

公表

事業所における自己評価結果

| 事業所名    |    | 公表日 7年 4月 1日                                                                          |    |     |                                                                      |              |
|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----------------------------------------------------------------------|--------------|
|         |    | チェック項目                                                                                | はい | いいえ | 工夫している点                                                              | 課題や改善すべき点    |
| 環境・体制整備 | 1  | 利用定員が発達支援室等のスペースとの関係で適切であるか。                                                          | ○  |     | 同敷地内に広い訓練等もあり、活用することもあります。                                           |              |
|         | 2  | 利用定員やこどもの状態等に対して、 職員の配置数は適切であるか。                                                      | ○  |     |                                                                      |              |
|         | 3  | 生活空間は、こどもにわかりやすく構造化された環境になっているか。また、事業所の設備等は、障害の特性に応じ、バリアフリー化や情報伝達等、環境上の配慮が適切になされているか。 | ○  |     | 事業所の設備等はバリアフリーに配慮した構造となっております。                                       |              |
|         | 4  | 生活空間は、清潔で、心地よく過ごせる環境になっているか。また、こども達の活動に合わせた空間となっているか。                                 | ○  |     |                                                                      |              |
|         | 5  | 必要に応じて、こどもが個別の部屋や場所を使用することが認められる環境になっているか。                                            | ○  |     |                                                                      |              |
| 業務改善    | 6  | 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。                                        | ○  |     | 職種を問わず、部署内のLANや会議録などを活用して気づいたことを伝えてもらうようにしています。多職種連携を意識して業務をしています。   |              |
|         | 7  | 保護者向け評価表により、保護者等の意向等を把握する機会を設けており、その内容を業務改善につなげているか。                                  |    | ○   |                                                                      | R4年度より利用者なし。 |
|         | 8  | 職員の意見等を把握する機会を設けており、その内容を業務改善につなげているか。                                                | ○  |     |                                                                      | R4年度より利用者なし。 |
|         | 9  | 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。                                                      |    | ○   |                                                                      | R4年度より利用者なし。 |
|         | 10 | 職員の資質の向上を図るために、研修を受講する機会や法人内等で研修を開催する機会が確保されているか。                                     | ○  |     | 院内外問わず、各種研修案内を共有し、希望の研修に参加できる配慮をしています。                               |              |
|         | 11 | 適切に支援プログラムが作成、公表されているか。                                                               | ○  |     | 病院ホームページで公表しています                                                     |              |
|         | 12 | 個々のこどもに対してアセスメントを適切に行い、こどもと保護者のニーズや課題を客観的に分析した上で、放課後等デイサービス計画を作成しているか。                | ○  |     | 子どもさんを普段から観察し、定期的な面談時にご家族の思いや希望を伺っています。連絡帳や送迎時のコミュニケーションなども大事にしています。 | R4年度より利用者なし。 |
|         | 13 | 放課後等デイサービス計画を作成する際には、児童発達支援管理責任者だけでなく、こどもの支援に関わる職員が共通理解の下で、こどもの最善の利益を考慮した検討が行われているか。  | ○  |     |                                                                      | R4年度より利用者なし。 |
|         | 14 | 放課後等デイサービス計画が職員間に共有され、計画に沿った支援が行われているか。                                               | ○  |     |                                                                      | R4年度より利用者なし。 |
|         | 15 | こどもの適応行動の状況を、標準化されたツールを用いたフォーマルなアセスメントや、日々の行動観察なども含むインフォーマルなアセスメントを使用する等により確認しているか。   | ○  |     | 共通のアセスメントシートを作成し、活用しています。                                            |              |

|              |    |                                                                                                                                                      |   |  |                                                                |                               |
|--------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 適切な支援の提供     | 16 | 放課後等デイサービス計画には、放課後等デイサービスガイドラインの「放課後等デイサービスの提供すべき支援」の「本人支援」、「家族支援」、「移行支援」及び「地域支援・地域連携」のねらい及び支援内容も踏まえながら、こどもの支援に必要な項目が適切に設定され、その上で、具体的な支援内容が設定されているか。 | ○ |  |                                                                | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 17 | 活動プログラムの立案をチームで行っているか。                                                                                                                               | ○ |  | 医師、看護師、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、児童指導員、ソーシャルワーカーや保育士などの職種が関わっています。     | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 18 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。                                                                                                                             | ○ |  | 個別性を大切にし、利用者に応じたプログラムを検討、計画し定期的に評価をしています。                      | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 19 | こどもの状況に応じて、個別活動と集団活動を適宜組み合わせ放課後等デイサービス計画を作成し、支援が行われているか。                                                                                             | ○ |  | 学校やご家庭での状況について情報提供いただき、計画を作成しています。                             | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 20 | 支援開始前には職員間で必ず打合せを行い、その日行われる支援の内容や役割分担について確認し、チームで連携して支援を行っているか。                                                                                      | ○ |  | 開所前の時間にミーティングをしています。                                           | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 21 | 支援終了後には、職員間で必ず打合せを行い、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。                                                                                               | ○ |  | 支援の振り返りを適宜行っています。                                              | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 22 | 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。                                                                                                               | ○ |  | 毎日記録を行っています。支援内容など適宜、カンファレンス等で振り返りを行っています。                     | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 23 | 定期的にモニタリングを行い、放課後等デイサービス計画の見直しの必要性を判断し、適切な見直しを行っているか。                                                                                                | ○ |  | 定期的にモニタリングを実施し、ご家族にもお伝えしています。計画変更の必要がある場合は、適宜変更しています。          | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 24 | 放課後等デイサービスガイドラインの「4つの基本活動」を複数組み合わせ支援を行っているか。                                                                                                         | ○ |  | ご本人の特性に合わせた支援を行っています。意図的に同様な活動を組み合わせることもあります。                  | R4年度より利用者なし。                  |
| 関係機関や保護者との連携 | 25 | こどもが自己選択できるような支援の工夫がされている等、自己決定をする力を育てるための支援を行っているか。                                                                                                 | ○ |  |                                                                | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 26 | 障害児相談支援事業所のサービス担当者会議や関係機関との会議に、そのこどもの状況をよく理解した者が参画しているか。                                                                                             | ○ |  | 会議の目的に合わせて、参画する者を決めています。                                       | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 27 | 地域の保健、医療（主治医や協力医療機関等）、障害福祉、保育、教育等の関係機関と連携して支援を行う体制を整えているか。                                                                                           | ○ |  |                                                                | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 28 | 学校との情報共有（年間計画・行事予定等の交換、こどもの下校時刻の確認等）、連絡調整（送迎時の対応、トラブル発生時の連絡）を適切に行っているか。                                                                              | ○ |  | 長期休暇利用時には、学校より情報シートを貰い、情報共有を行っています。                            | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 29 | 就学前に利用していた保育所や幼稚園、認定こども園、児童発達支援事業所等との間で情報共有と相互理解に努めているか。                                                                                             | ○ |  | ケースに応じて関係機関と情報交換を行っています。                                       | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 30 | 学校を卒業し、放課後等デイサービスから障害福祉サービス事業所等へ移行する場合、それまでの支援内容等の情報を提供する等しているか。                                                                                     | ○ |  | 必要であれば、個別支援計画等の資料の提供を致します。                                     | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 31 | 地域の児童発達支援センターとの連携を図り、必要等に応じてスーパーバイズや助言や研修を受ける機会を設けているか。                                                                                              | ○ |  | 必要に応じて、専門機関と連携しています。研修については自己研鑽として積極的に参加しています。                 |                               |
|              | 32 | 放課後児童クラブや児童館との交流や、地域の他のこどもと活動する機会があるか。                                                                                                               | ○ |  |                                                                | 特にそういった機会を設けていません。今後検討していきます。 |
|              | 33 | （自立支援）協議会等へ積極的に参加しているか。                                                                                                                              | ○ |  |                                                                |                               |
|              | 34 | 日頃からこどもの状況を保護者と伝え合い、こどもの発達の状況や課題について共通理解を持っているか。                                                                                                     | ○ |  | 送迎時や連絡帳を通してコミュニケーションをとっています。                                   | R4年度より利用者なし。                  |
|              | 35 | 家族の対応力の向上を図る観点から、家族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）や家族等の参加できる研修の機会や情報提供等を行っているか。                                                                         | ○ |  | ご自宅での様子を伺い、対応の統一が出来る様にしています。対応に困っている様子があれば、共に考え解決出来るように努めています。 | R4年度より利用者なし。                  |

|          |    |                                                                                            |   |   |                                                                             |                                  |
|----------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 保護者への説明等 | 36 | 運営規程、支援プログラム、利用者負担等について丁寧な説明を行っているか。                                                       | ○ |   | 運営規程や重要事項説明書は玄関に置き、誰でも見る事が出来る様にしています。個別面談時に、支援内容と共に説明しています。                 | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 37 | 放課後等デイサービス提供を作成する際には、こどもや保護者の意思の尊重、こどもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて、こどもや家族の意向を確認する機会を設けているか。         | ○ |   |                                                                             | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 38 | 「放課後等デイサービス計画」を示しながら支援内容の説明を行い、保護者から放課後等デイサービス計画の同意を得ているか。                                 | ○ |   | 放課後等デイサービス計画を作成し同意を得ています。                                                   | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 39 | 家族等からの子育ての悩み等に対する相談に適切に応じ、面談や必要な助言と支援を行っているか。                                              | ○ |   | 送迎時また連絡帳や電話等で情報交換しながら、相談を受けています。                                            | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 40 | 父母の会の活動を支援することや、保護者会等を開催する等により、保護者同士で交流する機会を設ける等の支援をしているか。また、きょうだい同士で交流する機械を設ける等の支援をしているか。 | ○ |   | 例年、年に1回家族レクリエーションを実施し、家族同士が交流を持てる機会を計画していました。                               | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 41 | こどもや保護者からの苦情について、対応の体制を整備するとともに、こどもや保護者に周知し、苦情があった場合に迅速かつ適切に対応しているか。                       | ○ |   | 当院の苦情解決規定に則り対応しております。                                                       | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 42 | 定期的に通信等を発行することや、HPやSNS等を活用することにより、活動概要や行事予定、連絡体制等の情報をこどもや保護者に対して発信しているか。                   | ○ |   | 約2ヶ月ごとにペガサス通信を発行しています。                                                      | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 43 | 個人情報の取扱いに十分留意しているか。                                                                        | ○ |   | 毎年個人情報取り扱いに関しては書面で確認し、職員間で個人情報取り扱いに注意しています。                                 | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 44 | 障害のあるこども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。                                                      | ○ |   | 利用者の特性に合わせた関わりを行っています。                                                      | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 45 | 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。                                                      | ○ |   | 年に1回、事業所を地域に開放する行事を行いました。                                                   | 新型コロナウイルスが落ち着いたら再開を検討します。        |
| 非常時等の対応  | 46 | 事故防止マニュアル、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、職員や家族等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。            | ○ |   | 各種のマニュアルは策定しており、職員や保護者と確認しています。                                             | R4年度より利用者なし。                     |
|          | 47 | 業務継続計画（BCP）を策定するとともに、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。                                  |   | ○ |                                                                             | 定期的な防災・避難訓練は行っていません。今後、計画していきます。 |
|          | 48 | 事前に、服薬や予防接種、てんかん発作等のこどもの状況を確認しているか。                                                        | ○ |   |                                                                             |                                  |
|          | 49 | 食物アレルギーのあるこどもについて、医師の指示書に基づく対応がされているか。                                                     | ○ |   |                                                                             | 現在はアレルギー対応の方の利用はありません。           |
|          | 50 | 安全計画を作成し、安全管理に必要な研修や訓練、その他必要な措置を講じる等、安全管理が十分された中で支援が行われているか。                               | ○ |   |                                                                             |                                  |
|          | 51 | こどもの安全確保に関して、家族等との連携が図られるよう、安全計画に基づく取組内容について、家族等へ周知しているか。                                  | ○ |   |                                                                             |                                  |
|          | 52 | ヒヤリハットを事業所内で共有し、再発防止に向けた方策について検討をしているか。                                                    | ○ |   | ヒヤリ・ハット事例は、当院の医療安全に報告し、資料は保管しています。朝のカンファレンスや送りノートを活用し、情報共有を行っています。          |                                  |
|          | 53 | 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。                                                       | ○ |   | 当院全体の研修会や部署毎の研修会、個別のカンファレンス、セルフチェック等を通して虐待防止に努めています。                        |                                  |
|          | 54 | 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、こどもや保護者に事前に十分に説明し了解を得た上で、放課後等デイサービス計画に記載しているか。           | ○ |   | 個別支援計画には、原則、身体拘束をしないことを明示しています。職員の様々な対応によっても不穏な状態が改善しない場合は、精神保健指定医に指示を仰ぎます。 |                                  |