

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 104-0061

所在地 東京都中央区銀座6-13-9GIRAC GINZA 8F bizcube

評価機関名 株式会社アミュレット

認証評価機関番号

機構 04 - 141

電話番号 03-6255-6463

代表者氏名 代表取締役 畑中健夫

以下のとおり評価を行いましたので報告します。



評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名			修了者番号	
	①	畑中健夫		H0401044	
	②	多田真希子		H0401045	
	③				
	④				
	⑤				
	⑥				
福祉サービス種別	共同生活援助(グループホーム)				
評価対象事業所名称	グループホームむく		ユニット総数	1	指定番号 1322301654
現地調査をしたユニット数及びユニット名	現地調査 ユニット数	1	ユニット名	グループホームむく	
現地調査をしたユニットの 選定理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> ユニットの特徴 <input type="checkbox"/> 前回の評価で訪問していないユニット <input type="checkbox"/> 利用者調査結果 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 1ユニットのため )				
事業所連絡先	〒	133-0056			
	所在地	東京都江戸川区南小岩6-6-3			
	TEL	03-5668-2455			
事業所代表者氏名	施設長 朝倉達也				
契約日	2025年		8月	8日	
利用者調査票配付日(実施日)	2025年		9月	27日	
利用者調査結果報告日	2025年		9月	30日	
自己評価の調査票配付日	2025年		9月	1日	
自己評価結果報告日	2025年		9月	30日	
訪問調査日	2025年		10月	29日	
評価合議日	2025年		10月	29日	
コメント (利用者調査・事業評価の 工夫点、補助者・専門家等 の活用、第三者性確保の ための措置などを記入)	第三者評価を受審するにあたり、事前打合せにおいて当評価機関における評価の進め方、スケジュール等について綿密な打ち合わせを行いました。利用者調査の実施については、利用者の特性を配慮し利用者個別に聞き取り調査を行いました。調査時における着眼点については、調査前合議において綿密な打ち合わせを行い訪問調査に臨みました。評価員にはグループホームの評価実績のある評価員をメンバーに入れ訪問調査に臨みました。				

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。  
本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
- 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- 別添の理由書により、公表には同意しません。

2025年 11月 28日

事業者代表者氏名 理事長 伊東美奈子



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></p>
	<p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述                  （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)基本理念 「障がいをお持ちの方々が自分らしく自立した生活を送れるように支援する。」                  2)基本方針 「笑顔・信頼・安心・安全」 → ホームページ掲載                  3)行動指針 「自分らしく笑顔で生き生きと生活出来るよう、利用者の一人ひとりが望む多種多様なニーズに応え続けていく事」                  4)利用者の方々の高齢化やこの先を見据えて、協力医療機関（内科・歯科）との連携強化</p>
2	<p><b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b></p>
	<p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>介護職員に必要な責任感を強く持ち、コミュニケーション能力を高める事や日々自分自身を見つめ直して足りない部分を出来るようになろう(自己覚知から自己研鑽へ)という向上心を持つ。仕事への意識が高い人も居れば、低い人も居る為、それぞれに合う指導の仕方を模索し、全体が向上していけるよう努めなければならないと感じています(支援の質の向上を目指す)。</p>
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>命を守るという強い責任感を持ち、利用者の方々の小さなサインも見逃さない観察力を身に付けて欲しいと思います。</p>

調査対象

令和7年9月27日時点において、グループホームむくに入居している5名の利用者に対して調査を実施しました。

調査方法

評価員とのマンツーマンでの聞き取り調査を行いました。利用者の特性に考慮し、ヒアリング場所についても利用者の要望を踏まえて、緊張なくスムーズに実施できるように取り組みました。

利用者総数

5

共通評価項目による調査対象者数  
 共通評価項目による調査の有効回答者数  
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
0	5	5
0	5	5
0.0	100.0	100.0

**利用者調査全体のコメント**

「利用中のホームを総合的に見て」の質問では、「大変満足」が3名、「満足」が2名となりました。  
 14の質問項目では、「1.利用者は困った時に支援を受けているか」、「2.利用者は主体的な活動が尊重されているか」、「3.グループホームでの生活はくつろげるか」、「13.利用者の不満や要望は対応されているか」の4項目で回答した利用者全員が「はい」と回答しました。一方で、「14.外部の苦情窓口にも相談できることを伝えられているか」の質問では「いいえ」に回答した割合が高い結果となりました。  
 自由意見では、出会いがあったことに満足しています、文化センターで歌った時が楽しかった、ごはんが美味しいとの意見のほか、職員が辞めてしまうと淋しいとの意見も出ています。

**場面観察方式の調査結果**

調査の視点：「日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する職員のかかわり」及び「そのかかわりによる利用者の気持ちの変化」

**評価機関としての調査結果**

《調査時に観察したさまざまな場面の中で、調査の視点に基づいて評価機関が選定した場面》

《選定した場面から評価機関が読み取った利用者の気持ちの変化》

「評価機関としての調査結果」に対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いいない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用者は困ったときに支援を受けているか	5	0	0	0
「はい」と回答した割合は100%でした。 自由意見では、管理者が相談に乗ってくれますとの意見が出ています。				
2. 利用者は、主体的な活動が尊重されているか	5	0	0	0
「はい」と回答した割合は100%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
3. グループホームでの生活はくつろげるか	5	0	0	0
「はい」と回答した割合は100%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
4. 職員が利用者の家族等に連絡をする場合、方法や内容等についてあらかじめ利用者の希望が聞かれているか	3	0	1	1
「はい」と回答した割合は60%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
5. グループホーム内の清掃、整理整頓は行き届いているか	4	0	0	1
「はい」と回答した割合は80%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	4	1	0	0
「はい」と回答した割合は80%でした。 自由意見では、今は大丈夫です、頼んでもやってくれないこともありましたが等の意見が出ています。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	3	0	0	2
「はい」と回答した割合は60%でした。 自由意見では、心配かけたくなくて黙っている時もありますとの意見が出ています。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	3	1	0	1
「はい」と回答した割合は60%でした。 自由意見では、悪口とかはあるけどしょうがないと思いますとの意見が出ています。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	4	1	0	0
「はい」と回答した割合は80%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	4	0	0	1
「はい」と回答した割合は80%でした。 自由意見は特に寄せられませんでした。				
11. 個別の計画作成時に、利用者の状況や要望を聞かれているか	4	0	1	0
「はい」と回答した割合は80%でした。 自由意見では、アンケートをよくやっていますとの意見が出ています。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	3	0	1	1
「はい」と回答した割合は60%でした。 自由意見では、難しかったとの意見が出ています。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	5	0	0	0
<p>「はい」と回答した割合は100%でした。  自由意見では、ないですとの意見が出ています。</p>				
14. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	1	1	2	1
<p>「はい」と回答した割合は20%でした。  自由意見は特に寄せられませんでした。</p>				

I サービス提供のプロセス項目（サブカテゴリー1～3、5～6）

No.	共通評価項目	
サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の実望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー1の講評		
<p>今後はリーフレットなど紙媒体を活用し、情報提供の幅が広がることを期待します</p> <p>ホームページを中心に、施設の情報発信に力を入れています。建物の外観や設備の写真を掲載し、身体障害・知的障害・精神障害の方も受け入れ可能であることを明示しています。利用者が日々安心して過ごせる環境づくりや、個々の希望に応じた余暇活動支援も紹介し、家庭的で落ち着いた施設であることを伝えています。現状では情報提供の手段がホームページのみに限られているため、今後はリーフレットなど紙媒体を活用し、地域住民や関係機関によりわかりやすく情報を伝える工夫も期待されます。</p> <p>区内の相談支援事業所やグループホーム連絡会に空き室状況などを伝えています</p> <p>年間を通して退居者は少なく、現状ホームは満床であるため新規利用者の募集は行っていません。しかし、関係機関への情報提供は継続しており、区内の相談支援事業所やグループホーム連絡会に空き室状況などを伝えています。利用希望者から問い合わせがあった際には、ホームの概要や現在の空き状況を丁寧に説明し、必要に応じて相談支援事業所や区内他ホームへの問い合わせも案内しています。今後は、情報媒体としてホームページを活用し、空き室状況などをより迅速かつ幅広く発信できる体制の構築が期待されます。</p> <p>満床の場合でもその状況を丁寧に説明し、柔軟に見学対応を行っています</p> <p>入居希望の問い合わせに対しては、満床の場合でもその状況を丁寧に説明し、柔軟に見学対応を行っています。見学は年3～4件程度実施しており、希望があれば追加対応も行います。管理者が案内役を務め、ホーム全体の様子や利用者の日常生活の流れ、休日の過ごし方などを詳しく説明し、アットホームな雰囲気を感じていただけるよう配慮しています。居室の案内についても、事前に許可を得た利用者の居室のみを見学できる体制を整えています。また、区外からの問い合わせにも丁寧に対応し、入居希望者に安心して見学いただける環境を維持しています。</p>		

サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリ-2の講評		
<p>入居にあたっての重要事項は契約時に各種書面に基づき説明し同意を受領しています</p> <p>ホーム入居にあたっての基本的ルールについては見学时に管理者から口頭で説明しています。また、利用規約を作成しており、ホーム内では禁酒であることや日中活動を利用することなどを記載し見学时及び入居契約の際に説明しています。入居に際しての重要事項については入居契約時に「共同生活援助利用契約書」、「共同生活援助重要事項説明書」において説明し、説明後同意を受領しています。利用者負担金等については契約書別紙に定めています。その他、重度化した場合の指針についても説明して説明後同意を受領しています。</p> <p>入居決定後は、支援方法などを職員間で共有し、支援のばらつきを防いでいます</p> <p>入居にあたっては、相談支援事業所や必要に応じて保護者からも利用者に関する情報を収集しています。入居希望者が重なる場合には、ホームでの生活に前向きな姿勢を持つ方や、自身の成長に意欲的な方を優先的に受け入れる方針です。相談支援事業所からの情報、主治医による診療情報提供書、家族からの本人に関する情報など多角的な内容を総合的に踏まえ、入居判定を行っています。入居が決定した後は、アセスメント表を職員一人ひとりに丁寧に説明し、支援方法や介助の手順も共有することで、職員間での支援のばらつきが生じないよう徹底しています。</p> <p>分からないこと等は気軽に相談できる体制を築き、入居直後の不安を和らげています</p> <p>入居直後は、初回の個別支援計画書に定めた支援方針に沿って支援を進めつつ、環境の変化や入居に伴う不安が和らぐよう、職員が積極的に声かけを行い、少しずつ距離を縮めて信頼関係の構築に努めています。特に入居直後は管理者が中心となって利用者との関係性を築き、その後職員との橋渡し役を担いながら、職員との関係もスムーズに構築できるよう支援しています。また、他の利用者とも早期に関係性が築けるよう、入居後できるだけ早い段階で歓迎会を実施し、分からないことや不安なことは何でも相談できる環境づくりにも取り組んでいます。</p>		

サブカテゴリ3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 10/10
<b>評価項目1</b> 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	○非該当
●あり ○なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	○非該当
<b>評価項目2</b> 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の支援計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○非該当
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○非該当
<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録を適切に作成する体制を確立している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○非該当
●あり ○なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○非該当
<b>評価項目4</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者に変化があった場合の情報について、職員間で申し送り・引継ぎ等を行っている	○非該当
サブカテゴリ3の講評		
<p>アセスメントは計画書の見直しに合わせて6ヶ月ごと定期的を実施しています</p> <p>個別支援計画書の作成および見直しにあたっては、ホーム所定のアセスメントシートを活用し、①日常生活面、②健康面、③コミュニケーションスキル、④社会生活に関する状況や課題を整理しています。抽出した内容に加え、利用者本人や家族からの意向・要望を総合的に踏まえ、利用者ごとの個別支援計画書を作成しています。また、アセスメントは計画書の見直しに合わせて6ヶ月ごと実施し、最新の利用者情報を追記できるシートを更新しながら、常に現状に即した内容となるよう工夫しています。</p> <p>個別支援計画書作成後は管理者から利用者に対して分かりやすく内容を説明しています</p> <p>個別支援計画の作成にあたっては作成会議を開き、全職員の意見に加えて利用者本人や家族の意向を踏まえ、支援目標と方針を決定しています。計画書の作成・見直し後は、管理者が利用者に対して内容を分かりやすく丁寧に説明し、十分な理解を得たうえで同意を受領しています。また、利用者本人・居室担当者・管理者でモニタリング会議を行い、6ヶ月ごとに計画を見直ししています。モニタリング結果は「個別支援計画の中間評価」様式に記録し全職員で共有しています。個別支援計画の作成にあたっては手順に基づいたケアマネジメントを徹底しています。</p> <p>利用者毎に個別ファイルを作成し、必要な情報を共有しやすいように工夫しています</p> <p>ホーム内での利用者の状況は「ケア記録」に個別に記録しており、朝夕のバイタル、食事量、服薬、水分、排泄、精神状態に加えて、生活の様子を時系列で丁寧に残しています。さらに、利用者ごとに個別ファイルを作成し、支援手順書やケア記録、ご本人の様子を示した記録用紙などを分けて保管し、必要な情報を職員間で把握しやすい形にしています。加えて、夜勤者から日勤者への申し送りを毎日確実に行うほか、「申し送りノート」を用いて管理者からの連絡や現場職員が気付いた小さな変化も共有し、情報が途切れないように努めています。</p>		

サブカテゴリ-5	
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている) <input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている <input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-5の講評	
<p>利用者のプライバシーには十分に配慮して日々支援を行っています</p> <p>利用者の個人情報の利用目的については、契約時に契約書内の「秘密保持等に関する項目」に沿って丁寧に説明しています。関連書類は金庫で厳重に保管し、外部への情報提供時には利用者や家族の確認を必ず行うようにしています。また、利用者宛の郵便物は事務所内の鍵付き書庫で管理し、居室への入室はロックと声かけを徹底しています。利用者アンケートでは「プライバシーが守られているか」の質問に5名の利用者のうち4名が「はい」と回答しており、利用者の安心感も高まっている様子がうかがえます。</p> <p>利用者一人一人の価値観や生活習慣に配慮して日々支援を行っています</p> <p>利用者一人ひとりの価値観や生活習慣については、入居前の体験利用時に確認するとともに、個別支援計画作成や見直し時のアセスメント結果やケース検討を通じ、職員全体で共有しています。日々の支援では、利用者の出来ること・出来ないことを丁寧に把握し、生活パターンやペース、好みや習慣を尊重した支援を心がけています。声かけ等に拒否が見られる場合は本人の意思を尊重し、無理強いにならないよう対応するとともに、必要に応じて代替方法を検討し、より安心・安全な支援環境を整えています。</p>	

サブカテゴリ-6	
6 事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
<b>評価項目1</b> 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている <span style="float: right;">○非該当</span>
●あり ○なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを定期的に点検・見直しをしている <span style="float: right;">○非該当</span>
●あり ○なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している <span style="float: right;">○非該当</span>
<b>評価項目2</b> サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>	
評価	標準項目
●あり ○なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている <span style="float: right;">○非該当</span>
●あり ○なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている <span style="float: right;">○非該当</span>
サブカテゴリ-6の講評	
<p>個別の支援手順書や職員用の業務手順書は、適宜見直しを行い最新手順としています</p> <p>各勤務帯ごとの職員用業務手順書を作成しており、利用者個別ファイルには個別支援計画と連動した支援手順書を挟み、行動への対応方法や留意点を明示しています。加えて、行動規範や接遇、障害者虐待防止、感染症予防などのマニュアルも整備しています。身体拘束や感染症対策に関する法令上必要な指針も適切に作成・保管しており、職員間で統一した支援の実施と安全で質の高い運営の維持に努めています。個別の支援手順書や職員用の業務手順書は適宜見直しを行い、最新の手順となるように努めています。</p> <p>マニュアルや計画、手順書の変更にあたっては職員及び利用者の意見を反映させています</p> <p>利用者個々に作成している個別支援計画は、半年ごとに見直す仕組みとし、見直し時には再アセスメントを行って利用者の現状や課題を抽出し、計画内容を適宜修正しています。また、個別支援計画の見直しに合わせ、必要に応じて作成している「支援手順書」も変更しています。各勤務帯ごとの業務マニュアルについても、利用者の状態変化や新規入所者の受け入れに応じて随時更新できる体制としています。これらマニュアルや計画、手順書の変更にあたっては、職員全体の意見や、必要に応じて家族の意向も反映し、総合的に判断して更新しています。</p>	

Ⅱ サービスの実施項目(サブカテゴリ4)

サブカテゴリ4		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	23/23
サービスの実施項目			
1 評価項目1 個別の支援計画等に基づいて、自立した生活を送れるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 個別の支援計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりに合わせて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 自立した生活を送るために、利用者一人ひとりが必要とする情報を、提供している		○非該当
●あり ○なし	4. 周囲の人との関係づくりについての支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	5. 関係機関と連携をとって、利用者一人ひとりに応じた支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>個別支援計画に連動した支援手順書を作成し、支援のばらつきを防いでいます</p> <p>個別支援計画に連動した支援手順書を作成しており、支援手順書はケア記録と一体化させ、1日1枚記載する仕組みとしています。記載項目には、起床後のバイタル、排泄、入浴、食事、服薬、水分量、精神状態、起床・就寝時間などがあり、勤務する職員が各時間帯の支援内容を申し送りできるとともに、記録の記入漏れ防止にもつなげています。この記録は、日々の支援評価やモニタリングにも反映させています。支援手順書は個別支援計画の変更に合わせて適宜更新し、計画と支援の整合性を保てるように努めています。</p> <p>利用者一人ひとりの特性やその日の状態も考慮してコミュニケーションを取っています</p> <p>言語によるコミュニケーションが可能な場合には、会話を中心に行い意思疎通を図っています。一方、言語での表現が難しい利用者には、仕草や視線などから意図を読み取り、心情に寄り添いながら対応しています。また文字盤やトーキングエイドを活用するなど、利用者に応じた方法でコミュニケーションを工夫しています。難聴の方にはゆっくりと話しかけ、気持ちが落ち着かない方には時間を置いて安心できるように配慮します。声の速度や態度、表情にも注意を払い、居室担当者を中心に利用者の要望や悩みを丁寧にくみ取るよう努めています。</p> <p>利用者への支援の質を高めるために、医療との連携強化も図っています</p> <p>利用者に対しては、普段できないことを自分でやる喜びや自立の大切さを伝えていきます。トイレ介助などの生活支援も、利用者一人ひとりの状態に合わせ、福祉用具を適宜活用しながらできる限り自分でできるように支援しています。関係機関との連携では、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、かかりつけ医、移動支援サービス事業所、訪問マッサージや訪問カット、美容室、介護タクシー事業所などと連携して支援を行っています。また医療面では内科・歯科クリニックと連携し、訪問診療も受け入れることで医師とも協力体制を強化しています。</p>			
2 評価項目2 利用者が主体性を持って日常生活を楽しく快適に過ごせるような取り組みを行っている		評点(〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. グループホームでの生活は、主体的な活動が尊重されている		○非該当
●あり ○なし	2. グループホーム内のきまりごとについては、利用者等の意向を反映させて作成・見直しをしている		○非該当
●あり ○なし	3. 休日の過ごし方や余暇の楽しみ方については、利用者の意向を反映し、情報提供や必要な支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 室内は、採光、換気、清潔性等に配慮して、過ごしやすい環境となるようにしている		○非該当
●あり ○なし	5. 【食事の提供を行っているグループホームのみ】 利用者の希望を反映し、食事時間が楽しいひとときになるよう工夫している		○非該当
評価項目2の講評			
<p>日常の選択に関しても利用者の意思を尊重し、主体性や生活の満足感を大切にしています</p> <p>平日の日中は関連事業所への通所などで過ごす利用者が多いですが、利用者一人ひとりが自立した生活と充実した時間を送れるよう、特に夜間やホームで過ごす時間には安心してリラックスできる環境づくりに努めています。土日などサービス提供がない日には、ホーム内でのリハビリや趣味活動、好きな食事の提供、移動支援を活用した外出など、多様で充実した過ごし方を支援しています。また、外出希望や入浴の順番など日常の選択に関しても利用者の意思を尊重し、主体性や生活の満足感を大切にしています。</p> <p>休日の過ごし方は、利用者一人ひとりの希望を大切に必要の支援を提供しています</p> <p>ホーム内の決まりごとは特に設けていませんが、過ごし方や注意点については個別に対応しています。余暇活動については、事前に利用者の希望を確認し、それに沿った外出や居室での過ごし方、リハビリ活動など多様な方法で支援しています。また、毎月ではありませんが、水族館など遠方への外出希望があれば、介護タクシーや移動支援サービスの手配を行い、希望に応じた支援を提供しています。洋服購入など細かいニーズがある場合には職員が同行し、サイズや好みに合わせた選択ができるよう丁寧にサポートしています。</p> <p>週4日ホームに調理専門スタッフが入り、栄養バランスを考えた食事を提供しています</p> <p>昼食は日中サービス事業所で取ることが多いですが、週4日ホームに調理専門スタッフが入り、栄養バランスを考えた食事を提供しています。医療機関に通院している利用者には、個人契約の管理栄養士の指示に基づき特別メニューを用意し、個別対応で健康維持とホームで過ごす時間の充実を図っています。調理スタッフ不在時には管理者が事前に利用者の希望するお弁当を確認し、スーパーで購入して提供しており、お弁当選びも利用者の楽しみとなっています。食事リクエストを反映する仕組みもあり、日々の食事を通じて豊かな生活が支えられています。</p>			

3 評価項目3 利用者の状況に応じて、生活上の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の状況に応じて、身の回りのことについて必要な支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の状況に応じて、家事(調理、洗濯等)について必要な支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の状況に応じて、金銭の管理や使い方について支援を行っている	○非該当
評価項目3の講評		
<p>身の回りに関することは、利用者の要望を聞いて必要な支援を行っています</p> <p>身の回りの支援として、洗濯は毎日行っていますが、こだわりや希望のある利用者には個々の方法に沿った支援を行っています。洗濯物は基本的にたたんで片付けるまで利用者自身に取り組んでいただき、自立支援に配慮しています。必要に応じて個別洗濯を行うなど柔軟な対応もしています。また、洗濯物については専用のかごに入れてもらルールを設け、利用者の意向を尊重しています。食事は調理スタッフや管理者が中心となり準備しますが、食後の下膳は可能な方にご自身で行っていただき、日常生活の自立を促す支援を行っています。</p> <p>ホーム内の清掃は職員が毎日実施しており、清掃チェック表を用い管理を徹底しています</p> <p>ホーム内の清掃はシフト制で職員が毎日実施しており、清掃チェック表を用いて漏れがないか管理を徹底しています。清掃時には、修理やメンテナンスが必要な箇所の確認も行い、安全かつ快適に過ごせる環境づくりに努めています。居室の清掃については、利用者の希望に応じて対応しており、毎日掃除を希望する方や、逆に頻繁な清掃が負担となる方には、話し合いの上で適切な頻度を決定しています。清潔な環境の維持とともに、精神面の負担軽減にも配慮した支援を心がけています。</p> <p>利用者の要望を確認して、計画的な金銭管理が出来るように支援しています</p> <p>利用者が自立した生活を送れるよう、金銭管理を含む本人に関わる情報の説明や書類記入の支援を行っています。郵便物の内容確認や区役所手続き、地域の情報提供も適宜実施しています。お小遣いの管理は、本人と十分に話し合ったうえで金庫で預かり、出納帳で管理しています。欲しいものがある場合は全額を使い切らないよう調整し、少しずつ貯めて購入する過程を支援することで、努力の過程や達成感を得られるよう心がけています。</p>		
4 評価項目4 利用者が健康を維持できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の健康状態に注意するとともに、利用者の相談に応じている	○非該当
●あり ○なし	2. 健康状態についての情報を、必要に応じて家族や医療機関等から得ている	○非該当
●あり ○なし	3. 通院、服薬、バランスの良い食事の摂取等についての助言や支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	5. 【利用者の薬を預ることのあるグループホームのみ】 服薬の誤りがないようチェック体制を整えている	○非該当
評価項目4の講評		
<p>医師や看護師と密に連携し利用者の健康状態を総合的に管理しています</p> <p>利用者の健康状態については、日々の声掛けや目視、バイタル測定を通じて職員が確認し、ケア記録に記入することで起床から就寝までの状況を一枚の記録表で管理しています。食事や排泄の状況も毎日把握し、利用者本人の訴えも踏まえて必要時には速やかに医療機関への受診しています。入居契約時には「重度化した場合の指針」に同意を得ており、必要に応じて迅速な医療処置や入院調整を行っています。また内科や歯科との連携を強化し、訪問看護との連携により、医師や看護師と密に連携しながら利用者の健康状態を総合的に管理できる体制を整えています。</p> <p>定期的な通院については、ヘルパーに同行を依頼し安全に支援しています</p> <p>定期的な通院については、ヘルパーに同行を依頼し安全に支援しています。急な受診が必要な場合や移動支援サービスの手配が困難な際には、管理者が臨機応変に同行し、病院で受けた説明や指示は「通院記録」に記入し、全職員で共有できる体制を整えています。夜間の緊急時には対応手順を事務所に掲示し、迅速な対応が可能な仕組みを設けています。さらに健康管理の一環として、訪問時に毎月血液検査を実施し、年に一度の健康診断もヘルパーのサポートを受けながら受診し、結果を本人と共有することで、日常生活の健康維持に努めています。</p> <p>誤薬や服薬忘れの事故防止が図られ、安全な服薬管理を徹底しています</p> <p>全利用者が服薬を必要としているため、服薬管理には細心の注意を払っています。翌日の服薬分は夜勤の2名で確認しながらセットを行い、1名がケースに薬をセットし、もう1名がセット内容を確認します。服薬後は利用者の口内を確認し、確実に飲み込んでいるかを確認します。服薬後の空袋はケースに戻し、全員の服薬状況を確認したうえで服薬管理表に記入しています。このようなチェック体制の強化により、誤薬や服薬忘れの事故防止が図られ、安全な服薬管理が徹底されています。</p>		

5 評価項目5 利用者の意向を尊重しつつ、個別状況に応じて家族等と協力して利用者の支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 家族等との協力については、利用者本人の意向を尊重した対応をしている	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者の日常の様子や施設の現況等を、家族等に知らせている	○非該当
●あり ○なし	3. 必要に応じて家族等から利用者・家族についての情報を得て、利用者への支援に活かしている	○非該当
評価項目5の講評		
<p>家族との連絡は本人の意向や要望を尊重した対応を基本としています</p> <p>家族等との連携については、利用者本人の意向を尊重するとともに、家族や後見人の意向も踏まえて個別に丁寧な支援を行うよう努めています。高齢や通話が困難な家族に対しては、必要に応じて訪問して直接状況を確認したり、面談の機会を設けるなど、家族の状況や状態に合わせた柔軟なコミュニケーションを行っています。また、届いたメールや書面での連絡には、利用者と一緒に内容を確認し返信を作成、送信も本人に行ってもらうなど、意思を尊重した対応を徹底するなど、家族支援についても丁寧に進めています。</p> <p>少なくとも月に一度は電話連絡などで利用者の日常の様子をお伝えしています</p> <p>家族や成年後見人に対しては、少なくとも月に一度は電話連絡などで利用者の日常の様子をお伝えしています。日常生活の状況や健康状態、余暇活動の様子に加え、利用者のお小遣いが少なくなった場合には、電話やメールを通じて相談を行うようにしています。ホームで撮影した近況写真も併せて送付することで、具体的な状況を理解していただけるよう努めています。また、ホーム独自で作成している新聞やホームページの更新についても、より迅速に情報提供できるよう改善を図り、家族へ常に最新の情報をお届けできる体制を整えたいと考えています。</p>		
6 評価項目6 利用者が地域社会の一員として生活するための支援を行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者が地域の情報を得られるよう支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者が地域の資源を利用し、多様な社会参加ができるよう支援を行っている	○非該当
評価項目6の講評		
<p>地域の情報は、回覧板や町内掲示板などから入手し、利用者に随時周知しています</p> <p>近隣地域の情報は、回覧板や町内掲示板、地域新聞などから入手し、利用者に随時周知しています。これまで、町内会主催の盆踊り大会や近隣小学校のもちつき大会などへ全体で参加していましたが、現在は全員での参加が難しいため、希望する利用者には個別にヘルパーの協力を得て外出できるようにしています。また、ホームとしても地域のお祭りの協賛金への協力や町会への加入を行い、防災訓練などにも参加することで、地域との連携や交流を積極的に深めています。</p> <p>利用者が気兼ねなく地域資源を活用し、安心して生活できる環境の整備に努めています</p> <p>利用者は主に土日や祝日に外出する機会が多く、地域の施設やサービス、交通手段を活用しながら、自立した生活や社会参加を促す支援を行っています。管理者は近隣のグループホームへ出向き挨拶や情報交換を行い、日常的に協力関係を築くよう努めています。また、町会に加入し地域行事への参加や協賛を通じてホームの知名度向上や地域との良好な関係づくりに取り組んでいます。こうした取り組みにより、利用者が気兼ねなく地域資源を活用し、安心して生活できる環境の整備に努めています。</p>		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	8/9
1 評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○非該当	
2 評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当	
●あり ○なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当	
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			
		評点(〇〇〇〇●)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	○非該当	
●あり ○なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	○非該当	
●あり ○なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	○非該当	
○あり ●なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	○非該当	
●あり ○なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	○非該当	
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>ホーム内外の苦情窓口は重要事項説明書に明記し契約時に説明しています</p> <p>事業所内外の苦情相談窓口については、契約時に重要事項説明書を用いて丁寧に説明しています。しかしながら、利用者アンケートの「外部の苦情窓口にも相談できることを伝えられているか」の質問では、「はい」と回答した割合が低いと、再度の周知が望まれます。苦情が寄せられた際には「苦情受付記録・苦情結果報告書」に内容を詳細に記録し、必要に応じて法人理事長も交え、再発防止策を検討しています。また、日常的に利用者や家族と丁寧にコミュニケーションを取り、意向や要望を収集することで大きなクレームにつながらないよう努めています。</p> <p>職員の行動や言動については常に振り返り、不適切な発言等が無いように徹底しています</p> <p>利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われないよう、日々の申し送り等の時間に職員の行動や言動を振り返り、不適切な発言等が無いよう注意を払っています。加えて、今年度8月にはホーム内で虐待防止および身体拘束廃止に関する研修を実施し、マニュアルの確認や接客マナー、職員行動規範の確認を行っています。また年度当初には、職員の声掛けや対応の適切性、利用者が不快に感じる事が無い、職員への要望等を個別に聞き取り、調査結果をまとめ職員間で共有し、サービスの質向上に活かしています。</p> <p>災害時の職員参集方法や、災害時の避難場所などもより明確化することが望まれます</p> <p>リスク対策として、ホーム内外での事故防止に向けて「ヒヤリハットシート」を活用し、危険事例を積極的に提出できるよう簡素な書式で取り組んでいます。感染症対策では感染防止委員会を開催し、対応策を検討するとともに、新型コロナウイルス感染症発生時に備えた「業務継続計画」を作成し、発生後の対応も明示しています。災害対策としては火災や水害を想定した訓練を令和7年3月に実施しており、今後は夜間想定訓練や大規模災害時の職員参集方法、さらには災害時の避難場所などもより明確化することが望まれます。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-3	利用者の状況に応じて、生活上の支援を行っている
タイトル①	利用者が居心地よく、楽しく生活できる環境づくりに一丸となり取り組んでいます	
内容①	利用者職員間に日頃から馴染みの関係が築かれており、困りごとを気兼ねなく相談できる体制が整っています。当ホームでは生活の楽しみを大切に、休日には多くの利用者が移動支援を活用してテーマパークや動物園、臨海公園、ショッピングモールなどへ出かけ、また、必要に応じて職員が同行して洋服選びなど細かなニーズにも丁寧に対応しています。ホーム内においても、自立した生活と充実した時間を過ごせるよう、特に夜間やホームで過ごす時間には安心してリラックスできる環境づくりにも重視し、居心地のよい空間の整備に力を入れています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-4	利用者が健康を維持できるよう支援を行っている
タイトル②	内科・歯科クリニックとの協体制度を強化し、利用者、家族の安心感を高めています	
内容②	利用者の生活全体を支えるため、多様な関係機関との連携を基盤とした支援体制を整えています。相談支援事業所との日常的な情報共有に加え、移動支援、訪問マッサージ、訪問カット、美容室、介護タクシー事業所など外部サービスとも幅広く連携し、生活面の多様なニーズに柔軟に対応しています。特に医療連携を重視し、内科・歯科クリニックとの協体制度を強化することで、訪問診療を受け入れ、体調変化への迅速な対応や定期的な健康管理が可能となっています。これらの取り組みにより、利用者と家族が安心して生活できる環境が整えられています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	利用者一人ひとりに個別支援計画と連動した独自の支援手順書を整備して、利用者理解に基づく質の高いケアの提供に努めています
	内容	当ホームでは、利用者一人ひとりに個別支援計画と連動した独自の支援手順書を整備しています。支援手順書には、利用者の行動に対する具体的な対応方法等を分かりやすく記載しています。ケア記録と一体化していることで、職員が支援場面で即時に確認できる仕組みとなっています。また、手順書は日々の記録やモニタリングに反映され、評価の精度向上にも寄与しています。さらに、個別支援計画の変更に合わせて内容を適宜更新し、計画と実際の支援の整合性が常に保たれるよう取り組み、利用者理解に基づく質の高いケアの提供に努めています。
2	タイトル	利用者の支援に関する情報の共有化については特に配慮しており、管理者から職員個別に、利用者の支援方針などを丁寧に説明しています
	内容	当ホームでは、区内でも数少ない重度身体障害者の受け入れを進めており、利用者・家族からのニーズの高まりに応える体制を整えています。利用者の支援量が多く、職員同士もローテーション勤務により顔を合わせる機会が限られているため、情報共有には特に配慮しています。アセスメント情報やケア方針を管理者から職員一人一人に丁寧に説明するなど、新規利用者の受け入れ時には事前情報を全職員に確実に伝えています。さらに夜間帯には2名体制を確保し、安全を最優先とした手厚い人員配置により、安心して生活できる環境が整えられています。
3	タイトル	
	内容	
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	管理者をサポートできる人材を確保し、管理者の負担を軽減させ、組織全体の安定性と継続的な支援体制の強化が図られることを期待します
	内容	当ホームでは、職員の退職がなく安定した体制が維持されており、利用者にも丁寧な支援を行うことでケアの質を高めています。一方で、現在の職員配置が最小限であるため、日常の運営や多岐にわたる調整を管理者が一手に担っている状況が続いています。そのため、管理者の負担が大きく、万が一管理者の不在時や緊急時に代行できる職員がいない点は組織としてのリスクとなっています。今後は、日中帯に管理者をサポートできる人材を確保し、役割分担を進めることで、組織全体の安定性と継続的な支援体制の強化が図られることを期待します。
2	タイトル	災害後の職員参集方法や広域の避難場所については、職員だけでなく利用者や家族とも共有し、共通認識を高められるとよいと思います
	内容	災害時に備え、火災や水害を想定した訓練を令和7年3月に実施しており、利用者の避難誘導方法などについて職員間で確認しています。一方で、夜間を想定した訓練については今後計画的に実施し、限られた人員での対応方法を確認しておくことが求められます。また、事業継続計画(BCP)についても職員間で内容を共有し、大規模災害発生時の行動手順を明確にしておくことも重要であると考えます。特に災害後の職員参集方法や広域の避難場所については、職員だけでなく利用者や家族とも共有し、共通認識を持てる体制を整えることが望まれます。
3	タイトル	
	内容	

