

様式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】

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	森田 増穂（施設長）	
定員（利用人数）	150名（149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	http://rinkuuminato.jp/	
電子メールアドレス	rinkuminato@minatoryo.or.jp	
事業開始年月日	平成18年6月1日	
職員・従業員数※	正規 43名	非正規 6名
専門職員※	社会福祉士2名、介護福祉士12名 精神保健福祉士1名、看護師3名 管理栄養士1名、栄養士1名、調理師7名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室6室、二人部屋9室、四人部屋33室	
	[設備等] 食堂1、浴室1、調理室1、更衣室1、医務室1 作業訓練室1、地域交流ホール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	1回
前回の受審時期	平成24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】

■法人理念

1. 利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し、自立支援を旨として社会福祉の増進に努めます。
2. 利用者本位の立場に立ち、常に笑顔でサービス提供し、顧客満足を追求します。
3. 「福祉の情報発信源」「地域交流の場」として地域福祉の拠点となり、社会貢献に尽くします。

■基本方針

1. 積極的な情報公開を行い、透明性のある運営を行います。
2. 法令遵守に徹し、個人情報保護に努めます。
3. 職員は常に目標・ビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します。
4. 社会福祉法人としての専門性を生かし、常に「well being」を実践しつづけます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 地域移行支援事業

■居宅訓練事業

施設で自立の可能性が高くなった利用者が、より単身生活に近い環境で体験的に訓練を実施し、居宅（自宅）での生活が可能となるような支援を受ける事ができる。

■通所事業

居宅（自宅）に移行した後、他福祉サービスが導入困難な方への生活面でのフォローを行い、より継続的に地域生活ができるよう支援が可能。また、通所事業参加中に、他サービスの導入および作業訓練場所の探索も行えます。（実績あり）

2. 生活困窮者支援

■総合福祉相談窓口

相談窓口の設置を行い、地域で生活に困窮している住民の方々に食材支援や家計相談、学習支援ができる体制を整えています。

■社会貢献事業

オール大阪の社会貢献事業に協力し、CSWを常時設置しています。

■認定事業所

就労訓練事業の受け入れを行い、ハローワークとも協力体制をとることができ、一般就労につなげることも可能です。

■一時生活支援事業

地域の生活困窮者窓口と連携し、ホームレス等の一時宿泊支援も実施しています。

3. 救護施設独自事業

■体験入所

救護施設入所が適用可能かどうか、無料体験入所として受け入れしている。

■りんくうファーム

就労訓練事業、就労準備支援事業、農業体験（地域公益事業）、園芸クラブとして本格的な農園を確保し活用しています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成28年11月16日～平成29年2月20日
評価決定年月日	平成29年2月20日
評価調査者（役割）	0601B025（運営管理委員） 1401B017（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

関西国際空港を対岸に見る浜辺に隣接し自然に囲まれた救護施設です。南海本線樽井駅から約700mで、企業団地の一角に位置しますが、大型ショッピングモールや総合病院がすぐそばにあり、施設の敷地も広く、生活のしやすさを感じる施設です。

施設は入所定員150人の入所施設です。居室は4人部屋が中心で、2人部屋と個室があります。4階建ての広い生活空間のなかで、利用者一人ひとりを大切にした支援を行っています。

施設周辺には住宅が少なく、地域のコミュニティーを形成しにくい状況にありますが、利用者の地域移行支援事業や、地域貢献としての生活困窮者支援の事業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

1. りんくうファームの運営

本格的な農園を確保し、就労訓練事業、就労準備支援事業、農業体験（地域公益事業）、園芸クラブに活用しています。また、農園の収穫期に近隣の保育園の園児を招待して収穫を行い、地域との交流を深めています。

2. 職員の処遇

外部ヘルプラインやプリセプター制度の導入など、さまざまな課題に法人全体として取り組み、具体化していく姿勢が利用者支援、施設運営の円滑化につながっています。

3. 意見や要望の把握

毎月の利用者懇談会や面接室での個別面談等を通じて利用者の要望や意見を把握し、サービス検討会や職員会議等で検討し改善する等の取り組みを行っています。

4. 意見箱の設置場所

直接、職員に意見や要望が言えない利用者は、意見箱に要望や意見を書き投函します。意見箱が職員に全く見えない利用者の休憩室等に設置する等の工夫がなされています。

5. 苦情解決の仕組み

苦情受付の担当や責任者が設置され、第三者委員にも定期的に報告をして指導・助言を得ています。また、意見箱を各階に設置し、苦情の仕組みが分かりやすく掲示される等、意見や苦情からサービスの向上に繋げる取り組みを行っています。

6. 災害時における利用者等の安全確保

利用者の安全のために、防災計画の中で防災マニュアルを整備する他、自衛消防隊を組織しています。毎月、防災会議を行うとともに地震や火災等の避難訓練を実施し、地元の消防署も年1回立ち会っています。また、泉南市より津波避難場所として指定を受け、備蓄品も準備しています。

7. 食事への配慮

嗜好調査が年4回実施され、その結果は利用者懇談会で報告され、献立に反映しています。調査にあたっては利用者に分かりやすいように「ふりがな」や「O×形式」にする等の工夫を行い、また、献立表にも「ふりがな」があり、写真や絵、カロリーも記載する等の配慮をしています。

◆改善を求められる点

1. 意思決定が困難な利用者への対応

利用開始時には、意思決定が困難な利用者について成年後見人の選定がなされていますが、入所後についてのルールが定められていません。今後、高齢化し認知症等になって意思決定が困難になるケースも想定され、成年後見人利用のルール作りとマニュアル化が望まれます。

2. 無記名の満足度調査の実施

利用者満足について利用者懇談会や個別面談、意見箱等により要望等を把握していますが、直接、職員に意見や要望が言えない利用者や、字を書いたら字で人の判別ができる場合もあります。食事・入浴・生活環境等について無記名で〇×形式にて回答する満足度調査の実施が期待されます。

3. 利用者参画のもとでの検討会議の実施

利用者の意見や要望等をサービス検討会議や職員会議等で検討し対応していますが、利用者参画のもとでの検討会議の実施が望まれます。

4. マニュアル等への見直し記録等の明記

人権の尊重やプライバシー保護、福祉サービス等の各マニュアルが整備され、定期的に見直しを行っていますが、そのマニュアルに作成日や改定日、見直し時期の明記が望まれます。

5. 感染症対策の充実

感染症対策としてマニュアルの整備、インフルエンザの予防接種、館内の消毒や研修会・職員会議等での周知等に取り組んでいます。より実効性を高めるために、洗面所等への感染症予防ポスターの掲示とノロウイルス等のデモ訓練（職員が備品や薬品を実際に使って処理のデモンストレーションを行い、確認する）の実施が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果の内容について、各職員に伝達し直ぐ改善出来る点については既に取り組みを始めています。事業計画に組み入れる項目については、当法人の救護施設全体で見直しを図り、平成29年度に反映させていきます。

今回の受審結果をふまえ、利用者に対するサービスの質の向上及び職員にとって働きやすい環境をめざし継続的に取り組んでいきたいと思っております。

◆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。		
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、基本方針を明文化し、事務所に掲示しています。また、ホームページにて閲覧できます。職員への周知については、新任職員研修や職員会議等で説明し、理念・基本方針を記したカードを職員一人ひとりに配付し、都度、理念を確認できるようにしています。利用者には、入所時に理念、基本方針を明記した「利用のしおり」を配付し、わかりやすく説明しています。理念は、施設のサービス内容や特性を踏まえ、法人の使命、考え方等を読み取ることができます。また、基本方針は職員の行動規範となる内容になっています。職員や利用者等への周知を継続して行っていますが、周知状況の確認はできていません。</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>■福祉全体の動向については福祉新聞等により情報収集を行い、地域の動向については施設連絡会議や救護施設長会議にて制度動向や経営環境に関する情報を収集しています。また、地域における生活困窮者支援等のニーズや事業等について、地元市の動向や実態を分析しています。利用率やサービスコスト等について定期的に分析しています。</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>■法人全体の連絡会議で運営上の諸問題を検討しています。人材確保難、高い離職率などが課題、問題点としてあがっています。役員には理事会で各施設の状況を説明、報告し課題の共有を図っています。職員には職員会議で経営課題や状況を説明する他、会議報告を主任をとおして周知しています。直近の取り組みとしては地域支援等に向けて、相談支援員を設置しています。</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。	a
(コメント)	<p>■理念・基本方針・単年度の運営方針・救護施設の行動指針に基づき、中長期計画を策定しています。人材確保や設備の経年劣化への対応等、具体的な計画を立て、研修、人材確保、相談員の充実などの事柄については目標を数値化していません。中長期計画は収支予算を含め毎年見直しています。</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>■地域移行支援を充実するための居宅訓練や通所事業など、中・長期計画の内容を反映した事業計画を策定しています。また、計画の殆どは単年度での実行が可能な内容で、実施状況の評価を行える内容にしています。</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。	a
(コメント)	<p>■事業計画は職員に意見を求めて策定しています。具体的には職員会議で次年度計画に関する職員の意見を集約して、クラブ活動や職務分担等に反映しています。事業について、毎月、実施報告を作成し、計画に基づいた実施がなされているか確認しています。半期に一度、事業の評価を行い、改善点の有無を聞き取りしています。行事に関しては、実施毎に見直しを行い、次への改善につなげています。事業計画は会議で説明し、全職員に配付し周知しています。</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>■利用者が閲覧できるように、ルビ、拡大文字等で作成した事業計画の簡易版を作成し設置しています。利用者へは利用者懇談会にて、利用者が把握しやすいように説明し周知しています。事業への利用者の参加促進については、本人に直接、行事や作業について分かりやすい表現で詳しく説明し、参加を促しています。</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。	a
(コメント)	<p>■職員会議、サービス検討会議でサービス内容の検討を行い、組織的にプランニングし、実施状況を確認しながらサービスの質の向上を目指しています。利用者の意見、職員の意見、検討、実施、評価、次回の計画という流れを確立していません。第三者評価等を定期的に受審しています。毎年の自己評価は授産施設のサービス評価基準を使用しています。評価結果の分析・検討は、サービス検討改善委員会が担当しています。</p>	

I - 4 - (1) - ②	評価結果にもとづき組織として取り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>■評価結果の分析による課題は、早期改善案として文書化していますが、最新のものはできていません。課題等については各会議で話し合い、職員間で共有しています。職員会議、サービス検討改善委員会等で検討し、改善計画策定に取り組んでいます。指導監査や第三者評価受審後には、改善すべき内容を検討し実行しています。具体的には、前回の第三者評価で「利用者のしおり」の情報量が足りないという指摘を受け、改善しています。改善計画の見直しは、利用者の意見、職員の意見、検討、実施、評価、次回の計画という流れのもとに行っています。</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。	a
(コメント)	<p>■毎月の職員会議で施設長が運営方針や注意事項、目標を全職員に周知しています。緊急時を含めた各種マニュアルにて役割と責任を明文化し、年度当初の職員会議で表明しています。有事において管理者が指揮監督を行い、不在時は事務長に権限委譲しています。</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>■管理者は法令遵守の意識が高く、ホームページにアクセスできるように関係法令等をリスト化しています。また、関係機関の主催する研修や定期の会議等に積極的に出席しています。苦情解決、虐待防止対策等について定期的に会議・研修を行い、職員にその重要性を周知しています。</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
(コメント)	<p>■管理者は職員会議で施設の方針等も含めて、サービスの質の向上に向けての改善等の指示をしています。また、殆どの職務について、サービスの質の向上に関する責任者を担い、サービス検討委員会をはじめ各種委員会等に参画し、統括しています。職員の意見を聞き、施設長会議、主任会議で検討し、その結果を各職員に伝達するシステムを確立しています。さらに、職員研修では、各階層の研修機会の増加、積極的な外部研修への参加募集、また、プリセプター研修の導入等、職員のスキルアップによるサービスの質の向上を図っています。</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>■毎月、法人の連絡会議や施設長会議にて各事業所の運営情報を共有し、法人として業務の実効性の向上を図っています。施設として、職員の意向調査や面談など、働きやすい環境作りを行い、担当者会議（施設長、事務長、看護師、栄養士、主任が出席）では、管理者は議長として参画しています。</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)	<p>■ 人員体制については法人としての基本的な考え方のもと、各施設の基準が確立しています。職員の資質向上を目指し、資格手当制度や資格取得休暇を今年度から導入しています。職員の育成ではプリセプター制度により、新任職員の育成に力を入れています。また、人材の有効活用のため、年一回、意向調査を実施し、希望に添った配置ができるように努めています。就職フェア、就職サイトや広報誌を利用して、随時、職員募集をしています。</p>	
II - 2 - (1) - ②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■ 期待する職員像は基本方針、各種規程で明確にしています。人事基準は就業規則に記載し、職員に説明、周知しています。職員への意向調査を行い、職員が意見を出しやすい環境作りを行っています。職員への意向アンケートの結果を基に今年度から資格手当を導入しています。</p> <p>■ 給与規程に給料適用区分表を定めて、職員の格付けをしています。当該級の役職、最低在級年数や昇任基準等が分りにくい状態になっています。この表を職員が、自ら将来の姿を描くことができるよう、分りやすくすることが望まれます。また、職務遂行、職務成果や貢献度等の人事考課の実施が望まれます。</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組んでいる。	a
(コメント)	<p>■ 施設の労務管理に関する責任者は事務長が担当し、職員の有給休暇取得、時間外労働の状況を定期的に確認し、就業状況を把握しています。また、ワーク・ライフ・バランスに配慮し、リフレッシュ休暇、有給休暇の取得を勧めています。さらには、健康診断や予防接種を行うとともに、心身の健康と安全について職員に周知しています。</p> <p>■ 職員の意向や状況の確認については、主に意向調査の時期に定期的な個別面談を実施しています。また、外部ヘルプラインを設置し、様々な相談に応じる体制を整えています。</p> <p>■ 総合的な福利厚生としてソウェルクラブや大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。ワークライフバランスに関して子育て時期の夜勤軽減や残業への配慮等を行っています。</p> <p>■ 働きやすい職場作りについて、アンケートを実施し、資格取得に関わる休暇については特別休暇を付与する体制を整えています。</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。	b
(コメント)	<p>■ 基本方針に職員の業務に対する基本姿勢を明記し、意向調査や施設長面談により職員一人ひとりの目標を把握しています。各人の目標はほぼ適切なものであり、定期的に職員研修会を実施し育成を図っています。また、施設長面談で目標達成度の確認や次年度に向けた話し合いを行っています。</p> <p>■ 職員一人ひとりが設定した目標を順調に達成できるよう、中間面接で進捗状況の確認を行う等の支援が望まれます。</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
(コメント)	<p>■基本方針に職員の業務に対する基本姿勢を明記しています。職員への意向アンケートの結果を基に今年度から資格手当を導入しています。法人主任会議で職員育成に必要な研修項目を選別し、各施設で講習を実施しています。</p> <p>■定期的な研修計画の実施状況、研修内容やカリキュラムの評価と見直しが望まれます。</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
(コメント)	<p>■職員一人ひとりの技術水準、資格取得状況等を把握しています。新任職員研修はプリセプター制度により実施しています。またプリセプター職員にとっては、自らの業務を振り返るための機会にもなっています。事業計画に基づく階層別研修、施設内研修を実施し、職員から希望がある場合はその研修を実施しています。外部研修は積極的に参加募集を行い、派遣しています。誰でも希望できる状況になっています。研修参加のために、勤務の代替え等が必要な場合には代替え者を用意しています。</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・育成にともなう実習生等の受入の基本姿勢を事業計画に明文化しています。実習生受入については受入マニュアルにより対応できるようにしています。介護福祉士、社会福祉士等の専門職種に配慮したプログラムで対応しています。実習担当者には、必要資格を取得するための環境を整えています。事前に学校側と、実習内容についてプログラムを調整し、期間中においても指導教員の学生面接等を実施し、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>■ホームページで理念、基本方針、サービス内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報を公開しています。また、地域の福祉向上のための取り組みの実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談についてもホームページ等で公表しています。第三者評価での課題、対応については法人ホームページで公表しています。定期的に地域の機関や病院等へ訪問し、印刷物や広報誌等を配付し、施設の方針、事業説明を実施しています。</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。	a
(コメント)	<p>■経理規程等に取引等に関する規定を定め、経理規程等を職員に周知しています。自主監査（外部監査）を平成25年度に実施し、内部監査を平成28年度に実施しています。工賃等の処理に関する作業会計への指摘事項について改善をしています。</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。	a
<p>(コメント) ■地域についての基本的な考え方を法人理念に明記しています。各種広報誌を各フロアおよび1階事務所前に掲示し、利用者がいつでも閲覧できる環境にしています。定められた買物の日に関わらず、個別での買物や地域との交流機会があれば参加するようにし、必要があれば職員が付き添います。「りんくうまつり」や各種行事に地域の方を招待しています。農園の収穫期に地域のこども園等の園児を招待し、交流を図っています。社会資源の利用については、地域の社会資源の地図を写真を入れて作成、掲示し、その利用を推奨しています。</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
<p>(コメント) ■ボランティア受入れの基本姿勢を事業計画に明文化し、納涼会の学生ボランティア、利用者への琴演奏、落語のボランティア等を招待しています。学校教育等への協力は行っていますが、受入の基本姿勢について明文化が望まれます。業務マニュアルにて受け入れ体制を明記しています。ボランティアには、オリエンテーションで個人情報等の研修を行っています。看護学校等の体験学習に協力しています。</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
<p>(コメント) ■誰でも閲覧できるよう、各種連絡リストを各フロア、玄関、事務所に設置しています。関係機関についての情報は職員間で共有しています。生活困窮者の対応についてCSWの連絡会で連携して活動しています。地域に福祉施設の連絡会が無く、社会福祉協議会の生活困窮者相談窓口でCSWとの話し合いを随時持っています。生活困窮者支援でCSWのネットワーク化に取り組み活動しています。</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
<p>(コメント) ■農園の収穫期に園児を招待して地域交流を実施しています。また、例年の「りんくうまつり」で近隣事業者（一般企業や福祉作業所）との交流を進めています。近隣事業者や住民を対象に、AEDを使用した普通救命講習を実施しています。CSWによる総合福祉相談窓口を設置しています。津波避難指定場所として、泉南市の登録を受け、また、りんくう地域に立地する事業者の一員として、近隣の海水浴場の清掃に協力しています。</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>■福祉相談窓口の設置により、地域住民からの福祉ニーズの把握に努めています。民生委員・児童委員との交流を目的に市役所へ問合せを行いました。定期会議の開催には至っていません。今後も、関係の構築へ向けた取り組みを継続していく予定です。CSWを配置し、「大阪しあわせネットワーク」の一員として、社会貢献事業に取り組んでいます。生計困難者に対する相談支援事業、総合福祉相談事業、就労訓練事業・就労準備支援事業を事業計画に地域貢献の事業として明示しています。</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>■理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスを実施することが明示され、職員には職員会議や研修等を通して周知・徹底が行われています。また、人権については、人権リーダー認定者による研修会が実施され、意識の向上が図られています。</p> <p>■利用者を尊重した規程やマニュアルが整備され、それに沿った基本サービスが提供されています。さらなる福祉サービスの向上のため、倫理綱領の策定が期待されます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者のプライバシーや権利擁護に関しては、業務マニュアルに明示するとともに、職員会議や研修等を通して職員に周知が図られています。</p> <p>■2人や4人居室は、カーテンで仕切られ、貴重品を保管できる鍵付の棚を設ける等して、快適に過ごせるようにプライバシーに配慮した工夫が行われています。</p> <p>■不適切な事案の対応はなされていますが、手順書がありませんので作成が望まれます。</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>■理念や基本方針、福祉サービスの内容等をホームページやパンフレットに記載する他、市役所や泉南市社会福祉協議会及び法人内の各事業所に配付しています。今後は、相談支援事業所や地域包括支援センター、公民館への配付が期待されます。</p> <p>■施設紹介のホームページやパンフレット等は分かりやすい文言や写真を使用し、希望者が理解しやすいように配慮がなされています。また、利用希望者には、説明資料で分かりやすく説明したり、見学や体験入所の受入を行っています。</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>■利用者には、入所前にパンフレットや「利用のしおり」「利用者心得」等を通してサービス内容等をわかりやすく説明しています。そして施設の生活場所を見学し、利用意向を確認後、同意を得て入所しています。「利用のしおり」や「利用者心得」等の説明資料には、ふりがなや、やさしい文言を使用する等の配慮が行われています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者には、成年後見人を選任したり、家族の同意を得ています。入所後、高齢等になり意思決定が困難になる場合もあるので、成年後見制度利用のルール等について、マニュアルの作成が望まれます。</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>■他施設や地域・居宅への移行にあたり、次のサービスにスムーズに移行できるよう、各種引継書を作成し、利用者の負担が少ないよう配慮がなされています。また、福祉相談窓口を設置し、入所者や退所者に関係なく、誰でも相談できるシステムを整備しています。</p> <p>■退所者に通所サービスを実施していますが、制度上、通所サービスが利用できない場合には、地域公益活動の一環として相談や支援を行っています。</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。	b
(コメント)	<p>■毎月、利用者懇談会を実施し、利用者からの希望や要望を把握したり、実施したサービスの満足度について確認しています。利用者のさらなる生活向上に向けて、食事や入浴、外出、住環境等の満足度調査を無記名で行うことが望まれます。</p> <p>■利用者からの要望等は、サービス検討会議にて改善する仕組みがありますが、今後は、利用者の参画のもとでの検討会が望まれます。</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。		
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。	a
(コメント)	<p>■苦情解決マニュアルを整備し、苦情受付担当者や責任者、第三者委員の設置等の苦情解決の体制が確立しています。また、意見箱の設置や苦情解決ポスターの掲示等、利用者が苦情の申し立てをしやすい環境になっています。苦情に対しては、苦情解決委員会で検討し対応しています。また、内容や解決結果等は施設内に掲示し公表しています。</p> <p>■第三者委員の2名に苦情内容等を書面で郵送・報告してサインを受領していますが、実際に委員が施設を訪問して現状把握を行うことが期待されます。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者が相談や意見を述べやすいように各階に面接室を設け、個別に相談や意見が述べられ環境になっています。また、職員に直接に意見を言えない人は、意見箱に要望や意見を投函して伝えられるようになっています。</p> <p>■利用者懇談会では、利用者職員との間でいろいろな意見のやり取りができる環境が整えられている他、担当職員だけでなく担当以外の職員や他職種の職員にも相談できることを「利用のしおり」に明示しています。</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>■利用者からの相談や意見は、直ぐに対応可能なものは、各フロアミーティングで検討し、内容によってはサービス検討会議や苦情解決委員会等で検討し、迅速に対応するような体制があります。</p> <p>■意見箱の設置場所や意見カードには工夫がなされ、苦情解決マニュアルも作成していますが、相談マニュアルが未整備な状況です。</p> <p>■各マニュアルを定期的に見直していますが、作成日、見直し時期や改定日の記載がありません。最後のページ等に記載することが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■安心・安全な福祉サービスを提供するために、リスクマネジャーや責任者を配置し、定期的リスクマネジメント会議を開催しています。また、日常の気づきを記したヒヤリハット報告や、起こった事故に対する報告に基づいて検討や対策の立案・実施・評価・見直し等を行っています。</p> <p>■事故への対応と安全確保は、マニュアルへの明示と研修等を通して職員に周知しています。</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。	b
(コメント)	<p>■感染症の予防や発生時における利用者の安全確保の責任と役割を明確にした体制が整備されています。感染症の対応については、研修会等で周知・徹底されていますが、ノロウィルス等のデモ訓練（職員が備品や薬品を実際を使って処理のデモンストレーションを行い、確認する訓練）の実施が望まれます。</p> <p>■館内の消毒やインフルエンザの予防接種を行っています。感染症の発生時は、病院への受診や個室対応を行い感染拡大を防いでいます。感染症予防のポスター掲示が少ないので、洗面所等に掲示することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の安全確保のため、防災計画書が作成され、火災や自然災害に対する体制が明示されています。毎月、火災や地震・津波の想定避難訓練が実施され、利用者の安否確認も人名で行われ、年1回は消防署も立ち会っています。各フロアに避難経路図の掲示と、不審者の侵入対応訓練が望まれます。</p> <p>■泉南市より津波避難場所として指定を受け、利用者及び職員等の寝具や3日分の食料を備蓄していますが、地域住民分を含めた食料の備蓄の増加が望まれます。</p>	

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
<p>(コメント)</p> <p>■福祉サービスの標準的な実施方法は、食事・入浴・排泄等の業務マニュアルが文書化され介助が実施されています。そのマニュアルには、利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関する事柄が明示されています。また、マニュアルは、パソコンで日常的に閲覧できるようになっています。</p> <p>■マニュアルの周知は、新任研修や業務支援ソフトの掲示板やフロアノート等で行っています。</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
<p>(コメント)</p> <p>■福祉サービスの実施について、理念や事業計画に明示し、職員会議や研修会等で周知・徹底するよう努めています。また、サービスの実施方法の見直しや検証は、毎月のマニュアル検討会や職員会議等において行い、サービスの向上を図っています。</p> <p>■毎月、見直しや検証はなされていますが、その時期や内容が明記されていません。記載が望まれます。</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> <p>■全利用者に対し、アセスメントに基づく個別支援計画が策定され、福祉サービスが提供されています。個別支援計画検討会には、支援員の他、看護師や栄養士、精神保健士、管理者が参加しています。</p> <p>■突発的なケースは、その都度、各部署で迅速なカンファレンスを実施し対応しています。また、支援困難ケースは、サービス検討会にて対応を検討し、サービスを実施しています。</p>	
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。	b
<p>(コメント)</p> <p>■福祉サービスの評価・見直しは、サービス検討会議や職員会議、その他諸会議で定期的実施し、サービスの提供内容について必要な変更が行われています。しかし一連の流れに関する手順書がなく、作成が望まれます。</p> <p>■福祉サービスや個別支援計画は、パソコンのネットワークシステムを活用し、日常的に職員が閲覧できる環境になっています。</p> <p>■福祉サービスや支援計画の変更は、職員会議や委員会等を通して全職員に周知・徹底しています。</p>	

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。	(コメント)	■利用者への福祉サービス実施記録は、統一された様式の個別支援計画やケース記録、パソコンの業務支援ソフトで記録されています。また、業務マニュアルは、サービス評価基準・マニュアル検討委員会等で必要に応じて改定が行なわれています。 ■個別支援計画等は、パソコンのネットワークシステムを活用し、事業所内でも閲覧できるシステムになっています。
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。		

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	りんくうみなとの入居者
調査対象者数	149人（うち回答が可能な方120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）

りんくうみなとに、現在入居されている149名（うち回答が可能な方120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、78名の方から回答がありました。（回答率65%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「施設に金品の管理を依頼した場合、適切に管理してくれている」
について、85%の方が「はい」と回答、
- （2）●「職員は話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれる」
●「施設の利用にあたり、施設を利用する上でのルールや日課、行事等の説明を受けた」
●「職員は、定期的に身体状況や生活状況等について尋ねてくれる」
●「職員に相談したいときは、いつでも相談できる」
●「施設が金品を管理する必要が生じた場合には、事前に説明してくれる」
●「居室は安全で整備されている」
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。

※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