

放課後等デイサービス事業所における自己評価結果(公表)

公表:令和 4年 2月 22日

事業所名 カノン今津(放課後等デイサービス)

		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を踏まえた 改善内容又は改善目標
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	○		活動の目的によってスペースを分け、利用者ごとのニーズに合わせて部屋を分けるなどの対応をしています。	
	2	職員の配置数は適切である	○		マンツーマン体制での療育を行っていますが、職員配置基準を維持しています。	
	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	○		2階建て階部分に位置し、フロア内は段差がありませんが、玄関を開けてすぐ階段があり、靴をはいたまま登ったところに下駄箱があります。館内には1Fのグループホーム内から館内エレベータを設置しているので使えはしますが、身体的な支援が必要な児童の利用がない為使用していません。	
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、広く職員が参画している	○		全職員が参加する職員会議・支援会議を実施しています。	
	5	保護者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	○		概ね年1回実施、その評価を元に改善点を検討する機会を職員会議内に設けています。	
	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	○		ホームページで公開しています。	
	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	○		市内の児童通所施設が加盟する任意団体の事業として、例年、市内他機関の相互評価を実施しています(年1回)、コロナの影響により今年度はオンラインで実施予定です。外部監事による事業監査を年1回受けています。	
	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	○		職員の関心が高い内容、事業所として指定する外部研修(オンライン受講を含む)や見学のほか、自事業所の自己評価、保護者からの相談や利用者への支援や他の機関との連携から把握できたニーズに応じた研修会を開催し、地域の保護者や支援機関にも参加を募っています。(年10回程度)	
	9	アセスメントを適切に行い、子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	○		利用者への心理検査などのアセスメントや普段の様子を観察、家族からの聞き取りによるアセスメントに基づき、個別の特性を理解して個別支援計画を作成しています。	

適切な支援の提供	10	子どもの適応行動の状況を把握するために、標準化されたアセスメントツールを使用している	○		利用者の状態に合わせて新版K式発達検査、Vineland-II、K-ABC II、PEPⅢなどを所持、実施していますが、現在は心理士が不在の為、必要に応じて外部の心理士に委託したり、指導員が簡易検査を行ったり、こども未来センターなどでの心理検査の結果を提供いただくことで支援の参考にしています。	
	11	活動プログラムの立案をチームで行っている	○		マンツーマン体制で主に担当職員が内容を考えますが、小集団活動など必要に応じて職員間で相談や話し合いを通じてプログラムを立案しています。	
	12	活動プログラムが固定化しないよう工夫している	○		毎回の内容に利用者が飽きず楽しんでながら学べるように、関心が高い活動を通じてスキルを得られる工夫を盛り込んで実施しています。	
	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	○		平日・休日・長期休暇においても利用時間と頻度が年間を通して一定のため、活動内容に季節感を出すことはありますが、利用時期による差を設けていません。	
	14	子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ている	○		「ひとりでべんきょう」「みんなでべんきょう」の時間を設け、場所も分けて個別と集団の活動をニーズに応じて実施しています。	
	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	○		毎回の療育前に打合せ、利用者の理解に合わせて専用のグッズを利用者ごとに作成するなど入念に準備しています。	
	16	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、気づいた点等を共有している	○		毎回の療育後には振り返りを欠かさず行っています。気づいた点を共有し、次回の療育にその気づきを反映しています。	
	17	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	○		毎回、全体的な様子や特記、児童発達支援計画に記載している項目を元に記録し、毎日が計画のモニタリングであると意識できるようにしています。	
	18	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ている	○		半年に1回以上のモニタリングを行っています。	
19	ガイドラインの総則の基本活動を複数組み合わせ支援を行っている	○		ガイドラインを踏まえて支援計画書を作成して保護者へ説明し、同意を得て支援しています。		

関係機関や保護者との連携	20	障害児相談支援事業所のサービス担当者会議にその子どもの状況に精通した最もふさわしい者が参画している	○		業務により参加できない時もありますが、主に児童発達支援管理責任者、もしくはその児童に関わる職員が参加しています。		
	21	学校との情報共有(年間計画・行事予定等の交換、子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	○		家族による送迎の為、下校時刻の確認などは直接学校とは行っていません。行事などを含め、家族から情報をいただいています。利用者の学校での様子や事業所での支援内容の伝達も基本的には保護者を通じて行っていますが、必要に応じて学校園と直接連絡し、場合によって訪問、見学しています。		
	22	医療的ケアが必要な子どもを受け入れる場合は、子どもの主治医等と連絡体制を整えている		○		医療的ケアを提供できる体制がない為、また、事業所の方針で医療的ケア児を対象としていないため、利用は受けていません。	
	23	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	○			主体的に行っているとはいきませんが、保護者を通じて利用開始時に情報提供を受けています。サービス等利用計画の会議や相談支援事業所からも情報提供を受けています。必要に応じて事業者へ直接情報提供を受ける場合もあります。	
	24	学校を卒業し、放課後等デイサービス事業所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	○			保護者からの要請に応じて情報提供書を作成するなど、必要に応じて情報提供や実際に訪問するなどしています。	
	25	児童発達支援センターや発達障害者支援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	○			市内の任意団体「西宮市児童通所事業所連絡会」において、「スキルアップの会」「事例検討会」や定例会に参加し助言を受ける機会を得ています。その他、自事業所でも大学講師を招いて勉強会を年数回実施しています。	
	26	放課後児童クラブや児童館との交流や、障がいのない子どもと活動する機会がある		○		利用者一人につき週1回1時間の個別療育を行う事業所運営の方針により、実施していません。	
	27	(地域自立支援)協議会等へ積極的に参加している	○			事業所から職員は派遣していませんが、同法人より自立支援協議会子ども部会に職員を派遣しています。「西宮市児童通所事業所連絡会」には職員を役員として派遣しています。	
28	日頃から子どもの状況を保護者と伝え合い、子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	○			毎療育後、事業所から当日の療育内容の伝達し、日ごろの困りごとなどがあれば保護者からの相談をお受けしています。療育室にはビデオカメラを設置し、待合室で療育の様子を観察できるようにしています。		

	29	保護者の対応力の向上を図る観点から、保護者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	○		ペアトレはしていませんが、必要に応じて療育にご参加いただくことを提案することがあります。また、保護者同士の交流や相談ができる機会を設けています。その場に大学講師を招いて助言を受けられる機会を設けています。	
保護者への説明責任等	30	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	○		契約時、内容変更時に口頭および書面にて説明しています。	
	31	保護者からの子育て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	○		項目28と同じく、毎療育後、事業所から当日の療育内容の伝達し、日ごろの困りごとなどがあれば保護者からの相談をお受けして、その内容を分析し、生活の状況を加味して無理のない提案をしています。	
	32	父母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	○		保護者同士が情報交換や情報収集ができる機会として、同じ時間帯の療育を受けている保護者同士が滞在できる待合室を備えていますが、今年度は感染予防対策として1家庭1室としています。また、「グループ相談会」や「茶話会」を企画・開催し、「グループ相談会」には大学講師を招いて、施設職員以外の第三者から専門的な助言を受けられるようにしています。	
	33	子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、子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	○		毎療育後に日ごろの困りごとなどがあれば保護者からの相談をお受けしています。それとは別に随時相談を受け付けています。まとまった時間を要する場合も想定し、相談受付表を備え、療育とは別の日にご来所いただいで相談を受け付けて対応しています。	
	34	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子どもや保護者に対して発信している	○		法人として 年3～4回発行する機関誌があります。施設単体で会報は作成していませんが、毎療育後に直接支援内容をお伝えする機会を設けています。保護者の待合室に法人の各種マニュアルや書類を設置し、閲覧できるようにしています。	
	35	個人情報に十分注意している	○		法人として個人情報の取り扱いに関する規定を設けています。また、契約時には個人情報保護に関する覚えを交わし、事例検討などで事例を出す場合には別途承諾を書面で得ています。	
	36	障がいのある子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	○		利用者のアセスメントは心理検査・簡易検査などで構造化された場面でのお子さんとのやり取りに加え、普段の様子の観察、保護者からの聞き取りを踏まえて、意思疎通に関する手立てを検討し、実施と見直しを繰り返し行っています。保護者の皆様とは毎療育後にお話をする時間を設けているほか、事業所からの連絡事項は待合室のホワイトボードや書面で行っています。その他、参考になりそうな講演会や専門図書の紹介などの情報を掲示するなどして提供しています。	

37	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		○	利用者一人につき週1回1時間の個別療育を行う事業所運営の方針により、実施していません。	
----	------------------------------------	--	---	---	--

非常時等の対応	38	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、職員や保護者に周知している	○	法人にリスクマネジメント部会を設置、月1回定例でマニュアルの策定や更新などを行っています。保護者への周知は書面を閲覧できるようにしていますが、十分ではないと思います。マニュアルに沿った訓練も年1回するかしないかの程度で十分とは言えません。	お子さんにもわかりやすい工夫して周知する手立てを講じます(地震があった時は机の下に隠れよう、などをイラストを添えて見るところに掲示して説明するなど)。避難訓練はお子さんがある時間帯に行わないことについて、マンツーマン体制であること、家族との通所であること、週1回1時間の療育であることなどの状況であることが理由です。職員は1Fにあるグループホームと合同で訓練していますので、その実施報告をわかりやすく待合室に掲示するようにします。また、毎年法人内で応急手当普及員の資格を持つ職員が行っていた心肺蘇生法について、密を避けるため講習動画を職員会議において閲覧し、近隣に設置されているAEDの確認などを行い、その実施報告も待合室に掲示します。
	39	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	○	年2回避難訓練を行っています。ただし、階下の同法人が運営するグループホームと合同で夜間に開催しています(今年度は感染予防対策としてグループホーム利用者との接点を可能な限る減らす観点から未実施です)。当施設では母子通園であること、療育が週1回であり、1回あたりの療育時間を勘案し、児童を伴った避難訓練は実施していません。	同上です。
	40	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	○	法人で設置する権利擁護部会において、虐待防止や権利擁護に関する学習を進め、事例集の作成や職員の行動規範を定めて自己評価を年2回行い、その結果に応じて施設内で討議する機会を設けています。また、権利擁護や意思決定支援に関する研修を2回企画し、権利擁護研修は実施済みです。(意思決定支援については2022年3月に実施予定)	
	41	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、子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	○	項目40と同じく、権利擁護部会を設けて継続的に議論しています。身体拘束の概念は理解していますが、現在、身体拘束を伴う方の利用がありません	
	42	食物アレルギーのある子どもについて、医師の指示書に基づく対応がされている	○	食物のアレルギーは把握していますが、食事の機会が基本的になく、おやつも出さない場合の方が多いため、医師の指示に基づいた対応はしていません。利用者や調理をする場合には把握したアレルギー品目が混入しない環境に配慮しています。	
43	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	○	法人で設置するリスクマネジメント部会において、事故報告やヒヤリハット報告を集計し、傾向を分析の上対策を講じています。		