

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019年11月6日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0029

住所 札幌市手稲区手稲本町2条1丁目
4-5

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 17-001

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)	高村 一文	組織運営管理	第0053号
	(2)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(3)	橋本 玲子	福祉医療保健	第0131号
	(4)	百合野 清	福祉医療保健	第0238号
	(5)			
サービス種別	救護施設			
事業所名称	高丘寮			
設置者名称	社会福祉法人 函館厚生院			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2019年4月17日	～	2019年10月16日	
利用者調査実施時期	2019年4月18日	～	年 月 日	
訪問調査日	2019年9月19日			
評価合議日	2019年9月28日			
評価結果報告日	2019年11月6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：函館厚生院

代表者氏名：高田 竹人

所在地：〒040-0011 北海道函館市本町34番8-1号

TEL 0138-51-9588

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

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度の受審結果を真摯に受け止め、改善点については、施設全体で取り組み、改善に向けて進めていきます。また施設だけではなく法人全体で地域との関り等強化していきたいと考えます。

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

総評

<評価の高い点>

1、「地域移行と最期」

利用者が救護施設を移る先は、病院や高齢者施設がほとんどです。身元保証人が親の代から兄弟・姉妹に替わり、甥や姪となっている高齢な利用者も増え、元の家族の家に戻るのは難しくなっています。救護施設は介護保険適用除外施設のため、高齢者施設に利用者が移行するには、まず介護保険申請から始まります。一方、福祉的な就労支援事業所へ移行した方もいます。高齢者施設や病院、他の福祉施設への移行の際には、経済面やサービスの継続性で利用者が不利益とならないように移行先へ情報提供を欠かさず、関係機関との連携に尽力しています。

入所中は利用者の自立や自律となる福祉サービスの提供に努めていますが、疾病や高齢により施設で最期を迎えることもあります。本人の意向を基に家族の了承を得て、施設内の遺体安置所で葬儀をとりはからい、毎年お盆には物故者慰霊祭も催しています。法人の設立には著名な僧が関わっていることもあり、合同墓へ納めることもできます。理念である「慈しみのこころ」をもって最期までみとられています。

2、「感染症と今後の予防対策」

感染症対策は「衛生推進委員会」が中心となり活動し、毎年、全職員対象の感染学習会（ノロ対策実践研修）等を実施しています。予防と対策のためには職員のみならず、利用者へも「利用者懇談会」等を通じて手指の消毒を徹底しているため、食事前は手洗い台の前に行列ができます。

2019年6月下旬に風邪が蔓延した際には、5回に及ぶ臨時の「衛生推進委員会」を開き、食堂閉鎖や活動制限などの対策を講じました。また、多くの感染者を出した原因を追究し、寝具等の衛生管理をさらに進めています。

今回の第三者評価では自己評価を活かして、自分たちの施設で流行しやすい感染症に特化した独自のマニュアル作成に着手しています。

3、「個々の利用者に応じた支援」

救護施設は、在宅が困難な心身に障がいのある利用者が多く入所しています。視覚障がいのある利用者の居室は移動に配慮された位置にあり、使用するトイレの場所を決めています。函館市の広報誌を読み上げたCDを取り寄せることもしています。

外出が可能な利用者には、電車やバスのＩＣカード乗車券の使用の仕方も伝えて社会

的な活動につながるように促しています。

居室はもともと畳敷きの和室でしたが、身体機能が低下した利用者には介護が受けやすいベットのある洋室が優先され、今後も順次、居室の改装が計画されています。

一人での外出が困難な利用者のために、ラーメンの移動販売車を呼び、屋台ラーメンの気分と味を楽しめるように企画したこともあります。

利用者の障がいや疾病の重複、高齢化が進む中でも、個々に応じた支援を状況に応じて試行錯誤して質を高めようとしている職員の姿勢が窺えます。

<質の向上のために求められる点>

1、「第三者委員の連絡先の明示と公表について」

苦情解決の体制としては、「苦情相談マニュアル」等が整備され、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置しています。内容は、食堂入り口や各フロアーにフロア図とともに掲示されています。「苦情相談マニュアル」には苦情内容の公表を明記されていますが、苦情がない場合もその旨の公表が必要です。

第三者委員として2名の氏名が掲載されています。しかし、利用者が直接に連絡の取れる方法として電話番号や住所の記載がありません。制度の趣旨と利用者の権利保障の観点から早急な改善が望まれます。

2、「社会資源の活用と連携」

社会資源として、各種専門病院や介護保険施設、市役所保護課等の連絡先一覧表は事務所、支援相談員室に準備しています。利用者が個別に利用する社会資源リストまでの作成はありませんが、都度の対応に努めています。救護施設関係以外の定期の地域会議には出席していませんが、特別調整連絡協議会へは参加して、必要時には一時保護対応などの連携をしています。この対応のために、2階の男性棟、3階の女性棟の各一部屋を空けており緊急時に備えています。

救護施設の社会資源としては、今後、利用者の地域移行を視野に入れた他機関連携と地域の協力が得やすいように社会資源の開発と調整に向けた取組が期待されます。

3、「中長期の収支計画の必要性」

修繕と設備に関しては「高丘寮 各所修繕及び設備更新計画」が作成され、令和元年度から4年度までの金額が見積もられています。

全体的には「高丘寮中長期計画」が立てられており、平成 28 年度より続いている定員割れ状況を打開すべく利用者一人当たりについての収入減少額が計算されています。

利用者の高齢化・重度化に伴う介護職員の介護技術の向上化対策、食事形態の見直し、建物設備のバリアフリー化等が挙げられ、建物設備改修のためにも予算付けとなる定員確保の重要性と、日常における経費節減の必要性が謳われています。

今後は、設備等のハード面だけではなく人件費等のソフト面も含めた収支計画の作成が期待されます。

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： 令和 1 年 8 月 1 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	事業種別	救護施設
所在地	〒 042-0955 北海道函館市高丘町3番1号		
電 話	0138-57-7038		
F A X	0138-57-7098		
E-mail	takaokaryo@koseiin.or.jp		
U R L	http://www.koseiin.or.jp/		
施設長氏名	佐藤 章二		
調査対応ご担当者	水口 大	(所属、職名：主任支援相談員)	
利用定員	120名	開設年	昭和 39 年 3 月 11 日
<p>理念： 「慈しみのこころ」</p> <p>基本方針： 高丘寮は、法人の「目的」とするところの法人創立の精神である「慈しみのこころ」をもって、生活保護法の下での救護施設として、社会のセーフティーネットの役割を果たしていく。 高齢化・重度化が進む中、利用者が快適に生活できるよう安全・安心の確保と利用者に満足していただけるよう生活の質の向上、居住環境の改善を同時に進めていくものとする。 利用者にとっても職員にとってもより良い施設となるように取り組んでいくことを運営方針とする。</p> <p>施設・事業所の特徴的な取組： 法人内にある各事業所と密に連携を図り利用者が身体的、精神的に状態変化した際に継続的にサービスが受けられるよう勤めている。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		1 回	（平成22年度）
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】

(例) ○○事業 (定員○名)

【利用者の状況に関する事項】（令和元年8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	0名	0名	0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
1名	4名	5名	10名	17名	73名
					合計
					112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	0名	0名	1名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	1名	0名	1名	0名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	1名	0名	0名	0名
肢体不自由	0名	1名	2名	2名	3名	0名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	4名	0名	0名	1名	0名	0名
重複障害（別掲）	0名	0名	0名	0名	0名	0名
合計	4名	2名	4名	4名	3名	0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
15名	12名	0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	7名	26名	1名
そううつ病	1名	4名	1名
非定型精神病	0名	1名	0名
てんかん	1名	0名	0名
中毒精神病	0名	0名	0名
器質精神病	0名	1名	0名
その他の精神疾患	2名	2名	0名
合計	11名	34名	2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
9名	4名	10名	8名	5名	9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
8名	3名	2名	2名	2名	2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
4名	2名	0名	0名	1名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	1名	0名	37名		

(平均利用期間： 17年8か月)

【職員の状況に関する事項】(令和元年8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	支援相談員	
常勤	34名	1名	3名	4名	名
非常勤	9名	0名	0名	0名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	22名	0名	3名	0名
非常勤	名	5名	0名	2名	0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	0名	0名	0名	0名
非常勤	0名	0名	0名	2名	0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	4名(1名)
介護福祉士	21名(1名)
精神保健福祉士	1名(0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	3575.75㎡		
(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)	㎡		
(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 30 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

97 人

・ボランティアの業務

鼓笛隊、歌のボランティア

【実習生の受け入れ】

・平成 30 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 27 人

その他 3 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。

毎月の各フロア利用者懇談会や全体朝礼での聞き取り、委員会を通してのアンケートの実施を行っている。また個別支援計画者が主となり担当利用者へ意見の聞き取りを行っているが、利用者個々に相談しやすい職員がいるため、内容によっては、介護、看護、支援、栄養、事務等の職員が納得するまで関わっている。

【その他特記事項】

全国的に救護施設の役割として、精神障害者の地域移行と自立生活の継続支援への強化が求められているが、高丘寮としては高齢化・重度化が進んでいる状況の中で思うように勧められていない状況にある。これにより地域生活支援の推進についても促進できていない。介護力の向上と自立支援の促進と両立した支援能力のアップに対し苦慮している状況。

また、入所利用者の年齢やADLの状態が幅広く、作業活動が少ない。

評価細目の第三者評価結果(救護施設)

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・周知されている。			
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	法人共通の基本理念である、「わたしたちは、法人創立の精神である慈しみの心を基（もと）とし、社会福祉の増進に貢献します」が明文化されている。また、職員の行動規範ともなる5つの基本方針が作成されており、どちらも、法人ホームページに掲載されている。高丘寮においては、常に法人創立の精神をもって福祉サービスに従事できるように、年度初めの会議等で職員の再認識を促すと共に玄関や掲示板等に掲示している。利用者家族へは、広報誌「めぐりあい」にて法人基本理念等の紹介を行っている。尚、法人ホームページ内にある事業所「高丘寮」の掲載欄にも理念・基本方針を掲載することは、地域への救護施設「高丘寮」の周知にもつながる。今後のホームページの記載にも期待したい。

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b	入所定員120名のところ3年前より定員割れの状態が続いている。現状としては、長年にわたり入所している利用者の高齢化や障がいの重度化、精神疾患の新規利用者が多いこと、退所して自立生活できる対象として支援するには難しい利用者が多くを占めている。利用者の自立を促して退所させることと同時に、定員を満たしていくことの困難がある。事業経営として定員を満たす分析に期待したい。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	救護施設として安定した運営のためには、入所定員を満たす努力と支出管理に努めている。20年以上入所が続き高齢となった利用者の介護や、医療的ケアの充実のために、設備等を見直している。北海道内外の福祉事務所からの紹介による入所利用は少なく、従来からの精神科病院経由の入所を確保するために、入院患者の施設見学会を積極的に受け入れている。今後2~3年の間に定員確保する意気である。地域移行の推進も予定しており、今後の新規の利用者を受け入れる方策に期待したい。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b	「高丘寮中長期計画」には、平成28年度より続いている定員割れ状況を打開すべく案が練られている。利用者の高齢化と障がいの重度化に伴う職員の介護技術の向上、食事形態の見直し、建物設備のバリアフリー化等が挙げられている。中長期の収支計画はなく財政面からの具体的な検討は行われていない。しかし、定員割れによる利用者一人当りの収入減少額が計算されており、建物設備改修には定員確保の重要性和経費節減の必要性が謳われている。今後の中長期の収支計画作成を期待したい。尚、修繕と設備に関しては「高丘寮 各所修繕及び設備更新計画」が作成され、令和元年度から4年度までの金額が見積もられている。
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b	「高丘寮中長期計画」の策定は2019（令和1）年5月のため、2019年度の単年度計画への反映にはならない。しかし、単年度計画では高丘寮全体の運営方針、重点目標の他、部門ごとの事業目標が立てられており、収支計画が作成されている。次年度の単年度計画作成には「高丘寮中長期計画」より反映されることが期待される。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	単年度の事業計画策定にあたっては、職員の話し合いにより各部門での目標が策定される。この目標は、毎月の運営会議で検討・調整が行われ、決定されていく流れとなっている。策定された単年度計画は、部門会議で進捗度合が確認されると共に運営会議でも確認され、必要に応じて微調整されている。次年度よりは、単年度の事業計画の作成と見直し同様に、中長期計画についても部門に関連する職員の参画を期待したい。
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	単年度の事業計画は、利用者に対しては、全体朝礼での説明や必要に応じて個別に説明されている。内容によっては、掲示物による周知が行われ、利用者の家族へは、広報誌を配付している。ひとつおりの周知はしているが、理解を促すまでの説明や工夫までにはなっていない。また、ホームページには事業計画としての掲載はなく、通年の行事等に限られている。地域への救護施設「高丘寮」の発信と理解にも繋がるので、公開する事業計画の内容等の検討を期待したい。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	c	平成22年に第三者評価を受けており、今回は2度目の第三者評価の受審となる。今回の受審は、短期間で自己評価を行い、課題を全職員で分担して業務を振り返った。自己評価結果を提出後に改善されたこともある。しかし、前回の評価結果の課題がそのまま保留されていた点もある。今後は第三者評価評価結果報告書を活かした組織的な動きが望まれる。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c	前回の第三者評価結果で改善を求められた評価基準項目が、手付かずのままのものが見受けられる。今回の受審後には、第三者評価結果報告書を活かした組織的な動きが望まれる。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 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
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b	「高丘寮職務分掌表」「高丘寮職員組織図」「高丘寮管理規程」が作成されており、管理者の役割と責任が明示されている。組織には、介護・看護・栄養・支援相談・事務の部門があり、施設長である寮長を始め役職者が運営の要である。職務分掌の見直し等が課題として上がっているので、災害時の体制やリスクマネジメントが向上することが期待される。
11	II-1-(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	管理者は、法人主催の研修の他、救護施設協議会が開催する研修、コンプライアンス関連や交通安全に関する研修等々、必要な講習会へ参加している。受講した中での重要事項については、会議で他の職員への周知と理解を図っている。2019年度は、権利擁護委員会等の各種委員会の活動として「虐待防止の啓発」等を推進している。順守すべき法令等は幅広くあるので、管理者で分担して実際の業務に対応できるように「改正個人情報保護法」や第三者委員の設置についても見直しを期待したい。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	b	年2回、接遇改善チームによる「高丘寮接遇利用者アンケート」が実施されている。管理者は、アンケート結果について分析、改善を推進している。また、委員会活動や各種会議では、アドバイスを求められたときに発言する以外は職員の自主性・主体性と決定した事案を尊重するようにしている。経年の課題である利用者の高齢化と障がいの重度化等に対応するために、事業計画では部門毎に重点目標を掲げている。各部門において職員に対して具体的な個別指導もさることながら、実効的な研修・学習会の企画にも期待したい。

13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b	管理者は、救護施設として適正な運営のために、入所定員を満たすことと、経費節減等の支出管理に努めている。また、現状の利用者数と今後の入所予定者数による限られた財務状況での経営改善に努めている。更に、職員の介護力・コミュニケーションスキルを高めることや施設の大規模改修等の為に、各部門の役職者が同様の問題意識を持つようにしている。これらは「高丘寮中長期計画」にもあり、次年度への具体的な単年度計画作成過程での指導力にも期待したい。
----	---	---	---

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	c	定期採用要望書及び中途採用要望書を法人に提出している。欠員などの補充は法人人事課で行われ施設には採用の決定権はない。救護施設の配置基準は6:1だが、高齢化で要介護となった利用者が多いため介護員を基準以上に配置している。医療的ケアや通院同行の必要性から看護師を5名に増員している。新規採用は難しくなっている昨今であるが、幸い介護職は定着している状態である。「高丘寮中期計画」には、外国人採用による介護職員の確保も謳われ、法人と外国人留学生(技能実習生)の採用を検討している。救護施設の現状と今後を踏まえた人材の確保・定着の計画が望まれる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	職種別の「職能要件チェックリスト」により、技能の習熟度も含めて面接時に目標設定している。キャリアパスフレームを平成29年度に改正し、人材育成、処遇に及ぶ総合的な管理を行っている。但し、人事異動等は法人人事課での執行となり、救護施設として職員が考課基準を十分に把握する状況にはない。職員個々にとって将来のビジョンがより明確となるような展開が期待される。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b	職員の就業状況や意向は、定期的な考課面談の他、日常業務の合間にも直属の上司に話している。勤務は年休処理簿や時間外命令簿等で管理し、有給休暇は偏りなく消化している。利用者の高齢化・重度化による業務量の増加を軽減するために設備等の改修を計画している。既に2部屋をベット設置の洋室に改修した。新規職員の雇用促進のためにも施設の全面改修を含めた働きやすい職場づくりを検討しているので、今後にも期待したい。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b 職員個々の育成としては、人事考課制度の過程にある「職能要件チェックリスト」を始めとする考課者面談を行っている。一方、課題や目標は話しているが、具体的な個別の職員の研修計画にまでには至っていない。しかし、今年度より職員個々の要望を聴取した計画表を作成したことから、今後に期待したい。
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b 「高丘寮中長期計画」に利用者サービス改善計画として、介護技術とコミュニケーションスキルの向上を挙げている。年度毎には、職場内外の研修を計画している。初任者から勤続年数に応じて北海道社会福祉協議会主催の研修のほか、全国と北海道の救護施設協議会主催の研修に派遣している。受講後は、伝達研修の時間が円滑に取れるようにミーティングを活用するようにしている。研修そのものは、主催団体の見直しとなるので本評価基準項目にはあたらない。派遣する職員の要望と救護施設が求めるスキル等が合致するように「平成元年度職員個別研修計画表」との連動性が期待される。
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b 近年、介護度が高くなった利用者が多くなり、職員の夜勤・当直が増えている。日々の支援を支えるために外部研修の機会は少ないものの、フロアミーティングの時間を活用して伝達研修として要点を伝えている。介護の技術的なOJT（職場内研修）は日常的に実施しており、職員は更なる技術向上等のほか、精神疾患を含めたコミュニケーションに関する教育・研修の受講に意欲的である。人事考課面接と合わせて、個々の職員が目標・課題とする教育・研修内容の計画化が期待される。
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c 福祉の専門資格として、介護福祉士21名、社会福祉士4名、精神保健福祉士1名の職員がおり、養成学校が要望するプログラムに対応している。インターンシップの受入れもあり、体制としては受付担当者の配置や受け入れ時のオリエンテーション等を行っている。救護施設は介護施設に比べ実習生の依頼は多くないものの、今後は、実施体制のマニュアル化や受け入れの基本姿勢の明示が望まれる。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	c	ホームページには救護施設の根拠法を始め、利用者の日課や行事を掲載している。家族に配布している広報誌「めぐりあい」は、前年度分はホームページでも閲覧できる。今後、より運営の透明性を確保するためには、救護施設の社会的役割を地域に周知する内容が期待される。また、利用者の相談・意見・苦情の状況等の公表に合わせて、第三者評価結果の公表も望まれる。
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のために、毎月、外部の監査法人の監査が実施されており、年1回の会計監査人による点検がある。措置施設として利用者の預かり金は、毎月監査法人がチェックしている。直近の外部監査では、特に経営改善の助言はなく、会計上の適正が確認された。

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。			
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b	町内会と合同で開催する夏祭りには、単独で外出が困難な利用者の楽しみにもなっており、先着で配布されるチケットには近隣の子どもから大人までが列をなす様子は恒例となり、双方の交流の機会となっている。2019年度は、高丘地区にある同法人の4施設合同夏祭りが新聞に掲載され、子どもがくじを引けて嬉しかった様子が紹介された。地域交流活動は、主に支援相談員が年間行事に組み込んで実施している。利用者と地域との交流を更に広げるためには、単年度計画書等に地域との関わり方の目的・意図等を明記することが期待される。
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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。	c	小学校・保育園・幼稚園等の慰問ボランティアを多く受け入れている。大規模に実施する夏祭りは人手も必要で、学校へボランティアを依頼して協力を得ている。長年、慣習として受け入れ続けてきたボランティアであり、各種文書を作成していない。実際の受入れはあるので現在の体制を文書化すること、また同時に受入れの基本姿勢を明示することが望まれる。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b	社会資源として、各種専門病院や介護保険施設、市役所保護課等の連絡先リストは事務所、支援相談員室に準備している。利用者が個別に利用する社会資源リストまでの作成はないが、都度の対応に努めている。救護施設関係以外の定期の地域会議には出席していないが、特別調整連絡協議会へは参加して、必要時には一時保護対応などの連携をしている。この連携対応として、2階の男性棟、3階の女性棟の各一部屋を空けている。救護施設の社会資源としては、利用者の地域移行を視野に入れた他機関連携と地域の協力が得やすいように社会資源の開発と調整に向けた取組が期待される。

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b 法人内の相談員が集まる会議では、児童から高齢分野を横断した協議が行われている。法人は設立の経緯から、地域社会における福祉向上への役割には敏感である。法人内では地域貢献検討委員会が開催されている。施設と法人がともに地域のニーズ把握のための取組を明確にして、後続する次の評価基準項目の事業・活動が実行されることが期待される。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b 法人として、生活困窮者への食糧緊急支援や単身高齢者等を対象とした見守り・配食サービス等を実施している。地域の防災に関しては、地区防災計画として高丘町会と協定を結び、物置を設置して段ボールベットや毛布等の備蓄品を年度毎に揃えている。こうした公益的な活動や事業を中長期計画や単年度の事業計画へ明記し、継続的に実施されることを期待したい。

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。			
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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。	b	利用者の権利擁護については、権利擁護委員会が中心となり職員の理解を深める活動をしている。QOL向上委員会が3年前に取り組んだ「12の心の花束」にある12のスローガンは、法人理念「慈しみの心」が反映し、職員に浸透している。また、年に複数回発行の「共想通信」では他施設の権利侵害に関する事故や事件を基に対策等を掲載している。今回の受審を機に「倫理綱領」の作成を検討しているので期待したい。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	利用者のプライバシー保護は入浴や排せつなどのマニュアルで言及している。居室は2人部屋が多く、洋室はカーテンなどの仕切りはあるが和室にはない。電話や手紙・外出・外泊は自由で必要な利用者には個別に支援している。また面会時には会議室等を提供している。長期間に及ぶ入所生活で、利用者自身がプライバシーに関しての意識が希薄である。職員は利用者に対して、羞恥心も含めて生活場面で意識付けをしている。プライバシー保護のポスター作製などの啓発活動も検討されているので、今後に期待したい。
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用者希望者に対して福祉サービス利用に必要な情報を積極的に提供している。	b	近年の入所者は精神病院からの移行が多い。利用希望者や病院からの問い合わせに回答している。精神病院の紹介で、数名が参加する見学会を不定期で実施し、体験入所にも応じている。男女各棟に1部屋ずつ洗面・トイレが設置している部屋があり、路上生活者などの緊急保護に備えている。救護施設のような措置施設であっても積極的な情報提供は行わなければならない。パンフレットの更新を検討しているので、今後に期待したい。

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b	<p>「入所のしおり」は大きな文字とルビが付き、読みやすさに配慮している。サービスの開始時には利用者本人に説明と同意確認を行い、障がい等で意思確認が難しい利用者には家族や後見人に同意を得ている。措置施設であるが、入所後に相続等で私的契約となる利用者向けに契約書・重要事項説明書の作成に着手した。サービス開始・変更時に作成する「個別支援計画」は、より本人理解が得られるようルビや表現に工夫が必要である。また「入所のしおり」はルールのみならず、権利擁護や苦情・相談・要望に関する文言も記載されることが期待される。</p>
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	<p>移行先は病院、高齢者施設が主である。福祉的就労をめざし障がい者通所施設へ移行したケースもある。介護保険適用除外施設のため、高齢者施設移行の際は介護保険申請を含め関係機関との連携が欠かせない。病院、他福祉施設への移行についても経済面やサービスの継続性で利用者が不利益とならないよう情報提供をしている。情報提供を仕組化するために、移行時の手順書作成を検討しているので今後に期待したい。</p>
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	<p>利用者満足は、年に1、2回の聞き取り調査や毎月の利用者懇談会で把握している。利用者懇談会の出席率は6割前後で、司会と記録は職員が支援している。栄養士による嗜好調査も行っている。利用者からの意見や要望は内容によってQOL・衛生推進・リスクマネジメント・権利擁護の各委員会で検討し、結果を利用者へ周知している。職員は、意思疎通が困難な利用者の満足度確認について模索しているので、今後に期待したい。</p>
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	c	<p>苦情解決の体制は「苦情相談マニュアル」を策定し、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置している。上記内容は、食堂入り口や各フロアにフロー図とともに掲示している。「苦情相談マニュアル」には苦情内容の公表を明記しているが、苦情がない場合もその旨の公表が必要である。また第三者委員は2名を任命しているが電話番号の記載がなく、施設受付経由でなければ連絡ができない。制度の趣旨と利用者の権利保障の観点から早急な改善が望まれる。</p>
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b	<p>利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備するためにフロア担当制を見直し、一部の利用者は個別担当制とした。利用者の相談や意見は、利用者懇談会や聞き取り調査時の他、日常会話の中からもくみ取っている。職員の名前は制服にひらがなで刺繍し、利用者が確認しやすい。介護職員、看護師、支援相談員の業務内容にかかわらず、利用者は相談相手を選択でき、それが優越感や満足感といった信頼関係構築に繋がっている。施設内での相談・意見を聞く環境はあるが、施設外でも利用者が意見等を言える第三者委員等の体制の見直しなどが期待される。</p>

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b	利用者からの意見・要望は、「苦情相談マニュアル」とフロー図「相談・苦情対応のながれ」に沿って対応している。直近のケースとして「入浴日は浴槽のお湯の入れ替え」や「洗濯機の定期的な清掃」「居室の点灯時間」等への意見があり、各委員会で検討した結果を利用者に周知し実施している。「苦情相談マニュアル」は、利用者の意見や要望への対応としては、苦情に限定されて読めるので見直しが期待される。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b	リスクマネジメント体制として、各部門の職員から構成されるリスクマネジメント委員会を結成し、環境対策や定期的な救急蘇生・誤嚥等の研修を実施している。また事故発生の都度、各フロア会議・リスクマネジメント委員会で事例検討をし、分析・再発防止策をとっている。利用者の高齢化による転倒・骨折、精神的症状の悪化に伴う離脱（無断外出）が増加傾向にある。誤薬防止対策として、与薬ケースに利用者の名前・顔写真・薬の種類と数を貼り付けるなど工夫を重ねている。「ひやりはっと報告書」への提出件数が今年度1件のみである。事故の要因分析として、ひやりはっと事例の収集が必要であるため、改めて職員への「ハインリッヒの法則」等の周知・理解が期待される。
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	感染症対策は「衛生推進委員会」が中心となり、全職員対象の感染学習会（ノロ対策実践研修）を年1回実施している。また利用者懇談会等を通じ、手指消毒の徹底を周知している。2019年6月下旬に風邪が蔓延した際には、5回に及ぶ臨時委員会を開催し、食堂閉鎖、活動制限などの対策を講じた。平成25年策定の「感染対策マニュアル」は高齢者施設用である。今回の受審を機に、当施設で流行しやすいインフルエンザ・風邪等に特化した独自のマニュアル作成に着手している。
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b	災害時における利用者の安全確保のために「防災マニュアル」「防災設備配置図」「防災Q&A_高丘寮」等を作成している。マニュアルには、敷地内にある同法人の2施設との応援体制を明記している。職員連絡網は年に2、3回、抜き打ちの実施訓練がある。利用者に「外出中に地震及び風水害にあった場合」の注意書を配付し、「外出者懇談会」で周知している。2018年9月の胆振東部地震では2日にわたる停電・断水を経験し、職員配置や予備薬の確保、食事提供方法などを見直した。それらを反映させた「防災マニュアル」の見直しが期待される。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	提供する介助等の標準的な実施方法としては、「食事介助手順書」の他「一般浴」と「介助浴」の各「入浴手順書」、「ベッド対応」「トイレ対応」の各「排泄手順書」等を準備し、職員に浸透している。手順書には目的を記載し、プライバシーや安全面への配慮にも言及している。早番から夜勤者まで職員の業務の流れは「タイムスケジュール」で曜日別にまとめ、支援内容に過不足がないよう工夫している。新任職員には指導役の職員がマンツーマンで対応している。
41	Ⅲ-2-(1)-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	日々、提供する介助等の随時の変更は、フロアミーティングやミニカンファレンスで申し送りされている。利用者からの意見による見直しとして、洗濯機内部の洗浄による衛生管理がある。標準的な実施方法の見直しは、委員会や勉強会などで質向上を図るべく意見交換をしている。福祉サービスの標準的実施方法は、定期と都度の見直しが求められる。昨年の震災での教訓として、長時間の停電に対応できるように見直すことにも期待したい。
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	「個別支援計画」の策定は、年に一度、介護・栄養・看護・支援相談の各部門担当者がそれぞれ利用者と面談し、意向や希望の確認、アセスメントを実施して、ニーズを抽出している。その後、個別支援計画の責任者が最終決定をしている。アセスメントは詳細だが、利用者の具体的なニーズや課題解決のための目標が「個別支援計画」に十分に反映していない。このため職員はより効果的なカンファレンスの必要性を自覚している。今後は、計画の実施が把握しやすい支援記録の工夫や、「希望する(望ましい)生活」を利用者本人が理解しやすい個別支援計画となることを期待したい。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b	個別支援計画は、年に1度、部門毎に評価・見直しをして「サービス評価結果」に記載している。フロア会議やミニカンファレンスでは、利用者の心身の状態やADLの変化などが報告され、担当者間で情報を共有している。しかし、高齢による心身の機能低下や障がい・疾病の重度化などによる個別支援計画の都度の見直しが必要な際の明確な基準はない。今後は、個別支援計画の目標の妥当性や、具体的な支援の検証、変更に関する利用者の意向確認なども含めて、都度の見直しの基準の明確化が期待される。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	<p>b</p> <p>パソコンソフトを使用し、利用者の基本情報（フェイスシート）の他、健康管理、日々のバイタル、金銭出納が管理されている。また紙媒体としてもフェイスシート、健康管理、受診状況、ケース記録が利用者別のファイルになっている。業務日誌は日中と夜間の時間帯で文字の色を変え、事故や問題行動時間を分析しやすいよう工夫をしている。日々の記録はパソコンソフトでも可能だが、入力方法や情報の把握に不安があり、紙媒体のみの記録となっている。救急受診の際には紙媒体の利用者ファイルを持ち出すことから、一時的ではあるが施設に利用者ファイルがないことになる。2019年度はパソコンを12台購入している。人員不足や情報の共有化促進の対策のためにも記録のIT化が進捗することが期待される。</p>
45	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>b</p> <p>「救護施設高丘寮 個人情報管理規程」が整備され、定められた体制の下、利用者の情報を管理している。また「個人情報保護に対する基本方針」にルビをふり、廊下に掲示し、利用者・家族等に周知している。パソコンソフトの閲覧は全職員向けのパスワードを設定し、利用者情報の閲覧は職種による範囲制限を行っている。今後は、平成29年5月施行の「改正個人情報保護法」への対応の他、電子データやSNSの取り扱いを明記した規程の改定にも期待したい。</p>

評価対象 救護施設 内容基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
1-(1) 支援の基本			
A1	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b	<p>利用者の希望する趣味活動や外出は可能で、多目的ホールではカラオケや健康器具などが使用できる。生活のルール等は利用者懇談会の場で話し合われている。以前より、鼓笛隊が結成され、10数名の利用者が自主的に参加している。施設では自己決定を尊重した支援に努めているが、意思疎通が困難な利用者の支援には十分な対応とはなっていない。長期の入所生活となった高齢の利用者や障がいや重くなったことへのエンパワメントの理念に基づいた支援について組織として再考することを期待したい。</p>
A2	A-1-(1)-② 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	b	<p>利用者の心身の状態や生活習慣は、看護・介護等の各部門に詳細なアセスメントを取り、清掃や洗濯、金銭管理等、利用者の状況に応じて支援している。また利用者の死亡時の葬儀や埋葬については本人・家族の意思確認をとり、希望があれば施設内で葬儀を執り行っている。自動車等の運転免許更新など行政手続きも支援しているが、利用者の自立生活にむけた意識付には施設として課題を抱えている。高齢となった障がい者や精神疾患が慢性化した利用者等が在籍する中で、個別性の高い支援が求められている。自立・自立のためのステップを小さく設けることで利用者支援の質が高まることを期待される。</p>

A 3	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b	コミュニケーション手段として、言葉での意思確認が困難な利用者には表情や行動を読み取ったりジェスチャーを交えるなど工夫をしている。献立表などの掲示物にはルビをふり、写真や図などで理解できるよう配慮している。一人ひとりの利用者のコミュニケーション手段を職員間で共有するために、職員体制をフロア担当制から一部担当制と変更したので今後に期待したい。
A 4	A-1-(1)-④ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b	利用者の意見や相談は、いつでも職員に相談可能となっている。利用者は支援相談員のみならず、介護員・介護栄養士・介護看護師といった職種を超えた様々な相談をしている。利用者が選んだ気の合う職員に話せることが、本人の優越感や自己満足感に繋がり信頼関係が形成されている。相談された内容はミニカンファレンスやフロア会議で共有され支援に活かされる。今後は、日々の相談事において利用者本人の自己決定や自己選択の力が高まる支援に期待したい。
A 5	A-1-(1)-⑤ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	b	利用者の日中活動は、全員ではないがフロアで行われるラジオ体操から始まる。作業活動は、午前中にタオルたたみ・洗濯物配布・食堂清掃があり、作業工賃は発生していない。個別支援計画に基づき、居室清掃・自身の洗濯を行う利用者もいる。編み物やカラオケ、ボーリングなどの趣味活動や買い物外出も希望に沿っている。また日帰り旅行等の行事も選択制で取り入れている。長期間に及ぶ入所生活で高齢となり、作業や余暇活動に参加できない利用者は増えている。今後は町内会を始めとする地域の社会資源の活用や、イベント情報などを積極的に取り入れるなど、日中活動の多様化を図ることを期待したい。
A 6	A-1-(1)-⑥ 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a	居室は二人部屋で、利用者の気に入った家具や備品を配置し、安全に配慮しながら寛げる空間を提供している。高齢等で身体機能が低下した利用者は、介助を受けやすいように洋室が提供され、全居室入り口に手すりとなースコールが設置され安全面にも配慮している。QOL向上委員会をはじめとする各委員会で環境改善が議論され、廊下のエアコンや空気清浄機の設置、壁面クロスの張替えを行っている。また、衛生的に洗濯機を使用するために、9月から次亜塩素酸水を使用することになった。利用者間のトラブルや感染症発症者は空き室（緊急一時保護室）に移動し、他の利用者に影響が出ないよう対応している。

1-(2) 権利侵害の防止等		
A 7	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a 2019年度の活動方針として権利擁護委員会が中心となり「虐待防止の啓発活動」を掲げている。啓発としたのは、利用者間のトラブル等による相互の虐待防止を含めたためである。毎月の利用者懇談会や全体朝会を通して利用者自身と他者の権利侵害の理解を図っている。施設の対応としては、離床センサーやベッドサイドレールの使用は毎月、身体拘束3原則に照らし合わせて確認している。職員向けには「気づきシート」「セルフチェックシート」を活用している他、他施設の事故例を基に「共想通信」を発行、対岸の火事としないように自戒している。「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書兼同意書」と共に「記録書」「再検討記録書」「解除に関する説明書兼同意書」を作成し、権利侵害防止の徹底に努めている。

A-2 生活支援

		第三者評価結果	コメント
2-(1) 日常的な生活支援			
A 8	A-2-(1)-① 利用者の障害・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。	b	利用者の障がい・疾病等については、介護・看護・支援相談・栄養の部門毎に詳細なアセスメントがされている。日々、看護師が定期通院に同行し、医師の治療方針を他職員と共有し、服薬管理を行っている。全利用者を把握している看護師がフロア内を一巡し、利用者の心身の変化の把握に努めている。視覚障がいのある利用者の居室は移動に配慮された位置にあり、身体機能が低下した利用者には洋室が割り当てられている。利用者は障がいや疾病の重複、高齢化が進み、近年は精神疾患を抱えた利用者が多数を占めている。精神疾患に応じた支援向上のためには、研修・学習会の実施等が期待される。
A 9	A-2-(1)-② 利用者の個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a	入浴のアセスメントでは、浴室内の移動や洗体・染髪についての介助の程度や好みの湯の温度などが記載され、これらの詳細な情報により個別支援計画が作成されている。通院や体調によって入浴日の変更や、シャワー浴の希望に応じている。排せつや移動・移乗に関しても入浴同様に詳細なアセスメントがあり、それぞれのマニュアルと個別性に配慮した支援が提供されている。
A 10	A-2-(1)-③ 利用者の嗜好や心身の状況に合わせて食生活を支援している。	a	1階の食堂は明るく採光が取れ、広く開放的である。BGM(有線放送の音楽)を流し、落ち着いて食事ができる環境となっている。利用者同士のトラブル防止のため、座席位置は固定となっているが、離れた場所で一人で食べたいという希望には応えている。車椅子利用などADL(日常生活動作)に応じて、2・3階フロアのダイニングでも食事を提供し、介助が受けられる。利用者懇談会等で得た献立への要望は、栄養会議で検討し反映させている。選択食時には、栄養士が献立の写真を使用して、全利用者に聞き取りをしている。利用者の希望もあり、10月～3月の冬季間は、十分に衛生に配慮した上でお刺身や生ちらしを提供している。誤嚥や窒息などの事故発生に対応できるようサクションを設置し、救急対応の研修を実施している。

2-(2) 機能訓練・生活訓練		
A 11	A-2-(2)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	b 利用者の日課として、自由参加の朝の「ラジオ体操」や「ダンベル体操」があり、作業室にはエアロバイク（自転車漕ぎ）等が設置されているが機能訓練プログラムまでの作成はない。日常生活では、利用者に可能な限り自力で行えるように職員は促しているが生活訓練とまではいえない。日常生活の中で、利用者の意欲を高める支援や工夫を効果的に行うには、機能訓練と生活訓練を意識したプログラム化が必要である。そのためには、医療やリハビリの専門職の指導・助言を取り入れたプログラムの作成やSST（ソーシャルスキルトレーニング）の活用が期待される。
2-(3) 健康管理・医療的な支援		
A 12	A-2-(3)-① 利用者の健康管理の支援と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている	a 看護師が中心となり、利用者の健康管理を行っている。休日や夜間の緊急時にも対応できるようシフトが組まれている。通院に同行することで医師の治療方針を把握し、ミニカンファレンスやフロア会議で介護部門など他部門の職員に情報提供している。全利用者を把握している看護師が毎日フロアを一巡することで、利用者の僅かな変化に気づき、迅速に対応している。嘱託医のカルテは個人ファイルに綴り、他の医療機関受診時に持参することで、適切な治療に結びついている。直近では、他施設で緊急搬送が遅れ重大事故につながった事例が法人理事から広報誌に掲載され、個々に安易な判断をせず、緊急搬送を躊躇わずに行うことが通達されている。
A 13	A-2-(3)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	a 医療的な支援として主治医の受診をはじめ通院には看護師が同行している他、嘱託医による往診も毎月実施している。服薬は医務室に保管され、看護師が管理している。誤薬防止のため、与薬箱には利用者の名前、顔写真が貼られ、薬名と数を記入している。また服薬の介助の程度に応じて利用者名を色別している。年3回の緊急蘇生学習会、年1回の感染予防学習会を実施している他、入院中の支援や連携も利用者の意向に沿って行っている。

A-3 自立支援

		第三者評価結果	コメント
3-(1) 社会参加の支援			
A 14	A-3-(1)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加のための支援を行っている。	b 利用者の社会参加のための支援として、不在者投票を行えるようにしている他、自動車運転免許証の更新手続きをしている。また市電とバスのIC乗車券の導入時には、使用方法を伝えている。利用者の外泊希望には、宿泊施設までの交通機関や地図、服薬等の注意書き、施設の連絡先等を渡すなど丁寧な準備をしている。視覚障がいのある利用者の希望に沿い、函館市広報誌のCD版を取り寄せている。入所者の高齢化や障がいの重度化を踏まえたとしても、より多くの利用者の意欲を高める社会参加や学習の支援のためには、多様な学習・体験といった地域情報が提供されることを期待したい。	

3-(2) 就労支援		
A 15	A-3-(2)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	b 利用者の自律・自立生活の自己実現をはかるため、本人の意向を確認している。就労を希望しても心身状態が及ばない利用者には、就労意欲を維持させながら生活訓練を基本に支援している。障がい福祉事業所と連携し福祉的就労に繋げたケースはあるが、シームレスな支援（継続的な途切れない連続した支援）とはならず、生活面のトラブルで再入所している。施設は、高齢化や障がいの重度化が顕著となっている中で、作業種の多様化などを検討している。施設内だけでは限界があるので、函館市自立支援協議会やハローワークなど、地域の支援ネットワークの情報収集や連携が期待される
3-(3) 家族等との連携・支援		
A 16	A-3-(3)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a 家族関係については、本人の意向を確認し、外出・外泊の際には家族との連絡調整をし、面会に応じている。家族へは施設広報誌や預かり金報告など定期的に郵送物を送り、寮祭や夏祭りの案内をしている。入院時はもとより、体調不良や怪我をした場合にも電話連絡をしているが、家族から連絡を拒否される場合もあるため慎重に対応している。社会福祉士が後見人となっている利用者が3名おり、家族同様に対応している。
3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A 17	A-3-(4)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活の支援を行っている。	b 利用者112名（2019年8月1日現在）の8割は60歳を超え、平均入所期間は17年以上に及び、20年以上の入所利用者も37名である。障がいの重度化や複数の要因を抱える利用者など、地域生活への移行には課題が多い。地域移行への希望は入所時のほか、個別支援計画作成時に都度確認して可能な利用者には支援を行っている。地域生活への移行や地域生活を維持するためには、関係機関や家族、近隣住民の協力、何より救護施設の理解が必要である。それらのネットワーク作りや地域への啓発活動も含めた取組が期待される。

A-4 地域の生活困窮者支援

		第三者評価結果	コメント
4-(1) 地域の生活困窮者等の支援			
A 18	A-4-(1)-① 地域の生活困窮者等を支援するための取組や事業を行っている。	c	病院や高齢者施設など法人内の相談員による会議では地域の課題について情報共有している。自治体や地域包括支援センターからの路上生活者等の一時保護の依頼には迅速に対応している。救護施設はその機能と役割で、地域の生活保護受給者や生活困窮者等への支援と取組が求められる。近郊にある他の救護施設や関係機関と情報を共有し、地域の生活困窮者等への具体的な事業・活動が望まれる。