

公表

事業所における自己評価結果

| 事業所名 | 岩手県立療育センター「かがやき」 | | 公表日 令和7年10月9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。 | 7 | | 現状では適切である。生活介護事業との共有がある。 | |
| | 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。 | 7 | | 適切である。法令で定められている人員基準以上の職員を配置している。 | |
| | 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。 | 7 | | 食堂、トイレ、活動ルーム等はカーテンやパーテーションで仕切ることができるため、分かりやすい生活空間となっている。車椅子、バギー利用者が安全に過ごすことができるよう室内はバリアフリー化している。掲示物や情報には写真等を使用し視覚支援を行っている。 | |
| | 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、子ども達の活動に合わせた空間となっているか。 | 7 | | 職員、外部業者により毎日清掃、室内の消毒を行い、清潔を保持している。室内は生活介護事業との共有となるため、活動時は、利用児童に合わせた空間づくりを行っている。 | |
| | 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。 | | 7 | 事業所に個室は無いが、ベッド1台ずつカーテンで仕切り、個別の空間を提供することはできる。 | 個別空間で過ごすことができるよう、パーテーションの活用などを検討していく。 |
| 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。 | 7 | | 事務分担により業務を遂行し、反省を行い結果について職員で検証している。職員間で随時話し合いを実施し、よりよい業務を行うことが出来るよう取り組んでいる。 | |
| | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 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。 | 7 | | 日々の朝礼、終礼の他、月1回の職員会議で職員の意見を把握する機会を設け、業務改善に繋げている。 | |
| | 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。 | 7 | | 法人監査を行っている。 | |
| | 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。 | 7 | | 県内外の研修、職場内研修に参加して他、法人主催の研修にも参加し、職員の資質向上を図っている。 | |
| 適切な支援 | 11 | 適切に支援プログラムが作成、公表されているか。 | | 7 | 今年度、登録利用者が居ないため、今年度の支援プログラムは公表していない。 | 医療的ケアが必要な利用者の支援プログラムを作成し、利用児童に対して適切な支援を行っていく。 |
| | 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、児童発達支援計画を作成しているか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | こどものアセスメントを適切に実施できるよう、職員の専門性の向上を図っていく。 |
| | 13 | 児童発達支援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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 14 | 児童発達支援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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | 利用者のアセスメント表を見直し、5領域を踏まえたアセスメントツールを作成する。 |
| | 16 | 児童発達支援計画には、児童発達支援ガイドラインの「児童発達支援の提供すべき支援」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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | 児童発達支援計画の様式を児童発達支援ガイドラインに沿った内容に変更する。 |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|
| × 援 の 提 供 | 17 | 活動プログラムの立案をチームで行っているか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 18 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 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る児童発達支援計画を作成し、支援が行われているか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、支援記録の仕組みは整っている。 | |
| | 23 | 定期的にモニタリングを行い、児童発達支援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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、家族を交えての児童の個別支援計画の評価、見直しの仕組みは整っている。 | |
| 関 係 機 関 や 保 護 者 と の 連 携 | 24 | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、会議には児童発達支援管理責任者または児童の担当職員が出席することとしている。 | |
| | 25 | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、サービス担当者会議への参加、退院カンファレンスの参加など、連携して支援を行う体制は整えている。 | |
| | 26 | 併行利用や移行に向けた支援を行うなど、インクルージョン推進の観点から支援を行っているか。また、その際、保育所や認定こども園、幼稚園、特別支援学校(幼稚部)等との間で、支援内容等の情報共有と相互理解を図っているか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 27 | 就学時の移行の際には、小学校や特別支援学校(小学部)との間で、支援内容等の情報共有と相互理解を図っているか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 28 | (28～30は、センターのみ回答) 地域の他の児童発達支援センターや障害児通所支援事業所等と連携を図り、地域全体の質の向上に資する取組等を行っているか。 | | | | |
| | 29 | 質の向上を図るため、積極的に専門家や専門機関等から助言を受けたり、職員を外部研修に参加させているか。 | | | | |
| | 30 | (自立支援)協議会こども部会や地域の子ども・子育て会議等へ積極的に参加しているか。 | | | | |
| | 31 | (31は、事業所のみ回答) 地域の児童発達支援センターとの連携を図り、必要に応じてスーパーバイズや助言等を受ける機会を設けているか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 32 | 保育所や認定こども園、幼稚園等との交流や、地域の中で他のこどもと活動する機会があるか。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 33 | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| 34 | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | | |
| 35 | 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。 | | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、契約時や運営規定、料金の変更などの内容の変更が生じた都度、説明を行うこととしている。 | | |

| | | | | | |
|----------|----|--|---|---|--|
| 保護者への説明等 | 36 | 児童発達支援計画を作成する際には、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で踏まえて、こどもや家族の意向を確認する機会を設けているか。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 37 | 「児童発達支援計画」を示しながら支援内容の説明を行い、保護者から児童発達支援計画の同意を得ているか。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 38 | 定期的に、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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 39 | 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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 40 | こどもや保護者からの相談や申入れについて、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、相談や申入れがあった場合に迅速かつ適切に対応しているか。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 41 | 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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 42 | 個人情報の取扱いに十分留意しているか。 | 7 | 個人情報の取り扱いに関する事業所のマニュアルを整備している。 | |
| | 43 | 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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 44 | 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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、療育センターで地域懇談会を開催している。また、ボランティア受け入れの仕組みもある。 | |
| 非常時等の対応 | 45 | 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。 | 7 | 事業所のマニュアルを作成し、訓練や職場研修を行っている。 | |
| | 46 | 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。 | 7 | 業務継続計画を策定し、防災訓練は月1回行っている。 | |
| | 47 | 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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、契約時に医療状況の確認する場を設定している。 | |
| | 48 | 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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施であるが、療育センター内の栄養士、給食担当との連携により、アレルギー対応食の提供は可能である。 | |
| | 49 | 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。 | 7 | 安全計画は作成済み。職場内研修で安全管理について研修している。 | |
| | 50 | 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。 | 7 | 登録利用者がいないため未実施。 | |
| | 51 | 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。 | 7 | 法人のリスクマネジメント実施要綱に基づき、発生の都度インシデント・アクシデントレポート通して職員間で確認、対策を検討し情報共有している。 | |
| | 52 | 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。 | 7 | 外部研修、職場内研修に参加している。 | |
| | 53 | 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、児童発達支援計画に記載しているか。 | 7 | 法人の虐待防止要綱及び身体拘束等取扱要領に基づき、ご本人の状況について家族との確認、同意書を交わしている。職員間での定期的な振り返りを行っている。 | |