

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【その他分野（救護施設）】

【受審施設・事業所情報】

| | | |
|------------|--|----------|
| 事業所名称 | 救護施設 フローラ | |
| 運営法人名称 | 社会福祉法人 天心会 | |
| 福祉サービスの種別 | 救護施設 | |
| 代表者氏名 | 施設長 山田 輝樹 | |
| 定員（利用人数） | 90 名 | |
| 事業所所在地 | 577-0809 大阪府東大阪市永和2丁目7番30号 | |
| 電話番号 | 06 - 6722 - 4716 | |
| FAX番号 | 06 - 6722 - 4762 | |
| ホームページアドレス | http://www.flora-ten.jp/ | |
| 電子メールアドレス | carework@flora-ten.jp | |
| 事業開始年月日 | 昭和27年8月1日 | |
| 職員・従業員数※ | 正規職員 31名 | 非正規職員 1名 |
| 専門職員※ | 医師：1名（非常勤） 管理栄養士：1名 介護支援専門員：5名 社会福祉士：10名 社会福祉主事：13名 看護師：2名 介護福祉士：10名 訪問介護員：5名 精神保健福祉士：7名 （重複あり） | |
| 施設・設備の概要※ | 居室：29室（4人：21室／2人：3室／個室：5室） | |
| | [設備等] 医務室・ホール（大会議室）・デイコーナー 屋上庭園 ほか エレベータ設置 | |

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

| | |
|---------|-------|
| 受審回数 | 4 回 |
| 前回の受審時期 | 令和元年度 |

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

| | |
|---------------------|---|
| 評価結果公表に関する事業所の同意の有無 | 有 |
|---------------------|---|

【理念・基本方針】

【理 念】「人間が人間らしい生活を過ごすことに貢献する」

【基本方針】

- 機能別ケアユニットの充実
- 利用者の個別支援の推進
- 地域生活移行、他法施設移行支援等アウトリーチの推進
- アルコールやタバコ問題を抱える利用者への取り組み
- 地域との日常的な交流促進、災害時の連携構築
- ボランティアの日常的な受け入れ
- 家族や関係諸機関との連携強化
- 利用者の権利擁護体制の推進
- 職員の確保と資質向上のための環境づくり
- 災害・感染など、事業継続のための非常時体制の構築
- 地域における生活困窮者支援の積極的、主体的推進
- ハラスメントのない職場づくり

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・ 施設を機能別に5つのユニット（地域移行支援コミュニティを含む）に分け、小規模単位での援助を展開するとともに、個々のニーズに応じた専門的な援助に努めている。
- ・ 地域生活への移行支援を目的として「居宅生活訓練事業」、継続して地域生活が送れるように「保護施設通所事業」、精神症状が悪化した場合の一時退避としての「一時入所事業」等を展開している。
- ・ 地域の公益に資するため、①大阪府委託事業であるDV被害者の一時保護の受け入れ、②大阪府社会福祉協議会の社会貢献事業である「しあわせネットワーク」への参加、③生活困窮者自立支援法に基づく諸事業のうち、「認定就労訓練事業（中間的就労）」「就労準備支援事業」「一時生活支援事業」等に積極的、主体的に取り組んでいる。

【評価機関情報】

| | |
|-----------|---|
| 第三者評価機関名 | 特定非営利活動法人 NPOかなびの丘 |
| 大阪府認証番号 | 270040 |
| 評価実施期間 | 令和4年8月24日～令和4年8月25日 |
| 評価決定年月日 | 令和4年9月30日 |
| 評価調査者（役割） | 1401B017 運営管理委員） 1201B024 運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ） |

【総評】

◆評価機関総合コメント

救護施設フローラは、東大阪市の中西部に位置し、JRおおさか東線と近鉄奈良線の「河内永和駅」より徒歩3分、周辺には商店街やスーパー、コンビニ、医院や薬局等があり利便性が高く生活しやすい環境です。

建物は、同法人の小阪病院に隣接した3階建てで、1階に事務所等の管理部門、1階から3階に居室が29室あり、4人部屋が主で、5室の個室があります。各居室に窓があり景色が見え採光の良い明るい部屋になっています。室内のレイアウトは、窓の傍に机やベッドがあるほか、整理棚やカーテンを用いてプライバシーの確保に努めるなど、随所に快適性を高める工夫が施されています。

定員90人の施設で、フロアをADLに応じて5つのユニット(1階には「地域移行支援」も)に分け、小規模単位の援助と個々のニーズに沿った専門的な支援を行なっています。

公益事業として①大阪府委託事業であるDV被害者の一時保護の受入れ ②大阪府社会福祉協議会の「しあわせネットワーク」への参加 ③生活困窮者自立支援法に基づく認定就労訓練事業、一時生活支援事業等の社会貢献事業と積極的、主体的に取り組んでいます。

施設の周縁は公開空地とし、犬の散歩道や花壇の貸出しを行なったり、3階ホールを各講習会や会議等に貸出し、地域交流の促進を図っています。また、東大阪市から福祉避難所の指定を受け、有事に備えた食品・生活用品の備蓄や施設機能提供の準備がされています。

◆特に評価の高い点

■評価結果に基づく課題の明確化と共有

第三者評価の定期的な受審や、救護施設サービス評価の年1回の自己評価を、第三者評価対策チームが結果を分析・検討し「自己評価改善計画」をまとめ職員会議で報告し検討しています。また、その内容はパソコン情報共有システムで全職員が閲覧でき、高く評価できます。

■人材確保の充実

経営課題の人材確保では、ハローワーク、福祉人材センター等の利用のほか、法人独自の職員紹介制度やインターシップ制度の活用によって高い効果を上げています。

■将来の姿を描ける総合的な仕組みづくり

理念や基本方針を具体化した「指針」を職員に配布し、「指針」に基づく業務の目標シートの作成、施設長やリーダーによる面談で意見や要望等の確認、目標達成の検証などを行い、次年度に繋げています。また、成績評価基準書では人事配置や異動、昇進等について明確化され、年2回の人事考課の実施やキャリアパスの仕組みもあり、高く評価できます。

■施設機能の地域還元と地域貢献への取り組み

3階ホールの認知症教室等への提供や災害時の福祉避難所の指定、施設周縁空地の散歩道や花壇としての開放、施設行事への住民招待、DV被害者の一時保護や生活困窮者自立支援の各取り組み等、公益事業での社会貢献への姿勢は評価できます。

■安全・安心と快適性への配慮

施設全体がバリアフリーの造りとなっていて安全面での不安はありません。また、食堂・浴室・トイレなどの共用部分も清潔に保たれています。また、居室は主に4人部屋ですが、カーテンで個人の空間が確保でき、それぞれに外光を得る窓もあって閉塞感を覚えることのないよう工夫されています。

■食事への基本的な考え方とさまざまなチャレンジ

週一回の選択食実施、メニューに「一人鍋」、「次はバイキングを」と利用者のより豊かな食生活に向けて多彩なメニューを採り入れるほか、“頑なさを解きほぐす”偏食への挑戦、誤嚥防止に歌唱を取り入れるなど、たいへん意欲的な姿勢は称賛に値します。

◆改善を求められる点

■中・長期計画の収支予算の作成

理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画を作成し職員に周知していますが、収支予算ができていません。今後、利用者数に応じた措置費の収入や、事務費、光熱水費、改修・修繕費等、支出見込みを算出し、収支予算の作成が望まれます。

■施設長不在時の権限委任等の明確化

災害時等の有事における施設長の役割と責任については明確にされていますが、平常時における施設長不在時の権限委任等の文書化がなされていません。今後、職務分担表等に権限委任等を明確化し、事業計画などへの掲載が望まれます。

■「苦情」についての認識と対応のあり方

これまで「苦情」として取り上げるものはないというのが施設側の認識のようですが、今後、精査の必要があると考えます。また、苦情（意見・要望を含め）の収集の仕方、まとめ方、受理後の対応の手順等を具体的に記した文書の作成と「苦情解決委員会」の組織化が望まれます。

■緊急対応マニュアルや記録様式の改訂・見直し

緊急事態への対応策や対応後の振り返りは記録に残されていますが、事象によっては、発生の直後だけではなく、その後「一定期間の経過」を追うことも重要となります。緊急対応マニュアルや記録様式の改訂・見直しの検討が望まれます。

■「業務マニュアル」の整理

標準的な実施方法は「業務マニュアル」として網羅はされていますが、整理が不十分で索引もなく、スムーズな検索（逆引き）が困難なものとなっています。項目立てを見直し、あらためて仕分けをすることが求められます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

フローラにとって第三者評価受審は毎回意識していない施設の一面について知ることが出来る良い機会となっております。特に今回の受審は、前施設長から引き継いで初めての受審でしたので、理解が不十分なところや準備不足での受審でした。

受審結果については、新たな問題点・課題に気づくことができました。今回の受審結果を真摯に受け止め、改善に取り組んで参ります。

引き続き、利用者様により良いサービスが提供出来るよう、さらに地域福祉に貢献できるよう努めて参りますので、温かく見守って頂ければ幸いです。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

| | | 評価結果 |
|-----------------------------|--|------|
| Ⅰ-1 理念・基本方針 | | |
| Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 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) | <p>■理念や基本方針は、事業計画やパンフレット、ホームページに明文化しています。また、年度初めに基本方針を具体化した「指針」や事業計画を職員に配付・説明され、職員会議等の周知やパソコンの情報共有システムでも確認できます。</p> <p>■理念は、施設の福祉サービス内容や特性を踏まえており、施設の使命や目指す方向性等を読み取ることができます。また、基本方針は、理念に基づいて策定し、職員の行動規範となる具体的な内容になっています。</p> <p>■利用者へは、各ユニットに理念や基本方針を掲示し説明もしています。利用者向けの資料は、ルビを振るなど分かりやすくしてあります。家族会では、事業計画を配って説明しています。また、ホームページでいつでも確認できます。</p> | |

| | | 評価結果 |
|-----------------------------|--|------|
| Ⅰ-2 経営状況の把握 | | |
| Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 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) | <p>■社会福祉事業全体の動向は、全国救護施設や近畿救護施設の研究会、経営者協議会のほか、大阪府成人施設部会や東大阪市施設連絡会等に参加し、施設長と副施設長で把握・分析しています。</p> <p>■地域の福祉ニーズは、施設長・副施設長が市のホームページや市政だよりで把握し分析しています。また、法人役員に民生委員などが就任しており、日常的に情報収集を行なっています。</p> <p>■定期的に財務状況や職員配置、入退所状況等を把握し、その都度、経営環境や課題を検討しています。</p> | |

| | |
|---|---|
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■経営環境やサービス内容、地域ニーズ、職員体制、建物や設備の整備等の現状分析のもと中・長期計画と事業計画を策定しています。また、法人の理事会や運営会議等で経営状況や課題を報告し、役員と共有しています。</p> <p>■施設長が各種担当表等を作成し掌握事項の明確化や、職員面談を通して課題についての意見交換や要望を確認するとともに、毎年配付する「指針」や事業計画に課題を明確にして職員に周知しています。</p> <p>■経営課題の利用者や人材確保、サービス内容、地域ニーズ等は、職員会議等で職員一人ひとりに周知しています。</p> | |

| | | 評価結果 |
|---|---|---|
| I-3 事業計画の策定 | | |
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 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>■理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画を策定しています。その中身は、経営課題やサービス内容、地域ニーズ、職員体制、人材確保・育成、建物維持・管理等の目標数値や成果が設定されています。また、計画の見直しも行われています。</p> <p>■計画に欠かせない「予算」が示されていません。今後、収支予算を作成し明示することが望まれます。</p> |
| 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>■中・長期計画の内容を反映した具体的な事業計画を策定しています。その計画は、サービス内容や地域ニーズ、職員体制等、単年度で実現可能な内容になっています。また、数値目標や具体的な成果を設定し、実施状況を評価できる内容ともなっています。</p> |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 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)</p> <p>■施設長と職員との年1回の面談で各職員の意見を吸い上げ、事業内容を職員会議等で検討し、事業計画を策定しています。その事業計画に沿って、各種担当職員が計画案を作成し、実施・評価・見直しを行なっています。</p> <p>■事業計画は、施設長が職員会議で説明したり、パソコンの情報共有システムにより全職員がいつでも閲覧することができます。</p> <p>■事業計画の作成時期や方法について定められた手順書がありません。フローチャートなどでの作成が望まれます。</p> |

| | |
|---|---|
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■事業計画や年間・月間行事表を各ユニットに掲示し、利用者はいつでも見ることができます。また、毎月初めの「誕生祝いと懇談会」で、その月の予定を全利用者が理解できるまで丁寧に説明しています。</p> <p>■ビデオ映写やグループ旅行実施の際には分かりやすくするため、ポスターや利用のしおりを作成し説明しています。資料にはルビが振られています。</p> <p>■家族へは、家族会において事業計画や資料を配布し説明しています。また、計画はホームページに公表しており、いつでも閲覧できます。不参加家族の希望者には事業計画や資料を送付しています。</p> <p>■今後、家族に対しては、要点をまとめた資料を別に作成して配布するのがよいと思われます。</p> | |

| | |
|--|-------------|
| | 評価結果 |
|--|-------------|

| | |
|---|---|
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | |
| 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。 | |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■サービスの質向上に向けて、各種担当職員が事業計画に沿って行事等の計画案を作成・実施・評価を行なっています。</p> <p>■毎年、利用者アンケートの実施や、救護施設サービス評価基準をもとに自己評価を行うとともに、定期的に第三者評価を受審しサービスの質向上に努めています。</p> | |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■各種担当職員が支援サービスの提供後に評価を行い、改善策を作成しています。</p> <p>■自己評価結果や第三者評価の受審後は、第三者評価対策チームが結果を検討後、「自己評価改善計画」を作成し、職員会議に報告して課題の解決に努めています。その内容は、パソコンの情報共有システムで全職員が閲覧できるようになっています。</p> | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

| | |
|--|-------------|
| | 評価結果 |
| Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ | |
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | |
| 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)</p> <p>■施設長の役割と責任については、年賀式や入職式、永年勤続表彰等の挨拶のなか、職員会議等でも表明されています。また、ホームページ、パソコン情報共有システムで確認できます。</p> <p>■災害等の有事における施設長の役割と責任については、非常時災害対策計画に明確化するとともに、毎朝その日の出勤職員による消防組織表を作成し、職員に周知しています。しかし、役割と責任を含む職務分担表や、不在時の権限委任等が文書化されていません。それらを今後、事業計画等にも明記することが望まれます。</p> | |

| | |
|--|---|
| 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>■施設長は遵守すべき法令研修に積極的に参加し理解するほか、関係法令に関する図書の実用を図っており、それらは、職員がいつでも閲覧できるようになっています。</p> <p>■関連法令を含めたコンプライアンス・セルフチェックリストを作成し点検しています。チェックリストや就業規則等はパソコンのシステムにより職員間で情報共有しています。今後、チェックリストに労働関係法や環境衛生法、リサイクル法等の追加を期待します。</p> | |
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | |
| 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>■毎年、職員に対して理念や基本方針を具体化した「指針」を配付し、それを基に職員が目標設定シートを作成しています。シートには職員がサービス内容や支援の設定目標等を明記しています。施設長との面談では意見交換を行なって課題を浮き彫りにし、また、課題対応の進捗状況や振り返りを行うなどして指導力を発揮しています。</p> <p>■サービスの質向上については、各種委員会を開いて直面する課題の検討や対策を立てそれらの解決を図っています。そこでの解決が難しい場合には、職員会議の中で検討し解決に導ける体制になっています。また、毎月の「誕生祝いと懇談会」で利用者にサービスの質等について問いかけ、その声に対応しています。</p> | |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■施設長と副施設長は、定期的に財務状況や入退所状況等の把握・分析を行い、理事会・運営会議で報告するとともに、職員会議や職員面談等を通して職員に周知し、経営改善と業務の実効性の向上に向けた意識を高めています。</p> <p>■職員面談や職員会議・運営会議等で職員からの要望や改善案を提案してもらい、安全で働きやすい環境整備に取り組んでいます。</p> | |

| | | 評価結果 |
|--|---|------|
| II-2 福祉人材の確保・育成 | | |
| 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。 | | |
| 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 | |
| <p>(コメント)</p> <p>■中・長期計画や事業計画においてサービス提供に必要な人材（社会福祉士や看護師等）を明記するとともに、救護施設の配置基準を基に、指導員や看護師、精神保健福祉士、介助員等の加配制度を活用し、計画的に配置しています。</p> <p>■必要な人材は、ハローワークや福祉人材センターのほか、法人独自の職員紹介制度やインターシップを活用するとともに、学校との連携などによっても確保に努めています。</p> <p>■新人職員や中途採用職員が安心して働けるように新人研修やOJT教育等にも力を入れています。</p> | | |

| | |
|--|---|
| II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| <p>(コメント)</p> <p>■基本方針を具体化した「指針」の中で「期待する職員像等」を明確にし、その指針を全職員に配付しています。また、成績評価基準書に人事配置や異動・昇進等の仕組みが明確に示され、職員面談や職員会議等で職員に周知しています。</p> <p>■人事考課は、評価項目を細かく設け、年2回実施し、評価・分析は施設長と副施設長が行い、法人に報告しています。また、考課基準の内容は、パソコンの情報共有システムで職員が閲覧できます。</p> <p>■指針、目標設定シート、職員面談、人事考課、キャリアパスと、職員が将来を描くことができる総合的な仕組みができています。</p> | |
| 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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 | b |
| <p>(コメント)</p> <p>■施設長が労務管理の責任者になり、職員の勤務内容や有給休暇取得・時間外労働の状況等を定期的に確認・把握しています。</p> <p>■心身の健康に関しては、毎年2回定期健康診断を行い、問題があれば職員に通知し病院等で再検査しています。また、ストレスチェックを実施するとともに、人権対策委員会の「イラッとシート」によって悩みを相談したり、必要に応じて専門相談機関を紹介しています。</p> <p>■ハラスメント規定を整備していますが、「相談窓口」活用についての周知が不十分です。今後、ハラスメントに関して職員へのいっそうの啓発が望まれます。</p> <p>■ワーク・ライフ・バランスへの配慮については、フロア別の勤務体制を工夫し、希望休や有給休暇、育休等の希望通りの取得など、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。また、総合的な福利厚生として、法人の共済会や親睦会のほか、大阪民間社会福祉事業従事者共済会にも加入しています。</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。 | |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■基本方針を具体化した指針に「期待する職員像等」を明記しています。その指針に基づき各職員が目標設定シートを作成し、施設長と年1回、コミュニティリーダーと年2回の面談を通して、目標の決定や進捗状況・目標達成度の確認を行い、次年度に繋げています。リーダーとの面談結果は、施設長に報告されています。</p> <p>■職員の目標設定は、目標項目や目標期限が明確にはなっていますが、更なる内容の充実を期待します。</p> | |
| 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)</p> <p>■職員に配付している指針には「期待する職員像」が明確にされています。サービス提供に必要な専門資格については、中・長期計画や事業計画に明記するとともに、社会福祉士・介護福祉士、精神保健福祉士等の資格取得助成制度があります。</p> <p>■中・長期計画や事業計画等に教育・研修の基本姿勢を明示し各種研修を実施しています。施設内研修チームでは、施設内研修の計画・実施のほか、研修内容やカリキュラムの評価・見直し計画を策定されていますが、年間研修計画や研修報告を一覧にしたものはありません。今後、年間研修計画や報告書を作成するとともに、それらを事業計画書・報告書に掲載することも望まれます。</p> | |

| | |
|---|---|
| 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 |
| <p>(コメント) ■職員の知識や技術水準、専門資格等の取得状況一覧表を作成し把握しています。教育・研修は、施設内研修チームが、新任職員等の研修計画の作成・実施や、OJT教育を行なっています。また、入職年数等を配慮しながら宿泊研修を実施しています。</p> <p>■外部研修の案内は、事務所でのファイリングや職員会議等で情報提供を行い参加を推奨しています。また、職員が研修に参加できるよう、勤務変更を行うなどの配慮をしています。職種別研修やテーマ別の研修については、全国・近畿救護施設研究会や大阪府社会福祉協議会の研修会に参加しています。</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。 | |
| 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 |
| <p>(コメント) ■福祉サービスにかかわる専門職の教育・育成に関する基本姿勢は、中・長期計画や事業計画に明文化しています。実習生受入れについては、受入れマニュアルを整備するとともに、社会福祉士実習等の専門職のプログラムを整備しています。</p> <p>■実習指導者は、大阪府社会福祉協議会の指導者講習会に参加しています。学校とは、担当職員が教員と電話やメールで連絡を密にし、実習生と教員、職員も入って、実習中に中間カンファレンスを行うなど連携を図っています。</p> | |

| | | 評価結果 |
|--|---|------|
| II-3 運営の透明性の確保 | | |
| 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。 | | |
| 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) ■運営の透明性を確保するため法人の理念や基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、決算等をホームページで情報開示しています。また、第三者評価結果内容を公開しています。苦情受付の体制や対応については、玄関やフロアに掲示するとともに、苦情相談の内容・対応について、誕生会&懇談会で説明しています。今後、苦情内容や対応方法は、フロア内の掲示や事業報告書への掲載が望まれます。</p> <p>■法人の「天心会秋まつり」で理念や方針、運営状況等を記載した印刷物を地域住民に配布しています。しかし、住民の理解を促すための広報誌等が地域に向けて配布されていません。今後、市役所や市社協、保健所、支援学校、小・中学校、関係施設、相談支援事業所、自治会等への配布について検討が望まれます。</p> | | |
| 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 | |
| <p>(コメント) ■経理規程や管理規定に取引等に関するルールを定めるほか、職務分担と責任等を明確にし、職員に対して朝礼や職員会議で説明したり、パソコンの情報共有システムで確認できるようにしています。</p> <p>■公認会計士と顧問契約を行い、月次決算時等に会計処理の指導を受けています。会計監査法人による監査を導入し、財務や事業内容等は外部の専門家によるチェックを受けています。これまで、指導により事業費と事務費の区分け等を改善しています。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。

b

(コメント)

■地域との関わり方の基本的な考えは、中・長期計画や事業計画に明確にしています。地域の社会資源や情報は、1階の情報室に東大阪市のくらしガイドや利用のしおり、外部の広報誌等を置き、自由に閲覧できます。また、地域のイベントや行事がある場合は、その都度、案内をフロアに掲示しています。しかし、くらしガイドが一般向けで利用者には分かりにくいと思われます。今後、利用者が必要とする地域の社会資源一覧表(ルビ付き)を作成し各ユニットに掲示したり、誕生会等での説明が望まれます。

■法人の「天心会秋祭り」に地域住民を招待し、多数の方の参加があって地域交流やふれあいの場になっています。地域の「東大阪市民ふれあい祭り」に揚げパン等の出店や、永和地区の敬老会や文化会の招待を受けて利用者が参加し交流しています。また、施設周縁を開放して散歩コースの提供や花壇の貸出を行い、地域住民と日常的に交流ができるようにしています。

■近隣には商店街やスーパー、コンビニ等が多くあり、利用者が買い物や理美容等で日常的に地域の社会資源を活用しています。

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

(コメント)

■ボランティア受入れの基本姿勢を基本方針や事業計画に明文化し、天心会秋祭りやふれあい祭り、手芸品づくり等のボランティアを受入れています。受入れについては、受入れマニュアルを整備し、担当者を配置し対応しています。また、活動前には、オリエンテーションを開き、施設内容や行事内容、注意事項等について説明しています。

■学校教育への協力は、事業計画に基本姿勢を明文化し、地元学校生のボランティア受入れや、地元中学校の体験学習などを受入れています。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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)

■施設として必要な社会資源の情報は、1階の情報室に東大阪市くらしのガイドや利用のしおりを設置し紹介しています。情報室は出入り自由で、いつでも閲覧できます。また、各フロアでインターネットの利用が可能で、利用者のニーズに応じて直ぐに社会資源等を検索検索するとともに、職員会議やパソコンの情報共有システム等で情報の共有を行なっています。

■東大阪市の福祉施設会議や西地域別会議、アルコール問題関連会議に参加し、共通課題の事例検討会や研修会等の開催に取り組んでいます。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

| | |
|---|---|
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■東大阪市社会福祉協議会に事業や活動の相談を行うほか、福祉施設会議や西地域別会議等への参加や連携によって、地域福祉ニーズを把握しています。また、地域の自治会に参画し、地域活動に協賛しながら地域ニーズの把握に努めています。</p> <p>■法人役員には地域の民生委員等が就任していて、定期的に連絡を取って地域ニーズの把握にもつなげています。</p> <p>■社会福祉協議会や地域包括支援センター等と連携し、施設として協力できることを検討して、生活困窮者に対する事業を積極的に実施しています。</p> | |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■法人の「天心会秋祭り」等を開催し、地域住民等を招待して交流がなされています。また、地域住民との交流がより深められるよう、施設周縁が自由開放されており、散歩コースに提供したり花壇を地域住民に貸出したりしています。</p> <p>■3階ホールを活用し、市の消防局との連携で救急救命講習会を行ない、また、定期的に法人での認知症教室や糖尿病教室を開いて、地域住民が多く参加しています。</p> <p>■ホールを地域に開放するとともに、福祉避難所の指定を受け非常時の避難場所とし、ホールの倉庫には、利用者や職員と地域住民向けの非常用食糧を3日分備蓄しています。</p> <p>■地域の生活困窮者に対して認定就労訓練事業や就労準備支援事業、生活支援事業を行なっています。また、生活保護通所事業の利用者や、当施設を退所後近くに居住している元利用者が、自由に参加できる生産活動を実施しています。</p> | |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| | | 評価結果 |
|---|---|------|
| Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス | | |
| 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>■全国救護施設協議会の基本理念や実践的目標を基に「利用者の権利要綱」を定め、『業務マニュアル（接遇）』にも反映し、利用者を尊重する福祉サービスの実施に取り組んでいます。</p> <p>■「人権擁護対策チーム」が設けられ、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っています。</p> <p>■その姿勢は、施設の理念・基本方針においても分かり易く記述されていますが、できれば、「職員の行動規範」という形でも示されることを期待します。</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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 |
| (コメント) | <p>■支援上のプライバシーへの配慮に関しては、業務マニュアルにおいて、排せつや入浴等の場面ごとに留意点が示されています。また、洗濯物の干し方やゴミ処理の仕方でも、配慮がなされています。</p> <p>■居室は主に4人部屋となっていますが、カーテンを用いて個人空間が確保されるよう配慮され、また、一部施設のできるロッカーも備えられています。</p> <p>■利用者や家族等に対して、プライバシー保護についての施設の姿勢を示すとともに、やむを得ない場合での異性スタッフによる介助に関して、あらかじめ書面での同意を得ています。</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。 | | |
| Ⅲ-1-(2)-① | 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | b |
| (コメント) | <p>■利用に際しては、個別に丁寧な説明がなされており、見学・体験入所・一日利用等の希望にも対応しています。</p> <p>■理念や基本方針、サービスの内容などを盛り込んだパンフレットが用意されていますが、表現の仕方が利用者などにも理解しやすいものとはなっていません。ホームページも含め、より平易な言葉遣いや、イラストなどを豊富に用いて親しみやすく誰にでも解りやすい資料の作成が望まれます。</p> | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■サービスの開始や変更の際には、利用者の意思を尊重し、説明や同意が適切に行われ、必要に応じて書面として残されています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者への配慮について、実践されていることからを文字にして「ルール化」を図られることを期待します。</p> | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■施設・事業所の変更や家庭への移行にあたっては、継続性を考慮し「退所時情報提供書」が作成されています。</p> <p>■他施設等への移行が適切であると判断された場合など、「アウトリーチ検討チーム」が主体となって支援を進めています。</p> <p>■利用終了時には、利用者や家族等に、その後の相談方法や担当者等について説明し、その内容は文書で渡されています。</p> | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 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) | <p>■利用者に対して「施設生活についてのアンケート」が毎年11月に実施されています。</p> <p>■利用者の自治会(「むつみ会」)が設けられ、3か月に1回役員会を持ち、希望・要望が利用者主体で取りまとめられています。また、「家族会」が年2回開催されています。</p> <p>■月々また年末に、施設長との懇談会(毎月・年末)の機会が設けられています。</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。

| | |
|--|---|
| 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 |
| (コメント) | <p>■苦情解決に関する解決責任者・受付担当者・第三者委員などの体制は整っています。各ユニットに制度の説明が掲示され、利用者への説明、苦情記入カードの配付も行われています。</p> <p>■意見や要望などを個別に聴取する「相談窓口」という独自の仕組みが設けられ、スケジュール化されています。</p> <p>■意見箱の開函は自治会役員とともに行われ、投函者へのフィードバックとともに、内容は職員・利用者で共有し、必要に応じて検討されます。</p> <p>■苦情（意見・要望を含め）の収集の仕方、まとめ方、受理後の対応の手順等を具体的に記した文書の作成と「苦情解決委員会」の組織化が望まれます。</p> <p>■これまで「苦情」として取り上げるものはないというのが施設での認識のようですが、今後、この点について精査の必要があると考えます。</p> |
| 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。 | b |
| (コメント) | <p>■相談したり意見を述べたりする時間や相応しい場所の確保はなされ、個別に利用者の声を聞く「相談窓口」という機会が用意されています。</p> <p>■「施設外も含め多様な人や機関に相談や意見を述べることができる」ということについて、利用者や家族等への説明・情報提供が十分ではありません。</p> |
| 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) | <p>■受けた意見・要望はその都度記録するとともに、定期的に集約し、内容による仕分けを行うことは大切です。個別にフィードバックすることはもちろん、中身によっては体制や仕組みの変更につながる場合もあります。</p> <p>■意見や要望を受けた際の対応の方法・手順については「マニュアル」として整えておく必要があります。「対応委員会」の設置や第三者委員への情報提供についても重要と考えます。</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。

| | |
|--|---|
| 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) | <p>■事故やヒヤリハットへの対応は「セーフティマネジメントチーム」が担っていて、発生要因の分析や再発防止策の検討が行われています。</p> <p>■対応策や対応後の振り返りは記録に残されていますが、事象によっては、発生の直後だけではなく、その後「一定期間の経過」を追うことも重要となります。その意味からも、緊急対応マニュアルや記録様式の改訂・見直しの検討が望まれます。</p> |
| 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) | <p>■法人の感染対策委員会が毎月開かれ、施設内に置かれた「感染防止対策委員会」の委員が参加しています。</p> <p>■看護師が中心となって、感染症防止マニュアルに沿った予防策が講じられ、また、発生時の対応も適切に行われています。</p> <p>■随時、支援上必要なことならについての勉強会が持たれています</p> |

| | | |
|-----------|---|---|
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■「非常時・災害時等緊急対策マニュアル」を整備し、対応体制を確立しています。万が一の事態に備え、毎朝の朝礼で、その日一日の「防災組織」を確認しています。 ■避難に関する資料は「情報室」に準備されています。 ■外出マニュアルでは、利用者外出時の災害発生への対応を定め、外出札に避難場所を示した地図を入れるなどしています。また、職員に関してはスマホでの安否確認アプリを用いています。 ■栄養士が主となってリストを作成し、食料や日用品の備蓄が行われています。 ■法人として、事業継続計画（BCP）が策定されています。 | |

| | |
|--|------|
| | 評価結果 |
|--|------|

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。

| | | |
|-----------|---|---|
| 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 |
|-----------|---|---|

(コメント)

- 標準的な実施方法は「業務マニュアル」として網羅はされていますが、整理が不十分で索引もなく、スムーズな検索（逆引き）が困難なものとなっています。項目立てを見直し、あらためて仕分けをすることが求められます。
- 利用者尊重や権利擁護、プライバシー保護に関わる姿勢についての記述も、項目によって示し方が一貫しておらず、バランスに欠けた状態となっています。

| | | |
|-----------|-------------------------------|---|
| 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 |
|-----------|-------------------------------|---|

(コメント)

- それぞれのマニュアルには、メンテナンス担当が置かれていて、検証・見直しが定期的に行われる仕組みが用意されています。
- 利用者の個別支援計画や要望・意見等との関連で擦り合わせが必要な場合の対応は「個別援助マニュアル」に示されています。

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。

| | | |
|-----------|------------------------------|---|
| 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 |
|-----------|------------------------------|---|

(コメント)

- アセスメントから個別支援計画の作成まで、全国救護施設協議会による「救護施設個別支援計画書」をマニュアルとして活用しています。利用者からの希望を聴取し反映させ、文書での同意を得ています。
- 部門を横断した多職種による「個別支援計画推進チーム」を設け、計画についての多角的な検討が行われています。情報共有には、ネットワークシステムが有効に用いられています。
- 毎月の個人ケース記録へのまとめ記載の際と、年一回のモニタリング会議において、計画通りの支援提供ができていないかの確認がなされています。
- 性格の著しい偏りや、反・非社会的な行動等があるなどの支援困難ケースについては、ケアワーカー会議での事例検討が重ねられています。

| | | |
|-----------|--------------------------|---|
| 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 |
|-----------|--------------------------|---|

(コメント)

- 個別支援計画については、年に1回モニタリングを実施し、再アセスメントにつなげています。
- 支援計画を緊急に変更する必要がある場合など、計画を管理する各ユニットのリーダーによって調整されます。
- マニュアル変更などの考慮が必要となる場合には、「個別支援計画推進チーム」において検討がなされます。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

| | | |
|-----------|--|---|
| 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) | <p>■利用者の身体症状や生活状況等については、福祉サービスの記録・情報管理専用のソフトウェアを導入し、適切に把握と記録管理がなされています。</p> <p>■事実を正しく確実に伝達しチームでの共有を図ってより良い支援サービスを提供するうえで記録の役割はきわめて重要です。主に会議ごとの“記すべき内容”を示した「記録マニュアル」が作成されていますが、使用語句の留意点や記述手法などへの言及がなく、『記録要領』の役割は果たせない不十分な内容です。記録の研修（入職時や毎年1回実施されている）のテキストとしても活用できるようなマニュアルの作成に向けた取り組みが望まれます。</p> <p>■組織内の必要な情報の流れは、ネットワークシステムによって確保されています。また、毎朝の「朝礼」が有効に機能していることが伺えます。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■記録の保管・保存・廃棄等々を定めた「文書管理規程」や情報提供に関する「個人情報規程」「閲覧文書取り扱い規則」などが整備されています。</p> <p>■「プライバシーポリシー」がホームページに掲載され、面会室にも掲示されており、施設の姿勢を明確に表明しています。</p> <p>■法人では「個人情報保護委員会」を設置するほか、「コンプライアンス・チェックシート」を用いて、関係諸規定の遵守を確認しています。</p> | |

その他分野（救護施設）の内容評価基準

| | | 評価結果 |
|-----------------|---|------|
| A-1 支援の基本と権利擁護 | | |
| A-1-(1) 生活支援の基本 | | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■ICF理念に基づく「救護施設個別支援計画マニュアル」を基本に支援計画を作成しています。</p> <p>■利用者個々の意思と希望、個性や嗜好を尊重し、主体性の発展を促す支援に取り組んでいます。ちなみに、利用者の強い希望で、朝食が米飯から（週一日を除き）パン食に変更になっています。</p> <p>■利用者の権利全般については「人権擁護対策チーム」を設け、啓発や点検に取り組んでいます。</p> <p>■喫煙は健康面からも悩ましい問題ですが、可能な限り利用者の思いに寄り添いながら、ハード上での配慮も含め適切に対応しています。</p> | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■利用者支援の基本姿勢を「見守り」におき、生活面での自己管理を促すほか、地域移行等のアンケートを行うなどして“動機づけ”を図っています。</p> <p>■他法による福祉サービスの利用、相続や自己破産手続き等の行政手続きなどについて、必要な支援を行なっています。</p> <p>■利用者が死亡した際の対応について、業務マニュアルに「死亡時援助」の項目を設け、適切に対処できるよう備えています。なお、法人独自で墓地を保有しています。</p> | |
| 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) | <p>■さまざまな場面で、絵や写真、イラスト等を用いてコミュニケーションの幅を広げています。特にコミュニケーションが十分でない利用者には、ホワイトボードを活用しています。</p> <p>■意向や希望を問う場合には、適当数の選択肢を用意するようにしています。</p> <p>■手話でのコミュニケーションが必要な利用者には、通訳者の派遣を依頼できるようになっており、また、施設内でのさまざまな点字表示の準備も可能です。いずれも過去にその実例があります。</p> | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■「相談窓口」というスケジュール化された仕組みを設けて、利用者が話したいことを話すことができる機会を個別に設けています。</p> <p>■利用者の主体的な活動を推奨しています。「自治会」は役員も置き3か月に1回会議が持たれています。</p> <p>■相談などから把握される利用者個々の思いなどを個別支援計画との整合性をも図りながら自己決定尊重の支援を進めています。</p> | |
| 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) | <p>■日中活動やプログラム・行事等は多様性をもたせ、可能な限り希望やニーズによって選択できるよう努めています。</p> <p>■地域の情報などを提供するために、1階に「情報室」が設けられていて、さまざまな社会資源の紹介などがなされています。ただ、資料の中には利用者が容易に理解でき活用が可能か疑問に思われるものもあるため、それら一つひとつについての吟味と、提供のあり方の工夫が求められます。</p> | |

| | | |
|------------------|--|---|
| 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 |
| (コメント) | <p>■施設全体の造りがバリアフリーとなっていて安全面での不安はありません。また、食堂・浴室・トイレなどの共用部分も清潔に保たれています。</p> <p>■居室は主に4人部屋ですが、カーテンで個人の空間が確保でき、それぞれに外光を得る窓もあって閉塞感を覚えることのないよう工夫されています。</p> <p>■他者への影響を考え一時的に居室移動が必要な場合には、空きベッドや静養室を使用し対応しています。</p> | |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■「人権擁護対策チーム」が中心となって、権利侵害の防止のための取り組みがなされています。また、万一、不適切な事案が発生した場合の対応、再発防止検討の仕組みも整っています。今後、同チームにおいて『相互牽制の仕組み』の構築についての検討が期待されます。</p> <p>■やむを得ない緊急的な行動制限などについてのフローチャートが作成され、手順が周知徹底されています。</p> <p>■「虐待防止セルフチェックシート」の活用で、日々の業務の点検が行われています。組織として実態の確認・評価を行うために、セルフチェックシートの定期的な回収も大切かと思われま。</p> | |

| | |
|--|-------------|
| | 評価結果 |
|--|-------------|

| | | |
|------------------|---|---|
| A-2 生活支援 | | |
| A-2-(1) 日常的な生活支援 | | |
| A-2-(1)-① | 利用者の障がい・疾病等の状況に応じた適切な支援を行っている。 | a |
| (コメント) | <p>■救護施設関連の外部研修には機会を逸することなく参加し、支援に必要な専門知識の習得に努めています。</p> <p>■行動障がいなど個別的な配慮が必要な利用者については、嘱託医のほか多職種間の連携によって対応し、特段の支援困難ケースに関しては、年に2回事例検討会議を開いて検討を深めています。</p> <p>■利用者間の関係調整も行い、必要によって居住ユニットの変更も行われることがあります。</p> | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■入浴は、個々の心身状況に応じ、時間を区切って一般浴・介助浴・見守り浴に分けて行われています。</p> <p>■排泄については、個人の状態によってパットや紙パンツなどを使用しています。</p> <p>■移動・移乗に困難を伴う利用者それぞれの状況に応じて、歩行器・車いす・L字柵などを用いています。</p> <p>■それぞれの日常生活支援は、「入浴・排泄行為・個人衛生」、「身だしなみ」といった項目に分けて『援助マニュアル』に示されています。</p> | |

| | | |
|---------------------|---|---|
| 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 |
| (コメント) | <p>■食事は業者委託で提供されていますが、月に2回懇談会が持たれ意見交換されています。</p> <p>■週一回選択食を実施、行事・季節食ほか多彩なメニューを採り入れ、特に、「一人鍋」といった挑戦的な取り組みは称賛に値します。さらに『次はバイキングをしてみたい』と、利用者のより豊かな食生活に向けて、たいへん意欲的な姿勢が伺えます。</p> <p>■嗜好調査を年に2回実施し、傾向を把握・分析して献立に反映させています。嗜好の偏りは体験幅の狭さなど幼少期からの環境が背景にあると考え、偏食には“頑なさを解きほぐす”ということを基本に根気強く対応しているとのこと。</p> <p>■見た目でも美味しさをと、食器は特段のこだわりをもって選んでいます。</p> <p>■「歌唱」が誤嚥防止に有効であるとし、単なるレクではなく意図を持った取り組みの一つとして行われています。</p> | |
| A-2-(2) 機能訓練・生活訓練 | | |
| 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 |
| (コメント) | <p>■健康の維持増進のため、毎日15分間ウォーキングタイムを設け、BGMが流れるなか施設内を歩行しています。平行棒やペットボトルダンベルなどが自由に使える機能訓練の要素を持たせています。</p> <p>■医師等からの指示指導があれば、リハビリに通うことができます。</p> <p>■法人内に適当な資源があるならば、より積極的な活用が期待されます。</p> | |
| A-2-(3) 健康管理・医療的な支援 | | |
| 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) | <p>■週1回嘱託医の診察日が設定されています。</p> <p>■平日の日中は看護師が常在し利用者の健康状態を把握しており、健康相談にも随時応じることができ、急な体調変化などにも迅速に対応することが可能です。</p> <p>■利用者の健康管理に関して、職員への研修や個別指導が必要に応じて行なわれています。</p> | |
| 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) | <p>■利用者への医療的な支援に関しては、基本姿勢や責任の所在を事業計画等で明示し、実施手順などは業務マニュアル（通院・服薬・健康管理援助）に記されていて、個々については個別支援計画として示されています。</p> <p>■医療的な基礎知識など支援上必要なことについて、研修や個別指導が適宜実施されています。</p> | |

| | | 評価結果 |
|-------------------|---|------|
| A-3 自立支援 | | |
| A-3-（1）社会参加の支援 | | |
| 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 |
| （コメント） | <p>■毎年11月には利用者に向けた「施設生活についてのアンケート」を実施し、その中で社会参加・地域移行の希望についても問い、意向の把握と同時に動機づけをも意図しています。</p> <p>■利用者の外出や外泊、友人との交流などは、個々の思いを十分尊重しながら積極的に勧めています。</p> <p>■利用者の手作り作品を地域の行事などで販売し、購入されることで自信や制作意欲にも結び付いています。</p> <p>■社会生活に必要な基礎的な知識を有しない利用者のために、希望によって文字学習帳や計算ドリルなどを準備しています。</p> <p>■過去に、趣味の延長で検定資格取得を目指した利用者に対して、個別計画目標として掲げて検定試験挑戦への支援を行なっています。</p> <p>■安全な社会参加行動を身に付けてもらうために、まずは付添い外出から始め、利用者同士のペア外出などを経た後に単独（しばらくは後追い確認も）での外出へと段階を踏んで進めています。</p> | |
| A-3-（2）就労支援 | | |
| 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） | <p>■施設内生産活動に参加可能な利用者呼びかけて、希望を聞きながら数種類ある活動に就いてもらっています。移動が難しい利用者もあるため、活動の場所は限定していません。</p> <p>■報奨金は、生産能力とともに活動に向き合う姿勢、マナーなども評価の対象として算出されます。個別支援計画に生産活動に関する目標を掲げている利用者に対しては、参加日数や報奨金の額などについて定期的に話し合いが持たれています。</p> <p>■地域での就労が可能な利用者は「外勤」を実施しています。開始に向けては家族調整・同意、就労先の選択や面接等の調整など、開始後は企業との細やかな連絡調整等の多岐にわたる支援が必要となっています。</p> | |
| A-3-（3）家族等との連携・支援 | | |
| 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 |
| （コメント） | <p>■家族会の会合は年に2回開かれています。</p> <p>■利用者の近況を記した「家族通信」を年1回、利用者の同意を得て家族に送付しています。また、近くに住まわれている家族には主要な行事についての案内もしています。</p> <p>■家族等の面会時には、近況報告や相談にも丁寧に対応しています。また、帰宅時には外泊中の留意事項などを伝え、その間の相談にも応じています。</p> <p>■利用者の体調不良や急な変化が起きた場合、家族等にその連絡や報告を行うかどうかの判断基準がやや曖昧です。より明確なルール化が期待されます。</p> | |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| A-3-（4）地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| 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） | <ul style="list-style-type: none"> ■一時入所事業を実施しています。体験入所や施設入所待機中といったケースも受けています。 ■市町村の担当部局・地域包括支援センター・相談支援センター・社会福祉協議会などと連携し、支援が必要な対象者に施設の持てる機能・資源を活用して福祉サービス提供しています。 ■法人内ネットワーク（So you ネットワーク）を構築し、可能な限り切れ目のないサービス提供を目指しています。 | |

| | | |
|---------------------|---|-------------|
| | | 評価結果 |
| A-4 地域の生活困窮者支援 | | |
| A-4-（1）地域の生活困窮者等の支援 | | |
| 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 |
| （コメント） | <ul style="list-style-type: none"> ■生活困窮者に対して「認定就労訓練事業」「就労準備支援事業」「一時生活支援事業」などの公益的な事業を実施しています。 ■府社協が行なう社会貢献事業「大阪しあわせネットワーク」に参加しています。 ■地域の自治会への参画・協賛を通じてニーズ把握がなされています。 | |

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

| | |
|--------|---|
| 調査対象者 | |
| 調査対象者数 | 人 |
| 調査方法 | |

利用者への聞き取り等の結果（概要）

| |
|--|
| |
|--|

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

| | 例 |
|-----|---|
| 居室 | ●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等 |
| 設備等 | ●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等 |