

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

株式会社第三者評価機構 静岡評価調査室

②施設・事業所情報

名称：救護施設神ヶ谷園	種別：救護施設
代表者氏名：藤田 悦史	定員（利用人数）：110名
所在地：静岡県浜松市中央区神ヶ谷町2254番地の1	
TEL：053-485-6688	ホームページ： http://www.sankoukai.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成29年12月24日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人三幸会	
職員数	常勤職員：27名 非常勤職員 1名
専門職員	施設長 1名 栄養士 1名
	生活相談員 3名 事務員 2名
	看護師 2名 介護職 18名
施設・設備 の概要	（居室数） 72部屋 （設備等）
	ランドリー室 作業場

③理念・基本方針

- 1）利用者の人権を尊重した支援と利用者主体の個別支援の指導を行います。
- 2）循環型セーフティネット施設として機能するための利用者の地域移行促進や他種別施設への移行促進を行います。
- 3）生活困窮者自立支援制度および生活保護法を見据えた生活困窮者支援関係事業の取り組みを推進します。
- 4）社会福祉法人制度の見直しへの対応として、公益的な活動の推進について積極的に取り組み、地域住民に信頼され愛されるしせつであることを社会に発信していきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

居宅生活訓練事業
通所・訪問事業
就労訓練事業

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年10月1日（契約日）～ 令和7年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（令和元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

前向きにトライを続けている事業所です

地域に向けては、「貢献できることはないか」との思いをフードパントリーで実現させ、内部においては、働きやすさを第一に宿直制度を廃止するための補完を整備し、義務付けとなった個別支援計画の作成にあたっては精神保健福祉士を2名へと増員させているほか、利用者の作業内容には社会に関わるとの姿勢をSDGsに込めてエコキャップの分別作業を取り入れる等、前向きにトライしています。今後は、認定就労訓練事業に取組む法人内の2事業所と協力し合い、日常生活支援住居施設に係るトライも期待します

◇改善を求められる点

向上を期待したいとする点は2つあります

1点目は、法人のホームページを外部に向けた公開ツールと位置付けていますので、現在のようにリンクを辿らないと確認できないという仕組みは改良することを望みます。
2点目は第三者評価の受審が今回2回目ですが、今後も継続の考えにある場合は、毎年
の自己評価（国基準：全国共通の評価基準および公表様式を使用）に取組、職員一人ひとりが自らのおこなう業務のねらいや義務範囲についての説明ができるようになることを期待します

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、開設以後2回目の第三者評価を受審させていただきました。救護施設としての地域との関りと役割、社会福祉としての施設運営、方針、細かい業務の一つひとつの取り組みにおいて、職員全体で見直す良い機会となりました。しかしながら、受審の準備期間から施設の取り組みについての把握や裏付け、紐づけをしていくという点での課題も浮き彫りとなり、自施設での日頃の業務においても課題が明確になったと感じています。また、受審でご指摘いただいた点につきましても、施設内の会議等で周知を図り、日常的に確認していく必要があると考えております。今後の施設方針としましても、救護施設という施設種別としては特殊ではありますが、個別支援を念頭にご利用者の自己実現に注力をしていく事には変わりはありません。福祉施設として地域の福祉の拠点となり、選ばれる施設となり得るよう、今後も改善を進めていく所存です。今後も第三者評価受審により、自施設の現状把握、課題抽出、改善のサイクルを継続させ、より良い支援、施設運営に繋げていきます。受審に関しましてご協力いただき有難うございました。

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・⑩・c
＜コメント＞ 施設理念は、生活困窮者自立支援制度および生活保護法に基づいたものであり、事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた使命や目指す方向、考え方を読み取ることができます。年度の始まりにあたり、管理者がおこなう研修において、理念の読み合わせに取り組むことで職員の意識づけを図っていますが、目標は理念に基づいてというものでもなく、周知状況を確認したことはありません。また、ホームページでは当該内容までリンクを辿る必要があることから、一般市民を含む外部者への周知には取組の余地があります		

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・⑩・c
＜コメント＞ 法人において「総務会」と称した会議が毎月催され、地域に在る事業所管理者の協議の場と成っています。そこでは社会福祉事業全体の動向が伝えられ、例えば管理者は「社会福祉について注視すべきは財源が少なくなっているということ。人件費高騰で、倒産しているところが多いので、経営バランスには気をつけていかなければと思っている」と考えています。内部環境・外部環境の強み・弱みの分析はあるものの、地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析していることは三幸会短期経営計画書の該当箇所からは確認できませんでした		
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・⑩・c
＜コメント＞ 月一回開催の総務会には地域事業所から4名の管理者と法人理事長が同席、経営環境や実施する福祉サービスについて話し合われていますが、詳細については職員に下りていません。		

経営状況や改善すべき課題については、管理者が朝礼や職員会議を通じて職員に伝えられ、書面での供覧も成されています。一方、「解決・改善が具体的に進められているか」は、他地域への営業訪問等が挙げられるものの、看護師増員をすべきか否かといった未着手の事柄もあります。課題解決に向けた推進計画がないことが原因と考えられます

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。	a・⑩・c
<コメント> 事業所では法人が作成した「三幸会短期経営計画書（2024－2028）」を事業所の中・長期計画としています。書面には、理念や基本方針の実現に向けた目標が明示されており、内部環境と外部環境を洗い出したうえで、具体的に注力する事柄を上げています。ただし、大枠の数値目標や具体的な成果の設定はあるものの、各取組における数値目標や費用算定がなく、どのように推進するかについて具体的には及んでいないため、実施状況の評価をおこなえる内容と受けとめることができず、見直しが図られているとは捉えにくい状況にあります		
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・⑩・c
<コメント> 事業所では、法人の中・長期計画に基づいて所内で5か年計画を立案しています。2つの中・長期計画を参考としたことが確認できる箇所もありますが、年度の事業計画は単独作成され、連動には及んでいません。「勉強会の企画実施・研修参加」をはじめ取組には月日が明記され、利用者に提供される「イベント食の企画実施」においてはメニュー名もあり、全体は分野ごとに整理されて具体的であり、「必ず実施される」ことが伝わるものです。ただし、人数や回数はあるものの、予算は事務代行に関するのみで、数値に係るものは薄い状況です		
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・⑩・c
<コメント> 単年度の事業計画は、毎月の職員会議を通じて、生活相談員、看護師、精神保健福祉士、介護職、栄養士、事務員、介助員、全ての職種からの意見を受け取っている管理者が、それらを集約して作成しています。年度末の3月に次年度の事業計画を職員に発表することは位置付けられていますが、作成途中における時期、手順の定めはありません。また、見直しも必要に応じてとしています。管理者は、「四半期での見直し、確認」「予算立てには全職員が加わる」のがよいと、以前から考えています		
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・⑩・c
<コメント> 事業所には、利用者が中心となって隔月開催されている自治会があります。事業計画には利用者の生活に直接係る内容は薄く、その年度に新たに加えた取組や、廃止したことを解説し		

ています。年1回家族会の開催もあり、理念や方針について改めて説明していますが、事業計画については利用者と同様です。今後、自治会で事業計画を共有するとしたなら、現在の「3割程の出席率」の是正が求められます。また、障害等で口頭説明では十分な理解に至らないことも想定されますので、伝え方には取組の余地があります

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・⑩・c
<コメント> 事業所では、全国救護施設協議会が提供する「救護施設サービス評価基準・課題改善シート」を職員の自己評価として位置付けています。こちらのシートは利用者へのサービス提供に関わる項目が中心ですので、第三者評価でいうところの内容評価（サービス中心）であり、共通評価（組織マネジメント中心）の内容は含まれていません。分析・検討については、「改善対象項目」「課題」の項目に課題点を挙げ、「改善目標」「改善計画」「達成時期」欄を通じて検討されていることを確認できます。福祉サービス第三者評価は今回が2度目ですが、受審後の自己評価には取組めていません		
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。	a・⑩・c
<コメント> 「救護施設サービス評価基準・課題改善シート」における取組については、評価結果が検討され、それにもとづく課題が文書化されています。また、本件については全職員で取組むとしていることから、職員間での課題の共有化も図られています。その後は適宜、委員会やプロジェクトに割り振り、進捗等については毎月の職員会議で議題に載せています。ただし、改善計画があるのは「救護施設サービス評価基準・課題改善シート」に係る内容＝サービス中心であり、運営・マネジメント分野における改善計画や進捗確認ができるものではありません		

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・⑩・c
<コメント> 事業所の自己評価は不明な点が多々あったものの、受審訪問における質疑応答では管理者から明確な考え、取組状況を聞くことができました。このことから、毎月の職員会議と各種委員会やプロジェクトへの出席を通じて、管理者は職員へ「自らの経営・管理に関する方針と取組」を明確に伝えているであろうことが推量されます。また、「職員業務分担表」には、管		

理者の役割が明記されています。ホームページに掲載された「施設責任者メッセージ」は、社会の中における救護施設の役割説明のみで、管理者として自らの役割と責任について表明したものではありません		
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・⑩・c
<コメント> 「管理者が捉える遵守すべき法令とは何か」については、社会福祉として対象者のその人らしい生活を守るために、生活保護法を理解しており、憲法の生存権（憲法第25条）が、生活保護法の最低限度の生活の保障につながるとしています。また、エコキャップ回収業者との連携でエコキャップの分別作業を利用者の活動に取り入れたのは、法人主導で推進されているSDGsに基づき、リサイクルに着目してのことからです。生活保護法については年1回の研修実施のほか、新人にも研修内で設定されています。また、権利擁護やプライバシー保護については勉強会で設定されています		
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。	a・⑩・c
<コメント> 事業所では、実施する福祉サービスの質を担保する為に、「事故対策/虐待拘束廃止委員会」「感染対策委員会」「防犯・防災委員会」「衛生管理委員会」との4つの委員会及び、次の5つのプロジェクトが運用されています（「地域交流プロジェクト」「環境整備推進プロジェクト」「接遇マナー向上プロジェクト」「クラブ活動推進プロジェクト」「満足感向上プロジェクト」）。管理者は、「事故対策/虐待拘束廃止委員会」には鋭意出席していますが、他は都合があればとしています。委員会とプロジェクトを福祉サービスの質の向上に向けた組織内の具体的な体制とみることはできます		
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。	a・⑩・c
<コメント> 管理者は、法人主催の総務会へ毎月出席をしています。そこに集まる他事業所の事例が参考となり、経営の改善や業務の実効性につながる情報収受ができ、直接法人から指示を受けることもあります。職員あつての事業所ということは念頭にあり、働きやすさへの配慮と実践については、「宿直をなくし、防犯警備会社との契約を導入する」といった具体的な事例がみられます。一方、経営の改善や業務の実効性の向上に向けた取組については、決定事項の稟議書供覧があるものの、総務会とのパイプの太さに比べ、内部との情報共有は十分ではありません		

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。	a・⑩・c
<コメント>		

必要な福祉人材については「わたしたちがめざしたい 10の利他のところ（K）」としてクレドがあり、入職者全てに葉書サイズのもので配付されています。必要な福祉人材や人員体制については「法人が執りおこなう」としていて、事業所には具体的なものはなく、共有は成されていません。面接も新卒採用の場合は全て本部が担当しています。中途採用者は事業所でおこなうものの、面接後の決裁は本部に権限があります。「施設理念に基づいた採用ができているか」については、「人間性、協調性、社会性等の基準があり、これらを総合採点とする」との回答が得られています		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 法人、事業所の理念にもとづいた「期待する職員像」は、クレドとしています。また、「就業規則と給与規程により一定の人事基準にもとづいた運用が図られる」としてはありますが、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等が反映されているとするには取組の余地があります。職員の業務状況を把握するものとしては、6月と12月の賞与支給に合わせて確認をおこなう「個人目標の設定」と、それに伴う上位者との面談があり、等級と紐づけられています。幾つかの取組はあるも、「処遇改善の必要性を評価・分析する」に及ぶような、総合的な仕組みは確認できません		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 人間関係が働きやすさにつながるという捉えがあり、「急な休みの人がでた時に快く受けられるよう、自分も助けてもらっているという意識を持っていて欲しい」ことは、管理者から職員に話しています。時間外労働はほぼなく、年間14日前後と職員の有給休暇の取得率は高く、連続7日との例もある程で、管理者の考えは概ね実現しています。定期的な個別面談はないものの、産業医も参入したストレスチェックの実施があるほか、訪問歯科に切り替えることで歯科の受診同行に係る工数削減を図る等、職員の心身の健康と安全の確保に努めています		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 組織として「期待する職員像」はクレドにおいて明確なものの、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みにおける目標設定は、理念やクレドとの連動はありません。夏、冬の賞与に反映する人事考課の一環として目標管理制度が敷かれ、目標に基づく個人面談の実施があります。管理者と考課者（主任）によりフィードバックがおこなわれてはいますが、あくまでも目標設定と進捗、達成度についての確認、助言です。目標設定については組織の目標や方針に基づくものでも、そうでなくてもよいとしていて縛りのない個人目標です		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、組織が職員に必要とされる専門技術や資格の明示は確認できませんでした。教育・研修計画と題してはいたませんが、単年度の事業計画には「勉強会の企画・研修参加」との項目が設けられ、事業所が重要とする「権利		

擁護」や「コンプライアンス」等の勉強会が毎月実施されています。更に「関東地区救護施設職員研修会」をはじめ、全国・関東地区・県に於いて開催される救護施設職員向け研修会についても開催年月日を押さえており、確実に出席できるよう図られています		
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・⑩・c
<コメント> 専門資格の取得状況を職員別に確認できる書面はありますが、個別の職員の知識、技術水準の把握については、管理者の頭の中であり、一覧表といったアウトプットはありません。法人では、新任職員には「新入職員事前研修」、2年目新卒者に向けた「2年目ランチミーティング」をはじめ、ステップアップ研修 キャリアアップ研修等の階層別研修が設けられています。一方で、プログラムは勤務年数といった外形的な基準による参加としていて、個別の知識、技術水準に及んだものではありません。なお、研修においては報告レポートの作成が義務付けられています		
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・⑩・c
<コメント> 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢は明文化され、マニュアルが整備されています。職員の中には受入れに係る指導方法を学んだ社会福祉士実習指導者がいますが、担当指導者が別の者となることもあり、また当該職員から担当者への指導や内部講習の実施はおこなっていません。学校から送られてくるプログラムをベースに、事業所に備わる内容や条件をアレンジして実習プログラムを完成させ、先方の了解を得たうえで取り組んでいます。学校からの巡回が週1回あり、終了後には座談会の開催もあります		

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・⑩・c
<コメント> 年4回の広報誌の発刊と法人のホームページによる公開があります。ホームページは、リンクを辿らないと確認できない内容があり、十分な公開とは言い難い状況にあります。一方、事業所の方針や活動内容については、法人のホームページ内にあるものの速やかに確認できます。ただし、前回の第三者評価の受審結果は玄関設置のみで、広く知らせてはいません。同じく苦情・相談も体制についても玄関掲示がされていますが、「実績がない」との理由を以って公開状況と、その仕組みは確認されませんでした		
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・⑩・c
<コメント> 経理財務のルールとして「経理規程」があり、金額に応じて「合い見積もりは3社以上とする」といった内容が明記されています。「就業規則」「給与規程」等は、玄関設置のほか職員IDを通じて職員のみ確認できるシステム上での閲覧を可能としています。見たい人は見		

なさい」という形式の為、職員が内容を理解、把握しているかは不透明です。内部監査については、月次の監査と年度始めにおこなう決算監査の実施が法人により義務付けられ、いずれも税理士法人による外部監査員が担当することで、より透明性を高めています。指摘事項については法人を通して届いています

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・⑩・c
<コメント> 5つ設けたプロジェクトの中に「地域交流プロジェクト」があり、地域との関わりについては、取組の目的と役割を「事業計画」の中で述べ、「カラオケ大会」「納涼祭」「ボーリング大会」を開催するとか、地域の「福祉まつり」「秋まつり」への出店を図っています。個々のニーズを積極的に収集するというのではないものの、意向を把握してマッチングできるものがあれば鋭意つなぐ態勢にあり、利用者に向けた地域情報の提供は、食堂の外壁に設置された掲示板をはじめ、各所で目にすることができます		
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。	a・⑩・c
<コメント> ボランティアの受入れ及び学校教育への協力についての基本姿勢は明示されていません。学生のボランティアの受入れは静岡県ボランティア協会を通じた「サマーボランティア」の制度によるもので、協会から届く名簿と学生が携帯する個人カードを以って受入れ、事業所では登録手続きはおこないません。サマーショートについては、活動の注意点やオリエンテーションで伝える内容の書面化は成されていますが、地域から訪問する尺八やハーモニカのボランティアにはありません。また、学校に向けて講師派遣するとか、出前講座等実績がありません		
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・⑩・c
<コメント> 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料は作成されておらず、職員間における情報の共有化には及んでいませんが、窓口は2名の精神保健福祉士としています。「元・利用者のことで相談支援センターの来所があった」との例をはじめ、事業所が自ら動いてということではなく、課題は諸所地域から舞い込み、その結果ネットワーク形成に至っているのが現状です。福祉事務所への定期訪問に取組むほか、近年は精神疾患の利用者が増え、ケースによっては定期的な会合となる場合もあり、病院との関係構築も進んでいます		
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。	⑩・b・c

＜コメント＞ 地域との交流については、職員４名編成で「地域交流プロジェクト」が設置され、地域との交流・親睦を目的に毎月合議を重ねており、日常的に草取りや資源回収に加わり、秋祭りへの出店協力も果たしています。また、近くに小学校が在ることから子ども食堂も検討していましたがニーズがないことから、自治会長の提言で県営団地へのフードパントリーも始まっています。フードバンクから食品提供を受け、個人への配布をおこなうもので、地域住民との交流活動を通じて、福祉ニーズや生活課題の把握につながることを期待されています		
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・⑩・c
＜コメント＞ 自治会長の提言から、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる活動としてフードパントリーに取組み、計画はないものの実施記録簿にて経過確認を可能としています。他にも、地域の清掃や資源回収への参加を通じた住民間のつながりや相互の協力関係の構築も進めています。福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報等、事業所が有するハウツーではないものの、納涼祭ではかき氷やポップコーンの無償提供といった地域還元に取り組んでいます。また、災害時の福祉避難所として登録されてもいます		

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・⑩・c
＜コメント＞ クレドでは「仕事を通じて人としての成長を促す利他のこころ」を謳い、倫理規程では「人権を尊重した基本姿勢を堅持し、創意工夫をもって利用者の生活扶助をおこなう」ことを定め、倫理規程に基づく行動指針では具体的な行動を示しています。以上のように職員が目にする書面には利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示があり、「接遇マナープロジェクト」の活動では、ポスター掲示等で職員への注意喚起が図られています。ただし、提供している「標準的な実施方法」が何かは明瞭でなく、明示された姿勢を職員が体現しているか確認することは難しい状況にあります		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 権利擁護規程や行動指針との紐づけはありませんが、「救護施設サービス評価基準・課題改善シート」への取組に因り、本件への職員の理解は進んでいることが確認されます。利用者のでき得る限りの自主自立を願い、自治会による体制づくりとか、２人部屋には仕切りカーテンを取り付ける等のハード面にも尽力しています。また、利用者の自治会が隔月であるように、家族にも年に１回家族会がありますが、出席者については前者が３割、後者もまちまちとの状況で、両者をプライバシー保護に関する取組の周知というには出席率に難があります		

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・⑩・c
<コメント> 利用希望者に説明する資料、及び広く事業内容を知らせるパンフレットを備えており、ホームページにおける事業所紹介は、写真や図が使われ、分かり易くしようとの意識が伝わるものです。3名の生活相談員と2名の精神保健福祉士を揃え、個別に対応できる体制を整えており、入院中の対応として写真付き説明書も作成しています。また、入所してまもなく退所というようなことを回避するためにも、見学だけでなく体験入所も1か月程可能としています。一方で、提供するホームページ、パンフレット、説明資料の内容の見直しを定期的取組として位置付けてはいません		
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。	a・⑩・c
<コメント> 入所にあたり、利用者には「利用者心得」「日課表」を通じて説明のうえ、誓約書に署名同意を得ています。説明では、福祉事務所からの「依頼書」「施設受入書」を基盤として、相手が理解できる言葉に置き換えるとか、わかる言葉で話しています。入口としては生活相談員が担当しており、1日の流れや年間の行事も伝え、見通しが立つようにとの支援があります。その後は精神保健福祉士が具体的なサービス内容について、また設備等は担当職員からというように多面的に説明にあたっていますが、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化及び運用はありません		
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。	a・⑩・c
<コメント> 福祉サービスの内容の変更については、例えば地域移行ではアパートを探し、生活に必要な日用品の購入を助言しつつ一緒に取組んでいます。また、他の施設に移行する場合は、引き続き利用する病院や行政との調整をおこない、「福祉見聞録（ソフトウェア）」へ経過記録を残しています。なお、福祉サービスの継続性に配慮した手順に向けた引継ぎ文書の定めはなく、利用者個別の状況に応じて行政とのやりとりを通して進めています。また退所では保護施設管理は終了となり、行政管理へ移行となるため、やむを得ず相談に応じることはあっても記録には残していません		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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・⑩・c
<コメント> 年に一度「生活についてのアンケート」を実施、「読みたい雑誌、新聞はあるか」といった暮らし向きについての意向確認に取組、集計結果も公表されていますが、職員のケアサービスに係る内容を含む総合的な満足度調査には及んでいません。個別面談を定期でおこなってはいるものの、担当制が敷かれており、精神保健福祉士2名とともに都度相談に応じる体制をつくっています。自治会（利用者）と家族会に参加する職員はいますが、目的は「足りないものはないか」「問題の種は起きてはいないか」といった視点であることは否めず、満足を		

把握する段階に至っていません		
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。	a・⑩・c
<コメント> 苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置があり、その内容はポスター掲示されていますが、苦情解決の体制について利用者への説明はおこなっていません。投書箱は利用者下駄箱近くに置かれているものの苦情カードの用意はなく、利用者自身のペーパーを使用しています。苦情があった場合は、「救護施設苦情相談解決・対応マニュアル」に沿って対応することとしており、「内容を公表してよいか」については、申出人への確認欄を苦情受付書に設けています。「福祉サービスの向上への一環としているか」については、到達できる仕組みの構築が求められます		
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。	a・⑩・c
<コメント> 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由を選ぶことをわかりやすく説明した文書を作成してはいません。それでも実際は担当者の他にも精神保健福祉士2名及び生活相談員3名が在籍しており、専門的な助言を仰ぐこともできることから、利用者は相談先を選んでいます。また、利用者も心得ていて、役職を使い分けて相談するとか、「管理者がいいと言っていた」と有利に運ぼうとする場合もありますが、職員は概ね傾聴を伴い相談にあたっています。長い人は1時間余となることもあり、1階と2階それぞれ1室ずつ相談室が設けられています		
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。	a・⑩・c
<コメント> 担当制を敷いていることから、日常生活については業務中の職員を呼び止めることもできる簡単な相談を可能としています。相談は毎日、日常茶飯事で、担当者のほかにも精神保健福祉士と生活相談員も対応しています。投書箱の設置、意向調査（生活についてのアンケート）の実施はあるものの、プライバシーに係らないといった差支えのない意見は自治会において進言されています。解決に時間を要するものは本人にその旨伝え、利用者全体に関する意見は職員会議で検討しています。相談があった場合の対応マニュアルとしては、「救護施設苦情相談解決・対応マニュアル」があります		
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。	a・⑩・c
<コメント> 安心安全に係る組織的な取組として「事故対策委員会」が設置され、委員が毎月集まっています。マニュアルは、不審者等の対応マニュアル・事故防止対策マニュアル・防犯対策マニュアル・防犯管理マニュアル・感染対策マニュアル・急変時対応マニュアルが備わり、リスク管理の勉強会も年間計画に位置付けています。ヒヤリハット報告書・事故報告書があり、またヒヤリハットは年100件余に上り、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集は積極的		

におこなわれていますが、その後の事例分類や再発防止策を検討することについては委員会活動を含み十分な仕組みには至っていません		
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・⑩・c
<コメント> 感染症対策マニュアルを備え、組織としては「感染症対策委員会」が設置され、研修会は年間計画にて「感染症対策、BCP」と題して、年1回位置付けています。また嘔吐物・汚染処理の研修会の実施とともに、汚物処理マニュアルと処理用バケツは各階に置かれ、速やかな対応につながるよう図られています。更に、感染が発見された場合、感染者は食事や寝る時も可能な限り生活空間を分けることとし、静養室等に移動するといった蔓延防止に係る取組もあります。事故事例同様、感染症についても再発防止策に係る取組は十分にありません		
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やっている。	a・⑩・c
<コメント> BCP非常災害研修・訓練が年2回実施され、非常用発電機の稼働や非常食の確認をおこなっています。火気については「自主検査チェック表」、避難に係る設備は「避難設備等点検記録表」による点検が毎日励行され、例えば訪問時にも「非常用進入口の周囲には妨げになる物品」はなく、全体が整然と片付いていました。LINEによる安否確認、備蓄リストの作成もあります。利用者も加わる防災避難訓練が毎月あり、現状9割の人が自力歩行（車いすの場合自走）可能ですが、突発的実施を試みても利用者に知れ渡っていることは課題を残します		

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 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。	a・b・⑩
<コメント> 事業所における福祉サービスの提供及び実践は、利用者の特性や必要とする支援に応じて柔軟におこなわれるべきものであり、いわば標準化できる内容と個別的に提供及び実践すべき内容の組合せです。標準化とは、職員の違いによる福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準、内容を常に実現することを目指すものです。業務の実施方法に係るマニュアルとしては「救護施設・更生施設における個別支援計画策定導入マニュアル」「業務マニュアル 一日の流れ」がありますが、総合的に「標準的な実施方法」として相応しいと目されるものではありません		
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。	a・b・⑩
<コメント> 標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービス内容の変化や新たな知識・技術の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、必要な見直しをおこなうことが必要です。また、検証や見直しは、事業所として方法や仕組みを定め、これのもとに継続的に実施される		

ことが、福祉サービスの質の向上にとって必要です。当事業所では、何か不具合が生じた場合は職員会議で協議・検討していますが、「状況変化者について」とか「居室検討について」といった内容に留まり、定期的に業務全般の見直しが位置付けられていません		
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 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。	a・⑩・c
<コメント> 個別支援計画の策定にあたっては、体制が確立していることが不可欠です。具体的には、個別支援計画策定の責任者を明確化するとともに、アセスメントから計画の作成、実施、評価・見直しに至るプロセスを定める必要があります。当事業所では、モニタリングは担当職員と位置づけ、毎月個別支援会議の実施を定着させており、個別支援計画作成のプロセスは順当です。一方、「アセスメントと個別支援計画作成は精神保健福祉士が担当者である」との認識が所内に浸透していますが、責任者として任命したことが確認できる明文化には及んでいません		
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。	a・⑩・c
<コメント> アセスメントは精神保健福祉士、モニタリングは利用者を担当する職員、個別支援計画を作成するのは精神保健福祉士、個別支援計画の見直しは6か月としており、個別支援会議が位置付けられ、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて個別支援計画にあたっています。一方、「個別支援計画の評価、見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていないニーズ等、福祉サービスの質の向上に関わる課題が明確にされているか」については確認できませんでした		
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 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。	a・⑩・c
<コメント> 事業所では、ソフトウェアの導入を以って利用者の身体や生活の状況を記録していますが、記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないようにと、記録要領の作成等、職員への指導は成されていません。職員会議、個別支援会議といった会議が定期開催され、またパソコン上に記録が残され、「見たい」人が見られるようになっており、所内で情報を共有する仕組みが整備されています。ただし、職員が全てを見ているかどうかは明瞭なのはペーパー回覧による稟議書の押印のみですし、個別支援計画にもとづくサービスを職員が実施している裏付けとなる仕組みは確認できません		
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。	a・⑩・c
<コメント> 「個人情報に関する基本方針」により本人の同意を得るといった義務を果たすことは確認できます。また、「個人情報の取り扱いについて」では、利用目的の範囲内で利用者情報を利用する等の取決めがあります。一方で、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法は、「個人情報の取り扱いについて」のなかで安全管理措置として「必要かつ適切な措置を講じます」としていて、何を以って適切か、具体的な方策が示されていません。また、記録の管理責任者の明示のほか、利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供に関するルー		

ルは確認できません

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・⑩・c
<コメント> アセスメントにおける「利用者の希望・要望」には、現在の希望・要望だけでなく、前回のアセスメント時の内容も記載されていて、時系列の確認があります。また、本人の希望する生活のイメージ、そのための必要な支援について記載があることから、要望に即して支援する仕組みがあることが覗えます。ただし、「自己決定を尊重し、利用者を選択肢を用意しているか」等、意図をもって利用者個別のエンパワメントと向き合っているかは確認できませんでした		
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・⑩・c
<コメント> 利用者の身体状態の把握は、ニーズ整理法の「身体・健康に関する領域」に記載があります。例えば高齢化に伴い、下肢筋力の衰えが生じている利用者のニーズの評価欄には、「複数回転倒した為保護帽の着用を始めた」「今後も福祉用具等の活用を通じて状態維持を図りたい」とあり、自立維持に向けた個別支援が確認できます。他にも衣類販売業者の出前店舗を招く等の側面的支援もありますが、職員が日常の支援において現場でどのように連携しているかについては確認できません		
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・⑩・c
<コメント> コミュニケーションについては、アセスメントに「コミュニケーションに関する領域」があります。例えば、「言葉で伝えることが出来るが内容に掴みどころがない」等が、意思表示の手段・内容欄に記載があります。他にも「他者からの意思表示の理解」「情報伝達機器等の適切な使用」といった欄が設けられ、現在の状態の記録はあるものの、事例検討が反映されたと目されるような、個別的配慮が伴うコミュニケーション手法、工夫例は見当たりません		
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。	a・⑩・c
<コメント> 熟練の職員は９名と担当人数が多いものの、概ね１名の職員が３名程の利用者の居室担当者となっていて、随時相談に応じています。１階に談話室、２階に相談室があり、人の目が気になるような場合に使える設備も整っており、個別支援計画書に係る内容や専門的な助言が必要な相談には精神保健福祉士が対応しています。自己決定を尊重しているかについては、優先順位をつけて整理することで判断しやすくしているとのことですが、会議録等の裏付と		

なるものではありません		
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。	a・⑤・c
<コメント> 意向調査（生活についてのアンケート）と自治会を通じて日中活動の要望を把握しており、視聴覚室にはDVD、娯楽室には麻雀、囲碁、将棋、花札といったレクメニューが揃うほか、ハレの日の設定として満足感向上プロジェクトによる行事開催もあります。一方で自治会の出席率を鑑みれば、これらは大勢的な一部の活動領域といえ、「ニーズ整理法」にも作業や草取り以外の活動は薄く、日中の過ごし方が個別に検討されていることが確認できません		
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。	a・⑤・c
<コメント> 生活環境は、プライバシーを配慮した個室、又はカーテンで仕切りを取り付けた2人部屋のみで、多床室はありません。更に、全室にテレビ、エアコンが設置されています。食堂は全員が入るのは窮屈であり、感染症対策も踏まえた入れ替え制で、余裕をもって着席しています。ただ、次のグループは廊下や階段に座って待つ人がいます。事業所では指導しているのですが、開始時間になったらアナウンスするとか、食堂前に待合席を設けることを期待します		
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。	a・⑤・c
<コメント> 権利擁護規程を備え、「施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト」を用いて職員の振り返る機会を設けています。また、組織として、毎月開催の「事故対策・虐待拘束廃止委員会」を設置しています。ただし、委員会の会議内容は「虐待にあたる事案なし」とか、「ヒヤリハット1件」といった現状確認に留まり、ヒヤリハットや他事業所の例等を用いた事例検討には及んでおらず、また権利侵害の防止について利用者に事例を通した説明周知はありません		

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。	a・⑤・c
<コメント> 利用者の障害については、年間で位置付けた内部研修に「生活保護法・精神障がい者について」があり、専門知識としては全国及び関東地区の救護施設協議会で開催する研修会や研究協議大会を通じて触れていることが推量されます。ただし、それらを所内で落とし込み、学習を深める仕組みは設けられていません。個別の支援方法については、月2回内科、月1回精神科の訪問診療を経て、支援方法の変更があれば連絡ノート、ソフトウェアを通じて共有		

するよう図られています		
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。	㊦・b・c
<コメント> アセスメントには「身体・健康に関する領域」が設けられ、疾病に関する記載があり、入浴・排泄・移譲の支援の必要性は、本内容がベースとなっています。「日常生活に関する領域」には入浴の項目が設けられ、「洗身、洗髪はできるが、泡を残さず洗えているか確認が必要」「浴室内の移動は見守りが必要。体調によっては手引きをする」といった具体的な支援方法が定められています。また、排泄については個人表も作成しています		
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・㊦・c
<コメント> 栄養士が嗜好調査をおこない、嚥下状態に応じて常食・刻み食・ミキサー食など食事形態に配慮するとか、量を変える、アレルギー対応における工夫が成されていますが、セレクトの仕組みはありません。食堂はエアコンにて温度調整を図り、テーブルをアルコールで拭き、衛生面にも留意しています。年度の勉強会にて「食事改善方法」が位置付けられていますが、気道異物除去法（背部叩打法・腹部突き上げ法）といった緊急措置の学びはありません		
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。	a・㊦・c
<コメント> アセスメントにおける「日常生活に関する領域」には利用者本人の現状として「タンスの引き出しは整頓できていない」とあり、能力と制限については「やる気はみられない」、環境との関係は「職員の時間があるときに確認している」とあって、清潔に生活できることがゴールとなっているように映ります。看護師がタオル体操を指導するとか、洗濯たたみや清掃等の家事リハビリへの取組例もありますが、それは一部に限られます		
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・㊦・c
<コメント> 毎日の検温のほか、毎月の体重・血圧測定にて利用者の健康を把握のうえ、必要に応じて常勤看護師が指導にあたっています。また、月2回の訪問診療では、内1回は採血と検尿をおこなっています。更に、医務室では健診や胃カメラの予約、インフルエンザワクチンの接種といった取組が年間予定に組み込まれ、漏れのないよう図っています。ただし、利用者が糖尿病であるとの記録は確認できますが、「だから、どんな健康指導をおこなっているか」については指導内容と実践（モニタリング）が不明瞭です		
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・㊦・c
<コメント> 医療的な支援の実施についての考え方と管理者の責任のほか、実施の手順書の確認はできませんが、事業計画には看護師の役割が明示されています。また、アセスメントには「身体・		

健康に関する領域」に服薬欄があるものの、モニタリングや支援計画と連動はしていません。医療に関しては医務室と常勤看護師が担当ですが、担当が適切に安全管理を図っているかをその他の職員が確認できる書面（チェックシート等）はありません。なお、医療的支援に係る職員研修や個別指導は定期で位置付けていません

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・⑩・c
<コメント> アセスメントには「社会参加に関する領域」があります。ただし、主には所内での生活に係る内容で、「社会的役割は掃除当番である」とか、「レクリエーションや趣味は食堂でテレビを観ること」などに留まっています。そのほかには、希望者を募り、社会参加として草取りやゴミ拾いに取り組んでいますが、学習や体験については特設事業所から案内を出してはしません。一方で、外出や外泊は条件に適った人のみとしてきましたが、「柔軟にしていこう」としており、利用者に副う方向にあります		
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・⑩・c
<コメント> 事業所内作業は幾つか備えていて、利用者の心身の状態や要望に近いものが提供できています。作業については外部業者との提携により工賃も支払われ、働く意欲の高まりに結ばれていますが、働くために必要なマナーについては気づけば助言する程度であり、知識・技術の習得や能力の向上についての支援はありません。地域移行の希望への援助実績はありますが、地域の企業や関係機関、家族と連携・協力しての就労支援はおこなわれていません		
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。	a・⑩・c
<コメント> 年に一回家族会が開かれていますが、参加率は3割を切っています。利用者本人の生活状況に変化があった場合は生活相談員から連絡を入れるほか、家族からの希望があった場合、または支援について事業所側から提案や相談がある場合は、個別支援計画に基づき、利用者の生活や支援について話し合っています。利用者の体調不良や急変時に家族及び親族と連絡がとれない場合もあることから、家族等への報告・連絡にはルールを設けて、有事に困らないよう図られています		
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・⑩・c
<コメント>		

地域移行を希望する利用者にはアセスメント通じ、必要な事柄の確認や今後の取組について合意形成を図っています。また、地域生活移行支援として居宅生活訓練事業に取り組んでおり、具体的な生活環境への配慮や支援として訓練のための居室設備が所内に設けられています。更に、地域には事業所が借りているアパートの一室もあります。一方で、「地域社会に適合した事例がある」とは言い難い状況について、打開策は見いだせていません

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。	a・⑩・c
<コメント> 法人では当事業所を含む3か所において、生活困窮者自立支援法に基づく認定就労訓練事業に取り組んでいます。就労訓練事業とは生活困窮者に、状況に応じた就労の機会を提供するとともに、生活・健康の支援をおこなう事業であり、「まずは希望する事業所の見学から始めてみませんか」との投げかけが、法人ホームで謳われています。事業所では生活相談員が福祉事業所へ定期的に訪問して情報共有に努めていますが、地域貢献としてのフードパントリーに留まり、具体的な活動には及んでいません		