

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：済生会かがやき (施設名)	種別：多機能型事業所（就労移行支援事業、就労継続支援事業A型及びB型）等
代表者氏名：支部長：副島 秀久 (管理者) 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 経営主体：済生会熊本福祉センター	定員：40名 (利用人数) (40名)
所在地：〒861-4127 熊本県熊本市南区内田町3560-1	
連絡先電話番号： 096 223 3255	FAX番号： 096 223 3429
ホームページアドレス	http://sk-fukushi.jp/work/kagayaki.html

(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A型及びB型、就労定着支援事業	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、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、済生会熊本福祉センター講演会、就労体験会、健康フェスタ
居室概要	居室以外の施設設備の概要
該当なし	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>○当該法人は総合的な医療・福祉サービスの提供を行っています。その中で「済生会かがやき」では、就労移行支援事業及び就労継続支援A型・B型事業を運営しているが、済生会熊本病院の管理棟などの室内や駐車場などの清掃業務、同病院敷地内の植栽・灌水などの業務、同病院内におけるパンの製造・販売・カフェでの接客、弁当や飲料の販売業務を行うなどの各種の安定した事業を受注しており、利用者の高い給料や工賃に繋がっています。また、就労移行事業は一般事業所への就職やその定着率が高いことからその実績が評価されています。</p>

3 評価結果総評

<p>特に評価の高い点</p> <p>法人の理念・基本方針の周知が徹底しています。ホームページや施設の各階の掲示板、廊下の壁、会議室等多くの場所に掲示されており、さらに法人及び施設の広報紙、パンフレット等にも掲載され周知されています。職員には、職員会議や研修会等で確認するとともに、理念・基本方針・支援方針を記載したカードを名札とともに携行させ更なる周知が図られ、利用者や家族に対しては、年4回発行の広報紙「済生会熊本福祉センター通信」や毎月発行の「施設だより」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> <p>管理者の責任とリーダーシップが発揮されています。職員会議や研修会、入職時オリエンテーション等において、管理者訓話の実施や研修会での講師、また広報紙等での管理者挨拶などで常</p>

にトップメッセージを発信し、自らの役割や責任について明確にしています。

人事考課制度が確立されています。済生会熊本福祉センターの人事考課制度体制が整備され、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。また、キャリアパス制度に基づく昇級・昇格試験制度や、キャリアアップ・スキルアップのための資格取得に関する報奨金制度も設けられています。

○職員の就業状況を把握し働きやすい職場づくりに取り組んでいます。職員の就業状況等の把握については、自己申告書兼目標管理表や管理者による定期的（年2回）な自己評価面接等が行われ、また、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われています。職員の年次有給休暇の取得開始時期の短縮や職員の悩み相談窓口を設置し、産業医の面談、通常健康診断に加え節目診断も導入され、メンタルヘルスへの取り組みも実施されています。

○様々なマニュアルが策定されています。これはサービスの標準化が図られ、エビデンスに基づき、誰もが同じ手順での支援ができることになり、安全、安心なサービスの提供と職員の質の向上につながっています。

○利用者のストレスに着目し、各利用者の良いところを示した「キラキラポイント」の導入は利用者の自己肯定感を育み、自信を持って作業に取り組むエンパワメント支援になっています。毎日開けるロッカーの扉に貼ることでインパクトがあり、当事者のみならず他の利用者の目にもとまり、互いの理解に繋がり、円滑な人間関係の構築が期待できます。

○リスクマネジメントの取組として、送迎車を運転する職員に毎朝アルコール検知器によるチェックを行い体調管理とともに記録を残し事故防止対策を講じていること、また、全送迎車にドライブレコーダーを取り付け安全運転の意識づけをしていることは評価できます。インシデント、アクシデントレポートの報告が施設や法人のみならず、第三者委員まで報告され共有されていることも組織的な取組として評価できます。

改善を求められる点

大学等からの実習生の受け入れについては、受け入れマニュアルが整備され、具体的な手順や窓口担当者も明確にされていますが、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。

○利用者が相談や意見を述べやすい環境の整備について、自治会やアンケート調査、各現場に苦情受付BOXの設置等工夫は見られますが、ただ、個室の相談室がありません。これまでは更衣室と朝礼を行う部屋兼休憩室という多目的室での相談だったため、人に聞かれたくない、知られたくない相談もあったと思われますので、早急な個室の相談室の設置が望まれます。

○内田施設には1階入り口にスロープが設置され、手摺りもありバリアフリーとなっていますし、多目的トイレも設置され車いすの人も利用可能になっています。しかし、就労移行支援事業所の在る2階に行くのは、階段のみで車椅子の人は利用できない状況です。身体障害の人も利用できるような合理的配慮が望まれます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(令2.1.24) 福祉サービス第三者評価は前回受審後、福祉センター全体にフィードバックし、課題を事業計画に取り上げて、PDCAを回しながら質向上を図ってきました。また、熊本病院で行なわれている3年おきのJCI（国際的医療機能評価機関）受審も受諾側としての評価が求められており、マニュアルの充実を図っています。当事業所においても就労体験会や家族参加型の行事など外部の視点を取り

入れた企画を行なっています。日頃から質向上や環境整備を行なってきたことが見える化に繋がり、知らず知らずのうちに利用者さんも含めて質に対する意識が醸成されてきていることを実感しています。今回は利用者さんや職員の事前のアンケート調査結果においてもサービスの提供への齟齬が少ない点が利用者視点をアピールできたことと考えます。今後も職員、利用者さん・御家族、関係機関等との信頼関係の構築を大切に、それぞれのニーズ把握に努め、評価して頂いた点も更に確立していき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	令和元年10月28日～ 令和2年 月 日
評価調査者番号	第08-021
	第08-018
	第18-009

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：済生会かがやき (施設名)	種別：多機能型事業所（就労移行支援事業、就労継続支援事業A型及びB型）等
代表者氏名：支部長：副島 秀久 (管理者) 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 経営主体：済生会熊本福祉センター	定員： 40名 (利用人数) (40名)
所在地：〒861-4127 熊本県熊本市南区内田町3560-1	
連絡先電話番号： 096 223 3255	FAX番号： 096 223 3429
ホームページアドレス	http://sk-fukushi.jp/work/kagayaki.html

(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A型及びB型、 就労定着支援事業	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、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、済生会熊本福祉センター講演会、 就労体験会、健康フェスタ
居室概要	居室以外の施設設備の概要
該当なし	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	1		社会福祉主事	8	
サービス管理責任者	1		知的障害援助専門員	5	
支援員	1	1	看護師	1	
作業指導員	4	1	保育士	2	

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	
			介護支援専門員	1	
合 計	2 0	1 1	合 計	2 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

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
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現します。

3 施設・事業所の特徴的な取組

○当該法人は総合的な医療・福祉サービスの提供を行っています。その中で「済生会かがやき」では、就労移行支援事業及び就労継続支援A型・B型事業を運営しているが、済生会熊本病院の管理棟などの室内や駐車場などの清掃業務、同病院敷地内の植栽・灌水などの業務、同病院内におけるパンの製造・販売・カフェでの接客、弁当や飲料の販売業務を行うなどの各種の安定した事業を受注しており、利用者の高い給料や工賃に繋がっています。また、就労移行事業は一般事業所への就職やその定着率が高いことからその実績が評価されています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年10月28日(契約日) ~ 令和2年1月24日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	2回(平成28年度)

5 評価結果総評

特に評価の高い点

法人の理念・基本方針の周知が徹底しています。ホームページや施設の各階の掲示板、廊下の壁、会議室等多くの場所に掲示されており、さらに法人及び施設の広報紙、パンフレット等にも掲載され周知されています。職員には、職員会議や研修会等で確認するとともに、理念・基本方針・支援方針を記載したカードを名札とともに携行させ更なる周知が図られ、利用者や家族に対しては、年4回発行の広報紙「済生会熊本福祉センター通信」や毎月発行の「施設だより」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。

管理者の責任とリーダーシップが発揮されています。職員会議や研修会、入職時オリエンテーション等において、管理者訓話の実施や研修会での講師、また広報紙等での管理者挨拶などで常にトップメッセージを発信し、自らの役割や責任について明確にしています。

人事考課制度が確立されています。済生会熊本福祉センターの人事考課制度体制が整備され、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。また、キャリアパス制度に基づく昇級・昇格試験制度や、キャリアアップ・スキルアップのための資格取得に関する報奨金制度も設けられています。

○職員の就業状況を把握し働きやすい職場づくりに取り組んでいます。職員の就業状況等の把握については、自己申告書兼目標管理表や管理者による定期的(年2回)な自己評価面接等が行われ、また、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われています。職員の年次有給休暇の取得開始時期の短縮や職員の悩み相談窓口を設置し、産業医の面談、通常健康診断に加え節目

診断も導入され、メンタルヘルスへの取組みも実施されています。

○様々なマニュアルが策定されています。これはサービスの標準化が図られ、エビデンスに基づき、誰もが同じ手順での支援ができることになり、安全、安心なサービスの提供と職員の質の向上につながっています。

○利用者のストレングスに着目し、各利用者の良いところを示した「キラキラポイント」の導入は利用者の自己肯定感を育み、自信を持って作業に取り組むエンパワメント支援になっています。毎日開けるロッカーの扉に貼ることでインパクトがあり、当事者のみならず他の利用者の目にもとまり、互いの理解に繋がり、円滑な人間関係の構築が期待できます。

○リスクマネジメントの取組として、送迎車を運転する職員に毎朝アルコール検知器によるチェックを行い体調管理とともに記録を残し事故防止対策を講じていること、また、全送迎車にドライブレコーダーを取り付け安全運転の意識づけをしていることは評価できます。インシデント、アクシデントレポートの報告が施設や法人のみならず、第三者委員まで報告され共有されていることも組織的な取組として評価できます。

改善を求められる点

大学等からの実習生の受入れについては、受け入れマニュアルが整備され、具体的な手順や窓口担当者も明確にされていますが、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。

○利用者が相談や意見を述べやすい環境の整備について、自治会やアンケート調査、各現場に苦情受付BOXの設置等工夫は見られますが、ただ、個室の相談室がありません。これまでは更衣室と朝礼を行う部屋兼休憩室という多目的室での相談だったため、人に聞かれたくない、知られたくない相談もあったと思われますので、早急な個室の相談室の設置が望まれます。

○内田施設には1階入り口にスロープが設置され、手摺りもありバリアフリーとなっていますし、多目的トイレも設置され車いすの人も利用可能になっています。しかし、就労移行支援事業所の在る2階に行くのは、階段のみで車椅子の人は利用できない状況です。身体障害の人も利用できるような合理的配慮が望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

福祉サービス第3者評価は前回受審後、福祉センター全体にフィードバックし、課題を事業計画に取り上げて、PDCAを回しながら質向上を図ってきました。また、熊本病院で行なわれている3年おきのJCI（国際的医療機能評価機関）受審も受諾側としての評価が求められており、マニュアルの充実を図っています。当事業所においても就労体験会や家族参加型の行事など外部の視点を取り入れた企画を行なっています。日頃から質向上や環境整備を行なってきたことが見える化に繋がり、知らず知らずのうちに利用者さんも含めて質に対する意識が醸成されてきていることを実感しています。今回は利用者さんや職員の事前のアンケート調査結果においてもサービスの提供への齟齬が少ない点が利用者視点をアピールできたことと考えます。今後も職員、利用者さん・御家族、関係機関等との信頼関係の構築を大切に、それぞれのニーズ把握に努め、評価して頂いた点も更に確立していき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 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><コメント> 法人の理念や基本方針は、ホームページや各事業所の作業室、各階の掲示板、廊下の壁、会議室等多くの場所に掲示されており、さらに法人及び施設のパンフレット、広報紙等にも掲載され周知されています。職員については、入所時オリエンテーション、ステップアップ研修やかがやき会議等で確認するとともに、理念・基本方針・支援方針を記載したカードを名札とともに携行させ周知が図られています。利用者や家族に対しては、毎月発行の「かがやき便り」等への掲載や家族会の事業報告等の説明にあわせ周知を図っています。なお、「かがやき便り」等には分かり易いようにルビをふった資料を使用しています。</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><コメント> 事業経営を取り巻く環境等の把握については、市障害者福祉計画で潜在的な利用者数やニーズ等を把握し、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><コメント> 経営課題について、チェック項目等を定めた済生会かがやき年度事業計画(進捗管理表)を策定し、同計画書に基づき、四半期ごとに、その実施状況の進捗報告を行い課題の見直しが行われています。また、利用者の推移や利用率、経営状況については、管理運営会議等で分析され対策が検討され、その結果が職員会議、かがやき会議で報告が行われるようになっており、事業収入等の向上のための具体的な取組が行われています。</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・b・c
<p><コメント> 法人において第2期中期事業計画(2018~2022年度の5年間)が策定され、その中で経営の健全化・人材の充実・施設整備・サービスの質の向上・社会的責任の活動の推進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><コメント> 法人の第2期中期事業計画(5年間)に基づき、前年度計画の評価及び社会や</p>		

福祉分野のSWOT分析が実施され、済生会熊本福祉センター事業計画が策定され、それを踏まえ「済生会かがやき事業計画」が策定されています。さらに「済生会かがやき事業計画進捗管理表」を策定し、事業計画で定めた達成すべき数値目標等について、四半期毎にその実施状況の評価を行っています。		
- 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。	a・b・c
<コメント> 事業計画は毎年職員の意見を集約し、運営会議で検討され策定されています。その実施状況の把握や評価見直しについては、PDCAサイクルに基づき、毎月の進捗管理表で事業実績や課題が明らかにされています。また定期的に開催される管理運営会議等で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。		
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
<コメント> 利用者等への周知については、毎日の終礼や休憩室への掲示、広報紙「すまいるん」「かがやき便り」、自治会総会（2カ月毎開催）、家族会等でも周知しています。「かがやき便り」では、簡潔にまとめられ利用者の理解が得やすいようにルビをふるなどの配慮が伺えます。		

- 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。	a・b・c
<コメント> 法人では全事業所毎で3年毎に県の福祉サービス第三者評価を受審しています。また、毎年、県の示す第三者評価基準に基づき、職員による自己評価を実施し、その結果はホームページにも掲載されるとともに職員間で共有され、職員会議において課題を分析し、改善策が取りまとめられています。		
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
<コメント> 自己評価で得られた課題については、職員（サービス向上委員会）により改善策が作られ、「済生会かがやき事業計画進捗管理表」に課題としてあげられ、その改善状況の評価が行われるとともに、次年度事業計画にも反映され、PDCAサイクルに基づき実施されています。		

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。	a・b・c
<コメント> 毎月の職員会議や研修会、入職時オリエンテーション等において、管理者訓話の実施や研修会での講師、また広報紙等での管理者挨拶などで常にトップメッセージを発信し自らの役割や責任について明確にしています。また、運営規程や業務分担表においても管理者の職務を明確にしています。		
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
<コメント> 管理者自ら、法人本部や福祉協会の実施するコンプライアンス関連研修会に参加し幅広い分野での法令順守に努めています。職員については、管理者研修の復命研修、年2回のコンプライアンス・アンケートを実施したり、かがやき会議で年3回コンプライアンス研修を実施し遵法精神の醸成に努めています。		

- 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><コメント> 管理者は、リーダーシップを発揮しサービスの質の向上について、四半期毎にかがやき事業計画の進捗状況を確認し管理しており、管理者として積極的に取組んでいます。また、利用者満足度調査やかがやき便りへの家族コメントの掲載など幅広い取組みを実施したり、サービス向上部会等の活動によりサービスの質の向上に取り組んでいます。</p>		
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
<p><コメント> 施設経営や業務の効率化・改善については、済生会熊本福祉センター全体での管理運営会議（週1回）が行われ、人事管理・労務管理・財務管理等の検証が行われています。管理運営会議のもとに運営検討会・主任会議・職員会議、各委員会などの組織体制が構築されていますが、管理者はそれらの活動に中心的に関与しています。</p>		

- 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
<p><コメント> 済生会熊本福祉センターにおいて全体的な人材確保・育成についての人材育成方針が策定されており、済生会かがやき事業計画においてもその方針が策定され、年間研修計画の実施や資格取得が実践され、「事業計画かがやき（進捗管理表）」においてその評価も実施されています。</p>		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 済生会熊本福祉センターの人事考課制度体制が整備され、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。また、キャリアパス制度に基づく昇級・昇格試験制度や、キャリアアップ・スキルアップのための資格取得に関する報奨金制度も設けられています。なお、法人としての「倫理綱領」及び「職員行動規範」が策定され、期待する職員像が明確にされています。</p>		
- 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 職員の就業状況等の把握については、自己申告書兼目標管理表や管理者による定期的（年2回）な自己評価面接等が行われ、また、職員からの意見に対しては速やかな対応・改善が行われています。職員の年次有給休暇の取得開始時期の短縮や職員の悩み相談窓口を設置し産業医の面談、通常健康診断に加え節目診断も導入され、メンタルヘルスへの取組みも実施されています。職員の自己評価では「年休が取りやすい雰囲気であり、年休消化しやすい」等の意見が出ています。</p>		
- 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
<p><コメント> 自己申告書兼目標管理表による職員個々の目標が設定され、それについての管理者による年2回の定期的な自己評価面接が行われ職員一人ひとりの目標管理をする仕組みが構築されています。</p>		
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
<p><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、法人の中期事業計画や福祉センターの事業計画及び済生会かがやき事業計画に明示されています。教育・研修の実施については、研修委員会による年6回の研修会とプレインスター（社会保険労務士事務所）による年2回の階層別研修会を始め、施設内外で多くの研修が計画的に実施されています。</p>		

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
<p><コメント> 研修委員会で年間・月別計画表が作られ、それを含めた個別の教育・研修計画が策定されています。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」が策定されているとともに、専門資格取得については、「職員資格一覧表」が策定され職員の資格取得への助言等が行われています。なお、専門資格の取得についての経費補助制度も整備されています。</p>		
- 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
<p><コメント> 大学等からの実習生の受入れについては、受け入れマニュアルが整備され、具体的な手順や窓口担当者も明確にされています。しかしながら、現在は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。なお、地域の中学生や支援学校の見学実習等については積極的に受け入れています。</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。	a・b・c
<p><コメント> 法人の理念や基本方針は、ホームページや各事業所の作業室、各階の掲示板、廊下の壁、会議室等多くの場所に掲示されており、さらに法人及び施設のパンフレット、広報紙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多くの情報が公開されています。また、済生会熊本福祉センター年報も策定され、約 600 の関係先へ配布されています。</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・b・c
<p><コメント> 社会福祉法人審査基準等による外部監査は責任監査法人トーマツにより全国の済生会の施設を対象に実施されています。また、内部監査においては、本部法人による監査、及び支部監事である公認会計士 1 名、税理士 2 名により業務及び会計について、詳細なチェックリスト等による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。</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。	a・b・c
<p><コメント> 法人の基本方針の一つに「専門性と施設の機能を活かし地域社会に貢献します」とされ、地域貢献についての明文化がされています。また、法人の中期事業計画や事業計画及び済生会かがやきの事業計画等にも明示されています。地域との交流については、地域連携マップが作成され、休憩室に写真入りで分かり易く表示されています。施設での内田夏祭りや地域主催のドンドヤには利用者ととも地域住民も参加されています。また、利用者は地域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。</p>		
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
<p><コメント> 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、窓口担当も決め地域との連係に努めており、事業計画にもボランティアの受入と地域貢献について明示されています。また、地域の学校の生徒も受入れており、特別支援学校の実習生の受入れについては受け入れマニュアルを整備し、短期入所を活用するなど積極的な受入れが行われています。</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。	a・b・c
<コメント> 関係機関との連携については、済生会地域連携マップが策定され関係機関との連携が図られています。このマップは事業所に掲示され、かがやき職員会議等での周知がなされ、必要時に活用されています。また、区の自立支援協議会や就労部会等で地域の問題についての協議も行われています。		
- 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> 各支援学校や相談事業所からの体験入所の受入れや地元中学のナイストライ事業所としての利用受入れ、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。また、災害時の福祉避難所にも指定されています。なお、地域住民等を対象に外部講師による講演会の開催、事業所の活動状況等を記した広報紙を事業所界隈の市役所支所やガソリンスタンドなどに配布し、事業所の機能等について地域への周知を図っています。		
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
<コメント> 地域の福祉ニーズについては、第三者委員会報告会、夏祭り参加者や就労体験会への参加者からのアンケート等により把握され事業内容に反映されています。また、法人では障害児の療育、保育、障害児・者の相談支援事業等を展開し、地域の幅広い福祉ニーズに対応しています。なお、熊本 D-CAT や済生会 DCAT に登録し、日本財団夢の貯金箱事業への協力等の社会貢献的な活動も行われています。		

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
<コメント> 首掛け氏名カードの裏に基本方針や支援方針が明示され、職員は毎日確認し実践できる仕組みができています。また、事業所内の掲示やパンフレット、かがやき便りなどにも掲載され周知が図られています。更に職員会議での確認や、内部研修、パート職員へのステップアップ研修や年3回の人権セルフチェックでの振り返り等、利用者尊重の共通の理解が図られています。特に、利用者のストレングスに着目した「キラキラポイント」を個別にロッカーの扉に貼り、自己肯定感を図る利用者尊重の取組みは評価できます。		
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
<コメント> 細かなフロー図や展開図を用いたプライバシー保護規定が設けられ、権利擁護マニュアルや虐待防止マニュアルも整備され周知が図られています。職員には定期的に入権セルフチェックやコンプライアンスアンケートが実施され、プライバシー保護の意識づけとともに、研修などにより状況の把握や必要な対応について周知を図り権利擁護に配慮したサービス提供が実践されています。取組み状況は家族にも「かがやき便り」等で周知しています。		
- 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
<コメント> ホームページやパンフレット、すまいるん広報などに掲載し情報提供を行っています。パンフレットは事業所独自のパンフレットを作成し、写真や図を用いて誰もがわかりやすく自己決定できるような情報提供になっています。相談所訪問時や支援学校などの説明会や施設協会など広く配布し、周知を図っています。利用希望者には体験実習や職場見学		

を実施するなど、積極的な取組が行われています。		
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
<コメント> サービスの開始・変更時は事業所の契約書や重要事項説明書などにルビをふり、イラストや写真、フローチャート図などを入れて利用者や家族が視覚的に分かりやすく、理解できるような工夫がなされ、多様な資料が揃えられています。それをもとに利用者や家族に十分な説明を行い同意を得ておられます。		
32	- 1 - (2) - 福祉施設・事業所の変更や家庭への変更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
<コメント> 変更希望に対して、利用者、家族の希望や年齢、体調面での変更の際は、相談支援専門員、サービス管理責任者が関係機関と連携して次の事業所の情報提供を行い、変更先の見学や体験などを行った後、自己決定により選択してもらうというマニュアルに基づく支援が行われています。納得と同意を得たうえで移行先の施設へ「引継書」を提供し、継続性に配慮した対応が行われています。家庭への移行も在宅でのサービス利用がスムーズに継続できるように「情報提供書」を作成し終了後の支援ができることが明記されています		
- 1 - (3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	- 1 - (3) - 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ b ・ c
<コメント> 年1回(10月)法人全体のサービス向上委員会によるアンケート調査が実施され、分析・検討された結果がコメントを付けてフィードバックされ、改善策を検討するシステムが作られています。分析結果はグラフ化し前年度と比較し、広報誌やかがやきだよりで周知が図られています。かがやきでも年1回利用者満足度調査を行い利用者の自治会を2か月に1度開催、嗜好調査や給食会議を開き意見を取り入れる仕組みが整えられています。		
- 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。	a ・ b ・ c
<コメント> 苦情解決マニュアルが策定されています。苦情受付・解決担当者と役割りが明示され、第三者委員の選定もあり、休憩室や廊下に電話番号と共に掲示されています。苦情箱も入れ易いところに設置され配慮が伺えます。仕組みは入所時の重要事項説明書にも明記され、利用者や家族への説明で周知が図られています。苦情内容や結果は記録され、ホームページでの公表や、「かがやき便り」に掲載されて家族にも周知され機能しています。		
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
<コメント> 利用者運営の自治会やアンケート調査を通じて利用者の声を聴きとる仕組み作りはできています。また、各現場に苦情受付BOXが設置され相談カードと筆記用具が準備してあり、入れやすい(意見が述べやすい)環境となっています。ただ、個室の相談室が無くこれまではカーテンで仕切る更衣室と朝礼を行う部屋兼休憩室という多目的室での相談だったため、個室の相談室の設置が望まれます。このことは職員の自己評価でも挙げられており、人に聞かれたくない相談もあると思われるため、早急な対応が望まれます		
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
<コメント> 相談対応マニュアルが策定されています。利用者からの相談は、相談カードに記入されたものを、かがやき会議で報告し、早急な対応が必要なものは会議で検討されています。苦情受付BOXは苦情受付担当者が定期的に関き、迅速かつ丁寧に対応し、月ごとに保管しています。なお、対応マニュアルの定期的な見直しも行われています。苦情や相談などは職員会議で共有され、ステップアップ研修でも取り上げ発表し、対応策を練るなど職員一丸となって解決に向け取組んでいることは評価できます。		
- 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。	a ・ b ・ c
<コメント> 法人の事故発生時対応マニュアルを踏襲し、かがやきではリスクマネジメント		

<p>責任者にサービス管理責任者を選任・配置し、利用者の健康管理票や服薬管理票、緊急連絡先等を綴じた個人ファイルを現場で管理、救急蘇生法の研修受講等緊急対応の体制が図られています。インシデント、アクシデントレポートの集計は、月毎に安全衛生委員会に報告され、要因分析、改善策等協議され、かがやき会議で報告し意識付けや共有が図られています。結果は年1回第三者委員にも報告され組織的体制の構築ができています。特筆すべきは、送迎車を運転する職員に毎朝アルコール検知器によるチェックを行い体調管理と共に記録を残し事故防止対策を講じていること、また、全車にドライブレコーダーを取り付け安全運転の意識づけをされたことは評価できます。</p>			
38	- 1 - (5) -	<p>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。</p> <p><コメント> 感染予防マニュアルが策定され、感染予防と発生時の対応マニュアルが明示されています。安全対策委員会による感染予防対策が講じられ、健康部会は定期的に利用者に感染予防のための手洗いやうがいの講習、ポスター掲示など絵や写真入りで説明し周知が図られています。インフルエンザの予防として病院と連携し、全利用者と職員がインフルエンザの予防接種を受けておられ、安全確保の取組みができています。</p>	a ・ b ・ c
39	- 1 - (5) -	<p>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。</p> <p><コメント> 法人の災害対応マニュアルと緊急連絡網を基に、かがやきの災害対応マニュアルが作成されています。職員は連絡網で、利用者は緊急時の連絡先が個人情報ファイルに記載されており内田町及び済生会熊本病院での安否確認を確実にを行う体制はできています。また、本体の内田施設事業所及び済生会熊本病院と福祉センターの合同による各年2回ずつ利用者を含めた防災訓練が実施されています。熊本地震の教訓から地域防災マップの把握や津波災害を想定して備蓄の保管場所を変更するなど安全確保の取組みはできています。</p>	a ・ b ・ c

- 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) -	<p>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。</p> <p><コメント> サービス実施の流れが写真や絵を使って視覚的にも確認できるように工夫されたサービス提供マニュアルが策定されています。更に各部署に清掃マニュアル、カフェマニュアルが作成されており、利用者は毎日確認することができます。マニュアルは利用者職員共に周知され、このマニュアルに則り標準的な支援が実施されています。</p>	a ・ b ・ c
41	- 2 - (1) -	<p>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。</p> <p><コメント> 毎月行われている職員会議において標準的な実施方法の検証・見直しが協議され、意見や提案はサービス実施計画に反映され共有が図られています。また、利用者からの意見は自治会等から聴取し、必要に応じて追加や削除がおこなわれ、反映されています。2016年7月に見直しが行われ、その後も追加等がっており、各マニュアルに改定年月日や内容の記載が確認できます。</p>	a ・ b ・ c
- 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) -	<p>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。</p> <p><コメント> 個別支援計画策定の流れや手順を記載したサービス提供マニュアルが策定され、アセスメントシートを活用して展開過程に沿って作成されています。計画は担当職員とサービス管理責任者が協働で利用者や家族のニーズを基に支援目標が立てられ、その後同意を得て職員会議で協議し共有して最終的に日常生活支援と捉え適切に作成されています。また困難ケースはかがやき会議で別途協議が行われています。</p>	a ・ b ・ c
43	- 2 - (2) -	<p>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。</p>	a ・ b ・ c

<p><コメント> 半年毎の評価・見直しを基本として実施されています。個別支援計画の実施からモニタリングの過程で、不具合が認められたり変更希望や困難事例が生じた時は、臨時にケース会議が開かれ、計画の見直しや評価が行われています。モニタリングでの問題や会議の議事録はケース会議録と個別のケース記録に記録され適切な対応がなされています。</p>		
<p>- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	<p>- 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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 実施の記録は個別のケース記録に記載される一方、イントラネットで共有できる体制ができています。パソコン上の個別ケース記録は、全職員の閲覧が可能となっています。実施状況の記録の確認はセキュリティの関係で職員一人ひとりにパスワードが与えられ、アクセスできる仕組みが整えられています。かがやきの事業所は内田にある就労移行支援事業所と済生会熊本病院内にある就労継続支援A型とB型事業所が離れているため、全職員がそれぞれの場所でケース記録を閲覧できることは職員間の共有化が図れていると言えます。</p>		
45	<p>- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 個人情報の取り扱いについては、マニュアルが作成され、契約時に利用者・家族へ説明し理解を得ています。記録に対しての入力方法や言葉の使い方、支援の内容などの研修制度が設けられ職員の共通理解が図られています。USB等による持ち出し禁止や個々のケース記録は鍵のかかるキャビネットに保管され、持ち出し禁止となっています。鍵はサービス管理責任者が保管するという管理体制が確立しています。</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		
	<p>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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の尊重は理念、基本方針に明記され、利用者権利擁護マニュアルも策定されています。かがやき会議等で接遇・権利擁護・虐待防止・意思決定の尊重等定期的に研修が行われ、利用者本位の接し方や伝え方、丁寧な声掛けの支援が行われています。また、パートを含む全職員に年3回人権セルフチェックを実施することは職員の振り返りと意識付けになり、良いところを褒めていく取組みは信頼関係の構築にも繋がり評価できます。</p>		
	<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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 基本的には言語でのコミュニケーションで話し言葉の理解が難しい利用者はいませんが声が出ない利用者が1人おられ意見を聞く際には、「はい、いいえ」で答えられるクローズドクエスチョンを心掛けておられます。また、個別のアセスメントシートにはコミュニケーション手段や対応方法が明記されています。一方、作業では絵や写真を活用した作業手順書が準備され、必要に応じて交換日記やジェスチャー、写真などを利用して一人ひとりの意見に耳を傾ける支援の工夫が行われています。</p>		
	<p>A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者主体で行う利用者自治会が設けられ、定期的な開催と8月に年1回自治会全員と管理者を含めた総会が行われています。活動にはサービス向上部会の担当職員がスムーズな運営ができるようサポートにあたっています。自治会で利用者の意見を聞いたり、日中活動の内容を利用者の話し合いやアンケートで決めたり、スポーツ大会や駅伝など休日の施設外活動にも担当を決め支援が行われています。</p>		
	<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。</p>	a ・ b ・ c
<p><コメント> サービス提供マニュアルに見守り支援の姿勢が明示され、職員に周知されてい</p>		

<p>ます。支援方針は支援検討会議で話し合い個別支援計画に反映されています。見守りが必要な利用者には個別支援計画に見守り支援内容が記載され、日中活動の外出支援では本人の希望を聞き、公共交通機関の利用支援や買い物の見守り支援などが実施され、見守りと支援を行う体制が整備されています。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント> A型利用者とB型利用者のペアで作業を行うことでミスの防止や作業効率アップを図る取り組みや朝礼での司会担当など人前で話せることを目的とするプログラムが実施されています。また、日中活動を通じて公共交通機関の利用の仕方や買い物時のセルフレジの使い方、ATMの操作等社会生活力を高めるプログラムや病院での作業では一般の人と関わることも多いため挨拶や話し方などコミュニケーション能力を高めるプログラムも用意されエンパワメントの理念に基づく支援が行われています。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 食事提供マニュアルが策定されています。マニュアルには支援方法としてご飯の量の調整やアレルギー対応、好き嫌い時の対応が明記され、サービスは個別支援計画の日常生活支援に基づいて支援が行われています。アレルギー対応が2人、刻み食6人、リンゴ・柿の刻み5人など、病気によるご飯の量の調整、歯の悪い人や好き嫌いのある人への対応、体調不良時のおかゆの提供など個別的なサービスが用意され提供されています。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 健康管理部会で行う給食の嗜好調査や自治会によるメニューのリクエストから抽出された意見は給食会議で報告され改善が図られています。選択メニューやメイン料理を選べる日が設定され、食べる直前の配膳や調味料の自由使用など、美味しく、楽しい食事ができる工夫がなされています。就労移行支援利用者は内田の食堂を利用していますが、嗜好調査や給食会議が同じように行われ、美味しく楽しい食事ができる工夫がされています。</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><コメント> 通所のため昼食のみの提供ですが、就労継続支援A・B型事業所の利用者は済生会熊本病院の職員食堂を利用しています。広く明るい清潔な一角を指定し、セルフの配下膳をA型の利用者が手伝う等喫食環境は整っています。昼食は混雑を避けて11時半から12時半までの間で自由に摂ることができます。12時半までの休憩時間は各自自由に過ごすことができます。就労移行支援利用者は内田の食堂で12時から13時までの間で自由に摂ることができ、休憩室での休養も可能となっています。</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
<コメント>		
	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
<コメント>		
	A - 2 - (2) - 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) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<コメント> 常時介助の必要な利用者はいませんが、声掛け等排泄の確認、促しはされています。もし失敗した時は必要に応じて対応されますが、その時には権利擁護マニュアルに明記されている同性介護等を基本として介助が行われています。		
	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<コメント> 就労継続支援 A ・ B 型利用者は病院内のトイレを自由に使うことができます。毎日清掃班が清掃しているので清潔ですし、冷暖房も完備され快適なトイレとなっています。就労移行支援事業の利用者は内田の施設内トイレを利用しています。定期的に清掃が行われ、冷暖房の取り付けはありませんが温便座対応の清潔で快適な利用ができています。		
A - 2 - (4) 健康管理		
	A - 2 - (4) - 日常の健康管理は適切である。	a ・ c
<コメント> 健康管理マニュアルが作成され、毎日の検温及び血圧測定等バイタルチェックが行われています。また、毎月の体重測定で利用者の健康面の把握を行い、健康管理表を作成して個人情報ファイルに挟み職員の周知が図られています。また、健康部会の開催や定期健康診断の実施、インフルエンザの予防接種が実施され健康管理は適切に行われています。		
	A - 2 - (4) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c
<コメント> 健康管理マニュアルに変調時の対応が明記されています。同法人の済生会熊本病院と連携しており、必要時には迅速な対応が可能となっています。また、協力医療機関は済生会熊本病院、あきた病院、かやの歯科医院となっていますが、利用者個々のかかりつけ医との連携も取れています。就労継続支援 A ・ B 型事業所の利用者は済生会熊本病院内の作業であり、利用者の怪我など救急外来への対応がすぐに取りれる体制ができています。		
	A - 2 - (4) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a ・ c
<コメント> 健康管理マニュアルに服薬管理について記載され、それに沿って対応されています。常備薬については健康部会で管理し使用状況の把握がなされています。点眼等の支援はチェック表を使用することで連絡体制が整っています。実施したらケース記録に記載する等取り扱いは確実にされています。		
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> 年 2 回の春のレクリエーションや秋のレクリエーションでの日帰り旅行の行き先や、忘年会等の行事は、利用者自治会で話し合いを行い、本人たちの希望を聞いて行き先を決め計画を作成しています。また、定期的なアンケートや話し合いを通じて出た意見を活動内容に反映させています。B 型利用者は土曜日に活動を入れ、職員の支援により利用者主体で企画し、利用者の希望に沿った支援が行われています。		
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> 利用者には地域のイベント情報やガイドブックを使い情報提供しています。A 型利用者は自由に外出できています。B 型利用者の外出時は、安全確保や不測の事態に備えて家族の同意を得た連絡先カードを渡し対応できるような工夫が取られています。日中活動での外出は希望の場所へ出かけることが多く、職員の付き添い支援が行われています。		
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>		
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> 個々の利用者の状況に合わせた支援計画を作成して支援が行われています。A型利用者のHさんにはバイクの免許取得のため筆記試験の合格支援を行ったり、B型利用者に土曜の日中活動で公共の乗り物を利用する活動や昼食の夕食や買い物でお金の払い方やセルフレジの使い方等の支援を行っています。就労移行支援利用者にはSSTプログラムに則り、マナー学習やアルファベットの学習、パソコンやテプラの使い方、衣服の繕い方等スキルアップ支援を実施しています。

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
<p><コメント> 就労継続支援A・B型事業所の作業場は病院内でエレベーターもありバリアフリー化されていて問題ありません。内田施設には1階入り口にスロープが設置され、手摺りもありバリアフリーとなっています。また、多目的トイレも設置され車いすの方も利用可能になっています。しかし、就労移行支援事業所は2階に在り、階段のみで車椅子の人は利用できない状況です。職員の自己評価でも、「2階に上がるために問題がある、車いすの方は、階段のみで厳しいと思われる」と挙げておられます。今後の対応が望まれます。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	26	1	0
内容評価基準（評価対象A）	33	2	0
合計	59	3	0