

町田市用 相談シート(サテライト設置)

【2022.10版】

事業者(法人)名:

説明日:(空欄をお願いします)

<注記>内容は具体的に記載してください。「サテライト」「本体住居」の明記がないものは、本体住居の内容を含めてご記入ください。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。

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	設置予定時期		年 月設置予定
	3	サテライト候補地		候補地: 本体住居所在地: 本体住居からの移動手段と移動時間:
	4	本体住居の定員		合計 ○人 ①男性 ○人 ②女性 ○人
	5	人員配置	現在の人員配置はどのようになっていますか。また、新たに職員を増やす場合は、その内容をご記入ください。	管理者 ○人(常勤・非常勤) サービス管理責任者 ○人(常勤・非常勤) 世話人 ○人(常勤 ○人・非常勤 ○人) 生活支援員 ○人(常勤 ○人・非常勤 ○人)
	6	介護業務に係る資格取得従業者及び職員の支援経験	現在の人員配置はどのようになっていますか。また、新たに職員を増やす場合は、その内容をご記入ください。	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	現在の人員配置はどのようになっていますか。サテライト設置により変更が生じる場合は、その内容をご記入ください。	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		知的・精神・身体・難病 / 区分○
	11	本体住居及びサテライトの具体的な利用者像(障がい特性・課題等)	本体及びサテライトの利用者は市内在住者ですか。	<本体住居> 利用者の具体的な障がい特性及び課題: 市内在住者○人・市外在住者○人 <サテライト> 利用者の具体的な障がい特性及び課題: 利用者は 市内在住・市外在住
	12	単身生活等への自立の見込み	サテライトの利用者は、3年で自立の見込みがあることが前提です。見込みの有無について、障がい者支援センターへの相談状況や、サービス担当者会議の実施状況をご記載ください。	
目的・理由	13	サテライトを設置する目的・理由		
支援計画	14	サテライトの個別支援計画	一般住宅等に移行できるよう、どのような事業所と連携し、どのような支援を行っていきますか。事業所名も含めてご記入ください。限られた期間で効率的・効果的な支援を行うための取組みや、自立を目指す期間の見込みをお示しください。	
	15	自立後の支援	サテライト住居を居宅とする予定ですか。また、訪問サービスや地域定着支援と連携する等、アフターフォローについて想定している内容をご記入ください。	
サテライト住居にて	16	サテライト住居への支援	④については、集合住宅内の近隣住民とトラブル等になった際にどのように対応するかご記入ください。	①職員の巡回頻度: ②利用者との連絡体制: ③巡回時の支援内容: ④近隣住民対応等:
	17	生活状況の把握	サテライトは職員の目が行き届かない時間が多くなります。日々の過ごし方をどのように把握するかご記入ください。	
本体住居にて	18	本体住居における支援内容	サテライト利用者は、本体住居ではどのような支援を受けることになりますか。また、本体住居の利用者との交流の有無についてもご記入ください。	

<注記>内容は具体的に記載してください。「サテライト」「本体住居」の明記がないものは、本体住居の内容を含めてご記入ください。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。

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	19	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。	
	20	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	21	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。	
	22	日中の支援方法	日中、本体住居やサテライト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ご提示ください。	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)：
	23	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ご提示ください。	<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)：
	24	余暇支援		
	25	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：
	26	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。	
	27	食事	サテライトの利用者は、どこで、どう食事をとるかご記入ください。	サテライト利用者の食事： 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：
	28	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。	
29	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	30	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。	
	31	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。	
地 域 と の 関 わり	32	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。	
そ の 他	33	サテライトの実績	他にサテライトの運営実績がある場合は、利用を終えた人の有無、利用後の行き先等を詳しく記載してください。 既存のサテライトがある場合、自立生活移行の実績が必要です。	
	34	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。また貴事業所における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)
	35	その他	特記事項があればご記入ください。	