

## 〔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22年12月15日(水)

#### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人成春館 (施設名) 蔵王苑	種別:(施設種別) 身体障害者療護施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 小林 宏正	定員(利用人数): 80名
所在地:〒441-3421 愛知県田原市田原町西山口1番地	TEL:0531-22-1145

#### ③総評

##### ◇特に評価の高い点

身体障害者を療護する地域(市)にただ一つの大型施設であり、事業所幹部・職員は、その担う役割の大きさや重さについて十分な自覚と責任を持って事業所運営にあたっている。市と協定を結び、広域災害発生時の罹災者の臨時避難場所として体制を整備したり、地域の障害者のために福祉有償運送事業を展開する等の地域貢献も行われている。

事業所が市街地から遠隔の山の中腹に立地しており、地域との交流面では大きなハンデとなっているが、地域イベントに積極的に参加し、事業所イベントへ地域住民の参加を呼び掛ける等、相互に係わり合おうとする姿勢は顕著である。目的は様々であるが、ボランティア、福祉に関連する実習生、中学・高校生の体験学習受け入れ等の来訪者は多い。

利用者が身体的な障害を持っているため、防災・安全面には特段の注意・配慮が見られ、年間6回の防災訓練(避難訓練)では、様々な災害場面を想定して実施している。また、障害の種類や程度の違いによってサービス提供上の差異が生じないよう、文字盤、手話等、様々なコミュニケーション手法を使って対応している。そのために職員勉強会を実施して、職員間での情報や知識・技術の共有化を図り啓蒙に努めている。

##### ◇改善を求められる点

中・長期計画として、市へ「目標・支援方針について」を提出しているが、一般職員や利用者等への周知がなく、単年度の事業計画への反映・関連も薄いものとなっている。

事業所運営や利用者に対する支援の現場では、計画に沿った事業・支援活動が忠実に実行されてはいるが、それらを振り返り評価・検証する仕組みが構築されていない。そのため、実施効果が測定されておらず、次年度の計画や次のステップへの有効な展開が図れていない実情である。教育・研修実施後に、復命書の提出と会議での発表で完結していたり、ヒヤリハットのデータは集められるものの、分析されないまま有効な事故予防策が講じられていない等の例がある。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めて第三者評価事業の評価を受けました。評価結果を見て改めて平日頃の職員の気づかないことが分かり、的確に評価していただいたと感謝いたします。

まだ、いろいろな点において不十分なところがあり、改めて改善の必要性を感じました。

今後は、この評価結果を真摯に受け止め、評価の低かった項目については職員の意識改革により早急に改善を行い、高く評価していただいた項目についてもさらに一層のレベルアップを図り、入居者への福祉サービスの向上に繋げてまいります。

#### 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 ・ b ・ Ⓒ

### 評価機関のコメント

法人の理念はパンフレットに明示されており、簡潔・明解に分かりやすい言葉で書かれている。身体障害者を療護する地域にただ一つの大型施設であり、その担う役割の大きさや重さについては、事業所幹部、職員にもそれなりの自覚が醸成されている。ただ、利用者や家族、地域への周知については取り組みが進んでいない。ホームページの早期開設が待たれる。

### 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	Ⓐ ・ 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 ・ b ・ Ⓒ
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 ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

中・長期計画として「目標・支援方針について」を策定し、市の福祉課へ提出している。事業計画の策定にあたっては、全ての職員の参画はないものの、主要な職員の意見を取り入れて策定している。この際、前年度の計画や事業報告を参考としてはいるが、中・長期計画としての「目標・支援方針について」との関連は薄い。

事業計画を掲示したり縦覧に供する等、職員に限らず利用者等への周知に関しても取り組んでいる。

### 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	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	a ・ ㉑ ・ 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

毎期の事業計画に「組織機構図」を載せ、管理者はじめ各役職者の立場や職務分担を明確にしている。管理者は、事業所の開設10周年の記念誌発刊にも主体的に係わり、現任管理者として所信を述べている。  
次長や支援課長等、幹部との協力体制を構築し、事業所の運営改善に向けた取り組みを実施しているが、自らが求める成果を見出すに至っていない。

## 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	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	a ・ ㉑ ・ 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

自立支援法の施行に際し、移行実施におけるメリットやデメリットを詳細に分析し、適切な移行時期(平成23年10月予定)を導き出している。法人の3つの大型施設(3事業所)が合一地域に隣接設置されており、定期的に施設長会が開催されている。会議で詳細な経営分析等を行うには至っていないが、3事業所が共同で催すイベントのすり合わせや、事業所運営上で必要となる情報の共有を図る場とはなっている。  
法人・事業所運営の透明性をも考慮して、外部監査の必要性が論じられたことはあるが実施には至っていない。

### 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 ・ 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 ・ b ・ ㉑

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	① ・ 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	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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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 ・ ② ・ 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

人事考課制度の構築・実施が永年の課題となっているが、実効性のある解決策を見いだせないまま現在に至っている。職員との面談を定期的実施して意見・要望等を聞き取る等、福利厚生面には深い配慮が見られ、有給休暇の消化率は高く、職員の定着率も良好である。外部研修への参加を促したり、資格取得に対する助成制度を設ける等、職員の質の向上を図るための施策は打ち出されているが、実施後に効果を評価する仕組みがなく、施策が狙う実効を伴ってはいない。実習生の受け入れに関するシステムは機能しており、担当者の交代があっても円滑な運用が図られている。

## 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	① ・ 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	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	a ・ ② ・ c

### 評価機関のコメント

防災委員会が組織されており、利用者の安全確保に関して必要と思われるマニュアル類は完備している。年間6回の防災訓練を実施するとともに、市と協定を結び、広域的な災害発生時には、緊急避難場所として罹災者を受け入れる準備がある。ヒヤリハットの取り組みを行っているが、集まったデータを分析し、起こりうる事故に対して未然防止策を講じる等の有効な活用には至っていない。

## 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	① ・ b ・ 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 ・ ② ・ 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

施設が市街地から離れた山の中腹に立地することから、施設内の地域交流スペースの利用が低調であることでも明らかのように、地域交流に関しては大きなハンデとなっている。しかし、地域イベントに積極的に参加したり、事業所イベントに地域住民の参加を呼び掛ける等、市の障害者福祉を担うリーダーとしての自覚や責任もうかがえる。  
 ボランティア:延271名、体験学習:延68名、実習生:延403名と、目的は違うが来訪者は多い。  
 法人の運営する相談事業を利用して地域ニーズの把握を行っており、収益性よりも地域貢献性を優先した福祉有償運送事業への展開も見られる。

### 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

一部整備中のものはあるが、日々の支援の中で必要と思われるマニュアル類は作成されている。相談室を使って利用者との相談も行われており、利用者の意見や要望、あるいは苦情等に対する仕組みも構築されている。ただ、利用者ヒアリングでの利用者発言について、幹部職員の耳に届いていなかった部分もあり、さらに利用者が意見を言いやすい環境作りの必要性が明確になった。

### 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	a ・ (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	a ・ (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	a ・ (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 ・ (b) ・ 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) ・ 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	a ・ (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	(a) ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

毎年自己評価を実施して、提供しているサービスの適切性を検証している。明確になった課題や見直し部分について、全職員の共通認識として取り組むには至っていないが、パソコンのネットワークシステム等の利用で、日常的なサービスの記録や定型化された情報の共有については整備が進んでいる。

### 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	a ・ (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 ・ (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	a ・ (b) ・ c

#### 評価機関のコメント

事業所の正確かつ詳細な情報を地域(利用希望者)に向けて発信しようと、ホームページを作成中である。企業への就業や他施設、家庭への地域移行に関する「引継ぎマニュアル」は作成されているが、実態は口頭対応が主体となっており、相談内容等が記録として残っていない部分もある。

### 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

#### 評価機関のコメント

事業所の定めた手順どおりに利用者・家族に対するアセスメントが行われている。しかし、聞き取った利用者・家族の意向や要望を生活支援上のニーズとしてとらえ、個別支援計画につなげて支援していこうとする取り組みはやや弱い。利用者の思いや意向の変化に着目して計画を見直したケースも見られなかった。  
地域移行については、不安定・低成長の経済情勢の影響もあり、取り組みが相応の成果を出すには至っていない。

### 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉞ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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行われている。	障 74	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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

障害の種類や程度の違いによってサービス提供上の差異が生じないよう、文字盤、手話等、様々なコミュニケーション手法を使って対処している。そのために職員勉強会を実施して、職員間での情報や知識・技術の共有化や啓蒙を図っている。個人としての居住空間は4人部屋が主となっているが、個人所有のテレビやラジオはイヤホンを使用することで安眠環境は保たれている。月に1回のバイキングは利用者から高い支持を受けている。外出、外泊や新聞・雑誌の購読、喫煙、飲酒等の嗜好については、事業所の定めたルール通りの運用を行っており、自由度の高い支援となっている。