

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2025 年 9 月 2 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 23-001

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)	武田 志津子	福祉医療保健	0013
	(2)	平林 ふじ子	福祉医療保健	0082
	(3)	山木 裕志	福祉医療保健	0085
	(4)	鈴木 正子	総合	0129
	(5)			
サービス種別	就労継続支援（B型）			
事業所名称	こうずみ			
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）	2024 年 8 月 30 日	～	2025 年 8 月 14 日	
利用者調査実施時期	2024 年 11 月 14 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2025 年 6 月 24 日			
評価合議日	2025 年 7 月 5 日			
評価結果報告日	2025 年 9 月 2 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無		☒ 同意あり ☐ 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 岩田 利康

所在地：〒047-0156 北海道小樽市桜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

改善点や事業所の良い点をいろいろと見ていただきありがとうございました。
今回のご指摘いただいた点については、職員一丸となり改善に向け努力してまいります。

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 7 年 4 月 1 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	事業 種別	就労継続支援 (B型)
所在地	〒 046-0022 北海道余市郡余市町沢町 3 丁目 2 9 番地		
電 話	(0135) 21-3010		
F A X	(0135) 21-3011		
E-mail	kouzumigakuen@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L	https://otaru-yotsuba.or.jp/		
施設長氏名	松井 真吾		
調査対応ご担当者	中谷 進一 (所属、職名：主任職業指導員)		
利用定員	20 名	開設年	平成 23 年 10 月 1 日
理念・基本方針： 基本理念 1、施設利用者一人一人の人権を擁護します。 2、施設利用者へ良好で適切な支援と援助します。 3、地域生活を推進し、自立と社会参加をはかります。 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：			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期) 3 回 (令和 2 年度)			
開所時間 (通所施設のみ)	9:00~16:00 (開所土曜日 9:00~13:00)		

【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7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
名	名	名	1 名	名	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
5 名	名	2 名	1 名	4 名	7 名
					合 計
					20 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	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	名	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	名	名	名	名	名
合 計	名	名	名	名	名	1 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
9 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	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	名	1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
名	名	18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： 13年4カ月）

【職員の状況に関する事項】（令和 7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	サービス管理 責任者	指導員
常勤	3名	1名		1名	1名
非常勤	5名	名	名	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	名（ 名）
介護福祉士	1 名（ 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	総面積389, 28㎡	利用面積213, 67㎡
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☒ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☒ 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	42 年
(4) 改築年	平成	23 年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(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)に行っ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	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(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 6 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 6 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 6 人（紅志高校 農福連携実習）

【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。

- ・ 苦情受付担当者の意見や苦情の聞き取り
- ・ 担当職員の意見や苦情の聞き取り

【その他特記事項】

総 評

「こうずみ」

<評価の高い点>

1、「利用者の就労意欲の尊重」

就労継続支援B型事業所「こうずみ」では、銭湯部、農作業部があり、それぞれの仕事を細分化して、能力に合わせた作業を提供しています。

例えば銭湯部では、木材の裁断部に印をつける仕事や釘抜き、抜いた釘を集める、などの担当があり、それぞれの能力に合わせて利用者が意欲的に作業をしています。農業部も、雑草取り、収穫、運搬など、個々に応じた仕事をしています。単純作業が続くときや、暑さ寒さなどで集中力の維持が難しいときは、休憩や気分転換をおこないながら作業を勧めています。利用者の高齢化問題等には室内軽作業の導入を検討しています。

銭湯部・農作業部とも、地域の公共性や地域産業の一部を担っており、利用者の就労意欲にもつながっています。利用者インタビューからも、仕事に対する自尊心やモチベーションがうかがわれました。

2、「意見や相談をしやすい支援の環境」

利用者の相談や意見は、送迎時の車中や散歩等の外出時に得られる機会が多く、職員は、利用者の表情や言動に応じて話しやすいタイミングを図っています。また、今まで男性職員のみが担っていた力仕事や、施設整備の業務を分担して、利用者支援の時間を男女差なく確保できるようにしました。

相談内容については、利用者に対して居室担当職員へ共有する可否を確認し、守秘義務にも配慮しています。利用者が安心して話せる環境を、職員一人ひとりが意識することで、利用者が意見や相談をしやすい支援の環境となっています。

2、「意見や相談をしやすい支援の環境」

利用者の相談や意見は、送迎時の車中や散歩など外出時に得られる機会が多く、職員は利用者の表情や言動に応じて、話しやすいタイミングを図っています。これまで男性職員のみが担っていた力仕事や施設整備の業務を分担することで、利用者支援の時間を男女差なく確保できるようにしました。

相談内容については、利用者に対し居室担当職員への共有可否を確認し、守秘義務にも配慮しています。利用者が安心して話せる環境を、職員一人ひとりが意識することで、意見や相談をしやすい支援環境が整えられています。

3、「退所後支援」

「こうずみ」を退所する場合は、福祉施設への変更ではなく療養型病床に入院と

なるケースが多くなっています。入院は、相談支援事業所を介するのではなく、施設が病院と直接にやり取りをしています。病院への移送、入院を含めた行政手続きは、高齢化した家族からの依頼を受けて代行しています。

また、入院後の金銭管理もしています。親族がいない場合には、亡くなった時の葬儀や埋葬も代行しています。

利用者の多くは入所生活が長く高齢になっています。施設は「最後まで支援する。安心してほしい。」との姿勢を伝えることで、利用者と家族を支えています。

<質の向上のために求められる点>

1、「権利擁護の姿勢の明確化」

事業所では、毎年度の法人全体の権利擁護研修や伝達研修が実施されています。毎月の虐待防止委員会で話し合われた内容は、次の支援会議で周知しています。また、支援の振り返りを行うセルフチェックを実施して、集計した結果を職員会議で報告しています。

但し、結果の分析等には至らず、結果を活かした具体的な支援方法の共有がありません。

職員に求められる支援は、多岐多様に及んでいます。障がいの重度化や、強度行動障がいや高齢による介護などが加わるためです。さらに、人員不足や時間的な制約が重なり、余裕が持てない状況に陥ることで、権利侵害に対する不安が職員にはあります。

利用者の「権利擁護」や「権利侵害」は、利用者・家族が「利用者の権利」について理解を得ることも必要です。重度の知的障がいがあってもわかるように、具体例を示すなどの工夫が求められます。

利用者の尊重と権利擁護は、福祉施設の使命・役割の基本です。施設全体で利用者の権利擁護に関する姿勢を明確にして、職員参画のもと身体拘束や虐待防止策の具体的な検討が望まれます。

2、「第三者委員の周知と苦情の公表」

苦情受付者や苦情解決責任者、第三者委員については、重要事項説明書に記載しています。しかし、事業所内に第三者委員の連絡先の掲示はなく、利用者や家族に対して、定期的に分かりやすい説明や周知を実施していません。

また、重要事項説明書には、第三者委員に直接苦情を申し出ることができる旨を明記している一方で、「要望・苦情対応フローチャート」では苦情受付担当者を介

する流れとなっており、制度運用に齟齬が見られます。苦情の有無や内容、対応についても、職員間で共有しておらず、結果の公表もしていません。

今後は、図やイラストを活用したポスターなど視認性を高めた掲示物や、行事等の機会に第三者委員を紹介するなどの工夫に加えて、苦情の公表を進めることが望まれます。

3、「ホームページによる運営の透明性の確保」

法人のホームページには、施設の基本情報や、必須及び任意の公開事項として、事業計画書・事業報告書、監事監査結果、及び支援業務実施報告書を公開しています。運営規定や重要事項説明書も公開していますが、情報の訂正や更新がありません。施設の活動についても更新がなく、施設として適切な情報の公開とはいえません。また、ホームページ上には苦情解決の公表がなく、第三者委員等の氏名も更新していません。

ホームページは、福祉サービスを利用するための情報入手としては、優先順位の高い利用方法であり、最新・適切な情報の提供が求められます。早急な改善に期待します。

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 就労継続支援B型事業所「こうずみ」の壁には、理念・基本方針を掲示している。ホームページには、理念を明記している。職員は、理念・基本方針を明記したサービス支援マニュアルを各自所持している。理念が記されたパンフレットは、見学者等に渡している。家族への周知については、課題があることの認識はある。今後は、「幸住だより」を使って周知する方法を強化することを検討しているため期待したい。

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 事業経営をとりまく全体的な環境は、おもに法人本部を中心に把握している。また、「第7期余市町障がい者計画・障がい福祉計画及び第3期余市町障がい児福祉計画」への参画や、北後志教育支援委員会の委員として、地域における障がい福祉の動向を把握している。自立支援協議会に参加している。ホームページには、税理士事務所による法人全体の経営状況がのっている。但し、法人本部との連携は不十分であり、今後に期待したい。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b 経営課題として人材不足を大きな要因と捉えている。利用者の高齢化や障がいの重度化により個別対応の必要性が増す一方、職員のスキルは標準化されていない。施設長は理事長へ直接課題を報告し、求人情報をハローワークやホームページに掲載しているが、補充には至っていない。また、本部からの情報が職員に十分周知されていない現状がある。今後は本部との連携を強化し、必要な情報を速やかに共有する体制が期待される。

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。	c 中長期の見通しについては、幹部職員間で話し合っているが、具体的な中長期計画として明文化していない。また、余市幸住学園全体では、中長期計画は法人本部主導と考えているが、法人本部の具体的な方向性が、正式な報告として伝わっていない。今後は、余市幸住学園の事業所毎に、3～5年を目途とした中長期計画を策定することが望ましい。

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	c	事業計画は、法人本部の決裁が必要な施設改善や固定資産物の購入など、施設整備についての計画を策定している。但し、支援サービスの目標と地域との連携の項目は、毎年同じ目標となっている。計画は、施設長が同じ目標のまま策定することが慣例化している。今後は、単年度の優先目標を具体化して、中長期計画を踏まえた単年度計画を策定することが望ましい。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	事業計画の施設整備事業については、施設長が現場職員の要望を受けて話し合い、理事長に申し入れをすることで計画として具体化している。但し、支援サービスの目標や地域との連携の項目に関しては、日頃の実践を反映する計画となっていない。今後は、職員の参画のもと事業計画の見直しをすることに期待したい。
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	利用者には、施設の設備の改善や、大型の固定資産物品の購入などの施設整備事業は、その都度口頭で伝えている。家族には「学園だより」などで周知している。今後は、支援サービスや地域連携などの計画についても、総会や「ふれあいまつり」などの機会も活用して周知することに期待したい。

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。	b	第三者評価を定期的に受審している。全職員が、虐待のチェックリストを実施し、虐待防止委員会が結果をまとめて留意事項を洗い出している。感染症対策委員会での見直しも実施されている。但し、現場の声を反映する管理職会議では、それぞれの課題の報告にとどまっている。組織的に、課題を分析・検討していくことに期待したい。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c	組織的な課題の共有の場合は、おもに管理職会議で共有されている。課題によっては、施設長から理事長に報告をして、改善の方向にすすめている。但し、管理職会議等で出された課題を、組織として職員参画のもと、改善策を策定するまでには至っていない。今後は、改善策や改善計画を策定し、実施していくことが望ましい。

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	毎年の職員業務分掌で、それぞれの役割はフロー図化している。運営規定では、施設長の責務を明記している。施設長の不在時は、サービス管理責任者が代行することを記している。施設長は、現場サイドから上げられた課題を、状況に応じて直接理事長に伝え、改善に向けている。但し、理事会との話し合いを含めた法人全体の方向性は、施設長を含めて、施設に周知されていない。今後は、施設と法人本部との連携強化に役割を発揮することに期待したい。

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	管理職会議にて、必要な制度・法令を説明し、それぞれの現場に伝達している。有休の取得にバラツキはあるものの、取得勧奨をしている。令和5年には、職員服務規程を見直し、ハラスメントの禁止規定に加えて、外部の社会保険労務士を相談窓口とした。さらに、社会保険労務士によるコンプライアンスの研修を実施している。今後は、さらなるコンプライアンスの徹底のため研修の継続に期待したい。
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	全職員が所持している「支援サービスマニュアル」は、毎年、見直しの必要箇所を話し合い、更新している。また、生活支援として、食事・入浴・排泄・服薬のマニュアルもある。高齢化に伴い、身体介護の負担が大きくなっている。介護機材の導入など、今後を見据えた支援方法の検討に期待したい。
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	会計監査については、内部・外部の監査を受けているが、余市幸住学園全体について直接に改善につながる指導はない。経理担当者が毎月、法人本部に出向き会計処理について税理士のチェックを受けている。今後は、法人本部との連携強化を図り、経営の改善や業務の実効性を高めるため、職員の参画のもと事業運営を目指すことに期待したい。

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	福祉関係学校には、新卒人材の募集を行い、ホームページでの求人募集の他、余市町のハローワークでも求人募集をしている。但し、人材確保に関する法人本部の動きについては、正式な報告として伝わってこないため、職員の処遇改善のための資格確認に止まっている。今後は、必要な福祉人材や人員体制について、法人本部とともに具体的な計画を策定することが望ましい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	処遇改善加算に加えて、特定処遇加算やベースアップ加算のために、職員の勤続年数や資格の有無を一覧にしている。しかし、職員に対して資格取得のための支援体制はない。そのため明確なキャリアパスは示されていない。法人本部は、過去に人事考課を実施していた。職員が、将来の姿を描くことができる総合的な人事管理の実施が望まれる。
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。	b	有休の取得率にバラツキはあるが、中間管理職を含めた現場では、一定率取得している。法令に基づき、産休・育児休暇などを取得している。令和5年、職員服務規程が改正され、ハラスメントの禁止規定に加えて、外部の社会保険労務士が相談窓口となった。また、社会保険労務士がストレスチェック用紙を配布して、職場内の現状把握をする予定となっている。今後、職場内のストレスの実態を踏まえて、職場環境の改善をすすめるようとしているため期待したい。

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。	c	職員一人ひとりの外部研修計画はあるが、研修計画は、職員本人に提示することも、研修の成果の確認もないため、職員本人が研修計画自体を知らないという実態がある。職員一人ひとりの育成のための研修は、職員と面談をして研修の目標を立て、目標の水準、及び目標期限を明確にして、面接などで進捗状況を確認する必要がある。パート等を含めた職員とともに、一人ひとりの育成に向けて、進捗状況や目標達成の評価と見直しをする研修の実施が望ましい。
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	「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」とした職員研修実績の一覧があり、研修名と参加職員を記している。研修の参加者は、偏りがないように目的別に管理職が振り分けている。現場の人員不足から、職員の希望を優先できない実態があるが、スムーズな参加に繋がっている。他方、職員の研修に対する主体的な動機づけは、研修の実効性の要因ともなる。前年度の実績や予想される研修の情報を事前に提供する等、職員が意欲的に研修に参加できる体制にも期待したい。
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	虐待の内部研修は、パートも含めた全職員が受講している。外部研修は、参加職員に偏りがないように総務管理職が振り分けている。外部研修の報告は、書面報告に止まることが多いことから、内部研修として活かし、研修の機会確保に繋げる必要もある。特に支援スキルの向上は、利用者満足度や職員の働きやすさに直結する課題となる。管理者による個別面談や、内部研修の提供を通して、支援スキルの向上に繋がることに期待したい。
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	「余市幸住学園 実習生等受入規程」を整備し、誓約書や留意事項を準備のうえ、令和6年度は6名の実習生を受け入れている。サービス管理責任者が統括し、担当者を配置して対応している。一方で、規程内容の職員間共有が不十分であり、具体手順を示したマニュアル整備が期待される。

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	町内会に「学園だより」を配布し、法人ホームページには施設の基本情報、事業計画・報告、監事監査結果、支援業務実施報告書、運営規定、重要事項説明書を公開している。しかし情報の訂正・更新や活動報告の更新がなく、適切な情報公開とはいえない。ホームページは福祉サービス利用の重要な情報源であり、最新かつ正確な情報提供が求められる。早急な改善が期待される。

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、外部監査を受けている。会計担当職員は、毎月、法人本部で税理士による会計処理のチェックを受けている。さらに、同税理士事務所は、年に1度、「財務会計に関する事務処理体制の向上に対する支援業務実施報告書」を提出して、法人全体の財務内容の助言をしている。
----	---	---	--

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	コロナ禍以前の「ふれあい祭」では、町内会に食券を配布して、周辺住民との交流の場になっていたが、今は中断している。また、町内会とのゴミ拾い等は、利用者が高齢化したために実施していない。同時に周辺の地域自体も高齢化して、空き家も目立つようになった。地域住民も転入出があり変化していることから、今後は、新たな地域交流の形を模索しているため期待したい。
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	「施設ボランティア受け入れ規程」を策定し、目的も明記されている。理容ボランティアの継続や高校との連携実習など、地域との協力も実績がある。一方で、受け入れマニュアルが未整備で、規程も2008年から未改訂である。今後はマニュアル整備や規程の見直しが望まれる。
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	職員が全員所持している「支援サービスマニュアル」には、利用者全員の医療機関と服薬リストを掲載している。自立支援協議会に参加して、地域の関係機関は把握している。基幹の相談支援事業とは、施設内の相談事業所を介して、入所の相談を含めて日常的に連絡がある。利用者的高齢化により、療養型の病院と直接連絡を取り合っている。今後は、利用者の施設変更や地域移行に合わせて、地域の社会資源の掘り起こしをするためにも、医療機関にとどまらない社会資源をリスト化していくことに期待したい。
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b	北後志教育委員会や自立支援協議会に参加し、情報を得る機会としている。町内会のゴミ拾い等の活動は、利用者の高齢化で参加が難しくなり、身近に地域の情報を入手する機会は減った。2025（令和7）年度から、入所施設やグループホームでの地域連携推進会議の設置が義務付けられたため、情報を共有して、福祉ニーズを把握することに期待したい。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	施設を退所後に、療養型の病院に入院となるケースが多くなっている。退所後の支援として、保護者からの依頼を受けて、行政手続きの代行や、入院後の金銭管理をしている。葬儀の支援や埋葬の支援もしている。福祉避難所の指定を受け、行政から委託を受けた3日分の災害備蓄品を保管して、地域に周知している。今後は、地域連携推進会議から把握した情報を活かした活動の実施に期待したい。

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	虐待防止に関する規程や手引き、チェックリストを整備し、権利擁護に向けた動きはある。一方で、全職員への対応手順の共有や、利用者・家族への権利擁護の説明が不十分であり、理念や目標の掲示も未実施である。今後の体制整備が期待される。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	プライバシー保護や虐待防止に関する規程を策定し、支援マニュアルにも配慮事項を明記するなど、利用者の尊厳に配慮した支援が行われている。一方で、マニュアルの見直しや職員への学習機会は未実施であり、今後の周知徹底と継続的な学習の推進が期待される。
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。	b	法人本部作成のホームページやパンフレットで情報提供を行っているが、職員はその提供方法を十分に把握しておらず、内容も更新されていない。特に就労支援の利用条件や手続等の情報が未掲載である。今後は、分かりやすく最新の情報発信が期待される。
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。	b	契約時には重要事項説明書や契約書を用い、ふりがな付きで説明を行い、身体拘束や個人情報管理についても明記・同意を得ている。一方で、分かりやすく丁寧な説明方法は職員の対応に委ねられ、ルール化されていない。今後は説明方法の明確化と職員間での共有が期待される。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	相談支援事業所と日常的に情報共有し、福祉サービス変更時も現場職員が同行して引継ぎを実施している。意思決定が難しい利用者には、家族や代理人と連携し意向を確認し、継続支援を行っている。一方、引継ぎや意思決定支援の手順は未整備であり、今後は標準化と体制整備が期待される。
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	朝の伝達時に意見を聞く場を設け、コミュニケーションを図っている。咀嚼配慮が必要な利用者には冷凍食品を活用し、行事食は利用者の選択を尊重し、家族とは連絡帳や面談で対応している。今後はアンケートなどで家族満足度向上が期待される。
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	要望・苦情対応マニュアルを整備し、重要事項説明書には第三者委員への直接申出を明記している。しかし、対応フローチャートは苦情受付担当者経由となっており整合性に課題がある。施設内掲示や利用者への周知も不十分で、公表もされていない。今後は相談しやすい環境整備と分かりやすい周知、苦情公表が望まれる。
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	利用者の相談や意見は、送迎時や外出時に個別に聞き取るなどの配慮がされ、内容の共有には本人の同意を得るなど守秘義務も意識されている。一方で、相談対応の方法が標準化されておらず、相談先や守秘義務に関する周知も不十分である。今後は体制整備と職員への周知が期待される。

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	職員は利用者の相談に対応し、難しい内容はケース会議で検討しているが、対応方法や共有はマニュアル化されておらず共有不足である。意見箱は撤去され匿名の手段が失われている。今後は相談把握方法の見直しや対応マニュアルの策定、定期的な評価・見直しが期待される。
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。	b	「利用者状況報告書」に事故やヒヤリハットを記載し、事故時のフローチャートを作成している。支援会議にて報告書を共有している。一方で、事故とヒヤリハットの分類基準や分析手法が文書化されておらず、ヒヤリハットの活用が不十分である。今後は積極的な報告体制と活用が期待される。
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	「非常災害対策マニュアル」と「自然災害における業務継続計画（BCP）」を策定し、感染症対策委員会を年3回開催している。看護師と連携し、内科医の月1回検診や利用者への朝昼2回の検温を行い、朝の会で体調確認や必要な血圧測定、排泄確認をしている。救急救命講習は毎年継続し、健康診断やインフルエンザ予防接種を実施している。今後は服薬の効能や副作用理解のためにも職員研修が期待される。
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	「非常災害対策マニュアル」や「自然災害における業務継続計画（BCP）」を策定し、避難訓練を年間4回実施している。在宅利用者の処方薬は毎日持参し支援計画に記載しているが、職員の薬の効能や副作用の理解は十分でなく、有事の服薬対応や家庭連携に不安がある。災害時の備蓄と職員の理解が求められる。

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	事業所共通の支援マニュアルを策定し標準的な実施方法として使用している。「就労継続支援B型事業所こうずみ」では活動や生活場面ごとに細分化した独自マニュアルを整備しているが、逸脱時の対応や再発防止策は文書化していない。プライバシー保護や権利擁護の記載も不十分であり、今後は支援状況の確認体制整備と内容反映が期待される。
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	年度初めに「支援サービスマニュアル」を改訂・配布し、職員が個別に確認しているが、見直し内容や検討過程の記録が残されておらず、内容の検証が困難である。他マニュアルも見直し体制はあるものの、運用規定は未整備である。今後は、手順や記録を含む運用体制の整備が期待される。

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支援計画を適切に策定している。	b	ケース記録は日々記録し利用者の状況把握や支援内容の確認に活用している。作業内容は個々の適性に応じて決定し、活動から仕事への誇りや自信が感じられる。一方、支援計画書には現状や目標、家族の意向の具体的記載が少なく、利用者の強みや関心も十分反映されていない。今後は共通認識を深め、意向や長所を捉えた計画策定が期待される。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b	個別支援計画のモニタリングは毎月経過記録を記入し、半年後にモニタリング表を作成している。状況変化時はアセスメントを実施し計画を見直す体制がある。柔軟な対応や計画反映も行われている。一方で、見直しのマニュアルや定期的なケース会議、変更内容の全体共有はなく、今後は手順書整備と共有体制の構築が期待される。
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。	b	朝の打ち合わせでは利用者の生活形態に応じた職員が情報共有し、不在者は引継ぎ簿で確認している。一方、共有時間不足で情報受け取りに差が生じ、支援意識の統一に課題がある。支援記録の表現基準はなく学習会も未実施である。パソコン不足や入力環境の制限で記録業務の効率化も困難である。今後は共有の徹底と環境整備、基準作成と研修が期待される。
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	「個人データの安全管理措置に係る規程」など各種情報管理規程を整備し、パソコンのアクセス権限を制限してデータの持ち出しを防止している。しかし規程の職員共有が不十分である。重要事項説明書の情報開示記載は「利用者の求めに応じて」となっているが、実際には「家族や代理人」も対象であり表記の見直しが求められる。今後は共有と学習会の実施、開示対象範囲の明確化が期待される。

評価対象 障がい者・児施設 内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-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	朝の会で一日のスケジュールを共有し、活動希望を確認している。日中活動は年齢や体調に応じて作業や余暇活動を選択でき、当日の体調にも柔軟に対応している。意思の確認が難しい利用者には、問いかけの工夫や職員間の共有を通じて対応し、自己決定を尊重している。今後は支援計画やマニュアルに自己決定を促す視点を明示し、職員間で共有されることが期待される。

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A② A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	c	虐待防止チェックリストを年2回全職員に実施し、職員会議で結果を共有しているが、分析や対応策の明示が課題である。職員は作業班会議で、利用者が権利を理解しやすい掲示物の作成を検討し、不快感を与えない伝え方についてインターネット等で調べて共有している。直近では職員の退職が続き、多忙や困難事例への対応が権利侵害に繋がる可能性もあるとして、職員は注意深い支援を心がけている。今後は、職員の不安や負担感の把握を通じて、権利擁護の徹底と侵害防止に向けた組織的な強化が望まれる。

A-2 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 支援の基本		
A③ 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	日常生活、対人関係、就労意欲などの課題を把握し、必要な支援を職員間で共有している。作業を楽しく行えることを重視し、特に人間関係に配慮して就労場所や担当を調整し、見守りを中心とした支援を行っている。作業スケジュールは共用カレンダーに記入し、自発性を促している。支援計画は同じ内容での更新も見られるため、今後は、生活や活動の変化を的確に評価し、計画に反映する支援が期待される。
A④ 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	利用者の特性に応じたコミュニケーション手段が工夫されており、会話が難しい利用者には筆談を用い、ひらがなや数字を中心に漢字にはルビを振るなど配慮がなされている。作業工程も「定植」は「なえをうえる」と表現するなど、利用者が理解しやすい言葉を選んでいる。グループホーム職員や家族から日々の体調や出来事を把握し、それを話題にすることで利用者との会話を促し、コミュニケーション能力の向上を図っている。
A⑤ 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	朝の会で、当日の活動予定を利用者に伝えて意思を確認しながら、意見や要望を聞く機会を設けている。明確な意思表示がない場合でも、気分や様子に応じて活動内容を柔軟に調整している。支援中の会話で行われる相談も多く、内容に応じてグループホーム職員や家族とも共有し対応している。事業所は、意思決定や相談支援には時間と人員の余裕が必要との認識を持ち、職員育成や体制整備の必要性を理解している。今後は、相談支援専門員との連携強化や情報共有を進め、意思決定支援のマニュアル化などが期待される。
A⑥ 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	就労は銭湯部と農作業部に分かれ、農作業部は冬季間に施設の除雪も行っている。銭湯部では廃材の処理や清掃を行い、コロナ禍で中止していた受付も再開予定である。農作業では稲作や果樹・野菜を栽培している。月2回のおやつ購入やボウリングなどのレクリエーションを提供している。高齢化に伴い、箱折など新たな軽作業も検討されているが、活動場所の確保に課題がある。利用者は就労に誇りを持ち、生活のモチベーションにもなっている。今後は、作業内容の多様化に加え、支援計画に具体的な目標や現状を記載した支援と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	銭湯部では木材の切断や浴槽の清掃、農作業部では屋外作業を行っており、職員は転倒や体調不良などのリスク回避に注力している。作業が円滑に進むよう、対人関係のトラブルを未然に防ぐため、利用者との対話を重ね、不満や不安の解消に努めている。パート職員にも資料配布や個別指導、研修参加を通じて障がい理解の促進を図っている。今後も障がい特性に応じた適切な支援のため、全職員の理解向上と人材育成が進むことを期待する。
A-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。	b	食事は配食サービスの弁当を提供し、嚥下に配慮が必要な利用者には骨抜きや刻み対応を行い、行事食や外食時も同様に対応している。業者は地域事情により1社のみだが、年数回の外食行事で希望に応じている。排泄は概ね自立しているが、失禁時は近隣のグループホーム浴室で対応している。自宅やグループホームから送迎し、冬季は転倒防止に努めている。これらの支援はマニュアルに記載されているが、支援計画との連動性にも期待したい。
A-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。	b	銭湯就労は木材切断場と浴槽・脱衣室に分かれ、切断場に隣接した休憩室にはロッカーやテレビ、冷暖房が整備されており、快適な環境が整っている。農作業や冬季の除雪では天候や気温を踏まえた安全配慮がなされている。人間関係のトラブル回避にも注力し、必要に応じた作業場の変更など柔軟な対応が取られている。高齢化に伴い、室内軽作業の導入も検討しており、今後も利用者の意向や希望を丁寧に把握しながら、銭湯・農業それぞれの活動において、より快適で安心・安全な環境づくりが期待される。
A-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	銭湯部・農作業部は体力を要する作業であり、日常の作業を通じて運動機能の維持が図られている。月2回の買い物外出や納品同行では、挨拶やマナーなど社会的スキルの習得にも取り組んでいる。就労の評価表には挨拶・身だしなみ・協調性・集中力等の項目があり、月毎に職員が点数で評価している。高齢化による筋力や作業能力の低下が懸念されており、今後は専門職や関係機関との連携による効果的な支援計画の策定と実行が期待される。
A-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	通所時にグループホームや自宅から連絡があれば、目視による体調確認している。気温の高い日は水分補給や早めの休憩を促し、看護師の指示のもと熱中症対策を行っている。毎月、嘱託医による内科検診を実施し、必要時は本人の同意を得て作業を見直している。昼食後の定期服薬に加え、家庭からの一時的な服薬依頼にも対応している。自治体のがん検診には送迎を行っている。職員は毎年、救急救命講習を受けている。災害時の帰宅困難を想定し、予備薬の保管等について利用者や家族の意向確認が期待される。

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。		非該当
A-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	利用者の希望に応じてスポーツ大会への参加を支援している。買い物や選挙には職員が同行し、社会ルールを学ぶ機会としている。昨年は近隣高校との「農福連携」があり、週1回、高校生と農作業を行い、利用者のモチベーション向上につながった。生徒にも気づきの多い活動として好評だった。今後は事業所側からの積極的な働きかけが期待される。職員は高齢化に伴う意欲の低下を懸念し、支援の重要性を認識しているが、応じる職員数が不足している。関係機関やボランティアとの連携など、支援の工夫が求められる。
A-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	就労支援B型の通所者は、在宅者2名、当法人のグループホーム在籍者16名である。地域移行については定期的に意向確認を行っているが、一人暮らしを希望していた利用者も加齢により意欲が低下し、現状維持を望む傾向にある。かつて一人暮らしをしていた利用者も、高齢となりグループホームに入居している。在宅者の地域移行は、当法人グループホームの空室状況を見ながら進めているが、他法人との情報共有や連携には至っていない。今後は相談支援事業所や関係機関との連携により、地域生活への移行支援が期待される。
A-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	自宅から通所する利用者の家族とは、連絡ノートや送迎時の体調確認等で日常的に情報共有している。事業所では、通院同行の依頼等にも応じている。グループホーム利用者の家族にも面談や電話連絡、イベントでの交流を行い、広報誌での写真掲載や、農業部で収穫した果物を購入希望に応じて郵送するなど、様々な連携がみられる。職員は、家族の高齢化により今後の交流継続に危機感を抱いている。今後は、将来に備えた後見制度等の情報提供に努めることが期待される。

A-3 発達支援

	第三者評価結果	コメント
A-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

	第三者評価結果	コメント
A-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。	a	利用者インタビューから、仕事に対する誇りや就労意欲、生活・就労の充実がうかがえた。銭湯部・農作業部では作業を細分化し、能力に応じた就労を提供している。銭湯部では釘抜きや印付け、農作業部では雑草取りや収穫など多様な作業を行い、単純作業が続く際には休憩や他作業で気分転換を図る支援をしている。地域産業や公共性を踏まえ、利用者の働く力や可能性を尊重した就労が展開されている。
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。	b	銭湯部・農作業部ともに、利用者の意向や障がいの状況に合わせて、作業を細分化している。作業工程が理解しやすいように、写真付きの説明文を掲示している。労働環境への配慮としては、ハード面の危険対策のほか、急な天候変化（雷・降雨雪・突風）や熱中症予防への対策に努めている。工賃は評価表に基づき、ねぎらいの言葉を添えて手渡ししている。評価表は挨拶や身だしなみ、協調性、集中力などの項目があり、月ごとに職員が点数で評価しているが、支援計画との連動はない。利用者のやりがいにつながる計画と工賃基準の連動性に期待したい。
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。	b	銭湯部・農作業部ともに作業内容を細分化しているが、利用者の高齢化を考慮して、体に負担の少ない室内軽作業の導入を検討している。生活介護事業で行っている電子基板の解体や箱折など、試験的に行ったが、作業場の確保などの課題がある。一般就労を希望した利用者への支援として、障がい理解をふくめて就労先企業との連絡調整に努めている。銭湯部では設備の老朽化が激しく、事業の継続に不安がある。銭湯は地域の公共性も担っており、自治体や関係機関との積極的な連携が期待される。