

2024年度 第三者評価結果報告書



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6年度】

2025 年 3 月 19 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	清水 敏彰	経営	H1901074
	②	久良木 香	福祉	H1102031
	③	岡村 和彦	経営	H1301020
	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	長谷川 圭			
契約日	2024 年 4 月 5 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2024 年 10 月 16 日			
利用者調査結果報告日	2024 年 11 月 19 日			
自己評価の調査票配付日	2024 年 10 月 16 日			
自己評価結果報告日	2024 年 11 月 19 日			
訪問調査日	2024 年 11 月 26 日			
評価合議日	2024 年 11 月 26 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もらいました。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。

2025 年 3 月 19 日

事業者代表者氏名

長谷川 圭



1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	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） 1)利用者が快適で充実した毎日を過ごせること 2)利用者一人一人に適したケアを行うこと 3)障害を持った人とその家族の幸せのための事業であること。 4)地域に開かれた施設、地域共生社会の実現に向けた取り組みを行うこと 5)上記の実現のため、限界を設けずできるだけのことを実施していく
2	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）
	（1）職員に求めている人材像や役割 利用者が安心できるようにやさしく人に接することのできる人 物事に前向きに取り組める人 相手の話をよく聞き、自分から話ができる人。 仲間と協力できる人 正直な人
	（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 多様性を認め、多くの人が共生できる社会づくりに貢献する強い気持ち 利用者と職員が気持ちよく過ごせるような心がけ チームの一員として、仲間の利益や幸福を思う気持ち

調査対象

利用者17名を調査対象にアンケートを実施し、結果16名から回答が得られました。

調査方法

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もらいました。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。

利用者総数

17

共通評価項目による調査対象者数

アンケート	聞き取り	計
17	0	17
16	0	16
94.1	0.0	94.1

共通評価項目による調査の有効回答者数

利用者総数に対する回答者割合(%)

利用者調査全体のコメント

利用者17名に対し、有効回答16件で94.1%の回答率となりました。総合的な評価では、「大変満足」が3名(18.7%)、「満足」が11名(68.8%)、「どちらともいえない」が2名(12.5%)と、「大変満足」および「満足」の回答が全体の87.5%という結果になっています。事業所に対する総合的なコメントを見ると、「普段、親が連れていけない所とかに連れて行っていただいて、ありがたく思います。」「作業所での日常をもう少し連絡帳にて伝えてほしい。」等の回答がありました。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	13	2	0	1
回答割合は、「はい」が81.2%、「どちらともいえない」が12.5%、「無回答・非該当」が6.3%という結果になっています。自由意見では「内容に依る。」との回答がありました。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	12	3	0	1
回答割合は、「はい」が74.9%、「どちらともいえない」が18.8%、「無回答・非該当」が6.3%という結果になっています。自由意見では「確認、説明を受けた事がない。」との回答がありました。				

3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	7	6	0	3
回答割合は、「はい」が43.7%、「どちらともいえない」が37.5%、「無回答・非該当」が18.8%という結果になっています。自由意見では「クリスマス会(保護者会)がコロナ以降ないのがさみしいね。」との回答がありました。				
4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	10	5	0	1
回答割合は、「はい」が62.4%、「どちらともいえない」が31.3%、「無回答・非該当」が6.3%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	11	5	0	0
回答割合は、「はい」が68.7%、「どちらともいえない」が31.3%という結果になっています。自由意見では「ダニが発生した。施設で虫 に喰われた。掃除、清掃をしっかりしてほしい。カレンダーに記入してほしい。」との回答がありました。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	14	1	0	1
回答割合は、「はい」が87.4%、「どちらともいえない」が6.3%、「無回答・非該当」が6.3%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	13	2	0	1
回答割合は、「はい」が81.2%、「どちらともいえない」が12.5%、「無回答・非該当」が6.3%という結果になっています。自由意見では 「これからも頑張してほしい。」との回答がありました。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	11	1	1	3
回答割合は、「はい」が68.6%、「どちらともいえない」が6.3%、「いいえ」が6.3%、「無回答・非該当」が18.8%という結果になっていま す。自由意見では「悪い。直ぐに対応してほしい。加害者、被害者に伝えること。」との回答がありました。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	14	1	0	1
回答割合は、「はい」が87.4%、「どちらともいえない」が6.3%、「無回答・非該当」が6.3%という結果になっています。自由意見では 「互いにオープンに対応すること。」との回答がありました。				

23. 利用者のプライバシーは守られているか	12	2	0	2
回答割合は、「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が12.5%、「無回答・非該当」が12.5%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。				
24. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	13	3	0	0
回答割合は、「はい」が81.2%、「どちらともいえない」が18.8%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。				
25. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	12	4	0	0
回答割合は、「はい」が75.0%、「どちらともいえない」が25.0%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。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	11	1	0	4
回答割合は、「はい」が68.7%、「どちらともいえない」が6.3%、「無回答・非該当」が25.0%という結果になっています。自由意見では「保護者からの要望、意見に対しては文書等で回答すること。知らない間に実施すると、たとえ良い事でも分からない。悪い事はなおさらですね。」との回答がありました。				
27. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	5	2	1	8
回答割合は、「はい」が31.2%、「どちらともいえない」が12.5%、「いいえ」が6.3%、「無回答・非該当」が50.0%という結果になっています。自由意見では「不明。」「質問の意図が分かりにくいので雛形をつくって記入したものを役所に提出したら便利ですね。」との回答がありました。				

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		
	カテゴリ1		
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	5/7
	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	
	☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
	☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
	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(●●)		
	評価	標準項目	
	☐ あり ☒ 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	☐ 非該当
	☐ あり ☒ 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	☐ 非該当
	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	
	☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
	☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
	☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
	カテゴリ1の講評		
	法人の基本理念や事業所の目指していることを職員や利用者・保護者へ周知しています 入職時や入職後の研修会の際に、法人の基本理念や事業所が目指していることを説明し、職員への周知に努めています。11月におこなった「接遇・マナー所内研修」の機会に、法人の理事長と施設長が理念について時間をかけて解説しており、職員の理解が深まる良い機会となっています。利用者や保護者に対しては、利用契約の際にパンフレット等で理念を説明するとともに、会報誌「ゆうあいだより」にも掲載して、理解が深まるよう取り組んでいます。事業所内に基本理念を掲示し、職員・利用者等がいつでも確認できるようにしています。		
	理念等の実現に向けて、経営層・職員それぞれの役割を周知していくことが望まれます 法人作成の「求める人材像」と題する文書には施設長・副施設長・主任のほか職員の役割を記載していますが、その内容を職員に十分伝えきれていない様子がうかがえます。理念等事業所の目指していることを実現するためには、施設長ほか経営層が自らの役割と責任を職員に伝えるとともに、職員の役割を明らかにし職員が取り組むべき方向性を示すことが重要です。「求める人材像」の記載内容を利用するなどして、経営層・職員それぞれの役割を職員会議等において周知し、理念等の実現に向けて、組織として取り組んでいくことが望まれます。		
	重要な案件の決定内容・経緯は、職員や利用者・保護者に伝えています 重要な案件については、主任以上が参加する運営会議で協議し決定しています。法人の承認が必要な案件は、法人の理事長や理事会、あるいは社員総会に上程し、決定することになっています。決定の内容や経緯は、議事録を全職員に回覧し周知しています。回覧が確実におこなわれるよう、書類保管ケースの引き出しを個人別にして、順次書類が受け渡されるように工夫しています。利用者・保護者に対しては、印刷物の作成・配付、連絡帳への記載、あるいは電話連絡により、決定内容等を伝えています。		

カテゴリ2		
2 事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行		
サブカテゴリ1(2-1)		
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している	☐ 非該当
サブカテゴリ2(2-2)		
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 0/5
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)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(0000)
評価	標準項目	
☐ あり ☒ なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている	☐ 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(0000)
評価	標準項目	
☐ あり ☒ 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)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	☐ 非該当

カテゴリ-2の講評			
利用者・保護者の意向、職員の事業所運営に対する意向を確認しています 利用者や保護者の意向は年1回おこなわれる保護者面談の際に確認しています。パソコン練習の機会が欲しいなどの要望が出ています。職員の事業所運営に対する意向は毎月の運営会議で主任や部門責任者から聞いているほか、施設長が適宜職員に声掛けをして確認しています。理事長が年1回職員との個別面談をおこない、必要に応じてその内容を施設長と共有していますが、施設長は面談をおこなっていません。事業所の活動を統括するのは施設長であり、施設長が個別面談をおこない職員の意向を直接確認し、事業所の運営に活かしていくことが期待されます。 地域福祉の現状や福祉事業全体の動向について情報収集しニーズ・課題を把握しています 施設長が近隣の武蔵野市の自立支援協議会に委員として参加し、また東京都自立支援協議会のセミナーにも参加するなどして、地域福祉の現状について情報を収集しニーズを把握しています。市内の他事業所からの見学者と意見交換をおこなう際にも、確認しています。地域移行支援のニーズが高いことを把握しています。福祉事業全体の動向については、厚生労働省からの通知等で情報収集し、課題等を把握しています。地域移行支援のニーズのほか、虐待防止対策や送迎車の置き去り防止などが重要事項となっていることを確認しています。 中長期計画を策定し、これをふまえた単年度の事業計画を作成することが望めます 事業計画を作成していますが中長期計画を策定しておらず、中長期計画をふまえたものになっていません。予算は法人の理事長が前年度の実績を参考に作成しており、事業所の事業計画にもとづいたものになっていません。事業計画の推進方法や計画の進捗度合いを測る指標の明示、進捗の定期的確認などはおこなっていません。中長期計画を策定するとともに、事業計画の推進方法や進捗を測る指標を明らかにするとともに、定期的に進捗を確認していくことが望めます。また、予算についても計画にもとづいた整合性のあるものを作成することが望めます。			
カテゴリ-3			
3	経営における社会的責任		
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		
●あり ○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、理解が深まるように取り組んでいる		○非該当
●あり ○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に取り組み、定期的に確認している。		○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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○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 2/5
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(○●)		
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
○あり ●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	○非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている 評点(○●●)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	○非該当
○あり ●なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	○非該当
○あり ●なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	○非該当
カテゴリ-3の講評		
利用者等に苦情解決制度があることや事業所以外の苦情申立先について説明しています 利用者・保護者に対して苦情解決制度があることを利用契約時に、契約書や重要事項説明書の内容を読み合わせながら、説明しています。事業所の苦情受付担当者名・解決責任者名や、事業所以外の苦情・要望の申立先として市の障害者福祉課などがあることを、重要事項説明書に記載して伝えています。また、事業所内に、上述した事業所内・外の相談先を掲示して、利用者がいつでも確認できるようにしています。なお、掲示には第三者委員として福祉サービス第三者評価機関の名称が記載されていますが、これは誤りであり削除する必要があります。 全職員が自らの日常の言動を振り返るなど利用者に対する虐待防止に取り組んでいます 全職員が毎月、自己チェックシートにより自らの日常の言動を振り返っています。チェックシートの結果は虐待防止委員会が集計し、内容分析と状況把握をおこなうなど、職員の利用者に対する虐待防止に取り組んでいます。虐待が疑われる事例等を職員が発見し通報を迷った場合に、先輩や上司へ相談するよう促すポスターを事業所内に掲示し、職員会議でも指導するなどして、通報のしやすい雰囲気を醸成しています。虐待に関する情報があった場合は、職員が施設長に報告し、施設長が利用者の居住地の市役所等へ報告し連携して対応する体制を整えています。 会報誌での活動内容紹介など、開かれた組織となるよう取り組んでいます 毎月発行される法人の会報誌「ゆうあいだより」に活動内容等を紹介するとともに、第三者評価結果を法人作成のホームページに掲載するなど、開かれた組織となるよう取り組んでいます。昨年度はダンスクラブの指導のため、ボランティア1名を受け入れています。マニュアルの策定など受け入れのための体制の整備は十分ではなく課題です。地元や近隣地域の相談支援事業所からの相談を受けるなどしていますが、自立支援協議会など地元地域のネットワークに参加しておらず、共通課題に対する協働体制も整えられていません。こうした取り組みが望まれます。		

カテゴリー4		
4	リスクマネジメント	
サブカテゴリー1(4-1)		
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準项目实施状況 5/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる 評点(〇〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	☐ 非該当
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の標準项目实施状況 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(〇〇〇●)		
評価	標準項目	
☐ あり ☒ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
カテゴリー4の講評		
リスクに優先順位をつけ、マニュアル等を整備しリスクマネジメントに取り組んでいます 地震などの自然災害をリスク対策の最優先順位とし、次に感染症、送迎時や事業所内での事故、経営環境の変化、不審者の侵入という順番としています。経営環境の変化については報酬改定など制度の変更や事業所の競合などをリスクとしています。リスクマネジメント委員会や感染症対策・美化委員会を設置し、職員研修を企画・実施するとともに、感染症対策マニュアルなどを策定し、リスク対策の職員への周知に努めています。また、定期的に防災訓練・避難訓練も実施するなど、事業所としてのリスク対策に取り組んでいます。 事故・ヒヤリハット報告書を作成し改善すべき事項等をまとめ再発の防止に努めています 自然災害および感染症に関する事業継続計画(BCP)を策定し、リスク管理委員会において内容を点検し必要に応じて改定をしています。BCPの内容は、策定・改定の際に協議した議事録を職員全員に回覧するなどして、周知を図っています。事故やヒヤリハット事例が発生した際には、事故・ヒヤリハット報告書を作成し、事例の内容や、発生原因、改善すべき事項をまとめ、再発の防止に努めています。ヒヤリハット事例については積極的に報告書を作成するよう指導しており、事故の発生に至らないように努めています。 必要時に情報が活用できるよう整理していますが、情報管理ルールの明文化が望まれます 文書類は種類ごとに個別に整理・保管し、不要となった前年度の書類はシュレッダーにかけ廃棄するなど、職員が必要な時に情報が活用できるように整理しています。一方、文書等情報を収集、利用、保管、廃棄するためのルールを明文化したものがありません。情報管理をより適切におこなうため、規程等を整備し、職員に周知することが望まれます。法人が個人情報保護方針を作成し、個人情報の取り扱いを明らかにしています。事業所では重要事項説明書に情報の保管や第三者への提供などについて記載し、利用者等へ利用契約時に説明をしています。		

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 8/12
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(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 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(〇●)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☐ あり ☒ 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	☐ 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(〇〇●●)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	☐ 非該当
☐ あり ☒ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	☐ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる 評点(〇〇〇●)		
評価	標準項目	
☐ あり ☒ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	☐ 非該当

サブカテゴリ-2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 3/3
評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に 取り組んでいる		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に 活かす仕組みを設けている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	☐ 非該当
カテゴリ-5の講評		
キャリアパスが明記されていますが、内容を改めて職員に周知することが期待されます 法人策定の「求める人材像」と題する文書にキャリアパスが明記されています。内容は策定時に職員に説明しているとのことですが、職員アンケートの結果を見ると、常勤・非常勤職員ともに周知が十分でない様子がうかがえます。事業所内での研修の機会などに、改めて内容を説明し周知を図ることが期待されます。また、キャリアパスにもとづいた、事業所としての人材育成計画も策定していません。計画を策定するとともに、上述したキャリアパスの説明に合わせて、職員に説明することが期待されます。 職員の個人別育成計画を策定・実施し、成果を確認していく取り組みが望まれます 勤務形態にかかわらず、シフト調整をするなどして職員に外部研修や資格取得の機会を与えています。新入職員には指導担当者を付け育成に取り組んでいます。指導担当者にはリーダー研修への参加や施設長からの声掛け・助言などをおこない、組織的に支援しています。一方、職員一人ひとりの意向や経験に基づいた個人別育成(研修)計画を策定していません。事業所のめざすことの実現には、職員一人ひとりの育成が重要な要素となります。個人別育成計画を策定・実施し、成果を確認のうえ、適宜育成方法等を見直していく取り組みが望まれます。 「グッドジョブ通信」を発行するなど職員の意欲と働きがいの向上に努めています 時間外勤務の状況や有給休暇の取得率は法人本部で管理していますが、施設長は給与台帳等で毎月状況を把握しています。施設長は日頃より職員全員への声掛けに努めるとともに、職員の良い仕事を称賛する「グッドジョブ通信」をほぼ隔月発行し全職員に配付するなど、職員の意識の把握と意欲と働きがいの向上に努めています。一方、職員の育成と評価、評価を賃金や昇進・昇格等の処遇に連動する仕組みは構築されていません。職員の働く意欲のさらなる向上を図るため、これらを連動する取り組みが望まれます。		

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動 7	
カテゴリー7	
サブカテゴリー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) (本年度当初から施設長が交代したため、重要課題・目標は本年度設定したものとした) 意思決定の明確化を重要課題として、意見や提案に対して放置せず職員会議で話し合うこと、新しくおこなう事項については施設長が決定することを具体的な目標としました。 目標達成に向けて、意見等について職員会議で協議し、決定された事項は、職員全員が実行することに取り組みました。 取り組みの結果、職員会議において、前回の会議までに決定した事項を振り返り、取り組みがうまくいっていないと判断された場合は、解決策を検討したうえで、改めて取り組み方法を施設長が決定することにしました。 解決した課題を改めて確認し記録に残していくことで、職員の成功体験として蓄積されていくことがわかりました。また、職員会議でうまくいかなかった取り組みを確認していくことで、課題解決が放置されることがなくなり、新たな解決策を検討する仕組みが整えられることがわかりました。 取り組みを継続していくこととし、必要に応じてマニュアルの整備もしていくこととしています。	
目標の設定と取り組み	☒ 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 ☐ 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 ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) ☐ 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	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 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 ☐ 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 重要課題を意思決定の明確化として、具体的な目標を意見や提案に対して放置せず職員会議で話し合うこと等としました。 目標達成のため、意見等について職員会議で協議し、決定された事項は、職員全員が実行することに取り組みました。 取り組みを検証した結果、職員会議において、前回の会議までに決定した事項を振り返り、上手くいっていない点などは解決策を協議するなど、職員会議の協議と職員全員で決定事項を実行する取り組みは進んでいることを確認しています。 取り組みを継続していき、必要に応じてマニュアルの整備もしていくこととしています。	

評価項目2

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2)

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)

(本年度当初から施設長が交代したため、重要課題・目標は本年度設定したものとした)

利用者支援方法の統一を重要課題として、個人の判断での支援ではなく、個別支援計画にもとづいた事業所としての統一した支援を提供することを具体的な目標としました。

目標達成に向けて、職員の連絡ノートから統一すべきと思われる支援内容を抽出し職員会議で職員の意見を募ること、現在は統一されていませんが本来統一すべき支援内容がないか職員会議で話し合うことに取り組みました。

取り組みの結果、統一すべき支援内容と判断されたものについては、サービス管理責任者が利用者の個別支援計画に盛り込んだり、別途個別の支援手順を作成し、職員が統一した方法で支援することになりました。また、支援方法が統一されていないことを職員一人ひとりが把握でき、支援方法が統一されていると利用者もより安心して過ごすことができる、ということもわかりました。

今後も、取り組みを継続していくこととしています。

目標の設定と取り組み	☒ 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 ☐ 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 ☐ 具体的な目標が設定されていなかった
取り組みの検証	☒ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った ☐ 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていない(目標設定を行っていない場合も含む) ☐ 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	☒ 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた ☐ 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 ☐ 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2で確認した組織的な活動や評価の選択に関する講評

重要課題を利用者支援方法の統一として、具体的な目標を個人の判断での支援ではなく、事業所としての統一した支援を提供することとしました。

目標達成のために、統一すべき支援内容について職員会議で話し合うことに取り組みました。

取り組みを検証した結果、統一すべき支援内容と判断されたものがあり、これらについては支援手順を作成し、職員が統一した方法で支援することになったことを、確認しています。

今後も、取り組みを継続していくこととしています。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目 (カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 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		
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当	
☒ あり ☐ 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にしている	☐ 非該当	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当	
サブカテゴリー1の講評			
ホームページ、広報誌、またパンフレットで事業所を紹介しています 事業所が属する法人のホームページに、各事業所の紹介があり、また法人の広報誌「ゆうあいだより」にも、事業所の情報を掲載しています。いずれにも法人の基本理念、概要、また利用案内などで各事業所の利用内容を紹介しています。みどり西東京の理念は法人の理念を踏襲して、利用者が快適で充実した毎日を過ごし、利用者一人ひとりに適したケアを行うことであると述べています。読む人に事業所の姿勢、あり方をわかりやすく説明し、事業所での生活介護の実際や作業内容、また活動状況を紹介しています。 特別支援学校のカリキュラムの一環として2年生や3年生の学生が実習に訪れます 長年にわたり母体の法人はこの地域の障がいを持つ子どもの支援に携わっており、この地域の行政や障がい者関連機関によく知られています。近隣の特別支援学校にとってもなじみの深い事業所です。毎年カリキュラムの一部に事業所での実習が組み入れられています。特別支援学校2年生や3年生数名は、毎年、3日間から5日間、朝9時半から15時までの現場実習を経験しています。この実習生の中で、支援学校卒業後事業所を実際に利用する学生もあり、この事業所は、地域に根付いた障がい者支施設であるとよく知られています。 希望者には柔軟な日程で見学ができ、また実習体験も数日間の実習ができます 電話相談や見学はいつでも受け入れており、担当は施設長、サービス管理責任者などのベテランの職員が付き添い、見学者には十分に説明できるように心がけています。見学時間もフレキシブルで、たとえば日中の活動がわかりやすい時間帯の見学を薦めています。実習につながった場合は、2日から3日間で体験実習として、事業所で実際の作業内容や活動に実際に参加して、利用者のさまざまな質問や疑問に返答ができ、また利用希望者が周囲の環境に十分馴染んでもらえるようにします。また原則として同性の職員が毎日支援します。			

サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	☐ 非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ-2の講評		
入所時には利用者、家族や関係者と面談し、重要事項説明書や利用契約書等を確認します 契約時には施設長と利用者家族、保護者と入所時の書類、全てを読み合わせて、内容に不明な確認を説明し、納得したのち署名をお願いします。これら一連の手順は記録に残しますが、後日再確認の必要があれば、再度説明します。同じく重要事項説明書では事業所のルールなどに対してもし利用者や保護者からの意見や要望があればその内容を記録し、納得した場合に署名してもらいます。利用開始にあたり、利用者や保護者と事業者の間に行き違いがないようにします。 利用前の生活状況を家族や関係者から聞き取り、本人の生活が継続するように支援します サービス開始前の利用者の生活実習前の情報を家族や保護者、また支援学校の担当教員などから事業者は聞き取りをします。本人のそれまでの生活状況や習慣、身体状況、行動、本人の価値観、大切にしていること、好み、嫌なことなどをすべて把握したうえでサービスを開始します。入所時には特別に留意し本人の座席から、事業所の一日の流れに沿って利用者を観察しながら朝礼や終礼での職員の意見を加味し、細やかな支援をします。本人にとって、不安やストレスができるだけ少ない新たな環境で利用できるように職員は配慮し、利用者を受け入れます。 円滑なサービス開始ができるように、事前に家族や保護者から生活状況を聞き取ります まず入所が決まったら、サービス開始前に家族や保護者にフェイスシートとアセスメントシートを渡します。入所初日までに利用者についての生活状況や、好み、趣味などをできるだけ記入してもらいます。その後、事業所では特別支援学校の先生との面談から得た情報を施設長やサービス管理責任者が加味して、これらのシートを完成させます。そして、利用者に関わる職員がいつでも閲覧できるようにファイリングしています。このようにできるだけ多くの情報を得て支援を開始するので、本人は戸惑うことなくスムーズに事業所で生活ができます。		

サブカテゴリ3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/10
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(〇〇〇)		
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(〇〇〇)		
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りを整備している	○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(〇〇)		
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くみがある	○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(〇〇)		
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		
事業所独自のフェイスシートで利用者の情報や要望を記録し、複数の職員で支援します サービス開始にあたり、事業所ではフェイスシートを準備して、サービス開始前に保護者からあらかじめ本人のこだわり、強み、理解力、難しいこと、楽しいことなどを具体的に記入してもらいます。現在この書式はより適切な支援ができるように改定中です。利用者の担当職員は入所時に決まり、マンツーマンで支援しますが、最初の1ヶ月程度はサービスはじめのストレスや不安、また本人の障がい特性に対応するため、数名の職員が重層的に支援に係ります。本人に合わせて、短時間や週1日の利用からスタートして支援します。		
事業者所定の個別支援計画書を作成し、連絡帳を参考にして頻繁に見直しています 本人はどのような生活を望んでいるか、本人にとって事業所での毎日は楽しく、充実したものであるように、個別支援計画を作成します。利用者は自宅やグループホームと事業所の連絡帳がありますが、この連絡帳を介し、相互に本人の状況がわかります。例えばグループホームから前夜の睡眠不足との記載があれば、事業所は当日すぐに対処できます。また毎日の送迎時に職員と顔を合わせ、プチ面談で、本人や家族の要望は把握できます。毎年の保護者面談や、6か月に一度のモニタリングなどから個別支援計画は定期的に、また常時見直します。		
利用者に関する記録は所定の場所に置いてあり、職員は必要時にいつでも閲覧します 利用者の個別支援計画書を含め、フェイスシート、アセスメントシート、保護者面談シート、その他利用者に係わる書類や書式は、職員が必要な場合にはいつでも閲覧できるように所定の戸棚に整理され、いつでも閲覧できるようにしてあります。支援記録には利用者の一日の作業や活動の様子や身体状況、利用者の体調や服薬状況等、その他、利用者についての情報が記録してあります。職員は支援に必要な情報を得たいときや疑問がある場合、また修正すべき時などに参考します。またサービス調整会議録などの会議録も参考にできます。		

サブカテゴリ5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	☐ 非該当
☒ あり ☐ なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	☐ 非該当
サブカテゴリ5の講評		
利用者の個人情報保護の取り扱いは契約時に説明し、利用者は安全な日常を送ります 入所時に利用者や保護者と契約を取り交わし、本人の個人情報保護、プライバシーの取り扱いについて説明します。ホームページ、会報やその他への利用者の写真掲載また、日常の活動も安心して過ごせるように情報発信には注意していることを説明します。職員は行政や関係機関やその他外部との連絡にも留意します。また職員は入所時に退職後を含めて、利用者保護、秘密保持の雇用契約を結んでいます。事業所は 利用者は本人専用のロッカーを使用します。トイレは20人の定員に対して3か所あり、原則、同性介助し、着替えは個室で行います。 多面的な視点から虐待防止委員会を毎月開催し、利用者の保護に努めています 事業所では、系列の事業所と虐待防止委員会を毎月開催しており、本年9月には職員のセルフチェックの集計分析、たとえば、否定的なマイナスや疑問点の項目を確認します。また虐待防止研修について内部研修での事例検討や虐待関連のアンケートなどを検討しました。加えてこの虐待防止に関連して、次の委員会では職員の労働環境、労働条件の確認や改善も検討事項に加えています。事業所は包括的視点からサービス利用者の価値観、権利や個人の意思を尊重した支援をするように努めています。利用者は本人の気持ちや状況にあった活動や作業に参加できます。 利用者が余裕のある時間を過ごし、不快な思いをしないように職員は工夫します 事業所や職員が最も重要と考えていることは、利用者一人ひとりに適したケアをすることであり、個別支援計画で本人の支援目標にそって支援します。この支援目標は本人や家族の意見をもとにしたものですが、職員は支援を提供した際の様子をよく観察し、本人が嫌がる素振りがあったら支援を中止します。本人がいやだ、ノーと言って、本人が嫌がることは極力避けるように職員は努めています。この結果、本人の望む作業や働き方が提供できています。午後には昼寝の時間をもうけて、精神的に余裕があり、無理のない一日を過ごせるようにします。		

サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/5
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(〇〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 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(〇〇)		
評価	標準項目	
☒ あり ☐ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	☐ 非該当
☒ あり ☐ 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	☐ 非該当
サブカテゴリー6の講評		
現在一部のマニュアルはすでに作成しており、残りのマニュアルは作成中です 事業所では基本的なマニュアルはすでに作成しています。例えば、緊急時や防災、また感染防止や虐待防止などのマニュアルは準備してあります。また、様式ツール集には現在8種の様式が完成しており、推進体制の構成メンバーリスト、職員・利用者・体温・体調リスト、来所者への体温チェックリストなどの様式が整っています。このように、マニュアルの大枠はすでにできています。例えばすでにある一日の流れについては、新人教育や派遣社員に業務を説明する際に使用していますので、オリエンテーションの一環として使用できます。 支援する職員のみならず、マニュアルの見直しには家族の意見も反映しています 現在のマニュアルは、一年に一度見直しをします。見直しの参考となる職員の意見は日常的に吸い上げて聞き取りし、記録して、参考意見になります。その他、手順書の整備そのものを検討する場合があります。職員の意見のみならず、家族の意見も反映します。例えば送迎時間の変更や、事業所での活動の内容についての要望は新しく取り入れます。事業所内では、あらゆる角度から現存のマニュアルへの見直しをはかります。リスクマネジメントでは、感染もリスクマネジメントとしてとらえる、虐待については貼りが形骸化しているのではないかなどです。 日常の業務や支援に質問がある場合は上司にアドバイスを仰ぎます 毎日の業務、利用者支援やその他について職員は質問があれば、現存するマニュアルを参考にしますが、もしさらにアドバイスが必要であれば、おおむね施設長や他の職員に尋ね支援の参考にします。その他、各会議録や申し送りの内容から支援方法を参考にする場合もあります。現在事業所は、まず現在の利用者の障がい特性や各利用者の状況にあった支援方法についてマニュアル作成に向けて検討中です。		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

サブカテゴリ4																
サービスの実施項目	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 21/21															
1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、利用者の望む自立した生活を送れるよう支援を行っている 評点(〇〇〇〇) <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当	●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当
評価	標準項目															
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	○非該当														
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当														
●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している	○非該当														
●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている	○非該当														
評価項目1の講評 会議等で計画の内容を確認していますが、職員の把握度合いを確認する必要があります 個別支援計画の内容は、モニタリングなどの見直しのタイミングで全職員が確認しています。それをふまえて、日々の支援にあたることで計画に沿った取り組みとなっています。もし利用者の状態に変化等があった場合には都度話し合い、支援内の変更も必要に応じてしています。ただし、職員全員が計画の内容を十分に把握したうえで支援できているかをチェックする機会はないため、何らかの取り組みが必要ではないかと施設長は考えています。 利用者の障がい特性に合わせてコミュニケーションをとっています 様々な障がい特性をもつ利用者を受け入れており、コミュニケーションの取り方も個々に合わせて対応しています。たとえば、同じことを何度も聞いてくる利用者には、本人が納得するまで職員は答えるようにしています。トイレや水分補給の時間を予め決めている利用者には、本人が自ら行動を起こすこともありますが、職員から声をかけて促すようにしています。利用者調査では、利用者からの不満や要望について職員が答えてくれていると多くの利用者が回答していることから、コミュニケーションが取れている様子がうかがえました。 利用者の相性を考慮して活動や送迎車、食事の配置を決めています 利用者同士の相性を考慮して、日中の座席や送迎車の組み合わせを決めています。特別支援学校から新卒で入所した利用者が2人いて、利用開始時の不安を少しでも解消するように隣同士の席に配置することで、安心できる環境を作っています。また、食事時の座席も他の利用者とのバランスを考えて、それぞれが落ち着いて食べることができるような配置を考えています。利用者が関係者以外の人と話す機会はなかなかなく、ドライブで公園に行った際には、職員から周囲の人たちに挨拶をすることで少しでも会話に発展するようにしています。																
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(〇〇〇)・非該当1 <table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>○あり ○なし</td> <td>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</td> <td>●非該当</td> </tr> </tbody> </table>		評価	標準項目		●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	○あり ○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	●非該当
評価	標準項目															
●あり ○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	○非該当														
●あり ○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	○非該当														
●あり ○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	○非該当														
○あり ○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	●非該当														

評価項目2の講評		
利用者が過ごしやすい環境を個別に合わせて提供しています 契約時に家族や学校関係者から利用者のそれまでの生活の様子をよく聞いて、本人が自分らしく事業所においても過ごせるように配慮しています。職員は利用者の表情や態度を注意深く観察し、不自由なく過ごせているかを確認しています。時に声をかけて様子を見て、過ごし方を見直すこともあります。他の人とかかわりが難しい場合には職員が1対1で付いて、場合によっては別室で過ごして落ち着きを取り戻してもらうようにしています。事業所内には区切られた部屋もあることから、有効活用しています。 室内環境をうまく活用し、利用者が思い思いに過ごせるように工夫しています 元々はクリニックがあった場所を借りていて、中心となる部屋では机を並べて利用者がそれぞれの作業をできるようにしています。区切られた部屋には運動器具などを一部置いています。全員で使うことは少なく、特定の利用者が気に入った部屋がある場合には、そこで落ち着いて過ごしてもらっています。死角にならないよう、職員は利用者の動きに目を配り、それぞれが思い思いに事業所で過ごせるように見守っています。室内の美化については委員会で話し合っています。		
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(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
評価項目3の講評		
コロナ禍以降も継続して感染管理を実施し、利用者の健康管理につとめています コロナ禍の期間は極めて厳格に感染管理に努めてきました。感染が落ち着いた現在でも引き続き厳密な感染対策を実施しています。日常的な感染症対策として、毎月感染症対策・美化委員会を開催します。過去の議事録によると、市中感染状況、新型コロナ及びインフルエンザの事業所内感染状況、送迎車内の消毒や検温、また換気などの実施状況の報告、及び清拭、換気、手指消毒、検温、マスク等の感染対策について記録があります。感染症BCPの点検等の検討もしました。コロナ禍以降も罹患した利用者はなく、感染対策は充分であると考えられます。 健康管理のマニュアルを作成するなど、利用者の健康に留意しています 健康管理マニュアルを作成して利用者の健康管理に対応しています。入所時に面談や記録で本人の医療的ケアのニーズを把握します。もし事業所を利用中に体調が悪い時は休憩できるスペースを準備しており、利用者はいつでも休憩が取れます。てんかん等の発作の場合もマニュアルを備えています。もし発作時間が長ければ家族に連絡し必要時には救急車を呼ぶなどの対応をします。体調不良時には必要に応じて医療機関に受診に付き添います。年に一度の定期健康診断を実施し、嘱託医師も確保し、また看護師は月に2度、体重、血圧や脈拍測定をします。 服薬マニュアルの手順にそって職員は利用者を支援します 事業者は服薬マニュアルを整備しており、保管、配薬準備、服薬助動などの項目について作成しています。職員はこのマニュアルを参考にして服薬管理をします。服薬時の異常や誤服薬が生じた場合は、協力機関の医療機関に連絡すると明記しており、この手順にそって職員は服薬支援をします。薬の管理は3名の職員で担当します。ある利用者についての記録を見ると、まず服薬を確認をした時間を記録しその後、2名の職員が残薬のチェックをしています。この手順で服薬管理を実施しています。現在服薬に関するヒヤリハットは過去1年間にありません。		

4 評価項目4 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている			評点(〇〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている		○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている		○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている		○非該当
評価項目4の講評			
本人の意に反する、また不利益にならないように努め、家族と十分に連絡を取り合います 利用者によっては自分で意思の表現が難しく、家族といえども自分について情報を伝えたくない場合、また自分の気持ちを表現できない、伝えられない場合があります。このような場合に職員は本人の意思を尊重し、家族への連絡が果たして良いものかを熟慮し本人に確認します。このために職員は常日頃から家族との良好な関係を構築するように心がけます。送迎時に職員は家族と顔を合わせ、また連絡帳で日常の様子を共有します。年に1度は保護者面談で家族や本人への支援を確認します。グループホームで生活している利用者については世話人と連携します。 法人発行の広報誌やホームページで事業所の活動を家族や関係者に伝えていきます 法人の広報誌「ゆうあいだより」、手に取りやすい緑色のB4版を半折りにした「お便り」を発行し、家族や関係者へ配布しています。内容は法人全体の活動を紹介しており、各事業所の作業内容や活動を黒白の写真やイラストで掲載しています。秋に発行された「ゆうあいだより」には、横須賀への日帰り旅行の様子、ボウリング＆食事会について、消火訓練などの行事、また献立などを掲載しています。また、ホームページではこの広報誌も含め、一般の人も見れるようになっています。家族は利用者の状況や情報をいつでも確認できます。 連絡帳、電話、また家族・関係者との面談を密にして、本人の意向を確認し支援します 職員は家族と話しやすい関係を保つように努め、利用者支援に繋がります。家庭での生活習慣、本人の表情の判断、声を出し興奮する場合、また本人の立ち振る舞いなど、家庭での情報を詳細に聞き支援します。もし職員が対応に困る場合や不明な場合はすぐに家族と連絡を取り、本人が望む支援を確認します。さらに休日の過ごし方、快適に過ごしているかなどを尋ね、支援に生かします。一方、家族からは本人の自立を促すために、無理なく事業所で過ごせるようにどのように支援したらよいか、家族からの職員への要望も確認しながら利用者を見守ります。			
5 評価項目5 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている			評点(〇〇)
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている		○非該当
評価項目5の講評			
利用者は毎日のドライブや散歩で地域のつながりを感じています 事業所の休憩スペースには、利用者のためにぬいぐるみや絵本が置いてあり、利用者はいつでも手に取ることができます。数多くの近隣公園へのドライブや散歩は毎日の行事で、利用者は数台の車で地域に繰り出しています。土曜日は通常休日ですが、月に一度は開所し大変好評です。9月の土曜開所では武蔵野公園まで外出し、ファミリーレストランで購入した昼食を事業所で食しました。ウォーキング、公園散歩は毎日の活動となっており、地域の一員であると利用者はしっかり実感できています。 事業所は市からの情報や、相談支援事業を積極的に取り入れ利用者へ届けています 市からの障がい関連の情報は利用者や家族が確実に周知できるように努めています。地域イベントへの参加や福祉団体のバザー、コロナの定期接種、その他利用できるものを積極的に取り入れ、利用者へ届けています。コロナで一時中断していたボランティア講師によるダンスクラブや音楽クラブ活動も再開しつつあります。避難訓練も実施し、利用者は自分は地域の一員であると再認識します。また地域の社会資源に詳しい相談事業所も利用者へ紹介しており、利用者や家族に声かけ配布物を渡し、地域への参加を積極的に促し、関係機関とも協力しています。 事業所は近隣から実習生を受け入れ、利用者は地域の一員となっています 事業所は昨年度の秋に特別支援学校3年生3名を現場実習、また2年生1名を就業体験として受け入れました。また福祉センターからも1名の体験実習生を受けました。その他、活動のためのダンスクラブの指導にボランティア1名も受け入れていました。これらの実習生やボランティアと利用者は過ごすことで、地域の一員であると自覚できます。また外部に対しては地域に開かれた事業所としても知られています。一部の職員はもっと地域交流があった方がよい職員調査での意見もあり、事業所はこれも参考に、さらに地域との関係を構築する意向です。			

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	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
評価項目6の講評		
利用者にとって無理のない活動を通して、一日を楽しく過ごせるように職員は務めます 事業所では毎日の生活支援を行う中で、利用者なりの生活介護や運動、また本人に合った創作活動ができるように心がけます。たとえば本人が現在できている生活活動を維持し、さらに向上するように支援します。支援計画では目標を少し上げて本人が無理なく一日を過ごせるようにします。現在ヘルメット部品の組み立ての作業を行っていますが、利用者には無理なく楽しめるように一人ひとりの状況にあわせます。運動、ダンス、乗馬マシーン、ドライブや散歩を通して楽しめるように心がけ、休憩が必要な場合は休み、無理なく一日を過ごせるように支援します。 一人ひとりの利用者について本人のペースに合わせて支援します 利用者の食事について、夏の職員会議で検討した議事録では、利用者の食事についての見守りと観察の結果から、食事提供のあり方について話し合い改善しました。食事の安全性を担保するために、おかずをカットして提供してきましたが、食べる速度や、戻す場合について、声掛けすればゆっくりむせずに食べれる、水分補給を促し、また落ち着いて食べる環境にすれば、おかずを詰まらせずに摂取できる、常食でも安全に摂取できることがわかりました。また椅子を移動して環境を整えれば安全でもあることがわかり、支援に繋がりました。 利用者が自分でできることは自分で行うようにと事業所は考えて支援します 利用者ができるだけ自分のことは自分で行うようにと職員は支援します。利用者は自分で朝と帰りの準備をします、朝はタイムカードを押し、カバンをロッカーに入れ、連絡帳は所定のカゴに入れ、職員が記入できるようにします。食事は自分のペースで食べ、食後は食べた弁当箱は自分で片付けます。帰りの時には連絡帳をカバンに入れます。タイムカードを自分で押し帰宅の準備をし、帰りの送迎車では、自分でシートベルトを着用します。職員は見守りながら安全を確認し、その後これら一連の利用者の動きを職員は支援記録に残します。		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	5-2-1	組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいる
タイトル①	職員一人ひとりの気づき等を話し合いサービスの質の向上に活かすよう取り組んでいます	
内容①	職員一人ひとりの気づきや工夫について職員相互で話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かすよう取り組んでいます。常勤・非常勤職員がともに参加する職員会議や毎日の朝礼で、利用者に対する支援方法などに関して、気づいた点等を話し合っています。職員会議の回数を増やし毎週開催する取り組みをおこなっており、職員がより多く意見を交わす機会を設けるように努めています。なお、職員自己評価の結果を見ると、こうした取り組みをさらに強化する余地があるように思われます。今後も取り組みの継続が期待されます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-5	利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている
タイトル②	事業所は実習生を積極的に取り入れ、利用者が地域社会の一員と感ずるよう支援します	
内容②	事業所は特別支援学校からの実習生を積極的に取り入れて利用者の地域社会への生活拡大や社会貢献を実践しています。また地域の人々が障がい者をより理解できるように働きかけています。事業所での実習生の受け入れは支援学校のカリキュラムの一環として協力しており、学校の2年生や3年生を柔軟な日程で受け入れています。実習生の受け入れは、地域の人々の障がい者への理解を促します。事業所は月に一度休日に開所しており、利用者は平日の活動に加え、地域への生活拡大を経験し、地域への貢献もします。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-6	【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
タイトル③	利用者へは細やかで穏やかな取り組みの中で本人にとって最適な方法を編みだします	
内容③	利用者一人ひとりの状況、本人の能力に沿い、職員は情報を共有し、無理のない支援を心がけています。食事の見守り、作業の場面でも本人ができる無理のない範囲で生活する力の維持・向上を支援目標にしています。利用者によっては休憩をはさみながら一日を過ごせるように、一人ひとりの利用者にあわせたケアの提供をします。職員は支援の効率化を目指すのではなく、緩やかに、時間をかけてきめ細かい丁寧な支援をします。また事業所利用については利用者の状況にあわせた柔軟な対応です。週に1回、午前、午後のみの参加もできます。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	全職員が毎月自己チェックシートにより自らの日常の言動を振り返るなど、利用者の権利擁護、職員の虐待防止に積極的に取り組んでいます
	内容	利用者の権利擁護、職員の虐待防止に積極的に取り組んでいます。毎月、全職員が自己チェックシートにより自らの日常の言動を振り返っています。また、チェックシートの結果は虐待防止委員会が集計し、内容分析・状況把握をおこなっており、職員による利用者に対する虐待がおこなわれることのないように努めています。委員会では虐待防止指針の作成や研修の企画・実施をおこない、職員への啓発・周知をおこない、虐待の防止に取り組んでいます。また、職員が虐待が疑われる事例等を発見した場合に、通報がしやすいよう事業所内の環境も整えています。
2	タイトル	事業所では個人や、利用者個々の生活習慣を尊重し、一人ひとりの状況に応じて、楽しく生活できるようにきめ細かな支援をしています
	内容	事業所の連絡帳、支援記録や職員会議の記録によると、毎日の生活の中で利用者同士が穏やかに毎日過ごせるように支援していることが見えます。ある利用者同士が朝と夕に玄関で少しトラブルがあった場合、起きたことは些細なことでしたが、なぜそのようなことが起きたか、どうすれば避けられるかを家族の意見も聞いて職員は検討します。このケースでは職員配置を少し手厚くし、距離や時間差をもうけ、声掛け見守りで利用者同士がお互いを尊重できました。職員は利用者が毎日スムーズに事業所で過ごし、生活できるようにきめ細かな支援をします。
3	タイトル	事業所ではドライブ、散歩、その他の身体的な活動を、毎日の生活にできるだけ多く組み込んで生活の活性化や利用者の生活拡大を図ります
	内容	事業所の近隣には自然に恵まれ、数多くの公園があります。そこで数台の車両に分かれて、必ず毎日午前と午後にはほぼ全員の利用者が近隣のドライブに出掛けて、楽しい時間を過ごしています。車中から景色を見ながら、公園まで練り出します。そしてしばらく散歩し、帰路につきます。このドライブで、利用者は地域の人々とのふれあいを体験し、身体的にも健康的な運動ができ、精神的にも新鮮な空気に触れリフレッシュができます。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	職員の個人別育成計画策定の仕組みを整え、計画の内容・成果を施設長・職員相互で確認するなど育成を計画的に進める取り組みが望まれます
	内容	職員に様々な研修の機会を与え、新入職員には指導担当者を付けるなど、職員育成に取り組んでいます。一方、職員一人ひとりの意向や経験に基づいた個人別育成(研修)計画を策定していません。また、職員との定期的な個別面談は法人の理事長がおこなっており、事業所を統括する施設長はおこなっていません。個人別研修計画を策定する仕組みを整え、これに合わせて、研修計画の内容・成果を相互に確認する施設長・職員の個別面談を実施するなどして、事業所のめざすことの実現に向けて、職員の育成を計画的に進めていく取り組みが望まれます。
2	タイトル	サービス提供の標準化にはマニュアルが必要であると認識しており、一通りのマニュアルの整理を期待します
	内容	事業所は現在までに、運営に必要な基準書、基礎的な感染症、緊急時、リスクマネジメント、工賃計算マニュアルなどは整備していますが、利用者支援のマニュアルはまだ完成していません。全ての職員が利用者支援を標準化し、職員によるムラのないサービス提供の質を担保し、質の向上にはマニュアルが必要であると認識していることが、職員自己評価の結果から推測することができます。これらの作業を進めていき、早期に完成させることを期待します。
3	タイトル	事業所の将来に向けた計画的な運営が展開されるよう、中長期計画及び事業計画の策定と確実な実行を期待します
	内容	中長期計画及び事業計画の策定とその実行については全体的に課題がある状況といえます。まずは事業所の将来を見据えて中長期計画を策定するところからスタートすることが望ましいと考えられます。開所して5年を経過し、基本的な部分はできている状態ですので、これをふまえて将来の目標を明確にすることが望まれます。そして、計画を実行するにあたっての役割分担や達成度合いを測る指標の設定など、仕組みを構築していくことが必要になってくると思われます。より計画的な事業所運営が実践されることを期待します。