

公表

事業所における自己評価結果

| 事業所名 | | 公表日 | | |
|------------|---|------------|-----|---|
| ららみらミュージック | | 令和7年 3月 1日 | | |
| | チェック項目 | はい | いいえ | 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。 | ○ | | 指定基準を順守したスペースを確保しています。活動人数や内容（目的）に合わせて、個室の使用や、スペースを間仕切ることに対応しています。 |
| | 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。 | ○ | | 指定基準を満たし、適切に配置しています。 |
| | 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。 | ○ | | レッスンの壁や床については白を基調とし、活動や楽器に意識が向くよう設定しています。2階のレッスン室へは階段を使用しますが、療育中の移動は基本的にありません。 |
| | 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。 | ○ | | 毎レッスン毎に、レッスン室内の清掃と教具、楽器等の消毒を行い、衛生面に配慮しています。活動に合わせ、個室の使用やスペースを間仕切ることに対応しています。 |
| | 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。 | ○ | | クールダウンのためにスペースを間仕切る、別室に移る等の対応はしています。ただし、指導員が間仕切りを用意する必要があったり、個室へ行くには階が異なるため、子どもが自発的に選択し、利用できるという環境ではありません。 |
| 業務改善 | 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。 | | ○ | 開所初年、少人数でのスタッフでのスタートだったため、活発な意見交換等はしながら進めていたが、計画的な業務改善のサイクルを構築することなく過ぎてしまった。今後、しっかりと組織の構築と役割分担などを決め、職員間で共有していきたい。 |
| | 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。 | ○ | | 今回は初実施となります。 |
| | 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。 | ○ | | 評価表を使つての実施は今回が初めてですが、職員が都度、意見や要望を言い易いよう、管理者による個別面談やミーティング等を行っています。 |
| | 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。 | | ○ | 第三者による外部評価は、現在実施の予定はありません。 |
| | 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。 | ○ | | 個々での外部研修への参加をおこなっている他、事業所内で、職員研修を行っています。参加できない職員には内容の情報共有を行っています。 |
| 適切な支援 | 11 適切に支援プログラムが作成、公表されているか。 | ○ | | 事業所内に掲示、HPにて公開しています。 |
| | 12 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、児童発達支援計画を作成しているか。 | ○ | | 見学・体験時のお子さまの様子や、保護者様からの聞き取りにより、ニーズや課題の分析を行った上で、個別支援計画を作成しています。 |
| | 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、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。 | ○ | | 児童発達支援管理責任者が中心になって、担当する指導員と共に、支援計画の作成に係る策定会議を行っています。 |
| | 14 児童発達支援計画が職員間で共有され、計画に沿った支援が行われているか。 | ○ | | 支援計画の内容を職員間で周知、共有して支援を行っています。 |
| | 15 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。 | ○ | | 標準化されたツールを共通して使用はしていませんが、保護者様からの聴取やレッスン中に設定する課題、行動観察により、発達段階をアセスメントし、記録等により職員間で共有しています。 |
| | 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、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。 | ○ | | ガイドラインをもとに、お子さまや保護者様のニーズに合わせて支援計画を作成しています。 |

| | | | | | |
|--------------|--|--|---|------------------------------------|---|
| 支援の提供 | 17 | 活動プログラムの立案をチームで行っているか。 | ○ | | 事業所として共通の活動の流れや使用曲を元に、担当する職員が中心となり、経験のある職員がアドバイス等行いながら、各レッスンのプログラムを立案しています。 |
| | 18 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。 | ○ | | 季節や年中行事をテーマにしたプログラムを多く取り入れ、童謡をはじめとする歌や、それに因んだクラフトなどを取り入れています。また一方で、お子さまの特性に合わせて、定着を図ったり、繰り返し経験を積むことを目的に、固定して提示するプログラムもあります。 |
| | 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ことで児童発達支援計画を作成し、支援が行われているか。 | ○ | | お子さまの状況や特性に合わせて判断し、保護者様と相談のもと計画を作成していますが、曜日の希望や、利用定員の兼ね合いで、請けられない場合もありました。 |
| | 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。 | ○ | | 支援開始前に打ち合わせを行い、職員間で情報を共有しています。 |
| | 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。 | ○ | | 支援終了後、職員間で振り返りを行っています。支援記録をもとに、他の職員との情報交換をしています。 |
| | 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。 | ○ | | 毎回、支援記録をとって、職員間で共有するとともに、保護者様にも公開しています。また、研修を目的としてレッスンの動画を撮影し、職員間で指導力の向上や、お子さまの状況の共有を図るためのスーパーバイズを定期的に行っています。 |
| | 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。 | ○ | | 定期的にモニタリングを行い、目標と支援内容について検討した後、次期計画の作成をしています。 |
| 関係機関や保護者との連携 | 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。 | ○ | | 今年度は実施がありませんでした。 |
| | 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。 | ○ | | 必要に応じて関係機関連携を行う体制を整えています。 |
| | 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(幼稚部)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。 | ○ | | 他事業所との情報共有などは行っています。 必要に応じて関係機関連携を行う体制を整えています。 |
| | 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。 | ○ | | 必要に応じて関係機関連携を行う体制を整えています。 |
| | 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。 | | | |
| | 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。 | | | |
| | 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。 | | | |
| | 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。 | ○ | | 現在、受けていません。 必要に応じて関係機関連携を行います。 |
| | 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。 | ○ | | 普段の限られた支援時間の中では、実施が難しい状況です。 |
| | 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。 | ○ | | 支援終了後、保護者様へ活動内容やお子さまの様子についてお伝えしたり、ご家庭の様子を教えて頂いたりしています。 |
| 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。 | ○ | | 保護者様がお子さまと参加できるプログラムを作成し、実施しております。 | |

| | | | | | |
|----------|--|--|---|--|---|
| 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。 | ○ | | 契約時に運営規定、利用者負担等の重要事項説明書の内容について丁寧に説明をしています。 |
| | 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。 | ○ | | お子さまへの行動観察と、保護者様との面談等から、ニーズや意向を確認し、支援計画に反映させています。 |
| | 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。 | ○ | | 支援計画を提示する際には、丁寧な説明を行ったうえで同意を得ています。 |
| | 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。 | ○ | | 必要に応じ、面談の機会を設けています。日々の支援前後、保護者様に支援内容やお子さまの様子について話すだけでなく、保護者様からの相談に応じるようこころがけています。 |
| | 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。 | ○ | | 今年度は、利用者の保護者様の発案により、「就学にむけての準備」をテーマに、保護者会を2度開催いたしました。 |
| | 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。 | ○ | | 申し入れがあった時は、すぐに情報を共有しています。相談についても迅速な対応を心がけています。 |
| | 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。 | ○ | | ブログにて活動内容を発信したり、イベントの案内、事業所からの連絡事項については、文書やメッセージアプリを利用して保護者様に発信したりしています。 |
| | 42 | 個人情報の取扱いに十分留意しているか。 | ○ | | 個人情報に記載された書類は、鍵付きの棚に保管し、取り扱いについては十分に注意をしています。 |
| | 43 | 障害のあるこ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。 | ○ | | 利用されるお子さまと保護者様に合わせた対応を検討し、実施しております。 |
| | 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。 | ○ | | 今年度は該当する行事の開催はしておりません。 |
| 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。 | ○ | | 策定しております。職員間での周知と保護者様へのお知らせをこれからも継続してまいります。 |
| | 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。 | ○ | | 策定しております。定期的に訓練等周知を図ってまいります。 |
| | 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。 | ○ | | 契約時に服薬やてんかん発作等のお子さまの状況を把握し、職員間で情報共有しています。 |
| | 48 | 食物アレルギーのあるこどもについて、医師の指示書に基づく対応がされているか。 | ○ | | 事業所内での食事の提供はなく、今年度はアレルギー対応の利用者がいなかったため、対応はありませんでした。 |
| | 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。 | ○ | | 必要な研修や訓練、日々の安全管理については気を配ったが、計画書の周知や、計画書に基づいた管理について不十分だった。次年度改善していきたい。 |
| | 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。 | ○ | | 必要な研修や訓練、日々の安全管理については気を配ったが、計画書の周知や、計画書に基づいた管理について不十分だった。次年度改善していきたい。 |
| | 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。 | ○ | | ヒヤリハット事例が怒った際には、ヒヤリハットの報告書を作成、保管し、職員間で共有しています。 |
| | 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。 | ○ | | 職員会議内での定期的な研修を実施しております。 |
| 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。 | ○ | | 児童発達支援計画に記載はしていないが、保護者様へは、契約時に利用契約書にて丁寧に説明しているほか、必要に応じて十分な説明を行います。 | |