

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 野村 和恵	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：http://www.seiseikai.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
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：14名	非常勤職員：16名
専門職員	社会福祉士：1名	介護福祉士：7名
	管理栄養士：1名	看護師（准看護師）：1名（2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>【理念】 明るく 仲良く 楽しく</p> <p>【基本方針】 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、「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。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・基本理念に基づき、利用者が「明るく 仲良く 楽しく」、また、安全で安心して過ごして頂けるようサービス向上に努めている。 ・今年度はコロナウイルス感染予防のため、外出行事ができなかったが、日中活動の見直しや施設行事を増やし、工夫して活動に取り組んでいる。 ・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。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3年 8月 16日（契約日）～ 令和 4年 2月 28日（評価決定日） 【令和3年11月10日（訪問調査日）】
受審回数（前回の受審時期）	10回（令和2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】

弊機関は毎年第三者評価を実施しているが、その都度、新たな取組が行われており、現状に満足することなく常に質の向上に取り組む姿勢は評価が高い。また、法人の管理者会議を中心とした組織がうまく機能しており、職員が共通意識を持って一丸となって取り組む様子が随所に窺える。

【情報共有の徹底】

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、勤務日誌の活用や統一事項・既往症一覧の作成など、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。さらに今年度からは、朝礼での報告を記録して、参加できない職員に伝える取組を追加して行っている。情報共有の取組がさらに強化されている。

【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おり、「みんなで計画を策定してみんなで支援する」体制を構築している。日中活動は利用者が選択できるように、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。また、コロナ禍で外出が難しいため、利用者の希望を取り入れた施設内行事を月1回から2回に増やしている。

◇改善を求められる点

これまでも、職員評価や職員育成については力を入れているが、離職率の低下や人材育成、サービスの質の向上、職員の満足度の向上など、さらに働きやすい施設、利用者から選ばれる施設に繋がることに期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

業務を客観視する良い機会となりました。ご指摘いただいたことを改善に向けて取り組んでいきます。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（64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> 新人職員には入職時の研修で、施設長から理念、品質方針（基本方針）について説明している。また、職員全員が、理念、品質方針、個人目標（私の役割）を記載した品質カードを携帯し、いつでも確認できるようにしている。利用者には理念の入った「ハルナのうた」を毎朝歌うことで、家族には契約日に理念、品質方針をわかりやすく説明することで、周知と理解を促している。			

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> 安城市懇話会や地域生活支援拠点会議等に参加するほか、福祉新聞等で社会福祉事業全体の動向について情報を得ている。また、毎年実施している家族アンケートの調査結果から、福祉ニーズ及び提供しているサービスの状況を把握し、管理者会議で分析している。			
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> 経営課題について、毎月の管理者会議で理事長によるマネジメントレビュー（成果や問題点などを分析して見直す経営管理活動）を行い、様々な課題の確認や検討を行い、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。理事長は事業計画に取組の方向性や経営課題を明記し、施設長が朝礼等で職員に周知を図っている。			

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	①・b・c
<コメント> 中・長期計画には、法人の理念・基本方針の実現に向けた目標及び経営課題や問題点の改善に向けた具体的な内容が明示されている。また、ISO品質マニュアルで、具体的なサービス内容や利用者の数値目標、人材確保・育成、地域交流・貢献等に事業計画に関わる内容を盛り込んでいる。評価・見直しは、毎年1月2月の管理者会議で行っている。			
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	①・b・c
<コメント> 中・長期事業計画および単年度事業計画の重点項目は法人で設定されている。各施設の単年度事業計画は施設で設定されている。また、事業計画の結果をわかりやすくするために、事業計画書と事業報告書の形式は法人で統一されている。			
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	①・b・c
<コメント> 各施設の事業計画は、職員全員で評価・見直しを行い、職員参画のもと策定される仕組みが構築されている。事業計画は会議で周知するほか、いつでも閲覧できるようファイリングしている。毎月の管理者会議でのマネジメントレビュー（成果や問題点などを分析して見直す経営管理活動）で計画の進捗状況を報告し、その内容を部門会議や朝礼等で共有し、職員全員で取り組む体制を整えている。			
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	①・b・c
<コメント> 利用者には、事業計画の内容を抜粋し、文字や写真、イラストを用いてわかりやすく説明している。家族へは、保護者面談で説明している。また、広報誌の「ハルナだより」の中に事業計画を一部抜粋した内容を掲載し、利用者や家族に配布し、理解を促している。			

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 ・ b ・ c
<p><コメント> ISO9001品質マネジメントシステムの導入により、業務チェックリストを活用した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、毎年の第三者評価受審等で改善すべき課題や問題点を明確化し、改善に向けて取り組むことで質の向上に繋げている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> ISO9001:2015を取得したことにより、ISO管理責任者と内部監査員による内部監査と、審査機関によるサーベイランス審査（適合性や有効性を評価する審査）を毎年受審するほか、理事長は、定期的なマネジメントレビュー（成果や問題点などを分析して見直す経営管理活動）で、問題点の把握と改善に努めている。また、毎年行われる利用者アンケートの結果を分析・評価し、管理者会議で具体的な改善策を検討するなどして、改善に繋げている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 施設長は、施設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、職員の理解を図っている。また、ISO品質マニュアルに、具体的な役割や権限が○印でわかりやすく明記されている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 施設長は、法人の管理者会議や外部の施設長会等の研修、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。職員には、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。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 福祉サービス向上のため、施設長はマネジメントレビュー（成果や問題点などを分析して見直す経営管理活動）で出された具体的な改善方法に基づき職員に具体的な指示を行っている。また、利用者や家族向けのアンケートの調査結果を検討する部門会議等には必ず参加し、具体的な取組を検討する際は職員の意見を聞いたり、指導・助言等を行っている。サービスの質の向上を図るべく、施設内研修の内容を充実させるほか、施設外の研修にも積極的に職員を派遣している。</p>		
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	障13	① ・ b ・ c
<p><コメント> 施設長は、理事会、管理者会議に出席し、運営の改善や実効性を高める取組に努めている。また、部門会議にも積極的に参加し、職員に指導・助言等を行っている。理事長や施設長面談、管理者会議での職員評価を通じて、職員の育成・レベルアップを図り、働きやすい環境や質の高い労務管理を目指している。</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	a	b · c
<p><コメント> サービス提供に必要な人材や職員体制に関する考え方をISO品質マニュアルに明記し、職員の評価と育成を行っている。事業計画には、サービスの提供に必要な社会福祉士や介護福祉士等の専門職や人員体制を明記している。人材確保については、県社協が開催する就職フェアやハローワーク、ホームページ等を活用している。</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><コメント> 品質方針で求める人材像を明確にしている。部門会議や施設長の面談を通じて、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。人事考課制度とキャリアパス制度構築後の適切な運用と、それにより離職率の低下や人材育成、サービスの質の向上、職員満足度向上に繋がることに期待したい。</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組んでいる。	障16	a	b · c
<p><コメント> 総務が労務管理を行っている。職員の相談窓口として、施設長が定期的に個別面談を行い、職員からの希望を聴取している。法人は施設外にも相談窓口を設置して相談しやすい環境を整えている。職員の心身の健康と安全を図るため、年2回、健康診断を実施している。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得できる体制を整えている。</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	a	b · c
<p><コメント> ISO品質マニュアルや品質カードに「期待する職員像」を明示し、品質カードは職員一人ひとりが目標を顧みることができるように常に身に着けている。新人職員は、OJTの実施により、入社して3ヶ月、6か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	a	b · c
<p><コメント> ISO品質マニュアルに、求める人材や必要な専門技術や専門資格を明示し、新人職員、OJT研修等を職員一人ひとりのレベル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	a	b · c
<p><コメント> 職員一人ひとりの知識や技術水準、専門資格の取得状況は、法人本部が作成した資格取得者名簿で把握している。新人職員研修、階層別研修、OJT研修等を行っており、新人職員や中途採用職員へのOJT研修は、職員の経験や習熟度に合わせて役職者や先輩が指導している。管理者会議で施設内研修を計画し、施設外研修は部門会議や掲示等で情報を提供し参加を推奨している。</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	b · c
<p><コメント> 福祉サービスの専門職の育成についての基本方針を事業計画に明文化し、受入れマニュアルを整備している。コロナ禍の中、昨年度は、3校の大学から実習生21名を受入れており、学校とは、文書やメール等を通じて連携を図っている。実習時には、振り返りや進捗状況の把握、評価等できる体制を整え育成を図っている。実習指導への研修として、実習指導者講習会は、コロナ禍のため、来年度の受講を予定している。</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 a · b · c
<p><コメント> 運営の透明性を確保するための情報公開として、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、地域や関係機関にて事業内容を紹介する等して、法人や施設、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 a · b · c
<p><コメント> ISOの内部監査やサーベイランス審査で適正な経営や運営に関して定期的に点検・確認を行っており、透明性の高い経営、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 a · b · c
<p><コメント> 地域交流や地域貢献の基本姿勢を事業計画に明文化している。地域の情報は、玄関や居室棟に掲示しているが、今年度も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。例年は、利用者向けに「行事のお知らせ」で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への参加など、利用者が地域の人々と交流する機会を設けている。また、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 a · b · c
<p><コメント> ボランティア受入れや学校への協力の基本姿勢をISO品質マニュアルに明文化している。ボランティアの受入れマニュアルを整備し、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、中学校の職場体験学習などを受入れ、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 a · b · c
<p><コメント> 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。安城市の自立支援協議会に参加し、地域の諸問題を関係機関と共有しながら協働して取り組んでいる。知り得た情報は、部門会議や朝礼で共有を図っている。</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 a · b · c
<p><コメント> 日中一時支援や短期入所等の家族アンケート、関係機関等との情報交換や町内のお祭り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等を通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等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 a · b · c
<p><コメント> 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、グループホーム、通所施設を順次開設している。今年度は、高齢になった入所者のための専用スペースを建築中である。特定福祉避難所施設に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、障害者や障害者施設の啓蒙活動を実施した。</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><コメント> 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、意識を高められるようにしている。また、虐待防止の指針を作成し、毎月の部門会議内の研修で、人権や利用者の尊重について改めて理解する機会を設けている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 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、新人職員へは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、プライバシー保護への理解を促している。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 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利用者本人からの電話での問い合わせ、学校からの18歳以降の利用希望などが増え、入所ニーズの増加を感じている。必要に応じて面会等対応している。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 ・ b ・ c
<p><コメント> 重要事項説明書は、その内容がわかりやすいようルビを振り、個別支援計画は、利用者と家族にわかりやすくするため、ただ読むだけではなく隣に座って指でなぞって読むなどして丁寧な説明に努めている。意思決定が困難な利用者への説明については、サービス管理責任者が見本を見せたり担当者にアドバイスするなどして、わかりやすく説明できるよう配慮している。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> グループホームへの移行希望があり、法人内の相談支援事業所と連携し、利用者の意向や適正を十分に検討しながら同意のもと対応している。また、モニタリング時に情報共有等の連携に努めている。また、児童施設からの移行については不安が大きいことから、事前に支援学校の先生が見学に来たり、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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 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回に増やしたり、日中活動を見直しして、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 ・ b ・ c
<p><コメント> 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、困りごとがないか職員から問いかけするなどして信頼関係を築き、話しやすいように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する仕組みが構築され、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><コメント> 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。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。また、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、コミュニケーションが取りやすく利用者が相談や意見を述べやすい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話したり掃除している時などのふとした機会に話しかけるよう努めている。</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><コメント> 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。高齢化に伴い利用者の体を心配する家族からの相談に対して、年齢や身体状況を考慮したグループを編成し日中活動を行っている。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 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やグループウェアで周知・共有している。ヒヤリハットMEMOを男女更衣室に設置し、ヒヤリハットの収集に力を入れ、事故防止を図っている。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 内部研修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おり、感染者は現状は「0」に抑えられている。わかりやすく内容をまとめたマニュアルを看護師が作成し研修を行うことで、感染予防が図られている。</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している。	障39	① ・ ② ・ ③
<p><コメント> 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日分の食料備蓄、賞味期限の毎月の管理、適切な補充・廃棄を行っている。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 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。新人職員へは、OJTによる指導とチェックシートを活用し、マニュアル通りに実施できているか確認する仕組みがある。</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 ・ ② ・ ③
<p><コメント> 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項についても見直しを行い、朝礼等で周知している。また、ISO品質マニュアルや統一事項を見直す時期や方法が定められ、それに基づき実施している。</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><コメント> アセスメントシートは、できるだけ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いる。アセスメントを十分に行うことが良い支援に繋がるため、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。「みんなで計画を策定してみんなで支援する」様子が個別支援計画から確認できた。</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><コメント> 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・見直しする仕組みを構築している。「みんなで計画を策定してみんなで支援する」仕組みとなっている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 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。今年度からは、朝礼での報告を記録して参加できない職員に伝える取組を始めている。記録の書き方は、入職時の研修で、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><コメント> 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、職員へは入職時や退職時のほか定期的に施設長やサービス管理責任者からの指導、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><コメント> 毎月開催されるハルナ会は、利用者の話し合いで会長、副会長、書記を決め、行きたい所ややりたいこと、生活に関わるルール等を利用者同士で話し合っ決めて決める場となっている。意思表示が難しい利用者は、写真等の視覚的資料を見せたときの表情やしぐさから思いを汲み取り、その結果を部門会議や日々の申し送りで報告し、利用者の思いや希望を職員が理解・共有できるようにしている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	障47	① ・ b ・ c
<p><コメント> ISO品質マニュアルに利用者の権利に関するマニュアルが整備されているが、それとは別に、虐待防止と身体拘束の指針が別ファイルで整備されている。身体拘束においては、書面と口頭で利用者と家族に説明し同意を得た上で行き、詳細を記録し報告することを徹底している。権利擁護について外部の研修を受講した際は、部門会議で共有したり、支援の中で気づいたことを会議等で話し合う等、日頃から権利侵害の防止と早期発見に努めている。</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><コメント> 利用者一人ひとりのアセスメントから、生活支援に関する内容を個別支援計画に取り込み実践している。布団や洗濯をたたむ・掃除などの内容があり、できないことがあればその利用者ができるような方法を検討してわかりやすく伝えている。そうすることで利用者が自力で行うことができる範囲が増えており、一人ひとりの自律・自立に配慮した個別支援に繋がるよう支援している。</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	①・b・c
<p><コメント> 普段の支援での関わりや外出行事、日中活動やグループ活動での関わり状況を記録し、その記録から伝達困難な利用者の意図を読み取り、部門会議等で本人の特性に合わせたコミュニケーション方法を検討している。写真や絵カードの他、盲聾の重複障害がある方においては、手掌に指で文字を書いてコミュニケーションを図る等、利用者の状況に応じて支援している。</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><コメント> 「ハルナ会」では、職員がサポートしつつ利用者同士が意見を出し合って決め事がなされている。利用者がどの職員にも話しやすくなるように、普段の支援の中だけでなく、日中活動中やグループ活動中等、利用者に関わる際は少しでも職員と話す機会を持つよう努めている。相談を受けた内容は、部門会議やハウレンソウMEMOで共有され、個別支援計画への反映や支援全体の調整を行っている。</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><コメント> 個別支援計画に基づき、作業所作業のほかおやつ買い物、お楽しみ会、ドライブ、アート、音楽、指先運動、リズム体操、日記、計算など、多種多様な日中活動を実施している。利用者の障害特性や希望に応じた支援を実現できるよう、年に1回は日中活動の取組内容を検討している。新たな日中活動を行う場合は、利用者がその活動ができるか試しながら取り入れている。</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><コメント> 職員が利用者の障害の状況に応じた支援を実施するために、部門会議だけでなく、日頃からすぐに施設長やサービス管理責任者と話し合い、利用者一人ひとりの障害による行動や生活状況、加齢による身体機能の低下や利用者同士の相性に合わせた支援に努めている。障害に関する研修は、新人職員については研修担当職員が内部研修を行ったり、外部の研修を受講することで専門知識の習得と支援の向上を図っている。</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	①・b・c
<p><コメント> 毎年の嗜好調査と毎月の食生活会議から、行事食や献立を調整している。食生活会議には利用者も出席して要望を伝えることができるよう配慮している。食の形態や自助具は利用者の状況に合わせて提供している。入浴は毎日夕食前に行い、心身の状況に応じて機械浴や清拭に変更したり、皮膚トラブルのチェックを行っている。排泄は排泄チェック表による管理の他、心身の状況に応じてトイレ誘導、おむつ交換等の排泄介助を行っている。転倒の危険性がある場合には、付き添いやヘッドガードを装着している。</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><コメント> 職員による毎日の清掃・消毒、業者によるワックスがけやエアコンフィルター掃除が行われており、清潔感がある。温度管理に注意しながら常時換気を行っている。窓は多く、中庭がどこからも見え、施設内は明るい。居室は個室と2人部屋で、利用者の希望や障害特性を考慮して居室を選定している。離床センサー付きマットレスで夜間の転倒予防にも努めている。トイレや2人部屋は、カーテンで仕切ることでプライバシーにも配慮している。</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 a . b . c
<p><コメント> 施設にはリハビリ専門職は配置されていないため、訓練内容は定期的にモニタリングを実施して職員や看護師が訓練内容を決めている。掃除、洗濯物たたみ、歩行の練習等の日々の生活動作の中で、利用者が主体的に取り組める活動を生活訓練としている。骨折等の機能障害があるときは、看護師が医師に動作制限の有無を確認し、看護師から職員に医師の指示を伝達し、その指示に応じた訓練内容を個別支援計画に反映させている。</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 a . b . c
<p><コメント> 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、毎週の精神科医の診察、毎朝の検温等で身体状況を把握し、勤務日誌やハウレンソウMEMO等で健康状態を共有している。朝のラジオ体操や歩行訓練等で日頃から健康増進を図ったり、利用者が自ら医務室にいる看護師を訪ねて健康相談をするなど利用者自身も健康を意識している。体調不良時や緊急時は看護師に報告し、必要に応じて医療機関と連携し対応している。</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	① a . b . c
<p><コメント> ISO品質マニュアル内の投薬マニュアルに基づき、看護師が薬の管理を行っている。投薬の際は、医務室にて投薬カードと薬を3回確認し誤薬防止に努めている。服薬後は、口腔内に残っていないか、薬の袋を開いた状態にして目視で残薬がないか確認、薬の袋を集めて医務室で保管後、捨てる前に再度残薬がないかを確認している。医務室の処方箋一覧で、看護師だけでなく職員も随時、薬効を確認することができるようにしている。</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 a . b . c
<p><コメント> 保護者には年1回のアンケート、利用者自治会「ハルナ会」では行きたい所や食べたい物の希望を聴き取り、利用者、家族からハルナでの生活への希望を確認している。コロナ禍での外出は難しいが、施設内行事を月1回から2回に増やしたり、アートや音楽、歩行練習やラジオ体操、日記や計算、漢字や50音の練習等、利用者の意向と能力に応じて、施設内で社会参加や学習への参加・継続の意欲を高めるための工夫が行われている。</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 b . c
<p><コメント> 利用者や家族の意向の確認は、モニタリングやアンケートや面談等で行い、地域への移行について興味や関心があれば、相談支援事業所と連携して準備を行っている。現状、利用者が高齢化・重症化しており、地域生活への移行は難しくなっている。今後は、地域生活への意欲が高まるよう利用者や家族に情報提供や体験等の機会を設けるなど、地域移行の実現に向けて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 a . b . c
<p><コメント> 年1回の保護者面談は、個別支援計画の見直しの際に家族や成年後見人等が来所し意見交換を行っていたが、コロナ禍のため、電話や書面での意見交換となっている。利用者の体調不良時や急変時には、電話で家族等に状況説明を行っている。日々の活動の様子は、毎月ハルナだよりを郵送して伝えている。年1回の保護者アンケートを無記名にすることで意見を言いやすくするなど、日頃から、家族等が話しやすい環境を整えている。</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			