事業所職員向け

**生活介護自己評価表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | チェック項目 | はい | いいえ | 工夫している点、課題や改善するべき点など |
| 環境／体制整備 |  | 利用定員が指導訓練等スペースとの関係で適切であるか | 2 | 5 | 利用者が増え適切とは言えない  長期休みになると放課後ﾃﾞｲと重なる時間も増えスペースが十分に保つことが出来ない |
|  | 職員の配置数や専門性は適正であるか | 1 | 6 | 看護度、介護度の高い利用者が多く、対応できるスタッフが少ない  それぞれの部門担当者を明確にしていけるといい |
|  | 活動室は本人にわかりやすい構造化された環境になっているか。また、障害の特性に応じ、事業所の設備等は、バリアフリー化や情報伝達等への配慮が適切になされているか | 5 | 2 | スペースに限りがあり、車いすなど多数あると環境作りが難しい  工夫はあるが、利用者にとってはやや分かりにくい |
|  | 活動室等は、清潔で、心地よく過ごせる環境になっているか。また、利用者の活動に合わせた空間となっているか | 5 | 2 | 利用者の活動に合わせた空間にするにはもう少し広さが必要  今後個別スペースの確保が困難になる  利用者が多い日は、静かな環境を確保できていない |
| 業務改善 | ⑤ | 業務改善を進めるためのＰＤＣＡサイクル（目標設定と振り返り）に、広く職員が参画しているか | 4 | 3 | 時間内に振り替える時間が設けられていない  定期的に行うには時間が必要 |
|  | 保護者等向けの評価表により、保護者等に対して事業所の評価を実施するとともに、保護者等の意向等を把握し、業務改善につなげているか | 5 | 1 | 保護者の意向をすべて把握しきれていない |
| ⑦ | 事業所向け自己評価及び保護者向け評価表の結果を踏まえ、事業所として自己評価を行なうとともに、その結果による支援の質の評価及び改善の内容を、事業所の会報やホームページ等で公開しているか | 5 | 2 |  |
| ⑧ | 第三者による外部評価を行い、評価を業務改善につなげているか | 2 | 5 |  |
| ⑨ | 職員の資質の向上を行なうために、研修の機会を確保しているか | 5 | 2 | zoomの研修など皆に周知されている。 |
|  | ⑩ | アセスメントを適切に行い、利用者と保護者のニーズや課題を客観的に分析した上で、個別支援計画を作成しているか | 6 | 1 |  |
| ⑪ | 個別支援計画に沿った支援が行なわれているか | 4 | 3 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | チェック項目 | はい | いいえ | 工夫している点、課題や改善するべき点など |
| 適切な支援の提供 | ⑫ | 活動プログラムの立案をチームで行なっているか | 5 | 2 | 定期的に、一人一人に合ったプログラムを立案していく必要がある。 |
| ⑬ | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか | 5 | 2 | 毎日のスケジュールが一定化してきているように思える  以前はクッキングも実施していたが、半年ほど出来ていない |
| ⑭ | 利用者の状況に応じて、個別活動と集団活動を適宜組み合わせて個別支援計画を作成しているか | 7 |  |  |
| ⑮ | 支援開始前には職員間で必ず打ち合わせをし、その日行なわれる支援の内容や役割分担について確認しているか | 5 | 2 | 当日になってしまうことも多いが、職員間でのコミュニケーションは図れている |
| ⑯ | 支援終了後には職員間で必ず打ち合わせをし、その日行なわれた支援の振り返りを行い、気付いた点等を共有しているか | 2 | 5 | 当日の振り返りは難しい  振り返りが出来ていない  。 |
| ⑰ | 日々の支援に関して記録をとることを徹底し、支援の検証・改善につなげているか | 6 | 1 |  |
| ⑱ | 定期的にモニタリングを行い、個別支援計画の見直しの必要性を判断しているか | 6 | 1 |  |
| 関係機関や保護者との連携 | ⑲ | 相談支援事業のサービス担当者会議にその利用者の状況に精通した最もふさわしい者が参画しているか | 6 | 1 |  |
| ⑳ | 障害福祉や、地域保健等の関係者や関係機関と連携した支援を行なっているか | 6 | 1 | 十分でない |
| ㉑ | 医療的ケアが必要な利用者や重症心身障害の支援にあたり、地域の保健、医療、障害福祉、教育等の関係者と連携した支援を行なっているか | 6 | 1 |  |
| ㉒ | 医療的ケアが必要な利用者や重症心身障碍者の支援にあたり、利用者の主治医や協力医療機関と連携体制を整えているか | 6 | 0 |  |
| ㉓ | 移行支援として、学校等と支援内容等の情報共有と相互理解を図っているか | 3 | 4 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | チェック項目 | はい | いいえ | 工夫している点、課題や改善するべき点など |
|  | ㉔ | 他の生活介護事業所等と連携し、助言や研修を受けているか | 2 | 4 | 他の事業所に実習に行けた |
| ㉕ | 自立支援協議会等へ積極的に参加しているか | 2 | 4 |  |
| ㉖ | 日頃から利用者の状況を保護者に伝え合い、利用者の状況や課題について共通理解を持っているか | 7 |  | 送迎時など限られた時間ではあるが、出来る限りのコミュニケーションを大切にしている。 |
| ㉗ | 保護者の対応力の向上を図る観点から、保護者に対して家族支援プログラム（ペアレント・トレーニング等）の支援を行なっているか |  |  |  |
| 保護者への説明責任等 | ㉘ | 運営規程、利用者負担等について丁寧な説明を行なっているか | 6 | 1 |  |
| ㉙ | 作成した「個別支援計画」を示しながら、支援の内容の説明を行い、保護者から個別支援計画の同意を得ているか | 6 | 1 |  |
| ㉚ | 定期的に、保護者からの療育の悩み等に対する相談に適切に応じ、必要な助言と支援を行なっているか | 6 | 1 |  |
| ㉛ | 親の会の活動を支援したり、保護者会等を開催する等により、保護者同士の連携を支援しているか | 4 | 3 | 今年度は2回開催出来た |
| ㉜ | 利用者や保護者からの相談や申し入れについて、対応の体制を整備するとともに、利用者や保護者に周知し、相談や申し入れがあった場合に迅速かつ適切に対応しているか | 7 |  |  |
| ㉝ | 定期的に会報等を発行し、活動概要や行事予定、連絡体制等の情報を利用者や保護者に対して発信しているか | 6 | 1 | 発行が遅れている |
| ㉞ | 個人情報の取扱に十分注意しているか | 7 |  |  |
| ㉟ | 障害のある利用者や保護者との意思の疎通や情報伝達のための配慮をしているか | 7 |  |  |
| ㊱ | 事業所の行事に地域住民を招待する等地域に開かれた事業運営を図っているか | 3 | 4 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | チェック項目 | はい | いいえ | 工夫している点、課題や改善するべき点など |
| 非常時等の対応 | ㊲ | 緊急時対応マニュアル、防犯マニュアル、感染症対応マニュアル等を策定し、職員や保護者に周知するとともに、発生を想定した訓練を実施しているか | 3 | 5 | 火災の訓練しか行えていない |
| ㊳ | 非常災害の発生に備え、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行なっているか | 5 | 2 |  |
| ㊴ | 事前に、服薬や予防接種、てんかん発作等の状況を確認しているか | 4 | 1 |  |
| ㊵ | 食物アレルギーのある利用者について、医師の指示書に基づく対応がされているか | 4 | 1 |  |
| ㊶ | ﾋﾔﾘﾊｯﾄ事例集を作成して事業所内で共有しているか | 7 |  | ヒヤリハットの報告が少なく、付箋に気軽に記入し貼りだせるように工夫している  ホワイトボードに貼りだすようになってから目を通すようになった。 |
| ㊷ | 虐待を防止するため、職員の研修機会を確保する等、適切な対応をしているか | 5 | 2 | 特に新規スタッフへの勉強会をしていく |
| ㊸ | どのような場合にやむを得ず身体拘束を行なうかについて、組織的に決定し、利用者や保護者に事前に十分に説明し了解を得た上で、個別支援計画に記載しているか | 6 | 0 |  |