

## 福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔救護施設〕

### ①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

### ②施設・事業所情報

名称 : 慈照園	種別 : 救護施設	
代表者氏名 : 園長 左右田 雅子	定員 (利用人数) : 50名 (50名)	
所在地 : 浜松市中央区鴨江3丁目4番3号		
TEL : 053-452-3069	ホームページ : <a href="http://www.jishoen.jp">http://www.jishoen.jp</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 明治45年3月		
経営法人・設置主体 (法人名等) : 社会福祉法人 遠州仏教積善会		
職員数	常勤職員 : 22名	非常勤職員 0名
専門職員	医師 (嘱託) 2名	生活指導員 5名
	看護師 1名	介護職員 11名
	準看護師 1名	事務員 1名
	栄養士 1名	調理員 委託
施設・設備 の概要	個室 10室	食堂 1か所
	2人部屋 25室	居宅訓練 (個室) 3室

### ③理念・基本方針

- (1) 法人は、『慈悲』と『寛容』の精神をもって、明治45年創設し、今日に至っているが、多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重し、総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、地域社会で自立した生活を営むことができるよう支援するように経営する。
- (2) 慈照園は、生活保護法第38条による救護施設で、心身に障害や疾病をもち、独力で日常生活を営むことが困難な人たちに、必要な援助及び介助、及び作業、リハビリ等を通じて支援し、さらに就労や社会参加・地域生活への移行を推進する。
- (3) 保護施設の運営指針には生活扶助の機能に加え、生活訓練の場、地域生活の移行支援の取り組みが役割として示されている。これをふまえ、個別支援計画、地域生活への移行支援、健康づくり支援、安心して生活できる施設づくり、サービスの質の向上、地域福祉の推進に努める。
- (4) 退所者等の地域生活継続のため、保護施設通所事業（通所・訪問）を実施する。諸条件により通所事業の措置が認められない利用者には、施設独自のサービスを提供する。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

市街地に立地することと、更生施設としての歴史をふまえ、社会参加と地域生活への移行に力を入れています。そのために、地域住民との交流や日曜外出、金融機関の利用、行事等を通じて、日常生活から施設外の社会資源を利用するよう努めています。

日課としては、園内作業から園外作業へ進められるように、積極的な作業参加を勧め、希望する方には外勤就労の支援をしています。朝読書や利用者の園内研修、社会見学など、利用者の学習機会の充実にも力を入れています。

地域移行の希望を持つ方も多く、アパートでの一人暮らしやグループホームへの移行を目指して、「食事、金銭、健康、相談」を段階的に自立支援し、居宅生活訓練事業（3名）を実施しています。

退園者へのアフターケアやデイサービスの支援は、退園者が安心して地域生活が送れるように、「保護施設通所事業」として認可され、措置による事業費を受けている利用者だけでなく、希望する対象者にも持ち出しサービスで行っています。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月4日（契約日）～ 令和7年3月25日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2回（平成19年、平成29年）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・利用者の9割が「食事がおいしい」と高く評価しています。給食業務は委託ですが、食材を施設が発注することにより、経費節減に努めています。
  - ・毎月環境美化の日に利用者・職員で清掃をするほか、内装等の工事により、施設内が清潔で明るく保たれています。
  - ・園長が年一回、利用者と個別面談を行い、利用者の要望や気持ちを直接聞き取り、処遇改善に努めています。
  - ・資格手当、資格取得補助、特別休暇の付与等の支援により、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員の有資格者が多数在籍しています。
  - ・利用者と地域との交流を広げるための取組として、公園や広場の清掃活動に参加しています。
- また、園内の各種クラブ活動には地域の人も参加し、認定福祉避難所にもなっています。
- ・各種団体と連絡会等を通じて緊密に協働しています。
  - ・地元の納涼祭に模擬店を出店し、地域の福祉ニーズ調査も実施しています。
  - ・地域移行者等が安心して地域で暮らせるよう職員の訪問回数多く、地域に根付いたサービスを実行しています。

### ◇改善を求められる点

- ・職員個々の目標設定や進捗管理など、育成に向けた取組が十分とは言えず、改善が必要です。
- ・一法人一施設の小規模施設としての制約はありますが、人材確保、総合的な人事管理に改善の余地があります。
- ・二人部屋で境のカーテンさえもない部屋があり、部屋の中が（廊下を通る他者に）ドアの窓ガラスを通して見られてしまう構造になっているなど、プライバシー保護を重視した取組として十分ではありません。
- ・苦情に関する掲示物に、第三者委員連絡先の明記がありません。
- ・相談について、複数の方法や相手を自由に選べることを説明した文書を作成していません。
- ・個別支援計画等では、見直し等の記載が殆どなく、利用者本位の計画とは言い難く、個別支援計画の重要性を確認して頂き、早々の改善に着手して頂ければと存じます。
- ・インターネット使用には課題も多いと理解致しますが、本人の意思・希望・個性の尊重の概念から許容範囲の中で選択肢を増やすことも改善できる余地があります。
- ・確認のために必要書類等の提出をお願いしましたが、持参頂くまでに時間を要したものが多かったです。どこに何があり、何が記載されているのか等の書類内容把握は、どの職員にとっても必要不可欠です。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を前回受審してから6年経過しており、これまで毎年自己評価を行っていましたが、改善できていなかった点が多数ありました。マニュアルの定期的な見直しができていないものがあったり、明記が足りていない内容があったりと、評価基準に照らし合わせて見直すことが必要でした。また、本人の意思決定の尊重や権利擁護の視点を重視した支援への取り組み等を確実に行っていく必要性を感じました。

自己評価では○を付けていなかった項目でも、できているという評価をしていただいたものもあり、職員の中で共有していきたいと思います。

評価の結果を基に、事業計画や個別支援計画、マニュアル、記録、人材育成、ソフトハード面等について改善していきます。

## ⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果〔救護施設〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- |   |
|---|
| a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態       |
| b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態 |
| c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態                      |

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 救護施設版共通評価基準

#### 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
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。	a
＜コメント＞ 理念や基本方針は明確でわかりやすい内容である。(区分けすると理解が一層深まると思われる。) パンフレット、ホームページ、事業計画書等に記載され、職員等に毎年度、説明している。 利用者や保護者には、大きな文字でひらがなのルビを振った資料にして毎年度説明とともに、ロビーに配架して常に閲覧できるようにしている。		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	a
＜コメント＞ 県や全国の社会福祉法人経営者協議会や救護施設協議会等からの情報を収集するほか、行政計画の内容を把握している。 利用者数や状態像、地域のニーズを把握し、コスト分析や利用率等の分析をしている。 また、市内の他施設の動向を注視し、経営環境や課題の分析に努めている。		
3	I-2-（1）-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
＜コメント＞ 事業計画書、事業報告書により、経営課題を明らかにしている。 それを理事会、評議員会により共有するとともに、毎月の職員会議で周知、検討を行っている。 そうした中で、個室化の推進や感染対策の徹底など、具体的な取組を進めている。		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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
<p>〈コメント〉</p> <p>計画の見直しは毎年度行われ、社会福祉法人充実計画も、必要な都度策定されている。又、目標や具体的な内容を伴った中・長期計画が策定されているが、数値目標等の設定がされていないので、実施状況の評価を行える状態になっていない。</p>		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>単年度計画は中・長期計画を踏まえたものであり、実行可能な具体的な内容となっている。単なる行事計画ではない。</p> <p>数値目標や具体的な成果目標が設定されており、実施状況の評価を行える内容である。</p>		

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。	a
---	---	---

〈コメント〉

事業計画は職員が分担して作成しており、職員会議で検討、作成、説明、周知がされている。

実施状況は、毎月の会議(職員・指導員・介護職員・給食)で共有、検討されている。

事業計画は毎年度末に評価され、見直しが行われている。

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。	a
---	-------------------------------------	---

〈コメント〉

利用者対象の「あすなろ講座」や家族対象の「感謝の集い」で配布・説明しており、欠席者には郵送している。

計画の主なものは、文字を大きくしひらがなのルビを振って、ロビーに配架している。

行事や食事等については利用者の意見を反映させるため、アンケートを取って、改善につなげている。

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

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。	a
---	---	---

〈コメント〉

行事やクラブ活動について利用者からアンケートをとり、職員会議で効果的な実施に向けて改善検討している。

サービス検討会議(指導員・介護職員単位と全体)を毎月行っており、評価している。

毎年全職員による自己評価を行うとともに、定期的に第三者評価を受審しており、評価結果をサービス検討会議で検討している。

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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。	b
---	--	---

〈コメント〉

サービス評価基準・課題改善シートを作成し、事業報告書に記載しており、それを職員会議で検討し、会議録を職員に供覧している。

又、課題を抽出し、改善目標、改善計画を作成しているが、改善の取組を計画的に行っていいると言えるレベルには至っておらず、評価・見直しも十分とは言えない。

## 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
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>園長の役割を事務分掌表や事業計画書に明記し、職員会議等で説明するとともに、広報誌「慈光」でも方針を表明している。</p> <p>事故の予防・対応マニュアルや消防計画(非常災害計画)の中で、不在時の権限委任等を記載している。</p>		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>社会保険労務士や県・全国の救護施設協議会・社会福祉法人経営者協議会への参加等により、幅広く情報収集や法令知識の習得に努めている。</p> <p>労働基準法や育児介護休業法など、必要な制度改正や職員指導を適正に行っている。</p>		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>毎月の職員会議、サービス検討会議で、サービスの質について評価している。</p> <p>管理者は方針を定め、職員を指揮するとともに、会議や行事に積極的に参加している。</p> <p>毎年、全職員に自己評価を行わせ、質の向上に向けて職員の意見を取り入れている。</p> <p>また、全職員が年一回以上外部研修に参加するよう指示している。</p>		

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
----	---	---

〈コメント〉

経営分析を常に行うほか、職員に働き方アンケートをとるなど、労務、財務面の現状把握、分析を行っている。

就業規則等を改正したり、週休3日制を導入するなど、働きやすい環境整備に取り組んでいる。

毎月の職員会議により情報共有や意識の醸成を図っており、管理者自らが先頭に立って取り組んでいるが、組織が小規模のため、組織内に具体的な体制を構築するまでには至っていない。

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。	b

〈コメント〉

「期待する職員像」に基づき、求められる資格取得支援や研修計画・研修マニュアルが作成されている。

資格取得者は着実に増えているが、福祉業界全般の厳しい求人環境の中、効果的な人材確保の実施は困難であり、加算を満額取得できるまでの職員数は確保できていない。

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
----	-----------------------------	---

〈コメント〉

「期待する職員像」を明記し、職員に配布するとともに職員会議でも説明している。

賃金水準を社会保険労務士により確認している。

職員の要望を取り入れ、週休3日制の導入や宿直の希望曜日指定など、具体的な改善策を講じている。

小規模法人のため、一定の基準に基づく評価やキャリアパスの導入は困難であり、実施されていない。

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
----	--	---

〈コメント〉

有給休暇の取得状況や時間外勤務の状況を管理者が確認し、有休の取得促進、時間外勤務の縮減が進んでいる。

ハラスメント相談窓口を置き、意見箱も設置している。

ソウェルクラブや浜松市勤労福祉協会に加入し、総合的な福利厚生に取り組んでいる。

毎年、会長、管理者による個別面談を実施している。

人材確保等に関する具体的な計画への反映・実行は困難であり、行われていない。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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。

c

〈コメント〉

「期待する職員像」は明確に規定されているが、目標管理のための仕組み、一人一人の目標が設定されていない。

面接は年一回であり、年度当初及び中間面接は行っていないため、進捗状況の確認がされていない。

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

〈コメント〉

「期待する職員像」はあるが、基本方針や計画の中には明示されていない。

事業計画の中に研修計画を盛り込み、それに基づき外部研修、園内研修、資格取得促進が行われている。

研修計画、内容等は毎年見直しを行っている。

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。

a

〈コメント〉

個別の職員の状況を、職員名簿一覧表により把握、管理している。

新任職員のOJTのほか、職種ごとの園内研修、外部研修を積極的に行っている。

県や全国の救護施設協議会や社会福祉人材センターの研修への参加を奨励し、全職員が年一回以上外部研修に参加するよう指示している。

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研修・育成  
について体制を整備し、積極的な取組をしている。

a

〈コメント〉

実習生受け入れ要綱を整備し、社会福祉士の実習プログラムを用意し、実習生を受け入れている。

実習指導者養成研修に参加するとともに、実習期間中は養成校と毎週連絡調整、巡回指導等の連携を図っている。

## II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。	a
〈コメント〉 ホームページは専門業者と契約し、見やすくわかりやすい工夫をしており、理念、事業計画、事業報告、財務諸表、第三者評価、苦情対応等必要な情報が公開されている。 広報誌「慈光」を年2回、600部以上発行し、行政や関係機関に配布するほか、地元自治会にも回覧している。		
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
〈コメント〉 事務所に閲覧用の規程集を置き、職員はいつでも見ることができるよう用意している。 監事による内部監査を行うとともに、税理士による毎月のチェックと外部監査を行っており、会計処理の適正実施に努めている。		

## II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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。	a
〈コメント〉 「地域交流計画」に基本的な考え方の明示があり、ロビーに生活マップの掲示があり、支援を行う体制が整い、地域自治会および住民や子供会との交流があり、社会資源を利用している。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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。	b
〈コメント〉 受け入れや学校への協力に関する基本姿勢を明示し、事前説明等を記載したマニュアルがあり、学校教育への協力を実施しているが、研修等は実施していない。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 施設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。	a
〈コメント〉 ロビーに生活マップの掲示があり、各種団体と連絡会等を通じて緊密に協働している。(特に、中自立支援連絡会はメンバーがほとんど障害者施設だが、救護施設として唯一参加している。		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	a
＜コメント＞ 地元の納涼祭に模擬店を出店し、地域の福祉ニーズ調査も実施している。		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
＜コメント＞ 調査にもとづき盆踊りや子供交流会を計画し実施した。また、「トラブル・シユーターネットワーク」に所属し、「触法者」に関する連絡会にも参加し、園内の各種クラブ活動には地域の人も参加し、認定福祉避難所にもなっている。		

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>「職員の心得」を事業計画書の裏表紙に記載し毎朝唱和し、職員会議で（社会福祉士会の）「倫理綱領」読み合わせをしている。基本姿勢は個別支援計画に反映している。把握・評価もして、研修等にも参加している。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>プライバシー保護マニュアル等があり、研修も実施しているが、二人部屋で境のカーテンさえもない部屋があり、部屋の中が（廊下を通る他者に）ドアの窓ガラスを通して見られてしまう構造になっているなど、プライバシー保護を重視した取組として十分ではない。職員からは、ドアの窓ガラスに関しては「無断外出対策」である旨を聽取したが、もしそうであるならば、その窓ガラスにカーテンをつけるなどの工夫がほしいところである。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>重要事項説明書にはルビがふってあり、ユーチューブなども活用し丁寧に説明し、見学や体験入所の希望にも応じているが、見直しは実施していない。</p>		
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>〈コメント〉</p> <p>重要事項説明書にはルビがふってあり、ユーチューブなども活用し丁寧に説明し、同意も得ているが、意思決定困難者への配慮についてのルール化はなく、「入所に関するマニュアル」に利用者の自己決定を尊重する姿勢を明示した文言がない。</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>〈コメント〉</p> <p>「地域移行支援マニュアル」に手順等を定め、配慮した対応を行い、担当者や窓口を設置しているが、その後の相談方法等について記載した文書を作成していない。</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。	a
〈コメント〉 利用者満足に関するアンケートを実施し、毎月実施の利用者懇談会に職員が出席し、検討結果にもとづいて改善を行っている。		
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
〈コメント〉 苦情解決の体制を整備し、「苦情解決システム」の掲示があり、苦情解決委員会で課題等を討議し、HP や広報紙「慈光」に公表して、苦情記入カードもあるが、掲示物に第三者委員の連絡先が明記されていなく、その一点において不十分である。		

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。	c
＜コメント＞ 相談室・談話室があり、実際の「苦情」には要望程度のものが多く散見しているが、相談について、複数の方法や相手を自由に選べることを説明した文書を作成していない。		
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
＜コメント＞ 投書箱を設置し、意見等に迅速に対応し、アンケートも実施して、アンケート結果にもとづきサービスの質の向上に関わる取組を行っているが、マニュアルの定期的な見直しがない。		
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
＜コメント＞ 「事故の予防及び対応に関するマニュアル」があり、「非常時対応マニュアル」にて責任と手順等を明確にし、リスクマネジメント委員会にて定期的に評価・見直しを行っているが、事例の収集・分析をしていない。		
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
＜コメント＞ マニュアルがあり、管理体制を整備し、園内研修を開催し、対応も適切に行われている。		
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。	a
＜コメント＞ 「災害時業務継続計画」「震災時マニュアル」等にもとづき、対応体制を定め、継続するため必要な対策を講じ、安否確認の方法を決め、備蓄リストを作成し、防災訓練を実施している。		

## III-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
＜コメント＞ 支援場面ごとにつづられた業務マニュアルがあり、職員周知の取組として「支援の検討会議」を実施している。また、マニュアルには権利擁護などについての記載があるが、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認するしくみは十分には整っていない。		
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。	b

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
<コメント>		
個別支援計画マニュアルがあり、検証・見直しを定期的に実施しているが、個別支援計画を反映したものではなく、利用者等からの意見等が反映する仕組みにもなっていない。		
42	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。	b
<コメント>		
個別支援計画マニュアルに手順が定めてあり、関係職員が参加してアセスメントを実施し、困難ケースへの対応について検討しているが、合議が不十分で、確認する仕組みも構築していない。		

43	III-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
〈コメント〉		
定期的な見直しは1年ごとに実施していることを微取し、個別支援計画で確認した。また、個別支援マニュアルが整備されており、内容の見直し・変更に伴う手順を定め実施している。しかし、個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備していないため十分ではない。		
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。	b
〈コメント〉		
統一様式による記録になっているが、個別支援計画にもとづく記録になっていない。パソコンネットワークで情報共有し、定期的にケース会議を開催しているが、記録要領の作成がない。		
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。	b
〈コメント〉		
「個人情報保護に対する基本方針」に記録に関する対応方法を規定している。利用者等には入所時に重要事項説明書で説明し、職員遵守の取組はあるが、記録管理の責任者を設置してなく、職員研修等も行われていない。		

## 救護施設版内容評価基準

### 評価対象 A- 1 支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A- 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
〈コメント〉個別支援計画の作成はあるが、エンパワメントの理念に基づく個別支援や、合理的配慮が個別支援や取組に反映されておらず具体化されていない。		
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
〈コメント〉ケース会議記録等、情報共有している記録は確認できたが、個別支援計画に記載もなく、自律・自立に配慮した個別支援を行っているとは言えない。		
A③	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。	a
〈コメント〉コミュニケーションの不十分な利用者への対応や実施が行われていることは計画内容等に基づくのがよいが、アンケート方法や、器具の購入、手話通訳者の職員を置いていたりという前向きな努力の様子が伺えた。		
A④	A- 1 -(1)-④ 利用者の自己決定を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
〈コメント〉園長・担当者と話せる機会があるが、職員との話せる機会を個別に設けているとはいえないが、ケース会議で情報共有していることは確認した。利用者の自己決定の支援を適切に行っているとは言えず、相談内容をもとに個別支援計画へ反映もない。		
A⑤	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
〈コメント〉地域の様々な日中活動の情報提供や余暇やレク等の多様さも多くみられていたが、それらが、個別支援計画に反映されず、また、見直しや検討等も行っていない。		
A⑥	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。	b
〈コメント〉利用者同士で影響を及ぼすような場合、一時的に他の部屋を使用する等の対応は出来ている。まだ改善の余地は多いが、安眠できるよう生活環境の改善を図っていることは理解した。が、生活環境について、安心、安全に配慮した生活環境が確保されているとは言えず、利用者の意向等を把握し、取り組み、改善の工夫を行っているとはいいがたい。		

A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A⑦	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。	c
<p>＜コメント＞リスク管理委員会で話し合い、具体的に行っている事は記録にて確認した。が再発防止策等安全管理体制ができていない。権利侵害明確化されていない。</p> <p>事故がおきてから次に繰り返さないように、外部をいれての会議等を行い、周知されていることを会議記録等で確認した。</p>		

## 評価対象 A-2 生活支援

A-2-(1) 日常的な生活支援		第三者評価結果
A⑧	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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>職員の専門知識習得・資格取得の支援等積極的に行っている。利用者同士の話し合い等も行っており、事例検討会や職員園内研修において、個別の配慮が必要な利用者の支援について検討・見直しが実施されている。</p>		
A⑨	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じた日常的な生活支援を行っている。	a
<p>＜コメント＞入浴・排せつマニュアルは確認した。</p> <p>現状入浴支援は見守りのみ。排せつ支援・移乗、移動支援、清拭は行っていない。</p> <p>個別支援計画に日常生活支援の記載が見当たらなかった。</p>		
A⑩	A-2-(1)-③ 利用者の嗜好や心身の状況にあわせて食生活を支援している。	a
<p>＜コメント＞工夫された食事内容メニューになっている。嗜好調査年2回行い、そのうち1回は個人的に聞き取りを行っていた記録で確認した。</p>		
A-2-(2) 機能訓練・生活訓練		
A⑪	A-2-(2)-① 利用者の心身の状況に応じた生活訓練や機能訓練を行っている。	b
<p>＜コメント＞意図的な訓練や、利用者主体の訓練も工夫して行っているようだが、支援計画に反映されていない。定期的なモニタリングがなく、検討、見直しをした記録が確認できない。</p>		
A-2-(3) 健康管理・医療的な支援		

A⑫	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
<コメント>迅速な対応のため看護師2名、嘱託医等の連携も出来ている。職員研修、個別指導も定期的に行われていたのを資料から確認した。		
A⑬	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
<コメント>「事故対応マニュアル」、「慈照園診療所医療安全管理指針」、「健康に変調があった場合の対応マニュアル」が整備され、安全管理体制が構築されている。通院者記録にて通院、入院なども適切に支援、対応している。		

### 評価対象 A-3 自立支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 社会参加の支援		
A⑭	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
<コメント> 地域交流や、外部ボランティアの受け入れ等積極的に活動されている。利用者の希望と意向で最近ドリル等も始めたと徴取した。また、地域の行事等について情報提供を行い、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が、資格取得等の学習支援は実施しておらず十分ではない。		

A-3-(2) 就労支援			
A⑮	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。	a	
<コメント>仕事や支援内容について作業委員会で定期的に話し合いが行われているとともに、就労についての説明会等も開催するなど、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている。			
A-3-(3) 家族等との連携・支援			
A⑯	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。	b	
<コメント>定期的、不定期に家族との連絡、報告、交流は行われている。「家族（引受人）等への連絡と報告」「盆・年末年始帰省対応マニュアル」が整備されており、「LINEアプリによるリモート面会対応マニュアル」でリモートでの面会も対応しているなど、家族支援について工夫している。			
しかし、体調不良や急変時の報告・連絡ルールが明確でなく十分ではない。			
A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援			

A⑯	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ための支援を行っている。	a
<コメント>地域生活に必要な社会資源に関する情報や学習・体験の機会を提供しているのを資料で確認でき、地域関係機関等との連携・協力も確認できた。		

## 評価対象 A-4 地域の生活困窮者支援

		第三者評価結果
A-4-(1) 地域の生活困窮者等の支援		
A⑰	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。	b
<コメント>生活困窮者就労訓練事業認定を受けており、生活困窮者に対して就労訓練を実施できる体制を整えている。また、ふじのくに孤独・孤立プラットフォームに参画し、研修に参加し、関係機関や他の福祉施設等と情報交換を実施している。 しかし、生活困窮者等の支援における救護施設の専門性や支援ノウハウを関係機関と共有することまではできておらず十分ではない。		