

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：チェンジア.	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
	保育士 2名
	名
施設・設備 の概要	（居室数） 指導訓練室（大小）計5室 事務所1室 （設備等） 多目的トイレ1室 トイレ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に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。利用者支援の為にツール（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）～ 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に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」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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。	a · 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。 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。	a · 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。 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。	a · 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。	a · 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。 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「チェンジア. 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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上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。 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。 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害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。 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。 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。 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。 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おり、市役所や障害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。 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、実際に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。 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な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。 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。 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が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ではなく、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。 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)	利用者満足の上昇に努めている。		
		33	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	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、改善や実現に繋がれていることが会議録にて確認できた。 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、サービス向上に繋がれている。

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。 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。 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。 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。 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 ・ ③ ・ 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。 リスクマネージャーの配置や事故発生へ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 ・ ③ ・ 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。 令和3年4月には「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（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。 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 ・ ③ ・ 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。 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ヶ月をめぐりに支援計画を更新・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	a ・ 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3回、法人研修を年に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。	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。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ュ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。 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視えたときにはさりげなく「向こうで話している？」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。	a ・ 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際には、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。	a ・ 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。となりの人の視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。	a ・ 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。	a ・ 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の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あり、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。 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音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。	a ・ 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。 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。	a ・ 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ターペ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、 リハビリ室、相談室、浴室その他全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）～ 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。その他「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、就労活動の支援や、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、その中でも実際に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。	㉔・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。	㉔・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り組んでいる。	㉔・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。	㉔・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。	㉔・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。	㉔・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。その他「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	－ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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	－ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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している。	a ・ Ⓑ ・ c	「災害・事故等緊急時対応規定」があり、「インクルシカ防災計画」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、職員と一緒に年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」が無いが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。県の障害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いていたが、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	職員は障害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なの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に気をつけている。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おり、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、自由に館内を歩き来している。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なく、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 - 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	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 - 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	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、利用者と職員と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 - 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	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 - 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	非該当

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	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害や個性に合わせ、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	利用者の意向や障害の状況に応じて、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、7°リッ クラ-、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じ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） 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	障害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害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、福サボや、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。 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日に誕生会をしに出かけたりしている。 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、米作りを一緒にを行い、田植え、収穫、餅つき等を一緒にやっている。

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害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。	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、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。 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。	a . 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。 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。 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	－ 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。 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。 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 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。 利用希望者に対しては、まず見学や体験をもらい、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。 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。 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。 a . 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。 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。 a . 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。 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。 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) 利用者満足の上上に努めている。				
		33	① 利用者満足の上上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	「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。 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つい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。	「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。 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。 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。サービスの質の上上の観点から、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。	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。 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。	a ・ 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。 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	－ 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 「今浜苑事故等(ヒヤリ・ハット)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。 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している。	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。 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

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。			第三者評価結果	コメント
	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	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。 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。 「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 . c	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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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については「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。 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。 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。 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。 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。 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必要がある。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。 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。 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。

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。 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られ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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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 - 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	

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	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。 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。 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。 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。

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：ライフクリエートかほく	種別：就労継続B型、生活介護
代表者氏名：管理者 岡田 文貴	定員（利用人数）：就労継続B型40名（57名） 生活介護：20名（27名）
所在地：石川県かほく市七窪八7番地 1	
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		
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：21名	非常勤職員：18名
専門職員	社会福祉士：8名	看護師：2名
	介護福祉士：14名	栄養士：1名
	精神保健福祉士：2名	調理師：5名
施設・設備 の概要	（居室数） 短期入所 和室2、洋室2	（設備等）：一般浴槽、リフト浴槽、厨房・ パン製造室・豆腐製造室等の作業室

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、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	2019年 4月 1日～ 2020年 3月 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

■地域の社会資源一覧として、行政や民生委員、市内の他事業所との協働で、かほく市内のバリアフリー対応状況を一覧化した「よかよかガイド」を作成し、ガイドは施設内の喫茶店「ハニーコム」に設置されている。収集した地域資源の情報を事業所内のみならず、一般にも広く周知しているという点が評価できる。

■自事業所内に限らず、地域の中で障がいをもった方が、旅行や料理作り等自主的に企画をし活動する場である「ほすか」の活動に、多目的ルームや喫茶店ハニーコムの場所を提供し、また職員も派遣している。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するという経営理念とも合致した活動を行っている点は評価が高い。

■「個別支援計画の立て方」の中には、本人自身が問題を解決する視点や、本人の強味、得意なこと、好きなこと、希望等を引き出していくストレングスの視点が明記されている。「作業班」を選ぶ際には、施設案内や書面での説明のほか、実際に作業班を体験してもらい、自分に合っているかどうか判断してもらっている。事業所での過ごし方については、毎月職員も参加するグループワークで話し合い、ルール作りをしている。利用者の権利擁護については、石川県が発行しているリーフレットを配布したり、事業所内での研修を行っている。また、サービス向上委員会において支援の質の向上に努め、その活動を、「お便り」で家族や利用者に報告している。

■ 就労継続B型のメニューとして弁当班、パン班、豆腐班、内職班等が用意されて、利用者は自分に合った班を体験後に選択している。利用者の希望は、アンケート調査や面談、日々のコミュニケーションから聴取して、ひとり一人に最適な就労支援ができるように配慮している。工賃は、計算方法や、支給の方法がマニュアル化されて周知され、重要事項や契約書で説明して、同意をもらっている。各班ごとのマニュアルには、作業特性に応じて、安全管理や危険防止の取組が定められている。事業所内には、手洗い、うがいを励行することや、「病気に強い身体作りは、日頃の食生活習慣から」というポスターが掲示されて、感染症・食中毒の予防や健康づくりに取り組んでいる。

◇改善を求められる点

■「ボランティア受入手順書」を作成し、手順書に基づいてボランティアの受入を行っているが、ボランティアの登録手続きや配置、事前説明については手順書に記載されていなかった。万一の際の事故やトラブルを未然に防ぐ点から、受入手順書やボランティア受入のマニュアルの見直しが望まれる。

■公正かつ透明性の高い経営・運営の点について、毎月会計事務所の助言や相談は受けているが、外部監査は未実施であった。資産規模が一定に満たない法人であっても、「5年に1回程度の外部監査の活用を行うなど法人運営の透明性の確保のための取組を行うことが望ましい」と社会福祉法人審査基準にあるため、公認会計士等の専門家による外部監査の実施および監査結果に基づく経営改善が望まれる。

■利用者の権利侵害の防止のために、サービス向上委員会が設置されている。委員会では、新しく策定した虐待防止マニュアルの周知、虐待防止の研修、職員チェックリストの実施等に取り組んでいる。虐待防止についての研修は、全職員が受講できるように令和1年11月に、3回に分けて実施している。委員会では、毎月虐待につながる虞のある事例についてチェックしてその結果を広報誌で周知している。身体拘束は虐待に該当する行為であり原則禁止であるが、緊急やむを得ない場合に実施する際の手続きや方法についての規定が、新しく策定したマニュアルには記載されていない。規定の策定が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開所12年を迎え、初めての受審となりました。法人の基本的な事業運営や就労継続B型事業・生活介護事業が提供している福祉サービスについて、専門的な視点や客観的な評価を頂きました。評価結果については、課題が明確になり具体的な目標を設定する上での指標となり、改善が求められるところは検討し改善に努めます。評価の高かった点は、今後とも更に邁進し、より良いサービスの質の向上を目指して努力していきたいと考えています。

今回の受審では、調査員及び評価決定委員の方々に貴重なご意見、アドバイスをいただき感謝しております。

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	「サービス向上及び地域福祉の向上」「ノーマライゼーション社会の構築」「地域社会の幸福をかなえる」という法人理念はパンフレット及びホームページに記載されている。 全体会議録や委員会を回覧する際の回覧印枠に理念が付記されており、月5～6回の回覧をもって理念の職員への周知が図られている。 利用者への便りや各委員会の便りに法人理念、基本方針、支援目標が記載されており、利用者満足度調査で理念についての周知状況の確認が行われている。

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	県のセルフセンター、市社会福祉協議会、全国社会福祉協議会からの情報をもとに利用者の動向や就労定着率の向上、報酬改定等の情報を分析、把握している。また、市から相談支援事業を受託しており、地域の利用者の動向の把握もそこで行っている。 利用者数については「月間サービス利用数集計表」を用いて月ごとの分析を行っていることが確認できた。コスト分析については毎月、予算と実績(進捗率)の確認を行い、予算作成時には会計事務所と打ち合わせの上、月別のコスト分析をもとに次年度予算に反映させている。
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	サービスや組織体制、設備、人員、財務については法人各事業所の管理者により構成される「管理者会議」で検討がかけられ、課題点・問題点が明らかにされ、理事・監事等役員間の共有もなされている。 経営課題は事業計画にも反映され、事業計画は職員全体会議で共有される。サービスの質の向上が経営課題に挙がり、その課題に対してはサービス向上委員会が取り組む等、個々の課題に関しては委員会が中心となって取り組みを行っている。

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	年度毎に「総合事業計画」を策定し、その中で中・長期計画を位置付けている。総合事業計画では理念(ミッション・ビジョン)に基づき、事業領域(ドメイン)と重点事業(ターゲット)を明らかにした上で、重点事業を達成する上で必要なことを計画に挙げている。 中期計画において、利用者ニーズや職員意見等をもとにグループホームの整備が項目となっており、定員もニーズに基づいた人数となっている。
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	中長期計画に同じく、単年度計画でも理念(ミッション・ビジョン)のもとで計画が展開されている。長期計画の中で「介護度支援度の高い方を中心にした新規グループホームの整備」と連動し、単年度の計画で新規にグループホームを2棟整備する計画が示されていた。 2018年度の計画で開設の計画が上がっていたグループホームが、開設完了し順調推移していることが同年度の事業報告書で確認できた。
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。	a・b・c	事業計画は、職員参画のもとで策定されており、計画の実施状況は年1回、「管理者会議」で評価され、次年度の事業計画へ反映されている。事業計画は年1回、年度初めの職員全体会議時に職員へ周知されている。 事業計画の「今年度の重点目標」で示されている項目として「継続性のある職員の人材育成・サービスの質の向上」が掲げられており、事務局が資格や休暇の取得状況の把握を行い、計画的に資格取得や有給休暇取得を促す等の取り組みを行っている。
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	事業計画の主な内容は家族会での説明により周知されている。事業計画のうち行事計画に関しては、ホームページ上の「おしらせ」から確認することができる。 事業計画の内容を分かりやすく説明した資料については、今年度分に関しては確認できなかった。以前は作成しており、説明の際に利用者から事業計画の説明は不要との意見があったとのことではあるが、タイミングを計って利用者や家族に事業計画を伝える機会を持つことが望ましい。

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	サービス向上委員会が中心となって、PDCAサイクルに基づき、サービスの質の向上に取り組んでいる。 年1回の「利用者満足度調査」で利用者アンケートを収集後、収集した結果を分析し、考察する(P:Plan)。今年度の場合は職員の接遇が重点ポイントとして挙げたため「接遇に関する内部研修」を実施した(D:Do)。職員の自己チェック(C:Check)結果を取りまとめて実施状況を見直し、次の段階に向けて動く(A:Act)と、満足度調査を出発点として質の向上に向けた取り組みが行われている。
	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	利用者満足度調査の分析に基づいて、サービス向上委員会で課題を分析する。 利用者満足度調査の内容に基づいた項目で構成された、職員の行動や接遇の内容を自己チェックする「職員チェック表」を用い、その結果を委員会が分析し「職員チェックリストの総評」として全体会議の中で各職員と共有し、職員の課題や改善策を検討している。

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」「運営規程」により確認できた。職務分担表を具体的なものにした「業務別担当者表」を作成し、日常業務、会議および委員会の担当者および管理者の関与を明確にしている。また、サービス向上委員会、保健衛生委員会、給食委員会等各委員会が発行する「おたより」にも「管理者より」として管理者の役割と責任を明記し、利用者および家族に周知している。 災害・事故等有事の際や管理者不在時の権限委任等については「災害緊急時対策規定」にて権限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	管理者が遵守すべき法令は「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「経理規定」「就業規則」に基づき把握している。 管理者は毎年法人研修に参加しており、研修の場で法令の最新情報を得ている。今年度は「同一労働同一賃金」「ハラスメント」「リスクマネジメント」についての研修があった。また、かほく市自立支援協議会や七尾市の社会福祉審議会に委員として参加し、最新の情報を得ている。 県障害福祉課や福祉医療機構、全国社会福祉法人経営者協議会からのメールが法人本部に届き、管理者に転送され、法令遵守上必要と判断したものについてはこれを回覧している。
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	月に1回「サービス向上委員会」を開催・参加し、管理者が中心となって質の向上に取り組んでいる。今年度は10月の会議でアンケート結果の検討、1月15日にアンケート結果に基づいた課題を明確にした上で同月20、21日に内部研修を行っている。 サービス向上委員会以外の委員会（保健衛生委員会、事故対策委員会、防災委員会等）にも出席し、職員意見の聴取を行っている。月1回行われる全体会議のレジュメは管理者が作成している。
	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	管理者は毎年、利用者の推移や収入分析、人員の体制等の推測を作成し、通所者の状況や職員体制、加算について把握している。 職員の働きやすい環境づくりに関して、「勤務意向調査票」を作成し、調査票をもとに継続勤務の意向や再雇用、配置転換、職種変更、労働時間の変更、長期休暇や休業の有無等を記入し、調査票をもとに面談を行い、可能な限り希望に沿う形で多様な働き方の推進に注力している。

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	「四恩会総合研修制度(キャリアパス連動)基本構想」に基づき「キャリアパス一覧表」を作成し、一覧表の中で福祉人材の確保や育成方針が確立されている。 有資格職員の資格は管理者が把握し、初任者研修、中堅職員研修、チームリーダー研修等資格や職位に基づいた研修は研修一覧表を作成し、一覧表に基づいて研修が行われている。 福祉人材確保にはハローワークや石川県福祉の仕事マッチングサポートセンターの活用その他、全体会議での職員への紹介呼びかけも行っている。
	15	② 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c	法人の「キャリアパス連動基本構想」の中に「組織、職員、利用者が豊かで充実した毎日を送ることができる」と、期待する職員像が明確にされている。 「キャリアパス一覧表」には階層、役職、役割と責任、求められる業務、能力、姿勢と基本給、昇格条件が明確に示されており、職員に配布し回覧の上、面談を行っている。人事考課は年1回2月に行われており、人事考課規程に基づき評価し点数化を行い、等級に応じて手当で反映させている。 職員の意向や意見については意向調査を行い、調査結果に基づき改善に向けて取り組んでいる。
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り組んでいる。	a ・ b ・ c	人事・労務関係の相談窓口は法人事務局であることが周知されており、責任体制が明確化されている。職員の有給休暇の取得状況に関しては、1人毎に毎月「有休管理票」を作成した上で「有給休暇取得日数報告」で一覧化されていることが確認できた。 今年度2月までの有給取得率が平均60%となっており、短時間勤務の職員の消化率が高くなっている。看護休暇、介護休暇の取得等、職員の意向に基づいた休暇に柔軟に対応している。 また、年1回の検診受診の他、人間ドック受診希望者には1人3万円を限度として法人からの補助があり、健康づくりに配慮した職場づくりへの取組がみられる。
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	職員の面談に用いる「フィードバック面談票」に、「社会福祉従事者としての年度目標」「ライフクリエート職員としての年度目標」をそれぞれ記載することにより、職員一人ひとりの目標管理の仕組みが構築されている。 目標の設定における目標項目や目標水準は「キャリアパス一覧表」と連動している。設定した目標に関して随時面談を行っていることが対応ノートより確認できた。 新規採用者の育成に関しては管理者がチェックシートを用いて3ヶ月後、6ヶ月後、1年後と定期で面談を行っている。
	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	期待する職員像は「組織、職員、利用者が豊かで充実した毎日を送ることができる」と「キャリアパス連動基本構想」の中に明確にされている。現在実施するサービスの内容や目標を踏まえて必要となる専門技術や資格は「キャリアパス一覧表」に明記されていることが確認できた。 また、研修計画である「四恩会総合研修制度年度実施計画」を策定し、実施計画に基づき研修・教育が行われ、計画や研修内容、カリキュラムは年度毎に見直されている。
	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	職員の知識、技術水準、資格の取得状況を一覧化した「資格一覧表」を作成、資格や職務内容に基づいた「年度研修計画」を作成し運用している。 階層別、職種別、テーマ別研修の機会を確保し、知識や技術水準に応じた研修・教育を行っていることが「キャリアパス一覧表」から確認できた。 外部研修に関しては管理者が把握し、研修計画に基づき職員に参加を促している。法人で参加した研修は勤務扱いとし、その他自主的な研修についても休みやシフトに配慮をしている。
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	特別支援学校からの実習受入については「実習支援マニュアル」を、大学等の実習やソーシャルワーク実習については「実習生受入手順書」を作成し、実習受入に対しての方針を明確にしている。 ソーシャルワーク実習等専門性の高い実習に関しては「実習プログラム」を作成し、プログラムに基づき実習を行っている。実習指導者はOJT研修を行っている。 受入元が支援学校の場合は、「実習ノート」を準備し、毎日振り返りを行い、学校側との情報共有を図っている。

Ⅱ － 3 運営の透明性の確保

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	ホームページから法人、施設の理念や基本方針のほか、サービス内容や事業計画、事業報告、定款や経理規程、運営規程が掲載されていることが確認できた。予算、決算等財務諸表は「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」から確認できる。 パン作り体験等地域に向けた活動については、施設のトップページの「おしらせ」に掲載するほか、掲示も行っている。また、事業所で行っている活動を説明した印刷物を地域に向けて配布している。
	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。	a ・ b ・ c	事業所内の事務・経理・取引に関するルールとして「経理規程」が定められ、職務分掌や権限・責任が明確化されている。経理規程は職員が出入りする場所に設置されているほか、ホームページ上でも確認できる。 経理については毎月会計事務所の相談、助言のもと月次帳票を作成している。 社会福祉法人審査基準では、資産が一定規模未満の法人に関しても「5年に1回程度の外部監査の活用を行うなど法人運営の透明性の確保のための取組を行うことが望ましい」とされており、公認会計士等外部の専門家による外部監査の実施と監査結果に基づく経営改善が望まれる。

Ⅱ － 4 地域との交流、地域貢献

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	地域との関わりについては、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」と明文化されている。 地域の社会資源については、民生委員と協力し、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。 また、地域の障がいを持った方（一部利用者含む）を対象にして、「ほすか」というバス旅行、千里浜見学、料理作り等の活動に場所を提供し職員を派遣している。
	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、地域の幼稚園や小学校等にパン給食の提供や実習受入等、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、事前説明等の記載は見られなかった。万一の際の事故やトラブルを防ぐ観点から、一連の手順について再検討し、手順書の見直しが期待される。
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	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「ハニーコーム」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組を行っていることが確認できた。
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	地域への還元の取組として、地域住民を招いた交流会やホール等の開放、学校との交流を通した社会教育活動等、地域住民との交流を意図した取組や地域住民の生活に役立つ活動を行っている。 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いる。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 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a ・ b ・ c	地域の障がいをもった方が集まる「ほすか」の場において、多目的ルームや喫茶店「ハニーコーム」の場の貸出および職員の派遣を行う等地域への還元を行っている。 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。把握した福祉ニーズについて、生活の場が不足していることからグループホームの設置を検討するといった事業計画へ反映されていることが確認できた。

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。 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サービス向上委員会の内部研修資料から確認できた。また、年1回「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。
		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。	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」が整備されている。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。昨年新しいマニュアルを整備して、業務執行理事名で各職員に通知が行われて周知されている。 脱衣場の入り口にはカーテンが下げられ、外部からはすぐに見られないような工夫や、排泄介助時には衝立などを利用してプライバシーに配慮した介助を行っている。事業所の取組は、各委員会ごとに発行している「おたより」で家族に伝えている。不適切な事案が発生した場合には苦情の仕組みを準用して対応している。
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おり、理念や基本方針とともに、写真を多く使い事業所のサービス内容を分かりやすく伝えている。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、見学はもちろん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。
		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使用して、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、文書で利用者へ伝えている。
Ⅲ	－ 1	－ (3)	利用者満足の上昇に努めている。		
		33	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a . b . c	これまでは、職員が参加する利用者のグループワークを通じて利用者の意向や満足度の調査、収集を行っていたが、今年度から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(令和1年11月に実施)。調査結果はサービス向上委員会で分析・検討され、改善の取組を行い、その活動報告はお便りで利用者、家族へ周知することになっている。今後の定期的、継続的な取り組みに期待したい。
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	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、事業所内に掲示している。また、重要事項説明書にも記載があり、契約時には苦情の体制についての説明をしている。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。
		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	利用者や家族に配布する、「利用者のしおり」に利用についてわからないことがあった時、困った時の相談窓口が明記されている。専用の相談室があり、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。
		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整備されている。利用者との相談は相談室で個別に行い、面接記録として残している。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。今年度アンケート調査の結果を受けて、委員会で職員の接遇が課題として挙げられ、「介護職としての接遇について」内部研修を行った。

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	事故防止対策委員会を設置して、毎日事業所内外の危険なことの確認を行っている。また、毎月委員会でヒヤリハットの分析をして、再発防止に努めている。今年度は研修として、AEDの取り扱いや、車両に設置したドライブレコーダーの取り扱い、交通事故防止等に取り組んでいる。委員会の活動や取り組みについては、「おたより」や「防災便り」等で利用者、家族に報告している。損害賠償が発生した時のための賠償資力として、損害賠償保険への加入も確認した。
		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、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いる。マニュアルは各部署に配布され、回覧と研修により職員への周知を行っている。予防策の取組としては、手洗いについてチェッカーマシンを使用した研修の実施や、手洗いうがい励行の張り紙等を行っている。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。マニュアルには、感染症が発生した場合の対応と担当職員の確認が出来なかった。
		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やっている。	a . b . c	防災マニュアルに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、搬出班が担当責任となっている。消防署立ち会いの訓練のほか、毎月火災だけでなく、災害の種類に応じた訓練や研修を実施している。

Ⅲ ー 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纏められている。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。マニュアルは職員に配布して、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で確認している。	
	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	マニュアルには、検証・見直しに関する時期や方法は明記されていない。このマニュアルは2019年3月作成であるが2020年3月時点で改定記録は確認できない。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	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。サービス管理責任者が計画の作成責任者で、相談支援専門員と連携をとりながら計画を作っている。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ひとり一人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」で支援者が問題解決のために何かをしてあげるのではなく、本人自身が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。困難ケースについては別途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	作成された個別支援計画は、担当職員とサービス管理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、困ったことはないか等、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、その都度利用者から確認をとっている。	
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	利用者の記録は、日報や支援手順書にまとめられている。申し送りとは別に、日報は毎日、職員→サービス管理責任者→管理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「日誌の記入に入れて下さい」という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。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。	
	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事務分掌管理規定に定めがある。記録の管理については令和1年6月12日に研修を行い、職員に周知を行っている。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。	

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	個別支援計画の立て方の中には、本人自身が問題を解決する視点や、本人の強味、得意なこと、好きなこと、希望等を引き出していくストレングスの視点が明記されている。「作業班」を選ぶ際には、施設案内や書面での説明のほか、実際に作業班を体験してもらい、自分に合っているかどうか判断してもらっている。事業所での過ごし方については、毎月職員も参加するグループワークで話し合い、ルール作りをしている。利用者の権利擁護については、石川県が発行しているリーフレットを配布したり、事業所内での研修を行っている。また、サービス向上委員会において支援の質の向上に努めている。その活動は、お便りで家族や利用者に周知している。

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	利用者の権利侵害の防止のために、サービス向上委員会が設置されている。委員会では、新しく策定した虐待防止マニュアルの周知、虐待防止の研修、職員チェックリストの実施等に取り組んでいる。虐待防止についての研修は、全職員が受講できるように令和1年11月に、3回に分けて実施している。委員会では、毎月虐待につながる虞のある事例についてチェックしてその結果を広報誌で周知している。身体拘束は虐待に該当する行為であり原則禁止であるが、緊急やむを得ない場合に実施する際の手続きや方法についての規定が、新しく策定したマニュアルには記載されていない。

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	ひとり一人の自律・自立生活を行うために、アセスメントを行い個別支援計画を作成している。計画は利用者自身が課題を解決することを大切にし、過剰な支援を行わないものになっている。自律・自立生活の動機づけのために、手洗い励行の掲示や身だしなみチェックにより、利用者の自発性を引き出す取り組みを行っている。日常生活自立支援事業を利用している人もおり、相談支援員や支援専門員との連携を図っている。
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	コミュニケーションの基本である、お互いがなんと呼んでもらいたいかを聴き取りして、ボードに張り出してある。まず〇〇さん、と呼び合うところから、心地よい関係作りができるように配慮している。利用者ひとり一人のコミュニケーション能力に合わせた支援として、ホワイトボードを使ったり、イラストを多用したり、写真を使ったカードを作ってコミュニケーションの支援を行っている。職員は利用者の言語以外の表現(ノンバーバルの部分)に注意して、利用者の意向の把握に努めている。また、利用者のコミュニケーション能力を高める支援として、月に一度ビジネスマナーのグループワークを行っている。
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	利用者が職員に話したいことがある時には、相談室だけでなく作業場のスペースも活用してプライバシーに配慮しながら個別の相談に応じている。相談内容は、個別面談記録により、関係職員、サービス管理責任者が共有している。毎年2月に、利用者がどこの作業班で働きたいか意向調査し、意思決定の支援を行っている。
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	余暇活動として、カラオケ、パン作り、カレー作り、タピオカづくり等様々なメニューが用意されている。メニューは年間計画表として利用者に配布されている他、実施する時に別途チラシなどで周知している。外部メニューとしては、障害者フェスティバルや日帰りバス旅行、障害者交流スポーツ大会、卓球大会等がある。
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	職員は専門技術等の向上のために、全体会議や内部研修、外部研修を受講していることを研修記録で確認した。個別的な配慮が必要な利用者については、ショートの子供部屋を使ったり、パーテーションを活用して、利用者の状態に合わせた支援を行っている。行動障害のある人には、とりわけ支援の手順書の見直しを行っている。利用者間の関係調整として、食事時間の配慮や、送迎時の座席表を作成したり、必要な時には個別の送迎を実施している。

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	二か月に一度利用者也参加して、食事サービス委員会を開催して、献立について検討をしている。年に一度、聴き取りによる嗜好調査も行っている。アセスメント時に、アレルギー等の禁忌事項を把握して、除去食を提供したり、利用者の心身の状態に応じた刻み食やあら刻み食の提供を行っている。入浴は、一般浴のほか、リフト浴を利用する人もいる。また、清拭やシャワー浴の利用者もいる。脱衣場の入り口にカーテンを設置して、更衣時のプライバシーに配慮している。現在おむつ使用の人は5名いて、排泄介助時には、他者の目に留まらないように配慮した支援を行っている。また、自立の人も常に、声かけ、見守りの支援をしている。移動・移乗支援は、車いすを利用する人が5名いて、作業に行く時には付き添い、介助をしている。

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	毎日事業所内の清掃を行い、湿度のチェックや一日に何度も換気をし、快適性や安心・安全の確保に努めている。利用者は、卓球台の下や、廊下の長いす等思い思いの場所で、自由に過ごしている。ショートステイの部屋や作業場の一角を専用で使用して、くつろいで過ごす人もいる。令和1年11月には、施設の利用しやすさについてアンケート調査を行っている。

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	毎朝、健康増進のためにラジオ体操を行っている。利用者の中には、歩行器を利用して筋力維持のための取り組みを行っている人もいる。主に、看護師や生活支援員が担当し、個別支援計画に基づき歩行練習をしている。モニタリングは、全体会議等で実施し、見直しの必要がないか検討している。

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	毎朝、利用者のバイタルチェックを行い、日報に記録し、看護師が健康状態に異常がないか確認している。利用者から希望があれば、健康面での個別面談を実施したり、「保健衛生だより」で健康の維持・増進について利用者の意識向上を図っている。てんかんのある利用者については、発作時の手順書を準備して、慌てずに対応ができるようにしている。
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	医療的ケアについての方針（マニュアル）があり、医療的な支援の方法が記されている。利用者の服薬管理は、連絡帳から薬を取り出して看護師がチェックし、施錠して管理している。服薬の際には、お薬チェック表で、支援員と看護師がダブルチェックして誤薬のないようにしている。アレルギーや心疾患のある利用者に対しては、除去食の提供や、減塩減量食の提供を行っている。

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	社会参加に資するものとして、施設外就労の体験や、就労セミナーへの参加を実施している。利用者の学習意欲を高めるために、毎月テーマを決めて職員が参加して、グループワークを行っている。学習支援としては、就労余暇活動の時に、パン作りや、豆腐作り、カレー作り等の体験学習の機会を設けている。外出・外泊、友人との交流については、特に支援の事例はない。

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。	a・b・c	相談支援事業所や家族と連携しながら、地域生活が継続できるように支援している。利用者の意欲を高めるため、毎月職員が参加して、様々なテーマでのグループワークを行い地域生活を継続するための取組を行っている。利用者の意向を把握する仕組みとしては、利用者満足度調査や個別支援計画作成時の面談などがある。また、施設外就労の体験や、就労セミナーへの参加を実施している。

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。	a・b・c	家族とは日々、送迎時の会話や連絡帳により利用者の生活状況について報告が行われている。スマイルの会（家族会）があり2か月に一度はバス旅行やボーリング大会、新年会などを行い交流している。また、3か月に一度は、モニタリングのための面談を行っており、家族との連携を図りながら支援している。各委員会の便りや、イベント案内等家族への情報提供も行っている。利用者の体調不良や急変時の対応については、事故対策マニュアルに家族への報告方法等が取りまとめられている。家族支援の一環として、短期入所事業も実施している。

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	事業所の作業班は、パン、豆腐、内職、弁当等施設内のものと、施設外のものがある。施設外就労は、清掃業務委託やペットボトル分別洗浄、配達業務などがある。作業ごとにマニュアルが整備されて、挨拶をすることや、身だしなみについて、時間を守ること等働く上でのマナーについてについて記載されている。就労についての利用者の意向は、個別支援計画の面談や利用者満足度調査、毎月のワークショップ、日々のかかわりの中で聴取している。社会人としての心構えを見につけるために、毎月ビジネスマナー講習を行って、障害者就職面接会に臨んでいる。
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	就労継続B型のメニューとして弁当班、パン班、豆腐班、内職班等が用意されて、利用者は自分に合った班を体験後に選択している。利用者の希望は、アンケート調査や面談、日々のコミュニケーションから聴取して、ひとり一人に最適な就労支援ができるように配慮している。工賃は、計算法や、支給の方法がマニュアル化されて周知され、重要事項や契約書で説明して、同意をもらっている。各班ごとのマニュアルには、作業特性に応じて、安全管理や危険防止の取組が定められている。事業所内には、手洗いうがいを励行することや、「病気に強い身体作りは、日頃の食生活習慣から」というポスターが掲示されて、感染症・食中毒の予防や健康づくりに取り組んでいる。
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	イベント販売先の新規開拓や就労支援員の活動により、仕事の機会の拡大を図るとともに、職業安定所、障害者就業・生活支援センター等との連携を行っている。合同面接会への参加時には、面接時に来ていく服等について家族に連絡したり、ジョブコーチとの連携をはかり、就職支援をしている。職場定着の支援としては、就業後定期的な面談を行い相談支援している。一般就労後、リストラされた利用者の受入れも行っている。

第三者評価結果

①第三者評価機関名

評価認証機関番号：石川県06-007

株式会社 寺井潔ソーシャルワーカー事務所

②事業者情報

名称： 社会福祉法人 四恩会 キッチンクラブおしみず	種別： 就労継続支援B型
代表者氏名： 施設長 山黒修	定員(利用人数)： 40人
所在地： 石川県羽咋郡宝達志水町麦生ネ24番地	

③総評

◇特に評価の高い点

■利用者への情報提供の方法として、パンフレットやインターネットでの情報提供はもとより、施設を紹介するDVDを作成して利用希望者や家族に見てもらっている。パンフレットはイラストを使い漢字にはルビをふり分り易くなっている。毎月発行のキッチンクラブだよりも写真を使い、楽しい行事の様子を伝えている。

■利用者の安全確保のため、防火管理年間予定表（災害を含む）を作成して、毎月想定を変更して訓練を行っている。災害時のマニュアルも整備されて職員の役割分担も明記されている。平成29年11月22日には消防署との合同訓練を実施している。また、ヒヤリハット報告を収集、分析して事故発生の原因を究明して再発防止に努めている。今年度は相模原の事件を受け、不審者対策としてさす股を購入し、その取り扱いについての研修も実施している。

■障害者差別解消法に基づき、利用者の差別に対する意識の高揚を図るため、いじめについての勉強会を定期的開催している。職員に歯科医師の有資格者がおり日々の支援の中で口腔衛生について指導を行なっている。利用者主体を旨とし見守りの姿勢で必要な時には支援する体制を取っている。地域の事業所として宝達志水町より委託を受け、高齢者への配食サービスを行っている。その時に配達先の高齢者へ安否確認の声かけを行い在宅生活を支える一助となっている。キッチン会（自治会・毎月）やキッチンスマイル（家族会・ボランティア活動含め毎月）を通じ、利用者や家族の意向を把握している。会議にはサービス管理者等が参加し、職員全体会議で報告や検討がなされている。

◇改善を求められる点

■サービスの標準的な実施方法として「生活支援マニュアル」が作成されて各職員に配布し周知しているがマニュアルに基づく研修記録は確認できない。また、マニュアルの見直しは事業報告書等で年度末に実施していることが確認できるが時期や方法が明文化されていない。

■各種マニュアルは整備され、会議等でマニュアルの見直しを行っている。改訂したマニュアルについて改訂年月日の記載が確認できない。現在排泄の声かけを行っている利用者は1名のみだが、今後高齢化が進み、介助が必要な方が増えることも考えられる。今年度も和式トイレを洋式に男女1か所ずつ改修済だが、今後もバリアフリー化を図っていくことが望まれる。トイレは利用者と職員で毎日清掃を行っているが、利用者の就労意欲を満たすためにも、清掃チェック表等の活用などが望まれる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

3年ぶりの受審となりますが、自己評価を毎年実施することで一つ一つの項目についての確認や見直しを実施し、取り組んできました。今回の受審結果について、マニュアルの規定の作成など、すぐに改善できるところから取り組み、今回明確になった課題に真摯に向き合い取り組んでいきたい。また、評価の高い点はより強化を図り、より適正なサービスが提供できるように全体で取り組んでいきたい。

⑤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(障害福祉サービス)

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I - 1 理念・基本方針

		第三者評価結果	コメント
I - 1 - (1)	理念、基本方針が確立されている		法人理念、事業所理念、基本方針もホームページで公開している。事業計画書や、職員倫理綱領及び行動規範にも書かれている。理念には(利用者)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に支援すると明記されている。
	① 理念が明文化されている	① a ・ b ・ c	
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている	② a ・ b ・ c	
I - 1 - (2)	理念、基本方針が周知されている		職員採用時には必ず理念、基本方針についての講義を行い周知し、毎年度の事業計画は職員会議で配布し、管理者が説明している。利用者の自治会(キッチン会)や家族会(スマイル)等で毎年の事業計画について説明している。
	① 理念や基本方針が職員に周知されている	① a ・ b ・ c	
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	② a ・ b ・ c	

I - 2 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I - 2 - (1)	中・長期的なビジョンと計画が明確にされている		平成29年度事業計画には中期計画、長期計画・構想が明記されて経営分析会議や事務局会議において検討を行っている。
	① 中・長期計画が策定されている	① a ・ b ・ c	
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	② a ・ b ・ c	事業計画には今年度の重点目標と今年度の具体的な整備計画、行事計画、職務分担、ボランティア予定表、防火管理年間予定等が盛り込まれている。
I - 2 - (2)	事業計画が適切に策定されている		各事業所における職員会議、サービス管理者会議や法人の経営分析会議、事務局会議等を経て計画を策定している。
	① 事業計画の策定が組織的に行われている	① a ・ b ・ c	
	② 事業計画が職員に周知されている	② a ・ b ・ c	事業計画は全職員に配布して管理者が職員会議で説明している。
	③ 事業計画が利用者等に周知されている	③ a ・ b ・ c	利用者には作業終了時の「終わりの会」の時に配布し説明し、家族には家族会の時に配布、説明している。

I - 3 管理者の責任とリーダーシップ

I - 3 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
I - 3 - (1)	管理者の責任が明確にされている		職責に応じたキャリアパス一覧を全職員に配布している。キャリアパスには役割と責任が明記されていて、防火管理や災害時においても管理者が総括責任者となっている。
	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	① a . b . c	
	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	② a . b . c	関係事業法令順守一覧を整備し、関係法令に関する研修会にも参加している。法令順守についてはサービス管理者会議で周知の後各リーダーから職員に伝達している。
I - 3 - (2)	管理者のリーダーシップが発揮されている		平成29年度事業計画の今年度の重点項目の中に人材育成を図り、サービスの質を高めるとあり、管理者はサービス管理者会議をつうじて評価・分析を行い毎日の終礼時に職員意見を聴取したり直接に指導している。
	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している	① a . b . c	
	② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している	② a . b . c	会計事務所から提出された試算表をチェックしながら毎月の経営分析を行い効率化と改善を図っている。改善の一つの試みとして現在出産後の職員の多様な働き方について検討している。

評価対象 II 組織の運営管理

II - 1 経営状況の把握

II - 1 経営状況の把握		第三者評価結果	コメント
II - 1 - (1)	経営環境の変化等に適切に対応している		セルブ協(全社協)からの情報提供や、法人の実施する相談支援事業からの情報収集、羽咋郡市障害者自立支援協議会から地域の利用者の動向を把握している。
	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	① a . b . c	
	② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている	② a . b . c	毎月の請求時に利用者の推移、利用率等の確認を行い、会計事務所の試算表等により経営状況の分析を行っている。課題については職員会議において周知している。
	③ 外部監査が実施されている	a . ⑥ . c	会計事務所による指導は受けているが、外部監査は実施していない。

II - 2 人材の確保・養成

		第三者評価結果	コメント
II - 2 - (1)	人事管理の体制が整備されている		
	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a . b . c	人材の育成や安心して長く働くことができる職場づくりに取り組む事業所を石川県が認定して公表する制度「いいかわ魅力ある福祉職場認定制度」のとりくみを行いキャリアパスの整備や総合研修制度基本構想、総合人事規程等を定めている。
	② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a . b . c	
II - 2 - (2)	職員の就業状況に配慮がなされている		
	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている	a . b . c	有給休暇の取得状況や時間外勤務の状況については事務職員が毎月確認して報告している。職員に毎年勤務意向調査を実施して職員の意向を把握し、例えば働き方をより柔軟に対応する等個別の対応も行っている。
	② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる	a . b . c	法人として人間ドックへの助成や資格取得について勤務上の配慮や受講料の助成等を行っている。個別の相談や面接には管理者が随時対応している。
II - 2 - (3)	職員の質の向上に向けた体制が確立されている		
	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a . b . c	平成29年度の事業計画の中の今年度の重点目標に「継続性のある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」と明記されている。それに基づいて施設内研修やOJT、外部研修を行っている。
	② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている	a . b . c	個人研修計画・評価シートを作成して、今年度の課題、ニーズの分析、テーマの目標、具体的研修計画、年間スケジュールを定めている。
	③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている	a . b . c	研修に参加した職員は研修報告書を作成して全体会議で報告し伝達研修をしている。
II - 2 - (4)	実習生の受入れが適切に行われている		
	① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている	a . b . c	「実習プログラミングシート」がありそれに基づき実習生の受け入れを行っている。学校からの依頼文書を受けてから学校とのすり合わせや実習開始後には担当教員との連携を図っている。

Ⅱ - 3 安全管理

Ⅱ - 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている		第三者評価結果	コメント
① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている	② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている	② a . b . c	防火管理年間予定表(災害を含む)を作成して、毎月想定を変更して訓練を行っている。災害時のマニュアルも整備されて職員の役割分担も明記されている。平成29年11月22日には消防署との合同訓練を実施している。
	③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している	③ a . b . c	ヒヤリハット報告を収集、分析して事故発生の原因を究明して再発防止に努めている。ヒヤリハット報告書には事故後の対応策や改善策が記載されている。今年度は相模原の事件を受けて不審者対策としてさす股を購入しその取り扱いについて研修も実施している。
		① a . b . c	感染症、食中毒、災害・事故等対応規程、原発事故、不審者対応、ミサイル対応等様々なマニュアルを整備して訓練を行い利用者の安全確保に努めている。利用者が自宅で被災した時の避難所も独自に設定している。

Ⅱ - 4 地域との交流と連携

Ⅱ - 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている		第三者評価結果	コメント
① 利用者と地域とのかわりを大切にしている	① 利用者と地域とのかわりを大切にしている	① a ・ b ・ c	運営方針に「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」と明示している。日常的に生産したものを地域のお店で販売することを通じて地域と関わっている。
	② 事業所が有する機能を地域に還元している	② a ・ b ・ c	町社協と連携して高齢者への弁当配布事業を行ったり、パン作り教室を開催している。
	③ ボランティア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 ・ ① ・ c	ボランティア受入マニュアルが整備されて実際に受け入れを行っている。ボランティア育成講座の取り組みはない。
Ⅱ - 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている	① 必要な社会資源を明確にしている	① a ・ b ・ c	利用者の参加できる催し物のパンフレットや社会資源のリーフレット等が掲示板を利用して周知している。防犯や防災の関係機関とは訓練を通じて連携し職員間で共有している。
	② 関係機関等との連携が適切に行われている	② a ・ b ・ c	羽咋郡市障害者自立支援協議会の事務局を担当しており、行政や各事業所、民生委員等とが定期的に会合を開き地域の課題の解決に取り組んでいる。
Ⅱ - 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている	① 地域の福祉ニーズを把握している	① a ・ b ・ c	弁当、パン、菓子等を地域の販売所やスーパーに提供することから新たなニーズを発見することもある。また、羽咋郡市障害者自立支援協議会の活動の中でも地域の福祉ニーズを把握している。
	② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	② a ・ b ・ c	把握したニーズに基づいて今年度は津幡町にてグループホームを開設している。30年度以降には宝達志水町、かほく市にてグループホームを4つ開設予定となっている。

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		事業所の運営方針の中に「利用者個々に最大限發揮してもらい、共に生き、共に働く場として、人権尊重を大切にしたい就労支援の場とします。」と明記されてマニュアル等も整備している。職員会議や虐待や倫理綱領の研修を行い職員への周知を行っている。
	① 利用者を尊重した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	① a . b . c	
	② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している	② a . b . c	ケアマニュアルにも介助時のプライバシーへの配慮の記載があり、利用者の権利擁護規程の中にもプライバシー保護について書かれている。設備面での配慮としては、一人になりたい時には相談室や更衣室を自由に使用してもらったり、ソファアームを多く設置してくつろげる空間づくりをしている。排せつの介助が必要な利用者には同性介助で行っている。
Ⅲ - 1 - (2)	利用者満足の向上に努めている		食事アンケートや利用者の自治会、家族会等を通じて利用者満足度について把握している。また、半年に一度は個別に面接して直接に意向を把握している。利用者によっては連絡帳を作成して家族と意見交換を行っている。
	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている	① a . b . c	
Ⅲ - 1 - (3)	利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている		利用者や家族に渡す事業所の利用案内に説明文が記載されている。相談室は個室でプライバシーは確保される空間となっている。
	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している	① a . b . c	苦情解決の体制は重要事項に記載して説明を行っている。また、事業所内に運営適正化委員会のポスターも掲示されている。意見箱の設置もあり受け付けた苦情、意見については相談処理経過を記録している。また、利用者、家族に配慮したうえでホームページ上で公表している。
	② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している	② a . b . c	
	③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	③ a . b . c	苦情解決規程がありそれに基づいた対応が行われているのを苦情受付書で確認した。苦情だけでなくキッチン会での意見等も勘案して規程の見直しを行っている。

Ⅲ - 2 サービスの質の確保

Ⅲ - 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 2 - (2)	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している	① a ・ b ・ c	サービス管理者会議が評価に関する担当部署となっており、毎年自己評価を行い3年ごとに第三者評価を受審している。
	② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している	② a ・ b ・ c	評価結果の分析は第三者評価自己評価確認会議の議事録で確認できる。評価結果は職員全体会議で共有され、業務改善提案に反映されている。
Ⅲ - 2 - (3)	提供するサービスの標準的な実施方法が確立している		サービスマニュアルが作成されて各職員に配布し周知しているがマニュアルに基づく研修記録は確認できない。必要があればその都度職員会議や終礼の時に指導を行っている。排せつ介助の項にはプライバシーへの配慮が盛り込まれている。
	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	a ・ ①	見直しの規定は無いが、報告書で年度末に実施していることが確認できる。見直しの時には職員会議での討議、キッチン会でのヒアリング等を積み重ねて実施している。
Ⅲ - 2 - (3)	サービス実施の記録が適切に行われている		ケア会議記録にはサービス実施計画上の解決すべき課題に留意した記録が行われている。担当者の記録は上席の職員がチェックしてから管理者に提出することで記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。
	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	① a ・ b ・ c	法人の文書管理規定に記録の保管等に関する体制が定められていて事業所の責任者は管理者となっている。個人情報取り扱いについては研修を実施して周知が行われている。
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	② a ・ b ・ c	毎日の終礼時にその日の利用者に関する申し送りを行い情報共有するとともに、個別のケースについてはサービス管理者会議や全体会議で確認している。また、各部門間ではランシステムを組んでどこでも共有できるようになっている。
	③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	③ a ・ b ・ c	

Ⅲ - 3 サービスの開始・継続

Ⅲ - 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている		第三者評価結果	コメント
	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している	① a ・ b ・ c	パンフレットはイラストを使い漢字にはルビをふり分り易く なっている。毎月発行のキッチンクラブだよりも写真を使い 楽しい行事の様子を伝えている。また、インターネットによ る情報提供も積極的に行われている。パンフレットには体 験利用も対応していることが書かれている。
	② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている	② a ・ b ・ c	パンフレットやインターネットでの情報提供はもとより、施 設を紹介するDVDを作成して利用希望者や家族に見ても らっている。そのうえで、重要事項を説明して契約を結んで いる。
Ⅲ - 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている			事業所の変更や移行の場合には支援引き継ぎ書を作成 して情報提供する。サービス終了後の相談担当者は相談 支援員であることを口頭では伝えているが文書化されたも のはない。サービス終了後も事業所から行事の案内等を 送付したり、事業所に遊びに来る元利用者もいる。
	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性 に配慮した対応を行っている	a ・ ① ・ c	

Ⅲ - 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ - 4 - (1)	利用者のアセスメントが行われている		
	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている	① a ・ b ・ c	フェイスシートの情報や、10領域にわたるアセスメントシートを用いて利用者の状況を把握しニーズを明らかにしている。6か月ごとに個別支援会議を開催し、モニタリングを実施している。
Ⅲ - 4 - (2)	利用者に対するサービス実施計画が策定されている		
	① サービス実施計画を適切に策定している	① a ・ b ・ c	「個別支援計画利用者及び家族等説明資料」(サービス計画作成マニュアル)が整備されている。支援計画には作業に関するもの、地域生活移行に関するもの、就労継続支援に関するもの等具体的な支援計画が作成されている。サービス管理者が責任者となり職員が協働してサービス実施計画を作成している。
	② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている	② a ・ b ・ c	計画には解決すべき課題とニーズが立案されて支援実施書やモニタリングで短期目標ごとの達成度、満足度を確認して次の計画につなげている。また見直しの際には当事者の参加や意見を聴取することを心掛けている。

評価細目の第三者評価結果(障害福祉サービス)

評価対象 A - 1 利用者の尊重

A - 1 - (1) 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている	① . b . c	障害者放送専用受信機を導入したことで、手話や字幕でニュースを見ることができ、より新しい情報を得られるようになった。利用者とのコミュニケーションには絵や写真、文字カードの他、聴覚に障害のある利用者には指文字や手話を使っている。手話のできる職員がおり他の職員も勉強中である。タブレット型端末を購入し操作への興味が出てきている。
② 利用者の主体的な活動を尊重している	① . b . c	利用者主体のキッチン会はサービス管理者も参加し、原則月1回開催している。行事やサービス等について意向を確認し、職員全体会議で報告・検討がなされている。昨年は会の20周年記念で1泊東京旅行が日帰りの高山旅行のどちらかに参加とした。またクリスマス会では「感謝の言葉をプレゼントする」企画で利用者同士、家族、知人、職員等に優しい言葉やお互いを思いあえる言葉が贈られた。障害者差別解消法に基づいて、みんなで考えよう人権意識という話し合いを持ち、いじめ等について話し合い、出た意見を掲示した。個別支援計画に基づき、毎日個別プログラムで各自取り組みを行っている。
③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている	① . b . c	
④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある	① . b . c	

評価対象 A - 2 日常生活支援

A - 2 - (1) 食事

	第三者評価結果	コメント
① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている	① . b . c	サービス実施計画には利用者の状態に応じた食事の留意点や内容が明示されている。普通食の他、刻み食、糖尿病食、粥等の食事形態で提供できる。毎朝の体調チェックや家族からの連絡も受け食事サービスに反映している。食事マニュアルに基づき支援が行われている。
② 食事は利用者の嗜好を配慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるよう工夫されている	① . b . c	毎年食事アンケートを実施し結果を掲示している。「お楽しみ給食」「カレーの日」等は好評となっている。献立表を月末に掲示し利用者に周知されている。季節感を大切にし館内の模様替えやメニューの工夫をしている。利用者参加の食事サービス委員会を月に1回開催し食事に关する意向をくみ取り、食事マニュアルが整備されている。食事時間は幅のある時間帯の中で個人が食事し、食後のコーヒーも用意されており思い思いにくつろいでいる。
③ 食事環境(食事時間を含む)に配慮している	① . b . c	

A - 2 - (2) 入浴

	第三者評価結果	コメント
① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している	a ・ b ・ c	該当なし。
② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている	a ・ b ・ c	
③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である	a ・ b ・ c	

A - 2 - (3) 排泄

	第三者評価結果	コメント
① 排泄介助は快適に行われている	① a ・ b ・ c	生活支援マニュアルの中に排泄の項目、排泄介助の利用者はアセスメントし課題抽出、本人、家族と話し合い、個別支援計画を策定している。個別チェックリストや連絡ノートを活用し声かけすることで失敗が少なくなった。 トイレ内はバリアフリー化を進め、エアコンの設置、LED電球への変更、和式を洋式便座に男女とも1か所ずつ改修した。職員はその都度消臭剤を使ったり、清掃業者が3か月に1度は防カビ材を使用して清潔を保持している。
② トイレは清潔で快適である	a ・ ② b ・ c	

A - 2 - (4) 衣服

	第三者評価結果	コメント
① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している	① a ・ b ・ c	利用者の意思を尊重し見守る姿勢で衣服について職員は関わっている。ファッション誌や雑誌も食堂に備え付けてある。利用者から選択について相談があれば、地域の店の情報提供を行ったり、買い物支援の際にアドバイスを行っている。 生活支援マニュアルがあり、それに沿って対応している。汚れた時にはシャワーを利用する等清潔保持に努めている。希望によりボタン付けやズボンのゴム入れ等も対応する。
② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である	② a ・ b ・ c	

A - 2 - (5) 理容・美容

	第三者評価結果	コメント
① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している	① a . b . c	作業に支障の出ない範囲で、髪型や化粧は利用者の自由にしている。行事の時には希望で化粧ボランティアも支援する。理容・美容院については希望があれば予約などの調整、送迎、職員の同行、代金の支払い代行等を行っている。地域の理髪店や美容院であり、理解や協力はすでに得られており、トラブル等も起こったことはない。またグループホームから通う利用者にはグループホームと、自宅からの利用者は家族と連絡帳で利用についての確認を行っている。
② 理髪店や美容店の利用について配慮している	② a . b . c	

A - 2 - (6) 睡眠

	第三者評価結果	コメント
① 安眠できるように配慮している	a . b . c	該当なし。

A - 2 - (7) 健康管理

	第三者評価結果	コメント
① 日常の健康管理は適切である	① a . b . c	利用者は年1回嘱託医のところに職員が付き添い、健康診断を受けている。健康管理マニュアルが整備され、それに基づいて健康管理を行っている。嘱託医は15分程度の所により、インフルエンザワクチンの接種も対応している。職員に歯科医師の有資格者がおり口腔衛生など指導や相談を実施している。保健医療支援マニュアルで症状別の対処方法を記載し必要時には対処している。各医療機関とも密に連携を図っている。 服薬管理マニュアルがありそれに沿って防災計画の利用者名簿、服薬状況等・個人ファイルと薬情報を管理している。服薬確認が必要な利用者については作業日誌の服薬確認欄で服薬状況を記録、確認している。
② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	② a . b . c	
③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている	③ a . b . c	

A - 2 - (8) 余暇・レクリエーション

	第三者評価結果	コメント
① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている	① a . b . c	毎年1回のアンケート調査、キッチン会、日ごろのかかわりから得られた利用者の声を整理し、各種行事に反映している。行事もボーリング大会など利用者が主体となり参画、どこですか、司会などの役割も話し合い積極的に参加している。

第三者評価結果		コメント
① 外出は利用者の希望に応じて行われている	① a . b . c	利用者の希望により通院、金融機関への同行、忘れ物を家に取りに帰るなど付き添いをしている。外出時には障害者手帳や療育手帳を携帯するように伝えている。
② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている	a . b . c	キッチン会の要望も取り取って20周年記念旅行は東京1泊か高山日帰り旅行を実施した。ボランティアや父兄の協力が得られている。広報誌や地域のイベントもポスターで掲示し朝礼で知らせている。外泊は該当しない。

A - 2 - (10) 所持金・預かり金の管理等

第三者評価結果		コメント
① 預かり金について、適切な管理体制が作られている	a . ⑥ . c	利用者からの預り金はない。利用者は鍵付きロッカーを利用し自己管理している。お金の管理を希望する利用者には個別支援計画に基づき国語、算数学習の実施、こづかい帳記帳、金融機関への付き添いやアドバイスを行っている。キッチン会の希望も聞いて情報誌と新聞が常備されており自由に閲覧できるようになっている。また個人で雑誌を購読している方もいる。
② 新聞・雑誌の購読やテレビ等の利用者の意思や希望に沿って利用できる	① a . b . c	キッチン会で嗜好品のルールを設け、館内は禁煙、禁酒となっている。喫煙場所は屋外に設け利用した人が後始末をしている。飲酒、喫煙についてマナーや危険性を定期受診時に医師より話してもらった
③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている	① a . b . c	り、おたよりにも載せたり掲示することで全員に周知している。

A - 2 - (11) 就労支援

第三者評価結果		コメント
① 本人のニーズに合わせて就労支援を行っている	① a . b . c	個別支援計画に基づきパソコン・履歴書の書き方等個別プログラムで実施している。就労支援プログラムを策定し模擬面接へ参加している。
② 就労支援を行うにあたり事業所の環境に配慮している	a . ⑥ . c	利用者はそれぞれがパン・弁当・菓子地域班に所属しているが、毎年1回希望を確認し、希望の班で体験も行っている。その後班替えを行うこともある。職員が羽咋都市障害者自立支援協議会の生活就業専門部会に定期的に参加し質の向上に努めている。