や入職時の誓約書提出が徹底されており、退職後も守秘義務が継続されることが周知されています。また、デジタル記録管理においても、ネットワーク上の共有にあたり職員ごとにID・パスワードを設定し、外部からのアクセス防止や閲覧制限の仕組みが講じられています。さらに、利用開始時には、家族から記録に関する個人情報の取り扱いについて一括して同意を得る手続きが実施されており、制度的にも利用者本人および家族の権利を尊重した対応が進められています。

評価対象A 福祉サービスの内容

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|---------|
| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
| 46 | A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p>〈コメント〉</p> <p>日々の支援においては、衣類の選択や髪型、私物の購入といった生活面の事項について、利用者の意思を尊重し、本人が選択できるよう配慮されています。特に、安全上の配慮が必要な場合を除き、可能な限り自由に選べる環境が整えられており、利用者の主体性を大切にする姿勢がうかがえます。活動内容や作業への参加、施設内の装飾（デコレーション）等についても、あらかじめ選択肢を提示したうえで本人の意思を反映させる取り組みが進められており、日常生活のさまざまな場面で自己決定を支える工夫がなされています。食事に関しては、当日の提供メニューが基本的に1種類とされているものの、月に2回程度、外部の業者から弁当を取り寄せる機会が設けられており、利用者が自ら食べたいものを選んで注文できる体制になっています。このような仕組みによって、選ぶ楽しみや食への満足感が得られる取り組みとなっています。</p> | | |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| 47 | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ |
| <p>〈コメント〉</p> <p>権利擁護に関する取り組みとして、施設では「虐待防止」「身体拘束の適正化」「権利擁護」の三分野を統合した委員会が設置され、組織的な対応体制が整えられています。この委員会では、年度初めに関連マニュアルの読み合わせを実施し、職員向け研修の計画立案や、支援現場におけるグレーゾーン事案の検討が行われており、実践的な視点からの取り組みが進められています。委員会の開催頻度は年4回としており、法人全体の委員会との連携も含めて継続的な課題検討がなされています。また、形式的なセルフチェックリストに頼るのではなく、内部研修の中で実際の支援場面を振り返り、「これは適切だったかどうか」といった議論を交えながら確認する形が取られており、職員の内省的な学びが促されています。今後は、外部のチェックリスト等を参考にしながら、より個々の職員が日常的に自己点検できる仕組みを取り入れていくことも検討されています。身体拘束については、原則禁止としつつ、やむを得ない場合には三原則（三要件）を満たすことを条件とする運用方針が明確に示され、運営規定等にも反映されています。施設構造上、グループ活動が中心で閉鎖的な空間が少ないため、見守りカメラ等の設置は行っていませんが、現状の運用において職員による見守りが十分に機能している体制となっています。</p> | | |

A-2 生活支援

| A-2-(1) 支援の基本 | | | 第三者評価結果 |
|--|--|--|---------|
| 48 | A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | | |
| <p>〈コメント〉</p> <p>利用者が自らできることについては、職員が過度に手を出さず、見守る姿勢を基本に支援が行われています。この姿勢は職員間で共有され、統一的な方針として浸透しています。支援の現場では、保護者の視点から手を貸したくなる状況もありますが、職員はあえて見守る選択を重視しており、自立支援の観点が丁寧に守られています。また、金銭管理については、通所施設であるため利用者が現金を携帯する機会は少ないものの、外出時にリュックに財布を入れてくる利用者もあり、自動販売機での買い物等、少額の金銭使用が想定されています。こうした場面でも、利用者の主体性を尊重しながら、必要に応じて支援が行われています。外出支援についても、1対1の人員配置が難しい状況ですが、利用者の希望に応じて近隣への外出や買い物が実施されており、グループ支援体制では事務職員が付き添う等柔軟な対応が図られています。さらに、行政手続きや期日前投票といった対外的な支援についても、基本的に家族が対応するものの、家族の支援が困難な場合には職員が同行する体制が整えられています。特に投票支援では、職員が投票行為に関与しないよう配慮しながら、利用者自身が意思を表明できるようサポートする姿勢が見られます。</p> | | | |
| 49 | A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | | |
| <p>〈コメント〉</p> <p>利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション支援が丁寧に行われており、個々の特性に適した手段が確保されています。例えば、聴覚に障害のある利用者に対しては、筆談や文字盤、絵カード等を活用し、本人が意思を表現できるよう配慮がなされています。これらの支援手法は個別支援計画にも反映されており、支援内容との一貫性が保たれています。また、施設内で言語聴覚士による直接的な訓練は実施されていないものの、過去に連携のあった大学の専門家から助言を得る等、困難なケースへの対応において外部の専門性を活かす体制が取られています。こうした外部との連携により、現場における支援の質が支えられています。さらに、職員には障害特性に応じたコミュニケーション技術の習得を目的とした外部研修への参加が促されており、可能な範囲で受講機会が提供されています。</p> <p>ただし、参加状況には業務の都合によるばらつきも見られることから、今後は内部研修との併用や受講しやすい環境整備を図ることで、より多くの職員が継続的に学べる体制づくりが期待されます。</p> | | | |

| | | |
|----|--|-------|
| 50 | A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | Ⓐ b・c |
|----|--|-------|

〈コメント〉

施設では、利用者の意思を尊重した支援の一環として、相談対応の体制が整えられています。相談に応じる際には、専用の相談室を設け、空いている他の部屋を活用する等して、利用者が安心して話せる環境づくりが図られています。相談内容によっては、通常の活動時間外や休憩時間を活用して柔軟に対応する姿勢も見られ、利用者の都合や状況に配慮した丁寧な対応が進められています。また、第三者委員の訪問時には、必要に応じて利用者が直接相談できる機会も設けられており、施設外の視点を取り入れた支援体制も一定程度確保されています。こうした機会を通じて、利用者が職員以外の立場にある人に気軽に話せる環境が整えられています。相談を受けた際には、職員間での情報共有が適切に行われ、必要に応じて支援の見直しや調整がなされる等、相談内容が日常支援に活かされる体制も構築されています。一方で、利用者や家族に対して満足度調査は現時点では実施されておらず、利用者の意向が十分に把握・対応されていない可能性も否定できません。

今後は、利用者満足の把握と支援の質の向上を目的として、定期的なアンケート調査を実施していくことが期待されます。

| | | |
|----|---------------------------------------|-------|
| 51 | A-2-(1)-④ 個別支援計画に基づく日中活動と利用支援等を行っている。 | Ⓐ b・c |
|----|---------------------------------------|-------|

〈コメント〉

個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりの興味・関心および体調に応じた日中活動の提供が行われています。活動内容については、パン作り・体操・塗り絵・いけばな・音楽療法・お茶会等、複数の選択肢が用意されており、利用者が希望に応じて選べるよう工夫されています。音楽療法等頻度に制約のある活動もありますが、日々の支援の中で個々の希望やペースに応じた柔軟な対応が見られます。外出支援においても、事前に希望を聞き取って予定を立てる場合と、利用者のその時の気分や意欲によって急に希望が出る場合とがあり、それぞれのケースに応じた柔軟な対応が取られています。突発的な外出希望が出た際には、隣グループと合同で行動する、事務職員が同行する等の工夫がなされ、利用者の意思をできる限り尊重した支援が行われています。活動や外出の実施にあたっては、職員配置との兼ね合いから調整を要する場面もありますが、現場では状況を見ながら支援の形を工夫しており、利用者の「やりたい」という思いに応えようとする姿勢がうかがえます。

| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| 52 | A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。 | a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c |
|----|-------------------------------------|--|

〈コメント〉

利用者の障害特性に応じた支援として、施設では個々の状態や反応に配慮した柔軟な対応が行われています。特に、パニック等不安定な状況が生じた際には、クールダウンのための対応が適宜取られており、小規模な部屋や目的別に分かれたスペースを活用して、安心できる環境への一時的な移動が可能となるよう工夫されています。こうした環境整備は、利用者の情緒の安定に寄与しており、必要に応じて大学の専門家や嘱託医からの助言を受けながら支援が行われています。また、障害特性に応じた職員の理解と対応力の向上にも力が注がれており、外部および内部研修を通じた専門性の強化が進められています。職員の自己評価でも、一定数が研修に積極的に参加していることが確認されており、専門的知識の習得に対する意欲がうかがえます。年度によって参加状況にはらつきはあるものの、出席可能な機会には前向きに参加する姿勢が見られます。

一方で、パニック時や不安定な状況にある利用者がより多くスヌーズルームを活用できるよう、環境や利用体制のさらなる整備についても、今後の検討が期待されます。

A-2-(2) 日常的な生活支援

| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| 53 | A-2-(2)-① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援を行っている。 | a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c |
|----|-------------------------------------|--|

〈コメント〉

個別支援計画に基づき、利用者一人ひとりの状況やニーズを的確に把握したうえで、日常生活における支援が行われています。特に食事支援では、利用者の嗜好やアレルギー等の個別情報を反映した献立が提供されており、日々の食事が楽しみのひとつとなるよう工夫されています。また、心身の状態や摂食・嚥下機能に応じて、食形態や提供方法を柔軟に調整し、必要に応じて看護師や栄養士の助言を取り入れながら、安全で安心な食環境が整備されています。排泄支援においても、個々の排泄パターンや羞恥心への配慮を踏まえながら、プライバシーに配慮した適切な支援がなされています。支援員は利用者の自立支援を基盤としつつ、困難な場面では的確に介助を行い、利用者が尊厳を保ちながら生活できるよう努めています。これらの支援内容は、定期的なモニタリングおよび職員間のケース会議を通じて見直されており、利用者の状態変化に応じた柔軟な対応が図られています。

今後は、排泄支援時等におけるプライバシー配慮をより徹底するため、プライバシーを考慮したマニュアルや手順書の作成・整備を進め、統一的な支援を行える体制の構築が期待されます。

A-2-(3) 生活環境

| | | |
|----|---|-------|
| 54 | A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 | Ⓐ b・c |
|----|---|-------|

〈コメント〉

施設内では、利用者が安心して快適に過ごせるよう、生活環境の整備と日々の衛生管理が丁寧に行われています。安全面では、各グループが毎日の安全確認を実施し、日常の中で生じうる小さなリスクにも目を配る体制が整っています。特に感染症対策としては、看護師を中心に、手すりや取っ手等“手が触れる箇所”的消毒を継続して実施しており、衛生管理に対する意識の高さがうかがえます。室内環境については、部屋ごとに温度・湿度の調整が可能となっており、季節や利用者の体調に応じて柔軟な対応が図られています。また、夏場等熱中症のリスクが高まる時期には、時間を定めて水筒や飲み物を使った水分補給が各グループで行われており、利用者の状態に応じて時間外でもコーヒー等水分を摂取できる体制が整えられています。このように、施設では衛生・気候・栄養といった多方面から配慮を行うことで、利用者の健康と安全を守る生活環境が確保されています。

A-2-(4) 機能訓練・生活訓練

| | | |
|----|---|-------|
| 55 | A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | Ⓐ b・c |
|----|---|-------|

〈コメント〉

利用者の心身の状況に応じて、日常生活の中に無理なく取り入れられる形で機能訓練・生活訓練が行われています。身体に障害のある利用者に対しては、非常勤の作業療法士が月1回訪問し、直接の支援だけでなく、支援員へのストレッチ方法や介助の仕方の指導も実施されており、日常の支援に活かされています。特に車椅子を利用している方については、定期的なマッサージやストレッチを取り入れる等、利用者の状態に応じた柔軟な支援が見られます。朝の時間帯に、パン作りグループではホールでラジオ体操を行う機会が設けられ、地域色を活かした宮城弁による体操等、楽しみながら体を動かす工夫もなされています。また、外出の代替として散歩や地域活動が取り入れられており、単なる移動ではなく、広報誌配布等の社会的役割を担う活動として位置づけられている点も特徴的です。生活訓練の一環として、缶つぶし等の軽作業を自発的に行う利用者もあり、自分の役割ややりがいを持って活動に取り組む姿が見られます。このように、施設では「やらされる訓練」ではなく、利用者の興味や得意なことを活かした「生活の中での訓練」を重視する支援が進められています。

A-2-(5) 健康管理・医療的な支援

| | | |
|----|--|-------|
| 56 | A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | a・b・c |
|----|--|-------|

〈コメント〉

日常的な健康管理と体調変化時の迅速な対応に向けて、複数の体制が整えられています。日々の検温に加え、「保健の日」を設けて月1回、看護師によるバイタルチェック（血圧・体温等）が実施されており、利用者の健康状態を継続的に把握する仕組みが確保されています。また、年1回の健康診断も実施されており、基礎的な健康管理が施設内で計画的に行われています。歯科健診は施設内での定期実施は行われていないものの、外部の歯科衛生士による訪問支援があり、職員への歯磨き指導や利用者の口腔状態の確認が行われています。歯科通院については多くの利用者が家庭単位で継続しており、家族と連携しながら健康維持に努めている様子がうかがえます。インフルエンザ等の予防接種については、嘱託医の協力のもと、通所中に集団で接種できる体制が整えられており、希望する利用者は対応可能です。実施にあたっては、事前に家族へ説明と同意を取り、費用の取り扱いも明確に運用されています。体調不良時には、看護師が初期対応を行い、必要に応じて主治医や嘱託医との連携が図られるとともに、家族への迅速な連絡体制も整っています。一方で、緊急時対応に関する職員研修については、看護師との日常的な連携の中でバイタル測定等の基本的スキルを習得する機会は設けられているものの、現時点ではAEDの設置がなく、救命救急に関する実践的な研修も近年実施されていないという状況です。

今後は、消防機関等との連携を通じて救命講習を再開するとともに、AEDの設置に向けた検討を進めることで、より充実した健康・安全管理体制の構築が期待されます。

| | | |
|----|---|-------|
| 57 | A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | a・b・c |
|----|---|-------|

〈コメント〉

職員による毎朝・毎夕の体温測定や、手すり等の接触箇所の定期消毒が実施されており、基本的な衛生管理が継続的に行われています。看護師は月1回の「保健の日」にバイタルチェックを行い、年1回の健康診断も実施されています。また、多くの利用者が家族の支援を受けながら定期的な歯科受診も行っており、医療面での基盤が確保されています。感染症対策については、看護師連絡会を中心に感染症マニュアルの運用・見直しが行われ、内部研修では嘔吐物処理等具体的な対応方法に関する指導がなされており、感染リスクへの備えが図られています。嘱託医は年3回定期訪問を行い、インフルエンザ等の予防接種については利用者・職員ともに優先的に受けられる体制が整えられており、医療連携体制も一定程度確保されています。さらに、作業療法士の月1回の訪問による助言を受けつつ、支援員への機能訓練に関する技術指導が実施されており、支援の質の向上につながる取り組みも継続されています。加えて、行動障害のある利用者に対しては、外部専門機関（アーチル等）からの助言を受けて個別支援計画に反映させる姿勢が見られ、医療的ケアを必要とする方の地域生活移行の支援にも積極的に取り組まれています。

A-2-(6) 社会参加、学習支援

58

A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

〈コメント〉

利用者の地域とのつながりや社会参加の機会を大切にしており、地域のイベントや行事の情報を積極的に案内し、参加可能な場合には柔軟に支援が図られています。例えば、地域のお祭りや映画鑑賞、スポーツ観戦等に関して、施設から情報提供を行い、参加を希望する利用者には職員が付き添い、外出レクリエーションとして対応されることもあります。夜間に開催されるイベントについても、職員の勤務時間を調整して参加できるよう配慮されており、職員の協力によって支援の幅が広げられている様子がうかがえます。また、外出に家族が同行するケースもあり、利用者の状況や希望に応じて支援体制が使い分けられています。特に「職員や仲間と一緒に行きたい」という希望を持つ利用者も多く、施設の仲間との関係性を通じた社会参加が重視されています。さらに、公共交通機関を活用して通所している利用者が、バスや地下鉄を乗り継いで1時間以上かけて来所する例も見られます。このような利用者に対しては、交通機関の利用を本人のこだわりや楽しみと捉え、自立した移動手段の確保と、日常生活の中での社会参加の一環として尊重されています。一方で、発達障害の特性から鍵を紛失する等のトラブルも見受けられ、安全面や金銭管理については、個々の状況に応じた支援や見守りが引き続き必要とされています。

今後も、地域とのつながりを維持しつつ、安心して参加できる社会活動の機会がさらに広がることが期待されます。

A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援

59

A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。

Ⓐ b・c

〈コメント〉

将来的な地域生活を見据えた支援にも取り組んでおり、利用者の希望や家族の状況に応じてグループホーム等への移行支援が進められています。現在、生活介護を利用する46名のうち19名がグループホームに入居しており、近年では入居者数が増加傾向にあるとのことです。今後は、家族の高齢化や通所の困難さ等から、地域生活への移行ニーズがさらに高まることが想定されています。しかしながら、地域のグループホームの整備が追いついていない現状があり、希望してもすぐに入居できない利用者も多く、入居調整に長期間を要するケースも報告されています。こうした中、施設では利用者の準備段階として、法人内のショートステイ事業を活用し、段階的に宿泊体験を行う取り組みを実施しており、実際にそこでの経験を経て入居に至った事例も見られます。また、グループホーム入居後も引き続き施設を利用しながら生活リズムを維持できるよう支援が行われており、利用者の生活が途切れず継続できる仕組みが意識されています。一方で、医療的ケアを必要とする利用者や障害特性が重い方にとっては、受け入れ先の確保が特に困難な状況となっており、民間事業者による受け入れの拡大が見られるものの、サービスの継続性や安定性という点で、さらに慎重に検討していくことが課題とされています。また、家族の意向として「できる限り長く自宅で支えたい」「週末は帰省してほしい」といった思いが根強くある一方、支援を家族に過度に依存すると地域移行の本来の目的が揺らぐ可能性もあり、利用者と家族の希望を尊重しながら、安心して地域で暮らせる体制づくりが進むことが期待されます。

今後は、地域生活を見据えた個別的な準備支援の充実とともに、安定した地域資源の確保が求められ、関係機関と連携しつつ継続的に取り組んでいくことが期待されます。

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援

| | | |
|----|--------------------------------------|---------|
| 60 | A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | a (b)・c |
|----|--------------------------------------|---------|

〈コメント〉

利用者の家族との連携や交流を重視した取り組みが継続的に行われています。日常的な連絡手段としては、連絡帳を活用して施設での様子を伝えており、送迎時には保護者が直接職員と引き継ぎを行うことで、日々の様子を確認できる体制が確保されています。また、緊急時には、あらかじめ登録されたメールアドレスに一斉送信を行う仕組みが整えられており、電話が通じにくい場合でも迅速な連絡が可能となっています。月1回の施設懇談会や、法人全体で構成される「連合保護者会」を通じて、家族同士や施設との情報共有の機会が設けられており、成年後見制度や障害福祉制度の改正点等、家族が関心を持つテーマについても随時情報提供が行われています。特に高齢の保護者にとっては、制度の理解が難しい場合も多く、職員による丁寧な説明が求められる場面も見られています。また、保護者が施設を見学する「参観日」は設けられていないものの、日々の送迎時に施設内へ入り活動の様子を直接確認できる機会があるため、支援内容や雰囲気に対する理解は一定程度図られています。近年では、保護者の高齢化により急な入院や対応困難な状況が発生するケースもあり、ショートステイの活用等を通じた緊急対応の重要性が増しています。

こうした背景を踏まえ、施設では今後も家族と連携しながら、地域で安心して暮らせる支援体制の構築に取り組んでいくことが期待されます。さらに、家族との連携を一層深めるためには、施設の理念や基本方針、年度ごとの事業計画等についても資料として配布し、施設の取り組み内容について家族の理解を促進するような取り組みが望まれます。

A-3 発達支援

| | | 第三者評価結果 |
|--------------|--|---------|
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| 61 | A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | a・b・c |
| 〈コメント〉 | | |
| 対象外 | | |

A-4 就労支援

| | | |
|--------------|---------------------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| 62 | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | Ⓐ b・c |

〈コメント〉

生活介護の一環として、パンの製造販売をはじめとする作業的活動が提供されており、利用者の能力や体調に応じた柔軟な対応が図られています。作業はおおよそ6時間の上限を設定され、発酵や焼成といったパン作りの工程を職員の支援を受けながら分担して行う形となっています。店舗の営業はおおよそ午前10時過ぎから午後4時頃までですが、利用者の昼食は勤務時間のように分散させるのではなく一斉にとる体制とされ、その間の業務は職員がカバーする等、無理のない支援体制が工夫されています。食品を取り扱う性質上、店舗内活動には衛生管理が求められ、ボランティアの受け入れを控える等、専門性・衛生面への配慮も見られます。なお、就職に向けた職場開拓や個別の就労支援については、施設が生活介護事業所であるという機能上、積極的な支援は難しい状況です。利用者の中には、能力的には就労継続支援B型への移行が視野に入る方もいますが、体調の波や気分の変動が大きく、安定した就労継続が難しいという実情があり、現在の環境下では、自分のペースで取り組める作業が提供されています。

今後も、就労という「成果」にこだわるのではなく、利用者が自分に合った形で社会的役割ややりがいを感じられるような支援の充実が期待されます。

| | | |
|----|---|-------|
| 63 | A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | a・b・c |
|----|---|-------|

〈コメント〉

対象外

| | | |
|----|---|-------|
| 64 | A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | a・b・c |
|----|---|-------|

〈コメント〉

対象外