

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	障害者支援施設(施設入所支援+日中活動事業)			
事業所名称	余市幸住学園			
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28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 紘野 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

第三者評価を受けてグループで話し合い色々な意見や思いを聞けて良かったと思います。評価結果を真摯に受け止め今後利用者さんの支援につなげていきたいです。貴重な意見等ありがとうございました。

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3月10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)	余市幸住学園	事業 種別	障害者支援施設 (施設入所支援＋ 日中活動事業)
所在地	〒 046-0013 余市町豊丘197番地		
電 話	0135-22-5515		
F A X	0135-22-6424		
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	檜山 功二	(所属、職名：余市幸住学園 総務)	
利用定員	50名	開設年	昭和 46 年 12 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。			
施設・事業所の特徴的な取組：年齢、特性に沿った支援を日中夜間と総合的に支援、提供します。			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		3 回 (平成 27 年)	
開所時間 (通所施設のみ)	9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名) 相談事業所

【利用者の状況に関する事項】（令和2年3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	3名	7	10名	9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
2名	名	2名	1名	6名	10名
					合計
					50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	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	1名	名	名	名	名
肢体不自由	1名	2名	4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	名	名	名	名	名
合計	1名	4名	4名	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
43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	4名	1名	1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	2名	名	1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
5名	名	2名	名	5名	3名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
2名	名	1名	21名		

(平均利用期間： 19年)

【職員の状況に関する事項】(令和 2年 3月 10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	18名	1名	1名	名	14名
非常勤	13名	名	名	名	12名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	1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	1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	5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			m ²
(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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	9年	
(4) 改築年	平成	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	<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 ²
(3) 敷地面積			m ²
(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）

10人

・ボランティアの業務

行事手伝い。

【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 _____人

介護福祉士 _____人

その他 3人（保育実習）

【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。

施設内に意見箱設置して苦情受付担当職員を配置し解決委員会での検討を行っている。

【その他特記事項】

総評

「余市幸住学園」(障がい者支援施設)

<評価の高い点>

1、「日中活動のこれから」

日中活動は、利用者の年齢や障がい特性により2つのグループに分け、更に、当日の体調や天候などを考慮して、複数の活動へと細分化しています。利用者の希望を反映した活動は、個別支援計画に沿った活動でもあり、身体機能の維持などの効果を上げています。行事などの外食時には、大皿料理から一人ずつの盛り付けへの変更することで、年齢に合わせた摂取量の調整をしています。また、大勢と一緒にいるのが苦手な方には個室を用意しています。

新型コロナウイルス対策中には、近隣のコンビニエンスストアの協力を得て、施設内で簡易店舗を開いて利用者の買い物の楽しみを設けて、ストレス軽減に努めました。冬季間も含めた感染症の自粛期間の対策として、長時間楽しめる施設内活動の必要性を痛感しました。この教訓を活かして、タブレット端末を使用した動画サービスの視聴など、ITを活用した日中活動のこれからも検討しています。

2、「サービス利用希望者への丁寧な対応」

家族に対しては、「入所のしおり」や「重要事項説明書」を使用して説明を行っています。サービス開始にあたっては、利用者本人の意思の確認が難しい場合が多いです。このため、利用者本人が体験的にサービス内容の理解ができるように、日中活動から短期入所へと段階を追った利用を提案しています。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ってサービスの利用を開始しています。

3、「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。

日常生活支援では、排せつ介助、入浴支援の際に利用者の心身の観察をしているほか、利用者が不安定となり、自傷や他害行為がエスカレートする場合は職員が複数で対応することになっています。

権利侵害に関する掲示ポスターはありますが、利用者の理解はそのままの掲示では難しく、権利侵害の防止に関する取組としては十分ではありません。今後は、利用者が権利について学ぶ機会の設定が期待されます。また、やむを得ず身体拘束する場合は、具体的な手順書と詳細な記録などが望まれます。

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	法人共通の理念・基本方針が明文化され施設内廊下等に掲示されている。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。

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	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が分析としては十分ではない。余市幸住学園独自の分析に期待したい。
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	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。

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
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。	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。入所では毎年度、居室のバリアフリーを進めている。ポイラーや貯水槽など定期的に摩耗する設備交換がある。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。余市幸住学園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、余市幸住学園として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、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	「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が定期に実施されている。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。職員からの研修参加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。職員個々の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、参加倍率の高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、近隣住民と利用者には顔見知りである。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。この他にも町内会での活動が減少している。施設は、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。余市町の養護学校や教育委員会からの見学を受け入れて関係機関のリスト化に努めているが連携先としては不十分である。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として助言している。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。長年の活動から利用者と近隣住民が顔見知りであり、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取組が期待される。</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。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>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。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」を用いて職員の自己チェックを実施した。約半数の職員が利用者に対し節度が不足した呼び方をしたことがある結果となった。それらの結果を踏まえて原因の分析と組織的な取組が期待される。</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>個室は12室あり他は二人部屋となっている。二人部屋についてはパーテーション（間仕切り）を用意したり、同室になっても相性に問題がないように行動パターンを観察した結果の部屋割りとなっている。プライバシー保護マニュアルが作成されており入浴、排泄に関しては羞恥心への対応が明記されている。しかし、プライバシーに配慮したサービス提供としては不十分である。自己チェックリストの結果をもとに、同性介護の励行やノックマナーの徹底とプライバシー保護マニュアルの改訂が期待される。</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。障がい者支援施設「余市幸住学園」を利用希望する方がホームページを閲覧することを想定した情報として、条件や手続方法、利用料、相談時の対応者やその内容などを発信することが期待される。</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>サービス開始に当たっては、本人の意思の確認が難しい場合が多いので、体験的にサービス内容の理解ができるように、日中活動から短期入所へと段階を追っ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し、サービスの利用を開始している。家族に対しては、「入所のしおり」や「重要事項説明書」を使用して説明を行っている。しかし家族も高齢化が進んでおり、意思決定が困難な利用者との契約に関しては、組織としての考え方を整理し成年後見制度利用などの検討が期待される。</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>利用者と家族共に、生涯「余市幸住学園」で過ごすことを望んでいる。しかし、経口での食事が摂れなくなった場合は病院などの医療施設に変更している。契約終了後も希望がある場合は、引き続き相談対応や必要な支援を提供している。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。サービス利用が終了するにあたっては、その後の対応について双方で確認しその内容や担当窓口などを記載した書面を手渡し、経過については、事業所として統一した方法で記録を保管することが期待される。</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>障がい特性により、利用者自らが考えを表明することは難しいことから、居室ごとに朝のミーティング（利用者と担当職員が当日の予定を話し合う）で要望などを聞き取っている。内容は、ほぼ買い物などの希望で都度対応している。家族会は開催しているが参加人数は5人程度にとどまっている。行事の際や面会時に来所された家族に対しても口頭で、意見や要望を求めているが、反応は見られない。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、既に導入していたオンブズマンの報告書を活かすことや、家族へのアンケート調査の実施などにも期待したい。</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。		
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>利用者の相談や意見は、毎朝行う居室でのミーティング（利用者と担当職員が当日の予定を話し合う）時に聞き取っている。障がい特性により自ら言葉にすることも難しい場合があるので、表情や行動を観察して担当職員から声をかけて、ゆったりとした時間を確保している。利用者は居室担当職員に相談する体制となっていることから利用者と担当者のマッチング（相性）に配慮し、必要に応じて担当替えを行っている。施設内に意見箱は設置しているが、近年は投書もみられない。利用者が相談・意見を言いたいときの方法や相手を選べる環境はあるが、このことを利用者へ伝えるには不十分である。利用者が相談相手を選択できることをイラストや写真等を活用して周知する他、第三者委員による聞き取り等の活用も期待される。</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>要望を受けた際の、対応等を定めたマニュアルは整備されている。利用者からの要望は居室の担当職員が直接聞き取っており、都度対応している。利用者集会や意見箱の設置も行っているが、近年は自らの意見を述べたり投書も見られなくなってきた。利用者の、意見や要望を「余市幸住学園」として把握していくために、どのような環境がふさわしいのかマニュアルの見直しが期待される。</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>利用者は高齢化しており、居室のバリアフリー化を進めている途中である。離脱（利用者が施設を見守りなく単独で出る）による事故を防止するためにドアや窓などには、センサーを取り付けており、職員は随時必要な対応をしている。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が同一の書式で集約されている。改善策などは2カ月に1回開催される支援会議において職員に周知している。しかしヒヤリハットと事故報告の分類基準がなく分析が不十分である。要因分析と対応策の検討・実施を適切に行うためにも、今後のリスクマネジメントの体制の見直しが期待される。</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。新型コロナウイルス感染予防に対しては、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。施設内は1日2回の消毒を実施、職員もウィルスを持ち込むことがないように通達に則った対策を徹底している。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。こうした経験も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以上の地震などの大災害時には「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。食料品の備蓄等は栄養士を中心に点検管理を実施している。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。これを踏まえた具体的な運用方法が期待される。

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プ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。	<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。施設の地理的問題もあり家族の来訪の機会は少なく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、医務、栄養等の各専門職からも情報を収集し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各担当者で会議を開催した後に、家族には郵送にて同意を得ている。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担当者は日頃から準備を整えている。日中活動は、一体型の生活介護と系列の別事業所に分かれている。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>利用者の経過記録は併設されている事業所間において、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も容易に情報が共有されている。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、個別支援計画書、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が期待される。</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。	<p>b</p> <p>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の防止に努めている。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			
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	<p>担当職員が毎朝、利用者それぞれに当日の予定を確認し意見を聞いている。衣服の選択や居室内の私物は利用者の好みを尊重し、行きつけの理美容店への同行や公民権参加時の支援を行っている。個別支援計画の目標を、利用者が理解できる簡単な言葉に置き換えて居室に掲示し、達成への意識付けを行っている。行事実施報告書には、利用者への参加強制がないか、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。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。生活に関わるルールなどを利用者同士の話し合いで決めることができよう、利用者自治会等への支援も期待される。</p>

1 - (2) 権利侵害の防止等	
A 2	<p>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。</p> <p>c</p> <p>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。毎朝、排せつ介助、入浴支援時に利用者の心身の観察をしているほか、利用者が不安定となり、自傷や他害行為がエスカレートする場合は複数対応としている。権利侵害に関する掲示物はあるが、利用者の理解は難しく、権利侵害の防止に関する取組としては十分ではない。今後は、利用者が権利について学ぶ機会の設定が期待される。また、やむを得ず身体拘束するケースは、より詳細な計画や記録が望ましい。</p>

A-2 生活支援

2 - (1) 支援の基本	
A 3	<p>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。</p> <p>a</p> <p>半年ごとに計画書を見直し、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、見守りを基本としている。障がいの重度化や高齢化が進んでいるなかでも、基本的な日常生活の手洗い・手指消毒・洗面・整容等を実施する際には、その理由を説明して意識づけを行い、習慣の獲得につなげている。下着のみの洗濯が可能な方に洗剤量をアドバイスし、また、排せつリズムを把握しておむつを外すなど、本人の達成感を得られるような声掛けをしている。</p>
A 4	<p>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。</p> <p>a</p> <p>担当職員制で、一人の利用者に居室担当者、日中活動担当者と複数の職員が係ることもある。言葉以外の表情や仕草、サインなど独特のコミュニケーションをとる方が多く、それぞれのアセスメント表で共有している。聴覚障がいの方とのコミュニケーションは主にジェスチャーで、居室への入室時はノックの音が聞こえないため、電灯スイッチで合図している。また、写真や絵カードなどのツール（手段）で選択肢を設定している。利用者同士のコミュニケーションは難しく、職員が間に入り関係を築くよう配慮している。利用者の安心・安定した生活に繋げるため、場面ごとの観察を十分に行い、利用者がコミュニケーションに求めていることを理解して対応している。</p>
A 5	<p>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。</p> <p>b</p> <p>毎朝の居室ミーティングや16時以降に個別の時間を設けて相談に応じるなど、日常的に利用者の声に耳を傾けている。直近では、転居した家族の安否が心配との相談を受け、転居先へ同行したケースがある。相談内容により、関係機関との調整や支援会議で検討の上、結果を利用者に伝えている。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。障がいの特性により、言葉で表出できない利用者の思いを尊重した支援のためにも、個別支援計画作成の下となる記録の充実が期待される。</p>

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	<p>日中活動は利用者の年齢や障がい特性により2つのグループに分け、更に当日の体調や天候などを考慮して細分化している。利用者のニーズに対応した各活動は、利用者にも好評で身体機能の維持などの効果を上げている。「クリスマス会」などの外食時には、大皿料理から一人ずつの盛り付けへの変更や、年齢に合わせた量の調整のほか、大人数が苦手な人には個室を用意している。新型コロナウイルス対策の自粛中には、近隣のコンビニエンスストアが施設内で簡易店舗を開店するなど地域の協力を得ている。冬季間や感染症の自粛期間の対策として、長時間楽しめる施設内活動の必要性を痛感し、タブレット端末を使用した動画サービスの視聴など、ITを活用した施設内のプログラムも検討している。</p>
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	<p>聴覚、言語、身体の重複障がいや、高齢で車椅子の利用者も複数名いる。自閉傾向の強い方には、日常生活を習慣化できるようにを根気よく支援することで精神的な安定をはかっている。継続した支援により、2020年4月に「こうずみとよおか」の生活介護へサービス変更して、生産作業に従事したケースがある。強度行動障がい支援者研修で得た情報は、作業班会議で伝達されたが、利用者は様々な障がいを持っているので、職員は試行錯誤をしている状況である。事業所内研修で得られた外部講師の助言が参考になったこともある。計画的な研修・内部学習会により、全職員の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。</p>
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	<p>食事、入浴、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されている。給食は外部業者の委託となっている。当事業所の栄養士が窓口となり、3か月に一度の給食会議を経て業者に要望を伝え、メニューや盛り付けなどの改善をはかっている。食事介助が必要な場合は時間を調整し、刻み食などの食事形態も個別対応となっている。排せつは記録を取り、介助が必要な際はプライバシーに配慮した支援をしている。退院後に「尿道カテーテルを外したい」という方の希望を受け、病院と連携をしながら自立排せつに繋げたケースがある。入浴は、身体介助の程度により日中と夜間のグループに分け、必要時には清拭対応も行っている。歩行に不安のある方が慣れない場所へ外出する際には、車椅子を持参して事故の予防対策をとっている。</p>

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 和室だった居室は年に2部屋ずつバリアフリー化を進め、約半数が洋室となっている。洋室は入室時に靴の着脱の必要がなく、転倒等の事故防止となっている。居室は二人部屋が多いが、強い自閉傾向や他害行為の予想される利用者には、個室を提供している。また、音に過敏な方の居室は防音ドアを施している。部屋は方角や位置による室温や湿度に差があるため、温湿度計で計測して冷暖房機や加湿器を調整している。新型コロナウイルス感染防止のため、定期的な換気と居室内と、共用スペースの消毒を行っている。心身の安定に効果があるスヌーズレンを配したリラックスルームは日常的に使用され休息の場として好評である。
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 基本的な生活としての歯磨きや洗面などは、入所生活の日課に組み込んで支援している。利用者の自立度に合わせ、時間をかけても自力で行い自信をつけることで、日々の整容に意欲的となったケースがある。車椅子や歩行に不安のある高齢者は医師の指示を受け、血行促進となる足浴や器具によるマッサージを行っている。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。身体機能維持に重点を置き、施設内外でのウォーキングを毎日行っており、利用者ごとに距離や時間を設定して参加を促している。高齢の方も多いため、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。	a 体調の変化を伝えられない利用者が多く、朝の連絡時のほか日中活動、入浴と更衣の際に視診し健康状態に注意を払って把握している。また給食時には、食欲や嚥下なども観察している。毎日2回の検温と、医師の指示がある利用者は血圧を測定している。月に一度、事業所内で嘱託医による診察が実施されている。精神科・皮膚科等のかかりつけ医への通院は主に看護師が担当し、通院結果は都度職員と共有している。町内のがん検診は希望者を募り、職員が同行し、必要がある場合は診察室へ同席もしている。緊急時に備え、看護師、嘱託医、複数の医療機関との連携をしている。
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 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。臨時薬についても医師の処方を受け利用者の処方薬は看護師が管理し、配薬は職員が担当している。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、与薬後の口腔内確認を徹底しており、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。処方薬の目的や効果、副作用などの情報は職員間での共有が期待される。

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	<p>当事者団体「後志地方希望の会」への参加は同法人のグループホーム利用者のみで、入所利用者の参加はない。近隣の知的障がい者施設で行っているフライングディスク等のスポーツ大会は日曜日開催が多い。安全な参加となる職員配置とならないので、積極的な参加とはなっていない。買い物が可能な方には金銭を渡して学習の機会としている。障がいの重度化、高齢化などで本人の希望や意向は確認が難しく、ニーズの把握に至っていない。また、事業所の立地環境もあり、社会参加に同行する職員の確保が十分ではない。今後は、利用者の意向を十分に引き出し、ニーズの把握をするためにも、他相談事業所との連携や社会資源の活用を図り、地域情報を丁寧にわ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>法人内にグループホーム（共同生活援助事業）がある。入所を継続希望する利用者・家族がほとんどで、直近3年間の移行はない。家族へのグループホーム見学会を実施しているが、環境変化への不安が大きい。本人の希望がある場合は、相談支援事業所と協議を重ね、ニーズの把握や支援計画を立てている。移行後は職員のバックアップ体制をとり、支援を継続している。グループホームへの移行で、集団生活の入所施設よりも安定した生活が見込まれる方もいる。この点を踏まえて、障がいの重さや程度に関わらず、本人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	<p>家庭との相互理解は重要と捉え、利用開始時には何度も家族に来園してもらい、誤解が生じないように説明・見学を重ねている。入所後は、2ヵ月ごとに作成している広報誌や半年ごとの会計報告書を家族へ送付している。また個別支援計画の作成時の近況報告をはじめ、体調変化時や服薬変更の際は都度連絡を行っている。高齢や体調により来園が難しくなった家族には、電話連絡や直接訪問をしているが、疎遠になっている家族もいる。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。</p>

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