

〔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15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)青い空	種別:(施設種別)生活介護 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)阪田 征彦	定員(利用人数):30名
所在地:〒470-0373 愛知県豊田市四郷町天道1-14	TEL 0565-46-9871

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>利用者一人ひとりの特性に配慮し、活動を通じて社会とつながっていくことについて積極的な姿勢を感じる。ボールペンの部品揃え、乾燥剤の袋詰め、陶芸、ギフト用の洗剤の箱詰めなど様々な仕事を受けており、利用者が自分のペースで仕事できるように配慮している。作業室は広々としていて、整理整頓も意識されている。陶芸や、色紙を書く、絵を描く等、芸術的活動をする利用者を、立派な作家・芸術家として評価していることは、利用者にとって励みになるであろう。仕事を請け負うだけに終らせず、椎茸栽培を事業所の大きな産業として育てており、生椎茸だけでなく刻んだ干し椎茸、ドレッシング、せんべい等への加工ルートも確立している。また、カフェを開店し、喫茶、ランチなどの場面でも利用者が活躍している。</p> <p>地域の中で暮らす利用者のために、事業所のあるべき姿として、地域福祉全体の向上を視野に入れる必要があると認識していることを特に評価したい。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>現在、外部監査を受けていないが、法人の健全で円滑な経営・運営のために、地域や社会の状況や、法令改正等、環境の変化に柔軟に対応できるように、第三者評価をはじめ様々な方法を、今後も検討していただきたい。</p> <p>理念方針の実現に向けて、職員の力量や努力の内容を評価し、職員のやりがいと利用者の支援をより厚くするために有効な人事考課システムの構築が、次の年度で完成することを期待したい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

24年度にはスタッフの質が向上する様、人事考課システムを構築していきたい。

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	Ⓐ ・ b ・ 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

法人理念と理念に基づく基本方針(具体的なビジョン)が、事業計画書、パンフレット、ホームページに記載され、法人の目指す「実現したい将来像」が分かりやすく示されている。
職員に向けた事業計画報告会を行い、理念や基本方針がどれだけ職員に理解されているか、職員アンケートを実施している。今後は定期的な会議を重ね、課題をクリアしていく事で周知徹底を図りたいと考えており、その進捗が期待される。
利用者等には、契約時や月1回の保護者会等で説明をしているが、周知の機会や方法等、検討の余地はある。

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	a ・ Ⓑ ・ 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・長期計画と基本方針(具体的なビジョン)が明記された事業計画書があり、単年度計画が示されている。ビジョンと事業計画策定のプロセスが明記され、職員が理念に向かって具体的に行動できる指標となっている。各部署で話し合い、まとめられた案を中・長期計画に取り入れ、事業と人材について具体的な策定としている。
職員への周知は、プレゼンテーションソフトを使い、理解しやすい周知の工夫を行っている。利用者等へは、年間行事などの計画を保護者会等で説明を行っている。

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	Ⓐ ・ b ・ 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

管理者は事業所だけでなく、一体的に地域福祉を向上させるために、社会資源の把握、新しいサービスの整備、事業所の専門性を発揮して地域に貢献することが自らの役目であるとの認識をしている。県障害者福祉協会役員等の公職も務めており、会議や各種研修に参加をし、積極的に社会福祉に関する法令等について情報収集を行っている。その姿勢や行動、発言を職員が理解し、経営や業務の効率化と改善に向け、さらなる指導や啓発をすすめていただきたい。

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

社会福祉事業を取り巻く動向について、積極的に情報収集と分析を行い、事業所内だけでなく「地域福祉」を念頭に置いて地域のネットワークづくりに重点をおいて活動を行っている。建物や人材等の有効活用や改善にむけて課題を抽出し、法人全体の会議で検討をしている。
内部監査は所定の時期に実施しているが、専門家による外部監査は受けていない。ただし、第三者評価を5年以上にわたって継続受審しており、質の向上と事業の透明性を図る取り組みとしては評価できる。

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 ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ b ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

事業計画にキャリアパス(専門性を高めるための職務経歴)要件の整備が記載されており、職員のモチベーション向上や計画的な人材育成に向けて取り組みを行っている。
 人事考課は行っていないが、必要なスキルに対し職員は自己評価を行い、それに基づき指導を行っている。今期の取り組みが、来期に向けた明確な人事考課制度の確立につながることに期待する。年間の研修計画は職員の役職ごとで作成されているが、今後、人事考課と連動させた体系で、より効果的な研修を行い、利用者の個別支援計画の充実を図りたいと考えており、その進捗が期待される。

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	a ・ ⑥ ・ 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

災害、感染、事故等の対応マニュアルが作成されており、特に東日本大震災後は、災害時の対応についての情報収集強化に努めている。年2回の避難訓練は、消火・通報を併せた総合訓練を行っており、地震発生時の訓練も不定期で実施している。
 災害発生時、利用者の安全確保のために「帰宅」または「事業所にとどまる」のか、判断の基準を検討中である。また、災害時に地区の障害者を受け入れる避難場所になっている。事故やヒヤリ・ハットは、その都度話し合い、対策を講じている。

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	a ・ ⑥ ・ 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

「地域福祉」のために利用者やその家族だけでなく、地域の住民に「障害福祉」を伝える努力をしており、夏祭りの実施や、朝市への協力、利用者の展示会を開くなど積極的に地域との交流を行っている。事業所内に地域交流スペースがあり、地域住民に開放されているが利用率は低く、今後の有効活用が期待される。
 管理者は自立支援協議会のアドバイザーであり、社会資源の情報収集や行政、医療機関との協力体制の構築を行っている。地域の福祉ニーズを事業計画に反映させており、ケアホームの建設やホームヘルプ事業等の整備を進めている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者本位の福祉サービスへの取り組みは事業計画で具体的に定められ、職員に対しても会議、研修等を通じて浸透を図っている。
 事業所ではっきりとした苦情が発生した事例はないが、苦情解決のルールは明確にあり対応は可能である。全職員は、法人内の他事業所の苦情等の情報を閲覧・共有できるシステムを活用し、支援に役立てている。今後、「苦情」と「要望」との区別や、苦情事例の原因や対策などを、事業所で発生した場合のシュミレーションや学習会を通して学ぶことも有意義ではないかと考える。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

質の向上に対して第三者評価を使って取り組んでいく仕組みが確立され、毎年受審することで成果を上げてきている。標準的なサービス手順があり、その上で個別に対応する方法が支援計画に出てくるなど、手順の成熟も見られる。ただし、標準的なサービス手順について、計画的に見直しをして変更や継続使用をすることについては、その時期、担当者、判断基準などが不明確で、まだ仕組みが完全でない部分が見られ、改善が期待される。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

ホームページ・パンフレット等により事業所の情報提供を行っている。職員のブログでは、事業所の取り組みの紹介や問題提起があり、情報発信に積極的な姿勢が見られる。同法人内で相談支援事業を持っているので、地域との連携、移行への支援なども進めている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

個別支援計画作成のプロセスは図式化され、誰もが理解しやすい表記方法にしてある。アセスメントや計画作成は、プロセスに沿って計画的に実施されている。
 担当者が原案を考え、職員間で協議後、計画を作成し利用者家族の同意を得ている。その後管理者が承認しており、組織的に計画作成に携わっている。又、モニタリングは年2回行っており、より充実した個別支援計画作成に努めている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	① ・ 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	非該当
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	① ・ 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	非該当
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	非該当
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	非該当
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	① ・ 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	a ・ ② ・ 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	a ・ ② ・ 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	① ・ 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	非該当
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	非該当
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	非該当
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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

67、69、70、71、76、77、78は非該当。
 仕事が終わった後、利用者の希望でダンスやマラソン等のレクリエーションのプログラムが複数用意され、利用者の主体的な活動に役立っている。食事は職員と一緒に利用者も作っており、役割を果たす姿を見ることができる。希望する数名に対しては、入浴も実施されている。健康管理について、誤薬への対応はマニュアルが確立していたが、薬の預かり・保管等に対する取り決めと、利用者の急変に対する対応マニュアルについては、まだ改善の余地が残されている。