

# 自己チェックシート（放課後等デイサービス）

既存事業所用

法人名称：IOSメディカルケア株式会社

事業所所在地（住所）：高石市羽衣三丁目2番3号 RISE羽衣A号

事業所電話番号：072-265-5505

ご担当者 職・氏名：管理者 遠山 明美

		チェック項目	判定結果 (○×記入)
1 平成29年度制度改正 (省令等改正)について	人員基準 平成30年3月31日まで ①とも経過措置期間は	(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、 <u>児童、障害者に対する支援事業に従事した期間が3年以上ですか。</u>	○
		判定結果が「×」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・・・平成 年 月	
		(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、 <u>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）</u> 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 名・非常勤 名） ・保育士（常勤 1 名・非常勤 名） ・障がい福祉サービス2年以上の経験者（常勤 名・非常勤 3 名） ・指導員（常勤 名・非常勤 名）	
	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・・・（重心児の施設ですので、看護師・理学療法士もおります ） 達成時期・・・平成 年 月		
	評価・公表	「放課後等デイサービスガイドライン」を活用し、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、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。	○
		自己評価及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、障がい児の適性、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従業員の勤務体制、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	1・2・3
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・・・（H29年1月に開設致しましたので、少人数の保護者の方の評価ですが、改善を図っております） 達成時期・・・平成 29 年 10 月			
2 児童発達支援管理責任者の研修修了要件	児童発達支援管理責任者は、研修修了要件（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研修の両方を修了）を満たしていますか。 ※研修修了要件について、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 29 年 1 月 1 日～平成 29 年 12 月 31 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（受講時期：29 年 10月） ②児童発達支援管理責任者研修 受講済 ・ 未受講（受講時期：29 年 8月）		

3 従業者の勤務体制整備	(1)勤務予定(実績)表などにより、月々の人員基準の適否の確認と日々の労務管理を行なっていますか。 (2)児童発達支援管理責任者を適切に配置(1人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(原則として専ら管理業務に従事)していますか。 兼務の場合記入⇒兼務しているサービス( )、職種( )	○
	判定結果が「○」の場合は、直近の勤務予定(実績)表を提出してください。 上記判定結果が「×」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・・・平成 年 月	
	すべての従業者に対し、雇用契約書などの書面により労働条件を明示していますか。	○
4 内容及び手続きの説明	利用申し込みがあったときは、サービスを選択するのに必要な重要事項等を記した文書を交付し、説明を行い、利用申込者の同意を得ていますか。 また、その内容について運営規程と一致しているか定期的に確認していますか。	○
	判定結果が「×」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・・・平成 年 月	
5 個別支援計画	個別支援計画(以下「計画」という。)の作成にあたって (1)アセスメントは行っていますか。 (2)アセスメントの実施にあたって、通所給付決定保護者及び障がい児と面接を行っていますか。 (3)アセスメントや支援内容の検討結果に基づき、計画の原案を作成していますか。 (4)サービス提供担当者会議を招集し、その原案について各担当者から意見を求めていますか。 (5)その原案について、通所給付決定保護者及び障がい児に対し説明を行い、同意を得ていますか。 (6)同意が得られた計画は通所給付決定保護者に交付していますか。 (7)計画作成後、継続的なアセスメント(モニタリング)を実施し、少なくとも6月に1回以上、計画の見直しを行ない、必要に応じて計画の変更を行っていますか。 (8)上記(1)から(7)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。	○
	上記判定結果が「×」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・・・平成 年 月	
6 虐待防止	従業者は、障がい児に対し、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、放棄・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機会を確保する等、適切な対応を行っていますか。	○
7 衛生管理	判定結果に「×」がある場合、その対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・( ) 達成時期・・・平成 年 月	
	感染症又は食中毒が発生し又はまん延しないよう、感染症予防マニュアルを整備し従業者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。	○
8 事故防止	上記判定結果が「×」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・・・平成 年 月	
	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。	×
	障がい児の事業所からの飛び出しや外出時等の行方不明などの重大事故を防止するため、従業者への意識徹底や体制整備、設備の改善等の措置を図っていますか。	○
9 障がい児通所給付費の取扱い	判定結果に「×」がある場合は、対応策、達成時期を記入してください。 対応策・・・(個人の緊急連絡簿は、送迎車、施設内に配置しておりますが、詳しい書類を作成途中で) 達成時期・・・平成 29 年 5 月	
	【延長支援加算について】 延長支援加算の算定にあたっては、延長支援が必要となるやむを得ない理由(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など)が相談支援事業所等による障がい児支援利用計画(セルフプランの場合、個別支援計画でも可)に記載されていますか。 (送迎時間や送迎車の待機などの預かり時間は加算の対象外) ※算定していない場合「該当なし」と記入⇒	該当なし
	【欠席時対応加算】 欠席時対応加算の算定にあたっては、利用を中止する連絡があった際、障がい児の状況を確認し、引き続き放課後等デイサービスに利用を促すなどの「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。 ※算定していない場合「該当なし」と記入⇒	○
	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・・・平成 年 月	