

障サ第 1 1 9 7 号
令和 3 年 5 月 27 日

県所管域（指定都市・中核市を除く）
各指定共同生活援助事業所 管理者 様

神奈川県福祉子どもみらい局
福祉部障害サービス課長
（ 公 印 省 略 ）

障がい者グループホーム運営支援事業について

本県の障がい福祉行政の推進につきましては、日頃格別の御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、県では、平成 30 年度から障がい者グループホーム運営支援事業を実施しており、本年度も継続して実施しますのでお知らせします。

つきましては、別添チラシのとおり、障がい者グループホーム（指定共同生活援助事業）の運営に関する困りごと等について相談をお受けするとともに、必要に応じて各グループホームに専門家の派遣を行いますので、お気軽にお問合せください。

1 事業内容

- グループホームの利用者支援等に係る個別相談を受けるための窓口を開設すると共に、県所管域の障がい者グループホームを訪問し、運営上の困りごとや支援困難な利用者の支援ノウハウ等のコンサルテーションを実施する。
- コンサルテーションにより改善された実践事例等について事例集を作成し、他のグループホームと情報共有し、地域全体でグループホームにおけるサービスの質の向上を図る。

2 委託先・窓口

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会

障がい者グループホーム運営支援窓口

電話 045-514-1263（平日 9:00～17:00）

ファクシミリ 045-671-0295

メール gh-soudan@kanafuku.jp

※ 相談窓口の利用、訪問等は無料です。

※ 対象は、神奈川県知事が指定した共同生活援助事業所です。

問合せ先
福祉施設グループ 金澤
電 話 045-285-0738（直通）
ファクシミリ 045-201-2051

障害者グループホームの運営法人・管理者のみなさまへ 運営相談、訪問研修します！

相談・訪問研修の費用は **無料** です。

グループホームの運営で困りごとや、誰かに相談したいことはありませんか？
ホームに専門職を派遣したり、訪問研修などを行います。

運営の改善

- ・運営方針と事業計画
- ・事業の将来戦略
- ・コンプライアンス
- ・人材確保と離職防止
- ・業務の効率化 等

人事 労務の改善

- ・記録の整備
- ・労務管理
- ・規程 規則の見直し
- ・メンタルケア
- ・スーパーバイズ 等



人材の育成

- ・支援能力の向上
- ・職員(管理者)研修
- ・目標の共有化
- ・モチベーションUP
- ・ハラスメント対策 等

その他ご相談ください

権利擁護、感染症対策、
高齢化への対応、金銭管理、
成年後見、法務、契約、防災、
消防、建築基準、栄養、
意思決定支援 等

- ・対象の事業所は、神奈川県所管域で運営されている「共同生活援助事業所」です。
- ・ご相談内容により、お応え出来ない場合もあります。

まずは電話、FAX、メールで相談担当にご連絡ください。

—相談窓口—

**公益社団法人かながわ福祉サービス振興会
障害者グループホーム運営支援担当**

電話 **045-514-1263** (平日 9:00~17:00)

FAX **045-671-0295**

メール **gh-soudan@kanafuku.jp**

郵送 〒231-0023 横浜市中区山下町 23 番地 日土地山下町ビル 9 階

公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会 障害者グループホーム運営支援担当

(原・小勝・武山・若松)

GH運営支援相談



GH 運営支援相談

検索



ホームページ：

<https://www.kanafuku.jp/services/syogaifukushi/kanagawa.html/>

障害者グループホーム運営支援窓口 行 （ FAX : 045-671-0295 ）

障害者グループホーム運営支援相談 個別相談申込用紙

G H事業所名称：		事業所番号： 14
ご担当者名：		連絡先 電話番号：
法人名：		
ご相談内容 （該当する項目に○印をつけてください） 複数指定可 1 虐待防止、人権擁護 等の困難事案について 2 入居者への対応方法について 3 医療（内科・外科・歯科・リハビリ 等）について 4 入居者の高齢化について 5 食事・栄養 等について 6 税務・経理 等について 7 各種保険（火災保険・対物対人障害保険 等）について 8 防災・消防関係について 9 建物の新築・改築等について 10 感染症対策について 11 金銭管理支援について 12 成年後見制度について 13 助成金の交付について 14 性の困り事について 15 I Tなど事業所内設備について 16 その他（具体的に：		
担当者による 意向確認の 訪問の可否	<input type="checkbox"/> 訪問を希望する（希望日 月 日）	
	<input type="checkbox"/> 訪問を希望しない 訪問を事業所以外で希望される場合は下記へ場所・連絡電話番号・お名前を記入ください。	
ご相談・お悩み事の内容を出来るだけ詳しく記入願います。		

F A X ・ 郵 送 ・ メー ル で お 受 け い た し ま す 。 上 記 事 項 を 記 入 し て 送 付 く だ さ い 。