

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020年8月13日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0022
住所 札幌市手稲区手稲本町2条1丁目
4-5

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 20-001

代表者氏名 鈴木 正子



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(2)	木村 靖子	福祉医療保健	第0033号
	(3)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	生活介護			
事業所名称	こうずみ とよおか			
設置者名称	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2019年6月17日	～	2020年7月24日	
利用者調査実施時期	2019年10月15日	～	年 月 日	
訪問調査日	2020年5月29日			
評価合議日	2020年6月13日			
評価結果報告日	2020年8月13日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称： 社会福祉法人 小樽四ツ葉学園

代表者氏名： 理事長 紺野 喜一郎

所在地： 〒047-0156 小樽市桜3丁目10番1号

TEL 0134-54-7404

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回評価をして頂いた項目に関して、アドバイスをして頂いたが、何点が改善できずにいた事を読み返して改めて再認識する事が出来た。
B評価がほとんどであるが、今回頂いたアドバイスを元に1つでも評価を上げられる様にと言う思いになった。またA評価を頂いた項目に関しては評価に甘える事なく更なる向上を目指し、C評価を頂いた項目に関しては、なぜその様な評価だったのかを考え、職員一丸となって一つでも上の評価を頂ける様努力していきたい。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 2 年 2 月 20 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 小樽四ツ葉学園		
事業所名 (施設名)	こうずみ とよおか	事業 種別	生活介護
所在地	〒 046-0013 余市郡余市町豊丘町590番地		
電 話	0135-22-6591		
F A X	0135-22-6592		
E-mail	kouzumigakuen@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L			
施設長氏名	松井真吾		
調査対応ご担当者	片山裕之	(所属、職名：主任生活支援員)	
利用定員	40 名	開設年	平成 23 年 11 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>理念</p> <p>①施設利用者一人ひとりの人権を擁護します。 ②施設利用者へ良質で適切な支援と援助をします。 ③地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。 ④法人の経営基盤の強化をはかります。</p> <p>基本方針</p> <p>①個人の尊厳を順守する。 ②利用者本人の意向を十分に尊重する。 ③利用者本人の立場に立ち、心身ともに健やかに生活できる環境を提供する。 ④利用者本人の能力に応じ、自立した日常生活を送れるよう支援する。 ⑤ふつうの暮らしを送るための地域生活を支援する。 ⑥利用者本人等からの苦情の適切な解決に努める。</p>			
施設・事業所の特徴的な取組:その日の活動内容も、利用者さん一人一人の意見を尊重し、早急の委託作業が無ければ、出来る限り希望の活動を提供している。			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		2 回 (平成 27 年)	
開所時間 (通所施設のみ)	9:00~16:00 (開所土曜日は13時まで)		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

【利用者の状況に関する事項】

(令和2年4月1日現在にてご記入ください)

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
0名	1名	3名	1名	5名	4名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
1名	2名	1名	3名	0名	11名
					合計
					32名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1名	名	1名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	1名	3名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名
合計	1名	2名	3名	1名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
25名	7名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
1名	1名	名	名	名	名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	1名	1名	28名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 9年7ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(令和 2年 4月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	指導員	
常勤	2名	1名	名	1名	名
非常勤	13名	1名	名	11名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	1名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	名 (名)
介護福祉士	1名 (2名)
	名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	652.3 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	□ 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	□ 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	45年
(4) 改築年	平成	20年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	
(2) 園庭面積	m ²	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあつては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	□ 1. はい □ 2. いいえ
	耐震	□ 1. はい □ 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	□ ・大舎制 □ ・中舎制 □ ・小舎制	
(2) 建物面積	m ²	
(3) 敷地面積	m ²	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	□ 1. はい □ 2. いいえ
	耐震	□ 1. はい □ 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・令和 1年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

10人

・ボランティアの業務

行事の手伝い。

【実習生の受け入れ】

・令和 元 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0人

介護福祉士 0人

その他 0人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

「何でも意見箱」の設置。

【その他特記事項】

総評

「こうずみとよおか」(生活介護)

<評価の高い点>

1、「利用者が意欲を持てる支援」

日中活動は利用者の年齢や体力などを考慮されています。米袋リサイクルや外作業(草刈り・除雪)、野草加工やウエス作り、高齢者中心の生活活動など3つグループに分けています。季節によって、「うにパック」作成の委託作業が入る場合もあります。1つの作業を更に細分化することで利用者の強みを活かして意欲を高めています。例えば米袋のリサイクルでは、袋内に米粒が残っていないかは、細かい作業が得意な人に任せています。

高齢者で作業が難しい方には、楽しく身体機能の維持に取り組めるように、演歌・歌謡曲を使用した体操を提供して足浴とともに好評を得ています。

このように、個々の利用者が目標や意欲をもった活動・作業となるように支援しています。

2、「利用者の健康管理」

事業所では、職員が朝の連絡時や日中活動、更衣の際に視診し、体調の変化を自分から伝えられない利用者の健康状態に注意を払っています。毎日2回の検温と、医師の指示がある方の血圧測定その他、月に一度は事業所内で嘱託医による診察が実施されています。精神科・皮膚科等かかりつけ医への通院は主に看護師が担当し、通院結果は職員と共有して利用者の健康状態の把握をしています。

町内で実施される「大腸がん」「乳がん」「子宮がん」検診の希望者には職員が同行して、不安の軽減とスムーズな受診のために同席もします。

このように、嘱託医の他にも複数の医療機関との連携を取る体制を備え、平常から緊急の時まで利用者の健康を支えています。

<更なる質の向上を目指して>

1、「権利侵害防止の徹底」

権利侵害の防止に関して、虐待防止委員会を設置しています。2019 年に無記名で職員アンケート（自己チェック）を実施しました。その後、具体的な行動規範を提示し、呼称をはじめ言葉使いや支援について職員間で確認することもしました。

利用者同士のトラブルは、朝のホームルーム（利用者と担当職員の当日の予定を話し合う）で、「暴力や暴言はいけないこと」と伝えて利用者間の権利侵害に言及しています。

利用者の居住先は同一法人の入所施設やグループホームと、自宅があります。活動中にケガ等を見つけたときは、その状況を家族や職員に聞いています。権利侵害の防止に関して様々に取り組んでいますが十分ではありません。今後は、利用者の権利擁護・権利侵害についての家族等への啓発や、虐待マニュアルには、家族による権利侵害が発生した場合の対応を定めることが望まれます。

2、「研修計画もPDCAの視点をもって」

職員 1 人ひとりの研修計画として、参加対象の外部研修を勤続年数と役割で表を作成しています。この職員個別の研修計画は 2019（平成 30）年度より始まっています。しかし、事業所が求めるスキルと職員の希望等が話し合われていないので明快な目標があげられていません。今後は、上司と面談したうえで、職員個々の育成に向けた目標管理の設定が期待されます。

また、「余市幸住学園 職員研修」には「職員個々のスキルアップを図り、より質の高い利用者支援を目指そう」とあります。全職員が対象としている研修には権利擁護や虐待防止内容があります。強度行動障がい支援者養成研修には、参加倍率の厳しい状況のなか早期から派遣を試み配置してきました。しかし、全職員に研修の効果が波及するには十分ではありません。質の高い利用者支援を個々の職員が獲得していくには、前述の職員個別の研修計画の評価と見直しが期待されます。

評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

評価対象 | 福祉サービスの基本方針と組織

1-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	コメント
1-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
1	1-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	法人共通の理念・基本方針が明文化され「こうずみ とよおか」事業所内に掲示されている。年度初めと職員が新規に入職する際は理念・基本方針の説明を行っている。家族会の集まりでも説明はするが5～6名の来所なので「学園だより」を送付している。「学園だより」に理念・基本方針の記載や説明は乏しい。地域への周知には法人ホームページへの掲載がある。サービスの質向上は事業所の根幹にかかわることなので、理念・基本方針の職員への十分な周知と理解が望まれる。

1-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
1-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	1-2-(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。	b	経営状況については法人本部が税理士事務所と提携して「T-BAST」を活用して分析している。施設が所在する余市町障がい福祉計画策委員会や北後志教育委員会の委員を務めるなどして、障がい福祉サービス利用動向の把握に努めている。
3	1-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	設備面では老朽化を見越して予算立てをしている。ソフト面では人材の育成・定着を案じているが具体的な課題としてあげて策を講じるまでには至っていない。利用者の高齢化対策と事業所単位の収支は主任以上の管理職で協議している。経営課題は運営の課題でもある。共に考える検討の場を設けて、主任以下の職員へも上司として課題の周知を期待したい。

1-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
1-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	1-3-(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。	b	法人本部においては「基本経営状態等方向性」において、法人の現状の姿から事業所全体の課題を導き出している。安全性・継続性・公益性から現状を強みと弱みに分けて、それぞれ課題を抽出している。今後は、上記項目で課題となった高齢化対策や人材確保等を具体的に中長期計画にあげていくことに期待したい。

5	1-3-(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。	b	法人内事業所のスケジュールを比較と進捗管理できるように「短期計画書」が年度の事業計画書とは別に作成されている。このため、余市幸住学園拠点としての中長期計画が不明確であり、単年度計画で反映する課題もまた不明瞭である。設備や修繕費等のハード面での予算付けはあるが、日々の福祉サービスに関する質向上を目指す事業内容が希薄であるため単年度の事業計画として不十分である。今後に期待したい。
1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	1-3-(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。	b	計画の策定は事業所各班で一般職の意見を主任がまとめて管理職会議に図っている。「こうずみ とよおか」では毎年度、パイオトイレのメンテナンスがある。備品等の購入や次年度への計画見直しに職員周知や参画が十分といえるかどうかというと、そもそもの単年度の計画に福祉サービスの支援に関する内容が希薄である。日々、職員が励んでいる福祉サービスの内容となる事業計画を組織として作成することが期待される。
7	1-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	事業計画の説明は、利用者が口頭で理解しやすい行事についてが多く、紙媒体での計画書の配布はない。利用者の家族に対しては、8月開催の懇談会で事業計画について説明、参加できない家族には「学園だより」を郵送している。利用者、家族共に別紙での簡易な事業計画は作成されていない。地域に対しては法人ホームページを介しての周知はある。生活介護事業所「こうずみ とよおか」の理解を得るためにも、利用者・家族等にわかりやすい事業計画の提示を期待したい。

1-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
1-4-(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。			
8	1-4-(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。	c	5年に一回の定期的に第三者評価を受けており、今回で3回目である。この間に独自に自己評価は行われていない。また、前回の課題が必ずしも改善に向けた行動には結びついていない。組織として取り組める第三者評価の位置づけが望まれる。
9	1-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	c	定期的に受審しているが、評価結果を活かした課題解決が計画的に行われていない。法人と事業所とで、できることを分析した課題を明確にすることが望まれる。

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

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
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。	b	管理者は、職員業務分掌の図に明示され、主任以上が責務と自覚している。災害等の有事の際には、施設長を災害対策室長として連絡網が整備されている。理念・基本方針は法人共通であるが、生活介護事業所「こうずみ とよおか」の業務の責任や役割を管理者として伝えることにも期待したい。
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。	c	施設長を始め総務や主任も、コンプライアンスについてセミナー等に参加、正しい理解に努めている。改正の通知等はメール添付によるフォルダ管理や紙媒体での閲覧を職員に要請している。しかし、職員全体で権利擁護を学ぶ研修機会がない。現在、「呼称」等の徹底を改めて図っているところである。権利侵害等も含めた取組の刷新が望まれる。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	b	管理職会議で各事業所の課題を共有、対策を検討している。支援会議では利用者の個別のケースを取り上げて指導している。直近では職員個別の研修計画に着手したところである。体制として効率的な個々の職員に対する指導・助言となることを模索しているところなので、今後に期待したい。
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	経営改善としては内部・外部の監査を受けているが直接に改善となる指導はない。経理担当者が毎月、法人本部に出向き財務や経費について税理士の指導を受けている。業務の実効性が高まるように、経営的な心構えを一般職員に訓示するといった機会は特に設けていない。しかし管理者は、実務的に事務用品や備品の節約には裏紙使用や食堂へのウェットティッシュ設置を取りやめるなど小さなことから心掛けるように職員に伝えている。施設長は、幸住学園の将来的な人材確保と定着等を考慮しているので、この点も伝わるような体制を職員と共につくることが期待される。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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。			
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。	c	「短期計画書」に計画内vijonとして人材雇用の「求人」各関係学校新卒人材育成及び人材確保等を挙げている。学校訪問と法人ホームページへの求人案内掲示があり、スケジュールは6月から12月、4月と示している。法人としてはサービス提供の規模を現状維持とするにしても、具体的な人員体制に関する計画が望まれる。
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	福祉資格取得の推進として特定処遇改善や特別昇給を設けた。職員の職務に関する評価の基準や人事基準はない。キャリアパスの仕組みはないが、職員個々の研修計画に着手したところである。今後のキャリアパスにつながる基準の作成が望まれる。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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。	c	有給休暇や産休・育休の取得が保障され、メンタルヘルスチェックは行われていないが健康診断等も適切に実施されている。管理者と職員個々の面談が実施されないことで、個別の意向が把握されていない。これに替わる相談窓口の設置もないので職員の意向の傾向も不明となっている。職員がより意欲的に利用者支援に取り組める働きやすい職場づくりのためには、労務管理に留まらない職員の意向等を聞き取ることが望まれる。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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	職員1人ひとりの研修計画として、参加対象の外部研修を勤続年数と役割で表を作成している。職員からの申し込みも受け付けるが事業所の状況により上司が出席を進めることが多い。職員個別の研修計画は2019（平成30）年度より始まっている。事業所が求めるスキルと職員の希望等が話し合われていないので明快な目標があげられていない。育成に向けた目標管理の設定が期待される。
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。	b	「余市幸住学園 職員研修」には「職員個々のスキルアップを図り、より質の高い利用者支援を目指そう」とある。全職員が対象としている研修には権利擁護や虐待防止内容がある。強度行動障がい支援者養成研修には、参加倍率の厳しい状況のなか早期から派遣を試み配置している。しかし、全職員に研修の効果が波及するには不十分である。質の高い利用者支援を個々の職員が獲得していくには、個別の研修計画の評価と見直しが期待される。
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。	b	外部研修の伝達として、復命書に簡潔なコメントの記載と会議での発表がある。初任の職員にはキャリアアップの初任者研修がある。施設独自の研修までではないが、10年勤続のベテラン職員と組ませたOJT（職場内訓練）を2か月程度行っている。施設では、特に新規入職の職員を育成する必要と、参加した研修の実効性を活かしたいと感じている。今後に期待したい。
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。			
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	「実習生受入規定」を基本に専門学校等から保育実習を主に受け入れている。規定は平成28年より見直しが無い。インターン等も含めた実習生受入の体制を見直す際には、福祉事業所としての社会的責務のひとつとして、受入れの姿勢を明確にすることを期待したい。また、社会福祉士は実習指導者研修を受講すると指導者として社会福祉士の実習生を迎えることができる。後進育成のために受講することが期待される。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
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	法人のホームページに、情報公開のページを設けて必須と任意の事項として各種の書面を掲載している。事業報告はあるが事業計画の掲載がない。計画と報告の両方があると比較が可能なので、より運営の透明性が担保される。また、更に適切な情報公開としては、利用者の意見・要望・苦情の状況をプライバシーに配慮したかたちで掲載することにも期待したい。
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	内部監査の他、外部監査が行われている。会計処理は税理士により担当職員が法人本部に出向き、毎月指導されている。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
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	町内会に加入しており、元旦には神社で職員が御神酒を注ぐ係も任されている。利用者支援で屋外に出かけることが多く、近隣住民と利用者は顔見知りである。部落（地域単位）で夏季には用水路の草刈りがあるが、利用者の高齢化で参加が減っている。事業所は、地域へ利用者が出向き参加できるような情報提供や支援について検討しているので今後期待したい。
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。	b	利用者が楽しみにしている行事には多くのボランティアが専門学校等から来ている。長年にわたり個人で活動する理容ボランティアもいる。本項目は小学校の職場見学、中学校の職場体験、高校のインターンシップを含む。受け入れ態勢の見直しの際には、トラブル回避のリスク管理ともなるので手順書の見直しを期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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	病院、行政機関等の連絡先リストは事務所に置かれ、自立支援協議会に参加することで様々な連携先とつながるようにしている。利用者の事例によって連携する機関はあるが、担当職員の関りに終始して他の職員の情報共有によって支援の幅を広げていくところまでには至っていない。利用者の高齢化対策や活動領域を拡充するためにも社会資源の体系化と連携が期待される。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	<p>b</p> <p>北後志教育委員会に職員が委員として出席して児童の教育・療育に障がい者支援の視点を提供している。「こうずみ とよおか」敷地内にヘリポート着陸地として登録が継続しており、この5年間で1件の緊急搬送の実績がある。本体施設内にボランティアルームの設置があり、体育館の開放も検討したことはあるが、周知に至っていない。利用者と近隣住民が顔見知りであり、長年の活動から福祉施設として災害時の福祉避難所の指定になっている。但し地域還元としては取組が不十分である。地域住民を啓発する活発なコミュニケーションにつながることを期待される。</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。	<p>b</p> <p>地域の福祉ニーズを把握するための方策は取っていないが結果としてニーズを把握するかたちになっている。例として、広域の相談支援センターでの連携や地元雇用のパート職員の会話、地域行事等の活動からである。しかし、これらから具体的な活動には至っていない。今後は余市町或いは北後志地区において福祉向上の役割を果たすために、何らかの公益的な事業・活動となることを期待される。</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

		第三者評価結果	コメント
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
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。	b	<p>運営規定には、利用者の人権を擁護するにあたり職員が行ってはいけない行為が具体的に記されている。職員の間では障がい者の権利について話し合う機会は多く、叩く・引っ掻く等の危害行為に対しては、本人の手をタオルで包む等の対応を周知している。2020年2月に弁護士を講師に権利擁護に関する施設内研修を実施、同年4月には「虐待防止チェックリスト」にて職員の自己チェックを行っている。その結果を踏まえた組織的な取組や「こうずみとよおか」内での人権尊重の勉強会の開催などが期待される。</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。	b	<p>職員ひとり一人が利用者の権利を擁護する姿勢を堅持するために、法人としては「虐待防止マニュアル」を策定し弁護士を招聘しての研修会を開催している。余市幸住学園系列事業所共通のものとして「プライバシー保護マニュアル」がある。事業所送迎時の鍵の保管場所の守秘についてや、事業所の見学者に対して、利用者のプライバシーを配慮してもらうよう説明する等が記されている。プライバシー保護は、個々の利用者が活動中に他者に干渉されることなく心地よく過ごせるという視点も重要である。そのためには、日常の支援の中で、職員が配慮すべき内容も盛り込んだマニュアルの整備が期待される。</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。		
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。	<p>b</p> <p>相談支援事業所等からは、年間10件程度問い合わせがある。見学も対応しており施設案内時に希望などを聞き取り、日中活動の体験利用、短期入所の利用等の調整を行っている。ホームページは法人の本部において一括で更新しており、問い合わせ先についても法人本部となっているので積極的な情報提供としては十分ではない。生活介護事業所「こうずみとよおか」を利用するにあたっての条件や手続方法、利用料、相談時の対応者やその内容など、生活介護サービスの利用を希望する方やその家族等がホームページを閲覧することを想定した情報発信が期待される。</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。	<p>b</p> <p>相談支援事業所等を通じて利用相談があった場合は、施設の系列の事業所を案内する中で生活介護事業所「こうずみとよおか」がよいのかをじっくり希望を確認している。体験的にサービス内容の理解ができるように送迎も含めた利用を提案している。体験利用後は、相談支援事業所の相談員や対応した職員、家族などの意見を聞き取り調整する中、サービスの利用を開始している。家族に対しては、「重要事項説明書」を使用して説明を行っている。しかし、説明や同意としては不十分である。様々な工夫を重ねても利用者の意向が確認できず契約を締結することが困難な場合は、成年後見制度等の利用についても検討することが期待される。</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。	<p>b</p> <p>65歳の介護保険の対象者となったことをきっかけに保険者（住民票のある市町村）より、日中における事業所変更の検討が求められる場合がある。事業所は、介護保険の包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーに連絡をとり、ディサービスの見学時も含め情報を提供している。居住場所は同じ法人の系列事業所であることから利用者は日中の事業所変更後もリケーションダメージ（急な環境変化で病状等が悪化すること）を防ぐことができている。このようにサービスの継続性に配慮しているが十分ではない。事業所変更時の対応方法や引継ぎの手順、移行後の相談窓口など事業所としての標準的な手順書等の作成が期待される。</p>

III-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	<p>b</p> <p>毎朝のホームルーム（利用者と部屋担当職員が当日の予定を話し合う）で意見を述べる時間を設けており、レクリエーションの内容についても利用者の意見を取り入れている。言葉でのやり取りが難しい場合は、筆談や身振り手振り等のジェスチャーも取り入れ意向を確認している。自宅からの利用者は連絡ノートを作成して家族からも希望を聞き取る工夫をしている。このように利用者満足を上昇させることに努めているが取組としては十分ではない。今後は仕組みを整備していくためにも、職員から積極的に声をかけたり、言語でのやり取りがなくても見てわかるイラストなども活用し、定期的に利用者の満足度に関する調査の実施が期待される。</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。		
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。	<p>c</p> <p>苦情受付者、苦情解決責任者、第三者委員については重要事項説明書に記されている。連絡先は事業所内に掲示されているが、既存のポスターなので利用者には読みにくいこともあり、苦情受付者への申し出はない。ポスターは、図やイラストを用いるなど利用者にとって、わかりやすい掲示方法が望ましい。また苦情解決責任者は理事長となっているが、苦情の有無や内容、対応等は職員へ伝えられず、公表もない。これでは苦情解決の仕組みが確立しているとはいえない。現存する「要望・苦情対応マニュアル」に沿った苦情解決の対応と結果の公表が望まれる。</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。	<p>b</p> <p>作業は3班に分かれており、担当職員は一人の利用者に対して複数ついている。緩やかな時間の流れの中で一緒に作業をしていることから利用者にとっては相談しやすい環境となっている。障がいの特性に合わせ、写真やメモ用紙などを活用し、相談・意見を言っていることを理解しやすくする工夫を試みているが途上である。今後は、利用者にとって相談しやすい環境の整備と利用者周知について定期的に検討することが期待される。</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。	<p>b</p> <p>日常的な要望・意見は生活介護事業所の担当職員が聞き取り、内容によっては迅速に対応している。対応に時間がかかる場合は、ケース検討会議を開催し対応方法検討しているが十分ではない。利用者の、意見や要望などが十分に吸い上げられているのかを定期的にアンケートを実施して、利用者の意見を生活介護事業所「こずみ とよおか」として把握することが期待される。</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。		
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。	<p>b</p> <p>リスク管理の担当者を決められ、ヒヤリハットと事故報告書は同一の書面にて集約されている。改善策などは2カ月に1回の支援会議において職員に周知している。事故発生時の安全確保のために、緊急で対応が必要な場合は主任を中心に指示を出し必要な対応を行っている。しかしヒヤリハットと事故報告の分類基準がなく統計や分析が不十分である。今後は、リスクマネジメントの職員研修の開催が期待される。</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。	b	感染症に関しては「感染症予防大綱」「感染症発生時施設内体制」「衛生管理台帳」が整備されている。施設内感染は10年ほど起きていないが、実務的な職員研修は近年は開催していないので一抹の不安がある。事業所内は、1日2回の消毒を徹底している。利用者も朝夕2回検温を行っている。利用者はほぼ系列内の事業所から通所しており日常生活状況の把握が容易である。感染対策は系列施設全体で対応策を検討している。障がいの特性から、精神面での負担が大きくなり過ぎないように手洗いの指導を行いつつ、職員が都度手指にアルコール消毒液を塗布する方法で統一した。感染者が発生した場合の対応も既に話し合いがなされている。こうした経験を活かした感染症マニュアルの見直しが期待される。
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組織的に行っている。	b	令和2年2月に、ハザードマップに基づき、地震、火災、風水害の被災を想定して「非常災害対策マニュアル」を策定している。震度5以上の地震、他大災害時には「災害対策室」の設置を規定しており組織体制、必要機材、任務分担が明記されている。避難訓練も消防署と連携し年二回実施している。緊急連絡網、職員参集基準、情報の収集方法などがマニュアル内には盛り込まれている。しかし、携帯電話が不通になる等の過去の経験がある。具体的な運用方法や、自宅から通所している利用者家族との連絡方法について見直すことも期待される。

III-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
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	障がい者支援施設余市幸住学園・生活介護事業所こうずみ とよおか・就労継続支援B型事業所こうずみ・共同生活援助事業所こうずみメールの支援マニュアルや手順書を一冊にまとめ、毎年度当初に全職員に配布している。手順書は事業所ごとに詳細に作成されており職員の利用者情報の共有を容易にしている。サービスの標準的な実施方法については、各事業所共通のものとなっている。支援マニュアルは、利用者の権利を擁護する視点に立ち、配慮することを具体的に示し、これを遵守することでサービスの質が担保される。しかし、マニュアルが全事業所共通であるがために、これに基づいた支援としては十分ではない。事業所ごとに、設備環境や支援の目的も異なるからである。事業所の特性に合わせたマニュアルの整備が期待される。
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	年度当初に事業所のサービス管理責任者が中心となりサービス手順書等の改訂は行われ、全職員が集合し説明会を行っている。標準的なサービス実施マニュアルについては、定期的な見直しは十分ではない。個別支援計画のモニタリングなどの結果を受け、個々の職員のサービス内容にばらつきが確認された場合、それを組織として吸い上げ検証、組織全体としての標準的なサービスの在り方を見直すことが期待される。

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。		
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。	<p>b</p> <p>事業所の特性に合わせアセスメント項目を独自に決め専用のアセスメント様式を作成している。個別支援計画については、担当者が毎月経過記録にモニタリング内容は記録しており、それをもとに半年に一回モニタリング表を作成している。利用者は系列の他の居住施設に住む者が多く、家族からの具体的な希望は少ない。アセスメント時は日中活動の担当者、居住施設の担当者、医務、栄養等の各専門職からも情報を収集し担当者がアセスメント表を作成している。個別支援計画の原案をもとに、サービス管理責任者と担当会で会議を開催し家族には郵送にて同意を得ることが多い。しかし、個別支援計画策定の体制としては不十分である。サービス担当者会議には多職種を招集し複合的な利用者像の確認と目標の設定、各専門職の役割分担などが盛り込まれた個別支援会議の在り方が期待される。</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。	<p>b</p> <p>毎月、個別支援計画に対するモニタリングの内容は経過記録に担当者が記入し半年後にモニタリング表を作成、状況に変化があった場合はアセスメントを実施し個別支援計画を見直している。変更の必要がない計画については更に半年後には再アセスメントを行い新しい個別支援計画に変更している。この一連の流れは定着しており、事業所の担当者は日頃から準備を整えている。経過記録は事業所間で共有されていることから日々の情報の共有は容易となっている。しかし、個別支援計画の実施状況の評価と計画の見直しとしては十分ではない。多職種が一堂に会して多方面からの検討を可能にするサービス担当者会議の検討が期待される。</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。		
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。	<p>b</p> <p>職員は本体施設に出勤、利用者の経過記録も本体施設パソコンに入力しており、活動場所や担当職員が違っても容易に情報が共有できている。経過記録には毎月のモニタリング内容も入力しプリントアウト後、上司に決裁を回し個々のケース記録に綴られている。アセスメント表、個別支援計画、モニタリング表は経過記録とは別にファイリングし、個別支援計画の検討会議録は全員分をまとめて綴るなど書面により保管方法が分かれている。このため第三者にはわかりにくいシステムとなっている。職員間での利用者情報は単なる共有に留まらない個別支援計画の見直しにも重要である。書面には日付漏れなどもみられたため、記録要領の作成やチェック体制の構築、記録に関する職員研修の開催を期待する。</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。	b	重要事項説明書には利用者の保管している記録の種類と開示方法について記されている。記録の保管はサービス提供完了から5年間と規定しているが、特に廃棄規定はなく記録は別棟においてすべて保管されている。就業時間中の職員の携帯電話の所持を原則禁止しており、SNS（ソーシャルネットワークサービス）などによる情報漏洩事故防止に努めている。しかし、情報管理としては十分とはいえない。個人を特定できる情報の保管方法については、取り扱う職員の範囲の明確化、情報の集約場所、管理状況の点検など組織としての対応方法の検討と規定の見直し、定期的な職員研修の開催が期待される。
----	------------------------------------	---	---

評価対象 障がい者・児施設 内容基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
1-(1) 自己決定の尊重			
A1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b	生活介護では、作業や活動などを細分化し、自己選択できる機会を提供している。当日の作業・活動内容は毎朝のホームルーム（利用者と担当職員の当日の予定を話し合う）で伝えているが、利用者の心身の状況によっては、本人の了解を得て柔軟に対応している。行事実施報告書には、利用者への参加を強要していないか、積極的に参加できるような工夫をしたか、身体状況を考慮したか、の確認項目がある。また、公民権参加の際には送迎している。このように、自己決定を様々な形で支援しているが取組としては十分ではない。利用者に人権意識や主体的な活動について理解できるように説明・支援することが期待される。
1-(2) 権利侵害の防止等			
A2	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c	権利侵害の防止に関して、虐待防止委員会を設置し、職員アンケート（自己チェック）を実施している。また具体的な行動規範を提示し、呼称をはじめ言葉使いや支援について職員間で確認している。利用者同士のトラブルは朝のホームルーム（利用者と担当職員の当日の予定を話し合う）を利用して、暴力や暴言はいけないことと伝え、権利侵害に言及している。利用者の居住先は同一法人の入所施設やグループホームと、自宅がある。通所時にケガ等があったときは、理由や状況をそれぞれの家族や職員に状況を聞いている。自宅から通う利用者の家庭での状況については、送迎時の家族との会話等で把握している。権利侵害の防止に関して様々に取り組んでいるが十分ではない。今後は、利用者の権利擁護・権利侵害についての家庭への啓発や、虐待マニュアルには、家族による権利侵害が発生した場合の対応を定めることが望まれる。

A-2 生活支援

2-(1) 支援の基本		
A 3	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a 半年ごとに個別支援計画書を見直し、生活習慣・社会スキル・コミュニケーション等の項目ごとの自立度を確認している。作業や日中活動は、一人ひとりの利用者が集中できる時間を設定し、見守りの姿勢を基本としている。毎週水曜日には爪切り・耳掃除等の衛生面の支援をしており、身だしなみや清潔の保持を習慣化し、身に付く利用者が増えている。外出先では声掛けをしないとトイレへ行けない利用者には、誘導や「今、トイレに行きたいですか?」といった声掛けを工夫することで、自発的なトイレ利用が可能になるなど、生活習慣付けによるADL（日常生活動作）の獲得を支援している。
A 4	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	a 利用者には担当職員制を取り、それぞれの利用者の心身の状況に応じてコミュニケーションをとっている。ジェスチャーを始めとする聴覚障がいのある方や特徴のある表現は、職員間で共有している。視覚への情報提供が効果的な方には、本人が作業している写真を使って、手順の説明をしている。また、視覚障害者へは、前方から静かに名前を呼びかけてから支援したり、食事の際は料理の内容や位置を伝えている。言葉のない利用者には、絵カードや写真を使用し意思の疎通を図っている。
A 5	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b 本人からの申し出にはその都度時間を設け、相談等に応じている。自宅から通う利用者は送迎中の車内での相談が多く、内容によっては連絡ノート等で家庭に伝えている。「余市幸住学園」入所者・グループホーム入居者の相談内容は、通所する事業所の職員と共有している。また、レクリエーション参加時に本人の思いを聞いている。このように、本人の意思を尊重した支援や相談を行っているが十分ではない。玄関には、第三者委員や公的機関の申出先を周知する掲示物があるが、わかりにくいので定期的な説明が期待される。また、自らの意見を積極的に表現できない利用者への相談支援等も期待される。
A 6	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	a 日中活動は利用者の年齢や体力を考慮し、米袋リサイクルや外作業（草刈り・除雪）のグループ、野草加工やウエス作りのグループ、高齢者中心の生活活動グループの3つに分けている。季節により、委託作業が入る場合もある。1つの作業を細分化し、例えば米袋のリサイクルでは袋内に米粒が残っていないかは、細かい作業が得意な方が担当して本人の強みを活かしている。高齢で作業が難しい方には、演歌・歌謡曲を使用した体操や足浴を提供し、身体機能の維持を図っている。

A 7	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b	聴覚、視覚など重複障がいのある利用者や、高齢で車椅子の方も複数名いる。モノへのこだわりが強い方には、環境を工夫することで精神的な安定を図っている。年齢や体力的に作業ができなくなった方には、本人の尊厳を傷つけないよう活動の内容変更を伝えている。その後、試用期間の段階を経て入所施設の生活介護へサービス変更したケースと逆のケースがある。認知機能の低下が疑われる方もいることから、高齢者介護の研修の事業所内実施や、外部研修を伝達することで、障がいへの理解や支援の専門性の向上を図ることが期待される。
2-(2) 日常的な生活支援			
A 8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a	食事、排せつ、移動等の生活支援は個別支援計画に沿って提供され、心身の状況によって柔軟に対応している。給食は外部業者の弁当で、食事形態や減塩食の選択ができる。また、カロリー制限のある方には、職員が弁当を減量している。食品衛生上、外部業者から弁当の再加熱は禁止されており、適温での提供ができないが、味噌汁は事業所内で調理している。弁当のメニューに利用者の意見は反映できないが、行事食の際には希望を聞き、焼き肉パーティ等を行っている。排せつ介助はプライバシーに配慮して行い、必要時はシャワー室も使用できる。送迎サービスでは、車椅子利用者のために、リフト付き車両も用意されている。
2-(3) 生活環境			
A 9	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a	「こうずみ とよおか」は閉校した小学校を利用しており、教室や体育館、廊下など木造校舎の温かみが残る。作業場・休憩室には室温計を置き、加冷暖房機・加湿器を設置して環境を整えている。熱中症には特に注意を払い、高齢者の多いグループからエアコンを導入した。ソファや折り畳みベッドのほか、たくさんの児童図書がそのまま置かれた廊下にも複数の椅子を置き、休憩スペースとしている。新型コロナウイルス対策前から、衛生には十分に留意しており、玄関での手指消毒、都度の手洗い、うがい薬の利用などは利用者の習慣となっている。動線上の障がい物を除く清掃により、視覚障がいのある方も高齢の方にも移動が安全となるようにしている。
2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A 10	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b	利用者の身体機能の維持を目標に、室内外のウォーキングに取り組んでいる。室内歩行ではコースを設定し、1週ごとにスタンプを押して意識付けを図っている。好天時の散歩は職員が車で並走し、車いす利用者は途中で乗車するなど利用者の体力に応じている。利用者同士の励ましや意欲につながり、歩行器や手すりを部分的に使用して筋力維持を図っている車いす利用者もいる。月に2回、音楽療法士を招き、楽器演奏やリズムに合わせた運動でQOL（生活の質）の向上を図っている。利用者の3割以上が65歳以上と高齢の方が多いため、今後は介護予防や認知機能訓練の実施も期待される。

2 - (5) 健康管理・医療的な支援			
A 11	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b	<p>利用者の体調は毎朝の送迎時に、家族や居住先の職員から引継ぎを得て視診し、可能な場合は本人から聞き取りをしている。感染症対策のため、通所前には体温の測定を依頼している。事業所では、毎日2回の検温と医師の指示がある場合は血圧を測定している。月に一度、「余市幸住学園」で実施している診察を受けているほか、希望者にはインフルエンザ予防接種も実施している。職員は、救急救命講習を定期的に受講して緊急時の対応に備えている。自宅から通所している方の通院は主に家族が同行しているが、依頼があれば対応して服薬情報や通院結果を家族と共有している。このように、利用者の状態把握と急変時の対応を日常的には行っているが十分ではない。今後の通所事業の課題としては、災害時など帰宅困難な場合を想定し、予備薬の保管について家族の意向を確認することが期待される。</p>
A 12	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	b	<p>利用者の服薬は、通所時に1回分ずつ持参してもらい、医師の指示のもと配薬している。臨時薬についても、医師の処方を受けている。慢性疾患については個別支援計画に病名・服薬名が記載されている。2年前の与薬事故をうけ「服薬管理マニュアル」を再検討し、利用者名・日付・薬包数、与薬後の口腔内を複数の職員で確認している。その後、事故は発生していないが、管理体制としては十分ではない。利用者の処方薬は日中薬のみならず、朝夕服薬している薬を含め、目的や効果、副作用などを把握することが期待される。</p>
2 - (6) 社会参加、学習支援			
A 13	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b	<p>利用者の社会参加としては、歩くスキーやパークゴルフなどの障がい者スポーツ大会がある。しかし、休日の開催や、遠方の会場が多く、積極的な支援には及ばない。学習としては、行事の旅行や余市神社のお祭り時に、社会ルールを学んだり、金銭を使用する機会がある。近隣の特別支援学校の行事参加や、余市町の体育館利用をしていたが、近年は利用者の希望がない。利用者の興味や意欲を引き出すためにも、他法人の相談事業所や自治体と協力・連携して社会資源の情報を得て、利用者に分かりやすく伝えることが期待される。</p>
2 - (7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A 14	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b	<p>自宅から通う利用者は、将来、家庭からの自立を想定し、余市幸住学園のショートステイ体験を重ねている。ショートステイでの生活習慣や日常生活の流れを当事業所「こうずみ」でも共有し、課題を個別支援計画に反映している。余市幸住学園とグループホームの利用者は、同一の支援記録から必要な支援の記載がある。グループホームや地域生活でのサービス継続利用について必要な情報提供はパンフレット配布にとどまっており、十分とは言えない。利用者のニーズに沿った地域生活の情報提供や具体的な生活環境の支援を提示したうえで、本人の意向を確認することが期待される。</p>

2 - (8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A 15	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b	自宅から通う利用者家族との連携は、毎日の連絡ノートや送迎時の体調確認などで細やかにやっている。連絡ノートには家族情報や相談が記載される場合もあり、プライバシーに配慮して対応している。送迎や通院同行依頼には柔軟に対応している。在宅利用者以外の家族にも面談や電話連絡で近況を伝え、ふれあい祭りや運動会等の行事での交流もある。利用者の急変時など、緊急連絡先を明確にしているが、高齢になった家族も少なくない。今後は、家族亡き後の生活や支援が本人の不利益とならないよう、家族へ後見人制度の情報提供などを行うことが期待される。

A - 3 発達支援

3 - (1) 発達支援			
A 16	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に 応じた発達支援を行っている。		評価外

A - 4 就労支援

4 - (1) 就労支援			
A 17	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した 就労支援を行っている。		評価外
A 18	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等と なるように取組と配慮を行っている。		評価外
A 19	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支 援等の取組や工夫を行っている。		評価外