

(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 称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第 2 号
所在地	盛岡市三本柳 8-1-3	評価実施期間	平成 24 年 5 月 31 日 ～平成 24 年 7 月 31 日

2 事業者情報

事業者名称（施設名）： ヒソプ工房	種別：生活介護事業所
代表者氏名：及 川 忠 人 （管理者） 阿 部 孝 志	開設年月日 平成 20 年 4 月 1 日
設置主体：社会福祉法人 カナンの園 経営主体：社会福祉法人 カナンの園	定員（利用人員） 40 名
法人所在地：二戸郡一戸町中山字大塚 4-7	TEL：0195-36-1026
事業所：盛岡市大館町 2 8 番 5 3 号	TEL：019-646-8581

3 総評

◇ 特に評価の高い点

○ 地域に根ざした利用者の活動と盛岡圏域におけるネットワーク活動の積極的推進

ヒソプ工房は、「カナンの園今日的使命 2012」に示す「障害を持つ人が豊かな社会生活を送れる地域の実現をめざす」ことを実践するとし、地域（自宅やケアホーム）で暮らしつつ生活介護事業所へ通勤できるよう支援すると共々、仲間と力を合わせて生活・作業活動を通して多様な地域関係を築いている。なかでも年間を通して地域行事への参加、地域の事業所、スーパー等への出張による製品販売活動、地域のサークル、子供会、リサイクル活動など、地域に根ざした日常的取組は、地域住民からは高い評価を得ている。

一方、盛岡圏域における自立支援協議会をはじめとするネットワーク活動を通して、常に障がい者とその保護者、地域関係者のニーズ把握に努め、調査活動をふまえ、新たなケアホームの整備や地域生活支援センターの開設準備、第 2 ヒソプ工房の構想検討など、次の地域課題を視野に入れた先駆的取組は高く評価される。

◇ 改善が求められる点

○ 規定・マニュアル等の整備

各項目において規定・マニュアル等の整備不足が見られた。生活介護事業者として、職員が共通の認識を持ち、必要な内容について一定水準のサービスを公平に提供するための基本となる規定並びにマニュアルの整備が必要である。

利用者尊重の基本となるプライバシー保護をはじめ、利用者の意見等への対応や日中生活支援等に関する内容や方法のとりきめ、安全性への配慮等事業所の状況に応じた規定・マニュアルを策定し、マニュアルに基づいた具体的な取組みが望まれる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

基準充足率が共通基準で 40.7%、付加基準で 21.8%でした。マニュアルの不備や職員の人材育成プログラムの工夫、利用者から意見を聴く方法の工夫、収支のバランスを意識した運営などの様々な指摘を頂きました。サービスの質の向上のために、指摘された事柄の是正に向けて今後も取り組んでいきたいと思ひます。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果
(別紙)

施設名 ヒソプ工房

共通基準

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、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
法人の基本理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 法人の基本理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。(福)カナンの園の理念が各種文書(パンフレット、事業計画書等)に記載されている。理念は①「カナンの園のねがい」、②「カナンの園の三本の柱」の2つの文書によって示され、法人設立の精神的支柱となる考え(思想)、運動体という概念、創立に当たった先達の思いを掲げている。なお基本理念は職員をはじめ利用者、家族(保護者)、地域住民等に対し、周知・理解を図ることを前提とした表現とするなど、法人設立40周年を機とする検討作業に期待したい。	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。法人設立40周年の節目を契機に「第6次将来像検討委員会」を立ち上げ(2011年6月)、カナンの園の使命(基本方針)の見直し検討を積み重ね、同委員会(第7回、2012年3月)において、法人の理念の具体化をめざし、「カナンの園今日的使命2012」を策定し、理事会の議を経て制定した。 「使命」に掲げた三カ条は、利用者に対する姿勢や地域との関わり方、組織が持つ機能等を具体的に示している。又、職員の行動規範となるよう具体的な内容(表現)となっている。	

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
理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。法人の理念・基本方針については、生活介護事務所ヒソプ工房「活動計画書」に明記し、さらに「在宅の知的障がいと呼ばれる人たちが生活や労働、仲間や職員、ボランティア、地域の方々との関わりを通して互いに育ち合い、高め合って自己表現していく場」をめざして、「ヒソプ工房の基本的考え方」を示し、より具体的実践的な七項目としている。これらの基本文書は職員会議や研修の場で説明・読み合わせ等により周知への取組を行っている。特に新任職員研修プログラムに設定し周知・理解に取組んでいる。なお、さらに全職員を対象に継続的な学びの機会を設けること、施設内での掲示等の工夫を望みたい。	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
理念や基本方針を利用者等に配布しているが、十分な理解を促すための取組が十分ではない。 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、十分な理解を促すための取組が十分ではない。法人及び事業所パンフレットに「カナンの園のねがい」「三つの柱」を掲載し、利用者・保護者等に配布しているが、定期的に発行する法人広報紙(年3回発行)や事業所通信「あれこれかわらばん」(年6回刊)を活用し、周知を図る等の工夫がされていない。毎月開催される利用者自治会の場や、保護者会における懇談や行事等の機会を活用し、理念や基本方針について説明し、理解を深めていただけるよう継続的取組が求められる。 なお、利用者さんには、文章表現の工夫、絵や写真の活用などにより、理解しやすいよう「利用者版」資料の作成を検討されたい。	

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。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	c
経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。(福)カナンの園は、法人設立40周年を控え、2011年6月「第6次カナンの園将来像検討委員会」を組織し、「利用者が望む人生のそれぞれの段階に応じた支援」を行うことを使命の一つに掲げ、福祉、教育、生活、社会参加の道を追求・具体化する、中・長期計画の策定作業を進めているところである。一方、障害者自立支援法をはじめとする制度改革への対応が急がれることから、法人内の現場長(各事業所管理者)会議において「カナンの園今後の5ヵ年計画案」を暫定的に策定(2010～2014年度)、事業展開の目標、ハード面整備、設備、環境改善等の課題を提示し、利用者の地域における生活、介護、就労、社会参加等の具体的取組を推進している。しかし現段階では、経営、組織体制、職員体制、人材育成を含む総合的計画には至っておらず、法人の検討委員会の取りまとめが待たれている。	

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。	C
各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映し策定していない。前項に記した法人内現場長会議の「カナンの園今後の5カ年計画案」(暫定計画)を基に、ヒソプ工房の課題＝①生活介護サービス内容の充実(就労支援事業の増収と安定運営、生活支援メニューの充実、第2ヒソプ工房構想の具体化など)、②盛岡圏域における在宅障がい者支援サービスの拡充(ケアホームの増設、地域生活支援センターの開設など)、③福祉サービス第3者評価の受審とサービス内容の見直し改善、等を重点項目に挙げ、年度の事業計画を策定し具体化を図っている。 このような現場の課題に法人として応えるためにも、現在進行中の「将来像検討委員会」における総合的な、中・長期計画の策定が急がれる。	

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。	b
各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。事業計画立案の基礎となる「ヒソプ工房・ハープ実践のまとめ」の策定に当って、重点課題ごとの総括を行うと共に各部署ごとの具体的な実績、残された課題等を職員・チーム間で協議する取組を行い、これをふまえて次年度の計画等が策定されている。「実践のまとめ」(冊子)の内容は現場実践者の視点から具体的かつ示唆に富んだ質の高い内容となっている。一方、実施状況の中間評価・見直しの取組については、現場長等の検討にとどまっており、職員全体の共通認識、課題とする上で改善が求められる。	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b
各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。職員に対しては、「実践のまとめ」「年次計画書」を配布し、年度初めの職員会議において説明と周知を図っている。一方、利用者・家族に対しては、保護者会の役員への説明に留まっている。今後、利用者自治会や保護者会の場を活用し、利用者向けの「計画書概要版」を作成配布・説明する機会を設けると共に、施設通信(かわら版)に要約を掲載し、関係者や地域への理解・周知に取組むよう期待したい。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ**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
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。 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。ヒソプ工房管理者は、「年次活動計画書」に法人の理念、基本方針及び事業所の基本方針と運営方針を明記し、工房の目指すべき方向・大切にすべきこと等を職員へ提起している。又、法人広報紙「カナンの園」紙上に盛岡圏域におけるネットワークと工房の役割・課題を示している。さらに日頃から管理者として①調整型リーダーとして職員の力をいかに引き出すか、②トップダウンではなくコミュニケーションを大切に、③根拠に基づく仕事の進め方等について意見表明すると共に開設20年の歴史をふまえ、利用者、関係者、地域、そして先輩職員の働きを引き継いでいく工房の今日的役割を語り示している。	
I-3-(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。	b
管理者自ら、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が、十分ではない。 管理者自ら、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が、十分ではない。ヒソプ工房の管理者は、県社協障がい者福祉協議会をはじめ盛岡圏域自立支援協議会、成年後見センターもりおか等、多くの関係団体の役職を担うと共に関連分野の法令・動向・対応策の収集・理解につとめている。特に障がい福祉分野は、自立支援法の改正をめぐる動向をはじめ成年後見、虐待防止、就労(雇用)、衛生管理、商品管理、労働安全など多方面にわたる法令・情報の把握が求められることから、従事する職員への周知・理解を促すためにも関係資料の整理と活用、共有化のために、定期的・継続的な施設内研修(伝達も含む)の取組が重要である。	

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組に指導力を発揮している。	b
管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 管理者は実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが十分ではない。2011年度より法人は運営方針の重点として、各事業所で第三者評価を継続受審することを決定した。これを受けてヒソプ工房は2012年度受審に向けて全職員参加による自己評価に取組み、組織運営とサービス内容の見直し、新たな気付き(改善課題)を集約し、職員会議・運営委員会を経て「自己評価結果」を取りまとめた。この取組を通して「これまで気づけなかった新たな視点が与えられ」とりわけ施設サービスの担い手である職員の人事管理、人材育成に関する課題が未着手であり、中・長期計画においても具体的方策の検討が求められている。工房独自にも利用者・保護者のニーズや職員の意向把握等を担う中で、質の向上に向けて引き続き指導力を発揮するよう期待したい。	

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。	b
管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 管理者は経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが十分ではない。生活介護事業所・ヒソプ工房は「生活や労働を通して青年と職員が互いに自己表現していくために」「一人ひとりが生かされていく労働」「豊かな人間関係づくり」「働くことを中心としたリズムづくり」等を基本に、①受託作業、②加工販売、③製造販売、④施設外作業の多様な福祉的労働の場を提供している。これらの作業による収益は利用者の収入につながり、「生活習慣の確立と自由度の拡大」をめざしている。管理者は、これらの事業経営の継続・安定的推進のために、月次会計報告を元に収支状況、利用者数や作業実績の推移を分析・検討すると共に、法人が委託した会計事務所の定期巡回監査を受け、経営や業務の改善に取組んでいる。しかし、管理者と事務担当者等との検討に終わっているくらいがあり、課題の共有化と合意形成のために組織内の体制づくりが求められる。	

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

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
事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。障害者福祉施策をめぐる国・県・市町村の動向を把握するために、管理者はじめ多くの職員が各種の会議・研修等へ出席している。とりわけ施設が所在する盛岡広域圏自立支援協議会の活動を通して地域ニーズの把握に努力している。しかし、その結果を職員間で周知・共有化する取組は十分とはいえない。今日の制度・政策動向は、法人及び事業所の将来像にも大きな影響を与えることから、中・長期計画の検討にあわせて組織的な取組が求められる。	
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
経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。事業実績や課題を把握するために運営委員会において「月次会計報告」(収支状況、利用率、作業実績等)を分析・検討し、各部門の事業推進に反映するよう努めている。その結果は年度の「実践のまとめ」として各課ごと(4つの課)の総括として次年度への課題にまとめ、事業計画の策定へ反映している。さらに会計事務所の巡回監査、法人監事の出納調査を受け、定期的に経営状況の確認、見直しを行っている。	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当

II-2 人材の確保・養成

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。	c
組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。法人・各施設が、どのような人材をどれだけ必要と考えているか、その計画・人材を揃える取組について「将来像検討委員会」において重要な課題であると提起されている。一方ヒソプ工房活動計画の中でも「経験年数の浅い職員層が大きく」「マンパワーの充足が必要不可欠」となっていることを指摘しており、法人全体として、中・長期的な計画策定が求められると共に、当面暫定的でもあった中期的視点から取組の具体化が必要と考える。	
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。	c
定期的な人事考課を実施していない。 定期的な人事考課を実施していない。現在は、「人事調書」を基に、職員個々の職務の満足度や配属の希望、契約(臨時・パート職員の場合)継続の希望など、意向把握を行う仕組みとしているが、客観的な基準(例えば、契約継続や正職員への昇格基準)は定められていない。今後、将来像検討委員会での総合的な検討を経て、人事考課の目的と役割について、法人と職員間で共通の理解を醸成できるよう(一定の時間をかけて)取組むことが肝要と考える。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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。	b
職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。毎年度、職員個々により「人事調書」の提出を求め、現在の職務への評価、研修、異動希望、従事希望の業務、法人・事業所の運営への意見等について、職員の意向を把握し、これをもとに管理者との面談を行い、意見交換・助言等に取り組んでいる。この調書に管理者の意見を記入し、法人（人事委員長、理事長）へ提出しているが、結果の集計・公表はされておらず、組織としての課題や改善策を検討する仕組みとなっていない。個々の職員との面接・助言と共に、組織的に職員へフィードバックし、課題を共有化しつつ、改善への道を探ることが大切と考える。	
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b
福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。法人運営の重点項目に「職員の福利厚生面の点検・整備を行う」ことをあげているが具体的な取組は明示されていない。しかし、県社協及び福祉医療機構の退職共済制度に加入する他、日本知的障害福祉協議会（さぼーと倶楽部）に加入すると共に職員互助会を組織し、職員間の慶弔・食事会等の親睦・交流に取り組んでいる。なお、個々の事業所単位では、従業員数は50名以下であるため、労働安全衛生法上の措置義務はないが、法人として衛生委員会を設け、職員の健康管理、安全な労働環境づくりのための組織的取組が必要と思われる。特に就労支援事業は、作業機器や危険物の取扱い、出張販売、野外活動に従事する関係上重要であると考えられる。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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。	C
組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。法人運営の重点に「人材育成と実務技術力の向上」をあげているが、これを具体化するための人材育成指針や教育研修規程等は未整備であり、組織が職員に求める基本姿勢や意識は明示されていない。法人全体研修委員会の企画（新任、2年目、中堅、年度末）やヒソブ工房の定例研修に取り組んでいるが、いずれも単年度計画であり、中長期的な計画推進には至っていない。知的障害者支援施設として求められる人材育成のキャリアパスの体系化（仕組）を図り、職責に対応する教育研修内容や必要とする資格等を明示する必要がある。	
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。	C
職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。前項にも記した法人としての人材育成指針を定めると共に、知的障害者支援施設の職員として必要とされる資格・必須の研修科目、短期・中長期の受講計画などを個別に立案し、中長期の人材育成を展望することが求められる。ヒソブ工房においては、勤続年数3年以下の職員が60%強を占めることから、独自に「人材育成学習会」を企画し基礎的学び、自己啓発援助に着手したところであり、各職員の研修意向（人事調書より）を活用して、個別の教育・研修計画づくりへつなげることが望まれる。	
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。	C
研修成果の評価が定期的に行われていない。 研修成果の評価が定期的に行われていない。職員個々の教育・研修計画は未策定である。しかし、法人主催研修については「研修アンケート」により受講者の評価や意見・要望を集約すると共に、外部（派遣）研修受講者からは職員会議の場で復命発表する機会を設けている。これらの法人内研修、外部研修受講も含めて、個別の研修履歴を確認・評価しつつ職員の個別教育・研修計画へ反映するよう、今後の具体化を望みたい。	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

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。	C
実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。法人及び事業所の事業計画等に実習生の受け入れに関する記述は見られない。実際に大学から社会福祉実習を受け入れているが、その実績内容も事業報告書に記載されていない。実習生の受け入れは、将来の社会福祉人材育成につながるものであり、福祉法人、事業者の社会的責務といえるものであり、組織として基本的考え方や取組み方針を定め、職員間で共有すると共に受け入れ体制を整備することが求められる。	

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
実習生の受入れの際は、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。 実習生の受入れの際は、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。ヒソプ工房では、実習生への留意事項を記した文書（「社会福祉実習を行う皆さんへ」）及び、実習計画・日程表を提示し、受入れ育成に取り組んでいるが、知的障害者の生活介護・福祉的就労支援事業所の特性を踏まえた施設独自のオリエンテーション資料は準備されていない。とりわけ障害福祉分野の制度・仕組・利用者サービスの多様性を考慮した上で実習生への育成指導が望まれる。なお、社会福祉士・介護福祉士養成の実習担当者はそれぞれに定められた指導者研修を受講する必要があることから、組織として受入れ要件の整備が必要である。	

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。

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
利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。利用者の安全を確保する部門として「安全委員会」を組織し、事故対応マニュアルはじめ、自動車事故、汚物処理・ウイルス感染対策、震度5以上の地震・大規模自然災害への対応策等のマニュアルと「危険管理体制」の整備等を定めており、定期的な訓練・周知に努めている。しかし災害や感染症発生時のサービスの中止(通所の休止)等の判断基準は定めていない。また、保護者や行政等の関係機関への報告・連携に関する記載が見られず補正を要する。なお、これらの文書マニュアルは一定期間ごとに見直し改訂を行い、職員間での共有化と安全確保に努める事が求められる。	
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。	b
利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。ヒヤリハット報告書を基に職員会議で年2回検討し、情報に取り組みしている。しかし、年次別の事故件数や種類、内容分析、対応策などしりょうとしてまとめたものはなく、組織的な安全対策につなげる上で工夫が求められる。また、リスクマネジメントに関する研修の機会(内外の研修)は設けられておらず、利用者の安全確保・事故防止の周知、共有を図るためにも、定期的な開催が必要である。	

Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a
利用者と地域の交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。 利用者と地域の交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。利用者と地域の関わりについて「カナンの園三本の柱」の一つに「連帯の輪を拡げる」をあげ、「共に育ちあう家庭・地域・社会づくり」を明記している。また、「今日的氏名2012」では「障害を持つ人が豊かな社会生活を送れる地域の実現をめざす」ことを実践するとし、地域(自宅やケアホーム)で暮らしつつ生活介護事業所へ通勤できるよう支援すると共に、仲間と力を合わせて生活・作業活動を通して多様な地域関係を築いている。中でも年間を通して地域行事へ参加、製品販売活動、地域のサークル、子供会、リサイクル活動等、地域に根差した日常的取組みは地域住民からも高い評価を得ている。	
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b
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。 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。ヒソプ工房は通所授産施設時代を含め20年余、盛岡市大館町に根を下ろし、ノーマライゼーションの考え方に立って事業所の運営・活動を展開している。前項に記述した多様な実践は、施設・事業所は「地域の資源」であり、利用者は「地域の住民」であることを示しているといえる。恒例のカナン祭は地域住民の交流の場となり、園庭は地域のゲートボール場として開放されるなど、住宅地の中にとけ込んだ存在となっている。一方、障がい者福祉の高い理想や実践、今日の課題や利用者・住民のニーズ等について、わかりやすく地域住民に伝え、理解を広げる(研修・講座等)ために一層の研鑽と工夫を望みたい。	
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。	c
ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。 ボランティアを受け入れる基本姿勢が明示されていない。しかし、ヒソプ工房として「作業ボランティアに入るにあたって」の基本的留意事項を文書化し、専門学生を中心とする定期的ボランティア受け入れに活用している。さらに「ボランティア研修講座資料」(全5項)も作成され、知的障害のある人の理解、作業における基本的対応等簡潔にまとめ、ボランティア希望者への入門資料となっている。しかし、「業務分掌」にはボランティア受け入れ担当者は定められておらず、実際にどのようなボランティアが、そのような活動に参加したのかの実績記録は整備されていない。カナンの園の基本理念や今日的使命を具体化する上でも、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢の明文化と担当者の設置を含む体制整備が求められる。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b
事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示されているが、その情報が職員間で共有されていない。 事業所の役割や機能を達成するために必要となる関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示されているが、その情報が職員間で共有されていない。ヒソプ工房は、高等養護学校を卒業した盛岡圏域の障害者の生活と労働の場を提供することを目的にニーズに応え、盛岡市に1992年に開設された。その経緯からも地域のネットワークの核となり、障害者自立支援協議会・地域移行分科会長の役割を担っている。とりわけ、施設長は県障害者福祉協議会をはじめとする各種団体、成年後年センター、NPO法人、支援学校、いのちの電話等々、多くの関係者、機関、団体との関係を築いているが、これら社会資源のリスト化は一部に溜まっている。利用者サービス、事業所活動にとって人と組織の関係の蓄積は大きな財産であることから、関係する社会資源のリストを体系的に整理し、職員間で共有することが望まれる。例えば毎年毎に発行する「実践のまとめ」冊子に収録し、職員の必携とするのも一つの方法ではないか。	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a
関係機関・団体との定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。 関係機関・団体との定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。事業所として盛岡広域自立支援協議会地域移行分科会の会長の任に就くと共に、盛岡北部地域障がい者地域生活サポート推進ネットワーク協議会へ参画し、地域課題の検討、情報交換、事例検討等積極的な連携活動を推進している。	

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
地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。前項のネットワーク活動を通してのニーズ把握も含め、常に障害者とその保護者のニーズ把握に努めている。その「ニーズ調査」をふまえて、新たなケアホームの整備や生活支援センターの開設の具体化、さらには「第2ヒソプ工房」の構想検討も行っている。また、地元町内会や民生委員協議会、各種団体との会議や日常的連携の中から地域住民の声を把握し、施設活動に反映するよう努めている。県レベルの組織で取組む東日本大震災後の被災地の障害者支援活動にも積極的な役割を果たしている。	
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
把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。現在、法人として第6次将来像検討委員会において新たな法制度の動向を踏まえた分析・課題の抽出、中長期計画の検討を行っているが、ヒソプ工房では「中長期計画(案)」に沿ってニーズ調査に取組み、第5ケアホーム開設、盛岡地域生活支援センター開設準備に着手すると共に、次の構想である第2ヒソプ工房(仮称)の検討を視野に入れた計画づくりを課題としてあげている。	

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。

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。	a
利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内での共通理解を持つための取組が行われている。 利用者を尊重したサービス提供について基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。「すべての人が互いに尊重しつつ助け合う」ことを理念に掲げ、今日的使命を目指す方向性を明示している。新任職員研修で基本理念を周知し、職員会議やケース検討会において組織内の共通理解を深めることでサービス実施の反映に努めている。また、虐待防止について全職員でグループ討議を実施し、今後の方向性について確認するなど組織全体での取組が行われている。	
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。	c
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ない。 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ない。利用者尊重の基本である利用者のプライバシー保護について、日中活動の生活介護事業所としての必要な規定・マニュアルの整備が望まれる。現在作成されている失禁対応マニュアル等とも整合性を図り、規定・マニュアルに基づいたサービスが実践されることを期待する。	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	b
利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。 利用者満足の上昇のための姿勢はカランの園の願いや施設案内に明示されている。満足度調査を2008年に実施しているが定期的には行なわれていない。 1年間の総括と次年度への考え方等について利用者の個別面談を実施する中で、利用者満足についても聴取が行われている。 利用者満足把握を目的として自治会や保護者会へ出席はしていないが、おおよそ月1回開かれるこれらの懇談会の活用を図ることも効果的と考えられる。 定期的な満足度調査の実施時期や担当者の設置、調査結果の分析・検討の結果に基づいた利用者参画の会議等の仕組みを整備することが優先する課題と思われる。	
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	c
把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。 2008年にサービスに関する満足度調査を実施しているが定期的には行なわれていない。 1年間の総括と次年度への考え方等について利用者の個別面談を実施する中で、利用者満足についても聴取しているが、担当者・担当部署が設置されておらず、分析検討も行われていない。今後は定期的な満足度調査の実施時期や担当者の設置、調査結果の分析・検討の結果に基づいた取り組みに期待したい。	

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。

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。	b
利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。 相談・意見を述べやすい環境づくりとして、朝礼や作業開始時における利用者の発言の促しや随時相談への個別対応を行うとともに、職員室の開放で利用者の自由な出入りと職員の積極的な話しかけ等日常的に取組んでいる姿勢が伺える。しかし、利用者や家族にわかりやすく説明した文書が作成されておらず、掲示や配布が行われていない。相談方法や相談相手の選択等の内容を含め日常的な相談窓口の周知について具体的な検討が必要と思われる。	
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。	b
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。 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取り組みが行われているが十分に機能していない。 法人の苦情解決事業実施要領に基づく苦情解決責任者・受付担当者並びに第三者委員を設置し体制が整備されており、2011年度3件の申し出があった。 一方、第三者委員への報告に関することや公表・フィードバックの実施、また、掲示やパンフレット等を利用した利用者への周知等について要領との整合性を持った機能を図る必要が認められる。なお、サービスガイドに苦情解決のページが作成されていることから、周知に関してこれらの有効活用が期待できる。	
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。	c
利用者からの意見等に対するマニュアルを整備していない。 利用者からの意見等に対するマニュアルを整備していない。 相談・意見・苦情などの職員記録様式「ヒソコ工房の声」を整備しているがマニュアルに基づく記録様式ではない。意見や提案から組織の改善課題を発見し、迅速な対応により具体的なサービス改善につなげるマニュアルの必要性と整備について職員間の協議・検討が望まれる。	

Ⅲ-2 サービスの質の確保

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。	b
サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。 サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。 2011年度第三者評価委員会を設置し、一人ひとりの職員による自己評価を計画的に実施して第三者評価を受審している。また、法人の中・長期計画(案)に基づき施設における年度毎の活動のまとめと活動計画を作成する過程で評価を行い課題等を示している。第三者評価委員会の責任者や役割等が明確でないことから要領等の整備が今後の課題である。	

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。	C
実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。 2011年度、2012年度の年度計画に対する評価を行い展望と課題を明示している。課題に対する改善策は職員会議をはじめ、研修会議、生産活動会議等で行い共有化を図っており、改善計画が作業課ごとに計画され、具体的な目標に向けた実践が行われている。しかし、定められた評価基準に基づいた評価結果の取組みは今後の作業である。	
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。	C
評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。ガイドラインで示される自己評価、第三者評価等、定期的な評価におけるPDCAサイクルが機能しておらず、生産活動に限られており改善策や改善計画も実施しているとは言えない。今後サービス全般を定められた評価基準に基づきPDCAサイクルが機能するような仕組みづくりが求められる。	

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。

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。	C
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いない。 提供するサービスについて、標準的な実施方法の文書化が十分でない。 生活支援として「失禁に対する介助マニュアル」等が整備されている。 生活介護事業者として他に必要で実施しなければならない事項を広く検討した整備が望まれる。	
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。	C
標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しを定めず、定期的な検証をしていない。 作業内容マニュアルについては定期的な見直しを行っているが、必要とされる生活支援マニュアルの定期的な現状検証並びに見直しが行われていない。 福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てる上からも見直しをする仕組みの検討が必要と考える。	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

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
利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。 アセスメントに基づいた「個別支援計画」「支援実施書」等を統一した様式に作成している。計画に基づくサービスの実施状況並びに日々の特記事項の記録は利用者の経過記録としてモニタリングの作成に活用している。 また、新任職員研修会において記録に関する研修を行い支援記録・日誌等の具体的な記録方法について研修を実施し組織の記録の統一を図っている。	
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
利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。 利用者に関する記録の管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。 法人の処遇規定文書取り扱いに、記録の保存と保管・廃棄に関する事項が定められ、記録管理の担当者が設置されている。また、個人情報保護並びに情報開示については重要事項説明書に定めて所内に掲示しているが組織としての規定等は整備されていない。 記録の管理は個人的な情報を保有する事業者として重要であることから組織の共通認識を図る必要がある。	
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
利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。 コメント欄 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分でない。 利用者の毎日の情報について朝・夕の打合せで報告し必要時職員会議でケース検討を行い情報の共有を図っている。不在の職員は後で記録を見て確認し全職員に必要な情報が届くよう配慮している。また、年度当初の職員会議で利用者の健康状態を全職員で把握し共有している。パソコンのネットワークシステムの利用については、パスワードによりセキュリティ管理をしている。一方、組織内で伝えてならない情報や伝達の範囲等情報の分別についての具体的な仕組みが十分でないことから、これらの検討が必要と思われる。	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

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
利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。 インターネット上にホームページを作成し組織を紹介しているが、施設紹介を意図してのパンフレット等は他の場所には置いていない。また、ヒソプかわら版についても利用希望者を対象とした配布ではない。事業所の見学・体験等についても行政を通して行われ、利用者自らが直接連絡し情報を求めることは少ない。サービス選択について、実施するサービス内容等は事業者自らが積極的に情報提供を行うことが求められていることから今後の方針・方策の検討が望まれる。	
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
サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。 サービス開始時、重要事項説明書により本人・家族に説明をしている。説明を受けるのが困難な利用者・家族への援助はケアホームの責任者等が支援する方法や利用者の代理人が必要な場合は成年後見制度の活用を図るなどの支援が行われている。	

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

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
サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分でない。 他事業所への移行にあたり、話し合いを持ち引継ぎ資料を整備し引継ぎを行っている。しかし、サービスの継続性に関する手順と引継ぎ文書の定めやサービス終了後、利用者や家族が相談できる窓口の設置等が未整備であることから、これらの検討が必要である。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

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。	b
利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っているが、十分ではない。 利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っているが、十分ではない。 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、サービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を統一した様式によって把握・記録し、具体的に明示している。一方アセスメントの見直しは利用者の状況の変化に応じて判断し行われていることから定期的な見直しの時期について検討が望まれる。	
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。	b
利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示しているが、十分ではない。 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示しているが、十分ではない。 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、サービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を統一した様式によって把握・記録し、具体的に明示しているが前項目の関連から定期的な見直しの時期について定めていないため課題解決のための目標と目標達成に向けた取り組みは十分とは言えない。	

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
利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 サービス実施計画策定の統括責任者をサービス管理責任者(施設長)として体制を確立している。サービス実施計画の策定は管理責任者と事業所管理職の提言並びに利用者や家族の意向等に基づき担当職員が行っている。 個別支援計画書並びに支援実施書に基づく週間支援計画表の日課のなかで実際に機能がされている。	

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。	b
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が、十分ではない。 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が、十分でない。 モニタリングを前期と後期の2回実施して個別支援計画を行い、利用者と保護者への個別面談を設け、計画変更に関する利用者の意向の確認と同意の説明を定期的に行っている。一方、実施計画変更の手順と関係職員への周知方法等の明示が十分でない。見直しによって変更したサービス実施計画を関係職員へ周知徹底するための明文化の検討が望まれる。	

内容評価基準

A-1 利用者の尊重

1-(1) 利用者の尊重

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。	b
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十分でない。 コミュニケーション・スキル(意思表示の手段・意思伝達の程度・他者からの意思伝達の理解・電話の使用・FAXの使用・パソコン・ワープロ・筆記)のチェックされた内容は、個別のアセスメント票に明記がなされている。意思伝達に制限のある利用者については、コミュニケーション手段の支援内容が検討され、それに基づいた支援、実施が行われている。日常的な関わりで観られる課題点は支援実施書に明記しており、対応の検討がなされている。日々、利用者と係っている担当職員(各課担当)は、個々に応じた支援を工夫し実施しているが、施設全体で協議する体制は整っていない。全職員で共通理解をした支援体制の構築が求められる。	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a
利用者の主体的な活動が尊重されている。 利用者の意向を尊重し、一人ひとりの希望にそった作業[各課]構成が組まれている。支援するための職員は各課毎に決められている。利用者による自治会は組織されている。自治会役員の選出は毎年、全利用者と職員参加の選挙で決めている。職員の前端的支えの基に、選ばれた役員が中心になって活動内容を計画し実行している。利用者全員の参加型クラブ活動は、音楽活動・スキルアップ・芸術活動・身体づくりの4コースを用意しており、利用者一人ひとりが主体的に余暇活動を楽しんでもらえるよう、内容を十分に考慮した支援がなされている。	
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。	b
見守りと支援の体制が整備が十分でない 利用者が自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援については、個別の「支援実施書」に明記しており、各課指導員による支援、実施がなされている。しかし、個々の利用者への対応のあり方を、施設全体で検討し、支援方針などを確認する体制は整っていない。利用者が自力で行える生活と活動の広がり目指し、職員の対応のあり方や、施設の整備を検討する体制作りが必要と思われる。	
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
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。 社会生活の質と活力を高めるためにクラブ活動が実施されている。グループ別クラブ活動は4コース(音楽活動・スキルアップ・芸術活動・身体づくり)用意されている。参加する利用者一人ひとりが主体的に活動に取り組み、活動の場が広がっていくよう、職員は自治会役員のサポートをすると共に、利用者の意見が反映できるよう体制づくりに務めている。施設としてエンパワメントに関わるプログラムは用意していないが、行動を共にする様々な場面において、自己表現の技能や話し方については支援をしている。施設外の社会資源の情報を入手し、できる範囲内で学習や体験の場として、活用する取り組みは行われている。	

A-2 日常生活支援

2-(1) 食事

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
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。 利用者の状態に応じた食事は提供されている。身体状況や病気によっては、個別の栄養量(500・600・650・700)に配慮したり、嚥下に障害のある場合はきざみ、とろみに工夫した食事が提供されている。個別支援実施書に、利用者の状態に応じた支援実施内容は記録されている。利用者全員の食事に関わるアセスメント表一覧を作成しており、一人ひとりの好きな食べ物、苦手な食べ物、食事を摂る際の配慮内容が具体的に明示されている。	

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
食事が美味しく、楽しく食べられるように工夫が十分ではない。 年に1回(2～3月)嗜好調査を行い、その結果を献立に反映させている。献立表は予め利用者に配布している。利用者の誕生日は、誕生者に事前に確認していた希望メニューを盛り込んだ食事が提供されている。食生活委員会は開催されているが、利用者の健康診断の結果、食事の配慮や指導が必要とする内容についてのみの話し合いで、美味しい食事をテーマした話し合いは行われていない。施設に通い、作業に取り組む利用者にとって、昼食を殊のほか楽しみにしていることが伺えるので、更なる利用者の期待に応える食事の提供に向けて、食事(献立内容・食堂の雰囲気づくり)内容を定期的に検討する取り組みが期待される。	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
喫食環境の配慮が十分ではない。 昼食時間は12:00～13:00とし、食堂で概ね揃って摂っているが、利用者の事情により昼食時間に遅れて登所した場合なども食事の提供は行われている。時に集団での食事が困難な利用者には、別室での食事支援が行われている。食堂や厨房の設備については職員会議の議題で検討され、改善、購入がなされている。	

2-(2) 入浴

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。	非該当
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当

2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	C
介助は快適に行われていない。 失禁時のマニュアルは策定されているが、日々の生活に活用されていない。利用者の排泄介助に関しては、各課ごとに口頭で引継を行い、必要な介助がなされているが、排泄介助のマニュアル(安全・プライバシー・便意・尿意・失禁への対応を含む)を用意し、快適な介助のあり方を検討していただきたい。	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	C
清潔かつ快適ではない。 トイレが狭いため介助者が共に入ると、利用者のプライバシー保護に問題が生じる。カーテン設置などの対策が望まれる。利用者の人数に対しトイレの数が適正か検討いただきたい。トイレの清掃は毎日行われている。トイレに暖房設備は設置し、寒さへの対策は講じている。トイレ環境の点検・改善などの検討を定期的に行い、日常生活の支障解消に取り組む姿勢が求められる。	

2-(4) 衣服

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

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
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、不十分である。	
利用者は通所に際し着替えを持参している。利用者が着替えを希望するときは、その意思を尊重し適切な支援は行われている。作業が終了し、人の出入りが煩雑な退勤時であっても、利用者の衣服が作業で汚れていないかをチェックし、清潔な身だしなみで帰路に着けるよう、細やかな心配りと対応が望まれる。	

2-(5) 理容・美容

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。	非該当
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

2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当

2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	c
適切ではない。	
利用者全員の通院・服薬状況一覧は(氏名・健康診断の結果・病名・既往歴と通院の状況・服薬状況・平熱・血圧)整備されている。利用者の個別健康管理表(病名・体調不良時の対処方・他配慮点など)の整備が求められる。施設の感染予防対策の取り組みとして、インフルエンザなどの予防接種実施状況を確認する必要があると思われる。	
健康診断の結果、保護者に報告を必要とする場合は、看護師が個別に説明をし相談に応じている。	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	b
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が、取り組みが十分ではない。	
地域内に協力的医療機関は確保されているが、現在のところ受診実績は無い。工房の作業中、利用者の健康に不調が見られた時は保護者に連絡をし、かかりつけ医を受診するのが実態である。利用者の健康面に緊急事態が生じた場合の対応手順マニュアルは必要と思われる。	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	c
確実に行われていない。	
与薬支援同意書(薬の管理について・服薬時の支援方法)(薬の種類・薬名・与薬の時間)の記載によって、利用者全員の適切な情報を得ることができている。服薬ミス対策として、指導員は利用者の内服・外用薬の使用状況を確認し、所定の様式に従って記録する必要がある。	

2-(8) 余暇・レクリエーション

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。	b
余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。	
利用者が楽しめる内容を検討、企画、実施がなされている。事前に「ほっこり」開催の情報を印刷物で知らせ、「ほっこり」に参加する期待感を皆で共有している。地域の社会資源(町内会・盛岡市)老人部いきいき体操、スポーツ交流会、芸術活動などを積極的に活用、参加がなされている。チャリティ公演などの情報は保護者へ知らせ、チケットの取りまとめなどを施設が行っている。	

2-(9) 外出・外泊

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
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

2-(10) 所持金・預り金の管理等

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
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
利用者の意志や希望が尊重されている。 利用者の意志や希望が尊重されている。日中活動の場ということで通いの利用者となるため新聞雑誌等の購入については関与していないため判断がしづらい面はあるものの施設の昼休み等や休憩時間における余暇の観点からテレビは自由に視聴できる環境であり、利用者自治会との協議により、職員や関係機関、利用者から古本を収集して、利用者はその中から好みのものを選択し読んでいる。また、利用者の希望や体調、仕事の効率等に考慮しながら作業中に音楽やラジオを聴くなど工夫している。	
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。	a
利用者の意志や希望が尊重されている。 利用者の意志や希望が尊重されている。喫煙の対象は現在いない。20年ぐらい前にいた時は喫煙場所等の設置や禁煙にむけた指導は行っていた。今後対象者がいた場合について健康上の影響などについて利用開始時に説明し禁煙に向けた指導は行っていく方針ということである。飲酒についても基本日中活動の場であるため一切ないが、行事等において希望者には量を決めて提供するなどの施設としての対応が決められている。	