

〔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:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成24年3月13日(水)

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)阪田 征彦	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>前理事長の理念がこもった法人・施設運営により、長い年数をかけて地域に根ざし、障害者の生涯支援に邁進してきた施設であるが、高齢により勇退されたのを機に新たに新理事長を迎え、施設長も交代して新しい風の吹いた時期を迎えている。利用者がグループホームへ移行して施設内の生活から地域での生活をする事が着実に増えており、そのための設備整備も中長期の計画に沿って進めている。</p> <p>利用者満足に対するとりくみのひとつとして、家族アンケートを全ての家族からとり、結果分析をして家族の施設に対する認識を把握している。コメントとして出た要望に対して、無門新聞で対応を報告したり、保護者会で詳細な説明をしている。</p> <p>職員として必要な項目20項目について全職員が振り返って、「できている」「できていない」を申告し、できていない項目については施設長がアドバイスをしている。</p> <p>パソコンのグループウェアを使ってサービス提供の記録システムを整備して、十分に使いこなされており、情報共有の役に立っている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>年月をかけて取り組んでいる人事考課について、自己評価はできていたので、上司が考課する際の基準を明確化することと、職員へのフィードバックの方法について、取り組む必要があると思われる。</p> <p>理念をさらにわかりやすくする取り組みについて、施設長はその必要性を感じていたので理念・方針の内容や周知方法に検討の余地があるようである。</p> <p>職員の力量アップ、高齢化する利用者への支援の必要性を考え、支援員に介護福祉士有資格者がいない現況から、資格取得への働きかけ、取得のための応援のしくみの整備などを検討されてはどうかと考える。</p>
--

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

全職員が同じ方向を向いて、事業を実施していくには、最低でも理念・基本方針の周知と計画の策定の周知が必要であり、そのためにも管理者の責任を明確にし、リーダーシップを発揮していかねばならないと強く感じた。
--

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

法人の理念『すべての人が自由で、対等に生き、平等に権利が守られる社会の実現を目指します。以下5項目』を明文化し、ホームページ、パンフレット、事業計画等に記載し表明している。
 業務チェック20項目中に『理念の理解』があり、理解不十分の職員には上司が指導し周知が徹底されている。家族へは保護者会等で説明をしているが、利用者への説明は不十分である。
 入所・通所・共同生活、等支援範囲が多彩であるのでそれら全体に対しての法人の理念は別格に扱い、「無門学園」としての簡単で身近に感じる理念の作成を望む。

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	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・長期計画の中で『ケアホーム事業の拡大』では各年度ごとの目標を具体的な数値目標として掲げている。収支計画・職員体制・人材育成を含め中・長期計画を数値目標を入れた具体的目標に向けて見直して行く考えである。
 『事業計画プロセス』を明確にして、職員会議等で職員の意見を把握して事業計画を策定している。
 中・長期計画を目標設定に終わらせず、各年度ごとの数値目標を定め、達成状況を把握しながら各年度の事業計画に連動させる事が望ましい。

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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

現施設長は一時、他施設の管理者の任務に就き、昨年当施設に戻ってこられ『職員・利用者・家族』から温かく迎えられ、今までの指導力から名実ともに管理者として期待されている。
 節々で広報誌『無門』等で施設長としての考え方を表明している。
 第三者評価の受診に当たり積極的に受診の推進を図り第三者評価を足掛かりに質の向上に取り組んでいる。

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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ ㉑

評価機関のコメント

施設長は西三河北部圏域アドバイザー、障害者福祉協会の人材育成委員長等障害福祉分野における重要な役割を担っており、そこから得られる情報や専門分野の情報を把握して地域のニーズにも的確に対応している。
 公認会計士等の専門家による指摘・アドバイス等は、経営上の改善課題の把握と解決の為に大いに『力』となるので、公認会計士による監査を受ける事を望む。

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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>毎年『キャリアパス』制度の構築・実施が課題となっているが、具体化出来ないまま現在に至っている。その中で自己評価(20項目)を行い振り返り、弱い項目については施設長が面談しアドバイスをしている。</p> <p>本年度は研修として先進施設見学を6施設行い、全職員が参加し、『絵カード・文字カード』等水平展開出来る内容は実行している。又個人面談で研修の要望を聞き積極的に研修に参加し、費用も施設側で負担し勤務扱いで支援している。</p> <p>現状の能力マップ(必要なスキルに対しての)を作成し、階層別必要スキル〇印、個人別に要件を満たしたら●に塗り、これをベースに、人事考課・研修計画を立案する事を望む。</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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>災害・感染・緊急時の対応マニュアルを定め、年2回避難訓練(内1回は夜間想定)を行い、通報・消火・避難の訓練を実施している。昼間の訓練は抜き打ちの実施で全員避難に10分要した。夜間想定訓練は入浴時に実施した為パニックになり上手く避難出来なかった。</p> <p>長崎のグループホームの火災の件もあるので、夜間の災害発生時には施設の夜勤担当者のみでの40名全員の避難は困難であり、地域の方々の協力が不可欠である。地域の方達と話し合いの機会をもたれる事を望む。</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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者は、地区文化祭、コミュニティ祭り、ウオークラリー等の地域行事に参加している。無門祭り、青い空祭り等は開催案内を広報扱いで学区全家族に配布し、地域の方々も参加し交流を深めている。より地域の方々に施設に足を運んでもらう為『無門朝市』を計画中である。
『実習生受入れ体制の整備』を事業計画で取り上げ、実習生として中学生(20名)大学生(2校・1週間)を受け入れている。施設長は豊田市自立支援協議会副会長、西三河北部圏域アドバイザーの等の要職にあり、地域福祉のニーズの把握、関連機関との連携も取れている。

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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	a ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

利用者の呼称がなれあいというか、一人の人間としての尊厳に配慮した呼び方ができていない場合がある、との認識を持ち、利用者を障害者としてしか見ていないのではないかと、という反省にたつて呼称を改める取り組みがあった。その結果呼び方が改まってきて意識も高くなった。
利用者の互助会を作る計画があり、意見を把握する機会を増やすようにしている。苦情は発生状況や解決への取り組みが施設全体で記録として見られるようになっている。

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	㉠ ・ 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

自己評価結果、第三者評価結果に基づく改善が行われているが、計画をたて進捗を管理しながら実施していくことをいっそう希望する。
 サービスの実施方法の見直しは随時行われているが、見直した結果そのままにしているのか、変更して今のものになったのか、ということがわかるようにしていくとよいと思われる。
 記録はほとんどパソコン一元化されているので見やすく探しやすい。記録のつけ方についてはたえず指導をしている。

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

必要な情報を提供することは、ホームページ、パンフレット、法人広報誌、学園の広報誌などを通じて行われている。利用者の理解と同意が得られるものについては、利用者自身と手続しており、家族もいっしょに見守っている。移行については同じ法人内事業所への移行がほとんどなので、情報共有と継続支援は支障なく行えるようになっている。

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

<p>個別支援計画の作成と管理は適切にできている。 モニタリング時期の設定は定期的には年2回で決まっているが、その時期は全員一緒の必要はなく、少しずつ幅を持たせて分散し、余裕をもって計画し実行していくのもよいのではないかと考える。 グループホームへの移行は着々と進んでいる。</p>

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

重度な利用者でも外出できるように工夫している。
 利用者の食事について、これまでは「絵による嗜好調査」(好き嫌いを○×表示)を実施してきたが、今年度より、食べ残し量を記録してデータにまとめ、嗜好調査と併用することによって、より正確な嗜好を把握することが可能となった。
 感染対策についてはマニュアル整備や、それに沿った実施が行われているが、実際に同時期に複数の胃腸炎症状が出るなどの例があるため、現行の発生時の蔓延防止対策と、発生予防対策をいっそう確実に実施していただきたい。