

【 令和3年度 ライフステーション樹林(生活介護事業所) 自己評価表 】

[記録者職・名：サービス管理責任者 上野亜紀子]

		チェック項目	はい	どちらとも 言えない	いいえ	改善目標や 工夫している点など
支援体制について	1	法人の理念・基本方針が設定され、職員間で遵守されているか。	○			毎年作成している活動報告書に記載され、全職員が所持しており確認している。
	2	職員が意欲的に支援を提供できるような労働環境を整備しているか。		○		休憩・休暇について支援員が平均的に取得できるよう努めている。
	3	職員の知識・技術向上のために、研修等の機会を確保しているか。		○		知識向上のためや、虐待防止・権利擁護研修などに個人が参加。
	4	地域の自立支援協会等へ積極的に参加しているか。	○			サービス管理責任者が参加している。
	5	節目で、自分たちの支援の総括を行っているか。	○			活動報告書を作成し振り返ることから、更に次年度へ向けての目標を立てる機会となっている。
サービス提供	6	サービス提供に必要な人員を配置しているか。	○			必要な人員配置をしている。
	7	利用定員とサービス提供スペースの割合は適切であるか。	○			車イス利用の方が多くご利用しており、安全確保のため、ゆとりをもった利用定員数としている。

について	8	アセスメントやモニタリングを適切に行い、利用者一人ひとりのニーズや課題を実現するための支援が、個別支援計画に記載されているか。	○			コロナ前は個別面談を行ってきたが、現在は希望者のみの個別面談とし、希望されない保護者とは、日々の送迎等で情報共有や希望の把握に努めた。
		チェック項目	はい	どちらとも 言えない	いいえ	改善目標や 工夫している点など
サービス提供について	9	個別支援計画の内容を支援者間で共有し、計画に沿った支援を行っているか。	○			各担当・支援員で計画書の確認し、日々のミーティングや支援中においてもサービス管理責任者から説明をしている。
	10	個別支援計画の内容は、相談支援専門員が作成したサービス等利用計画の内容と連動しているか。	○			モニタリングにて、日常の様子や目標設定、課題、その他においても情報を共有しており計画書に反映されている。
	11	活動プログラムの立案を支援員間の協議で行っているか。また、プログラムが固定化しないよう工夫しているか。	○			基本的なプログラムに沿って、内容は幅広く固定化しないようにし、場所・事・物などチャレンジすることを心掛けている。
	12	利用者との意思疎通、円滑なコミュニケーションが図れるよう努めているか。	○			言葉・表情・ジェスチャー・文字など、一人一人に合ったコミュニケーションを心掛け取り組んでいる。
	13	利用者の心身の状況や障害特性に応じて、居住空間や作業工程、治具などに配慮しているか。	○			身体的・障害特性を観察し、オリジナル治具の作成や一人一人に合った作業工程、環境を整え取り組んでいる。
	14	集団活動と個別活動を適宜組み合わせた支援を提供しているか。	○			目標に向け、個別に力を注ぐこと。集団から学び力にしていくことを、ADL・コミュニケーション・作業・運動・余暇などを通し、一人一人に合った活動を組み合わせている。
15	利用者の社会参加の機会を確保しているか。			○	コロナ禍の現在は積極的な確保はしていない。	

	16	支援開始前に、職員間で打ち合わせを行い、その日に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。	○			朝のミーティング時に行っている。
	17	支援終了後に、職員間で打ち合わせを行い、その日行われた支援の振り返りや気付いた点等の共有をしているか。	○			記録記入時や全体ミーティングにて行っている。
		チェック項目	はい	どちらとも言えない	いいえ	改善目標や工夫している点など
サービス提供について	18	日々の支援に関して、正しく記録を残しているか。また、支援の検証や改善につなげているか。	○			グループでの記録と個別記録を毎日残している。また、ミーティングにて検証・改善をし、早急の対応に努めている。
	19	日常生活上のバイタルチェックや服薬の管理、また、健康に関する相談等の支援を適切に行っているか。	○			登所時にバイタルチェックと服薬の確認をし、健康に関する相談は看護師を含めて対応している。
	20	利用者の摂食について、アレルギーや食べ易さ等の配慮がなされているか。	○			「食べやすさ」「安全に食べられる環境作り」「自分で食べる」など個別に食具や食形態などを整えている。また、薬の副作用へ繋がる食材を摂取しないようチェックしている。
	21	医療的ケアの必要な利用者について、配慮がなされているか。			○	現在、医療的ケアが必要な方の利用なし。
	22	ヒヤリハット事例を作成して、事業所内で共有しているか。	○			ヒヤリハット事例を作成し、早急に検討しミーティングにて話し合い改善し、再発防止に努めている。
	23	身体拘束について、どのような場合にやむを得ずどのような方法で行うかについて職員間で共有し、利用者や家族にも十分に説明し、文書で同意を得ているか。			○	現在、そのような方法を必要とする対象者なし。

	24	利用者虐待を防止するための職員研修等、適切な対応をしているか。	○			虐待防止研修にサービス管理責任者が参加。日々の支援にて必要に応じ支援員にアドバイスを行っている。
	25	消防計画書、防災計画書、感染症マニュアル等を整備し、職員に周知しているか。	○			コロナウィルスについてマニュアル整備している。その他、保護者より提案事案あり、今後対応していく予定。
	26	非常災害の発生に備え、定期的に避難、救出等の訓練を行っているか。	○			年2回の避難訓練を行っている。
		チェック項目	はい	どちらとも言えない	いいえ	改善目標や工夫している点など
ご家族や関係機関との連	27	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。	○			利用契約時に説明を行っている。
	28	個人情報（個人写真も含めて）の取り扱いやその保管、また、守秘義務（秘密保持）について注意をしているか。	○			個人情報については鍵を付け保管。写真データはパスワード入力が必要となっている。守秘義務については職員採用時に説明し、サインをもらっている。
	29	日頃から利用者の状況を家族と伝え合い、利用者の状況や課題について共通理解を持っているか。	○			主に、連絡帳のやり取りや送迎時の会話にて共通理解を持っている。
	30	とりわけ、家族からの利用者に関する悩みや相談に対して、適切に応じ必要な助言や支援を行っているか。	○			送迎時にお聞きすることが多く、当事業所で出来る事やアドバイス、また場合によっては相談支援員へ繋ぎ、サービス利用に繋げるなど行っている。

連携 について	31	利用者や家族からの苦情について、対応の体制を整備し、迅速かつ適切に対応しているか。	○			契約時に苦情受付担当・責任者・第三者窓口の説明を行い、苦情が発生した場合は、その後のよりよい関係を築いていくための面談の場を設け対応している。
	32	定期的に会報等を発行し、生活や活動の様子、情報提供などを利用者や家族に対して発信しているか。	○			事業所での活動の様子など、法人として「だいち通信」が発行されている。
	33	当事業所を利用前に在籍していた学校や事業者等との間で、情報共有や相互理解に努めているか。または、他の事業者等へ移行する場合はどうか。	○			当事業所利用前に移行支援会議にて情報共有等行われている。また、他事業所への移行時は情報提供書提供や担当者への直接説明、移行後の確認を行っている。

		チェック項目	はい	どちらとも 言いえない	いいえ	改善目標や 工夫している点など
業務 改善 に着 いて	34	業務改善を進めるために、PDCAサイクルなどのツールを活用して、職員が参画しているか。	○			支援に留まらず、業務全般について日頃から職員ミーティングにて話し合うよう心掛けている。
	35	利用者の意見を把握するためのアンケート調査等を実施し、その結果を業務改善につなげているか。		○		アンケート等は行わないものの、日常的な会話や意見を出し合える場を設け、把握に努めている。
	36	サービス提供時に得られた事柄を、マニュアルや手順書の見直しに反映させているか。		○		日々変化していく事であるため、敢えてマニュアル化せず、職員ミーティングで周知している。また、そうすることで各支援員が考えて行動することが出来る と考える
	37	この自己評価表の結果を、事業所の会報やホームページ等で公開しているか。	○			ホームページにて公開

	38	第三者による外部評価を行い、評価結果を業務改善につなげているか。			○	現在外部評価は受けていない。
--	----	----------------------------------	--	--	---	----------------