

## 公表

## 事業所における自己評価結果

| 事業所名    | ARCH  | 公表日 | 2026年 1月 24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。  | 5   |              | 療育の人数によっては二部屋に分けています  |   |
|         | 2 利用定員や子どもの状態等に対して、職員の配置数は適切であるか。   | 2   | 3            |   | 二部屋に分かれて療育を行う際やイレギュラー対応が出た際に人手がタイトになる瞬間があるので改善していきます          |
|         | 3 生活空間は、子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   |              | 将来を考え靴の脱ぎ履きを無くし、くつろげるスペースや食事可能なスペース療育内容によって部屋の使い分けを行い、療育をしています                        |   |
|         | 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、子ども達の活動に合わせた空間となっているか。   | 5   |              | 毎日の清掃を行っています  |   |
|         | 5 必要に応じて、子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。  | 5   |              | 個別での対応が必要な際は状況に合わせて事務所でも対応をしています  |   |
| 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。   | 2   | 3            | 朝のミーティング、終わりの振り返りの際に業務報告や確認などを行っています  | PDCAサイクルを行っていないわけではないが確実に毎回全員で行えている訳ではないので引き続き全員参加で行えるように努めます |
|         | 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。  | 4   | 1            |   | 今年度から立ち上げた事業所ではあるのでこれから改善に向けて動いてまいります                         |
|         | 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。  | 5   |              | 毎日ミーティングと振り返りを行いその中で確認をしています  |   |
|         | 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。  | 2   | 3            |   | 第三者評価などの外部評価のシステムがないので、必要に応じて検討致します                           |
|         | 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。  | 5   |              | 毎月の研修と共に、グループ会社での研修などに参加しています   |   |
| 適切な支援の提 | 11 適切に支援プログラムが作成、公表されているか。  | 5   |              | 毎月HUGの方でカレンダーと共にプログラムスケジュールを公表しております  |   |
|         | 12 個々の子どもに対してアセスメントを適切に行い、子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。   | 5   |              | 法令に準じ半年に一度のアセスメントに加えて、お子様の状況に合わせて面談も行い、必要に応じて支援計画の再作成も行っています                          |   |
|         | 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、子どもの支援に関わる職員が共通理解の下で、子どもの最善の利益を考慮した検討が行われているか。   | 5   |              | 半年の一度のアセスメントを実行後、アセスメント内容を職員で共有し、意見を聞いてから支援計画の再作成を行っています                              |   |
|         | 14 児童発達支援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。  | 4   | 1            | 支援計画作成後、ミーティングにて職員に共有しています。   | 短い時間の中での共有もあり、丁寧に共有出来る時間の確保を努めます                              |
|         | 15 子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   |              | HUGの記録にて日々の状況の記録しつつ、振り返りにて、状況などの確認を行っています。  |   |
|         | 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、子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。 | 5   |              | 放課後等デイサービスガイドラインに乗つ取り支援計画に「本人支援」、「家族支援」、「移行支援」及び「地域支援・地域連携」を明記し、必要な支援を提供出来るようにしてあります。 |   |
|         | 17 活動プログラムの立案をチームで行っているか。   | 5   |              | 翌月移行の土曜日、イベント内容は職員で話し合って決めており、日々のプログラムの内容に関してはミーティングにて確認など行っています                      |   |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 供<br>与   | 18 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。   | 5 |   | プログラム内容は毎回検討を行いながら平日の内容はその時に必要な物や前回に行っている内容での続き、土曜日などは人気の物などは継続しつ�新たな物を計画しております |   |
|  | 19 子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て児童発達支援計画を作成し、支援が行われているか。  | 5 |   | 子ども達の状況に合わせて個別対応をしております   |   |
|  | 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。  | 4 | 1 | 基本的に毎日ミーティングを行い、その中で支援の内容と分担を行っています   |   |
|  | 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。   | 4 | 1 | 基本的に毎日支援終了後に振り返りを行い、利用者の状況の確認とプログラムの改善点の洗出しを行っています                              |   |
|  | 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。   | 5 |   | HUGにて日々の記録を掲載しております   |   |
|  | 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。  | 5 |   | 法廷通りに半年に1度モニタリングを行い、支援計画の作成をしております  |   |
| 関<br>係<br>機<br>関<br>や<br>保<br>護<br>者<br>と<br>の<br>連<br>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、その子どもの状況をよく理解した者が参画しているか。   | 5 |   | 会議は基本的に児発管と共にもう一人スタッフが参加しております  |   |
|  | 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。   | 5 |   | 必要に応じて連携が必要と考える利用者にはその提案を保護者にするとともに関係機関にも提案しております                               |   |
|  | 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。 |   | 5 | 対象年齢が違うので、行っていません   |   |
|  | 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。   |   | 5 | 対象年齢が違うので、行っていません   |   |
|  | (28~30は、センターのみ回答)   |   |   |   |   |
|  | 28 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に、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は、事業所のみ回答)   |   |   |   |   |
|  | 31 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。   | 3 | 2 |   | 必要に応じて連携を取ります   |
| 運<br>営<br>方<br>法   | 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。  | 1 | 4 |   | 必要に応じて連携を取ります   |
|  | 33 日頃から子どもの状況を保護者と伝え合い、子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。   | 5 |   | 日々の記録にて報告をしつつ、必要に応じて個別連絡や懇談などを行い共通理解を持っています                                     |   |
|  | 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。                               | 3 | 2 |   | 会社全体としてペアレントトレーニングはしている物の、事業所単体での家族が参加出来る機会は作れていないので、これから検討していきます |
|  | 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。   | 5 |   | 契約時に説明をしております   |   |
| 評<br>議<br>方<br>法   | 36 児童発達支援計画を作成する際には、子どもや保護者の意思の尊重、子どもの最善の利益の優先考慮の観点を踏まえて、子どもや家族の意向を確認する機会を設けているか。                             | 5 |   | アセスメントを元に支援計画を作成し、支援計画を元に確認出来るようにしてあります   |   |

|          |    |  |   |   |   |  |
|----------|----|--|---|---|---|--|
| 保護者への説明等 | 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。   | 2 | 3 | HUGの方で支援計画は確認出来るようになっており、質問などは随時受け付けております                           | 全支援計画に対して説明が出来ている訳ではないので、出来るように努めさせていただきます                                   |
|          | 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。   | 5 |   | 随時相談事などは受け付けており、状況に合わせて面談も行っております                                   |  |
|          | 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。 | 3 | 2 | 開所後2度ほど保護者も参加出来るプログラムを計画し、実行しております                                  | 兄弟同士での交流出来る機会はなく、保護者の方々がご参加頂けるイベントもあり周知はされていなかったので、今後行う際は皆様に周知していただけるように努めます |
|          | 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。               | 5 |   | 苦情受付担当者を作り、迅速かつ適切に対応出来る状態にしております                                    |  |
|          | 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對して発信しているか。                   | 5 |   | 活動概要や行事などはHUGを使い、事前に告知しております  |  |
|          | 42 | 個人情報の取扱いに十分留意しているか。  | 5 |   | 個人ファイルを作成し、そのファイルは鍵のかかるロッカーにて保管しております                               |  |
|          | 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。  | 5 |   | 基本的に保護者の方とのやり取りはHUGで行っておりますが、そのほかにもLINEや電話など保護者の方の要望に合わせて連絡を取っております |  |
|          | 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。  | 3 | 2 |   | 開所以来地域住民の方々を招待するイベントは行っておりません。行う際は地域と協力して行います                                |
|          | 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。            | 5 |   | マニュアルは全て作成し、職員で研修も行った上で共有しております。また避難訓練などは利用者に伝えた上で取り組んでいます          |  |
| 非常時等の対応  | 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。                                  | 5 |   | BCPを作成し、避難訓練も実施しています  |  |
|          | 47 | 事前に、服薬や予防接種、てんかん発作等の子どもの状況を確認しているか。  | 5 |   | 契約時のアセスメントで持病などの確認をしております   |  |
|          | 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。   | 3 | 2 | 契約時のアセスメントでアレルギーなどの確認をしております  | 医師の指示書が必要なケースがまだないので、そのような対応はしておりません   |
|          | 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。                               | 5 |   | 安全計画の作成の元、必要な検収棟を行っており  |  |
|          | 50 | 子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。                                  | 5 |   | 安全計画の元、ご家族の方々へ周知しております  |  |
|          | 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。  | 5 |   | ひやりはっとの事業所内事例検討会を行い、再発防止に努めております                                    |  |
|          | 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。   | 5 |   | 虐待に関する研修会を行い、適切な対応を取れるようにスタッフに指導しております                              |  |
|          | 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。               | 4 | 1 | 身体拘束に関しては拘束具など、事業所内にはございません   |  |