

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2013 年 1 月 30 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)	中静 紗弥子	福祉	第0208号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	救護施設			
事業所名称	静心寮			
設置者名称	社会福祉法人 札幌厚生会			
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)	2012 年 5 月 28 日	~	2013 年 1 月 30 日	
利用者調査実施時期	2012 年 7 月 9 日	~	2012 年 8 月 10 日	
訪問調査日	2012 年 9 月 10 日			
評価合議日	2012 年 12 月 28 日			
評価結果報告日	2013 年 1 月 30 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

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 札幌厚生会

代表者氏名: 理事長 上瀬戸 正則

所在地: 〒003-0859 札幌市白石区川北2272番地9号

TEL 011-873-5001

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

○コンプライアンス(法令順守)の体制整備

寮長自らが、全国救護施設協議会、北海道救護施設協議会、北海道社会福祉協議会などの研修・会議などで積極的に情報収集に努めるとともに、弁護士・社会保険労務士と顧問契約を締結し、迅速な助言を求めることができる体制を構築しています。

○職員育成の充実

職員が習得すべき知識・スキルに関する研修などをリストアップし、職員自ら選択できる仕組みに取り組んでいます。同時に、過去10年間の研修受講履歴をリストアップし、受講予定の基礎資料としています。また、専門性を持った介護職員の確保が困難な状況を踏まえ、国家資格などの取得への支援を施設全体の事業として取り組んでいることも、評価に値します。

○災害時対応の充実

年5回、昼夜間の避難訓練を実施し、職員の意識啓発を高める取り組みを実施しています。利用者にも、防災の日に非常食体験を行うことで、危機対応への注意を喚起しています。

○連携医療体制、衛生管理体制の充実

連携医療体制(内科・脳外科・精神科・皮膚科・歯科)が充実しています。衛生管理については、保健衛生委員会が策定した「感染症予防マニュアル」などによって実施され、特に調理については、原材料の受入・下処理における管理、調理工程のチェックポイント、生鮮食品処理のフローチャート、食品の温度管理などの管理体制が細部まで整備されています。利用者・家族アンケートでは、健康管理や医療体制面の項目で「不安なし」との回答が多く挙げられ、非常に高い評価を得ています。

◇改善を求められる点

○中・長期計画の策定

社会福祉法人の役割拡大、障がい者施策の多様化の中で、セーフティーネットとして救護施設に寄せられる期待も、拡大・多様化しています。今後の展開が不確実性を増す施設経営においては、中・長期的な戦略が必要となってきたことを認識し、経営指標を明確にした計画策定を法人全体で取り組むことを期待します。

○人事考課の導入

限られた人材の専門化を重点事業と位置づけていますが、法人全体の人材活用の体系として、人事考課の導入の検討を期待します。

○外部監査の検討

中・長期計画の導入を前提として、外部監査による客観的な経営指標による経営分析など、将来的な社会福祉法人経営を念頭に置いた視点の導入の検討を期待します。

○利用者の主体性や自立のための支援

利用者の主体性や自立のための視点に基づいた学習・訓練プログラムが整備されていません。社会生活能力を高めるためにも、障がいの理解や金銭管理、公共交通機関の利用などの社会生活技能訓練プログラムを用意されることを期待します。また、利用者の自治会が存在しませんが、主体的な活動を促すような取り組みにも期待します。

○日常生活支援サービスに係るマニュアルと支援体制

日常生活支援サービスの多くは、北海道救護施設協議会策定の「救護施設利用者支援マニュアル」に沿って行われていますが、策定から8年が経過しています。支援の方法は、時代の流れと共に常に向上されていくものであり、救護施設には多様な利用者像が存在します。利用者が抱える様々な問題へ対応し、施設での支援の工夫や独自性を追求する意味でも、施設内の各委員会などにおいて、支援マニュアルを再検討していくことを期待します。また、排泄や入浴介助については、同性介助の実施に近づけるよう職員の男女配置を考慮し、男性の介護職員の採用を積極的に行うことも期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成25年度に60周年を迎える施設です。従来の経験による対応から制度の変更に伴う新しい視点での施設運営を目指し、第三者評価を受審することにしました。今回の評価を受けよい点はますますの進歩を、改善点は職員と協力し利用者さんやご家族、そして地域の方々から信頼されるサービスの質の向上を目指したいと考えています。

・特に評価の高い点

◎コンプライアンス（法令順守）の体制整備として①弁護士②社労士と顧問契約し、迅速な助言で対応

◎職員育成は研修をリストアップし、職員自らの選択（過去10年間の受講歴参照）と国家資格取得への支援体制

◎災害時の対応として、年5回の昼夜間の訓練、職員の非常呼集（年1回）、防災の日に非常食の体験など、危機対応への注意の喚起

◎医療・衛生管理体制は、訪問医療体制（内科、脳外科、精神科、皮膚科、歯科）の充実。衛生管理は、保健衛生委員会策定の「感染症マニュアル」にて実施し、利用者・家族アンケートで高評価。

・改善を求められる点

中・長期計画の策定、人事考課の導入、外部監査の検討など、法人としての整備を進めたいと思います。又、利用者さんの主体性と自立訓練プログラム及び日常生活支援サービスの改善にも努力します。

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 24 年 7 月 13 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人札幌厚生会		
事業所名 (施設名)	救護施設 静心寮	種別	救護施設
事業所所在地	〒 003-0859 札幌市白石区川北2272番地9号		
電 話	011-873-5001		
F A X	011-873-5040		
E-mail	<a href="mailto:seishinryo@lemon.plala.or.jp">seishinryo@lemon.plala.or.jp</a>		
U R L	<a href="http://seishinryo.sapporo-koseikai.jp">http://seishinryo.sapporo-koseikai.jp</a>		
施設長氏名	福島 拓明		
調査対応ご担当者	石井 喜代美 (所属、職名：総務課長)		
利用定員	100 名	開設年	昭和 28 年 5 月 1 日
理念・基本方針：「人として尊重され、一人一人の満ち足りた生活を気づきます」 <ol style="list-style-type: none"> <li>1、人権の尊重</li> <li>2、相互信頼</li> <li>3、個人情報の保護</li> <li>4、利用者の満足</li> <li>5、サービスの質の向上</li> <li>6、地域社会との交流</li> </ol> <p style="text-align: right;">平成18年3月8日</p>			
開所時間 (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)

老人デイサービスセンター(定員28名)

障がい者地域活動支援センター(定員15名)

【利用者の状況に関する事項】（平成24年 4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	0名	0名	0名	0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
2名	4名	5名	12名	11名	64名
					合計
					99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	2名	1名	1名	0名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	1名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	0名	1名	0名	0名	0名
肢体不自由	6名	4名	3名	2名	0名	0名	0名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
重複障害（別掲）	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
合計	8名	5名	4名	3名	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
2名	7名	2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	5名	15名	4名
そううつ病	0名	1名	1名
非定型精神病	0名	0名	0名
てんかん	0名	3名	0名
中毒精神病	0名	2名	0名
器質精神病	0名	0名	0名
その他の精神疾患	0名	2名	0名
合計	5名	23名	5名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

～6ヶ月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
7名	3名	8名	3名	5名	6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	0名	1名	1名	5名	4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
3名	3名	2名	1名	1名	3名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	1名	1名	33名		

(平均利用期間： 15年2ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成24年 4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	29名	1名	2名	1名	名
非常勤	12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	名	17名	名	2名	名
非常勤	名	3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	1名	4名	名	名
非常勤	名	名	4名	2名	3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	15名 ( 名)
保育士	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	1階2195.34㎡ 2階1460.50㎡	3655.84㎡
(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	28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 23 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

69 人

・ボランティアの業務

開設記念行事の補助員として（誘導、案内、出店のスタッフ、準備、後始末等）22名  
合同夏祭りの補助員として（誘導、案内、出店のスタッフ、準備、後始末等）17名  
白石区連合町内会女性部慰問 30名

### 【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）－23年度なし

社会福祉士 0 人

介護福祉士 3 人

その他 1 人（福祉臨床基礎実習）

### 【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。

①個別支援計画の推進

②第三者委員会の設置（広報紙、HPによる情報開示）

③苦情解決窓口の設置（意見箱の設置）

④月1回の全体集会

⑤月1階のミニ集会（チーム単位）

⑥個別面談（随時）

⑦個別レクの希望の聞き取り

※第三者評価の受診（自己評価）

### 【その他特記事項】

# 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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	法人理念として、乳幼児から高齢者にいたる要援護者、生活弱者への自立生活支援を行うとともに、地域社会の一員としての機能を発揮することを規定している。また、救護施設「静心寮」としての理念を別途策定している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人理念は、理想ではなく法人全体の目標でもあり、法人並びに各施設において基本方針による実現が目指されている。具体的には、職員の行動基準として6項目を策定し、事業計画などへの記載のほか、施設内に掲示されている。
Ⅰ-1-(2) 理念や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	新人職員研修や職員会議などの機会に、理念・基本方針の周知を図っている。ただし、現状では、職員全体に伝わっているとは言えず、今後も、会議や研修などで繰り返し周知を図らなければならないという課題意識を有している。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	家族会や利用者自治会がないため、家族などには、利用開始時の説明や「静心寮だより」で周知を図っている。利用者に関しては、居住階ごとのチームへの説明や情報伝達、意見要望を集約する月1回開催の全体集会で理解を促しているが、理解の温度差がある。資料作成などに工夫が必要である。ただし、利用者・家族アンケートにおいて「理念・基本方針についての説明・周知について」は、比較的高い評価を得ている。

### 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。	c	中長期的ビジョンを含む経営方針は、法人内では協議されている。ただし、現状では、計画書のように文書化されたものではなく、法人の議事録や職員会議録に協議内容が記載されている段階である。
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。	c	利用者サービスの向上を踏まえた個別支援計画策定の強化・職員の専門職化などを想定し、単年度計画において重点項目を表明して、具体的な数値目標を設定している。このような経営指標をより明確化し、実現可能な環境を整えるため、法人全体の取り組みとして、中・長期計画の策定に着手することを期待したい。
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。	b	事業計画策定に際しては、PDSサイクルを意識した検討を通じて当該年度事業の評価を行い、次年度への展望を含めた事業の枠組みを、12月に提示している。職員は各セクション単位の協議を通じて現場からの意見などをまとめ、職員会議において集約する仕組みが確立されており、職員参画が図られている。ただし、中長期的な展望に立って各計画を評価・見直しするには至っていない。

<p>I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>全職員に事業計画書を配布し、職員会議などで事業の留意点や進め方を周知している。特に、利用者サービスの充実に関しては、個別支援計画の策定を重点化しており、改善事項などが発見された場合は、処遇会議において修正を図っている。今後は、処遇スキルの向上などを含めた、一層の努力を期待したい。</p>
<p>I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p>	<p>b</p>	<p>家族会や利用者自治会がないため、家族などには、利用開始時の説明や「静心寮だより」などで周知を図っている。利用者に関しては、居住階ごとのチームへの説明や、月1回開催の、情報伝達や意見要望を集約する全体集会で理解を促しているが、理解の温度差があり、分りやすい資料作成の工夫などの必要性がある。ただし、利用者・家族アンケートにおいて「事業内容・行事予定の周知について」は、比較的高い評価を得ている。</p>

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
<p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>静心寮業務分掌規程に寮長の責務が明記されており、また、管理規定において、保護実施機関との協力の下で入所者の生活の向上を図る旨と、火災予防・避難における責務が規定されている。これらの役割は、定期的に関行される職員会議、広報誌などにおいて表明されている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>寮長自ら、北海道救護施設協議会などの道内外の研修・会議に出席し、情報を収集している。職員にも研修参加を促すとともに、遵守すべき法令などは逐次、回覧して周知を図っている。また、弁護士、社会保険労務士と顧問契約を締結しており、必要な時に助言を求めることができる体制を確立している。</p>
<p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者サービスの向上に関しては、個別支援計画の策定を重点化しており、職員会議などにおいて周知を徹底している。接遇委員会、評価基準委員会の委員長を寮長が担うことでリーダーシップを発揮している。また、職員の研修受講に関しては、10年間の研修履歴を基に決定している。人材確保への対応として、資格取得を支援することで専門職化を推進している。</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>b</p>	<p>外部機関による財務分析などは行っていない。四半期ごとの内部チェックにより予算執行状況を確認している。経営に関する視点は、定員確保と救護施設の特性を活かした地域ニーズへの対応が想定されるが、逆に救護施設であるが故の限界もある。職員の適正配置には計画的な人材育成・確保など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>b</p>	<p>社会情勢の変化に伴うセーフティーネット関連制度の変化は、救護施設の役割の多様化に直結している。行政機関や医療機関からの迅速な情報把握に努めるとともに、利用者の個別ニーズを把握し、地域ニーズの変化を踏まえて施設運営の方向性を定めることは困難なことと思われる。役割・期待が多様化しているが故に、中期的な視点の導入が求められる。</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>b</p>	<p>経営目標として、入所者数（定員充足率）に基づく収支見込みの指標を分析している。直接の対象となる方の掘り起こしなど、当面の経営課題に対応することを見通した施設経営の改善を図っている。ただし、救護施設の役割上、病院や保護実施機関などからの緊急ケースの受入を優先するなど、財源的な経営評価だけではない状況も存在する。</p>
<p>II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p>	<p>c</p>	<p>行政監査以外の外部機関による監査は実施していない。法人経営に指標を設定し、施設における目標の分析・評価などの導入を検討された。</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>管理規定に職種・職員人数が明記され、事業計画には職員配置の基本方針が明記されている。介護職員の確保が難しくなっており、介護福祉士だけではなく、ホームヘルパー2級取得者・無資格者も採用せざるを得ない。このため、施設が求めるスキルについては、研修・資格取得支援を通じ獲得する機会を設けている。</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>人事考課については、法人で検討中である。</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>b</p>	<p>職員の有給休暇消化率などの労務管理指標があり、目標を設定して推進している。事業所の人員配置についても計画的に実施している。メンタルヘルスも含めた相談体制は、定期的な面談と、必要に応じた相談対応がある。しかし、様々な悩みごとに臨機応変に対応する機能としては改善の余地がある。</p>
<p>II-2-(2)-② 職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。</p>	<p>a</p>	<p>福利厚生センターに加入し、その機能を積極的に活用している。また、職員親睦的な行事や、被服の貸与、健康診断に希望のオプションを1つ追加する取り組みも実施されている。</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>事業報告（総括）に専門職化への強化目標として「研修参加と専門職としての啓蒙を高める」を掲げたことが明示されている。研修に関しては、職員の希望を取り入れて外部研修をリストアップし、選択できるようにしている。また、施設内の研修委員会による内部研修も年3回開催している。資格取得については、取得支援事業として内規を定めて取り組んでいる。</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り組みが行われている。</p>	<p>a</p>	<p>各職員の研修履歴は10年間保管されており、個別研修計画策定のベースとなっている。職員は、採用時研修のほか、年度ごとに、施設が策定する研修計画リストから希望する研修を選択・受講するとともに、必要に応じて実習派遣や資格取得を課すことで、各職員が専門職としてのスキルを獲得する仕組みを整備している。</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>a</p>	<p>復命と他職員への伝達研修により、個別の研修受講に関する効果測定を実施している。また、必要に応じ、事前研修を実施することもある。これにより、研修計画などの評価・見直しを行い、研修リストの追加なども検討されている。</p>

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	実習担当者を中心に各職種で対応している。実習生受け入れにあたっては、積極的に受け入れる方針を打ち出している。また、実習生受入マニュアル、プログラムを整備し、特に救護施設の特徴を理解することを目標のひとつに掲げている。実習中のリスク対応についても、専門学校などとの連携により責務を明確化している。

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	緊急時の対応に関しては、保健衛生委員会やヒヤリハット委員会が設置され、各種マニュアルも整備されている。利用者の健康管理などに係る職員研修を実施しており、病院などとの連携については日常的に取り組んでいる。
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	非常災害時の対応に関しては、防火管理者を3名配置し、緊急時の各種対応マニュアルも整備されている。利用者への注意喚起や避難ルートの確認をはじめ、防災の日には非常食を体験し、年5回の避難訓練を実施している。夜間においても緊急通報連絡網などの体制が整備されている。
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	事故報告、ヒヤリハット事例報告を提出し、分析している。事例検討を通じて、事故などの未然防止に努める体制や研修も整備されている。設備・器具などの改修・修繕や、非常食の備蓄管理は職員会議で確認され、職員の工夫により安全策が講じられている。

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。	b	施設が開催している記念行事のボランティアとして、町内会からの参加を受け入れ、町内会の夏祭りには施設からもボランティアとして参画している。また、地域生活訓練の一環として地域のゴミ拾い・清掃活動への参画等がとり組まれている。ただし、施設から地域に積極的な働きかけというよりも受身の関わりに止まっている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	町内会などに広報誌を回付し、社会福祉施設としての存在を周知している。地域の行事などで、器具備品の貸し出し依頼があれば応じている。ただし、地域住民への障害理解を促すような講習会などの啓発活動などは実施していない。救護施設として地域に還元できる機能とは、どのようなものが想定できるか、今後も検討されることを期待したい。
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。	a	行事ボランティア、福祉体験ボランティアなど、ボランティア受け入れを積極的に推進している。担当者を配置し、オリエンテーションを実施するとともに、マニュアルを整備し体制を確立している。
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。	b	第三者委員の選任、苦情解決の仕組みは、掲示などで明確化している。また、地域の中の社会資源（福祉・行政関係機関など）や、かかりつけ医など、個々の利用者に関する社会資源について、施設としては把握している。社会資源マップなど、全職員が共有しやすい資料整理の工夫と改善に期待したい。

<p>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	<p>b</p>	<p>地域内の社会福祉施設、区社協、市区役所関係部署とは、日常から密接な関係で連携している。また、町内会とは、行事の相互参画やボランティア活動などにより密接な関係が構築されている。ただし、救護施設という福祉分野で、ネットワーク内での共通課題は限定されている。</p>
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p>	<p>b</p>	<p>地域内の社会福祉施設、区社協、市区役所関係部署とは、日常から密接な関係で連携している。このようなネットワークから得られるニーズも把握しているが、救護施設として関わることのできる想定対象から、民生児童委員との連携など、一部網羅できない分野もある。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>障がい者福祉の変化に伴う利用者の地域生活移行、在宅生活支援のニーズを的確に把握し、障がい者地域活動支援センターを運営している。また、救護施設としての緊急対応として、ホームレス一時入所事業や、矯正施設退所者への支援にも対応している。今後、網羅できない分野についても、地域と連携できるように取組むことを期待したい。</p>

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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢である「基本理念・基本方針」が「事業計画書」に明示され、「倫理要綱」についても職員事務室に提示されている。また、組織内で共通の理解を持つため、職員会議（月1回）において基本理念などを確認し、処遇会議（月2回）において利用者尊重について共有している。なお、指針・マニュアルとして「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」を採用しているが、作成時期が平成16年であることなど、本施設独自の指針・マニュアル整備の検討を期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者のプライバシー保護に関しては、「基本理念・基本方針」に明示し、「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」に基づき、職員に周知する取り組みを行っている。しかし、マニュアル策定から時間が経過しており、現在の施設環境や多様な利用者に対応しているか、その内容について検証が必要と思われる。また、救護施設の基準はクリアしているが、二人部屋におけるプライバシーの確保は難しいため、施設独自の工夫した取り組みに期待したい。</p>
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者の満足の向上に務めている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>月1回開催のチーム集会・全体集会において、利用者からの意見・要望を聴き、個別支援計画策定に反映している。個別面談についても随時実施しており、要望が出された際には処遇会議で改善策の検討を行っている。今後は、定期的な利用者満足調査・懇談会の実施、担当部署設置など組織的な整備を進めつつ、把握した要望などを分析・検討し、具体的な改善につなげていく仕組みづくりを利用者参画のもと、構築することを期待したい。</p>

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	施設内に面接室が設置され、利用者が相談や意見を述べやすいようなスペースに配慮しているが、相談方法や相談相手を選択できることなどを利用者に理解してもらう取り組みの工夫に期待したい。
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	無記名で投書できる苦情受付箱を設置し、苦情があった場合は苦情解決委員会で検討・協議し、第三者委員とも連携してその結果を機関誌で公表している。今後は、利用者に対する苦情解決の仕組みを理解してもらうためのより丁寧な説明を継続して行っていくとともに、苦情を申し出やすい環境づくりに期待したい。
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。	c	個別面談やチーム集会、全体集会における意見・要望の受付・確認が行われ、サービス改善並びに事業計画に反映されているが、対応マニュアルが整備されていないために、組織的かつ迅速な対応をとることの困難が予測される。早急なマニュアル整備を期待したい。

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。	c	組織的に評価基準委員会は設置しているが、サービス内容の評価を行う体制が整備されていない。今後は、評価基準・実施要綱の早急な整備を踏まえ、自己評価のルール化から定期的な第三者評価受診を期待したい。
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。	c	組織として、サービス内容の評価に取り組む体制の早急な整備により、課題の把握・分析及び職員の共有による善策や改善計画の策定・実施に繋がることを期待したい。
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。	b	提供されるサービスについては、「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」に基づき、標準的な実施方法が文書化され、ヒヤリハット事例の共有化も図られているが、その実施方法がしっかり実施されているかどうかを確認する仕組みがない。今後は、実施方法を確認するための仕組みを整備し、全職員参画により既存マニュアルの精査・改訂の取り組みに期待したい。
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。	b	処遇会議、職員会議において、サービス内容に係る検討は行っているが、標準的な実施方法については、組織的な検証・見直しの仕組みとして十分ではない。今後は、既存マニュアルの早急な見直しを組織的な取り組みとし、これを定例化していくことに期待したい。
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	利用者一人ひとりの個別支援計画の実施状況が記録表、介護日誌などに適切に記録されている。また、処遇会議などにおいて、記録内容に差異が生じないように職員指導も行っている。
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	利用者に関する記録管理については、「静心寮における個人情報保護に関するマニュアル」が定められ、管理が行われているが、情報開示・保存・廃棄・利用者への配慮などについて、職員の理解を深めるための研修実施などを重ねられることを期待したい。

<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>朝礼、引継ぎ、夕方のミーティングの実施、各日誌の記録により職員間の情報共有化が図られている。他チーム間との情報共有手段としては、月2回の処遇会議を位置づけている。パソコンによる事業所内ネットワークの構築により、スムーズな職員間での情報共有に期待したい。</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>施設を紹介したホームページを作成・公開しており、理念・サービス内容・日課表などを紹介したパンフレットを作成・配付している。また、希望により体験入所を実施し、実際の利用を想定した具体的な説明を行い、利用希望者のサービス選択に係る必要な情報を積極的に提供している。</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>b</p>	<p>当該施設は、措置施設のため、実施機関からの「入所引き受け書」の交付を受け利用を開始している。また、入所にあたっては、パンフレットや体験入所を通じて、サービス内容・料金などの説明を行っている。今後は、パンフレットの文字拡大・ルビ付け、日常生活自立支援事業の活用など、多様な利用者にとってわかりやすい内容となるような工夫や配慮を望みたい。</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>b</p>	<p>生活保護法に基づく措置施設という性格から、サービス内容、事業所変更や地域移行などはほとんどなく、引き継ぎ文書などは整備されていない。現在、希望のあった利用者が試験的に地域生活を体験するという国庫補助事業「居宅生活訓練事業」を実施しており、今後、そうしたノウハウの蓄積がサービス内容に反映されていくことを期待したい。</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
<p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>詳細なアセスメント表、保護台帳にあるとおり、利用者の身体状況や生活状況などを正確に把握している。ただし、措置施設という性格から利用者要望の反映について、もう少し配慮が必要と思われる。また、定期的なアセスメントの見直し時期が決められ、処遇会議においてケース検討を実施しており、利用者の具体的なニーズが明示されている。</p>
<p>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。</p>		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>b</p>	<p>利用者一人ひとりの個別支援計画策定のための体制は確立しているが、現在、この個別支援計画が施設独自様式（手書き）と全救協様式の2通り作成されており、職員にかかる負担が大きくなっている。また、計画通りサービスが実施されているか確認する仕組みも十分ではない。計画様式の統一とデータ・ネットワーク化の早期実施に期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>個別支援計画の実施状況の評価と見直しに関しては、処遇会議などで他部門を含めて検討する手順を組織として定めて実施している。見直しによって変更した内容を関係職員に周知する手順、緊急に変更が必要な場合の仕組みの整備について、処遇会議などの開催だけでなく、データのネットワーク化の構築により合理的・効率的に図られることを期待したい。</p>



評価対象 救護施設 付加基準

A-1 人権への配慮

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 人権の尊重		
A-1-(1)-① 施設外との通信・連絡手段が確保されている。	b	電話・手紙の受信に係る取次ぎは、居住階のチームごとに速やかに行われている。電話の送信については1階エントランスに公衆電話が設置されているが、空間を仕切るボックスを設置するなどのプライバシーの確保に努められることを期待したい。
1-(2) 人権の擁護		
A-1-(2)-① 虐待等の人権侵害の防止策、及び万一に備えた対応方法が定められている。	a	「基本方針」に「人権の尊重」が掲げられ、「管理規程」に身体拘束防止を明文化している。処遇会議においても身体拘束防止を検討している。また「接遇委員会」の設置や利用者との接し方を学ぶ場として「接遇マナー研修」などを実施している。
A-1-(2)-② 身体拘束(抑制)を行わない、あるいは廃止に向けた取組を行っている。	a	北海道救護施設協議会策定の「北海道救護施設支援マニュアル集」の「利用者への虐待の禁止及び身体拘束の廃止に向けて」を参考にしている。やむを得ず、利用者の生命を守る上で最低限度の身体拘束を行う場合には、施設独自のマニュアルが整備されている。実施する場合は医師にも了解を得た上で実施し、「ケース記録」「報告書」に記録している。また実施については3ヶ月毎に見直しが行われている。
1-(3) 主体性の尊重		
A-1-(3)-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。	a	ケース検討会議や個別支援計画において、コミュニケーションに関する支援の検討がされている。実際に補聴器の使用や筆談などの支援が行われている。家族や知人による代弁者などの受け入れも常時できるように体制が整えられている。
A-1-(3)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	b	担当介護職員が利用者の主体的な活動要望を把握し、個別支援計画に反映している。知人との交流については、連絡の支援や面会室が提供されている。利用者の自治会は存在しないが、全体集会・居住階ごとのチーム集会有り、利用者同士の意見交換や施設運営側への意見・要望を協議する場となっている。今後は、自治会の設立を支援するなど利用者の主体的な活動を助長するような取り組みを期待したい。
A-1-(3)-③ 利用者が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は十分である。	a	利用者が自力で行う日常行為の見守りについては、ケース検討会議で自立のためのものか、利用者のニーズにあっているかを検討している。個別支援計画に沿って担当介護職員が支援と見守りにあたり、介助が必要な行為については、予め話しあいにより了解を得ている。

A-2 利用者に応じた個別支援プログラム

	第三者評価結果	コメント
2-(1) エンパワメントの視点		
A-2-(1)-① 利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	b	社会生活技能を高めるための訓練プログラムは準備されていないが、個別支援計画の中で支援内容が設定されている。自己表現や話し方の支援は、担当介護職員により個別に支援されており、調理や買い物については、体験型レクや外出レクなどで学習できる機会が設けられている。今後、訓練プログラムなどが用意され、さらに取り組まれることを期待したい。

<p>A-2-(1)-② 支援が画一的とならないよう配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の希望・要望を聞き取り、それを基に個別支援計画が策定されている。従来より使用されていた施設独自の支援計画書よりアセスメントが多角的にできる全国救護施設協議会策定の個別支援計画書様式に変更中である。計画の見直しについては、6カ月ごとに実施している。今後、社会生活訓練プログラムを利用し利用者個々の段階に応じた支援が実施されることを期待したい。</p>
<p>A-2-(1)-③ 利用者同士の共助関係への支援がなされている。</p>	<p>b</p>	<p>ほかの利用者と交流する場として、華道・茶道・舞踊・書道・陶芸などの多くのクラブ活動が実施されている。費用は訓練指導費として施設が全額負担している。参加は自由で複数に所属することもできる。利用者同士のトラブルについては担当介護職員が調整役となり、互いの意見を聞くこととなっている。今後、利用者主体の活動の推進として自治会などが整備されることを期待したい。</p>
<p>2-(2) 家族等との連携</p>		
<p>A-2-(2)-① 家族等には日常的に情報が提供され、必要な場合はいつでも連絡できる。</p>	<p>a</p>	<p>家族への情報提供は機関紙やホームページがある。ホームページでは、「施設の生活」を紹介した記事を掲載し、「静心寮ブログ」で日々の様子を報告している。また利用者との面会については随時対応している。家族からの福祉サービスに関する相談などにも、指導係長が窓口となり応じている。</p>
<p>A-2-(2)-② 帰省(外泊等)中の利用者と家族等のためにも支援している。</p>	<p>a</p>	<p>外泊は、家族などが迎えに来られる場合に利用者の状況や服薬の留意事項について説明している。万が一の病院での受診方法についても説明し、外泊先からの家族の相談にも電話で対応している。外泊については、「帰省調べ」に記録している。</p>
<p>2-(3) 死亡退所の支援</p>		
<p>A-2-(3)-① 利用者の死亡退所に対する体制ができています。</p>	<p>a</p>	<p>死亡退所の支援は、施設独自のマニュアル「葬儀に関すること」並びに北海道救護施設協議会策定の「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「死亡退所の場合の対応」を参考に対応している。施設には葬儀用の祭壇が整備され、身寄りのない利用者の場合でも施設内で葬儀を行える。その後の納骨や供養についても地域の寺院との協力体制が整えられている。</p>

A-3 日常生活支援サービス

<p>3-(1) 食事</p>		
<p>A-3-(1)-① 個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。</p>	<p>a</p>	<p>食事については、北海道救護施設協議会策定の「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「食事における利用者の支援方法」「病人食、特別食の提供」に基づき実施されている。処遇会議にて支援方法を確認し、個別支援計画に支援の内容が明示されており、身体状況にあわせて食事形態や代替食が提供されている。外食については、利用者の希望にあわせて「個別レク」で対応している。</p>
<p>A-3-(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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者との給食懇談会を月1回開催している。メニューの要望・希望を聞き取り調査し、献立に反映している。行事食も年4回実施されており、野外でのジンギスカンなども提供されている。今後、選択食などを導入するなど、利用者が食を楽しむ機会が増やされることを期待したい。</p>

<p>A-3-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>食堂の設備については、給食懇談会で利用者から要望を聞き、処遇会議にて検討している。席は食事形態(きざみ・ペースト等)や配薬により固定席を実施しているが、自立度の高い利用者については、席をある程度、自由に選択できるような工夫を期待したい。また、利用者自身が食べることに集中してしまい食事時間が短い状況がある。季節にあわせた装飾をするなど、ゆっくりと食べられるような食堂の雰囲気づくりも期待したい。</p>
<p>3-(2) 入浴</p>		
<p>A-3-(2)-① 入浴は個人的事情に配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>入浴については、北海道救護施設協議会策定の「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「入浴時の支援方法」に基づき支援をしている。利用者の健康状態や留意点については、個別支援計画に明示されている。今後、介助支援・助言業務について、所定の様式を定めて記録することに期待したい。</p>
<p>A-3-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。</p>	<p>b</p>	<p>一般浴槽のほかに、障害の程度に応じて、併設のデイサービスセンターの機械浴も使用することができる。入浴に関しては女性に対する同性介助は実施できているが、男性に対しては男性職員だけでは人手が足りない状況もあり女性介護員が対応する場面もある。今後男性に対しても同性介助が実施されることに期待したい。</p>
<p>A-3-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。</p>	<p>a</p>	<p>浴室については、洗い場や浴槽の中にまで手摺が複数配置され、安全性に配慮されている。また、浴室の目立つ位置にナースコールが設置されている。浴槽については、ろ過循環システムを採用している。</p>

	<p>第三者評価結果</p>	<p>コメント</p>
<p>3-(3) 排泄</p>		
<p>A-3-(3)-① 排泄介助は適切に行われている。</p>	<p>c</p>	<p>排泄介助は、「北海道救護施設支援マニュアル集」の「排泄介助」により実施されている。人員配置の関係により同性介助は実施できていない。女性に対する男性介助はなく、逆の場合でも希望すれば同性介助できるように工夫されている。おむつ交換時のプライバシーの配慮や、おむつはずしなどの排泄自立へ向けた支援の取り組みに期待したい。</p>
<p>A-3-(3)-② トイレは安全・清潔で快適である。</p>	<p>c</p>	<p>トイレの清掃は毎日実施され、防臭対策もとられている。点検により課題が見つければ処遇会議にて検討されているが、居室トイレについてはカーテンで仕切られているが、カーテンのみではプライバシーを守るには十分とはいえず、今後工夫されることを期待したい。</p>
<p>3-(4) 被服</p>		
<p>A-3-(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。</p>	<p>a</p>	<p>衣類は、利用者の好みで着用されている。衣類の購入については、月1回の訪問販売や外出レクで、現物を選択した上で購入が可能である。購入したいものが手に入らない場合は、担当介護職員が随時相談に乗り、取り寄せでの購入や業者の訪問回数を増やすことで対応している。</p>
<p>A-3-(4)-② 衣類の着替え時の支援、衣類の汚れや破損に気づいた時等の対応は適切である。</p>	<p>b</p>	<p>着替えの支援は、「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「衣類の着脱における支援」を参考に、声かけや自らの意思を尊重した対応を心がけて実施している。汚れや破損による着替えについても記録されることを期待したい。</p>

3-(5) 理容・美容		
A-3-(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	整髪や化粧は、基本的に本人の意思で行われている。手伝いや相談には担当介護職員が応じている。娯楽室に雑誌などの理美容に関する情報が置かれている。
A-3-(5)-② 理髪店や美容院の利用については配慮されている。	c	訪問理容が月2回実施されている。自立度の高い利用者については、自分の意志で外出し、地域の理髪店や美容院を利用することができる。支援の必要な利用者においても地域の理髪店などを利用できるよう送迎同行されることを期待したい。
3-(6) 睡眠		
A-3-(6)-① 安眠できるよう適切な配慮ができています。	a	睡眠時の支援は、「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「夜間就寝中の利用者に対する対応」を参考に実施されている。また夜間の利用者の様子は、「夜間日誌」に記録されている。寝具は利用者自ら選択したものを使用できる。2名居室が基本であるが、必要に応じて、夜間のみ空き居室を提供するなど、柔軟に対応することが可能となっている。
3-(7) 健康管理		
A-3-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	日常の健康管理は、「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「健康管理」により実施されている。内科・脳外科・精神科・皮膚科・歯科の往診が月1~2回あり、十分な体制がとられている。年2回の健康診断も実施されている。また「医務日誌」に加え、個人毎に「健診記録」がまとめられている。また利用者アンケートでも「医療体制面の心配な点はない」との回答が9割以上で高い評価を得ている。
A-3-(7)-② 必要なとき、迅速かつ適切な医療が受けられる。	a	不調時の健康管理については、「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「健康に変調があった場合の対応」により実施されている。内科・脳外科・精神科・皮膚科・歯科の協力医療機関が確保されている。緊急時は協力医療機関の協力が得られるように体制が構築されている。
A-3-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に実行されている。	a	薬の取扱いは、「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「服薬管理」「服薬に関する対応及び使用に誤りがあった場合の対応」により実施されている。配薬状況は看護師によって管理されている。
3-(8) 余暇・レクリエーション		
A-3-(8)-① 各個人の状況や希望に沿って、自由に行えるようにしている。	a	日常の個別支援やチーム集会で利用者の意向を把握している。実施にあたっては、外部からのボランティア・町内会婦人会などの協力もある。個別の要望に応じて、コンサート・野球観戦などの「個別レク」も実施している。地域の社会資源である「さとらんど」などでのアイスクリーム作りなどの体験型レクも、積極的に取り入れている。
3-(9) 作業		
A-3-(9)-① 各個人の状況や希望に沿って、自由に行えるようにしている。	a	作業は、希望・要望の確認の上、個別支援計画に明示され、実施されている。作業の種類は、「紙袋作成作業」「割り箸や醤油などをまとめる作業」「畑作業」などがあり、各作業についても能力に応じた分業制をとっている。作業の参加は、精神的・身体的負担を考慮し、意思確認が日々行われ、実施されている。
A-3-(9)-② 作業について、適切な運営・管理体制が整っている。	a	作業の運営は、施設独自の「作業実施要領」並びに「北海道救護施設支援マニュアル集」の「作業工程運営管理」に基づき実施されている。また、作業指導員を中心とした支援体制が組まれており、「作業日誌」に日々の活動が記録されている。「作業収入金の配分割合について」という文書や全体集会で工賃についての合意を得る手順が組まれている。

3-(10) 外出・外泊		
A-3-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	b	コンサートや野球観戦などの特別な外出については、「外出レク」や「個別レク」として利用者の希望をとり実施している。また日常的な外出は、自立度の高い利用者に関し、一定の時間内で自由に外出が可能である。「買い物外出について」という書面で、利用者へ外出に関する留意事項を案内しており、外出の際には服装や特徴を外出簿へ記録し、施設の身分証を携帯して不測の事態に備えている。今後、利用者との話し合いなどで、外出についてのルールを今一度、検討されることを期待したい。
A-3-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じて行われるよう配慮されている。	b	外泊は「北海道救護施設支援マニュアル集」の「外出・外泊時の事故防止」により実施されている。不測の事態に備え、施設独自の「緊急時の対策マニュアル」が整備されている。外泊の日程は、利用者・家族の事情に沿って調整されているが、利用者の代表者などとの話し合いなどで、外泊について利用者主体のルール策定を期待したい。
3-(11) 所持金・預かり金の管理等		
A-3-(11)-① 金銭などの自己管理ができるように配慮されている。	b	金銭管理については、利用者の状況にあわせて、自己管理、一部管理、一括管理を行っている。能力に応じて「お小遣い帳」を提供し、担当介護職員が各利用者へ支援を行っている。自己管理できる者は各部屋で管理している。今後は金銭管理能力を高めるための学習プログラムを準備されることを期待したい。
A-3-(11)-② 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	b	預り金については、「利用者預かり金取扱要領」を定め、利用者と契約を結び実施している。銀行口座において管理され、責任者を寮長とし、寮長の決済において月2回の出納が行われている。3ヶ月ごとに利用者へ定期報告されているが、利用者アンケートでは定期的な報告・説明があるかとの問いに対し「いいえ」が3割、「よくわからない」が2割となっているため、今後、わかりやすい報告や説明が行われることを期待したい。
3-(12) 生活内容の自由な選択		
A-3-(12)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ等の利用は自由にできる。	b	新聞・週刊誌は、施設での購入に加えて、個人で購読することが可能である。テレビは施設の電圧の関係で個別に保持できないが、ラジオの携帯は可能である。テレビは各居室に1台ずつ、さらに娯楽室等共用部分に4台あり、利用者同士の話しあいで、希望のチャンネルがみられるように工夫されている。今後、個人でのテレビ使用も認められるよう施設整備に期待したい。
A-3-(12)-② 喫煙については、健康上の影響等に留意した上で、基本的に個人の自由が認められている。	a	喫煙については、ルールが設けられ、空間が区切られた喫煙コーナーが設置されている。また全体集会で、たばこの害について取り上げられたり、個人的には医師の指導が利用者へ直接ある場合もあり、それに沿って支援がされている。
A-3-(12)-③ 飲酒については、健康上の影響等に留意したうえで、基本的に個人の自由が認められている。	c	利用者が飲酒できる機会は、年2回（開設記念行事、年越し）のみである。飲酒ができる行事前に全体集会で飲酒についての利用者との協議がある。アルコール依存者の飲酒は基本的に認めていない。アルコール依存者の利用もあるために、利用者の自由な飲酒が認められにくい状況がある。

A-4 生活環境の整備

4-(1) 生活環境の整備		
A-4-(1)-① 施設の建物ならびに施設周辺は、定期的に点検・整備されている。	a	建物の点検については、マニュアル「建物取扱い説明」の中に整備・点検に係る事項があり、担当職員を定めて実施している。改めて整備する場合は、全体集会で利用者へ周知し、結果も報告している。
A-4-(1)-② 一人になれる場所や部屋、又は少人数でくつろげる場所や部屋がある。	a	居室については、基本的に2人部屋である。面会室などが解放されており、個人での自由な利用が可能である。デイルームや娯楽室は、少人数での活動の場として利用されている。
A-4-(1)-③ 心地よく生活できる環境への取組がなされている。	a	居住階ごとのチーム集会などで利用者の希望・要望を聞いている。また個別支援計画を通じて利用者の環境についてのアセスメントを行い、利用者の生活環境に配慮している。見つかった課題については、処遇会議・職員会議で協議を行っている。
A-4-(1)-④ 施設周辺の環境への配慮が行われている。	a	施設周辺の環境配慮は、「生活排水及び汚水マニュアル」や北海道救護施設協議会策定の「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「清掃及び衛生管理」に基づき適切に行われている。
4-(2) 環境美化の配慮		
A-4-(2)-① 施設及び周辺の環境美化への配慮が適切に実施されている。	a	環境美化への配慮は、北海道救護施設協議会策定の「北海道救護施設利用者支援マニュアル集」の「清掃及び衛生管理」に基づき適切に行われている。担当者は「保健衛生委員会」となっている。