# 公表　事業所における自己評価結果

| 事業所名 | ウイングみやまえ |
|---|---|

公表日　2026年11月20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。 | ○ | | 法令を遵守した広さになっています。 | レイアウトを工夫するなどより一層の改善に取り組んでいきます。 |
| | 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。 | ○ | | 職員は法令で定められた基準、及び加算を取得するための基準はしっかりと順守しています。日によればそれ以上の人員を配置する日も多くあります。 | |
| | 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。 | ○ | | TEACCHプログラムに基づく構造化の考えに沿った環境調整を行っています。できるだけ必要のない刺激を減らして落ち着いた環境で過ごすことができます | |
| | 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、こども達の活動に合わせた空間となっているか。 | ○ | | 毎日清掃を行っています | |
| | 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。 | ○ | | 落ち着ける場所が必要になった時など、必要に応じて個別の部屋を使用しています | 消防法の関係で部屋を密閉することはできないため、どうしても音が部屋の外に聞こえてしまいます。 |
| 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。 | ○ | | 本部と一体になり、業務の効率化に取り組んでおり、常に正確性の向上とスピードアップを図っていきます。 | |
| | 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。 | ○ | | 年1回、保護者のみなさまに評価いただいており、その上でご意見に基づき改善に取り組んでおります | |
| | 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。 | ○ | | 常勤全体会議、施設全体会議を月各1回開催、その中で非常勤を含めた職員間で意見交換を行っています | 引き続き必要に応じて業務改善につなげています。 |
| | 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。 | | ○ | | 必要に応じて検討いたします |
| | 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。 | ○ | | 新入職員は1年間の育成プログラムに基づき①約100種類の研修受講②OJTプログラムに基づく実務研修③メンターによる精神的なサポートなどの人材育成施策に基づいて、優秀な人材を育てています。又既存スタッフもグループ討議研修を含め年間約50種類の研修を受講しています。 | |
| 適切な支援の提供 | 11 | 適切に支援プログラムが作成、公表されているか。 | ○ | | ウイングには約400種類の活動があり、データベースに保存されています。施設では適切なプログラムをチョイスし支援を行っています<br>支援プログラムはHPにて公表しております | |
| | 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、放課後等デイサービス計画を作成しているか。 | ○ | | お一人おひとりに対してアセスメントやニーズを把握、課題を分析した上で目標設定を行っています。目標に基づき放課後等デイサービス計画を作成しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 放課後等デイサービス計画は職員間の個別支援計画会議において、共通理解を醸成した上で作成しています。 | |
| | 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 。 | ○ | | 放課後等デイサービス計画の作成のプロセスにおいて、職員間で個別支援計画会議を開催する等、しっかりと共有が行われ、共通認識の下で支援が行われています。 | |
| | 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。 | ○ | | フォーマルアセスメントは独自開発のシステムに基づき実施しています。日々の行動観察についても、毎日の行動をシステム上に記録を残し、モニタリング、振り返り等に活用しています | |
| | 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。 | ○ | | 放課後等デイサービス計画は原則、４項目（「本人支援」、「家族支援」、「移行支援」、「地域支援・地域連携」）を網羅して作成、それぞれ適切な支援内容を落とし込んでいます。 | |
| | 17 | 活動プログラムの立案をチームで行っているか。 | ○ | | 活動プログラムは常勤だけでなく非常勤の意見も取り入れ、協議した上で立案しています | |
| | 18 | 活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。 | ○ | | ウイングには約400種類の活動があり、データベースに保存されています。施設では適切なプログラムをチョイスし支援を行っています。 | |
| | 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て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。 | ○ | | １日の活動の中でも個別活動（ワークタイム・自立課題）、集団活動を織り交ぜて実施しています | |
| | 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。 | ○ | | 可能な範囲で支援開始前の打ち合わせを実施するとともに書面でアレルギーなどの配慮が必要な情報の共有を行っています。 | |
| | 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。 | ○ | | 支援終了後は一人ひとりの支援の記録の入力を行っています。また必要に応じて職員間での打合せ、振り返りを実施しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 日々、システム上にケース記録（支援記録）を入力、アセスメントやモニタリング、支援計画の作成時等に活用するとともに、支援の検証・改善につなげています。 | |
| | 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。 | ○ | | モニタリングは独自のシステム内において、放課後等デイサービス計画（個別支援計画）の一連のプロセスに組み込まれており、漏れなく実施している。その中で計画の見直し要否についても判断をしています。 | |

公表　事業所における自己評価結果

| 事業所名 | ウイングみやまえ |
|---|---|

公表日　2026年11月20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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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」を複数組み合わせて支援を行っているか。 | ○ | | 「日常生活の充実と自立支援のための活動」「多様な遊びや体験活動」「地域交流の活動」「こどもが主体的に参画できる活動」について、複数組み合わせた支援を行うように工夫しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 例えば「おやつセレクト」活動を導入、①選択肢の理解②自己選択③結果の受け入れ、という一連のプロセスを体験することを通じて、自己決定力を育てています。 | |
| 関係機関や保護者との連携 | 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。 | ○ | | 児童発達管理責任者のみならず、当該お子さまを理解しているスタッフが参加しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 外部機関毎に連携担当を決め、密接な連携が図れるような体制を整備しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 学校との情報共有は学校毎の協力姿勢によるところもありますが、年間計画・行事予定等の交換、こどもの下校時刻の確認等は基本的には保護者を通じて入手しています。連絡調整（送迎時の対応、トラブル発生時の連絡）は適宜対応しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 個人情報保護などセンシティブ情報に触れることもあるので、保護者からの要請に応じて対応しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 卒業後はウイング・グループの成人施設に進む児童が多く、その場合はしっかりと情報連携しています。それ以外では保護者の希望に応じて適宜対応しています。 | |
| | 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 。 | | ○ | 地域の児童発達支援センターとの連携はありません。 | 保護者さまのニーズを踏まえて検討していきます |
| | 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。 | | ○ | 現在は行っておりません。 | 保護者からのニーズを踏まえて検討していきます。 |
| | 33 | （自立支援）協議会等へ積極的に参加しているか。 | ○ | | 自立支援協議会など業界の集まりには積極的に参加しています | |
| | 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。 | ○ | | 連絡帳や送迎時、個別面談を通じて共通理解が進むように努力しています | 個別面談に来ることができないご家庭をどのように支援していくのは課題だと考えています |
| | 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。 | ○ | | 年2回の保護者会にて家族支援プログラム（保護者勉強会、ペアトレ）を提供しています | |
| 保護者への説明等 | 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。 | ○ | | 利用契約時に詳細にわたり説明しています | |
| | 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。 | ○ | | おこさまには普段の活動を通じて意向（お気持ち）を確認、保護者には個別面談にて意向を伺っている。 | |
| | 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 。 | ○ | | 同意を得ています。 | |
| | 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。 | ○ | | 原則6か月毎、ご希望があればそれ以上の頻度にて個別面談を実施、その中で助言や支援を行っています。 | 個別面談に来ることができないご家庭をどのように支援していくのは課題。 |
| | 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。 | ○ | | 年2回、保護者会を開催し交流の機会を設けています | 現時点では父母の会はないと思われます。またきょうだい交流の場を儲ける等の支援は行っていません。要望に応じて対応して参ります。 |
| | 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。 | ○ | | 利用契約の際に苦情対応について説明しています。また苦情があれば、施設のみならず本部と共に、迅速かつ適切に対応しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 毎月、ウイング通信を発行しています。HPからも活動概要を発信していることに加え、Youtubeにてドッヂビー活動の概要を発信しています。 | |
| | 43 | 個人情報の取扱いに十分留意しているか。 | ○ | | 個人情報については鍵付き書庫にて保管、施設外への持ち出しは原則禁止、個人情報が記載された書面は間違いなく裁断処理を行っている。 | |
| | 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。 | ○ | | 保護者とは独自開発のシステムを通じて、出席・欠席や、お迎え場所と時間の連絡などの情報伝達が可能となっています。 | |
| | 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。 | ○ | | 現状では特に対応しておりません。 | ご本人、保護者さまのニーズを踏まえて対応を検討していきます。 |
| | 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。 | ○ | | 保護者には利用契約時に説明しています。職員にはそれぞれ毎年1回以上の研修と訓練を実施しています。 | |

（別紙５）

公表　事業所における自己評価結果

| 事業所名 | ウイングみやまえ |
|---|---|

公表日　2026年11月20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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 非常時等の対応 | 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。 | ○ | | BCPは策定済です。研修や訓練を通じて理解と浸透を図っていきます。 | |
| | 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。 | ○ | | 服薬情報、てんかん発作等の情報はしっかりと把握し、利用日当日のスタッフの周知できています。 | 予防接種については、当方から積極的に情報収集は行っていません。保護者さまのご意向を踏まえて対応を検討していきます。 |
| | 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。 | ○ | | 保護者さまからのご依頼を踏まえて、必要に応じて医師からの指示書に基づく対応を行うことにしています。 | |
| | 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。 | ○ | | 安全計画は策定済。研修も行っており必要な措置を講じる等、安全管理を十分に行った中で支援を行っています。 | |
| | 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 。 | ○ | | 利用契約の際に周知しております。 | 必要に応じて個別面談時にも周知を行うように努めます。 |
| | 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。 | ○ | | ウイング・グループ全30施設以上が共有する「ヒヤリハット・事故データベース」があり、自施設のみならずグループで共有が行われている。月１回の会議にて教訓とな事例を紹介、再発防止策についても共有が行われています。 | |
| | 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。 | ○ | | 虐待防止研修は年2回実施し毎回各自から報告・感想を提出しています。 | |
| | 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。 | ○ | | 身体拘束については、保護者さまの意向を踏まえ、組織的に意思決定を行い、組織として管理を行うルールとなっています。研修や身体拘束適正化委員会も定期的に行っています。 | 今まで事例はありませんが、実際に検討が必要な事態が発生した際に、組織としてしっかりコントロールしていく必要があります。 |