

〔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25年10月17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)障害者支援施設 蔵王苑	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)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

◆第三者評価に対する期待度

第三者評価を継続受審し、課題の抽出や改善活動の機会としてとらえている。事実、初回受審より2回目、2回目より3回目と、確実に取り組みの深度が増して、課題が改善された事例も多い。職員がP-D-C-Aのサイクルを意識し、取り組んだ活動や支援の内容を評価する仕組み作りが事業所内に浸透した。特に、様々なC(チェック)機能が働きだしており、サービスの質の向上に向けての原動力となっている。

◆利用者の安全確保

利用者の安全を守るために必要と思われるマニュアル・手順書類は揃っており、ヒヤリハット委員会がヒヤリハット報告書の分析から対策の検討も行っている。事故が発生した場合には、「発生状況調査表及び報告書」を使って、原因の究明を始め再発防止のための取り組みが行われている。

◆充実したアセスメント～実施計画の作成

アセスメントの実施、サービス実施計画の作成、評価・見直しの手順等は標準化されており、「個別支援計画の考え方・書き方」に沿った取り組みがある。特に「評価・見直し」については、定期的な見直しとして半期終了時の中間評価と年度末の終了時評価を実施し、身体状態に変化が見られた時や精神状態の変化に伴った見直しも実施されている。綿密なアセスメント、適切な評価・見直しによって、充実した実施計画が作成されている。

◇改善を求められる点

◆改善意識の事業所内統一

毎年第三者評価を受審し、客観性のある改善課題を探ろうとの思いがある。その思いやそれに付随する活動が一部の職員に限られており、全職員の共通認識に基づく取り組みとはなっていない。改善活動の効果を高めるためにも、また、良好な内部コミュニケーションを構築するためにも、様々な会議体や面談の仕組みを機能させ、意識や活動の方向性を一つにすることが望まれる。

◆マニュアルの再点検

前回評価でも取り上げた課題であり、必要なマニュアル類はほぼ整備済みである。今回は健康管理面について取り上げたい。事業所(看護師)による日常的な健康管理や嘱託医の毎週の訪問によって、利用者を守るための物理的体制はできている。ただし、一連の健康管理の手順や突発事例(誤薬等)に対処するための手順が未整備であった。人の命にも関わる事案であり、早急なマニュアル整備が望まれる。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

各章、各項目のコメントを分析し、より良いサービスの提供を目指して行きたいと思います。

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	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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

法人の理念である“あなたに寄り添います 愛と心と手のひらで”と、それに続く5項目の基本方針が定められており、事業所の目指す支援の方向性が明確になっている。
ただし、施設運営に対する批判的な声もあることから、理念や基本方針を職員に周知する方法・手段については再検討の余地を残している。家族アンケートの結果から、家族への周知は十分に図られていると推測される。

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	Ⓐ ・ b ・ 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・福祉課へ提出した「目標・支援方針」とは別に、中・長期計画(平成24年度～26年度)として、「法人の理念と基本方針&諸計画」が作成されている。単年度の事業計画は、この中・長期計画に整合する形で作成されている。
例年、事業計画書には、「重点目標」(可能なものは数値目標を設定)を掲げて取り組んでいるが、事業年度終了時の事業報告書では、それぞれの目標の達成度合いの検証が曖昧になっている。当期事業計画(P)－事業報告(D、C)－次期事業計画(A)の連動を図り、記録の面からも事業の継続性が明確になることを期待したい。

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	a ・ ㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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

法人が定めた諸規定(管理規定、運営規定、職制規定及び業務分掌表等)によって、管理者の責任及び権限が明確にされている。しかし、職員の一部からは、管理者を含む役職者への厳しい言葉(管理・運営面)も出ており、法人理念や基本方針の周知・徹底と併せ、職員に対しての所信の表明が必要と思われる。

第三者評価の意義・目的への理解や意識が高く、継続的な受審となっている。「利用者の高齢化」、「障害者総合支援法、新会計基準等の制度改正への対応」、「栄養ケアマネジメントの確立」等を、当面の課題として挙げている。

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

様々な機会を通して、事業運営の環境を把握しようとしている。障害者の東海北陸ブロック大会に参加したり、市の障害者自立支援協議会に出席したり、東三河地区の施設・病院・役所等へも出向いて情報収集を行ったりしている。経営状況については、次長(法人事務長)が人件費比率、経常収支差額比率、経費比率等の経営指標をを使って分析し、他法人との比較検討等を通して、事業所運営の適切性を検証している。

財務・会計面での外部監査は実施されていないが、平成22年度から毎年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っている。

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	a ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>懸案となっている「人事考課制度の構築」は、具体的な動きに乏しい。平成26年度を終期とする中・長期計画には、法人として「職員の人事考課の実施」を挙げているが、長期的な視野に立つての計画見直しの必要性が出てきた。急がずに、目標管理、職員育成、処遇等を包括した、実効の伴う人事考課制度の構築に期待したい。</p> <p>職員アンケートの結果から、就業上での職員のストレスも浮き彫りとなった。個人面談の仕組みを制度化したり、専門的なカウンセラーの配置を図る等、法人としての取り組みを期待したい。</p> <p>職員研修、実習生の受け入れ共に、評価・検証の仕組みはできてきたが、実践面ではまだ甘さも残っている。</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	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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	㉔ ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>利用者の安全を守るために必要と思われるマニュアル・手順書類は揃っており、ヒヤリハット委員会がヒヤリハット報告書の分析から対策の検討も行っている。大規模災害の発生によって地域が罹災した場合に備え、市と協定を結んで緊急避難場所の指定を受けている。</p> <p>事故が発生した場合には、「発生状況調査表及び報告書」を使って、原因の究明を始め再発防止のための取り組みが行われている。</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 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	㉔ ・ 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	㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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

事業所が市街地から離れており、地域住民が日常的に訪れる機会は少ない。しかし、機関紙「きずな」を使って法人3事業所合同開催の納涼夏祭りや文化祭等の法人イベントを広報し、地域住民に参加を呼び掛けている。また、利用者が積極的に施設外へ出かけており、地域の「福祉のつどい」や「市民祭り」等に参加している。
市と取り決めを結び、大規模災害時の「福祉避難所」として登録し、地域住民に安心感を与えている。
自立支援協議会や法人内の相談支援事業から情報を得ており、事業展開に繋げている。ボランティアの受け入れはあるが伸展に乏しく、取り組みを広げるためのP-D-C-Aの活用が期待される。

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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ 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 ・ b ・ Ⓒ

評価機関のコメント

利用者の居室入口にのれんを設置したり、トイレにもカーテンを設置する等、プライバシーへの配慮がみられる。
毎月、利用者相談日を設けてはいるが、相談を希望する者は少なく、利用者のニーズを十分にくみ取れているとは言い難い。苦情解決の仕組みは構築されており、現在1件の苦情の発生に関してマニュアルに沿った対応が行われていた。利用者からの意見への対応については、マニュアルは整備されているもののシステムが機能しているとは言い難く、意見を受けてから改善につなげる手立てがない。また、解決まで時間を要するものについての状況報告も行われていない。

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	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

毎年第三者評価を受審しており、課題を洗い出して改善につなげようとの意識は高い。しかし、評価結果から導いた改善課題を全職員が共有する仕組みがなく、改善計画の作成に至っていない。
標準的なサービスについては文書化されているが、サービスの現場では口頭での伝達やOJTによって周知が図られており、マニュアルが十分に活用されていない。マニュアルの定期的な見直しも不十分である。
「情報公開事務取扱要領」が定められており、文書、記録類の管理ルールがある。パソコンのネットワークシステムによってケース記録等は職員間の共有が図れている。課題として、文書回覧や周知徹底等の仕組みづくりが挙げられる。

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

パンフレットを地域の公共施設に設置する等、サービスの選択に必要な情報を提供している。さらなる拡充策として、現在はホームページでの情報公開がないが、開設してリアルタイムに事業所の情報を発信することを期待したい。
事業所変更や家庭への移行の前例に乏しいこともあり、サービスの継続性に配慮するための仕組みは未整備である。当事業所でのサービス終了後についても、相談窓口がある事を文書にて伝える仕組みづくりを望みたい。

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	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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

アセスメントの実施、サービス計画の策定、評価・見直しの手順等は標準化されており、「個別支援計画の考え方・書き方」に定められ、それに沿った取り組みがある。特に「評価・見直し」については、定期的な見直しとして半期終了時の中間評価と年度末の終了時評価を実施し、身体状態に変化が見られた時や精神状態の変化に伴った見直しも実施されている。利用者及び保護者の高齢化が地域移行の大きな阻害要因となっている。利用者と保護者との意識の乖離があることから、地域移行への働き掛けが不足している。これらの課題解決のために、両者への十分な説明が求められる。

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	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	㉑ ・ 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 ・ 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	㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	㉑ ・ 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	㉑ ・ b ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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	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	㉑ ・ 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 ・ 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	㉑ ・ 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 ・ 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	㉑ ・ 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	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	a ・ ㉑ ・ 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	a ・ ㉑ ・ c

評価機関のコメント

意思伝達が困難な利用者に対し、円滑なコミュニケーションを図るためのツールの用意がある。事業所(職員)の側面支援によって、利用者の主体的な活動が保障されているかに見える。しかし、利用者が自主・独立した意思決定機能(自治会等)を持たず、真に利用者主体の活動が展開される環境とは言い難い。

健康管理面について、事業所(看護師)による日常的な健康管理や嘱託医の毎週の訪問によって、利用者を守るための物理的体制はできている。一方、一連の健康管理の手順や突発事例(誤薬等)に対処するための手順が未整備であった。人の命にも関わる事案であり、早急なマニュアル整備が望まれる。