

| | | チェック項目 | はい | どちらとも いえない | いいえ | 改善目標・工夫している点 |
|------------------|----|---|----|---------------|-----|---|
| 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 | 3 | 7 | | 人数が少ない時はいいが多い時は少しきつそう。部屋が狭いので部屋に大きい物は置かないようにしたい。 |
| | 2 | 職員の配置数は適切である | 10 | | | 人員配置規定クリアしている。大変な時は、1人多く入れて入る。 |
| | 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 | 9 | 1 | | 車椅子の利用で少し不自由。バリアフリーになっているが車椅子が大きいので順番に入るようにしている。 |
| 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 | 8 | 1 | | 記入なし1名 一部スタッフみんなでやっている。 |
| | 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 | 10 | | | みんなで評価を集計し確認している。 |
| | 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 | 9 | | 1 | 東海事業本部のホームページで公開している。 |
| | 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 | 5 | 1 | 3 | 記入なし1名 第三者評価は未実施。内部で相互監査を行っている。 |
| | 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 | 8 | 1 | 1 | 研修内容が必要研修と合っていない時はあるが、いろいろな研修を行っている。 |
| 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 | 9 | 1 | | 部分的に実施している。 |
| | 10 | 子どもの適応行動の状況を把握するために、標準化されたアセスメントツールを使用している | 9 | 1 | | つばさのアセスメント様式で行っている |
| | 11 | 活動プログラムの立案をチームで行っている | 5 | 5 | | 児発管が立ててそれを行っている。 |
| | 12 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫している | 7 | 3 | | プログラムが同じ内容になっているが、当日変更をして行っている。 |
| | 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 | 8 | 2 | | 長期休みは、工場見学・小旅行に行ったりしている。手作りの物を作ったりしている。 |
| | 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させて放課後等デイサービス計画を作成している | 8 | 2 | | 一部実施している |
| | 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 | 2 | 8 | | 役割分担はできているが、必ず打合せは出来る時と出来ない時がある。必要な事はその都度伝えている。 |
| | 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 | 2 | 6 | 2 | 必ず行っていない。時間になるとスタッフが帰ってしまう。1行日記にその日行われた事を記入している。 |
| | 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 | 8 | 2 | | 記録はしている。気が付いた時には改善している。 |
| | 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 | 9 | 1 | | 6ヶ月に一回行っている |
| | 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 | 4 | 4 | | 記入なし1名 |
| | 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 | 9 | 1 | | 全員の担当者会議が行われていない。 |
| | 21 | 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 | 8 | 2 | | 支援学校は毎月予定表をもらうが、他校は週一回発行の予定をコピーしたり、保護者から予定を聞き確認している。 |
| | 22 | 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 | 4 | 2 | 3 | 記入なし1名 通院病院は確認しているが、主治医までは確認出来ない。一覧表を作成しスタッフに周知する。 |

| | | | | | | |
|--------------|------------------------------------|--|----|---|----------------------|--|
| 関係機関や保護者との連携 | 23 | 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 | 4 | 3 | 2 | 記入なし1名 情報なし |
| | 24 | 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 | 6 | 2 | | 記入なし2名 卒業生はいるが情報提供はしていない。問い合わせが来たら、協力する。 |
| | 25 | 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 | 5 | 3 | 1 | 記入なし1名 スタッフ順番で参加している。 |
| | 26 | 放課後児童クラブや児童館との交流や、障がいのない子どもと活動する機会がある | 2 | 2 | 6 | 保護者アンケートで希望しない方と、交流する機会が無い。 |
| | 27 | (地域自立支援)協議会等へ積極的に参加している | 7 | 1 | 1 | 児発管・常勤指導員は参加している。 |
| | 28 | 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 | 10 | | | お迎えの時に話をしている。 |
| | 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 | 1 | 5 | 2 | 記入なし2名 保護者に対し実施したがあまり効果なし |
| 保護者への説明責任等 | 30 | 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 | 10 | | | |
| | 31 | 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 | 10 | | | |
| | 32 | 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 | 10 | | | 年2回保護者会 11月には毎年つばさ祭り 保護者会を今後は平日に行うようにする。 |
| | 33 | 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 | 10 | | | |
| | 34 | 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 | 10 | | | 年4回つばさだより発行 |
| | 35 | 個人情報に十分注意している | 8 | 2 | | 個人情報は鍵があるロッカーに入れている。児童の話は他の保護者から聞かれても話さない方がいい。 |
| | 36 | 障がい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 | 10 | | | 絵カードを使ったりしている。携帯で連絡したり、ライン・メールで対応 |
| 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 | 8 | 2 | | ふれあい広場・かまどまつり・つばさまつり | |
| 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 | 8 | 2 | | 保護者会で確認して貰おうと思います。スタッフにも時間がある時みてもらう。 |
| | 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 | 9 | 1 | | 年2回避難訓練等を行っている。緊急時の時の確認・地震・火災訓練をしている。 |
| | 40 | 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 | 8 | 1 | | 記入なし1名 研修・スタッフ間での情報もれのないようにする。 |
| | 41 | 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 | 7 | 1 | 2 | 現在対象の児童がいない |
| | 42 | 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 | 4 | 4 | 1 | 記入なし1名 保護者より確認し対応している |
| | 43 | 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 | 8 | 2 | | 月1回の会議でヒヤリハット報告はしているが、事例集は作成していない。 |

アンケート回答10名/対象者12名(回答率83%)

実施日令和元年10月