

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019年7月23日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0029

住所 札幌市手稲区手稲本町2条5丁目4-5

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 17-001

代表者氏名 鈴木 正子



下記のとおり評価を行ったので報告します。

## 記

| 評価調査者氏名・<br>分野・<br>評価調査者番号            | 評価調査者氏名  |       | 分野         | 評価調査者番号 |
|---------------------------------------|--|-------|------------|---------|
|                                       | (1)  | 武藤 洋一 | 福祉医療保健     | 第0214号  |
|                                       | (2)  | 鈴木 正子 | 総合         | 第0129号  |
|                                       | (3)  | 橋本 玲子 | 福祉医療保健     | 第0131号  |
|                                       | (4)  | 木村 靖子 | 福祉医療保健     | 第0033号  |
|                                       | (5)  |       |            |         |
| サービス種別                                | 障害者支援施設(施設入所支援+日中活動事業)   |       |            |         |
| 事業所名称                                 | 小樽四ツ葉学園  |       |            |         |
| 設置者名称                                 | 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園   |       |            |         |
| 運営者(指定管理者)名称                          | 同上   |       |            |         |
| 評価実施期間(契約日から報告書提出日)                   | 2018年4月18日   | ～     | 2019年7月14日 |         |
| 利用者調査実施時期                             | 2018年11月27日  | ～     | 年 月 日      |         |
| 訪問調査日                                 | 2019年4月25日   |       |            |         |
| 評価合議日                                 | 2019年5月11日   |       |            |         |
| 評価結果報告日                               | 2019年7月23日   |       |            |         |
| 評価結果の公表について運営者の同意の有無                  | <input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし |       |            |         |
| ※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。 |  |       |            |         |

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 小樽四ツ葉学園

代表者氏名：理事長 紘野 喜一郎

所在地：〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号

TEL 0134-54-7404

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回で3度目の受審となり、前回と比較し評価の上がった点、評価基準のハードルが上がったことにより評価が下がった点がありました。すべての評価基準は「サービスの質の向上を目指す基準」と改めて認識し、「全体的な質の底上げ」はすべて利用者さんの生活や生涯支援する上で必要不可欠なものとして捉え、今後できることから取り組んでいきたいと考えています。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

総評  
四ツ葉学園

<評価の高い点>

1、「家族支援」

利用者の意見・要望は、障がいにより自らの発言や表出が難しいため、毎年開催される家族懇談会で要望・意見が聞かれています。家族は高齢化して参加者は減少してきていますが、要望や意見を本人に代わって汲み取る機会にしています。職員は、利用者の帰省等の際に家族に電話をかけ、利用者の自宅での様子を聴く傍ら家族の不安な気持ちにも寄り添い傾聴し助言などを行っています。事業所は設立の経緯から利用者の「親亡き後」を家族と共に考えてできた法人です。その家族をも支える事業所として、家族支援が自然に行われてきています。

2、「感染症対策と職員間の連携」

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に「感染症対策委員会」が設置されています。2018年のインフルエンザ流行時は、未感染者へのタミフル服用による予防対策を行いました。入所施設の居住棟が3か所に分かれているため、インフルエンザが発生した棟と他の棟の往来を禁止し、職員のシフト変更を実施しています。年間を通して流行情報が入るノロ等の感染症に関しては、看護師が研修を実施し、嘔吐物の処理等を実務指導しています。

利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応としては、排泄等のチェックリスト記入の徹底や年2回の健康診断、年1回の歯科検診を実施しています。検診の結果は利用者・家族に伝えられ、対応は職員間で共有されます。高齢になり体調を崩しがちな利用者が多く、自分の身体の状況を伝えることは難しいです。そのため職員は、日々の観察と記録を丁寧に行うことで、看護師へ医療情報として伝えて迅速な対応を取っています。

<更なる改善のために求められる点>

1、「第三者評価結果を活用して」

事業所は、定期的に第三者評価を受審しており今回で3回目です。パート勤務の職員も含めて全職員で自己評価を行いました。利用者支援に直接に関わる課題に関しては、5～6年といった長いスパンで解決しています。しかし、第三者評価は、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにもとづく福祉サービスの質向上に向けた組織的な仕組みの評価です。

平成26年に評価基準の全部改正があり、前回と今回では同じ評価基準項目であっても、ハードルが高くなっています。直接に評価基準項目に該当しない事柄でも、職員の創意工夫でサービスの質が保たれていることも窺えます。しかし、前回の改善を望む項目であった苦情の公表状況や「サービスガイドライン」の見直し等が行われないうままになっています。職員の日々の支援を支える、全体的な質の底上げとなる対策が望まれます。

## 北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 31 年 2 月 1 日

|   |                                  |      |                        |
|---|----------------------------------|------|------------------------|
| 経営主体<br>(法人名)   | 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園                   |      |                        |
| 事業所名<br>(施設名)   | 小樽四ツ葉学園                          | 事業種別 | 障害者支援施設（施設入所支援＋日中活動事業） |
| 所在地   | 〒 047-0156 北海道小樽市桜3丁目10番1号       |      |                        |
| 電 話   | 0134-54-7404                     |      |                        |
| F A X   | 0134-54-7428                     |      |                        |
| E-mail  | houjin.honbu@otaru-yotsuba.or.jp |      |                        |
| U R L   | otaru-yotsuba.or.jp/             |      |                        |
| 施設長氏名   | 施設長 岩田 邦和                        |      |                        |
| 調査対応ご担当者  | 百合野 潔 (所属、職名：副施設長)               |      |                        |
| 利用定員  | 60名                              | 開設年  | 昭和 49 年 12 月 1 日       |
| <p>理念・基本方針：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。<br/>人権侵害を許さず、プライバシーを保護し、人としての権利を擁護します。</li> <li>2. 施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。<br/>利用者個人が豊かな生活を実感し、充実した人生を送れるようにします。</li> <li>3. 地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。<br/>ふつうの場所で、ふつうのくらしができるようすべての期間と連携し、地域福祉を推進する。</li> <li>4. 法人の経営基盤の強化をはかります。<br/>施設利用者へ良質で安定的な福祉サービスを提供していくための足腰の強い社会福祉法人を構築する。</li> </ol> <p>施設・事業所の特徴的な取組：</p> |                                  |      |                        |
| 第三者評価の受審回数（前回の受審時期）   |                                  | 2 回  | （平成26年度）               |
| 開所時間<br>(通所施設のみ)  |                                  |      |                        |

**【当該事業に併設して行っている事業】**

日中一時支援事業  
短期入所（定員5名）

【利用者の状況に関する事項】（平成 31年 2月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

|          |          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 18歳未満    | 18～20歳未満 | 20～25歳未満 | 25～30歳未満 | 30～35歳未満 | 35～40歳未満 |
| 0名       | 0名       | 1名       | 4名       | 3名       | 9名       |
| 40～45歳未満 | 45～50歳未満 | 50～55歳未満 | 55～60歳未満 | 60～65歳未満 | 65歳以上    |
| 6名       | 5名       | 4名       | 2名       | 6名       | 14名      |
|          |          |          |          |          | 合計       |
|          |          |          |          |          | 54名      |

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

|                   |    |    |    |    |    |    |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|
| 障害区分              | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 |
| 視覚障害              | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 聴覚又は平衡機能の障害       | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 音声・言語、そしゃく機能の障害   | 名  | 名  | 名  | 1名 | 名  | 名  |
| 肢体不自由             | 2名 | 2名 | 1名 | 名  | 名  | 名  |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 重複障害（別掲）          | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 合計                | 2名 | 2名 | 1名 | 1名 | 名  | 名  |

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

|        |    |    |
|--------|----|----|
| 最重度・重度 | 中度 | 軽度 |
| 49名    | 5名 | 名  |

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

|          |    |    |    |
|----------|----|----|----|
| 精神疾患の区分  | 1級 | 2級 | 3級 |
| 統合失調症    | 名  | 名  | 名  |
| そううつ病    | 名  | 名  | 名  |
| 非定型精神病   | 名  | 名  | 名  |
| てんかん     | 名  | 名  | 名  |
| 中毒精神病    | 名  | 名  | 名  |
| 器質精神病    | 名  | 名  | 名  |
| その他の精神疾患 | 名  | 名  | 名  |
| 合計       | 名  | 名  | 名  |

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

|         |         |         |         |         |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ～6か月    | 6か月～1年  | 1年～2年   | 2年～3年   | 3年～4年   | 4年～5年   |
| 0名      | 0名      | 2名      | 1名      | 1名      | 3名      |
| 5年～6年   | 6年～7年   | 7年～8年   | 8年～9年   | 9年～10年  | 10年～11年 |
| 0名      | 0名      | 0名      | 0名      | 1名      | 4名      |
| 11年～12年 | 12年～13年 | 13年～14年 | 14年～15年 | 15年～16年 | 16年～17年 |
| 1名      | 0名      | 0名      | 2名      | 2名      | 4名      |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上   |         |         |
| 5名      | 0名      | 0名      | 28名     |         |         |

(平均利用期間： 25年6ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成31年 2月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

|     | 総数        | 施設長・管理者 | 事務員  | サービス管理責任者 |          |
|-----|-----------|---------|------|-----------|----------|
| 常勤  | 24名       | 1名      | 1名   | 1名        | 名        |
| 非常勤 | 19(1)名    | 名       | 名    | 名         | 名        |
|     | 生活支援員     | 介護職員    | 保育士  | 看護職員      | OT、PT、ST |
| 常勤  | 20名       | 名       | 名    | 名         | 名        |
| 非常勤 | 19名       | 名       | 名    | 名         | 名        |
|     | 管理栄養士・栄養士 | 介助員     | 調理員等 | 医師(嘱託)    | その他      |
| 常勤  | 1名        | 名       | 名    | 名         | 名        |
| 非常勤 | 名         | 名       | 名    | (1)名      | 名        |

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

|       |          |
|-------|----------|
| 社会福祉士 | 1名 ( 1名) |
| 介護福祉士 | 4名 ( 名)  |
| 保育士   | 3名 ( 名)  |
|       | 名 ( 名)   |
|       | 名 ( 名)   |

(非常勤職員の有資格者数は ( ) に記入)

**【施設の状況に関する事項】**

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

|             |                         |   |  |
|-------------|-------------------------|---|--|
| (1) 建物面積    | 2,338.55 m <sup>2</sup> |   |  |
| (2) 耐火・耐震構造 | 耐火                      | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい | <input type="checkbox"/> 2. いいえ            |
|             | 耐震                      | <input type="checkbox"/> 1. はい            | <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年     | 昭和                      | 49年                                       |  |
| (4) 改築年     | 平成                      | 5年  |  |

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・平成 30年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

52人

・ボランティアの業務

|                                   |
|-----------------------------------|
| ・行事のお手伝い ・カラオケ慰問 ・焼肉会 ・販売物品の袋詰めなど |
|-----------------------------------|

**【実習生の受け入れ】**

・平成 30年度における実習生の受け入れ数（実数）

|       |    |
|-------|----|
| 社会福祉士 | 2人 |
| 介護福祉士 | 1人 |
| その他   | 2人 |

**【サービス利用者からの意見等の聴取について】**

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

|   |
|---|
| ・何でもご意見箱 ・第三者委員 ・苦情担当受付 ・ラベンダーの会（利用者集会） |
|---|

**【その他特記事項】**

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

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

## 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・周知されている。 |                                   |         |  |
| 1                           | Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | b       | ホームページ、要覧等に四ツ葉のクローバーに設立の想いを象徴する学園の4つの基本理念が明示している。家族への周知について、新規の利用者家族には説明しているが、既存の利用者家族への周知については課題を感じている。法人設立時の指針である「十訓」を若い職員にも伝えるように、理念と基本方針を再検討する意見もある。家族や地域への周知も含めて今後の再検討に期待したい。 |

### 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                           | Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | b       | 施設長は第5期小樽市障害福祉計画策定委員を務め、小樽圏域の福祉動向を把握している。また、経営状況については税理士事務所と提携して「T-BAST」を活用して分析している。法人本部を併設している入所施設の建物が老朽化しており全面建て替えを5年前より検討している。補助金や借入金を検算しているが、具体的な時期の確定までにはなっていないので今後に期待したい。 |
| 3                           | Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。         | b       | 「基本経営状態等方向性」において、法人の現状の姿から小樽と余市にある事業所全体の課題を導き出している。安全性・継続性・公益性から現状を強みと弱みに分けて、それぞれ課題を抽出している。今後は、具体的な手立てが中長期計画に遡上させるところまでを期待したい。  |

### 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                               | Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | b       | 「基本経営状態等の方向性」をベースにして「中長期計画書」は、整備関係を中心に、建物の老朽化による修繕と建て替え計画を視野に入れたビジョンとなっている。入所施設は法人本部も併設していることから同時に3年間の予算を計上している。「中長期計画書」は、施設整備予算計上が主となり、ソフト面のビジョンが希薄である。単年度計画に反映できるように四ツ葉学園として質向上を目指すビジョンの掲載が期待される。 |
| 5                               | Ⅰ-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。  | b       | 「短期計画書」を年度の事業計画書とは別に作成して、法人内事業所のスケジュールを比較と進捗管理できるようになっている。今後は、各事業所の計画目標を含め、中・長期計画と関連付けて実効性を高めることを期待する。  |



|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 |   |   |
| 6                        | 1-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | b<br>計画の策定にあたり、設備の改善点については、職場の上司などを通じて現場の声を取り入れていることもあるが、全般的に計画参画が十分ではない。計画実施後の評価や見直しに関して職員の意見が十分に汲み取られているかどうかの検証が不十分である。組織としての仕組みを見直すことが期待される。 |
| 7                        | 1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                 | b<br>利用者の家族に対しては、家族会等で事業計画について説明している。利用者に対しては、わかりやすい方法を検討中であるとのことなので、今後に期待したい。  |

1-4 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  |
|------------------------------------|---|---|
| 1-4-(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                                  | 1-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。           | b<br>定期的に第三者評価を受審しており今回で3回目である。パート勤務の職員も含めて全職員で自己評価を行った。利用者支援に直接に関わる課題に関しては、5～6年といった長いスパンで解決できている。しかし、本項目は第三者評価におけるPDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにもとづく福祉サービスの質向上に向けた組織的な仕組みの評価である。全体的な質の底上げとなる仕組みの見直しを期待したい。 |
| 9                                  | 1-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | c<br>定期的に受審しているが、評価結果を活かした課題解決が計画的に行われていない。今後に期待したい。  |

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                           | Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。  | b<br>管理者は、運営組織図に明示され、会議等でも役割・職責を表明している。また有事の際には、管理者の不在時の権限委任等を明確化している。「十訓」を若い職員に現在の理念・基本方針に通じる「法人のありよう」を管理者として伝えることにも期待したい。 |
| 11                           | Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。      | b<br>管理者は、コンプライアンスについてセミナー等に参加、正しい理解に努めている。コンプライアンスの徹底に向けた規定の整備や体制の構築をはかることについては、権利擁護の側面からも更なる充実が待たれる。                      |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 |   |   |
| 12                           | Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。 | b<br>管理者は自ら地域の行事等に出向き、障がい者支援施設の理解を広げようとしている。職員と共に活動することで支援の質向上を肌で感じてもらうこともあるが、若い職員への伝え方としては、福祉を言語化して伝える課題を自覚しているので今後期待したい。  |

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 13 | II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | b | 管理者は、経営の改善のために人員配置等の職員が働きやすい環境作りに専心している。現在は、老朽化した施設設備の修繕等を第一に、全面建て替えについても検討している。施設が老朽している様は、職員の定着や新入職する人材確保にも影響すると考えているが、立て替えまでは現状で業務を維持していくつもりである。今後の更なる指導力に期待したい。 |
|----|---|---|---|

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                                     | II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | c       | 「短期計画書」に計画内Vijonとして人材雇用の「求人」各関係学校新卒人材育成及び人材確保等を挙げている。学校訪問と法人ホームページへの求人案内掲示があり、スケジュールは6月から12月、4月と示している。法人としてはサービス提供の規模を現状維持とするにしても、具体的な人員体制に関する計画が望まれる。   |
| 15                                     | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | c       | 職員個々の研修計画がないことでキャリアアップの機会がなく、人事管理全般が一般職には不明瞭である。かつては理事長と職員の直接面談が実施されていたが現在は無い。上司との定期的な面談を設けなくても要望等の意見を直接に訴える職員がいる一方で、何も言わない職員もいる。人材の定着や育成・キャリアアップの道筋をつけるためにも、定期的な面談と人事考課に相当する客観的な労務管理の導入が望まれる。 |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。            |   |         |  |
| 16                                     | II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。        | c       | 看護や介護、時短勤務、育児休業等の休暇制度を整備しており、職員が働きやすい環境を整えている。職員の就業に関する要望は個別に話されているが、定期的な実施や全職員に対する面談となっていない。職員がより意欲的に利用者支援に取り組める働きやすい職場づくりのためには、環境整備に留まらない職員の意向等を聞き取る仕組みが望まれる。                                |
| 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                                     | II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                  | c       | 「期待される職員像」は明確にされているが、職員一人ひとりの育成に向けて目標管理された個別の研修計画までは作成されていない。研修に限らない個別の職員と上司との定期的な面談がない。目標管理には本人と上司との面談の機会を定期的に設けることが望ましい。   |
| 18                                     | II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。  | b       | 新任と中堅、施設長、と所定の研修には参加が計画されている。年度ごとに重点目標が定められ、内部研修は全職員が参加できるように努めている。しかし研修の見直しは、研修自体の見直しであり職員個々の目標に向けた見直しにはなっていない。上記項目との整合性を図ることを期待したい。  |
| 19                                     | II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。                | b       | 外部研修に参加できる職員は限られるので、内部研修に力をいれて全職員が参加できるように努めている。しかし、研修機会を確保していても、その内容が個別の職員の目標がないため効果的ではない。今後は、個別の職員の研修計画と参加する外部・内部の研修が明確に目的をもったものとなることを期待したい。   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 |  |  |
| 20   | II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b<br>主に保育士、社会福祉士等の実習受け入れを行っている。社会福祉士の養成プログラムは本人と学校、施設利用者との兼ね合いを考慮して弾力的に変更を加えながら履修できるように実施している。このことのプロگرام化にも期待したい。 |

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                                | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。       | b       | 法人のHPに、情報公開のページを設けて必須と任意の事項として各種の書面を掲載している。更に適切な情報公開としては、利用者の意見・要望・苦情の状況をプライバシーに配慮したかたちで掲載することにも期待したい。 |
| 22                                | II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a       | 利用者のための買い物などの細々した金銭は内部でルールづけされている。金額が大きくなった場合は規定があり、会計処理は税理士により毎月指導されている。                              |

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                          | II-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。                    | b       | 従来からの町内会活動に加えて、近隣住民との交流を継続している。2018年からは、地域活動の補助金事業の花を植える募金運動に利用者2名が参加している。利用者の多くが高齢となり、転倒リスクが高まる中で、近隣地域と交流できる機会の拡大に努めているので今後期待したい。   |
| 24                          | II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。           | b       | 学園祭、運動会等の行事には学生や社会人のボランティアを受け入れてきた。小樽市社会福祉協議会に登録しているボランティア活動団体の受入れも3年前より始まり、カラオケ等活動内容を固定しないで利用者とボランティアが共に楽しめるようにしている。ボランティアを受け入れる規定には目的が記載されて基本姿勢とも読み取れるが、文面と交通費等の謝金の記載にも実態にそぐわない点もあるので見直しを期待したい。  |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。  |   |         |  |
| 25                          | II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | b       | 関係機関の連絡先は一覧表やファイルとして事務所に置かれている。利用者個人の社会資源は特に明確化されておらず、担当職員の対応となっている。関係機関の連携が必要となるかならないかは、担当職員から上司の判断に任されている。直近では、法人外の利用者からの入所希望により3名のショートステイの受入れを実施した。その後の連携は、法人内に相談支援事業所があり、役割を分担している。職員個々に利用者にとっての社会資源の意識付けが深まると、利用者個別の社会資源リストが作成されるなど生活上での利便性が高まるので今後期待したい。 |

| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| 26                            | II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。      | b<br>町内会等の地域の活動に職員を派遣している。施設は住宅街の中に位置し、住宅街より早期に設立しているので居住期間が長い。この点も活かして、近年の地震などの災害時に施設の果たす役割として共に助け合う方策を町内会等と話し合うことにも期待したい。  |
| 27                            | II-4-(3)-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。 | b<br>地域の様々な活動に参加することで、高齢化や子どもの居場所についてのニーズを肌で感じることがある。他法人の職員と協働した「しあわせネットワーク」の生活支援部会での活動では、食糧の備蓄を始めた。要望があれば食品の提供を行う予定である。福祉ニーズの把握が漠然としているので、今後は意識したニーズ把握の手法や分析、そのニーズにもとづいた活動の事業計画化が期待される。 |

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  | III-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | b       | 利用者の尊重については理念・基本方針のほか、就業規則内の行動規範に明示している。今春の会議では行動規範を配付・読み上げて全職員で理解を深めることに努めている。法人内外の研修参加により人権への配慮について周知徹底にも努めている。2019年度から「利用者本人の意思決定」に注力した個別支援計画策定に取り組み始めたので今後に期待したい。                                      |
| 29  | III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。  | b       | プライバシー保護は各マニュアルに記載し、快適な空間・サービスを提供しているが、家族等への周知は十分に行っていない。障がい特性により利用者からプライバシーに関する意見や要望が出る機会は少ないため、職員の配慮や気づきで対応している。2018年には、トイレの廊下側ガラスを安全確認に支障がない範囲でスモーク仕様に変更した。居室を全て個室化する、といった現状の課題が全面建て替え計画に反映されることを期待したい。 |
| III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 |  |         |  |
| 30  | III-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。      | b       | 利用希望者向けには法人パンフレットを準備している。実際に見学をしてもらうことが一番の理解につながると思いがちであり、見学希望者には随時、丁寧な説明で対応している。日中活動を紹介する資料はより活用できるよう、写真や絵などを使用して再作成を予定しているため今後に期待したい。  |
| 31  | III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。       | b       | 入所サービスの開始にあたっては、必ず体験入所をした上で実施し、配付する「入所のしおり」には必要な書類や日用品を記載している。サービスの変更は、本人の希望を基に体験を重ね、支援会議で検討した上で変更の可否を本人に説明している。前項目同様、誰にでもわかりやすい「入所のしおり」の再作成が待たれるので、今後に期待したい。  |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 32  | III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b | 加齢に伴い経口での食事が難しくなった場合や、病状進行による医療施設への移行の際には、利用者や家族へ退所後の支援サービスについて説明し、希望を確認し可能な支援を継続している。法人設立の経緯から家族と関係性が深く、家族環境に十分な配慮がある。他法人施設や家庭への移行ケースがほとんどないが、引継ぎ手順の作成等を定めることが期待される。  |
| III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。                   |   |   |  |
| 33  | III-1-(3)-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。                 | b | 「ラベンダーの会（利用者の会）」は苦情受付担当者が運営を手伝い、議事録記入のほか、「利用者の苦情解決・意見・要望シート」にまとめ苦情解決責任者が対応を指示している。満足度向上を図るために利用者の自己決定が大切と考え、選択肢が増えるよう情報提供に努めている。意思確認が難しい利用者には居室担当職員が思いを代弁した形で利用者の意見・要望を把握しているが、職員間で共有されているとはいえない。共有されることで更に利用者満足は向上するので今後に期待したい。 |
| 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  | III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                      | c | 苦情解決については、理事長が苦情解決責任者という当法人の特徴的な体制で運営されている。しかし直近では苦情解決責任者の決裁が書面上、みあたらなかった。苦情を申出た利用者が不利益にならないよう配慮し対応・解決しているが、サービスの質の向上を図るためには、苦情解決状況の公表が望まれる。   |
| 35  | III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。              | b | 相談や意見を述べる環境は、日常的な聴き取りのほか「ラベンダーの会」、意見箱設置、第三者委員の設置などが整備されている。意思確認が難しい利用者に対して、担当職員が思いを想像して代弁する取組も始めたが、対応への検証を含めて環境整備途中である。また、重要事項説明書に記載されている第三者委員の連絡先が施設電話番号となっており変更が望まれる。  |
| 36  | III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。                 | a | 利用者の相談や意見は苦情に限定しないで「苦情解決制度の流れの概要」に、第三者委員・苦情解決責任者・苦情受付担当者・その他の職員の対応が受付から解決までを記載している。また利用者の活動グループ別に、担当職員が意見の傾聴に努めている。直近では利用者からの意見を基にトイレの消臭器を設置したり、花見ドライブなど外出の機会を増やすなど迅速に対応をしている。   |
| 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  | III-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。       | b | 高齢化や障がいの重度化による転倒リスクが多く、「ヒヤリハット」「事故報告書」により、靴箱・トイレ・洗面場等、事故の多い場所を把握している。危険個所にクッション性の高い材質で覆う、など利用者の特性を考慮しながら対応している。把握したハード面のリスクについては、予定している全面建替え時に反映できるよう利用者のグループ別に細かくチェックして会議で報告している。「ヒヤリハット」の活用について、より良い方法を検討しているので、今後に期待したい。      |

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 38 | III-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | a | 「感染症対策委員会」が設置され、感染症発生の際は迅速に機能している。2018年のインフルエンザ流行の際は、未感染者へのタミフル服用による予防対策を行った。居住棟が3か所に分かれているため、インフルエンザが発生した棟と他の棟の往來を禁止し、職員のシフト変更を実施している。また看護師が毎年度、ノロウイルス研修を実施し、嘔吐物の処理等を指導している。                                       |
| 39 | III-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。           | b | 「非常災害対策マニュアル」では、人命保護・業務の早期復旧・近隣事業所への協力を基本方針としている。2018年9月の地震による停電を経て、利用者・職員・施設の各視点で停電時の課題を支援会議で集約し、それぞれの対策を進めている他、現状に即したマニュアルの整備を検討している。年2回実施している避難訓練は、「非常災害対策マニュアル」の基本方針である「第一に人命の保護を最優先する」ことを重視し、より実践的となることを期待したい。 |

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  | III-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | b<br>排泄、食事、入浴、睡眠に関するマニュアルは文書化されているが、日常的な活用はなされておらず、現在の入所者の支援状況には不具合である。権利擁護やプライバシー保護など職員として順守すべき内容は平成21年に作成された「サービスガイドライン」に明示されているので、内容と支援が適切なサービスの提供の実施となることが期待される。                   |
| 41  | III-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。               | c<br>事業所におけるサービスの在り方を示している「サービスガイドライン」は、10年間見直しがなされてこなかった。障害者差別解消法の施行にともない合理的配慮が求められている今、サービスの実施内容が時代の変化に十分に対応できているのか、組織として定期的に検証することが望まれる。  |
| 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  | III-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。        | b<br>サービス管理責任者を中心に関係者の意見を集約し個別支援計画が立案されている。しかし利用者本人の意向が計画に十分に反映できていないとの反省から、言語で意思を表明できない利用者の思いを推察しニーズの充足を目標に支援方法を検証していくことが開始されているので、今後期待したい。   |
| 43  | III-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。                | b<br>サービス内容に変更が必要な時は、サービス管理責任者が中心となり関係者を招集し、都度個別支援計画を変更し、手順書なども含め文章化し周知している。定期的な個別支援計画の見直しは、年2回組織的に実施されているが、入所期間が長い利用者が多く、パターン化した目標が散見した。しかし、ニーズの充足を目標に支援方法を見直ししていくことが開始されたので、今後期待したい。 |

| 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                             | Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | <p>a</p> <p>利用者の経過記録は、複数の拠点から入力された情報が、すぐに共有できるシステムを使用、多職種間の情報の共有を容易にしている。支援方法の変更時は都度、紙ベースで供覧している。特段の配慮が必要な場合は、詳細な状況観察を行い専用フォーマットを使用し職員間の情報の共有と認識の統一化を図りサービスの向上につながっている。</p>   |
| 45                             | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                    | <p>b</p> <p>ケース記録は毎月印刷され管理職が決裁し個人台帳に綴られている。記録の保存期間や情報開示に関しては運営規定に明記されており、懇談会等においても、家族に対し利用者の記録が閲覧できる事を周知している。SNS（ソーシャル・ネットワーキング・サービス）等による個人情報の漏洩防止に関しては、就業規則にて詳細に規定している。しかし、携帯電話の勤務中の所持や使用においては課題があることを施設は自覚しているので今後に期待したい。</p> |

評価対象 障がい者・児施設 内容基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

|                | 第三者評価結果                               | コメント  |
|----------------|---------------------------------------|---|
| 1-(1) 自己決定の尊重  |                                       |   |
| A 1            | A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | b<br>居室ごとに担当者が月に数回45分から1時間入室し、ゆったりとした環境で利用者との時間を確保、個々がじっくりと考え希望を伝えられるよう配慮している。訪室する時間も、担当者に任されており臨機応変な対応が可能である。言葉による理解が難しい場合は、写真等を使用し絵カードを作成、選択が可能となるよう工夫している。今後は、更に個別支援が自己決定を尊重したものとなるように、どの職員が支援しても質が担保されるように標準化を図ることが期待される。 |
| 1-(2) 権利侵害の防止等 |                                       |   |
| A 2            | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | a<br>北海道知的障がい福祉協会の「人権侵害ゼロへの誓い」を読み合わせ、全職員が署名、玄関ホールに掲示している。自傷行為などに対しては環境を工夫することで、身体拘束をしないケアを実践している。虐待防止委員会においては、2018年改訂された「障害福祉施設・事業所における障害者虐待の防止と対応の手引き」をもとに現状について検証、ストレスチェックやアンガーマネジメント研修を予定している。                             |

A-2 生活支援

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| 2-(1) 支援の基本 |  |  |
| A 3         | A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。                 | a<br>居住区は三つに分かれており、必要とする支援の状況により職員を配置している。行動障がいに対しては、環境を調整することで落ち着いた生活が送れるよう支援している。また、食堂での下膳の実行や、日中活動における工賃アップ等、利用者個々の能力に合わせて目標を定めることで本人も意欲的になるように各部署の職員が連携し支援している。                                    |
| A 4         | A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | b<br>言語による意思伝達が難しく何度も訴えてくる利用者に関しては、長年にわたる担当職員の詳細な観察と分析により本人が発するサインを発見し意思の疎通が可能となっている。その支援方法については、他の職員にも伝達されている。しかし、訴えの少ない利用者に対しては十分に対応できていなかったことから、担当職員による意思表示が難しい利用者に対し個々の思いをくみ取った記録が始まっている。今後に期待したい。 |
| A 5         | A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。           | a<br>担当職員が利用者の居室で「居室ミーティング」を行い、個々の相談をじっくりと聞くことができるシステムとなっている。この他、苦情委員会が定期的に「利用者の会」を開催している。参加者は、会話によるコミュニケーションが可能な利用者が主に参加しており、施設に対する要望に対しても随時対応している。   |



|                |   |   |   |
|----------------|---|---|---|
| A<br>6         | A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。    | b | 利用者の年齢は20代から80代と、障がいの程度も多岐に渡っている。生活介護は、外・中活動班、生活班に分かれ個々の適性に合わせ個別支援計画が立案されサービスが提供されている。自由参加のジャズダンス、ストレッチなどのメニューが年齢に関係なく参加できるように用意されている。年に1回、理学療法士の指導を受けて職員が日頃の支援に活かそうとしている。理学療法士の配置までではないので、高齢化で筋力低下した利用者へのリハビリとなるプログラムとしては不十分である。今後は、体力・筋力の低下や障がいの個別特性にも対応できるプログラム開発が期待される。                 |
| A<br>7         | A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。       | b | 自傷・他害などの行動に対しては、クッション性のある素材で壁や柱から利用者を保護し大怪我につながらないように工夫している。当直室から見た職員の死角を補うために廊下壁面の要所にコーナーミラーを取り付けている。転倒防止のために利用者の居室をトイレ近くにしていく。転倒リスクに対してはセンサーマットやポータブルトイレの位置、歩行器や保護帽など、利用者個々に適した支援を検討しサービスを提供している。入所年数の少ない利用者に関しては、従前の対応のみでは難しい面も見られるため、発達障がい支援の新しい知見の取入れや、強度行動障がい支援者養成研修への積極的な職員派遣を期待したい。 |
| 2-(2) 日常的な生活支援 |   |   |   |
| A<br>8         | A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。      | b | 利用者個々の支援の必要性に合わせ日中と夜間の入浴時間が設定されている。利用者は高齢化により転倒のリスクが高くなっているが、安易に福祉機器に頼るのではなく、利用者、家族の意向を確認し、必要時は専門家のアドバイスを受け関係者で検討を重ね個別支援計画に反映しサービスが提供されている。「サービスガイドライン」には権利擁護やプライバシー等の職員が遵守すべき内容が示されているが、利用者の身体状況に合った介助や支援の根拠が個別支援計画書には乏しい記載となっている。今後は根拠に基づいた介助や支援となる個別支援計画の作成にも期待したい。                      |
| 2-(3) 生活環境     |   |   |   |
| A<br>9         | A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。 | b | 利用者から、トイレの窓ガラスに対して「廊下からと建物の外から見える」と意見があった。転倒事故発生の可能性から見守りも必要であり安全とプライバシー保護について職員間で検討を重ね、トイレの廊下側ドアのガラス面と外向きの窓ガラスに目隠しシートを貼っている。施設の設定年度当時の基準により居室が4人部屋の設計となっている。入所定員は60名のところ54名に減数し、個室や二人部屋の確保に苦慮している。建て替時には個室化される予定なので今後に期待したい。   |

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| 2 - (4) 機能訓練・生活訓練        |  |  |
| A<br>10                  | A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。            | b<br>利用者の高齢化に伴い、体力・筋力の低下による転倒が増加している。施設にはリハビリ専門職の配置が必須ではないため、職員研修等で機能訓練について学ぶことで日常生活の中で身体機能維持を意識した支援を行っている。また、加齢による誤嚥防止のために口腔体操を実施している。機能訓練には機能評価が重要であるため、専門職の知見を導入することなどが期待される。   |
| 2 - (5) 健康管理・医療的な支援      |  |  |
| A<br>11                  | A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。       | a<br>日常的な健康状態の把握として、排便チェックリストは、記録漏れが起きないように記載されている。年2回の健康診断、年1回の歯科検診が実施されている。結果は利用者・家族にも伝えられている。加齢に伴い体調を崩しやすくなっている利用者は、身体の状態の変化を伝えることが難しいため、職員は日々の観察と記録を丁寧にを行うことで、看護師へ即時に伝えて迅速な対応を行っている。   |
| A<br>12                  | A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。          | a<br>誤薬防止のため、与薬時の手順書が食堂に掲示され、3か所ある食堂に担当の職員が与薬支援をしている。健康管理に関しては、「サービスガイドライン」に医師が検診を実施する事、健康に変調があった場合は看護師に連絡し指示を受け必要な対応を行うことが明記され、職員にも周知されている。インフルエンザの予防接種も実施しており、発生時は感染症マニュアルに基づいて速やかに対応している。ノロウィルスに対する嘔吐時の対応として、実技を交えた職員研修を開催している。   |
| 2 - (6) 社会参加、学習支援        |  |  |
| A<br>13                  | A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。       | b<br>外部の団体と共同で地域貢献としてバス通りに花植えの活動に利用者2名が参加している。年に3回個別に多目的外出を実施している。重度の障がいを持つ利用者が多いので、全員に個別の対応をすることは難しい。全利用者数の3/4程度は、外出先の希望に近い2名から3名の利用者で複数の職員が付き添い外出している。年間行事として、利用者の希望を取り入れた一泊温泉旅行を実施している。近年、高齢化に伴い負担の少ない日帰り旅行を選択肢に設けた。利用者の変化に対応した企画や情報提供の在り方を工夫することで、更に充実した支援となることを期待したい。 |
| 2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援 |  |  |
| A<br>14                  | A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | c<br>平成24年より法人内で地域移行を進めグループホームを8棟まで増やした。現在の利用者は、当時、入所施設での生活の継続を希望した利用者と重度の障がいのため入所継続を希望した利用者である。利用者の高齢化により、施設内での看取りを1ケース対応、長期の医療機関への入院後も支援を継続している。一方、少数ではあるが20～30歳代の利用者も入所している。グループホームの体験利用や情報提供の方法など、地域生活を念頭に入れた支援が望ましい。  |

|                         |                                      |   |
|-------------------------|--------------------------------------|---|
| 2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援 |                                      |   |
| A<br>15                 | A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | a<br><br>設立の経緯から「親亡き後」を施設と家族が共に考えてきた施設である。家族懇談会は毎年開催され家族からの意見や要望をくみ取る努力がなされている。しかし家族も高齢化しており参加者は減少してきている。職員は、利用者の外泊や送迎の際に自宅での様子を家族に電話で確認し、必要な場合は家族の不安な気持ちに寄り添い傾聴し助言等も行っている。 |

A - 3 発達支援

|              |  |     |
|--------------|--|-----|
| 3 - (1) 発達支援 |  |     |
| A<br>16      | A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | 評価外 |

A - 4 就労支援

|              |   |     |
|--------------|---|-----|
| 4 - (1) 就労支援 |   |     |
| A<br>17      | A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。       | 評価外 |
| A<br>18      | A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | 評価外 |
| A<br>19      | A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。   | 評価外 |