

## 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：さくらワーク熊本                     | 種別：就労継続支援B型                                                                                                 |
| 代表者氏名：渡邊 悟朗<br>(管理者) 藤川 清隆         | 開設年月日：平成28年11月22日                                                                                           |
| 設置主体：社会福祉法人 博心会<br>経営主体：社会福祉法人 博心会 | 定員20人（利用人数：19人）                                                                                             |
| 所在地：〒860-0064 熊本市西区城山半田3-3-1       |                                                                                                             |
| 連絡先電話番号：096-329-6000               | F A X 番号：096-329-6003                                                                                       |
| ホームページアドレス                         | <a href="http://www.kikusuisakura.org/syurou_b#kumamoto">http://www.kikusuisakura.org/syurou_b#kumamoto</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                                                      | 実習、職場見学、施設外就労、外食訓練、施設外支援、利用者1泊旅行 |
| 事業所（事務所）設備・備品の概要                                              |                                  |
| 訓練作業室（58.32㎡）、事務室（58.32㎡）、相談室（6.48㎡）、多目的室（12.6㎡）、洗面トイレ（2.16㎡） |                                  |

### 2 施設・事業所の特徴的な取組

- ① 法人全体として菊水部門、玉名部門、熊本部門の3つの拠点で、グループホーム、就労継続支援B型、相談支援事業所など8か所の障がい者関連事業所を営んでいます。就労支援から健康管理を含めた生活支援まで、総合支援グループとしての強みを生かした組織運営がなされています。
- ② 他の事業所との差別化を図るため、エアコン清掃や除草剪定、ルームクリーニング、洗車等、特徴ある就労の場を確保しています。外部委託の事業所外での作業であるため、利用者は日常的に地域との関わりがあり社会性の維持向上につながっています。
- ③ ホームページ等で法人の監査等も含め現状がきちんと公開され、公正かつ透明性のある事業所を目指しています。

### 3 評価結果総評

#### ◆特に評価の高い点

- ① 様々な就労の場が常に確保され、利用者の賃金の向上のために努力されています。利用者も収入アップを目指し働くことへのモチベーションにもつながっており、利用者の定着率が高い事業所となっています。また、事業所外での作業は、お客と直接接する機会があるので、社会性が高く対人関係能力の向上にもつながっています。
- ② 利用者の多くが法人内の寮（グループホーム）に居住しており、職員間の連携が密にとられています。利用者一人ひとりの体調面のケアや障害に対する支援方法が一貫しているため、利用者が安心して働ける環境となっています。また、利用者同士も馴染みの関係があり気心が知れているのでストレスの少ない環境となっています。
- ③ 法人内の全ての事業所が参画する各種委員会では、課題解決を図りサービスの質の向上につなげるという取り組みがなされています。個々の事業所で対応できない事柄に対しては法人全体でフォローする仕組みがあり、安定したサービスの提供につながっています。

#### ◆改善を求められる点

- ① 職員の教育や研修は法人全体として委員会で計画し実施されていますが、資格取得も含め一人ひとりの職員の更なるスキルアップを目指し、事業所としての具体的な研修計画の作成が期待されます。
- ② 建物の構造上、スペースが限られていますが、利用者や職員の休憩場所やプライバシーが保たれるような環境の工夫が望まれます。

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H29. 3. 29)

この度の第三者評価は、初めての受審となりました。評価者の先生方からは、いつもとは違う角度で考察をいただき、弊社としては驚きと反省の連続でした。厚く御礼申し上げます。

弊社の課題とされる人材育成については、一人ひとりに合わせた人材育成計画を策定し各職位のモチベーションアップへつなげてまいります。内外研修はもちろんのこと、資格取得に向けた法人内の支援制度を創設して、施設リーダーの育成・確立に向けたロードマップを策定していきます。利用者様サービスについては、安全性をしっかりと確保しつつ、今以上の主体性や自己決定を重視していけるように取り組んでまいります。また、サービス内容ごとの支援体制が確立し、各職員が共通認識で行動できるようにマニュアル化を図ります。今後も一層のサービスの質の向上を図るとともに、地域に愛される施設づくりに邁進してまいります。

(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     | 公益財団法人 総合健康推進財団九州支部    |
| 所 在 地   | 熊本市中央区保田窪1-10-38       |
| 評価実施期間  | 平成28年6月13日～平成28年12月26日 |
| 評価調査者番号 | ① 第07-012号             |
|         | ② 第14-010号             |
|         | ③ 第15-005号             |

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

|                                    |                                                                                                             |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名称：さくらワーク熊本                     | 種別：就労継続支援B型                                                                                                 |
| 代表者氏名：渡邊 悟朗<br>(管理者) 藤川 清隆         | 開設年月日：平成28年11月22日                                                                                           |
| 設置主体：社会福祉法人 博心会<br>経営主体：社会福祉法人 博心会 | 定員20人（利用人数：19人）                                                                                             |
| 所在地：〒860-0064 熊本市西区城山半田3-3-1       |                                                                                                             |
| 連絡先電話番号：096-329-6000               | FAX番号：096-329-6003                                                                                          |
| ホームページアドレス                         | <a href="http://www.kikusuisakura.org/syurou_b#kumamoto">http://www.kikusuisakura.org/syurou_b#kumamoto</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                                                    | 実習、職場見学、施設外就労、外食訓練、施設外支援、利用者 1 泊旅行 |     |         |     |     |  |
| 事業所（事務所）設備・備品の概要                                              |                                    |     |         |     |     |  |
| 訓練作業室（58.32㎡）、事務室（58.32㎡）、相談室（6.48㎡）、多目的室（12.6㎡）、洗面トイレ（2.16㎡） |                                    |     |         |     |     |  |
| 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<br>(管理者)                                            | 1                                  |     | 介護福祉士   | 1   | 1   |  |
| 生活支援員                                                         | 1                                  |     | 精神保健福祉士 | 1   |     |  |
| 職業指導員                                                         | 2                                  | 1   | 社会福祉士   | 1   |     |  |
| 目標工賃達成指導員                                                     | 1                                  | 1   | 介護支援専門員 | 1   |     |  |
| 合 計                                                           | 5                                  | 2   | 合 計     | 4   | 1   |  |

※ 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

法人の基本理念「障がい者に希望を！」は、障がい者が自立を目指し、地域において自立した生活を営むことができるように支援する事を目的に運営しています。

### 基本方針

- ① 利用者本人、家族全体を含めた総合支援
- ② 社会経済参加
- ③ 各職員のやりがい向上、成長スキル支援
- ④ 社会・地域貢献
- ⑤ 人のことを思う気持ち

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

- ① 法人全体として菊水部門、玉名部門、熊本部門の3つの拠点で、グループホーム、就労継続支援B型、相談支援事業所など8か所の障がい者関連事業所を営んでいます。就労支援から健康管理を含めた生活支援まで、総合支援グループとしての強みを生かした組織運営がなされています。
- ② 他の事業所との差別化を図るため、エアコン清掃や除草剪定、ルームクリーニング、洗車等、特徴ある就労の場を確保しています。外部委託の事業所外での作業であるため、利用者は日常的に地域との関わりがあり社会性の維持向上につながっています。
- ③ ホームページ等で法人の監査等も含め現状がきちんと公開され、公正かつ透明性のある事業所を目指しています。

## 4 第三者評価の受審状況

|               |                                          |
|---------------|------------------------------------------|
| 評価実施期間        | 平成28年6月13日（契約日） ～<br>平成29年3月29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 様々な就労の場が常に確保され、利用者の賃金の向上のために努力されています。利用者も収入アップを目指し働くことへのモチベーションにもつながっており、利用者の定着率が高い事業所となっています。また、事業所外での作業は、お客と直接接する機会があるので、社会性が高く対人関係能力の向上にもつながっています。
- ② 利用者の多くが法人内の寮（グループホーム）に居住しており、職員間の連携が密にとられています。利用者一人ひとりの体調面のケアや障害に対する支援方法が一貫しているため、利用者が安心して働ける環境となっています。また、利用者同士も馴染

みの関係があり気心が知れているのでストレスの少ない環境となっています。

- ③ 法人内の全ての事業所が参画する各種委員会では、課題解決を図りサービスの質の向上につなげるという取り組みがなされています。個々の事業所で対応できない事柄に対しては法人全体でフォローする仕組みがあり、安定したサービスの提供につながっています。

◆改善を求められる点

- ① 職員の教育や研修は法人全体として委員会で計画し実施されていますが、資格取得も含め一人ひとりの職員の更なるスキルアップを目指し、事業所としての具体的な研修計画の作成が期待されます。
- ② 建物の構造上、スペースが限られていますが、利用者や職員の休憩場所やプライバシーが保たれるような環境の工夫が望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（４００字以内）

(H29.3.29)

この度の第三者評価は、初めての受審となりました。評価者の先生方からは、いつもとは違う角度で考察をいただき、弊社としては驚きと反省の連続でした。厚く御礼申し上げます。

弊社の課題とされる人材育成については、一人ひとりに合わせた人材育成計画を策定し各職位のモチベーションアップへつなげてまいります。内外研修はもちろんのこと、資格取得に向けた法人内の支援制度を創設して、施設リーダーの育成・確立に向けたロードマップを策定していきます。利用者様サービスについては、安全性をしっかりと確保しつつ、今以上の主体性や自己決定を重視していけるように取り組んでまいります。また、サービス内容ごとの支援体制が確立し、各職員が共通認識で行動できるようにマニュアル化を図ります。今後も一層のサービスの質の向上を図るとともに、地域に愛される施設づくりに邁進してまいります。

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   | 10       |               |
|         | 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>⑥</b> ・c |
| <コメント><br>法人の理念等が事業所内に掲示されているほか、事業計画にも明記されています。しかしながら、利用者や家族等に対する周知が十分ではないようです。事業所として、理念を噛み砕いて具体化することにより、職員の理解も更に深まると期待されます。 |                                   |                |

#### 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。 | <b>③</b> ・b・c |
| <コメント><br>利用者の生活を含めた総合支援を目指し、事業環境や経営環境の把握に努められています。法人全体の経営状況については専門家のアドバイスを受けながら的確に把握・分析されています。 |                                           |               |
| 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。       | <b>③</b> ・b・c |
| <コメント><br>役員会で分析された経営課題については、法人内の全事業所が参画する各種委員会において具体的な取り組みが検討されています。                           |                                           |               |

#### 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>⑥</b> ・c |
| <コメント><br>利用者の自立した生活を支えるため多様な福祉サービスが提供できるよう、法人としての事業計画と収支計画が策定されています。計画書には事業所ごとの内容も掲載されています。しかしながら、組織体制や設備の整備、職員体制や人材育成等に関する中・長期計画の策定には至っていません。 |                                       |                |
| 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>⑥</b> ・c |
| <コメント><br>年度ごとの事業計画と収支計画は法人全体として策定されています。27年度には事業計画にそって、各種委員会（支援管理、広報・予防、工賃向上、親睦レク、給食、備品管理）を                                                    |                                       |                |

|                                                                                                                                                                                   |                                                     |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
| 立ち上げたり、パンフレットやホームページをリニューアルされたりしています。今後は更に、さくらワーク熊本の実情と課題に即した独自の具体的な事業計画の策定を期待します。                                                                                                |                                                     |       |
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催される各事業所から選出された職員による各種委員会において、3か月に1回は事業計画に照らし合わせながら分析し見直しが行われています。委員会で明らかになった課題については、法人全体でサポート体制をとられています。事業所としての事業計画を具体化することにより、更に職員の理解が深まると期待されます。</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・㉒・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者には口頭で組織体制の変更や就労支援の内容と工賃等の説明は行われていますが、事業計画全体の説明は行われていません。家族へは事業計画を郵送し周知していますが、家族会等の組織がないため、直接の説明は行われていません。</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。          | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの質の向上に向けた取り組みとして、福祉サービス第三者評価を参考に施設自己評価シートを作成し、毎年実施されています。各種委員会で評価し見直しを検討する仕組みもあります。評価結果はホームページに掲載され、利用者や家族等への信頼にもつながっています。</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。 | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設自己評価で明らかになった課題について各種委員会で見直し改善に取り組まれています。また、管理者は1か月ごとにデータ等により改善状況を確認し各委員会に示しています。</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。 | ㉑・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者の役割は職務分掌表に明記されています。また、管理者は広報誌で利用者支援の姿勢や考え方を表明されています。さくら福祉相談センター熊本のセンター長と連携しながら、朝礼や夕方のミーティングで日々の業務を把握し、責任をもって業務を遂行されています。</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・㉒・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員倫理要綱と各種マニュアルが整備されています。外部研修参加後は朝礼時に口頭で職員に報告し周知されています。法令等に関する職員の理解を深めるために、復命書等の研修記録を回覧したり勉強会を開催したりするなどの具体的な取り組みに期待します。</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。 | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の内部監査ではサービスの質のチェックを行い、その結果を各委員会につないでいます。毎朝、利用者と職員が一緒にマナーチェックをおこなっていますが、管理者は日頃より接遇や言動に注意し、自らが利用者と職員の手本になるように努力されています。</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。     | ㉑・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>工賃向上を図るため、毎月利用者ごとの工賃を集計し分析されています。また、定期的に職員から業務効率に関する意見を聴取し、業務内容の効率性について評価分析が行われています。課題については、改善策を管理者が提案し、職員を指導されています。</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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として福祉人材確保の団体に入り人事部が人材確保を担っています。処遇改善加算を取得しており、資格取得に向けて支援されています。有給休暇を取りやすくしたり、資格試験に合格した場合は費用の30%を補助されたりしています。今後はさらに、事業所としての人員体制や育成に関する具体的な計画の作成が望まれます。</p> |                                                    |         |
| 15                                                                                                                                                                                | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | a・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の査定基準評価を用い、職員への期待像を明示し、人事評価基準も明確です。また、職員の意向や意見を把握し分析も行われています。今後、職員の専門性をさらに高めるための研修等、事業所としての具体的な取り組みに期待します。</p>                                           |                                                    |         |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。                                                                                                                                                        |                                                    |         |
| 16                                                                                                                                                                                | Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。        | a・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>労務管理は法人の人事部で一括して行われています。有給休暇の申請に際しては、事業所→人事部→法人本部→事業所に連絡が回り時間がかかるようです。有給休暇の取得率向上のために改善が望まれます。</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。                                                                                                                                                    |                                                    |         |
| 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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材育成としては、勤続5年以上の5人が資格を取得し、次のキャリアアップにつながっています。職員一人ひとりの育成計画は作成されていませんが、業務遂行の中で個々の目標の達成状況を聞き取りながら必要に応じて助言や支援が行われています。</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・㉑・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の委員会組織の中で研修が企画されています。研修計画にそって研修が行われていますが、研修記録によると受講者に偏りがあるようです。すべての職員に研修の機会を設けるなど体系化された研修計画の策定や実施した研修内容やカリキュラムの評価と見直しが望まれます。</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・㉑・c   |

|                                                                                                                                                |                                                           |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| <p>＜コメント＞</p> <p>勤務状況を考慮するなどして資格取得のための自発的な研修受講を優先されています。研修の情報や受講に関する注意事項等は、朝の朝礼時に管理者から伝えられています。しかしながら職員一人ひとりについて、内部または外部研修の機会の確保には至っていません。</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。                                                                                                    |                                                           |       |
| 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・㉔・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>実習生の受け入れのマニュアルが整備されています。今のところ受け入れ実績はありませんが、管理者から教育関係機関に対し実習生受け入れのアプローチをされているので今後に期待します。</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。       | ㉔・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>サービスの質の向上と事業経営の透明性の確保を経営方針として、法人ホームページにおいて、現況報告、総括表、事業報告、決算報告、施設自己評価などが公開されています。また、ホームページのほか、広報誌やパンフレットでも具体的なサービス内容が掲載されています。</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。 | ㉔・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>ホームページの現況報告に外部監査の記載があり、外部委託の公認会計士の指導の下、経理、会計等での相談、助言を受けられています。また、「やりがいを持つ」ことをビジネスモデルとして目指されており、公正かつ透明性の高い適切な運営をされていることがヒアリングにより確認できました。今後も透明性の高い経営・運営に取り組まれることと期待します。</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。         | a・㉔・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>外部での作業（職業訓練）そのものが地域との交流の場となっています。受託先へはどのような障がい者がいるのか、職業訓練の一環であるため安価であることなどを説明し、障がい者への理解を深めることも含めてアプローチされています。現在のところ、地域行事への参加の実績はありませんが、自治会長などを訪ねて相談し、2か月に1回程度、事業所単独ではありますが、利用者と職員が地域の清掃活動を行っています。</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・㉔・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>大学などの教育機関や関係機関にボランティアの協力をお願いされていますが、事業所としての実績はありません。利用者は法人内の別事業所にて、行事の際にボランティアと触れ合う機会があります。ボランティアの協力によりレクリエーション等の行事を実施したいと考えられていますが、工賃確保のため作業が優先となっているようです。実際にボランティアを受入れる際の手順も明確になっていません。マニュアルを含め、仕組みや具体的方法等の見直しを期待します。</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。 | ㉠・b・c |
| <コメント><br>区役所、熊本市社会福祉協議会、熊本市の事業者による就労部会において情報交換や共同での販売会を行うなど関係機関との連携が図られています。また、地域の病院や施設からエアコン清掃等を受託するなど民間団体との関係性も確保されています。 |                                                                    |       |
| 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・b・㉢ |
| <コメント><br>現在、事業所内のスペースに余裕がないため、どんな形で地域に開放したり機能を提供したりできるか検討されています。地域の民生・児童委員や多様な機関等との情報のやりとりにより、事業所の専門性を発揮した具体的な活動を期待します。    |                                                                    |       |
| 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・㉡・c |
| <コメント><br>関係機関との連携や地域での清掃活動により、地域ニーズの情報収集を行ったり、随時相談に応じる体制を整えたりしています。地域の福祉ニーズの分析は相談支援事業所にまかせているため、本事業所では詳細を把握するには至っていません。    |                                                                    |       |

## 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。 | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>利用者尊重に関しては職員倫理要綱をもとに共通理解をもっており、入職時にも説明されています。また、年度末には職員間で振り返りを行い、利用者尊重等の基本姿勢について自己確認を実施されています。虐待防止研修などの外部研修を受講した職員は、朝のミーティングの際に報告し、全職員で共有されています。                                                                                                                                    |                                                    |         |
| 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・㉡・c   |
| <コメント><br>利用者や家族には契約時に重要事項説明書で利用者のプライバシー保護等の説明が行われています。また、関係機関への個人情報の提供については、本人か家族に同意を取り提供されています。職員には入職時に事例を含めて配慮事項を指導されています。事業所のパソコンにはログインパスワードが設定されていないので誰でも共有フォルダを見ることができですが、個人情報はクラウドサーバーで管理しており、アクセス権を特定しパスワードも設定して強化されています。事業所内のスペースに余裕がないため、一人になりたい時の場所がありません。一人でくつろげるような環境面の工夫を期待します。 |                                                    |         |
| 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・㉡・c   |
| <コメント><br>利用希望者にはパンフレットや現場見学、体験利用等により個別に対応されています。パンフレットやホームページは法人全体のものであるため、事業所個別のサービス内容の特徴や詳細の情報提供は十分とはいえません。事業所独自の分かりやすい資料作成が望まれま                                                                                                                                                           |                                                    |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|
| す。                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |       |
| 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＞</p> <p>福祉サービス開始時には、重要事項説明書や利用契約書、個別支援計画書、アセスメントシートにより説明されており、利用者へのヒアリングでもそのことが確認できました。事業所内には組織に関する資料のほか、パンフレットや1日のスケジュール、作業手順書、利用者用料金表が掲示されており、必要な情報がきちんと提供されています。作業手順書は写真入りで作成され分かりやすいものとなっています。今後はイラスト、写真等を用いた重要事項説明書等を作成し、自己決定が困難な利用者にも、サービスの開始や変更等の際に理解できるような取り組みを期待します。</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＞</p> <p>他の事業所に移る際は、本人に不利益が生じないように個別支援計画書や情報提供書を提示して引き継ぎや申し送りが行われています。今後は更に、福祉サービスの継続性に配慮した申し送りの手順や文章の内容等を定めておくことを期待します。</p>                                                                                                                                                       |                                                    |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |       |
| 33                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ⅲ-1-(3)-① 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・㉔・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>年1回、聞き取りや観察調査により満足度を把握し、施設自己評価とともに集計結果をホームページに掲載されています。目安箱の設置のほか、日々の作業中や休憩中にも声をかけながら利用者の要望等を聞き取っているようです。食事のアンケート調査では、集計結果に基づいて改善が図られていました。家族からは、家族会がないため、もちつきなどの行事の際に要望等を聴取されています。今後は把握した内容を分析・検討する際に利用者参画により対応されることを期待します。</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。                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |       |
| 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＞</p> <p>作業休憩中の会話などから苦情を受け付け個別に対応されています。苦情解決規定やクレーム対応マニュアルにそって苦情内容を記録し迅速に対応されるなど、苦情解決の仕組みがあります。また、お客からの問合せや苦情等の電話があるため、電話対応マニュアルを作成し職員に徹底されています。今後は更に、誰もが苦情や要望を申し出やすい仕組みや苦情解決状況の公表方法の検討が望まれます。</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＞</p> <p>目安箱はありますが利用はなく、利用者は言いやすい職員に直接相談や意見を述べられているのが現状のようです。苦情と同じく相談や意見を申し出やすいような目安箱の工夫や掲示の方法、職員以外の相談窓口を用意するなどの検討が期待されます。</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。          | ㉕・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>利用者からの相談内容は日々のサービス提供実施記録に記載されています。また、利用者からの相談や意見は、毎日の朝礼や夕方のミーティングで共有されています。各種委員会、経営会議にも報告され検討されています。今後はさらに、家族からの相談や意見を収集する取り組みに期待します。</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。                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |       |
| 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                 | a・㉔・c |

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                        | マネジメント体制が構築されている。                                    |       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防犯対策として外部からの侵入を防ぐために出入口を施錠したり、市に防犯カメラの補助金を申請したりと安心・安全に配慮した取り組みが行われています。また、防犯対応、事故防止、自殺予防、セクハラ防止等の各マニュアルが整備されています。防災訓練やリスクマネジメント研修も実施されています。今後は、職員の共通認識とスキルアップを図るために定期的な評価や見直し等の更なる工夫に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内に手洗いの手順や注意喚起が分かりやすく掲示され、予防に取り組まれています。食中毒防止のための食品衛生管理マニュアル、感染症等対策マニュアルが整備されていますが、定期的な見直しを行う必要があります。</p>                                                                                      |                                                      |       |
| 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やっている。           | a・㉔・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>火災訓練は消防署の立会いのもと、定期的実施されています。また、事業所が海や川に近いところに立地しているため、津波や水害を想定した訓練も実施されています。避難場所や避難経路を定め、利用者と職員と一緒に確認しており共通認識があります。事業所を移転して間もないこともありますが、地域との防災訓練や防災活動等の連携も望まれます。</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・㉔・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職員倫理要綱」「虐待防止マニュアル」「PDCA サービスマニュアル」などが設置されています。法人全体の支援管理委員会にて事例検討を行い、各事業所に伝達されています。日々の作業に対する標準的な実施方法が作成されておらず、職員には口頭伝達でしか共有の機会がないため、体系的な研修の機会を設け、支援の実施方法を確認することが望まれます。</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・㉔・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が、日常的に利用者との作業や雑談の場に参画し、関係づくりを図り、要望や意見を拾い上げるようにしています。具体的な支援方法として標準化されておらず、各職員の裁量に任されているようです。標準的な支援方法の見直しについても職員の共通認識を図るために体系的な継続研修の機会が望まれます。</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・㉔・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「モニタリングシート」「アセスメントシート」によりアセスメントを実施し、「個別支援計画書」を策定されています。具体的な課題や支援の留意点が盛り込まれた計画となっています。就労支援としての職業能力アセスメント、ジョブマッチングとしての評価方法や、作業における求められる能力、期待される役割などを利用者とともに共有できる仕組みが期待されます。</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。                | ㉕・b・c   |
| <コメント>                                                                                                                                                                                               |                                                       |         |

|                                                                                                                                                                |                                                     |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
| 半年ごとにモニタリングを行い、「個別支援計画書」の見直しが行われています。利用者の作業内容の希望や目標金額を確認したり、意欲を把握したりして計画を作成されています。                                                                             |                                                     |       |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <コメント><br>「個別支援計画書」に基づき日々の目標設定と働きかけを行い、「サービス提供実施記録」に実施状況が記載されています。利用者ごとに担当者を選定し、日々の記録が記載されています。作業担当者は、夕方のミーティングの際に利用者の作業状況について伝達し、担当者と共有されています。                |                                                     |       |
| 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。                    | ㉠・b・c |
| <コメント><br>「重要事項説明書」に基づく説明を行い、利用者本人が署名、押印した「個人情報使用同意書」がファイリングされています。個人ファイルは鍵付きの場所に保管されています。パソコンの電子データの管理については、個人情報はクラウドサーバーで管理しており、アクセス権を特定しパスワードも設定して管理されています。 |                                                     |       |

## 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                                                                                                                                                         |                                                   |         |
| 46                                                                                                                                                                     | 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。 | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>現在のところ排泄介助などは必要ありませんが、失禁等で着替えが必要な際には、仕切りのある場所で同性介助にて支援されています。利用者の私物は施錠できるロッカーで本人が管理できるようになっています。施錠後は鍵の紛失を防ぐため、事務局で預かり管理されています。                               |                                                   |         |
| 47                                                                                                                                                                     | 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・㉡・c   |
| <コメント><br>個々の利用者の特性に合わせコミュニケーションを取られています。要約や音読などにより説明したり、文章を書いてもらい質問を受けたりして支援されています。知的障害のある方への情報伝達について、理解しやすいような方法を工夫されることが望まれます。                                      |                                                   |         |
| 48                                                                                                                                                                     | A-1-(1)-③ 利用者の主体的な活動を尊重している。                      | a・㉡・c   |
| <コメント><br>地域での清掃活動や諸施設から委託されたエアコン清掃や剪定作業を通して、地域住民と関わる機会が得られています。今のところ利用者による自治会はありませんが、利用者主体の会の設立を予定されています。会発足後は、他の人に自分の意見を表明したり、対人関係能力を養ったりする機会となり、主体性の向上が図られると期待されます。 |                                                   |         |
| 49                                                                                                                                                                     | 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。 | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>「個別支援計画書」に、具体的な声掛けや注意喚起の方針が明示されています。また、作業時に前回の経験を想起してもらい、必要な準備や手順を利用者自身に考えてもらう機会を設け、職員の確認や注意が最小限になるよう見守りの工夫が行われています。                                         |                                                   |         |
| 50                                                                                                                                                                     | 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・㉡・c   |
| <コメント>                                                                                                                                                                 |                                                   |         |

外食訓練で予算とメニューを見比べ選択する機会があり、利用者の楽しみの一つになっています。朝礼時には作業に向かうにあたり、天候や気温にあった服装かどうか、服装の乱れがないか、体調についての確認等がなされていますが、社会生活力を高めるための支援は、個々の職員の判断に委ねられているのが現状です。利用者ごとに具体的な課題と目標を明確にしたプログラムを作成し、職員間で情報や支援方法を共有したり、利用者とも目標を共有したりするなど、社会で暮らす力を向上させるような取り組みに期待したいところです。

## A-2 日常生活支援

|                                                                                                                                                   |                                                          | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------|
| A-2-(1) 食事                                                                                                                                        |                                                          |         |
| 51                                                                                                                                                | 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   |
| <コメント><br>個別の疾患やアレルギーなどに合わせ、メニューや量の調整が行なわれています。食事サービスは法人全体として取り組まれているので、事業所単体として食事サービスの計画を具体的に策定することが難しい状況です。                                     |                                                          |         |
| 52                                                                                                                                                | 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   |
| <コメント><br>定期的に「嗜好アンケート」をとり、法人全体の給食委員会で委託業者を含め協議を行い、献立に反映されています。「給食献立表」を作成し、職員も利用者と同じ昼食を摂っています。今後はさらに、献立に季節感や郷土料理などを取り入れ、食の経験の幅を広げる機会を作ることが期待されます。 |                                                          |         |
| 53                                                                                                                                                | A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。                          | ㉓・b・c   |
| <コメント><br>作業室と食事スペースを共用していますが、資材等の片付けや清掃を行い食事環境が整えられています。午前と午後の作業時間の間を十分にとり、食事と休憩の時間が確保されているので、利用者は自分のペースで過ごされています。                               |                                                          |         |
| A-2-(2) 入浴                                                                                                                                        |                                                          |         |
| 54                                                                                                                                                | 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><br>非該当                                                                                                                                     |                                                          |         |
| 55                                                                                                                                                | 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><br>非該当                                                                                                                                     |                                                          |         |
| 56                                                                                                                                                | 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><br>非該当                                                                                                                                     |                                                          |         |
| A-2-(3) 排泄                                                                                                                                        |                                                          |         |
| 57                                                                                                                                                | A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。                                | a・c     |
| <コメント><br>非該当                                                                                                                                     |                                                          |         |
| 58                                                                                                                                                | A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。                                  | ㉓・c     |
| <コメント><br>現在、知的障害、精神障害の利用者が中心のため、身体障害等に対応する設備とはなっていませんが、毎日の清掃を通して清潔さが維持されています。                                                                    |                                                          |         |
| A-2-(4) 健康管理                                                                                                                                      |                                                          |         |
| 59                                                                                                                                                | A-2-(4)-① 日常の健康管理は適切である。                                 | ㉓・c     |

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|
| <p>＜コメント＞</p> <p>「健康管理マニュアル」や「体調チェック表」等が整備されています。看護師は配置されていませんが、ほとんどの利用者が入居する同法人内の寮（グループホーム）の看護師が健康管理を担っており、朝に電話にて情報提供を受けています。自宅からの通所者は個別に送迎時に引き継ぎを受けています。体調が悪化した場合は、医療機関の受診や、入居寮や自宅への送迎が行われています。インフルエンザ予防接種は各自が行い、証明書の提出を受けています。</p> |                                            |       |
| 60                                                                                                                                                                                                                                    | 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＞</p> <p>「緊急医療連絡シート」「緊急時連絡網」が事業所内に掲示され、提携病院との連携が図られています。障害の特性から主治医への受診を優先され、利用者の体調不良時には主治医に情報提供を行い、状況に応じて主治医からの助言により対応されるなど連携がとれています。</p>                                                                                     |                                            |       |
| 61                                                                                                                                                                                                                                    | A-2-(4)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。            | ㉠・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>「服薬管理マニュアル」が整備され、「服薬管理・投薬援助依頼書」により利用者の同意を得た上で服薬管理が行われています。事業所外での作業の場合は作業担当者が服薬を管理し、目の前で服薬を確認するようにしています。また、利用者が服薬管理記録を自己記入できる様式を作成するなど、服薬管理能力が身につくような働きかけが行われています。</p>                                                |                                            |       |
| A-2-(5) 余暇・レクリエーション                                                                                                                                                                                                                   |                                            |       |
| 62                                                                                                                                                                                                                                    | 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。   | a・㉡・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>外食訓練や一泊旅行はアンケートで内容を募集し、いくつかの選択肢を設けて利用者が希望のものを選ばれています。今後はさらに、地域のイベント情報の提供や参加への支援、ボランティアなどの協力により地域と関わる機会を設けるなど、余暇の充実が図られることを期待します。</p>                                                                                 |                                            |       |
| A-2-(6) 外出                                                                                                                                                                                                                            |                                            |       |
| 63                                                                                                                                                                                                                                    | A-2-(6)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。             | a・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>非該当</p>                                                                                                                                                                                                              |                                            |       |
| A-2-(7) 所持金・預かり金の管理等                                                                                                                                                                                                                  |                                            |       |
| 64                                                                                                                                                                                                                                    | 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。        | a・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>非該当</p>                                                                                                                                                                                                              |                                            |       |
| A-2-(8) 社会適応訓練等                                                                                                                                                                                                                       |                                            |       |
| 65                                                                                                                                                                                                                                    | 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>大半の利用者が同法人内の寮（グループホーム）に入居されているため、利用者の生活環境に関する情報共有は職員間で密に行われています。在宅の利用者についても送迎時に家族との情報共有が図られています。事業所外での作業は実際のお客との接点もあり社会性が高く、次につながる就労支援となっています。日々の作業の実践を通して対人関係能力の向上にもつながっています。</p>                                   |                                            |       |

### A-3 施設・設備

|               |         |
|---------------|---------|
|               | 第三者評価結果 |
| A-3-(1) 施設・設備 |         |

|                                                                                                                                                                          |                                              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------|
| 66                                                                                                                                                                       | 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・㊦・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>現在の利用者のほとんどが精神障害や知的障害のため、物理的な環境整備は必要とされていませんが、難病や身体障害などバリアフリーの環境を必要とする来所者には通路の確保や物品の配置等の配慮が必要となります。また、トイレが喫煙所と隣接し見える位置にあるため、プライバシーの確保とスペースの確保が課題です。</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） | 16      | 28 | 1 |
| 内容評価基準（評価対象A）   | 8       | 7  |   |
| 合 計             | 24      | 35 | 1 |