

## 日中サービス支援型指定共同生活援助に係る事業評価シート

項目	【事業者記入欄】		
1.施設概要	法人名		
	事業所名		
	事業所所在地		
	事業の開始年月日		
	定員（共同生活援助）	人	
	定員（短期入所）	人	
	共同生活住居数	戸	
		【住居の内訳】	【定員数の内訳】
	(住居名を記載)	人	
	(住居名を記載)	人	
	(住居名を記載)	人	
2.運営方針			
3.人員配置	管理者	人	
	サービス管理責任者	人	
	【日中】		
	世話人	(実配置職員数)	人
		(常勤換算後)	人
	生活支援員	(実配置職員数)	人
		(常勤換算後)	人
	【夜間】		
	世話人	(実配置職員数)	人
		(常勤換算後)	人
生活支援員	(実配置職員数)	人	
	(常勤換算後)	人	
4.利用者の状況	支援区分 (主たる障害について記入)	身体障害	区分6： 人、区分5： 人、区分4： 人、区分3： 人、 区分2： 人、区分1： 人、区分なし： 人 グループホーム内で日中を過ごす利用者： 人 グループホーム外で日中を過ごす利用者： 人
		知的障害	区分6： 人、区分5： 人、区分4： 人、区分3： 人、 区分2： 人、区分1： 人、区分なし： 人 グループホーム内で日中を過ごす利用者： 人 グループホーム外で日中を過ごす利用者： 人
		精神障害	区分6： 人、区分5： 人、区分4： 人、区分3： 人、 区分2： 人、区分1： 人、区分なし： 人 グループホーム内で日中を過ごす利用者： 人 グループホーム外で日中を過ごす利用者： 人
		難病等	区分6： 人、区分5： 人、区分4： 人、区分3： 人、 区分2： 人、区分1： 人、区分なし： 人 グループホーム内で日中を過ごす利用者： 人 グループホーム外で日中を過ごす利用者： 人
	年齢	60代以上： 人、50代： 人、40代： 人、30代： 人、 20代： 人、10代： 人	
	利用者の障害特性等	医療的ケアの必要な者： 人 強度高度障害のある者： 人 その他： 人	

5.運営状況	日中をGH内で過ごす利用者に対してどのような支援を行っているか。	
	外出や余暇活動等は実施しているか。	
	基礎的な支援（入浴・排せつ・食事等の介助、日常生活の援助）は適切にできているか。	
	家族や地域との交流の機会を設けているか。	
	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。	
	医療機関とはどのような連携体制をとっているか。（医療機関との連携、医師や看護師の訪問の有無、日々の健康チェック方法等）	
	利用者の権利擁護の配慮のための取組（金銭管理、個人情報・プライバシー保護、成年後見制度の利用等）を行っているか。	
	支援の質の確保に努めているか（研修の参加状況等）。	
	虐待等の権利侵害の防止、発生時の対応は適切か。	
	他の外部サービスを利用できているか。また、利用者の外部サービスに対するニーズを把握できているか。	
	短期入所は緊急時利用に対応できているか。また、18歳未満の利用は可能か。	平均稼働日数（1月当たり）：           日 1人当たりの利用日数：           日 緊急受入事例：
	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。	
	協議会からの要望、助言にはどのように対応しているか(対応する予定か。)	
その他（事業所独自の取組等）		