

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【その他分野（婦人保護施設以外）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	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	東 司（理事長）、松田 昌訓（施設長）	
定員（利用人数）	90 名（91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 33 名	非正規 4 名
専門職員※	医師1名、看護師2名、管理栄養士1名 社会福祉士8名、介護福祉士11名 精神保健福祉士4名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室5室、二人部屋3室、四人部屋21室	
	[設備等] 食堂4、浴室5、調理室1、更衣室2、医務室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	2 回
前回の受審時期	平成 25 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せることに貢献する

【基本方針】

- ①機能別ケアユニットの構築と充実
- ②個別支援援助の推進—個別支援計画書の質の向上—
- ③地域生活移行支援の推進
- ④アルコールやタバコに問題を抱える利用者への取り組み
- ⑤地域との日常的な交流促進
- ⑥ボランティアの日常的な受入れ
- ⑦家族や関係諸機関との連携強化
- ⑧利用者の権利擁護体制の構築
- ⑨職員の確保と資質向上のための環境づくり
- ⑩防災・感染など、非常時体制の充実
- ⑪地域における生活困窮者対策体制の構築と展開

【施設・事業所の特徴的な取組】

●総合設計制度における公開空地を取り入れ、フローラホールなどの施設機能を開放できるよう配慮、地域交流の促進を図っています。

●居室は個室的多床室によるプライバシーの確保に努めています。

●施設を機能別に4つのユニット（コミュニティ）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ます。

●全国救護施設協議会による「救護施設個別支援計画書」を活用し、日常生活支援に努めています。

●パソコンネットワークシステムにより、利用者や施設に関する情報が職員間で共有できており、スムーズなサービスの提供を行っています。

●平成20年4月から、地域生活への移行を支援することを目的として居宅生活訓練事業を展開しています。

●平成24年4月から、継続して地域生活が送れるよう通所事業を開始しました。

●平成24年度より、人権擁護対策委員会が作成した人権侵害インシデントチェックシートを導入しています。

●大阪府委託事業である一時保護の受け入れや、生活困窮者自立支援法に伴う地域生活困窮者の緊急保護支援を展開しています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 総務企画部 第三者評価室
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成28年8月30日～平成28年11月30日
評価決定年月日	平成28年11月30日
評価調査者（役割）	0601B025（運営管理委員） 0701A065（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

フローラは、生活保護法による定員90人の救護施設で、東大阪市の近鉄、JRの河内永和駅のすぐ近くにあり、周辺に公共機関が多く商店街もあって、生活するのに非常に便利なところに位置しています。同法人の小阪病院に隣接した3階建ての建物で、居室は各利用者のベッド位置に窓があり外光が入るように設計され、空間レイアウトもプライバシーが確保できるよう、家具等で壁面を形成するなどの工夫を行い、個室的多床室と称する特徴ある構造になっています。

利用者支援では、居室部分をADLに応じた4つのユニットに分け、個別支援計画に基づき利用者個々のニーズに応じた適切なケアが行えるように工夫しています。

平成20年4月に居宅生活訓練事業、平成24年4月から保護施設通所事業を実施し、地域生活への移行、移行した地域生活の安定継続を目的とした支援を行っています。

施設周辺を公開空地とし、フローラホールを地域に開放し、地域交流の促進を図っています。また、大阪府委託事業による一時保護の受け入れや、地域包括支援センター、大阪府社会福祉協議会の生活困窮者レスキュー事業と連携し、生活困窮者の相談対応や、無料または低額な福祉サービスの提供を行っています。さらに、生活困窮者を対象とした認定就労訓練事業を開始するなど、地域貢献に積極的に取り組んでいます。

(注) 判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

■理念、基本方針を具体化した「指針」の作成

理念、基本方針を具体化した「指針」を作成、配付し、この「指針」に基づく職員の自己申告、施設長面談や各委員会関連における職員の自己チェックなど、理念やコンプライアンスの具体化に向けたシステムが作られています。人事考課や人材育成に効果をあげていることが高く評価されます。

■地域貢献への取り組み

公開空地の設定、フローラホールの地域開放や生活困窮者支援の各種の取り組みなど、地域交流、地域貢献への積極的な姿勢が高く評価されます。

■職員間の施設内情報の共有化

2種類のパソコンネットワークソフトを活用して、施設の情報を共有するシステムが稼働しています。職員がそれらを利用することで、サービスの質の向上を図っています。きちんとファイルが整理されており、必要な情報がいつでも引き出せるようになっています。また、紙媒体の回覧も並行して利用することで、職員に対してバランスの取れた情報共有が図られています。

■利用者の権利擁護への取り組み

人権侵害インシデントチェックシートなどを導入して、日常的な人権意識が極めて高い環境作りを施設長が中心になり組織として強く推進しています。

◆改善を求められる点

■職員の自己目標達成への支援

キャリアパスの作成や自己目標の中間面接などを実施し、職員が自己目標を自己管理して達成へとつながるよう適切に支援することが望まれます。

■利用者満足度調査の定期的な実施

嗜好調査や懇談会を開催し丁寧に利用者の意見を聴取していますが、利用者満足度調査（利用者と家族対象）を定期的の実施して、その調査結果を基にサービスの質の向上に向けた改善を図っていくことが望まれます。

■災害対策の充実

災害対策については、地震や台風の詳細な防災計画を策定し、地域と連携した防災活動を構築することが望まれます。また、事業継続計画（BCP計画）を構築することで、よりリスクに対応した施設作りが行われ、利用者の安全が図られることが期待されます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

フォローでは第三者評価を定期受審しておりますが、毎回ご指摘いただくことがあり、サービス内容の検討や改善を行う良い機会となっております。

今回の調査で明らかになった問題点や課題については、利用者アンケートの結果もふまえて、これからも利用者お一人お一人に寄り添ったサービスの提供ができるよう改善に努めて参ります。また、地域における生活支援等を通して施設が社会に役立てるよう努力して参ります。

◆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。		
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、基本方針を玄関ホールに掲示し、事業計画やパンフレット、ホームページに掲載しています。基本方針を「指針」として具体化し、職員に毎年配付して周知しています。理念から法人の事業内容や法人の使命、考え方を読み取ることができます。理念に基づいて基本方針を策定し、行動規範となる具体的な内容としています。家族会で事業計画を配付し、説明を行っています。職員全員の個別面接で確認し、また、個々の意見を求め、その内容についての話し合いを行っています。</p> <p>■周知状況については、個別面接や会議での確認を行っていますが、そのことの全体としてのデータ化や職員全体への調査等を行い、周知度を数値化することが期待されます。</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>■経営環境の変化等への対応については、福祉関係団体の会議、研修会へ積極的に参加したり、参考図書から情報を吸収したりして福祉事業全体の動向を把握しています。また地域の状況については、法人の役員に地元の民生委員が入っていて、常に情報収集を行っています。運営面については、前年当月比率、予算達成比率を算出し、経営状況を毎月把握しています。サービス利用者の推移、利用率等の分析を行い、経営指針を作成して経営の健全化を図っています。</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
(コメント)	<p>■経営、利用者サービス、地域、職員、ニーズ、建物・設備について現状分析を行い、それをもとに中長期計画を策定しています。法人役員会、理事会で経営状況や課題を報告し、役員と課題を共有しています。職員には毎年配付する「指針」に課題を掲載して、周知しています。また、各部署に「今後の取り組むべき課題」を掲示して取り組みを行っています。</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。	a
(コメント)	<p>■経営、利用者サービス、地域、職員、ニーズ、建物・設備の観点から中長期計画を策定し、法人役員会において承認を得ています。積立金、修繕計画、返還金等の主なものについて収支計画を立てています。また、事業計画を策定する度に中長期計画を見直しています。</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
(コメント)	<p>■課題を明らかにし、それをもとに、中長期計画と事業計画を一体的に策定しています。事業計画は、単年度で具体的な内容で策定しています。内容が具体的になっている実施計画では数値等を入れ、実施状況がわかるようにしています。</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
(コメント)	<p>■年末懇談会や自己申告書等での各職員の意見を参考に、事業内容を会議等で検討し、それをもとに事業計画を策定しています。各担当職員が事業計画に沿って、各々の実行計画案を作成し、実施・評価を行っています。事業計画については、パソコンネットワークシステムにより全職員がいつでも閲覧することが可能になっています。</p> <p>■全体または各担当ごとに、明確な時期を設定して計画を評価することが望まれます。計画の閲覧は可能になっていますが、会議等の場を設置して、事業計画の主旨、内容の説明を行うことが望まれます。</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
(コメント)	<p>■毎年6月に実施する家族会において事業計画・報告書を配付して説明を行っています。利用者には月初めの「誕生祝いと懇談会」でその月の予定を説明しています。ビデオ映写やグループ旅行の際には分かりやすくするため、利用者用のしおりを作成しています。利用者が参加しやすくなるように、行事計画を廊下に掲示しています。</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。

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。	b
(コメント)	<p>■各事業の担当職員が事業計画に沿って、実行計画案を作成・実施・評価を行い、レポートを作成して次回に繋げています。定期的に第三者評価を受審しており、その結果は第三者評価委員会を組織して、分析・検討をしています。</p> <p>■定められた評価基準による毎年の自己評価は行っておらず、実施することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■第三者評価を受審した年には、第三者評価委員会が結果を検討した報告書を作成し、全職員が閲覧するようにしています。外部監査導入の計画や福祉避難所の取り組み、地域住民への花壇の貸し出しなど、評価結果に基づき、必要に応じて、各担当部署で改善の取り組みを行っています。実施状況に関しては、各職員との年末懇談会や職員の自己申告書等により出て来た課題について、会議で検討しています。</p> <p>■毎年、自己評価を実施し、その課題分析と職員間の共有化が望まれます。</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。		
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
(コメント)	<p>■年賀式、入職式、永年勤続表彰などにおいて施設長として、経営管理の方針や役割と責任について表明し、ホームページやパソコンネットワークシステムにおいても記載しています。また、職務分掌に文書化しています。有事における管理者の役割と責任について事業計画に災害対策として明確化しています。また、毎朝その日の出勤職員による消防組織表を作成しています。</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
(コメント)	<p>■管理者は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、それをパソコンネットワークシステムにより職員間で共有しています。また、関連する研修に積極的に参加し、関係法令に関する図書の充実を図っています。</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
(コメント)	<p>■管理者は毎月の「誕生祝いと懇談会」で利用者にサービスの質等について聞いています。職員については毎年、①理念、基本方針を具体化した「指針」を配付し、②それに基づいた目標を職員が設定し、③年末に施設長面談で意見交換を行い、④課題を明らかにしていく、という一連の取り組みを行っています。直面する課題への対策において管理者の役割を明確化し、各種委員会で取り組み、課題の解決を図っています。研修では、新人職員研修を重点的に行うとともに、福祉以外の内容も取り入れ、充実を図っています。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■職員面談や運営会議などで職員に「要望、改善案」を提案してもらい、人事、財務等を踏まえ、安全で働きやすい労務環境の整備に取り組んでいます。様々な課題に取り組むため、各種の委員会等を組織しています。また、人権擁護に積極的に取り組み、虐待防止の意識化を図っています。</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。

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)	■サービスの質を向上させるため、配置基準を基に、看護師、指導員、介助員、精神保健福祉士を計画的に加配（規定された人数以上の人員を配置）し、それを継続しています。また、常勤、非常勤を見極めた採用のあり方を都度検討しています。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	■毎年、基本方針を具体化した「指針」を職員へ配付、「期待する職員像等」を明確にしています。人事考課は評価項目を細かく設け、年2回実施しています。また、考課基準の内容はパソコンネットワークシステムに掲載し、職員が閲覧できるようにしています。現在、人材難で給与等について、求人広告で他施設との比較を行っています。 ■キャリアパスは現在構築を行っているところです。早期に構築・運用し、職員が将来の姿を描くことができるようにすることが望まれます。	

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組んでいる。	a
(コメント)	■労務管理の責任者は施設長で、毎年の職員面談による意向確認や、有給休暇、時間外労働の確認など、職員の就業状況を把握できるように管理しています。心身の健康については、人権擁護対策委員会の「イラッとシート」によって、悩みを相談することや、必要に応じて専門相談機関を紹介ができるようにしています。福利厚生については、法人の共済会や民間共済会等に加入しています。ワーク・ライフ・バランスへの配慮については、有給休暇等の希望がとおるように工夫しています。勤務表作成について、職員の希望を取り入れて作成するなどの改善を行っています。また、外部研修に参加できるように工夫しています。職場づくりについては、「グッドジョブカード（利用者への支援において、他の職員が良いことをしていると感じたときに、そのことを記入して提出する制度）」の取組みを行う等の工夫を行っています。	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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。	b
(コメント)	■毎年、基本方針を具体化した「指針」を職員へ配付、「期待する職員像等」を明確にしています。その際、「指針」に基づいた目標を職員が設定し、施設長との年末懇談会において当年の目標の検証も行いながら自己研鑽しています。 ■職員の目標の進行管理についての中間管理等は行っていません。中間での面談等を行うことにより、職員が適切に目標の自己管理ができるように支援することが望まれます。	

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>■「期待する職員像」は職員個々に配付している「指針」に掲載しています。専門資格については、社会福祉士や介護福祉士を受けようとしている人の支援を行っています。中長期計画、事業計画、指針などに教育、研修の基本姿勢を明示し、実施しています。毎年、院内研修委員会で見直しを行い計画を策定しています。また、利用者のクラブ活動に必要な技術の修得など、都度に必要とされるテーマについては、職員の意欲と資質向上を図るため、本人からの研修希望にえています。</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
(コメント)	<p>■職員個々の技術、専門資格等を把握し、院内研修委員会で新任職員の研修計画や入職年数等を配慮した宿泊研修の計画が作られ、実施しています。各職員に外部研修を受ける機会が確保され、研修内容を各職員へ情報提供し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、勤務交替を行うなどの配慮をしています。</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。	a
(コメント)	<p>■実習生受入についてのマニュアルを整備し、その基本姿勢を明示しています。専門職種に配慮したプログラムを作成して受け入れています。実習指導者は、必要な研修に参加しています。学校の教員、実習生、職員にて実習期間中に中間カンファレンスを行い、連携を維持しています。</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。	a
(コメント)	<p>■理念、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等により公開しています。また、法人の一大行事の「天心会秋まつり」で印刷物を地域の住民に配付しています。苦情への対応方法について玄関等に掲示し、ホームページでは苦情内容や解決結果を公表しています。定期的に第三者評価を受審し、その受審結果をホームページに掲載しています。</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。	b
(コメント)	<p>■経理規程により事務、経理、取引等についての規則、体制を明確にしています。公認会計士と会計の顧問契約を結び、月次決算時に会計処理の指導を受けています。平成29年度からは監査法人による監査を導入をする予定で、現在その準備中です。契約も終わり、指摘事項をもらい、課題検討をしています。</p> <p>■経理規程が職員に周知されていません、経理規程をパソコンのネットワークに掲載することが望まれます。</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	利用者との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■地域交流や地域貢献の基本的な考え方を事業計画に文書化しています。地域から「東大阪市民ふれあい祭り」の出店や永和地区の敬老会や文化会の招待を受け、利用者に情報提供し、希望者に楽しんでもらっています。また、「天心会秋まつり」には地域住民を招待し、多数の方の参加があり、地域交流、ふれあいの場になっています。また、買い物や散髪など、利用者が日常的に社会資源を活用しています。施設周辺を公開空地とし、日常的に地域交流を深めることができるよう配慮しています。</p>	
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)	<p>■ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化しています。ボランティアマニュアルを整備し、各担当がボランティアに対応しています。ボランティアに入る前にオリエンテーションを開き、守秘義務等の注意事項や施設の説明を行っています。</p> <p>■学校教育等への協力を行っていますが、基本姿勢は明文化していません。地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化することが望まれます。</p>	

II - 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。

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)	<p>■各部署でインターネットの利用が可能で、個々のニーズに応じてすぐに社会資源等の検索が行えます。必要に応じて会議やパソコンネットワークシステムなどで情報の共有化を図っています。福祉事務所と家族へ年1回、近況報告と出納簿を送付しています。また、定期面接時に利用者の希望を考慮し、今後の方向性を検討しています。東大阪市のアルコール問題関連会議や西地域別会議に参加し、協働に取り組んでいます。近況報告や出納簿の送付は該当利用者の了承を得て行うことが望まれます。</p>	

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	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<p>■日常的に地域との交流が深められるよう、施設周辺を公開空地とし、花壇を地域住民に貸しています。保護通所事業の利用者や当施設を退所して近くに住んでいる元利用者が、自由に参加できる生産活動を実施しています。フローラホールなどの施設機能を地域に開放しています。ホールは非常時の避難場所として提供予定で、地域の避難者用の非常食を備蓄しています。また、東大阪市のアルコール問題関連会議や西地域別会議に参加して地域の活性化やまちづくりに貢献しています。</p> <p>■法人レベルでは定期的に認知症家族教室を実施していますが、施設の専門性を活かし地域住民等を対象とした研修会等を開催することが望まれます。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>■地域や団体との連携を密にするため、地域自治会への参画や団体の協賛を行い、そのことを通じて地域ニーズの把握に努めています。民生委員で地区福祉委員長をしている人が法人役員の中において、常に連絡を取り合い、必要に応じて連携して活動しています。地域包括支援センターや大阪府社会福祉協議会の生活困窮者レスキュー事業と連携し、生活困窮者等の支援・相談や、無料または低額な福祉サービスの提供を行っています。上記の事業の他、地域のニーズに基づき、生活困窮者を対象とした認定就労訓練事業を開始しています。</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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■人権対策委員会が利用者の人権に配慮した取り組みを主導的に実施しています。 ■新任職員に対しては、7日間にわたる研修を行い、人権擁護や身体拘束防止などの利用者を尊重した福祉サービスについて様々なプログラムを提供しています。 ■人権に関する外部研修に積極的に参加し、報告書を回覧すると共に施設内で職員への周知に努めています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■援助マニュアルにはプライバシーに配慮する表現が記載されています。 ■人権対策委員会が中心となり、常に利用者の人権が守られているかどうかのチェックを行っています。 ■不適切な事案に対する適切な対策の明文化が望まれます。 	
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。		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ホームページが作成され、施設の情報詳しく提供されています。 ■施設見学や体験入所に随時対応しており、施設の状況や雰囲気を感じてもらっています。 ■パンフレットには理念を明記し、図や写真などを取り入れて分かりやすく表現されています。 ■ホームページなどの情報メディアの更なる活用を目指して、職員一人ひとりが情報発信することが期待されます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス開始に当たっては、「ご利用のしおり」を見てもらい、分かりやすく施設サービスが理解できるように工夫しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■退所時情報提供書を作成し、利用者・家族などに手渡し、継続したサービスを受けられるように配慮しています。 ■救護施設で対応困難になった方に対しては、アウトリーチ委員が主体となり他施設への移行を進めています。他県への施設移行についても積極的に取り組んでいます。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	
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。 b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■全体懇談会やユニット別懇談会などを開くことで、利用者の満足度を把握し、改善が図られています。 ■年2回家族会を開催して、家族に対して近況を報告したり、年1回は郵送で個別に近況を報告しています。 ■今後は利用者満足度に関する調査を年1回以上実施し、その結果の分析検討を行い、サービスを改善していくことが望まれます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■苦情解決に関しては、担当者を決めて適切に処理されています。 ■投書箱を設置して、苦情の申し出がしやすい工夫を行っています。 ■苦情内容や解決結果はホームページで公表していますが、利用者がホームページを見る機会はあまりないので、今後は施設内の掲示などで分かりやすく利用者へ伝えていくことが望まれます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■「利用者の権利要項」「相談窓口の設置について」といった文章は拡大して、ふりがなを付けたものを、各ユニットに掲示しています。 ■相談窓口は面接室を用意し、話しやすい環境とプライバシーに配慮しています。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設長との懇談会（毎月及び年末）や相談窓口などで出された意見や要望に対して即時対応しています。 ■意見箱に入れられた意見については、苦情解決担当者が確認と検討を行い、解決に努めています。
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。	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ヒヤリハット及び事故に関しては、その都度報告書が提出され、結果を分析をする中で介護事故の軽減を図っています。 ■セーフティマネジメント委員会を中心にリスクマネジメント体制が構築され、リスクに関して職員の意識を高めています。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■院内感染対策委員を選出し、法人の院内感染対策委員会に毎月参加しています。 ■感染症の予防と発生時の詳細なマニュアルがあり、それに沿った対応がなされていますが、ノロウイルス対策などの具体的な感染症防止策がたてられ、勉強会等を通じて周知し実施していくことが望まれます。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■防災体制（組織表）を毎日出勤者で確認しており、防災意識の向上に努めています。 ■地震の災害対策を立案し、周知の上実施していくことが望まれます。 ■地域の防災訓練に参加し、相互の連携をとり、災害対策を共同で進めていくことが望まれます。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■日常サービスについては、業務全般にわたるマニュアルが整備され、一冊にまとめられています。それぞれのマニュアルにはプライバシーに配慮することが明示されています。 ■院内研修委員会の活動として、職員が各ユニットを一定期間ずつ回り、マニュアルの基本を指導しています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■業務マニュアルについては、マニュアルメンテナンス委員会で見直しをされていますが、改訂日が記載されていない書類もあり、変更箇所、改訂日などが分かるようにしていくことが望まれます。 	

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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■救護施設個別支援計画書をマニュアルとして、利用者一人ひとりの個別支援計画を作成しています。 ■個別支援計画は担当者が作成し、ケアワーカー会議で周知し、栄養士や看護師、その他の職員の意見も取り入れられていますが、協議（合議）の過程の透明化が望まれます。 	
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"> ■個別支援計画は年1回見直して、新たに作成し、本人の同意を得ています。 ■見直し、変更した福祉サービス記録は、パソコンネットワークシステム等で情報を共有しています。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■パソコンネットワークシステム内の業務支援ソフトを使用することで、記録が適切に行われ、職員間で情報が共有されています。 ■施設内では、上記を補完するもう一つの業務記録ソフトも利用されており、各種会議の記録ファイル等が職員間で閲覧できるようになっています（これらのシステムは、管理されたパスワードにより施設外では利用できないので、セキュリティが守られています）。 ■職員間で各種の情報共有がパソコンで行われていますが、紙媒体の閲覧も丁寧におこなわれており、バランスのとれた実質的な情報共有が構築されています。 	

	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)	■記録マニュアル及び文書管理規程に基づき、適切な文書管理が行われていません。 ■個人情報保護に関しても規程に従い、適切に運営されています。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	フローラの入居者
調査対象者数	90人
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）

フローラに現在入居されている90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、79名の方から回答がありました。（回答率88%）

比較的満足度の高い項目としては、以下について70%以上の方が「はい」と回答しています。

- 「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」
- 「施設に金品の管理を依頼した場合、適切に管理してくれる」
- 「居室は安全で整備されている」

※当該項目の%の算出に当たっては、分母から無回答の人を除いて計算しています。

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