

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：ラニハルナ	種別：多機能型(生活介護・就労継続支援B型)	
代表者氏名：施設長 野村 和恵	定員（利用人数）： 40名（46名）	
所在地： 愛知県安城市桜井町咽首197番地		
TEL： 0566-99-9770		
ホームページ： http://www.seiseikai.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成21年4月1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： 9名	非常勤職員 11名
専門職員	（専門職の名称） 名	看護師 1名
	介護福祉士 5名	管理栄養士 1名
	栄養士 1名	
施設・設備の概要	訓練室・作業室：3室	多目的室：2室
	相談室・食堂・事務所：3室	洗面設備：7室 便所：6室

③理念・基本方針

【基本理念】

『明るく 仲良く 楽しく』

【基本方針】

- ・利用者様の意思を尊重し、「かけがえの無い存在」になるよう努めます。
- ・福祉サービス業のプロとして安全性を追求し、使命と真心を持って接します。
- ・ニーズを把握し、「何が出来るか」を常に考え、「聖清会を利用してよかった」と実感していただくサービスを提供いたします。
- ・地域に貢献し、信頼される施設を目指します。
- ・社会の法令を遵守し、要求事項への適合を確実にします。
- ・この方針達成のため品質マネジメントシステムを運用し、評価し、見直し、いつも有効であるように継続的に改善を図ります。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 利用者様の気持ちに寄り添い、話しやすい雰囲気、安全で楽しい環境を整えています。
2. パン販売や施設内のカフェを通して、地域交流を図っています。
3. アート・音楽活動、野菜の栽培やクラブ活動等、利用者様の達成感を感じられる工夫をし、日中活動に取り組んでいます。

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15日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	6 回 (平成 28 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人は本施設の他にも、障害者支援施設や相談事業所、児童養護施設など複数の施設や事業所を運営され、地域の福祉ニーズに対応されており、施設間では連携が図られ協力体制にある。
- ・ISOの導入や第三者評価の積極的な受審などにより、利用者支援の質の向上に取り組みられており、手順書やマニュアルが整備されている。また、職員は常に『品質カード』を携帯し、「理念・方針」を職員全員に周知され、施設長をリーダーとした積極的な取り組みが見られる。
- ・施設内では、カフェを営業し、定期的に焼きたてパンの販売を行うなど地域との関わりを大切にされたり、法人のイベント「ハルナフェスタ」や施設独自の個展の開催など、地域住民や保護者との交流、ふれあいの機会を設定されている。
- ・日常の支援の質の向上や利用者の人権擁護に向けた会議、勉強会、振り返りの機会などが定期的に設定され、職員が共通の理解のもとで適切なサービス提供ができるような体制にある。
- ・利用者の満足度を高め、利用者主体の生活に向けた取り組みとして、利用者の自治会組織「楽しい会」や「なんでも相談会」があり、利用者一人ひとりの意向を尊重した支援に努めている。
- ・前回の第三者評価調査で改善を求められる項目については、組織的な課題として取り組み迅速に対応されるなど、常に前向きな姿勢で施設運営に努められている。また、施設長は職員とのコミュニケーションを積極的に図られ、働きやすい環境づくりにも配慮されるなど、現状の把握と改善に向け、指導力を発揮されている。

◇改善を求められる点

- ・「中長期計画」の策定については、具体性に欠ける点もみられる。施設としての課題や、利用者の意向も含めた実効性のある計画を策定され、数値目標も盛り込み具体的なものとなるよう望みたい。
- ・地域との交流事業は積極的に取り組まれているが、地域ニーズの把握や施設の持つ専門性や機能を活かした公益的な取り組みや事業についても検討され、地域の拠点的な事業所となるよう望みたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

日々の業務の振り返りを行う大変よい機会となりました。ご指摘いただいた点、課題について、一つずつ改善に向けて努力していきたいと思っております。ありがとうございました。

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> 理念・基本方針は明文化され施設玄関、HPに掲載してあり誰でも観ることができる。職員は、理念・基本方針が記載された「品質カード」を常に携帯し、いつでも見ることができるよう周知が図られている。利用者には、行事等を通して理念を説明し動議付けをされている。基本理念は、食堂、作業室にも掲示され誰もが目に触れることができる。			

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> 地域の自立支援協議会の通所担当者会・就労担当者会議に出席して、障害者支援の方向性や地域での課題等の状況は把握されている。また利用者には毎年アンケートを行い利用者ニーズの把握にも努めており、毎月の利用状況を把握し法人全体で情報の共有化がなされている。今後は利用者支援の向上にどのように反映するかを、職員とともに検討されることを期待したい。			
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> 法人本部の今年度の事業計画に、ラニハルナ「稼働率100%を目指す」が重点項目として掲げられ、職員全体での改善に取り組んでいる。利用率が経営上重要なファクターであり、利用率の向上に向けての取り組みに、新たな創作活動の導入等を実施して、利用率のアップを図る取り組みを引き続き検討されることに期待したい。			

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> 中長期計画については、法人本部により項目が提示されているに留められているため、今後は生活支援の利用率のアップ、就労継続支援の工賃確保や一般就労への移行など項目を整理して、具体的数値目標を設定した計画を職員全体で作成されることが望まれる。			
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> 中長期計画の項目に沿った形での事業計画が策定され、就労継続支援の利用者の工賃の目標など具体的な数値目標が設定されている。			
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> 事業計画は、職員の参画によりボトムアップによって作成され、施設長が最終判断をして策定されている。事業の見直し等については、法人管理者会議に毎月実施状況等を報告し見直しを行い、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
<p><コメント> 事業計画は、年度初めに職員から利用者の説明するとともに、理解しやすくようにルビが振ってあり、誰でも確認できるようにファイルされたものが玄関に設置してある。家族等の説明は、個別支援計画説明の面談で説明がなされている。今後は利用者、家族への理解を促進していくために、より一層、周知説明の工夫・配慮に期待したい。</p>		

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><コメント> 質の向上への取組は、ISO9001：2008を認証取得しており、毎年審査を受け法人全体の品質目標から施設目標を定めて、計画的に取り組んでいる。また、第三者評価も毎年受審され自己評価を実施されている。PDCAの取り組みにおいてのチェック体制にも問題はなく、職員への周知も図られている。</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><コメント> 評価結果を文章化して次年度の改善策に繋げているが、評価の進め方において職員間で具体的な課題を協議する機会が十分といえないことから、職員間で丁寧に取り組んでいく体制の整備を望みたい。</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><コメント> 管理者の役割と責任については、品質マニュアル、業務分担等で明確になっている。また、管理者は広報誌等で自らの役割と責任について明らかにしている。今後は、自己の役割や責任について、緊急有事の時の不在対応について、各種マニュアル等に権限の委任等を明らかにして、緊急有事の迅速な対応に備えることが望まれる。</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><コメント> 各種行政機関等の会議等に出席して情報の収集を図り、職員には掲示する等により共有化に努めている。また、遵守すべき法令等については、リスト化され、いつでも閲覧できるようになっている。今後は、遵守すべき法令等について、事業所としてどのような取り組みにするのかを具体化され、職員とともに検討していくことが望まれる。</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><コメント> ISOの導入や積極的な第三者評価の受審から、福祉サービスの質の向上にかかわる課題を把握し分析されている。また、施設長は毎日定期的に事業所内を巡回し、職員とのコミュニケーションを図り、職員が意見を出しやすい環境にも配慮し課題と改善に努めている。</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><コメント> 職場改善等では、職員との個別懇談を年2回実施し、意見交換や提案事項について話し合いを行っている。また、法人全体で他の施設等に業務の監察に行くことによって、知見を広めるとともに自らの立ち返りの場としている。しかし、事業所としての改善への取り組みについて、組織としての取り組み体制が十分に見えていないので、その点は事業所職員とともに積極的に話し合いの場を設けられることを期待したい。</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><コメント></p> <p>職員の資格等については把握し、法人においてキャリアパスの制度は確立されている。また、経験年数や保有資格を把握し、資格取得やスキルアップを図るように配慮されている。今後は、新たなサービス提供の計画を作成して、取り組みに向けた体制整備とそれに伴う職員の人材確保に関する計画をすすめられたい。</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><コメント></p> <p>人事管理についてはキャリアパスの仕組みに基づき、業務チェックシートをもとに確認している。今後は、職員との面接等に基づき育成計画等を作成され、職員のキャリアアップの取り組みに期待したい。</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><コメント></p> <p>職員とは定期的に個別面談を実施しており、積極的に意見交換をしてワーク・ライフ・バランスに配慮し、働きやすい職場作りに取り組んでいる。有給休暇も取りやすく、希望に沿った休みが取れる体制にある。</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><コメント></p> <p>法人として、「期待する職員像」は品質方針に明示されている。職員一人ひとりの目標設定が明確であり、振り返りの機会も設けられている。</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><コメント></p> <p>研修については、新規採用職員研修、キャリアパス研修を計画的に実施できるよう、法人として取り組まれている。研修終了3か月後に、施設長が評価検証を行い、再度6か月後に受講者の取り組み状況の報告がされており、振り返りの機会が設けられている。</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><コメント></p> <p>新規採用職員の研修については、3段階の研修がきめ細かく計画され実施されている。外部研修については情報を掲示板に掲示し、誰でも見ることができるようにしてあり、保有資格や経験年数に配慮した個別的なOJTの仕組みも整備されている。また、非常勤職員も研修に参加されている。</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><コメント></p> <p>現在、実習の受け入れはないが、実習についてのマニュアルは整備されている。ただし、施設が実習生を受け入れる意義や目的などについては、明示したものは見られないため明文化され、実習生と受け入れる職員相互の成長と、施設の社会的役割の促進に努められることに期待したい。</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	ⓑ · c
<p><コメント></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。毎年第三者評価を受審して結果を公表されている。地域や関係機関に対しても、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	ⓐ	· b · c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等についてはISO9001の内部監査制度が機能しており、法人として外部専門家による外部監査の実施があり、会計管理体制に関するチェックや指導・助言を受けるなど、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に努めている。また、社会保険労務士等からの助言も得て運営規定に職務分掌と権利、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	ⓐ	· b · c
<p><コメント></p> <p>毎週水曜日に施設内でカフェ「ボヌール」を営業し、焼き立てパンの販売を行い、地域住民との交流の場となっている。年に一度、法人全体での「ハルナフェスタ」を開催し、交流を広げている。</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	ⓐ	· b · c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れに関してのマニュアルは整備されており、高校生ボランティアや中学生の職場体験などを受け入れている。また、社会福祉協議会で地域のボランティア募集なども行っており、積極的に受け入れる姿勢にある。</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	· ⓑ · c
<p><コメント></p> <p>関係機関のリスト化はされているため、ネットワーク化に向けた検討を望みたい。また、関係機関、団体との定期的な連絡会等の開催、参加を積極的に行い連携を深められることに期待したい。</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	· ⓑ · c
<p><コメント></p> <p>施設内でカフェを営業したり、手作りパンを販売したりと、地域住民との交流が図られている。また、施設は特定福祉避難所施設にも認定されている。今後は、施設や事業所の有する機能を地域に開放、提供できる取り組みに期待したい。</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	· ⓑ · c
<p><コメント></p> <p>防災訓練において、起震車体験や非常食の試食等地域住民との交流に努めている。今後は、ハルナフェスタ等を利用し、相談ブースを設けるなど地域の福祉ニーズの掘り起こしなどの検討に期待したい。</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
<コメント> 品質マニュアルの策定と、年1回の全職員による見直しなど利用者を尊重した福祉サービスの実施についての取り組みが行われている。また、利用者の尊重や基本的人権への配慮についての勉強会も行われており、職員共通の理解がなされている。			
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
<コメント> プライバシー保護に関するマニュアルが整備されており、職員の共通理解が図れるように、研修や勉強会が行われている。今後は、不適切な事案が発生した場合を想定し、対処方法についての検討や話し合いを行い、整備や周知されることに期待したい。			
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
<コメント> 施設のパンフレット等は市役所、社会福祉協議会、施設入口等に置いてあり、ホームページの公表も行っている。また、施設見学や体験も積極的に受け入れている。施設情報を理解しやすい形で提供するために、資料についても写真を多く用いる工夫がみられるなどの配慮もされている。			
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
<コメント> 福祉サービスの開始・変更にあたり、重要事項説明書・契約書等の説明があり、説明が困難な利用者に対して写真・資料を用いて理解しやすい工夫に努めており、利用者の自己決定にも配慮、尊重が見られる。			
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
<コメント> サービス担当者会議等に出席したり、相談支援事業者と常に連携を図っており、事業所変更時の引継資料はマニュアルに定められている。また、サービスが終了した後も、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なされている。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上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
<コメント> 支援計画についての見直しを半期に1度行い、保護者との面談を基に利用者の意向把握に努めている。また、生活介護では月1回の自治会活動の「楽しい会」や「何でも相談会」、就労継続支援B型では個別面談、嗜好調査の実施等利用者満足の把握に努めている。			
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
<コメント> 苦情解決の体制が整い第三者委員の設置が整備されている。口頭・郵便・インターネット・意見箱など幅広く対応できる仕組みがある。今後は、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。			
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
<コメント> 月1回の相談会が行われており、出された意見に関しては職員間で周知されている。今後は、意思表示が難しい利用者への聞き取りや相談しやすい環境づくりにも期待したい。			

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><コメント></p> <p>対応マニュアルは整備されており定期的な見直しも行われている。利用者からの相談や意見は「ほうれんそうメモ」の活用により、可能な限り迅速に対応する態勢が整えられている。また、「楽しい会」や個別面談で出た意見も記録されている。</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><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制が構築され、事故発生時の対応マニュアルが整えられている。また、ヒアリハット報告、事故報告の収集、要因分析が行われている。今後は、ISO取得の点からも更なる是正処置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><コメント></p> <p>感染症のマニュアルが整備され定期的な見直しがされている。また、感染症対策を職員に周知するとともに、日常的には予防策として手洗いの励行、消毒の実施等の取り組みがなされている。</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><コメント></p> <p>毎月の避難訓練の実施や備蓄品の確認が行われており、法人全体で連携が取れるようになっている。今後起こりうる災害に備え、より一層利用者の安全確保に努められることを期待したい。</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><コメント></p> <p>品質マニュアル、手順書が整備され、それに基づき福祉サービスの提供が図られている。ヒヤリハットや、内部監査により標準的な実施方法などの確認を行っている。今後は、文書化されたものを職員が日常的に確認、活用できるよう設置場所等の工夫を望みたい。</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><コメント></p> <p>手順書については、法人全体で定期的に見直しを行っている。今後は、検証・見直しに当たり必要に応じて個別支援計画に反映されることがわかるような工夫を検討されたい。</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><コメント></p> <p>アセスメント手法が確立され、利用者一人ひとりのニーズに応じた適切なアセスメントが実施されている。また、品質マニュアルに基づき、サービス管理責任者が計画を策定をし、支援計画どおりに福祉サービスが実施されていることを確認する仕組みも機能している。</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><コメント></p> <p>個別支援計画の見直しについて、行う時期、検討会議、利用者の意向把握と同意を得るための手順が確立されている。また、福祉サービス実施状況が責任者に確実に伝わるよう、担当者からの報告ルートなどのシステムも成立しており、責任者が総合的な視点で情報管理している。</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><コメント></p> <p>記録については、法人の規程に従い統一した方法で対応され、職員の情報の共有化を図るとともに、個別支援計画の評価・見直しを行なっている。利用者の状況、福祉サービスの実施において日々の情報を共有化するための伝達方法を定め、実施されている。</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
<コメント> 利用者に関する記録の管理については、個人情報保護規程等に基づき行っており、適切に管理されている。情報が外部に流出しないよう、記録の保管場所や保管方法、扱いに関する規程、責任者の設置、保存と廃棄に関する規程が整備されており、実行されている。				

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	b	c
<コメント> 個別支援計画に基づき、作業や活動を利用者自身が選択できるよう支援している。生活に関わるルール等については、「楽しい会」や「何でも相談会」など定期的な相談会や面談を行い、筆談・手話・通訳など、一人ひとりに合わせたコミュニケーション方法を用いる工夫や配慮がされている。				

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	a	b	c
<コメント> 玄関先に相談支援事業所への連絡方法が掲示されている。虐待防止や苦情相談についても品質マニュアルに明文化され、職員に対し研修の参加や勉強会の機会を設け、権利侵害を発生させない取り組みを行っている。				

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	a	b	c
<コメント> 個別支援計画、アセスメントシートに基づき、一人ひとりの自律、自立生活に配慮した支援メニューがあり、行政手続き、生活関連サービス等を利用するための支援を行っている。				
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	a	b	c
<コメント> 筆談・手話・通訳など、一人ひとりの利用者に合わせた固有のコミュニケーション手段を取り入れるような工夫や配慮がされている。今後は、必要な時に必要に応じた対応がされるような支援に期待したい。				
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	a	b	c
<コメント> 生活介護では自治会、就労継続支援B型では個人面談をそれぞれ月1回行っている。半年に1回は保護者面談を実施し、定期的にアンケートや相談会も行っている。個別支援会議にて、サービス管理責任者がケース記録等をもとに個別支援計画を作成し、各職員とも情報共有し、支援の調整を図っている。				
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	b	c
<コメント> 日中活動では、近隣にある豊かな土地を利用し、園芸や農作業を行っている他、クラブ活動として「リトミック」、「クラフト」などがあり、希望やニーズで選択ができる。やってみたくことを「楽しい会」の議題にし、行事などに反映し活動の検討、見直しを生活介護の会議で行っている。また、地域のお祭りに作品を出展したり、ラニハルナ個展を開くなど、保護者等にも観てもらえる機会が設けられている。				

	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	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス担当者会議、個別支援会議、生活会議などにおいて、質の高いサービス提供に関する協議が行われている。また、研修会に参加したり勉強会を行うなど研鑽にも努められている。利用者への個別対応として、生活介護の利用者スペースに制限がかかっている点に関して、検討・見直しを望みたい。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>排泄や移動に関する支援については、介助を要する利用者に対し個別支援計画に基づいた1対1の支援が行われている。食事面については、毎年実施している嗜好調査結果を献立に反映させたり、食事前に嚥下体操を取り入れている等の配慮がみられる。ただし、弁当箱による食事提供が基本となっているため、介助等を要する利用者のについては配慮や検討を望みたい。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>生活環境は清潔に保たれているが、生活介護の利用者スペースに制限がかかっているため、トイレ利用時、職員が必ず付き添っており、プライバシーの配慮に関しての見直しや工夫に期待したい。また、トイレは清潔であるが便座については適温を保つなど、快適性についても検討されることを期待したい。</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><コメント></p> <p>非該当</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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師が常勤しており、健康管理計画を立てている。毎日健康チェックを行い、健康の維持増進を図っている。また、専門職と連携し職員間でも情報共有しており、体調の変化における迅速な対応が出来るよう、家庭や医療機関とも連携を図っている。</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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>品質マニュアルに基づき担当職員が、投薬を行っている。服薬記録をつけ、常に職員が使用状況を確認できる体制がなされている。また、慢性疾患やアレルギー疾患のある方には、契約前にサービス管理責任者が確認を行い事故防止に努めている。医療的ケアに関しては、常に医師の指示に基づく適切な支援を行っている。</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><コメント></p> <p>非該当</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	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望と意向を尊重し、地域生活に関しての相談に応じたり、家族への情報提供を行っている。地域移行サービス等を継続するために、相談支援事業所と調整・連携をして、個別支援計画に反映することにより、利用者の希望に沿った支援に努めている。</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> 保護者面談の定期的な実施に加えて、施設独自のラニハルナ個展やハルナフェスタなどを開催し、家族との交流の機会を設けている。また、利用者の生活状況等については、利用記録を通じて家族へ報告し、緊急時や体調不良の際には電話連絡をする等、その都度適切に対応しており連携の記録も残されている。		
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> 個別支援計画に基づき、一人ひとりの働く可能性の尊重と利用者の希望に応じた支援を行っている。利用者の働く意欲の維持・向上を含め、地域の企業、関係機関、家族との連携協力のもとに就労支援を行っている。		
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> 個別面談を通して利用者の意向を把握し、適切な仕事内容であるか確認し、本人の課題については支援現場で改善できるよう取り組まれている。また、利用者のモチベーションアップにもつながるように、工賃を引き上げるための工夫もされている。		
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> 職場の開拓支援については、新たな事業所の見学を積極的に行っており、また、就職活動の支援や定着支援については、ジョブコーチによる支援に加えて、障害者就業・生活センターやハローワーク等と連携しながら取り組んでいる。昨年度は1名の利用者の一般就労があり、就労後のフォローアップも行われており、その後の記録も取られている。		