

東京都福祉サービス第三者評価

# 評価結果報告書

2018（平成30）年度

グループまどかⅡ

## ●評価機関●

地域ケア総合評価機構  
〒120-0022  
東京都足立区柳原1-1-15  
柳原共同会館2階  
TEL 03-3879-7823  
FAX 03-3879-2393

## 事業所の理念

### ●事業所が特に重要にしている考え方

- 1)利用者一人一人が地域で自分らしく生活できるよう支援します。
- 2)家族が地域で孤立すること無く人生を楽しみ、地域との繋がりを感じながら暮らせるよう支援します。
- 3)地域社会に常に働きかけ、誰もが安心して暮らせる社会の実現を目指します。

### ●期待する職員像

#### ・職員に求めている人材像や役割

- ・利用される方の訴えに対して、真剣かつ迅速に対応する。
- ・アンテナを張り、利用者の体調や不安に気付き、素早い判断をして対応する。
- ・制度や社会資源、先進事例の理解など、専門職業務に必要な知識を率先して身につける。

#### ・職員に持って欲しい使命感

- ・必要な専門的な役割と使命を自覚し、幅広い知識や技能を身につけ、入居される方の状況に合わせて対応できること。

# 目 次

## 第1章 全体の評価

全体の評価講評	....	3
事業所が特に力を入れている取り組み	....	5

## 第2章 サービス分析・利用者保護に関する項目

サービス提供のプロセス項目	....	9
サービス提供の実施項目	....	15
利用者保護に関する項目	....	19

## 第3章 利用者調査

利用者調査結果	....	23
---------	------	----

## 第4章 職員アンケート調査

職員アンケート結果	....	29
-----------	------	----



# 第1章 全体の評価





## 全体の評価講評：特に良いと思う点

### ① 入居者一人ひとりの個性や気持ちを大切にした、地域での自立生活を見据えた個別支援に取り組んでいる

一日に一度は必ず職員が入居者を訪問する日常的な生活援助とともに、3ヶ月ごとの振り返り面談を節目にして、モニタリングとアセスメントをおこない、日常生活の様子を総合的に点検・評価する「生活評価表」も使って、入居者の「個別支援計画」を短期間で見直している。振り返り面談は、入居者と施設長やサービス提供管理者を含めた職員複数でおこない、入居者の気持ちやその人らしさを大切にし、家族等の意向も反映したものになっている。地域での自立した生活に移るために必要な一人ひとりの課題をみんなで共有しあっている。

### ② 入居者の立場で、入居者が常に安心して快適に生活できるグループホームづくりに計画的に取り組んでいる

グループホームでは、入居者の要望やスタッフの意見をもとに、リビング兼食堂や交流室などの共有部分を中心に、リニューアルを実施してきている。女性の入居者も増えていることから、防犯カメラの設置も予定するなど、入居者の立場に立った計画的な生活環境改善に取り組んでいる。また職員は、原則として1日1回以上入居者を訪問しているが、事前の許可を徹底するなど、入居者の生活リズムやプライバシーを尊重し、接遇の向上にも努めている。行事や食事会などに利用する交流室も改善し、入居者の交流の場や楽しみの機会を増やしてきている。

### ③ 地域生活が困難な状況に置かれている人を積極的に受け入れ、スタッフのチームワークで生活援助をおこなっている

当グループホームへの入居は、家庭からの自立をめざしたものもあるが、ほとんどが入院中の病院からの直接の入居になっている。入居相談時には、症状も抱え服薬や継続した通院治療が欠かせない、地域での自立生活は困難と思われる入居希望者も多い。当グループホームでは、このような入居希望者も、空き室があれば積極的に受け入れる方針で臨んでいる。綿密な「個別支援計画」と、1週間単位で支援課題を明らかにした「週間スケジュール」表をもとにスタッフのチームワークで、地域での自立生活を見据えて毎日積極的な生活援助をおこなっている。

## 全体の評価講評：さらなる改善が望まれる点

### ① グループホームへの入居希望者等のニーズの多様化に応えた取り組みが期待される

当グループホームの入居状況は、空き室はなく、待機者も多い状況が続いている。また、入居者の居室環境へのアメニティ改善の要求も高くなっていることから、支援関係者や入居希望者家族等のグループホーム拡充の要求も多く寄せられている。入居者の声に応えたリニューアルや防犯対策等は計画的にすすめられている。今後、事業拡大には経営的な問題も含め様々な課題が伴うことが考えられるが、あらゆるニーズを受け止めた、特に居室増をめざした取り組みが期待される。

### ② 質の高いサービス提供を維持・向上させるために計画的な職員体制の確保や職員の育成が期待される

入居者一人ひとりの支援を担当するスタッフがかわっても、サービス提供の内容や質を落とさずサービスを継続する取り組みが、「業務マニュアル」等の書類整備を中心に進んできている。質の高い標準的な水準のサービスを継続して提供するためには、引継ぎ文書類の整備・改善とともに、施設長やサービス提供管理者を始め、グループホーム世話人の援助技術や力量向上も欠かせない課題となっている。サービス提供をおこなう職員体制の確保と職員の育成が研修計画の整備とともに期待される。

### ③ 大規模災害等、グループホームの継続が困難と思われる事態に遭遇した場合の「事業継続計画」の策定と運用が課題となっている

当グループホームでは「業務マニュアル」集の一環として、感染症対策、防災・防犯対策、事故対策、セキュリティ対策、リスクマネジメント等のマニュアルを整備し、研修会等も開催して、活用している。これから課題として、地域の事業所や町内会、自治体と連携した「防災協定」づくりなどもあるが、大規模災害等、グループホームの運営の継続が極めて困難と思われる危機的な事態を想定した総合的な「事業継続計画」を検討し策定して、全スタッフが理解して運用できるように準備していくことが期待されている。

## 事業所が特に力を入れている取り組み

### ① 3ヶ月ごとのモニタリングを計画的におこない、個別支援計画に則り支援している

以前は6ヶ月ごとのモニタリングであったが、もっと利用者の意向を聴き取る必要性を感じ、3ヶ月ごとのモニタリングに変更した。各入居者のモニタリングの予定と実施が1枚の書面にまとめられ、一目でモニタリングの計画が実践されているのがわかる。モニタリング記録表に沿って3ヶ月ごとに評価し、その結果を個別支援計画に反映し実際のケアに生かしている。個別支援計画は、いつまでに何を目指し、そのためには誰がいつどのような頻度で何をするのかがわかり、日々のケアでそれらが具体的に実践されているのがわかる。

### ② 生活面の整備の細かな支援をすることで、日々快適に過ごすことができている

交流室やトイレ、キッチンなどの清潔を維持している。共有の場所の清潔を保つことは生活面での整備がきちんとできるという良い生活の見本であり、実践することで自立の練習の機会の一助となっている。また、生活設計をする上で金銭管理は重要であるが、計画的なお金の使い方の自立が課題であると思われる入居者が続いたため、今期の重点課題として入居者の金銭管理の自立に重きを置き、自分で管理できるよう支援している。これらの生活面の整備を支援することで日々の生活が快適に過ごせることができていると思われる。

### ③ 支援担当者が交代してもサービス提供のレベルを維持する取り組みをおこなっている

グループホームでは、支援担当の職員が人事異動等で交代しても、入居者へのサービス提供の内容やサービスの質などのレベルを落とさず維持・向上させる取り組みに力を入れている。「施設長申し送り簿」や職員の具体的な職務規程となっている「職員行動規範」とともに、個別の支援マニュアルやフローチャートを見直して再編し、「業務マニュアル」としてファイル化している。この「業務マニュアル」ファイルをシフト制で支援する二つのグループホームの事務室に置いて、職員誰もがいつでも閲覧し活用できるようにしている。



## 第2章 サービス分析





## 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	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	評点(○○○○)
1	サービス情報の提供		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		
	ホームページやパンフレット、広報誌の発行などで事業所情報を入手しやすくしている			
	共同生活援助をおこなうグループホーム「グループまどかⅡ」の事業所情報は、運営法人「アムネかつしか」のホームページ、福祉医療機構のWAMNETや「東京ホーム連」（東京都精神障害者共同ホーム連絡会）のホームページ等で提供している。また、運営法人が発行する「アムネ通信」や東京都精神保健福祉家族連合会（東京つくし会）の「道しるべ」でも知ることができる。パンフレットは保健所や主な医療機関に配布し事業所状況を伝えている。「東京ホーム連」のホームページではグループホームの空き室状況も知ることができる。			
	手作りのパンフレットは見やすく分かりやすい内容になっている			
	事業所パンフレットは、写真を多く使い、文字やレイアウトも工夫して、見やすく利用手続きなどもわかりやすく、温かさを感じられるものになっている。手書き風の案内図も含め、手作りの良さが發揮されている。パンフレットは、区内の保健所や主な医療機関に配布し、空き室情報などは、必要に応じて関連機関や支援事業所等に伝えている。事業所情報の提供がこれまでの実績もあって行き届いているためか、問い合わせ等が多い状況が続いている。			
	入居希望者等の見学は申し込みの日程に合わせて対応するようしている			
	入居についての問い合わせや見学の依頼は、病院ソーシャルワーカーや保健師を通じたものが多くなっている。問い合わせ等があれば「問い合わせ希望書」で受けつけ、見学希望者には「見学申し込み書」の提出を求めている。「空き室」がない状況でも、見学希望者の都合に合わせて見学日程を決めて受け入れている。空きがあれば、「体験入居」也可能である。入居申し込みに際しては、「入居申込書」「医師の意見書」とともに、その時点の支援者や家族による「生活評価表」の記載と提出をお願いしている。			

## サブカテゴリー2

2 サービスの開始・終了時の対応

サブカテゴリー毎の  
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(○○○)

## 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(○○○○)

## 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

## サブカテゴリー2の講評

「グループまどかⅡ 利用規則」と「重要事項説明書」を説明し同意を得ている

入居契約に際して、事業所では「重要事項説明書」により、サービス提供の主な内容やルール、個人情報保護や苦情対応、事故防止、入居者負担金について等の重要事項を説明し同意を得ているが、さらに日常生活での注意事項を中心とした「グループまどかⅡ 利用規定」を説明し書面で同意を得ている。入居契約の場では、改めて入居者等のグループホーム利用にあたっての意向や要望も「入所申し込み書」に沿って把握し、基本情報シートに記録している。

入居時から「生活評価表」をもとに入居者の個別性に配慮した支援を開始している

入居者は、入院先の病院からの直接の転入居がほとんどであり、入居直後は特に心身の不安定な状態にある場合が多い。事業所では、支援関係者との連携とともに、入居者との入居前面談を大切にして必ず実施している。入居前面談で把握した当面の援助課題と、支援者に記載を依頼している「生活評価表」、医師意見書をもとに、入居時からの個別支援計画書を作成して、グループホームでの生活にできるだけ早く馴染んでいくよう支援を開始している。

入居者に対してグループホーム退居後の支援も計画的におこなっている

当グループホームは入居期間を概ね2年、長くても3年までとする通過型である。入居後、入居者は職員との定期的な振り返り面談と支援課題による訓練で、地域での自立した生活をめざして準備している。退居に際しては、退居後の支援者との連携、入居者の住居探しや引っ越しの支援、家具や生活必需品の購入に同行する等の援助をおこなっている。退居後もグループホームの方針として「退居者支援」を位置付け、電話での相談、現入居者との交流会やレクリエーションへの参加、関係機関との連携によるフォロー等を実践している。

## 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

## 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(○○○)

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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(○○○)

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	<input type="radio"/> 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たうえで、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当
●あり ○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

## 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(○○)

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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(○○)

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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

## サブカテゴリー3の講評

入居者のアセスメントシートと「生活評価表」をもとに支援課題を確認している

入居前面談の記録と初回アセスメントシートと入居申し込み書をもとにした基本情報シート、入居前の支援者や家族による「生活評価表」等の記録をもとに、入居者の支援課題を把握している。支援課題は、課題ごとに達成度を点検する「モニタリング記録表」に明記している。アセスメントとモニタリングは3ヶ月ごとに振り返り面談、「生活評価表」での評価と合わせて実施してきている。

「個別支援計画」は面談を通して入居者とともに作っている

グループホームでは、職員と入居者一人ひとりが3ヶ月ごとに定期的な振り返り面談をおこなっている。振り返り面談では、「個別支援計画」による支援課題のモニタリングや「生活評価表」による日常生活を送る上での課題の達成状況などを確認し合い、入居者のその時の気持ちや意向、心身の状態も把握している。この振り返り面談の内容をもとに「個別支援計画」の見直しをすすめている。原則として3ヶ月ごとの見直しおこなっているが、事態の急変等の場合は緊急の見直しおこない、迅速に対応している。

入居者の情報は「個人ファイル」とパソコンで管理し職員で共有している

現在、常勤・専従2名、非常勤3名の職員体制で、定員5名の「グループまどか」と定員7名の「グループまどかⅡ」の二つのグループホームをシフト制で支援している。支援課題や達成状況、支援経過や毎日の入居者の心身の状態の共有とチームとしての対応が欠かせない。適切でタイムリーな入居者支援がおこなえるよう、入居者情報は「個人ファイル」にまとめ、支援経過記録はパソコンで管理し、業務日誌は職員全員が目を通しチェックしている。緊急の申し送り事項は「引継ぎメモ」として、大判の付箋を定位位置に張り付けて共有している。

		サブカテゴリー5													
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー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(○○○)													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目														
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当													
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当													
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 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(○○)													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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)</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td>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</td> <td><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<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価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当			
評価	標準項目														
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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)	<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価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当													
<p style="text-align: center;"><b>サブカテゴリー5の講評</b></p> <p>「個人情報保護規程」に基づいて、入居者本人の同意を最優先している      入居者の個人情報の取り扱いについては、入居契約時に「重要事項説明書」と「個人情報保護規程」を説明し、同意を得ている。支援経過の中で入居者の個人情報を扱う際には、家族や関係機関との連絡の場合も含め、原則として、必ず事前に入居者本人に伝え、同意を得ることを徹底している。職員の「倫理綱領」や「職員行動規範」にも個人情報保護、プライバシー保護、守秘義務を明記し、順守している。</p> <p>日常の支援の場では入居者一人ひとりのプライバシーに常に配慮している      「倫理綱領」や「職員行動規範」の順守はもとより、支援専門職としての当たり前のあり方として、入居者の権利擁護としてのプライバシー保護、守秘義務順守、入居者の気持ちへの十分な配慮は、日常の支援の根幹の理念としている。居室への訪問や入室は事前の許可なしにはおこなわない。入居者宛ての郵便物や所有物は、入居者の管理を徹底している。入居者の生活のリズムや体調等を配慮し、居室の訪問時間も話し合いで調整している。「グループまどか2」では、インターホンの鳴らし方まで話し合っている。</p> <p>入居者への働きかけが、生活習慣やその人らしさを尊重したものになるようになっている      入居契約の際には、入居者の生活歴や人となり、得手不得手、強い部分と弱い部分等を把握している。それぞれの支援課題の達成のための働きかけは、入居者一人ひとりの生活歴、生活習慣、価値観やその人らしさを十分に尊重し認めたものになるよう、職員全員で確認し合っている。レクリエーションや交流会、食事会等の参加も主体性を引き出す働きかけはおこないながら、無理強いて入居者本人の意思による決定に任せている。「グループまどか2利用規則」が守られていることを前提に、入居者本人の自由な生活を保障し支援している。</p>															

## 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(○○○)

## 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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(○○)

## 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

## サブカテゴリー6の講評

職員体制が変わっても常に均一的な支援が継続できるよう手引き等を整えている

グループホームでは、「グループまどか2運営規程」で掲げたサービス提供の基本事項をもとに、事業所業務の標準化を進めている。人事異動などで職員体制が変わっても、入居者に、支援の質が落ちることなく常に均一的な支援を継続して提供できるよう、「施設長引継ぎ簿」等のマニュアル類や規程集について、手引きとしての整備をおこなっている。「職員行動規範」も手引書としての役割を持っており、グループホーム職員の果たすべき役割を明記している。

入居者支援に必要な総合的な「業務マニュアル」を作成し更新して活用している

「個人情報保護規程」、「苦情対応規程」、「リスクマネジメント規程」などの規程集や感染症対応・虐待対応・災害対応・事故対応等のマニュアル、「施設長引継ぎ簿」、「倫理綱領・職員行動規範」、「職員職務分掌」等を1冊のファイルにまとめた「業務マニュアル」をもとにサービス提供をおこない、必要に応じて見直し更新もしている。特に「職員行動規範」は支援の理念や支援のあり方、具体的な方法まで明記しており、職員の業務遂行の指針になっている。

「入居者スケジュール表」をもとに支援課題を共有している

入居者一人ひとりの「個別支援計画」での目標達成のために、それぞれの支援課題を週単位で一覧表にした「入居者スケジュール」表が、毎日の具体的な入居者支援のために重要な役割を果たしている。個人別の週間サービス計画とも見なされるもので、事務室に掲示して職員全員が共有して、漏れのない丁寧なフォローをおこなっている。このような取り組みで、グループホームの標準的な業務水準を維持している。

## 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 23/23
1 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	評点(○○○○○)
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
●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
●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
●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
●あり ○なし	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
評価項目1の講評	
3ヶ月ごとのモニタリングを計画的におこない、個別支援計画に則り支援している 3ヶ月ごとにおこなうモニタリングは「モニタリング記録表」をもとにおこなっている。入居者のモニタリング・支援計画の予定と実施一覧があり、予定通りにモニタリングを実践しているのがわかる。モニタリング記録表は、課題・ニーズ、ニーズの充足度、今後に取り組むべきこと、次回の目標、優先度の項目があり、それに沿って3ヶ月ごとに評価した内容を個別支援計画にその都度展開させ、何をいつまでに目指すのか、そのために誰がどのような頻度で何をするのかが明らかで、日々のケアで具体的に実践されていることが一目でわかる。	
入居者スケジュール表を掲示し、それぞれのスケジュールにあわせた支援をしている 事務所に「入居者スケジュール表」が掲示しており、誰々はこの時間はどこそこに行っていると、曜日と時間と行き場所がそれぞれわかるようになっている。自立した生活を送るために入居者のスケジュールを把握し、加えて毎朝入居者から「利用記録」を出してもらい、体調不良で予定が変更になっていた場合は体調の確認や入居者がどうしたほうがいいという選択と決定ができるようアドバイスや支援をしている。	
孤立しないようレクリエーションを企画し、交流室の利用を促進している 日中活動ができない入居者の方が孤立しないよう、通える場所でのレクリエーションを企画し実践している。まどかⅡでは交流室にパソコンを置き、交流室の有効活用を勧めており、交流室が憩いの場となっている。ここで定期的に食事会を開催しているが、入居者の参加の強要はない。夕食会の準備を、食事を作る訓練として入居者2名が一緒に過ごしている。夕食会以外のイベントの報告書があり、体調不良で欠席は2名程度だったが、10年ぶりに外出された方も交流を楽しめた様子がわかる。	
備考	○
他施設	○
出張費	○
備考の付記欄	
○	

## 2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

評点(○○○○○)

評価	標準項目	
●あり ○なし	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"/> 非該当
●あり ○なし	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"/> 非該当
●あり ○なし	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"/> 非該当
●あり ○なし	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"/> 非該当
●あり ○なし	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"/> 非該当

## 評価項目2の講評

入居者の意向を反映させ、グループホームのきまりごとを作成している

重要事項説明書にも留意いただく事項として記載してあるが、以前にホームであったことなどを勘案してグループホームのきまりごとを作成している。入居者以外の方の出入りを制限する内容が記載してあるが、必要時は入居者自身から来訪者がくることなどを申し出てもいい、グループホームは訓練の場であるため来訪者とは外で会ってもらうという対応をしている。きまりごととは事務所や交流室に掲示している。

清潔な環境を保つことを、自立の練習の機会の一助として実践している

交流室やトイレ、キッチンの水回り等もゴミ一つ落ちていないで清潔を維持しており、ゴミの分別も色別の容器でわかりやすくなっている。共有の場所の清潔を保つことは、生活面での整備ができるという良い生活の見本であり、実践することで自立の練習の機会の一助となっていることを認識し、職員は清潔を心がけている。職員自らがキッチンの棚の壁紙を張り替えたりと、工夫もしている。

夕食会の記録化をするフォーマットの作成が課題ととらえている

レクリエーション企画で夕食会がある。どこに誰が行き、費用がどのくらいかかったなどを記録するイベント報告書はあるが、夕食会全体の様子を記録するものがない。夕食会は入居者の楽しみの一つにもなっており、記録として残す方法を模索している。例えば、夕食会の様子の写真を交流室に展示するなど、このグループホームでの日常生活の楽しい一幕が記憶としても残り、更に自立に向けてのエネルギーになることを期待したい。

## 3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

評点(○○○)

評価	標準項目	
●あり ○なし	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"/> 非該当
●あり ○なし	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"/> 非該当
●あり ○なし	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"/> 非該当

## 評価項目3の講評

利用者それぞれの状況に応じて、自立に向けて必要な支援をおこなっている

とても詳細な基本情報がある。「入居者生活評価表」は服薬やあいさつ、戸締り、洗濯機の使い方など身の回りの生活の細部にわたってできるかできないかのチェックだけでなく、練習すればできる・助言があれば使えるなどが選択できる項目になっている。これを通院先の相談員に記入してもらうなど自己評価、他者評価の両方ができる様式で、これを参考に具体的にどんな支援があれば自立できるかを考察し個別支援計画をたてている。

生活の自立に重要な金銭管理について、きめ細かな支援をしている

法人の金銭管理規程がある。金銭管理委託契約を取り交わし、預かり金等管理台帳で預かったものを管理し、預かり金等個人別台帳で現金の入金・出金を確認している。お金の使い方の配分がわからず使いすぎてしまったりなど、計画的なお金の使い方の自立が課題であると思われる入居者が続いたため、今期の重点課題として入居者の金銭管理の自立に重きを置き、お金の使い方の配分がわからない入居者には、使う配分や使うペースを見直し、自分で管理できるよう支援している。

生活行動の中で重要な、食事に関する自立の支援をおこなっている

健康面や生活が安定するためには、バランスの良い食事の摂取は生活行動の中で重要なことである。1日3食の食事をまかなうには金銭的な出費も考えなくてはならない。自立した生活を維持するために配食弁当の手配の支援や、夕食会で楽しみながら食事をすることの経験もできるように企画している。また、体調が悪い時に食事ができているかどうか、自分でどうするかの考えがあるかどうかを聞き、必要時は助言をしている。

## 4 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

評点(○○○○○)

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
●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
●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
●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
●あり	○なし	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

## 評価項目4の講評

詳細な基本情報を把握し、日々の健康状態に留意する支援をしている

入居者の病状や生活歴、受診歴などの詳細をまとめた基本情報があり、職員はそれらを把握して、入居時に必要であれば入居者が通院先を覚えるまで同行したり、臨時の受診を促したり、受診同行をしたりと健康状態が安定して地域生活が継続できるよう支援している。年に複数回開催される入居者支援会議には、元保健師をスーパーバイザーに迎え、利用者と共に生活管理上の課題を抽出・整理し支援につなげている。

## 一旦は入居者の内服薬を預かり、適正に内服治療ができるよう支援している

入居者に処方された処方箋のコピーを保管している。処方の変更があった場合も処方箋のコピーをもらっている。受診に同行する必要があるかを判断し、薬の過剰摂取の恐れがある場合は、入居者の意思を確認しつつ薬を預かり、飲む時にその都度手渡している。すべて薬を管理するのではなく、自分で管理する日数を徐々に増やしたりと、入居者それぞれが自らが出来ることをサポートするよう心がけている。

## 緊急時の対応が整備されている

常勤職員は携帯電話を24時間携帯し、利用者からの電話で相談も受けている。緊急事態の連絡方法について、入居者の方から事前に書面にて了解をもらい、緊急時には医師をはじめとして連絡をさせてもらうことを確認している。警備会社との契約もしており、入居者が緊急時に警備会社に連絡することもできる体制になっている。

## 5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

評点(○○○)

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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

## 評価項目5の講評

入居者、家族の意向を必ず確認し、意向に添った支援を実践している

家族背景や入居者と家族の関係なども、入居時の基本情報に集約されている。個別の事情に合わせて繊細に家族との連絡や調整をおこなっている。また、普段の生活の状況などを家族に伝える時も、必ずご本人の同意を得た上で知らせている。その内容については利用記録に記載している。

金銭面の事情や苦手なことの情報を家族等からも得て、支援に生かしている

ご本人の意向や、入居前の生活状況や病状などを情報として収集しているが、金銭面の事情や苦手なことなどは自分から表現するのはなかなか難しい場合もある。利用者の意向を尊重しながらも、家族等から客観的な情報を提供していただき、入居者それぞれの事情を勘案しながら個別の支援計画を立案し支援をしている。特に金銭面の事情はプライベートな部分で配慮が必要であるが、今後入居者の方が自立したとき、自分で金銭的な管理ができることを目指し、重点項目として位置づけ支援を展開している。

退去前の準備では入居者の背景に配慮しながら、今後の話し合いをしている

入居から最長3年で自立生活に移行するという本来のグループホームの趣旨があるため、退去前には、入居者の家族状況を踏まえながら、場合によっては家族も招き入居者の意向を確認し支援をしている。当グループホームがある近隣に住まいを探す方もいるが、入居者が希望する地域の不動産会社と連携をとりながら、退去後の住まいを探す支援もしている。

## 6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

評点(○○)

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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

## 評価項目6の講評

情報が眼に入るよう、交流室に情報誌等を置いている

入居時に日中の活動場所(定期的に通い、体を動かしたり交流を深めたり、役割や目的をもって活動する場所)がきまっていない方もいるので、入居後に活動先を探せるよう、その入居者に合った活動先の情報を提供している。活動先への同行などもおこなっている。必要に応じてインターネット等で情報を得て、その内容を希望に合わせて印刷して渡すこともおこなっている。

地域との交流も視野に、支援をしている

閑静な住宅街にある事業所で、一見普通のアパートに見える外観である。事業所の責任者は自治会の班長も担い、町会費の集金などもおこなっている。また、地域の盆踊りに入居者が以前一人で参加したことがある。近隣に「アムネ通信」も配布している。

地域に向けた啓発活動等の具現化に期待する

昨今、地域によっては精神障がいのある方への偏見等が問題になっていることがある。当法人は「職員行動規範」に掲げているような、誰もが住みやすい地域を目指して啓発活動の一環としてイベント開催やインフォーマルサービスの開拓をおこなっている。そんなグループホームだからこそ出来ることがあるかもしれない。入居者が一人で盆踊りに参加できていたり、町会の役割を担っていることも既に啓発活動と言えるかもしれないが、ぜひこのグループホームがある地域が住みやすい地域になるような活動を具現化することを期待したい。

## 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	7/9																		
<b>1 評価項目1</b> 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 <span style="float: right;">評点(○○)</span> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当									
評価	標準項目																				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																			
<b>2 評価項目2</b> 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている <span style="float: right;">評点(○○)</span> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当									
評価	標準項目																				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当																			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																			
<b>3 評価項目3</b> 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる <span style="float: right;">評点(○○○●●)</span> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">評価</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">標準項目</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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いている</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input checked="" type="radio"/>あり <input type="radio"/>なし</td> <td style="padding: 5px;">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</td> <td style="padding: 5px;"><input type="radio"/>非該当</td> </tr> </tbody> </table>				評価	標準項目		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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いている	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
評価	標準項目																				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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いている	<input type="radio"/> 非該当																			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当																			
<b>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)</b> <p>「苦情対応の窓口」を事務所入り口に掲示し、「苦情担当者会議」も開催している            入居契約の際に「重要事項説明書」の説明の一環として「苦情対応規程」を紹介し、同意を得ている。入居者や家族等の意見や要望、苦情等に迅速に対応するために職員で「苦情担当者会議」を構成し、研修会を開催したり検証や防止に努めている。「苦情担当者会議」は「苦情対応」とともに「虐待防止対応」も役割としている。「苦情対応規程」に基づき、「苦情対応の窓口」を事務所入り口に掲示し、外部の第三者相談窓口の存在や活用も伝えている。今まで、具体的な苦情や職員による虐待等の事例は発生していない。</p> <p>「虐待防止チェックリスト」をもとに職員間で相互点検や自己評価をおこなっている            入居者の権利擁護の一環として、職員による不適切な言動や虐待に繋がる行為を防止するための対応をおこなっている。「苦情担当者会議」が中心となって、職員向けに「施設・地域における障害者虐待防止チェックリスト」を作成し自己評価を促したり、集計結果をまとめて検証している。虐待が疑われる入居対象者には、保健師等との連携で優先的に入居を受け入れるような対応もおこなっている。</p> <p>リスク対応マニュアルは整えているが「事業継続計画」の策定と運用が課題となっている            グループホームでは、感染症対策・防災避難・防犯・事故対応・セキュリティ対策等のリスク対応マニュアルは整備している。地域の町内会や事業所、自治体と連携する「防災協定」も課題の一つであるが、今後、入居者や職員、施設が事業所運営上の深刻な危機に遭遇した時、入居者を守り、職員を守り、事業所を守る「事業継続計画」の策定と運用が課題となっている。</p>																					



# 第3章 利用者調査





## ☆イニシエの本全查聞音用体☆

有効回答数 7

## 《総合的な感想についてお聞きします》

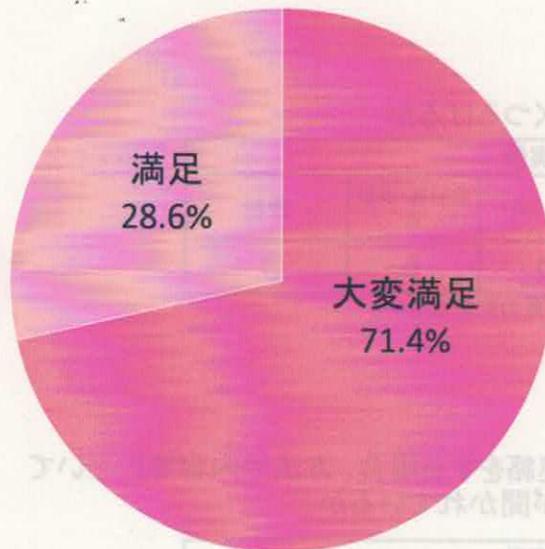
「

迷惑回復

日暮御用

## 〔1〕現在利用している事業所を総合的にみて、どのように感じいらっしゃいますか。

	大変満足	満足	どちらともいえない	不満	大変不満	無回答	合計
実数	5	2	0	0	0	0	7
%	71.4	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0



# 利用者アンケート集計結果

結果検査報告書

## ☆利用者調査全体のコメント☆

2006年に精神障がい者居宅生活支援事業として事業を開始したグループホームである。概ね2年後の単身生活に向け援助するグループホームで、2人での共同生活だが共有のリビングもある。総合的な満足度は、「大変満足」が71%、「満足」が29%で全員が満足と答えており、加えて自由記載には「スタッフや設備も素晴らしい、快適な生活を送させていただいている、計画も順調で素晴らしいグループホームだと思う」と絶賛している意見や、「施設長もスタッフもとても親切で、こちらのグループホームを選んでよかった」という満足がうかがえる意見が記載されている。

ただ、2人での共同生活ならでは、ガスや水道代の折半が気になるという意見があった。また、今回の調査で「意見が言えてよかった」という記載もある。

また、障がい区分や障がいの程度、障がいの等級と障がい名は無回答が多い。

共通評価項目

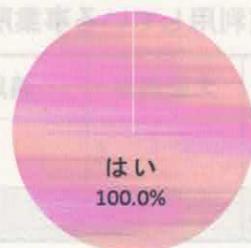
有効回答数

7

### 1.利用者は困ったときに支援を受けているか

実数				
はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
7	0	0	0	7

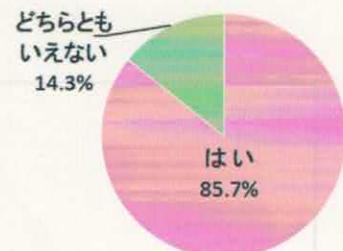
「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



### 2.利用者は、主体的な活動が尊重されているか

実数				
はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
6	1	0	0	7

「はい」と答えている人が86%、「どちらともいえない」が14%で自由意見の記載はない。



### 3.グループホームでの生活はくつろげるか

実数				
はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
7	0	0	0	7

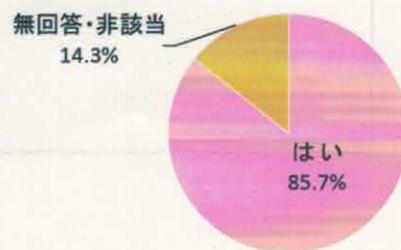
「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



### 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

実数				
はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
6	0	0	1	7

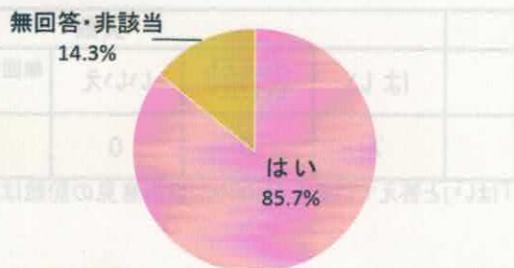
「はい」と答えている人が86%、「非該当」と答えている人が14%で自由意見の記載はない。



## 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

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	6	0	0	1	7

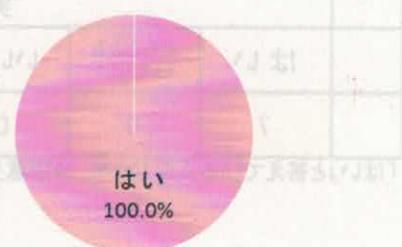
「はい」と答えている人が86%、「非該当」と答えている人が14%で自由意見の記載はない。



## 6.職員の接遇・態度は適切か

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	7	0	0	0	7

「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



## 7.病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	6	0	0	1	7

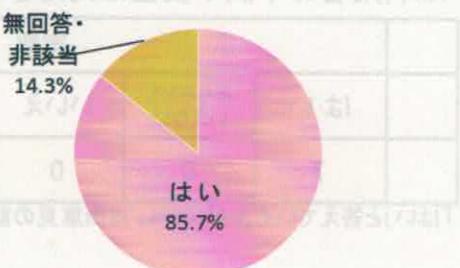
「はい」と答えている人が86%、「非該当」と答えている人が14%で自由意見の記載はない。



## 8.利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	6	0	0	1	7

「はい」と答えている人が86%、「非該当」と答えている人が14%で自由意見の記載はない。



## 9.利用者の気持ちを尊重した対応がされているか

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	7	0	0	0	7

「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



## 10.利用者のプライバシーは守られているか

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	7	0	0	0	7

「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



## 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

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	7	0	0	0	7

「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



## 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

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	7	0	0	0	7

「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



## 13.利用者の不満や要望は対応されているか

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	7	0	0	0	7

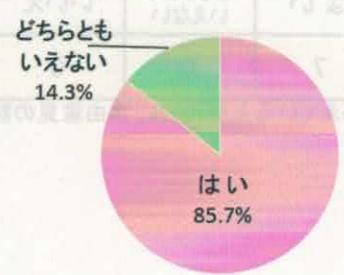
「はい」と答えている人が100%。自由意見の記載はない。



## 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

実数					
	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答・非該当	合計
	6	1	0	0	7

「はい」と答えている人が86%、「どちらともいえない」と答えている人が14%で自由意見の記載はない。



## **第4章 職員アンケート調査**





# サービス分析シート (標準項目・評価項目・通し番号リスト)

## 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			通し番号
6-1-1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している	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	1
	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	2
	3	事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	3
	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	4

### サブカテゴリー2 サービスの開始・終了時の対応

評価項目			通し番号
6-2-1 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	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	5
	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	6
	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	7
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なっている	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	8
	2	利用開始時直後には、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	9
	3	サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	10
	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	11

### サブカテゴリー3 個別状況に応じた計画策定・記録

評価項目			通し番号
6-3-1 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	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	12
	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	13
	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	14
6-3-2 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	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	15
	2	計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	16
	3	計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	17
6-3-3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している	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	18
	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	19
6-3-4 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	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	20
	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	21

## サブカテゴリー4 サービスの実施

		評価項目	通し番号
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	1 個別の支援計画に基づいて支援を行っている	22
		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	23
		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	24
		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	25
		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	26
6-4-2	利用者が主体性を持って、楽しく快適に過ごせるような取り組みを行っている	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	27
		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	28
		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	29
		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	30
		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	31
6-4-3	利用者の状況に応じて、生活上の支援を行っている	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	32
		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	33
		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	34
6-4-4	利用者が健康を維持できるような支援を行っている	1 利用者の健康状態に注意とともに、利用者の相談に応じている	35
		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	36
		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	37
		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	38
		5 【利用者の薬を預か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	39
6-4-5	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	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	40
		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	41
		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	42
6-4-6	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	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	43
		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	44

## サブカテゴリー5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

評価項目		職員自己評価項目		通し番号
6-5-1	利用者のプライバシー保護を徹底している	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生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている	45
		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	46
		3	利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	47
6-5-2	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	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)	48
		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	49

## サブカテゴリー6 事業所業務の標準化

評価項目		職員自己評価項目		通し番号
6-6-1	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	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	50
		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定期的に点検・見直しをしている	51
		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	52
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	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	53
		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	54

## 利用者保護に関する項目

評価項目		職員自己評価項目		通し番号
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	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	55
		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	56
2	虐待に対し組織的な防止策と対応をしている	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、認識を共有し、組織的に防止対策を徹底している	57
		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	58
3	事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる	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、灾害、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	59
		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	60
		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	61
		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	62
		5	事故、感染症、侵入、灾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	63

## サービス分析(カテゴリー6)

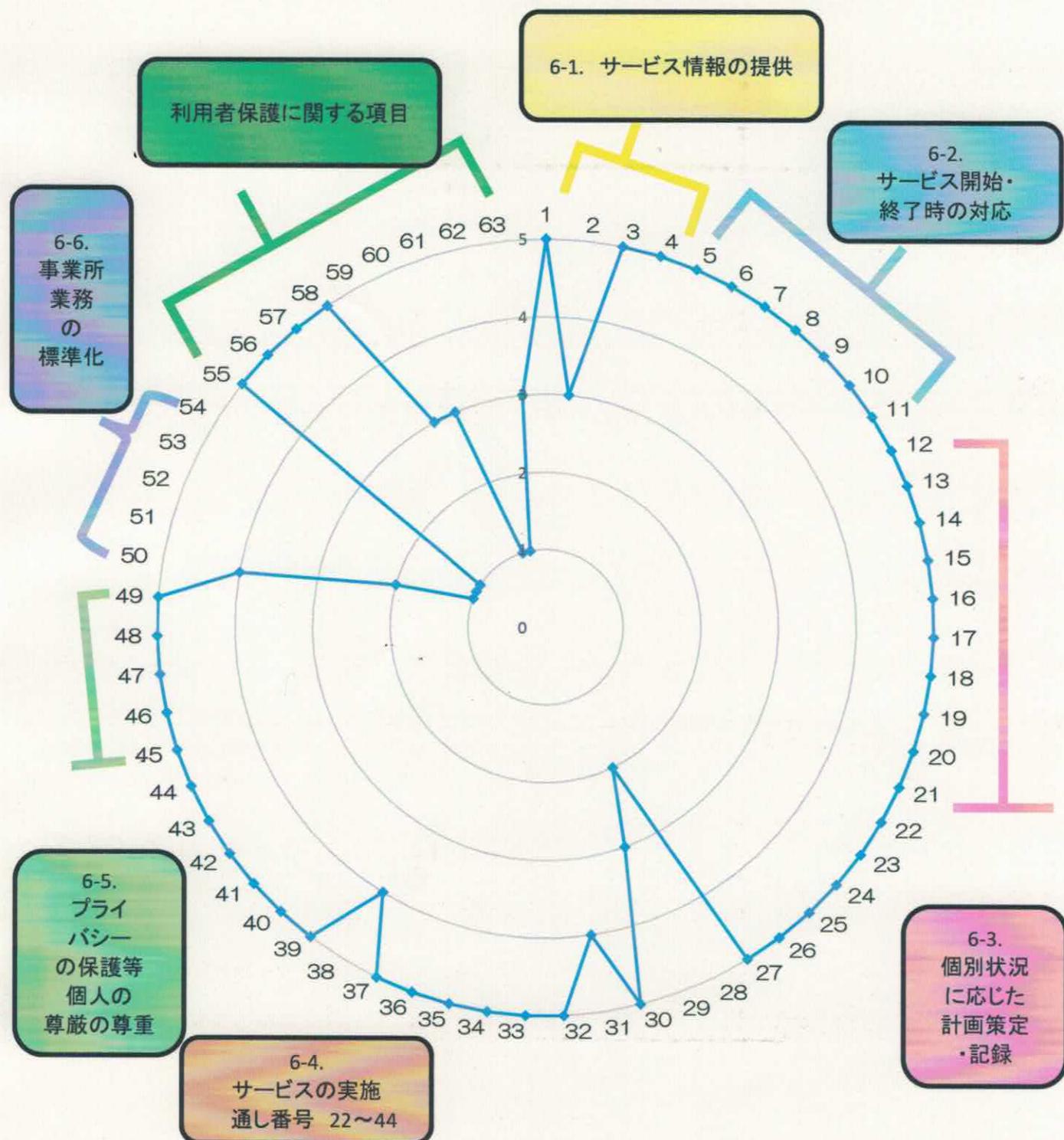
	評価項目	通し番号	そう思うと 答えた人数
			職員数
6-1. サービス情報の提供	6-1-1-1.	1	5
	6-1-1-2.	2	3
	6-1-1-3.	3	5
	6-1-1-4.	4	5
6-2. サービス開始・終了 時の対応	6-2-1-1.	5	5
	6-2-1-2.	6	5
	6-2-1-3.	7	5
	6-2-2-1.	8	5
	6-2-2-2.	9	5
	6-2-2-3.	10	5
6-3. 個別状況に応じた 計画策定・記録	6-3-1-1.	12	5
	6-3-1-2.	13	5
	6-3-1-3.	14	5
	6-3-2-1.	15	5
	6-3-2-2.	16	5
	6-3-2-3.	17	5
	6-3-3-1.	18	5
	6-3-3-2.	19	5
6-4. サービスの実施	6-3-3-1.	20	5
	6-3-3-2.	21	5
	6-4-1-1.	22	5
	6-4-1-2.	23	5
	6-4-1-3.	24	5
6-4. サービスの実施	6-4-1-4.	25	5
	6-4-1-5.	26	5
	6-4-2-1.	27	5
	6-4-2-2.	28	2
	6-4-2-3.	29	3
	6-4-2-4.	30	5
	6-4-2-5.	31	4
	6-4-3-1.	32	5
	6-4-3-2.	33	5
	6-4-3-3.	34	5
	6-4-4-1.	35	5
	6-4-4-2.	36	5
	6-4-4-3.	37	5
	6-4-4-4.	38	4
	6-4-4-5.	39	5

	評価項目	通し番号	そう思うと 答えた人数
			職員数
6-4. サービスの実施	6-4-5-1.	40	5
	6-4-5-2.	41	5
	6-4-5-3.	42	5
	6-4-6-1.	43	5
6-5. プライバシーの保 護等個人の尊厳の 尊重	6-4-6-2.	44	5
	6-5-1-1.	45	5
	6-5-1-2.	46	5
	6-5-1-3.	47	5
	6-5-2-1.	48	5
	6-5-2-2.	49	5
6-6. 事業所業務の標準 化	6-6-1-1.	50	4
	6-6-1-2.	51	2
	6-6-1-3.	52	1
	6-6-2-1.	53	1
	6-6-2-2.	54	1
利用者保護に関す る項目	1-1	55	5
	1-2	56	5
	2-1	57	5
	2-2	58	5
	3-1	59	3
	3-2	60	3
	3-3	61	1
	3-4	62	1
	3-5	63	3

## 「そう思う」のバランスチャート

職員 5名

### 職員数



①このレーダーチャートの「目盛り」は人数を表しています。

②評価項目による事業所の「弱み」と「強み」のバランスをみるグラフとなっています。