

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 南九州病院 通所すまいる		公表日		2026年 2月 27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。	5		利用者に合わせて配置等を工夫し、十分な活動スペースが確保できるように努めています。また、活動内容に応じ別室での活動を行っています。	
	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。	5		院内共有フォルダーにて利用者が把握できるようになっており、応援態勢ができるようになってます。また、医療ケアの処置が重なった場合など支援体制を行っています。	利用者の医療ケアが高くなっており、より密な応援体制が必要である。
	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。	5		必要に応じて補助道具を活用し、個々人の能力に応じて生活ができるように整えています。設備は全てバリアフリーとなっています。	
	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。	5		毎日、環境整備を行っています。活動で使用する道具は使用のたびに消毒を行っています。	
	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。	5		複数の部屋を確保することが可能です。活動内容や状況に応じて別室での活動も行っていきます。	
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。	5		いただいた意見は職員間で共有し、対応するように努めています。変更点や課題などは共有しています。	
	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。	5		前年度、保護者向けの評価表により事業所の評価をしていただき、保護者の意向などを把握することができました。今年度のご意見も参考にさせていただきます。業務改善に繋げていきたいと思えます。	
	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。	5		気づきや課題などはすぐに共有し、対応を検討しています。ケースによっては会議の場で議論を重ねて対応しています。	
	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。		5		
	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。	5		地域開催の勉強会に可能な限り参加し、参加できなかった職員に伝達しております。また、院内での研修やオンラインでの研修に全員参加しました。他にも職能団体が主催する研修等に参加し自己研鑽を重ねています。	
	11	適切に支援プログラムが作成、公表されているか。	5		当院のホームページに掲載しています。	
	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。	5		関係職種で行うアセスメントの他にご家族より家庭や他事業所での様子を伺い、さらにはモニタリング等で得た情報をもと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。	5		計画作成時は各職種で計画案を作成しています。その後、他職種間で会議を行い、目標や支援方法についてなど検討を行い、支援につなげています。	
	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。	5		計画に沿った支援を行っています。状態像の変化が見られた際は支援について再検討を行っています。	
	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。	5		関係職種で行うアセスメントの他に遠城寺式発達検査を定期的に行い、発達に沿った支援ができるよう努めています。	
	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。	5		5領域に沿った計画を立案し支援をしています。また、定期的な評価により計画の見直しを行っております。	

適切な支援の提供	17	活動プログラムの立案をチームで行っているか。	5	当所の支援計画書は、本人やご家族の要望に応じて医療、看護、療育、リハビリ科の4部門それぞれの計画内容と5領域や家族・地域・移行支援を含めた提供すべき支援内容で計画書を作成しています。	
	18	活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。	5	利用者の趣味嗜好、発達年齢、ADLに応じた活動を提供しています。	
	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。	5	状況に応じた活動体制がとれるように調整しています。	
	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。	5	活動内容については事前に打ち合わせを行い、支援方法やそれぞれの役割について検討しています。	
	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。	5	活動内容の振り返りだけでなく、利用者の様子、反応、評価を含めて振り返りを行っています。	
	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。	5	日々の記録はすべて電子カルテに記載しています。個別支援計画に沿った記録を行い、振り返りができるようにしています。	
	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。	5	担当者間で定期的なモニタリングを実施し、必要時には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。	5	自立支援、創作活動、余暇の提供とともに支援計画に盛り込み提供しています。地域交流に関しては地域のイベントに参加する機会は設けていませんが、不定期に地域のボランティアの方々との交流を行っています。	
	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。	5		
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。	5	可能な限り、会場での会議に参加し施設での活動や関わり、様子を伺い情報共有しております。遠方や日程調整が困難な時は、文書やお電話で対応させて頂き、後日、相談支援員より情報をいただいています。	
	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。	5	主治医との連携はもちろんのこと、関係機関と必要時に連絡が取れるように努めています。	
	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。	5	年間行事等の共有は行っています。	
	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。	5	モニタリングや担当者会議等で引き続き情報共有を行っています。	
	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。	5	放課後等デイサービスを開始してから障害福祉サービス事業所移行したケースがありません。今後、対象となった際は実施します。	
	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。	5	現在、その機会を設けてはいませんが、地域で開催されている研修に参加しています。	
	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。	5		
	33	（自立支援）協議会等へ積極的に参加しているか。	5	業務調整を行い、参加しています。参加ができなかった職員については情報共有を行っています。	
	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。	5	連絡帳への記載の他、送迎の際の様子をお伝えするようにしています。活動場面の他、日常生活の中での些細な変化などご家族に伝え、共有しています。	

	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。	5	相談や気になることがあった際は、アドバイスや課題を共有し改善に向けて話し合っています。また、医療ケアに関することであれば、看護師より、生活スキルに関することやきょうだい児に関することなどは保育士より専門の立場からアドバイスを行っています。	
保護者への説明等	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。	5	利用契約時に行っています。	
	37	放課後等デイサービス提供を作成する際には、子どもや保護者の意思の尊重、子どもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて、子どもや家族の意向を確認する機会を設けているか。	5	ご家族の思いに加え、子どもにとって最善の方法が見出せるよう話し合いを行っています。	
	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。	5	毎年、面談にて計画の説明を行っています。また、定期的に評価を行い、ご家族の意向を確認しています。	
	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。	5	相談を受けた際はもちろん、療育や支援で携わりながら必要と思われる助言や支援を行っています。	
	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軸を設ける等の支援をしているか。	5	R3年度に親の会より解散の希望があり、その後実施していません。必要に応じて保護者同士の連携がスムーズにできるよう支援に努めてまいります。	
	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。	5	相談や申し入れについての体制は整備してあります。申し入れがあった際はすぐに対応できるようにしています。	
	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。	5	月案を毎月発行し療育内容や連絡事項などお伝えするようにしています。また、SNSにて活動の様子を紹介する機会を設けています。	
	43	個人情報の取扱いに十分留意しているか。	5	保護者より個人情報についての同意書を書いていただき、取り扱いについては十分注意しています。	
	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。	5	子どもが表情や発声で発信してくれる思いを共有できるようにしています。また、保護者へはお迎え時や連絡帳に記入して、その都度報告するようにしています。	
	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。	5	通所独自の行事では実施していません。また、2025年度は、地域住民を招待して病院主催の行事も行われませんでした。今後も、病院方針になるため不明です。	
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。	5	救急対応、不審者侵入時、感染症対応マニュアルがあります。災害訓練当日利用される対象児の保護者へ説明や許可をいただくため、お伝えしていますが、マニュアルについての保護者への周知はできていない部分もあるため、今後周知に努めてまいります。	
	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。	5	台風、火災、地震、停電、桜島噴火などを想定したマニュアルがあります。実際に利用者に参加してもらい、マニュアルに沿った避難訓練を行っています。	
	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。	5	利用開始時、個別面談の際に確認を行っています。発作時の様子や対応についても確認しています。	
	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。	5	アレルギーのある子どもについては、医師の指示のもと、食後の全身の様子観察を行い、安全にお食事をとっていただけるよう配慮しています。今後も医師、ST、栄養士、ご家族と情報共有を行いながら、子どもが安全においしく食事が取れるよう配慮していきたいと思っています。	
	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。	5	安全計画を作成し、計画に基づいた研修や訓練、環境整備等を行っています。	
	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。	5	緊急時対応については説明を行っています。	
	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。	5	ヒヤリハットについては発生後、速やかに共有し、対応を行っています。さらに院内のヒヤリハットを共有し、防止に努めています。	

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。	5	毎月倫理勉強会を行うとともに、互いに気づいた対応については随時話し合いをしています。また、当院の虐待防止研修、自己研鑽で外部の虐待防止研修に参加しています。	
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、こ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。	5	支援計画書には記載していませんが、保護者への説明は身体拘束に関する説明・同意書に沿って行っています。安全対策として車いすベルトやベッド柵をつけることがあります。定期的に身体拘束及び抑制に関する検討会を多職種で行い、決定したものを支援計画の説明時に安全対策として説明を行い、ご家族に同意を得ています。今後も、身体拘束の削減に努めてまいります。	