

## 福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

### 【受審事業所情報】

事業所名称	りんくうみなと
運営法人名称	社会福祉法人 みなと寮
福祉サービスの種別	救護施設
代表者氏名	施設長 川原田 正樹
定員（利用人数）	150名（159名）
事業所所在地	〒590-0535 大阪府泉南市りんくう南浜3-10
電話番号	(072) 482-8012
FAX番号	(072) 482-8032
ホームページアドレス	<a href="http://www.rinkuuminato.jp/">http://www.rinkuuminato.jp/</a>
電子メールアドレス	

### 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター	
大阪府認証番号	270002	
評価実施期間	平成24年11月14日～平成25年2月25日	
評価結果決定年月日	平成25年2月25日	
評価調査者氏名（役割）	0401A184 (運営管理委員)	( )
	0901B013 (専門委員)	( )
	( )	( )
	( )	( )

### 【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) ・ 無
---------------------	---------

## 第三者評価結果の概要

### 評価機関総合コメント

関西国際空港を対岸に臨む、海の近くにある施設です。  
最寄駅までも徒歩10分くらいと不便さを感じませんが、空港の整備に伴って新たに開発され区画整備がなされている地区で、広々としています。  
近くに大型商業施設があり買い物に便利です。実際、当施設ではこの利便性を活かした買い物支援を日中活動の中心に位置付けています。またこの地域の基幹総合病院が近接しており、救急の場合にも安心感があります。一方、周辺には企業は点在しますが住宅が少なく、コミュニティを形成しにくい現状があります。  
施設は平成18年に建築されたもので、敷地や施設内部ともに広々としています。多目的に利用できるスペースも多く配置されており、利用者や地域の福祉ニーズに対して柔軟に提供できます。

### 特に評価の高い点

#### 施設長のリーダーシップ

施設長自らが、ほうれんそうの徹底、過不足のない支援、記録の重要性、気配りや笑顔の大切さなどを様々な機会に説き、支援向上を図られています。

#### 円滑な法人内連携体制

多くの施設をもつ法人ですので、法人内の意思疎通を図るため、法人内の会議が有効に機能されています。

職員のあらゆる悩みに対応するため、法律事務所と契約して法人外部に相談窓口を設置するという取り組みは先進的で、他の参考となります。

### 改善を求められる点

#### 記録書類、遵守法令の整備

意思決定プロセスにおいて、検討過程を示す記録や書類が少なかったと思われます。振り返ったときにその過程や根拠の詳細が分かるようにしておくことは有益なことだと思いますので、今後ご留意ください。

コンプライアンスで考えられる対策は、労働法や個人情報保護法、最近では障害者虐待防止法等を考えがちですが、それ以外にも多くの法令が取り巻いています。今一度見直して頂き、体系的に整備して、それぞれに対して対策を講じる必要があります。

#### 周辺地域との交流、連携

地域（ボランティアや実習生の受入れなども含む）との関連性は、施設周囲の環境を考えた場合取りにくい部分がありますが、施設が地域という存在の意識を高くしてその働きかけを強化するなど、不断の取り組みをお願いします。

### 第三者評価に対する事業者のコメント

評価機関の評価を受けた内容については、早速施設内会議にて話し合いを行い、取り組みができる点は、翌日より着手しております。その他、取り組み必要事項についても、平成25年度の事業計画に組み入れ、またサービス改善委員会を通じて、サービス向上に取り組んで参ります。

更に当施設の品質方針「私たちは、継続的な改善を推進し、顧客の安心・安全・満足を実現します。」を職員に周知徹底し、継続的なサービスの向上に取り組んで参ります。

## 評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	評価結果
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	
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
理念、基本方針ともに明文化され、利用者や職員にもさまざまな機会や方法で周知されています。	
Ⅰ-2 事業計画の策定	
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a
Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>中長期計画は項目ごとに課題が挙げられ、その対策が想定されています。事業計画も中長期計画を意識して策定されています。事業計画は職員の意見を集約しながらまとめられるとのことですが、関連資料の中からそれらを参照することが出来ませんでした。この件だけではなく、あらゆる意思決定について、結論だけではなく、利用者や職員の意見や意見の集約過程が記録上わかることが望まれます。</p> <p>事業計画は、利用者にはわかりやすい表現で機関誌や懇談会で説明、職員には印刷物を配布するなどして周知されています。</p>	

## I-3 管理者の責任とリーダーシップ

## I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-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
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b

## I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

## 評価機関コメント

施設長の役割や責任は、自ら作成されたセルフチェックリストに基づいて明確化されています。また、折にふれて様々な機会が発言する機会がもたれています。コンプライアンス対策は、労働法や個人情報保護法、最近では障害者虐待防止法等が挙げられますが、それ以外にも多くの法令が施設運営に関連しています。今一度体系的に整理して、それぞれに対して対策を講じる必要があります。施設長は施設内の会議や委員会に可能な限り参加され、施設サービスの質の向上が図られています。また、定期的に行われる法人内連絡会議等に参加して、都度、財務、人事、労務などの観点から経営や業務の効率化が図られています。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

## Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c

## 評価機関コメント

各種機関、団体の研修会や講習会等に参加し、救護施設を取り巻く情報が的確適時に把握されています。経営状況の分析は法人内連絡会議等で行われ、そこから発生する課題に対しては検討が講じられています。外部監査は未実施です（大阪府社会福祉協議会の公認会計士による自主監査事業の契約締結が既になされ、近々指導を受ける予定です）。

## Ⅱ-2 人材の確保・養成

Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a

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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	c
Ⅱ-2-(3)-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。	b

Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	b
---	---

## 評価機関コメント

人事考課は、新入職員に関しては行われていますが、それ以外の職員には行われていません。考課基準はありますが、全職員が周知するまでには至っていません。またその考課がどのように反映されたり職員にフィードバックされるかも不明確です。職員の研修は施設内外を通じて適切に行われています。個々職員の研修計画については、前項の人事考課と絡めたより有効的な計画作成が望まれます。実習生の受入れについては、マニュアルが整備されており、受入れの実績もあります。従来の実習受入れ件数が少ないことも関連していますが、今後は実習内容全般における計画的なプログラム作成の整備が望まれます。

## II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

II-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a
II-3-(1)-③	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

## 評価機関コメント

緊急時の対策マニュアルが策定されています。また種々の委員会を設置し、利用者の安全確保のための体制があります。  
安全確保のための対策には、施設の独自性や創意工夫がみられるなど積極的に取り組んでいます。リスクマネジメントも効果的に機能しています。リスクの傾向分析も行われています。提出されたデータが増加しているのは良い傾向ともいえますので、今後はこれらのデータを活かして、さらに多方面の分析を試み、リスク回避のためのより一層充実した取り組みを期待します。

## II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	b
II-4-(1)-③	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。	b

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	b
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	b

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b

## 評価機関コメント

住宅地が施設周辺には少なく、施設が存する環境ではコミュニティが形成されにくいので、地域との連携や交流も弱くならざるを得ない現状があります。現状においては出来る限りの努力が確認されましたが、地域やボランティア等は施設から働きかけなければ前に進めない領域だと思しますので、さらに積極的に取り組まれるよう期待します。  
地域の社会資源は広範囲にあるかと思しますので、福祉事務所や医療機関だけではなく、出来るだけ多く網羅することが望まれます。  
地域の福祉ニーズは、地域との関係の深さにより湧出してくるものですので、地域ネットワークの構築に向けたさらなるアプローチに期待します。

## 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		
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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	b
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-①	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
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a

## 評価機関コメント

人権や虐待防止に対して、研修への参加・研修報告で情報を共有するなどの取り組みを行っています。設備面では、居室にカーテンが設置されており、プライバシーが確保されています。懇談会や個別面接・必要に応じて利用者アンケートを実施し、利用者の意見や要望を汲み上げ、改善につなげる体制が取られています。外泊等ご家族との交流があるならば、ご家族からの情報収集も実施でき、さらに充実した取り組みになると考えます。利用者懇談会の他に、利用者の相談内容に応じて面接室以外の場所（喫茶室等）を活用し話を聞くなどの工夫をされています。苦情解決の案内ポスターが掲示され、意見箱も各フロアに設置されています。意見があった場合は、迅速に対応する体制が整備されています。利用者からの意見に対しては、マニュアルに基づき対応され、必要あればサービス検討委員会議や苦情解決委員会が行われるなど体制が整備されています。

## Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善計画を立て実施している。	a
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(2)-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
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
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
Ⅲ-2-(3)-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

## 評価機関コメント

評価結果の分析、検討が評価担当者を中心として組織体制で実施されています。また、社内メールなどを有効活用して職員間の共有をはかっています。  
 業務マニュアルが細かく整備されており、各詰所のPCでも確認できるようになっています。  
 サービス検討会議が設置され、標準的なサービスについて利用者や職員から出た意見を検証・見直しをする体制が整備されています。  
 個別支援計画書を独自の形に改良（項目ごとに着眼点が書かれている）し、計画書に差異が生じないような工夫をされています。  
 個人情報取扱申出書・ホームページ同意書が作成されており、入所時に説明されるなど個人情報に関する体制が整備されています。  
 利用者の状況は、職種の関係なく連絡ノートに細かく記載されています。また、記録が周知・徹底され、情報の共有化が図られています。

## Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-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
Ⅲ-3-(1)-②	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

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-①	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
-----------	---	---

## 評価機関コメント

施設の情報は、ホームページで分かりやすく紹介されています。館内には、施設の取り組みや行事を分かりやすく工夫して掲示しており、利用希望者への施設案内時に利用されています。  
 入所時には、日課や利用者心得書を説明し、同意を得たうえでサービスを提供しています。  
 転寮後にも適切なサービスが提供されるよう、引継書が作成されています。この引継書は、施設内の移動や担当者の変更の際にも作成されており、利用者への支援がスムーズに行われるような取組みを実施しています。

## Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-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
-----------	--------------------------	---

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-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

## 評価機関コメント

個別支援計画書は、全救協版を参考にし、独自の書式に改良した計画書を作成しています。  
 計画書の作成は、直接の担当者が行っています。他職種との意見交換は、随時行われています。  
 計画書は、ファイル及びPCで確認できるよう整備されています。  
 ケース検討会やサービス検討改善委員会が設けられ、重度化や高齢化によるサービスの変更について、また施設業務の改善について検討する体制があります。



## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	りんくうみなと
調査対象者数	入居者 150名（うち回答可能な方 131名）
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

救護施設りんくうみなとを現在利用されている入居者156名（うち回答可能な方131名）を対象にアンケート調査を行いました。  
りんくうみなとから調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、117名の方から回答がありました。  
回答率【回答者数（117名）÷配布者数（131名）】は89%、  
入居者数に対する回答者の割合【回答者数（117名）÷入居者数（156名）】は75%となりました。

特に満足度の高い項目として、

- 1) 「職員は言葉遣いについて呼びかけの言葉も含め、いつも適切ですか」

が80%を超える満足度、

- 2) 「職員は、話しかけやすく、また、分かりやすく話をしてくれますか」  
9) 「職員に相談したいときは、いつでも相談できますか」  
14) 「施設（りんくうみなと）に金品の管理を依頼した場合、適切に管理してくれていますか」  
15) 「あなたの居室は安全で整備されていますか」

が70%を超える満足度、

- 3) 「職員は、あなた（や家族）の意見や希望をいつも聞いてくれますか」  
4) 「原則として行動制限はされず、健康上及び安全上やむを得ず制限する場合には、あなた（や家族）に詳しく説明がありますか」  
5) 「あなた（や家族）は、施設りんくうみなとの利用にあたり、収入認定や自己負担金など、制度上の仕組みについて詳しい説明を受けましたか」  
6) 「あなた（や家族）は、施設りんくうみなとの利用にあたり、施設を利用する上でのルールや日課、行事等の様々な説明を受けましたか」  
7) 「個別支援計画（個人サービス票）が作成される際に、あなた（や家族）の意見や希望を聞いてくれますか」  
8) 「職員は定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか」  
10) 「職員に苦情や意見を言いたいときは言いやすいですか」  
13) 「施設（りんくうみなと）があなたの金品を管理する必要がある場合には、施設（りんくうみなと）はあなた（や家族）に事前に説明してくれましたか」

が60%以上の満足度という結果が出ています。