

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 南光園

(救護施設)

評価実施期間 2010年12月3日 ~ 2011年5月31日

実地(訪問)調査日 2011年 3月 4日

2011年5月23日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名 称	特非) 播磨地域福祉サービス第三者評価機構
	姫路市安田 3 丁目 1 番地 姫路市自治福祉会館6階
評価実施期間	2010年 11月 18日 ~ 2011年 4月 30日 (実地 (訪問) 調査日 2011年 2月 10日)
	HF05-1-0023 HF05-1-0033 HF05-1-0025

契約日から評価
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 南 光 園	種別： 救護施設
代表者氏名： (管理者) 大 塚 晋 司	開設 (指定) 年月日： (昭利) ・平成 56年 4月 6日
設置主体： 社会福祉法人 南光社会福祉事業協会 経営主体： 社会福祉法人 南光社会福祉事業協会	定員 70名
所在地：〒 679 - 5222 兵庫県佐用郡佐用町西下野880番地	
電話番号：0790 77 0236	FAX番号：0790 77 0715
E-mail： nanko-en@triton.ocn.ne.jp	ホームページアドレス： http://www8.ocn.ne.jp/~nanko-en

(2) 基本情報

<p>理念・方針：</p> <p>理念</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域の幅広い福祉ニーズを常に注視し、住民の福祉ニーズに対応した先駆的・実験的な事業に取り組む 2. サービスを提供する利用者に対し、人格の尊重を図ったサービスを行いアメニティの向上を目指し、事業活動を通じてノーマライゼーションの理念に基づく福祉社会の実現に向けて努力していく 3. 地域社会に積極的に溶け込む努力と、開かれた施設を心掛ける 4. 役職員は事業の内容、利用者の支援内容について実情の把握と研究を怠らず、役職員の資質向上、援助の向上に意を配っていく 5. 社会福祉事業の公共性を認識し、適切な情報公開に努める <p>支援方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者の基本的人権を保障し、個々の主体性を尊重した生活支援に努める。 2 個別支援を念頭において、ストレングス視点に着目して個々のエンパワメントが発揮できるように努めることで利用者が持てる能力を最大限活用出来るように支援すると共に、決定や選択の機会が保障されるように努め満足感・充足感の感じられるサービスを提供する。 3 様々な人格や事業を抱えた方たちの共同生活の場として、利用者の意見が反映された日課や行事の運営に努める。また、利用者相互がお互いに認め合える関係を創造していけるような支援内容に配慮する。 4 ノーマライゼーションに根差した QOL の向上を目指して、専門的・継続的サービスの展開に努める。

力を入れて取り組んでいる点 :

利用者の希望・要望を主体とした個別支援計画(ケアプラン)を作成しその支援内容を明確にすると共に職員間で共有し、個別支援の実現に努めている。

余暇活動・クラブ活動・委員会等の運営するグループ活動においては利用者の意見を尊重し、自発的な行動の集団形成を支援し、問題解決能力の開発に努めている。

利用者のニーズ(個別支援計画)に基づき、在宅への移行を視野に入れた支援展開を推し進めると共に在宅移行後に安定した生活が送れるようアフターケアを実施している。また、地域の関係機関とのネットワーク化を図り在宅移行者の孤立化を防ぐ方策を講じている。

職員配置 ()内は非常勤	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1(0)	介護職員	16(1)	医師	3(3)
	事務員	2(1)	看護師	3(1)	栄養士	1(0)
	主任指導員	2(0)	介助員	0(1)	調理員等	業務委託

施設の状況

昭和56年に生活保護法による救護施設として設立され、多様な利用者の生活を支えています。また、環境的には、兵庫県西播磨の山間地の高台に位置し、静かな環境の中にあります。地域との関係を大切に利用者の自立支援に取り組んでいます。

3 評価結果

総評

特に評価の高い点

管理者は、サービスの質の向上に意欲を持ち、管理者自身が職員会議・各委員会会議に出席することにより、定期的かつ具体的に検討し、指導力が発揮されています。

利用者の安全を確保する取り組みは、リスクマネジメントの検討会など定期的な取り組みが伺えます。また、写真入りの個人情報があり、緊急時に的確に利用者の状況がわかる工夫がされています。

利用者と地域との関係を大切にされており、地域行事への参加が積極的に行われています。

利用者自治会が積極的で、自治会を通して利用者の意見を施設のサービスに反映させています。

食事は、業務委託されていますが、定期的に嗜好調査が実施され、献立に反映されています。昼食は、毎日、選択メニューとなっています。

サービス実施計画書の策定については、職種や部署を超えた合議体制が確立されています。

特に改善を求められる点

客観的な基準に基づく人事考課の仕組みの確立が課題です。

ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明示し、ボランティア受け入れマニュアルを整備していくことが課題です。

長年、働いている職員が多く、口頭での引き継ぎが習慣的になっているため、記録を残していくことが求められます。

利用者のプライバシー保護に関する規定やマニュアルの整備をしていくとともに、研修を実施していくことが課題です

医療に関するマニュアルが少ないため、健康管理についてのマニュアルの整備が求められます。

施設として、家族支援の考え方（位置づけ）を明示していくことが求められます。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

「利用しやすく自立しやすい施設へ」と目標を掲げ、セーフティネット機能の発揮と自立推進の二本柱で支援をすすめています。

利用者の意向を尊重した個別支援計画に基づく「その人らしい生活の実現」のための地域移行等の事業展開について、本評価を受けてさらに就労支援等まで積極的に推進していく姿勢で努めてまいります。また、利用者がより安心して安全に生活していただくために、リスクマネジメント・権利擁護・苦情解決等システムの連動を図り、一体的な支援に繋がられるよう配慮してまいります。

今後も、従業者の資質向上に取り組みつつ個々のニーズに即応し総合的な支援体制を確立し、救護施設の機能を最大限発揮できるように努めてまいります。

各評価項目に係る第三者評価結果

(別紙1)

各評価項目に係る評価結果グラフ

(別紙2)

(別紙1)

評価細目の第三者評価結果

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

	第三者評価結果
- 1 -(1) 理念、基本方針を確立している。	
- 1 -(1)- 理念を明文化している。	(a)・b・c
- 1 -(1)- 理念に基づく基本方針を明文化している。	(a)・b・c
- 1 -(2) 理念や基本方針を周知している。	
- 1 -(2)- 理念や基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。	a・(b)・c

特記事項

理念・基本方針が確立され、事業計画にも明記されています。また、利用者・家族・来客者が見えるところに掲示することやホームページを開設することにより、理念・基本方針の周知が行われています。
なお、利用者への周知については、利用者自治会にて行われていますが、分かり易い工夫が求められます。

- 2 計画の策定

	第三者評価結果
- 2 -(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。	
- 2 -(1)- 中・長期計画を策定している。	a・(b)・c
- 2 -(1)- 中・長期計画を踏まえた事業計画を策定している。	a・(b)・c
- 2 -(2) 計画を適切に策定している。	
- 2 -(2)- 計画の策定を組織的に行っている。	a・(b)・c
- 2 -(2)- 計画を職員や利用者等に周知している。	a・(b)・c

特記事項

中・長期計画については、事業計画に、中・長期的な視点が含まれた内容が明記されています。また、計画の実現に向けた具体的な内容になっています。
計画の策定については、組織的に行われています。しかし、中長期計画の評価に基づく見直しが不十分なため、今後、計画の見直し体制の確立が求められます。

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
- 3 - (1) 管理者の責任を明確にしている。	
- 3 - (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 ・ (b) ・ c
- 3 - (1) - 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 ・ (b) ・ c
- 3 - (2) 管理者のリーダーシップを発揮している。	
- 3 - (2) - 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) ・ b ・ c
- 3 - (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 ・ (b) ・ c

特記事項

管理者の責任については、会議の場や広報誌で表明されています。また、遵守すべき法令についての取組についてもリスト化し、職員へ周知する工夫が伺えました。

また、リーダーシップについては、サービスの質の向上に意欲を持ち、管理者自身が職員会議・各委員会会議等に出席することにより、定期的かつ具体的に検討し、指導力を発揮されています。

今後は、管理者自身の自己点検や職員や利用者からの評価など管理者の取り組みを明確にしていくことが求められます。

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

	第三者評価結果
- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
- 1 - (1) - 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	a ・ (b) ・ c
- 1 - (1) - 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 ・ (b) ・ c
- 1 - (1) - 外部監査を実施している。	a ・ b ・ (c)

特記事項

経営状況の把握については、関係機関研修や社会福祉協議会からのメールニュースで把握されています。また、法人の関係する施設長会議で他の種別の施設との交流・情報交換が行われています。

経営状況の分析については、毎月の利用者対象者の数値把握や職員への報告や周知が行われています。

今後は、経営状況の改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されていくことが求められます。

- 2 人材の確保・養成

	第三者評価結果
- 2 -(1) 人事管理の体制を整備している。	
- 2 -(1)- 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	a・(b)・c
- 2 -(1)- 人事考課を客観的な基準に基づいて行っている。	a・b・(c)
- 2 -(2) 職員の就業状況に配慮している。	
- 2 -(2)- 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を構築している。	a・(b)・c
- 2 -(2)- 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・ - ・c
- 2 -(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	
- 2 -(3)- 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示している。	(a)・b・c
- 2 -(3)- 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画を策定し、計画に基づいて具体的な取組を行っている。	a・(b)・c
- 2 -(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。	a・(b)・c
- 2 -(4) 実習生の受け入れを適切に行っている。	
- 2 -(4)- 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a・(b)・c
- 2 -(4)- 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a・b・(c)

特記事項

<p>人事考課については、研修や検討が進められていますが、今の段階では導入に至っていません。</p> <p>職員の就業状況の配慮は、就業についての意向や意見について、施設長や主任が必要に応じて聴取する取組が行われ、職員の意向が尊重されています。</p> <p>職員の質の向上に向けた取組は、教育・研修に関する基本姿勢を明示することにより、全体としての必要資格・技術水準などの把握がなされています。今後は、個々の研修計画を策定することが課題です。</p> <p>実習生の受け入れについては、学校と覚書を取り交わすなどによって、実習における責任体制が明確にされていますが、現時点では、実習依頼がありません。</p> <p>今後は、人材確保から養成までの総合的なプランの作成が求められます。</p>
--

- 3 安全管理

	第三者評価結果
- 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。	
- 3 - (1)- 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制を整備し機能している。	(a) b・c
- 3 - (1)- 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・(b) c
- 3 - (2) 積極的に防災に関する取組を行っている。	
- 3 - (2)- 防災や安全確保のための設備の工夫を行っている。	(a) b・c
- 3 - (2)- 災害時（火事、地震、台風など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a・(b) c

特記事項

利用者の安全を確保する取り組みは、マニュアル委員会を中心とし、毎月1回以上定期的にリスクマネジメントの検討会が実施されています。また、写真入りの個人情報があり、緊急時に的確に利用者の状況がわかる工夫が伺えます。

防災については、安全確保のための導線や物の置き方の工夫が確認できました。

災害時の安全確保の体制については、火災については体制整備がされていますが、それ以外の災害については、現在、検討中です。今後、地域連携を含めた幅広い災害対応の拡充が望まれます。なお、地震については地元消防署と現在協議中であり、地域連携の充実が期待されます。

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係を適切に確保している。	
- 4 - (1)- 利用者と地域との関わりを大切にしている。	(a)・b・c
- 4 - (1)- 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・(b)・c
- 4 - (1)- 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・b・(c)
- 4 - (2) 関係機関との連携を確保している。	
- 4 - (2)- 必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c
- 4 - (2)- 関係機関等との連携を適切に行っている。	(a)・b・c
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
- 4 - (3)- 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行って	a・(b)・c

特記事項

利用者と地域との関係を大切にされており、地域行事などへの参加も積極的です。また、利用者が月1回以上の外出ができるよう施設から交通費の助成を行うなど外出の促進が行われています。

しかし、ボランティアの受け入れ体制が確立されておらず、ボランティア活用には至っていないのが現状です。

社会資源については、自立支援委員会を中心に、マップの作成などで、周辺社会資源を明示し、利用者へ情報提供が行われています。また、地区の警察・行政・民生委員などから構成されるネットワーク会議を開催することにより、関係機関との連携が確保されています。

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果
- 1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	
- 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。	(a)・b・c
- 1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。	
- 1-(2)- 利用者やその家族等の意向の把握と満足の上昇への活用に取り組んでいる。	(a)・b・c
- 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	
- 1-(3)- 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・(b)・c
- 1-(3)- 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	(a)・b・c
- 1-(3)- 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・(b)・c

特記事項

<p>利用者を尊重する姿勢を明示し、利用者満足度の向上に努めていることを伺いました。利用者自治会が積極的で、自治会や意見箱を通して利用者の意見を施設のサービスに反映させています。</p> <p>利用者からの意見については、苦情解決の仕組みが確立され、福祉サービスの改善に反映されていますが、意見提案に関する対応マニュアルの整備はされていません。</p> <p>今後、意見提案に関する対応マニュアルの策定とともに、意見提案についての記録や報告が求められます。</p>
--

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
- 2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。	
- 2-(1)- サービス内容について定期的に評価を行い、取り組むべき課題を明確にしている。	a・(b)・c
- 2-(1)- 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a・b・(c)
- 2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
- 2-(2)- 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a・(b)・c
- 2-(2)- 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	(a)・b・c
- 2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
- 2-(3)- 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a・(b)・c
- 2-(3)- 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・(b)・c
- 2-(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。	a・(b)・c

特記事項

<p>サービス内容についての自己評価は、施設長が行い、取り組むべき課題を明確にし、職員会議などで周知されています。</p> <p>しかし、評価結果から明確になった課題について、サービス改善策定の仕組みは確立されていません。今後、複数の部署(職種)や各役職の参画によってサービス課題の改善策や改善計画を検討していくことが必要です。</p>
--

サービス実施の記録については、サービス実施計画に基づく記録が残されていません。しかし、記録内容にばらつきが見られ、今後、記録の標準化が求められます。
 利用者の状況に関する情報は、ケアカンファレンスを開催することで、他職種で共有化していることが伺えました。

- 3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
- 3 - (1) サービス提供の開始を適切に行っている。	
- 3 - (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・(b)・c
- 3 - (1) - 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・(b)・c
- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
- 3 - (2) - 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。	a・(b)・c

特記事項

利用希望者への情報提供は、福祉事務所を通しての情報提供が主となっています。
 サービス開始時には、主任により丁寧な入所説明が重要事項説明書に基づき行われています。なお、サービスの開始は、措置施設のため、契約書ではなく、同意書にサインをした上で開始されます。
 事業所の変更を含めた退所者支援は、救護施設通所事業の中で訪問指導が月1回以上行われていることが確認出来ました。

- 4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果
- 4 - (1) 利用者のアセスメントを行っている。	
- 4 - (1) - 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a・(b)・c
- 4 - (1) - 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a)・b・c
- 4 - (2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
- 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。	a・(b)・c
- 4 - (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。	a・(b)・c

特記事項

アセスメントについては、「救護施設個別支援計画書マニュアル」に基づき作成されています。利用者の課題については、サービス場面ごとに細部にわたり明記されています。
 今後は、アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めていくことが求められます。
 サービス実施計画書は、職種や部署を超えた合議体制が確立しています。モニタリングについては、個人によって時期が変わりますが、3カ月の範囲で定期的に行われています。
 サービス実施計画の見直しについては、3カ月から6カ月の範囲内で定期的に行われています。しかしながら、見直しのついての手順や見直しの周知については、明確な位置づけがなく、今後、組織的な仕組みの確立が課題です。

評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重

	第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者の尊重	
- 1 - (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をしている。	a・(b)・c
- 1 - (1) - 利用者の主体的な活動を尊重している。	(a)・b・c
- 1 - (1) - 利用者の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を整備している。	(a)・b・c
- 1 - (1) - 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	a・(b)・c
- 1 - (2) 利用者の権利擁護	
- 1 - (2) - 利用者の権利の行使を支援するための具体的な取り組みを行っている。	a・(b)・c
- 1 - (2) - 虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置、性的いやがらせ等）等の人権侵害について、防止対策を図っている。	a・(b)・c
- 1 - (2) - 利用者のプライバシー確保のための支援や工夫をしている。	a・b・(c)

特記事項

<p>利用者の尊重については、利用者自治会が定期的開催され、主体的な活動に反映されています。また、自治会活動に職員が参加することで利用者主体の自治会活動が尊重しています。</p> <p>日常生活の支援においては、個別支援計画などで見守りの支援の体制が構築され、それに基づく取り組みが行われています。</p> <p>利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムは、社会生活訓練（SST）を取り入れており、自己表現の場が提供されています。</p> <p>利用者への権利行使については、選挙の投票の事例が確認できました。また、利用者の尊厳についても、利用者に対する行動基準に謳われており、それに基づいた取り組みがなされています。</p> <p>今後は、利用者のプライバシー保護に関する規定やマニュアルの整備をしていくとともに、研修を実施していくことが課題です。</p>
--

- 2 日常生活支援

	第三者評価結果
- 2 - (1) 食事	
- 2 - (1) - サービス実施計画に基づいた食事サービスを用意している。	(a)・b・c
- 2 - (1) - 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している。	a・(b)・c
- 2 - (2) 入浴	
- 2 - (2) - 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	a・(b)・c
- 2 - (2) - 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	(a)・b・c
- 2 - (3) 排泄	
- 2 - (3) - 排泄介助は快適に行っている。	(a)・b・c
- 2 - (3) - トイレは清潔で快適である。	a・(b)・c

- 2 - (4) 衣服		
- 2 - (4) -	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	(a)・b・c
- 2 - (4) -	衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	a・(b)・c
- 2 - (5) 理容・美容		
- 2 - (5) -	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・(b)・c
- 2 - (5) -	理髪店や美容院の利用について配慮している。	(a)・b・c
- 2 - (6) 睡眠		
- 2 - (6) -	安眠できるように配慮している。	a・(b)・c
- 2 - (7) 健康管理		
- 2 - (7) -	日常の健康管理は適切である。	a・(b)・c
- 2 - (7) -	必要な時、迅速かつ適切な医療を受けられる。	a・(b)・c
- 2 - (7) -	内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a・(b)・c
- 2 - (8) 趣味・嗜好		
- 2 - (8) -	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	(a)・b・c
- 2 - (8) -	嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望を尊重している。	a・(b)・c
- 2 - (9) 居室		
- 2 - (9) -	居室等の環境は適切である。	a・(b)・c

特記事項

食事については、委託業者と施設の栄養士の定期的な連携が伺えました。嗜好調査は定期的に行われており、その結果が献立に反映されています。特に、昼食は毎日、選択メニューとなっており、入所者の日々の楽しみになっています。

入浴については、自立されている方は毎日、介助が必要な方については週3回の提供が行われています。

排泄について旧棟については、入り口がカーテントイレの場所が残されており、プライバシーを配慮した改造が望まれます。なお、掃除については、毎日2回行われていますが、紙おむつ処理など、衛生管理を含んだマニュアル明記が必要です。

健康管理については、健康管理票が整備されています。病院、施設内看護師の健康相談は日常的に行える体制になっており、年3回、入所者の健康状態の報告が家族にも行われています。

今後は、標準的な健康管理の方法を示すマニュアルを整備することによって、医療職以外のスタッフの対応を標準化していくことが必要です。

煙草など嗜好品については、利用者自治会等で定期的に話し合われています。職員と利用者との話し合いも多く持たれ、様々な配慮が行われていることを実地確認しました。

- 3 社会生活支援

- 3 - (1) 余暇・レクリエーション		
- 3 - (1)-	余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行っている。	a・(b)・c
- 3 - (2) 外出・外泊		
- 3 - (2)-	外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・(b)・c
- 3 - (2)-	外泊は利用者の希望に応じるよう配慮している。	a・(b)・c
- 3 - (3) 所持金・預り金の管理等		
- 3 - (3)-	預り金について、適切な管理体制を作っている。	(a)・b・c
- 3 - (4) 就労・社会参加		
- 3 - (4)-	就労に関する取り組みを確立している。	a・(b)・c
- 3 - (4)-	社会参加に関する多様な機会を確保している。	a・(b)・c

特記事項

クラブ活動が月1回行われており、利用者の意向を尊重した活動になっています。外部からのボランティアについては、書道クラブの講師の事例が確認できました。しかし、ボランティアの窓口の明確化や連携までには至っていません。金銭の自己管理については、個人のロッカーがあり、個人管理が出来るよう配慮されています。就労に関する取り組みは、施設内の掃除などで作業の工賃は支払われていますが、就労に関する情報提供までには至っていません。今後、社会参加の取組については、地域活動への参加等、社会的な要素を含んだ活動の機会を確保していくことが課題です。

- 4 障害特性支援

- 4 - (1) 障害特性支援		
- 4 - (1)-	利用者個々の障害の特性に応じた支援を行っている。	a・(b)・c
- 4 - (1)-	行動障害のある方への特別な支援を行っている。	a・b・(c)
- 4 - (1)-	重複障害のある方への特別な支援を行っている。	a・b・(c)
- 4 - (2) 家族支援		
- 4 - (2)-	家族に対する支援、助言を行っている。	a・b・(c)

特記事項

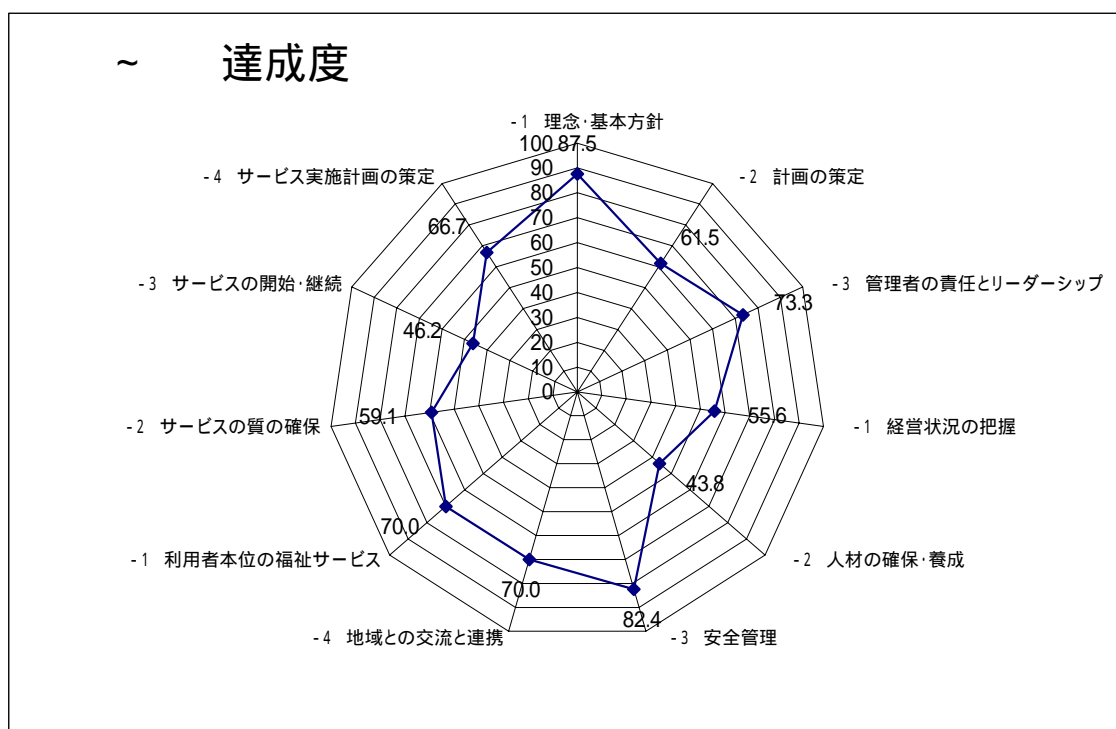
救護施設の特徴として、家族と疎遠になっている方が多いのが現状であり、家族への情報提供の取り組みとして、年2回、機関紙の送付の事例を伺いました。施設における家族支援については、近況報告や機関誌の送付の事例を伺いましたが、情報交換や家族対象の講習会の開催は行われておらず、支援の位置づけが明確ではありません。今後は、施設としての家族支援の位置づけについて検討され、支援を明確にいくことが必要です。

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

～ 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
-1 理念・基本方針	8	7	87.5
-2 計画の策定	13	8	61.5
-3 管理者の責任とリーダーシップ	15	11	73.3
-1 経営状況の把握	9	5	55.6
-2 人材の確保・養成	32	14	43.8
-3 安全管理	17	14	82.4
-4 地域との交流と連携	20	14	70.0
-1 利用者本位の福祉サービス	20	14	70.0
-2 サービスの質の確保	22	13	59.1
-3 サービスの開始・継続	13	6	46.2
-4 サービス実施計画の策定	12	8	66.7
～ 合計	181	114	63.0



達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 - (1) 利用者の尊重	16	12	75.0
1 - (2) 利用者の権利擁護	11	3	27.3
2 - (1) 食事	8	6	75.0
2 - (2) 入浴	8	7	87.5
2 - (3) 排泄	10	7	70.0
2 - (4) 衣服	5	4	80.0
2 - (5) 理容・美容	5	4	80.0
2 - (6) 睡眠	5	2	40.0
2 - (7) 健康管理	14	8	57.1
2 - (8) 趣味・嗜好	6	5	83.3
2 - (9) 居室	4	1	25.0
3 - (1) 余暇・レクリエーション	4	1	25.0
3 - (2) 外出・外泊	7	4	57.1
3 - (3) 所持金・預かり金の管理等	3	3	100.0
3 - (4) 就労・社会参加	8	2	25.0
4 - (1) 障害特性支援	12	3	25.0
4 - (2) 家族支援	3	0	0.0
合計	129	72	55.8
総合計	310	186	60.0

達成度

