

公表

## 事業所における自己評価結果

事業所名	放課後等デイサービス カイト KANNABE			公表日	2026年3月1日		
チェック項目	はい	どちらともいえない	いいえ	工夫している点	課題や改善すべき点		
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	0	0	1F、2Fの指導訓練室のスペースとしては合計100㎡ほどのスペースを確保しており、また屋外にもカイトひろばというカイト専用のグラウンドを用意している。		
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。	3	3	0	常勤職員6名体制で日々の業務を行っている。配置基準通り職員は配置しており、活動計画や個別支援計画の作成を全職員で行い、より専門的かつきめ細かい支援をできるような体制づくりを行っている。	配置基準は満たしているが、手厚い支援が必要な場面での柔軟な人員配置が課題のため、より専門性の高い安心できる支援体制づくりを進めていく。	
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。	5	1	0	室内の動線は基本的に段差は排除している。	玄関入り口は一定の段差があるため、車椅子や歩行に不自由な利用者が利用になる場合は、簡易スロープを導入することを検討する。	
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	0	今年度より定期的に5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰）活動を行っており、事業所内を清潔に過ごしやすいような空間にする取り組みをしている。	室内の壁紙等が剥がれていたり、落書き、穴が目立つ箇所は補修等を行うことを検討する。	
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	0	0	相談室や静養室等の個室を使用し、個別の相談等を他児を気にすることなく気軽に行えるような空間を提供している。		
6	新人職員・非常勤職員への研修や指導が行われているか。	3	3	0	全てではないが、社内の仕組み・ルールを明文化を進めている。	新入社員研修の進め方・手順、マニュアルの整備等を行い、自走できるまでのワークフローを設計する。	
7	個人情報保護が適切に行われているか。	6	0	0	契約時に個人情報の取り扱いの説明を行っている。HPやSNSにて情報配信する際も細心の注意を払い、利用者の顔や名前が出ないよう細心の注意を払って運用している。SNSやHUGシステムからの写真投稿については個人が特定されないよう注意して公開しており、掲載のOK・NGについても保護者に確認している。		
8	感染症対策が適切に講じられているか。	6	0	0	感染症対策研修は年に2回以上行っており、感染症を未然に防げるよう施設内でも様々な対策を行っている。		
9	事業所の理念・方針が職員に共有されているか。	6	0	0	職場内の連携の仕組みにより、事業所として（主に利用者に対して）の支援方針についてはより密に共有されている。	経営理念の周知、実践、浸透までは至っていない。経営層が考えている今とこれからについて、また事業部としてのMVVや今後の方針などの共有する機会を設ける予定。	
10	事業所の支援内容が地域資源として適切に機能しているか。	0	3	3		地域交流の機会の提供についてはあまり行っていないので、日々の活動計画に盛り込むことを検討する。	
11	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	0	0	日々の活動を行うにあたって、計画▶実行▶改善▶計画…を繰り返しPDCAサイクルを意識して活動・支援の質の向上と改善を図っている。		
12	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。	3	3	0	保護者向け評価を職員にも共有し、次年度に向けた取組等を議論、決定を行う予定している。	自己評価表を掲示するのみで終わっていたので、結果表を全職員へ配布し改善案等も提示する。	
13	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。	6	0	0	定期的に職員とミーティングする時間を取り、各々の役割だけでなく、事業所内の改善点等の意見の吸い上げを行っている。		
14	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。	0	3	3		外部評価を行う予定はないが、引き続き他事業所の経営者と連携を図り、情報共有と当事業所内の改善点等の洗い出しを行っていく。	
15	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	0	0	基本的に毎日10～15分程度スキルアップ研修を行い知識のインプット、スキルアップを図る環境を作っている。また法定研修などの尺が長い研修については各々のタブレットやPCで職員のタイミングで閲覧できる環境も用意している。		
16	利用者アンケート結果が改善に活かされているか。	0	3	3		アンケート結果を具体的な改善アクションに結びつける仕組みの構築が必要。	
17	職員アンケートの結果が改善に活かされているか。	0	3	3		アンケート結果を改善活動に反映させるプロセスの確立が急務。	
18	苦情解決の仕組みが整備され、周知されているか。	3	2	1	苦情を頂戴した際は適切な対応をとるようにしており、苦情が発生した場合は職員間で情報共有を図り、問題共有と解決のための対策を行っている。	苦情解決の仕組みの整備と職員全体への周知徹底が必要。苦情対応のフローや窓口を明文化し、職員への周知を改めて行う必要がある。	

19	支援記録が適切に記録・保存されているか。	6	0	0	HUGシステムにて一人ひとりの活動の記録をとっており、活動の様子の写真も添えて保護者様に共有している。また活動の狙いについての記述も含めることでより一貫性を持たせた共有を行うことができています。
20	適切に支援プログラムが作成、公表されているか。	6	0	0	期限内に当施設のHPにて公表している。
21	個々のこどもに対してアセスメントを適切に行い、こ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。	6	0	0	利用開始前に保護者様との面談を行い、保護者様のニーズや悩みなどをヒアリングした上で計画の作成を行っている。また受給者証更新月前後に面談を行い、ご家庭・学校・他事業所での様子を伺い、またお子様からも意向を確認した上で個別支援計画の作成を行っている。
22	放課後等デイサービス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、こどもの支援に関わる職員が共通理解の下で、こどもの最善の利益を考慮した検討が行われているか。	6	0	0	全職員の意見を集約し、支援の方向性を定め目標、および支援内容を決めている。
23	放課後等デイサービス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	0	0	保護者より同意を得た個別支援計画を全体に共有し、具体的にどのような支援をしていくかまで共有している。
24	職員間で支援方針の共有が適切に行われているか。	6	0	0	現場での意思決定は基本的に全職員参加で決定しており、利用者への支援の方針等も共通認識を持って支援に当たれるようにしている。
25	こ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。	5	1	0	当施設独自のアセスメントシート（フェイスシート）を用い保護者様へ記入をお願いしている。またモニタリングを行う際には独自のアンケートフォームを用いている。昨年度よりS-M社会生活能力検査やVineland-II等の標準化されたアセスメントツールの導入も進めており、計画→実行→評価のPDCAを回す体制を整備中である。
26	放課後等デイサービス計画には、放課後等デイサービスガイドラインの「放課後等サービスの提供すべき支援」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、こ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	0	0	「本人支援」に重きを置いている現状はあるが、利用者の学年、年齢に応じて移行支援なども適宜取り入れていく予定。また「家族支援」については定期的な保護者面談や、保護者の困りごとや悩みについてヒアリングも行ったしている。
27	活動プログラムの立案をチームで行っているか。	6	0	0	活動計画の立案はチームで行っている。5領域を基本として知識を共有し、全員のスキルで計画を行っている。場合に応じて知識を共有し、利用者の状態が改善されるような活動計画の立案を仕組み化している。
28	活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。	6	0	0	5領域を踏まえた様々なカテゴリ（運動・工作・外出・感覚遊び・集団ゲーム・アート・シアター）など用意し活動がマンネリ化することなく、かつ一つひとつの活動に目的を設けた計画を立てている。
29	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放課後等デイサービス計画を作成し、支援が行われているか。	6	0	0	基本的に集団療育を行っているが、個別配慮が必要な利用者については小集団もしくは1対1の計画・対応・計画を行っている。
30	活動プログラムは、こども達の創意工夫を活かした内容になっているか。	6	0	0	支援前のミーティングにて活動計画（1日の流れ、活動の進め方、活動のねらい、利用者個別対応方法）の確認を毎日行っている。
31	支援プログラム実施にあたり、こどもの特性に応じた合理的配慮が行われているか。	6	0	0	支援後のミーティングにて、利用者一人ひとりの様子、課題、今後に向けての取り組み、活動計画（1日の流れ、活動の進め方、活動のねらい、利用者個別対応方法）について振り返りを毎日行っている。
32	健康状態を把握できる仕組みが整っているか。	6	0	0	契約時に服薬や予防接種、てんかん発作等のこどもの状況確認を必ず行っている。また、食物アレルギーのあるこどもについても契約時に確認を行い、医師の指示に基づく対応を行っている。また来所時に手洗い・検温を徹底して行っており、全職員が一目で体温がわかるよう、出席簿内に記入している。体調不良の利用者がいる場合は別室待機等の対応も行い、職員間の連携も怠らないようにしている。
33	事故発生・ヒヤリハットの記録と検証が行われ、改善策が共有されているか。	6	0	0	半年に1度、もしくは受給者証更新月にモニタリングを実施している。面談の予定が合わないときなどは、まず計画書の提出をし、保護者様からのご意見や修正点などを入れながら個別支援計画の作成を行っている。
34	食事・おやつ提供において衛生管理が適切に行われているか。	6	0	0	日々の活動の中にも子どもの主体性を育むため、フリー活動というあえてテーマを設定しない活動を入れたりしている。

	35	トイレ介助・排泄支援でプライバシー配慮が適切に行われているか。	6	0	0	プライバシーの観点から、対応内容によっては、利用者と同じ職員が対応することを心がけている。	トイレの排泄等で困難が見られる利用者に感す手は、所定の機関と連携を取れるよう対応を検討していく。
	36	送迎を行う場合、安全管理が徹底されているか。	6	0	0	送迎に関わる下校時刻や予定表の確認は、情報のズレを防ぐため、〈学校⇔保護者⇔事業者〉の流れを徹底している。問題等が発生した場合は、管理者より直接の連絡、もしくは送迎スタッフより送迎時に保護者へ口頭でお伝えすることを心がけている。	
	37	虐待の早期発見・通告体制が整備されているか。	6	0	0	虐待防止に対するチェックリストに記入することで現状の把握や虐待防止委員会を定期的に行い、初動が遅れてしまわないよう、適切に対応している。	
	38	障害特性に応じたコミュニケーション手段（視覚支援等）が実施されているか。	6	0	0	利用者の特性やその時の状況に合わせて、個別最適な方法で対応をしている。	
	39	こどものチャレンジを肯定する支援が行われているか。	6	0	0	日々の活動の中にも子どもの主体性を育むため、フリー活動というあえてテーマを設定しない活動を入れたりしている。	
	40	こどもの自己肯定感を高める関わりが行われているか。	6	0	0	活動計画の段階で、発達段階・スキルの有無等に合わせて個別具体的かつ、現時点で最適な目標設定を利用者ごとに行っている。	
	41	アンガーマネジメント・情動調整支援が適切に行われているか。	5	1	0	利用者の特性やその時の状況に合わせて、個別最適な方法で対応をしている。	アンガーマネジメントに対する支援知識、スキル獲得のための研修等も行っていく。
	42	学習支援がこどもの特性に応じて適切に行われているか。	1	4	1		学習に対しての支援は積極的に行っていないのが現状。今後保護者からのニーズが多ければ、職員のスキルに依存すること無く、利用者の学習に対してサポートができる手段を検討していく。
	43	生活動作（身辺自立）に関する支援が適切に行われているか。	6	0	0	活動の中に対人関係やSST,日常生活スキルなど様々なことを学べるよう計画・実施している。	
	44	社会性を育む集団活動が適切に提供されているか。	6	0	0	活動の中に対人関係やSST,日常生活スキルなど様々なことを学べるよう計画・実施している。	
	45	こどもの最善の利益を尊重した支援が一貫して行われているか。	6	0	0	支援の計画から実施、振り返り全ての業務フローの中で、利用者を中心において、常に議論が行われている。	
関係機関や保護者との連携	46	保護者との連絡手段（連絡帳・口頭・アプリ等）が適切に活用されているか。	6	0	0	HUGシステムにて一人ひとりの活動の記録をとっており、活動の様子の写真も添えて保護者様に共有している。また活動の狙いについての記述も含めることでより一貫性を持たせた共有を行うことができています。施設からの告知やスケジュール変更等の案内もHUGシステム内のメッセージ機能で発信しており、連絡体制を一元化している。	
	47	保護者からの意見や要望に適切に対応しているか。	5	1	0	お子様の課題や保護者様からの相談に対して、事業所としてアドバイスなどできることについて丁寧に説明・対応している。	
	48	学校や関係機関と連携し、必要に応じて情報共有が行われているか。	2	4	0	学校との利用者に関する情報共有や連絡調整（送迎時の対応、トラブル発生等の緊急時）を行っている。利用者が通っていた、児童発達支援事業所・こども園・保育所等や、相談支援事業所とも連携も図っている。	
	49	ケース会議が適切に実施されているか。	2	3	1	相談支援事業所主導のサービス担当者会議を定期的に行っている。	全利用者行われているわけではないため、今後はより複数の関係機関と連携を取って、支援の方針を決定していく。
	50	複数職員での協働支援が適切に行われているか。	5	0	1	現場での意思決定は基本的に全職員参加で決定しており、利用者への支援の方針等も共通認識を持って支援に当たれるようにしている。	役職者を中間に入れながら、協働プロジェクト等を行うことで職員間のコミュニケーションの場を創出し職員同士の連携がより密になるよう働きかける。
	51	こどもや保護者への説明責任が適切に果たされているか。	6	0	0	半年に1度、もしくは受給者証更新月にモニタリングを実施している。面談の予定が合わないときなどは、まず計画書の提出をし、保護者様からのご意見や修正点などを入れながら個別支援計画の作成を行っている。	
非常時	52	非常時（災害時）対応マニュアルが整備されているか。	5	1	0	各種マニュアル（事故防止・緊急時対応・防犯・感染症対応）を策定し、職員や保護者に周知している。発生を想定した訓練も実施しており、職員全員の自覚を促す事業所運営を行っている。BCPも策定しており、非常災害の発生に備えた体制を整備している。	より現場の実態も踏まえたマニュアルの内容の再周知や見直しが必要。新年度からは計画的に全職員でマニュアルの整備と確認を行っていく。
	53	避難訓練が定期的に実施されているか。	6	0	0	年に2回以上、避難・防災訓練を行っている。	

等 の 対 応	54	緊急時連絡体制が整備されているか。	6	0	0	不測の事態の発生に備え、連絡網、対応フローの整備を行っている。	
	55	事業所内の危険箇所の点検が定期的に行われているか。	3	3	0	安全計画を作成している。日々の支援の中で安全に対する意識を持って対応している。	契約時に個人情報の取り扱いの説明を行っている。HPやSNSにて情報配信する際も細心の注意を払い、利用者の顔や名前が出ないよう細心の注意を払って運用している。SNSやHUGシステムからの写真投稿については個人が特定されないよう注意して公開しており、掲載のOK・NGについても保護者に確認している。