川崎市障害福祉・障害児サービス等事業所開設前調査票

この調査票は、川崎市で障害福祉・障害児サービス等の指定を受け、事業運営を検討している法人に記入していただくものです。開設前事前相談・事前確認時の参考資料としますので現時点での準備状況について御記入の上、ご提出ください。※「基準を知りたい」というお問い合わせはお受けしかねます。基準等の内容をご自身で十分確認し、また、不明な点はご自身でよく調べるなどして十分理解してください。 なお、指定申請を行うためには、**指定を希望する月の前々月（２か月前）の１日までに川崎市による事前確認が完了していることが必要です。**

【記入上の留意点】

**・各項目について、全て漏れなくご記入ください。記載漏れがある場合、原則、事前確認は行いません。**

（各項目は調査票作成時点の状況を、まだ決まっていない項目は準備状況を記入してください。）

・準備状況については、開設時期を検討する判断材料になりますので、できるだけ具体的に記入してください。例えば、職員の採用については「これから採用」ではなく、採用時期・現在の採用状況等について詳しく記入してください。

・必要書類は内容確認に一定程度お時間をいただきます。なお、記載内容によっては、対面の面談が必要になります。また、状況により提出書類を補正し、書類を再提出いただく場合がございますが、**川崎市による事前確認が完了していない場合、次の指定申請の手続きに進むことは原則できません。その場合、一月単位での延期又は指定不可になる場合があります。内容確認・面談・書類補正に要する時期を考慮の上、提出書類は時期に余裕をもって提出ください。**

・必要に応じて別紙を添付してください。

・この調査票に記載した事項に正当な理由なく、虚偽の事項があった場合、

指定前の事前審査及び指定後の処分に影響を及ぼす可能性があります。ご注意ください。

１　運営法人について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  | |
| 法人所在地 | （都・道・府・県）　　　（区・市・町・村） | |
| 設立年月日 | （　　）年（　　）月 | |
| 代表者 | 役職 |  |
| 氏名 |  |

２　法人の運営状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉・障害児サービス等の事業実績  （※平成１８年４月１日以降） | | | | 実績あり | | 実績なし |
| （実績ありの場合）事業内容 | （期間）（　　）年（　　）月～（　　）年（　　）月 | | | | 川崎市内  　川崎市外  都道府県：　　　　　市区町村： | |
| （事業名） | | | |
| （期間）（　　）年（　　）月～（　　）年（　　）月 | | | | 川崎市内  　川崎市外  都道府県：　　　　　市区町村： | |
| （事業名） | | | |
| （期間）（　　）年（　　）月～（　　）年（　　）月 | | | | 川崎市内  　川崎市外  都道府県：　　　　　市区町村： | |
| （事業名） | | | |
| WAMNETの登録  **※新規法人の登録は指定後となりますので、「未」を選択してください。** | | 済 | 未 | | | |
| 法人内で過去に障害福祉・障害児サービス等の指定取消処分・行政処分を受けたことはあるか。 | | 無 | 有（内容を記入：　　　　　　　　　） | | | |
| 法人内で欠格事由に該当する職員はいるか。 | | 無 | 有（内容を記入：　　　　　　　　　） | | | |

※貴法人の川崎市内で既存の障害福祉サービス事業所等がある場合にはあわせて記載してください。（事業所が複数ある場合は、それぞれ入力してください。３つ以上あるものは抜粋して３つまでご記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 事業所 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  | 指定年月日 |  |
| 事業所所在地 |  | | | |
| ② | 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  | 指定年月日 |  |
| 事業所所在地 |  | | | |
| ③ | 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種別 |  | 指定年月日 |  |
| 事業所所在地 |  | | | |

３　障害福祉・障害児サービス等を実施するにあたっての運営方針・理念等

|  |
| --- |
| （別紙にまとめていただいても結構です。）  ※法人譲渡の場合は、譲渡前の法人名、担当者名、事業所名を必ず記載してください。 |
| （運営方針・理念）  （当該障害福祉・障害児サービス等を開設する理由）  （利用者に対する支援の方向性）  ※既に障害福祉・障害児サービス等の運営実績がある法人の場合、利用者に対する支援において普段注意していることや心がけていること、今まで経験してきた障害福祉・障害児サービス等の印象とあわせてご記入ください。  ※新規法人の場合、利用者に対する支援において心がけたいこと等をご記入ください。 |

４　川崎市で開設を希望する理由

|  |
| --- |
| （別紙にまとめていただいても結構です。） |
|  |

５　今回開設を検討している事業所について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所所在地（住所を記入）  **※事業所所在地がわかる地図もあわせて添付してください。** |  | | | | | | | | | |
| 周辺の障害福祉・障害児サービス等事業所の所在状況 |  | | | | | | | | | |
| 他の通所系サービス・GHが同一建物・隣接建物にないか | 無 | 有（状況を記入：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 半径200m以内に風営法による施設（パチンコ・ゲームセンター・風俗施設等）がないか  **※児童系サービスのみ記載** | 確認済  該当無  該当有（内容を記入：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 未確認 |
| 所在地が属する地域 | 商業地 | 住宅地 | | | その他（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ハザードマップの確認  **※土砂災害警戒区域に該当した場合、避難確保計画・避難訓練の実施が義務付けられています。**  ※川崎市HPに掲載されたハザードマップにて御確認ください。 | 土砂災害警戒区域 | | 該当有 | | | | | 該当無 | | |
| 津波浸水深（　　ｍ） | | | | | 洪水浸水深（　　ｍ） | | | | |
| 避難場所 |  | | | | | | | | |
| 避難方法 |  | | | | | | | | |
| 建物①（階層） | （　　）階建て建物・事業所（　　）階 | | | | | | | | | |
| 転落防止対策はなされているか。  **※事業所が２階以上の場合のみ記入** | 未 | 済（方法を記入：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 建物②（種別） | ビル（ビル内の他の物件の業種・内容：　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 戸建 | アパート（　　戸） | | | | | マンション（　　戸） | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | |
| 主たる対象とする障害種別 | 身体 | | | 精神 | | | | | 知的 | |
| （選定する場合の理由） |  | | | | | | | | | |
| 物件の状況  （物件の概要、近隣の状況・送迎が安全に行えるかなど） |  | | | | | | | | | |
| 開設予定時期 | 令和　年　月 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業の定員 | | 人 | | | | | | | | | |
| 営業日 | | 月 | 火 | 水 | | 木 | | 金 | 土 | | 日 |
| 年末年始・祝日の営業について | |  | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | （午前・午後）（　　）時　～（午前・午後）（　　）時 | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | （午前・午後）（　　）時　～（午前・午後）（　　）時 | | | | | | | | | |
| 人員配置に関すること | 管理者氏名 |  | | | | | | | | | |
| ※管理者の経歴を記載 |  | | | | | | | | | |
| サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)氏名 |  | | | | | | | | | |
| ※サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)の  要件、経歴を記載 |  | | | | | | | | | |
| （職種） | 人（うち雇用が決まっている人数　人） | | | | | | | | | |
| （職種） | 人（うち雇用が決まっている人数　人） | | | | | | | | | |
| （職種） | 人（うち雇用が決まっている人数　人） | | | | | | | | | |
| （職種） | 人（うち雇用が決まっている人数　人） | | | | | | | | | |
| （職種） | 人（うち雇用が決まっている人数　人） | | | | | | | | | |
| （職種） | 人（うち雇用が決まっている人数　人） | | | | | | | | | |
| （職種） | 人（うち雇用が決まっている人数　人） | | | | | | | | | |
| ・指定基準上必要な職員の採用予定、職員体制の予定  ・採用予定者の障害福祉・障害児サービス等事業経験の有無 |  | | | | | | | | | |
| 職員に対する研修計画について |  | | | | | | | | | |
| 実施内容 | アセスメントの実施方法・障害特性の見極めについて |  | | | | | | | | | |
| 職員間の利用者への支援等の共有方法について |  | | | | | | | | | |
| 生産活動及び  支援プログラムの内容  **※具体的な作業・活動内容を御記入ください。** | （別紙にしていただいても結構です。） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| １日の利用者の流れ | （別紙にしていただいても結構です。） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 業務継続に向けた計画（BCP）、避難訓練・研修等の実施予定について |  | | | | | | | | | |
| 感染症の予防及びまん延防止に向けた取り組みについて |  | | | | | | | | | |
| 身体拘束等の適正化・虐待防止のための取り組みについて |  | | | | | | | | | |
| 送迎実施の有無 | 有 | | | | | 無 | | | | |
| 設備等 | 事業所の設備  （訓練・支援に必要な器具を含む）  **※別途提出してもらう事業所内のレイアウトには、**  **①設備の位置**  **②訓練作業室等の全ての居室の広さ（㎡単位）**  **を必ずご記入ください。** | 【設備】 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 【備品】 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 訓練作業室(発達支援室)の広さ  **※相談系ｻｰﾋﾞｽは記載不要** | ㎡（利用者１名あたり　㎡） | | | | | | | | | |
| 送迎車 | 有（　　台） | | | 無 | | | | | | |
| 駐車場数 | （　　　）台 | | | | | | | | | |
| 駐車場（事業所所在地外）の有無 | 有（所在地：　　　　　　　　　） | | | | | | | | 無 | |
| （他の障害福祉・障害児サービス等含めて）当該物件の建築・設備改修に係る補助金の有無 | 該当有（申請済 申請予定） | | | | | | | | 該当無 | |

６　手続き等に関する事項

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定款変更又は定款への位置づけ | 済 | | 未（変更予定時期：令和　年　月頃） | | |
| 賃貸借契約 | 済 | | 未（変更予定時期：令和　年　月頃） | | |
| まちづくり局建築指導課への相談  **※申請にあたっては、次のいずれかの書類が必要。**  ・建築確認済証　　・検査済証  ・建築計画概要書　・建築確認台帳記載事項証明書 | 済 | | 未（相談予定時期：令和　年　月頃） | | |
| 予定事業所の所在地（区）の消防署への相談／立入検査  **※申請にあたっては、検査済印が押印された防火対象物使用開始届の写しが必要。** | 相談 | | 済 | 未（相談予定時期：令和　年　月頃） | |
| 立入  検査 | | 済 | 未（立入検査予定時期：令和　年　月頃） | |
| 収支予算書の作成 | 済 | | 未（作成予定時期：　　　　） | | |
| 物件所有者への説明 | 済 | | 未 | | その他（　　　　　　　　） |
| 医療機関との連携体制の確保  **※居宅系・相談系ｻｰﾋﾞｽは記載不要** | 済 | | 医療機関名 | |  |
| 住所 | |  |
| 事業所から  の距離 | | （徒歩・車・その他（　　　））で  （　　　）分 |
| 診療科 | | （　　）科 |
| 未 | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 近隣への説明等の状況 | 済 | | 未 | | その他（　　　　　　　　） |
| 近隣への説明方法 |  | | | | |
| 指定申請書の準備状況  （一つ選択） |  | 申請書様式のダウンロードをしていない | | | |
|  | 申請書様式をダウンロードし、確認したが作成していない | | | |
|  | 申請書様式をダウンロードし、一通り作成したが添付書類が揃っていない | | | |
|  | 申請書様式を作成し、添付書類も揃っている | | | |

７　支援機関との連携（※運営上のコンサルテーション等を受けている場合のみ記載してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 支援機関名 |  |
| 連携方法・内容 |  |

８　申請担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |