

〔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24年 3月22日(木)

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)施設入所支援・生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)川島 毅	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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>本年度から新法移行による事業運営となり、法人収支全般にわたり徹底的な見直しを行なっている。当事業所においても収益性の確保、支出の削減に向けて毎月月間目標を定めて事業運営改善に取り組んでおり、徐々に効果が表れてきている。</p> <p>理事長は事業所に出向き、積極的に利用者と顔を合わせている。食事も利用者と同一食を一緒にとっており、障害者支援の基本姿勢を示している様子がうかがえる。</p> <p>23年6月に副施設長から昇格した現施設長のもと、キャリアパス要件の導入や自己評価が実施され、職員のスキルアップに対する意欲が認められる。職員研修の一環として本年度実施した施設見学により、他の施設を視察することによる自己反省・気づきが、今後の障害者福祉の一助となることが期待される。</p> <p>利用者がグループホーム等へ移行して、地域で生活する基盤作りが確実に実施できている。</p> <p>パソコンでの情報共有、個別支援計画作成のプロセス管理がうまくできており、職員が情報を把握し、データ分析をするのに役立っている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>現在進行中である職員のスキルアップに対する取り組みの前進が見られる。計画的に施設内外の研修を実施して、職員が知識、技術を身につけたことを確認できる仕組みや、職種や就業年数に応じてどのような力を求めるのかなど、教育と評価について、人事考課を含めたシステムの構築をさらに進めていただきたい。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>評価を受け、職員のスキルアップに対しては、長期的な計画的研修が必要と分った。あわせて、取得して欲しい知識と技術を明確にし人事考課のシステムも必要と感じた。</p> <p>その他の指摘事項も改善する様努力したい。</p>
--

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。

# 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	Ⓐ ・ b ・ 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

知的障害者の支援事業運営法人として、入所支援、通所支援、共同生活援助、行動・移動支援と事業形態は分かれているが、その基本理念は共通である。運営法人の障害者福祉に対する基本的な考え方を6項目に整理して明文化し、パンフレット、事業計画書等に掲載して表明している。この基本理念を踏まえ、事業所ごとに月間目標を掲げて職員への周知を行っているが、無門学園としてより簡潔で具体的な理念・基本方針が制定されることを期待したい。利用者への周知は、今後も継続して努力されることを望む。

### 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	Ⓐ ・ b ・ 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

法人のビジョンである「ささえる仕組みの充実…」に基づいて本年度策定した中・長期計画として、ケアホーム事業を拡大し、利用者の地域移行を進めたことで入所定員が削減され、より質の高い支援と地域の要請に応える施策を開始した。近隣に5つ目のケアホームが完成し、入所者の一部が移動する予定であり、事業展開としてのビジョンは現実に向かいつつある。  
職員には23年春頃、法人ビジョンと中・長期計画を示したうえで、各自己評価を実施し意識付けをし、キャリアパス要件の導入も行なっているが、人材育成の面で計画整備が今後の課題として残る。

### 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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

現施設長は、以前から副施設長として実質的な事業所運営の責任者であったため、事業には精通しており、職員や利用者からの信頼も厚い。新たにキャリアパス要件を導入して職責、職務内容、給与体系、昇任・昇給基準を整備して職員に示し、自己評価を実施して意識付けを行った。個別面談を実施し、職員個々の希望・意向の把握を行なっている。自己評価の結果は、現時点では人事考課として反映をしていないが、今後、勤務意欲等の指標の参考にすることも提案したい。

### 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

関連事業所との合同会議を随時開催し、法人全体の経営状況の分析と今後の事業展開を協議している。23年度から新法に移行した事業運営となったこともあり、予算策定において収支の徹底的な分析を行なっている。24年度では大幅な人事改革を予定しており、法人内異動、パート職員の増員等を計画中である。経営面における外部監査は受審していないが、福祉サービスの観点からの第三者評価は連年受審しており、サービスの質の向上に向けた意欲は高い。

#### 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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>現状では職員数に余裕があるとの認識があり、今後は幹部職員を育成する方向に力を注ぐ方針をもっている。本年度キャリアパス要件を示し、自己評価を実施したことで、職員個々の意識付けと目標の設定を自覚させることに寄与したものと推察される。将来的には自己評価も勤務意欲・現状認識の面で人事考課の参考にする工夫を提案したい。なお、現状では具体的な人事考課基準はなく、トップの判断が優先される傾向が見受けられるため、この機に公正な人事考課基準の制定を望みたい。加えて、職能に応じた研修計画の制定も望みたい。</p> <p>実習生の受け入れは積極的に行なっており、有資格者が適切にフォローし指導に当たっている。</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 ・ ⑥ ・ 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>緊急時対応マニュアルを整備し、年2回計画的な避難訓練を実施しているほか、東日本大震災を教訓に、炊き出し訓練や救急救命(AED操作)訓練を実施している。さらに、定期的に利用者を引率して防災センターを見学し、災害時の模擬体験を行なって危機意識の醸成に努めている。ただ、施設が地域の罹災者を受け入れる臨時避難所となることの想定までには至っていない。</p> <p>毎月開催の職員会議で、利用者の事故報告を基に原因究明を行うとともに、ヒヤリハット活動を通して事故の未然防止に取り組んでいる。</p> <p>事業所が考える事故の定義を明確にすれば、事後処理の重要性、手段等が明確化しやすいと考える。</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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

毎年11月、恒例の「無門まつり」を開催して地域との関わりを保っている。当日近隣の中高生ボランティアの協力の下に行なわれる、巨大巻き寿司(長さ約45m)作りが好評で、これを目当てに訪れる来場者も多い。この他、事業所の塀を利用した壁画作り、関連事業所が運営するカフェの解放等、地域との交流は益々盛んに行なわれている。  
 関連事業所の所長が豊田市自立支援協議会の副会長に就任していることもあり、行政機関との連携・協力体制は確立されている。隣接する身体障害者施設からの受入要請に応じるなど、地域の福祉ニーズに基づく事業展開が行なわれている。

### 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

職員への周知という面においては、パソコンの情報共有システムにより伝達手段が確保されている。レクリエーションについては個別聞き取りをしたり、お茶会をしたりと、日々の活動で楽しく過ごせるようなサービスを実施している。  
 苦情解決規程は整備されている。発生する意見が要望か、組織として解決が必要な苦情か、という区別や、その判断者は誰か、といったことを明確にすることで、より利用者満足を図っていただきたい。

### 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	Ⓐ ・ b ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

サービス内容の評価について、導入された自己評価に関連項目がある。改善計画は書面で1か月ごとに進捗を確かめている。  
標準的な手順は定められており、個別支援計画での個別支援方法との整理もできている。今年度の業務は、22年度の手順を参考に実施しながら、訂正事項を年度末に変更して、24年度当初に23年度確定版ができる仕組みであると説明を受けた。しかし、手順書は記録ではないので、24年度当初に23年度の物を完成させるということには違和感を感じた。23年度には23年度版を作成して、途中の変更はその都度改定するしくみの導入が望ましい。

### 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

見学希望があると、サイボウズにスケジュール登録をするので、それを受付簿としても使っている。フォローコメントを入れることでそのまま対応簿にもなって、どのような見学者があったのかを後からでも確認できるようになっていた。  
グループホーム等への移行は積極的に行われている。

### 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

個別支援計画作成のプロセスがパソコン上で確認できる。  
アセスメント、プラン作成、担当者会議、サービス実施、モニタリングの流れが実施されている。作成された計画に対する利用者・家族の同意が未実施の計画書があったので、流れを確実なものにするために徹底願いたい。

### 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	Ⓐ ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

食事に関して、適温適食について、引き続き改善できる余地がないか検討いただきたい。嗜好調査は実施しており、栄養士と調理員の会議はあるが、給食委員会のような他職種参加の会議は行われていない。  
 感染性胃腸炎の流行があったが、健康管理には留意し、手洗い、うがいの励行、共用タオルを廃止するなど感染症対策も実施している。感染症に限らず、事故の発生等に関しても、原因の究明や適切な再発防止策を講ずるとともに、関係するマニュアルの見直しを実施することを提案したい。  
 利用者が手元にあるお金は、おこづかい帳をつけるなど、預かり金の使い方を考える支援を行っている。