

# 自己チェックシート（障害児通所支援事業）

法人名：特定非営利活動法人フリースクール鈴蘭学園

事業所名：放課後等デイサービスリリーベル

事業所住所：神奈川県相模原市中央区矢部3-18-8 プラザ矢部201

事業所電話番号：042-813-8910

事業所担当者 職・氏名：管理者 石原 俊吾

		チェック項目	判定結果 (○×記入)
1 平成29年度精度改正・省令等改正・について	平成30年3月31日まで 人員基準(1)・(2)とも経過措置期間中は	(1)【児童発達支援管理責任者】 児童発達支援管理責任者になるための実務経験5年（10年）のうち、児童、障害者に対する支援事業に従事した期間は3年以上ですか。	○
		判定基準が「×」の場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・（ 達成時期・・・ 年 月 日	
		(2)【児童指導員等】 管理者、児童発達支援管理責任者以外の人員配置について、利用定員に対する最低配置基準人員は、児童指導員又は保育士又は障がい福祉サービス経験者（2年以上）ですか。	○
		利用定員に対する最低配置基準人員のうち、半数以上は児童指導員又は保育士ですか	○
		現在の管理者、児童発達支援管理責任者以外の人員配置について、記入してください。 ・児童指導員（常勤1名・非常勤1名）・保育士（常勤0名・非常勤1名） ・障がい福祉サービス2年以上の経験者（常勤0名・非常勤0名） ・指導員（常勤0名・非常勤0名）	○
		判定基準に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・（ 達成時期・・・ 年 月 日	
評価・公表		「放課後等デイサービスガイドライン」を活用して、下欄の評価項目について、自己評価を行い、改善を図っていますか。	○
		「放課後等デイサービスガイドライン」を活用して、下欄の評価項目について、利用児童の保護者の評価を受けて、改善を図っていますか。	○
		自己評価および評価の結果を受けて改善を行った内容を、おおむね1年に1回以上、インターネットの利用その他の方法により公表していますか。	○
		【評価項目】 ①利用する障がい児とその保護者の意向、障がい児の適正、障がいの特性その他の事情を踏まえた支援を提供するための体制の整備状況 ②従事者の勤務体制、資質向上のための取り組み状況 ③放課後等デイサービス事業用設備、備品等の状況 ④関係機関と地域との連携 ⑤利用する障がい児とその保護者に対する必要な情報提供、助言、その他の援助の実施状況 ⑥緊急時における対応方法と非常災害対策 ⑦サービス提供に係る業務改善のための措置の実施状況	該当
		判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・（ 達成時期・・・ 年 月 日	
2 児童発達支援管理責任者の研修終了要件		児童発達支援管理責任者は、研修終了要件（①相談支援従事者初任者研修〈講義部分〉②実施事業に係る分野の児童発達支援管理責任者の朗報を終了）を満たしていますか。 ※研修終了要件について、誓約書により経過措置の適用を受けている場合、下欄に記入。	○
		経過措置期間（平成 年 月 日～ 年 月 日まで） 研修受講状況 ①相談支援従事者研修 受講済 ・ 未受講（受講期間： 年 月） ②児童発達支援管理責任者研修 受講済 ・ 未受講（受講期間： 年 月）	

3 従事者の勤務体制整備	(1)勤務予定表(実績)表等により月々の人員基準の適否と日々の労務管理を行っていますか(2)児童発達支援管理責任者を適切に配置(1名以上は常勤かつ専従)していますか。(3)管理者を適切に配置(1名以上は常勤かつ専従)していますか。兼務の場合に記入→兼務している事業(リハビリ)職種(児童指導員)	○
	判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日	
4 内容及び手続きの説明	全ての従事者に対して雇用契約書などの書面により、労働条件を提示していますか。	○
	判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日	
5 個別支援計画	個別支援計画(以下「計画」という。)の作成に関して:	
	①アセスメント・見直しは行っていますか	○
	②アセスメントを行うにあたり、通所給付決定保護者や利用児と面接を行っていますか。	○
	③アセスメントは右記の循環型サイクルですか	○
	④アセスメントを行うにあたり、見直し説明書と併せて、見直し原案を作成していますか。	○
	⑤見直し原案等に基づき、サービス提供担当者会議を開催して、意見を求めていますか。	○
	⑥見直し原案等の内容を、通所給付決定保護者等に説明を行い、同意を得ていますか。	○
	⑦同意を得られた個別支援計画(見直し)は、通所給付決定保護者との間で、2部署名押印の上で、1部は配布して1部は頒布していますか。	○
	⑧個別支援計画は作成後に定期的に継続的な見直し・見直しを行って、少なくとも6ヶ月に1回以上、見直し・計画の変更を行っていますか。	○
⑨上記①から⑧までの業務は「児童発達支援管理責任者」が行っていますか。	○	
判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日		
6 日常の係わり	※「コーチング」の観点から、日常的な係わりの中で「ていねいな言葉遣い」を行っていますか。	○
	①活動を利用児に説明を行う際、その方法は「提案」による「交渉」で行っていますか。	○
	②「提案」による「交渉」で行う際、利用児の意見を傾聴していますか。	○
	③「提案」した後、その活動の「遊び方」や「遊ぶルール」を利用児が主体的で積極的に決定できる様に「支援・応援」を行っていますか。	○
	④「主体的に自分達で決めたいルール」を「自制」による遵守を「裏めて」「強化」していますか。	○
	⑤利用児よりの「疑問・質問」に「可視化」などできる限り平易に説明していますか。	○
判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日		
7 虐待の防止	従事者は、利用児に対し、児童虐待の防止等に関する法律第2条各号に掲げる行為(身体的虐待、性的虐待、放任・放置、心理的虐待)その他、心身に有害な影響を与える行為を行っていませんか。	○
	虐待を防止するため、人権擁護や障がい者虐待防止、障がい特性に関する職員研修の実施など、適切な対応を行っていますか。	○
判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日		
8 衛生管理	感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないよう、感染症予防マニュアルを整備し従業員に周知を図るとともに、必要な備品を備えるなどの措置を講じていますか。	○
	判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日	
9 事故防止	※サービス提供中に事故が発生した場合の対応マニュアルを整備していますか。	○
	利用児の事業所からの驚かしや外出時の行方不明などの重大事故を防止するため、従事者への意欲徹底や体制整備、設備の改善等の措置を行っていますか。	○
判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日		
10 障がい児通所給付費、及び、自己負担金等の取扱い	【延長支援加算について】延長支援加算の算定にあつては、延長支援が必要となるやむを得ない事由(保育所等の子育て支援施策での受け入れが不足している等)が相談支援事業所等による障がい児支援利用計画(計画)の場合、個別支援計画でも可)に記載されていますか。※算定しない場合「該当なし」と記入	該当なし
	【欠席時対応加算について】欠席時対応加算の算定にあつては、利用を中止する連絡があつた際、障がい児の状況を確認し、引き続き放課後等サービスへの利用を促すなどの「連絡調整その他の相談支援」を行い、その内容を記録していますか。	○
	【自己負担金について】おやつなどの自己負担金に関して、その内容などを利用児やその家族に「可視化」によりできる限り分かりやすく説明し・同意を得ていますか。	○
判定結果に「×」がある場合は基準を満たすための対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・ 年 月 日		