

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) 熊本こすもす園就労支援事業所	種別：多機能型事業所 (就労移行支援・就労継続支援B型)
代表者氏名：会 長 川村 隼秋 (管理者) 施設長 沼田 宗生	開設年月日： 平成20年4月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会 経営主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会	定員：就労移行支援 6名 就労継続支援B型 34名 (利用人数) 46名
所在地：〒869-0524 熊本県宇城市松橋町豊福1786	
連絡先電話番号： 0964-33-4551	FAX番号： 0964-33-4552
ホームページアドレス	http://kosumosuen.com/

(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B型事業	感謝祭（地域交流）、七夕、クリスマス会、餅つき、新年会、どんどや、豆まき、花見、レクリエーション活動（映画・ボーリング・地域交流）、宇城・上益城すまいるフェスタ、県外旅行
居室概要	居室以外の施設設備の概要
	作業室：210㎡ 食堂：45㎡ 男・女トイレ：20㎡ 男・女更衣室：24㎡ 多目的室：18㎡

2 施設・事業所の特徴的な取組

<p>熊本こすもす園は、熊本県が昭和62年5月に定員50名の知的障害者入所授産施設として設置し、設置当初から熊本県より業務委託（平成18年度からは指定管理制度により受託）を受け、社会福祉法人熊本県手をつなぐ育成会が受託経営を行ってきました。現在は、平成22年4月に熊本県より施設の譲渡を受け、同法人による設置経営となっています。平成20年4月、障害者自立支援法に基づき、就労継続支援B型及び就労移行支援の多機能型事業所を開設し、現在は、就労継続支援B型定員34名、就労移行支援定員6名で運営しています。就労継続支援B型では、工賃向上に積極的に取り組んでおり、平成30年度は平均工賃月額で2万円を達成し、熊本県の平均を上回りました。また、就労移行支援では、訓練を受けながら工賃を支給しており、利用者数は少ないものの、利用された方は就労に繋がっています。</p>

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○公正かつ透明性の高い適正な経営や運営のための取組が行われています。

決裁規程や経理規程によって、事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、適正な経営や運営が行われています。年に2回、理事よる内部経理監査が実施されており、適切なチェック体制が確立しています。その結果は、理事会や評議員会で報告・検討がなされており、経営改善や運営の適正性を確保するために継続的な取組が行われています。

○利用者や職員が地域の人々と交流をもち、良好な関係が築かれています。

毎年開催される「こすもす秋の大感謝祭」では、地域の多数の人々が参加され、子どもから高齢者まで楽しめるイベントとなっており、職員、利用者との地域交流が深められています。また、地域社会の一員としての社会的役割を果たすために、事業の中で活動している「こすもすはたらき隊」があります。地域の清掃・除草活動や農作業の手伝い、自動車ディーラーの洗車等、その活動内容は地域からよく認識されており、地域と事業所の相互交流の促進に役立っています。

○利用者のニーズに応じ、工賃向上に向けた積極的な取組が展開されています。

生産活動において、自主製品販売（指人形等）の創意工夫により販売ルートを拡大し、収益アップにつながっています。また、「こすもすはたらき隊」の活動を、地域と利用者のニーズに応じて拡大することにより、業務の受託等を行い、利用者の工賃向上に向けた積極的な取組が展開されています。

◆改善を求められる点

○組織として「期待する職員像」を明確にし、職員の育成への取組が求められます。

職員自己評価や施設長による個別面談によって、各職員の知識や経験に応じた育成を目指されていますが、「期待する職員像」が明確になっておらず、各職員の育成に向けた具体的な目標設定や目標管理が行われていませんでした。職員それぞれに目標を設定し、その目標を達成するために中間面接を行うなど、進捗状況や目標達成度の確認が適切に行われる取組が求められます。

○プライバシー保護に関する具体的な取組が求められます。

利用者を尊重した福祉サービスを提供するために、運営規程や利用者支援マニュアルの中に、利用者の人権擁護や虐待防止、身体拘束廃止に関する内容が明記されていましたが、プライバシー保護に関する規程やマニュアル等は確認できませんでした。プライバシーの保護は利用者尊重の基本であり、規程やマニュアルを整備し、研修会を開催するなど、具体的な取組が求められます。

○具体的な利用者支援マニュアルの整備が求められます。

長年にわたり事業展開されノウハウが蓄積されている一方、各サービスの標準的な実施マニュアルの整備が不十分で、具体性に欠ける内容も多くみられました。職員の違いによるサービスの水準や内容の差異をなくし、一定の水準や内容を保ち、その上で利用者の個別性に着目した対応を行うためにも、より具体的な利用者支援マニュアルの整備が求められます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R2.3.30)

前回、平成22年度は、知的障害者授産施設としての受審でしたが、今回は、障害福祉サービス事業による多機能型事業所（就労継続支援B型、就労移行支援）としての受審でした。長年、就労支援を中心に支援を行ってきましたが、利用者が高齢化、重度化してきており、生活支援も必要とする場合が増えてきています。

今回、評価が低かった事項については、早急に改善を図って参りますが、利用者や保護者への情報提供及び職員の参画については、より一層の充実が必要だと感じました。

今後は、毎年度、自己評価を実施し、サービス向上委員会などで検討することにより、PDCAサイクルを定着させ、より良いサービスの提供に努めて参りたいと考えています。

(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	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	令和2年1月24日～2年3月31日
評価調査者番号	① 第07-026号
	② 第10-004号
	③ 第09-013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) 熊本こすもす園就労支援事業所	種別：多機能型事業所 (就労移行支援・就労継続支援B型)
代表者氏名：会 長 川村 隼秋 (管理者) 施設長 沼田 宗生	開設年月日： 平成20年4月1日
設置主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会 経営主体：社会福祉法人 熊本県手をつなぐ育成会	定員：就労移行支援 6名 就労継続支援B型 34名 (利用人数) 46名
所在地：〒869-0524 熊本県宇城市松橋町豊福1786	
連絡先電話番号： 0964-33-4551	FAX番号： 0964-33-4552
ホームページアドレス	http://kosumosuen.com/

(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B型事業	感謝祭（地域交流）、七夕、クリスマス会、餅つき、新年会、どんどや、豆まき、花見、レクリエーション活動（映画・ボーリング・地域交流）、宇城・上益城すまいるフェスタ、県外旅行
居室概要	居室以外の施設設備の概要
	作業室：210㎡ 食堂：45㎡ 男・女トイレ：20㎡ 男・女更衣室：24㎡ 多目的室：18㎡
職員の配置	

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
サービス管理責任者	1		社会福祉士	1	
生活支援員	5	1	保育士	1	
職業指導員	2		社会福祉主事	3	
就労支援員	1		ホームヘルパー2級	1	
目標工賃達成指導員	1				
合 計	10	1	合 計	6	

※ 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・すべての利用者に対して、個人の尊厳を重んじ、さまざまな社会参加とその人にふさわしい自立の実現に向けて支援を行います。

○基本方針

(1) 人権尊重

私たちは、利用者の尊厳を大切にし、権利を擁護します。

(2) 地域との共生

私たちは、地域に密着した施設として、利用者の生活を支援します。

(3) 専門的支援

私たちは、常に自己研さんに努め、質の高いサービスを提供します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

熊本こすもす園は、熊本県が昭和62年5月に定員50名の知的障害者入所授産施設として設置し、設置当初から熊本県より業務委託（平成18年度からは指定管理制度により受託）を受け、社会福祉法人熊本県手をつなぐ育成会が受託経営を行ってきました。現在は、平成22年4月に熊本県より施設の譲渡を受け、同法人による設置経営となっています。平成20年4月、障害者自立支援法に基づき、就労継続支援B型及び就労移行支援の多機能型事業所を開設し、現在は、就労継続支援B型定員34名、就労移行支援定員6名で運営しています。就労継続支援B型では、工賃向上に積極的に取り組んでおり、平成30年度は平均工賃月額で2万円を達成し、熊本県の平均を上回りました。また、就労移行支援では、訓練を受けながら工賃を支給しており、利用者数は少ないものの、利用された方は就労に繋がっています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年1月24日（契約日）～ 令和2年3月30日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成22年度）

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

○公正かつ透明性の高い適正な経営や運営のための取組が行われています。

決裁規程や経理規程によって、事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、適正な経営や運営が行われています。年に2回、理事よる内部経理監査が実施されており、適切なチェック体制が確立しています。その結果は、理事会や評議員会で報告・検討がなされており、経営改善や運営の適正性を確保するために継続的な取組が行われています。

○利用者や職員が地域の人々と交流をもち、良好な関係が築かれています。

毎年開催される「こすもす秋の大感謝祭」では、地域の多数の人々が参加され、子どもから高齢者まで楽しめるイベントとなっており、職員、利用者との地域交流が深められています。また、地域社会の一員としての社会的役割を果たすために、事業の中で活動している「こすもすはたらき隊」があります。地域の清掃・除草活動や農作業の手伝い、自動車ディーラーの洗車等、その活動内容は地域からよく認識されており、地域と事業所の相互交流の促進に役立っています。

○利用者のニーズに応じ、工賃向上に向けた積極的な取組が展開されています。

生産活動において、自主製品販売（指人形等）の創意工夫により販売ルートを拡大し、収益アップにつながっています。また、「こすもすはたらき隊」の活動を、地域と利用者のニーズに応じて拡大することにより、業務の受託等を行い、利用者の工賃向上に向けた積極的な取組が展開されています。

◆改善を求められる点

○組織として「期待する職員像」を明確にし、職員の育成への取組が求められます。

職員自己評価や施設長による個別面談によって、各職員の知識や経験に応じた育成を目指されていますが、「期待する職員像」が明確になっておらず、各職員の育成に向けた具体的な目標設定や目標管理が行われていませんでした。職員それぞれに目標を設定し、その目標を達成するために中間面接を行うなど、進捗状況や目標達成度の確認が適切に行われる取組が求められます。

○プライバシー保護に関する具体的な取組が求められます。

利用者を尊重した福祉サービスを提供するために、運営規程や利用者支援マニュアルの中に、利用者の人権擁護や虐待防止、身体拘束廃止に関する内容が明記されていましたが、プライバシー保護に関する規程やマニュアル等は確認できませんでした。プライバシーの保護は利用者尊重の基本であり、規程やマニュアルを整備し、研修会を開催するなど、具体的な取組が求められます。

○具体的な利用者支援マニュアルの整備が求められます。

長年にわたり事業展開されノウハウが蓄積されている一方、各サービスの標準的な実施マニュアルの整備が不十分で、具体性に欠ける内容も多くみられました。職員の違いによるサービスの水準や内容の差異をなくし、一定の水準や内容を保ち、その上で利用者の個別性に着目した対応を行うためにも、より具体的な利用者支援マニュアルの整備が求められます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R2.3.30)

前回、平成22年度は、知的障害者授産施設としての受審でしたが、今回は、障害福祉サービス事業による多機能型事業所（就労継続支援B型、就労移行支援）としての受審でした。長年、就労支援を中心に支援を行ってきましたが、利用者が高齢化、重度化してきており、生活支援も必要とする場合が増えてきています。

今回、評価が低かった事項については、早急に改善を図って参りますが、利用者や保護者への情報提供及び職員の参画については、より一層の充実が必要だと感じました。

今後は、毎年度、自己評価を実施し、サービス向上委員会などで検討することにより、PDCAサイクルを定着させ、より良いサービスの提供に努めて参りたいと考えています。

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	
	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
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 法人の理念である、「すべての利用者に対して、個人の尊厳を重んじ、さまざまな社会参加とその人にふさわしい自立の実現に向けて支援を行います」をもとに、「人権尊重」、「地域との共生」、「専門的支援」という3つの基本方針を明文化されており、その内容はパンフレットやホームページ等に記載し、施設内にも掲示されています。職員に対しては、毎月開催される全体会議の冒頭に全員で唱和し周知されています。しかしながら、利用者や家族への周知については、配慮も含めて不十分な状況でした。年に2回発行される広報誌への掲載や障がいのある利用者に対して分かりやすい文章表現や平仮名を用いるなど、周知方法に工夫や配慮が望まれます。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	a ・b・c
<p>〈コメント〉 法人で運営している事業所の現状や課題を把握するために、「熊本こすもす園事業報告書」や「熊本こすもす園の現状と課題」が毎年作成されており、「熊本こすもす園改善委員会」において現状の組織体制や設備の整備、職員体制や財務・運営状況等を分析し検討されています。</p>		
3	I-2-(1)-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>〈コメント〉 経営課題の把握や分析・検討は、法人役員や幹部職員が参加する「熊本こすもす園改善委員会」で行われており、その内容は職員全体会議で説明されています。しかしながら、職員自己評価では、「あまり理解できていない」という意見が複数上がっていました。伝達方法の見直しや全職員が周知できる体制を整え、職員の意見を聞くほか、職員同士の検討の場を組織的に設定することが望まれます。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 中・長期計画は5年毎に策定されており、その内容は、「運営の基本について」、「事業管理に関すること」、「組織運営及び人事管理に関すること」、「財務に関すること」、「施設整備について」という5つの項目に分け、経営課題や問題の解決・改善に向けた具体的な内容で明文化されています。しかしながら、職員自己評価では、「内容を十分に理解し</p>		

ておらず、周知できていない」という意見がみられましたので、職員会議やミーティング等の中で全職員に周知していくことが望まれます。		
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。	a・b・c
<p><コメント> 単年度事業計画については、「事業種別及び支援体制」、「障害福祉サービス事業」、「公益的事業」、「施設機能の充実、サービスの質向上」、「危機管理等」、「地域との連携等」という6つの項目に分け、中・長期計画の内容を反映した計画が毎年策定されています。しかしながら、単年度事業計画の達成に向けた実施状況の把握や評価について、不十分な状況でした。年度の途中や終了時など、計画内容に基づいた実施状況を定期的に分析し、より具体的な計画づくりが期待されます。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-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。	a・b・c
<p><コメント> 事業計画は施設長を中心に策定されており、課長が職員からの意見を取りまとめ、課長会議で原案となる計画が立てられています。しかしながら、職員自己評価では、「内容の把握ができておらず、理解は不十分」という意見が上がっていました。計画の性質や内容に応じては、幹部職員だけでなく、中堅職員や一般の職員も会議やミーティング等に参加するなど、職員全体で策定し周知する取組が望まれます。</p>		
7	I-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。	a・b・c
<p><コメント> 事業計画については、毎月開催される全体朝礼で利用者に説明されています。また、利用者の家族については、毎年開催される家族会や年間の行事予定等を配布し周知されています。しかしながら、その内容は行事やイベントの計画が中心であり、全体的な事業計画の説明はなされていませんでした。また、職員自己評価では「周知や理解という点では不十分」という意見がありました。利用者や家族に対して理解しやすい説明を行うために、共通の周知方法ではなく個別で説明するなど、障がいの特性に応じた工夫や配慮を行い、全体的な事業計画を周知する取組が求められます。</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
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	I-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。	a・b・c
<p><コメント> サービスの質の向上を図るため、法人の理念や基本方針を念頭に、職員自己評価を毎年実施されています。また、「第三者評価障がい者・児童福祉サービス判自己評価シート」を用いて自己評価し、評価結果をもとに施設長面談を実施し、全職員からの質の向上に向けた意見を積極的に取り入れています。しかしながら、利用者へのサービス提供内容による自己評価が中心となっており、組織全体としての評価にはなっていませんでした。平成22年度に福祉サービス第三者評価を受審されていますが、今回の評価結果をもとに、再度、課題となった内容を全職員で話し合い、質の向上に努める組織づくりへの取組が望まれます。</p>		
9	I-4-(1)-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
<p><コメント> 自己評価やセルフチェックリストの結果は、集計後、毎月開催される内部研修で評価や分析を行い、全職員に課題の共有化が図られていますが、その検討内容が具体的に記録された議事録等が確認できませんでした。今回の第三者評価受審をきっかけに、「熊本こすもす園改善委員会」や職員会議、研修会等の中で、評価結果の分析や取組むべき課題を明確に文書化した改善計画等を策定していくことが望まれます。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

II-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 施設長の役割や責任は、職員会議や研修会で表明されています。施設長の不在時は、総務課長や各課長にその内容や役割ごとに権限委任されています。しかしながら、施設長の役割や権限等が記載された職務分掌等は作成されておらず、具体的な内容の記載はありませんでした。職務分掌等に具体的な担当者や権限委任内容を明確に記載し、図式化するなど、緊急時や災害等、有事におけるスムーズな判断や対応できるよう全職員に周知できる体制づくりが必要です。</p>		
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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 施設長は、法令遵守を正しく理解するため、積極的に外部研修や地域の会議等に参加し、制度改正など常に新しい情報が得られるよう努力されています。また、その内容は、毎月開催される職員会議の中で報告し、全職員に周知されています。しかしながら、その内容は、利用者支援に関する法令が中心であり、虐待防止や権利擁護など特定の分野に限られたものでした。特定の分野だけに限らず、消費者保護関連法や労働・雇用、環境問題など多岐にわたっての理解や周知が望まれます。</p>		
II-1-(2) 施設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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 施設長は、福祉サービスの質の向上を図るために、職員との個別面談で意見交換や助言することで教育や育成に取り組まれています。また、利用者支援マニュアルを作成し、良質な福祉サービスが提供できるよう指導されています。しかしながら、サービスの質の向上のための委員会等の設置はなく、検討した内容を書面で確認することができませんでした。サービスの質に関する課題の把握や改善に向けた具体的な取組を、組織全体で明らかにしていく体制づくりが望まれます。</p>		
13	II-1-(2)-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・㉔・c
<p>〈コメント〉 施設長は、理念・基本方針の実現に向けて、理事会や課長会議等で人事、労務、財務等に関する分析や検討を行い、経営の改善や業務の実効性を高める取組が行われています。しかしながら、分析結果や検討内容を書面で確認することができず、組織全体に明らかになっていませんでした。施設長の自らの取組とともに、職員全体で効果的な運営を目指すような意識の形成が望まれます。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 人材の確保についてはハローワークへの掲載や職員の口コミを中心とした求人が行われています。質の高い福祉サービスを実現するために、有資格者については資格手当等を支給し、定年退職後の再雇用についても積極的に受入れていく取組が行われています。しかしながら、人材の確保や育成について具体的な計画は策定されておらず、職員自己評価でも「人材を育成する体制は組織的でなく不十分」、「人材をしっかり見極めてほしい」等の意見がみられました。理念・基本方針のもとに必要な有資格者の配置を行い、人材確保や育成のための具体的な計画の策定が求められます。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉔・c

<p>〈コメント〉 職員自己評価をもとに施設長が個別面談を実施し、職員の意見や考えを参考にしたうえで配置、異動、昇進・昇格等の人事管理が行われています。しかしながら、理念や基本方針にもとづいた「期待する職員像」は明確になっておらず、昇級や昇格についても年功序列的なシステムとなっており、人事管理に関わる基準が曖昧な状況でした。職員が将来像を描くことができ、モチベーションが上がるように、キャリアパスを含めた総合的な人事管理の整備が求められます。</p>		
<p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p>		
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り組んでいる。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 施設長は、毎年実施される職員との個別面談で、各職員の就業状況や意向について把握されています。有給休暇の取得率も高く、時間単位で取得できるよう配慮されており、働きやすい職場づくりに取り組まれています。しかしながら、日々の個別相談等に対しては十分な体制ができておらず、悩みなどを相談しやすい環境ではありませんでした。職員の心身の健康と安全を確保するために、セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止について、常に誰もが気軽に相談できる窓口の設置が望まれます。</p>		
<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。</p>		
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 職員自己評価を参考にして、施設長による個別面談を実施し現状が把握されており、各職員の知識や経験に応じた育成を目指されています。しかしながら、各職員の育成に向けた具体的な目標設定や目標管理が行われていませんでした。職員それぞれに目標を設定し、その目標を達成するために中間面接を行うなど、進捗状況や目標達成度の確認が適切に行われる取組が必要です。</p>		
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 職員研修に関する基本方針や研修計画は策定してあり、教育や施設内外での研修が実施されています。しかしながら、基本方針や計画は概略的内容であり、具体的な知識や技術の向上、専門資格の取得といった明確なものではなく、研修成果の評価や分析はなされていませんでした。組織として研修目的を明確にしたうえで、体系化された研修計画を策定し、研修成果の評価・分析を行い、その結果を踏まえて次の教育や研修計画に繋げていくことが望まれます。</p>		
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 熊本県社会福祉協議会や各協会主催による研修案内の中から、全職員が公平に参加できるよう施設長が選定し参加されています。施設長は、職員として初めに知っていて欲しいことを優先に考えた研修を選定し、参加後は、全職員に周知できるよう、職員会議内での発表や資料の回覧等で研修報告をされています。しかしながら、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが十分に行われていませんでした。職員の経験、適正、希望等に配慮し、職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育や研修に参加する機会を確保することが望まれます。</p>		
<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。</p>		
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。	a・ b ・c
<p>〈コメント〉 大学から実習受入れが行われており、実習担当の職員によって指導されています。しかしながら、実習受入れマニュアルや専門職種の特性に配慮したプログラムは整備されておらず、十分な受入れ体制が確立されていませんでした。各専門職における実習プログラムやマニュアルを整備し、効果的な教育や育成の取組が求められます。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。	㉑・b・c
<p><コメント> 運営の透明性を図るために、事業内容や財務状況については、ホームページに掲載し公表されています。また、苦情や相談内容については苦情解決規程が整備され、決められた手順に添って第三者委員会に報告し、理事会や職員会議等で全職員への周知を図っています。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント> 決裁規程や経理規程が策定しており、事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、適正な経営・運営が行われています。社会福祉法人審査基準等による外部監査は行われていませんが、年に2回、内部経理監査として理事によって財務等におけるチェックやアドバイスが行われ、その結果は理事会や評議員会で報告し、経営改善や運営の適正性を確保する取組がなされています。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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><コメント> 法人と地域の交流を広げるための大きなイベントとして、「こすもす秋の大感謝祭」が開催され、毎年、地域から約1,000名の来場があります。ステージでのイベントをはじめ、利用者が作成したグッズの物品販売や、他事業所からの出店やバザーなど、子どもから高齢者まで楽しめるイベントとなっており、職員、利用者との地域交流が深められています。また、地域社会の一員としての社会的役割を果たすために、就労支援事業の中で活動している「こすもすはたらき隊」が組織されています。地域の清掃・除草活動や農作業の手伝い、自動車ディーラーの洗車等、地域交流の中心となる活動が行われています。</p>		
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。	a・㉑・c
<p><コメント> 「こすもす秋の大感謝祭」等の行事では、大学や企業からのボランティアを受入れられています。しかしながら、ボランティア受入れに関する基本姿勢は明文化されておらず、マニュアル等の整備はなされていませんでした。また、職員自己評価では、「行事以外のボランティアを受入れる機会が少ない」という意見が上がっていました。地域との交流を図る意味からも受入れの工夫と、登録・申込手続、配置、職員や利用者等への事前説明を定めたマニュアルの作成が望まれます。</p>		
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><コメント> 年に4回開催される「宇城県域障がい者自立支援協議会」に課長や主任が参加し、その内容は職員会議や書類・資料の回覧等で情報の共有化が図られています。また、地域の障がい者相談支援事業所と連携したケース会議や宇城市主催で毎年開催される地元企業を中心とした連絡会に参加し、関係機関や団体との共通問題に対して、解決に向けた具体的な取組が行われています。</p>		
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。	a・㉑・c
<p><コメント> 地域生活支援拠点施設等事業の機能分担が、運営規程に定められています。また、災害時の福祉避難所や虐待防止センターとしての役割を担っており、地域の中学校や支援学校から福祉に関する講習依頼があった場合は、積極的に職員の派遣を行っています。しかしながら、法人や施設が主催する地域住民の生活に役立つ講習会や障がい者福祉を</p>		

理解するための研修会等は企画されておらず、住民が自由に参加できる多様な支援活動には至っていませんでした。地域ニーズに応じ、施設の専門性や特性を活かした地域住民のための講習会や研修会等を企画し、積極的に実施していくことが望まれます。		
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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 法人として、地域に必要な福祉ニーズの把握に努められた内容が、毎年発行される広報誌である「心とこころ」に記載されています。しかしながら、その内容は地域に根ざした、十分なニーズ把握には至っていませんでした。地域住民からの幅広い意見や要望を把握するためには、「こすもす秋の大感謝祭」等の地域交流のイベント時にアンケートを実施するなど、事業所が主体的になって情報収集することが望まれます。</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
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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 利用者を尊重した福祉サービスの提供については、法人理念や基本方針に明示されており、毎日の朝礼やケース会議等でも共通理解が図られています。しかしながら、利用者の具体的な対応方法が明記されておらず、職員自己評価でも「職員の意識にばらつきがある」という意見がありました。定期的に状況の把握や評価を行い、全職員が共通理解を持つための具体的な取組が望まれます。</p>		
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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 運営規程や利用者支援マニュアルの中に、利用者の人権擁護や虐待防止、身体拘束廃止、に関する内容が明記されており、職員研修等で周知されています。しかしながら、プライバシー保護に関する規程やマニュアルは確認できませんでした。プライバシーの保護は、利用者を尊重した福祉サービスの提供に必要な事項であり、規程やマニュアルを整備し研修会を開催するなど、具体的な取組が求められます。</p>		
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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 利用希望者に必要な情報を提供するためにホームページやパンフレットが作成されており、市役所や他の事業所に設置されています。そして、随時、見学や体験利用を受け付けており、利用者や家族等の意見や考えを尊重するため、施設見学や約7日間の体験利用を行った上で検討し、安心して利用できるよう取組まれています。また、他のサービス事業所等の情報提供を行い、それぞれの利用者に相応しい事業所の選択ができるよう配慮されています。しかしながら、利用者や家族等の説明に用いられる資料は、分かりにくい内容となっています。言葉遣いや写真・図・絵の使用などで、誰にでも分かりやすい内容の資料を作成し説明するなど、見学や体験利用と併用した情報提供が望まれます。</p>		
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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 サービスの利用開始や変更については、サービス管理責任者や課長が契約書や重要事項説明書の内容を説明し、利用者や家族に同意を得た上で利用につなげています。しかしながら、契約書や重要事項説明書は口頭での説明が中心となっており、障がいのある方にとって分かりにくい文章となっています。ふりがなの活用や写真、図、絵など、誰にでも分かるような資料を用いながら説明することが求められます。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 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・㉔・c
<p>〈コメント〉 他事業所への移行やサービス利用内容の変更を希望された場合は、必要な情報</p>		

<p>を提供されています。また、サービスの利用が終了した場合も最低6ヶ月間は担当職員が利用者・家族をフォローし、関係機関と必要に応じた連携が図られています。しかしながら、他の福祉施設や事業所等への引継ぎに関する申し送りの手順、利用者や家族の相談方法等は文書化されていませんでした。相談窓口を設置し、利用者・家族の同意のもとに引継ぎや申し送りの手順、文書の内容等を定めることが望まれます。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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。	a・㉔・c
<p><コメント> 利用者の会が月1回開催され、利用者の代表者や担当職員も参加し、懇談会が開かれています。その内容は記録され、職員間で回覧され、対応策を検討されるとのことですが、事業所として利用者満足を組織的に調査・把握し、サービスの質の向上に結び付けていく取組はなされていませんでした。今後は家族への聴取等も含め、組織全体で整備する取組が期待されます。</p>		
<p>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。</p>		
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。	a・㉔・c
<p><コメント> 苦情解決の体制は規程に基づき整備されていますが、担当者や日付が定期的に更新されていませんでした。苦情内容については、苦情解決の仕組みに応じて対応・改善策が検討されています。そして、一連の記録が適切に保管され、その内容については当事者である利用者、家族等へ伝えられています。しかしながら、苦情内容に関する結果等の公表については、プライバシーの観点から行われていませんでした。今後は福祉サービスの質の向上に向けた取組の一環として、適切に公表することが望まれます。</p>		
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。	a・㉔・c
<p><コメント> 利用者から相談等を受ける際には、周囲に気兼ねしないような場所で受けるように配慮されています。それ以外にも食堂や作業棟の休憩スペースに意見箱の設置がされています。しかしながら、意見箱の上に相談受付の方法や流れも掲示してありますが、文字も小さく利用者の理解を得にくい状態でした。イラスト等を活用して、利用者の理解を得やすいような工夫が望まれます。</p>		
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・㉔・c
<p><コメント> 苦情に関する対応については、「苦情対応マニュアル」が整備され、利用者にはそれぞれ担当職員を定め、意見を聴取しやすいように配慮されています。ただ、利用者からの意見・意見要望を受けた際の手順や、対応策の検討等定めたマニュアル等が未整備でした。事業所として苦情に限定せず、利用者からの意見要望・提案への積極的な姿勢が期待されます。</p>		
<p>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。</p>		
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。	㉔・b・c
<p><コメント> 危機管理委員会が編成され、防災・安全対策（防災訓練）、交通安全（園車の安全点検）、事故調査（ヒヤリハット検証）等のそれぞれの分野で担当者が決められ、職員の年度研修計画にも盛り込まれています。利用者の安全対策については、個別支援会議等で6ヶ月に一度の割合で評価・見直しがされています。さらに、不審者対応マニュアルも整備され、防犯カメラの設置等対策を講じてあります。大規模災害時には「宇城市災害時要援護者等の福祉避難所として民間社会福祉施設等を使用する事に関する協定書」も取り交わし、地域の防災拠点としての役割も期待されています。</p>		
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・㉔・c
<p><コメント> 組織内に「保健衛生・栄養管理委員会」を設置されており、職員の年度研修計画にも盛り込まれています。また、「感染症マニュアル」も整備してありますが、定期的な見直しがされていませんでした。また、職員自己評価では、「利用者への感染症の予防に対</p>		

する周知が不十分」という意見が上がっていました。利用者の状態に応じた周知方法等について、委員会等で協議・検討が望まれます。		
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。	a・㉑・c
<p><コメント> 消防計画が策定され、火災報知器が作動すると、関係機関等に自動で連絡が入るシステムがあり、年2回事業所全体での避難訓練が行われています。また、災害時の対応体制については規程に従い、利用者、職員の緊急連絡網等整備されています。そして、有事の際、利用者の安全を確保するため、送迎のルートの変更等、連絡を取り合って確認し、事業所営業の有無についても、宇城市の発令を基準に対応されています。今後は、地震・豪雨等に対して耐震診断、ハザードマップ等の検討を行う等の組織的な対応が望まれます。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	a・㉑・c
<p><コメント> 利用者支援マニュアルは策定されていますが、権利擁護等が中心の内容で、標準的な実施方法についての内容は一部記載のみとなっています。職員自己評価では、「利用者ニーズ等の把握が不十分」という意見も出ていました。職員の共通認識を得て、サービスの質の担保を図るためにも個別支援計画書策定の流れや手順を記載した事業所のサービス提供マニュアル作成等の検討が望まれます。</p>		
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。	a・㉑・c
<p><コメント> 6ヶ月毎に個別支援計画書の内容について、関係職員間で、新たな課題や変化について協議される会議が行われています。その検証に基づき、新プランの作成、説明同意のサイクルが実施されています。また、その会議録もあり、管理者等の確認が得られるような仕組みとなっています。ただ、職員自己評価では、「サービスの実施方法の検証・見直しの仕組みが確立していない」という意見も出ています。サービス実施の検証方法等、組織として可視化できる仕組みが望まれます。</p>		
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。	a・㉑・c
<p><コメント> サービス実施計画策定の責任者を定め、アセスメントを行い、関係職員から意見聴取し、必要な支援内容について個別支援計画書を6ヶ月毎に策定されています。その後、同意を得てケース会議で共有され、サービス提供が行われています。適切に実施されていますが、組織としてサービスの質を担保するためにも個別支援計画策定の流れや手順を記載したマニュアル等の整備が望まれます。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント> 6ヶ月毎に評価・見直しを基本として実施されています。実施状況の評価と実施計画の見直しに関しては、サービス管理責任者と担当職員間で評価し、その内容が記録されています。また、サービス実施期間の途中で内容等の見直しが必要な場合は、随時、サービス管理責任者を中心に会議を開催し、評価・見直しが行われています。その結果は、会議録やケース記録に記載されています。</p>		
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。	a・㉑・c
<p><コメント> 実施の記録は、組織が定めた統一した様式によって、利用者の状況が記載されています。また、記録類は担当職員、サービス管理責任者、施設長まで回覧される仕組みが整えられています。ただ、職員自己評価では、「職員間の情報共有・周知に関して組織的な管</p>		

理が不十分」という意見も上がっていました。今後は記録に関する管理体制整備に関して、職員が必要な情報を効率的かつ効果的に共有できる取組が期待されます。		
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。	a・ ⑥ ・c
<p><コメント> 個人情報の取り扱いについては運営規程に明記され、契約時に「個人情報使用同意書」にて説明し、同意を得てあります。保管場所も定めてあり、不適正な利用や漏えいに対する対策として、防犯カメラが設置してあります。しかしながら、事業所としての記録の保管場所や保管方法、扱い方法や責任者の設置、保存等の規程が未整備のため、早期の対応が望まれます。</p>		

評価対象Ⅳ

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)-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・ ⑥ ・c
<p><コメント> 法人の理念の中に個人の尊重が掲げられ、職員への浸透を図るために職員会議での周知や理念の唱和等が行われています。また、「拘束・虐待防止マニュアル」において職員の禁止事項として項目ごとに記載されています。また利用者の呼称については「〇〇さん」と名字で呼ぶように統一されています。ただ、職員自己評価では「個人によって異なる」「周知が不十分」という意見が出ています。より良い接遇が実践できる体系的な研修が期待されます。</p>		
	A-1-(1)-② 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・ ⑥ ・c
<p><コメント> 利用者とのコミュニケーション手段については、日常的な関りを通じて、意思の確認できるように絵カード、ゼスチャー、筆談等の多様な手段を用いています。また、必要な方にはサービス実施計画で具体的な支援内容と方法が記載されています。ただ、職員自己評価では、「職員によって対応が異なる」や「職員間での共通認識が不足している」という意見も上がっていますので、支援の統一化が図られるような検討が望まれます。</p>		
	A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。	① ・b・c
<p><コメント> 利用者の担当職員を定め、利用者の希望や意向を汲んで、個別計画を立案する仕組みが整えられています。また、利用者の会（月1回）も開催されています。その会の中で、利用者から会長・副会長を選任、施設長等も参加し意見交換が行われています。その内容については、議事録が作成され、回覧されています。その後、利用者の会での結果について、職員会議等で共有・検討され、対応が図られています。</p>		
	A-1-(1)-④ 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
<p><コメント> 利用者が自力で行えることは見守りの姿勢で、必要な時には迅速に対応する方針を基本とされています。その他、毎月のケース会議で支援の情報共有が図られ、介助の必要性など検討されています。日々の状態変化については、連絡帳による自宅での状態の確認、家族への確認や健康チェック等で検討・対応されています。</p>		
	A-1-(1)-⑤ 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・ ⑥ ・c
<p><コメント> 就労支援については、本人の希望・持つ能力が活かされるように工賃向上会議等で検討され、個別性に応じた支援プログラムが提供されています。生産活動の合間には、利用者に応じた学習・訓練プログラムが準備されています。また、社会生活力を高める意味合いも含め、月に2回程度の外出の機会が設けられています。例えば、温泉などを利用する際のマナーについて職員も一緒に入るなどの支援が行われています。今後は、さらに利用者自身が人権意識について学べる場の提供が望まれます。</p>		

A-2 日常生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 食事		
	A-2-(1)-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・㉔・c
<p>〈コメント〉 食事の提供は、外部業者に委託されています。利用者の身体状況等、家族からの嗜好の情報や医療情報を入手され禁忌食等把握し栄養士と情報交換し、個々人の嗜好も含めて対応されています。また、月に1から2回の選択メニューも取り入れてあります。しかしながら、食事支援等のマニュアルは未整備でした。利用者の高齢化も進んでいくことから、誤嚥等の事故のリスクも含めた対応が望まれます。</p>		
	A-2-(1)-② 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。	a・㉔・c
<p>〈コメント〉 利用者への嗜好調査は、年1回程度実施し、給食委員会は併設の入所施設と合同で開催され、外部委託業者も参加し要望など伝えられ、その内容を献立に反映されています。食堂の隣室が調理室のため、適温の食事が提供されています。利用者アンケートでは、「おいしい」という意見が多数上がっていました。一方、献立表の掲示はされていますが、利用者の視界に入る位置ではなく、字も小さく確認が難しい状況でした。利用者が興味をもって食事ができるような工夫が望まれます。</p>		
	A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	㉕・b・c
<p>〈コメント〉 食事時間は12時から13時の間に設定してあります。席は基本自由となっております。配膳・下膳は利用者で行い、ご飯は盛り量を調整できるようになっています。身体的な理由で1テーブルは配席が決まっております。配膳・下膳がしやすいように配慮がなされています。また、食堂内の除菌にも対応できる空気清浄機も設置され、清潔な環境づくりに配慮されています。</p>		
A-2-(2) 入浴		
	A-2-(2)-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
〈コメント〉		
	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a・b・c
〈コメント〉		
	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a・c
〈コメント〉		
A-2-(3) 排泄		
	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a・㉖
<p>〈コメント〉 常時介助が必要な利用者はいませんが、排泄物により衣類汚染などが起きた場合はシャワーなどで対応し、衣類は洗浄したのち家族へ返却されるなど配慮されています。介助する場合は同性介助を基本にされているということですが、排泄介助のマニュアルは未整備となっています。今後、質の向上を図るために、プライバシー保護を考慮した支援方法など定めた具体的なマニュアルの作成が求められます。</p>		
	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a・㉖
<p>〈コメント〉 清掃は担当者を決め、毎日実施されて臭気はありませんでした。多目的トイレも施設内に2ヶ所あり、コール対応も可能となっています。しかしながら、作業所内のトイレ内に衛生用品等を入れる大型のポリバケツにゴミ袋をセットしてあるものの、蓋は外してありオープン状態となっており、感染管理等の面で対策が求められます。また、高齢や持病をお持ちの利用者もおられるため、ヒートショック対策も含め、冷暖房設備の設置の検討が望まれます。</p>		

A-2-(4) 健康管理		
	A-2-(4)-① 日常の健康管理は適切である。	㉠・c
<p>〈コメント〉 利用者は作業前に検温・血圧測定を行い、記録をする仕組みができています。そして、職員が確認し、体調不良が疑われる場合は健康管理マニュアルに従い、家族に連絡し、かかりつけ医への受診ができる様な体制が整えられています。また、休憩は昼食時間以外にも午前・午後、休憩時間が設けられています。その他、好きな音楽を聴いて作業に取組める等、利用者の情緒面での安定についての取組も図られています。</p>		
	A-2-(4)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 急変時の対応方法についてはマニュアルが整備されています。地域内に協力医療機関が確保されており、緊急時対応ができる体制が整えられています。また家族等対応できない場合には、職員が受診に同行する等臨機応変に対応されています。日頃より利用者の連絡帳に職員、家族、グループホーム世話人等で健康観察の記録が記載され、受診の際にも適切な医療が受けられるよう、日常的な連携が図られています。</p>		
	A-2-(4)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a・㉡
<p>〈コメント〉 利用者の内服薬管理は、その日の担当職員を定め、配薬・内服確認までの一連の対応が定められています。ただ、預かった薬の保管場所は、作業場のスペースに設けられた職員コーナーの壁に貼付された袋に入れて、オープンな状態で保管されていました。保管場所として適切とは言えないため、安全性が担保できる、保管場所の検討が望まれます。</p>		
A-2-(5) 余暇・レクリエーション		
	A-2-(5)-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。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 利用者の希望を基本として、月2回、主に土曜日に余暇活動が行われています。希望は「ショッピング」「外食」「カラオケ」等が多く、地元の社会資源を活用する方向で計画・実施されています。また、法人開催の「こすもす秋の大感謝祭」(来場者約1,000名)では通所の利用者・家族も企画の段階から実行委員として関り、バザー店を担当するなど、地域の方々との交流の機会も得られています。</p>		
A-2-(6) 外出		
	A-2-(6)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 利用者の会等を通じて、意見等聴取され、参加は強制ではなく、利用者自身の希望に基づき調整されています。実施頻度は月2回程度、可能な限り地元の社会資源を利用する方向で計画・実施されています。その際には必ず職員が下見を行い、安全性を確保した上で外出援助体制が整備されています。利用者も様々な地域から通っており、なかなか全地域のイベントなどの情報は入手しづらい状況ですが、宇城地区等のイベント情報は利用者へ提供されています。</p>		
A-2-(7) 所持金・預かり金の管理等		
	A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 事業所としては「自己管理」の意識を持ってもらうために、所持金の極端な制限は行っていない現状です。中には能力的に難しい利用者もおり、その利用者の分は職員で預かり、休憩中に自販機で飲料水購入の際にその都度渡すようにされ、自律性を妨げないような支援がなされています。また、鍵付きのロッカーも準備しており、希望者には使用できるようになっています。</p>		
A-2-(8) 社会適応訓練等		
	A-2-(8)-① 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。	㉠・b・c

〈コメント〉 利用者の心身の状況の把握のために連絡帳等の活用や、家族等からの相談にはサービス管理責任者を中心に対応され、担当職員と情報を共有し、社会適応訓練等の内容の検討が図られています。就労支援プログラムの中にも利用者の能力や希望に応じた生活訓練・学習等準備されています。また、園外では、飲食店利用や商業施設での買い物学習等の機会の提供が実施され、状況の記録もされています。

A-3 施設・設備

		第三者評価結果
A-3-(1) 施設・設備		
	A-3-(1)-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
<p>〈コメント〉 建築後 32 年を経過し老朽化しており、あらゆる人や状況に対応できるような設備の状態ではないため、大規模改修が計画されています。一部のトイレ等は既に改修が済み、利用しやすい環境になっています。ただ、建物の中の案内表示はあるものの目につきにくく、来所者にとっては分かりにくい環境となっています。また、利用者の特性から剥がしたりされるといことですが、必要な掲示物等が不足し、生活感に欠ける印象でした。今後、組織全体で、利用者や来所者が利用しやすいものになるような取組が期待されます。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象 I ~ III)	6	39	0
内容評価基準 (評価対象 A)	9	6	3
合 計	15	45	3