

公表

## 事業所における自己評価結果

| 事業所名    | 楽らく療養通所 ブルーンベリーハウス |  | 公表日 |         | 2026年 4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。   | 7   | 0       | 利用人数に合わせ適正なスペースは確保できている。利用者同士の交流が図れるような配置を工夫し、感染予防にも留意しながら適切な間隔をとっている。                          | これまで通りサービス向上に努める  |
|         | 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。  | 7   | 0       | 医療判定スコアと重症度に対して、適正な看護師配置を行っている。その他、医療的ケア児の必要看護師を別途配置し、ケアの質の担保を図っている。児童指導員は加配配置を行い質の高い支援を行っている。  | これまで通りサービス向上に努める  |
|         | 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。  | 7   | 0       | 子供にとって、ワンフロアで見渡しやすい環境となっている。手洗いやトイレは見やすい表示と使用しやすい高さに調整され、バリアフリー化されている。事故防止のため、家具類は施錠できるようにしている。 | これまで通りサービス向上に努める  |
|         | 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。  | 7   | 0       | 館内清掃は入念にされ、CO2モニターを設置し空気の清浄化を図れている。窓も大きく、照明はセクションごとに調節可能で、休憩時にはゆっくり休める環境調整ができています。              | これまで通りサービス向上に努める  |
|         | 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。   | 7   | 0       | 個別空間も準備できており、児の心身状態に合わせていつでも使用できるよう準備されている。   | これまで通りサービス向上に努める  |
| 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。   | 3   | 4       | スタッフ全員の役割と業務分担について表を作成し、毎月の目標を明確化している。実践上の課題や改善内容については、ヒアリングの後に表を修正するなどして対応し可視化できるようにしている。      | PDCAサイクルについて、「意味やどの場面で活用されているか理解できない、参画するスタッフに偏りが出る」などの意見が半数以上あった。全職員に対して適正な業務分担と、目標の設定・評価・改善が図れるよう業務整理を継続してゆく。 |
|         | 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。   | 5   | 2       | 保護者向け評価表の配布と意見の集約については毎年取り組み、HPにて公開している。  | 保護者向け評価表の配布と意見の集約・公表について、新入者を含めスタッフ全員が理解できるよう、周知徹底してゆく。   |
|         | 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。   | 4   | 3       | 定期的に法人役員との個別面談を行い、個々の意見を反映できるようにしている。職場環境改善委員会では、個々の意見を自由に出せるようヒアリングを行っている。                     | 「どのように行われているか分からない」と答えた職員もおり、意見の出しやすい雰囲気づくりと意見を反映させた業務の改善に取り組めるよう体制作りに努める。                                      |
|         | 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。   | 7   | 0       | 運営推進会議を定期開催し、サービス品質の向上と透明性を確保している。  | 行政及び他事業運営者による内覧・見学などの機会があり、評価をいただくことはあった。今後は、民間機関による第三者評価の機会を持てるよう検討する。   |
|         | 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。  | 7   | 0       | 通所事業における資質向上及び安全計画について年間予定表を作成し、計画通りに研修を行っている。法人内でロードマップを作成し、事業所間で連携しながら研修できるようにしている。           | これまで通りサービス向上に努める  |
| 適切な支    | 11                 | 適切に支援プログラムが作成、公表されているか。  | 6   | 1       | 作成された支援プログラムは、HPにて公表している。個別支援計画は、定期的に見直し作成更新している。   | 入れ替わりもあり、計画作成について職員全員に周知ができていなかった。スタッフ全員が理解できるように説明機会を設け、個別支援計画の更新時に計画内容を周知できる閲覧ファイルを設置した。                      |
|         | 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、放課後等デイサービス計画を作成しているか。   | 7   | 0       | 利用保護者とは定期面談を行い、アセスメントの更新とニーズの抽出に努めている。それらを反映させた、個別支援計画の立案を行っている。                                | アセスメント様式や面談方法の見直しと改定を行い、ニーズや要望の聞き取りを行う。客観性をもって分析したうえで計画を立案してゆく。   |
|         | 13                 | 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   | 1       | 原案作成後に、児発管・指導員・看護師・機能訓練士で支援会議を行い計画内容の検討を行っている。  | 計画作成の流れや会議開催による検討機会を持つことについて、職員全員に周知できていなかった。スタッフ全員が理解できるように説明機会を設ける。   |
|         | 14                 | 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。  | 5   | 2       | 計画内容の閲覧ファイルを設置している。日々の記録に支援計画の内容が反映されているか、確認している。   | 個別支援計画内容にそった支援が行えているか、スタッフ個々の理解に差がないかの確認が不十分であった。今後は、閲覧ファイルを全員が確認でき支援の方向性にずれが生じないように注意してゆく。                     |
|         | 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。  | 5   | 2       | アセスメントシートによる評価と、日々の記録を用いて行動観察を行う。   | インフォーマルなアセスメントは、支援者により情報収集量が個人差がある。得られた情報をフォーマルなアセスメントにも反映できるようにツールの修正を検討してゆく。                                  |
|         | 16                 | 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「放課後等デイ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。 | 7   | 0       | ガイドラインを参考に、本人支援は5領域・5項目で立案し、家族・移行・地域支援についてもそれぞれ計画を立案している。目標や計画内容には個性を踏まえた内容としている。               | これまで通りサービス向上に努める。状況変化があった際はフレキシブルに計画内容の見直しが行えるようにしている。  |
|         | 17                 | 活動プログラムの立案をチームで行っているか。   | 7   | 0       | 多職種が参加する支援会議にて、内容の検討を行い計画立案している。  | これまで通りサービス向上に努める  |

|  |    |  |   |   |  |   |
|--|----|--|---|---|--|---|
| 援<br>の<br>提<br>供   | 18 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。   | 7 | 0 | 多職種が参加する支援会議にて、計画立案の検討を行っている。新規参入職員やアドバイザーの意見も取り入れ、変化のある活動プログラムを立案できるようにしている。                | 不足する活動については、多方面の意見も組み入れながら計画してゆく。   |
|  | 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 | 1 | 個別活動の機会を増やすことや複数名での活動を行えるよう努力している。   | コロナの影響もあり個別活動が中心であった。今後は集団活動の機会を増やせるよう、個別支援計画の立案修正と全員が参加できる活動内容の工夫を図ってゆく。                             |
|  | 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。                    | 6 | 1 | 朝礼で、支援内容の確認と体調変化など情報共有を行っている。スタッフ個々の役割分担も掲示板を活用し周知している。                                      | 朝礼の機会が、情報共有と支援の方向性を確認する場であると認識できるよう、スタッフ全員に再度説明を行い理解を促す。  |
|  | 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。                             | 5 | 2 | 終礼がないため、翌朝の朝礼で振り返り内容の伝達と共有を行っている。課題が生じた際は、リーダーより統括に随時報告を行っている。                               | 課題や即時に改善が必要な内容については、今後もリーダーより統括に随時報告を行い、改善を図る。個別支援計画への反映も、期を逃さず行ってゆく。                                 |
|  | 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。   | 7 | 0 | 利用中の状況は、概ね日々の記録に記載反映している。経過を追う必要がある内容や運営上伝達が必要な内容については、その都度経過記録に記載している。                      | これまで通りサービス向上に努める  |
|  | 23 | 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、適切な見直しを行っているか。                              | 6 | 1 | 担当者からの意見や日々の記録の中から情報を集約し、次期計画立案までにモニタリングを行っている。個別支援計画の実施状況が分かる一覧表を、掲示している。                   | 個別支援計画の流れやモニタリングでの評価、見直しについてスタッフの理解に差がないか確認が不十分であった。今後は、個別支援計画の実施状況が分かる一覧表を活用し、進捗状況を可視化してゆく。          |
|  | 24 | 放課後等デイサービスガイドラインの「4つの基本活動」を複数組み合わせ支援を行っているか。                                       | 6 | 1 | 「4つの基本活動」は、可能な限り複数を組み合わせた個別支援計画を立案できるよう努力している。   | 自立支援・創作活動・地域交流・余暇の提供のうち、地域交流と余暇活動が実施しにくい為、次年度はこの二点を意識した計画を立案できるよう心掛けてゆく。                              |
|  | 25 | こどもが自己選択できるような支援の工夫がされている等、自己決定をする力を育てるための支援を行っているか。                               | 6 | 1 | 創作や支援の方向性については選択できるよう、対話を心掛けている。   | 利用者全員に自己選択できるような関わりが持てているとは言いが、声掛けやサインの汲み取りを行いながら自己選択する機会を持てるよう工夫してゆく。                                |
| 関<br>係<br>機<br>関<br>や<br>保<br>護<br>者<br>と<br>の<br>連<br>携 | 26 | 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。                           | 7 | 0 | 児童発達支援管理責任者及び保育士・児童指導員など状況を理解した担当者が会議に出席している   | これまで通りサービス向上に努める  |
|  | 27 | 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。                         | 7 | 0 | 医療、障害福祉等とはMCSやコミュニケーションツールを活用し情報共有に努めている。地域保健、保育や教育機関等とは利用者の発達過程を見ながら情報共有の機会を持つよう働きかけている。    | これまで通りサービス向上に努める  |
|  | 28 | 学校との情報共有（年間計画・行事予定等の交換、こ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。            | 7 | 0 | 学校から配布される月次予定表を確認、必要時は学校に月次利用予定を配布している。  | これまで通りサービス向上に努める  |
|  | 29 | 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。                           | 6 | 1 | 担当者会議や情報交換会に参加し情報共有を図っている。会議の直接参加が難しい場合は、オンラインでの参加もしくは会議内容を参照している。                           | 情報共有として会議参加することの必要性について、スタッフ全員が理解できるよう関係機関連携の重要性について再度指導を行い、理解を深めてゆく。                                 |
|  | 30 | 学校を卒業し、放課後等デイサービス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。                   | 6 | 1 | 進路指導担当教員や担任教員と、所内で引継ぎ会や意見交換の場を持っている。卒業後、他事業所を利用開始される場合には担当者会議に参加するなどして情報共有を行っている。            | 情報共有として会議参加や意見交換場が必要であることについて、スタッフ全員が理解できるよう関係機関連携の重要性について再度指導を行い、理解を深めてゆく。                           |
|  | 31 | 地域の児童発達支援センターとの連携を図り、必要等に応じてスーパーバイズや助言や研修を受ける機会を設けているか。                            | 5 | 2 | 児童発達支援管理責任者が各所との連携を図っている。連携の事実は専用記録に残し、周知できるようにしている。   | 一部職員は、児童発達支援管理責任者が各所との連携を図っている実態を理解できていなかった。今後はスタッフ全員に連携の実態がわかるように、取り組みの経過や記録の閲覧など行い伝達してゆく。           |
|  | 32 | 放課後児童クラブや児童館との交流や、地域の他のこどもと活動する機会があるか。   | 2 | 5 | コロナの影響もあり、地域の子供との活動の機会をほぼ持っていない。周辺小学校の学童との関わり（こどもの110番の掲示や傷病時の応急手当の実績、小学校教員との関わり）については行っている。 | 活動する機会について「分からない」や実施されていないと答えるスタッフが半数を超えた。子供と活動できる関わりもだが、まずは周辺児童や住民に事業所所在の趣旨や概要をお伝えし、理解してもらうよう広報してゆく。 |
|  | 33 | （自立支援）協議会等へ積極的に参加しているか。  | 3 | 4 | 福岡市自立支援協議会へは現時点では参加できていない。   | 療養通所介護交流会への参加は毎年行いが、自立支援協議会への参加や連携協働の必要性などについてスタッフへ周知できていなかった。今後は、多職種連携や地域協議会の参加などを積極的に行ってゆく。         |
|  | 34 | 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。                                   | 7 | 0 | 連絡帳を使用し利用前の情報を知り、利用後の状況や課題について伝えるなど共通理解を図っている。   | これまで通りサービス向上に努める  |
|  | 35 | 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。       | 5 | 2 | 明確な家族支援プログラムはないが、集団研修の際に家族を招き専門家と共に家族が参加できる研修機会を設けた。   | スタッフに対して、研修の機会を通して家族対応力向上を図るという位置づけについての説明が十分でなかったことが反省点である。今後も専門家を招いた研修機会を計画する。                      |
|  | 36 | 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。   | 7 | 0 | 新規利用の見学や、契約の際は対面で説明を行っている。個別支援計画の更新時及び重要事項説明書の取り交わしの際は、利用者負担内容を含めた内容の説明を行っている。               | これまで通りサービス向上に努める  |
|  | 37 | 放課後等デイサービス提供を作成する際には、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。 | 7 | 0 | アセスメントシートの記載と面談時にこどもや保護者の意思の尊重、意向の確認を行っている。  | これまで通りサービス向上に努める  |
|  | 38 | 「放課後等デイサービス計画」を示しながら支援内容の説明を行い、保護者から放課後等デイサービス計画の同意を得ているか。                         | 7 | 0 | 個別支援計画は原案作成・本案交付時に説明を行い、内容確認頂いたのちに同意を得ている。   | これまで通りサービス向上に努める  |

|          |  |  |   |  |  |   |
|----------|--|--|---|--|--|---|
| 保護者への説明等 | 39   | 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。  | 7 | 0  | 家族の心理的・肉体的負担軽減と、家庭内での養育上の困り事に対する相談には面談機会を設けるなどして対応している。  | これまでは送迎時や個別面談で相談対応していたが、今後は個別支援計画への位置づけを行い、悩み事などに相談対応する機会を積極的に設けてゆく。  |
|          | 40   | 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。 | 2 | 5  | 父母会や、保護者会等は開催できていない。保護者間で個別に情報交換していることは把握しているが、保護者同士で交流する機会を設けることはできていない。                        | 保護者同士の交流の実態を「分からない」と答えたスタッフもあり、事業所として保護者間の交流機会を作れていないのが現状である。保護者会設立の前に、保護者参加型の行事の開催や情報交換や交流の場となるような企画を検討してゆく。 |
|          | 41   | こ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、こ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。                       | 7 | 0  | 苦情に対しては、速やかに体制整備を行い改善を図れるよう努力している。速やかに同法人内に報告と情報共有を行い、再発防止に努めている。                                | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 42   | 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。                   | 7 | 0  | 年4回の広報誌配布を行い、HPやSNSブログ等を活用し活動や行事の情報をこどもや保護者に対して発信している。   | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 43   | 個人情報の取扱いに十分留意しているか。  | 7 | 0  | 個人情報の取り扱いに対しては、利用者・保護者の同意を得て、書類等の情報は施錠できる場所で管理保管している。  | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 44   | 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。  | 7 | 0  | 視覚障害等の該当者は少ないが、意思疎通や情報伝達には相手の表情などの反応を注視し、相互理解が図れるように配慮している。                                      | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 45   | 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。  | 6 | 1  | 消防や防災活動、音楽会等に事業所外の方を招き開催し、開かれた事業所運営を図っている。   | 今後は娯楽行事以外にも、近隣住民などが自由に参加できる行事を企画してゆく。   |
| 非常時等の対応  | 46   | 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。            | 7 | 0  | 各マニュアルを作成し、年次ごとに見直し刷新している。職員には研修にてマニュアルを抄読する機会を持ち、頻回に訓練を実施している。保護者には取り組みについて広報誌にて説明し、情報共有を行う。    | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 47   | 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。                                  | 7 | 0  | BCPを策定し、研修訓練を行っている。非常災害時に備えた避難訓練は、利用者参加型で年2回施行し保護者には訓練実施について伝達している。                              | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 48   | 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。  | 7 | 0  | 基本情報聴取時に服薬状況や予防接種などの情報収集を行っている。小児特有の感染症罹患歴も合わせて定期的に確認している。                                       | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 49   | 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。   | 7 | 0  | アレルギーの有無を確認し、必要時は連携用紙に対応法を記載してもらい、エビペンなどの準備も促している。   | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 50   | 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。                               | 7 | 0  | 安全計画を策定し、重大事故防止・災害時・119番対応時・救急対応時・不審者対応時それぞれにマニュアルを作成している。各マニュアルと計画書は年度末に刷新し、研修訓練と安全点検は毎月行っている。  | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 51   | 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。                                  | 7 | 0  | 定期的に安全指導を行い、内容については広報誌によって保護者に周知徹底している。  | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 52   | 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。  | 7 | 0  | ヒヤリハットについての研修を行い、ヒヤリハット報告は随時スタッフに記載を促している。インシデント報告等はリフレクションを繰り返し、個人名は伏せた状態で閲覧できるよう電子カルテ上で公開している。 | これまで通りサービス向上に努める  |
|          | 53   | 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。   | 7 | 0  | 法人全体で虐待防止委員会を立ち上げ、研修を行っている。他事業所で虐待であると認められた事例があれば情報を共有し、そのうえで事業所内の対応を改善するなど工夫している。               | これまで通りサービス向上に努める  |
| 54       | 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、放課後等デイサービス計画に記載しているか。 | 6  | 1 | 法人全体で身体拘束防止委員会を立ち上げ、身体拘束適正化と拘束解除に取り組んでいる。拘束対象となる場合は、3原則を説明した上で同意を得て適正化を図れるよう努めている。個別支援計画にも内容を記載している。 | 新入職者から「事業所の対応がわからない」との意見もあったため、説明機会の回を重ねスタッフ全員が身体拘束解除に対して共通理解できるよう指導を継続してゆく。                     |   |