

事業者向け 放課後等デイサービス自己評価表

令和 5年 3月 10日

| | | チェック項目 | はい | どちらともいえない | いいえ | 課題や、工夫している点など |
|---------|---|---|----|-----------|-----|---|
| 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 | 13 | 1 | | <ul style="list-style-type: none"> ・活発に走る利用者がある日や不穏になった利用者がある時に、もう少しスペースがあるとよいと感じる場面もあるが、ベランダや庭を利用しながらなんとか乗り切っている。 ・基準以上の訓練室、テラス、庭がありスペースは十分だが遊具を収納できるとなお良い。コロナ禍により受け入れ人数を制限し、窓を開ける等して換気にも気を配っている。利用者にとって心地よい場所になっていると思える。 |
| | ② | 職員の配置数は適切であるか | 13 | 1 | | <ul style="list-style-type: none"> ・マンツーマン対応児にも対応できる体制が整えられている。 ・コロナウイルス感染が続いた時期やマンツーマン対応が必要な利用者の多い日等に、職員体制がぎりぎりであると感じたことがあった。 |
| | 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 | 14 | | | <ul style="list-style-type: none"> ・トイレに関してはバリアフリー化されており、移動時に車椅子やバギー利用の場合、ゆるやかなスロープを利用して玄関に来ることができる。現在該当者はいないが、車椅子のまま庭に出るためには、階段を利用しなければならず難しい面がある。 ・訓練室、トイレ、玄関については段差がない。 ・環境・設備について砂場周りのユニットが経年劣化しているため、修繕と砂の補充が望まれる。⇒修繕と補充について検討していく。 |
| 業務改善 | ④ | 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 | 14 | | | <ul style="list-style-type: none"> ・非常勤職員の意見を適宜反映させながら、数ヶ月に1回、常勤職員が中心となって、事業所としての目標設定と振り返りを行っている。 |
| | ⑤ | 保護者等向け評価表を活用する等によりアンケート調査を実施して保護者等の意向等を把握し、業務改善につなげているか | 14 | | | <ul style="list-style-type: none"> ・年1回、自己評価のアンケートを行い、分析結果を業務改善に反映させている。 |
| | ⑥ | この自己評価の結果を、事業所の会報やホームページ等で公開しているか | 13 | 1 | | <ul style="list-style-type: none"> ・毎年集計結果をホームページに公開し、そのことをじのこだよりで周知している。 |

| | | | | | | |
|----------|---|---|----|---|---|---|
| | ⑦ | 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 | 12 | 1 | | ・定期的には行っていないが改善に役立っている。 |
| | ⑧ | 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 | 14 | | | ・コロナ禍のためオンライン研修が中心ではあるが、支援の中で大切と思われることや職員の関心等を反映させながら、適宜研修の機会を設けている。 |
| 適切な支援の提供 | ⑨ | 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、放課後等デイサービス計画を作成しているか | 14 | | | ・利用者の状況の観察や保護者からの聞き取り、学校の個別指導計画等も参照しながら、デイサービスの限られた時間の中で取り組みそうな目標を設定し、個別支援計画に反映させている。・丁寧に面談を行いニーズや課題を吸い上げている。 |
| | ⑩ | 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か | 10 | 3 | 1 | ・利用開始時にサポート支援評価の指標を使用している。・知能検査等の実施は行っていない。 |
| | ⑪ | 活動プログラムの立案をチームで行っているか | 14 | | | ・企画立案はプログラムリーダーが中心ではあるが、利用者の関心や課題、季節の内容等を反映させ、振り返り時における他職員の意見も取り入れながら、結果的にチームとして行っている。・数名の職員でプログラムを企画し、内容が固定しないように配慮している。 |
| | ⑫ | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか | 14 | | | ・繰り返し必要と思われることは意図的に繰り返す場合もあるが、利用者の関心や課題、季節の内容等を反映させながら、固定化しないように努めている。・非常勤職員を含む多くの職員が立案、実施に関わっており豊かな内容になっている。・プログラムリーダーが季節や時勢柄をプログラムに取り入れ、アートや集団遊び等の活動が一連のつながりを持つよう工夫している。利用者の支援課題も取り入れた内容で職員自身も楽しく感じるプログラムである。 |
| | ⑬ | 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 | 14 | | | ・平日に行事や実習が続く時期等には無理のないプログラムを設定することもある。 |
| | ⑭ | 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放課後等デイサービス計画を作成しているか | 13 | | | ・ルールのある集団活動と個別に集中して行える活動を盛り込んだ計画となっている。・集団活動を主として、その中で個々にあった課題を取り入れるようにしている (にじのご新聞制作であれば、写真を組み合わせる、決められた文章を書く、自分で文章を考えて書く等)。全部に参加しな |

| | | | | | |
|------|--|----|---|--|---|
| | | | | | くても、好きな写真カードを選ぶ等、個別に部分的にでも参加できるように努めた。 |
| ⑮ | 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か | 14 | | | ・支援開始前には必ず打ち合わせを行っているが、ヘルパー等のため途中から参加する職員に対しても、個別で機会を設けるようにしている。・当日の利用者の様子等を確認している。・毎日確認している。・開始前ではないが、出席できない場合は個別に打ち合わせをしている。・十分に時間を取って利用者の最近の様子や保護者の意向を確認している。 |
| ⑯ | 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か | 14 | | | ・毎回皆が発言できる機会を設け、多くの気づきを得ている。・活動終了後には毎回振り返りの機会を設けている。ヘルパーとして送迎を行い参加できない場合もあるので、重要なことに関しては、連絡票に書いたり、支援開始前の振り返りに話題にしたりと、後日共有できるようにしている。・ヒヤリハット等を確認し、一人ずつ気付いたことを発言している。・終了後に行えない場合、後日連絡ノートを確認する等して共有している。 |
| ⑰ | 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 | 14 | | | ・記録の書き方に関してはこれまで研修を行っており、保護者に過度な不安を与えないよう、書き方への配慮を継続的に促している。マイナスととらえられてしまう出来事があった場合は、どのような対応をしたかを添えることで、次の場面につながるようにしている。・一人の価値観によった記述にならないよう、全員での振り返りと記述の後で児童発達管理責任者が記録をまとめ、支援の検証・改善につなげるようにしている。 |
| ⑱ | 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ているか | 14 | | | ・少なくとも6ヶ月に1回は保護者と面談を行い個別支援計画の見直しを行っている。 |
| ⑲ | ガイドラインの総則の基本活動を複数組み合わせさせて支援を行っているか | 10 | 3 | | ・適宜ガイドラインを参照しながら、活動の中で内容を取り入れるようにしている。 |
| 関係機関 | ⑳ 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か | 11 | 3 | | ・現在はサービス担当者会議はほとんどないがモニタリング時や電話等で情報を共有している。・サービス担当者会議が開催された場合は、職員間で様子を確認し、代表と |

| | | | | | | |
|--|---|--|----|---|--------------------|--|
| や 保 護 者 と の 連 携 関 係 機 関 や 保 護 者 と の 連 携 | | | | | して施設長が参加していることが多い。 | |
| | ⑳ | 学校との情報共有（年間計画・行事予定等の交換、子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 | 12 | 1 | | ・保護者経由や学校の連絡会経由で、年間行事表の提供を受け、情報共有に努めている。何かあった場合は、直接学校に連絡を行い、学校から直接連絡が来る場合もある。 |
| | ㉑ | 医療的ケアが必要な子どもを受け入れる場合は、子どもの主治医等と連絡体制を整えているか | 4 | 7 | | ・現在対象者は在籍していない。 |
| | ㉒ | 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 | 13 | 1 | | ・幼児グループにじのこからは、個別支援計画の内容を引き継ぐ等して、情報共有に努めている。 |
| | ㉓ | 学校を卒業し、放課後等デイサービス事業所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 | 8 | 4 | | ・相談支援事業所のサービスを受けている利用者は相談支援事業所を通じて提供されているが、セルフプランの利用者については直接のやり取りはない。 |
| | ㉔ | 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 | 12 | 1 | | ・年に一度巡回指導を受けているがもう少し頻回にあるとよい。・今年度に関しては、区の保健センターのOTの巡回訪問を受け入れ、助言を得て新たな支援につなげることができた。 |
| | ㉕ | 放課後児童クラブや児童館との交流や、障害のない子どもと活動する機会があるか | 1 | 4 | 8 | ・インクルージョンの観点では大切な面もあるが、コロナ禍に加え、自己評価アンケートでも保護者が必ずしも望んでいないこともあり、機会の設定はできていない。・コロナ禍のため行っていない。 |
| | ㉖ | （地域自立支援）協議会等へ積極的に参加しているか | 11 | | | ・法人の担当者が参加している。・デイサービスの代表として幼児グループの職員が烏山地域の自立支援協議会に参加しており、統括施設長が区の自立支援協議会本会に参加している。 |
| | ㉗ | 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か | 14 | | | ・定期的な面談の場だけでなく、来降所時に保護者と会う機会があった場合は、適宜情報を伝え、共通理解を持てるようにしている。・連絡帳の他、必要に応じて送迎時にやり取りを行っている。 |

| | | | | | | |
|------------|----|---|----|---|---|--|
| | ②⑨ | 保護者の対応力の向上を図る観点から、保護者に対してペアレント・トレーニング等の支援を行っているか | 9 | 3 | | ・直接ペアレント・トレーニングを行ったことはないが、その考え方を職員間のケア会議で取り上げ、支援に活かしたことがあった。今後はペアレント・トレーニングについての研修を受ける機会を設け、保護者支援と利用者支援につなげていきたいと考えている。 |
| 保護者への説明責任等 | ③⑩ | 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 | 14 | | | ・定期的な面談の場で支援の内容等については説明を行っており、利用者負担等については年度当初に契約書別紙等で説明を行っている。 |
| | ③⑪ | 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か | 14 | | | ・定期的な面談の他、必要に応じて行っている。・定期的な面談の場だけでなく、保護者から希望があれば適宜話を聞き、助言を行っている。今年度は悩みを聞いたことでヘルパーステーションとも連携して対処法を検討し、学校生活の安定に多少なりともつなげることができた。 |
| | ③⑫ | 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か | 2 | 4 | 3 | ・学校の活動が主なので保護者の負担を考えるとあまり必要ではないと感じる。・コロナ禍であることに加え、これまでの自己評価アンケートでは保護者会に関しては、あまり要望がないことがあり、積極的には設けていない。 |
| | ③⑬ | 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 | 14 | | | ・苦情対応に関しては、窓口を一本化している。一見苦情としてマイナスにとらえられることも、今後の保護者との連携につながる糸口ととらえ、丁寧に対応するように努めている。 |
| | ③⑭ | 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か | 14 | | | ・月1回にじのこだよりを発行し、プログラム内容やその時点で大切な情報に関して周知している。・毎月のお便りの他、年4回の季刊誌で法人内の活動の情報を発信している。・にじのこだよりには保護者に普段の活動の様子が伝わるよう写真を増やす等の工夫をしている。 |
| | ③⑮ | 個人情報に十分注意しているか | 14 | | | ・個人情報の提供に関しては同意書を取っており、広報等の際に関してはそれに配慮した形で発信している。・同意書の内容について丁寧に説明を行っている。 |
| | ③⑯ | 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 | 14 | | | ・子どもたちがわかりやすいように絵・写真カードを用いる等、視覚的な支援を行ってい |

| | | | | | | |
|---------|----|---|----|---|---|--|
| | | | | | る。多様な手段でリマインドを行う等、保護者の状況に応じた情報伝達に努めている。 | |
| | ③⑦ | 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 | 4 | 3 | ・法人バザーを開催していたが現在、コロナ禍で行っていない。ブログで活動の様子を公開することで、多少なりとも開かれた事業運営に努めている。 |
| 非常時等の対応 | ③⑧ | 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を策定し、職員や保護者に周知しているか | 14 | | | ・コロナガイドラインを全職員、利用者に配布周知しており活用している。・各マニュアルに関しては、整備して職員が随時閲覧できる状況にしてあり、必要に応じて保護者にも配布している。新型コロナウイルス感染症に関しては、対応の状況が随時変わっていた時期もあったため、更新されたら随時配布し、ホームページのトップからすぐに情報が得られるようにしている。・ファイリングし、閲覧できるようにしてある。 |
| | ③⑨ | 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 | 14 | | | ・定期的に避難訓練を行っている。・地震や火災等、色々な内容を想定しながら月1回避難訓練を実施している。訓練に合わせて災害伝言ダイヤルの録音を行い、職員にも周知している。 |
| | ④⑩ | 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 | 14 | | | ・年1回虐待防止に関する研修を行い、また年複数回の委員会を開き情報を共有し、虐待に至らないよう配慮をしている。 |
| | ④⑪ | 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、放課後等デイサービス計画に記載しているか | 14 | | | ・法人として身体拘束等の適正化、虐待防止のための指針を公表しており、やむを得ず行動制限に相当する状況が見込まれる該当者に関しては、公表内容に基づきながら、理由と支援方法を個別支援計画に記載し、保護者に同意を得ている。 |
| | ④⑫ | 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 | 12 | 1 | 1 | ・医師の指示書に基づいた形で保護者からアレルギーの状況について情報提供を受けており、それに基づいて対応している。 ・保護者の指示により対応している。 |
| | ④⑬ | 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 | 14 | | | ・3ヶ月に1回、集計結果をまとめ、職員に周知している。・出勤時に確認するようになっている。 |

*職員14名中14名提出(項目により無回答あり)

事業所向け自己評価表の集計結果

以上の結果を踏まえて、職員内で今後の支援の改善が必要だと思われる項目について話し合いました。

| チェック項目 | 対応できている（工夫している）点 | 改善点、その他 |
|--|---|--|
| 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 | ③ 訓練室、トイレ、玄関については段差がなく、バリアフリーに関しては対応できているが、環境・設備について砂場周りのユニットが経年劣化しているため、修繕と砂の補充が望まれるという意見があった。 | ③ 修繕と補充について検討していく。 |
| ⑩ 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か | ⑩ 利用開始時にサポート支援評価の指標を使用している。 | ⑩ 知能検査等の実施は行っていないことを職員に周知していく。 |
| ⑱ ガイドラインの総則の基本活動を複数組み合わせる支援を行っているか | ⑱ ガイドラインの総則についてファイルをいつでも閲覧できるように置いている。年度始めの職員会議で周知し、適宜ガイドラインを参照しながら、活動の中で内容を取り入れるようにしている。 | ⑱ 引き続き周知していく。 |
| ⑳ 医療的ケアが必要な子どもを受け入れる場合は、子どもの主治医等と連絡体制を整えているか | ⑳ 現在対象者は在籍していない。 | ⑳ 周知する。 |
| ㉑ 保護者の対応力の向上を図る観点から、保護者に対してペアレント・トレーニング等の支援を行っているか | ㉑ ペアレント・トレーニングの考え方（応用行動分析等）を取り入れた支援を行い、保護者にも支援方法を伝える場面はあるが、実際に保護者に対して行うことは現状では時間の関係やスキル・取り組み方の構築ができていないので難しい。 | ㉑ ペアレント・トレーニングについての研修を設定し、職員に内容を知ってもらった上で支援に組み込み、保護者対応に活用できるよう取り組んでいく。 |
| ㉒ 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 | ㉒ 法人バザーを開催していたが現在、コロナ禍で行っていない。ブログで活動の様子を公開することで、多少なりとも開かれた事業運営に努めている。 | ㉒ 今後の計画に組み込めるよう努力していく。 |

* 前回のアンケートにおける改善点の結果

| チェック項目 | 改善点、その他 | 2022 年度の結果 |
|--|--|--|
| ④ 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 | PDCA サイクルを取り入れた業務改善の仕方や、記録についての基本的な考え方、ペアレント・トレーニングの取り組み方等を研修に取り入れて意識やスキルの向上を目指していく。 | ④ 非常勤職員の意見を適宜反映させながら、数か月に一回、常、事業所としての目標設定と振り返りを行っている。 |
| ⑰ 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 | | ⑰ 一人の価値観によった記述にならないよう、全員での振り返りと記述の後で児童発達管理責任者が記録をまとめ、支援の検証・改善につなげるようにしている。 |
| ⑳ 保護者の対応力の向上を図る観点から、保護者に対してペアレント・トレーニング等の支援を行っているか | | ⑳ 直接ペアレント・トレーニングを行ったことはないが、その考え方のひとつであるトークン・カードを使用し、保護者と共通理解を持ちながら、行動の改善に反映することができた。 |