

〔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22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) 田原授産所	種別:(施設種別) 知的障害者通所授産施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 鎌田 博幸	定員(利用人数): 50名
所在地:〒441-3421 愛知県田原市田原町石取1番地9	TEL:0531-23-7513

③総評

◇特に評価の高い点

事業所の前身は町営(現田原市)の授産施設であり、5年ほど前に民間への移行に伴って現行の運営となった。地域(市内)には他法人の運営する大型知的障害者施設がないこともあり、市・行政と共に地域の福祉事業を牽引するリーダー的な存在となっている。管理者を始め職員は、その役割や責任の重さを十分に理解して運営に当たっている。

管理者自身が市の自立支援協議会の役員に就いていることもあり、事業所運営に必要な情報は豊富である。間近に迫っている自立支援法への制度移行を控え、移行後の収入減への対策や円滑な移行のための改革・改善を始めている。前年度実績では、事業費削減のために様々な施策を実施して大幅な改善効果を得ている。

福祉系の資格取得のための施設実習生の受け入れを積極的に進めており、他にも中学生の体験学習やボランティアの来訪等、事業所を訪問する来訪者は多い。

利用者個々の能力を見極め、それに見合った作業班に振り分けて日々の支援を行っており、定期、不定期に利用者本人から職種に関する意見や要望を聞いて、可能な限り意向に沿うような配慮も見られる。利用者の家族で構成される「育成会」も協力的で、定期的に関催される総会・集会への出席も多く、ボランティアとして作業に参加する等、積極的に関わっている。

◇改善を求められる点

毎期、事業計画の中に「重点目標」としていくつかの課題を挙げて取り組んでいるが、取り組んだ各項目に対しての検証が甘く、個々の重点目標の評価が事業報告書に盛り込まれていない。

各種の計画とその実施の連結は見られるが、実施した効果を評価したり、評価の結果を次回の計画策定に反映させようとの取り組みが薄い。例示するならば、事業計画等を職員や利用者・家族に伝えているが、その理解・周知を見届けていない。研修実施後に、教育効果を測ったり、研修自体の必要性を検討・見直したりする取り組みがない。事故発生後の原因究明や再発防止策の検討・実施はあるが、再発防止の取り組みが有効であったか否かの検証システムはない、等々P-D-C-Aのサイクルが回っていない部分が散見された。

長期化する不況という経済環境や、就労受け入れ先が少ないという地域性もあり、利用者の地域移行(自立支援)が、事業所努力に比較して結果が出ていない。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価機関によるコメント内容と違って、第三者評価結果は高い評価を得られたように感じる。まだまだ法人・事業所としての取り組みは不十分と認識しているため、今回の改善点をしっかり受け止め、一つずつ丁寧に改善していきたい。改善点の指摘は具体的なものとなっており、大変参考になり、取り組みの目安となった。

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	㉠ ・ 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

公設(町営)の授産所を前身とし、地域に根差した福祉サービスの提供を理念に謳っている。その理念を受け、「人権の尊重と自己実現」、「家族との連携」、「職員の資質の向上」、「地域との協働」及び「環境と機能の向上」の5項目の運営方針を策定し、職員や利用者・家族への周知を図っている。
家族へは、育成会の総会等の機会を通じて説明しているが、十分には伝えきれていない部分もある。

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	a ・ ㉠ ・ 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

市へ提出した「障害福祉サービス事業所支援方針」を中・長期の計画としてとらえ、それを基に単年度の事業計画へと展開している。自立支援法の新体系への移行という大きな課題が控えており、中・長期の収支計画を策定しづらい状況となっている。

事業計画の策定については、前年度の事業内容の検証・評価の結果を反映する形で、一般職員をも巻き込んだの取り組みが見られる。ただ、事業計画の中で「重点目標」として取り組んだ各項目に対しては検証が甘く、事業報告書の中では個々の重点目標の達成度の評価を行っていない。利用者・家族に対する事業計画の周知に関しては、行事計画の連絡が主となっており、事業計画の内容や事業所の方向性を詳しく伝えるには至っていない。

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	Ⓐ ・ 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

管理者は、事業所が提供するサービスの質の向上に関しての造詣が深く、今回の第三者評価受審に関してもその推進役となった。福祉の現場経験も長く、部下に対する影響力は大きく指導力は強い。
 次年度に控えた新法移行に伴う収入減への備えとして、前年度より事業費支出の節減に取り組み、評価に値する結果を出している。

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	a ・ Ⓑ ・ 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

同法人内の相談支援事業所からの情報や市・自立支援協議会での意見交換を通して、事業所が置かれている経営環境の把握をしている。利用者に関するニーズは、養護学校等の担当者からも逐一取っている。
 現段階での最大課題は、来年度に迫った「新法への移行」を円滑に進めることととらえ、その準備段階に入っている。
 外部監査は実施されていない。

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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓒ

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	a ・ Ⓑ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>事業計画には人事プランや研修計画の具体的な記載がなく、簡単に語られている。前年度の外部研修、あるいは実施した内部研修を評価し、事業計画の中に具体的な職員育成の方向性の明示がほしい。人事考課の制度がないために職員個々の力量把握が難しく、不足力量の補完・改善を目的とした体系的な教育・研修システムの構築には至っていない。研修実施後には、復命書の提出と資料の回付による職員間の情報の共有にとどまり、教育効果を評価して次年度計画に活かそうとの意識はない。</p> <p>職員の定着性には問題がないが、希望休制度や育児休暇制度等の導入によって、さらに就業環境の整備が進んできた。</p> <p>幅広く実習生の受け入れを行い、大学、高校、専門学校等から年間(延べ)100名近い施設実習生を受け入れている。</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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

<p>事故予防や対処のための各種マニュアルを整備しており、地域の「交通安全キャンペーン」に参加したり、消防署と共に防火運動を推進したりして、利用者を含んだ地域ぐるみの安全確保の取り組みを行っている。</p> <p>事故発生後には原因分析や再発防止策が検討されているが、事故に関連するマニュアル類の妥当性(マニュアル通りに実施したか?マニュアルに不備はなかったか?)を検証する仕組みはない。また、再発防止策が有効に機能して、同じ事由を原因とする事故が再発していないことを確認する仕組みもない。</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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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

地域の知的障害者関連施設の中のリーダー的存在として、管理者から職員に至るまでプライドと意識を持って取り組んでいる。市・自立支援協議会での情報から地域の福祉ニーズをつかんでおり、同一敷地内に立地する入所施設(蔵王の社)と共に、知的障害者個々のニーズに適合したサービスの提供に努めている。
年齢とともに、あるいは症状の進行・重度化に対処すべく、法人内の一貫したサービス体系(在宅・通所施設→入所施設→ケアホーム)の一つとして、地域の障害者福祉への貢献は大きい。地元の中学生在が体験学習に訪れるのは恒例となっており、各種ボランティアの訪問も多い。

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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ 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・プライバシー保護について、全員出席の班会議（一ヶ月に一度開催）において共通理解ができるよう口頭にて周知徹底している。規程・マニュアル等の整備がされているが、口頭説明なため理解が不十分な部分もある。
平成18年には、利用者満足の向上を目的として「自治会」が作られ、利用者自身で運営され意見を積極的に取り入れる仕組みが構築されている。

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

質の向上に向けた取り組みは、組織的かつ適正に行われている。「作業班会議」、「役職者会議」、「支援会議」を利用してサービスを定期的に評価し、大きな課題は「事業計画」の「運営重点目標」として取り上げ改善を図っている。
均一かつ良質なサービスを提供できるよう必要なマニュアルは整備されているが、見直しのルール化がない。
利用者個々への支援に関しては、作業班によって計画の見直しを年2回実施している。サービスの実施の記録も適切に管理され、情報の共有についても「ほう・れん・そう・かく」まで徹底されている。

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

利用希望者に対して相談窓口・中学の体験・高校文化祭・ボランティア等、地域との交流を大切に必要情報を提供している。サービスの開始に当たっても、「しおり」や「重要事項説明書」を使って十分に説明し、「契約」を取り交わしてサービス開始をしている。
施設の変更や家庭への移行などにあたっては「就労後支援」に力を入れ、担当者が毎月会社訪問・家庭訪問を実施している。家庭に入り主婦業に専念する利用者に対しては、同法人内の相談支援事業を利用してケアマネジメントを依頼し、継続的な支援を行っている。

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 ・ (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) ・ 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	(a) ・ 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	a ・ (b) ・ c

評価機関のコメント

個人票で本人の状況を確認して個別支援計画を策定しているが、利用者・家族の主たる意向(目標・目的)が、「当事業所を利用する」との域から抜け出せず、利用者本人の自立を促す計画づくりに大きな障壁となっている。
個別支援計画の評価・見直しを年2回実施し、計画を変更する場合は管理者の確認を受けてから実行に移している。
地域生活への移行支援は、不況の長期化による雇用機会の減少や、対象企業数が少ないという地域的なハンデがあって、事業所の取り組みがそのまま成果につながりにくい現状である。平成20年と21年に就労、相談支援に結びつけた事例が最後の実績となっている。

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

利用者は各々の希望を優先した作業班に分かれて活動しており、事業所での日常的な支援は適切に行われている。ただし、標準的な支援の手順書(マニュアル)はあるものの、コミュニケーション手段、エンパワメントの理念による支援、健康管理等に関しては、職員の経験により支援の質に差が出ている。
 実際の職場(事業所内)見学でも、事業所の都合や職員の都合を優先させず、利用者本人の気持ちをくんだ支援に取り組んでいる様子が確認できた。