

【 令和6年度 樹もれびハウス(共同生活援助事業) 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 言いえない	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。	○			
	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。		○		兼務なので、負担はあるかもしれない。
	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。	○			義務化された研修等を通じ、具体的な知識を習得できる。
	4	地域の自立支援協会等へ積極的に参加しているか。	○			
	5	節目で、自分たちの支援の総括を行っているか。	○			年度ごとに個別支援計画を作成している。
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。	○			
	10	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。
	11	利用者の心身の状況や障害特性に応じて、居住空間などに配慮しているか。	○			居住スペースは個室。食事や入浴は共有だが、状況に応じて個室を活用しトラブルにならない様配慮している。
サービス提供につ	12	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。
	13	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。服薬は職員管理。
	14	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。支援しながら食べ方を見ており、食事形態の変更があれば職員で共有し実施している。
	15	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。
	16	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。	○			6年度はヒヤリハットなし。短期入所の方で飛び出しが1件あり。
			チェック項目	はい	どちらとも 言えない	いいえ

いて	17	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。	○			今のところ拘束はない。
	18	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。
	19	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。	○			計画書は策定済み。内部研修を行いマニュアルを周知していった。
	20	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。また、災害時の対応訓練や備品等の置き場所の周知も実施。
ご家族や関係機関との連携について	21	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・目的を明確にして保護者に連絡している。
	22	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。ホームページにアップする写真などアンケートを行っている。
	23	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。	○			帰省の折には状況を共有している。
	24	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。	○			

族 や 関 係 機 関 と の 連 携 に つ	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	
25	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	
26	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。	
業 務 改 善 に 着 い て	27	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。
	28	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、アンケートは保護者の代弁になる。
	29	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。
	30	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。
	31	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。