

〔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27年1月21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)ハルナ	種別:(施設種別) 障害者入所支援施設 (基準の種類) 障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長) 春木 恵美	定員(利用人数): 50名
所在地:〒444-1154 安城市櫻井町咽首195番地	TEL: 0566-99-9860

③総評

◇特に評価の高い点 ・法人による体制が整えられ、サービスの提供や手順書の整備が充実している。 ・管理日誌に記載されている内容も含め、日々の利用者の状況の把握と変化など、職員間で共有されている。管理日誌が十分にその機能を果たし、充実したものとなっている。 ・職員会議が定期的開催され、非常勤職員も含めている。情報の共有化や、支援計画等の検討もされており、職員の質の向上が図られている。 ・ハルナ会という当事者の自治組織がつくられ、利用者がその意向や希望を忌憚なく表出できている。そうした場面で出された意向や希望に個別でも対応しており、満足のいくサービス提供となっている。 ・隣接する養護学校等と緊密な関係を築くとともに、地域の障害児・者の福祉ニーズに応え、様々な事業を積極的に展開している。
◇改善を求められる点 ・法人本部機能が確立している反面、事業所の管理者における会計スキルの向上が求められる。 ・個々の障がいの特性に応じて、作業内容に創意工夫がみられた。日々同じ作業を繰り返すことにより、生活のリズムが保たれている。作業が単調にならないような工夫、検討が期待される。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

◎新会計基準は十分に理解できておりますので、会計上の問題は生じないと思います。 ◎ISO9001で確立した顧客満足度向上を目指すしくみをご評価いただき、励みになります。 ◎改善を求められた点について ・事業計画については、目標を始め、全項目について平成27年度分より職員参画した上、立案いたしました。 ・日常業務の中での管理者の責務を、更に精度をあげて、果たします。 ・活動内容の見直しも行い、利用者様のご希望を実現するために引き続き様々な行事・活動を予定しました。より楽しめる行事・活動へ参加していただくことで、利用者様満足度を上げるよう努めます。
--

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」と分かりやすい表現で理念がまとめられ、職員、利用者にもよく周知されている。
 ・基本方針も理念に基づき確立されており、職員に周知されている。利用者向けには、わかりやすい表現を用い周知されるように努めることが望まれる。

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	Ⓐ ・ 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	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	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

・職員参画のもとに中・長期計画は作成されている。中・長期計画と事業計画の関連性が明確になるとさらに良い。
 ・事業計画を噛み砕いて利用者にもわかりやすく表現した文書などを作成し、丁寧に説明されることが望まれる。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ c

評価機関のコメント

・法人本部機能がしっかりしている半面、事業所管理責任者がその役割と責任において、不明確になっている傾向がある。
 ・自分が管理する事業所の会計状況を的確に把握することが、経営や業務の効率化と改善の必須条件となると思われるので、管理者会議等を通じて、その責任に見合うよう理解を深められるシステムへの改善が望まれる。

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	a ・ ⑥ ・ 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	a ・ ⑥ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

・外部監査は第三者機関を通じて積極的に行われ、ISOの認証を得ているが、管理責任者が、事業経営を取り巻く環境や、経営状況を理解できるよう、法人全体での組織体制を見直し、管理者のスキルアップを図られると良い。

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	a ・ ⑥ ・ 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 ・ ⑥ ・ 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	a ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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 ・ ㉞ ・ 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	a ・ ㉞ ・ c

評価機関のコメント

・理事長によって、一人ひとりの職員の面接が行われているとのことであり、その内実を担当部署の管理責任者が理解していないという組織実態がある。
 ・職員面接には担当部署の管理責任者が立ち会う、もしくは、管理責任者が担当するというように変更することで、人材に関するプラン、職員の就業状況、意向の把握などもできてくるだろうし、個別の教育・研修の計画も立案しやすくなると思われるので、組織体制の見直しを図られることが望まれる。

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

・ISOの認証を取得しており、品質管理マニュアルカードを各職員が持ち、利用者の安全管理は特別に優れたものとなっている。

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	Ⓐ ・ 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

・地域の障害児・者の福祉ニーズに応じて、様々な事業を展開されており、中・期計画でも新たな施設整備も計画に掲げられている。
--

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

・利用者本位の姿勢が明示されるとともに、実際のサービス提供場面において実施されている。 ・「ハルナ会」という当事者の自治組織がつくられ、個々の利用者の意向や希望を出し、これに応えた個別のプログラムなども豊富に提供されている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・法人内部監査による、指導的な役割が反映され、質の向上や利用者本位の優れたサービスを提供している。
- ・提供するサービスについての標準的な実施方法についても、日頃の中での支援を明確にし、手順書として文書化している。
- ・見直しについても基準を定め、全職員及び非常勤職員に至るまで、会議の中で検討され周知されている。
- ・記録についても、日々の勤務日誌において、個々の利用者の状況が詳細に記され、周知されている。
- ・管理についても、十分管理され、個人情報の漏えい防止の維持に努められている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c

評価機関のコメント

- ・相談事業所と連携を取りながら、サービスの提供について具体的な説明を行い、利用者や家族へ理解が図られている。
- ・随時の施設見学も積極的に行われている。
- ・サービスの継続性についても、定められた様式ではないが、利用者の優れた面を重視し、細かいところまで記録されており、移行への配慮がなされている。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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 ・ ② ・ c

評価機関のコメント

・統一された様式に基づき、利用者の身体的、特徴等を明確にし、担当者が策定したものを職員間で供覧、繰り返し訂正しながらより充実したものへと見直されている。
 ・実施計画は、利用者や家族の意向を個別懇談会の中で把握し、総合的なものとなっている。見直しについては年2回を基準と定めるほか、必要に応じて随時行われている。
 ・利用者の地域移行について課題が山積するため、難しい状況にある。移行できる可能性がある人へは積極的に対応されることが望まれる。

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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ 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	① ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	① ・ 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	㉠ ・ 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	a ・ ㉠ ・ 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 ・ ㉠ ・ c

評価機関のコメント

・食事、入浴、排泄については、個人の障害に合わせて対応し、気持ちを大切にしている支援が、日々の繰り返しの生活の中で行われており、利用者は尊重されている。

・個人を尊重することが、職員や利用者の中で築き上げられている。

・健康管理においては、看護師を中心に毎日チェックされている。病院のリスト化を行い、安心できる体制が整えられている。

・土、日曜日は余暇時間を設け、職員が見守る中で、利用者が存分に自分の好きなことや、心地く過ごせるように配慮されている。

・新聞、雑誌の購読、嗜好品の購入については、利用者が主体的に活動するハルナ会を通じて、利用者の意向が反映されるよう働き掛けられることが望まれる。