

〔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2日(水)

②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人聖清会 (施設名)ラニ ハルナ	種別:(施設種別)生活介護 就労継続支援(B型) 就労移行支援 (一般型) 自立訓練(生活訓練) (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(管理者) 山下 大介	定員(利用人数):40名
所在地:〒444-1154 愛知県安城市桜井町咽首197番地	TEL 0566-99-9770

③総評

◇特に評価の高い点

平成21年4月に開設した通所型の障害者支援施設で、真新しい明るく広々とした雰囲気が印象的な施設である。開設後直ちにISO9001を導入し、隣接した土地で10年ほど前に事業を開始した入所施設(ハルナ)のノウハウを活かした運営を行っている。

「生活介護」の支援に潤いを持たせるために、また「自立訓練」の一環としてアート(絵画・織物)に力を入れており、専門のスタッフを置いて指導を行っている。隣接する施設からも希望があればアートクラブに受け入れており、施設の有効活用を図っている。また、手作りパン・喫茶コーナー(ラニ・カフェ)も定期的に開催して地域とのふれあいの場となっており、利用者の励みになっている。

開所から日が浅いにもかかわらず柱となるテーマ・作業も定まり、支援は順調に経過中であることが伺える。今後はさらに、利用者それぞれが自由に才能を発揮して、「生き甲斐を見つけたい場所の提供」を目指した支援が続けられて行くことを祈りたい。

◇改善を求められる点

各種規定・マニュアル、法人理念、利用者支援の基本方針は整っているが、法人の中・長期計画である定員充足に向けたより具体的な事業計画の策定が望まれる。

サービスの標準化した手順は、ISO9001の定めに従って作成されている。この中に、「見直しを実施する」との記述はあるものの、その見直しの方法について詳細に文書化されたものはなかった。

地域生活への移行支援については、企業に職場実習を積極的に依頼するなどの取り組みを行っている。しかし、経済情勢の低迷もあって、事業所の取り組みに比例した成果を見るには至っていない。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

今後も地域や行政と関わりを大切にし、各分野(アート・就労・授産製品)の向上を目指し、施設を運営していきます。また、指摘された事については、見直し改善を行います。

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

法人理念・施設基本方針は、明文化して施設内に掲示しているほか、パンフレットやホームページにも掲載している。職員には基本理念・品質方針を記載した「品質カード」を配付し、支援の行動指針として活用している。
事業所開設から日が浅いせいか、利用者・家族への周知は十分とは言えず、今後の取り組みに一層の工夫を期待したい。

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

定員(40名)充足を目標に、この達成を中長期計画としているが、計画達成に向けたより具体的取り組み(事業計画)の策定が待たれる。
単年度事業計画は部門ごとに目標と方針を掲げ、検討を重ねて策定している。利用者等への周知は3ヶ月ごとの支援計画作成時の面談の際に計画の説明周知を行っている。

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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

法人の運営規定に管理者の役割・責任等が明文化してある。法令遵守に関しては機会あるごとに研修会や講習会に参加し、理解のための取組を行っている。
週1度、会議を開いて利用者の支援情報の交換を行っている。業務終了時の終礼で出た重要事項は遅滞なく会議に諮って検討しており、質の向上に向けた取組意欲は高い。

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

定員充足を中長期計画にも掲げ、機会あるごとに各方面への働きかけは行っているが、実現には至っていない。
開所して日が浅いため、各種会議に諮って意見聴取を行っている。改善課題を話し合い、いろいろな挑戦が行われており、取組みへの分析・評価も行われている。
開所2年目にして、評価機関の継続受審を受けており、品質向上に向けた意識は高い。

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	㉠ ・ 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	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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

<p>毎年2回(6, 12月)全職員の自己評価が実施されており、5段階査定を行って人事考査し、処遇・給与面に反映させている。自己評価結果と食違いが大きい場合は、管理者が個別に面談して説明し、フォローしている。</p> <p>年間研修計画に基づいて該当職員を研修に参加させている。受講者は合同会議において受講報告を行い、全職員への周知を図っている。</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	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

<p>緊急時対応マニュアルに基づいて連絡網を整備し、ヒヤリハット委員会を設置して発生事例を検討・分析し、職員会議で発表して再発を予防するなど万全を期している。</p> <p>年間行事計画に防災訓練が盛り込んであり、防災マニュアルに基づいて消火・避難訓練を定期的実施している。避難訓練実施に際しては、実施日(曜日)を工夫して利用者全員が体験できるよう配慮を行っている。</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	① ・ 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

<p>毎年秋に隣接施設と合同で「祭り」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、地域住民の来場を呼び掛けている。地域の催事にも積極的に参加して自家製品の販売を行っている。施設内で週1回喫茶店(ラニカフェ)を開店し、利用者が接客を行って地域住民との交流を図っている。</p>

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

<p>「利用者を尊重したサービス提供」という共通理解をもつための個別支援計画作りに努めている。利用者の話し合いの場である「おたのしみ会」を毎月開催し、利用者から出た意見・希望について、実現できるものについては積極的に取り入れている。また、保護者面談時には保護者からの意見・意向を聞き取り、利用者満足度の向上に努めている。苦情解決の仕組みについては、マニュアルを整備し明示しているほか、意見箱の設置や第三者に直接メール・電話ができる仕組みにして意見を述べやすい環境整備をしている。</p>

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	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

定期のサービス担当者会議、ラニハルナ会議で全体的なサービス内容についての評価を行う体制になっている。提供するサービスについては、手順書により標準的な実施方法が文書化されている。見直しの仕組みについては、現在は文書化されていないが、ISO9001の取組みによって、年1回の見直しが取り決められている。

サービスの実施状況は、勤務日誌・個別支援計画等のモニタリング記録等で適切に記録されている。また、個人の記録管理に関しては、個人情報保護機密管理規定により管理している。

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・パンフレットを作成し、情報提供している。施設見学等については、すべてのサービスを体験してもらう取り組みが行われており、随時対応・実施している。また、サービス開始時には、契約書及び重要事項説明書を用意し、読み合わせ・口頭説明を行い同意を得ている。

契約書・重要事項説明書には、サービスの継続性について記載があり、事業所の変更等について配慮された対応を行っている。

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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

<p>アセスメントに関する手順については、フローチャートで明示している。</p> <p>サービス実施計画については、本人の意向や保護者の意見を個別支援計画に反映するための意見聴取を行い、計画を策定している。また、3ヶ月毎にモニタリングを実施し、評価・見直しを行っている。地域生活への移行支援については、企業に職場実習を積極的に依頼するなどの取り組みを行っている。しかし、経済情勢の低迷もあって、事業所の取り組みに比例した成果を見るには至っていない。</p>
--

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

意思表示が難しい利用者に対しては、文字盤等を利用して意思を伝える工夫がされている。また、アートプロジェクトを立ち上げ、利用者が自由にアートに取り組める環境が整備され、日課表によって、利用者が自力で行う日常生活上の行為を職員で共有するなど、支援の体制が整備された。サービス担当者会議で検討した利用者個々のニーズに基づいた個別支援計画を作成し、エンパワメントに配慮した取り組みが行われている。

食事支援、排泄介助に関する支援、健康管理・服薬支援等については、手順書に沿って適切な対応をしている。

食堂のテレビは自由に見ることができ、2階のアトリエの雑誌は自由に利用できるようになっている。