

あべのアロハホーム 事業所評価 事業者向け(2021年度)

| | | チェック項目 | はい | 率 | いいえ | 率 | 合計 | 無回答 | ご意見 | ご意見 | ご意見 | 改善報告 |
|----------|---|--|-----|-----|-----|-----|----|------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|---|
| 環境・体制整備 | 1 | 利用定員が適正で居住スペースとの関係が適切であるか | 31 | 97% | 1 | 3% | 32 | | 物が多すぎて導線が確保できない | 個人の居室を意用できている | | 設置基準に基づいた居住スペースを1人部屋として利用していただいております。現在、共有スペース・居室ともに不要な物の撤去など整理整頓を進めております。 |
| | 2 | 支援員の配置数は適切であるか | 29 | 91% | 3 | 9% | 32 | | 支援の必要な利用者さんに対して手薄と感じることがある | ミリミ・レアは兼任でみていて、配置数に問題は無いと思う | | 支援員の配置数は適切です。必要に応じて居宅介護を利用しております。又緊急時には6軒とも宿泊支援員が居りますので、援助しあえる環境にしております。 |
| | 3 | グループホームの設備等について、利用者様にに応じて配慮された環境になっているか | 26 | 81% | 5 | 10% | 32 | 1 | 入浴介助が必要な利用者の方が居られるので風呂が狭いホームもある | 利用者の特性に応じて居室等を変えたり(引越)しています | | 共有部分の狭い箇所に関しては、介助方法の工夫により介助が行いやすいようにしています。 |
| 業務改善 | 4 | 毎日のミーティングを持ち問題点を報告共有し、業務改善を進めるためのPDCAサイクル(目標設定と振り返り)に、広くスタッフが参画しているか | 30 | 94% | 2 | 6% | 32 | | 時間通りに行われず中止になったりしていることが多い | 毎日のミーティングで宿泊状況が報告されている | | 支援員・利用者様からの問題提起に関して、毎朝ホームスタッフで対策のためのミーティングを行っております。宿泊スタッフには、ホームで毎日行っている朝礼で作業・ルールの対応変更などを報告・共有できるようにしております。やむを得ず朝礼が実施できなかった時には、個別に引継ぎを行っております。 |
| | 5 | 保護者様等向け評価表を活用する等によりアンケート調査を実施して保護者様等の意向等を把握し、業務改善につなげているか | 28 | 88% | 2 | 6% | 32 | 2 | 保護者様からの評価表を(学生である私は)まだ見たことがない | | | 継続して行っています。スタッフの皆さんには、再度ホームページの掲載を告知してゆきます。 |
| | 6 | この自己評価の結果を、事業所の会報やホームページ等で公開しているか | 24 | 75% | 2 | 6% | 32 | 6 | 分からない | ホームページで公開されている | | 継続して行っています。スタッフの皆さんには、再度ホームページの掲載を告知してゆきます。 |
| | 7 | 職員の資質の向上を行うために、研修の機会を確保しているか | 28 | 88% | 2 | 6% | 32 | 2 | 職員は研修に参加している | | | 関連する講習に関しては、全て受けるようにしており、支援員に対してフィードバックを行っています。 |
| | 8 | アセスメントを適切に行い、利用者様と保護者様のニーズや課題を客観的に分析した上で、個別支援計画を作成しているか | 30 | 94% | 0 | 0% | 32 | 2 | 情報をもっていないのでわからない | 利用者さんのニーズを果たして取り組まれているか分からない | | 年二回以上の見直しを行っています。その際にアンケートを実施させていただき、各利用者様の保護者様に希望を頂き反映するようにしております。また、個別支援計画は全スタッフが閲覧できるように各ホームに保管しております。 |
| 適切な支援の提供 | 9 | 利用者様ごとの自立度合いにより、計画されたツールを使用し支援されているか | 28 | 88% | 1 | 3% | 32 | 3 | 情報をもっていないのでわからない | | | 利用者様ごとの自立度により行っていた作業・道具・支援方法を変えています。出来る限りの本人・保護者様の希望に沿った支援方法を取っております。 |
| | 10 | 食事・イベントの立案をチームで行っているか | 29 | 91% | 1 | 3% | 32 | 2 | 知らない | | | 献立会議を開き献立を作成しております。献立は月末までに掲示・送付できるようにしております。 |
| | 11 | 食事・イベントが固定化しないよう工夫しているか | 31 | 97% | 0 | 0% | 32 | 1 | 情報をもっていないのでわからない | 朝食が単調になりやすいと感じる | | 献立会議を開き献立を作成しております。献立は月末までに掲示・送付できるようにしております。 |
| | 12 | 平日、休日、長期休暇に応じて、課題をきめ細やかに設定して支援しているか | 27 | 84% | 2 | 6% | 32 | 3 | 情報をもっていないのでわからない | 支援員が足りていないことが多々あり、人材不足が目立っています。 | | 他部署との連携を取り、利用者様への負担が無いように協力体制を取っております。 |
| | 13 | 利用者様の自主性を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような取り組みを行っているか | 29 | 91% | 1 | 3% | 32 | 2 | | | | 共有のスケジュール(食事・入浴・洗濯・就寝)に関しては共同生活を送る上でのルールはありますが、その他のスケジュールに関しては、利用者様個々で決めてもらい過ごしてもらるように支援しております。 |
| | 14 | 利用者様の状況に応じて、個別活動と集団活動を適宜組み合わせるグループホームのルール・マニュアルを作成しているか | 30 | 94% | 0 | 0% | 32 | 2 | | | | 作成しております。作成したものに關しては、宿泊スタッフには毎日行っている朝礼での共有、年2回の全体会議で報告し共有した上で同じ支援が出来るように努めております。 |
| | 15 | 支援開始前には職員間で必ず打合せをし、その日行われる支援の内容や役割分担について確認しているか | 30 | 94% | 1 | 3% | 32 | 1 | 時間通りに行われず中止になったりしていることが多い | 毎日のミーティングで確認している | 朝礼が無い時の情報共有が確立されていない様に思います | 支援員・利用者様からの問題提起に関して、毎朝ホームスタッフで対策のためのミーティングを行っております。宿泊スタッフには、ホームで毎日行っている朝礼で作業・ルールの対応変更などを報告・共有できるようにしております。やむを得ず朝礼が実施できなかった時には、個別に引継ぎを行っております。 |
| | 16 | 支援終了後には、スタッフ間で必ず打合せをし、その日行われた支援の振り返りを行い、気付いた点等を共有しているか | 27 | 84% | 5 | 16% | 32 | | 時間通りに行われず中止になったりしていることが多い | 共有不足が目立つ。他部署との連携が必要だと思う。 | 作業所への引継もかねて宿泊状況は毎日報告している | 各ホームから報告を受けた代表者が10時の本部朝礼での引継を行い情報共有に努めています。 |
| | 17 | 日々の支援に関して正しく記録をとることを徹底し、支援の検証・改善につなげているか | 31 | 97% | 0 | 0% | 32 | 1 | 記録は取られているが生かされているかは不明 | 必ず伝えたいことは赤線が目立つようになっている | 個別報告は各ホーム毎日記入している | 個別支援報告書等を毎日記入しております。日々の記録・報告書を確認した上で検証・改善対応しています。 |
| 18 | 定期的に意見交換会を行い、グループホームの計画・ルールの見直しの必要性を判断しているか | 29 | 91% | 0 | 0% | 32 | 3 | 情報をもっていないのでわからない | 所属長会議などで他部署からの意見を頂き、見直しの必要性を判断しています | | 年間4回意見交換会を開き、利用者様の現状の問題点・希望を聞き取り改善を進めております。 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|-----|-----|----|----|----|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---|
| 関係機関や保護者との連携 | 19 | サービス担当者会議には、その利用者様の状況に精通した最もふさわしい者が参画しているか | 27 | 84% | 2 | 6% | 32 | 3 | 情報をもっていないのでわからない | | | サービス管理責任者が参画しています。 |
| | 20 | 医療的ケアが必要な利用者様を受け入れる場合は、利用者様の主治医等と連絡体制を整えているか | 27 | 84% | 1 | 3% | 32 | 4 | 情報をもっていないのでわからない | | | 主治医等との連携体制を整えています。また、日々の報告により通院の有無を判断し、受診した場合は各担当医に相談・対応しております。支援変更があった場合は随時、個別特記事項として書面で報告しています。全員が把握できるように告知を続けてゆきます。 |
| | 21 | 利用者様の相談支援員、保護者様、地域包括、担当医、利用している作業所等との間で情報共有と相互理解に努めているか | 28 | 88% | 0 | 0% | 32 | 4 | 情報をもっていないのでわからない | 毎日の報告で情報共有しています | | 各利用者様の相談員中心に定期的に担当者会議を開催し、現状の利用者様の状態・問題点を共有し支援体制の確認を行っております。支援変更があった場合は随時、個別特記事項として書面で報告しています。全員が把握できるように告知を続けてゆきます。 |
| | 22 | (地域自立支援)協議会等へ積極的に参加しているか | 27 | 84% | 1 | 3% | 32 | 4 | 情報をもっていないのでわからない | | | 参加しています。知り得た必要な情報は支援者に告知しております。 |
| | 23 | 日頃から利用者様の状況を保護者様と伝え合い、利用者様の状況や課題について共通理解を持っているか | 26 | 81% | 2 | 6% | 32 | 4 | 情報をもっていないのでわからない | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | 保護者様や関係者には日頃から利用者様の状況を伝えあい共通理解を持って支援しております。 |
| | 24 | 面談などをする機会を作り、保護者様との連携をとれるようにしているか | 25 | 78% | 3 | 9% | 32 | 4 | 情報をもっていないのでわからない | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | 各利用者様の保護者様には必要に応じて、日程調整を行い実施できるようにしております。 |
| | 25 | 保護者様が相談や意見を述べやすい環境を整備しているか | 25 | 78% | 2 | 6% | 32 | 5 | 情報をもっていないのでわからない | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | 各ホームにスタッフを配置し、いつでも対応可能な環境を整備しております。 |
| 保護者への説明責任等 | 26 | 運営規程、支援の内容、利用者様負担等について丁寧な説明を行っているか | 27 | 84% | 2 | 6% | 32 | 3 | 自身も反省すべき点であり気をつけます | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | 運営規定、支援の内容、利用者様負担等に関しては、見学時、契約時に書面と口頭で説明し、確認を行っています。また、変更があった場合は随時資料を作成し告知する様にしております。 |
| | 27 | 保護者様からの利用者様の自立の悩み等に対する相談に適切に応じ、必要な助言と支援を行っているか | 27 | 84% | 1 | 3% | 32 | 4 | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | | 相談があれば、随時対応し、また必要な助言については関係各所と相談の上、支援を行っています。 |
| 保護者への説明責任等 | 28 | 利用者様、保護者様からの苦情について、対応の体制を整備するとともに、利用者様や保護者様に周知し、苦情があった場合に迅速かつ適切に対応しているか | 27 | 84% | 1 | 3% | 32 | 4 | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | | 苦情対応マニュアルに基づき、迅速かつ適切に対応し、再発防止に努めています。 |
| | 29 | 急変やケガなどの場合は速やかに保護者様に連絡し状況説明できているか | 29 | 91% | 0 | 0% | 32 | 3 | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | | 緊急マニュアルに基づき対応し、速やかに保護者様へ報告するようにしております。 |
| | 30 | 定期的に近況や生活態度・健康面等を保護者様や関係者に報告・発信しているか | 27 | 84% | 0 | 0% | 32 | 5 | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | | 少しの問題点でも、出来る限りこまめに各利用者様の保護者様へは連絡を入れるようにしております。 |
| | 31 | 個人情報に十分注意しているか | 29 | 91% | 0 | 0% | 32 | 3 | 隠し文字を使ったりして対応している | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | 報告の際にはイニシャルを用いるなど個人情報には気をつけています | 個人情報に関しては施錠できる保管庫に入れ、必要時以外は本部保管をしております。 |
| 32 | 障がいのある利用者様や保護者様との意思の疎通や情報伝達のための配慮をしているか | 27 | 84% | 0 | 0% | 32 | 5 | 保護者への説明はどういった取り組みが行われているか不明 | | | 各利用者様の特性に応じた意思、情報伝達を行っています。 | |
| 非常時等の対応 | 33 | 緊急時対応マニュアル、防犯マニュアル、感染症対応マニュアルを策定し、職員や保護者様に周知しているか | 30 | 94% | 0 | 0% | 32 | 2 | 各ホームにマニュアルが置かれています | | | 各マニュアルを策定し、支援員・利用者様が周知するように回覧、掲示等を実施しています。保護者様にはHPに掲載し、いつでも閲覧出来る様にしています。 |
| | 34 | 非常災害の発生に備え、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか | 30 | 94% | 0 | 0% | 32 | 2 | 作業所の避難訓練のほか、ホームでの避難訓練も行っています | | | 年2回の避難訓練、消防機器の使用方法的講習を実施をし、災害時に備えております。 |
| | 35 | 虐待を防止するため、職員の研修機会を確保する等、適切な対応をしているか | 28 | 88% | 1 | 3% | 32 | 3 | 虐待防止の研修を受けています | | | 職員の研修機会を確保し、全支援員には伝達研修を行っています。 |
| | 36 | どのような場合にやむを得ず身体拘束を行うかについて、組織的に決定し、利用者様や保護者様に事前に十分に説明し了解を得た上で、個別支援計画に記載しているか | 28 | 88% | 0 | 0% | 32 | 4 | | | | 身体拘束を行う場合は組織的に決定し、利用者様や保護者様に事前に十分に説明、了解を得た上で、個別支援計画に記載しています。 |
| | 37 | 食物アレルギーのある利用者様について、医師の指示書に基づく対応がされているか | 29 | 91% | 0 | 0% | 32 | 3 | | | | アセスメントに基づき検査を実施し、医師の指示書の下、対応しております。 |
| | 38 | ヒヤリハット事例集を作成して事業所内で共有しているか | 30 | 94% | 0 | 0% | 32 | 2 | ヒヤリハット・事故発生時には各ホーム、作業所など全部署で情報共有しています | | | ヒヤリハット・事故報告に関しては、重要な案件である為に発生翌日には朝礼で引継ぎを行い、全スタッフが閲覧後サインし共有できるように事務所・各ホームにファイルを常備し更新しております。 |