

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（21名）	
所在地：愛知県半田市稲荷町3-76-8		
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：3名	非常勤職員：23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）17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

愛厚半田の里基本理念に基づき、利用者一人ひとりが安心・安全に日常生活を快適に営むことができるように支援を行います。

2.職員にとって安全、安心、快適な職場環境づくり

福祉サービスを担う職員の能力が十分発揮できるよう、人材を確保するとともに、専門性向上と皆で支え合える支援者の育成を目指します。

また、働いていて良かったと思えるよう職員一人ひとりが意見や思いを発信し、責任感を持って働けるよう、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。

また、改築後25年となる入所型大規模施設の当施設が、現在の福祉ニーズや利用者像に即した形で、利用者の安心・安全に配慮した生活環境を提供するため、収支シミュレーションを踏まえるなど、将来に向けた適正な入所定員の検討に取り組みます。

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ます。
- ・家庭的で明るい雰囲気づくりを心掛けています。
- ・地域との交流を深めるため催しや行事に参加しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 2年 5月18日（契約日）～ 令和 3年 3月31日（評価決定日） 【令和 2年12月18日(訪問調査日)】
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （平成29年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆自己決定を尊重した支援

生活に関わるルール等については、毎日午後5時にホームごと、世話人が利用者と話し合う場を設けている。利用者が自主的に行動できるよう、選択する場面や環境づくりに努め、自己決定した内容が達成できるよう支援を行っている。

◆地域とのつながり

地域の行事に積極的に参加し、ごみ収集場所の掃除を行う等、ケアホームの利用者が町内の一員としての役割も担っている。また、事業所のイベントに地域からの参加がある。障害及び障害者への地域理解が進み、利用者が一人で外出し際に、見かけた地域住民が心配してホームに連絡してくれたこともある。利用者が地域の一員として認められ、地域に根付いた事業所となっている。

◆利用者尊重の強い姿勢

支援者（世話人等）は、利用者が不得意とするところを支援し、できるところは見守っている。できなかったことをできるよう改善し、日常生活の幅が広がるよう支援をしている。

◇改善を求められる点

◆外部とのつながりを積極的に

ケアホームやグループホームは閉鎖された空間に陥りやすく、不適切な支援につながりかねないリスクを抱えている。そのリスク回避のためにも、実習生やボランティア等の外部の関係者を積極的に受け入れ、外とのつながりを構築されたい。

◆事業所としてのマニュアルの整備

バックアップ施設である入所施設と共通のマニュアルを使用している。そのため、実際の現場支援との乖離が生じている。ケアホームとしての独自のマニュアルを整備し、事業所のより良いサービス提供につなげていただきたい。「業務マニュアル」に関しては、見直しの事実を確認する仕組みがない。見直しの実施者や実施頻度、見直しの方法、見直しの記録の作成等のルールを定めたマニュアルの作成が求められる。

◆要望の聞き取りの工夫と記録

口頭で要望を受けることが多く、内容によっては会議で話し合われているが、記録として残されていない。所定の記録様式（相談受付票等）を定め、意見が埋もれることの無い仕組みを作り、支援の改善を図られたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価でいただいたA評価については、継続して取り組んでいくとともに、B評価については、いただいたアドバイスをもとに改善していきたいと思っております。利用者様のサービス向上への貴重なご意見、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
＜コメント＞ 「愛厚半田の里基本理念」と「愛厚半田の里運営方針」が事業計画に記載され、ホームページ上でも法人が新たに定めた基本理念である「私たちの誓い」とともに、「愛厚半田の里基本理念」が掲げられている。理念を職員に周知するため、朝礼で唱和している。利用者や家族には、各ホームで掲示するとともに、保護者会等でも読み上げて周知を図っている。			

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	①・b・c
＜コメント＞ 初日在籍者数、延べ利用日数が毎月確認され、分析されている。各ホームでは年間2回、グループホームの全体会としても年間2回実施しているグループホーム連絡会議において、事業の課題点や新規に取り組めることなどの検討を重ねている。			
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＞ 経営状況の把握・分析を行い、利用者の高齢化の課題がグループホーム連絡会議で検討され、職員に周知されている。また、課題である利用者の高齢化に伴う施設移行や、新規入居者の受入れは、事業所内だけで検討するのではなく、バックアップ施設である「半田の里」の運営会議において検討されている。			

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＞ 課題が盛り込まれた「愛知県厚生事業団経営計画」が5年ごとに作成されている。この経営計画に見合った収支計画が策定されている。見直しや検討会が年6回または必要に応じて随時開催され、5年の期間中であつても見直し・改定が図られている。			
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	①・b・c
＜コメント＞ 「愛知県厚生事業団経営計画」の4つのコンセプトに基づいて事業計画が策定されている。単年度における事業内容が具体的に示され、実行可能な計画となっている。			

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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 毎年12月から、次年度に向けて事業計画が検討され、それを基に、毎月実施されるグループホーム連絡会議、主要メンバーが参加する運営会議で見直しが図られている。策定された事業計画は年2回開催される職員会議で全職員に配付され、さらに、職員研修や朝礼の場で周知される。実施業況はまとめて留まり、評価には至っていない。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> 家族には、2ヶ月に1度開催される保護者会例会において事業計画を説明し、周知、理解を図っている。利用者に対しては、事業計画を各ホームに掲示して周知を図っている。資料も乏しく、判断力や理解力に難がある利用者に向けて、より分かりやすく説明した資料の作成が求められる。		

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	a ・ ㉑ ・ c
<コメント> 年1回、サービス管理責任者を中心に自己評価を行い、3年に1回第三者評価を受審している。また、主要メンバー参加の運営会議やグループホーム連絡会議で事業計画を策定、検討している。結果の分析後は、分析内容について書面で残し、自己評価も事業所全体で行い、次年度につなげていただきたい。		
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 ・ ㉑ ・ c
<コメント> グループホーム連絡会議で、課題や問題点等について検討している。自己評価や第三者評価の結果について改善策を策定する仕組みがあるが、改善の取組みを計画的に進めるまでには至っていない。改善の実施状況を確認し、必要があれば改善計画の見直しが図られる仕組み作りを期待したい。		

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	①	b · c
<コメント> 管理者は、年2回発行される広報誌「半田の里だより」において、事業所の方針と取組みを明確に示している。また、運営会議で管理者の役割と責任を表明している。災害や事故等における管理者不在時の権限委任は「防災規程」に明記されている。			
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	a	② · c
<コメント> 「コンプライアンス実践マニュアル」が策定されている。管理者は全職員に「コンプライアンスチェックリスト」を使って自己点検を実施し、その結果を踏まえ遵守すべき法令等を周知するための研修を企画している。また、隔月で開催されるコンプライアンス委員会において、遵守すべき法令等を職員に周知している。遵守の法令の対象は、福祉分野に限らず、消費者保護関連法令等他分野にも拡げられたい。			
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	③ · c
<コメント> 管理者は全職員との面談を年4回行い、福祉サービスの質の向上に向けて職員の意見を反映させている。また、必要とされる知識取得に向けて事業所独自の研修を実施している。福祉サービスの質の現状についての定期的、継続的に評価・分析を行う点で、改善の余地がある。			
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	④ · c
<コメント> 管理者は「半田の里あり方検討委員会」を毎月開催し、経営の改善や業務の実効性を高める取組みと事業所内に同様の意識の形成を図れるよう、指導力を発揮している。事業所の将来性、継続性、経営資源の有効活用という点で改善の余地がある。			

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	⑤ · c
<コメント> 正規事務職員・総合職は年4回採用を実施し、一般職は随時採用、世話人（非常勤職員）は地元からの採用を基本とし、人材確保に取り組んでいる。基本理念・運営方針や事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制についての計画をもっているが、人材確保や人材育成の面で改善の余地がある。			
Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	障15	⑥	b · c
<コメント> 法人として、理念・運営方針に基づく「期待する職員像等」が明確にされ、人事基準が明確に定められ、職員等に周知されている。「能力発揮度評価」で、自己評価を実施し、役職職員による客観的な評価を実施している。			
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り組んでいる。	障16	a	⑦ · c
<コメント> 職員の心身の健康と安全確保については、「ストレスチェック」が実施され、その結果に応じて解決が図られている。また、管理者と職員の面談回数を増やし、職員が抱えている課題の把握に努めている。職員の相談窓口は役職者が対応しているが、外部にも設置することが望ましい。			

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
<コメント> 「期待する職員像」を明確にし、簡素化された職員一人ひとりの目標管理の仕組みがある。一人ひとりの目標設定についての進捗状況の確認、目標達成度の確認等の点で改善の余地がある。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> エリア内の他事業所をも含んだ「半田の里職場研修計画」が策定され、実施されている。法人においてもキャリア、職種における研修計画が策定・実施されている。OJTとして、新規採用の世話人（非常勤職員）にはベテラン職員が2週間ほど業務を一緒に行い、年度末にヒアリングを実施している。研修成果を評価・分析し、次の研修に反映させることを期待したい。		
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 ・ ㉔ ・ c
<コメント> 研修計画に基づき、非正規職員も含め年1回以上研修に参加しており、教育・研修の機会が確保されている。一人ひとりの職員が実際に必要な研修を受けられているか、職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握することが求められる。		
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	a ・ ㉔ ・ c
<コメント> 法人として「実習生受け入れマニュアル」が整備され、基本姿勢を明文化している。ケアホームとしては、要望があれば、実習生を受け入れる体制があるが、現在のところ受け入れ実績が無い。バックアップ施設で受け入れた実習生を、短期間（短時間）でもケアホームで実習（見学）させる取組を期待したい。ケアホームは閉鎖された空間に陥りやすいため、外部とのつながりを積極的に確保されたい。		

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
<コメント> ホームページにおいて、基本理念、運営方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算等の情報が適切に公開されている。また、機関紙「半田の里だより」や「事業概要」を利用者・家族、関係機関に配布し、事業所の状況の周知を図っている。		
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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 外部の専門家である会計事務所による監査支援が行われている。その結果や指摘事項に基づいて、経営改善を実施し、改善報告がなされている。		

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	㉔ ・ b ・ c
<コメント> 地域の行事に積極的に参加し、町内のごみ収集場所の掃除、回覧板の受け渡しを行っている。10月第2日曜日に開催されている「半田の里まつり」のチラシを町内の掲示板に貼り、地域の方に宣伝をしている。利用者のことが地域に理解されている。利用者が一人で外出した際に、見かけた地域住民が心配してホームに連絡してくれたこともある。		

<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。</p>	障24	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 「ボランティア受入れのマニュアル」が整備されているが、受入れの実績は無い。第一・第二ケアホームは区長宅、第三・第四・第五は大家さん宅に隣接しており、区長や大家さんが地域の見守り役を担っている。ケアホームは閉鎖された空間に陥りやすく、不適切な支援が行われることのないよう、外部とのつながりを積極的に確保されたい。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 半田市自立支援協議会の部会や会議に参加し、他事業所や特別支援学校との連携を図っている。必要な社会資源を明示したリストや資料の作成を行い、利用者により良い福祉サービスを提供することにつなげられたい。</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	a ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> 自立支援協議会の多機関連携会議において、地域のニーズや課題の把握に努めている。地域社会の福祉向上に積極的な役割を果たすために、より、積極的な地域の福祉ニーズの把握に努められたい。</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 ・ ㉞ ・ c
<p><コメント> ケアホームのバックアップ施設である入所施設が、市と福祉避難所の協定を結んでいる。そのため、飲・食料の備蓄品を利用者、職員のみならず、地域住民を含め3日分確保している。事業所の専門性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会などを開催するなどの取組みを期待したい。</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	a	ⓑ	c
<コメント> 事業計画等の中に理念や基本方針が明示され、「倫理綱領」も作成されている。年に2度、世話人会議を開催して共有・理解に取り組んでいる。配布物に関しては、確認したことが分かるようにチェック欄を設けている。更に共通理解を持つため、理解度を量る取組みに期待したい。				
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> 権利擁護、プライバシーに関する考え方が事業計画等に記載されている。虐待防止委員会が運営されており、委員会の内容はサービス管理責任者から世話人へ伝えている。保護者会でも事業計画等について説明しており、欠席した保護者には資料を送付して周知している。				
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> 見学、体験希望を随時受け付けており、事業概要や重要事項説明書を用いて説明している。体験利用者の状況を日誌に記録している。バックアップ施設である入所施設「半田の里」と一体となっている資料が多いため、ケアホームを分かりやすく紹介する資料としては改善の余地がある。ケアホーム独自の資料（パンフレット等）を用意することが望まれる。				
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	a	ⓑ	c
<コメント> 契約書、重要事項説明書を口頭で説明し、同意の署名を取っている。保護者会でも事業計画・事業概要について説明がされている。日課や利用者の生活に関する部分は、分かりやすい資料（ホームページやパンフレット等）を用意することを期待したい。				
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	ⓑ	c
<コメント> ケアホームから他の施設や家庭に移行する場合、相談支援員、サービス管理責任者が窓口となっている。入所施設とケアホームを一体的に運営しているため、サービス変更時の対応は問題なく行えているが、退所時や退所後の手順を定めたマニュアルは用意されていない。他法人へ移行する場合の退所時支援マニュアルや、相談窓口を記した文書等の作成が望まれる。				
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	ⓑ	c
<コメント> 毎年、食事満足度調査を実施し、利用者の満足度を測っている。調査で把握した要望に応じて、メニューや味、量について改善が図られている。サービス管理責任者の努力によりサービスの質が保たれているが、他の職員でも同様のサービスが提供できるよう、マニュアル等の整備が求められる。食事以外の支援全般についても、満足度を測る取組みに期待したい。				
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	ⓑ	c
<コメント> 苦情解決の体制は整備され、その内容は利用者、保護者に周知されている。日中に通所事業所に通う利用者は、通所事業所に設置されている受付箱の利用も可能である。巡回時にも話を聞くよう心掛けているが、より多くの意見を吸い上げられるよう、その他の収集方法（アンケートの実施等）も検討されたい。				

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></p> <p>利用者からの相談があるときは、居室で話を聞いている。ケアホームでの問題点を日中の通所事業所の職員に相談することも多く、そのような場合には情報を伝えあい、通所事業所と連携して対応している。反対に、日中の活動や作業等に関する相談を世話人が受けた場合には、サービス管理責任者等を介して日中の通所事業所に伝えられている。</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	a ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>通所利用者は受付箱を利用することができる。意見や相談が上がった際は、口頭でサービス管理責任者に伝達されているが、記録として残して残すことが望ましい。さらに、相談等の受付から解決、フィードバックまで、一連の流れをカバーするマニュアルの作成が求められる。</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	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「事故報告書」には再発防止策が記載されており、適切に作成されている。事故に至らなかったケースは「インシデント報告書」として作成されている。ケース毎に危険度を付けたり、区分を分けて毎月集計（発生状況集計表）し、会議で周知する等、再発防止に取り組んでいる。入所施設と一体で管理し、再発防止や予防措置の横展開が行われている。</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></p> <p>「支援マニュアル関係ファイル」の中に、感染症予防と対策のためのマニュアルが用意されている。マニュアルは毎年看護師により改定されている。12月には「感染症対策について」というテーマで、看護師による研修も開催されている。</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行っている。	障39	① ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>防災計画が策定されており、年6回訓練を実施している。第一・第二ケアホームは地域の公民館に、第三・第四・第五はバックアップ施設に避難することとしている。安否確認、連絡ツールとして情報一斉送信システムを活用しており、コロナ関連の連絡等で使用する機会が増えたため、有事の際に有効な運用が期待される。区長の協力も得て、地域住民が訓練に参加（手伝い）することもある。</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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>支援については、支援マニュアル内に食事、服薬等の手順が示されている。改定については、委員会毎に毎年見直しが行われている。入所施設と共通のマニュアルを使用しており、現場支援との不整合が散見される。ケアホームに特化した独自のマニュアルを用意し、教育資料としても活用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 ・ ② ・ c
<p><コメント></p> <p>「業務マニュアル」を、実態に応じてサービス管理責任者や担当職員が中心となって見直しを図っている。しかし、見直しの事実を確認する仕組みがない。見直しの実施者や実施頻度、見直しの方法、記録の作成等のルールを定めたマニュアルの作成が求められる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「生活支援アセスメント票」が用意されており、項目ごとの能力を4段階で記載している。サービス管理責任者が個別支援計画を作成し、利用者への説明は適切に行われている。利用者のニーズについても聞き取りが行われ、個別支援計画内に記載されている。作成後に支援内容を確認する仕組み（署名や捺印）はなく、確認・周知方法に改善の余地がある。</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><コメント></p> <p>グループホーム連絡会議や定期巡回時に、世話人に聞き取りを行っている。個別支援計画は6ヶ月、評価モニタリングは3ヶ月ごとに行われ、適切に評価・見直しが行われている。ケース会議で支援方法が話し合われており、課題についてもアセスメント、モニタリング資料に分かりやすく記載されている。</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><コメント></p> <p>利用者個々の状況は手書きで「ケアホーム日誌」に記録している。その他の気になることは、世話人から電話や文書でサービス管理責任者に報告されている。「ケアホーム日誌」の記載内容に、世話人ごとに差異が生じないよう、グループホーム連絡会議で議題にしている。個別支援計画に沿った記録となるよう、改善の余地がある。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「ケアホーム日誌」は利用者の目に触れないようにしている。サービス管理責任者または特定の非常勤職員が「ケアホーム日誌」を回収し、管理者がチェックを行っている。「ケアホーム日誌」の保管場所等、管理にあたっては改善の余地がある。</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> 生活に関わるルール等については、毎日午後5時にホームごと、利用者と世話人とが話し合う場を設けている。利用者が自主的に行動できるよう、選択する場面や環境づくりに努め、自己決定した内容が達成できるよう支援を行っている。			

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	①・b・c
<コメント> 虐待防止委員会が組織されている。新人研修や7月の人権意識向上月間の中で研修があり、人権について考える機会となっている。年に2回セルフチェックシート（人権意識向上に向けたアンケート）を実施し、集計がされている。グループホーム連絡会議で支援内容が権利侵害にあたらぬか検討し、その都度職員指導を行っている。			

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> 個別支援計画に基づき、利用者の自律・自立に配慮した支援を行っている。身の回りのことは利用者自身が行い、支援者は利用者が不得意とするところを支援し、できるところは見守っている。できなかったことをできるように改善し、日常生活の幅が広がるよう支援している。			
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> ほとんどの利用者に関し、会話でのコミュニケーションが図られている。難解な内容については、イラストや写真等を用いており、状況によっては筆談や対応職員を変更する等の対応をしている。今後、必要となる場面を想定し、重度の方への支援方法、職員の力量（行動、表情から意向を汲み取る力）の向上を図る取組みに期待したい。			

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	a・③・c
<コメント> 法人内に相談支援事業所が設置され、情報共有が図られている。巡回時に、利用者から直接サービス管理責任者が口頭で相談を受けることがあり、世話人からの報告もある。所定の記録様式（相談受付票等）を定め、意見が埋もれることの無い仕組みづくりに期待したい。			
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・④・c
<コメント> 夏のスイカ割りやかき氷パーティー等を含め、個別支援計画に基づき、利用者のニーズに応じた支援が行われている。さらに、プログラムやレクリエーションの幅を広げ、利用者のニーズに応えられる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	⑤・b・c
<コメント> 意思表示できる利用者、職員（世話人等）からの指示が理解できる利用者がほとんどである。利用者の心身の状況に応じた支援ができるよう、バックアップ施設の看護師等と連携し、支援の方法をすべての世話人が共有でき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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>入居者の年齢の幅があるが、それぞれが年齢に応じた生活ができるよう努めている。食事提供の場面では、能力に応じて利用者の手伝いがあり、排泄は尿取りパッドやリハビリパンツも活用し、快適に過ごせるよう工夫している。年齢に幅がある点では、食事内容やレクリエーションを工夫し、年齢に応じた楽しみが持てるような配慮が望まれる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>第一・第二ケアホームは平屋建て、第三・第四・第五ケアホームは2階建てとなっている。居室は全て個室であり、エアコンが設置されている。トイレ、浴室は手すりが取り付けられ、ホームによっては玄関にスロープが設置されている。今後、必要となることを想定し、スプリンクラーの設置を検討されたい。</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><コメント></p> <p>機能訓練・生活訓練については、病院での診察結果に従い、日中活動先と連携して行っている。ホームでも機能訓練・生活訓練が行えるよう、支援者（世話人等）がその方法を学んで実践する等、更なるサービスの質の向上が求められる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>各ホームでの1日2回の検温や、年齢に応じたの血圧測定を行っている。そのバイタルの記録を、バックアップ施設の看護師に報告している。また、薬の状況提供書を各ホームに保管し、薬の変更時には差し替えるようにしている。バックアップ施設のマニュアルと同様であるため、ケアホーム独自のマニュアルを作成し、職員への周知が求められる。</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	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>バックアップ施設の看護師と連携し、通院対応を行なっている。受診内容、処置内容を記録し、世話人との情報の共有を図っている。内服薬は看護師とケアホーム職員（世話人）でダブルチェックし、各ホームに届けている。重大な投薬ミスはないものの、時として薬の飲み忘れが生じており、改善が求められる。</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	㉒ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「自動車の免許を取りたい」や「〇〇をみたい」、「年賀状を書きたい」といった利用者の要望に応え、自己学習をして実現できるよう支援をしている。今年度は制限されているが、コロナ禍の収束の際には外出の機会を設け、スーパーでの買い物、喫茶店の利用、公共交通機関の利用、金銭管理等について学ぶ機会を計画している。</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 ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <p>相談支援事業所と連携し、本人が希望する生活に近づけるよう支援をしている。一人暮らしを希望する利用者のために、出身自治体に働きかけて一人暮らしの体験を行った。地域生活への意欲を向上させる取り組み、地域移行に向けた支援のマニュアルの作成等、改善の余地がある。</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
<コメント> 5月の大型連休やお盆、年末年始に家族交流期間を設定し、帰省や家族面会を行っている。その期間以外でも、家族との交流を積極的に実施している。家族のホーム訪問の際には書面と口頭で日頃の様子を伝え、個別支援計画の更新時にも家族の意向確認を行っている。その際の家族からの意見や要望を、可能な限り個別支援計画に反映させている。		
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		