

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別：就労継続A型施設
事業所名：長野県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

(H21.3修正版)

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)
Ⅲ 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。	① 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	・利用者の人権を尊重したサービスを理念に掲げ、日々の支援の中で意識したサービスが展開されている。 特に本年度は人権尊重・虐待防止を重点とし、委員会が中心となり研修を重ね、全職員への更なる意識向上へと徹底して取り組んでいる。
			② 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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、従業員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は、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。 ■ 165 記録されている個人情報は、利用者または保護者の求めに応じて修正している。 	

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)
		(2) 利用者満足 の向上に努 めている。	① 利用者満足 の向上を意図 した仕組みを 整備している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 166 利用者満足 の向上を目指す 姿勢を明示した 文書がある。 ■ 167 利用者満足 に関する調査を 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。 ■ 169 利用者満足 を把握する目的 で、家族会等に 出席している。 	・毎年、利用者及び保護者への顧客満足度調査を実施している。それは、日中活動、個別プログラム、職員についてである。また、個別の聴取や三者面談等もあり、常に利用者・保護者からの声を聞く姿勢を心掛けていることがわかる。
			② 利用者満足 の向上に向けた 取り組みを行 っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> □ 170 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、従業員参 画のもとで検討 会議の設置等が 行われている。 ■ 171 分析・検 討の結果に基づ いて具体的な改 善を行っている。 ■ 172 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。 	・事業所全体の調査結果は、委員会が中心となり分析・検討の上、具体的改善へとつなげ、広報誌やホームページ等で公開し透明化している。A型施設独自の利用者調査は、今後期待したいところである。
			③ 作業しやすい 環境が提供さ れている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 173 作業場や食 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。 ■ 174 利用者 が安らげる雰 囲気づくりをし ている。 ■ 175 利用者 からの意見に基 づき、職場環境 の改善が図られ ている。 ■ 176 利用者 の障害の程度を 把握し、働きや すい職場環境づ くりを努めてい る。 	・作業場は食品製造や食事提供の場であるため、特に清潔で作業しやすい環境作りに気を配っている。
			④ 利用規則を定 めている	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 177 利用規則 を定めており、 利用者及び保護 者の理解を得て いる。・作業時 間、休日、工賃 、退所等 ■ 178 利用規則 により工賃を明 確化している。 	・利用規則については、契約時に作業内容・時間・休日・工賃等に関する説明を本人・保護者に丁寧に行っている。
		(3) 利用者が意 見等を述べ やすい体制 を確保して いる。	① 利用者が相談 や意見を述べ やすい環境を 整備してい る。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 179 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。 ■ 180 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。 ■ 181 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。 	・利用開始時に相談・意見に関する書類をもとに説明を行い、いつでも述べやすい環境を整えているが、本人・保護者には方法や相談相手について、繰り返しの説明を更に求めたい。

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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 182 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。 ■ 183 苦情解決責任者は、全ての苦情の対応結果を把握している。 ■ 184 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。 ■ 185 利用者が意見や要望・苦情を訴えやすい雰囲気を作っている。 ■ 186 利用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。 ■ 187 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。 ■ 188 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。 	<p>・寄せられた苦情に関しては苦情解決委員会が中心となり、手順を踏まえた対応・解決が機能している。</p> <p>定期的な第三者委員の来訪では委員会への出席もあり、施設状況の把握とともに客観的な立場からの助言も得ている。</p> <p>意見箱を管理棟だけでなく、各部署にも設置して、利用者・保護者・地域の方の声も寄せられやすくするなどの取り組みもある。</p> <p>そして、苦情の内容から結果までは、匿名性をもたせて掲示等にて公表している。</p> <p>意思表示の難しい利用者等が訴える方法などは、定期的に周知するとともに、より分かりやすい周知の方法を期待したい。</p>
			③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 189 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。 ■ 190 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。 ■ 191 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。 ■ 192 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。 ■ 193 苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映している。 	<p>・出された意見・提案・苦情については対応マニュアルに沿い、委員会・職員会議で話し合い、前向きな姿勢で取り組み、改善へとつなげている。</p>

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 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。	① 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。	a)	■ 194	定められた評価基準に基づいて、年に1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。	・半期ごとに事業計画・業務・支援について、その進捗や妥当性について話し合っている。 また、A型事業所開設5年ではあるが、以前からの第三者評価に対する理解が進んでおり、今回の受審に際してもその体制が整備されていると感じる。
				■ 195	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。	
				■ 196	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。	
	② 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。	a)	■ 197	職員の参画により評価結果の分析を行っている。	・自己評価に関しても職員間で分析し、課題・問題等を明らかにして、次へつなげる材料としている。	
■ 198			分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。			
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a)	■ 200	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。	・課題等については職員間で検討し、新たな計画としているので、内部・外部の評価後の取り組みが期待される。		
		■ 201	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。			
(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。	① 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)	■ 202	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。	・事業所の業務手順及び各種マニュアル等は整備されている。 食品製造や調理に係わるため、特に衛生・保健については充実しており、利用者への周知も進んでいる。 利用者の作業手順等は視覚化されており、その理解も進んでいるが、利用者一人ひとりの心身状況・特性・留意点等の個別の内容を全職員が更に理解しやすい仕組みにしたりして、作業工程の単純化・効率化、そして、事故防止に努めることを期待したい。	
			■ 203	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。		
			■ 204	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。		
			■ 205	日常サービス（健康管理、調理、食事、排泄、職員の接遇など）のマニュアルが作成されている。		
			■ 206	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。		
			■ 207	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。		
			■ 208	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。		
			■ 209	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。		

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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 210 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。 ■ 211 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。 	・各種マニュアルは半期ごとに見直しを行うとともに、随時の見直しも行われている。
		(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	① 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 212 利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されている。 ■ 213 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。 ■ 214 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。 ■ 215 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。 	・サービス提供マニュアルにて研修を行い、記録の記入方法や記録の仕方、言葉遣いなど、統一化が図られている。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 216 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 217 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。 ■ 218 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。 ■ 219 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。 	・記録管理は個人情報保護規則に則り徹底され、職員共有のもとに利用者保護の姿勢が窺える。また、本人・保護者への個人ファイルの開示については、窓口業務時間内であれば、いつでも閲覧可能であり、複写することも可能である。
			③ 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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 220 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。 ■ 221 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。 ■ 222 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。 	・利用者に関する情報は随時入力されており、共有化の必要な内容については紙ベースや引き継ぎノート等で伝達も行っている。全ての職員への情報の共有化に更なる工夫を期待したい。

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。	① 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 223 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。 ■ 224 事業所を紹介するパンフレット等を作成している。 ■ 225 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。 ■ 226 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。 ■ 227 問い合わせへの対応体制を整えている。 ■ 228 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。 ■ 229 見学希望者の都合（曜日、時間等）に対応している。 	・西駒郷日記のブログにて、施設の様々な情報を発信しており、内容を充実させたことで利用相談・見学・視察等の問い合わせが増し、発信の意義が実感できる。年三回発行の広報紙は利用者・保護者・関係機関・関係事業所・地域への回覧等と、広い範囲に配布等を行い、施設と障害への理解を深める一助になっている。施設全体のパンフレットの中で事業所・自主製品の紹介をしているが、就労継続支援A型事業所の理念や作業内容を盛り込んだ独自のものが期待される。
			② 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 230 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、利用者説明している。・説明項目（事業概要、サービス内容、職員体制、工賃、損害保険加入状況、サービスの変更や解除の条件等） ■ 231 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、説明書は本人へ渡している。 ■ 232 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。 	・サービス開始にあたっては、事業内容・作業内容・賃金・時間等について説明書をもとに分かりやすい言葉で表現し、納得の上での契約となっている。
		(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	① 事業所の変更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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 233 他の事業所への変更にあたり、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。 ■ 234 サービス終了した後も、組織として従業員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。 ■ 235 サービス終了時に、利用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。 	・地域生活移行者アフターケア実施要領をもとに、移行後もその地域で安心して生活ができるように、末永く支援する仕組みとなっている。そして、移行後のグループホームや日中活動の事業所と連携を密にするとともに、訪問して生活や活動の情報を把握し、相談にのる取り組みがある。

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。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 236 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。 ■ 237 利用者の精神的、肉体的負担を緩和し、新しい環境に適応できるよう支援している。 ■ 238 利用当初の利用者の不安を軽減し、信頼関係を築くように努めている。 	・アセスメントにおいて、家族構成・心身の状況・生活状況、これからの希望の生活、地域移行についてなど、きめ細かな項目立てをして把握している。また、6か月ごとの見直しもなされ、常に新しい情報の把握手順が確立されている。
			② 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 239 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られている。 ■ 240 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。 	・アセスメントで明らかになったニーズ・課題に合わせた個別支援プログラムが作成され、課題解決に向けての目標とその具体的な支援策が実施されている。
		(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 241 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。 ■ 242 サービス実施計画策定の責任者を設置している。 ■ 243 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。 ■ 244 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。 	・個別支援計画は自立支援・主体性の尊重・地域生活移行を理念とし、本人・保護者の意向とともに、本人の状態に適応した計画が立てられている。それは、一般就労に必要な知識・能力向上、そして就労意欲を高める内容と視られる。
			② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 245 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。 ■ 246 個別支援計画は、利用者説明し合意を得ている。 ■ 247 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。 ■ 248 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。 	・6か月ごとの見直しは本人又は保護者を交えて評価を行い、目標の到達度に合わせて再設定したり、意向により新たなサービスを取り入れて次の計画を作成している。また、本人の状況の変化の際は随時の見直しをするなど、体制の整備・機能が確認できる。

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 利用者の尊重	(1) 利用者の尊重	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 249 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。 ■ 250 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。 ■ 251 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。) ■ 252 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。 ■ 253 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。 	・職員とのコミュニケーションは、必要に応じてボードやメモカードを利用するなどして工夫されている。そして、自主製品の販売・食堂・売店での接客等、外部の人との関わりの中でコミュニケーション能力が高められている。また、接客が苦手な方にも、その雰囲気意識しながら、少しずつでも高められるように支援している。
			② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 254 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。 ■ 255 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。 ■ 256 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。 ■ 257 利用者による自治会ないし利用者の会等がある。 ■ 258 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。 	・各作業場は、個々の特性と主体性を尊重している環境なので、利用者の勤労意欲・責任感の高まりを理解することは容易である。
			③ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 259 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。 ■ 260 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。 ■ 261 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。 	・運営方針に謳う、利用者の自発的な行動を大切にして、職員は待ちの姿勢を心掛けるに則り、見守りと必要な支援に心がけている事がわかる。

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 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 262 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 263 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 264 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。 <input type="checkbox"/> 265 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>・電車や自転車での通勤支援、製品の移動販売や地域行事での出店等、積極的な機会の創出で社会との関りを通し、利用者のエンパワメントを高めている。</p> <p>職員だけでなく、利用者自身が人権について学ぶ取り組みが始まると、活動範囲の拡大だけでなく、生活の質も向上すると思われる。</p>
	6 日常生活支援	(1) 食事	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。		<input type="checkbox"/> 266 サービス実施計画等において、①栄養量、②食事形態、③水分補給、④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。 <input type="checkbox"/> 267 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。 <input type="checkbox"/> 268 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。	<p>※食事提供を行っていないため、非該当とする。</p> <p>・利用者の昼食は本人の調達が原則であるが、運営する西駒会館で食する利用者も多い。尚、個別の食事の支援が必要な方はいないが、そのような方が食事提供を希望する場合は対応が可能という。</p>
			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。		<input type="checkbox"/> 269 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。 <input type="checkbox"/> 270 食事サービスの検討会議等には利用者も参加している。 <input type="checkbox"/> 271 適温の食事を提供している。 <input type="checkbox"/> 272 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。 <input type="checkbox"/> 273 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。 <input type="checkbox"/> 274 献立及び食材について、その情報は予め利用者提供されている。 <input type="checkbox"/> 275 食事介助にあたり、せかせて食べさせることがないように、利用者の様子を良く見ながら介助や支援を行っている。	<p>・その食堂は清潔さを保ち、落ち着いた食事空間を保持しており、食堂利用者の笑い声・話し声も和やかである。また、食堂は西駒郷の職員や一般の方も利用しており、多様な人とのふれ合いの場ともなっている。</p> <p>しかし、事業所が運営する西駒会館全体について、消費者の意向を把握する取り組みは必要であろう。消費者のニーズと満足度に注力することは、経済活動を行う事業所にとって必須と考えたい。</p>

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 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	<input type="checkbox"/> 276 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 277 食事は、可能な限り、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	① トイレは清潔で快適である。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 278 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 279 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 280 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 281 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 <input checked="" type="checkbox"/> 282 採光・照明等は適切である。 <input checked="" type="checkbox"/> 283 冷暖房等の設備は適切である。	・食品製造・食事提供の作業であり、特に清潔さには注力している。 そして、トイレ清掃は社会生活力を高める一環として、利用者が行い、職員の見守りもある。
		(3) 健康管理	① 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 284 健康面に変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。 <input checked="" type="checkbox"/> 285 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 286 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。	・保健マニュアルも充実しており、管理棟には常勤看護師がいることで、体調変化の際は速やかな対応が可能である。 また、協力医療機関との連携・協力体制も整っている。
		(4) 余暇・レクリエーション	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)	<input checked="" type="checkbox"/> 287 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 288 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 289 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 290 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 291 地域の社会資源を積極的に活用している。	・利用者と職員が、ともにお花見や暑気払い、忘年会などを行い、利用者の楽しみであり、勤労意欲・仕事に対するモチベーションの向上になっている。