

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

〒 145-0062

所在地 東京都大田区北千束三丁目17番17号

評価機関名 特定非営利活動法人グローバルサポーターズネットワーク

認証評価機関番号

機構 -

電話番号 03-6425-2541

代表者氏名 徳永 泰行

印

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		修了者番号	
	①	伊藤 朋春	H1001060	
	②	酒井 雅子	H1401056	
	③	徳永 泰行	H1401055	
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	生活介護			
評価対象事業所名称	生活介護事業所あんだんて		指定番号	1311104028
事業所連絡先	〒	144-0034		
	所在地	東京都大田区西糀谷二丁目9番4号 ウイングピア美園101号室		
	TEL	03-6423-7560		
事業所代表者氏名	管理者 山下 彩花			
契約日	2025年 7月 14日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025年 7月 23日			
利用者調査結果報告日	2025年 9月 2日			
自己評価の調査票配付日	2025年 7月 23日			
自己評価結果報告日	2025年 8月 26日			
訪問調査日	2025年 9月 5日			
評価合議日	2025年 9月 5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)	事業評価にあたっては、事前に資料を事業者から提供してもらい、評価者各自が読み込みました。訪問調査には評価者3名で事業評価を専門的に確認できるようにしました。評価にあたっては経営層や現場の職員からのインタビューと保存されている書類や記録等を閲覧確認しました。報告書作成にあたっては第三者性を確保しつつ、評価者の合議を通じてまとめました。			

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 11月 日

事業者代表者氏名 山下 彩花

印

1	<b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b>
	<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)利用者さん一人ひとりが表現されるニーズを汲み取り、その人らしく過ごすことができるよう、個別性に沿った支援を行います。</p> <p>2)利用者さんの一番の理解者であるご家族とのコミュニケーションを大切に、利用者さんをよく知る第三者となることでご家族のその人らしい生活も支援します。</p> <p>3)利用者さんにとって家庭以外で安心して過ごすことのできる場所となり、地域社会との交流をはかることで、利用者さんの自立を支援します。</p>
2	<b>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）</b>
	<p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・職員の価値観を押し付けることなく、利用者寄り添うことができる人材。</li><li>・他事業所と比較して定員が少ないため、利用者ひとりひとりの個別性に沿った支援を提供することが可能である。スタッフ間での情報共有を円滑にすることで統一した支援を提供する。</li><li>・利用者職員が信頼しあえる家庭的な環境づくりを行う。利用者さんの一番の理解者であるご家族とのコミュニケーションを大切に、個別性を熟知した関わり、支援の提供を行う。具体的には、連絡ノートを活用、送迎時のコミュニケーションや個別支援計画の見直しの際の面談などを通じて密にコミュニケーションをとる。</li></ul>
	<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>自分が当たり前に行っていることが相手にとって同じように当たり前ではない、自分にとって良いことが相手にとってもそうとは限らないという視点を持ち、利用者ご本人が本当に望むことは何なのかを汲み取り、寄り添って考え、実現するためのサポートをしてほしい。</p>

調査対象

利用者調査は全数調査として行いました。アンケート調査として27名の利用者に行いました。

調査方法

利用者27名に、事業所を通してアンケートを配布していただきました。記載済みのアンケートを専用の密閉できる返信用封筒に封入していただき、回収および集計をしました。

利用者総数

27

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
27	0	27
15	0	15
55.6	0.0	55.6

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

有効回答者割合は55.6%と半数以上の方からの回答を取得でき、アンケート内容に関しても概ね良好な回答が得られました。また、総合的な感想では、回答者全員から「大変満足(10名)」「満足(5名)」との回答が得られたことから、事業所に対する満足度の高さがうかがえます。

## 利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	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	14	1	0	0
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	13	1	0	1
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	15	0	0	0

とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。

4.【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	15	0	0	0
とても良好な回答結果を得られました。「本人は楽しそうに出かけますので、安心してお願いしています。」との自由意見が得られました。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	14	1	0	0
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	14	1	0	0
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
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	2
とても良好な回答結果を得られました。「信頼してお願いしました。」との自由意見が得られました。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	8	2	0	5
概ね良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	14	1	0	0
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	13	1	0	1
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				

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	0	0	2
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
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	13	1	0	1
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	14	0	0	1
とても良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				
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	8	1	0	6
概ね良好な回答結果を得られました。自由意見はありませんでした。				

## I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリ1～3、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	
●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1の講評		
<p>パンフレット、ホームページやSNSを活用して事業所情報を提供しています</p> <p>当事業所は、透明性の高い情報公開を通じ、利用者と家族に安心と信頼を提供することを大切にしています。施設全体に関する情報(事業所の概要、サービス内容、アクセス等)は、パンフレットやホームページにて提供しています。また、利用者の皆様のいきいきとした日常生活については、InstagramやLINEを積極的に活用し、動画を交えながらリアルタイムで情報提供をしています。これにより、活字だけでは伝わりにくい事業所の雰囲気や温かさを、より分かりやすく、イメージしやすい形でお届けしています。</p> <p>見学希望については電話やSNSを活用して個別対応をしています</p> <p>当事業所では見学をご希望される利用者や家族からの連絡を電話やSNSを通じて、多様な方法で受け付けています。入所を検討されている方々には、他の利用者の実際の日常生活の様子を必ず見学していただくことを強くお勧めしています。これにより、事業所での生活をより具体的にイメージし、事業所利用の重要な判断材料として活用していただけるよう促しています。見学の際には希望される利用方法や家族・相談支援専門員からの情報等を含めて丁寧にヒアリングし、個別のニーズに対応した情報提供を行う仕組みを整えています。</p>		

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		
<p><b>重要事項説明書等の文面を具体例を交えて説明しています</b></p> <p>サービス開始前の契約手続においては、まず重要事項説明書について、サービス管理責任者などの専門職員が丁寧に説明します。この際、説明が抽象的にならないよう、実際にあった事業所での日常的な出来事や具体的な利用例を交えながら行うことで、利用者の皆様が安心して通所できるよう、事業所での生活がリアルにイメージできる工夫をしています。全ての説明を行い、十分な質疑応答を経て、利用者の疑問や不安が解消されたことを確認したのち、個人情報の取り扱いに関する同意、そして契約書への署名・同意をいただく流れを徹底しています。</p> <p><b>サービス開始の不安解消だけでなくサービス終了後も継続して支援をしています</b></p> <p>サービスの開始の際は、ミスマッチ防止のため、相談支援専門員や通所先等と連携し、入念な情報交換から始めます。収集情報は管理者が特性を確認しサービス管理責任者と共有し、これを基に個別支援計画の原案と具体的な対応方法を作成し、職員全員に伝達し、均質な支援を可能にしています。また、サービスの終了、特に就労系サービスへ移行する利用者には移行先の機関と連携し、移行後の精神的不安を軽減するため、定着が確認できるまで、当事業所の職員が電話相談等を通じた継続的なフォローアップ体制を整えています。</p>		

サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 10/10
<b>評価項目1</b> 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
<b>評価項目2</b> 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みを整備している	○非該当
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録を適切に作成する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
<b>評価項目4</b> 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. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	○非該当
サブカテゴリー3の講評		
<b>サービス等利用計画を確認し個別支援計画に反映しています</b> 事業所での個別支援計画は、相談支援専門員が作成したサービス等利用計画に沿って、サービス管理責任者が作成します。計画作成にあたっては、3月と9月のモニタリング月に本人の希望や状態を丁寧に確認することで、利用者の真の希望に沿った計画となるよう定期的に更新しています。また、利用者の状態に変化等が生じた場合は、担当職員や家族と速やかに連携し、計画を見直すための臨時会議を随時行う仕組みを整えており、常に実効性の高い支援を提供できるように努めています。		
<b>職員間で利用者情報を共有できる仕組みを整えています</b> 利用者に関する情報は、利用者ファイルと日々の支援経過をもとに、管理者やサービス管理責任者が中心となり管理しています。職員は、情報漏洩防止のため事務室内での閲覧を通じて、必要な情報の確認を行います。また、緊急時や迅速な対応が必要な場合、正式記録への落とし込みに先行して、職員間のLINEグループチャットを活用しています。管理者やサービス管理責任者が、急遽実施したミーティング等で確認した内容を入力し、全職員でそれらの情報を共有し、一貫性のある支援を可能にする仕組みを整えています。		

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(000)
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(00)
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		
<p>ホームページ等に掲載する利用者活動にも配慮し個人情報の対応をしています</p> <p>当事業所では、ホームページ、パンフレット、SNS(Instagram/LINE)を活用し、事業所情報や利用者の皆様のいきいきとした日常生活の様子を積極的に発信しています。情報発信にあたっては、利用者様のプライバシー保護を最優先しています。そのため、サービス契約時に、個人情報保護に関する同意と合わせて、写真・動画の掲載の可否について詳細な説明を行います。掲載可能な方、一部顔を隠せば可能な方など、利用者本人の意向を細かく確認し同意を得て掲載する仕組みを整えています。</p> <p>利用者のサービス情報の管理を徹底しています</p> <p>利用者の様々な情報が記載されたファイルは、情報漏洩防止のため、鍵付き書庫のある事務室にて厳重に管理しています。職員は閲覧後に速やかに書庫へ戻し施錠することを徹底し、情報の不必要な持ち出しを防ぐ体制です。また、特に機密性の高い個人情報を含む受給者証や保険証等の証書関係は、管理者またはサービス管理責任者が責任をもって預かり、確認を行うことで、取り扱う職員を限定し、重要情報の管理に最大限配慮しています。</p>		

サブカテゴリ-6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
<b>評価項目1</b> 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(000)
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
<b>評価項目2</b> 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(00)
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改変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-6の講評		
<p>手引書は個人ごとに丁寧に作成しています</p> <p>利用者への均質かつ適切な支援のため、手順書は個人ファイルにて厳重に管理し、利用者ごとの障害特性を分かりやすくするため、写真等を貼付して個別に作成しています。手順書作成にあたっては、利用者が通学していた特別支援学校や他の支援機関との連携を通じて、日常の情報を共有してもらうほか、管理者自らが入所前に見学を行い、利用者の特性を直接的に把握します。これらの多角的な情報を基に、各利用者にとって最適な独自の手順書を作成・運用し、支援の質の向上に努めています。</p> <p>サービスと手順書を定期的に見直しています</p> <p>当事業所では、3月と9月をモニタリング月と定め、計画的な見直しを基本ルールとしています。管理者やサービス管理責任者が、前回の計画内容で困りごとがないかを利用者や家族から直接聞き取り、詳細な評価を行います。この評価を基に、次の6か月の目標設定やサービス等利用計画の再立案、見直しを実施します。これにより、利用者の希望に沿った目標を立て、計画に付随する手順書も必要に応じて見直すことで、常に実態に即した質の高い支援を提供できる仕組みを整えています。</p>		

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 <b>22/22</b>	
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)	
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			
<p>個別支援計画は利用者や家族と面談しニーズや趣味嗜好等を踏まえて立てています 相談支援専門員からの紹介後、利用者と家族との面談を実施し、ニーズや趣味嗜好を把握しています。基本情報表と事業所独自のフェイスシート兼面談シートを活用して、本人・家族から意見を聴取し、個別支援計画を立案します。計画には、利用者が「何をしたいか」を職員が確認・実行できる支援内容を具体的に記載しており、これまでの生活を尊重したきめ細やかなサポートに繋がっています。</p> <p>利用者とのコミュニケーションの取り方は一人ひとりに合わせて工夫をしています 利用者とのコミュニケーションについては、家族や関係者からの助言に基づき、一人ひとりに合わせて工夫をしています。多くの利用者が福祉園からの移行であるため、元々のコミュニケーション表を参考にすのほか、家族とのLINEで日常の情報を交換しています。さらに、本人が発する身振りや合図を丁寧に記録にまとめ、職員間の情報源としています。申し送りノートを活用して日々の記録を確実に共有することで、全職員が利用者のコミュニケーション特性を理解し、スムーズな意思疎通を図れるよう工夫しています。</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(〇〇〇〇)	
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			
<p>利用者一人ひとりの意向をもとに日中活動の提供を行い意思確認の上尊重しています 当事業所の特徴は、施設特有の雰囲気を持たず、一人ひとりの意向に基づく日中活動を自由な参加形態で提供している点です。利用者の過ごし方はルーチン化され、朝の会と体操の後には、得意なことを活かした役割があります。司会進行、予定・献立の掲示、清掃、洗濯、音楽担当など、各自が役割を発揮して活動します。午前・午後ともに活動を提供していますが、参加は強制ではなく、常に本人の意思を確認し尊重することで、主体的な日々の活動を支援しています。</p> <p>食事の提供については食事をする楽しみを大切にして工夫をしています 食事提供では、季節の行事食や晴天時の外食など、「食の楽しみ」を重視し、月間メニューを工夫しています。外部業者から仕入れた素材を職員が調理し、昼食は手作りにこだわっています。お弁当や出来合いの総菜は使用しません。経管栄養の利用者には調理したものをミキサーにかけて漉し、胃瘻からの食事をしていただいています。家庭での作り方と同様の工程で行いますが、その際には主治医の指示の下、栄養バランス等に準じて提供しています。</p>			



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			
<p><b>専門職と経験則が豊富な職員の連携で利用者の急変時に対応できる体制を整えています</b></p> <p>当事業所は、クリニックモール内に位置する立地と、高い専門性を持つ常勤・非常勤含む看護師5名の在籍が強みです。経験則が豊富な職員の鋭い観察力と合わせ、利用者の急変に対応できる強固な体制を整えています。過去には、入浴介助中に癌の早期発見に繋がりが早期治療を実現した事例や、痙攣発作時に主治医と速やかに連携しトラブルなく救急搬送を実践した事例があります。これらの対応は「日々の記録」と「支援計画」で全職員に共有されています。</p> <p><b>事業所の服薬ボードで持ち込みのチェックを行い服薬の誤りがないようにしています</b></p> <p>利用者から預かった薬は、事業所作成の「服薬ボード」に挟み入れ、持ち込みのチェックを行い、服薬の誤りがないようにしています。連絡ノートに挟まれた薬は、迎えに関わった職員が「服薬ボード」に挟みます。利用者の出席日を「白色」、欠席日を「網掛け」と表記した区分に分けて明確に預かったことを確認します。服薬時は看護師と介護職員の2名体制で利用者名と服薬内容をダブルチェックし、利用者に名前を確認してから服薬します。内服後に服薬済みチェックを入れることで、服薬の正確性を確保しています。</p>			
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			
<p><b>利用者の日常の様子や楽しんでいる様子をリアルタイムで知らせる工夫をしています</b></p> <p>利用者家族が抱く「預けたら寝かせ切りなのではないか」「日中楽しめているのかどうか」等の施設に預けている間の様子への不安を軽減するため、情報共有を工夫しています。連絡ノートには、午前午後の活動内容、水分・昼食の摂取量、排泄時間などの詳細な情報を記載し、活動中の写真を貼付しています。これに加え、公式LINEから個別に日中の動画や写真を送付し、さらに個人情報開示に同意いただいた場合は、リアルタイムでInstagramに動画を投稿しています。多様な方法で利用者の生き生きとした表情を見ていただく機会を提供しています。</p> <p><b>利用者への対応は家族等の協力を得て情報を受け取り共有して支援に繋げています</b></p> <p>家族との情報共有は、連絡ノートや公式LINEを介して行い、日々の活動を有益な支援に繋げています。連絡ノートには、施設では見られない帰宅後の変化や自宅での対応方法、支援への要望を記載いただき、貴重な情報として受け取っています。また、日中活動中に身体上に少しでも変化が見られた際は、直ちに家族に電話で連絡し、指示や本人を尊重した対応方法の協力を仰ぎます。この密な情報共有と連携により、質の高い支援を実現しています。</p>			

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		
<p>障害のある方にも参加しやすい地域のイベントの情報提供をしています</p> <p>職員が掲示板から神社のお祭りの日程の情報を得てきたり、地域センターで働いている家族から文化センターでのお祭りの情報を受けたり、近くのギャラリーで土曜日毎に開催されるイベントの情報を職員が収集してきたりと利用者が参加できる地域の行事の情報提供をしています。大田区報も活用し、参加イベントの幅を広げています。管理者は自治会連合会に参加し、地域の方々との連携を密に取ることで、障害のある方も参加しやすいイベントや商店の情報提供をしています。この地域連携により、去年は消防訓練への利用者の参加に繋げることができました。</p> <p>地域連携と交流による多様な社会参加を支援しています</p> <p>社会参加の機会として、散歩時の近隣イベント参加や、他福祉施設の販売会での交流する機会がありました。地域の喫茶店を訪問し、普段外出が難しい利用者の方が地域の方々と交流できる機会も設けています。また、大森南図書館の職員による毎月の読み聞かせ会や、職員の繋がりから生まれた多国籍の方20名による合唱会を実施しており、異文化交流の場となっています。多様な機会を通じて、利用者が地域で社会参加できるよう支援しています。</p>		
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		
<p>活動の支援はその方に合わせた目的を持って実施しています</p> <p>活動の支援は、機能の発揮維持、あるいは就労へのステップアップのいずれを目的とするかに応じて内容を考慮しています。日中活動の提供や個別支援の内容・目的は、担当者会議で利用者本人の意向を丁寧に確認した上で決定しています。生産活動が負担になり辞めた利用者でも、得られた工賃がモチベーション向上に繋がり、自分で決めた品物を購入できた事例のように、活動支援は利用者に合わせて明確な目的を持って実施しています。</p> <p>自分でできることを自分で行い継続していけるように支援することに努めています</p> <p>これまでの生活を踏まえ、利用者が可能な動作や行為は、自立支援の観点から本人のペースで取り組めるように働きかけています。元々の施設や特別支援学校などから引き継いだ基本情報が充実しており、これを基に作成した個人ファイルに一人ひとりの手順書が作成されています。手順書に添付された写真で補助行為を詳細に確認できるため、介護職員全員が同様の手順で介助することができています。自分でできることを継続して行えるよう、日々の支援に努めています。</p>		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	9/9
1 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	
2 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	
3 評価項目3 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	
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p><b>契約時に苦情に関する説明をしています</b> 利用者やご家族への苦情対応については、契約時に事業所の担当者や行政の窓口を重要事項説明で明確にし、いつでも苦情を受け付け対応する体制に同意を得ています。苦情発生時には、管理者が連絡ノートの見直しや担当職員への聞き取りを速やかに行います。その後、即座に職員ミーティングを開催し、必要な情報を社内の共通ツールであるLINEで共有します。これにより、全職員が状況を把握し、迅速かつ組織的に対応できる仕組みを整えています。</p> <p><b>虐待や身体拘束に関する研修を実施し職員間で知識を深めています</b> 事業所では、年1回、虐待防止委員会の主導により、身体拘束・虐待防止研修を実施しています。研修では、過去に発生した障害福祉施設での虐待の疑いの事例を参考に、職員間で具体的な対応方法を検討する事例検討を実施しています。また、施設内外で虐待が疑われる事態があった際には、大田区の各担当地域庁舎へ速やかに報告・相談を行う体制を研修で確認・徹底しており、身体拘束や虐待についての適切な対応ができる仕組みを構築しています。</p> <p><b>災害時の対応について地域の防災訓練等に参加して対応策を施設として研鑽しています</b> 災害に備え、管理者や参加可能な職員が地域の防災訓練に積極的に参加し、防災演習を実施しています。この防災会議には、連携している近隣の障害福祉サービス事業所等と共に参加することで、地域への障害啓発活動にも貢献し、地域との関係性を構築しています。訓練の際には、実際に避難所までの徒歩所要時間を確認するほか、配布される簡易トイレや非常食の具体的な使い方を職員間で演習し、災害発生時の実践的な対応に備えています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-2-2	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
タイトル①	サービス開始時の対応をわかりやすくする工夫をしています	
内容①	サービス開始時に利用者やご家族が抱く不安を軽減するため、まず見学を必須とし促しています。見学では、説明を担当する管理者自身が他の利用者に対応する様子を見ていただくことで、実際の支援のイメージを具体化します。特に、事前に相談支援専門員などから得た情報を基に、利用者の課題となる点への具体的な対応方法を示すことで、「このような支援が受けられる」という安心感を持っていただき、不安軽減に努めています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-1	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
タイトル②	小規模の利点を十分に発揮し利用者一人ひとりに対する支援が充実しています	
内容②	当事業所は小規模の利点を十分に発揮し、利用者一人ひとりへの充実した支援を実現しています。目の行き届くフロア内で関わることで、利用者が「何をしたいか」を細やかに汲み取り、職員全員で確認し、情報共有しています。これにより、個別のニーズに合った支援の提供が可能です。利用者本人、家族、関係者と密に連携し、円滑なコミュニケーションを大切にしながら支援をしています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	SNSの活用等を活用してリアルタイムで情報を共有しています
	内容	事業所内で発生する支援の課題や対応についての情報共有は、まず管理者やサービス管理責任者と相談する体制を整えています。その相談によって決定した内容については、出勤の有無にかかわらず全職員が確実に共有する仕組みをとっています。具体的には、事業所の職員間でのみ繋いだSNSチャットを活用し、リアルタイムでの情報共有を行うことで、迅速かつ均質な利用者対応を可能にする支援体制を確立しています。
2	タイトル	利用者ごとに手順書を設けて支援内容を充実させています
	内容	個別の計画書に基づく支援を充実させるため、利用者ごとに詳細な手順書を設けています。この手順書は、元々の通所施設や特別支援学校から引き継いだ情報に加え、本人が発する身振りや合図、動作範囲などを詳細に取りまとめて作成した写真付きのマニュアルであり、個人ファイルで管理しています。個別対応のため作成が難しい書類ですが、この手順書を充実させることで、これまでの利用者の生活の情報を踏まえた均質な支援の提供を可能にしています。
3	タイトル	
	内容	
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	利用者情報を整理するための書類関係の整備が望まれます
	内容	利用者ごとの支援方法については、丁寧な情報収集に基づいた写真付き手順書が個人ファイルに整備されています。一方で、共通の標準的なマニュアルの整備が不足している点を管理者が認識しており、現在、開所時の資料を見直し、再整備を進めている段階です。今後はこのマニュアル整備を完了させ、支援のさらなる標準化を図ることが期待されます。
2	タイトル	根本的な事柄が記載されたマスターのマニュアルの準備が今後必要である事に改善が望まれます
	内容	当事業所の個別手順書は、利用者一人ひとりのニーズを把握した上で、対応する職員が交代しても均質な支援が行えるよう細やかに記載され充実しています。支援方法の確立には、この分かりやすい手順書が役立っています。しかし、個別の支援の根拠となるべき標準的なマスターマニュアルの作成が未整備です。今後は、根本的な事柄を記載したこのマスターマニュアルを整備し、支援体制のさらなる強化を図ることが望まれます。
3	タイトル	
	内容	