

それあ〜ど(生活介護) 自己評価表 2019年

| | チェック項目 | はい | どちらともいえない | いいえ | 改善目標、工夫している点など |
|----------|--|----|-----------|-----|--|
| 環境・体制整備 | ① 利用定員が指導訓練室等スペースとの関係で適切であるか | 4 | | 2 | 放デイの支援室を移して頂き広がったが15名入るかは少し心配。 現在の利用者数に対しては適切だと思う。 9人の利用の時にすでにスペースに余裕がない為、今後どうするのか課題。 |
| | ② 職員の配置数は適切であるか | 1 | | 5 | ヘルプも入って頂き助かっています。AMIは足りているor+α、PMIは足りない日もある。 他部署との連携により改善されてきている。今後さらに安定した状況を望む。 利用定員が多い日は、もう少し職員を配置した方が安全だと感じる。 法的基準は満たしているのかもしれませんが、利用者さんの障害の度合いを考慮すると現状では厳しいのでは。 |
| | ③ 事業所の設備等について、バリアフリー化の配慮が適切になされているか | 5 | | 1 | 玄関が車イスでとても入りづらい。スムーズに入れずドアにぶつかる等・・の時もある。 |
| 業務改善 | ④ 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、広く職員が参加しているか | 3 | | 3 | 日々のPDCAサイクルは足りないと感じている。 |
| | ⑤ 家族等向け評価表を活用する等によりアンケート調査を実施して保護者等の意向等を把握し、業務改善につなげているか | 6 | | | |
| | ⑥ この自己評価の結果を、事業所の会報やホームページ等で公開しているか | 6 | | | どこまで公開しているかわかっていない。 |
| | ⑦ 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 | 4 | | 2 | |
| | ⑧ 職員の資質の向上を行うために、研修の機会を確保しているか | 5 | | 1 | 資質向上の研修は全体の底上げにはもっと必要と考える。 |
| 適切な支援の提供 | ⑨ アセスメントを適切に行い、利用者のご家族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 | | | |
| | ⑩ 利用者の適応行動の状況を図るために、標準化させたアセスメントツールを使用しているか | 3 | | 3 | |
| | ⑪ 活動プログラムの立案をチームで行っているか | 3 | | 3 | 立案をチームで行う基盤をこれから整えていく必要がある。 チームで行うための時間の確保が難しいのでは。 |
| | ⑫ 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか | 6 | | | もっと色々なプログラム・支援が提供できるともっと良いと思う。 その日の利用者の体調や希望に配慮しつつ、臨機応変な内容だと思う。 |
| | ⑬ 平日、休日、長期休暇に応じて、課題をきめ細やかに設定して支援しているか | 2 | | 4 | 生活介護ではあまり平日、休日は関係ないかも。もっと色々なプログラム・支援が提供できるともっと良いと思う。 |
| | 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る個別支援計画を作成しているか | 6 | | | |
| | ⑮ 支援開始前には職員間で必ず打合せをし、その日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 | 4 | | 2 | ミーティングを行っている(開始前) |

| | | | | | | | |
|--------------|---|--|---|---|---|--|---|
| | ⑩ | 支援終了後には、職員間で必ず打合せをし、その日行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 | 1 | 5 | | | 終了時ではなく都度、皆リーダーへ報告されている。 終了時間が異なる為、後日に情報を共有している。 |
| | ⑪ | 日々の支援に関して正しく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 | 4 | 2 | | | 記録のための記録にならない、支援につながるアセスメントにつながる記録は工夫できると良い。 |
| | ⑫ | 定期的にモニタリングを行い、計画の見直しの必要性を判断しているか | 6 | | | | |
| | ⑬ | ガイドラインの総則の基本活動を複数組み合わせさせて支援を行っているか | 4 | 2 | | | ガイドラインの総則のの基本活動がきちんとわかっていない。 ガイドラインに対して理解不足である。 |
| | ⑭ | 相談支援事業所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 | 4 | 2 | | | サービス担当者会議があまり行われていない。 誰が参画しているのかわかっていない。 |
| | ⑮ | 医療的ケアが必要な利用者を受け入れる場合は、利用者の主治医等と連絡体制を整えているか | 6 | | | | |
| | ⑯ | 学校や就学時に利用していた放課後等デイサービス等との間で情報共有と相互理解に努めているか | 6 | | | | |
| 関係機関や保護者との連携 | ⑰ | 他事業所との連携に努めているか | 3 | 2 | 1 | | |
| | ⑱ | 発達医療センター等の専門機関と連携し、助言や研修を受けているか | 4 | 2 | | | |
| | ⑲ | 同世代の方たちとの交流や障害のない方と活動する機会があるか | 4 | 1 | 1 | | 定期的にボランティアの方が来て下さり、様々な交流ができています。 |
| | ⑳ | (地域自立支援)協議会等へ積極的に参加しているか | 6 | | | | |
| | ㉑ | 日頃から利用者の状況を家族と伝え合い、利用者の発達の状況や課題について共通理解を持っているか | 5 | 1 | | | |
| | ㉒ | 家族の対応力の向上を図る観点から、家族に対してペアレント・トレーニング等の支援を行っているか | 2 | 1 | 3 | | ペアレントトレーニングは難しい。スタッフの力の底上げが必要かと。 自分がペアレントトレーニングを理解していない。 |
| | ㉓ | 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 | 6 | | | | |
| | ㉔ | 家族から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っているか | 4 | 2 | | | 都度はできている。 |
| 保護者への説明責任等 | ㉕ | 父母の会の活動を支援したり、交流会等を開催する等により、家族同士の連携を支援しているか | 3 | 3 | | | |

| | | | | | | |
|---------|----|--|---|---|---|-------------------------------------|
| | ③② | 利用者や家族からの苦情について、対応の体制を整備するとともに、利用者や家族に周知し、苦情があった場合に迅速かつ適切に対応しているか | 5 | 1 | | |
| | 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家族に対して発信しているか | 5 | 1 | | |
| | ③④ | ③⑤ 個人情報に十分注意しているか | 6 | | | |
| | ③⑤ | 障害のある利用者や家族との意思の疎通や情報伝達のための配慮をしているか | 6 | | | |
| | 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 | 1 | 2 | |
| 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を策定し、職員や家族に周知しているか | 5 | 1 | | 作成途中もあり。 |
| | 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っているか | 6 | | | |
| | ③⑨ | 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 | 6 | | | |
| | ④⑩ | どのような場合にやむを得ず身体拘束を行うかについて、組織的に決定し、利用者や家族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 | | | |
| | ④⑪ | 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 | 6 | | | |
| | ④⑫ | 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 | 5 | 1 | | 共有はあるが、全体に分析・フィードバックはできている所とない所とある。 |