

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	なかまの家	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 7 年 6 月 1 日

総 評	社会福祉法人宇治東福祉会は、1978年に親や関係者が中心になって養護学校卒業後も「この町で働き、暮らし続けたい」という障害のある本人たちの想いを実現させるために、宇治共同作業所として開所しました。その後、約四半世紀の無認可時代を経て2004年に法人格を取得され、現在では、就労継続支援B型、生活介護、障害者生活支援センター、短期入所、日中一時支援、居宅介護、放課後デイサービス、グループホームなど、地域に根ざした幅広い事業に取り組まれています。 法人理念として「なかまの想いに寄りそい、ゆたかな明日をめざします」を掲げるとともに、なかまの会（利用者自治会）で2005年2月に作成された、障害のある人がひとりの人間として豊かな暮らしを目指せるような社会の実現を願い作成された「なかませんげん」を実践目標としています。 今回評価を受診された、『なかまの家』は、7カ所のグループホームで計46名の利用者にサービス提供されています。日中は、職場や作業所、生活介護事業所等に通われています。 また、利用者の障害程度や自立度に合わせ、住宅街にある民家型のホームや完全バリアフリー型のホームに、女性と男性に分かれて入居し、快適で安全な生活支援サービスが提供されています。近年は、利用者や保護者の高齢化により週末帰省ができない利用者や一人で土日祝の過ごしが難しい人にもヘルパーを活用しながら対応されています。 地域との関係は良好で、なかままつり（今年度から再開）、定期的な市役所での販売や地域イベントでの和太鼓演奏、福祉啓発のための学校講演や市民講座など、関係機関・地域とのつながりの中で長きにわたって、事業展開をされている点は評価できます。 一方で法人全体の課題としては、中・長期計画の明文化や職務分掌や各種マニュアル等の策定、職員一人ひとりの育成プログラムの構築等に課題が感じられました。理念に基づく一つひとつの歩みを引き継いでいくためには文書化が必要であり、マニュアル等の中に、理念やリスクマネジメントを盛り込み、次世代に継承していく必要があるのではないのでしょうか。 これからも法人が長い歳月をかけて紡いでこられた地域と仲間とのつながりをより一層深めていただき、地域共生社会の実現に向けて、その一翼を担っていかれることを期待します。
-----	---

特に良かった点(※)	I-1-(1)①理念、基本方針が確立・周知されている。 理念・基本方針を明文化するとともに、利用者で作るなかまの会で作成された「なかませんげん」についてもパンフレット・HPに掲載し、利用者尊重を大切にしています。理念は、事業計画（役員作成）・業務計画（職員作成）及び事業報告・業務報告の表紙にも記載して常に意識付けを行っています。職員会議（月1回）で計画・報告を説明する際に理念を確認しています。また、グループホームでは16時からの勤務が基本で、会議に一斉に参加するのが難しいため、会議資料は後日に全職員に配布している。家族には、事業計画・報告を配布し、保護者会でも説明をして周知しています。 II-4-(1)①地域との関係が適切に確保されている。 地域とのかかわりについては、理念・基本方針に明文化するとともに、基本的な考え方を踏まえて事業計画・業務計画を策定しています。日常的に移動支援を活用して近隣への買い物に出かけたり、法人としてガイドヘルパー養成講座の実施や「なかままつり（年1回）」を開催して地域との交流を図っています。自治会に加入してゴミ出し当番や公園清掃への協力などを担っているホームもあります。また、作業所ではボランティアや中学生の福祉体験等の受け入れを行っています。 関係機関との連携については、法人として自立支援協議会へ参画や理事長が障害者計画の推進委員に入って役割を担っています。 A-1-(1)①自立支援 自分の権利に対する理解・共有に関しては、「なかませんげん」で具体化しています。障害のある本人の自己決定を尊重するエンパワメントの理念に基づく個別支援については、部屋の家具や衣服の好みなどあらゆる場面できめ細かく行っており、業務日誌に記載されています。
特に改善が望まれる点(※)	I-3-(2)①②事業計画が適切に策定されている。 理事会に次年度の予算計画と合わせて事業計画を作成し報告しています。また、業務計画・報告は現場職員を中心に作成し、職員の意見を反映しています。しかし、各計画の中間見直しは行えていませんでした。 また、事業計画の周知については、6月の保護者会で説明し、欠席者には文書で配布しています。利用者には、なかまの会（自治会・月1回）で年1回要望書を作成し、法人に申し入れを行っています。しかし、計画にかかる利用者への説明する場等はありませんでした。事業・業務計画の要点や利用者に関係する項目を抜粋し、平易な文章にしたわかりやすい文書を作成して、自治会で説明する機会を年間予定に組み込んではいかがでしょうか。 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。

	人材確保・育成の方策は管理職を中心に検討されています。新規採用者育成計画に育成プログラム、活動指針に「わたしたちがめざすもの／理念・なかませんげん（期待する職員像）」を明記しています。資格取得については、介護福祉士取得のための講習代、受験料の一部負担を行うなど推奨しています。しかし、福祉の人材確保と育成に係る方針等が確立していませんでした。職員の出身校へのアプローチやSNSの活用をされることや、若手中心の魅力発信チームを結成し、若い人たちの斬新なアイデアを採用活動に盛り込んではいかがでしょうか。 また、一定の人事基準による評価の仕組みは確認できませんでした。職員が頑張ったことがモチベーションアップにつながるような仕組みを検討されてはどうでしょうか。 Ⅲ-2-(1)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。 一定の水準を確保するための実施方法の文書化がされていませんでした。一定の水準を確保するための実施方法とは、職員が必ず行わなくてはならない部分を共通化するものであり、職員が理解していることが不可欠です。また、現場の状況等をふまえて定期的に見直しをする必要があります。文書化したものを活用して職員研修やOJTに活用されてはいかがでしょうか。
--	---

※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	なかまの家
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」
訪問調査日	令和6年10月10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。	A	A
[自由記述欄]					
理念・基本方針を明文化し、パンフレット・HPに掲載している。事業所内にも掲示している。理念は事業計画（役員作成）・業務計画（職員作成）及び事業報告・業務報告の表紙に記載している。職員会議（月1回）で計画・報告を説明する際に理念を確認している。GHは16時からの勤務が基本で、会議に一齐に参加するのが難しいため、会議資料は後日に全職員に配布している。家族には、事業計画・報告を配布し、保護者会でも説明をして周知している。					

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。	B	B
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	B	A
【自由記述欄】					
2. 全国的な動向はきょうされんやワムネット等を通じて把握し、分析を行っている。地域の動向（宇治市と京都府の補正予算や補助金等情報）は、新聞・ホームページなどを通じて収集している。生活支援センターが進路相談を通じて支援学校と連携している。宇治市の推進会議の委員や自立支援協議会の役員を担っている。請求業務で介護報酬額は把握しているが、稼働率の分析までは行っていない。また、なかまプラン2015を、法人設立10周年（法人設立2004年）を契機に作成したが、抽象的な内容になっている。20周年を迎えるにあたって、外部からのアドバイスを得ながら新なかまプランを作成中である。※アドバイス）中期計画を作成するのであれば、実施期間を明確にした方がよい（3～5年）。3. 管理職による経営会議を毎週実施し、経営課題を分析し共有している。経営課題は人材確保及び稼働率の向上である。具体的な取り組みとしては、介護等体験や社会福祉士実習の実習生の受け入れや新聞折込への掲載を行っている。稼働率の向上については、長期欠席者へのアプローチや重度者の受け入れを検討している。					

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・長期的な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	B
【自由記述欄】					
4. なかまプラン2015を「はたらく」「くらす」「幼少期から高齢期」の3グループで見直しに取り組んでいる。経営と地域の視点も盛り込んで議論している。これから具体化を施し、法人設立20周年のタイミングで策定する予定である。※アドバイス）プランは数値化や達成基準を明確にする必要がある。					
5. 単年度の事業計画を作成している。事業計画の内容はなかまプラン2015と連動しており、内容は具体的に書かれている。期末報告は報告書を作成し共有している。しかし、事業計画は中間期の評価を行っていない。※アドバイス）PDCAが十分に機能していない。法人の年間計画の中に評価時期を設定してはどうか。					
6. 3月の理事会に次年度の予算計画と合わせて事業計画を作成し報告している。（事業報告と決算報告は5月の理事会で報告。）業務計画・報告は現場職員を中心に作成し、職員の意見を反映している。（業務計画は、事業計画を現場レベルで具体化させ、事業計画で拾い切れていない内容を補う位置づけ。それぞれの計画の内容は充実していて素晴らしい。しかし、各計画の中間見直しは行っていない。					
7. 事業計画は6月の保護者会で説明し、欠席者には文書で配布している。なかまの会（自治会・月1回）では年1回要望書を作成し、法人に申し入れを行っている。しかし、計画にかかる利用者への説明する場等はない。※アドバイス）利用者向けには事業・業務計画の要点や利用者に関係する項目を抜粋し、平易な文章にしたわかりやすい文書を作成して、自治会で説明する機会を年間予定に組み込んではどうか。					

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. 正規職員が中心に集まるなかまの家会議を月1回実施している。（この会議で第三者評価の自己評価について組織的に取り組んだ。）しかし、定められた基準に基づく自己評価は行われていない。また、第三者評価は今回が初受診である。・アドバイス）定型的な共通チェックシートを作成し、職員に記入してもらうとともにその結果に基づき、組織的な評価を行い、分析・検討に用いてはどうか。					
9. 過去の第三者評価の評価結果の共有はされているが、具体的な改善活動には取り組めていない。					

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. キャリアパス育成計画に、管理者を含む各階層の「求められる役割」「権限と責任」「研修」を明記している。甲治東福祉会だより（年2回）に理事長の挨拶を掲載して、周辺地域にも配布している。組織体制表を保護者にも毎年配布している。管理者の携帯は24時間通じるようになっており、非常時の管理者の役割・責任については、BCP（災害・感染症）により明文化されている。 11. 顧問契約を結んでいる社会保険労務士から労務関係の最新情報を得ている。職員に、最賃、処遇改善等、規程の変更がある場合は随時説明を行っている。しかし、関係法令のリスト化ができていない。 12. 管理者が会議のレジュメを作成するとともに会議運営を通じて、現場のことを把握している。リーダーシップの具体的な取り組みとして、夜間頻回にトイレに行く利用者に対して医療対応を進めるとともに障害者就業・生活支援センターなどの他機関との連携を図った。また、高齢化の問題として風呂に手すりを設置したり、親御さんの高齢化や死去に際しての対応をしている。看取りは今後の課題として認識している。 13. 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、文書や出納帳のデータ化に取り組んでいる。（業務日誌は手書き。）アドバイス）紙ベースでは情報の共有化できないこともあり、正規職員からでもICT化を進めることを検討されてはどうか。・						

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	B
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	B	B
	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. 人材確保の方策は管理職で検討している。新規採用者育成計画に育成プログラムと求められる能力・目標レベルを記載している。資格取得支援として、介護福祉士取得のための講習代を補助し、受験料も1回分は出している。しかし、福祉の人材確保と育成に係る方針等が確立していない。(※アドバイス)若手中心の魅力発信チームを結成し、若い人たちの斬新なアイデアを採用活動に盛り込んではどうか。(職員の出身校へのアプローチやSNSの発信は必須。)また、各事業所の職員配置の現況表を作成し、欠員状況をリアルタイムで把握した方がよい。 15. 活動指針に「わたしたちがめざすもの／理念・なかませんげん(期待する職員像)」を明文化している。人事基準については就業規則に明記している。しかし、一定の人事基準による評価の仕組みはない。(※アドバイス)頑張ったことがモチベーションアップにつながるような仕組みを検討されてはどうか。 16. 有給取得状況や時間外労働は総務部で把握し、データで管理している。有給取得日数は給与明細に記載している。メンタルの不調のある場合には病院を紹介している。管理職による面談で職員の意向や意見を把握している。面談機会は年2回かつ必要に応じて持っている。ワークライフバランスの宣言事業所でハラスメント研修を実施している。福利厚生として京都府民間社会福祉施設職員に加入するとともに法人内部で職員の親睦会を組織している。					

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。	B	B
		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	B
		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	B
	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。	B	B

〔自由記述欄〕

17. 「期待する職員像」は活動指針に記載している。職員面談は年2回実施し、目標の確認と振り返りを行っているが、統一された目標管理シートはない。

18. 「期待する職員像」は活動指針に記載している。サビ管、相談支援、強度行動障害支援者研修の受講要件を、法人全体で職員個々に確認し、把握している。職員データベースで職員一人ひとりの取得資格は把握できている。キャリアアップ育成計画の中で各階層に研修メニューを紐づけているが、見直しはできていない。単年度の研修計画が作成されていない。※アドバイス)「あるべき姿」に対して、人事考課、目標管理、研修、キャリアパスを体系化し、人材の確保と育成に活用するとよい。また、中間層を育成させていくための仕組み・研修を厚くする必要がある。

19. OJTは理事長が実施している。職員には外部研修の受講を積極的に勧奨し、勤務表の配慮も行っている。しかし、個別の背景やスキルに応じた階層別やテーマ別研修等は設定できていない。※アドバイス) エルダー・ブラザー制を導入し、年齢の近い先輩職員が後輩職員を教える仕組みを検討してはどうか。

20. 法人内の生活支援センター等において社会福祉士や介護等体験の実習生を積極的に受け入れている。専門職種毎のプログラムは作成し、GHの見学も検討している。実習指導者研修を受講した指導者を配置している。実習マニュアルは作成しているが、専門職の研修・育成に関する基本姿勢が明文化されていない。

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。	A	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. 財務状況等は現況報告として福祉医療機構HPに掲載している。法人HPに理念・基本方針を掲載している。施設だよりを近隣に配布している。しかし、苦情・相談に基づく改善・対応状況を公表していない。

22. 経理規程を整備し、会計責任者等に辞令を出している。公認会計士・社会保険労務士と顧問契約を結び、定期的にアドバイスを得ている。監事による内部監査を行っている。

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。	B	A
	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
		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	A
	Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	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. 理念・基本方針に明記し、事業計画・業務計画は、地域との関わり方についての基本的な考え方を踏まえて策定している。なかままつり(年1回)を通じて地域との交流を図っている。移動支援を活用して買い物や通院に出かけている。

24. ボランティアはホームには来られていないが作業所では受け入れている。引きこもりの方の支援グループ方が作業ボランティアとして入っている。保護者がパン作業のボランティアに入ったり、ミシン作業に継続して来られている。中学生の福祉体験を受け入れている。受け入れにあたっては「宇治作業所ボランティアご協力のお願い」を作成(2011年7月1日)して説明をしている。

25. 関係団体や事業所などは「住所録」として整理している。相談支援センターが法人内にあり、関係機関とは連携を取っている。宇治東福祉会として自立支援協議会へ参画するとともに理事長が障害者計画の推進委員に入っている。

26. 自治会に加入してゴミ出し当番や公園清掃への協力などを担っているホームもある。自立支援協議会が中心になった講演会などに参画している。ガイドヘルパー養成講座の実施をしている。小学校から依頼があり、なかまと職員がでかけて車イス体験を実施している。コロナ渦前までは、地域交流スペースや食堂を活用し、地域サークルの演奏会や太極拳、コーラスの取り組みなどをしていた。

27. 黄檗ホームでは自治会総会に出席している。相談支援事業所を介して地域ニーズを把握している。法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動については公園清掃、こども食堂への食品の提供は行っているが十分でないと認識している。また、具体的な事業・活動を、計画等で明示していない。

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。	A	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. 活動方針を策定して職員研修等で職員の理解を図っている（欠席者には個別に講師が向いて実施。）。呼称について議論しているが、様々な意見もあり今でもちゃんづけで呼ぶ人はおり、まだ結論には至っていない。セルフチェックリストは毎年実施しており、虐待防止委員会で集約・分析し職員会議に報告している。しかし、倫理綱領は作成していない。

29. 虐待防止マニュアル（2022年4月）を整備している。しかし、プライバシー保護に関する規程・マニュアルは未策定（個人情報保護とプライバシー保護は異なる）である。

30. ホームページには写真や動画を入れて見やすい工夫をしている。見学、体験実習の受け入れについて積極的に行っている。（グループホーム用のパンフレットなどは作成されていない。）YouTubeで動画を公開していた時期もあった。

31. 契約にあたっては契約書及び重要事項説明書を用いて説明をしている。しかし、保護者への説明が中心になり、本人にわかりやすく資料等を提示することはできていない。意思決定ガイドラインの学習なども今後の課題と認識している。

32. ホーム退去（別ホーム、入所）に際して、入所施設にはケース引き継ぎに向いたケースがある。別ホームへの移動時は、日中の事業所と同法人のホームであったため、日中サービスの事業所を通じて引き継ぎを行った。相談支援事業所と連携したケースもある。ホームとしては個別のフェイスシートを作成し、必要に応じて情報提供できる形にはなっている。

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	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。	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
		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
	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。	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
		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。	A	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	A

〔自由記述欄〕

33. 日常生活の中で意見や要望を聞き取っている。利用者自治会を定期的に開催している。満足度調査は行っていない。相談・意見・苦情記入カード等はグループホームに設置されてない。

34. ホームに苦情解決の担当窓口等を掲示している。挙がってきた意見などは職員会議で報告・周知している苦情解決に関する受付様式などは作成してない。苦情・相談に基づく改善・対応状況を公表していない。

35. 苦情受付に係るマニュアルの整備及び見直しが行われていない。

36. 管理者が業務携帯を所持し、緊急連絡時は24時間体制で連絡が取れるようにしている。手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。（てんかん発作時の対応…ホームに手順を整備している。）管理者不在の対応や救急搬送の判断などは文章化していないが動きとしては決まっている。AED研修、救急救命講習を消防からビデオを借りて視聴するなどの取り組みがある。ヒヤリハットは、支援記録を管理者が確認して必要があると判断した場合、ヒヤリハット報告を上げるようお願いしている。なかまの家会議で各ホームから報告してもらうことはあるが、分析や改善策の検討が不十分と認識している。※アドバイス）事故とヒヤリハットの分類などの報告基準を職員間で共有するためのマニュアルなどの整備が課題。□

37. 感染症対応はBCPに基づいて実施している。聴き取り中も定期的に換気と消毒を呼びかける館内放送がされていた。ノロウイルスなど他の感染症についてもマニュアルに基づき対応をしている。

38. 災害BCPを作成している。（内容をさらに詰めている段階。）法人本部が福祉避難所に指定されている。日中事業所は消防署と連携して避難訓練を実施している。グループホームについては、可能な時は消防と連携して実施している。自治会に参加し、災害時の対応について話し合いに加わっている。

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-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
	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。	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
		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。	B	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	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ない。グループホームによって違っており統一したものになっていない。
40. アセスメントシートは通所先の作業所のものを活用してアセスメントを行っている。しかし、個別支援計画を策定する手順や組織的な仕組みが整備されていない。アドバイス) 個別支援計画の作成マニュアルを策定されてはどうか。
41. 高齢や疾病などの身体状況の変化に対して、「個別支援計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している」。通番40と同様にマニュアルを策定されてはどうか。
42. 業務日誌で日々の記録は取っている。しかし、個別のケース記録が整理されていない。個別支援計画に基づく記録もなく、情報共有が弱い。
※アドバイス) 法人としても記録は紙ベースで対応している→グループウェアや支援ソフトの導入など、法人として検討されてはどうか。
43. 個人情報保護と情報開示に関する規程(「個人情報の取り扱い」「個人情報取扱事務目録」「個人情報・第三者提供記録について」)が整備されている。記録管理の責任者は理事長としている。個人情報の使用同意書は契約の際に取っている。しかし、個人情報保護に関する研修は実施していない。職員への理解促進も課題である。□

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	A
	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	B
	A-1-(3) ノーマライゼーションの推進	46	① 誰もが当たり前前に暮らせる社会の実現に向けた取組を行っている。	B	A

〔自由記述欄〕

44. 障害のある本人の自己決定を尊重するエンパワメントの理念に基づく個別支援を行っている記録は、業務日誌に記されている。部屋の家具や衣服の好みなど、個人の意向を尊重している。自分の権利に対する理解・共有に関しては、「なかませんげん」で具体化している。
45. 車イス利用者で腰ベルトやテーブル設置により安全確保を行っている人が数名いるが、承諾を得るための手続きを行っている。権利侵害を早期発見するためのセルフチェックを定期的に行っている。、権利擁護や権利侵害について、本人・家族への周知及び学習の機会は行っていない。
46. 障害のある本人の個々の習慣やペースに合わせて個性と尊厳を大切に支援を行っている記録、業務日誌に記されている。居室の環境整備や視覚的な支援により合理的配慮を行っている。障害についての理解や障害特性について理解・共有する取組については、学校への出前講座や法人のなかままつりを行っている。理念・基本方針に「地域の方々への理解を深める」の明記があり、職員に会議や研修で共有している。

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
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	B
	A-2-(2) 日常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. コミュニケーションに困難を抱えている人に対しては、絵カード等の視覚的支援を行っている。アンケートにGHに入居してから言葉が増えたという記載があった。集団生活の中での人との関わりが能力を伸ばしたケースもあり良好な関係性が潜在的な能力を引き出していると考えられる。

48. 日々の支援の中で、情報提供を大切に考えている。相談内容について、サービス管理責任者等と関係職員との共有を図るとともに相談内容をもとに、個別支援計画への反映と支援全体の調整等を行っている。

49. ガイドヘルパー養成講座を開講し、法人職員も受講している。強度行動障害支援者養成研修も受講している。業務日誌とは別に情報共有のための連絡ノートは作っている。個別支援に関する記録が不十分と認識している。

50. 本人の心身の状況に応じた個別支援に努めている。日中サービスや保護者との連携のもと、本人の希望やニーズに基づく営みを支援している。必要に応じてガイドヘルパーを活用している。

51. 車イス利用者に対して居室の床を上げている。グループホーム内は明るく広々とした環境が保たれている。関係性が悪化した利用者に対する配慮として、法人内の別のGHへの移行を行ったことがある。

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	A

〔自由記述欄〕

52. 非該当

53. 障害のある本人の社会参加や学習の意欲を高めるための支援としてガイドヘルパー利用時の現金や貴重品をグループホームで個別に一式にまとめて用意し、実施後の残金の確認を行っている。

54. 通所事業所の嘱託医による健康相談を利用している。グループホームに看護師を2名配置しており、日常的にアドバイスを得られる環境がある。通院時はヘルパー対応をしている。必要に応じてホーム職員が同行する場合もある。服薬ファイルで投薬情報を管理している。テーマ別研修として、てんかんに関する職員研修を実施している。

55. 医療的ケアが必要な利用者はいない。嘱託医や看護師、家族と相談の上、アレルギーや個別の食事形状（とろみ・刻み食）の調整は給食業者が対応している。

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-(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	B
	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。	A	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. 一人暮らしの希望を持っている方がおり、地域移行に向けてサテライトの利用による支援を行っている。また、希望者の中には、金銭面で実現が難しい方もいる。 57. グループホームの家族等と年1回懇談会を持ち、ホームの様子を伝えたり、家族等の要望を聞いている。障害のある本人の体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールが定められていない。アドバイス) 体調不良や急変時の家族等への報告・連絡ルールは文書化しておいた方がよい。 58. 日常の対話を通じて、生活する力や可能性を引き出す取り組みを実施している。相談、通所、家族等との連携を心がけている。 59. 非該当					

評価分類	評価項目	通番	非該当	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					