

## 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	共同生活援助			
事業所名称	こうずみメープル			
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6月25日			
評価合議日	2020年7月4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 鮎野 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

各ホームの特色に合わせた利用者支援を評価して頂けたのは嬉しく思います。これからも利用者さんひとりひとりに合わせた支援、環境を提供出来るよう努力していきます。「権利侵害、防止の徹底」についてはホームに関わる全ての職種、役職で共有していくものとして内部研修、ケース検討、マニュアル整備を通して実現して行きたいです。ホームに関わる業務は「ひとり仕事」の多い業務です。職員ひとりひとりの意識の向上、質の向上を目指す取り組みも確立し、実践していけるよう努力します。

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 6 月 5 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 メープル	事業 種別	共同生活援助
所在地	〒 046 - 0025 余市郡余市町富沢町3丁目47番地		
電 話	0135-21-4125		
F A X	0135-21-4126		
E-mail	kouzumigakuen@otaru-votsuba.or.jp		
U R L	http://otaru-votsuba.or.jp		
施設長氏名	松井 真吾		
調査対応ご担当者	檜山 功二 (所属、職名： こうずみメープル 生活主任 )		
利用定員	36 名	開設年	平成 18 年 10 月 1 日
理念・基本方針： 【理念】 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。 【基本方針】 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。			
開所時間 (通所施設のみ)			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成 27 年 )		

**【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 5 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
名	名	名	名	名	6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
0名	2名	2名	4名	1名	15名
					合計
					30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	名	名	1名	名	1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	1名	1名	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）	名	1名	名	名	名	1名
合計	1名	2名	名	1名	名	2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
19名	11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
名	名	3名	名	5名	16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	名	名	名	6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： 5年6ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年4月25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	世話人	支援員
常勤	3名	1名	名	名	2名
非常勤	18名	名	名	13名	5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	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	1名(名)
介護福祉士	1名(名)
保育士	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（ホーム名 こうずみメープル）

(1) 建物面積	185.41 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	15年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみポプラ）

(1) 建物面積	269.96 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	23年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみさくら）

(1) 建物面積	118.325 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	48年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合（ホーム名 こうずみひのき）

(1) 建物面積	71.28 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	42年
(4) 改築年	平成	23年

## ○成人施設の場合（ホーム名 こうずみけやき）

(1) 建物面積	267.67 m <sup>2</sup>		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	52年	
(4) 改築年	平成	年	

## ○成人施設の場合（ホーム名 こうずみオリーブ）

(1) 建物面積	125.04 m <sup>2</sup>		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	12年	
(4) 改築年	平成	25年	

## ○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>		
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>		
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、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	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(2) 建物面積	m <sup>2</sup>		
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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）

0 人

・ボランティアの業務

**【実習生の受け入れ】**

・令和 1 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。

事業所内に何でも意見箱を設置してある。また、ホームルーム（利用者と担当職員の朝の話し合い）時に利用者さんからの意見等聞き入れている。夏休みに利用者リクエスト行事の企画を行っている。

**【その他特記事項】**

## 総評

### 「こうずみメープル」(共同生活援助)

#### <評価の高い点>

#### 1、「利用者に応じた居住設備」

グループホーム「こうずみメープル」は、男性用ホーム4棟と女性用ホーム2棟で構成されています。男女各1棟は、高齢者の利用者が多く暮らすホームとなっていて、車いす用に昇降可能な洗面台や、昇降便座と手すり付きのトイレがあり、男性ホームには吊り上げ式リフトを導入した浴室も設備されています。呼び出しブザーが各部屋にあり、夜勤者が配置されています。掃除や洗濯を自ら行う利用者が居住するのは、2LDKが2部屋あるホームです。自炊も可能ですが、希望があれば同法人のグループホームでの食事も自由にできます。同法人の就労支援B型事業所で銭湯を運営している建物の2階にもホームがあり、階段の昇降に問題のない利用者が居住しています。

年齢からくる身体機能の低下や自律を重んじるなどの利用者個々の状況に応じたホームで、安心・快適な生活環境を過ごせるよう、設備や支援が提供されています。

#### 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。

## <質の向上のために求められる点>

### 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。

入浴介助中に身体の傷を発見したときは、理由や状況を本人に聞き、必要時には日中活動の事業所職員に確認をしています。テレビのニュースを通じて権利侵害に係る事件があった際には、利用者に権利擁護・権利侵害を理解できるようにお話ししています。

しかし、取組としては十分とはいえません。虐待等の権利侵害の防止や、発生時の対応を統一するために、利用者に対して身近な具体例を周知する工夫が望まれます。更に、世話人・夜勤者も含めた職員研修の実施も望まれます。

### 2、「地域生活充実のための連携や協力」

利用者の社会参加としては、年に2回の町内の清掃や地域行事に参加しています。日常的な社会との接点には買い物や通院などがあります。利用者の外出には、ほとんどの場合、職員の同行が必要ですが、人員不足もあり積極的な地域生活への支援とはなっていません。

いつの日か、職員の同行も少なくなつて利用者が街へ出かけることができるようになるには、障がいのある者と地域社会との関係性を促進する必要があります。同時に、利用者がさまざまな社会参加とその体験を重ねられるように、当人の関心を引き出す支援も大切です。事業所の人員不足で利用者の地域生活が狭められることがないように、居宅介護事業など社会資源の活用について、相談支援事業所や余市町と協力・連携することが期待されます。

### 3、「研修計画もPDC A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も期待されます。

# 評価細目の第三者評価結果(障がい者・児施設)

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

### Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
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。	b	グループホームは、男性が入居している「けやき」「ぼぶら」「さくら」「ひのき」、女性が入居している「メープル」「オリーブ」の合計6棟がある。居間には、法人の理念・基本方針が掲示されている。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おり、世話人・夜勤者それぞれの会議の席で個別に説明を行っている。家族会の集まりには来られない方が殆どなので「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。サービスの質向上には事業所の根幹にかかわることなので理念・基本方針は、世話人・宿直夜勤員も含めた全職員への周知に留まらない理解が望まれる。

### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
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。	b	自立支援協議会には居住部会があり、グループホームの主任が参会している。養護学校や特別支援学級教員の見学会を受け入れている。これらにより、北後志管内の情報を収集している。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	Ⅰ-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	経営課題は法人本部のリーダーシップによる。事業所の具体的な取り組みとしては高齢化対策である。グループホームによっては利用者は高齢になって介助の度合いが増えてきている。ハード面ではトイレの手すりを取り付けることで利用者と職員双方に負担が軽減された。ソフト面では介助力だけではない利用者間の人間関係にも気遣って介入できる支援力をつけたいと事業所は考えている。支援員に限らず世話人や夜勤者も対人援助職である。役割分担があるとしても、改めて共に学ぶ姿勢が期待される。

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	10年前の新体系移行では施設からグループホームへの移行を進めた。しかし、以降は積極的な地域移行は進めていない。当時の利用者が高齢化して介護度が増している。この対策は法人本部で各事業所共通の課題としてあがっている。具体的に解決を図るためには、中長期計画に余市幸住学園拠点として積極的に案をあげていくことが期待される。
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る。ゆえに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。しかし、急速な高齢化によってグループホームに空き部屋ができた場合の予算執行などを考えても事業計画の内容が不十分である。今後の拠点としての余市幸住学園拠点の中長期計画を反映する単年度計画に期待したい。
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	計画の策定は各グループホームの世話人・宿直夜勤員を含めた職員の意見を主任がまとめて管理職会議で図っている。グループホームでも毎年度、何らかの改修整備と福祉用具を備えている。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点、そもそも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なので話し合いの議題としても難しい。福祉サービスの内容的な事業計画作成を組織として取り組むことが期待される。
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	利用者への事業計画の説明は、居室へのクーラー設置やソファの交換や、行事開催時に行い、紙媒体での配布はない。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、家族共に別紙で分かりやすい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。「グループホーム・メープル」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。

Ⅰ-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
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。			
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。	c	5年に一回の定期的な受審で今回で3回目である。前回に実施したグループホーム世話人・夜勤員・支援員対象の自己評価チェックリストにより、呼称や居室に入る際のノックは定着していた時期がある。しかし、以降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	Ⅰ-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、グループホーム・メープル業務の役割と責任を文書化することで、世話人・夜勤者も含めた全職員へも伝わることを期待したい。
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。	b	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。世話人・宿直夜勤員の研修が乏しいので「呼称」等の徹底を含めて権利擁護に関して再確認することが期待される。
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助言となるようにしている。直近では職員個別の研修計画に着手したところであるが、世話人・宿直夜勤員に対しては未着手である。かつては「地域で暮らす」を推進するグループホームであった。利用者の高齢化で介護度が増したホームもある。これらを勘案した体制の見直しと世話人・宿直夜勤員を含めた全職員の研修の実施に期待したい。

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表明するといった機会は特に設けていないが、実務的に事務用品や備品の節約には裏紙使用など小さなことから心掛けるように伝えている。業務の実効性を高めるためにグループホームの支援員だけではなく世話人・夜勤者の意見も取り入れている。防犯カメラはないので赤外線センサーマットで内外の人の出入りを把握できるようにしている。施設長は、グループホーム・メープルを含めた拠点・余市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	2020年6月現在、一つのホームで1名の募集があり、世話人・宿直夜勤員を含めた支援員の勤務は定着している。人材確保に関しては、法人本部が「短期計画書」に計画内vijonとして各関係学校に新卒人材の募集を行っている。この他、余市町のハローワークにも働きかけている。スケジュール上では6月から12月、4月と示しているが、より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が世話人・宿直夜勤員の計画までではない。それぞれの業務に応じた評価基準や、職員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の実施はないが健康診断等が実施されている。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要望も不明となっている。世話人・宿直夜勤員に対しては主任が話を聞くようにしているが仕組化までにはなっていない。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。	<p>c</p> <p>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は、世話人・夜勤者を含めた全職員に対して行うことが望まれる。</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。	<p>b</p> <p>「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。より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。</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。	<p>c</p> <p>外部研修の伝達は、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はないが、10年勤続のベテラン職員と組ませたOJT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。グループホーム運営には世話人・宿直夜勤員を含めた支援員のスキルアップが欠かせないので、研修の機会を確保することが望まれる。</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。		
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。	<p>b</p> <p>「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。後進育成のために社会福祉士を所持する職員の受講が期待される。</p>

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。	<p>b</p> <p>法人のHP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。</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	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グループホームの利用者はごみ拾いなどに参加している。港まつりの花火大会などを住民と楽しみ、直近ではコンビニエンスストアの協力を得て移動販売とヨーヨー投げゲームを催した。高齢化したホームもあるが若い世代のホーム利用者もいる。町内会自体も高齢化しており活動が減少気味ではある。しかし、余市幸住学園拠点としては、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に期待したい。
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	グループホームとしてボランティアの受け入れはしない。本体施設では、行事のボランティアが専門学校等から訪れ、また、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。障がい者が地域で暮らすノーマライゼーションといった地域啓発には、グループホームの見学程度でも機会を設けることを期待したい。
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本体施設に置かれている。自立支援協議会の居住部会に主任が参加している。グループホームから町営住宅に移行した事例があり利用者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いるため、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。利用者の施設変更や地域移行、そして地域との交流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>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。また、災害時の福祉避難所の指定となっている。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施設としての視点を提供している。グループホームは住宅街にあり、利用者と地域住民との距離は近い。このことを活かして、グループホームとして、障がいの理解や交流となる活動が期待される。</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。余市町、或いは北後志地方において福祉向上の役割を果たすために、何らかの公益的な活動を企画することが期待される。</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>北海道知的障がい福祉協会の「人権侵害ゼロへの誓い」は世話人も含め全職員が署名し各ホーム内に掲示している。グループホームは、職員が一人でサービスを提供する場面が殆どで、常に「人権尊重」の意識を忘れることがないように、「利用者に関わるうえでの留意事項」等をホーム内事務室に掲示している。2019年度には世話人・夜勤者・支援者への第三者評価説明会後に、グループホーム用の自己評価を実施した。2020年4月にはホーム用のチェックリストを改編した「虐待防止チェックリスト」を使用し自己評価を全職員対象に実施している。その結果を受け利用者に対する呼称や言葉遣い等の改善に向けて自己評価の定期実施が検討されている。しかし、組織内で共通の理解をもつための取組としては十分ではない。グループホーム関係職員の全てが「人権尊重」等をテーマに普段の支援を振り返り確認する勉強会の開催等が期待される。</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>グループホーム居室は自宅であるとの認識のもと入室については利用者の了解を得て行っている。居室内の清潔保持に関しては支援者の価値感を押し付けることなく、利用者との話し合いを重視し合意できた部分でサービスを提供しているが、利用者にはまだ不満がある。障がいによる「こだわり」や、何について干渉されたくないと感じるかは利用者によって大きく違うことの理解が職員には十分ではない。この点はサービス管理責任者が職員に口頭で指導している。プライバシーを守りつつ必要な支援を提供していく上で、介入のタイミングや判断方法など日常の支援の中で、職員が配慮すべき具体的な内容を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>北後志自立支援協議会で主催した「グループホーム見学会」に協力している。ホームページは法人の本部において一括管理しており、グループホームのタイムリーな情報を発信できる仕組みにはなっていない。利用相談は本体施設である余市幸住学園が受け付けており、グループホームの見学時には「幸住だより」等を活用して年間の行事などを説明している。2019年度は3件程度の見学があったが、体験利用の実施はなかった。サービスの利用を希望する者や家族等が容易に情報を収集するには情報提供が不十分である。今後は、グループホームを利用するにあたっての条件や利用するための手続方法、利用料、相談時の対応者やその内容なども盛り込んだパンフレットの作成や定期的なホームページの更新が期待される。</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>本体施設である余市幸住学園にグループホームの利用相談があった場合は、見学にて対応している。施設案内時に利用希望者の身体状況やコミュニケーションの取り方等を観察しつつ具体的に提供できるサービスについて説明している。余市幸住学園で相談を受付けた職員や系列の体験利用した事業所とも情報を共有している。余市幸住学園の相談受付者が窓口となり家族の不安などには丁寧に対応している。しかし、意思決定が困難な場合のルール等が不十分である。経年により利用者の状態が大きく変わりサービスの変更が必要な状況において、利用者の意向の確認が困難な場合にあっては、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>2018年にグループホームから町営住宅に移行した利用者が1名、それ以外は医療ケアや介助量が大幅に増えて日中支援の事業所への移動も困難になった場合は主治医等に相談し適切な施設に変更している。施設の選定に関しては支援員も積極的に関与し情報を提供している。契約終了後も希望がある場合は引き続きサービス管理責任者が相談を受け付けており、移行先の機関とも連絡を取り合い施設として必要なサービスを提供している。しかし事業所としての規定ではなく口頭での確認となっている。サービス利用の契約が終了するにあたっては、移行後の相談窓口や対応内容等を記載した書面を手渡すなどの対応と引継ぎに関する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。	b	利用者の高齢化が進行する中、介護サービスを必要とする方が増えてホームごとに求められるサービスの内容は大きく違っている。2015年までは全ホームで開催していた利用者集会は、一部の利用者の希望で中止している。要望などはホームごとに世話人や担当職員が聞き取り対応し、サービス管理責任者は必要に応じて個別に面談し利用者の満足度を確認して調整している。一程度の利用者満足は把握しているが、その向上に向けた取組としては十分ではない。今後は、写真やイラストなどを活用したアンケート調査等を定期的の実施することで、普段、表面化していない方の意見なども吸い上げることを期待したい。
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。	c	苦情解決の仕組みや苦情受付者、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載されている。連絡先はグループホーム内に掲示されているが、現場の苦情受付者への申し出はない。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、対応等は公表されていない。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。
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。	b	利用者の日常生活での要望は、グループホームの世話人が聞き取っているが、利用者の表情や態度から対応が不十分と思われる場合は、世話人は支援員に報告している。支援員は、利用者とは個別に面談し調整している。言語での表現が苦手な方や、言葉と実際の思いが裏腹な方に対しては、別の場面での挙動や発言を職員間で共有して本心をくみ取るようにしている。ホーム利用者は、日中活動の事業所も同じ法人の事業所なので、その職員に話すこともある。が相談や意見を言いやすいことが十分に利用者に伝わる取組としては十分ではない。ホームは利用者も職員も小人数であるため、担当者以外にも相談ができ、利用者は話しやすい職員を選択できる仕組み作りが期待される。
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。	b	入所・通所・グループホーム共通のマニュアルとして「要望・苦情対応マニュアル」が作成されている。その中では、「要望」「生活相談」においても、適切な対応を行い、記録に残す必要があると記されている。日常的な要望・意見は世話人や支援員が聞き取り、内容によっては迅速に対応している。調整が必要な場合は、随時ケース検討会議を開催している。しかし、この一連のマニュアルが不十分である。利用者や家族から意見、要望を受けた後の、手順、検討、対応、記録の方法、利用者・家族への説明、公表の方法等を具体化したマニュアルを整備し組織としての姿勢を明確にしていくことが期待される。

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>事故発生時に安全確保のために緊急で対応が必要な場合はグループホーム内に掲示してある緊急連絡網を使用し応援を依頼する体制となっている。対応内容に関しては、サービス管理責任者を中心に必要な指示が出され、その後の対応についても確認がされる。ホーム以外の事業所全体のリスク管理の担当者は決められており、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。ヒヤリハットと事故報告の分類に関しては、サービス管理責任者が基準を示し、職員に書き方を口頭で指導している。報告書受理後は、内容により該当職員への個別指導、手順書の作成と周知、ケース検討会の3段階に分類し対応しているが十分ではない。今後は、組織としての体制の構築に向けてリスクマネジメント規定等を整備するとともに、職員研修への活用が期待される。</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。	<p>b</p> <p>「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。実務的な全体の職員研修は近年は開催されていない。世話人等に対する感染予防への指導は、消毒の徹底や消毒液の作り方等も含め手順書を使いサービス管理責任者が各ホームに出向き個々に説明している。利用者への手洗いの指導については、混乱をきたさない様に対応方法を統一した。このような感染予防対策として話し合われた内容を現行の感染症マニュアルの中に盛り込み、今後の支援に活かすことが期待される。</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組織的にしている。	<p>b</p> <p>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。マニュアルには、緊急連絡網、職員参集基準、情報の収集方法なども盛り込まれている。身体状況はグループホームによって違いが大きく、車椅子利用者が複数入居しているホームもある。建物内の避難経路や避難方法など災害を想定した実践的な避難方法の確立が期待される。</p>

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。個別に配慮の必要な支援内容については、手順書をホームの事務所に掲示し、変更時は差し替えている。世話人への周知に関しては、サービス管理責任者が各ホームに赴き、直接説明後に掲示している。しかし、グループホームは一人でサービスを提供する場面が殆どであることから、福祉サービスとしての質を担保するのは容易ではない。このため、利用者の権利を擁護する視点を盛り込んだホーム環境に合わせた標準的なサービス実施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の改訂は行われ、全職員が集合し説明会を行っている。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を明示して作成された標準的なサービス実施マニュアルについては、定期的な見直しが十分ではない。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。	b	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アセスメント項目に合わせ利用者の状況をまとめて記録しており、それをもとに半年に一回見直しを行っている。利用者は余市幸住学園より移動された方が多く法人としてのサービス利用は長期間に渡っている。家族は普段の状況がわからないことから具体的な意向についての確認が難しい。アセスメントは担当支援員が世話人、日中活動の担当者、医務、栄養等の各専門職から情報を収集しアセスメント表に入力、個別支援計画の原案を作成している。サービス管理責任者と関わっている複数の支援員にて担当者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。

43	<p>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>毎月、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各担当者は日頃から準備を整えている。個別支援計画変更の家族の同意は郵送にて対応することも多く回収するのに時間がかかる場合がある。経過記録は事業所間で共有されている事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在り方の検討や個別支援計画の短期目標や利用者満足度を意識した毎月のモニタリングが期待される。</p>
<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。</p>			
44	<p>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>利用者の経過記録は併設されている事業所間において、共有できるネットワークシステムを導入しており、活動場所や担当職員が違ってても容易に情報が共有されている。経過記録は、担当支援員が世話人からの報告内容も含めて入力している。月末には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綴られている。個別支援計画の検討会議録、契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書などは書面ごとに全員分をまとめて保管されている。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。それぞれの書面は、利用者を時系列で確認するが難しく、日付漏れなどのミスもみられた。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	<p>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。</p>	b	<p>法人本体にて個人情報保護規定が作成されているが、事業所内における認識は薄い。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を期待する。</p>

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			
A 1	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	利用者との関わり方では、本人のペースを大切にしながら、日課が行えるよう声掛けをしている。居室はポスターやぬいぐるみで自由に自分で装飾を行い、仏壇を自己管理している方もいる。外出・外食が一人で自由にできる方はいるが、少数にとどまっている。利用者の自己決定を尊重した支援として、ホームでの様々な生活場面で、自己選択・自己決定ができるよう努めているが十分ではない。支援者が個人の価値観で利用者支援を行っている場面も垣間見られる。個々の状況に沿って社会参加を促すプログラムや情報提供が期待される。また、利用者一人ひとりに対して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・支援することも期待される。
1-(2) 権利侵害の防止等			
A 2	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、世話人・夜勤員・支援員向けのグループホーム自己評価の他に職員アンケート（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。入浴介助中に身体の傷を発見したときは、理由や状況を本人に聞き、必要時には日中活動の職員や勤務先に連絡している。権利侵害に係る事件があった際にはテレビのニュースを通じて、利用者に権利擁護・権利侵害を理解できるように言及している。しかし、取組としては十分ではない。虐待等の権利侵害の防止や発生時の対応を徹底するために、身近な具体例を周知する工夫や、世話人・夜勤者も含めた職員研修の実施が期待される。

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。	b	利用者状況は、生活習慣・社会スキル・コミュニケーション等の項目に沿い、半年ごとに計画書を見直している。洗濯や居室の清掃などは見守りの姿勢を基本とし、必要な場面で支援している。金銭の管理が難しい利用者には外出時にお小遣いを渡して、レシートを使って使用金額を記録できるよう支援している。直近の入居者は徐々にコミュニケーション力がつき、苦手だった行事参加も可能となってきた。外出時のマスク着用など、コロナ禍での社会のルールやマナーも伝えている。このように様々な自律・自立生活のために支援を行っているが十分ではない。利用者の生活と活動の範囲が維持・拡大できるように、自律・自立生活の動機付けや具体的な支援がプログラムされることを期待したい。



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。	b	現在のグループホーム利用者は比較的意思の疎通が容易であるが、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。聴覚障がい者は補聴器を使用し、声の大きさやスピードに注意して声掛けすることで理解を得ている。高齢者の通所サービス利用者には、通所日の変更をカレンダーを使ってわかりやすく伝えている。このように利用者個々に応じたコミュニケーション支援を行っているが十分ではない。同じ言葉で同じ支援を行っても、職員によって利用者の応じ方が異なる場面が少なくない。世話人・夜勤者を含めた全職員が、個人の判断ではない利用者支援となることが期待される。
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	利用者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。休日には担当職員が日常会話の中で、本人の生活の思いや希望を聴いている。相談内容が、日中活動先である生活介護「こうずみ とよおか」や就労支援B型「こうずみ」に及ぶ際には、その事業所の職員とも共有している。自らの意見を積極的に表現できない利用者へは、コミュニケーション力の向上も併せて支援しており、今後に期待される。
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。	b	グループホーム入居者の平日の日中活動はそれぞれの個別支援計画に沿い、同法人内の生活介護事業所「こうずみ とよおか」や就労支援B型事業所「こうずみ」で行っている。休日や余暇活動については、年に複数回、担当職員とマンツーマンで外出する機会があり、カラオケや映画、温泉など利用者の希望に沿っている。年に1度の「希望旅行」はグループに分かれ、利用者の好みや心身の状況に配慮した人数での先行となっている。日常的な余暇活動としては、例えば音楽鑑賞が趣味の方にはCD・DVDの購入・レンタルの支援を行っている。本人の意向尊重とはいえ、移動に支援が必要な利用者の余暇活動は、選択肢が少ない。個別支援計画全般に活動の検討・見直しの状況が乏しい。イベント情報などを積極的に収集して、充実した地域生活の実現に向けた個別支援計画とその支援になることが期待される。
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	グループホームの利用者は、比較的意思の疎通が容易で軽度の障がいの方が多い。そのため、利用者間のコミュニケーションで、言葉の誤解や過干渉などのトラブルに発展することもあり、人間関係の調整を行っている。現在、利用者の半数が65歳以上で車椅子を利用している方も複数名在籍している。入浴や排せつの介助は時間がかかるため、待機者への配慮も必要となっている。2年前に専門職を招き、介助技術についての事業所内研修を実施して効果を上げた。しかし、個別対応の支援としては十分ではない。今後も、介助技術研修を定期的の実施することや、世話人・夜勤者も含めた職員全員が、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) 日常生活支援			
A 8	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常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。食事は栄養士の助言を受け、世話人が食材調達から担当し、食事形態やその日の体調に合わせたメニューなど、きめ細かい対応をしている。休日は昼食の提供がないため、介護食が必要な方には、事前に準備をした刻み食等を用意している。入浴・排せつについては、本人の身体機能を見極め、プライバシーに配慮しながら介助している。自力で入浴可能な方には、清潔を保てるよう声掛けをしている。グループホームによっては、利用者の支援計画に応じて支援員による夜勤体制をとっている。
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	6カ所のグループホームは男女別で、利用者の身体能力に合わせた設備・仕様となっている。高齢者の利用者が多く暮らすホームは、車いす用に昇降可能な洗面台や、昇降便座と手すり付きのトイレ、吊り上げ式リフトを導入した浴室がある。また、緊急呼び出しブザーも各部屋に設置している。2LDKが2室あるホームは、掃除や洗濯を自ら行う利用者が居住している。居室の家具や電化製品は、個人の好みで置かれ、エアコンを購入した利用者もいる。利用者が快適な生活環境で過ごせるよう冷暖房機器の設置や点検、共用部分の清掃などのほか、必要時には居室の清掃も支援している。コロナ禍対策として1日に複数回の喚起を行っている。
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	運動機能維持が課題になっている利用者は、日中の活動先でウォーキングや体操に取り組んでいる。2018年、専門職による介助研修では、座位の保持についてアドバイスを得て、実践している。ほとんどの方は自分のことは自分でできているが、加齢による身体機能の衰えて介助する場面も増えている。つまり、計画的に機能低下を予防するには十分とはいえない。日々の生活動作を維持できるように、利用者の心身の状況に合わせたメニューを作成し、生活訓練や機能訓練が実施されることが期待される。
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。	a	毎日2回の検温と、医師の指示がある利用者は血圧値も記録している。月に一度、本体施設である「余市幸住学園」で実施している嘱託医によ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。かかりつけ医の受診は、日中活動している事業所の看護師や職員が同行し、診察結果や服薬情報はグループホームの職員間と共有している。18時以降は夜勤者対応となるため、緊急時対応として「夜間体調不良者負傷者対応マニュアル」を定めている。マニュアルでは、体調不良の状況や負傷の程度による対応や連絡方法をフロー図にし、ホーム内に掲示している。

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	配薬介助が必要な利用者は、夜勤者が担当している。「服薬管理マニュアル」では、複数の職員で対応することになっているが、夜勤者は1名配置のため空袋を翌日の職員が確認している。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。利用者別の「薬情報ファイル」に目的・効用・副作用・薬の写真を載せ、ホームごとに保管している。このようにグループホームでの医療的な支援は主に配薬であるが、管理体制としては十分ではない。「薬情報ファイル」は、世話人・夜勤者にも一読するよう口頭で伝えているが、確認はしていない。配薬の支援に携わる夜勤者も、利用者の処方薬に関する情報を把握することが期待される。
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	利用者の社会参加としては、年に2回の町内の清掃や地域行事に参加している。学習としては、外出時に社会ルールを学んだり、金銭を使用する機会がある。利用者の社会参加には職員の同行が必要で、人員不足もあり積極的な参加とはなっていない。地域生活の継続には、利用者との地域社会との関係性が重要となる。そのためには、利用者がさまざまな社会参加とその体験を重ねられるように、本人の興味を喚起する支援や、相談支援事業所や余市町と協力・連携した社会資源の活用が期待される。
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	6カ所のグループホームは、利用者の身体機能に合わせた設備・仕様となっている。それぞれのニーズに沿ったホームに入居した後に、一人暮らしを目指す方、介助が必要になってきた方、と居住ホームの変更が柔軟にできる。2年前に町営住宅へ移行したケースが1件あるが、それ以降は加齢による介助が必要となった利用者が増加している。ホームでの地域生活の継続を希望する利用者が多く、職員は利用者の身体機能や体調の変化に細心の注意を払い、残存能力の維持に努めている。利用者が希望する生活や住まいの選択肢に、一人暮らし等の地域移行が入るよう、必要な情報提供や体験の機会、本人の興味や意識付けといった取組も期待される。
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	月に2、3回、グループホームを訪問する家族はいるが、遠方の家族が多く、定期的な連絡は個別支援計画策定時に電話で行っている。ほかには帰省時の調整や、処方薬についての相談、荷物受け取り連絡などあり、法人行事での交流もある。利用者急変時など夜間に緊急連絡する場合は、夜勤者から職員経由で家族へ連絡している。家族への連携・交流のもととなる情報発信としては、「余市幸住学園」からの配布はあるが、ホーム独自の発行物はない。高齢の家族が多く、後見人の利用者は2名に留まっている。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