

(別添2)

事業評価の結果（評価対象Ⅲ）

福祉サービス種別：就労継続支援B型施設
事業所名：長野県西駒郷宮田支援事業部わーく宮田

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)
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。 	各委員会が中心となり、利用者尊重、人権擁護、身体拘束・虐待防止等に関する度重なる研修において、理念でもある利用者を尊重することの周知に努めている。 また、本年度より施行となった障害者差別解消法の研修も実施し、内容の理解を図っている。特に、虐待防止においては新たに「虐待の芽チェックリスト」や、法人での虐待に関するアンケートを実施し、その結果と課題についての討議が始まりつつあり、職員の意識を高めるきっかけもなっている。
			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、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。 	<p>満足度調査は利用者向け・保護者向けに年1回、嗜好調査は年2回、定期的実施している。</p> <p>また、利用者とは日常的に、面談の折には利用者・保護者等とも、そして保護者会とも聴取するなどの心掛けが視られる。</p>
			② 利用者満足 の向上に向 けた取り組 みを行って いる。	a)	<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。 	<p>調査の結果は委員会が中心となり、分かり易くグラフ化し、検討から具体的改善へと仕組みが機能している。毎年同じ項目もあり、その推移も分かり易く、質の改善に役立っている。</p> <p>そして、それらを広報やホームページで公開し、利用者・保護者へのフィードバックとともに、地域への配布もあり、透明性の確保・情報の提供となっている。</p>
			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に努めている。 	<p>利用者の改善要望を基にトイレの改修や各作業室へのクーラーの設置、保健室の静養室整備など、就労環境の整備の進展が確認できる。</p>
			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。 	<p>利用開始に当たり、作業時間・工賃・退所等についての説明・納得のうえでの利用開始となっている。工賃については明確化され、毎月末締め翌月末振り込み払いとなっているが、多くの利用者は当日紙をもらっているという捉え方である。</p> <p>出勤日・就労時間・自己負担分などの明細化を進めることにより、利用者の工賃内容の理解や働く意欲の向上は更に高まると思われる。</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)
		(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。 	職員は利用者が気楽に相談・意見が言えるよう、雰囲気などにも心がけている。また、利用者・家族には文書を渡し説明もしている。 意見箱の設置場所には、理解が難しい利用者向けの配慮や工夫が必要と思われる。
			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。 	苦情解決に向けての体制は組織的に確立し、機能している。出された苦情は苦情解決委員会が中心となり、手順に沿って解決への話し合いがなされている。内容は広報に公表するとともに、意見箱の活用を促す旨も記載している。 また、契約書や実習生向けのガイドなどにも第三者委員の氏名なども掲載されており、積極的な姿勢が感じられる。理解が難しかったり自己主張の困難な利用者に向けて、相談の方法・相手についてのより分かり易い文書や定期的な説明は必要と思われる。
			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。 	利用者・保護者からの直接の訴えや満足度調査等で寄せられたものに対して、対応マニュアルに沿って具体的にサービスを改善している。例えば、理解が難しい利用者に対しての分かり易い個別支援計画の作成や、作業環境の整備なども確認できる。

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)
	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している。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>年二回の自己評価と定期的な第三者評価の受審を実施し、PDCAのサイクルが組織的に機能している。</p> <p>また、各委員会・各課会において結果を分析・検討し、課題を明らかにするとともに、速やかな実施が望まれることは即実施しており、順次及び長期のものは組織的な計画へと繋げている。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 197 職員の参画により評価結果の分析を行っている。 ■ 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。 ■ 199 職員間で課題の共有化が図られている。 	
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a)		<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>標準的な実施方法は写真や図などで工夫しており、全職員が迷いなく統一した支援が可能となっている。</p> <p>各利用者の日常場面、障がいにおける留意点、身体・精神面での留意点などを考慮した支援方法がマニュアル化され、職員一人ひとりに配布し、共通認識の下での安全・安心なサービスの提供に結びつけている。</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 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。 	半期ごとや適宜に業務マニュアル・個別支援マニュアルの見直しが行われ、状況・状態に合わせたものとし、事故防止やばらつきのないサービスの提供に心掛けている。
		(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。 	記録に関する各マニュアルを基にした研修が実施されており、個々の利用者の状況が規定に沿った内容で、活用できる記録となっている。
			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。 	記録等は整備され管理しやすいものとなっており、個人情報の保護および開示についての定期的な研修もなされている。個人情報の範囲や開示体制、本人を意識した文言などの記載内容についての検討は期待したいところである。
			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。 	計画に基づいた実施状況はパソコンで一覧が可能となっており共有化が進み、都度の必要事項は引き継ぎ時や回覧等で情報の漏れがないようにしている。

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)
	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。 	<p>西駒郷を紹介したホームページを作成し、パンフレットも作成している。しかし利用を希望する者にとっては、就労支援B型事業所の作業内容や製品がより具体的にわかる内容のものが望ましい。</p> <p>これについては養護学校等に配布しているDVDがとても分かりやすく、リズムカルな音楽にのせて魅力的に紹介しており、これをホームページにアップしたり魅力的なパンフレット版の作成を期待したい。</p> <p>問い合わせへの対応や見学希望の受け入れ等を担っている管理部の総務課企画調整係や地域移行推進課との連携を密に、知的障がいのある人が理解できるような情報をいかに提供するかを考え、サービス選択に必要な情報を適切に提供されたい。</p>
			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。		<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、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。 	<p>サービス開始時に重要事項説明書や契約書の内容を説明し取り交わしている。重要事項説明書の説明項目は多岐に渡り、表現も堅いものになっているが、これを説明する職員がかみ砕いて分かりやすく工夫をして説明し同意を得ている。職員それぞれのスキルがより期待されている。</p> <p>こうした説明に先駆けて、実習を受け入れ、そこでの体験や支援場面での説明が、重要な事柄の理解を促してもいい。</p>
		(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。 	<p>相談支援事業「宮田相談室」の相談支援専門員が担当し、これに協力をしている。</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)
	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人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、新しい環境に適應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。 	「西駒郷ケアマネジメントマニュアル」及び「西駒郷個別支援計画要領」により、サービス実施計画策定のためのアセスメントに関する手順が定められ、身体状況や生活状況、行動の特徴、将来の生活についての希望等が、統一した様式によって記録されている。これらは、個々のケースごとに丁寧に実施されファイル化されている。また、アセスメントの定期的見直しの時期と手順も定められ、同様に実施されている。
			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順が決められている。 ■ 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。 	
		(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。 	「西駒郷ケアマネジメントマニュアル」及び「西駒郷個別支援計画要領」により手順や様式が定められ、サービス管理責任者を中心に個別支援プログラムとして策定されている。これらは、関係職員で検討され利用者や保護者の同意を得る手順も踏んで実施されている。西駒郷全体としては、サービス管理・相談支援委員会において個別支援プログラムの名称やマニュアルの見直しが検討されている。中でも利用者にわかりやすい様式についての検討は大いに期待したいところである。
			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、利用者に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。 	サービス実施計画の評価・見直しもまたマニュアルに定められている。様式は個別支援プログラムまとめ票とし実施されている。また、サービス管理責任者が要となって組織的に取り組んでいる。 利用者に対する説明や同意については、聞き取り調査の中で利用者は説明を受けたが内容の理解は伴っていない回答が見られたので、利用者によりわかりやすい様式の検討を受けて個々に取り組むことを期待したい。

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)
	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。 	<p>利用者のコミュニケーション能力等に応じそれぞれの課題を踏まえて、個別支援プログラムに具体的な支援内容と方法が明示され、日常的な関わりの中で実施している。</p> <p>新規利用者には、慣れるまではケガをしないようにわかりやすく作業の写真をつけて説明する等の工夫があり、臨床心理士の配置はないが、精神科嘱託医師の往診カウンセリングが実施され、利用者の意思や希望を理解する機会になっている。</p>
			② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b)	<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。 ※自治会が無い場合非該当とする。 	<p>利用者の自治会はなく、各作業班で要望を聞く取り組みは行っているが、就労主体の活動の中で特に自己主張できない人に対する主体性を引き出す取り組みとしては、新しい仕事の体験や、班を飛び越えての新しい作業体験のチャンスを提供していることが挙げられる。</p> <p>就労以外では、工賃日のいつもと違うおやつ選びや季節ごとの外食メニュー選び等に利用者は主体的に取り組み楽しんでいる。</p> <p>利用者の主体的な活動とは何かという問題意識は常に持ち続けて欲しい。</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 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。 	<p>個別支援プログラムにおいては、日常生活上の行為に対する見守りの姿勢を保つことが確認されている。その上で、班会等の会議でも必要な支援が検討され、具体的に取り組んでいる。これらの支援体制については、利用者の高齢化に合わせて職員の対応や施設の整備を常に検討し続けて欲しい。</p>
			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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 □ 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>社会生活力を高めるための学習や訓練の機会は、利用者個人に合わせてプログラムが用意されている。整容に関する訓練も行われている。作業班ごとに受託作業の製品納入や自主生産品の配達、販売活動等、取引先や地域に出かけていく機会は利用者にとって楽しみな経験となっている。</p> <p>また、地域の催事への参加もあり、資源物回収や清掃活動、ボランティア活動等、参加・体験できる活動の幅は広い。一方、西駒郷全体で職員の人権意識の向上に努めているが、利用者へ直接働きかける情報発信をし、利用者自身が人権意識を高められるような取り組みも期待したい。</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。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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>利用者全員が昼に給食を摂り、栄養士により栄養量等が管理され、外部委託業者が調理する食事サービスが提供されている。また、業務・支援マニュアルの個別支援留意事項および個別支援プログラムにおいて、利用者の身体状況等に応じた食事に関する個別の留意点や支援の内容が明示され、それに基づいて実施されている。</p> <p>配膳時には間違いがないように、ご飯の量の色分けや、特菜食・糖尿食・刻み食・減塩食等に分けた盛り付けがなされ、それらの支援の内容がテーブルの座席に貼られている。</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 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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 □ 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。 □ 271 適温の食事を提供している。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 274 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。 ■ 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、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>利用者の嗜好を把握する方法では、嗜好調査や食事残量調査を行っている。調査結果は定期的に開催される西駒郷給食委員会で報告・検討されている。平成26年の嗜好調査の結果では麺類の希望が多く、毎週木曜日を「麺類の日」として年間を通して提供するようになり、喜ばれている。利用者の温かいものが食べたいという切実な願いに応えることはできないか、設備面も含めて計画的な取り組みに期待したい。</p> <p>献立表は食堂入口に貼られ、利用者は予め情報を得ることができ楽しみにしている。</p> <p>メニューや食材の変更を利用者に知らせる配慮や、見た目が見えやすいように写真やイラスト等で分かりやすく工夫するなど必要と思われる。</p>
			③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 	<p>喫食環境については、班ごとの作業場から食堂に集まり一堂に会して摂る体制になっている。予め席は定められ、職員や当番利用者によって配膳が済ませられたところで、ある程度の幅で利用者が好きな時刻に、自分のペースで食べられる配慮もされている。</p> <p>食堂の設備や雰囲気について、西駒郷全体の給食委員会の検討を待つのではなく、日々そこに身を置き利用者と食事を一緒に摂る職員集団が、独自に潤いある環境づくりに取り組むことも期待したい。</p>
		(2) 排泄	① トイレは清潔で快適である。	b)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 □ 280 換気や適切な薬品使用等の防臭対策がなされている。 ■ 281 清掃は毎日行われ、汚れた場合は直ちに対応している。 ■ 282 採光・照明等は適切である。 □ 283 冷暖房等の設備は適切である。 	<p>建物全体が古くなってきているが、職員の手によってトイレ清掃は毎日行われ清潔に保たれている。利用者からは臭いに対する要望があるため、今後取り組む予定でいる。要望に応えられる工夫をして改善することを期待する。冷房設備については、今のところ要望がないとのことだが、要望が出た際の対応は期待できる。</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)
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 	<p>健康管理については、西駒郷全体で看護師を中心に努めている。精神科医療では、地域の医療機関二カ所と嘱託医契約を結んで緊密な連携を取っている。また、協力医療機関としては二カ所を確保・契約し、適切な受診につなげている。わーく宮田保健マニュアルにおいて、健康管理・服薬管理・治療・通院等について定められ、利用者一人ひとりについて日常的に健康管理等を実施し記録がされている。この他にも、各種マニュアルが用意され、保健委員会や感染症対策委員会での検討も実施されている。保健室の改修で静養室が設置されたのもこの結果である。</p>
		(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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 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。 ■ 291 地域の社会資源を積極的に活用している。 	<p>あくまで就労が主体の活動の中で、余暇・レクリエーション活動は花見、暑気払い、忘年会等が行われている。利用者はカタログを集めて希望を表明することもあり、そうした利用者の希望が取り入れられている。</p> <p>しかし、利用者自身が主体的に企画・立案するような支援や、ボランティアの協力や地域の社会資源の活用等の取り組みは見られないので、今後はそうした具体的な取り組みと工夫を期待したい。</p>