年　　月　　日

日中サービス支援型共同生活援助の報告・評価シートの提出について

（令和　　年度分）

（あて先）　　市町長

所在地

法人名

代表者名

上記の件について、下記及び別添のとおり提出します。

記

１　報告・評価シートを提出する事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 事業所名 | 新規 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※今年初めて提出する事業所については、新規欄に○をつけてください。

２　本件に関する連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

報告・評価シート

【報告日　令和　　年　　月　　日】

【評価日　令和　　年　　月　　日】

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 | 年 | 月 | 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） | 世話人（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 |
| 事業所の特色・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 | 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： | 人 |
| 区分１ | 人 | 主に日中GHで過ごす人数： | 人 |
| 区分２ | 人 | 知的 | 総　数： | 人 |
| 区分３ | 人 | 主に日中GHで過ごす人数： | 人 |
| 区分４ | 人 | 精神 | 総　数： | 人 |
| 区分５ | 人 | 主に日中GHで過ごす人数： | 人 |
| 区分６ | 人 | 難病等 | 総　数： | 人 |
| 合計 | 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歳以下　　　　人 |
| 障害特性等 | 医療的ケアの必要な者 | 人 | 強度行動障害のある者 | 人 |

| 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| --- |
| 項目 | 評価の観点 | 【事業所記入欄】具体的な内容 | 【地域協議会記入欄】要望・助言・評価（問題がない場合は□にチェック） |
| 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 | □　問題なし |
| 実習生やボランティアを受入れているか。 | （受入人数）実習生　　名・ボランティア　　名（受入事例） | □　問題なし |
| 地域住民との交流の機会が確保されているか。 | （交流機会の事例） | □　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。 | （職員の配置状況等） | □　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）や避難訓練の実施等の事例） | □　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）） | □　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。 | （心身状況等を考慮した食事提供） | □　問題なし |
| 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 | □　問題なし |
| 緊急・一時的な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） | □　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。 | （外出や余暇活動等の事例） | □　問題なし |
| 支援の質の確保に努めているか。（研修等） | （参加した研修名等）　　　　　　　　　　　　研修　（　　）名　　　　　　　　　　　　研修　（　　）名 | □　問題なし |
| 体験的利用の要望に対応しているか。 | （体験利用人数）（体験利用の事例） | □　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・助言を求めたいこと）（利用者・家族からの意見・希望） | □　問題なし |
| 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、成年後見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）（成年後見制度の利用支援及び利用者数）　　・利用支援事例等(□有　□無）・有の場合の支援内容記載(利用者数　　　　　人） | □　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、取組み） | □　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）（虐待発生時の対応、発生後の対応等） | □　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定(流れ)が行われているか。 | （報告・評価対象年度の入居者数）　　　　人（報告・評価対象年度の退去者数及び事由）　・退去者数　　　　　　　　　　　　　人　・主な退去事由：　・主な退去事由： | □　問題なし |
| ９他の日中活動サービスの利用 | 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） | □　問題なし |
| 他の日中活動サービスの利用を妨げていないか。 | （他の日中活動の利用状況）他の日中活動サービスを利用（　　）名中（　　）名（主な他の日中活動サービス種別・利用先） | □　問題なし |
| 10利用者の健康管理 | 日々の利用者の健康管理をしっかり行っているか。 | （医師や看護師の訪問有無及び頻度）（健康チェック方法について） | □　問題なし |
| 11他事業所との連携 | 相談支援事業者や他のサービス事業所との連携を行っているか。 | （具体的な連携状況の事例について） | □　問題なし |
| 12その他 | ＜独自に定める項目を記載＞ |  | □　問題なし |
| 13（２回目以降）協議会からの要望、助言への対応 | 要望や助言に対応しているか。 | （要望・助言の内容及びその対応） | □　問題なし |