

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：県中央地域福祉サービスセンター 宮城県啓佑学園、宮城県第二啓佑学園		種別：福祉型障害児入所施設（宮城県啓佑学園） 障害者支援施設（宮城県第二啓佑学園）
代表者氏名：平野 浩（宮城県啓佑学園） 渡邊雅樹（宮城県第二啓佑学園）		定員（利用人数）：60 名 宮城県啓佑学園 30 名 宮城県第二啓佑学園
所在地：仙台市泉区南中山 5 丁目 2-1		
TEL：022-379-5001		ホームページ： https://www.miyagi-sfk.net/chuo/keiyuugakuen
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 5 年 10 月 1 日 宮城県啓佑学園 平成 14 年 4 月 1 日 宮城県第二啓佑学園		
経営法人・設置主体（法人名等）：宮城県・社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会		
職員数	常勤職員：38 名（宮城県啓佑学園） 31 名（宮城県第二啓佑学園）	非常勤職員：1 名（宮城県啓佑学園） 1 名（宮城県第二啓佑学園）
専門職員	宮城県啓佑学園	宮城県第二啓佑学園
	社会福祉士 7 名	社会福祉士 6 名
	介護福祉士 5 名	介護福祉士 3 名
	精神保健福祉士 2 名	精神保健福祉士 1 名
	保育士 5 名	保育士 3 名
	作業療法士 1 名	看護師 1 名
	理学療法士 1 名	管理栄養士 1 名
	看護師 1 名	
	管理栄養士 1 名	
施設・設備の 概要	（居室数）	（設備等）
	24 室（宮城県啓佑学園）	
	24 室（宮城県第二啓佑学園）	

③ 理念・基本方針

宮城県社会福祉協議会は、本県における地域福祉推進の中核機関として、市町村社会福祉協議会をはじめ、福祉諸団体、NPO 法人、ボランティア等幅広い関係者との連携・協働のもと、高い公益性とともに民間法人としての自主性、創造性を発揮して『誰もが身近な地域で安心していきいきと暮らせる地域づくり』に取り組み、豊かな福祉社会の実現を目指します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

宮城県啓佑学園

県内唯一の知的障害のある福祉型障害児入所施設であり、保護、日常生活の指導及び自活に必要な知識や技能の付与を行います。特に利用者の進路支援について、個々に応じた取り組みを関係機関等と連携強化を図りながら実施しています。

宮城県第二啓佑学園

利用者個人の尊厳を大切にし、利用者一人一人の意思を尊重したサービスを提供することで、社会生活への適応性を高め、利用者一人一人の能力に応じて、利用者が自立し地域で豊かな生活を送ることができるよう支援しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年7月1日（契約日） ～ 令和5年11月6日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	4回（令和2年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○適切な支援の提供

現在、施設に入所している利用者のうち、約7割が措置入所となっており、何らかの障害を持った利用者が大半を占めています。この状況から、それぞれの利用者に合わせて個別の支援が求められています。職員は、この課題に効果的に対応するために、障害に対する専門的研修を受講し、その知識を展開しています。強度行動障害支援者養成研修、アンガーマネジメント研修、自閉症に関する研修など、外部の専門家を招いた研修にも積極的に参加しています。これにより、それぞれの利用者の特性やニーズに応じて、より適切で質の高い支援を提供できる体制を目指した取り組みが行われています。

○利用者の声の反映

施設では利用者の声をきちんと取り入れるための取り組みを積極的に行っています。毎月の施設長との懇談会では、お茶とお菓子を楽しむ中で、雑談を通じて利用者の意見や相談が受け付けられます。定期的に開設される「なんでも相談室」では、利用者が施設長と直接、あらゆることについて相談できる場を設けています。また、児童会や利用者自治会も計画的に開催され、職員が参加して利用者の意見を直接受け取っています。これらの活動を通じて収集された意見や要望は、職員会議で報告・共有され、支援内容・方法、また設備の改善等の検討材料として活用されています。

◇改善を求められる点

○職員の負担軽減への取組

現在の施設では、諸資材及び光熱水費などの高騰や、老朽化した建物設備のメンテナンスといった外部環境の変化、さらに入所する利用者のニーズの多様化に伴う物理的環境の整備といった課題に直面しています。これらの背景のもと、限られた予算の中で利用者への支援の質を維

持する努力がなされていますが、一部の職員の業務負担の増加や必要な合理化への投資の遅れが課題として見受けられます。支援の記録に関しては IT 化が進んでおらず、手書きでの記録が続いているなど、本来利用者の支援に注力すべき時間が減少しています。今後は、運営委託元との交渉を通じて、これらの課題を解消し、利用者がより快適に過ごせる環境を整備する取り組みが求められます。

○権利擁護、プライバシー保護などの概念の整理

法人の「具体的行動計画」において、利用者の権利擁護が取り上げられており、特に利用者の虐待に関する事項が明確に記載されています。このことから、支援の現場では利用者のプライバシーや個人情報の保護を重視した取り組みが行われていると認識されます。しかし、今回の自己評価を通じて、施設において権利擁護、プライバシー保護、そして個人情報保護という三つの概念が一部混同されている部分が見受けられました。これらの概念を混同することは、不適切な取り組みや職員間の理解のずれを招くリスクが考えられます。そのため、各概念の違いとその内容を整理し、職員に具体例を示しながら周知させていく取り組みが望まれます。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の受審は平成 23 年度から始め今回が 5 回目となりました。事前書類や訪問調査など、多岐に渡る調査のうえ、様々な助言や提案をいただき感謝申し上げます。

第三者評価の受審は施設が提供しているサービスの質などを確認するとともに、今後の質の向上を目指すうえで、大変貴重な機会となりました。

今回、高い評価を受けた点につきましても、なお一層の充実を図りサービスの質の向上に努めて参ります。また、指摘を受けた課題などにつきましては、取り組みが不十分だったと改めて気づかされました。

今回の第三者評価結果を真摯に受け止め、職員間で共有を図り、より信頼される施設を目指し業務の改善に努めて参ります。

⑧ 評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

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。	③a・b・c
<コメント> 宮城県社会福祉協議会（以下「法人」という）の理念および基本方針に基づき、啓佑学園は「利用児童が安全な環境で安心して生活できることを保障する・・・」という基本方針を設けており、第二啓佑学園も「利用者個人の意向・希望が尊重され、反映された施設運営を実施する・・・」という基本方針を掲げています。これらの基本方針は施設概要や事業計画にも詳細に記載されています。 職員へは、この理念および基本方針が記載された資料を配布しており、毎日の読み合わせを実施して理解を深めています。さらに、階層別研修や初任者研修を通じて、これらの方針の周知と理解の徹底を推進しています。 利用者に対しては、入所時にこれらの運営方針を説明しています。また、利用者が必要とする情報については、内容を分かりやすく整理し、読みやすい文字で資料を作成し施設内に掲示しています。		

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。	③a・b・c
<コメント> 施設長は、法人や行政との間で定期的な会議や打ち合わせを行っています。特に、当施設は宮城県の施設で、法人が指定管理者としての運営を委託されています。このため、宮城県との話し合いを通じて、県内の福祉に関する情報が共有されています。日常的に施設の経営状況は分析され、その結果や福祉の動向は、職員会議やリーダー会議を通じて、職員に的確に伝達されています。		

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。	㉓・b・c
<コメント> 施設の運営に関する課題は多岐にわたっており、利用者の施設退所後の進路の確保、職員の確保、そして職員の怪我防止などが含まれます。各課題に対する対策については、関連部門の職員との打ち合わせを経て、解決に向けた取り組みが進められています。		

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が明確にされている。		
④	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	㉓・b・c
<コメント> 令和3年から令和7年までの指定管理に関する計画が策定されています。この計画は、県の福祉ビジョンを基に作成されており、主に法人事務局や施設長を中心として作成されました。計画内容は、法人の理念や基本方針を考慮しつつ、利用者の権利擁護や、安心・安全の確保に関する項目を明記しています。この計画については、職員会議で全職員に説明が行われており、進捗に関しては県による事業監査を定期的に受け、計画の進行状況が確認されています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 事業計画書は中長期計画に基づき策定されています。事業計画書は利用者への支援、地域との交流、リスクマネジメント、そして人材育成などの項目が含まれており、各項目には具体的な取り組み内容、目標、そして取り組み期間が示されています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 施設では法人と連携した各推進項目に応じたワーキンググループや、施設内での各種委員会を設置しています。これらの組織内での議論や、施設内の各部署からのフィードバックを基に、現状の課題の特定や改善策の取り組みが積極的に検討されています。総務部門と連携を図り処遇部門の監督職を中心に、これらの情報を踏まえた事業計画書の作成が進められています。 事業計画書の作成は、前年の中頃から始まります。法人と県からの承認を受けた後、必要に応じて内容の一部が修正されます。完成版の事業計画書は全職員に配布され、職員会議での詳細な説明と共有が行われています。		

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。	㉗・b・c
<コメント> 毎年期初には保護者会が開催されます。出席する保護者の数は多くはないものの、この会合で事業計画の説明と配布が行われています。利用者に対しては、それぞれの係で内容を簡潔かつ理解しやすい形に書き直し、自治会や児童会での配布の他、各クラス内での掲示も行っています。利用者の理解を促すための工夫の跡が見られます。		

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。	㉗・b・c
<コメント> 3年ごとに第三者評価を受ける一方、その間の2年間は第三者評価の自己評価票を使用して全職員が自己評価を実施しています。施設サービス評価委員会が設置されており、職員による自己評価結果の分析とともに課題の特定や改善への取り組みが計画されています。		
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 ㉗・c
<コメント> 評価結果を基に、施設サービス評価委員会で改善テーマを設定しています。その後、職員会議において各職員に説明が行われ、部門ごとの具体的な改善計画が策定されます。各部門の取り組みは記録として残され、定期的に職員会議でその進捗状況が確認されています。利用者には、理解しやすい形での報告が自治会や児童会を通じて行われています。なお、改善テーマには設備面の課題も含まれており、予算の制約からすぐに取り組むことが難しいものも存在します。このような課題については、優先順位をつけながら、法人や県と継続的な協議を進めていくことも期待されます。		

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

		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。	㉗・b・c
<コメント> 施設長は半期ごとに広報誌に自らの取り組み方針を表明しており、職員に対しては職員会議や毎朝の引継ぎ会議でスーパーバイザーとして意見を伝えています。施設長としての責任や権限は、法人の事務分掌により明確化されています。さらに、出張中や不在時の役割や代行についても明確に定められています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 施設長は法人主催の研修において法令遵守に関する教育を受けています。一方、職員に対しては階層別の研修を通じて、法令遵守について指導が行われています。施設の運営が法令に準拠しているかどうかは、法人、宮城県、仙台市などからの定期的な業務監査を受けることで確認されています。また、事業計画書にはハラスメント対策、交通安全、環境配慮などの取り組みが明記され、職員に周知されています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 施設には研修委員会が作られ、法人主催の研修と並行して、施設独自の研修計画を策定・実施しています。各職員は自ら研修目標を立案し、上司との面談を通じて必要な研修目標を定めています。受講した研修は職員ごとに記録され、研修の受講漏れがないように管理されています。		
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発揮している。	㉠・b・c
<コメント> 毎年、施設では QC 活動を積極的に実施しており、今年度も啓佑学園と第二啓佑学園で、それぞれ1グループがこの活動に取り組んでいます。これらのグループ活動を通じ、毎年数々の業務改善が行われており、例として、過去の活動から「子どもたちが自ら食事の配膳や下膳を行えるような仕組みの整備」が挙げられます。このように単に業務効率だけではなく、利用者の自立に結び付くような取り組みとなっています。		

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 ㉡・c
<コメント> 施設では職員の定着に注力しており、具体的な取り組みとして、業務上のストレス軽減を目的とした相談窓口の設置、ストレスチェック、産業医との相談が挙げられます。さらに、毎年行う身上調書では、職員が業務に関する相談や意見を自由に記述できるようにしています。そして、これらの意見や相談内容が他の職員の目に触れることなく、直接法人へと伝えられる仕組みを有しています。現行の採用体制としては、正職員は法人での採用、一方、臨時職員は施設での採用となっています。社会的な福祉人材の不足から、特に臨時職員の採用が困難な状況に直面しています。人員の確保は継続的に取り組まれていますが、思った成果が得られていない状態です。今後も継続して、人材確保のための新たな工夫を織り交ぜつつ、この課題に取り組んで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> 法人では「職員研修計画」の一環として「目指す職員像」を明確に設定しています。その中で、各職員が持つべき能力や意識、そして各階層別に要請されるスキルや資質が具体的に記載されています。現行の人事考課制度では、施設長が個別面談をもとに正職員全員の評価を行っており、その結果は賞与に反映されています。一方、臨時職員に関しては、人事考課は実施されず、県の定めるルールに基づき一律の給与体系が適用されています。現在、特に臨時職員の確保が課題となっているのも、一部はこのルールがネックとなることを考慮し、新たな取り組みや工夫を行っていくことも期待されます。		
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。	①a・b・c
<コメント> 施設では、職員の勤怠管理システムにより監督職、管理職が段階的に確認し、勤務状況を正確に把握、管理しています。職員が快適に働ける環境の構築を目指しており、毎年行う身上調書を通じて、職員は意見や相談を自由に記載できます。そして、この情報は直接法人へと伝えられる仕組みが取られています。加えて、「なんでも相談室」を設け、利用者を含む職員が施設長へ様々な相談を気軽に持ちかけられるよう取り組んでいます。福利厚生に関しては、県の制度を活用できるよう整えられています。また、職員の家庭の事情やライフスタイルを尊重し、シフト調整など、ワークライフバランスを重視した施策も実施しています。		
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。	①a・b・c
<コメント> 職員は毎年、研修計画を記載し自身が身につけたいスキルや知識を申告し、上司との面談が行われています。上司は職員の研修計画の進捗確認と必要なアドバイスを行い、目標達成のための支援を行っています。		
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。	①a・b・c
<コメント> 毎年、職員は自らの研修計画を作成し、自ら習得したいスキルや知識を明記しています。この計画に基づき、上司との面談が実施されますが、その際、進捗の確認や必要に応じたアドバイスが行われています。また、職員の目標達成をサポートするための取り組みも積極的に進められています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 各職員の受講した研修は記録され、職場の異動時にも引き継がれる仕組みが作られており、紙資料とPCを通して各職員の受講した研修及び保有する資格が確認できるようになっています。また、法人の「職員研修計画」では階層別や専門職別に必要とされるスキルや知識が明記されており、研修目的や研修内容、概略の日程なども示され、各職員の状況に応じて研修の受講が指示されています。臨時職員は、法人内の他施設、施設内研修への参加、研修を受講した職員からの伝達研修を通して必要な知識を習得できるようになっています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 実習生受け入れに関するマニュアルを整備し、次世代の福祉人材の育成を目的として、積極的な受け入れを行っています。今年度も主に保育士の実習生 20 名ほどの受け入れが予定されています。実習に関しては、教員による定期的な巡回が実施され、内容に関する打ち合わせも適宜行われています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 法人のホームページでは、法人の取組み、理念、基本方針に加えて、予算や決算情報も公開しています。さらに、施設の概要やその他の取り組みについても詳細に記載されています。施設では地域への情報提供を重視し、施設の広報誌を定期的に 500 部程印刷し、各町内へ配布し回覧されています。また、苦情に関しても、解決後には申し出た本人の了解を得た上で、適切に公表する方針を取るなど、透明性の確保が積極的に行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 施設における事務処理や経理処理は、法人や県の規則などに従い実施されています。法人、宮城県、そして仙台市からの監査は定期的に行われており、更に 2~3 年に 1 度の間隔で外部監査も受けています。監査結果において指摘事項がある場合、その内容は職員全体に回覧され、必要な対応が取られています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者と地域との交流方針は事業計画書に明記されており、多様な取り組みが行われています。例として、地域の祭りへの利用者の参加や、施設の防災訓練に地域の方が参加するなど、双方向での交流が実施されています。コロナウイルスの感染が拡大する前は、地域の方々との料理教室や児童センターへの利用者の参加など、活発な交流が見られました。しかし、感染予防の観点から現在はこれらの活動を一時中断しています。それでも、クリスマスの際に地域の方々からのプレゼント贈呈など、継続的な交流は保たれています。コロナの状況次第ですが、今後、もとの活発な交流が再開されることを期待しています。		
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・㉡・c
<コメント> 事業計画書には地域連携の取り組みとして、ボランティアの受け入れが明記されています。30年以上にわたる地域住民による縫い物ボランティアや、毎年夏前の6月末ごろには、保険会社の社員約60名がプールの清掃活動に訪れるなどの協力が行われています。近年まで、近隣の複数の学生サークルとの交流も頻繁に実施され、利用者は学生たちとのふれあいを楽しんでいました。この交流はコロナとは関係なく現在は中断していますが、コロナの状況を見ながら、近隣の学校への働きかけを再度行っていくことも期待されます。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 宮城県では福祉関係の社会資源を一覧にした冊子を発行しており、施設では保護者や利用者の希望に応じて閲覧可能です。保護者（利用者）や学校、市町村、相談支援事業所、児童相談所といった関係者との協議において、利用者の現状や退所後の進路に関する話し合いが進められています。さらに、退所後を見据えた施設選びに際しては、該当のリストを基に、職員が実際に施設を訪問し、確認・支援を行っています。		

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。	㉗・b・c
<コメント> 県内の自立支援協議会や相談支援事務所との連携、さらに、隣接する宮城県発達障害者支援センター「えくぼ」と連携して、地域の福祉ニーズの把握を積極的に行っています。施設の所在地である南中山地区の社会福祉協議会は、施設長が評議員を務めており、地域の福祉状況に関する情報を定期的に収集しています。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a・㉘・c
<コメント> 施設は「子ども110番」対応事業所として、地域の子どもたちへの支援の場を提供しています。また、救命救急講習では地域住民を招き、共に訓練を行うなどの取り組みも実施しています。震災時には、近隣に住む利用者の家族を施設内で受け入れる支援も行いました。しかし、近年のコロナの影響で地域からの講演依頼や職員の出前講座の機会が減少しています。今後は、コロナの状況を踏まえ、地域住民と協議を重ねながら、新しい形の取り組みを検討していくことが期待されます。		

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・㉙・c
<コメント> 法人及び施設の理念や基本方針には、利用者を尊重する姿勢が明確に示されています。毎朝、法人の倫理綱領に基く具体的行動計画の読み合わせを行い、利用者を尊重する姿勢の確認を重ねています。さらに、職員の行動計画は毎年見直され、必要な改善が逐次実施されています。利用者を尊重する姿勢の徹底に関しては、適切に取組が行われていますが、職員の自己評価によれば、まだ浸透する余地があるように見えます。今後はその点を更に強化し、全職員がこの理念を深く理解し実践するよう努めていくことが期待されます。		

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 ㉠・c
<コメント> 施設では「具体的行動計画」において、権利擁護に関する取り組みが明確化されています。また、各種の支援マニュアルにも、利用者のプライバシーを保護する視点が組み込まれています。具体的な支援の場面でもトイレ、浴室、寝室などでは、利用者のプライバシーを尊重し、適切に確保する支援が行われています。しかし、プライバシーの確保、権利擁護、および個人情報保護という三つの概念が完全に明確化されていない部分も伺えます。この点を再確認し、職員に向けてそれぞれの概念とその重要性についての説明を強化することが期待されます。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用希望者には「園の概要」を基に、施設の取り組み内容や生活についての説明を行っています。理解が難しそうな利用希望者には、映像や写真を活用して具体的に説明を行うよう努力しています。また、希望に応じて施設内の見学も実施しています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 入所を希望する利用者には、施設の概要や取り組みに関する情報と並行して、一日の流れを詳しく示した資料が提供されます。この資料はイラストを用いて視覚的にわかりやすく作られています。現在の利用者のうち、約7割が措置入所となっていますが、契約に基づく入所を希望する利用者には、契約書、重要事項説明書をもとに詳しい説明が行われ、その後で同意を得ています。理解が難しそうな利用者には絵や映像を活用した説明を提供し、聴覚に障害を持つ利用者には文字やマカトン法を使った説明が行われています。		
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・㉠・c
<コメント> 施設を退所する際、移行先には保護者や利用者の同意を得た上で、施設における利用者の状況などを詳細に記載した申し送り書（サポートブック）を作成し、提出しています。退所後の相談が可能であることは、現在は口頭でのみ伝えています。今後、退所時に提供する資料に、退所後の相談窓口の情報を含めることも期待されます。		

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。	㉖・b・c
<コメント> 児童会や自治会で収集される利用者の意見、毎月の施設長と利用者との懇談会、施設長の「なんでも相談室」でのフィードバック、そして栄養管理委員会による食事の満足度調査など、多岐にわたる手法で利用者の満足度を定期的に確認しています。得られた結果は支援会議で検討され、適切な対応が確認されています。		
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。	㉖・b・c
<コメント> 苦情対応に関するマニュアルを作成しており、その中には苦情対応窓口、解決の責任者、第三者委員、及び行政の担当窓口等が詳細に記載されています。これらの情報は、重要事項説明書にも掲載されており、入所時に利用者や保護者へ説明しています。苦情の対応体制については施設内にも掲示しており、解決済みの苦情に関しては、関連する保護者や利用者の了解を得た上で公表することとしています。		
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。	㉖・b・c
<コメント> 児童会、自治会が毎月開催されており、職員もこれに参加し、利用者からの意見や要望を直接受け取る体制を確立しています。また、「なんでも相談室」や懇談会など、施設長と気軽に意見交換できる場も整えられています。これらの場で得られた意見や相談は、記録され、職員全体で共有されるとともに、関係部署にも連絡され必要な対応が行われています。状況によっては、県への報告を行うこともあります。希望に応じて、プライバシーを重視した静かな相談室を提供し、落ち着いた環境での相談対応も行われています。		
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。	㉖・b・c
<コメント> 利用者からの相談や意見は記録され、関連部署に報告するとともに職員全員で共有されています。緊急を要する事項は、上司や施設長への即時報告が義務付けられており、その結果、迅速な対応が行われています。また、すべての相談や意見に対して利用者へのフィードバックが実施されており、対応が難しい場合は、その理由を明確に説明しています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 日常、ヒヤリハットが発生した際、統一された様式に詳細に記録され、迅速に必要な対策が実施されています。これらの取り組みの効果は1ヶ月以内に再評価・検証され、更なる改善点があれば修正されています。具体的な事故対応の手順については、マニュアルが整備されており、事故防止のための専門委員会も設置されています。この委員会は3ヶ月ごとに定期的に会合を開き、ヒヤリハットの集計データやその対策の効果をもとに、更なる事故防止策の議論を行っています。さらに、事故を未然に防ぐための外部研修や危険予知トレーニングも定期的実施しており、全職員が事故の予防に関する意識を常に高く持つよう努めています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 感染症対策のためのマニュアルが整備されており、毎年、期初には、看護師が各部門を訪問し、感染症予防に関する研修を実施しています。施設内には、看護師を中心とした保健衛生委員会が設置され、利用者および職員の健康状態の管理を行っています。感染症の流行状況に応じて、対策の見直しを実施し、利用者の家族へも適切な情報提供を行っています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 災害に備えて、施設では災害対応マニュアルを作成しています。防災委員会を組織し、毎月の会議で災害対策や避難訓練についての話し合いを行っています。行政の発行するハザードマップによれば、施設の位置する地区は災害発生予測地域には含まれていませんが、地震や火災を前提とした避難訓練を毎月実施しています。さらに、消防署の協力を得て、年2回の総合防災訓練も実施しています。災害時に必要となる食料は、5日分を備蓄しており、栄養士が責任者となり管理しています。その他の備品については、各部門がそれぞれの状況に応じて適切に対応しています。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 支援の基本的な実施手順が確立されており、具体的な各場面に合わせてマニュアルや手順書が作成されています。これらのマニュアルは、利用者の尊重を中心とした姿勢で作成されています。全てのマニュアルはPCでデジタル管理され、同時に印刷して各部門に配置されています。これにより、必要な際、迅速に参照することが出来るよう取り組まれています。		

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。	㉓・b・c
<コメント> 支援の実施方法の見直しに関しては、各部門で毎年の期末を目処に手順の見直しを実施しており、緊急性の高い変更が必要な場合には、即時に見直しが行われます。見直した内容は、回覧や会議を通じて職員間で情報共有が行われています。さらに、これらのマニュアルや手順書の作成、及び見直しの際には、外部の専門家の意見も参考に取り入れています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 入所後1ヶ月以内にアセスメントが実施されます。啓佑学園においては、児童発達支援管理責任者が、第二啓佑学園ではサービス管理責任者がそれぞれ責任を持って個別支援計画書を作成しています。この作成過程には、他の必要とされる職員も参加しており、共同で計画を策定しています。さらに、栄養ケアマネジメントに関しては、栄養士が主体となり計画書の作成を行っています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 毎年4月および10月に個別支援計画が作成され、続く2月および8月にはその計画の見直しが行われます。この見直しの際、利用者や家族からの意見を積極的に取り入れるとともに、理学療法士や作業療法士など専門職員も参加して、より適切なサポートを実現するための議論が行われています。		
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・㉔・c
<コメント> 支援の記録は施設の統一した様式に手書きで記載が行われています。記載にバラつきが出ないよう係ごとに指導が行われています。記録はケース記録、引継ぎ簿、業務日誌など、数回にわたり同様の記載が行われています。現在、IT化も検討されていますが、予算の都合から導入には至っていません。職員の支援にかかわる事案を考慮して、導入を検討していくことが望まれます。		
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・㉔・c
<コメント> 個人情報保護規定を策定しており、新入職員は入職時にこの規定に関する研修を受け、さらに情報管理に関する誓約書を提出しています。各利用者の情報は、鍵付きのロッカーに保管されており、施設長がその管理の責任者となっています。今後、入職時以外でも職場内で継続して個人情報保護に関する勉強会など実施し、更なる情報管理の強化を行っていくことも期待されます。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の自己決定を尊重する姿勢は、毎日の朝礼で話が行われ、その実践を求めています。例えば、衣服の選択や理美容の希望など、利用者の個別の願望に応じたサービスが提供されています。利用者自身が髪形について具体的な希望を持っている場合、それを尊重し、その希望に基づく対応が実施されています。さらに、個別支援計画の作成時には、利用者の意向の確認が適切に行われており、コミュニケーションが困難な利用者に対しても、それぞれの状況を考慮した適切な支援が提供され、利用者の意向の確認が行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の権利擁護については「具体的行動計画」に明記され、主に身体拘束や虐待の防止といった面で取り上げられ、利用者や保護者への周知が行われています。職員向けの研修では具体的な事例を取り上げて行われています。万が一、施設内で利用者の権利を侵害する行為があった場合に備え、対応の規定が設けられています。そのような事態が発生した際には、直接法人の窓口に通報する制度が整備されており、行政に対する報告の手続きも定められています。		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の自律・自立生活のための支援は、すべて個別支援計画に記載されています。利用者や家族の意向をもとに日中活動や生活における自律・自立生活を目指した目標が定められ、それぞれに対する具体的支援内容が決められ実行されています。支援内容によっては医療関係者や療法士などと協力のもと支援が行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の状況に応じたコミュニケーション手段を通じて利用者の希望や意見の聴取が行われています。聴力に課題がある利用者には筆談や手話を使用し、理解力に課題がある利用者には絵や映像などを使用して確認などが行われています。		

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。	㉓・b・c
<コメント> 相談はいつでもどの職員にでも話せることを利用者に伝えるとともに、職員全員がコミュニケーションに関する研修を受けています。これにより、利用者との円滑なコミュニケーションが保たれ、信頼関係を築くことができ、利用者が安心して相談できる環境が整っています。また、毎月施設長との懇談会を開催しており、利用者と施設長の直接のコミュニケーションの場も確保しています。さらに、「なんでも相談室」の設置により、様々な意見や相談に応じる体制も確立しています。受け取った相談内容には、職員会議や関連部門で迅速な検討と対策の取り組みが行われています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 啓佑学園の利用者は平日の日中は学校生活を送っています。下校後、休日にはダンスクラブ、カラオケ、野球、ドライブ、調理など、様々な活動を自由に選び楽しんでいます。一方、第二啓佑学園では、利用者の個別の状況や希望に合わせた活動が提供されており、必要に応じて職員からの支援も行われています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 現在、施設に入所する利用者の約7割が措置入所であり、何らかの課題を持った利用者が多く、職員はより専門的な知識を持ち対応していくことが求められています。このため、職員は強度行動障害支援者養成研修、アンガーマネジメント研修など多様な障害に対応した専門研修を受講しています。センター内にある宮城県発達障害者支援センター「えくぼ」の職員より自閉症についての研修も行われています。さらに、利用者に適切に対応するため施設内には、理学療法士や作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士、管理栄養士など専門職員が配置され、それぞれ定期的に研修が行われ、より適切な支援が行われるように取り組まれています。		
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・㉔・c
<コメント> 利用者の個別の状況に応じて、栄養士とも連携し調理方法などを工夫した食事が提供されています。作業療法士（OT）、理学療法士（PT）と連携して、食事の際のスプーンの形状などの工夫も進めています。さらに、排泄時や移動・移乗時の支援も継続的に提供されています。入浴に関しては、一般的な浴槽が使用されており、重度の障害を持つ車いす利用者の入浴時は、職員が必要に応じてマッスルスーツなどを利用し、身体を支える形での対応が行われています。利用者の状況に応じた浴槽を設備するなど今後の課題として期待されます。		

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> 各部屋の温度と湿度はセントラル空調方式で管理されており、日々業者による清掃で清潔な環境が維持され、利用者の安心につながっています。部屋のタイプは、4人部屋、2人部屋、そして1人部屋と多様です。利用者からのアンケートや面談の結果から、施設での生活に関してはおおむね満足している状況が伺えました。		
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> 個別支援計画に基づき機能訓練や生活訓練が行われています。施設内の作業療法士（OT）、理学療法士（PT）による歩行訓練などの取り組みや、隣接する宮城県発達障害者支援センター「えくぼ」の専門相談員の助言を得ながら療育も行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の健康管理は十分に考慮されており、小児科医や内科医による健康相談が毎週、精神科医や歯科医による相談が毎月行われています。加えて、年に2回の定期健康診断が実施され、その結果はすべて健康記録に詳細に記載されています。日常的な健康管理としては、毎日の検温と排泄の記録がとられています。さらに、利用者の健康を保持するため、保健衛生委員会が設置されており、四半期ごとに利用者の健康に関する打ち合わせが定期的に行われています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 保健衛生委員会が設置されており、利用者の健康に関する取り組みとして定期的な検討・打ち合わせが行われています。事業計画書にも、「健康利用サービス」として具体的な取り組みが記載されています。利用者の服薬管理は看護師が責任を持っており、薬は鍵付きのロッカーに安全に保管されています。服薬の際には、職員との確認を経て提供される体制が整っています。さらに、アレルギー疾患を持つ利用者に対しては、医師の指導に基づき特別な対応食が提供されています。アレルギー対応食は、トレイや食器の色を変え、他の食事と明確に区別して提供されています。		

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。	㉗・b・c
<コメント> 利用者の外出や外泊は、施設長の許可を得ることで可能です。特に措置児童の場合は、外出や外泊の前に児童相談所への確認が必要とされています。また、外部でのアクティビティ、例えばソフトボールの練習や試合なども認められています。学業面では、利用者が宿題や受験勉強を行う際には、職員による学習支援が提供されています。		
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。	㉗・b・c
<コメント> 利用者が退所後の地域生活を希望する際には、情報提供を行っています。主に利用者はグループホームへの移行を希望しており、そのための支援も充実しています。具体的には、地域での生活に向けた訓練や、グループホームへの移行に関する見学や体験入所、手続きなど、幅広い支援が行われています。過去3年間で約10名の利用者がグループホームへ移行しており、移行後の相談やサポートも継続して提供しています。		
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 ㉗・c
<コメント> 以前は家族参加型のイベントが頻繁に行われていましたが、コロナの影響により開催は中断しています。保護者会には役員を含め数名の保護者が参加し、面会時には家族と職員のコミュニケーションがとられています。今後はコロナの状況を考慮しながら、イベントを復活させるなど、家族との交流の機会を増やす取り組みが期待されます。		

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。	㉗・b・c
<コメント> 子どもの発達過程を評価するために、Vineland 検査や心理判定記録を使用しています。これらの指標を基に、最適な支援方法を検討しています。さらに、専門医の助言を取り入れて、具体的な対応を行っています。		

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。	a・b・c
<コメント> 対象外		
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		