

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

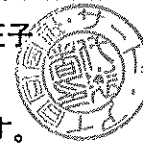
住所 札幌市西区発寒5条2丁目3番8-201号

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	多機能型（生活介護・就労継続支援（B型））			
事業所名称	さっぽろ地域生活支援センターらいず			
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

- 「多機能型事業所の地域ニーズと職員の日々の支援」  
「らいず」は平成24年4月に生活介護事業所として開設されましたが、様々な地域ニーズをふまえ、翌年の4月には就労継続支援B型も加えた多機能型事業所に変更されました。  
生活介護と就労継続支援B型の利用定員各10名の利用者に対して、支援員が5名配置され、利用者の状況に合わせた支援が行われています。2種類の作業場面では作業工程・配置人数や納期に応じた細やかな支援が行われています。  
生産活動のほかに、創作活動の時間にも力を入れ、利用者の得意分野を把握して楽しく日中活動ができるように利用者の一人ひとりに働きかけています。平成25年の北海道知的障がい福祉協会主催「みんなあーと展」では、利用者全員で作成した作品が入選しました。ともすれば日々、単調になりがちな作業や活動の中で、職員は利用者の仕事の達成感や成果も伝えるなど、大変きめ細かな支援を行っています。
- 「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規範が浸透しています。  
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。

○「利用者の要望・意見・苦情に関する要綱等の整備と実際の工夫」

「らいず」の玄関には、利用者が要望・意見等を入れやすいように苦情箱から意見箱に名称を変えた相談受付箱が置かれ、受けた要望・意見等は、「意見・要望等の相談解決取扱要綱」「意見・要望等処理運営細則」「苦情解決取扱要綱」「苦情処理運営細則」に基づき、対応されています。

また、「第三者委員運営要領」があり、第三者委員は、お祭りなどのイベント時に参加したり、作業所に来訪した時には名前と役割を紹介する等して、利用者と顔なじみになることで話しやすくなるようにしています。

さらに、普段の活動でも、利用者から職員へ、口頭・文書等で意見を吸い上げるよう工夫されているほか、「利用者自治会」も設置され、利用者同士が話し合う場も作られています。

◇改善を求められる点

○「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まではいえません。

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。

【多機能型事業所の地域ニーズと職員の日々の支援】

日中活動は、利用者の日々の暮らしの中で大きなウェイトを占めていると考えています。「らいず」では、利用者の障がいが高くても「働く」ことを意識して、生産活動に可能な限り参加してもらっています。

また、創作活動や外出支援、レク活動なども取り入れながら、利用者の楽しみ、やりがい、達成感をその時々で感じてもらえるよう努めています。

今後も職員一人一人の支援力の向上を図りながら、利用者個々の持っている力や、意欲を引き上げていけるような支援を目指してまいります。

【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、「らいず」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。

**【利用者の要望・意見・苦情に関する要綱等の整備と実際の工夫】**

開設間もない事業所のため、この点については、まだ整備が十分でない点も多くあると考えております。例えば、利用者からの意見などに関しては、これまで「苦情箱」として事業所内に設置したものを、今回の第三者評価における助言や指摘を受け、「意見箱」と名称を変更させていただきました。

今後も変更すべき点は迅速に対応し、利用者が意見を伝えやすい環境づくりや関係づくりを構築しながらサービスの向上に努めてまいります。

**【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 らいず	事業 種別	多機能型 (就労支援B型・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	20	名	開設年 平成 24 年 4 月 1 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)	9:15～16:15		

【当該事業に併設して行っている事業】

共同生活介護 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
0名	6名	1名	1名	1名	0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
2名	3名	0名	0名	1名	0名
					合計
					15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
7名	7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
4名	1名	10名	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)

【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	
常勤	8名	2名	1名	5名	名
非常勤	2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	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	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	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

(1) 建物面積	122㎡		
(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	元	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)に行き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)			
(2) 建物面積	㎡		
(3) 敷地面積	<input type="checkbox"/> ・大舎制	<input type="checkbox"/> ・中舎制	<input type="checkbox"/> ・小舎制
(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、第三者委員の周知

--

**【その他特記事項】**

地域で生活する方々の日中活動の場所として、平成24年4月に生活介護事業所として開設しました。今年度からは、利用者一人一人の多様なニーズに対応すべく、生活介護に加え就労継続支援B型事業も開始しました。  
現在は受託作業や工芸品づくりを中心に取り組んでいます。また、レク活動や創作活動等の作業以外の活動も積極的に行い、利用される方が作業や活動をとおして、達成感や楽しさを共有できるような活動を目指し取り組んでいます。  
開設まもない事業所ですが、今後も工賃向上に向けた作業種の拡大や、活動のバリエーションを増やす等、ニーズに基づいたサービスの提供ができるよう努めていきます。

--

# 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」等の具体的な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。		
コメント		
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、「らいず」の支援サービス内容向上と経営改善のため、利用者増員が計画されている。</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。支援員には、管理職も出席した会議で「らいず」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、中長期計画などといった、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ほか、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2年目にあたるが、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>1-3-(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。「らいず」は、開設2年目で職員も慣れてきたことから、積極的な利用者受入の取り組みを行い、開設時の利用者数9名から15名に増加している。</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) 経営環境の変化等に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、正規職員以外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」において研修の目的や内容・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	事業所の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で行い利用者安全確保のための改善・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に日中活動で作成したクッキーの差し入れ等を行っている。また環境美化活動・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。さらに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	入職時に「基本マニュアル」が配布され、その中に法人の「基本理念と行動指針」が明示されている。年間の職員研修でも虐待防止に関する倫理研修計画が組まれ、実施されている。
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	更衣室は男女別に設けられ、利用者は、昼休みの静養室として、異性を気にせずにくつろぐことができる。戸の開閉が難しい利用者のために、ドアとカーテンを使い分けるよう工夫もされている。また、利用者個人が相談する際に、プライバシーが守られるような別室の専用相談室もある。
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	利用者自治会で、規約をつくり利用者の意向を確認しながら進めている。また、意思表示の難しい利用者の家族には電話で意向等を聞き取っている。毎月の「らいず通信」発行時やプラン作成・モニタリング時に意見を求めたり確認している。
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	利用者が相談しやすいように、職員から利用者へ声掛けをし、意見等を出すよう促している。「苦情箱」から「ご意見箱」に名称変更して、要望・意見を出しやすいようにしている。
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」、「苦情処理運営細則」等にて整備されている。利用者には、掲示等により周知、説明がされている。「意見・要望等処理運営細則」により、投書など匿名の意見も出せるようになっている。
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。利用者からの意見等は、朝のミーティング等で随時確認され、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。「らいず」は24年4月に開設したばかりだが、毎年度行う自己評価の他に今回、初受審しており、今後、課題の発見とその対応に期待したい。
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	自己評価後の結果記録が十分に整理されていない。自己評価結果の分析・改善といった組織として取り組む課題を明確にして計画、実施していくことに期待したい。



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。	a	日課に沿った「らいずサービス手順」を基本に個々の利用者に応じて支援している。受託作業・外出活動・農園活動の支援の手順が簡潔に文書化されている。外出活動に関しては、「外出時支援マニュアル」に基づいて安全と楽しい活動が提供されている。
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	「サービス手順書」は、年度末に定期的に見直されている。その他、適宜見直すことで確認されている。
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	記録の方法については、法人内の研修会等にて周知されている。日誌等に不適切な表現があれば、管理者が指導、訂正している。
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	契約書において、保存年限等が明記されるとともに、常にロッカーに鍵をかけて保管されている。閲覧方法のマニュアルがなく、開設当初より、所長決裁が必要に応じ進められてきた。閲覧の手順を始めとした記録の管理体制が望まれる。
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	朝のミーティングで随時行われている。また必要に応じてケース会議や全職員が出席する会議で実施し、情報共有している。

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	ホームページにて公開している。パンフレットや広報誌等を特別支援学校等に配布している。夏休みを利用し、体験利用を実施し家族にも周知している。
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	契約書や重要事項説明書は、振り仮名入りのわかりやすい文書で作成されている。判読が難しい利用者には、作業所内を直接案内しながら説明し、サービス開始にあたる同意を得ている。
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	利用者が他事業所へ移行する際は、本人・家族の同意を得ながら、適宜情報提供している。一般就労に移行したケースにおいては、就労先に毎月1回、6か月間訪問するなど、継続的な支援を行っている。

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	「らいずアセスメントシート」により、「生活基盤」や「健康管理」、「日常生活」など10項目にわたり統一された手順となっている。定期的な見直しは年度末に行われているほか、必要に応じて随時行われている。
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	プラン立案時には、本人の日頃からの意向を支援員が確認しながら作成している。本人の意向確認が難しい場合は、家族から意向を聞き同意を得ている。
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	6カ月に一度の定期モニタリングのほかに、変更があれば随時、評価・見直しをしている。