

【報告日 令和6年3月28日】

【評価日 令和 年 月 日】

事業所名 咲楽

項目	【事業所記入欄】										
1 施設概要	事業者名	咲楽			人員配置	日中					
	指定日	2018年	12月	1日		世話人	生活支援員				
	所在地	芦屋市高浜町1-7 2階				6人	2人				
	定員数(共同生活援助)	8人				(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	定員数(短期入所)	2人				1.1人	2.0人				
	共同生活住居数	1戸				看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 0人				
	【住居の内訳】		【定員数の内訳】			夜間					
	住居名: 咲楽	8名				世話人(夜間)	生活支援員(夜間)				
	住居名: のび・のび(併設)	2名				8人	0人				
	住居名:	名				(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	住居名:	名				1.0人	0人				
	住居名:	名				看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 0人				
事業所の特色・独自の取組											
2 利用者状況 (令和6年1月1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:	1人			
	区分1	人					主に日中GHで過ごす人数:	0人			
	区分2	2人				知的	総数:	8人			
	区分3	人					主に日中GHで過ごす人数:	1人			
	区分4	2人				精神	総数:	1人			
	区分5	2人					主に日中GHで過ごす人数:	1人			
	区分6	2人				難病等	総数:	人			
	合計	8人			主に日中GHで過ごす人数:		人				
	年齢構成	・60歳以上 1人 ・50歳代 0人 ・40歳代 3人 ・30歳代 3人 ・30歳以下 1人									
障害特性等	医療的ケアの必要な者 0人				強度行動障害のある者 4人						

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 (問題がない場合は□にチェック)
3 地域に開かれた運営	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 8名中8名	<input type="checkbox"/> 問題なし
	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0名・ボランティア0名 (受入事例) →兵庫県令和5年度福祉体験学習事業や芦屋市社会福祉協議会を通じて実習及びボランティア募集を行うが希望者なし。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	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) 障がい者作品展、障がいスポーツ(ボッチャ、ローリングバレーボール)、ボランティアサークルのイベント参加。	<input type="checkbox"/> 問題なし
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) 常時1名以上配置済み。 ※11:00~16:30 人員2名配置、その他7:00~11:00と16:00~20:00 利用状況に応じて2名配置	<input type="checkbox"/> 問題なし
	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) 消防計画、避難確保計画作成済み 避難訓練4月、9月実施済み。 災害時情報共有システム訓練1月実施予定→中止	<input type="checkbox"/> 問題なし
	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)) 保護者に連絡を行うと共に、掛かりつけor協力医療機関への通院を行う。緊急連絡網あり。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	利用者の嗜好を考慮した献立を基本とし、それぞれの心身の状況に応じた食事提供・支援しているか。	(心身状況等を考慮した食事提供) 利用者のリクエストに応じて食事メニューを作成。骨取りや骨なしの魚提供、誕生日とクリスマス食あり。	<input type="checkbox"/> 問題なし
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) 2名	<input type="checkbox"/> 問題なし
	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) 0名 (緊急受入事例) なし	<input type="checkbox"/> 問題なし
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) ・買い物、初詣、図書館、福祉センター等同行。 ガイドヘルパーとの連絡調整。 ・植物を育てる。 ・健康促進のため近隣の散歩。 ・イベント等の案内や障がい者作品展への出展。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	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) ・障がい等従業者向け虐待防止研修1名(他回覧) ・救命研修 4名 ・メンタルヘルス研修 1名 ・甲種防火管理新規講習 1名 ・衛生研修 1名 ・サービス管理者基礎研修 1名 ・強度行動障害支援者養成研修 1名 ・障害福祉eラーニング研修 1名	<input type="checkbox"/> 問題なし
	体験的利用の要望に対応しているか。	(体験利用人数) なし (体験利用の事例) なし	<input type="checkbox"/> 問題なし

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 (問題がない場合は□にチェック)
	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) ・満足度アンケートの実施。 ・ご意見箱の設置。 (利用者・家族からの意見・希望) ・服薬の管理希望→希望者は管理へ。 ・定期通院の希望→4名定期通院実施。 他は家族及び通院等介助利用。	<input type="checkbox"/> 問題なし
7 利用者の権利擁護等への配慮について	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。	(金銭管理の支援方法) ・預り金管理規程あり (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1人) 預り金の残高を報告。また購入した際の領収書等を後見人(保佐人)へ手渡し。本人の様子や通院状況等の報告。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	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)	(利用者に配慮した支援、取り組み) ・本人部会設置済み 希望によるマクドナルド等の外食実施。 ・衣服購入における買い物同行。 ・高齢家族による通院負担が大きいため、かかりつけ医の変更を行い、職員等と通院へ変更。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応は適切か。	(虐待等に関する研修の受講状況) 令和5年度受講済み。 夜勤者等の非常勤者は回覧等で説明。 (虐待発生時の対応、発生後の対応等) 管理者への連絡等にて対応。重要事項説明書にも記載あり。その他、事故報告書あり。	<input type="checkbox"/> 問題なし
8 入居/退去状況について	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。	(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: ホームを出て西宮市にて自立	<input type="checkbox"/> 問題なし
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。	(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) ・買い物支援 ・仕事等の相談 ・通院同行 ・近隣への散歩 ・居室内の清掃 ・整容支援	<input type="checkbox"/> 問題なし
	他の日中活動サービスの利用を妨げていないか。	(他の日中活動の利用状況) 他の日中活動サービスを利用 8名中6名 (主な他の日中活動サービス種別・利用先) 就労B型 すずかけ第2作業所 エール 生活介護 みどり地域生活支援センター ワークホームつつじ デイサービス エルホーム	<input type="checkbox"/> 問題なし
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。	(医師や看護師の訪問有無及び頻度) 歯科検診※令和5年1月より土曜日1回/月 (健康チェック方法について) 起床後と入浴前バイタル確認、毎月体重測定 検温随時、健康チェック※爪切り毎月	<input type="checkbox"/> 問題なし

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 (問題がない場合は□にチェック)
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。	(具体的な連携状況の事例について) 個別支援計画の共有、担当者会議への参加。 ショートステイ受入れ等。	<input type="checkbox"/> 問題なし
12 その他	<独自に定める項目を記載>		<input type="checkbox"/> 問題なし
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)	<input type="checkbox"/> 問題なし