

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 5年 3月 31日

事業所名 チャイルドハートななくま

| | 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 | 8 | | 活動プログラムに応じて、グループをローテーションしたり、仕切りや机の配置で活動スペースの確保をしたりしている。 | 事業所が2階建てで、1階と2階に分かれているため、安全面や密にならない空間づくりを考慮し、職員を各部屋に配置しての見守り実施と、防犯カメラの設置をしている。 |
| | 2 職員の配置数は適切である | 8 | | 規定の配置基準を順守した配置をしている。 | 規定の配置基準よりも多い職員配置を行っている。児童指導員要件も考え、有資格職員のみならず、専門性を重視して他分野での職務経験を持つ職員も配置している。 |
| | 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 | 8 | | 安全面を考慮し、レイアウトや防御カバー、視覚的にはっきりわかる目印などの設置を行っている。 | 施設面のバリアフリー化までの必要はないが、階段や段差部分をテープで被う、手すりの設置などを行っている。 |
| 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、広く職員が参画している | 8 | | 毎朝のミーティングや送迎後の振り返りで、児童や保護者に関する情報や課題とその解決策について協議し共通理解を図っている。 | 毎朝のミーティングや送迎後の振り返り、毎月のカンファレンスなどで、業務運営に関する問題の洗い出しと改善案などについて協議し、共通認識の下で改善策を実行するようにしている。 |
| | 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 | 8 | | 保護者アンケートの結果を全職員で分析し、解決すべき課題の解明と、今後の取り組みの明確化を図っている。 | 改善点はすぐに実行した上で、再度検証を行う。また、物理的に解決困難事項や、中長期的な観点で解決していく内容については、いつどのように取り組むかの見通しを明確にするようにしている。 |
| | 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 | 8 | | 毎年度当初に自己評価結果を公表している。 | ホームページ上で公開している。また、ニュースレター(会報誌)でも評価内容に関する事柄を取り上げ、発信している。 |
| | 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 | 8 | | 本年度、外部評価委員による第三者評価を年2回実施した。その評価結果を職員間で読み合わせして、どんなことが業務改善につながるか話し合いをして共通理解を図った。 | 権利擁護等に関する職員の自己チェック(年3回)の結果と第三者評価結果を関連付けて、業務改善につなげるための取り組みを今後も計画的に進めている。 |
| | 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 | 8 | | 全体研修や事業所内での研修(講義、ワークショップ)、外部研修での報告会や資料の閲覧を通して、研修内容の共有化を図っている。 | 毎月、ガイドラインの主旨や意義などを理解する研修や、有資格者による勉強会などを実施している。また、外部から専門家招聘の研修会も実施し、職員の資質向上を図っている。 |
| | 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 | 8 | | 適切なアセスメントになるよう、保護者との面談や職員からの情報を加味して、個別支援計画書を作成し、その後、全職員でカンファレンスを行い、共通理解するようにしている。 | 保護者からの聞き取りと、相談支援専門員との情報交換、職員からの情報提供をもとに、児童の発達課題を明確にした個別支援計画書の作成を行っている。また、必要に応じて個別支援計画書は更新している。 |
| | 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 | 8 | | 保護者との談話内容や全職員からの情報提供を参考にして、FIMの各項目についての状況分析・課題の洗い出しを行うなどの活用を行っている。 | 国際基準であるFIMの評価シートを使用して、アセスメントやモニタリングを行っている。実際の評価は児童発達支援管理責任者を中心に行い、個別支援計画書の作成や更新に生かしている。 |
| | 11 活動プログラムの立案をチームで行っている | 8 | | ガイドラインに則り、各職員の専門性や創造性を生かすような活動プログラムづくりに努めている。 | コロナ感染の状況の中、密にならない空間づくりによる活動内容の設定や、制限がかかる外出先の選定など創意工夫しながら、社会性や自立心の育成を図る体験的活動を仕組んでいる。 |
| 適切な支援の提供 | 12 活動プログラムが固定化しないよう工夫している | 8 | | プログラム作成時には、同じ曜日に同じ活動が集中しないよう、また、同じ活動でも職員の創意工夫や特技を生かした活動内容を設定するなどの工夫を行っている。 | プログラムの目的や目標を明確にした活動を仕組み、どのように職員が関わるのか、どんな力を育てていきたいのかを職員間で話し合い、その際の関わり方はどうあればよいかなど詳細に渡って共通理解するようにしている。 |
| | 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 | 8 | | 長期休暇の課題については、事前に保護者から情報(範囲・内容)を提供してもらい、一覧表にして掲示し、全職員が意識して対応できるようにしている。また、課題の完遂までのスケジュールや目標を立て、確実に取り組むことが出来るように個別支援を行っている。 | 長期休暇や祝日などは、コロナ禍でも活用できる社会資源を選定し、可能な限り多様な経験が出来るように内容・場所等の設定を行っている。その経験が、長期休暇の課題内容(例えば日記や作文の題材)に直結するよう工夫している。課題については、保護者の要望や児童の意欲を考えながらスケジュール化を図り、計画的にスムーズに取り組めるように支援を行っている。 |
| | 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 | 8 | | 毎月の活動プログラム計画の作成時だけでなく、毎日の活動プログラムにおいても、個別と集団活動の組み合わせの効果をいかに引き出すか、その手順や取り組み方などについて全職員で協議しながら進めている。 | 児童発達支援管理責任者が立案した個別・集団活動の目標を達成したのか、目標達成の根拠などの事実に基づいているのかについて、カルテに記載するとともに、情報を出し合い、客観性・実効性を高めるようにしている。 |
| | 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 | 8 | | 毎朝ミーティングで、その日の支援体制や支援内容、タイムテーブルなどについて事前打ち合わせを綿密に行い、漏れやミスがないようにチェックしている。また、役割分担表も合わせて確認し、ダブルチェックで確実性を高めるようにしている。 | 毎日必ず始業時に、また、急な変更が出た場合、送迎前や送迎後にも必要に応じて時間を取り、全職員で確認し業務にあたっている。 |
| | 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 | 8 | | 当日の児童の活動の様子や活動の手順、保護者との談話など、問題点と思われることだけでなく洗いざらい出し合い、翌日の活動や支援の工夫改善に生かすようにしている。 | 風通しの良い職場環境づくりを目指し、各職員が感じたことを何でも言える場を設定して、多角的・多面的な視点からの意見をすべて吸い上げるようにしている。それらを整理しながら、協働的な態勢づくりに努めている。 |
| | 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 | 8 | | 支援記録をもとに、個別支援計画書の項目に沿って、支援内容の改善点はないかなどについて、必ず翌日のミーティングで情報共有を行っている。また、児童発達支援管理責任者が記載している保護者からの相談内容についても、職員と情報共有し、全職員が同じスタンスで取り組むよう意思統一を図っている。 | 毎日、個別支援計画書に沿った支援記録表への記載事項について職員間で共有化を図っている。また、支援するにあたって、緊急に保護者への報告・連絡が必要場合には、管理者が保護者と直接対処する体制づくりを行っている。 |
| | 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 | 8 | | 児童の発達課題を明確にしながらモニタリングを行い、適時、個別支援計画書の改善に生かしている。 | 支援開始前と原則6か月ごとのモニタリングを実施している。モニタリングに記載した内容については、保護者にも説明し、理解が得られるようにしている。また、必要に応じてモニタリングを実施し、その内容に即して個別支援計画書の見直しを行っている。 |
| | 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 | 8 | | ガイドラインに記載している基本活動を中心に、日々の活動内容をバランスよく配列できているかの確認を行いながら日々の支援を行っている。 | ガイドラインの基本活動の項目をすべて反映させた上で、個別支援計画書に沿った支援を日々行っている。また、支援内容や方法などを詳細に記録しファイリングしている。 |

| | 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 | |
|--------------|--------|--|-----|--|--|--|
| 関係機関や保護者との連携 | 20 | | 8 | 管理者及び児童発達支援管理責任者が参加する体制をとっている。 | 基本的に管理者及び児童発達支援管理責任者が参加している。必要に応じて、児童と関わる密度が高い職員や資格者も参加することがある。 | |
| | 21 | | 8 | 学校の担任や管理職との連絡調整や情報共有を密に行い、何かあれば電話でのやりとりや直接面談するなどの対応を取っている。 | 学校との直接的な情報共有に加え、利用予定表や時間割を活用して連絡調整を行っている。 | |
| | 22 | | 8 | | 医療的ケア児童の受け入れは行っていないが、感染やケガの対応などについて協力医療機関と随時連絡を取っている。 | |
| | 23 | | 8 | 密に連絡を取れる体制づくりに努めている。 | 利用開始前に療育センターや保育園・幼稚園との連絡調整、及び児童の実態についての相互理解を行っている。また、担当者会議に当該児童の園長などに参加してもらうこともある。 | |
| | 24 | | 8 | | 該当児童がいない。 | |
| | 25 | | 8 | 密に連絡が取れるような体制づくりに努めている。 | 福岡市内外のチャイルドハートの児童発達支援事業所や相談支援専門員の助言を受けている。また、事業所としても外部研修への参加を促し、報告会を開催し職員間で研修内容の共有をしている。 | |
| | 26 | | 8 | | 個人情報保護の観点から、現在は行っていない。外部児童との交流に消極的な保護者もいるため、交流を制限するなどの配慮をしている。今後、必要に応じて検討していく。 | |
| | 27 | (地域自立支援)協議会等へ積極的に参加している | | 8 | 積極的に参加できるよう体制づくりをしている。 | 勉強会には参加することもある。 |
| | 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 | | 8 | 担当者会議や送迎時などで、日々の家庭や学校、利用時の様子、今後の課題と考えられることなどについて真摯に話し合える態勢づくりに努めている。 | 日々、保護者との情報共有・共通理解が図れるように努めているが、不足している部分や緊急に対応したほうが良いと判断される案件については、管理者及び児童発達支援管理責任者を中心にして改善を図っている。 |
| | 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 | | 8 | 管理者を中心に直接的な支援だけでなく、会報誌でも児童との関わり方などについて支援も行っている。 | 会報誌や個別面談などで情報提供をしているが、不足部分については、研修を通して対応力のスキルアップを図っている。 |
| 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 | | 8 | 保護者の理解が得られるよう丁寧な説明を心がけている。 | 契約時に重要事項説明書を用いて詳しく説明をしている。また、支援内容については、保護者のニーズや意向が十分反映するように努めている。 |
| | 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 | | 8 | いつでも保護者の悩みや相談に応じる体制をとっている。 | 保護者からの悩みや相談があった時には、真摯に受け止め、誠意をもって相談に応じている。 |
| | 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 | | 8 | 保護者会の在り方について情報収集、共有している。 | 保護者会や見学会などを行っているが、不十分な部分に関しては、今後改善できるよう努めていく。保護者同士の連携を行ってほしくないという意見もあるため、今後連携の在り方については検討を重ねていく。 |
| | 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 | | 8 | 苦情があった場合の報告・連絡・相談体制づくりを確立し、いつでも発動できるようにしている。 | 苦情解決担当窓口と苦情解決責任者を設置しており、苦情に対しては迅速かつ丁寧な対応を心がけていく。解決方法については、全職員で協議した上で、苦情申し立て者に丁寧に説明し理解を得られるようにしていく。 |
| | 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 | | 8 | 会報誌に掲載している内容については、全職員で読み合わせを行い、保護者への話題提供の材料としている。 | 今後も定期的に会報誌を発行して情報提供の一環としていく。 |
| | 35 | 個人情報に十分注意している | | 8 | 毎日のミーティングで、個人情報保護については確認し、徹底するよう意識化を図っている。 | 個人情報保護については日々十分注意しながら業務にあたっている。 |
| | 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 | | 8 | 毎日のミーティングで、保護者への情報伝達の仕方や内容などについて確認しながら、業務にあたるようにしている。 | 児童には言語的・非言語的アプローチや見える化での配慮を行っている。保護者に対しては、日々、情報伝達のための配慮や工夫をする努力をしている。 |
| | 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 | | 8 | 地域行事への参加は行っていないが、地域行事の情報については折に触れ収集している。 | 個人情報保護の観点から現在は地域行事への参加は行っていない。また、それを望まない保護者が多数いることも参加しない要因の一つである。閉鎖的な事業所にならないように、今後は外部講師を招くなど地域に根差した事業所づくりを検討していく。 |

| | 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 |
|---------|--|----|-----|--|---|
| 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 | 8 | | マニュアルはファイリングしており、何時でも閲覧できるようにしている。また、必要があれば随時マニュアルの更新を行っている。法令等改正や時事的な話題に関しては、マニュアルを読み合い、共通認識を高めるようにしている。 | 職員に対しては、マニュアルに基づいた適切な対応がとれるよう個人研修を実施し、マニュアル適応能力の育成に努めている。特に感染症に関しては、コロナ感染予防をはじめとして、感染症対応マニュアルに基づいた適切な対応を丁寧に行い、所内感染を起ささないように努めている。また、緊急時発生の際の連絡体制を事業所内に掲示し、直ぐ活用できるようにしている。保護者に対しては、契約時にマニュアルの説明・閲覧を行っている。また、マニュアルに沿った対応を講じる際には、緊密に連絡し、的確な情報提供を心がけている。 |
| | 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 | 8 | | 年2回(7月下旬～8月中旬・12月下旬～1月中旬)の避難訓練を実施し、反省会を行い次回の訓練に生かすようにしている。また、保護者にも避難訓練に関する情報提供を行っている。 | 年2回の避難訓練だけでなく、日常的に緊急発生時の避難経路の確保や誘導経路、防犯グッズの整理など、チェック・確認を行っている。また、予防策の一環として、防犯カメラの設置を行っている。今後、災害などの緊急事態について、予防的な観点から具体策を講じるよう体制づくりを検討していく。 |
| | 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 | 8 | | 本年度は、4月に虐待防止・身体拘束適正化委員会の立ち上げを行い、定例委員会(年4回)・研修会(年6回)を実施した。また、権利擁護等のチェック(年3回)、第三者評価(年2回)を実施し、客観的な観点で業務改善を進めるよう取り組みを行った。さらに、日常的には、児童への関わり方について全員で振り返り、虐待・身体拘束と思われる言動はなかったのか相互チェックを入れ、独断的な判断に陥らない風土づくりに努めている。万一、問題と思われる言動があった場合には、事態の分析を行い、改善策を考え、次の支援に生かすようにしている。 | 虐待や3要件に該当しない身体拘束は、絶対にしないことを念頭に置き、職員間で自他の言動を分析的かつ俯瞰的に振り返ることを日課にしている。その中で、問題点や改善点を洗い出し、次に生かしていく意識の流れを大切にしている。また、事例研究やワークショップなどの研修を実施し、研修後、評価表による自己評価を通して、日頃の児童への関わり方を検討し合い、改善すべき点は全職員で協議し、虐待行為が必然性かつ必要ない身体拘束は絶対に行わないという共通認識に立てよう職場の雰囲気づくりを今後も継続的に進めていく。 |
| | 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 | 8 | | 適正化委員会の研修を通して、虐待行為の禁止とともに、3要件に該当しない身体拘束の状況をつくらない支援のあり方を職員全員で話し合い、予測・予防できる職員体制づくりを進めている。また、日頃の支援の状況の振り返りを行うとともに、多角的に情報を収集し、職員の意識向上を図っている。 | 身体拘束3原則に沿って行使した事例はこれまでひとつもない。身体拘束については、契約時に保護者に説明した後、同意書ももらっている。今後も職員の意識向上を図るため、所内研修を進めていく。 |
| | 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 | 8 | | 保護者からのアレルギーに関する情報は視覚的に見える化し、共通認識による対処ができるようにしている。 | 医師の指示書が出るようなアレルギーのある児童は来所していない。軽度のアレルギーに関しては、アセスメント時に聞き取りを行い、活動内でアレルギーを引き起こすようなプログラムづくりを行わない配慮をしている。 |
| | 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 | 8 | | 朝会や夕会での情報交流の際に、ヒヤリハットと思われる事案を出し合い、共有化を図るようにしている。また、日々の記録をファイリングし、いつでも閲覧できるようにしている。 | インシデント・アクシデントを含めて、その日のうちに作成し、全職員の周知徹底するようにしている。また、作成は発見した職員が行い、それを管理者が確認し、ファイリングし、いつでもだれでも閲覧できるようにしている。 |