

〒 160-0004

所在地 東京都新宿区四谷1-19アーバン四谷ビル4階

評価機関名 公益財団法人日本チャリティ協会

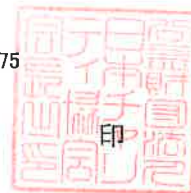
認証評価機関番号

機構 03 - 075

電話番号 03-3341-0803

代表者氏名 会長 高木 金次

以下のとおり評価を行いましたので報告します。



評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		修了者番号	
	①	岩田 久	H1701024	
	②	鈴木 征男	H1301028	
	③			
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	短期入所			
評価対象事業所名称	短期入所施設 夢来		指定番号	0911000362
事業所連絡先	〒	324-0235		
	所在地	栃木県大田原市堀之内625-19		
	Tel	0287-53-1855		
事業所代表者氏名	管理者 山下 賢一			
契約日	2021年 2月 10日			
利用者調査票配付日(実施日)	2021年 3月 23日			
利用者調査結果報告日	2021年 4月 16日			
自己評価の調査票配付日	2021年 3月 23日			
自己評価結果報告日	2021年 4月 16日			
訪問調査日	2021年 4月 27日			
評価合議日	2021年 5月 11日			
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	利用者調査は、令和3年3月中の利用者に調査用紙を渡して回答してもらうアンケート方式で実施しました。記入した調査用紙を封筒に入れ評価機関に郵送してもらうことでプライバシーに配慮しました。事業評価では、職員の自己評価について、カテゴリー別に見られる特徴等の把握に努めました。新型コロナウイルス感染防止のため訪問調査はリモート方式でおこないました。報告書は評価者の合議後、有識者の意見を受けて修正し客観性に配慮しました。評価者は事業所とは利害関係のないチーム編成で第三者性を確保しました。			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2021年 5月 26日

事業者代表者氏名 理事長 佐藤 信行

印

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>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）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)利用者に対し、いかなる場合であっても暴力・暴言・人権侵害等をおこなわず、人としての権利を尊重し擁護いたします。 2)利用者それぞれの個性を尊重し、思いを受け止め、小さなサインも見逃さぬよう、たゆみない向上心を常に持って職務を遂行いたします。 3)常に利用者中心の精神に立ち、自己選択の機会や環境づくりに配慮し、自己決定を促す条件整備に努めます。 4)利用者への一切の差別を自らの課題として排除し、さらに社会において利用者の理解を高める援助者として歩みます。 5)利用者と共に地域で暮らすことを願い、共に生きる援助者として日々努力いたします。</p>
2	<p>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）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>見えていないところでも虐待等は一切せず、安心して業務を任せられる向上心にあふれる人間</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>その利用者にとって、何が一番必要かを常に考え、現状に満足せず向上心を持ってもらいたい。</p>

調査対象

令和3年3月中の短期入所利用者15名を対象にアンケート方式で利用者調査を実施しました。回答のあった5名のうち、身体障害者手帳を持っている人は3名、愛の手帳を持っている人は3名、精神障害者保健福祉手帳を持っている人は3名で、無回答の人1名でした。

調査方法

1か月間の短期入所利用者全員に調査用紙を渡して回答してもらったアンケート方式で調査をおこないました。記入した調査用紙を封筒に入れて郵送で評価機関あてに提出してもらいました。回答は相談して本人記入1件、家族が推察して記入3件、無回答1件でした。

利用者総数

15

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
5	0	5
5	0	5
33.3	0.0	33.3

利用者調査全体のコメント

利用者調査の質問項目13項目のうち10項目について、肯定的評価「はい」の割合が100.0%でした。残りの質問項目「11.サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか」、「12.利用者の不満や要望は対応されているか」、「13.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」については、「はい」の割合は80.0%でしたが、残りの回答は、「無回答・非該当」で、「いいえ」などの回答はありませんでした。総合的な感想は「大変満足」と「満足」と合わせて100.0%でした。回答者の全員が施設のサービスに満足しているという結果でした。総合的感想として「心のこもった心遣いを手厚くしていただいています。本当の家族のように接していただき、褒めてくださったり、怒ってくださったり、一緒に悲しんでくださったり、本当の父母のようです。以前の作業所では入社拒否になっていたのですが、こちらに入所して自分でできることも増えてきて自信にもつながっています」、「本人が喜んで夢来にいきたいと毎日のように話しています」、「とても楽しく過ごしています」との記述があり、満足している様子が窺えます。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用中の生活はくつろげるか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
2. 事業所の設備は安心して使えるか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				

3. 利用時の過ごし方は個人のペースに合っているか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
4. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
5. 職員の接遇・態度は適切か	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
6. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
7. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
8. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
9. 利用者のプライバシーは守られているか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				

10. サービスの利用に当たって、利用者の状況や要望を聞かれているか	5	0	0	0
設問に対する回答の割合は「はい」が100.0%でした。自由意見はありませんでした。				
11. サービス内容に関する職員の説明はわかりやすいか	4	0	0	1
設問に対する回答の割合は「はい」が75.0%、「無回答・非該当」25.0%でした。自由意見はありませんでした。				
12. 利用者の不満や要望は対応されているか	4	0	0	1
設問に対する回答の割合は「はい」が75.0%、「無回答・非該当」25.0%でした。自由意見はありませんでした。				
13. 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	4	0	0	1
設問に対する回答の割合は「はい」が75.0%、「無回答・非該当」25.0%でした。自由意見はありませんでした。				

I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリ1～3、5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 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		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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なっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>事業所および運営法人のパンフレットで施設やサービス内容を詳しく説明しています</p> <p>事業所のパンフレットは施設や設備の内容をカラーの写真を多く取り入れて、利用イメージが作れるように配慮しています。サービスの提供場所が栃木県ということもあって、とくにアクセスの方法をきちんと示しています。また、運営法人のパンフレットはA4で8ページにも及ぶものであり、施設紹介では食堂、居間、バス、トイレといった空間を写真で詳しく説明したり、隣接している公共施設や環境を丁寧に写真で示しています。ただ、遠隔地での情報提供で有効なインターネット、ホームページは現在は作成している段階でその完成が待たれます。</p> <p>東京都の各区の障害福祉課や相談支援事業所等に年に3回程度訪問しています</p> <p>東京都各区からの利用者が7割以上と多いために、利用者を紹介してくれる都内各区の障害福祉課や相談支援事業所との関係作りが重要となってきています。江東区や墨田区をはじめとしてパンフレットを配布し、説明するために各区の関係機関には年間3回程度訪問しています。さらに、利用者が関係している相談支援事業所にも挨拶に行き、パンフレットを用いて説明しています。利用者の空きができたときには電話で関心を寄せてくれる関係機関に連絡し、利用者の紹介を依頼しています。</p> <p>利用者からの問い合わせに対しては、見学の日程を調整し職員が個別に対応しています</p> <p>利用希望者からの問い合わせは月間1～2件あります。見学希望者に対しては電話での受付後、日程を調整して職員が対応しています。見学希望者は本人だけでなく、家族等および区役所や相談支援事業所の担当者も一緒に来ます。見学者には施設内の居室、食堂、浴室を実際に見てもらっています。利用にあたっては体験利用を2日程度お願いしています。東京都の利用者の場合、こちらから車で迎えに行くこともよくあります。短期入所サービスといっても実際にはロングの利用が多く、見学してからそのまま利用を開始することもあります。</p>		

サブカテゴリー2		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
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		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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等の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者等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	3. サービスに関する説明の際に、利用者等の意向を確認し、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(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			
<p>重要事項説明書等を用いて利用開始時に基本的なルール等について説明しています</p> <p>サービス利用開始にあたり、利用者・家族等と個別面談をおこない、基本的な情報を収集し、アセスメントシートに障害に関する状況、日常生活状況、症状に関して配慮の必要な行為、さらに医療的支援に関する事項などの基本情報を記載していきます。利用料金に関しては予め区役所や相談支援事業所で説明しています。サービスに関しての利用意向については利用開始時に利用者・家族等に面談時に個別の項目ごとに聞き取って記載しています。総合的な要望事項を記載する欄をアセスメントシートに用意しておくことが期待されます。</p> <p>支援方針は相談支援事業所から送られてくるサービス等利用計画を基に作成しています</p> <p>サービスを開始するにあたって契約時に家族の要望や利用者本人の希望をアセスメントシートの項目に沿って聞き取ってファイルに保管しています。さらに、相談支援事業者から送られてくるサービス等利用計画をもとに支援方針を作成していきます。サービス利用開始時には、一般的には家族や親から離れることで淋しさを感じて不安になったりすることが多いといえます。そのために利用開始直後の1週間は職員がマンツーマンで対応し、不安を軽減するような対処をしています。</p> <p>退所に当たっては再度の利用に備えて家族との連絡を随時取りあっています</p> <p>支援開始以前の家庭での生活をヒアリングにより聞き取って、支援に配慮すべきことを確かめて日常的な支援に努めています。退所に当たっては相談支援事業所とも十分話し合い、退所後の生活の支援をおこなってもらうようにしています。多くは、家庭に戻りますが繰り返し利用するケースが多く、退所後も再度の利用に備えて随時連絡を取り合い、状況の把握に努めています。事業所としては利用者の第二の家と考えてもらうようにしています。</p>			

サブカテゴリ3

3 個別状況に応じた支援方針作成・記録

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

11/11

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(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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方針を作成している

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 支援方針は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 支援方針を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 支援方針は、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している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 支援方針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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 支援方針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(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 支援方針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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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3の講評

相談支援事業所が作成したサービス等利用計画書を踏まえてサービスを実施しています

日常の支援は相談支援事業所が作成したサービス等利用計画書に記載された支援内容を中心に実施していきます。通常、利用者は日中活動で就労支援センターB型や生活介護サービスを利用しています。事業所に戻ってきてからは夕食、入浴、自由時間で過ごしますが、業務日誌では毎日の記録を夜勤者、日勤者それぞれ記録をつけており、業務日誌や申し送りメモで双方で確認しあっています。相談支援事業所のモニタリング会議に職員が参加して日常の利用者の動向やニーズなどを説明しています。

毎月職員ミーティングの中で利用者の支援方針を確認しています

相談支援事業所が作成したサービス等利用計画書にもとづいて、利用者との話し合いやニーズを聞き出しながら、短期入所の支援方針を決めています。月末に職員ミーティングをおこなって、それぞれの利用者の支援方針を確認していきます。支援方針に関しては利用者にも説明し同意を得ています。日常的な支援の中で決めた支援方針が適合しなくなった場合、その理由と対処について本人とも話し合って見直ししています。例えば急に落ち着きがなくなったケースでは、音楽が効果があることが分かった時、居室にDVDを用意してあげたりします。

職員ミーティングで話された利用者の状況はPC内に記録されていきます

毎月開かれる職員ミーティングの記録はPC内のファイルに記録されていきます。この中では、個々の利用者の記録も残されており、職員はいつでもこの記録を見ることができます。これらの記録はモニタリングの際に計画相談支援員にも伝えられ、サービス等利用計画に反映されていきます。毎月のミーティングと関連して、毎日の利用者の変化については管理日誌に記録し、申し送りとして残されていきます。職員は、申し送り事項があった場合には必ず確認し、当日の支援に生かしていきます。

サブカテゴリ5		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	5/5
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		評点(〇〇〇)	
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ある場合には、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、利用者のプライベートな空間への出入り等、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(〇〇)	
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
サブカテゴリ5の講評			
<p>利用者の個人情報を外部とのやり取りする場合に備えて契約時に同意をとっています</p> <p>契約時に個人情報の取り扱いを定めています。利用契約書では守秘義務の項で、利用者・家族等の秘密について、正当な理由がある場合を除き第三者に開示することはないことを明記しています。また、他の指定障害サービス事業者に対し、利用者に関する情報を提供する場合は、あらかじめ文書により利用者の同意を得るとしています。病院やクリニックなどで本人の情報を知らせる必要がある場合には同意をとって提供することはありません。また、相談支援事業所と相互に情報の交換をしています。</p> <p>法人のパンフレットの初めに利用者のプライバシーを配慮することを明記しています</p> <p>法人のパンフレット「ライフネットワーク歩夢」の初めのページに職員一同の誓いとして利用者に対して暴力・暴言・人権侵害をおこなわず、人としての権利を尊重することや利用者の自己決定を促す条件整備に努めるなど、職員の行動規範を定めています。その上でプライバシーに配慮した支援をおこなっています。利用者の同意なしに居室に入ったり、個人あての文書を勝手にみるなどの行為は禁止していません。また、入浴時や排せつに関しても利用者の羞恥心に配慮し、同性介助を原則として支援をおこなっています。</p> <p>利用者一人ひとりの意思を尊重した支援をおこなっています</p> <p>日常の支援に当たっては利用者の意見・言い分を十分傾聴したうえで対処しています。例えば入浴をすすめても、いやだと言ってやらなかったり、行動を起こさなかったり、あるいは違った行動をおこなうなどが見られますが、このような場合無理に行動を強制するのではなく、利用者と話し合っって行動を起こすように促します。どうしても「ノー」という場合にはその判断を尊重しています。また、利用者一人ひとりの価値観が異なったり、こだわりがある場合には、それについても無理をせず尊重して対処しています。</p>			

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

3/5

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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し取り組みをしている

評点(●●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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6の講評

個別事象への対応方法については研修会資料を参考にしています

毎日の支援方法は「夜勤の流れ」という文書により、利用者が施設に戻ってきてからの17時から時間に沿って支援を実施しています。夕食、入浴、入眠、夜勤作業、朝食作りまでの作業が記載され、それぞれの作業の留意点が示されています。個々の事象に対応する支援方法として外部の専門家が講演した資料を参考にしています。研修参加者がリーダーとなり、定期的にビデオ視聴を使って指導・討論会を実施し、マニュアルの共有を図っています。これに加えて緊急時対応、感染症予防、虐待防止などのマニュアル類が作成されています。

毎月1回開かれる職員ミーティングではサービスの手順を確認しています

毎月1回開かれる職員ミーティングではサービスについて確認作業をおこなっています。個別の利用者によって異なった対応が出てくるとも多く、そのような場合、作業内容について話し合っより良い方法で対処するようにしています。支援方法、対応方法が分からないことがあった場合、過去の事例を探して、管理日誌をチェックし、緊急時の対応を提示しています。

きちんとした事業所の手順書やマニュアル類の整備が期待されます

現在、サービス提供の手順書やマニュアルが必ずしも整備されているとは言えません。職員アンケートではマニュアル類を十分活用しているとは言えないことが示されています。マニュアル類の見直しをするための基準や方法も決まっていません。今後、必要な手順書やマニュアル類を職員や利用者の意見を参考にしながら見直し、さらに整備していくことが期待されます。

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		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	15/15
サービスの実施項目			
1 評価項目1 個別の支援方針をいかしながら、利用者に合った自立生活を送るための支援をしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 支援方針に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて、さまざまな情報を提供し、または相談に応じる体制を整えている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>サービス等利用計画で示された短期入所の支援目標等を支援方針にして支援しています</p> <p>相談支援事業所の利用者についてのサービス等利用計画の作成の会議に参加し、その作成に関わっています。サービス等利用計画で策定された援助の方針、短期入所の支援目標等を支援方針として活用して利用者の支援にあたっています。月一回の職員ミーティングで利用者の状況、支援にあたって留意すべきこと等話し合いながら支援方針に基づいて支援しています。</p> <p>利用者の特性に応じて言語、筆談等の工夫をしながらコミュニケーションに努めています</p> <p>入所の際のアセスメントで利用者のコミュニケーション能力等を把握しています。視力、聴力、会話、意思の伝達について、利用者がどのような状況か、またコミュニケーションを取る際の留意点を聞いて、その特性に応じてコミュニケーションの取り方を工夫しています。聞こえないなど聴力に障害のある利用者には筆談も用いてのコミュニケーション、会話による意思の伝達は無理でも身振りによる意思の伝達が可能な利用者にはゼスチャーを用いてのコミュニケーションなど利用者の特性に応じてコミュニケーションの取り方を工夫しています。</p> <p>利用者の特性を踏まえて情報提供するとともにいつでも相談できる体制をとっています</p> <p>地域の祭りなどのイベントや特別支援学校の文化祭などの情報を利用者に提供し、希望により参加する取り組みをしています。あまり早く知らせると興奮してしまうという利用者の特性などを踏まえて、情報を知らせるタイミングに配慮しています。また管理室では24時間いつでも利用者から相談できる体制を整えています。</p>			
2 評価項目2 利用者の主体性を尊重し、利用中の生活が楽しく快適になるような取り組みを行っている		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の状況や希望に沿って生活を楽しめるように取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし	2. 室内は、利用者の状況に応じて快適で落ち着いた環境・空間にしている		○非該当
評価項目2の講評			
<p>買い物の日を設ける等して生活が楽しくなる工夫をしています</p> <p>利用者は日中は生活介護、就労継続支援B型事業を利用していますが、日中活動後、施設に帰宅し、入浴、夕食を済ませると、本人の意向によって自室で過ごし、食堂で団欒をするなど好きなことをして過ごしています。毎週日曜日は買い物の日として、3班に分かれて、買い物に出かけることとしています。利用者の希望をもとに買い物リストを作成し、出かける店等を決めて、車で職員の付き添いのもと買い物に出かけています。施設はお店がある場所から離れたところに立地しているため、買い物に出かけることを利用者は楽しみにしています。</p> <p>居室は個室でエアコンやテレビを設置し落ち着いた環境になっています</p> <p>居室は個室です。和洋室、洋室、ベッド、マットを利用者が基本的には選ぶことができます。各居室にはエアコン・ガスヒーター、テレビ、インターホンを整備して、利用者が自室で快適に落ち着いて過ごせるように配慮しています。居室では、利用者がテレビやDVDを鑑賞したり、CDを聞くこともでき、好きなことをして過ごせる環境を整えています。職員が居室の清掃、換気等をおこない、清潔の保持に努めています。</p>			

3 評価項目3 利用者一人ひとりの状況に応じて生活上に必要な支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の意向を尊重しつつ、自分でできることは自分で行えるよう働きかけている	○非該当
●あり ○なし	2. 食事、入浴、排泄等の支援は、利用者の状況やペースに合わせて行っている	○非該当

評価項目3の講評

段階を踏みながら利用者が自分でできる力を伸ばせるように支援しています

利用者は在宅の生活では保護者に身の回りのことをしてもらっていることが多々あります。そのため入浴した際に自分で身体を洗えないという利用者もいます。こうした場合には、身体の洗い方を教えることから始める等段階を踏みながら、自分で自分の身体を洗えるように根気よく支援することに努めています。また一人で寝ることができない利用者には、寝る際に職員がそばで落ち着かせるなどして、徐々に一人で寝ることができるように支援するなど、段階的に自分のことを自分でできる力を伸ばすようにしています。

食事、排泄等は利用者の状況やペースに合わせて支援しています

入所時のアセスメントで食事、排泄、入浴等について、自立の状況や配慮すべきこと等を把握しています。支援にあたっては、利用者の状況やペースに合わせて支援しています。例えば、食事では利用者の状況に応じて普通食のほか刻み食を提供したり、食事時間を希望によってずらすこともしています。排泄については把握した排泄介助の注意点に留意したり、利用者の発するサインを注意深く観察してトイレを促したり、トレーニングパンツを使用するなど利用者の状況に合わせて支援しています。入浴も利用者ごとの注意点等を踏まえて支援しています。

4 評価項目4 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態や服薬に関して、利用者や家族から必要な情報を収集している	○非該当
●あり ○なし	2. 服薬管理は誤りがないうチェック体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	3. 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	○非該当

評価項目4の講評

利用者の健康状態、留意点等をアセスメントシートで把握し、支援に活用しています

入所の際に、利用者の医療的支援に必要な情報についてアセスメントシートによって把握しています。てんかん発作の有無・頻度・留意点、服薬の有無・薬名・留意点、医療的ケアの有無、かかりつけ病院の有無等を把握し、入所後の支援に活用しています。

利用者各人別の薬箱で薬を保管していますが、服薬管理のさらなる改善を期待します

入所の際に利用者の服薬に関して薬名や留意点を把握し、これを踏まえて薬の服用管理にあたっています。薬は利用者各人毎に1週間分の薬箱を設け、施錠庫で保管し、薬の取り違えの防止を図っています。今後、誤薬防止をさらに徹底するために、服薬管理マニュアルを整備し、手順に基づいて薬の服用をおこなうようにするなど一層確実に服薬管理をしていくことを期待します。

緊急時には協力医療機関での受診、保護者等との緊急連絡体制を整備しています

利用者の病状が急変するなど緊急時には、速やかに協力医療機関または利用者の指定する医療機関に診察を依頼することとしています。合わせて入所の際に記入してもらった緊急連絡先に連絡をすることとしています。また緊急時対応マニュアルを定めて、どの職員でも利用者の病状が急変した時には適切な手順に基づいて対応ができるようにしています。

5 評価項目5 家族等との交流・連携を図っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との交流・連携に際して、利用者本人の意思を確認し、その意向に基づいた対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、家族等への情報提供や相談に乗るなど支援をしている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>利用者の意思等を踏まえ家族等との連絡を図っています</p> <p>利用者は、2、3日という極めて短期間入所する場合もあれば、ある程度の期間入所する場合もあります。極めて短い入所期間の場合は緊急時を除いて連絡を取ることはありませんが、一定の期間入所する場合には、本人の意向を踏まえながら、週に1回家族等に電話をして、本人と家族等が話をする機会を設け、その際に利用者の状況を報告するなどして家族等と連携しながら支援しています。</p> <p>家族等へ利用者の状況等の情報提供するほか家族等からの相談に対応しています</p> <p>家族等には電話連絡や広報紙「歩夢通信」などで利用者の状況等について情報提供をしています。「歩夢通信」には、日中活動の生活介護での利用者の活動の様子なども掲載されており、短期入所サービスだけでなく、通所サービスの情報が提供されることで、短期入所を終えて在宅での生活に戻った際に利用できるサービスの様子がわかるように工夫しています。また家族等が面会に来所した際には、利用者の状況を報告するとともに家族等からの相談に対応しています。</p>		
6 評価項目6 地域で自立した生活を送れるよう支援をしている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域の資源を利用し、多様な体験ができるよう支援している	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて、関係機関(日中活動事業所、相談支援事業所等)と情報共有を行い、支援に活かしている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>地域の祭り・行事などの情報を収集して利用者に提供しています</p> <p>地域の祭り・行事などの情報を収集し、利用者に提供し、参加を希望する利用者にはその意向に沿って行事参加を支援しています。また地域の特別支援学校の文化祭などの情報を把握して、学校の理解を得て、文化祭に参加する取り組みなど把握した情報を積極的に利用者の活動に活かしています。</p> <p>施設の近くにある公共施設を利用するなど多様な体験ができるように支援しています</p> <p>施設の周辺には、公園、水族館、日帰り温泉、図書館、温水プールなど様々な公共施設などがあります。こうした施設の恵まれた立地条件を活かして休日等にこれらの地域資源を利用するなどして利用者が多様な体験ができるように支援しています。また利用者は地域のペットボトル回収や油回収の活動にも取り組み、この活動を通じて地域の人々とのふれあいやコミュニケーションを体験することができます。</p> <p>相談支援事業所、日中活動事業所等と連携して利用者支援にあたっています</p> <p>相談支援事業所とは、利用者に関するサービス等利用計画の作成やモニタリングの会議に参加するなどして情報を共有し、連携しながら利用者支援にあたっています。また短期入所施設利用者は、日中、生活介護や就労継続支援B型のサービスを利用しており、こうした日中活動事業所と情報共有をはかり、連携して支援にあたっています。</p>		

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	8/9
1 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			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
2 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			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○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、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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
3 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			
		評点(〇〇〇〇●)	
評価	標準項目		
●あり ○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けている	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
○あり ●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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
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)			
<p>苦情解決制度を説明するとともに利用者の声に耳を傾け、その意向把握に努めています</p> <p>入所の際、重要事項説明書に基づいて利用者・家族は事業所の提供するサービスに関して苦情がある場合は、いつでも事業所の苦情相談担当窓口及び県の運営適正化委員会に苦情を申し立てることができることを説明しています。苦情に対しては、事実関係を調査し、対応を文書で報告することとしているほか、苦情を申し立てたことを理由にして、差別待遇をしないことを契約書で明示しています。管理室では24時間利用者からの相談に応じる体制をとっています。支援にあたって利用者の声に耳を傾け、聞くことで利用者の意向を把握することに努めています。</p> <p>職員は虐待防止等を誓って支援にあたるほか研修等で虐待防止の研鑽に努めています</p> <p>職員の倫理綱領というべき「ライフネットワーク歩夢の誓い」により、暴力・暴言・人権侵害等をおこなわないこと等利用者の人権を尊重すること等を職員一同の誓いとして明示しています。ミーティングの際には、必ずこの誓いを唱和して、確認しています。虐待防止の研修参加の際の資料を用いて伝達研修を実施するなどして、研修に参加していない職員にも虐待防止の理解が進むように努めています。この伝達研修も生かして虐待の疑いが生じた場合の通報義務についても職員への周知を図っています。</p> <p>リスクマネジメントでは新型コロナウイルスについて事業継続計画を策定しています</p> <p>事故、感染症、火災、地震等の事業所の直面しているリスクの中では、利用者が移動するための送迎のリスクを特に問題としています。事故が生じたときの事故報告書を作成し今後の対応を検討しています。事業継続計画(BCP)は現在の新型コロナウイルスへの感染が最も大きな事業継続を阻害するものとして「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画」として作成しています。ただし職員や関係者への周知はこれからの課題です。事故発生に関してはその要因を分析し、再発防止への取り組みをおこなっています。</p>			

No.		特に良いと思う点
1	タイトル	利用者の支援にあたっては利用者の様々な情報を集め、職員間で共有しサービスに活かしています
	内容	利用者の支援にあたって職員は利用者の様々な情報をしっかりと把握するようにしています。新規入所に際しては、事前準備や聞き取りをしっかりとおこなっています。月1回の職員ミーティングでは、利用者一人ひとりの状況を話し合い、支援のあり方を話し合っています。また、日常の支援にあたって職員と利用者が異なった考えを持っているときにははどんな些細なことであっても利用者との話し合いの場を設け、その場で解決するようにしています。そのことについては随時全職員に報告し共有を図っています。
2	タイトル	自然豊かな環境のもと家庭的な雰囲気を大事にしながら、様々な体験を通して自立に向けた支援にあたっています
	内容	施設は自然豊かな場所に立地し、周辺には公園、プール、図書館等の公共施設が存在しています。恵まれた社会資源によって利用者は様々な体験をすることができます。また日中は生活介護サービス、就労継続支援B型サービスを利用することで様々な体験をすることができます。利用者の年齢層も幅広く、自ずから家庭的な雰囲気で生活できる雰囲気となっています。食材は地元の新鮮な野菜や市場からの新鮮な魚を使った食事を提供し、食事を楽しんでもらえる工夫をしています。このように様々な体験を通じて利用者の自立に向けた支援にあたっています。
3	タイトル	
	内容	
No.		さらなる改善が望まれる点
1	タイトル	事業所としてきちんとした手順書やマニュアル類を整備し、標準的な支援方法を明確にしていくことが期待されます
	内容	事業所は夜間業務の夜勤職員のスケジュールを夜勤の流れとしてマニュアル化をしています。個々の業務に関しては、虐待防止、感染症の予防、緊急時対応についてはマニュアル化されていますが、さらに必要とされる手順書やマニュアル類を整備していくと同時に、これらのマニュアル類の見直しの基準や方法も明確にしていくことが期待されます。
2	タイトル	利用者に対する支援内容や支援の成果を検証して次の支援に活かすための記録のあり方について改善していくことを期待します
	内容	短期入所にも利用者の自立に向けての支援が求められています。施設では、利用者の自立の力を伸ばすために段階を踏みながらできる力を伸ばしていく支援や日中活動と連携しての支援など様々な取り組みをして、成果もみられます。しかし、利用者についての記録は業務日誌が中心で、利用者各人に対し、どのような支援がなされ、それがどのような成果に繋がったのか、わかりやすくなっているとは言えません。支援の具体的な内容とその成果を検証し、次に活かすための記録のあり方について検討し改善していくことを期待します。
3	タイトル	
	内容	