

事業者(法人)名:

説明日:(空欄でお願いします)

<注記>内容は具体的に記載してください。文章量に応じて、表の大きさは適宜変更してご使用ください。
No.5以降については、既に運営中のグループホームがあれば、その事例もあわせてご記入ください。

区分	No.	項目	【記入時にご確認ください】 記入のポイント・町田市のニーズ等	記入欄
基本情報	1	事業所及びユニットの名称		
	2	開所予定時期	定員増の場合は、変更予定の時期をご記入ください。	年 月開所(変更)予定
	3	開設候補地	定員増の場合は、事業所の所在地をご記入ください。	
	4	定員(共同生活援助)	短期入所を併設する場合は両方ご記入ください。 定員増の場合は、変更前と変更後の両方の人数をご記入ください。	<グループホーム> 合計 ○人 ①男性 ○人 ②女性 ○人 ③定員数の理由: <短期入所> 合計 ○人 ①男性 ○人 ②女性 ○人 ③定員数の理由:
	5	人員配置	身体介助は同性介助が保たれるか、ご確認ください。	管理者 ○人(常勤・非常勤 / 職員は 決まっている・これから募集) サービス管理責任者 ○人(常勤・非常勤 / 職員は 決まっている・これから募集) 世話人 ○人(常勤 ○人・非常勤 ○人 / 職員は 決まっている・これから募集) 生活支援員 ○人(常勤 ○人・非常勤 ○人 / 職員は 決まっている・これから募集)
	6	介護業務に係る資格取得従業者及び職員の支援経験		社会福祉士 ○人 介護福祉士 ○人 実務者研修修了者 ○人 ヘルパー2級 ○人 強度行動障害支援者養成研修修了者 ○人 その他: × × × ○人 職員の主な支援経験:
	7	夜間支援体制		夜間支援員 ○人 ユニット内訳 ①人 ②人 ③人
	8	看護師の配置 (配置人数、週勤務時間数等)		有・無 配置状況詳細:
	9	職員の育成や定着	職員の定着状況については、グループホームの運営実績がある場合にご記入ください。	職員の育成・指導方法: 貴事業所における職員の定着状況:1年未満 ○人 1年～3年 ○人 3年～5年 ○人 5年以上 ○人
利用者について	10	主たる対象の障がい種別と平均支援区分	短期入所を併設する場合は両方ご記入ください。	<グループホーム> 知的・精神・身体・難病 / 区分○ <短期入所> 知的・精神・身体・難病 / 区分○
	11	具体的な利用者像(障がい特性・課題)及び「不足しているグループホーム」の対象者の受入れ割合	<新規開設または増設> 「不足しているグループホーム」対象者である身体障害者手帳1・2級、愛の手帳1・2度、精神障害者保健福祉手帳1級、車いす利用、肢体不自由により要介助、医療的ケア、強度行動障がいのある利用者半数程度受け入れていただく必要があります。どのような人を何人受け入れる予定か、ご記入ください。 <定員増> 「不足しているグループホーム」対象者のいづれかを支援できることが必要です。どのような人が対象か、ご記入ください。	<グループホーム全体> 利用者の具体的な障がい特性及び課題: <「不足しているグループホーム」対象者> 利用者の具体的な障がい特性及び課題: 受入れ予定人数 ○人
	12	利用者の見込(入居希望の状況等)・新規利用者の募集方法や受入れ方法	町田市内のグループホームのため、新規開設及び増設の場合は 全利用者を市内在住者とする ことを目指してください。定員増の場合は 市内在住者の受入れ をお願いします。必ず、地域の障がい者支援センターと相談いただいた上での受入れをお願いします。	利用者の見込 ○人 募集方法: 受入れ方法(利用開始までの流れ):
開設等の経緯や理由	13	グループホームの開設(増設)または定員を増やす理由・目的	新規開設の場合は、このサービスを行うに至った経緯もあわせてご記入ください。	
	14	なぜ町田市なのか なぜその地域なのか	町田市及びその地域を選択した理由のほか、下記についてもご記入ください。 ①町田市の各地域におけるグループホームの充足状況は調べていますか。 ②駅へのアクセスなど、利用者の生活を考えた場所になっていますか。 ③町田市のニーズをふまえた上で、どのようなサービスを提供しますか。 定員増の場合は、③のみご記入ください。	町田市及びその地域を選択した理由: ①: ②: ③:
地域との関わり	15	町田市内の福祉サービス等事業所との連携方法	どのような事業所との連携を計画しているか、事業所名も含めてご記入ください。日中活動系通所施設・相談支援事業所などサービスの種類は問いません。	
	16	地域との交流方法	地域との関わり方をご記入ください。地域住民との交流の機会は十分に保たれていますか。 新型コロナウイルスの影響で実施できない場合は、今後どのようなことに取り組みたいかご記入ください。	
	17	近隣住民への説明 (新規開設・増設の場合のみ)	開設前における近隣住民や町内会・自治会等への説明について、想定している方法をご記入ください。 近隣住民の許可は指定条件ではありませんが、開設後の利用者の生活に関わるため、良好な関係づくりが必要です。	

<注記>内容は具体的に記載してください。文章量に応じて、表の大きさは適宜変更してご使用ください。
No.5以降については、既に運営中のグループホームがあれば、その事例もあわせてご記入ください。

区分	No.	項目	【記入時にご確認ください】 記入のポイント・町田市のニーズ等	記入欄
施設 の 特色	18	運営の特色や工夫	事業所ならではの特色やアピールポイントをご記入ください。	
	19	設備の特色や工夫	事業所ならではの特色やアピールポイントがあればご記入ください。	
支 援	20	支援方法・プログラム等	サービス提供計画は具体化されていますか。 平日・土日共に、1日の支援の流れ(タイムテーブル)をご提示ください。	
	21	日中の支援方法	日中グループホーム内に利用者が残る場合、職員は何人体制で、どのような支援を行うか具体的に提示ください。	職員配置基準における担当名及び人数： 常勤職員の配置 有 ・ 無 支援内容(具体的に)：
	22	土日の支援方法	土日について、職員は何人体制で、どのような支援を行うか具体的に提示ください。	<日中> 職員配置基準における担当名及び人数： 常勤職員の配置 有 ・ 無 支援内容(具体的に)： <夜～朝> 職員配置基準における担当名及び人数： 常勤職員の配置 有 ・ 無 支援内容(具体的に)：
	23	余暇支援		
	24	日々の健康管理		医師や看護師の訪問 有 ・ 無 医療機関との連携方法： 日々の健康チェック方法： 服薬管理の有無及び服薬に関する支援方法： 通院同行の有無及び通院時の支援方法：
	25	体調の急変や事故等の緊急対応方法	服薬ミスや怪我、体調急変など、健康面に関する緊急対応や病院への同行等についてご記入ください。	
	26	食事		弁当 ・ 調理 (調理の場合はその方法：) 栄養士 有 ・ 無 健康配慮の工夫：
	27	相談支援体制	各利用者の計画相談をどのように行うかご記入ください。	
28	困難事例への対応	障がい特性や様々な要因で支援が困難な事例において、その対応方法・支援方法をご記入ください。		
人 権 的 配 慮	29	虐待防止のための取組み	虐待防止のための職員研修や、内部・外部でのチェック体制、その他の取組みについてご記入ください。 また、虐待が発生した場合の対応方法についてもご記入ください。	
	30	利用者との意思疎通	利用者とのコミュニケーションや利用者の意思決定について、どのような工夫や配慮を行うかご記入ください。 また、意思疎通が困難な利用者の場合はどのように対応しますか。	
そ の 他	31	短期入所に関する考え	①短期入所を併設する(している)場合は、利用形態や受入れ方法、ひと月あたりの程度の利用を見込むのか等について、具体的に提示ください。 ②短期入所を併設しない場合は、短期入所事業の計画の有無についてご記載ください。	①利用形態・受入れ方法・ひと月あたりの稼働等： ②短期入所事業の計画の有無：
	32	これまでの実績	他に運営実績がある場合は、サービス名と運営開始時期をご記入ください。 (例：2019.4～グループホーム2箇所)	
	33	利用途中に退居する(した)事案の対応	退居となる事案があった際に、どのように対応するかご記入ください。 グループホームの運営実績がある場合は、退居利用者の有無とその内容をご記入ください。	退居事案の対応方法： 退居利用者 有 ・ 無 (「有」の場合は内容をご記入ください)
	34	その他	特記事項があればご記入ください。	