

2024年度 事業所における自己評価結果

上段 % ※計算式

事業所名		重心通所なりた		回収率	100%	(20/20)	アンケート実施期間：12/17~1/27		下段：人数
		チェック項目	回答				工夫している点	課題や改善すべき点	
			はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答			
環境・ 体制 整備	1	利用定員が活動室等のスペースとの関係で適切であるか。	50% (10人)	35% (7人)	15% (3人)		・ベッド等の配置を調整等しています。	・生活介護、児童発達支援（日中）と放課後等デイサービスのご利用者が重なる時間帯があり、その際の場所移動に対しての改善が必要です。	100% (20人)
	2	利用定員や利用者の状態等に対して、職員の配置数は適切であるか。	45% (9人)	50% (10人)	5% (1人)		・職員同士で声をかけ合い、ご利用者が一人になることがないように対応しています。	・日中、放課後と続けての運営なので、情報共有に関しては課題があるので、次年度は共有するための改善をしていきます。	100% (20人)
	3	事業所内は利用者が主体的に過ごせるような工夫（配置・掲示等）がなされているか。また、事業所の設備等は障害特性に応じてバリアフリー化や情報伝達等への配慮が適切になされているか。	75% (15人)	25% (5人)	0% (0人)		・バリアフリー、施設内・トイレも天井走行のリフトが設置されています。	・複合施設内の高、介護事業所と同じ建物内にあるが、スロープの幅が介護使用の為狭いです。	100% (20人)
	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、利用者の活動に合わせた空間となっているか。	90% (18人)	10% (2人)	0% (0人)		・木の温もりを感じられ、環境整備、消毒もされています。	・ご利用者との活動で使用された物品が、片付けがされていない事があるので、使用後は元の場所に直すよう周知していきます。	100% (20人)
	5	必要に応じて、利用者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。	50% (10人)	40% (8人)	10% (2人)		・児童用のキッズルームがある点は、必要に応じて対応ができています。 ・個別の部屋や場所はパーテーションを利用し、クールダウンして頂きながら介助を行っています。		100% (20人)
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。	35% (7人)	45% (9人)	15% (3人)	5% (1人)	・半年に一度振り返りを行っているが、主で入る職員にサービス管理責任者が聞き取りをし計画を立てています。	・生活介護・児童発達支援後に、放課後等デイサービスご利用者が利用の為、職員間でのケース会議などスタッフがメンバーさんのことを話し合う機会が少ない。定例会も事前に日時をアナウンスしているが契約が多いため全員揃うのが難しいので次年度の課題として取り組みます。	100% (20人)
	7	利用者向け評価表により、家族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。	50% (10人)	50% (10人)	0% (0人)		・1日の振り返りが常にご利用者がいる中で運営しているため、業務日誌や定例会のレジュメで伝えていきます。	・家族の意向を把握する機会はあるが、その内容を定例会や業務日誌などで情報を伝えているが、情報収集ができていない職員がいるので次年度は内容を周知し改善していきます。	100% (20人)
	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。	70% (14人)	25% (5人)	0% (0人)	5% (1人)	・定例会や面談の際等に意見を聞いています。	・定例会に出席できない職員は意見の機会が少なく、意見を言いくい職員もいるので、もう少し意見を述べやすくなるように、声をかけていきます。	100% (20人)
	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。					・法人内の障がい事業所間で、運営状況チェックを行い改善点は年度内に改善をしています。	・第三者による外部評価を実施していません。	0% (0人)
	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。	95% (19人)	5% (1人)	0% (0人)		・オンライン、動画視聴研修もあり参加しやすい。		100% (20人)
適切 な 支 援 の 提 供	11	こども支援の事業においては、適切に支援プログラムが作成、公表されているか。					・今年度支援プログラムを作成しています。		0% (0人)
	12	個々の利用者に対してアセスメントを適切に行い、利用者や家族等のニーズや課題を客観的に分析した上で、個別支援計画を作成しているか。	80% (16人)	20% (4人)	0% (0人)		・半年に1度またはその都度、ご利用者・ご家族の朝の受け入れ時や連絡帳により、その日の体調状態を把握し個々の個別支援計画作成を行えています。		100% (20人)
	13	個別支援計画を作成する際には、児発管・サビ管だけでなく、支援に関わる職員が共通理解の下で、利用者の最善の利益を考慮した検討が行われているか。	45% (9人)	55% (11人)	0% (0人)		・ご利用者が主体で過ごせるように、職員間で共有しています。	・職員間での話し合い、検討する時間が持てないのが課題なので、次年度改善できるようにしていきます。	100% (20人)
	14	個別支援計画が職員間で共有され、計画に沿った支援が行われているか。	55% (11人)	35% (7人)	10% (2人)		・様々なツールを利用して、職員間でご利用者情報のやり取りを行えています。	・職員全員が支援計画を確認し、支援できているかは不明なので、次年度の課題として取り組んでいきます。	100% (20人)
	15	利用者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。	40% (8人)	55% (11人)	0% (0人)	5% (1人)	・日々の記録とアセスメントなどのファイルが別に管理しています。	・日々の活動に繋がっていない事があるので、次年度の課題として取り組んでいきます。	100% (20人)
	16	こども支援の事業においては、個別支援計画には、ガイドラインの「児童発達支援の提供すべき支援」「本人支援」「家族支援」「移行支援」及び「地域連携・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。	50% (10人)	40% (8人)	0% (0人)	10% (2人)	・特別支援学校での様子を共有され移行についても連携できています。	・全員の職員に関しては理解が不十分な部分もあります。	100% (20人)
	17	活動プログラムの立案をチームで行っているか。	45% (9人)	40% (8人)	15% (3人)		・季節行事や外出担当を決めてイベントを計画できています。	・係りが主で立案・計画作成をしているので、全員での立案ではないです。	100% (20人)
	18	活動プログラムが固定化しないよう工夫しているか。	35% (7人)	65% (13人)	0% (0人)		・ご本人主体の支援を行うため、その日の体調をご本人と相談しながら支援を行えています。	・1対1の支援が多く、個々のプログラムが固定化してしまっています。	100% (20人)
	19	利用者の状況に応じて、個別活動と集団活動を適宜組み合わせる個別支援計画を作成し、支援が行われているか。	65% (13人)	35% (7人)	0% (0人)		・ご利用者のご希望を聞きながら、個別の時間と集団の時間どちらも確保できています。		100% (20人)
	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。	50% (10人)	50% (10人)	0% (0人)		・朝の会で情報共有をしています。		100% (20人)
	21	支援終了後は、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。	25% (5人)	55% (11人)	20% (4人)			・朝から夕方まで支援があり、支援終了後の振り返る時間が持てないのが課題です。	100% (20人)
	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。	75% (15人)	20% (4人)	5% (1人)		・日々の支援は記録に残しています。また水分量や食事量も記録しています。		100% (20人)
	23	定期的にモニタリングを行い個別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。	60% (12人)	35% (7人)	0% (0人)	5% (1人)	・半年に一度の個別支援計画の見直し継続ができています。	・短時間で契約職員との話す時間を持つことが難しく、一緒に見直しをすることができていません。	100% (20人)

		チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答	工夫している点	課題や改善すべき点	
関係機関 や保護者との 連携	24	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、その利用者の状況をよく理解した者が参画しているか。					・必要の際は相談支援事業所や学校など関係機関に連絡をし情報共有しています。		0% (0人)
	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。	55% (11人)	35% (7人)	10% (2人)		・特別支援学校と連携ができています。		100% (20人)
	26	こども支援の事業においては、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(幼稚園部)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。	40% (8人)	45% (9人)	10% (2人)	5% (1人)	・放課後等デイサービスご利用者とは情報の共有はできています。		100% (20人)
	27	こども支援の事業においては、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。					・就学時の以降の際には、特別支援学校と保護者とも情報共有ができています。		0% (0人)
	28	こども支援の事業においては、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。					・同じ市の児童発達支援センターとは連携ができています。		0% (0人)
	29	こども支援の事業においては、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。	20% (4人)	45% (9人)	35% (7人)			・コロナ感染などがまだある為、地域との交流ができていません。	100% (20人)
	30	口頭から利用者の状況を家族と伝え合い、課題（発達状況・健康状態等）について共通理解を持っているか。	70% (14人)	30% (6人)	0% (0人)		・連絡帳や送り出しの際や送迎、電話での連絡等を活用しています。		100% (20人)
	31	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。	25% (5人)	50% (10人)	20% (4人)	5% (1人)	・チラシなど配布しています。		100% (20人)
保護者への 説明等	32	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。					・契約時や面談の際に個々に説明を行っています。		0% (0人)
	33	個別支援計画を作成する際には、利用者や家族の意思の尊重、こどもの最善の利益の優先考慮の観点から踏まえて、こどもや家族の意向を確認する機会を設けているか。	71% (15人)	24% (5人)	0% (0人)	5% (1人)	・半年に一度ご本人を交えて面談を行っています。		100% (21人)
	34	個別支援計画書を示しながら支援内容の説明を行い、家族から同意を得ているか。					・面談の際にご本人同席のもと、ご家族にも同意を得ています。		0% (0人)
	35	定期的に、家族等から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。	85% (17人)	15% (3人)	0% (0人)		・適宜、電話や送迎時等ご相談の対応をしています。		100% (20人)
	36	父母の会の活動を支援することや、家族会等を開催する等により、家族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。	25% (5人)	55% (11人)	15% (3人)	5% (1人)		・開設時より父母会や家族会が無く、昨年度は交流会をしました。次年度も交流会を設けていきたいと思えます。	100% (20人)
	37	利用者や家族等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、利用者や家族等に周知し、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。	75% (15人)	25% (5人)	0% (0人)		・急な延長ご利用、送迎の申し入れなど対応できています。		100% (20人)
	38	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利用者や家族等に対して発信しているか。	70% (14人)	25% (5人)	0% (0人)	5% (1人)	・不定期だが内部発行し活動内容など配信できています。		100% (20人)
	39	個人情報の取扱いに十分留意しているか。	100% (20人)	0% (0人)	0% (0人)		・ご利用者の情報が記載されているファイルは、扉付きの棚で保管しています。		100% (20人)
	40	障害のある利用者や家族等との意思の疎通や情報伝達のための配慮をしているか。	85% (17人)	15% (3人)	0% (0人)		・ご利用者の特性を把握し、声のトーンや触れる際には声をかけてから行動しています。		100% (20人)
	41	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。	70% (14人)	25% (5人)	5% (1人)		・拠点内でサロンや近隣の高校生の居場所カフェ等取り組んでいます。		100% (20人)
非常時 等の 対応	42	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。	75% (15人)	20% (4人)	5% (1人)		・訓練は拠点で行えています。またご家族にも訓練の様子をお便りで伝えてあります。		100% (20人)
	43	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。	60% (12人)	30% (6人)	10% (2人)		・BCP作成、避難訓練も実施できています。	・毎日勤務でない職員やドライバーは行えていません。	100% (20人)
	44	事前に、服薬や予防接種、てんかん発作等の利用者の状況を確認しているか。	80% (16人)	20% (4人)	0% (0人)		・支援に入る前に確認をし、不明点があれば看護師や正規職員に聞いています。		100% (20人)
	45	食物アレルギーのある利用者について、医師の指示書に基づく対応がされているか。	75% (15人)	20% (4人)	5% (1人)		・給食提供のご利用者の食札にアレルギーを記入して共有できています。		100% (20人)
	46	こども支援の事業においては、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。	65% (13人)	35% (7人)	0% (0人)		・施設内での危険箇所等は共有し改善しています。		100% (20人)
	47	こども支援の事業においては、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。	65% (13人)	35% (7人)	0% (0人)		・手紙で配布し共有しています。		100% (20人)
	48	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。	95% (19人)	5% (1人)	0% (0人)		・キントーンアプリを使用しながら、職員間で共有・検討し再発防止に向けた対策もしています。		100% (20人)
	49	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。	85% (17人)	15% (3人)	0% (0人)		・毎月、虐待防止のための研修を定例会で行っています。		100% (20人)
	50	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、利用者や家族等に事前に十分に説明し了解を得た上で、個別支援計画に記載しているか。	70% (14人)	30% (6人)	0% (0人)		・個別支援計画書に記載し、面談のたびに説明ができています。		100% (20人)

2024年度 事業者向け 生活介護・放課後デイ・児童発達支援 自己評価総括表

公表日：2025年 3月 10日

○事業所名	生活クラブ風の村 重心通所なりた		
○保護者評価実施期間	2024年 12月 13日		～ 2025年 1月 17日
○保護者評価有効回答数	(対象者数)	27名	(回答者数) 25名
○従業者評価実施期間	2025年 12月 17日		～ 2025年 1月 27日
○従業者評価有効回答数	(対象者数)	20名	(回答者数) 20名
○事業者向け自己評価表作成日	2025年 2月 25日		

○ 分析結果

	事業所の強み(※)だと思われること ※より強化・充実を図ることが期待されること	工夫していることや意識的に行っている取組等	さらに充実を図るための取組等
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小規模なので家庭的な環境のもと、季節の行事やイベントなど個々のペースで行えています。</li> <li>・基本1対1の支援なので、ご利用者とその日の活動内容を一緒に考えて行っています。</li> <li>・ご利用者が安心・安全に楽しく過ごせるかを考え、小さな事も見逃さないように、しっかりご利用者と向き合って支援を行っています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重心に来るのが楽しみと思って頂けるように、職員一人ひとりが支援に入り活動をしています。</li> <li>・その日の活動内容を送迎の際に、ご家族へお伝えしご家族とも共有しています。</li> <li>・ご家族が話しかけやすい雰囲気心掛けています。</li> <li>・職員間で相談や情報共有しています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不定期に内部発行していますが、ご希望のご家族によりご利用者の様子を見て頂けるように参観の機会を設けます。</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の定例会で研修（摂食指導、救急講習、感染など）を行い、職員の質の向上のため行っています。</li> <li>・拠点で介護事業所との連携もしながら防災訓練にも取り組んでいます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人内の研修は全職員が受講できるように、対面式だけでなく動画視聴でも受講できるように取り組んでいます。</li> <li>・定例会での研修も当日勤務でない職員にも研修のみの受講を事前に伝え周知しています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外部研修受講の充実を図っていき、受講した職員がFBし職員の幅を広げていけるように支援していきます。</li> <li>・各職員が研修に興味を持ち視野を広げられるようにしていきます。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ひやりはっと・事故報告書は、書面や法人のアプリを使用し共有できています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務日誌にもひやりはっと、事故報告があったことを記載し朝の会でも周知しています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・書面はファイルに綴じて、事業所内のアプリで共有していますが見ていない職員もいたので、確実に共有していくようにチェック表を活用していきます。</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染対策が徹底できているので、感染拡大に繋がらずに済んでいます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出勤時と支援の衣服を着替えて、1ヶアごとに石鹸での手洗い・手指消毒を行っています。</li> <li>・発熱がある際には、個室での対応をしています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重心児、者のご利用者なので感染のリスクが高く、このまま感染対策を継続していきます。</li> <li>・感染者が出た際にはその都度、ご利用者へ連絡をし対応していきます。</li> </ul>

	事業所の弱み(※)だと思われること ※事業所の課題や改善が必要だと思われること	事業所として考えている課題の要因等	改善に向けて必要な取組や工夫が必要な点等
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護、児童発達支援と放課後等デイサービスのご利用者が重なる時間帯があり、場所移動や支援の際には人手が足りなくなってしまう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日を通しての事業所なので、引き継ぐ時間がない状況です。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日を通しての事業所なので、職員間で声を掛け合いながら支援の連携をしています。</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染リスクの高いご利用者なので、コロナ5類移行になったが地域との交流が少なくなっています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点内でもコロナ感染者が多く出ている際には、外部との交流に制限をかけてしまっています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外出など送迎車を利用して外出計画を立てて、いつもと違う環境を楽しんで頂けるようにしていきます。</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご利用者に関する計画書や指示書について、個々に確認不足みられます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各ご利用者のファイルに個別支援計画や指示書も綴じてあり、朝の会や業務日誌などのツールでアナウンスをしていますが、周知していない職員がいます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個々に業務日誌に確認した際に印鑑欄を作成したが、印は押してあるがきちんと確認していない事がうかがえるので、再度周知していくように、定例会の度に伝えていきます。</li> </ul>