

(公表用)

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

施設名称:盛岡市立しらたき工房		種別:指定障害者福祉サービス事業所(多機能型)	
代表者(職名)氏名:(所長)井上 明彦		定員・利用人数: 75名・85名 定員:就労B50名 生活介護15名 地域II型5名 日中一時5名	
所在地:盛岡市川目15地割1番地6			
TEL:019-652-1120		ホームページ:http://www.morioka-fukushi.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日:昭和49年9月1日			
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人 盛岡市社会福祉事業団 理事長 瀧野 常實			
職員数	常勤職員: 24名	非常勤職員:	名
専門職員	(専門職の名称: 名)		
	所長 1名	主事兼生活支援員	1名
	所長補佐 1名	相談支援専門員	1名
	主査兼主任生活支援員 1名	栄養士兼調理員	1名
	主任職業指導員 1名	調理員	2名
	主任生活支援員 2名	運転技士兼用務員	2名
	生活支援員兼看護師 1名		
	生活支援員 10名		
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)	
	就労継続支援B型事業作業室 4室	浴室	1室
	木工機械室 1室	脱衣室	1室
	更衣室 2室	身障者用トイレ	1室
	生活介護事業訓練室 1室	事務室	1室
	地域活動センターII型訓練室 1室	特定相談支援事業相談室	1室
	食堂 1室	機械室	1室
	厨房 1室	ボイラー室	1室
	書庫 1室	多目的ホール	

③理念・基本方針

理念:盛岡市社会福祉事業団は盛岡市と一体となって社会福祉事業の推進を図り、もって市民福祉の向上と増進に寄与する。

盛岡市立しらたき工房はこの理念をより具体化するため「汗・笑顔・道をサポート」を標榜とする。

団章【4H】～福祉の4つの心

- ① Heart ～ 優しい心・親切心・暖かい心
- ② Head ～ 知識と理解・自己研究
- ③ Hand ～ 技法（処理技術・面接・話し方）
- ④ Health～ 健康（自分の健康・相手の健康）

基本（運営）方針

- ① 盛岡市社会福祉事業団理念の具体化に向け、盛岡市立しらたき工房は「汗・笑顔・道をサポート」を標榜し実践する。
- ② 第3期盛岡市指定管理者指定施設として、指定計画相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業者や法人運営施設間との連携推進と、一体的な運営を目指し、盛岡市条例並びに障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の関係法律を遵守し事業を実施するものとする。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の意向や環境に寄り添った障がい福祉サービスの提供に努める。
- ④ 利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意向、適正、障がいの特性、その他の事情を踏まえた個別支援計画に基づき適正な障がい福祉サービスを提供し、その効果については継続的な評価を行い、福祉サービスのさらなる向上に努める。
- ⑤ 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、県・市町村、他の障がい福祉サービス事業所や相談支援センター、その他保健医療機関等との連携に努める。
- ⑦ 健康で文化的な生活を享受していくために必要な利用者の権利擁護、虐待の防止及び擁護者に対する適正な体制の整備を行うとともに、職員の意識向上に向けた研修の充実に努める。

④施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

- ① 就労継続支援B型事業
 - ・ 作業活動支援，生活支援，送迎サービス，給食サービス，行事・娯楽等の計画実施
 - ・ 作業活動～木工製品，手芸・革製品，花卉・野菜等の園芸活動，他事業所からの委託作業
 - ・ 各製品販売収入に係る毎月の工賃支給
- ② 生活介護事業
 - ・ 生活支援，送迎サービス，給食サービス，入浴サービス，行事・娯楽の計画実施
 - ・ 創作活動，生産活動，機能訓練の計画実施
 - ・ 生産活動収入に係る工賃支給
- ③ 地域活動支援センターⅡ型事業
 - ・ 生活支援，送迎サービス，給食サービス，入浴サービス，行事・娯楽の計画実施
 - ・ 創作活動，生産活動，機能訓練の計画実施
 - ・ 生産活動収入に係る工賃支給
 - ・ 土曜日開館に伴う余暇活動，外出活動，地域交流及び家庭に対するレスパイト的サービス
- ④ 日中一時支援事業
 - ・ 生活支援，送迎サービス，給食サービス，入浴サービス，行事・娯楽の計画実施
 - ・ 創作活動，生産活動，機能訓練の計画実施
 - ・ 生産活動収入に係る工賃支給

- ・ 土曜日開館に伴う余暇活動、外出活動、地域交流及び家庭に対するレスパイト的サービス
- ⑤ 指定計画相談支援事業・指定障害児相談支援事業
- ・ 障がい者(児)等のニーズや能力・適正に応じ、必要な福祉サービスや地域の社会資源を組み合わせたサービス等利用計画を作成する
 - ・ 各サービス利用を調整し安心した地域生活の実現に努める
 - ・ アセスメント、サービス等利用計画・原案作成、担当者会議の開催、モニタリング、サービス調整、生活相談、情報提供等

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 8 月 19 日（契約日） ～ 平成 29 年 3 月 8 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2 回目（平成 22 年度）

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

○ 定期的な個別支援計画の評価・見直しの実施

個別支援計画に利用者及び家族の意向や希望が反映され、定期的な見直しが行われている。更新にあたっては、必ず利用者及び家族同席のもと面接が実施されており、個別支援計画の内容は、事業ごとの協議を経て決定されている。また、困難ケース等についての随時の情報共有は、朝夕のミーティングが活用されており、全職員が情報を共有し、サービスの変更見直しも必要に応じて行える仕組みとなっている。

◇ 改善が求められる点

○ 日常の適切な健康管理

個々の利用者の通院中の医療機関や服用している医薬品の名称や効能、注意事項は、健康調査票の中に記載され職員による情報共有がなされているが、本ガイドラインが求める「利用者一人ひとりについて、日常の健康状態や緊急時の応急処置の方法、搬送する病院等が記載された健康管理票」にはなっていない。また、健康管理票を含め、医師による定期的な健診や常勤の看護師との健康相談、体操など利用者の健康を維持するための取組などを内容とする利用者の健康マニュアルもの作成も行われていない。利用者個々の健康管理票と健康管理マニュアルは一体的な整備を行うことが必要である。これら健康管理マニュアルの項目となりうる健康調査による健康状態の把握や、年に1度希望を取って行っている嘱託医による血液検査、常勤の看護師による健康面での相談対応、個別支援計画の中に健康を維持するための取り組みの記載、ラジオ体操や歯磨きの徹底（指導を含む）など利用者健康増進の取組は実際に行われているので、これらをマニュアルとして書面化し、職員内で周知を図ることが今後の取組として期待される。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

◇ 今後も、理念・基本方針を大事にしながら、本部と連携を取り、福祉サービスの質の向上にむけて組織的・計画的な取り組みを行うようにしていきたい。

また、健康管理におけるマニュアルの作成、PDCAにおける取組に加えて、他の細かい部

分のマニュアルの整備を早急に行い支援の充実に努めていきたい。

- ◇ 今回の第三者評価事業を通して、組織としての弱いところ、改善すべき点を示していただいたことで、今後どうすべきかが明確になったと思う。職員の意識改革にもつながったので、利用者主体の支援がより一層充実・発展するよう取り組んでいきたい。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果【しらたき工房】

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

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p>評価者コメント1</p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。理念は、法人(盛岡市社会福祉事業団)で定めており、運営方針は、それぞれの施設・事業所ごとに定められている。しらたき工房では、理念、運営方針の他に、重点事項、各事業の実施計画を作成し、職員へ説明するとともに、事業説明会を開催して利用者及び保護者に説明している。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。法人本部が作成する、「事業団中長期計画」において、取り巻く状況が示されており、また、施設の福祉サービスごとの利用状況、収入の状況等が把握され、前年度と比較して示されている。</p>		
3	I-1-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。経営環境、経営状況については、法人本部と課題を共有し、対応については法人と一体となって入浴設備を設置するなどの具体的な取組を積極的に進めている。また、経営状況の課題については、施設長会議の資料をとおして、職員に周知するとともに、施設内の課題については、職員間の話し合いで明らかにし、共有している。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(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
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p>評価者コメント4</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。法人本部において、経営する福祉サービスに関する中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定しており、施設の実施事業に関する計画も明確に定められている。法人では、幼児から大人までという考え方に立ち、幼児期、児童期、青年期、老年期の福祉サービスを体系的に整備する計画が示されている。しらたき工房については、利用者等のニーズをもとに、グループホームの整備、アンテナショップ及び食品作業所の設置が計画されている。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p>評価者コメント5</p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。事業計画は、中・長期計画をベースに、運営方針、重点項目が定められ、しらたき工房が実施する福祉サービスごとに、単年度の事業実施計画が具体的に定められている。それに加えて、年間行事、定例行事の計画が定められている。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
6	I-3-(2)-①事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p>評価者コメント6</p> <p>事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。事業計画は、職員や家族の意見、要望等を反映し、作成している。事業計画の職員の理解については、職員との面談を行い、その中で課題、目標を確認するなどして理解度を把握している。また、事業計画や業務に関する意見、要望や課題等を聞き取り、計画の見直しや策定が行われている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
<p>評価者コメント7</p> <p>事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。年度末に保護者と利用者に向けて、事業説明会を開催し、事業計画のほか、送迎サービス、給食サービス、虐待防止、土曜活動などの内容について説明している。保護者と利用者への説明の日を別々にし、別々に説明を行っている。当日欠席された方にも配布し周知を図っている。保護者や利用者からの質問には、その都度説明し理解に努めている。今後も利用者等への周知手段のさらなる継続と工夫を望む。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p>評価者コメント8</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われているが、十分に機能していない。福祉サービスに関する苦情については、定期的に苦情解決委員会を開催し、第三者委員も交えて、改善について話し合い、その結果を職員会議で報告している。なお、苦情解決の記録には、話し合いの内容だけでなく、実際の苦情や要望の内容及びその改善対応等について、具体的に記録に残しておくことや、日常的な福祉サービスについても、評価基準にもとづいて自己評価を行った場合にも、その結果を分析し、課題の整理及び課題の改善の取組など、組織としての取組状況が具体的に見えるようにすることを期待する。また、「質の向上」とは何かという確認は重要である。言葉の定義は人によって、文脈によって異なることがある。評価の際、管理者の考える「質の向上」についての適切な説明がなされた。「しらかぎ工房」における「質の向上」の定義を確認し、共有されることが望まれる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p>評価者コメント9</p> <p>評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。利用者の障害特性に対応した環境の改善など、一部の課題の改善に取り組んでいる。利用者からの意見、要望をきいても、職員間で改善の話し合いをする時間が少ないことから、「サービス改善検討委員会(仮称)」などを設け、組織として課題を検討し、改善に取り組む仕組みを構築し、具体的かつ計画的に取り組むよう期待する。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ		
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<p>評価者コメント10</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。施設の運営方針や、利用者支援の指針、施設の経営に関する方針及び施設長会議の内容や法人の方針等を、職員会議等において説明し施設長の役割が職員に理解されるよう取組んでおり、管理者としてリーダーシップが発揮されている。また、施設の防犯などについても、積極的に取組むとともに、事故等の対応にも責任をもって対応している。</p>		

11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント11</p> <p>管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>施設長は、施設の防火管理者として法令を理解し、施設の防災に取り組むとともに、事業団の理念、運営方針、倫理綱領の他、服務規程などの諸規程等を理解し、必要に応じて職員を指導している。また、法人で取り組んでいる法令遵守についても、職員に周知するなどして、施設として積極的に取り組んでいる。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a
<p>評価者コメント12</p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>施設長は、施設長会議での内容を、職員会議等で職員に伝え、福祉サービス向上の意識付けを図ったり、福祉サービスの向上には職員集団がチームとして取り組むことが大事であることを職員会議等でよく説明し、理解を促すなど、組織としての取組に、積極的な指導力を発揮している。また、職員が抱えるいろいろな課題についても、職員と話し合うなどして、課題を整理し、課題の改善に職員とともに取り組んでいる。職員の意見をよく聞き、福祉サービスの向上につなげることや、職員が希望する研修の受講を奨めるなど、ボトムアップも大事にして取り組んでいる。管理者のリーダーシップの類型は、「コーチ型(低・中指示、高支援)」が主流ではないかと推察され、今後もコーチ型とともに「支援型(中・高指示、低・中支援)」の併用で取り組んでいただきたい。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント13</p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>施設長は、職員との個別の意見交換などを通して、業務の改善や、意識の向上などに取り組んでいるが、組織としての取組が十分でない。厨房職員や運転技士なども含め、職場のいろいろな職種の職員と広く意見交換を行い、チームを編成するなどして組織としての体制を整え、PDCAサイクルを意識しながら組織として効果的な事業運営を目指すよう期待する。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p>評価者コメント14</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>法人の中長期計画において、人材の育成として研修機能の構築とキャリアパス活用を定め、介護福祉士、社会福祉士の資格取得を奨励している。また、職員互助会においても資格取得奨励金を助成し、職務専念義務免除等の環境を整え、資格取得を積極的に支援している。職員数は、法人の年度計画で定められおり、施設では人員も不足することなく、事業所の基準を満たす人員が配置されている。福祉従事者の確保が難しい状況もあるため、今後も引き続き人員不足が生じないよう取り組んでいただきたい。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>評価者コメント15</p> <p>総合的な人事管理を実施している。</p> <p>職員の配置、級別職員数、職員の有給休暇取得状況、育児休業の取得状況、時間外勤務の状況は、法人本部で把握し、統計管理している。職員の異動希望は、施設長により把握され、法人本部に伝えられ人事に反映されている。また、職員として遵守し、行動しなければならないことを掲げた「職員倫理綱領」を「期待する職員像」として定め、職員に周知している。また、職員一人ひとりの職務目標の設定、職務遂行能力向上の取組を評価する仕組みづくりを行っている。</p>		

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
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p>評価者コメント16</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。</p> <p>職員の就業状況や有給休暇の取得状況、時間外超過勤務の状況等は、把握されている。施設長は、職員一人ひとりの心身の状況や家族の状況の把握に努め、配慮等の対応を行なっている。仕組みとしての相談窓口が法人にあり、施設においてはその仕組みがないことから、今後、施設の中に相談窓口の仕組みが整い、機能すれば、一層働きやすい職場づくりが推進されるものと思われる。職員の意向には、本人にも意識していない「潜在的な課題」があることに注意が必要であり、この点についても把握に努めていただきたい。なお、平成27年12月から義務化された「ストレスチェック制度」の活用についても検討し、組織としての職場の環境改善の仕組みを構築されるよう期待する。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
<p>評価者コメント17</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。</p> <p>法人では、職員には高い倫理観を持っていただきたいので、職員倫理綱領を定め、これを期待される職員像としてしている。倫理綱領を期待される人間像とする取組は現実的でもあり、実際のでもあるが、「期待される人間像」であることを明記して、職員の意識の向上に役立てていただきたい。また、施設長が職員一人ひとりから、業務の目標や資格取得の目標等を聞き、その達成に向け支援している。なお、法人が目標管理制度の構築を検討しているが、職員一人ひとりの目標管理の効果的な仕組みとして構築されることを期待する。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p>評価者コメント18</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。</p> <p>法人の事業計画の中で、職員研修計画が定められており、研修目標、研修体系(職階研修、派遣研修、施設研修)が定められている。施設では、この研修計画に沿って、研修を行っているが、派遣研修を中心に実施しており、職員は、参加した研修を個人研修台帳に記録、研修の受講状況がわかるようにしている。また、事業実施に必要な専門職員の資格を運営規程に明記し、職員の資格取得に向けた研修受講を計画的に実施している。職員が将来の自分のキャリアが鮮明にイメージ・デザインできるよう、教育・研修の基本方針の具体的な取組等は、今後とも充実させていただきたい。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>評価者コメント19</p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。</p> <p>法人が開催する研修、施設が職員を派遣して行う研修などを体系的に行っている。また、研修を受講した職員による伝達研修も実施している。さらに、職制ごとの研修への派遣研修だけでなく、職員個々の資格取得の研修にも積極的に派遣するなどして、研修の機会が確保されている。中堅職がOJTの研修を受講したことから、施設内における計画的なOJTの実施による研修の充実を期待したい。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>評価者コメント20</p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。</p> <p>法人として、次世代の福祉を担う人材を育成するため、実習生の受入れを定めている。また、施設の設置者である盛岡市の施設運営仕様書にも実習生を受入れるよう明記されていることから、施設において年間40人から50人ほどの実習生を受入れている。その実施方法は、オリエンテーションを行い、施設の事業内容の理解を促し、作業場に配置し、利用者の支援業務を内容として実施しているが、専門職の研修、育成の目標が達成できるよう、学校等と連携して実習プログラムを作成するなどして、効果的な実習が実施できる体制を整え、積極的に取り組むよう期待する。施設へのフィードバックとして、実習生からみた本施設の実習受入れ体制等の評価をアンケートやヒアリングによって確認するののも一方である。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p>評価者コメント21</p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。 施設の事業や財務の状況については、法人のホームページで施設の事業内容を紹介しているほか、事業計画と予算、事業報告と決算の項目で掲載し、公開されている。また、施設の玄関に、事業計画、予算決算等を掲示しているが、今後は地域に対し、法人及び施設の理念、方針、ビジョン等を広報紙により回覧、配布し、周知と理解を深めるような取組に期待したい。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>評価者コメント22</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 施設における会計は法人の会計規則に基づき処理されている。法人として外部監査を活用するとともに、当施設の会計処理は、法人での定期的な監査において適正であると認められているほか、課題がある場合には、法人が委託した税理士が施設を巡回した際に相談し、適正な処理に努めている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p>評価者コメント23</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。 地域の人たちとは、毎年10月に開催する施設行事「しらたき祭」に、参加していただき交流を続けている。地域の人たちとの日常の交流として、地域の農園との交流が考えられるが、利用者の障害の重度化により車いす使用者が増え、作業などを通じての交流は難しくなっている。また、施設の多目的ホールの利用を、地域に開放しているが、利用の希望はない状況である。利用者のクラブ活動、文化活動や体験活動など、地域で行い地域の人と交流する、または、地域の人を講師に依頼するなどしたプログラムを計画し、交流の機会を多くする等、交流を広げる取組を期待したい。「地域とは」、「地域との交流とは何か」、「なぜ地域と交流をするのか」などをしっかり考えていくことが地域との関係を深めると考える。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c
<p>評価者コメント24</p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。 近くに公共交通機関が無く、交通の不便さもあって日常、ボランティアとして来る人はいない状況である。施設の行事「しらたき祭」には、数人のボランティアが来て利用者と交流している。今後、施設としてボランティアの受入れについて基本姿勢を明確にし、組織として受入体制を整え、地域の人や、実習を体験した人などに呼びかけ、施設に来てもらえる人の数を増やすことや、地域の中学校と連携し、職場体験として来てもらい、その後ボランティアとして来てもらうなどの取組を期待したい。</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
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p>評価者コメント25</p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。 消防、警察、市役所等の関係機関の電話リストの他、医療機関などの連絡先をリストとして作成している。利用者支援、施設運営に関する資源を包括的に把握し、関係機関や団体との連携が適切に行えるような取組を期待したい。また、施設として主体的に関係機関と連携できるような機会を作ることも検討願いたい。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント26</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。 新たな取組として、障害が重度などで、家庭での入浴が困難な利用者に対し、施設での入浴の利用や食事の提供など、施設の機能を活用した福祉サービスを実施している。施設の建物「多目的ホール」を開放し、地域の人たちに施設の利用を呼び掛けているが、利用は少ない状況である。施設所在地の防災訓練を一緒に行うなど、地域と合同で取り組む事業等を企画実施するなどして、施設機能の地域開放につながる取組を期待したい。また、施設が有する機能としては、ソフトの部分もある。施設だけでなく、職員の持つさまざまな特技、知識を資源(施設の機能)として活用することも検討願いたい。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント27</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。 施設では、相談支援事業所を運営し、相談支援専門員を配置し、関係機関等からの相談等に対応し、福祉サービスや施設の利用に関する助言指導等を行っており、その件数は多い状況である。盛岡市やほかの施設等と連携し、情報交換を通して、福祉ニーズの把握に努めている。把握した福祉ニーズに基づいて事業の計画を検討するとともに、どのような地域貢献ができるか、具体的な検討を併せて行うよう期待したい。社会福祉法の改正により、社会福祉法人に対し公益活動が義務化されており、今後はこうした点からも事業団全体とともに組織的に対応していく必要があると思われる。</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
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント28</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内での共通の理解をもつための取組が行われている。 利用者を尊重した福祉サービスの実施について、法人理念に基づいた施設の理念及び基本方針、法人の倫理綱領の中に明示され、法人理念及び倫理綱領は、利用者及び保護者を対象とした事業説明会(年1回開催)前に職員会議で改めて研修されている。基本姿勢は、「食事介助手順」「排泄介助手順」「入浴介助手順」等の標準的な実施方法に反映されており、利用者の尊重や基本的人権への配慮については、毎日朝夕2回開催されるミーティングの中で、具体的な事例等を通じて確認されている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>評価者コメント29</p> <p>利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 利用者の虐待防止については、「岩手県障がい者虐待防止ガイドライン」に沿って、平成27年4月に「しらかし工房虐待防止要項」が策定されるとともに、外部研修への参加、職員への周知等が行われている。利用者のプライバシー保護は、倫理綱領の中に明記され、介助マニュアルの中でも一部配慮されている。浴室にパーテーションを配備する、生活介護事業のトイレは個室とする等の設備等の工夫があり、マニュアルに基づいたサービスが実施されている。毎年3月開催の事業説明会では、倫理綱領及び虐待防止について利用者・家族に対して説明を行い、その中でプライバシー保護や権利擁護に関する事柄に触れており、不適切な事案の発生については、苦情対応や虐待チェックリストの中で発見できるしくみがあり、各マニュアルの中で対応方法が明示されている。</p>		

III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		第三者評価結果
30	III-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p>評価者コメント30</p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。基本方針は玄関に掲示されており、施設が実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料をホームページに掲載している。</p> <p>施設を紹介するパンフレットは、写真や絵が使用されており、誰にでもわかるような内容になっており、福祉施設・事業所の利用希望者は、本人と家族の三者面談にて個別に説明している。また、特別支援学校の在学生に対して実習などの一時利用に対応している。パンフレットは障害者自立支援法施行後の平成19年としらたき工房の理念「汗・笑顔・道をサポート」が策定された平成23年に見直しが行われている。</p>		
31	III-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p>評価者コメント31</p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明している。</p> <p>サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定が尊重されている。サービス開始時には、利用者や家族がわかりやすいように振り仮名を振った重要事項説明書、契約書を用いて利用者及び家族への説明をしている。また、サービス変更時には、必ず利用者及び家族と直接面接を実施し、利用者や家族等が理解しやすいような配慮をしながら、変更後の個別支援計画の同意を得、書面を取り交わしている。意思決定が困難な利用者への配慮は「私の希望するくらし」(個別支援計画書)記載要領に基づいて対応している。</p>		
32	III-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p>評価者コメント32</p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>福祉サービスの利用変更の際は、個別支援計画の見直し時期に内部の支援会議を経ることで、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないよう配慮されている。他の福祉施設・事業所へ移行する事例は少数だが、ケア会議を開いて関係者の情報共有を図り、福祉サービスの継続性に配慮して基本情報シート等で引継ぎを行っている。福祉サービス利用終了後時に退所後の生活の支援を行うことは重要事項説明書の中で明記されており、退所後の相談には各作業班の担当者が対応しているが、終了時に本人へ手交する文書やその説明方法については統一されていないため、今後は様式や説明の手順等を定めることが求められる。</p>		
III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>評価者コメント33</p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>利用者満足に関する調査は、給食の嗜好、余暇活動、バス旅行の行先等について1年に1回を目安として定期的に行われ、これらに対応して、給食委員会、自治会等が開催されており、職員も同席している。嗜好や、バス旅行の行先については、利用者の意向が行事の中に取り入れられている。しかし、個々のサービスの質に係る満足度調査や、利用者満足に関する調査の担当者が配置されていないため、今後は調査により把握した結果を分析・検討する仕組みが構築されるよう期待したい。</p>		
III-1-(4) 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
34	III-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p>評価者コメント34</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されており、苦情解決の仕組みを説明した掲示物が玄関に掲示され、事務室前に意見箱を設置しているが、苦情記入カードの配布やアンケートの実施等、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫は十分でない。苦情内容について、苦情投書箱に入った苦情については受付と解決を図った記録が保管されており、苦情内容に関する検討内容や対応策は利用者や家族にフィードバックし、申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、事業説明会等で利用者全体に報告している。個々の苦情相談内容については、日々のミーティングで話し合われ、個別に対応や調整が行われており、福祉サービスの質の向上に関わる取組は行われている。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
<p>評価者コメント35</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選ぶことは契約書、重要事項説明書に記載され、利用者や家族に配布され、事務室前に掲示されている。実際に相談を受ける際には、他の利用者の目にふれたり、声を聞かれないことのない相談室が利用され、相談をしやすい環境に配慮している。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a
<p>評価者コメント36</p> <p>利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。</p> <p>相談や意見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は、「苦情解決要項」を準用し、要項の見直しは定期的に行われている。職員は、日々の福祉サービス提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいよう、各作業班の担当から利用者へ声掛けし、相談があった際には意見の傾聴に努めている。意見箱の設置や、家庭との間の連絡帳により、利用者と家族の意見を把握する取組は行われており、把握した意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。また、日々のミーティングを通して、利用者の意見等に基づき、福祉サービスの質の向上に関わる取組は行われている。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		第三者評価結果
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
<p>評価者コメント37</p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。</p> <p>リスクマネジメントに関する責任者は明確化されておらず、リスクマネジメントに関する委員会は設置されていないが、事故発生時の対応マニュアルは「施設内事故」「施設外事故」「送迎バス・ワゴン車事故」「不審者侵入」等の項目別に整備され、職員に周知されている。日々のミーティングが、職員参画のもと事例の収集や検討を行う役割を果たしており、「ヒヤリハット報告書」等も活用されている。安全確保・事故防止に関する研修については、外部研修を代表職員が受講し、内容を職員全員に周知している。事故防止等の安全確保の実施状況や実効性は、施設・設備については毎月安全点検が行われているが、マニュアルに関しては定期的な見直しに至っていないため、組織的な評価・見直しが行われる体制を構築することが求められる。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p>評価者コメント38</p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。</p> <p>感染症対策については看護師が中心になって管理しており、感染症の予防と対応マニュアルを作成し、職員に周知している。毎年11月に実施される感染症予防研修に看護師が出席し、内容や留意事項等を職員に周知するとともに毎年マニュアルの見直しを行っており、内部での情報共有が図られている。感染症予防対策として、毎日全館の消毒が行われており、清潔が保たれている。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。	a
<p>評価者コメント39</p> <p>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。</p> <p>災害時の対応体制が消防計画に定められている。施設の立地条件から土砂崩れの危険があるため、災害の影響を把握し、建物設備類、福祉サービス提供を継続するために、安全管理マニュアルを整備し、様々な災害を想定した避難訓練が利用者・職員参加のもと毎月実施されている。食料品等の備蓄リストが作成され、調理員が管理している。防災計画は消防計画の中で整備されており、消防署立ち合いのもと訓練実施は年2回行っている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉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
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p>評価者コメント40</p> <p>提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。</p> <p>作業、介護等施設で提供されるサービスについて標準的な実施方法が文書化されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が一定程度配慮されている。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や、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十分ではないため、組織として確認するための体制整備が求められる。</p>		

41	Ⅲ-2-(1)-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。	b
<p>評価者コメント41</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しは年度末に業務分担に沿って各担当者により行われているが、その時期や方法について文書化されていない。標準的な実施方法の検証・見直しにあたって、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みも十分ではないため、今後は、福祉サービスの質に関する職員の共通意識を醸成するためにも、必要な見直しを組織的に行われるとともに、職員や利用者等の意見や提案が反映されるような仕組みの構築に期待したい。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		第三者評価結果
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p>評価者コメント42</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。</p> <p>福祉サービス実施計画策定の責任者は各サービス管理責任者としている。アセスメント手法については、現在、使用する様式を検討中であり、アセスメントを実施している利用者は新規利用者等の一部のみに留まっている。福祉サービス実施計画には利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示され、利用者及び家族との面接、関係職員による合議を経て実施し、支援経過を確認する様式も定められている。支援困難ケースへの対応については、随時ミーティング等での検討が行われている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<p>評価者コメント43</p> <p>福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>福祉サービス実施計画の見直し時期は、生活介護は3か月ごと、就労継続支援事業は6か月ごととされており、利用者の意向把握と同意にあたっては、利用者本人と家族、担当職員による三者面談が行われている。策定した福祉サービス実施計画の合議は、生活介護、就労継続支援事業ごとの支援会議により決定され、変更後のサービス実施計画の内容は関係職員に回覧され、いつでも閲覧できるようになっている。なお、福祉サービス実施計画を緊急に変更する必要がある場合には上記の定めによらず、随時見直しを行っている。福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できない内容(ニーズ)等、福祉サービスの質の向上に関わる課題が明確にされている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉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
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
<p>評価者コメント44</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等の基本情報は、共通の様式(フェースシート)にて把握されており、必要に応じて更新されている。福祉サービス実施計画に基づくサービスの実施状況については、作業班ごとの日報の記録と、個別のケース記録の中で確認することができ、両者は連動している。記録する職員で記録内容の書き方に差異が生じないような指導は各サービス管理責任者が担っている。毎日、朝と夕に開催される全体ミーティングが部門を横断する情報共有の重要な役割を果たしており、作業班ごとの日報は、毎日回覧され、個別の利用者の情報が共有されている。</p>		
45	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
<p>評価者コメント45</p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>利用者の記録の保管、保存、破棄、情報の提供については、法人が定める「盛岡市社会福祉事業団の保有する個人情報の保護に関する規程」「特定個人情報等取扱規程」及び「しらかぎ工房個人情報の保護に関する要領」にて規定されており、個人情報の不適正な利用や漏えいに関する対策と対応方法も明記されている。記録管理の責任者は施設長とされ、記録管理に関する研修は、マイナンバー制度施行に伴い平成27年12月に実施されており、職員は、個人情報保護規程等を理解し、順守している。個人情報保護の取扱いについては、サービス利用開始時に利用者や家族に説明し、書面で同意を得ている。</p>		

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重		第三者評価結果
A①	A-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。	a
<p>評価者コメント1</p> <p>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。</p> <p>意思伝達に制限がある利用者は、脳性麻痺の障がいがある方など4～5人位おり、こだわりが強く出てしまったり、ひとつの行動に移すまでに時間がかかる傾向を持つ人が多い。そうした利用者に対する職員の対応としては、①状況を受け入れる、②無理強いはいしない、③利用者の特性に応じた支援を行う、④表情や行動を観察し、意思や要求を理解するよう努める、⑤理解できることは理解ができるまで状況や場面をつくりながら話をしたり指示を出す、⑥表情やマカトン法などのサインで把握する 等の対応が個別支援計画に盛り込まれて実行され、これらの対応は職員ミーティング等、職員間の話し合いで共有化されている。これら一連の取組は、利用者の高齢化が進み抱える障がいが高度化していく傾向にあるなかで、職員間で日々工夫を積み重ねながら実践されており、評価できる。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>利用者の主体的な活動が尊重されている。</p> <p>利用者の主体的な活動として利用者の自治会があり、業務分担表で正・副複数の担当職員が決められている。しらかき祭のテーマやバス旅行の内容、県知的障害者福祉協会主催のスポーツ交流会の選手宣誓者の決定など利用者の話し合いで決める事項について、職員は希望者の意向の調整など側面的な支援を行っている。また、カラオケ、筆、花、レクスポーツの各クラブがあり、各クラブには全員が参加し、年5～6回金曜日に外部講師に来てもらって開催している。通所施設のため、利用者が施設外の知人等と自由に交流できるような取組は行っていないが、イベント情報の提供等、休日に開催される行事で様々な人と自由に交流できるような対応は行っている。自治会の会議に所長が出席することはないが、全利用者が月替わりで入る「苦情委員会」には所長が出席し、利用者との意見交換を行っている。これら一連の取組は利用者の主体的な活動を尊重する姿勢のもとで行われており、評価できる。</p>		
A③	A-1-(1)-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
<p>評価者コメント3</p> <p>見守りと支援の体制が整備されている。</p> <p>持っている力を低下させないよう、食事の際の食器の使い方など、基本は自分でやってもらうことを前提としながら、どうしてもできない時には支援を行うなど、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が個別支援計画に盛り込まれ、支援会議において関係する職員間で確認、共有化されている。また、そうした支援を行う際の判断については、個別支援計画作成時の面談や計画見直しの面談、連絡帳等で利用者や家族と十分な話し合いが行われている。利用者ができることについては、可能な限り利用者自身でやってもらうという姿勢が確認され、それが個別支援計画にも明記され、職員間での共有化もなされており、評価できる。</p>		
A④	A-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。	b
<p>評価者コメント4</p> <p>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十分ではない。</p> <p>利用者の社会生活を高めるための取組、エンパワメントの取組としては、地域活動支援センターⅡ型の土曜活動プログラムとして調理や洗濯、買い物の学習活動が行われているが、その取組は「学習プログラム」として書面化されていない。施設外で行われる商品の販売会には、準備等も含め当日の販売にも利用者が出向くことがあり、販売場所等施設外の社会資源を学習できる機会となっている。個別支援計画で、自分の体調など自分に関することは自分で伝えることができるような目標を定め支援が行われている。全利用者が必ず年1回は参加する苦情委員会で、出席した利用者は必ず発言できるよう配慮されている。</p>		

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事		第三者評価結果
A⑤	A-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
<p>評価者コメント5</p> <p>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。 サービス実施計画において、「刻み食とし、口腔マッサージをしたり声がけすること」など食事形態や介助の方法が個別支援計画に明示されている。また、個々の利用者の食事上の留意点や食事形態は嗜好調査で確認され、支援会議の中で職員間での共有化が図られている。利用者への食事支援を進める際の全般的な留意事項や支援方法は「食事介助手順」に記載され、「手順」をベースとした支援が行われている。刻み食対応者は2名で、小さくする必要のある方には、キッチンばさみを使うなどしながら当該利用者に職員が付き添い、介助を行っている。</p>		
A⑥	A-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
<p>評価者コメント6</p> <p>食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。 嗜好調査は年1回、アンケート方式で実施されており、その結果は日々の献立に活用されている。嗜好調査以外にも給食委員会(誕生日の利用者)が毎月開催されており、その際誕生日会で食べたいメニューの聞き取りを行い献立に反映されている。食事は温かいものは温かく、冷たいものは冷たくと「適温適食」で調理され、季節感、盛り付け方法などにも工夫されている。特にご飯、味噌汁に関しては出来立てを提供できるように、盛り付けや配膳の時間に配慮がなされている。健康上、塩分を控えなければならぬ利用者もあり、食卓には調味料は用意されていないが、食事介助が必要な利用者を含め美味しく食べられるよう、職員が利用者の様子を見ながら支援されている。献立は、毎月配布されており、各班や廊下に掲示されている。食堂前のホワイトボードには、当日朝に献立内容が記載され、利用者が確認しやすいような工夫が行われているが、使われている食材情報は提供されていない。今後は「食育」の視点からも「食材情報の提供」を行うことが期待される。</p>		
A⑦	A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a
<p>評価者コメント7</p> <p>喫食環境に配慮している。 食堂の設備や雰囲気については、給食委員会で検討され、個々の利用者の配膳場所など必要に応じて改善を図っている。特定給食施設等栄養管理指導に基づき、食事は、給食提供時間から2時間以内の枠の中で喫食するようにしている。</p>		
2-(2) 入浴		第三者評価結果
A⑧	A-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。	b
<p>評価者コメント8</p> <p>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。 入浴は、家庭や身体事情、本人の希望をもとに入浴方法、回数などを決めている。一人ひとりの健康状態や留意事項については、朝のミーティングで職員間の共有が図られているが、個別支援計画への記載や支援実施上の確認を行うための個別チェックリスト等は用意されていない。個々の利用者の個人的事情に配慮するため、一人ひとりの健康状態や留意事項は、ミーティングでの職員間の共有のみならず、基本的な事項の個別支援計画等への明示と職員間の共有化を図ること、ミーティングでは、個別支援計画に記載されている事項を踏まえ、その日の変化、特に注意が必要な点などで共有化を図るようにすること、支援上の留意点について確実に図られているかのチェックリストを整備することが望ましい。利用者への入浴介助を進める際の全般的な留意事項や支援方法は「入浴介助手順」に記載され、「手順」をベースとした支援が行われている。浴槽に入るのが難しい方に関しては、簡易入浴機器を導入し対応している。入浴の介助や支援・助言業務は、支援日誌に記録されている。</p>		
A⑨	A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a
<p>評価者コメント9</p> <p>利用者の希望に沿って行われている。 入浴は設定された時間のほかに、便失禁があった場合等、必要に応じてシャワー浴を行っている。入浴回数は自宅で入浴できない生活介護の利用者に対し、最大週3回、利用者とは話し合いで回数を決めている。</p>		

A⑩	A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a
<p>評価者コメント10 環境は適切である。 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設置等については、生活介護事業担当職員の話し合いで、簡易入浴機の導入など、利用者にとってより良い物を選ぶよう検討がなされている。入口に暖簾をし外からの視線が見えないようにしている。また、必要に応じてパーテーションなどで保護している。冬の暖房のほか、夏場は扇風機を使用し、涼しく過ごせるように工夫している。</p>		
2-(3) 排泄		第三者評価結果
A⑪	A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	a
<p>評価者コメント11 介助は快適に行われている。 支援上の注意事項は個別支援計画に記載されているほか、毎朝の申し送りで職員間の情報共有が図られている。排泄支援に関する全般的な留意事項や支援方法は「排泄介助手順」に記載され、「手順」をベースに安全面、プライバシーを考慮した支援が行われている。排泄に関しては自立している人が多いため、回数のチェックは行われていないが、排泄時の介助等特徴的な事項は連絡帳やケース記録に記載し、送迎の際に保護者へ伝えたり、職員間の情報共有を行っている。トイレには手すりが設置されており、歩行が不安定な人には職員が排泄の際に付き添って介助することもある。</p>		
A⑫	A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p>評価者コメント12 清潔で快適である。 毎月1回、トイレを含め施設内全設備の安全点検を実施している。トイレの清掃は、毎日15時に利用者と職員が一緒に行っているほか、感染症対策として、塩素剤を使用しての消毒を行っている。トイレには臭いはなく、換気扇は常に回っており、必要に応じて窓を開けての換気も行っている。</p>		
2-(4) 衣服		第三者評価結果
A⑬	A-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。	非該当
<p>評価者コメント13</p>		
A⑭	A-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。	b
<p>評価者コメント14 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適宜行われているが、十分ではない。 施設としての着替えは常備しているが、服を汚してしまいそうな利用者には、自宅から着替えを持参の上ロッカーに保管してもらい、汚れた都度着替えるようにしている。着替えに関しては、あくまでも無理強いせず、本人の意思を尊重した対応を心掛けている。汚れや破損が生じた場合、速やかに対処するための業務手順は用意されていないため、今後の整備が期待される。</p>		
2-(5) 理容・美容		第三者評価結果
A⑮	A-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
<p>評価者コメント15 利用者の個性や好みを尊重した支援を行っている。 毎月美容ボランティアで美容師の方が来所され、美容室に行くことが難しい方の支援を行っており、毎月、利用者15～16人が料金一人1,000円で利用されている。髪型等は本人もしくは家族に確認し希望、意思を尊重するようにしている。</p>		
A⑯	A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	非該当
<p>評価者コメント16</p>		

2-(6) 睡眠		第三者評価結果
A⑰	A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当
<p>評価者コメント17</p>		
2-(7) 健康管理		第三者評価結果
A⑱	A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	C
<p>評価者コメント18</p> <p>適切ではない。</p> <p>個々の利用者の通院中の医療機関や服用している医薬品の名称や効能、注意事項は、健康調査票の中に記載され職員による情報共有がなされているが、本ガイドラインが求める「利用者一人ひとりについて、日常の健康状態や緊急時の応急処置の方法、搬送する病院等が記載された健康管理票」にはなっていない。また、健康管理票を含め、医師による定期的な健診や常勤の看護師との健康相談、体操など利用者の健康を維持するための取組などを内容とする利用者の健康マニュアルの作成も行われていない。利用者個々の健康管理票と健康管理マニュアルは一体的な整備を行うことが必要である。これら健康管理マニュアルの項目となりうる健康調査による健康状態の把握や、年に1度希望を取って行っている嘱託医による血液検査、常勤の看護師による健康面での相談対応、個別支援計画の中に健康を維持するための取り組みの記載、ラジオ体操や歯磨きの徹底(指導を含む)など利用者健康増進の取組は実際に行われているので、これらをマニュアルとして書面化し、職員内で周知を図ることが今後の取組として期待される。</p>		
A⑲	A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a
<p>評価者コメント19</p> <p>必要時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。</p> <p>利用者の急病や怪我等、健康面に支障があった場合の対応の手順は、「施設内」、「施設外」、「送迎中」、「施設管理外」と複数の状況、場面を想定しての対応マニュアルが作成され、各状況下での対応が具体的に記載されて実践的なものとなっており評価できる。嘱託医(内科)が車で10分程度のところにあり、内科的なことに関してはすぐに診察が可能な体制が取られているほか、毎年内科健診でも対応いただいている。また、精神科の嘱託医(岩手医大)も市内にあり、車で30分以内に到着でき、随時の相談が可能になっている。これら嘱託医へ行く場合は送迎や付き添いなど職員が支援を行っている。</p>		
A⑳	A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	C
<p>評価者コメント20</p> <p>確実にされていない。</p> <p>利用者が服用する薬の目的・性質・効果・副作用・注意事項等については、年度初めに服薬依頼書と処方箋を提出してもらっているほか、「健康調査票」の中でも記載されており、服薬状況を確認のうえ、職員間でも情報共有が図られている。また、内服・外用薬の使用状況は必要に応じ連絡帳に記載し保護者への報告を行っている。薬は個別の容器に保管され、取り違えがないようにされているが、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)、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、マニュアルは用意されていない。薬に関しては飲み忘れや誤飲、重複服用などがあつた場合は利用者の生命、健康に係る重大なアクシデントになる可能性があり、評価の着眼点に基づくマニュアルを作成し、職員間での情報共有、マニュアルに基づく取組の評価と改善など、PDCAサイクルに基づく一連の取組を整えることが期待される。</p>		
2-(8) 余暇・レクリエーション		第三者評価結果
A㉑	A-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
<p>評価者コメント21</p> <p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映され、希望に沿って行われている。</p> <p>余暇・レクリエーションとしては、年1回の日帰りバス旅行や花、お茶、筆、レク・スポーツ、カラオケ、絵画の各クラブ活動、端午の節句、クリスマス、餅つき、新年会、節分、桃の節句等の季節の行事、ボウリング大会やスポーツ交流会などの外部団体主催イベントへの参加など様々なものがある。日帰りバス旅行や季節の行事の企画にあては、自治会で余暇・レクリエーションについての話し合いの機会を持ち、円滑に進めるため職員が助言等の支援を行っている。クラブ活動や音楽活動(生活介護)は、外部から講師に来てもらって対応している。</p>		

2-(9) 外出・外泊		第三者評価結果
A⑳	A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	非該当
評価者コメント22		
A㉑	A-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。	非該当
評価者コメント23		
2-(10) 所持金・預り金の管理等		第三者評価結果
A㉒	A-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。	非該当
評価者コメント24		
A㉓	A-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。	a
<p>評価者コメント25</p> <p>利用者の意志や希望が尊重されている。</p> <p>施設で購読している新聞・雑誌はないが、職員や利用者が持ってきたものを休憩時間などに見ることができる。利用者の興味を引くようなCDや本は事業費で購入し、閲覧できるようにしている。生活介護事業の部屋と食堂にテレビが1台ずつあり、自由に見ることができる。生活介護においてはDVDの視聴もできる。</p>		
A㉔	A-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。	非該当
評価者コメント26		