

# 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： (施設名) 済生会かがやき	種別：多機能型事業所 (就労移行支援・就労継続支援事業A型及びB型)
代表者氏名：支部長 須古 博信 (管理者) 所 長 道端 由美子	開設年月日： 平成24年 3月 1日
設置主体：社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本福祉センター 経営主体：社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本福祉センター	定員： 40名 (利用人数) (38名)
所在地：〒861 - 4127 熊本県熊本市南区内田町3555 - 1	
連絡先電話番号： 096-223-3255	F A X 番号： 096-223-3429
ホームページアドレス	<a href="http://sk-fukushi.jp/work/kagayaki.html">http://sk-fukushi.jp/work/kagayaki.html</a>

### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
就労移行支援事業 就労継続支援事業A型及びB型	済生会内田夏祭り、レクレーション(春・秋)、駅伝大会、フットベースボール大会、そうめん流し、映画鑑賞、忘年会、安全運転講習会、家族の施設見学・相談会、地域清掃活動、アビリンピック熊本県大会、家族会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
なし	訓練室・作業室、相談室、食堂、洗面設備、便所、事務室、防犯カメラ設置、テレビ

## 2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>当法人は熊本病院、みすみ病院、福祉センターの3つの施設により支部熊本県済生会で構成されている。福祉センターは就労、生活介護、共同生活援助、相談支援、地域生活定着支援、児童発達支援、保育園など総合福祉事業として、協働・連携をとっている。その中で済生会かがやきは就労移行支援事業、就労継続支援事業A型・B型を運営している。熊本病院内の清掃業務、飲食エリアにおけるパンの製造・販売・喫茶店での接客、弁当や飲料の販売を行っている。「済生会かがやき」は熊本病院が取り組むJCI(国際的医療機能評価機関)の受審に向け、受諾側としてのマニュアル整備や研修会参加など、質向上に向けた取組みを行なっている。また、利用者は一般社会の中で働くことで挨拶や身だしなみ等の社会性を身に付けられ、利用者の自立が図られている。また、就労移行事業は一般就労者の輩出及び定着率が高く、多様なニーズに対応できる体制と実績が評価されている。</p>
--

## 3 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>1. <b>福祉人材の育成・研修計画が作成されています。</b></p> <p>職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、法人の中期事業計画や、事業所の単年度事業計画の中に明示されています。組織として研修委員会があり、研修会(年6回)を開催したり、階層別の研修を計画したりと、定期的に内部研修が行われ、また外部の研修にも積極的に参加されています。</p> <p>人事考課制度が整備され、それによって賞与の評価などが行われています。目標管理による評価制度(ポートフォリオ形式)と面談、ユニークな点で読書感想文等を含めて総合的に人事管理が行われています。キャリアパスに基づく昇給・昇格試験制度や資格取得を奨励する制度もあります。職員は</p>
--

年度初めに一年間の目標をたて、「自己申告書兼目標管理票」を作成し、常にセルフチェックをしながら半期に一度、進捗状況を上司と確認されています。その際に、助言・アドバイスを受けることで軌道修正ができる仕組みも構築されています。

職員の知識・技術水準などを踏まえた上で、育成が図られていることは高く評価できます。

## II. サービスの質の向上に向けた活動に積極的に取り組まれています。

管理者のリーダーシップの下で、職員一丸となって改善活動に取り組まれています。正規雇用の職員だけでなく、非正規雇用の職員にも高い意識を持ってもらうため、ステップアップ研修という非正規雇用(短時間勤務者等)のための研修を導入したり、契約更新時には管理者自らが面接を行ったりと職員の質を底上げし、よりよいサービスを提供するための取り組みが見られます。

## III. 利用者一人ひとりの個性を大切に個別対応が丁寧に行われています。

支援の必要性の高い利用者が多い中でも、本人や家族の意向に耳を傾けながら支援に取り組まれています。相談支援事業所からの情報や利用希望者及び家族との面談で把握した障害やコミュニケーションの程度に応じて、画一的な支援に陥らないよう工夫を凝らしながら取り組まれていることが様々な場面で見受けられます。意思決定が困難な利用者に関しては相談支援専門員との連携のもと、成年後見制度の活用も行われています。一人ひとりの個性を大切にされた支援への取り組みから、理念・基本方針の実現に向けた活動が展開されていることをうかがい知ることができます。

## 改善を求められる点

### I. 中・長期計画の具体化並びに収支計画の策定を期待します。

平成25～29年度の事業計画が法人において策定されています。具体的な数値目標や、目標達成のためのアクションプランも「いつ」「だれが」「いつまでに」行うのが定められており、計画遂行においてわかりやすいものとなっています。ただし、設定した数値目標を達成することによって、どれくらいの増収が見込めるのか、どのような支出計画があるのかなど、中・長期の事業計画の裏付けとも言える中・長期の収支計画の策定は今後の課題と言えます。

### II. 社会適用訓練等についてのサービス実施計画書の作成を期待します。

家族会アンケートや見学会のときに情報交換を行い、コミュニケーションを深めながら連携を図るよう努められており、利用者の状態に応じた日中活動や日常的な訓練は行われていますが、社会適用訓練等に関するサービス実施計画書の作成は今後の課題と捉えます。

### III. 来所者に優しい環境づくりを期待します。

内田施設は1階に食堂とトイレがあり、玄関にはスロープ、階段には手すりが設置され、施設内の案内表示もわかりやすく掲示されています。高齢者(家族)の来訪時には1階食堂で対応され、2階の事業所の様子についてはパンフレットや写真などを活用して説明を行うなどの工夫もうかがえます。事業所が2階ということでの現在の利用者への影響はないようですが、利用者の高齢化や高齢者(家族)の来訪などへの対応を考え、エレベーターの設置などについて中・長期計画の中で検討されることを期待します。

## 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H29.1.12)

今回、当福祉センターは、初めて医療・福祉ネットワークせいわ様に訪問審査を依頼した。2日間、書類点検、場面視察、職員へのヒアリング、評価調査チームとの協議、職員・利用者・家族からの事前のアンケート調査による多方面からの審査を受けた。1年前よりプロジェクトを立ち上げ、マニュアル作成や非正規雇用者(短時間勤務者等)に事前説明を工夫する等周知を図った。職員全員を巻き込んで受審できたことは、緊張感があったものの、受審後の達成感につながった。利用者自治会の発足、部会を中心とした事業計画の運営、病院の求める質に対応したマニュアル作成等を評価して頂いた。事務所と作業場が離れている環境のため不都合な面はあったが、的確な評価を頂き、新たな課題を見つけることができた。職員全体にフィードバックし、改善に向けたPDCAを回すために事業所、委員会、福祉センター全体で取り組むようにアクションプランを作成することにした。



(別記)

(公表様式1)

## 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	特定非営利活動法人 医療・福祉ネットワークせいわ
所 在 地	佐賀県佐賀市木原二丁目6番5号
評価実施期間	平成28年11月10日～28年11月11日
評価調査者番号	第12-009号
	第06-042号
	第08-003号

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 済生会かがやき	種別：多機能型事業所 (就労移行支援・就労継続支援事業A型及びB型)
代表者氏名：支部長 須古博信 (管理者) 所 長 道端 由美子	開設年月日： 平成24年 3月 1日
設置主体：社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本福祉センター 経営主体：社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本福祉センター	定員： 40名 (利用人数) (38名)
所在地：〒861 - 4127 熊本県熊本市南区内田町3555 - 1	
連絡先電話番号： 096-223-3255	F A X 番号： 096-223-3429
ホームページアドレス	<a href="http://sk-fukushi.jp/work/kagayaki.html">http://sk-fukushi.jp/work/kagayaki.html</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
就労移行支援事業 就労継続支援事業A型及びB型	済生会内田夏祭り、レクリエーション(春・秋)、駅伝大会、フットベースボール大会、そうめん流し、映画鑑賞、忘年会、安全運転講習会、家族の施設見学・相談会、地域清掃活動、アビリンピック熊本県大会、家族会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
なし	訓練室・作業室、相談室、食堂、洗面設備、便所、事務室、防犯カメラ設置、テレビ

#### 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	4	
副管理者・目標工賃達成指導員	1		社会福祉主事	9	
サービス管理責任者	1		知的障害援助専門員	4	
支援員	12		看護師	1	
作業指導員	5	8	保育士	1	
事務員	2		調理師	1	
			病院清掃受託責任者	2	
			診療情報管理士	1	
合 計	22	8	合 計	23	

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

### 理念

「一人ひとりを尊重し、共に生きる社会の実現をめざします。」

### 基本方針

#### 【法人】

1. ライフステージに応じた自立を支援します。
2. 専門性と施設機能を活かし、地域社会に貢献します。
3. 利用者主体の福祉を実践します。

#### 【事業所】

1. 利用者に応じた「就労」と「自立」を目指し、社会性を身につけるよう支援します。
2. 一人ひとりを尊重し、知識・能力・豊かな感性を育むように支援します。
3. 人材・施設・機能を活用し、地域社会に貢献します。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

当法人は熊本病院、みすみ病院、福祉センターの3つの施設により支部熊本県済生会で構成されている。福祉センターは就労、生活介護、共同生活援助、相談支援、地域生活定着支援、児童発達支援、保育園など総合福祉事業として、協働・連携をとっている。その中で済生会かがやきは就労移行支援事業、就労継続支援事業A型・B型を運営している。熊本病院内の清掃業務、飲食エリアにおけるパンの製造・販売・喫茶店での接客、弁当や飲料の販売を行っている。「済生会かがやき」は熊本病院が取り組むJCI(国際的医療機能評価機関)の受審に向け、受諾側としてのマニュアル整備や研修会参加など、質向上に向けた取組みを行なっている。また、利用者は一般社会の中で働くことで挨拶や身だしなみ等の社会性を身に付けられ、利用者の自立が図られている。また、就労移行事業は一般就労者の輩出及び定着率が高く、多様なニーズに対応できる体制と実績が評価されている。

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28年 5月 18日(契約日) ~ 平成 29年 1月 12日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	初回(平成 年度)

## 5 評価結果総評

### 特に評価の高い点

#### 1. 福祉人材の育成・研修計画が作成されています。

職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、法人の中期事業計画や、事業所の単年度事業計画の中に明示されています。組織として研修委員会があり、研修会(年6回)を開催したり、階層別の研修を計画したりと、定期的に内部研修が行われ、また外部の研修にも積極的に参加されています。

人事考課制度が整備され、それによって賞与の評価などが行われています。目標管理による評価制度(ポートフォリオ形式)と面談、ユニークな点で読書感想文等を含めて総合的に人事管理が行われています。キャリアパスに基づく昇給・昇格試験制度や資格取得を奨励する制度もあります。職員は年度初めに一年間の目標をたて、「自己申告書兼目標管理票」を作成し、常にセルフチェックをしながら半期に一度、進捗状況を上司と確認されています。その際に、助言・アドバイスを受けることで軌道修正ができる仕組みも構築されています。

職員の知識・技術水準などを踏まえた上で、育成が図られていることは高く評価できます。

## II. サービスの質の向上に向けた活動に積極的に取り組まれています。

管理者のリーダーシップの下で、職員一丸となって改善活動に取り組まれています。正規雇用の職員だけでなく、非正規雇用の職員にも高い意識を持ってもらうため、ステップアップ研修という非正規雇用(短時間勤務者等)のための研修を導入したり、契約更新時には管理者自らが面接を行ったりと職員の質を底上げし、よりよいサービスを提供するための取り組みが見られます。

## III. 利用者一人ひとりの個性を大切に個別対応が丁寧に行われています。

支援の必要性の高い利用者が多い中でも、本人や家族の意向に耳を傾けながら支援に取り組まれています。相談支援事業所からの情報や利用希望者及び家族との面談で把握した障害やコミュニケーションの程度に応じて、画一的な支援に陥らないよう工夫を凝らしながら取り組まれていることが様々な場面で見受けられます。意思決定が困難な利用者に関しては相談支援専門員との連携のもと、成年後見制度の活用も行われています。一人ひとりの個性を大切にされた支援への取り組みから、理念・基本方針の実現に向けた活動が展開されていることがうかがい知ることができます。

### 改善を求められる点

#### I. 中・長期計画の具体化並びに収支計画の策定を期待します。

平成25～29年度の事業計画が法人において策定されています。具体的な数値目標や、目標達成のためのアクションプランも「いつ」「だれが」「いつまでに」行うのが定められており、計画遂行においてわかり易いものとなっています。ただし、設定した数値目標を達成することによって、どれくらいの増収が見込めるのか、どのような支出計画があるのかなど、中・長期の事業計画の裏付けとも言える中・長期の収支計画の策定は今後の課題と言えます。

#### II. 社会適用訓練等についてのサービス実施計画書の作成を期待します。

家族会アンケートや見学会のときに情報交換を行い、コミュニケーションを深めながら連携を図るよう努められており、利用者の状態に応じた日中活動や日常的な訓練は行われていますが、社会適用訓練等に関するサービス実施計画書の作成は今後の課題と捉えます。

#### III. 来所者に優しい環境づくりを期待します。

内田施設は1階に食堂とトイレがあり、玄関にはスロープ、階段には手すりが設置され、施設内の案内表示もわかりやすく掲示されています。高齢者(家族)の来訪時には1階食堂で対応され、2階の事業所の様子についてはパンフレットや写真などを活用して説明を行うなどの工夫もうかがえます。事業所が2階ということでの現在の利用者への影響はないようですが、利用者の高齢化や高齢者(家族)の来訪などへの対応を考え、エレベーターの設置などについて中・長期計画の中で検討されることを期待します。

## 6 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H29.1.12)

今回、当福祉センターは、初めて医療・福祉ネットワークせいわ様に訪問審査を依頼した。2日間、書類点検、場面視察、職員へのヒアリング、評価調査チームとの協議、職員・利用者・家族からの事前のアンケート調査による多方面からの審査を受けた。1年前よりプロジェクトを立ち上げ、マニュアル作成や非正規雇用者(短時間勤務者等)に事前説明を工夫する等周知を図った。職員全員を巻き込んで受審できたことは、緊張感があったものの、受審後の達成感につながった。利用者自治会の発足、部会を中心とした事業計画の運営、病院の求める質に対応したマニュアル作成等を評価して頂いた。事務所と作業場が離れている環境のため不都合な面はあったが、的確な評価を頂き、新たな課題を見つけることができた。職員全体にフィードバックし、改善に向けたPDCAを回すために事業所、委員会、福祉センター全体で取り組むようにアクションプランを作成することにした。

## 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	29	
	家族・保護者	7	
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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・基本方針は、ホームページやパンフレット、広報誌に掲載され、事務所内にも掲示されています。利用者休憩室に掲示してあるものには、ルビをふるなどのわかりやすくする工夫も見られます。広報誌に理念の成り立ちや時代背景についての記載もあり、理念に込められた思いをより深く伝えるための工夫も凝らされています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>熊本市の障害者福祉計画や、知的障害者施設協会などの会に参加され、情報の把握に努められています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>上半期・下半期ごとに事業計画の進捗状況の評価を行い、次期への課題を明確にされています。管理者等幹部による会議で抽出された課題は、職員会議や各部署に報告され、取り組みを進められています。</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 Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成 25～29 年度の事業計画が法人において策定されています。具体的な数値目標や、目標達成のためのアクションプランも「いつ」「だれが」「いつまでに」行うのが定められており、計画遂行においてわかりやすいものとなっています。ただし、設定した数値目標を達成することによって、どれくらいの効果が見込めるのか、どのような支出計画があるのかなど、中・長期の収支計画を明確にされることについては今後の課題と捉えます。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期事業計画をふまえて、「目指すべき姿」や「重点項目」、「評価指標」、「目標値」等が設定された単年度の「かがやき事業計画」がきめ細かく策定されています。「目指すべき姿」が利用者支援や</p>		



収益のことのみならず、家族・地域との連携にも及んでいる点は、幅広い視野をもったの計画策定といえます。		
- 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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は職員アンケートを実施し、どんな事業計画を行いたいかの意見が集約されています。その実施状況の把握や評価・見直しについては定期的に行われる「管理運営会議」で検討され、必要に応じて職員にフィードバックされています。</p>		
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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者等への周知に向けて、広報誌「すまいるん」「かがやきだより」などに掲載されています。また、休憩室にはわかり易い文章を用い、ルビをふって掲示することで、正確に伝えようと努められています。</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行われ、機能している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内で、3年ごとに違う事業所が順番に第三者評価を受審され、それとは別に各事業所で毎年度自己評価に取り組みされており、結果について分析されています。「利用者満足度向上部」「健康管理部」など各部会が設置され、福祉サービスの向上に向けた取り組みが行われています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価の結果は、「自己評価結果一覧表」としてホームページで公開されています。浮彫になった課題については、事業計画に課題としてあげられ、対応策が練られています。</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図っている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月発行の「かがやきだより」にて管理者報告が行われています。また「済生くまもと」等の広報紙を通して度々メッセージが発信されています。事業所内部においては、職員会議や研修の機会に直接口頭で自らの役割などを語られています。また、有事における管理者の役割・責任も明確にされています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の支援に関連する法令遵守については、事例をあげて事業所内で研修をされています。食品関係・環境関係・労働基準法など広い範囲の職員が知っておくべき法令については、半年に一回、「コンプライアンスアンケート」を全職員に行い、それをもとに改善項目について検討されています。</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。	㉠・b・c

<b>&lt;コメント&gt;</b> 正規雇用の職員だけでなく、非正規雇用の職員にも高い意識を持ってもらうようにステップアップ研修を導入したり、契約更新時には管理者自らが面接を行ったりと、よりよいサービスを提供するために職員の質の底上げに取り組まれています。		
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。	㉠・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 法律の改正で適応除外となったため、今年度から独自の退職金制度を始めるにあたり、社会保険労務士の指導を受けるなど経営改善に取り組まれています。業務の実効性については、年間を通して会議や委員会、行事担当があらかじめ決められており、その目標管理により実効性が高められています。		

## - 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。	㉠・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 社会福祉士実習指導者を1名から2名に増員し、実習生の受け入れ体制強化が図られ、人材確保に向けた取組が行われています。ホームページ上に職員として働く魅力について、わかりやすい説明も掲載されています。また、随時に管理職による職員面接を行い、職員の働くモチベーションがどういところで上がっているのかを聴き取る仕組みもあります。		
15	- 2 - ( 1 ) - 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 人事考課制度が整備され、それによって賞与の評価などが行われています。目標管理による評価制度(ポートフォリオ形式)と面談、ユニークな点で読書感想文等を含めて総合的に人事管理が行われており、キャリアパスに基づく昇給・昇格試験制度や資格取得を奨励する制度もあります。		
- 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り組んでいる。	㉠・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 定期的に職員との面談を実施されていることのほかに、ストレスチェック制度が導入されています。産業カウンセラーの資格を持つ職員2名によるメンタルヘルスの相談窓口も設置されており、相談実績もあるとのこと。また、熊本病院との連携関係があるため、通常健康診断に加えて節目健診というものを無料で受診できることも福利厚生の一環とされています。		
- 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。	㉠・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 職員は年度初めに一年間の目標をたて、「自己申告書兼目標管理票」を作成し、常にセルフチェックをしながら半期に一度、進捗状況を上司と確認されています。その際に助言・アドバイスを受けることで軌道修正ができる仕組みとなっています。		
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。	㉠・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、法人の中期事業計画や、事業所の単年度事業計画の中に明示されています。組織として研修委員会があり、年6回研修会を開催したり、階層別の研修を計画したりと、定期的に内部研修が行われ、また外部の研修にも積極的に参加されています。		
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。	㉠・b・c
<b>&lt;コメント&gt;</b> 職員一人ひとりが公平に研修を受ける機会が持てるように、個別の教育・研修計画が策定され、ま		

た更に過去の受講履歴も管理されています。報奨金制度等があり、資格取得の推奨もされています。		
- 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れについてはマニュアルが整備され、窓口担当者を設置して積極的に受け入れられています。実習生を専門的に指導する職員について増員し、体制強化が図られています。</p>		

### - 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念・基本方針はもとより、ホームページでは事業計画、事業報告、決算報告、第三者評価結果報告など、多くの情報が公開されています。パンフレット・広報誌も部数多く発行され、情報の公開とともに情報の発信も積極的に行われています。</p>		
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 ㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本部法人監査及び法人監事である公認会計士、税理士2名による内部監査、並びに年度末には各事業所代表による内部監査が実施されるなど、適正な運営のためのチェック体制が整えられています。しかし、法人関係者以外の専門家による外部監査の実施は見受けられない状況にあります。会計処理業務の委託契約に加え、次年度から外部監査の導入が予定されています。</p>		

### - 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との連携や地域への貢献に関する事項は、事業計画書に明示されています。多くの地域住民が参加される夏祭りにおいて、アンケートへの協力を得られております。また、地域のイベントに参加する際には、イベントの企画段階から参画するようにされています。</p>		
24	- 4 - (1) - ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入マニュアルやボランティア登録票が整備され、積極的に受け入れられています。また、活動後には次回に生かすためのアンケートへの協力依頼を行ったり、一人ひとりに感謝状を発行したりして、ボランティア活動を促進するための取り組みが行われています。</p>		
- 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関との連携については、地域連携マップが作成され、必要に応じて適宜活用できるように職員会議で周知されています。就労移行支援事業の職員は、自立支援協議会や就労部会への参加などによりネットワークを築かれています。</p>		
- 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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時の福祉避難所として指定されており、熊本地震の際には実際に受け入れられています。自らの事業所も被災したものの、清掃部門はスプリンクラーによる水浸しの床や内壁のひび割れ片等を清掃し、医療体制の再開に貢献されました。パンの販売もいち早く再開し、被災者の支援にも尽力されています。また、特別支援学校生や地元の中学生の体験入所を受け入れるなど、積極的に事業所の機能を地域に提供・還元されています。</p>		
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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の福祉ニーズについては、校区社協長や民生委員との活動報告会、夏祭り時の参加者アンケート、家族会からの意見などにより把握されています。災害時における福祉避難所協定を結んだり、「熊本DCAT」(熊本県災害派遣福祉チーム)に登録したり、日本財団夢の貯金箱事業へ協力したりと社会貢献活動にも積極的に取り組まれています。また、法人では地域住民を対象に“医療に関する講話”などについての講演会の開催も企画予定されています。</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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者尊重については理念・基本方針、支援方針に謳われ、パンフレットや機関紙等への掲載及び事業所内掲示にて周知が図られています。</p> <p>会議や研修時に倫理要綱・職員行動規範を説明され、理念等記載カード(ネームホルダー裏)の携帯や、個人ファイル(理念・事業計画等各種文書)所有により、利用者尊重の姿勢がサービス提供の場で実践・醸成できるよう努められています。</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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護規定や利用者の権利擁護マニュアルの策定と、人権セルフチェックの定期実施によって、職員が人格の尊重や接遇(ことば遣い・呼称・秘密や羞恥心への配慮等)について共通認識を持ち、理解を深められるように入職時や各種会議時の説明・教育に取り組まれています。</p> <p>利用契約時には、利用者及び家族への説明と共に、機関紙への写真掲載等に関する書面での同意を得られています。</p> <p>また、利用者アンケートの結果からも、利用者の権利やプライバシーが保護されている状況がうかがえます。</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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就労支援ガイドブックやホームページ、パンフレット配布で積極的に情報が提供されています。利用・見学・体験(実習)希望者には、利用者及び家族から丁寧に希望を聴取し、写真やルビをふった説明資料を活用しながらサービス・支援に関する情報提供に努められています。</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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が事業所の契約書及び重要事項説明書をもとに説明し、書面同意を得て契約締結するという仕組みが構築されています。相談支援事業所からの情報や利用希望者及び家族</p>		

<p>との面談により把握された障害やコミュニケーションの程度に応じて、ルビつき文書やイラスト・写真・フローチャートなどの多用な資料が準備されており、説明の仕方(声の大きさや速度、言葉の言い換え等)などにも細やかに配慮されています。意思決定が困難な利用者に関しては、相談支援専門員との連携のもと、成年後見制度の活用も行われています。利用変更時にはモニタリングをもとに利用者及び家族との面談(説明)が行われています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者や家族の体力低下や環境変化によって当事業所でのサービス利用の継続が難しい状況となった場合には、相談支援事業所と連携しながら変更先の見学や体験など、自己決定がしやすいように利用サービスの変更支援が行われています。          個別支援計画の最終モニタリングと共に、事業所が定めた様式での引き継ぎ書(アセスメント情報・支援状況等)を作成し、利用者及び家族に説明した上で次事業所への情報提供が行われています。</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、取り組んでいる。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          法人の満足度向上委員会による全事業所の利用者と家族への満足度調査が年1回行われています。事業所内においても利用者満足度部会を立ち上げ、年間計画のもとアンケート調査や結果の検討会議、研修などに取り組まれています。また、利用者の自治会(隔月)での意見聴取や、嗜好調査、給食会議への意見反映なども行われています。</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。		
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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          苦情対応マニュアルが整備されており、利用契約時に説明が行われています。また、事業所内に苦情・要望受付ポスターが掲示されています。苦情申し立ては日常支援の中での意見聴取や意見箱への投書など、数通りの方法が用意されており、利用者に苦情申し立ての権利があることを説明されています。苦情内容や対応結果は、事業所が定めた様式に記録され、必要に応じて第三者委員につなぐ体制も整備されています。対応結果については、機関誌による公表及び第三者委員会を年1回開催して報告されています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          意見箱が休憩室に設置され、相談カードと筆記用具が準備されています。意見箱周辺には、誰でも自由に相談したり、意見を出したりできることが明示された文書が掲示されています。相談場所や時間に関しても、休憩室や会議室などで柔軟に対応されており、プライバシー保護への配慮もうかがえます。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          相談・意見対応マニュアルが整備されており、その対応はマニュアルに沿って迅速に行われています。相談や意見内容の検討は利用者満足度向上部会で行われ、事業所が定めた様式に記録されています。職員はよく声かけをし、利用者の呟きに耳を傾け、対応を含めた結果報告は会議を通じて行われています。そのほか、迅速な情報共有が必要な場合にはネットワーク(インターネット)も活用されています。          事業所毎に苦情や要望、相談に対応したケースについては、職員会議や法人の幹部研修、ステップ研修等でも取り上げ、サービス向上や改善につながっています。</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。		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で事故発生時対応マニュアルが整備され、事業所におけるリスクマネジメント責任者としてサービス管理責任者が配置されています。環境保全部、健康管理部を立ち上げ、施設内外の点検や整備、インシデント・アクシデント及び緊急時の対応対策、利用者の健康対策等に取り組まれています。</p> <p>職員のリスクマネジメント意識が、他施設で起こった事件等の収集・検討や救急蘇生研修等のタイムリーな実施、部の計画的な取り組みによって高められています。</p> <p>緊急時に必要な心身や健康状態の情報については、利用者一人ひとりの個人ファイルで確認することができます。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人で感染症予防マニュアルが整備され、安全衛生委員会による感染症予防体制の構築と発生時の対応策が講じられています。事業所内でも健康管理部が感染予防の勉強会や利用者参加の手洗い講習を実施するなど、月間目標を立てて周知活動に取り組まれています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の災害対応マニュアルは整備されていましたが、平成 28 年 4 月の熊本地震の経験を振り返り、事業所としてマニュアルを新たに作成されています。利用者及び職員の安否確認を確実に行う体制の構築と備蓄(食糧、物品)の見直しが行われ、リスト化も図られています。また、津波についても想定され、備蓄の保管場所の変更にも取り組まれています。</p> <p>防災計画に沿って関係機関との連携を図りながら、訓練が法人全体で年 2 回、事業所にて年 2 回実施されています。</p>		

## - 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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種支援マニュアル(清掃・カフェ・移行支援・食事提供)、虐待防止マニュアル、サービス提供マニュアルが事業所の提供するサービスの標準的な実施方法として整備され、職員に向けた周知活動も行われています。支援マニュアルは、写真や文字フォント、レイアウトの工夫、カラー印刷などによって視覚からの情報が入りやすいものになっています。また、支援時の細かい留意点、利用者の尊厳やプライバシーへの配慮についても明記されています。</p> <p>各種マニュアルファイルは、事務所の閲覧可能な場所に置かれると共に利用者の就労場所にも置かれ、マニュアルに沿った支援が行われています。実施状況は主任やリーダーによる観察とケース記録の閲覧等によって確認されています。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第3者福祉サービス機能評価部会を立ち上げ、PDCA サイクルの構築及びマニュアルの作成・活用・評価・改訂の計画的実施に取り組まれています。施設会議における職員の意見や、利用者へのサービス提供状況などに応じて修正・変更・継続といった評価が組織的に行われています。</p> <p>各種マニュアルファイルには、改訂年月日や内容記載様式が添付されています。</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。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、相談事業所からの情報と利用者や家族から聴取したアセスメント情報を基に策定されます。利用者及び家族の意向、ニーズ、目標及び支援内容については、職員との合議により設定されています。</p> <p>サービス管理責任者が、計画作成や利用者及び職員への説明、モニタリング、計画の修正・変更をPDCA サイクルに則って行われています。一人ひとりの支援の適否は、ケース記録による確認のほか、会議の場でチェックが行われています。</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。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、6ヶ月毎の評価・見直しを基本とされています。計画期間中の支援及び目標達成状況を利用者や職員から聴取し、評価(モニタリング)を行った上で、手順に沿った次期計画の策定が行われています。緊急に計画を変更する場合も手順を踏んで迅速に計画変更ができるよう努められています。支援困難ケースについてはケース会議を開催し、対応についての協議が行われています。</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、職員間で共有化している。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の個人ファイルにフェースシート、アセスメント(健康面、家庭環境、障害程度等)シート、相談支援専門員作成の福祉サービス利用計画書、個別支援計画書、モニタリングシート、ケース記録、服薬説明書などが整理され綴じられています。ケース記録や会議録等はネットワーク(イントラネット)により閲覧できる環境が整えられており、口頭報告・伝達のほか情報共有の仕組みが様々な整備されています。また、記録に関するルールも定められており、年度当初には記録に関する研修を実施するなど、新任及び現任職員の認識共有と記録の質向上に努められています。</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。	㉔・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が記録に関する責任者を務められています。個人情報保護マニュアルや書類管理ルールによって利用者に関する記録は鍵つきキャビネットに保管され、適切に管理されています。職員は、個人情報保護やコンプライアンスに関する研修により理解を深め、利用者には利用開始時に説明されています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の尊重については理念・基本方針に明記され、利用者の権利擁護マニュアルも整備されており、接遇研修や権利擁護の研修も行われています。また、「人権セルフチェック」が年3回全職員に向けて行われています。</p> <p>職員は、急がず丁寧な声掛けで終始支援を行われています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画書のアセスメントの欄にコミュニケーションの手段が明記されており、作業時は写真などを活用した作業手順書を使用されるなど、伝達方法への工夫が見られます。言語での意思伝達が困難な利用者に対しては、ジェスチャーなどによるコミュニケーションに関する支援が行われていることがうかがえます。</p>		
A - 1 - ( 1 ) -	利用者の主体的な活動を尊重している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>平成28年度から利用者による自治会が運営されており、8月には利用者全員と管理者を含めた総会が開催されています。利用者満足度向上部会が担当として会を側面からサポートし、利用者の主体的な活動を尊重されています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見守りの必要な人については支援検討会議にて話し合い、個別支援計画にその内容を反映させて見守り支援が行われています。情緒面についての見守りが必要な利用者についても支援計画に記載した上での見守り支援が行われています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就労継続支援事業のA型では、話し方などの社会性の向上などに視点を置いた支援が行われています。B型では出来ることに着目した支援が行われており、朝礼では利用者が交代で司会を務めるなどの取り組みも見られます。就労移行支援では、自己表現(一人ひとりの状態に合わせた)に向けてのプログラムが組まれています。日中活動で調理や買い物、交通機関の利用などが計画されており、外出時には社会資源を積極的に利用されています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事提供マニュアルが整備されており、個別支援計画に基づき対応されています。食事は自立されているため、食堂での配膳・下膳は利用者自身で行われています。体調不良時には、おかゆなどが提供されています。</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美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	㉔・b・c
<コメント> 定期的な嗜好調査が行われ、給食会議には自治会のメンバーも参加されています。献立は1週間ごとに掲示され、地産・地消の考えのもとで食事が提供されています。選択メニューやメイン料理を選べる日(例えば、白ごはん若しくは十六穀米、オムライス若しくはカツカレー等)も設定されています。毎月最終週には、利用者の好みも反映された誕生日メニューなどが提供され、食事を楽しむための工夫も凝らされています。		
	A - 2 - ( 1 ) - 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	㉔・b・c
<コメント> 就業先の病院と内田施設の2カ所それぞれに給食会議を設け、喫食環境についても検討が行われています。内田施設は、窓も大きく天井も高く明るい食堂ですが、複数の事業所の利用があるため、食事時間が重ならないように配慮されています。		
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。	該当なし
<コメント> 就労移行支援・就労継続支援の事業所であり、入浴に関する支援は提供されていないため「該当なし」と判断しています。		
	A - 2 - ( 2 ) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	該当なし
<コメント> 就労移行支援・就労継続支援の事業所であり、入浴に関する支援は提供されていないため「該当なし」と判断しています。		
	A - 2 - ( 2 ) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	該当なし
<コメント> 就労移行支援・就労継続支援の事業所であり、入浴に関する支援は提供されていないため「該当なし」と判断しています。		
A - 2 - ( 3 ) 排泄		
	A - 2 - ( 3 ) - 排泄介助は快適に行われている。	㉔ c
<コメント> 見守りが必要な利用者の個別支援計画書にはそのことに関する記載があり、体調不良により失敗したときなどは同性の職員による支援が行われています。また、障害者用トイレの利用なども可能な環境が整えられています。		
	A - 2 - ( 3 ) - トイレは清潔で快適である。	㉔ c
<コメント> 就業先である病院のトイレは清潔で、照明や冷暖房も完備されています。内田施設のトイレは1階にあり、2014年に女性トイレが改装(和式を洋式に変更)され、毎日清掃が行われています。		
A - 2 - ( 4 ) 健康管理		
	A - 2 - ( 4 ) - 日常の健康管理は適切である。	㉔ c
<コメント> 定期健康診断が行われ、健康管理表や個人ファイル情報が作成されています。運動不足の利用者には支援計画に運動を取り入れて実施されています。インフルエンザなどの予防接種については、本人または家族の承諾を書面にて得られています。健康管理部にて月刊目標を立て、歯ブラシ等のチェックや、手洗い講習などの支援が定期的に行われています。		
	A - 2 - ( 4 ) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉔・b・c
<コメント> 健康管理マニュアルが整備されており、かかりつけ医や就業先の病院との日々の連携体制も整えられています。協力医として、済生会熊本病院・飽田病院があり、軽度のやけどや切り傷などは、同敷地内にあるグループホームの看護師による対応も可能といった環境にあります。		

	A - 2 - ( 4 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	㉑・c
<コメント> 服薬マニュアルが整備されており、ケース記録への記載も行われています。昼の服薬がある利用者は少なく、自己管理を基本とされています。常備薬に関しては、絆創膏や胃腸薬などが事務所に保管されており、服薬マニュアルに従い、状態チェックを行った上で、サインを貰って服薬されています。目薬の点眼についてのチェック表も活用されています。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 日中活動はA型・B型に分かれて行われており、利用者間での話し合いやアンケート、自治会などで意見が出され、職員の支援により利用者主体で企画されています。 就労移行については、単独での日中活動が行われています。 レクリエーション等の企画には、利用者も参画されており、平成 28 年度は、外部からボランティアを呼んでの活動などが行われていました。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 日中活動の外出時は、職員が付き添い支援されています。 8月の自治会総会では、外出時連絡先カードをB型のみ準備することなどが取り決められていました。		
A - 2 - ( 7 ) 所持金・預かり金の管理等		
	A - 2 - ( 10 ) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	該当なし
<コメント> 就労移行支援・就労継続支援の事業所であり、金銭管理は自立、預かり金はないため「該当なし」と判断しています。		
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・㉑・c
<コメント> 社会適応訓練については、家族会アンケートや見学会のときに情報交換を行い、利用者の状態に応じた日中活動や日常的な訓練が行われています。今後の課題としては、サービス計画書に基づく社会適用訓練の実施が挙げられます。		

### 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・㉑・c
<コメント> 内田施設は、1階は食堂とトイレが設置され、玄関のスロープや階段の手すりがあり、施設内の案内表示は分かりやすく掲示されています。その他事業所のすべてが2階に設置されています。現在は、身体的に元気な利用者のため影響は見られませんが、今後2階への移動が難しい利用者も現れると思われます。事務所前の部屋を改築して個室対応利用者用の部屋に変更するなどの改善も見られますが、利用者の高齢化や高齢家族の来訪などに対応できるようエレベーターの設置などについて中・長期計画の中で検討されることが望まれます。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	43	2	
内容評価基準（評価対象A）	15	2	
合 計	58	4	