

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：就労支援センターテクニカル工房 (施設名)	種別：就労継続支援B型事業所
代表者氏名：理事長 小笠原 嘉祐 (管理者) 施設長 山本 今朝一	開設年月日： 平成10年2月1日
設置主体：社会福祉法人ひまわり福祉会 経営主体：社会福祉法人ひまわり福祉会	定員：26 (利用人数) 33
所在地：〒861-1104 合志市御代志1342	
連絡先電話番号： 096 242 3312	FAX番号： 096 242 3351
ホームページアドレス	http://www.tech-koubou.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
障がい者総合支援法に基づいて、三障がいの皆さんの地域での自立の支援と社会経済活動に必要な訓練及び技術の提供を行う。	研修旅行、余暇活動、餅つき大会、忘年会、定期販売会、パン祭り、収穫祭、お花見、健康診断、避難訓練等					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
作業場、クッキー製造室、パン・弁当製造室、食堂、医務室、更衣室、相談室、事務室、交流室						
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		精神保健福祉士	1	
	生活支援員	1		介護福祉士	1	1
	職業指導員	3	6	社会福祉主事	1	
	目標工賃達成指導員	1		サービス管理責任者	3	
				ホームヘルパー2級	2	1
	合 計	7	6	合 計	9	2

2 理念・基本方針

<p>「理念」</p> <p>＊出会い</p> <p>「施設運営方針」</p> <p>＊利用者のニーズに合った質の高いサービスを提供する。</p> <p>＊”愛する家族”を喜んで入所させたい施設を目指す。</p>
--

＊高度な職業倫理と専門知識を持った職員の育成に努める

「利用者の支援」

＊利用者個々に適した授産科目を選択することで、仕事に対する意識の変化や自信に繋がる支援を行う。

＊利用者個々の残存能力が最大限に活用されるよう、技術支援を行う。

ノーマライゼーションの理念に基づいて、利用者の自立と社会参加への支援を行う。

3 施設・事業所の特徴的な取組

授産科目としてパン、洋菓子(クッキー・ケーキ)、弁当の製造販売、売店、喫茶店、農園(米・野菜)、軽印刷を行っています。特に力を入れているのが米粉です。米の栽培(菊池米)から、精米、製粉と自前で行っています。米は注文時に精米し販売、米粉は洋菓子等に使用しています。販売先も弁天をはじめ20カ所程度展開して工賃アップに繋げています。(毎年アップしています)また、余暇活動も月に1回実施しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年1月20日(契約日) ~ 平成28年6月9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

1 素早い震災時対応

就労支援センターテクニカル工房は、熊本地震の前震(4月14日)直後、グループホームの利用者の安否確認を行い、全員無事を確認しました。また、在宅利用者の安否確認は、

緊急連絡網に沿って15日の午前7時まで確認できました。16日の本震直後は、被災していない西合志庁舎前のグループホーム（法人施設）を拠点としました。

緊急連絡網に沿って指示を行うも、職員の携帯が不通だったり、避難所にいるなどの状況でした。17日に利用者、職員の安否確認を行い、18日の午前中に職員が出勤し全員の無事を確認した。施設を点検し利用者の受入れ体制の安全確認ができたので19日からの再開を決定されました。

2 震災後の利用者支援

グループホーム並びに就労支援センターテクニカル工房は合志市の福祉避難所（障がい者・高齢者）になっており、8名（利用者3名・車椅子）を受け入れ支援が行われました。

テクニカル工房は、日中業務終了後、車中泊の方に開放されました。

工房の再開は、地震直後で判断に迷われましたが、多くの利用者が通所されました。恐怖と不安の中で過ごされたことを職員に話され、ホットされていました。しかし、頻繁に続く余震の度に泣かれる方など、様々な変化が現われています。この変化に対応するため、一人一人の利用者の心に寄り添って、支援を行っています。

3 地域への炊き出し支援

工房恒例の「春のパン祭り」を4月28日・29日に予定していましたが、急遽、震災復興支援の「合志だいすき」に変更し、地域の皆さんにパン、ケーキ、クッキー、おにぎりの無料配布をされました。少しでも地域の皆さんのお役に立てればと企画されました。2日目は、開始20分で配布終了になるほどの需要がありました。

避難や車中泊している利用者、職員もいましたが、地域の皆さんに喜んで頂き、やって良かったと実感されています。今後も地域の皆さん、そして、熊本が一日でも早い復旧・復興を願い、「テクニカル工房」に出来ることは何かを考え、行動されています。

4 暴力・暴言は一切認めない

施設長はノーマライゼーションに基づいた理念と運営方針を掲げ、利用者の支援に邁進されています。自身の介護体験から、利用者に対する暴力的な対応は、「利用者が自分の家族であったらどう思うか、それは決して許されない」とし、福祉に携わる者として当然な職業倫理を掲げ、職員の育成に努めています。

5 重度障害に対する深い支援ノウハウ

施設長自身の介護経験の中で、「障がいのある子どもが社会に参加する場所・仕事の出来る場所を作りたい」、「年をとっても、愛する我が子の介護を続けたい」という、家族の共通の思いに基づいて、設立されています。現在は、筋ジストロフィーの方を始め、「障がいがあっても働きたい」と希望される方の全てを受け入れています。

授産科目としては、低農薬菊池米の栽培から精米・製粉、その米粉を使っのパン・クッキー・ケーキの製造、提携施設の売店・喫茶室での販売などがあり、職員と共に、仕事をしています。授産科目は何度でも選択でき、自分に適した仕事の継続で自信につながる支援を徹底しています。加工から販売まで一貫して商品に携わるシステムにより、就労に対する意欲を高めています。

6 就労支援としての雇用制度

平成15年度より利用者雇用制度を設けています。就労支援センターテクニカル工房の利用者で、施設職員としての基準（知識・能力・資格）をクリアした方を対象としています。職種は、相談業務・パソコン指導・授産科目指導・ヘルパーとし、これまでに、パソコン指導員を一人職員として採用しています。H27年度において「ひまわり福祉会」の雇用制度により利用者からの1名の採用に結びついています。

7 一般企業と互し、優れた商品開発力と工賃アップ

県、市障害福祉計画の政策情報や地域データを踏まえた多様な事業展開があります。特に農福連携事業として、工房農園を開設し、栽培から収穫・加工・販売まで一貫した取組みがあります。県の推奨品目である菊池米と米粉の加工、販売も手掛け売り上げに寄与しています。

平成28年2月には、平成25年から開催されている「くまもと米粉甲子園」において、「米粉バナナケーキ」の商品化及び販売により、技術力を一般企業と競い「第3回くまもと米粉甲子園パン・スイーツ優秀賞」を受賞しました。

職員の意識改革、行動改革に取組み、季節商品の開発と販売商戦の早期取組みなどコスト削減と販売促進による利益の確保を目指しています。毎年の工賃アップも、具体的数値を掲げて、実行しています。

8 食事内容・余暇活動に高い満足度

「魚の骨抜きなど、一人ひとりに対応してくれる」「創作メニューがあり、金額以上に美味しいものを食べている」「メニューに変化がある」と、評価を受けています。

「海/山/川など、外に出て行きたい」「阿蘇に行きたい」「美術館や映画鑑賞したい」との要望や、一方、「余暇活動は好きではない」という意見もありました。

改善を求められる点

1 災害時緊急一時避難場所の確保

平成28年熊本地震は、前震本震とも閉所時間帯の夜間に発生し、幸いにも本工房においては人的物的被害を免れています。

現在27名の利用者を車両5～6台で送迎しています。玄関前の駐車場は送迎には十分な広さですが、避難場所としての余分なスペースは殆んどありません。今回の災害の初動対応として、直近の緊急一時避難場所の確保は重要な課題であると考えられます。本災害を踏まえて中長期の課題として、災害発生初動時の避難計画の検証が期待されます。

2 精米、製粉作業における粉じんの除去対策

農園での米栽培から、工房において精米と製粉までの作業過程があります。精米製粉は他の加工作業と同室であり、粉塵が拡散する恐れがあります。作業室の仕切りや集塵機を設置し外部に排出するなどの施設整備が望まれます。

3 リスクマネジメントの意識啓発

利用者（三障がい）の一元化に伴い、多様な健康状態、心理状態、呼吸状態、発作等の観察や、想定される健康状態の変化や急変時に対応できる「必要な救急法」等の実施や、研修等意識啓発への取り組みが望まれます

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 28.7 . 16)

今回、第三者評価を受けて、素直に『受審して良かった』と実感しました。初めての受審ということでスタッフ全員が不安一杯の中、第三者評価の研修会に参加しました。その時に言われたのは、第三者評価を「通知表・成績表」としてではなく、組織の「定期（健康）診断」として捉えてくださいということでした。そのことを全職員が意識し、サービス管理責任者を中心に各種のマニュアルの再点検や作成、障がい福祉サービス等の点検や見直しを行って行く中で、職員1人ひとりに求められる職務の意義を再認識しました。

この評価結果を踏まえ、事業所として喫緊に取り組むことは、現状に満足することなく、利用者の満足度の更なる向上と職員自らの意識改革を進めることです。又、調査員の方々の専門的な視点での評価で明確になった評価内容を改善に活かし、今以上の質の高いサービスを提供していきます。1回目の定期（健康）診断は終わりましたが、継続して受診（受審）し、健康な体（組織）にしていきます。

(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	NPO法人だれにも音楽祭
所 在 地	上益城郡益城町福富822
評価実施期間	H28年1月20日～H28年6月9日
評価調査者番号	第10 - 010号
	第14 - 005号
	第13 - 011号

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：就労支援センターテクニカル工房 (施設名)	種別：就労継続支援B型事業所
代表者氏名：理事長 小笠原 嘉祐 (管理者) 施設長 山本 今朝一	開設年月日： 平成10年2月1日
設置主体：社会福祉法人ひまわり福祉会 経営主体：社会福祉法人ひまわり福祉会	定員：26 (利用人数) 33
所在地：〒861 - 1104 合志市御代志1342	
連絡先電話番号： 096 242 3312	FAX番号： 096 242 3351
ホームページアドレス	http://www.tech-koubou.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
障がい者総合支援法に基づいて、三障がいの皆さんの地域での自立の支援と社会経済活動に必要な訓練及び技術の提供を行う。	研修旅行、余暇活動、餅つき大会、忘年会、定期販売会、パン祭り、収穫祭、お花見、健康診断、避難訓練等					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
作業場、クッキー製造室、パン・弁当製造室、食堂、医務室、更衣室、相談室、事務室、交流室						
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		精神保健福祉士	1		
生活支援員	1		介護福祉士	1	1	
職業指導員	3	6	社会福祉主事	1		
目標工賃達成指導員	1		サービス管理責任者	3		
			ホームヘルパー2級	2	1	
合 計	7	6	合 計	9	2	

2 理念・基本方針

「理念」

- * 出会い

「施設運営方針」

- * 利用者のニーズに合った質の高いサービスを提供する。
- * ”愛する家族”を喜んで入所させたい施設を目指す。
- * 高度な職業倫理と専門知識を持った職員の育成に努める

「利用者の支援」

- * 利用者個々に適した授産科目を選択することで、仕事に対する意識の変化や自信に繋がる支援を行う。
- * 利用者個々の残存能力が最大限に活用されるよう、技術支援を行う。
ノーマライゼーションの理念に基づいて、利用者の自立と社会参加への支援を行う。

3 施設・事業所の特徴的な取組

授産科目としてパン、洋菓子(クッキー・ケーキ)、弁当の製造販売、売店、喫茶店、農園(米・野菜)、軽印刷を行っています。特に力を入れているのが米粉です。米の栽培(菊池米)から、精米、製粉と自前で行っています。米は注文時に精米し販売、米粉は洋菓子等に使用しています。販売先も弁天をはじめ20カ所程度展開して工賃アップに繋げています。(毎年アップしています)また、余暇活動も月に1回実施しています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年1月20日(契約日) ~ 平成28年6月9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

1 素早い震災時対応

就労支援センターテクニカル工房は、熊本地震の前震（4月14日）直後、グループホームの利用者の安否確認を行い、全員無事を確認しました。また、在宅利用者の安否確認は、緊急連絡網に沿って15日の午前7時までに確認できました。16日の本震直後は、被災していない西合志庁舎前のグループホーム（法人施設）を拠点としました。

緊急連絡網に沿って指示を行うも、職員の携帯が不通だったり、避難所にいるなどの状況でした。17日に利用者、職員の安否確認を行い、18日の午前中に職員が出勤し全員の無事を確認した。施設を点検し利用者の受入れ体制の安全確認ができたので19日からの再開を決定されました。

2 震災後の利用者支援

グループホーム並びに就労支援センターテクニカル工房は合志市の福祉避難所（障がい者・高齢者）になっており、8名（利用者3名・車椅子）を受け入れ支援が行われました。テクニカル工房は、日中業務終了後、車中泊の方に開放されました。

工房の再開は、地震直後で判断に迷われましたが、多くの利用者が通所されました。恐怖と不安の中で過ごされたことを職員に話され、ホットされていました。しかし、頻繁に続く余震の度に泣かれる方など、様々な変化が現われています。この変化に対応するため、一人一人の利用者の心に寄り添って、支援を行っています。

3 地域への炊き出し支援

工房恒例の「春のパン祭り」を4月28日・29日に予定していましたが、急遽、震災復興支援の「合志だいすき」に変更し、地域の皆さんにパン、ケーキ、クッキー、おにぎりの無料配布をされました。少しでも地域の皆さんのお役に立てればと企画されました。2日目は、開始20分で配布終了になるほどの需要がありました。

避難や車中泊している利用者、職員もいましたが、地域の皆さんに喜んで頂き、やって良かったと実感されています。今後も地域の皆さん、そして、熊本が一日でも早い復旧・復興を願い、「テクニカル工房」に出来ることは何かを考え、行動されています。

4 暴力・暴言は一切認めない

施設長はノーマライゼーションに基づいた理念と運営方針を掲げ、利用者の支援に邁進されています。自身の介護体験から、利用者に対する暴力的な対応は、「利用者が自分の家族であったらどう思うか、それは決して許されない」とし、福祉に携わる者として当然な職業倫理を掲げ、職員の育成に努めています。

5 重度障害に対する深い支援ノウハウ

施設長自身の介護経験の中で、「障がいのある子どもが社会に参加する場所・仕事の出来る場所を作りたい」、「年をとっても、愛する我が子の介護を続けたい」という、家族の共通の思いに基づいて、設立されています。現在は、筋ジストロフィーの方を始め、「障がいがあっても働きたい」と希望される方の全てを受け入れています。

授産科目としては、低農薬菊池米の栽培から精米・製粉、その米粉を使っのパン・ク

ッキー・ケーキの製造、提携施設の売店・喫茶室での販売などがあり、職員と共に、仕事をしています。授産科目は何度でも選択でき、自分に適した仕事の継続で自信につながる支援を徹底しています。加工から販売まで一貫して商品に携わるシステムにより、就労に対する意欲を高めています。

6 就労支援としての雇用制度

平成15年度より利用者雇用制度を設けています。就労支援センターテクニカル工房の利用者で、施設職員としての基準(知識・能力・資格)をクリアした方を対象としています。職種は、相談業務・パソコン指導・授産科目指導・ヘルパーとし、これまでに、パソコン指導員を一人職員として採用しています。H27年度において「ひまわり福祉会」の雇用制度により利用者からの1名の採用に結びついています。

7 一般企業と互し、優れた商品開発力と工賃アップ

県、市障害福祉計画の政策情報や地域データを踏まえた多様な事業展開があります。特に農福連携事業として、工房農園を開設し、栽培から収穫・加工・販売まで一貫した取り組みがあります。県の推奨品目である菊池米と米粉の加工、販売も手掛け売り上げに寄与しています。

平成28年2月には、平成25年から開催されている「くまもと米粉甲子園」において、「米粉バナナケーキ」の商品化及び販売により、技術力を一般企業と競い「第3回くまもと米粉甲子園パン・スイーツ優秀賞」を受賞しました。

職員の意識改革、行動改革に取組み、季節商品の開発と販売商戦の早期取組みなどコスト削減と販売促進による利益の確保を目指しています。毎年の工賃アップも、具体的数値を掲げて、実行しています。

8 食事内容・余暇活動に高い満足度

「魚の骨抜きなど、一人ひとりに対応してくれる」「創作メニューがあり、金額以上に美味しいものを食べている」「メニューに変化がある」と、評価を受けています。

「海/山/川など、外に出て行きたい」「阿蘇に行きたい」「美術館や映画鑑賞したい」との要望や、一方、「余暇活動は好きではない」という意見もありました。

改善を求められる点

1 災害時緊急一時避難場所の確保

平成28年熊本地震は、前震本震とも閉所時間帯の夜間に発生し、幸いにも本工房においては人的物的被害を免れています。

現在27名の利用者を車両5～6台で送迎しています。玄関前の駐車場は送迎には十分な広さですが、避難場所としての余分なスペースは殆んどありません。今回の災害の初動対応として、直近の緊急一時避難場所の確保は重要な課題であると考えられます。本災害を踏まえて中長期の課題として、災害発生初動時の避難計画の検証が期待されます。

2 精米、製粉作業における粉じんの除去対策

農園での米栽培から、工房において精米と製粉までの作業過程があります。精米製粉は他の加工作業と同室であり、粉塵が拡散する恐れがあります。作業室の仕切りや集塵機を

設置し外部に排出するなどの施設整備が望まれます。

3 リスクマネジメントの意識啓発

利用者（三障がい）の一元化に伴い、多様な健康状態、心理状態、呼吸状態、発作等の観察や、想定される健康状態の変化や急変時に対応できる「必要な救急法」等の実施や、研修等意識啓発への取り組みが望まれます

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H28.7.16)

今回、第三者評価を受けて、素直に『受審して良かった』と実感しました。初めての受審ということでスタッフ全員が不安一杯の中、第三者評価の研修会に参加しました。その時に言われたのは、第三者評価を「通知表・成績表」としてではなく、組織の「定期（健康）診断」として捉えてくださいということでした。そのことを全職員が意識し、サービス管理責任者を中心に各種のマニュアルの再点検や作成、障がい福祉サービス等の点検や見直しを行っていく中で、職員1人ひとりに求められる職務の意義を再認識しました。

この評価結果を踏まえ、事業所として喫緊に取り組むことは、現状に満足することなく、利用者の満足度の更なる向上と職員自らの意識改革を進めることです。又、調査員の方々の専門的な視点での評価で明確になった評価内容を改善に活かし、今以上の質の高いサービスを提供していきます。1回目の定期（健康）診断は終わりましたが、継続して受診（受審）し、健康な体（組織）にしていきます。

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	28	
	家族・保護者	4	
聞き取り調査	利用者本人	5	
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

すべての評価細目について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	- 1 - (1) - 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念として、「出会い」を掲げ、障がいがある人も、ない人も、地域の人、遠くの人、みんなが集まれる「出会いの場」を目指しています。運営方針として、「1) 利用者のニーズに合った質の高いサービスを提供する。2) “愛する家族”を喜んで入所させたい施設を目指す。3) 高度な職業倫理と専門知識を持った職員の育成に努める。4) 利用者の健康状態を的確に把握し、その変化に迅速な対応ができるシステムづくりと、健康管理指導に努める。」と規定し、職員の行動規範として利用者の主体性を尊重し、エンパワメントの理念に基づいた援助を行うよう求めています。理念と方針についてはホームページやパンフレットにより発信し、職員や利用者等への周知については職員会議や事業計画説明会において理解の徹底を図っています。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 2 - (1) - 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業の動向については、関係省庁や関係団体などのホームページ、業界誌などにより情報収集を図っています。地域の動向やニーズについては県や市の障害福祉計画や社会福祉協議会等の経営環境に関するデータの把握に努めています。決算書類、事業収支報告書、経理関係帳簿などにより経営状況の分析を行っています。</p>		
3	- 2 - (1) - 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>経営課題については毎月の予算収支計算書等による達成率により現状分析に努めています。重度障がい者の積極的受入れや、三障がい者の混在などにより多様な就労支援が求められています。月二回の職員会議において目標と達成率を明確にして意識改革と行動改革を図っています。利用者の確保については開所時から送迎サービスを実施し、新たに2名の車いす利用者増による課題については、理事会において共有されています。</p>		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - (1) - 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の中長期事業計画において、平成26年度から平成35年度までの施設整備と事業費及び財源計画が策定されています。目標としてテクニカル工房のトイレ、静養室、作業場の整備や生活介護事業創設に伴う施設整備が示されています。計画は、県障がい福祉計画に基づいて段階的に実施されています。</p>		
5	- 3 - (1) - 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a a・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度事業計画は、施設運営方針に基づいた事業ごとの具体的な数値目標設定により、策定されています。計画は就労事業計画、福祉サービスの提供、地域交流、工賃、利用者と職員に関する事項、年間行事等の項目について示されています。中長期計画を踏まえ実施状況の評価が可能な計画となっています。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>次年度事業計画は、年度末の事業実績見込や決算見込を基に、全職員参画により策定され理事会において決定されています。月2回の職員会議や支援会議において周知と評価、見直しが行われています。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画については、入所式等(4月1日)においてわかりやすい資料によって、家族と利用者への説明や掲示により周知を図っています。研修旅行等の家族参加の機会をとらえて相互理解に努めています。</p>		

- 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
- 4 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	- 4 - (1) - 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能しています。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>質の向上マニュアルを策定し職員会議や支援計画会議において評価を行う体制が機能しています。PDCAサイクルは職員自己管理シートによる自己評価により実施されています。業務全般を網羅した第三者評価基準による自己評価の継続的な取組みが期待されます。</p>		
9	- 4 - (1) - 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施しています。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各年度事業報告書、経営状況ファイル、授産状況、個別支援ファイル、利用者アンケート等により、課題の分析と共有化が図られています。職員研修やスーパービジョン等により改</p>		

善の取組みを計画的に実施しています。

評価対象 組織の運営管理

- 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	- 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は、入所式において理念や利用者支援における運営方針について、わかりやすく説明し、ホームページにより自らの役割と責務について発信しています。職務分掌を明確にし、不在時における災害対応の権限委任などの規定が、整備されています。</p>		
11	- 1 - (1) - 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は、工房開所当初からノーマライゼーションの理念に基づいた運営方針を掲げ、「暴言等の差別で利用者を指導することは許されない」等の徹底した職業倫理を求めています。リスクマネジメント指針を策定し、行政や外部関係団体からの情報収集や研修において法令順守の理解と徹底に努めています。</p>		
- 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 - (2) - 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は、利用者の障がいの特性を踏まえ、個々に適した就労事業計画を策定し、利用者の同意を得て個別支援計画を作成しています。職員会議や支援会議を組織し、課題の把握と改善に努め、希望する職員により勉強会を構成し資質向上を図っています。</p>		
13	- 1 - (2) - 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は、就労事業計画において新規事業や商品売り上げ目標を示し、毎月の経営状況について分析し、職員会議により意識の共有化を図っています。利用者の希望、特性、能力等を勘案し、職員の就業状況を踏まえ業務の効率化に努めています。</p>		

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 2 - (1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	- 2 - (1) - 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人員体制に関する方針については、事業計画において職員配置、職務分掌を規定しています。事業ごとの専門職種と勤務形態による指定基準4・5人に対し6・7人を配置し処遇改善に努め、施設運営方針に沿った利用者支援の意識の高さがうかがえます。利用者を対象とした法人内雇用基準を設定し、就労移行支援により1名の採用があります。</p>		

15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 施設運営方針により求められる職員像が明確にされ、職員会議や朝礼において理解を深め意識高揚を図っています。人事管理は人事基準を規定し、目標管理シートの活用による面談等において意向把握に努めています。</p>		
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - (2) - 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 就業規則、給与規則により労務管理の責任者と体制を明確にしています。出勤簿により就業状況の把握を図り、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境の維持に努めています。悩み相談窓口やスポーツクラブの設置、健康診断、昼食負担額の軽減などの総合的な福利厚生制度が実施されています。</p>		
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 「相手の立場に立って考える」職員像を求め、H 2 7 年度から目標管理制度を導入しています。管理シートの活用により自己評価、中間面接、二次評価を経て助言や援助を行い育成と相互理解に努めています。</p>		
18	- 2 - (3) - 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 事業計画の運営方針において求める職員像や専門資格を明示しています。H 2 7 年度から資格取得の自発的勉強会を組織し諸経費を援助しています。法人において全体的な職員研修計画が策定されています。</p>		
19	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 人事管理情報により個別の技術水準、専門資格が把握されています。関係団体主催のスーパービジョンや初任者キャリアアップなどの階層別、テーマ別研修が実施されています。研修成果の評価については個別研修履歴の継続した記録が期待されます。</p>		
- 2 - (4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	- 2 - (4) - 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 実習マニュアルを策定し、社会的責務について基本姿勢を明示しています。実習指導者研修の修了者を配置し、教育機関との連携による積極的な取組みが実施されています。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 3 - (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	- 3 - (1) - 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a ・ b ・ c

<コメント> 施設の事業や財務内容に関する情報については、内容を網羅したホームページを公開しています。利用者や家族については入所式での事業計画書などによる情報提供と周知を図っています。定期販売会や広報紙「ひまわり通信」において地域への情報発信に努めています。		
22	- 3 - (1) - 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a ・ b ・ c
<コメント> 運営規程、就業規則、経理規程により適正な運営が行われています。職務分掌と職務権限が規定され、運営体制が構築されています。業務委託による経理事務と、労務管理のチェック体制と内部監査があります。中長期計画による事業拡張に伴う経営改善や、より透明性の高い運営に資するために外部監査の実施が期待されます。		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 - (1) - 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<コメント> 地域交流の場として、毎月2回、法人内のグループホーム（ファミリーハウスひまわり）の敷地内（西合志庁舎前）で、施設で作った製品の定期販売会を開催しています。 今回の地震後は、4月28・29日の2日間「合志だいすき」と題して、自家製の米粉を使用したパン、クッキー・ケーキの他、前日自家精米したおにぎりの4品目を、無料提供しています。地域にはチラシ入れと、熊日新聞への掲載があり、多くの被災者が訪れ、2日目はわずか20分で配布終了しました。 合志市福祉避難所運営研修会に参加し、当施設及びグループホームの2か所を福祉避難所として、登録しています。今回利用者の中で2家族が10日前後、利用されています。 その他、熊本県が実施している「地域の縁側作り」への登録、「こども110番」への登録などの地域貢献をしています。 野球観戦が趣味の複数の利用者と、職員が藤崎宮球場に巨人戦観戦の計画をたて、楽しみに待っていた所、地震で開催中止となりました。新たに福岡での試合観戦をする事になっていますが、どちらも地域の社会資源を活用した計画が、立てられています。		
24	- 4 - (1) - ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a ・ b ・ c
<コメント> ボランティア受け入れの方針及び理念について、明文化しています。地域の社会資源の一つとしてのボランティアを積極的に受入れ、利用者の方々の、「就労の場」「生活の場」を、地域で確立したいと示した上で、登録手続・配置・オリエンテーション・研修担当などの説明が行われています。 地域の中学校の「福祉体験学習」「職場体験」などへ協力を行っています。又大津支援学校など、3か所の支援学校からの現場実習を、受け入れています。		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 福祉施設・事業所として必要な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。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者一人一人の「相談事業所」との協力により、個々の利用者の状況に対応しています。月2回の職員会議において、地域の社会資源についての説明をし、情報の共有化を計ってい		

<p>ます。</p> <p>地域の「自立支援協議会」に施設長などが参加し、地域の関係機関・団体の問題解決に取り組んでいます。又「A型事業所」に移られるなどで、退所された方については、「相談事業所」を通じての連携を継続しています。</p>		
<p>- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	- 4 - (3) - 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>月2回(天候によって1回の場合もあります)の定期販売会を、グループホームの「憩いの広場」で行い、パン祭り・収穫祭などの行事を施設内で行い、地域に還元しています。</p> <p>熊本県が実施している、「地域の縁側」作りへの登録、合志市子ども110番登録、「こまつトイレ」(子どもの為のトイレ)への登録をしており、施設の機能の活用を図っています。</p> <p>以前から災害時に於ける福祉避難所として、当施設・グループホームを登録しており、定期販売会・イベント時に近隣地域に、チラシ300～400枚を継続的に配布する事で、周知を図っています。</p>		
27	- 4 - (3) - 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>進行性筋ジストロフィーの患者さんが、地域の方や支援学校の紹介で、毎年のように相談に見え、丁寧な対応を行っています。</p> <p>毎年、熊本大学医学部保健学科の学生7～8名の訪問があり、施設長が進行性筋ジストロフィーについての講義(インタビュー)を行っています。</p> <p>また、施設長は松橋支援学校に於いても、進行性筋ジストロフィーの方々への支援についての講義をおこなっています。</p> <p>地域の障がい者の方からの相談に対しても、生活保護の助言を行い、アパートを探して、施設長が保証人になるなどの支援を行っています。</p> <p>評議員に地域代表者の方がおられるとの事ですが、地域の民生委員・児童委員との定期的な会議などは無いようです。</p> <p>地震後の活動の中で、地域の福祉ニーズの把握もされ、今後具体的な事業・活動をされる事が期待されます。</p>		

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
<p>- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	- 1 - (1) - 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>・利用者を尊重した福祉サービスについては「倫理綱領」が策定されています。共通の理解で実践するための取り組みは職員会議や研修会等で行われています。</p> <p>利用者の尊重や基本的人権への配慮等明示し(生命の尊厳、人権擁護、社会への参加、専門的な支援等)実施の反映に努められています。</p>		
29	- 1 - (1) - 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p>		

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護に配慮した取り組みは、「障がい者虐待防止・権利擁護マニュアル」や「プライバシー保護マニュアル」が整備されています。 具体的には身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、養護者の虐待等明示されており、内容の研修は、職員会議（月2回）の中で実施されています。 ・設備では利用者が一人になりたい時に自由にくつろげる静養室（ベットも常備）や個室もあり、プライバシーを守れる様、工夫がされています。 		
- 1 - (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	- 1 - (2) - 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス内容や活動の情報提供はホームページや市役所でのパネル表示の他に、ひまわり通信（毎月1回）が相談事業所、各地の支援学校（市内・菊池・大津）に配布され、情報が入手出来るようになっております。 ・利用希望者の訪問は毎月5名程あり、相談事業所より連絡を受けて、随時個別に見学や体験入所（1日～7日間）が個別の希望に合わせて対応が行われています。 		
31	- 1 - (2) - 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者への福祉サービス開始時には「重要事項説明書」の書面で詳しく説明が行われ、利用者は内容を確認して同意書を提出するようになっています。 ・理解が困難な利用者には、個々に合わせてホワイトボードを使って分かり易く理解できるように伝える工夫がされています。 ・意志決定が困難な利用者へは成年後見制度の利用等適正な方法の配慮がされています。 		
32	- 1 - (2) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉施設の移行や事業所の変更は、「福祉サービス終了時・変更時マニュアル」の文書で引継ぎが出来る様になっております。 本人のプロフィールには（性格・行動・コミュニケーション・作業の様子・支援内容等）記録され、相談事業所と連携を取りながら本人、家族の同意を得て手続きが行われています。 ・終了後も相談窓口の設置や担当者を説明した文書が、渡されています。 		
- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - (3) - 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個々の意見や要望は連絡帳や相談ファイルに記録され、随時個人面談で意見や要望の聞き取りに努められています。 ・利用者の家族の「ひまわり会」の参加は施設の行事（パン、クッキー等の販売・余暇活動のレクリエーション）であります。今後、利用者満足の上昇と向上に向けて家族や利用者参加による意見を聴取する（行事後やアンケート等）組織としての取り組みが期待されます。 		
- 1 - (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	- 1 - (4) - 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a ・ b ・ c

<コメント>			
<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の対応は苦情解決責任者を置き対応の方法は具体的に（傾聴と共感、話し方）等明示して体制が整備されています。 ・相談内容は相談受付票に記載され、個人的な苦情内容は利用者や家族との面談を行い、相談内容は職員会議で情報を共有し、対応に努めています。 			
35	- 1 - (4) -	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a ・ b ・ c
<コメント>			
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が相談や意見を述べ易いスペースの相談室があり、環境に配慮されています。 ・今後利用者、家族に対して、文書による相談相手を自由に選ぶ事が出来る事や相談内容や意思疎通の状況に応じて、行政の相談窓口や支援体制を説明したものの配布等、利用者への説明や周知の取り組みが期待されます 			
36	- 1 - (4) -	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a ・ b ・ c
<コメント>			
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談や意見は、「対応マニュアル」を整備して運用されています。利用者の意向は、連絡帳や利用者の送迎時や作業時の声かけや見守り等で、把握に努めています。 ・意見や要望は職員会議で報告された後、検討され組織的な対応が行われています。 ・利用者への結果報告は個人面談や全体で、共有が必要な内容は廊下に掲示して、報告に努めています。 			
- 1 - (5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	- 1 - (5) -	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ・ b ・ c
<コメント>			
<ul style="list-style-type: none"> ・事故や怪我等の事故防止に向けての取り組みは、「ヒヤリハット報告用紙」に日常的に記録され、報告されています。 ・事故発生時は「事故報告書」に事故の内容や対応経過、家族への連絡、再発防止の具体的な取り組み等記録報告され、事例の収集も行われています。再発防止に向けては職員会議の中で報告され、改善の取り組みに努められています。 ・今後利用者の健康状態の急変や、利用者（てんかん発作・呼吸状態の変化等）の予測できる状態に対応する「必要な救急法」の研修や意識啓発の取り組みが望まれます。 			
38	- 1 - (5) -	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 ・ b ・ c
<コメント>			
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症のマニュアルはインフルエンザ、ノロウイルスについては策定されています。 ・感染症の発生時は職員には朝礼での指導が行われています。今後利用者家族への注意喚起や周知をはじめ感染を広げない為の初期症状（発熱・嘔吐・下痢等）の対応方法やマニュアルの充実が期待されます。 			
39	- 1 - (5) -	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 ・ b ・ c
<コメント>			
<ul style="list-style-type: none"> ・災害時の安全の取り組みは、年2回の避難訓練が行われています。災害に備えた備品類のリストを作成し、管理責任者を決めて整備されています。 ・「台風、豪雨のマニュアル」が整備され、利用者に夜間酸素マスクが必要な利用者がおられるため、停電時の安全確保のために病院（再春荘）との連携体制が取られています。 			

・車椅子を使用されている利用者（14名）が多いため、避難経路（2カ所）の分かり易い表示と、誘導する担当者等の明示も望まれます

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2 -(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	- 2 -(1)- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態が異なるため、福祉サービスの個別の対応が、基本として行われています。 ・モニタリング表に（利用者の短期、長期目標の策定）、アセスメントシートに（健康、身体状況、障がいの状況、情緒）支援計画書には（対人関係、就労希望や進路、日常生活、就労の為の支援計画）等、個別に記録されています。 ・今後の定員増や記録事務の増加に対応して、記録の簡素化や軽減、職員の情報共有に向けての取り組みが期待されます。 		
41	- 2 -(1)- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価、見直しは6ヵ月1回の実施と利用者、家族の希望が合った時や問題があった時等、随時個人面談が行われケース会議や職員会議で検討や改善の取り組みが行われています。 		
- 2 -(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	- 2 -(2)- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別計画の実施状況は、「アセスメントシート」で確認して評価する仕組みが、整備されており、個別の対応に務めています。 		
43	- 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画の評価・見直しは、状態の変化がなければ、6ヶ月に1回担当者与管理責任者を含めて行われています。 ・評価はモニタリング表（長期、短期計画、就労等）やアセスメント表（疾病、障がい状況、情緒等）を基に行われており、年に1回の利用者の個人面談でニーズに合った支援方法や、計画の見直しが行われています。 		
- 2 -(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 -(3)- 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの実施記録は、サービス管理責任者によって記録されています。 ・職員間の情報共有はケース会議や相談ファイル・連絡帳・回覧等により、職員間で共有出来る様になっています。 		
45	- 2 -(3)- 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p>		

- ・利用者に関する記録の管理や、個人情報の対応については「プライバシー保護マニュアル」や「職員行動指針」に規定が明示され、周知に努めています。
- ・職員への研修は、合同研修（社会福祉協議会）等で行われています。

評価対象

A - 1 利用者の尊重

		第三者評価結果
A - 1 - (1) 利用者の尊重		
46	A - 1 - (1) - 職員の接し方について、利用者をひとりの個人として尊重する取り組みを行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「利用者の尊重」の文書がまとめられており、丁寧な行動・言葉遣いの徹底と共に、守秘義務の遵守・利用者の模範となるべき行動など、職員の規範について定めています。</p> <p>「職員行動指針」「倫理綱領」を其々整備しており、組織の一員としての職員の責任と自覚、障がいのある方々への支援の際の、職員の規範を定めています。</p> <p>入浴のサービスは行っておらず、排泄介助は同性介助の徹底により、行われています。</p> <p>利用者の所持品の管理には、ロッカーを使用しており、鍵により自己管理がおこなわれています。</p> <p>接遇に関する職員研修は、折に触れ行われていますが、最近では平成28年1月施設長により「障がい者虐待防止法と権利擁護の研修会」が行われています。</p>		
47	A - 1 - (1) - コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画を策定し、就労移行面・社会生活面・日常生活面について、課題及びニーズを揚げ、其々について支援目標・具体的支援計画を纏めてあります。其々の支援計画には、利用者の同意承諾を得ています。</p> <p>意思伝達に制限のある方の場合は、連絡帳の活用をし、送迎時にご家族がおられれば、情報をお互いに提供し、連携を図っています。</p> <p>気管切開の方がおられれば、意思伝達装置を使用し、発語が不自由な方がおられる場合は、手話通訳者が入る場合があります。</p> <p>筆談の方も、通所の継続と支援で、以前より言葉が豊富になったと喜ばれています。</p>		
48	A - 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の主体的な活動については、支援計画に基づいて行われています。施設外の人との交流は自由に行われていますが、その際の移動には、同施設のヘルパーステーションや他の事業所の利用を薦め、適切な移動支援を受けられるようにしています。</p> <p>年1回、「利用者の研修会」があります。予め費用を積み立て、毎年利用者の方が、実行委員長として、企画・渉外・会計などを受け持ち、職員のサポートも得ながら、リフトバスを利用して、天草・水俣などへの研修旅行を行っています。この行事のため、施設長を始めとする職員は実行委員長との協議を、こまめに行っています。この外に出かける行事の希望は多く、参加者は約半数程おられます。</p> <p>今後はこれを「利用者の会」等の活動に結び付け、定期的に施設運営の責任者との協議を持つなど、発展させて行くことができればと期待されます。</p>		
(ここはிரない)		
49	A - 1 - (1) - 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	a ・ b ・ c

<コメント> 職員会議は、月2回行われ、支援計画に基づいた、見守りと支援の確認が行われています。その中で、トイレ介助の必要が無い方であっても、「話を聞いて欲しい」などでナースコールは利用され、その場合も支援計画に盛り込み、利用者に寄り添った、きめ細かい支援を行っています。 利用者が、初めて行う作業に関しては、一つ一つ利用者の作業状況を把握しながら、粘り強く見守りや支援をする中で、時間はかかっても、殆どの利用者が作業を習得できるようになっています。		
50	A - 1 - (1) - 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者の仕事についての支援プログラムは、それぞれの方の支援計画に用意されています。通勤には送迎が行われていますが、私的に買い物等で、合志町の周遊バス(レターバス)を利用する方もおられ、必要に応じて支援が行われています。 「利用者の研修旅行」、毎月の「余暇活動」の際などに、十分な情報が提供されています。 障がいの特性もあり、話が苦手な利用者でも、病院などの売店に配属され、職員に支援されて仕事をする中で、一人で販売、品物の管理まで行える様になっています。 平成18年、法人でヘルパー事業を始め、ヘルパーを利用した方の中には、他の利用者の指導をするまでになる方もおられます。 情報・資料は必要に応じて提供され、日常的には2紙の新聞を契約し、利用者が自宅に持ち帰って読まれることもあります。		

A - 2 日常生活支援

		第三者評価結果
A - 2 - (1) 食事		
51	A - 2 - (1) - サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	a ・ b ・ c
<コメント> 支援計画のアセスメントシート「健康・身体に関する領域」の栄養部分の欄がありますが、一人一人の利用者の状態に応じた、留意点や支援の内容の明示が望まれます。 「昼食作業要領」があり、食を通して利用者の健康増進を図り、生活の質の向上を目的に食事サービスを行う、と定めています。 刻み食・お粥を用意し、又嚥下障害の方には、トロミを付けたり、ゼリーに固めた食事を提供しています。スプーン・フォーク、食器などの配慮も見られます。		
52	A - 2 - (1) - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	a ・ b ・ c
<コメント> 食堂には、2種類の高さのテーブルが用意され、電動車椅子・普通の車椅子での利用に備えています。 季節感のある食事として、夏は夏野菜のカレー・バーベキューなど、冬にはおでん、年末には年越しそば、1月の鏡開きにはぜんざい、3月にちらし寿司・茶わん蒸しなど、献立に工夫をしています。 調味料・香辛料は好みの物が使えるようになっており、献立表は予め利用者に提供されています。 咀嚼力に合わせた食事の提供をしています。主菜や副菜は普通食・刻み食、汁物は「刻み汁」「トロミ汁」などを用意しています。 ストロー・各種スプーン・両手付マグカップ・滑り止めマットなど、自助具を用意し、自力で食べられるように支援がされ、更に必要がある時は、その場に合った食事介助の支援が		

<p>されています。</p> <p>郷土料理としては、だご汁・からし蓮根・けんちん汁・煮しめ・タイピーエン・ちゃんぽんなどが出されています。</p> <p>更に定期的に嗜好調査を行い、献立に反映させることや、食事サービスの検討会議などに利用者が参加する事が望まれます。</p>		
53	A - 2 - (1) - 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>テーブルの配置などは、要望があればその都度、変えています。</p> <p>利用者によっては、沢山の方と一緒に食事ができにくい方もおられ、時間をずらして施設長と一緒に食べる方や、一人で別の部屋で食べる方もおられます。</p> <p>喫食時間は、おおむね12時～13時となっていますが、販売などで外出した場合などは、遅い昼食になる事もあります。</p>		
A - 2 - (2) 入浴		
54	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
55	A - 2 - (2) - 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
56	A - 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
A - 2 - (3) 排泄		
57	A - 2 - (3) - 排泄介助は快適に行われている。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>施設には、リフトが付いているトイレ、一段高く畳が敷いてある「お座敷トイレ」、こまわる君、採尿器など、障がいの特性に合わせた多種類のトイレが設置され、自力での排泄がし易い設備を導入しています。トイレ内のナースコールは、押さなくても、触るだけで連絡が出来る様になっています。</p> <p>排泄介助のチェックリスト・排泄介助のマニュアルが整備されています。</p> <p>排泄介助の結果は、所定の用紙に記録されています。</p>		
58	A - 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>トイレ環境の点検・改善は、毎月2回行われる職員会議で、検討が行われています。</p> <p>どの形のトイレも広く、車椅子での利用に支障が無い造りになっています。「使用中」が明示されるなど、プライバシーを守る配慮があります。</p> <p>換気は換気扇により、常時行われ、利用者が帰宅後、毎日職員の当番制により清掃され、汚れた場合は、随時清掃が行われています。</p> <p>施設の全館冷暖房システムが行われていますが、「お座敷トイレ」使用の場合は、時間が長くなる事が多く、別に電気ストーブが置かれています。</p> <p>トイレの中には、車椅子で見易い鏡、高さが違う便座などが設置され、重度の障がいがある方でも、使い易い工夫がされています。</p>		
A - 2 - (4) 健康管理		

59	A - 2 - (4) - 日常の健康管理は適切である。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の健康管理表が整備され、健康管理マニュアルが用意されています。</p> <p>利用者に定期健康診断が、年2回行われています。医師による健康診断に先立って看護師により諸検査を行い、健康面の相談の聞き取り・相談が行われ、医師へ伝えられています。</p> <p>インフルエンザの予防接種などは、希望者に接種しています。始業前に利用者・職員全員で、ラジオ体操を行っています。</p> <p>定期的な歯科指導については、歯科医師を招いて行ったことがあります。障がいの特性により、掛かりつけ医による相談・指導を受ける事が適切と思われ、今は利用者がそれぞれの、掛かりつけ歯科医の指導を受ける様にしています。</p>		
60	A - 2 - (4) - 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>健康変調の場合の「就業中に健康に変調が生じた場合のマニュアル」を整備しており、発熱を伴う症状、そうでない場合などに分けて、記述されています。</p> <p>基本的にはご家族に連絡し、利用者の掛かりつけ医に受診することが多いですが、緊急の場合には、内科・耳鼻咽喉科・歯科などについて、10分以内にアクセス出来る医院があり、施設の商品の購入をお願いし、定期販売会のチラシの配布を依頼する、などの日常的な連携を行っています。</p>		
61	A - 2 - (4) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項などの適切な情報を得ており、一人一人の利用者に使用される薬物の管理について、マニュアルが用意されています。</p> <p>薬の使用について、個人別にチェック表があり、適切に記録され、支援計画に基づいて支援が行われています。今後利用者の方の変化に応じて、薬物使用に誤りがあった場合などの対処について、職員の共通理解が求められます。</p>		
A - 2 - (5) 余暇・レクリエーション		
62	A - 2 - (5) - 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>月に1回レクリエーションに取り組んでいます。28年度は、職員と利用者との話し合いで、進める事を決めています。</p> <p>内容は、利用者の希望により、施設内での米粉ピザ作り・手巻きずし作り・玄関エントランスでのパーベキューや、当施設の送迎車両等で、動植物園・熊本城と城彩園・新聞社の博物館・ビール工場・九重花公園などで実施しています。参加者は、電動車椅子・車椅子・杖で参加される方と、歩行で参加される方がおられ、状況に応じて、ボランティアが入る事もあります。</p>		
A - 2 - (6) 外出		
63	A - 2 - (6) - 外出は利用者の希望に応じて行われている。	a ・ b ・ c
<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 - (1 0) - 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p>		

非該当		
A - 2 - (8) 社会適応訓練等		
65	A - 2 - (8) - 社会適応訓練等に関しては、利用者の状態に応じた支援を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用計画書第1条に、「個別支援計画に基づき、利用者に対して、必要なサービスを適切に行う」と明示しています。</p> <p>個別支援計画書は、定期的にモニタリングを行い、適時必要な見直しを行っています。</p> <p>家族会の「ひまわりの会」があります。販売会・パン祭り・バーベキュー・餅つき・忘年会など、行事やレクリエーションの際に呼びかけ、参加して頂く事で、交流を図っています。</p> <p>ご家族・介護者からの相談は、その都度電話があったり、直接相談に見えたりしており、それぞれ適切に対応しています。</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) - 施設・設備に関して、利用者や来所者が利用しやすいよう配慮されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設は玄関・廊下・トイレ等広く、段差が無い造りになっており、手すりが設置されています。</p> <p>食堂のテーブルの高さは2種類あり、電動車椅子での利用、普通の車椅子での利用に、それぞれ合わせてあります。食堂が混雑する時間帯で必要があれば、車椅子の利用者に対しての、職員の介助があります。</p> <p>月2回の職員会議で、施設・設備改善の検討が行われています。精米室からパン製造棟に行く際の、時間短縮策として、精米室の裏側出入り口に「簡易スロープ」を設置し、車椅子での移動短縮を図っています。</p>		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象 ~)	3 7	8	0
内容評価基準 (評価対象 A)	1 4	2	0
合 計	5 1	1 0	0

非該当 5