

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2012 年 6 月 19 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002

住所

札幌市中央区北2条西7丁目

電話番号 011-251-3897

評価機関名 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第12-006号

代表者氏名 会長 三宅 浩次

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)	藤田 裕行	総合	第0089号
	(2)	野村 宏之	福祉	第0158号
	(3)	上田 格	福祉	第0095号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	生活介護事業			
事業所名称	札幌市あかしあ学園			
設置者名称	札幌市			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2011 年 6 月 1 日	～	2012 年 6 月 19 日	
利用者調査実施時期	2011 年 8 月 24 日	～	2011 年 9 月 26 日	
訪問調査日	2011 年 11 月 25 日			
評価合議日	2012 年 5 月 18 日			
評価結果報告日	2012 年 6 月 19 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

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 北海道社会福祉事業団

代表者氏名: 理事長 吉田 洋一

所在地: 〒060-0042 札幌市中央区大通西5丁目11番地大五ビル3F TEL 011-271-5531

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

○職員研修の強化と専門性の向上への取り組み

経験2年程度の職員が多い札幌市あかしあ学園においては、職員の専門集団化こそが、利用者ニーズに即応した特徴あるサービスを生み出す前提となります。法人による体系化された階層別・目的別研修は、組織全体のスキルアップを図る取り組みとして評価されるものですが、日常的な利用者支援における助言などによる個別対応を組み合わせた人材育成が欠かせません。法人としての研修整備、管理者によるOJTとコミュニケーション、事業所の独自研修という三層の研修体系は、大きな効果が期待できます。

○組織経営の改善に向けた取り組み

法人への経営分析に基づく中期経営計画により、職員配置の適正化の実行、コスト意識の醸成の必要性が迫られています。正職員のリーダーシップと効率改善のチームによる試行、地域・利用者の支援ニーズへのアプローチを相乗的に推し進めることで、工賃向上、指定管理以前には定員を大きく割っていた利用者数の増加を達成しており、札幌市、地域、利用者の信頼を獲得していることは高く評価できます。

○家族・利用者ニーズの把握とサービスの提供

満足度調査の実施、家族懇談会、個別面談などで把握されたニーズを受止め、送迎サービスや新しい作業種の創設に取り組んでいます。また、地域の養護学校や相談支援事業者とも連携し、利用者の増加に直結する取り組みも評価できます。さらに、ケアホームでの生活を希望する利用者、保護者に対しては、ケアホーム運営事業者の紹介などを積極的に行っており、利用者の地域生活支援に対する姿勢が評価できます。

○迅速で妥協のないリスク管理の取り組み

ヒヤリハットの該当事例が生じた場合、重要度によっては、その日に、若しくは月1回の職員会議で協議し、今後の対応策が検討されています。職員全員が毎日、顔をあわせて密な関係を築けていることも要因ではありますが、組織の利用者のリスク管理に対する緊張感が窺えます。

○サービス実施計画の適切な策定

個別支援計画策定の責任者を設置しており、利用者・家族の意向把握は、面談で確認し同意の手順を定めて実施しています。また、個別支援計画には、利用者一人ひとりのニーズや課題をきめ細かく記録し、職員間で共有しています。定期的なモニタリングを活かし、利用者のエンパワメントを意識した計画策定の取り組みは評価に値します。

◇改善を求められる点

○人事考課と外部監査の導入に係る検討

職員の人事考課は人材の能力開発や育成と公正な職員処遇によって、意欲の喚起や組織的な活性化を図ることにありますので、客観性・公平性・透明性のある考課基準について検討されるよう期待します。また、外部監査についても、公認会計士や税理士などの専門家による監査の導入の検討を期待します。

○組織としての評価結果の検討及び改善策の構築

事業所で実施している施設自己評価(福祉サービス内容評価)や、札幌市の指導のもとに行っている施設利用満足度調査の評価結果の分析において、その改善方策の検討が一部の管理職によって行われているため、すべての職員が、問題点や改善に向けて優先的に取り組む事項について、明確に認識する状況にはなっていません。今後は、評価分析段階から全職員が参画し、組織として改善のための取り組みが進められることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成22年度から札幌市の指定管理者として、社会福祉法人北海道社会福祉事業団が札幌市あかしあ学園の管理運営を行ってから2年が経過しました。障がい者支援の経験が少ない支援員が多い中で、今回の第三者評価の受審は若干の不安もありましたが、職員研修の強化と専門性の向上への取り組み、サービス実施計画の適切な策定などについて高い評価をいただき、大きな自信になりました。今回の受審結果で、高い評価をいただいた項目については、今後も一層の充実を目指して努力してまいりますとともに、改善を求められた項目については、結果を真摯に受け止め、職員一同、利用者支援の一層の向上に努めてまいります。

【職員研修の強化と専門性の向上への取り組み】

施設運営にとって人材育成は急務であり、特に経験年数が2年程度の職員が多い当事業所では、積極的な職員研修に取り組んでまいりました。具体的には、日常的な利用者支援をとおして、利用者の障がい特性や対応方法等についてその都度、管理職から職員に対して助言することで、組織全体のスキルアップを図ってまいりました。今後とも各職員に対して、日常的な場面における個別対応や助言を継続的に行い、人材育成に努めるとともに、新たな研修を企画実施し、さらなる専門性の向上を目指して努力してまいります。

【組織経営の改善に向けた取り組み】

法人では、昨年、専門機関に委託して経営診断を実施し、その結果に基づいて、24年度から始まる「第2期経営計画」を策定しました。今後、法人として、新たな計画期間内に財務状況の改善を図るとともに、正職員の配置比率を高め、利用者支援の一層の充実を図っていくこととしており、札幌市の指定管理者として、利用者やご家族の信頼がますます得られるよう、職員一同、利用者の方々へのきめ細かな支援に努めてまいります。

【家族・利用者ニーズの把握とサービスの提供】

平成22年度から札幌市の指定管理者として当事業団が施設の管理運営を行うにあたり、一番の課題は家族や利用者の信頼を得ることでした。今回の第三者評価で、施設利用満足度調査の実施や家族懇談会、個別面談などについて、一定の評価を頂くことができ、これまで行ってきた様々な取り組みが、利用者支援及び利用率の向上につながってきていることを確信することができました。今後もこれに満足することなく、家族や利用者の様々なニーズの把握に努め、より一層の信頼が得られるよう、期待されるサービスの充実に努めてまいります。

【迅速で妥協のないリスク管理の取組】

日中活動の支援を行う通所施設であり、家族的な雰囲気の中で楽しく過ごしてもらえよう、少数の職員で効率的な運営に努めてきているため、ヒヤリハットの事例が生じた場合は、その日のうちに職員全体で事例内容を確認するとともに、改善策などについてのミーティングを実施しています。当法人が札幌市の指定管理者として管理運営を行ってからの、これまで大きな事故は発生していませんが、今後も、これに安心することなく、発生したヒヤリハット事例については、個々の職員が、常に自分の問題として捉えられるよう、職員全体での情報や問題意識の共有化を図ってまいります。

【サービス実施計画の適切な策定】

自宅から通所している利用者が大半を占める当事業所にとって、利用者や家族の意向は、入所施設と比べて比較的把握しやすい環境にあります。今後もこの利点を生かし、利用者のエンパワメントを意識した個別支援計画の策定に取り組めます。

【人事考課と外部監査の実施】

人事考課制度については、現在、法人として平成25年度からの導入に向けた準備を進めておりますので、勤務評価だけではなく、人材育成と職員一人一人の意欲の向上につながる制度となるよう検討してまいります。また、外部監査の実施については、法人が新会計基準に移行した後、実施に向けて検討を進めてまいります。

【組織としての評価結果の検討及び改善策の構築】

当事業所は、経験年数の少ない若い職員が多いことから、施設の抱える課題・問題点や改善策について、全職員が共通の認識をもって利用者支援を行っていくことが、支援技術の向上を図る上で、とても重要なことと考えています。今後は、評価の分析、課題の整理、改善策の検討から実施、検証における全ての行程に全職員が参加できる体制とし、組織として優先順位を明確にしながら、全職員が一丸となって課題の解決に取り組んでまいります。

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： 平成 23 年 7 月 1 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団		
事業所名 (施設名)	札幌市あかしあ学園	種別	生活介護事業
事業所所在地	〒065-0017 札幌市東区北17条東5丁目2-1		
電 話	011-723-0411		
F A X	011-788-4381		
E-mail	akashia@dofukuii.or.jp		
U R L	http://www.dofukuii.or.jp		
施設長氏名	青山 恵子		
調査対応ご担当者	小松 大記 (所属、職名： 支援課長)		
利用定員	50 名	開設年	昭和 60 年 6 月 1 日
<p>理念・基本方針： 札幌市あかしあ学園は、利用される方が社会生活・職場生活等それぞれの生活の場で自立できるように支援することを目的とします。 支援にあたっては、一人ひとりの状況を把握し、生産活動や創作的活動・レクリエーション等とおして、生きがいや生活に潤いを持ってもらえる、また利用される方同士が支え合ったり楽しさを共有できるよう質の高いサービスを目指していきます。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	9:15~16:15		

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

--	--

【利用者の状況に関する事項】（平成 23年 6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（老人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
0名	4名	6名	10名	3名	6名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
14名	9名	0名	3名	2名	0名
					合計
					57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ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～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			

○障害等の状況

・身体障害（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	7級
視覚障害	1名	名	名	名	1名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1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	名
肢体不自由	1名	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	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	2名	2名	名	名	1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。

・知的障害（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	13名	3名

・精神障害（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	2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	2名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
2名	7名	4名	1名	1名	2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
2名	1名	4名	1名	3名	0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
3名	1名	0名	0名	2名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
3名	2名	1名	15名		

(平均利用期間： 13年)

【職員の状況に関する事項】(平成23年6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	課長	支援主査	支援員
常勤	13名	1名	1名	1名	9名
非常勤	4名	名	名	名	名
	事務主査	事務職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	1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	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	1名	1名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」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	5名 (名)
介護福祉士	2名 (名)
保育士	3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	1938.76㎡	
(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	60年
(4) 改築年	平成	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	㎡	
(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 22 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

362 人

・ボランティアの業務

- ・工芸作品の製作補助
- ・夏祭りでの模擬店手伝い
- ・北光地区ふれあいいきいきサロンでの交流活動
- ・給食時間の器楽演奏
- ・あかしあ喫茶のスタッフ

【実習生の受け入れ】

・平成 22 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 9 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。

年一回利用者・家族向けにアンケートを実施すると共に、個別支援計画に関連して最低半年に一回個別に面談する機会を設ける。
また、要望等受付担当者を配置すると共に、投書箱を施設内に設置している。

【その他特記事項】

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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ－１－（１）－① 理念が明文化されている。	a	法人の経営理念として、障がい者自立への取り組み、社会的使命の達成、地域との共助・協働を掲げ、さっぽろ地域生活支援センターと連携した地域移行など、地域で実践する障がい者福祉の考え方を明示している。その内容は、利用者などへの分かりやすい配慮がなされており、ホームページ・施設要覧に記載するとともに、事業所にも掲示している。地域におけるボランティア活動やサロン活動を通じ、地域に欠かせない社会資源を目指している。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人の経営理念に基づき、事業所の基本理念・基本方針を、事業所のパンフレットやホームページに明示している。その内容は利用者の権利尊重・地域生活支援・願いや想いの共感など、職員の行動基準を示すものになっている。また、職員には、より具体的な「利用者サービスの基本理念と行動基準」を配布している。
Ⅰ－１－（２） 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ－１－（２）－① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度当初に開催する職員会議において、理念や基本方針が説明されており、会議録でも確認できる。併せて、日本知的障害者福祉協会の職員倫理綱領や権利擁護の指針を示す冊子などにおいて、より具体的な行動規範の理解を促している。また、半期ごとの活動の見直しの機会などにおいて、日々の活動を振り返り、気づきを促している。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	家族説明会において、重要事項説明書、事業計画などと併せて説明している。その具体的な内容は、「あかしあ便り」にも掲載されている。利用者については、障がいの特性により、一律に理解を促進する取り組みは困難であるが、文章の提示だけではなく、日々の生活で何える満足感を把握することを意識した支援を行っている。

Ⅰ－２ 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－２－（１） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ－２－（１）－① 中・長期計画が策定されている。	a	法人としては、平成18年度から平成23年度まで6年間の中期経営計画において経営理念に基づく経営コスト分析、職員配置などの適正化、新体系移行の方針を策定している。平成23年3月には「中期経営計画の推進状況と今後の取組」において、計画の達成度などの評価を行っている。その内容は、学園長を通じて職員会議などで周知している。
Ⅰ－２－（１）－② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	単年度の事業計画は、札幌市との指定管理者契約を締結する際、法人の「中期経営計画の推進状況と今後の取組」で示された方向性も踏まえて策定している。その方向性とは、職員配置の適正化、定員確保や人件費を含む運営コストの見直し、新体系移行に際して地域が求める福祉ニーズを自治体と連携して進めることである。事業計画で示された運営方針や事業内容は単年度ごとの事業報告で評価している。定員の確保のための送迎サービスやケアホーム見学など、一部、独自のカラーを打ち出すことで指定管理者としての成果を達成しつつあり今後に期待したい。

I-2-2 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-2-1 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画及び予算は、各業務担当の事業総括を踏まえて策定され、職員会議で確認をしている。その内容は、法人全体の方針などを踏まえた調整の後に確定する仕組みができています。進捗などの評価は事業報告により実施している。
I-2-2-2 事業計画が職員に周知されている。	a	職員会議などにより、確定した事業計画の内容を周知している。全員が一堂に会する機会は少ないが、日常の支援活動などを通じた指導も併せて実施しており、学園全体に基本的認識は共有されている。
I-2-2-3 事業計画が利用者等に周知されている。	a	利用者自治会や年2回開催の家族説明会、家族との個別面談で共通理解を図っている。H22年度には満足度調査を実施し、余暇活動においては、陶芸、農作業、外出支援を新設し、利用者の希望に応じた選択肢を提示している。活動の状況は「あかしあ便り」で報告している。

I-3 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
I-3-1 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1-1 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	法人の処務規程、学園の業務分掌に管理者の役割を明記している。会議や日常の支援活動を通じて、理念・基本方針、学園の目指す方向について表明している。また、園長は、さっぽろ地域生活支援センター長を兼務し、地域移行や作業の効率化、工賃向上にリーダーシップを発揮し、利用者数も定員割れの状態から、定員を超過するまでの実績を上げている。
I-3-1-2 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	中期経営計画にも掲げられている障害者自立支援法の新体系移行など、事業の方向を左右する情報については、管理者自ら会議や研修などを通じて収集している。その要点は職員会議などを通じて周知を図っている。重要項目をリスト化するなど、全体に周知・理解を促す取り組みには、まだ改善の余地がある。
I-3-2 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-2-1 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	管理者の責務として、日常業務における教育・指導を継続的・計画的に実施している。学園内のOJTのほか、月1回開催する職員研修会で講師を務め、外部研修への派遣については、職種・職階毎に目的に応じて参加させている。経験の少ない職員が多いため、面談などで利用者支援にかかる悩みを聴くなど、様々な場面で積極的にコミュニケーションを図っている。
I-3-2-2 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	法人として、民間組織として収益を重視し、外部機関による経営分析を実施している。園長は、さっぽろ地域生活支援センター長を兼務し、地域移行や作業の効率化、工賃向上にリーダーシップを発揮し、利用者数も定員割れの状態から、定員を超過するまでの実績を上げている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－１－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ－１－（１）－① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	障がい者相談支援機関や特別支援学校との連携から、地域における障がい者のニーズを把握することができ、潜在ニーズであった送迎サービスの導入による新規利用者の発見など、定員を超過する実績に結び付いた事例もある。また、区内の知的障がい福祉協会の会議や研修などを通じ、広く経営を取り巻く環境を把握している。
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	法人内事業所の職員会議で集約した経営課題を法人の施設長会議において取りまとめ、中期経営計画・年度の事業計画に反映してきたが、平成24年度からの次期中期経営計画の策定に向け、外部の専門機関による経営分析を実施している。学園の取り組みとしては、管理的職員による利用者の状況分析、コスト分析を実施し、職員会議の素案として提案している。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	c	公認会計士などの専門職による客観的な外部監査は実施していないが、法人監事の公認会計士からは専門的助言を得て適切な経営に努めている。

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ－２－（１）－① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	民間法人としての経営に移行するに伴い、給与水準も市準拠から民間準拠となり、収入に対する人件費比率を60%に絞り込み、正職員比率も下げざるを得ない状況にある。このような状況の中で、職場研修要綱で組織が求める専門性を示し、相談援助における専門性の指標として、国家資格取得への配慮もとられている。また、職員の階層別研修を体系化し、職員の希望に応じた研修受講を推進している。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	人事・労務に関する法人組織としての検討を進めている。臨時職員も含めた人事異動の希望を活かす取り組みも実施しているが、職員の評価に関する客観的な基準・評価手法の確立までには至っていない。人事考課の必要性は強く認識しており、計画的な導入を期待したい。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ－２－（２）－① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	職員の有休休暇消化率や時間外労働などのデータを把握・分析し、労務管理の指標として活用している。正職員には人事異動の希望調査にあわせて意見・要望を集約し、半年単位の雇用形態である臨時職員にも年2回の面談の機会を設けている。しかし、非正規職員の有休消化を確保するためには正職員への負担が増加せざるを得ないなど、仕組みとしての完成度には課題が残されている。
Ⅱ－２－（２）－② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	福利厚生センターに加入している。法人としての取り組みとしては、健康診断の定期的実施などはあるが、福利厚生事業は職員の職制により対応が異なっている。学園としては、職員の親睦会など、インフォーマルな交流・親睦が図られている。非正規職員の共済会加入などの検討を期待したい。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	職員研修計画に基づき、体系的な職場内外の研修、資格取得への支援を実施している。更に各職制ごとに求められるスキルを明確化し、外部の専門機関に研修実施を委託し、職員に参加の機会を提供している。特に、経験年数が2年程度の職員が多いため、月1回開催の内部研修やOJTを強化し、職員の専門集団化を目指している。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	b	体系化された詳細なテーマ別研修計画や、職位・階層別研修への参加の機会が保障されている。現状では職員全体の底上げを図っている段階であるが、研修委員会企画による施設内研修を定例で全員参加で実施し、外部研修には組織目標及び個人の技量などに応じた選択肢を組み合わせ、個別対応の研修計画を立て実践している。並行して、個別のスーパービジョンや資格取得への支援を研修体系に位置づけている。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	外部に委託している階層別研修の効果検証は定期的実施している。学園としては研修委員会においてタイムリーな研修ニーズに基づく企画を立案するなど、個々の職員の新たな選択肢も提案している。今後、職員個々に求められる専門性を把握し、スキル向上、資格取得の実現に向けた企画などを研修計画に反映し、その結果によりキャリアパス・人事考課へ連動する仕組みの構築にも期待したい。
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	事業計画に積極的な実習生の受け入れ姿勢を明記している。具体的には、「実習要領」並びに「大学・専門学校生実習要領」に実習生受け入れの方法、内容、責任の所在を定め、実習生の留意点、スケジュールについても文書で明示している。また、実習の対応については、職員会議で周知を図っている。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	事故・感染症などの発生においては、「事故等発生時対応マニュアル」「感染症発生時の対応マニュアル」に学園の基本姿勢、事故などの範囲、責任の所在なども明示し、的確な対応が図られるように整備している。また、緊急通報連絡網を作成・周知し、必要に応じて、職員の非常招集が可能になっている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	災害時においては、「災害対策マニュアル」により、応急時の具体的な行動、被害状況などに関する情報把握の方法・機材、避難場所の明示と避難訓練の実施、用意すべき防災用機材などが示されている。また、家族などの迎えがあるまで待機させるなどの方針を職員が共通認識した上で、冬季の地震災害を想定した防災訓練や消防訓練を実施している。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	日常からリスク管理体制を定め、ヒヤリハット報告書による収集・分析を実施している。また、必要に応じて緊急職員会議や夕方のミーティングで、原因究明と対応策を協議することとしており、事故・災害からフィードバックした対応体制づくりが図られている。

Ⅱ－４ 地域との交流と連携

	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。		
Ⅱ－４－（１）－① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	月1回、町内会の方々とサロン活動を実施し利用者のレクリエーションの場としている。また、利用者がスタッフとなって開催する「あかしあ喫茶」を地域の方々に開放し、学園の行事にも積極的に参加を呼び掛けている。
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	定期的なサロン活動におけるスペース開放が中心であるが、地域の障がい者や家族の身近な相談窓口の役割も果たし、移動手段に難があり学園利用を諦めていた方の発見などもある。大学の講師など、職員派遣にも積極的に応えている。また、学園長がセンター長を兼ねている「さっぽろ地域活動支援センター」と機能的に連携し、学園以外にも障がい特性に対応した専門機関・施設などを紹介するなど、区内の施設などとのネットワークを活かした取り組みを実施している。
Ⅱ－４－（１）－③ ボランティア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。	a	法人としてのボランティア受け入れ体制は確立している、学園としても、事業計画にボランティアの受け入れの促進を明記している。「ボランティア実施要領」に目的、内容などを具体的に定め、担当者の選任、オリエンテーションの実施、責任の所在なども規定している。また、ボランティア登録の新規・継続を広く呼びかけ、利用者との交流、知的障がいへの理解促進を図っている。
Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ－４－（２）－① 必要な社会資源を明確にしている。	a	「関係機関等一覧」を作成し、行政機関や他の障がい者支援機関などをリストアップしている。連絡先や連絡方法も職員に周知している。
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	区内の障がい関係機関・団体によるネットワーク会議や学習会を通じた連携が確立している。情報交換や地域内のニーズ把握の有効な手段となっており、それぞれの専門性を活かしたケース検討の機会にもなっている。
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	各種相談・支援にかかる事業や民生児童委員との連携を通じ、地域の障がい者のニーズを把握している。また、相談支援機関や特別支援学校、利用者の家族との連携も密な関係を構築しており、様々な視点からニーズをとらえることができる。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	地域で生活する障がい者への支援ニーズに即したサービスを提供している。特に、ケアホーム事業では、在宅生活を送る中で、これまで利用する糸口がなかった方々にアプローチするきっかけになっている。

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。		
Ⅲ-1-1 (1)-① 利用者を尊重した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。	a	利用者サービスの基本理念と行動指針を明示し、職員に配付しており、その内容についても各種会議・研修時において確認し、周知徹底を図っている。また職員研修については、利用者尊重や基本的人権への配慮、身体拘束や虐待防止に関する事業所内外の研修に積極的に参加させるなど事業所の姿勢が明確化している。
Ⅲ-1-1 (1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	利用者のプライバシー保護に関する規程として、サービスの基本理念の1「人権尊重」にプライバシーを尊重するサービスの提供を謳っている。業務運営計画にプライバシー保護を明文化し、靴やロッカーを開ける場合に同意を得ることや、失禁時の洗身・衣類交換などの同性介助も明示するなど利用者尊重の具体的なサービス提供に結びつけている。行動基準に、個人のプライバシーに関わる相談は別室を利用することを明示し実行している。各種職員研修の実施により、プライバシー保護の姿勢・意識の共有を徹底させている。
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-1 (2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者満足度調査、利用者・家族説明会（各年1回）を実施し、その結果を踏まえ、活動またはサービスメニューを増やしている。具体的には、送迎サービスがあげられ、特に冬季の希望が強く、昨年実施したところ、以前と比べて利用者増につながる結果となっている。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-1 (3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	重要事項説明書、苦情解決取扱要綱並びに第三者委員運営要領において、明文化し、苦情処理運営細則により、利用者・家族に対して文書で説明している。また、案内チラシ「学園に相談や苦情を言いたいとき」の配付や食堂に投書箱を設置するなどして、複数の相談方法があること、相談・苦情を受け付ける支援体制があることを知らせている。また、利用者親睦会活動（月1回程度）を通じて、相談・意見などを集約する機会を設けている。
Ⅲ-1-1 (3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決の体制（苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置）を整備しており、苦情解決の仕組みを説明した文書（「苦情解決の体制整備について」並びに利用者に対する「学園に相談や苦情を言いたいとき」）を配付している。また、利用者・家族代表、第三者委員、札幌市などで構成する運営協議会を年1回開催し、苦情受付・処理状況を報告している。
Ⅲ-1-1 (3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	意見や提案を受けた際の処理の手順などを苦情処理運営細則に規定している。昨年、施設経営を開始した経緯から、以前の事業運営と比較されることが多く、特に家族からの要望に対して、迅速に対応していくことを全職員に徹底している。それが具体的な形となったものに「送迎サービス」がある。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-（1） 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-（1）-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	施設経営開始からまだ日が浅いこともあり、定期的に評価を行う体制はあるが、まだ十分ではない。母体法人の長年の蓄積による評価ノウハウは十分あり、現在、徐々に法人特性、施設の独自性を発揮する途上にある。今回の第三者評価受審をきっかけにして、組織的な評価体制を整備していくことに期待したい。
Ⅲ-2-（1）-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	利用者・家族、関係機関からの要望に基づき、職員会議などにおいて評価結果の分析を行い、取り組むべき課題を明らかにしているが、まだ十分ではない。今後は、評価結果からこうした課題について、職員参画をより強化し、きめ細かな改善策や改善実施計画を策定する仕組みの構築に期待したい。
Ⅲ-2-（2） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-（2）-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b	提供するサービスについて、事業計画や業務運営計画、個別対応のマニュアルにより文書化しているが、事業所全体としての標準的なサービス実施方法や、具体的なマニュアルの作成までに至っていない。職員会議などで、個別指導や周知徹底の方策は講じられているが、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みとして、早期のマニュアル作成・整備に期待したい。
Ⅲ-2-（2）-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	サービスの標準的な実施方法の見直しについては、必要に応じて職員会議などで実施しているが、統一的なマニュアルが未整備なため、組織全体での課題分析・検討が十分とは言えない。利用者・家族からの意見や提案が反映されやすい環境にあるので、早期の統一的なマニュアルの整備に期待したい。
Ⅲ-2-（3） サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-（3）-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	利用者一人ひとりの個別支援計画などに記録を整備している。各職員のキャリア、業務習熟度の違いなどにより、記録内容に若干のばらつきが見られたが、職員会議での指導・研修を積み重ねることにより、徐々に改善している。記録はパソコンを利用し、ネットワーク化しており記録確認が容易に行なえる体制となっている。
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	記録管理の責任者を設置しており、利用者の記録の保管・保存・廃棄などにかかる規程を整備し実施している。ただし、情報開示を求められた場合に関する規定の位置づけが不明確であり、対応マニュアルの整備に期待したい。個人情報保護についての職員に対する教育や研修についてはこれからの対応となる。
Ⅲ-2-（3）-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	利用者の状況などに関する情報を職員間で共有するため、毎日の業務引継ぎや職員会議、パソコンネットワークによるケース記録の報告などを行っている。また、ケースカンファレンスも適宜行うほか、職員研修として事例検討会を定期開催し、職員のスキルアップを図っている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	インターネット上に、事業所を紹介したホームページを作成し、公開している。紹介パンフレットや広報誌についても札幌市内を中心に関係機関などに配付しており、利用希望者には、随時見学、体験実習なども受け入れている。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	サービス開始時にサービス内容や料金などを具体的に記載した重要事項説明書などの資料を用意して、利用者や家族にわかりやすく説明し、同意を得ている。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	他の施設や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書などを定めている。本事業所は、通所事業所のため、利用者が家庭からケアホームへの移行対応が現在のところ多くなっている。母体法人運営の地域生活支援センターが市内所在のため、関係機関との連携については、十分図られている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	利用者の身体状況や生活状況、行動の特徴、将来の生活の希望などについて、事業所統一様式によって正確に把握し、記録している。アセスメントの定期的見直しは、年2回実施しており、手順についても定めている。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	個別支援計画策定の責任者を設置しており、利用者・家族の意向把握は、面談で確認・同意の手順を定めて実施している。また、個別支援計画には、利用者一人ひとりのニーズや課題を明示しており、支援する上での留意点などを具体的に記載している。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	個別支援計画の見直しは、利用者との面談を中心に家族の意向も踏まえながら、定期的（年2回）に実施している。見直しによって変更したサービス内容については、事例検討会の開催により、関係職員に周知徹底している。