

〔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24年12月19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)鈴木 幾雄	定員(利用人数):50名
所在地:〒441-3421 愛知県田原市田原町石取1-9	TEL: 0531-23-7511

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆新管理者の改善意識 着任1年目の管理者は、前管理者の方針を踏襲した事業所運営を基本としている。しかし、「守りが感じられる部分については、改善・改革する」方針を公言し、様々な改善プランを進めている。利用者の高齢化に対応するため、夜勤2名体制を3名体制にしたり、2対1の職員配置を目指したりしている。マニュアルの必要性を理解しており、必要なものは新たに制定し、適時・適切な見直し・改定も実施されている。</p> <p>◆マニュアルの重要性 前年度、事業所内で誤薬事故(多くは飲ませ忘れ)が多発したことを受け、看護師の主導によって関連するマニュアルを見直した。新たな手順の改定版を職員間に周知し、今期(12月現在)の誤薬事故はゼロである。また、利用者の不明事故が起きたことから、予防と対応のマニュアルを新規に制定して再発防止に役立てている。事業所全体に、マニュアルの重要性の認識が広がりつつある。</p> <p>◆保護者(家族)との交流 事業計画にも「家族との交流」の項目を設け、その方向性を示している。「蔵王の杜育成会」(家族会)が年間2回開催され、様々な情報の交換がある。法人イベントや事業所の催しに保護者の参加を呼び掛けており、そのツールとして、法人機関紙「きずな」と事業所広報誌「杜だより」とが、それぞれ年間3回発行されている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆中・長期計画の策定 単年度の事業計画は綿密に作成されているが、事業計画作成時に確かな枠組みを示すものとして「中・長期計画」の存在がほしい。地域ニーズに応えるための諸施策、新規の事業展開、利用者・保護者の高齢化対策、職員(専門資格者)の養成、人事考課制度の導入等々、長いスパンで検討せざるを得ない課題は多い。それらを盛り込んだ中・長期計画と連動させた事業計画の作成が望まれる。</p> <p>◆思いや意向を反映した個別支援計画 アセスメントは定められた手順で実施しており、利用者の状況の把握は十分と思われる。しかし、その情報を個別支援計画につなげるための手順が未構築である。「個別支援」とは、「その人らしさ」の感じられるプランの実践であり、利用者個々の思いや意向の実現も目的の一つである。アセスメントで得た「宝」を、うまく個別支援計画に反映させることが望まれる。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

蔵王の杜には素直な職員が多く、ご指摘いただくたびに改善に取り組んでいます。今回ご指摘いただきました研修報告会(勉強会)を5月から2ヵ月に1回ずつ開催することに致しました。また、中・長期計画につきましても、今後蔵王の杜としての事業展開を検討する中で、施設としての発展と職員の前向きな意欲と夢を創っていきたいと決めました。様々な決定には法人の同意が不可欠ですが、法人の将来につながる提案が出来ればと考えています。

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	Ⓐ ・ 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

“あなたに寄り添います 愛と心と手のひらで”との法人の理念を定め、2年が経過した。この理念の実現のために、今年度は3点の基本方針を定めて、事業所運営の方向性を定めている。その狙いは、「感染症予防による安心・安全な生活環境」、「新作業棟の有効活用による活動の充実」及び、「積極的な人材育成」である。
事業計画に記述する等の取り組みによって、理念や方針が事業所内には浸透してきているが、利用者に周知させるための特段の取り組みはない。

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	Ⓐ ・ 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

代表者会議等で今後の課題等の話し合いは行われているが、中・長期計画として明文化したものはない。事業計画は、前年度の「事業報告書」の総括を受けて、管理者以下各職種の職員参画の下で作成している。
「平成24年度事業計画」の「重点目標」には、取り組みの成果が判定できるように具体的な“目標数値”を設定した。具体的な目標値の設定もあり、職員への周知は十分である。保護者には年間2回開催される育成会(保護者会)で説明しており、一定の周知には至っているが、理解する力に個人差のある利用者に対しての特段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	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ c

評価機関のコメント

管理者の交代はあったが、管理規定、運営規定、職制規定及び業務分掌表等によって、役割や責任は明確になっている。各種関連法規に対する理解は十分であるが、周知の取り組みが会議等での説明にとどまっており、さらなる取り組みの充実を望みたい。

事業所運営に関しては前管理者の方針を踏襲し、基本的な部分の変更はないが、守りの姿勢が感じられるところを改善・改革して行こうとの意識がある。夜間の職員配置を厚くしたり、マニュアルを必要に応じて改定したり、新たに追加したりと、利用者の高齢化に対応すべき施策を打ち出している。

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	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	㉑ ・ b ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

市の福祉計画を把握し、障害者自立支援協議会や関連する特別支援学校との交流を通して、事業所運営に必要な情報を集めている。事業所に併設されている相談支援事業所からも、有益な情報を得ている。一般の職員への波及は薄いですが、管理者は、得られた情報を分析して課題の抽出に努めている。

財務・会計面での外部監査は実施されていないが、第三者評価を継続して受審し、サービスの質の向上と事業運営の透明性を図ろうとしている。

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 ・ 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	① ・ b ・ 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

体系的な人事考課は行われていないが、法人主導での制度検討が始まろうとしている。夜間体制の強化（夜勤2名体制から3名体制へ）、2対1の配置の実現、専門資格者の増強等、近未来的な人事プランを持ってはいるが、明文化したものとはなっていない。教育・研修の基本的な姿勢を、「平成24年度事業計画」の中で示しているが、職員個々の研修計画への落とし込みはない。

管理者との個別の面談の機会があり、就労面での意見や要望も聞き取られている。

実習生の受け入れを今年度の重点目標の一つとして、数値目標を設定して取り組んでいる。

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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

利用者の安全・安心を保障するために、必要と思われるマニュアル・手順書は整備されており、必要に応じて新たなマニュアルも作成されている。利用者の不明事故があり、解決後、即座に対応マニュアルを制定した。前年度の誤薬事故多発を契機に、マニュアルの点検・見直しを行い、改定の結果、今年度の誤薬事故の発生はゼロとなっている。

ヒヤリハット委員会を設置し、ヒヤリハット報告書を集計・分析して各部署に回覧している。年間6回実施される防災訓練では、毎回条件設定を変えて取り組んでおり、職員、利用者に臨機の対応を習得させている。

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 利用者と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

事業所の立地条件(市街地から遠い山腹)からして、日常的に地域住民が訪れる機会は少ない。しかし、利用者と共に積極的に地域イベントに参加し、さらに法人主催の夏祭りや文化祭等に地域の多くの参加者を呼び集めている。また、市と契約して大規模災害時の「福祉避難所」となっている。法人イベント開催時の支援ボランティアや体験学習等、ボランティアの受け入れは多いが、本来目的に立ちかえっての反省(評価)が無く、硬直化の傾向にある。
施設内に相談支援事業所が併設されていることから、そこからの情報によって地域の福祉ニーズを把握している。多岐に亘るニーズが出ているが、ケアホームの増設等、対応が可能なものについては実行に移されている。

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) 利用者満足の上昇に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇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	Ⓐ ・ 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	a ・ Ⓑ ・ c

評価機関のコメント

サービス場面ごとに作成されているマニュアル(手順書)の中に、プライバシー保護に関する留意事項が記述されている。それらを使用して、プライバシー保護に関する職員研修の実施を望みたい。
利用者本人からのニーズの汲み取りは困難との判断によって、自治会活動や満足度調査の取り組みはない。日々の支援の中で、利用者の思いや意向を汲み取る仕組みの構築が求められる。
相談室が整備され、苦情解決の仕組みは構築されているが、実際に仕組みを動かすケースの発生はほとんどない。利用者、保護者からの意見には迅速に対応しているが、対応するためのマニュアルの整備も必要と思われる。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

第三者評価を継続して受審し、その結果を使ってサービス内容の見直しや改善活動につなげている。標準的なサービスの提供方法を記したマニュアルは整備されているが、現場での実践を優先するあまり、マニュアルが活用されずに職員間で実施方法にバラつきも見られる。

記録に関する管理規定があり、規定に従った管理をしている。サービス提供の記録やデータはパソコンをで管理されており、職員間での情報の共有はできている。さらに、利用者の個人情報適切に管理するため、「個人情報保護要領」の周知を図っている。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

ホームページの開設が遅れてはいるが、パンフレットに利用に関する概要を掲載しており、見学や相談会、体験的なサービス利用(短期入所、日中一時支援)を積極的に受け入れている。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。

隣接する通所事業所(生活介護)からの転入事例や、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。しかし、明確な手順やマニュアルが整備されておらず、定められた様式によって処理する仕組みの構築もない。

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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

詳細なアセスメントを取り、利用者の状況を把握している。しかし、そこから利用者個々のニーズを絞り込む手順が明らかになっていない。見直しのプロセス(モニタリングの手順)が明確に示されていないが、フロア会議を使って年に2回の評価・見直しは確実に実施されている。
 地域生活への移行に関しては、一般就労への移行は難しく、グループホーム・ケアホームを増設して、そこ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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉔ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ 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行われている。	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	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	a ・ ㉠ ・ 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

エンパワメントの理論やノーマライゼーションの考え方に従い、支援全般に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、障害程度によって判断能力に差があることを理由として、自治会の組織化はない。利用者の自主性を尊重するうえで、日々の支援の中から思いや意向を拾い、事業所運営や行事に反映させる工夫がほしい。それでも、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。ただし、個別支援計画に食事に関する項目はあるものの、具体的な記述には至っていない。昨年度の誤薬事故多発に対し、看護師主導でマニュアルの見直し・改定が行われ、その効果により今年度の誤薬事故はゼロとなっている。