

## 愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 スニックス

### ②施設・事業所情報

名称：ハルナ	種別：障害者入所支援施設	
代表者氏名：管理者 春木 恵美	定員（利用人数）：50名（48名）	
所在地：安城市桜井町咽首195番地		
TEL：0566-99-9860		
ホームページ： <a href="http://www.seiseikai.or.jp/">http://www.seiseikai.or.jp/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 平成 11年 6月 7日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 聖清会		
職員数	常勤職員： 13名	非常勤職員： 16名
専門職員	社会福祉士： 2名	臨床心理士： 1名
	精神保健福祉士： 2名	介護福祉士： 6名
	看護師： 2名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)
	個室・2人部屋：35室	ダンス・ベッド他

### ③理念・基本方針

〈理念〉  
 明るく 仲良く 楽しく  
 〈基本方針〉  
 ・利用者様の意思を尊重して「かけがえの無い存在」になるよう努めます。  
 ・社会の法令を遵守し、要求事項への適合を確実にします。  
 ・地域に貢献し、信頼される施設を目指します。  
 ・ニーズを把握し「何ができるか」を常に考え「ハルナを利用して良かった」と実感していただくサービスを提供していきます。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

・生活介護、施設入所支援に加え、ショートステイや日中一時支援事業も実施され、地域の障害福祉ニーズに対応されている。  
 ・建物は落ち着きのある近代的なイメージで、居室（個室、2人部屋）や回廊、作業室などの生活スペースは窓が大きく開放的な造りとなっており、明るく、清潔感と共に安心と快適が感じられる環境にある。  
 ・サービスの質の向上に対して積極的に取り組み、利用者本位のサービス提供に努めている。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 9 月 1 日 (契約日) ~ 平成 30 年 3 月 27 日 (評価決定日)  【平成 29 年 12 月 6 日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	8 回 (平成 28 年度)

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

- ・法人による管理体制が整備されており、各施設が連携を図り、協力体制のもとで事業が展開されている。
- ・ISOの導入や、積極的な第三者評価の受審など、利用者満足度やサービスの質の向上に対して意欲的に取り組まれている。また、手順書やマニュアルが整備され、職員はポケットブルな資料を携帯し、同一基準に沿ったサービス提供に努めている。
- ・利用者の状況をはじめとした、様々な情報の共有化に向けた取り組みが充実しており、職員間での周知が図られている。特に『ほうれんそうメモ』という施設独自の共有方法を効果的に活用し、些細なことでも漏れがないよう努めている。
- ・利用者の要望や速やかな検討が求められることに関しては、朝礼時間を活用し迅速な対応に努めている。
- ・自治会組織「ハルナ会」があり、利用者主体の運営が行われており、職員は円滑な運営をサポートしている。日常生活での意見や希望、苦情、問題などについて確認し、職員は利用者のニーズを最大限取り入れるよう取り組んでいる。
- ・施設長は、管理職という視点に加えて、職員サイドに立った視点も大事にされており、気軽に声を掛けるなど積極的にコミュニケーションを図り、開放的な組織運営に努められている。

#### ◇改善を求められる点

- ・地域との継続的な交流や公益的な取り組みについても検討され、地域の拠点となる事業所運営に期待したい。
- ・利用者の高齢化等、日々変化する状況に対応できるよう随時検証を行い、さらなるサービスの質の向上や環境整備に努められたい。

### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様に、満足して頂けるような環境、活動内容等日々努力して行き、サービスの質の向上に努めて行きます。

### ⑧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。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する

### 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・周知されている。			
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	障1	a	b・c
<コメント> 「明るく 仲良く 楽しく」という法人の理念については、法人のホームページや、施設内に掲示されている。また、理念が入った「ハルナのうた」が利用者の居住スペースにも掲示され、毎朝歌うことで職員だけでなく利用者への理解にもつなげるなど、幅広く周知するための取り組みがされている。			

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	障2	a	b・c
<コメント> 施設長は毎年、利用者、保護者に対してアンケート調査を実施し、福祉のニーズや提供しているサービス状況について把握され、法人の管理者会議で情報の共有化に努めている。今後は、社会環境の変化や地域での需要など、さらに踏み込んだ情報収集や分析等をされ、法人への提言に期待したい。			
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	障3	a	b・c
<コメント> 法人内の各施設長は経営課題の情報を共有し、施設において課題等を職員に伝えたり検討したりする仕組みはある。ただし、課題に対する具体的な取り組みとなると、やや消極的な姿勢は否めない。法人と連携し、施設長という立場での積極的な取り組み姿勢に期待したい。			

#### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	障4	a	b・c
<コメント> 法人と協議し、中長期計画は策定されているが、計画に基づいた収支計画の策定は十分とはいえない面もある。法人の収支計画に準じた、施設の中長期における収支計画策定も検討されたい。			
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	障5	a	b・c
<コメント> 中長期計画に沿った形での事業計画が策定されており、前年度の振り返りに基づいた当該年度の重点項目（目標）も設定されるなど、具体的な計画となっている。			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	障6	a	b・c
<コメント> 職員による前年度の見直しが実施されており、検討を踏まえた内容が計画策定に反映され、職員への周知も図られている。			
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	障7	a	b・c
<コメント> 年1回開催の保護者との面談日に事業計画について話されているが、資料の配付はなく口頭での説明にとどまっている。年度の重点項目を盛り込み、保護者にも理解しやすい資料の作成と配布を検討されたい。			

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	障8	a	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOを導入されていることもあり、サービスの手順が明確になっており、定期的な見直しが図られている。また、手順書、マニュアルの落とし込みやチェック体制も仕組みとして確立され、職員への周知も徹底されている。</p>			
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	障9	a	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>課題については、毎月開催されている法人の会議で検討されたり、施設での部門会議で協議されたりしている。今後は、評価結果の分析、課題の抽出、具体的な改善策などを文書にするなど、明確な形で周知されることに期待したい。</p>			

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	障10	a	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、ISO品質マニュアルで品質に関する責任者として明記されており、具体的な役割や権限が○印で示されているため、職員への周知も図られている。</p>			
II-1-(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	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISO品質マニュアルにおいて、法律を厳守することが明記され、その事は職員へも周知されている。関係する法令等についてはファイルとして作成されており、部門会議等においても周知されている。今後は、法令の内容や対応などについて具体例などを示しながら、職員の理解を深める取り組みに期待したい。</p>			
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	障12	a	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ISOの導入や積極的に第三者評価を受審するなど、サービスの質の向上に向けた取り組みを実施している。また、施設長は職員とのコミュニケーションを図り、職員の声や思いを汲み取るなど、職員が意見を出しやすい環境づくりにも努めている。</p>			
II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	a	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営面については法人主導の体制にあるため、経営改善や人事労務などについては、やや受け身的な立場であるが、施設内の業務改善等に関しては積極的に取り組んでいる。今後は、法人と連携を図りながら、人事・労務等の経営面に関しても積極的に参画されたい。</p>			

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	障14	a	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員採用等の人材確保面については、法人が一括して行っているが、必要な情報や施設長としての意向は法人へ提言している。法人自体は、人材確保・定着・専門職の配置などに関する人事管理面の方針が明確になっており、具体的な取り組みが実施されている。</p>			

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。		障15	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員が次のステップに進むための要件が明確になっており、キャリアパスの仕組みをもとに、考課する仕組みが整備されている。具体的には、職員個々の職務遂行能力や成果、貢献度などを考課し、質の向上につなげている。</p>			
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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		障16	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が職員の就業状況を把握し、ワーク・ライフ・バランスを意識した職場環境作りに努めている。年次有給休暇の他に年末や夏季の特別休暇などが整備されており、希望に沿って休みが取れる体制にある。施設長は職員の意向などを把握したり、相談しやすい雰囲気づくりに配慮されており、職員のヒアリングにおいても確認できた。</p>			
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		障17	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々に目標を設定し、振り返りの機会も設定されている。特に新人職員は、3か月に1度自分自身の業務等を振り返る機会があり、課題の設定や改善に向けて取り組んでいる。</p>			
Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		障18	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、職員研修に関する基本方針や研修計画が策定されている。新人職員に関しては、部門別にカリキュラムが設定されており、研修講師は理事長や施設の主任が務めるなど、法人としての研修体系が明確になっている。</p>			
Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		障19	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の状況に応じた研修計画が策定されており、内部研修の他外部の研修にも積極的に参加させるなど、職員一人ひとりの資質の向上に努めている。また、資格取得に関しても推進されており、OJTの仕組みも整備されるなど、法人としての取り組み内容が明確になっている。</p>			

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		障20	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れについては、手順書に添った対応がされており、実習生への指導も適切に行われている。今後は、指導内容のさらなる充実や指導者の質の向上に向けて、実習指導担当者等の研修体制の整備にも期待したい。</p>			

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		障21	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人及び事業所のホームページやパンフレットに、理念や基本方針が掲載されている。第3者評価の受審は毎年行っている。地域や関係機関に対しても、行事案内だけでなく運営に関する情報を公開し施設への理解に繋がりたい。</p>			
Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		障22	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経理や取引等について、年1回内部監査が実施されている。また、ISO取得で運営や会計管理体制に関するチェックや指導・助言を受け、公正かつ透明性の高い適正な経営、運営に努めている。運営規程に職務分掌と権利、権限が明文化されている。</p>			

## II-4 地域との交流、地域貢献

		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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	障23	(a) ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者向けに、生活スペースに「行事のお知らせ」を掲示し、地域のイベント情報を提供している。施設が年1回開催する「ハルナフェスタ」では町内回覧で住民の参加を呼び掛けたり、地域の祭りでは神輿のコースに施設を経由してもらおう等、利用者と地域の人々との交流の機会を設けている。また、近隣の福祉センターホールでは、カラオケを楽しんだり、買い物で購入したおやつを食べる際に利用するなど、地域の資源も日常的に活用している。</p>			
II-4-(1)-② ボランティア等の受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24	a ・ (b) ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアの受け入れに関するマニュアルが整備されており、複数の大学の実習生を受け入れている。また、地域の中学校より職場体験の依頼があれば受け入れる方向である。今後は利用者との交流や、利用者の余暇活動に関係する日常的なボランティアの受け入れも検討されたい。</p>			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	障25	a ・ (b) ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、市内の関係機関や団体とのプロジェクト会議に出席しており、社会資源に関する情報は報告書を回覧したり、必要に応じて会議で検討する等、共有化が図られている。地域のネットワークの要としての役割が担えるよう、会議で話し合われた内容の具体化に期待したい。</p>			
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	障26	a ・ (b) ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域療育事業の研修会を実施したり、地域の炊き出し訓練に参加している。事業所の特性や専門性を活かし、ショートステイや相談支援事業にも取り組み、多方面にわたるニーズ対応に努めている。今後は、多様な機関と連携して、障害福祉サービスの更なる地域還元に向けて取り組まれ、地域の活性化やまちづくりに貢献されたい。</p>			
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	a ・ (b) ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>民生委員が参加する会議や相談支援事業所からの依頼・紹介で、地域の在宅障害者の福祉ニーズの把握と支援に努めている。利用者本人の高齢化や重度化、家族の高齢化といった課題や福祉ニーズをふまえ、地域貢献の立場からも施設独自の取り組みを検討されたい。</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 利用者を尊重した福祉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28	(a) ・ b ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供が共通の理解で支援できるよう、定期的な評価や振り返りを行いながら対応を図っている。また、職員は利用者の尊厳や基本的人権の配慮について、内部・外部研修によりその内容を十分周知している。手順書は1年に1回見直し、実践に反映されるよう取り組んでいる。</p>			
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	a ・ (b) ・ c	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、共通の理解となるよう研修や会議の中で意識付けを図っている。また、個人の権利擁護の側面から写真やデータは厳重に管理されている。今後は、不適切な事案が発生した場合を想定し、対処方法について検討され、整備や周知を望みたい。</p>			

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	障30	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者に対して、サービス選択に必要な情報はホームページや、随時渡せるパンフレットを通じて提供している。施設見学やショートステイのお試し体験なども、希望に応じて対応している。今後は写真やイラスト等をさらに活用され、利用者にもわかりやすい内容の資料作成を検討されたい。</p>		
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	障31	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの開始・変更時には、個々のレベルに合わせ言葉遣いや、工夫した資料を用いて説明し、利用者の自己決定を尊重している。今後は、意思決定が困難な利用者への配慮や工夫等の検討も望みたい。</p>		
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障32	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の変更や家庭への移行は、具体的な記録を確認しながら相談支援事業所との連携を図り、すすめていくという手順が定まっている。また、サービス利用が終了した後も、担当者や相談支援事業所が関わり、継続性に配慮した対応が行われる仕組みが整備されている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	障33	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>担当者との1対1の外出などを通じて得た利用者の満足度に関する情報を、職員間で共有している。自治会組織「ハルナ会」を毎月実施し、意見や希望を聴取している。今後は、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画で検討会議を実施したり、家族会等保護者の声を聴く工夫を検討されたい。</p>		
Ⅲ-1-(4) 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-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	障34	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内に苦情解決の仕組みを表したものが掲示され、意見箱が玄関に設置されている。苦情相談内容に基づき、職員へヒヤリハットとして周知され、サービスの向上に活かされている。苦情内容の分析・対応策・改善への取り組み方法や家族や利用者へのフィードバック方法、プライバシーに配慮した公表等の検討が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	障35	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自治会組織があり、利用者が意見や要望を出し、職員にも周知されている。出された意見は検討し、日常生活に反映されるよう取り組んでいる。集団の中では意見を述べにくい利用者もみられるので、相談や意見を述べやすいように、個別対応の機会や環境の確保が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	障36	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は利用者からの意見や要望に関し、情報を共有し会議や朝礼で周知し、サービスの向上に努めている。意見の内容によっては、解決や改善に時間を要する場合もあるが、可能な限り速やかに実施し改善に繋げている。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	障37	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的に避難訓練や無断外出に対する訓練を行ったり、抜き打ちの訓練も実施し事故防止に努めている。ヒヤリハットを活用して事故発生時の対応や、安全確保に向け原因分析や再発防止策の検討を実施し、サービスの質の向上を目指している。今後は、ヒヤリハットと事故を分けて、集計や分析することで更なる事故防止への取り組みに期待したい。</p>		

Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	障38	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症のマニュアルが整備され、定期的な見直しが行われている。感染の発生が予想される前に勉強会を開催し、職員に周知徹底するなどの管理体制が整備されている。今後は、感染症が発生した場合の更なる対応策の検討と感染拡大防止策の充実が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	障39	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時における備蓄品は整備されており、起こりえる様々な災害を想定し、安全確保のための避難訓練が行われている。今後は、法人全体で協力体制を構築するなど、利用者の安全・安心に向けたさらなる体制整備に期待したい。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	障40	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>提供する福祉サービスの実施方法が、手順書として整備されており、各職員が取り組むサービスに大きな差異が出ないように取り組んでいる。特に、職員は携帯できる資料を基に、手順書に沿った適切なサービス提供に努めている。</p>		
Ⅲ-2-(1)-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41	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>手順書は毎年見直しをしており、毎朝の朝礼や月に1度開催される部門会議において、実施方法の検討をしている。検討内容についての記録は残していないため、今後は全職員で共有出来るよう議事録として残し、回覧をされることを望みたい。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	障42	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者と担当職員にて、利用者や家族の意向を盛り込み、利用者の能力を充分アセスメントして計画を策定している。利用者や家族の同意を得て職員全員への周知を図っている。利用者の状態や障害の進行に応じて改善を行う等、標準的な実施方法については定期的に見直しされている。改善案は職員で共有し、実践に活かしている。</p>		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	障43	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が3か月に1度、担当職員から計画の内容を書面にて確認、報告を受け、報告内容を6か月後のモニタリングの際に活用する仕組みが整備されている。検討事項がある場合は、部門会議・朝礼を活用して検討している。利用者への説明後に、同意のサインを貰うなど適切な対応がとられている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	障44	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>勤務日誌等の記録を回覧することで、利用者の情報を共有している。また、『ほうれんそうメモ』で利用者に関する些細なことでもメモする仕組みがある。このメモは職員間で共有されており、モニタリングの際にも反映されている。</p>		
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45	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>勤務日誌等の記録は2か月毎にファイリングして、事務所に保管している。電子データは法人共通のパスワードにて管理されており、パスワードは月に1回変更されるなど、管理体制が整備されている。個人情報取り扱いについては利用者・家族に説明をして手順書に沿って実施している。</p>		

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果	
A-1-(1) 自己決定の尊重			
A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	障46	a	ⓑ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者自治組織「ハルナ会」を月に1回開催し、利用者同士で『今月の目標』を話し合い決定している。また、司会や書記、進行も利用者が役割として担っている。多種多様な作業、行事を設けており、利用者の選択により参加をしている。日々の生活の様々な場面においても、自己選択・自己決定が出来る環境の定着を検討されたい。</p>			

A-1-(2) 権利侵害の防止等

A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	障47	ⓐ	· c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の権利に関するマニュアルがあり、職員間で周知徹底が図られている。また、権利擁護等に関する外部研修にも積極的に参加し、内容については部門会議や朝礼で報告し、職員間で情報の共有が図られている。</p>			

A-2 生活支援

		第三者評価結果	
A-2-(1) 支援の基本			
A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	障48	ⓐ	· b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間計画で策定されている行事の参加を利用者に確認し、費用の掛かるものに関しては担当職員と相談をして計画的に参加している。居室に設置されているタンスの引きだしには、文字や絵を貼り自分で衣類の管理が出来るような工夫がされている。自傷行為などの問題行動のある利用者に対しては、職員の一方向的な支援を避け、担当者との約束事を壁に貼り、コミュニケーションツールの1つとして活用するなど、利用者の自主性や主体性を尊重している。</p>			
A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	障49	ⓐ	· b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>視力障害、聴力障害のある利用者へのコミュニケーション方法を、職員間で検討して成功した事例があり、アセスメントを充分に行い能力に応じた様々なコミュニケーション方法を模索しながら、工夫や配慮ある支援に努めている。</p>			
A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	障50	ⓐ	· b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各職員は夜勤時に利用者の居室にて、要望などの相談に対応している。また、日中は利用者の居室を訪れ、話題を提供するなどによりコミュニケーションを図りながら、利用者からの要望や意向を確認している。必要な情報は部門会議・朝礼にて職員間で共有し、サービス管理責任者に報告もされている。報告内容によっては、看護師や家族にも報告している。</p>			
A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	障51	a	· ⓑ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、利用者個々の状況に応じて、地域への買い物外出、外部講師によるアート・音楽活動、室内での道具を使った指先運動、室内外での運動等、活動内容は多岐にわたって用意されている。今後は、利用者の希望や意向を反映させた活動の設定や内容の検討もされると良い。</p>			
A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	障52	ⓐ	· b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>多くの職員が外部の研修を受講し、専門的なスキルの獲得や支援の質の向上に努めている。受講した職員は部門会議・朝礼を報告の場として、職員間で共有し支援方法の検討や共通の理解を深めるよう努めている。行動障害など対応が難しいケースについては、業務日誌に記録すると共に、必要に応じて委託医に相談し、アドバイスや指示が受けられる体制となっている。</p>			

A-2-(2) 日常的な生活支援		
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	障53	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴は毎日設定されており、利用者の意志を尊重しながら適切に対応されている。排泄は手順書に基づき、プライバシーにも配慮しながら、個々の状況に合わせた方法で支援している。食事に関しても、食事形態や水分補給など利用者の個々のペースに応じて、提供するなど日常生活全般に渡り、個別支援計画に基づくサービス提供が行われている。</p>		
A-2-(3) 生活環境		
A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	障54	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中活動の場となる作業部屋は、明るく開放的で清潔感がある。日の当たる場所では、利用者がゆったりと過ごしており、居心地が良い場所の一つとなっている。居室は1人部屋と2人部屋があり、2人部屋の場合は利用者同士の相性も含めて検討されている。部屋の窓は大きく開放的な造りとなっており、ベッドとタンスが設置してあり、私物も自由にレイアウトされている。トイレ、浴室などを含めて、生活のスペースは快適と共に安全にも配慮されている。</p>		
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	障55	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的には、身体を動かすプログラムが毎週水曜日の午前中に設定されており、法人内のグラウンドや敷地内の庭で活動している。施設内では、居室の位置が中庭を中心にした回廊形式になっているため、中庭に布団や洗濯物を干すことが、日常的な生活訓練になっている。買い物などの外出時には、化粧、髭剃りなどの身だしなみや、身支度を整える支援を行い、社会参加への適切な対応が図られている。これらは個別支援計画に盛り込み、定期的に見直しを実施している。</p>		
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	障56	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎朝の検温、毎月の血圧・体重測定、年2回の健康診断の実施により、利用者の健康状態の把握に努めている。体調の優れない利用者については、赤字で記録をして職員間で状態の把握に努め、看護師が必要な対応をとっている。看護師不在の際は、看護師資格を有している施設長が対応することもある。状況によっては委託医に連絡、指示を仰ぐ体制が出来ている。健康状態で気になる点は、勤務日誌やほうれんそうメモを活用して職員間で共有している。</p>		
A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	障57	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>投薬については、看護師が投薬カードと一緒にセットした薬を、手順書に沿って服薬の介助をしている。投薬カードと薬を3回確認するなど、誤薬回避への対応も徹底している。医療的ケアが必要な利用者は現在は受け入れていないが、今後の可能性も視野に入れ勉強会の実施や体制の整備について検討されたい。</p>		
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	障58	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会性を養う機会として、法人内のイベントや町内のイベントへ参加したり、地域の喫茶店、買物等の外出の機会を設けている。利用者が希望する場所への外出では、公共交通機関を利用する場合もあり、利用者の社会性の伸長に向けた支援をしている。今後は、社会参加と共に学習や芸術活動の機会なども検討され、利用者のモチベーションアップにつながる取り組みにも期待したい。</p>		
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	障59	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が、安城市主催の地域生活支援拠点プロジェクト会議のメンバーであり、施設を地域障害者の緊急受け入れ先として開放することで、地域と連携できるよう努めている。今後は、利用者や保護者の意向をふまえ、地域生活への情報提供などについて、法人内の相談支援事業と連携を図りながらより積極的な取り組みに期待したい。</p>		

A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援			
	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	障60	a ・ (b) ・ c
<コメント> 利用者の様子を伝えたり、保護者とのコミュニケーションを図る機会として、年1回全体の保護者面談会が設定されている。これ以外にも、帰省・外出の際や、必要なケースについては、状況に応じて適宜面談の機会を設けている。高齢の保護者も増え難しい状況ではあるが、保護者との関係を深め、意見や要望等を言いやすい環境を作るため、さらには施設の運営状況や情報を提供するためにも、保護者との交流頻度をもう少し増やすことを検討されたい。			

#### A-3 発達支援

			第三者評価結果
A-3-(1) 発達支援			
	A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。	障61	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			

#### A-4 就労支援

			第三者評価結果
A-4-(1) 就労支援			
	A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。	障62	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。	障63	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			
	A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。	障64	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			