

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2012 年 6 月 27 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 | 札幌市第二かしわ学園 | | | |
| 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 27 日 | |
| 利用者調査実施時期 | 2011 年 9 月 13 日 | ～ | 2011 年 10 月 17 日 | |
| 訪問調査日 | 2011 年 11 月 29 日 | | | |
| 評価合議日 | 2012 年 5 月 18 日 | | | |
| 評価結果報告日 | 2012 年 6 月 27 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第二かしわ学園においては、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つつあり、札幌市、地域、利用者の信頼を獲得しており評価できます。

○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、その日の内にミーティングにおいて対応が協議され、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。

○利用者本意のサービス実施計画の策定

個別支援計画策定の責任者を設置し、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策定しています。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克明に明示しており、支援する上での留意点などを具体的に記載しています。利用者の希望に応え「家庭では出来ないことを体験していただく」ことを方針として策定し、職員間でも共有していることは評価に値します。

◇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。

○全職員に周知する方策の検討

理念・基本方針や事業計画について、全職員への周知が不十分であると認識されています。主な要因は、経験の少ない職員構成や一堂に会した説明や協議の場が十分に設定できないことなどが挙げられています。管理職員による日常的なコミュニケーションを含めた多様な手段を検討し、職員の共通認識を、より高めることが期待されます。

○標準的マニュアルの作成

個々のサービスについて、実施方法を文書化し、それに基づいてサービスを提供しています。職員に周知徹底するため、各種会議や研修、モニタリング時に確認していますが、今後は、新任職員でも瞬時に理解・対応できるような標準化されたマニュアルの作成に期待します。

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第二かしわ学園の管理運営を行って2年が経過しました。今回、第三者評価という客観的・専門的な評価を受審できたことは、これまで行ってきた利用者支援のあり方や人材育成、今後の施設運営の方向性を確認する上で、極めて大きな意義があったものと考えています。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、改善に努めながら、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、最も重要なことであることから、積極的な職員研修に取り組んでまいりました。法人全体で取り組んでいる階層別職員研修のほか、当事業所の取り組みとして、支援経験の少ない職員への研修会や管理職による計画的な教育や指導、助言について、高い評価をいただくことができ、大きな自信になりました。今後も、職員の経験に応じた研修や、日常的な利用者支援における指導や助言を管理職などが継続して行うことで、職員の専門性の向上に努めてまいります。

【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、平成24年度から始まる「第2期中期経営計画」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、正規職員の配置比率を高め、利用者支援の一層の充実に向けてまいります。また、当事業所としても、支援サービスの向上を目指し、正規職員が中心となり利用者支援を効率的に実施できるよう支援内容の見直しを行ったほか、利用者や家族から要望があった送迎サービスの実施や日中活動の内容変更を行いました。このことにより、新規利用者との利用契約による利用者数の増加や、新しい委託事業の確保による工賃支給額の向上が図られました。今後も、利用者や家族、札幌市などから一層信頼される事業所づくりを目指して、努力してまいります。

【迅速で妥協のないリスク管理の取り組み】

怪我などの事故に結びつくヒヤリハット事例が生じた場合、全職員が参加して毎日実施している打合せにおいて、事例内容を確認するとともに、その改善策を検討しています。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、これまで大きな事故は発生しておりませんが、今後も、これに安心することなく、緊張感をもってリスク管理の取り組みを進めてまいります。

【利用者本意のサービス実施計画の策定】

利用者や家族のニーズをきめ細かく把握し、要望の多い活動などを積極的に取り入れ、利用者本意のサービスを目指して取り組んできたことに対し、高い評価をいただいたことは、職員の大きな励みと自信になりました。今後も、定期的に利用者や家族との懇談会や面談を行い、様々なニーズの把握に努めながら、利用者本位のサービス提供に努めてまいります。

【人事考課と外部監査の導入に係わる検討】

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、内容の検討にあたっては、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取り組みを進めてまいります。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。

【全職員に周知する方策の検討】

法人や当事業所の理念・基本方針について、改めて、職員会議の場で全職員に対し、内容の周知を図るとともに、職員室に掲示し毎日確認できるようにしました。また、事業運営計画についても、全職員へ配布するとともに、職員会議などで内容の説明を行い、全職員が共通の認識をもって利用者支援に取り組んでいけるよう、改善を図ってまいります。

【標準的マニュアルの作成】

新任職員でも理解することができ、利用者支援に対応できる標準化マニュアルとして、「札幌市第二かしわ学園サービス提供マニュアル」を作成しました。職員としての心構えや基本的な利用者支援のあり方のほか、これまであった各種マニュアルを一つにまとめたものです。今後、新任職員に対して、このマニュアルを活用し、採用時のオリエンテーションを行うとともに、研修会などの場で職員に対するマニュアルの周知徹底を図り、利用者支援技術の一層の向上に努めてまいります。

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： 平成 23 年 9 月 23 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) | 札幌市第二かしわ学園 | 種別 | 生活介護事業 |
| 事業所所在地 | 〒 062-0935 札幌市豊平区平岸5条15丁目1-6 | | |
| 電 話 | 011-824-1986 | | |
| F A X | 011-824-2014 | | |
| E-mail | dainikashiwa@dofukuji.or.jp | | |
| U R L | http://www.dofukuji.or.jp | | |
| 施設長氏名 | 中野 定雄 | | |
| 調査対応ご担当者 | 小山田 康幸 (所属、職名：支援課長) | | |
| 利用定員 | 50名 | 開設年 | 昭和 42 年 1 月 10 日 |
| <p>理念・基本方針： 札幌市では、札幌市障害者保健福祉計画の基本理念の一つとして「共生・共感・共同」を掲げ、「地域で自立した生活をおくることができる共生社会の実現」をその重点課題と位置づけています。指定管理者として、第二かしわ学園の設置目的である「作業、日常生活、文化レクリエーション活動などを行うことにより、日々の生活の充実とともに、社会自立を促すこと」の実現に向けて努力します。そのため、利用者個々のニーズや障がい特性を把握した個別支援計画に基づき、支援を行うことにより、日常生活能力、社会生活能力、働く意欲と技術、自立能力の向上に努めます。利用者が地域生活を継続することを目標に、一人ひとりの能力や障がい特性に合った作業、日常生活、文化・レクリエーション活動の場を提供し、日々の生活の充実とともに社会自立できるように支援します。また、利用者や家族、地域住民の声を常に受けとめ、札幌市の公の施設として札幌市民の期待に応え、福祉サービスび充実と発展を目指した透明性の高い管理運営に努めます。</p> | | | |
| 開所時間 (通所施設のみ) | 9 : 0 0 ~ 1 5 : 4 0 | | |

【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9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 | 2名 | 4名 | 9名 | 10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 |
| 9名 | 2名 | 1名 | 0名 | 0名 | 0名 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 43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 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 聴覚又は平衡機能の障害 | 名 | 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 | 4名 | 1名 | 1名 | 名 | 1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 | 4名 | 1名 | 1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 |
|--------|----|----|
| 39名 | 2名 | 1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 | 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(保育園を除く)

| | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 6か月未満 | 6か月～1年 | 1年～2年 | 2年～3年 | 3年～4年 | 4年～5年 |
| 7名 | 0名 | 2名 | 1名 | 0名 | 0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 |
| 1名 | 0名 | 2名 | 3名 | 1名 | 5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 |
| 0名 | 2名 | 3名 | 3名 | 0名 | 0名 |
| 17年～18年 | 18年～19年 | 19年～20年 | 20年以上 | | |
| 1名 | 0名 | 2名 | 10名 | | |

(平均利用期間： 12年3ヶ月)

43

【職員の状況に関する事項】(平成23年 9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 | 事務員 | サービス管理責任者 | 支援員 |
|-----|-----------|------|------|-----------|----------|
| 常勤 | 11名 | 1名 | 1名 | 1名 | 8名 |
| 非常勤 | 6名 | 名 | 1名 | 名 | 1名 |
| | 主任介護職員 | 介護職員 | 保育士 | 看護職 | 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 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 1名 | 2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 | 1名 ()名 |
| 介護福祉士 | 4名 ()名 |
| 保育士 | 名 ()名 |
| 精神保健福祉士 | 1名 ()名 |
| 介護支援専門員 | 1名 ()名 |
| サービス管理責任者 | 2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 | 631.62 | | 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 | 昭和 | 50 | 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 | 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】

・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）

31 人

・ボランティアの業務

・学園祭（学園の前駐車場）のテント・テーブル等の準備や片付け、模擬店の仕込み等。
・新年会の演芸披露。
・ハイキング（滝野すずらん丘陵公園）・歩行（4月～12月月・金、体力により0.6～4kmのコースを歩く）・見学旅行（小樽水族館、仁木町で果物狩り）の利用者の引率補助及び安全確認・歩くスキー大会（滝野すずらん丘陵公園・歩くスキーの練習時（1月～3月毎週月・金静療院グラウンド、平岸霊園）・ポーリング大会（オリンピックボール）の利用者の引率補助及び安全確認

【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 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。

・個別懇談会～年1回 アセスメント・モニタリングの聞き取りを含め個別支援計画製作の基となる面談実施。
・班別懇談～年2回 班活動に対する要望・意見の把握と行事参加協力への依頼を行う。
・全体懇談～年2回 業務運営計画や年間活動報告を行い学園運営体制への要望・意見を広く集約する。
・連絡ノート～担当職員との日々の利用者・家族からの情報交換を行い要望を取り上げる。
・家庭訪問～必要に応じてアセスメント・モニタリング個別支援計画の聞き取りを行い、学園との連絡が希薄となっている家庭からの意見・要望を把握している。
・電話連絡～必要に応じて担当職員から連絡し意見や要望を聞き取り、情報交換として有効に利用している。
・登園、下園時の面接～朝・夕方において家族から意見や要望、情報交換がしやすいように、必ず職員が1名以上は対応することになっている。

【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。また、省エネ、環境対応など、市が求める運営も経営指標として、職員の向上心に結びついている。 |
| 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。 |
| 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。 | b | 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、気付きを促している。 |
| 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 | 年2~3回開催する家族懇談会において、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、学園だよりも掲載している。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、日々の生活から伺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されている。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され、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る。 |

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| 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し、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。 | b | 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。今後は書面として配布するなど、職員への周知を明確に意図した工夫に期待したい。 |
| 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2~3回開催の家族懇談会、家族との個別面談時に説明し共通理解を図っている。H22年度には満足度調査を実施し、その結果や活動の状況は、学園だよりで報告している。 |

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。新たな利用者ニーズへの対応など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、定員に迫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、内部の職員研修会や、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。また、相談支援機関や養護学校から得られた新たな利用者ニーズへの対応など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、定員に迫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、法人内事業所で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で、定員を超過する実績に結び付いた事例も把握している。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。 |

| | | |
|---|----------|--|
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>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、利用者満足度調査、家族懇談会などを通じて得られた利用者ニーズの分析、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。</p> |
| <p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> | <p>c</p> | <p>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。</p> |

Ⅱ-2 人材の確保・養成

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|----------|--|
| <p>Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>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。</p> |
| <p>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。</p> | <p>c</p> | <p>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。法人全体において、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。</p> |
| <p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>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。</p> |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>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。非正規職員の共済会加入などの検討を期待したい。</p> |
| <p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>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、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。</p> |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>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。</p> |

| | | |
|--|----------|--|
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>外部に委託している階層別研修の効果検討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。</p> |
| <p>Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受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。</p> | <p>a</p> | <p>指定管理2年目の今年度から実習生受入を開始している。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に明示している。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。</p> |

Ⅱ-3 安全管理

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|----------|--|
| <p>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。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>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。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>災害時対応は、「災害対策マニュアル」に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、避難場所を明示し、また、避難訓練の実施、用意すべき防災用機材などを示している。地震災害などを想定した避難訓練を、毎月実施している。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>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。</p> |

Ⅱ-4 地域との交流と連携

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|----------|---|
| <p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。</p> | <p>a</p> | <p>利用者の希望に応じた外出活動を積極的に推進するとともに、町内会の花植活動や夏祭りに参加し、利用者の社会参加の機会を設けている。また、学園の行事にも地域住民の参加を呼び掛け、地域住民との繋がりを密にしている。</p> |
| <p>Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p> | <p>a</p> | <p>学園施設に限られたスペースしかないこともあり、主にソフト面での啓発活動や機能還元を実施している。運営主体が変わったこともあり、地域の町内会や小中学校への詳細な学園だよりの送付、夏祭りの開催など、地域との関係強化を意図した活動を実施している。また、区の自立支援協議会への参画や、特別支援学校などの実習生の積極的な受入れなど、地域における障がい者福祉に寄与する活動を模索している。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>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。ボランティア受入の目的、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、責任の所在などを規定している。</p> |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| 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」など作成し、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配布し周知している。 |
| Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | 札幌市、豊平区社協、豊平区民児協、もなみ学園分校、家族で構成される運営協議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ている。 |
| 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。 | b | 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、送迎サービスの実施やケアホーム紹介などでは、在宅生活を送る中で、これまで利用する糸口がなかった障がい者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) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| Ⅲ-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 | 法人の経営理念や事業計画上の基本方針に利用者尊重のサービス提供について明示している。また、職員に対しては、利用者尊重や基本的人権への配慮に関して職員会議や事業所内外の研修実施などにより周知徹底している。 |
| Ⅲ-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「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-(2) 利用者満足の向上に務めている。 | | |
| Ⅲ-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 | 利用者満足度調査を毎年実施し、その結果を運営協議会並びに家族全体懇談会において結果報告を行った。利用者に対しては、全体懇談会、班別懇談会、個人懇談を定期的に行っている。特に要望・関心が高かったケアホームについて、今後のことを見据えて見学会を実施している。 |
| Ⅲ-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-(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。各班ごとに毎朝ミーティングを行い、日課や要望などを出しあっている。また、利用者毎に連絡帳を作成し、毎日の学園での状況や家庭での状況や要望などを記入しあい、家族との連携を密にしている。 |

| | | |
|---|----------|--|
| <p>Ⅲ-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。</p> | <p>a</p> | <p>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、重要事項説明書において明示し説明している。各利用者毎の連絡帳により、常時家族との連携を図っているが、これまで苦情の受け付けはない。</p> |
| <p>Ⅲ-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。</p> | <p>a</p> | <p>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。各班に担当職員を配置し、利用者・家族からの意見・要望に対し、迅速に対応できる体制となっている。</p> |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | <p>第三者評価結果</p> | <p>コメント</p> |
|---|----------------|--|
| <p>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。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>利用者満足度調査を実施している。また、札幌市によるサービス内容の「行政評価」を毎年受け、結果を職員全員が共有している。評価結果については、検討会議を開催し改善に努めている。今回第三者評価受審にあたり自己評価委員会を立ち上げ取り組んでおり、また、定例的な第三者評価受審を法人として計画している。今後も評価結果の分析・検討の実行と継続的取り組みに期待したい。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>上記の検討会議や自己評価委員会並びに利用者満足度調査などにおける結果を踏まえて、改善すべき課題について職員間の共有化が図られ、班編成・日中活動の変更や職員体制の整備など、具体的な改善策に結びついている。</p> |
| <p>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。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>サービスの種別ごとについて、実施方法を文書化し、それに基づいてサービスを提供している。職員に周知徹底するため、各種会議や研修時に確認し共有している。今後は、新任職員でも瞬時に理解・対応できるよう書式など体系的に統一・集約するとともにサービス提供の状況確認の実施にも期待したい。</p> |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>標準的な実施方法の見直しについては、6ヶ月毎に実施される検討会議において集約・共有化され、年度末の職員会議において次年度に向け見直す体制となっている。今後は利用者・保護者などの意見・提案も反映する仕組みづくりに期待したい。</p> |
| <p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>利用者一人ひとりの個別支援計画の実施状況について、業務日誌、個別記録、看護記録などに適切に記録している。各職員のキャリアなどの違いによる記録内容のばらつきが生じないように職員会議、事業所内研修などでフォローしている。</p> |
| <p>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> | <p>a</p> | <p>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も整備している。個人情報に関わる書類はロッカーに施錠保管し、鍵は園長が管理している。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>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、朝夕の職員ミーティングを実施している。また、職員会議での報告、パソコンネットワークを活用した情報共有を図っている。</p> |

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道内の特別支援学校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 | ほかの施設や地域・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。また、サービス管理者が移行先の施設と必要な情報提供を行っており、連携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。重度の利用者が多いことから、連絡帳などを活用し、家族との連携強化を図り、取り組んでいる。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・家族とのモニタリングを行い、定期的（年2回）に実施されている。見直しによって変更したサービス内容については、職員会議などで、全職員に周知徹底している。 |