

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

| | | | |
|-------|--------------------|------|------------------|
| 受診施設名 | 居宅介護等事業所にこりん | 施設種別 | 居宅介護事業所 (旧体系) |
| 評価機関名 | きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 | | |

平成30年6月25日

| | |
|-----|--|
| 総 評 | <p>NPO法人てくてくは、平成14年に設立されました。誰もが住み慣れた地域で、いきいきと自分らしく暮らし続けることができる街づくりを目指し、大切にしていきたいことを掲げ、制度を活用しつつ枠にとらわれず、地域に根ざした取り組みを進めています。また、理念及び基本方針の策定プロセスにおいて職員、利用者、家族と一緒に議論をしながら策定されています。</p> <p>居宅介護等事業所にこりんは、平成15年に事業開始され、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、移動支援でのヘルパー派遣を行い、自宅やグループホームでのサポートや外出の支援を行っています。</p> <p>利用者支援にあたっては、ひとりひとりの思いに寄り添い、可能な範囲で遠方へ出かけたり、コンサートやカラオケ、映画、趣味の活動など個別の活動相談にも対応しています。</p> <p>地域との関係は、イベントとして「ぽたろうまつり」や公開講座（フォーラム）を開催し、ボランティアの受け入れや地域住民への参加を呼び掛けています。</p> <p>また、働きやすい環境づくりとしてシフト調整を行うとともに、普段から風通しをよくして相談しやすいようにしています。当日の訪問調査でも、職員間のチームワークの良さを伺うことができました。</p> <p>一方で中期計画の策定をはじめ、個人情報保護等にかかるマニュアルの整備に課題が見受けられました。</p> <p>今後ますます地域の拠点としての役割を果たすとともにヘルパーの高齢化する現状への対応等に向けてさらに質の向上に取り組む、利用者にとってなお一層の安心・快適な暮らしの場となることを期待しております。</p> |
|-----|--|

| | |
|----------------------|--|
| <p>特に良かった点(※)</p> | <p>I-1-1(2) 理念、基本方針が周知されています。 理念及び基本方針の策定プロセスにおいて職員、利用者、家族と一緒に議論をしながら策定されています。また、「てくてくのしおり」や、通信に明記して配布しています。総会時、家族会等に資料配布を行っています。しかし、利用者については交流会での説明やルビうちなど工夫を行っていますが、本人にあった方法による説明はできていません。</p> <p>II-5-1(2) 関係機関との連携が確保されています。 「バリアフリーマップ」や「障がい者福祉のしおり」から、社会資源等の情報を把握し、明示しています。また、個々の支援に必要な社会資源や関係機関はフェイスカードに明示されています。必要に応じて、医療機関等と連携を図り、意思疎通が難しい重度の方の支援がうまくいった事例もありました。 家族に対しては、「メンバーニュース」や「てくてく通信」により日常の様子や事業所の現況を伝えています。また、総会やイベントの際に日頃の活動の様子を記録したスライドを流して交流を図っています。</p> <p>IV-2-1(4) ①障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っています。 コンサートやカラオケ、映画、趣味の活動など個別の活動相談に対応しています。可能な範囲で遠方への外出支援も行っています。また隔月に「メンバーニュース」を発行し、季節に応じた豊富な外出活動の紹介を行っています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点(※)</p> | <p>I-2-1(1) ①各年度計画を策定するための基礎となる中期（概ね3年）もしくは長期（概ね5年以上）計画が策定されています。 中長期計画は策定されていませんでした。事業所の運営では、事業所理念に基づき、実施するサービスのさらなる充実、人材確保・育成などの中長期的なビジョンが必要とされます。「てくてく」では、単年度計画は策定されていましたが、中長期的に進むべき道筋としての計画策定が望まれます。</p> <p>II-3-1(1) ①障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理しています。 利用者には契約時において、重要事項説明書を用いて説明し、了解を得ているとともに、従業員一人ひとりに個人情報の取り扱いに関する誓約書を取っています。しかし、個人情報保護に関する規定やルール、開示請求時の対応が策定されていませんでした。</p> <p>III-3-1(1) ②障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行っています。 年に4～5回開催されるメンバー主体の「みんなの交流会」では、利用者の声を聞くことに努めておられますが、アンケートなどの本人ニーズの充足にかかる調査は実施されていませんでした。担当部署を設置するとともに分析・検討を行う仕組みを整備されることを期待します。</p> |

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

| | |
|-------|---------------------------------|
| 受診施設名 | 居宅介護事業所 にこりん |
| 施設種別 | 居宅介護事業 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |
| 訪問調査日 | 2018年3月29日 |

I 福祉サービスの基本方針と組織

| 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価結果 | |
|-----------------------|----------------------------------|---|------|-------|
| | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-1 理念・基本方針 | I-1-1(1) 理念、基本方針が確立されている。 | ① 理念が明文化されている。 | a | a |
| | | ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a | a |
| | I-1-1(2) 理念、基本方針が周知されている。 | ① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。 | a | a |
| | | ② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。 | b | b |
| I-2 計画の策定 | I-2-1(1) 事業計画の策定について | ① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。 | c | c |
| | | ② 事業計画の策定が組織的に行われている。 | a | a |
| | | ③ 事業計画が職員に周知されている。 | a | a |
| | | ④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。 | b | b |
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ | I-3-1(1) 管理者の責任が明確にされている。 | ① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | a | a |
| | | 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。 | b | b |
| | I-3-1(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | ① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。 | a | a |
| | | ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。 | b | a |

| 【自由記述欄】 | | | | |
|----------|--|--|--|--|
| I-1-1(1) | ① 理念は明文化され、ホームページ、パンフレットに掲載するとともに、事業所内に掲示している、 | | | |
| | ② 「大切にしていきたいこと」として理念とともに明文化してホームページ等に掲載している。 | | | |
| I-1-1(2) | ① 理念及び基本方針の策定プロセスにおいて職員、利用者、家族と一緒に議論をしながら策定されている。総会時に説明をしている。また、「てくてくのおしおり」や、通信に明記して配布している。 | | | |
| | ② 策定プロセスで職員、利用者、家族と一緒に議論をし策定しており、総会時、家族会等に資料配布を行っている。しかし、利用者については交流会での説明やルビウチなど工夫を行っているが、本人にあった方法による説明はできていない。 | | | |
| I-2-1(1) | ① 中長期計画は策定されていない。 | | | |
| | ② 職員が作成したものを集約し、管理者が取りまとめをし、単年度事業計画を策定している。事業計画は月2回行われる職員会議で説明及び見直しをしている。また、2か月に1回行われる理事会で進捗状況の確認を行っている。 | | | |
| | ③ 事業計画は職員会議及び年度初めの総会で説明するとともに、資料を配布している。 | | | |
| | ④ 利用者、家族には年度初めの総会で説明するとともに、資料を配布している。しかし、利用者への周知は不十分である。 | | | |
| I-3-1(1) | ① 管理者の役割と責任については、「キャリアパスモデル」、「組織図」に明記している。組織の広報誌を年2回発行し、外部に対して表明している。また、メンバーニュースにも掲載している。 | | | |
| | ② 管理者は集団指導、グループホーム学会などの研修に積極的に参加をして情報収集を行っている。虐待防止などテーマを設定して職員に周知を図っている。しかし、関係法令のリスト化はできていない。 | | | |
| I-3-1(2) | ① 管理者は、月2回行われるヘルパー研修会等に参加し、助言を行うとともに、運営において職員の意見を反映している。また、必要に応じて外部講師を活用して研修を行っている。 | | | |
| | ② 管理者は、シフト調整、ヘルパーへの交通費の支給、有給休暇の適正取得、休日を増やすなど働きやすい環境づくりについて、リーダーシップを発揮している。 | | | |

II 組織の運営管理

| 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価結果 | |
|----------------------------------|--|--|------|-------|
| | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| II-1 経営状況の把握 | II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | b | b |
| | | ② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。 | b | b |
| II-2 人材の確保・養成 | II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。 | b | a |
| | | ② 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | b | a |
| | II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | ① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | b | a |
| | | ② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | b | b |
| | | ③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。 | b | b |
| | II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | ① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | b | b |
| | | ② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。 | a | a |
| | | ③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。 | b | b |
| II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。 | ① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。 | b | b | |
| II-3 個人情報の保護 | II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。 | ① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。 | b | b |
| II-4 安全管理 | II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。 | ① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。 | b | b |
| | | ② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。 | b | b |
| | | ③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。 | a | a |
| II-5 地域や家族との交流と連携 | II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | ① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。 | b | b |
| | | ② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。 | b | a |
| | | ③ ボランティア受け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 | b |
| | II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | ① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。 | b | a |
| | | ② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。 | a | a |

| 【自由記述欄】 | | | | |
|----------|---|--|--|--|
| II-1-(1) | ① グループホーム学会やワムネットを通じて全国的な動向把握を行っている。長岡京市ネットワーク会議、自立支援協議会に参加し、地元の支援学校の動向や地域ニーズの把握に努めている。しかし、中長期計画は策定されていない。 | | | |
| | ② 経営状況分析等については、税理士、社会保険労務士と契約をして指導を受けている。また、経営状況については職員会議で報告をしている。しかし、中長期計画に反映されていない。 | | | |
| II-2-(1) | ① キャリアパスに必要な人材にかかる指標は大切にしていきたいこととして明示されており、職員に周知している。資格取得の推奨や非常勤からの登用の仕組みがある。単年度事業計画に人材確保・育成を明記して取り組んでいる。 | | | |
| II-2-(2) | ① 有給取得、時間外労働については事務局で把握し、必要に応じて声掛けを行っている。育児休暇・介護休業の活用実績がある。働きやすい環境づくりとしてシフト調整を行っている。パーベキューなどを開催し、集まる場を作り、相談しやすいようにしている。 | | | |
| | ② 福利厚生としてピロティ乙訓及び中小企業退職金共済への加入をしているが、外部相談の機会について紹介ができていない。 | | | |
| II-2-(3) | ① キャリアパス規定を定めて職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示しているが、中長期計画として策定されていない。 | | | |
| | ② ヘルパー育成計画に基づく研修、外部講師を活用した登録スタッフへの研修、職員全体研修会など個別に応じた研修計画が策定されている。 | | | |
| | ③ 研修参加者はレポートによる報告及び伝達研修が位置付けられている。また、職員回覧を行っているが 研修に対する評価・分析はできていない。 | | | |

| | |
|----------|--|
| II-2-(4) | ①実習指導者研修は受講しているが、受け入れがなく、マニュアル等の整備もされていない。 |
| II-3-(1) | ①利用者には契約時において、重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ている。職員や事業所に関する一人ひとりに個人情報の取り扱いに関する誓約書を取っている。しかし、個人情報保護に関する規定やルール、開示請求時の対応が策定されていない。 |
| II-4-(1) | <p>①「にこりんのしおり」に管理体制やマニュアル、外出時等の連絡方法、連絡手順が示され、ヘルパーや本人に周知されている。また、フェイスカードに一人ひとりの詳細な情報が記されており、緊急の際にも状態を詳しく伝えることができるようになっている。また、安全確保に関する検討会は開催されているが、障害のある本人の参加はできていない。救急法の研修は実施されていない。</p> <p>②本人の外出時の事故については「にこりんのしおり」やフェイスカードに対応方法が記載されている。また、グループホームなど個々の事業所では災害時の対応方法が定められているが、法人としての全体的な対策は講じられていない。</p> <p>③事故報告書、ひやりはっと報告書を集積し、ヘルパー会議で確認、職員会議で共有されている。ヘルパー研修の中で事故防止の内容の確認を実施している。事故発生後の支援方法の変更については、フェイスカードの更新で対応している。</p> |
| II-5-(1) | <p>①利用者等にはバリアフリーマップやふくしのしおりを用いて地域の社会資源や情報を提供されている。しかし、利用者が地域の人たちと企画段階から参加するような行事やレクリエーションなどの取り組みはない。</p> <p>②「ぼたろうまつり」などを通じて地域住民と触れあい、福祉ニーズの把握に努めている。定期的に公開講座（フォーラム）を開催し、地域住民への参加を呼び掛けている。</p> <p>③「ぼたろうまつり」や交流会などでボランティアを受け入れている。基本姿勢やマニュアルなどに明文化されているが、ボランティアに対する研修は実施されていない。</p> |
| II-5-(2) | <p>①「バリアフリーマップ」や「障がい者福祉のしおり」から、社会資源等の情報を把握し、明示している。また、個々の支援に必要な社会資源や関係機関はフェイスカードに明示されている。必要に応じて、医療機関等と連携を図り、意思疎通が難しい重度の方の支援がうまくいった事例がある。</p> <p>②メンバーニュースや「てくてく通信」により日常の様子や事業所の現況を伝えている。また、総会やイベントの際に日頃の活動の様子を記録したスライドを流して交流を図っている。</p> |

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価結果 | |
|----------------------------------|---|---|------|-------|
| | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1 サービス開始・継続 | Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。 | ① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | b | a |
| | | ② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。 | b | b |
| | Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。 | ① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。 | b | b |
| Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順 | Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。 | ① アセスメントとニーズの把握を行っている。 | a | b |
| | Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。 | ① 個別支援計画を適正に作成している。 | b | b |
| | Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。 | ① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。 | a | a |
| | Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。 | ① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。 | b | b |
| | | ② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。 | b | b |
| ③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | b | b | | |
| Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス | Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。 | ① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。 | a | a |
| | | ② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。 | c | c |
| | Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | ① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | b | b |
| | | ② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | b | b |
| | | ③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。 | b | b |
| Ⅲ-4 サービスの確保 | Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。 | ① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。 | a | a |
| | | ② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。 | c | b |
| | Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。 | ① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。 | b | b |
| | | ② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | b | b |

[自由記述欄]

| | |
|---------|---|
| Ⅲ-1-(1) | ①写真を活用してホームページや「求任用」パンフレットを作成している。また、「てくてく通信」は市役所や社協に配架されている。にこりんでは事業形態から見学などはないが、法人内のグループホームやショートステイでは柔軟に見学等を受け付けている。 |
| | ②本人もしくは家族に対して、重要事項説明書を用いてサービス内容や料金について説明し、同意を得ている。しかし、本人にもわかりやすい工夫という点では改善の余地があると認識している。 |
| Ⅲ-1-(2) | ①サービス終了時の他事業所への引継ぎも適宜連携を取りながら行っておられますが、移行手順や引継ぎ文書を定めたものはない。 |
| Ⅲ-2-(1) | ①フェイスカードをアセスメントシートとして用いて、身体状況や生活状況、行動の特徴等きめ細やかに記録に残している。フェイスカードの内容は、支援に関わる複数の職員の視点が反映されたものになっている。また、本人や家族の意向も十分聞き取っている。一方で、フェイスカードの定期的な更新がされておらず、変更が必要な人に対しては更新がかけられているが、そうでない人はそのままになっている。 |
| | ②個別支援計画は本人本位の視点に立って作成され、具体的な留意点も記載されている。1年に1度、職員、本人、家族確認のもと個別支援計画の見直しを実施され、職員会議で共有、回覧されている。しかし、個別支援計画を緊急で変更する際の手順は定められていない。 |

| | |
|---------|--|
| Ⅲ-2-(3) | ①個別支援計画は、定期的に評価見直しを実施され、必要に応じ再アセスメントがされている。評価見直しの際には、支援記録に基づき、複数の職員の意見が反映されている。本人の個性に応じた個別のプログラムが提供され、活動報告を通じ常に確認されている。 |
| Ⅲ-2-(4) | ①活動報告という形で詳細な記録が残されている。ヘルパー研修会で記録の書き方について研修されている。しかし、支援の結果、本人の状態がどのように変化したのかについての視点は不十分である。支援計画の目標や内容を意識した記録が必要である。 |
| | ②事業長が記録管理の責任者を担っている。しかし、記録に関する規程（保管、保存、廃棄、開示等）はない。個人情報保護にかかる研修も不十分である。 |
| | ③フェイスカードを用いて支援に必要な情報が共有されているが、情報量が多く、情報の分別という点では改善の余地がある。職員会議には個別支援会議に相当する内容も含まれており、ヘルパー研修会などを通じて必要な情報は共有されている。事業所内のパソコンはLANで繋がっている。 |
| Ⅲ-3-(1) | ①事業所の姿勢は「にこりんのしおり」に明示されている。メンバー主体の「みんなの交流会」が自治会の代替となっており、活動プログラムなどについての話し合いがされている。また、「てくてく家族会」に理事長や職員も出席している。 |
| | ②アンケートなどの本人ニーズの充足にかかる調査は実施されていない。 |
| Ⅲ-3-(2) | ①「みんなの家」相談室や1階の各部屋を相談スペースとして利用できるよう整備されている。相談窓口のお知らせを配布しているが、わかりやすく説明した文書の配布や掲示ができていない。また利用者へのアンケートの実施など相談苦情を出しやすい工夫ができていない。 |
| | ②第三者委員会の設置等、苦情解決の体制を整備し、苦情は受付書にて記録し苦情報告書として職員間において周知されているが、内容の公表はされていない。 |
| | ③利用者から意見や提案を受けた際はその都度改善に向けた対応を行っているが、規定したマニュアルが整備されていない。 |
| Ⅲ-4-(1) | ①「フェイスカード」により個性に沿ったサービス実施方法が明確に記されている。また「にこりんのしおり・ヘルパーの心得」を作成し、事業所としての目指すべき一定の水準を確保するための実施方法が職員に周知されている。 |
| | ②サービスの実施方法の見直しについて、職員や利用者からの意見や提案が反映される仕組みがあるが、その時期や方法が組織で定められていない。 |
| Ⅲ-4-(2) | ①第三者評価の自己点検を行っているが、評価結果分析や内容検討の仕組みが組織として定められていない。 |
| | ②評価結果について、PDCAサイクルによる改善実施計画を策定する仕組みがない。また分析結果や課題の文書化がされていない。 |

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

| 評価分類 | 評価項目 | 評価細目 | 評価結果 | |
|----------------------------|--|--|------|-------|
| | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援 | IV-1-1(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。 | ① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮) | b | b |
| | | ② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 | a | a |
| | | ③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。 | b | a |
| IV-2 日常生活支援 | IV-2-1(1) 清潔・みだしなみ | ① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。 | a | a |
| | | ② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。 | a | a |
| | | ③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。 | a | a |
| | IV-2-2(2) 健康 | ① 【睡眠】安眠できるように配慮している。 | a | a |
| | | ② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。 | b | a |
| | | ③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。 | a | a |
| | IV-2-2(3) 食事 | ① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。 | a | a |
| | IV-2-2(4) 日中活動・はたらくことの支援 | ① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。 | a | a |
| | IV-2-2(5) 日常生活への支援 | ① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。 | a | a |
| | | ② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。 | a | a |
| IV-2-2(6) 余暇・レクリエーション | ① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。 | a | a | |

【自由記述欄】

| | |
|-----------|---|
| IV-1-1(1) | ① 「にこりんのしおり・ヘルパーの心得」の基本方針に本人を尊重したサービス提供について示されており、入浴や排泄時には同姓介助を徹底した支援を行っている。利用者に対してプライバシーを保護することは文書化されているが具体的な規定やマニュアルは利用者には周知されていない。 ② 絵カードや文字盤、手話、独自の身振り手振り等、利用者に合わせたコミュニケーション手段が確保されている。また、看護師、保健婦、歯科衛生士、ST、OT等の専門職や家族と連携し利用者の意志の理解に努めている。 ③ 「交流会」では「はたろう祭り」について企画する等、利用者の主体的な活動が尊重されている。また家族会同士の連絡会を通じ交流がはかられている。 |
| IV-2-1(1) | ① シャワーキャリーなど福祉用具の活用や、訪問看護師との連携など、利用者や介助者の状況、変化に合わせて対応している。 ② 気候に合わせた服装の選択や着替え、排泄のあとの身だしなみなど配慮しつつ、本人の希望を尊重した支援を行っている。 ③ 理美容の目的に合わせて店舗情報を提供したり、美容院への外出支援を行ったりしている。 |
| IV-2-2(2) | ① 睡眠状況については常に気にかけている。グループホームでは夜間睡眠の状況に合わせて個別の手順書が作成されチェック及び記録する仕組みがある。 ② 排泄について気にかけて相談があれば応じている。個別の身体状況に合わせた排泄介助の方法や、設備、補助具など必要事項はフェイスカードに明記されている。 ③ 健康の状況について「在宅療養手帳」の活用による確認や相談、急な通院の同行など個々に応じている。また健康面の配慮や緊急時の対応方法についてフェイスカードに明記されている。 |
| IV-2-2(3) | ① 外出支援にて食事の際は家族の要望やアレルギーにも配慮し、本人がメニューを選択できるよう努めている。また本人が他事業所を利用する際には食事形態を写真に撮り、介助方法や姿勢調整も併せてわかりやすく書面にし情報提供している。 |
| IV-2-2(4) | ① コンサートやカラオケ、映画、趣味の活動など個別の活動相談に対応している。可能な範囲で遠方への外出支援も行っている。また隔月に「メンバーニュース」を発行し、季節に応じた豊富な外出活動の紹介を行っている。 |
| IV-2-2(5) | ① ガイドヘルプでの金銭管理について、4種類の「お金のつかいみち」表から利用者の能力に応じたものを用意することにより、管理技能や経済的対応能力を高める支援が行われている。 ② 外出活動においては利用者の思いに寄り添った支援が提供されている。安全確保の整備についてはヘルパー研修会や職員会議で学習している。また外出時にヘルパーは緊急連絡先を明記したヘルパー証を携帯している。 |
| IV-2-2(6) | ① 本人・家族の意思を尊重し、本人・家族と共に余暇やレクリエーションの取り組みが行われている。利用者の状況・課題に応じて、支援の方法を検討し希望に沿えるよう支援している。 |