

[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	サンヒルズ紫豊館	施設種別	居宅介護・重度訪問介護 (旧体系： )
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会		

平成28年12月22日

総 評	<p>社会福祉法人成光苑は、昭和25年大阪府摂津市に認可保育園を創設されて以来半世紀以上の長きに及び社会福祉事業に幅広く取り組んで来られた法人です。保育園をはじめとする児童福祉・高齢福祉・地域福祉・障害福祉事業と、大阪エリア・京都府では福知山・舞鶴地域において精力的に展開されています。</p> <p>この度、評価依頼を受けた「サンヒルズ紫豊館」は平成8年4月に特別養護老人ホーム並びにケアハウスの開設を皮切りに現在、高齢福祉関係7事業、障害福祉1事業を開業されています。</p> <p>今回の評価対象の「障害福祉事業」は、平成18年10月に「居宅介護・重度訪問介護」事業として開設され、現在は19名の障害のある人にヘルパー派遣がなされています。障害程度は、障害支援区分4から6レベルで、常時介護を要する障害のある人が5割近くを占めています。年齢構成は、40歳代前半から、60歳代までと幅があり、それ故、障害面への配慮に加え、生活課題も少なくなく、担当されるヘルパーには専門的な技量が求められます。このことは評価資料等からも確認でき、伺い知ることが出来ました。「成光苑」の理念の一つに「専門的知識、技術の研鑽に努める・・・」とあり、重度障害者のケアに欠かすことのできない視点が明文化されています。</p> <p>昨年、当法人では大阪エリアに、障がい福祉サービス事業所が開設されました。この開設を契機に法人理事長は、広報誌「ききょう」の巻頭に「社会福祉法人の役割の強化」への取り組みとして、「『全世代』への福祉サービスを提供できる体制作りを目指す」と述べておられます。このような法人の流れの中で「サンヒルズ紫豊館」の障害のある本人への支援において、法人の理念を踏まえ、専門的知識、技術の研鑽に努め、地域に愛され、誇れる実践を目指されることを期待します。</p>
特によかった点	<p>○ 基本マニュアル「初めの一步」・手順書</p> <p>ホームヘルパー全員に「基本マニュアル初めの一步」や手順書等が手渡されています。各種マニュアル・職員心得は、ヘルパーの日常業務に則した内容で、写真を用いて理解しやすく編集されています。このことは職員ヒアリングにおいても、手順書等で基本的心得や手順、知識等がわかりスタッフとの共有が図れ、仕事がやりやすいと好評でした。内容も適宜更新されています。</p> <p>このような基本的な知識やルールを各職員がマスターし、共有することから組織風土も醸成され、「働きがいのある職場の実現」にもつながっていくのではないのでしょうか。</p>

	<p>○ 日常生活への支援</p> <p>障害のある本人から発せられる要望に応えるため、居宅介護計画を踏まえ、時には支援センターと協議し、買い物や地元行事に同行しています。ヘルパーとしては個々異なる障害に対する屋外でケアに緊張もありますが、普段にない利用者の笑顔や表情、態度に触れ、「やりがいを感じる」と述べています。障害があっても本人の意思や希望を尊重した日常生活が送れるよう支援することは、大切なヘルパー業務と言えますが、ヘルパー派遣現場の調整等、実際の準備は少なくありませんが、訪問介護のヘルパー含むスタッフの前向きな姿勢を評価したいと思います。</p> <p>○ 福利厚生・働く環境等の充実</p> <p>法人は、ソウェルクラブ（福利厚生センター）と京都府共済会に加盟し、福利厚生面では、レクへの支援や職員旅行・懇親会等、内外の職員間の交流や親睦を深める機会があります。また産業医を配置し職員のメンタルヘルスを含む健康管理面の支援制度も着手されています。</p> <p>一方休暇の希望も現場担当者の調整により、希望がほぼ受け入れられる状況にあり、人材不足の昨今、正規職員割合の多いのも、当事業所の特徴と言えます。福利厚生の充実、働きやすい環境にあることの確認が出来ました。</p>
特に改善が望まれる点	<p>○ サンヒルズ紫豊館における障害福祉分野の位置づけ</p> <p>紫豊館事業の中で障害者の「居宅介護・重度訪問介護」がパンフレット類には、見当たらず、法人全体の「施設案内」の「紫豊館事業案内」の最後に小さく明記されているのを見つけました。紫豊館の事業計画においては高齢福祉が中心でした。重要事項説明書で初めて「障害者総合支援法に基づく『居宅介護・重度訪問介護』」が出てきました。</p> <p>高齢者介護と障害者介護の視点は自立支援というキーワードで結ばれていますが、ケアの面では多様な障害種別・障害特性・年齢により異なる課題等が考えられ、障害福祉の事業特性を踏まえた事業の位置づけの検討を期待します。</p> <p>○ 「個人情報保護法」に基づく適切な管理</p> <p>手続き的には、「規定」への職員同意に始まり、ヘルパーの日常活動マニュアルに明記され、研修も取り組まれています。一方、実践面で守られているかの振り返りについては、たとえば「利用者アンケート」や、定期的な利用者ヒアリング等により把握されて見られることをお勧めします。ヘルパーの仕事の特徴の観点から敢えて求めていきたいと提案させていただきます。</p> <p>○ 記録の充実</p> <p>3ヶ月毎にモニタリングチェック表でのチェックを、障害のある本人（家族）にしてもらっています。コメントの記入もあり、話し合いをおこなっていますが、利用者の言葉や表情、しぐさ等の記載も望めます。</p> <p>ヘルパー会議でのサービス計画書の見直し時にも、介護問題ごとに障害のある本人（家族）はどう思っているのか、また、職員間で検討したサービス提供内容（十分か・不足があるのか・追加サービス内容など）を個人記録に残すことを望みます。</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	サンヒルズ紫豊館
施設種別	訪問介護 重度訪問介護
評価機関名	一般社会法人 京都ボランティア協会
訪問調査日	平成28年11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	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、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	a	a
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	a
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	a	a
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	b	b
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	a	a
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	a
		③ 事業計画が職員に周知されている。	a	a
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	c	c
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	a
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	a
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	a	a
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	a	a

### 【自由記述欄】

I-1-(1)① 法人理念は①個人の尊厳・・②地域福祉の拠点・・③専門的知識・技術の研鑽に努めるとされている。「サンライズ紫豊館」は高齢者介護が事業の主軸となっている現場である。その中で今回の評価対象事業は「指定居宅介護・重度訪問介護」で、「障害者総合支援法に従い、可能な限り自立した日常生活の支援」と「事業目的」に明記されている事業である。
I-1-(1)② 基本方針も、当該事業の「運営方針」は、障害者総合支援法に基づく内容が重要事項説明書や運営規定に明示されている。
I-1-(2)① 法人の理念・基本方針は、理事会等から役員に、またリーダー会議・施設長会議・研修・朝礼等を通じ職員に周知されている。他に広報誌「ききょう」において法人から組織の方針等が、適宜紹介されている。
I-1-(2)② 契約時の説明は、契約書・重要事項説明書等にて行われているが、「その人にあった方法」つまり、障害のある本人の状態に合わせた文書面での配慮は確認できなかった。
I-2-(1)①「中長期計画」は、「社会福祉法人アクションプラン2015(全社協)」等に基づき、「運営方針」「重点目標」の下に、構築されている。障がい福祉関連は、「事業計画」の中では「在宅サービス(予防、障がい)」として、また「地域貢献事業」の中に「障がいサービスの対応として居宅介護事業の対応を行う」と記されるにとどまっている。
I-2-(1)②年度毎の事業計画を振り返り、前年度の経験を評価するとともに、施設長の指示により品質管理シートに基づいてリーダー会議で、検討・評価し、施設長会議で報告している。
I-2-(1)③当年度の事業計画、進捗状況は書面に作成され掲示されている。一人ひとりの目標シートによる自己評価は半年毎にチェックする仕組みが設けられている。
I-2-(1)④事業計画について、障害のある本人や家族等への周知並びに周知へのルビ・文字の拡大等の取り組みはなかった。
I-3-(1)① 多種に及ぶ福祉事業を展開される法人の組織体制は整備されており、管理者の役割は明文化されている。管理者は各種会議や法人の広報等により、その責任を表明している。
I-3-(1)② 法人本部において法令順守のための情報提供・会議での説明・研修等による体制が機能しており、日常業務において、法令等を閲覧することができる。権利擁護、個人情報等の研修は毎年全職員に実施されている。
I-3-(2)① 管理者は、各種の会議や研修会・地域行事に参加し得た障害福祉情報について、リーダー会やヘルパー会議で報告・検討するとともに、訪問介護事業所として月間目標を黒板に記入、職員一同と日々唱和し、確認・意識化し、質の向上に向け取り組んでいる。またサービス提供責任者やヘルパーからの報告をもとに専門的な見地からの指導や、検討会議を開き、ケアの向上に努めている。
I-3-(2)②各年度の事業計画に基づきリーダー会議における目標達成度の評価や事業の運営状況を把握すると共に、障害のある本人の満足度や、個々のケアに適したヘルパーを再検討するなどに取り組んでいる。

## II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価

II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	b
		②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	a	a
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	①	必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	a	a
		II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	①	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
	②		職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	a
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	a
		②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a	a
③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	a	a		
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	①	社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	a	a	
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	①	障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	a	a
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	①	緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	b	b
		②	災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	b	b
		③	障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	b	b
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①	障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	b	a
		②	地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	a	b
		③	ボランティア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。	a	a
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	①	障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	a	a
		②	家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	a	a

<b>【自由記述欄】</b>					
II-1-(1)①組織として、今日の社会福祉全体の動向については把握されているが、当地域の障がい者に係る福祉の需要の動向等の具体的な把握は十分とは言えない。					
II-1-(1)②毎年、サンヒルズ紫豊館の各事業種毎に、各々きめ細かな経営分析が行われ、リーダー会・施設長会議・理事会で報告され、次年度に結果を反映する仕組みがあり、経営改善に活かしている。					
II-2-(1)①各事業所の代表からなる「人材確保プロジェクト」が設置され、中長期計画には、「働きがいのある職場の実現を目指す！」とあり、具体的にプランに対応していくための人材確保体制とその環境づくりの仕組みが構築されている。					
II-2-(2)① 管理者は年1回、個別面談やフィードバック面談等による機会を設け、職員が働きやすい環境に応えられるよう努めている。休みの希望があった場合は、勤務時間担当者表の交代などにより100%受け入れ対応している。					
II-2-(2)②職場では「安全衛生委員会」が設けられ、職員の健康管理、労働安全衛生の管理、感染症対策について検討し、計画、実施に携わっている。産業医を配置し、職員のメンタルヘルスを含む相談や、健康管理を行っている。福利厚生面では福利厚生センター・京都府共済会に加盟している。					
II-2-(3)①医療と介護の連携を強化し、障害をもつ人の病気や障害に対する知識と自立支援等を実践する職員基準書を設け、職員に明示し取り組んでいる。また、資格取得のための勉強会の支援策も設けられている。					
II-2-(3)②法人として事業に必要な研修を挙げ、職員の個別研修計画が策定されている。その受講報告については、個別の研修表に記録され人事考課に反映されている。					
II-2-(3)③受講後については復命書提出の他、ヘルパー会議や朝礼時に報告し、掲示板に書面で掲示している。他の職員との情報の共有を図っている。					
II-2-(4)①実習プログラムを策定し、実習担当者が配置されている。サンヒルズにおいては多くの実習生を受け入れている。					

II-3-(1)①「個人情報保護規定」の職員同意があり、プライバシーについては「ホームヘルパーの心得」等に明記されている。「ヘルパーの職員倫理」「個人情報」「権利擁護」が研修計画に挙げられている。一方、日々の実践の場に浸透しているかの振り返りは項目としては挙げられていない。一連のケアのなかに、利用者アンケート、またはサービス提供責任者等のヒアリング等を取り組んでみられてはいかがでしょう。
II-4-(1)①リスクマネジメント委員会は全組織構成で設けられている。障害のある本人の場合は、障害の種類やリスクについて、一人ひとりの健康管理票等は必携と考えられる。特に緊急時の状態の伝達等への準備として設けておきたい。
II-4-(1)②災害時の緊急対応マニュアルは設けられているが、訪問現場で、実際に起こった状況を想定したマニュアル等を設け、非常事態に備えたい。
II-4-(1)③苦情クレーム、事故は報告書にまとめられ、リーダー会議に報告されている。リスクマネジメント委員会では組織全体の事例収集がされ、未然防止に活かされていると思える。一方、ヒアリハット記録が乏しいように思えるが、気づきを共有する観点から、検討を期待したい。
II-5-(1)①利用者から要望があれば可能な限り、買い物や地元行事に出かけ、馴染みの商店や知人と出会う機会を得ている。事業所の行事、例えば当事業所の夏祭り等は情報提供し、利用者に希望があれば駐車場の確保や送迎バスの手配をしている。
II-5-(1)②「涼やかスポット」や、介護予防教室、備品の貸し出し等に取り組まれ、地域との交流に配慮されている。一方、障がいを持つ人を対象にした取り組みは乏しい。障害者支援に関する催しや支援技術の講習会などの取り組みについて検討を期待したい。
II-5-(1)③ボランティア委員会が設置され、参加者別のグループも複数あり、通所・入所者に向け、演奏や書道等の余暇支援、喫茶コーナーの支援、ガラス拭きなど、幅広い活動が継続され、定着している。
II-5-(2)①障害者地域生活支援センターはじめ市内の関連事業所・役所・警察等、関係機関のリストは作成され、関係会議には参加し連携は図られている。
II-5-(2)②訪問先で提供したサービスは、要領よく確認項目がまとめられている「サービス実施記録」(A4)に記入し、複写の一部を置いて帰っている。家族は連絡帳に回答したり、メモやコメントをノートに挟み返しており、本人・家族との交流の機会になっている。

### Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	b	b
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	a	a
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	a	a
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	a	b
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	a	a
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	a	b
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	a	a
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。		a	a	
③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。		a	a	
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	b	b
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	b	b
	Ⅲ-3-(2) 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。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	b
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	b

		③	障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	b	a
Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	①	提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	b	a
		②	一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b	b
	Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。	①	サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	b	a
		②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	a

**【自由記述欄】**

Ⅲ-1-(1)-①ホームページ・パンフレット・紫豊館だより(機関誌)・ききょう(広報誌)で事業所情報を発信している。これらは、市役所や各事業所に置いている。法人の各事業所を利用している家族にも届けている。写真を多く使用し、見やすい工夫はされているが、一般向けで作成されている。障害のある本人の持参した拡大鏡で見てもらうこともある。

Ⅲ-1-(1)-②利用開始時に重要事項説明書・契約書・サービス料金表を自宅に持参し、障害のある本人(家族・成年後見人など)に説明して署名・捺印を受けている。他のサービスが望ましいと考えられる時は、生活支援センターに報告し共に必要な手続きをおこなっている。

Ⅲ-1-(2)-①相談担当窓口は、重要事項説明書に明記して説明している。保険区分の変更やサービス内容の変更希望、引っ越しによる住環境の変化時など生活支援事業所と連携し生活の継続を支援している。

Ⅲ-2-(1)-①面接報告書で精神・身体・疾患・ADLなどを収集しアセスメントをおこなっている。内容において、障害のある本人の生活史や障害の状況が把握しにくい。また、ADLは食事・排泄などの項目での記入になっているが、小項目を加えて障害のある本人の支援により役立つ情報収集を期待したい。身体状況・サービス内容の変更時は内容の更新がされている。Ⅲ-2-(2)-①支援センターからのサービス等利用計画書と面接報告書をもとに、個別サービス計画を作成している。援助内容には留意事項も書かれている。障害のある本人から要望があるときは、障害のある本人・支援センター・当事業所とで「ホームヘルプサービスの利用にあたっての確認事項」を取っている。事細かな取り決め内容がある。

Ⅲ-2-(3)-①3ヶ月毎にモニタリングチェック表でのチェックを、障害のある本人(家族)にしてもらっている。コメントの記入もあり、話し合いがおこなわれている。同時にヘルパー会議でサービス計画書の見直しをしている。モニタリング時に話し合ったことは、障害のある本人の言葉を含め記録にのこしたい。ヘルパー会議での検討は、各サービスごとにサービス提供内容を評価して個人記録に残すことを期待する。

Ⅲ-2-(4)-①サービス実施記録は複写になっており1枚は居宅に置いている。連絡ノートにも必要に合わせ記載している。事業所では、日誌に記入し、実績はコンピューターに入力している。

Ⅲ-2-(4)-②法人でISO文書管理規定が作成されており、これに基づき実施している。新人研修で個人情報保護とともに記録の管理研修がおこなわれている。

Ⅲ-2-(4)-③朝礼やヘルパー会議・申し送りノートを利用して情報の共有に努めている。パソコン内の障害サービス用ソフトで利用者実績・管理に関する物・各種会議内容を見ることが出来る。申し送りノート内の家族からの連絡事項等、必要に合わせ個人記録への転記を期待する。

Ⅲ-3-(1)-①法人では職員に「和顔愛語」で接するコミュニケーションを提唱している。訪問時やモニタリング時には常に聞き取る姿勢を示している。アンケート調査は法人が各事業所を順番でおこなっているが、当部署はここ数年おこなわれていない。障害のある本人による自治会や懇談会も行っていない。

Ⅲ-3-(1)-②日々の業務を通して収集した障害のある本人(家族)のニーズは、ヘルパー会議で検討し買い物の日や入浴日の変更等、改善をおこなっている。サービス担当者会議でも検討し改善している。障害のある本人参画のもとでの検討会議はおこなっていない。

Ⅲ-3-(2)-①障害のある本人(家族)には、日頃から傾聴の姿勢を示し、ケアマネジャーが訪問して話し合うこともしている。事業所に来所時は相談室で話し合っている。電話もよくかかる。障害のある本人が納得されるまで傾聴している。アンケートは実施できていない。

Ⅲ-3-(2)-②苦情相談窓口は重要事項説明書に明記し、ホームページでも発信している。第三者委員・市相談員が話を聞いている苦情を受けた場合は、苦情対応マニュアルに沿って対応している。は法人として設置している。指摘に対しては改善し障害のある本人に報告している。公開は出来ない。

Ⅲ-3-(2)-③苦情対応マニュアルはISO担当会議で見直しをおこなっている。苦情内容は、申し送りノートで伝達し、ヘルパー会議やリーダー会議で話し合い、サービスの改善に努めている。

Ⅲ-4-(1)-①各種マニュアル・各種手順書が作成され、プライバシー保護への配慮も書かれているが、障害のある本人の状態に応じた個別化は希薄である。

Ⅲ-4-(1)-②見直しは、ISO担当会議でおこなっている。障害のある本人(家族)の意見が反映されるまでには至っていない。

Ⅲ-4-(2)-①ISO事務局の外部監査を2年に1回と、ISO内部監査年2回がおこなわれている。ISO対応委員が分析・検討し結果が報告される。

Ⅲ-4-(2)-②ISO分析結果はリーダー会議・ヘルパー会議で報告し、課題を改善している。

**IV 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	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価

IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	①	障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	a	b
		②	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b	a
		③	障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	c	c
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	①	【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	a	a
		②	【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	a	a
		③	【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	c	b
	IV-2-(2) 健康	①	【睡眠】安眠できるように配慮している。	b	b
		②	【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	a	a
		③	【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	a	a
	IV-2-(3) 食事	①	【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	a	a
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	①	障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	a	a
	IV-2-(5) 日常生活への支援	①	障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	b	b
		②	事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	b	b
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	①	障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	a	a

<b>【自由記述欄】</b>					
IV-1-(1)-①手順書内のホームヘルパーの心得にプライバシー保護が明記されている。法人では毎年人権研修を行い、権利擁護・虐待・プライバシー保護の内容が組み込まれており研修参加もされている。しかし、障害ある本人のプライバシー保護に関する規定、マニュアル等が障害ある本人や家族に十分周知されていない向きが窺える。					
IV-1-(1)-②現利用者で、難聴の方には、大きな声でゆっくり話す。視力障害の方には、拡大鏡を使用したり、手で触り認識してもらつなどにより行っている。どの方法がよいかは、ヘルパー会議で表情や態度、環境面等を観察し、共有しサービス実施記録に記載している。居宅ケアマネジャーや介護職のリーダーとも相談し支援している。					
IV-1-(1)-③障害のある本人(家族)から、「私達はサービスだけしてほしい」との要望もあり、障害のある本人による自治会や会合は行っていない。家族会も行っていない。					
IV-2-(1)-①入浴介護については自宅の浴槽を使い支援を受けている人は独居者一人である。訪問入浴を受けている人も一人。他は自力ないし一部家族の介助で入浴されている。当日の入浴はバイタル等を確認し実施しており、手順書・訪問介護計画書に基づき行い記録に残されている。					
IV-2-(1)-②衣服については、本人の要望を受け購入を代行する場合もある。ニーズがあればADL等に配慮しつつ、購入に同行することもあり、季節の移り変わり目には衣服の補充等を生活支援の一環として提案し、話し合い購入に出向くこともある。					
IV-2-(1)-③理美容については、生活支援の一環として、施設での出張理美容や、自宅に訪問してくれる場合もあることを、利用者に情報提供している。ディサービスで、散髪をしてもらっている利用者もある。					
IV-2-(2)-①安眠できるよう入浴後の着替え、衣服、布団を準備し、適切な姿勢での就寝準備や、危険がないように環境面を整えている。なお夜間就寝時間帯の訪問は現在利用はない。					
IV-2-(2)-②排泄は、訪問介護計画書に沿って、プライバシー保護に留意しつつ利用者の排泄支援に使う用具により(尿器・PTイレ・おむつ)対応している。尿量・便量等は細かく「サービス実施記録」に記録し、職員間の情報の共有を図っている。					
IV-2-(2)-③日常の健康については、「顔色・発汗・バイタル・服薬」、「身なりの保清・整容」、「移動時の体位変換、移乗・移動介助」について、ヘルパーにより観察とチェックがなされている。体調面に気がかりがあればサービス担当責任者に連絡をし指示を得て対処している。					
IV-2-(3)-①食事は、訪問介護計画書をもとに自宅で調理し提供したり、配食弁当にて対応される場合もある。自らが調理をされる場合もある。カロリー・食事形態・介助面の配慮を確認し対応し、記録に残している。					
IV-2-(4)-①日中活動については、ニーズに合わせて通院同行、地域の行事参加を希望される場合は、車椅子を押し参加する場合もある。また移動支援を使い出かける場合もある。ケアプランに本人の気分転換を図るため、外気浴や公園等への外出支援が載せられている場合もあり、意向を確認し支援している。					
IV-2-(5)-①日常生活への支援については、訪問介護計画に挙げられていれば対応し、利用者からの新たな要望によっては、生活支援センターと協議し時間配分等を付加してもらい対処する場合がある。「福祉フェスタ」「コンサート」「専門診療受診の同行」等の要望がある。一方、金銭管理について、買物代行の場合の預り金の清算の取り決めは手順書に記載されているが、金銭管理面の学習等の支援はしていない。					
IV-2-(5)-②利用者の希望や必要に応じた日常生活への支援は、訪問介護計画に挙げられている内容以外は、障がい者地域支援センターと協議、または、要請に基づき支援を検討している。					
IV-2-(6)-①余暇・レクリエーションについて、本人の意思の尊重は事業所としても大切にされているが、ヘルパー会議や担当者会議、支援センターとの協議を経て対応している。					