

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

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

名称： 愛厚半田の里	種別： 施設入所支援・生活介護	
代表者氏名： 大竹 智康	定員（利用人数）： 140名	
所在地： 愛知県半田市鴉根町 3-40		
TEL： 0569-27-5049		
ホームページ： http://www.ai-kou.or.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 平成23年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 愛知県厚生事業団		
職員数	常勤職員： 57名	非常勤職員 20名
専門職員	看護師 4名	看護師 1名
	管理栄養士 1名	
施設・設備の概要	居室 81室	食堂・浴室・洗面所・便所
	相談室	静養室・医務室・集会所

③理念・基本方針

利用者一人ひとりの尊厳が保たれ、より豊かな日常生活を営めるよう、それぞれの想いに寄り添い、それぞれにふさわしい支援を行うことで、生活の質の向上と社会参加の促進を目指します。このためには相互に協力して支援の質を高め、利用者とともにある地域の福祉向上に継続して貢献していきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 半田の里は、周辺に美しく広がりのある緑地があり、商店などもあり生活圏域としても至便な場所にある。事業としては、生活介護・施設入所支援・短期入所・就労継続支援B型、日中一時支援事業、相談支援事業所及び共同生活援助を一体的に運営している。
2. 半田の里は同じ地域に3つの施設があり、さらには周辺に当法人のケアホームもあり、「愛フルタウン」と称し地域との協調性が高い施設である。また、半田市の障害者の基幹施設として役割を十分に果たしているとともに、地域住民と協力し合う体制を構築し利用者や地域住民の安心・安全に向けて取り組んでいる。また、市行政から福祉避難所の指定を受けるなどして、地域で暮らす障害者の受け入れ体制の整備にも努めている。
3. 玄関横に就労支援事業として喫茶（地域交流スペース）を営んでおり、地域住民との交流や連携にも活用されている。玄関スペースは広く開放的であり、農作物の販売の場とし半田の里全体の取り組みとして支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年7月13日（契約日）～ 平成30年1月5日（評価決定日） 【平成29年10月24日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成26年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

1. 職員に対する理念・基本方針の周知、外部・内部環境を把握した課題の設定、中長期・単年度の各事業計画の周知など、一連の流れが管理者のリーダーシップのもと組織的に行われている。

2. 利用者一人ひとりの障害の特性や健康状態、身体状況等に応じ個別支援計画を策定している。利用者の個人記録にも反映しており、適切な福祉サービスの提供に繋げている。利用者支援の基本である権利擁護への姿勢を明確にしてサービスが提供されており、利用者や家族への説明や同意を大切に、意見や苦情には迅速に対応している。また、個別支援計画の作成・実施・評価・見直しと記録の作成及び個人情報管理などを適切に行っている。

◇改善を求められる点

1. 利用者が高齢化してきており、加齢に伴う生活機能の低下、意欲の低下は急激ではないものの、少しずつ不自由さや困難性が増えてくると思われる。高齢化による慢性的なものへの対応は、日常生活動作等の低下がみられるだけでなく医療依存度が高くなり、医療的ケアへの対応の体制が不十分となることが予測される。今からでも遅くないので速やかに検討されることを期待する。

2. 利用者の重度化、高齢化による医療面、介護面からの支援の増加、個室対応を必要とする利用者、これらに対応した設備の改良等が必要になってきている。利用者の楽しみにしている入浴についても不便さがあり、トイレの利用についても困難性が高まりつつあり改修が迫られている。設備の大幅な改修には多大の費用が必要になるが、少しずつでも改善が進むよう一層の働きかけが期待される。

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を受審し評価を受けたことで、利用者の重度化・高齢化に対応するため今後の支援のあり方や設備の改良等の課題に改めて気付くことができました。今後ともより一層、利用者一人ひとりに合った支援を行い、利用者が生きがいを持ち安心してその人らしい生活ができる施設サービスが提供できるよう努めていきたいと思っております。

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（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・⑥・c
<コメント> ・理念、基本方針は、事業概要、事業計画、機関紙、ホームページなどに記載され事務室にも掲示されている。 ・事業概要・事業計画について、年度の始めに職員全員に配付するとともに、経営会議や職員会議などで説明し周知を図っている。 ・周知は利用者懇談会（隔月開催）、保護者会などで具体的な内容に、補足を加えて説明している。 ・理念・基本方針の周知について、過去に実施していたようにフリガナを付けて掲示するなど工夫された。		

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・⑥・c
<コメント> ・法人本部が主体となり、経営状況の把握・分析を行い、施設の年度に目標設定を行っている。 ・施設の課題は、経営会議、職員会議などで検討したうえ、法人本部へ提案している。		
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	a・⑥・c
<コメント> ・法人本部が各施設における年度の目標の設定を確認しており、現状の把握と課題が共有化されている。 ・利用者の高齢化に伴いADLの低下に対するサービス（知的介護技術向上）などの取組を進めている。		

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・⑥・c
<コメント> ・法人本部の愛知県厚生事業団経営計画において中・長期計画が策定され、各施設別に経営計画が割り当てられている。 ・施設長より、経営会議、職員会議において「第3期愛知県厚生事業団経営計画」、「愛厚半田の里基本理念・経営方針」及び「事業計画」について説明し周知を図っている。		
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	a・⑥・c
<コメント> ・愛厚半田の里事業計画は、法人の中・長期計画を踏まえ役職者で検討し、経営会議、職員会議等で話し合ったうえで作成しており、年度の初めに全職員に配付されている。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・前年度の事業計画進捗状況を踏まえ経営会議で議論し、職員会議の意見を取り入れるなど組織的に策定している。 ・次年度の計画を策定する際の重要事項であり、継続的な事業計画策定のための的確な評価・見直しが望まれる。		
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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・利用者、家族には各懇談会で説明し理解を求めるとともに、各フロアに掲示して周知させている。 ・家族懇談会の参加者は常態化しており、できるだけ多くのご家族に参加していただけるよう工夫された。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・法人作成の「ケア技術と知識の習熟度評価表」による評価を毎年実施し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。 ・経営会議、職員会議、各委員会などにおいて、日頃の支援サービスの提供などについて検討し改善に取り組んでいる。 ・評価基準に基づいて毎年自己評価を行うとともに、3年ごとに第三者評価を受審している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・経営会議、職員会議、各委員会で具体的な事項を掲げ、課題の周知が図られているが、職員の理解度や計画の共有度に左右されない改善に向けての努力を期待する。 ・課題について明確に周知は図られているが、組織的な取り組みを経た「改善策」「改善計画」の形成を期待したい。 ・自己評価・第三者評価結果については、年度ごとの評価結果を時系列に纏めるなど傾向をとらえた取り組み体制を見出し改善するための意識付けを望みたい。		

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 ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・施設長は、日頃から事業所全体を把握する中で、経営会議、職員会議などで役割を明確にし、職員に助言を与え指導している。 ・施設長は、朝礼を始め各種会議において自らの役割と責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。		

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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設長は職員会議等において、職員全体に遵守すべき法令や服務規程等を職員全員に周知している。 ・ 施設長は、コンプライアンス委員会を定期的（隔月）に開催するとともに課題や問題を把握し、コンプライアンス違反の発生防止に意を注いでいる。 ・ コンプライアンス違反について、パート職員を含む全職員を対象に自己チェックを実施（毎年6月）しており、その結果を踏まえて職員と個別懇談を実施している。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉サービスの質の向上に向けて、職員の研修について事業団本部の案内以外にも施設として数多く参加させ、資質向上に向けた配慮をしている。 ・ 毎月開催される「事故防止対策委員会（サービス改善委員会）」において、事故の防止を含めた「より良いサービスの提供」について組織として見直しを行っている。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設長は、経費の節減や業務の運営において、サービスの質を維持しつつ効率的な支援の提供について指導力を発揮している。 ・ 施設長は効率的な施設運営について、施設内で利用者定員見直し等のプランを検討しているところであり、指導力を発揮している。 ・ 法人理事として施設老朽化対応との関連もあって、「半田の里」全体の在り方などについて職員会議等で意見を聞きまとめている。 ・ 毎月開催される「事故防止対策委員会（サービス改善委員会）」において、事故の防止を含めた「より良いサービスの提供」について組織として見直しを行っている。 		

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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今年度より、採用条件に無資格でも受験する機会を設け、採用後資格取得できるよう配慮している。 ・ 正規職員の採用は事業団本部において計画的に採用している。施設としては欠員にならないように努めている。 		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人事管理は、制度の確立と人材の育成が両輪であり事業団本部において検討している。 ・ 人事評価は、毎年、個人面談を行うとともに職級・評価項目一覧表の「能力発揮度評価シート」に基づき実施している。 ・ 人員不足になりがちな職場であり、雇用形態・勤務形態や職場環境の形成など働きやすい環境の整備に努められたい。 		

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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 総合職、一般職区分の創設、育休明けの職員への短時間勤務など配慮している。 ・ パートにおいても、事業運営の状況を睨みつつ勤務時間の形態に幅を持たせている。 ・ 施設長が、年1回人事に関するヒアリングを行っているほか、計画的な有給休暇の取得を促進している。 ・ 毎年、法人本部のストレスチェック制度実施要領に基づき、アンケート調査・ストレスチェックを行い心身の健康と安全に取り組んでいる。		
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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 本部主導の研修へ参加、愛知県知的障害者福祉協会の研修に参加するなど、積極的な育成に向けての取り組みを行っている。 ・ 期待する職員像については、職級・評価項目一覧表に明記されている。 ・ 施設長が年1回人事に関するヒアリングを行うなかで、目標の設定と達成に向けた取り組みを行っている。		
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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 法人本部の研修計画に基づく研修のほかに、施設としても参加する必要性を考慮して研修に参加している。 ・ 愛知県知的障害者福祉協会が開催する研修やセミナーに参加している。 ・ 職場内研修（内部研修）を企画し、職員のスキルとケア技術向上を図っている。		
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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 法人本部の職員研修受講履歴一覧で把握されており、受講の機会が確保されているので職員一人ひとりに必要な研修の受講を促すことができる。 ・ 職員として必要な知識習得のため、年間の職場研修計画により受講している。 ・ パート職員も含めて年に1回以上研修に参加させており、参加状況について自己評価チェック表にて確認できる仕組みができています。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 「実習生受け入れマニュアル」は整備されており、大学等からの依頼により、保育実習、介護体験、管理栄養士実習など、積極的に受け入れている。		

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	a ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・ 法人のホームページ、機関紙「清明」などに、事業運営、事業計画、事業報告、収支結果などを掲載し公開している。 ・ 年2回、機関紙「半田の里だより」を発行し、地域、関係機関、ボランティアセンターなどに配付しているが、ホームページへの掲載が滞っているので更新されたい。		

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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉法の改正により本部の内部管理体制が強化され、経営ガバナンスの強化、事業運営の透明性の向上、財務規律の強化が求められることになった。 ・ 当事業団は会計監査人による監査が義務付けられ、平成29年6月以降に会計監査人の監査を受けることとなっている。 ・ 社会福祉法人としての責務に加え、健全な財政基盤の確立、公益性の高い事業活動の推進などの進捗状況について公開することとする。 		

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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第2日曜日に開催している朝市（年7回）や施設内の喫茶店は、地域の方々にも利用していただき、チラシやのぼりで利用を呼びかけている。 ・ 地域のイベントである「半田特別支援学校夏祭り」「半田ふれあい産業まつり」に出店し、地域との交流を図っている。 ・ 利用者、職員、地域住民と一緒に、地域の公園などの除草活動を行うことで交流を深めている。 		
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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティアの受け入れについて、マニュアルなどはできており既に確立している。 ・ 既に、朝市、農作業などは受け入れているが、広大な敷地の除草や樹木の剪定などにおいて必要性が生じているため、新たな協力者の確保に努めている。 ・ 半田社会福祉協議会などと連携し、新たなボランティアグループ受け入れに期待したい。 		
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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 半田市自立支援協議会の部会への参加など、地域の関係機関との連携を図っている。 ・ 短期入所支援利用者については関係機関との連携は図られているが、相談支援事業を運営強化するとともに適切な連携を図るよう努めている。 		
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 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 ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域との関わりでは、朝市・喫茶店を廉価で利用していただくなどの取り組みを行っている。 ・ 地域からの要請により、グラウンド・集会室の地域への貸し出しを行っている。 ・ 半田市との協定により、福祉避難所に指定されている。 		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・半田市自立支援協議会の委員として、地域の福祉ニーズの相談などの公益的な活動に携わっている。 ・地域の民生児童委員との交流がないので、地元の連絡協議会に出席するなど連携を深めるとともに、福祉ニーズの把握に努められたい。		

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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・法人の経営方針、職員倫理要領、職員行動規範に明文化されており、各種会議の中で職員に周知している。 ・利用者尊重の徹底と支援の充実を図るうえで、職員の共通理解を深めるため、権利擁護等に関する学習や研修などに取り組んでいる。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・プライバシーを守るため、居室南側（園庭側）の窓にはカーテンをつけたが、廊下側扉の小窓にはカーテンがつけられていない。特に1階の居室においては、視認性の確保など業務優先になっているので、プライバシー保護の観点から工夫されたい。		
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	㉠ ・ b ・ c
<コメント> ・自己決定が難しい利用者においてもサービスの選択がしやすいように、パンフレット等を活用してわかりやすいかたちで知らせている。 ・利用希望者については利用者や家族の意向などを聞き取り、利用者にとっての最善方法を検討し対応している。 ・利用者の視点に立った情報の提供について、誰にでも理解できるような努力を続けることを望みたい。		
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 ・ ㉞ ・ c
<コメント> ・個々の理解力の問題もあり必ずしも十分ではないが、可能な限り同意確認は自筆のサインを取っている。 ・知的障害者への説明資料の工夫は困難な部分もあるが、重要説明事項ダイジェスト版を活用または利用するなど『理解を求める努力』を形にすることが望まれる。 ・成年後見制度の利用は、適正な方法により利用されていた。		

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入退所については、経営会議において関係資料に基づいて検討しており、本人や家族との相談も丁寧に行われている。 ・施設の性格上、地域・家庭への移行は稀であるが、必要な場合は関係機関と連携を図り調整を行うなど継続性に十分配慮している。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活について個別に聞き取りを実施したり、相談があった場合には担当者、サービス管理責任者、相談員が対応、意見を聴き取り、改善につなげている。 ・利用者懇談会（隔月開催）・保護者例会（年4回）で意見聴取を行っており、意見の内容について検討し対応している。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付窓口を玄関に掲示し周知しているが、知的障害者にとって機能しているとは言い難い面もある。日頃のコミュニケーションが重要であり、常に職員の姿勢が問われることとなり注意深い対応を求めたい。 ・保護者には玄関の掲示以外に、保護者例会を通して苦情解決の仕組みを周知している。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別的には各階の職員と利用者の話し合いや、隔月で実施している利用者懇談会で意見を聞く体制を取っている。 ・各フロアの利用者からの意見は、フォーラム（各階の職員打合せ会議）で検討し、結果について利用者へ回答している。 ・個々の利用者の意見や要求については、設備面から制約があるため十分でない部分があるので検討されたい。 		
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	㉠ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者懇談会（隔月実施）において出された意見は、その場で回答できるものは、すぐに対応している。 ・直接的なサービスにつながる意見については、職員間で共有しサービスの向上につなげている。 ・施設内で検討が必要なものは、所長などの判断も含め組織内で検討を行い、日を改めて報告の機会を設けている。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止対策委員会（利用者サービス改善委員会）が毎月第4木曜日に、人権委員会が隔月の第3木曜日に開かれており、日常的な取組を行っている。 ・組織の体制としてリスクマネージャーを置き、インシデント・事故報告については双方ともに収集、要因分析、改善策などについて適切に取り組んでいる。 ・法人本部主導の利用者サービスリスク対策実施要項により、事故発生時の対応や報告マニュアルなどは職員に周知され適切に対応が行われている。 		

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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 感染症予防マニュアル・対応マニュアルは、職員に周知され情報の共有を図っており支援体制も整っている。 ・ 感染症対策委員会があり、感染症が発生した場合は速やかに会議を行うとともに、防疫体制を作り対応することとしている。 ・ 定期的に職場研修を実施しており、技術的・専門的な知識習得に努めている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 事業継続計画（BCP）が策定されており、災害発生時の対応が定められている。 ・ 防災訓練は愛フルタウン総合防災訓練として毎年9月、その他に施設全体で年5回実施している。 ・ 非常災害等の発生による不測の事態に備え、半田の里全体で利用者及び職員1週間分の食料と水を備蓄している。		

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	① ・ b ・ c
<コメント> ・ 半田の里事業計画が職員全員に配付されており、事務分担により委員会などを明示する中で基本的な対応について示されており、職員に周知されている。 ・ 介護支援マニュアルを始め、支援全般・食事・服薬・排泄・入浴・整容等のマニュアルについて、各ケア委員会で実施確認をしている。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 事故防止委員会始め各委員会において、問題が発生すればその都度見直しその結果について議事録にまとめ職員に周知している。 ・ 年度末には各委員会などで見直しに向けて会議を設定し、次年度の課題などを引継ぐ形で対応している。		
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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 適切なアセスメントに利用者支援につながるすべてがあり、丁寧に要望や意見を取り入れている。 ・ 個別支援計画は入所までの経緯を把握することなど重要事項があり、各部門の担当の意見を集約したうえで、定められた手順で策定されている。 ・ 個別支援計画は適切に策定されているが、全てが利用者主体になっているかなど課題の掌握と取り組みについて、確認されていないところがある。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> ・ 基本的には6か月に1回ではあるが、サービス管理責任者・栄養士・看護師・担当支援員等の参加のもと、個別支援計画を見直している。 ・ 体調や状況の変化など、必要に応じて個別支援計画の見直しを行っている。 ・ 個別支援策定会議において策定された個別支援計画は、サービス管理責任者が関係職員を始め全職員に周知している。		

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)-① 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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 個別支援計画に沿ったサービスの実施状況、利用者の状態や日々の情報は適切に記録されている。 ・ パソコン上の「ほのぼのシステム」に、支援職員はだれでも・いつでも状況を記録することができるが、個別支援計画の設定課題についてどこまで記載されているかは課題を残している。 ・ 日常的なケア記録を個別支援計画と結びつけた記録の持ち方や管理の方法について検討されたい。システムの検討が望まれる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ コンプライアンス委員会を隔月に開催し、コンプライアンス管理指針に基づくチェックリスト実施などの取り組みや研修を行っている。 ・ 個人情報の管理は適切に行われているが、情報の開示請求等については直近には事例がなく確認できなかった。 ・ 利用者に関する記録の管理体制は適切確実に出来ており、職員がいつでも閲覧できるように決められた場所で保管している。		

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ 個別支援計画策定は各職種が集まり、利用者及び保護者の意向を反映するとともに支援内容を検討し策定しており、それに沿った支援を行っている。 ・ 適宜、再アセスメントを行う中で、どんな支援を必要としているかを明確にしながら個別ケアを行っている。 ・ 利用者懇談会を開催し直接利用者の意見を取り入れたり、施設でのルールを決めてから対応している。		

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	㉔ ・ . c
<コメント> ・ 人権委員会を設置し定期的に検討会を開いており、そこで決定したスローガンを毎朝朝礼にて全員で読み上げて権利侵害防止を常に心掛けている。 ・ さらには、人権に関する研修会を開き、人権について全職員が考え見直す機会を設けている。 ・ 身体拘束については極力行わない方向で支援しているが、やむを得ない場合でも保護者に説明し、同意を得る等の手順を踏んでから行っている。また、施設内で情報を共有するとともに、定期的に見直しを行いできるだけ改善できるよう検討している。		

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	a・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の生活支援の中で利用者が自己管理でき、自立した生活が送れるよう細やかに働きかける努力をしている。 ・個々に個別支援計画の中に支援を組み入れ行っているが、利用者の数も多く、障害の程度も様々であるため、個々の利用者自身がモチベーションを上げていくような、一歩進んだ取り組みは難しいのが現状である。 			
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・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・日々の様子や行動を観察し、障害の程度を考慮しながら意思疎通を図るための取り組みを行っている。 ・声掛けや利用者の表情などから、できるだけコミュニケーションをとるようにしているが、対話能力を高めるには専門家によるアドバイスや取組みを行う場と時間が持てる体制が必要だと思われる。 			
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	a・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務中に利用者の方と会話することができなかつた場合は、業務後に時間を設けて話を聴き、できる限り早く対応するよう取り組んでいる。 ・利用者懇談会開催時のほか、随時、適宜話しかけるようにして支援をしている。 ・利用者とのコミュニケーションをとるのが難しい中で、仕草や表情で利用者の気持ちや意向を汲み取るようにしている。 			
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・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の作成、記録、評価や見直しについては適切に実施されており、利用者の支援を行っている。 ・半年ごとに評価を実施する際は、利用者の体調をみながら出来るだけ継続して支援ができるよう個別支援計画に反映している。 ・限られた時間や職員体制の中で多様な希望やニーズに応えられる様にしているが、施設内の支援のみならず外部サービスも利用し、少しでも利用者の意向に沿えるよう体制を取っている。 			
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・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりの障害の特性を理解したうえで、利用者にとって適切な支援が提供できるよう実践している。 ・利用者が不適切な行為（暴力、暴言など）を行った際は、居室にて時間をかけて話をするなどきめ細かい配慮を行っている。 ・担当する支援職員が変わるときなど、職員によって支援方法が異なり利用者が混乱するケースがあるため、個別的な配慮など共有できる仕組みを検討されたい。 			
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・㉞・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・全体的な日常支援は個別支援計画に即した支援内容で行われているが、障害の程度・年齢・体調に幅があるので丁寧な支援を望みたい。 ・20代から80代までの利用者が同じ食事をしているので、個々の年齢や疾患を考慮した食事形態を絡めたメニューが必要と思われるので検討されたい。 			

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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室・日中活動の場は定期的に点検を行い、状況に応じて修繕の必要な箇所は速やかに修理を行い、適切に安全に向けての配慮がなされている。 ・施設の構造が利用者のADL低下に追いついていないため、スペースが狭く無理な支援をせざるを得ない場面があるので検討されたい。 ・トイレが狭い、浴室の段差解消やスロープ設置、共有スペースの狭隘さなど施設の改修を検討されたい。 		
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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設職員の助言・指導のもと、利用者の状況に合わせた生活訓練が行われており、6か月ごとに関係職員によって支援内容の検討を行っている。 ・移動に支障が見られる利用者には、各々に適合する歩行器を使用させていただくとともに、支援員の見守りで歩行訓練等を行っている。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・随時、健康相談については行っており、個別支援会議や全体会議で利用者の健康状態・健康管理上における支援の留意点について、職員に周知している。 ・体調不良者については出勤している職員間で状態を共有し、必要に応じて嘱託医に報告したり、休日などは病院を受診するなどの対応をしている。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療的な支援については、必要があれば指導・助言しており、安全管理体制のもと個別的な支援を提供している。 ・必要な情報は医務室に集中し、実施手順などは個別支援計画に反映させている。 ・日常の健康状態を把握し、必要な場合は医師に報告し指示を得ており、処置や症状は適宜記録されている。 ・服薬に関しては、マニュアルに基づき適切かつ確実に管理が行われている。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望と意向を尊重するとともに、盆踊りを始め近隣施設のまつりや選挙等社会参加への支援を行っている。 ・春季・夏季・冬季には、家族との交流を深めるため外泊による帰省を行い支援している。 ・外出支援においては、個々の希望に沿って、楽しいひとときを過ごすために希望する所へ行けるよう配慮している。また、毎週、施設外での喫茶ができるよう支援している。 		
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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢化により地域生活への移行希望者は少なくなっているが、適宜情報提供を行っている。 ・意思や希望を最大限尊重し支援しているが、地域移行実績はなく施設移行のみとなっている。 ・施設生活の中では職員に依存する事が多く、自分でできる事は行えるように声掛けしながら支援している。 		

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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> ・ ご家族には、前に作成した個別支援計画書の結果等を伝えるとともに、新たに取り組む個別支援計画書作成のための意向を確認し反映させている。 ・ 保護者交流会を通して、施設運営、制度のあらまし、相談体制や苦情解決の仕組みなど丁寧に説明している。 ・ 利用者の意向を尊重した支援・生活状況について、ご家族と定期的に連絡をとり連携・交流できるように努めている。			
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>			

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>			
	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>			
	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>			