

〔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23年12月15日(木)

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)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)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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>前年度の第三者評価受審で得た気づきから、様々な改善・改革が実行されていた。「法人理念の構築」をはじめ、「重点目標の数値化」、「管理マニュアル、支援マニュアルの整備」、「各種委員会の設置」、「相談支援事業の推進」等々である。障害者自立支援法への移行作業と並行しての活動であったことを思うと、管理者・職員の並々ならぬ努力の結晶であったことは言うまでもない。</p> <p>地域との交流も順調に推移している。事業所の活動や利用者への理解を深めてもらうために、地域の「市民館まつり」や福祉関係の集いなどの地域行事に積極的に参加し、法人主催の「納涼夏祭り」や「文化祭」等のイベントには、チラシを配布して地域の住民を招いている。事業所を講習会場として、車いすの扱い方の研修会を開催し、市内の民生委員や児童委員が多数集まった。</p> <p>利用者個々の希望や思いに配慮した支援を目指している。「納涼夏祭り」には浴衣を着て化粧をし、理・美容の希望者は土曜や日曜を利用して街に出る。食事に関しても、嗜好調査を行って利用者の意向を反映するメニューとなっており、入浴に関しては、自立度の高い利用者について夜間の入浴を認めている。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>事業計画の中に重点目標を8項目定め、それぞれに数値目標が設定されていたが、その目標値のほとんどが前年実績を下回るものであった。サービスの質の向上を目指す姿勢からしても、適切な目標値の設定が望まれる。</p> <p>事業所内に社会福祉士資格を有する職員がいないことから、法人の資格取得助成制度を活用して職員の資格取得を推奨しているが成果につながっていない。教育・研修を実施した後に、評価(効果の測定)をする仕組みがないことも一因と考えられる。P-D-C-Aのサイクルを回すことによって、取り組みが有効に機能していくことを期待したい。</p> <p>地域生活への移行について、一般就労のケースは乏しく、ほとんどが法人内事業所間の移行である。その都度、担当者間で十分な引き継ぎを行っているが、定められた様式によって処理する仕組みは構築されていない。手順の明確化とともに、必要な様式を作成し、記録として残していくことが求められる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>外部からの視点で見ていただくことは自らの姿勢を見直すために大変重要です。今回ご指摘いただいた点は素直に反省して改善を進めるつもりです。今回C評価をいただいた「人事考課」の問題は法人全体にかかわることなので直ぐに変えることは難しいと思いますが資格が有っても無くても手当などに何の評価もしないのは問題だと思っています。資格が評価されれば取得への意欲も上がり成果の向上にもつながるのではと思います。サービスの質の向上のためにも資格を評価することから始めればよいと考えております。</p>

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	Ⓐ ・ 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

前年度の第三者評価受審で得た気づきを活かした改善や工夫がみられ、漠然としていた理念も明確なものとなっている。“あなたに寄り添います 愛と心と手のひらで”の法人理念を基に、職員は利用者への支援をより充実したものにするために取り組んでいる。保護者へは、この法人理念を年度初めの保護者会(「蔵王の杜育成会」)の総会で説明しているが、理解力や判断能力に個人差が大きい利用者への周知の取り組みは十分とは言えない。

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	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

自立支援法(新体系)への移行を終え、新たな中・長期計画の策定に取りかかっている。現時点では計画の文書化が遅れてはいるが、地域の福祉ニーズを分析して、新たな事業展開も検討されている。管理者以下各部門の責任者が参画して、平成23年度の事業計画を策定している。事業所運営上の重点目標を8項目設定し、それぞれに数値目標が設定されている。ただし、設定された目標値はほとんどが前年実績を下回って設定されており、質の向上に取り組む姿勢からすれば、適切性を欠いたものとなっている。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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、自らに課した大きな課題である自立支援法への移行を果たしたこともあり、今年度中の勇退を決めている。事業計画には「組織機構図」が掲載しており、「運営規定」、「職務規定」等によって事業所内での管理者の責任や権限は明確になっている。

前回の第三者評価受審での気づきから、法人理念の構築をはじめ重点目標の数値化、業務マニュアルの整備、各種委員会の設置、相談支援事業の推進等々、多くの改善を成し遂げている。惜しむらくは、重点目標の数値が、前年度実績を下回って設定されていることであろうか。

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 ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

市の地域福祉課と連携を図り、関係する地域の養護学校(豊橋養護、豊川養護)とも情報交換をしている。相談支援事業所を併設していることも、事業所が置かれている事業環境を的確に把握するうえでの糧となっている。ただし、自立支援法への移行を果たしたばかりであり、集めた情報の分析や、そこから検出される新たな課題への取り組みは遅れている。

財務・会計面での外部監査の実施はないが、第三者評価を継続して受審しており、サービスの質の向上と、外部へ向けての事業内容の透明性を高めようとの意識は見られる。

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	Ⓐ ・ 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 ・ 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 ・ ⑥ ・ ｃ

評価機関のコメント

人事考課の仕組みがないことから、職員個々の不足力量や教育・研修ニーズの把握ができておらず、研修実施後の評価（教育効果の測定）の仕組みも構築されていない。事業所内に社会福祉士資格を持った職員がいないことから、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を行っているが、現時点では成果につながっていない。

育児休暇の制度利用者が増えてきたため、職員を増員して対応しており、有給休暇の消化率も上がってきている。実習生の受け入れに関しては、講師要件を満たす職員の不足から、限られた分野の受け入れにとどまっている。

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	Ⓐ ・ 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 ・ ⑥ ・ ｃ

評価機関のコメント

前回評価実施後に、各種マニュアルを総点検し、不足しているマニュアル類を新たに整備した。事業所内に、「防災委員会」、「危機管理委員会」、「虐待防止委員会」等の委員会を設置し、利用者の安心・安全な生活を保障しようとしている。市と契約し、大規模災害の発生時には、地域の罹災者の臨時避難所としての役割も担うこととなった。

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	Ⓐ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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

事業所の活動や利用者への理解を深めてもらうために、地域の「市民館まつり」や福祉関係の集いなどの地域行事に積極的に参加し、事業所のイベントには地域の住民を招待している。事業所を講習会場として、車いすの扱い方の研修を行い、市内の民生委員や児童委員が集まった。
地域の福祉ニーズにも応えており、併設の相談支援事業所の活動が活発になってきている。相談支援事業へは、地域での問題事例や家庭的な困難事例の相談も多く、地域からの信頼の厚さがうかがわれる。

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	Ⓐ ・ 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	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	Ⓐ ・ 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	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

定期的に家族との個別面談を行っており、利用者、家族、事業所(職員)が利用者の思いを共有して支援しようとしている。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。
苦情解決の仕組みは構築されており、周知は図られているものの、実際に仕組みを動かすだけのケースの発生はほとんどない。

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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ 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

前年度に実施した第三者評価の受審結果や「福祉サービス共通評価基準」を使った自己評価から、サービス内容の見直しをおこなっており、数々の改善活動を実施した。不足していたマニュアル類の整備も進んだが、現場での実践が優先されるあまり、マニュアルが活用されていない例も散見される。
パソコンを活用した記録の管理体制が整っており、職員間での情報の共有はできている。

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	a ・ Ⓑ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

パンフレットには利用に関する概要を掲載しており、見学や体験的なサービス利用(短期入所、日中一時支援)も積極的に受け入れている。しかし、懸案となっている法人のホームページの立ち上げが遅れており、情報提供ツールの不足が感じられる。利用開始時には、重要事項説明書等によって十分な説明を行い、契約を交わしている。
隣接して通所事業所(生活介護)があり、当該事業所(施設入所支援)へ転入する事例や、グループホーム・ケアホーム(共同生活介護)へ転出する事例がある。どちらの場合も、法人内事業所間の移行であり、その都度担当者間で十分な引き継ぎを行っている。ただ、定められた様式によって処理する仕組みは構築されていない。

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 ・ 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	a ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

担当者を決めて定期的に計画の評価・見直しを実施しているが、見直しのプロセス(モニタリング)が見えにくく、サービス管理責任者の役割や関与の度合いが薄い。
 地域生活への移行に関しては、一般就労への移行は考えづらく、グループホーム・ケアホームへの移行が主となっている。

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	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	a ・ ⑥ ・ 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	① ・ 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 ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① ・ 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 ・ ㉞ ・ c
	Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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 ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	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	a ・ ㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ 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	㉞ ・ b ・ c

評価機関のコメント

エンパワメントの理論(単に利用者の自主・自立を促すだけでなく、利用者の潜在能力の発揮を可能とするような平等で公平な社会を実現させようとする取り組み)に則った支援を目指し、支援全般において利用者の意向を重視したプログラムを用意している。しかし、社会そのものを啓発しようとする取り組みには至っていない。

夏祭りには、浴衣を着て化粧をしたり、理・美容の希望者は土曜や日曜を利用して街に出たりしている。食事に関しても、利用者の意向が反映されたメニューとなっている。入浴に関しては、自立度の高い利用者について夜間の入浴も認めている。看護師の責任の下で薬の管理が行われており、対策の効果があって誤薬事故は減少している。