

評価細目の第三者評価結果

（障害者・児福祉サービス分野）

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ－１ 理念・基本方針

| | 第三者評価結果 | コメント |
|-----------------------------------|---------|--|
| Ⅰ－１－（１） 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| Ⅰ－１－（１）－① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a | 「地域と共に歩み、地域の福祉を担います」という法人理念を職員が日々実践できるよう、クレドを定め、グループホーム内のロッカールームなどに掲示したり、年2回の法人全体の職員会議や、グループホームの全体会議などで唱和している。利用者や家族、利用希望者などが理解できるよう、ホームページにも載せている、また、映像でも法人の考え方を伝えられるよう動画投稿サイトなども活用し、幅広く伝わるように工夫している。 |

Ⅰ－２ 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| Ⅰ－２－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| Ⅰ－２－（１）－① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a | 社会福祉事業全体の動向に関しては、法人全体で動向を把握し、各部門の方針決定などに生かされている。グループホームのニーズについては、相談員の地区担当者に聞き取りなどを行っている。グループホームだけではなく、日中支援などと併せて今後の方向性についてグループホーム会議などで検討をしている。 |
| Ⅰ－２－（１）－② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a | グループホーム全体での会議と、「いっぽ」、「すてっぷ」各ホームごとの会議などで出て来る課題を管理者と主任で話し合い、収支や設備投資をどのようにするか、考えるようにしている。決ったことは、グループホーム会議で報告している。会議は全員参加で、欠席者は、次第と議事録で確認するようにしている。 |

Ⅰ－３ 事業計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------|---------|---|
| Ⅰ－３－（１） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| Ⅰ－３－（１）－① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | a | 事業計画は12か年、3か年、単年度計画を立て、毎年全体会議やホームページ上で発表している。これまでは、全体で集まり、事業計画を発表していたが、新型コロナウイルスの影響で、集合ではなくオンデマンドで利用者や家族も見られるように対応している。 |
| Ⅰ－３－（１）－② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | a | 中期計画の中で目標としていた、グループホームから出て、独居で生活をしていくことを、単年度ごとに実現可能な目標を立て、実現につなげることができた。人材育成についても中期計画をもとに単年度計画に反映し、各研修に参加している。単年度計画は、中期計画をもとにグループホーム会議で各職員の意見を採り入れ、主任や管理者が話し合い決定している。 |

| | | |
|---|---|--|
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | a | 事業計画は年2回の法人全体の職員会議の中で、職員へ周知している。また、ホームページにも公表しており、いつでも確認ができる。単年度計画については、グループホーム全体の会議や「すてっぷ」「いっぽ」それぞれの会議の中でも実施状況について確認するように会議の次第に入れている。 |
| I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | a | 利用者の約半数がインターネットを使用するため、事業報告会の様子はオンデマンドで見ることができ、事業計画はホームページでいつでも確認することができる。また、事業計画に基づくことは実施の際に再度目的を利用者へ説明し、理解を促進するように努めている。 |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---|---------|---|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | | |
| I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | a | | 法人全体で、委員会を組織している。「権利委員会」「品質向上部会」「事故防止部会」「人材育成委員会」「感染症対策委員会」など各方面から福祉サービスの質の向上に向けて活動している。グループホームからも各委員会に参加し、決まったことは、グループホームでの会議を通して職員に周知している。事業継続支援チームを作り、新型コロナウイルスなどの感染者が発生した場合にも、継続してサービスを提供できる体制を作っている。 |
| I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | a | | 感染症対策などについて「感染症対策委員会」のメンバーが各事業所を視察している。委員会で決めた方向性について、事業所の特性に合わせて実施方法の検討や評価をし、改善策を決定している。 |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---|--|------|
| Ⅱ－１－（１） 管理者の責任が明確にされている。 | | | |
| Ⅱ－１－（１）－① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | b | 職務分掌の中で管理者をはじめ、中間管理職、一般職についても役割を明記している。災害や事故発生時などの際の管理者を含めた、各職員の役割を明記し、職員が理解できるようにしている。 | |
| Ⅱ－１－（１）－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 | a | クレドの中で法令を遵守することを明記している。クレド面談を年1回おこない、管理者から各職員にクレドを実践できているか確認をしている。関連する法令の改正などについては、グループホームの会議の中で話し合う。社会福祉法人全体に関することは役員会議などの中で確認し、必要に応じて各部門へ情報の提供や、必要な取り組みを伝えている。 | |
| Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| Ⅱ－１－（２）－① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | b | グループホーム会議や、クレド面談などを通して管理者として、質の向上に向けての取り組みの実践状況を確認、指導をおこなっている。 | |
| Ⅱ－１－（２）－② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | b | 管理者は経営会議に参加して、グループホームの状況報告し、経営会議の中で決められたことは、各職員に注視してほしいと伝えている。 | |

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---|--|------|
| Ⅱ－２－（１） 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | | |
| Ⅱ－２－（１）－① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a | 事業計画の中で、法人全体の人材確保や定着についての目標を定めており、それに沿って、正社員の採用は法人本部で、非常勤職員はグループホームで採用活動をおこなう。人材育成部会のなかで、計画に沿って必要と考えられる研修を検討している。SDS制度があり、積極的な職員の資格取得を支援している。 | |
| Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。 | a | 行動指針や就業規則などを通して、職員が目指すべき姿を描くことができるようにしている。人事評価の項目を定め、法人本部で人事管理をおこなっている。 | |
| Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| Ⅱ－２－（２）－① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | a | クレド面談の中で職員の意向の把握もしているほか、毎年法人全体で異動希望調査をおこない、法人内での異動の希望を出することができる。グループホーム特有の勤務形態で昼間の中抜け勤務などを職員の意見をもとに改善をおこなった。有給の消化状況は法人本部のキャリアセンターで把握し、有給利用の促進を図っている。これまでは事業報告会の後に懇親会をおこなったり、職員交流会として旅行に行くなどしていたが、新型コロナウイルスの流行に伴い現在は実施を控えている。 | |

| | | |
|--|---|--|
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | a | 新入職員には「ブラザーシスター制度」があり、先輩職員が指導し、いつどうなっていれば良いかの目安を伝えている。個人面談では自己評価したものと上司からの評価とを併せて確認し、今後の方向性を示すようにしている。毎年自己目標を決め、委員会にプレゼンをし、公式な目標とし、達成に向けて努力できる仕組みとなっている。現在は感染症対策のため、他部門との交流する機会を減らしているが「シャッフル制度」など他部門を体験する制度も活用している。 |
| II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | a | 事業計画の中に「人材の育成」について方針を示しており、12年の長期、3年ごとの中期、単年度の計画を立て、人材育成委員会が中心となり、研修の企画、実施、研修をおこない、毎年の事業報告の中で実施状況を報告している。 |
| II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | b | 「新入社員研修」では13日間の内部研修と11日間の外部研修を実施し、関連する法令や支援に必要な技術、リスクマネジメントなどを学ぶ。その後も「リーダー養成研修」など段階に応じた研修制度がある。また、それぞれが受講した外部研修はグループホーム内で伝達研修をすることにより、より深く勉強できるようにしている。 |
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | |
| II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b | グループホームに実習生が来ることはまだないが、ケースワークを学習するための施設見学などは受け入れている。法人全体の事業計画には実習生について「積極的に取り組み、教育することで社会福祉の担い手の底上げを図ります」とあり、受入のためのガイドラインも整備している。 |

II-3 運営の透明性の確保

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | |
| II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | b | ホームページでは、事業報告、決算、現況報告書、役員報酬、事業計画書、規程、第三者評価受審結果などを公表している。苦情を受け付けた後、決められた手順に沿って対応し、法人内で共有する仕組みとなっている。 |
| II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a | グループホームで決済できる範囲と、稟議を挙げる範囲を金額によって決めている。グループホーム内では小口現金と利用者からの預り金を管理しており、毎月法人の事務職員と確認をし、利用者の小口明細は家族に送っている。虐待が疑われる場合には行政に報告をし、指導を受け対応するように定められている。 |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|---------|--|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | |
| II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a | | 町内会に参加し、町内会の会報に利用者が掲載されたり、地域の避難訓練などの行事に参加しているが、現在は、新型コロナウイルスの感染拡大により、地域の行事が中止されていることが多い。「ステップ」の利用者は、一人での外出も自由にできるようにしているが、「いっぼ」は介助が必要な方が利用しているため、移動支援等を利用し外出できるよう支援している。 |
| II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | b | | 法人で「社会福祉法人めぐみ会ボランティア運営規程」を定めており、受入の際には規定に沿って対応する。法人全体で実施する「めぐみ祭り」は、今年度は感染対策のため、法人内でのみ実施する予定であり、地域の方との交流は難しい。例年は、ボランティアを受け入れており、介助を依頼する場合には、注意事項などを伝えてから、受入れるようにしている。 |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | |
| II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a | | 県や市区町村の相談支援員、消防署、利用者が通う生活介護や就労支援事業所の職員、独居を希望する利用者の住居を選定する際の不動産業者、後見人、自治会などと連携をとっている。利用者の希望に合わせて、法人内の施設だけでなく、別法人の施設への通所を継続できるようにしたり、独居を希望する利用者がスムーズに次の生活になじめるよう、次の地域の不動産業者に相談をし、物件を見つけたり、グループホームにいる時間だけ必要な関係機関を明確にするのではなく、日中の時間や、グループホームから次の生活への移行に必要な社会資源や関係機関を職員間で共有している。 |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | |
| II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | b | | 中長期計画の中で「地域交流地域福祉への取り組み」を目標に上げており、敷地の一部を三芳町ふれあいセンター事業に提供したり、福祉協力員として職員が活動をおこなったりしている。グループホームとしては、地域の方から相談がある場合に対応することにより事業所の機能を地域に還元している。 |
| II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。 | b | | 「地域が必要とする資源を開拓して、地域社会に貢献する」という目標を定めている。地域に対する公益事業や社会貢献活動を継続して取り組み、地域に貢献できるよう、三次町ふれあいセンター事業に場所を提供したり、地域住民との交流や、生活困窮者支援を行うことを事業計画に入れている。新型コロナウイルスの感染拡大の影響で、できなかった活動もあるが、三芳町社会福祉協議会の実施するフードバンクへ寄付を行ったりしている。 |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---|--|------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | | |
| Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | a | 法人全体でのマニュアルとグループホーム独自のマニュアルを整備している。また、グループホームの特性上、日中は就労や生活介護に利用者は行っていたり、職員もシフト制で勤務をおこなっているため、申し送りノートやグループホームで必要な支援をテキストとしてまとめたり、「いっぽ」「すてっぷ」それぞれの会議やグループホーム全体で行う会議を通して共通の認識を持てるようにしている。 | |
| Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | a | 「個人情報管理規定」を法人で定めている。また、入所時に重要事項説明書の中で個人情報の取り扱いや肖像権についての同意をとるようにしている。利用者は居室や風呂、トイレも個々に分かれており、食事時間や食事場所も利用者の希望により変更することができるようになっている。 | |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 | | | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | a | ホームページで各施設の紹介内容や、利用者や家族に配布される「めぐみの森」などをみることができる。利用希望者やその家族に向けて、動画や写真などを複数のSNSを使い、広く周知している。事業所の様子についての学校からの問い合わせに対しては、見学会を企画し、利用者の外出している昼間の時間に事業所見学ができるように対応している。 | |
| Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | b | 利用開始時には、開始前の見学をおこない、わからないことが無いようにする。本人や家族、以前に施設で生活していた場合には、前の施設からも聞き取りをおこなうようにしている。グループホームでの生活ルールを、本人の特性に合わせて、口頭や文章、写真などを使い説明をしている。他の利用者が新しく入所する利用者に説明してくれることも多い。 | |
| Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b | 利用終了時には、本人にとってグループホームは役目を終えることとその理由を伝えるようにする。次の生活場所では、どんな生活になるかを伝えるようにしている。利用終了時には、名刺を渡し、何かあればグループホームに連絡や相談ができることを伝えている。 | |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | | |
| Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a | 品質向上委員会が中心となり、年1回満足度調査をおこない、集計結果を分析・評価し、公表する仕組みとなっている。個別には面談やモニタリングや計画相談の中で把握していき、相談員と共有するようにしている。 | |

| | | |
|--|---|---|
| Ⅲ－１－（４） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| Ⅲ－１－（４）－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | b | 法人全体で苦情対応を仕組みを作り、重要事項説明などで利用者へ説明している。苦情かどうかの判断は受け付けた段階で判断しないことにしている。 |
| Ⅲ－１－（４）－② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | a | 日常のやり取りの中で意見を言いやすくなるような、利用者と職員との関係づくりが大切だと考えている。楽しい雰囲気をつくり、信頼してもらえるようにしている。普段職員に言えないことは、「利用者満足度調査」で意見を伝えられるようにしている。 |
| Ⅲ－１－（４）－③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | a | 受け付けた苦情は管理者から役員会議に報告され、月に1回の「苦情解決委員会」だけでなく、必要に応じて「臨時苦情解決委員会」を開くようになっている。 |
| Ⅲ－１－（５） 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | |
| Ⅲ－１－（５）－① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | a | 法人全体で、「危機管理委員会」のなかで「事故防止部会」「権利擁護防止部会」「防災・防犯部会」「安全衛生部会」に分かれて活動している。BCPを定め、火事、地震、台風などの災害について対応方法を定めている。「事故防止部会」では、医療的なことは、看護職員と連携するなどして、医療事故を防ぐようにしている。 |
| Ⅲ－１－（５）－② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | a | BCPにおいて、感染症発生時の初動について定められている。新型コロナウイルスの流行に伴い、これまでのスタンダードプリコーションを見直した。感染の疑いがあった場合には保健所の指導を受けるよう定めている。 |
| Ⅲ－１－（５）－③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 | a | 火事、地震、水害などの対応方法を定めている。水害に対しては、設計時に道路より一段高くするなど、リスクを軽減している。災害に対しては、各グループホームで備蓄を管理し、地域の避難訓練に参加している。 |

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

| | | |
|---|---|---|
| Ⅲ－２－（１） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| Ⅲ－２－（１）－① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | a | 時間帯、曜日によって支援内容が異なる為、夜間帯、日勤帯、平日、土日曜日に分けて業務マニュアルを作成している。マニュアルは、利用者への対応内容が変更になるたびに、随時見直しをし、サービスの標準化を図っている。 |
| Ⅲ－２－（１）－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | a | 個別支援計画には、いつ、どこで、誰が何をするかまで記されている。評価は、職員と利用者と一緒にしない、マニュアル、個別支援計画に基づく支援となっているかは、毎月のケース会議で話し合いチェックをしている。 |

| | | |
|---|---|---|
| Ⅲ－２－（２） 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | |
| Ⅲ－２－（２）－① アセスメントにもとづく個別 的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | b | 利用者の心身の状況や希望などは、アセスメント時に細かく確認して記録している。関連事業所からの情報やアセスメント時の情報を基に最初の個別支援計画が策定され、新しい個別支援計画を策定する時には、グループホームでの生活状況を利用者ごとに日誌を検索してまとめ、課題の改善状況や新たに気付いた課題等を反映させている。 |
| Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a | 個別支援計画は、担当職員が利用者と一緒に実施状況の評価をしている。個別支援計画通りに支援を実施しているか、課題が改善されているかについては、毎月のケース会議において全員分確認し、評価と見直し内容を基に新しい個別支援計画を作成している。 |
| Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | a | 支援の実施状況は、職員が日誌に記録している。記録内容は、パソコンの内の保存フォルダーにて全員が共有でき、業務に入る前には、自分が勤務していない時の状況を必ず確認するルールとなっている。日誌は、本部でも確認ができ、本部の日誌にも反映される。 |
| Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | b | 利用者に関する記録は、5年分は事務所内保管、5年より前の記録は倉庫での保管としている。事務所内では、鍵のかかる書庫を利用し、鍵は、正規常勤職員のみが使うことが出来る管理体制をとっている。 |

評価対象 A 個別評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------|---------|---|
| A-1-(1) 自己決定の尊重 | | |
| A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | b | アセスメントにおいて、利用者の判断能力を評価することを大事にしている。一人ひとりの能力に応じて、意思表示が出来る人からは、本人の「～したい。～できるようになりたい。」という声を実現するための支援を検討し、難しい人の場合は、家族等からの意見を参考にして支援をおこなっている。「これをしてほしい」「好き」を実現するための工夫が日々おこなわれており、障害特性に合わせた合理的配慮の一例としては、生活環境の整備が挙げられる。 |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 | | |
| A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | a | 毎月権利擁護部会があり、利用者の権利擁護について検討している。権利侵害の防止と早期発見の為に「権利侵害の場面を見たことがあるか」という内容を含めたアンケートを実施し、金銭搾取や性的虐待等具体的な事例をイラストと分かりやすい言葉で説明したポスターを廊下に掲示して利用者に周知している。もし、権利侵害が発生した場合には、①速報、②原因、状況分析、③今後の防止策策定までが一連の流れとして実践される仕組みが明確にされている。 |

A-2 生活支援

| | | |
|--|---|---|
| A-2-(1) 支援の基本 | | |
| A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。 | a | 心身状況のアセスメントは、連携しておこなっている。担当医師と職員相互理解の上で、利用者の生活を検討して個別支援計画に反映させている。職員は、利用者のADL、判断能力に問題がなければ、自力で行うことを見守りし、支援が必要なことがあれば、「遠慮なく言って下さい」と伝えている。やりたいことに対しては、それを自力でできるかの判断をして、できることを自分でやってもらえるようにしている。 |
| A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | b | 全盲の人には、クロックポジションを導入し、何時の方向、距離は～cmなどの説明をして、コミュニケーションをはかっている。一人ひとりゆっくり話す、かみ砕いて話す、紙に書く、イラストで伝えるなど本人の特性に合わせて対応している。自分で意思表示をできない人は、家族の協力を得て、このような場合、以前だったらどうするかを聞いて、支援の参考にしている。日々の挨拶、社会性を養うための助言など、日常生活そのものが、コミュニケーション能力を高めることに繋がっている。 |

| | | |
|--|----------|---|
| <p>A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。</p> | <p>a</p> | <p>アセスメントや個別支援計画作成時には、必ず個別に話を聞いており、日常生活の中でも入浴や居室での支援など一対一になる場面によく話を聞いている。生活介護サービスを利用すると選択食の日が設けられており、その時に、言葉の意味が分からないから何でも良いとしないよう、メニューの説明をしている。利用者からの相談内容は、月1回のケース会議で検討し、個別支援計画の目標には、日々の小さなことだけでなく、一人暮らしなど大きな目標も掲げ、実現するための課題を検討して、できることから順番におこなっている。</p> |
| <p>A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。</p> | <p>a</p> | <p>平日の日中は、ほとんど外出しており、日中活動は土日のみである。家族との外出や面会、食事などの支援をおこなっている。芸術的な活動ができるように、活動室を提供したり、パソコンの使い方のレクチャーをおこなう等、意向に基づいた活動ができるよう支援をしている。今年度がコロナ禍により中止となったが、近年埼玉県ふれあいピックに参加している。参加種目は多岐にわたっているため、動画視聴なども取り入れて競技内容を説明し、参加してみたいものがあるか聞いている。</p> |
| <p>A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。</p> | <p>a</p> | <p>専門知識の習得は、法人で用意した教科書から学ぶ、新人研修、中間研修などへ参加する等の他、自己研鑽で得た知識をOJTで伝達する機会を設けておこなっている。利用者の障害特性をケース会議で共有して、利用者個々への対応方法を検討している。個別的な配慮は、主に日誌の記録をもとに話し合っており、判断には、客観的な記録を重要視している。ADLが近い人たちが同じテーブルで食事できるようにするなど、身体的な機能に応じて利用者間の関係調整をおこなうことで、安心して食事できるようにしている。</p> |
| <p>A-2-(2) 日常的な生活支援</p> | | |
| <p>A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。</p> | <p>b</p> | <p>個別支援計画には、利用者の心身の状況と希望が記載されており、職員は、職員都合による支援とならないように個別支援計画に基づく支援に努めている。食事の時間には、落ち着いて楽しめるよう、音楽をかけたり、嗜好調査を年1回実施し、メニューに反映したりしている。排泄支援では、オムツの使用やトイレの使用方法など、利用者の身体の状況だけでなく、尊厳に配慮をしている。</p> |
| <p>A-2-(3) 生活環境</p> | | |
| <p>A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。</p> | <p>a</p> | <p>館内は、バリアフリーで、手すりは車椅子の高さに合わせて設置されている。居室内の生活環境は、利用者の障害種別や支援の必要度によって整えており、入居前の生活環境を参考にしており、例えば、物が多く散らかっているように見えても、利用者本人が安心感を得られるか、やりやすいか、動きやすいか等を優先して考え、環境を整えている。</p> |

| | | |
|--|---|--|
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | | |
| A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | b | 希望により訪問マッサージを利用している利用者もいる。医師の指示により機能訓練を実施する時には、個別支援計画に反映し、リハビリ専門職と連携を図っている。当事業所の利用者は、身体障害者が多く、食事、排泄、移動等日々の日常動作が生活訓練となっている人が多い。日常生活の中で気づいたことは、リハビリ専門職に随時相談している。 |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 | | |
| A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | b | 健康維持のために、入浴時に全身の様子観察をしており、その時の様子で受診に繋げることもある。健康診断は、基本年1回、希望者には2回実施している。定期的な通院支援もおこなっているが、緊急の体調変化にも迅速に対応できるよう、手順をフローチャートにして、緊急連絡先等と一緒に用意している。利用者の健康管理については、法人の新人研修や研修等において学ぶ機会があり、得た知識は、グループホームの会議にて他の職員に伝えて共有している。 |
| A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。 | b | 薬は、薬局にて一包化してもらっており、事務所で保管している。毎回1回分ずつケースに入れて、飲み忘れのないように支援している。一人ひとりの理解と嚥下能力に応じた対応をしており、自分で出来る人には、自分で薬の管理をしてもらっている。 |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援 | | |
| A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。 | a | 今はコロナ禍で個別外出の支援は自粛しているので、せめて気分だけでも旅行先の写真を貼って話題作りをする等の工夫をしている。感染防止のため、買い物も控えてもらっているが、家族との買い物、実家への外泊は自由としている。パソコンや携帯電話に触れる機会がなかった人が多いが、入居後に覚えて使用率は上がっている。好きなサイトをみたり、自分で情報を得られるようになった利用者の満足度は高い。 |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | | |
| A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | b | 利用者の意向を確認し、一人暮らしを希望する利用者には、「もし希望する地域で一人暮らしなら、こんな社会資源があるよ」と情報提供をしている。年齢、性別、障害の度合、社会経験の状況などを考慮して、地域生活に向けて必要な課題を抽出し、個別支援計画に入れて支援している。 |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | | |
| A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | a | 緊急事態宣言中でも家族の面会は禁止にしている。どうしたら安全にできるかを何度も話し合い、継続している。家族とは、面会時や電話で随時情報共有をし、通院時や薬の変更時などは必ず報告している。ずっと一緒に暮らしてきた家族は、その時から変わってないと思っていることが多いので、家族が見ていた時との変化などを理解してもらえるように、利用者の状況は、ありのままを伝えるようにしている。 |

A-3 発達支援

| | | |
|---|--|-----|
| A-3-(1) 発達支援 | | |
| A-3-(1)-① 子どもの障害の状況や発達過程等に応じた発達支援を行っている。 | | 非該当 |
| A-4-(1) 就労支援 | | |
| A-4-(1)-① 利用者の働く力や可能性を尊重した就労支援を行っている。 | | 非該当 |
| A-4-(1)-② 利用者に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | | 非該当 |
| A-4-(1)-③ 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | | 非該当 |