

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2010年 8月 11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 No. 09-001

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)	渡辺 信英	組織・福祉	第00109号
	(2)	神内 秀之介	福祉	第00068号
	(3)	橋本 玲子	福祉	第00131号
	(4)	鈴木 正子	組織・福祉	第00129号
	(5)			
サービス種別	救護施設			
事業所名称	高丘寮			
運営法人名称	社会福祉法人 函館厚生院			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010年 2月 22日	～	2010年 7月 20日	
利用者調査実施時期	2010年 4月 22日	～	2010年 4月 22日	
訪問調査日	2010年 6月 18日			
評価合議日	2010年 7月 1日			
評価結果報告日	2010年 8月 11日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input type="radio"/> 同意あり <input checked="" type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所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事業者情報

名称：社会福祉法人 函館厚生院 高丘寮	種別：救護施設
代表者氏名：理事長 高田 竹人	定員(利用人数)：120(119) 名
所在地：函館市高丘町3番1号	TEL (0138) 57-7038

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

●「歴史を共にした地域での宣言」

救護施設としての高丘寮の歴史は、老人ホームに始まり、知的障がい者の受け入れを経て現在に至っています。法人と地域住民との繋がりは深く、小学校の建設用地を函館市の要望で提供するなど長い歴史を共にしてきましたが、今なお、高丘寮に隣接した同法人の各種高齢施設が、介護保険サービスを提供して、地域との繋がりを深めています。

平成22年2月、近隣での火災事故では、多くの職員が消火にあたりました。また、住宅街に囲まれた高丘寮は、災害時には避難場所として、さらに高丘区防災ネットワークの要として地域に期待されています。

このような地域との歴史を背景として、WRM(福祉施設リスクマネジメント)委員会は施設外の委員を交えるようにしてきました。

今年の「高丘寮身体拘束廃止宣言」と「高丘寮接遇向上宣言書」の宣言式の際には、利用者代表の他に第三者委員、そして地域の人を立会人として招いています。身体拘束や接遇向上といった宣言に、施設関係者だけでなく、長年、地域で生活を共にしてきた住民に立会いを求めた事の意義は大きく、開かれた施設サービス向上に向けた取り組みといえます。

●「買い物への支援」

施設長の「利用者は可能な限り地域に出ること」という発信もあり、「買い物会」は利用者の楽しみにしている行事のひとつです。利用者調査でも好評だったこの会は、施設バスの運行や地域の店舗情報を提供し、年間10回以上催されています。買い物では、利用者が自分の好みに応じて洋服や必要品を自由に購入し、単独の外出や本人の好みの意思確認が難しい利用者には、職員が同行して一緒に購入品の選択を支援しています。

また、新規店舗を組み入れたり、少人数でも実施するなどの工夫をして、利用者の参加を促しています。冬季間には、外出が困難となる利用者の為に、施設内で契約店による「買い物会」を定期的実施して、生活必需品を取り揃えられるように配慮しています。

●「客観的な基準による人事考課」

人事考課の目的、手順、評価基準などを明確にした人事考課実施要領が定められていて毎年法人内で人事考課者研修会を行っています。

特に注目したいのは、人事考課の結果を基本給、賞与に反映させるだけでなく、個々の職員に対して評価者が育成したい項目を選び、目標達成への課題を決めていることです。このことは公正な職員処遇、職員の能力開発・育成、組織の活性化に反映させる手段として高く評価されます。

◇改善を求められる点

●「救護施設の役割と中・長期計画の策定」

毎年度の事業計画は、部門ごとの支援会議、職員会議、役職者による運営会議を経て策定されています。しかし、数年後を捉えた目標が定められていないため、救護施設としての基本姿勢が、今後の施設サービスにどのように反映されるかが、不明確です。例えば、平成19年から議題に載っている地域移行生活のためのサテライト構想に関しても将来的展望が必要です。

触法障がい者の為の地域生活定着支援センターが北海道社会福祉協議会に設置された事で、その受け入れ先として、救護施設にも新しい役割が期待されています。今後の地域ニーズを視野に入れたものとする為にも、中長期計画を策定し、設置や支援の開始時期を明確にしていく事が求められます。

当該施設には、多様な障がいのある利用者と入所期間30年を超える高齢者が混在しています。さらに、セーフティネット機能としての救護施設の役割は、生活保護率が高い北海道において、益々重要性が高まると考えられます。多様なニーズに対応するためにも、中長期的展望に基づいた、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成などに関する具体的な計画の策定が望まれます。

●「利用者主体の懇談会へ」

利用者が出席する懇談会には、「利用者懇談会」「給食懇談会」「喫煙者懇談会」などがあります。それぞれ、毎月開催されていますが、内容の多くは利用者間のトラブルや個人的な要求の受付に留まり、開催は、職員の企画・進行で行われています。懇談会は利用者の要望を聞く機会でもありますが、利用者自身の解決する力や自発性が育まれる場面の設定でもあります。

利用者主体の懇談会とする為には、効果的な側面的支援のあり方が重要であり、利用者が自ら懇談会の議題や企画決定・司会進行役等に、積極的に関わられるような取り組みや、懇談会をグループ討議の場として活用することも考えられます。利用者自身の要求の表現方法や自立に対する意識が向上するようなプログラムを作成して、利用者主体の懇談会を実現する事に期待します。

●「サービス場面における標準的な実施方法の文書化」

標準的な実施方法とは、利用者尊重に裏付けられる安全性を含めた一定のサービス水準を示すものであり、施設として提供するサービスの実施方法をサービス場面ごとにまとめたものです。標準的な実施方法を定めることで当該施設のサービス提供水準を保つことが目的であり、画一的なサービスを実施する事ではありません。同時に、利用者の状況に応じた個別対応は、サービスの一定水準を保った上で、実施されなければなりません。

当該施設では、レジオネラ菌対策として浴室掃除用マニュアルがありますが、その他は文書化されていません。入浴や食事など、それぞれのサービス場面において、標準的な実施方法を文書化する必要があります。また、標準的な実施方法には、プライバシーに対する配慮も含まれ、集団生活を強いられる入所型の施設では特に留意しなければならない点です。

この場合のプライバシーとは、他者に見られたり聞かれたりしない個人の私的な自由のことであり、排泄の処理方法や浴室の脱衣所への工夫等だけではなく、一人の居場所の確保等もそれに含まれます。特に安全管理の面では、医療と介護の連携のもと、服薬管理の徹底が課題です。今後、それぞれの標準的な実施方法を文書化し、職員が共通の認識を持ってサービスを提供する事で、当該施設のサービス提供水準を一層向上させる事に期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価の調査により、施設において評価の高い点、特に改善を要する点等に対して、職員の意識向上を高めて福祉サービスの質の向上に努め、利用者サービスの一層の充実を図られるようにしたい。

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 22 年 3 月 18 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 函館厚生院		
事業所名 (施設名)	高 丘 寮	種別	救護施設
所在地	〒 042-0955 函館市高丘町3番1号		
電 話	(0138) 57-7038		
F A X	(0138) 57-7098		
E-mail	takaokarvo@koseiin.or.jp		
U R L	http://www.koseiin.or.jp		
施設長氏名	川島 明		
調査対応ご担当者	伊藤 仁 (所属、職名：庶務主任)		
利用定員	120 名	開設年	昭和 39 年 3 月 11 日
<p>理念・基本方針： 基本理念～『社会事業を営むに、社会から孤立した存在ではありえない』（ホームページより） 函館厚生院 五つの基本～ ①保健、福祉、医療、の分野で、地域の中心的な存在としての自覚を持って行動します。②利用者の安心・満足を得られるよう努力を怠りません。③高度な技術の練磨に努めます。④現実の認識を厳しく、未来を見据えて計画を建て実行するように致します。⑤合理的で堅実的な運営・経営がそれらを支えることを確信しております。</p>			
(通所施設のみ)			

【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)

併設事業は行っていません

【利用者の状況に関する事項】（平成 22 年 2 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））

40歳未満	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
名	2名	2名	2名	17名	27名
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	90～95歳未満
23名	21名	8名	8名	4名	2名
95～100歳未満	100歳以上				合計
3名	名				119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	1名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1名	名	名	名	1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	名	名	1名	1名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	2名	名	2名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
その他	名	4名	2名	1名	3名	名	名
合計	2名	5名	6名	2名	3名	1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
9名	13名	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	8名	2名	1名
そううつ病	名	1名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	2名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	2名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	12名	3名	1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年未満	1年～3年未満	3年～5年未満	5年～10未満	10年～20年未満
4名	6名	20名	8名	12名	13名
15年～20年未満	20年～30年未満	30年～			合計
6名	6名	44名			119名

(平均利用期間： 20年6ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成22年 2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	主任指導員	指導員
常勤	38名	1名	3名	2名	1名
非常勤	6名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	26名	名	3名	名
非常勤	名	5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	1名	名	委託契約名	嘱託医名	名
非常勤	名	1名	名	(2)名	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	3名(名)
介護福祉士	20名(名)
保育士	6名(名)
精神保健福祉士	1名(名)
栄養士	3名(1名)
看護師(准看護師)	3名(名)
介護支援専門員	2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	3575.75 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	39年	
(4) 改築年	平成	8年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(2) 園庭面積	m ²	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(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		
(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 制 <input type="checkbox"/> ・小舎制
(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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> ・大舎制 <input checked="" type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(2) 建物面積	m ²	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(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	
<p>【ボランティア等の受け入れに関する事項】</p> <p>・平成 21 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数） 200 人</p> <p>・ボランティアの業務 行事、畑、楽器演奏など。</p>			

【実習生の受け入れ】

・平成 21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	1人
その他	2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。

全職員で、普段から何でも話せるような雰囲気づくりを心がけており、意思疎通が取れる利用者は各階の利用者懇談会及び全体朝礼において、日常サービスへの要望や改善と行事等に関して意見を聞いている。又、給食懇談会を設けて食事や健康に関する講習会や、利用者への要望等の聞き取りも行っている。事務窓口意見箱を設置し自由に意見を出して頂ける環境づくりをしている。更に意思疎通の図れない利用には、食事や生活全般に対する希望要望等個別支援にて配慮している。

【その他特記事項】

高丘寮には利用者菜園があり、雪解けの頃より土おこしが始まり種まき作業が行われます。種類も豊富で、大根、じゃがいも、とうきび、枝豆、人参、しそ、ニラ、胡瓜、南瓜、西瓜、ユウガオ、ぶどう、ブルーベリー等年間を通して利用者の方々が畑に関わりを持てるようにしています。収穫野菜は利用者給食へ提供したり、収穫祭や芋煮会行事を行い自分たちが育てた野菜や果物を満喫できるように努め、利用者の皆さんより好評を得ています。

利用者旅行も企画しております。事前に旅行先の希望を取り、それに合わせた企画を年数回実施しています。参加希望者とADLに応じて少人数で全員が参加できるよう努め利用者の満足向上を図っています。

評価細目の第三者評価結果

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	函館市内で、多数の施設を運営している社会福祉法人函館厚生院の保健・医療・福祉の融合を柱とする経営理念が、法人のパンフレットやホームページに掲載されている。また、時代の要請に柔軟にこたえうる施設を目指す高丘寮の基本理念もホームページに掲載されている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本理念に基づく基本方針は、運営方針・支援方針として謳われていて、毎年度の事業計画書に掲載されている。
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。	b	年度当初の全体朝礼や職員会議等で説明しているが、全員に理解されるには至っていない。周知をテーマとする研修会の設定や解説書の作成などの工夫が望まれる。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者には全体集会、家族には広報誌で説明しているが、さらには施設内への掲示、高齢者や障害者にも分かりやすく説明した資料の作成などが望まれる。

Ⅰ-2 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。	c	施設整備などのように数年先を見ているハード面のものはあるが、経営や福祉サービスに関するソフト面の中・長期計画が策定されていない。
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。	c	毎年度の事業計画では各部門ごとに重点目標を定めているが、中・長期計画が策定されていない。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	毎年度の事業計画は部門ごとの支援会議、職員会議、役職者による運営会議の検討を得て策定されている。また年度途中には、各部署の重点目標に対する取り組み状況、成果、今後の状況を発表する業務検討報告会を実施している。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	職員には各種会議や検討会を経て理解されている。家族には広報誌で、利用者には懇談会で話しているが、高齢者や障害の種類・程度が様々な利用者の理解を得るには一層の工夫が望まれる。

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。	b	法人の「経営管理組織規則」に理事長、常務理事、施設長等の職務基準がそれぞれ明示されている。理事長、施設長は職員向け広報誌や会議等で所信を表明しているが十分な理解、信頼を得ているかの検証が望まれる。

1-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	施設長や幹部職員が救護施設長会議や勉強会に出席して情報収集し、職員会議や研修報告会を通じて職員に周知している。
1-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
1-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	b	個別支援計画、QOL、身体拘束廃止など各委員会を通じた取り組みで福祉サービスの向上に取り組んでいる。しかし、全職員に指導力を浸透させるためにはより一層の工夫が必要である。
1-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	業務検討委員会など各委員会の話し合いと各部署の連携によって、経営や業務の効率化に取り組んでいる。最近の例では給食、洗濯・清掃、警備の各業務が外部に委託され、経営や業務の効率化とともにサービスの向上につなげている。

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。	b	行政の情報から近年の生活保護増加の動向を把握している。また、救護施設としての新しく求められる機能は全国救護施設協議会、北海道救護施設協議会を通じて認識している。今後は、触法障がい者やホームレス、DV被害者の受け入れも視野に入れた事業計画への反映が期待される。
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り組みを行っている。	b	コスト面での分析を行い、経費の節減、繰越金の適正執行で措置費を有効に、利用者に還元しているが、経営状況の分析には至っていない。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	法人監事に公認会計士が着任し、経営の指導助言をおこなっている。施設運営の透明性を高めるためには外部監査の実施が望ましい。

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。	b	長期入所者の高齢化と障害の重度化に対応した人員を配置しているが、人材に関する具体的なプランが不十分である。
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。	a	人事考課実施要領が策定されていて考課基準が職員に開示されている。毎年、人事考課者研修会を行い、人事考課の結果が人材育成に反映されるよう配慮している。
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	職員の意向は人事考課時に聴取しているが、分析・検討する仕組みにはなっていない。人事異動や研修参加は本人の希望を原則としている。有給休暇消化率、時間外勤務は把握しているが結果分析の仕組みがない。有給消化率アップのための工夫が望まれる。
19 Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生センターへはパートも含め全職員が加入している。また、ソウエルクラブの企画委員を配してセンターの有効活用貢献している。ほかに、施設から職員親睦会への助成もある。

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。	b	職員としての資質向上、業務上必要な勉強会などへの基本姿勢は事業計画書にあり、外部研修だけではなく、内部での伝達研修も充実させて、研修成果を職員全体で共有している。しかし、中長期計画が策定されていない為、長期的展望の中で、組織が求める専門の技術・資格が明確ではない。
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り組みが行われている。	b	職員個々の知識、技能は各部署で把握しており、自己啓発援助制度を含めた年間スケジュールが定められている。また、それに合わせて個々の職員に対する必要な研修計画もあるが、計画自体に課題も多く、具体的な取り組みが不十分であり、今後に期待したい。
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。	a	研修報告書には上司のコメントが記入され、施設長の決裁後職員に開示されている。また、研修報告会が毎月実施され、業務や次の研修計画に反映されている。
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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	c	実習生を受け入れてはいるが、受け入れに対する基本姿勢が示されていない。福祉人材の育成を施設の責務として果たしていくためには基本的な姿勢をまとめ、実施マニュアルの整備が必要である。
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b	各部署で実習責任者、担当者を定め受け入れているが実習全般のプログラム、専門職ごとのプログラムが作成されていない。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	衛生管理、防火防災、リスクマネジメント等々のマニュアル、要領などが整備されている。施設内外の委員(施設長、支援相談員、第三者等)で構成するWRM委員会等でインシデント報告から原因を分析し安全確保の検討を行っている。
II-3-(1)-② 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。	b	ヒヤリハットメモ、インシデントレポート、事故報告書を作成し、種別(薬剤、誤嚥、転倒、行為など)、場所、発生時期など毎に要因分析、対応策の検討をしている。近年は薬に関するインシデントが減少しているが転倒事例が増加しており、さらに検討が望まれる。

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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	施設長が、「利用者は可能な限り地域に出ること」を発信しており、利用者及び職員が地域行事の夏祭り、小学校運動会・学芸会、幼稚園運動会等に参加している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	施設本体は、地元高岡区域防災ネットワークの災害時避難場所としての機能を有し、看護師によるAED(自動体外除細動機)の貸し出し及び講習会等を実施し、ハード・ソフトともに地域に還元している。
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	c	年間延べ200人程度のボランティアの受入があるが、現在は受入に関わる体制やマニュアル等の整備に至っていない。今後、トラブル回避・リスク対策のためにも組織的に対応できるようマニュアル等体制の整備が必要である。

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。	b	外部との接触が多い事務部門や相談支援部門では独自のリストの作成が行われている。また介護部門では、利用者が利用できる地域の社会資源についてのリストはあるが、各々の情報共有や十分な連携がなされていない。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	個別退所ケースに関わる単発事案についての連携は発生するが、定期的な検討会・連絡会・会議・研修会等の実施がない。今後の救護施設の特性を考慮すると、地域における十分な連携体制が望まれる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
32 II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	法人内に居宅介護支援事業所や地域包括支援センターが有り地域ニーズの把握が一部されているが、当施設においては措置施設ということから、担当ケースワーカーや保護課の要請には対応しているが、意見箱やメール等にも意見はなく、地域福祉ニーズを把握しているとは言いがたい。
33 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。	c	施設内部では、社会情勢を踏まえサテライトの開設検討を行っているが、具体的な立案・実施には至っていない。

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。		
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り組みを行っている。	a	「高丘寮身体拘束廃止宣言」及び「高丘寮接遇向上宣言書」の宣言式を利用者代表・地域代表・第三者委員等の立会いの下行い、文書に明示し取り組んでいる。
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。	b	プライバシーポリシー（方針）及び運用マニュアルはあるが、職員・利用者への具体的な施設内への掲示や利用者懇談会・職員等の会議での周知がなされておらず、今後は周知徹底が望まれる。
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ている。	b	利用者懇談会を各々のフロアで月1回実施し、利用者の苦情や要望は把握されているが個別的なその場での対応となっている。今後は個別にあがった要望をデータ化し、全体に反映させることが望まれる。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b	全職員が全利用者担当という体制で臨んでおり、個別の訴えについては都度対応している。希望する行事等の実施も行っているが、職員によってできること、できないことがあり対応はまちまちである。今後は全体的に対応できるように手順等のマニュアルの策定が望まれる。
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。	b	利用者懇談会や、日常の関わりの中から意見を収集する体制はとられている。相談窓口や手順などの掲示や周知の徹底には至っていない。
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。	b	苦情解決マニュアルはあるが、利用者にも周知されていない。職員間で「苦情そのもの」の考え方に差異があり、苦情として整理された記録が1件もない状態である。今後は職員間の意識の共有や記録の方法、対応策の検討等についても周知徹底が望まれる。

<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>b</p>	<p>職員各々による個別の対応が中心となっているので、職員自体に対する不満等については、迅速に対応できない状態にある。今後は担当部署や仕組みを検討し、迅速に対応できる体制の整備が望まれる。</p>
--	----------	--

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組み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>適正運営マネジメントにより、評価をおこなっているが、評価の時期や担当等の基準や規程がない状態である。組織的な質の向上に向けた取り組みができるよう体制の整備が望まれる。</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ている。</p>	<p>b</p>	<p>日常業務で発生した課題については、運営会議や職員会議及び各種委員会で検討されているが、それぞれの会議や委員会での課題の共有化には至っていない。今後、会議や委員会自体の分掌や権限についての整理が望まれる。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。</p>	<p>b</p>	<p>組織的、恒常的な取り組みがみられない。今後は明確になった課題について、計画的に解決するための手順や体制が求められる。</p>
<p>Ⅲ-2-(2) 個々の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 個々の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>レジオネラ菌対策のための写真付きの入浴設備取り扱いのマニュアルはある。22年2月の研修でもマニュアルの必要性は伝えられていたように安全・プライバシーといった施設のサービス水準を確保できるように今後、早期の整備が望まれる。</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>c</p>	<p>サービスごとのマニュアル作成はこれからであるが、作成後は定期的な見直しをする必要がある。</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>b</p>	<p>ケース記録の書き方が、職員間でばらつきがあり、情報の量・質が均一化されていない。今後研修やマニュアルの見直しの実施が望まれる。</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>「救護施設高丘寮個人情報保護運用マニュアル」及び「個人情報保護に対する基本方針」等文書が整備されており、施設長が文書管理責任者となって、「文書保存年限区分の基準」に則り、管理されている。</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>b</p>	<p>引継ぎやミーティング・会議、日誌などで職員間の情報の共有化ができています。またパソコンのネットワークシステムで、個別支援計画や基本情報等の情報を共有化できる体制はある。しかし、サービスの提供場面では、必ずしも充分とは言えず、課題を明らかにする中で、体制の見直しを含めた取り組みに期待したい。</p>

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>法人全体で開設しているホームページ及び、施設のパンフレットにより情報提供がなされている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>「高丘寮の生活上のルールについて」や「高丘寮のご案内」等の説明資料を作成し、説明と同意を得ている。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>長期入所者の多い中、近年は、利用者の地域移行に取り組んでいる。退所後も支援を必要とする場合が多く、相談支援部門が中心となり基本情報等の取りまとめや「個別援助計画・週間予定表」の立案を行い、関係機関との連携・調整</p>

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。	b	平成19年に「個別支援計画」の策定についての資料が作成され、配布されたが、現在十分に職員に周知徹底され理解されている状態とはいえないため、職員によりアセスメントに差が出てきている。今後手順の策定と運用の体制整備が望まれる。
Ⅲ－４－（１）－② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b	三団体方式によるアセスメントで、個別のサービス場面についての課題を抽出しているが、ケースや作成担当職員によりムラがあり十分とはいえない状態である。
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。	b	一年に一度は、個別支援計画によりサービス実施計画の策定がされているが、利用者本人や家族などの参画もあまりなされていない上、説明や同意を得ることを行っていないことから適切に策定されていない状態にある。今後、利用者本人や支援者等の参加についての検討が望まれる。
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。	b	当初案では、半年に一回の見直しを行い、職員の習熟状況に合わせ3ヶ月に一度は見直しを行う予定であったが、まだ実施に至っていない。今後、職員の教育も含め体制の整備が望まれる。

評価対象 障害者・児施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b	多様な障がいの方が入所しており、一人ひとりのコミュニケーションの方法が記録されている。職員と利用者の平均在籍年数が長いので、重度の利用者にも意思疎通のサインや手段を確保しており、日々のコミュニケーションに支障はないが、施設内で新人を含む職員研修等の取り組みはされていない。
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	「利用者懇談会」をフロアごと（2階男子棟・3階女子棟）に毎月行っている。利用者の約七割が参加し、希望・要望を述べる場になっているが、企画・運営そのものに利用者が係わる場面は少なく、主体的な活動とは言い難い。利用者を側面で支える支援体制が望まれる。
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	b	日常生活の食事・排泄・入浴・健康などを7項目に分け、更に各項目を細分化して介助の必要性を確認する「ケアチェック表」に記入されている。しかし、それを基にした見守りと支援体制は「サービス計画書」では読み取れない。今後、更に障がいの重度化・高齢化が予想される。ADL（日常生活動作）の維持・向上のためにも見守りと支援体制を明記した「サービス計画書」が早急に求められる。
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	b	軽作業（ガーゼ・空缶・おしぼり）の他に居室や廊下、食堂の清掃などの日課が用意されている。その他、地域移行希望者には話し合いで希望に沿う形の自立生活支援がされている。利用者の主体的な活動を側面から支える機会の設定がないため、作業や日課が学習・訓練のプログラムとして利用者、職員ともに十分に意識付けされていない。

A-2 日常生活支援

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 食事		
A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	b	「ケアチェック表」により利用者の病状や体調に応じた食事が提供され、「食事変更履歴」「ケース記録」に記録されている。食事制限のある者の外食時の場面では、職員が利用者の食べた量を見計らい声掛けをしている。食事介助に関するマニュアルは現在作成中である。
A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	b	毎月「給食懇談会」が開催され、献立の希望を聞き取っている。また栄養士による「体験・参加型栄養教育」の実施で健康管理と連動した「食」への指導を行っている。週に2回「選択食」の取り組みがされているが、当日の食材の情報提供など、より楽しく食事が出来る環境が望まれる。
A-2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。	b	食堂は明るく開放感がある。食前の手洗いを徹底し、サクシオンユニット（電動式可搬型吸引器）が設置され緊急対応できる。行事の際は、利用者と一緒に飾り付けを行い季節感をだす工夫をしている。体調に応じて居室で取ることも可能ではあるが、食事時間は一斉に取られており、要介助者は職員の支援体制により固定席となっている。他の利用者は氏名札とともに配膳準備されたテーブルに着席しているが、希望の席で自由に食事が出来る環境が望ましい。

2 - (2) 入浴		
A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	b	利用者は一般浴・介護浴・ストレッチャー浴に別れ、それぞれの支援や介助で入浴している。利用者の6割が該当する介護浴は、脱衣室と浴室に職員が複数名配置され安全な入浴を支援している。利用者が快適な入浴できるよう、同姓介助となるシフト体制が臨まれる。入浴に関してのマニュアルは作成中である。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	一般浴は月・木、介護浴は火・金と週二回の利用で、入浴順は各フロアごとに対応している。自立している利用者はいつでもシャワー浴は可能だが、要介助者は自由に利用することが出来ない。失禁時等の必要時はシャワー浴対応を取っているが、入浴回数や時間について利用者の希望を汲み取る機会を検討されたい。
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	c	介護用椅子、手すり、ストレッチャーなど利用者の必要に応じた入浴器具がある。レジオネラ菌対策として、塩素機械利用と浴室掃除のマニュアルは写真入りで整備されている。脱衣室は床暖房のほか扇風機があり、夏季は窓を開けて暑さ対策をとっている。外からの視線を妨ぐため、窓に簾を置くなどプライバシーに配慮しているが、廊下側の暖簾とともに十分とはいえない。
2 - (3) 排泄		
A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c	利用者の高齢化に伴い排泄時の安全性が重視され、夜間は居室でのポータブルトイレで対応している利用者が多い。居室内にカーテンなどの仕切りが無いため、プライバシーに配慮されていない。使用後のポータブルトイレが朝まで放置されることもある。早期の検討が望まれる。
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a	トイレ清掃は業者委託しており、1日1回朝に行われる。汚れた場合は職員がすぐに清掃し清潔を保持しており、消臭装置の使用により防臭対策も取られている。車椅子の利用者がスムーズに利用できるようにカーテンで仕切られた個室も各トイレに設備されている。
2 - (4) 服装		
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、服装の選択について支援している。	a	利用者は支給品の衣料品が選択できる他、「買い物会」や外出時に自分で選択した衣服や装飾品を購入できる。要介助者には職員が同行し、利用者の意思確認を取りながら購入する支援がなされている。
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	b	着替えが必要なときは、すぐに適切な対応をしている。着替えに強いこだわりがある利用者は「個別支援計画」内の目標に捉え、職員間で着替えの促しを続けていくなどの支援がされている。衣替えの季節は、必要に応じて職員が支援しているが、日々の洋服の修繕に関しては十分な支援内容とは言えない。ボランティアや裁縫のできる利用者を施設内外で募集するなどの工夫が求められる。
2 - (5) 理容・美容		
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	a	髪型や化粧は個人の意思が尊重されており、髭剃りなどの身だしなみについて支援が必要な利用者には、ケース記録に基づいた支援がされている。理美容に関しては施設内外の店舗が希望によって利用できる。希望者には化粧やマンキュアの支援がなされている。

A-2-(5)-② 理・美容について配慮している。	a	長年にわたり地域の理容店が施設内で毎週木曜日に開店している。利用者は予約制で、毛染めやパーマなどは隣の高齢者施設「函館百楽園」内の同理容店で対応できる。希望があれば施設外の理美容室も自由に選択できる。重度の障がいを持つ利用者には職員が支援している。同理容店は営業年数が長く各利用者の個性を理解しているため、協力が得られている。
---------------------------	---	---

	第三者評価結果	コメント
--	---------	------

2-(6) 睡眠		
A-2-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	c	居室は二名で使用している。消灯時間内のラジオ視聴時はイヤホン使用のルールを設けており、トラブル防止のため定期的に希望を取って部屋替えを実施している。寝具は入所時に支給されるとともに、年一回洗濯するなど衛生面は配慮されている。介護度の重い利用者は各フロアに3部屋のベッド室が用意されている。夜間使用したポータブルトイレの処置については早期の検討が望まれる。

2-(7) 健康管理		
A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	年に3度健康診断が行われ、嘱託医が定期的（内科医週1回・精神科医月1回）に訪問しており、看護師により健康管理表が整理されている。毎朝、施設内（夏季は外）で「ラジオ体操＋玄米にぎにぎ体操」が行われている他、参加できる利用者に週2回のウォーキングを実施するなど日々の健康管理に取り組んでいる。栄養士による肥満者への栄養改善の取り組みが行われ、該当者の約半数がBMI値（肥満度）が標準になる効果をあげている。
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	個別の健康管理表に主治医名が記載され、緊急時対応マニュアルがある。同一法人内の医療機関を始めとしたバックアップで、看護師により24時間対応の体制がとられている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	c	薬物管理は看護師が担当し、セットされた薬を介護職員が服用・使用確認している。インシデント報告の分析により、薬袋への氏名印字と服用時の一包化を徹底した結果、投薬ミスが減少してきた。使用薬について看護職と介護職の連携で情報共有し、更に確実にすることが望まれる。

2-(8) 余暇・レクリエーション		
A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、サービス実施計画に基づいて行われている。	b	「利用者懇談会」での希望を基に「クラブ活動」「旅行会」「買い物会」などの行事が実施されているが、利用者が企画参加するなどの主体的な関わりは取られていない。早い時期に「サービス実施計画」のモニタリングを行い、計画に基づいた活動の実施が求められる。

2-(9) 外出、外泊		
22 A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b	利用者は「外泊届」を提出し、事故などのリスクに備えて施設の電話番号を記入した「連絡カード」を携帯している。飲酒の禁止や門限時間などのルールはあるが、他は自由に外出できる。介助支援の必要な利用者は職員の勤務体制により外出の機会が制限されるため、ボランティア・ガイドヘルパーの活用など地域の力を活用する外出支援の工夫が望まれる。
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	a	利用者や家族から外泊の希望があった場合は、職員が日程調整を行なっている。帰省時には交通機関の利用をアドバイスしたり、利用者の健康状態などの連絡メモを家族に渡すなどの支援をしている。
2-(10) 所持金・預かり金の管理等		
A-2-(10)-① 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	入所時に預かり金規定の説明・同意を得ている。自己管理できる利用者は月ごとに決められた金額が渡され、自由に使える。金銭管理の支援が必要な利用者には、介護職員・事務職員の二重体制で出金・記帳されている。
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	b	2人部屋に1台のTVが設置され、ラジオは個人購入が可能である。ディルームのTVは自由に視聴でき、利用者間でチャンネルをその都度決めている。新聞・雑誌は個人で購入、施設内に一部雑誌を置いているが、利用者の希望に沿ったものではなく、アンケート実施などの取り組みが望まれる。
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	c	施設の特性上、飲酒は禁止されており、利用者には入所時に説明し了承を得ている。喫煙室は各フロアに用意され、消灯時間以外は利用可能となっている。月に一度、喫煙者を対象とした「喫煙者懇談会」が開催され、喫煙のルールや火災予防について話合われているが、今後は健康上の影響についての情報提供が望ましい。