

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（就労継続支援事業A型及びB型）就労移行・就労定着支援事業（休止中）
代表者氏名：支部長：副島 秀久 (管理者) 宮川 栄助	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
就労継続支援A型及びB型 就労移行支援事業・就労定着支援事業（休止中）	済生会内田夏祭り（コロナ禍中止）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、テレビ

2 施設・事業所の特徴的な取組

- 当該法人は総合的な医療、複数の福祉サービスの提供を行っています。障がい者の「親亡き後」の生活支援のために日中活動の場として「生活介護」、住まいの場として「グループホーム」（90名枠、14棟）を整備しサービスを実施しています。また、必要な場合には設置本体である済生会熊本病院での医療が常に受けられるようになっています。
- 全国の済生会グループのリーダー役として、全国済生会知的障がい者就労支援協議会での情報交換や研修等を積極的に行っています。
- そのような中で「済生会かがやき」では、就労継続支援A型・B型事業を運営していますが、済生会熊本病院の管理棟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。

3 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。

ホームページや病院の作業室・休憩室、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唱和するとともに、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ています。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。

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、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。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。また、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。なお、職員処遇の向上に当たっては、「福祉・介護職員処遇改善加算」の支給対象者を、事業所負担を行うことにより全事業所の職種に拡大支給し職員の処遇改善に努めています。

○職員の就業状況等の把握やメンタルヘルスへの取組も適切に行われています。

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（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、通常健康診断に加え節目検診も導入され、メンタルヘルスへの取組も実施されています。

○利用者が安心して作業へ取組ができるよう作業工程表の工夫がされています。

作業工程表には写真やイラストが多く使われるとともに、説明文にはルビがふられており、作業工程が分かりやすく示されています。

○利用者が誰にでも相談できる環境のもとで適切な個別支援が行われています。

働く意欲向上のために適切なフィードバックが行われています。さらに、関係機関と積極的に情報交換を行い職場体験の機会の確保、適性に応じた職場開拓がなされています。

◆改善を求められる点

○法人では法人内各事業所で3年毎に福祉サービス第三者評価を受審していますが、事業所で実施する自己評価の実施方法の改善が望まれます。毎年、熊本市が示す第三者評価基準に基づき、管理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、職員会議において職員間で共有し周知されていますが、自己評価の実施メンバーの選定や評価方法等に課題が見られ、その改善策の検討が望まれます。

○防災訓練へのさらなる連携が望まれます。安全衛生管理活動計画が作成され、定期的に訓練が行われ、以前は病院と一緒に訓練へ参加されていましたが、現在は新型コロナウイルス感染症の影響で病院からの参加の要請がありません。避難方法や避難ルートを確認する機会ですので病院との防災訓練の連携への働きかけが望まれます。

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 5.2.13） 今回の第三者評価結果につきまして前回に引き続き高評価をいただき全職員、利用者を代表しまして感謝申し上げます。特に高評価いただいた「法人の理念・基本方針の周知」については済生会熊本福祉センター全体で 200 名を超える職員が在籍することから済生会の理念に加えて福祉センターの理念、基本方針を徹底して周知しているところです。

また、「管理者の責任及びリーダーシップ」におきましては毎朝の管理者ミーティング及び毎週 1 回

開催します管理運営会議にて徹底しております。人事考課制度につきましては、済生会熊本病院の人事制度を参考にしながらも経営コンサルと相談し独自の手法を取り入れておりますし、メンタルヘルス、利用者の安全確保、個別支援手法のカンファレンスなどバランス良く取り組んでおり、熊本市指導の際にも高評価を得ているところであります。

一方、ご指摘いただきました改善を求められる点、まず「自己評価の実施」につきましては、当センター内それぞれの事業所での解釈の違いがありましたので、今後早急に改善致します。その手法につきましては、更なる詳細なご指導を頂ければと思います。更に防災訓練につきましては事業の場所が病院であるため毎年徹底して行われていたのですが、コロナ禍にて休止している部分であります。コロナ終息後には再開する見通しとなっておりますので病院と共同で取り組んで参ります。

今後更に質の高い支援をして参る所存ですので引き続きご指導宜しくお願い致します。

(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

【障がい者・児施設（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4年8月12日～ 令和5年3月31日
評価調査者番号	① 第08-021
	② 第19-010
	③ 第08-017

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（就労継続支援事業A型及びB型）就労移行・就労定着支援事業（休止中）
代表者氏名：支部長 副島 秀久 (管理者) 宮川 栄助	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) A型10名、B型24名、移行6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： 096-223-3330	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				
就労継続支援A型及びB型事業、就労移行支援事業（休止中）、就労定着支援事業（休止中）	済生会内田夏祭り（コロナ禍中止）、レクリエーション（春・秋）、駅伝大会、フットボール大会、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、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	3	
サービス管理責任者	1		介護福祉士	1	
支援員	7		知的障害援助専門員	5	

	作業指導員	4	1 1	保育士	2	
	事務員	2		調理師	2	
				介護支援専門員	1	
				ヘルパー2級	4	
	合 計	1 6	1 1	合 計	2 2	

※ 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、複数の福祉サービスの提供を行っています。障がい者の「親亡き後」の生活支援のために日中活動の場として「生活介護」、住まいの場として「グループホーム」（90名枠、14棟）を整備しサービスを実施しています。また、必要な場合には設置本体である済生会熊本病院での医療が常に受けられるようになっています。

○全国の済生会グループのリーダー役として、全国済生会知的障がい者就労支援協議会での情報交換や研修等を積極的に行っています。

○そのような中で「済生会かがやき」では、就労継続支援A型・B型事業を運営していますが、済生会熊本病院の管理棟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。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年8月12日（契約日） ～ 令和5年1月17日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3回（令和元年度）

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。

ホームページや病院の作業室・休憩室、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唱和するとともに、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ています。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。

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、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。

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。また、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。なお、職員処遇の向上に当たっては、「福祉・介護職員処遇改善加算」の支給対象者を、事業所負担を行うことにより全事業所の職種に拡大支給し職員の処遇改善に努めています。

○職員の就業状況等の把握やメンタルヘルスへの取組も適切に行われています。

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（外部相談窓口も有り）を設置し、産業医の面談、通常の健康診断に加え節目検診も導入され、メンタルヘルスへの取組も実施されています。

○利用者が安心して作業へ取組ができるよう作業工程表の工夫がされています。

作業工程表には写真やイラストが多く使われるとともに、説明文にはルビがふられており、作業工程が分かりやすく示されています。

○利用者が誰にでも相談できる環境のもとで適切な個別支援が行われています。

働く意欲向上のために適切なフィードバックが行われています。さらに、関係機関と積極的に情報交換を行い職場体験の機会の確保、適性に応じた職場開拓がなされています。

◆改善を求められる点

○法人では法人内各事業所で3年毎に福祉サービス第三者評価を受審していますが、事業所で実施する自己評価の実施方法の改善が望まれます。

毎年、熊本市が示す第三者評価基準に基づき、管理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、職員会議において職員間で共有し周知されていますが、自己評価の実施メンバーの選定や評価方法等に課題が見られ、その改善策の検討が望まれます。

○防災訓練へのさらなる連携が望まれます。

安全衛生管理活動計画が作成され、定期的に訓練が行われ、以前は病院と一緒に訓練へ参加されていましたが、現在は新型コロナウイルス感染症の影響で病院からの参加の要請がありません。避難方法や避難ルートを確認する機会ですので病院との防災訓練の連携への働きかけが望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

今回の第三者評価結果につきまして前回に引き続き高評価をいただき全職員、利用者を代表しまして感謝申し上げます。特に高評価いただいた「法人の理念・基本方針の周知」については済生会熊本福祉センター全体で200名を超える職員が在籍することから済生会の理念に加えて福祉センターの理念、基本方針を徹底して周知しているところです。

また、「管理者の責任及びリーダーシップ」におきましては毎朝の管理者ミーティング及び毎週1回開催します管理運営会議にて徹底しております。人事考課制度につきましては、済生会熊本病院の人事制度を参考にしながらも経営コンサルと相談し独自の手法を取り入れておりますし、メンタルヘルス、利用者の安全確保、個別支援手法のカンファレンスなどバランス良く取り組んでおり、熊本市指導の際にも高評価を得ているところであります。

一方、ご指摘いただきました改善を求められる点、まず「自己評価の実施」につきましては、当センター内それぞれの事業所での解釈の違いがありましたので、今後早急に改善致します。その手法につきましては、更なる詳細なご指導を頂ければと思います。更に防災訓練につきましては事業の場所が病院であるため毎年徹底して行われていたのですが、コロナ禍にて休止している部分であります。コロナ終息後には再開する見通しとなっておりますので病院と共同で取り組んで参ります。

今後更に質の高い支援をして参る所存ですので引き続きご指導宜しくお願い致します。

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	34	
	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。

<共通評価基準>

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。	Ⓐ・b・c
<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唱和するとともに、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。		

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・c
<コメント> 事業経営を取り巻く環境等の把握については、相談事業所との連携や県内全支援学校への訪問・懇談や実習などでマッチングを行い潜在的なニーズや利用者数等を把握しています。また、済生会本部・熊本県支部・熊本病院より情報収集を行うとともに、知的障がい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。		
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・c
<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し対策が検討されています。その結果が職員会議、かがやき会議で報告さ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。		

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。	Ⓐ・b・c
<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、それをもとに支部、福祉センターの計画が策定されています。その中で経営の健全化・人材育成の充実・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。		
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。	㉠・b・c
＜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福祉分野の状況を分析し、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及び進捗管理を行っています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 事業計画は毎年、職員の意見を集約し、管理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その進捗状況の確認や課題検討が組織的に行われています。職員へは、かがやき会議において上記のことが周知されています。		
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。	㉠・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。		

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・㉡・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、熊本市が示す第三者評価基準に基づき、管理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、職員会議において職員間で共有され、周知されていますが、自己評価の実施メンバーの選定や評価方法等に課題が見られ、その改善策の検討が望まれます。		
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。	㉠・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。		

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。	㉠・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、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。なお、管理者不在時の役割や責任についても、副管理者や係長への権限委譲が行われています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 管理者は、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、人権セルフチェックなどを実施し、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。なお、管理者は身体拘束・虐待防止委員会の委員長も務めています。		
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。	㉠・b・c
＜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り組んでいます。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を実施し、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。なお、職員の質の向上のための人材育成プログラムが策定され実践されています。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	㉠・b・c
＜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委員会・内田調整会議・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。今年度は事務局の業務の効率化のための新たな組織の再構築などが行われています。		

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。	㉠・b・c
＜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、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ています。新人職員、中堅職員、リーダーと経験年数に応じた階層別研修が行われ、新人職員については職場定着やスキルアップのためにチューター制度も導入されています。職員採用活動については、法人のホームページへの掲載や県内の大学・専門学校への訪問、福祉人材センターの活用など広く人材確保に努めています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
＜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。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。また、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。なお、職員処遇の向上に当たっては、「福祉・介護職員処遇改善加算」の支給対象者を、事業所負担を行うことにより全事業所の職種に拡大支給し職員の処遇改善に努めています。		
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り組んでいる。	㉠・b・c

＜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（外部相談窓口もあり）を設置し、産業医の面談、通常健康診断に加え節目検診も導入され、メンタルヘルスへの取組も実施されています。職員の自己評価では「半日・時間休で年休が取り易く年休消化しやすい」等の意見が出ています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 職員は事業計画をもとに自己申告書兼目標管理表を作成し、年度当初に１年間の職員個々の目標を設定し、自ら進行管理を行っています。その目標については、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。面接は職員の要望・提言を聞く場でもあり、上司からの助言や指導も行われ、人事考課後は職員へのフィードバックも行われています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、法人の中期事業計画や済生会熊本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回の研修会とブレインスター（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。外部研修への参加後はパワーポイント等での伝達や報告書により復命が行われ職員への周知が図られています。		
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。	㉠・b・c
＜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」が整備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」が作成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。		
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・㉡・c
＜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。コロナ禍で中止されることもありましたが、保育士や福祉専門学校等の学生の受け入れが実施されています。しかしながら、現在は社会福祉士の実習が行われておらず、今後は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、地域の中学生や特別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。		

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。	㉠・b・c
＜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。		

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。	㉠・b・c
＜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。		

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。	㉠・b・c
＜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、地域連携マップや関係機関リストが作成され、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（コロナ禍中止有）や地域主催の「どんどや」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。		
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。	㉠・b・c
＜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関係に努めています。済生会熊本福祉センター及び済生会かがやき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、特別支援学校の実習生の受入れについては受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。なお、「内田夏祭り」（コロナ禍中止有）では、県内大学・高校、一般市民、地域の交通指導員などの多くのボランティアが参加しています。		
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＞ 関係機関との連携については、関係機関リストや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。このリストやマップは事業所に掲示され、かがやき職員会議等で周知され、利用者へも伝えられ、必要時に活用されています。また、区の自立支援協議会やサービス管理者協議会、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。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	㉠・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	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	㉠・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、家族、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 DCAT 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。

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＞ パンフレット、済生会熊本福祉センター通信「すまいるん」に理念・基本方針が記載され、かがやき便りには済生会かがやきの支援方針が記載されています。職員は首掛け氏名携帯カード、個人ファイルで常に理念・基本方針を確認することができます。またミニ研修会の資料には理念・基本方針が記載され会議の際に唱和されています。利用者の尊重について人権セルフチェック実施（年3回）、各月担当者を決め職員研修を実施され職員全体で姿勢や責務につて共通理解への取組がなされています。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉠・b・c
＜コメント＞ プライバシー保護は「サービス提供マニュアル」に記載されています。人権セルフチェック、コンプライアンス・アンケート実施により状況の把握と対応がなされています。通信やホームページへの写真掲載は、利用者および家族の同意を得た人のみ掲載されています。各自のロッカー（鍵付き）が設置され、更衣の際はカーテンで仕切ることができます。持ち物について確認が必要な場合は、職員2名で一緒に確認し保護者へ連絡するなど配慮がなされています。また、敬称の要望についても、利用者、家族、職員にも確認され、全体で決定するなど丁寧なプロセスを得て回答がなされています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 支援学校訪問の際は、パンフレットを持参されています。また済生会熊本福祉センター通信「すまいるん」は地域の自治会・関係機関に配布され、ホームページでも事業所の様子が閲覧できます。基本的に文字にはルビがつけてあり、文字も大きく見やすいものとなっています。見学や体験については、電話で受付しパンフレットでの説明をしています。また、実際の活動の様子が見学できるなどの対応を積極的に実施しています。複数名の見学の場合は、病院へ感染状況を確認され人数制限することで対応されています。実習生の受け入れも積極的になされています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 利用開始までの受付や計画相談の情報、フェイスシート作成等の記録が整備されています。サービス変更の際は、「カフェ」から「清掃」の体験実習の契約書の記載、2～3日の体験実習の実施が行われ、他事業所の場合は1週間の体験実習期間が設けられています。また、家族が高齢となった場合には、成年後見制度の説明やその活用など相談支援専門員との連携が図られています。利用開始の際は「新規利用説明時資料」を用いて統一された説明がなされています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 福祉サービスの事業所変更の際には、利用者、家族への説明と同意がなされ「引継ぎ書」が作成されています。また、相談支援専門員とサービス管理責任者、関係機関が情報共有され支援が途切れないように配慮されています。引継ぎ書にはサービス管理責任者、担当者、窓口連絡先への問い合わせ先も分かりやすい位置に記載されています。		

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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 毎年秋に利用者満足度調査、利用者・家族アンケートが実施されています。アンケート集計・分析の結果を踏まえ改善策を検討されています。また、かがやき便りは集計や分析がグラフで分かり易く記載され家族や地域住民も見ることができます。アンケートは職員が聞き取り調査を行い、意思疎通が困難な利用者には推測し選びやすい内容を伝え回答しやすいように配慮されています。以前は家族アンケートの集計やご意見に対して施設見学・家族総会の際に回答されていましたが、感染予防対策で施設見学ができないため書面での回答がなされています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 「相談苦情対応マニュアル」が整備され、苦情対策委員もが設置されており、苦情を受け付け後の流れは、分かりやすいフローチャート図となっています。記入カードは匿名で記入することができ、済生会熊本病院内管理棟休憩所に苦情BOXが設置され投函することができます。苦情はかがやき会議で情報共有がなされ対応を検討されています。苦情受付は上半期・下半期でまとめられ、「通信かがやき」に掲載され家族にも周知されています。また、回答が遅くなる場合は、電話、連絡ノート、LINE等を活用しその旨を報告されています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 済生会熊本病院内では個別の部屋の確保が難しいため、利用者が活動され事務所が空きになる時間、帰宅後の時間、食堂の隅を活用され個別に話せる機会を確保し対応がなされています。基本はサービス管理責任者が随時相談を受け付ける他、職員の氏名と顔写真が掲示され誰にでも相談できる体制が整えられています。また、ご意見箱の設置、定期的なアンケート実施、自治会代表が意見を述べる機会も設けられ意見しやすい仕組みが整っています。重要事項説明書は「要望・苦情等及び虐待防止に関する相談窓口」として受付窓口、担当者、第三者委員の氏名連絡先、行政相談窓口が記載されています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 相談、意見、苦情などを受付けた際の記録が整備され、一覧表で対応がなされたか確認できるよう整備されています。家族からの要望で施設側での対応が難しい場合は施設側の意向を、利用者・家族へ電話や連絡帳、メール送信されるなど丁寧な説明が行われています。かがやき会議では年に一度「相談・苦情対応マニュアル」の見直しが行われています。		
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マネジメント体制が構築されている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 安全衛生委員会、リスクマネージャーの設置がなされています。「リスクマネジメントと事故発生時のマニュアル」には責任者やフローチャート図で対応がわかりやすく記載されています。リスクマネジメント指針が記載され、職員への周知に関しては、リスクマネジメントの研修（7月）が開催されています。ヒヤリハットの報告ではインシデント報告書を提出し部署会議で情報共有と事実確認や分析・解決策の検討がなされています。かがやき会議にて改善策を職員へ周知する仕組みが整えられています。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 感染予防の対策と発生時のマニュアル、体制が整っています。「感染予防と発生時の対応マニュアル」が作成され、責任と役割が明記されています。また、感染対策の研修会は8月に開催され、マニュアルの見直しが行われています。「新型コロナウイルス		

ルス感染症に対する福祉センターの方針について」は、随時掲示され職員には回覧で情報共有がなされています。病院とは事業所は内線でつながるため、直ぐに対応ができる体制が整えられ、病院の感染対策委員からの助言を受けることができます。感染防止対策マニュアルは済生会熊本病院と多機能型事業所済生会かがやきのマニュアルがあり、情報の変化に対応できるマニュアル作成を検討されています		
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・㉔・c
＜コメント＞ 安全衛生管理活動計画が作成され、定期的に訓練が行われています。5月には消防・防災訓練、11月には避難訓練・防災教育が実施されています。以前は病院と一緒に訓練へ参加されていましたが、現在は新型コロナウイルス感染症の影響で病院からの参加の要請がありません。避難方法や避難ルートを確認する機会ですので病院との防災訓練の連携への働きかけが望まれます。発生時は住所録一覧表があり、担当者が家族への電話連絡をするなどの役割分担がなされています。また、非常用備蓄食については1日分が病院で確保されています。		

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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 標準的なサービス内容と個別に対応するサービス提供マニュアルが策定されています。マニュアルには標準的な内容が分かるように各フロアの作業内容・日程表等が写真やイラスト入りで誰が見ても理解できるよう策定されています。掃除の際は掃除用具を入れた台車にマニュアルが取り付けられ確認ができます。器具などの説明は大きな文字で記載されルビがあり、容器の補充するメモリが引かれている等、病院と相談しながら工夫されています。これらのマニュアルは利用者に周知され、マニュアルに則り標準的な支援が実施されています。		
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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 標準的な実施方法については毎月行われる職員会議で標準的な実施方法の検証・見直しが行われ、それにより個別支援計画も見直しがなされています。利用者より、作業内容について意見がある時は、意見を反映し対応できる体制を整え、口頭で見直しを伝えられています。勤務については、利用者間で話し合いがなされ勤務表が作成され、それに職員が確認・訂正を行い実施されています。		
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支援計画を適切に策定している。	㉔・b・c
＜コメント＞ サービス管理責任者による個別支援計画書が作成され、利用者・家族の同意と写しを渡され書面で確認することもできます。計画者の氏名や連絡先も記載され、問合わせがし易いやすい工夫がされています。個別支援計画作成は担当者とサービス管理責任者によりアセスメントをもとに検討会議が開催され利用者のニーズや目標の把握がなされています。支援内容や家族からの意見は記録整備されています。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	㉔・b・c
＜コメント＞ 職員全体が関わり個別支援計画の評価・見直しが行われています。見直しは基本的に半年に1回、状況に応じては3ヶ月、緊急時は早急に対応されています。目標は利用者が達成しやすい目標が設定されています。「給料が高いところで仕事したい」「一般就労したい」と希望する利用者には、まずは達成可能な目標設定をし、その目標がクリアできたら次の目標設定へと根気よく目標達成への支援が行われています。モニタリングは工賃の支払日に合わせて、利用者へ評価のフィードバックが行われており、利用者の仕事に対する振り返りの機会と意欲への維持向上へと繋がっています。		
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。	㉓・b・c
＜コメント＞ 組織で定めた統一された書式で記録がなされています、年度はじめに職員研修が行われ、統一された方法で記録されています。情報の共有化に関しては、随時行う場合と各部門の会議が毎月定期的開催されています。利用者より「誰にも言わないで欲しい」と言われる場合は、その状況を把握し、利用者の意向を再確認し情報共有するなどの対応がなされており利用者の思いに寄り添った対応がなされています。		
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。	a・㉔・c
＜コメント＞ 書類の保管・保存・情報開示の請求等についての規程が定められています。記録管理の責任者が設置され、永久保存、10年保存、5年保存と保存期間が規定されています。個人情報保護については、職員へは教育研修会において、利用者・家族へは家族会でその取り扱いや開示の手順等の説明がなされています。廃棄についての規定がないために、個人情報に関する書類が保存され続けています。廃棄に係る規程の見直しが望まれます。		

＜内容評価基準＞

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	㉓・b・c
＜コメント＞ 利用者の自己決定を尊重した支援が行われています。「清掃」「カフェ」どちらを希望されるか尋ね、体験利用を得て比較判断ができるよう支援されています。野外活動も活動内容を伝え判断できるように配慮がなされています。また利用者の自治会議での意見を取り入れた活動が行われ、給食会議では利用者が参加し献立の要望などを伝える仕組みを整えています。ロッカーに掲示されている「キラキラシート」には利用者の強みが記載されており、担当者が強みを見つけることで、利用者自らが主体的に強みを伸ばす工夫がなされています。		
A-1-(2) 権利擁護		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	㉓・-・c
＜コメント＞ 利用者の権利擁護については規定・マニュアルが整備され職員研修等で周知されています。年に3回、人権セルフチェックの実施、身体拘束・虐待防止マニュアルが整備され、発生時対応の流れが分かりやすく記載されています。また、職員へは10月に虐待防止研修が実施され周知がなされています。再発防止に向けた会議はかがやきだけではなく、済生会熊本福祉センター全体でも取組む体制が整えられています。身体拘束については事例を活用した研修会が予定されています。なお、家族からの経済的虐待については相談支援専門員より情報提供があり連携し、行政に通告されるなど適切な対応がなされています。		

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	㉓・b・c
＜コメント＞ 利用者の自律・自立生活に向けた細かな支援が実施されています。一般就労に向け社会復帰プログラムでは、ビジネスマナー等が行われています。社会適応能力向上訓練実施報告書にはパソコンを使用し文章を入力、ビジネスマナー、企業見学では他の清掃会社を知る機会の様子が記録整備されています。また、A型事業所では年休の		

取り方や書類の書き方、活動前の身だしなみチェック、チェック表で確認が行われています。家族からの「JR やバスに乗れるようになってほしい」との意向には、行事活動の時間にバスや JR に乗る体験を実施され個別支援が行われています。またセルフレジの使い方も支援されています。		
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ コミュニケーションツールとして個別に工夫された対応がなされています。コミュニケーションが十分でない利用者へは交換ノートで事業所や家庭での様子も伝えることができ把握ができています。文字が読めない利用者には写真を見て理解できるように配慮がなされています。声が出せない利用者には職員が代弁し、頷く表情を見て判断するなどの支援がなされています。		
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 「利用者には相談したい人に相談できる」が周知され個別に相談ができる体制が整っています。誰に相談したいかが分かるように職員の顔写真が掲示されています。また、声かけを行い誰に相談しても良いことを周知されています。相談を受けた際は、利用者に確認の上、サービス管理責任者へ報告され、職員への情報共有がなされ記録整備されています。		
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 「済生会かがやき日中活動」が年間計画で作成されています。利用者自治会、プロフィール作り、地域の清掃活動、ミニ運動会、ミニ夏祭り、初詣等が計画されイベントへの呼びかけが行われています。活動を通して、セルフレジを使用する機会や公共交通機関を利用する機会を設け個別支援計画に反映されています。新型コロナウイルスの影響で地域の祭り開催が減少する中、地域でのかかし祭りに参加するなど積極的に地域との交流に取組まれています。		
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 利用者の障がいの状況を把握し、専門機関からのアドバイスを受け個別に対応がなされています。嚥下の見守りが必要な方や、小銭に関心が強い方など神社に行かれる際は見守りが行われています。相談支援専門員と連携し、かかりつけ医療機関に相談しアドバイスを受け個別対応がなされています。不適応行動や行動障害により個別に対応が必要な状況で、他の事業所が望ましいと判断される場合は事業所変更も検討するなど個別支援が行われています。また職員は研修に参加し専門的スキルを身につけるよう自己研鑽されています。		
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 体力測定（年1回）や歯磨き講習、身だしなみや身体の清潔保持についての支援が行われています。現在、身体介助が必要な方はいませんが、生理中の配慮を要する女性への声かけ見守りの支援が行われています。食事は好き嫌い、牛乳やエビなど配慮が必要な場合は代替食で対応されています。必要な情報は各部門会議や職員会議で検討がなされ記録が整備されています。		
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 安全な環境で作業ができるように配慮されています。また休憩室には冷蔵庫が設置、畳のスペースもあり、トランプやテレビを鑑賞し休憩できるように配慮されています。病院の職員と同様に施設・設備は使用でき、空調の整備、照明の点検もされており、バリアフリーで安全に配慮されています。		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		

A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	㉑・b・c
＜コメント＞ 年齢や身体状況に応じた自主トレーニングが日常でできる取組みがなされています。体調管理から健康チェック、転倒のリスク、筋力低下防止、関節拘縮防止のためにストレッチを個別に取り入れるなど工夫がなされています。また足取りが悪い利用者には足上げ運動を実施され、情緒面の支援が必要な利用者には生活面の支援を行うなど日常的な支援がなされています。		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	㉑・b・c
＜コメント＞ 健康管理マニュアルがあり、日々の健康チェックや、協力医療機関（済生会病院、あきた病院）と連携した健康診断、予防接種などが実施されています。また、カフェや厨房では検便が行われています。予防接種などは家族へ通知し、接種状況などの確認がなされています。体調不良や朝から発熱症状がある利用者への対応は、済生会病院の看護師との連携が取れており、すぐに対応できる状況にあります。病院では救急外来の対応と、急を要さない場合は利用者のかかりつけ医療機関に通院できるよう連携されています。利用者の持病や服薬は個人ファイルで管理され、緊急時の対応ができる体制が整っています。		
A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a・b・c
＜コメント＞ 非該当		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	㉑・b・c
＜コメント＞ 自動車やバイク免許の取得については、利用者の勉強に職員が付き添うなどのサポートが行われています。またパソコン教育やビジネスマナーの学習の機会もあります。SNSなどの取り扱いについてのルールや指導がなされ、トラブルへの対応も随時行われています。春、秋のレクリエーションでは利用者の希望を聞き取り計画されています。今年の忘年会では利用者の希望によりボーリング大会が計画されています。コロナ禍の影響で地域のイベントや活動が減少していますが、その中でもかかし祭りや地域の清掃活動など社会参加を支援する姿勢が伺えます。		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	㉑・b・c
＜コメント＞ 利用者の意向を尊重し地域や移行支援への支援が行われています。グループホームからアパートなどでの一人暮らしを希望されている利用者に、お小遣いを貯めて生活の基盤を作る練習に取り組まれています。利用者の取り組みに対し職員は寄り添い、自立に向けた支援が行われています。		
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	㉑・b・c
＜コメント＞ 定期的に活動などの報告や、家族の意見交換をする機会が設けられています。連絡ノート、かがやき家族LINEグループ、ひまわり家族会議、家族会役員会議、かがやき便りなど定期的な報告と、意見交換が行われています。家族支援方法について家族の様子や家庭環境について関係機関との連絡調整について記録整備がなされています。コロナ禍以前は家族会へ職員が参加し、意見交換を開催されていました。現在は対面が難しい場合、家族が高齢でSNSの使用が難しい場合でも、連絡方法を検討・模索され、電話連絡や連絡ノートの活用、SNS使用への説明など積極的に利用者・家族との交流がなされています。		

A-3 発達支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援		
A⑯	A-3-(1)-① 子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	a・b・c
＜コメント＞ 評価外		

A-4 就労支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援		
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 個人総合評価が年度末に一回実施され、働く意欲や可能性を引き出す工夫がなされています。加点方式の評価がなされ時点での到達点と次への意欲向上へ繋がっています。さらに、賃金支払いの際に評価内容を丁寧に説明され、働く意欲が維持向上できるように賃金アップや収益増に向けての工夫や取組の努力は高く評価されます。また一般就労に向けての評価や障害者就業・生活支援センターへの登録など地域の企業・関係機関と連携が図られています。		
A⑱	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 就業規則や工賃規定、労働安全衛生関係のマニュアルが整備されており、それらに沿った支援が行われています。朝礼では5S運動で注視する箇所の説明を行うなど安全教育も徹底されています。また、職員の休みも把握できる仕組みが整備されています。冬場の早朝は暗いため、利用者・家族の要望により早出を日勤へ変更され対応するなど個別支援計画に基づいた支援が行われています。加えて、年齢、体力、障がいの特性に配慮し作業工程や内容の見直しが行われ各利用者に応じた作業内容へと配慮がなされています。		
A⑲	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	㉠・b・c
＜コメント＞ 働く機会を拡大するために関係機関や医療機関、企業などを通じて職場開拓や就職活動の支援が行われています。委託されている医療機関では定期的な話し合いが行われ新たな仕事の委託や情報提供が行われています。また自立支援協議就労部会やハローワーク、障害者就業・生活支援センター、医療機関、企業との連携が行われ、利用者一人ひとりの状態や希望・意向に合わせた情報提供や、職場見学体験などが行われています。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (Ⅰ～Ⅲ)	41	4	0
内容評価基準 (Ⅳ)	17	0	0
合 計	58	4	0