

令和7年度第7回

朝霞市障害者自立支援協議会専門部会（地域生活支援拠点）

次 第

日 時 令和8年2月10日（火）
午前10時00分から
会 場 朝霞市民会館ゆめぱれす 301会議室

1 開 会

2 議 題

- （1） 朝霞市地域生活支援拠点等事業の評価について
- （2） 日中サービス支援型共同生活援助の評価について
- （3） 各種取り組み報告（研修及び連絡会等）
- （4） その他

3 閉 会

朝霞市障害者自立支援協議会専門部会（地域生活支援拠点部会）委員名簿

令和8年2月10日現在

氏名	所属等
相談支援事業者	
さいとう かずみ 齋藤 和美	特定非営利活動法人キラキラ代表理事
のほら えりこ 野原 絵里子	みつばすみれ学園障害児等計画相談支援センター相談支援専門員主幹
障害福祉サービス事業者	
なかむら としや 中村 敏也	株式会社GENKI INNOVATION COMPANY 代表取締役
ながつか さとる 長塚 寛	あさか向陽園副園長
えがわ かずき 江川 和宣	社会福祉法人愛隣館(グループホームつぐみ)職員
教育又は雇用関係者	
みねぎし なおゆき 峯岸 直之	和光南特別支援学校進路指導主事
たかはし くにたろう 高橋 邦太郎	朝霞市商工会理事
障害者団体の代表者	
なかむら まきこ 中村 眞喜子	特定非営利活動法人朝霞市中心身障害児・者を守る会会員

朝霞市地域生活支援拠点等事業所一覧

No.	登録年月日	申請者（法人名等）	名称	所在地	連絡先	事業の種類	担う機能				
							①	②	③	④	⑤
1	令和4年4月1日	社会福祉法人高栄会	ひまわり工房	朝霞市大字宮戸17番地	048-487-7916	生活介護 就労継続支援B型			○	○	
2	令和4年4月1日	社会福祉法人高栄会	相談支援事業所ひまわり	朝霞市大字宮戸17番地	048-487-7917	計画相談支援 障害児相談支援	○				○
3	令和4年4月1日	株式会社彩友	相談支援センターさいゆう	朝霞市根岸台6-9-9-A号室	048-424-8929	計画相談支援	○				○
4	令和4年4月1日	株式会社彩友	ポコポコブカブカ	朝霞市本町1-8-7-2F	048-458-0690	就労継続支援B型 自立訓練（生活訓練）			○		○
5	令和4年4月1日	NPO法人キラキラ	相談支援事業所キラキラ朝霞	朝霞市本町1-7-17ツインズハウスⅡ101	048-423-6750	計画相談支援 障害児相談支援	○			○	○
6	令和5年7月1日	社会福祉法人 朝霞市社会福祉協議会	はあとびあ障害者相談支援センター	朝霞市大字浜崎51番地の1	048-486-2400	計画相談支援 障害児相談支援	○				○
7	令和5年10月1日	社会福祉法人 埼玉県社会福祉事業団	あさか向陽園	朝霞市青葉台1-10-60	048-466-1411	生活介護 施設入所支援 就労継続支援B型 短期入所		○	○	○	
8	令和5年12月1日	特定非営利活動法人 なかよしねっと	なかよしかいふえ	朝霞市朝志ヶ丘1-2-6-108	048-476-6386	生活介護			○		
9	令和6年2月29日	特定非営利活動法人 朝霞市つばさ会	相談支援事業所あゆみ	朝霞市三原2-29-11	048-465-4846	計画相談支援 障害児相談支援	○				○
10	令和6年4月1日	社会福祉法人 朝霞市社会福祉協議会	朝霞市障害者ふれあいセンター あさか福祉作業所	朝霞市大字上内間木493-9	048-456-1400	生活介護 就労移行支援 就労継続支援B型			○		
11	令和6年4月1日	社会福祉法人 朝霞市社会福祉協議会	ふれあい障害者相談支援センター	朝霞市大字上内間木493-9	048-456-1403	計画相談支援 障害児相談支援	○				○
12	令和6年4月1日	社会福祉法人 朝霞市社会福祉協議会	はあとびあ福祉作業所	朝霞市大字浜崎51番地の1	048-486-2481	生活介護 就労継続支援B型			○		
13	令和7年3月1日	朝霞地区一部事務組合	障害者支援施設 すわ緑風園	和光市南2-3-2	048-461-3028	生活介護 施設入所支援 短期入所		○	○		○
14	令和7年4月1日	株式会社 日本クリード	クリード朝霞	朝霞市浜崎656-1	048-486-1231	短期入所 共同生活援助		○			
15	令和7年4月1日	株式会社 日本クリード	くれいん	朝霞市浜崎656-2	048-486-1231	生活介護			○		

※担う機能について

①相談 ②緊急時の受入れ・対応 ③体験の機会・場 ④専門的人材の確保・養成 ⑤地域の体制づくり

朝霞市地域生活支援拠点等事業登録事業所による自己評価 集計結果

資料 1 - 2

登録事業所共通 評価集計

項目		分布 (総数15)			
		○	△	×	未回答
運営全般に関するもの					
拠点等の組織・運営体制・担当する区域におけるニーズの把握を行っているか		4	5	5	1
1	拠点等の整備方針の基本理念の検討、関係者間の共有化が図られているか	27%	33%	33%	7%
2	拠点等と市の役割分担、管内で統一することが望ましいルールの設定、地域課題の抽出方法（アセスメント）等が検討できるように協議会等における運営方針が定められているか	7%	33%	53%	7%
3	拠点等と市等の連携のための連絡会議を定期的開催しているか	46%	27%	27%	0%
4	必要な機能等の運営における定義付けの検討が行われているか	3	3	7	2
		20%	20%	46%	13%
5	支援者間の連携が効果的に行われているか	6	8	1	0
		40%	53%	7%	0%
6	関係機関等との連携の向上、調整、合意形成に努めているか	6	5	3	1
		40%	33%	20%	7%
7	各種課題に対する連携意識の醸成に努めているか	6	4	4	1
		40%	27%	27%	7%
8	拠点等を地域になじみやすい名称で周知しているか	2	4	8	1
		13%	27%	53%	7%
9	地域づくりやまちづくりを旨とした障害福祉を推進しているか	9	5	1	0
		60%	33%	7%	0%
10	自然災害発生時における対応方針や過疎地域等の移動支援に対する支援等、地域性を踏まえているか	8	6	1	0
		53%	40%	7%	0%
地域ごとのニーズに応じて重点的に行うべき業務の方針					
11	重度、高齢化、独居世帯等の障害者等の生活状況の確認を行っているか	5	6	5	0
		33%	40%	33%	0%
12	社会的活動（ボランティア等）を希望する障害者等の把握に努めているか	1	9	4	0
		13%	60%	27%	0%
障害福祉サービス等事業所・医療機関・民生委員・ボランティア等の関係者とのネットワーク（地域社会との連携及び専門職との連携）構築の方針					
13	障害者等や地域住民を含め地域の関係者を集めて、協議会で把握した地域の課題を共有するための勉強会やワークショップ等を開催しているか	3	3	8	1
		20%	20%	53%	7%
14	障害福祉・介護・医療等の多職種が集まる研修会への参加を促進しているか	9	2	3	1
		60%	13%	20%	7%
個人情報の保護					
15	支援者間において、市が定める個人情報保護の規定を踏まえた対応が図られているか	15	0	0	0
		100%	0%	0%	0%
利用者満足の上					
16	相談や苦情に適正に対応できる体制となっているか	15	0	0	0
		100%	0%	0%	0%
17	安心して相談できるようプライバシーの確保が行われているか	15	0	0	0
		100%	0%	0%	0%
公正、公平性・中立性の確保					
18	公正、公平性・中立性の観点から、適切に障害者等の受け入れを行っているか	15	0	0	0
		100%	0%	0%	0%
19	公正、公平性・中立性に配慮して、障害福祉サービス事業所等の紹介を行っているか	13	0	2	0
		87%	0%	13%	0%
20	障害福祉サービス等事業所、相談支援事業所を紹介した経緯を記録しているか	11	2	2	0
		73%	13%	13%	0%
21	協議会等への報告、説明等に協力しているか	7	5	3	0
		46%	33%	20%	0%

機能別 事業所評価集計

項目		分布 (総数6)			
		○	△	×	未回答
個別機能に関するもの					
相談					
22	障害者等やその家族の相談には各制度とも十分に連携しながらワンストップで対応しているか	5	1	0	0
		83%	17%	0%	0%
23	個別相談を受ける体制の確保（相談窓口の設置等）しているか	6	0	0	0
		100%	0%	0%	0%
24	相談内容ごとに対応状況の進捗管理ができていないか	5	1	0	0
		83%	17%	0%	0%
25	運営に当たっては、緊急時の対応等も想定し、支援者に対して速やかに連絡が取れるような体制を整備しているか（必ずしも24時間体制を採る必要はない）	5	1	0	0
		83%	17%	0%	0%
26	緊急相談への発展が危惧されるような事案を事前に把握し、問題が顕在化する前に対応できる取組みを行っているか	5	1	0	0
		83%	17%	0%	0%
27	相談を受けた後の対応（紹介）の仕組みを構築しているか	5	1	0	0
		83%	17%	0%	0%
28	切れ目のない包括的な障害福祉・介護・医療の連携体制を構築しているか	4	1	1	0
		66%	16%	16%	0%

（緊急時の受け入れ・対応）

項目		分布 (総数3)			
		○	△	×	未回答
個別機能に関するもの					
緊急時の受け入れ・対応					
29	「緊急時」の定義付けを行い、緊急時の対応（定義外の対応を含む。）について、具体的な方法を定めているか	1	1	1	0
		34%	33%	33%	0%
30	本人の家族状況、障害特性、服薬情報、経済状況等を事前に登録する仕組みの活用を検討しているか（その際、受け入れ制限をしていないか）	2	1	0	0
		67%	33%	0%	0%
31	緊急時の受け入れ後、サービス利用計画等の見直しを行っているか	1	0	2	0
		33%	0%	67%	0%
32	各事業所（関係機関等を含む。）間の当番制による緊急時の受け入れ・対応を図っているか	0	0	2	1
		0%	0%	67%	33%
33	重度障害者も含めた緊急時における常時の受入体制が確保できているか	1	2	0	0
		33%	67%	0%	0%
34	短期入所のうち、緊急時の受け入れ枠を確保しているか	1	2	0	0
		33%	67%	0%	0%
35	短期入所の事業所数が少ない場合、共生型サービスの活用も含めた検討を行っているか	0	0	3	0
		0%	0%	100%	0%

（体験の機会・場）

項目		分布 (総数8)			
		○	△	×	未回答
個別機能に関するもの					
体験の機会・場					
36	空き家・公民館等を最大限活用しているか	0	3	5	0
		0%	37%	63%	0%
37	障害特性に配慮した体験の場を確保しているか	8	0	0	0
		100%	0%	0%	0%
38	緊急時を想定した体験利用を行っているか	3	0	5	0
		37%	0%	63%	0%
39	地域住民との交流の場、社会参加の機会を確保しているか	7	0	1	0
		87%	0%	13%	0%
40	障害者等やその家族の意向に沿った体験の機会・場を確保できるように、関係機関等で連携しているか	6	2	0	0
		75%	25%	0%	0%
41	各事業所（関係機関等を含む。）間の当番制による機会・場を確保しているか	0	2	6	0
		0%	25%	75%	0%

（専門的人材の確保・養成）

項目		分布 (総数3)			
		○	△	×	未回答
個別機能に関するもの					
専門的人材の確保・養成					
42	障害者等の重度化・高齢化に対応できる人材を確保・養成するため、専門的な研修等の機会を確保しているか	3	0	0	0
		100%	0%	0%	0%
43	協議会等で専門的な人材の確保・養成に係る方針や計画を十分に検討しているか	1	1	1	0
		34%	33%	33%	0%

（地域の体制づくり）

項目		分布 (総数8)			
		○	△	×	未回答
個別機能に関するもの					
地域の体制づくり					
44	地域の多様な社会資源の開発や最大限の活用を視野に入れた必要な体制を構築しているか	0	6	2	0
		0%	75%	25%	0%
45	各拠点等の必要な機能を活かし、地域全体で地域生活支援を可能とする体制を構築しているか	0	5	3	0
		0%	62%	38%	0%

機能別 追加項目集計

項目		設問		はい	いいえ
（相談）					
評価項目		設問		はい	いいえ
拠点コーディネーターの設置の有無		① 配置しているか？		0 0%	6 100%
		朝霞市として、拠点コーディネーターをどのようにしていくかということが定まっていないため、設置は無い。			
相談における緊急時の相談体制の確保		① 24時間体制を確保しているか？		2 33%	4 67%
		② どのような工夫をしているか？（自由記述）		・希望者にはLINEでのやりとりができる体制を取っている。 ・ホームページには相談フォームを設置している。 ・携帯電話の活用。	
相談に関わる実施体制の人員確保		① 相談に関わる職員数		総数 19	
		②（うち）相談支援専門員数		17	
		③ 不足している点はあるか？（自由記述）		・人員。 ・相談支援制度の浸透に伴い、地域ニーズは日々増大している。 一方で、相談支援報酬の設定が低く経営的な余裕が持てないことに加え、相談員が立ち立ちするまでは長期の研修や実務指導を要する。こうしたコスト面と育成面の負担が重なり、十分な人員確保に至っていない。	
緊急時の相談受入れ実績		① 1年間の緊急時に関わる相談件数		2	
		② あんしんシートの活用数		2	

（緊急時の受け入れ・対応）

項目		設問		はい	いいえ
（緊急時の受け入れ・対応）					
評価項目		設問		はい	いいえ
緊急時の連絡調整のルール策定		① 「緊急時」の該当基準や要支援者の受け入れ基準を策定しているか？		1 33%	2 67%
		② 「緊急時」に適切に対応するためのマニュアルやフローチャートを策定しているか？		1 33%	2 67%
		総数 16			
拠点等としての実施体制		① 緊急時の受入れ要請の相談受付件数		4	
		② 拠点等として確保している空室の数		4	
		③ 要請に応じた受入れ件数		4	
		はい いいえ			
		④ 緊急保護時の不測の事態に備えた医療機関等との連携体制はあるか？		2 67%	1 33%
自拠点での受け入れ困難時に備えた他事業所との連携体制		① 自拠点での受け入れ困難時に備えた他事業所（「緊急時の受け入れ・場」の実施機関でない事業所）との連携体制を確保しているか？		3 100%	0 0%
		② 自拠点での受け入れ困難時の連携している事業所の担当者及び連絡先を把握して事業所内で共有しているか？		3 100%	0 0%
		③ 当該事業所において、受け入れ対応が可能障害者等の状態像を把握しているか？		3 100%	0 0%

（体験の機会・場）

項目		設問		総数	
（体験の機会・場）					
評価項目		設問		総数	
拠点等としての「体験の機会・場」の確保		① 対象者の範囲		全てに対応 1 緊急時の対応を想定した体験利用 1 通所事業所の体験利用 6	
		② 1年間の体験利用の希望者数（内訳）		29	
		実際に利用に至った人数		17	
		現在調整中の人数		2	
		1度希望はしたが、その後連絡のない人数		2	
地域の体験宿泊先としての確保・開拓		① 拠点コーディネーターを中心として利用可能な空き家・公民館等、障害福祉サービス事業所外の社会資源の開拓を行っているか？		はい 0 0%	いいえ 8 100%
		② 具体的な社会資源先（自由記述）		トイレ、洗面所、浴室、台所と、生活に必要な機能がまとまった居室が1室あるため、そこを活用した受け入れが可能。	

（専門的人材）

項目		設問		はい	いいえ
（専門的人材）					
評価項目		設問		はい	いいえ
専門性を高めるための人材養成研修のニーズ把握及び実施		① 専門的な人材の確保・養成のニーズを把握しているか？		3 100%	0 0%
		② どのような研修を実施しているか？（該当するものを選択）		強度行動障害への対応（3件）	
		③（②でその他と答えた事業所のみ）具体的な研修内容（自由記述）		強度行動障害の外部研修	
ニーズを踏まえた外部研修の活用又は受講推奨		① 外部研修の情報収集や受講の推奨を行っているか？		3 100%	0 0%
		② 具体的な取り組み例（自由記述）		・埼玉県の主催する研修や自事業所等が地域で実施する研修の案内を行っている。 ・戸山サンライズや園りハなど ・他の相談支援事業所との協働研修をおこなっている。 ・様々な県や市の研修への参加、福祉事業所主催の研修や動画視聴等で研修を行っている。	
		③ 収集した研修の情報を地域の関係機関等に情報提供しているか？		3 100%	0 0%

（地域の体制づくり）

項目		設問		はい	いいえ
（地域の体制づくり）					
評価項目		設問		はい	いいえ
緊急時の受け入れ・対応のための取り組み		① 連絡会議において、緊急時の受け入れ・対応について、対応できた事例や対応しきれなかった事例、地域課題等について取り扱っているか？		4 44%	5 56%
地域移行・地域生活継続のための取り組み		① 拠点コーディネーターが中心となって、入所・入院等からの地域移行に関する協力を図るための関係機関・事業所による連絡会議を実施しているか？		0 0%	9 100%
		② 連絡会議において、地域移行について、対応できた事例や対応しきれなかった事例、地域課題等について取り扱っているか？		1 11%	8 89%
その他		① 地域のニーズに対して社会資源が不足している場合、協力依頼をして登録事業所数を増やす等の働きかけを行っているか？		2 22%	7 78%
		② 地域体制強化共同支援加算を算定しているか？		0 0%	9 100%

R7 年度 朝霞市地域生活支援拠点等事業<自己評価>から見える現状

<回答にばらつきがある。自己評価がしづらい>

○地域生活支援拠点等事業は、各事業所がもつ機能を拠点の機能として登録し、市の事業に協力をしているという構図。

⇒当然、意識の違いはあるし「うちの事業所はそんなところまでできない」といった考えから回答のばらつきに現れているのではないか。

⇒既存の評価では「ここまでやらなくてはならない」と捉えてしまいそうな項目も見られる。

○単純に評価の基準が分からない。どこまでやったら○なのか△なのか×なのか。

<地域性として妥当な評価項目なのか？>

○評価項目に「受け入れの当番制」や「空き家の活用」などはそもそも地域として担える機能なのだろうか。

⇒朝霞市としての「評価項目」について合意形成を図る必要がある。

※朝霞市障害者基幹相談支援センターとして

○朝霞市としての拠点の在り方を明確にしていく取り組み

⇒現在の評価項目を見直しつつ、部会や連絡会にて「朝霞市らしい地域生活支援拠点等事業とは何か」についての検討、共通認識を図る機会を設けていく。

…共通認識が図られることにより、「朝霞市の拠点事業とは何か」を統一した言葉で他事業所へ伝えることが可能となり、事業への理解促進や、登録事業所の増加につながることを期待される。

○評価の方法や在り方の検討

⇒登録事業所による拠点等事業への取り組み内容について、共有および確認を行ったうえで、市の事業として自己評価を行う仕組みとすることを目指す。

そのため、評価項目の見直しや、評価方法そのものの在り方について、引き続き検討を行っていく。

朝霞市地域生活支援拠点等事業を利用するにあたって、次のとおり記載した情報を、朝霞市から関係する地域生活支援拠点等の機能を担う事業所等と共有することに同意します。

氏名

記入日： 令和 年 月 日 記入者：【所属】 【氏名】

フリガナ 氏名	男	生年 月 日	(記入時) 年 月 日 歳	区分	短期入所決定	介護保険	サービス利用
				無	無	無	無

住所	朝霞市	収入	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()
----	-----	----	---

連絡先	フリガナ 氏名	続柄	電話番号/ 携帯番号/ () ()
-----	------------	----	---------------------------

障害 種別	身体 療育 精神	級 主たる障害名・傷 病名等	級	保険	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (本人)
----------	----------------	----------------------	---	----	--

緊急時の移動方法	<input type="checkbox"/> 自力移動 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> ヘルパー等福祉サービス <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	--

心身の 状況	身長	cm		体重	kg		特記事項		
	麻痺等	上肢	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				
		下肢	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				
	視覚障害	無	眼鏡	無	程度	生活に支障はない		視野障害	無
	聴覚障害	無	補聴器	無	程度	会話に支障なし			
	言語障害	無	失語症	なし	構音障害	なし			
	意思疎通方法	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 頷き <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 他							
理解力	<input type="checkbox"/> 理解可 <input type="checkbox"/> 簡単なことなら可 <input type="checkbox"/> 理解不可 <input type="checkbox"/> 他								

健康 管理 (令和 年月 日時点)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 他 ()	
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:	
	医療ケア	栄養管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう等 <input type="checkbox"/> 他 ()
		呼吸管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 他 ()
		排泄管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 他 ()
その他			
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度: <input type="checkbox"/> 1日1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 1年以上なし		
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:		

日常 生活	移乗・移動等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 車椅子(電動) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 見守り 移乗: <input type="checkbox"/> 支え <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> 他
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> トロミ
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツ(常時) <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 定時誘導 <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他 ()
	更衣・整容	更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

障害 特性	支援拒否	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:
	自傷・他害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:
	突発的・不安定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:
	強いこだわり	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:
	社会的逸脱行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:

あんしんシート（別紙）

本人の障害特性や対応方法について（自由記述）

※ 記述する内容の例

行動障害の詳細
クールダウン方法
好きなもの
嫌いなもの
コミュニケーション方法
こだわり
調子が悪いときのサイン

あんしんシート 記入例

記入日：令和 6 年 4 月 1 日 記入者：【所属】 ○○相談支援事業所 【氏名】 ○○

フリガナ	アサカ タロウ	性別	男	生年月日	昭和 46 年 1 月 1 日	(記入時)	53 歳	区分	5	短期入所決定	有	介護保険	無	サービス利用	無
氏名	朝霞 太郎			月日	46 年 1 月 1 日										

住所	朝霞市本町1-1-1	収入	<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()
----	------------	----	--

連絡先	フリガナ	アサカ ハナコ	続柄	電話番号	048 (463) 1111
氏名	朝霞 花子	母	携帯番号	()	

障害種別	身体療育精神	級	A 級	主たる障害名・傷病名等	知的障害 自閉症スペクトラム	保険	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (本人)
------	--------	---	-----	-------------	-------------------	----	---

緊急時の移動方法	<input type="checkbox"/> 自力移動 <input checked="" type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input checked="" type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> ヘルパー等福祉サービス <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	--

心身の状況	身長	168 cm	体重	70 kg	特記事項					
	麻痺等	上肢	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左					
		下肢	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	有 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左					
	視覚障害	無	眼鏡	無	程度	生活に支障はない	視野障害	無		
	聴覚障害	無	補聴器	無	程度	会話に支障なし				
	言語障害	無	失語症	なし	構音障害	なし				
	意思疎通方法	<input checked="" type="checkbox"/> 会話 <input checked="" type="checkbox"/> 頷き <input checked="" type="checkbox"/> ジェスチャー <input checked="" type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 他							生活上の限られた内容であれば会話でのやり取り可	
理解力	<input type="checkbox"/> 理解可 <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なことなら可 <input type="checkbox"/> 理解不可 <input type="checkbox"/> 他									

健康管理 (令和6年4月1日時点)	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 他 ()		
	感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：		
	医療ケア	栄養管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう等 <input type="checkbox"/> 他 ()	
		呼吸管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 他 ()	
		排泄管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 他 ()	
		その他		
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 頻度： <input type="checkbox"/> 1日1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 1年以上なし			
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容：抗てんかん薬(朝夕)			

日常生活	移乗・移動等	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 車椅子(電動) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り	動作に介助はいらないが、移動に見守りが必要	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	主食： <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> トロミ	動作に介助はいらないが、早食いでむせることがあるため注意が必要	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツ(常時) <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 定時誘導 尿意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ときどき排尿を失敗してしまうことがあるため、そのときは支援が必要	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他 ()	一人で入ることができるが、着替えの用意等が必要	
	更衣・整容	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		季節に応じた服を選ぶことは難しい
		歯磨き	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
洗面		<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			

障害特性	支援拒否	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容：やりたくないことは頑としてやらない。促されることを好まないため、声掛けに配慮が必要
	自傷・他害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容：通所先の苦手な人に手をあげてしまうことがある。
	突発的・不安定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容：急な予定があると落ち着きがなくなり、パニックになってしまう。前もって伝えることが必要
	強いこだわり	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容：日課にこだわりがあり、決まった時間に決まったことを行う。
	社会的逸脱行為	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：

あんしんシート（緊急連絡先・関係機関リスト）

種類	機関名	担当者	連絡先	緊急対応	備考
親族	朝霞 花子（母）		000-000-0000		同居
親族	朝霞 一郎（兄）		000-0000-0000	○	〇〇市在住
親族	朝霞 一子（妹）		000-0000-0000		〇〇市在住
医療機関	A病院	A医師	000-0000-0000		内科
医療機関	B病院	B医師	000-0000-0000		精神科
特定相談	C相談支援事業所	C相談員	000-0000-0000	○	
訪問看護	訪問看護ステーションD	D看護師	000-0000-0000	○	
生活介護	生活介護E	E管理者	000-0000-0000		日中一時あり
短期入所	グループホームF	F管理者	000-0000-0000		体験あり
短期入所	グループホームG	G管理者	000-0000-0000		体験なし
生活サポート	生活サポートH	H管理者	000-0000-0000		宿泊あり

緊急対応方法について（緊急時の連絡先、対応方法、移送手段 等）

- ・ 緊急時、御親族への連絡は一郎氏に行う。
- ・ 母が入院等した場合、C相談員に連絡。C相談員は、グループホームGの短期入所利用に向けた調整を行う。Gに空きがない場合、あんしんシートを共有しているグループホームHに相談する。
- ・ 短期入所先への移送は、太郎氏による対応が困難な場合は、タクシーを利用する。同乗者については要調整。
- ・ 宿泊を伴わない場合は、生活介護Fの日中一時支援の活用を検討する。
- ・ 医療的な相談や対応が必要な場合、訪問看護ステーションDに直接連絡する。

様式第2号

日中サービス支援型共同生活援助に係る報告・評価シート

【報告日 令和7年9月30日】

【評価日 令和7年10月17日】

事業所名：AMANEKU朝霞溝沼

項目	【事業所記入欄】										
1 施設概要	事業者名	株式会社AMATUHI			人員配置	日中					
	指定日	令和6年12月1日				世話人	生活支援員				
	所在地	埼玉県朝霞市大字溝沼490-1				17人	5人				
	定員数(共同生活援助)	20人				(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	定員数(短期入所)	2人				7.5人	4.5人				
	共同生活援助住居数	22戸				看護職員の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人				
	【住居の内訳】		【定員数の内訳】			夜間					
	住居名	AMANEKU朝霞溝沼1階	10名			世話人(夜間)	生活支援員(夜間)				
	住居名	AMANEKU朝霞溝沼2階	10名			12人	人				
	住居名	AMANEKU朝霞溝沼 短期入所1階	1名			(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	住居名	AMANEKU朝霞溝沼 短期入所2階	1名			2.7人	人				
	住居名		名			看護職員の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人				
事業所の特所・独自の取組		毎月イベントを実施、職員への福利厚生アプリを提供、週休3日制などを導入している									
2 利用者状況 (令和 年 月 日現在)	障害支援区分	人数			内訳	主な障害種別利用者人数(重複はそれぞれ記入)					
	非該当	人				身体	総数		3人		
	区分1	人					主に日中GHで過ごす人数		2人		
	区分2	人				知的	総数		12人		
	区分3	1人					主に日中GHで過ごす人数		2人		
	区分4	4人				精神	総数		5人		
	区分5	10人					主に日中GHで過ごす人数		5人		
	区分6	5人				難病等	総数		人		
	合計	20人					主に日中GHで過ごす人数		人		
	年齢構成	60歳以上	1人	50歳代		3人	40歳代	4人	30歳代以下	12人	
	障害特性等	医療的ケアの必要な方				0人	強度行動障害のある方			1人	

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、
適宜修正してください。

事業所名：AMANEKU朝霞溝沼

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
3 地域に 開かれた運営	利用者に対する指定計画相談支援の提供は別法人が行っているか。	(別法人等による指定計画相談支援の提供状況) 別法人等 20名中 20名	<input type="checkbox"/> 問題なし
	実習生やボランティアを受け入れているか。	(受入人数) 実習生 0名、ボランティア 0名 (受入事例、期間等)	<input type="checkbox"/> 問題なし
	地域住民との交流の機会が確保されているか。日中をGH内で過ごす利用者が地域との関係が希薄にならないためにどのような取組をしているか。	(交流機会の事例、日時等) 訪問理美容が3か月に1回、往診医が2週間に1回、訪問看護が週1～2回来訪され停る (地域との関係が希薄にならないための取組) 地域連携推進会議を今年から11月に開催予定。今後年に1回開催予定	<input type="checkbox"/> 問題なし
4 常時の 支援体制の 確保	日中・土日を含めた常時の支援体制が確保されているか。	(職員の配置状況) 各フロア2名体制、1棟常時4名体制を構築しています。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	災害時における、利用者への安全対策(マニュアル作成等)を講じているか。	(安全対策(マニュアル作成)や避難訓練の実施事例、BCPの策定状況等) 年2回の避難訓練の実施とBCPの策定を行っています。また研修にて災害時の対応についての研修も実施しています。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	体調急変等への支援体制が確保されているか。迅速に対応したか。	(緊急時の対応方法(急な体調変化等)) 緊急時対応で人員が足りなくなることが想定される場合には社内連絡ツールで当該事業所に勤務する全ての職員に呼びかけを行っています。また、派遣職員などに依頼をかけて充足するように体制を整えています。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	利用者の嗜好を考慮した献立を基本とし、それぞれの心身の状況に応じた食事提供・支援しているか。	(嗜好の考慮、心身状況に応じた食事提供の事例) 刻み食・柔らかか食・ペースト食・常食などに対応し、ご利用者のADLの状況に合わせて提供しています。	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、
適宜修正してください。

事業所名：AMANEKU朝霞溝沼

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
5 短期入所の併設	地域で生活する障害者を積極的に受け入れているか。	(通常受入人数) 2名 朝霞市内の利用者だけに限らず、近隣の市町村の方もご利用が多くなっております。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	緊急・一時的支援等の受入に対応しているか。	(緊急受入人数) 0名 (緊急受入事例) ご相談があれば状況に応じて対応しております。	<input type="checkbox"/> 問題なし
6 支援の実施・質の確保	充実した地域生活を送るため、外出や余暇活動等の支援をしているか。	(外出や余暇活動の事例) 外泊が週に2日ご希望される方は外泊されております。 ご利用者様のご希望がある場合は移動支援等を使い外出や買い物を楽しんでおります	<input type="checkbox"/> 問題なし
	支援の質の確保に努めているか。 (研修の受講等)	(外部研修の参加状況、内部研修実施状況) 内部研修(支援力向上) (2名) 令和7年4月	<input type="checkbox"/> 問題なし
	体験的利用の要望に努めているか。	(体験利用人数) 開所から令和7年8月末時点までに21名の方が体験利用をされています。 (体験利用の事例) 本入居が早くに決まったため、体験件数は少なくなっているが無料体験を21人が体験しています。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	一人暮らし等を希望する利用者に対する支援や退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援に取り組んでいるか。	(一人暮らし等を希望する利用者に対する支援の事例) 今後一人暮らしをご希望される方がおりましたら支援等に尽力したいと思います。 (退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援の事例) 現在までに一人暮らしへの移行実績がございません。	<input type="checkbox"/> 問題なし
改善や見直しに取り組んでいるか。	(事業所における課題等) 預り金の見直しと立替金への移行を進めている (利用者・家族からの意見・希望) 預り金へのリスクを軽減してご利用者様のご希望に沿った立替金の運用を進めている (県・市町村に助言を求めたいこと)	<input type="checkbox"/> 問題なし	

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、
適宜修正してください。

事業所名：AMANEKU朝霞溝沼

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
7 利用者の 権利擁護等 への 配慮について	利用者の金銭管理については、本人同意の上、帳簿等により適切に管理されているか。また、判断能力が著しく低い利用者については、成年貢献制度の利用等の支援を行っているか。	(金銭管理の支援方法、状況) 9/22から立替金運用に移行し、預り金をすべて返金している (成年後見制度の利用支援及び利用者数) 利用者支援事例 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合の支援内容 (利用者数 2名)	<input type="checkbox"/> 問題なし
	利用者のプライバシーに配慮した支援となっているか。(個人情報の管理、複数の選択肢の提供、自己決定・家族の合意等)	(利用者に配慮した支援・取組事例) ご利用者の居室はそれぞれ中から鍵がかけられるようになっており個人のプライバシー尊重しています。また、書類上における個人情報はすべて鍵付き書棚へ収納しています。意思決定権については家族との同意のもと本人確認にて行っています	<input type="checkbox"/> 問題なし
	虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応は適切か。	(虐待等に関する研修の受講状況、内部研修実施状況) 内部研修 (7名) 令和7年7月 (虐待発生時の対応、発生後の対応等) 管理者又はサービス管理責任者へ報告。報告を受けたものは利用者の安全確保と医療機関へ受診。家族・身元引受にへ報告。朝霞市障害者虐待防止センターへ連絡。県庁、援護地、相談員へ報告。報告後速やかに臨時的虐待防止委員会を開催し、再発防止策を講じる	<input type="checkbox"/> 問題なし
8 入居・退去 状況について	報告・評価対象年度中において、退去理由の確認及び入居時に適切な判断(流れ)が行われているか。	(報告・評価対象年度の入居者数) 1名 (報告・評価対象年度の退去者数及び主な退去事由) 退去者数 1名 主な退去自由:持病による体調不良により、医師からの判断を受けて退去	<input type="checkbox"/> 問題なし
9 利用者の主な 日中活動	GH内でどのような日中サービスを提供しているか。	(日中をGH内で過ごす利用者に対する支援・サービスの提供内容) 食事提供・食事介助、入浴介助や排泄介助等。掃除、見守り、夜間巡回(夜間人員配置)、金銭管理、服薬管理、通院同行、相談対応、就労支援など	<input type="checkbox"/> 問題なし
	他の日中活動サービスの利用を妨げているか。	(他の日中活動の利用状況) 他の日中活動サービスを利用(20)名中(10)名 (主な他の日中活動サービス種別・利用先) 全員生活介護を利用(向日葵工房、エール、なかよしカフェ等)	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名：AMANEKU朝霞溝沼

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
10 利用者の健康管理	日々の利用者の健康管理をどのように行っているか。服薬の管理方法はどのようにしているか。	(医師や看護師の訪問の有無及び頻度) メドアグリが2週間に1回の往診が入っている。訪問看護はそれぞれ週に1~2回の利用頻度が行われている (健康チェックの方法等) バイタルチェック(検温、血圧測定) (服薬の管理方法) 現在は人的目視確認より実施しているが今後服薬アプリを利用した管理へと移行する10月完了予定	<input type="checkbox"/> 問題なし
11 他事業所との連携	相談支援事業所や他のサービス事業所との連携を図っているか。同一法人の相談支援事業所を活用している場合、その理由は何か。	(具体的な連携事例) 和光市南地域生活支援センター、NPO法人キラキラ等 (同一法人の相談支援事業所を活用している場合、その理由)なし	<input type="checkbox"/> 問題なし
12 その他 (事業者独自の取組)	その他、サービスの質の向上に関して事業所独自で行っている取組はあるか。	(具体的な取組事例及びその効果等) 定期研修と個人における研修を実施。また、ホームへ直接講師を招き実践研修等を開催している。	<input type="checkbox"/> 問題なし
13 その他 (市町村独自設定項目)	【市町村独自に設定する内容】	【市町村独自に設定する内容】	<input type="checkbox"/> 問題なし
	【市町村独自に設定する内容】	【市町村独自に設定する内容】	<input type="checkbox"/> 問題なし
14 (2回目以降) 協議会からの要望、助言への対応	前回報告における地域協議会からの要望・助言等に適切に対応しているか。	(要望・助言の内容及び対応状況)	<input type="checkbox"/> 問題なし

様式第2号

日中サービス支援型共同生活援助に係る報告・評価シート

【報告日 令和7年9月30日】

【評価日 令和7年10月17日】

事業所名：クリード朝霞

項目	【事業所記入欄】										
1 施設概要	事業者名	クリード朝霞			人員配置	日中					
	指定日	2021年 1月 2日				世話人	生活支援員				
	所在地	〒351-0003 埼玉県朝霞市浜崎656-1				11人	11人				
	定員数(共同生活援助)	29人				(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	定員数(短期入所)	2人				9.1人	6.4人				
	共同生活援助住居数	3戸				看護職員の配置	■ 有 □ 無 2人				
	【住居の内訳】		【定員数の内訳】			夜間					
	住居名	クリード朝霞ユニット1	10名			世話人(夜間)	生活支援員(夜間)				
	住居名	クリード朝霞ユニット2	10名			人	8人				
	住居名	クリード朝霞ユニット3	9名			(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	住居名		名			人	4.2人				
	住居名		名			看護職員の配置	□ 有 ■ 無 0人				
事業所の特所・独自の取組	最寄り駅から徒歩5分の好立地ながら、居室からは四季折々の黒目川の景色が楽しめます。生活介護事業所が隣接しているため、利用者様の昼夜を通じた情報共有を行い、より質の高い支援サービスを提供しております。また、訪問診療や訪問歯科等の社会資源を有機的に活用することにより一体的なサービス提供をしております。										
2 利用者状況 (令和7年9月 29日現在)	障害支援区分	人数			内訳	主な障害種別利用者人数(重複はそれぞれ記入)					
	非該当	0人				身体	総数		3人		
	区分1	0人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	区分2	0人				知的	総数		13人		
	区分3	7人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	区分4	7人				精神	総数		17人		
	区分5	6人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	区分6	9人				難病等	総数		0人		
	合計	29人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	年齢構成	60歳以上	6人	50歳代		8人	40歳代	9人	30歳代以下	6人	
障害特性等	医療的ケアの必要な方			0人	強度行動障害のある方			12人			

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名： クリード朝霞

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
3 地域に 開かれた運営	利用者に対する指定計画相談支援の提供は別法人が行っているか。	(別法人等による指定計画相談支援の提供状況) 別法人等 29名中 25名 当事業所が開所してまもなくの2021年1月～2月に入居した4名が同法人内の相談支援を利用しています。 それ以降の入居者で相談支援利用希望者には、近隣の相談所を紹介しています。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	実習生やボランティアを受け入れているか。	(受入人数) 2025年度 実習生0名、ボランティア0名	<input type="checkbox"/> 問題なし
	地域住民との交流の機会が確保されているか。日中をGH内で過ごす利用者が地域との関係が希薄にならないためにどのような取組をしているか。	(交流機会の事例、日時等) 8月の彩夏祭では昨年に引き続き、朝霞市民祭り彩夏祭時に弊社敷地内において、利用者様が飲み物を販売して「よさこいフェスタ」の演者の方々や演舞を応援に来た地域の方との交流を持ちました。 9月には朝霞向陽園主催のボッチャ交流会に参加。 (地域との関係が希薄にならないための取組) 2025年1月に朝霞第一小学校PTA会長からのお声かけで、小学校校庭、グラウンド等の落ち葉清掃の予定でしたが都合により延期となり、11月か12月に実施を予定しております。 また、ご近所にお住まいの方々には、事業所周辺清掃時にご挨拶をさせて頂いています。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	日中・土日を含めた常時の支援体制が確保されているか。	人員配置区分5:1(人員配置体制加算7.5:1)に準じた配置基準で世話人と生活支援員を配置しています。	<input type="checkbox"/> 問題なし

4 常時の 支援体制の 確保	災害時における、利用者への安全対策 (マニュアル作成等)を講じているか。	(安全対策(マニュアル作成)や避難訓練の実施事例、BCP の策定状況等) ・非常災害対策計画策定 ・洪水時等の避難確保計画策定 2025年6月、に朝霞市指定避難場所である「朝霞市立第七小 学校」への避難訓練を実施しました。 ・業務継続計画(災害)の策定 2025年2月業務継続計画(災害)研修を実施 2025年6月業務継続計画(災害)訓練を実施 ・業務継続計画(感染症)の策定 2025年2月業務継続計画(感染症)訓練を実施 2025年6月業務継続計画(感染症)訓練を実施	<input type="checkbox"/> 問題なし
	体調急変等への支援体制が確保されてい るか。迅速に対応したか。	(緊急時の対応方法(急な体調変化等) 利用者の病状の急変等に備えるため協力医療機関である 「こころと眠りのクリニック成増」が24時間体制で対応してくれ ます。 のぞみ薬局 朝霞店も24時間体制で対応してくれます。 また、近隣の「TMGあさか医療センター」とも連携が取れてい て、緊急搬送先として急病の利用者様を積極的に受入れてくれ ます。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	利用者の嗜好を考慮した献立を基本とし、 それぞれの心身の状況に応じた食事提 供・支援しているか。	(嗜好の考慮、心身状況に応じた食事提供の事例) 食材業者の栄養士が作成したバランスの良いメニューを、調 理師資格を持った職員が中心となり、手作りで食事を提供し ています。 利用者様のご希望により、一口大、刻み食、とろみ付け等の 食事制限のある方には特別食を提供しています。 また、クリスマスや正月、七夕などイベントに併せて季節を感 じられ楽しめる食事も提供しています。	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名： クリード朝霞

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
5 短期入所の併設	地域で生活する障害者を積極的に受け入れているか。	(通常受入人数) 2名(男女各1名) 朝霞市内在住又は近隣市町村にお住まいの利用希望者を積極的に受け入れています。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	緊急・一時的支援等の受入に対応しているか。	(緊急受入人数) 2名(男女各1名) (緊急受入事例) 緊急受け入れは今のところありません。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	充実した地域生活を送るため、外出や余暇活動等の支援をしているか。	(外出や余暇活動の事例) 日中活動のない休日は、ご利用者様に対して散歩やドライブ・買い物等を促し、外出や活動の機会を積極的に作っています。 また、一人で外出が出来ない利用者様には移動支援、同行援護等のサービス活用をお勧めしております。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	支援の質の確保に努めているか。 (研修の受講等)	(外部研修の参加状況) ・障害者虐待防止・権利擁護研修 障害福祉サービス事業所等管理者コース(1名)2月 ・強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)(2名)5月、6月 ・障害者総合支援法改正(1名)5月 ・福祉施設における虐待防止の取り組み(2名)7月 ・人が辞めない職場づくり研修(5名)9月 ・秩父学園での重度知的・強度行動障害者受入研修(2名)10月 (内部研修実施状況) 4月より法人全体でeラーニングを導入。 ・障害者支援の基礎研修 (30名)4月 ・ハラスメント研修 (30名)5月 ・感染症予防研修 (35名)7月 ・虐待防止(身体拘束含む)研修 (35名)9月	<input type="checkbox"/> 問題なし

6 支援の実施・質の確保	体験的利用の要望に努めているか。	<p>(体験利用人数) 2025年度 3名</p> <p>(体験利用の事例) 空室予定がある場合、入居希望者には、生活環境やサービスの確認をし、ご本人や家族の不安を軽減して頂くことを目的に、原則体験入居をお勧めしています。</p>	□ 問題なし
	一人暮らし等を希望する利用者に対する支援や退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援に取り組んでいるか。	今年度ひとり暮らし等を希望する利用者様は0名。	□ 問題なし
	改善や見直しに取り組んでいるか。	<p>(利用者・家族からの意見・希望) ・暑い日が続き毎日シャワー入浴をしたいという声がありましたので、希望される利用者様は入浴日以外もシャワー入浴が出来るように利用の仕方を変更致しました。</p> <p>(事業所における課題等) 職員の定着率を上げることが課題となっております。管理職が職員との面談の機会を増やし新しく入社した職員には教育担当者を明確にしてきめ細かなケアを行う。作業マニュアル作成や既に使用している作業マニュアルの見直しを行い仕事への不安軽減を図る等の施策を進めましたが、結果に繋がりませんでした。 また、職員の新規採用に時間と労力を取られてしまい負荷となっています。</p> <p>(県・市町村に助言を求めたいこと) 特にございません。</p>	□ 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名： クリード朝霞

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
	利用者の金銭管理については、本人同意の上、帳簿等により適切に管理されているか。また、判断能力が著しく低い利用者については、成年貢献制度の利用等の支援を行っているか。	(金銭管理の支援方法、状況) ・ご利用者様、ご家族のご希望により、現金・通帳・キャッシュカードをお預かりしています。 ・全社大で預り金管理規定を設けて、利用者様、ご家族等から「通帳等管理依頼書兼引き渡し書」を頂き、同意を得るようにしています。現金についても、「お預かり書」で同様の対応をしています。 ・通帳、現金残高と預り金出納帳、領収書を添付した月次報告書を発行し、利用者様、ご家族等に確認して頂いています。 ・毎日事業所内にて現金、現金出納帳の実査を実施しています。また定期的に本社職員による内部監査が実施されています。 (成年後見制度の利用支援及び利用者数) 利用者支援事例 ■有 □無 「有」の場合の支援内容 (利用者数 8名) 後見人が必要な状況になったと判断した場合は、ご家族や相談支援員に後見人制度の利用を提案して選任の協力をしています。	<input type="checkbox"/> 問題なし

<p>7 利用者の権利擁護等への配慮について</p>	<p>利用者のプライバシーに配慮した支援となっているか。(個人情報の管理、複数の選択肢の提供、自己決定・家族の合意等)</p>	<p>(利用者に配慮した支援・取組事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者様の個人情報は、書庫又は金庫に鍵を掛けて保管、電子データにはパスワードを設定し保護しています。 ・入居時に個人情報の取り扱いに関する方針を、利用者様やご家族に説明し、同意書に署名捺印を頂き、保管しています。 ・支援方法やサービス内容について、利用者様が自由に選択できるよう複数の選択肢を提示しています。 また、各選択肢の利点と欠点を分かりやすく説明し、利用者様が理解しやすい形で情報を提供しています。 ・利用者様自身の意思決定を最優先に考えます。意思表示が難しい場合は、ご家族や代理人と相談しながら進めています。 ・ご家族との合意形成を大切にしつつも、利用者様本人の意見や希望が中心になるよう配慮しています。 ・必要に応じて専門家の助言を受け、利用者様の権利が守られるよう支援しています。 	<p><input type="checkbox"/> 問題なし</p>
	<p>虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応は適切か。</p>	<p>(虐待等に関する研修の受講状況、内部研修実施状況)</p> <p>外部研修の受講</p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和6年度 虐待防止研修(障害)(1名)2024年10月15日 <p>内部研修実施(全職員が受講対象)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止(身体拘束含む)研修 (37名)2024年4月11、12日 ・虐待防止研修 (35名)2024年11月14、15日 <p>(虐待発生時の対応、発生後の対応等)</p> <p>虐待の疑いが報告された場合は、虐待防止適正化マニュアルに沿って適切に通報相談し対応いたします。</p>	<p><input type="checkbox"/> 問題なし</p>
<p>8 入居・退去状況について</p>	<p>報告・評価対象年度中において、退去理由の確認及び入居時に適切な判断(流れ)が行われているか。</p>	<p>(報告・評価対象年度の入居者数)</p> <p>3名</p> <p>(報告・評価対象年度の退去者数及び主な退去事由)</p> <p>退去者数 2名</p> <p>主な退去自由:①長期入院中に本人希望(自由に喫煙をしたい)で退居。②病状が回復し障害が安定したため自宅を購入し退居。</p>	<p><input type="checkbox"/> 問題なし</p>

<p>9 利用者の主な 日中活動</p>	<p>GH内でどのような日中サービスを提供しているか。</p>	<p>(日中をGH内で過ごす利用者に対する支援・サービスの提供内容) 平日は利用者様全員が、他の日中活動サービスを利用しているため、主に体調不良等でグループホームに残られます。その際、利用者様には看護職員又は支援員・世話人が対応し、バイタルチェック、服薬、症状により電話診療や病院への通院同行をいたします。 また、休日は日中活動との差別化を図るため、生活に沿った内容の支援を重視しています。 ・ウォーキングや散歩等の健康面の支援 ・掃除や洗濯の日常生活スキル支援 ・食事や入浴、排泄等のADL面の支援</p>	<p><input type="checkbox"/> 問題なし</p>
	<p>他の日中活動サービスの利用を妨げているか。</p>	<p>(他の日中活動の利用状況) 他の日中活動サービスを利用 (29)名中(29)名 (主な他の日中活動サービス種別・利用先) 生活介護事業所 くれいん デイケア</p>	<p><input type="checkbox"/> 問題なし</p>

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名： クリード朝霞

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
10 利用者の健康管理	日々の利用者の健康管理をどのように行っているか。服薬の管理方法はどのようにしているか。	<p>(医師や看護師の訪問の有無及び頻度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療(精神科):月2日 ・訪問歯科:月4日 ・訪問看護:週4日 <p>(健康チェックの方法等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎日朝夕2回のバイタルチェック、食事量と排泄のチェック ・年4回の血液検査 ・看護職員による健康観察 ・毎月初に体重測定、血圧測定、BMI計算 ・インフルエンザの予防接種 <p>(服薬の管理方法)</p> <p>服薬が必要な利用者様の薬は、看護職員の管理の元に、事務所にて一元管理をしています。 服薬時には、看護職員又は他職員の2名が必ずダブルチェックを行い、利用者様と一緒に確認をし服薬頂いています。</p>	□ 問題なし
11 他事業所との連携	相談支援事業所や他のサービス事業所との連携を図っているか。同一法人の相談支援事業所を活用している場合、その理由は何か。	<p>(具体的な連携事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本入居前の担当者会議や入居に際して、常時相談支援員と確認等連携を図っています。 ・移動支援事業所、同行援護事業所、訪問看護事業所、訪問マッサージ事業所と連携して利用者様の希望に答えています。 <p>(同一法人の相談支援事業所を活用している場合、その理由)</p> <p>当事業所が開所してまもなくの2021年1月～2月に入居した4名が、同法人内の相談支援事業所を利用しています。 当時の担当者が退職しているため詳細は不明ですが、立ち上げ間もない時期、入居に際し相談支援員がついておらず見つからなかったため、同法人内の相談支援事業所を利用したと推測されます。 それ以降の入居者で相談支援利用希望者には、近隣の相談所を紹介しています。</p>	□ 問題なし

12 その他 (事業者独自の 取組)	その他、サービスの質の向上に関して事業所独自で行っている取組はあるか。	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣で生活介護事業所を運営しているため、利用者様の昼夜を通した情報共有を行い、より質の高い支援サービスを提供しております。 ・手作りの食事提供による家庭的で落ち着ける環境を提供しています。 ・最寄り駅から徒歩5分の好立地ながら、居室からは四季折々の黒目川の景色が楽しめ、休日には川沿いを散歩することにより、利用者様には心と身体をリフレッシュして頂いています。 	□ 問題なし
13 その他 (市町村独自 設定項目)	【市町村独自に設定する内容】	【市町村独自に設定する内容】	□ 問題なし
	【市町村独自に設定する内容】	【市町村独自に設定する内容】	□ 問題なし
14 (2回目以降) 協議会からの 要望、助言 への対応	前回報告における地域協議会からの要望・助言等に適切に対応しているか。	(要望・助言の内容及び対応状況) ・前回特にご要望等は頂いておりません。	□ 問題なし

様式第2号

日中サービス支援型共同生活援助に係る報告・評価シート

【報告日 令和 7年 9月 11日】

【評価日 令和 7年 10月 21日】

事業所名：グループホームまはろ朝霞宮戸

項目	【事業所記入欄】										
1 施設概要	事業者名	グループホームまはろ朝霞宮戸			人員配置	日中					
	指定日	令和 5年 5月 1日				世話人	生活支援員				
	所在地	埼玉県朝霞市宮戸4-2-60-21				8人	11人				
	定員数(共同生活援助)	20人				(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	定員数(短期入所)	1人				4人	5人				
	共同生活援助住居数	20戸				看護職員の配置	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 人				
	【住居の内訳】		【定員数の内訳】			夜間					
	住居名	A棟		20名		世話人(夜間)	生活支援員(夜間)				
	住居名			名		3人	6人				
	住居名			名		(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	住居名			名		3人	2人				
	住居名			名		看護職員の配置	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 1人				
事業所の特所・独自の取組		利用者様が自宅と変わりなく生活できるような環境づくりをしています。									
2 利用者状況 (令和 年 月 日現在)	障害支援区分	人数			内訳	主な障害種別利用者人数(重複はそれぞれ記入)					
	非該当	人				身体	総数		2人		
	区分1	人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	区分2	1人				知的	総数		20人		
	区分3	人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	区分4	2人				精神	総数		3人		
	区分5	8人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	区分6	9人				難病等	総数		1人		
	合計	20人					主に日中GHで過ごす人数		0人		
	年齢構成	60歳以上	人	50歳代		4人	40歳代	1人	30歳代以下	15人	
	障害特性等	医療的ケアの必要な方				0人	強度行動障害のある方			10人	

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名：グループホームまはろ朝霞宮戸

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
3 地域に開かれた運営	利用者に対する指定計画相談支援の提供は別法人が行っているか。	(別法人等による指定計画相談支援の提供状況) 別法人等 20名中 20名	<input type="checkbox"/> 問題なし
	実習生やボランティアを受け入れているか。	(受入人数) 実習生 0名、ボランティア 0名 (受入事例、期間等)	<input type="checkbox"/> 問題なし
	地域住民との交流の機会が確保されているか。日中をGH内で過ごす利用者が地域との関係が希薄にならないためにどのような取組をしているか。	(交流機会の事例、日時等) 防災訓練の参加、まはろ和光南祭り参加 (地域との関係が希薄にならないための取組) 地域の交流の場に参加をしています	<input type="checkbox"/> 問題なし
4 常時の支援体制の確保	日中・土日を含めた常時の支援体制が確保されているか。	(職員の配置状況) 常時配置	<input type="checkbox"/> 問題なし
	災害時における、利用者への安全対策(マニュアル作成等)を講じているか。	(安全対策(マニュアル作成)や避難訓練の実施事例、BCPの策定状況等) 年2回以上、防災訓練実施	<input type="checkbox"/> 問題なし
	体調急変等への支援体制が確保されているか。迅速に対応したか。	(緊急時の対応方法(急な体調変化等) 訪問クリニックと契約をしている 緊急対応におけるマニュアルは掲示にて通知	<input type="checkbox"/> 問題なし
	利用者の嗜好を考慮した献立を基本とし、それぞれの心身の状況に応じた食事提供・支援しているか。	(嗜好の考慮、心身状況に応じた食事提供の事例) メニューの彩や盛り付け方も工夫し日替わりで楽しんでもらえるよう試行錯誤しています	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名：グループホームまはろ朝霞宮戸

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
5 短期入所の併設	地域で生活する障害者を積極的に受け入れているか。	(通常受入人数) 1名	<input type="checkbox"/> 問題なし
	緊急・一時的支援等の受入に対応しているか。	(緊急受入人数) 1名 (緊急受入事例) 家族のレスファイト案件	<input type="checkbox"/> 問題なし
6 支援の実施・質の確保	充実した地域生活を送るため、外出や余暇活動等の支援をしているか。	(外出や余暇活動の事例) 地域のスーパー・公園・公共施設への活動	<input type="checkbox"/> 問題なし
	支援の質の確保に努めているか。 (研修の受講等)	(外部研修の参加状況、内部研修実施状況) ハラスメント研修 (1名) R7年 8月 20日 虐待研修 (2名) R7年 5月 2日 社内全事業所対象研修を実施し代表者が各事業所に通知	<input type="checkbox"/> 問題なし
	体験的利用の要望に努めているか。	(体験利用人数) 1名 (体験利用の事例) 入所に向けての利用	<input type="checkbox"/> 問題なし
	一人暮らし等を希望する利用者に対する支援や退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援に取り組んでいるか。	(一人暮らし等を希望する利用者に対する支援の事例) 随時相談受付け (退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援の事例) 随時相談受付け	<input type="checkbox"/> 問題なし
	改善や見直しに取り組んでいるか。	(事業所における課題等) 家という安心できる環境づくり (利用者・家族からの意見・希望) 元気で健康に暮らしてほしい (県・市町村に助言を求めたいこと)	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、
適宜修正してください。

事業所名：グループホームまはろ朝霞宮戸

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
7 利用者の 権利擁護等 への 配慮について	利用者の金銭管理については、本人同意の上、帳簿等により適切に管理されているか。また、判断能力が著しく低い利用者については、成年貢献制度の利用等の支援を行っているか。	(金銭管理の支援方法、状況) 帳簿の中にレシート・記録をとりご家族様に情報提供 (成年後見制度の利用支援及び利用者数) 利用者支援事例 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「有」の場合の支援内容 (利用者数 名)	<input type="checkbox"/> 問題なし
	利用者のプライバシーに配慮した支援となっているか。(個人情報管理、複数の選択肢の提供、自己決定・家族の合意等)	(利用者に配慮した支援・取組事例) 個人情報を徹底し個別での対応が必要な物は個別で対応し 支援内容においては常に情報提供し事前に確認作業、同意をとる	<input type="checkbox"/> 問題なし
	虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応は適切か。	(虐待等に関する研修の受講状況、内部研修実施状況) 虐待社内研修 (2名) R7年 5月 2日 研修 (名) 年 月 日 (虐待発生時の対応、発生後の対応等)発生0	<input type="checkbox"/> 問題なし
8 入居・退去 状況について	報告・評価対象年度中において、退去理由の確認及び入居時に適切な判断(流れ)が行われているか。	(報告・評価対象年度の入居者数) 20名 (報告・評価対象年度の退去者数及び主な退去事由) 退去者数 1名 主な退去自由:体調不良により医療的ケアが必要となり退所	<input type="checkbox"/> 問題なし
9 利用者の主な 日中活動	GH内でどのような日中サービスを提供しているか。	(日中をGH内で過ごす利用者に対する支援・サービスの提供内容) 平日は生活介護に通っている為、土日はゆったりとした環境で過ごせるよう取り組みをし生活介護ではできないような日常に関する生活用品等の買い物等を行う	<input type="checkbox"/> 問題なし
	他の日中活動サービスの利用を妨げているか。	(他の日中活動の利用状況) 他の日中活動サービスを利用 (20)名中 (20)名 (主な他の日中活動サービス種別・利用先) 生活介護	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名：グループホームまはろ朝霞宮戸

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
10 利用者の健康管理	日々の利用者の健康管理をどのように行っているか。服薬の管理方法はどのようにしているか。	(医師や看護師の訪問の有無及び頻度) 訪問看護 (健康チェックの方法等) バイタル測定 (服薬の管理方法) 薬局と提携を結び管理を行う、服薬時職員のダブルチェックにて確認している	<input type="checkbox"/> 問題なし
11 他事業所との連携	相談支援事業所や他のサービス事業所との連携を図っているか。同一法人の相談支援事業所を活用している場合、その理由は何か。	(具体的な連携事例) モニタリング等連携をとる。利用者の問題があった際には家族、相談員と連携して決めるようにしている。独断で行わない。 (同一法人の相談支援事業所を活用している場合、その理	<input type="checkbox"/> 問題なし
12 その他 (事業者独自の取組)	その他、サービスの質の向上に関して事業所独自で行っている取組はあるか。	(具体的な取組事例及びその効果等) 社内研修実施(虐待に関する事、利用者様の個別ケース会議、職員交代時間帯の引継ぎ、毎日13:00からの情報共有の打ち合わせ)排便等の管理にて体調変化が無いかの確認	<input type="checkbox"/> 問題なし
13 その他 (市町村独自設定項目)	【市町村独自に設定する内容】	【市町村独自に設定する内容】	<input type="checkbox"/> 問題なし
	【市町村独自に設定する内容】	【市町村独自に設定する内容】	<input type="checkbox"/> 問題なし
14 (2回目以降) 協議会からの要望、助言への対応	前回報告における地域協議会からの要望・助言等に適切に対応しているか。	(要望・助言の内容及び対応状況)前回参加した者は現在当施設にはいないが、当時から比べて色々なことがわかってきた事もあり、対応できる事も多くなっている。	<input type="checkbox"/> 問題なし

【報告日 令和 年 月 日】

【評価日 令和 年 月 日】

資料2-4

事業所名:

項目	【事業所記入欄】										
1 施設概要	事業者名				人員配置	日中					
	指定日					世話人	生活支援員				
	所在地					人	人				
	定員数(共同生活援助)	人				(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	定員数(短期入所)	人				人	人				
	共同生活援助住居数	戸				看護職員の配置	□ 有 □ 無 人				
	【住居の内訳】		【定員数の内訳】			夜間					
	住居名			名		世話人(夜間)	生活支援員(夜間)				
	住居名			名		人	人				
	住居名			名		(常勤換算後)	(常勤換算後)				
	住居名			名		人	人				
	住居名			名		看護職員の配置	□ 有 □ 無 人				
事業所の特所・独自の取組											
2 利用者状況 (令和 年 月 日現在)	障害支援区分	人数	朝霞市	朝霞市以外	内訳	主な障害種別利用者人数(重複はそれぞれ記入)					
	非該当	人	人	人		身体	総数			人	
	区分1	人	人	人			主に日中GHで過ごす人数			人	
	区分2	人	人	人		知的	総数			人	
	区分3	人	人	人			主に日中GHで過ごす人数			人	
	区分4	人	人	人		精神	総数			人	
	区分5	人	人	人			主に日中GHで過ごす人数			人	
	区分6	人	人	人		難病等	総数			人	
	合計	人	人	人			主に日中GHで過ごす人数			人	
	年齢構成	60歳以上	人	50歳代		人	40歳代	人	30歳代以下	人	
障害特性等	医療的ケアの必要な方			人	強度行動障害のある方			人			

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名:

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を記載	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
3 地域に開かれた運営	利用者に対する指定計画相談支援の提供は別法人が行っているか。	(別法人等による指定計画相談支援の提供状況) 別法人等 名中 名 ※利用者のニーズに対して公平中立な視点で相談支援を活用する必要があります。同法人内の指定計画相談を利用するにあたっては、利用者の想いの実現のため、地域資源の活用を意識し相談支援との連携を図っているかについて記載。	□ 問題なし
	実習生やボランティアを受け入れているか。	(受入人数) 実習生 名、ボランティア 名 (受入事例、期間等) ※事業運営を行なう上で、第三者の目を意識することは重要です。法人として、地域に開かれた運営を目指す中で、実習生やボランティアを積極的に活用しているのか、その意識を持って運営しているかについて記載。	□ 問題なし
	地域住民との交流の機会が確保されているか。日中をGH内で過ごす利用者が地域との関係が希薄にならないためにどのような取組をしているか。	(交流会の事例、日時等) (地域との関係が希薄にならないための取組) ※地域住民が身近な存在としてあるか、また地域に必要とされる事業所作りを意識できているかについて記載。	□ 問題なし
	地域連携推進会議を開催しているか。	(開催の内容、参加者、今年度の開催日等) 令和 年 月 日() ※義務化への対応とともに、適切な運営や利用者への支援に寄与する会議となっているか。また、会議出席者として地域住民の方々の積極的な参画をしているか、その特徴等を記載。	□ 問題なし
4 常時の支援体制の確保	日中・土日を含めた常時の支援体制が確保されているか。	(職員の配置状況) ※日中支援型グループホームの求められている機能を理解し、日中支援も必要な利用者を積極的に受け入れ、その体制を確保しているか、また今後どのような方針があるのかについて記載。	□ 問題なし
	災害時における、利用者への安全対策(マニュアル作成等)を講じているか。	(安全対策(マニュアル作成)や避難訓練の実施事例、BCPの策定状況等) ※グループホームにおける避難訓練は義務となっているが、実際の災害を想定して実のある訓練の実施となっているか、また、避難先の確保や避難時のマニュアル、BCPの策定を行ない、それを活用した訓練の実施となっているかについて記載。	□ 問題なし
	緊急時(体調急変も含め)や事故等、トラブルに対するマニュアルや支援体制が確保されているか。迅速に対応できているか。	(緊急時や事故の対応方法等) ※指針やマニュアルの策定とともに、職員への周知方法や、緊急時対応の流れの確認等を行っているか、などを記載。 (ヒヤリハットや事故報告書の共有や対応について) ※ヒヤリハットや事故報告などを職員間で共有し、すべての職員が再発防止に向けた取り組みを意識出来ているか、またその具体的な取り組みについて記載。	□ 問題なし
	利用者の嗜好を考慮した献立を基本とし、それぞれの心身の状況に応じた食事提供・支援しているか。	(嗜好の考慮、心身状況に応じた食事提供の事例) ※生活を支える支援において「衣食住」は重要な要素。グループホームは利用者の生活の大半を過ごす場所となるため、食事の充実化は利用者の生活に潤いを与えることになるため、どのような方針で食事提供を行っているのか、また、利用者一人ひとりの嗜好調査の実施などの有無について記載。	□ 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名：

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
5 短期入所の併設	地域で生活する障害者を積極的に受け入れているか。	(通常受入人数) 名 ※地域にお住まいの障害のある方々が、将来の自立に向けた体験やイメージ作りをするための利用や、緊急にさせないための利用など、住み慣れた地域の中で、自宅以外の場所で過ごす機会の確保を意識した運営となっているか、について記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	緊急・一時的支援等の受入に対応しているか。	(緊急受入人数) 名 (緊急受入事例) ※市内(あるいは近隣市)の緊急時支援の一環として、積極的な相談受付や受け入れを、どのような方針のもとでおこなっているのかについても記載。(※実際の受け入れ実績がない場合も同様に記載)	<input type="checkbox"/> 問題なし
	充実した地域生活を送るため、外出や余暇活動等の支援をしているか。	(外出や余暇活動の事例) ※質の高い生活の要素として「楽しみ」は大切であり、その他の生活に対するモチベーションとなる。余暇支援に対する考え方について、実際の取り組みとともに記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	支援の質の確保に努めているか。 (研修の受講等)	(外部研修の参加状況、内部研修実施状況) ※外部研修の活用とともに、内部研修の実施状況について、どのような目的で実施しているのかについても併せて記載。また、研修だけでなくOJTを活かした人材育成の場の確保がされているかについても記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし
	行動障害や困難事例への対応に関して、統一された支援の実施や検討がされているか。	(統一した支援事例や協議の場の有無) ※特に行動障害の状態にある方々の暮らしの支援は困難さが生じるが、法人(事業所)として、権利擁護や人権を意識した支援の構築とともに、安全の確保をどのように行っているのか。また、その支援の統一化の方法について記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし

6 支援の実施・質の確保	<p>幅広く体験的利用の要望に努めているか。</p>	<p>(体験利用人数)</p> <p>(体験利用の事例)</p> <p>※地域で生活する障害のある方々が、将来の自立に向けた練習のための利用や、施設利用のイメージづくり、などの目的での利用を受け入れているかの視点で記載。(入居前提の体験利用だけでなく、地域資源の一つとしての活用の意識)</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし
	<p>一人暮らし等を希望する利用者に対する支援や退居後の一人暮らし等の定着のための相談等、支援に取り組んでいるか。</p>	<p>(一人暮らし等を希望する利用者に対する支援の事例)</p> <p>(退居後の一人暮らし等の定着のための相談等の支援の事例)</p> <p>※重度の障害のある方も必ず「意思」を持っていることを前提とし、暮らしの場を適切に選択できる環境があることが望ましく、そのための支援の提供に努めているかについて記載。また、その支援を提供するにあたり課題と感ずることも含め記載。</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし
	<p>個別支援計画の作成及びモニタリングについて適正な運用がなされているか。</p>	<p>(作成に関わる意向確認や計画の説明、同意等)</p> <p>(PDCAサイクルを確立し実施できているか)</p> <p>※障害福祉サービスの提供にあたり、個別支援計画の作成、計画に沿った支援の提供、提供状況の定期的なモニタリングの実施、モニタリング結果を受けての修正というPDCAサイクルの視点を意識出来ているかについて記載。また、サービス等利用計画との連動性など、相談支援専門員との連携についても記載。</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし
	<p>事業所が提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図っているか。</p>	<p>(事業所における課題等)</p> <p>※自己の振り返りの方法や、職員への聴き取り方法なども併せて記載。</p> <p>(利用者・家族からの意見・希望)</p> <p>※生活の質の向上に向けた意見等について、どのような方法で聴取をしているか、また聴き取られた意見等をどのようにいかしているかについて併せて記載。</p> <p>(県・市町村に助言を求めたいこと)</p> <p>※運営上の困りごとや利用者支援での困りごと等、行政機関との連携も重要。要望ではなく、共に支援の質を確保、向上にむけた取り組みを官民一体となり行なうことを意識して記載。</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、適宜修正してください。

事業所名：

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
7 利用者の 権利擁護等 への 配慮について	<p>利用者の金銭管理については、本人同意の上、帳簿等により適切に管理されているか。また、判断能力が著しく低い利用者については、成年貢献制度の利用等の支援を行っているか。</p>	<p>(金銭管理の支援方法、状況) ※法人(事業所)としての方針と、方針に従った実際の取り組みについて記載。また、成年後見制度を利用していない利用者の金銭管理(財産保護の観点)についての考え方や具体的な取り組みについては特に記載。</p> <p>(成年後見制度の利用支援及び利用者数) 利用者支援事例 □有 □無 「有」の場合の支援内容 (利用者数 名)</p>	<p>□ 問題なし</p>
	<p>利用者のプライバシーに配慮した支援となっているか。(個人情報の管理、入浴時、排せつ時などの対応、夜間巡回時の方法、居室の鍵の管理など)</p>	<p>(利用者に配慮した支援・取組事例)</p> <p>※グループホーム内で人権侵害に繋がる対応等になっていないか、一人の人間として利用者に対して向き合っているかの視点で記載。</p>	<p>□ 問題なし</p>
	<p>利用者の意思決定に関する支援への取り組みについて(複数の選択肢の提供、自己決定・家族の合意等)</p>	<p>(具体的な実践例)</p> <p>※日々の生活の中における選択も含め、利用者が常に自己決定できるような配慮や支援が提供されているかについて記載。</p>	
	<p>虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応は適切か。</p>	<p>(虐待防止委員会の設置、虐待等に関する研修の受講状況、内部研修実施状況、チェックリストの活用等)</p> <p>※マニュアルの作成や伝達研修のみではなく、支援の実践に繋がるような取り組みとなっているか、また課題と感ずる部分について記載。</p> <p>(虐待発生時の対応、発生後の対応等) 通報件数 件</p> <p>※虐待が発生、発見した際に通報(義務化)を活用し、適切な虐待防止に向けた取り組みを行っているか、また「通報」に対する職員の意識化に向けた取り組みについても記載。</p>	<p>□ 問題なし</p>

	<p>身体拘束等の適正化を図るための措置を(マニュアルや記録、研修の実施、個別支援計画への記載と同意等)講じているか。</p>	<p>(身体拘束等に関わる対応等)</p> <p>※身体拘束を行なう必要のあるケースにおいて、3要件(切迫性、非代替性、一時性)をしっかりと確認し、個別支援計画への記載とともに同意を得ているか、また身体拘束を無くするための支援に取り組んでいるかについて記載。</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし
	<p>利用者又はその家族からの苦情への対応は適切か。</p>	<p>(窓口の設置や対応等)</p> <p>※苦情や要望は、事業所の適切な運営に繋がる意識を持ち受付を行っているか、また適切に対応しているかについて記載。</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし
9 入居・退去状況について	<p>報告・評価対象年度中において、退去理由の確認及び入居時に適切な判断が行われているか、受け入れの基準を定めているか。</p>	<p>(報告・評価対象年度の入居者数) 名</p> <p>※受入れ理由についても記載</p> <p>(報告・評価対象年度の退去者数及び主な退去事由)</p> <p>退去者数 名</p> <p>主な退去自由:</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし
9 利用者の主な日中活動	<p>GH内でどのような日中サービスを提供しているか。</p>	<p>(日中をGH内で過ごす利用者に対する支援・サービスの提供内容)</p> <p>※日中支援型GHの役割や機能の理解について、また利用者の意向の確認や、能力(ストレングス)を活かした活動提供となっているかについて記載。</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし
	<p>他の日中活動サービスの利用を妨げているか。</p>	<p>(他の日中活動の利用状況)</p> <p>他の日中活動サービスを利用を()名中()名 (主な他の日中活動サービス種別・利用先)]</p> <p>※利用者の意向や能力に応じて、日中別の活動サービスを活用するなど、他事業所との連携を図り、支援の充実化を図っているかについて記載。いない場合は、外部の日中活動サービスを使用できない理由を記載。</p>	<input type="checkbox"/> 問題なし

※必要に応じ、文字の大きさの変更やセルの追加等、
適宜修正してください。

事業所名：

項目	評価の観点	【事業所記入欄】 具体的な内容 ※数値記入欄があるものについても 文章による説明を追記	【地域協議会記入欄】 要望・助言・評価 ※ 問題なしと判断した場合は□にチェック 問題なしの場合も判断理由を記載
10 利用者の 健康管理	日々の利用者の健康管理をどのように 行っているか。服薬の管理方法はどのよう にしているか。 また、感染症対策に関する研修等の実施 はあるか。	(医師や看護師の訪問の有無及び頻度) ※医療との連携体制やそれによるメリット等も記載。 (健康チェックの方法等) (服薬の管理方法) ※服薬管理を行なう上での課題などもあれば記載。 (感染症対策について) ※BCP(事業継続計画)における訓練実施状況も併せて記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし
11 他事業所 との連携	相談支援事業所や他のサービス事業所と の連携を図り、多方からの意見を聞ける 場や機会等があるか。	(具体的な連携事例) ※支援に困難さがある利用者に対し、一事業だけでは支えることが難 しい場合には、複数の支援機関によるチーム支援が重要。常に多機関 連携を意識した運営や支援がされているかについて記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし
12 その他 (事業者独自の 取組)	その他、サービスの質の向上に関して事 業所独自で行っている取組はあるか。	(具体的な取組事例及びその効果等) ※生活支援においては、常に利用者の生活の質の維持、また、さらな る向上にむけた取り組みがあることが望ましい。自法人や自事業所と して独自に取り組んでいることがあれば記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし
13 その他 (市町村独自	コミュニケーション、ストレスチェック、未経 験者の育成、適材適所の配置、資格取得 等、実施している人材育成・定着の取組は あるか。	(人材育成・定着の取り組みについて記載) ※利用者の生活をささえるためには、それを支援する支援者の存在は 大きいことから、特に重度の障害者を支援する日中支援型グループ ホームにおける職員のモチベーション維持や、職員間での交流など、 適切な人材育成や定着への取り組みが大切。自法人や自事業所にお いて意識して取り組んでいることについて記載。	<input type="checkbox"/> 問題なし

<p>設定項目)</p>	<p>地域生活支援拠点への登録は行っているか。</p> <p>未登録の場合、その理由はあるか。 (具体的な取り組みがわからない、等)</p>	<p><input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未</p> <p>※「済」にチェック⇒登録を決めた理由についても併せて記載。また、登録をしたことでのメリットと感ずることがあれば記載。</p> <p>(未登録、登録をすすめられない理由) ※登録に向けて感ずる課題や疑問点があれば併せて記載。</p>	<p><input type="checkbox"/> 問題なし</p>
<p>14 (2回目以降) 協議会からの 要望、助言 への対応</p>	<p>前回報告における地域協議会からの要望・助言等に適切に対応しているか。</p>	<p>(要望・助言の内容及び対応状況)</p>	<p><input type="checkbox"/> 問題なし</p>