

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016年1月29日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 064-0806

住所

札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4
高砂サニーハイツ401

電話番号 011-522-9772

評価機関名 特定非営利活動法人
福祉サービス評価機構Kネット

認証番号 北海道 第15-002号

代表者氏名 理事長 吉村 信義



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)	吉村 信義	総合	1
	(2)	山崎 美智子	総合	150
	(3)	笠井 衛二	組織運営管理	197
	(4)			
	(5)			
サービス種別	救護施設			
事業所名称	札幌市あけぼの荘			
設置者名称	札幌市			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 札幌厚生会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2014年7月9日	～	2016年1月29日	
利用者調査実施時期	2014年10月1日	～	2014年11月30日	
訪問調査日	2014年12月3日			
評価合議日	2015年2月10日			
評価結果報告日	2016年1月29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			

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

特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット

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 011-875-0323

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
別紙のとおり

◇改善を求められる点
別紙のとおり

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

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

社会福祉法人札幌厚生会 札幌市あけぼの荘 総評

◇特に評価の高い点

1) 50年の歴史的伝統と新たな理念の策定

札幌厚生会は、札幌市の開設50余年の歴史ある当救護施設を受託管理し、望ましい施設の伝統を継承して、地域に支えられる福祉施設を運営しています。事業所の組織を挙げて、新たな施設運営の質実を高めるための理念と基本方針の策定に努め、その使命と方向性を明らかにして、職員相互の責務と専門性の強化を図っています。

2) 職員養成に寄与するキャリアアップ資料整備体制

全職員の知識・技術に関する研修履歴をリストアップして、個々のキャリアアップに寄与できる基礎的資料を整備・蓄積して、職員個々の意向に応じた支援体制を整えています。

3) 地域貢献の努力と連携ある活動

地域の社会資源を大切にしたり祭り等の行事、清掃活動、商店街との連携関係を図るとともに、施設会議室・交流室の開放、AEDの共用、冬季の除雪を通じた積極的な地域貢献を含めて、施設活動への理解を促す密度の高い関係作りに努めています。

◇改善を求められる点

1) サービスの質の向上への組織的取組と標準的な実施方法について

良質かつ適正なサービスを提供するための自己評価を行っています。今後、評価結果に基づく組織として取り組む課題を明確にし、共有化が図られ、さらなる改善策や改善計画が立てられ、実施されることを期待します。また、標準的な実施方法は「基本理念及び基本方針」に基づき「生活支援行動基準」を策定して、それに基づくサービスを実施しています。しかし、基本的な技術に関することやサービス実施時の留意点、利用者のプライバシーへの配慮、業務手順などが文書化されていません。仕組みとしても確立されていないため、文書化と見直しに関する時期や方法を組織として定めることを期待します。

2) 利用者の地域生活移行支援について

生活保護法に基づく施設であるため、地域移行を希望するケースはほとんどありませんが、「救護施設が取り組む生活困窮者支援の行動指針」が示されました。今後、利用者の地域生活移行支援とサービスの継続性に配慮した対応が行われる必要性があります。その際のサービスの継続性に配慮した手順書や引き継ぎ文書、支援プログラム作成等、支援体制の確立を期待します。

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： 平成 26 年 10 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 札幌厚生会		
事業所名 (施設名)	札幌市あけぼの荘	事業 種別	救護施設
所在地	〒 003-0028 札幌市白石区平和通 4 丁目南 3 番 6 号		
電 話	011-861-2878		
F A X	011-861-3037		
E-mail	info@akebonoso.sapporo-koseikai.jp		
U R L	http://akebonoso.sapporo-koseikai.jp/		
施設長氏名	三浦 敏人		
調査対応ご担当者	一條 晶弘 (所属、職名：総務課長)		
利用定員	100 名	開設年	昭和 37 年 5 月 10 日
<p>理念・基本方針： 基本理念～一人ひとりの笑顔のため 安らぎある心豊かな生活を支えます。 基本方針～ ○利用者様の人権とプライバシーを最も尊重します。 ○個々の意見を尊重し、自主性を活かした支援に努めます。 ○心身の健康を支援し、豊かな心と生きがいの持てる生活を目指します。 ○安全面に配慮し、常に清潔な施設作りを心掛けます。 ○地域に根ざし、開かれた施設を目指します。 ○職員は自らの職責を自覚し、資質の向上を目指します。</p>			
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】

【利用者の状況に関する事項】（平成26年10月1日現在）

○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	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
1名	1名	6名	10名	14名	62名
					合計
					95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	2名	2名	名	1名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	1名	名	名	名	名	1名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	1名	名	名
肢体不自由	名	3名	3名	1名	2名	2名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	1名	名	名
重複障害（別掲）	名	2名	名	名	名	名
合計	3名	7名	3名	4名	2名	3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
3名	7名	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	4名	24名	2名
そううつ病	名	4名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	3名	名
中毒精神病	名	5名	2名
器質精神病	1名	1名	名
その他の精神疾患	名	1名	名
合計	5名	38名	4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
5名	1名	4名	6名	6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
3名	2名	7名	4名	4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
2名	2名	1名	0名	3名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
3名	3名	2名	27名		

(平均利用期間： 13年3ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成26年10月1日現在)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	生活指導員	
常勤	30名	1名	2名	3名	名
非常勤	15名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	16名	名	2名	名
非常勤	名	4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	5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	3名 (名)
介護福祉士	16名 (1名)
保育士	名 (名)
精神保健福祉士	1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	2,638.26 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	37年
(4) 改築年	平成	3年（全面改修）

○保育所の場合

(1) 建物面積 （保育所分）	m ²	
(2) 園庭面積	m ²	
(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）に行っ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	m ²	
(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

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 25 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

15 人

・ボランティアの業務

- 外出レクの引率
- 行事の模擬店補助
- 利用者誘導介助

【実習生の受け入れ】

・平成 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。

- 意見箱の設置
- 全体集会、意見交換会の開催
- 給食会議（利用者様出席）の開催
- 嗜好調査（アンケート）の実施
- 指定管理者定期アンケートの実施
- 介護職員及び生活指導員等による個別の面談の実施

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果(救護施設)

社会福祉法人 札幌厚生会

札幌市あけぼの荘

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	昭和37年開設であるが、新しく平成20年に職員代表の策定委員会で「一人ひとりの笑顔のため、安らぎのある心豊かな生活を支えます」という基本理念と基本方針6項目を策定している。理念はパンフレットやホームページ、重要事項説明書などで明文化されている。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	同委員会として基本方針は、①人権とプライバシーの尊重②意見の尊重と自主性への支援③心身の健康と生甲斐ある生活支援④安全で清潔な施設作り⑤地域に開かれた施設⑥職員の自覚と質的向上を明文化し、パンフレット、ホームページ、重要事項説明書などに記載されている。
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。	a	職員代表による策定過程での職員間協議、確定後の職場の掲出、事業所パンフレット、ホームページの掲載、職場研修での活用など周知を図って共有している。
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	理念や基本方針は利用者の全体集会等の機会に口頭・パンフレット等で周知し、施設内に掲出して理解を促している。なお、家族等への周知の手だてが望まれる。

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	札幌市指定管理者受託期間（平成26～29年度）を区切りとして、中長期収支計画は策定されているが、事業計画は策定されていない。今後、実施する福祉サービスの更なる充実をビジョンとし、組織の理念や基本方針の実現に向けた具体的な中・長期計画の策定を期待する。
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	単年度における事業内容が具体的に示された単年度の事業計画はあるが、中・長期計画が策定されていないため、中・長期計画の内容は反映されていない。今後、単年度の事業計画の裏付けとなる中・長期計画の策定を期待する。
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	重点5項目として①利用者支援②健康・衛生③質の向上④安定的・効率的経営⑤施設の安全・環境をあげているが、中長期的な展望に立った計画の評価・見直しは行っていない。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画は文書化して全職員に配布し、所掌の会議で周知を図り、理解を促し、各所掌での進捗状況を確認している。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者等への事業計画の周知は、介護事務室に閲覧用を配布し、全体集会で説明している。さらなる家族等への周知・分かり易い資料説明などの工夫が求められる。

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。	a	管理者（総務課長含む）は役割・責任を事務分掌で明定。事業の方向性と計画の実施過程を点検し、所掌の会議・研修、有事（災害訓練等）での指導性を明らかにしている。
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。	b	業務に関連する法令等の理解とその取り組みは、組織運営の専門的所掌に必要な根拠法令等をリスト化し、それに基づく執行の確認と研修・周知が望まれる。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a	サービスの質的向上を目的に、職員研修・相談と助言、自己評価の組織的対応、所掌ごとの解決の取り組みを事業計画に明記。意欲を喚起して、実践に努めている。
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。	a	施設経営の安定と効率的運営を事業計画に明記。定員充足、業務契約の見直し、省エネ、コスト削減、業務の質の合理化等を職員相互で協議し、改善に努めている。

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。	a	施設経営に関連する生活困窮者の政策動向・対象者のニーズの変化状況は、行政を含む関連施設協議会等で実態を把握し、その具体的な生活状況と共に対応を協議して、当該年度の事業計画に反映するよう努めている。
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組を行っている。	a	経営に係わる定員充足や緊急一時保護対応、利用者の心身や高齢化状況、作業力適性、職務の効率化等、処遇に必要な分析と対応課題解決のために協議して、改善に努めている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	第三者による外部監査は実施していない。

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。	a	基本方針は、職責の自覚と資質向上を掲げている。職員体制と専門性の強化を事業計画の骨子として、具体的な研修計画等の下に質の向上と業務の効率化を図っている。
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。	c	人事考課を示す明文化した客観的な取り組みは行っていない。
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。	a	有給消化、時間外労働の年単位の確認、関係法による育児・介護・疾病対応の確保を進め、職員の就業上の改善の取り組みを組織的に留意している。
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。	b	法に基づく健康診断受診の督促と福利厚生事業機関への加入、職場環境の公正化、個別相談体制、公益通報者保護に努めている。相談出来る専門家の確保には至っていない。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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	事業理念・基本方針に利用者を支える職責と自覚を掲げ、知識・技術・経験など、資質の向上を目的に研修計画を明示している。
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り組みが行われている。	a	具体的な研修計画は、新人・経験年数・職位・資格等に応じて、所掌の組織強化を目的に職員一人ひとりに個別の教育・研修計画が策定され、取り組みが行われている。
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	個別の教育・研修はその都度、報告書を作成し、職員会議等で伝達している。研修等の定例的な評価・見直しは記録に留め、次年度等への改善の方策に活かす課題協議の記録など、積極的な取り組みが望まれる。
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。	c	実習生の受け入れは、実習校との契約に基づいて行われている。しかし、受け入れは施設運営の基本的資質に係る重要事項であることから、今後、基本姿勢を明文化して、窓口・指導者研修・指導プログラム等の充実を期待したい。

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。	b	利用者の安全確保の取り組みは業務分掌に応じた事故・健康・感染・食の衛生等の対応体制（安全点検・想定訓練・AED操作・服薬管理等）を整え、記録・報告書を提示している。なお、組織全体の定例的な系統的確認が望まれる。
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。	b	災害時の安全対応は、消防・防災計画、非常時連絡網、地震災害時の集合方法を策定。また、定例的想定訓練、食糧・照明等の備蓄を図っている。なお利用者を含む防災意識の喚起等、日常の協力体制の強化が望まれる。
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。	b	安全確保のための訓練実施による実行性の評価・反省、事例収集と発生要因分析等、さらなる検討を期待したい。

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	基本方針は地域との連携ある施設運営を目的に掲げ、町内会や自治会・連合町内会の行事に参加し、施設の記念行事等の公開や、AEDの供用を促すなど連携の強化を図っている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	施設自らの会議室や地域交流室の開放に努め、AEDの地域との共用を促し、冬季での除雪等の瀬極的貢献などを図って、地域との連携促進に努めている。
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	ボランティアの受け入れを進めている。平成25年度には15名を受け入れたが、組織体制としての基本姿勢・受け入れマニュアルの作成、窓口と育成担当者を整えるなど、受け入れ強化のための明文化を期待したい。

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。	c	50余年の歴史的伝統を有する施設は、時の変化に応じた多様な方々への支援実績を残してきた。今後、従来に増して、多くの社会資源との連携強化の方策と共に、資源資料がまとめられるよう期待したい。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	ホームレス受入れ担当者会議、精神科関連施設連絡協議会、札幌市との施設長事務長会議、指定管理者運営協議会などに参加し、具体的な課題や事例検討について協議している。今後は、従来の枠組み以外への身近な資源対応にも連携を広めるよう期待したい。
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。	b	法人は地域ニーズを幅広く理解して、身近な地区社協や町内会との連携を重視した連携を深めつつある。今後の多くの活動に期待したい。
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。	b	身近な地域連携として、地域の福祉除雪などの社会貢献を広めようと努めている。さらなる今後の活動に期待したい。

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。		
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。	b	利用者を尊重したサービス提供については「基本理念・基本方針」に明記し、接遇については、管理職が職員に随時指導している。基本的人権の配慮として、身体拘束廃止については委員会やマニュアルがあり、実施している。虐待防止についてはマニュアルがない。権利擁護について、職員はセルフチェックを個々に実施はしているが、虐待防止とともに系統的な仕組みがないため、今後の体制作りを期待する。
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	「基本理念及び基本方針」や「生活支援行動基準」（マニュアル）に基づき、新人職員研修で指導している。施設内では、居室入口にレースのカーテンを設置し、廊下から居室が見えないように配慮している。居室は1階は3人、2階は4人部屋になっている。プライバシー保護に関して、全職員に周知徹底するとともに、建物について必要な改善をされることを期待する。
Ⅲ-1-(2) 利用者の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。	b	アセスメントや利用者からのヒアリングをもとに「個別支援計画」を作成、実施している。定期的なモニタリングを行い検証し、利用者満足に関する定期的なアンケートも実施している。利用者全員の個別支援計画がまだ作成されておらず、一部は未作成のため、全員の速やかな計画作成を期待する。
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。	c	意見交換会や全体集会で自由に発言する機会は、定期的に確保されている。個別にも、利用者が相談したい職員に直接相談することができ、必要に応じて、複数の職員や施設長に相談や質問をしている。個別に相談を受ける際に、相談や意見を述べやすい相談室などのスペースを設置することを期待する。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>苦情解決の仕組みについては、法人全体として委員会を設置して体制を整備している。施設には、意見箱の設置や苦情解決体制をわかりやすく明記した掲示物を掲示している。今後、苦情への検討内容や対応策をフィードバックしたり、苦情内容及び解決結果などを公表することを期待する。</p>
<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>c</p>	<p>「意見交換会 実施マニュアル」に基づき、意見交換会を隔月実施し、利用者からの意見を受け入れる仕組みや記録はある。急を要する意見などについては別途に対応しているが、個別面談や全体集会を含めた対応マニュアルを整備し、組織的に迅速な対応をとることを期待する。</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) 質の向上に向けた取組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>c</p>	<p>「救護施設サービス評価基準向上委員会」が設置され、定期的に「救護施設サービス自己評価」を行っている。自己評価は行っているが、評価のための実施要領などを策定し、定期的実施するなど、ルール化されることを期待する。</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、改善策・改善実施計画を立て実施している。</p>	<p>c</p>	<p>自己評価委員会により、サービスに関する自己評価を行っている。今後、職員の参画による評価結果の分析が行われ、評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、共有化が図られ、改善策や改善実施計画を立て、実施することを期待する。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>「基本理念及び基本方針」により「生活支援行動基準」を策定し、それに基づきサービスを実施している。今後、標準的な実施方法として、基本的な技術に関するものやサービス実施時の留意点、利用者のプライバシーへの配慮、業務手順などが文書化されることを期待する。</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>ケース台帳や介護室連絡帳、排泄管理表、食事摂取表は介護職員室で管理されている。日常的なサービス提供の方法については検討しているが、文書化されておらず、仕組みとして確立されていない。今後見直しに関する時期や方法を、組織として定めることを期待する。</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>a</p>	<p>利用者一人ひとりの個別支援計画に基づき、定期的にモニタリングを行い、実施状況が記録されている。提供されたサービスはその内容（実施日・時間・回数・結果等）が記録され、記録内容に差異が生じないように、職員指導を行っている。</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>c</p>	<p>管理記録の責任者が設置されている。記録については必要に応じて「個人情報保護規定」に基づき、個人情報保護の指導を行っているが、管理規定は定めていない。今後記録の保管、保存、廃棄に関する規定などを定めることを期待する。</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>毎日の変化や引き継ぎは、朝夕のミーティングと引き継ぎ簿などで行い、職員間の情報の共有化はされている。個別支援計画については、パソコン上で各セクションで見ることができ、情報の活用は出来ていない。今後、組織における情報の流れが明確にされることに期待する。</p>

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	ホームページやパンフレットに写真を多く掲載し、施設のサービス内容についてわかりやすい情報を提供している。施設見学は、事前の連絡により時間調整を行い、丁寧に対応している。施設入所にあたっては必ず体験入所（一時入所）を実施し、利用者の意向を確認している。
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	措置施設の為、実施機関から「入所引き受け書」の交付を受け、サービスの開始にあたり「重要事項説明書」で利用者へ説明し同意を得ている。個別支援計画の実施に際しても、本人への説明と同意を得ている。
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。	c	生活保護法に規定された措置施設の為、事業所の変更や家庭への移行などはほとんどなく、引き継ぎ文書などは定めていない。本人への移行先の情報提供や、移行先への本人の情報提供は、必要に応じて行うことにしている。今後、サービスの継続性に配慮した手順書や引き継ぎ文書、支援プログラム作成など支援体制が確立されることを期待する。

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。	c	利用者の身体的・社会的・心理的状況を定めて統一した様式により、担当職員が利用者の希望や要望を聞き取り、アセスメントを行っている。しかし、利用者全員のアセスメントがまだ行われず、一部未実施のため、今後迅速な実施を期待する。
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。	c	支援計画書は本人に説明して同意のサインをもらい、開始している。サービス実施計画の策定については、検討会マニュアルを作成し、所定の様式で策定している。検討内容についても所定の様式に記録を取り、保存している。個別支援計画が施設独自の方法（手書き）も一部あり、策定が遅れている。今後、利用者全員の策定を期待する。
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。	c	モニタリングについても検討会マニュアルにて実施を定めている。指導会議で検討し、定期的な見直しを行っている。まだ一部の利用者について未実施のため、今後、利用者全員について評価見直しを期待する。

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	手紙の投函や代筆、手紙や電話の取次ぎ、第三者苦情委員会の連絡先を開示して、問い合わせなどの連絡手段は確保されている。公衆電話は設置されているが、場所に仕切りがなくプライバシーが守られているとは言い難い。今後、通信・連絡におけるプライバシーへの配慮を期待する。
1- (2) 人権の擁護		
A-1- (2)-① 虐待等の人権侵害の防止策、及び万が一に備えた対応方法が定められている。	c	人権侵害の防止については、就業規則内の服務規律に明示している。虐待などの疑いがある場合には、全職員に対してセルフチェックを実施したり、内部研修を行っているが、虐待防止マニュアルや万が一に備えた対応方法の取り決めがない。今後、虐待防止策や事象が発生した際の対応策、マニュアルの作成を期待する。
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	定期的な身体拘束廃止委員会の開催と、北海道救護施設支援マニュアル集と施設独自の「身体拘束廃止マニュアル」が整備されている。最低限度の身体拘束を行う場合は、医療職や家族から承諾を得て、ケース記録をとり、会議で報告している。
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	個別支援計画により多様なコミュニケーション対応をしている。必要な方には補聴器の使用を進めたり、意思疎通が困難な方にはジェスチャーや筆談など、コミュニケーション手段や能力を高める工夫をして、個別に対応している。
A-1- (3)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	a	個別支援計画により、個人の意向を尊重しながら実施している。担当介護職員と指導員が連携しながら、主体的な活動が出来るように支援している。施設外の知人と交流出来るように便宜を図っている。
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ことが可能な行為については、見守りの姿勢を保ち、自立して活動できる範囲が広がるように支援している。会議での検討や、必要な整備も随時実施している。介護が必要な場合は予め本人と話し合い、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。	a	地域生活を希望する利用者に対して、一人ひとりにアセスメントを実施し、個別支援計画を策定して支援している、必要な場合は施設外にアパートを借りて、居宅生活訓練を実施している。また買い物同行等、エンパワメントの理念に基づくプログラムを作成している。
A-2- (1)-② 支援が画一的とならないよう配慮している。	c	支援が画一的にならないように、一人ひとりのニーズが反映された個別支援計画を作成中である。利用者の希望・要望の反映されたアセスメント表、ニーズ整理表、支援計画、モニタリング記録表と、QOLの向上と自立支援の視点から個別支援計画が用意されているが、今後全員の策定を期待する。

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。	a	利用者間のトラブルについて、担当職員が落ち着ける場所で話し合えるよう配慮している。また、居室は複数名で使用しているが、面談の機会を設けたり、年度末3月に希望をとり部屋替えを行ったり、共助の支援がなされている。
2-(2) 家族等との連携		
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。	a	ホームページを開設し、いつでも新しい情報が見れるよう努めており、ホーム便り「みちしば」も3ヶ月ごとに発送している。また施設内の面会、外出・外泊なども随時行っている。家族からの質問や疑問には、各部署の担当職員がその都度対応している。
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。	b	外泊について、事前に家族間との調整を行ったり、福祉タクシー券等の社会資源の情報を収集して説明し、必要であれば車椅子の貸し出しも行っている。今後、食事、病気への対応、服薬など外泊中の生活に関するマニュアルなどを作成することを期待する。
2-(3) 死亡退所の支援		
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。	c	体制は出来ているがマニュアルは無い。家族のいない利用者の場合、施設内で葬儀を行う事もあり、家族や近親者、協力者とともに協議して対応している。今後、死亡退所に対するマニュアルの作成を期待する。

A-3 日常生活支援サービス

3-(1) 食事		
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。	c	利用者の身体状況、喫食状況に合わせた調理等に工夫をし、セルフ配膳や適量の食事などを提供している。減塩食やアレルギーによる代替食等、特別食の対応も実施している。今後、利用者の身体状況に応じて、留意点や支援内容を明示したマニュアルの作成を期待する。
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。	a	利用者の要望や嗜好等をアンケートなどで集約して、給食会議で検討し、具体的な料理として反映させている。温かさや季節感に留意し、行事食や選択食も実施しながら、楽しい食卓となるように支援している。
A-3-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	a	時間差、セルフ配膳を行い、食事の時間は幅を持って設定されており、また席は自由席としてテーブル間も余裕があり、ゆっくりと食事を楽しめるよう環境を整えている。
3-(2) 入浴		
A-3-(2)-① 入浴は個人的事情に配慮している。	b	障がい程度や介助方法、健康状態等の個人的な事情に対応・配慮している。今後、安全やプライバシーの保護を含めて、入浴介助や支援・助言方法についてマニュアルを用意し、一人ひとりの健康状態や留意事項について、サービス実施計画やチェックリストに記載することを期待する。
A-3-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴の時間等は定められているが、利用者の特性を考慮した介護職員の配置を行っており、同性介助を原則としている。また通常の入浴以外にも、シャワー入浴や併設のデイサービスセンターの機械浴も、希望により随時実施している。
A-3-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	a	脱衣所の入り口は二重のカーテンにより仕切られており、ナースコールも完備され、冷暖房にも適切な配慮がなされ、浴室や入浴機材も清潔に保たれている。

	第三者評価結果	コメント
3- (3) 排泄		
A-3-(3)-① 排泄介助は適切に行われている。	c	利用者の特性に応じて同性介助で対応しており、排泄用具の活用方法も共通の認識で臨んでいる。今後、安全、プライバシー、便意、尿意、失禁への対応を含むマニュアルの作成と、個別のチェックリストの記録と活用を期待する。
A-3-(3)-② トイレは安全・清潔で快適である。	a	トイレはプライバシーに配慮され、ナースコールを完備している。清掃・除菌は時間ごとに定期に行っており、また汚れた場合についても直ちに対応し、清潔な環境を維持している。
3- (4) 被服		
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。	a	服装については、必要に応じて介護職員が相談に応じ、また被服の訪問販売も定期に行われている。買い物同行による支援も行っている。
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。	a	衣類の交換や着替えが必要な場合、利用者の意向を尊重しながら、適宜行っている。また、施設負担で年に2回、下着を中心とした被服の給付を行っている。
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	整髪や髭剃り、爪切り、歯磨き、化粧等は本人の意向を尊重し、必要に応じて相談やお手伝いをしている。
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。	a	訪問理美容車の定期訪問があり、車椅子や自力移動が困難な方が利用している。また、近隣の理容・美容の利用者には送迎や同行も含め、積極的に支援している。
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る。	a	多床室となっているが、安眠に支障が生じた場合は、一時的に他の部屋を利用するなど、個人への適切な配慮が夜間対応マニュアルの活用でなされている。
3- (7) 健康管理		
A-3-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	a	看護職員が常駐し、医師との緊密な連絡体制の中で日常生活に対応している。また月に1度、バイタルチェックを行っており、健康カルテを作成し、健康管理は適切に行われている。
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	常駐の看護師と協力医である内科医と精神科医とは、緊密な連絡体制が築かれている。その他、皮膚科、歯科の定期的な回診を実施し、必要な時に迅速で適切な医療が受けられる体制にある。
A-3-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	服薬は、自己管理の難しい利用者には医務管理として、食事後や就寝時、看護師と介護職員が連携して配薬を確認している。自己管理のできる利用者は定期的に残薬のチェックを行い、服薬の安全に務めている。
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	年度末に次年度のレクリエーション計画の希望を募り、買い物、コンサート、宿泊等、個別やグループでのレクリエーションまで予定を明らかにして、参加しやすいように支援している。

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	作業について、誰もが見学を含め参加できるように促しており、各利用者の意向で決められている。参加した場合の決め方について説明同意を得ており、適切に作業の従事は行われている。また、手順についてマニュアルで規定されている。
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	作業の工程や取り組みについてマニュアルに示している。工賃や支給方法についても明示されており、適切な運営・管理体制で臨んでいる。
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	利用者の希望に応じて外出は行われ、単独外出では、連絡先を明示した身分証明書の携帯、行き先の確認等で支援している。現在、外出時の事故等の緊急時の対策や、防止のための対応マニュアルを利用者と共に検討し、作成中である。
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	外泊は利用者の希望により行われ、外泊先との調整は利用者と家族との立場を考慮し、どちらか一方的にならないように配慮している。緊急時のマニュアル等については、利用者と話し合いながら検討、作成中である。
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。	c	金銭の自己管理は、6千円以内と利用者と話し合いで決めていたが、個人別の鍵のかかる保管場所はない。自己管理している場合でも、利用者は金銭出納帳に明記し、定期的に職員と本人とで確認している。
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。	a	預かり金については規約に定められており、利用者からの申し出がなされ、委任状の提出にて、預貯金や現金を管理している。預かり金や本人の通帳等は複数の職員により管理され、要求がなされれば、いつでも開示できる体制である。
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。	a	新聞や雑誌は施設で購入し、自由に読むことができ、また個人での定期購入も可能である。ラジオやラジカセは、居室にてヘッドフォンで楽しむことができる。テレビは複数の共同スペースで、他の利用者と番組の相談をしながら、共有されている。
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	健康や周囲に留意したうえで、本人の意向に沿うようにしている。療養上の指導や制限が生じたときは、本人に説明し、制限や管理方法を話し合っている。喫煙場所は定められており、喫煙道具類は、基本的には本人管理としている。
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。	a	飲酒は、施設内では定められた行事の時に認められており、家族との外出、外泊については特に決めていない。いずれも主治医との相談により、適切な量での飲酒を支援している。

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。	b	建物は市の保有であり、市の建物保全計画書により管理されている。利用者の安全性の確保の為、定期的に建物や施設内外を点検整備している。今後、点検・整備マニュアルの作成と、結果が文書により各部署に報告され、結果に基づき、必要な整備が計画的に行われることを期待する。
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。	b	居室は2~4人が利用しており、建物の構造上にはスペースはないが、面談室や作業室等、空いている部屋を利用してくつろげる居場所となるように努めており、夏場は屋上も開放している。今後、居室の個室化や二人部屋化の実現を期待する。
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	居室は4人の相部屋で、心地よく利用してもらうために、利用者の携行品や身近な私物などを整理整頓している。年度末に部屋の利用者異動を話し合いで決めたり、全体集会も実施しながら、環境整備に努めている。
A-4-(1)-④ 施設周辺の環境への配慮が行われている。	b	施設周辺のごみ処理や生活排水等は、法令に則り適正に処理している。今後、事業計画に記載し、マニュアルを作成されることを期待する。
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	施設とその周辺の環境美化について、隣接する公園のごみ拾いを定期的に実施し、周辺道路についても、毎月清掃日を定めて行っている。札幌市の環境マネジメントプランに沿ったマニュアルも配布し、環境美化に努めている。