

(参考様式8-3)事業計画書(共同生活援助)

1 法人の情報	法人名				
	法人設立年月日	年 月 日			
	基本理念・方針等				
	他サービス等の指定状況 ※複数ある場合は別紙に記入	事業所名			
		事業所番号			
サービス種別					
所在市町村					
2 事業所の情報	事業所名称				
	事業種別				
	事業所所在地				
	住居の状況		住居名称	住居所在地	定員数
		①			人
		②			人
		③			人
		合計定員数			0 人
	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	
一体的に行う短期入所 (種別・定員数)	住居①	併設型・空床型	定員数	人	
	住居②	併設型・空床型	定員数	人	
3 職員配置状況	配置人員	管理者	人	常勤換算	人
		サービス管理責任者	人	常勤換算	人
		世話人	人	常勤換算	人
		生活支援員	人	常勤換算	人
	夜間支援体制	夜間支援従事者	人	夜勤・宿直	
		住居ごとの配置状況	住居①	人	
	住居②		人		
介護業務に係る資格取得 従業者	(例) 介護福祉士○人、介護初任者研修○人、介護実務者研修○人、強度行動障害支援者養成研修○人 等				
看護師の配置	有 ・ 無				
	(配置人数、週勤務時間数等)				
従業者の採用状況					
職員の研修計画					

	事業所名称	
4 運 営 方 針 ・ 方 法	事業の目的・理由 (事業の実施に至った経緯等)	
	関係機関等との調整等の状況	(市町村、相談支援事業所、グループホーム等支援ワーカーとの相談状況や事業開始に必要な許認可等に係る調整状況等)
	地元住民、自治会等への説明状況	
	利用者の申込状況・新規利用者の募集方法	(利用者数の見込み、募集方法やその根拠等)
	支援の基本方針	(事業所の目指す姿)
	日中の支援方法	(日中をGHで過ごす利用者に対する支援内容等)
	地域との交流方法	(日中をGHで過ごす利用者の地域との交流に係る工夫等)
	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)
	食事について	(栄養士の有無、食事の提供方法等)
	設備と運営の特色や工夫	
	その他	

	事業所名称	
5 利用者の 状況	平均障害支援区分	現利用者: 利用予定者:
	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:
	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