

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 | | | | | | | |

| 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 地域に関わられた運営 | 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 | <input type="checkbox"/> 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) | <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。 | (交流機会の事例) | <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。 | (職員の配置状況等) | <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)や避難訓練の実施等の事例) | <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)) | <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。 | (心身状況等を考慮した食事提供) | <input type="checkbox"/> 問題なし |

| 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) |
|--------------|----------------------------------|--|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> 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) | <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。 | (外出や余暇活動等の事例) | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 問題なし |

| 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) |
|---------------------|--|---|--|
| | 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) | <input type="checkbox"/> 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) | <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、取り組み) | <input type="checkbox"/> 問題なし |

| 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) |
|-----------------|--|---|--|
| | 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) | <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： | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 問題なし |

| 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) |
|----------------------------|-------------------------------|---|--|
| | 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) | <input type="checkbox"/> 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と行っているか。 | (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) | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 問題なし |
| 12 その他 | <独自に定める項目を記載> | | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 問題なし |