

総合評価

受診施設名	ケアサポート花子	施設種別	障害児者居宅介護・重度訪問・同行援護・行動援護 (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30年10月29日

総 評	<p>株式会社「野の花」が運営する「ケアサポート花子」は、平成27年8月に開設され、現在、4年目に入りました。</p> <p>事業内容としては、高齢の要介護者を対象とする訪問介護事業が約3割、障害児者支援の居宅介護や同行援護などが約7割で、障害児者支援の比重が年ごとに高まってきています。管理者以下サービス提供責任者5名、訪問介護員9名体制で、小学生高学年の児童から70歳代の高齢者まで、幅広い年代と多様な種類の障害に向き合い、中には意思疎通が困難な利用者も含まれています</p> <p>基本理念に「一人ひとりに寄り添い 笑顔のある暮らしを支援する」と「信頼されるサービスを目指す」ことを掲げ、これを実現するために、管理者は職員と緊密な連携を保ち、風通しの良い明るい人間関係の職場を作り上げています。サービス提供は年中無休、24時間いつでも対応できる体制を取っていて、物理的に対応できない場合を除き、すべての申込みを受入れています。</p> <p>職員は人員不足の課題を抱えつつ、今いる職員でできることから一つずつ着実に実現させていくという強い姿勢を示し、業務に励まれています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○サービス担当職員の研鑽</p> <p>キャリアパスを整理し明文化して、職員の次の目標が明確になっています。管理者ヒアリング時に、資格取得の希望を伝えていきます。事業運営に必要な資格は、費用負担やシフト調整などの支援があります。介護支援専門員研修・サービス責任者研修・同行援助研修・胃ろうや喀痰吸引の3号研修等の修了者がいます。事業所内研修では職員が交代で講師を務め、欠席のパート職員のためには都合の良い日に受講できるよう同じ内容の研修を複数回おこなって、職員一人ひとりの技術水準を高めています。</p> <p>○職員のやる気向上への取組み</p> <p>管理者は、常に職員一人ひとりと向き合って担当業務の詳細を把握しており、メールでの報告や相談には迅速に返事を返しています。職員からの提案に対してはポジティブな対応をしています。また、3か月ごとに賞与を支給するなどの給与面や年次有給休暇などの待遇面の改善と、食事会や懇親会を頻繁に開</p>

	<p>催してストレスを発散させるなどの人間関係構築に、きめ細やかな配慮をして職員のやる気を引き出しています。</p> <p>○障害のある本人（家族）のニーズの充足 介護士は個々のサービス提供時に、障害のある本人や家族からの話を意識して聞いています。サービス提供責任者も定期的に支援をおこなっており、傾聴の姿勢を示しています。障害のある本人や家族の意向を取り入れ作成した手順書は、文章だけでなくイラストなどを用いて、手順や留意点を理解しやすく表示しています。訪問終了時に記入する支援経過表の記録には、聞き取った要望や意見と共に利用者の状況が書かれています。これらの情報をもとに、月に1度はサービス責任者会議で話し合いをして、障害のある本人や家族の意向に沿う支援を図っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○中・長期計画の作成 中・長期計画は、管理者を中心に主だった職員で事業所の拡大や相談支援事業の開設、サービス提供責任者の増員などについて話し合っている段階であり、まだ策定には至っていません。中・長期計画の策定には、法制度の改訂など予測が難しい面もありますが、事業所としての理念や基本方針をもとに、3～5年間の期間内での事業運営を多角的にとらえ、具体的な到達目標を示すものです。事業所のこれから進むべき指標として、中・長期計画を作成されることを望みます。併せて、年度計画も作成して、達成度などの検証と中・長期計画の見直しをされながらの事業運営を期待します。</p> <p>○地域との交流 障害のある本人が居宅に閉じこもることなく、可能な限り社会参加をしていく支援が事業所には求められます。これに応えるためには、事業所自身が積極的に地域と関わるのが重要でしょう。地域の範囲は、事業所が所在する町内的な範囲、サービスを提供する利用者が居住する区域、さらに事業所が所在する行政区域（市町村）があります。それぞれの地域とどのような関りがあり、どのように貢献できるか具体的に検討されることをお勧めします。</p> <p>○リスク管理 事件事例やヒヤリ・ハット事例をまとめていますが、ヒヤリ・ハット報告書件数が少ないようです。ヒヤリ・ハット事例はできるだけ多く集め、原因や要因を分析し事業所内研修に活用されてはいかがでしょうか。当事業所としてどのようなリスク因子があるのかを職員間で共有して、予想外の事態への対応に備えられていくことを期待します。</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	ケアサポート 花子
施設種別	障害児者居宅介護・重度訪問・同行援護・行動援護
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会
訪問調査日	2018年9月25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。	b	b
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	c	b
	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。	b	b
		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。	c	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。	c	c
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	c	c
		③ 事業計画が職員に周知されている。	c	c
		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。	b	b
		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。	c	b
	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。	b	b
		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。	b	a

【自由記述欄】

1-1-1(1)① 「私たちは、一人ひとりに寄り添い 笑顔のある暮らしを支援します」と「信頼されるサービスを目指します」を基本理念として明文化して、玄関に掲示している。ホームページやパンフレットへは記載されていない。
1-1-1(1)② 基本方針は、事業所の事業内容を「居宅介護」を中心に記述しており、障害者支援については、障害者総合支援法及び関係法令の遵守を掲げている。職員の行動規範となるような具体的な障害者支援の記述を期待する。

1-1-2(1)① 基本理念は、名刺型カードに印刷してラミネート加工したものを、職員に常に携帯させている。また、給与明細にも印刷して周知を図っているが全職員の周知には至っていない。全職員に対し理念への意識を向上させる取り組みとして、職員向けの「野の花通信」に理念を明記し発信している。基本方針についてはこのような取組みはできていない。
1-1-2(2)② 事業の目的や基本方針については、重要事項説明書に記載し、利用者や家族に対して契約時に説明している。理念については請求書にも記載しているが、周知状況は把握できていない。基本方針についての理解を促す取り組みは不十分である。障害のある本人の自治会や家族の会は作られていない。

1-2-1(1)① 事業所の拡大や相談支援事業の開設、サービス提供責任者の増員など、管理者を中心に主だった職員で長期ビジョンについて話し合っているが、中・長期計画として明文化されたものはまだ策定されていない。
1-2-1(2)② 年度計画も明文化したものは策定されていない。
1-2-1(3)③ 具体的な年度計画が策定されておらず、職員への周知はない。
1-2-1(4)④ 障害のある本人や家族に対して、年度計画の説明はおこなわれていない。

1-3-1(1)① 運営規定の職務内容欄で管理者の職責を明記している。職員向けの「野の花通信」において、管理者は事業所の運営方針などについてコメントを寄せている。会議や研修時に意識しての職責表明はできていない。
1-3-1(2)② 管理者は、京都市の集団指導には必ず出席するとともに、障害者支援関係業者が主催する法律改正の研修セミナーなどには積極的に参加して情報を得ている。遵守すべき法令はリスト化しているが、全職員への周知には至っていない。

1-3-2(1)① 管理者は、新人教育の指導や重度者のサービス支援の教育などの質の維持・向上に努めている。事業所内の連携強化の要(かなめ)としてラインを活用して、迅速な情報の共有化を図っている。文書や写真の共有で「言った言わない」がなくなり、職員との信頼関係が樹立されている。
1-3-2(2)② 管理者は、税理士や社労士と連携すると共に、介護士の業務環境や就業状況の改善に向けて、サービス提供責任者と話し合っているところから実行している。事業所にOS1飲料、汗拭きタオルやフットカバーを設置している。シフトを組む場合は移動時間が短くすむようにするなど、細やかに配慮している。

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。	c	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。	c	b
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。	b	b
	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	b
		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	b
	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。	c	b
		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。	c	b
③ 定期的に個別の教育・研修計画・見直しを行っている。		c	b	
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。	c	c	
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。	b	b
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。	a	a
		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。	c	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。	c	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。	c	b
		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。	c	c
		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。	c	c
	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。	b	b
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	b	b

【自由記述欄】

II-1-(1)① 2か月に1回開催される北区訪問事業所会議や、地域包括支援センター主催の事業所会議に出席して地域の課題の把握はおこなっている。収集した情報を中・長期計画や年間計画立案に生かせていない。

II-1-(1)② 財政面では、2か月ごとに税理士に来てもらい一緒にチェックしている。職員の労働環境などは毎月社労士と相談している。職員不足が一番の課題である。常に人材募集をかけているが応募がなく、十分な採用ができていない。

II-2-(1)① 介護士のモチベーションアップのために一人ひとりの話に耳を傾けると共に、3か月ごとに賞与を支給している。職員の職種に対する職務内容は運営規程に示している。管理者は賞与前に職員ヒアリングをおこなっており、その中で資格取得の希望も聞き外部研修の受講に繋げている。介護支援専門員研修、サービス責任者研修、同行援護研修、胃ろうや痰吸引の3号研修の修了者がいる。

II-2-(2)① 職員の有給休暇の取得割合は高い。勤務シフトについては、事前に希望を申し出ればこれを尊重している。就業状況の希望や改善については、随時管理者がヒアリングをおこない、社労士とも相談して対応しているがその記録がない。

II-2-(2)② 健康診断は毎年定期的実施している。インフルエンザの予防注射も事業所が費用負担(パート職員は半額)している。汗拭きタオルやフットカバーなどは常時備えており、腰痛防止ベルトも支給している。ストレス解消のための食事会や懇親会の開催頻度は高い。心の健康を維持するための外部のカウンセラーの紹介はおこなっていない。

<p>Ⅱ-2-(3)① 内部研修は、年間計画を定めて実施している。職員に周知して事業所内にも掲示している。外部研修参加への呼びかけは随時おこない、事業所が必要とする公的資格については、費用負担して業務として取得させている。</p> <p>Ⅱ-2-(3)② 内部研修は2ヶ月に1回おこなっている。出席できなかったパート職員には都合の良い日に研修日を設けており、同じ内容で複数回おこなっている。職員一人ひとりの技術水準は把握しており、必要に応じて実地指導をしているが、一人ひとりについての育成計画はない。</p> <p>Ⅱ-2-(3)③ 年に3～4回は職員の誰かが外部研修に参加しているが、パート職員の参加は少ない。参加者にはレポートの提出と伝達研修を義務付けている。キャリアパスは整理して明文化している。研修成果の評価・分析はできていない。</p>
Ⅱ-2-(4)① 実習生は受け入れていない。
Ⅱ-3-(1)① 個人情報保護規定は作成している。利用者との契約締結時に、個人情報保護規定の説明をおこない、利用者と家族の同意書を得ている。個人情報に記載されている文書類はカギのかかるロッカーで保管している。情報の開示は契約書に明記し説明している。職員用の個人情報の取り扱いマニュアルは作成できていない。
<p>Ⅱ-4-(1)① 障害のある本人の安全確保に関する基本的なマニュアルを整備すると共に、一人ひとりの状況に合わせた緊急時連絡方法や対応方法、及び対応責任者（サービス担当責任者である）を定めている。個人の実績記録に緊急連絡先を明記しており、外出（買い物）時対応もできる。</p> <p>Ⅱ-4-(1)② 災害時には、担当居宅介護支援専門員又は相談支援員、訪問看護師に連絡し、指示を仰いでいる。また、事業所内は緊急連絡網を整備している。停電で命の危険を伴う重度の障害のある本人もおられ訪問看護師への連絡は多い。相談支援員は多忙のためなかなか連絡のつかない現状もあり課題は多い。災害時の連絡は、障害のある本人や家族から事業所に入ることも多いが、その対応が有効に機能したかの検証はできていない。</p> <p>Ⅱ-4-(1)③ 障害のある本人の状況に合わせて転倒などのリスクを予測し、関係者と共有して物品の購入や手すりの設置など対策を図っている。職員に対して事故防止や安全対策の研修をおこなっている。収集事例が少なく発生要因の分析などはこれからの課題である。</p>
<p>Ⅱ-5-(1)① 高野スポーツセンターに通う障害のある本人がおられる。食事、美術館、マクドナルド、デパートなど、必要に合わせて2人体制での支援もおこなっているが、多くの方からの利用希望はない現状である。</p> <p>Ⅱ-5-(1)② 高齢者の介護や障害のある人への対応方法などについて、地域に対して啓発行動をして欲しいとの要望はあるが、具体的に実施するところまでには至っていない。</p> <p>Ⅱ-5-(1)③ 障害のある本人の安全性に配慮して、必要に応じて職員2人で対応しており、ボランティアに依頼はしていない。</p>
<p>Ⅱ-5-(2)① 関係機関の連絡先は把握してサービス担当責任者間で共有しているが、全職員への浸透は不十分である。体調不良や薬の飲み忘れなど、障害のある本人が利用している訪問看護事業所への連絡は多い。事例に合わせて相談支援員や保健所などと連携している。</p> <p>Ⅱ-5-(2)② 介護士は訪問時には家族からの意見や要望を聞き、事業所に報告している。サービス提供責任者も週に1回は支援のために訪問して意向確認も行っており家族との連携は良い。連絡ノートも用意している。今後の課題としてケース会議やカンファレンスを障害のある本人や家族を交えておこなわれることを期待したい。</p>

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。	c	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	b
	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。	b	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なわれている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	b
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング（評価）が適切に行なわれている。	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	a
	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。		c	b	
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。	a	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。	c	c
	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。	a	a
		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。	b	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。	a	b
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。	a	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。	c	c
	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	b
		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。	c	c

【自由記述欄】

<p>Ⅲ-1-(1)① 事業所の情報はホームページやパンフレットで提供している。ホームページの内容の充実や、障害のある本人が理解しやすいパンフレット内容として、漢字にルビを用いたり、写真や絵、図を用いるなどの工夫を期待したい。パンフレットを公共施設など多数の人が手にすることができる所には置いていない。広報紙の発行は今後の課題としている。</p> <p>Ⅲ-1-(1)② サービスの開始にあたり重要事項説明書、契約書、パンフレットについて、障害のある本人一人ひとりに合わせて理解出来るように説明をしているが、説明を受けることが困難な障害のある本人もおられ、家族や成年後見人のみの説明になることもある。説明の確認と同意は書面で得ている。</p>
<p>Ⅲ-1-(2)① 相談窓口は重要事項説明書に明記している。事業所を変更するときの手続きはサービス担当責任者がおこなっている。担当の相談支援員と連携をとり、支援計画(手順書)や資料の引き継ぎをおこなっている。移行する事業所には、障害のある本人や家族と同行し説明をしている。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)① 相談支援事業所からの基本情報や「サービス等利用計画書」に基づき、医療機関、障害のある本人や家族からの情報を事業所独自の「障害福祉サービス計画書」に記入している。支援計画作成マニュアルはあるが、見直しの期間は決められていない。障害のある本人や家族の意向は訪問時に把握するように努め、会議などで複数のサービス提供責任者の意見を聞きアセスメントシートに反映させている。</p>
<p>Ⅲ-2-(2)① 居宅でのサービス提供時の手順書は、相談支援事業所の「サービス等利用計画書」と障害のある本人や家族の意向を取り入れて作成している。利用者ごとに作成される手順書は、図を用いて手順や留意点に分かりやすく表示してある。障害のある本人の支援は訪問介護士が交代でおこなっているが、重度の方の場合サービス提供責任者が直接支援をおこなっている。手順書の見直し期間は決めてないが、障害のある本人や家族、介護士の意見を聞き、サービス責任者会議(週1回)の場で検討している。</p>
<p>Ⅲ-2-(3)① 障害のある本人一人ひとりの環境や状況に関しては、訪問時の支援経過表の記録、聞き取った要望・意見などを基に、毎月、サービス責任者会議で話し合いをしている。支援経過表は、障害のある本人の支援時の状況が分かりやすく記載されている。支援サービスの増回や減らす必要があるときは、相談支援員に連絡している。</p>
<p>Ⅲ-2-(4)① 担当介護士はサービス提供時の時間やサービス内容、障害のある本人の状態を、居宅サービス提供実績記録表に記載するとともに、メールで事業所に報告している。メール内容は、サービス提供責任者が個々の介護支援経過表に転記している。職員は記録の書き方の外部研修に参加している。職員間での統一を図るために内部研修もおこなっている。</p> <p>Ⅲ-2-(4)② 記録は鍵のかかる場所で保管している。個人情報の取り扱いについては、内部研修で説明しており、今年度は来年2月を予定している。外部で利用者の話をしない、書類を持ち歩かない、介護士自身の情報も他人に漏らさないことなどを徹底している。情報の開示は重要事項説明書に明記して、障害のある本人や家族に説明している。記録の管理に関する規定は作成できていない。</p> <p>Ⅲ-2-(4)③ 職員間の情報の共有はタブレット端末を利用している。19か所の事業所から支援を受けている障害のある本人もおられる。サービス担当者会議に参加したサービス提供責任者は記録を残すと共に、会議での報告や担当の介護士に情報提供をおこなっている。</p>
<p>Ⅲ-3-(1)① 個々のサービス提供時に意識して話を聞くようにしている。サービス提供責任者も定期的に支援をおこなっており、傾聴の姿勢を示している。手すりの取り付けなど必要に合わせて相談支援員に連絡をしている。障害のある本人(家族・成年後見人等を含む)の自治会や家族会は作られていないが、障害のある本人や家族の諸要求に応えるように努力している。</p> <p>Ⅲ-3-(1)② 障害のある本人や家族の意見や要望は訪問時に聴取している。意見や要望はサービス責任者会議で検討し、その都度実現に向けて取り組んでいるが、障害のある本人や家族全員からの満足度調査はおこなっておらず、担当者の設置はない。障害のある本人参画のもとで検討会議は実施していない。集計や分析も十分には出来ていない。</p>

<p>Ⅲ-3-(2)① 事業所は年中無休、24時間の営業をおこなっている。障害のある本人や家族からの相談や意見は、訪問時に聞くことが多いが、事務所内にも相談室は設置している。事務所は9時～18時対応であるが、当直体制をとっており24時間対応している。障害のある本人から真夜中に電話を受けることも多々あり話を聞いている。</p> <p>Ⅲ-3-(2)② 苦情解決の受付は重要事項説明書に明記しているが、公的機関の記載がされていない。苦情があった場合は速やかに対応し個人記録に残している。検討内容は障害のある本人や家族に説明をおこなって了解を得ている。第三者委員の設置、苦情の公表はできていない。苦情解決の受付欄に苦情解決責任者の明示を望む。</p> <p>Ⅲ-3-(2)③ 「意見・苦情対応マニュアル」は作成していないが、介護士からは常にメールで連絡がはいる。障害のある本人や家族からは電話で意見がはいる。電話は24時間対応できる体制にしている。意見などについては迅速にサービスの改善に生かしている。</p>
<p>Ⅲ-4-(1)① 一般的な業務マニュアルはあるが、これだけでは支援が困難である為、「手順書」を作成して障害のある本人のサービス実施方法を職員間で共有している。職員研修やサービス提供責任者同行での技術研修もおこなっている。初任介護士には3回～4回の同行をしている。</p> <p>Ⅲ-4-(1)② 一般的な業務マニュアルについて、定期的な見直しをする時期や方法を定めておらず、定期的な見直しはおこなっていない。</p>
<p>Ⅲ-4-(2)① 運営全体を通しての自己評価や第三者評価は今回が初めてである。今年度介護分野の第三者評価を受けている。部分的ではあるが書類の手直しや作成にも着手している。会議の定例化は検討中である。</p> <p>Ⅲ-4-(2)② 第三者評価の受診は初めてであり、自己評価も受診に合わせておこなった。結果の分析や改善策の検討など、今後の課題である。</p>

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。	a	a
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	c	b
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。	b	b
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	a	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。	a	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。	a	a
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	

[自由記述欄]

IV-1-(1)① 障害のある本人の尊重や人権への配慮についてはマニュアルを作成している。障害のある本人からの暴言やハラスメントもあり、接遇に関する研修で障害のある本人を尊重したサービス提供の在り方を話し合っている。しかし、まだ訪問介護士全員の共通理解までには至っていない。倫理要綱は作成できていない。

IV-1-(1)② 筆談によるコミュニケーションや、障害のある本人の視線を読み取って文字盤の文字の指差しと本人の瞬き(まばたき)でろうじて意思疎通ができているケースもある。個別の支援計画(手順書)に書き、支援の統一を図っている。

IV-1-(1)③ 移動支援や同行支援は図書館、漫画ミュージアム、遊園地、外食、買い物など、障害のある本人の意思を尊重した支援を行っている。職員2人は同行援助の資格取得者である。重度の障害のある本人が多いこともあり、自治会や家族会は作られていない。

IV-2-(1)① 障害のある本人の希望や状況に合わせて入浴の支援を行っている。手引き歩行者が多くおられ、支援計画(手順書)で安全性に留意している。家庭の湯ぶねでの入浴で危険が予測されるときは、相談支援員に報告して訪問入浴のサービスの利用に繋げている。

IV-2-(1)② 季節に合った衣服選びは相談にのっている。障害のある本人の意志を最大限尊重することにしており、提案する際には、決して押し付けにならないよう気を付けている。

IV-2-(1)③ 理髪店や美容院には家族と共に行かれていた方が多い。理美容について障害のある本人と話題になったときはアドバイスはしている。障害のある本人の希望があれば、その内容を相談支援員に伝えている。

IV-2-(2)① 訪問時には必ず体調や気分、食事などと共に睡眠の状態についても尋ねている。気になることは訪問看護師と連携をとり支援している。睡眠に関する支援マニュアルは作成されていない。

IV-2-(2)② 訪問介護士は排泄介助に関しては、障害のある本人や家族の意向を常に聞き取るように心掛けている。利用者一人ひとりの状況に合わせた手順書を作成して支援している。排泄介助マニュアルは整備している。支援内容や支援時の状況はサービス実施記録に書いている。

IV-2-(2)③ 支援のために訪問して最初に確認するのが本人の状態である。いつもと違うところがあれば直ちに事業所へ報告する。緊急連絡先から、かかりつけ医や看護師に伝えて指示を受け対応している。相談支援員にも報告して記録に残している。

IV-2-(3)① 利用者のうち4人の方は、介護士と協働で調理ができる一人暮らしの方への支援である。定期的に好みを伺って献立を工夫し、利用者の状態や気持ちも尊重している。食事に関する職員研修をおこなっている。

IV-2-(4)① 障害のある本人一人ひとりのニーズに合わせて支援している。視力障害の方でライトハウスでのパソコン練習に通っておられる方は、車椅子での移動支援をおこなっている。障害のある本人の希望は叶える方向で検討して、外出支援をおこなっている。

IV-2-(5)① 障害のある本人の意思を最大限に尊重することを大原則とし、本人の思い(要望)を的確に受け止めることができるよう家族や相談支援員との連携を大切にしている。金銭は事業所として預かることはないが、居宅で出納帳記入を行っている。金銭的な対応能力を高めるための学習プログラムは組んでいない。

IV-2-(5)② 外出支援に当たっては周囲の自転車や車による危険はないか車椅子での身体の傾きやずれなど、本人の安全・安心に配慮している。介護士2人での支援もある。本人や家族の意向に基づいて行先や時間などを決定している。お寺、学園祭、北大路の文化会館のコンサートなど利用者個々の希望に合わせて支援している。

IV-2-(6)① 余暇活動について職員が提案もおこなっている。コンサートや観劇、日帰り旅行など、障害のある本人や家族の意向にそって車椅子で同行している。外出は2～3時間で往復できることを目安に対応している。嗜好品については希望は尊重するが、タバコは相談支援員に許可をとっている。