

## 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 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：愛厚半田の里ケアホーム	種別：共同生活援助	
代表者氏名：柴田 典義	定員（利用人数）：27名（23名）	
所在地：愛知県半田市稲荷町3-76-4、76-1		
TEL：0569-27-5049		
ホームページ： <a href="https://www.ai-kou.or.jp/">https://www.ai-kou.or.jp/</a>		
【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： 4名	非常勤職員： 21名
専門職員	(管理者) 2名	(サービス管理責任者) 2名
	(支援員) 1名	(世話人) 16名
	(代務員) 4名	
施設・設備の概要	(居室数) 27室	(設備等) 食堂、浴室、洗面所
		便所

### ③理念・基本方針

#### ★理念

##### ・法人

「私たちは、繋ぐ、紡ぐ、育むことを通して、ともにあなたのおもいをかたちにします」  
 あなたの安心が私たちの喜びです。  
 あなたの成長が、私たちの喜びです。  
 そして、あなたの笑顔が、私たちの喜びです。

##### ・施設・事業所

「私たち愛厚半田の里職員は、施設を利用される方一人ひとりに対して、次の項目を職員の規範として共有します。」

- ①福祉に従事する者として、利用者の尊厳と人権を守ります。
- ②利用者それぞれの思いに寄り添い、豊かな日常生活が営めるよう支援します。
- ③利用者の意思や個性を尊重し、一人ひとりの自己実現に向けた専門的支援を行います。
- ④利用者が安心かつ安全で快適な自立生活が送れる環境を確保します。
- ⑤職員は相互に協力して支援の質を高めていきます。
- ⑥職員としての使命を自覚し、絶えずモラルの向上と自己研鑽に努めます。
- ⑦地域の福祉向上に、継続して貢献していきます。

★基本方針

1.利用者にとって安全、安心、快適な生活づくり

利用者の高齢化・重度化に真摯に取り組み、利用者の皆様が安心して過ごしていただく環境づくりに努めます。また、利用者の尊厳や意思決定を尊重した支援を遂行します。

2.職員にとって安全、安心、快適な職場環境づくり

職員が健康で安心した職場づくりを目指し、働いていて良かったと思えるよう職員一人ひとりの意見や思いを職場全体で共有し、開かれた職場環境づくりを推進します。

3.行政との連携と地域との共生

地域ニーズに積極的に向き合い、地域の中核的な社会資源となるべく、地域の様々な機関と連携しながら地域社会に寄与し、信頼される施設経営を推進します。

4.健全で安定的・持続可能な財政基盤の確立

常日頃から自主経営の意識を持ち、業務の効率化・省力化を図ることでコストの削減に努め、安定的な財源基盤を確立します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・緊急時には愛厚半田の里（入所施設）職員がフォローするバックアップ体制を取っている。
- ・家庭的で明るい雰囲気づくりを心掛けている。
- ・感染症予防および健康的で規則正しい生活を送っていただけるよう努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 6月 1日（契約日）～ 令和 6年 2月19日（評価決定日）  【令和 5年12月 4日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	4 回 （令和 2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆不適切支援の防止

ホーム会議やグループホーム連絡会議、全体会議を開催し、支援内容を検証して課題を洗い出し、改善に向けて取り組んでいる。また、行動規範や虐待防止のチェックリストを実施し、支援内容を点検している。さらに、全職員を対象とした虐待防止研修では、人権擁護に関する基本的な考え方を学ぶとともに、虐待事例を通して不適切支援の抑制を目指している。第三者評価は3年毎に受審しており、受審の無い年も同じ評価基準を用いて自己評価し、結果を基に改善をかけている。

◆地域との良好な関係

地域の町内会に加入し、日常的に世間話や回覧版を通して地域の情報を得ている。年2回、管理者が民生委員や区長との会議を持ち、事業所の様子などを伝えて理解を得ている。また、地域の清掃活動やお祭りへの参加などで交流を図り、買い物や外出など日常的にも多くの接点がある。法人の経営指針として「地域とのかかわりや連携を深め、地域共生社会の実現に貢献します」を掲げており、正に具現化した実践を手掛けている。

#### ◆グループホーム支援のバックアップ体制

本体施設「半田の里」の全面的バックアップ体制があることで、利用者はもとより支援者側にも負担の少ない支援が行われている。特に緊急時は本体施設へ連絡をすることで、迅速な対応ができています。利用者への医療的なケアや健康管理、服薬管理等においても、本体施設の看護師の協力により円滑な支援ができています。

#### ◇改善を求められる点

##### ◆ ボランティアの受入れ

ボランティアの受入れ実績がない。ボランティアは、利用者の社会性向上に最適な人的資源であり、地域の障害者理解のための伝教師的な役割を持つ。ボランティアの受入れに当たっては、手順書の作成や担当職員の選任など、受入れ体制の整備が求められる。また、事業の一環として明確に位置付け、事業計画等に明記する必要もある。ただ、苦勞して余りあるだけの効果と価値が期待できるため、前向きに検討されたい。

##### ◆ マニュアルの整備

様々なマニュアルは整備されているが、本体施設（半田の里）と共通のものであることが多い。共通として使用できるマニュアルと、グループホーム独自のマニュアルが必要なものを見定め、グループホーム独自のマニュアルの作成・運用をすることで質の高い支援につなげられたい。

##### ◆ 余暇支援の充実

コロナ禍以前は、週末に移動支援でヘルパーと遠出外出をする機会があったり、花火大会を開催したりしていた。本体施設との関係もあり、感染予防の観点から再開判断が難しいと思われるが、利用者の余暇支援やレクリエーションの活動で、生活の質を向上させる取組みに期待したい。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、高い評価をいただいたコメント、評価Aにつきましては継続して取り組んでいきます。改善点でのコメント、評価Bについては受審時のアドバイスも含め、改善を目指していきたいと思えます。

#### 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	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> 基本理念と運営方針はパンフレットや事業計画、ホームページに掲載されており、ホーム内にも掲示されている。職員の行動規範の役割も果たし、事業計画として配付され周知されている。利用者に対する周知に関して、分かりやすい資料などの作成が望まれる。			

##### 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> 法人の経営会議等で、福祉動向や経営状況を把握している。また、市の地域生活支援拠点部会に参加し、地域の在宅者ニーズ情報を得ている。収支や利用率等に関しては、本体施設と法人本部との間で毎月データを共有し、分析結果をフィードバックしている。			
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> 入退所の検討、高齢化対策、新入所者の支援法等、ホームに関する運営課題等は、管理者と次長、サービス管理責任者によって随時開催される臨時会議にて協議、検討されている。グループホーム連絡会議やホーム会議で職員が情報を共有し、具体的な実践に繋げている。			

##### 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> 5年間の経営計画が策定され、社会的情勢や福祉動向を踏まえ、法人としての経営課題を項目ごとに挙げている。それぞれの項目ごとに重点取組事項を絞り、具体的な「作業工程表」を設けている。これを受けて、事業所では取組事項を4項目に絞り、必要な数値や具体的な目標を示して取り組んでいる。			
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> 法人の経営計画を踏まえ、さらには半田の里全体の基本理念や運営方針の下に定めた4つの目標は、目標予定人員など数値目標を備えた具体的なものである。また、年間計画として、活動目標と支援目標をそれぞれ定め、月ごとの活動予定が示されている。			

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> 年2回のグループホーム連絡会にて実施状況の進捗評価を行い、反省点があれば必要な修正をかけている。年度末には、世話人から出た課題や未達成事項を踏まえ、連絡会にて年度総括を行い、次年度計画のベースを作り、臨時会議にて計画の詳細を決定している。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> 利用者に対して、主だった活動計画などは口頭で説明しているが、説明に際しての分かりやすい資料などは用意されていない。事業所（職員）には、支援の主体である利用者に対しての説明責任があり、事業計画に関して、少しでも理解が得られるような配慮と工夫が望まれる。		

#### 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
<コメント> 各ホーム会議、グループホーム連絡会議、全体会議を開催し、支援内容の検証・検討を行い、改善に向けている。また、行動規範や虐待の「職員チェックリスト」を実施し、不適切支援の防止を心掛けるとともに、虐待防止研修は全職員を対象に実施している。第三者評価は3年毎に受審しており、受審の無い年も同じ評価基準を用いて自己評価し、結果を基に改善をかけている。		
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 ・ ② ・ c
<コメント> グループホーム連絡会で検討された課題と対応策については、ホーム会議で周知して改善に向けている。また、第三者評価の受審結果や自己評価結果は、集計データを職員全員で共有し、ホームごとに改善・修正を実施している。ただ、具体的な改善計画や工程表の作成といった実効性を伴う対策は見られず、課題を残す。		

## 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
<コメント> 管理者は、理念や経営方針に沿った目標達成に向け、自らの方針を次長とサービス管理責任者に告げ、ともに取り組んでいる。また、グループホーム連絡会でも方向性を示し、職員、世話人に周知している。管理者不在時の職務権限は、次長に委任される。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者は、行政からの通知や法人会議、外部団体からの情報等で制度や法改正の内容を把握し、連絡会等で説明している。また、職員には行動規範や人権、虐待のアンケートを実施し、問題点を抽出している。さらに、アンケート結果をフィードバックして周知し、必要があれば再度研修を実施するなどして対応している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 管理者は、サービス向上へ向けて独自の研修を企画し、意識向上やスキルアップを図る他、グループホーム連絡会で課題に対する対応策を直接指示するなど、指導力を見せている。また、管理者自身や次長による職員面談の結果を受け、意見やアイデアをサービスに反映させる手立てを考え、実行している。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 正規職員はもとよりパート職員との面談も実施し、メンタル面の対応や業務上の意見を取り上げている。場合によっては、配置換えの人事を行うこともある。次長、サービス管理責任者とは常に連携を図り、配食サービス導入等による業務効率化や、働きやすい職場環境の構築に向け、会議での意見聴取を踏まえた対策を講じている。			

### 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	①	・ b ・ c
<コメント> 人材の確保に関しては、ハローワークや求人広告での募集の他、ホームページに求人情報を載せ、適宜求人募集を行っている。また、職員からの紹介による人材も有効活用している。定着へ向けては、研修による資質の向上に加え、変則勤務にあっても常に働きにくさの無い職場環境への対策を検討している。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	a	・ ② ・ c
<コメント> 人事考課制度を採用しているが、サービス管理責任者以外は全員パートの職員であるため、制度の適用はない。よって、職員とのコミュニケーションを重視し、面談を増やし意思疎通を図ることで労務問題の解決を図っている。パート職員（世話人）のモチベーションの維持、向上のため、人事考課制度に代わる仕組みを検討されたい。			
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組 んでいる。	障16	①	・ b ・ c
<コメント> 定期健康診断やストレスチェックにより、心身の健康管理をサポートしている。また、休暇取得や時間外労働なども問題は見られない。面談の実施の他、ハラスメントの窓口も設置しており、就業環境としては整った職場と言える。			

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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>世話人に関しては、目標設定による評価や目標管理は実施されていない。育成面では、面談を複数回実施することにより、アドバイスによる業務サポートや、業務不安や問題点の解消、また業務意欲向上の点でも面談の効果は大きく、職員育成へのステップとなっている。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>機会あるごとに法人理念と基本方針を伝えることで、支援の方向性を明確にしている。研修に関しては、虐待防止の研修は全員が受講し、不適切対応の防止に努めている。その他の研修に関しては、世話人としての勤務の関係で参加がなされていない状況であり、この点が課題となっている。</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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>OJTの関係では、目標・評価による具体的なシステムは整備されていないが、サービス管理責任者による2週間の実地指導を経て単独業務を開始している。また、虐待防止研修により人権擁護に関する基本的な考え方を学ぶと共に、虐待事例の検討を通して不適切支援の抑制を目指している。しかしながら、十分な研修機会が確保されているとは言い難い現状である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>共同生活援助事業所における教育実習が、養成機関の実習受講単位と認定されないため、この項目を適用除外（非該当）とする。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページには、基本理念・基本方針の他、活動内容、事業計画、財務状況など様々な情報が開示されている。法人の広報誌が年3回刊行され、家族や関係機関に配布されている。苦情内容等の公表により、さらなる透明性を確保されたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「経理規程」に基づいて事務、財務管理がなされている。法人監事による監事監査、本部による内部監査、監査法人による外部監査が実施されている。顧問弁護士や社労士のアドバイスも得ている。経営の適正化と透明性が十分に図られている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>町内会に加入し、回覧版で地域の情報を把握している。管理者は年2回民生委員や区長との会議を持ち、年間予定や事業所の様子などを知らせて理解を得ている。地域の清掃活動や祭礼への参加等で交流を図り、買い物や外出など日常的にも多くの接点を持つ。法人の経営指針には「地域との関わりや連携を深め、地域共生社会の実現に貢献します」と明記され、その実践を手掛けている。</p>		

<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。</p>	障24	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; ボランティアの受入れ実績は無いが、移動支援等の有償ヘルパーなどは利用している。今後のボランティアの活用について、例えば、休日の趣味指導といった個人ボランティアなどを活用できないか、検討の余地はある。また、運営計画等にもボランティアに関する記載がないので、事業の一部として捉え、明文化しておきたい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>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。</p>	障25	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 自立支援協議会や半田南部多機関連携会議に参画し、他事業所との交流や情報交換を行っている。介護保険のデーサービスを利用する利用者がある関係で、基幹相談支援事業所の他に地域包括支援センターとの連携もなされている。地域の情報に関しては、回覧板や民生委員を通して把握している。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>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。</p>	障26	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 半田南部多機関連携会議や相談支援事業所、自立支援協議会、また本体施設を通して他の事業所の状況や地域の在宅障害者ニーズなどを把握している。その他にも、法人内の他事業所との横のつながりで、様々な情報を取得している。</p>		
<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。</p>	障27	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt; 地域の清掃活動などを、積極的に実施している。また、空床を利用した体験利用を地域向けに実施している。この他、地域の中の事業所として何が出来るか、あるいは何をすべきか、といった視点に立ち、実施可能な取組を検討していくことが求められる。</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	b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホーム内の、職員の目の届くところに基本理念が掲示してある。グループホームが第1から第5までであるため「グループホーム連絡会議」が行われており、話し合われたことは議事録で周知している。全体会（4月・1月）と部会（半年に1回）に分かれて開催されており、職員間の共通理解を得ることができている。</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	a	② · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームが5棟ある中で、棟ごとに男女が分かれており、生活していく上でプライバシーが保てるようになっている。「身体拘束廃止・虐待防止委員会」が半田の里内に組織されており、サービス管理責任者が出席している。「個人情報保護規程」は整備されているが、職員（世話人）への周知までには至っていない。</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	a	③ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームの体験利用を活用し、見学・説明だけでなくグループホームでの生活を体験する機会を設け、利用希望者に対する情報提供を行っている。グループホームの説明資料は「半田の里」の資料として記載されており、情報量が少ないので、グループホーム独自のパンフレット等を用意することが望ましい。</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	a	④ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が「契約書」や「重要事項説明書」の説明を丁寧に行っている。「重要事項説明書」の変更に関しては、記載事項変更書類をその都度作成している。変更前と変更後が分かりやすく比較対称されたものとなっている。この一連の工程はサービス管理責任者が行っている。サービスの開始・変更にあたり、手続きマニュアルといった手順化されたものを作成することが望まれる。</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	a	⑤ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>バックアップ施設である本体施設内に、多彩なサービスがあることにより、事業所の変更はほとんどない。本体施設への移行は、情報共有ができておりスムーズに行われている。法人内に高齢者施設（介護保険事業所）があり、これまでに移行の実績もある。引継書様式を整えておくなど、今後の移行ケースに備えることを期待したい。</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	a	⑥ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が、朝夕の巡回の時に利用者との会話の中から意向の聞き取りをしている。一方、ホーム自治会はなく、利用者満足度調査も行われていないため、今後は年1回程度の利用者満足度調査を実施し、調査結果の分析から具体的なサービス改善に結びつくことを望みたい。</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	a	⑦ · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制・仕組みは「苦情解決規程」で定められており、苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員等が明確になっている。また、グループホーム内のリビングには、苦情解決に関する掲示物があり、利用者にも周知されている。苦情を受け付けた事例は近年ないが、受け付けた苦情の内容や解決・改善の結果を公表するシステムを構築されたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談室を活用することで、プライバシーが守られた中で相談できる環境にある。受けた要望・相談については、書面に残している。利用者・家族が職員へ相談や意見が申し出しやすいように、意見箱が設置されている。利用者自治会のような、個人ではなく団体であることで意見が言いやすいこともあるため、利用者自治会が設置されることを望みたい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談や意見については、随時、丁寧に対応している。しかし、世話人のスキルによるところがあり、世話人によって対応に相違が生じてしまうことがある。「業務日誌」に意見・相談ごとなどを記載し、職員間で共有することもあるが、経験の浅い職員でも適切な対応が取れるよう、対応マニュアルや手順書などの作成が望まれる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>半田の里全体で行われる月1回の事故防止対策委員会に、サービス管理責任者が参加している。「事故報告書」から、事故防止対策委員会としての検証及び再発防止の取組を行っている。他事業所から意見をもらうことで学びを深め、検討内容をサービス管理責任者から現場職員にフィードバックして周知している。</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	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍を経験したことにより、感染症対策には重きを置いている。感染症対策委員会にサービス管理責任者が出席し、看護師による感染症の予防策・対応策に関する事項を協議している。引き続き、朝夕の検温やマスクの着用、手指の消毒を行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行っている。	障39	㉔ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>消防計画を消防署に提出しており、防火管理者が中心となり避難訓練が実施されている。防災に対する意識づけと緊急時の行動確認のため、令和5年度の防災訓練は、4・6・9・11・2月に計画されている。グループホーム利用者は、地域の避難場所の確認・防災設備の扱い方を学んでいる。防犯訓練は7月に実施されている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームの「支援マニュアル」を基に、世話人・生活支援員は業務にあたっている。利用者の自立度は高い。グループホーム独自のマニュアルはなく、本体施設（入所）と共通のマニュアルとなっている。グループホーム独自のマニュアルを整備することが望ましい。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス管理責任者が、世話人・生活支援員から現状を確認し、実態に合わせて見直しを行っている。更新の仕組みが決まっているわけではなく、適宜の実施となっている。マニュアルや手順書を見直したり改訂するためのルール作りに期待したい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画は、利用者から意向確認を行い、利用者の話や想いを丁寧に聞き出している。サービス管理責任者が中心となり、世話人・生活支援員から聞き取りを実施し、意見を取り入れて作成している。個別支援計画作成後は、更新された個別支援計画の支援内容を確認してもらい、利用者から自筆のサインをもらっている。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画、は6ヶ月ごと、モニタリングは3ヶ月ごとに作成されている。グループホーム連絡会議やサービス管理責任者による定期巡回の時に利用者・世話人から聞き取りをしている。評価・見直しは、サービス管理責任者・担当職員・相談支援専門員と、多角的に行うことができている。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の利用者に対する支援の状況は、世話人が作成する「日誌」に記録されている。「日誌」は手書きにより作成されている。職員間の共有については、利用者の通所時に「日誌」を本体施設に持ってくるシステムになっている。「日誌」に、個別支援計画の実施状況を記載する仕組みを構築されたい。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の個人情報の取扱いについては「個人情報保護規程」があり適切に運用されている。記録の保存期間も「文書保存基準」により適切に保存・廃棄がなされている。ホーム内で使用している書類（日誌・利用者個票・投葉、医療に関する情報）は、施錠ができるロッカーにて保管されている。</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
<コメント> コロナ禍以前は、外出したい利用者には移動支援サービスを活用して、ヘルパーと帯同して出かけられるように連絡調整していたこともあった。コロナ禍になって外出機会は減少してしまっているが、土曜日・日曜日のお昼ご飯を、近くのコンビニエンスストアに買いに行く機会を設け、利用者それぞれが好みのものを購入している。			

### 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	①・b・c
<コメント> 本体施設に組織されている身体拘束廃止・虐待防止委員会が2ヶ月に1回開催されており、サービス管理責任者が出席している。この中で、人権侵害に関する職員の意識調査や人権に関する研修を行っている。また、グループホーム連絡会議においても、日頃の支援の中で利用者の権利侵害にあたる支援はないか、検討する機会を設けている。			

### 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	①・b・c
<コメント> 生活全般の身の回りのことは、利用者自身が行えるように、世話人は補助的な支援を行うとともに、ときに見守り、生活の幅が広がるように支援している。生活の自己管理として、掃除や衣替え、お金の管理を行っており、必要と感じた時に世話人、生活支援員は介入して支援を行っている。			
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	a・②・c
<コメント> コミュニケーションについては、世話人や生活支援員個々のスキルにより利用者個々への配慮をしている。言語コミュニケーションが難しい利用者には、その利用者が分かる方法で意思の疎通やコミュニケーションを心掛けている。非言語コミュニケーションとして、カードを利用することもある。コミュニケーション支援として、事業所内で統一した取組が行われることを期待したい。			

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
<コメント> 世話人だけでなく、サービス管理責任者など、利用者が個別相談を話しやすい職員に相談出来るように配慮している。相談機会・場所としてはホームだけでなく、他者が気にならないように本体施設の相談室を活用し、相談を行いやすい雰囲気作りに努めている。			
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・②・c
<コメント> コロナ禍以前は、週末に移動支援でヘルパーと遠出外出する機会があったり、花火大会を開催したりしていた。余暇、レクリエーションの活動は、できる限り利用者個々の意向に添えるように、今後は利用者がレクリエーション・行事等の計画立案に参加できるように配慮されたい。			
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
<コメント> 利用者の障害特性に配慮し、食事・就寝・送迎等の日常場面においても、利用者本位の支援を個別に行っている。食事に集中できない利用者には衝立などを活用し、利用者が落ち着ける環境を整えている。世話人同士で、対応に困ったり苦慮したりした場面を共有し、適切な支援内容の検討を行っている。			

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 ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事は宅配業者から食材を仕入れ、世話人がレシピに則って調理をしている。糖尿病を患っている利用者には、個別に配慮した食事を提供している。食事が、利用者の楽しみの大きな部分を占めるため、今後も利用者の声に耳を傾け、定期的な食事アンケートの実施を望みたい。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>夜間帯と早朝に、毎日職員が2回定時(22:00、5:00)に巡回し、利用者の様子の確認を行っている。グループホームには、防犯カメラは設置されていない。今後は、防犯カメラや防災のためのスプリンクラーを設置することなどを検討し、安心・安全な住環境に繋がりたい。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームという生活の場であるため、機能訓練などの実施はない。比較的身の回りのことができる利用者も多い。生活訓練としては、自分の衣類の洗濯、自室の掃除、食事の時の配膳など、身近なもので実践的な試みを実施している。PT(理学療法士)やOT(作業療法士)などの専門家からアドバイスをもらう仕組みづくりを期待したい。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループホームでは、1日2回の検温(朝・夕)を行い、血圧測定も行っている。検温・血圧測定の結果は、本体施設の看護師に報告している。利用者の体調変化や緊急時は、本体施設もしくはサービス管理責任者に連絡することになっており、連絡を受けて駆けつける体制となっている。グループホーム独自の、緊急時の対応マニュアルの作成が望まれる。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療的なケアは、本体施設に配属されている看護師の協力を得ながら行っている。通院の付き添いも看護師の協力を得ており、受診内容・処置内容を記録し、グループホームの職員間で情報共有を図っている。投薬については、看護師とグループホームの職員とでダブルチェックを実施し、ヒューマンエラーが出ないように心掛けている。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍前は、買い物・地域の催し・行事等に参加していた。相談支援事業所と連携を取って移動支援サービスを活用し、ヘルパーと出かけられるように支援していた。コロナ禍となり、外出などの活動を縮小しているため、今後活動の再開を期待する。</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	㉑ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のほとんどが、同法人の入所施設から移行した利用者である。入所当時から継続した地域生活へ向けた支援が、グループホームにおいても実践的に継続している。サービス管理責任者は、市の自立支援協議会の会合に参加しており、地域の福祉ニーズの把握にも努めている。グループホームの体験利用も受け入れており、地域の社会資源としての役割もこなしている。</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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> コロナ禍によって面会ができないときは、書面にて家族に利用者の近況報告をすることもあった。最近 は、コロナの感染状況を見て面会・交流を実施している。家族の高齢化により、後見人を使うケースが増え てきている。交流機会の場として、家族会のような組織や仕組みが構築されることを期待したい。		
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		