

平成30年度 通所サービス自己評価結果及び改善点(事業所)

国立病院機構七尾病院
通所支援事業

| | | チェック項目 | はい | どちらとも いえない | いいえ | 改善目標、工夫している点など |
|------------------|---|---|----|---------------|-----|---|
| 環境・ 体制整備 | ① | 利用定員が療育訓練室等スペースとの関係で適切であるか | | ○ | | 日によって利用者が多い時や活動内容によっては、手狭に感じることもある。施設基準としては問題ないが、配慮をしていく必要がある。 |
| | ② | 職員の配置は適切であるか | | ○ | | 施設基準としては問題ないが、利用者が多い時やその日の職員数により院内で協力できる体制を作っている。今後も継続する。 |
| | 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か | ○ | | | 出入口、事業所内については、段差もなくフラットな状態になっている。 |
| 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か | | ○ | | 日頃から、業務等に対して意見を出し合い、できることは改善するよう努めている。今後も引き続き行っていく。 |
| | 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 | ○ | | | 昨年度より、本格的なアンケートを実施している。保護者から頂いた意見を把握し、個別に対応したり、業務内容を見直している。毎日の連絡ノートからも利用者からの意向を迅速に把握している。 |
| | 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か | ○ | | | 年1回以上実施し、公開する |
| | 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か | | ○ | | 行政機関等実地指導をしていただき、その結果を受けて業務改善に努めていく。 |
| | ⑧ | 職員の資質向上のため、研修の機会を確保しているか | ○ | | | 院内研修が定期的に多数開催されており、職員が参加している。 |
| 適切な 支援の 提供 | 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、個別支援計画を作成しているか | ○ | | | 日々のかかわりや、個別面談で利用者家族のニーズを確認し、これまでの課題も含め、個別支援計画に反映させている。 |
| | ⑩ | 活動プログラムの立案をチームで行っているか | ○ | | | 関係スタッフの意見も聞きながら個別支援計画を作成している。年1回以上関係スタッフによるケア会議を実施している。 |
| | ⑪ | 活動プログラムが固定化されないよう工夫しているか | | ○ | | 時期、メンバー等に合わせて集団活動や個別的な活動を行っている。活動がマンネリ化することもあるため、希望等も聞きながら工夫をしていきたい。 |
| | ⑫ | 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 | | ○ | | ひとりひとりの状態等に合わせた支援は行っているが、支援内容や活動内容については、今後もスタッフ間で十分に検討を重ねていく。 |
| | ⑬ | 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る個別支援計画を作成しているか | ○ | | | 年齢、状況、状態等に応じて、計画を作成し、概ね実施できているが、今後も検討をし、より良い支援になるよう努力していく。 |
| | ⑭ | 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 | ○ | | | 支援開始前には、関係スタッフが集まり、その日の予定や全体的な連絡、役割等について確認している。日頃からスタッフ間のコミュニケーションも意識し支援を行っている。 |

| | | | | | |
|------------|---|---|---|---|--|
| | ⑮ | 支援終了後には、職員間で必ず打合せをし、その日に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 | ○ | | 各部門ごとに申し送りの記録を書いたり、気づいたことや課題などについてはスタッフ間で情報共有している。 |
| | ⑯ | 日々の支援に関して正しく記録を取ることを徹底し、支援の検証・改善につなげているか | ○ | | 毎日記録は残している。支援の改善点についてはスタッフ間で確認し、次回につなげられるようにしている。 |
| | ⑰ | 定期的にモニタリングを行い、個別支援計画の見直しの必要性を判断しているか | ○ | | モニタリングを行い、6ヶ月に1回計画の見直しを行うことができている。 |
| | ⑱ | ガイドラインの総則の基本活動を複数組み合わせさせて支援を行っているか | | ○ | ガイドラインを十分に活用できていない。今後は、ガイドラインを基に研修等を行っていく。 |
| 連携・連絡体制 | ⑲ | 学校との情報共有(年間計画・行事予定の確認等)、連絡調整(トラブル発生時の連絡等)を適切に行っているか | ○ | | 常に連絡調整ができる体制を作っている。 |
| | ⑳ | 医療的ケアが必要な利用者を受け入れる場合、利用者の主治医等との連絡体制を整えているか | ○ | | 当院に主治医がいる場合は連絡が取りやすいが、他院で診察を行っている場合は、必要に応じて連絡が取れるよう準備はしている。 |
| | ㉑ | 地域自立支援協議会等への積極的に参加しているか | ○ | | 職員全員ではないが、代表で自立支援協議会に参加している。今後も継続していく。 |
| | ㉒ | 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 | ○ | | 送り迎えの際には、できるだけご家族とコミュニケーションを取るよう心がけ、共通理解できるようにしている。 |
| 保護者への説明責任等 | ㉓ | 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 | ○ | | 契約時には、必ず説明を行っている。また、運営規程等については、いつでも見られる場所に掲示している。今後も、保護者に対して、わかりやすく丁寧な説明をしていく。 |
| | ㉔ | 保護者からの日々の生活や障害の特性等に関する悩み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 | ○ | | 適宜相談や支援が行える体制を作っている。 |
| | ㉕ | 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、苦情があった場合は迅速かつ適切に対応しているか | ○ | | 苦情受付窓口を設置しており、いつでも迅速に対応できる体制を作っている。 |
| | ㉖ | 定期的に機関紙を発行し、活動概要や行事予定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、機関紙『ひなたぼっこ』を発行し、1ヶ月の活動報告、今後の行事予定、献立表等をお伝えしている。 |
| | ㉗ | 個人情報に十分注意しているか | ○ | | 掲示物や写真の掲載等個人情報に係る書類等については、常に保護者の確認を取っている。 |
| | ㉘ | 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 | ○ | | 個々の利用者の特徴を把握し、かかわると共に、保護者とはできるだけ話しやすい対応や環境を作るなど、配慮している。 |
| 非常時等の対応 | ㉙ | 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 | | ○ | 各種マニュアルは整備されているが、特に保護者への周知が不十分な面がまだある。保護者には個別に伝えたり、わかりやすい場所にマニュアルを掲示しているが、今後も周知できるよう対応を工夫していく。 |
| | ㉚ | 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 | | ○ | 施設全体としては、避難訓練等を行っているが、通所事業所に関しての訓練はあまり行われていない。今後訓練の計画やマニュアルの見直し等を行えるようにする。 |
| | ㉛ | 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 | ○ | | 毎年施設内で全員対象の虐待防止研修を実施したり、セルフチェック等を実施し、自ら振り返りの機会を作っている。 |
| | ㉜ | 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、個別支援計画に記載しているか | | ○ | 身体拘束等が必要な利用者には、契約時に確認し、同意を得るようにしている。 |