

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	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 松田 昌訓
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
F A X 番号	06 - 6722 - 4762
ホームページアドレス	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 31 名 非正規 1 名
専門職員※	医師：1名(非正規) 看護師：3名(うち准看2名) 管理栄養士：1名 介護福祉士：10名 介護支援専門員：5名 訪問介護員：5名 社会福祉士：10名 精神保健福祉士：7名 社会福祉主事：13名 [複数有資格者あり]
施設・設備の概要※	[居室] 29室（うち、個室：5室）
	[設備等] 1～3階の居室スペースは支援度合別に5つのユニットに区分。4階は機械室・洗濯室と、屋上庭園が設けてある。

※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	3 回
前回の受審時期	平成 28 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充実
 - ②個別支援援助の推進
 - 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推進
 - 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、非常時体制の強化
 - ⑪地域における生活困窮者支援体制の構築と推進

【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（地域移行支援ユニットを含む）に分け、小さな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。
- 地域生活への移行支援を目的として居宅生活訓練事業をはじめ、継続して地域生活が送れるように保護施設通所事業、精神症状等が悪化した場合の一時退避としての一時入所事業を展開しています。
- 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ます。

【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	令和元年7月30日～令和元年7月31日
評価決定年月日	令和元年9月20日
評価調査者（役割）	1401B017（運営管理委員） 0701B031（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、東大阪市の南西部に位置し、JRおおさかひがし線や近鉄奈良線の河内永和駅より徒歩5分、周辺には公共機関や商店街、スーパー等が多く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階建ての建物で、居室は4人部屋が24室、個室も5室あります。

各居室は、利用者のベッド位置に窓があり、外の景色が見え採光もよくなっています。室内のレイアウトも、プライバシーの確保に家具やカーテンを用いて壁に代えたり、合理的な収納スペースの配置など、随所に快適性を高める工夫が施されています。

フローラは定員90人の施設ですが、フロアと居室部分をADLに準じて5つのユニット(地域移行支援ユニットを含む)に分け、個別支援計画に基づき個々のニーズに応じた専門的な支援に努めています。

公益事業としては、大阪府委託事業であるDV被害者の一時保護の受け入れや、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、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々、さまざまな社会貢献の事業に積極的、主体的に取り組んでいます。

施設の周縁は公開空地とし、住民の散歩道や花壇の提供を行ったり、ホールを講習会会場や会議等に貸し出し、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、有事の際は、備蓄食品・生活用品や施設機能の提供を行うことになっています。

◆特に評価の高い点

■経営課題の充実

経営課題の人材確保では、ハローワークや福祉人材センター等での人材確保とともに、インターンシップや職員紹介制度を活用するなどし、職員の確保に効果を上げてます。

■評価結果に基づき課題の明確化と共有

第三者評価の自己評価や受審後には、第三者評価対策チームがその結果を吟味し、「改善報告」をまとめ職員会議で報告し、検討されています。その内容は、パソコンネットワークシステムで全職員が閲覧できるようにもなっています。

■総合的な人事管理の充実

理念、基本方針を具体化した「指針」を各職員に配布し、その中に『期待する職員像』を明確にしています。「指針」に基づく各々の業務目標等の自己申告や、施設長面談による意見等の確認、目標の検証を行い、次年度に繋げています。また、人事配置や異動、昇進等については「成績評価基準書」に明示され、年2回の人事考課の実施や、キャリアパスの仕組みも取り入れられている面でも高く評価できます。。

■施設機能の地域還元と地域貢献への取り組み

フローラホールの地域開放や災害等の有事の際の福祉避難所の指定、施設周縁スペースの散歩道や花壇等への開放、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種の取り組み等、公益事業での社会貢献への姿勢も大いに評価できます。

◆改善を求められる点

■家族会不参加者への周知と利用者へのわかりよい説明資料の作成

家族会において、毎年、事業計画や報告等の説明が行われていますが、不参加者への報告ができていませんので、今後周知方法の検討が望まれます。また、利用者の会や懇談会で事業計画や行事等の説明がなされていますが、説明文書での分かり易い表現や、ルビを付すなどの改善が望まれます。

■中長期計画の収支予算の作成と、事業計画の数値目標の設定

中長期計画を作成し職員に周知していますが、収支において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、支出見込みの算出が重要です。また、事業計画で利用者数や充足率等を明示することも望まれます。

■災害時等おける、施設長不在時の権限移譲の明文化

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、施設長不在時の権限移譲に関する文書化が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価受審は、フローラにとって4回目となります。毎回、第三者評価受審に際し、準備段階ではこれまで意識したことがなかった施設の一面について知ることができ、また、第三者評価受審により、問題点や課題に気づくことができました。

利用者様によりよいサービスが提供できるよう改善を行うとても良い機会となっています。また、当施設がさらに地域福祉に貢献できるよう努めて参ります。

◆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。	b
(コメント)	<p>■理念、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するとともに、玄関ホールや各フロアに掲示しています。また、基本方針を「指針」として具体化し、職員に毎年配付したり、パソコンの情報共有システムへの掲載や、職員会議等で周知しています。</p> <p>■理念は、施設の特性や事業内容を踏まえ、法人の使命、法人の考え方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>■毎年、家族会で事業計画を配付し説明を行っています。利用者へは、各ユニットに行事計画を掲示したり、利用者の会で事業計画を配布・説明し、個々に意見を求め、その内容について分かるように説明しています。また、質問があれば個別に聞く等の対応をしています。今後は、家族会に不参加した家族に資料の送付や、利用者向けの説明資料にはルビを振るなどの配慮が望まれます。</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>■社会福祉事業の動向や経営環境については、全国救護施設や近畿救護施設研究会で把握の他、大阪府成人施設部会や東大阪市施設連絡会等で把握・分析しています。また、福祉新聞等で福祉の動向や状況を把握し職員一人ひとりに周知しています。</p> <p>■地域福祉のニーズ等は、法人役員が民生委員でもあり、日常的に情報収集が行われています。東大阪市の障害福祉計画は、市のホームページで把握していますが、計画作成には参画はしておりません。</p> <p>■定期的に財務状況や入退所状況、職員配置等を把握・分析し、その都度、課題を把握・検討しています。重要な事柄は、職員会議で職員一人ひとりに周知しています。</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
(コメント)	<p>■経営や利用者サービス内容、職員体制、建物や設備の整備、地域のニーズ等について現状分析を行い、それを基に中長期計画を策定しています。また、法人役員会や理事会で経営状況や課題を報告し、さまざまな課題は役員とも共有しています。</p> <p>■業務や行事等の担当表の作成や、施設長との年3回の職員面談で意見交換や要望を確認する他、毎年配付する「指針」には課題を掲載して、職員に周知しています。</p> <p>■経営課題の人材確保では、インターシップや職員紹介制度の導入、ハローワークや福祉人材センター等と連携し、人材を確保しています。</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) ■法人の理念や基本方針を基に中長期計画を作成し、それに基づき事業計画を策定しています。具体的には、サービス内容や職員体制、人材の確保・育成、建物維持・管理、地域ニーズ等を網羅しています。また、毎年2月から3月にかけて見直しを行なっています。しかし、収支予算が作られていませんので、その作成が望まれます。</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。	b
<p>(コメント) ■中長期計画に基づいて課題を明らかにし、具体的な事業計画を策定しています。その計画は、サービス内容や人事配置、地域ニーズ等、単年度で実現できる内容で、実施状況は評価できる内容となっています。 ■計画の推進状況は達成率で示されていますが、それぞれの項目に具体的な数値目標の明示がありませんので確認ができません。今後、可能な限り目標とする数値を挿入されることが望まれます。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

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
<p>(コメント) ■施設長と職員との年3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、それを基に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・評価を行っています。事業計画内容は、施設長が職員会議や研修時職員に周知したり、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できます。</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。	b
<p>(コメント) ■事業計画の利用者への周知は、毎月初めの「誕生祝いと懇談会」で、その月の予定を説明し理解できるまで説明しています。また、月間行事表を廊下に掲示しいつでも見ることができます。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、パンフレットや利用のしおりを作成し配布しています。ただ、知的障がいの方もおられるので、説明文書等にルビを振るなど、より分かりやすくすることが望まれます。 ■家族への事業計画や報告の周知は、毎年6月に実施する家族会において資料を配布し説明しています。また、ホームページに公表しておりいつでも閲覧できます。今後、不参加家族への周知方法についての検討が望まれます。</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
(コメント)	<p>■各種担当職員が事業計画に沿って、サービスの実行計画案を作成・実施・評価を行い、サービスの質の向上を図っています。</p> <p>■定期的に第三者評価を受審し、外部監査も受けています。また、救護施設サービス評価基準を基に自己評価を実施しサービスの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
(コメント)	<p>■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、報告書を作成し職員会議に報告し検討しています。その内容は、パソコンネットワークシステムで全職員が閲覧できるようにしています。また、自己評価結果も第三者評価対策チームが「自己評価改善計画」を作成し、職員会議へ報告・検討し、課題の改善に努めています。各会議報告は閲覧として会議の短縮化や業務の簡略化で残業を少なくすること、研修を勤務時間内に行うことなど、種々改善に努力しています。</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
(コメント)	<p>■年賀式や入職式、永年勤続表彰等の挨拶で施設長として経営・管理の方針や役割と責任について表明し、管理規定やホームページ、パソコンネットワークシステム上にも記載しています。</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、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確認・周知されています。災害時等に不在時の権限移譲については文書化が望まれます。</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
(コメント)	<p>■管理者は、遵守すべき法令研修に積極的に参加し理解する他、関係法令に関する図書の実用を図っています。その図書は、職員が閲覧できます。また、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実施しています。チェックリストや就業規則等は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。</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、それを基に職員がステップアップシートを作成しています。そのシートには各職員がサービス内容や支援の目標設定等を記載しています。施設長との面談では、意見交換や目標内容の確認、進捗状況、振り返りを行うなど、主要な部分での指導力を発揮しています。</p> <p>■サービスの質の向上については、各種委員会を開催し直面する課題の検討や対策を立て課題の解決を図っています。解決できない場合は、職員会議の中で検討し解決に導けるような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> <p>■研修・教育では、新人職員や中途採用職員研修等を実施し、OJT教育も行って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
<p>(コメント)</p> <p>■施設長は、定期的に財務状況や職員配置、入退所状況等の把握・分析を行い、理事会や役員会で報告するとともに、職員面談や職員会議等で職員に周知し、経営改善や業務の実効性の向上に向けた意識を高めています。</p> <p>■職員面談や運営会議、役職者会議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>	

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) ■サービス提供に必要な人材は、事業計画に職種等を明示するとともに、救護施設の配置基準を基に、指導員や看護師、介助員、精神保健福祉士等の加配制度も継続的に活用し、支援の質の向上を志向し、計画的に配置、管理されています。 ■新人職員や中途採用職員が安心して業務ができるように新人研修やOJT教育に力を入れています。また、採用する場合はハローワークや福祉人材センター、学校等との連携の他、法人独自の職員紹介制度やインターシップ制度を利用し人材の確保に努めています。	
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント) ■法人の基本方針や指針の中に「期待する職員像等」を明確にし、その指針は全職員に配付しています。また、成績評価基準書には、人事配置や異動、昇進等のしくみが明確に示されています。 ■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、職員が閲覧できるとともに自己評価も可能なものとなっています。 ■キャリアパス制度は、課題のある職員に対して取り組まれています。今後、全職員に対して取り組むことを期待します。	

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り組んでいる。	a
(コメント) ■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取得状況・時間外労働のデータを定期的に確認し、職員の就業状況を把握しています。心身の健康は、毎年、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を受けています。また、50名以下の事業所ですが、施設長自身が「衛生管理者」となり、ストレスチェックも導入しています ■人権擁護対策委員会の「イラッとシート」によって、悩みを相談したり、必要に応じて専門相談機関を紹介できるようにしています。また、相談の希望があれば施設長や課長が相談を受けています。 ■ワーク・ライフ・バランスへの配慮については、勤務体制や有給休暇、育休等が希望通りに取得できるように、全体の勤務表からフロア別の勤務表に変更し、より働きやすいよう工夫しています。また、総合的な福利厚生として、法人の共済会や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。	

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
(コメント) ■基本方針を具体化した「指針」に「期待する職員像等」を明確にしています。その「指針」に基づき各々の職員が目標を設定し、施設長との年3回の面談において目標の決定や進捗状況の確認、目標達成度の確認を行い、次年度に繋げています。 ■職員の目標は、目標項目や目標水準、目標期限が明確になっています。また、研修目標の達成に向けて、研修委員会による施設内研修や救護施設団体による研修、大阪府社会福祉協議会の研修等々、多様な学びの場を活用するなどして一人ひとりの育成をサポートしています。	

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、職員に配付している指針に明示されています。サービス提供に必要な社会福祉士や精神保健衛生士、看護師等の専門資格について、指針や事業計画に明示しています。また、専門資格の社会福祉士や介護福祉士の資格取得を希望する職員に対しても支援しています。</p> <p>■中長期計画や事業計画、指針等に教育、研修の基本姿勢を明示し、実施しています。研修委員会では、施設内研修の計画・実施の他、研修内容やカリキュラムの評価・見直しを行い計画が策定されています。</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>■職員一人ひとりの技術水準や専門資格等の取得状況を把握しています。研修内容は、研修委員会が、新任職員等の研修計画の作成・実施や、OJT教育を実施しています。また、入職年数等を配慮しながら宿泊での研修も計画し、実施しています。</p> <p>■外部研修の案内は、事務所での掲示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。また、職種別研修やテーマ別の研修は、救護施設団体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>■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。実習生受け入れについては、受け入れマニュアルを整備し、その基本姿勢を明示しています。また、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研修に参加しています。学校とは、担当職員が教員と連絡を密にし、教員や実習生、職員にて実習期間中に中間カンファレンスを行う等の連携が図られています。</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)

■運営の透明性を確保するために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公開しています。また、第三者評価結果や苦情相談の内容や対応についても公表しています。苦情受付の体制や対応については、玄関やフロアに掲示してあります。
 ■法人の一大行事の「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の住民に配布しています。また、SNSを活用し施設の運営状況などが閲覧できたり、コメントを記入できるようにもなっています。

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

(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とともに、職務分担と責任等を明確にして、朝礼や職員会議、パソコンのネットワークシステムで職員に周知しています。
 ■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。監査法人による監査を導入し、財務や事業内容等を外部の専門家によるチェックを受けています。これまでには指導により稟議のあり方の改善が行われています。
 ■法人内の内部監査は、牽制体制としても重要で、現在、監査方法を検討中です。今後、今年度内に内部監査が行われ、その後も定期的実施されることを期待します。

評価結果

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。

a

(コメント)

■地域交流や地域貢献の基本的な考え方が事業計画に明示されています。地域の活用できる社会資源や情報は、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、外部からの広報誌を置き、自由に閲覧できるようになっています。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。
 ■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ています。また、施設周縁をオープンスペースとし、地域住民に日常的に開放しています。花壇の希望者にも貸し出し地域交流を深めています。
 ■近隣には商店街やスーパー、コンビニがあり、利用者が買い物や散髪等で日常的に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)	<p>■ボランティア受け入れの基本姿勢を基本方針や事業計画に明文化し、ふれあい祭りや秋祭り、ハンドメイド等のボランティアを受け入れています。受け入れについては、ボランティア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、ボランティア活動の前には、オリエンテーションを開き、行事内容の説明や守秘義務等の注意事項についても説明を行っています。</p> <p>■学校教育等への協力は、事業計画に基本姿勢を明文化し、地域学校生のボランティアや地元中学校の体験学習などを受け入れています。</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。	a
(コメント)	<p>■1階の情報室に「東大阪市くらしのガイド」や「ご利用のしおり」を設置し地域の社会資源を紹介しています。情報室は出入り自由で、いつでも閲覧できます。</p> <p>■各フロア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直ぐに社会資源等の検索が行え、必要に応じて会議やパソコンネットワークシステム等で情報の共有化を図っています。</p> <p>■東大阪市のアルコール問題関連会議や東大阪西地域別会議に参加し、協働に取り組んでいます。また、利用者のアウトリーチの取り組みでは、地域移行や他施設移行等で関係施設や事業所と連携し、ネットワーク化に取り組んでいます。</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。	a
(コメント)	<p>■法人の「天心会秋祭り」や「フローラ祭り」を実施し、地域住民等を招待し地域交流やふれあいを行なっています。また、地域住民との交流が深められるよう、施設周縁のオープンスペースが歩道や犬の散歩コースになっていたり、花壇を地域住民に貸し出ししたりもしています。</p> <p>■東大阪市消防局と連携し、フローラホールを活用し救急救命講習会を行い、地域住民も参加しています。また、法人レベルで定期的に認知症家族教室を実施しています。また、福祉避難所の指定を受けホールは非常時の避難場所になっていて、ホール傍の倉庫には、地域住民用の非常食を3日分備蓄しています。</p> <p>■生活保護通所事業の利用者や、当施設を退所して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。また、ホールを利用して、東大阪市のアルコール問題関連会議や市の地域別会議が行われ、その会議に施設職員が参加し地域の活性化やまちづくりに貢献しています。</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>■地域自治会への参画や関係団体と連携しながら地域の福祉ニーズの把握に努めています。</p> <p>■社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携しながら施設として協力できることを検討し、生活困窮者に対する事業を積極的に行っています。緊急時の対応としても地域の重要な役割を担っており、一時入所や現物給付等の公益的な事業を展開しています。</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)	<p>■人権擁護対策委員会が中心となり、利用者を尊重したサービスが提供できるよう不適切な対応や行動制限、利用者の権利侵害、虐待にあたる行為の防止のための取組みを積極的に行っています。</p> <p>■人権対策委員会は利用者尊重の支援についての内部研修会を毎月実施しており、文献発表や施設内での人権に対する取組みが発表されています。必要に応じて、日々の業務にその取組みが反映できるよう共通の理解を持つため、職員会議等での伝達が行われています。</p>	
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>■利用者のプライバシーや人権への配慮に重きを置き、日々の支援に取り組んでいます。施設内においては、居室のネームプレートを普段は名前が見えず必要時にはスライドして確認できるよう工夫されていたり、また四人部屋の間仕切りにもプライバシー保護への配慮が確認できました。</p> <p>■利用者同士のトラブル対応にもプライバシーに配慮した問題解決を行っています。</p> <p>■職員の権利擁護に配慮する意識も高く、職員会議やケアワーカー会議で人権を侵害していないかの支援の振り返りやセルフチェックシートを活用した取組みが行われています。</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。	a
(コメント)	<p>■ホームページを作成し、施設の紹介を行っています。また、SNSにおいても施設の紹介を積極的に行っています。</p> <p>■施設見学や一時入所にも臨機応変に対応しており、利用者の状況に応じて丁寧な説明が行われていることが伺われます。</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。	b
(コメント)	<p>■入所前には、実際に施設に来てもらい、入所担当職員が丁寧に生活の規則や生活上の留意点を説明しています。</p> <p>■入所時には「フローラのご案内」や「利用のしおり」にて更なる説明を行い、不安なく入所できるよう配慮をしています。</p> <p>■利用者が施設で生活する中で用いる「利用のしおり」においては、図や写真などを取り入れて分かりやすくする工夫を行っていますが、振り仮名を付けたり、文字の大きさを変えるなど、いっそうの分かりやすさへの工夫が望まれます。</p> <p>■措置入所が多い状況ですが、一時入所の際にも契約書を取り交わし、説明と同意が適切に行われています。</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>■福祉サービスの変更や移行時は、「退所時情報提供書」を整備し、利用者に不利益が被らないよう継続性に配慮した取組みを行っています。</p> <p>■救護施設では対応が困難になった利用者については、他法優先の原理に沿いながらアウトリーチ検討チームが中心となり他施設への移行や地域移行を進めています。</p>	

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)

■フロア別懇談会や利用者自治会等々、利用者の声を聴く機会を多様に設け、積極的に意見等の収集を行っていて、職員の言動からも、利用者の生活の質が日々少しでも向上するよう取り組んでいる様子が伝わってきます。ただ今後、嗜好調査だけでなく施設環境や行事などについて、満足度調査等の定期的な実施も望まれます。
 ■利用者が生活している中で大きな楽しみとなっている食事については、給食懇談会に利用者が参加するなど、利用者と施設が協働した取り組みがなされています。利用者から出た意見は、真摯に受け止め、献立への反映など具体的な改善を行っています。

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)

■苦情解決の体制が整備されており、利用者や家族等が苦情を申し出しやすい環境づくりに努めています。
 ■苦情や相談があった時には、プライバシーに配慮しながら相談室で面談を行い、迅速に対応しています。
 ■また、施設内には意見箱を設置しており、月1回、利用者の代表と担当職員、ケア課長が内容を確認し、可能な限り、解決に努めています。
 ■苦情等の検討内容は利用者や家族にフィードバックしています。また、ホームページにおいても公表されている事例を確認しました。
 ■苦情や意見に対する施設側の誠意ある対応の仕方が、他の利用者や家族、外部の方々にもよりよく伝わるように、苦情の出所等が特定されないための十分な配慮のうえ、公表の形にも工夫を施されることが望まれます。

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)

■利用者が生活している中で意見や要望、相談を申し出しやすいよう各コミュニティごとに、「相談窓口の設置について」といった文章を掲示しています。掲示物は、利用者の目線に合わせた高さに貼られており、分かりやすさの工夫がなされています。
 ■施設長との懇談会や利用者会での意見や要望だけでなく、個別の相談にも迅速に対応しています。定期的に相談日（隔週日曜日）を設け、利用者の意向に耳を傾けています。

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)

■利用者からの相談や要望については、必要に応じて、各フロアの担当職員が早期に対応を検討し、検討結果を職員会議で周知し共有しています。
 ■日常的な相談や要望については、フロア内において迅速に検討し、決定事項を朝礼等で周知しています。

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。	b
(コメント)	<p>■リスクマネジメント体制を構築し、安心・安全を確保するための事例の収集を積極的に行っています。</p> <p>■ヒヤリハットや事故発生時には、セーフティマネジメント委員会が中心となり、迅速に発生要因の分析、改善策・再発防止策の検討を行っています。</p> <p>■検討された改善策・再発防止策の評価・見直しを行なっていることが確認できましたが、一連の検討内容（発生要因から再発防止策の評価・見直し）がひと目で分かるような記録の整理の仕方が望まれます。</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>■法人の院内感染対策委員会に毎月参加し、感染症に対する情報収集を積極的に行っています。</p> <p>■また、看護師が中心となり、感染症の防止や発生時における体制を整備しています。年1回、感染症対策についての内部研修を実施したり、嘔吐やノロウイルス等が出た時の汚染物の扱い方の研修も適宜行われており、迅速に対応できる体制が構築されています。</p> <p>■職員だけでなく利用者に対しても手洗い等の指導をしており、予防に力を入れています。その甲斐があり、近年においては感染症の蔓延には至っていません。</p> <p>■万が一、感染症が出た場合は、医務室の横に静養室があり、完全隔離体制が取れ、空調も別系統となっていることが確認できます。</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している。	b
(コメント)	<p>■災害時の対策として、火災、地震、風水害等のマニュアルを整備し対応体制を明確にしています。また、火災については、毎朝、朝礼で消防組織表を確認し意識の向上に努めています。</p> <p>■避難訓練については、年4回実施していることを確認しました。東大阪市西地域の自衛消防隊連合会の合同訓練にも参加しており、関係団体との連携による取り組みも行われています。</p> <p>■今後、利用者自身の災害に対する意識の向上を期待するためにも、施設内にハザードマップを掲示するなどの取組みも望まれます。</p> <p>■また、災害時等においては、施設内の安否確認の明示だけでなく、外出支援時、単独外出時等においても迅速に安全確保ができる体制を整えていくことが望まれます。</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。

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>■日常のサービスについては、業務マニュアルを整備し、それらに基づく福祉サービスが提供されています。</p> <p>■また、新人職員に対しては、施設内研修チームにより一定期間の育成研修が設定され、マニュアルを基本に指導が行われています。</p>	
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>■業務マニュアル・メンテナンス委員会が中心となり、年2回マニュアルの見直しを行っています。</p> <p>■マニュアルの見直しについては、利用者や職員の意見や取り組み、提案が反映される事例が伺えますが、具体的な検証とその仕組みの確立が望まれます。</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。

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。	a
<p>(コメント)</p> <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（ケアプラン）を作成しています。 ■ アセスメントは、担当職員だけでなく、必要に応じて、看護師や栄養士の意見も反映しながら協議しています。協議した内容は、ネットワークシステムで共有できる仕組みになっており、職員一人ひとりが利用者の状況を把握しています。 ■ 個別支援計画は利用者に丁寧に説明し、目標を持った生活ができるように分かりやすく記した計画書を居室に掲示しているのが確認できます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 個別支援計画に基づいた支援がなされているかを、毎月記録で確認しており、それらを基にしたのモニタリングが年1回行われています。 ■ モニタリング、再アセスメントを経て完成した個別支援計画は職員会議で周知し、支援目標や具体的な実施方法を共有しています。これらの内容は、ネットワークシステムにおいても共有しており、個別支援計画に留意した支援が行われています。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 個別支援計画を念頭に置きながらの記録が行われており、利用者に関する必要な情報の共有に資しています。 ■ パソコンのネットワークシステムを利用し、利用者に関する記録だけでなく、各会議や委員会の記録も職員間で閲覧できる体制になっています。 ■ 記録については、記録内容や書き方にバラツキが生じている状況が見られるため、記録要領の作成や職員への指導の工夫が望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者に関する記録の管理体制は、「文書管理規定」に定められ適切に管理しています。 ■ 利用者の記録について紙媒体での情報共有も行われていますが、個人情報に配慮した適切な取り扱いがなされています。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	① 利用者全員へのアンケート ② 面接による聞き取り（任意抽出）
調査対象者数	① アンケート 76 人 ② 面接聴取 2 人（長期在籍の男性・短期在籍の女性）
調査方法	① アンケート配付、密封封筒にて回収。 ② 評価調査者2名による面接

利用者への聞き取り等の結果（概要）

面接による聞き取りの結果：評価結果コメントに反映

<アンケート結果>

- あなたが、この施設に来られてから、どのくらいになりますか。
（ア 1年まで イ 1年から5年まで ウ 5年から10年まで エ 10年～）
19.7% 44.7% 14.5% 14.5%
- 職員は、やさしく、ていねいにせっつけてくれていますか。
（ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない）
59.2% 7.9% 30.3%
- 職員から、いやなことをされたり、言われたりしたことはありませんか。
（ア ない イ ある ウ どちらともいえない）
50.0% 27.6% 19.7%
- あなたが見られたり知られたくないことについて、職員は気づかいをしてくれますか。
（ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない）
52.6% 10.5% 32.9%
- 入所の時に、サービスの中身や方法について、分かりやすい説明がありましたか。
（ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない）
48.7% 30.3% 17.1%
- 職員はあなたの意見や、してほしいことを、よく聞いてくれますか。
（ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない）
57.9% 10.5% 26.3%
- ふまんなど職員に相談できない時は、別の人（「第三者委員 [だいさんしゃいいん] 」と
いった人など）にも相談できることを知っていますか。
（ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない）
43.4% 32.9% 19.7%
- あなたのサービスを計画したり見なおす時、あなたや家族の意見・希望を聞いてもらえてい
まいますか。
（ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない）
43.4% 23.7% 28.9%
- あなたが自分でできることなのに、職員が、かわりにやってしまうことはありますか。
（ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない）
26.3% 46.1% 14.5%

10. あなたが自分らしく生活していくために、職員は、力をかしてくれていますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
51. 3% 6. 6% 30. 3%
11. 食事はおいしく、楽しく食べられていますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
63. 2% 10. 5% 17. 2%
12. 食事のことについて、あなたのこのみや、きぼうを聞いてくれますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
53. 9% 23. 7% 13. 2%
13. おふるは、安心して、気持ちよく入れていますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
65. 8% 10. 5% 14. 5%
14. 生活で、自分だけでできないことは、職員がつだってくれていると、感じていますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
57. 9% 6. 6% 25. 0%
15. 職員は、あなたの気持ちやからだのことを、気づかってくれていると感じますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
55. 3% 10. 5% 25. 0%
16. 施設の中で、しゅみや、やりたいことが、自由にできていますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
44. 7% 26. 3% 19. 7%
17. 職員は、あなたが自分でお金を持ったり、使えるように、力をかしてくれていますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
50. 0% 11. 8% 28. 9%
18. あなたが希望すれば、外出や外泊をすることができますか。
(ア はい イ いいえ ウ どちらともいえない)
56. 6% 13. 2% 21. 1%

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