報告書(別表第３)

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	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)	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　5　月　20　日		
評価合議日	2025　年　5　月　31　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

評価に対しての率直な感想は、「その通りだな」と思いました。
主にC評価の内容をみて納得していました。何とかCをBに出来るように取り組んで行きたいと思っています。

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		
ＦＡＸ	0135-22-6424		
E-mail	kouzumigakuen@otaru-yotsuba.or.jp		
ＵＲＬ	https://otaru-yotsuba.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：　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）　4　回　（令和　2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）〇〇事業（定員〇名）

【利用者の状況に関する事項】（令和７年３月１日現在にてご記入ください）

〇年齢構成（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	1 名	2 名	4 名	7 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
15 名	7 名	2 名	名	2 名	8 名
					合　計
					48 名

〇年齢構成（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		

〇年齢構成（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		

〇年齢構成（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			

〇障がいの状況

・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	1 名	3 名	名	名	名
内部障害（心臓･腎臓､ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合　計	1 名	3 名	3 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
41 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

〇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	2 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	1 名	名	2 名	1 名	2 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
1 名	名	名	1 名	1 名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
4 名	名	2 名	30 名		

（平均利用期間：　　23年6カ月 ）

【職員の状況に関する事項】（令和　7年　4月　10日現在にてご記入ください）

〇職員配置の状況

	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	19 名	1 名	1 名	1 名	15 名
非常勤	11 名	名	名	名	10 名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	1 名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	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。

〇職員の資格の保有状況

社会福祉士	名　（　　名）
介護福祉士	6　名　（　3　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。

〇成人施設の場合

（１）建物面積	２２１８．０　㎡		
（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	平成　9 年		
（４）改築年	平成　　年		

〇保育所の場合

（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		

〇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　　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。

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

＜評価の高い点＞

1、「健康管理への細かな配慮」

健康や体調の管理は、言葉で体調不良を訴えることができない利用者が多いため、慎重に留意しています。朝夕のバイタルチェックのほか、摂食状況、排せつ状態、入浴時の身体確認などの日常観察のほか、インフルエンザや新型コロナ、肺炎球菌のワクチンの接種を図り感染予防に努めています。年2回の健康診断の他、嘱託医による毎月の内科検診や希望者への婦人科検診など、看護師を中心として利用者の健康状態の把握を行い、通院先医療機関と連携しています。

近年、高齢の利用者が増えていることから、個別の様々な支援の留意点を職員会議で確認しています。食事形態の見直し、ADL（日常生活動作）保持のための対策、車椅子・介護ベッド等の福祉用具の導入、尿パッド交換の工夫等です。毎日の健康管理には細やかな配慮がなされています。

2、「利用者本位の支援や介助の実践」

支援マニュアルは、男女別の入浴支援や、食事、歯磨き、排泄、服薬などと生活場面ごとに、利用者別の詳細な介助方法を記載しています。例えば、「入浴マニュアル」であれば、リフト使用の有無、シャンプーの適量使用を促す声掛け、浴槽へ勢いよく入る習慣への注意喚起、皮膚の状態や自傷の有無の確認、ボディクリームの使用に至るまでが示されています。

また、「歯磨き介助利用者マニュアル」では、「高齢利用者、車椅子利用者が多数いる為、混雑を防ぎゆとりをもって介助を行う。」「水分補給と並行して行う為、職員間で声を掛け合いながら行う。」など、口腔ケアの重要性を理解した介助をしています。

マニュアルは、個々の特性や状態に応じた支援や介助の内容が文書化され、職員による日々の観察と職連携により、利用者本位の支援や介助がなされています。

3、「退所後支援」

施設を退所する場合は、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」
　施設では、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、「実効性のある非常災害への対応」
　「非常災害対策マニュアル」および「自然災害における業務継続計画（BCP）」を策定して、避難訓練は年 4 回実施しています。「BCP」には、職員の行動基準や緊急連絡先等を記載しています。但し、職員への共有は不十分です。
　行動基準や緊急連絡先を記載した携帯カードを配布する計画はありますが、未配布です。連絡網が未作成であり、非常時の持ち出し品や担当者が決まっていません。備蓄品・予備薬も同様です。
　2018（平成 30）年の北海道胆振東部地震では、携帯電話の不通が発生した教訓があります。これを活かした災害時における実効的な対応の体制・整備が求められます。
　今後は、「BCP」の内容を全職員に周知し、災害時の備えを早急に具体化することを期待します。

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	施設の廊下などには、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	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「幸住だより」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	「実習生等受入規程」の策定と「実習の際の留意事項等」や情報漏洩についての「誓約書」がある。実習生の受入れ責任者と担当は決めている。2024（令和6）年度は実習生の受入れがなく、職員説明はない。実習プログラムは、学校が決めた内容に沿って、利用者の日課に合わせている。利用者へは朝の活動開始時に周知している。しかし、受け入れ規程は、平成28年（2016年）から更新がなく、プライバシー保護に関する内容はない。また、実習生受入れマニュアルは策定されていない。今後はコロナ禍を経た変化等を踏まえて、組織的な受け入れ態勢を整備することに期待したい。

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	町内会に「幸住だより」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	「余市幸住学園　施設ボランティア受入れ規程」を策定し、目的を明記している。理容ボランティアの受入れはコロナ禍以前から継続して行われていた。しかし、感染リスクから受入れには消極的である。加えて、規程の更新や、ボランティア受入に関しての整備は滞っている。今後は、受入れ手順に加えて、プライバシー保護を盛り込んだ規程として更新し、職員の理解のもと受け入れ態勢を整えることに期待したい。

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	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。利用者の高齢化により、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）年度から地域連携推進会議の設置が義務化され、入所施設としての開催が求められているため、会議での福祉ニーズの把握が期待される。
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	廊下に、基本方針・基本理念・支援目標を掲示し、「虐待防止に関する規程」や「障害者虐待の防止と対応の手引き」、委員会の運用指針を定めている。障がい者権利擁護に関するチェックリストは、年に2度実施して、結果を会議で共有している。外部研修の受講歴はあるが、伝達研修はしていない。また、選挙の投票は、全利用者への情報提供はないため、利用者アンケートでは「選挙に参加してみたい」との声もある。今後は、利用者個々の意思が尊重されることを職員が共通理解するためにも、意向を汲み上げる工夫や、全職員が権利擁護研修に参加できる機会を保障することが期待される。

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	「プライバシー保護マニュアル」及び「虐待防止に関する規程」が策定されている。トイレ介助や失禁対応にはパーテーションを使用、入浴には、他者の視線を遮るため、カーテンやスダレを用いている。このように、職員は利用者のプライバシー保護に配慮して支援を行っているが「プライバシー保護マニュアル」の定期的な更新や学習会は実施していない。また、職員は、活動記録のために業務中に私用スマホを使用する場合があるが、ルール決めはない。今後は個人のスマホ使用の範囲など、支援の実態を反映したマニュアルの見直しとその後の職員への周知を期待したい。
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	ホームページや総合パンフレットは法人本部で作成されている。掲載されている説明文には、ふりがなの記載がないことについて、現場職員からは必要性の認識が示されている。現在では実施されていない支援活動や、コロナ禍により変更された行事の旧情報が、掲載されたままとなっているため、利用希望者に対して、現行のサービス内容が正確に提供されていない。今後は、職員からの改善意見等を汲み取り、利用希望者に向けて正確かつ積極的な情報発信が行われることを期待する。
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	「重要事項説明書」「契約書」「入所のしおり」で、利用開始についての説明を行っている。しかし、家族が当初抱いていたイメージと実際の支援内容にギャップが生じるケースや、家族が想定する利用者の能力と、入所後に見られる実際の様子に差が生じる場合がある。そのため職員は、家族に対する利用前の説明や情報提供の際には、より丁寧で分かりやすく伝える必要性を感じている。また、利用者に対しては、個々の職員の判断で、具体的な活動場面を通して理解を促す場合が多い。今後は、家族や利用者に対して、より分かりやすい説明方法を検討しルール化することで、丁寧な合意形成を進めることを期待する。
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	施設では、サービス利用終了後も相談や困りごとがあれば対応する姿勢を口頭で示し、実際に連絡があった場合には対応している。しかし、職員への相談窓口に関する周知が不十分であり、運用方法について職員に浸透していない様子がうかがえる。また、利用者家族の高齢化に伴い、成年後見人の関与も年々増加傾向にある。今後は、施設退所後も福祉サービスを継続的に利用できるように、引継ぎに関する手順の整備や相談窓口の明確化を図り、職員全体へ共有することが期待される。

Ⅲ－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①　利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者集会の代替として担当職員が居室やデイルームを訪問し、個別に意見を聴取する「ホームルーム」を実施している。自発的な意思表示が難しい利用者には、写真を用いて選択を促している。利用者等の満足度については、約6割が参加している「ふれあい秋祭り」等の行事を通じて把握している。参加が難しい家族には、年4回発行している「幸住だより」や支援計画作成時に、手書きのメッセージを添えている。「幸住だより」は写真も多く掲載している。今後は、利用者や家族の意向、及び満足度をより客観的に把握するため、アンケートの実施等を期待する。
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」を策定し、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」との記載がある。しかし、要望・苦情対応フローチャートには、「第三者委員に直接、苦情を申し出ることができる」との流れの記載がない。廊下には、第三者委員の氏名と連絡先は掲示されているが、利用者への周知としては機能していない。今後は、苦情の公表も望まれる。
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	職員は、利用者の意向を引き出すことの重要性を理解しており、具体例の提示や写真などを活用して、意思表出が難しい利用者への対応を工夫している。他方、担当職員以外や第三者委員への相談が可能であることや、相談時の守秘義務についての周知は十分とは言えない。職員は、その必要性を認識しているため、今後はわかりやすい掲示物や「幸住便り」を通じて、継続的に情報発信していくことを期待する。また、匿名性が確保できる「なんでも意見箱」についてへの投書は、減少傾向にあるため、効果的な活用方法や、形骸化させない工夫とわかりやすい周知を期待する。
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	利用者や家族からの相談内容は「相談受付票」に記録して対応し、必要に応じてケース会議を開催して、職員間での共有と対応の検討を行っている。しかし、相談対応に関するマニュアルやフロー図は未整備である。また、「なんでも意見箱」は月に1回の開封に留まっている。今後は即答が難しい相談に対して、共通の対応を図ったり、利用者の思いに迅速に対応する観点からも、「なんでも意見箱」の開封頻度の見直しを含めたマニュアルの策定に期待したい。
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	事故やヒヤリハット発生時には「利用者状況報告書」に記録し、即日周知している。また、2か月に1度の支援会議で事故等の共有を図っている。個人ケース記録は、パソコン上での情報共有を職員間で可能にしている。しかし、ヒヤリハットを積極的に報告する体制は十分とは言えず、ヒヤリハットを活かすための学習機会も設けられていない。今後はリスクマネジメントの観点から、ヒヤリハットの重要性を周知し、日常的に活用される体制づくりが期待される。

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	「施設内感染予防対策要綱」「感染症の予防・まん延防止のための指針」及び「感染症BCP」を策定している。感染症対策委員会を年3回程度開催し、必要に応じて臨時に開催している。看護師指示の下、発症者は2階別室で隔離し感染拡大を防止している。感染症に関する研修や訓練は計画されているが、職員への周知や実施が伴っていない。嘔吐時対応に関する実地訓練や嘔吐処理セットの設置がなく、突発的な事態への備えには不十分な状況である。感染症対応は、利用者と職員の安全・安心の両面において重要であることから、平時からの研修や訓練の定期的な実施体制の強化を期待する。
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	余市幸住学園は、「非常災害対策マニュアル」「自然災害における業務継続計画（BCP）」を策定し、地域の避難所に指定されている。非常時の持ち出し品は避難所であることを理由に未整備のため、火災時などへの備えとして対応が求められる。BCPには、職員の行動基準や緊急連絡先等を記載しているが、職員への周知は不十分である上、行動基準や緊急連絡先などを記載した携帯カードは、職員へ未配布である。2018年の北海道胆振東部地震では、携帯電話の不通が発生しており、その教訓を生かした災害時対応の徹底が必要である。BCPの実効性を高めるためにも、今後は、職員への周知と備えの具体化を早急に期待する。

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	介助場面ごとに細分化した「支援サービスマニュアル」がある。但し、マニュアルに基づく支援が適切に行われているかを確認する体制や、マニュアルから逸脱時の是正・再発防止の方法が未整備で、共通認識を図る研修も実施されていない。服薬マニュアルについては、自立している利用者には、見守りがなく薬を手渡す場面がある。今後は、服薬完了の確認や分包紙の回収や対応方法を整理・明文化して、学習会などで共有していくことを期待する。
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	「支援サービスマニュアル」は年度末に担当者を中心に見直し、利用者の体調変化などに応じて随時に修正もしている。しかし、見直し内容や検討過程の記録が残されておらず、内容の検証や再確認が難しい。また、他のマニュアルは、サービス管理責任者が見直しを担っているが、手順や時期、検証方法などの運用規定は策定されていない。今後は、マニュアルの定期的かつ計画的な見直しを実施するための明確なルールや手順を整備し、検討履歴を記録・保存することを期待する。

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支援計画を適切に策定している。	b	ケース記録は、日々詳細に記録して利用者の状況把握や支援内容の確認に役立てている。一方で、アセスメントには、本人や家族の希望が記入されていない箇所があり、意向を把握する工夫が求められる。また、長期・短期目標の期間設定や評価の視点について、職員間で共通理解が不十分である。目標内容は具体性に乏しく、利用者の目標達成の度合いが分かりづらい。利用者に対する目標の説明には、障がい特性に合わせて、より丁寧な説明の工夫が求められる。ニーズの把握においては、課題や問題行動の記載が中心で、利用者の強みや関心を活かした記載は少ない。今後は、職員の共通認識の下、利用者や家族の意向を把握し、利用者の長所を活かし伸ばす支援計画の策定に期待したい。
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	支援計画は年に2回見直しを行い、見直し時期は都度周知しているが、その時期や手順を定めた文書は整備していない。利用者の心身の状態に変化があった場合には適宜変更を実施しているものの、緊急変更時の具体的な手順も明文化していない。計画の変更内容については一部の職員は積極的に共有・確認を行っているが、職員間で温度差があり、評価から計画見直しへの流れが一貫しているとは言い難い。今後は、支援計画の評価と見直しの実施手順を文書化し、職員の共通認識のもとに達成を見据えた目標設定と見直しを期待する。
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	職員は、詳細に日々記録をパソコン入力し、情報の即時共有を実現している。一方で、使用できるパソコンが2台に限られているため、業務の状況によっては入力が円滑に行えず、効率的な運用が難しい場面もある。記録に於いて利用者の氏名を呼び捨てにしないということの共通認識はあるが、「～さん、～様、～氏」であったり、利用者に関する表現を、本人や自身と表記する等、文章表現が統一されていない。今後は、パソコンの台数の見直し等、業務効率の向上に向けた環境整備と、記録の表現方法に関する基準を整備し、統一的な記載や記録時の注意点などの周知徹底のための学習会や研修会の実施に期待したい。
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」「特定個人情報の管理に係る規程」「取り扱い状況の点検に係る規程」等、情報管理に関する各種規程を整備している。重要事項説明書には、開示請求や、利用者の記録保管についての記載がある。しかし、これらの規程について、職員への十分な共有がない。また、重要事項説明書における情報開示には「利用者の求めに応じて」とあるが、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、記録管理体制についての職員への共有や、学習会の実施とともに、情報開示の対象範囲について明確に記載することを期待する。

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		
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	言葉で意思を伝えることが難しい利用者に対して、職員は表情や動作から気持ちを汲み取り、急がず「待つ姿勢」で関わるなど丁寧な支援を行っている。服装や髪型の選択を促す声掛けや、入浴時の拒否に対して強要せず見守る姿勢もみられる。嗜好品の購入は職員が代行しているが、今後は本人が選べる機会の工夫や、意思決定支援の統一的な対応が期待される。
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	法人全体で毎年権利擁護研修が行われ、外部研修の伝達や虐待防止委員会での協議内容を支援会議で共有するなど、職員の意識向上に継続して取り組んでいる。セルフチェックの集計結果は共有されているが、分析や具体的な支援の周知には至っていない。今後は、身体拘束や虐待防止策を職員参画のもとで検討し、利用者本人や家族にも権利について丁寧に説明し理解を得る工夫が望まれる。

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	自立・自律支援では、若年層には整容習慣の定着、高齢者にはADL維持を目標とした支援が行われ、特に口腔ケアに丁寧に取り組んでいる。職員は本人の興味や楽しみに着目し、日常生活を安定して過ごせるよう工夫しているが、個別支援計画には同様の課題が継続している。成果の見える化や小さな変化を実感できる課題設定を職員が試みている。家族の情報も活かした可能性の広がる支援にも期待したい。
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。	b	言葉以外のコミュニケーション手段として、ジェスチャーや表情、体の動きなどを活用し、入所初期には写真や絵カードも用いて利用者の意思を把握しようとする工夫が見られる。やり取りの中では「はい・いいえ」で答えやすい質問になりがちで、本当の思いを汲み取るのが難しい場面もある。職員はそうした反応や表情を記録・共有し、理解に努めている。音楽を通じたリトミックでは、自己表現の促進にも取り組んでおり、今後さらに個別の方法を深めていくことが期待される。
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	朝のホームルームや活動後の対話の時間では、利用者の思いや要望を受け止める工夫がなされ、職員間で共有・対応されている。言葉で伝えることが難しい利用者への情報提供や意思確認には課題があり、今後の工夫が求められる。楽しみとして重視される「食事」や「おやつ」、日曜会での飲酒など、生活の中の好みを活かした支援は、自己選択・自己決定を促す機会となっており、他の支援場面へ広がることが期待される。

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	日中活動は、利用者の年齢や心身の状態に応じて援助班と生活班に分け、歩行能力に合わせた散歩やリトミック、整容・入浴支援などを行っている。屋外での外気浴など気分転換の工夫もある。一方で、コロナ禍以降活動が縮小し、利用者の希望が十分に反映されていないとの認識が職員にある。今後は、地域の社会資源を活用しながら、日中活動の多様化や選択肢の広がりが図られることが期待される。
A⑦ 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	強度行動障がいの利用者の増加に対応し、全職員が専門研修を受講し支援技術の向上に努めている。高齢利用者には介護技術の助言も得ており、支援力の底上げが図られている。ケース記録は課題ごとに整理され、状態が不安定な場合の支援に活用されているが、安定時の振り返りが十分ではない。人員不足の中でも、記録の共有と効率化が進むことで、支援の質の向上が期待される。
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧ 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	食事面では、嗜好調査や残食の把握をもとに給食会議で工夫を重ね、昨年変更となった給食業者のメニューや味付けも利用者に好評である。カラー写真の献立表も理解促進に寄与している。入浴・排せつ・移動等の日常生活支援は個別の状態に応じて行われ、尊厳や快適さに配慮した支援が実施されている。今後は、利用者の生活意欲を高めるため、できるようになった生活行動を記録し、目標設定に反映させる支援が期待される。
A-2-(3) 生活環境		
A⑨ 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	安心・安全な生活環境づくりに取り組み、危険箇所への保護材の設置や空調機器の活用、居室の段差解消など快適性と清潔保持に配慮している。利用者の好みに応じた居室づくりや、高齢者への温度管理支援、不穏時のクールダウン対応も行われている。一方で、相部屋が多くプライバシー確保に課題があるため、法人内の他施設の取り組みを参考に、ハード面での改善が進むことを期待したい。
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩ 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	日々の散歩を中心に、利用者の心身状態に応じた3グループで機能訓練を実施し、高齢者には足浴も取り入れるなど、体力維持への工夫が見られる。車椅子も個別性に配慮して業者と連携しており、看護師の指導による口腔ケアにも取り組んでいる。今後は、理学療法士等の専門職の助言を受けながら、利用者が意欲的に取り組める個別性のある訓練プログラムの充実が期待される。
A-2-(5) 健康管理・医療的 な支援		
A⑪ 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	毎朝の検温や夕刻のバイタルチェックに加え、食事・排せつ・更衣時など日常生活の場面で心身状態を把握し、不調を訴えにくい利用者にも丁寧に対応している。医療機関との連携も適切で、定期検診や予防接種も実施されている。服薬確認や通院支援も看護師を中心に体制が整えられ、職員会議で支援の質向上を図っている。
A⑫ 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		
A⑬ 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	コロナ禍で外出の機会が長期間制限され、社会との接点が希薄な状況が続いていたが、現在は誕生月外出や個別外出が再開され、利用者の希望を反映した内容となっている。外出先では公共の場でのふるまいを思い出せない場面も見られ、再度の確認が必要となることもある。他施設や地域住民との交流の場は一部確保されているが、社会参加の機会としては十分とは言えない。今後は、利用者一人ひとりの興味や希望に即した支援を通して、地域資源を活用した社会参加や学習の場の広がりが期待される。
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭ 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。	c	利用者の多くが重度の知的障がいや強度行動障害を有し、高齢による身体機能の低下も見られることから、施設では地域生活への移行が難しいと捉えており、意向調査は実施されていない。地域生活に関する情報提供も行われていない状況である。一方で、同市内には自法人が運営するグループホームが存在し、具体的な地域生活の様子を利用者や家族に伝えることが可能である。今後は、地域生活に関する意向を把握するとともに、他法人のグループホームや基幹相談支援事業所、地域自治会との連携を通じた支援の方向性が望まれる。
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮ 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	利用者家族には、広報誌や行事案内を通じて情報を伝達している。帰省時には、日常の様子を記録した連絡ノートを手渡し、家族が高齢である場合には自宅送迎による対応も行われている。電話や面会への対応、支援計画の説明と同意の取得を通じて、家族との関係が保たれている。地域住民と共に参加する「ふれあい祭」は、利用者・家族・職員との交流の場となっている。急変時にはマニュアルに沿った迅速な連絡が行われている。利用者および家族の高齢化に伴い、親族関係が薄れる中で支援の在り方に課題が生じている。他施設への移動希望や、成年後見人との連携強化などを通じ、家族のニーズに即した対応が求められる。

A-3 発達支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 発達支援		
A⑯ 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		
A⑰ 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
A⑱ 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
A⑲ 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