

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

〒 104-0061

所在地 東京都中央区銀座6-13-9GIRAC GINZA 8F bizcube

評価機関名 株式会社アミュレット

認証評価機関番号

機構 04 - 141

電話番号 03-6255-6463

代表者氏名 代表取締役 畑中健夫

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	畑中健夫	H0401044	
	②	多田真希子	H0401045	
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	生活介護			
評価対象事業所名称	地域活動支援センターアンティ		指定番号	1312301359
事業所連絡先	〒	133-0073		
	所在地	東京都江戸川区鹿骨1丁目56番1号		
	TEL	03-6638-7566		
事業所代表者氏名	管理者 竹村大造			
契約日	2025 年 8 月 8 日			
利用者調査票配付日(実施日)	2025 年 12 月 10 日			
利用者調査結果報告日	2025 年 12 月 25 日			
自己評価の調査票配付日	2025 年 12 月 10 日			
自己評価結果報告日	2025 年 12 月 25 日			
訪問調査日	2026 年 1 月 29 日			
評価合議日	2026 年 1 月 29 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】調査開始時点の登録者24名の利用者を対象にアンケート方式で実施しました。 【事業評価】自己評価実施にあたっては、当社で作成した動画を確認して記入などの留意点を確認できるように配慮しました。自己評価の集計に関しては、職員全体での集計結果のほか、職員階層別の集計も行い、リーダー層と一般職員との乖離を確認できるように工夫をし今後の改善につなげていけるように取り組みました。			

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。

2026 年 2 月 20 日

事業者代表者氏名 理事長 伊東美奈子



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) 全ての障害者に対して、障害者が地域で自立した生活をするための自立支援に関する事業を行い、広く社会福祉に寄与することを目的とする</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 利用者の尊厳を重く感じる支援者</p> <p>(2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） 一人の力では何もできないので、チームワークを良好なものにして欲しい</p>

《事業所名：地域活動支援センターアンティ》

調査対象

令和7年12月現在、地域活動支援センターアンティに登録している24名の利用者を対象に調査を実施しました。

調査方法

事業所と協議の上アンケート方式により調査を実施しました。アンケート用紙、返信用封筒を評価機関で準備し、利用者本人に渡して頂き、記入を頂きました。回収は返信用封筒で直接評価機関に返送して頂きました。

利用者総数

24

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
24	0	24
19	0	19
79.2	0.0	79.2

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

回答者の内訳としては、「本人自己記入」が4名、「家族と相談しながら」が8名、「本人の気持ちを推察して回答」が3名、「無回答」が4名となりました。

「利用中の事業所を総合的に見て」の質問では、「大変満足」が6名、「満足」が12名、「不満」が1名となりました。

14の質問項目では全体を通して「はい」と回答した割合が高い結果となり、前年度と比較して7項目で「はい」と回答した割合が上昇しています。一方で「外部の苦情窓口にも相談できることを伝えられているか」の質問では「はい」と回答した割合が他の質問と比べて低い結果となりました。

自由意見では、毎日通所することが楽しみであること、毎日楽しく過ごせていること、金曜日のイベントを楽しみにしているなどの好意的な意見のほか、イベントの種類を増やしてほしいですや、職員の人数が少ないなどの意見も出ています。

## 利用者調査結果

共通評価項目 コメント	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	17	2	0	0
「はい」と回答した割合は89.5%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	18	1	0	0
「はい」と回答した割合は94.7%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
3. 利用者同士の交流など、仲間との関わりは楽しいか	13	6	0	0
「はい」と回答した割合は68.4%でした。 自由意見では、楽しい時もありますが、にぎやかなのでそっとしておいてほしい時もありますとの意見や、本人の気持ちを推察してですが、事業所側の問題ではなく、本人が他者との交流を望んでいないようですとの意見も出ています。				

4. 【生活介護】 事業所での活動は楽しいか	16	2	1	0
「はい」と回答した割合は84.2%でした。 自由意見では、特にレクリエーション、職員が色々なレクを考えてくれるので通所するのが楽しいですとの意見や、難しいと思いますが、作品の制作や料理・お菓子作りなど出来たらやりがいがあるかもしれませんとの意見も出ています。				
18. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	18	1	0	0
「はい」と回答した割合は94.7%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
19. 職員の接遇・態度は適切か	18	1	0	0
「はい」と回答した割合は94.7%でした。 自由意見では、職員と利用者の言葉遣いが友達のようにになっているのが少し気になりますとの意見が出ています。				
20. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	16	3	0	0
「はい」と回答した割合は84.2%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
21. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	17	2	0	0
「はい」と回答した割合は89.5%でした。 自由意見では、集団生活だから我慢しなさいと言われたときがあり、二人のうち一人が我慢させるのは良くないと思うとの意見が出ています。				
22. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	18	1	0	0
「はい」と回答した割合は94.7%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
23. 利用者のプライバシーは守られているか	18	1	0	0
「はい」と回答した割合は94.7%でした。 自由意見では、聞かれたくないことや見られたくないことは、応接室に呼んで話してくれますとの意見が出ています。				

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	4	1	1
「はい」と回答した割合は68.4%でした。 自由意見では、毎回ほとんど同じですとの意見が出ています。				
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	11	5	1	2
「はい」と回答した割合は57.9%でした。 自由意見では、説明されてもほとんどわかりませんとの意見が出ています。				
26. 利用者の不満や要望は対応されているか	15	3	0	1
「はい」と回答した割合は78.9%でした。 自由意見では、不満に思ったことの話は聞いてくれますが、私の意見が通るかどうかはわかりませんとの意見が出ています。				
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	9	7	1	2
「はい」と回答した割合は47.4%でした。 自由意見では、困ったことはあまりないようですとの意見が出ています。				

## I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリー1～3、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			
<p>今後に向けては、ホームページ内のブログをこまめに更新できるとよいと思います</p> <p>事業所の情報はパンフレットやホームページを通じて提供しています。パンフレットには、実施している事業の案内や開所曜日・時間、所在地を掲載するとともに、「施設のご案内」として内部の様子を写真入りで紹介し、利用者にもわかりやすい内容としています。ホームページからも事業所の外観や所内の様子を写真で紹介しています。ページ内では理念や活動内容を発信し、アンティのブログコーナーを設けることで日々の活動の様子も伝えられる構成としています。今後は、これらの情報がより効果的に伝わるよう、ホームページの定期的な更新を期待します。</p> <p>外部の関係機関等へも必要な情報提供を行い、情報が広く伝わるように努めています</p> <p>事業所便り「ドルフィンだより」を毎月作成し、見学者や関係機関にも配布することで、事業所の取り組みや行事の様子などを広く伝えています。登録利用者に空きが生じた際には、相談支援事業所へ連絡を行い、新規利用者の紹介につながるよう取り組んでいます。区内の生活介護事業者連絡会に参加し、他事業所との連携を図っています。あわせて、利用者が気軽に相談できる区の窓口機関である「なごみの家」とも連携し、必要な情報提供を行いながら、事業所の情報が広く伝わるよう努めています。</p> <p>見学の要望には柔軟に対応し、事業所の強みや特色を丁寧に説明しています</p> <p>利用希望者等から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柔軟に対応しています。見学前には検温と手指消毒への協力をお願いし、見学時は管理者が対応しています。施設内の様子を実際に見ていただきながら、施設内外で実施している行事やレクリエーション活動の状況、送迎エリアに関する内容等を丁寧に説明しています。あわせて、高次脳機能障害の方の受け入れが可能であることや学習療法を取り入れていること、余暇活動に力を入れていること、入浴設備を整えていることなど、事業所の強みについても具体的に伝えています。</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>見学や契約時に基本的ルールや重要事項を家族や本人に丁寧に説明しています          利用にあたっての重要事項については、利用契約時に説明しています。「契約書」、「重要事項説明書」、「個人情報の使用に関する同意書」、「利用にあたっての設備の確認事項」に沿ってサービス管理責任者が説明し、説明後同意を得ています。利用者負担金等に関しても重要事項説明書に内容に記載の上、丁寧な説明を行い、説明後同意を受領しています。契約終了後、体験利用時に確認した本人の状態を踏まえ、初回の個別支援計画書を作成しています。個別支援計画書には本人、家族の要望、支援の方針、具体的な支援内容を示しています。</p> <p>フェイスシートに利用者や家族の状況等利用開始前に確認した情報を記録しています          利用にあたっての基本的ルールに関しては、事業所独自に「利用者、ご家族の皆様」の書面を作成し、事業所での活動の様子や利用にあたっての留意事項をまとめ、見学時に利用者や家族の方に説明しています。事業所では見学後に、利用者本人の希望等にもよりますが、体験利用日を(1~3日間)を設け、利用者本人の状況を確認するほか、「フェイスシート」を活用し、家族構成や緊急連絡先、家族構成図のほか、送迎に対しての希望、他サービス利用状況、学歴・施設利用歴、障害の内容、服薬状況、希望や願いなどを記録化しています。</p> <p>新規利用者には職員を一人増員して配置するなど、すぐに相談できる体制を築いています          利用開始直後は、事前に把握した利用者の要望等を踏まえて作成した初回の個別支援計画書に基づき支援を進めています。利用開始前には体験利用の期間を設け、利用者が事業所の環境に慣れることができるよう配慮するとともに、職員も利用者の状態や思い、支援にあたり必要な事項を事前に把握しています。特に利用開始直後は、家族から本人が不安に感じることや配慮が必要な点を確認し、内容を職員間で共有しています。あわせて、新規利用者には職員を一人増員して配置し、不安なことがあればすぐに相談できる体制としています。</p>		

サブカテゴリ-3		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	10/10
3 個別状況に応じた計画策定・記録			
<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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	
サブカテゴリ-3の講評			
<p>アセスメントは個別支援計画書の見直しに合わせて6ヶ月毎更新しています</p> <p>個別支援計画の作成および更新にあたっては、所定のアセスメントシートを活用し、日常生活動作や手段の日常生活動作、健康状態、コミュニケーション能力、社会交流、家族等の介護力などの現状と課題を整理しています。抽出した課題やアセスメント結果、日々の支援の中で得られた気づきを踏まえ、サービス管理責任者が個別支援計画書の原案を作成しています。その後、個別支援計画作成会議を開催し、職員の見解を確認しています。アセスメントは個別支援計画書の見直しに合わせて6ヶ月ごとに実施し、利用者の現状を定期的に確認しています。</p> <p>「個別支援作成会議」を実施して、個別支援計画の内容を職員間で協議しています</p> <p>アセスメントの結果や相談支援事業所が作成するサービス等利用計画の内容、職員・利用者・家族の意見を踏まえて個別支援計画書を作成しています。計画立案前には「個別支援作成会議」を実施し、日々の支援の中での気づきや計画書に反映すべき内容について職員間で検討しています。個別支援計画書には、個別目標の達成に向けた具体的な支援内容を明記しています。作成後は利用者および家族に説明を行い、同意を得ています。個別支援計画書は6ヶ月ごとのモニタリング時に評価を行い、定期的に見直す仕組みとしています。</p> <p>各種記録や連絡ノート、委員会活動や職員会議を通して利用者情報を共有しています</p> <p>利用者の体調や昼食摂取状況、服薬、入浴状況、日中の集団活動の様子等は「地域活動支援センターアンティ(支援記録票)」に記録しています。当日の行動予定やリーダー職員からの指示事項は「業務日報」に記載しています。あわせて「スタッフ連絡ノート」を活用し、職員間で必要な情報が共有できるようにしています。利用者に関する情報は月1回の全体会議で共有しています。さらに、毎日の活動前には利用者も交えた「朝の会」を実施し、当日の予定やお知らせ事項を全体で確認できる仕組みを整えています。</p>			

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、利用者の同意を得ようとしている	○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			
<p>利用者のプライバシーや羞恥心に配慮して日々支援を行っています</p> <p>利用者の個人情報の利用目的については、利用契約の際に「個人情報使用に関する同意書」を取り交わし、第三者への提供、開示等について説明しています。また、利用者の情報を外部とやり取りする必要がある際には、利用者、家族に確認しています。日々利用者とのかかわりの中で、トイレ誘導の際の声かけや入浴支援の対応についても羞恥心に配慮し、利用者には不快感を与える事が無いよう声かけにも十分に配慮しています。また利用者への声かけなどで不適切な対応が見られた際には職員同士で注意し合うなどして不適切ケアを防いでいます。</p> <p>利用者一人ひとりの生活パターンを尊重し、ペースを大切にしながら支援を進めています</p> <p>各種活動やレクリエーションなどへの参加には利用者の意思を確認し無理強いににならないように努めています。利用者一人ひとりの価値観や生活習慣については、利用開始前の面接で確認するほか、日常的なかかわりの中でも確認し、特に生活習慣については日々の支援を通じて、利用者の出来る事、出来ないことの把握、また、一人ひとりの生活パターンを尊重し、利用者のペースも大切にしています。利用者アンケートの「利用者の気持ちを尊重した対応がされているか」の質問では「はい」と回答した割合が94.7%であり、利用者の安心感も高まっています。</p>			

サブカテゴリ6		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
6 事業所業務の標準化			
<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(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	
<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(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6の講評			
<p>必要なマニュアルは職員会議等で洗い出し、各種マニュアルや手順を整えています</p> <p>感染症予防や虐待防止、入浴やトイレ介助、洗面台の消毒、送迎対応、リーダー業務に関する各種マニュアルを整備しています。入浴については手順書を作成しています。あわせて、災害時に備えた事業継続計画(BCP)も作成し、これらのマニュアルはファイルに綴じて事務所スペースに保管しています。必要なマニュアルは職員会議等で洗い出し、管理者やサービス管理担当者を中心に作成および見直しを行っています。見直しを行った際には職員会議等で周知し、最新の手順が職員全体に共有されるようにしています。</p> <p>委員会活動を機能させ、業務水準の維持・向上を図る体制を整えています</p> <p>提供しているサービスの基本事項や手順の見直しにあたっては、月1回の全体会議や「スタッフ連絡ノート」を通じて職員から意見提案を受け取る仕組みを整え、日々の支援や業務に反映しています。レクリエーションの実施方法については、職員の意見だけでなく、利用者が取り組みたい内容も取り入れ、利用者の意向を反映しています。事業所内には、介護事故防止、防火・防災、感染症対策、虐待防止の各委員会を設置し、定期的に現状の確認や課題の整理を行いながら、業務水準の維持・向上を図る体制を整えています。</p>			

II サービスの実施項目(サブカテゴリ4)

サブカテゴリ4		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	22/22
サービスの実施項目			
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>利用者の支援方針を全体で共有し、個別計画に沿った支援を提供しています</p> <p>個別支援計画書の作成および更新時には「個別支援計画会議」を開催し、全職員が支援目標や支援方針について検討する機会を設けています。会議で出された意見を整理し、個別支援計画書へ反映しています。作成後は計画書の写しをファイルに綴じ、現場の職員が常時確認できる状態としています。計画作成にあたっては、利用者本人の希望を優先するとともに、本人ができることを伸ばしていける目標設定を重視しています。支援方針は全職員で共有し、統一した視点で利用者支援に反映できるように努めています。</p> <p>利用者一人ひとりの状態に合わせてコミュニケーションの取り方を工夫しています</p> <p>利用者の状態に応じて、コミュニケーション方法を工夫しています。特に言語による意思表示が困難な利用者に対しては、ジェスチャーや文字盤、トーキングエイドやタブレット等をの活用や、筆談を通して、一人ひとりの状態やその日の体調に合わせて対応しています。言語でのやり取りが難しい場合には、「はい」「いいえ」で答えやすい質問を行うほか、リフレーミングの手法を取り入れ、表情の変化から気持ちをくみ取るよう努めています。また、必要なケースでは利用者が日頃使用している文字盤等を持参し、職員とコミュニケーションを取っています。</p> <p>自立に向けた情報は、相談支援事業所と連携しながら必要な情報を提供しています</p> <p>自立に向けた情報提供については、利用者一人ひとりの状況に応じて対応しています。行政からの各種情報や障害者雇用促進ハンドブックの配布や、就労支援フォーラム等の情報も適宜提供しています。必要に応じてショートステイやグループホームに関する情報も案内しています。対応にあたっては事業所単独で判断するのではなく、相談支援事業所と連携しながら進めています。利用者同士の関係づくりについては、相性等を考慮し座席配置やグループ編成を変更するなど柔軟に対応しています。大きなトラブルはなく、利用者間の関係も良好に保たれています。</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>パラボール大会への参加など、利用者の特技が生かせる環境も大切にしています</p> <p>今年度は野菜の栽培や収穫に取り組み、大根や春菊、ラディッシュ等を育て収穫しています。日常的には余暇活動に力を入れ、カラオケやクイズ大会、映画上映を楽しむほか、輪投げやボーリング、ポッチャ等で身体を動かす機会を設けています。区内のパラボールの大会にも参加し、活動の幅を広げています。月1回の外出行事や、ぬり絵・折り紙等の作品づくりも行い、多様な活動を通じて利用者の特技や関心が発揮できる環境を整えています。利用者アンケートの「事業所での活動は楽しいか」との設問には、84.2%が「はい」と回答しています。</p> <p>室内環境は日々整理整頓を行い、安全性の確保に努めて感染症のまん延を防いでいます</p> <p>利用者を交えた朝の会を定例化し、その日の活動内容や取り組んでみたいレクリエーションについて意向を確認しています。事業所内の決まり事を話し合う機会は多くありませんが、毎年の新年の抱負や事業所の目標は利用者とともに検討しています。事業所の目標については、利用者一人ひとりの意見を確認し、達成可能な内容を設定しています。室内環境は日々整理整頓を行い、安全性の確保に努めています。あわせて、チェック表を活用した換気や消毒の実施など基本的な対策を継続し、感染予防に取り組んでいます。</p> <p>食事の形態については、利用者一人ひとりの嚥下や咀嚼機能に合わせて対応しています</p> <p>食事はおかずのみを外部に注文し、カロリー計算されたメニューをスチームで温め、出来たての状態を提供しています。アレルギーや特性、配慮が必要な点については家族から情報を収集し、必要に応じてメニュー変更を行っています。ご飯と汁物は事業所内のキッチンで調理し、体調や要望に応じて量の調整やお粥への変更など柔軟に対応しています。食事中は職員が利用者のそばにつき、必要に応じて食事介助を行っています。誤嚥防止の観点から、嚥下状態に合わせてきざみ食やお粥食、刻み食、ミキサー食など個々の状態に応じた食事形態で提供しています。</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>月1回、協力医療機関の主治医が来所し、医師から健康上の助言を受けています</p> <p>利用者が事業所に到着した際には検温を行い、測定結果を「検温表」に記録しています。入浴前には血圧および体温を測定し、「体重測定表」に数値を記入するとともに、「検温確認表」や「健康管理表」にも記録し、職員間で共有しています。体重測定は毎月実施し、結果を「体重測定表」に記載しています。月1回、協力医療機関の主治医が来所し、気になる利用者については医師から助言を受けています。訪問医療の内容は「ご利用者健康相談日誌」に記録し、健康情報を職員間で共有しています。</p> <p>利用者の健康面は看護師が中心となり必要に応じて利用者や家族に助言しています</p> <p>医療機関への通院は原則として家族対応としています。健康管理に関する助言や指導は看護師が中心となり、必要に応じて利用者や家族へ直接助言や支援を行っています。看護師は日常的にも利用者の様子を確認し、体調面で気になる点がある場合には通院を促すなどの助言を行っています。また、食事の際に食べる速度が早い利用者には、ゆっくり食べるよう声をかけるなど具体的な支援を行っています。体調変化に速やかに対応できるよう、利用者ごとの管理ファイルに緊急連絡先を明記し、迅速に連絡が取れる体制を整えています。</p> <p>服薬事故が起きないように服薬管理フローチャートを適宜改訂し、対策を徹底しています</p> <p>服薬については、利用者が当日服用する薬を専用の袋に入れて持参しています。「服薬管理フローチャート」を作成し、薬の持参確認、服薬の実施確認、服薬後の残数確認までを明確にし、リーダーを含めた三重のチェック体制を構築しています。持参された薬は氏名を確認のうえ所定の「お薬箱」に保管し、誤薬防止に努めています。服薬後は確実に服用したことを「生活介護事業提供実績記録」および連絡ノートに記載し、職員間で共有しています。「服薬確認フローチャート」は適宜見直しを行い、手順の明確化を図りながら服薬時の事故防止に努めています。</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>家族とも協力関係を築いており、事業所側からも必要な情報を提供しています</p> <p>利用者の家族へは、日々の送迎時のやり取りを通じてコミュニケーションを図り、安心感につながる関係づくりに努めています。利用者の状況や事業所での様子については、希望者や個別に報告が必要な方に対して「連絡帳」で伝えるほか、事業所が発行する広報誌において活動状況を報告しています。送迎時に家族と直接会える場合には、その日の様子や変化について口頭で説明しています。必要に応じて電話連絡を行い、意向や要望の確認、利用者の状況報告を行っています。家族の協力を得ながら支援を進める姿勢を大切にしています。</p> <p>家族からも必要な情報を得て、事業所での支援に活かせるように努めています</p> <p>事業所内での利用者の活動状況については、口頭での報告に加え、「生活介護サービス提供記録」を通じて家族へ日々の様子を伝えていきます。利用者支援を進めるうえで家族の協力が不可欠であることを利用開始当初に説明し、必要時に連携が図れる体制を整えています。利用者への対応に迷いが生じた際には、家族からこれまでの関わり方や効果的な声かけ、拒否が見られた際の対応方法等について情報を得ています。得られた情報を職員間で共有し、事業所での支援に活かしています。</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>地域支援会議や区民館まつりの実行委員会に参加して地域の情報などを収集しています</p> <p>区民や障害者の相談窓口である「なごみの家」から得た情報については、内容を整理したうえで利用者の特性や関心に応じて提供しています。制度や地域資源に関する情報は掲示や配布物だけでなく、口頭でも補足しながら伝え、必要な地域情報が確実に利用者に届くようにしています。毎月最終金曜日を全体での外出日として継続し、区内外のショッピングセンターへの外出や防災館の見学等を通じて地域資源を実際に体験できる機会を設けています。管理者は地域支援会議や区民館まつりの実行委員として会議に参加し、地域の動向等を収集しています。</p> <p>地域イベントへなどにも積極的に参画を通して、地域交流の機会を広げています</p> <p>月に一度の外出日には、ショッピングセンターでの買い物をはじめ、飲食店や公共施設の利用など多様な地域資源を活用し、社会参加や日常生活力の向上につながる機会を設けています。地域に向けた取り組みとしては、5月の区民館まつりに合わせて「アンティまつり」を開催し、例年同様多くの来場者がありました。当日は利用者も出店の手伝いや来場者対応を行い、地域住民と直接触れ合う貴重な機会となっています。また、区内で開催されたパラポールフェスティバルにもチームで参加し、地域イベントへの積極的な参画を通して交流の機会を広げています。</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		
<p>利用者一人ひとりの目的や関心に応じた余暇活動や創作活動を取り入れています</p> <p>今年度は野菜の栽培・収穫(大根、春菊、ラディッシュ等)も取り入れて、達成感や役割意識の醸成を図っています。日常的にはカラオケやクイズ、映画上映、ポッチャ等の運動活動を取り入れ、心身の状況や関心に応じた活動機会を提供しています。月1回の外出行事や塗り絵・折り紙等の創作活動も実施し、個々の特技や興味が発揮できる環境を整えています。毎朝の「朝の会」で当日の予定を共有し、レクリエーション内容には利用者の希望を反映しています。活動内容は利用者の様子や取り組みやすさを踏まえて職員が調整しています。</p> <p>事業所外での活動も定期的に取り入れて、利用者の活動の幅を広げています</p> <p>事業所では、利用者一人ひとりの生活リズムや特性、性格、希望に配慮しながら活動の場を提供しています。主な活動としてレクリエーションや創作活動を位置づけ、個々の状況に応じて活動場所やプログラム内容を柔軟に変更するなど、安全で安心して過ごせる環境づくりに努めています。毎月最終金曜日には外出行事を実施し、ショッピングセンターでの買い物やファミリーレストランでの外食、防災館での体験等、事業所外での多様な活動も取り入れています。これらの取り組みは、利用者にとって日常とは異なる貴重な体験の機会となっています。</p> <p>食事や入浴、排せつ支援は自立を促して一人ひとりのペースに合わせて介助しています</p> <p>食事の支援においては、利用者一人ひとりの特性や嚥下状態に応じた食事形態を取り入れ、必要に応じて補助具を使用しながら個々のペースに合わせて支援しています。車いす利用者の移乗や排泄時に介助が必要な場合には、利用者の身体状況に応じて職員が適切に介助に入り、転倒等の事故防止に努めています。入浴や排泄の支援では、利用者のペースを尊重し、過度な介助とならないよう自立を促しつつ、困難な部分を支援しています。また、同性介助を徹底するなど、羞恥心やプライバシーにも十分配慮しています。</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>苦情発生時には、管理者を中心に原因分析と再発防止策を検討する仕組みとしています</p> <p>苦情解決制度の利用方法や事業所内外の相談・苦情窓口については「重要事項説明書」に明記し、利用契約時に利用者および家族へ丁寧に説明しています。日頃から意見や要望を気軽に申し出ただけできるよう周知し、管理者およびサービス管理責任者が窓口となって対応する体制を整備しています。苦情や意見が寄せられた場合は「苦情受付書」に内容を記録し、情報を共有しています。今年度はクレームの発生はありませんが、「苦情対応マニュアル」に基づき、発生時には管理者を中心に原因分析と再発防止策を検討し、迅速な解決に努める体制としています。</p> <p>相互に是正し合える職場風土の醸成に努めて、不適切なかかわりを防止しています</p> <p>利用者の気持ちを傷つける言動や放任、虐待、無視等が生じることのないよう、虐待防止委員会を定期的に開催しています。委員会では権利擁護の視点を再確認するとともに、適切な言葉遣いや態度、虐待の定義、虐待が疑われる事案への対応方法等について共有・確認を行っています。日頃から職員間で相互に注意を払い、不適切と思われる発言や対応が見られた場合には、その場で声を掛け合い是正できる職場環境づくりに努めています。また、事業所内には虐待防止マニュアルを備え、身体拘束廃止に向けては「身体拘束適正化のための指針」を整備しています。</p> <p>これまでの取り組み等を踏まえてリスクを分析し、転倒事故防止の強化に努めています</p> <p>これまでの取り組みや反省、経営状況や社会情勢、法人内系列事業所で発生した事案等を踏まえて事業所のリスクを洗い出し、現在は事業所内外での転倒事故を優先度の高いリスクとして位置づけています。事故予防に向けては職員の見守り体制を強化するとともに、ヒヤリハット報告書の積極的な提出と事例共有を通じて再発防止に努めています。あわせて、防災館での災害体験や事業所内での訓練を実施し、事業継続計画(BCP)も策定のうえ、今後はBCPに基づく訓練の実施も検討するなど、非常時においてもサービスを継続できる体制整備を進めています。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-6	【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①	利用者が日々楽しく通所できるよう、個々に合わせたレク活動の充実に力を入れています	
内容①	事業所では、利用者一人ひとりの生活リズムや特性、性格、希望に配慮しながら活動の場を提供しています。主な活動としてレクリエーションや創作活動を位置づけ、個々の状況に応じて活動場所やプログラム内容を柔軟に変更し、安全で安心して過ごせる環境づくりに努めています。特に日々のレクリエーション内容については職員が継続的に検討・工夫を重ね、利用者が興味を持って参加できる内容となるよう意識しています。利用者調査においても、職員が多様なレクリエーションを考えてくれることで通所が楽しみになっているとの声が寄せられています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-6-2	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
タイトル②	各種委員会活動の充実を図り、組織的な安全管理と適切な支援提供に力を入れています	
内容②	事業所では、感染症対策、虐待防止、介護事故防止、防火・防災の各委員会を機能させています。虐待防止委員会では権利擁護の視点に基づいた具体的方針の検討や、適切な言動の再確認を行い、職員間での共通理解を深めています。介護事故防止委員会ではヒヤリハット報告書の提出促進策の検討に加え、食事提供や服薬介助を安全に実施するための手順等も検討しています。また、感染症対策委員会が中心となり、嘔吐物処理等の実践的な訓練を実践し、緊急時にも対応できる体制づくりを進めています。各委員会が連動し、継続的な業務改善に取り組んでいます。	

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	当事業所では、利用者一人ひとりの笑顔と主体性を引き出すことを重視し、意欲や役割意識の醸成につながる支援を大切にしています
	内容	当事業所では、利用者一人ひとりの笑顔と主体性を引き出すことを重視し、野菜の栽培・収穫やカラオケ、クイズ、映画上映、ポッチャなど多様な余暇活動を計画的に取り入れています。月1回の外出行事や事業所内での創作活動の機会も設け、個々の興味や得意分野が発揮できる環境を整えています。毎朝の「朝の会」では当日の予定を共有し、レクリエーション内容に利用者の希望を反映する仕組みが定着しています。活動は利用者の心身の状況や取り組みやすさを踏まえて職員が柔軟に調整しており、意欲や役割意識の醸成につながる支援が実践されています。
2	タイトル	地域とのつながりを重視し、地域資源を活用した外出や交流の機会を計画的に設けて、社会的なつながりの拡充を目指しています
	内容	当事業所では、地域とのつながりを重視し、地域資源を活用した外出や交流の機会を計画的に設けています。月1回の外出日には、ショッピングセンターでの買い物や飲食店、公共施設の利用などを通じて、社会参加や日常生活力の向上につなげています。また、区民館まつりに合わせた「アンティまつり」の開催では、利用者が出店補助や来場者対応を担い、地域住民と直接関わる経験が積み重ねられています。さらに、パラボールフェスティバルへのチーム参加など地域イベントにも積極的に参画して社会的なつながりの拡充を図っています。
3	タイトル	個別支援計画書の作成の手順が明確であり、中でも個別支援計画作成会議は作成や更新にあたって大きな役割を果たしています
	内容	個別支援計画書の作成にあたっては、所定のアセスメントシートを活用し、サービス管理責任者を中心に利用者の現状や課題を丁寧に抽出しています。抽出内容を基に計画案を策定した後は、職員全体による個別支援計画作成会議を開催し、日々の支援の中での気づきや意見を幅広く収集し計画に反映しています。また、当該会議は意見集約にとどまらず、計画内容を全職員で共有する場としても位置づけられています。利用者一人ひとりの目標を把握し、支援の視点や関わり方のばらつきが生じないように、チームとしての統一した支援の実践に努めています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	ホームページにおいては、定期的な更新体制の整備を進め、よりタイムリーに事業所の魅力や活動状況を発信していくことを期待します
	内容	事業所の情報はパンフレットやホームページを通じて適切に提供されており、パンフレットには事業内容や開所曜日・時間、所在地に加え、施設内の様子を写真入りで掲載するなど、利用者にも理解しやすい工夫が見られます。ホームページにおいても外観や所内の様子、理念や活動内容を発信し、ブログコーナーを設けて日々の取り組みを伝える構成が整えられています。一方で、ブログを含むホームページ全体の更新頻度にはばらつきが見られるため、定期的な更新体制の整備を進め、よりタイムリーに事業所の魅力や活動状況を発信していくことを期待します。
2	タイトル	虐待防止や身体拘束の廃止に向けた指針を整備して、職員研修や日常の振り返りの中で繰り返し共有できるとよいと思います
	内容	虐待防止や身体拘束の廃止に向けては、虐待防止委員会を中心に具体的方針の検討や、適切な言動の再確認が行われており、職員間で共通理解を深める取り組みが進められています。委員会において、継続的な注意喚起や意識づけを図っている点は評価できます。一方で、事業所としての統一的な指針の明文化や、実際の支援場面に即した運用方法の整理については、さらなる充実が求められます。整備した指針を職員研修や日常の振り返りの中で繰り返し共有し、正しい知識と認識に基づいた支援が組織全体で一層徹底されることを期待します。
3	タイトル	
	内容	