

〔評価結果の公表様式〕

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号:21地福第785号)
訪問調査 実施日：平成23年 3月15日(火)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人無門福祉会 (施設名) 無門学園	種別:(施設種別) 知的障害者入所更生施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 野澤 恭子	定員(利用人数): 40名
所在地:〒470-0376 愛知県豊田市高町東山7-43	TEL 0565-45-7883

③総評

◇特に評価の高い点

障害者の生涯にわたる支援の必要性を感じており、利用者の自己実現や自由選択・自己決定を可能な限り尊重し、利用者と職員との協力体制の中でできることを行いたいという気持ちで日々の業務にあたっている。

提供するサービスの質の向上を図ることだけを目的とするのではなく、事業経営の透明化をも狙って、積極的に第三者評価の受審に取り組んでいる。今回で5年連続の第三者評価受審となる。

管理職として副施設長も配置し、業務の効率化、改善と、利用者および職員の意識満足にとりくみ、生活介護事業への移行やケアホーム建設をすすめている。

パソコンに新しいシステム(グループウェア「サイボウズ」)を導入して、職員間の情報共有やスケジュール管理、個別支援計画の実施管理を含む利用者の情報管理を一元化した。このことによって、事務効率化が一段と進むこととなった。

◇改善を求められる点

無門学園としてのより身近な理念を作られる事を期待したい。計画には時間の[日・週・月・年]スケールを考慮して頂きたい。人事考課・研修計画の基礎となる資格別能力マップの作成を期待したい。

利用者に高齢者もおり、「トータル・ライフ・サポート」としての支援を続けるためには、高齢者福祉の知識、技術及び環境も必要になってくる。可能な範囲で、その方面の備えを検討されたい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果を入手し、当事業所の利用者本位の支援に対する努力を認めて頂けたと感じました。また、新しいシステムを導入したことも評価頂いたので今後も活用し、利用者情報を整理してより良い支援が実施できるように努力します。

改善点として指摘いただいた部分について、職員にわかりやすい基準や数量的に示すなど改善していきたいと考えます。

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	a ・ Ⓑ ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	a ・ Ⓑ ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

理念、基本方針は明文化されているが、理念を分かりやすい形に簡潔にまとめ、それを実現する為に方針を定め、そして中長期の計画や単年度の計画へおろしていくことも検討されると、周知もしやすく理解も深まると思われる。法人の理念は絶対的な憲法として、無門学園としてのより身近な理念を作られる事を提案したい。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果	
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

中・長期計画は策定されているが、到達目標や結果の検証できる具体的な計画とすることが望ましい。21年度の報告に基づき、22年度の事業計画が策定されているが、これも到達目標や結果の検証ができる具体的な計画となることが望ましく、中・長期計画との関係が明瞭ではないところがあった。
年度末に取り組みの成果を評価する際に、達成度の把握が困難に思える。達成度を容易に評価できる数値目標を掲げ、職員が達成感を味わえる取り組みを期待したい。
職員への周知については、パワーポイントを使った資料にするなど、分かりやすく表現する事に気を配っている。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	障 10	Ⓐ ・ b ・ c
I-3-(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。	障 11	a ・ Ⓑ ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	Ⓐ ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

理事長、施設長の下、副施設長が多く管理業務にあたっている。役職者の会議、職員会議、パート会議、保護者会などで、実質管理者として方針や意見を説明してその責務を全うしている。
 支援内容の記入や意見交換、情報共有にパソコンのグループウェアを採用する事で効率化を図っている。職員の仕事への満足に向けて、職員の話聞く等の機会も持っているが、組織的にそれを行う仕組みを整えることを検討されたい。積極的に第三者評価の受審推進を企り、第三者評価を足がかりに質の向上を図ろうとしている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

常に社会福祉事業の動向について情報収集と分析を積極的に行い、理事会や職場内に周知させている。特に自立支援法に関しては、県の会合に積極的に参加して状況把握に努めている。
 収支・経営状態については、2ヶ月に1回施設長会議で検討している。
 第三者評価は5年連続の受審であり、外部の目を入れることで事業の透明性を担保しようとしている。今後、公認会計士と契約する方向で検討中である。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	a ・ Ⓑ ・ c

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	a ・ ② ・ c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	① ・ b ・ c
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	a ・ ② ・ c
	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	障 22	a ・ ② ・ c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	a ・ ② ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 24	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>事業計画に「職員の確保」、「質の向上に努める」と宣言しているが、具体的な展開までに至っていない。人事考課についてはトップの判断で査定され、職員レベルにフィードバックされていない。</p> <p>年度はじめに管理者との面談を実施し、職員の就業状況や職種希望の把握に努めている。福利厚生に関しては、現在リゾートホテル優待制度に加入しているが、今後は健康維持・メンタルケアを意識した総合福利事業の導入を検討している。</p> <p>職員個々の教育ニーズが把握されておらず、現状はパンフレットが来たら研修に参加する方式である。個々の力量の不足部分を補完して行く研修計画の作成を期待したい。実習生に関しては、積極的な受け入れ体制が見られる。</p>			
--	--	--	--

II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	a ・ ② ・ c
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	① ・ b ・ c
	II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	障 27	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>定期的に年間2回の防災訓練を実施している。災害・感染・事故などの緊急対応マニュアルを作成してはいるものの、勉強会等を経て周知するまでには至っていない。また、事故が発生した場合には事故事例検討会を行い、再発防止に努めている。</p>			
--	--	--	--

II-4 地域との交流と連携

			第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	① ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ ② ・ c
	II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	障 30	① ・ b ・ c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
	II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	障 31	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32	Ⓐ ・ b ・ c
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 地域の福祉ニーズを把握している。	障 33	Ⓐ ・ b ・ c
	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>散歩の際、顔馴染みの近所の方(ウォーキングの方)が挨拶してくれる。また、ボランティアが自宅に利用者を招待し、調理から食事をするまで一緒に過ごして利用者を楽しませてくれる。「無門祭」には200人のボランティアが支援してくれた。</p> <p>法人の理事が市の知的障害者協議会の監事をしており、関係機関との連携は取れている。必要な社会資源を明確にするため、「愛知県福祉ハンドブック」を利用してリスト化している。</p> <p>同法人の経営する通所施設が、生活支援センター、養護学校等との強い連携を持っている。そこからの情報を基に地域ニーズを把握し、「生活介護」、「ケアホーム」、「ホームヘルプ」、「生活支援」等の事業展開につなげている。</p>			
---	--	--	--

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	
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。	障 35	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	障 39	a ・ Ⓑ ・ c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>アンケートをしたり直接聞いたりして、利用者の意向を個別に把握し、余暇の過ごし方の過去の履歴を一覧でわかるようにして、利用者にあったサービスの提供を可能にしている。</p> <p>苦情や相談に対する受付や解決の流れは理解できているが、その手順が不明確であり文書化の必要が残っている。</p> <p>プライバシーに関する利用者の意見の中には、今後の課題とすべき事例も挙がっている。</p>			
---	--	--	--

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。			
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	障 43	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(2)-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。	障 44	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	㉠ ・ b ・ c
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。	障 46	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

決められたサービスの実施ができていないかや、事業内容の定期的な評価などは、半年ごとのプラン評価や年1回の第三者評価などで行っている。課題は改善されているものも多いが、課題発見→改善計画立案→計画実施の流れがわかるような過程を踏むのが望ましい。

22年5月頃から、パソコンのグループウェア「サイボウズ」を導入したことで、サービスの実施状況の記録はもちろん、フェースシート、アセスメント、ケアプラン、モニタリングなどが一元的にネットワークで行われるようになり、記録の集約化や情報の共有化が大きく進んだ。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果	
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	障 48	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

事業の紹介はホームページやパンフレットで行っており、ブログも開設している。
見学希望者はそのほとんどが入所を前提にした利用者であり、全て受け入れるようにしている。入所する場合はその後も関わりを維持できるが、見学受付や対応の記録としては残っていないものも散見された。見学受け入れの事実が残るような記録の必要性の有無についても検討されたい。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

			第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

前年度の支援結果、利用者個人面談の結果などを基に、アセスメントを行い、担当者のプラン作成、実施の記録からモニタリングを行っている。それらの支援経過をすべて、サイボウズデジエで一括して記載するので、全ての利用者をパソコン上で把握でき、操作方法も習熟している。

Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

			第三者評価結果
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 55	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉠ ・ b ・ c

Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	㉑ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。			
	Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	㉑ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

昼食は食堂で一斉にという事であったが、夕食は少し時間をかけて、会議室で食べる人も出てきている。会議室へは保温ジャーを持っていき、ごはんや味噌汁をそこで盛り付け、温かく食べられるように配慮している。適温適食は他の利用者にとっても普遍的なニーズであることを考慮いただきたい。

高齢の利用者やてんかん発作のある利用者の入浴には、職員2人を配置するなどの配慮がある。排泄後の手洗いのため、利用者それぞれがハンカチを持つよう支援しているが、共用タオルが使われることもあり、感染対策上からは検討が必要である。預り金管理はマニュアルに基づいて実施されているが、その手順を現場の職員が知らず、事務方の主導で行われている。