

(別添2)

事業評価の結果(評価対象)

福祉サービス種別: 就労継続支援A型事業
事業所名(施設名): 西駒郷駒ヶ根支援事業部わーく西駒

第三者評価の判断基準

- a・・・着眼点をすべて実施している状態
- b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態
- c・・・着眼点を一つも実施していない状態
実施していない状態
実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)		
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	(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	A	155	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。	運営理念や運営及びサービス方針は「平成24年度駒ヶ根支援事業部の運営について」の中に示されています。また、利用者を尊重した基本姿勢もこの中の「西駒郷職員行動規範」、「ふりかえってみよう・職員行動規範」の中に読み取ることが出来る。 利用者のプライバシー保護関係については利用契約書及び就労継続支援A型事業運営規程に示されています。また、契約書には、本人に関する記録は基本5年以内ならば見ることが出来る条文もあります。	
						156		利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。
						157		利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。
						158		身体拘束や虐待防止について職員に周知徹底している。
			利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	A	159	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。		
					160	利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。		
					161	規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。		
					162	利用者や保護者に関する情報の収集は、本人及び保護者の同意のもとサービス提供に必要な最小限の範囲としている。		
					163	記録されている個人情報、利用者または保護者の求めに応じて開示している。		
					164	外部に提出する個人情報は、利用者または保護者の同意を得ている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)		
	1	(2) 利用者満足の上 に努めている。	利用者満足の上を意図し た仕組みを整備している。	A	165	利用者満足の上を目指す姿勢を明示した文書がある。	西駒郷全体で年1回利用者満足度調査が行われ、その内容はホームページ等でも公表されている。 利用者満足度調査については内容を分析し今後の運営につなげています。ただ、検討会議は職員のみでされていますので、当事者側の代表として保護者を入れる等の考慮をし、より有意義な調査となることを期待します。	
					166	利用者満足に関する調査を定期的に行っている。		
					167	利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、保護者懇談会を定期的に行っている。		
					168	利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。		
			利用者満足の上に向けた 取り組みを行っている。	B	169	利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、保護者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。		
					170	分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。		
					171	標準化したサービスの他、利用者の状況等に応じて臨機応変な対応をとっている。		
			個別支援計画にもとづいた 支援を行っている。	A	172	利用者の特性と発達段階に対応した個別支援計画にもとづいて支援している。		個々の個別支援計画は出来ています。就労継続支援A型事業所は基本的に県の示す最低賃金以上を支払う事業所ですので、一般企業に近い形態の事業所です。但し、ここが終の仕事先ではなく、一般就労につなげることが求められていますので、今後ケア会議等を通じて利用者と一緒に一般就労へ向けて目標の共有を図ることを望みます。
					173	個々の特性にあわせたコミュニケーション方法の工夫を行っている。		
					174	利用者や保護者の希望を把握し支援計画に反映している。		
					175	社会生活力向上のための、調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムを取り入れている。		
					176	施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。		
					177	退所後も継続して支援を行っている。		
	178	利用者の特性や心身の状態に合わせて療育内容を決めている。						
	179	必要に応じ保護者への相談支援を行っている。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)
	1	(2)	施設での療育訓練が楽しく、自主的に取り組めるよう工夫している。	B	180 利用者が主体的に施設で日常生活ができるような様々なプログラムを用意している。	作業場以外のスペースが狭く、利用者がゆっくりくつろげる場所が不足しているように感じられました。建物の構造上難しい面もありますが、今後配慮されることを期待します。
					181 食堂などの共用スペースはゆとりを持つとともに、清潔にしている。	
					182 利用者が安らげる雰囲気づくりをしている。	
					183 利用者が作業や活動をする部屋の環境を整えている。	
			施設と保護者との交流・連携を図っている。	A	184 保護者の見学は、いつでも希望に応じて受け入れている。	メインとなる駒天豆腐や駒天どら焼きの製造工場は誰でも自由に見学出来る専用のスペースを設けています。働いている方の様子と製造過程が見学できます。
					185 利用者の生活状況を機関誌などで、定期的に保護者へ知らせている。	
					186 保護者からの個別の相談にも応じている。	
					187 施設と保護者が交流・意見交換する場を設けている。	
					188 利用者の状況を個別に保護者へ定期的に報告している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評 価 分 類 ご と)
	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	189 利用者又は保護者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。	職員もこの事業所の専門職員であり、利用者も10名と少ないこともあり、聞き取り調査からも自由に相談している様子が伺われた。 相談を受ける場所には課題があるかと思われます。利用者の相談を受けるには、気兼ねなしに話せるスペースが必要ですが、現状のスペースはプライバシーへの配慮という点では弱いかと思われます。今後検討されることを期待します。
					190 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。	
					191 相談や意見を述べやすいような部屋の配置に配慮している。	
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	A	192 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備し、実際に機能している。	西駒郷として第三者委員は設置されていますが、利用者の聞き取り調査から存在を知っている方はいない状況でした。今後第三者委員制度が有意義なものとなるよう制度を丁寧に説明されることを望みます。 利用者・保護者へは年1回満足度調査がされていますので、そちらでも苦情・要望・意見等をつかもうとする努力がされ、改善に役立てられている。
					193 苦情解決責任者は、全ての苦情とその対応結果を把握している。	
					194 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。	
					195 保護者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。	
					196 保護者へアンケートをとるなど、施設が積極的に意見や要望・苦情を聞いている。	
					197 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族、関係職員に必ずフィードバックしている。	
					198 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)	
	1	(3)	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A	199	意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。	社会福祉施設には苦情解決システムとは別に、利用者からの意見・要望・提案を聞く仕組みが求められています。西駒郷では全体の取り組みとして各棟に意見箱を設置したり、満足度調査をしたりと、利用者・家族等からの意見を聞くシステムが出来ている。
					200	対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。	
					201	苦情申し出から解決までマニュアルに沿って記録している。	
					202	対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。	
					203	苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。	
2 サービスの質の確保	(1)	質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	B	204	定められた評価基準に基づいて、年に2回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	就労継続支援A型事業所「わーく西駒」としては今回が初めての第三者評価になります。今回受審した評価結果を分析・検討する部署を設置し、評価結果を今後の事業運営に活かしていただくことを期待します。
					205	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
					206	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。	
			評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	C	207	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	
					208	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。	
					209	職員間で課題の共有化が図られている。	
			課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C	210	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。	
211	改善策や改善計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評 価 分 類 ご と)
	2	(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	A	212 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	就労継続支援A型事業所は、就労できる能力を持った方が利用している施設ですので、ADLは自立しています。施設としてのサービス内容は生活面よりも就労面を重視した内容になります。現場の仕事内容を見学しましたが、個人個人が与えられた職務をよく理解し、職員の指示がなくても自分の判断で的確に役割りをこなしていました。
					213 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。	
					214 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	
					215 日常サービス（健康管理、調理、食事、入浴、排泄、職員の接遇など）のマニュアルが作成されている。	
					216 マニュアルは、職員の共通理解が得られるような表現で作成されている。	
					217 マニュアルの作成は、関係する分野の職員が参画し作成している。	
					218 マニュアルは使いやすい場所にあり、必要なときにすぐ参照でき、有効活用により問題解決している。	
					219 日常のサービスのあり方や支援方法について、職員に対する指導的立場の者が職員へ評価・助言・指導を行っている。	
			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	220 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	
					221 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されている仕組みになっている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)	
	2	(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	A	222	利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。	<p>書類的には個人ごとの個別支援目標は作成されていましたが、利用者からの聞き取り調査では、目標の内容を理解している方が少なかったことには課題があるかと思われます。</p> <p>ケース記録は少なく感じました。また、モニタリングからの目標見直しも内容の変化が少ない印象です。アセスメントからの一連の流れをもう一度職員間で確認し、利用者を含めた情報の共有を図ることが必要かと思われます。</p> <p>記録等は保管、保存、廃棄等については西駒郷全体の規定がある。</p> <p>ケース記録内容の閲覧は希望があれば見れるようになっていますが、聞き取り調査から実際に見られた方はいないようでした。</p> <p>パート職員は利用者と一緒に作業される方が少ないためか、常勤職員からの聞き取り調査でも職員間での個別支援目標の共有については弱いように思われました。今後パート職員を含めた会議を開催し、一体感のある支援体制となることを期待します。</p>
					223	利用者の情報等を修正し、かつ経過がわかるようにしている。	
					224	サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。	
					225	記録する職員で記録内容にばらつきが生じないように工夫をしている。	
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A	226	記録管理の責任者が設置されている。	
					227	利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。	
					228	利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。	
					229	記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。	
			利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	B	230	利用者に提供された重要なサービスについて具体的に記録し、情報を共有化・活用できるよう検討会議などの仕組みがある。	
					231	情報共有を目的として、ケアカンファレンスや各担当が工夫・改善した事例報告の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。	
					232	パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)	
	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	233	事業所を紹介したホームページを作成し、インターネットで公開している。	西駒郷のホームページの中に就労継続支援A型事業所のことが紹介されている。事業所の内容や製品を紹介するチラシ等も作成されている。 見学希望者については随時対応しています。また、製造部門については作業風景や製造工程が見学できるように配慮もされている。 利用契約書は少し大きめの12ポイント文字を使用するとともに、漢字にはルビをふる等障害者に配慮された契約書が用意されている。
					234	事業所を紹介するパンフレット等を作成している。	
					235	理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットなどを作成し、公共施設等へ置いている。	
					236	事業所を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵などの使用で誰にでもわかるような内容にしている。	
					237	問い合わせへの対応体制を整えている。	
					238	利用希望にあたっての見学を受け入れている旨の広報を行っている。	
					239	見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。	
		サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	A	240	サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料により、利用者に説明している。 ・説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、利用者負担、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等）		
				241	重要事項説明書や契約書の内容は、わかりやすいよう工夫して説明し、説明書は本人と保護者へ渡している。		
				242	利用契約が必要な場合は、必ず契約書を取り交わしている。		
				243	サービス利用の決定について迷っている人には、利用決定について判断するまでの期間に余裕を持たせている。		
				244	他の事業所や家庭・就学への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。		
				245	サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。		
				246	サービス終了時に、利用者や保護者に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。		
(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	A	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	244	他の事業所や家庭・就学への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	これまでに1名の方が退所しましたが、必要な情報は本人の承諾のを得た上で支援センター等に引き継がれていることが確認できた。		
			245	サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。			
			246	サービス終了時に、利用者や保護者に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)				
	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントを行っている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A	247	サービス開始時に利用者の個別情報や要望を把握し、決められた書式に記録している。	アセスメントから課題の把握、ニーズのまとめ、支援計画の作成までの一連の流れは出来ています。ただ、モニタリングから再アセスメントつなげている人や支援目標が見直されている方は少なように思われた。			
					248	利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適應できるよう支援している。				
					249	利用当初の保護者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。				
			利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	A	250	利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するための手続が決めている。				
					251	利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題が明示されている。				
			(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	サービス実施計画を適切に策定している。	B	252		個別支援計画作成にあたっての基本的考え方・方法を明確にし、記入・活用しやすい定められた様式で作成している。	個別支援目標策定のケア会議に利用者が参加しているような確認は出来ませんでした。今後利用者及び関係者が参加したケア会議の開催に期待します。	
								253		サービス実施計画策定の責任者を設置している。
								254		サービス実施計画を策定するための部門を横断した関係職員の合議、利用者や保護者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。
		255				サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。				
	定期的サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	A			256	サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者及び保護者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	書類を確認した中ではモニタリングとそれに伴う支援目標が策定されていましたが、内容を利用者が知らない状況がありますので、本人参加のケア会議と丁寧な説明をされることを望みます。			
					257	サービス実施計画の見直しは、保護者に説明し合意を得ている。				
			258	見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。						
			259	サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評 価 分 類 ご と)		
利用者 の 尊 重	5	(1) 利用者の尊重	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	260	利用者のコミュニケーション能力を高めるため、サービス実施計画や支援計画を策定し実行している。	「わーく西駒」の利用者は特別なコミュニケーション手段や、意思伝達に課題のある方はいないため、就労面以外では特別な支援を必要としていません。 「わーく西駒」の利用者は、在宅又はケアホーム等から通ってくる方であり、施設と雇用契約を締結している身分でもありませんので、入所施設利用者が自治会等を組織して管理者と話し合うというよりも、労働者として話し合うことになるかと思われます。	
					261	意思伝達に制限のある人の場合、日常的な関わり合いを通じて、その人固有のコミュニケーション手段やサインの発見と確認に心掛けている。		
					262	意思伝達に制限のある人の場合、個別のコミュニケーション手段の検討とそれに基づく支援がなされている。(コミュニケーション機器の用意を含む。)		
					263	意思伝達に制限のある人の場合、担当職員・ソーシャルワーカー・臨床心理士等の連携により、その人の意思や希望をできるだけ正しく理解しようと努力している。		
					264	必要性や要望に基づいて、コミュニケーションの取れる知人、代弁者、手話通訳者等を受け入れている。		
			利用者の主体的な活動を尊重している。	B	265	利用者の主体的な活動を支援するための職員が決められている。		「わーく西駒」の利用者は、在宅又はケアホーム等から通ってくる方であり、施設と雇用契約を締結している身分でもありませんので、入所施設利用者が自治会等を組織して管理者と話し合うというよりも、労働者として話し合うことになるかと思われます。
					266	利用者の主体的な活動については、その意向を尊重しながら、その発展を促すように側面的な支援を行っている。		
					267	利用者が、施設外の障害者や知人等と自由に交流できるように様々な便宜を図っている。		
					268	利用者による自治会ないし利用者の会等がある。		
					269	自治会等がある場合は、施設運営の責任者と、定期的に、及び必要な場合に随時協議する機会をもっている。		
			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	270	利用者が自力で行う日常生活上の行為は見守りの姿勢を保ち、必要な時には迅速に支援するという方針を会議等で確認している。		「わーく西駒」の利用者は全員日常生活面は自立していますので、服薬の確認や健康確認以外は特に支援は必要ないように思われました。
					271	自力で行っているときでも、介助が必要だと判断しなければならない場合があるが、その判断については、あらかじめ利用者(及び必要に応じて家族等)と十分な話し合いが行われている。		
					272	自力で行う行為による生活と活動の範囲が広がるように、職員の対応や施設の整備は常に検討されている。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評 価 分 類 ご と)
	5	(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。	B	<p>273 社会生活力を高めるために、障害の理解や調理・洗濯・買い物・交通機関利用等についての学習・訓練プログラムが用意されている。</p> <p>274 施設外の社会資源について、十分な情報が提供され、そのための学習や体験の機会が設けられている。</p> <p>275 必要に応じて、自己表現の技能や話し方について支援している。</p> <p>276 利用者自身が人権意識を高められるように、情報や資料の提供を行っている。</p>	<p>地域の中で普通に生活をしている方で、就労面以外では特別なプログラムを必要としている方はいないように思われました。</p> <p>利用者の人権等に対する研修がされていることは聞き取り調査でも確認出来ませんでした。利用者は施設と雇用契約を結んでいる労働者でもありますので、必要な研修には参加できるように配慮されることを期待します。</p>
	6 日常生活支援	(1) 食事	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	277 サービス実施計画等において、栄養量、食事形態、水分補給、介助の方法等利用者の状態に応じた留意点や支援の内容が明示されている。	<p>食事提供については西駒会館で食事している方、西駒郷障害者支援施設の食堂で食事している方、弁当持参の方とまちまちであり、同じメニューの提供ではありません。 (278)は全員自立しているため非該当</p> <p>(279)は(277)の理由により非該当</p>
278 食事の介助等、支援方法に関してマニュアル(留意すべき点を含む手引き等)が用意されている。 非該当						
279 利用者の体調や身体状況により、必要に応じて個別の食事を用意している。 非該当						
			<p>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。</p>	A	280 定期的に嗜好調査を行い、その結果を献立に反映している。 非該当	<p>(280)は(277)の理由により非該当</p> <p>(281)は(277)の理由により非該当</p> <p>食事提供体制加算を受けている方は、希望により食事の提供を受けていますが、働いている場所がまちまちですので同じ内容の食事を提供されているわけではありません。</p>
281 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 非該当						
282 適温の食事を提供している。						
283 献立・食材に季節感があり、盛り付けや食器にも工夫している。						
284 食卓には利用者の健康状況に応じ複数の調味料・香辛料が用意されている。						
			285 献立及び食材について、その情報は予め利用者に提供されている。			
			286 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないよう、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)	
	6	(1)	喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	A	287	食堂の設備や雰囲気について定期的に検討会議を開き、必要に応じて改善を図っている。 非該当	(287) はわーく西駒単独の食堂は無いため非該当
					288	食事は、利用者全員が一斉に摂るのではなく、食事時間帯に幅を持たせて個人が好む時間に摂ることができる。	
	(2) 排泄	排泄介助は快適に行われている。	A	289	排泄介助に際して、利用者の健康状態や注意事項について、サービス実施計画や個別チェックリスト等を活用している。 非該当	(289) から(292)まではADLが自立している方達ですので該当がないため非該当。	
				290	排泄介助のマニュアル（安全、プライバシー、便意・尿意・失禁への対応を含む）が用意されている。 非該当		
				291	排泄用具（おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等）の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルが用意されている。非該当		
				292	排泄介助の結果は所定の様式により記録されている。 非該当		
				293	身体状況に応じた設備や補助具の配備を含めて、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行っている。		働く場所がまちまちですので使用するトイレも異なっています。A型事業所利用者専用トイレは信州まめ匠のトイレになりますが、特に不備はありません。
				294	プライバシーに配慮したトイレの構造・設備になっている。		
				295	換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。		
				296	清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。		
	297	採光・照明等は適切である。					
	298	冷暖房等の設備は適切である。					
							地域柄トイレにまで冷房は必要としていませんので冷房は除外して評価しました。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講 評 (評価分類ごと)	
	6	(3) 健康管理	日常の健康管理は適切である。	A	299	利用者の健康管理票が整備されている。	健康管理は西駒郷利用者の健康診断に準じて行われている。 健康維持・増進のための特別なプログラムについては、在宅生活者でもあり特に特別なプログラムを必要とされている方はいませんでした。 (305)の歯科治療に関することは各家庭で対応しているため非該当。 健康面で変調があった場合は、施設利用者としての対応がされている。 服薬管理マニュアルはありますが、現在施設で管理している方はいません。 (312)は服薬管理をしている方はいないので非該当
					300	利用者の健康管理マニュアルが用意されている。	
					301	医師又は看護婦による健康相談を受けることができる。	
					302	医師又は看護婦が、利用者(及び必要に応じて家族等)に対して健康面の説明を定期的に行っている。	
					303	利用者(及び必要に応じて家族等)の承諾を得て、インフルエンザ等の予防接種を行っている。	
					304	健康の維持・増進のため、日常生活の中に取り入れるプログラムが用意されている。	
			必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	A	306	健康面に变調があった場合の対応の手順は、マニュアルとして用意されている。	
					307	地域内に協力的な医療機関(診療所又は病院、緊急時にアクセスできる診療所又は病院)を確保している。	
					308	確保している医療機関では、迅速かつ適切な医療が受けられるように、日常的な連携を図っている。	
			内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	A	309	利用者(及び必要に応じて家族等)並びに担当職員は、薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等について、適切な情報を得ている。	
					310	一人ひとりの利用者に使用される薬物の管理(保管から服用・使用確認に至るまで)について、マニュアルが用意されている。	
					311	薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について、マニュアルが用意されている。	
312	内服・外用薬の使用状況は、所定の様式に従って記録されている。非該当						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価分類ごと)	
	6	(4) 余暇・レクリエーション	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	313	話し合いやアンケート等を通じて、利用者の意向を把握している。	西駒郷全体で年1回利用者満足度調査が行われています。また、職員と利用者との人間関係は良好で、直接意向を話したり、聞いたりできている。
					314	利用者には、余暇やレクリエーションに関する情報を提供している。	
					315	利用者自身が主体的に企画・立案するように、職員は側面的な支援をしている。	
					316	必要に応じて、外部から協力者（ボランティア）を受け入れている。	
					317	地域の社会資源を積極的に活用している。	
	(5) 所持金・預かり金の管理等	預かり金について、適切な管理体制が作られている。	A	318	利用者の預かり金については、その取り扱い規約を定め、責任の所在を明確にしている。	金銭については在宅からの通勤者であり金銭は自己管理です。 個人所有物は更衣室の個人ごとのロッカーで自己管理です。 (321)は全員自己管理出来ているため非該当。 (322)は学習プログラムを必要としている方はいないため非該当。 嗜好品については利用者との話し合いの中で決められている。	
				319	金銭等の自己管理ができるように配慮されている。		
				320	自己管理ができる人には、金銭等を保管する場所と設備を提供している。		
				321	自己管理に支援を必要とする人には、小遣い帳を活用するなどして、自己管理に向けた学習を支援している。非該当		
				322	金銭管理技能を含む経済的な対応能力を高めるための学習プログラムが用意されている。非該当		
		嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	A	323	利用者の代表や自治会等と話し合ってルールを設けている。		
				324	具体的な場面では、自治会や利用者全員と協議して、場所・時間・方法（喫煙場所、飲酒場所・時間、一気呑みの禁止等）に様々な配慮を行っている。		
				325	酒やたばこの害については、利用者が正しい認識を持てるよう、利用者全員に情報提供を行った上で、飲酒・喫煙が認められている。		