

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020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 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	余市豊浜学園			
設置者名称	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8月24日	
利用者調査実施時期	2019年9月11日	～	2019年9月11日	
訪問調査日	2020年7月30日			
評価合議日	2020年8月8日			
評価結果報告日	2020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	<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

第三者評価受診も三回目を迎え、都度さまざまなアドバイスをいただき施設運営に生かしていた所ですが、受審の度、まだまだ変更して行かなければと、思うことが多くあり参考になります。また今回の受診でのアドバイスを受け利用者さんが住みやすく楽しく過ごせる環境づくりをソフト・ハード面の両側面から考え工夫していきたいと思っております。

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 2 年 6 月 30 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)	余市豊浜学園	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	〒 046-0032 北海道余市郡余市町豊浜町 2 9 3 番地		
電 話	0135-22-2183		
F A X	0135-23-4710		
E-mail	toyohamagakuen@otaru-yotsuba.or.jp		
U R L	www.otaru-yotsuba.or.jp/toyohama.html		
施設長氏名	東 明弘		
調査対応ご担当者	山中 茂生 (所属、職名：副施設長)		
利用定員	30 名	開設年	昭和 62 年 4 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：個人の特性に合わせた支援を実施するとともに、散歩やリトミック等を行いながら体力の維持をし、生活のリズム作りをしています。			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		3 回（平成27年度）	
開所時間 (通所施設のみ)			

【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
名	名	4名	1名	2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
0名	8名	5名	1名	1名	2名
					合計
					28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	1名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	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	1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	2名	名	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
23名	4名	1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	3名	1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	名	1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	1名	2名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	名	名	18名		

(平均利用期間： 25年6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	サービス管理 責任者	生活支援員
常勤	20名	1名	名	1名	17名
非常勤	2名	名	名	名	2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	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	2名 (名)
介護福祉士	3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	1557.2㎡		
(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	昭和	62年	
(4) 改築年	平成	27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	<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	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(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】

・平成 30 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

42 人

・ボランティアの業務

とよレク・ふれあいまつり等の行事運営の手伝い。

【実習生の受け入れ】

・平成 30 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。

居室担当・苦情処理委員などが聞き取り、相談業務をするほか、なんでも意見箱の設置等。

【その他特記事項】

総 評

余市豊浜学園（障がい者支援施設）

<評価の高い点>

1、「利用者の快適性を追求する支援」

施設には知的障がいの他に、身体障がいや認知機能が低下してきた方など、様々な支援を必要とする利用者がいます。

車椅子を利用している方へは、通院先からリハビリの指導を受けて毎日、下肢のストレッチを実施しています。自閉的傾向が強い方には個室対応など環境整備の工夫をすることで情緒の安定を図り、偏食の課題が改善しました。また、視覚障がいの利用者は施設内の行動に不自由さはありませんが、車への乗降や外出先での歩行には、本人の不安軽減に配慮した手引きで事故防止に努めています。頭部保護帽を装着している利用者には、てんかん発作の頻度・発作時の状態などを分析して、終日装着の必要性を再検討しています。高齢になって食事の全介助が必要となった際には、食事介助技術のスキルアップを図りました。

このように日々、職員は、利用者一人ひとりがより快適な生活が出来るように努めています。

2、「家族亡き後も安心できる生活」

施設は、利用者の入院などにより契約終了後も引き続き必要な手続きを提供しています。また、利用者の家族が死亡した場合は、本人が親族に契約などの同意書を依頼するために、道外の遠隔地まで職員が同行しています。新たな身元保証人を探すために施設としても、協力を惜しまない対応を行っています。

我が子のために奔走して創設したという法人設立の経緯もあり、親亡き後も利用者が終生安心して生活できる施設として運営されています。

<更なる質の向上に向けて>

1、「活動プログラムの拡充」

日中活動は利用者の能力を活かせるよう、生活支援や情操活動・生産活動のグループに分け、更に利用者の心身の状態によっては個別の日課を用意しています。生産活動は、野草、ラベンダーの収穫や、施設の周りに自生している笹を利用した和紙作りがあり、利用者が得意なことができるように細かい工程に分けられています。

生活支援では、歯磨き・整髪等の自立を目標として利用者のペースに合わせた支援が行われています。また午後からは、多くの時間をパズル等の「情操活動」で過ごしており、施設

内で行えるレクリエーションや外出先など余暇支援の情報提供は多くはありません。

近年、始めたカレンダー作りで、絵画に興味を持った利用者には活動プログラムに絵画制作を組み込むことが検討されています。これを機会に、障がい者作品展への出品を計画して本人の目標設定や達成感につながることを期待されます。

外出が制限されがちな冬季間や新型コロナ等の感染症の自粛期間の対策として、新たな施設内活動の必要性を施設も認識しています。重度の障がいがあっても手作りで参加できる簡単な「おやつ作り」といった新プログラムの作成も期待されます。

2、「苦情解決の対応と公表」

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、連絡先は事業所内に掲示されています。苦情担当の職員が配置され、年に2回の「利用者集会」を開催しています。苦情などを聞き取り、内容については苦情解決責任者である理事長に直接報告されます。しかし、その後の対応は職員にはフィードバックされません。また、苦情解決の状況については公表されていません。苦情解決の仕組みである「要望・苦情対応マニュアル」に沿った対応が望まれます。

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	社会福祉法人小樽四ツ葉学園として共通の理念・基本方針がホームページに明文化されている。余市豊浜学園の季刊誌「とよめーる」への記載までではない。職員・家族等への定期的な理念・基本方針の周知や理解の説明会までは行っていない。しかし、職員には、理念・基本方針が具体的に利用者支援に反映するよう、別に基本方針を定めている。この基本方針をあらわしている職員の支援場面を動画にして家族会で上映しているが、周知対象の範囲としては十分ではない。今後は余市豊浜学園の理念・基本方針を地域等への周知にも期待したい。

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管理職会議にて施設長を通じて話し合いをもっている。施設は、5年前の受審時より各種加算を取り経営の安定に努めている。新規に入所利用する可能性として、北後志教育委員会からの情報を得ている。しかし、得られた情報では分析するまでには十分ではない。今後、5年以上先を見据えた計画を立てられる福祉動向の情報把握が期待される。
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	施設は、重度の自閉症の利用者を多く受け入れている。5年前に女子棟を新築して、その空き部屋に男性利用者の個室化を進めてきた。同時に、シャワー室等の設備を整えた。定員は30名であるが、29名の入所利用にあえてとどめ、手厚い支援を行う方針である。直近では、4席が別々の高さを調整できる油圧式の食堂テーブルを1台購入して摂食時の姿勢保持を安定させた。今後も丁寧な支援と日中活動を充実させることを課題としているが、前項目での情報収集と分析にもとづいた取組としては十分ではない。施設が運営の課題としてあげていることとして、徐々に進む高齢化や日中活動の生産・販売等の売上還元金を多くすることがある。これに対する具体的な計画化に期待したい。

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	法人においては、「基本経営状態等方向性」において法人全体の現状の姿から小樽と余市にある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。しかし、余市豊浜学園としての中長期的なビジョンとしては明確ではない。このため、中長期の収支計画の作成がない。今後は、余市豊浜学園の中長期計画に具体的な経営課題を掲載して予算付けることが期待される。
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。	b	「短期計画書」を年度の事業計画書とは別に作成して、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なっている。しかし、余市豊浜学園の単年度計画とは十分に内容が反映していない。今後は、余市豊浜学園の福祉サービスに関する計画目標を定め、中・長期計画と関連付けて実効性を高めることを期待する。
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	事業計画への参画は、主に単年度計画での支援に必要な備品や設備に関する意見が職員から出される。支援会議にて検討はされるが出された意見の計画への評価や見直しは十分ではない。このため職員の理解は、単年度計画において十分とはいえない。本項目の事業計画とは、中長期の計画も含める。幹部職員に留まらない一般職へも中長期計画の周知と理解を期待したい。
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	利用者への周知は、行事を中心に計画をデイルームへ掲示している。しかし、重度の知的障がいの方が多いため直接的に事業計画の周知と理解は図れず、日々の支援の中で実行することを旨としている。家族への周知は主に学園日より「とよめーる」を郵送し、同じ町内の世帯には配布している。ホームページを開設しているが、広報誌は家族向けに発行しているパスワードが必要なので一般市民は見る事ができない。利用者の顔写真等の個人情報保護のためであるが、地域住民の方も余市豊浜学園の事業に理解を得ることができるように閲覧できる方策にも期待したい。

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	5年毎に第三者評価を受けている。今回は全部改正の共通評価基準45項目に加えて新・内容評価基準15項目を使用した。しかし、5年間の間に自己評価の実施はなく、評価結果を活かす取組が十分に機能していない。今後、更に福祉サービスの質向上となるには、より組織的な計画が必要である。PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルにもとづく仕組みの見直しを期待したい。

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。	b	前回の結果で手を付けられるところは改善を試みている。しかし、事業計画にもPDCA（計画・実行・評価・改善）の痕跡がない。会議録には職員が支援向上のために議論している様子がうかがえた。課題は職員間で共有されているので、今後は計画の組上にあけて実行後の見直しをはかることが期待される。
---	---	---	--

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	管理者は施設長・副施設長の2名で職員をリードしている。業務分掌を職員が所持するサービスマニュアルに加えて年度初めには所信表明を行っている。副施設長を置くことで、施設長不在時の権限委任なども即時に実行できるように図っている。このように管理者の役割と責任を職員に伝えているが十分ではない。入所施設運営には、直接支援だけでなく様々な業務を分担していく必要性も理解できるように職員へ働きかけ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。	b	幅広い法令順守のために、ボイラー等の防火責任者、食品取扱、衛生管理、それぞれに職員を配置している。権利擁護に関しては、就業規則に詳細が掲載され個々の職員より誓約書の提出が義務となっている。最新の通知等は職員へ周知されるが、理解までの取組としては十分ではない。管理者としては、支援会議での読み合わせにより個々の職員の意識向上を図ることを課題解決の一つとしてあげているので今後に期待したい。
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	管理職会議での利用者の全体把握と指導を始め、支援会議を月2回開催して個別ケースのカンファレンスに出席、助言している。入所しているのは重度の知的障がいの方が多いので職員が困難事例として一人で抱え込まないように、個別のフォローも欠かさないようにしている。しかし、個々の職員の支援の質が直接に利用者に影響するので、助言や指導が効果的になるような組織作りが必要である。このための指導力に期待したい。
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	経営の改善としては、重度の障がい者への職員対応を充実させる方針で各種加算等を取得している。業務の実効性としては、全員が出席できない会議内容を連絡ノートや回覧を活用している。重要な案件の会議には、出勤時間ではない職員に出席を促し、時間外手当の支給をしている。しかし、より改善を図る取組への指導力としては十分ではない。今後は、会議の席で現場職員の意見を引き出すことにも期待したい。

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。	b	人材確保は、法人主導で行われている。「短期計画書」に計画内vi jon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。余市豊浜学園としては、職員の見解で折込チラシを町内に配布する案が出ている。人材の定着としては、福祉関連資格を取得した際には特定処遇改善を取得して給与に反映させている。しかし、人材に関する計画取組としては十分ではない。今後は、職員意見を計画案に載せて次年度には見直すことにも期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	理事長が実施していた旧版の人事考課はあったが今は行っていない。大まかな労務管理は、法人本部に社会保険労務士が入り、余市豊浜学園の職員の有給休暇等の管理は独自に行っている。福利厚生の一環としてソエルクラブ(北海道民間社会福祉事業職員共済会)の回覧があり、外部研修の計画もある。しかし、総合的な人事管理としては、キャリアパスにつながる職員の処遇基準等が整備されていない。今後は、外部研修計画と個々の職員の研修計画を連動することが期待される。
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	出勤簿には有給休暇の取得残数が表記されて取得しやすくなっている。健康診断後の再検診者の一覧が綴じられ、再受診を促している。職員との面談で、育児や介護の休暇の必要性を聞き、シフト調整をしている。ワークライフバランスに配慮した勤務形態を進めているのでこの内容を人材の確保・定着の計画に記載することができる。職員の就業状況や意向を把握しているが改善の仕組みの構築としては十分ではない。今後は、職員と面談した記録を残すことで、より働きやすい職場となることが期待される。
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。	c	「期待される職員像」は明確にされているが、職員一人ひとりの育成に向けて目標管理された個別の研修計画までは作成されていない。職員と施設長との面談はあるが非公式なものが多い。目標管理には本人と施設長又は副施設長との面談の機会を定期的に設けての計画が望ましい。
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	年度毎に職員研修計画が、役職と勤務年数を考慮して作成されている。職員が希望する研修への申し込みも受け付け、伝達研修や内部研修の企画がある。福祉関係の資格取得の重要性も伝えられ自己研鑽を奨励している。しかし、職員個々の研修計画がないために、その内容や教育・研修の実施が十分ではない。今後は、受講した職員から他の職員へ伝達研修を行い、日々の支援に活かすことが期待される。

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	職員個々へ研修機会を確保するために、外部研修資料を閲覧している。内部研修の実施は全員参加はできないので回覧で内容を共有するようにしている。サービス管理者や強度行動障害支援者などの必須の資格取得者はいるが、全職員への教育・研修の機会が十分ではない。事業所は、新規採用者への研修を明確にしたいとの意思がある。これと併せて職員個々の研修計画を立案して教育機会の確保を期待したい。
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	平成22年より実習生の受け入れが途絶えている。高校からインターン受け入れの問い合わせ電話があったが実績にはならなかった。施設の所在地は、公共交通機関からのアクセスがなく自動車に頼るしかない。このため実習先としての選択肢から外れるようである。過去の受け入れた実績があるので体制としては実習生を受け入れることは可能である。道内でも数少ない重度の知的障がい者の支援施設である。願わくば、福祉職に限らず、教員養成・司法関係の研修実習生等が訪れることを期待したい。

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、余市豊浜学園の利用者の意見・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	単年度計画に、海浜清掃・墓地草取り、高齢者世帯の除雪などの活動を通じた利用者と地域の交流が記載されている。世帯数の減少と世帯の更なる高齢化で利用者との交流が減少している。事業所の位置が10世帯程の町内の奥に位置しており、前述の活動は住民には不可欠となっている。10年前であれば住民が施設近隣を訪れ、利用者と触れ合う機会があったが、今ではその高齢者は介護保険の通所サービスを利用して訪れなくなってしまった。このため利用者と近隣住民との交流の機会は減少気味である。しかし、余市町市街には、通院や買い物などに職員が同行することは続けている。自立して外出する方がいないため、地域情報の提供などは特におこなっていないが、イベント情報はデイルームに掲示して希望者を引率している。このように従来からの取組を続けているが、意思表示が困難な方が多いので、ニーズを推し量って地域社会との交流の場が増えることを期待したい。
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	「とよはまレクリエーション」「ふれあいまつり」といった行事にボランティアを受け入れている。施設の所在地が市街より遠いこと、また、利用者の障がい特性により、一般的な普段の生活の中での受け入れは行っていない。余暇活動へのボランティア導入を検討した時期があった。この時の手順等の整備までには至っていない。前項目の利用者と地域交流にあるように、障がいのある方が一般市民の目に触れて理解を得られる機会なので、職員のアイデアなどにも期待したい。
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	社会資源は「サービスマニュアル」に毎年度更新されて職員が所持している。連携は担当職員が中心となり動いているので、関連しない職員は連携のノウハウが伝授されない。高齢で介護保険対象となった利用者は住民票のある町村役場から施設変更の話が来る場合がある。また、身体介助が多くなり車椅子の仕様から施設内設備が伴わない方の施設探しもある。北後志地域自立支援協議会への参加で圏域での地域連携には自信がある。特定の職員だけではなく他の職員も対応できるようにしたいと管理者は考えている。今後の職員の育成にも期待したい。
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	施設の所在地が町内の外れにあり、高齢化したおよそ10世帯には欠かせない存在となっている。冬季に除雪、夏季の草刈り等には職員を派遣している。入所施設なので24時間体制で職員がいることとAEDの設置を住民は知っており、住民の安心につながっている。津波や土砂災害の福祉避難所となっているだけではなく、2019年の工事で地下に空調を完備、施設自体が避難所となり原子力災害でも受け入れと非常食の備蓄をしている。

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。	b	地域の福祉ニーズは、自立支援協議会や「しりべし圏域相談支援センター」の活動や連携で把握している。自立支援協議会では居住部会に参加しており、新規利用者の入所を打診されたこともある。受け入れには至らなかったが、一つの地域課題と管理者は認識した。本項目は、地域ニーズを把握したうえでの公益的な事業・活動なので入所の受け入れは公益的事業にはあたらず通常の事業・運営となる。法人本部や隣接する余市幸住学園とは離れているので、独自の活動としては、前項目と同様の町内における除雪や草刈りが該当する。従前より行っていることの継続性としては評価できるが、社会福祉法人の公益的な活動としては十分ではない。地域ニーズと結びついた活動の充実が期待される。
----	---	---	---

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-1 (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	「余市豊浜学園職員行動規範」が策定されており、利用者の人権を擁護するにあたり職員が守るべき行為が具体的に記されている。令和2年2月に、法人開催の弁護士を講師とした権利擁護の研修は、全職員が対象なので伝達を行っている。標準的な各種サービスマニュアルにおいては「利用者を尊重したサービスの提供」の姿勢が盛り込まれている。自傷・他害などの行動障がいへの対応方法については、毎月開催される支援者会議等で、随時検討されている。しかし、行動障がいは、時に命にかかわる事故につながる可能性もあり、高度な支援技術が要求される。このため、基本的人権を配慮するという視点に立ったうえでの自己評価や相互チェック等の定期的な実施が期待される。
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	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「虐待防止マニュアル」や「プライバシー保護マニュアル」が策定されている。「虐待防止マニュアル」には、虐待を未然に防止する取組として「チェックリスト」を活用して職員の支援状況等を定期的に点検し、集計結果を分析し課題を確認していくことが大切であると明記されている。2020年、全職員に対し「虐待防止チェックリスト」のアンケート調査を行ったが、定期的に調査・点検をするシステムとはなっていない。再度、法人の「虐待防止マニュアル」の再確認とそれに沿ったサービス提供を期待する。

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。	<p>b</p> <p>相談支援事業所や高等支援学校等から月に1回程度の空き状況等の問い合わせがあり、年に2件程度は見学に繋がっている。施設からの情報の発信については、法人本部が開設しているホームページにも含まれており、年に3~4回程度、写真等を更新し中の様子を伝えている。独自には、2カ月に1回広報誌「とよメール」を発行し、家族や法人関係者、町内会に配布している。しかし、行政窓口や高等支援学校、他の福祉事業者など関係機関に対しての情報の発信は行っていない。サービスの利用希望者が、望むサービスに出会うためには、多くのわかりやすい施設情報を取得する必要がある。家族などの意見も参考にし、たうえで施設の特性をわかりやすく紹介した資料を作成し、様々な機関に継続的に提供していくことを期待する。</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>サービス利用開始に当たっては、利用者自身の意思の確認が難しい場合が多く、入所後混乱しないよう慎重に対応している。初回の見学は相談員や家族のみで行い、次に本人も含めた見学、更に日中活動の体験、食費のみでの体験利用など段階を追って対応することで、スムーズな施設生活の開始に繋がっている。サービスの利用開始にあたっては、重要事項説明書等を用いて家族に再度説明し、契約している。意思決定が困難な利用者との契約に関しては、その方法と家族への説明内容、利用者本人の意思の確認方法、成年後見制度の活用など、組織としての考え方を整理し書面にすることを期待する。</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>直近3年の間に、長年入所していた利用者が系列法人のグループホームへサービス変更となっている。変更については、事業所より利用者や家族へ働きかけを開始しているが、同じ法人内であることから情報の共有も容易でスムーズである。家族に対しても担当者より今後の相談窓口など含め文書を渡している。医療ケアが増え施設での対応が困難になった場合は、主治医等と相談のうえで医療機関へ変更している。契約終了後も希望者には引き続きサービス管理責任者が相談を受け、変更先の機関とも情報共有をしている。サービス利用の契約が終了するにあたっては、担当者以外でも、事業所として統一された対応ができるよう、手続方法や引き継ぎ書・利用者や家族への案内文書などの書式なども含む手順書の作成を期待したい。</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	自治会「豊希会」は毎月開催されており、約半数の利用者が参加している。司会は利用者が行っており、議事録には多くの意見や要望が記載されている。そこで出た内容については毎月支援者会議で検討し、随時対応している。嗜好調査も年一回行っているが、聞き取りを行っても意向の確認が難しい場合があり、課題であると認識している。「保護者と職員の会」が組織されており、役員は家族が担い職員は事務局を運営している。総会、懇談会、役員会と各会を年一回ずつ開催。総会は毎年4月29日の祭日開催で固定化しており、近年は、利用者家族の半数である20名程度が参加している。総会後は、個別面談と成吉思汗での会食が恒例で、家族との親睦を深める機会となっている。意思疎通が難しい利用者の満足度を、家族がどのように受け止めているのかという視点での調査は可能である。家族向けのアンケート調査を定期的実施することで表面化していない新たな改善課題の発見なども期待される。
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	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おり、連絡先も事業所内に掲示されている。苦情担当の職員が配置されており年2回「利用者集会」を開催し苦情などを聞き取り、そこで出た内容については苦情解決責任者である理事長に直接報告している。しかし、その後の対応等は職員にはフィードバックされておらず、苦情解決状況は公表されていない。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	女子棟は居室毎、男子棟は2～3居室合同のホームルームが週6日実施され、利用者の意見や要望を担当職員が聞き取っている。少人数での対応が相談しやすい環境となっており、衣類や日用品の購入希望のほか、時には人間関係へのアドバイスも行っている。また、言葉で考えを表明できる利用者は、夕方や余暇の時間、夜勤時などに職員へ気軽に声をかけている。このように、利用者が相談したり、意見を言いたいときの方法や相手を選んでいるが、そのことを利用者に伝えるための取組としては十分ではない。利用者が相談相手を選べることや外部の相談機関等も含め、様々な相談方法があることを図やイラストなどを使用して掲示する等、より利用者が相談しやすい環境づくりの工夫を期待する。

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	<p>「要望・苦情対応マニュアル」には「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「苦情解決・意見・要望・苦情シート」の書式を規定している。日常的な要望・意見は担当職員が都度聞き取り対応している。月一回開催している自治会「豊希会」の中で出た意見は会議録が作成され全職員に周知し、すぐに対応することが難しい内容については支援者会議にて検討し、担当者がその結果について利用者説明している。また、利用者集会においても苦情等を聞き取る体制は確保されている。しかし「要望・苦情対応マニュアル」の運用方法が作成時点と変わってきており、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、公表等を整理したマニュアルの更新が期待される。</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。	b	<p>職員には、事故発生時の対応フローチャートが周知されている。事故に関する報告書は、受診を伴う「事故報告書」と、ヒヤリハット及び未受診の事故について報告する「利用者状況報告書」の二種類がある。ヒヤリハットは、通常とは違う状況と判断した場合も含め頻繁に報告されており、管理職も現状を把握しやすくなっている。事故報告書に関しては、2名のリスク管理検証委員が聞き取りと分析を行い職員にフィードバックし再発防止に努めている。しかし、要因分析と対応策の検討が十分ではない。今後は、ヒヤリハットに関しても定期的に集計し、職員参画のもと発生要因を分析するなど、改善策の更なる検討が期待される。</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	<p>「施設内感染予防対策要綱」が平成17年に作成されている。「施設内感染症対策マニュアル」は、感染症発生時の施設内体制やおう吐物の処理手順なども記されている。環境的に外部の訪問者も限られており、インフルエンザの集団感染が8年前にあったのみで、他に集団感染は起きていない。新型コロナウイルスの感染予防に対しては、支援会議において施設長より全職員に対応方法の説明がされている。このように、感染症の予防策が講じられ、発生の安全確保についての体制もあるが取組としては十分ではない。今後は、新型コロナウイルス感染症における新たな知見も活かし、隔離が必要な場合の対応方法も盛り込んだ感染症マニュアルの改訂が期待される。</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行っている。	b	平成28年に原子力災害時における防護対策事業が開始され、近隣住民も含む屋内退避施設としてのフィルター棟整備や、自家発電機など充実している。北海道主催の原子力防災訓練には設備を提供して屋内退避訓練に参加し、続けて同日に風水害等避難訓練も実施している。備蓄品に関しては北海道の指導のもと適切に管理されている。非常時に持ち出すマニュアル、医療情報、備品等もわかりやすく整理され、取り出しやすい場所に保管されている。水害・津波・火山災害の危険区域に該当しており、令和2年2月には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た「非常災害対策計画」を策定している。過去には水害を受け、系列の施設に全員で避難したことから、施設内への入水を防ぐための止水板を工事中である。消防署と連携した避難訓練の年2回のうち1回は夜勤体制を想定して実施している。職員の非常時連絡網には携帯電話番号が記されているが、北海道胆振東部地震（平成30年）のブラックアウトでは電話も不通となっている。過去の経験を踏まえ非常時連絡網の運用上の具体的な確認が期待される。
----	--	---	---

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	「職員行動規範」には、人権尊重に関する職員の姿勢として利用者の呼称や応対時の態度、入室時のノックなど「プライバシー保護」に関する具体的留意点が示されている。また、職員が適切な支援が提供できるよう自己研鑽と人間的な成長に努めること等も定められている。ケアの手順書としての標準的実施マニュアルが作成されており、食事や入浴等の支援内容と留意点がまとめられている。服薬に関しては誤薬事故防止対策として与薬時の対応手順が食堂に掲示されている。標準的な様々なマニュアルが更に職員に周知・徹底されるために、定期的な職員による自己評価の実施や、個別指導を行う体制づくりを期待する。
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	各種マニュアルの見直しは、毎年3月に行われている。各部署から出されたものを担当者がまとめ、更新後のマニュアルは新年度の支援会議で説明され、文書を回覧し各自押印されている。個々のサービスの手順書などは変更が必要となった都度検証し見直しがなされている。個々の状況が変化し支援内容の変更が必要となった場合は、支援会議で対応が議論される。支援内容の変更は「至急回覧」として文書が職員に回覧され、マニュアルの変更も行われている。標準的なマニュアルについては、実施方法の検証や見直しの時期・方法などに関する規定を作成することで、定期的・継続的に見直しが実施されることを期待する。

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	<p>導入している支援計画作成ソフトのアセスメント表の様式では、支援を提供していくうえで情報量が不十分であるとの認識から、直接支援を担当している職員を中心に「個人票」を独自に作成し、内容は一年おきに更新している。ソフトのアセスメント表には、サービス管理責任者が部屋担当職員や、日中活動担当者、看護師等から収集した情報を入力し、課題を抽出して個別支援計画の原案を作成している。3月に見直した個別支援計画書の原案は、支援サービス検討会議を経て毎年4月に開催している個別面談において直接家族に説明している。計画書の内容について家族の意向を確認したのち個別支援計画を確定している。このように個別支援計画策定の体制はあるが取組としては十分ではない。支援サービス検討会議の議事録には、検討された適切な目標設定や、目標を達成するための各部署の役割分担、利用者や家族の意向などについても、記録されることが期待される。</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。	b	<p>支援の記録は、支援会議で報告されている内容や、日中活動の担当者や夜勤者、看護師がそれぞれの部署で利用者の状況についてパソコンに入力している。それらの情報を基にサービス管理責任者がモニタリング内容を記録している。モニタリング結果は、必要時には再アセスメントを実施して見直しを行っている。支援会議とケース会議は定期的開催されており、情報の共有や支援方法についての検討、方向性の統一はできているが手順としては十分ではない。個別支援計画の評価・見直しについては、実施の時期の設定や、会議の参加職員と検討内容、利用者や家族の意向の把握方法、同意を得るための手順などについて書かれた手順書を作成することを期待したい。</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。	b	<p>居室担当者、日中活動担当者、看護師などそれぞれの部署で日誌としてパソコンに入力した内容が、個々のケース記録として集約ができるネットワークシステムを導入している。そのため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。個々のケース記録は月一回プリントアウトして上司に決済を回し、表現方法の適切さを管理者が確認し必要時には指導している。アセスメント表、個別支援計画、会議録、モニタリング表は経過記録とは別に保管されている。契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書などは書面毎に全員分をまとめて保管している。医務、日中活動、夜勤帯の日誌はそれぞれ一括でつづられており、施設全体の流れは把握しやすいが、個別支援計画にもとづく個々の一連のサービスの流れが把握しづらい状況となっている。このため職員間での共有化としては十分ではない。今後は、1人の利用者サービスが判然となるファイリングの工夫を期待したい。</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、記録の種類と開示方法について記載され、保管についてはサービス提供完了から5年間と定められている。しかし、廃棄規定はなく、現在までの利用者の記録は保管している。また、就業中の職員の携帯電話の使用を禁止して、SNS（ソーシャルネットワークサービス）等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ではない。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や情報の集約場所といった対応を取り決めることが期待される。
----	----------------------------------	---	--

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		
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	利用者の活動として「豊希会」があり、月に一度、給食や行事に関する意見や日常生活への要望がまとめられている。「豊希会」での意見や要望は職員会議で検討し、結果報告がされている。洋服や嗜好品の購入、理美容室の選択はそれぞれの利用者の希望が反映されている。自己決定は食事時のエプロン着用や外出時の買い物、公民権の行使など様々な場面で尊重されている。自らの思いを表出できない利用者へは職員が意向を推察するよう努めている。利用者の自己決定をさらに推し進めるためには、生活の場面や社会参加の機会ごとに、自己選択するための情報提供に工夫が必要となる。利用者自身が人権意識を高めるような支援も併せて期待される。
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	「豊浜学園職員行動規範」には利用者が理解できる表現をすると明記し、権利侵害に当たる言動を禁止している。ヒヤリハットや事故報告の分析時には、支援内容や事象発生時の対応に権利侵害にあたるものがないか職員が検証している。「豊希会」では職員の言動に関する意見も聴いており、直近3年間の権利侵害はない。権利侵害に関する掲示物はあるが、理解が難しい利用者への取組は十分とは言えない。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、利用者が不安定となり自傷や他害行為に及ぶなど、やむを得ず身体拘束を一時的に行う場合は、より詳細な計画や記録が望まれる。

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。	b	利用者一人ひとりのADLを把握し、生活場面では見守りを基本として自力で行動できるよう配慮している。障がいにより生産活動に係われない利用者へは、日課を本人のペースで行うことで、生活の流れを理解できるようになった。入浴時には、自ら着替えの準備が出来るように声掛けや見守り支援をしている。掲示物で一日のスケジュールを確認し、作業や活動ができる利用者もいる。女子棟が新築され全室個室となり自由な生活環境になったが、同室者の目がなくなったことで整理整頓など自己管理が甘くなるなど新しい課題も生じている。利用者の年齢層は40～50歳台が多く、自力生活の維持や拡大は可能と施設は考えている。本人の達成感が得られるよう自立・自律の目標を定め、個別支援計画に反映することが期待される。
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	言葉でコミュニケーションが可能な利用者は4割ほどで、表情やジェスチャー、独特のサインなどでコミュニケーションをとる利用者も多い。担当以外の職員でもコミュニケーションが可能となるように、利用者ごとの要求や行動を職員間で情報交換している。デイルームには要望の多い「お茶」「コップ」「タオル」の絵カードを選択肢として準備している。女性利用者は言語でのコミュニケーションが活発な方が多く、他の利用者への過剰な干渉やトラブルには職員が介入している。認知症の疑いがあり、同じ言葉を何度も繰り返す利用者への対応を、他の利用者に伝えるなど利用者間の人間関係も円滑に維持できるよう支援している。
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	利用者の意向や相談を聴く場として、毎朝のホームルームがある。ホームルームは担当職員が利用者の居室で当日の予定を伝え、要望や相談、悩みごとを傾聴しており、活動や作業中も利用者の声には応えている。直近では、コロナ禍により控えていた理美容室への外出の要望があり、染髪也希望も併せて手配をしている。また給食メニューへの要望は給食会議を経て外部委託業者に伝え、カップ麺やキムチ漬などのメニューが提供されている。行事や旅行先は利用者が選択ができるよう、廊下に掲示してわかりやすく説明している。意志の表出がうまくできない利用者へは日常の様子をうかがい、問題行動の際には職員間で原因を推察し、試行錯誤の対応を繰り返すなど本人の本意を模索している。一人ひとりの利用者の意向等を把握するために、記録の充実や職員間の情報共有を更に深めることが期待される。

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	<p>日中活動は障がい特性により、生活支援や情操活動と生産活動の2つのグループに分け、更に利用者の心身の状態によっては個別の日課を用意している。生産活動は、野草、ラベンダーの収穫や、施設の周りに自生している笹を利用した和紙作りがあり、利用者の能力を活かせるよう細かい工程に分けている。生活支援では、自力での衛生・整容を目標に、時間をかけて支援している。一方で、余暇支援については社会資源の情報提供も少なく充実感には乏しい。施設は、冬季間や感染症の自粛期間の対策として、新たな活動の必要性を認識している。近年始めたカレンダー作りで絵画に興味を持った利用者があり、活動プログラムに絵画制作を組み込むことが検討されている。障がい者作品展への出品も視野に入れていることから期待したい。また全利用者が関わられる簡単なおやつ作りなど新プログラムの作成も期待される。</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>重複障がいを持ち車椅子を利用している方へは、通院先からリハビリの指導を受けて毎日、下肢のストレッチを実施している。自閉的傾向が強い方には個室対応など環境整備の工夫をすることで情緒の安定を図り、偏食の課題が改善している。視覚障がいの利用者は園内の行動に不自由さはないが、車への乗降や外出先での歩行には、本人の不安軽減に配慮した手引きで事故防止に努めている。高齢の利用者が食事の全介助が必要となった際には、職員アンケートを実施して食事介助技術の課題を一つずつ解消している。施設は、今後予想される高齢化対策として、認知症や介護技術の研修を検討している。利用者の様々な障がいへの理解とその支援のために、専門職の助言を得ることや内外の研修の充実が期待される。</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。食事はカロリーに制限のある利用者向けと普通食があり、刻み食など食事形態もそれぞれの利用者に対応している。食事介助の程度により食事開始時間を3段階に分け、落ち着いて食事が出来る環境となっている。排せつリズムを把握することで、オムツ交換の回数が減り、不快感の解消に繋がった方もいる。入浴は、曜日別に男女とも週3回実施し、それぞれの利用者のADL（日常生活動作）に合わせた支援・介助となっている。利用者の心身の状況に変化が見られた場合は、引継ぎ時や支援会議を経て必要な支援が適切に行われている。</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	<p>利用者の快適性と安心・安全に配慮し、女子棟の個室化、男子棟バリアフリー化、浴室スロープ設置、男性シャワー室新設など生活環境の改善を進めている。廊下すべてに手すりを付け、手すりを利用した歩行を学ぶことで事故防止につながっている。作業室や支援室、居室の温湿度や換気は施設長が日中、定期的にチェックしている。日中活動の時間を使い、廊下や玄関等の共有空間の清掃を利用者と職員が一緒に行う場合もあり、快適性の保持に努めている。女子棟は全室個室で、好みの家具や寝具、趣向品で装飾されている。男子棟は安全性を重視して、心身の状況に応じた個室対応や、クッション性の高い壁面への改修など刺激の少ない室内環境が提供されている。居室変更は利用者間のトラブルが生じた場合や、問題行動の要因分析で必要と判断されたときに行われるが、利用者からの要望にも柔軟に対応している。</p>
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	<p>車椅子の方は病院や看護師の指導を受け、足浴やマッサージで血行促進を行っている。歯磨きや洗面などは、日課に組み込み支援している。利用者のADL（日常生活動作）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、整容の流れを身につけた方がいる。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。新型コロナウイルス対策の自粛期間中は、音楽療法の回数を増やし、運動不足やストレスの対策とした。日中活動の散歩は、避難ルートと同じ経路で、散歩の目的地では整列順を毎回確認することが習慣化されており、災害時対策のひとつとなっている。障がいの重度化や高齢化による個別対応が増加傾向にある。今後は、個々の障がいに応じた機能訓練・生活訓練が支援計画と連動することが期待される。</p>
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	<p>体調の変化を伝えられない利用者には、朝の連絡時や日中活動、入浴・排せつ支援時に職員が視診をして健康状態に注意を払っている。朝夕の検温、医師の指示がある場合は血圧測定を行っている。三カ月に一度の嘱託医による内科検診と、年に一度の健康診断を実施している。口腔ケアは日中支援の中で職員が行い、定期的な歯科検診の希望者には同行をしている。毎日の活動の中に散歩やラジオ体操、リトミックを取り入れ健康・体力の維持や心身の安定を図っている。服用薬や食事提供に変更がある際は、看護師から打合せ時や会議を通して職員へ周知があり、「医務ノート」の回覧もある。新任職員が入った時には、てんかん発作時の対応等を再確認している。救急救命士の研修には毎年2名ずつ参加し、それ以外の職員には看護師が人形を使用して同様の研修を行い、緊急時に備えている。</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。	a	服用薬の管理は看護師が担当し、配薬は職員が行っている。朝昼夕の薬ケースを色分けし、利用者名・日付を読み上げて服薬介助にあたることで、近年と薬事故は発生していない。心身の不安定さから頻繁に導尿カテーテルを外す利用者には、裂傷の対応に看護師や医療機関の指示を仰ぎ、施設変更となった。処方薬は個別支援計画書内に記載し、職員の共有化もされている。
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	利用者は、買い物外出や旅行、レクリエーション行事や豊浜交流祭で地域住民と一緒に食事をしている。コンサートや家族との外出に出かける方もいる。しかし、年間を通して機会は多くはない。毎月、余市町の移動図書館が来園し、料理や旅行の雑誌などの貸出を楽しんでいる。海辺への散歩の際は、信号機の見方、横断歩道の渡り方、交通ルールを伝えている。掲示物の内容や、漢字の読みなども都度伝えている。しかし、様々な障がいを持つ利用者の学習に関しての希望や意向の確認が難しく、ニーズの把握には至っていない。利用者の興味を引き出すことや意欲を高めるには、情報を丁寧にわかりやすく伝えることが必要となる。相談支援事業所との連携や社会資源の活用を期待したい。
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	地域生活について本人の希望がある場合は、相談支援事業所と協議を重ねてニーズの把握や支援計画を立て、移行後の支援を継続している。3年前に法人内のグループホームに1名が移行した後は、地域生活への移行希望者はいない。地域生活が可能な利用者も複数名いるが、環境変化に対する本人の不安が大きく、また家族も入所継続を望んでいる。利用者本人が地域生活に関して正確な情報を得て判断が出来るように、グループホームの体験利用制度の活用や直接当事者から話をきく機会が期待される。また、環境変化に対する不安に応えるため、移行後の具体的な支援内容も提示することも期待したい。
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	家族には、2か月ごとの広報誌送付や個別支援計画作成時に近況報告をしている。半数以上の家族が参加する家族会総会や、レクリエーション行事の機会を利用して信頼関係の構築に努めている。家族から生活についての相談はないが、利用者が十分な支援を受けているかの不安には、近況報告の際に都度応えている。利用者の加齢に伴い、家族も高齢となっている。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。

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