

〔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:	愛知県社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価事業所 (認証番号:24地福第3-1号)
訪問調査 実施日:	平成26年11月6日(木)

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 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 野村 和恵	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 ・閑静な田園地帯にあり、安城特別支援学校も隣接しており、同法人の障害者支援施設「ハルナ」、グループホーム「若葉」、児童養護施設「なかよしこよし」も近くにあり、事業所間でうまく連携されている。 ・平成26年2月にはISO9001:2008を取得しておりマニュアル等の管理システムや継続してサービスの向上に努めるシステムがされている。 ・施設の中はとても清潔に保たれており生活介護・就労継続B型事業のそれぞれグループは個々に合わせて支援がされている。自閉症の方には個々に区切られたスペースが用意されており、そこで絵や貼り絵等のアート創作活動に集中できるよう配慮されていたり、生産活動ではゆったりとしたリズムで個々に合うように作業工程を分けて取り組んでいた。 ・就労継続B型事業は、少ない人数の中でも職員の工夫により適正な作業を提供していた。 ・職員の情報共有に力を入れており、法人内はパソコンのLANでつながっており、瞬時に情報が共有化でき、個々の携帯電話にも一斉に情報が送信されてリスクの減少に努めている。 ・利用者や家族が意見や要望を表出できるように、定期的な面談、アンケート調査、「楽しい会」、苦情受付ボックスの設置等、機会を多く設定している。相談や意見が述べやすい環境を整えていることにより、十分なアセスメントができ、利用者の主体的な活動を増やすことにもつながっている。 ◇改善を求められる点 ・地域の福祉ニーズの把握として、特別支援学校等との定期的な話し合いや育成会等の障害者団体との連携を強化されると良い。 ・職員の質の向上として、求められる専門技術の水準や専門資格の取得等の教育・研修として具体的に明示されると良い。 ・利用者の記録について、個人のファイルには日々の記録は綴っていないが、経過をみるためには一人ずつの記録も要するため、様式を検討するとよい。 ・公共施設等、多数の人の目に触れる場所にパンフレット等は置いていない。また、パンフレットには各事業所の説明等はなく、どうの方が利用できるのかも含め概要を説明する書類をはさむ等、整備することを検討されるとよい。 ・大きなガラス窓に囲まれた壁面等は、光が多く入り、開放的な空間を作っているが、手すりがなく立ち上がりや移動の際に、職員の介助を必要とする場面が見られた。利用者の自立支援のためにも、今一度、環境整備について検討されたい。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審したことにより、日々の業務の見直しを、職員全体を通して行うことができ、大変よい機会となりました。あたりまえになってしまっていることを、客観的な視点で審査をして頂き、改めて感じる、気づくことができました。

ご指摘頂いた点、課題について、職員一丸となり一つずつ改善し、よりよいサービス提供ができるように努力していきたいと思えます。

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。

(別添)

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	a ・ ㉔ ・ 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	㉑ ・ 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	㉑ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

・基本理念「明るく仲良く楽しく」が明文化されており、パンフレット、事業計画、品質カード等に記載してある。使命や目指す方向や考え方は基本方針に記載されている。理念にも基本方針にある法人の使命や基本的な考え方を記載する等検討されると良い。
・利用者・保護者にわかりやすく文言や伝達方法を工夫されると良い。

Ⅰ-2 事業計画の策定

			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 ・ ㉔ ・ 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 ・ ㉔ ・ 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	㉑ ・ b ・ c
	Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	障 8	㉑ ・ 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 ・ ㉔ ・ c

評価機関のコメント

・中長期計画として、次年度にグループホーム建設の計画が挙げられているが中長期計画としては見直しの時期になっているため不十分である。
・3～5年後のビジョンを明確にし、見直した上で事業内容を検討されると良い。

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	㉠ ・ 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品質マニュアルに明記しており、管理者会議での検討を経て各事業所職員に対する役割と責任を表明している。
 ・質の向上のためにISO9001、2008認証取得など積極的に取り組んでおり、ヒヤリハットを全職員にメール配信するなど情報の共有化を図っており、業務の改善点を職員全員に周知、指示を行っている。

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	a ・ b ・ ㉡

評価機関のコメント

・昨年度途中において就労移行支援事業の廃止をする等、利用者数の利用率や動向を把握して各種会議において改善すべき課題の分析見直しを行っている。

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 ・ ㉢ ・ 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	a ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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 ・ ㉡ ・ 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、積極的な取り組みをしている。	障 24	㉠ ・ b ・ c

評価機関のコメント

・障害者雇用の面からも経験年数や資格保有の状況把握について今後検討されると良い。
・職員一人ひとりにあった研修に参加させて個々の技量アップに努めているが、それぞれの職員の技術や知識を分析して研修計画を策定する点では不十分である。
・実習の受け入れについてのマニュアルは、細かく記載されており体制は整備されている。

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

・緊急時の事故や、感染症等の具体的なマニュアルが整備されており、安全確保の体制が整備されている。
・災害時に対応するBCP計画を策定会議を通じて策定している。利用者の安全確保のための抜き打ちの訓練等を行い、安否確認や家族への引き渡し方法等について取り組んでいる。

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 利用者と地域とのかか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	a ・ ㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

・毎週水曜日に施設内にて「BONHEUR」を営業し、地域の方に利用されている。地域の祭りにも積極的に参加している。
・絵や創作活動に係るボランティアを受け入れており、ISOマニュアルで詳細に整備し体制を確立している。
・地域の福祉ニーズの把握として、特別支援学校等との定期的話し合いや育成会等の障害者団体等との意見交換などされると良い。

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、取り組みを行っている。	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

・利用者を尊重したサービス提供については法人の基本方針に明記されており、全職員が常に携帯している。各種マニュアルを整備したうえで、権利擁護、虐待防止、接遇の研修を行っている。
・「利用者の満足に関する調査」を年1回実施し、分析・検討をし、各要望に対応している。生活介護は半年に1回、保護者や本人と面談をおこなっている。
・苦情があった場合は、苦情解決マニュアルの手順に従い、1週間以内に苦情解決方法を決定・実行し、全職員に周知している。

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 評価の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

・課題の抽出及び改善策・改善計画を立てて実施している。年度目標に加えて改善することもある。
 ・各種マニュアルが整備されている。入職時にマニュアルの説明がある。事務所に保管されており、職員は迷ったときに確認している。
 ・ケース記録は、その日利用した利用者全員について記載できるシートになっている。個人のファイルには日々の記録は綴っていない。経過をみるためには一人ずつの記録も必要であるため、様式を検討されるとよい。
 ・月1回の会議で全利用者の状況を共有している。
 ・個別支援計画は職員全員に周知され、必要な内容は社内掲示板(タスカルンバ)や携帯メールで最新情報を発信している。

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

・ホームページ等で情報を提供しているが、公共施設等、多数の人の目に触れる場所にパンフレット等は置いていない。
 ・パンフレットには各事業所の説明等はなく、どういう方が利用できるのかも含め概要を説明する書類をはさむ等、整備することを検討されるとうよい。

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	㉠ ・ 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

・管理者とサービス管理責任者が入所前や定期的な面談(本人と家族等)を通じて、アセスメントをおこなっている。
 ・管理者・サービス管理責任者は、まず、利用者と関わりの多い職員から今までの状況報告や今後の支援について情報収集を行う。その後、本人・家族等と面談をし、要望を踏まえて計画書を作成し、同意を得ている。

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	a ・ ㉡ ・ 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	a ・ 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 ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	a ・ 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	a ・ b ・ c
	Ⅲ-5-(5)-② 衣服の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	a ・ 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	a ・ 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 ・ 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	a ・ 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	a ・ 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	a ・ b ・ c

評価機関のコメント

・個別面談では「やってみたいこと・やりたい作業等」を聞き取り、本人の想いを大事にし活動を考えている。
・職員は使いやすい道具や工具を作り、一人で安全にできることを増やしている。
・自力でできることを増やせるよう作業メニューを考えている。確実にできるようになれば、徐々に難しい工程へとすすめていく。
・アレルギーの有無、きざみ食、ミキサー食、おかゆ等、要望を含めてアセスメントしている。具体的な身体状況に応じて個別支援計画にいれ、食事が提供されている。
・清掃担当職員を中心に、品質マニュアルを理解したうえ掃除をし清潔を保っている。一部、利用者も掃除をおこなっている。
・生活介護事業の利用者は、朝自宅で検温する習慣を身につけ報告してもらう。就労継続支援の利用者は施設で自分で検温している。