

## 福祉サービス第三者評価結果報告書 【障がい福祉分野】

### 【受審施設・事業所情報】

事業所名称	障害者支援施設 エフォール	
運営法人名称	社会福祉法人 大阪自彊館	
福祉サービスの種別	施設入所支援、生活介護	
代表者氏名	津田 康夫（施設長）	
定員（利用人数）	60 名 ※短期入所10名含む	
事業所所在地	〒533-0023 大阪市東淀川区東淡路1-4-49	
電話番号	06 - 6325 - 3315	
FAX番号	06 - 6325 - 6086	
ホームページアドレス	<a href="http://www.oik.or.jp">http://www.oik.or.jp</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:d.effore@oik.or.jp">d.effore@oik.or.jp</a>	
事業開始年月日	平成7年6月1日	
職員・従業員数※	正規 23 名	非正規 29 名
専門職員※	社会福祉士3名、介護福祉士13名 精神保健福祉士1名、理学療法士1名 言語聴覚士1名、医師4名、看護師3名 管理栄養士1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室10室、二人部屋7室、四人部屋9室	
	[設備等] 食堂1、浴室2、調理室1、更衣室2、静養室1 リハビリ室1、日中活動ルーム1、診療所1	

※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	0 回
前回の受審時期	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】

### 【法人 基本信条】

1. 時代の福祉ニーズとその変化を洞察しつつ、大胆かつ適切に対応し、常に先駆的、開拓的役割を果たします。
2. 「あいりん」とともに生き、風雪に耐えてきた歴史的使命を継承し、「あいりん」が抱える課題に積極的に取り組みます。
3. 創業の精神である「自彊不息（じきょうやまず）」の理念を不変の方針とします。
4. 「この人の人格は守られているのか」の視点から、利用者一人ひとりの人格を尊重し、「その人」に即した過不足のない適切なサービスを提供します。
5. 職員一人ひとりが、それぞれの業務を日々着実に遂行し、より質の高い「ここに響くサービス」の提供に努めます。

### 【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 建物全体で、高齢者と障がい者の施設、高齢者と障がい者の在宅サービスを展開しているため、事業所間で連携して、多様なニーズに応えることのできる体制を整えている。
2. 短期入所の居室が10床あり、毎月40人以上の地域の障がい児・者に利用いただいている。また、相談支援事業所を併設していることもあり、地域の相談支援事業所と連携し、緊急ショートステイの受け入れを積極的に行なっている。
3. 重度の障がい者入所施設でありながら、生産活動を実施し、わずかながら作業工賃もお支払し、利用者に地域社会との繋がりを実感できるような取り組みをしている。

### 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成31年1月15日～平成31年3月20日
評価決定年月日	平成31年3月20日
評価調査者（役割）	1602B037（運営管理委員） 1401B017（運営管理・専門職委員） 1701B041（専門職委員） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

社会福祉法人「大阪自彊館」の創立は明治45年に遡ります。「自彊不息（じきょうやまず）」（自ら勉めて励むこと）の精神で、生活保護・生活困窮者支援、高齢者支援、障がい者支援等、長い歴史の中で時代のニーズに応じ地域に根差した事業を展開しています。

エフォールは、障がい者の入居施設で相談支援事業も手掛けており、平成7年6月1日に開所しました。利用者は主として日常的に介護が必要な重度の身体障がい者ですが、近年は知的障がい、精神障がいのある方も入所しています。「エフォール」には「励み」という意味があり、文字通り法人の基本理念のもとに運営していく事業所として自らを定めています。サービスの提供にあたっては、「伴走型・並走型の支援」を心がけ、「居場所と出番づくり」に取り組んでいます。

立地は阪急淡路駅から徒歩10分程度で、周りは住宅地で商店も点在し、横には図書館とスポーツセンターがあります。公園などの緑も多く静かな環境ながら、街としてのにぎわいも併存しています。また、春の花々や夏の淀川花火大会など、四季の変化を感じることができる良好な環境に位置しています。

エフォールは、複合福祉施設「メゾンリベルテ」の中（2階）にあり、同事業所内では他に、特別養護老人ホーム、在宅サービス（高齢者・障がい者向け）、総合相談窓口等の多様な活動を行っています。利用者一人ひとりに視点をあてた「こころに響くサービス」の提供に努め、安心・安全・快適な毎日をご過ごしていただけるようサポートしています。

### ◆特に評価の高い点

#### ■ 積極的な地域活動

以下のような取り組みは高く評価できます。

##### (1) 利用者の住民との交流

夏まつりの実行委員となってまちづくりに協力しており、出店して住民との交流を図るとともに、スポーツ大会や行事への参加、リベルテ祭りでの販売活動、個別支援計画の一環としてスーパーやコンビニ等への買い物、ガイドヘルパーを利用した外出支援、地元の投票所での選挙など、多彩な地域との接点があります。これらは、利用者にとっては他の日中活動事業所への通所とともに、社会参加や自律・自立に向けた支援となっています。

##### (2) 施設スペースの提供

1階の地域交流センターをダンスの練習や講座、保護者が子どもと一緒に交流できる場として開放しています。またデイサービスのスペースでボランティアが、住民や利用者に向けた喫茶の提供を月1回行っています。

##### (3) 公益事業の実施

東淀川区社会福祉協議会のボランティア講座の受け持ち、他の事業所での車椅子介助の指導や、小・中学生へのアイマスク・車椅子体験等の福祉教育を実施しています。また、大阪しあわせネットワーク（大阪府社会福祉協議会）・青色防犯パトロール（大阪府警察）・見守りキーホルダー（東淀川区）等の活動への協力や、ボランティアセンターの開設等の地域貢献事業に取り組んでいます。

##### (4) 災害時の体制づくり

災害後の福祉サービスの継続に向けてしっかりと計画が立てられています。福祉避難所として指定を受けるほか、区内の福祉施設・事業所間で災害時の相互応援協定を結び、協働できる体制を整えています。また、近隣の住民のための食料品を備蓄しています。

#### ■ 多様な活動プログラム

生産活動、自己表現のプログラム、外出支援、切手リサイクルや、体を動かしたりADLの向上を目指したもの等、利用者の障がい特性やニーズ・希望に応じた多種多様な取り組みをしています。また、例えば「散歩」であれば、単に余暇的な側面だけではなく、機能・生活リハビリテーションの視点を取り入れたり、買い物等と組み合わせることで、「楽しみ・自立・身体訓練・社会参加」等、多面的な目的を持つ活動となっています。内容の質的な充実が図られている点で評価できます。

#### ■ 情報共有化のための工夫

会議の議事録の作成にあたっては、終了後速やかに決定・周知事項を簡潔に記した速報を作り、回覧し、職員の押印による確認を行っています。また、申し送りにあたっては写真を活用する等、わかりやすい伝達に努めています。全職員がタイムリーに情報共有するための取り組みとして評価できます。

#### ■ 人事管理制度の整備

自己申告書やチャレンジシート、人事考課制度に基づき、職員が将来を描ける総合的な仕組みが整備されています。先ず本人が希望する目標を設定し、上司と面談後に最終的な目標を決定します。そして進捗状況や課題、達成度を確認する話し合いを行い、次年度につなげています。採用や配置、異動等の人事基準が定められ、また、職務の成果や貢献度の評価は考課会議で検討し決定しています。

### ◆改善を求められる点

#### ■ 理念・方針、事業計画の利用者・家族等へのわかりやすい周知

現在の周知方法は施設内の掲示が中心です。理念等や、事業計画で利用者にかかわりが深く、特に今期注力していくテーマについては、知的障がいのある利用者や通常の説明では理解が困難な家族等にも配慮したわかりやすい資料を作成し、家族会やホームルーム等の機会を活用して伝達していくことが望めます。

#### ■ マニュアルの定期的な見直し

各種の介助や感染症に関するマニュアルについて、現在の業務手順等を検証し、より良いものとするために年1回以上の定期的な見直しと、作成日や見直し・改訂を行った日付の記録が望めます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、福祉サービス第三者評価を受審し、評価者から専門的、また客観的に評価を頂き、多くの学びや気づきがありました。

受審にあたっては、事前の準備で現場のスタッフにも協力を得て、できるだけ施設全体で取り組む姿勢で臨みました。また、ヒアリングでは評価者とお話しをする中で、施設の職員だけではわからなかった施設の強みや弱みを知ることができました。ご指摘いただいたことについては、会議で話し合いを行ない、取り組みを始めております。

この結果を一時的なことに終わらせず、利用者により良いサービス提供をすること、また職員がやりがいをもって働けることを目標に施設運営、業務改善に取り組んでいきたいと考えております。

### ◆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。		
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人のホームページに創業の精神である「自彊不息」の理念を不変の方針とする5つの信条が記載されています。また、事業所として「職員としての行動規範」「倫理綱領」「ていねい宣言」を定めています。</li> <li>■職員への周知は入職時の研修にて行われており、また、施設内のスタッフルームに掲示しています。今後は、セルフチェックや会議等での話し合い、人事面接等を通じて意識・理解・実践等の状況を確認し、継続的な取り組みが望まれます。</li> <li>■利用者等へはフロア内の掲示と家族会で伝えています。今後は、知的障がい等のある利用者や通常の説明では理解が困難な家族等にも配慮したわかりやすい資料を作成して周知していくことが望まれます。（利用者へはホームルーム等の機会の活用もご検討ください）</li> </ul>

		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。		
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■社会福祉事業や地域の福祉計画の動向については、外部団体や関連雑誌・新聞による情報、また、リベルテ内の事業部会議、大阪市の障がい支援計画等により把握・分析しています。</li> <li>■稼働率はリベルテ実績表、収入・コストは月次管理表により定期的に確認しています。</li> </ul>
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■理事長が出席する事業部会議、月例業務会議で法人の状況や問題を明らかにしており、その内容をリーダー会議、サービス会議で職員に報告し改善すべき課題を伝えています。</li> <li>■施設の課題については、中長期計画に「サービス・業務内容」「職員」「建物・設備」「経営状況」「地域関係」「その他」に分けて記載し、単年度計画を通して解決・改善に向けて取り組んでいます。</li> </ul>

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。

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
(コメント)	<p>■中長期計画では、SWOT分析（組織の外部・内部環境を把握するための経営管理ツール）を用いて現状の「機会・脅威・強み・弱み」を明らかにして課題を整理し、中期的目標（3～5年）や「なりたい姿」としての長期的展望（5～10年）が記載されています。今後は、中期的目標を達成するための年度ごとの数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、さらに精緻なものにしていくことが望まれます。また、収支計画の作成と必要に応じた見直しが望まれます。</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
(コメント)	<p>■単年度の事業計画は「事業実施方針」「重点課題」のほか、合計で14の項目に渡って具体的に明文化されていますが、中長期計画との連動やその反映が少し曖昧となっています。中長期計画の中期的目標や「なりたい姿」にある項目を軸として、そのそれぞれに対応して単年度計画や事業報告の内容を記載するなど、形式・様式等の工夫をご検討ください。また、数値目標等を設定することで、実施状況がよりの確に評価できるような計画づくりが望まれます。</p>		

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。	b
(コメント)	<p>■単年度の事業計画の策定にあたっては、12月に振り返りのための会議を行い、それに基づいて施設長が案を作成し、リーダー会議での確認・検討を経て法人へ提出し、最終的に決定しています。確定した計画書はサービス会議で説明しています。</p> <p>■中長期計画の策定は、SWOT分析の内容について一部の役職者に意見を求めながら施設長が行っていますが、職員の参画や意見の集約・反映が不十分な状況です。また、現在の計画書がはじめて中長期計画として作成されたものであるため、見直し等はなされていません。</p> <p>■単年度計画の期間中の見直しは中間時点で実施していますが、今後、事業実施方針・重点課題の達成に向けて、より組織的で円滑なPDCAサイクルの実践を進めていくことにしています。その際には、リーダーや職務分担表に示されている責任者が全体の計画に基づいて自らのやるべきことをより具体的に落とし込んだ、各々の単年度計画を作成して下位のメンバーと協働するような仕組みづくりをご検討ください。職員の施設運営への参画や理解、自律性、動機づけを高めることによる、実行性の向上を期待します。</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
(コメント)	<p>■事業計画の事業実施方針・重点課題をフロアに掲示していますが、利用者等の周知や理解に向けた取り組みとしては不十分な状況です。今後は、利用者にかかわりが深く、特に今期注力していくテーマについては、知的障がい等のある利用者や通常の説明では理解が困難な家族等にも配慮したわかりやすい資料を作成し、伝達していくことが望まれます。（家族へは家族会、利用者へはホームルーム等の機会の活用もご検討ください）</p> <p>■行事への参加を促すため、利用者にはホームルームでの情報提供・要望の聴取や、ポスターを作ってもらうことにより意識づけを高めています。また、家族には家族会でスライドを使った説明をして行事の内容や雰囲気、楽しさを伝えるなど、参加に向けて周知の工夫を行っています。</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。		
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。
	(コメント)	<p>■グループミーティング、生活支援会議、ケースカンファレンス等を基点に、利用者へのサービス提供の質的な見直しをしています。</p> <p>■QOL委員会、業務改善委員会で「日中活動・食事・排泄・入浴」の各支援場面ごとの改善を進めています。入浴できる曜日を増やして利用者一人あたりの時間を長くし、ゆっくり丁寧に対応するような変更を行い、その感想を利用者にアンケートで確認しています。</p> <p>■法人内の施設間で行政の実地指導自己点検シートを用いたセルフチェックと相互の確認を行う「業務体制ヒアリング」を毎年実施しています。また、全国身体障害者施設協議会が作成したケアガイドラインによる自己評価を年1回行っています。なお、当協議会のチェックリストは、「日常的生活支援」「良質かつ安心・安全な支援のための仕組みづくり」「地域を支える福祉拠点としての取り組み」の3つの分野について、140以上の項目から構成されています。</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。
	(コメント)	<p>■「業務体制ヒアリング」では課題が文書化され、リーダー会議で共有化や改善策の検討が行われ、担当者を通じて実施されています。今後は、さらなる質の高い改善活動に向けて、ケアガイドラインを用いた評価結果についても取り組むべき課題を明文化し、事業計画に反映させるなど組織的な対応が望まれます。</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。		
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。
	(コメント)	<p>■管理者の役割と責任を含む職務分掌等については組織規程にて定められていますが、会議等での周知がなされていません。職務分担表に記載するなどにより、職員への説明が望まれます。</p> <p>■職員も閲覧する広報誌「リベルテ」に管理者のコメント等を記載していますが、方針等について書かれたものではなく、今後の掲載が望まれます。</p> <p>■有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任は事業継続計画（BCP）で明確化しています。</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
(コメント)	<p>■利害関係者との適正な関係を定めた服務規律が就業規則に記載されています。</p> <p>■管理者等は大阪府・市町村社会福祉法人・施設等指導監査合同説明会の他、外部団体が開催する法令遵守の研修・セミナー等へ参加し、その報告をサービス会議で行っています。</p> <p>■職場内のハラスメントに関するアンケート調査や研修を法人として実施しており、また、相談窓口をリベルテ内に設置し、弁護士へ職員が直接電話ができるようになっていました。</p> <p>■施設が関係する法令は、総合支援法や虐待防止等の障がい福祉分野に限らず、多方面にわたります。法令遵守規程の策定、担当者・部署の設置、理解・対応すべき法令の対象範囲の確認、公益通報相談窓口の開設、資料の整備、研修・会議・掲示・配布・回覧・メール通知等による定期的及び必要時の情報提供、自己・他者チェックによる振り返りなど、法人としてさらなる活動が望まれます。</p>	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
(コメント)	<p>■管理者は、リーダー会議、サービス会議、食事会議に出席し、他の会議・委員会等の内容はリーダー会議で確認しています。その他、朝礼やヒヤリハット、苦情・相談・意見・要望等の報告書によりサービスの質の現状について把握し、それらの機会をとおして、改善のための具体的な活動の明示や、職員の意見の収集・反映に努めています。選挙（国政・地方）をこれまでは施設での投票としていたのを、希望者には自らの住民票のある地域に出向いて行うことになったのも、職員の提案によるものです。</p> <p>■管理者は、責任者でない一般の職員に、会議等での発表や委員会の運営を担当させる機会を作り出すことで積極性や自立心を醸成し、「自彊不息」の理念に沿った人材の育成を進めています。</p> <p>■今後は、提供しているサービスに対する定期的、継続的な評価・分析をより積極的に行うことで、さらなる指導力の発揮が期待されます。</p>	
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b
(コメント)	<p>■法人の会議で提出される人事・労務・財務等の資料やリベルテ実績表で経営の状態を確認しています。</p> <p>■経営の改善や業務の実行性の向上に向けて、介護技術委員会の設置、日中活動を充実するための職員の採用と生産作業の本格開始、助成金の活用やサービス管理責任者を中心とした適正な利用者の障がい支援区分の更新による収入の確保、ヒヤリハット報告の件数増に向けたパソコンの活用やコメントの記載、空気清浄器の導入による環境整備などを実施しています。</p> <p>■会議が有効に機能するための仕組みとして、議事録の作成にあたっては、終了後速やかに決定・周知事項を簡潔に記した速報を作り、また、その後の正式な書類では「決定・留意・繰延・提案・報告等」を明確にして、ともに回覧し、職員の押印による確認を行っています。</p> <p>■今後は、組織内の体制の見直しやそれらの活動へのより積極的な参画をとおして、さらなる指導力の発揮が期待されます。</p>	



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。

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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■必要な人材や体制に対する基本的な考え方は、事業計画の中で明確化しています。就職フェアやハローワーク等で募集を行い、社会福祉士や介護福祉士、言語聴覚士、相談支援員等を計画的に採用しています。</li> <li>■法人や施設独自の研修を計画し実施するほか、外部研修にも参加することで、人材の育成に努めています。また、新任職員には、集中・フォローアップ研修やチェックリストを活用した育成を行っています。</li> </ul>	
15	II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「期待する職員像」をチャレンジシートの中で明確化し、グループミーティングやサービス会議、面談等を通して職員に周知しています。</li> <li>■採用や配置、異動等の人事基準は人事考課制度の中で明示し、職務の成果や貢献度の評価は考課会議で検討し決定しています。また、毎年、昇格試験を行っています。</li> <li>■自己申告書やチャレンジシート、人事考課制度に基づき、職員が将来を描ける総合的な仕組みづくりができています。</li> </ul>	

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り組んでいる。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■労務管理責任者の施設長代理が、職員の就業や有給休暇、リフレッシュ休暇等の状況を出勤簿の中で把握しています。結果は、毎月法人本部に報告しています。</li> <li>■年1回健康診断(夜勤者は2回)の実施やストレスチェックを行っています。また、産業医や衛生管理者が職場を巡回しており、その際には何時でも面談ができるようになっています。</li> <li>■法人内には共済会である「あゆみ会」があり、民間の団体にも加入して、職員の福利厚生を充実を図っています。</li> <li>■有給休暇の取得のほか、出産や育児のための休業・勤務時間の短縮を勧めています。また、1日の休憩時間は、時間をずらしてでも取れるよう配慮しています。</li> </ul>	

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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■職員一人ひとりが自己申告書の中で本人が希望する目標を設定し、それをもとに上司と面談して最終的な目標を決定してチャレンジシートに記載しています。</li> <li>■中間期に進捗状況や課題、成果等を話し合い、年度末には達成度を確認して、次年度へつないでいます。</li> </ul>	

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
	(コメント)	<p>■事業計画の中に社会福祉士や介護福祉士、言語聴覚士等の専門資格を明示しています。</p> <p>■法人の人事課で新任研修や個人情報保護、階層別研修等を計画し実施しています。また、事業所においても施設長等による人権擁護や虐待防止、介護技術等の研修を実施し、それらの計画・内容についての評価・見直しを定期的に行っています。今後は、施設内に研修・教育委員会等を設置し、職員の自発的な意見や考え方を取り入れた運営もご検討ください。</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。	a
	(コメント)	<p>■施設長が全職員の資格一覧表を作成して状況等を把握し、運営に必要な資格やそのための研修に関する情報を提供して取得を勧めています。</p> <p>■新任や中途採用の職員は、上司や先輩が「ペアレント」となり個別的なOJTを実施しています。また、外部研修の案内をグループミーティングやリーダー会議で行うほか、事務所内に掲示し情報を提供しています。希望する職員には、振り替え勤務を行う等して参加ができるように配慮しています。</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。			
20	II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
	(コメント)	<p>■事業計画の中に実習生等の受け入れを明示し、そのためのマニュアルを整備しています。今後は、それらの専門職の教育・育成にあたっての基本姿勢の明文化が望まれます。</p> <p>■社会福祉士や介護福祉士等の特性に配慮したプログラムを準備し、担当者は社会福祉士会等の指導者研修を受けています。</p> <p>■実習生の学校とは、打合せや振り返り、終了時等に電話やメールにて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。			
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
	(コメント)	<p>■ホームページ(法人)や広報誌には理念や運営方針、事業・活動報告、決算情報等を掲載していますが、今後は、エフォールとしての事業計画・報告等についても情報発信が望まれます。</p> <p>■苦情内容等も法人のホームページで公開していますが、更新は年1回となっています。今後は、広報誌や事業所内の掲示等を活用したタイムリーな伝達が望まれます。</p> <p>■広報誌は行政や家族、ボランティア等に配布するとともに、施設の1階の図書コーナーに置いています。今後は、地元の町内会や相談支援事業所等へのより広範囲な配布や設置が望まれます。</p> <p>■今回、第三者評価を初受審しましたが、結果は法人のホームページや施設内に掲示し公表する予定です。</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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■経理規程や預かり金管理規程等があり、グループミーティングやリーダー会議等で職員に周知しています。また、組織規程や法人の事業計画に権限と責任を明示しています。</li> <li>■事務や経理、取引等については、外部の監査法人による監査があり、指導・助言・指摘等があった場合には改善に努めています。しかし、内部での確認・牽制体制が不十分であり、以前に行っていた法人の内部監査等の定期的な実施が望まれます。</li> </ul>	

<b>評価結果</b>
-------------

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。			
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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画の中に地域との関わりを明文化しています。東淡路地区のまつりや寄席等のイベント情報を収集し事業所内に掲示しています。また、1階図書コーナーにチラシ等を設置しており、自由に閲覧や持ち帰ることができます。</li> <li>■地域の夏まつり、スポーツ大会や行事への参加、リベルテ祭りでの販売活動、個別支援計画の一環として電話ショップやスーパー・コンビニ等へ出かけるなど、住民との交流を図っています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ボランティアの受入れや学校教育等への協力を事業計画に記載していますが、今後はそれらを行うにあたっての基本姿勢の明文化が望まれます。</li> <li>■ボランティアに関しては、利用者の外出時における車椅子操作に関する研修や、イベント前の説明等を実施しています。</li> <li>■職員が学校を訪問したり、施設を小・中学生が見学に訪れて、福祉の講座や車椅子・アイマスク等の体験学習をしています。</li> </ul>	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	II-4-(2)-①	福祉施設・事業所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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■自立支援協議会や地域活動協議会等に参加して情報や意見交換を行うとともに、地域の課題について協議・対応しています。現在、青色防犯パトロールに参加しています。</li> <li>■今後は、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を作成して、事務所やフロアでの掲示等による職員・利用者間での情報の共有化が望まれます。</li> </ul>	

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
(コメント)	<p>■ 1階にある地域交流センターを高校生のダンスの練習や講座、また、保護者が子どもと一緒に交流できる場として開放しています。デイサービスのスペースで、ボランティアが住民や利用者に向けた喫茶の提供を月1回行っています。</p> <p>■ 区の社会福祉協議会のボランティア講座を受け持ったり、車椅子介助のための指導に出向くなど、事業所の専門性や特性を活かした地域活動を進めています。</p> <p>■ 夏まつりには実行委員として参画し、出店するとともに、物品を貸し出すなど、まちづくりに協力しています。</p> <p>■ 福祉避難所として指定を受けるほか、東淀川区内の福祉施設・事業所間で災害時の相互応援協定を結び、協働できる体制を整えています。また、近隣住民のための食料品として「500人×2食分」を備蓄しています。</p>	
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ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)	<p>■ 大阪府社会福祉協議会の大阪しあわせネットワークや、東淀川区ライフステーション事業の見守りキーホルダーに協力する等の公益的な活動を行っています。</p> <p>■ ボランティアセンターを開設し、他の事業所を含めた募集情報の発信や候補者と求人側とのマッチングなど、地域の活動拠点となるべく取り組みを進めています。</p> <p>■ 地域活動協議会へは同じ建物内の在宅部門の責任者が出席しています。今後は、地域の福祉ニーズをより深く知るためにもエフォールの職員の参加（同席や隔月・隔年度ごと等）について検討が望まれます。</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。		
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)	<p>■ 利用者を尊重したサービス提供については、法人理念や行動規範に明示され、職員に周知されています。</p> <p>■ ていねい宣言において、利用者への対応における基本的な姿勢が明確化されており、施設内に掲示されています。</p> <p>■ 自己チェックを通じて状況の把握や意識づけを実施しています。</p>	
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁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>■ 居室やトイレ等はカーテンで仕切られており、利用者のプライバシーは確保されています。</p> <p>■ 面会等も必要に応じて個室を準備するなど、プライバシーの確保に配慮しています。</p> <p>■ 不適切な支援に気が付いた職員がその事案について問題提起を行い、会議等での振り返りを行うことで共有化を図っています。</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。

30	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
	<p>(コメント)</p> <p>■利用や見学の希望者には、パンフレットや広報誌を渡して説明を行っています。パンフレット等は、行政や1階の図書コーナーに置いていますが、今後は区の社会福祉協議会や他の相談支援事業所、特別支援学校等にも設置し、多くの人が閲覧できるようにすることが望まれます。</p> <p>■パンフレット等は適宜見直しを行っています。今後は、ルビを振るとともに、分かりやすい言葉遣いや絵入り等を活用した「利用のしおり」等を別途に作成するなど、知的障がいのある利用者や通常の説明では理解が困難な家族等にも配慮した資料の工夫が望まれます。</p> <p>■希望者には、ショートステイを活用した体験入所を行っています。</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)</p> <p>■開始時は、重要事項説明書等で利用者や家族等にわかりやすく説明し、同意を得て契約を締結した後にサービスを提供しています。重要事項説明書等は、ルビを振り拡大版（A3）を用意しています。また、入所後の支援計画等の変更時も同様に説明を行い同意をとっています。その際、変わった部分にはマーカーを引く等の工夫をしています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者については、現在3名の成年後見人が選定されています。今後は、制度の内容や申立てに至るまでの手順等を文書化し、家族会等での説明や相談への対応が望まれます。</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)</p> <p>■他事業所等への移行時には、担当者やリーダー等が相談支援事業所と連携してカンファレンスを実施し、移行先にはアセスメントシート(個人介助票)を提供しています。また、入院する場合も同様にアセスメントシートを渡しています。今後は、これらの流れを記載した手順書の作成が望まれます。</p> <p>■利用終了者には、退所後の相談窓口や担当者等を説明した文書とその都度作成し、相談に応じることができる体制になっています。今後は、これらの案内文書を定型化し、漏れ等がないような対応が望まれます。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	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。	b
	<p>(コメント)</p> <p>■毎月の利用者のホームルームや食事懇談会に担当職員等が参加して希望や意見等を確認しています。食事や入浴等のサービスの内容や体制を変更した時にはアンケート調査を実施しています。家族会には施設長等が参加しています。今後は、生活全般にわたるアンケート等を定期的に行うことが望まれます。</p> <p>■ホームルームで出た意見や要望はグループミーティングや各委員会等で分析・検討し、できるだけ早く対応するように努めています。利用者の声は、入浴日数の増加や生産活動の本格的な導入等の具体的な改善につながっています。今後は、利用者の代表等が参加して、職員とともに把握したニーズや問題点を話し合うための場づくりに向けた検討が望まれます。</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。

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
(コメント)	<p>■苦情受付や苦情解決責任者、第三者委員を配置し、体制や連絡先等を分かりやすく記載したポスターを玄関やフロアに掲示しています。また、苦情受付や窓口等を記載した重要事項説明書を利用者や家族に渡しています。</p> <p>■内容については、第三者委員に報告するとともに苦情解決報告会で改善策を検討し、申し出た利用者や家族に電話で報告した後に書面で渡しています。公表は法人のホームページにて行っていますが、更新は年1回となっており、広報誌への掲載や事業所内に掲示する等のタイムリーな対応が望まれます。</p> <p>■意見箱の傍に苦情記入カードと筆記用具を設置しています。投函された内容や苦情解決報告会等の記録は適切に保管されています。</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。	a
(コメント)	<p>■ホームルームや個人懇談等で意見や要望を把握していますが、利用者・家族等から個別に相談を受ける場合には、担当者やリーダー、施設長代理等が対応しています。</p> <p>■複数の相談相手を自由に選べることを説明した文書をフロアに掲示しています。面談は、静養室や個室等で行っています。</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
(コメント)	<p>■利用者からの意見や相談、苦情の対応に関しては、「お聞かせください記録取扱い」マニュアルを整備し、定期的に見直しています。今後は、作成日とともに見直しや改訂を行った日付の記載が望まれます。</p> <p>■意見箱は玄関と2階フロアの職員に見えない場所に設置されています。開錠は第三者委員が行っています。今後は、その際に利用者等の代表も一緒に立ち合い、日付や氏名等を記録しておくこともご検討ください。</p> <p>■意見や要望等の改善策について、すぐに対応できる事柄や検討に時間を要する旨の説明を速やかにホームルームで行ったり、個別に伝えています。</p> <p>■把握した意見や要望に基づき、洗濯機等の備品を購入するなど、サービスの質の向上を図っています。</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。

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
(コメント)	<p>■法人として、また事業所としてリスクマネジメントの責任者や担当者を配置し、委員会を設置する等の体制を整備しています。また、事故発生時の対応マニュアルを作成し、リーダー会議やグループミーティング等で職員に周知しています。</p> <p>■ヒヤリハットを積極的に収集し、毎月、安全対策委員会で内容の分析と対策案の作成を行い、サービス会議で職員へ周知しています。安全確保に向けて事業所内で介護勉強会を実施しています。また、事故報告書は法人内で回覧することで情報共有と啓発に努めています。</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。	b
	(コメント)	<p>■感染症対策については安全対策委員会の委員長が責任者となっています。また、予防や対策に関するマニュアルや手順書を整備し、委員会やリーダー会議、グループミーティングで周知しています。</p> <p>■玄関に手洗い場があり消毒器やマスクを備え付け、インフルエンザの啓発ポスターを掲示する等の予防策を行っています。また、部屋の換気や手指消毒を行い、次亜塩素酸を用いた空間除菌脱臭機を設置しています。今後は、フロア内の洗面所や食堂にもポスターを掲示し、意識づけの徹底が望めます。</p> <p>■ノロが発生した際の対応備品のセットとそのリストを作成し、実際の場面を想定したデモンストレーションによる訓練を定期的実施しています。また、研修への参加や勉強会を開催しています。発熱や下痢、嘔吐等に関するマニュアルが多種にわたり作成されていますが、今後は、定期的な見直しを行い、その記録を残すことが望めます。</p> <p>■利用者に感染症が疑われる場合は、担当者から看護職員に報告があり、静養室を使用した隔離を行い、嘱託医への報告や必要な場合は受診をしています。</p>	
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行っている。	b
	(コメント)	<p>■利用者や職員の安全確保のため消防計画を作成しています。自衛消防隊を組織し、毎月、火災や地震、不審者への対応訓練を実施しています。その際には消防署も立ち会っています。今後は、避難誘導にあたりフロアに経路図の掲示が望めます。</p> <p>■災害後の福祉サービスの継続に向けた具体的な事業継続計画（BCP）を作成し、防災管理委員会やグループミーティング等で周知しています。利用者と職員を合わせた3日分の食料品を備蓄しており、リスト表を作成して栄養士が管理しています。</p> <p>■施設内の利用者の安否確認にあたっては、各部屋の点検終了後に「安全確認済」の札を貼るようにしています。また、職員については業者と緊急一斉メールの契約を行い、連絡を取り合えるような体制になっています。</p>	

			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。			
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
	(コメント)	<p>■支援場面ごとの業務の標準的な流れが明文化され、それに加えて、利用者一人ひとりの支援手順を定めたマニュアルが整備されています。</p> <p>■実施方法については、介護勉強会等で手順通りに実施されているかどうかの確認を随時行い、グループミーティング等を通じて各職員に周知・徹底を図っています。</p>	
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。	b
	(コメント)	<p>■各種マニュアルの見直しにあたっては、職員の気付きや利用者の状況変化、また、本人、家族からの意向を反映しています。</p> <p>■見直しは随時、必要に応じて行われています。今後は現在の業務手順等を検証し、より良いものとするために年1回以上の定期的な見直しと、作成日や見直し・改訂を行った日付の記録が望めます。</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 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個別支援計画の作成にあたっての一連のプロセス（アセスメント・原案作成・検討・利用者等の同意・モニタリング）が確立されており、計画書には利用者一人ひとりのニーズが反映されています。</li> <li>■看護師等の専門職が検討に加わり、他の福祉サービスを利用している場合には、当該の事業所も含めてカンファレンス等を実施しています。</li> </ul>	
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個別支援計画の作成、見直しの手順に沿って定期的にモニタリングを実施し、利用者、家族の意向を確認しながら計画の見直しを行っています。</li> <li>■入退院時や、外部サービスの利用、また、加齢等に伴う重度化等の変化があった場合にも、随時、計画を見直しています。</li> <li>■計画等に変更があった場合は、グループミーティングや申し送り等で伝えています。</li> </ul>	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の日々の様子や状況・対応方法の変化等については、会議・話し合い等での確認、記録による共有化に加えて、申し送りノート等を活用して職員間の伝達をしています。その際には必要に応じて写真を活用するなど、理解しやすい工夫を心がけています。</li> <li>■会議の決定事項は、会議録の「速報」を即時に作成・回覧し、速やかに、また、わかりやすく全職員に周知しています。</li> <li>■記録の書き方については、OJT（ペアレント制度）により、新任職員等へ必要なスキルを段階的に指導しています。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■文書管理規程にもとづき、各種記録の保管、保存、破棄、情報の提供等が行われています。</li> <li>■就業規則等に守秘義務が明示されており、漏洩等が起こった場合の対処方法も明文化されています。</li> <li>■個人情報保護に関して、法人として毎年研修を実施しており、職員向けにQ&amp;Aを作成しています。また、情報の取り扱いについて利用者・家族等へ説明して同意を得ています。</li> </ul>	

## 障がい福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 利用者の尊重と権利擁護		
A-1-(1) 自己決定の尊重		
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
(コメント)	<p>■毎月、定期的にホームルームを開催して利用者の声を直接聞く機会を設け、それをプログラムに反映させるなど、本人が主体的にさまざまな日中活動に参加できるように努めています。</p> <p>■日中活動スペースである「ひだまり」に毎日専属の職員を配置したり、積極的な外出支援や地域行事への参加等、利用者のより豊かな生活や自己実現の機会を大切にしています。</p> <p>■必要に応じて個別的な外出等のニーズにも可能な限り対応しています。</p> <p>■以前は「利用者の会」がありましたが、以下のような点も併せ持った場として発展的・建設的な再開が期待されます。例えば、行事や日中プログラムの企画・立案等の段階から利用者がかかわったり、「Ⅲ-1-(3)-①」で述べた、把握した自分たちのニーズや問題点を職員と一緒に話し合うことで、より能動的な参加や自立・自律に向けた動機づけ、利用者同士のコミュニケーションを図っていくなど、さらなる活用をご検討ください。</p>	
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	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>■虐待防止マニュアル等において、不適切な事象が発生した場合の行政への通報、内部関係者や利用者・家族等への報告、事実関係を確認する仕組み、再発防止に向けた取り組み等、具体的な対応方法を明記しています。</p> <p>■不適切な支援に関する事案の共有化や、定期的な自己チェックを行い、権利侵害の防止に努めています。</p> <p>■ヒヤリハット等、「職員が気付いた場合には報告する」という意識の浸透に努め、回覧等により共有化を図っています。</p>	
A-2 生活支援		
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 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>■生産活動にリハビリテーション的な視点を取り入れたり、散歩に買い物を組み合わせる等、一つのプログラムに多面的な意味合いを持たせて社会参加や自立に向けた動機づけを行い、利用者がより主体的に活動に参加できるように工夫をしています。</p> <p>■就寝時間や起床時間等については、施設都合ではなく利用者の希望を尊重し、本人の望むリズムで生活ができるように配慮しています。</p> <p>■他施設のサービスを利用する際の調整や成年後見人の申立等についても、必要な支援をしています。</p> <p>■利用者は希望すれば、単独で、もしくは職員・ボランティア・ガイドヘルパー等の付き添いにより、自由に外出できます。</p>	

A④	A-2-(1)-②	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>■利用者のコミュニケーション能力の向上を目指し、月に1回、言語聴覚士によるリハビリテーションを実施しています。また、言語聴覚士のアドバイスを受けながら、文字盤や写真カード等、利用者の障がい特性に合わせたコミュニケーション方法を検討しています。</p> <p>■アセスメントシートに一人ひとりのコミュニケーション方法や、配慮すべき事項等が記載されています。</p>	
A⑤	A-2-(1)-③	利用者の意思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>■施設長が毎朝居室を巡回し、利用者の状況確認や直接声を聞く機会を設けています。</p> <p>■「お聞かせください」等で上がってきた利用者の声に対しては、サービス管理責任者（施設長代理）を中心として、各種会議で報告・検討がなされて対応策を決定し、職員全体へ周知を行っています。</p>	
A⑥	A-2-(1)-④	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
	(コメント)	<p>■生産活動、エフォール体操、カラオケ、散歩、料理クラブ、ボッチャ、ビューティーの日、手作り工房等、日替わりで多彩な日中活動プログラムが準備されており、利用者は好きなものを選択して参加することができます。</p> <p>■それぞれの活動に社会参加や自己実現、リハビリテーション、自立支援等の多面的な視点が取り入れられています。</p> <p>■利用者の意見を聞きながら日帰り旅行を1年に複数回設定しています。また、希望に応じた外出支援や他施設の日中活動の利用等もなされており、ともに一人ひとりのニーズに対応した取り組みとなっています。</p>	
A⑦	A-2-(1)-⑤	利用者の障がいの状況に応じた適切な支援を行っている。	a
	(コメント)	<p>■内部、外部の研修受講を通じて職員の専門知識の習得や支援技術の向上に努めています。強度行動障がい支援者養成研修に職員が参加し、その伝達研修を実施しています。</p> <p>■不適応行動等への対応として、食事時間をずらす、座席位置を他の利用者が視界に入らないように配慮する等の個別的な対応を行っています。</p> <p>■利用者間のトラブルが表面化した場合は、生活支援会議やグループミーティング等で随時検討し、場合によっては居室の変更等の対応もしています。</p>	
A-2-(2) 日常的な生活支援			
A⑧	A-2-(2)-①	個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
	(コメント)	<p>■食事懇談会を毎月実施し、直接利用者の声を聞いてその嗜好に合わせるように努めています。また、季節ごとのメニューや行事食等も取り入れ、バラエティに富んだ食事の提供を心がけています。</p> <p>■品数が多く（昼食で一汁三菜＋デザート）、充実した内容となっています。</p> <p>■複数の形態がある介護食のほか、ご飯の炊き具合も3種類準備する等、利用者の障がいや嚥下の状況に合わせた工夫をしています。</p> <p>■入浴については、普通浴やチェア浴、特殊浴、個浴等があり、また、排泄では、低床タイプの便座やリフトの使用等、障がい特性やさまざまなニーズに対応した設備、環境等が整っています。</p>	

A-2-(3) 生活環境			
A⑨	A-2-(3)-①	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設内に行事等の写真の掲示等を行い、明るい雰囲気づくりに心がけています。</li> <li>■通常のナースコールを押せない利用者にはブレスコールや丸ボタンタイプを準備したり、また、必要に応じてセンサーマットを使用するなど安全に対するさまざまな配慮を行っています。</li> <li>■ベッドは必要に応じて低床タイプを使用し、L字型の手すりをつける等、個別的な対応をしています。</li> <li>■体調不良時や利用者からの要望があった場合には、一時的に使用できる静養室（個室）があります。</li> </ul>	
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練			
A⑩	A-2-(4)-①	利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■生活リハビリテーションは、日中活動のいろいろなプログラムに訓練的な意味合いを持たせるように工夫しています。理学療法士の指示や計画のもと、ケアスタッフが居室等で実施するなど、いろいろな場面で行われています。</li> <li>■歩行訓練での周回数の設定やタイムを計測する等、利用者にわかりやすい目標を設定し、意欲的に取り組めるように配慮しています。</li> <li>■3か月おきにリハビリテーション実施計画を作成しています。カンファレンス等には理学療法士も参加し、個別支援計画に反映させる等、ケアスタッフと連携を図っています。</li> </ul>	
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援			
A⑪	A-2-(5)-①	利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入浴時には全身チェックを行い、異常があれば看護師に報告しています。今後は必要に応じたバイタルチェックの実施が望まれます。</li> <li>■2週に1度、医師による利用者の回診があり、その際に健康に関する相談に応じています。</li> <li>■利用者の体調の急変時、緊急時のための対応マニュアルを整備しており、ケアスタッフから看護師、看護師から医師へ伝達すること等が定められています。また、近隣の病院を協力医療機関としています。</li> <li>■心肺蘇生法や、のどに物を詰ませた場合の対応について研修を実施しています。</li> </ul>	
A⑫	A-2-(5)-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
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■配薬は看護師が行い、服薬は複数の職員が互いにチェックして実施しています。また、糖尿病等の慢性疾患のある利用者へは、医師の指示のもと食事提供は管理栄養士が、インシュリン注射等の処置は看護師が行っており、ともに責任や管理の体制が整備されています。</li> <li>■利用者の日々の健康状態の把握のため、それぞれの職務ごとの記録等をもとに、看護師とケアスタッフ間で確認と申し送りを行っています。今後は、薬やアレルギー・慢性疾患等への対応については、個別の連絡・指導に加えて学習会や研修等の実施が望まれます。</li> </ul>	

A-2-(6) 社会参加、学習支援			
A⑬	A-2-(6)-①	利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	a
	(コメント)	<p>■地域のスポーツ大会や行事への参加、リベルテ祭りでの販売活動や、ガイドヘルパーを利用して他施設の友人との外出を調整するなど、積極的に利用者の社会参加の機会を提供しています。また、選挙時は施設内での不在者投票ではなく、地元の投票所へ足を運ぶための支援を行う等、社会参加に向けてさまざまな取り組みを行っています。</p>	
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援			
A⑭	A-2-(7)-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)	<p>■地域移行を希望する利用者に対しては、住居や居宅介護員の確保等の課題を、本人・家族のニーズにもとづき、相談支援事業所等と連携しながら支援をしています。</p> <p>■退所後も通所の生活介護につなげるなど、ていねいな支援の結果、複数名の利用者の地域移行を実現しています。</p> <p>■地域移行を希望する利用者については、個別支援計画にその旨を盛り込み、日中活動プログラムの中で料理や買い物等を取り入れて、その意欲やイメージを高めるような取り組みをしています。</p> <p>■相談支援事業所と連携して、ILP（自立生活をおくるために必要な心構えや技術を学ぶプログラム）を実施しています。</p>	
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
A⑮	A-2-(8)-①	利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	a
	(コメント)	<p>■年に2回、定期的に家族会を実施しています。その際には施設からの報告と併せて、自分たちだけで話し合う時間を設けることで家族間での思いや情報の交換を自由にしてもらい、事業所に対する要望や意見が出やすくなるように配慮しています。</p> <p>■個別支援計画の説明時に、利用者の生活状況や支援内容について報告し、意見・要望の把握をしています。</p> <p>■相談支援事業所等と連携して、外泊時にも家族に代わって利用者の支援を行うヘルパー（居宅介護）を利用できるように調整を行っています。</p>	
			評価結果
A-3 発達支援			
A-3-(1) 発達支援			
A⑯	A-3-(1)-①	子どもの障がいの状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	評価外
	(コメント)	障がい児へのサービス提供はしていないため。	
			評価結果
A-4 就労支援			
A-4-(1) 就労支援			
A⑰	A-4-(1)-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。	評価外
	(コメント)	就労支援のサービス提供はしていないため。	

A⑱	A-4-(1)-②	利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	評価外
	(コメント)	就労支援のサービス提供はしていないため。	
A⑲	A-4-(1)-③	職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	評価外
	(コメント)	就労支援のサービス提供はしていないため。	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	エフォールの利用者
調査対象者数	50名（うち回答可能な方13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）

エフォールを、現在利用されている50名（うち回答可能な方13名）を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、11名の方から回答がありました。

比較的満足度の高い項目としては、回答のあった11名の内で

- (1) ●「テレビ、新聞、雑誌、本、電話等、好きな時に使うことができる。また、使う時の手伝いをしてもらえる」  
について、9名の方が「はい」と回答、
- (2) ●「『やりたいこと、やりたくないこと』という思いや、『うれしい、楽しい、いや』という気持ちが大切にされている」  
●「施設でどんなことをするか決める時、あなたやあなたの家族の話、やりたいこと、お願したい事を聞いてくれる」  
●「お風呂は気持ちよく、ゆっくり入ることができる」  
について、7名の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。



## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	エフォールの利用者の家族等
調査対象者数	50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）

エフォールを、現在利用されている方の家族等50名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、23名の方から回答がありました。（回答率46％）

比較的満足度の高い項目としては、回答のあった23名の内で、

- （1）●「本人のことが考えられて生活が送れるようになっている」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- （2）●「他人に知られたくない秘密を守るなど、本人のプライバシーは守られている」  
●「職員との関わりの中で、いやな思いをしたことはない」  
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 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