

〔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25年3月5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)青い空	種別:(施設種別)生活介護、就労継続支援(B型)、就労移行支援 (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):75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

◇特に評価の高い点

利用者一人一人の特性に配慮し、活動を通して社会とのつながりを意識しながら日々の活動を行っている。
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があり、利用者が自分のペースで仕事できるような道具も用意されている。作業室は広々としており、整理整頓が意識され窮屈感がない。

企業受注の仕事だけでなく、陶芸や、色紙を書く、絵を描く等芸術的活動も多く、周辺地域で展示などもよく行われている。椎茸栽培は着実に実績を出し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。昼食を担当する利用者がいて立派に仕事を行っていた。

24年度に施設長の交代があったが、入所施設を長く経験した新施設長は、とすれば施設内で自己完結するサービスと、自宅やグループホームでの生活がある通所型の施設の違いについてよく考えている。働いて収入を得ることの意識づけを大事にし、今まで以上に地域全体での生活、事業所の存在の意義といったことで新たな指導力を発揮している。

◇改善を求められる点

人事考課の一環として、業務チェックシートにて職員が自己評価をし、上司が意見を記入、施設長が職員と面談を行っている。評価の客観的な基準と、職員へのフィードバックの記録があいまいなので、有効な考課にするためには、さらに練り直していく必要があると思われる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

具体的な課題の指摘と改善案を提供頂き、大変参考になった。当法人の実情を理解した評価者だったので、提案も現実的で分かり易かった。今後の業務に反映していきたい。

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。

(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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ c

評価機関のコメント

理念に基づく基本方針(具体的なビジョン)が明らかになっており、詳しく説明した資料がある。また、職員アンケートを実施し、理念や方針がどの程度理解されているかを具体的に把握でき、今後に活かす一つの指針となった。
理念の周知方法については、説明という手段だけでなく、職員が実践を通じて実感、体感し、自ら役割や業務を考察する方法も考えられる。

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	㉖ ・ b ・ 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ b ・ c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	㉖ ・ 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 ・ ㉖ ・ c

評価機関のコメント

5年間の中・長期計画を定めており、単年度の計画も示されている。計画は現状を踏まえ、重点項目を定めて具体的内容を表記しているが、実践方法が不明確であり具体性が不足している。目標の数値化と計画実施のアクションプランを作成するなど計画の表現に検討が望まれる。

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

新施設長は入所施設長の経験があり、その視点から、本人いわく「大転換」して、社会資源のさらなる活用や地域での「青い空」の存在意義についてビジョンを持っている。また、この考えを浸透させるため、現場にもよく顔を出している。すべての職員との面談を実施し、それぞれに合わせた必要な助言を行い、職員の質の向上となるよう努めている。

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

障害者福祉関係の法律の変化や、景気動向による受注仕事の増減など、事業経営を取り巻く環境について情報収集と分析を行っている。
法人内での監事監査は所定の時期に行われているが、外部機関による監査は行われていない。経営コンサルタントによる助言指導は受けており、経営状況の把握と改善についての対応は行われている。

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	㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉡ ・ 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	㉠ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ c

評価機関のコメント

主任の条件などキャリアパスによる基準の明確化を図る取り組みを行っている。職員満足度及び職員の課題を明らかにするための人事考課システムが検討されており、自己評価に基づく指導が行われているが、考課システムとしての完成には至っていない。さらに時間を要するようである。

職員は有休をとろう、という社風があり、有休消化を妨げないようになっている。職員の事故については、労災や傷病手当を適切に処理している。

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	㉠ ・ b ・ 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 ・ ㉡ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

緊急時対応のマニュアルは作成されており、手当や受診などの手順は整備されている。非常勤も含めて職員は救急救命の講習を受講しており、消防署等の指導を要せずに施設内において職員へ指導できる資格を持つ職員を育成した。

日常の危険についてヒヤリハット報告を行っているが、データ分析から予防処置へと個別支援計画の見直しの流れの検討が望まれる。

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉠ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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

地域との交流の意識を高く持っている。身近な話題で講演会を催したり、見学対応を行っている。 ボランティアのかかわりもあるが、ボランティアが自分の満足のためでなく利用者のための行為として確立するためには、指導方針と方法が必要になると思われる。 相談支援事業を通じて地域ニーズの把握を行っている。行政、社協、サービス提供者などによる地域ケア会議の動向を把握して、事業所の社会資源としての説得力を向上させる活動なども考えられる。

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

利用者を尊重したサービス提供については基本理念を筆頭にあらゆる場面で明文化され実施されている。本評価で実施した利用者の聞き取り結果からも、理念等に沿って利用者を尊重した支援が実施されていることがしっかりと裏付けされている。平成25年度より基本理念等の共通理解をさらに深めるために、計画的に内部研修を実施するなど現状に満足せず常に向上心を持ち利用者支援に努めている。利用者からの意見や要望については年に2回実施する定期面談のほかに、必要に応じてプライバシーに配慮しながら個別に聞き取り、あがってきた意見については真摯に対応されていることが確認できた。

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

提供したサービスの評価について、毎年、サービス第三者評価を受審し、課題を明確にし改善に取り組んでいる。具体的な改善として事業計画等にしっかりと反映し取り組まれているが、見直しについてはやや不十分な点が見受けられた。平成25年度からは毎月、定期的に評価・見直しを実施していくとのことで、全職員がしっかりと目標を意識して利用者支援に励むことができるよう大いに期待し、見守っていきたい。また、サービスの標準的な実施方法について様々な場面でのマニュアルが整備され、職員教育を実施することでしっかりと活用されているが、マニュアルの改訂においてのルール作りや定期的に見直しが図れるような体制について一部改善が求められる。

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	㉠ ・ 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

利用希望者に対しては見学を行った後、アセスメントを実施したうえで契約が行われており、利用希望者への情報として、誰がみてもわかりやすいパンフレットやホームページが整備されている。契約の際には重要事項説明書や契約書の内容が利用者に理解しやすいよう、その内容をかみ砕いて説明するなど十分な配慮がなされている。また、施設を退所する利用者についての配慮もしっかりとされており、特に一般就労をした利用者については一定の期間、定期的に就職先へ訪問するなど利用者、保護者が安心して地域で暮らせるよう取り組んでいる。

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

サービス実施計画について定められた手順に従い、アセスメント、計画の立案、定期的な評価・見直しを実施している。サービス実施計画の立案については25年度の事業計画の重点項目となっており、利用者が求める姿(将来像)を意識しながら、求める将来像に近づくための具体的な計画を個別支援計画と位置づけ、さらなるサービス向上を目指すとのことで今後の取り組みに大いに期待していきたい。また、利用者の地域生活への移行支援については一般就労やケアホームへの移行など積極的に支援が行われている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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行われている。	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	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	㉠ ・ 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

言葉で表現することが苦手な利用者に対してはその都度、表情や行動などしっかりと観察して利用者の想いを見落とさないよう配慮した支援を心がけていることが職員からの話の中で伺えた。利用者の「働きたい」というニーズに対して、一人ひとりにあった作業内容や行程が用意され、利用者が生き生きと作業に励む姿が非常に印象的であった。作業の幅を広げることや工賃アップのために、様々な場面で職員の努力と工夫がみられた。また、生活の場面では食事、(一部希望者への)入浴、排泄など利用者一人ひとりのニーズや障害特性にあった支援がなされておりノーマライゼーションの考え方に沿って適切な支援が実施されている。さらに、健康管理についても保護者やケアホームの職員と連携して適切に管理が行われていた。