

放課後等デイサービス自己評価について

利用者（保護者）向け放課後等デイサービス評価アンケートにあわせて、スタッフに対して、自己評価項目についてのアンケートを実施し、各事項についての理解の周知と共有化を進めました。あわせて、弊事業所の工夫している箇所と今後の改善事項について整理しました。

引き続き、個々のスタッフがガイドラインの主旨を理解し、適切な支援を行うようにします。今後とも、よろしく願い申し上げます。

令和元年 12月 1日

ばんきつず

| | | チェック項目 | はい | どちらとも いいない | 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 | ○ | | | 事業所の総面積は193㎡、ホールは概ね100㎡の広さがあります。ホール全体を3つのスペースに区切っており、2つのグループに分かれて活動しています。室内での軽度な運動やゲームをするには、現状の広さ及び間取り、機能で、十分適切であると考えています。 |
| | 2 | 職員の配置数は適切であるか | ○ | | | 1日定員10名に対して、保育士、利用者指導員等を、常勤換算で5.2人、来所時間には6～8人の職員を配置しています。 |
| | 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か | ○ | | | 開設時に京都府福祉のまちづくり条例に合致するように京都府と協議を実施しています。また、利用者の状況に応じて、随時必要な工事等を行い、利用に際しての不具合を減少するようにも努めていますし、3か月毎に安全チェックも実施しています。 |
| 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か | ○ | | | PDCA（計画→実施→チェック→実施）のサイクルについては、管理者とリーダーが日々の状況確認及び業務改善計画を随時策定し実践しています。毎日の打ち合わせで、報告、連絡を行い、進捗確認や修正も行っています。 |
| | 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か | ○ | | | 平成28年から、ガイドラインに基づく事業所評価を実施しています。また、保護者面談において、ご家庭の意向を把握する他、随時ご要望を聞き入れ、支援の見直しに活用しています。 |
| | 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か | ○ | | | 平成28年から、利用者に紙面で配布し、あわせてホームページにも公開しています。また、WAMNET（福祉医療機構）においては、この情報を含めたさまざまな会社情報を公開しています。 |
| | 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か | | | ○ | 弊事業所を運営する法人の代表者は経営コンサルタントであり、経営上の課題は十分把握しています。現時点では第三者評価の必要がないと判断しています。 |

| | | | | | |
|----------|----|---|---|--|--|
| 業務改善 | 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 | ○ | | <p>毎年、研修計画を立案し、全体、役職別、入社年次別等の研修を実施する他、任意の時期に自由参加の研修を企画実施しています。</p> <p>また、外部研修においては、関係機関からの案内を入手する都度、スタッフに周知し、参加希望者には業務に支障がない範囲で参加者を選定し、社命として参加させています。さらに、研修後には、研修結果を公開することにより、情報の共有にも努めています。</p> |
| | 9 | 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、放課後等デイサービス計画を作成しているか | ○ | | <p>日々の支援活動、月次の報告書、半期毎の面談のそれぞれにおいて、利用者の評価と保護者のニーズ等の調査を行い、個別支援計画及び日々の支援活動に活用しています。</p> |
| 適切な支援の提供 | 10 | 利用者の適応行動の状況を図るために、標準化されたアセスメントツールを使用しているか | ○ | | <p>利用者の発達状況については、日々の支援を通じて把握しています。しかし、標準化されたアセスメントツールは次の理由により、使用していません。</p> <p>①利用者の実年齢、発達年齢、発達機能の幅が広いと、簡易なアセスメントツールでは役に立ちません。</p> <p>②専門的なアセスメントツールは、それを活用できる人材を有していないため使用できません。</p> |
| | 11 | 活動プログラムの立案をチームで行っているか | ○ | | <p>活動プログラムの立案に際しては、個別支援計画をベースとして、日々の直接支援に携わるスタッフの意見も踏まえて、児童発達支援管理責任者とリーダーで検討し立案しています。</p> |
| | 12 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか | ○ | | <p>活動プログラムについては、利用者の年齢、障害特性を考慮し、公園での活動や室内での軽度な運動等の粗大運動、自立ワークや創作活動の学習や読み聞かせ、買い物学習等、適宜変更して対応しています。</p> |
| | 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 | ○ | | <p>主として、平日と長期休暇（春、夏）に分けて課題を設定しています。特に長期休暇時は長い利用時間を活かし、平日にはできない季節感を取り入れた活動や、外出、購買活動等を通じ、個々の課題に沿った支援を実施しています。</p> |
| | 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放課後等デイサービス計画を作成しているか | ○ | | <p>児童発達支援管理責任者とリーダーが、利用者の状況及び保護者の要望を踏まえて、個別活動と集団活動のバランスを考えて計画を作成し実施しています。</p> |
| | 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 | ○ | | <p>午前中に、常勤スタッフで昨日の利用者の様子を把握した上で、当日の学校行事や天候等を勘案して活動とスタッフの配置、利用者の組み合わせを立案します。支援開始に際し、全体打ち合わせを毎日30分程度実施しており、連絡事項の伝達と役割等の指示を出しています。</p> |
| | 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、気付いた点等を共有しているか | ○ | | <p>勤務時間の終了時刻を17時30分としていますので、翌日に支援の振り返りを踏まえた報告を実施することとしています。</p> |

| | | | | | | |
|--------------|----|--|---|---|---|---|
| 適切な支援の提供 | 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か | ○ | | | 支援内容は確実に記録しています。できるだけわかりやすく、かつ必要な情報が記録されるように、記録様式は随時改善をしています。 |
| 業務改善 | 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か | ○ | | | 個別支援計画は毎月見直しをしており、半年毎に保護者との面談を実施した上で、計画を変更することをルールとして定めています。また、必要に応じて、面談や計画変更も実施しています。 |
| | 19 | ガイドラインの総則の基本活動を複数組み合わせ、支援を行っているか | ○ | | | ガイドラインの総則で示されている、「自立支援と日常生活の充実のための活動」、「創作活動」、「地域交流の機会の提供」、「余暇の提供」の4項目の基本活動を組み合わせて支援を実施しています。 |
| 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 | ○ | | | 当事業所の利用者のほとんどが、当法人が運営する相談支援事業所を利用しており、適宜担当者会議を実施しています。 |
| | 21 | 学校との情報共有（年間計画・行事予定等の交換、利用者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 | | ○ | | 現状、学校と当方の間で、公式な情報共有はありません。従って、学校の情報は保護者を通じて入手しています。なお、当方から学校に伝えるべき情報については、随時、保護者を通じて、あるいは直接学校に報告をしています。 |
| | 22 | 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 | | | ○ | 現在、医療的ケアが必要な利用者を受け入れていません。なお、福知山市民病院と協力医療機関協定を結んでいる他、服薬やリハビリ等、利用者の医療情報（医療的ケアとは異なります。）については、保護者との連絡を密にし、スタッフにも周知しています。 |
| | 23 | 就学前に利用していた保育所や幼稚園、認定こども園、利用者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 | ○ | | | 小学校入学の際の新規利用契約者については、保育園や児童発達支援事業所等に出向き、利用者の様子を観察したうえで、必要な情報を入手し、個別支援計画の作成や保護者支援に活用しています。 |
| | 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しているか | ○ | | | 情報提供の要望がある場合には、保護者を通して提供することとしています。ただし、現在まで、正式な要望はありません。 |
| | 25 | 利用者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か | | | ○ | 現状において、センター機能を有する専門機関に助言等を受けたことはありません。 |
| | 26 | 放課後利用者クラブや利用者館との交流や、障害のない利用者と活動する機会があるか | | | ○ | 支援学校に通う利用者が多いことから、実施に際しては、当事業所よりも、先方の受け入れ体制や事前教育が必要となり、交流の機会が持てておりません。 |
| | 27 | （地域自立支援）協議会等へ積極的に参加しているか | ○ | | | 当市には、自立支援協議会の専門部会に障害児を対象とする部会が無く、現在、部会を立ち上げるための準備がなされているところです。現段階ではそれに代わる放課後等デイサービス事業所と障害児相談支援事業所から成る関係機関者会議が開催されており、この会議には参加しています。 |

| | | | | | | |
|--------------|----|---|---|--|---|--|
| 関係機関や保護者との連携 | 28 | 日頃から利用者の状況を保護者と伝え合い、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 | ○ | | | 日々の状況変化、支援内容、支援により見られた行動の変化等については、連絡帳、口頭、報告書等により、適宜保護者にお伝えしています。 |
| | 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か | | | ○ | 希望がある保護者については、都度利用者への関わり方についての助言を実施しています。ペアレントトレーニングについては、保健所等による研修機会がありますので、事業所として、保護者向けに実施する予定はありません。 |
| 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か | ○ | | | 契約時に詳細を説明しています。また、変更の都度、文章と口頭で説明をしています。 |
| | 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か | ○ | | | 保護者から相談がある場合は、最優先で対応することとしています。 |
| | 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か | | | ○ | 希望される方ばかりではありませんので、保護者会はありません。 |
| | 33 | 利用者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、利用者や保護者に周知し、苦情があった場合に迅速かつ適切に対応しているか | ○ | | | 苦情があった場合には、詳細を確認し迅速かつ適切に対応しています。また、その内容に関わらず管理者及び経営者に報告が上がり、内部の課題として採り上げて再発防止の対応をしています。 |
| | 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利用者や保護者に対して発信しているか | ○ | | | 毎月1回ばんきっずレターを作成し、様々な情報をお伝えしています。 |
| | 35 | 個人情報に十分注意しているか | ○ | | | 昨年度の改善点として、USBの使用やパソコンのセキュリティ対策について、USB、パソコン、書類を原則持ち出し禁止としました。職員個人の守秘義務の順守については、就業規則にも定め、入社時に誓約書の提出を義務付けておりますが、個人の倫理観に委ねています。 |
| | 36 | 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 | ○ | | | 社内ルールや様式を定め、意思疎通や情報伝達に漏れや間違いが無いようにしています。 |
| | 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か | | | ○ | 地域住民を招待するような行事は開催していません。ただし、日常において、清掃や騒音に注意し挨拶を行うなど、地域に溶け込む対応を心がけています。 |
| 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か | ○ | | | 通所施設ですので、非常時対応マニュアルの策定は必要最低限に留めています。具体的には、非常災害対策計画、避難確保計画、及び感染症対策マニュアルは策定済みですが、防犯マニュアルは未策定です。防犯については、万一のことが発生した場合には、全力で利用者や身の安全を守り、大声で周囲に危険を知らせ、警察に連絡するのみとの理由から定めておりません。保護者への周知・説明については、警報発令時やインフルエンザ流行時に、都度お知らせしています。 |

| | | | | | |
|---------|----|---|---|--|--|
| 非常時等の対応 | 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か | ○ | | 毎年2回、主として火災を想定した訓練を実施しています。ただし、実際に非常災害が発生したとき、利用者が靴を履くのを待っていることはできないと思いませんし、担当を決めていてもその通りにはいかないと思います。今後は、スタッフの行動訓練を重点的に実施したいと考えています。 |
| | 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か | ○ | | 毎年1回以上、社内研修、もしくは希望者が外部研修に参加し研修結果を公開することにより、虐待防止に関する周知を図っています。 また、手を握る行為等、日常行動で自然に実施している振る舞いが虐待と見做されることについても、打ち合わせ時等に指導教育を行い、意識を高めています。 |
| | 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、利用者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 | ○ | | 組織として、切迫性、非代替性、一時性が認められる時には身体拘束を行うことを周知しています。また、契約時には、重要事項説明書において、身体拘束についての説明を行い、必要と思われる場合には身体拘束を行う旨を保護者へ事前説明し、了承を得ています。 なお、個別支援計画の記載は、身体拘束に関して記載する必然性がある利用者がいませんのでしておりません。 |
| | 42 | 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 | ○ | | 保護者からの連絡により、アレルギーの確認はしています。誤食が無いように席や食器、掃除等にも配慮し、ご自宅からご持参いただいたおやつを食べていただいています。 |
| | 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か | ○ | | 日常の業務を通じて、危険だと感じたことを報告し、その対策に努めています。また、器物破損やケガ等の事故が発生した時には、必ず文書で報告を行い、その再発防止策を講じるとともに、報告書を掲示し周知に努めています。 その他、3か月に1度、各拠点の設備チェックを行い、事故の未然防止に努めていますし、ヒヤリハット研修についても、毎年実施しています。 |