

公表

事業所における自己評価結果

事業所名	独立行政法人国立病院機構長崎病院（放課後等デイサービス）					公表日	令和8年3月12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。	4		基準通りに対応しています		
	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。	4		基準通りに対応しています。スタッフが休みの時は他からの応援にて対応しています		
	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。	4		バリアフリー、床暖房を整備し、季節に合った室内温度設定にも注意しています		
	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。	4				
	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。	4				
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。	4		職員1人1人が目標を計画を立案し、取り組んでいます		
	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。		4		今年度はアンケートを実施できませんでした。その都度意見を聞き業務改善に取り組んでいます。	
	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。	4				
	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。		4		第三者機関による評価は受けていません	
	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。	4		院内や部署での学習会や院外研修に参加しています。		
適切な支援の提	11	適切に支援プログラムが作成、公表されているか。	4		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。	4		利用時の細やかな観察や保護者への聞き取りを元に計画を作成しています。		
	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。	4		支援会議を開きスタッフ全員で検討しています		
	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。	4		朝の開始時に利用者の体調チェックと保護者からの情報を共有し支援内容や役割分担を確認して行っています。年齢や		
	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。	4		標準化されたアセスメントシートを使用しています。		
	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。	4		サービス管理責任者を中心にスタッフ間で検討し目標設定、支援内容を設定しています。		
	17	活動プログラムの立案をチームで行っているか。	4		保育士が中心となり療育プログラムを立案しチームで協力しながら療育の充実を図っています。		
	18	活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。	4		毎月工夫しながら計画を立案し実践しています。計画内容は保護者に連絡帳と共に渡しています。		

供	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。	4		年齢や個性に応じて支援内容を考え、支援計画を作成しています。	
	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。	4		朝の開始時に利用者の体調チェックと保護者からの情報を共有し支援内容や役割分担を確認しています。	
	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。	4		気になることがあれば、その都度情報を共有しています。	
	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。	4		個別支援経過や療育計画に沿った記録・評価をしています。日々の記録についても改善に努めています。	
	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。	4		6か月に1回モニタリングを行い計画の見直しを行っています。	
	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。	4		全体活動と個別活動があります。事前のアセスメントを元に本人に合った活動内容、方法を検討し実施しています。	
	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。	4		必ず本人に確認してから支援を行うようにしています。	
関係機関や保護者との連携	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。	4			会議の開催がありませんでした。サービス管理責任者、受持ち看護師が参加する体制です。
	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。	4			
	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。	4			学校との情報共有はできていません。保護者より情報を得て支援をしています。
	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。	4		対象者なし	対象者がいる時は、移行支援会議があります。
	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。	4			4月より利用者1名あり学校との移行支援会議で情報の共有を行いました。
	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。	4			直接的な連携はありませんが、必要時院内の医師と連携し対応できるようにしています。
	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。	4			交流する機会は設けていませんが、対応できる体制となっています
	33	（自立支援）協議会等へ積極的に参加しているか。	4			協議会等の案内が無く今年度は参加できていません。参加できる体制にはなっています。
	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。	4			連絡ノートや送迎時、保護者との情報交換を行い、共通理解できるようにしています。
	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。	4			直接的な支援はありませんが、必要時対応できる体制となっています。
	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。	4			利用開始時に資料を基に説明させていただいています。
	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。	4			個別支援計画の原案を基に個別面談を行い確認しています。
	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。	4			個別面談でサービス管理責任者が保護者に対して支援内容を説明し同意を得ています。
	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。	4			利用者の状況と合わせて保護者の状況も聞くようにしています。お困りの事があれば解決策を共に考えていく体制にしています。

保護者への説明等	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会を設ける等の支援をしているか。		4		今年度は父母の会の活動はありませんでした。父母の会による研修など協力していく体制にしています。
	41	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か。	4		医事専門職・看護師長・サービス管理責任者が窓口となり対応しています。今年度は苦情はありませんでした。	
	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子どもや保護者に対して発信しているか。	4		長期の休みのみ利用する為、その期間の月中活動や食事内容をご家族へ渡しています。	
	43	個人情報の取扱いに十分留意しているか。	4		国立病院機構の規則に沿って慎重に対応しております。毎年保護者の方々に個人情報の取り扱いについて説明しています。	
	44	障害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か。	4		連絡帳への記載および口頭での情報伝達は利用日毎に行うようにしています。	
	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。	4		現在、特に実施していませんが、地域と密着した運営ができるような体制にしています。	
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。	4		マニュアルはあり職員への周知を図っていますが、保護者への周知までには至っていません。感染対応については、その都度保護者に説明しています。	
	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。	4		院内の規定に沿って定期的に行っています。	
	48	事前に、服薬や予防接種、てんかん発作等の子どもの状況を確認しているか。	4		利用時に保護者から情報提供をいただき確認できる体制になっています。	
	49	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か。	4		当院の栄養管理室に確実に伝達し、現場スタッフも周知しています。	
	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。	4		院内の規定に沿って研修や訓練に参加できる体制にしています。	
	51	子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。	4		何かあればすぐに連絡できる体制になっています。家族への周知までには至っていません。	
	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。	4		外傷などで処置が必要でなかった時でも報告し全体で情報共有が出来る体制になっています。	
	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。	4		院内の虐待防止研修に全員が参加し適切な対応に努めています。問題点、対策を立て虐待防止に向けた取り組みを行っています。	
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、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か。	4		面談時に身体拘束について説明し同意を得てサインをいただいています。日々の記録に残し1回/週カンファレンスを行っています。		