

東京都福祉サービス第三者評価 評価結果

評価結果基本情報

| | |
|--------------|------------------------------|
| 評価年度 | 令和5年度 |
| サービス名称 | 共同生活援助（グループホーム） |
| 法人名称 | 特定非営利活動法人結の実 |
| 事業所名称 | ホーム・まな／ホーム・まな、 ホーム・まな／ホーム・ゆい |
| 評価機関名称 | 特定非営利活動法人 医療・介護情報ネットワーク |
| 現地調査をしたユニット名 | ホーム・まな ホーム・ゆい |

コメント

◆事前合議では、経営層をはじめ職員自己評価ほか利用者調査の結果をA4判見開き2ページにまとめ、「聴取したい事項」及び「確認したい資料」をリストアップし、訪問調査を効率的に進めるよう努めた。◆事業所の概要(全貌)を把握して評価に臨み、より精度の高い結果報告書を作成するため、必要資料(事業報告書、事業計画書、運営規程など十数点)を事前に受領し、担当評価者全員がそれを読み込んで評価に臨んだ。◆機関及び評価者の第三者性については、評価手法等に関する認証要綱及び実施要領に違反のないことを確認した。

(内容)

- I 事業者の理念・方針、期待する職員像
- II 全体の評価講評
- III 事業者が特に力を入れている取り組み
- IV 利用者調査結果
- V サービス提供のプロセス項目
- VI 利用者保護項目

公益財団法人東京都福祉保健財団

Copyright©2003 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

I 事業者の理念・方針、期待する職員像

| | |
|----------|---|
| 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） 1) 障がいの程度にかかわらず、入居者が健康で自立した生活が営めるように支援を行なう 2) 入居者の個性を理解し、それぞれの入居者が今まで営んできた生活環境を尊重した支援を行なう 3) 入居者の人権を擁護し、就労や社会参加等充実した社会生活が送れるように、関係機関や地域と連携していく |
| 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 グループホームという職場の特徴として、夜勤、早番、遅番、日勤など様々な時間帯があります。また、勤務内容として、生活全般を対象としているため、多様な勤務内容となっております。正規職員に関しては、直接支援業務だけでなく、入居者の生活管理、通所先施設や関係施設との連絡調整、金銭管理、余暇支援など、様々な業務に関して、柔軟に対応していただける方を求めています。非常勤職員に関しては、それぞれの職員が働きやすい時間帯や曜日などで、無理なく長く働いていただくことを期待しています。職員に長く働いていただくことが、入居者にとっても生活の安定につながると考えております。また、2022年度より職員評価制度を導入しました。評価制度により、職員がやり甲斐をもって働ける環境を作りたいと考えております。 |
| | (2) 職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感） グループホームはシフトによる交代勤務を基本とします。一度に勤務する人数も少数となります。そのため、職員には、重度障がい者支援を行う上での人権意識を持つことが求められます。職員採用の際には人間性を一番大切に考えております。業務は多岐にわたるため、福祉経験のない職員など、業務内容を覚えるのに時間のかかる方もいると思います。事業所としては、研修を丁寧に行ない、安心して業務に専念できる環境を整えております。時間はかかってよいので、人権意識を持ち、誠実に業務に取り組んでいただくことを職員には期待しております。 |

II 全体の評価講評

全体の評価講評

特に良いと思う点

| | |
|---|--|
| 1 | 重度の障害がある利用者や家族のニーズに合わせた利用形態に対応し、安心して利用できる環境の構築に取り組んでいる 障害の程度に関わらず入居者が健康で自立した生活が営めるように支援を行うとの理念のもと、2004年の事業所開設時から重度の障害がある利用者を多く受け入れている。平均利用年数も12年と長く、365日利用する方へは休日の外出支援を含む生活全般を支援し、週末は家族のもとで一緒に過ごすことを希望する利用者には帰宅を支援する等、利用者や家族のニーズに合わせた利用形態を受け入れ柔軟に対応している。利用者が地域の一人としての生活を継続し、安心して利用できる環境の構築に取り組んでいる。 |
| 2 | 個別の支援マニュアルを作成して業務の標準化を図り、変更が必要な場合は柔軟に対応して職員で共有し手厚い支援につなげている 利用者個別の支援マニュアルを作成し、食事・入浴・排泄、発作症状と対応・日常で気をつけること等、一人ひとりへの支援の内容や手順について場面ごとに詳細に記載している。どこまでを利用者がおこない職員はどのタイミングでどう支援するかを明確にして、自立を支援している。支援に関わる多くの職員を確保しており、マニュアルはリビングに常備するほか職員に配布し、入職時に説明して業務の標準化を図っている。支援する中で変更が必要な場合は柔軟に対応し、随時マニュアルに追記して共有し手厚い支援につなげている。 |
| 3 | 重度の障害がある利用者一人ひとりの意向のくみ取りに努め、利用者の望む生活が実現できるよう柔軟に対応し支援している 利用者のほとんどに重度の障害があるため、物事を主体的に判断して活動することや、物事に対する意向を表現することは難しい場合が多い。職員は利用者の意向の発信方法としてのサインや表情を観察し、すべての職員が見逃さないようマニュアルに明記し支援に取り組んでいる。リビングや居室等過ごしたい場所で過ごせるようにしたり、本人の気持ちが向くタイミングに入浴できるようにし、通所先に行きたくない時には日中もホームで過ごせるようにするなど、生活する中で利用者の一人ひとりの意向のくみ取りに努め柔軟に対応している。 |

さらなる改善が望まれる点

| | |
|---|--|
| 1 | 業務継続計画で各ユニットの特徴を捉えた対応を明確にしており、今後は職員・家族等への周知や必要な改変に取り組むことが期待される 懸案であった業務継続計画(BCP)を今年度8月に策定し理事会の承認を得た。BCPは、「感染症発生時」と「自然災害発生時」別に策定し、緊急事態に備えている。事業所は、距離を隔てて男性用・女性用の2か所あり、それぞれの地域の特徴を防災マップ・ハザードマップで把握している。また、家族等や通所先等との連携についても利用者個別の対応を明示している。今後は策定したBCPに定めている、職員や利用者、家族等への周知や、必要に応じた改変等に取り組むことが期待される。 |
| 2 | 利用者の生活の幅が広がり楽しみの機会がさらに増えるよう、コロナ禍後における社会参加のさらなる推進が期待される 事業所開設当初から地域町内会に加入しており、回覧板から地域の情報を得ることができている。コロナ禍以前には地域の盆踊りなどのイベントにも参加していた。コロナウイルス感染予防対策として2020年7月から、近隣への外出や行事参加を控えていた。その間、感染症対策をしたうえで外食を楽しむこともあったが、5類感染症移行に伴いガイドヘルパー利用による外出を今年6月より再開した。外食をしたり水族館に遊びに出かけたりと利用者の楽しみともなっている。今後さらに地域資源を活用し利用者の社会参加の機会が広がることを期待したい。 |
| 3 | 苦情解決のしくみを契約時に説明し玄関に掲示しているが、さらに外部の相談窓口を周知し気軽に相談できることを伝える対策が望まれる 契約時に書面で苦情・相談窓口の説明をし、外部の相談窓口を紹介している。玄関にも苦情解決のしくみを掲示し、家族・後見人等が来訪する際に確認できるようにしている。今回の利用者意向調査では「外部の相談窓口にも相談できることを知っているか」の項目は他の項目と比べ肯定的回答が低い結果となっている。また、職員以外に苦情・相談を申し出できる第三者委員の設置も課題となっている。第三者委員の設置や、掲示物への注意を促したり定期面談で再度説明するなど、外部の相談窓口にも気軽に相談できることを周知するための対策が望まれる。 |

Ⅲ 事業者が特に力を入れている取り組み

| | |
|---|---|
| 1 | <p>★ 記録の仕方を工夫し支援が終わった時点で即時手書きで記録し漏れのないようにしている</p> <p>利用者の個別記録は、生活記録、宿泊記録及び特記事項を詳細に記録する「別紙」に記載している。記録内容は、利用者ごとに必要な情報を記録できる書式となっており、状況変化により内容を随時更新している。記録は手書きで行い、実際に支援した内容を一つの支援の終了後に即時記入している。記入漏れに気づいたときは随時追記するなど、正確な記録につなげている。記録は勤務開始時は読み込んで確認することになっており、記録に漏れがないかを確認でき、過去の内容の振り返りもスムーズにできるしくみとなっている。</p> <p>関連評価項目(利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している)</p> |
| 2 | <p>★ 支援内容や支援のポイントを詳細に記載した個別のマニュアルを作成している</p> <p>当事業所は重度の障害のある利用者を多く受け入れており、利用者個別の支援マニュアルを整備している。利用者ごとに食事、排泄、入浴などの支援の方法や支援のポイントを明記し、利用者本人のできること、職員の支援方法、支援の際の注意点などを業務の流れに沿って記載している。利用者支援に関わる職員を多数確保する中で、詳細なマニュアルを共有することですべての職員が統一した支援をできるようにしている。マニュアルは職員に配布し、新入職時には管理職がマニュアルに基づいて説明をしている。</p> <p>関連評価項目(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)</p> |
| 3 | <p>★ 服薬管理を徹底し4回のチェック体制のもと服薬ミスを防ぐよう支援している</p> <p>利用者のほとんどが服薬しており、自己管理が難しいため全面管理で支援している。今までのヒヤリハットの経験も踏まえて服薬管理マニュアルを作成し、チェック体制を強化して4回のチェックで服薬ミスを防ぐようにしている。職員が支援する中でマニュアルの手順と実際の支援にずれが生じたときは職員から聞き取りを実施し、現状に合ったマニュアル改変につなげている。新人職員からの意見で服薬確認の方法に写真を取り入れたことで、より確実に確認できるようになった。</p> <p>関連評価項目(利用者が健康を維持できるよう支援を行っている)</p> |

IV 利用者調査結果

調査概要

調査対象：現在入居中の利用者11名全員を対象とした。属性は、男性6名、女性5名で、20歳代1名、40歳代5名、50歳代5名である。利用年数は、6か月以上3年未満2名、5年以上10年未満2名、10年以上15年未満3名、15年以上20年未満4名である。

調査方法：アンケート方式

対象者全員にアンケート調査を実施し、利用者家族（後見人を含む）が利用者本人の気持ちを推察して回答した。アンケートは事業所を經由して機関が回収した。回答の際は、帳票や返信用封筒などに個人が特定できるような文言は一切記入しないよう、挨拶状に明記した。

| | |
|------------------|--------|
| 利用者総数 | 11人 |
| アンケートや聞き取りを行った人数 | 11人 |
| 有効回答者数 | 11人 |
| 回答者割合 (%) | 100.0% |

総括

調査に際し、回答の確認根拠の明確さを図るため、共通評価項目の趣旨を具体的に決定づける事項を当機関独自の詳細項目として設定し、回答属性を統計的に把握した。総合的な感想では、回答者の27%が「大変満足」、55%が「満足」、「どちらともいえない」「無回答・非該当」がそれぞれ9%(各1名)、「不満」「大変不満」の回答は0%で、満足度は高いと言える。評価項目の設定では、「グループホーム内の清掃、整理整頓は行き届いているか」「職員の接遇・態度は適切か」の2項目は「はい」の回答が100%である。一方、「外部の苦情窓口（行政や第三者委員）にも相談できることを伝えられているか」「プライバシーは守られているか」では、「はい」の回答はそれぞれ18%、36%、無回答・非該当が55%、64%となっている。「室内も整理されており、ケアもきちんとされている」「細やかな配慮に大変感謝しています」「本人の意思をくみ取って回答するのは難しい」等の意見が寄せられている。

利用者調査結果

| | | | | | | | |
|---|-----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| 1. 利用者は困ったときに支援を受けているか | | | | | | | |
| はい | 9人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
| 回答者の82%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%、「無回答・非該当」9%で、「いいえ」の回答者はいない。当機関が独自に設定した詳細項目①「生活の中で困った際に、職員は手伝ってくれたり、相談にのってくれたりしたか」は、回答者の64%が「はい」と答え、②「職員の対応により、あなたの困っていることが改善されたか」は、回答者の55%が「はい」と答えている。コメントとして、「気持ちを推察して書いているため100%正解かはわからない」「家族で何とかしているのでまだわからない」等がある。 | | | | | | | |
| 2. 利用者は、主体的な活動が尊重されているか | | | | | | | |
| はい | 6人 | どちらともいえない | 4人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
| 回答者の55%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」36%、「無回答・非該当」9%で、「いいえ」の回答者はいない。当機関が独自に設定した詳細項目①「自分の好きな活動をするとき、物音や周囲への迷惑を気にかけることがありますか」は、「はい」が18%、「どちらとも言えない」27%、「いいえ」18%である。「音楽を聴いたり好きな活動をしていると思うが、散歩など外の活動ができていない」等のコメントがある。 | | | | | | | |
| 3. グループホームでの生活はくつろげるか | | | | | | | |
| はい | 10人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 回答者の91%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%で、「無回答・非該当」、「いいえ」の回答者はいない。また、詳細項目「普段から落ち着いて過ごすことができると感じているか」は、回答者の82%が「はい」と答えている。そのコメントとしては、「音楽を聴いている時」「絵を描いているとき」「好きな本を見ている時」「共有の居間で皆でテレビを見て過ごしているとき」等がある。 | | | | | | | |
| 4. 職員が利用者の家族等に連絡をする場合、方法や内容等についてあらかじめ利用者の希望が聞かれているか | | | | | | | |
| はい | 6人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 1人 | 無回答・非該当 | 3人 |
| 回答者の55%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」「いいえ」が各9%、「無回答・非該当」が27%である。当機関独自に設定した詳細項目①「事業所から家族に連絡したことがあるか」は、回答者の91%が「はい」と答えている。②「どのようなときに連絡があったか」のコメントとして、「日常生活に変化があったとき」「本人の体調不良や受診したときの結果報告、服薬について」「高額のものを購入するとき」「保護者の同意や判断が必要な時」などがある。 | | | | | | | |
| 5. グループホーム内の清掃、整理整頓は行き届いているか | | | | | | | |
| はい | 11人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 回答者の100%が「はい」と答えている。当機関独自に設定した詳細項目①「共有スペースを使った後、他に使う利用者のために簡単な掃除を行うことがあるか」は、回答者の9%が「はい」と答え、「どちらともいえない」27%、「いいえ」18%、「無回答・非該当」45%である。詳細項目②「共有スペースを使いたいときに利用できているか」は、回答者の55%が「はい」と答えている。「無回答・非該当」は36%である。「いいえ」の回答者はいない。コメントはない。 | | | | | | | |
| 6. 職員の接遇・態度は適切か | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい | 11人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 回答者の100%が「はい」と答えている。当機関独自に設定した詳細項目①「職員の服装や身なりは好ましいと思うか」は、回答者の100%が「はい」と答えている。②「職員の言葉遣いは好ましいと思うか」や③「職員の態度は好ましいと思うか」は、回答者の91%が「はい」と答え、「無回答・非該当」が9%である。「みんな優しく対応してくれています」とのコメントがある。 | | | | | | | |
| 7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか | | | | | | | |
| はい | 10人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 回答者の91%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%、「いいえ」「無回答・非該当」の回答者はいない。当機関独自に設定した詳細項目①「急に体調が悪くなった時や、けがをしたときに職員の対応は適切か」および②「あなたの持病などについて、職員はよくわかってきているか」は、回答者の91%が「はい」と答えている。「コロナの時もよく対応してくれた」とのコメントがある。 | | | | | | | |
| 8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか | | | | | | | |
| はい | 5人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 6人 |
| 回答者の45%が「はい」と答えている。「無回答・非該当」55%、「どちらともいえない」「いいえ」の回答者はいない。詳細項目①「過去にあなたは入居者同士でトラブルにあったことがあるか」は、「はい」0%、「どちらともいえない」9%、「いいえ」「無回答・非該当」がそれぞれ45%である。②「利用者同士のトラブルがあった際、職員は適切な対応をとってくれたか」は、「はい」9%、「無回答・非該当」91%である。「職員からは入居者同士のトラブルは聞いたことがない。本人は他の人にあまり関心がない」とのコメントがある。 | | | | | | | |
| 9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか | | | | | | | |
| はい | 10人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 回答者の91%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%、「いいえ」「無回答・非該当」の回答者はいない。当機関独自に設定した詳細項目①「職員は、あなたの気持ちを聞くために時間をとってくれているか」は、「はい」が55%、②「あなたは職員に本当の気持ちを伝えることができるか」は「はい」が36%、③「あなたは、職員に尊重されていると感じるか」④「あなたの思いを伝える方法や機会を職員は配慮してくれるか」は64%が「はい」と答えている。「本人が入居中の様子はわからない」とのコメントがある。 | | | | | | | |
| 10. 利用者のプライバシーは守られているか | | | | | | | |
| はい | 4人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 7人 |
| 回答者の36%が「はい」と答えている。「無回答・非該当」64%で、「どちらともいえない」「いいえ」の回答者はいない。当機関独自に設定した詳細項目①「職員はあなたが他の人に見られたくないことに気を配ってくれるか」は、回答者の36%が「はい」と答え、「無回答・非該当」は64%である。②「職員は、あなたが他の人に聞かれたくないように気を配ってくれるか」は、回答者の27%が「はい」と答え、「無回答・非該当」73%である。コメントはない。 | | | | | | | |
| 11. 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 | | | | | | | |
| はい | 10人 | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
| 回答者の91%が「はい」と答えている。「無回答・非該当」9%、「いいえ」「どちらともいえない」の回答者はいない。当機関独自に設定した詳細項目①「職員は体の状態をよく聞いてくれるか」②「職員は生活状態をよく聞いてくれるか」は、ともに「はい」が82%、③「職員はお金の状態をよく聞いてくれるか」は、55%が「はい」と答えている。④「職員は、あなたがこうしたい、こうなりたいなどの要望や希望を聞いてくれるか」は、73%が「はい」と答えている。「親が高齢になったときの休日の過ごし方が心配」とのコメントがある。 | | | | | | | |
| 12. 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 | | | | | | | |
| はい | 9人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 1人 |
| 回答者の82%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%、「無回答・非該当」9%で、「いいえ」の回答者はいない。当機関独自に設定した詳細項目①「職員はあなたの計画や課題を丁寧に話してくれますか」は、「はい」82%、「無回答・非該当」は18%である。②「計画にある、あなたの課題についてあなたは納得しているか」は、「はい」が55%、「どちらともいえない」18%、「無回答・非該当」27%である。コメントは寄せられていない。 | | | | | | | |
| 13. 利用者の不満や要望は対応されているか | | | | | | | |
| はい | 8人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 2人 |
| 回答者の73%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」9%、「無回答・非該当」18%で、「いいえ」の回答者はいない。当機関独自に設定した詳細項目①「嫌なこと、してほしいことを職員に気軽に言うことができるか」は、「はい」が55%、②「嫌なこと、してほしいことを言った後、職員は対応してくれるか」、③「要望通りにならない場合、職員は理由を説明しているか」は、それぞれ回答者の64%が「はい」と答えている。コメントに「本人が嫌がらずに生活できているので良いのではないかと考えている」がある。 | | | | | | | |
| 14. 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 | | | | | | | |
| はい | 2人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 1人 | 無回答・非該当 | 6人 |
| 回答者の18%が「はい」と答えている。「どちらともいえない」18%、「いいえ」9%、「無回答・非該当」55%である。コメントとして、「今まで困ったことはあまりなかった」がある。 | | | | | | | |

V サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6）

| カテゴリー6 サービス提供のプロセス | | | |
|--|--|--|-----------------------|
| サブカテゴリー1 サービス情報の提供 | | | |
| 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 | | 実施状況 |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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なっている | | <input type="radio"/> |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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"/> |
| 講評 | | | |
| <p>ホームページや「入居者募集のお知らせ」を作成し、事業所の情報を紹介している</p> <p>法人のホームページを2023年3月にリニューアルし、法人概要・設立経緯、事業所の理念・運営方針・サービス内容を紹介している。運営する2か所の事業所（ホーム・まな ホーム・ゆい）の住所、電話番号、建物・設備、入居にかかる費用を明示している。室内や共有部分、行事での利用者の様子を写真を用いて掲載するなど、視覚的にも情報が得られるようにしている。入居希望者に、より詳しく事業所の情報を伝えるために、ホーム別に、「入居者募集のお知らせ」の冊子を作成している。</p> | | | |
| <p>「入居者募集のお知らせ」で事業所の特長や支援体制、負担金等を伝えている</p> <p>入居者や家族等が事前に知っておきたいこと・質問が多い項目をまとめた冊子「入居者募集のお知らせ」を作成し、障がい者支援センター・計画相談支援事業所に設置するほか、見学希望者に配布している。食事提供、入浴、イベント、外出、職員体制、夜間・日中の支援体制、入居までの流れ、ホームまでの詳しい道順等を明記している。写真を活用しているが家族等への提供を想定しており、さらに利用者が理解しやすいツールを作成したいと事業所は考えている。広報誌「結の実通信」は、ホームページに掲載するほか家族・見学者に配布している。</p> | | | |
| <p>問い合わせや見学希望は利用希望者や家族の要望等を聞き個別に対応している</p> <p>問い合わせや見学希望の連絡には、利用希望者が家族と同伴か家族のみの見学か等の要望を聞き、日程を調整している。ホームページの問い合わせフォームも利用できる。重度障害のある方を多く受け入れているホームであり、家族・後見人の同伴を想定した見学体制を取っている。見学前に初回の面接を実施して家族等から基本的な情報を得て記録し、その後管理者がホーム内を案内し概要を説明している。見学後、体験宿泊を希望する場合は申込書の提出を受け、体験日数を決めている。見学・体験時から利用者の意向を大切に考え把握に努めるようにしている。</p> | | | |

| サブカテゴリ2 サービスの開始・終了時の対応 | | | |
|---|-------|---|-----------------------|
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目3 | サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| 講評 | | | |
| 体験宿泊等でサービス内容を伝え、利用者の意思をくみ取るよう努めている | | | |
| <p>利用希望者は重度障害のある方がほとんどで、見学から体験宿泊、入居申し込み、入居決定まで時間をかけて利用希望者の意思をくみ取るよう努めている。体験時に職員は一人ひとりの対応を心がけ、声掛けや働きかけをする中で利用希望者にサービス内容が伝わるよう取り組んでいる。ホームでの生活の状況を細かく観察し通所先から得た情報も含め、記録している。記録を参考に体験後に改めて面談で意思確認を行い、受け入れにあたり他の入居者との相性や支援体制等を考慮して入居を決定している。</p> | | | |
| 契約に至るまでに時間をかけてサービス内容を丁寧に説明し、同意を得ている | | | |
| <p>契約にあたり、利用希望者・家族等と、事業所双方が納得の上進められるよう、ケースによっては数か月をかけて説明をし、同意を得ている。体験宿泊や入居申し込み書を作成して家族等の意向を书面化している。入居希望者のほとんどは文章や言葉での説明の理解が難しいため、契約時は家族や後見人の同席を得て、重要事項説明書、契約書、個人情報保護規程を用いて丁寧に説明し、署名・捺印を得ている。入居者負担金については個別の収入にもとづいてシミュレーションし、概算を提示している。</p> | | | |
| 体験宿泊前に基本情報を得て家族等の要望とともに記録し適宜追記して支援している | | | |
| <p>体験宿泊前の個別面談で、家族等から年齢、手帳の取得状況、家族構成などの基本情報、食事、排泄、入浴での介助方法、健康状態、コミュニケーション・対人関係について、特に配慮・支援すること等を聞き取り、フェイスシートを作成している。社会生活で支援してほしいことや特に配慮してほしいことも記録し、支援に生かしている。好きなこと・嫌いなことも聞き取り、入居後の生活のストレス軽減を図っている。フェイスシートは職員間で共有し、支援の中で気づいたことや通所先から得た情報等を適宜追記し、支援を行っている。</p> | | | |

| サブカテゴリ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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目2 | 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたとうえで、必要に応じて見直している | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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"/> |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| 講評 | | | |
| 体験宿泊時から家族等や関係機関から情報を得、ニーズや課題を把握している | | | |
| <p>入居前から聞き取った情報を記録しているフェースシートはアセスメントシートも兼ねており、個別支援計画書の項目(食事・移動・排泄等、社会的生活、コミュニケーション、健康)と連動させ、ニーズや課題・支援することを明確にしている。フェースシートには、家族・後見人等のほか、計画相談支援事業所や日中通所している事業所から聞き取った情報を適宜追記している。日々の変化は生活記録に個別に記録し、課題を把握している。上半期モニタリングとモニタリング総括を半年ごとに実施し、職員会議で課題を検討している。</p> | | | |
| 利用者、家族・後見人を交えて年2回面談して希望やニーズを聞き計画に反映している | | | |
| <p>個別支援計画書は、年2回個別面談を実施して利用者の希望や状況を踏まえた内容になるよう作成している。利用者の意思確認が困難なケースもあり、面談には必ず家族・後見人等に出席してもらって希望やニーズを聞き取り、関係機関から得た情報も反映して計画作成をしている。面談・計画作成は、ユニット別に年度始めにまとめる方法と利用者の誕生日に合わせて行う方法を取っている。支援内容を緊急に変更する必要があった場合は柔軟に対応し、変更点を職員で共有して支援し、書面上は総括時に変更する仕組みとなっている。</p> | | | |
| 日常の記録や個別支援計画、引継ぎ事項は職員で共有し支援に生かしている | | | |
| <p>利用者の個別記録は、生活記録、宿泊記録及び特記事項を詳細に記録する「別紙」に記載している。記録は手書きで、一つの支援が終了後に即時記入し、記入漏れがあれば随時追記するなど、正確な記録につなげている。別紙は時系列での記録で、利用者の変化の推移が把握しやすい形式となっている。全職員が勤務開始時に確認する一覧を作成し書類を確認・チェックするほか、日中と夜勤の勤務交替時に業務の引き継ぎと振り返りを行っている。個別支援計画書を含む個別記録はファイリングし職員誰でもが常に確認できるように整備している。</p> | | | |

| サブカテゴリ4 サービスの実施 | | |
|-----------------|---------------------------------------|-----------------------|
| 評価項目1 | 個別の支援計画等に基づいて、自立した生活を送れるよう支援を行っている | 実施状況 |
| 標準項目1 | 個別の支援計画に基づいて支援を行っている | <input type="radio"/> |
| 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| 標準項目5 | 関係機関と連携をとって、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている | <input type="radio"/> |

講評

個別支援計画には利用者の障害特性や身体状況に応じた支援内容を記載している。

当事業所の個別支援計画は勤務年数の長い職員が作成している。重度の障害のある利用者の障害特性や、身体、健康の状態、家族の状況や意向も反映した支援内容を記載しており、支援に関わる全職員に回覧し共有している。また計画を作成する職員が、計画を反映した個別の支援マニュアルも作成し、日常的に活用されており、パートタイムの非常勤職員が多い中でも全職員が計画に基づいた支援ができるようにしている。

サインや表情等から意向を読み取りコミュニケーションをとっている

利用者のほとんどは重度の障害があり、言語での相互コミュニケーションは難しいことが多い。伝える際には本人がわかりやすいような簡単な言葉で短めに伝えるようにするなど工夫しており、支援マニュアルの中にも記載している。本人の意向の発信方法が、サインや表情である場合、それをマニュアルに明記していても、経験の短い職員は利用者の発信を見逃すこともあり、その部分では支援の質の担保が難しいと感じている。また、重度な障害がある利用者同士の関係作りは難しいが、職員が間に入り双方の利用者が良い関係を持てるように支援している。

利用者が家族と離れ、自立し安定した生活ができるように支援している

当事業所の利用者は重度の障害のある利用者が多く、入居前は家族からの全面的な支援を受けてきた利用者がほとんどである。また、両親はすでに亡く、親族後見を含む後見人の支援を受けている方も多い。そのため事業所では、家族以外の支援を受け、精神的にも自立して生活することを、自立した生活と考えており、利用者一人ひとりが安全に安定した生活が送れるように支援している。すべての利用者が日中には通所しているため、通所先との連携は日常的におこなっている。通所先の連絡ノートや、必要に応じて電話で直接やりとりをすることがある。

| 評価項目2 | 利用者が主体性を持って日常生活を楽しく快適に過ごせるような取り組みを行っている | 実施状況 |
|-------|---|-----------------------|
| 標準項目1 | グループホームでの生活は、主体的な活動が尊重されている | <input type="radio"/> |
| 標準項目2 | グループホーム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"/> |
| 標準項目3 | 休日の過ごし方や余暇の楽しみ方については、利用者の意向を反映し、情報提供や必要な支援を行っている | <input type="radio"/> |
| 標準項目4 | 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"/> |
| 標準項目5 | 【食事の提供を行っているグループホームのみ】 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"/> |

講評

日常生活のすべての場面で利用者一人ひとりの意向に応じて柔軟に対応している

利用者のほとんどに重度の障害があるため、物事を主体的に判断して活動することや、物事に対する意向を表現することは難しい場合が多い。そのため、ホームでは、リビングと居室のどちらでも過ごしたい場所で過ごせるようにしたり、入浴の時間は決まっているが、利用者の気持ちが乗らない時には、本人の気持ちが向くタイミングに入浴できるようにしたり、外出に向けて動き出せず通所しないときには日中もホームで過ごせるようにしたりと、利用者一人ひとりの意向を尊重し柔軟に支援をしている。

利用者の生活状況や身体状況に応じて様々な手段で余暇支援を行っている

週末や休暇ごとに自宅に帰り休日や余暇を過ごしている利用者や、365日をホームで過ごす利用者があり、それぞれの状況によって、余暇支援をしている。ガイドヘルパーの手配をして外出している利用者もいる。歩行状態が悪くガイドヘルパーとの外出が難しい利用者とは通所を休んで通院支援と合わせて職員と二人で買い物や食事に出かけることもある。また、夏の土用の丑の日近くにはウナギをとって食べたり、ハロウィンの時期には仮装をしたりと、毎日ホームで過ごす利用者がいつもと違う体験を楽しめる機会をもうけている。

食事は時間帯も含め個々の利用者のニーズに応じた支援をしている

コロナ禍で個別対応が続いたこともあるが、利用者個々の食べたい時間、食べるペース、介助方法などが違うため、一斉に食べ始めるのではなく、順番に食事をとるようにしている。利用者の状態によって食事量の調整や、減塩食の提供、咀嚼が難しい方には外部サービスを併用しながらムース食の提供もしている。季節の行事の時は季節メニューを提供し、誕生日の時には誕生日の利用者にメニューを選んでもらい、ケーキも提供している。行事の時にはみんなで一緒に食事をし行事を楽しめるようにしている。

| 評価項目3 | 利用者の状況に応じて、生活上の支援を行っている | 実施状況 |
|-------|--------------------------------------|-----------------------|
| 標準項目1 | 利用者の状況に応じて、身の回りのことについて必要な支援を行っている | <input type="radio"/> |
| 標準項目2 | 利用者の状況に応じて、家事（調理、洗濯等）について必要な支援を行っている | <input type="radio"/> |
| 標準項目3 | 利用者の状況に応じて、金銭の管理や使い方について支援を行っている | <input type="radio"/> |

講評

本人ができること、職員の支援内容、支援のポイントなどをマニュアルにしている

食事、排泄、入浴などの支援の方法は利用者ごとに支援マニュアルを作成している。利用者本人のことができること、職員の支援方法、支援の際の注意点などを記載しており、利用者の身の回りの支援をするすべての職員が必要な支援をできるようにしている。夜間にも定時でトイレ誘導をしたり、夜中や早朝に部屋から出てくる利用者へ対応したりと、夜間帯も含め利用者一人ひとりに応じた細やかな支援をしている。

家事は職員がしているが、希望する利用者は掃除などの手伝いをしている

重度の障害のある利用者が多く、自発的に家事をすることは難しいため、調理や洗濯等、職員がほとんどの家事をしている。利用者本人の希望があり、簡単な掃除やゴミ捨てをしてもらっている。居室内の掃除についても職員がしており、物にこだわりがある利用者の部屋については、本人のこだわりにも配慮しながらも清潔が保てるように支援をしている。

利用者が金銭管理をすることは難しいため、家族、後見人とともに金銭管理をしている

利用者本人が、金銭の価値を理解して管理をすることは難しいため、基本的には家族、後見人が金銭の管理をしている。日常生活費、衣類等の買い物や家電の買い換えなどの預かり金は事業所で管理している。事業所では多額の現金は預からず、出納帳で管理をし、定期的に家族や後見人に報告することで透明性を高めるようにしている。

| 評価項目4 | 利用者が健康を維持できるよう支援を行っている | 実施状況 |
|-------|--|-----------------------|
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目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"/> |
| 標準項目5 | 【利用者の薬を預ることのあるグループホームのみ】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"/> |

講評

利用者一人ひとりの状態に応じて様々な健康に関する支援をしている

利用者が自らの体の不調を訴えることは難しいため、職員と家族が全面的に健康に関する支援をしている。1日2回の検温と健康状態の記録は全利用者にしており、医師の指導により血圧を計り、血圧手帳に記録をしている利用者もいる。健康診断は通所先でする利用者が多いが、必要に応じて事業所の職員の付き添いで健康診断を受け、健康状態を把握することもある。通院は同行が可能な場合は家族がおこない、ホーム主体で生活している利用者には、ホーム職員が同行している。

利用者の体調変化に備え、マニュアルや持ち出し用ファイルを作成している

頻回にてんかんの発作がある利用者については、てんかんの発作時の対応の仕方について個別にマニュアルを作成している。命に関わる発作の可能性のある利用者については、もしもの時に備え、救急要請の方法や、本人の健康に関する情報、家族からの治療同意の書類等が入った持ち出し用のファイルを作成し、1階事務所内と利用者の居室のある2階の2カ所に保管している。その他、夜間等常勤職員が不在時に急変があった場合の対応についてもマニュアルを作成している。

配薬から服薬まで4回のチェックで服薬ミスを防ぐ工夫をしている

1回の服薬の際にはまずは1週間分の収納から1回分の服薬ボックスに移す際に一度チェックし、カウンターに乗せる際には2人の職員で利用者の名前の読み上げをして2度目のチェック、3回目に利用者が服用するときにチェックし、最後に個別記録の服薬チェック欄に記載をおこなうという仕組みがあり、4回のチェックで服薬ミスを防ぐようにしている。利用者のほとんどが服薬しており、てんかんの薬や高血圧の薬など重要な薬も多いため、今までのヒヤリハットの経験も踏まえてチェック体制を強化している。

| | 評価項目5 | 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 | 実施状況 |
|--|-------|--|-----------------------|
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| 講評 | | | |
| 本人の代弁者としての家族の意向も踏まえ、本人主体となる対応をしている | | | |
| <p>重度の障害のある利用者が多いため、本人の代弁者として家族と相談しながら対応することが多い。入居期間が長くなり、年齢を重ねた利用者も多くなり、家族の認識や意向と利用者本人の実際の生活状況や身体状況にずれが出てくることもある。そのため、家族に実際の様子を報告し、職員が普段の生活からくみ取った本人の意向を元に、本人を主体とした対応をするようにしている。</p> | | | |
| 家族の状況に応じて様々な方法で利用者の生活状況を伝えている | | | |
| <p>利用者のうち半分ほどは週末ごとに自宅に帰っているため、家族に生活の様子を伝える機会が多い。連絡ノートの他、電話だけでなくショートメールなども活用し、家族が連絡の取りやすい手段でタイムリーにやりとりをしている。365日をホームで過ごしている利用者の家族や後見人とは、個別支援計画の見直しのタイミングの半年ごとには必ず連絡をとり、その他は必要な時に連絡をとるようにしている。</p> | | | |
| 通院や服薬状況は家族から情報を得て、必要に応じて家族に情報提供もしている | | | |
| <p>家族が通院同行している場合には、通院結果や服薬の追加変更などの情報を逐一家族から得るようにしている。家族が高齢となっている利用者も多いため、家族自身の状況についても確認し、必要に応じて成年後見制度などの案内もしている。</p> | | | |
| | 評価項目6 | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| | 標準項目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 | <input type="radio"/> |
| 講評 | | | |
| 町内会に加入し地域の情報を得て、イベントにも参加している | | | |
| <p>開設当初から町内会に加入しており、回覧板から地域の情報を得ることができている。コロナ禍以前には地域の盆踊りなどのイベントにも参加していた。職員にも近隣住民が複数おり、地域からの情報は得やすい状況である。また近隣の方からの寄付が届くこともあるとのことで、地域の一員となっている様子がうかがわれる。</p> | | | |
| 地域に出て行く機会を持ち、地域の資源を活用している | | | |
| <p>入居前から青年学級に通っていた利用者については職員が必要な準備を手伝い、地域での活動が続けられるようにしている。余暇支援で、近隣の公園に散歩にでかけたり、近くに飲食店が多いホームでは、みんなで食事に行くなどして地域に出ていく機会をもっている。コロナ禍で外食が難しかった時期にはデリバリーで地域の資源を活用していた。新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行に伴いガイドヘルパー利用による外出を今年6月より再開した。外食をしたり水族館に遊びに出かけたりと利用者の楽しみとなっている。</p> | | | |

| サブカテゴリ5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 | | | |
|--|-------|---|------|
| | 評価項目1 | 利用者のプライバシー保護を徹底している | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目3 | 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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） | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 外部とのやり取りが必要な場合を定めた規程を契約時に説明し、同意書を得ている | | | |
| <p>契約時に個人情報保護規程を説明し、利用者から理解を得ることが困難な場合は、家族・後見人等から同意書に署名・捺印を得ている。規程では、利用目的の特定、利用目的外の利用の制限、取得の制限を明文化している。また、取得に際して利用目的を本人に通知し、または公表する場合について定めている。法人は情報発信に力を入れており、情報が伝わりやすいよう写真を多く取り入れている。そのため、ホームページや広報誌「結の実」に個人の写真を掲載する際は、事前に利用者、または家族等の承諾を得ている。</p> | | | |
| 利用者個々の様子に応じプライバシーに配慮した支援を行っている | | | |
| <p>居室は全室個室で、必要な家具は利用者が準備し、日常生活や趣味を楽しむのに必要な物品を持ち込んでいる。個人の所有物には記名し、入居者毎に保管して他の利用者のもものと混同しないよう努めている。利用者は自室や共有スペース、廊下等、好きな場所で過ごしている。プライバシーに配慮し、排泄や入浴支援の際はドアを閉めている。発作が心配な利用者については職員が居室の様子に気づきやすいようドアを開け、安全確保に努めている。共有スペースでの行動が不適切と思われるときは一人で自由に行動できる居室への移動を促している。</p> | | | |
| 個々の意思表示の仕方を共有し、利用者の意思を尊重した支援に取り組んでいる | | | |
| <p>言葉で自分の意思を表現することが難しい利用者については、管理者が機会あるごとに具体的な場面で職員に利用者個別の意思表示の仕方を伝え、利用者の意思を尊重した対応をするよう取り組んでいる。日中活動に参加したくないことを行動で示しているときは本人の意思を尊重し、職員見守りのもと日中もホームで過ごせるよう支援している。好みの飲料や趣味、起床・就寝時間等、入居前の生活習慣を把握して年齢や性別にも考慮し利用者個々のサインから表出する欲求や拒否を読み取り、その人らしい生活を送れるよう支援している。</p> | | | |

| サブカテゴリ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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 各種マニュアル・手順書を整備し業務の流れや利用者個別の支援方法を明確にしている | | | |
| <p>業務マニュアル(業務の流れ)、服薬管理マニュアル、外出時の持ち物をまとめた「個別の持ち物リスト」等を、マニュアルファイルにまとめている。業務の流れには、時系列で個人名と支援内容を明示している。「食事準備注意事項」には利用者個々の白米の摂取量や食事形態も明示している。さらに、利用者の特性や声掛けの仕方、洗面・歯磨きへの支援等、必要な事項を詳細に明示した個別支援マニュアルを整備している。さらに、毎月月間予定表を作成し、帰宅状況、利用者ごとの掃除・洗濯等全利用者の予定を一覧にまとめている。</p> | | | |
| 個別の支援内容を詳細に記載した支援マニュアルで支援の手順を確認している | | | |
| <p>各種マニュアル・手順書はリビングに常備し、必要時職員誰でもが確認できるようにしている。個別支援マニュアルには、利用者個別に、食事・入浴・排泄等、発作症状と対応・日常で気をつけること等、支援の手順について記載している。どこまでを利用者が行いどのタイミングでどう支援するかを明確にし重要部分はマーカーで示しており、実際支援していく中で手順通り行ったかを確認できる。マニュアルは職員に配布し入職時に説明をしている。マニュアルを基本とするが対人支援であることを考慮し、状況に合わせた柔軟な対応を行っている。</p> | | | |
| 各マニュアルは職員の意見を取り入れて見直し、毎年度始めと適宜改変している | | | |
| <p>マニュアルは毎年度職員に読み込んでもらい、年度替わりに更新するほか必要時適宜改変し、更新年月日を記載している。事業所は利用者の生活の場であり日常全般を支援しているので、サービスの基本事項や手順は頻繁に見直しが必要で、その都度柔軟に対応し適宜マニュアルに追記している。支援する中でマニュアルの手順と実際の支援にずれが生じたときは職員から聞き取りを実施し、現状に合ったマニュアルの改変につなげている。職員からの意見で手順を見直し、服薬確認の方法に写真を取り入れたことでより確実に確認できるようになった例がある。</p> | | | |

VI 利用者保護項目

| 利用者保護項目 | | | |
|---|-------|---|------|
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 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 | 実施状況 |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | ○ |
| | 標準項目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 | × |
| | 標準項目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 | ○ |
| 講評 | | | |
| 虐待防止・身体拘束適正化について研修で学び人権意識の向上に取り組んでいる | | | |
| <p>外部の虐待防止・権利擁護研修をサービス管理責任者が年1回受講している。そこで学んだ内容をわかりやすく解説してレジュメを作成し、事業所内で研修を実施している。運営法人は虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会を立ち上げて年3回各委員会を開催し、職員のストレスチェック等も実施して、人権意識の向上に取り組んでいる。「虐待の芽」を早期に把握できる風通しが良く相互に注意しやすい環境づくりを目指し、不適切事例が生じたときは管理者が直接伝えたり連絡事項一覧に記載して、注意喚起を促す体制を取っている。</p> | | | |
| 感染症発生時と自然災害発生時の業務継続計画を策定し緊急事態に備えている | | | |
| <p>2か所のホームは距離が離れているので、それぞれの地域の防災マップ、ハザードマップでリスクを把握している。検討課題であった業務継続計画（BCP）は本年9月に完成した。事業所としてリスクの中で感染症と自然災害への対策を優先し、「感染症発生時」と「自然災害発生時」のBCPを策定し、緊急事態に備えている。安否確認や過ごし方など、利用者の特性を考慮した対応方法を盛り込んでいる。BCP策定後は、「職員回覧を行い職員間で共有をする、研修で周知する、必要な変更を実施する」ことを明記しており、今後の実施が期待される。</p> | | | |
| 外部の苦情解決のしくみについても気軽に利用できることを周知する対策が期待される | | | |
| <p>契約時に苦情・相談窓口の説明をし、事業所の苦情受付担当と解決責任者、苦情解決の流れ、外部の相談窓口を紹介している。玄関にも苦情解決のしくみを掲示している。事業所は家族や後見人等と密に連絡を取って利用者の様子を伝えていて、現状、苦情に至る前に解決できている。今回の利用者意向調査では、外部の相談窓口に相談できることを知っているとの回答が他の項目と比べ低くなっている。外部の相談窓口についてさらに定期的に説明し、気軽に相談できることを周知するための対策が期待される。</p> | | | |