

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
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和8年3月11日

総 評	<p>サンヒルズ紫豊館の母体である社会福祉法人成光苑の本部は大阪府にあります。法人理念や行動方針等を定めた「和顔愛語」（和顔とは、優しい笑顔で人に接すること。愛語とは、思いやりのある優しい言葉で話すこと。）に基づき、福祉サービスを提供しています。</p> <p>居宅介護・重度訪問介護事業所は、障害者や高齢者を支援されており、権利意識を強く持つ利用者に対して、支援の幅の広さや対応力を磨くための研鑽を行っています。事業所の職員全員が介護福祉士を所持するなど、質の高いサービスを提供されています。また、品質方針として、「まごころと思いやりを大切にそして地域に愛される施設づくりを目指します」を掲げ、地域の草刈りや地域にある小学校への福祉に関する授業に貢献するなど、地域に根差した取り組みをされています。</p> <p>サンヒルズ紫豊館が、今後も利用者の生活の充実と地域とともにある事業所として益々の発展していかれることを期待して、今回の調査で気づいた点についてお伝えします。</p>
特に良かった点(※)	<p>○質の向上に向けた取組</p> <p>第三者評価の受診察（3年に1回）、ISO審査（年1回）、法人7施設で行う内部監査（年2回）を受診するなど、積極的に質の向上に向けた取組を行っておられます。内部監査については、事業所の職員も監査員（法人が行う監査員研修を受講）となり、「成光苑内部監査実施チェック表」を活用して、法人内の他施設を監査する仕組みを作っておられます。</p> <p>○利用者を尊重する姿勢</p> <p>法人が作成している冊子「和顔愛語 - 福祉の原点 - 【第2版】」に、法人理念や基本方針等の基本姿勢を明文化しておられます。また、この冊子は全職員に配布し、職員は朝礼時にこの冊子を持参して、理念等を唱和しています。職員が司会を輪番にし、和顔愛語の唱和後には、その内容に関連するスピーチをするなど、人前で話をする機会（自分の考えを言語化する習慣）を作っておられます。</p> <p>○利用者ニーズを充足するための取組</p> <p>「サンヒルズ紫豊館顧客満足度調査アンケート」を無記名形式で年1回実施しており、アンケート用紙と返送用封筒を職員が利用者宅に訪問し、直接利用者に配布しています。アンケートの送付先については、法人内のISO事務局が窓口となるなど、組織全体として取り組んでおられます。また、3か月に1回はモニタリング票を活用した利用者意向の聞き取りを行い、ヘルパー会議で共有されています。</p>

特に改善が
望まれる点(※)

○中・長期的なビジョンと計画の策定

単年度の事業計画内に中長期経営ビジョン（3項目）を明文化されていますが、具体的な内容ではなく、中・長期の収支計画もありませんでした。中・長期の事業計画とは、理念や基本方針の実現に向けた具体的な取組を示すものです。今後、建物の老朽化に伴う大規模な修繕などの費用がかかってくると思われます。中・長期の事業計画を具体化し、それに必要な予算などの収支計画を立てることで、資金使途を明確にすることができ、適切な財務分析を行うことができます。以前は、収支計画を立てておられたとのことですので、再度、収支計画を含む、中・長期計画を作成されることを期待します。

○他事業所への移行に関する手続き

介護保険制度に移行する利用者に対しては、市役所の高齢担当窓口職員や地域包括支援センター職員と同行し、従前の内容から著しい不利益が生じないように配慮されています。しかし、介護保険制度への移行以外に、他事業所への引継ぎを行った事例はないとのこと、他事業所への移行に関する引継ぎ文書を作成されていません。利用者が転居されるなどの事由で他事業所への移行が余儀なくされることも考えられます。他事業所への移行にあたり、引継ぎ文書を定めることで、引継ぎがスムーズにできるなど、福祉サービスの継続性に配慮できると考えます。

○マニュアルの定期的な見直し

「社会福祉法人成光苑苦情解決規程」や「不適合サービス管理規定」などのマニュアルや規程関係書類は整備されていますが、マニュアル等の定期的な評価や見直し時期や方法等が確立していませんでした。BCPについては、主管する委員会が毎年見直しを行っておられますので、見直しができていないマニュアルなどについても、きちんと定期的に見直しなどができるよう、見直しする方法（例えば、苦情解決規程については、リスクマネジメント委員会の中で、マニュアルの見直しについて議題として取り上げるなど）を確立することも考えられます。「誰（どこ）が、いつ、どのように」を決めることで、マニュアルの見直しについての見落としが無くなると思います。

※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	サンヒルズ紫豊館
施設種別	居宅介護・重度訪問介護
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	令和8年2月12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. 法人理念、サービス目標等を明文化し、ホームページ、広報誌「ききょう」、「紫豊館だより」、パンフレット等に掲載しています。また、全職員が参加するヘルパー会議にて、年度初めに「新年度の方針として」をテーマに共有しています。

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. 理事会や施設長会議で社会福祉事業全体の動向について把握、分析しています。その結果について、「品質目標実施計画書」で目標数値を明確にし、各年度の事業計画に反映しています。
3. 経営状況は、理事会や施設長会議で協議し、改善すべき課題については、「リーダー会議」で共有しています。リーダー会議の議事録を活用し、ヘルパー会議で周知しています。

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	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。	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・見直しを組織的に行われ、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	b

【自由記述欄】

4. 単年度の事業計画内に中長期経営ビジョン(3項目)を明文化していますが、具体的な内容ではなく中・長期の収支計画もありません。
5. 単年度の事業計画として、「サンヒルズ紫豊館・厚デイサービスセンター事業計画」を策定し、訪問介護事業所としての稼働率や収支などの数値目標を明文化しています。
6. 「サンヒルズ紫豊館・厚デイサービスセンター事業計画」の内容について、訪問介護事業所としての目標を一般職員は「チャレンジシート」に、サービス提供責任者は「目標管理シート」に落とし込み、半年に1回、管理者面談を通じて事業計画の実施状況を確認する仕組みがあります。
7. 事業計画は広報誌「ききょう」に掲載し、担当者会議などの機会を通じて年1回、利用者や家族等に説明する機会があります。しかし、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの工夫はしていません。

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. ISO審査(年1回)、法人3施設で行う相互監査(内部監査)を年2回受診しています。職員も法人が行う監査員研修を受講し、内部監査員として「成光苑内部監査実施チェック表」を活用して、法人内の施設を監査する仕組みがあります。
9. 内部監査などで出た課題については、全職員が参加するヘルパー会議で共有しています。内部監査で指摘があった「利用者の声を聴く機会が少ないのではないか」という課題に対して、ヘルパー会議で検討し、3か月に1回、モニタリング記録票で利用者の声を聴き取る仕組みを構築しました。

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	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。	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. 管理者の組織の役割、責任及び権限について「ISO品質マニュアル」において明文化しています。また、有事における管理者の役割と責任については、「サンヒルズ紫豊館事業継続計画」で明確にしています。

11. 管理者は、年2～3回程度、外部研修を受講するなど、法令遵守の観点や経営に関する学びを得る機会があります。研修で得た知識や情報等はリーダー会議で共有するなどの取り組みを行っています。しかし、事業所に関連のある法令等はリスト化していません。

12. 管理者は、リーダー会議でサービスの状況を把握しています。実施する福祉サービスの質の現状等については、施設長会議(運営課題等)や経営企画会議(財務関係)で検討、評価しています。また、管理者は11月に自己申告書において職員と面談する仕組みがあります。

13. 管理者は、出来る限り超過勤務が発生しないように、サービス提供責任者が事務所に常駐できる職員配置とするなど、人員配置に配慮し、職員の働きやすい環境整備を行っています。また、有給消化率も80%以上とのことです。

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り組んでいる。	a	a

[自由記述欄]

14. 法人で人材確保プロジェクト委員会をつくり、委員会メンバーで就職フェアのブースを設置しています。また、ハローワークが主催するイベントにも積極的に協力しています。今年度は訪問介護事業に関する補助金を申請し、ユニホーム(動きやすいシャツ)を作製し、職員に配布しています。

15. 人事基準は「成光苑人事システムガイド」を策定しています。求めるスタッフ像については、「和顔愛語-福祉の原点-【第2版】」で、①笑顔で挨拶、良識・常識ある行動②仕事を通じて人間的に成長する③感性豊かに何事もポジティブに考える④専門職として常に自分に磨きをかける⑤目標を持ち実践することができるの5つの項目で明確にしています。

16. 職員の就業状況や有給休暇の取得状況は総務で把握し、管理者とも共有しています。福利厚生の一環として、週1回のクラブ活動として「紫豊館バドミントン同好会」があります。カスタマーハラスメント対策として、「カスタマーハラスメントの防止及び雇用管理上の措置に関する規程に基づく相談体制について」を整備し、職員の心身の健康と安全を確保しています。

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。	a	a

[自由記述欄]

17. 一般職員は「チャレンジシート」を、サービス提供責任者は「目標管理シート」を年度初めに作成し、職員一人ひとりの意向や目標を明確にしています。目標達成度については、年2回(期中・期末)確認しています。

18. 「2025年度個別研修計画」を策定し、研修計画に基づき毎月研修を開催しています。研修受講後の理解度を把握するため「年度研修理解度調査シート」を基に5段階評価を行っています。研修の評価や振り返りはヘルパー会議で行い、次年度の研修計画の立案につなげています。事業所の全職員が介護福祉士を取得しています。

19. 職員の資格取得状況は、総務や施設長が把握しています。自己申告書で外部研修の受講を希望する仕組みがあります。新任、チューター、役職者などの階層別研修を用意し、新任には法人が作成した「基本マニュアル～はじめの第一歩～」を配布し、それを基にOJT研修を行っています。

20. 「社会福祉法人成光苑サンヒルズ紫豊館実習受け入れマニュアル」を整備し、専門職の育成等に関する基本姿勢を明文化しています。また、実習指導者に対しては、毎年、法人が主催する「ネクストステージ研修」を受講するなど、実習指導者をフォローする仕組みがあります。

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]					
<p>21. ホームページや広報誌「ききょう」、「紫豊館だより」を活用し、法人の理念やサービス目標、経営方針等の情報公開を行っています。また、ホームページから第三者評価の受診結果が閲覧できるようにしています。</p> <p>22. 権限を明確にした職務分担規程に基づき業務を行っています。ISOにおける品質管理を実践し、公認会計士等による外部監査を受けるなど、経営改善に努めています。</p>					

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-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	b
	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。	a	a
[自由記述欄]					
<p>23. 施設(事業所含む)の品質方針として「まごころと思いやりを大切にそして地域に愛される施設づくりを目指します」を基本姿勢として、利用者が地域で暮らすことができるよう、地域における社会資源(福祉フェスタや愛いろいろ展など)を紹介しています。利用者から病院が開催するコンサートに参加したいと希望があった時には、関係機関と連携し、コンサートに参加できるよう対応した実例がありました。</p> <p>24. 「サンヒルズ紫豊館ボランティア受け入れマニュアル」により、ボランティアに関する基本姿勢を明確にしています。また、地域の小学校4年生の児童を対象に認知症サポーター養成講座等を開催する際には、職員が寸劇に役者として協力しています。</p> <p>25. 「あんしんケアコールセンター24介護・医療連携推進会議」を年3回開催し、市の福祉担当や地域包括支援センター等と定期的に情報共有する仕組みがあります。しかし、利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストなどを作成していません。</p> <p>26. 併設の居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携して、地域住民の介護予防を目的とした体操教室に職員が(年10回程度)指導員として協力しています。地域住民との合同防災訓練を開催する時に施設のスペースを開放し、災害時の備蓄品(レトルト食品等)を配布しています。</p> <p>27. 年2~3回開催されている福祉推進協議会や、地域の清掃活動(草刈)に積極的に参加し、地域住民と会話する機会をつくり福祉ニーズの把握に努めています。年4回発行する「紫豊館だより」を自治会長に手渡し、600戸の世帯に配布しています。地域住民から施設の場所や役割などが浸透していることもあり、毎月10件程度の相談が入っています。</p>					

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。	b	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	b

[自由記述欄]

28. 法人が作成している冊子「和顔愛語-福祉の原点-(第2版)」で法人理念や基本方針等の基本姿勢を明文化しています。また、この冊子を全職員に配布しています。朝礼時に職員で司会を輪番にし、和顔愛語を唱和し、その関連している項目をスピーチすることを業務として取り入れています。

29. 「高齢者虐待防止対応マニュアル」等を整備し、利用者のプライバシー保護などの権利擁護に配慮した取り組みを行っています。利用者から希望があった場合は、「訪問介護連絡ノート」を活用し、配慮事項について職員間で共有しています。

30. 理念や基本方針、提供するサービス等を掲載した施設パンフレットを市役所や社会福祉協議会に配架しています。施設で作成している「紫豊館だより」は、施設長が自治会長宅等に持参し、地域で回覧するよう依頼しています。

31. サービスの開始に当たっては、相談支援員と同行面談し、利用者等の意向を聞き取っています。利用者や家族等の意向は、訪問介護計画書の「本人及び家族の希望記載欄」で明文化しています。利用者等への配慮については、「訪問介護手順書～ホームヘルパーの心得～」を整備し、ルール化しています。

32. 介護保険制度に移行する利用者に対しては、市役所の高齢担当窓口職員や地域包括支援センター職員と同行し、従前の内容から著しい不利益が生じないように配慮しています。他事業所への引継ぎを行った事例はありませんが、他事業所への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎ文書を定めていません。

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
		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
	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。	a	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。	a	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。	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. 「サンヒルズ紫豊館顧客満足度調査アンケート」を無記名形式で年1回実施しています。アンケートの送付先については、法人内のISO事務局を窓口とするなど、組織全体で取り組んでいます。

34. 第三者委員や苦情解決責任者を設置し、利用者・家族等に重要事項説明書で周知しています。苦情は「クレーム・苦情報告書」で記録し、解決策などについて、利用者や関係機関などにフィードバックしています。毎年、年度末号の「紫豊館だより」の広報誌において、苦情内容や解決結果等について公開しています。

35. 3か月に1回、モニタリング票を活用し、利用者等からの聞き取りを行っています。「社会福祉法人成光苑苦情解決規程」を定め、相談体制や受付手順をフローチャートにしています。しかし、苦情対応マニュアル等の定期的な見直しを確認できませんでした。

36. 「不適合サービス管理規定」において、服薬関係、訪問時間行き忘れなどの項目を整備し、事故が発生時には「緊急対応・不適合報告書」で記録しています。ヒヤリハット事例は安全衛生委員会で検討しています。しかし、マニュアルの定期的な評価や見直しを確認できませんでした。

37. 感染症の予防や発生時については、感染症共通マニュアルに基づき利用者の障害特性に応じて対応しています。「サンヒルズ紫豊館事業継続計画(感染症BCP)」を策定し、責任と役割を明確にした管理体制を構築しています。また、感染症認定看護師を招いて研修会を実施しています。

38. 「サンヒルズ紫豊館事業継続計画(地震BCP)」を策定し、災害時の対応体制を整備しています。併設の施設が福祉避難所の指定を受けていることから、食料や備品類などを備蓄しています。今年度は、緊急連絡網確認訓練として一斉メールを出し、安否確認方法を確認しています。

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ずる仕組みが確立している。	a	b
		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
	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。	a	a
		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
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	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	b

【自由記述欄】

39. サービス提供に「基本マニュアル-はじめの一步-」や「訪問介護手順書」を整備しています。「訪問介護手順書」は年度初めにサービス提供責任者が内容を変更する必要があるかについて確認しています。しかし、一定の水準を確保するための実施方法に基づいて確認する仕組みや方法などについての組織としての定めが確認できませんでした。
40. 初回面接は、相談支援事業所の職員と同行し、「面接報告書」を基に聞き取りなどを行っています。利用者の具体的なニーズは、訪問介護計画書で明示しています。再アセスメントを3か月に1回のモニタリング訪問で実施しています。
41. 訪問介護計画書に基づいてサービスを実施しているかについては、モニタリングで確認しています。計画書の見直しが生じた際には、ヘルパー会議や連絡ノートを活用し、情報の共有を行っています。
42. 「訪問介護手順書-活動記録 プロセス-」を整備し、職員による記録内容の書き方などに差異が生じないようにしています。利用者の身体状況や生活状況などは、「サービス実施記録」により把握し記録しています。
43. 個人情報保護規程により、記録管理の責任者や開示請求に対する対応方法を明文化していますが、記録の持ち出しに関する規定がありません。

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 誰もが当たり前で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. 利用者や家族等の意向を日々の訪問やモニタリング訪問などで聴き取っています。「買物に同行して欲しい」や「地域で新しくオープンする美容院に行きたい」等と希望する利用者の意向に沿った支援を行っています。
45. 「高齢者虐待防止対応マニュアル」を定め、リスクマネジメント委員会を設置しています。利用者等に対して権利擁護や権利侵害などについては、利用契約時に説明するなど周知しています。権利侵害の防止と早期発見するために、職員に対して「虐待の芽チェックリスト」を年3回実施しています。
46. 利用者一人ひとりに「サービス利用にあたってお願いしたいこと(確認事項)」を作成し、個別支援や取り組みに対して合理的配慮を行っています。希望する散歩コースを利用者に確認する等、利用者が持っている力を尊重しながら、活動ができるように支援しています。

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. 意思表示や伝達が困難な利用者に対しては、文字盤や筆談でコミュニケーションを図っています。利用者支援に関わっている訪問看護事業所等の関係機関と連携し、互いに把握している利用者の思いなどを共有する機会を作っています。
48. 利用者が職員に話したいことがある場合は、利用者の気持ちを尊重して話を聞く時間を作るようにし、利用者が伝えたい思いを傾聴するように努めています。例えば、掃除を行う支援内容であったが、急遽入浴を希望した利用者に対して、支援相談員等に連絡し、支援全体の調整を行うよう働きかけたことがありました。
49. 職員は障害に関する専門知識の習得する機会として、事業所で毎月開催している研修会を活用しています。例えば、パーソナリティ障害の特性を学び、利用者からの電話対応などを共有、統一しています。
50. 地域のさまざまな日中活動の情報については、他事業所と協力しながら情報収集し、利用者に情報提供等を行っています。利用者の希望や選択する機会として、例えば、買い物代行の時には利用者から好み(メーカーや味など)を聴き、支援を行っています。
51. 自分で部屋を片付けられない、ゴミの分別ができない利用者等に対して、曜日を決めて衛生的な環境づくりと一緒にできるような支援をしています。喘息やアトピーが酷い利用者に対して布団のほこりとりを行うことで症状の軽減できた事例がありました。

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-(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。	-	-
	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. 利用者の通院や買い物同行などの外出により、社会との繋がりを意識した支援を行っています。利用者の学習のための支援(金銭管理を含む)については、日常生活自立支援事業の支援員などと連携しています。
54. 利用者の健康管理等については、例えばアルコール依存症の疑いのある利用者に対して、アルコールの購入等をチェックするようにするなどに対応を行っています。また、移動することができるのに、移動を面倒くさいと考える利用者については、隣の部屋にある薬を取ってきて欲しいと職員に頼んでも、利用者自身で取りに行くよう促すなど、健康の維持、増進を意識した支援を行っています。
55. 主治医や訪問看護師等の指導助言は、通院の同席時やFAX送信表を通じて共有しています。また、医療的な支援の実施については、支援センターや訪問看護と担当者会議で連携する仕組みがあります。

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。	-	-

【自由記述欄】

56. 利用者の希望や意向を聴き取り、通院や買い物、地域で開催のイベントなどに同行するなど、地域生活が送れるよう支援しています。
57. 利用者家族等との情報共有については、連絡ノートの活用や家族が掃除道具等を利用者宅に持参する際に訪問し、利用者の状況を伝えていきます。利用者の急変時の家族等への報告などは、「緊急時連絡先一覧」を作成し、連絡ルールを明確にしています。
58. 利用者一人ひとりにできることや、やりたいことをモニタリングなどで聴き取り、活動や生活する力や可能性を引き出す工夫を行っています。例えば、ミシンを使って内職している利用者に対しては、利用者の働く力を引き出すような声かけや関わり(内職を継続できる体力を確保できるように)を行っています。
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。	-	-

【自由記述欄】

60. 非該当