

| | | チェック項目 | はい | 率 | いいえ | 率 | 未回答 | 率 | 合計 | コメント | 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 | 33 | 89% | 3 | 8% | 1 | 3% | 37 | ①分からない②利用者間の問題をよく考えている③利用者さん全員で食事が出来ない | 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。又先月よりコロナ対応の一部解除により全利用者様で食事を摂って貰うことも解禁になっております(条件付き) |
| | 2 | 支援員の配置数は適切であるか | 33 | 89% | 3 | 8% | 1 | 3% | 37 | ①分からない②ホームによって利用者さんが多く負担が大きい | 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。ショートステイの利用者様等がおられ同時刻に別途対応が必要な際には時間限定にはなりますが補助スタッフが入るようなシフト体制も取っております。又緊急時には7軒とも宿泊支援員が居りますので、援助を頼み対応して下さい。 |
| | 3 | グループホームの設備等について、利用者に応じて配慮された環境になっているか | 34 | 92% | 2 | 5% | 1 | 3% | 37 | ①分からない②必要な物をもう少し工夫してあげてほしい | 共有部分の狭い箇所に関しては使用備品などの工夫により、介助が行いやすいようにする。又、利用しやすい様にとの意見があった箇所には手すり等を増設したり等の対応をしております。今後も必要と考えられる設備などに関しては改善を進めてゆこうと考えております。 |
| 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 | 33 | 89% | 2 | 5% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない③毎朝の朝礼などの報告で共有できている | 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出勤時の朝礼で作業・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。又時差出勤などで朝礼参加できない方にはメールにて引継内容を確認して支援に臨めるようにしております。 |
| | 5 | 保護者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等の意向等を把握し、業務改善につなげているか | 31 | 84% | 3 | 8% | 3 | 8% | 37 | ①分からない②わからない③わからない④すぐに問題解決に取り組んでいる⑤保護者さんの意見をあまり聞いたことが無い | 継続して行っています。スタッフの皆さんには会議体での報告だけでなく、都度詳細を引継メールに記載し朝礼での報告で伝達しております。また、常に全スタッフの方が共有できるように「引継ノート」を作成し、それを閲覧してもらうことで数か月前に行った重要な事項も共有できるように対応しております。 |
| | 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 | 32 | 86% | 2 | 5% | 3 | 8% | 37 | ①分からない②わからない③わからない | 社内では全体会議、朝礼等で報告しておりますが、会議に出席できない人も居られるのでアンケート結果の公表方法と実施日を提示する様にしております。 |
| | 7 | 職員の資質の向上や虐待防止のために、研修の機会を確保しているか | 37 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 37 | ①定期的に行われ勉強できている | 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。また社内研修として、全スタッフに月に1回メールにて必要な研修を配信し受講できる体制にしております。 |
| | 8 | アセスメントを適切に行い、利用者や保護者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 | 33 | 89% | 1 | 3% | 3 | 8% | 37 | ①分からない②わからない③わからない | 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閲覧するように指導しております。 |
| 適切な支援の提供 | 9 | 利用者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 | 33 | 89% | 2 | 5% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 利用者様ごとの自立度により行っていたり作業・道具・支援方法を変えています。出来る限りご本人・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 | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 食事の献立は、調理担当スタッフが作成しミーティングを行い決めております。献立の中には利用者様の希望などを組み入れ「お楽しみ企画」等を盛り込んでお月々までには月次の献立表を各ホームに掲示告知しております。イベントに関しては「懇親会」を年間4回開催し利用者様に楽しんでもらっております。また、懇親会と同時に「意見交換会」を開き現状の問題点・希望を聞き取り改善を進めております。 |
| | 11 | 食事・イベントが固定化しないよう工夫しているか | 36 | 97% | 0 | 0% | 1 | 3% | 37 | ①わからない②季節のイベントや食材を使っている③懇親会や御誕生日等の献立等考えられている | 年4回の懇親会で献立希望等の聞き取りを行い献立に反映させております。それを基に毎月の献立を担当者が考案・作成し、会議で話し合い作成しております。マンネリ化・栄養の偏りが無いように心がけております。 |
| | 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 | 32 | 86% | 3 | 8% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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。また、長期休暇の際はイベントを企画し楽しんでもらっております。 |
| | 13 | 利用者の自主性を尊重し、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 | 34 | 92% | 2 | 5% | 1 | 3% | 37 | ①分からない②よく話し合っている | 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ぎてもらえないように支援しております。 |
| | 14 | 利用者の状況に応じて、個別活動と集団活動を適宜組み合わせさせてグループホームのルール・マニュアルを作成しているか | 33 | 89% | 2 | 5% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない③対応されている | 作成しております。作成・変更したものは、宿泊スタッフに毎日行っている朝礼や年2回の全体会議で報告し共有しております。また、いつでも確認できるようにデータ・紙面などで各ホームにファイルを作成。ホームでのルール・マニュアルを把握した上で全スタッフが利用者様に対し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 | 35 | 95% | 1 | 3% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 毎日出勤者には事前に支援引継ぎのためにメールで告知。16時に行う朝礼で引継内容の確認を行っております。翌日の予定の確認、各ホーム・利用者様の特別に行ってほしい支援内容を伝達し、明朝までの支援の確認を行っております。 |
| | 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 | 34 | 92% | 1 | 3% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 各ホームから報告を受けた代表者が10時の本部朝礼で重要な事象の引継ぎを行い情報共有に努めております。 |
| | 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 | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない③情報のデータ化等しっかり対応されている | 個別支援報告書等を毎日Ipadで入力しデータ保管しております。日々の記録・報告書を確認した上でミーティングを行い検証・改善対応しております。 |
| 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 | 33 | 89% | 2 | 5% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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。その内容変更等に関しては部会議で報告・検討し改善しております。 | |
| 関係機 | 19 | サービス担当者会議には、その利用者の状況に精通した最もふさわしい者が参画しているか | 34 | 92% | 1 | 3% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 常勤のサービス管理責任者が参画しております。 |
| | 20 | 医療的ケアが必要な利用者を受け入れる場合は、利用者の主治医等と連絡体制を整えているか | 35 | 95% | 1 | 3% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 主治医等との連携体制を整えています。また、日々の報告により看護師、訪問看護師とも相談をし通院の有無を判断。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、個別重要事項として書面・口頭でスタッフに伝達報告しております。全スタッフが把握・支援できるように告知を続けております。 |

| | | チェック項目 | | | | | | | 集計 | | コメント | | 改善報告 | |
|--|----|---|----|-----|---|-----|---|----|----|-----------------------------------|---|--|------|--|
| | | はい | 率 | いいえ | 率 | 未回答 | 率 | 合計 | | | | | | |
| 関 や 保 護 者 と の 連 携 | 21 | 利用者の相談支援員、保護者、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 | 34 | 92% | 1 | 3% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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います。支援変更があった場合は随時、個別重要事項として書面・口頭で引継ぎしております。全スタッフが把握・支援できるように告知を続けております。 | | | |
| | 22 | (地域自立支援)協議会等へ積極的に参加しているか。その情報を共有できているか | 28 | 76% | 7 | 19% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない③地域協議会に個人的には参加したことが無い | 知り得た必要な情報は全スタッフに告知しております。 | | | |
| | 23 | 日頃から利用者の状況を保護者と伝え合い、利用者の状況や課題について共通理解を持っているか | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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、保護者との連携をとれるようにしているか | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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。また保護者会の定期実施によりご意見などの聞き取りの機会を増やしております。 | | | |
| | 25 | 保護者が相談や意見を述べやすい環境を整備しているか | 34 | 92% | 1 | 3% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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、利用者負担等について丁寧な説明を行っているか | 31 | 84% | 4 | 11% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない③利用者さんの負担など知らない | 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。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。また、支援する全スタッフにも運営規定、支援の内容、利用者様負担等に関して書面でファイルを作成しいつでも確認・閲覧できるように各ホームに設置しております。 | | | |
| | 27 | 保護者からの利用者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 | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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、支援を行っております。 | | | |
| | 28 | 利用者、保護者からの苦情について、対応の体制を整備するとともに、利用者や保護者に周知し、苦情があった場合に迅速かつ適切に対応しているか | 33 | 89% | 2 | 5% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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に連絡し状況説明できているか | 36 | 97% | 0 | 0% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 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・健康面等を保護者や関係者に報告・発信しているか | 35 | 95% | 1 | 3% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 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 | 36 | 97% | 0 | 0% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 個人情報に関しては施設できる保管庫に入れ、必要時以外は本部保管としております。 | | | |
| | 32 | 障がいのある利用者や保護者との意思の疎通や情報伝達のための配慮をしているか | 34 | 92% | 2 | 5% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 各利用者様の特性に応じた意思、情報伝達を行っております。 | | | |
| | 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、職員や保護者に周知しているか | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 各マニュアルを策定し、全スタッフ・利用者様が周知するように回覧、掲示等を実施しております。また定期的に関覧実施の確認も行っております。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。 | | | |
| 非 常 時 等 の 対 応 | 34 | 防犯マニュアルに沿って遂行されているかまた、その確認が出来ているか | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 防犯事故防止のためのマニュアルを設置し、日頃より施設等の徹底を実施・確認しております。また、事故が起こった際の緊急連絡などすぐに対応可能なように掲示しております。 | | | |
| | 35 | 感染症マニュアルに沿って遂行されているかまた、その確認が出来ているか | 35 | 95% | 0 | 0% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 感染防止のためのマニュアル等の設置、定期確認を行っています。起こってしまったときの緊急連絡など対応可能なように掲示しております。 | | | |
| | 36 | 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 | 34 | 92% | 2 | 5% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 年2回の避難訓練、消防機器の使用方の講習を実施し、災害時に備えております。 | | | |
| | 37 | 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 | 36 | 97% | 0 | 0% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 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。 | | | |
| | 38 | 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、利用者や保護者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 | 32 | 86% | 3 | 8% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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。 | | | |
| | 39 | 食物アレルギーのある利用者について、医師の指示書に基づく対応がされているか | 34 | 92% | 1 | 3% | 2 | 5% | 37 | ①分からない②わからない | 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。 | | | |
| | 40 | 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 | 36 | 97% | 0 | 0% | 1 | 3% | 37 | ①分からない | 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内・各ホームにファイルを常備し更新しております。報告者に対しても閲覧はもちろん、口頭にて改善指導を行っております。 | | | |