

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	グループホーム つばさ荘	施設種別	共同生活援助
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」		

令和6年10月10日

総 評	<p>亀岡福祉会は、障害のある人々が社会の主人公として力強く生き、地域の一員として共に暮らす地域づくりを目指しています。1978年の設立以来、地域との密接な連携を基盤に、長年にわたる実践活動を通じて地域福祉に尽力してこられました。この理念は、「GHつばさ荘」においても受け継がれ、その具現化に向けた支援に取り組まれています。</p> <p>「GHつばさ荘」では、50代から70代の女性利用者4名に自立した生活を支援し、日常生活や社会参加を通じて生活の質を向上させる取り組みを行っています。食事支援では、世話人（キーパー）による手作りの食事が提供され、利用者の好みや栄養バランスに配慮したメニューが組まれています。また、利用者の高齢化に伴う身体的な変化にも柔軟に対応し、介護保険や訪問看護サービスを活用することで、医療的ケアが必要な利用者も安心して暮らし続けられる環境が整備されています。建物の老朽化やバリアフリー対策には課題がありますが、利用者一人ひとりのニーズに応じたきめ細やかな支援が行き届いており、こうした日々の営みが安心感のある生活環境の維持に大きく寄与していると言えます。</p> <p>運営体制においては、法人本部と事業所が緊密に連携し、経営状況を的確に把握するための仕組みが整備されています。さらに、経営方針や事業計画が職員全体に共有され、統一された組織体制が確立されている点は高く評価されます。地域行事への参加や交流イベントを通じて、地域住民との信頼関係を築き、利用者が社会参加できる機会が積極的に提供され、地域との結びつきが強化されています。こうした取り組みは、地域全体で利用者を支える環境を整えることを大切にする亀岡福祉会の大きな強みです。</p> <p>一方で、中長期的なビジョンを具体化するための行動計画や数値目標が明確でない点は課題となっています。目標達成に向けて具体的な取り組みを策定することで、より一貫した事業運営が期待されます。また、支援方法の標準化や文書化が進んでいないため、職員間での支援内容の共有にばらつきが生じるリスクも懸念されます。これらの課題を改善し、より質の高いサービスの提供を目指すことが求められます。</p> <p>今後も「GHつばさ荘」が地域との連携をさらに深め、利用者が安心して暮らせる住環境と、継続的な支援を提供し続けることが期待されます。そのためには、障害のある人々の願いに応える地域福祉の拠点として、利用者の生活支援の標準化を進めるとともに、地域社会と協働しながら福祉サービスの質を向上させることが望まれます。こうした取り組みを通じて、利用者が地域の一員として、ありのままの自分らしい生活を営んでいかれることを願っています。</p>
-----	--

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-2 経営状況の把握 法人本部と事業所が各種会議を通じて密に連携し、経営状況の正確な把握と分析が行われ、経営改善に向けた取り組みが継続的に実施されています。経営方針や事業計画は職員全体に適切に共有され、全員が共通の理解を持って業務に取り組める体制が整備されています。これにより、組織全体で統一された方針に基づく安定した運営体制が構築されている点が高く評価されます。</p> <p>A-2 生活支援 日常生活において、利用者一人ひとりの健康状態や生活リズムに配慮したきめ細かな支援が提供されています。特に、個別の食事対応や健康管理のサポートが徹底され、安心・安全な生活が保障されています。地域イベントへの参加や連携を通じて、社会参加の機会が確保され、生活の質の向上にも寄与しています。</p> <p>また、共同生活が難しい利用者にも対応したグループホームが整備され、一人暮らしを目指す体験が提供されている点が評価されます。家族との良好な連携を通じ、帰省や緊急時の対応も整えられており、利用者や家族の意向を尊重した支援が行われています。安らげる環境の中で、充実した日中活動に取り組めるような支援体制が確立されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 「ビジョン2025」に基づく法人の将来像は明確に示されているものの、その実現に向けた中長期計画が具体化されておらず、数値目標や行動計画が不十分であることが課題となっています。</p> <p>また、単年度の事業方針は策定され法人全体で共有されていますが、達成基準の設定が不足しているため、実施結果の評価が印象や感想レベルにとどまる恐れがあります。計画の具体化と数値目標の明確化に取り組むことが求められます。</p> <p>III-2-(1) 提供する福祉サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立している。 福祉サービスの一定水準を確保するための文書化と標準化が不十分であることが確認されました。また、プライバシー保護に配慮した具体的な手順や対応が明文化されていない点も課題です。現在、サービス内容や業務手順は主に口頭で伝達されており、標準化されたマニュアルが不足しているため、職員間で支援内容の理解や共有にばらつきが生じる可能性があります。業務マニュアルの整備と支援内容の標準化により、質の高いサービスを一貫して提供できる体制を構築することが重要です。</p> <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。 支援計画の立案やモニタリングは適切に行われている一方で、アセスメント手法の標準化や統一された様式が整備されていない点が課題です。</p> <p>また、個別支援計画がグループホームで閲覧できないことや、世話人が評価や見直しに関与しにくいことから、情報共有が不十分になる可能性が懸念されます。緊急時の支援計画変更に対応する仕組みも未整備であり、これらのプロセスを改善することで、より一貫した支援体制の構築が期待されます。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	グループホームつばさ荘
施設種別	共同生活援助
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク「一期一会」
訪問調査日	令和6年5月7日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-1 理念、基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	B	B

[自由記述欄]

1. 法人理念「わたしたちがめざしていること」は、会議資料の表紙に毎回記載され、職員は常にその理念を意識している。理念浸透の一環としてオリジナルソングも制作され、現在まで歌い継がれている。また、ビジョン2025は本人・家族と共に考え浸透しているが、理念を「わかりやすく説明した資料」が未整備であるため、課題と認識している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	2	① 法人として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。	A	A
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	A	A

[自由記述欄]

2. 法人全体では、管理職会議や管理職・主任会議を毎月開催している。また、グループホームごとの職員会議は2カ月に1回実施されている。経営委員会は年4回開催され、法人事務センターによる経営状況の分析が共有されている。社会福祉全体の動向や地域の状況については、管理職会議や経営委員会で情報が共有されている。自立支援協議会やきょうされんなどには、主に通所施設が加入しており、事業計画は地域生活支援部としてホームや居宅部門と一体的に策定されている。
3. 経営委員会では、利用率や収入状況を分析し、改善策を検討している。また、家屋の老朽化による不具合については随時対応している。入院後に状態が悪化した利用者をグループホームで支えるため、厳しい状況の中でも法人に人員体制の強化を要望し、必要な対応を工夫しながら実施している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	4	① 法人として中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	B	B
		5	② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。	B	B
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	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。	B	B
		7	② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。	B	A

[自由記述欄]

4. 「ビジョン2025」は、2020年から2025年までの6年間を短期・中期・長期の3段階に分け、法人の将来像を明文化したものとなる。法人設立40周年を契機に、「はたらく」「くらす」「ささえる」「そだちあう」の4つのテーマについて検討する「ビジョン推進委員会」を設立した。しかし、ビジョンに基づく中長期計画は作成されておらず、数値目標や具体的な行動計画が明確化されていない。
5. 毎年度「事業方針（事業計画）」を策定し、期初の方針会議で法人全体に共有している。年度途中には中間まとめを行い、年度末には実施結果を総括会議で「事業報告」としてまとめている。ビジョン実現に向けた取り組みを単年度計画に組み込んでいるが、具体化や数値化が不十分であり、達成基準も設定されていないため、評価が「感想」にとどまる懸念がある。
6. PDCAの仕組みは確立されているものの、数値化や具体化が不足しており、評価が難しい状況にある。
7. 「かぞくの会」は3ヶ月に一度法人全体で開催しており、その際にビジョンの進捗状況や事業方針について説明を行っている。グループホームには自治会は設置されていないが、利用者は作業所の自治会活動に参加しており、その場で方針を共有している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	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。	8	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。	B	B
		9	② 評価結果に基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。	B	B

[自由記述欄]

8. つばさ荘における第三者評価は、今回が初めての受診である。「年1回以上の自己評価」についても取り組めていない。総括表を用いて大項目ごとに実施状況を確認する方法を検討してはどうか。
9. 法人内の他事業所の受診結果は管理職会議を経て各施設の職員会議で報告されているが、具体的な改善策の立案や文書化は行われていない。改善項目をリスト化し、担当者や期限を明確に設定する必要がある。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	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。	B	A
		11	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。	B	B
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。	B	A
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。	B	A

[自由記述欄]

10. 期初の法人全体会議では、理事長が法人の方針を示した後に、各事業所が年度事業基本方針を説明している。キャリアパス制度の一覧表には、職位ごとの定義や職責、職務内容、給与などが明記されている。また、緊急事態や事故発生時の対応マニュアルでは、有事における管理者の役割と責任が明確に記載されている。法人広報誌「ひまわり」では、理事長や管理者が持ち回りで記事を執筆し、自らの役割と責任を表明している。

11. 関係団体（きょうさん等）の研修に参加するとともに、法人内では労働安全委員会や権利擁護委員会による研修が実施されている。不参加者には資料を配布して情報を共有している。関連法令のリスト化は未整備の状況である。

12. 毎月開催される管理職・主任会議では、9つのホームの近況や課題を共有している。また、病院から退院する利用者の支援方法を検討し、現場での受け入れを先導するなど、リーダーシップを発揮している。職員には階層別やテーマ別の研修への参加を推奨しており、権利擁護セルフチェックを毎月実施することで、権利意識の向上にも努めている。各ホームの業務日誌は毎日居宅生活支援部へFAXで送付され、気になる点があればLINEや電話を用いて確認を行っている。

13. 法人全体の委員会として「共育委員会（研修委員会）」「労働安全委員会」「権利擁護委員会」が設置されており、居宅生活支援部から職員を各委員会に派遣している。給与計算は事務センターと共同で行い、年休取得状況や残業時間の管理を行っている。また、退院した利用者のADLの低下など、ホームの状況に応じて職員の加配を法人に要請している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・養成	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。	14	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。	B	A
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	B	A
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	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。	B	A

[自由記述欄]

14. きょうと福祉人材育成認証制度の認証を受け、キャリアパス制度を構築している。共育委員会を中心に、体系的な研修制度を整備している。また、資格取得にかかる費用は法人が半額を負担する制度や、年3日の研修休暇を設けている。若手職員を中心とした「人材確保プロジェクトチーム」が採用活動を推進している。特別休暇制度は全職員に拡大され、看護休暇・介護休暇も別枠で付与されている。今年度からは会議を日中に開催し、時間外勤務の削減に取り組んでいる。

15. 「期待する職員像」は「めざしていること（理念）」において明らかにしている。人事基準は給与規程で定め、グループリーダーや主任、管理職には手当を支給している。法人全体では職員面談は年2回から3回に増やし、期初に目標設定を行い、中間期と期末に評価を実施している。ただし、目標管理シートは事業所ごとに運用しており、法人統一様式は未作成である。人事課は導入しておらず、給与と連動していない。昇格・昇給の基準はキャリアパスに位置づけられている。グループホームスタッフの面談は年1回が限度であったが、今年度から増やす方向で検討中である。現在は目標管理よりも日常業務の困りごとの聴き取りが中心となっている。

16. 労務管理は事務センターが中心となって担い、職員からの相談にはセンター長や主任が対応している。ストレスチェック後の相談窓口として「メンタルサポート京都」を紹介し、ハラスメント対応窓口は両センター長が担当している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・養成	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	C	A
		18	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。	B	A
		19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	B	A
	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。	20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	C	A

[自由記述欄]

17. 職員との日常的なコミュニケーションを重視しており、目標管理の仕組みは法人として整備している。目標管理シートは現在、施設ごとに作成しているが、法人統一の様式を準備中である。

18. 共育委員会が法人全体の研修計画を作成し、階層ごとの研修内容やカリキュラムの評価・見直しを担当している。必要な専門技術や資格については、キャリアパスで明確にしている。

19. 職員個々の資格取得や公的研修の修了状況は法人事務局で管理している。新規世話人向けの業務マニュアルは未作成であり、業務はベテラン職員が直接指導している。職員からは業務の流れを明文化した文書の要望も挙がっている。服薬管理や救急時対応のマニュアルは整備済みである。また、食事に関する配慮事項(刻み、トロミ、好き嫌いなど)はホームに掲示している。外部研修への参加も推奨している。

20. 法人全体では、社会福祉士実習や介護等体験、小中学生の職場体験を受け入れており、実習生対応マニュアルは事業所ごとに作成している。マニュアルには守秘義務や指導上の留意点も明記している。社会福祉士の指導者研修修了者も在籍している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-3 運営の透明性の確保	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。	21	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。	B	B
		22	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。	B	A

[自由記述欄]

21. 法人広報誌は隔月で発行し、ホームページで公開している。また、福祉事務所等に配架し、地域自治会の回覧板でも回している。評議員やボランティア登録者など約300名にメールでも送付している。しかし、第三者評価の結果はホームページで公開しているが、苦情・相談内容の公表は行っていない。件数や分類の概要をどのように公表するかは、課題として残る。作業所では毎週「作業所連絡」を家族向けに発行しており、これを活用した公表も検討の余地がある。ホームでの意見・要望には個別対応を行い、十分に取り組んでいる。週末帰省される利用者については、作業所の連絡帳をホームでも共有するようにしている。

22. 経理規程を整備し、職務分掌や権限、責任を明記している。職員会議では事務センターの方針を説明している。また、税理士事務所および社会保険労務士事務所と顧問契約を締結している。毎年6月には法人監事による内部監査を実施し、指導監査は2年に一回行われている。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-4 地域との交流、地域貢献	II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。	B	A
		24	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。	C	B
	II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	25	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。	B	A
	II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		27	② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	B	B

[自由記述欄]

23. 地域との関わり方は理念に明記しており、自治会にも加入している。高齢化により以前ほど自治会行事に参加できていないが、ガイドヘルパーを利用して地域行事に参加している。亀岡福祉会と他の福祉事業所が共催する「ハートフェスタ」に参加し、地域交流を図っている。

24. イベントでのボランティア参加はあるが、日常的な関わりはない。ボランティア等の受け入れを想定した社会資源としての基本姿勢は理念に明記されている。しかし、ボランティアに関するマニュアルは未整備である。

25. 社会資源を調べたい時は、「南丹圏域障害児者総合支援ネットワーク～ほっとネット～」が発行している制度や地域の事業所が紹介されている「開けてガッテン」を活用している。また、グループホーム入居者との関係で、介護保険のケアマネジャーや訪問介護事業所と日頃から協働する体制を構築している。

26. 関係機関等との連携については、法人の実践報告会に外部事業所を招く計画がある。また、亀岡市障害者相談支援センター「お結び」を通じて地域活動支援センターの活用につなげた事例がある。災害時における地域の役割については、法人レベルでの検討が必要である。

27. 法人の各事業所に対し、グループホームの利用ニーズを確認している。通所施設は地区社会福祉協議会に加盟し、行事に参加しているほか、自立支援協議会にも参画し、地域ニーズの把握に努めている。地域交流イベント「ハートフェスタ」には多くの地域住民が参加し、法人の評議員にも地域の方が就任している。しかし、民生委員や児童委員との定期的な会議は未実施であり、今後、一層の地域交流・地域貢献活動を図るためには連携を模索する必要がある。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。	28	① 障害のある本人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。	B	B
		29	② 障害のある本人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。	B	B
	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。	30	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。	B	A
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人(家族・成年後見人等含む)にわかりやすく説明している。	B	B
		32	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。	B	A

[自由記述欄]

28. 権利擁護に関する職員セルフチェックは毎月実施し、その結果を権利擁護委員会で集約・分析し、フィードバックを行っている。また、年3回の法人職員全体会議で理念の理解を深める時間を設けているが、法人として「倫理綱領」は未整備であり、今後の課題である。また、サービスの一定水準を確保するための実施方法を定めたマニュアルも少ない。

29. 虐待防止・権利擁護マニュアルは整備されており、不適切事案発生時の対応方法も明記している。権利擁護研修は年1回実施をし、プライバシー保護の具体的取組み(私物に勝手に触れない、捨てない等)は職員会議で周知している。プライバシー保護と権利擁護の取り組みは重要事項説明書でも周知されている。プライバシー保護に関する規程やマニュアルが未整備である。支援場面ごとのマニュアルにプライバシー保護の項目を盛り込むことも検討する必要がある。支援手順は口頭で伝えることが多いが、新人職員のOJTや標準的な支援の共有には明文化が求められる。

30. 理念やサービス内容、施設紹介はホームページやパンフレットで公開されており、広報委員会で定期的に見直しや改訂が検討している。また、SNSの活用にも力を入れている。見学希望には随時対応している。

31. グループホーム入居者の多くは20年以上の利用歴があり、高齢期の利用者に対しては介護保険の利用調整を行っているが、自己決定を尊重し、丁寧に説明を行っている。しかし、本人向けにわかりやすく工夫した資料は未作成である。意思決定支援のルール化も課題である。

32. 一般就労によりグループホームから一人暮らしへ移行した方もおり、法人のヘルパーを継続利用して、送り出しや家事援助を行い支援を継続している。現在は就労継続支援A型事業所を利用しており、将来的につばさ荘に戻る可能性もある方がいる。他の福祉施設等へ移行する際には、福祉サービスの継続性を考慮し、必要な情報を提供している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス	Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。	33	① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B	A
		34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	B	B
	Ⅲ-1-(4) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	35	② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。	B	B
		36	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。	B	B
	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。	37	② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	B	A
		38	③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的に行っている。	B	B

[自由記述欄]

33. 入居者4名のうち2名は保佐人を選任している。個別面談は行っていないが、日常的な会話の中でニーズを聴き取り、居室を活用して相談や意見を述べやすい環境を整えている。また、職員会議でもニーズの検討を実施している。過去に今後の暮らしに関する意向調査をアンケート形式で実施したが、定期的ではない。

34. 苦情解決の体制は整備し、苦情は法人の事務局会議や管理職会議で共有し、対策を検討している。検討内容や対応策は本人や家族にフィードバックしている。第三者委員として評議員が選任されている。利用者には「困ったことがあったら相談してくださいね」と周知されているが、わかりやすい資料や掲示物は未整備である。苦情記入カードや匿名アンケートは実施されていないが、家族との連絡ノートを通じて日常的に意見や要望を受け付けている。苦情内容や解決結果の公表は行われておらず、法人レベルでの検討が必要である。

35. 相談や意見を受けた際の記録方法や報告手順、対応策の検討についてのマニュアルは未整備である。スタッフの顔ぶれが固定しているため、必要とされない部分もあるが、新しい職員を迎え入れる際にはマニュアルが求められる。本人からの意見は日報を通じて利用者個々の様子を把握し、世話人とセンター職員で情報共有を図っている。必要に応じて助言を行い、利用者の希望や意見は日々の支援やグループホームの運営に反映している。

36. リスクマネジメントに関する委員会は設置されていないが、緊急事態や事故発生時の対応マニュアルは整備している。各事業所でのヒヤリハット事例は管理職会議や事務局会議で集約し、対策を検討している。また、必要に応じてマニュアルも見直している。救命講習を実施している。利用者の健康管理票は存在せず、緊急時に本人の状態を的確に伝える手段は用意されていない。

37. 労働安全衛生委員会には法人各施設から管理者、職員、看護師が参加しており、感染症対策マニュアルが整備されている。5類引き下げに伴う見直しも行われ、感染症に関する学習会も実施している。コロナ禍ではBCPに基づきゾーニングを講じ、罹患者への対応が行われた。利用者には個々にかかりつけ医があり、法人には嘱託医も配置している。

38. つばさ荘は水害エリアに位置しており、有事の際には垂直避難を行う方針である。利用者が通所中の安否確認方法は未決定であり、同一法人の当該施設の対応に委ねることになると思われる。職員の安否確認にはLINEを活用している。防災計画は作成済みで、避難訓練は年2回実施されている。ただし、地域との連携はなく、災害時の社会資源としての位置付けについての方針は未整備であるため、法人レベルでの課題となる。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの一定の水準を確保するための実施方法が確立している。	39	① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見直しをする仕組みが確立している。	C	C
		40	① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定している。	B	B
	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。	41	② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。	C	B
		Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	42	① 障害のある本人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。	B
	43		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	B	B

[自由記述欄]

39. 一定の水準を確保するための実施方法が文書化されておらず、現場では口頭で支援方法や業務手順が引き継がれている。

40. 期初の4月に支援計画を立案し、9月に本人へのヒアリングを基にモニタリングを実施、期末に評価を行っている。居宅支援生活部の職員複数名の意見はアセスメントに反映されているが、アセスメント手法は確立されておらず、決まった様式も存在しない。支援ソフト「福祉見聞録」が導入されているが、アセスメントには使用されていない。

41. 個別支援計画はグループホームで閲覧できず、周知の仕組みも整備されていない。世話人は評価や見直しに関与しにくいところがあり、居宅生活支援部が対応している。また、これまで支援計画を緊急で変更する必要がなかったため、そのための仕組みも未整備である。

42. 世話人の日報はFAXで居宅生活支援部に届き、センター職員が福祉見聞録に転記している。個別支援計画に基づくサービス実施の記録の確認が難しい状況がある。福祉見聞録のケース記録に支援計画の項目を設定すれば検索可能であるため、この機能の活用を検討されてはどうか。新人研修には記録の書き方に関する研修が組み込まれており、外部研修でも記録の書き方や個別支援計画作成について学ぶ機会が提供している。

43. 個人情報保護規程は未作成で、記録管理の責任者も定まっていない。開示規程と合わせての作成が必要である。職員に対する個人情報保護に関する研修は行われていない。利用契約時に個人情報保護に関する説明をしている。

A 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-1 支援の基本理念	A-1-(1) 自立支援	44	① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	B	B
	A-1-(2) 権利擁護	45	① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	B	A
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。	B	B

[自由記述欄]

44. センター長はホーム訪問時にメンバーの日々の困りごとを聞くよう心がけている。季節に合わない衣類については助言するが、本人の好みを尊重している。散髪についても、本人の希望に応じてヘルパーの手配や予約を行っている。しかし、様々な取り組みが行われているものの、記録が十分ではないことが課題として挙げられる。

45. 権利擁護や権利侵害に関する周知や学習機会は通所先の作業所で行われている。虐待防止・権利擁護マニュアルは整備されており、権利擁護委員会は理事長が責任者となり、月1回開催している。

46. ハートフェスタを開催し、地域社会への障害理解を広めている。病院を退院した利用者のADLの低下に対応するため、グループホーム内に手すりを設置するなどの配慮が行われている。本人の個々の習慣やペースに合わせた支援が実施されているが、その記録を確認することができなかった。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(1) 意思の尊重とコミュニケーション	47	① 障害のある本人（子どもを含む）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。	B	A
		48	② 障害のある本人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。	B	A
		49	③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。	B	A
	A-2-(2) 日常的な生活支援及び日中活動支援	50	① 個別支援計画に基づく日常的な生活支援及び日中活動の支援を行っている。	B	A
	A-2-(3) 生活環境	51	① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。	B	A

[自由記述欄]

47. 高齢のカテーテル留置の入居者にはポータブルトイレを用意し、外出時にはシルバーカーを提供してリハビリを支援している。これにより、生活意欲が向上している。食事制限のある方にはカリウムや塩分を制限した食事を提供し、耳が不自由な方には補聴器を提供してコミュニケーションを改善している。食べ物を選ぶ際にはチラシを使用し、視覚的な情報提供を行っている。また、予定はカレンダーに書き込むことで、見通しを立てやすくしている。

48. 個別支援計画作成に係る面談等では本人の意思を尊重する支援に努めているが、言葉だけで伝えることが多く、自己選択・決定に関して十分な対応ができていない場面もある。食事購入時には視覚的な情報提供を行い、意思決定を重視している。グループホームからセンターへの情報共有はFAXで行っている。

49. テーマ別研修や年3回の法人全体会議、虐待防止研修を通じて専門知識と支援の向上に努めている。行動障害のある利用者はいないが、本人同士の関係性の調整は日々の支援の中で行っている。

50. 地域のイベント情報を提供しており、例えば念仏寺のお釈迦さんや亀岡花火大会などがある。食事については、入れ歯や腸閉塞リスクのある方には刻み食を、腎臓に問題がある方には塩分制限食を提供している。入浴は介護保険の方はデイサービスで行い、体調不良の方にはホームでの入浴を手伝うためにセンター長やホーム職員がサポートしている。排泄支援では、カテーテル留置者に対して病院からの指導内容を世話人に共有し、ポータブルトイレも使用している。

51. 利用者同士の関係性に配慮し、食事時間をずらす対応を行っている。また、送迎時には関係の良くない利用者同士がバッティングしないよう時間調整を行い、同じ作業所に通う場合は利用曜日をずらしている。グループホームは一定の年数が経過した建物ではあるが、掃除や整理整頓に気を配り、快適な生活環境を提供している。利用者の居室には本人の好きなものを自由に置けるようにし、特に制限は設けていない。また、居室は年配の方を1階、若い方を2階に配置している。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(4) 機能訓練・生活訓練	52	① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	非該当	非該当
	A-2-(5) 社会生活を営むための支援	53	① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。	B	A
	A-2-(6) 健康管理・医療的な支援	54	① 障害のある本人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。	B	A
		55	② 医療的な支援について適切に提供(連携)する仕組みがある。	B	B

[自由記述欄]

52. 非該当
 53. 日々の金銭管理は世話人が支援しており、作業所への通所自体が大切な社会参加の機会となっている。作業所とは連絡ノートや電話で情報共有を行い、ホームの会議には作業所の職員も参加している。休日にはガイドヘルパーの利用を調整している。ご家族のもとに外泊する方もおり、特に外泊に関して制限は設けていない。作業所での日帰り旅行にも参加している。
 54. 通所先の事業所の看護師と連携があり、定期受診や看護師との協力により健康面の管理を行っている。買い物や廊下の行き来を通じて運動機会を確保し、健康の維持・増進を図っている。また、職員には健康管理に関する研修への参加を促している。
 55. 医療的な支援に関するマニュアルは未整備である。そのため、直接引き継ぎによって対応しているが、安全施行のためには医師の指示のもと、支援者が安心して取り扱えるマニュアルが必要である。また、施行目的や注意点を研修や個別指導で定期的に確認する機会が求められる。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-2 生活支援	A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	56	① 障害のある本人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。	B	A
	A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	57	① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	B	A
	A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援	58	① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。	B	A
		59	② 障害のある本人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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

56. 一人暮らしを目指して、学生マンションを活用し、世話人の泊まりのない「きらきらホーム」を設置した。このグループホームの利用理由としては、共同生活が苦手な方もいるが、次のステップに向けた体験の場として機能している。現在の「きらきらホーム」の入居者の中には、グループホームでの継続した暮らしを希望している方もおり、その意思を尊重している。また、つばさ荘では一人暮らしを実現した利用者がいるが、後に続く人は出ていない。
 57. 家族との連携・交流の支援として、帰省に関しては条件を設けず、本人と家族の意向を尊重している。通院結果は家族と共有し、緊急時には必ず家を族に連絡を入れるよう努めている。また、日頃からこまめに連絡を取っている。緊急事態や事故発生時の対応マニュアルには「家庭への連絡」が記載しており、報告・連絡のルールが定められている。
 58. グループホームでは、日中の活動に向かう力を蓄えられるよう、安心できる場を提供している。また、利用者が日常の中でちょっとした楽しみを感じられるよう配慮しており、嫌なことがないかをこまめに確認している。
 59. 非該当

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
A-3 就労支援	A-3-(1) 就労支援	60	① 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。	非該当	非該当

[自由記述欄]

60. 非該当