

総合評価

受診施設名	在宅ケアセンター新大宮	施設種別	障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）
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10月24日

総 評

在宅ケアセンター新大宮は、社会福祉法人七野会を母体とするホームヘルプサービス事業所であり、主に介護保険事業を基盤としつつ、障害福祉サービスにも積極的に取り組んでいます。今回、障害分野での第三者評価は初めての受審となりますが、これまで介護分野での評価を受けてきた経験を活かし、制度の違いに応じた対応や支援の工夫が随所に見られました。

現在、障害のある利用者が28名在籍しており、そのうち70歳以上の高齢者が10名と、高齢と障害の支援が重なるケースが多く、柔軟かつ多様な支援が求められる状況です。介護保険から障害福祉サービスへ移行された利用者も多く、それぞれの背景や生活状況に応じた支援が実践されています。

支援の特徴として、個別支援計画には利用者および家族の意向がしっかりと反映されており、アセスメントやモニタリングのプロセスも丁寧に行われています。支援内容は「ケア手順書」として詳細に記録されており、複数のヘルパーが関わる場面でも支援の質が均一に保たれるよう工夫されています。これにより、利用者にとっての安心感や支援の継続性が確保されています。

また、緊急時や医療的支援が必要な場面にも対応できるよう、マニュアルが整備されており、訪問看護との連携や職員間の情報共有体制も整っています。記録のICT化が進んでおり、スマートフォンによるリアルタイムな情報共有が可能となっている点も、支援の質と業務効率の向上に大きく寄与しています。

人材育成においても、年2回のヒアリングや個別研修計画の策定、WEB研修の受講時間をシフトに組み込むなど、職員が学び続けられる環境が整備されています。記録方法についての学習会や確認テストも実施されており、支援の精度向上にもつながっています。

地域との関係性については、定期的開催される連絡会や地域イベントへの参加、移動支援を通じた外出支援など、地域との自然な関わりを大切にした支援が実践されています。特に、避難訓練の実施が難しい訪問型サービスである特性を踏まえ、地域との情報連携やBCPの整備が進められています。

さらに、管理者のリーダーシップが事業所内の風通しの良さを生み、勉強会や会議などを通じて意見交換や振り返りの場が活発に設けられていることも、質の高いサービス提供の土台となっています。

特に良かった点(※)	Ⅱ－１－（２）管理者のリーダーシップが発揮されている。 管理者のリーダーシップが、事業所内の風通しの良さに大きく寄与しており、職員が安心して意見交換できる環境が整っていました。ヘルパー会議では振り返りやケース検討が行われ、サービスの質向上に向けた前向きな取り組みが継続されています。WEB研修のシフト組み込みなど、学びの機会が確保されている点も、職員育成とサービス向上の両面で効果を発揮しています。 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。 記録は介護基幹ソフトで管理されており、スマートフォンを通じて訪問先でもリアルタイムに確認・更新ができる環境が整備されています。記録の共有はコミュニケーションツールを活用し、既読確認も含めた情報伝達が確実に行われていました。また、記録の重要性を理解するための学習会やテストも実施されており、記録力の底上げにつながっている点が伺えました。 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。 利用者および家族の意向を丁寧にアセスメントに取り入れ、個別支援計画やケア手順書に的確に反映されていました。支援内容は細部にわたり文書化され、複数のヘルパーが関わる場面でも支援の質が安定しており、安心してサービスを受けられる体制が整っています。また、支援者本位にならないよう配慮されており、利用者の希望実現に向けた練習支援や生活の質（QOL）を高める工夫が随所に見られました。
特に改善が望まれる点(※)	改善が望まれる点は特にありませんが、以下にアドバイスを記載いたします。 ●事例検討会の再開に向けた具体的なスケジュール設定 「事例検討会」は支援の質を高めるうえで非常に重要な場ですが、最近では実施できていないとのことでした。次年度の計画に盛り込む予定とのことですが、定期的な開催に向けてスケジュールを明確に設定し、実施頻度や記録の方法も事前に整えておくことで、スムーズな再開につながると考えます。

※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	在宅ケアセンター新大宮
施設種別	障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）
評価機関名	特定非営利活動 きょうと福祉ネットワーク一期一会
訪問調査日	令和7年3月14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]

1. 理念・方針はホームページや事業所内に明示されており、職員・利用者・家族に対して複数の方法で周知が図られている。職員には総括会議ワークシートを通じて意見を反映する仕組みが整備されており、業務実践研究発表の機会を通じて理念に基づいた実践の振り返りと課題整理が行われている。また、人権学習会を通じて人権意識の向上が図られている。利用者・家族には年1回のアンケート実施時に理念を伝える取り組みが実施されている。

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
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. 職員向けに毎月発行される「七野会会報」を通じて、新聞記事の切り抜きや業界動向などの情報を継続的に提供している。加えて、ワムネットや京都市の「ほほえみプラン」など外部情報も定期的に取得し、情報収集体制が整備されている。管理委員会や役員会議にて稼働実績やコスト報告がなされ、その内容は職員会議で共有されている。これらの情報は中長期計画にも反映されている。
3. 全事業所の管理者が出席する管理委員会において月例報告が実施され、運営状況や経営状況についての共有が行われている。報告内容は職員会議を通じて全職員に伝達されており、報告書には課題に対する改善策が明記され、解決に向けた具体的な取り組みがなされている。24時間体制の中でも職員全体に情報が行き届くよう、同内容の会議を複数回開催するなど、周知の工夫がされている。

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
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。	A	A
		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。	A	A
	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。	A	A
		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. 中長期計画は事業所ごとに5年計画で策定されており、SWOT分析を用いて現状の把握と将来の方向性が明確にされている。策定にあたっては職員アンケートを実施し、職員の意見を反映した組織的な取り組みが行われている。計画の見直しも定期的の実施されている。
5. 単年度計画は策定されており、半期ごとに進捗確認が行われる体制が整っている。計画には法人の理念が明記されており、中長期計画との整合性が確保されている。
6. 事業計画の見直しは、管理委員会および役員会議にて上半期と年度末の年2回実施されている。上半期の見直しでは、各部門における達成状況を把握するために職員アンケートを実施し、現状の整理が行われている。職員への周知にあたっては、会議録ファイルを事業所内に設置し、全職員が閲覧できる体制が整えられている。回覧の確認には押印またはサインと日付を記入する運用がされている。
7. 毎年度の取り組み結果は冊子形式で取りまとめられ、全職員に配布されているほか、一部の事業所では来訪者向けにも設置されており、透明性のある運営がなされている。あわせて、会報を作成し利用者へ配布することで、サービス内容や取り組みを分かりやすく伝える工夫がされている。

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
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。	A	A
		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。	A	A

[自由記述欄]

8. 市老協のヘルパー部会や法人内のヘルパー部会において、サービス内容の報告および見直しが定期的に行われている。利用者からの意見はモニタリングを通じて把握し、日々の職員間の報告・連絡・相談を通じてサービスの改善に活かされている。また、情報共有にはシステムが導入されており、効率的な連携が図られている。
9. ヘルパー会議では「ケース検討会議」の様式を用い、毎月利用者ごとのサービス内容と記録の見直しが継続的に行われている。登録ヘルパーも会議に参加しており、現場の視点を反映した実践的な検討が進められている。さらに、サービス提供責任者が参加する「介護会議」も設けられており、ヘルパーだけでなく多様な職種の見点を取り入れて改善策が検討されている。

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。	A	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。	A	A
	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。	A	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。	A	A

〔自由記述欄〕

10、管理者の役割や責任は、キャリアパスや運営規定に明記されており、組織内で明確に位置づけられている。運営規定はホームページ上でも開示されており、外部への情報発信も行われている。有事の際の対応については、「緊急時及び事故対応マニュアル」に管理者の具体的な役割が明文化されており、その他の各種マニュアルにも責任範囲が記載されている。

11、法令に関する情報は、ワムネットや京都市から随時取得しており、法人の管理委員会では法令遵守担当が設置され、組織内での情報共有体制が整備されている。法人内のヘルパー会議や職員会議を通じて、最新の法令や制度に関する情報が職員へ周知されている。また、毎月発行される会報には目次やトピックが表紙に掲載されており、職員が必要な情報にアクセスできるよう工夫されている。

12、管理者はキャリアパスに基づき、年2回の個別ヒアリングを実施しており、「自己確認・育成シート」を用いた自己評価を通じて職員の成長支援が行われている。職員ごとに研修計画を立て、個々の課題と教育内容を結び付ける体制が整備されている。また、毎月のWEB研修を確実に受講できるよう、研修時間をシフトに組み込む工夫がされており、継続的な学びの場が確保されている。

13、経営の改善については、管理者会議および職員会議において継続的に協議が行われており、課題の早期把握と対応が図られている。職員の働く環境整備においては、体調や業務上の課題に応じて勤務調整を行い、サービス提供責任者が同行するなどして不安や負担の軽減に努めている。

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。	A	A
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	A	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組んでいる。	A	A

〔自由記述欄〕

14、人員の確保については、正社員は本部採用、非常勤や登録ヘルパーは事業所採用と役割に応じた採用体制が整えられている。育成方針は入職時のオリエンテーションで「ホームヘルパーの心得」として明示されており、育成計画は「研修制度要綱」に基づいて体系的に実施されている。資格取得支援としては、「七野会実務者研修募集要項」に基づく受講料無料の制度があり、職員のキャリア形成を支援している。定着に向けては、個別の面談機会を多く設け、同じ業務や負担の偏りがないよう配慮されている。

15、採用ページには、職種や待遇に応じた個別の採用基準が明記されている。人事基準については、就業規則・給与規則・キャリアパスに基づき総合的に判断される仕組みが整備されている。さらに、職員ごとの目標設定に基づいた面談が実施されており、評価と育成を連動させた人事運用が実践されている。

16、労務管理は管理者が責任を持って対応しており、勤怠管理にはスマートフォン対応のシステムを導入することで、訪問ヘルパーの出退勤管理が円滑に行われている。訪問ヘルパーには業務用スマートフォンが支給されている。有休取得については希望があれば100%取得可能とされ、柔軟な勤務変更にも対応している。ハラスメント対策として啓発ポスターを掲示し、法人内に相談窓口も設置されている。

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-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。	A	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。	A	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。	A	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。	B	A

[自由記述欄]					
17. 職員の目標管理は「自己確認・育成シート」を活用し、個別に目標を設定できる仕組みが整えられている。これにより、職員一人ひとりが自身の成長課題や業務目標を明確にし、主体的に取り組む体制が構築されている。 18. 研修の実施方法は各事業所に委ねられており、WEB動画研修会社との契約により、継続的な学習機会が提供されている。職員ごとにヒアリングを通じた個別の研修計画が策定されており、課題に応じた育成が図られている。また、喀痰吸引が必要な利用者へのサービス提供に対応するため、喀痰吸引研修を毎年定期的に受講して 19. 資格取得支援制度が整備されており、希望者は費用補助を受けながら受講できる体制が確立されている。キャリアパスも明確に整備され、職員の成長を組織的に支援している。外部研修としては、区の研修や安全運転講習会への参加が行われている。研修内容は業務日誌で全職員が共有できるようになっており、情報の一元化が図られている。さらに、研修時間をシフトに組み入れる工夫により、全職員が平等に研修へ参加できる環境が整えられている。 20. 実習の受け入れは法人全体で対応する仕組みが整備されており、計画的な受け入れが実践されている。法人内では交換研修も実施されており、職員同士の相互学習の機会も確保されている。実習受け入れに関しては、法人で整備されたマニュアルに基づいて対応しており、実習指導者は法人が適宜選出している。					

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。	A	A
		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。	A	A

[自由記述欄]					
21. 情報の公表については、理念・方針を含めホームページに明記されており、外部への透明性が確保されている。苦情や相談の内容についても詳細に掲載されており、対応状況を明らかにしている。年に一度開催される第三者委員会では、苦情・相談の内容を集計・報告しており、客観的な評価と改善に活かされている。 22. 「規則集」が整備されており、全ての規則が冊子化されて職員がいつでも閲覧できる環境が整えられている。また、内部監査は年1回実施されており、運営状況や規則の適正な運用について定期的な点検が行われている。					

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。	A	A
		24	② ボランティア等の受け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。	A	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。	A	A
		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	A

[自由記述欄]					
23. 地域との関係性についてはホームページに明記されている。サービス事業者連絡会を通じて、他のヘルパー事業所との関わりを継続的に持ち、情報交換や協力体制が構築されている。移動支援では、外出や通院への付き添いを依頼に応じて実施しており、地域イベントへの参加支援も希望に応じて時間を問わず対応している。 24. ボランティアの受け入れについては、法人として「ボランティア受け入れマニュアル」が整備されており、適切な対応が可能な体制が構築されている。受け入れ時には必ずオリエンテーションを実施し、個人情報保護をはじめとする重要事項について事前に説明が行われている。 25. 地域の関係機関とは密な連携体制が構築されており、区の連絡会は月1回定期的に開催され、その他の会合も必要に応じて実施されている。関係機関の連絡先は一覧として作成されており、重要事項説明書にも掲載されているため、職員・利用者双方が把握しやすい体制が整っている。災害時などの緊急時にも、利用者個別の対応が地域と連携して行えるよう、ネットワークが確保されている。 26. 地域との関わりについては、圏域の地域ケア会議に参加することで、地域課題の把握と支援の連携が図られている。原谷地区では子ども向けのさまざまなイベントを実施し、地域交流の機会を積極的に創出している。また、地域で困りごとが発生した際には、住民から直接連絡を受けることもあり、日常的な信頼関係が構築されている。 27. 福祉ニーズの把握は、地域との継続的な連携の中で適切に行われており、地域の実情に即した支援が可能となっている。災害時には、地域に精通したヘルパーの特性を活かし、利用者や住民にお困りごとがないかを把握・対応できる体制が整備されている。					

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。	A	A
		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	A
	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。	A	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。	A	A
		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。	A	A

[自由記述欄]

28、ヘルパーの倫理規定が整備されており、入職時に必ず説明を行うことで、職員全体に倫理意識を浸透させている。人権については年1回の人権学習会を実施し、継続的な学びの機会を提供している。また、部門会議やヘルパー会議では、利用者を尊重したサービス提供の基本姿勢や、福祉サービスの一定水準の実施方法について話し合いが行われている。

29、個人情報の取り扱いについては、法人として「個人情報取り扱いについて」の規定が整備されており、各事業所のサービスに即した様式も用意されている。さらに、「高齢者・障害者虐待防止のための指針」が策定されており、鍵や預り金などの取り扱いに関しても個別に明確な規定が設けられている。利用者や家族には契約時にプライバシーや個人情報保護に関する説明がなされており、自宅や部屋の写真を申し送り用に撮影する場合も事前に説明が行われている。

30、理念・方針や事業所の特性については、ホームページや広報誌を通じて周知されており、地域や利用者に対する情報発信が行き届いている。利用者満足度アンケートは年1回実施され、記名・無記名を自由に選べる形式となっている。アンケート結果は集計後、利用者にも開示されており、透明性のある運営が実施されている。利用開始前にはヘルパーとの顔合わせを行い、マッチングに配慮した対応がされているほか、サービス内容についても契約時に丁寧な説明がなされている。

31、利用契約書については、記名捺印により正式な手続きが行われており、内容に変更が生じた場合もその都度記名捺印を実施している。移動支援に関しては、外出支援規定および同意書を別途取り交わし、適切な同意手続きが行われている。後見人が関与する場合も、必要な記名捺印が確実に実施されている。サービス提供責任者が口頭で説明する体制が整えられており、意思決定が困難な利用者に対しても、理解しやすい説明が行われている。

32、ケア手順書は、個別の支援計画の内容を反映した形で作成されており、利用者の移行時にも継続的な支援が行えるよう配慮されている。内容はシステムで一元管理されており、ヘルパー全員に支給されているスマートフォンを通じて、訪問先でもリアルタイムでサービス内容の確認が可能となっている。また、相談支援事業所との連携が頻繁に行われており、支援移行時の情報共有や引き継ぎがスムーズに実施されている。

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
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。	A	A
	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。	A	A
		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。	A	A
	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。	A	A
		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。	A	A

〔自由記述欄〕

33、利用者満足度アンケートを年1回実施し、利用者のニーズ把握に努めている。モニタリングは短期目標を設定したうえで、半年に一度の頻度で実施され、支援内容の見直しが図られている。個別の相談や面接については、訪問時に随時対応しており、利用者の状況や希望に応じた支援が行われている。主なサービス内容は通院や外出支援などの簡易なガイドヘルプが中心で、日常生活の中に楽しみや安心を提供する支援が実践されている。

34、苦情解決責任者とその連絡先は事業所内に掲示されており、重要事項説明書にも明記されているため、利用者や家族がいつでも確認できる体制が整っている。苦情・意見要望記録表が整備されており、対策と改善結果まで記載されている。また、カスタマーハラスメントに関しては、その定義の理解を職員間で共有し、通常の苦情や相談と混同しないよう明確な区別をもって対応する姿勢が徹底されている。

35、利用者から相談や意見を受けた際には、サービス提供責任者や管理者へ迅速に報告・伝達する体制が整っており、確実な対応に努めている。特に、時間延長などの具体的な要望があった場合には、可能な限り100%対応できるよう柔軟に調整し、利用者の満足度向上に取り組んでいる。

36、事故対応については、「介護事故防止指針マニュアル」と「緊急時事故対応マニュアル」が整備されており、職員会議で内容を取り上げ、対応方法について協議が行われている。万が一の際に備え、「緊急時の対応」用紙を個別に作成し、事業所および利用者宅の両方に設置することで、的確な対応が可能な体制が整えられている。

37、感染症対策については、「BCP感染症編」が整備されており、マニュアルに基づいた計画的かつ実践的な対応が行われている。役責者会議では毎月1回、感染症対策委員会が開催され、現場の状況に応じた対策の確認と改善が図られている。事業所内では現在も午前・午後の1日2回の消毒を継続して実施しており、衛生管理が徹底されている。

38、災害対応においては、「BCP自然災害編」が整備されており、自然災害発生時の対応方針と行動計画が明文化されている。地域の包括支援センターから、利用者個別の緊急避難場所などの情報が提供される場合には、それを基に対応が行われている。安否確認については、ヘルパー・ケアマネジャー・事業所間で連携できる体制が確立されている。また、衛生用品やポータブルバッテリーなどの備蓄も用意されており、実効性のある災害対応が図られている。

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
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。	A	A
	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。	A	A
		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。	A	A
	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。	A	A
		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。	A	A

〔自由記述欄〕

39、福祉サービスの質の均一化と一定水準の確保に向けて、「ケア手順書」が整備されている。この手順書はスマートフォンと連動しており、ヘルパーは訪問先である利用者宅でも随時確認が可能となっている。これにより、個別支援計画に基づいたサービス提供が実施されている。

40、サービス提供責任者の業務については、「サービス提供責任者の業務の指針」が整備されている。アセスメントシートも整備されており、サ責が変更となった際にはその都度再アセスメントを実施し、利用者の状況を的確に反映している。利用者のニーズは、サ責がヒアリングした内容をもとにサービス計画書へ反映され、個性のある支援につなげている。ケース検討はヘルパー会議で継続的に行われており、現場での課題共有と改善が図られている。また、「在宅ケアセンター新大宮のルール」として独自の運用ルールも整備されている。

41、個別支援計画の策定はヘルパー会議で検討されており、会議での検討内容はケース記録に記載され、記録として管理されている。サービス提供責任者が中心となって、計画の更新や古い情報の破棄を適切に行い、常に最新の支援内容が反映された計画となるよう体制が整えられている。

42、サービスの実施記録は介護基幹ソフトを活用して管理されており、記録の追加や更新はコミュニケーションツールを通じて職員間で共有され、既読確認も行うことで情報伝達の確実性が担保されている。また、システムに依存しすぎない記録力の向上を目的に、記録方法に関する学習会を実施し、職員に対して「記録のポイント確認テスト」を行っている。

43、個人情報保護規程が整備されており、2023年度には職員向けの研修会を実施するなど、継続的な意識向上に取り組んでいる。職員には年1回、個人情報の取り扱いに関する案内を行っている。文章の持ち出しに関しては、「個人情報の取り扱いについて」に明記されており、具体的なルールが整備されている。利用者や家族には、「保有個人データ開示等決定通知書」に利用者名と目的を明記し、適切な説明を行っている。

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

〔自由記述欄〕

44. 利用者の自己決定を尊重する個別支援として、「サービス実施記録」に発生毎の内容が時系列で記録され、日々の希望や変化に応じた対応が確認できる仕組みが整えられている。例えば、散髪などの外出支援も利用者の希望に基づき移動支援として実施されており、生活の質の向上につながっている。なお、事例検討会は最近開催できていないが、次年度の計画に位置付け実施予定とされている。

45. 身体拘束や虐待に関する考え方は契約書に明文化されており、利用者・家族に対して明確に説明が行われている。家族から身体拘束に該当する可能性のある提案があった場合には、検討会議を開催し、判断結果をヘルパーから家族へ丁寧に説明する対応が取られている。権利擁護についても、該当事案が発生した際はヘルパーが都度説明を行う体制が整備されている。虐待が疑われる状況では、ケアマネジャーと連携し、その場の対応に加えて慎重な対応を行っている。また、実際に虐待等の事例が発生した場合は職員会議で検討し、対策と改善策について協議が行われている。

46. 利用者の意向は「サービス実施記録」に時系列で記録されており、その内容をもとに本人の能力を最大限に活かせるような支援環境の整備が図られている。ノーマライゼーションの推進においては、利用者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられることを前提とした支援が実施されている。

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
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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	A

〔自由記述欄〕

47. コミュニケーションが取りにくい利用者に対しては、家族の協力を得ながら意思疎通を図る体制が取られている。また、障害の状態に応じて筆談を用いるなど、利用者一人ひとりに適した方法で柔軟に対応しており、支援の質の確保に努めている。

48. 個別支援計画書の更新時には、変更内容について書面だけでなく口頭での説明も行い、利用者に納得いただけるような対応がなされている。また、サービス終了時にはモニタリングの時間を確保し、利用者や家族との話し合いの場を設けることで、意向の確認と安心したサービスの終了につなげている。

49. 利用者による状態の変化が見られた場合は、関係機関へ適宜相談を行い、適切な対応につなげている。専門機関から提供された情報や助言については、サービス提供責任者が中心となり、各ヘルパーへ確実に伝達されており現場での対応に反映されている。

50. 個別支援計画に基づく日中活動の支援においては、利用者のニーズや希望に応じて外部サービスの情報提供も行っている。

51. 利用者のご自宅等における安心・安全の確保については、ヘルパーが訪問時に状況を確認し、異変や気づきがあった場合には速やかにコミュニケーションシステムを活用して職員間で情報共有が行われている。

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
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)	
	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。	A	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。	A	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。	A	A

〔自由記述欄〕

52. (非該当)

53. 利用者の希望に沿った支援を行うため、例えば希望する場所への外出に不安がある場合には、移動支援の範囲で現地までの練習を行うなど、段階的な支援が実施されている。また、地域の祭りに参加したいという要望に対しては、入浴時間の変更や勤務の調整を行い、可能な限り希望が実現できるよう柔軟な対応が取られている。

54. 利用者に体調変化が見られた場合は、「緊急時対応マニュアル」に基づいた対応が徹底されており、職員が共通の判断基準を持って行動できる体制が整えられている。加えて、急変時の対応に関する研修も実施されている。

55. 「緊急時及び事故対応マニュアル」には、医療的支援に関する具体的な実施手順が明記されており、緊急時にも的確な対応が取れる体制が整備されている。ヘルパーが単独で対応困難な場合には、事業所から職員が応援に駆け付け体制が確立されており、迅速な対応が可能となっている。また、訪問看護との連携も行われており、医療的な支援が必要な状況にもスムーズに対応できるよう配慮されている。

評価結果対比シート(障害)

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。	A	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。	A	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。	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)	
[自由記述欄]					
56. 地域生活への移行や継続支援においては、支援者本位にならないよう利用者本人の意向を尊重した支援が行われている。ヘルパー会議は、日々の支援を振り返る場として機能しており、実際のサービス内容を見直す機会となっている。 57. 家族支援については、モニタリング時に家族の意向を記載する仕組みが整えられており、利用者本人だけでなく家族の思いや状況も支援に反映されている。これにより、家族の負担軽減につながる支援が実施されている。また、家族支援の重要性についてはヘルパー会議で家族の状況を議題として取り上げ、職員間で共有・意識づけを行っている。 58. 就労支援事業所に通う利用者に対しては、「自分で行きたい」という意向を尊重し、通所に向けた練習を支援するなど、利用者の可能性を引き出す取り組みが行われている。また、全介助の利用者に対しても、保湿クリーム塗布後にアロマオイルを使用するなど、心地よさや満足感を重視した工夫がされており、QOL（生活の質）の向上に寄与している。 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)	
[自由記述欄]					
60. (非該当)					