

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（入所）	種別：施設入所支援、生活介護	
代表者氏名：柴田 典義	定員（利用人数）：140名（127名）	
所在地：愛知県半田市鴉根町3丁目40番地		
TEL： 0569-27-5049		
ホームページ：https://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： 54名	非常勤職員： 27名
専門職員	（管理者） 1名	（サービス管理責任者） 3名
	（看護師） 6名	（指導・支援員） 66名
	（管理栄養士） 1名	（事務職員） 4名
施設・設備の概要	（居室数） 81室	（設備等） 食堂、浴室、洗面所
		トイレ、医務室、相談室
		静養室、集会室

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

法人理念、施設基本理念の実践の推進を図り、人権意識の向上を目的にスローガンを2ヶ月毎に掲げ、理念とともに毎日朝礼時に全員で唱和し、職員の規範として共有、意識付けを図っている。また、権利擁護に関するアンケート調査（自己点検）を年3回実施して、各自が本人主体の支援のあり方について振り返り、調査結果を施設で共有している。

理念に基づき利用者一人ひとりの人権を尊重し「食事」「入浴」「排泄」「整容」などの日常生活及び「どこで生活したいのか」などの社会生活場面において利用者の意向に沿った支援とするため寄り添い、利用者個々の良い面（ストレングス）を第一に考え、自己決定の尊重、本人の意向を汲み取るなかで、相談支援事業所等とも連携して個別支援の充足を図っている。

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26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

◆理念、方針、事業計画の職員周知

事業計画は丁寧に作られており、会議等を通じて職員への周知も十分に行き届いている。理念や基本方針などについても、事業所内への掲示のほか朝礼で唱和するなど、意識付けの工夫がされている。

◆職員の権利意識

利用者に対する権利意識が高い。外部講師を招いての研修を行い、職員の「行動規範」に関するアンケートや利用者の権利擁護に関するアンケートを実施している。随所に、職員の権利意識を高める工夫がされている。

◆標準的な実施方法の見える化

共通する支援をマニュアルに記載し、より分かりやすいようカラー写真や動画も活用している。特に入浴に関しては「支援マニュアル」に加え、利用者の障害特性を踏まえ、個別配慮について定めたものを浴室に掲示し、適切に入浴支援が実施されるよう工夫している。

◇改善を求められる点

◆文書見直しのルール化、文書化

各種の文書（規程、マニュアル、手順書等）については適切な整備状態であり、それらの内容の正当性・妥当性を、常に職員が確認している。必要に応じた改訂も実施されている。しかし、見直しの方法や見直しの時期を定めた手順については示されていない。マニュアル等の見直しのルールを定め、明文化を期待したい。

◆ボランティア受入れに関する手順の明文化

ボランティアの受入れについては、基本的な考え方が明文化されている。コロナ禍によって中断していた様々なボランティアの受入れも、徐々に再開されようとしている。しかし、受入れ時の説明や対応方法などの手順を定めたマニュアルが整備されていない。

◆高齢化対策

医師等の医療専門職からの助言を得て、心身の状況に合わせた機能訓練を個別支援計画に盛り込んで実施している。今後は、利用者の高齢化に伴うADL低下へのフォローの必要性も踏まえ、PT（理学療法士）やOT（作業療法士）との連携による支援強化を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回評価いただき、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・b・c
＜コメント＞ 理念や基本方針は、事業計画やパンフレット、ホームページに記載されている。事業所内に理念や基本方針が掲示され、職員が確認できるようになっている。また、朝礼で半田の里の基本理念についても唱和を行っている。保護者には保護者会や例会で口頭説明をするほか、各種通知文で周知を図っている。利用者には懇談会を通じて伝えている。		

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 a・b・c
＜コメント＞ 経営環境に関して、協議会の地域生活支援拠点部会や権利擁護部会に参加することで、課題の把握を行っている。経営の状況把握や分析については、法人本部が中心となって毎月運営会議を行い、利用者の推移や重度化などについても分析を行っている。また数値目標の進捗についても確認をしている。		
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・b・c
＜コメント＞ 法人本部主導の運営会議で、財務状況などの現状の把握と課題分析を行っている。課題となっている利用者の高齢化や重度化に対しては、多様な事業を運営している法人のスケールメリットを活かすべく、職員の配置転換を行うことでOJTなどに力を入れ、人材の定着や支援スキルの安定化を図っている。経営状況については、定例会議などを通して事業所職員に周知している。		

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・b・c
＜コメント＞ 法人として5ヶ年計画である第4期経営計画を作製し、計画に基づいて運営を行っている。計画には、収支計画が策定されている。また内容の進捗状況については、法人主導の運営会議で定期的に確認がされている。この確認に基づいて、事業所の事業計画に反映させている。		
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・b・c
＜コメント＞ 法人の作成した5ヶ年計画に基づいて、事業所の事業計画を作製している。この事業計画は冊子になっており、各項目ごとに数値目標などが示されている。この内容の評価については、事業報告書が別途作成されており、その中に示されている。職員には事業計画が手渡されているほか、会議を通じて確認がされている。		

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
<p><コメント></p> <p>事業計画の見直しに関しては、各委員会が関わる項目について、前年度の成果の確認や反省点を踏まえた計画の見直しが行われている。この内容は運営委員会での確認後、事業計画が策定される。事業計画は職員に配付され、会議を通して確認がされる。この事業計画には、会議や研修会についても示されている。課題として、全体への周知方法や事業計画策定の手順の作成が挙げられる。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画の内容について、利用者に対しては懇談会を通して分かりやすい言葉で伝えている。保護者に対しては、保護者例会にて書面を配付して説明を行っている。課題として、利用者への説明について、言葉での説明では理解が難しい利用者もあり、周知方法については検討していく必要がある。</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></p> <p>第三者評価を定期的に受審し、サービスの質の向上について客観的に課題の分析を行っている。第三者評価を受審しない年度については、職員によるセルフチェックを行い、結果をまとめている。この結果については各会議で議検し、改善に向けた取組みに繋げている。ここで検討された内容については、運営委員会に挙げられ確認もされている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>第三者評価やセルフチェックから導きだされた課題については、運営会議や半田の里あり方委員会、職員ミーティングなどで検討を行っている。内容については、職員会議などを通して確認を行っている。各委員会で、評価結果や改善に向けた実施状況について重点的にまとめるなど、整理することが望ましい。</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
<コメント> 管理者の役割と責任については、事業計画書に示されているほか、年度当初に職員会議などで確認がされている。管理者の役割と責任については、機関誌である「半田の里だより」にも掲載している。緊急時や管理者不在時の対応については、緊急連絡網の記載のほか「職務権限規程」に示されている。			
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	①	・ b ・ c
<コメント> 法人が企画する研修のほか、外部研修に参加することで、現行の法令の規定について把握するよう努めている。年に1度、法人が行う「行動規範チェックリスト」を実施している。事業所では年2回、全職員に人権意識向上に向けたアンケートを実施し、全国社会福祉協議会作成の虐待チェックを実施している。この結果に基づいて、研修が企画されている。			
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> 福祉サービスの質の向上に向け、第三者評価を受審し、職員の利用者に対する権利意識のアンケートを実施している。これらの内容については、各委員会で分析や課題の抽出が行われているが、必要に応じて管理者は各会議に参加し、現状の把握に努めている。現状を把握した上で、外部講師を招いた研修を計画、実施している。			
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> 法人が行う所長会議や運営会議に参加し、各委員会から挙げられた内容の把握を行い、財務や労務に対しても課題解決に向けて取り組んでいる。労務に関しては有給休暇の消化率の向上を掲げている。人事管理については、年に1度の面談のほか、職員が面談を希望すれば随時対応をしている。			

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> 法人と連携して、正規職員及び専門職の配置について調整を行っている。有資格者や人員体制については法人本部の規定に基づいて採用を行うほか、補助職員の採用については、現場の状況などに鑑み募集を行っている。人材育成については、法人が定めた「研修実施要綱」に基づき、職員の研修履歴などを考慮して研修を実施している。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	①	・ b ・ c
<コメント> 期待する職員像は、法人が定めた「私たちの誓い」に集約されている。人事基準については「服務規程」に定められており、職員もこの内容を把握している。職員の処遇については、面談時に提出をする「能力発揮度評価表」に自己評価をしてもらい、このシートに基づいて評価や分析がされている。また、「本人申告シート」に希望や目標を記載してもらい、次年度の研修や労務に反映させている。			
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> 労務については「服務規程」に基づいて管理されている。有給休暇消化率を事業所で毎月確認するほか、法人本部でも3ヶ月毎に確認している。職員の心身の状況については、健康診断の実施のほか、ストレスチェックも実施している。職員から申し出があれば面談を行っており、その結果昨年よりもストレスの低下が見られた。人事異動についてはヒアリングを行い、調整をしている。			

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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>法人が定めた「私たちの誓い」にて、期待する職員像を示している。個別面談において「本人申告シート」にプライベートなことも含めた個人目標を記載してもらい、確認をしている。年に1度の面談のほか、必要であれば随時面談は行われている。中間面談の実施など、進捗状況の把握については弱い部分がある。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「私たちの誓い」が法人によって定められ、ここに期待する職員像が記載されている。法人本部より研修計画が示され、事業所においても研修計画を作成している。専門技術や専門資格の明示については、法人の基本計画により示されている。職員ごとに過去の研修受講履歴が示されており、研修受講状況が把握されている。研修の見直しについては、年度末に行われている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>新任職員教育については、法人が定めたOJTを実施しているが、事業所として法人の内容に追加した形で実施をしている。職員の職務などに応じた階層別研修については「研修要綱」に記載されている。事業所の課題で挙げられた権利擁護の取組みとして、外部講師を招いた研修を実施している。多くの職員が研修に参加できるよう、同じ内容の内部研修を3回実施している。</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	a ・ ㉔ ・ c
<p><コメント></p> <p>実習生の受入れに対する基本姿勢は、規定集に明記されている。実習受入れについては、問い合わせに柔軟に対応して受入れを行っている。専門職種の特性に合わせた受入れについては、社会福祉士実習指導者研修を受講するなど、体制を整えている。課題として、実習受入れマニュアルの作成や実習指導者のスキルアップなどを目的とした研修が挙げられる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに、法人の理念や基本方針、事業所の紹介や財務諸表などが公開されている。また、事業所の活動などが記載された機関誌を社会福祉協議会や相談支援事業所などに配布している。第三者評価の受審については、事業報告書に記載されている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所における経理や取引等については「経理規程」に示されている。また、法人監事による内部監査の実施のほか、仰星監査法人による外部監査を実施している。監査内容については、所長会議や運営会議を通して確認がされている。監査で指摘された内容については、事業計画に反映させている。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>地域交流について、事業所の基本理念の「地域の福祉向上に、継続して貢献していきます」の文言に地域社会の一員としての考えが示されている。実際の交流として、半田の里まつりや総合防災訓練などを通して地域住民と交流している。このほか、地域のボランティア活動に参加して、公園の清掃活動などにも取り組んでいる。</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 ・ ㉓ ・ c
<p><コメント> ボランティアに対する基本姿勢については確認ができた。コロナ禍以前は健康体操や絵本の読み聞かせ、傾聴ボランティアを受け入れていた。課題として、学校教育等への協力に関する基本姿勢の明文化がなく、受入れや手続きなどを定めたマニュアルもない。また、ボランティア受入れにあたっての職員研修も必要となる。</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	㉔ ・ b ・ c
<p><コメント> 関係機関や団体とは、自立支援協議会や基幹相談センターの連絡会などを通じて連携している。地域の課題やニーズに対しても協議会などに参加することで、各団体と連携して取り組んでいる。ここで得た情報は、職員会議などで共有を図っている。利用者のアフターケアについては、高齢化に対しての医療機関との連携のほか、法人のスケールメリットとして事業所間連携を行っている。</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	㉕ ・ b ・ c
<p><コメント> 自立支援協議会への参加のほか、基幹相談センターと連携することで地域ニーズを把握している。このほか、半田南部多機関連携協議会へ参加することで、同じ地域の他の事業所や社会福祉協議会と交流し、地域の状況などについて情報や意見の交換を行っている。</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	㉖ ・ b ・ c
<p><コメント> 経営計画における「地域との共生」の項目の中に、半田南部地域に相談所の開設や地域住民の居場所づくりなどを掲げ、地域貢献に関わる活動を謳っている。事業所内にある喫茶店は、地域住民との交流の場となっている。福祉マルシェに参加をすることで、障害福祉についての啓蒙活動の一翼を担っている。地域防災については、福祉避難所として機能するよう開設訓練も実施した。</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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 法人理念と施設理念、経営指針それぞれを意識して支援に取り組み、利用者尊重や基本的人権への配慮は研修を通して理解を深めている。全職員対象に年3回のアンケートを実施し、権利意識の向上に関する状況の把握をしている。毎年同じ様式を用い、数値化することで改善に向けた効果を確認している。			
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> 「支援マニュアル」にプライバシー保護の記載がある。フロアごとに利用者の障害特性が異なるため、それぞれに作成している。毎年度末に振り返り、マニュアルが実態にあった物になるよう改定している。構造の問題でプライバシー確保が難しい時には、職員の業務改善提案により様々な工夫をして対応している。			
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	a	・ Ⓑ ・ c
<コメント> 施設見学や体験などの受入れを行っており、施設パンフレットやブログでも情報提供している。ブログでは利用者の活動の様子が分かるように配慮しており、パンフレットでは伝わらないことも発信している。写真などを用いているものの、知的障害の重い方などにも伝わるような工夫が望まれる。			
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> 利用者本人の意向を踏まえつつ、サービスの開始・変更について利用者と家族に説明している。利用者の自己決定を尊重し、相談員や医療関係者、行政機関など、複数の専門職とも協議しながら、利用者にとって最善の選択ができるよう支援している。			
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> 自宅への移行、介護サービスへの移行の際は、相談員やケアマネジャーへの引継ぎを行い、その後の利用者の生活に支障が無いように配慮している。移行するにあたり、関係者同士の連携を強化し、利用者本人を中心とした顔の見える関係づくりをして適切な支援をしている。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 利用者職員が参加する懇談会を定期的に開催し、意見交換をしている。利用者から出た意見は、その場で解決できるものに関しては職員が分かりやすく説明し、確認が必要なものに関しては後日回答している。管理栄養士による嗜好調査も実施し、献立作成の参考にしている。			
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	Ⓐ	・ b ・ c
<コメント> 苦情に関する受付窓口等を契約時に説明するだけでなく、施設内にポスターを掲示し、来訪者に分かりやすく伝えている。利用者や家族から苦情として出された意見だけでなく、施設として苦情解決の仕組みに則り対応すべきことは適正に処理している。			

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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>利用者に対して職員は担当制となっている。担当者が変更になったときには、利用者本人と保護者に連絡している。担当職員が不在の場合でも他の職員が相談を受け、情報を共有している。相談内容によっては同性の職員が良いこともあるため、利用者の意向に沿って臨機応変に対応している。</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></p> <p>相談を受けた内容は記録システムに入力し、職員で共有している。職員は、出勤したら必ず記録の内容を確認している。各フロアごとのミーティング等でも話し合い、適切に対応している。必要に応じ、家族や関係機関とも情報共有している。</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></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者を明確にしており、各フロアの担当者が中心となって事故防止に努めている。事故発生時には、マニュアルに沿った対応をしており、事故対策委員会で再発防止策の有効性を検証している。委員会は職員が抱える不安も検討し、事故の未然防止や再発防止に向けた取組みも行っている。</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></p> <p>「感染症マニュアル」を整備し、定期的な見直しを行っている。フロアごとに感染症リスクの高い利用者が異なるため、マニュアルの他に、利用者の個別のリスク管理が行えるような仕組みを作っている。利用者が入れ替わったときにはマニュアルの改定を行い、適切に対応できるようにしている。</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	① ・ ② ・ ③
<p><コメント></p> <p>事業計画に基づいて、定期的に防災訓練を実施している。訓練では毎回、備蓄品の確認を行い、職員個々の役割を再確認し、反省点などは防災・防犯委員会で検討して次の訓練に活かしている。具体的な訓練を実施し、利用者にも参加してもらうことで有事に備えている。</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></p> <p>共通する支援をマニュアルに記載し、より分かりやすいようカラー写真や動画も活用している。特に入浴に関しては「支援マニュアル」に加え、個別配慮について定めたものを浴室に表示し、適切に実施されるよう工夫している。</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></p> <p>利用者の状況に合わせ、随時内容の改定を行っている。利用者の高齢化に伴い、これまで実施することがなかった支援の必要が生じることもあるため、職員会議や各委員会で検討し「支援マニュアル」の追加・改定を行っている。</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
<コメント> 個別支援計画の作成マニュアルがあり、それに基づいて適切に作成している。個別支援計画策定会議には、利用者本人と担当職員の他に看護師や管理栄養士などの専門職も参加し、多職種連携による様々な視点から検討を加えている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 2ヶ月毎にモニタリングを実施し、6ヶ月ごとに個別支援計画の見直しを行っている。病院等からの退院時には、状態変化に合わせて個別支援計画を変更している。各フロアでの会議等で挙がってきた利用者の意向や課題も踏まえ、利用者のニーズが的確に反映される仕組みとなっている。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 記録システムに、日々のサービス実施状況を記録している。職員毎に記録する表記などに差が生じないよう「業務マニュアル」によって表記の統一化を図るルールを定め、誰が見ても分かりやすい表記となるよう工夫している。		
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	① ・ b ・ c
<コメント> 「文書管理規程」により、記録の管理は適正に行われている。記録システムにおいては、閲覧権限は職位ごとに設定されており、職員ごとに設定されたアカウントにより、利用者の個人情報など職位権限が必要なものと、日常の記録など全職員が閲覧可能なものとが区別されている。		

【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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 入所したら終わりではなく、その後の関わりを大切にしている。今の支援のやり方が正しいかどうかを見直すため、外部の専門家に関わってもらい、学び直しを行っている。今後、自己決定の難しい利用者への支援に関しては、職員がチームとなって取り組むことを期待したい。			

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 不適切支援と思われる行為があった場合、虐待に繋がる可能性があるとして捉え、早期に事実確認を行い、必要な対応をしている。支援に正解はないが、やって良いこと、悪いことを職員が理解して業務を行えるよう、施設全体で取り組んでいる。			

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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 利用者の高齢化が進み、できないことが増えてきている状況にある。職員が手を貸すことが当たり前にならないような関係性作りが必要となっている。グループホームへの移行を希望している利用者があるため、それを実現するために、今後の更なる動機づけに取り組むことを期待したい。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 感覚過敏の利用者もいるため、コミュニケーション手段に関しては、五感に配慮しながら対応している。文字よりも視覚で伝える方が理解できる利用者には、写真やイラストを用いている。意思表示や伝達が困難な利用者に対しても、日常の関わりの中から知り得た情報を基に、適切な支援ができるよう努めている。			

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 担当職員に限らず、どの職員にも気軽に話ができるような関係づくりをして、相談内容に応じて利用者が相手（職員等）を選べるようにしている。施設内で日用品販売の朝市を行い、自分で使うものは自分で選ぶことができる環境を提供している。			
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 利用者の希望に応じ、余暇時間の過ごし方の情報提供や、レクリエーション活動への参加の機会を提供している。コロナ禍以前に行っていた地域の公園清掃やボランティア活動などが中断した状態であるが、早期の参加再開に向けた取組みを期待したい。			
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 利用者の様々な障害特性に対応するため、積極的に研修に参加して専門知識を高めている。研修に参加した職員は学んだことを他の職員と共有し、利用者それぞれの障害特性に合わせた支援が、統一的かつ適切に行えるよう取り組んでいる。			

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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じた生活支援を、個別支援計画に基づいて実施している。嗜好に関しては、管理栄養士が嗜好調査の結果を基に、栄養面に関する個別支援計画を作成している。利用者の高齢化にも配慮した個別支援を実施している。</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></p> <p>居室に関しては、一人部屋と二人部屋があり、入所前の情報から判断して部屋割を調整している。利用者の状況に応じ、フロア間の居室移動も行っている。「半田の里あり方検討委員会」を設置し、利用者の生活環境に配慮した支援を考える機会を設けている。</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	a ・ ① ・ c
<p><コメント></p> <p>医師等の医療専門職からの助言を得て、心身の状況に合わせた機能訓練を個別支援計画に盛り込んで実施している。今後は、利用者の高齢化に伴うADL低下へのフォローの必要性も踏まえ、PT（理学療法士）やOT（作業療法士）との連携による支援強化を期待したい。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の健康状態確認の目安の一つとして、食事摂取量を重視している。日々の食事の記録を分析することにより体調変化を察知し、医療機関への受診に繋げている。日常の気づきを「連絡帳」に蓄積しており、看護師とも連携して利用者の健康管理を行っている。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>嘱託医の定期受診により、医療的な支援が必要な場合は指示を仰いでいる。服薬管理は看護師が行い、誤薬のない適切な管理に努めている。夜間の急な体調変化があった場合にも、24時間オンコールの看護職員に連絡を取り、適切な対応ができる体制を整えている。</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></p> <p>利用者の意向を確認し、社会参加の機会を提供している。ここ数年間は、感染症対策により地域における社会資源を活用した社会参加を行うことには制限があった。しかし、施設内の朝市で買い物するときには、自分の財布からお金を出して支払いをするなど、限られた環境の中でもできる範囲で支援を行っている。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>地域移行に関しては、把握した利用者の意向を踏まえ、本人の持つ能力を見極め、自分で身の回りのことができることを目標にして、地域での生活を実現させるための支援を行っている。現状、地域生活に必要な社会資源に関する情報の提供が十分にできていないため、今後の課題として取り組んでいくことを期待したい。</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 ・ b ・ c
<コメント> 利用者と家族との関係が途切れないよう、利用者の生活状況を定期的に家族に報告し、家族が不安に感じていることなどの相談にも応じている。面会、外出、外泊に関しては、家族の事情を汲み取って適切に対応している。家族と会って話すことを大切にし、情報共有しながら共に利用者の生活を支えている。		
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		
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		