

令和6年度 三重病院通所支援事業（児童発達支援・生活介護等）自己評価結果

令和7年2月1日公開

独立行政法人国立病院機構三重病院

		チェック項目	はい	いいえ	工夫している点等	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。	○		気管内吸引や呼吸器管理など濃厚な医療ケアを必要とする利用者も安心して過ごせるよう、ベッドを常時3台配置しています。	成人化に対応できるよう、予備の電動ベッドを1台追加しました。
	2	職員の配置数は適切であるか。	○		休憩時間を含めて、常時2名以上で対応できるように職員配置しています（1名は看護師）。医師は当番制で、利用日毎に診察し、緊急時コールに対応しています。	
	3	事務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。	○		通所支援を行っている建物（南棟）には、独立した玄関と屋根つきの車寄せがあります。感染症等の患者さんと接触することはありません。真横の駐車場から段差なく移動できます。	
	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。	○		毎日開所前に業者が床清掃を行っています。リネン類は利用者ごとに交換し、終了後にベッド柵やワゴン類、高頻度接触部位の除菌クロス清掃を実施しています。	
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。	○		支援内容や業務内容については、その場で意見を出し合い、検討するとともに、勤務していなかったスタッフの意見も聞きながら、業務改善を行っています。	
	6	保護者等向け評価表により、保護者等に対して事務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30年度からご家族に「通所支援チェック表」を配布し、支援内容の評価をいただいています。また、送迎の際にも家族からお話を伺うことで、意向や要望を聞き取るようにしています。	
	7	事務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、事務所の会報やホームページ等で公開しているか。	○		自己評価および保護者等による評価は、利用者によって配布しているほか、病院ホームページに掲載、通所ホールのホワイトボードに掲示しています。	
	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。		○		通所部門の第三者評価は受けたことがないので、今後の課題とします。
適切な支援の提供	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。	○		病院が主催する各種研修会（Web研修を含む）に通所スタッフも参加しています。医療安全、感染防止、虐待防止、臨床倫理、情報管理、メンタルヘルス、看護技術等の研修があります。	
	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。	○		ご家族からの情報や通所スタッフの利用者への関わり等をもとに、児童発達支援管理責任者・サービス管理責任者（以下、サビ児管）が個別支援計画を作成しています。	
	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。	○		標準化されたアセスメントツールでは発達をとらえきれない利用者が多いです。児童については、他機関で発達検査を受けた場合は結果を教えてください参考にしていきます。	
	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。	○		利用者の身体・発達・医療面に合わせた支援を職員とご家族で相談・検討し、具体的な支援内容を設定するようにしています。	

	チェック項目	はい	いいえ	工夫している点等	改善内容や改善目標	
適切な支援の提供	13	個別支援計画に沿った支援が行われているか。	○		各職員が計画に沿った支援ができるよう、利用者1人1人を個別ファイルにて管理しています。	
	14	活動プログラムの立案をチームで行っているか。	○		医療ケアが必要な利用者が多いので、多職種で相談し、立案しています。	
	15	活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。		○	医療ケアや骨折リスクの高い利用者が多いので、比較的穏やかに過ごせる活動内容に偏っていると思われる。	安全性と活動性の確保や両立を検討していきます。
	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。	○		長期休暇時は、普段利用のない学籍児が利用するので、一人ひとりが安心・安全に過ごすことができるよう、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。	○		利用者のその日の体調や機嫌等も考慮し、活動内容を工夫するようにしています。	
	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。	○		各利用者について、申し合わせ事項や日課の確認等を行っています。	
	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。	○		支援の振り返りを行い、気になった点は職員間で情報共有するように努めています。	
	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。	○		利用者ごとに記録用紙（連絡ノート）に記載し、個別ファイルで管理しています。当日の利用者の状況やご家族からの情報、引き継ぎ内容等は、電子カルテシステムで入力し、活用しています。	
	21	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。	○		モニタリングは半年に1回は実施し、その他病状の変化が見られたときは随時見直しを行っています。ほぼ毎日サビ児管が支援現場にいて、利用者やスタッフの様子を見ています。	
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。	○		サビ児管が主に対応しています。サビ児管は業務に支障のない範囲で、身体介助や日中活動支援に関わり、利用者理解に努めています。	
	23	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か。	○		必要に応じて関係機関と連携・対応を行っています。当院は医療的ケア児者相談支援センターの機能を有しているため、医療社会事業専門員等とも協働しています。	
	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。	○		当院がかかりつけ医になっている利用者は、電子カルテシステムを活用し、主治医と連絡を取っています。その他必要時は、地域医療連携室等を通して院外主治医等と連携することができています。	
	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。	○		必要に応じて関係機関や相談支援専門員と連携し、情報共有を行っています。	
	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。	○		就学前の利用者がいるときは、就学先の学校の教員の訪問受け入れ等を行い、情報共有を行っています。	

	チェック項目	はい	いいえ	工夫している点等	改善内容や改善目標
関係機関や保護者等との連携	27		○	今年度は対象となる方がいませんでした。	対象となる利用者が在籍するときは、支援内容の情報提供など連携していきます。
	28	○		重症心身障害の専門病院や療育機関等との連携体制を確保しています。	
	29		○	近隣にそういった施設がなく、障害の重症度や開所時間等の関係もあり、事業所としての交流は難しいです。	隣接する県施設の託児所のお子さんが自由に中庭を散策できるようにし、交流の機会になればと考えています。
	30	○		地域自立支援協議会へは医療社会事業専門職や療育職員が参加しています。	
	31	○		送迎の際に利用者の様子を伝え合ったり、記録用紙のコピーをお渡しすることで、家族と情報共有を行っています。	
	32	○		自宅でのちょっと困った行動や行動障害について、個別に相談に応じ、具体的な関わり方等をご家族に説明するようにしています。	
保護者等への説明責任等	33	○		通所支援事業を初めて利用する方には、契約時に専門職とサビ児管から説明を行っています。	契約から数年経過している方もおり、ご家族にはいつもで説明を受けられることをアナウンスしていきます。
	34	○		感染防止対策を講じながら、対面にて面談を行い、個別に説明を行っています。	
	35	○		個別に相談に応じるようにしています。利用日でなくてもご相談をお受けできるようにしています。	
	36	○		「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」等の情報を提供しています。各団体から協力依頼があった際は、できる限り対応しています。	
	37	○		苦情等の受付体制は、契約書に則り重要事項説明書に記載し、ホワイトボードに掲示、ご利用のしおりで案内する等して周知を図っています。	
	38	○		1～2か月に1回「つうえん・つうしん」を発行し、その他必要なタイミングで適宜お便りを配布するなどして情報発信しています。	
39	○		個人情報の管理については、「三重病院の個人情報取り扱い規定」に則り、必要最低限の範囲で使用しています。個人情報はUSBメモリ等による持ち運びは厳禁としています。		

	チェック項目	はい	いいえ	工夫している点等	改善内容や改善目標
保護者等への説明…	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。	○	個々のコミュニケーション力に合わせて意思疎通を行うよう、声かけを工夫したり、教材を利用したりしています。家族向けの文書はフォントサイズを大きめに設定するなどして、見やすさに配慮しています。	
	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。		○	通所支援の事業規模が小さいため、単独での地域開放型の行事は行っていません。
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。	○	緊急時対応マニュアル、防犯マニュアル、感染症マニュアル等は通所支援用のマニュアルを整備し、玄関ホールにファイルを常備しています。病院が行う各種訓練（感染、防災等）に職員が参加しています。	
	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。	○	病院全体で行っている防災訓練に職員が参加しています。また、通所単独で火災・地震発生を想定し、机上訓練や車いすへの移乗訓練等を実施しています。	
	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。	○	家族に毎年「登録用紙」を記載いただき、お薬手帳や母子手帳の確認もその都度行っています。日々の送迎の際にも内服薬の変更等がないか伺い、最新の情報を得ることができるように努めています。	
	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。	○	かかりつけ医の指示等を保護者に確認し対応しています。アレルギー食材の除去食提供については、栄養管理室と連携して実施しています。	
	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。	○	医療安全管理室にて、通所支援事業も含めた院内のヒヤリハット事例を収集し、毎月報告、院内で事例共有しています。	
	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。	○	院内全職員（常勤・非常勤とも）を対象にした研修会が行われており、通所スタッフも参加しています。「人権擁護委員会」において障害者虐待に対応しています。	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行うかについて、組織的に決定し、利用者や保護者・家族へ事前に十分説明して了解を得たうえで、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、危険の認知や回避行動が取れないため、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（車いすベルト、サークルベッド、ミトン型手袋等）については、書面にて家族等の同意を確認して実施し、観察・記録を行っています。	三要件に合致しない身体拘束を行っていないか、常に支援方法を振り返り、見直していきます。	