

(参考様式15-1)事業計画書(日中サービス支援型指定共同生活援助)

基本情報	1	法人名称	
	2	事業所名称	
	3	事業所所在地	
	4	各ユニット名称・所在地	①〇〇 (市***町**番地*) ②×× (市***町*丁目*番*号)
	5	主たる対象者	知的障害者・精神障害者・身体障害者・難病等対象者
	6	定員	合計〇人 ①〇〇 〇名 ②×× 〇名
	7	短期入所	合計〇室 ユニット名 ×× (△室) ユニット名 ×× (△室)
人員配置について	8	人員配置	人員配置区分 ○型 (〇:1) 管理者 ○人(常勤換算〇人) サービス管理責任者 ○人(常勤換算〇人) 世話人 ○人(常勤換算〇人) 生活支援員 ○人(常勤換算〇人)
	9	介護業務に係る資格取得従業者	介護福祉士 ○人 実務者研修修了者 ○人 ヘルパー2級 ○人 その他: ○人
	10	夜間支援体制	夜間支援員 ○人 ユニット内訳 ① 人 ② 人 ③ 人 ④ 人
	11	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()
運営・支援について	12	事業の目的・理由 (日中サービス支援型の実施に至った経緯等)	
	13	支援の基本方針	
	14	日中の支援方法 (日中をGHで過ごす利用者に対して、どのような支援を行うのか)	

運営・支援について	15	地域との交流方法 (日中をGHで過ごす利用者が、地域との交流が希薄にならない工夫等)	
	16	健康管理について (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)	
	17	食事について (栄養士の有無、食事の提供方法等)	
	18	設備と運営の特色や工夫	
利用者について	19	平均支援区分	現利用者:
			利用予定者:
	20	利用者の障害特性等 (医療的ケアの必要性の有無、強度行動障害のある利用者の有無等)	現利用者:
			利用予定者:
	21	利用者の通所状況	現利用者: 通所する利用者 ○人 GHで日中を過ごす利用者 ○人
利用予定者: 通所する利用者 ○人 GHで日中を過ごす利用者 ○人			
22	(新規開設又はユニット増の場合のみ)利用者の入居の申込み状況・新規利用者の募集方法		
その他	23	その他	