

(別紙)

## 評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（55項目）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、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	○a・b・c
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○a・b・c
<p>・理念が、経営方針の中に「明るく・豊かに・たくましく」とあり、事業所要覧や広報誌にも明文化されている。</p> <p>・基本方針も理念も同じ内容となっているが、今後文化祭における理事長の挨拶を引用し、「利用者、保護者共に歩もう」を受け「障害者が地域にて自立と共存ができる社会実現を目指す。」という寄り添う支援を目指す、福祉サービスの原点を方針としてうたっていくことも検討中とのこと。</p>	
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	○a・b・c
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	○a・b・c
<p>・理念や基本方針が明記してある事業所要覧（以前は施設要覧、授産施設がB型変更に伴い冊子名称変更。）を職員全員（パート、実習生含む）に配布している。毎年1月、2月に見直しがあり年度末に改定され、随時部長より説明がある。常に携行している職員もいる。</p> <p>・利用者には、契約時に重要事項説明書にてわかりやすく説明している。9月の保護者懇談会においても説明し、毎年4月に発行される小浦の里だよりに記載されている。</p>	

## I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	第三者評価結果
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・b・ <input checked="" type="radio"/> c
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・b・ <input checked="" type="radio"/> c
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成27年度の法改正に伴う収入の確保、利用者の数の推移、職員の新規雇用や配置、人事考課、賞与と収入の勘案、他施設運営等、施設長は常に考慮されて運営部で検討し、理事長に報告している。しかし中・長期計画としては、具体的には策定されていない。中長期のビジョンは、明確であるので、ビジョンを達成するための中長期計画書の作成が望まれる。</li> <li>・事業所要覧の中に本年度の努力目標として1年毎の計画を策定している。また、年中行事と共に、分掌部の防災訓練、保護者懇談会、地域清掃活動、利用者園友会役員選挙他施設運営での事業計画の策定している。</li> <li>・3カ月に1回行われる全職員が参加する授産会議にて売り上げの目標等が検討され、計画策定や見直しを行っている。</li> <li>・職員には授産会議にて周知され、保護者には、毎年1回保護者懇談会にて施設長が資料配布し説明が行なわれている。</li> </ul>	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。		(a) b・c
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。		(a) b・c
<p>・ 事業所要覧の中の運営機構や分掌部の業務内容にて、施設長役割が文章化されている。各会議のあとでも必ず議題に対して施設長の話がある。</p> <p>・ 九州授産施設研修や、社会福祉法人の会計基準移行についての研修等、必要に応じて参加している。グループホームやサテライト型の同行、就労支援や障害者総合支援法への取り組み等を、今後の福祉サービスの方向性の情報を収集し、研修で学んだことは参加した職員が、会議等で報告している。</p>		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。		(a) b・c
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。		(a) b・c
<p>・ 毎週木曜日に開催されている会議には、職員全員が参加している。施設長は、日々の実施記録には必ず毎日目をとおり、表現が不適切だったり、疑問を持った場合は職員と話し合っている。</p> <p>・ 提出期限が決まった書類は、必ず期限を守るよう徹底している。常に施設長の日々の気づきを備簿録に記して、スタッフだよりとして発信している。</p> <p>・ 現在栽培している作物以外にも収入を増やすために、木工園芸班において新たな野菜や果樹（しいたけ、びわ）の栽培に取り組んでいる。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		(a) b・c
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		(a) b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		a (b) c
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成27年度の法改正や預り金管理規定の整備等の把握と対策勘案をしている。</li> <li>人件費と収入の勘案をしたり、安い業者の利用等を運営部会で検討し、その後は担当部署へ任せている。現在会議はi padを使用して、必要最低限の紙を使用している。</li> <li>会計は毎月監査されてはいるものの、経営改善まではされていない。評価項目では、外部監査を実施してその結果に基づいた、経営改善を実施するとのまで求められているため、今後経営改善まで活かされることを期待する。</li> </ul>		

### Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		a (b) c
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		(a) b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長の備簿録に各職員の個人名と不足している人数、部署の記載がある。運営部にて検討されるも具体的なプランの確立には至っていない。現在看護師の補充を早期に予定している。</li> <li>年2回、アンケートも入った職員の目標達成シートの実施、それを加味した人事考課を行っている。人事考課の結果は、昇給の基準、賞与の査定参考となっている。</li> </ul>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	第三者評価結果
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	(a)・b・c
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>・もう少し人材が確保し、休みを取りやすい体制にしたいという意向である。また、職員の意見を吸い上げるため運営部以外の全職員が参加し、施設をよくする為の年2回のボトムアップ委員会が開催されている。そこで職員の意向を把握し、運営部にて検討する。個別面接も主任が行い、内容によっては部長や事務長まで報告している。</p> <p>・インフルエンザの予防接種は施設が負担している。職員球技大会開催したり、相談がある場合は個別面接を行っている。</p>	
	第三者評価結果
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)・b・c
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	(a)・b・c
Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	(a)・b・c
<p>・事業所要覧の事業所研修計画に方針と目的、方法が明示されている。</p> <p>・入社時の本人の希望や個別の特性、資格を取りたいと思う自主性を求める研修を実施している。また人事考課表にて個人の適性能力を評価し、個々の水準に合わせた研修も行っている。</p> <p>・全職員参加の会議にて外部研修報告の発表会を行い、全体の研修として位置づけし、フィードバックしている。かつ、その研修が妥当であったかの評価、見直しも行っている。</p>	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		第三者評価結果
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。		Ⓐ・b・c
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		Ⓐ・b・c
<p>・事業所要覧に実習生受け入れに関するマニュアルがあり、12月に見直しを行い年度末に改訂している。毎年実習生を受け入れ、担当者を決めてカリキュラムに沿って指導を行っている。実習に入る前には、必ず利用者の情報を漏らさない等の誓約書を交わしている。</p>		

### II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		第三者評価結果
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。		Ⓐ・b・c
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		a・Ⓑ・c
<p>・事業所要覧にて安全・健康等についての事項として事故・病気のマニュアルがある。毎年3月にヒヤリハット・リスクマネジメントの研修を第三者委員を交えての研修会があり、委員から講評をもらっている。全職員会議内でもヒヤリハット事例、事故報告の研修を行っている。</p> <p>・本年度、送迎中に車のわき見運転事故が発生している。シートベルト未使用の為利用者が転倒したが、救急車で搬送されるも大事には至らなかった。その後事業所要覧の送迎バス等運行内規のマニュアルの徹底、見直しがされている。</p> <p>・作業中は安全な部分のみを利用者に任せており、重機操作等は職員が行っている。また、歩行困難な利用者へは車いす購入するして対応している。</p> <p>・事業所要覧の消防計画（防災管理規定）があり、年2回火災訓練を実施している。（内1回は消防署による水消火）また、抜き打ちで訓練や地震の訓練も年1回実施している。</p>		

## II-4 地域との交流と連携

		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。		
II-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a・b・c
II-4-(1)-②	施設(事業所)が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
II-4-(1)-③	ボランティア受け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
<p>・自治会の方に「かっちえてフェスタ」の招待や小浦の里だよりの配布をしている。ボランティアで草刈りをしたり、パーロン・花火大会・地区運動会への参加をしている。現在の施設の地形が坂道にて車の駐車場もあまりなく、将来的に平地に事業所が移転できれば、地域の方々を招致しやすくなるのではないかとのことである。</p> <p>・部長が外部の研修の講師をすることが、施設が有する機能を地域に還元していると認識している。</p> <p>・事業所要覧に実習及び研修・ボランティア・見学者等の受け入れについてのマニュアルを整備している。ボランティアはいつでも受け入れており、現在、水曜日に農園班に女性の方が来所し今年のかっちえてフェスタには専門学校より20名のボランティアが来て支援してもらったとのことである。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a・b・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a・b・c
<p>・法改正の障害者総合支援法にて定められ必要となり、開設した相談支援事業所(サービス等利用計画)があるも、横のつながりを大事にと考慮し、他事業所に計画を依頼し社会資源として活用している。職員会議においても横のつながりを話して報告するように検討しているが、なかなか共有までには至っていない。</p> <p>・嘱託医と提携しているが、事業所要覧の中に記載している近隣の医療機関とも連携を行っている。その他の関係機関や連絡会等との積極的な取り組みがないので、今後検討を期待したい。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a・Ⓑ・c
<p>・具体的な事業活動として ①グループホームの開設 ②就労移行事業所の検討（B型→A型への福祉ニーズ）③相談支援事業所の活用を行っている。</p> <p>・把握した福祉ニーズとして人材不足、利用者の高齢化があげられるが、具体的な活動の計画は明示していない。</p>		



## 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

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1)-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。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画が最も大事であるという考えのもと、その方の課題を見つけ、より良い支援に向けて個別支援計画に反映している。虐待防止や権利擁護の研修も必須で行っている。「怒ったり、ただ恐怖を与えるのが支援ではない、利用者一人一人話し方も接し方も考えて、寄り添う支援をする理念が基本です。」と施設長が常に話している。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所要覧に小浦の里、倫理要綱として利用者に対するプライバシー侵害のマニュアルがある。小浦の里だよりやホームページへの写真の掲載の了解や個人あての郵便物の開封、衣服の着脱、トイレ時他者から見えないような工夫等の項目を、8つ掲げている。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		第三者評価結果
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所要覧の中に、個別支援計画書について、アセスメント、ニーズ把握、プラン作成、モニタリング見直しの手順を規定している。</li> <li>・利用者のニーズ調査をモニタリング時に行い、小浦の里で何をどうしたいのかを探り、また意見箱のオレンジポスト意見を投函してもらい、事例把握し検討している。利用者個人を尊重する為、誕生日プレゼントも個々人に選んでもらっている。保護者にはアンケートをとり、保護者懇談会をにて個別支援目標や工賃の評価等を報告している。</li> </ul>		

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	第三者評価結果
Ⅲ-1-(3)-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・b・c
Ⅲ-1-(3)-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・b・c
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者はそれぞれの作業班担当の職員へ、個々の相談をするよう伝えているが、自分が相談しやすい職員への対応も受けている。</li> <li>・ 苦情相談受付簿にて受付、内容記録、相談、保護者への報告、結果を委員会や職員会議にて報告書として検討している。</li> <li>・ 苦情には、迅速に対応している。事業所要覧の中でヒヤリハット・事故報告・苦情報告書としてマニュアルを活用している。</li> </ul>	

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-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・b・c
Ⅲ-2-(1)-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・b・c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○a・b・c
<p>・第三者評価等の自己評価を定期的に行っている。主担当は事務長である。分析検討する場合は、運営部会にて行われる。その後、会議にて全職員で課題を共有、検討しボトムアップ委員会にて改善し、より良い施設への向上を目指している。</p>		
Ⅲ-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。		第三者評価結果
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(2)-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・b・c
<p>・事業所要覧に各マニュアルが文書化されている。</p> <p>・マニュアルの反省、見直しは1年に1回、2月に行われている。</p>		

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
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
Ⅲ-2-(3)-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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画にのっとった支援を行い、日々の支援記録に記録し、毎日施設長が確認している。不適切な表現等は、その職員を呼び個々に指導を行っている。</li> <li>・利用者の記録は開所当時から全て保存しており、玄関横ホームの壁側に備え付けの書庫を完備し、保管している。</li> <li>・朝礼での申し送り、日々の個人記録、毎週木曜のケアカンファレンス、個別支援計画書にて情報を共有している。</li> </ul>		

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(1)-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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページやパンフレットに情報を提供しており、いつでも利用希望者が情報を得ることができる。</li> <li>・サービス開始前には、利用者と保護者に対して、事業所要覧や契約書、重要事項説明書を説明し同意を得ている。</li> </ul>		
Ⅲ-3-(2)-①	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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他事業所への紹介等はないが、相談支援事業所の立ち上げにより今後は他事業所やフォーマルサービスの利用等幅広い相談支援を実施していく予定である。</li> </ul>		

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-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・b・c
Ⅲ-4-(1)-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・b・c
<p>・一年に一回、保護者と本人の希望と状況を見ながら、アセスメントシートを担当の職員が作成している。相談支援事業所から上がってきたアセスメントの中に、見えてこない部分をその人にとって何が大切なのかを把握するため、事業所独自で作ったアセスメントシートの「暮らし、収入、健康、仕事、生活等の領域」について把握し、ニーズにあった個別支援計画へと繋いでいる。</p>		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
Ⅲ-4-(2)-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・b・c
<p>・相談支援専門員が作成したサービス等利用計画を基に個別支援計画を作成している。目標達成の評価を行い6ヶ月に一回、個別支援計画を見直し、担当者が作成したものをサービス管理責任者がチェックし、その後職員全体で会議をし検討している。</p> <p>・見直された個別支援計画は年2回行われる保護者会に合わせ、説明をし、本人と保護者の同意を得ている。</p> <p>・相談支援専門員の作成した計画にあわせ、職員が見やすいように個別支援計画表の書式を作り変える工夫をしている。</p>		

(別紙)

# 評価細目の第三者評価結果（障害者・児施設）

※すべての評価細目（28項目）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。

## A-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
1-(1) 利用者の尊重		
1-(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。		Ⓐ・b・c
<p>・自分たちの言葉で言語的なコミュニケーションをとっている。ゆっくり話す、簡単な言葉を使って繰り返し伝えることに努め、職員がどう利用者を理解し、また、利用者に理解してもらってるか確認をとっている。言葉が伝わらない場合には、職員が工夫し、絵や写真などを使い、コミュニケーションを取りながら支援している。コミュニケーションをとるためには信頼関係が大切と考え、利用者や家族との信頼関係を築くために、職員は日頃から利用者との関わりと行動を見逃さず、支援することに努めている。</p>		
1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。		Ⓐ・b・c
1-(1)-③ 利用者の自力で行な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
<p>・利用者が主体となって活動する場として、園友会活動を行っている。利用者が自分たちで立候補し、選挙によって役員を選び、役割として行事の司会や朝礼時の目標発表などを行っている。また、役員会や全大会も行われており、役員には手当もあり、励みとなっている。</p> <p>・利用者は、作業部の中で各班に分かれ、班長を中心として利用者主体で考え、行動している。職員は主担当、副担当を配置し、それらを管理職員がまとめ、見守りの体制をとり、障害に応じた支援を行っている。そのために職員は、障害についての学習を行い職員のレベルを高める努力をしている。</p> <p>・日報や朝礼、職員会議の中で利用者の状態を報告し利用者への支援の体制を整えている。</p> <p>・利用者のニーズに対し、利用者が納得出来る支援を行っている。例えば、作業中にジュースが飲みたいとの希望に対し、飲み過ぎると病気になることの説明をする。利用者がそれならお茶にするとすると、作業中にお茶を飲むと作業している物が濡れるとの説明をし、最終的に休憩中に飲むといった本人が納得、理解をするような説明の支援を行っている。</p>		

1-(1)-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。	a・ <b>b</b> ・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・エンパワメントの理念に基づく具体的なプログラムは策定していないが、個別支援計画の中に、社会生活を高めるための取り組みが組み込まれている。行事として研修旅行や他の事業所の見学、またクラブ活動などを行っている。</li> <li>・作業の一環として、配達や納品の際、他の人との関わりを持つことで、利用者自身の力を高めるよう、支援している。</li> </ul>	
1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。	<b>a</b> ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画の中で身体拘束についての同意を得るようにしている。今まで、身体的拘束を行った事例はない。</li> <li>・職員が意識を持つために1年に1回、身体的拘束を含む虐待についての研修を行い、個別支援日誌やヒヤリハット、事故報告などで、更に意識を高めている。</li> </ul>	
1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わり防止と早期発見に取り組んでいる。	<b>a</b> ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の自己評価を行うことにより、自身のふりかえりをしている。利用者からの虐待についての苦情が上がりにくいことから、職員が意識なく不適切な関わりや対応がないよう、具体的な説明をあげ、朝礼や会議、研修会で学んでいる。</li> <li>・全職員に知的障害の行動規範の冊子を配布し、虐待について周知を行っている。</li> </ul>	

## A-2 日常生活支援

	第三者評価結果
2-(1) 食事	
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>a</b> ・b・c
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>a</b> ・b・c
2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	<b>a</b> ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士が季節に応じたバランスの良い献立を立て、月末に利用者に献立表を配布している。咀嚼が充分でない利用者には、食べやすい大きさに切ることで対応している。</li> <li>・月1回、食生活会議が設けられ、職員と利用者として、誕生会のメニューの希望を取っている。また、月一回の選択メニューもあり、食事を楽しむ工夫もなされている。</li> <li>・食事の時間は、12時から13時までの1時間とし、ゆとりをもった時間帯で個人の好む時間に取ることが出来る。また、各テーブルに職員を1名ずつ配置し、トラブルや事故が起きないように見守りながら支援している。</li> <li>・食堂の床掃除がしやすいように、椅子の脚が床に付かないよう、椅子の収納に工夫がされている。</li> </ul>	

		第三者評価結果
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
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
2-(2)-③	浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。	a・b・c
通所施設のため対象外		
2-(3) 排泄		
2-(3)-①	快適な排泄ができるよう介助に配慮している。	Ⓐ・b・c
2-(2)-②	トイレは清潔で快適である。	a・Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が排泄の自立ができるような支援を行っている。見守りが必要な利用者は、個別支援計画の中に上がってきており、職員はそれを把握し、支援を行っている。</li> <li>・以前は和式トイレだけだったが、身体的に自立した排泄が困難な利用者もいるため、洋式トイレも設置した。</li> <li>・トイレ掃除は、自立支援として利用者が行い、職員が仕上げを行っているとのことだが、清潔に保たれていなかった。また、掃除道具の液体の洗剤がすぐ、手に取れるところに置いてあり、誤飲などの恐れがないとは言えない。安全面からも事故防止のために掃除道具の整理と収納の検討が必要と思われる。</li> </ul>		



2-(4) 衣服		第三者評価結果
2-(4)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a・b・c
2-(4)-②	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a・b・c
通所施設のため対象外		
2-(5) 理容・美容		
2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a・b・c
2-(5)-②	理髪店や美容院の利用について配慮している。	a・b・c
通所施設のため対象外		
2-(6) 睡眠		
2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a・b・c
通所施設のため対象外		

2-(7) 健康管理	第三者評価結果
2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。	(a)・b・c
2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	(a)・b・c
2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	(a)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎朝、検温をし、健康チェックを行っている。今現在、看護師が不在だが、医務室を利用する場合には利用届出をし、保健日誌を記録している。体調不良の場合には病院へ連れて行き、家族に連絡を入れ、報告を行い、通院記録を取っている。</li> <li>・健康維持のため、対象の利用者は保護者の同意を得て外部からの専門家の指導によるウォーキング活動を行っている。</li> <li>・年に1回、健康診断を行い、その結果に伴い障害に理解のある協力医に、事業所にて内科検診を受けている。</li> <li>・服薬は保護者から服薬願いを提出してもらい、薬の管理は各担当職員が行っている。臨時的に使用する風邪薬等は、その日の連絡ノートで確実に保護者と連絡を取りながら使用している。</li> <li>・服薬アンケートは、服薬のみならず、利用者にとって医療行為の色々な条件なども把握するために役立てられている。</li> </ul>	
2-(8) 余暇・レクリエーション	
2-(8)-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)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年、クラブ活動のアンケートを取り、利用者の希望に沿ったクラブ活動が行われている。新しく求めた土地を利用すると活動の幅が広がると期待できる。</li> <li>・新しい取り組みのクラブに「いちごクラブ」があり、女子が化粧や身だしなみなど、おしゃれを楽しみながら学んでいる。</li> </ul>	

2-(9) 外出、外泊		
2-(9)-①	外出は利用者の希望に応じて行われている。	a・b・c
2-(9)-②	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a・b・c
通所施設のため対象外		
2-(10) 所持金・預かり金等の管理		第三者評価結果
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)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・預かり金規定に沿って、保護者の希望により、必要に応じて個人別の台帳により事務が管理している。今後、利用者が自分の自由に使える体制に変えるよう、預かり金管理規定を作ろうと検討しているとのことである。</li> <li>・財産が高額になった利用者については、後見人に預け、少しずつ事業所で預かりながら管理している。</li> </ul>		
2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a・(b)・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所施設の為、新聞・雑誌、テレビ等を利用者が日中いる場所へ置くようなことはしていないが、事務所の中に新聞を置いたり、利用者が雑誌を持参することは可能としている。また、月曜日から金曜日まで、昼食後にカラオケを使用できるようにしている。</li> </ul>		

	第三者評価結果
2-(10)-③ 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)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙している利用者は1名いるが、吸う場所や時間などは決めている。施設内では職員も吸わないようにというルールも定着している。</li> </ul>	

### A-3 安全・衛生・事故防止

	第三者評価結果
3-(1) 安全・衛生・事故防止	
3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。	(a)・b・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員全員に配布している施設要覧の中に安全対策、事故防止マニュアル、ノロウイルス等のマニュアルを整備している。</li> </ul>	
3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。	a (b) c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒヤリハットは小さい事柄もすべて記録し、1年に1度、リスクマネジメントを行い、第三者委員にも参加してもらい、対策の確認、報告を行っている。</li> <li>・退所時の送迎中に利用者一名を乗せたワゴン車が、運転中に利用者からの暑いとの指摘から、エアコン操作を行ったため、ガードレールにぶつかる自損事故を起こしてる。</li> <li>・利用者に怪我はなかったが、シートベルトを着用しておらず、今後必ずシートベルトの着用を行うこと、また、走行中において、安全運転の徹底を行っていく必要があるとの報告書が上がっている。</li> </ul>	