

## 〔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26年3月17日(月)

### 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)陽だまり	種別：(施設種別)共同生活介護、共同生活援助 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名：(管理者)重松 朋博	定員(利用人数)：19名
所在地：〒470-0373 愛知県豊田市四郷町山畑138-16	TEL：0565-45-7883

### ③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>現行の法人理念は創業時代から引継がれたものであり、項目と内容が実情に沿わなくなっている点を自認している。今後、わかりやすい法人理念の制定を目指し、作業チーム(部長クラスをメンバーに予定)を編成して見直しを計画しており、次年度完成を目論んでいる。</p> <p>ホーム利用希望者には入居前に体験利用等を行い、現利用者への影響や人間関係等に配慮した取組みを行っている。法人のホームページにはグループホームの紹介やブログが不定期ではあるが掲載されており、利用希望者・家族にとっては適切な情報となっている。</p> <p>職員から、「若いスタッフが多く、スピード感があり、対応が早い。」「利用者の気持ちを大切にしており、不十分な利用者個々の状態に応じた支援を行っている。」との声が聞かれた。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>職員の多くは、利用者の移動に伴って就労支援部門にも従事しているため、職員が一同に会することは不可能に近いが、サービスの向上と職員個々のスキルアップを図る為にも、担当職員間相互の交流と教育・研修の機会の充実を望みたい。</p> <p>サービス実施計画は利用者の特性や強みを把握して適切に策定がされているが、チェック機能が不十分であり、職員によって支援の差が生じかねないため、PDCAサイクルの確立を望みたい。</p>

### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

計画などを含めて、未整備、不十分であったことを整備し、だいぶ改善されてはきているが、利用者や家族への説明や内容の客観的妥当性の審査が、かなり不十分であることが意識化され、今後の緊急課題として認識されたことが良かったように思う。
---

### 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	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 ・ b ・ ㉠

### 評価機関のコメント

グループホーム「オレンジ&グリーンハイツ」と一体事業であり、共通評価となる。  
 現行の法人理念は創業時代から引継がれたもので、項目や内容が実情に沿わなくなってきた面があり、見直しを計画している。理念及び理念に基づく基本方針の明文化はされており、理事会で表明している。  
 職員への周知は年度首及び中間期における会議等で周知はしているが、理解を得るまでの取組みは十分ではない。利用者・家族等に対する周知・説明も不十分である。職員から、「法人規模が大きいので共有意識が持てない。理念や方針の細部が明記されていない、改善の余地あり」との声があった。

### 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	㉠ ・ 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	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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ b ・ ㉠

### 評価機関のコメント

障害者用のグループホーム運営事業としては、24年度策定の中・長期計画に基づいて増設と地域移行(ホームから地域の住まいへの転居)を進めている。27年4月オープンに向け、本年度に基本計画・設計等の準備を進め、26年度の着工を目指している。また、26年度には、一人暮らしに対応した「サテライト型住居」(ホームと提携を前提とした一人暮らし住居)への取組みが検討されている。  
 事業計画は毎年理事会・総会に向けた資料に記載されており、職員会議等において説明はされているが、利用者等への説明は不十分である。

### 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

現管理者は、グループホーム部門(陽だまり、オレンジ&グリーンハイツ)の管理責任者でありながら、移動支援サービス部門を含めた「homeサポート部」の部長を兼任しており、強いリーダーシップの下に職務に取り組む姿勢がうかがえる。併せて、法人理念見直しの必要性を熱っぽく訴えており、見直し作業の推進役として活躍を期待したい。

### 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 ・ b ・ Ⓒ

#### 評価機関のコメント

グループホーム(障害者共同生活介護・援助)部門の事業運営に対しては、常に現状の分析と動向を把握して臨んでおり、中長期計画(事業拡大)に基づいた事業計画(安心できる暮らしの実現)の実行・改善に向けた努力を行っている。賃借物件の中には老朽化や遣い勝手の悪くなった施設も見られ、対策を考慮中との訴えがあった。経営面における外部監査の受審は確認できないが、今回、福祉サービス向上の観点からの第三者評価を初受審しており、サービスの質の向上に向ける意欲は高い。

#### 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	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	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	a ・ b ・ ㉔

### 評価機関のコメント

担当職員の殆どは、利用者の移動に合わせて日中の就労支援部門にも従事しており、充実した研修等の実施には無理がある。キャリアパス要件を示し自己啓発を試みたものの、職員個々の意識付けと目標の設定を自覚させるまでには至っていない。自己評価と管理者の評定を記載する「成長度チェック&記録表」を使用して自己分析・評価し、管理者が評定する仕組みがあるが、人事考課への反映が確認できない。現状では、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「成長度チェック&記録表」などを活用した人事考査が行われることを望みたい。加えて、職能に応じた研修計画の策定・実施を望みたい。

グループホーム部門への実習生の受け入れは行っていないが、今後受入れの検討を望みたい。

## 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	a ・ ⑥ ・ c

### 評価機関のコメント

緊急時対応マニュアルを整備し、年2回避難訓練を実施している。事業所(建物)は2ヶ所に分散しているが、建物の構造は似通っており、隣接しているため、ほぼ統一的な訓練が可能である。陽だまり1(1階)にはAED機器が設置してあり、救急救命時にも対応している。利用者が高齢化して行く中で、定期的に防災センターを見学したり、災害時の模擬体験を行なって危機意識の醸成に努めることを提案したい。

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は行っているが、チェックが不十分で、改善・再発防止に活かされていないとの訴えがあった。

## 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ b ・ ㉔
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 ・ b ・ ㉔

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 ・ b ・ ㉔
	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	a ・ ㉕ ・ 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	a ・ ㉕ ・ 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	a ・ ㉕ ・ c

### 評価機関のコメント

周辺には民家が点在する地であり、日常的な交流(挨拶程度)は行われているが、ホームとしての積極的な交流はない。休日には買い物や散歩に出かける利用者もおり、地域との係わりを継続できる支援はしている。ボランティアの受入れは行っていないが、受入れスペースは十分にあり、利用者へのサービスに変化をつけてみることも視野に入れ、受入れ希望を表明されることを提案したい。堅牢な専用建物であり、臨時避難場所としての機能を持っているため、地域へ緊急避難場所としての申し出を試みられたい。

## 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	㉖ ・ 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	㉖ ・ 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	a ・ ㉕ ・ 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	a ・ ㉕ ・ 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 ・ ㉕ ・ 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 ・ ㉕ ・ c

### 評価機関のコメント

利用者を尊重する姿勢や利用者満足については理念に表明されており、ホームの事業方針にリンクさせてサービス提供に努めている。ホーム増設等により生活支援員の勤務体制がタイトになり、利用者に係わる時間が少なく、コミュニケーション不足が否めないため、次年度より生活支援員を1名増員する見込みである。増員により余裕のできた支援員は、各ホームを巡回して利用者に係わる時間を多く持ち、利用者満足度の向上に努めてもらいたい。

### 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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

ホームとして初めての第三者評価受審であるため、受審に際しての自己評価から、マニュアルや記録作成等いくつかの課題や改善点が浮き彫りになった。今回の自己評価で得た課題を、世話人・ホームスタッフ・サビ管・管理者間で検討・協議し、改善計画を実行に繋げていただきたい。

利用者に関する記録や状況等の情報は、サイボウズのシステムで適切に管理されており共有化されているが、世話人によっては記録等にばらつきがあるため、標準化に向けたマニュアルの整備が急務である。

### 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

#### 評価機関のコメント

グループホームの利用希望者には入居前に体験利用等を行い、現利用者への影響や人間関係等に配慮した取組みを行っている。法人のホームページにはグループホームの紹介やブログが不定期ではあるが掲載されており、利用希望者・家族への適切な情報となっている。

ホームを退居し、一般の住居に転居した利用者はほとんどいないが、退居以降もスタッフの見守りにより、側面から支援していく方針はもっている。

### 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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

利用者(入居者)は、同一法人内他事業所(就労支援事業所等)の利用者が中心であり、ホームのサービス管理責任者は、日中活動支援事業所任務を兼務しているため、サービス実施計画は利用者の特性や強みを把握して適切に策定がされている。ただ、チェック機能が不十分であり職員によって支援の差が生じかねないため、PDCAサイクルの確立を望みたい。  
 今後はサテライト型への移行の計画もあり、一人暮らしの支援にも期待できる。

### 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

今年度のテーマ「『あんしん』できる暮らしの実現」のための重点取り組みにおいて、災害時・緊急時の対策としてAEDが設置された。利用者ヒアリングにおいても殆どの利用者から生き生きとした内容の発言を聞き、グループホームを含め総合的な生活の豊かさを感じ取ることができた。休日の移動支援利用や月1回の催事をおし、利用者の地域参加を積極的に促している。

健康管理についてはマニュアルに沿っているが、インフルエンザ等感染症対策として毎朝晩に検温を実施することが望ましい。