

	公表	事業所における自己評価結果
--	----	---------------

事業所名	かがわ総合リハビリテーションこども発達支援センター たいよう					公表日	R8 年 3 月 31 日	
	チェック項目	はい	いいえ	わからない	無回答	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。	6				<ul style="list-style-type: none"> 発達支援室（第1保育室）は47.86㎡、遊戯室（第2保育室）は37.03㎡あり、国の設備基準以上の広さがあります。車いすを利用したお子さんが、自由に安全に動けるように整理整頓をしています。集団活動が行えるように、また職員が目が届くよう、死角のないように工夫しています。 	
	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。	6				<ul style="list-style-type: none"> 国の人員配置基準の加算要件を上回る人員配置をしています。また保育士、児童指導員は児童分野での経験と専門性を備えたスタッフ配置に努めています。医療スコア表に応じると、看護師配置数1日平均 0.93人必要です。看護師2人を配置し、安全に医療的ケアを提供できる体制としています。 	<ul style="list-style-type: none"> 国の人員配置基準の加算要件を上回る人員配置をしています。しかし感染症流行期などには病休者の増加で対応が難しく感じることがあります。 1対1で食事介助が必要な場合には、利用児が増えた際に支援の方法を検討したいと考えています。
	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。	4	2			<ul style="list-style-type: none"> トイレは床暖房になっていますが、補助便座をつけたり、抱きかかえてトイレに座る支援が必要です。手洗いもお子さんを抱きかかえたり、安全に配慮しながら、お子さんの状態に合わせてサポートしています。 掲示物を工夫したり活動時には玩具を片付けるなど環境整備をしています。 VOCAスイッチや写真カードを使用するなど、お子さんに応じた表現方法を活用しています。 肢体不自由のお子さんが多く利用しているため、保育室は寝転んでも過ごせるスペースになっています。 お子さんが分かりやすいように、また好むような玩具を準備しています。 お子さんが利用しやすいように玩具を配置したり、掲示物が過多・雑多にならないよう配慮しています。 また活動時には玩具を所定の場所に片付けるなど環境整備をしています。 支援の際に気が散らないように壁を作ったり、他の方の安全やスペースの確保など検討しながら準備しています。 	<ul style="list-style-type: none"> 床がカーペットのため、拭き取りなどしやすいよう衛生面に考慮しながら環境整備を行う必要があります。 手洗い場の高さは、車いすや姿勢保持装置に座ったまま手洗いがしにくいことがあり、児に応じた支援方法を病院の理学療法士、作業療法士にも介入依頼し支援します。
	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	1			<ul style="list-style-type: none"> 毎日の清掃、消毒を行い清潔な環境になるように配慮しています。使用した玩具や絵本などは、毎日環境クロスで拭いて乾燥後使用し、心地よく過ごせるようにしています。常時感染防止のため空気清浄機とサーキュレーターを稼働し、換気しています。 午睡時には、室温、湿度を測定して快適な環境になるよう配慮しています。 	<ul style="list-style-type: none"> 保育室の床はカーペットのため、拭き掃除が難しく、衛生的に管理が難しいと感じることがあります。
業務 改	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。	6				<ul style="list-style-type: none"> 保育室が3部屋あるため、利用目的や利用人数によって、使い分けできるように流動的に使用しています。 午睡の時間やお子さんの体調で個別に対応したり場所を変えて保育を提供しています。 またお子さんの気持ちを切り替える時には落ち着けるようにパーテーションをつけたり、カーテンで仕切るなど工夫しています。 	
	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。	6				<ul style="list-style-type: none"> インシデント発生時や保護者からの意見があった時には振り返り、話し合いの場を持ち、改善に向けて取り組んでいます。職員間では、いつも話し合う場を持ち、情報共有、意見を出し合い、業務改善に向けた取り組みを行っています。現状把握と課題の抽出、業務の見直しをPDCAサイクルを意識して取り組んでいます。 	
	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。	6				<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度からは保護者向け評価表を活用し、ご家族の意向を業務改善に繋げられるように努めています。ホームページで、ご家族の評価、事業所の評価を公表し、業務改善に繋げております。また評価表以外のアンケートの回答、意見書が出た時は、常に職員間で話し合い、改善に向けて努めています。 	
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		1		<ul style="list-style-type: none"> 朝の会、引き継ぎなどで日々の振り返りや意見交換を行い、職員間で情報共有しています。疑問点や何か問題があれば、随時職員間で意見を出し合い、改善に向けて話し合っています。引き続き職員間で意見の出しやすい職場風土を築き、意見交換を充実させ、業務改善に努めています。 		

善	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		1	<p>監査や苦情解決の第三者委員を設置し、チェック機能を持たせています。</p> <p>かがわ総合リハビリテーションセンター内の感染委員や医療安全委員による評価を受けています。そこで指摘された点については、速やかに改善するように努めています。</p> <p>令和6年度から事業所評価、保護者評価の結果を公開し、課題を検討し業務改善に向けた取り組みを行っています。</p>	第三者委員会による外部評価は受けてないので、今後検討していきます。
	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。	6			<p>職員全員が院内全体研修を受講し、医療安全、感染、身体拘束、虐待、個人情報保護などを定期的に学び、支援の質を高めるよう努めています。</p> <p>虐待については、事例を検討するためにグループワークを実施しました。</p> <p>急変時の対応を想定したシミュレーションは定期的実施しています。外部研修にも積極的に参加し、職員それぞれ自己研鑽をしています。</p>	
	11	適切に支援プログラムが作成、公表されているか。	6			<p>事業所の支援プログラムをホームページ上に公表しています。</p>	
	12	個々の子どもに対して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か。	6			<p>6か月ごとにお子さんご家族、担任保育士、児童発達支援管理責任者でモニタリング、アセスメントを実施しています。モニタリングでは親子のニーズや課題を客観的に捉えて分析しています。包括的な支援と具体的なプログラムの作成に努めています。</p> <p>職員（保育士・看護師、児童発達支援管理責任者）と病院の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が連携し、情報共有しています。また3か月に1回、医師による回診や多職種でカンファレンスをして多角的な視点での評価、支援をしています。その後ケース会を実施し、一人一人に合った療育の中で達成できる個別支援計画で目標を立てて、お子さんの自信に繋がるように支援しています。</p>	
	13	児童発達支援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、子どもの支援に関わる職員が共通理解の下で、子どもの最善の利益を考慮した検討が行われているか。	6			<p>職員（保育士・看護師・児童発達支援管理責任者）と病院の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が連携し、情報共有しています。また3か月に1回、医師による回診や多職種でカンファレンスをして多角的な視点での評価、支援を提供しています。お子さんに関わる職員全員が共通理解を図るため、ケース会を開催し情報共有をしています。ケース会には、お子さんと関わる保育士・看護師・児童発達支援管理責任者が参加し、欠席した職員がいれば書面で情報共有しています。作成された個別支援計画を基に、お子さんご家族のニーズに合っているか、達成できそうな目標かを話し合っています。</p>	
	14	児童発達支援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。	6			<p>職員間のミーティングで情報共有を行い、いつでも個別支援計画を確認できるようにしています。欠席した職員には書面で情報共有するようにしています。個別支援計画の内容によっては、職員間で話し合い、実施できるものを立案しています。また個別支援計画が共有されて意識を持って、支援できるよう連携しています。</p>	
	15	子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。	6			<p>インフォーマルなアセスメントとして医師の指示で、ご家族と相談しながら適切な時期に、言語聴覚士による発達検査を取り入れています。外部機関で実施された検査結果でも発達状況を把握し、個別支援計画の作成に活かしています。インフォーマルなアセスメントとして常に保護者との対話、情報共有を大切にしています。お子さんの記録を取り、保育中に不適応な行動があったり、家族がその行動で悩んでいるときには、病院の理学療法士にも関わり方を相談するなどしています。一人一人に合った支援や介助について話し合います。</p>	必要時、適応行動の状況をアセスメントツールを活用して確認できるように検討します。
	16	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「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、子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。	6			<p>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」に沿った支援内容を踏まえて個別支援計画に反映、設定しています。</p> <p>お子さんの特性や発達状況を踏まえ、5領域に関する具体的な支援内容を設定しています。</p>	
	17	活動プログラムの立案をチームで行っているか。	6			<p>日々の流れを考えながら、複数の職員がプログラムの立案に参画し、全体で把握し修正しながら行います。プログラムの目的や子どもの様子に合わせて職員の役割やサポートの仕方を話し合えるよう努めています。</p> <p>季節に合った活動を行うようにし、子どもが楽しく参加できるように工夫をしています。プログラムの方向性、関わり方を確認する場を設定し、多くの職員が参画することで多角的な視点を持ってプログラムを立案するよう努めています。</p>	
	適切な支援の提供						

	18	活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。	6			日常の遊びを中心に、運動や発達支援を踏まえた様々なプログラムを提供します。一人一人に合わせた「好きな遊びを見つける」「好きなことをもっと好きになるプログラム」など、ご家庭でしにくいことにチャレンジするような様々な活動を設定しています。状況により自由遊びの時間もあります。また内容は発達に応じて音楽・運動・制作・感覚遊びや散歩、季節ごとの遊び、行事などを取り入れることで、お子さんの成長をサポートしています。また情緒の安定を目的としたスヌーズレンなど、様々な活動プログラムを取り入れ、個性があるように意識しています。お子さん一人一人の発達段階に応じたプログラムの立案に努めています。	
	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る児童発達支援計画を作成し、支援が行われているか。	6			随時、お子さんとご家族のニーズの把握に努めており、個別支援計画に反映しています。ご家族と話し合っ、支援方法を再検討していきます。一人一人の発達に応じて、個々の課題と集団適応・社会性の課題を入れて、個別性がある個別支援計画を立案しています。	
	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。	6			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。	6			職員間で、お子さんの様子や支援の振り返りを行い、気づいた点を共有しています。	
	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。	6			日々の支援については個別記録をして支援の検証をし、話し合っで改善に繋がるようにしています。職員全員が同じように日々の支援ができるように共有しています。	
	23	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、適切な見直しを行っているか。	6			6か月毎にモニタリングを行っています。(他に家族からの要望があった時など)半年ごとに、モニタリング、アセスメントで次の目標を決めて達成できるように支援しています。6か月に1回個別支援計画書作成前に、職員全員でケース会をして見直しや修正をしています。	
関係機関や保護者との連	24	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。	6			サービス担当者会議が開催される場合には、担当保育士や児童発達支援管理責任者が出席しています。サービス担当者会で他の場所でのお子さんの様子を知り、情報の共有に努めています。関係機関や病院の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と情報を共有してお子さんへの適切な支援について話し合っています。	
	25	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	1		検診で療育の必要性があると判断されたり、保育園などから紹介されたお子さんとご家族が相談や見学に訪れた場合には、小児科医に相談しています。医師に相談しながら、適切な支援が受けられるよう関係機関に繋いでいます。またお子さんが児童発達支援施設を利用する場合には、関係機関と連携を図り支援方針について情報共有をします。登園時に体調確認を行い、医療の状況や他の併用先の様子などを聞き、情報を得るようにしています。また必要に応じて関係機関と連携するようにしています。	
	26	併行利用や移行に向けた支援を行うなど、インクルージョン推進の観点から支援を行っているか。また、その際、保育所や認定こども園、幼稚園、特別支援学校(幼稚園)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か。	6			幼稚園や保育園など在校園との併行通園や移行に向けて利用時間や曜日の調整と支援を行っています。ご家族の意向を基に、関係機関と連携を図り情報や支援方針を共有するようにしています。相談支援事業所から電話などがあれば、こちらでの様子を伝えたり、ご家族を通じて連携を取り、情報共有に努めています。	引継ぎ表を作成して移行支援を行っています。必要に応じて訪問しています。
	27	就学時の移行の際には、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。	5		1	就学時や保育所、幼稚園、こども園などの入園の前に、引継ぎ表の作成をしています。幼稚園や保育園など在校園との併行通園や移行に向けて利用時間や曜日の調整を行っています。ご家族の意向をもとに関係機関と連携を図り情報や支援方針を共有するようにしています。引継ぎ表をもとに学校から問い合わせがあった時には支援方法を伝えるなど対応しています。また移行支援後は利用先への訪問、当センターやリハビリの見学、相談等の連携を取り就学先へ引継ぎ表の作成をしています。	
	28	(28～30は、センターのみ回答) 地域の他の児童発達支援センターや障害児通所支援事業所等と連携を図り、地域全体の質の向上に資する取組等を行っているか。	4	1	1	・当事業所を利用している児が併行で利用されている障害児通所支援事業所等と連携を図って、共通理解をして支援を行っています。	当事業所を利用しているお子さんが併行で利用されている障害児通所支援事業所等以外とは連携が取れていません。今後児童発達支援センターとして、地域の事業所と連携を図っていくよう努めます。他事業所との交流や連携を取る中で質の向上に努めたいと考えています。

携	29	質の向上を図るため、積極的に専門家や専門機関等から助言を受けたり、職員を外部研修に参加させているか。	5	1		・病院の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士に相談し支援方法の助言を得ています。作業療法士、言語聴覚士からは摂食、嚥下などの指導を受けられます。また希望する研修が受講でき学べる環境にあります。発達障害のお子さんとの関わりには発達障害者支援センターから、アドバイスしてもらうことがあります。	職員数が少ないこともあり、時間帯によっては研修参加が困難に感じることがあり、調整し職員が希望する研修に参加しやすいよう体制を整えて、質の向上を図っています。	
	30	(自立支援)協議会こ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か。	1	5		高松圏域の(自立支援)協議会こども部会に参加し関係機関との情報共有に努めています。	高松圏域の(自立支援)協議会こども部会に参加し関係機関との情報共有に努めています。	
	31	(31は、事業所のみ回答) 地域の児童発達支援センターとの連携を図り、必要に応じてスーパーバイズや助言等を受ける機会を設けているか。		1	5			
	32	保育所や認定こども園、幼稚園等との交流や、地域の中で他のこどもと活動する機会があるか。		6			多くのお子さんが地域の保育所や認定こども園、幼稚園と併行通園することで地域の他のお子さんと行動できています。また利用日や利用時間を調整しています。	保育所や認定こども園、幼稚園等を併行しているお子さんもいますが、当児童発達支援センターで、他の園と交流する機会がありませんでした。今後地域の中で交流する施設があるかなど、様々な機関や施設とのつながりを作っていくよう努めます。
	33	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。	6				登園時や降園時にご家族から情報を得られやすい環境です。その都度、情報交換をして共通理解に努め保護者との対話を大切にしています。降園時にはご家族に分かりやすく一日の様子を伝えています。	
34	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。	6				今年度(1/月を目標に)、保護者教室をご家族が望むテーマを募り、テーマ別で開催いたしました。参加されなかったご家族には、当日の資料を配布し、情報を得る機会を作るようにしています。 ・親子で参加できる水泳・体操教室などを福祉センターの体育指導員が講師となり、開催しています。		
保護者への説明等	35	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。	6				運営規定および支援プログラムは、事業所に掲示して保護者の方がいつでも見て確認できるようにしています。質問など不明な点があれば、随時職員が丁寧な説明を行い理解を得るようにしています。	
	36	児童発達支援計画を作成する際には、こどもや保護者の意思の尊重、こどもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて、こどもや家族の意向を確認する機会を設けているか。	6				モニタリング時には、必ずお子さんと保護者に対して、担任保育士と児童発達支援管理責任者が、そろって行うようにしています。モニタリングをした結果、アセスメントを実施して職員間で新たに作成する個別支援計画書について話し合います。お子さんのニーズを踏まえた支援計画を作成するようにしています。設定した目標に対して支援方針や支援内容の優先順位を踏まえ計画を作成しています。	
	37	「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か。	6				お子さんと保護者に支援計画内容を説明する面談を設け、保護者の方に個別支援計画書を書面で見ただき、声に出して読み上げながら説明し同意を得ています。	
	38	定期的に、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。	6				6か月毎にモニタリングを行っています。保護者からの相談があれば、積極的に随時面談をし、声掛けをしています。職員(保育士・看護師・児童発達支援管理責任者)と病院の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が連携し、情報共有しています。また定期的に医師による回診や多職種でカンファレンスをして多角的な視点での評価・支援を提供しています。そこで、保護者の子育て上の困り事やニーズを知り、適切な支援に繋がるよう専門職種に相談し助言を得るようにしています。また、その内容は職員間で共有します	
	39	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会を設ける等の支援をしているか。	1	5			お子さんの保育中は、保護者控室がご家族同士の交流の場となっています。行事はご家族の交流の機会になっています。父母の会の活動には、場の提供を行い支援しています。	父母の会の活動支援やきょうだい児同士の交流する機会が設けられていないので、家族ぐるみで参加し交流する機会を設けられるよう今後検討していきます。
40	こ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、こ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か。	5	1			お子さんやご家族から相談や申し入れがあった場合、職員間で話し合い、他部署にも相談し、電話や面談で迅速に適切な対応ができるよう努めています。引き続き迅速な対応に努め、相談支援体制の周知を図ります。なお、苦情受付・解決担当者は重要事項説明書にも記載し契約時に説明しています。		
41	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こどもや保護者に対して発信しているか。	6				毎月「たいようだより」を配布したり、朝の会を活用して、連絡事項などの情報を発信しています。年度初めに概ね年間行事(保護者が参加できる)はお知らせし、詳細が決定した時点で、その内容をお知らせしています。		

	42	個人情報の取扱いに十分留意しているか。	6				契約時と年度初めに保護者に個人情報の確認をしています。個人情報が記載された書類などは鍵付きの書庫にて保管して十分な注意を払っています。また、掲示物や配布物の中にも個人情報が含まれないよう配慮しています。個人情報が記載された書類の処分は、シュレッダー処理をしたり、機密文書類廃棄業者に委託しています。	
	43	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。	6				ことばと共にサインを使用したり、見てわかりやすいカードを活用しています。また、視線や表情、機嫌、声などで反応を保護者からも話をお伺いして対応しています。VOCA(音声出力型コミュニケーション機器)、写真カード、実物提示をしてお子さんに伝わるよう工夫しています。その日の活動内容をホワイトボードに掲示しています。	
	44	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。	6				コロナ前までは地域住民も参加できるリハビリテーションセンターやたまも園の夏祭りや文化祭がありました。	夏祭りについては、再開を検討していきます。
非常時等の対応	45	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。	4	2			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は作成し、保護者控室に掲示しております。保護者の方への説明や周知予定です。月1回の避難訓練と安全計画に沿って、感染シミュレーション、救急シミュレーションや不審者対応などをあらかじめ保護者に周知した上で実施しています。月1回の避難訓練は、月ごとに曜日を変えて実施し、年間を通して利用児全員が参加できるように計画しています。今後も研修や訓練を安全計画に沿って実施します。インシデント発生時には、ご家族に状況と再発防止策を伝えます。また職員間でも定期的に話し合い、対策が守られているかを確認します。	
	46	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	1			BCPに沿った院内のマニュアルをもとに、訓練を実施しています。毎月の避難訓練のほか避難経路と手順の確認をお子さんと共にしています。室内で集合をして防災頭巾を被ったり、リーダー保育士の指示で避難をしています。	
	47	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か。	6				看護師が、お薬手帳や母子手帳で服薬、予防接種を確認しています。お薬手帳や母子手帳などを参考にしながら、対面で健康状態やてんかん発作等の聞き取りを行い、薬を預かって対応しています。内服や体調については、入園時や受診後適宜確認し、緊急時に適切に対応できるように、情報共有をしています。確認後には職員全員で情報共有しています。てんかん発作等は、対応方法について職員全員で情報を共有しています。お子さんは定期的に小児科医と整形外科医の診察を受けています。また、かかりつけ医をご家族に確認して急変時の搬送先を確認しています。	今後も、緊急時に適切に対応できるように、定期的に利用者の既往歴や服薬についての情報共有を行うようにしていきます。
	48	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き対応がされているか。	6				アレルギーの有無については栄養士と連携して確認しています。毎回お子さんの登園時に、管理栄養士が作成した献立と食材表をご家族に示して確認、配布しています。ご家族が医師から指導された内容を職員間で共有して対応しています。配膳トレーの色を変えて間違いがないように工夫して対応しています。	かかりつけ医からの指示を保護者から確認しながら聞き取りをして当院小児科医に報告し指示のもとに対応しています。
	49	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。	6				安全管理の研修を受講し、安全計画を作成している。安全計画をもとに年間を通して全ての研修や訓練を計画し実践しています。またシミュレーションを実践し、発生時に備えたマニュアルの見直しを適宜行っています。さらに安全確認のために職員で危険箇所を見直し確認する場を定期的に設けています。	
50	こ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。	1	4	1		・安全計画に基づき、不審者対応、散歩時の人数確認、感染症や怪我等についての注意喚起や非常災害発生時のマニュアルについて周知に努めています。 ・お子さんの体調不良時にはすぐにご家族へ連絡をし、適切な医療が受けられるように対応しています。また、万が一、事故などが発生した場合は速やかに説明をいたします。今後も速やかな対応ができるように努めてまいります。		

51	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	1		<p>事案が発生したり不適切な支援があった場合などに、ご家族に説明し、謝罪をしてインシデントレポートを作成、職員間で再発防止に向けて分析し対応策を話し合っています。またインシデントが発生したら直ちにKYTを行い対策を行っています。1か月後に振り返りをして対策が守れているかを確認しています。虐待防止の外部研修に職員が参加したり、職員ミーティングにて内部研修を行っています。特に、幼児期は身体接触や誘導が多くなるため、日頃から支援の振り返りを行い、適切であったか確認し合っています。院内の虐待防止研修に基づいて、グループワークを実施しています。お子さんに対して不適切な行動や支援があればお互いに指摘し合える関係を築く必要があることを認識しています。</p>
52	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。				<p>虐待防止委員会及び身体拘束適正化検討委員会は、センター内で定期的に開催しており、報告、決定の上、その結果について職員全員に周知徹底しています。やむを得ず身体拘束を行う場合には、ご家族に必要性を説明し同意を得ています。必要な記録を残し、職員間で代替案がないか話し合い検討しています。</p>
53	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、児童発達支援計画に記載しているか。	5	1		<p>虐待防止委員会及び身体拘束適正化検討委員会は、センター内で定期的に開催しており、報告、決定の上その結果について職員全員に周知徹底しています。やむを得ず行うすべての身体拘束について、必要性をご家族に説明し、同意を得ています。身体拘束については、個別支援計画に含み、行った時の様子を日々記録に残し、身体拘束解除に向けた話し合いを支援の都度、行っています。</p>