（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 福祉ｻｰﾋﾞｽ第三者評価事業
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	平成27年10月2日～平成28年1月1日
評価調査者番号	①第08-021
	②第08-018
	③第10-006

1 福祉サービス事業者情報

（1）事業者概要

事業所名称： （施設名）済生会ウイズ	種別：多機能型事業所 （就労継続支援事業Ａ型及びＢ型）
代表者氏名：支部長　須古　博信 （管理者）　岡本　博之	開設年月日： 平成２２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：５７名 （利用人数　５０名）
所在地：〒861-4127 熊本市南区内田町３５６１－１	
連絡先電話番号： ０９６―２２３―３３３０	ＦＡＸ番号： ０９６―２２８―６３１１
ホームページアドレス	http:// sk-fukushi.jp/work/with.html

（2）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
就労継続支援事業Ａ型及びＢ型	済生会内田夏祭り、ミニ運動会、レクレーション（春・秋）、駅伝大会、フットベースボール大会、そーめん流し、バーベキュー大会、ティーボール大会、ボーリング大会、映画鑑賞、新年会、忘年会、安全運転講習会、家族の施設見学・相談会
居室概要	居室以外の施設設備の概要
なし	訓練室・作業室、相談室、洗面設備、便所、医務室、静養室、更衣室、休憩室、食堂、シャワー室、事務室

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	1	
サービス管理責任者	1		社会福祉主事	3	
職業指導員	8		保育士	1	
生活支援員	2		知的障害援助専門員	6	

	目標工賃達成指導員	1		調理師	1	
	作業員	１０		クリーニング師	4	
	事務員	2		フォークリフト資格	3	
	合　　計	２５		合　　計	１９	

※ 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おり、その中で済生会ウイズでは「就労継続支援Ａ型・Ｂ型」事業を運営しているが、その主たる業種であるクリーニングについては、法人が経営する病院の寝具や白衣等を安定して受注しており、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	平成２７年１０月２日（契約日）　～ 平成２７年１２月１６日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	１回（平成　　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、月例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「施設通信」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において、管理者訓話の実施や研修会の講師を務めたり、広報紙等での管理者挨拶などで自らの役割や責任について明確にしています。また「管理者の7つの責務」「管理者の行動規範」においてもそれを明確にしています。

○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。

○利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われています。法人の理念、基本方針、支援方針、倫理綱領、行動規範には利用者尊重のサービスの実施が明記され、職員は、「理念、基本方針、支援方針」を記載したカードを常に名札とともに携行し、日常の支援にあたっています。また、支援マニュアルの整備や職員による一日１件以上の気付きレポートの提出により、インシデントの必要性が周知され、定期会議や研修、適時会議等で協議を重ね共通理解ができています。

○利用者へのサービス継続性に配慮した対応が行われています。体力的に厳しくなられた利用者には、相談支援専門員とサービス管理責任者が情報提供を行い、変更先の見学や体験を行った後、自己決定により選択・希望する施設への支援が行われています。また、継続性を図るため「引き継ぎ書」を作成するなど、継続性に配慮した対応が行われています。

◆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。

○台風により分煙室が壊れ、利用者は外で喫煙されています。しかし、隣接施設への伏流煙被害や火災等考えられるため、早急な喫煙室の設置が望まれます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（４００字以内）

(H28 .1 .5)

今回、当施設としては初めて福祉サービス第三者評価を受審いたしました。受審に当たっては1年前よりプロジェクトチームを発足し、受審の意義や目的を職員全員に徹底し、マニュアル等の補完にも努めてまいりました。評価結果としては、法人の理念や基本方針、支援方針に則って利用者を尊重した福祉サービスの提供が行われていると評価をいただきました。また改善を要する点として、大学等からの実習生受入体制の整備や喫煙室・トイレ等の施設整備のご指摘がありました。

全般的に高評価を頂きましたが、まだ努力改善すべき点があることも確認できました。今回の評価を基に、さらに質の高い福祉サービスが提供できるよう、今後も職員全員で取り組んでまいります。

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	２５	
	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		

（別紙）

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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　法人の理念や基本方針は、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。職員については、月例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、毎月発行の広報紙「施設だより」等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。		

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・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、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。		
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〉　経営課題に基づき「済生会ウイズ事業基本計画」を策定し、同計画について、上・下半期毎に「済生会ウイズ事業計画推進表」を策定し実施状況の評価を行い、利用者の利用率や事業収入等の向上のために具体的に取り組んでいます。		

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〉　法人において中期事業計画（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・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〉　法人の中期事業計画（5 年間）に基づき、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「済生会ウイズ事業計画」が策定されています。さらに「済生会ウイズ事業基本計画」を策定し、同計画で定めた達成すべき数値目標等について、上・下半期毎に「済生会ウイズ事業計画推進表」により実施状況の評価を行っています。		
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〉 事業計画は職員の意見を集約し策定され、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、毎月の実績推進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。		
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・ⓑ・c
〈コメント〉 利用者等への周知については、毎日の終礼や掲示板への掲示、広報紙「施設だより」等でも周知しています。「施設だより」では、簡潔にまとめられ利用者の理解が得やすいような配慮は伺えますが、職員の自己評価では、「利用者の理解は不十分」との意見も出ており、理解困難な利用者へは、特別な資料を準備するなどして理解の促進への工夫が望まれます。なお、管理者から年２回程度の利用者への訓話の中では収支状況等も含めて周知しています。		

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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉 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、その結果を取りまとめ職員間で共有され、職員会議で課題を分析し、改善策が取りまとめられています。		
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、職員により改善策が作られ、「ウイズ事業基本計画」に課題としてあげられ、「ウイズ事業計画推進表」によりその改善状況の評価が行われるとともに、事業計画にも反映され、ＰＤＣＤサイクルに基づき実施されています。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 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において、管理者訓話の実施や研修会の講師を務めたり、広報紙等での管理者挨拶などで自らの役割や責任について明確にしています。また「管理者の７つの責務」「管理者の行動規範」においてもそれを明確にしています。さらに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	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〉 管理者自ら、関係機関や法人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、年２回、コンプライアンス・アンケートを実施し、遵法精神の醸成に努めています。また、コンプライアンス・マニュアルも策定されています。		
Ⅱ-1-(2) 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、毎月、事業計画推進状況表を管理し、進捗状況を確認しており、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・家族満足度調査を実施したり、サービス向上委員会の活動等によりサービスの質の向上に取り組んでいます。		
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。	ⓐ・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が行われ、経営管理・人事管理・労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職員会議、グループ会議、委員会と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積極的に関与しています。		

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ており、済生会ウイズにおいても「事業計画」及び「ウイズ事業基本計画」において、人材育成方針が規定され、研修会の実施や資格取得が実践され、「ウイズ事業計画推進表」によりその評価も実施されています。		
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。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。		
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・ⓑ・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な自己評価面接等が行われ、また、職員満足度調査でも把握されています。なお、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促進やメンタルヘルスへの取り組みも実施されています。時間外労働については、試験的ではあるが毎週水曜日をノー残業デイに設定し、その減少に努めていることは評価できますが、職員の自己評価では「年休が取りにくい、手当が支給されない」等の意見が出ていますので、更なる検討が望まれます。		
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〉 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。		
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事業計画及び済生会ウイズの事業計画等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。		
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。		
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。しかしながら、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、新規採用の県職員や地域の中学生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。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ており、多くの情報が公開されています。		
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よる外部監査は実施されていませんが、法人監事である公認会計士、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による内部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ウイズ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、廊下に写真入りで分かり易く表示されています。施設での夏祭りや敷地内で開かれる地域主催のドンドヤには利用者とともに多くの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。	a・ⓑ・c
〈コメント〉　ボランティアの受入れにつては、「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いますが、今のところ継続的なボランティアの受入れや登録などが行われていませんので工夫が求められます。		
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社会資源を明確にし、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、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る。このマップは職員への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、校区民生委員の見学等も行われています。		
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	ⓐ・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、基本理念や運営方針、事業所の活動状況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、校区社協長や民生委員との活動報告会、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 に登録し、罹災した福祉施設等へ職員の派遣、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〉 法人の理念、基本方針、支援方針、倫理綱領、行動規範に明記され、「理念、基本方針、支援方針」を記載したカードは名札とともに携行し周知が図られています。また、支援マニュアルの整備や職員による一日１件以上の気付きレポート提出により、インシデントの必要性が周知され、定期会議や研修、適時会議等で協議を重ね共通理解ができています。		
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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉 虐待防止マニュアル、プライバシー保護規定や個人情報保護マニュアルが策定され、職員会議等で周知徹底が行われています。また、職員の気づきレポートによるインシデント報告により虐待防止やプライバシー保護の共有が図られています。また、休憩室や更衣室、医務室が整備され、自由にくつろげるスペースが確保されています。一方利用者、家族へは契約時にプリント配布による説明やウィズ便りで周知を図っています。		
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〉 ホームページや就労支援ガイドブックに掲載し、積極的な提供取り組みが行われています。希望者にはルビをふった施設案内パンフレットにより説明。具体的な優先順位を聴くなど選択しやすい工夫が行われています。また、パンフレットは利用希望者、家族、支援学校などへ配布し、実習生等にも説明を行う等、積極的な情報提供が行われています。		
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〉 利用契約時や重要事項説明書で利用者・家族に詳しく説明が行われています。意思疎通の出来ない人はいないが、より理解しやすいように、ルビをふったパンフレットや写真や図を用いて内容が伝わるように配慮がなされています。また、内容変更や他施設移動時にはルビをふった文書でわかりやすく、具体的な説明が行われています。		
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〉 体力的に厳しくなられた利用者には、相談支援専門員とサービス管理責任者が情報提供を行い、変更先の見学や体験を行った後、自己決定により選択、希望する施設への支援が行われ、「引き継ぎ書」を作成するなど、継続性に配慮した対応が行われています。		

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〉　法人全体の満足度向上委員会により、利用者、家族へのアンケート調査が毎年１回（10 月頃）行われています。集計・検討された結果はコメントが付けられ職場ごとにフィードバックされ改善策を考えるシステムが作られています。ウイズでは、分析された結果と改善した結果を、グラフや図を用いてわかりやすく作成し、利用者へ説明が行われています。		
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〉　苦情解決制度は確立し、周知・機能しています。職員、利用者への周知はできおり、これまで出された苦情は苦情処理マニュアルに基づき対応されています。第３者委員まであげる事案はなく苦情解決担当者で終結しています。記録は苦情解決マニュアルに沿って保管されています。また、年１回苦情取り組みの報告会を行い、法人全体の共有が図られています。		
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。	a・ⓑ・c
〈コメント〉　毎月１回相談日を設けサービス管理者による相談が行われています。また、日常的に現場の職員による相談もできる体制が整備され、Ａ型では作業場内に個別相談ができるスペースが確保され、気軽に相談できる体制が整えられています。また、投函に配慮された投書箱の設置は意見が出やすい配慮がなされ環境が整えられています。苦情は施設だより（ウイズ便り）に掲載され利用者、家族、職員に共有され、周知されています。ただ、利用者アンケートでは「なかなか相談できない」「聞いてくれない職員がいる」などあがっており、更なる指導や周知が望まれます。		
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〉　相談受付マニュアルにより、組織的に取り組まれ迅速な対応ができています。投書箱の意見や利用者会議ででた意見・要望は、迅速かつ丁寧に対応され、経過、結果は月ごとに整理され、文章で保管されています。		
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〉　リスクマネジメント責任者としてサービス管理責任者が配置されています。利用者の健康管理は、安全衛生委員会を設置し、ヒヤリハット、アクシデントレポートにより、記録、内容検討し改善策が講じられています。事故が起きた後の要因分析や再発防止策は職員にも周知されています。また、職員からの気づきレポートからも把握、対応ができる体制ができています。毎年研修委員会による救急法の研修が行われ、救急対応機関との連携もできています。		
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〉　感染症の予防マニュアルが整備され、安全委員会による感染症予防対策が構築され、職員研修やポスター掲示、口頭による利用者への周知徹底がなされています。発生した場合マニュアルにより、インシデント対応による関連機関への連絡を行い、組織をあげての対応が行われています。		
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・ⓑ・c
〈コメント〉　災害時の対応マニュアルは作成され緊急連絡網も整備されています。地域防災マップの把握も行われています。また、消防計画も整備され、地元の関係団体と連携し訓練が行われ、消防署からの評価を含めた記録が保管されています。職員アンケートで「連絡体		

制が整っていないような気がする」とあり、全職員への更なる周知徹底が望まれます。

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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　サービス内容は重要事項説明書に明記され、利用契約時に説明し同意が取れています。実施方法については福祉サービス支援基本マニュアル（支援マニュアル、作業マニュアル）に記載されいつでも閲覧することができ、職員の共有が図られています。サービス実施に当たっては、毎月施設内勉強会を実施しスキルアップに努めています。研修委員会の設置や、外部研修会への参加など積極的な学びの場が設けられ評価できます。		
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。	事業計画 ⓐ・b・c
〈コメント〉　事業計画に半期ごとの見直しが明記され、生活支援マニュアル、クリーニング作業マニュアル、職員の自己評価、ケース記録など年２回の見直しが実施されています。また毎月行われる部門会議で事業計画進捗状況表を作成し、検証が行われています。適時の見直しも行われ職員会議の中で共有されています。		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　個別支援計画は担当職員とサービス管理責任者が、検討会や担当者会議を通して、共通のアセスメントシートを用いて、関係職員との合議によって作られています。また、変化が生じたときは、適時の見直しも行われ適切なアセスメントによる支援計画が策定されています。		
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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　サービス管理責任者により、Ａ型は６か月ごとに、Ｂ型は３か月ごとに評価見直しが行われ偏りがないように配慮されています。見直しに向けて利用者ヒアリングや関係職員へのヒヤリング、ケース記録を反映させながら行われています。変更が必要なときは、利用者にはルビが振られた計画書でわかりやすく説明され同意が得られています。計画の変更は現場職員にもサービス管理責任者から、支援計画に沿って利用者の特性等の説明が行われ、職員の共有が図られています。		
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、職員間で共有化さている。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　ケース記録は統一された様式により、①心身の状況②支援の状況③加算、給付費に分別して記入するルールが決められ、担当者及び関係者により毎日入力されています。各種記録の情報はパソコン上で管理され、ネットワークシステムを利用して事業所内でいつでも確認できる体制が整っています。また、グループ会議や職員会議等でも情報の共有が図られています。		
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〉　個別支援計画ほか各種記録はパソコン上に管理されています。よって電子データーは共有パソコンのみ使用、ＵＳＢ禁止、自分のパソコン禁止という取扱い規定により管理されています。また、ケース記録やケース検討会資料、職員会議録、グループ会議録など、個人情報が記載された資料は、鍵付きキャビネットに保管するなど、管理体制は確立しています。		

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		
	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〉　倫理綱領や職員行動規範に明記され、利用者対応マニュアルによる接遇研修も行われています。また、全職員から「人権侵害ゼロへの誓い」が出され、年３回「人権セルフチェックリスト」による職員自らの振り返りチェックを行うなど、利用者尊重の取り組みが実施され職員への周知が図られています。		
	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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　言葉が不明瞭な利用者にはホワイトボードやメモによる対応、作業時は写真による作業指示を行うなど伝達方法の工夫がなされています。また、不安を持つ一部の利用者と交換ノートによる悩み相談を行うなど、良好なコミュニケーション関係が形成されています。		
	Ａ－１－（１）－③　利用者の主体的な活動を尊重している。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　利用者アンケートを定期的に実施したり、各職場ごとに月１回話し合いが行われ希望活動が募られています。春・秋のレクレーションは、利用者による実行委員会で企画され、利用者会議で決定し実施するという利用者主体の取り組みが行われています。職員の担当者は側面から支援する体制が取られ、利用者の主体的な活動が尊重されています。		
	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〉　日常的には身辺自立の利用者であるが、食事の偏りや入浴状況の確認、健康相談や作業場での身なりチェックなどの支援が行われています。また、外出時の歩行不安定者への支援は適時行われ、支援体制は整備されています。		
	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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　就労継続支援施設であり、１日８時間の作業に耐えうる体力の確保や約束事の履行など各自目標を設定し遂行できるプログラムが用意されています。月Ｉ回～２回エンパワメントプログラムに基づき土曜日活動が行われています。Ａ型事業所の利用者には履歴書の書き方や余暇活動の支援が行われ、Ｂ型事業所の利用者には、他事業の体験や買い物などの支援が行われています。		

Ａ－２　日常生活支援

		第三者評価結果
Ａ－２－（１）　食事		
	Ａ－２－（１）－①　サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　個別支援計画に基づき、昼食が提供されています。食事は自立されているため、原則食堂でセルフによる配・下膳、席は自由、一定時間内で自由に摂取が可能になっています。 また、アレルギーのある利用者には代替食を用意したり、体調不良時はおかゆの提供など、必要に応じた個別の食事対応が行われています。		
	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。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　年２回の嗜好調査による「昼食アンケート」の結果や２か月ごとに行われる給食委員会の要望は、利用者の声として委託業者に伝え、献立に反映されています。地産地消		

の考えから、主に食材は農園で作った米や野菜を使用し、安心安全な食材によるリクエストメニューや選択メニュー、毎月最終金曜日のお誕生会メニュ―など利用者の好みが反映され美味しく、楽しく食べられるような工夫が行なわれています。		
	Ａ－２－（１）－③　喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　窓が広く天井も高く明るい室内環境となっています。ただ、複数の事業所の利用があるため、食事時間が重ならないように配慮され提供されています。一定時間内で摂取すればよく、自由な喫食環境が整えられています。		
Ａ－２－（２）　入浴		
	Ａ－２－（２）－①　入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a・b・c
〈コメント〉　非該当		
	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〉　非該当		
	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〉　非該当		
Ａ－２－（３）　排泄		
	Ａ－２－（３）－①　排泄介助は快適に行われている。	a・c
〈コメント〉　非該当		
	Ａ－２－（３）－②　トイレは清潔で快適である。	ⓐ・c
〈コメント〉　社会性向上を目的に、毎日当番制で利用者による清掃が行われ、職員による確認が行われています。 ただ、２階には和式トイレのみであり、洋式トイレの設置が望まれます。		
Ａ－２－（４）　健康管理		
	Ａ－２－（４）－①　日常の健康管理は適切である。	ⓐ・c
〈コメント〉　年２回の定期健康診断に加え、産業医による随時の相談が行われています。また、毎朝のラジオ体操をプログラムに位置づけ健康の増進を図っています。なお、冬場は毎朝検温を行い、各利用者の主治医から指示がある場合は、毎日、バイタルチェックを実施し、毎日の健康状態はケース記録に記載されています。		
	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
〈コメント〉　健康面に変調があった場合、健康管理マニュアルにより対応されています。協力医療機関として、済生会熊本病院、飽田病院があり、軽度の切傷ややけどなどは同敷地内にあるグループホームの看護師による対応が可能であり、日常的な連携が図られています。		
	Ａ－２－（４）－③　内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	ⓐ・c
〈コメント〉服薬の理解が困難な利用者や管理不安な希望者に対し服薬管理を行っているため、誰が、いつ服薬させたか分かるようにチェックリストを作り、管理されています。 常備薬として絆創膏ややけど塗布剤は現場に保管、胃腸薬類は事務所で保管し、常備薬の取り扱いマニュアルにより、状態チェックをして渡されています。		
Ａ－２－（５）　余暇・レクリーエーション		
	Ａ－２－（５）－①　余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　レクレーションアンケートやウイズＢ型アンケートを取り、集計結果から、利用者間で話し合いを行うなど、利用者主体で企画が行われ、職員の支援により実施されています。また、集計結果は事業所の行事計画にも反映されています。		

Ａ－２－（６）　外出		
	Ａ－２－（６）－①　外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
〈コメント〉 非該当		
Ａ－２－（７）　所持金・預かり金の管理等		
	Ａ－２－（１０）－①　預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a・ⓑ・c
〈コメント〉　預り金マニュアルは整備されていますが、原則、自己管理となっているため現在預り金はあっていません。しかし、１部の利用者の中で自己管理に不安がある人は事務所や作業場毎に鍵付き金庫に預かり、帰りに返しておられます。契約外サービスとはいえ金銭であり、受け渡しのチェックと一定期間の表管理が望まれます。		
Ａ－２－（８）　社会適応訓練等		
	Ａ－２－（８）－①　社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	ⓐ・b・c
〈コメント〉　家族会アンケートや家族見学会時に情報の交換を行い、本人の希望を日中活動や就労支援計画に取り入れるなど、家族と連携して取り組みが行われています。		

Ａ－３　施設・設備

		第三者評価結果
Ａ－３－（１）　施設・設備		
	Ａ－３－（１）－①　施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a・ⓑ・c
〈コメント〉　利用者の更衣室や休憩室、相談室、事務所が総て２階に設置されています。現在は元気な利用者ばかりで急な階段も登れますが、これから先難しくなる利用者も出てくると思われます。また、高齢な家族の来所相談が現在は隣接する事業所の１階相談室などを活用して行われていますが、利用者の高齢化や高齢家族の来所相談がこれから先増えると思われますので、エレベーターの設置やトイレの増設、洋式トイレの設置など中・長期計画の中で検討されることが望まれます。		

（参考）

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	39	6	0
内容評価基準（評価対象Ａ）	14	2	0
合　　計	53	8	0