

吹田市日中サービス支援型共同生活援助の評価等に関する事務取扱要領

(趣旨)

第1条 この要領は、「吹田市日中サービス支援型共同生活援助における協議会の評価等に関する実施要領」に基づき、日中サービス支援型共同生活援助（以下、「日中支援型ホーム」という。）の事業の実施状況等を吹田市地域自立支援協議会（以下、「協議会」という。）へ報告し、協議会から評価等を受けること（以下「評価等」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 この評価等の対象者は、本市に日中支援型ホームを開設した（開設予定を含む。）日中サービス支援型共同生活援助事業者（以下、「事業者」という。）とする。

(評価等の目的)

第3条 評価等の目的は、日中支援型ホームの事業の実施状況等について、事業者が定期的に協議会へ報告し、協議会から評価を受けるとともに、協議会から必要な要望、助言等を聴く機会を設けることにより、利用者の地域生活を支援し、当該サービスの質の向上を図ることとする。

(評価等の回数)

第4条 協議会による評価等は、年1回以上実施するものとする。

(評価等の実施方法)

第5条 日中支援型ホームを開設した事業者は、日中サービス支援型共同生活援助評価申込書（様式第1号）と日中サービス支援型共同生活援助事業計画シート（様式第2号）を添えて、協議会が指定する期日までに市に評価の申込を行い、協議会における評価等を受けて、その評価内容の記録を整備するとともに、その内容を市に届け出なければならない。

- 2 市は、前項の申込書を受理したときは、日中サービス支援型共同生活援助評価等依頼書（様式第3号）により、日中サービス支援型共同生活援助事業計画シート（様式第2号）を添えて、日中支援型ホームに対する評価等を協議会へ依頼するものとする。
- 3 協議会は、前項の依頼を受けたときは、必要に応じて事業者に対して事業の実施状況等を聴取し、日中サービス支援型共同生活援助事業運営評価シート（様式第4号）により、日中支援型ホームの評価等を行うものとする。

(評価等の結果報告等)

第6条 協議会は、日中サービス支援型共同生活援助評価等結果通知書(様式第5号)により、評価等の結果を日中サービス支援型共同生活援助事業運営評価シート(様式第4号)を添えて、市に報告するものとする。

2 市は、日中サービス支援型共同生活援助評価等結果提示書(様式第6号)に、日中サービス支援型共同生活援助事業運営評価シート(様式第4号)を添えて、協議会における評価等の結果を事業者に提示するものとする。

(記録の保管)

第7条 事業者及び市は、本要領に係る関係書類を5年間保管するものとする。

(守秘義務)

第8条 本要領の事務に係る者は、評価等の過程で知り得た個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)、その他関係法令等を遵守し、適正に取り扱うものとする。

(補則)

第9条 協議会における事業所の評価等については、別紙1に定める日中サービス支援型共同生活援助の評価等の観点を参考に実施するものとする。

2 この要領に定めるもののほか、評価等の実施にあたって必要な事項は、協議会において定める。

附 則

この要領は、令和4年6月1日から施行する。

日中サービス支援型共同生活援助の評価等の観点

評価項目	評価の視点
本サービス類型に対する理解	<ul style="list-style-type: none"> ・日中サービス支援型が設けられた趣旨について、正しく理解している。 ・日中は住居外の社会資源を利用して入居者の支援を行うことが基本であり、住居内で支援が完結することは例外的な対応であることを理解している。
本サービス類型による指定の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・他のグループホーム類型ではなく、日中サービス支援型による指定を必要とする理由について、明確な考えを示している。
住居内で提供する日中サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・日中サービスの提供計画の内容が妥当である。 ・日中サービスを実施するために必要な職員体制が確保されている。
地域生活の支援	<p>利用者が充実した地域生活を送ることができるよう、地域との交流につながる取組や余暇等の支援の考えがある。</p>
利用者の健康管理	<p>利用者の健康状態の変化を把握できるよう、日々のバイタルチェックや医療機関との連携がある。</p>
計画相談支援事業者との連携	<p>利用者のニーズ等のアセスメントやサービスの妥当性等、モニタリングを適切に実施するなど計画相談支援事業者との連携が図れている。</p>

様式第1号

年 月 日

日中サービス支援型共同生活援助評価申込書

吹田市地域自立支援協議会

会長 様

(申込者)

所在地

法人名

代表者氏名

担当者氏名

連絡先

下記のとおり、日中サービス支援型共同生活援助を実施するに当たり、助言等を受けたいので、関係書類を添付して申し込みます。

記

- 1 事業所名 (予定)
- 2 事業所所在地 (予定)
- 3 事業の開始年月日 (予定)

(添付書類)

・日中サービス支援型共同生活援助事業計画シート (様式2)

※その他法人が説明で必要とする書類

日中サービス支援型共同生活援助 事業計画シート

基本情報	法人名	
	法人住所	
	事業所名(住居名)	
	事業所(住居所在地)	
	定員(共同生活援助)	
	定員(短期入所)	
職員配置	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)
	福祉専門職員配置	社会福祉士
		介護福祉士
		精神保健福祉士
		公認心理士
夜間支援体制	夜間支援従事者 人	
看護師配置	有・無 (常勤換算 人)	
支援等実施方法	日中サービス支援型を実施の必要性和指定を希望する理由(同サービスの趣旨と合わせて記入)	
	住居内で提供する日中サービス(日中をホーム内で過ごす利用者に対してどのような支援内容か)	
	地域生活の支援 (利用者が地域との交流する取組や余暇等の支援に対する考え)	
	利用者の健康管理 (医療機関等との連携体制や日々の体調(バイタル)チェック等の実施方法)	
	計画相談支援事業者との連携	

利用者の状況等(予定)	事業開始予定日		
	事業開始予定日現在の入居予定者の状況	入居決定者 有 ・ 無 (有の場合は 人)	
	主な障がい種別	身体 人 知的 人 精神 人 難病 人	
	内訳	身体障がい	区分6 人 区分5 人 区分4 人 区分3 人 (うち車椅子利用 人・医療的ケア要 ・GH内で日中過ごす人 人)
		知的障がい	区分6 人 区分5 人 区分4 人 区分3 人 (うち車椅子利用 人・医療的ケア要 ・GH内で日中過ごす人 人)
		精神障がい	区分6 人 区分5 人 区分4 人 区分3 人 (うち高次脳機能障がい 人・GH内で日中過ごす 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 (うちGH内で日中過ごす 人)
	日中の過ごし方	グループホーム内で日中を過ごす利用者 人 外部の日中活動サービス等を利用する利用者 人 利用サービス等(個別支援計画内容等)	
	その他		

様式第3号

年 月 日

吹田市地域自立支援協議会長 様

吹田市福祉部長

日中サービス支援型共同生活援助評価等依頼書
(年度分)

本市において、日中サービス支援型共同生活援助を運営する事業者から、日中サービス支援型共同生活援助事業運営評価シートの届出がありましたので、吹田市日中サービス支援型共同生活援助における協議会の評価等に関する実施要領及び吹田市日中サービス支援型共同生活援助の評価等に関する事務取扱要領に基づき、評価等を依頼します。

記

1 評価を依頼する事業所

事業所番号	事業所名	事業者名

2 事業運営評価シート
別添のとおり

3 本件に関する連絡先

担当室・係	
担当者名	
連絡先	

日中サービス支援型共同生活援助 事業運営評価シート

吹田市地域自立支援協議会開催日： 年 月 日

事業者名：

事業所名：

評価項目		チェック
1 本サービス類型に対する理解		
① 日中サービス支援型が設けられた趣旨について、正しく理解している		<input type="checkbox"/>
② 日中は住居外の社会資源を利用して入居者の支援を行うことが基本であり、住居内で支援が完結することは例外的な対応であることを理解している		<input type="checkbox"/>
2 本サービス類型による指定の必要性		
① 他のグループホーム類型ではなく、日中サービス支援型による指定を必要とする理由がある		<input type="checkbox"/>
3 住居内で提供する日中サービス		
① 日中サービスの提供計画の内容が妥当である		<input type="checkbox"/>
② 日中サービスを実施するために必要な職員体制が確保されている		<input type="checkbox"/>
③ 日中サービスを実施するための場所や必要な設備が確保されている		<input type="checkbox"/>
4 地域生活の支援		
① 利用者が充実した地域生活を送ることができるよう、地域との交流につながる取り組みがある		<input type="checkbox"/>
5 利用者の健康管理		
① 利用者の健康状態の変化を把握できるよう、医療機関との連携がある		<input type="checkbox"/>

6 計画相談との連携		
	① 入居者に対するモニタリングが適切に実施されるよう、指定計画相談支援事業所との連携がある	<input type="checkbox"/>
7 定員規模		
	① 定員が 10 名以下である	<input type="checkbox"/>
	②利用者の支援に支障がない場合、定員が 20 名以下である	<input type="checkbox"/>
8 吹田市地域自立支援協議会からの要望・助言等への対応		
	① 要望・助言等への対応がある	<input type="checkbox"/>
9	今後のグループホーム運営にあたっての要望・助言等	

日中サービス支援型共同生活援助 事業運営評価項目のチェックポイント

1 本サービス類型に対する理解

①日中サービス支援型が設けられた趣旨について、正しく理解している

- ・日中サービス支援型が、障がい者の重度化・高齢化に対応するために設けられたサービス類型であることを理解し、指定申請理由が、単に「報酬単価が他の類型よりも高額であるから」等ではなく、重度障がい者や高齢障がい者等の受け入れを意図としたものであることを確認する。
- ・介護サービス包括型との制度や報酬単価・加算の違いが理解出来ているのか、それぞれの収支シュミレーションをしているのか、そのうえで日中サービス支援型を希望しているのかを確認する。

②日中は住居外の社会資源を利用して入居者の支援を行うことが基本であり、住居内で支援が完結することは例外的な対応であることを理解している

- ・グループホームにおける支援は、利用者に対して地域との交流を図ることにより社会との連帯を確保するものでなければならず、入居者の生活が事業者の都合により安易に住居内で完結したものとならないよう、住居内で支援が完結することはあくまでも例外的な対応であること（可能な限り日中は住居外で生活してもらうべき）を理解していることを確認する。
- ・移動支援や行動援護、同行援護、重度訪問介護などの利用の意向についても確認し、個々の入居予定者の必要に応じて利用を促す。

2 本サービス類型による指定の必要性

①他のグループホーム類型ではなく、日中サービス支援型による指定を必要とする理由がある

- ・外部の日中活動サービス等を利用することができず、日中を住居内で過ごさざるをえない入居予定者がいる等、本サービス類型による指定を必要とする理由を確認する。
- ・入居者が「日中活動に通えない、あるいは外に出れない理由」について、障がい種別、障がい程度、支援区分、障がい状況等から個々に確認する。

3 住居内で提供する日中サービス

①日中サービスの提供計画の内容が妥当である

- ・日中の時間帯に住居内で提供されるサービスの種類や内容、提供する時間帯等に関する計画が、妥当なものであることを確認する。
- ・妥当ではない場合の例：必要と思われるサービスが提供されていない、支援が提供されない時間帯が生じている等。

②日中サービスを実施するために必要な職員体制が確保されている

- ・(基準省令に定める本サービス類型の人員配置基準をクリアしていることは前提として) 予定している日中サービスの提供にあたって必要となる人員(人数及び職種)が確保されていることを確認する。
- ・確保されていない場合の例：日中はリハビリ的なサービスを提供する計画であるが、必要な人数の理学療法士や言語聴覚士等が確保されていない。

③日中サービスを実施するための場所や必要な設備が確保されている

- ・(基準省令に定める本サービス類型の設備基準をクリアしていることは前提として) 予定している日中サービスの提供にあたって必要となる住居内のスペースや設備が確保されていることを確認する。
- ・確保されていない場合の例：日中はリハビリ的なサービスを提供する計画であるが、十分な広さのリハビリ室や、リハビリ器具等が確保されていない。
- ・日中、外に出ない人が多いところでは、日中も居室のみで過ごすことにならないよう、日中過ごせる交流スペースをしっかりと確保するつもりかも併せて確認する。

4 地域生活の支援

①入居者が充実した地域生活を送ることができるよう、地域との交流につながる取り組みがある

- ・入居者が充実した地域生活を送ることができるよう外出や余暇活動等の社会生活上の支援に努めなければならないと基準省令に定められており、入居者の生活が住居内で完結しないよう、地域との交流につながる取り組みがあることを確認する。
- ・移動支援等の外出介護、重度訪問介護の利用が個々の障がい状況、ニーズに応じて適切に考えられているか確認する。

5 入居者の健康管理

①入居者の健康状態の変化を把握できるよう、医療機関との連携がある

- ・入居者が重度・高齢障がい者であることや、住居内で生活が完結すること等から、他のサービス類型以上に入居者の健康状態に対する配慮が必要と考えられるため、入居者の健康状態の変化を把握するための医療機関との連携があること、また、外出できない場合は、どのように健康状態を確認するのか。例えば、訪問診療・訪問介護・訪問リハ等を利用しているかを確認する。
- ・また、医療的ケアを要する人がおられる場合は、医療的ケアが提供できるスタッフやヘルパー、医療の利用が多い人がおられる場合は、医療と連携できるスタッフが配置されているか確認する。

6 計画相談との連携

①入居者に対するモニタリングが適切に実施されるよう、指定計画相談支援事業所との連携がある

- ・日中サービス支援型においては、入居者の意思確認を適切に行う必要があることから、モニタリング実施標準期間が、他のホーム類型よりも短く3か月間とされており、またホームを運営する事業者と計画相談の事業者とは異なることが望ましいとされているため、入居者の意思確認が適切に実施されるよう、指定計画相談支援事業所との連携がされているかを確認する。
- ・指定計画相談支援事業所が、ホームを運営する法人と同一である場合は、異なる法人の事業所と連携するよう促す。

7 定員規模

①定員が10名以内である

- ・基準省令上は1つの建物への入居を20名まで認められているが、本市の障がい者グループホームの取扱い方針に従い、10名以内の定員で運営することを確認する。
- ・障がい者や高齢者の入所施設、高齢者のグループホーム、病院等との併設や合築等により、大規模で施設化した運営となっていないことを確認する。

様式第5号

年 月 日

吹田市福祉部長 様

吹田市地域自立支援協議会長

日中サービス支援型共同生活援助評価等結果通知書
(年度分)

年 月 日付で依頼のありました、日中サービス支援型共同生活援助の評価等につきまして、吹田市地域自立支援協議会において、評価等が行われましたので結果を通知します。

記

1 評価した事業所

事業所番号	事業所名	事業者名

2 評価結果

別添、事業運営評価シートのとおり

3 本件に関する連絡先（協議会事務局）

所属	
担当者名	
連絡先	

様

吹田市福祉部長

日中サービス支援型共同生活援助評価等結果提示書
(年度分)

年 月 日付で届出のありました、日中サービス支援型共同生活援助の運営等について協議会への報告並びに、評価等につきまして、吹田市日中サービス支援型共同生活援助の評価等に関する事務取扱要領に基づき、吹田市地域自立支援協議会へ評価等を依頼しましたところ、このたび評価等が行われましたので、結果を提示します。

記

1 評価した事業所

事業所番号	事業所名

2 評価結果

別添、事業運営評価シートのとおり

3 本件に関する連絡先

所属	
担当者名	
連絡先	