

## 〔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17日(金)

#### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人成春館 (施設名) 蔵王の杜	種別:(施設種別) 知的障害者入所更生施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 石田 豊子	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:0531-23-7511

#### ③総評

##### ◇特に評価の高い点

5年前まで町営(現田原市)の授産施設として運営されていた事業を、民間移行という形で引き継ぎ現在に至っている。知的障害者の大型入所施設としては、地域(市内)にただ一つの事業所であり、その役割や責任の重さについての認識は、管理者から職員に至るまで十分に感じられる。

日々のサービス提供は適切に行われており、職員の改善に向けての意欲が感じられた。異食等の対応困難な事例にたいしても、試行錯誤しながらも現状から逃避することなく、正面から向き合った介護を続けている。食事は利用者にとっての楽しみの一つだが、献立や量を活動や年齢にあわせて調節する等の工夫も見られる。

利用者だけでなく家族とのつながりをも重要視し、法人の機関誌「きずな」に加えて「杜だより」を発行して情報提供したり、家族の意向や希望を事業所イベントの企画に反映させる等、数々の取り組みを実施している。地域との交流は、事業所の積極的な取り組みに対して、相応の効果を挙げているとはいえない状況ではあるが、これらの地道な努力は、今後地域への移行に関して重要な役割を果たすと思われる。

##### ◇改善を求められる点

年に1回、管理者と職員との個別面談はあるものの、客観的な基準による人事考課の制度がないため、職員個々の資質や業務の成果を評価する仕組みがない。資格取得を奨励するために、助成制度を設けて職員の資質向上を図っているが、研修や教育を実施した後の効果測定がないため、実効を伴ったものとはなっていない。

職員の定着率がよく、限られた人数のため、定期的な会議の開催や情報・サービス提供の共有化に支障がないためか、マニュアル類が必要最低限のものに限られている。作成されているマニュアルの中には、独自性に乏しかったり、適切な見直し・改定が実施されていないものが見られたりと、実際のサービス提供に有効ではないものもあった。サービスの質の向上のためには、必要な様式を定めることやマニュアル・手順書の整備が必要となる。

利用者・家族を思うあまり、一人の利用者への手厚い支援が、他の利用者の生活に支障を生ずるという現象を引き起こしている。その利用者本人にとっても、他の利用者にとっても、ひいては関わる職員にとっても、最も適切な移行先を考慮する時期と感じた。

#### ④第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、愛知県福祉サービス第三者評価を実施し、自分たちの独善や思い込みでのサービスが、結果的には利用者の利益につながっていない部分もあり、大いに気づかされました。

今後③評価された部分は、これ以上に伸張り、弱い部分(結果の検証等)や掘り下りの足りないところ(マニュアル等)は課題として取り組んでいきます。

#### 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	Ⓐ ・ 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 ・ b ・ Ⓒ

### 評価機関のコメント

知的障害者への支援を通して地域の社会資源たらしとする法人の理念を受け、「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ている。  
知的な障害を持つ利用者のために、理念や方針を分かりやすく伝えるためのツールや方法を持っていない。

### 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	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

自立支援法の新体系への移行を目前にし、将来的な計画(中・長期計画)のほとんどの部分が移行に絡んだものとなっている。利用者全員について障害程度区分の認定が終了していないので、収支計画の策定も見合わせとなっている。  
施設長以下各部門の責任者の参画の下に、詳細な単年度の事業計画を策定している。法人誌「きずな」や事業所発行の「杜だより」での紹介はあるが、知的障害者を意識した周知の取り組みは見られない。

### 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	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	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

現管理者は、管理者に就いて4年目を迎えており、役割や責任についての自覚を持っている。事業計画には「組織機構図」が掲載しており、法人組織内でのポジショニングも明確になっている。  
毎年、「福祉サービス共通評価基準」を使用した自己評価を実施し、課題の抽出とその解決のための取り組みを行っている。直近では、職員の負担軽減を目的として、汚物処理機を導入して労務改善を図った。

### 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

相談支援事業所を併設していることから、行政や他の事業所とのコンタクトがとれており、事業所が置かれている環境の把握はできている。直近に迫った最大課題である「新法への移行」の準備段階に入っているため、それ以外の経営的な課題に積極的に取り組もうとする姿勢は見られない。  
外部監査の実施は想定されていない。

#### 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 ・ 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	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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

事業所の人的課題として、社会福祉士資格を持った職員がいないことを挙げており、その資格取得に向けた支援策を講じている。法人が進める資格取得希望者への助成制度を活用した取り組みも始まった。外部研修への積極的な参加はあるが、その効果の測定・評価はシステム化されていない。また、適切な基準に従った人事考課の実施もない。希望休制度や育児休暇の制度利用者はいるが、有給休暇の消化率は低い。実習生の受け入れに関しては、講師要件が変更されたために「保育実習」の受け入れだけにとどまっている。

## 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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

### 評価機関のコメント

利用者の生活を安心・安全なものとするための各種マニュアルを整備し、地域と連動した施策を講じている。過去には「誤薬事故」が多発したこともあったが、適切な再発防止策がとられた結果、平成21年11月の事故を最後として以降の事故例はない。「異食」等、困難な事例を有する利用者があることから、他の利用者への支援の一部に影響が出ており、安心・安全な生活確保のための支援に一層の取り組みが必要となっている。

## 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 利用者地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉒ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

知的障害者を対象とした地域にただ一つの大型入所施設であることから、地域の福祉ニーズに応えようとの思いが強く、併設の相談支援事業所との連動した取り組みも奏功している。地域の強い福祉ニーズとして、知的障害者を対象とした「児童デイサービス」の必要性が浮き彫りとなっており、事業所での検討項目となっている。  
事業所立地が地理的なハンデとはなっているが、事業所で実施するイベントを市のホームページ上で紹介する等の取り組みを通して来場者の増加を図っている。地域イベントへの積極的な参加も見られる。

### 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	a ・ Ⓑ ・ 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

利用者の特徴から意見や要望・苦情などを汲み取ることは難しい状況はうかがえる。その中でも態度や活動性から利用者の要望や苦情を把握しようとしている。定期的な家族との個別面談等、家族との交流の機会を多く設け、積極的に取り組む姿勢も見える。

ただ、サービス提供の一部には、適切かつ具体的なマニュアルが存在しないものもあり、担当者の対応に標準化や均一化の見られないものもある。利用者満足の向上につなげるべく、必要なマニュアル類の整備が待たれる。

### 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	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	① ・ 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 ・ 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	① ・ 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 ・ 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

利用者に関するサービス提供の実施状況は詳しく記載されている。提供しているサービスを自ら振り返るために「福祉サービス共通評価基準」を使った自己評価も行っている。ただし、作成されている標準的なマニュアル類を定期的に見直したり、新たな手順を適宜策定していこうとする取り組みは薄い。  
職員の定着が良く固定化しているため、情報の共有はできている。実際のサービス提供は円滑に行われているものの、パソコンを有効に利用した記録の管理体制は整備中である。

### 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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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 ・ ⑥ ・ c

#### 評価機関のコメント

重要事項説明書等により、利用開始時にはサービスに対する情報が提供されている。しかし、法人のホームページの立ち上げが遅れており、広く利用希望者への情報提供にはツールの不足が感じられる。  
通所(在宅)事業所→当該(入所)事業所→ケアホーム と、法人内事業所間の移行も多いが、その都度担当者間で引き継ぎが行われており、定められた様式によって処理する仕組みはない。

### 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 ・ ㉑ ・ 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

担当者を決め定期的に計画を策定しているが、アセスメントで利用者本人の思いや意向をつかみ切れていない部分もあり、計画の繰り返しも多く見られる。  
 地域への移行支援は、ケアホームへの移行が主流となっている。しかし、一般企業への就労となると、地域に受け入れる体制がとれていないため、現在のところは成果を望むのも困難な状態である。

### 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	㉒ ・ 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	㉒ ・ 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 ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉒ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

重度の障害等、日常生活支援上で極めて困難な事例を有する利用者が数名おり、その介助・支援に職員の手が取られ、他の利用者への係わりが薄くなっている面が見られた。

食事に関して、利用者に直接嗜好の確認を取るとは困難なことから、残食などから嗜好をくみとるようにしている。入浴に関しては、同性介助や夜間の対応なども行われており、安全、清潔にも配慮されている。排泄に関しては、個別のチェックリスト等がない。利用者の身辺自立を支援する上でも、健康管理の上でもマニュアルの整備が必要。外出支援は、事業所・職員主導で計画・実施されることが多く、利用者の希望や意向が十分に反映された外出支援とはなっていない。