

〔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3月1日(火)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人 聖清会 (施設名) ハルナ	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:(管理者) 春木 恵美	定員(利用人数):50名
所在地:〒444-1154 愛知県安城市桜井町咽首195番地	TEL 0566-99-9860

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>知的障害者入所更生施設として平成12年4月に開所し、以来11年目を迎えようとしている現在、管理者以下スタッフの意気も充実した時期を迎えている。</p> <p>平成21年4月、隣地に経営法人により通所型施設(ラニハルナ)が開設されたため、両施設を併せ持つ法人として今まで以上に地域ニーズに応える体制が出来上がった。同施設へは利用者の希望に沿った訪問を支援しており、調査訪問日には絵画サークルに出かけている姿を見かけた。</p> <p>ISO9001の認証取得施設であり、加えて第三者評価の継続受審施設であるため、あらゆる面で質の高い利用者支援が行われている実態が伺える。50名の利用者を擁する施設であるが、昨年就任した管理者は熱意をもって利用者の生活環境への配慮を行っており、その努力が実りつつある。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>各種規定・マニュアル、法人理念、利用者支援の基本方針は周知徹底されており、完璧を期しているが、法人の中・長期計画、これに基づく事業計画、さらには職員研修計画等は、一部の幹部職員以外は十分に浸透していない点が見える。法人の目指す方向性を共有する意味からも、一般職員への周知が望まれる。</p> <p>大項目Ⅲ(適切な福祉サービスの実施)では全ての評価細目について◎であるが、これを善しとせず、更なるサービスの質の向上を目指していただきたい。</p>

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今後も、利用者様が満足されるサービスを継続し実施していきます。また、周知できていない部分においては改善し、サービスの質の向上を目指していきます。
--

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

「明るく、仲良く、楽しく」の基本理念の下に、支援の品質方針を明記した「品質カード」を職員各自が所持しており、理念の実践の指針として活用している。
利用者に対しては、毎朝の朝礼時に合唱する「ハルナの歌」に理念・基本方針が盛り込まれており、歌を通して施設の理念を理解させている。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

「中・長期計画」は一部の幹部職員は理解しているが、施設管理者段階までには十分伝わっていない様子が伺える。
「中・長期計画を踏まえた事業計画」としては新法移行に向けた準備作業が行われている。
法人の年度事業計画に、単年度の「年間行事計画」が施設別に色分けしたカレンダー式に作成しており、これに基づいて施設ごとに各種行事が実行されている。利用者・家族に対しては居住棟に掲示し、また「ハルナ便り」に掲載して周知している。

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	㉠ ・ 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

ISOで示された「品質マニュアル」を活用して各立場の役割や責任の所在、権限を明確化しており、従事職員に対して表明している。
法令遵守に関しては、機会あるごとに職員会議・研修で取り上げており、口頭でも伝えあっている。
質の向上のためには全員参加の自己評価を実施し、前向きに取り組んでいる。

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

評価機関のコメント

新法移行を重要テーマに掲げ、現在これに向けた準備作業に取り組んでおり、利用者が満足できるサービスの実現に向け懸命な作業が続けられている。
ISO継続審査を受審し、一層の品質向上を目指している。

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	㉠ ・ b ・ 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	㉠ ・ b ・ c

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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

人材の育成には相当な力が入っており、特に新人に対しては、支援チェックリストを用いて理解の度合いを測りながら緻密な指導を進めている。年2回(6,12月)全職員の自己評価を実施し、5段階査定を行って人事考査し、処遇・給与面等に反映させている。自己評価結果と食い違いが大きい場合には、管理者が個別に面談して説明している。
ISO品質マニュアルを活用した教育訓練規定に基づいて教育計画を策定して実行し、品質教育訓練実施報告書によって評価・見直しが行われている。

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	Ⓐ ・ b ・ c

評価機関のコメント

緊急時対応マニュアルに基づいて動けるよう、定期的に消火訓練を実施したり、夜間発生を想定した地震時の避難訓練を実施している。
1週間分の非常食(水・カップ麺等)の備蓄を行っており、救急医薬品の備え付けも万全を期している。

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	Ⓐ ・ 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	Ⓐ ・ b ・ 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

毎年秋に隣接施設と合同で「ハルナフェスタ」を開催しており、自家製のパン・野菜のフリーマーケットやボランティアによる和太鼓演奏を計画して地域住民の来場を呼び掛けている。地域の祭りにも積極的に参加している。施設2階の鏡付きの部屋を、週2回開催されるヒップホップダンス教室に無料提供し、地域のニーズに応えている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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

利用者に対して主体性の尊重やエンパワメントの理念に基づくQOLの向上のために、研修への参加、職員会議等を通じて利用者満足の向上に努力している。プライバシー保護に関する規定・マニュアル・手順書等を整備活用して職員に周知し、利用者尊重の姿勢を徹底している。

利用者の運営になる「ハルナ会」も円滑・順調に運営されている。毎月の食生活会議、年1回の嗜好調査及び保護者面談で出された意見に対しても前向きに取り組み、利用者の満足度の向上に反映させている。

ハルナ会議等記録は、「ハウレンソウメモ」にて職員への周知と、利用者の要望に迅速に対応していることを確認した。

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	Ⓐ ・ 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

ISOの基本理念、品質マニュアル等がカード化され全職員が携帯していつでも確認ができる体制が整備されている。ISO内部監査、ISOの継続受審等により法人全体でサービスの質の向上に取り組んでいる。福祉サービス第三者評価の継続受審も行って課題を整理して見直しに取り組んでいるため自己評価及び第三者評価結果とも【a】である。実施記録等はモニタリング記録で適切に記録されていることを昨年同様確認した。文書管理体制は規定通り運用され、情報の共有化に関しては勤務日誌・ホウレンソウメモ等で確認、適切な運営が行われている。

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

ホームページの随時更新やパンフレットを用意し、情報の提供を積極的に行っている。施設見学者等についても、随時対応している。サービスの開始に当たり、契約書・重要事項の説明書の十分な読み合わせと口頭説明を行って同意を得ている。なお、説明書には「かな」をふるなどして利用者にとって解りやすい工夫もされている。
また、自活訓練の活用と、併設されているラニハルナとの月1回の会議で、サービスの継続性の充実を図っている。

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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ 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	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

アセスメントは手順に従って実施され、個別の具体的なニーズが明示されている。また、利用者のニーズ、日常生活を支援する上での留意事項も記録され、実施計画が適切に策定されていた。見直しも3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、評価・見直しに反映させることが定着化してきている。

地域生活への移行支援は支援計画に沿って自活訓練を実施し、利用者のエンパワメント、主体的活動への支援等が利用者の自信につながっている。ケアホームに移行した事例でも、成果が上がっている。

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

コミュニケーションの手段としてジェスチャー・身振りで補足したり、視覚障害者には立体文字等を利用するなどの工夫がされている。食生活会議、嗜好調査、セレクトメニュー等を実施し、利用者が楽しく食事が出来る工夫をしている。入浴は体調面に留意して毎日実施し、リフト・男女別浴でプライバシーにも配慮されており、排泄の支援も適切である。

余暇・外出支援は、利用者の希望に応じて理・美容、ドライブ、買い物等が行われ、生活にメリハリを持たせている。外出時には身だしなみを整えて送り出す支援を行っており、「お洒落をして出かける楽しさとノーマライゼーション・自立」の視点からも支援している。