

報告・評価シート

【報告日 令和 5年 5月 9日】

【評価日 令和 5年 4月 1日】

事業所名 社会福祉法人 神戸あゆみの会 グループホームのどか・ゆうひ

項目	【事業所記入欄】										
1 施設概要	事業者名				人員配置	日中					
	指定日	年	月	日		世話人	生活支援員				
	所在地					1 1人	1 3人				
	定員数（共同生活援助）	1 2人				(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	定員数（短期入所）	4人				3. 3人	4. 8人				
	共同生活住居数	1 2戸				看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 人				
	【住居の内訳】		【定員数の内訳】			夜間					
	住居名：ホームのどか			6名		世話人（夜間）	世話人（夜間）				
	住居名：ホームゆうひ			6名		7人	1 2人				
	住居名：			名		(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	住居名：			名		1. 0人	1. 2人				
	住居名：			名		看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 人				
	事業所の特色・独自の取組										
2 利用者状況 (令和 年 月 日 現在)	障害支援区分	人数			内訳	主な障害種別利用者人数（重複はそれぞれ記入）					
	非該当	人				身体	総 数：	2人			
	区分1	人					主に日中 GH で過ごす人数：	人			
	区分2	人				知的	総 数：	1 2人			
	区分3	人					主に日中 GH で過ごす人数：	人			
	区分4	人				精神	総 数：	人			
	区分5	3人					主に日中 GH で過ごす人数：	人			
	区分6	9人				難病等	総 数：	人			
	合計	1 2人					主に日中 GH で過ごす人数：	人			
	年齢構成	・ 6 0 歳以上 3人		・ 5 0 歳代 2人		・ 4 0 歳代 6人		・ 3 0 歳以下 1人			
障害特性等	医療的ケアの必要な者			人	強度行動障害のある者			人			

項目	評価の観点	具体的な内容	自立支援協議会との確認事項
3 地域に関わられた運営	利用者に対する指定計画相談支援の提供は別法人が行っているか。	(別法人等による指定計画相談支援の提供状況) 別法人等 (12) 名中 (0) 名	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要望 <input checked="" type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価 同法人で完結している。法人の利益のみにならないように、利用者への情報提供も行えるように配慮して欲しい。
	基準人員に加え、実習生やボランティアを受入れているか。	(受入人数) 実習生 名・ボランティア 名 (受入事例) 新型コロナウイルス感染防止の為、実習生やボランティアの受け入れを行っていなかったが、感染状況をみながら、受け入れられるよう、受け入れマニュアルや活動内容などを準備している。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価
	地域住民との交流の機会が確保されているか。	(交流機会の事例) 徐々に地域の祭りが開催されており、案内が来たら参加を行っている。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価
4 常時の支援体制の確保	日中・土日を含めた常時の支援体制が確保されているか。	(職員の配置状況等) 職員と世話人を合わせて常時、3名以上の職員を配置している。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価

項目	評価の観点	具体的な内容	自立支援協議会との確認事項
	災害時における、利用者への安全対策（マニュアル作成等）を講じているか。	（安全対策（マニュアル）や避難訓練の実施等の事例） 災害時におけるマニュアルの作成、年2回昼間、夜間を想定した避難訓練の実施。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価
	体調急変等への支援体制が確保されているか。迅速に対応したか。	（緊急時の対応方法（急な体調変化等）） 管理職や役職、看護師への連絡体制の確保や救急カードの作成、協力機関との連携等を実施している。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価
5 短期入所の併設	地域で生活する障害者を積極的に受け入れているか。	（通常受入人数） 4名	<input type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価 体制作りをしっかりと行って欲しい。
	緊急・一時的な支援等の受入に対応しているか。	（緊急受入人数） 1名 （緊急受入事例） なし	<input type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価 同上

項目	評価の観点	具体的な内容	自立支援協議会との確認事項
6 支援の実施・質の確保	充実した地域生活を送るため、外出や余暇活動等の支援をしているか。	(外出や余暇活動等の事例) 感染状況を見ながら、外出を行った。また、小グループに分かれて、ティータイムで食べるケーキやお菓子などを買に行き、個人で必要な生活用品などの買い物を実施した。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価
	支援の質の確保に努めているか。(研修等)	(参加した研修名等) 虐待防止研修 全員参加 意思決定支援 ケース検討会 など必要に応じて参加をしている。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価
	体験的利用の要望に対応しているか。	(体験利用人数) 0名 (体験利用の事例) なし	<input type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価 常に情報の掲示を行って欲しい。
	改善や見直しに取り組んでいるか。	(事業所における課題・助言を求めたいこと) (利用者・家族からの意見・希望) 行動制限が徐々に緩和されてきており、可能な範囲で出かける機会や楽しみを提供して欲しい。	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <hr/> <input type="checkbox"/> 要望 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 評価

項目	評価の観点	具体的な内容	自立支援協議会との確認事項
7 利用者の権利擁護等への配慮について	<p>利用者の金銭管理については、本人同意の上、帳簿等により適切に管理されているか。また、判断能力が著しく低い利用者については、成年後見制度の利用等の支援を行っているか。</p>	<p>(金銭管理の支援方法) 事務所内金庫で管理、出勤時、精算時の支援員と事務員のダブルチェック体制。月1回程度の家族(後見人を含む)の出納帳の確認 (成年後見制度の利用支援及び利用者数) ・利用支援事例等(■有 □無) ・有の場合の支援内容記載(利用者数 2人)</p>	<p>■ 問題なし □要望 □助言 □評価</p>
	<p>利用者のプライバシーに配慮した支援となっているか。(個人情報の管理、複数の選択肢の提供、自己決定・家族の合意等)</p>	<p>(利用者に配慮した支援、取組み) 個人情報スタッフルーム内の書庫で管理しており、必要時は上司に許可を得てから持ち出し、返却時に確認を行っている。選択肢を提供することはもちろん、様々な経験や写真などを用いてイメージしやすい工夫を行っている。家族には事前に同意書等をとっている。</p>	<p>■ 問題なし □要望 □助言 □評価</p>
	<p>虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応は適切か。</p>	<p>(虐待等に関する研修の受講状況) 年1回 職員全員が虐待防止研修を受けている。 (虐待発生時の対応、発生後の対応等) 苦情窓口の設置や虐待防止委員会を設けている。</p>	<p>■ 問題なし □要望 □助言 □評価</p>
8 入居/退去状況について	<p>報告/評価対象年度中において、退去理由の確認及び入居時に適切な判定(流れ)が行われているか。</p>	<p>(報告・評価対象年度の入居者数) 1人 (報告・評価対象年度の退去者数及び事由) ・退去者数 1人 ・主な退去事由：死去により</p>	<p>■ 問題なし □要望 □助言 □評価 ■その他 新規利用申し込みはどのようにすれば良いか?</p>

項目	評価の観点	具体的な内容	自立支援協議会との確認事項
9 他の日中活動サービスの利用	GH内でどのような日中サービスを提供しているか。	<p>(日中をGH内で過ごす利用者に対する支援・サービスの提供)</p> <p>それぞれの興味に合わせた視覚支援や状態に合わせて身体を動かす事、掃除やごみ捨てなど日常生活で出来ることを見つけて提供している。調理体験や散歩など余暇支援の充実を図っている。</p>	<p>■ 問題なし</p> <hr/> <p>□要望 □助言 □評価</p>
	他の日中活動サービスの利用を妨げていないか。	<p>(他の日中活動の利用状況)</p> <p>他の日中活動サービスを利用(12)名中(12)名 (主な他の日中活動サービス種別・利用先) 生活介護サービス なごみの里</p>	<p>□ 問題なし</p> <hr/> <p>□要望 ■助言 □評価</p> <p>その他のサービスの情報提供を常に行って欲しい。</p>
10 利用者の健康管理	日々の利用者の健康管理をしっかりと行っているか。	<p>(医師や看護師の訪問有無及び頻度)</p> <p>必要時応じて訪問を実施</p> <p>(健康チェック方法について)</p> <p>血圧測定や起床時・帰宅時・就寝時に検温を実施。 必要に応じて排泄チェックなど</p>	<p>■ 問題なし</p> <hr/> <p>□要望 □助言 □評価</p>
11 他事業所との連携	相談支援事業者や他のサービス事業所との連携を行っているか。	<p>(具体的な連携状況の事例について)</p> <p>明石市の利用者はガイドヘルプ事業所の契約を行い、ガイドヘルプを利用している。</p>	<p>■ 問題なし</p> <hr/> <p>□要望 □助言 □評価</p>

項目	評価の観点	具体的な内容	自立支援協議会との確認事項
12 その他	<独自に定める項目を記載>		<p>■ 問題なし</p> <hr/> <p>□要望 □助言 □評価</p>
13（2回目以降） 協議会からの 要望、助言へ の対応	要望や助言に対応しているか。	（要望・助言の内容及びその対応）	<p>■ 問題なし</p> <hr/> <p>□要望 □助言 □評価</p>