

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔救護施設〕

① 第三者評価機関名

静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：聖隷厚生園讃栄寮		種別：救護施設	
代表者氏名：久保 範		定員（利用人数）： 60（65）名	
所在地：浜松市北区細江町中川 7220 - 7			
TEL：053 - 437 - 4598		ホームページ：http://www.seirei.or.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和 53 年 4 月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 聖隷福祉事業団			
職員数	常勤職員： 23 名	非常勤職員	8 名
専門職員	（専門職の名称）		
	看護師 1 名、准看護師 1 名		
	栄養士 1 名、精神保健福祉士 1 名		
施設・設備 の概要	（居室数）個室 60 部屋		（設備等）食堂、大浴場、浴室、
	二人居室 4 部屋		面談室、ワークルーム、デイルーム、 医務室、静養室、中庭

③ 理念・基本方針

<p>【理念】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人が癒されるために ・一人があるべき姿に立帰るために ・一人の生命が真にまもり生かされるために、そして地域のために <p>【基本方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ご利用者の“できること”を引き出す個別支援・集団支援の充実 2. 医療との連携をさらに強化し、ご利用者の健康維持向上を図る 3. ご利用者も職員も心地よい住環境づくりに努める 4. 障がい者がより自立した生活ができる地域支援体制を構築する 5. 公益的活動における地域貢献

④ 施設・事業所の特徴的な取組

<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設内個室を設置し、ご利用者が精神的な安定を図るための環境を提供しています。 2. 居宅訓練事業に取り組み、ご利用者の地域生活への移行を積極的に実施しています。 3. プリセプター制度、階層別研修、専門分野研修等の取組を通じて、職員一人ひとりが専門性を高めることができるよう、職員人材育成に力を入れています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 7 月 17 日（契約日） ～ 令和 2 年 3 月 30 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成 20 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・利用者満足度調査実施や利用者懇談会に出席し要望等を聞き取り、対応結果等を利用者にわかりやすい形（ルビ付きなど）にして掲示するなど、利用者満足の向上に努めています。
- ・利用者の尊重や権利擁護とともに、プライバシー保護に関わる姿勢を明示した、詳細な支援マニュアルを整備しています。
- ・利用者の理解、解釈が様々な中、ケース担当者が毎日一回は利用者の居室を訪問、会話し、心身の状態・部屋の様子を確認する他、生活場面で利用者に対する声掛けがたくさん行われています。

◇改善を求められる点

- ・管理者自らの役割と責任について、見える形で職員に対して表明し理解を図る努力が求められます。
- ・必要な人材の確保・定着に関する具体的な計画が求められます。
- ・地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが求められます。
- ・福祉サービスの継続性に配慮した対応を行うための、手順と引継ぎ文書が望まれます。
- ・相談に関する手順等を定めたマニュアルが求められます。
- ・健康管理、医療的支援について、看護師のみでなく、全職員への研修などが必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設は10年程前に福祉サービス第三者評価を受審しており、時間の経過と共にサービスの質が維持されているか確認したく、今回受審いたしました。現状の利用者への支援・施設の運営を客観的に評価していただき、改善すべき点を見直し、利用者へのサービスの質を維持している点は更に向上していきたいと考えております。

今回の受審結果は、当施設の現状が明らかになりました。

この審査結果を根拠の一つとし、現場で取り組んでいることや施設を管理する上で必要なことを、職員一人ひとりが取り組めるよう努めていこうと思います。

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。	b
<p><コメント>理念や基本方針は広報媒体等に記載されており、内容も適切である。施設内に掲示したり、会議にて説明するなど周知のための取り組みは行われているが、利用者や家族への周知のための取り組みに工夫が見られず、また周知状況の確認等が成されておらず、不十分である。</p>		

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。	b
<p><コメント>定期的なコスト分析等を行っている。全国救護施設連絡協議会の内容にて、施設長が動向の把握を行い職場へ報告したことを確認した。施設利用者の利用率の推移のデータはあるが、潜在的利用者に関するデータ等の収集はなく、また地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握しているとはいえず十分でない。</p>		
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。	b
<p><コメント>機関誌にて経営報告を行っている。事業動向、事業計画のコンセプトについて、職場会議で伝達していることを議事録で確認した。解決・改善に向けた具体的な取り組みが十分でない。</p>		

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>施設独自の課題等に対する取り組みとしての中長期計画が不明確であり不十分である。</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。	b

	る。	
<p><コメント>単年度の事業計画に数値指標等を記載しているが、それをどの様にして達成するのか具体的な内容が不明瞭であり、不十分である。</p>		
<p>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
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
<p><コメント>事業計画の策定は、各部署からの意見等を集約して反映していることを確認した。評価、見直しは実施されているが、事業計画の実施状況の把握や評価が、あらかじめ定められた時期・手順にもとづいておらず、評価結果が次年度の事業計画に反映されているかが確認できず、十分でない。</p>		
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
<p><コメント>施設長が家族懇談会を開催し、事業計画を説明していることを書類で確認した。利用者等の参加を促すための周知、説明の工夫が不十分である。</p>		

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
<p>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。</p>		
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。	b
<p><コメント>定期的な利用者満足度調査や職員自己調査の実施について、「サービス向上委員会」の記録等で確認した。利用者からの要望項目等については優先順位を決めて改善に取り組んでいるが、すべてに対応できているわけではない。</p>		
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
<p><コメント>サービス向上委員会を組織し、課題に取り組んでいるが、改善策や改善の実施状況の評価や改善計画の見直しは確認できず、不十分である。</p>		

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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
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
<p><コメント>機関誌にて救護の位置づけや施設職員のあり方を表明している。役割と責任については、職務分掌表があることを確認した。リーダー会議にて、組織図を配布し、緊急時の連絡経路を報告したことを議事録で確認したが、管理者の施設経営・管理に関する方針や取組を明確にしている書類がなく、十分でない。</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。	b
<p><コメント>管理者が研修等で得た情報等については、報告書を開示し、勉強会等で説明しているが、職員がそれを正しく理解して法令等を把握・認識しているかの確認はされておらず、不十分である。</p>		
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
<p><コメント>利用者に対する丁寧な対応について、接遇に関する指針や接遇マニュアルで詳細に記載がされているが、それをどの様に職員に伝え理解してもらっているかが確認できない。不十分である。</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
<p><コメント>基本理念に沿った利用者への適切な対応の実現に向けて、「接遇に関する指針」や「接遇マニュアル」を作成して、職員に意識向上を働きかけていることを書面で確認した。経営の改善や業務の実効性について要所で指導しているとのことであるが、事業計画の中で指標が示されている以外に、その取り組みの記録等がなく、確認できない。不十分である。</p>		

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
<p><コメント>法人本部の年間の採用計画に基づき実施している。随時、採用情報等を広告掲載していることをチラシで確認した。定着のために、若手職員の海外研修や定年後の再雇用制度も実施している。インターンや実習から採用につなげていることを確認した。しかし、必要な福祉人材、人員体制や方針などの資料が確認できなかった。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント>法人としての人事制度規則が定められているが、職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取り組みについては確認できない。不十分である。</p>		
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
<p><コメント>職員の就業状況や意向は職員の自己申告や出勤簿・時間外労働記録・有給休暇消化簿等で把握されている。コンプライアンスホットラインで職員の悩み相談窓口も設置されている。職員との個別面談の実施は徹底されておらず、改善策についての具体的な計画も書面化されたものがなく、不十分である。</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。		
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
<p><コメント>介護職員は「介護テクニカルリーダー」（介護職員目標参画シート）を活用し、自身の課題を自己評価し、上長面談のもと評価を実施しているが、組織としての期待する職員像が明確化されておらず、職員一人ひとりの目標設定や、中間面接・目標達成度の確認がなされていない。</p>		
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
<p><コメント>「期待する職員像」が明記されておらず、専門技術や専門資格の明示も確認できない。職員研修計画は策定されているが、定期的な計画やカリキュラムの評価と見直しは確認できない。不十分である。</p>		
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
<p><コメント>階層別、職種別、テーマ別研修等の機会は確保されているが、個別の職員の知識、技術水準についての把握がされておらず、習熟度に配慮した個別的なOJTも確認できない。不十分である。</p>		
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。	b
<p><コメント>実習生受入マニュアルで、基本姿勢は明示されており、実習内容については学校と連携して実施している。実習の種類によって担当者も分かれており、プログラムの内容にも配慮があることは確認できたが、利用者や家族等への事前説明の記載がなく、不十分である。</p>		

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。	b
<p><コメント>ホームページ等で事業紹介、事業報告や決算報告等が成されている。第三者評価も受審しており、苦情・相談体制も整備されているが、地域に向けて印刷物や広報誌等の配布はしておらず、不十分である。</p>		
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。	b
<p><コメント>法人の内部監査は実施されているが、外部の専門家による監査支援等は受けていない。</p>		

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。	b
<p><コメント>ふれあい広場の実施や地域清掃等の取り組みで交流の機会はあるが、地域との関</p>		

わり方について基本的な考え方の明示がなく、取り組みは不十分である。		
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。	b
〈コメント〉ボランティア受け入れマニュアルが整備されており、それに基づいて受け入れが成されているが、利用者への事前説明について記載がなく、不十分である。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 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。	b
〈コメント〉地域の関係機関や団体等をリスト化した資料を確認した。定期的な連絡会等については確認できない。また、職員間での共有は一部職員に限られているとのことで、不十分である。		
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
〈コメント〉指導員が、利用者について関係機関との電話でのやり取りを記録し、一覧データを確認したが、地域の各種会合への参加や地域住民との交流活動など地域の福祉ニーズや生活課題等の把握が十分でない。		
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。	b
〈コメント〉法人内専門部署が「生活困窮自立支援」「相談会」「地域連携会議」等を開催し、職員が参加していることを書面で確認した。施設における地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく具体的な事業・活動を計画等で明示しておらず、地域の防災対策等が不十分である。		

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
〈コメント〉「接遇マニュアル」及び「職員行動規程」があり、「運営方針」「サービス共通基準」等に、人権についての明記がある。基本姿勢を、「日常生活支援マニュアル」等に反映し、「職員セルフチェックリスト」にて、理解度の把握と評価を実施している。		
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
〈コメント〉「職員行動規程」の中に、利用者のプライバシー保護についての具体的事例を挙げた記述があり、「日常生活支援マニュアル」には、サービス場面ごとに利用者のプライバシー保護についての明記があるが、研修等がなく、利用者や家族への周知が不十分である。		
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。	a

<p><コメント>「指導員マニュアル：指導員基本業務」の「入所手続き」の記載に則り、カラフルで、わかりやすいパンフレットにて、ていねいな説明を実施している。試験利用等も含め、利用者の希望に応じ、適宜見直しも実施している。</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>「サービス共通基準」に「主体性の尊重」についての記述があり、説明する姿勢を「指導員マニュアル」に記載し、「手続きチェック表」の流れに則って説明して、同意書もあるが、意思決定が困難な利用者への配慮のルール化がない。</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>パンフレットに、「退所された方へは訪問などを実施して『安定した地域での生活が送れるようサポートします』と大きく謳い、担当者の設置や継続性の配慮もあるが、手順と引継ぎの文書がなく、利用者や家族への説明文書もない。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント>「接遇に関する指針」に「利用者満足アンケートの実施」の明記があり、2年に1回「利用者満足度調査」を実施し、課題改善に取り組んでいる。職員は利用者懇談会に出席し、要望等を聞き取り、即答できない案件は、担当部署、サービス向上委員会で対応している。その対応結果等は、利用者によりわかりやすい形（ルビ付きなど）にして掲示している。</p>		
<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。</p>		
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。	b
<p><コメント>苦情解決の流れを整備しており、第三者委員も交え、年に一回苦情解決委員会を開催し検討しているが、マニュアルには、「事業報告書にて公表」となっているのに、「事業報告書」にその記載はなく、HPによる公表もない。</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。	c
<p><コメント>「指導員マニュアル」に相談に関する記述があり、面談室等で個別の相談に応じているが、相談窓口を明確にせず、説明文書の作成がなく、掲示等の取組も行っていない。</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
<p><コメント>「利用者満足度調査」や「利用者懇談会」等で、利用者の意見や思いを把握し、それにもとづき、サービス向上委員会で検討等をしているが、相談に関する手順等を定めたマニュアルは定めていない。</p>		
<p>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。</p>		
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。	a
<p><コメント>「リスク関連マニュアル」を整備して、職員に周知し、定期的に見直しをしている。「事故報告」「ヒヤリハット報告」を分析・検討し、評価・見直しをしている。</p>		
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

<p><コメント>「感染対策マニュアル」を整備して、職員に周知し、定期的に見直しをしている。「感染症予防対策」の勉強会を実施し、対応を適切に行っている。</p>			
39	Ⅲ-1-(5)-③	<p>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している。</p>	b
<p><コメント>「消防計画」にて体制を決め、「ANPIC」ネットソフトを活用して安否確認体制を整備し、備蓄リストを作成し、防災計画に従い毎月の防災訓練を実施しているが、事業継続のための対策を講じてなく、BCPを現在作成中の段階である。</p>			

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。			
40	Ⅲ-2-(1)-①	<p>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。</p>	a
<p><コメント>利用者の尊重や権利擁護とともに、プライバシー保護に関わる姿勢を明示した、詳細なマニュアルを整備している。そのマニュアルは、会議室で自由に閲覧でき、「プリセプター制度」や「オリエンテーション」にて周知させている。確認は、「技術能力チェック表」にて実施している。</p>			
41	Ⅲ-2-(1)-②	<p>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>	b
<p><コメント>職員や利用者の意見等が反映した見直しになっていて、個別支援計画の内容も、必要に応じ反映しているが、時期や方法を定めてなく、定期的な見直し等も実施していない。</p>			
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	<p>アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。</p>	a
<p><コメント>「個別支援計画書取扱いマニュアル」を整備し、「中間モニタリング作成マニュアル」にて確認する仕組みを構築している。「グループ会議議事録」にて支援内容を検討し、適切なサービスを提供していることを確認した。利用者の具体的なニーズが明示されていることを数ケースの「個別支援計画書」にて確認した。部門を横断した様々な職種の関係職員と合議していることを会議録にて確認した。</p>			
43	Ⅲ-2-(2)-②	<p>定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。</p>	b
<p><コメント>「修正マニュアル」にて見直しする仕組みを定め、モニタリング等により課題等も明確にしているが、職員周知や緊急に変更する場合の仕組みを整備していない。</p>			
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	<p>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><コメント>パソコンにデータ保存することで、実施記録を確認でき、グループカンファレンスにて情報共有し、プリセプター制度で記録の指導もしているが、記録要領や記録に関するマニュアルがない。</p>			
45	Ⅲ-2-(3)-②	<p>利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	a
<p><コメント>「個人情報保護基本規程」を整備し、「情報統括責任者」も設置している。職員理</p>			

解促進のための勉強会を実施している。利用者や家族へは入所時に説明し、同意書も確認できた。

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。	a
<p><コメント>「利用者一人一人が自らの生活を考え～」という理念のもと、利用者の様子、希望等を確認・理解・共有しながら、個別支援している。</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。	a
<p><コメント>利用者各人の心身の状況、望む生活や自己管理能力等を把握し、必要に応じた支援を行っている。</p>		
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
<p><コメント>心身の状況に応じたコミュニケーション手段を個別支援計画に記載し支援、状況に応じ、コミュニケーション能力の改善等を図っている。</p>		
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
<p><コメント>様々な手段で相談に応じる体制をとっており実践されて、職員間の共有も行われているが、対応する時間等が十分でない。</p>		
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
<p><コメント>様々な活動が利用者の希望に応じて準備され、支援が行われている。情報提供については、近隣の情報が多く、広範囲な様々な情報提供が期待される。</p>		
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
<p><コメント>居室等には個々にエアコンが設置され採光もでき、快適な空間が確保されている。</p>		
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>身体拘束については廃止指針が文書化、やむを得ない場合の手順等も定められ実施しているが、権利侵害の利用者への周知はされていない。再発防止へのマニュアルはない。</p>		

評価対象 A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 日常的な生活支援		
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。	b
<p><コメント>支援方法の直接指導は行われているが、年齢に応じた対応等の研修は不十分である。利用者の状況は、職員間で理解・検討・共有が行われている。</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>標準的な実施方法が明示され、日常生活で支援が必要な利用者について、個別支援計画に記載され、支援が実施されている。</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>嗜好調査や選択食を実施し、採光十分で開放的な食堂で、食事を楽しめる工夫もある。状況により必要な食事支援が行われ、一名以上の職員の待機等安全にも配慮している。</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>作業療法士が定期的に訪問し、必要な利用者を実施している。職員も方法を学び日常生活の中で実施、運動機能評価に記録されているが、検討見直しは行われていない。</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。	b
<p><コメント>嘱託医の定期的な診察、日々の個室への訪問等、健康管理には配慮があり、緊急時対応マニュアルも準備されている。健康管理への研修を全職員には行っておらず、十分でない。</p>		
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。	b
<p><コメント>服薬管理、アレルギーへの対応、通院入院時の支援等的確に行われている。職員研修は看護師のみで、職員には不定期で与薬マニュアルの読み合わせが行われている。</p>		

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。	a
<p><コメント>本人の意向により、能力に応じて支援が行われている。外泊・外出・友人との面会、資格取得にも配慮・支援が行われている。</p>		

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
<p><コメント>能力に応じた作業提供や作業時のマナー教育など作業面談で聞いた希望を取り入れた個別支援計画に基づいて支援や意欲の維持・向上の取組が行われている。</p>		
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
<p><コメント>家族懇談会や行事を通じて、家族と関わる機会を設け、意見を聞き、家族間の意見交換を行っている。家族への報告・連絡のルールは定められていない。</p>		
A-3-(4) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A17	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
<p><コメント>本人の意向を確認し課題を確認したうえで、生活に必要な様々な練習をしたり、先輩の話を聞く機会を設けたり、色々な方法で地域生活移行のための支援を行っている。</p>		

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		
A18	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
<p><コメント>他の救護施設と連絡をとり、情報交換等を行い、一時保護に受け入れも行っているが、地域の生活問題や生活困窮者について職員の学習等は行われておらず、十分でない。</p>		