

# 令和4年度 保護者等からの通所支援（児童発達支援・放課後等デイサービス・生活介護）評価の集計結果

公表：令和5年2月1日 利用者数：10名 回収数：8（回収率 80%）

独立行政法人国立病院機構鈴鹿病院

		チェック項目	はい	いいえ	どちらとも いえない	わからない 未記入	ご意見等	ご意見を踏まえた 対応等
環境・ 体制整備	1	利用者の活動等のスペースが十分に確保されている。	88%	0%	0%	13%		
	2	職員の配置数や専門性は適切である。	88%	0%	0%	13%		
	3	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されている。	75%	0%	0%	25%		
	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。また利用者の活動にあわせた空間となっている。	88%	0%	0%	13%		
適切な 支援の 提供	5	利用者と保護者・家族のニーズや課題が客観的に分析されたうえで、個別支援計画が作成されている。	88%	0%	0%	13%		
	6	個別支援計画には利用者に必要な項目について、具体的な支援内容が設定されている。	88%	0%	0%	13%		
	7	個別支援計画に沿った支援が行われている。	88%	0%	0%	13%		
	8	活動プログラムが固定化しないよう工夫されている。	88%	0%	0%	13%		
	9	他の障害児・者との交流や、障害のない者と活動する機会がある。	38%	0%	13%	50%		
保護者等 への 説明等	10	運営規程、利用者負担等について丁寧な説明がされた。	88%	0%	0%	13%		
	11	個別支援計画を示しながら、支援内容の説明がされた。	75%	0%	0%	25%		
	12	保護者・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）が行われている。	25%	0%	0%	75%		
	13	日頃から利用者の状況を保護者・家族と伝え合い、利用者の健康や発達の状況、課題について共通理解ができています。	63%	0%	13%	25%		
	14	定期的に、保護者・家族に対して面談や育児・介護に関する助言等の支援が行われている。	63%	0%	13%	25%		
	15	父母の会の活動の支援や、保護者会等の開催により保護者・家族同士の連携が支援されている。	13%	0%	13%	75%		
	16	利用者や保護者・家族からの相談や申し入れについて、対応の体制が整備されており、利用者や保護者・家族に周知・説明されている。また相談や申し入れをした際に迅速かつ適切に対応されている。	50%	0%	0%	50%		
	17	利用者や保護者・家族との意思の疎通や情報伝達のための配慮がなされている。	75%	0%	0%	25%		
	18	定期的に会報やホームページ等で、活動概要や行事予定、連絡体制等の情報や業務に関する自己評価の結果が発信されている。	75%	0%	0%	25%		
19	個人情報の取り扱いに十分注意されている。	75%	0%	0%	25%			
非常時 の 対応	20	緊急時対応マニュアル、防犯マニュアル、感染対応マニュアル等が策定され、保護者・家族に周知・説明されている。また発生を想定した訓練が実施されている。	75%	0%	0%	25%		
	21	非常災害の発生に備え、定期的に避難、救出、その他必要な訓練が行われている。	63%	0%	0%	38%		
満足 度	22	利用者は通所を楽しみにしている（と思う）。	88%	0%	0%	13%	・通所サービスが休止 になるのが残念です。	・ご不便をおかけして申し訳 ありません。相談支援専門 員と連携し、代替サービスの 提案等の支援を行っています。
	23	事業所の支援に満足している。	75%	0%	0%	25%		

# 令和4年度 通所支援（児童発達支援・放課後等デイサービス・生活介護）自己評価結果

公表：令和5年2月1日

独立行政法人国立病院機構鈴鹿病院

		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や改善目標
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か。	○		定員5名で一人当たり10m <sup>2</sup> 以上確保されています。ベッドを3台配置し、障害の重い方も安心して過ごせるようになっています。医療機器の近くに電源を確保し、停電に備えて保安用回路を使用できるようコードリールを常設しています。	感染症対策のため、利用者同士が約2mの距離を保持して過ごせるよう留意しています。
	2	職員の配置数は適切であるか。	○		休憩時間も含めて、常時2名以上で対応できるよう交代要員の確保を行っています。医師は当番制で緊急時コールに対応しています。	
	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。	○		患者駐車場・外来駐車場から中央病棟3階までは段差なく移動でき、エレベーターも完備しています。	
	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、利用者に分かりやすく構造化され、利用者の活動にあわせた空間となっているか。	○		利用者ごとにタオルやリネン類は毎回交換し、終了後に床清掃、ベッド柵・テーブル等の除菌クロス清拭を徹底しています。自力移動（四つ這い、いざり等）できる方もいらっしゃるの、なるべく床面に物を置かないようにしています。	
業務改善	5	業務改善をすすめるための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。		○	支援や業務内容等で気になったことは、その場で話し合うようにしています。	応援スタッフの参画が不足しているので、参画方法を検討していきます。
	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してもらうとともに、保護者等の意向等を把握し、業務改善につなげているか。	○		平成27年度よりご家族に「通所支援チェック表」にて支援内容の評価をさせていただいており、それを元に業務改善に努めているところです。昨年度は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため対面ではなく紙面で保護者の意向の把握に努めました。	
	7	事業所向け自己評価表及び保護者等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か。	○		事業所による自己評価および保護者等による評価については、通所のお便りにて利用者に配布し、病院ホームページにて公開しています。	
	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か。		○		第三者による外部評価はまだ受けたことがありませんので今後の課題とします。
	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か。	○		病院が主催する研修会（医療安全、感染防止、摂食嚥下等）に通所スタッフ・応援スタッフが参加し、参加できなかったスタッフにも伝達講習を行っています。	
適切な支援の提供	10	アセスメントを適切に行い、利用者や保護者・家族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。	○		ご家族からの情報（登録用紙、意思決定支援のための選好調査等）も参考にして個別支援計画を作成しています。送迎時に家族とコミュニケーションを図ることでニーズの把握に努めています。	
	11	利用者の適応行動の状況を知るために、標準化されたアセスメントツール（発達検査等）を使用しているか。	○		新版K式発達検査もしくは遠城寺式発達検査を適宜行い、発達状況・コミュニケーションレベル等を把握しています。	標準化されたアセスメントツールでは発達をとらえられきれない利用者もいるので、スタッフの技量向上に努めます。

	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や改善目標	
適切な支援の提供	12	利用者の支援に必要な項目が選択され、具体的な支援内容が設定されているか。	○		身体状況（病状）や医療度、発達レベルに合わせて、重点的に支援を行う項目を設定しています。	
	13	個別支援計画に沿った支援が行われているか。	○		スタッフがいつでも個別支援計画を確認できるよう、個別ファイルで管理しています。	
	14	活動プログラムの立案をチームで行っているか。	○		利用者の身体状況（病状）との兼ね合いもあるので、看護師の意見も取り入れて立案するようにしています。	
	15	活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。	○		医療ケアが必要な利用者が多く、身体に負担がかかりにくい活動に偏りがちなので、適切な活動プログラムとなるよう努めています。活動プログラムは季節感や流行を取入れた内容になるよう工夫しています。	
	16	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。	○		長期休暇中は普段利用のない学籍児が利用するので、安全に留意し、一人ひとりが安全・快適に過ごせるよう、無理のない活動内容としています。	
	17	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。	○		個別の発達レベル、身体状況、その日の体調に応じて課題を設定しています。	
	18	支援開始前には職員間で必ず打ち合わせをし、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。	○		通所スタッフ・応援スタッフで利用者個々について申し合わせ事項や日課の確認等を行っています。医療機器設置のマニュアルに変更等が生じた場合は、関係者で情報を共有して統一した対応ができるようにしています。	
	19	支援終了後には、職員間で必ず打ち合わせをし、その日行われた支援の振り返りを行い、気づいた点等を共有しているか。	○		支援がうまくいかなかった事例やトラブル事例を中心に、毎回支援の振り返りを行い、次の利用日までに他のスタッフとも情報共有するようにしています。	
	20	日々の支援に関して正しく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。	○		個別の記録用紙（連絡ノート）になるべく詳しく記載し、用紙のコピーをご家族にお渡しすることで、家族との情報共有にも活用しています。医療ケアや福祉面での課題は院内でも情報共有できるよう、電子カルテシステムを活用しています。	
	21	定期的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。	○		モニタリングは原則年2回（およそ6ヶ月に1回）、および病状が大きく変化したときなど必要に応じて実施し、計画の見直しを行っています。	
関係機関や保護者等との連携	22	相談支援事業所のサービス担当者会議に利用者の状況に精通した最もふさわしい者が参画しているか。	○		サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は、業務に支障のない範囲で利用者の食事介助・排泄介助等の生活支援にも関わり、利用者理解に努めています。新型コロナウイルス流行に伴い、サービス担当者会議は電話で対応しています。	
	23	地域の保健、医療、障がい福祉、保育・教育等の関係機関と連携した支援を行っているか。	○		必要に応じて問い合わせをしたり、情報提供を受けたりして対応しています。	

		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や改善目標
関係機関や保護者等との連携	24	利用者の主治医や協力医療機関等と連絡体制を整えているか。	○		利用開始前には必ず外来受診をお願いし、利用者主治医から診療情報提供をしていただくようにしています。緊急時は院内医師が当番で対応しており、必要に応じて利用者のかかりつけ医や救急病院等と連携する体制を整えています。	
	25	現在利用している保育所や幼稚園、学校、就学前に利用していた保育所や児童発達支援事業所等との間で情報共有と相互理解を図っているか。	○		相談支援専門員を中心として、家族等の了解を得たうえで情報共有等を行っています。家族から学校の個別の支援計画や各市町の障害児支援ファイル等を見せていただいたりしています。	
	26	移行支援として、就学予定の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。	○		個人情報管理上、ご家族から依頼があったり、ご家族の了解が得られた場合に、情報提供をさせていただいています。	
	27	学校を卒業し、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。		○		これまで対象となる方がいみせんでしたが、今後必要があれば支援内容の情報提供等をすすめたいと考えています。
	28	児童発達支援センターや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か。	○		重症心身障害を対象としているので、重症心身障害の専門病院や療育機関等との連携は確保しています。鈴鹿市地域自立支援協議会による研修等にも参加しています。	
	29	保育所や放課後児童クラブ、児童館との交流、障害のない子ども等と活動する機会があるか。		○	院内で感染症等流行の恐れのない時期には、重症心身障害病棟の入院患者さんと一緒にスヌーズレンやムーブメントなどの活動を行ったり、行事を見学したりして交流しています。	開所時間や病状等との関係で、外部との交流は難しい状態です。現在も新型コロナウイルス流行もあり入院患者さんとの交流は中止しています。
	30	地域自立支援協議会等へ積極的に参加しているか。	○		平成28年度より、鈴鹿市地域自立支援協議会放課後等デイサービス・児童発達支援事業所連絡協議会、令和4年度から開始された生活介護事業所連絡協議会に参加しています。また三重県より重症心身障がい児（者）相談支援事業の委託を受け、相談支援にあたっています。	
	31	日頃から利用者の状況を保護者等と伝え合い、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。	○		家族送迎者については、送り迎えの際にその日の様子を伝え合っています。事業所送迎の方も、必要に応じて家族に電話連絡や手紙等で対応しています。	
	32	保護者・家族の対応力の向上を図る観点から、保護者等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か。		○		ペアレント・トレーニング等の対象となりにくいばかりなため、現在は行っていませんが、利用者の状態に合わせて対応していきます。
	保護者等への説明責任等	33	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。	○		ご利用契約のときに、医事専門職もしくは医療社会事業専門員、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者より説明させていただいています。

	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や改善目標	
保護者等への説明責任等	34	個別支援計画を示しながら支援内容の説明を行い、保護者・家族から個別支援計画の同意を得ているか。	○		個別の支援内容については、家族と面談して説明し、同意を得るようにしています。新型コロナウイルス発生後は院内感染予防のため紙面でのやりとりで対応しました。	
	35	定期的に保護者・家族からの子育て・介護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か。	○		個別に相談に応じるようにしています。利用日でもご相談をお受けできるようにしています。送迎時に家庭での生活状況を尋ねてニーズ把握に努めています。	
	36	父母の会・家族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・家族同士の連携を支援しているか。		○	「三重県重症心身障害児(者)を守る会」や「三重県重症心身障害児(者)在宅父母の会」等の情報をこまめに掲示して提供するようにしています。	「複数の家族会に所属するのは難しい」との意見があります。家族から希望が出た際は、いつでも対応できるように努めます。
	37	利用者や保護者・家族からの相談や申し入れについて、対応の体制を整備するとともに、利用者や保護者・家族に周知し、相談や申し入れがあった場合に迅速かつ適切に対応しているか。	○		苦情等の受付体制については、利用契約書に則り重要事項説明書に詳細を記載しています。担当者名や受付時間等は、年度初めに配布している「ご利用のしおり」にもまとめて記載してあります。	しおりやお便り等を配布しても、目を通していただいていたいなかったり、十分理解いただけていないことがあるので、周知できるよう努めます。
	38	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利用者や保護者・家族に対して発信しているか。	○		普段の活動の様子や自己評価の結果については、主に「つうえんだより」にてお知らせしています（月1回発行）。連絡体制等については、年度初めに配布している「ご利用のしおり」にまとめて記載してあります。	しおりやお便り等を配布しても、目を通していただいていたいなかったり、十分理解いただけていないことがあるので、周知できるよう努めます。
	39	個人情報の取り扱いに十分注意しているか。	○		個人情報の管理については「鈴鹿病院の保有する個人情報の保護に関する規程」に則り、通所利用申込書にある「個人情報使用についての同意書」に記載した利用目的のもと、必要最低限の範囲内で使用しています。また個人情報はUSBメモリ等での持ち運びは厳禁とし、院内限定のネットワークである電子カルテシステム内で情報共有を図っています。個人情報に係る書類は施錠できる棚で管理しています。	
	40	障害のある利用者や保護者・家族との意思の疎通や情報伝達のための配慮をしているか。	○		利用者に対しては、個別のコミュニケーション力にあわせて必要な方法（声かけの工夫・ボディタッチ・絵カード等）をとるよう配慮しています。ご家族には連絡ノートやお便り等で情報伝達するようにしています。	
	41	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。		○	通所支援事業の規模が小さいため、単独での行事は実施していません。	昨年度からはコロナ禍のため未実施ですが、例年は病院として地域住民を対象とした健康講座を開催するなどして、地域との交流を図っています。
非常時等の対応	42	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・家族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。	○		急変時対応・感染防止対策・事故等発生時対応・災害時対応・虐待防止等について、通所専用のマニュアルを整備しています。年1回通所支援事業委員会にて内容を検討し、マニュアルの改正を行っています。利用者・ご家族に関連する部分については、「ご利用のしおり」にまとめて配布しています。	申し出があればいつでも説明やマニュアル閲覧等に対応できるよう努めます。

		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 改善内容や改善目標
非常時等の 対応	43	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。	○		病院全体で行われる火災避難訓練等に参加し、実際に車椅子やベッドにて屋上へ避難する訓練を行っています。また訓練日以外にも、災害発生時のスタッフの動きを机上訓練したり、火災報知機・消火器の位置確認、避難経路確認などを行っています。療育訓練室内には救急カート、ヘルメット、災害時等アクションカードを常備しています。	災害対策や訓練の様子をお便りでお知らせしていますが、目を通していただいていたなかったり、十分理解いただけないことがあるので、周知できるよう努めます。
	44	事前に、服薬や予防接種、てんかん発作等の利用者の状況を確認しているか。	○		利用申し込み時に利用者の主治医より診療情報を提供していただき、あわせて家族から個別に聞き取りを行ったり、母子手帳を確認させていただいたりしています。利用中も適宜お薬手帳を確認したり、家族から聞き取りを行うなどの対応をしています。令和3年度は経管栄養チューブの新規格への変更に伴い、物品調整をおこないました。	新型コロナウイルスワクチン予防接種について、接種済証を提出いただくことで確認をしています。
	45	食物アレルギーのある利用者について、医師の指示書に基づく対応がされているか。	○		利用申し込み時に利用者の主治医より診療情報を提供していただいています。その他、身体状況に変化があった場合なども、地域医療連携室経由にて利用者主治医と連携を図っています。	
	46	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か。	○		医療安全管理室・リスクマネジメント部会が、通所部門（外来・療育指導室）も含めて院内の医療事故・ヒヤリハット事例を収集し、毎月事例報告を行っています。通所スタッフも必ず目を通すようにしています。	
	47	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。	○		今年度は直接支援を行う職員を対象とした虐待防止・権利擁護研修に、関係するすべての職員が参加しました。その他、各部署の虐待防止マネージャーを中心に、部署内での研修や虐待防止啓発に努めています。	言葉遣いや接遇などについて、今後も改善に取り組んでいきます。
	48	どのような場合にやむを得ず身体拘束をおこなうかについて、組織的に決定し、利用者や保護者・家族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。	○		利用者のほとんどが最重度知的障害を合併し、危険回避行動が困難なため、転倒転落・事故防止の観点から、身体保護の取り組みを行っています。身体拘束とみなされる行為（ミトン、ベッド柵、ホールディング等）については、複数の職員で検討し、書面にて本人・保護者・家族に説明・同意を得て、さらに個別支援計画でも立案をして説明を行っています。	unnecessary 身体拘束がないか、常に支援方法を振り返り、見直していきます。