

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2014 年 1 月 31 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 063-0825

住所 札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

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 評価機関認証 第11-001号

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)	高村 一文	組織運営管理	第0053号
	(2)	神内 秀之介	福祉医療保健	第0068号
	(3)	武藤 洋一	福祉医療保健	第0214号
	(4)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(5)			
サービス種別	共同生活介護			
事業所名称	さっぽろ地域生活支援センターあーねすと			
設置者名称	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団			
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)	2013 年 6 月 15 日	～	2013 年 10 月 30 日	
利用者調査実施時期	2013 年 7 月 28 日	～	2013 年 8 月 8 日	
訪問調査日	2013 年 9 月 20 日			
評価合議日	2013 年 9 月 28 日			
評価結果報告日	2014 年 1 月 31 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 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 北海道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

## ○「センター機能の活用による地域生活の充実」

地域で暮らす障がい者にとっての重要なポイントの一つは、様々な福祉サービスのコーディネートを受けながら生活できるという安心感です。さっぽろ地域生活支援センターでは、共同生活介護・共同生活援助一体型事業所「あーねすと」のほかに、多機能型事業所「らいず」や居宅介護事業所「いーぜる」などが併設されており、複合的に利用者の日常生活を支えています。

共同生活介護・共同生活援助一体型事業所「あーねすと」の利用者は、夜間や休日の支援だけではなく、日中活動への参加や一般企業で就労する平日の昼間の支援も視野に入れた支援を受け、年間を通じた生活の充実に役立っています。特に、利用者が外出する際には、居宅介護事業所のヘルパーを兼務する職員が外出支援を行うなど、利用者にとって、ホームでの信頼関係のもと同じ職員と外出できる安心感は高く、社会的活動の幅を広げることに繋げています。

また、さっぽろ地域生活支援センターが併設する事業所の情報を一元管理することで、利用者の所在確認を迅速に行うことが可能となり、危機管理にも役立っています。

## ○「個々の障がい特性を反映させた安全管理体制」

「さっぽろ地域生活支援センターにおける権利尊重の指針」において、利用者の権利尊重と職員行動規範が詳細に示されており、入職時から全ての職員に利用者の日常支援場面における利用者尊重の意識付けおよび行動原則が浸透しています。

特にその取り組みは、安全管理体制にも活かされており、形式的なマニュアルの整備や避難訓練の実施ではなく、利用者の様々な障がい特性を勘案した上で、丁寧なマニュアルを作成するなど、安全管理体制の整備が図られています。

## ○「管理者のリーダーシップによる施設運営の牽引」

さっぽろ地域生活支援センターを拠点として、平成22年に共同生活介護・共同生活援助一体型事業所「あーねすと」が開設され、平成25年度には多機能型事業所(就労継続支援B型・生活介護)「らいず」、居宅介護事業所「いーぜる」、特定相談支援事業所「相談室まーぶる」とそれぞれの開設が行われ、法人中長期計画におけるさっぽろ地域生活支援センターとしての基礎固めが終わった段階といえます。

平成25年度は支援サービスの向上が重点課題として掲げられ、管理者は、新任の職員に対して自ら行動して問題解決に当たり実際の業務を見せることで、職員のサービス向上への理解を深めています。

さらに、職員会議でも、積極的に支援サービスの質の向上についての話をを行い、職員全体の士気が高まる施設運営となるリーダーシップが取られています。

◇改善を求められる点

○「世話人にも伝えたい法人の社会的使命」

世話人が担当する日々のグループホーム・ケアホームの運営については、電話やFAX、業務連絡ノートなどできめ細やかな情報のやり取りがあり、必要事項も十分伝えられていますが、法人の中・長期計画に関しての事項など、ホームの運営に直接かかわること以外は伝えられていません。

世話人は、支援サービス提供の最前線におり、利用者への支援サービスの質の向上のために重要な位置にいます。このことから、担当ホームの運営にとどまらず、法人の一員であることをより深く自覚することで、質の良い福祉サービスを提供する精神的支柱にもなっていくことから、法人全体の中長期計画を含めた取り組みを世話人にも伝えることが望まれます。

○「個々の職員研修計画の充実」

職員には、定期的な面談を実施して、個々のキャリアプランも含めた意見の聞き取りをしています。法人の階層別研修のほか、事業所独自の研修が行われています。法人全体としては、職員のスキルアップ等、利用者支援の質の向上について方向性は示していますが、それぞれの職員に求められる技術や知識等についての分析を行った上で、研修内容を決定しているとははいえません。

研修計画は、事業所の今後の展望に基づいた連続性が必要であることから、今後、個々の職員の技術や知識、専門資格の必要性を把握し、個別の研修計画を充実させることに期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

事業所を開設してからの年数が短く、しかも経験のある職員が少ないことから、第三者評価を受けることへの不安がありました。そうした中で、事業の推進にあたっては、初めて障がい者の支援へ携わる職員が多かったことなどから、研修には特に力をいれ、障がい者支援全般への理解を深めてもらった経緯があり、その取り組みが一定程度、評価されたことは事業所として安堵しています。

今回、示された細部に渡る評価結果については、事業所運営に欠かせない点が多く、気づきと振り返りの良い機会となりました。開設し間もない事業所だからこそ軌道修正がしやすいと考えており、今後、重点を置かなければならない課題も、より明確になったと感謝しています。

【センター機能の活用による地域生活の充実】

利用者一人一人の支援に対し、センターの各事業が連携しながら、必要な支援を適切に行うことで、暮らしや仕事、余暇に関する様々なニーズに対応できるよう努めています。今回このようなセンター機能を評価していただいたことは今後の事業運営においても励みになります。

ただし、生活場面を支える「あーねすと」としては、利用者の状況に応じて、就労先の企業や他法人の事業所などとの連携も必要になるため、センター内にとどまらず、関係機関とも適切に連携をとりながら、利用者が、その人らしい暮らしを続けられるような支援に努めてまいります。

【個々の障がい特性を反映させた安全管理体制】

防災や事故、感染症などの対策については、各種マニュアルを作成し、利用者の障がい特性を理解した上で避難訓練などを実施したほか、体調の急変などがあるリスクの高い利用者については、個別に救急時の対応方法をマニュアル化し、ホーム会議などで確認していくことで、利用者の体調変化の見極めなどを共通に認識できるようにしています。

今後も事故のないようにヒヤリハット事例などについても有効に活用しながら、個々の職員が、常に自分の問題として捉えられるよう、職員全体で情報や問題の共有化を行ってまいります。

【管理者のリーダーシップによる施設運営の牽引】

事業所として、平成22年度から昨年度にかけ4つの事業を立ち上げ、今年度は、各事業内容の充実を図るべく、管理者が職員会議やミーティングなどで、利用者の障がい特性や支援のあり方などについての助言を行い、情報の共有化を図ることで組織全体のスキルアップを図ってきました。

今後も統一した利用者支援の継続や、「あーねすと」の運営課題に関して、職員の認識の共通化を図りながら事業運営に努めてまいります。

**【世話人にも伝えたい法人の社会的使命】**

毎月実施しているホーム会議においての議題は、利用者支援に関わることや、ホーム運営に関することが中心となるため、ご指摘いただいたとおり法人としての中・長期計画などについては伝えきれておりませんでした。

今後は、法人が行っている取り組み内容についても世話人に伝えていき、情報を共有化していけるよう努力してまいります。

**【個々の職員研修計画の充実】**

これまで事業所として年間の研修計画とともに、職員個々の研修計画を策定しておりました。

各事業所の運営にとって人材育成は急務であり、特に経験年数が少ない職員が多いことから、事業所内研修の実施や外部の研修にも積極的に職員を参加させるなどし、専門性の向上を目指しております。今後は、職員個々の知識や技術に応じた年間研修計画の充実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 25 年 7 月 25 日

経営主体 (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)	さっぽろ地域生活支援センター あーねすと	事業 種別	共同生活介護
所在地	〒 065-0018 札幌市東区北18条東7丁目1-33		
電 話	011-750-1031		
F A X	011-750-1032		
E-mail	sapporoshien@dofukuji.or.jp		
U R L	http://www.dofukuji.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：	副所長 )
利用定員	23	名	開設年 平成 22 年 10 月 5 日
理念・基本方針： ○理念 1 人権尊重 利用者個人の基本的な人権及び障がい者の諸権利を尊重し個人の自主性やプライバシーを尊重するサービスを行います。 2 個の確立への支援 一人一人の力、感受性及び信念を尊重し個々人の生活の確立に向けてサービスを行います。 3 生活向上への支援 健康で快適な生活を営める環境と条件を整え、地域社会との交流を図りながら、生き生きとした生活ができる支援サービスを行います。 4 自己向上 障がい支援サービスのプロとして自覚と誇りを持ち常に事故研鑽をしサービス向上に努めます。 ○基本方針 障がいのある人が、一市民として社会参加し地域のなかでその人らしく暮らしていけるよう支援体制の構築を目指し事業の運営を行います。			
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】**

多機能型事業（生活介護・就労継続支援B型）（定員20名）

居宅介護事業（移動支援事業）

特定相談支援事業

【利用者の状況に関する事項】（平成25年7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	5名	2名	2名	1名	1名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
5名	4名	0名	0名	3名	0名
					合計
					23名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	名	名	名	名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	名	名	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
13名	8名	2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
3名	1名	7名	12名	名	名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	名	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	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 1年10ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成25年7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	支援員	世話人
常勤	17名	2名	1名	4名	10名
非常勤	名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	1名(名)
介護福祉士	1名(名)
保育士	1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 （ホーム名 パステル ）

(1) 建物面積	152㎡	
(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	43年頃
(4) 改築年	平成	23年

○成人施設の場合 （ホーム名 ポプラ ）

(1) 建物面積	207㎡	
(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	平成	19年
(4) 改築年	平成	年

○成人施設の場合 （ホーム名 キャンパス ）

(1) 建物面積	127㎡	
(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	不明年
(4) 改築年	平成	22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つては、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 24 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】

・平成 24 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。

・個別支援計画やモニタリング時の面談、日常的な要望相談窓口の設置、投書箱の設置、第三者委員の配置を行っている。

【その他特記事項】

現在札幌市東区の事業所を拠点とし、東区内に「バステル」「キャンパス」「シエロ」、西区に「ポプラ」と4つのホームを運営しています。また、来年には南区に新規のホームを開設予定です。ホームが利用される方にとっての安心できる生活場所として定着できるように、サービスの質の向上を目指しながら運営しています。これからも、全職員が利用される方一人一人の立場に立ち、生活をしっかりと支えていけるように努めていきます。

# 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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	「人権尊重」、「個の確立への支援」、「生活向上への支援」という利用者個人の尊重とエンパワメントの考えに基づいた3つの理念がある。さらに「自己向上」という、施設に従事する者の自らの成長を促す理念が作成されており、センター玄関やホームのリビング等に、事業団の経営理念とともに掲示されている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	利用者サービスの3つの理念には、それぞれに行動基準としての基本方針が作成されている。「人権尊重」の理念には、「自己決定と意思の確認」という基本方針があり、さらに「希望や悩み、相談事を親身に受け止め、解決の方策を共に探る努力をします」等の具体的行動が示されている。
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	理念や基本方針は、諸規程やマニュアル等と一緒に一冊に纏められてファイルされ、職員に配布されている。理念や基本方針は職員会義や研修会で説明されており、新入職員には入職時に配布されるほか、詳しい説明が行われている。
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	理念や基本方針は、契約時に利用者や利用者家族へ説明が行われている。説明には、分かりやすくルビをふった資料が利用されている。障がいにより文書での理解が難しい利用者へは、日々の業務の中で理解してもらえるように、口頭での説明がなされている。

### 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	法人の設立以来、取り組んできた「利用者の地域生活への移行を支援するとともに、福祉サービスの実現を通じて社会に貢献する」という社会的使命を達成するため、利用者支援の一層の充実を行うことを目的とした、事業団全体の「中・長期事業計画（平成24年～26年）」と「収支計画」が作成されている。さっぽろ地域生活支援センターでは、平成22年に共同生活介護・共同生活援助一体型事業所「あーねすと」が開設され、平成24年度に多機能型事業所（就労継続支援B型・生活介護）「らいず」、居宅介護事業所「いーぜる」、特定相談支援事業所「相談室まーぶる」がそれぞれ開設され、サービス提供の拡充が図られている。

<p>1-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</p>	<p>a</p>	<p>事業団全体の「中・長期事業計画」が反映された、「平成25年度さっぽろ地域生活支援センター事業計画」が作成されている。平成22年度に開設した「あーねすと」を起点として、平成24年度に「らいず」、「いーぜる」、「相談室まーぶる」が事業化された。平成25年度事業計画の重点課題として、グループホーム・ケアホームの増設が掲げられている。</p>
<p>1-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
<p>1-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>事業計画は、各業務担当が今年度事業の評価、総括に基づき作成したものを、職員会議で検討し策定されている。策定した事業計画は、法人本部で確認、検討、承認された後、法人の理事会で決定されている。平成25年度は、「あーねすと」のサービス内容向上と経営改善のため、ホーム増設が計画され家主との交渉等が行われている。</p>
<p>1-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p>	<p>a</p>	<p>法人本部で決定された事業計画は、職員会議で資料の配布と説明が行われている。世話人へは、管理職も出席した会議で運営に必要な部分を中心に説明がなされている。</p>
<p>1-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p>	<p>a</p>	<p>「さっぽろ地域生活支援センター便り」や「らいず通信」等の広報誌に、年間行事予定や活動内容等の事業計画が記載され、利用者家族へ配布されている。障がいにより、中長期計画書といった文書での理解が難しい利用者へは、利用者ミーティング等でその都度資料配布や説明がされている。</p>

1-3 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
<p>1-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>1-3-(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。</p>	<p>a</p>	<p>組織図、センター業務分掌、処務規程、事故等発生時対応マニュアルに管理者の役割と責任が明記されている。職員会議で、管理者の役割と責任が説明されている。施設開設から短く経験が浅い職員も多いので、管理者自らが実際に業務を行い見せることで、職員の業務に対する理解を深めるようにしている。</p>
<p>1-3-(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。</p>	<p>a</p>	<p>管理者は、事業団本部が実施する階層別研修に参加している。必要に応じ、学校・消防署・自立支援協議会等、様々な機関からの情報収集を積極的に行っている。遵守すべき法令の規程集やマニュアルの作成が行われ、職員会議やホーム会議で説明が行われている。</p>
<p>1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
<p>1-3-(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。</p>	<p>a</p>	<p>業務の問題点について、職員が管理者へ直接質問できる体制になっている。管理者は、遅滞なく助言・指導を行い、必要に応じて自ら行動して解決に当たっている。事業所は、開設から3年程度であるが、人材育成のためにも、管理者自らがOJTに立ち、業務の改善を図っている。</p>

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>平成25年度から経費削減のため、さっぽろ地域生活支援センターで各事業所の日用品管理と一括購入がされている。ケアホーム「ポプラ」の9人利用を7人にすることで減算扱いではなく、収益増が見込めること、また、入所希望が多いことから、ホーム増設の取り組みを行っている。</p>
---	----------	--

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
<p>Ⅱ－１－（１） 経営環境の変化等適切に対応している。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>法人として活用している外部機関による経営分析も参考としながら、管理者を中心として関係機関のネットワークやインターネット等の活用により積極的に事業を取り巻く環境の把握をしている。</p>
<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>管理者を中心として経営課題等の分析を行い、次年度事業計画案等に反映させている。</p>
<p>Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。</p>	<p>c</p>	<p>法人監事に公認会計士がおり、理事会等での監査報告により状況の把握等はしているが、外部による監査は実施されていない。今後、導入が期待される。</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>b</p>	<p>法人第2期経営計画及び事業所の年度事業計画において、職員のスキルアップ等質の向上について方向性は示されているが、具体的な事業展開に併せた必要人員採用数や習得資格についての目標や方法等については示されていない。今後、計画に位置づけられることが期待される。</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>b</p>	<p>今年度から管理職を対象とした人事考課を実施しており、一般職においても取り組みは始めているが、正規職員以外へ仕組みが確立されていない。今後は、世話人といった非正規職員も対象とした制度の策定が期待される。</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>a</p>	<p>管理者を中心として、正規職員はもとより非正規・非常勤職員における時間外勤務・有給休暇取得について毎月のシフト作成時に配慮している。半年に1度から2ヶ月に1度は職員面談を実施し、多岐に亘る意見の聞き取りを実施している。</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>a</p>	<p>「健康・管理規則」を整備し全職員に対し、健康診断や予防接種等を実施している。メンタルヘルスチェックを全職員が行い、メンタル面のセルフケアができるように研修会を行っている。慶弔規程や懇親会を設けている。</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。		
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	法人における職員階層別研修に基本姿勢が明示されている。このほかに、「札幌市あかしあ学園・さっぽろ地域生活支援センター年度職員研修計画」において目的や内容・時間等を計画し実施している。
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	事業所職員全体や各層に対しての研修計画が策定されている。職員それぞれの課題や目標が事業所の期待する職員としての個別の研修計画と十分に連動することが期待される。
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	各研修に対する評価や見直しは行われているが、個々の研修計画と十分な連動がないため、個々の職員の研修計画へ反映されていない。今後は、個々の研修計画と各研修の評価・見直しを連動することで組織の目指す人材育成となることに期待したい。
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
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。	a	実習中の流れや注意点を示した「実習受け入れ手順」や「実習生の心得」が策定されている。また、受入れの基本姿勢として、福祉人材の育成に携わる事業所の社会的責務が明文化されているほか、実習別の育成プログラムの準備をしている。

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	「危機衛生要綱」、「事故等発生時対応マニュアル」、「緊急医療機関への通院について」、「食中毒対応マニュアル」等各種マニュアルを整備し、全職員へ配布するとともに、複数回にわたり研修や会議にて内容を周知しているなど、安全を確保する体制が整備されている。
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	ハザードマップを掲示して、避難所等の確認を行っている。「消防計画」や「防災計画」において年に2回の避難訓練や消防備品点検のほか、年に1回の消防職員による救急法の研修を実施するなど、災害時における利用者安全確保の体制を整備している。
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	「リスクマネジメント実施要領」や「健康管理マニュアル」に基づき日常生活場面におけるチェックポイントが明確化されている。ヒヤリハット報告書等の活用を推進し、その報告を各種会議にて行い利用者安全確保の為の改善・見直しを実施している。

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	町内会に加盟し、地域のお祭りなどのイベントや環境美化活動・除排雪等に参加するなど地域の一員としての役割を担っている。また床屋や地域で賄える買い物については、地元の商店等を積極的に活用している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域のボランティアや民生児童委員向けに障がい者福祉について理解される講演の講師を務めている。また、町内会に事業所の広報誌を配布する等広報を行い、併設している相談支援事業所を通して相談の受け入れも行っている。
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	「ボランティア受け入れ要綱」に障がいへの理解や交流、連携が基本姿勢として記載されているほか、「受入れ手順」や「登録用紙」が策定されている。また、ボランティアの受け入れにかかる責任者や窓口及び担当者が明確にされている。
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	利用者の行きつけの商店も把握して、必要な関係機関の社会資源一覧表を作成し、整備している。更新・管理は、責任者が行っている。使用方法や内容については会議等で周知している。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	区内や市で組織されている自立支援協議会のネットワークや勉強会に参加し連携している。また、特別支援学校の実習や進路相談等を通して関係機関との連携をしている。

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	これまで培った地元の社会福祉法人やNPOとのネットワーク、特別支援学校や行政関係機関等との連携により地域ニーズの獲得が出来る。
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	把握したニーズにより、ケアホーム整備の必要性や居宅介護事業の拡充、移動支援事業や通院等乗降介助、相談支援事業展開等に至っている。

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	「さっぽろ地域生活支援センターにおける権利尊重の指針」において、利用者の権利尊重と職員行動規範として明示されている。基本姿勢は3項目、行動規範は5項目20細目にわたり示されている。入職時のオリエンテーションから研修、日常の支援場面に至るまで、管理者を中心とした職員への指導育成により、利用者尊重の意識付けがなされている。
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	職員行動規範にて対応方法が示されている。実際の支援の場面においても、面談環境設定の方法や訪室ルール等、プライバシーに配慮している。
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	世話人や支援員、管理者等の複数の職員による聞き取りなどが通常業務として行われている。利用者家族に対しても、急な相談に応じるなど個別な対応を丁寧に行っている。
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	第三者委員がイベントに参加することにより、利用者が意見等を言いやすいように努めている。最近では、「苦情箱」から「ご意見箱」に名称変更し、利用方法を説明するなど、何でも意見を出しやすいように工夫している。また、直接、手紙を利用者から職員に渡される等の事例もあり、利用者が普段から意見の言いやすい環境が整備されている。
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。	a	「第三者委員運営要領」「苦情解決取扱要綱」「苦情処理手順」「苦情処理運営細則」等が整備されている。掲示やその内容の説明、また日頃より、職員から要望等を聞き取る声掛けにより周知されており、苦情を解決する仕組みが確立している。
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。	a	「意見・要望等処理細則」に明示されている。毎朝のミーティングや引継ぎ、個別の聞き取りをしており、直ぐにできることは業務分掌に即して迅速に対応している。



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	法人として定期的に第三者評価を受ける体制は整備されている。管理者を中心に年に1度は自己点検を実施しているが、「いつ・誰が・どのよう」に実施するのか、具体的な手順や体制整備について明示されていない。事業開始から3年も経たないうちに第三者評価を受けており、今後の取組みが期待される。
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	年度報告書・次年度事業計画作成時に管理者を中心に自己評価を実施して課題を明確にしている。この評価結果の可視化や支援員、世話人間での十分な情報の共有化が望まれる。評価結果から改善計画作成のプロセスが明確化されることで、全職員にサービスの質向上の意識付けとなることも期待したい。
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。	a	ホーム支援員の業務が標準的なサービス手順書として整備されている。新任職員に対しては、複数の階層の職員がOJT・OFFJTにより指導、周知している。
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。	a	標準的なサービス手順書の変更や更新については、定期的な実施を行っている。ヒヤリハットの報告等があれば、都度、ホーム会議等で検討され管理者の管理の下実施されている。
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	記録の方法や視点等については、標準的なサービス手順書等がある。また、管理者や支援員などによるチェックや必要に応じた個別指導も実施されている。
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	保管年限や保管場所等の個別の事案については、規定されている。記録の閲覧や複写の交付取扱等、文書管理全体について規定できるように整備されることが望ましい。
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	利用者の生活の状況によっては、支援員やサービス管理責任者等がホームを頻回に訪問している。職員間の情報共有の手段としては、ミーティングやホーム会議、職員会議等の諸会議のほか、引継書、ホワイトボード、電話、FAX等により行われている。

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	ホームページでの公開、パンフレットの作成と関係機関への配布、広報誌の関係機関や町内会役員への配布など、写真やイラストを掲載し、わかりやすい紹介をしている。
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	契約書や「大切なことの説明」（重要事項説明書）の説明はもちろんのこと、実物や実際の場所を用いて説明するなどのわかりやすい説明方法を工夫している。
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	事業所変更に伴う必要な情報の提供を利用者にしている。その際に必要な引き継ぎ書面を作成をしている。また、利用者が変更する事業所へ移る時の引き継ぎをするために、職員が同行するといったフォローアップの支援を行っている。

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	相談受付票（１）（２）（３）及びアセスメント領域「基本的生活習慣（６項目）」「生活スキル（１０項目）」「社会スキル（１０項目）」「社会参加（１０項目）」「コミュニケーション・対人関係（５項目）」が統一したアセスメントとして整備されており、アセスメント統括表にて結果が確認できるように手順が定められている。
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	世話人や支援員から意見を聞いてサービスの組み立てをしている。本人及び家族からの要望、意見を聞くなど適正に行ったうえで、担当者が策定している。
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	個別支援計画は、半年に一度、定期的に評価・見直しを実施している。この時、変化の乏しい利用者に関しても十分留意した評価見直しとなるようにしている。また、定期的な評価見直しの時期でなくとも、変更などが発生した場合は、その都度、評価の見直しが確実に行われている。