

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	<p>「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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>

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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>

I - 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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	<p>「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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c	<p>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。</p> <p>「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、等級に応じて手当てで反映させている。</p> <p>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。</p>
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	<p>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「有給管理票」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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

II - 2 - (4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

II - 3 運営の透明性の確保

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。		第三者評価結果	コメント
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	<p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>「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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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、学校との交流を通じた社会教育活動等、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。</p> <p>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。</p>
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	<p>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。</p> <p>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。</p>

評価対象 III 適切な福祉サービスの実施

III - 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	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		- 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	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している。	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 - 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。