

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：15名	非常勤職員：19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）
	精神保健福祉士：1名	保育士：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>【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、外出行事を控えてきたが、その中でも日中活動の見直しや施設行事を増やし、楽しめること、できることを工夫して取り組んでいる。 ・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。 ・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 4年11月 1日（契約日）～ 令和 5年 2月 28日（評価決定日） 【 令和4年12月6日（訪問調査日） 】
受審回数（前回の受審時期）	11回 （令和3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、新たな取組と改善が行われており、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、内部監査や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、職員が共通認識で一丸となって取り組む様子が窺える。事業計画、第三者評価、ISO品質マニュアルをはじめとした各種マニュアル、個別支援計画等の評価・見直し等についてもPDCAサイクルの仕組みが確立しており、質の向上に余念がない。

【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。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、情報共有の取組がさらに強化している。

【利用者の権利擁護への取組】

利用者を尊重した支援の実施に力を入れて取り組んでいる。虐待防止のための指針について、読み合わせや振り返りを正規職員のみならず非常勤職員も実施している。否定語の言い換えや言葉遣いについては、今年度特に力を入れて取り組んでおり、強化期間を設け、職員がお互いに評価できる仕組みを取り入れた。人に見られていることで職員の意識が高まるだけでなく、評価されて褒められることでモチベーションアップにも繋がっている。

◇改善を求められる点

【人事考課制度の確立】

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、人事考課制度の確立により、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

ご指摘いただいたことを改善に向けて取り組み、利用者様が安全に楽しく過ごしていただけるように、サービスの向上に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
<p>〈コメント〉法人理念及び品質方針（基本方針）が法人パンフレットやホームページに明記され、理念・方針からは実施する福祉サービスの特性を踏まえた法人の使命や目指す方向や考え方を読み取ることができる。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、また家族には、契約時に理念、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。</p>		

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
<p>〈コメント〉社会福祉事業全体動向は、相談支援事業所との連携や安城市懇話会や地域支援拠点会議等に参加するなど、積極的に情報の把握に努めている。それらは職員全員へ供覧を図り、管理者会議や部門会議で分析している。</p>		
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
<p>〈コメント〉経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制、設備整備、職員体制、人材育成等を管理者会議で現状分析し、具体的な課題や問題点を明らかにしている。経営状況や改善すべき課題等は部門会議で職員に周知を図り、改善に取り組んでいる。</p>		

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
<p>〈コメント〉中・長期計画は、法人理念等の実現に向け「虐待根絶」や「地域ニーズの把握」など5つの重点課題を掲げ、その達成に向けた運営課題や問題点の解決、改善に取り組む姿勢や具体的な内容を明示している。毎月、マネジメントレビューをもとに方向性やサービス内容等の改善課題を見直し、その結果を法人で次年度の中・長期計画に反映させている。</p>		
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
<p>〈コメント〉中・長期計画の5つの重点課題を柱にした単年度事業計画が策定されており、具体的で実行可能な内容となっている。また、実施状況の評価が行いやすい計画であり、事業計画書の書式は法人で統一されている。</p>		
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
<p>〈コメント〉施設の事業計画は職員全員で評価・見直しを行っており、職員参画のもと策定する仕組みが構築されている。施設の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会議）で事業計画の進捗状況を報告し、その内容を各施設の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。</p>		
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
<p>〈コメント〉保護者へは、毎月発行される広報誌「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、理解を促している。利用者には、毎月開催される自治会（ハルナ会）等で、利用者の障害特性を考慮し、文字や写真、イラストなどを用いてわかりやすく説明している。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> ISO品質マニュアルの業務チェックリストを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> 評価結果を分析した結果や改善すべき課題は管理者会議で検討し、その後部門会議や朝礼で課題の共有が図られている。内容は、部門会議議事録で確認でき必要に応じて閲覧できるようにしている。内部監査委員による内部監査により、改善の取組状況の確認が行われている。</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、施設運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、管理者の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。有事(災害、事故、新型コロナウイルス等)における管理者の役割と責任、不在時の権限委任もISO品質マニュアル内で明確化されている。</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、外部の施設長会等の研修や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、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。また、各種法令についてハルナ法令ファイルを作成し、職員がいつでも閲覧できる場所に設置している。</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 ・ 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会議)で出された具体的な改善方法に基づき、部門会議を通じて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、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、月次試算表を確認し、改善や業務の実効性を高める取組に努めている。また、部門会議等で職員に指導・助言等行ったり、朝礼では、職員が発言しやすい環境を整えている。理事長や施設長面談等を通じて、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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 施設からの希望をもとに法人本部が具体的な採用計画を策定し、法人本部で一括して採用を行っている。育成と定着に関しては、法人独自の研修のほか外部研修に参加することでスキル向上を図ったり、新人職員には、研修プログラムを活用した育成が行われている。</p>		

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 品質方針に求める職員像が明確にされており、理念・品質方針を記載した品質カードを職員全員が必ず携帯している。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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 将来的に法人全体が人員不足への危機感を感じており、中・長期計画及び今年度最重点取組課題として「職員水準および職場環境の向上」を掲げ、職員の声を定期的に聞き、職員が定着する働きやすい職場づくりを目指し取り組んでいる。職員の心身の健康と安全の確保のため、ハラスメント窓口を設置している。</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><コメント> 求める職員像が明記された品質カードに職員一人ひとりが目標を並記し、いつでも確認できるよう身に付けている。理事長による面談を通じて、職員が今年度の目標を明示する。新人職員へは、OJTの実施により、入社後3ヶ月、6ヶ月後に業務の習得状況や目標の進捗状況、課題等を把握できるよう振り返りを行うなど、細やかな指導、育成が行われている。</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	① ・ 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、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、分野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を明確にしている。研修受講後の復命書のほか3か月後の評価、6か月後の報告により、研修を効果的に実践に活かす取組が行われている。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 外部研修の情報を積極的に提供し、受講している。特に、虐待防止等の権利擁護に関する研修への関心度が高く、積極的に受講している。新人職員研修、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実施している。</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	① ・ 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受入れマニュアルを整備している。コロナ禍で、昨年度は2校の大学から実習生9名（別途2校8名は今年度に延期）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。実習指導者は、学校等のカリキュラムをもとに、施設の日課に沿った実習を行っている。担当職員の配置や実習生の習得状況の確認など、質の良い実習となるべく体制の整備に努めている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント> 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、地域の障害者相談事業所や障害者基幹相談支援センター、地域の学校等にもパンフレットを配布して事業内容を紹介する等、法人や施設、障害者への理解を図っている。</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><コメント> 内部監査を定期的実施しており、指導や指摘項目に基づき運営改善に取り組み、適正な運営に努めている。法人の就業規則や施設の運営規程、ISO品質マニュアルに、取引先に関するルールなどについて明文化しており、権限、責任の明確化と周知が行われている。</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	① a · b · c
<p><コメント> 地域社会との連携の強化に関する基本的な考え方を基本方針や事業計画に明文化している。コロナ禍で地域との交流は難しい状況であるが、今年度は近隣の神社の清掃を一緒に行うことができた。また、地域のお店での買い物や通院等を実施しており、日常的に地域の資源を活用している。</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> ボランティアの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、お互いに安全で楽しく行えるよう配慮している。コロナ禍ではあるが、中学校の職場体験学習（今年度は1名）を受入れ、地域の福祉力向上の一翼を担っている。</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> より良い福祉サービスを提供するために必要な施設周辺の関係機関の情報や資料、広報誌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に掲示または設置している。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> 法人内の相談支援事業所や障害者基幹相談支援センターとの連携、安城市の自立支援協議会の定例会や施設長会に参加し、地域の福祉ニーズ等の把握に努めている。</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。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、今年度は地域の神社の清掃活動を実施しており今後も継続予定である。</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 a · 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、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、毎月の部門会議や朝礼で虐待防止のための指針の読み合わせや振り返りを実施している。今年度は、否定語の言い換えや心得の唱和に力を入れている。</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 a · b · c
<p><コメント> 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を活用して、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、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っている。個別支援計画は、利用者や家族と一緒にすり合わせしながら、難しい言葉を言い換えして相違がないようわかりやすい説明に努めている。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。外国人の利用者を想定し、翻訳機も導入した。</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> 相談支援事業所等と連携し、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。不安の軽減のため、体験から始めてみるなど時間をかけて対応している。同法人内での変更は、情報共有や連携のしやすさの点でメリットが多く、利用者本人や家族への安心に繋がっている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上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 ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者の自治会組織「ハルナ会」を毎月実施している。ハルナ会は、利用者からの意見や要望、行事の感想など聞き、満足度を確認する機会となっており、その議事録や日々の会話の内容を共有し、満足度上向上に向け検討・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いため、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。コロナ収束後やwithコロナに向けた取組も検討している。</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たり、日々の生活の様子を観察し、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 ・ b ・ c
<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での外出がコロナ禍で難しく、その分施設内のグループ活動を増やして担当職員と話したり、掃除している時等のふとした機会に話しかけるよう努めている。今年度からの「ゆったり入浴」は、利用者がリラックスでき、コミュニケーションにも有効な取組となっている。</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 ・ b ・ c
<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。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。保護者からの行事だけでなく日常の様子を知りたいという意見に対して改善に取り組んだ。</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><コメント> リスクマネジメント体制を整備し、ISO品質マニュアルに基づいた防犯対策やリスクマネジメント研修を実施している。年3回安全週間を設定し、危険箇所の再確認を実施している。ハウレンソウMEMOだけでなくヒヤリハット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、事故防止に努めている。ヒヤリハットや事故の際は、原因の分析と対応策を検討し、朝礼等で周知し対応策の実施状況や実効性を確認している。また、内部監査もあり、組織的な取組が行われている。</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><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。感染症発生時の対応研修の実施や、消毒、手洗い、防護服の着脱方法、ソーシャルディスタンスの確保など、職員一丸となって感染防止に努めている。わかりやすく内容をまとめたマニュアルの作成と研修により、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 ・ b ・ c
<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。福祉避難所に指定されており、備蓄倉庫や衛星電話が設置されている。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 ・ b ・ c
<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、利用者一人ひとりの支援目標や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、既往症一覧を職員が共有し、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、部門会議等でマニュアル通りに実施できているかを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 ・ b ・ c
<p><コメント> ISO品質マニュアルは、毎年見直しを行っている。必要に応じて、随時修正も行っている。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定期的に見直しを行い、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><コメント> アセスメントシートは、できないのチェックのほか、どんな支援があればできるか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。アセスメントや個別支援計画は、関係機関や保護者、他の職員の意見を取り入れながら策定する仕組みとなっており、様々な視点による気づきが得られ、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、評価・見直しを行っている。個別支援計画は、3ヶ月後にその計画が利用者に適切かどうかをサービス管理責任者が確認し、6ヶ月後には担当職員、サービス管理責任者によるモニタリングを実施している。毎月の個別支援会議は、職員全員で個別支援計画の内容について話し合う機会となっている。支援目標一覧を作成し、それに基づいた支援記録がケース記録から確認できる。</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、ケース記録やホワイトボード等で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日分の情報を共有できるツールとして浸透している。また、シフト制のため、様々な方法で連絡モレが無いよう工夫しており、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も継続している。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するほか、部門会議で周知している。</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、管理を徹底しており、職員の理解も高まっている。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朝礼等での施設長やサービス管理責任者からの指導が行われている。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> 毎月のハルナ会は、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場となっている。写真等の視覚的資料で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や報告・検討し、利用者の思いや希望の実現に努めている。誕生日ケーキは利用者の意向に配慮して6~8種類から選べるようにしている。</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のほか、虐待防止のための指針と身体拘束の適正化のための指針を整備している。また、朝礼で虐待防止のための指針、否定語の言い換え、心得を唱和するほか、権利擁護について外部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の徹底に努めている。言葉遣いについては強化期間を設け、職員がお互いに評価しており、よりモチベーションを高める効果的な取組となっている。</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、衣替えなど、できないことがあれば職員も一緒に行う等して利用者の自立・自律を促している。そうした結果、利用者が自力で行うことができる範囲が増えている。職員からお礼を言ったり、自作のアートを飾ることも利用者の自律・自立に向けた動機付けとなっている。</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や記録等からコミュニケーションが困難な利用者の意図を読み取り、部門会議等でコミュニケーション方法を検討している。写真や手作りの絵カードの他、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た支援に努めている。外部研修に参加し、コミュニケーションによる支援の質の向上を目指している。</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決めて事がなされている。利用者とは、日々の支援の中だけでなく、日中活動やグループ活動等、利用者に関わる際はコミュニケーションを図り、希望や要望の聞き取りに努めている。相談内容は部門会議やハウレンソウMEMO等で共有され、個別支援計画への反映やその実現に向けた支援が行われている。</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 ・ ② ・ ③
<p>〈コメント〉コロナ禍で活動制限がある中、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おり、今年度は、園芸活動やゆったり入浴を実施し好評を得ている。</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 ・ ② ・ ③
<p>〈コメント〉日頃から部門会議のほか施設長やサービス管理責任者と話し合える体制があり、利用者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、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、新人職員への研修担当職員による内部研修や、外部の強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を受講する等して、専門知識の習得と統一した支援の実施に努めている。</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 ・ ② ・ ③
<p>〈コメント〉毎年の嗜好調査と毎月の食生活会議を通じて、行事食や献立を作成している。以前は、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たが、コロナ禍のため、職員が聞き取りを行っている。食事形態や自助具は利用者の状況に合わせ提供しており、アレルギーのある利用者へは除去食や代替食で対応している。入浴は毎日行い、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ほか、トイレ誘導、おむつ交換等の介助を行っている。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、安全な移動に配慮している。</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 ・ ② ・ ③
<p>〈コメント〉職員による毎日の清掃・消毒・換気、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、ほこりもなく臭いも感じられない。窓が多く、緑のある中庭がどこからも見ることができ、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。好きなものを置いたり飾るなどして快適な居室空間を作っている利用者も見られる。離床センサー付きマットレスを活用し夜間の転倒予防に努めている。</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 ・ ② ・ ③
<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が、定期的なモニタリングにより職員や看護師が訓練内容を検討しており、必要に応じて専門職からの助言もある。掃除、洗濯物たたみ、歩行練習といった日々の生活動作を生活訓練と位置づけ、できたら褒めることで主体的に行えるようにしている。看護師や医師と連携し、機能訓練としてストレッチやマッサージ等を実施しており、その内容は個別支援計画にも反映させている。</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 ・ ② ・ ③
<p>〈コメント〉年2回の健康診断、月2回の歯科検診、毎月の体重・血圧測定、毎週の精神科医の診察、毎日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意識が高まっている。体調不良時や緊急時は施設長および看護師に報告し、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 ・ ② ・ ③
<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、看護師による薬の管理が行われている。まずは、医務室にて投薬カードと薬を3回確認、投薬時には、投薬カードの氏名、薬の数、利用者の顔を確認して飲む瞬間を見逃さず、投薬後は、口腔内に残っていないか、衣類やテーブルに残っていないか、薬の袋に残薬がないかを確認、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するなど、誤薬防止の徹底に努めている。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 ・ 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聞き取り、利用者、家族からハルナで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実施している。今年度は、町内会と連携して近くの桜井神社の境内の清掃活動を行った。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	① ・ b ・ c
<p><コメント> 利用者や家族の意向は、モニタリングやアンケートや面談等で確認し、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している。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きたが、今年度は法人内のグループホームへ移行した事例がある。法人内の生活介護事業所の体験やグループホームの見学など、時間をかけて丁寧に実施されたことが窺える。</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	① ・ 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り、より丁寧に対応している。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> 評価外		

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> 評価外		
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> 評価外		
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> 評価外		