

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：障害福祉サービス事業所 (施設名) 託麻ワークセンター	種別：多機能型事業所 (就労継続支援B型・生活介護)
代表者氏名：門川 頼俊 (管理者) 門川 頼俊	開設年月日： 平成10年1月22日
設置主体：社会福祉法人 桜木会 経営主体：社会福祉法人 桜木会	定員：30名 (利用人数)(30名)
所在地：〒861-8045 熊本市東区小山4-9-88	
連絡先電話番号： 096 388 2606	FAX番号： 096 388 2771
ホームページアドレス	<a href="http://www.info@takuma.or.jp">http://www.info@takuma.or.jp</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
就労継続支援B型(パン・焼き菓子製造販売、ビニール袋カット製造、菓子箱折り等)生活介護、日中一時支援事業、グループホーム、特定相談支援事業、障害児相談支援事業	バーベキュー、家族会、社会体験、ハイキング、夏祭り、流しソーメン、施設親善スポーツ大会、忘年会、選択活動、一泊旅行、パン感謝祭、餅つき、初詣、新年会、室内スポーツ大会、花見等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
なし	作業室、更衣室、相談室、洗面設備、便所、事務室、食堂、静養室、会議室

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

○地域との交流において、特徴的な取組みが行われています。施設では実施作業の一つであるパン作りに関連し毎年10月にパン感謝祭を開催しており、利用者とともに地域住民等約300名の参加が 있습니다。また、パン製造の技術を生かし、年数回のパン教室も開催され、地域住民に喜ばれています。なお、今回の熊本地震では、冷凍備蓄の作業用パンが常温で解かし食べられることから、地域の皆さんに配布して感謝されています。地域との良好な関りは、災害時の協力体制の一助となり利用者等の安全確保に繋がっています。

### 3 評価結果総評

#### 特に評価の高い点

○法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の玄関、食堂等多くの場所に掲示されており、さらに施設のパンフレットや中長期経営計画等にも掲載され周知されています。職員については、月例会議や研修会等で周知が図られています。利用者や家族に対しては、四半期発行の広報紙「たくまだより」等への掲載や家族会での事業計画等の説明にあわせ周知を図っています。

○人事考課規程が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。施設長による職員の個別面談も実施され、人事考課については、考課項目に基づき人事考課表を用いて、一次評価、二次評価、最終評価という組織体系の流れに沿った形での人事考課が行われています。また、法人としての「職員行動指針」及び「行動規範」が策定され、期待する職員像も明確にされています。

○利用者の権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が行われています。利用者のプライバシー保護について虐待防止委員会や虐待セルフチェック、虐待防止・対応マニュアルが整備され実施されています。また、常に本人に確認しながら、個別対応を心掛け思いを聞く工夫がなされています。家族会でも十分な説明を行い、外部への情報提供や写真掲載等については必ず「個人情報使用同意書」を取るなど徹底した配慮が行われています。

### 改善を求められる点

○記録の管理体制は整えられていますが、保存期間が明記されていません。また、廃棄時期の明確な取り決めもされておらず、廃棄時期も含めた保存期間の取り決めが望まれます。また、リスクマネジメント体制は構築されていますが、ヒヤリハットの記録が綴じられているのみで、傾向やリスクの統計が取られていません。次のサービスに活かせるものであり、質の向上のためにも形として残されることが望まれます。

## 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H30.5.9)

障がい者の皆さんの働く場所として、或るいは日中活動の場としての活動を行っています。利用者の皆さんが働きやすい環境を整備し、安心して過ごせるように研修等を重ねながらそれぞれが自己研鑽に努めていますが、第三者の視点を加えることにより、これまで見過ごしていた部分や気付かなかった事などを再確認することが出来るのではないかと思います。第三者評価を受審することにしました。

受審にあっては、特別なことはせず、普段通りの生活の中で自分たちの不足している部分を見つめ直しながら、今後の改善に向けた取組に役立てれば良いとの考えで受審しました。助言頂いたことに関しては、利用者の皆さんがもっと過ごし易く、安心して生活が送れるように、出来るところから改善して行きます。受審したことに満足せず、今後ともより良い生活が送れるように努力を重ねたいと思っています。

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

## 【障がい児・者施設（通所系サービス）版】

## 評価機関

名 称	一般社団法人熊本県社会福祉士 会福祉サービス第三者評価事業
所 在 地	熊本市東区健軍本町1-22東部 ハイツ105
評価実施期間	平成30年2月2日～30年4月27日
評価調査者番号	08-021
	08-018
	09-014

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

事業所名称：障害福祉サービス事業所 (施設名) 託麻ワークセンター	種別：多機能型事業所 (就労継続支援B型・生活介護)
代表者氏名：門川 頼俊 (管理者) 門川 頼俊	開設年月日： 平成10年1月22日
設置主体：社会福祉法人 桜木会 経営主体：社会福祉法人 桜木会	定員：30名 (利用人数)(30名)
所在地：〒861-8045 熊本市東区小山4-9-88	
連絡先電話番号： 096 388 2606	FAX番号： 096 388 2771
ホームページアドレス	<a href="http://www.info@takuma.or.jp">http://www.info@takuma.or.jp</a>

## (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
就労継続支援B型(パン・焼き菓子製造販売、ビニール袋カット製造、菓子箱折り等)生活介護、日中一時支援事業、グループホーム、特定相談支援事業、障害児相談支援事業	バーベキュー、家族会、社会体験、ハイキング、夏祭り、流しソーメン、施設親善スポーツ大会、忘年会、選択活動、一泊旅行、パン感謝祭、餅つき、初詣、新年会、室内スポーツ大会、花見等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
なし	作業室、更衣室、相談室、洗面設備、便所、事務室、食堂、静養室、会議室

## 職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		社会福祉士	1	
サービス管理責任者	1		社会福祉主事	5	1
生活支援員	2		保育士		1
目標工賃達成指導員	1		看護師		1
職業指導員	2	5	介護福祉士		1
看護師		1	小学校教諭免許		1
医師		1			
合 計	7	7	合 計	6	5

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

## 2 理念・基本方針

### (法人理念)

共感...利用者の生活上の問題点や悩みに対してしっかり話を聞き、相手を理解し、寄り添う。喜びは、分かち合うことで倍化し、悲しみは半減する。

創造...新しいものの考え方で利用者支援、生産活動に取り組む。

進取...自ら進んで物事に取り組み、困難な課題にも挑戦する。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

○地域との交流において、特徴的な取組みが行われています。施設では実施作業の一つであるパン作りに関連し毎年10月にパン感謝祭を開催しており、利用者とともに地域住民等約300名の参加があります。また、パン製造の技術を生かし、年数回のパン教室も開催され、地域住民に喜ばれています。なお、今回の熊本地震では、冷凍備蓄の作業用パンが常温で解かし食べられることから、地域の皆さんに配布して感謝されています。地域との良好な関りは、災害時の協力体制の一助となり利用者等の安全確保に繋がっています。

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年2月2日(契約日) ~ 平成30年4月27日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成 年度)

## 5 評価結果総評

### 特に評価の高い点

○法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の玄関、食堂等多くの場所に掲示されており、さらに施設のパンフレットや中長期経営計画等にも掲載され周知されています。職員については、月例会議や研修会等で周知が図られています。利用者や家族に対しては、四半期発行の広報紙「たくまだより」等への掲載や家族会での事業計画等の説明にあわせ周知を図っています。

○人事考課規程が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。施設長による職員の個別面談も実施され、人事考課については、考課項目に基づき人事考課表を用いて、一次評価、二次評価、最終評価という組織体系の流れに沿った形での人事考課が行われています。また、法人としての「職員行動指針」及び「行動規範」が策定され、期待する職員像も明確にされています。

○利用者の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われています。

利用者のプライバシー保護について虐待防止委員会や虐待セルフチェック、虐待防止・対応マニュアルが整備され実施されています。また、常に本人に確認しながら、個別対応を心掛け思いを聞く工夫がなされています。家族会でも十分な説明を行い、外部への情報提供や写真掲載等については必ず「個人情報使用同意書」を取るなど徹底した配慮が行われています。

### 改善を求められる点

○記録の管理体制は整えられていますが、保存期間が明記されていません。また、廃棄時期の明確な取り決めもされておらず、廃棄時期も含めた保存期間の取り決めが望まれます。また、リスクマネジメント体制は構築されていますが、ヒヤリハットの記録が綴じられているのみで、傾向やリスクの統計が取られていません。次のサービスに活かせるものであり、質の向上のためにも形として残されることが望まれます。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H30.5.9)

障がい者の皆さんの働く場所として、或るいは日中活動の場としての活動を行っています。利用者の皆さんが働きやすい環境を整備し、安心して過ごせるように研修等を重ねながらそれぞれが自己研鑽に努めていますが、第三者の視点を加えることにより、これまで見過ごしていた部分や気付かなかった事などを再確認することが出来るのではないかと思います。第三者評価を受審することにしました。

受審にあっては、特別なことはせず、普段通りの生活の中で自分たちの不足している部分を見つめ直しながら、今後の改善に向けた取組に役立てれば良いとの考えで受審しました。助言頂いたことに関しては、利用者の皆さんがもっと過ごし易く、安心して生活が送れるように、出来るところから改善して行きます。受審したことに満足せず、今後ともより良い生活が送れるように努力を重ねたいと思っています。

## 7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

（参考） 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	30人	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

## 第三者評価結果

すべての評価細目について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

#### - 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	- 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>&lt;コメント&gt;法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の玄関、食堂等多くの場所に掲示されており、さらに施設のパンフレットや中長期経営計画等にも掲載され周知されています。職員については、月例会議や研修会等で周知が図られています。利用者や家族に対しては、四半期発行の広報紙「たくまだより」等への掲載や家族会での事業計画等の説明にあわせ周知を図っています。</p>		

#### - 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 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>&lt;コメント&gt;事業経営を取り巻く環境等の把握については、市の障害福祉計画等で潜在的な利用者数やニーズ等を把握するとともに、知的障害者施設協会等の会議や研修会に参加して、その現況や施策の動向等の把握・分析に努めています。</p>		
3	- 2 - ( 1 ) - 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>&lt;コメント&gt;経営課題に基づき「中長期経営計画書」(H29～H33)を策定し、同計画のなかで経営課題を明確にしています。同計画では、経営環境や事業内容などの現状と課題が分析され、生産活動部会等でその改善についての取り組みが実施されています。ただ、その進捗状況を分析・評価するなどしたものを文書化され、改善に取り組まれることが望まれます。</p>		

#### - 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - ( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - ( 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>&lt;コメント&gt;法人において中長期経営計画(5年間)が策定され、その中でサービスの質の向上・組織強化・人材の充実・経営の健全化等のビジョンが明確にされています。</p>		
5	- 3 - ( 1 ) - 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>&lt;コメント&gt;法人の中長期経営計画(5年間)に基づき、社会福祉法人桜木会単年度事業計画書が策定されています。単年度事業計画では、中長期経営計画で定めた達成すべき目標等が反映され、生産活動等が具体的に数値化されています。</p>		
- 3 - ( 2 ) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - ( 2 ) - 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>&lt;コメント&gt;事業計画は職員の意見を集約し策定されています。毎年度末に職員が所属する各作</p>		

業班や給食部会が事業の実施状況の評価を行い、それを基に次年度の事業計画が策定されています。また、定期的開催される職員会議でその進捗状況の確認や課題検討が組織的に行われています。なお、職員の自己評価によると、本項目を理解していない職員が散見されますので、更なる周知が望まれます。			
7	- 3 - (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>&lt;コメント&gt;利用者への周知については、利用者本人の理解が難しい状況であるが、その都度説明を行っています。また、月1回開催される自治会でも周知を行っています。保護者については、4月と12月に開催される家族会や広報紙「たくまだより」等でも周知しています。なお、職員の自己評価では、「利用者の理解は不十分」との意見も出ており、理解困難な利用者へは、特別な資料を準備するなどして理解の促進への工夫が望まれます。</p>			

#### - 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	
- 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	- 4 - (1) -	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に進められ、機能している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;福祉サービスの質の向上については、利用者部会を設置し取組まれています。課題も伺えます。自己評価については、毎年、施設独自の方法で実施され、結果も取りまとめられています。定期的な第三者評価の受審や保護者や利用者への定期的な満足度アンケートの実施等による把握も望まれます。また、今後は、職員による自己評価の実施方法についても検討されることが望まれます。</p>			
9	- 4 - (1) -	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
<p>&lt;コメント&gt;自己評価で得られた課題については、施設長が取りまとめ明確にされています。課題も伺えます。職員研修等の機会に課題やその改善についての検討が行われています。改善策の文書化が不十分な状況になっています。また、職員自ら改善策を検討する体制の整備や、把握された課題を中・長期経営計画にあげ、毎年その改善状況の評価が行われるとともに、単年度事業計画にも反映していく、PDCAサイクルに基づき実施するという仕組みの構築が望まれます。</p>			

### 評価対象 組織の運営管理

#### - 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
- 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。			
10	- 1 - (1) -	施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を促している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;毎月の職員会議や研修会において、施設長訓話の実施や研修会の講師を務めたり、広報紙やホームページでの施設長挨拶などで自らの役割や責任について明確にしています。また、職務分掌においてもそれを明確にしています。</p>			
11	- 1 - (1) -	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>&lt;コメント&gt;施設長は、国や県・市、関係機関等が実施する会議や研修会に参加し幅広い分野での法令遵守に努めています。職員については、職員会議で説明したり、資料を配布したりし、遵法精神の醸成に努めています。なお、職員行動指針や行動規範にも遵法についての規定が設けられています。</p>			
- 1 - (2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	- 1 - (2) -	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
<p>&lt;コメント&gt;施設長は、障害者福祉に関する専門的な知識や経験に基づき、きめ細やかな指導が実施されています。サービスの質の向上について、毎月の事業計画の進捗状況を確認したり、各利用者への関わりなどについても施設長として積極的に取り組んでいます。また、利用者部会を設置</p>			

し、定期的に個別利用者への対応や全般的なサービスの質の検討を行っています。		
13	- 1 - ( 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
<コメント>施設経営や業務の効率化・改善については、県社会福祉協議会、県知的障害者施設協会、経営者協議会、社会就労センター協議会等より情報収集に努め、経営管理・人事管理・労務管理等の検証が行われています。ただ、職員の自己評価によると本項目についての十分な理解が得られていない状況が見受けられますので、職員会議等での周知が望まれます。		

## - 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 - ( 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
<コメント>法人の中・長期経営計画において全体的な人材確保・育成についての考え方や人材育成方針が策定されていますが、課題も伺われます。同計画の中に「職員行動指針」や「行動規範」の規定が設けられていることや、人材確保のために社会福祉士等の有資格者に資格手当の支給されていることは評価できます。しかしながら、福祉人材不足が社会問題となっている現状がある中で必要な人材確保については、同計画や単年度事業計画等で人材体制、人材確保と育成についての基本方針等の再検討が望まれます。		
15	- 2 - ( 1 ) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<コメント>人事考課規程が整備され、これに基づき客観的な基準による人事考課が定期的に行われています。施設長による職員の個別面談も実施され、人事考課については、考課項目に基づき人事考課表を用いて、一次評価、二次評価、最終評価という組織体系の流れに沿った形で人事考課が行われています。ただ、職員の自己評価では、本項目については低い評価となっていますので周知が望まれます。なお、法人としての「職員行動指針」及び「行動規範」が策定され、期待する職員像も明確にされています。		
- 2 - ( 2 ) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - ( 2 ) - 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
<コメント>職員の就業状況等の把握については、年度末に施設長による定期面談が行われ、その際には職員の就業に関する意向や個々の目標等の聞き取りも行われています。セクハラ、パワハラに関する規程も整備され、職員の年次有給休暇の取得促進やメンタルヘルスへの取組みも実施されています。職員の悩みについては、年配職員が窓口となっているが、必要があれば顧問弁護士や嘱託医への相談も可能となっています。		
- 2 - ( 3 ) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - ( 3 ) - 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
<コメント>施設長による個別面談により職員個々の目標の設定は行われていますが、それを管理する仕組みの構築が望まれます。例えば、職員個々の目標の自己申告書や目標管理表等を整備し、職員個々による目標が設定され、それについての施設長による定期的な自己評価面接(6ヶ月毎)が行われ、職員一人ひとりの目標管理をするなどの仕組みの構築が望まれます。		
18	- 2 - ( 3 ) - 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
<コメント>職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、法人の中・長期経営計画や単年度事業計画等に明示されています。教育・研修の実施については、毎月1回の職員研修会始めとして、施設内外で多くの研修が計画的に実施されています。		
19	- 2 - ( 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
<コメント>年間・月別の職員研修計画表が作られ、教育・研修が実施されていますが、職員一人ひとりの研修機会の確保や資質向上のための更なる工夫が望まれます。新任職員に対しては、研修担当者を決め、個別的なOJTが行われ、階層別研修や職種別研修については、社会福祉協議会が実施する研修会に参加させています。なお、今後は職員の資質の向上及び研修参加が公平に行われるよう、職員別研修履歴となる数年分の「研修参加一覧表」や、専門資格取得については、		



「職員資格一覧表」等を策定され、職員への資質向上や適正配置に活用されることが望まれます。		
- 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	- 2 -(4)- 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。	a・b・c
<コメント>大学等からの実習生の受入れについては、実習受入規程が整備され、具体的な手順や窓口担当者も明確にされています。また窓口担当者の研修も実施しています。しかしながら、実習指導者が不在の状況ですので、早急に配置され、幅広い実習生を受け入れられる体制の整備が望まれます。		

### - 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 3 -(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
<コメント>法人の理念や基本方針は、ホームページや施設の玄関、事務室等多くの場所に掲示されており、さらに施設の広報紙、パンフレット等にも掲載され周知されています。ホームページでは広報紙、法人や各事業所の概要、事業報告書、決算報告等が掲載されており、多くの情報が公開されています。		
22	- 3 -(1)- 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
<コメント>社会福祉法人審査基準による外部監査は実施されていませんが、外部の公認会計士に2が月に1回、業務及び会計について、詳細なチェックリストによる内部監査が実施されており、適正な経営・運営の確保が図られています。		

### - 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 -(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 -(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
<コメント>地域との交流や貢献については、法人の中・長期経営計画や単年度事業計画に明文化され、種々の取組みが実践されています。施設では実施作業の一つであるパン作りに関連し、毎年10月のパン感謝祭を開催しており、利用者とともに地域住民等約300名の参加があります。また、パン製造の技術を生かし、年数回のパン教室も開催され、地域住民に喜ばれています。なお、利用者は校区社会福祉協議会開催の福祉祭りや校区運動会などの地域主催の各種行事に参加し地域住民との交流が行われています。		
24	- 4 -(1)- 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
<コメント>ボランティアの受入れについては、「ボランティア受入規程」を整備し、窓口担当も決め地域との連係に努めていますが、今のところ継続的なボランティアの受入れや登録などが行われていませんので工夫が求められます。		
- 4 -(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 -(2)- 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
<コメント>関係機関との連携については、校区社会福祉協議会が毎月1回開催する施設等連絡会へ参加し、関係機関との連携に努めています。関係機関、団体についての機能や連絡方法を明示したリストや資料が不十分ですので整備されることが望まれます。		
- 4 -(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 -(3)- 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
<コメント>パン製造の設備や技術を生かし、地域住民等のために、年数回のパン教室を開催し		

施設の持つ機能を地域に還元しています。職員研修会に地域民生委員や障害者相談員への参加の呼びかけ等も行っています。また、各支援学校や相談事業所からの体験入所の受入れや就労体験会の開催など、積極的に事業所の機能を提供しています。		
27	- 4 - ( 3 ) - 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>&lt;コメント&gt;地域の福祉ニーズについては、特定相談支援事業や障害児相談支援事業等を実施する中で地域の福祉ニーズの把握に努めています。しかしながら、地域の新たな福祉ニーズの把握やその対応のためには、地域の民生・児童委員会や校区社会福祉協議会、自治会等のイベントや会合の際に意見を聴取したり、アンケートを徴する等により、新たな福祉ニーズを把握し対応することが望まれます。</p>		

## 評価対象 適切な福祉サービスの実施

### - 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - ( 1 ) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 1 - ( 1 ) - 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;法人としての理念や基本方針、職員行動指針や職員倫理規程等に明示され施設内に掲示して周知が図られています。職員行動指針や職員倫理規程は全職員に配布され、毎月の職員会議をはじめ研修等機会あるごとに職員間で話し合いがもたれ、共通の認識の下、利用者を尊重した福祉サービスが提供されています。職員が共通の理解を持ち実践できる取り組みが行われています。</p>		
29	- 1 - ( 1 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;利用者のプライバシー保護や虐待防止についてはマニュアルが整備され、職員研修で理解を深めています。虐待防止委員会が設けられ、職員は虐待セルフチェックにより行動を振り返る機会がもたれています。また、常に利用者を確認しながら、個別対応を心掛け思いを聞く工夫がされています。家族会でも十分な説明を行い、外部への情報提供や写真掲載等については必ず「個人情報使用同意書」を取るなど徹底した配慮が行われています。</p>		
- 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 - ( 2 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;ホームページ等で詳しく紹介され、常に新しい情報が更新されています。パンフレットには事業所が行うサービスを視覚的に一目で理解できるよう写真等が掲載され、事業所の目的と共に取組内容が分かりやすく紹介されています。利用希望者には見学や体験利用の受け入れが準備され、1週間の体験を通して本人が納得し自己決定できるような取り組みが行われ、利用にあたっての積極的な情報提供が行われています。</p>		
31	- 1 - ( 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
<p>&lt;コメント&gt;利用開始時には重要事項説明書で利用者や家族に詳しく説明が行われています。また、日常の会話や面談等で利用者の意向を収集し、変更が必要な時は、字を大きくルビをふったパンフレットを用いてわかりやすく利用者・家族に説明され、本人の意思を尊重した支援が行われています。支援経過はケース記録に残し、同意も得られています。</p>		
32	- 1 - ( 2 ) - 福祉施設・事業所の変更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
<p>&lt;コメント&gt;希望があった時は、その都度相談を受け、説明する機会が設けられています。他の施設・事業所への変更や家庭への移行に際しては、利用者・家族と十分に検討を行い、同意書を取ったうえで「情報提供書」を作成し、移行後も継続したサービスが受けられるような配慮がされています。相談受付票への記入や、ケース記録にも残されています。</p>		
- 1 - ( 3 ) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - ( 3 ) - 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

<p>&lt;コメント&gt;毎月1回利用者主体の自治会が実施され、意見が交わされています。主にイベントや買い物の希望や場所の決定ですが、調べる力や企画力も培われ主体的な関わりへの満足が得られています。また、年2回の家族との意見交換会や2年毎の利用者アンケートの結果、事前調査（意向調査）からでた改善要望などはケース検討会や職員会議等で協議し、記録に残して職員間の共有を図るとともに、結果は利用者・家族にフィードバックする等仕組みが整えられています。</p>		
<p>- 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。</p>		
34	- 1 - ( 4 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;苦情解決のシステムは整備されています。苦情解決責任者は施設長、受付担当者はサービス管理責任者で第三者委員も2名委嘱しルビをふった体系図は誰もが見やすい玄関に掲示されています。苦情解決要綱に受付簿が閉じられ、解決に至る経過も確認できました。ただ苦情箱は設置されていますが小さく入れにくい状態でした。活用方法が理解できない利用者もいるとの事でしたが、周知の工夫が望まれます。また、職員の自己評価では、本項目は低い評価となっており、周知・機能していないと感じている職員がいることから更なる取り組み工夫が望まれます。</p>		
35	- 1 - ( 4 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;利用者や家族が相談しやすいように、相談室を開放しいつでも受け入れる体制が整えられています。利用者へは職員が日ごろの関わりの中で傾聴に努め意見を言いやすい環境づくりが行われ、自治会でもルビをふった資料を使い相談受付の詳しい説明を行う等周知が図られています。また、毎日の家庭とセンターとのやり取りを行う連絡帳を活用し何でも相談ができることを家族会で説明し周知を図っておられます。</p>		
36	- 1 - ( 4 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;苦情箱の意見や連絡帳での相談、日ごろの関わりや会話で拾いあげた意見等、対応を急ぐ必要のある相談は、朝礼や終礼等で周知・共有し、緊急的に会議も開催されています。職員倫理綱領に基づく行動指針にも対応が示され、苦情解決マニュアルに沿って迅速な対応が図られています。経過は記録され、結果は回覧等で共有が図られています。マニュアルに沿った迅速な対応は記録からも伺え、組織的な取組が確認できます。</p>		
<p>- 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。</p>		
37	- 1 - ( 5 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;法人で「リスクマネジメント指針」が示され、職員行動指針にも明示されています。組織としてリスクマネジメント責任者が配置され、それぞれの職員が感じたヒヤリハットを出し合い、共有することで事故防止につなげる努力をされています。虐待防止やヒヤリハットについては職員研修にも計画され、グループワーク等実践的な研修が行われています。ただ、ヒヤリハットの記録のみ綴られ、傾向やリスクの統計が取られていません。質の向上や次のサービスに活かすための取組を希望します。</p>		
38	- 1 - ( 5 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;感染症予防マニュアルが作成され、詳細な疾患別対応が示され職員にも周知が図られています。また、「社会福祉施設における感染予防チェックリスト」で施設内の感染症予防が十分に自己チェックする取組もされています。利用者にはルビを振って視覚的にわかりやすく絵や写真を用いて説明を行い、家族にも情報提供して予防に努めておられます。感染症予防マニュアルには職員や施設内の衛生管理も示され、年に1回以上見直され、発生時にはマニュアルに沿って速やかに対応し、嘔吐処理なども適切に行われる等、利用者の安全確保体制は整備され取組が行われています。</p>		
39	- 1 - ( 5 ) - 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;定期的に避難訓練が実施され、誘導班や初期消火班等職員の役割分担が決められ避難経路や安否確認方法についても常に検討が行われ実施されています。また、災害時の対応マニュアルが策定され、緊急連絡網の体制も整備・周知され機能しています。施設は福祉避難所に指定され、熊本市から食品の備蓄委託があっっています。今回の熊本地震では作業用パンの冷凍備蓄があり、常温で解かし食べられるため、地域の皆さんに配布して感謝されています。地域との良</p>		

好な関りは、災害時の協力体制の一助となり利用者等の安全確保に繋がっています。

## - 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 -( 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
<p>&lt;コメント&gt;職員行動指針や倫理綱領にも明文化され、実施方法については各種マニュアルによって標準化が図られています。また、サービス内容は重要事項説明書にも明記され、利用者や家族に十分説明され同意が取れています。利用者個々の対応は職員全員が共有できるように職員会議や職場内研修等で確認し、利用者が戸惑わないよう共通理解の下支援が行われています。</p>		
41	- 2 -( 1 )- 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
<p>&lt;コメント&gt;支援部会が設置され、2か月に1回開催されています。日ごろの関わりの中で気づいたことや本人や家族からの要望について職員会議で確認し、見直しが必要な時は支援部会で検討し、報告は再度職員会議で検討・確認され見直しが行われる仕組みが確立しています。経過は支援部会記録に残され確認できます。見直しはサービス管理責任者により作成され全職員に報告・周知が図られています。</p>		
- 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	- 2 -( 2 )- 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;個別支援計画はサービス管理責任者が計画策定責任者となり、半年ごとの個別支援計画の見直しに当たって利用者や保護者と面談を行い、把握したニーズと、事前にケース担当者や作業担当者がそれぞれにアセスメントを行い作成した個別の計画案をすり合わせ協議して、サービス管理責任者により利用者一人ひとりに合わせた個別支援計画が策定されています。</p>		
43	- 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;サービス管理責任者と担当で、普段のケース記録や利用者と保護者の面談等から得た情報を勘案し、PDCAサイクルに基づいて、半年ごとにサービス実施計画の評価・見直しが行われています。変更した計画内容は全職員に回覧され周知が図られています。また、緊急に変更が必要な場合はその都度職員会議で協議し、計画の見直しが行われ共有化が図られています。</p>		
- 2 -( 3 ) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 -( 3 )- 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
<p>&lt;コメント&gt;福祉サービスの実施状況は利用日ごとに担当者によりケース記録に記入され、サービス管理者、施設管理者の決裁後、全職員への回覧によって職員間の共有化が図られています。また、個別支援計画はパソコン上に管理され、パスワードによって全職員が閲覧できるようになっています。併せてケース記録もパソコン上にアップされており、サービスの実施状況の記録の閲覧も可能で職員の共有化が図られています。</p>		
45	- 2 -( 3 )- 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;ケース記録は管理者が決められ、鍵のかかる書棚に管理保管されています。記録については個人情報保護等の観点から定期的にチェックする管理体制が整えられています。このことは行動指針にも明記されていますが、保存期間は明記されていません。今後は廃棄時期も含め保存期間の取り決めが望まれます。</p>		

## 評価対象

### A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - ( 1 ) 利用者の尊重		

	A - 1 - ( 1 ) - 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;法人の職員行動規範が定められ、個人の尊厳や人権の尊重が項目毎に明示されています。更に、「利用者の尊重」は職員倫理規定やそれに基づく行動指針にも具体的に明示され、玄関に掲示されると共に全職員に配布され、職員会議等で確認されています。利用者への言葉遣いや接し方については、管理職からも説明があり周知が図られています。また、「職員セルフチェックリスト」が設けられ、職員は自らの言動を振り返りチェックすることで常に人権意識をもち、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みが行われています。</p>		
	A - 1 - ( 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;利用者のほとんどは意思疎通が可能ですが、言語による意思疎通が困難な利用者や意思をうまく表現できない利用者に対しては筆談や絵に書いてもらったり、写真や絵カード等を活用して把握する等、コミュニケーション手段を確保するための工夫が行われています。ただ、利用者・家族へのアンケートでは「会話ができないので本人の気持ちをわかってほしい」「コミュニケーション手段を考え、本人の気持ちを聞いてほしい」「職員の入替わりが多いので慣れない」「職員との会話がいない」「もっと笑顔がほしい」等要望が挙がっています。また、職員の自己評価でも低い評価となっており、職員の個別的な対応の更なる工夫が望まれるとともに利用者・家族との緊密な関係作りの中で信頼関係を図り、その都度要望として言えるような環境作りが望まれます。</p>		
	A - 1 - ( 1 ) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;利用者主体による自治会が設けられ、毎月テーマを決めて話し合いが行われています。自治会担当職員が決められ側面から支援を行うことで買い物や花見、旅行場所の希望等活発な意見が出、集約して活動に活かされています。また、作業面でも利用者の意見を傾聴し活動に盛り込む等、利用者自身が率先して取り組めるような工夫が行われ、利用者の主体的な活動支援が展開されています。</p>		
	A - 1 - ( 1 ) - 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;日常生活はほとんどの利用者が自力で行っていますが、一部体調不良や身体の状況により支援が必要な利用者がおられ、必要に応じた見守りや支援が行われています。支援が必要な利用者情報は看護師が把握しサービス管理者が作成する個別支援計画にも記載されて職員の共有も図られています。できるだけ利用者のペースに合わせた支援を心掛け、生活や活動の範囲が広がるような見守りと支援の体制が整っています。</p>		
	A - 1 - ( 1 ) - 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;作業訓練プログラムや生活訓練プログラムが用意され、利用者個々に合わせた支援計画の下、生活能力の向上や生産能力の向上を図る「エンパワメントの視点」を取り入れた支援が行われています。作業から得る工賃は利用者の喜びや生きがいに繋がっています。また、調理や買い物等を定期的に日課に取り入れ、体験の機会を増やす取り組みや土曜日には余暇活動支援として買い物や運動等が企画され利用者のエンパワメント理念にもとづくプログラムが展開されています。しかし、職員の自己評価によると、本項目は低い評価となっており、更なる取り組みと職員間の意識の共有を希望します。</p>		

## A - 2 日常生活支援

	第三者評価結果	
A - 2 - ( 1 ) 食事		
	A - 2 - ( 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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;個別支援計画は本人や家族の面接や意向に沿って策定され、計画に基づき昼食が提供されています。食事に関しては十分なアセスメントの下、食事形態や提供方法が検討・共有され必要に合わせた支援が提供されています。ほとんどの利用者は常食ですが、個別に支援が必要な利用者にはきざみ食などの対応もされています。その都度、必要な対応が行われています。</p>		
	A - 2 - ( 1 ) - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として	a ・ b ・ c

	美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	
<p>&lt;コメント&gt;毎年利用者アンケート（嗜好調査）を行い献立に反映させておられます。栄養士の配置があり、利用者の健康維持を考えた献立の作成や地産地消をコンセプトに、地域の旬の野菜を使い、郷土料理等の提供もあっています。また、年2回の給食委員会では利用者の希望などを収集し、イベント食やセレクト食等準備され利用者の楽しみになっています。調理師との連携により栄養バランスはもちろんのこと、楽しく、美味しく、食事が楽しみとなるような献立で提供がされています。</p>		
	A - 2 - ( 1 ) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;食堂はステンドグラスが窓に張られ明るくきれいな食事環境が整えられ提供されています。食事は昼食のみで12:00～13:00の間で好きな仲間と一緒に食べることができるよう配慮されています。また、自分のペースで食べることができる等、喫食環境に配慮した取組が行われています。</p>		
A - 2 - ( 2 ) 入浴		
	A - 2 - ( 2 ) - 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
<p>&lt;コメント&gt;非該当</p>		
	A - 2 - ( 2 ) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;非該当</p>		
	A - 2 - ( 2 ) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;非該当</p>		
A - 2 - ( 3 ) 排泄		
	A - 2 - ( 3 ) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;排泄については利用者はほぼ自立されており介助する利用者は少ないようです。たまに間に合わず失敗する利用者がいて、その際は同性介助を心掛けておられます。通所のため、失敗の恐れのある利用者には着替えの予備をロッカーに預かっておられ、安心できる快適な排泄介助が行われています。</p>		
	A - 2 - ( 3 ) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;トイレの4ヵ所はすべて職員により毎日清掃が行われ清潔が保持されています。内1ヵ所は障害者用トイレが完備され他のトイレも入り口は普通の開き戸ですが中は広く歩行自立の方たちで問題なく利用されています。</p>		
A - 2 - ( 4 ) 健康管理		
	A - 2 - ( 4 ) - 日常の健康管理は適切である。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;日常の健康状態については連絡帳でやり取りが行われ、適切な対応がなされています。また、毎日出勤時にバイタルチェックが行われ、健康管理を徹底し、記録に残されています。年2回の健康診断や毎日のバイタルチェック、家族との連携により利用者の日常の健康管理は適切に遂行されています。なお、インフルエンザ等の感染疾病に対しては日ごろの手洗いやうがいの励行など、絵や写真を使って防止対策を徹底しておられます。</p>		
	A - 2 - ( 4 ) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;嘱託医や協力医が定められ、必要時に適切な医療が受けられる体制が整備されています。日常的にはバイタルチェックや日中活動支援の中で変調に気づいた職員から看護師へ連絡があり対応をしています。緊急時には、嘱託医や協力医へつなぐというフローチャートが作られ、迅速かつ適切に医療機関での受診ができるよう連携が図られています。</p>		
	A - 2 - ( 4 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a ・ c
<p>&lt;コメント&gt;服薬については家庭で管理がされており、基本的には薬の預かりは行われていません。しかし、家庭から連絡帳で記載連絡があり、本人が持参すれば、昼食時の声掛け、見守りによる服薬支援が行われています。また、管理が必要な利用者には当日持参分に限り朝預かり、昼食時に服薬支援を行う等のサービスも行われています。利用者の健康管理の一環として、家庭で</p>		

服用している内服薬等の情報は常に最新のものを保護者から提供してもらい記録されています。		
A - 2 - ( 5 ) 余暇・レクリエーション		
	A - 2 - ( 5 ) - 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。	a・b・c
<コメント>レクリエーションや余暇活動は自治会で話し合いが行われ利用者の希望に沿って企画・実施されています。施設の年間行事として花見や野外会食、バーベキュー、スポーツ大会、1泊旅行や忘年会、初詣、餅つき等楽しい企画が毎月用意されています。決定に当たって場所や内容など利用者の意見や希望に沿って担当職員は実施場所や内容の検討を行い職員会議で決定し実施されています。利用者の意向希望に沿った活動ができています。		
A - 2 - ( 6 ) 外出		
	A - 2 - ( 6 ) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
<コメント>非該当		
A - 2 - ( 7 ) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - ( 1 0 ) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・b・c
<コメント>非該当		
A - 2 - ( 8 ) 社会適応訓練等		
	A - 2 - ( 8 ) - 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a・b・c
<コメント>利用者・家族へのアセスメントや面談を通して利用者の心身の状況や生活環境を把握し個別支援計画が作成されています。日々の訓練や活動は利用者・家族へ十分な説明を行い同意や理解を得て計画に沿ったサービスが実施されています。体験等は家族と連携を図りながら状況を見て適宜実施されています。また、買い物訓練や調理訓練、年賀状の作成や郵便局への投函支援等社会生活の訓練や地域運動会への参加交流等利用者の状況に応じた社会適応訓練が実施されています。		

### A - 3 施設・設備

		第三者評価結果
A - 3 - ( 1 ) 施設・設備		
	A - 3 - ( 1 ) - 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a・b・c
<コメント>先の熊本地震で被災した部分は修復され2階の食堂はステンドグラスをはめ込んだ明るく開放感のある空間となり休憩時にも利用者の方々が集われています。1階玄関は吹き抜けとなっており、更衣室や相談室も利用しやすくなっています。ただ、2階への階段が急勾配で少し昇りづらくなっています。2階には会議室や作業室、食堂が有り利用者は毎日昇降されていますが、現在の利用者は主に知的障がいのある方で肢体不自由の方はおられません。今は支障なく昇降できていますが、今後利用者の高齢化や肢体不自由者の利用希望も考えられ、外来者等も含めた円滑な昇降のためには何らかの工夫が望まれます。		

	第三者評価結果			
	a	b	c	非該当
共通評価基準（評価対象 ～ ）	35	10	0	0
内容評価基準（評価対象A）	13	3	0	6
合計	48	13	0	6

（参考）