

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	大阪府立障がい者自立センター	
運営法人名称	大阪府	
福祉サービスの種別	施設入所支援、自立訓練（機能訓練・生活訓練）	
代表者氏名	浅野 恭子（施設長）	
定員（利用人数）	90 名	
事業所所在地	〒 558-0001 大阪市住吉区大領3-2-36	
電話番号	06 - 6692 - 2971	
FAX番号	06 - 6692 - 2974	
ホームページアドレス	http://www.pref.osaka.lg.jp/shogaishairitsu/jiritsu01/index.html	
電子メールアドレス	jiritsu-c@sbox.pref.osaka.lg.jp	
事業開始年月日	平成19年4月1日	
職員・従業員数※	正規 33 名	非正規 11 名
専門職員※	医師1名、看護師2名、理学療法士2名 作業療法士2名、言語聴覚士3名、保育士1名 介護福祉士8名、栄養士1名、社会福祉士6名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室30室、4人部屋15室	
	[設備等] 食堂1、浴室3、調理室1、更衣室1、医務室1 作業室1、作業療法室1、理学療法室1 ADL室2	

※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 27 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】

「自分らしい生活をめざして」

利用者お一人おひとりの個性と自立生活に向けた可能性を大切にしながら、良好な訓練生活の環境整備に努め、地域での豊かな社会生活の実現に向けて、利用者の立場に立ったサービスを提供します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 大阪府急性期・総合医療センターの障がい者医療部門と大阪府障がい者自立相談支援センターとともに、障がい者医療・リハビリテーションセンターの一翼を担い、「医療」と「福祉」が相互に連携して、治療の当初から地域生活移行までの一貫したリハビリテーションを提供する中で、障がいのある方の身体機能や社会生活力を高めるための支援を行っている。
2. 脳血管障がいの方をはじめ、高次脳機能障がいや脊髄損傷の方など、専門的かつ広域的なニーズに対応する支援プログラムを実施し、利用者一人ひとりにあった地域生活移行支援を行っている。
3. 利用者の個性と自立生活に向けた可能性を確認しながら、多職種（ケースワーカー、ケアワーカー、心理、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、栄養士）が連携して良好な訓練生活環境の整備に努めている。地域での豊かな社会生活の実現に向けて、利用者の立場に立ったサービスを提供している。

【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30年10月30日～平成31年1月10日
評価決定年月日	平成31年1月10日
評価調査者（役割）	1602B037（運営管理委員） 1201B024（運営管理・専門職委員） 1601B048（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

大阪府立障がい者自立センターは、訓練により改善が見込まれる方を対象に、地域生活への移行のための各種支援を行っており、身体障がい者の自立や高次脳機能障がいに関する専門施設としてリーダー的な役割を担っています。

提供するサービスの質の向上や福祉の拡充に向け、施設機能の情報発信、研修会の開催、事例の蓄積、外部団体との共同、大阪府の障がい者医療リハビリセンターとしての連携、行政・医療や福祉機関・大学等の人材育成への協力、他の支援機関への情報提供のあり方等を重点目標に掲げ、多方面の活動を積極的に実施しています。

福祉サービス第三者評価は3回目の受審となり、施設長以下、職員全員で支援体制の見直しに取り組んでいます。

◆特に評価の高い点

■個別支援計画の充実

アセスメントやそれに基づく個別支援計画に至る手順が、綿密にマニュアル化されています。また、一人ひとりの支援計画は、本人・家族との面接によって、その意向を確認しながら、個別性に十分配慮し効果的なものとなるように努めています。

原則1年という短期間の支援ということもあって、モニタリングは3か月ごとに行われ、計画とサービスの実施結果との整合性の確認や、細部にわたっての評価・見直しがなされています。

■単年度事業計画（職場チャレンジシート）に関連した取り組み

計画は11のテーマと28の下位項目に渡る広範囲で具体的な内容となっており、必要に応じて数値目標を設定しています。策定にあたっては上位方針に基づき役職者と職員との間でやり取りを行って内容を練り上げ、個々の意見の反映と、理解、動機づけの促進を図っています。中間期の振り返りも行われています。利用者に関係の深い事柄については家族交流会・朝の会での説明や、必要に応じた本人への直接の伝達、文書での通知、施設内掲示等により、理解や参加を促しています。さらに、事業計画に基づいて職員一人ひとりがチャレンジシートを作成し自らのスキルアップを目指すなど、一連の取り組みは高く評価できます。

■計画的な人材育成

新規採用職員の1年目には個別のジョブトレーナーが付き、教育やサポートを行っています。一方、2年目以降になると、全職員が育成に携わり、OJTにおいて指導的な役割を担っています。また、福祉部として、専門職の研修を年度ごとに計画・実施するとともに、ジョブローテーションを行い、長期的な職員の資質の向上が図られています。

◆改善を求められる点

■地域との交流や貢献に対する取り組み

当センターは、他府県を含む広域なエリアを対象として、独自のミッションのもとでサービス提供を行う公的機関であり、また、利用者は概ね1年という期間の中で一日も早い地域生活への移行を目指して日々訓練等に取り組んでいます。そのため、利用者の地域との交流や他の社会貢献に関する活動には消極的な面があります。しかし、文字通りの府民のための施設であり、府の第4次障がい者計画（後期計画）の概要には「地域を育む施策の推進」が明確に謳われています。地域との関わりについて、民間施設のモデルとなるよう、担当部局と協議・連携してその考え方を明示し、取り組みを進めていくことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価の受審は、支援体制を含めた施設運営全体を振り返る機会となりました。過去2回第三者評価を受審し、その都度改善に努めてまいりましたが、改めて業務を点検して課題の発見につながりました。評価結果を施設内で共有し、職員一人一人が課題を意識し、さらによりよい施設となるよう努力して参ります。

高い評価をいただいた点を維持向上しつつ、当施設の理念である「地域での豊かな社会生活の実現に向けて、利用者の立場に立ったサービスの提供」に努めて参ります。

◆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>■施設の理念はパンフレットに明記されています。方針等は、職場チャレンジシート（単年度事業計画）に基本方針が記載され、また、職員行動規範、倫理綱領が定められています。</p> <p>■職員への周知にあたっては、基本方針と職員行動規範、倫理綱領を年度初めに職員会議等で確認しています。また、理念については、個人のチャレンジシートにて、それに基づいた一人ひとりの目標がどの程度進捗・達成されたかを人事面談で話し合うことで、継続的な周知につなげています。</p> <p>■利用者・家族への周知については、入所前の見学や面接時にパンフレットを用いて行っています。また、理念と基本方針をわかりやすく表現した掲示をしています。今後は、それらのルビ付きや拡大版の作成・活用や意思伝達に制限のある方への対応等、さらなる工夫が望まれます。</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>■国の医療システムや高次脳機能障がいの動向については、全国身体障害者更生施設長会をとおして把握しています。地域の福祉計画は第4次大阪府障がい者計画（後期計画）により理解しており、その中で高次脳機能障がいに関する事柄には、当施設が参画する自立支援協議会の部会他、いくつかの会合等で行っている検討内容が反映されています。また、潜在的利用者の状況は府内の病院を訪問し、情報の収集・分析をしています。</p> <p>■利用率については毎月の調整会議等で確認し、収支は公会計システムにより把握しています。</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>■平成29年度に大阪府福祉部内で施設のあり方検討を行い、果たすべき役割や課題を明確化しています。</p> <p>■職場チャレンジシートに、4つの基本方針として「利用者満足につながる支援の提供」「障がい者理解と支援に資する人材の育成」等を、そして7つの重点目標として「施設機能の情報発信強化による平均稼働率の向上」「高次脳機能障がいの理解・支援に向けた研修会開催や事例の蓄積」等を掲げています。これらはさらに事業計画として具体化され、職員への周知をとおして取り組みがなされています。</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
(コメント)	<p>■府として第4次障がい者計画（後期計画）を定め、平成30～32年度における高次脳機能障がいや地域リハビリテーションに関わる内容を記載しています。具体的な成果目標としては、複数の支援機関での連携ツールである「使たらええで帳」を活用した年1回以上の研修の開催や、先進的な支援手法を集めた事例集の作成・配布を明示しています。</p> <p>■障がい者自立センター運営上の課題とその中期的対応として、「利用者のニーズに対応した支援」「職員・人材育成」「組織体制」「建物・設備」「稼働率向上」の5つのテーマについて中期目標が立てられています。</p> <p>■府の管理体制上、施設長の役割と権限は主として単年度の計画に関わるものとなっており、自ら明確な中長期計画を策定することが難しい状況にあります。</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>■職場チャレンジシートに明文化された単年度の計画は、「施設運営」と「利用者満足」に関わる2つの事柄に分かれています。「施設運営の広報と適切なアドミッション」・「高次脳機能障がい支援拠点としての役割の充実」等、中長期計画に基づいた11のテーマと28の下位項目に渡る広範囲で具体的な内容から構成されており、必要に応じて数値目標を設定しています。なお、稼働率に関しては中期課題として目標値を定め、それに基づいて年2回入退所計画を策定しています。</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>■単年度計画の作成にあたっては、上位方針として項目等を役職者が決め、内容は職員が考えて、お互いのやり取りの中で修正するなど練り上げを行っています。このプロセスを通じて職員の意見の反映と、理解、動機づけの促進を図っています。作成後はパソコンネットワーク内で管理し、いつでも振り返りや閲覧ができるようにしています。評価や見直しは中間期に実施しています。</p> <p>■稼働率については、役職者で構成する調整会議で毎月把握・確認し、年2回計画の見直しをしています。</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>■事業計画の中で利用者に関係の深い「地域生活に向けたプログラムの実施」「利用者及び家族への精神的サポートと情報提供」等の内容や特別行事については、家族交流会・朝の会での説明や、必要に応じた本人への直接の伝達、文書での通知、施設内掲示等により、理解や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>■モニタリング会議やプログラム検討会議、職種ごとの話し合いの場を通じて、福祉サービスの質の向上に向けた継続的な取り組みがなされています。また、組織として事業計画の推進を図るとともに、一人ひとりの職員が個別のチャレンジシートにて目標設定を行い、年間を通したスキルアップに取り組んでいます。</p> <p>■第三者評価の受審は平成23年度、27年度に続いて3回目となります。</p> <p>■退所者アンケート、第三者評価の評価基準を用いた毎年の自己評価、年度末のサービス評価を実施し、総括会議や都度の会議で分析・検討をしています。</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>■年度末のサービス評価については、事務分掌総括として各担当ごとの課題や改善事項を明文化し、次年度の事業計画や業務の内容・在り方、支援方法へ反映させています。しかし、第三者評価の受審やその評価基準に基づく自己評価、退所者アンケートについては実施した結果はありますが、課題・改善策を記載した文書が確認できず、活動が十分にはなされていない状況です。事務分掌に各々の担当が定められており、今後の取り組みの実践と記録が望まれます。(退所者アンケートに関しては、事務分掌総括に課題等の記載はありますが、ここで求められている内容には至っていません。)</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>■管理者は、職場チャレンジシートに自らの方針と取り組みを明文化し職員へ伝えていきます。</p> <p>■運営規程他の文書に管理者の職務・権限等を記載しています。職員への周知にあたっては、各文書をパソコンネットワーク内に保管し、また、事務所に備え付けることにより、いつでも閲覧ができるようにしています。今後は、それらの内容を会議や研修等において周知を図っていくことが望まれます。(その際は、一覧リストの形で整理したものを、現在作成している職員の業務内容の資料「課長・主査の業務」へ追加し、年度初めの会議で確認すること等もご検討ください。)</p> <p>■災害等における管理者の役割と責任については、不在時の権限委任等を災害時等応急対策実施要領の中で明確化しています。</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、大阪府のコンプライアンスに関する研修に継続的に参加し、その内容を職員に伝達しています。また職員は、人権・虐待防止、食中毒予防・食品衛生、緊急時対応、個人情報保護、感染防止、障がい者差別解消、社会保険等の研修に参加しています。</p> <p>■管理者は、毎月の職員会議で法令遵守の意識づけを行うとともに、事業計画書に個人情報保護や公正な施設運営、事務の適正執行等を掲げ、取り組みを進めています。</p> <p>■法令遵守について、不適切なことがあった場合の申し出の書式を定め、運用しています。</p> <p>■府として法令順守・職員倫理ポータルサイトを運営しており、必要に応じて閲覧がなされています。また、メールによる啓発やセルフチェックを実施し、職員はコンプライアンス必携を名札に入れて携帯しています。</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、職場チャレンジシートに「利用者満足につながる支援の提供」として「プログラム検討会議」「退所後の支援」「関連団体との連携による支援内容の精査」などの具体的な計画を明示し、福祉サービスの質の向上を図るべく指導力の発揮に努めています。</p> <p>■管理者は、職種別会議の結果やヒヤリハット報告、日々の引き継ぎ等によりサービスの現状を定期的・継続的に把握・評価・分析し、改善への具体的な事柄を明示したり、職員の意見を反映した取り組みを進めています。</p> <p>■職員の教育にあたっては、内部（施設内・府）や外部機関の、階層別（新規採用者、異動者、指導者等）、職種別（ケアワーカー、心理、ケースワーカー等）、テーマ別（健康管理、精神疾患、個別支援計画等）の研修に参加させています。</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>■管理者は、自立支援課の全職員が参加する「職員会議」、役職者等が重要なテーマや課題について検討する「調整会議」を組織し自らが参画して、業務の改善や実行性の向上に向け同様な意識を形成すべく取り組んでいます。</p> <p>■管理者は、利用者の入退所状況を職員と共有し、自ら回復期病院を中心に医療機関を訪問することで、稼働率の維持・向上に努めています。また、夜間支援員や言語聴覚士などの非常勤職員を必要に応じて確保し、サービスの拡充を図っています。</p> <p>■個別の職員との話し合いによる時間外勤務の削減、希望に基づいた勤務調整を通じた夏季休暇の取得促進等、働きやすい職場づくりに努めています。</p>	

		評価結果
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉専門職の確保に向けた大学説明会や採用試験を大阪府福祉部として実施しています。 ■福祉専門職の配置や人数については、府として定められており、それに沿って計画的な採用が行われています。 ■福祉専門職については、ジョブローテーション（22～30歳くらいを対象に3～4か所を体験し、本人の適性を見極める）等による人材育成がなされています。 ■研修制度が確立しており、新規採用職員に対してはジョブトレーナーが指名され、教育が図られています。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■期待する職員像を府として明確にし、福祉専門職については働く領域を明示しています。また施設としては、倫理綱領・職員行動指針により求める職員像を示しています。 ■人事基準は、条例や定期人事異動方針等において明確に示され、人事行政の運営状況も全職員に周知されています。 ■職務に関する成果や貢献度の評価は、人事評価制度に沿って行われており、そのやり方も毎年度検証されています。評価にあたってはその根拠を明確にすることで、専門職としての果たすべき役割を伝達・確認するようにしています。 ■府としてキャリアデザインを応援する各種制度があり、人事評価制度の中で実施される面談（年3回）においても、各人の希望等を聴取しています。また、職員基本条例の中でも職員のキャリア形成の支援が規定されています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■時間外勤務の状況は、毎月職員別、課別に把握を行い、4半期に1度、時間外の状況と改善策を福祉部の人事担当課へ提出しています。 ■毎年度の職員健康管理事業計画に基づいて、心身の健康の保持・増進を図っています。メンタル面については、全職員対象にストレスチェックが実施され、その結果が各人に伝達されるとともに、全体の状況については管理者あてに送付されます。職員総合相談センター（予約制）を設け、職場外での相談を受け付けています。 ■ワーク・ライフ・バランスの実現を目指し、大阪府特定事業主行動計画が作成、周知されています。職員にアンケートをとり、子育てや介護の支援策を拡充するなど、働き続けやすい職場づくりを進めています。 ■施設の現場においても職員の相互理解のもと、保育時間、育児・介護休暇等の取得が行われています。 	

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
<p>(コメント)</p> <p>■職員の資質、能力及び執務意欲の向上を図ることを目的とした人事評価制度の手引きに、目標設定、面接などの手順（仕組み）が示されています。 ■年度当初に各職員が目標設定（チャレンジシート）を行い、スケジュール感を持って取り組めるよう面談や研修を実施しています。中間面談では進捗状況の把握を行い、年度末には個人目標の達成度の確認とともに業務に対する意欲の把握に努めています。</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。	a
<p>(コメント)</p> <p>■倫理綱領・職員行動指針は年度初めに読み上げを行い、内容を確認しています。 ■大阪府職員基本条例を踏まえながら、職員研修規程に基づき、当該年度の具体的な計画が作成され、求められる専門性や組織力の向上を目標に取り組んでいます。 ■福祉部として、専門職の研修を年度ごとに計画・実施し、資質の向上に努めています。また、現場から出てきた意見を検討し、施設の職場研修へ反映させています。</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
<p>(コメント)</p> <p>■経験年数等に応じた研修が毎年度実施されており、これまでの受講履歴を確認して必要な職員を参加させています。 ■新任職員にはジョブトレーナーをつけ、各職員の水準や求められるレベルに合わせてOJTを実施しています。また、非常勤職員に対しても、職種や役割に応じた段階的な研修を職場内で計画的に実施しています。</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
<p>(コメント)</p> <p>■受託実習生受入規程に基づき、センターの業務に支障のない限り、できるだけ多くの実習生等を受け入れています。 ■高次脳機能障がい者に特化した支援施設が少ないため、社会福祉士、介護福祉士、理学療法士を目指す学生の他に、障がい者ホームヘルパーや府の一般行政・福祉専門職員、また、他府県の障がい者支援施設の職員、海外からの視察など、幅広い研修・視察の受け入れをしています。</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。	b
(コメント)	<p>■ホームページにおいて、基本方針およびサービス内容、事業報告、退所者アンケート結果、第三者評価の受審結果などを公表しています。しかし、事業計画は掲載されておらず、苦情対応結果についても平成29年4月以降は更新されていませんので、対応が望まれます。</p> <p>■回復期の病棟を持つ医療機関への訪問時や、高次脳機能障がい及びその関連障がいに対する支援普及事業の研修会等において、パンフレットや施設利用のしおりの配布、説明をしています。また、支援プログラムをまとめたDVDも作成し、必要に応じて使用しています。</p> <p>■事務概要書（財務関係参考資料）により、事業や財務に関する情報を公開しています。</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>■公的な施設として、大阪府立障がい者自立センター条例、同規則、同処務規定により、施設の業務、事務分掌、職務権限が定められています。また、財務、経理については、自治法、自治令の規定のほか、大阪府財務規則及びその運用、会計事務の手引きを適宜確認しながら業務執行を行っています。</p> <p>■府には会計局会計指導課が置かれ、会計事務についての指導助言体制がとられており、必要に応じて相談しています。</p> <p>■知事から独立した監査委員会による外部監査（委託による）が毎年実施されています。</p>	

		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。	b
(コメント)	<p>■1階のテクノエイドにおいて福祉機器の展示を行っています。外出訓練を通して社会資源を利用し、また、各種の地域情報を2階・3階のエレベーター横に掲示しています。</p> <p>■当センターは、他府県を含む広域の高次脳機能障がい者を主たる対象としてサービス提供を行なう、という独自の役割を担った公的機関です。また、他の関連事業所にとって情報の発信や人材育成等でのリーダー的な存在となるべき専門性の蓄積に努めています。そして利用者は概ね1年という期間の中で一日も早い地域生活への移行を目指して日々訓練等に取り組んでいます。そのため、この項目や「ボランティア等の受入れ（II-4-(1)-②）」、「福祉施設・事業所が有する機能の地域還元（II-4-(3)-①）」、「地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動（II-4-(3)-②）」については、一部で消極的な対応となっています。しかし、文字通りの府民のための施設であり、第4次障がい者計画の概要には「地域を育む施策の推進」が明確に謳われています。地域との関わりについて、民間福祉施設のモデルとなるよう、担当部局とも協議・連携してその考え方を明示し、取り組みを進めていくことが望まれます。（その際、利用者と地域との交流にあたっては、対象範囲をセンターが立地するエリアのみならず、利用者の居住地も視野に入れ、また、実施主体についても当センター単独の活動とともに、地域の関連事業所との連携等も含め柔軟にご検討ください。）</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>■ボランティア受入規程を作成して基本姿勢を明確にし、登録手続き、事前説明の資料などを準備しています。また、ボランティアには、個人情報保護に関する研修のほか、必要に応じて車いすの介助方法の説明などを行っています。</p> <p>■現在、ボランティアは1名で、活動する場所の検討や積極的な働きかけは行なっていません。</p> <p>■地域の学校教育への協力について特段の取り組みはなされていません。</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>■近畿ブロック身体障がい者更生施設協議会、及び全国身体障害者更生施設長会に参画しています。</p> <p>■障がい者医療・リハビリテーションセンターとして、府立急性期・総合医療センター・障がい者自立相談支援センターと連携し、治療の当初から地域生活移行までの一貫したリハビリテーションの提供に取り組んでおり、年に1回の協議会と月2回の情報交換会を開催しています。</p> <p>■高次脳機能障がい相談支援体制連絡調整部会の事務局として年に1回協議会を開催し、支援コーディネーターは毎月関係機関と話し合いを行って活動を進めています。また、地域生活移行に向けては、関係機関とのネットワークのもと推進しています。</p> <p>■社会資源については、職員間で共有しているほか、エレベーター横掲示板等で紹介するなど、個々の利用者にも情報を提供しています。</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。	b
(コメント)	<p>■広く一般の方を対象に、高次脳機能障がいについての理解を深める研修や啓発を実施しています。</p> <p>■災害拠点病院支援施設として、災害時には、建物1階テクノエイド部分は医療チームのトリアージゾーン、3階講堂は赤色タグの入院ゾーンとして提供する役割を担っています。</p> <p>■地域におけるリハビリテーション推進拠点として、他の事業所や施設への専門的な技術・相談支援や情報の受発信を行っています。</p> <p>■建物の1階部分をテクノエイドとして、福祉機器の展示場として開放し情報提供をしていますが、事業所のスペースを活用した地域住民との交流を意図した取り組みには至っていません。また、社会福祉分野に限らない地域の活性化やまちづくりへの貢献も不十分な状況です。</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。	b
(コメント)	<p>■近畿ブロック身体障がい者更生施設協議会や、大阪市の病院を中心とした脳卒中医療連携ネットワーク会議、地域支援ネットワーク会議等において、関係機関の抱える問題点やニーズの把握に努めています。</p> <p>■地域の医療機関等のニーズを把握するために、管理者を中心に病院回りを行っています。</p> <p>■住民からの相談は、施設の利用や高次脳機能障がいに関するものについて対応しています。</p> <p>■把握した地域の福祉ニーズに基づいた、法令等で定められた社会福祉事業にとどまらない、制度外の地域貢献に関わる事業・活動の実施や計画づくりについては、当センターの置かれた状況から十分な取り組みには至っていません。</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"> ■大阪府立障がい者自立センターの倫理綱領・職員行動指針に則り、利用者を尊重した福祉サービスに取り組んでいます。 ■職員を対象とした人権研修等を行っています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の権利擁護については重要事項説明書に記載されており、要望等があればその都度対応しています。家族以外の方との面接は面談室を使用し、他の利用者へ配慮しています。 ■虐待防止マニュアルを整備し、職員に周知しています。また、不適切な事案が発生した場合の苦情解決事業実施規程を定め、対応しています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■病院や関係機関等に自立センターのパンフレットと施設利用のしおりを配布しています。パンフレットはわかりやすく写真等を使用していますが、ルビがなく今後の対応が望まれます。 ■見学はほぼ毎日受け付けています。入所希望者には訓練内容や福祉サービスについて説明を行い、実際のプログラム等の実施状況の見学もしています。 ■来所できない人に対しては、施設紹介のDVDを視聴してもらってプログラムやサービス内容等の説明をしています。しかし、使用する文言が一部難しいところがあり、映像に出てくる文字にはルビがないなど、理解を容易にするためのさらなる配慮が望まれます。 	
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"> ■ルビ付き・拡大版の重要事項説明書、契約書を準備しています。 ■サービス内容は施設利用のしおりにわかりやすく記載し、利用料の変更等があった場合には文書で利用者・家族へ知らせています。 ■意思決定が困難な利用者への配慮については、障がい特性に応じて図や筆談などを用い、個別の対応をしています。 ■プログラム表についても、個々の利用者の障がい特性に合わせて、1日単位、1週間単位としたり、絵や写真を活用して、わかりやすいよう工夫をしています。 	

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)	<p>■地域移行の際には、モニタリングとともに利用者の意向を確認しながら、数か月前から計画的に日中活動場所や地域での相談先、医療機関について情報提供しながら検討を重ねています。</p> <p>■利用者の同意、申請に基づき、日中活動先、相談先、医療機関に情報を提供し、退所後のスムーズな支援につながるようになっています。</p> <p>■退所後の相談方法や担当者の説明を行い、希望者には相談先一覧を記載した「使たらええで帳」を一緒に作成して手渡しています。また、退所後の相談やアフターフォローを必要に応じて行っています。</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。	a
(コメント)	<p>■3か月に1回のモニタリングや適宜の利用者・家族との面接により、満足度の把握に努めています。また、家族交流会や退所者アンケートを実施しています。結果は職員で共有し、必要な改善につなげています。</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。	b
(コメント)	<p>■苦情の申し立てについては、重要事項説明書に記載し、契約時に本人・家族に説明を行っています。また、苦情の窓口や第三者委員の掲示をしています。</p> <p>■苦情を受けた場合には、苦情解決事業実施規程に基づき、苦情受付書・苦情受付報告書に記録をするとともに、会議での共有と第三者委員への報告を行なっています。記入者が特定できる場合は本人、家族に直接フィードバックし、説明可能な内容は朝の会で公表しています。</p> <p>■2階・3階に意見箱を設置していますが、筆記用具の備え付けが適切にはなされていません。また、意見箱の設置場所が曲がり角であるため、車いす利用者にとっては危険を伴う恐れがあります。今後の対応が望まれます。</p> <p>■苦情に関しては施設内での公表だけでなく、外部への情報発信が必要です。ホームページに掲載していますが、平成29年4月以降は更新されていない状況となっています。</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。	b
(コメント)	<p>■1階・2階の面会室等、相談しやすく、意見を述べやすいスペースがあります。</p> <p>■入所時に、管理者より、利用者および家族に対して、集団生活上で困ったことがあれば、職員に相談をしてもらうよう促しています。今後は、相談したり意見を述べたりする際には、自らの担当者や定められた相談窓口だけでなく、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成し、配布や掲示を行うことが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者からの苦情や要望は一覧表に整理し、対応状況を確認しています。</p> <p>■3か月に1回のモニタリングの際には、施設に対する困りごとや不満があれば安心して話をするように声掛けし、把握に努めています。出された意見に対しては迅速な対応を心がけています。</p> <p>■年3回、第三者委員への苦情・要望等の報告会を開催しています。</p> <p>■退所者アンケートを実施し、結果をプログラムやサービスに反映させています。</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。

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>■ヒヤリハット事例は報告書によって収集(月に10件程度)しています。即時対応を要する場合には、朝の引継ぎで協議し、パソコンネットワークによって早期の共有化が図られています。また、課のミーティングで話し合われたり、リスクマネージャーを軸に担当による検討を経たものは、必要に応じ調整会議で確認され、月ごとに全員に回覧されています。</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。	a
(コメント)	<p>■府のマニュアルとは別に、施設独自で感染症・食中毒対策マニュアルを作成し、過去3年間で2度の見直しがなされています。 ■一般に拡大しやすいとされる皮膚疾患が発生した際には、広がりをも最小限に食い止めた実績があります。 ■感染症に係る汚物処理など実際的な対応の研修を定期的実施したり、医務健康管理会議を隔月に開催し課題検討に努めるなど、組織的な取り組みが行われています。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者の外出時における安否確認は携帯電話が中心ですが、人によってはGPS(地球上の現在位置を、人工衛星からの電波で測り知る装置)の活用もなされています。 ■災害用各種日用品が用意されています。また、食料についても3日分をめぐに、備蓄がなされています。 ■対応にあたっては災害時緊急対策実施要綱が作成されています。急性期・総合医療センター等同敷地内の府立諸機関が一体的に機能し、地域の被災者も受け入れができるよう、職員の緊急配備連絡網も定められています。</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。

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。	b
(コメント)	<p>■ケースワーカー・ケアワーカー・心理職員と、職種別に利用者への対応場面ごとの細やかな業務マニュアルが整っていて、別に手順書や障がい(疾病)別チェックリストも準備されています。 ■業務がマニュアル通りに行なわれているかどうかを定期的に確認する(例えば、自己点検等により)の機会を設けるなど、一層の意識化につなげる仕組みづくりが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■マニュアル等の見直しは、主に4か月に1度開催するプログラム検討会議で行われていますが、それを待つことなく、職員会議をはじめ職種や担当ごとの会議においても、必要に応じ検証され、改訂が行われています。</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支援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"> ■アセスメントやそれに基づく個別支援計画作成に至る一連の手順は、マニュアル化されています。 ■利用者や家族との面接によって意向の確認をしながら、個別性に十分配慮した効果的な計画となるよう努めています。 ■計画と実施したサービス内容との整合性の確認、またその評価は、3か月ごとのモニタリング時に行なわれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■通過施設として位置づけられており、基本的には利用期間は9か月～1年としています。期間延長や利用形態の変更などについての手順はケースワークマニュアルに示されています。 ■月々、各職種でのモニタリング会議が持たれ、3か月ごとに横断的な評価の集約・整理が行われています。 	

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"> ■端末は1人に1台貸与され（パスワード保有）、必要な利用者情報は、パソコンネットワークで共有されています。 ■日々筆記された生活・訓練記録は、一定期間ごとにパソコン入力されます。個別支援計画書は常時参照できる状況にあって、随時、計画に立ち返ることが容易になっています。 ■記録の書き方については初任の研修によって周知され、施設の入所前に行う利用者の受入面接での聴取漏れを防ぐための配慮もなされています。しかし、用意されているケース記録記入マニュアルは、生活や訓練の記録等を適正・適切に行うためには、十分と言えるものではありません。 	
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"> ■大阪府の個人情報保護条例に基づき、管理され、運用されています。 ■就労支援等で個人情報のある記録を持ち出す場合や関係機関等への資料送付の際には、管理簿や送付確認表に記載しています。また、情報の取扱いについては、利用者・家族等に説明し文書による同意を得ています。 	

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>■利用者の障がいの状況や特性に配慮し、その固有な希望（例：失語症の利用者が、インターネット電話サービスを用いて外国人と接してみたい）を可能な限り叶えられるよう、個別的な方法での支援を行っています。</p> <p>■利用者との話し合いを通じ、意思の確認・尊重を基本に、外出や社会資源の活用による活動範囲の拡大を視野に入れて支援をしています。</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>■府立施設という性格上「他のモデルとなる」との意識が、苦情やヒヤリハット事例への対応のありように反映されています。</p> <p>■虐待防止委員会や虐待防止マネジャーの設置など、仕組みが確立しています。</p> <p>■利用者の大半が、何らかの形での意思表示が可能な方であり、万一権利を脅かすような不適切な対応があれば敏感に反応されるため、常に気配りをしています。</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>■退所帰宅後のスムーズな生活のために、自宅を訪問しハード面の確認などを行なって、訓練の内容に反映させています。一方、単身生活を希望する利用者には、一定期間の生活実習プログラムが提供されています。</p> <p>■全国的にも数少ない高次脳機能障がい者の自律・自立に向けての訓練施設であるところから、職員は、使命感と誇りを持って仕事に臨んでいます。</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>■コミュニケーションが十分でない利用者に関しては、心理職員や言語聴覚士、作業療法士を中心に評価・検討し、一人ひとりの特性に見合った手段（例：絵カード・ホワイトボード・アイパッドなど）について話し合っています。</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>■定期的なモニタリングの前には必ず面談を実施しており、それとは別に、利用者や家族等からの相談には、その都度対応しています。</p> <p>■職場への復帰について、本人が勤める会社の担当者と話し合いをするなど具体的な支援を行っています。</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>■個別支援計画に基づき、本人の意向にも配慮して、多種多様な支援メニューが用意されています。</p> <p>■距離的にも利用が可能な複数の障がい者スポーツセンターに関する情報提供に加えて、訓練・支援の一環として、実際に活用しています。</p> <p>■本人の能力や家族の協力が制約がある場合には、可能な限り職員によるサポートを行なっています。</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>■隣接する医療センターとの連携に努めていますが、相談できる曜日が限定されているなど不自由な面もあり、常勤の精神科医師の確保を今後の中期的な目標と位置づけて取り組んでいます。</p> <p>■施設の性格上、専門性の積み上げが必須で、可能な限り研修への参加や支援ノウハウ獲得のための活動を進めています。スキルアップのためのさらなる機会づくりや、その時間を確保するための業務の見直し、人員増等が期待されます。(人事面のことは施設単独での対応が難しいと思われませんが、府の担当部局とも調整しご検討ください。)</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>■特別食は、慢性疾患や嚥下機能など心身の状況に応じ7種類が提供されています。</p> <p>■介助なしに可能な限り自身での摂食ができるよう、回転式のテーブルや滑り止めの工夫、食器や箸への特別な配慮などを行っています。また、座席の位置、食事の開始時間など、少しでも気持ちよく食事がとれるよう、個別の対応に努めています。</p> <p>■日常の生活支援の一つひとつにも、麻痺部位の左右差など、細部に心遣いがなされています。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の特性に応じて(トイレや洗面所に近い場所の)居室を選んだり、歩行不安定な方にシャワーチェアを準備するなど、生活の安全や快適性への目配り・心配りを心がけています。これらは必要な都度、日々話し合いを行い、即時に対応するようにしています。</p> <p>■清掃は、平日は委託業者によって行われていますが、週末・休日には職員が行い、清潔に保たれています。</p> <p>■2人部屋以上の居室はカーテンで、浴室はパーテーションとカーテンを用いて2重のプライバシー配慮がなされています。テレビやラジオは、個人所有で楽しめるようになっています。</p> <p>■2階の多目的室や1階のテクノエイドエリアなど、少人数でくつろげる空間があります。</p> <p>■トイレ、食堂など共用スペースの表示にルビがありません。また、階段が危険なため立ち入りを禁止していますが、その表示がドアを開けた階段の手すりにかけてあるため、廊下側から入っていく際に気付きにくくなっています。安心・安全な生活環境に向け対応が望まれます。</p>	

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"> ■ 日常的な支援・訓練では得られない課題を見出すために、宿泊の体験実習などを実施し、現実の生活を見通した中での評価がなされています。 ■ 利用者の入所前居住地や希望する退所後の生活拠点が広域にわたることが多く、他府県の関係機関との連絡・調整を実施しています。 	
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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 排泄の介助等は同性によって行われており、男性のケアワーカーが少ないため工夫に努めています。 ■ 慢性疾患を有する利用者には、必要なバイタルチェックを一定期間継続して行ない、経過の観察をしています。 ■ 迅速な医療的対応については、隣接する医療センターの協力が得られています。 	
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"> ■ 健康管理マニュアルが整備され、一人ひとりの個別支援計画とのすり合わせが行なわれています。 ■ 薬品や服薬に関してはマニュアルに従い、医務室において看護師が管理をしています。また、服薬をしたかどうかの確認を重要視し、食後にケアワーカーが厳密なチェックをしています。 ■ ほとんどの利用者が医療を必要としているため、「AED・救急法」に関する研修は全職員の必須受講となっています。また、看護職員が不在となる夜間に勤務する支援員に対しては、緊急時対応などを特に念入りに指導しています。今後は、医療面での、職員一人ひとりに対するきめ細かい研修が望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ すべての支援・訓練は、利用者や家族の意向（希望）に留意しながら計画が立てられ、実施されています。 ■ 外出（訓練時間以外）や外泊は、利用者本人と家族の意向に沿って行われています。また、訪問者とは、同一館内の他機関利用者も出入りするテクノエイドや、面会室で接することができます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 生活・宿泊実習により課題を確認し、地域でのスムーズな生活が営めるよう準備を行なっています。 ■ 家庭生活への復帰、就労や復職等への支援にあたって、地域の様々な関係機関や企業への訪問も実施しています。 	

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。	b
	(コメント)	<p>■モニタリングの前には、必ず利用者・家族との面接が行われています。</p> <p>■希望すれば、家族が訓練の様子を見ることができます。</p> <p>■家族交流会を開催していますが、出席する家族が限られています。家族支援の貴重な機会であり、参加率の向上が望まれます。</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)	就業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)	就業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)	就業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	大阪府立障がい者自立センターの利用者
調査対象者数	70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）

大阪府立障がい者自立センターを、現在利用されている70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、54名の方から回答がありました。（回答率77%）

比較的満足度の高い項目としては、回答のあった54名の内で

- 「他人に知られたくない秘密を守るなど、プライバシーが守られている」
 - 「お風呂は気持ちよく、ゆっくり入ることができる」
 - 「トイレは清潔で気持ちよく使える。介助が必要な時、すぐに対応してくれる」
 - 「テレビ、新聞、雑誌、電話等、自由に利用できる。必要な支援をしてもらえる」
- について、60%以上の方が「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	大阪府立障がい者自立センターの利用者の家族等
調査対象者数	70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）

大阪府立障がい者自立センターを、現在利用されている方の家族等70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、48名の方から回答がありました。（回答率69％）

比較的満足度の高い項目としては、回答のあった48名の中で、

- (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」
●「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」
について、70％以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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、60％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