

児童発達支援事業所における自己評価結果(公表)

公表:令和 6年 5月 14日

事業所名

IQLino吹田校

| | | 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 | 100% | 0% | 適切である | |
| | 2 | 職員の配置数は適切である | 100% | 0% | 適切である | |
| | 3 | 生活空間は、本人にわかりやすく構造化された環境になっている。また、障害の特性に応じ、事業所の設備等は、バリアフリー化や情報伝達等への配慮が適切になされている | 100% | 0% | 適切である | |
| | 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。また、子ども達の活動に合わせた空間となっている | 100% | 0% | 適切である | |
| 業務改善 | 5 | 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 | 86% | 14% | 業務効率化に伴うシステム導入を段階的に検討、取り入れている | 個々の業務目標の滞りのヒアリングを行う |
| | 6 | 保護者等向け評価表により、保護者等に対して事業所の評価を実施するとともに、保護者等の意向等を把握し、業務改善につなげている | 100% | 0% | 集計内容をもとに改善目標としている | 評価表をもとに問題点を集計し、次回の改善点として社内検討にあげる |
| | 7 | 事業所向け自己評価表及び保護者向け評価表の結果を踏まえ、事業所として自己評価を行うとともに、その結果による支援の質の評価及び改善の内容を、事業所の会報やホームページ等で公開している | 100% | 0% | 自社HPでの公開 | 公開していることを全スタッフに共有 |
| | 8 | 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 | 100% | 0% | 外部評価基準をもとに業務見直しを行っている | 優先順位をつけて行っており、未対応箇所もみられる |
| | 9 | 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 | 100% | 0% | 自社および他社の研修機会の提供している | |
| 適切な支援の提供 | 10 | 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、児童発達支援計画を作成している | 100% | 0% | アセスメント作成時には専門スタッフの意見も踏まえた分析もおこなっている | 社内でのケース会議、検討会を実施をより強化する |
| | 11 | 子どもの適応行動の状況を図るために、標準化されたアセスメントツールを使用している | 100% | 0% | 全校共通のシートを使用している | 適宜見直しを行い、グレードの見直しを行う |
| | 12 | 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「発達支援(本人支援及び移行支援)」、「家族支援」、「地域支援」で示す支援内容から子どもの支援に必要な項目が適切に選択され、その上で、具体的な支援内容が設定されている | 100% | 0% | ブランドごとにチームで検討、ブラッシュアップを行っている | スタッフごとの理解度のチェックをより強化 |
| | 13 | 児童発達支援計画に沿った支援が行われている | 100% | 0% | アセスメント作成時には専門スタッフの意見も踏まえた分析もおこなっている | 社内でのケース会議、検討会を実施をより強化する |
| | 14 | 活動プログラムの立案をチームで行っている | 100% | 0% | ブランドごとにチームで検討、ブラッシュアップを行っている | スタッフごとの理解度のチェックをより強化 |
| | 15 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫している | 100% | 0% | ブランドごとにチームで検討、ブラッシュアップを行っている | スタッフごとのスキルにより教育を強化 |
| | 16 | 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る児童発達支援計画を作成している | 100% | 0% | 支援時間や支援計画により細かな設定を行っている | |

| | | 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 |
|--------------------------|--|--|------|-----------------------|--|---|
| | 17 | 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 | 100% | 0% | スタッフの専門性やスキルにより、支援内容や役割分担の確認を行っている | 勤務シフトによっては専門スキルのあるスタッフとの打ち合わせができない場合もあるため、事前に前もって時間を設ける |
| | 18 | 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 | 100% | 0% | 支援終了後に当日、または利用前に支援の内容を振り返り、必要に応じて内容を改定している | 利用が続くお子さんが飽きのこないような、小さなプログラム改定を検討 |
| | 19 | 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 | 100% | 0% | 日々の支援記録の記載は徹底している | 漏れ、似たような記録にならないように、記録の方法を引き続き指導していく |
| | 20 | 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ている | 100% | 0% | 利用児童のモニタリングを定期的に実施している | 不定期利用時のモニタリング頻度をあらかじめ最適な期間を設定 |
| 関係機関や保護者との連携関係機関や保護者との連携 | 21 | 障害児相談支援事業所のサービス担当者会議にその子どもの状況に精通した最もふさわしい者が参画している | 100% | 0% | 子どもの状況を理解したものが在籍 | |
| | 22 | 母子保健や子ども・子育て支援等の関係者や関係機関と連携した支援を行っている | 100% | 0% | 必要に応じて行っている | |
| | 23 | (医療的ケアが必要な子どもや重症心身障害のある子ども等を支援している場合)地域の保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関と連携した支援を行っている | 86% | 0% | | |
| | 24 | (医療的ケアが必要な子どもや重症心身障害のある子ども等を支援している場合)子どもの主治医や協力医療機関等と連絡体制を整えている | 86% | 0% | | |
| | 25 | 移行支援として、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 | 100% | 0% | | |
| | 26 | 移行支援として、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 | 100% | 0% | | |
| | 27 | 他の児童発達支援センターや児童発達支援事業所、発達障害者支援センター等の専門機関と連携し、助言や研修を受けている | 100% | 0% | | |
| | 28 | 保育所や認定こども園、幼稚園等との交流や、障害のない子どもと活動する機会がある | 71% | 29% | | |
| | 29 | (自立支援)協議会子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 | 86% | 14% | | |
| | 30 | 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 | 100% | 0% | 必要に応じて行っている | |
| 31 | 保護者の対応力の向上を図る観点から、保護者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)の支援を行っている | 100% | 0% | 毎月オンラインで保護者勉強会を開催している | | |
| | 32 | 運営規程、利用者負担等について丁寧な説明を行っている | 100% | 0% | 契約時に必ず説明している | |
| | 33 | 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」のねらい及び支援内容と、これに基づき作成された「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 | 100% | 0% | 行っている | |

| | | 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 |
|------------|----|--|------|-----|--|----------------------------------|
| 保護者への説明責任等 | 34 | 定期的に、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 | 100% | 0% | 子育てに関するものは現時点で専門の窓口はない。質問を集め、オンライン形式で回答にとどめている | サービスとして窓口設置を検討している |
| | 35 | 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 | 71% | 29% | イベントとして行ったり、交流となる機会を提供 | 数が多くないため、今後数を増やしていくことを検討 |
| | 36 | 子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、子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 | 100% | 0% | 教室内で共有、部署の長で取りまとめを行っている | 社内全体で改善するための仕組みの構築 |
| | 37 | 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 | 100% | 0% | 月一回の報告を書面で案内 | |
| | 38 | 個人情報の取扱いに十分注意している | 100% | 0% | Pマーク取得基準に沿って運用 | |
| | 39 | 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 | 100% | 0% | 一方通行になりがちな情報伝達をより双方向型に変更していく必要がある | 日々のコメント以外ヒアリング機会の準備 |
| | 40 | 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 | 100% | 0% | 事業所イベントを企画し、地域住民にも案内 | |
| 非常時等の対応 | 41 | 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、職員や保護者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 | 100% | 0% | 行っている | 改定ごとに周知、スタッフの読み合わせを行う |
| | 42 | 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 | 100% | 0% | 年間計画に合わせて実施している | |
| | 43 | 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 | 100% | 0% | 行っている | スタッフで情報共有を必ず行っている |
| | 44 | 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 | 100% | 0% | 行っている | 飲食は提供していないが、ヒヤリング等で事前に情報取得を行っている |
| | 45 | 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 | 100% | 0% | 行っている | 事業所内だけでなく、社内全体で共有していく |
| | 46 | 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 | 100% | 0% | 行っている | 事業所内だけでなく、社内全体で共有していく |
| | 47 | 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、児童発達支援計画に記載している | 100% | 0% | 行っている | 周知徹底するために再度スタッフ間で意識合わせを行う |

○この「事業所における自己評価結果(公表)」は事業所全体で行った自己評価です。