

【 令和5年度 ライフステーション樹もれび(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 入野和子 ]

		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。	○			毎年活動報告書に記載され、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。	○			障害区分の高い方が多く、休憩時間に影響はあるがなるべく善処している。
	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。	○			個人の意思による研修もあり、また県社協や専門的な全自者協による研修にも必要に応じて参加をしている。
	4	地域の自立支援協会等へ積極的に参加しているか。		○		この一年は都合がつかずに欠席することが多いが、情報収集はしている
	5	節目で、自分たちの支援の総括を行っているか。	○			個別支援計画作成や評価をサビ管と担当者で行う。
サー ビス 提 供 について	6	サービス提供に必要な人員を配置しているか。	○			障害者総合福祉法に基づき、サービス提供に必要な人員を配置している。
	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。	○			十分なスペースが確保されている。
	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。	○			長期目標のための短期目標をあげ、一つ一つ実現できるよう計画書に記載している。

		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	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。	○			担当職員とはお互いに支援計画の確認を行い、他職員とは計画書を回覧し打ち合わせで内容説明をして共有している。
	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。	○			サビ管はモニタリングの際、担当職員と相談支援員と話し合う機会を設け方向性を統一している。
	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。	○			発達障害支援としてある程度パターン化して活動しているが、季節や時期により変化のある内容も取り入れている。
	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。	○			言葉でのやりとりや、発語が難しい方はジェスチャーやカードの活用、また表情なども読み取り利用者の意思をくみ取るよう努力している。
	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。	○			少人数のグループになることで、一人ひとりの特性や傾向などを把握しやすく、提供する場所・治具も配慮しやすくなった。
	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。	○			個性を活かした作業工程を考慮し、またクラブ活動や余暇活動などは集団で活動しルールや社会性を培う場としている。
	15	利用者の社会参加の機会を確保しているか。		○		企業への納品等。 利用者の状況によっては見合わせることもある。
	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。	○			朝の打ち合わせでそれぞれに活動を計画。合同で活動する場合や、更に集団としての利用者と職員の動きを確認しあっている。
	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。	○			週に2日ないし3日は打ち合わせをして支援のPCDAも行っている。優先する事案はその日のうちに話し合うようにしている。

	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。	○			毎日ケースレコード・グループレコードを記入。振り返って改善すべき点があれば見直し、また支援計画にも反映させている。
	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。	○			毎日の検温は必ず実施。また持病がある方などは血圧やspo2も測定。看護師と情報共有している。
	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。	○			アレルギーに関しては該当者なし。実習生には必ず確認している。嚥下や捕食の弱い方には一口大で提供している。
	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、該当者は利用していない。
	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。	○			5年度は誤飲・道迷い等がありヒヤリハット作成。報告と共に職員間共有。
	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。	○			車中からの飛び出しへの対応として拘束を行っている。保護者には十分に説明し同意を得ており、職員とも目的・方法を共有している。
	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。	○			義務化されたこともあり、研修には参加、ミーティングもしている。
	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。	○			家族への周知が不十分なところもあり、今後随時周知を実施していく。コロナウィルスに特定したマニュアルは策定済。
	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回の消防(避難)訓練を実施している

		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携について	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。	○			契約時に運営規定・支援内容・利用者負担等、重要事項説明書と合わせて丁寧に説明している。外出時にかかる費用は日時・目的を明確にした上で金額を提示している
	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。	○			個人記録は鍵のかかる保管庫に格納。PCにはパスワード設定をし持ち出しは禁止している。また職員採用時には職員としての守秘義務を説明している。
	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。	○			連絡帳でのやりとりでお互いの状況・様子を伝えあっている。送迎時にも状況の確認を行っている。
	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。	○			悩みを共有し、場合によっては管理者や理事長も含めて対応を考え助言を行っている。福祉職員という立場からの確かな助言、アドバイスが出来れば良いと考えている。
	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っている。苦情があった際には迅速に対応し、経緯や結果も正確に伝えお互い共有できるよう努めていきたい
	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。	○			法人広報誌としては理事長が発行している。事業所の活動や生活の様子については行事予定のお知らせと共に発信している。
	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。	○			現場実習の段階から、移行を踏まえての情報共有をしている。また、他事業所への移行は打ち合わせを行い情報を提供している。

		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
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。	○			支援に関してはPDCAは常に活用。また、必要な記録等PC入力 で改善を図っている最中。
	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。		○		意思疎通が難しい利用者様なので、保護者と職員との連絡帳を活用し代弁者としての意見を伺っている。
	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。	○			臨機応変に、都度最良と思われる事柄を差し替えるようにしている。
	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。	○			公開中です。
	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。			○	第三者による外部評価を受けていない。今後は検討中です。