

○古河市日中サービス支援型指定共同生活援助事業における協議会への
報告及び協議会からの評価等に関する実施要綱

令和 6 年10月28日

告示第265号

(趣旨)

第1条 この告示は、市内において日中サービス支援型指定共同生活援助事業（以下「事業」という。）を実施している者（以下「事業者」という。）が行う古河市障害者自立支援協議会（古河市障害者自立支援協議会設置規則（平成20年規則第4号）に規定する古河市障害者自立支援協議会をいう。以下「協議会」という。）への報告及び協議会が事業者に対して行う評価等について、必要な事項を定めるものとする。

(協議会への定期報告)

第2条 事業者は、年に1回以上、協議会に対し、当該事業所における事業の実施状況等を報告し、評価等を受けなければならない。

2 事業者は、協議会が別に定める期日までに、日中サービス支援型指定共同生活援助事業評価等申込書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添えて、協議会に申し込まなければならない。この場合において、新規に事業所の指定を受けた事業者にあつては、当該指定の日から1年以内に申し込まなければならない。

(1) 日中サービス支援型指定共同生活援助事業報告書（様式第2号）

(2) その他協議会が必要と認める書類

3 事業者は、協議会に対し当該事業所における事業の実施状況等について説明を行うものとする。

(協議会の評価等)

第3条 協議会は、前条第2項の規定による申込を受けたときは、速やかに内容を審査の上、当該事業の評価を行うものとする。この場合において、協議会は、必要があると認めるときは、当該事業者に対し、助言、要望等することができる。

2 協議会は、必要に応じて事業者に対し、追加の説明、報告等を求めることができる。

3 協議会は、第1項の規定による評価等の結果を日中サービス支援型指定共同生活援助事業評価等結果通知書（様式第3号）により、事業者に通知するものとする。

（事業者の責務）

第4条 事業者は、前条の規定による評価等を尊重し、当該事業における質の向上に努めるものとする。

2 事業者は、個人情報の保護に留意しつつ、サービス提供記録及び事業の運営状況等を積極的に公表するものとする。

（記録の保管）

第5条 事業者は、第3条の規定による評価等を受けたときは、その報告内容及び当該評価等に係る記録を整備し、当該評価等を受けた日から起算して5年間保管しなければならない。

（補則）

第6条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、令和6年10月29日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

年 月 日

古河市障害者自立支援協議会 宛て

所在地

事業者名

代表者名

㊟

日中サービス支援型指定共同生活援助事業評価等申込書

（ 年度分）

日中サービス支援型指定共同生活援助事業の実施状況等について、評価等を受けたいので、関係書類を添付して次のとおり申し込みます。

1 事業所名

2 事業所所在地

3 事業開始年月日

4 添付資料

（1） 日中サービス支援型指定共同生活援助事業報告書（様式第2号）

（2） その他協議会が必要と認める書類

担当者名

連絡先

様式第 2 号（第 2 条関係）

日中サービス支援型指定共同生活援助事業報告書

年 月 日現在

項目	【事業所記入欄】										
施設概要	事業者名				人員配置	日中					
	指定日	年	月	日		世話人	生活支援員				
	所在地					人	人				
	定員数（共同生活援助）	人				（常勤換算後）	（常勤換算後）				
	定員数（短期入所）	人				人	人				
	共同生活住居数	戸				看護職員の配置	□有（ 人） □ 無				
	【住居の内訳】	【定員数の内訳】				夜間					
	住居名：	人				世話人（夜間）	世話人（夜間）				
	住居名：	人				人	人				
	住居名：	人				（常勤換算後）	（常勤換算後）				
	住居名：	人				人	人				
	住居名：	人				看護職員の配置	□有（ 人） □ 無				
	事業所の特色・独自の取組										
利用者状況	障害支援区分	人数			内訳	主な障害種別利用者人数（重複はそれぞれ記入）					
	非該当	人				身体	総 数：	人			
	区分 1	人					主に日中GHで過ごす人数：			人	
	区分 2	人				知的	総 数：	人			
	区分 3	人					主に日中GHで過ごす人数：			人	
	区分 4	人				精神	総 数：	人			
	区分 5	人					主に日中GHで過ごす人数：			人	
	区分 6	人				難病等	総 数：	人			
	合計	人					主に日中GHで過ごす人数：			人	
	年齢構成		・ 60歳以上 人 ・ 50歳代 人 ・ 40歳代 人 ・ 30歳以下 人								
	障害特性等		医療的ケアの必要な者 人 強度行動障害のある者 人								

※別に定める日中サービス支援型指定共同生活援助評価シートを添付すること。

様式第3号（第3条関係）

第 号
年 月 日

（事業者名） 様

古河市障害者自立支援協議会
会長

日中サービス支援型指定共同生活援助事業評価等結果通知書
（ 年度分）

年 月 日付けで申込のありました貴事業所の評価等につ
きましては、次のとおり評価等しましたので通知します。

1 事業所名

2 事業所所在地

3 評価等日時

4 評価等結果