

(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>・理念は定款・重要事項説明書などに明記されている。工賃を平均6万円支給しており『障がい者の福祉向上は経済的な自立こそ重要である』という理念が実践されている。</p> <p>・基本方針は運営規程に明記されている。評価基準では、職員の行動規範となるような具体的な内容及び、対外的に実施する福祉サービスの基本的な考えや姿勢を示し、施設に対する安心感、信頼感を与えるような内容を求めている。（今後基本方針を見直す際の参考意見）</p>	
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>・職員会議の際、折にふれ理念について伝えているとのことであるが、理念の共有化には個人差があるとの自己評価である。評価基準では、理念にこめた思いをわかりやすく文書化し、職員に配布することを求めている。</p> <p>・重要事項説明書に理念・方針を記載しており、利用開始前に利用者・家族に説明している。『ここで働くことがゴールではなく、一般就労をめざそう』という思いもあり、利用者に施設の理念をわかりやすく定期的に伝えることを求めている。</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 計画が職員に周知されている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
I-2-(2)-③ 計画が利用者に周知されている。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
<p>・中・長期の計画書は作成されていないが、手延べうどん製造のHACCP取得、新サービス、人口減によるゴミ袋需要の減少など、中・長期の目標や課題は明確である。評価基準では、(1)理念・方針の実現に向けた目標設定、(2)目標を達成するための設備・職員体制・人財育成・資金の課題・問題点を明らかにした中・長期計画書の作成と計画の評価・見直しを求めている。(①・②含む)</p> <p>・予算・所内行事・参加行事をまとめた事業計画書を作成し、利用者・家族・職員など総会参加者に配布している。参加者には、理事長が理念・方針を伝えている。(①・②・③含む)</p>	

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
<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割・責任は運営規程に明文化しており、職員会議など折にふれリーダーシップを発揮している。 ・長崎県身体障がい者福祉協会連合会の会長職など複数の関係団体の役員を勤めており関係法令の情報はいち早く入手している 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・小規模施設の利点をいかし、利用者と職員の関わりを直接観察し、その都度職員へ指導を行っている。 ・新規雇用しうどん製造に配置した職員の管理能力を見極め、ゴミ袋製袋に配置転換を行うなど業務の効率化に積極的である。また、高い工賃の支払を維持拡大するために新規事業の開拓や行政・関係団体との交渉にも熱心である。 		

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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・就労支援事業者との会議、相談支援事業者との連携から、人口減少にともなう需要の減少、一般就労の受入先である企業が少ないことなどの課題を認識、新サービスの開拓、経営者とのコミュニケーションを密におこなうことを計画、実践している。 ・高い工賃の維持するために製造及び販売に関する課題を職員間で話し合っている。うどんの販売については、付加価値をたかめるためフェイスブックによる情報発信、HACCP取得などに取り組んでいる。 ・公認会計士による財務面の指導が行われ、指摘事項について改善活動をおこなっている。 		

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。		Ⓐ・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・Ⓒ
<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士を3名配置しており利用者の精神的安定を重視している。利用者から職員として雇用した職員を含め障がいのある方を3名配置、『自分も将来職員へ』という利用者のモチベーションアップにもつながっている。 ・職員と個別面談を行い職員の成長を支援している。評価基準では「成績考課」（仕事量、仕事の完成度、業務の達成度など）、「情意考課」（規律性、協調性、積極性、責任性など）、「能力考課」（知識・技能、実行力、指導力、判断力など）の3点の基準に基づいた人事考課表を作成し、定期的に面談をおこなうことで職員の成長を支援することを求めている。 		

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
<ul style="list-style-type: none"> ・職員から要望があれば職員の配置を考慮し有給休暇を実施している。小規模施設であり、職員の就業状況は管理者が確認しており、有給休暇や時間外労働のデータ分析はおこなっていない。 ・研修旅行、忘年会、健康診断などで職員のストレス軽減・健康増進に配慮している。地域に総合的な福利厚生事業をおこなう施設はないとのことである。 		
		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
<ul style="list-style-type: none"> ・資格取得にチャレンジする職員には定時退社を認め、他の職員がサポートする体制がある。評価基準では、組織に求められる職員のあり方を、具体的な技術水準や専門資格の取得といった点から明確にした職員の教育・研修に関する組織の基本姿勢を、基本方針や中・長期計画に明示していることを求めている。 ・職員の教育・研修について、評価基準では基本姿勢を踏まえた教育・研修計画であるかどうか、一人ひとりの職員の持つ技量等を評価・分析し、その結果に基づいて計画が策定されているかどうか、その計画の策定の際に経験年数や将来への意向等を考慮しているかどうか、さらに実際に計画に従った教育・研修が実施されているかをポイントにあげている。 ・研修受講後、職員会議の場でフィードバックをおこなっている。受講した研修のレポートを作成、評価・分析し、次年度の研修計画につなげることを評価基準は求めている。 		

	第三者評価結果
II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について対する基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みを行っている。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ヘルパー資格取得のための一日体験実習の受入はあるが専門資格取得のための受入実績は無いとのことである。今後実習生受け入れは重要であると考えており、受入のための仕組みづくりは今後の検討課題との自己評価である。 	

II-3 安全管理

	第三者評価結果
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。	
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。	a・b・c
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取り組みをおこなっている。	a・b・c
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実施している。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 設備や機械などの危険箇所を職員・利用者に随時指導している。また、整理整頓、うがい奨励など安全確保のためにリーダーシップを発揮している。リスクに対応したマニュアルが整備されているので、マニュアルを活用した定期的な研修及びマニュアルの定期的な検証をおこなうとさらにリスクマネジメントが強化されます。 耐震基準を満たした新施設を建設。台風の際、通勤者に送迎をおこない、また当日の作業中止も迅速に判断している。 うどんをのばす器具にぶつかってけがをした利用者があり、部屋が暗く器具がみえづらいことが原因であったため、無人の場合も室内の電気をつけるよう再発防止策がとられ、現在再発事例は発生していないとのことである。さらに、定期的な事故防止に関する研修をおこなうことも事故防止に有効である。 	

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)
<ul style="list-style-type: none"> 五島市の『障がい者輪いまつり』に毎年参加し、ハンドベルの演奏をおこなっている。五島市で開催されるスポーツ大会などの行事等にも参加し、地域の人々との交流の機会を設けている。 ケーブルテレビや新聞広告、フェイスブックを媒体に広報活動をおこなっているが、障がい者施設を売りにした販売を行わず、商品のアピールをメインにしている。相談支援専門員に施設の特性を説明しているとのことであるが、工賃の高さ、利用者の仕事を通じた成長など施設の強みを積極的に広報することも今後必要であると思われる。 年齢により利用終了となった利用者を有償ボランティアとして受け入れている。また、ボランティアの希望があれば随時受け入れている。 		

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
<ul style="list-style-type: none"> 医療機関、関係機関・団体とのリストを作成している。就労支援b型施設の作業部会にも参加、工賃向上について知恵を出し合っている。(①、②含む) 		
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。	a (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 (b) c
<ul style="list-style-type: none"> 行政からa型事業所をつくってほしいとの要望を受けているが、現在検討中である。工賃向上のために新サービスを検討中である。(①、②含む) 		

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
<p>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。</p> <p>・アセスメントシート、支援計画書いずれの様式にも利用者及び家族の意向をききとるよう配慮している。モチベーションの高い利用者には責任ある業務を、ルーチンワークが好きな利用者には作業速度や正確性を高めるよう支援するなど、利用者を尊重したサービスを提供している。</p>	<p>① a・b・c</p>
<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <p>・個人情報の保護について、社員は就業規則・利用者からは個人情報使用同意書を活用しルールを周知している。評価基準では利用者のプライバシーの保護についてもマニュアルの整備・マニュアルを使用した研修を求めている。</p>	<p>a ② c</p>
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。</p> <p>・利用者との会話の中から満足度や足りないことをくみ取るようにしている。意見が出にくい現状であり、利用者に意思表示することの重要性を繰り返し伝えている。例えば行事のあとや体験旅行のあとなどにアンケートを実施することにより、利用者の満足度を確認することも満足度向上を高めるひとつである。</p>	<p>a ① c</p>

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
<p>・ 運営規程に苦情解決についてのルールが規程されており、第三者委員の電話番号も掲示されている。現状、第三者委員や行政への苦情相談はないとのことである。</p> <p>・ 利用者や家族からの苦情（利用者間のトラブルなど）を含め、対応や再発防止策について検討され記録が残されている。</p> <p>・ 利用者からの意見や提案については、必要に応じ職員会議を開き迅速に対応している。評価基準では、意見や提案を受けた後の手順や、具体的な組織内での検討等対応方法、記録の方法さらには利用者への経過と結果のフィードバック、公表の方法などがその内容別に具体的に記載されているとともに、より効果的な仕組みとしていくために、対応マニュアルの見直しを求めている。</p>	

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、改善策・改善計画を立て実施している。		a (b) c
<p>・今回、職員が参加し自己評価をおこない施設の長所・短所が明確になったとのことである。今後は評価結果から明確になった課題に対して、改善策や改善実施計画を検討し決定しているか、また、決定された改善策・改善実施計画を実行しているかどうかを確認していくことが重要である。(①、②含む)</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>・小規模施設であり、利用者の特性に応じて対応方法は職員会議などで個別に対応方法を検討・実践している。評価基準では、福祉サービスにおいては、個々の利用者の状況に応じたサービスを提供する必要がある。しかし、安全性を含めて一定の水準以上のサービス提供を担保するためには、事業者として実施しなければならない事項をまとめ、標準的な実施方法を定めることを求めている。今後の対応を期待します。(①、②含む)</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。	a・(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。	a・(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。	a・(b)・c
<p>・ 支援計画書のモニタリング欄に6ヶ月に一度利用者の状況が記録されている。評価基準では、適切な記録について、サービス実施計画に沿ってどのようなサービスが実施されたのか、その結果として利用者の状態はどのように推移したかについて、具体的に記録されていることを指すと定義しています。利用者の状態は少しずつ変化しています。個人毎の記録を必要に応じ見直すことも今後の検討課題です。</p> <p>・ 利用者の記録は鍵のかかるロッカーに保管され、保管期間を5年間と定めている。施設が保有する利用者の情報は個人的な情報であり、その流出は利用者に大きな影響を与えることから、情報が外部に流出しない管理体制が必要となります。記録の保管場所、保管方法及び扱いに関する規程、責任者の設置に関する規定、保存と廃棄に関する規程等が必要である。</p> <p>・ 職員が少ないため利用者の情報共有は口頭で足りているが、今後職員、利用者も増加することが期待されるため、引き継ぎ、申し送り、回覧など仕組みをつくる必要がある。</p>	

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。	(a)・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。	(a)・b・c
<p>・ 高い工賃を維持するために仕事もある程度厳しいため、事前に見学や体験をすすめているとのことである。</p> <p>・ 利用開始前には、必ず家族同席のもと重要事項説明書にもとづいて説明し了解を得た上で契約書に署名を求めている。</p>	
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。	a・(b)・c
<p>・ サービス終了後も利用者・家族が相談可能であることを伝えている。他事業所への移行にあたり、情報提供の依頼を受けたことはないため、引き継ぎの書式は整備していない。</p>	

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
<p>・アセスメントは、サービス管理責任者である理事長が作成している。「A運動・移動」「B日常生活・家庭生活について」「C社会参加・対人関係」「D健康管理」「E職場での行動・態度」「本人の主訴や意向」「家族の主訴や意向」「生活についての希望」を事業所が定めた様式によって把握している。アセスメントは半年に1回、職員会議において全職員で協議し実施しているが、緊急時は状況に応じて対応している。「全体的な印象」の項目に具体的な課題（ニーズ）が明示されている。</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>・個別支援計画書は、課題解決のための目標と目標達成に向けた具体的な支援方法や留意事項を、職員会議においてアセスメントの結果を踏まえ、全職員で協議して作成し、利用者の同意を得て交付している。 職員は、各利用者の課題と解決に向けた支援方法や留意事項を個別支援計画書で確認しながら支援している。</p> <p>・モニタリングは、職員会議において半年に1回、利用者をよく理解している担当職員が利用者の状態や支援状況を説明し、全職員で協議して実施している。 個別支援計画書の見直しは、モニタリングを踏まえて職員会議の場で全職員の意見を出し合い、次の個別支援計画書に繋いでいる。また、個別支援計画書の見直しは、利用者本位の視点を重要視して利用者の意向と同意を確認して行われている。個別支援計画書を緊急に変更する場合は、相談支援員と相談し連携を図っている。</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>・意見は持っているが整理して話せない利用者には、マインドマップを学び、考えを整理した後話す訓練をしている。作業の問題点を工場長が提示して、どうしたら上手くいくか利用者間で意見を出し、話し合う訓練を日常的に行っている。小さな声でしか話せない利用者には、送迎時に職員が大きな声で挨拶をすることで声を出す訓練を毎日続け、人に聞こえる位の大きさを話せるようになった利用者もいる。必要に応じて家族から利用者の意向に関する情報を得る事もある。</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>・工場長や所長が中心となり、利用者の意向を確認し、職員会議で利用者の主体的な活動方法を協議している。</p> <p>うどん工場で使う機械の中でやりたい作業を利用者に聞き実践させる、花を植えたいという利用者と一緒に花壇を作る等、作業以外でも可能な限り支援を行っている。利用者の知人が訪ねて来たり、「和い輪い祭り」「スポーツ大会」「他の施設の販売案内」へ参加する等、施設外の知人や障がい者と交流することで主体的な活動に繋いでいる。あえて、仕事のない時間を作り、自ら仕事を考えて実践したり、休憩間をどのように過ごすかを利用者間で話し合うことで、意見を述べ合う訓練と主体的な活動を促している。</p> <p>・利用者が自力で行う日常生活に対する見守りの方針は職員会議で確認している。身体障がい者には筋力保持のために車の乗降時に時間をかけて見守る、視力障がい者には、日常は見守りの姿勢で接するが、研修旅行等の他の場所での移動時は腕を添えて引率している。自力で行う活動範囲が広がるように休憩室にスロープを設置している。危険な場所にはマーカーで印をつける等、事故防止の工夫もしている。</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・c
<p>・バスを乗り越した事で、バス通勤ができなくなった利用者を、停留所まで一緒に行き、運転手に降りる場所を伝え、帰宅したら電話で無事に帰宅した事を連絡する訓練を続けて、バス通勤が出来るようになった利用者がある。</p> <p>「成年後見制度セミナー」や保健所が主催する「食品製造に関するセミナー」に職員が参加して、利用者に自分たちを助けてくれる制度がある事を伝える等、利用者自身が人権意識を高められるように、情報の提供を行っている。</p> <p>また、施設に20年以上勤めている利用者が、新人の利用者に技術を指導する時に、なかなか話したす事が出来ない利用者に対し、話し出すきっかけを職員が作ることで、スムーズに指導する事ができた等、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っている。</p>	
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。	(a)・b・c
<p>・行動抑制や身体拘束の禁止は、利用契約書や運営規定に明文化している。現在、全ての利用者が自立しており援助の必要はないが、行動抑制や身体的拘束について工場長や所長が日常的に職員に話しをする中で対策を講じている。過去1年間に行動抑制や身体的拘束の事例はない。</p>	
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の防止と早期発見に取り組んでいる。	a・(b)・c
<p>・不適切な関わり防止は「虐待防止のための措置」として利用契約書や運営規定に明文化している。「能力がない」、「出来ない」という言葉は使わず、「すれば出来る」、「問題があるを課題があるに言い換える」等、利用者の自尊心を傷つける言葉に注意している。利用者が仕事をする中で、いつもと様子が違うことを見逃さないように注意し、気になる利用者がいたら声をかけてゆっくり話しを聞く等、不適切な関わりの防止や早期発見に努めている。</p> <p>不適切な関わりがあった場合を想定して「就業規則」の規定に基づいて処分を行う仕組みが整備されている。過去1年間に不適切な関わりの問題は発生していない。不適切な関わりの起こりやすい状況や場面について定期的に研修や話し合いを行う事が職員のサービスの質の向上に繋がる事を期待する。</p>	

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。	a・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。	a・b・c
2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・食事に関する支援は行っていない。 	

2-(2) 入浴	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
評価対象外	
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。	a・(b)・c
2-(2)-② トイレは清潔で快適である。	(a)・b・c
<p>・トイレは、利用者と職員が共同で使用している。トイレは事務所内にあるため、健康状態や個人的事情に配慮できる、冬は暖かく夏は快適に使用出来る等、安全面やプライバシー保護を考慮した作りになっている。以前は、うまく用を足せない利用者がいたが、日々の訓練により現在は全利用者が自立している。</p> <p>今後、排泄介助が必要な利用者が利用する場合も踏まえ、個別チェックリストや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）、排泄用具の使用法や衛生、防臭を考慮したマニュアルを整備し、研修や点検、見直しが定期的に行われる事を期待する。</p> <p>・利用者の身体状況に応じて手すりを設置している。換気を十分に行い、毎日清掃し、汚れた場合は直ちに対応している。採光、照明も適切である。</p>	

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
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
評価対象外		
2-(6) 睡眠		
2-(6)-①	安眠できるように配慮している。	a・b・c
評価対象外		

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されている。	a (b) c
<p>・毎朝、健康状態を口頭で聞き全利用者の健康状況を把握している。睡眠時間確保の相談を受けたり、疾病のある利用者に対しては頑張り過ぎないように、休憩を促したり、仕事を調整する等、健康状態に気をつけている。年1回、健康診断を受けて記録し、インフルエンザ等の予防接種は家族対応で行われている。口腔ケアは、工場長が研修に参加して職員や利用者へ報告している。</p> <p>今後は、マニュアルを整備し、定期的に研修、点検を行い、必要に応じて見直す事が望まれる。</p> <p>・緊急対応の手順として「体調急変時の対応マニュアル」が整備されている。施設から5分以内に総合病院と個人病院があり、日常的に連携を図っている。緊急時には、本人と家族の同意を得て協力医療機関に同行する場合もあり、受診結果は家族に報告している。</p> <p>今後はマニュアルの定期的な研修と点検、見直しが行われる事を期待する。</p> <p>・利用者が服用している薬の情報は個人ファイルに綴じて管理し、利用時に服用する薬に限利用者が服用している薬は全て職員間で共有している。服薬に関しては、全ての利用者が自立しているため、職員は確実に服用したかの確認のみを行っている。過去1年間に薬物使用の誤り等の問題は発生していない。今後は、与薬管理マニュアルを整備し、定期的な研修と点検、必要に応じて見直しが行われる事が望まれる。</p>	
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
<p>・花が好きな利用者の希望で、送迎時に花を見に行く、お花見の行事時に利用者の立案で鬼ごっこを楽しむ等、利用者の立案や希望に沿って実施している。</p> <p>所内行事として忘年会や鏡開き・ぜんざい会、五島あすなろ会研修会（今年は利用者と職員で沖縄研修旅行実施）、土用丑の日会等を実施している。</p> <p>また、県・市障がい者スポーツ大会、バーベキュー大会、五島市身障者ゲートボール大会、スポーツ教室、スポレクフェスタ、障がい者パソコン講習会、長崎県障がい者芸術祭、福江祭りの演目に一般団体と一緒に参加する等、地域の行事に参加している。休日に開催されるイベント情報を目に留まる所に掲示して、その説明と共に参加を促している。</p> <p>今後は、話し合いやアンケート等を通して利用者の意向を把握することが望まれる。</p>	

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
評価対象外		
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。	Ⓐ・b・c
<p>・預かり金については、取り扱いを重要事項説明書に明示して同意を得ている。「個人別預かり金出納台帳」「金銭等管理依頼書」「金銭等預かり証」を作成して事故の生じない体制を整備しているが、現在まで預かり金の依頼はない。全利用者は、鍵付きの個人ロッカーで金銭の自己管理しており、鍵も各利用者が管理している。</p> <p>買物時にいつも1000円を出す利用者に小銭で買物をする訓練をする等、金銭的対応能力を高めるための支援を行っている。過去1年間に預かり金の問題は発生していない。</p>		
2-(10)-②	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	Ⓐ・b・c
<p>・新聞や雑誌は個人で自由に購入している。休憩室にラジオやパソコンがあり、ラジオ番組やパソコンの検索は利用者間の話し合いでお互いに譲り合いながら決めている。</p>		
		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。	Ⓐ・b・c
<p>・医師の指示で、嗜好品を避けなければならない利用者以外は、作業に支障のない物及び量であれば、本人の希望により使用している。通いの作業所のためアルコールは禁止しているが、たばこについては、利用者と話し合って喫煙時間や場所を設けている。利用者が嗜好品の身体への害について認識を持てるように情報提供を行い、タバコの喫煙数を減らすことや禁煙を推奨する等の取り組みを行っている。</p>		

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
<p>・「事故発生時対応マニュアル」「非常災害時対応マニュアル」「衛生管理・感染症対応マニュアル」等、安全・衛生・事故発生時における対応マニュアルが整備されており、過去1年間に事故や災害、衛生管理の問題は発生していない。</p> <p>今後は、マニュアルに沿った対応が確実に行われるように、職員に対するマニュアルの周知活動として、定期的な研修の実施、点検、見直しを行うことが望まれる。</p>		
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
<p>・施設独自の「事故発生時対応マニュアル」を作成している。作業の責任者が、常日頃から危険な場所や緊急停止レバー等に色を付けて利用者に注意を促したり、床掃除中に操作レバーに当たると機械が倒れる可能性があること等を利用者に話している。社内研修において、新しい機械の注意点や「ヒヤリ・ハット」の事例を、職員や利用者に伝えている。</p> <p>また、利用者がつけているエプロンが機械に巻き込まれないようにエプロンをつなぎタイプに変更する予定である。</p> <p>今後は、事故防止のためのチェックリスト等を整備し、事故防止に関する研修を実施して定期的に評価・見直しを行うことを期待する。</p>		