# 第三者評価結果

①第三者評価機関名

| |
|---|
| 株式会社　tsunagu |

②施設・事業所情報

| | |
|---|---|
| 名称：　ライフクリエートかほく | 種別：　生活介護、就労継続支援B型、短期入所 |
| 代表者氏名：管理者　岡田　文貴 | 定員（利用人数）：　生活介護：２０名（２７名） |
| 所在地：石川県かほく市七窪ハ7番地１ | 就労継続支援B型４０名（４７名）、短期入所６名 |
| TEL：076-283-7100 | ホームページ：http：//www.shionkai.or.jp/ |

【施設・事業所の概要】

| | | |
|---|---|---|
| 開設年月日　２００７年４月１日　(平成１９年) | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：　社会福祉法人　四恩会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：　25　名 | 非常勤職員：　18　名 |
| 専門職員 | （専門職の名称）社会福祉士　６名 | 看護師　２ 名 |
| | 介護福祉士　10　名 | 栄養士　２ 名 |
| | 精神保健福祉士　２ 名 | 調理師　２ 名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等） |

③理念・基本方針

〈法人経営理念〉

ミッション（社会に果たすべき役割）

我々は、福祉を必要とする全ての方々へのサービス向上及び地域福祉向上のために事業をする。

ビジョン（事業を通して実現したいこと）

我々は、ひとりひとりの「幸せ」を共に考え、それを地域の中で実現できるよう支援し、真のノーマライゼーション社会を構築する。

法人にとって

利用者、地域社会の幸福を叶えることが、当法人が存在する社会的意義であり使命であると確信する。

〈ライフクリエートかほく基本方針〉

１．総合的、包括的支援により、利用者個々の環境の構築と自己実現をめざします。また職員の資質向上に取り組み、その優れた技術をもって支援します。

２．提供する生産・創作活動を通じ、生きがいと誇りをもった社会参加を支援します。

３．ノーマライゼーションと権利擁護に立脚し、積極的な地域貢献、障害者の分け隔てのない共生社会を創造するよう努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

〈就労継続B型〉　定員４０名

１人ひとりの仕事に対する思いを大切にし、その人に応じた必要な支援を求めることができます。

就労活動：弁当班・パン班・豆腐班・レストラン（喫茶）・購買事業（ﾊﾆｰｺｰﾑ）・内職事業・受託事業を行っている。

〈生活介護〉定員20名
一人ひとりが必要な介護や支援を受けながら、グループ活動や個々での活動を楽しむことができます。

〈相談支援〉

障害のある方ご自身やご家族等からの相談に応じ、必要な支援を行います。

〈短期入所〉定員6名

ご家族の病気その他の理由で必要な場合に、短期間宿泊を受入れ、必要な介護や支援を行います。（長期滞在には対応不可）

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---|---|
| 評価実施期間 | R8 年 1 月 27 日（契約日）～<br>R8 年 5 月 27 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | ２ 回　（　２０１９年度　） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

●ホームページや施設・事業所での閲覧・掲示、広報紙の発行等を通じて、事業運営に関する情報を積極的に発信していることがうかがえる。また、人材育成については、各施設・事業所ごとの研修計画や人事考課、個別研修計画の導入等により継続的な育成体制を整えていることに加え、キャリアパス一覧表が明確に整備されており、職員一人ひとりが自らの役割や成長の道筋を描きやすい仕組みとなっている。こうした情報公開の取組と人材育成の仕組みづくりは、事業所の安定した運営とサービスの質の向上につながっている。

●地域への還元の取り組みとして、地域住民を招いた周年祭やパン教室を開催している。かほく市主催の「小中学校等に対する福祉教育プログラム検討会」にも参加しており、そこで事業所紹介や福祉の理解を深めるよう講演活動も行っている。また、「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協定」に基づき、福祉避難所として指定されており、地域住民を交えての避難訓練や、災害ボランティアにおける災害時支援活動を行っている。

●障害についての法人研修、外部研修、OJTを実施し、障害や精神的な疾患等についての専門的な知識の習得を図っている。個別的な対応が必要な利用者には部屋を仕切り、ひとりで落ち着ける環境を提供している。家族からも配慮のポイントを伺い、職員間で手順書等で共有し環境整備も行っている。利用者間は関係性を考慮した食事・送迎時の座席の調整を行っている。また普段は一緒でも落ち着かない時には個別で送迎するなどの配慮も行っている。

◇改善を求められる点
●ボランティア受入手順書は確認できたが、登録手続きやボランティアの配置等の記載や実践は見られなかったため、有事の際のトラブルを防ぐ観点から、一連の手順について再検討し、手順書の追加・見直しがなされることを期待する。

●引継ぎ文章や口頭伝達の内容を確認したが、連絡相談窓口や担当者の記載がなかったため、今後はそうした内容を記載し配慮されることを期待したい。

●医療的な支援に関する職員研修や個別指導は行っていないということで今後が期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、２回目の受審となりました。第三者評価機関の方々に専門的、客観的な視点で見ていただき、一定の評価をいただけたと感じております。しかしながら、前回と同様の改善を求められる点もあるため、職員間で情報を共有しマニュアルや手順書等の見直し検討・改善が必要。

また、医療的な支援の他、今後のサービスの質の向上のため職員への支援の質などを高める研修などを行い改善を図っていきたい。

評価していただけた点については、今後もより良いサービスの提供を目指して努力していきたいと考えています。

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【共通評価基準】

（別紙）

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

Ⅰ－１　理念・基本方針

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－１－（１）　理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | |
| | 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 | 理念・基本方針については、法人理念・基本方針及び事業所の理念・基本方針が、パンフレットやホームページに掲載されていることを確認した。また、法人理念及び基本方針は事業所玄関に掲示され、重要事項説明書にも記載されているほか、回覧資料のサイン欄にも掲載されており、職員が日常的に理念を意識できるよう工夫されている。職員への周知については、新任職員研修において法人理念や倫理綱領等の周知徹底が図られており、加えて職位・職責に応じた初任者研修、チームリーダー研修等の法人内研修の実施が確認できる。複数の媒体と研修機会を通じて、職員及び利用者等への周知が図られている。 |

Ⅰ－２　経営状況の把握

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | |
| | 2 | ①　事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | ａ・ｂ・ｃ | 事業経営をとりまく環境や経営状況については、法人本部において隔月で事務局会議を開催し、社会福祉事業全体の動向や地域の福祉施策等に関する情報の把握に努めている。また、管理者会議では、法人本部が事業所の管理者と面談を行い、現状と課題を共有し、前年度の分析を踏まえながら次年度の方針を確認している。協議内容としては、人員体制、事業継続計画策定状況、建物設備機器車両等の状況、電気代・燃料費・日用品費等の削減計画などが挙げられる。加えて、各施設・事業所の利用実績一覧が整理されており、延利用者数、利用率、前年比等のデータに基づく利用動向の把握が事業報告書から確認できた。 |
| | 3 | 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 | 経営課題については、管理者会議や毎月の利用実績集計等を通じて把握・分析した内容をもとに、職員全体会議で出された意見も踏まえて整理し、事業計画に反映したうえで、理事会及び評議員会に諮っている。また、事務局会議においても継続的な状況把握と分析を行っており、課題の共有と改善に向けた取組が進められている。 |

Ⅰ－３　事業計画の策定

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 中長期計画は、「社会福祉法人四恩会総合事業計画」の中に位置づけられており、法人のミッション、ビジョン及び基本方針を踏まえ、長期基本計画・構想、中期基本計画、短期計画へと段階的に整理されている。長期基本計画・構想では将来構想計画（案）の策定やITデジタル化、AIロボット導入等の方向性を示し、中期基本計画では入所施設の増築整備や耐震化整備、グループホームの新築移転整備等を位置づけ、さらに短期計画では能登半島地震に伴う敷地舗装復旧事業、見守りカメラ整備、送迎用マイクロバス整備等の具体的な取組に落とし込んでいる。加えて、今年度の重点目標として自然災害及び感染症を含めた事業継続計画、訓練の推進を掲げており、外的・突発的な変化にも対応できる計画となっている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 5 | 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 | 単年度計画についても、「社会福祉法人四恩会総合事業計画」の中で中長期計画との整合が図られている。年度末には管理者会議等を通じて課題整理を行い、その内容を踏まえて単年度の重点目標や短期計画を策定している。令和7年度においては、自然災害及び感染症を含めた事業継続計画・訓練の推進、業務効率化の推進、人材確保策の検討及び具現化を重点目標とし、敷地舗装復旧事業、見守りカメラ整備、送迎用マイクロバス整備等の具体的な取組が位置づけられている。 |
| Ⅰ－3－（2） 事業計画が適切に策定されている。 | | | | |
| | 6 | 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 | 事業計画の実施状況については、職員全体会議、事務局会議及び管理者会議において把握している。また、職員全体会議には法人本部職員も参加し、職員から出された意見を集約・反映していることが会議録から確認できた。こうした会議体を通じて、事業計画の策定、実施状況の把握、評価・見直しが組織的に行われるとともに、職員への周知と理解促進が図られている。 |
| | 7 | 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 | 事業計画については、広報紙「ライフクリエートかほく サービス向上委員会」を通じて、今後の取組予定、法人理念、基本方針及び制度改正を踏まえた支援の方向性等を利用者等に分かりやすく周知していることが確認できた。広報紙の内容は、事業計画の主な内容や事業運営に関わる重要事項を利用者等に理解しやすい形で伝えるものとなっており、利用者等への周知と理解促進に向けた取組が図られている。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 福祉サービスの質の向上に向けて、過去に第三者評価を受審し、その評価結果を踏まえながらサービスの改善に努めている。また、年1回、利用者に対して満足度調査をアンケート形式で実施し、その集計結果を職員にフィードバックするとともに、委員会だよりにも掲載・配付し、支援の質の向上につなげていることが確認できた。<br>また、「サービス向上委員会」を設置し、アンケート結果を基に改善に取り組むとともに、広報誌を通じて利用者へのフィードバックも行っている。 |
| | 9 | 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 | 評価結果に基づく課題の明確化と改善については、過去の第三者評価の受審や利用者満足度調査等を通じて把握した課題をもとに、組織的な改善に取り組んでいる。「サービス向上委員会」を中心として、年1回、利用者に対して満足度調査をアンケート形式で実施し、その集計結果をまとめ、職員にフィードバックするとともに、委員会だよりに掲載・配付することで、課題の共有と利用者への周知を図っている。アンケート結果や日常の支援状況を踏まえながら、情報共有及び対策・改善策の周知徹底と研修を継続的に実施している。さらに、法人として、法人内各事業所で外部評価を受審し、評価結果を次の改善につなげる体制が整えられている。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ－1－（1） 管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
| | 10 | 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 | 管理者を含む職務分掌等については、「職務分担表」及び「運営規程」により明確にされていることが確認できた。また、「業務別担当者表」を作成し、日常業務、会議及び各委員会における担当者並びに管理者の関与を明らかにしている。さらに、サービス向上委員会、保健・給食委員会、事故・防災委員会が発行する「おたより」に「管理者より」の欄を設け、管理者の役割と責任を利用者及び家族に周知している。加えて、災害・事故等の有事や管理者不在時の権限委任については、「災害時緊急時対策規定」により明確化されている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 11 | 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 | 管理者が遵守すべき法令等については、「社会福祉法人四恩会関係事業法令遵守一覧」により把握している。また、取引関係者や行政等利害関係者との適切な関わりについては、「経理規程」及び「就業規則」に基づき確認している。さらに、管理者は毎年法人研修に参加し、法令等に関する最新情報の把握に努めており、今年度は「虐待防止」「ハラスメント」「リスクマネジメント」に関する研修を受講している。加えて、かほく市自立支援協議会や七尾市の社会福祉審議会等への参加、県障害福祉課、福祉医療機構、全国社会福祉法人経営者協議会等からの情報収集を通じて、必要な法令や制度の動向を把握し、適切な対応につなげている。 |
| Ⅱ ー 1 ー （ 2 ） 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
| | 12 | 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 | 管理者が中心となって月1回「サービス向上委員会」を開催し、福祉サービスの質の向上に向けた取組を進めている。今年度は6月に満足度調査を実施し、8月の会議においてアンケート結果の集計及び考察を行っている。また、6月25日には「無関心ではいけない！障害者の人権」に関するDVDを用いた内部研修を実施し、全職員が視聴している。さらに、サービス向上委員会以外の保健・給食委員会、事故・防災委員会等の取組状況についても全体会議で報告を受けるとともに、担当職員等の意見聴取を行っている。加えて、月1回開催される全体会議のレジュメは管理者が作成しており、福祉サービスの質の向上に向けた取組に指導力を発揮している。 |
| | 13 | 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 | 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、数か月ごとに事業ごとの平均利用者数算出シートや平均障害程度区分算出表等を作成し、現状分析を行っている。また、年度末には次年度の勤務体制一覧表を作成し、管理者会議において報告したうえで、次年度の体制整備につなげている。さらに、「勤務意向調査票」を活用し、継続勤務の意向、配置転換、勤務時間の変更、長期休暇の希望等を把握するとともに、必要に応じて面談を実施し、人員配置や働きやすい職場環境づくりに反映している。 |

Ⅱ ー 2　　福祉人材の確保・育成

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ ー 2 ー （ 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 | 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 | 必要な福祉人材の確保・定着に向けた考え方については、事業計画の中に位置づけられており、法人全体として人材確保策の検討及びその具現化を重点目標として掲げている。また、人員体制については、法人本部及び事務局会議において有資格者の状況を把握・管理し、必要な配置に向けた検討を行っている。採用活動については、石川県福祉の仕事マッチングサポートセンター（福サポいしかわ）やハローワークを活用して人材確保に取り組んでいる。事業所においては、人材育成と定着が喫緊の課題であることを踏まえ、計画的な確保・定着に向けた取組を進めている。 |
| | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | (a)・ b ・ c | 総合的な人事管理については、法人の期待する職員像を「職員倫理綱領及び行動規範」において明確にし、利用者の人権尊重、自己決定の尊重、差別の禁止、プライバシーへの配慮、専門性の向上等を職員に求める姿勢を示している。また、事業計画では、権利擁護を基盤とした人材育成及び定着の重要性を明記し、人事考課による評価分析を実施することとしているほか、処遇改善キャリアパス要件の達成検討会を年1回位置づけており、理念・基本方針に基づく期待する職員像の明確化と、人事考課・処遇改善を踏まえた総合的な人事管理が行われている。 |
| Ⅱ ー 2 ー （ 2 ） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | |
| | 16 | 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組んでいる。 | (a)・ b ・ c | 職員の就業状況や意向の把握については、毎年12月に意向調査を実施し、異動や勤務上の要望がある職員については、その内容を基に面談を行っている。また、翌1～2月には1次、2次の人事考課を実施し、その結果を2月中旬のフィードバック面談において本人へ伝えている。こうした定期的な調査と面談を通じて、職員の就業状況や意向を把握し、必要な支援や人員配置の見直しにつなげている。加えて、事業計画では、人材定着に向けてより働きやすい職場環境の推進を掲げるとともに、福利厚生事業として職員のメンタルヘルスを最重視し、職員の要望を反映した各種リフレッシュや職場環境改善事業を進めることとしている。さらに、事業所では介護ロボット補助金を活用して介護補助機器を導入し、職員の介護負担軽減を図っており、働きやすい職場作りに継続して取り組んでいる。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 職員一人ひとりの育成に向けては、新規採用者育成計画やキャリアパス一覧表を整備するとともに、OJTチェックシート、OJTノート等を活用し、段階的な育成目標の設定と確認を行っている。また、人事考課やフィードバック面談、随時面談を通じて、職員一人ひとりの状況や課題を確認し、育成につなげている。さらに、事業計画においても、権利擁護を基盤とした人材育成及び定着の重要性を明記し、人事考課による評価分析を実施することとしており、職員一人ひとりの育成に向けた取組が進められている。 |
| | 18 | 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)・ b ・ c | 職員の教育・研修に関する基本方針及び計画については、「四恩会総合研修制度実施計画」を大きな指針として位置づけ、初任者研修、中堅職員研修、チームリーダー研修等、職位に応じた研修を体系的に実施している。また、新任職員に対しては、採用後1か月以内を目途に、法人理念、倫理綱領、ハラスメント、BCP計画及び就業規則等に関する研修を実施している。さらに、法人研修委員会が中心となって法人総合研修を運営するとともに、キャリアパスに応じた教育・研修を継続的に行う体制が整えられている。 |
| | 19 | 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 | 職員の教育・研修に関する基本方針及び計画については、「四恩会総合研修制度実施計画」を大きな指針として位置づけ、初任者研修、中堅職員研修、チームリーダー研修等、職位に応じた研修を体系的に実施している。また、新任職員に対しては、採用後1か月以内を目途に、法人理念、倫理綱領、ハラスメント、BCP計画及び就業規則等に関する研修を実施している。さらに、法人研修委員会が中心となって法人総合研修を運営するとともに、キャリアパスに応じた教育・研修を継続的に行う体制が整えられている。 |
| 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 | 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 | 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成については、「実習生受け入れマニュアル」を策定し、その中で受け入れに関する基本方針を明確にしている。また、実習指導者は社会福祉士実習指導者講習会を修了しており、受け入れ体制の整備が図られている。実習については、社会福祉学科や保育学科から受け入れを行い、それぞれの実習内容に応じた個別の実習プログラムを作成している。さらに、実習受け入れにあたっては、職員向けに「施設実習の受け入れにかかるオリエンテーション時説明事項」を作成し、実習生の一日の流れを示すなど、円滑な受け入れと実習効果の向上に取り組んでいる。 |

Ⅱ － 3　　運営の透明性の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 運営の透明性を確保するため、法人ホームページに「情報公開」ページを設け、各年度の事業内容等を公表している。また、現況報告書においても、事業報告や財産目録等の公表に取り組んでいることが確認できた。さらに、総合事業計画では、HPや施設・事業所での閲覧、掲示による情報公開を積極的に進める方針を示している。加えて、かほく市の委託相談事業の窓口を担っており、地域の相談支援体制の一端を担う事業所として情報発信を行っている。地域への周知という点では、かほく市広報に事業所の取組が掲載されており、活動内容を地域住民に分かりやすく伝える工夫もみられる。 |
| | 22 | 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 | 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に向けて、定款及び経理規程を整備し、ホームページ上でも公開している。また、経理規程において、統括会計責任者、会計責任者及び出納職員の配置や報告系統、内部監査、計算書類の公開、契約事務等に関するルールを定め、職務分掌と権限・責任を明確にしている。さらに、事業報告書からは、理事会、評議員会及び監事監査が適切に実施されていることが確認できる。加えて、会計に関しては外部の税理士によるダブルチェックを受けるとともに、財務会計に関する事務処理体制の向上に向けた支援を受けており、決裁についても法人本部と連携しながら適正に行っている。 |

Ⅱ － 4　　地域との交流、地域貢献

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 4 － （ 1 ） 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | |
| | 23 | 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。 | (a)・ b ・ c | 経営理念に「福祉を必要とする全ての方々へのサービス向上及び地域福祉向上」「ひとりひとりの幸せを共に考え、それを地域の中で実現できるよう支援」と明文化されており、ホームページにも掲載されている。地域の社会資源は、民生委員と協働し、かほく市内の食べる・学ぶ・遊ぶ等ジャンル別にバリアフリー対応の店を一覧化した「よかよかガイド」を作成し、事業所内の喫茶店に設置している。その他、社協イベントや卓球大会、フライングディスク等のレクリエーション活動の案内を、利用者が行き来する情報コーナーや掲示板にて発信している。また、周年祭やパン教室を開催しており、地域の方も参加し、交流につながっている。 |
| | 24 | 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 | 「ボランティア受入手順書」を作成し、ボランティア受入に関する基本姿勢を明文化している。地域の学校教育等への協力については「職員倫理綱領」で基本姿勢を明文化している。ボランティアに対して利用者との交流を図る視点で必要な研修はOJT研修として行っており、研修報告と全体会議での伝達研修を実施している。また、地域の幼稚園や学童等にパン給食の提供や特別支援学校からの実習受入等、学校教育への協力を行っている。ボランティア受入手順書は確認できたが、登録手続きやボランティアの配置等の記載や実践は見られなかったため、有事の際のトラブルを防ぐ観点から、一連の手順について再検討し、手順書の追加・見直しがなされることを期待する。 |
| Ⅱ － 4 － （ 2 ） 関係機関との連携が確保されている。 | | | | |
| | 25 | 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。 | (a)・ b ・ c | かほく市基幹センターが作成した「かほく市障害福祉事業所マップやバリアフリー対応状況を記載した、かほく市内で利用できる社会資源の一覧表である「よかよかガイド」を作成し、事業所内の喫茶店に設置している。ガイドには、「身体障害者用トイレ」「車いす用駐車場」「駐輪場」「エレベーター」「喫煙所」等の対応状況が確認できる。市役所、民生委員、ライフクリエート職員、市内の福祉事業所職員が協働でガイドを作成しており、地域の関係機関・団体の共通した問題に対して取り組みを行っていることが確認できた。また、自立支援協議会の取り組みとして、年2回、しごと部会が開催されており、かほく市の障害事業所が集い、社会資源等の情報交換や課題共有、そして、問題解決の場にもなっている。 |
| Ⅱ － 4 － （ 3 ） 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | |
| | 26 | 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。 | (a)・ b ・ c | 地域への還元の取り組みとして、地域住民を招いた周年祭やパン教室を開催している。かほく市主催の「小中学校等に対する福祉教育プログラム検討会」にも参加しており、そこで事業所紹介や福祉の理解を深めるよう講演活動も行っている。また、「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協定」に基づき、福祉避難所として指定されており、地域住民を交えての避難訓練や、災害ボランティアにおける災害時支援活動を行っている。 |
| | 27 | ② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | (a)・ b ・ c | 令和7年度の総合事業計画の中で、施設・事業所機能の専門性と地域貢献推進として、事業所の資源を活用した柔軟かつ適切な地域貢献を積極的に展開することを明記している。また、市の相談支援センターへ委託職員として施設の職員が出向し、また、市主催の「かほく市事業所連絡会」の研修に毎月参加しており、その中で福祉ニーズの把握を行っている。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | － 1 － （ 1 ） 利用者を尊重する姿勢が明示されている | | | | |
| | | 28 | 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 | 理念の中に「ひとりひとりの【幸せ】を共に考え、それを地域の中で実現できるよう支援」とあり、利用者尊重の考えが職員に周知されている。また、「職員倫理綱領及び行動規範」を定め、職員一人ひとりに配布し周知されている。その他にも、回覧物の確認印をする用紙の下部には、法人理念や基本方針、個人情報保護、支援目標が記載されており、日常的に常に目にすることができる環境である。サービス提供時の場面ごとの利用者の尊重については「介護生活支援マニュアル」に明記されており、利用者への尊重や人権への配慮について記載されている。また、年1回20項目ある「職員チェックリスト」を用いて現状を把握し、サービス向上委員会で検討され、必要な対応が図られる。<br>参集型の虐待防止研修に管理者が参加し、月１回開催されている、全職員が参加する全体研修にてフィードバック研修を行っている。 |
| | | 29 | 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 | プライバシー保護については、介護・生活支援マニュアルの「はじめに」の部分に記載がある。虐待防止等の権利擁護については「虐待防止・拘束禁止マニュアル」が作成されている。プライバシー保護については初任者研修の時に研修を実施し、虐待防止については、法人内部に虐待防止推進体制を築き、虐待防止委員会で防止に向けた取り組みを行っている。具体的取り組みとして、年1回の体制整備チェックリストを実施している。日常的に、トイレや脱衣所入り口にはカーテンを付け、おむつ交換の際にはついたてを使用するなど、他者の目にさらされない配慮を実践している。ホームページ上にも「個人情報保護に関する方針（プライバシーポリシー）」として掲載し、外部にも発信している。 |
| 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 | 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 | 事業所のパンフレットは、かほく市相談支援センターに配置してあり、理念や基本方針とともに、写真を多く使い、大切な内容箇所は文字を大きくしたり、太字にするなど、事業所のサービス内容を分かりやすく伝えている。様々な障害特性があるため、理解度に合わせ、紙に「YES」「NO」で示せるような配慮を行うこともある。また、ホームページでも写真を使い誰にでもわかりやすい内容となっている。事業所の見学だけでなく、就労継続支援では実際に体験してもらい、自分に適した作業を選択してもらっている。 |
| | | 31 | 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 | サービスを利用する前には、見学対応は必ず行い、実際に作業を体験してもらい利用者・家族に決定してもらっている。サービス開始前に、重要事項説明書やパンフレット、ご利用にあたっての連絡事項等で説明して契約を締結している。<br>また、利用にあたり、配慮してほしいことや要望等を必ず確認している。個別支援計画には、意思決定に関する内容を必ず入れるというルール決めを行っており、意思決定が困難な方への配慮がなされている。 |
| | | 32 | 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 | 利用者引継ぎ文書をその都度作成し、他の事業所へ移る場合や、他の事業所から受け入れる場合の対応を行っている。サービスが終了した場合にも、事業所としての連絡相談窓口を設置して、口頭で利用者へ伝えている。引継ぎ文章や口頭伝達の内容を確認したが、連絡相談窓口や担当者の記載がなかったため、今後はそうした内容を記載し配慮されることを期待したい。 |
| Ⅲ | － 1 － （ 3 ） 利用者満足の向上に努めている。 | | | | |
| | | 33 | 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 | 年1回、アンケート調査による利用者満足度調査も実施している。調査結果はサービス向上委員会で分析・検討され、改善の取り組みを行い、その活動報告はお便りで利用者、家族へ周知している。アンケート集計では、接遇や権利擁護に関する内容が多く、こうした結果を踏まえ、適宜内部研修の開催につなげている。また、アンケートとは別に、親が結成した「スマイル親の会」の総会に職員も参加し、家族の意見や要望を聞いている。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 | 石川県福祉サービス運営適正化委員会のポスターに苦情の体制が記載されて、情報コーナーの目につき所に掲示している。重要事項説明書にも記載があり、契約時には苦情体制についての説明している。意見箱やアンケート調査等もあるが、日常的には利用者送迎時に家族から直接に意見をもらうことが多い。苦情や意見は「苦情・意見・要望受付書」で記録して検討を行っている。苦情等の内容や解決結果については、各事業所の事業報告書により開示が行われている。苦情解決等については、サービス向上委員会が支援の質の向上の一環として担当している。第三者委員も年4回開催し、サービス管理責任者が対応し、挙がった意見等を全体会議にて共有し、その後サービス向上委員会につなげている。 |
| | | 35 | 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 | 専用の相談室があり、ガラス戸の入り口には外部から顔がわからないようにフィルムが貼られ、プライバシーに配慮している。また、ガラス戸も気になる方には、ショートステイの部屋が空いていれば、この場所を使用し、完全個室でプライバシーの守られた環境で対応することもある。重要事項説明書に相談窓口、第三者委員、県の窓口が記載されており、契約時に説明し、周知に努めている。 |
| | | 36 | 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 | 法人の苦情解決規程が作成され、話し合いは14日以内に、解決結果は30日以内に、など苦情解決に向けた詳細が書かれている。利用者との相談は相談室で個別に行い、面接記録として保管している。利用者の意見は、意見箱の設置やアンケート調査の実施、グループワークでの聴取等により把握している。利用者からの相談・意見については、サービス管理責任者が一義的には対応するが、虐待防止、権利擁護等も含めてサービス向上委員会が対応を行い、委員会の便りで取り組みの報告を行っている。 |
| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 | 災害事故対策委員会を年4回開催している。夏場の脱水や冬場の転倒事故など、時期的に危険と思われる内容を発信している。その他、ヒヤリハットや事故の分析や再発防止策の検討を行っている。今年度は、内部研修によるリスクマネジメント研修として、誤嚥・送迎時の発作対応について学習している。こうした委員会の取り組みは、おたよりや防災便りにて利用者・家族へ発信している。 |
| | | 38 | 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 | 感染症・食中毒に関する対策マニュアルがあり、発生時の責任者が明記され、対応策の流れもフローチャート化されている。保健衛生委員会が担当部署となり、感染症等のリスクマネジメントを行っており、毎年マニュアルの見直しも実施している。マニュアルは各部署に設置され、回覧と研修により職員への周知を行っている。予防策の取り組みとしては、1時間おきの換気（その都度館内放送がある）、手指やテーブルの消毒、うがいを徹底している。委員会の活動は「保健衛生だより」で利用者、家族へ伝えている。 |
| | | 39 | 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 | 事業継続計画が作成され、防災マニュアルには各種災害に対する対応体制が明記されている。かほく市のハザードマップ等を参考にして、事業所が立地する特性に配慮したマニュアルとなっている。マニュアルには避難や安否確認の方法も明記され、全職員に担当の割り振りを行っている。備蓄リストも作成され、防災委員が担当責任となっている。消防署立ち会いの火災通報訓練のほか、水害対策や地震など災害の種類に応じた訓練や研修を実施している。 |

Ⅲ － 2　　福祉サービスの質の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 介護・生活支援マニュアルに標準的な実施方法について記載されている。マニュアルの初めの部分に、「すべての介護動作・生活支援に関してはプライバシーの保護に十分に配慮する」ことが明記されている。マニュアルはいつでも見ることができるよう配備されているほか、マニュアルを職員に配布し、OJT等により周知が行われている。マニュアルに沿ったサービス提供が行われているかは、サービス管理責任者が各部署の毎月の会議にて確認している。 |
| | 41 | 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 | 施設に関する全マニュアルは、年1回必ず検証・見直しすることが決められている。<br>個別支援計画については、全体会議や就労会議等で検討を行っている。マニュアルの実施確認は、サービス管理責任者が各部署の会議で実施している。 |
| 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 | 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 | 契約書には、個別支援計画策定の責任者は、サービス管理責任者と明記されている。サービス管理責任者は、相談支援専門員と連携して計画を作っている。アセスメントは8つの領域と3つの就労移行支援のためのチェックシートから構成されている。個別支援計画には、作業や地域生活移行、就労移行等についての一人ひとりのニーズが明記されている。個別支援計画の立て方には「利用者中心」で、自身で問題を解決するために、支援者をうまく利用できるように関わると書かれている。これを基本に、家族、サービス管理責任者、関係職員等が連携して支援計画を作成している。モニタリングは支援計画の短期目標について、6か月ごとに支援担当職員とともに実施している。 |
| | 43 | 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 | 担当職員とサービス管理責任者が参加する毎月の会議や、モニタリング等で見直しの必要性について検討している。見直しにより計画が変更された場合には、毎月の会議や、回覧により計画を周知している。モニタリングでは、仕事は最近どんな様子か、これからやってみたいことは何か等、具体的に心情を聞き取りながら、目標に対する充足度や達成されていない場合にはその原因の分析を行い、その都度利用者に確認をとっている。 |
| 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 | 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 | 申し送りとは別に、日報は毎日、職員→サービス管理責任者へという流れで回覧され、事務所で管理している。記録方法は、記入要綱を作成して記録が確実に行われるようにしている。記録ファイルには、記録の書き方の見本も綴られており、職員間での記録の差異が起こらないよう工夫している。また、パート職員には、常勤職員がお手本を示して記録するというOJTも行っている。毎月、各部門ごとの会議や全体会議を開催して、情報共有を行っている。パソコンによる記録システムは導入していない。 |
| | 45 | 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 | 個人情報保護規定、個人情報保護のための行動指針、プライバシーポリシー等を整備して、個人情報の適正な管理、対応方法等について定めている。文書の保存保管については法人の文書取り扱い規則に定めがある。入職時に一人ひとりの職員へ守ってほしいマニュアルをまとめたファイルを渡しており、その中に個人情報についての内容も入っており、職員周知を行っている。苦情を含め、家族から個人情報等についての問い合わせについては事業報告書で公表している。契約時に、個人情報私用同意書を交わしており、その際に本人・家族へ個人情報の取り扱いについて説明している。 |

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【内容評価基準】

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

評価対象　Ａ　－　１　　利用者の尊重と権利擁護

Ａ　－　１　－（　１　）　自己決定の尊重

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 個別面談等で利用者の強みや好きなこと、希望等を利用者・家族と面談しアセスメントを行い、個別支援計画を作成している。定期的なモニタリングも行い、職員間で周知し、ニーズの把握に努め、個別支援を行っている。作業班の選択は施設の見学、説明後に本人の希望で体験を行い、検討してもらっている。趣味活動や買い物等も個別に利用者の希望に合わせて行っている。利用者の特性やこだわり、心身状態、支援の度合い等に配慮し、マンツーマンの支援をその状況に合わせて行っている。 |

Ａ　－　１　－（　２　）　権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ①　利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | (a)・ｂ・ｃ | 権利擁護については「福祉サービス向上委員会」で権利擁護研修、虐待防止研修を企画・開催している。職員も利用者に対して不適切な対応にならないように取り組み、権利侵害の防止に努めている。事業所の取り組みはおたよりで利用者・家族にも伝えている。また「虐待防止・身体拘束禁止マニュアル」等の見直しも行っている。 |

評価対象　Ａ　－　２　　生活支援

Ａ　－　２　－（　１　）　支援の基本

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 自律・自立生活のための支援は多領域のアセスメントを行い、個別支援計画を作成し、本人、家族、職員間で共有している。できることはなるべく自分でしてもらう。金銭管理が苦手な方には相談支援員と連携し、必要があれば社協の日常生活支援事業の利用をする方もいる。障害者年金と作業工賃を収入として、支出も記載したおこずかい帳を一緒に確認している方もいる。受給者証の更新等、各種サービス利用の手続等の支援も行っている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | それぞれの利用者に合わせた個別対応でコミュニケーション手段を個別支援計画に記載している。ある利用者は「お話ノート」を家族、職員と共有することで工夫している。意思表示や伝達の困難な利用者は、その表情やしぐさなどで把握に努めている。利用者によっては朝の会で昨日立てた予定を見直し、実際の予定の時間がうまくいかないとまた貼りなおす方もいる。 |
| 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 | 将来的にグループホームに入りたいと希望がある方には、パンフレットを渡し説明するなど、本人・家族、相談支援員と連携している。個別支援計画を立てる際には本人はもちろん、家族、サービス管理責任者や関係事業所職員と多領域について検討し、理解や共有している。利用者のプライバシーを配慮して相談の際には、相談室やショートステイの和室等で行っている。不穏にならないような環境調整を行っているが、不穏時の支援も落ち着いてもらえるよう職員間で対応を共有している。 |
| 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 | 個別支援計画に基づき、自分の意志を言葉で伝えるのが難しい方も手順書を作成し、個別支援をしており、シールを選ぶことで意思を確認する方もいる。年間スケジュールを利用者や家族と共有し、年に一度は日帰りバス旅行を企画し一緒に参加してもらっている。「ライフスマイル親の会」があり、自由参加で運営も親御さんたちで行っている。定期的にモニタリングを行い、個別支援計画の見直しと支援内容等の検討や見直しを行っている。 |
| 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 | 障害についての法人研修、外部研修、OJTを実施し、障害や精神的な疾患等についての専門的な知識の習得を図っている。個別的な対応が必要な利用者には部屋を仕切り、ひとりで落ち着ける環境を提供している。家族からも配慮のポイントを伺い、職員間で手順書等で共有し環境整備も行っている。利用者間は関係性を考慮した食事・送迎時の座席の調整を行っている。また普段は一緒でも落ち着かない時には個別で送迎するなどの配慮も行っている。 |

A ー 2 ー ( 2 ) 日常的な生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 食事・入浴・排泄・移動等の生活支援をなるべく本人が行えるように工夫し、難しいところは個別支援計画に沿って職員が支援している。入浴は状態に合わせて一般浴と機械浴で対応している。特に排泄や入浴はプライバシーに配慮している。食事は「給食委員会」が年1回アレルギーやこだわり、好き嫌い、意見や要望等を全員にアンケートを取り、集計し、要望や意見に対する答えと共におたよりで本人・家族に知らせている。 |

A ー 2 ー ( 3 ) 生活環境

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 施設内は清潔保持と感染予防のために毎日掃除と換気を行っている。バリアフリー仕様でガラスの吹き抜けで明るく、利用者が卓球台の下やソファ、カウンター、廊下の突き当り等好きなところで過ごしている。年に一度日中の活動や職員の接遇について満足度調査を行ったり、ご意見箱の意見等の結果を職員間で周知し、改善の必要があれば検討して、おたよりで本人・家族にも知らせている。 |

A ー 2 ー ( 4 ) 機能訓練・生活訓練

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 生活介護では毎日朝と午後の2回ラジオ体操を行い、利用者は自主的に参加しており身体を動かす機会になっている。個別支援計画に基づき、利用者と家族の意向を確認し、歩行器で看護師が機能訓練をしたり、レクリエーションで輪投げ、ボウリングや散歩等を行っており、定期的なモニタリングで確認や見直しをしている。 |

A ー 2 ー ( 5 ) 健康管理・医療的な支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 毎朝体温、血圧など体調の把握をしている。連絡帳の利用や送迎時に家族からも様子を聞き、職員が申し送りし必要時は受診に繋げている。「緊急マニュアル」があり、てんかん発作等のある方には手順書を用意して送迎時の車にも備えつけて、緊急時に迅速な対応ができるようにしている。「保健衛生委員会」が中心となり「感染対策」のビデオを利用者と一緒に見て、うがい、手洗い、消毒の必要性を確認した。 |
| 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 | 「医療ケアについての方針」があり、「安全管理のためのマニュアル」が整備されている。介護職員は医療的なケアは行っておらず、吸引等の医療行為は手順書に沿って看護師が行っている。服薬管理は職員と看護師が誤薬のないようにダブルチェックしている。減塩食やアレルギー食への配慮も行っている。「AEDの取り扱い及び救命救急」の研修を行った。医療的な支援に関する職員研修や個別指導は行っていないということで今後が期待される。 |

A ー 2 ー ( 6 ) 社会参加、学習支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 施設内就労の他に施設外就労もあり、利用者の希望と意向を把握し、説明や体験後に確認し、所属や働き方を決めている。字を書くことが苦手な利用者が「字を覚えたい」希望があり、個別支援計画に位置付けて仕事の内容についてのメモを書けるようになった。利用者の外泊、友人との交流については支援の事例は無い。 |

Ａ　－　２　－　（　７　）　地域生活への移行と地域生活の支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 地域生活継続の支援のために、利用者の意向や希望を面談等で把握している。一人ひとりの暮らす場所やしたい仕事に向けて、利用者、家族、職員の他、社協、相談支援員、事業所、警察等とも必要時に情報提供、連携して対応を図る体制を築いている。 |

Ａ　－　２　－　（　８　）　家族等との連携・交流と家族支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 家族等とは電話や日々の連絡帳、送迎時、面談やモニタリング時にも連絡を取っている。毎年利用者満足度調査を実施している。「ライフスマイル親の会」は家族の自由参加で自主的な運営を行っており、バス旅行、ボウリング大会等の行事にも家族が参加している。年に2回のお便りは家族へ利用者の日常の様子や事業所からの取り組みやお知らせを伝えている。急変時の対応についてはマニュアルで家族への報告やルールなど体制が作られている。家族への介護負担軽減や支援として短期入所事業も行っている。 |

評価対象　Ａ　ー　３　　発達支援

Ａ　ー　３　ー　（　１　）　発達支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 該当なし。 |

評価対象　Ａ　ー　４　　就労支援

Ａ　ー　４　ー　（　１　）　就労支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 事業所内の弁当、豆腐等の作業班の他に、配達や他会社でのペットボトル選別洗浄、大学の学生食堂等業務の選択肢がある。本人の興味がわく作業を探し、本人の特性やできることを見極め、マニュアルや手順書を作成し、モニタリングで楽しいことは何なのか、困ったことはないのか等を確認している。 |
| 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 | 利用者の能力や状態に合わせて作業班、活動を選択できるようにしている。3ヶ月ごとに各班で作業評価を行い、会議を経て本人や親、それぞれに伝えて希望が出てくる。作業が無くなった場合には変わる作業がないか協力企業に相談を行っている。「感染症対策年間目標」「食中毒防止活動」等が壁に掲示されている。 |
| 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 | 受注の開拓先を探している。ペットボトルの選別洗浄を行っている地域の企業と話し合い、エアコンの設置等の職場環境の改善に繋がった。また何年か前に就職した利用者が会社で問題があったことを打ち明けてくれ、間に入って話し合い、仕事を継続できたケースがあった。一般企業への求職者は今は希望の方はいない。求職者のいる時はジョブコーチを入れて連携したり、面接の練習をしたりする。 |

# 第三者評価結果

①第三者評価機関名

| |
|---|
| 株式会社 寺井潔ソーシャルワーカー事務所 |

②施設・事業所情報

| | |
|---|---|
| 名称：キッチンクラブおしみず | 種別：就労継続支援B型・日中一時支援 |
| 代表者氏名：管理者　村井　清美 | 定員（利用人数):４０名（５１名）・４名（１名） |
| 所在地：石川県羽咋郡宝達志水町麦生ネ２４番地 | |
| TEL：０７６７－２８－８１００ | ホームページ：http://www.shionkai.or.jp |

【施設・事業所の概要】

| | | |
|---|---|---|
| 開設年月日　平成８年９月１日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人　四恩会 | | |
| 職員数 | 常勤職員　　13名 | 非常勤職員：　8名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） | |
| | 介護福祉士　６ 名 | 栄養士　1名 |
| | | |
| 施設・設備の概要 | （居室数）相談室、事務室（静養室） | （設備等）全室空調、食堂ホール、厨房・パン・菓子製造室の作業室、更衣室、男女トイレ、多目的トイレ |

③理念・基本方針

事業所理念：私たちは一人の存在と一つの思いを大切に支援します。
基本方針：
①利用者個々に最大限発揮してもらい、共に生き、共に働く場として、人権尊重を大切にした就労支援の場とします。
②ひとりひとりが自分らしく生活し就労できるよう、社会環境への働きかけを実践します。
③地域福祉のまちづくり推進の役割と責任を担い、全ての地域関係者との有機的なネットワークを構築します。

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な支援を行っています。
地域貢献事業として無料宅配弁当の事業では町社協、ボランティアや民生委員の協力を得て実施しています。また地元小学校の交流行事、地元中学校の実習体験など交流を実施しており地域に根ざした施設として取り組んでいます。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---|---|
| 評価実施期間 | 令和7年3月1日（契約日）～<br>令和 7年 4月 23日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 7回（ 平成29年度 ） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

・事業所利用や食事に関するアンケートを毎年実施している。また、半年に1度、利用者個別に面接を行い、意向の把握を行っている。利用者の自治会（毎月）や保護者会等を通じての満足度や意向の確認、傾聴ボランティアと連携を図り、利用者の思いの共有に努めている。こうした細やかな利用者や保護者の思いの把握に向けた体制を構築することで、支援の質の向上や利用者の満足感、保護者の安心感につながるよう取り組んでいる。

・法人が「いしかわ魅力ある福祉職場認定事業者」として認定を受けており、キャリアパス一覧表を用いて職員の職階や役割、求められる行動等を明示し、職員一人ひとりのキャリアアップの指針を可視化している点は、総合的な人事管理として特に評価される。育成や処遇改善にもつながる仕組みとして、組織全体の人材定着・成長を支えていることがうかがえる。

・障害の理解のため新任職員に対する研修や法人全体での階層的な研修を実施して専門性の向上を図っている。利用者の状況は毎日の終礼で共有して日誌やケースに記録し、支援計画に反映させている。個別的な配慮が必要な利用者には作業とは別の取り組みも用意している。利用者間の調整としては、人間関係を考慮して座る場所を離したりしている。また、障害の程度に応じて長時間の立位が難しい人は座位でできる作業に変更している。

◇改善を求められる点

・リスクマネジメントについて、検証や検討、評価についての記録が確認できず、また、マニュアルについても、事件等対策マニュアルや誤嚥時対応マニュアルは確認できたが、それ以外の想定される事象の対応マニュアルは確認できない。リスクマネジメントについて話し合いがなされた記録の管理やその他のリスクについてのマニュアル整備に取り組まれることを期待する。

・実習生の受け入れ体制やマニュアルは整備されているものの、実習指導者に対する研修が未実施である点は今後の課題といえる。実習は、福祉人材の育成と同時に、実習生を迎える側の職員にとっても自身の知識や実践を振り返る機会となるため、今後は、実習指導者に対する系統的な研修の実施を通じて、受け入れ体制の質を高めるとともに、職員全体の学びと育成の循環がさらに活性化されることが期待される。

・医療専門職による機能訓練は行っていない。専門職による機能訓練の実施が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で7回目の第三者評価受審でしたが、事業所の長年の努力と実績を評価して頂き、職員ひとりひとりのモチベーションが高まりました。また改善点については今後の課題として検証や検討評価についての記録の整備をしていく事や、マニュアルの整備等、課題として明らかになった面について全職員がしっかり認識して、改善に向けた取り組みを職員一丸となり進めていきたいと思います。今後も定期的に自己評価を実施し、より質の高いサービスを目指していきたいと思います。

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【共通評価基準】　（別紙）

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

Ⅰ－１　理念・基本方針

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－１－（１）　理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | |
| | 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 | 「福祉を必要とするすべての方々へのサービス向上および地域福祉の向上」をミッションとし、「ひとりひとりの［幸せ］を共に考え、それを地域で実現できるよう支援し、真のノーマライゼーション社会を構築する」ことをビジョンに掲げている。これらの理念はホームページやパンフレットに記載され、事業所中央にも掲示されており、職員や利用者への周知が図られている。<br>理念に基づいたサービス方針は運営規程に明記されており、全体会議やサービス管理会議（共に隔月開催）での利用者状況報告時に、理念を踏まえた支援が行われていることが確認できる。これらにより、理念が職員の理解と行動に結びついている体制が整えられている。 |

Ⅰ－２　経営状況の把握

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | |
| | 2 | ① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | (a)・ｂ・ｃ | 法人本部では、社会福祉事業全体の動向や地域福祉計画の内容を把握・分析したうえで、法人全体の事業計画を策定している。これにより、地域社会の変化や制度改正等に対応した中・長期的な方向性を見定めた経営方針の立案がなされている。<br>事業所においても、「セルプ通信」等の回覧を通して障害福祉分野の動向を把握するとともに、地域のニーズや課題を職員間で共有している。また、毎月「月間サービス利用集計表」を作成し、利用者数や利用傾向、変動の要因を分析しており、こうした数値的なデータに基づく分析結果は、次年度以降の事業計画へ反映されている。<br>これらの取組を通じて、法人および事業所において経営環境と経営状況の把握・分析が的確に行われているといえる。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 3 | 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 | 事業所では、2か月に1回の全体会議を通じて人員体制や利用者数の変動、サービス提供上の課題について分析を行っている。会議には法人本部も事務局として参加しており、現場の状況を共有しながら、法人として対応すべき課題についても検討がなされている。<br>課題の内容によっては、理事会や評議員会での議論を経て次年度の事業計画へ反映され、改善策が実行に移されている。こうした取組の流れは、全体会議や理事会等の議事録からも確認でき、法人と事業所が連携して経営課題の整理と解決に取り組んでいることがうかがえる。<br>このように、課題の明確化から具体的な改善へとつながる体制が構築されており、組織的な対応が図られている。 |

Ⅰ － 3　　事業計画の策定

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 法人では毎年度、「社会福祉法人四恩会総合事業計画」を策定しており、その中に中期計画・長期計画および、それに基づく単年度計画が明示されている。中長期計画には、法人の理念を具現化するための目標や方針が盛り込まれており、単年度計画の実施状況や課題のフィードバックを通じて、随時見直しが行われていることが確認できた。<br>また、事業所単位で中長期的な取組が必要となる際には、法人本部と連携し、必要に応じて予算措置を伴った具体的な検討が行われている。これらを通じて、中長期的なビジョンを明確にしつつ、現場の実情を反映した現実的かつ継続的な計画が策定されている。 |
| | 5 | 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 | 前項でも述べたように、法人では単年度計画の実施状況や課題を中期・長期計画へフィードバックし、それに基づいて翌年度以降の単年度計画を策定するという仕組みが整備されている。これにより、計画が一方通行にならず、実効性のある循環的な計画策定が実現されている。<br>また、事業所では、利用者数や利用状況、売上金額等を日々記録した「事業日誌」を法人本部と共有しており、現場の実情を踏まえた検討が随時行われている。必要に応じて法人本部との連携のもと、得られた情報や課題を単年度計画へ反映させる取組も行われており、中・長期計画と現場の動きをつなぐ実務的な仕組みとして機能している。 |

| Ⅰ － 3 － （ 2 ） 事業計画が適切に策定されている。 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 6 | 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 | 法人では2か月に1回の全体会議における職員からのフィードバックを踏まえて、事業計画の策定が行われている。計画には共通運営方針として「サービスの質の向上と業務の効率化」が掲げられており、その実施状況の把握と見直しも組織的に行われている。<br>事業所では、2か月に1回実施される「サービス管理会議」において、サービスの質や提供状況を確認し、そこで得られた課題や改善点は月1回の全体会議で職員に共有されている。これにより、計画の実施状況が職員に周知され、現場での実践に反映される仕組みが構築されていることが、各種会議録から確認できる。 |
| | 7 | 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 | 事業計画の内容は、毎月発行している「キッチンクラブだより」にて、「サービスの質の向上」「権利擁護」などの計画の重点項目に沿って紹介されている。1回で全てを伝えるのではなく、年間を通して小出しに情報提供を行うことで、利用者や家族が継続的に計画内容を把握できるよう工夫されている。<br>また、紙面では文字だけでなく、絵・写真・図表を取り入れることで、視覚的に理解しやすい表現となっていることが便りから確認できた。さらに、4月に開催される保護者会においても事業計画の概要説明が行われており、口頭による補足とあわせて理解の促進が図られている。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 事業所では、「事業（行事）計画書」および「事業（行事）報告書」のフォーマットを活用し、サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルを確立している。計画書には事前の目標や実施内容（Plan）を、報告書には当日の実施内容（Do）、反省や評価（Check）、次回への改善点（Act）を記載する仕組みとなっており、継続的な質の向上の取り組みが確認できる。<br>また、2か月に1回開催される「サービス管理会議」において、提供するサービス全般についての検討がなされており、全体としての課題共有や改善策の検討も行われている。さらに、年1回自己評価を行ったうえで「第三者評価・自己評価確認会議」を開催し、自己評価結果の分析・検討を通じて、質の向上に向けた組織的な取組が実施されている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 9 | 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 | 前項で述べた年1回の自己評価は、リーダー職が中心となって実施しており、その結果は2か月に1回の全体会議において共有されている。会議では、評価項目に基づいて自事業所の強みや課題を明確にし、内容の共有と意識の統一が図られている。<br>また、2か月に1回の「サービス管理会議」では、自己評価の中で低評価となった項目について、どのような取組をすれば評価が向上するか、改善策の検討が行われており、これらのプロセスは議事録からも確認できた。こうした取り組みにより、評価結果をもとに組織的な課題整理と計画的な改善が図られている。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 1 － （ 1 ） 管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
| | 10 | 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 | 管理者は、2か月に1回の全体会議において「管理者より」と題した文書を作成・配布し、運営方針や経営に関する考え方、取組内容、自らの役割や責任を職員に向けて明確に発信している。この文書は、職員の理解と意識の統一を図る手段として定期的に活用されている。<br>また、年度ごとに作成される「職員業務役割」により、職務分掌の内容が整理・明示されており、全体会議の場で周知が行われている。さらに、「有事の際の業務継続計画（BCP）」にも、管理者の責任や不在時における代行体制が記載されており、緊急時も含めた役割と責任の明確化が図られている。これらの取組により、管理者の責任と役割が職員に対して的確に示されている。 |
| | 11 | 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 | 法人では、「社会福祉法人四恩会関係事業法令順守（コンプライアンス）一覧」を作成しており、遵守すべき法令や利害関係者との適正な関係について記載されている。管理者は、定期的に開催される法人内の管理者会議において、この一覧をもとにしたコンプライアンス研修を受講している。<br>また、コンプライアンスのチェック体制として、隔月で行われるサービス管理会議の中で、管理者がサービス管理責任者に対して法令遵守に関する情報を共有し、その内容は翌月の全体会議を通じて全職員にも周知されている。職層に応じた段階的な伝達を行うことで、職員全体に法令遵守の意識と理解を浸透させる体制が整備されている。 |

| Ⅱ － 1 － （ 2 ） 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 12 | 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 | 福祉サービスの質の現状については、2か月に1度開催されるサービス管理会議で定期的に把握しており、必要に応じて個別および全体のケースについても検討を行っている。会議で得られた情報は2か月に1回の職員全体会議で共有され、職員からの改善提案も積極的に取り入れるなど、組織的に質の向上を図っている。<br>また、管理者は送迎や配達等の実務にも自ら参加し、現場のサービスの質の実際を把握するとともに、現場職員への指導や助言を行っている。さらに、県主催の外部研修や法人内研修への職員の参加を促すなど、組織全体でサービスの質を高めるための体制づくりに取り組んでいる。 |
| | 13 | 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 | 管理者は、毎年人事部門が行う職員の意向調査をもとに、職員一人ひとりと面談を行い、人事・労務・財務の観点から状況を分析したうえで、勤務形態などの意向にできる限り沿えるよう調整を行っている。また、2か月に1回の職員全体会議では職員の声をすくい上げ、実際に人員配置や職場環境の整備に反映していることが、会議録からも確認できる。<br>業務の実効性向上の取組としては、今年度、車両の安全対策としてドライブレコーダーやバックモニターの導入を行うなど、安全性・効率性の両面で改善が進められている。さらに、管理者は「新規採用者チェックシート」を活用し、計画的な新任職員の育成にも取り組んでおり、経営・現場の双方において指導力を発揮している。 |

Ⅱ － 2　　福祉人材の確保・育成

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 職員の資格管理や育成方針、人材確保に関する基本方針は法人本部が一括で担っており、内容は法人全体の事業計画に明示されている。また、年度末には事業報告書を通じて計画達成度がフィードバックされるなど、計画と実行の循環が図られている。<br>事業所としては、資格取得に関する情報が届いた際に回覧を行い、職員に向けた情報共有を行っている。また、資格取得に必要なスクーリング費用については法人が負担しており、職員のスキルアップを支援する体制が整っている。人材確保の面では、石川県福祉の仕事マッチングサポートセンターやハローワーク等を活用するほか、日常的に地域との関係づくりを意識した対応も行っている。 |
| | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | (a)・ b ・ c | 法人の理念、基本方針に基づく「期待する職員像」は、「職員倫理綱領及び行動範囲規程」にて明文化されている。人事基準については、階層ごとの役割や責任、業務内容、研修、昇格条件、給与基準を体系的に示した「キャリアパス一覧表」を作成、周知している。また、人事考課制度に基づき、管理者は職員一人ひとりと面談を行い、評価とフィードバックを実施している。<br>さらに、法人は「いしかわ魅力ある福祉職場認定事業者」として、新規採用者に対する段階的な育成計画やOJT制度の整備、職層別の研修体系を導入しており、職員の処遇改善やキャリア形成支援に取り組んでいる。これらの内容は、法人事務局会議で毎年度検証・評価され、翌年度以降の計画に反映されている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 2 － （ 2 ） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | |
| | 16 | 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組んでいる。 | (a)・ b ・ c | 管理者は年度ごとに人事考課を実施し、職員一人ひとりと面談を行うことで、今後の勤務意向や就業状況を把握している。また、有給休暇の取得促進を目的として、休暇の消化率を給与明細に添付して周知し、取得が少ない職員には個別に取得を促している。<br>相談体制としては、職員がいつでも連絡・相談しやすいよう体制を整えており、必要に応じて専用の相談室を活用した個別対応も行っている。さらに、法人として人間ドック費用の一部助成制度を導入し、職員の健康管理への支援も行っている。加えて、リフレッシュ企画としての食事会や忘年会など、職員間の交流と親睦を深める機会を設け、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。 |
| 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 | 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 | 法人の「期待する職員像」は、「職員倫理綱領及び行動範囲規程」および「キャリアパス一覧表」により明示されており、職員への周知が図られている。育成の取組としては、毎年12月に管理者が「勤務意向調査票兼面談票」を配布し、必要性が高いと判断された職員については、年内に個別面談を実施している。<br>1月には「人事考課シート」に基づいて一次・二次考課を行い、仕事の質・量・規律性・協調性・積極性・コスト意識といった項目で総合的な評価を行っている。考課結果は職員へ返却し、2月には「フィードバック面談」を通じて、良かった点や改善点、期待される点を確認しながら、翌年度の目標を設定している。これにより、職員一人ひとりに応じた育成が継続的に実施されている。 |
| | 18 | 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)・ b ・ c | 教育・研修に関する基本方針は、「キャリアパス一覧表」の中で職階別に明示されており、各職員がどの段階でどのような研修が望まれるかを把握できるようになっている。外部研修については、受講実績が「研修報告書」によって確認されており、個人のスキル向上に活用されている。<br>内部研修については、初任者研修・中堅職員研修・リーダー研修など、勤続年数や職責に応じた多様な研修機会が用意されている。研修を受講した職員は、1週間以内に「研修報告書」を作成・提出し、その月の職員全体会議で内容を発表することで、学びの定着と他職員への情報共有が行われている。こうした体制により、組織的な教育・研修が実施されている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 19 | 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 | 現任職員に対しては、「キャリアパス一覧表」に基づき、職階ごとに必要な教育・研修の機会が計画的に確保されている。また、新規採用職員に対しては、入職後の初任者研修会にて、倫理や人権尊重、虐待防止、ハラスメント防止等、福祉職としての基本的知識を学ぶ機会が設けられており、研修後にはその感想と今後3か月間の目標を記入してもらっている。<br>さらに、OJTを実施し、1・3・6・12カ月ごとに「OJTシート」により達成度を評価するほか、1年後には「新規採用職員研修を通しての感想」を提出してもらい、成長の振り返りと記録に活用している。こうした取組により、全職員が段階的に学びを深められるよう教育・研修の機会が確保されている。 |
| Ⅱ ー 2 ー（ 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 | 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 | 実習生の受け入れに関する基本姿勢や育成方針は、「実習受け入れファイル」に整理されており、またマニュアルとして「就業体験実習マニュアル」も整備されている。実習前には本人・家族・学校との間で目的や課題の確認を行い、効率的かつ効果的な実習となるよう体制が整えられている。<br>受け入れ実績としては、特別支援学校からの就業体験実習を定期的に行っており、過去には社会福祉士実習の受け入れも実施しているが、現時点では実習指導者に対する研修は行われておらず、今後の実施が期待される。現場での実践を通じて福祉の専門職を志す人材への理解促進と育成につながるよう、今後も受け入れ体制のさらなる強化が望まれる。 |

Ⅱ － 3　　運営の透明性の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 法人および事業所の情報公開は積極的に行われており、ホームページには理念や基本方針、施設の概要、第三者評価の受審状況が掲載されている。また、苦情解決規程や、年度ごとの苦情・対応内容についてもプライバシーに配慮しながら年次報告として公開しており、透明性の確保が図られている。<br>地域住民に対しても、事業所の事業概要を紹介するチラシを配布するとともに、定期的に実施している無料宅配弁当の活動について周知している。この宅配活動は地域の一人暮らしの高齢者を対象とし、ボランティアや民生委員の協力を得て実施されており、地域に根ざした福祉の可視化と社会的な役割の発信につながっている。 |
| | 22 | 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 | 経理や取引に関するルール、ならびに職務分掌の範囲については「経理規程」に明記されており、関係職員に対して周知が図られている。法人としてのガバナンス体制の強化を図るため、外部の会計事務所と連携し、社会福祉法人会計に関する実務的な支援や専門的な助言を受けており、経営の適正性の確保に取り組んでいる。<br>一方で、第三者による外部監査体制については現時点で実施されておらず、今後の導入が検討課題となっている。コスト面の考慮は必要ではあるが、より高い透明性と客観性を担保するうえで、外部監査の導入は今後望まれる対応と考えられる。 |

Ⅱ － 4　　地域との交流、地域貢献

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 4 － （ 1 ） 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | |
| | 23 | 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。 | (a)・ b ・ c | 契約書内の第8条に、「他のサービス提供者との連携」として、地域や家庭との結びつきを重視することが明示されており、かつ、ホームページ上には、運営方針として「地域福祉のまちづくり推進の役割と責任を担い、すべての地域関係者との有機的なネットワークを構築します」と明示されている。掲示板を活用し、地域のスポーツ大会や町の文化祭等の案内を発信しており、利用者と地域の交流機会につながっている。事業所で調理したパンや菓子を地域のイベントで販売する機会もあり、職員が一緒に付き添いを行い、地域の方々との交流はもちろん、事業所や利用者の存在や理解にもつながっている。 |
| | 24 | 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 | ボランティア受入マニュアルが策定されており、活動の注意点やボランティアの心得、ボランティア担当者が明示されている。受入については、ボランティア登録用紙に記載し、ボランティアの意向を反映し、事前説明（注意点、方針、遵守してほしい点や見学等）を行った上で実施している。また、学校教育等への協力としては、就業体験学習マニュアルが策定されており、1日の流れや必要なもの等、受入体制が整備され、サマーボランティアや町内中学校の職場体験、社会福祉協議会からのボランティア受入等を実施している。 |
| Ⅱ － 4 － （ 2 ） 関係機関との連携が確保されている。 | | | | |
| | 25 | 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。 | (a)・ b ・ c | 事業所の食堂や事務所に、ボランティアや防災関係等の社会資源マップが掲示されており、重要事項説明書等にも、利用者にとって社会資源が適切に活用できるよう支援する内容が明示されている。職員へは、全体会議やサービス管理会議（共に隔月開催）にて周知している。関係機関や団体とは、役場と相談員が定期的に意見交換を行うことや随時、サービス担当者会議にて連携を図っており、また、「羽咋郡市障害者自立支援協議会」の事務局を法人で担っており、行政や各事業所、民生委員等が定期的に会議を行い、その中で地域課題等の検討もおこなっている。倫理綱領に、具体的行動規範の中で、「利用者の社会参加支援」として、就労者に対するアフターケアを、施設全体として計画的、継続的に取り組むこととして明示している。 |

| Ⅱ － 4 － （ 3 ） 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 26 | 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。 | (a)・ b ・ c | 定期的に学校の連絡会に参加することや町の社会福祉協議会と密に情報交換の機会を設けており、また、法人内の他事業所とは会議等を通じて情報共有が図られており、地域住民や利用者等の福祉ニーズや生活課題等がしっかり把握されている。 |
| | 27 | ② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | (a)・ b ・ c | 事業計画には、施設・事業所機能の専門性と地域貢献推進として、事業所の資源を活用した柔軟かつ適切な地域貢献を積極的に展開することが明示されている。具体的には、社会福祉協議会からの協力依頼として、地域ニーズを反映した、サロンでのパン販売や他事業所からの要望で、ランチ会はしたいとの利用者ニーズを実現するために相談室を開放、町からの委託として、「食の自立支援サービス」として、独居の高齢者等を対象に、見守りも兼ねての無料での配食サービスを年1回実施している。また、民生委員と連携を図り、地域住民に呼びかけを行ってもらい、事業所での避難訓練に地域住民も参加してもらい実施している。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | － 1 － （ 1 ） 利用者を尊重する姿勢が明示されている | | | | |
| | | 28 | 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 | 基本理念として、「利用者の人格、生活史そして要求を尊重し、福祉サービス利用によって本人並びに関係者の利益が損なわれないよう、利用者を充分理解すること」として明記されており、また、ホームページ上には、運営方針として、「利用者個々に最大限発揮してもらい、共に生き、共に働く場として、人権尊重を大切にした就労支援の場とします」と明記され、そうした理念や方針は、職員の目につきやすい食堂やタイムカード上の壁に掲示されている。利用者の権利擁護規定も作成され、研修機会を通じて、職員全体に周知し、かつ、会議にて定期的に支援等の評価・見直しの機会としている。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 29 | 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 | 職員倫理綱領及び行動規範の中に、具体的行動規範として、「利用者に対するプライバシーの侵害」として、情報管理や環境面、各場面での支援内容等について細かに配慮された記載がある。それをさらに細分化したものとして「生活支援マニュアル」が整備されており、食事・排泄・清掃・身だしなみ等の各項目をより具体的に表記してまとめられている。以上を用いて、会議や研修を通じて、職員全体に周知徹底している。また、重要事項説明書内にもプライバシー保護について明記されており、本人・家族へ説明し、同意を得ている。 |
| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 | パンフレットには、イラストや建物図、わかりやすい表現に、漢字にはルビが振られている。毎月発行のキッチンクラブだよりでも、事業所での様子や行事等をたくさんの写真と共に掲載し、事業所での様子が分かりやすくまとめられている。また、ホームページでも情報発信を積極的に取り組んでおり、定期的に見直しを行い、内容を最新に更新している。パンフレット等については、役場にも設置してもらっており、広く誰でも手に取りやすいよう配慮している。また、利用希望者においては、丁寧な説明はもちろん、見学や体験利用にも対応しており、安心して利用ができるよう体制整備がされている。 |
| | | 31 | 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 | 分かりやすく作成されたパンフレットや重要事項説明書・契約書を用いての丁寧な説明の他にも、見学や体験利用、必要に応じてDVDを用いた説明も行っており、本人納得のもと、自己決定の上で利用開始や変更となるよう配慮している。また、同意には契約書や重要事項説明書にて説明を行い、署名・押印をもらい保管している。意思決定が困難など、配慮が必要な方には、生活支援マニュアル内にて、「コミュニケーション支援」として、対応が各種細やかに記載されており、適正な説明や運用が行われている。 |
| | | 32 | 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 | 事業所の変更や移行時には、「支援引き継ぎ書」を作成して情報共有しており、環境変化によって支援の著しい変更や不利益が生じないよう取り組んでいる。また、サービス終了後も相談担当者は相談支援員であることを口頭で伝えており、かつ、管理者が窓口や担当者、連絡先等を添えた手紙を手渡しており、そうしたサポート体制から、継続した手紙のやりとりや年賀状のやりとりにつながっている。サービス終了後も、定期的に行事案内等を郵送しており、事業所に遊びに来る元利用者もいる。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | ー 1 ー（ 3 ） 利用者満足の向上に努めている。 | | | | |
| | | 33 | 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 | 事業所利用に関することや食事に関することとして、各年1回アンケートを実施しており、その他にも、半年に1度、利用者個別に面接を行い、意向の把握を行っている。その他にも、利用者の自治会や保護者会等を通じての満足度や意向の確認、また、傾聴ボランティアと連携を図り、思いの共有に努めている。利用者によっては、必要に応じて、連絡帳を用いて、保護者と意見交換や情報共有を行っている。アンケート等にて収集した内容は、係長が担当者として、会議にて検討を行い、嗜好を反映したメニュー作成など、具体的な改善につなげている。 |
| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 | 重要事項説明書に、苦情等申立先が記載されており、それを用いて説明を行っている。また、パンフレットにも相談等についての受入体制が明示してあり、事業所内の見やすい場所に運営適正化委員会のポスターも掲示され、苦情等の受け入れ体制が周知されている。食堂には意見箱も設置され、苦情申出書も準備されているが、多くの方が、直接やメモに記入して伝えられるなど、苦情等の体制や窓口が利用者にも周知されている。また、受け付けた苦情等については、苦情解決規定に則り、職員全体会議にて内容報告や検討、対応等について記録を残し、必ず申出者にフィードバックしている。年度で受付、対応した苦情等については、個人情報に配慮した上で、年度末の事業報告書にてホームページ上で公表している。 |
| | | 35 | 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 | ポスター掲示やパンフレット、重要事項説明書内に、苦情や意見の申出先が複数あることや気軽に相談してほしいといった内容が記載されており、実際にメモ等で気軽に意見箱に投函されていることも多い。また、相談の際は、相談室やカーテンで仕切れる調理室といった、個室空間での対応に配慮しており、思いが述べやすい環境作りに努めている。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 36 | 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 | 苦情解決規定が策定されており、規定には、原則として14日以内に申出者に解決策の提示を行うなど、組織として迅速な対応が行えるよう対応フローが詳細に明示されている。また、日常的にも、アンケートの実施や自治会、保護者会等を通じて、利用者や保護者の意見が集約されやすい体制があり、苦情解決規定の整備と相まって、組織的に苦情や意見等に対して迅速に対応できる体制が整備され、利用者や保護者にとって安心して利用できる環境作りに取り組んでいる。より良い体制作りを目指し、規定等は年1回法人本部にて見直しを行なっている。 |
| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 | 管理者がリスクマネジメントの責任者を担っており、隔月開催の「虐待防止・身体拘束適正化委員会」の中でリスクマネジメントについても意見交換がなされているとのことだが、記録は確認できず。「事件等対策マニュアル」や「誤嚥時対応マニュアル」が策定されており、年1回研修を行なっているとのことであるが、記録は確認できず。事故やヒヤリハットの事例収集に取り組み、職員全体会議にて、検討・分析・対策を協議し、終礼時に職員に共有している。奇数・偶数月それぞれに行われている、職員全体会議では、事故報告等の検討や評価を行い、サービス管理会議では、衛生管理や建物備品安全管理として検討・見直し・評価を行なっている。損害賠償については、保険に加入しており、重要事項説明書にも記載されている。今後については、事件や誤嚥のみならず、もう少し多岐にわたるリスクマネジメント事象に関するマニュアル整備に取り組まれることを期待する。 |
| | | 38 | 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 | 感染対策については、施設長と管理者をトップに据えた体制を構築しており、感染対策指針や新型コロナウィルス感染症発生時における事業継続計画が策定されている。2ヶ月毎に感染症予防対策委員会を開催し、流行期には予防対策等の発信を行なっている。日常的には、体調管理や午前午後の換気、検温、手洗い、うがい、手指消毒、職員のマスク着用を徹底し、感染症が発生した際は、相談室や静養室に隔離し、速やかに帰宅や受診につなげている。職員へは、外部研修（食中毒）参加後に伝達研修を開催したり、ノロウィルス対策の研修を実施するなど、感染症の研修を行い、周知に努めている。マニュアルは、年1回、サービス管理会議にて見直しを行い、常に最新の対応や予防対策が行えるよう配慮されている。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 39 | 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 | 防災計画や自然災害による事業継続計画が策定されており、地震・火災・風水害・原子力事故といった災害別に対策・安否確認方法等がまとめられている。年4回、訓練が実施され、地震を想定したものや立地から想定される水害発生時の車を使っての避難などに取り組んでいる。また、消防署に来てもらい、利用者とともに水消火器の実演も行なっている。各訓練後には、振り返りを行い、計画の見直しにも反映している。食料や備品等の備蓄管理については、法人本部が一括して管理しており、定期的にリスト管理を行なっている。 |

Ⅲ － 2　　福祉サービスの質の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 生活支援マニュアルが策定されており、生活支援・保健医療支援・生産活動支援・文化創作活動支援・コミュニケーション支援といった項目ごとに、詳細の標準的な実施方法が文書化されている。各職員にマニュアルは配布されており、セルフチェックリストを用いて、全体会議にて研修機会を設けている。また、標準的な実施方法の根幹となる、利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護等については、記載されている倫理行動規定を用いて、研修機会を設けている。サービス管理会議での自己評価や日々の記録を、上席職員や管理者も確認しており、こうした体制を通じて、日々の支援が標準的な実施方法に則り実践されているかの確認にもつながっている。 |
| | 41 | 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 | 見直し規定が策定されており、その中で、標準的な実施方法についても、年度末に見直しがされている。見直しには、各利用者の個別支援計画の年2回のモニタリングや自治会等での利用者からの意見を反映し、かつ、職員全体会議にて職員の意見も反映しながら行なっている。 |

| 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 | 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 | 契約書や重要事項説明書内に、個別支援計画についての策定の流れや評価、見直しについて記載されており、利用者や保護者に説明し、同意を得ている。サービス管理者が個別支援の責任者となっており、学校関係者、家族、相談支援専門員、市役所職員、訪問看護、必要に応じて専門医などの多職種にて協議を行なっている。フェイスシートや10領域に分類してのアセスメントシートを活用して利用者ニーズの分析に努めている。計画内には、本人の具体的なニーズの他、就労面や生活面などが詳細に記載されている。支援等が適切に行われているかの確認のため、6ヶ月毎に個別支援会議を開催し、モニタリングを行なっている。また、支援困難なケースについては、管理者もしくはサービス管理者が呼びかけを行い、本人・家族・相談支援専門員・学校等が集まり、即時対応している。 |
| | 43 | 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 | 6ヶ月毎にモニタリングを行なっており、モニタリング表の中には、利用者満足度を「A～C」で表記する項目があり、目標に対する充足度や達成されていない場合は、個別支援会議にて、原因分析を行い、今後の支援内容に反映している。見直しの際には、本人の参加、もしくは、日頃より聴取している本人意見を反映し、より明確なニーズや目標設定ができるよう取り組んでいる。緊急に変更が必要な際は、利用者の意向により即時対応する姿勢が契約書に明示されている。また、変更された内容については、毎日の終礼時や毎月の班会での共有のほか、パソコンにて情報共有を行なっている。 |

| 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 | 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 | 各班ごとに記録様式が統一されている。毎日の終礼で、1日の記録を読み上げており、計画作成者であるサービス管理者が終礼に参加し、日々の記録内容が計画内容と整合性がとれているかを確認しており、不十分等であれば、都度記録に反映してもらうよう発信を行なっている。こうした体制を行うことで、記録の差異などの発見や必要に応じた指導にもつながっている。記録内容の共有については、班会議や各種会議を通じて、部門を横断した共有が行われ、かつ、パソコンのネットワークシステムを活用し、スムーズに情報共有できる体制を構築している。紙媒体については、その都度回覧することで周知している。 |
| | 45 | 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 | 法人の文書管理規定にて、記録の保管等について定められており、、事業所の管理者が記録管理の責任者となっている。個人情報保護のための行動指針の中では、「職員教育の強化」として、「個人情報保護に関する方針」を遵守するとともに、法人が準備した学習教材を全職員に配布し、年1回、全職員を対象として研修機会を設けることが宣言されている。また、利用者や保護者に対しては、契約書や重要事項説明書を用いて説明を行い、同意を得ている。 |

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【内容評価基準】

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

評価対象 Ａ － １　　利用者の尊重と権利擁護

Ａ － １ －（ １ ） 自己決定の尊重

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 意思決定支援マニュアルや利用者の権利擁護規定を整備して、それに沿った支援を行っている。利用者との対話を重視しており、行事や運営日（作業のない日）のプログラムについて、何をしたいか、どういうものが楽しいか等利用者の意見を聴いて反映させている。毎月キッチン会という利用者の懇談会を開いて、意見や要望の聴取を行っている。 |

Ａ － １ －（ ２ ） 権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | (a)・ｂ・ｃ | 権利擁護については、障害福祉サービスガイドラインや前述の権利擁護規定がある。ガイドラインでは、利用者の権利擁護の姿勢及び基本理念についてふれ、権利擁護規定ではさらに利用者向けに大きな文字でルビを振りわかりやすく説明された「権利擁護ガイドライン」を作成している。事業所の取り組みは毎月の便りや献立の裏面に書き家族へ知らせている。また年に2回家族との懇談会（保護者会）を開催して取り組みを伝えている。 |

評価対象 Ａ － 2　 生活支援

Ａ － 2 －（ 1 ）支援の基本

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 多領域のアセスメントを実施して自立支援計画を策定している。整容や服装は、基本見守り・声かけであるが、食品を扱う作業であり清潔が求められるため作業前の手洗いが不十分な場合には職員が一緒に手洗いを行い清潔さの確認を行っている。事務的な面では受給者証の手続きや、日中活動支援の利用支援、相談支援専門員への連絡、各種サービス利用の手続き等の支援をしている。 |
| 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 | 言語によるコミュニケーションが不十分な利用者への支援として、筆談、指文字、絵やイラスト、写真等を用いてコミュニケーションを図っている。避難訓練の際には利用者が「自分はどの車に乗って避難するのか」を理解してもらうために文書でなくひとり一人イラストで説明している。 |
| 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 | 毎月定例の懇談会で利用者の意見の聴取を行うほか、個別の相談希望の時には相談室で面談を行っている。利用者の意思決定の支援として、掲示板や毎月の便りを使い情報提供している。相談は主にサービス管理責任者が行い、その内容はサービス管理会議において共有されている。 |
| 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 | アセスメントに基づき、利用者の希望を勘案して個別支援計画を作成している。担当作業が終了後は「とりくみの時間」として利用者が食堂ホールで自由に過ごすことができる。歌を聞いたり、雑誌を読んだり、土曜日のお楽しみ会の準備をする人もいる。毎月のキッチン会で利用者の要望を聴取して次の行事の参考にしている。情報提供掲示板、便り、献立表の裏面等を使って行っている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 障害の理解のため新任職員に対する研修や法人全体での階層的な研修を実施して専門性の向上を図っている。利用者の状況は毎日の終礼で共有して日誌やケースに記録し、支援計画に反映させている。個別的な配慮が必要な利用者には作業をしないという選択肢も用意している。利用者間の調整としては、人間関係を考慮して座る場所を離したりしている。また、障害の程度に応じて長時間の立位が難しい人は座位でできる作業に変更している。 |

Ａ　－　２　－（　２　）日常的な生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 利用者の多くは事業所で作る昼食を食べているが弁当持参の人もいる。肉がダメな人には代替のものを用意し、咀嚼力の弱い人には刻み食、血圧に注意が必要な人には減塩食と、利用者の状態に合わせた食事の提供をしている。メニューは利用者が参加する食事委員会で決められる。利用者のリクエストメニューや、カレーが好きな人が多いので月に二回はカレーライス、パンを食べる日等がメニューに盛り込まれている。入浴は行っていないが汚染した時にはシャワーできれいにしている。紙パンツや着替えなども用意してある。排泄の介助はトイレへの時間誘導や排泄後の始末の支援を行っている。脚力が弱い人や知的障害があり転倒の危険が大きい人には見守り支援を行っている。 |

Ａ　－　２　－（　３　）生活環境

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 施設内は基本バリアフリーで、利用者が作業以外の時間を過ごす食堂ホールにはテーブルとイスの他に利用者がゆっくりとくつろぐことができるようにソファーを多数用意している。横になって休みたい人には事務所内にベッドの用意がしてある。他の利用者に影響を及ぼすような状況になった時には一時的に相談室も使用することもある。作業スペースには利用者の転倒防止のためにマットを使用している。 |

Ａ　－　２　－（　４　）機能訓練・生活訓練

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 作業メニューとして弁当班、お菓子班、パン班を用意している。職業的能力を達成・維持するために作業の流れが出来ているかの確認をして、出来ていなければ促しや一緒に行い達成へ向けて支援している。自立支援計画は定期的にモニタリングを行い支援計画の検討・見直しを行っている。専門職による機能訓練は行っていない。 |

Ａ　－　２　－（　５　）健康管理・医療的な支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 出勤時に職員が利用者の表情、様子を目視で確認し体温測定も実施している。検温で高温が確認された時には相談室でいったん休息した後再検温する。再検温後も高温の時には家族へ連絡して家の人が来るまでベッドで休んでもらっている。医師又は看護師等による健康相談等は行っていない。利用者の健康維持・増進のために毎日ラジオ体操や卓球を奨励して実施している。 |
| 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 | 医療的な支援については「保健医療支援マニュアル」「服薬管理マニュアル」「服薬受け渡しマニュアル」がある。利用者毎の薬情報ファイルを整備して、誤薬の内容に昼食後の服薬管理を行っている。毎日薬を持参してくる人や一定数を預かっている人もいて与薬、確薬後には日誌に記録している。体温測定や血圧測定は行っているが、現在医療的ケアの必要な利用者はいない。 |

Ａ　－　２　－（　６　）社会参加、学習支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 作業後の取り組みの時間を利用して銘々が自由にパソコン、ドリル、漢字の練習等自己学習に取り組んでいる。作業班で作った弁当の配達やお菓子の納品は利用者が職員と一緒に納品先まで出かけている。事業所の感謝祭（バザー）では利用者が作業班で作った弁当やパン、お菓子の販売を行っている。休憩時間を使って私用で外出する人もいる。 |

Ａ　－　２　－（　７　）地域生活への移行と地域生活の支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 利用者の意向は毎日の作業や取り組みの時間の様子、キッチン会での懇談等を通じて把握している。利用者の意向を反映した取り組みとして、バス旅行の行き先や体験内容は利用者の希望により決められている。宝達志水町社会福祉協議会からの依頼を受けて、高齢者施設や地域サロンでの弁当、菓子、パンの販売に出かけている。 |

Ａ　－　２　－（　８　）家族等との連携・交流と家族支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 家族との懇談の場（キッチンスマイル）を年に2回開催して家族からの要望意見を聴取しているほか、毎年利用者満足度調査を実施している。日常的には便りや献立等を通じて事業所の取り組みを伝え、利用者の個別的な事柄についてはリーダーやサービス管理者が架電で家族に連絡している。自宅での利用者・家族支援として、独居の高齢利用者に対する食の支援や同居している家族への食の支援も事業所独自に行っている。 |

評価対象 Ａ　－　３　　発達支援

Ａ　－　３　－（　１　）　発達支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 該当なし |

評価対象 Ａ － 4　就労支援

Ａ － 4 －（ 1 ） 就労支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 「就労継続支援マニュアル」には障害特性への配慮、作業時の支援、高い工賃への取り組みが盛り込まれている。利用者の特性や仕事ぶりを見ながらできそうなことに取り組んでもらったり、配置換え、体力に合わせて働く場所を選んでいる。食品を扱うので身体の清潔さや配達時のあいさつ、マナー、盛り付け時の美しさ等に注意して支援をしている。働く意欲を向上させるために毎年9月と3月に面談して利用者の意向・要望を聴取して、作業評価基準に基づいて工賃の変更を行い賞与等に反映している。また、一年間無遅刻無欠勤であった者を働く意欲を高められるように表彰している。弁当やパン、菓子等はスーパーやJA、道の駅等で販売している。「みらい塾」での体験実習をふまえて就労支援につなぐこともある。 |
| 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 | 作業班の決定は基本利用者の希望によるが、利用者の特性を配慮して事業所と合意して決定する。作業工程を理解してもらうためにイラストや写真を使いわかりやすい説明書を作っている。工賃は作業評価基準に基づき決定している。夏休み、冬休み、春休みには学童からの注文が増え忙しくなるが、その分工賃も増えるから頑張ろうと利用者を励ましている。販売先を増やすためにサロンでの販路開拓、高齢者への配食サービス等に取り組んでいる。労災の防止のために整理整頓、転倒防止、ラジオ体操の実施等に取り組んでいる。 |
| 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 | 「感謝祭」の開催や宝達志水町の自立支援事業の受託、新規販路の開拓を積極的に行っている。ハローワークとの連携や企業とのマッチングなどの就職支援はできていない。同一法人内に就労移行支援事業所があり、就職支援についてはそちらの事業所へ移行することにより行っている。昨年の能登半島地震でり災した利用者を相談支援員を通じて受け入れている。 |

# 第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社　寺井潔ソーシャルワーカー事務所

②施設・事業所情報

| | |
|---|---|
| 名称：　あらいぶ・みらい塾 | 種別：多機能型（生活介護・就労移行支援） |
| 代表者氏名：　管理者　因幡　卓也 | 定員（利用人数）：生活介護：１２名、就労移行支援：８名 |
| 所在地：　石川県羽咋郡宝達志水町小川弐７－１ | |
| TEL：　０７６７－２８－８８２０、８６４０ | ホームページ：　shionkai.or.jp |

【施設・事業所の概要】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 開設年月日 | 令和2年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： | 社会福祉法人　四恩会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：　６ 名 | 非常勤職員：　５ 名 | |
| 専門職員 | （専門職の名称）　０ 名 | ０ 名 | |
| | 名 | 名 | |
| | 名 | 名 | |
| 施設・設備の概要 | （居室数）　０ | （設備等）ホール、畳コーナー、休憩室、更衣室、浴室、脱衣室、台所、男女トイレ、多目的トイレ等 | |

③理念・基本方針

私たちは障害者の地域生活を生きがいのある日常生活のアプローチを通して支援します。
・利用者が安心して利用できる事業を目指します。
・利用者一人一人の人権を尊重し、利用者主体の上質なサービスを提供します。
・利用者の希望に沿った自立生活を実現できるよう、適切に支援できる職員の育成に努めます。
関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つ決めの細かな
生活介護サービスおよび就労移行支援サービスを提供します。
生活介護サービスにおいては、障害者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援するため、事業所通所により入浴、給食、介護サービスや訓練、創作活動等を行い、心のリフレッシュを図ると共に自らの生活を向上できるための支援を行います。
就労移行支援サービスにおいては、障害者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援
するため、事業所通所により就労準備訓練の機会を提供するとともに、就労に必要な知識・技能が高まった者は一般就労等に向けて支援します。

④施設・事業所の特徴的な取組

（生活介護）
ドライブや外食、買物等の外出プログラムの実施や地域サロンでの移動販売、外部講師による講座の開催等を通じて、地域との交流を図りながら、利用者一人ひとりの地域生活を支援しています。
ひきこもりの状態にある者や不登校の児童の受入れ等にも柔軟に取り組んでいます。
（就労移行支援）
ビジネスマナーやコミュニケーションスキルの他、自己を理解したうえで、働き続けるために必要となるセルフケア、コントロール、対処などの座学を日々取り入れています。
就職後も安心して長く働き続けていただけるために、定期的に職場を訪問して、就職後のサポートを行っています。

⑤第三者評価の受審状況

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

⑥総評

◇特に評価の高い点

■「いしかわ魅力ある福祉職場認定制度」の認定を受けており、休暇の取得や時間単位の有給休暇などの柔軟な働き方に対応するほか、人間ドッグの費用補助などの健康管理面など、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場づくりに取り組んでいる。また、「キャリアパス一覧表」を作成し、階層別に求められる役割や能力、研修、基本給、昇格条件を一覧化して、職員のモチベーション向上に繋げている点が高く評価できる。
■生活困窮者に対しての就労支援活動、犯罪や非行をして保護観察になった方の立ち直りを推進する保護観察所の社会貢献活動事業への登録、SDGｓの視点から、事業所周辺の清掃活動・環境美化への貢献、地域サロンでの高齢者の買い物支援等の公益的な活動に取り組んでいる。
■ 指定就労支援事業所では障害のある人の「働く」をサポートしている。OBOG会があり、年賀状等の交流もあり、訪問してくれるため生の声を聴く良い機会となっている。また、地域の高齢者のサロンに出向き、法人内の作業所で作ったパンや弁当など訪問販売を行っており、「買物に行けない」という地域の課題解決のひとつとなっている。

◇改善を求められる点

■事業計画について、ホームページへの記載はあったが、事業計画を利用者やその家族に対してわかりやすく周知できるものが確認できなかった。利用者および家族向けのリーフレットや掲示物など、計画の意図が理解できるものの作成が望まれる。
■介護サービス提供についてのマニュアル、サービス提供場面でのプライバシー保護についての整備が望まれる。
■現在のところ、継続して医療的な支援を必要とする利用者が少ない。健康管理等についての研修は感染委員会が、毎年夏に熱中症予防、秋に風邪やインフルエンザの予防、冬にノロウイルス予防について行なう。ただ職員の個別指導を定期的に行うまでには至っておらず、介護マニュアルを見直して充実を図っているところである。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所として今回初めて第三者評価を受審しました。第三者評価機関の方々に当事業所が提供する福祉サービスについて、専門的かつ客観的な視点で評価をしていただきました。
その上で我々が日頃から取り組んでいる業務について、評価していただいた点がある反面、改善を求められる点についてですが、
一点目については、合理的配慮の視点から利用者および家族向けのリーフレットや掲示物など、できるだけわかりやすいものを作成し、ウェブサイトなども活用して、事業計画内容を理解していただけるように創意工夫していきたいと思います。
二点目については、介護サービスを提供するにあたって、可能な範囲で一人一人に合わせた介護マニュアルの作成やプライバシー保護についての支援マニュアル作成や環境整備を進めていきたいと思います。
三点目については、感染対策委員会を２ヵ月に１回以上、定期的に開催し，感染症流行の時期等 を勘案して対策を検討するほか、事業所内の衛生管理（環境の整備、排泄物の処理、血液・体液の処理など）、日常の支援に係る感染対策（標準的な予防策（例えば血液・体液・排泄物などに触れる時、傷や創傷皮膚に触れる時にどのようにするかなどの取り決め）、手洗いの基本など幅広い感染予防対策・感染拡大防止に努めて参ります。
以上のように、改善すべき点について、改善が図られた点について再認識し、更なる改善が必要な点を知ることによってより良いサービスの質向上やサービス提供につなげていく為に、今後も定期的に継続して第三者評価を受審していきたいと思います。

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【共通評価基準】　（別紙）

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

Ⅰ－１　理念・基本方針

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－１－（１）　理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | |
| | 1 | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 法人理念である「福祉を必要とする全ての方々へのサービス向上及び地域福祉向上」に基づき、事業所理念として「私たちは、障害者の地域生活を生きがいのある日常生活のアプローチを通して支援します」が設定され、施設のホームページに掲載されている。理念の内容が基本方針として「安心して利用できる」「利用者主体の上質なサービス」「利用者の希望に沿った自立生活を実現」と具体化され、職員の行動規範となっている。理念や基本方針は職員会議の都度職員に配布され、周知されていることが確認できた。 |

Ⅰ－２　経営状況の把握

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | |
| | 2 | ① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 社会福祉事業全体の動向に関しては、法人本部で総合事業計画策定の際に把握している。地域福祉計画の策定に関しては、管理者が、宝達志水町地域活動計画策定作業部会委員として参加しており、部会を通して地域の福祉活動や生活支援に関するニーズや個別のケースを収集し、今後の事業運営に活かしていることが確認できた。また、コスト分析やサービス利用者の推移についても、管理者会議にて定期的に行われており、次期事業計画に反映されている。 |
| | 3 | ② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 年度末に行われる「管理者会議」にて利用者の動向や利用実績、人員体制、事業継続計画（BCP）策定状況、建物や設備の状況などを分析し、課題を整理している。それに基づき、必要に応じて理事会に諮ることで、経営課題の把握と対応を行っている。経営状況や改善すべき課題については年度始め（4月）の合同職員会議にて、職員の業務分担や年間予定とともに伝達し、共有されている。令和5年度は物価高騰や省エネ、見守りカメラの助成、LEDの導入等について取り組みを行った。 |

Ⅰ－３　事業計画の策定

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 中・長期計画は年度毎の計画である「社会福祉法人四恩会総合事業計画」の中に組み込まれており、経営理念（ミッション・ビジョン）のもと基本方針が作られ、基本方針に基づき「中期基本計画」、「長期基本計画・構想」が策定されている。<br>計画の中で、緊急時の相談受け入れや要支援者に対する支援事業である「地域生活支援拠点事業」の充実が掲げられているが、令和6年能登半島地震で被災した事業所に対して入浴できる環境を提供した事例が見られた。また、中・長期計画は年度末の管理者会議にて定期的に見直しが行われている。 |
| | 5 | 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 | 「中期基本計画」と「長期基本計画・構想」に基づき、総合事業計画の中で「今年度の重点目標」および「短期計画」として具体化されている。<br>令和5年度の事業計画では、事業所の重点目標として「事業の経営効率を安定向上させる」という項目が設定されている。この目標に対して、管理者会議にてモニタリング回数や相談件数、一般就労移行者数等、実績を法人本部と共有し、目標の達成度に応じて次年度計画に反映されていることが事業報告書から確認することができた。 |
| Ⅰ－３－（２）事業計画が適切に策定されている。 | | | | |
| | 6 | 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 | 毎朝のミーティングおよび毎月行われる職員会議にて、管理者は職員の気づきや意見を集約、反映し、年度末の管理者会議にて法人本部と共有する。<br>管理者会議から得たフィードバックを基に、法人が次期事業計画案を作成し、理事会・評議員会に諮り、次期事業計画として策定される。新年度の事業計画は、年度始めの職員会議にて職員に周知される。 |
| | 7 | 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 | 事業計画は法人ホームページ上に掲載されており、利用者への個別の相談・支援の際に丁寧に説明していることが聞き取りにより確認できたが、計画の内容をわかりやすく説明した資料は確認できなかった。<br>今年度の事業計画が利用者数の安定向上であれば、利用に繋がるように、気軽に相談できる旨を記したリーフレット等を作成し、掲示や配布、ウェブサイトの活用など、利用者・家族にとってわかりやすい資料を作成されることが望ましい。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 法人として、年度末に管理者会議による総括を行うとともに、福祉サービス第三者評価制度を利用し、チェックを行う体制が整備されている。<br>また、事業所では、従来は利用者ごとにサービス手順書を作成していたが、令和4年度より「支援ガイドライン及びサービス提供マニュアル」を策定し、サービスの質を標準化しつつ、個別支援計画とも照合しながら、ニーズに合わせた支援を行っている。モニタリングや職員会議でマニュアルのチェックを行い改善するPDCAサイクルが確立されている。 |
| | 9 | 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 | 職員会議を通して課題の共有化を図り、課題を管理者会議の際に「あらいぶ・みらい塾の現状と課題等」として取りまとめる。取りまとめた課題を法人本部とも共有し、評価結果が年度ごとの「取組の評価」として文書化されている。<br>評価を受けて、次年度に向けて改善へ取り組みを行っている。前年度は生活介護の平均稼働率向上に関する取り組みで一連のPDCAサイクルが確立されていることが確認できた。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 1 － （ 1 ） 管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
| | 10 | 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 | 管理者の職責は、「運営規程」で明文化され、年度ごとに「あらいぶ役割分担」および「職員体制」を発行し、職務分掌を明確化している。<br>職務分掌については年度ごとに職員会議でも共有されている。平時だけではなく、災害時の動きは消防計画に、事故が起きた際は「異常事態・事故発生時の対応」に、それぞれ管理者の役割および管理者が不在の場合の職員の動きが明確化されている。 |
| | 11 | 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 | 法人として「社会福祉法人四恩会　コンプライアンス規程」および「社会福祉法人四恩会　関係事業法令遵守（コンプライアンス）一覧」を策定し、管理者は規程を理解し、職員にリーダーシップを取って法令遵守を呼びかけている。<br>また、県が主催する虐待防止研修に参加し、職員会議や内部研修においても権利擁護を含めたコンプライアンスについて職員と情報共有を行っている。 |

| Ⅱ － 1 － （ 2 ） 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 12 | 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 | 年度ごとの「取組の評価」に基づき、管理者は職員会議で、事業所のサービスの質を定期的かつ継続的に評価・分析を行っている。職員会議においては、サービスの質の向上に関して、伝達や報告ではなく議論を重視し、職員から意見を集めて積み上げ、まとめることが管理者の役割と聴き取った。<br>また、管理者は、虐待防止・身体拘束適正化委員会、感染症対策委員会、災害準備委員会に参加し、必要に応じて職員会議で共有するなど、サービスの質の向上に向けてリーダーシップが発揮されている。 |
| | 13 | 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。 | ⓐ・ b ・ c | 管理者は、経営の改善や理念の実現に向けて、年度末の「管理者会議」で職員の意向や人員体制等の状況を本部と共有し、職員が働きやすい環境の構築に取り組んでいる。<br>また、法人としては、「いしかわ魅力ある福祉職場認定制度」の認定を受けており、職員一人ひとりのワークライフバランスを重視した職場環境の整備に取り組んでいる。 |

Ⅱ － 2　　福祉人材の確保・育成

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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。 | ⓐ・ b ・ c | 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考えは「倫理綱領及び行動規範」に示されており、育成に関する方針としては「キャリアパス一覧表」に基づいて取組を行っている。<br>新規採用時は「新規採用者育成計画」に基づき、座学研修とOJT研修を織り交ぜて新人研修を実施していることが「四恩会研修制度にかかる会議録」から確認できた。<br>採用活動はハローワーク、石川県福祉の仕事マッチングサポートセンターを利用し行われている。 |
| | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | ⓐ・ b ・ c | 法人の理念・基本方針に基づく期待する職員像および、人事基準は「キャリアパス一覧表」として、階層別に定められ、職員に周知されている。キャリアパスには階層、役職、求められる業務、求められる能力、求められる取組姿勢、研修、基本給、昇格条件が示されている。<br>職員の専門性や能力、成果、貢献度は年度ごとの人事考課で評価され、職員処遇の水準については人事考課規程に基づき昇給・賞与に反映させている。人事考課の一環として年末に職員に対し勤務意向調査を行い、職員の意見を聞き取り分析し、改善に繋げている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 2 －（ 2 ） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | |
| | 16 | 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組んでいる。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 労務管理は法人事務局が行っており、職員の有給休暇の取得状況や時間外労働等を把握している。また、定期健康診断の他に人間ドックの費用助成を行うなど心身の健康確保に努めている。<br>職員の就業状況や意向の把握に関しては、年末の勤務意向調査の後、1月上旬から中旬にかけて1次考課、1月下旬から2月上旬にかけて2次考課を行った後、2月中に「フィードバック面談」を行う。<br>フィードバック面談では職員の特に良かった点や改善点、期待する点や次年度の目標について職員と事業所が意思疎通を行い、職員の意向を把握した上で働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 |
| 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 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 期待する職員像は「キャリアパス一覧表」で明確にされており、毎年度の人事考課、フィードバック面談の他にも必要に応じて管理者や事務局に個別面談の機会を設けるなど、職員一人ひとりの目標実現に向けての取組が行われている。<br>新入職員に関しては、採用時「新規採用者研修」を行い、研修後はシートに職員一人ひとりに3か月間の目標を設定してもらっている。その後「新規採用者育成チェックシート（OJTシート）に基づき、入職後3ヶ月、半年、1年後に定期的に面談を行い、理念や倫理、サービス目標、利用者支援等の視点から育成を行っている。 |
| | 18 | 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。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 「キャリアパス一覧表」の中に期待する職員像、および階層別に必要とされる研修や技術、資格が示されている。<br>毎年4月に職員の資格取得に関する研修計画を策定しており、人員配置を考えながら資格取得の支援を行っている。<br>また、内部研修としては階層別に「初任者研修」「中堅職員研修」「チームリーダー研修」をそれぞれ年1回実施している他、「虐待防止・権利擁護研修」を実施し、計画やカリキュラムについては定期的な見直しが行われている。 |
| | 19 | 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 | 職員の専門資格の管理に関しては法人本部で一括して行われており、知識や技術水準は人事考課による把握が行われている。新任職員に関してはOJT研修を実施し、入職後3か月、半年、1年後にOJT面談を行っている。<br>内部研修に関しては初任者研修、中堅職員、チームリーダー研修と階層ごとに分かれており、職務に応じた研修・教育を実施している。<br>外部研修については、情報が入り次第回覧し情報共有をしているほか、受講してほしい職員に対し個別に声掛けを行う等、研修に参加できるよう配慮を行っている。 |

| 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 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 20 | 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 | 実習生受け入れに関わる実績はないが、教員免許取得に必要な「介護等体験」の受け入れ体制についてはマニュアル、プログラムが用意されている。<br>また、社会福祉士の「相談援助実習」における「職場実習」「職種実習」「ソーシャルワーク実習」に関しても、実習指導者を配置し、実習研修にも参加して、実習生が来た場合には受け入れを行う体制はある。 |

Ⅱ － 3　運営の透明性の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 法人ホームページには理念、基本方針、各事業所の詳細なサービス内容、事業計画書、事業報告書、予算、決算といった法人の基本情報のほか、事業報告書の中には、個人情報に配慮した形で「事業所別苦情等相談状況」が添付されており、苦情の内容、処理経過および結果、苦情に繋がる問い合わせが事業所別に示されている。<br>地域に対しては、市町の窓口や相談員に個別に情報共有を行っているほか、民生委員児童委員協議会発達福祉部会にも職員を派遣している。 |
| | 22 | 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 | 職務分掌に関しては「あらいぶ役割分担」および「職員体制」を年度毎に周知している。また、経理規定に関しては法人ホームページに公開されている。<br>また、法人としては年次の監事監査を行い、監事監査報告書はホームページ上に掲載されているほか、外部の税理士法人と業務契約を締結し、会計相談及び税務相談の支援を受け、経営改善を行っている。 |

Ⅱ － 4　　地域との交流、地域貢献

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 4 － （ 1 ） 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | |
| | 23 | 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。 | (a)・ b ・ c | 運営方針には「事業所は、地域及び家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町、障害福祉サ ービス事業者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者等との連携に努める。」と定められている。掲示板には「羽咋郡市福祉施設マップ」をはじめ利用者の活用できる社会資源を掲示している。利用者のニーズに応じて、職員が付き添って、外食に出かけたり、ドラッグストアへ利用者の物品を買いに行ったり、図書館へ出かけている。外部講師に来てもらい、ヨガ教室を開催したり、絵画教室には地域の人が素材を持ってきてくれて交流を深めている。 |
| | 24 | 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 | ボランティア受入の際には、オリエンテーションで事前説明を行っている。地域の学校教育への協力は、管理者が近隣の高校の就労支援アドバイザーとなって協力している。ボランティアには支援ガイドラインやサービス提供マニュアル等の研修をしているが、基本方針やボランティア受入についてのマニュアルは整備されていない。 |
| Ⅱ － 4 － （ 2 ） 関係機関との連携が確保されている。 | | | | |
| | 25 | 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。 | (a)・ b ・ c | 地域の社会資源は、全体会議で検討をして、必要と思われるものは掲示板を利用して貼り出し、利用者に周知している。羽咋市、志賀町、宝達志水町の各自立支援協議会へは相談員が参加して、引きこもり、虐待、権利擁護等の地域ニーズをくみ上げている。また、七尾、中能登のハローワークとの連絡会や、障碍者・就業生活支援センターとの連携も行っている。 |
| Ⅱ － 4 － （ 3 ） 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | |
| | 26 | 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。 | (a)・ b ・ c | 羽咋市や志賀町、宝達志水町の自立支援協議会に参加して、地域のニーズを把握している他、保健センター精神科医とも連携して、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。 |
| | 27 | ② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | (a)・ b ・ c | 公益的取組としては ・生活困窮者に対しての就労支援活動・犯罪や非行をして保護観察になった方（社会性・規範意識の乏しい方・付和雷同する傾向のある方）の立ち直りを推進する保護観察所の社会貢献活動事業への登録 ・SDGs（持続可能な開発目標）の視点から、事業所周辺の清掃活動・環境美化への貢献 ・地域サロンで高齢者の買い物支援等がある。このうち、清掃活動・環境美化は利用者ミーティングの中から話が出て自発的に行っている。また、買い物支援は町の社会福祉協議会と連携を取って行っている。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅲ－１－（１）利用者を尊重する姿勢が明示されている | | | | |
| | 28 | 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 | 基本理念には利用者を尊重することや利用者を受容・共感することがうたわれ、倫理綱領には暴力・暴言・差別の排除、守秘義務、常に自己研鑽すること等を明記している。利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つために、法人での研修の実施、事業所内での様々な研修、外部研修への参加を行っている。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に職員アンケートの実施や、インシデント・アクシデントを検討することにより、適切なサービスとなっているか点検している。 |
| | 29 | 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 | 入浴の場面では、男女の入浴時間を分けて、介助が必要な人へは同性介助で対応している。トイレも廊下からいきなり見えないようにカーテンを設置して、プライバシーへの配慮を行っている。個人情報については、施錠できるロッカーで、事務室自体も施錠して管理している。プライバシー保護に関する取り組みは、月間活動プログラムや家族面談等で伝えている。介護サービス提供についてのマニュアル、サービス提供場面でのプライバシー保護についての整備が望まれる。 |
| 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 | 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 | 事業所のパンフレットは、羽咋郡市の市町、能登病院、ハローワーク等に設置している。ホームページでもサービス内容を、わかりやすく説明している。見学や一日体験も受け付けており、実際見学して、サービス利用のながれについて説明し、質疑応答して、利用する事例も多い。情報提供の方法について、その都度ミーティングで検証して、年度末に見直しをしている。パンフレットは4年前に見直しをして、更新している。 |
| | 31 | 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 | 重要事項説明書だけでなく、パンフレット、月間活動プログラム、作業支援の規則（事業所からのお願い事項）等を使ってわかりやすく説明して、同意をもらっている。個別支援計画のモニタリングを行い、サービスの変更の必要性について検討し、変更が必要な場合には、面接している。意思決定が困難な利用者への配慮は、支援マニュアルの中に「代理決定と意思決定支援」の項があり、本人の意思決定能力を理解し、意思決定を支援し尊重する、障害の種別の特徴や配慮点についての記載がある。 |
| | 32 | 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 | 就労継続支援B型事業や、加齢に伴い介護保険に移行する人もいるが、先ず本人から了解をとってから、相談支援専門員が関係機関との調整を行っている。サービスが終了後も、事業所に遊びに来る人もいるし、事業所の余暇活動の案内を出したり、OB・OG会に年賀状を出して交流を図っている。サービス終了後の相談窓口については、口頭で説明しているが書面は残していない。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ⅲ－１－（３）利用者満足の向上に努めている。 | | | | |
| | 33 | 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 | 利用者満足度は月間プログラムや茶話会の時に、聴き取りをしたり、日頃の会話の中で収集している。個別支援計画のモニタリング時にも、聴取している。寄せられた意見や要望を基に職員会議で検討し、虐待防止や身体拘束の適正化につなげているが、現状の取組では、随時に出される個々の意見に対応するという形となっている。今後、アンケート調査等を実施し、その結果を、組織的に分析・検討し、サービスの質の向上に結び付けていく取り組みが求められる。 |
| 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 | 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 | 苦情解決の体制は整備されて、重要事項説明書やポスターの掲示により利用者・家族への周知が行われている。相談・苦情・事故対応マニュアルを整備して、それに基づいた記録を行っている。令和5年5月の「苦情解決話し合い結果記録」には、利用者を交えた話し合いを行い、本人も了承している記録を確認した。苦情内容及び解決結果はプライバシーに配慮したうえで、事業報告で行って、ホームページでも公表している。 |
| | 35 | 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 | 重要事項説明書には苦情や相談の受付について、複数の相談先の連絡先が記されている。チラシの配布やポスターの掲示により、利用者への周知を行っている。専用の相談室が用意されており、必要があれば他の部屋も、プライバシーに配慮した形で利用することができる。 |
| | 36 | 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 | 利用者との毎日の会話の中で、利用者の意向把握に努め、必要があれば個別の面談に繋げている。利用者の毎日の意見については、申し送りノートに記録して、朝のミーティングで職員間の共有を図っている。意見箱の設置もあり、寄せられた意見については、職員会議で検討して、回答するとともに、サービスの改善につなげている。「苦情・相談・事故マニュアル」には記録方法、処理方法等が明記され、職員会議で配布し周知している。マニュアルは合同職員会議で、規定は法人本部で毎年見直しを行っている。 |

| 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 | 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 | あらいぶ役割分担では、各リスク毎に責任者が決められている。インシデント・アクシデントがあった場合には、その都度原因究明と防止策を職員会議で検討している。虐待や身体拘束に関する委員会は開催しているが、リスクマネジメントに関しての委員会やマニュアルの策定はない。 |
| | 38 | 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 | コロナ以降基本的な感染対策は毎日とられている。今年度職員、利用者が感染する事例が起きていて、その時には隔離対策や利用中止などを実施して、感染拡大防止に努めている。対応マニュアルとして、厚生労働省の作成したモデル的マニュアルを用意しているが、通所型の事業所に適した、例えば確実にマスクを着用できない利用者に対してどうするか等の実効性のあるものの策定が望まれる。 |
| | 39 | 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 | 法人全体では、火災だけでなく原発事故を含む各種の災害に備えたマニュアルを用意している。事業所では宝達志水町の防災マップを参考にして、事業所の立地するところで予想される災害についてのマニュアルを用意している。安否確認は避難誘導の後、点呼をとり、家族へ連絡することになっている。消防訓練には毎年消防署に立ち会いしてもらい、講話の後訓練の講評をしてもらっている。町とは福祉避難所の協定を締結しており、備蓄は法人本部で一括して行っている。 |

Ⅲ － 2　　福祉サービスの質の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 相談支援についての簡単なマニュアルを用意しているが、介護面での標準的な実施方法については確認できない。管理者が中心となって、職員会議や個別研修を行い指導・確認している。 |
| | 41 | 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 | マニュアルの検証・見直しは随時行っている。職員会議では、個別支援計画のニーズの中で必要と思われるものがあれば、標準的なサービスとして見直しを行っている。前述のように、サービス全般にわたっての標準的な実施方法、その検証・見直しに関する時期や方法については定められていない。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | サービス管理責任者が個別支援計画の責任者となっている。健康やADL等8領域のアセスメントと基本情報を基に、計画を作成している。計画は個別支援会議で共有し、6か月を目途に（就労移行は3カ月）モニタリングを行い計画の見直しを行っている。支援困難ケースについては、「利用者の理解と対応」という場を持ち、①初期対応②客観的データー収集③分析（記録・評価）④仮説−検証⑤介入計画の立案と、対応の統一を取り決め共有している。 |
| | 43 | 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 | 生活介護は6か月、就労移行は3か月を目途に、サービス提供管理者がモニタリングし、個別支援会議でその結果を共有している。管理者は、本人・家族と面談して、思いをくみ取りモニタリング報告書を作成している。 |
| 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 | 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 | 利用者の記録は、個別支援経過に記録している。記録要領（サービスマニュアル）に沿って記録するように研修、指導が行われている。日々の情報は、毎朝のミーティングや申し送りノートで漏れがないようにしている。必要に応じて、回覧や会議等により共有している。 |
| | 45 | 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 | 個人情報管理規定では、情報は一元的に保管すること、保存期間は5年間（契約書）、廃棄については情報漏洩に留意すること、提供する際には本人の同意とともに個人情報管理委員会に報告することが定められている。就業規則には「秘密情報保持義務」「個人情報・個人番号の取り扱い」についての規定があり、違反した時には懲戒の対象になることが定めてある。記録管理の責任者は、事業所では管理者、法人では事務局長となっている。職員は入職時に守秘義務についての誓約書を提出して、就業規則等に違反しないことを誓っている。利用者や家族へは、重要事項説明書や契約書の中で説明し同意を得ている。 |

# 評価細目の第三者評価結果（障害者･児福祉サービス）【内容評価基準】

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

評価対象 Ａ － １　　利用者の尊重と権利擁護

Ａ － １ －（ １ ）　自己決定の尊重

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 個室での個別面談はもちろん、利用者ミーティング、送迎の車内で、ご意見箱、管理者への電話やショートメールなど様々な機会に利用者の意志や希望を捉えて確認し個別支援計画に基づき個別支援を行っている。スマホ利用や嗜好品についても利用者の意思や希望を尊重しつつ迷惑にならないよう利用者同志で話し合い「約束事」を作成している。障害特性の「こだわり」の部分にフォーカスし、職員が支援を行っている。 |

Ａ － １ －（ ２ ）　権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 利用者の権利擁護について朝ミーティング、終礼等で報告や協議している。全体会議の中で「身体拘束の廃止と支援の質の向上に向けて」研修。虐待防止委員会（2か月に1回）開催しアンケートを実施している。「障害者虐待が疑われる場合に当該障害者福祉施設がとるべき対応フロー図」が作成され「権利侵害相談用紙」が職員参画で作成されている。 |

評価対象 Ａ ー 2 生活支援

Ａ ー 2 ー （ 1 ） 支援の基本

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 個別支援計画に基づき、利用者の心身状況や生活習慣も配慮し自力で行うことを大切にし難しいことを支援している。お金の使い方が苦手な方が多いため司法書士を招いて講座を開催している。悪徳商法の被害やスマホで業者にだまされないよう金銭管理についての相談に乗り、社協の金銭管理の利用や成年後見人や役場との連携も行っている。障害手帳の取得、障害年金の申請支援や必要時の受診同行も行う。 |
| 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 | 意志表出の難しい方や言葉が無い方でも表情やサインからくみ取り、文字盤やイラストカード等を利用する等心身状況に応じたコミュニケーション手段を確保し、個別支援計画に基づいて支援を実施している。また「障害や精神的な疾患等の正しい理解」マニュアルを中心に内部研修、法人研修、外部研修と習得に努め、利用者それぞれに対する支援の向上につなげている。代弁者として家族や支援者の協力も得ている。 |
| 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 | 利用者の思いや希望を聞くために、面接は話しやすいよう個室で行ない、送迎車の中で話を聞いたり、ご意見箱に自由に意見を入れてもらう。言葉がうまく出ず電話の練習をする利用者には、いくつかのパターンのセリフをラミネートしてリュックにつけているなどの工夫をしている。苦情等相談内容については全体会議や申し送りノート、時間をとって本人や関係者に聞き取り、検討している。個別支援会議を行い個別支援計画に反映し調整を行う。 |
| 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 | 利用者の意向を把握し、個別支援計画を作成し、日中活動としてお花、和裁教室等も開催している。住んでいる地域の文化講座やスポーツ、町の会館の行事等の情報や声かけを利用者の状況に応じて提供している。参加希望があれば代わりに問い合わせるなど個別に利用者の障害に合わせた支援を行っている。個別支援計画の見直し時には日中活動の内容はもちろん、心身状況や支援内容についても検討や見直しを行っている。 |
| 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 | 「障害や精神的な疾患等の正しい理解」というマニュアルを中心に障害特性の理解を深めるよう内部研修、法人研修、外部研修、OJTを実施し専門知識の習得を図る。申し送りや朝のミーティング会議等を通じ情報を共有している。こだわりのある利用者の特別な行動についても職員間で支援方法の検討・共有をした上で、地域の方にも説明し理解を得るように職員が働きかけ支援を行っている。利用者間の調整にも配慮している。 |

Ａ　－　２　－（　２　）日常的な生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 楽しんで食べることができるように普段の食事の他に、ごはんづくりやおやつ作りを実施している。前もって何を作りたいのかを利用者と職員とで話し合いポトフや焼きそば、ホットケーキなど利用者参加で調理している。自宅での入浴が困難で入浴希望の方には同性介助で難しい部分を支援している。排泄についてはトイレロールの使いすぎや芯を流さないかの声掛けや見守り、膝折れしやすい、転倒予防等のサポートを必要とする方など個別な配慮や適切な支援を行っている。 |

Ａ　－　２　－（　３　）生活環境

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 施設内は感染予防や清潔保持のため毎日夕方掃除機をかける。毎日昼食後利用者と職員で消毒や拭き掃除を行う。利用者が思い思いに過ごせるよう、多目的ホールや個室、ソファのコーナーがある。座布団や枕、毛布等も置いてある。他の利用者に影響を及ぼすような状況の場合は個室で過ごしたり、外出やドライブ等で気分転換を図る。唾を吐く、水遊びする方にはその都度個別に対応する。玄関のご意見箱に意見や要望を入れてもらうことで、苦情を未然に防ぐ役目も持っている。 |

Ａ　－　２　－（　４　）機能訓練・生活訓練

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 個別支援計画に基づき、一人ひとりの希望や家族の意向を調整し、障害特性にも配慮し機能訓練として散歩、歩行練習、自転車こぎ、体幹を鍛えるリハビリ等を実施している。活動も同様で利用者の「これがしたい」というプログラムを実施している。障害の状況に応じて笑いヨガ、絵画教室など地域の講師が指導したり、専門職の助言や指導の下、職員が行ったりしている。個別支援会議等で利用者の意向を確認し、支援の検討や見直しを図っている。 |

Ａ　－　２　－（　５　）健康管理・医療的な支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | コロナ感染予防もあり検温や血圧測定を実施し、希望する利用者にはセルフケアシートに記入している。定期的ではないが、必要時に受診を勧め、必要があれば職員が同行したり、病院のMSWと連携するケースもある。職員会議や感染委員会等で健康管理等について検討し、熱中症やインフルエンザ等に注意する掲示を行い、利用者に声かけ周知している。介護マニュアルを見直して支援の充実を図っているところである。 |
| 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 | てんかんの利用者については発作のきっかけになる光の影響がないよう居場所の近くの蛍光灯を抜くなど職員が共通認識を持ち、対応を行っている。職員による継続的な医療的なケアを必要とする利用者は現在いない。就労移行ミーティングで保健師による感染予防の講座を開催した。生活介護では廃用性にならないよう利用者の希望も聞いて近所への散歩やスポーツを毎日のようにプログラムに取り入れている。 |

Ａ　－　２　－（　６　）社会参加、学習支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 利用者ミーティング等で意向や希望を聞き、買い物や外食、外出支援やドライブはもちろん、地域のゴミ拾いをしようという話が利用者から出て実施した。コロナウイルス流行前は遠方の工場に社会見学に出かけていたが感染予防で近年は中止となっている。また利用者が障害特性のために被害にあった時も警察の介入の他、利用者、家族と共に職員が話し合い、対策をしたことでその後被害にあわないようになった例もあった。 |

Ａ　－　２　－（　７　）地域生活への移行と地域生活の支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 地域の講師が絵画教室や和菓子体験、そば打ち体験等を実施している。近隣の商店、施設、医療機関等も利用者や職員と顔見知りの関係になっており、中には障害の特性を理解し、躁状態の時に買い物しすぎる利用者に声をかけてくれる店主もいて職員も力をもらっている。利用者がアート展に出品した際にはドライブも兼ねて皆で鑑賞に出かけている。 |

Ａ　ー　２　ー　（　８　）　家族等との連携・交流と家族支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 生活介護は送迎の際に家族に会って話し、必要な利用者には連絡帳を用意し相談しやすいよう連携を行っている。就労移行支援事業所は利用開始3か月以内に家族面談し、その後も計画更新や就職に向けて動きのある時等に家族と意見交換の機会を設けている。利用者・家族それぞれの悩みを聞き、意向にずれのある場合等にも職員は丁寧に話を聞くよう心がけている。 |

評価対象 Ａ　ー　３　　発達支援

Ａ　ー　３　ー　（　１　）　発達支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 非該当 |

評価対象 Ａ　ー　４　　就労支援

Ａ　ー　４　ー　（　１　）　就労支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 一人ひとりとの面談を行い、個別支援計画を作成し基礎訓練、企業内作業体験、職場実習とステップを踏んで行く。日々の話し合いの他に個別支援会議等の機会も持ち、利用者や家族との連携を通じて、障害特性や得意不得意、利用者の希望等を考慮し企業に伝えている。トレーニングやビジネスマナーなど訓練プログラムを行い、地域の卒業生のいる企業等での見学や体験、実習等も行っている。 |
| 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。 | ⓐ・ｂ・ｃ | ハローワークや企業からの求人そのままではなく利用者の特性に合わせた仕事内容となるように、例えば仕事の切り出しを提案したり、個別の強みを伝えるなどの働きかけを行っている。例えば利用者の障害特性から「個室のような」環境であれば力を発揮できると企業に伝え、実際にそのような環境を整えてもらうことができ、就労が継続している例もある。実習の際には保険に加入している。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 地域の卒業生のいる企業等とも見学や実習を依頼できる等関係性が構築され、障害者就業・生活支援センターで講座を受講し、ハローワークと定期的に連携している。就職の際、自分で障害特性等を書いた「〇〇さんのトリセツ」を企業に渡し、合理的配慮を促進する働きかけを行っている。「OBOG会」があり立ち寄ってくれる卒業生もおり、利用者が生の声を聴けるよい機会となっている。卒業生が年月が経ってから離職した場合等も相談に乗るフォローアップ体制があり、関係性は継続している。 |

# 第三者評価結果

①第三者評価機関名

| |
|---|
| 株式会社　寺井潔ソーシャルワーカー事務所 |

②施設・事業所情報

| | |
|---|---|
| 名称： チェンジA. | 種別： 放課後等児童デイサービス・児童発達支援 |
| 代表者氏名 谷口けい子 | 定員（利用人数） １０名 |
| 所在地 石川県かほく市遠塚二１３番地２ | |
| TEL： ０７６－２８３－５３１１ | ホームページ http://shionkai.or.jp |

【施設・事業所の概要】

| | | |
|---|---|---|
| 開設年月日 平成24年7月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）社会福祉法人　四恩会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：　５ 名 | 非常勤職員：　３ 名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 社会福祉士　１ 名 | 名 |
| | 保育士　２ 名 | 名 |
| | 名 | 名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数）<br>指導訓練室（大小）計５室<br>事務所１室 | （設備等）<br>多目的トイレ１室<br>トイ１室 |

③理念・基本方針

＜理　念＞　・私たちは子どもとその家族が笑顔でいられるよう、一人ひとりの思いを大切に支援します。

＜基本方針＞　・一人ひとりの発達状況を把握し、小集団及び個別の活動を通じて社会生活で必要な力を身につけられるように支援します。

・一人ひとりの個性やご家族の思いを尊重し、温かく、楽しく過ごせる事業所作りを目指します。

・他機関との連携を図り。社会の一員として生活できるよう支援するとともに地域福祉の充実に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

＜放課後等デイサービス事業＞学齢期の障害児に対して、放課後や夏休み等の長期休暇に、生活能力向上のためのプログラムを積極的に提供し、障害児の自立を促進することをお手伝いします。
＜児童発達支援事業＞未就学の障害児に対して、日常生活における基本的な動作の指導や、ふれあい遊びや自由遊び、体操等を通して運動機能の発達を図ります。集団生活に適応できるような基礎作りを支援します。
＜日中一時支援事業＞日中における活動の場を提供し、見守り等の支援を行いながら、家族に就労及び一時的な負担軽減を図ります。施設環境として近隣に中央公園があり、のびのびと野外遊びが出来る環境にある。利用者支援の為のツール（視覚を通して）が作成されており、利用者一人ひとりに合わせた支援が確立されている。個別支援計画の作成においては、児発管を中心に保護者、本人の聴き取り、職員の支援目標が盛り込まれ定期的にモニタリングや計画更新には担当支援員も交えて検討する機会を設けている（PDCAサイクル）を確立されている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---|---|
| 評価実施期間 | 令和　5年　3月　1日（契約日）～<br>令和　5年　4月　28日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 回（　　年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

●事業所として、年１回利用者アンケートを行い、アンケート結果をもとに自己評価（「放課後等デイサービス事業所における自己評価結果」・「児童発達支援事業所における自己評価結果」）を作成し、全体会議で振り返り次年度に繋げるPDCAサイクルが確立されている。自己評価はホームページ上に公表され閲覧可能な状態となっている。また、管理者は2か月に1度、利用者への声掛けや尊厳への配慮、人権擁護などの観点を振り返る「職員セルフチェックシート」を各職員に配布し、定期的に職員の意識を調査し、チェックシートの結果を基に全体会議で重点的に意識する項目を職員に伝え、日頃のケアやサービス向上に活かす仕組みを作っている。

●第三者委員である社協職員と連携を図り、地域に事業周知を図り、かつ、ボランティアをはじめ、地域との連携を密に図る体制が築けている。また、同市や近隣地域に複数の関連事業所があり、利用者の課題に対して同一法人内の他事業所と連携を図ることで、迅速に課題解決に向けたアプローチを図ることができる。

●生活上の行為を自力で自発的に行えるように職員は見守りや声かけ、最小限のフォローを行っている。各生活場面の手順をイラストや写真、文字を使い図式化したもの（ツール集）を職員が手作りして様々な場所に掲示している。手の洗い方や手の拭き方、身支度の方法、片付け方、地震が来たらどうするか等をツール集でわかりやすく説明している。

●事業所の基本方針として「ひとり一人の発達状況を把握し、小集団および個別の活動を通じて社会生活で必要な力を身につけられるよう支援する」ことが明記されている。実際の支援の場面では、好きなこと、得意なこと希望を聴きながらプログラムの選択肢を用意して選んでもらっている。例えばダンスがしたい、工作をしたい、お手伝いをしたいという思いに対し、生活のプログラムの中でどうやってその時間を確保していくかを利用者と話し合いながら支援している。

◇改善を求められる点

●利用者のさまざまな特性に対して個別に対応したり、苦情や事故、感染や防災などへの対策も取り組まれていることは口頭等にて確認できたが、手順等の文書やマニュアル作成が確認できないものが多く、誰もが見て内容を把握できる手順やマニュアルの作成が望まれる。

●個別支援計画とリンクした手順書やツール集（イラストや写真を使用したコミニケーションツール）を作り、それぞれの利用者の個別性に配慮した対応が行われている。支援方法は各種会議で共有され、モニタリングやプランの更新に合わせて修正されている。ただ、「放課後等デイサービスガイドライン」等をふまえた標準的なサービスの実施方法については文書化されていない。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受審するにあたり、当事業所の見えなかった点、各マニュアルの不足部分が明確になり、自分たちが取り組んでいる業務の裏付けとなる根拠の確認という作業を、職員全体で確認しながら取り組めたことは良かったです。心より感謝申し上げます。
高い評価を頂いた点は、当事業所にとっても前向きにとらえ、職員一同共有しながら向上を目指したいと思います。また今回受審させていただいた中で、当事業所の見直し事項や改善、総評、結果を基に、当事業所の強みを更に補強すると共に、足りない点についての改善を図るなかで、今後とも継続してより良い事業所の向上に努めてまいります。

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【共通評価基準】　（別紙）

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

Ⅰ－１　理念・基本方針

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－１－（１）　理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | |
| | 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 | 事業所理念「私たちは子どもとその家族が笑顔でいられるよう一人ひとりの思いを大切に支援します」はホームページ及びパンフレットに記載されており、事業所入口にも掲載されている。事業所立ち上げの際は法人理念と事業所理念の整合性が取れるよう話し合いを行った。<br>職員への周知に関しては、入職時の研修で理念について伝える他、職員回覧ファイルの表紙に明記することで、定期的に理念を確認する機会を設けている。利用者に向けては、隔月発行の広報誌「ひだまり」に毎号記載することにより周知を図っている。<br>また、月１回職員が参加する全体会議でインシデント・アクシデントを報告する際、利用者の様子を話しながら今後どうすれば本人や家族が笑顔でいられるか、理念に立ち返る機会を設けている。 |

Ⅰ － 2　　経営状況の把握

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ － 2 － （ 1 ） 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | |
| | 2 | ① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | (a)・ b ・ c | 社会福祉事業全体の動向および地域福祉計画を読み込み、把握し、分析をもとに事業運営を行っていることが「事業計画書」および「事業報告書」から確認できた。<br>市主催の制度改正説明会の際は、管理者や児童発達支援管理責任者だけでなく常勤職員も参加できる体制を作り、要点を研修会で共有し、職員全員が把握できるような体制を作っている。<br>また、利用者数や稼働率、コスト分析については月次報告を行い、法人本部と情報を共有し、次期以降の計画に反映させるPDCAサイクルが確立されている。 |
| | 3 | 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 | 年度末に「総括」の形で法人本部が管理者にヒアリングを行い、①総評、②人員課題（人員体制を含む）、③事業継続計画（BCP）、④建物、⑤コスト等についての報告や意見交換を実施しており、その中で管理者と法人本部は具体的な課題を明らかにしている。総括の内容は全体会議で職員に情報共有されている。具体的には、施設建物の老朽化により雨漏りが発生したが、そのことを迅速に法人本部に報告し、部分修繕を行い改善するなどの記録が事業報告書により確認できた。 |

Ⅰ － 3　　事業計画の策定

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 法人本部は、先述した「総括」（ヒアリング）、事業所自己評価および利用者アンケートをもとに毎年度事業計画を策定し、その中に単年度の事業計画と併せて、2年単位での「短期計画」、3年単位での「中期基本計画」、またそれ以降のビジョンを示した「長期基本計画・構想」を示している。<br>中・長期計画は法人経営理念（ミッション）である「我々は、福祉を必要とする全ての方々へのサービス向上及び地域福祉向上のために事業を推進する」に基づき、地域ニーズに即して、新たなサービスの開始時期や定員などの具体的数値を盛り込んでいるとともに、随時見直しを行っている。 |
| | 5 | 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 | 単年度計画は、中長期計画と整合性を取りながら、施設ごとの運営事業、運営方針、会議・委員会の開催、地域との連携、ガバナンス、職員の働きやすさなどを、目標が定量化できるものは定量化している。<br>年度末の「総括」にて法人本部と各事業所管理者と単年度計画の進捗度を確認し、評価を行っていることが、「事業報告書」により確認できた。 |

| Ⅰ － 3 － （ 2 ） 事業計画が適切に策定されている。 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 6 | 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。 | ⓐ・ b ・ c | 年度末に法人本部と施設管理者が行う「総括」のほか、年1回定期的に利用者アンケートを実施し、アンケート項目には事業計画の項目も盛り込み、利用者および家族からのフィードバックを基に計画の評価や見直しを行っている。<br>全体会議や職員から出た意見を反映・集約して計画の見直しを行っていることがヒアリングより確認できた。事業所内で人員体制や職員の働き方についての意見を聞き取り、法人本部に打診し、次期の計画に反映されていた。 |
| | 7 | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | ⓐ・ b ・ c | 事業計画は家族向け資料に配布した上で家族会でも内容を説明し、周知が行われている。<br>施設として、事業計画の柱は改修工事と捉え、工事日程のダイジェスト版を利用者および家族に分かりやすい形で作成し配布するほか、利用者が理解しやすいように大きな文字で書かれたポスターが掲示されている。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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。 | ⓐ・ b ・ c | 事業所として、年1回利用者アンケートを行い、アンケート結果をもとに自己評価（「放課後等デイサービス事業所における自己評価結果」・「児童発達支援事業所における自己評価結果」）を作成し、全体会議で振り返り次年度に繋げるPDCAサイクルが確立されている。自己評価はホームページ上に公表され閲覧可能な状態となっている。また、管理者は2か月に1度、利用者への声掛けや尊厳への配慮、人権擁護などの観点を振り返る「職員セルフチェックシート」を各職員に配布し、定期的に職員の意識を調査し、チェックシートの結果を基に全体会議で重点的に意識する項目を職員に伝え、日頃のケアやサービス向上に活かす仕組みを作っている。 |
| | 9 | 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。 | ⓐ・ b ・ c | 利用者アンケートを集計した「保護者等からの放課後等デイサービス事業所評価の集計結果」にて、「課題や改善すべき点を踏まえた改善内容又は改善目標」として、事業所が改善すべき課題が明確化されている。<br>課題は年度末の全体会議にて職員間で共有され、また、法人として取り組むべき課題については年度末の総括（ヒアリング）で法人本部へ共有される。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 1 － （ 1 ） 管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
| | 10 | 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 | 管理者は、サービスの質の向上や職員の心身の健康状況、関係機関との連携、PDCAサイクルの徹底、職員との意見調整等について記した文書「チェンジA.管理者としての経営方針と具体的取り組みについて」を全体会議の中で配布し各職員に管理者としての方針や取り組みを明示している。また、広報誌「ひだまり」にも職責について表明している。<br>有事の際、管理者不在時の職務分掌については、上記文書のほか、「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画」「自然災害時における業務継続計画」等にて定められており、全体会議の際に周知されている。 |
| | 11 | 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 | 管理者は、かほく市の障害者支援センターが行う事業者連絡会をはじめとする各種研修会に参加し、行政関係者や他の事業者との適切な関係を保持、強化している。<br>遵守すべき法令の把握を把握した上で、職員に対して、毎月行われる全体研修にて個別ケース、対応事例の多いケースや防犯、虐待防止など職員に対して遵守すべき法令を周知し、研修終了後には職員一人ひとりに対してコメントを残している。 |
| Ⅱ － 1 － （ 2 ） 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
| | 12 | 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 | 年度末に行われる利用者アンケートの取りまとめ時にサービスの質を定期的に分析・総括し、法人本部へ結果共有している。また、分析した結果をもとに、毎月の全体会議で職員への重点項目の周知を行っていることが全体会議の議事録から確認できた。<br>また、管理者が2か月に一度、職員に向けて配布する「職員セルフチェックシート」は職員意識の改善だけでなく、業務内容や管理者、人間関係や法人本部に対しての意見、仕事のしやすさについて自由に記入する職場満足度アンケートも兼ねており、職員意見の反映を行い、チェックシートにより得られた結果は全体研修等を通してサービスの質の向上に役立てている。 |
| | 13 | 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 | 職員の配置に関して、管理者は年に1回、「障害児通所支援事業所における定員超過利用減算対象確認シート」を使いながら、加算・減算を考慮しつつ、今後想定されうる職員配置を分析し、そのパターンを複数シミュレーションすることにより適材適所で職員が働けるよう、人員配置や人事労務面に取り組んでいる。<br>また、年度ごとに、「業務担当・会議・事業計画担当割り」を作成、配布し、防災、感染症、事故、広報発行、事故、月別曜日別プログラムにおける職員の役割分担をし、実施確認を行っている。 |

Ⅱ － 2　　福祉人材の確保・育成

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 管理者は「資格登録、終了研修一覧」を作成し、職員別に保持している資格をリストアップし、リストを基に人員体制を計画している。産前産後休業、育児休業取得による欠員が発生した際の代替職員の補充を考慮に入れて計画を行っている。<br>また、法人本部と調整・相談を密に行い、職員配置をスムーズに行える取り組みが「令和4年度に向けての課題整理事項」にて確認できた。 |
| | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | (a)・ b ・ c | 法人として「障害者（児）を支援する職員の方に」を掲示し、法人理念に基づき、期待する職員像を明示するとともに、事業所としても「期待する職員像について」を作成・配布することにより職員に期待することを明確化している。<br>また、職員は毎年度、12月に継続・配置転換・時短勤務等の意向を記入した「勤務意向調査票」を管理者へ提出する。管理者は12月中旬から面談を行い、意向の確認を行う。その際、産前産後休業や育児休業等に伴う休暇等の必要性を考慮し、優先度の高い順で面談を行うなど、職員の働き方と事業所の勤務体制を調和させるように取り組んでいる。 |
| Ⅱ － 2 － （ 2 ） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | |
| | 16 | 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組んでいる。 | (a)・ b ・ c | 12月中旬に面談を行った後、1月上旬に人事考課シートが配布され、人事考課シートを基に2月上旬から「フィードバック面談」を行う。<br>フィードバック面談では職員の取りたい資格や目標の意思確認や管理者から見た職員の良い点や改善すべき点、期待している点を確認し、職員と事業所が意思疎通できる場としている。<br>また、事業所は職員の健康診断結果を把握するとともに年度別に「有給管理簿」を作成し、管理簿で有給休暇を未消化の職員を把握した上で、積極的な取得を奨励するなど、心身の健康管理およびワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。 |

| 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 | 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 | 法人・事業所としての「期待する職員像」を定め、年1回のフィードバック面談時に職員一人ひとりに意識調査を行っている。<br>職員の育成に関して、OJTによる研修では法人内でOJTマニュアルを定め、新入職員は「OJTチェックシート」を使い、育成指導担当者とともにOJTの内容を振り返る。育成指導担当者は「OJTノート」を使い、育成目標に到達しているか記録し、目標達成度の確認を行っている。 |
| | 18 | 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 ・(b)・ c | 新任職員に関しては先述の「OJT研修」を行い、現任職員に関しては2か月に1度内部研修を実施することにより研修の機会を確保し、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。<br>法人として「新規採用者育成計画」を策定し、採用月、3か月後、6か月後、12か月後に新任職員が身に付けるべき技術をOJT、Off-JTに分けて定めている。研修に関する記録は作成されていたが、「新規採用者育成計画」に沿ったものではなかったため、今後、育成計画に沿って研修を行うことが望まれる。 |
| | 19 | 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 | 毎月の全体会議で資格取得のための要件（児童相談員や児童発達支援管理責任者の実務経験年数）について伝え、職員に資格取得を呼び掛けている。<br>資格についての研修案内が来た際は、法人で、特定の職員に偏りなく全員が受講できるように「研修・講習・説明会等受講一覧」で調整し、職員への研修受講を促している。<br>OJTに関しては、フィードバック面談やOJT研修記録により適切に行われていることが確認できた。 |
| 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 | 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 | 教員免許取得における「介護等体験」に関して、基本姿勢、実習の目的、体験内容や時間について記した「実習生受け入れマニュアル」を定め、マニュアルに沿って実習生受け入れを行っている。<br>施設そして実習受入担当者を定め、実習受入担当者は「実習生オリエンテーション」マニュアルを用いて放課後デイサービスの特性について指導した上で、学生ごとに「実習生受入プログラム」を作成し、何を学びたいかの意向を聞き、その以降に応じてプログラムを柔軟に調整している。 |

Ⅱ － 3　　運営の透明性の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | ホームページには法人理念・事業所理念や基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告や予算・決算等の情報が公開され、年度末の家族アンケート、およびアンケートを踏まえた自己評価が記載されている。<br>また、利用者からの苦情や相談、要望に関しても、プライバシーに配慮した形で公表している。広報誌に関しては、現在は利用者向けの発行に留めているが、今後地域に配布する予定がある。 |
| | 22 | 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 | 事業所における職務分掌については「職務分担表」を作成し、分担表に基づき職責が明確にされている。<br>ガバナンスに関しては、年度末の利用者アンケートの結果を振り返ることによるフィードバックおよび「総括」によるヒアリングで状況を定期的に把握している。また、外部の税理士法人の関与により、財務面での助言および支援を受け、経営改善を実施している。 |

Ⅱ － 4　　地域との交流、地域貢献

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 4 － （ 1 ） 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | |
| | 23 | 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。 | (a)・ b ・ c | 運営規定には、社会と交流を図ることができることや県や関係市町、障害福祉サービスを行う者、児童福祉施設その他の者との密接な連携に努めることが記載されている。運営規定はホームページ上でも公表されている。利用者が活用できる福祉マップを玄関先に掲示し、社会資源をファイルにまとめ、同じく玄関先にいつでも見られる状態にしている。また、必要な方には配布もしている。<br>コロナ禍であるため、地域交流は中止しているが、第三者委員でもある社協職員が活動を通じて地域へ施設情報やボランティア活動について発信している。 |
| | 24 | 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 | ボランティア受け入れマニュアルがあり、その中で「地域に開かれた施設として積極的にボランティアの機会を提供し、これにより利用者とボランティアの生活がともに豊かなものになることを目的としている」と記載されている。活動時の注意事項や心構え等も記載されており、マニュアルに沿った受け入れがなされ、かつ、オリエンテーションも行い、よりスムーズな受け入れ態勢を構築している。<br>また、第三者委員の社協職員と連携を図り、学校への情報発信を随時行い、必要に応じて、学校だけでは対応困難ケースには地域ケア会議として家族や学校両方に介入することもある。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 4 － （ 2 ） 関係機関との連携が確保されている。 | | | | |
| | 25 | 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。 | (a)・ b ・ c | かほく市福祉マップを玄関に掲示し、社会資源をファイルにまとめ玄関先に見やすく配置している。関係機関との連携は、かほく市の地域部会や障碍者自立支援協議会に定期的に参加し、情報共有を行なっている。また、かほく市役所に隣接している相談窓口とも密に連携を図っている。<br>児童相談所や精神科医師とも必要に応じて専門的視点から情報をもらい、また、法人施設、事業所が地域に複数箇所あるため、法人内部でも会議や必要に応じて直接連絡をとるなど、多方面にわたるネットワークを構築し、活用している。 |
| Ⅱ － 4 － （ 3 ） 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | |
| | 26 | 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。 | (a)・ b ・ c | コロナ禍のため、地域行事など交流の機会が中止しているため、直接地域の方と話す機会はないが、第三者委員でもある社協職員と密に連携を図り、社協活動を通じて地域のニーズ把握を行ない、施設と情報の共有を行なっている。 |
| | 27 | ② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a ・(b)・ c | 第三者委員である社協職員を通じて、事業所の機能を知ってもらう啓蒙活動を行なっている。その一環として、社協と連携した中学生のボランティアの取り組みを行い、学校教育の一部として連携している。<br>また、施設の老朽化が目立ち、現在のままでは避難所としての活用は難しいが、次年度建て替え予定であり、その際には改めて避難所として地域に発信する予定である。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | － 1 － （ 1 ） 利用者を尊重する姿勢が明示されている | | | | |
| | | 28 | 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 | 法人理念のビジョンに「ひとりひとりの［幸せ］を共に考え、それを地域の中で実現できるよう支援し、真のノーマライゼーション社会を構築する。」とあり、職員倫理綱領にも「利用者の人格、生活史そして要求を尊重」することが明文化されている。<br>理念や倫理綱領に基づいた利用者の尊重に関しては、職員新規採用者研修や中堅職員研修、毎月の会議にて周知している。また、隔月毎に全職員が「セルフチェックシート」を活用して、利用者に対して不適切な援助を行なっていないかを確認している。 |
| | | 29 | 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 | 「倫理綱領及び行動規範」や「個人情報保護規定」にプライバシーの保護や権利擁護について示されており、研修により職員に周知されている。利用者からの相談に対しては、個室空間を使用するなどプライバシーに配慮された環境を確保し、排泄面などプライバシーに介入を要する支援に関しては、随時家族にも介入時期を相談するなど、常にプライバシー保護を意識した働きかけを行なっている。<br>また、職員間では毎月の会議等にて支援の振り返りを行い、家族には契約時の書類にて確認、かつ、写真や作品掲示など随時必要に応じて確認を行なっている。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 | パンフレットにはわかりやすい大きさの文字や写真を用いてサービス内容や活動内容を記載してあり、市役所や障碍者相談支援センター、社会福祉協議会等にも設置してある。<br>利用希望者に対して、児童発達支援管理責任者が対応し、まずは見学や利用児童に配慮した短時間での体験利用等を提案し、実際利用してみての不明点等があれば、随時対応を行い、安心できるよう説明を行なっている。<br>提供する情報については随時見直しを行い、その都度更新し、重要事項説明書やホームページは少なくとも年2回は見直しを行い、必要に応じて改訂している。 |
| | | 31 | 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 | 「倫理綱領及び行動規範」に利用者の自己決定の尊重について明記されており、サービスの開始・変更の際には、本人・家族・児童発達支援管理責任者にてケア会議を行い、利用者の特性に応じて、ひらがな文字や絵でサービス内容を伝えられるよう様々なツールを用いて、わかりやすく説明し同意を得た上で行なっている。<br>利用者個人の要望が出やすい環境作りとして、毎週土曜の昼に、「利用者との話し合い」と題して集まりの機会を作り、リラックスした環境で思いの把握機会とし、サービスに反映している。<br>意思決定困難な利用者に対する配慮に関しては、明確なルール化はされておらず、個別に対応を都度検討している。 |
| | | 32 | 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 | 利用者の著しい変化が見られた際は、関係機関や本人・家族と密に連絡をとり適切な支援に繋げられるよう取り組んでいるが、手順に関しては文書化されたものはなく、その都度の状況に合わせ進めている。サービス調整の主は、相談支援専門員となることが多い。<br>利用者の変化が見られた際の相談窓口は、児童発達支援管理責任者となっており、サービス利用が終了となった際には、「卒業後の相談先について」と題した今後の相談の連絡先等を記載した書面を渡し、適切な支援の継続となるよう体制を構築している。 |
| Ⅲ | ー 1 ー（ 3 ） 利用者満足の向上に努めている。 | | | | |
| | | 33 | 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 | 毎週土曜の昼に「利用者との話し合い」として、職員が参加し、リラックスした環境の中で利用者の要望を傾聴する機会を作っている。そこで出た要望を申し送りや毎月の会議、全体会議等にて検討し、改善や実現に繋げていることが会議録にて確認できた。<br>また、年1回家族へアンケートを行い、会議にて意見や要望を検討し、サービス向上に繋げている。 |

| Ⅲ | ー　1　ー（　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 | 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 | 「苦情解決規程」に基づき、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が設置されている。また、施設内に苦情受付のポスターを掲示し、苦情受付の連絡先を記載している。さらに、玄関にご意見箱も設置している。<br>苦情に対しては、受付から解決までの流れをフローチャート化したものがあり、それに則り適切な対応を行なっている。<br>苦情受付書や苦情解決結果報告書等により、苦情に対応した内容は確認できたが、広報誌では苦情の件数のみ掲載し、内容の公表については行なっていないとのこと。サービスの質向上の一環として、いただいた苦情に対する取り組みについては、プライバシーに配慮した上で公表し、周知することが望まれる。 |
| | | 35 | 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 | 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書はなく、都度口頭で伝えているに留まっているため、利用者にわかりやすく周知できる文書の作成が望まれる。<br>ご意見箱やプライバシーに配慮した相談空間、毎週土曜の昼に開催している「利用者との話し合い」ではリラックスした話しやすい環境に配慮している。 |
| | | 36 | 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 | 苦情解決規程をフローチャート化し、相談記録や報告手順、対応策の検討が職員間で周知されている。また、日常的に利用者が相談しやすいような関係づくりを職員間で共通認識とし、利用者の表情や仕草等からも思いの把握に努めている。<br>利用者からの相談や要望等があった際は、毎朝の申し送りや毎月の会議、全体会議など内容に応じて段階を踏み、時間がかかる際は期日を伝えた上で協議するなど、可能な限り迅速に対応していることが議事録にて確認できた。 |

| Ⅲ | ー　1　ー（　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 | 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 | 「インシデント・アクシデント報告書」を使用し、事故に至らずとも危険と考えられる事案や事故の実例を記載したものを収集し、日々の申し送り等で検討・協議し、職員間で周知している。<br>リスクマネージャーの配置や事故発生の対応と安全確認の責任が明記されたマニュアルは確認できず。送迎に関するマニュアルのみ確認。リスクマネジメントに関する責任の明確化とマニュアル作成、及び研修等により職員への周知が望まれる。 |
| | | 38 | 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 | 「感染症時の対応マニュアル」にて、発熱・嘔吐・インフルエンザに対する平時の対応と発生時の対応が記載されている。参考資料として、主な感染症一覧を挙げ、主な症状や予防法、感染の危険がある期間が記載されている。<br>令和3年4月には「新型コロナウィルス感染症発生時における業務継続計画(BCP)」を策定し、対応における職責別の役割・行動等が記載されている。<br>マニュアル等の学習や周知については議事録等にて確認できず。また、コロナ(BCP)は作成より日が浅いため改訂はないが、感染症時のマニュアルについては、改訂についてわかるものがなかったため、改定したことがわかるような取り組み等が望まれる。 |
| | | 39 | 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 | 「災害対応マニュアル」改め令和4年1月に「自然災害発生時における業務継続計画」に改定し、震災・風水害の防災計画が記載されている。具体的な行動や役割分担、避難経路、連絡体制等がマニュアル化されている。計画に基づき、年4回、地震・津波・火災、通報の内容で訓練が行われているが、コロナ禍のため、消防署の立ち会いはなし。<br>避難訓練等の取り組みは確認できるが、取り組みの振り返り等をまとめたものは確認できず。災害対策には際限がないため、訓練等を振り返り、常に安全を意識したマニュアルの改定や地域と連携した体制構築が望まれる。 |

Ⅲ － 2　　福祉サービスの質の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 個別支援計画とリンクした手順書やツール集（イラストや写真を使用したコミュニケーションツール）を作り、それぞれの利用者の個別性に配慮した対応が行われている。支援方法は各種会議で共有され、モニタリングやプランの更新に合わせて修正されている。ただ、「放課後等デイサービスガイドライン」をふまえた標準的なサービスの実施方法については文書化されていない。 |
| | 41 | 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 | 「個別支援計画・モニタリング作成の流れ」では6ヶ月ごとにモニタリングを行い12ヶ月をめどに支援計画を更新・変更している。モニタリング報告会議の内容は参加しなかった職員へは回覧により共有している。手順書やツール集はモニタリング時に検証・見直しを行うが、「標準的な実施方法」については確認できない。 |
| 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 | 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 | 児童発達支援管理責任者が個別支援計画を作成している。支援困難ケースには個別支援計画に、例えば不穏時の対応などを具体的に記した支援手順書を作成している。 |
| | 43 | 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 | 個別支援計画作成・見直しは「個別支援計画・モニタリング作成の流れ」に沿って行われている。計画は半年ごとにモニタリングを行い、12ヶ月で見直しを行っている。その内容は、会議等で職員へ周知している。モニタリングや見直した計画は保護者に説明し、同意を得ている。 |

| 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 | 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 | ⓐ・ｂ・ｃ | 利用者の身体状況や生活状況は、フェイスシートやアセスメントに記録している。利用者の個別記録に提供したサービスを記録している。記録方法についての研修は「個別支援記録について」の内部研修が行われている。事業所では月に一度全体会議、内部研修を年に2から3回行って情報の共有を図っている。また、毎日ミーティングを実施してその記録を申し送り情報共有の漏れがないようにしている。 |
| | 45 | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 個人情報管理規定では、情報は一元的に保管すること、保存期間は5年間（契約書）、廃棄については情報漏洩に留意すること、提供する際には本人の同意とともに個人情報管理委員会に報告することが定められている。就業規則には「秘密情報保持義務」「個人情報・個人番号の取り扱い」についての規定があり、違反した時には懲戒の対象になることが定めてある。職員は入職時に守秘義務についての誓約書を提出して、就業規則等に違反しないことを誓っている。利用者や家族へは、重要事項説明書や契約書の中で説明し同意を得ている。 |

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【内容評価基準】

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

評価対象 Ａ － １　利用者の尊重と権利擁護

Ａ － １ －（ １ ） 自己決定の尊重

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 事業所の基本方針として「ひとり一人の発達状況を把握し、小集団および個別の活動を通じて社会生活で必要な力を身につけられるよう支援する」ことが明記されている。実際の支援の場面では、好きなこと、得意なこと希望を聴きながらプログラムの選択肢を用意して選んでもらっている。例えばダンスがしたい、工作をしたい、お手伝いをしたいという思いに対し、生活のプログラムの中でどうやってその時間を確保していくかを利用者と話し合いながら支援している。毎週土曜には利用者が話し合う場を設けて、他者とのやりとりや社会生活上のルール等について自分や他者の行動について話し合い、考えあっている。生活上のルールを身につけてもらうために、ひとり一人に合わせた職員手作りのツール（写真やイラスト、文字で手順を示したもの）を用意している。 |

Ａ － １ －（ ２ ） 権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | (a)・ｂ・ｃ | 「虐待防止・身体拘束禁止マニュアル」を整備して研修を定期的に行っている。事例はないが、虐待等発生時の対応についてはマニュアルに、実施する場合の手続きや行政への報告等について定めている。研修は毎年県の主催する研修への参加と伝達研修、法人としての研修、事業所内の勉強会と重層的に虐待や身体拘束について確認している。また、3ヶ月に一度権利擁護に関する職員セルフチェックシートを用いた自己チェックとその結果の振り返りを行い、虐待の予防、権利擁護に取り組んでいる。 |

評価対象 Ａ － ２　生活支援

Ａ － ２ － （ １ ） 支援の基本

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 生活上の行為を自力で自発的に行えるように職員は見守り、や声かけ、最小限のフォローを行っている。各生活場面の手順をイラストや写真、文字を使い図式化したもの（ツール集）を職員が手作りして様々な場所に掲示している。手の洗い方や手の拭き方、身支度の方法、片付け方、地震が来たらどうするか等をツール集でわかりやすく説明している。職員はそのツール集を使いながら、またひとり一人に合わせたカードも用意して自己管理ができるように支援している。ただ支援は基本見守りや声かけを中心に行い、あくまでも利用者が自発的に行えるようにし、例えば場面緘黙があり、声かけでは動けないときには少し手を添えるなどの対応をしている。相談支援事業所とは日常的に連絡を取り合い利用者の状況を伝えている。 |
| 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 | 会話や筆談、身振り手振り、写真、絵、各種ツール集など手作りのコミニケーションツールを活用して利用者の思いをくみ取っている。気持ちの確認カード（今の気持ちをイラストで段階別に表したもの）も使い利用者の気持ちに添った支援ができるように工夫をこらしている。他者とのかかわりをする際に必要な「ありがとう」「交ぜて」「貸して」などの言葉を伝える練習やコミュニケーションの方法を本人と共に検討している。<br>本人の思いを直接に聞き取ることが困難な場合には、家族に協力してもらい本人の意向把握をしている。 |
| 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 | 利用者が話したがっている様子が覗えたときにはさりげなく「向こうで話していい？」等と聞き、プライバシーを確保できる個室で話を聞いている。相談内容は毎日のミーティングで共有して、ミーティング記録は回覧して職員が全員確認し、振り返りの材料としている。ミーティング記録が毎日のモニタリングとなり、保護者との面談の情報等をくわえて、ニーズや支援方法について検討・評価を行っている。フォーマルな「相談」だけでなく、職員は日々のかかわりの中で気づいた利用者の思いや希望を把握してミーティング時に共有する体制をとっている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 行事や毎日の集団プログラムのメニューは利用者と話し合いながら意見を取り入れて作成している。初めてのことが苦手な利用者には、プログラムに参加する前に参加に向けた取り組みとして参加しやすくなる道具を用意したり、お試しできるような取り組みをして支援している。月に一度のお楽しみ会の時には、事前アンケートを実施して意向把握し、プログラムに反映している。ご飯・おやつ作りの時も、食事メニューなどを利用者と一緒に考えて行っている。地域の活動行事等は玄関の掲示板で情報提供を行い、社会福祉協議会の行事には事業所として参加をしていたが、現在はコロナの感染防止のため中断している。日中活動の検討はミーティング時に行い、記録して次の活動や個別支援計画に反映させている。 |
| 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。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 研修は事業所内研修、法人研修、外部研修と重層的に実施・受講している。今年度、県の強度行動障害養成研修に参加しているが、参加者は参加後に施設内で伝達研修を行い強度行動障害についての共有を図っている。日々のミーティングでは、利用者の事例を通して、支援内容を振り返り、障害についての知識・理解を深め、支援の統一化をしている。行動障害の診断を受けている利用者には個別支援計画の他、ひとり一人に合わせた支援手順書を作成し、表情ボードなどを活用して利用者の思いを把握して個別の支援を行っている。となりの人の目線を気にする利用者には、空間をパーティションで仕切り見られないようにしたり個室に誘導したり個別の対応をしている。 |

Ａ　－　２　－　（　２　）　日常的な生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | アセスメント時に保護者から食事に関することも聴取している。好き嫌いだけでなくアレルギーへの配慮が必要な利用者については主治医からの情報（診療情報提供、アレルギー検査報告）を提供してもらい、支援計画の中にも載せて注意して対応している。排泄支援や移動・移乗に支援が必要な利用者には支援計画に個別の支援手順書を作成してひとり一人に合った支援が行われている。 |

Ａ　－　２　－（　３　）生活環境

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 廃園となった保育所を改修して使用しているため、建物自体は古いが様々な工夫をして安全・安心な環境作りをしている。利用者がぶつかっても安全なように机の角にクッション付けたり、柱にはクッションを巻き付け床は畳敷きか柔らかなフローリング材で作っている。居室内は出っ張りがないようにして触ってもぶつかっても安全なようにしている。空調はエアコンを使い職員が温湿度計を確認しながら温度管理して、１時間ごとに換気し、利用者に水分補給を促している。清掃は毎日行い、清掃後には消毒し空気清浄機も併用しながら清潔を保持している。他者の視線が気になる利用者のためにはパーティションで空間を仕切ったり、他の人の声が気になる人には個室を使う等の工夫をしている。また、不安が強く落ち着かないときには職員と一緒に別室で過ごし、クールダウンできるように配慮している。 |

Ａ　－　２　－（　４　）機能訓練・生活訓練

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 評価外 |

Ａ　－　２　－　（　５　）　健康管理・医療的な支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 送迎時には検温と目視、申し送りにより、利用者の体調を確認して健康状態を把握している。昼食後にも検温して、利用中の体調変化にも注意している。体調の変化をうまく伝えることのできない利用者には自分の今の状態を伝えるためのカードを用意している。肥満気味の利用者には運動を促したり、体を動かすプログラム（ダンス）を取り入れている。アレルギーや慢性疾患を持つ利用者もおり、対応マニュアルを準備すると共に、個別利用者注意事項を作成している。また、緊急搬送時のためのファイルも準備して緊急時への対応も行われている。<br>医療職の配置がないため、健康相談や健康面での説明等は特に実施していない。 |
| 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 | 服薬管理の必要な利用者は、家族から薬に関する情報をもらい確実に与薬を行い、個別記録に残し、家族へ状況を伝えている。アレルギーのある利用者についても家族から情報をもらい禁忌事項や副反応が起きた時の対応等を個別記録表に綴り、職員間で申し送り回覧等で共有している。慢性疾患のある利用者についても同様の方法で対応している。食材は保護者に確認を取り、食器も別に家から持参してもらいアレルギー除去を徹底している。医療職の配置がないため医療的ケアは行っていないが、「体調変化時の対応」「感染症時のマニュアル」「怪我・てんかん発作時の対応マニュアル」等の研修を行い医療的な支援に取り組んでいる。 |

Ａ　－　２　－　（　６　）　社会参加、学習支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 電車通学を希望する利用者には個別支援計画の中に具体的なプログラムを示して支援している。まず、電車に乗るための準備、時刻表・駅のホーム・乗車券の理解、目的の駅で降りること、困ったときに助けを呼ぶこと等をあげ社会参加に向けて支援している。学習支援の場面としては、宿題をするときに周囲の声が気になる子どもには個室を提供したり、宿題ができたときには「ご褒美シール」を用意してモチベーションを上げている。宿題をしているときは机に「静かに」カードを用意して宿題に集中するようにしたり、お願いすることがうまくいえない子のためには「手伝って」カードを用意して、宿題を見たり、確認して支援している。 |

Ａ　－　２　－　（　７　）　地域生活への移行と地域生活の支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | ある子どもの個別支援計画の支援目標に家事や掃除のスキル習得や、ゴミや新聞紙の後片付をあげて実際に掃除の練習をして個別記録表に記録してモニタリングして今後の方針につなげている。保護者にも事業所での取り組みを伝えて、家でもそのトレーニングを継続しその様子をまたフィードバックしてもらう。例えば事業所ではできているのに、家ではできない子の場合、環境が変わってもできるようにするためにどうするかを保護者と連携を図りながら考えている。<br>保護者、学校の送迎時の申し送りは常に共有するようにしている。保護者とは半年に一度面接を行い、そのときには相談支援員が同席することもある。法人内の他事業所、支援事業所の相談員、学校、保護者等と常に連携・協力を図っている。 |

Ａ　－　２　－　（　８　）　家族等との連携・交流と家族支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 日常的な連絡は送迎時の申し送り、連絡帳、架電、ファックス、メールなどの方法で行っている。二ヶ月に一度機関誌を発行して、事業所の取り組みと利用者の様子等を報告している。年に二回は保護者懇談会を開催して、事業所の計画等を管理者が説明し、事業所に対する意見をもらったり、今家族が抱えているいろいろな悩みについて話し合っている。個別の相談については随時相談に応じて、事業所で行っている支援方法を伝え助言している。実際の事例として、行動障害のある子どもの相談で、事業所で使用しているカード（コミュニケーションツール）を保護者に提供している記録を確認した。利用者の緊急時への対応として「体調変化時のフローチャート」が用意されており、報告・連絡ルールが決められている。 |

評価対象 Ａ － 3　　発達支援

Ａ － 3 － （ 1 ） 発達支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 遠城寺式発達検査とポーテージプログラム等を活用して子どもの育ちと発達の状況をふまえ、アセスメントして個別支援計画を作成している。低学年の子どもには手洗いや着替え、片付けなどの身の回りのことができるように、また集団活動の中で他者との関係性が身につくように支援している。高学年の子どもには、「お手伝い」を通して掃除や洗濯等の技能に取り組み「終わりました」と報告したり、「手伝ってください」「教えてください」等他者に助けを求めることができるように支援している。職員はプログラムや行事を通じてまた、集団活動を個別の活動を交互に組み合わせて子どもの支援をしている。活動プログラムは子どもの意見を聞いて、職員が交代で立案・作成し、全体会で内容を検討して共有している。プログラム実施の際には、子どもの特性に配慮した導入方法を工夫し、例えば初めてのことに取り組むことが苦手な子には、本番前に取り組むゲームを用意してまずはそこから始めている。 |

評価対象 Ａ － 4　　就労支援

Ａ － 4 － （ 1 ） 就労支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 評価外 |
| 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 | 評価外 |
| 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 | 評価外 |

# 第三者評価結果

①第三者評価機関名

| |
|---|
| 株式会社寺井潔ソーシャルワーカー事務所 |

②施設・事業所情報

| | |
|---|---|
| 名称： インクルしか | 種別： 生活介護・就労継続支援B型 |
| 代表者氏名： 管理者　山黒　　修 | 定員（利用人数）： 計３２名 |
| 所在地： 石川県羽咋郡志賀町堀松辰５８番地２ | |
| TEL： ０７６７－３２－３５１０ | ホームページ： http//www.shionkai.or.jp |

【施設・事業所の概要】

| | | |
|---|---|---|
| 開設年月日　平成29年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人四恩会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：　11 名 | 非常勤職員：　4 名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） | |
| | 社会福祉士　2 名 | 看護師　1 名 |
| | 介護福祉士　3 名 | 調理師　1 名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数）　食堂、作業室、創作室、ﾘﾊﾋﾞﾘ室、相談室、浴室ﾄｲﾚ他全２３室 | （設備等）　機械浴、リハビリ機器パン、厨房作業機器、自動空調換気他 |

③理念・基本方針

基本理念「 一人一人が持っている力を信じて自己決定を最大限尊重し、自己実現を共に目指す」運営方針「利用者の意思及び人格を尊重し、生活全体を理解し、職業支援、生活等に関する相談及び助言並びに生活全般への援助を適切に行う」「地域との結びつきを重視し、本人が日常生活する上で必要な社会的・人的資源の活用と連携に努める」

④施設・事業所の特徴的な取組

生活介護のサービスでは全体での活動プログラムだけでなく他に行いたい事があれば個別での活動を支援して安定した日々を過ごしていけるようにサポートを行っています。就労継続Ｂ型のサービスにおいては弁当受注や内職における作業を行いながら、スキルアップや安定した生活を送れるようにサポートしています。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---|---|
| 評価実施期間 | 令和　4年　1月　18日（契約日）～<br>令和　4年　3月　29日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 回（　　年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

・四恩会総合研修制度(年間計画)に基づいて研修が行われている。職務経験3年未満の初任者研修、3年以上7年未満の中堅職員研修、経験7年以上のチームリーダー研修、虐待防止・権利擁護研修があり、研修後には参加者からアンケートを採り、研修担当者・事務局で検討して毎年見直しを行っている。また、石川県総合研修センターの研修も年間計画に位置づけ、必要な人には事務局の判断で受講させている。また、研修の情報は常に職員に開示して受講の希望があった場合には、常に勤務上の配慮を行っている。また、事務局が必要であるという判断したときには出張扱いとして受講させることもある。

・理念や基本方針には「利用者を尊重した福祉サービスの提供」について明示されてホームページで公開、玄関に掲示している。この他「職員倫理綱領・行動規範」「権利擁護ガイドライン」などについて総合研修で職員への理解を図っている。

・職員は利用者が話したい時、相談したい時にその都度相談にのり受け入れている。言葉でコミュニケーションをとるのが困難な利用者もいるが、職員は普段から表情や仕草、行動などで意思や希望等を汲み取っている様子が調査時にも何度も見られた。また利用者の状況や理解度に応じて個別的な配慮を行ない、絵カード、筆談等複数のコミュニケーションの方法を使う等の支援や工夫を行なっている点が評価できる。

◇改善を求められる点

・今年度サービスの質の向上に向けて自己評価に取り組み第三者評価を受審し体制作りを始めたところである。評価結果の分析やそれに基づく課題の共有はこれからの作業に期待したい。

・毎日の記録の中に、満足度を記載する部分があるが集計はしていない。利用者面談は随時実施しているが、記録が十分にとられていない。第三者評価受審と連動させて、利用者満足調査への取り組みが望まれる。

・今までは高齢の方や生活の一部としての就労支援B型の利用を希望している方が多いため、就職活動の支援や、障碍者就業・生活支援センターやハローワーク等の外部機関との連携の機会が少なかったと聞く。今後の課題として、外部機関との連携や、地域企業との関係性の構築、また「合理的配慮」を促進する働きかけを行っていくことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めての第三者評価受審となりましたが、自己評価自体も初めて実施し、これまでの取り組みや、課題、重要な運営要素などについて沢山の気づきがありました。結果に関しては特に自己評価でできていたと捉えていた点が、不十分であった項目も多々あり、その中でも実際行っているが記録がきちんと残されていない項目が複数確認することができ、あらためて記録の重要性や、その記録を基にした評価分析などについて大きな課題として認識することができました。また逆にこちらとしては不十分だと捉えていた項目について、創意工夫をもって実施してきていた事が評価された面も気づかされ、自信に繋がったところもありました。今後は毎年自己評価を継続する中で、定期的に第三者評価を受審し、更なる改善継続を職員一丸となって進めていきたいと思います。

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【共通評価基準】

（別紙）

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

Ⅰ－１　理念・基本方針

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－１－（１）理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | |
| | 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 | ホームページには自己決定と自己実現を目指す理念と、運営方針が明記されている。パンフレットや事業所内にも掲示されているほか、研修や会議を通じて職員への周知を図っている。利用者・家族へは重要事項の事業運営の方針のところで説明、周知を行っている。 |

Ⅰ－２　経営状況の把握

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－２－（１）経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | |
| | 2 | ① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | (a)・ｂ・ｃ | 近隣自治体の地域福祉計画や障害計画、行政資料を参考にして経営環境の把握をしている。管理者は志賀町の福祉計画策定にも関与しており町と連携しながら事業環境や経営状況の把握・分析を行っている。コスト分析や利用者の推移については毎年事業報告で分析している。 |
| | 3 | 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 | 事業報告書では法人全体の課題とともに、事業所における経営課題が明確にされている。役員会では業務執行状況とともに事業報告を行い課題の共有を図っている。職員へは利用状況の確認を通じて利用率の向上の必要性を確認している。 |

Ⅰ－３　事業計画の策定

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 毎年の事業計画に経営環境と経営状況の把握・分析を踏まえた中・長期計画を策定している。計画には法人の課題や基本方針が示されホームページ上で公開されている。 |
| | 5 | 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 | 今年度の重点目標としては、利用率の安定、コンプライアンスの徹底、利用者満足度の向上、サービスの質の向上、リスクマネジメントの徹底等が挙げられている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－３－（２）事業計画が適切に策定されている。 | | | | |
| | 6 | 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 | 毎日の終礼や毎月の会議での課題を年度末にまとめて事業計画を策定している。作業は事務局が中心となり行われてルーチン化されているが職員の理解は十分でない。 |
| | 7 | 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 | 計画は毎年ホームページ上で公開されているが、それを利用者・家族へ説明する取り組みが不十分である。障害のある利用者にもわかりやすい資料を作成して説明することが望まれる。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 今年度サービスの質の向上に向けて自己評価に取り組み第三者評価を受審し体制作りを始めたところである。 |
| | 9 | 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) | 評価結果の分析やそれに基づく課題の共有はこれからの作業に期待したい。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ－１－（１）管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
| | 10 | 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 | 管理者が毎月の会議や日常業務の中でリーダーシップを発揮していることは会議録等で確認できる。災害・事故等緊急時対応規定には管理者の役割と責任が明記されているが平常時における職務分掌について文書化されたものはない。 |
| | 11 | 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 | 今年度の重点目標の一つに「コンプライアンスの徹底」が挙げられている。管理者はこれの実現のため法令遵守の内部研修を実施したりコンプライアンス規程を作成して職員への周知を図っている。 |
| Ⅱ－１－（２）管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
| | 12 | 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 | 管理者はサービスの質の向上のためアンケート調査を実施したり、日常的に職員から業務改善提案を聴取したり内部研修を実施している。今回の第三者評価受審もその仕組み作りの一環といえる。 |
| | 13 | 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 | 人事考課や勤労意向調査等での人事・労務管理に加え「いしかわ魅力ある福祉職場」への登録により働きやすい環境整備に取り組んでいる。 |

Ⅱ － 2　福祉人材の確保・育成

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 「いしかわ魅力ある福祉職場」認定制度の認証を受けて人材育成、キャリアパス、職場環境改善に継続的に取り組んでいる。 |
| | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | (a)・b・c | 「期待する職員像等」を明確にして実現するために階層別の総合研修計画を行っている。人事考課規程に基づき年に2回評価を行い、その結果を給与や来年度の目標に反映する仕組みとなっている。 |
| Ⅱ － 2 － （ 2 ） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | |
| | 16 | 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組んでいる。 | (a)・b・c | 法人事務局が管理者と連携して労務管理を行っている。有休の取得は最低年5日の取得を行うように指導・管理をしている。健康診断の結果を産業医に診てもらい「職務に耐えうる状況であるか」アドバイスをもらっている。人事考課の規程により年に2回は管理者との面接を実施しているが、必要があれば随時面接を行い職員の悩みを傾聴している。 |
| 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 | 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 | 人事考課の流れは毎年2月にそれ以前1年間の期間における成績、意欲、能力の面での自己評価に所属長が評価を行い、その後でフィードバック面談を実施して「来年度の目標」を決定している。法人の人事考課規程に基づいて実施されている。 |
| | 18 | 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)・b・c | 四恩会総合研修制度があり、年間計画に基づいて実施している。職務経験3年未満の初任者研修、3年以上7年未満の中堅職員研修、経験7年以上のチームリーダー研修、虐待防止・権利擁護研修がある。研修後には参加者からアンケートを採り研修担当者・事務局で検討して毎年見直しを行っている。 |
| | 19 | 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 | 先の法人の研修制度とともに、石川県総合研修センターの研修も年間計画に位置づけ必要な人には事務局の判断で受講させている。また、研修の情報は常に職員に開示して受講の希望があった場合には常に勤務上の配慮を行っている。また、事務局が必要であるという判断したときには出張扱いとして受講させることもある。 |
| 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 | 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 | 「非該当」 |

Ⅱ － 3　運営の透明性の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| **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 | 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 | ホームページには、理念、基本方針、事業計画、事業報告、会計書類が公開されている。事業報告書では苦情の内容や処理結果、苦情以外の意見などが報告されている。ただ、地域に向けての積極的な情報開示には至っていない。 |
| | 22 | 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 | 経理規定に基づき、事務局が中心となって対応している。取引の内容については毎月会計事務所によるチェックが行われ適正な取引が行われていることを確認している。外部監査は受けていない。 |

Ⅱ － 4　地域との交流、地域貢献

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| **Ⅱ － 4 － （ 1 ） 地域との関係が適切に確保されている。** | | | | |
| | 23 | 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。 | a ・ (b) ・ c | コロナにより全般的に地域との交流は制限的である。事業所の運営方針には「地域との結びつきを重視し社会資源の活用と連携に努める」と明記されている。社会資源の紹介は掲示等により利用者に対して行っている。現在外部の活動に参加したり、地域の人々と交流する体制はできていない。 |
| | 24 | 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 | 「ボランティアにあたって気をつけてほしいこと」に登録手続きや事前説明について等が記載されていて過去には2,3名の方が登録活動していたが現在はコロナのため休止している。学校教育への協力は事例がない。 |
| **Ⅱ － 4 － （ 2 ） 関係機関との連携が確保されている。** | | | | |
| | 25 | 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。 | a ・ (b) ・ c | 管理者は羽咋郡市障害者自立支援協議会や志賀町地域部会に参加して定期的に連絡を行っている。社会資源の情報は掲示板で利用者に提供されている。 |
| **Ⅱ － 4 － （ 3 ） 地域の福祉向上のための取組を行っている。** | | | | |
| | 26 | 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。 | a ・ (b) ・ c | 地域の協議会や部会に参加して福祉ニーズの把握を行っている。事業所内には交流スペースとして喫茶ルームが用意されているがコロナのためかまだ十分に活用されてはいない。また、運営委員会の開催も望まれる。 |
| | 27 | ② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a ・ (b) ・ c | 公益的取り組みとし生活困窮者の就労支援や地域へ施設開放を行っている。コロナ下のため十分には行えていない。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | － 1 － ( 1 ) 利用者を尊重する姿勢が明示されている | | | | |
| | | 28 | 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 | 理念や基本方針には「利用者を尊重した福祉サービスの提供」について明示されてホームページで公開、玄関に掲示している。この他「職員倫理綱領・行動規範」「権利擁護ガイドライン」などについて総合研修で職員への理解を図っている。 |
| | | 29 | 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 | 職員倫理綱領および行動規範の中にはプライバシーの保護についてまた、利用者に対するプライバシーの侵害の具体例が明示され、研修も実施して理解を図っている。事業所はスペースがゆったりとられているため一人になりたい時の場所は確保されている。 |
| 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 | 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 | イラストをたくさん使用したパンフレットは役場に配置されているほかホームページでは写真を使いわかりやすく説明している。利用希望者については相談支援専門員が個別に丁寧な説明をしている。 |
| | | 31 | 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 | 重要事項は整備されているが保護者向けのものとなっている。利用者へはタブレットや文字ボードを使用して説明を行っている。重要事項にも個別支援計画の説明資料のような配慮（ルビを打つ、イラストを使用する等）が求められる。 |
| | | 32 | 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) | 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行の窓口はサービス管理者がその業務の担当であるが文書化されたものはない。 |
| Ⅲ | － 1 － ( 3 ) 利用者満足の向上に努めている。 | | | | |
| | | 33 | 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) | 毎日の記録の中に、満足度を記載する部分があるが集計はしていない。利用者面談は随時実施しているが、記録が十分にとられていない。利用者満足調査への取り組みが望まれる。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | ー 1 ー ( 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 | 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 | 苦情マニュアルとともに、運営適正化委員期のポスターの張り出し、意見箱の設置、重要事項への記載などで苦情の申し出方法、解決の仕組みを周知している。苦情があった場合には終礼で確認して対応している。毎年事業報告書でも苦情についての報告も行われている。 |
| | | 35 | 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 | 相談室は個室でプライバシーが確保される空間になっている。意見箱も設置してある。 |
| | | 36 | 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 | 法人の「苦情解決規定」が整備され、それに基づいた苦情解決の体制があり、運営規定や重要事項説明書で記載され、利用開始前に説明を行っている。 |
| Ⅲ | ー 1 ー ( 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 | 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 | 「災害・事故等緊急時対応規定」があり、運営管理として特に職員の資質向上を意識し、事故防止の観点から日々の中でのスキルアップや利用者が安心して過ごせる環境整備に取り組んだ。起きてしまいそう、起きてしまった場合に「ヒヤリハット」を記録し、職員は終礼や全体会議で話し合い、再発防止につなげている。 |
| | | 38 | 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 | 「保健衛生感染症予防委員会」を隔月に開催し、「感染症対策マニュアル」がある。感染症予防の観点から、温度湿度の調整は24時間換気システム(外気を取り入れつつ一定温度湿度に保つ仕組み)と空気清浄機を併用している。手洗い、手指消毒については張り紙等を行い、声かけや誘導を行っている。上記委員会を中心にした勉強会は定期的に開催するには至っていない。 |
| | | 39 | 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 | 「災害・事故等緊急時対応規定」があり、「インクルしか防災計画」チェックリストが作成されている。重要事項説明書にも記載があり、利用前に説明を行っている。避難訓練を利用者、職員が一緒に年3回以上行っている。災害時の食料や備品類の備蓄については現在リストアップや見積もりを行っている段階であり、整備に向けて準備中である。 |

Ⅲ － 2　福祉サービスの質の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| **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 | 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 | 福祉サービスについては「行動規範」や「権利擁護規定」があり、マニュアルに標準的な実施方法が記載されている。マニュアル配布や法人内研修、OJT等により職員に周知している。 |
| | 41 | 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 | 「ケア会議実施要領」が定められており、マニュアルに沿ったサービス提供が実施されているか、職員の意見や提案も含めて「モニタリング表」や「ケア会議録」で検証・見直しを行っている。また毎日の終礼、隔月の全体会議でも情報共有や確認が行われている。 |
| **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 | 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 | 個別支援計画はサービス管理責任者が計画作成責任者となり、関係職員や相談支援員と連携を取り、フェースシートや多領域にわたるアセスメントを行い、一人ひとりのニーズを明記している。担当者会議は行っているが、記録は無い。マニュアルは無いが「ケア会議実施要領」はあり、運営手順も定められている。個別支援計画は短期目標の半年に1回の評価、見直しの際にサービス管理責任者や担当職員が利用者の意見を聞き、連携し作成する。終礼やその記録、全体会議、回覧等で職員に計画を周知している。 |
| | 43 | 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 | 半年に1回の個別支援計画の短期目標の見直し時期に、利用者、家族の意見や要望を聞き取り、担当者会議を行い、評価、見直し、周知を行っている。変更時は利用者、家族にわかりやすく説明し、同意を得て支援に取り組んでいる。個別支援計画の緊急に変更する場合の仕組みやその手順については整備されていない。 |

| 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 | 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 | 個別支援計画に基づいたサービスの実施状況は「利用者満足個別日誌」に記録している。情報共有は全体会議や、食事サービス委員会で行っている。職員間では、事業所のパソコン内の共有ファイルにて個別支援計画書や日誌等の確認も行えるようになっている。組織における情報の流れは明確ではないとのことであった。 |
| | 45 | 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 | 法人の「文書管理規定」に書類の記録の保管、廃棄等について定められている。個人情報保護規定・取扱業務概要説明書・保護のための行動指針・使用同意書等により適正な管理が定められており、法人内研修を実施し職員に周知されている。 終礼時にその日の利用者の申し送りを行い、記録し職員間で情報共有し、必要があれば家族や関係機関にも連絡している。また個別に全体会議等でも確認している。 |

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【内容評価基準】

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

評価対象　Ａ　－　１　　利用者の尊重と権利擁護

Ａ　－　１　－（　１　）　自己決定の尊重

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 「意思決定支援マニュアル」に沿って利用者の自己決定を支援できるよう、作業や日中の活動を選択する際にも、うまく答えられない方には写真や絵カード、パンフレット等を利用し、選んでもらうなど工夫や特性にあった支援を行なっている。アセスメントし、利用者からニーズを聞き取り、本人の言葉を確認しながら個別支援計画を作成している。利用者会は無く、生活に関わるルール等についての利用者同士の話し合いの機会は持たれておらず、今後の取り組みが期待される。職員は法人内研修や隔月の全体会議等を通じて利用者の権利擁護や自己決定の尊重について検討し、理解や共有することで支援の向上にに努めている。 |

Ａ　－　１　－（　２　）　権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | a ・ (b) ・ c | 「利用者の権利擁護規定マニュアル」があり、法人内研修で虐待防止・権利擁護研修を行なっている。虐待防止委員会が開かれており、毎日の終礼時の記録では「虐待に関すること」が無いか必ず職員間で確認を行なう等、身体拘束や虐待防止について職員が意識し取り組んでいる。権利擁護の取り組みについてはホームページに記載しているが、利用者や家族への周知までには至っていない。 |

評価対象　Ａ　－　２　　生活支援

Ａ　－　２　－（　１　）　支援の基本

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 利用者の自律・自立生活のために、本人のできることや希望などを見極めて、アセスメントを行ない、個別支援計画を立ててそれに基づいた支援を行なっている。日常生活でできることは自分でできるだけ行なってもらい、難しい部分を支援するように職員は心がけている。行政手続きや、生活関連サービス等の利用が難しい方には関係機関と連携をとり、支援を行なっている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 言葉ではコミュニケーションをとるのが困難な利用者には普段から表情や仕草、行動などで職員は意思や希望等を汲み取っている。利用者の状況や理解度に応じて、個別的な配慮を行ない、絵カード、筆談等複数のコミュニケーションの方法を使う等の支援や工夫を行なっている。職員は終礼や会議等でも情報を共有している。 |
| 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 | 利用者は職員に話したい時には、相談室でプライバシーに配慮して話すことができる。その都度相談を受けているため、定期的な相談の機会は特に設けていない。相談内容についてはその日の終礼で関係職員、サービス管理責任者が情報共有し、必要があれば隔月の職員全体会議でも検討する。希望や不満など調整できることは行ない、必要時には個別支援計画への反映や支援の調整も行う。日常生活の中でも、プログラムや行事等でも利用者の選択や決定のために職員は情報提供や説明を行なっている。 |
| 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 | 個別支援計画に基づき、日中のプログラムを運動や工作など利用者の希望や能力等に応じ、複数の中から選択してもらう、職員からも提案する等の支援を行なっている。検討や見直しは半年に1度のモニタリングで行なっている。県の障碍者ふれあいフェスティバルには毎年参加。地域の情報として町の広報や施設マップ等を掲示している。今までは年に1回、同法人の他事業所と共に日帰り旅行に利用者、家族と一緒に出かけていたが、現在はコロナウイルス感染予防のため中止している。 |
| 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 | 職員は障碍に関する専門的な知識の習得に勤め、支援の向上につなげるために法人の研修等を受講している（初任者・中堅職員・チームリーダー研修、虐待防止・権利擁護研修）。個別的配慮の必要な利用者については「強度行動障害記録」で状況を記録し、職員で支援の方法を検討している。毎日の終礼の記録「利用者の様子」でその日の振り返りを記録し職員間で共有している。特に「虐待に関すること」「支援困難事例」については赤字で記載することとし、職員の注意喚起としている。 |

A ― 2 ― ( 2 ) 日常的な生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 「食事サービス委員会」を隔月で行い、以前アンケートも実施した。会議録で確認する。現在はアンケートは行なっておらず、調理員がその場で利用者の意向や希望を聞いている。普通食の方が多いが、個別支援計画に基づき、慢性疾患や状況に応じて、何名かはお粥、減塩、ご飯量制限、持ち手つきのお椀にするなどの個別対応を行っている。体調不良の際も「利用者満足個別日誌」で食事形態の希望を聞いたり、摂取量を記録したりと家族等と情報共有を行なっている。入浴や排せつ、移動・移乗等の支援も同様であるが、支援についての細かな記録は無いとのことで今後の取り組みに期待したい。 |

A － 2 － ( 3 ) 生活環境

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 毎日事業所内を午前中は就労支援B型利用者が清掃し、終礼前には職員が清掃している。利用者が床に水をこぼすことも多いため、職員は転倒などにつながらないよう気をつけている。温度湿度の調整は24時間換気システム（外気を取り入れつつ一定温度湿度に保つ仕組み）と空気清浄機を併用している。現在休止中の短期入所事業の個室を開放してあり、その部屋で一人で過ごしたり、利用者は受付横の大きなベンチで横になったり、自由に館内を行き来している。また個室は落ち着かない状態になった利用者に一時的に過ごしてもらう場ともなっている。一人ひとりへの配慮や工夫はされているが、チェックリストやマニュアル等は無く、今後の取り組みが期待される。 |

A － 2 － ( 4 ) 機能訓練・生活訓練

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 毎朝朝礼後にラジオ体操、昼食前には口腔体操を利用者と行っている。利用者の希望や状況、家族の希望を聞き相談して個別支援計画を策定し、定期的にモニタリングを行ない、見直しの必要がないか検討している。それに基づき看護師や生活支援員が歩行訓練や階段の昇降等を個別メニューを作成し、機能訓練・生活訓練を行なっている。実施については利用者の体調や状況に合わせ、柔軟に対応している。機能訓練・生活訓練については「利用者満足個別日誌」に記載し、職員や家族や関係者と情報共有している。 |

A － 2 － ( 5 ) 健康管理・医療的な支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 「保健医療支援マニュアル」に基づき、毎日のバイタル測定を看護師が行い異常がないか確認している。「検温・血圧表」「利用者満足個別日誌」に記載し、職員や家族や関係者と情報共有している。主治医への通院の際、必要な方には看護師から現在の状態を書いたメモを渡している。利用者の状況に合わせて相談し、個別支援計画書にも健康維持や増進のための運動や慢性疾患の注意等がもりこまれている。健康管理等についての職員研修や定期的な個別的な指導を行うことが望ましい。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 「保健医療支援マニュアル」があり、医療的支援の方法の記載がある。また「服薬管理マニュアル」「頓服の確認ファイル」があり、服薬の際には誤薬のないよう、特に頓服は使用条件を定め、看護師とサービス管理責任者がダブルチェックを行う。慢性疾患やアレルギーについては利用開始時に、また健康診断の結果もその都度家族や関係者に確認し、必要があれば食事や運動に配慮している。今後医療的支援について学ぶ機会を職員研修や個別指導で得られることが望ましい。 |

A ー 2 ー ( 6 ) 社会参加、学習支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 地域の社会資源を活用できるよう、町の広報や行事、県の地図や福祉施設等のポスターを掲示している。外出プログラムには「図書館へ行こう」と「〇〇(地域の参加型施設)に行こう」等がある。利用者の希望で個別支援計画に基づき、個別で計算や漢字練習などをフロアで行っており、答え合わせを職員と一緒に確認している。コロナウイルス感染予防のため、ボランティアの受け入れも今は行っていない。今までは利用者のニーズで毎月1回買い物に2つのショッピングモールのどちらに行きたいかをアンケートで確認し、出かけていたが、現在はこちらもコロナウイルス感染予防のため中止している。感染状況を見ながら今後、行事等の開始時期を相談する予定。 |

A ー 2 ー ( 7 ) 地域生活への移行と地域生活の支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 厨房班は施設の昼食の他に、お弁当の注文を受けて(月)～(土)町内のデイサービスに配達している。また役場の職員を通して配食の依頼を受けることもあり、利用者と職員が一緒に配達を行っている。レストランは現在コロナウイルス感染予防のため中止しているが、地域の方やグループの方に利用してもらうことで、利用者の意欲向上にもつながっていた。地域の広報や社会資源マップ、ボランティア情報などを利用者が見やすいよう壁に掲示している。隣接する同法人のグループホームの入居者が就労支援B型作業所、生活介護に通ってきており「利用者満足個別日誌」の利用や直接連絡するなどグループホームの職員や相談支援員とお互い相談、連携し円滑に地域生活を送れるよう支援をおこなっている。 |

A ー 2 ー ( 8 ) 家族等との連携・交流と家族支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 利用者の家族等とは送迎時の会話や「利用者満足個別日誌」という連絡帳、また個別支援計画の半年に1回のモニタリング時期に話をし、情報交換して連携を図りながら円滑に生活できるよう支援している。また個別の相談や問い合わせにも応じているが、家族会は無く、改めた意見交換の場は特には設けていない。利用者の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールはあり、緊急連絡先一覧を活用している。コロナウイルス感染予防のため37.5度以上で家族への連絡を行うことにしているが、書面での周知やマニュアルへの記載には至っていない。 |

評価対象　A　ー　3　　発達支援

A　ー　3　ー　（　1　）　発達支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 非該当 |

評価対象　A　ー　4　　就労支援

A　ー　4　ー　（　1　）　就労支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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) | 作業班は厨房、館内清掃、内職の各班がある。利用者一人ひとりの障碍や個性に合わせ、作業内容をわかりやすく説明し、お試しし、選択してもらっている。また職員から能力を勘案してお勧めすることもある。「働くために必要なマナー、知識・技術の習得や能力の向上支援」については今後工夫して取り組んでいく予定。近隣の企業からの内職は利用者からの人気も高く、受注量を増やす相談中。レストランは地域の方や親の会等のグループにも利用してもらっていたが、現在はコロナウイルス感染予防のため中止している。 |
| 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 | 利用者の意向や障碍の状況に応じて、作業を選択してもらっている。作業の内容、時間等のスケジュールは主に職員が作成しているため、利用者の能力や特性に応じ、今後は共に取り組める工夫が期待される。地域の方にも利用してもらえるレストランを運営していたが、コロナウイルス感染予防のため現在は休止中。状況を見て落ち着けば再開を検討する予定。作業の選択肢を増やし、賃金については作業評価をし、現在は一律の時給であるが、能力給とすることで利用者のモチベーションを上げる取り組みを将来的に目指している。賃金については利用者にわかりやすいよう説明し「作業手当金領収書」をもらっている。労働安全衛生については事業所内に手洗いや清掃、消毒等感染防止について、交通事故防止について等わかりやすくチラシやポスターが掲示されている。 |
| 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) | 地域への職場開拓を行っており、昨年より近隣の企業から内職作業を受注することができた。また仕事量の増加についても相談中である。仕事の機会が拡大したことで、利用者の意欲向上にもつながっている。現在の利用者は高齢の方や生活の一部としての就労支援B型の利用を希望している方が多いため、今まで就職活動の支援や、障碍者就業・生活支援センターやハローワーク等の外部機関との連携の機会が少なかった。今度新たに利用予定の方は、段階を踏んで将来的には一般就労の希望もあると聞いており、今後の課題として、外部機関との連携や、地域企業との関係性の構築、また「合理的配慮」を促進する働きかけを行っていくことが望まれる。 |

# 第三者評価結果

①第三者評価機関名

| |
|---|
| 株式会社　寺井潔ソーシャルワーカー事務所 |

②施設・事業所情報

| | |
|---|---|
| 名称：　今浜苑 | 種別：障害者支援施設（生活介護・就労継続B型） |
| 代表者氏名：施設長　山黒　修 | 定員（利用人数）：入所３０名・通所５０名 |
| 所在地：羽咋郡宝達志水町今浜新耕１２８番地１ | |
| TEL：0767-28-2900 | ホームページ：http://www.shionkai.or.jp |

【施設・事業所の概要】

| | | |
|---|---|---|
| 開設年月日：平成２年４月１日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人四恩会 | | |
| 職員数 | 常勤職員：　22 名 | 非常勤職員：　11 名 |
| 専門職員 | 社会福祉士　３ 名 | 管理栄養士　１ 名 |
| | 介護福祉士　11 名 | 栄　養　士　１ 名 |
| | 看　護　師　１ 名 | 名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数）入所支援　２０室（うち短期入所２室） | （設備等）全室空調、自動換気、ｽﾌﾟﾘﾝｸﾗｰ、体育館、椎茸作業棟、食品加工室他 |

③理念・基本方針

ひとりひとりが、尊厳をもって自分らしく、生きがいと幸せを感じて、生活できるための利用者主体の支援を、包括的に実施する。また広く地域福祉に貢献できるよう、組織が一丸となって取り組み、共生社会の実現を目指す。

④施設・事業所の特徴的な取組

個々のニーズに合わせた、プログラム活動を実施し、ひとりひとりが「生きがい」を見出せるよう日々取り組んでおり、中でも「自分の役割」を「生活」と「就労」の両面で活かせるような活動を展開している。また地域貢献事業として地元小学校との田植えなど農業を通した学習体験などの交流も活発に実施しており、地域に根ざした施設としての取り組みを継続しています。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---|---|
| 評価実施期間 | 令和3年2月1日（契約日）<br>令和3年4月13日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 回（平成　　年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

●今年度の総合事業計画の重点目標に「利用者主体の意識を持った職員の人材育成を図り、サービスの質及び経営の質を高める」ことが明記されている。研修は法人全体で、研修委員会が主体となって実施して、研修修了者には修了証を出してキャリアパスとの連動を行っている。また、事業所としては、「今浜苑」サービスガイドラインに、利用者の権利擁護への姿勢及び基本理念として、「期待する職員像」が具体的に示されている。この他、キャリアパス、人事考課規程が整備されて、毎年2月に勤務意向調査票（面談票）を用い、成績、意欲、能力の点からの評価を実施している。

●年度初めに利用者へ「サービス概要」を配布している。「サービス概要」には作業別の担当職員、自治会の担当職員、家族会の担当職員、行事毎の担当職員が一覧として記載されており、利用者が日々の生活で困った状況が発生した場合、相談窓口が明確になっていることで、どの場面で、誰に相談すればよいか悩まずに済み、安心に繋がると考えられる。

●利用者の自律・自立のために、利用者本人のできること、望むことなどを見極めながら、複数の担当者の目で見守り、個別支援計画に基づいた支援を行っている。生活介護では、自律・自立生活のための動機付けとして、プログラムに参加する利用者の意識を大切にしている。日常生活動作の支援においては自立して行えるように支援を行っている。また、就労継続支援Ｂ型では、作業中の声かけを丁寧に行うことで、作業に取り組む動機付けに結びつけている。

◇改善を求められる点

●2019年度に石川県からの虐待改善勧告を受け、利用者の権利擁護、職員の人権意識向上について調査、啓発、研修を継続的に行い再発防止に取り組んでいる。苦情等については内容を公表し、改善に取り組んでいる。法人としては以前から第三者評価に取り組んでいるが、事業所としては今年度初めて自己評価を行い、第三者評価を受審している。今後評価結果を基に、改善のための取り組みを行うことを期待する。

●サービスを提供するにあたっての、大元のマニュアルである「サービスガイドライン」が策定され、ガイドラインに基づき、利用者一人ひとりについての全体像や支援手順、支援上の注意点をまとめた「手順書」が作成されているが、手順書の検証のタイミングや見直し時期については記載されていなかった。手順書の定期的な見直しについて仕組みを定め、PDCAサイクルとして確立、継続することが望まれる。

●生活介護では社会参加・学習の支援として、地域に買い物やドライブに出かけたり、公共交通機関を使って自宅に帰るための方法を練習している。学習支援に関しては、現在希望者がいないということもあり実施していない。就労継続支援Ｂ型においては、社会参加や学習支援は行われていない。利用者の好きな体験を、地域で行うことができる機会を確保していくことや、利用者の社会参加や学習へのニーズが、どのようなところにあるのかをアセスメントする工夫が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

| |
|---|
| 今回、初めて第三者評価を受審しましたが、これまで慣例として続けてきた運営や支援などについて、あらためてその客観的な評価をプラス面、マイナス面共に確認できたことは、とても意義あることであったと思います。また今回の自己評価の過程の中でも、これまで気づかずに行ってきたことや、何気に行ってきたことについて、その根拠となるルールやマニュアルについての重要性や、中身についての確認作業ができ、それを職員が共通認識をもって捉えることができました。今回の評価において、課題として明らかになった面については、また全職員がしっかり認識して、改善に向けた取り組みを組織一丸となって進めていきたいと思います。また今後は毎年定期的に自己評価を実施することで、常にPDCAのサイクルに基づく改善への弛まぬ実践を継続していきたいと思います。 |

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【共通評価基準】　（別紙）

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

Ⅰ－１　理念・基本方針

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－１－（１）　理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | |
| | 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 | 法人のホームページに基本理念を記載している。また、同じく職員倫理綱領も記載され、その中には基本理念と、倫理綱領を定めている。前文には利用者の人権を守り、その人生をサポートすることが示されている。今年度は、理念や基本方針を職員に配布し、10月7日の職員全体会議で理念や基本方針について周知している。新規採用研修時には必ず理念や基本方針についての研修を行って、共有を図っている。家族会では事業計画についての説明は行っているが、理念や基本方針についての周知は特に行っていない。 |

Ⅰ－２　経営状況の把握

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅰ－２－（１）　経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | |
| | 2 | ①　事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | (ａ)・ｂ・ｃ | 宝達志水町健康福祉課や石川県障害保健福祉課等が参加する「地域部会定例会」で地域の課題について協議・検討を行っている。法人内部では、経営運営会議（随時）や事務局会議（2か月毎）等で試算表の作成や経営状況の確認を行い分析を行っている。 |
| | 3 | 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 | 毎年の事業報告、計画の中で経営課題を明確に示している。今年度は今浜苑の修理・修繕について、長期計画では改築・移転整備を課題としている。事業計画書は全職員に配布し、全体会議で周知している。 |

Ⅰ － 3　　事業計画の策定

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 中期基本計画には令和3年度以降のグループホームの整備、長期基本計画には介護度支援度の高い利用者を中心にした生活拠点施設の整備や現存の施設の改築移転整備が示されている。これらはホームページ上で確認ができる。 |
| | 5 | 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 | 単年度の計画の中には、サービス利用率の安定向上、組織リスクマネジメントの徹底、利用者満足度の向上、人材育成とサービスの質の向上などが重点目標として挙げられている。計画は、事業報告の際に評価を受け実施状況を確認している。 |
| Ⅰ － 3 － （ 2 ） 事業計画が適切に策定されている。 | | | | |
| | 6 | 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 | 事業計画は経営運営会議や事務局会議等で策定されており、すべての職員の参画の下で行われているわけではない。今年度からは事業計画は全職員に配布し、説明周知を行い職員の参画や意見を集約しようとしている。 |
| | 7 | 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 | 今年度はコロナのため、家族会を開催することが出来ず、書面での報告のみとなっている。事業計画等は主に家族向けのものとなっていて、利用者に対しより理解しやすい工夫等は行われていない。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 2019年度に石川県からの虐待改善勧告を受け、利用者の権利擁護、職員の人権意識向上について調査、啓発、研修を継続的に行い再発防止に取り組んでいる。苦情等については内容を公表し、改善に取り組んでいる。法人としては以前から第三者評価に取り組んでいるが、事業所としては今年度初めて自己評価を行い、第三者評価を受審している。 |
| | 9 | 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 | 今年度初めて事業所として、第三者評価に取り組んでいる。今後評価結果を基に、改善のための取り組みを行うことを期待する。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 1 － （ 1 ） 管理者の責任が明確にされている。 | | | | |
| | 10 | 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 | 施設長は、職員全体会議、生活・入所支援会議、就労継続支援会議等を通して自らの役割と責任を表明している。また、法人の使命やビジョンに基づいた「確認周知事項」を作成して各職員に配布している。 |
| | 11 | 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 | 障碍者福祉法はもちろんのこと、その他遵守すべき法令についての規定を整備するとともに、ホームページで公開している。今年度も石川県主催の障碍者虐待防止研修に施設長、サービス管理者が参加している。 |
| Ⅱ － 1 － （ 2 ） 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | |
| | 12 | 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 | 施設長は職員全体会議や支援部会議等各種会議に参加して、職員の提案や意見を聴取したりアドバイスをしながら提供するサービスの質の向上に取り組んでいる。職員の研修は法人全体で、研修委員会が中心となって内部研修を実施している他、外部研修に参加した時にはその都度、伝達研修を行い共有している。 |
| | 13 | 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。 | (a)・b・c | 施設長は、法人事務局会議を主催して、経営状況の確認や当面の課題について検討している。事務局会議では同時に、個人情報保護管理委員会、コンプライアンス・リスクマネジメント委員会、ハラスメント報告等も同時に行っている。 |

Ⅱ － 2　　福祉人材の確保・育成

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 職員倫理綱領及び行動規範の中に、法人としての基本的な人材像を明らかにし、「いしかわ魅力ある職場認定制度」の法人の取組やキャリアパスの中で人材の育成について表明している。職員の採用は、新卒の場合には教育機関へ直接求人を行い、中途採用の特にはハローワークや、福サポや、シルバー人材センターなどへ照会を行っている。 |
| | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | (a)・ b ・ c | キャリアパス一覧表には各階層ごとの役割と責任、求められる業務、求められる能力、求められる取組姿勢、昇格条件等が具体的に示されている。定期的に面接を実施し、人事考課を行い評価をしている。 |
| Ⅱ － 2 － （ 2 ） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | |
| | 16 | 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組んでいる。 | (a)・ b ・ c | 労務管理は各事業所の事務員が中心となって、法人全体での事務局会議で行っている。会議では前述の委員会等の他に有給休暇の取得状況や、職員健康診断の実施とその結果に対してフォローを行っている。健診結果に課題のあった職員に対しては、その所属する事業所の看護職員からアドバイスをしてもらっている。また、人間ドックへの助成も法人独自に行い、職員の健康管理を行っている。 |

| 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 | 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 | 「今浜苑」サービスガイドラインには、利用者の権利擁護への姿勢及び基本理念として、「期待する職員像」が具体的に示されている。キャリアパス、人事考課規程が整備されて、毎年2月に勤務意向調査票（面談票）を用い、成績、意欲、能力の点からの評価を実施している。 |
| | 18 | 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)・b・c | 今年度の総合事業計画の重点目標に「利用者主体の意識を持った職員の人材育成を図り、サービスの質及び経営の質を高める」ことが明記されている。研修は法人全体で、研修委員会が主体となって実施して、研修修了者には修了証を出してキャリアパスとの連動を行っている。 |
| | 19 | 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 | 研修の体系は初任者研修、中堅職員研修、チームリーダー研修に分かれ、それぞれ職務経験年数に応じて実施している。新規採用者の場合には、それとは別にオリエンテーションとOJTマニュアルに沿った研修を行い、担当者が4回の面接を行っている。 |
| 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 | 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 | 「実習生受入手順書」の基本方針に「社会福祉従事者の養成に協力することで、社会的貢献を果たすとともに、実習生を受入指導することで、施設職員のスキルアップの機会とする」ことが記されている。手順書には実習オリエンテーション、実習プログラム、実習自己評価、誓約書等が含まれた実践的なものになっている。実習担当者は既定の研修は受講しているが、法人内部での担当者に対する研修は確認できない。 |

Ⅱ － 3　　運営の透明性の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 法人のホームページには、事業計画、事業報告はもちろんのこと、第三者評価の受診結果、石川県による監査結果等もアップされている。また、事業報告書の中には各事業所ごとに、苦情や意見について内容と処理経過・結果について公表して事業の透明性を図っている。 |
| | 22 | 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 | 事務、経理、取引等に関するルールは「経理規程」としてまとめられホームページで公表している。各事業所ごとに事務職員が配置されて、事務局会議において経営分析や予算の執行状況を確認している。契約している会計事務所のチェックを受けて、毎月次の帳票を作成し、適正な事業運営を行っている。<br>外部監査は、今のところ行われていない。 |

Ⅱ － 4　　地域との交流、地域貢献

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 4 － （ 1 ） 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | |
| | 23 | 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。 | a ・(b)・ c | 運営規程には「地域の結びつきを重視し、市町、その他の障害福祉サービス事業者、その他の者との連携に努める」と記載している。運営規程はホームページ上で公表されている。今年はコロナの影響で地域との交流が困難な状況であったが、ショッピングモールに買い物に出かけたり、病院へ看護師が同行して通院したり利用者の誕生月に誕生会をしに出かけたりしている。<br>利用者の活用できる社会資源のリスト化や、社会資源の情報提供は確認できない。 |
| | 24 | 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 | 「今浜苑サービスガイドライン」には「ボランティアの受入れは、単に職員の補助的役割ではなく、利用者との交流や活動を通して利用者及び福祉への理解を深める事を目標とする」と基本的な考え方が示されている。ボランティアのしおりやボランティアの心得（利用者のプライバシーや秘密保持を含む）が用意されて、マニュアルに沿った受入れを行っている。毎年近くの小学校とは、米作りを一緒に行い、田植え、収穫、餅つき等を一緒に行っている。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ⅱ － 4 － （ 2 ） 関係機関との連携が確保されている。 | | | | |
| | 25 | 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。 | a ・ (b) ・ c | 事業所として、社会資源を明示したリストの作成は行っていないし、館内の掲示物等の確認もできなかった。関係機関との連携は羽咋郡市障碍者自立支援協議会や宝達志水町地域部会に参加して定期的に連絡を行っている。法人施設、事業所が地域に数か所あり、法人内部での各種会議や職員の交流で連携をとっている。 |
| Ⅱ － 4 － （ 3 ） 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | |
| | 26 | ① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | a ・ (b) ・ c | 地域交流事業として例年「夏祭り」を実施していたが、今年度はコロナのため中止している。地域住民に向けての相談支援活動、福祉的支援の必要な人たちへのサークル活動、災害時の地域における役割等についての取り組みは特に行われていない。 |
| | 27 | ② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a ・ (b) ・ c | 事業所としての公益的な取組としては、地域住民に対する社会教育活動として、地元小学校等との交流（田植え、稲刈り、餅つき、クリスマス会）を通した社会教育活動をしている。また、地域の環境整備活動として、地域休耕農地の復活を通した環境整備活動を行っている。地域の福祉ニーズは、町の部会や羽咋郡市の協議会に参加することにより把握している。 |

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 | コメント |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | － 1 － （ 1 ） 利用者を尊重する姿勢が明示されている | | | | |
| | | 28 | ① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | ⓐ・ b ・ c | 法人理念の「ビジョン」に「ひとりひとりの[幸せ]を共に考え、それを地域の中で実現できるよう支援し、真のノーマライゼーション社会を構築する」とあり、また職員倫理綱領に「利用者の人格、生活史そして要求を尊重」することが明文化されている。<br>理念や倫理綱領に基づいた利用者の尊重に関しては、職員入職時の新規採用者研修のほか中堅職員研修、2か月に1回の全体会議で周知されている。また、全職員が「職員セルフチェックリスト」を使用し、利用者に対して不適切な援助を行っていないか年1回チェックしている。 |
| | | 29 | ② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | ⓐ・ b ・ c | プライバシーの保護、権利擁護に関しては「職員倫理綱領及び行動規範」「サービスガイドライン」「個人情報保護規程」に示されており、研修により周知が図られている。<br>利用者からの相談や面談はプライバシーが確保された相談室で行っている。職員は部署内で安易に利用者のプライベートな話をしないように互いに注意し合うなどの取り組みを行っている。<br>2か月に1回の全体会議の中で虐待防止委員会を行っており、プライバシーや権利擁護の点で不適切な援助はなかったかに関して報告、事例検討を行っている。 |

| Ⅲ | ー 1 ー ( 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 | 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 | パンフレットには振り仮名や写真を用いて支援内容や作業内容が分かりやすく記載されている。窓口となる相談支援事業所や町の福祉課にパンフレットを置いてもらっている。<br>利用希望者に対しては、まず見学や体験をしてもらい、実際に利用してみて不明点や不安な点があれば随時丁寧に相談を受け付け、説明している。<br>見学や体験利用に関しても、相談員が相談に乗りながら協力して出来る体制が整っている。<br>提供する情報については適宜見直しを行い、随時更新している。重要事項説明書等の書類を改定した際はホームページにも同時に反映させている。 |
| | | 31 | 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 | サービスの開始や変更にあたっては、「自己決定ガイドライン」に沿って、本人や家族、相談員によりケア会議を行い、その中で文字が理解しづらい利用者に対しては大きな文字を利用したり、読みの分かりにくい漢字にルビを振ったりして理解しやすい資料を用いて説明を行い、同意を得た上で行っている。<br>個人の要望や余暇活動については、ニーズの食い違いを避けるため、利用者で話し合う「自治会」の場を設け、そこに職員が参加し、必要であれば説明を行い、全員が納得して過ごせるよう配慮を行っている。 |
| | | 32 | 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。 | ⓐ・b・c | 他の福祉施設や地域・家庭への移行にあたっては、相談受付票(フェイスシート)を使い、サービスの継続性に配慮した手順が定められている。サービスの変更にあたっては著しい変更や不利益がないことが個別支援計画から確認できた。<br>サービスの利用が終了した後も利用者や家族が相談できるよう、サービス管理責任者を窓口として相談ができるように体制を整えている。<br>また、利用が終了しても、施設長が個別に手紙を郵送し、その中で何か不安があればいつでも相談できる旨を伝え、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ⅲ | ー 1 ー（ 3 ） | | 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| | | 33 | 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。 | ⓐ・ b ・ c | 「作業に関する聞き取り調査」を年1回行い、利用者満足度調査を行っている。<br>また、利用者同士で話し合う自治会にも職員が参加し、余暇活動をしたい利用者に対して、活動内容として取り入れたいことを話し合っている。活動内容等の不満や意見の食い違いがあれば説明・支援を行っている。即座に対応できるものであれば自治会の場で対応し、すぐに対応できないものに関しても検討し対応している。余暇活動の取り組みについて要望の改善を行っていることが会議録から確認できた。 |
| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 ・ⓑ・ c | 「苦情解決規程」に基づき、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が設置されている。また、施設内に「苦情・虐待・要望の受付のご案内」を掲示し、苦情受付の際の連絡先を明記している。<br>また、「苦情解決制度の流れの概要」を整備し、苦情の受付から解決までの一連の対応、また苦情までには至らない利用者からの意見や要望を把握した際の対応が、職務（第三者委員・苦情解決責任者・苦情受付担当者・その他の職員）別にフロー化されている。<br>苦情受付書や意見要望等連絡票により苦情に対応したことは確認できたが、公表されていることは確認できなかった。サービスの質の向上の観点から、苦情内容や解決結果について、利用者のプライバシーに配慮した上で掲示や配布物等により公表されることが望ましい。 |
| | | 35 | 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。 | ⓐ・ b ・ c | 相談や意見を複数の相手に自由に述べることができることが重要事項説明書に記載され、サービス利用開始時に説明されている。また、年度初めに「サービス概要」を配布し、その中で作業班の担当職員、自治会担当職員、家族会担当職員、行事ごとの担当職員が明記されており、どの場面で誰に相談をすれば良いか分かりやすくリスト化されている。<br>相談室は外から見られないようにしてプライバシーが確保され、相談室が使用中のときは支援員室をカーテンで仕切った上で使用し、利用者がいつでも安心して相談や意見を述べやすい環境作りに配慮している。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 36 | 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。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 苦情解決規程をフロー化した「苦情解決制度の流れの概要」にて相談の記録や報告手順、対応策の検討が職員に周知されている。苦情までには至らない意見や相談を受けた職員はその内容を「苦情または意見・要望等連絡票」に記入し、記入した内容は毎日の終礼で報告・連絡し、必要に応じて環境の改善やサービスの質の向上へ繋げている。<br>相談を受けた職員は、表情などで相談がしやすい雰囲気作りを心掛け、すぐに対応できないときは対応可能な時間を伝え、利用者が安心して相談できる環境作りを実践している。 |

| Ⅲ | ー 1 ー（ 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 | 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 | 「今浜苑事故等（ヒヤリ・ハッと）報告書」を用いて、利用者の安心や安全を脅かす可能性がある事例を収集し、日々の申し送りで周知している。また、月1回行われる「支援部会議」の中で、リスクが想定される場面や事例に関する検討が行われている。<br>リスクマネジャーの配置、および事故発生時の対応と安全確認の責任が明記されたマニュアルは確認できなかった。リスクマネジメントに関する責任の明確化とマニュアルへの記載、およびこれらを踏まえて研修等による職員への周知が望まれる。 |
| | | 38 | 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 | 「感染対策マニュアル」を策定し、結核、インフルエンザ、肺炎球菌、感染性胃腸炎、腸管出血性大腸菌感染症、レジオネラ属菌等個別の感染症毎に、平常時の対応と発生時の対応が記載されている。また、令和2年7月に「新型コロナウイルス感染症対策マニュアル」を策定し、感染が疑われる場合の管理者・看護師・サービス管理責任者・現場職員といった職責別に取るべき行動や対応が明記されている。マニュアルは月1回の支援部会議で定期的に周知されており、同会議で感染が発生しやすい時期になると、看護師が注意喚起や対策を説明している。今年度の感染発生事例はないが、感染が起こった際は保健所に報告し、連携が適切に取られている。 |
| | | 39 | 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 | 火災や震災、風水害といった災害時の対応体制は「消防計画」に記載されている。また、「防災避難確保計画」には、想定される災害に対する具体的な行動や役割分担、避難誘導図、風水害や地震等の状況別の避難経路や緊急連絡網の中でマニュアル化されている。計画に基づき避難訓練を行い、緊急時の対応へのシミュレーションを行っている。訓練には消防署が立ち合い、その都度助言・指導を仰ぐなど、行政との連携も取れている。<br>また、「災害対策避難備蓄一式」を用いて食料や備品類をリスト化し、リストに基づきチェックが定期的に行われている。 |

Ⅲ － 2　　福祉サービスの質の確保

| | | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 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 | 利用者の権利擁護やプライバシーの保護、日常生活援助、機能回復訓練等の専門的サービス、地域福祉といった福祉サービスの標準的な実施方法が「サービスガイドライン」により明文化されている。<br>また、一日の利用者の標準的なスケジュールとそれに合わせた支援員の動きが時系列で記載された「一日の流れ」を作成している。<br>「サービスガイドライン」や「一日の流れ」に基づき利用者個人別に、本人の全体像や支援手順や支援上の注意をまとめた「手順書」を作成し、利用者一人ひとりが大切にしていることやしてほしくないことをまとめた「手順書」を作成・周知している。 |
| | 41 | 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 ・ ⓒ | 個別の支援内容についてまとめた「手順書」の見直しは利用者本人と担当者を交えた「個別支援会議」で行われ、適宜見直されている。<br>手順書にて利用者の現状は確認できるが、どのタイミングで検証し、見直すかについては定められていなかった。施設として手順書やマニュアル等を定期的に見直す仕組みを定め、その仕組みに基づいて継続的に現状を検証し、サービスの質に関する職員の共通意識を育てるとともに、PDCAサイクルによって質に関する検討が組織として継続的に行われていることが望ましい。 |

| 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 | 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。 | ⓐ ・ b ・ c | 利用者本人とサービス管理責任者が共同して「障害者支援アセスメントシート」を作成し、アセスメントシートをもとに利用者やサービス管理責任者、看護師等多職種で会議を行い、個別支援計画を策定している。アセスメントから計画の策定まで利用者と協働して行っているため、利用者一人ひとりのニーズが細かく反映される形となっている。<br>利用者ごとに半年に一回のペースで「個別支援会議」を開催、その中でモニタリングを行い、個別支援計画通りにサービスが行われているかどうかを確認している。<br>支援困難なケースについては「支援日誌」に記録し、翌朝のミーティングで申し送りを行い、頻度に応じてサービス内容を再検討するといった仕組みが構築されている。 |
| | 43 | ② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | ⓐ ・ b ・ c | 個別支援会議の見直しは半年に1回に加え、利用者の体調に変化があったとき、緊急の場合など随時の見直しが行われている。<br>また、個別支援計画は、職員がいつでも確認できる場所に設置されている。<br>モニタリング前に「ニーズ整理票」を使用し、新たなニーズが発生していないかを職員が確認し、新たなニーズが発生していれば、次の個別支援計画に反映させる、という、潜在的なニーズを探し出すための仕組みが確立されている。 |

| 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 | 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 | ⓐ・ｂ・ｃ | 利用者ごとの身体状況や生活状況は「ケース記録」に、1日ごとの活動状況は「支援日誌」にそれぞれ記載されていることが確認できた。<br>また、記録の書き方や情報の流れについてまとめた「ケース記録について」という文書を作成・周知し、職員間で記録のムラが出ないようにしている。<br>各部署で作られた記録は事業所内のLANにより共有されており、管理者は共有ファイルの更新を1日2回行い、職員に周知するべき情報があるかを定期的にチェックしている。 |
| | 45 | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | ⓐ・ｂ・ｃ | 記録の保管や保存、廃棄や情報提供等の具体的な取り扱いついては「個人情報保護のための行動指針」を定め、行動指針に基づき記録管理を行っている。<br>個人情報の不適切な利用や漏洩に対する対策は「個人情報保護に対する方針（プライバシーポリシー）」を定め、会議でプライバシーポリシーに基づき研修が行われている。<br>また、2か月に1回開催される「事務局会議」の中で「個人情報管理委員会」を開催し、記録の管理や個人情報の漏洩について、不適切な事案がないか検討し、検討結果は2か月に1回の「全体会議」で申し送り・共有を図っている。 |

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児福祉サービス）【内容評価基準】

| 判断水準 | |
|---|---|
| 「ａ評価」 | よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態 |
| 「ｂ評価」 | ａに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「ａ」に向けた取組の余地がある状態 |
| 「ｃ評価」 | ｂ以上の取組みとなることを期待する状態 |

※　最低基準を満たしていることを前提

評価対象　Ａ　－　１　　利用者の尊重と権利擁護

Ａ　－　１　－（　１　）　自己決定の尊重

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 生活介護、就労継続支援B型については、日中活動の内容について、利用者の意思を確認して自己決定できるように支援している。言葉によるコミュニケーションが困難な利用者が多いため、意思確認を行う上でカード等を使い、視覚的な情報を取り入れる工夫を行っている。<br>また、障害の特性上、個別の話し合いはできても、集団での話し合いの場を持つ事が困難な利用者が多いため、定期的に利用者と集団の場で話し合う場を設けることは難しい現状にある。<br>権利擁護について、生活介護、施設入所では、日々の支援において権利侵害につながる行為を行っていないか、また合理的配慮に基づいた支援を行っているか毎朝ミーティングで確認をしている。就労継続支援B型に関しては、ミーティングの内容について、業務的な内容に偏りがちな面が見受けられた。 |

Ａ　－　１　－　（　２　）　権利侵害の防止等

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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。 | a ・ (b) ・ c | 「虐待防止マニュアル」「身体拘束マニュアル」の作成、「虐待防止委員会」の設置がなされている。<br>今後の課題として、権利侵害の防止に関する利用者への周知は、利用者が理解できる内容を理解できる方法で伝えていくことが必要である。また、権利侵害の意識を高めていくために、職員が気づきについて書きとめ、話し合う習慣を徹底させる必要がある。<br>権利侵害が発生した場合の再発防止のために、何が権利侵害とみなされるのかと言うことに対して明確な基準を定め取り組むことが期待される。 |

評価対象　Ａ　－　２　　生活支援

Ａ　－　２　－　（　１　）　支援の基本

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 利用者本人のできること、望むことなどを見極めながら、複数の担当者の目で見守り、個別支援計画に基づいた支援を行っている。<br>生活介護では、自律・自立生活のための動機付けとして、プログラムに参加する利用者の意識を大切にしている。日常生活動作の支援においては自立して行えるように支援を行っている。<br>また、就労継続支援B型では、作業中の声かけを丁寧に行うことで作業に取り組む動機付けに結びつけている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 障害の特性上、言葉で表現することの困難な利用者が多いため、コミュニケーションを取る際、職員は利用者の行動や表情を注意深く読み取り、コミュニケーションを取る。<br>また、利用者に対して理解の程度に合わせて様々な方法を用いて伝える工夫を行っている。複数のコミュニケーション手段を利用者の理解できる方法に応じて使い分けている点は非常に評価できる。 |
| 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 | 職員は利用者との個別の話し合いの場を月1回は持ち、他にも利用者からの要望があれば、それに対して随時相談に取り組んでいる。<br>就労継続支援B型では「意思決定支援ガイドライン」を活用している。<br>相談内容は毎月支援部会議やミーティング終礼等で情報共有している。相談内容は個別支援計画に反映されている。 |
| 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 | 生活介護においては、個別支援計画に基づき日中の生活を「生活リハビリ」を4パターンに分類し利用者にその日ごとに選択させている。集団プログラムは毎日メニューが考案され、集団に苦手な人への配慮、利用者の身体状況、年齢幅、活動量の差等考慮したうえでのプログラムの考案がなされていた。<br>就労継続支援B型においては利用者旅行の計画や余暇活動のプログラム、県のスポーツ大会への参加等がなされていた。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 行動障害についての取り組みにおいては「支援計画シート」を用いて「強度行動障害」の研修を受けた職員が中心となって、利用者にかかわる職員の意見を集約し、丁寧なアセスメントに基づいて支援計画を立てていることが支援計画、実施記録、モニタリング等から確認することができた。<br>職員は法人主催の研修や県の研修等に参加し障害に関する専門知識の習得に努め、支援の向上につなげている。また新規採用者研修を令和2年度から行っており新人に対し障害の特性や倫理的な心構えを丁寧に研修させている。今後、中堅職員等に関しても同様の研修体制が望まれる。 |

Ａ　－　２　－（　２　）日常的な生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 昼食は法人の運営する「キッチンクラブおしみず」「ライフクリエイトかほく」のおかずや弁当を活用する。入所施設の厨房では、朝食・夕食は直接調理がなされている。個別支援計画に基づいて体調に合わせて食品選びや咀嚼状況に応じた調理方法が選択され、減塩食、高脂血症や糖尿病等の体調に合わせた食事作りが栄養士による栄養管理によって行われている。就労継続支援B型においては食事に関する嗜好調査が行われておらず、今後の取り組みが期待される。<br>移動・移乗等の支援に関しては県リハビリテーションセンターが施設に出張し利用者の個別の体力測定や転倒リスク等を測定し、それに応じたリハビリの方法や環境調整などの指導を行っており、それに基づき個別支援計画が立てられている。入浴中の介助方法に特別に配慮の必要な人に対しては写真付きの個人別のマニュアルが作成されている。 |

Ａ　－　２　－　（　３　）　生活環境

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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) | 入所施設の居室は1人部屋もしくは2人部屋である。2人部屋は利用者同士の相性、関係性、生活パターンを配慮して決めている。居室の一部に利用者の選んだ家具やプライベートの活動に取り組むことのできる大きなデスクが設置されている部屋もあった。共同スペースである食堂には掲示物が貼られており季節感や明るい雰囲気を醸し出す工夫がなされていた。入浴環境は機械浴を設置せず、福祉用具を活用して介助が行われていた。<br>一方で、就労継続支援B型においては休憩場所が体育館であるため温度調整が難しく休憩スペースが十分に取れていない。入浴環境に関しては今後高齢化に向けた配慮が課題となる。入所施設の居室環境においては2人部屋の場合部屋の中に仕切りが設けられておらず、プライベートの空間の確保が十分ではない。ただ、事業計画の中には、法人事業所の建物改築、修理・修繕が短期計画として盛り込まれており、今後の取り組みが期待される。 |

Ａ　－　２　－　（　４　）　機能訓練・生活訓練

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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) | 県リハビリテーションセンターに協力を依頼し、利用者個々の障害の状況に応じた機能訓練プログラムを作成している。<br>日中の活動に関して、生活介護においては生活リハビリ、リハビリ体操、レクリエーションと本人に応じたプログラムが複数用意されており、本人がそれを選択できる仕組みがある。<br>就労継続支援B型においては、特に定められた機能訓練プログラムは無い。今後、就労継続支援B型においても機能訓練プログラムを作成することが望ましい。 |

Ａ　－　２　－　（　５　）　健康管理・医療的な支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 日中の通院は基本的に看護師が行っている。利用者の健康状態には、「ミーティングファイル」「保健日誌」等に記載され、職員が情報共有できる仕組みが確立している。<br>内科や精神科等、連携を取れる医療機関が地域内にあるため、体調変調時等には、すぐに職員が通院介助をしている。ただ、マニュアルはない。利用者の体調変化時における対応の手順をマニュアル化することや、就労継続支援B型においても、実践的な対応や緊急時の対応法について個別的な指導を行うことが望まれる。 |
| 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 | 生活介護、入所施設においては服薬の管理等については看護師による管理がなされている。<br>就労継続支援B型においては生活支援員による管理がなされている。<br>医療的な支援の実施についての考え方、および医療的支援における管理者の責任が明確に定められている。今後さらに、職員研修や職員の個別指導等において医療的な支援を学ぶ場を設けることが望ましい。 |

Ａ　－　２　－　（　６　）　社会参加、学習支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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) | 生活介護においては、地域に買い物やドライブに出かけている。また、公共交通機関を使って自宅に帰るための方法を練習している。学習支援に関しては、現在希望者がいないということもあり実施されていない。<br>就労継続支援B型においては、社会参加や学習支援は行われていない。利用者の好きな体験を地域で行うことができる機会を確保していくことや、利用者の社会参加や学習へのニーズがどのようなところにあるのかをアセスメントする工夫が求められる。 |

Ａ　－　２　－　（　７　）　地域生活への移行と地域生活の支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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) | 地域との関わりは、施設側から田んぼの米作りや稲刈りなどの体験を小学校の子供に教えるなどの工夫を行ったり、就労移行支援就労継続支援B型においては施設内外の就労等において地域の人たちとの連携や協力を得ながら支援を行うなどの場面において確認できる。利用者の地域生活の拠点は法人の運営するグループホームでの生活や入所施設を主体としている。実際には最近グループホームへの移行ケースや、独立した地域生活への移行がほとんどない。今後の課題としては地域生活への移行のケースの実績や経験を積み上げていくことが必要であると思われる。 |

Ａ　－　２　－　（　８　）　家族等との連携・交流と家族支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | 施設入所においては、帰省をするときには、日々の生活状況の報告や、帰省時の対応についてのアドバイスを記載した「帰省連絡ファイル」を用いて家族へ情報を提供している。また、生活状況に関して、家族への電話連絡は随時行い、家族の会での報告も定期的に行っている。<br>就労継続支援B型においては、仕事の取り組み状況を中心に連絡を行っているが定期的には行われていなかった。<br>利用者の体調不良や急変時における家族への連絡方法については、運営規程や重要事項説明書に記載されており、その方法に基づいて報告がなされている。 |

評価対象　Ａ　ー　３　　発達支援

Ａ　ー　３　ー　（　１　）　発達支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | |

評価対象　Ａ　ー　４　　就労支援

Ａ　ー　４　ー　（　１　）　就労支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---|
| 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 | アセスメントにて課題を抽出し現場の実践の状況を見ながら、利用者の能力に応じた仕事を検討し提供している。現場では作業内容の他に仕事上のマナーや人間関係の在り方などを繰り返し指導する。本人の作業能力に課題のあるところは個別支援計画に盛り込み、計画に基づき重点的に取り組んでいる。仕事上のトラブルがあった場合、話し合いの場を設け、利用者と共に対応方法を検討している。<br>地域企業との連携においては、就労継続支援B型の施設外就労にて企業と交わす「売買契約書」「業務委託契約書」において、利用者の可能な仕事内容や仕事量を企業側に明確に示し、利用者が過酷な労働にならないようにしている。作業意欲を向上させるために作業評価を取り入れて、工賃の支給を行っている。 |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | 生活介護においては、作業手当金の評価を作業の評価と意欲で評価している。就労継続支援B型においては、作業評価を「作業工賃支給規程」で定めた評価基準に基づき項目別・段階別評価を行い、評価を時給に反映している。評価内容は給与明細に記載されており、利用者が次に取り組むべき課題を把握しやすい仕組み作りを行っている。<br>収益が発生した際は、「精勤手当」として利用者に還元し支給している。また、職員が利用者と共に作業場の動線の確保、作業場の整理整頓を一緒に行い環境整備や安全衛生の確保に取り組んでいる。ただ、作業の工程や計画は、主に職員が定めているため、利用者の能力を勘案しながらともに取り組める工夫が期待される。 |
| 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 | 地域における施設外就労の職場開拓は常に取り組んでいる。就労し退所した利用者に対しては、就職先との連携や引継ぎを行い、退所後の相談に乗っている。必要に応じ、利用者が就労先を離職した場合にも受け入れの支援を行っている。<br>今後の課題として、障害者就業・生活支援センターやハローワーク等の外部機関と連携しながら、企業に対して「合理的配慮」を促進する働きかけを、定期的に行う行うことが望ましい。 |