

2021年度第三者評価

結果報告書

みどり西東京



MIRAI・SIA

株式会社ミライ・シア

福祉サービス第三者評価結果報告書【令和3年度】

2022年(月)28日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 154-0011
所在地 東京都世田谷区上馬2丁目25-4
フレックス三軒茶屋2階

評価機関名 株式会社ミライ・シア

認証評価機関番号

機構 16 - 237

電話番号 03-6805-4127
代表者氏名 岡村 和彦



以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	岡村 和彦	経営	H1301020
	②	清水 敏彰	経営	H1901074
	③	安宅 瑞代	福祉	H1001044
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	生活介護			
評価対象事業所名称	みどり西東京		指定番号	1313901009
事業所連絡先	〒	188-0014		
	所在地	東京都西東京市芝久保町1丁目8番2号		
	TEL	042-452-3413		
事業所代表者氏名	佐藤 茂			
契約日	2021年 8月 1日			
利用者調査票配付日(実施日)	2021年 9月 1日			
利用者調査結果報告日	2021年 10月 7日			
自己評価の調査票配付日	2021年 9月 1日			
自己評価結果報告日	2021年 10月 7日			
訪問調査日	2021年 10月 13日			
評価合議日	2021年 12月 13日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査はアンケート方式で行いました。アンケートは事業所の協力の下、利用者調査票と当社指定の封筒を利用者へ配布して頂きました。回収物の開封は全て当社内で行い、匿名性を確保しました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2022年(月)21日

事業者代表者氏名

佐藤 茂



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1) 利用者が快適で充実した毎日を過ごせること 2) 利用者一人ひとりに適したケアを行うこと 3) 地域に開かれた施設、地域共生社会の実現に向けた取組を行うこと 4) 日中支援活動の充実を図ること 5) 個別支援計画に基づいた適切な支援を全職員が共有して行うこと</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>毎日笑顔で楽しく利用者さんに接することができる方。 障がいを持った方との共生社会に興味のある方。 チームワークを大切にできる方。 心を込めた支援ができる方。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>目配り、気配り、心配りを自然にできるように。 研修等を積極的に受け、スキルアップをしていく姿勢。 利用者さんと共に地域活動に参加すること。 利用者さんの尊厳を大切に、日々一緒に成長していくこと。</p>

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	9	4	0	0
回答割合は、「はい」が69.2%、「どちらともいえない」が30.8%という結果になっています。自由意見は特にありませんでした。				
4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	11	2	0	0
回答割合は、「はい」が84.6%、「どちらともいえない」が15.4%という結果になっています。自由意見は特にありませんでした。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	13	0	0	0
回答割合は、「はい」が100.0%という結果になっています。自由意見は特にありませんでした。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	11	1	0	1
回答割合は、「はい」が84.6%、「どちらともいえない」が7.7%、「無回答・非該当」が7.7%という結果になっています。自由意見は特にありませんでした。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	12	1	0	0
回答割合は、「はい」が92.3%、「どちらともいえない」が7.7%という結果になっています。自由意見は特にありませんでした。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	9	0	0	4
回答割合は、「はい」が69.2%、「無回答・非該当」が30.8%という結果になっています。自由意見は特にありませんでした。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	12	0	0	1
回答割合は、「はい」が92.3%、「無回答・非該当」が7.7%という結果になっています。自由意見は特にありませんでした。				

I 組織マネジメント項目 (カテゴリ1～5、7)

No.	共通評価項目	
1	カテゴリ1	
	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
		7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している	
	評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている
評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている		
評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している	
評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している		
評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている	
カテゴリ1の講評		
<p>事業所の基本理念を職員や利用者・保護者に対して周知しています</p> <p>事業所の基本理念について、職員に対しては、入職時に事業所のパンフレット等を用いて周知するとともに、入職後は年度初めの全職員参加の全体会議において事業計画の読み合わせを行う際等に確認をしています。利用者・保護者に対しては、見学時や利用契約時にパンフレットを使い伝えています。毎年開催される家族会の際にも理念を作業室に掲示するなどして伝えてきましたが、現在は新型コロナウイルス対策のため家族会が開催できない状況です。基本理念が玄関に貼り出されており、職員はじめ、利用者・保護者がいつでも確認できる状態になっています。</p> <p>施設長は基本理念の実現に向けてリーダーシップを発揮しています</p> <p>施設長は基本理念の実現に向けて自らの果たす役割と責任を、法人作成の「求める人材像」と題する一覧表に基づいて、全体会議で職員に説明しています。職員の果たす役割についても同表を用いて説明し、取り組むべき方向性を示しています。年度初めに事業計画の内容を説明する際にも、計画達成のために自らの果たす役割や職員の役割を伝えています。このほかに、施設長は外部のリーダー研修を受講中であり、研修で得た経営手法のうち参考となるものを事業所の運営に取り込むこととしており、事業所の基本理念実現に向けリーダーシップを発揮しています。</p> <p>重要な案件の決定手順等が決まっており、決定内容が職員や利用者等に伝えられています</p> <p>重要な案件は、職員会議・運営会議等で職員の意見を確認した上で、法人の施設長会議で協議した後、法人の理事会や社員総会等で決定しています。決定内容は職員会議において職員に伝え周知しています。また、利用者に対しては朝礼等で伝えるとともに、保護者にも便りを配布するなどして伝えています。重要案件の決定手順や伝達方法はこのようになっていますが、手順等を明記したものがなく、権限などには曖昧な部分もある状態です。手順等を明確にしておくために、文書化しておくことを勧めます。</p>		

3 経営における社会的責任			カテゴリ-3
サブカテゴリ-1(3-1)			
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	2/2
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的を確認している。		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(3-2)			
利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/4
評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-3(3-3)			
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	4/5
評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる			評点(〇〇)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している		<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)		
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている		評点(○○●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリ-4の講評		
<p>新型コロナウイルス対策を最優先順位として事業所のリスク管理に取り組んでいます</p> <p>リスク管理としては、新型コロナウイルス対策が最優先順位で、自然災害(地震・台風等)対策が次の順位であるとしています。また、感染症等防止対策、防災、事故発生防止・発生時対応等の各種マニュアルを整備しています。新型コロナウイルス対策としては、毎日の検温、手指のアルコール消毒、事業所内の定期的換気や除菌消毒を徹底し、自然災害対策としては定期的に避難訓練を実施しています。また、地元の消防署と協力をして消化訓練も予定しており、優先順位を勘案して、それぞれのリスクに対する必要な対策をとっています。</p> <p>事業継続計画を策定済みであり、今後は職員、利用者、関係機関等に周知する予定です</p> <p>事業継続計画(BCP)を本年9月に策定済みであり、今後は研修等により職員へ周知するとともに、利用者や関係機関にも周知していく予定にしています。事故等の再発防止のため、ヒヤリハット報告書を作成し朝礼や職員会議で報告書の内容について話し合っています。報告書は法人のリスクマネジメント委員会に提出し、法人内のそれぞれの事業所からの報告書と合わせて内容を検討することになっています。同委員会での協議内容を踏まえ、留意事項等を職員に周知し事故等の再発防止と対策の見直しに取り組んでいます。</p> <p>情報の重要性や機密性を勘案してアクセス制限をするなど情報管理に取り組んでいます</p> <p>情報管理の方法は朝礼や職員会議において施設長から職員に説明しています。そして情報の重要性や機密性を勘案して、情報へのアクセス制限をしています。紙ファイルについては鍵のかかる書庫に保管し、施設長が鍵を管理しています。電子情報については、施設長用、経理事務用、職員用と3つのカテゴリに分け、それぞれ使用するパソコンを別々にしアクセスを制限しています。一方、情報管理に関する規程等が作成されていません。職員が情報管理の方法を理解し、遵守していくためにも明文の規定は重要です。ぜひルールを作成すると良いでしょう。</p>		
カテゴリ-5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている		評点(○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している		評点(○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ7	
7 事業所の重要課題に対する組織的な活動	
サブカテゴリ1(7-1)	
事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている	
評価項目1 事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)	
前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ) 前年度(令和2年10月～令和3年9月)の重要課題は、利用者数を定員の20名までに増加させることでした。そのため目標を、特別支援学校等の関係組織に対する利用者募集活動の実施としました。 特別支援学校、計画相談支援事業所、関係障がい者支援施設等へ案内書を送付し、利用者募集の取り組みを行いました。その結果、事業所開設時に利用者が15名であったものが18名となり、3名増加することになりました。 前年度の取り組みを見直した結果、利用者募集は案内書の送付だけでは不十分であり、募集先に直接電話をしたり、訪問をして、募集内容の説明をすることが重要であることが分かりました。 今年度(令和3年10月～令和4年9月)についても、引き続き定員達成を目標とし、特別支援学校、計画相談支援事業所、関係障がい者支援施設等のほか、市の関係部署も訪問し、直接募集活動を行うことにしています。なお、現在、利用者は3名減少し事業所開設時の15名に戻っています。	
目標の設定と取り組み	<input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	<input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
検証結果の反映	<input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評 前年度(令和2年10月～令和3年9月)の重要課題を利用者数を定員の20名までに増加させることとし、具体的な目標を特別支援学校等関係組織に対して利用者募集の活動を実施することとしました。目標達成のため、特別支援学校、計画相談支援事業所、関係障がい者支援施設等へ案内書を送付し利用者募集に取り組みました。 前年度の取り組みを検証した結果、利用者が3名増加し18名となりましたが定員20名には達せず、利用者の募集は案内書の送付だけでは不十分であり、募集先に直接電話をしたり訪問をして、募集内容の説明をすることが重要であることが分かりました。 今年度(令和3年10月～令和4年9月)も引き続き定員達成を目標とし、特別支援学校等のほか、市の担当部署も直接訪問し、利用者募集の活動に取り組むこととしています。	

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ-6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ-1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものとしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>ホームページ、リーフレット、広報誌で事業所の情報を発信しています</p> <p>リーフレット、法人発行の広報誌「ゆうあいだより」、ホームページの3媒体で事業所の各種情報を発信しています。ホームページからは基本理念、法人概要、ご利用案内があり、当事業所欄では生活介護を行い、土曜開所や車での送迎、作業や活動内容など概要を紹介しています。開設2年目を迎えた新しい事業所であり、リーフレット「みどり西東京」では良好な住環境を持つ建物、アート、運動、作業など利用者が楽しげに活動している写真が掲載され、1日の様子を把握できます。「ゆうあいだより」は法人の各事業所の活動を分かり易く伝えています。</p> <p>特別支援学校や相談支援事業所等の関係機関に積極的に情報提供を行っています</p> <p>市障害福祉課に事業所情報を提供しており、市のホームページや市発行の冊子「障害者のしおり」に事業所の概要が掲載されています。新規立ち上げの事業所であり、行政や特別支援学校、相談支援事業所やグループホーム等を施設長が訪問し、情報交換やリーフレットを提供し、事業所の概要や特徴を説明しています。さらに、関係機関や団体にリーフレットを郵送するなど積極的にアピールしています。このような地道な活動により、問い合わせや見学の希望があり、体験実習を受け入れ、さらに入所へと結び付けています。</p> <p>見学者には施設的环境や活動の特徴を見せ、質問に答えています</p> <p>問い合わせや見学には施設長が対応しています。見学希望者にはすべて対応し、バリアフリーのトイレなど共用部分や作業室、運動設備のある多目的室など施設的环境を見せられています。実際に利用者が活動する様子を見学してもらい、リーフレットを渡し支援や活動の内容を説明しています。見学者の質問に答え、利用時間や週1回の参加も可能なこと、自宅まで送迎することを説明しています。入所を希望する際には、土・日を挟んで1週間の体験実習をしてもらい、利用者本人及び家族の納得、事業者側の受け入れ可能状況を判断し、入所を決定しています。</p>		

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	8/10
3 個別状況に応じた計画策定・記録			
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(●●●)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当	
○あり ●なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当	
○あり ●なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当	
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(○○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	○非該当	
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	○非該当	
評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしきみがある	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当	
評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(○○)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当	
●あり ○なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○非該当	
サブカテゴリ-3の講評			
<p>面談や各種記録から情報を捉えています、アセスメントシートの作成が期待されます</p> <p>利用者に関する情報は利用開始時に提出してもらったフェイスシートで利用者の基本情報、生活歴、障がい特性・行動等を把握しています。また利用者・家族との面談記録、特別支援学校や計画相談支援事業所等からの情報、利用者の支援内容を毎日記録している「支援経過記録表」があります。こうした記録から利用者の疾病・障がい状況、成育歴、生活環境、日常の変化等を把握していますが、アセスメントシートの記載や活用はありません。各種の利用者情報から分析を行い、課題を設定してアセスメントシートを整理し、支援計画に反映することが期待されます。</p> <p>個別支援計画は毎日記録する支援経過記録に連動させ実施状況を確認しています</p> <p>実習体験時に利用者・家族の意向や実習状況を見て最初の個別支援計画を作成し、入所後必要に応じて修正を行っています。半年に1度利用者・家族との面談や連絡帳及び計画相談支援員の意見等を踏まえて担当職員、サービス管理責任者、施設長、職員がサービス調整会議を開催し、個別支援計画の作成・見直しを行っています。利用者・家族の要望を基本にし、長期、短期の支援目標、支援内容・期間を定めています。支援目標や支援内容は「支援経過記録表」に連動させ実施した支援や経過を記録し、目標達成に向けて取り組んでいます。</p> <p>利用者の情報は朝礼や職員会議で共有し、記録は個別にファイル化して活用しています</p> <p>フェイスシート、個別支援計画書、サービス調整会議記録、支援経過記録表、保護者面談の記録等、利用者への具体的な支援の内容や利用者の変化の様子が適切に記録され、管理されています。朝礼や職員会議を行い事業所運営に係る情報や連絡事項、利用者の日々の情報を職員間で交換・共有しています。利用者の体調変化や薬の変更など保護者との連絡帳を通して互いに情報を交換し、職員間で共有し、支援に反映させています。記録は個別ファイルにし、鍵付き書庫に保管し、職員が適宜閲覧し活用しています。</p>			

サブカテゴリ-6		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/5
6 事業所業務の標準化			
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(○●●)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(○○)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-6の講評			
<p>基準書やリスクマニュアルは整備されていますが、支援マニュアルの整備が期待されます</p> <p>就業規則、契約書、重要事項説明書等の事業所が提供するサービスの基本となる基準書を整備しています。また、感染症対策マニュアル、虐待防止マニュアル、防災マニュアル、事故発生防止・発生時対応マニュアル、服薬マニュアル、BCPマニュアル等サービスを提供するうえでリスクにかかわる各種マニュアルを整備しています。利用者への日常生活支援は口頭で行われることが多く、手順書の整備は十分とは言えない状況です。日常の支援に係る食事、排泄、作業、活動など各種サービスの標準化を図るために支援マニュアルの整備が期待されます。</p> <p>事業所は発足1年を迎え、マニュアルの活用や見直しは今後の取り組みになります</p> <p>事業所は発足して1年目を終了したところであり、各種マニュアルや基準書の見直しは今後実施していくこととなります。感染症対策として検温・手のアルコール消毒などチェック表を作成し毎日記録するなど、新型コロナへの対応を行っています。熱中症の季節には水分補給を強化したり、風邪やコロナなど感染症の流行時には対策の見直しをしています。防災訓練を行う際には防災マニュアルの確認や見直しを行い、BCPについてはさらに質を高めるよう検討中で、マニュアルの活用や改善を図るなど、実施時期に合わせて効率よく取り組まれています。</p> <p>利用者・家族、職員からの提案を取り上げ、業務の見直しを図っています</p> <p>職員会議や保護者面談時に職員や家族からの意見を聴き、事業所の活動に反映させています。送迎に関しては家族の意見からサービス化を図り、避難訓練では誘導や、消火、点呼など担当制にするなど職員の意見を反映させており、サービス向上を目指して業務水準を見直しています。一方、朝礼や職員会議を行い、職員同士が連絡や報告、業務内容の確認をしていますが、今回の職員自己評価では利用者への生活支援、作業・活動内容、手順等について支援の統一が不足しており、共有化・標準化を図ることが期待されます。</p>			

2 評価項目2 利用者が主体性を持って、充実した時間を過ごせる場になるような取り組みを行っている		評点(○○○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりの意向をもとに、その人らしさが発揮できる場を用意している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. 【食事の提供を行っている事業所のみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2の講評

利用者の強み弱みを把握し、その人らしさを発揮できるよう支援しています

フェイスシートや利用者・家族の面談、日常生活から利用者・家族の意思を把握するよう努めています。その人の強み、弱みをくみ取り、特性を生かした作業や活動の設定をし、その人らしさが発揮できる場を作っています。作業はヘルメットの内装部品の組み立てをしています。活動では運動、アート、ダンス、ドライブ、ウォーキングを行っています。運動室があり、ウォーキングマシンや体幹を鍛えるマシン、テレビ動画でラジオ体操、ダンス練習ができます。いずれも本人の希望に合わせて取り組み、休憩室で疲れを癒せる環境もあります。

職員が利用者の意思や行動をくみ取り、事業所のルールにしています

事業所内の決まりごとについては、利用者の障がい特性もあり、決まり事への理解や意向把握は困難な面が多々あります。そうした状態を考慮して、利用者が抵抗なく守れる決まりごとを設定しています。利用者の会合はなく、有志のみの家族会はありますが、コロナ禍のため現在開かれていません。保護者とは送迎時での会話や日々の連絡帳で意向を把握しています。決まり事として朝の通所時、昼食時、帰宅時にそれぞれ自分で行う身支度や作業があり、職員のフォローの下でスムーズに実行されています。

ユニバーサルトイレやクールダウンできる部屋、快適な作業環境を整えています

事業所は歯科医院の跡地を利用しており、内部は明るく清潔な環境です。共用部分や各室はバリアフリーで、ユニバーサルトイレ、クールダウンができる部屋、作業・訓練室は新型コロナ対応で机上をアクリル板シートで囲っています。多目的室にはウォーキングマシンや体幹を鍛えるマシン、テレビも設置され日常的に活用しています。他には休憩室、職員室、相談室、給湯室を備えています。空調システムがあり、快適な室温・湿度を保っています。利用者が制作したアートや粘土作品などが室内に数多く展示され、楽しい活動の場になっています。

3 評価項目3

利用者が健康を維持できるよう支援を行っている

評点(○○○○○)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 【利用者の薬を預ることのある事業所のみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

家族と日々情報交換し、健康に留意し落ち着いた生活ができるようにしています

朝の受け入れ時には顔色や行動、様子を視診しながら検温、アルコール消毒を行い健康状態を把握しています。日中作業では声をかけ、心身状況に注意を払い、気分がよくない時には休憩室で休んだり、本人と相談しながら帰宅等の判断をしています。家族からは連絡帳や電話で利用者の状況について相談が寄せられ、サービス管理責任者を中心に看護師・職員が対応しています。睡眠がとれなく行動が普段とは違う時には薬で対応したり、休憩室でクールダウンしたりしています。健康診断は保健センターで年1回、自己負担で行っています。

看護師によるバイタルチェックや誤嚥など食事に注意を促し健康を維持しています

検診については看護師が毎月血圧などのバイタルチェックと体重測定を行っています。健康診断は年に1回実施し、尿や検便、血液、超音波など各種の検査を実施し、異常のある場合は家族へ連絡します。通院は基本、本人に家族が同行しています。薬の変更などの医療情報は本人が家族から得ています。利用者はそれぞれ異なる医療機関で受診しており、事業所との直接的な情報交換はありません。健康への注意として誤嚥への注意や、食べるのが早い人には良く噛んで食べることを伝えています。日常的にウォーキングや体幹を鍛える運動を励行しています。

服薬は安全な職員体制をとっていますが、緊急時の対応マニュアルの整備が課題です

服薬については利用者が1か月分の薬を連絡ノートに挟んで持参したものを、薬ボックスに入れて管理しています。1日分づつ袋に入れ、服薬時に2人の職員が必ず立ち合い飲むのを確認し、もう1人の職員が飲み終えた包装を確認しています。入所開始時における面談や記録で本人の医療的なケアに係る情報を把握しており、体調に変化があった際、例えば、発作などその時間が長い時には家族に連絡をし対応しています。緊急連絡網はありますが、緊急時への対応や手順のマニュアルが未整備です。手順書を作成し、職員間の共有と活用が課題といえます。

6 評価項目6		【生活介護】日常生活上の支援や生活する力の維持・向上のための支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 一人ひとりの目的に応じた創作的活動、生産活動やその他の活動の支援を行っている			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 自分でできることは自分で行えるよう働きかけている			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 【工賃を支払っている事業所のみ】 工賃等のしくみについて、利用者に公表し、わかりやすく説明している			<input type="radio"/> 非該当
評価項目6の講評				
<p>運動や創造的活動を中心に利用者の強みを生かした活動を支援しています</p> <p>日常生活の支援を中心に、生活介護や運動、創造的活動のサポートを行い、日常生活の能力維持や向上を支援しています。個別支援計画の目標に向けた日中活動を提供し、作業ではヘルメット部品の組み立てを行い、仕事の喜びや充実感を体験しています。健康維持を目的にウォーキングやダンス、室内マシーンでの運動を行い健康維持に努めています。創作活動ではシール貼りや塗り絵、うちわ作り、刺繍マット、写経などアートとクラフトで多彩な活動をしています。利用者のやりたいこと、強みを生かした活動を行い、充実した生活となるよう支援しています。</p> <p>一人ひとりに応じた言葉かけや職員がやってみてゆっくりと根気よく支援しています</p> <p>利用者・家族の意向を聞き取り支援の目標を定め、利用者が自分自身の力を発揮できるよう支援しています。一人ひとりに応じて言葉かけや職員がやってみてゆっくりと根気よくできるようにサポートしています。例えば、はっきりした発語は出来ないが語尾を拾ったり、言葉数に合わせて口を動かすことはできるので、声を出して一緒に挨拶や予定を確認しています。家族面談では事業所での支援内容と同じ試みを家庭でもすることを提案しています。まず声をかけ様子を見て、待ってみて、最後に手伝うなど、自分でできることを根気よく引き出しています。</p> <p>自分のことは自分のペースで行い、集団生活の中でできることを増やしています</p> <p>事業所での決まり事として、朝と帰りの準備を自分で行っています。朝はタイムカードを押す、カバンをロッカーに入れる、連絡ノートをかごに入れる、食後は自分で弁当箱を片付ける、帰りは連絡帳をカバンに入れタイムカードを押す、車のシートベルトを自分で締める。これらの作業を職員が手伝いながら、自分でできるよう働きかけています。食事は自分のペースでとり、排せつはタイミングに合わせて同姓介助を行っています。日々の記録には一人ひとりの状況が記録されており、きめ細かい支援を行っていることが読み取れます。</p>				

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	施設長は基本理念の実現に向けて自らの役割と責任を職員に説明し、リーダーシップを発揮しています
	内容	施設長は職員に対して、基本理念の実現に向けて自らの役割と責任を全体会議等で説明しています。職員の果たす役割についても、年度初めの事業計画の説明の際や職員会議の場で伝え、取り組むべき方向性を示しています。また、日頃より職員への声掛けや、職員会議等で意見を吸い上げることに努め、職員が自由に話し合える雰囲気醸成するとともに、職場での良好な人間関係の構築にも取り組んでいます。さらに、外部のリーダー研修に参加し、経営手法で参考となるものを事業所の運営に取り込むなど、リーダーシップを発揮しています。
2	タイトル	バリアフリー対応の建物、障がい特性に合わせた環境設定、新型コロナ対策など所内には各種の工夫が見られます
	内容	事業所は元歯科医院であったところを活用しており、バリアフリーの室内、ユニバーサルトイレ、空調設定がされています。新型コロナ対応として消毒液の設置、入所時の検温、作業室では机上をアクリル板で仕切り、一人ひとり快適かつ安全に作業や活動ができるようにしています。利用者の障がい特性に考慮し、座席位置の工夫、1日の活動を絵カードで知れています。大声をあげたり、興奮したり、自傷行為を未然に防ぐようにクールダウン室があり、心を落ち着かせることができます。人的支援に取り組むとともに環境を整備した支援をしています。
3	タイトル	送迎車による送迎や、希望日数に合わせた緩やかな利用の仕方など、家族の要望等に応じて負担を軽減する取り組みを行っています
	内容	利用者と家族に柔軟なサービスを提供しています。利用は週1日でも受け入れ、午前や午後のみ利用でも可能としています。市外など遠方の場合には相談となりますが、送迎車を使い基本ドアツードアで玄関先まで利用者の送迎をしています。連絡帳や電話、送迎時の会話を密にして家族と連携し、障がい特性や心身の変化を把握し、支援に反映しています。また、家族にも本人の事業所での様子を伝え、家庭での生活に反映できるようにしています。利用者と家族が安心して過ごせるよう物的、精神的な負担の軽減を行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	中・長期計画や職員の個人目標を設定し、将来の方向性をより明確にした上で活動に取り組んでいくことを期待します
	内容	単年度の事業計画を策定し、それに基づいた予算の編成を行っています。中・長期計画を策定していません。また、法人全体を対象とするキャリアパスが設定され、これに基づく事業所の人材育成計画および職員の個人別の育成(研修)計画が策定されていますが、個人の目標設定が具体的はできていませんでした。これらの計画は事業所が目指している理念等を実現するために、いずれも重要なものです。中・長期計画や職員個人の目標設定を行い、両者が同じ方向を向いてさらなる活動に取り組んでいくことを期待します。
2	タイトル	利用者支援の手順書及びマニュアルを作成し、職員が共通した支援方法を実践することでサービスの質を高めていくことを期待します
	内容	事業所を運営していく上で重要な基準書やリスクマネジメントに係るマニュアルの整備はされていますが、利用者支援に関する手順書の整備が不足しています。今回の職員自己評価結果からも、「職員それぞれの考えで利用者への支援を行っている」という指摘もあり、改善が必要と考えられます。利用者支援の手順書・マニュアルを作成し、職員全員の支援方法を統一していくことにより、サービスの質が向上すると考えられます。
3	タイトル	開所してまもないので大変な時期ではありますが、職員にとってもより働きがいのある環境となるようさらなる取り組みに期待します
	内容	法人(武蔵野市)として2拠点目となる事業所を隣接の西東京市で昨年10月に開所し、早期に安定運営を図るために新規利用者の募集、財務状況の確認など計画的に進められています。開所前から生活介護事業所へのニーズは高く、利用者数は順調に推移しています。財務に関しては収支状況をみながら、無理のない範囲でやりくりをしています。その一方で、職員には一部で負担がかかっている様子が職員自己評価からはうかがえました。職員体制、働きがいのある仕事内容など、職員にとっても魅力ある環境となるよう、さらなる取り組みに期待します。

