

・入力について  
空白の口の中に入力、またはプルダウンから選択してください。複数回答可能で宇。入力を取り消す場合は、Deleteキーで削除してください。

				サービス種別		放課後等デイサービス	
事業所名			●●事業所				
法人種別		法人名			○○○○		
事業所番号			○○○○○○○○○○○○○○○○				
主たる事業所の所在地			郵便番号	〒	○○○		-
住所			○○市○○○町○○○○				
連絡先	電話番号		(○○○) ○○○-○○○○				
回答者名	○○ ○○○			職 名		管理者	

記入者は、管理者または児童発達支援管理責任者が行ってください。記入者の▼職名を選択してください。

(1) 重度心身型の指定の有無		(4) 単位数	
(2) 定 員		(単位別ではなく、全定員数で選択してください。)	
直近3カ月平均の利用者数		名	(実際の人数を入力してください。)
利用年齢構成	6歳～12歳	名	(実際の人数を入力してください。)
	13歳～15歳	名	(実際の人数を入力してください。)
	15歳～18歳	名	(実際の人数を入力してください。)
	その他	名	(実際の人数を入力してください。)
主な障害の種類			(項目を選んでください。)
(3) 行える医療行為			(項目を選んでください。)

(5) 職員配置（管理者・児童発達支援管理者を除く直接支援職員）

保育士		名
児童支援員（機能訓練担当、看護職を除く。）		名
社会福祉士		名
看護職員		名
理学療法士		名
作業療法士		名
言語聴覚士		名
心理担当職員		名
その他		名

(実際の人数を入力してください。)  
(実際の人数を入力してください。)  
(実際の人数を入力してく  
(実際の人数を入力してく  
(実際の人数を入力してく  
(実際の人数を入力してく  
(実際の人数を入力してく  
(実際の人数を入力してく  
(実際の人数を入力してください。)  
(実際の人数を入力して

曜日、祝日、長期休暇(学校休業日を含む。)を▼選択してください。

曜日、祝日、長期休暇(学校休業日を含む。)を▼選択してください。

(6) サービス提供曜日（曜日、祝日、長期休暇を選択してください。）

月			

曜日や長期休暇(学校休業日を含む。)等で時間が異なる場合は、複数▼選択してください。

例:通常4時間の支援のところ夏休みは6時間の場合は、「4時間以上6時間未満」と「6時間以上8時間未満」の二つを選んでください。

(7) サービス提供時間(時間を選択してください。曜日等により異なる場合は、複数回答可)


(8)送迎時間について（送迎車両に乗車している時間を入力してください。）

最長時間 (約)		分
平均時間 (約)		分

時間ではなく、分で半角数字を入力してください

●事業所の基本活動

(1) 子どもの発達に応じて必要となる基本的日常生活動作や自立生活を支援するために主に行っている活動はなにですか。

【集団療育】

・ 集団運動支援	
・ 集団教材学習（S S T等）	
・ 集団IT教材学習支援	
・ 既成または法人提供の支援プログラム	
・ その他	

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

該当項目に○▼選択してください。間違った場合は、セルを選択し、Deleteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

【個人療育】

・ 個別よりも集団療育を重視	
・ 個別運動支援	
・ 個別教材学習支援（S S T等）	
・ 個別IT教材学習支援	
・ 個別に選ばれた既成または法人提供の支援プログラム	
・ 個別発達支援	
・ 預かり支援	
・ 宿題支援	
・ その他	

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

その他で○を▼選択した場合は必ず内容を入力してください。  
その他以外の項目で○を▼選択し、かつその他を選び記入してもかまいません。

(2) 創作活動の支援はありますか。ある場合はどのような活動を主にしていますか。

創作活動の有無

\* ある場合のみ以下から選択してください。

あり、なしを▼選択してください。ある場合のみ下の該当項目で○を▼選択してください。

・ 自由遊び	
・ 職員の指示等に合わせて行う遊び	
・ 伝承遊び（けん玉、おはじき、おてだまなど）	
・ 感触遊び（小麦粉粘土、ボディペインティング、スライムづくりなど）	
・ 季節の遊び・行事	
・ 手指遊び（ビーズ通し、ペグ刺し、積み木、洗濯ばさみ遊びなど）	
・ 認知等学習支援（絵、折り紙、工作、裁縫、書道など）	
・ 音楽活動（楽器等演奏や歌等の活動、リトミックなど）	
・ 調理活動（調理やその準備、食材選びなど）	
・ テレビ等視聴	
・ 話合い	
・ 軽作業・活動（お手伝いや掃除、散歩などの活動等）	
・ その他	

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

(3) 地域交流や社会生活体験の機会の支援はありますか。ある場合はどのような活動を提供していますか。

交流・体験活動の有無	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

\* ある場合のみ以下から選択してください。

・ 買い物体験	<input type="checkbox"/>
・ 地域活動参加	<input type="checkbox"/>
・ 地域行事参加	<input type="checkbox"/>
・ 創作展示	<input type="checkbox"/>
・ 創作応募	<input type="checkbox"/>
・ 他の社会福祉事業への参加	<input type="checkbox"/>
・ ボランティアの受入れ	<input type="checkbox"/>
・ その他	<input type="checkbox"/>

あり、なしを▼選択してください。ある場合のみ下の該当項目で○を▼選択してください。

該当項目に○▼選択してください。間違った場合は、セルを選択し、Deleteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

--

(4) 余暇活動の支援はありますか。ある場合はどのような活動を提供していますか。

余暇活動の有無	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------

\* ある場合のみ以下から選択してください。

・ 野外活動（公園等での遊びや散歩）	<input type="checkbox"/>
・ テレビ等視聴	<input type="checkbox"/>
・ 昼寝、休憩	<input type="checkbox"/>
・ 自由あそび	<input type="checkbox"/>
・ 友達とのあそび	<input type="checkbox"/>
・ その他	<input type="checkbox"/>

その他で○を▼選択した場合は必ず内容を入力してください。  
その他以外の項目で○を▼選択し、かつその他を選び記入してもかまいません。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

--

(5) 支援を行う際にどのようなことを重視していますか。

・ 日常生活に必要な身体動作の向上（リハビリ等）	<input type="checkbox"/>
・ 身体機能の全般の向上	<input type="checkbox"/>
・ 社会生活のスキルを身に着けること	<input type="checkbox"/>
・ 情緒や感性の発達を促進すること	<input type="checkbox"/>
・ 家族や職員以外の地域社会とかかわること	<input type="checkbox"/>
・ 知識や日々の学習の支援	<input type="checkbox"/>
・ 本人の関心や趣味に合わせた活動	<input type="checkbox"/>
・ 自己判断できる力を身に着けること	<input type="checkbox"/>
・ 情緒の安定した環境づくり	<input type="checkbox"/>
・ その他	<input type="checkbox"/>

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

--

## ●事業所の支援目標の設定

(1) 事業所が利用者のために支援目標を立てる上でどのような側面を主に重視していますか。

・発達段階	
・特性	
・ADL（日常生活動作）	
・IADL（手段的日常生活動作）	
・得意なこと	
・苦手なこと	
・自己理解	
・保護者の意向	
・事業所の評価結果	
・その他	

該当項目に○▼選択してください。間違っ場合は、セルを選択し、Deleteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

その他で○を▼選択した場合は必ず内容を入力してください。

その他以外の項目で○を▼選択し、かつその他を選び記入してもかまいません。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

(2) 事業所としての支援目標について、どのように設定していますか。

・全体目標	
・年齢別	
・障害特性別	
・発達課題別	
・発達段階別	
・学業課題別	
・身体特性別	
・コミュニケーション能力別	
・完全個別	
・その他	

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

## ●支援内容の決定

(1) 日々の活動は、どのような視点で決めていますか。

・個別支援計画	
・モニタリング等家族の要望	
・児童の好み	
・統一的な活動プログラム	
・法人が決定したの活動プログラム	
・個々の活動プログラム	
・成長や年齢で事業所が決めた内容	
・看護師、OT、PT等の参考意見	
・第3者の意見を取り入れて決定	
・全職員の検討	
・相談事業所の計画による	
・その他	

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

(2) 活動の組合せはどのように決めていますか。

・ 事業所としてプログラム化	
・ 法人としてプログラム化	
・ 個別選択要望	
・ 事業所としてタイムテーブル化	
・ 利用児の多数を占める内容の組合せ	
・ 支援会議による決定	
・ 個別支援計画の内容	
・ その他	

該当項目に○▼選択してください。間違った場合は、セルを選択し、Deleteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

●他機関との連携

(1) 学校で作成される個別の教育支援計画を知っていますか。

教育支援計画を知っていますか。	
-----------------	--

\* 知っている場合のみ以下から選択してください。

・ すべての利用者	
・ 一部の利用者	
・ 教育支援計画は入手していない	
・ 家族からは聞いているが計画そのものは知らない	
・ その他	

知っている、知らないを▼選択してください。知っている場合のみ下の該当項目で○を▼選択してください。

その他で○を▼選択した場合は必ず内容を入力してください。  
その他以外の項目で○を▼選択し、かつその他を選び記入してもかまいません。

その他を選んだ場合は下に内容を

(2) 学校等どのような機関と連携して、個別支援に活用していますか。

活用の有無	
-------	--

\* ある場合のみ以下から選択してください。

・ 特別支援教育コーディネータとの連携	
・ 学校の連絡会議への参加	
・ 相談支援事業所の相談支援員のサービス担当者会議への参加	
・ 医療機関との連携	
・ 放課後児童クラブや児童館等との連携	
・ 子ども教室との連携	
・ 保育所等訪問支援	
・ 学校等の保護者会や利用者の父母会	
・ 児童発達支援センター等からの助言	
・ 教育支援センター、適応指導教室との連携	
・ その他	

あり、なしを▼選択してください。ある場合のみ下の該当項目で○を▼選択してください。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

## ●事業所の目標

(1) 事業所の運営について今後の目標はありますか。

目標の有無

☐

あり、なしを▼選択してください。ある場合のみ下の該当項目で○を▼選択してください。

\* 知っている場合のみ以下から選択してください。

・ 医療的ケア児の受入れ	<input type="checkbox"/>
・ 利用定員の拡充	<input type="checkbox"/>
・ 対象障害の範囲拡大	<input type="checkbox"/>
・ 特化した専門的支援への移行	<input type="checkbox"/>
・ 対象年齢の範囲拡大	<input type="checkbox"/>
・ O T、P Tの増員	<input type="checkbox"/>
・ 直接処遇支援員の保育士の増員	<input type="checkbox"/>
・ 看護師、S T等専門職の増員	<input type="checkbox"/>
・ 設備の整備	<input type="checkbox"/>
・ その他	<input type="checkbox"/>

該当項目に○▼選択してください。間違った場合は、セルを選択し、Deleteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

(2) 支援の質の向上に向けてどのような取り組みをしていますか。

取り組みの有無

☐

\* 知っている場合のみ以下から選択してください。

・ スーパーバイザーの招聘	<input type="checkbox"/>
・ PT、OT、ST、心理等の採用（非常勤を含む）	<input type="checkbox"/>
・ 他事業者からの助言／指導	<input type="checkbox"/>
・ 事業所団体への加盟	<input type="checkbox"/>
・ 地域自立支援協議会や子ども部会等が企画する研修等への参加	<input type="checkbox"/>
・ 外部研修の受講	<input type="checkbox"/>
・ 法人内、事業所内の研修、学習会の実施	<input type="checkbox"/>
・ 計画的なOJTの実施	<input type="checkbox"/>
・ 神奈川県集団指導講習の参加	<input type="checkbox"/>
・ 厚生労働省ガイドブックの周知	<input type="checkbox"/>
・ その他	<input type="checkbox"/>

その他で○を▼選択した場合は必ず内容を入力してください。  
その他以外の項目で○を▼選択し、かつその他を選び記入してもかまいません。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。

## ●サービス利用のきっかけ

(1) サービス利用のきっかけの割合を教えてください（該当する割合を選択し

・ 相談事業所からの紹介	<input type="checkbox"/>
・ セルフプラン	<input type="checkbox"/>
・ その他（50%以上を占める）	<input type="checkbox"/>

該当する割合を▼選択してください。その他で○を選択した場合は、内容を記入してください。

その他を選んだ場合は下に内容を簡単に入力してください。



## ●保護者との相談・連絡の機会

(1) 保護者との相談、連絡にはどのような機会を設けていますか。実態をお聞かせください。

・送迎時の保護者顔合わせ	
・連絡帳の活用	
・6カ月に一度のモニタリング	
・定期的（6か月未満）の保護者懇談会	
・要望に応じて随時相談	
・相談窓口（法人）	
・第3者の相談窓口からの照会	
・その他	

該当項目に○▼選択してください。間違った場合は、セルを選択し、Deleteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

その他で○を▼選択した場合は必ず内容を入力してください。  
その他以外の項目で○を▼選択し、かつその他を選び記入してもかまいません。

その他を選んだ場合は下に内容を

(2) 保護者との相談、連絡について課題があれば自由にお書きください。

自由入力

## ●利用者支援の対応

(1) 利用者支援についての課題を教えてください。

課題の有無

\* 知っている場合のみ以下から選択してください。

・特性を踏まえた支援の難しさ	
・個人の支援内容と集団支援の協調	
・保護者等の意見と支援の調整	
・医療ケア（医療）と支援の連携	
・座位保持等身体的拘束廃止と支援の難しさ	
・その他	

あり、なしを▼選択してください。ある場合のみ下の該当項目で○を▼選択してください。

該当項目に○▼選択してください。間違った場合は、セルを選択し、Deleteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

その他を選んだ場合は以下に内容を簡単に入力してください。

## ●業務運営の把握

(1) 請求事務はどなたが行っていますか。

・管理者または児童発達支援管理者	
・経理担当	
・事業所の事務職員	
・法人の請求事務職員	
・外部委託	
・その他	

その他で○を▼選択した場合は必ず内容を入力してください。  
その他以外の項目で○を▼選択し、かつその他を選び記入してもかまいません。

その他を選んだ場合は以下に内容を簡単に入力してください。

(2) 請求以外の他の届出業務はどなたが行っていますか。

・ 管理者または児童発達支援管理者	
・ 経理担当	
・ 事業所の事務職員	
・ 法人の事務職員	
・ 外部委託	
・ その他	

該当項目に○▼選択してください。間違った場合は、セルを選択し、Deliteキーで○を消してください。複数選択も可能です。

その他を選んだ場合は以下に内容を簡単に入力してください。