

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 経営志援

### 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：施設長 春木 恵美	定員（利用人数）：50名	
所在地：愛知県安城市桜井町咽首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12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：17名	非常勤職員：19名
専門職員	社会福祉士：2名	介護福祉士：8名
	精神保健福祉士：1名	看護師（准看護師）：1名（2名）
	栄養士：1名	
施設・設備の概要	1人部屋：20室	タンス・ベッド・テレビ
	2人部屋：15室	タンス・ベッド・テレビ

### ③理念・基本方針

<p><b>【理念】</b> 明るく 仲良く 楽しく</p> <p><b>【基本方針】</b>            1. 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。            2. 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。            3. ニーズを把握し、「何が出来るか」を常に考え、「ハルナ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していきます。            4. 地域に貢献し、信頼される施設を目指します。            5. 社会の法令を遵守し、要求事項への適合を確実にします。            6. この方針達成のため、品質マネジメントシステムの構築を実施し、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。</p>
--

### ④施設・事業所の特徴的な取組

<p>基本理念に基づいて、利用者に「明るく 仲良く 楽しく」、また、安全 安心して過ごして頂けるようなサービスの向上に努めている。            生活介護・施設入所支援・ショートステイ・日中一時支援事業を実施し、地域の障害福祉ニーズに対応している。            ISOの導入や第三者評価の定期的な受審など、サービスの質の向上に積極的に取り組んでいる。</p>
--

### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 9月 11日（契約日）～ 令和 3年 4月 12日（評価決定日） 【 令和2年11月20日（訪問調査日） 】
受審回数（前回の受審時期）	9 回 （令和1年度）

### ⑥ 総評

#### ◇特に評価の高い点

##### 【質の向上に向けた積極的かつ組織的な取組】

ISOの導入による内部監査や定期的な第三者評価の受審、自己評価からの課題を明確化し、管理者会議や部門会議を通じてPDCAサイクルに基づいた改善を図り、組織全体で支援の質の向上に取り組む体制を構築している。また、利用者からの意見や苦情、ヒヤリハット、利用者一人ひとりの支援の配慮点等を職員全員で共有し、職員参画のもと改善と支援の質の向上が行われている点は、評価が高い。

##### 【情報共有のための工夫】

より良い支援の実施に向け、情報共有のための様々な工夫がなされている。品質カードの携帯による理念や方針の徹底、些細な内容でも記録するハウレンソウMEMOの活用、ネットワークを使用した掲示板や朝礼の実施、勤務日誌の活用や個別支援計画の内容をまとめた表の作成など、必要な情報を確実に伝え、共有するための工夫が行われている。

##### 【利用者の自己決定を尊重した支援の実施】

利用者の自己決定を尊重した支援の実施に向け、利用者の希望の把握と希望を取り入れた活動に力を入れている。利用者の特性上、意向や希望の把握が難しい場合もあることから、個別支援計画策定の際は、担当職員のみならず担当職員以外の意見を聴くなど多角的な把握が行われている。毎月の自治会組織「ハルナ会」では、利用者同士が目標ややりたいことを決定できるよう支援し、また、日中活動は利用者が選択できるよう、様々なグループ活動や余暇活動を提供しており、毎年見直しを行っている。今年はコロナ禍で実施されていないが、利用者の希望に沿った内容での外出の実施は、自己決定を尊重した取組であるとともに、利用者の希望の実現や職員との信頼関係の構築に役立つ取組となっている。

#### ◇改善を求められる点

##### 【事業計画の利用者等への周知の工夫】

障害の特性上、意思疎通が難しい現状ではあるが、事業計画への利用者の理解を促すための工夫を検討されたい。また、家族へは年1回の保護者面談で説明はしているものの、より理解できるようなわかりやすい資料を作成するなどして配布されることも検討されたい。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様の安全に過ごして頂けるように、職員一同更にサービスの向上に取り組みます。又外部の方との交流できる機会を増やしていきます。

### 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

### 【共通評価基準】

#### 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	①・b・c
〈コメント〉法人の基本理念は、ホームページ上やパンフレット等に明文化され、事務所や施設内各所に掲示されている。品質方針（基本方針）は、品質マニュアルで確認できる。新人研修で説明したり、職員全員が理念、品質方針、個人目標が記載された品質カードを携帯し随時確認できるようにしている。理念である「明るく 仲良く 楽しく」は、シンプルでわかりやすく、理念の入った「ハルナのうた」を利用者が毎朝歌うことで、職員のみならず利用者への周知と理解を促しており、幅広く周知するための工夫が行われている。		

##### 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	①・b・c
〈コメント〉社会福祉事業全体の動向は、安城市懇話会や地域生活支援拠点会議、西三河南部西障害保険福祉圏会議等に出席し、情報を得ている。また、毎年実施している家族へのアンケート調査結果から、福祉ニーズや意思の確認、提供しているサービスの状況を把握し、管理者会議や部門会議等で情報共有に努め、今後の事業運営に活かせるよう全職員で共有を図っている。		
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	①・b・c
〈コメント〉毎月の総務部からの月次試算表や利用率等のデータを分析し、定期的に法人役員と課題を共有している。課題については毎月の管理者会議で話し合い、部門会議で改善に向けた対策の実施や進捗管理が行われている。課題の改善策や改善計画は、職員参画のもと事業計画に反映させ、施設全体で改善に向けた前向きな取組が行われている。		

##### 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・①・c
〈コメント〉法人の中・長期計画は、3年間を見据えたビジョン、重点施策に関わる事項および個別に收支計画が策定されている。今後は、組織と人員計画、システム構築や人事制度、收支計画等の具体的な内容を加え、法人及び施設の指針となるような中・長期計画の策定に期待したい。		
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・①・c
〈コメント〉単年度の事業計画は、法人及び施設ともに具体的に策定されている。内容は、目標、職員構成、支援計画、各機関との連携、保健、防災等が計画されている。今後は、收支計画を含めた数値目標や具体的な成果等を設定する事で進捗状況や結果が客観的に評価できる計画の策定が望ましい。		
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	①・b・c
〈コメント〉年度末に事業計画の評価・見直しを部門会議で職員参画のもと行い、次年度の事業計画に反映させる仕組みとなっている。策定した事業計画は、部門会議や朝礼で周知を図るほか、事務所に備え付け、いつでも閲覧できるようにしている。		
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・①・c
〈コメント〉年1回の保護者面談で事業計画を説明しているが、利用者や家族により理解を促すため、広報誌やわかりやすい表現で説明した資料を利用者や家族に配布するなど検討されたい。		

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	① a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt; ISO9001品質マネジメントシステムの導入により、ISO品質マニュアルの落とし込みや業務チェックリストによるチェック体制が確立しており、サービスの振り返りや支援内容の見直し等を検討するなどして、質の向上が図られている。また、定期的な第三者評価受審のほか、毎年の家族アンケートや提供しているサービスに関する自己評価により、改善すべき課題や問題点を明確化し、改善に繋げることで質の向上に取り組んでいる。</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	① a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt; ISO9001品質マネジメントシステムの導入により、定期的にISO品質マニュアルの見直しやサービスの振り返りを行い、支援内容の改善等を検討している。改善すべき課題は、管理者会議や部門会議などで検討・協議を行い、朝礼でも周知を図っている。管理者会議で改善策・改善計画を立案し、職員参画のもと事業計画に反映させ、改善に取り組んでいる。</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	① a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は、施設の経営と管理に関する方針と取組について部門会議で表明し理解を図っている。また、ISO品質マニュアルには施設長が品質に関する責任者として明記され、具体的な役割や権限が○印で示されている。管理者不在時は、サービス管理責任者が職務を代行することが品質マニュアルに明記されている。</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	① a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は、法人の管理者会議や管理者向けの外部研修、愛知県知的障害者福祉協会等に積極的に参加し、障害福祉分野に限らず、環境や雇用・労働、消費者保護や交通安全、防災関連等幅広い分野の遵守すべき法令の理解に努めている。部門会議等を通じてわかりやすく報告・説明し、職員のコンプライアンスへの意識向上を図っている。また、ISO品質マニュアルに法律を厳守することを明記し、職員に周知している。</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	① a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は、提供しているサービスについて積極的に職員と情報交換するなどして、職員が自発的に取り組めるようサポートを心がけている。ISO品質マネジメントシステムの導入や第三者評価の積極的な受審など、サービスの質の向上に向け意欲的に取り組んでおり、利用者の支援を第一に考え、施設長自らそれらの活動に積極的に参画している。また、提供する福祉サービスについて定期的な家族アンケートや自己評価を実施し、福祉サービスの質の向上に向けた課題を分析・検討している。</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	① a · b · c	
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は職員一人ひとりの意見を聴き取り、快適な職場環境の改善を図っており、職員の就業状況や就労環境の把握に努めている。月次試算表で、人事・労務・財務等の分析・検討を行っている。</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	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt; 人材確保に向け、ハローワークのみならず福祉教育機関からの実習生や職場見学を積極的に受入れている。また、法人として福祉資格取得のための支援を行っている。人材確保や定着、専門職の配置などに関する方針をISO品質マニュアルに記載されておりそれに基づいた取組が行われている。</p>			
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt; 理念・品質方針等に基づいた「期待する職員像」がISO品質マニュアルに明示されている。キャリアパス制度の導入により、職員は目標に向け職務に取り組める仕組みがあり、年2回の業務管理チェックシートの一定の基準に基づいた評価と面談で、職員一人ひとりの職務遂行能力や成果、貢献度などを考課し、職員のやる気を引き出している。</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	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は、随時の個別面談等で職員の就業状況を把握し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した業務の調整を行っている。また、年次有給休暇の他に、年末や夏季の特別休暇などを整備し、希望に沿った休みが取れる体制を整えている。利用者の支援を第一に考え、職員の負担が増えないよう人員配置を考慮している。</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	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt; ISO品質マニュアルに「期待する職員像」を明示し、ISO品質カードに沿った職員一人ひとりの目標設定や業務管理チェックシートを用いた振り返りの機会を設けている。新人職員は、OJTの実施により、入社して3ヶ月後に自身の業務等を振り返る機会を設けている。また、業務管理チェックシートを活用した職員一人ひとりの目標達成（育成）計画が実施されており、面接等を通じて目標達成に向けて自分がやるべきことやどのような研修が適しているのか等がわかる仕組みがあり、育成に力を入れている様子が窺える。</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	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt; 施設内や外部を含んだ研修計画に基づき、キャリア別、職種別等の職務に応じた研修を実施している。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、看護師が担当するなど、法人として研修体系が明確となっている。必要な知識を習得するための研修はパート職員を含む全員が受講できるよう配慮し、参加を促している。</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	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt; 外部研修への参加や施設内での研修を充実させることで、正規職員のみならずパート職員も同様に研修参加の機会を設け、多くの職員が参加できる体制を整備している。また、OJT担当職員を配置し、新人職員に計画的な研修を実施している。実施した研修に対する評価や振り返ることで、次年度の研修計画の作成に活かしている。</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・①・c	
<p>&lt;コメント&gt; 福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化しており、実習生の受け入れが積極的に行われている。また、実習については学校側と実習に関するプログラムを検討することにより実習生の学びを後押しする取組が行われている。今後は、指導内容のさらなる充実や指導者の育成に向け、実習指導担当者への研修の実施に期待したい。</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	①・b・c	
<p>&lt;コメント&gt; 法人のホームページで、理念や提供する福祉サービスの内容、苦情内容や解決結果等を公開し、財務状況はWAMネット、第三者評価は愛知県第三者評価推進センターのホームページで公開している。また、地域や関係機関等に事業内容を紹介する等して、施設運営や障害者への理解を促している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 法人が契約している会計事務所や社会保険労務士等の専門家によるチェックやアドバイスが行われている。また、適正な運営の実施に向け、監事による内部監査で監査結果に基づく改善に努め、職員に周知している。事務、経理、取引等はISO品質マニュアルに明文化され、会計管理体制に関するチェック、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。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画内に、地域との交流に関する基本的な考え方を明文化している。今年度は、新型コロナウイルス感染防止対策のため地域交流は控えているが、例年は、利用者向けに「行事のお知らせ」を掲示し、地域のイベント情報を提供するほか、近隣の自動車部品メーカーとの交流や地域のお祭り、初詣や近隣の高校の吹奏楽部のクリスマス会参加など、利用者が地域の人々と交流する機会を設けている。近隣の福祉センターホールで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、地域の資源を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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; ISO品質マニュアルにボランティアの受入れマニュアルが整備され、事前オリエンテーションで障害特性や安全面等について説明している。近隣の自動車部品メーカー社員による清掃や修理活動、近隣の高校の吹奏学部によるクリスマス会での演奏などを受入れ、地域社会と施設をつなぐ場となっている。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 施設周辺の関係機関の情報を関係機関ファイルに集約し、職員がいつでも閲覧できるよう備え付けている。施設長は年2回、サービス管理責任者は年4回、市内の関係機関や団体のプロジェクト会議に出席し、情報交換や必要に応じて連携を図っている。情報は、部門会議や朝礼で職員と共有を図っている。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	障26	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 関係機関等との情報交換や連携のほか、町内のお祭りに参加したり、子供会や近隣の自動車部品メーカー社員との交流、福祉センターでの活動などを通じて、地域ニーズの把握に努めている。また、法人内に相談支援事業所が設置してあり、そこから知り得た情報やニーズの抽出が行われている。</p>		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	障27	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 法人全体として地域の福祉ニーズに応えるため、日中一時支援、短期入所、児童養護施設、相談支援事業を順次開設している。また、特定福祉避難所施設にも認定されていることから、防災倉庫や無線電話を設置し、地域の安全に役立っている。例年は、地域貢献事業として施設の専門性を地域に還元する行事が行われているが、今年度は新型コロナウイルスの感染防止のため実施できなかった。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者尊重の姿勢を品質方針に明文化し、職員が共通理解できるよう年度初めの会議で説明するほか、理念・品質方針、一人ひとりの目標を記載した「品質カード」を職員は常に携帯し、意識を高めている。また、利用者への支援の職員による差を無くし共通理解のもと支援できるようISO品質マニュアルを作成し、定期的に職員で見直しを行い、改善に努めている。</p>		

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	障29	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; プライバシー保護として、男性と女性の居室スペースを分け、個室を多く設けている。2人部屋やトイレはカーテンを取り付け、プライバシー保護に努めている。原則、同性介助としており、細やかな配慮に努めている。プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、研修や朝礼等での話し合いのほか、新入職員へはOJTによる業務チェックリストで理解できているか、実践できているかを確認している。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; ホームページやパンフレットで、広く情報を提供しており、ホームページからの問い合わせや障害児施設からの18歳以降の利用希望などが増えている。入所やショートステイの利用を希望する際は、事前に面接や施設見学を行い、面接後は日中一時支援利用から対応し、利用者ニーズの把握や適性を確認している。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; サービス開始時は、しおりや重要事項説明書を用いて説明している。利用者や家族又は後見人には、その内容がわかりやすいようルビを振り、時間をかけて説明している。個別支援計画の変更の際も同様、利用者や家族にわかりやすいよう丁寧な説明に努め、同意を得ている。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 法人内に相談支援事業所と連携し、グループホーム等への移行の際は、利用者の意向や適正を十分に検討しながら同意のもと移行している。他の相談支援事業所ともモニタリング時に情報共有等の連携に努めている。また、児童施設から成人の施設に移行する際は不安が大きいことから、支援学校の先生が見に来たり、前施設の職員と連携するなどして、生活環境に慣れるまでの支援を協働して行っている。</p>		
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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の自治会組織「ハルナ会」を、誕生会をかねて毎月実施している。ハルナ会では、利用者からの意見や要望、行事の感想など聴き、満足度を確認する機会となっている。ハルナ会の議事録や日々の会話の内容を職員で共有し、満足度向上に向け検討・実施に取り組んでいる。例年行っている担当者（担当者以外の希望する職員でも可）と1対1で外出する担当外出がコロナ禍で実施できなくなったため、施設内行事を月1回から2回に増やし、利用者を楽しんでもらえるよう工夫しながら取り組んでいる。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決体制を玄関に掲示するほか、重要事項説明書で説明している。日頃から、利用者の話に耳を傾けたり職員から問いかけするなどして信頼関係を構築し、苦情を申し出しやすいようコミュニケーションを図っている。意見や苦情があればハウレンソウMEMOに記録し施設長に提出、必要に応じて管理者会議や部門会議で解決策を検討し、その内容を苦情を申し出た利用者や家族等にフィードバックしている。苦情内容や解決結果は、プライバシーに配慮しホームページで公開している。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 毎月の「ハルナ会」を利用し、相談や意見を申し出る際の方法や相手を自由に選べることを伝えている。また、ハルナ会は、利用者が自由に意見や思いを話す場でもある。例年は、担当者（担当者以外の希望する職員でも可）と1対1での外出が、利用者が相談や意見を述べやすい点で効果的な取組となっているが、コロナ禍で外出できないため、余暇時間に担当職員と利用者が話す機会を設けている。内容に応じて相談室や緊張しない自室で対応している。</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	① ・ ② ・ ③
<p>&lt;コメント&gt; 玄関入口に「ご意見箱」と記入カードを設置したり、外部の社会保険労務士の連絡先を掲示している。相談や意見には、同性対応で相談できるよう準備しているが、利用者や家族からは特にこだわりなく申し出がある。利用者からの相談や意見は、毎月の部門会議のほか、朝礼やハウレンソウMEMO、ネットワークの掲示板等で周知し共有を図っている。時間を要したり解決が困難な場合は、管理者会議で対応策を検討するなどして迅速な対応に努めている。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 責任者を明確にしたリスクマネジメント体制を整備しており、ISO品質マニュアルに基づき、防犯対策やリスクマネジメント研修に取り組んでいる。年3回安全週間を設定し、安全確保や職員の意識を高めている。事故発生時は、優先順位を決めそれに沿って対応し、安全が確保できた時点で事故報告書を作成し、原因分析、対応策を検討後朝礼等で周知している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 感染症対策委員会を中心とした管理体制を整え、内部研修や演習等で予防や発生時の適切な対応に努めている。新型コロナウイルスへの対策としていち早くマニュアルを作成し、消毒や手洗い、食事の席はソーシャルディスタンスを確保するなど、職員一丸となって感染防止に努めている。</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やっている。	障39	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 地震や火災を想定した避難訓練を毎月実施している。実際の災害時に動くことができるよう、同じ訓練を繰り返し行っている。また、法人合同での防災訓練や消防署協力のもと消火訓練や通報訓練では、実際の場面を想定しロールプレイング形式で訓練を行っている。災害に備え3日分の食料を備蓄し、賞味期限を管理し、適切に補充・廃棄している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; ISO品質マニュアルを標準的な実施方法として活用しており、いつでも見られるよう事務所に設置している。ISO品質マニュアルは、現状に合った手順かどうかを毎年見直し・修正を行っている。ISO品質マニュアルのほか、利用者の障害特性や配慮点をまとめた個別支援計画の統一事項や既往症一覧により職員が共有し、職員によるサービスに差異が出ないように工夫している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; ISO品質マニュアルは、朝礼や毎月の部門会議で現状に合った手順かどうかを職員の意見や提案、利用者の意向等を取り入れながら、毎年検証・修正を行っている。既往症はその後の変化を随時記録し、すぐ対応できるよう一覧にまとめ、個別支援計画の支援に関わる統一事についても見直しを行い、朝礼等で周知している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; アセスメントシートは、できないのチェックだけではなく、どんな支援があればできるかなどが書き込めるよう文章式にしており、担当によるアセスメント内容をサービス管理責任者がチェックし指導している。そのアセスメントをもとに、勤務日誌や担当職員の意見を取り入れながらサービス管理責任者が個別支援計画書を策定後、回覧して他の職員の意見を参考に再度策定しなおしており、計画の精度を高めている。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; ISO品質マニュアルの個別支援計画の策定マニュアルに基づき、策定や評価・見直しを行っている。個別支援計画は3ヶ月後に担当職員によるモニタリング、6ヶ月ごとに担当職員、サービス管理責任者による評価・見直しを実施している。12月から再度アセスメントを行い、1.2月に職員が意見を出し合い、3月の個別支援会議で決定する流れで、4月から計画に基づいたサービスが提供できるよう評価・見直しする仕組みがある。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の身体状況や生活状況、個別支援計画の実施状況は、毎日の勤務日誌やハウレンソウMEMO、ネットワーク内の掲示板、毎月の部門会議や朝礼で情報共有する仕組みがある。特に、ハウレンソウMEMOは、どんな些細なことでも記録し、施設内の1日分の情報を回覧で共有し、モニタリングの際にも活用できる効果的なツールである。また、シフトが4交代制のため、職員への個別の連絡用に各自レターケースを活用したり、夜勤者へは申し送りボードで伝えるなどして、連絡モレが無いよう工夫している。記録の書き方は、施設長やリーダー等が、事実のみを書くこと、やり取りを端折りすぎない、表記の仕方などを指導している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 勤務日誌等の利用者の個人情報を含むファイルは、個人名が外から見えないよう事務所に保管している。電子データはパソコン内に保管し、パソコンのパスワードは毎月更新する、USBメモリー等の記録媒体は使用しないなど、管理を徹底している。個人情報保護の重要性は、職員へは入職時および退職時に、利用者や家族には、個人情報使用同意書や提供同意書を提示・説明し、同意を得ている。</p>		

## 【内容評価基準】

### 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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 毎月の自治会組織「ハルナ会」では、利用者で会長、副会長を決め、目標ややりたいことが自分たちで決定できるよう支援している。ハルナ会の議事録は職員が補佐しているが、活動のほとんどは利用者主体で行っている。利用者の特性上、意向や希望の表現が難しいこともあるが、個別支援計画策定の際は、担当職員以外の職員の意見を聴くなど多角的な把握に努めている。例年は、利用者の希望に添った内容での担当外出を実施しており、利用者の希望の実現や職員との信頼関係の構築に役立つ取組となっている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ISO品質マニュアル内に利用者の権利に関するマニュアルを整備し、利用者を尊重した理念・基本方針を明示した品質カードを常時携行し、権利侵害の防止に努めている。外部の権利擁護や虐待等に関する研修で学んだ内容は、部門会議や朝礼で報告し、共有を図っている。また、日頃の支援や活動中の利用者の言動等からの気づきを会議等で取り上げ、話し合いのもと防止に努めている。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者のできることを尊重した支援の実施に努めている。洗濯たみが得意な利用者や配達したい利用者など、利用者一人ひとりの希望に沿った支援を行い、自立・自律を促している。できないではなく、どうしたらできるのかを考え、わかりやすく伝える工夫を重ねることで、本人のやりがいに繋がっている例が多い。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 日頃の支援での関わりや外出行事、グループ活動を通して、利用者の様子や普段と違うこと等の詳細を記録し、その記録から伝達の困難な方の行動の意図を読み取り、部門会議等で環境面や本人の特性等も考慮しながらコミュニケーション方法を検討している。コミュニケーション手段として、写真や絵カードのほか、表面が盛り上がり触ればわかる「もこもこ文字」を活用している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 毎月の自治会活動「ハルナ会」では、利用者同士で解決したり取り決めができるよう、職員が補佐役となり支援している。個別の相談はあえて相談時間を設けるのではなく、利用者がいつでも誰にでも相談できるよう伝えており、担当外出や日頃の関わりの中でコミュニケーションをとるようにしている。利用者からの相談等は、ハウレンソウMEMOや勤務日誌、部門会議や朝礼等で共有し、個別支援計画に反映させている。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者の意向を反映した個別支援計画に基づき、作業活動のほか、調理や地域での買い物、お楽しみ会（ランチ外出）やドライブ、アートや音楽、指先運動やリズム体操など様々な日中活動を取り入れている。様々な活動を取り入れているが、次年度に向けて日中活動を見直し、新しい活動を取り入れたいと考えており、利用者の生活をより豊かにするための取組として評価できる。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 障害のみならず、加齢に伴う変化や季節の変わり目、コロナ過などを考慮しながら。利用者一人ひとりに合わせた支援に努めている。障害に関する外部研修を受講し、専門性の向上に努めている。入院・退院等で状況が変化する場合、病院等と連携し会議等で支援方法を検討するなどして対応している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者一人ひとりの状況に合わせた食事形態で提供している。年2回の嗜好調査から要望のあった誕生日メニューは好評を得ている。入浴は毎日15時から対応し、心身状況に応じて機械浴を使用したり体調不良の場合は清拭、皮膚トラブルのチェックを行っている。排泄支援では、排泄チェック表による管理のほか、心身状況に応じてできるところはやってもらうスタンスで支援している。利用者の安全とプライバシーに配慮しながらの支援に努めている。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 居室は個室が多いが、障害特性に合わせて2人部屋がある。生活環境では、職員による毎日の清掃のほか、月2回の業者によるワックスがけやエアコンフィルターの掃除で、施設内は清潔感が感じられる。中庭があることで居室棟や施設内は明るく、草取り等が定期的に行われている。中庭に面した窓を常時開放して換気したり、温湿度管理に注意しながら快適な環境となるよう配慮している。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者が主体的に楽しみながら取り組める活動を日常生活に取り入れ、訓練として位置づけている。日中活動でヨガマットを使った軽い運動や洗濯物を自分でたたんだり、ごみを捨てに行く、歩いてコンビニまで買い物に行くといった歩行訓練が行われている。また、リハビリ病院の理学療法士や作業療法士からのアドバイスを個別支援計画に反映し、支援を行っている。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 年2回の健康診断、月2回の歯科検診、月1回の体重・血圧測定のほか、毎週の精神科医の診察、毎朝の検温や表情チェック等で利用者の健康状態の把握に努めている。朝礼時のラジオ体操で、健康増進を図るとともにその日の身体状態を確認している。体調不良等変化がある場合は看護師へ伝え、必要に応じて医療機関と連携し対応している。また、利用者の心身の状況に変化が生じた際は、勤務日誌やハウレンソウMEMO、部門会議等で共有する仕組みとなっている。</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	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt; ISO品質マニュアル内の投薬マニュアルに基づき、看護師が薬の管理、配薬を担当している。投薬の際は、投薬カードと薬を3回確認する3重チェックで、誤薬防止に努めている。服薬後は、施設長が声をかけたり職員がお互いに声をかけあう、薬の袋を開いた状態にするなどして服薬したかを確認している。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 家族へはハルナでの生活について年1回アンケートを実施し、集計後、事業計画に反映させている。ハルナ会等から出た利用者の希望で、外出行事やバスでの日帰り旅行を行っている。今年は、コロナ禍でバスから降りることはできなかったが、利用者からは出かけられたことへの評価があった。利用者からの漢字練習や計算ドリル、日記をつけたい希望に対応し、コメントや採点することで、自分でできた達成感や喜び、自信に繋げ、モチベーションアップを図っている。今年度は、コロナ禍で社会参加を目的にした地域交流は実施できなかった。</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 ・ ① ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 年3回のモニタリングや家族へのアンケートを通じて、利用者や家族の意向を確認し、必要に応じて相談支援事業所と連携し、相談等に応じている。適性を見ながらグループホームの情報を提供しているが、利用者や保護者の高齢化が進み、重度障害者が多い現状から、地域生活への移行ニーズはない。希望があれば、相談支援事業所等の関係機関や家族と連携する体制はある。今後は、地域生活のイメージがしやすい資料の提供、体験等の機会を設け、利用者や家族が地域生活に向け、意欲が高まるような積極的な取組に期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 家族とは、年1回の保護者面談や必要に応じて電話等で意見交換を行っている。また、毎月の請求書にハルナだよりを同封し、利用者の活動の様子などを伝えている。保護者の高齢化により頻繁な来所が難しく、兄弟や後見人とのやりとりが増えており、早めの引き継ぎができるよう交流を図っている。年1回の無記名での家族アンケートは、ハルナでの生活や今後の要望等把握する目的で行われ、事業計画に反映させている。</p>		

### 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		