

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

第三者評価機関名 岐阜後見センター第三者評価事業部

②施設・事業所情報

名称：社会福祉法人聖清会 ハルナ	種別：障害者入所施設	
代表者氏名： 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： （法人代表電話）0566－99－9860		
ホームページ：https://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： 13 名	非常勤職員 18 名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	介護福祉士 7 名	精神保健福祉士 1 名
	看護師（准看護師）2名（1名）	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	個室：20室 2人部屋：15室	タンス ベッド テレビ

③理念・基本方針

【理念】 明るく 仲良く 楽しく
 【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」になるように努めます。
 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「何ができるか」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

基本理念に基づき、利用者が「明るく 仲良し く 楽しく」、安心して穏やかな生活をして頂けるようにサービスエ場に努めている。コロナ禍も軽減され、外出の機会を増やし、少しでも利用者に楽しんで頂けるように取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 7 年 7 月 18 日（契約日）～ 令和 8 年 3 月 31 日（評価決定日） 【令和 7 年 11 月 25 日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	2 回 （令和 4 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

<利用者の自己決定を尊重した支援>

全体会議で議題を出し合い、より良いサービス提供に向けて意見交換を行っている。また、施設内の自治会「ハルナ会」では、利用者が会長・副会長・書記等の役員を担い、職員と協働して主体的に運営している。意思表示が難しい利用者には、写真を用いた選択支援や食事場面での丁寧な好みの把握等、特性に応じた工夫を行っている。日常生活の中でも、希望を聞き取ったり、関わりを通して意向を汲み取り、誕生会のケーキ選択や外出先の決定等、利用者の選択が反映される機会を積極的に設けている。

<利用者のエンパワメントを大切にした自律・自立支援>

個別支援会議やアセスメントを通して利用者の特性や生活習慣に応じた支援方針を明確にし、自力のできる行為は見守りを基本に必要な時のみ支援する姿勢を徹底している。日々の支援の積み重ねにより、下膳やトイレ動作の自立等、具体的な成果が着実に生まれており、継続的な支援が実践されている。

<個別支援計画にもとづく丁寧な個別支援>

個別支援計画に基づき、利用者の心身状況や意向に応じた食形態の提供を、日々の職員会議で検討しながら行っている。また、高齢化の進行や利用者の特性に合わせて滑りにくい食器や握りやすいスプーンを導入し、自立を促す工夫をしている。さらに、移動面でも見守りや自走式車いす等、適切な福祉用具を選択し、手順を確認しながら安全に配慮した支援を実践している。

◇改善を求められる点

<職員の成長を支えるキャリアパス構築の推進>

人事考課は、法人が整備した客観的な評価基準に基づき、品質管理システムと連動したフィードバック面接を通して実施している。一方、職員の希望に応じて専門職としての成長や運営面での役割拡大など、多様なキャリアを描けるようにするためのキャリアパスは、現在整備を進めているところである。今後の取り組みの進展に期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価の受審は、支援のあり方や施設経営を改めて見直す良い機会となりました。評価を通じてご指摘いただいた改善点については着実に対応を進めるとともに、高い評価をいただいた点についてもさらに質の向上に努め、多様化する障害福祉ニーズに対応した支援の提供に努めるとともに、福祉サービスの質の向上に取り組んでまいります。

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(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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 法人理念「明るく 仲良く 楽しく」を明確にし、その理念に基づいて6つの基本方針を策定している。理念と基本方針は玄関やパンフレット、ホームページなどに掲載し、公表している。また、事業計画にも理念や基本方針を反映させており、基本理念・品質方針・事業計画を記載した品質カードを職員が勤務中に携帯することで、現場実践につなげている。さらに、広報誌の活用やホーム内での掲示等を通じて、利用者や家族への理念の周知を図っている。			

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	㉑ ・ b ・ c	
〈コメント〉 障害福祉に関する動向については、行政情報をはじめ、様々な媒体から継続的に情報収集を行っている。地域の福祉ニーズについては、自立支援協議会や社会福祉協議会開催のネットワーク会議等への参加、地域団体との情報交換、日常的な地域活動を通じて、地域の特性や変化の把握に努めている。また、法人会議において施設の経営成績や財政状況を分析し、変化する経営環境に対応しながら、持続可能な事業運営に取り組んでいる。			
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	㉑ ・ b ・ c	
〈コメント〉 法人会議において施設の運営状況を分析し、利用者数の動向や障がい特性の多様化への対応、人材の確保・定着、職員の法人内研修の充実や育成プログラムの策定、働きやすい職場環境の整備、コスト管理、施設整備等、安定的な経営に向けた具体的な経営課題を明確にし、改善に向けた取り組みを行っている。			

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	a ・ ㉑ ・ c
〈コメント〉 中・長期ビジョンを明確にするとともに、長期・中期・重点目標を具体的に示した法人全体の中・長期計画が策定されている。今後、計画のさらなる具体化が望まれる。			
	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	㉑ ・ b ・ c
〈コメント〉 中・長期計画を踏まえ、単年度の方針性を明確にした事業計画を策定している。事業計画には、重点目標を定			

めた具体的な実施計画として位置付けられている。また、組織全体として中・長期的な方針と日々の実践を結びつけ、継続的な質の向上に取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画は、各部署の職員から意見を聴取し、策定・見直しを行っており、職員参画の下で組織的に取り組む体制が整っている。また、事業計画は全体会議等で周知するとともに、いつでも閲覧できるようファイリングしている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画にはルビを付け、利用者や家族が見やすいよう玄関や活動場所に掲示している。さらに、利用者の活動場面に合わせて内容をわかりやすく説明するなど、利用者が理解しやすい環境づくりに努めている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 福祉サービス第三者評価を受審するとともに、過去に ISO9001 を取得しており、その際に構築した品質マネジメントシステムを継続して運用している。手順書の見直しや目標設定を定期的に行うことで、法人全体で組織的にPDCA サイクルに基づく質の向上に取り組む体制を整えている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 把握した課題について法人会議等で検討し、改善策及び実施計画を立案している。計画の実施状況も法人会議で共有している。課題解決に向け、組織的な体制整備を進めている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 管理者の役割と責任については、手順書や業務分担表で明確にしている。施設長不在時には、サービス管理責任者を中心にその役割を担う体制を整えており、業務が滞りなく遂行できる仕組みを構築している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 遵守すべき法令に関する各種研修会に参加し、伝達講習を行っている。また、虐待防止指針や身体拘束禁止のための指針など、必要な指針類を整備し、職員のコンプライアンス意識の向上に努めるとともに、ガバナンスを利かせた組織づくりを進めている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 管理者は現場に身を置き、日頃から業務を通して職員の意見に耳を傾けるとともに、会議等を通じて業務に関する助言や指導を行っている。また、毎月の事業計画の経過報告や施設の課題を法人会議で検討し、組織的に取り組む等、サービスの質の向上に向けて指導力を発揮している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 効率的な業務体制の構築を進めるとともに、経費の適正化に向けた取り組みを継続している。また、法人会議を通して運営上の課題や業務の進め方を検討し、組織として共有することで、業務の実効性を高める体制づくりを進めている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 必要な職種や人員体制を確認し、適切に配置できるよう採用活動を進めている。また、大学や福祉養成校だけでなく、他業種からの転職者や中高年齢の方など、さまざまな背景を持つ人が応募しやすいよう、幅広く求人チャネルを広げて人材確保に取り組んでいる。さらに、OJTを充実させることで、新しく入った職員が安心して働き続けられるよう、定着に向けた支援にも力を入れている。		
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障 15	a ・ ㉡ ・ c
<コメント> 人事考課は、法人が整備した客観的な評価基準に基づき、品質管理システムと連動したフィードバック面接を通して実施している。一方、職員の希望に応じて専門職としての成長や運営面での役割拡大など、多様なキャリアを描けるようにするためのキャリアパスは、現在整備を進めているところである。今後の取り組みの進展に期待したい。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員の有給休暇の消化率や就業状況を定期的に確認し、有給休暇の取得を促す取り組みや、出産・育児休暇制度の整備など、ライフワークバランスに配慮した働きやすい環境づくりに努めている。また、メンタルヘルスチェックや健康診断の実施、職員相談窓口の設置など、安心して働けるよう福利厚生の体制も充実させている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員の育成に向けて、品質マネジメントシステムを活用した目標管理制度を確立している。年度当初に個々の目標を設定し、期中および期末にはフィードバック面接を実施して、取り組み状況や達成度を確認している。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員が勤務中に携帯する品質カードには、組織として掲げる基本方針が明記されており、日常業務の中で方針を意識しながら行動できるよう工夫している。また、外部研修・内部研修・OJT指導など、多様な研修を組み合わせた研修体制を整え、計画的に研修を実施している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 職員研修を充実させるため、新人向け研修や OJT 研修、階層別研修、テーマ別研修など、多様な研修プログラムを整備している。これらの研修を通して、職員が役割に応じた知識や技能を身につけられるようにしており、全体全体のサービス品質の維持・向上につなげている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 実習生受け入れ手順書を整備し、養成校と連携しながら積極的に受け入れを進めている。受け入れにあたっては、実習オリエンテーションやカンファレンス、振り返りの機会を設けるなど、学生の学びを支えるための指導体制を整えている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> ホームページ上で理念・品質方針・提供するサービスの内容等、事業運営に関わる情報を幅広く公開している。また、財務情報は WAMNET、第三者評価の受審結果は愛知県社協のホームページを通じて公開する等、複数の媒体を活用しながら運営の透明性の確保に努めている。		
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
<コメント> 法人で経理規程等を整備し、事務、経理、取引等についてルール化している。また、会計事務所と連絡を取り合う等、適正な運営に努めている。		

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
<コメント> 事業計画の中で地域貢献について明記されており、地域との関わりに対する施設としての基本姿勢を示している。具体的には、神社の清掃活動を行っている他、昨年度からは法人として、地域の高齢者や子どもを対象とした「聖清会食堂」を開始している。その他、多様な形で地域との連携や交流に取り組んでいる。		
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
<コメント> ボランティア受け入れに係る手順書を整備し、オリエンテーションを実施して、地域のボランティアや学生の職場体験も受け入れている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 行政機関、関係機関、相談支援事業所など、地域の関連機関との連携が密であり、必要な社会資源リストを作成して職員への周知を図っている。得られた情報は法人内掲示板や法人会議等で報告し、法人内で共有できる仕組みを整えている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 地区社協が定期的開催している「生活支援ネットワーク会議」への参加を通じて、地域の福祉ニーズや課題の把握に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 法人で、公益的な事業・活動をおこなっている。2024 年度からは法人として地域の高齢者や子どもを対象とした「聖清会食堂」を開催し、長期休暇中の昼食提供も行っている。これらの取り組みを通じて、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を進めている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 基本理念や品質方針を記載した品質カードを職員が常に携帯している。虐待防止や権利擁護研修、身体拘束の適正化に関する研修などを内部・外部で定期的実施し、利用者の人権尊重の観点から、自己決定と選択を尊重した支援を行うとともに、個人の尊厳に配慮した安心・安全な福祉サービスの提供に努めている。内部研修では、対応方法の統一や情報共有を図るなど、不適切な関わり防止や権利擁護に関する意識を高める取り組みも進めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> プライバシーに関する手順書を策定し、日常的な生活場面において利用者のプライベート環境を整えるとともに、プライバシーに配慮した適切な支援に努めている。また、各種会議や研修を通じて職員への意識づけにも取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 法人理念や施設紹介を記載したパンフレットを作成し、見学者に配布して説明を行っている。ホームページでは、施設内の様子や取り組みが伝わるよう工夫しながら情報発信を行っている。		

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> サービス開始にあたっては、ルビを振った重要事項説明書やパンフレット等の資料でサービスの内容や利用方法を説明し、利用者・家族の同意を得て契約を締結している。変更時は個別支援計画書に基づき、利用者、保護者に説明を行い、同意を得ている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 施設・事業所の変更やサービス終了時には、利用者や家族の意向を踏まえて、サービス管理責任者がサービス担当者会議を開催し、関係機関や福祉事業所と連携を図っている。サービス終了後も相談ができる体制であり、サービスの継続性に配慮した対応に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 毎年、家族の満足度アンケートを実施し、集計結果を職員間で共有して改善につなげている。また、サービス担当者会議も活用し、利用者や家族の意向や満足度の把握に努めている。生活介護事業では、毎月「ハルナ会」を開催し、利用者の希望や意見を聞き、満足度向上に取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 法人として苦情解決の仕組みを整備しており、保護者等への説明も実施されている。担当窓口や第三者委員等、外部の相談窓口についても重要事項説明書に記載するとともに、施設内に掲示して周知している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 日常的な支援の場面で、職員の誰でも気軽に相談できるよう、声かけに心がける等、相談しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、毎月開催している「ハルナ会」の機会に意見を聞き、利用者の意向の把握に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 利用者からの相談、意見や要望があった場合は、その都度、情報共有している。寄せられた意見に対しては、対応に関する手順書を整備し、迅速な対応に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 事故発生手順書を整備し、リスクマネジメント体制を構築している。また、ヒヤリハットを収集・分析し、職員間で共有して事故予防に努めるとともに、事故発生時には要因分析を行い、再発防止に向けた改善策を実施している。今年度は、法人全体で安城警察署に依頼して不審者侵入の防犯訓練を行い、AED 訓練を実施したほか、安全運転講習会も実施したところである。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 感染対策手順書、疑似症及び食中毒発生時対応手順書、インフルエンザ対応手順書、新型コロナウイルス対応基準、感染症対策指針、感染症及び食中毒の予防・まん延防止のための指針を整備し、年 2 回の研修や訓練を実施している。全ての手洗い場所には、手洗い方法を分かりやすく示したイラストを掲示し、毎日の定期的な検温、掃除や消毒、常時の換気などを実施し、常に感染予防と拡大防止に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 災害に備え、BCP 計画(事業継続計画)を策定し、定期的に避難訓練を実施するなど、災害時における利用者の安全確保に向けた取り組みを組織的に行っている。法人は福祉避難所に指定されており、防災倉庫の設置や、安城市による定期的な無線訓練も実施されている。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 標準的な支援方法については、個別支援計画の作成を進め、職員研修を通じて支援の質の標準化に取り組んでいる。また、手順書を整備し、統一したサービスが提供できるよう努めている。手順書については、必要に応じで見直しを行い、実際の支援内容が反映されるよう取り組んでいる。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 福祉サービスの標準的な実施方法の見直しについては、毎年、各種会議において手順書の見直しを実施している。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 利用者や家族の意向を踏まえ、担当職員、サービス管理責任者がアセスメント様式に記入して支援ニーズ、目標や支援内容を具体的に明示し、個別支援計画を作成している。個別支援会議では、他職員にも参加してもらい、支援内容等の確認を行っている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 個別支援計画の見直しは半年に 1 回のペースで行われている。作成手順もあり、利用者の状況が大きく変化した場合には、時期に関係なく必要に応じて随時見直している。必要に応じて他職種と連携し、変更内容を共有するなど、計画の適切な更新に努めている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 毎日の利用者の様子は利用記録を通じて保護者へ伝えている。また、勤務日誌(ケース記録)としてまとめて管理している。さらに、利用者や家族からの意見や要望はすべてハウレンソウ MEMO に記録している。必要な情報は職員間で随時共有している。		

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 ㉠ ・ b ・ c
<コメント> 記録の管理体制については、個人情報保護手順書を整備し、適切な記録の保管・保存・廃棄を行っている。ICT 化を推進し、PC のセキュリティ管理を徹底するとともに、記録文書は鍵付きロッカーに保管するなど、厳重な管理を行っている。		

【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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 全体会議で議題を出し合い、より良いサービス提供に向けて意見交換を行っている。また、施設内の自治会「ハルナ会」では、利用者が会長・副会長・書記等の役員を担い、職員と協働して主体的に運営している。意思表示が難しい利用者には、写真を用いた選択支援や食事場面での丁寧な好みの把握等、特性に応じた工夫を行っている。日常生活の中でも、希望を聞き取ったり、関わりを通して意向を汲み取り、誕生会のケーキ選択や外出先の決定等、利用者の選択が反映される機会を積極的に設けている。			

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 身体拘束や虐待防止を扱う委員会の定期会議に加え、利用者ごとの特性や注意事項の共有、身体拘束が必要な場合の手順と記録の徹底を行っている。さらに、朝礼での虐待防止指針の唱和や否定語の言い換え、毎月の内部研修での困難ケースの検討等を通して、職員一人ひとりが権利侵害を防ぎ、利用者の権利を守る意識を高める取り組みを実践している。			

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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 個別支援会議やアセスメントを通して利用者の特性や生活習慣に応じた支援方針を明確にし、自力でできる行為は見守りを基本に必要な時のみ支援する姿勢を徹底している。日々の支援の積み重ねにより、下膳やトイレ動作の自立等、具体的な成果が着実に生まれており、継続的な支援が実践されている。			
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 毎月のイベントや日々の関わりを通じて利用者の意図を丁寧にくみ取り、特に言語的なコミュニケーションが難しい利用者には、行動の読み取りや絵カードによる選択支援等、心身の状況に応じた手段を用いて最適なコミュニケーション方法を検討し、支援につなげている。			
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

＜コメント＞ 職員は日常的なあいさつや声かけを通して利用者が相談しやすい環境を作り、担当職員を中心に困りごとの相談に丁寧に応じている。また、夜勤を含む職員間で情報を共有しながら、利用者の意思を尊重した対応内容を検討し、適切な支援につなげている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 日々の関わりで把握した要望や記録、個別支援計画のモニタリング結果をもとに計画を 3 か月ごとに見直し、利用者のニーズに応じた支援内容や日中活動へ適切に反映している。このプロセスを通じて、個別支援計画に基づく一貫した支援を継続して実践している。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 職員は研修後の報告や発表を通して障害に関する専門性を高めるとともに、利用者ごとの障害特性に基づく注意事項を作成し、不適応行動に対して一人ひとりに適切な対応ができるようにしている。また、てんかん等の疾患対応や服薬の手順については看護師と連携し、支援記録をもとに対応を継続的に検討・見直すことで、利用者の障害状況に応じた支援を実践している。		
A-2-(2) 日常生活支援		
A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常生活支援を行っている。	障 53	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 個別支援計画に基づき、利用者の心身状況や意向に応じた食形態の提供を、日々の職員会議で検討しながら行っている。また、高齢化の進行や利用者の特性に合わせて滑りにくい食器や握りやすいスプーンを導入し、自立を促す工夫をしている。さらに、移動面でも見守りや自走式車いす等、適切な福祉用具を選択し、手順を確認しながら安全に配慮した支援を実践している。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 共有空間の清掃・消毒・換気を日常的に行い、業者によるワックスがけやフィルター清掃も実施する等、衛生管理を徹底している。また、居室については担当職員が利用者の特性や意向を踏まえて清掃等を行い、尊厳に配慮しながら快適で安心・安全な生活環境を整えている。		

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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 個別支援計画に基づき、利用者の心身の状況に応じて洗濯物たたみ等、主体的に取り組める生活訓練を行っている。また、必要に応じて看護師の助言を受けたり、骨折や歩行不安定時には医師やリハビリ職と連携して機能訓練を実施する等、利用者の自立と能力維持に向けた支援を継続して行っている。		
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	㉠ ・ b ・ c
＜コメント＞ 毎日の検温や血圧測定により利用者の健康状態を継続的に把握し、体調の変化が見られた際には速やかに施設長や看護師へ報告し、必要に応じて看護師同行で医療機関を受診する等、迅速な対応を行っている。また、協力医療機関や緊急時の受診先を明確にしておくことで、適切な医療につなげられる体制を整えて		

いる。さらに、健康状態は記録として共有しながら、年2回の健康診断や定期的な歯科健診、体重・血圧測定、精神科医の診察等を通して、利用者の健康管理を計画的に実施している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 看護師が日常的な服薬管理を担い、配薬時のダブルチェックや投薬手順書・投薬カードに基づく本人確認と残薬確認を徹底することで誤薬防止に努めている。また、職員が薬効を把握できる体制を整える等、安全管理に配慮した適切な手順のもとで医療的支援を提供している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 保護者への年次アンケートや利用者自治会「ハルナ会」での意向把握、面会時やサービス担当者会議での意見聴取を通して希望を丁寧に確認し、支援に反映している。また、買い物や外食等、利用者自身が選択できる生活体験を取り入れるほか、月1回の「ものづくり体験」への参加等、社会参加や学習の機会を提供し、利用者の希望と意向を尊重した支援を実践している。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 利用者と家族双方の意向を尊重し、アンケートやモニタリング、面談等を通じて地域生活への希望を丁寧に確認しながら、今後の生活について相談支援を行っている。高齢化や重度化により地域移行が難しい利用者には「ここで暮らしたい」という思いにも寄り添い、興味や関心がある場合には相談支援事業所と連携して移行の可能性を検討している。また、同法人内グループホームへの移行実績もあり、利用者の希望に沿った地域生活支援を行っている。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> 毎年の面談やアンケートに加え、必要に応じた電話や来所での相談対応を通して家族の意向を丁寧に把握し、信頼関係を築いている。また、毎月発行する「ハルナだより」で活動の様子を共有し、家庭との連携を深めている。さらに、外泊時には必要に応じて家族支援を行うなど、家族との交流と協力体制を大切に支援を継続して実践している。		

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>非該当項目		

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>非該当項目		
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＞非該当項目			
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
＜コメント＞非該当項目			