

共同生活援助・短期入所における
運営規程・指定等申請・加算に関する様式

運営規程に定めておかなければならぬ重要事項

※ 介護サービス包括型共同生活援助

【東京都指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年東京都条例第155号）】第196条の3に基づく。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 入居定員
- ④ 指定共同生活援助（介護サービス包括型）の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額
- ⑤ 入居にあたっての留意事項
- ⑥ 緊急時等における対応方法
- ⑦ 非常災害対策
- ⑧ 事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類
- ⑨ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑩ その他事業の運営に関する重要な事項
区市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられている場合
 - ・地域生活支援拠点等であること
 - ・拠点等の必要な機能のうち、満たす機能都として参考に示している事項
 - ・従業者の研修
 - ・個人情報保護関係
 - ・運営規程に定める事項以外の取り決め

附則 当該事業の施行日・・事業開始の日

介護サービス包括型グループホーム の運営規程の例

〇〇事業所 共同生活援助（介護サービス包括型事業所）運営規程

（事業の目的）

第1条 〇〇法人△△が開設する〇〇事業所（以下「事業所」という。）が行う指定共同生活援助（介護サービス包括型）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員（以下「従業者」という。）が、障害者に対し、適正な指定共同生活援助（介護サービス包括型）を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第2条 指定共同生活援助（介護サービス包括型）の提供に当たっては、利用者が地域において共同して自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、共同生活援助計画（以下、個別支援計画）に基づき、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて共同生活住居において入浴、排せつ又は食事等の介護、相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものとする。

2 指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業者は、その提供する指定共同生活援助（介護サービス包括型）の質の評価を行い、常にその改善を図る。

（事業所等の名称等）

第3条 事業を行う事業所等の名称及び所在地は、次のとおりとする。

一 事業所

名 称 〇〇事業所
所在地 東京都・・・・・・・・・・・・

二 ユニット

ユニット① 名 称 〇〇寮 I
所在地 東京都・・・・・・・・・・
ユニット② 名 称 〇〇寮 II
所在地 東京都・・・・・・・・・・

三 サテライト型住居

サテライト型住居① 名 称 〇〇寮 I サテライト
所在地 東京都・・・・・・・・
本体住居の名称 ユニット①

サテライト型住居の「本体住居の名称」欄には、当該サテライト型住居の利用者を支援するユニットの名称を記載してください。

※制度上は、本体住居=共同生活住居であるが、サテライト型住居の支援を行う主体は、生活単位である「ユニット」であることから、運営規程上は、本体住居欄にユニット名を記載することとする。

（従業者の職種、員数及び職務内容）

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

一 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行う。

二 サービス管理責任者〇〇名

サービス管理責任者は、個別支援計画の作成業務のほか、事業所に対する指定共同生活援助（介護サービス包括型）の利用の申込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等を行うものとする。

また、利用者について、指定生活介護事業所、指定就労継続支援（B型）事業所等との連携及び調整並びに余暇活動について、利用者が自立した社会生活を営むことができるよう必要な支援を行うものとする。

三 世話人〇〇名

食事の提供、健康管理・金銭管理の援助等日常生活に必要な援助を行うものとする。

四 生活支援員〇〇名

従業者の雇用が流動的な場合は『〇〇名以上』という記載でも可
入浴、排せつ、食事等の介護を行うものとする。

(指定共同生活援助（介護サービス包括型）の入居定員)

第5条 入居定員は〇〇名とする。内訳は以下のとおり。

ユニット① 〇〇寮I 定員 ○名

ユニット② 〇〇寮II 定員 ○名

サテライト型住居① 〇〇寮I サテライト 定員 1名

(指定共同生活援助（介護サービス包括型）の内容及び利用者から受領する費用等について)

第6条 事業の内容は次のとおりとし、指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業に係る利用料は、厚生労働大臣が定める基準額によるものとし、当該指定共同生活援助（介護サービス包括型）が法定代理受領のサービスであるときは、厚生労働大臣が定める基準額の1割の額とする。ただし、各区市町村長が定める月額負担上限額の範囲内とする。

- 一 利用者に対する相談、食事・入浴・排せつ等の介護、健康管理、金銭管理の援助、余暇活動の支援、緊急時の対応、職場等との連絡・調整、財産管理等の日常生活に必要な援助とする。
- 二 入居前の体験的な利用（以下「体験利用」という。）についても前号同様とし、事業所は体験利用を提供する。

2 前項のほか、次の各号に掲げる費用については、利用者より徴収する。

一 食材料費 月額〇〇円

家賃は、住宅扶助、補足給付、家賃助成及び

家賃 月額〇〇円

施設借上費などの各種助成を差し引く前の額を記載

光熱水費 月額〇〇円

その他日常生活費は、日常生活において通常必要となるもの

日用品費 月額〇〇円

に係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものについて記載

なお、〇か月に一度、費目ごとに精算を行い、残金が生じた場合は、利用者に返金するものとする。ただし、不足がある場合、事前に利用者に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、費目間の調整を行うことや、不足額の支払を求めることがある。

- 3 前項の費用及びその他、利用者等から金銭の支払を受ける場合（費目間の調整を行う場合を含む）には、利用者等に金銭の支払を求める理由について書面によって明らかにするとともに、支払に同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとする。

(入居に当たっての留意事項)

第7条

利用者が指定共同生活援助（介護サービス包括型）の提供を受ける際、利用者側が留意すべき事項を記載する。（例）入居生活上のルール、設備の利用上の留意事項等を記載する。

(緊急時等の対応)

第8条 従業者等は、共同生活援助を実施中に利用者の病状が急変、その他緊急事態が生じたときは、

速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

(夜間支援体制)

第9条 夜間支援については、夜間支援従事者により、利用者の就寝前から翌朝の起床後までの間、個々の利用者の個別支援計画に基づき、就寝準備の確認、寝返りや排せつの支援のほか、緊急時の対応等を行うこととする。

- 2 夜間支援従事者は、利用者の状況に応じ、定時的な居室の巡回や電話の収受のほか、必要に応じて、緊急時の対応等を行うものとする。
- 3 夜間及び深夜の時間帯を通じて、利用者に緊急の事態が生じた時に、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制を確保するとともに、緊急時の連絡先や連絡方法を共同生活住居の見やすい場所に掲示するものとする。

(非常災害対策)

第10条 管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行う。

(事業の主たる対象者)

第11条 事業の主たる対象とする障害の種類を次のように定める。

知的障害者、精神障害者、身体障害者、難病等対象者

(虐待の防止のための措置)

第12条 事業所は、利用者的人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合にはただちに区市町村へ報告し防止策を講じる。

- 2 虐待防止担当者は、事業所の管理者とする。
- 3 従業者に対し、虐待防止のための普及・啓発の研修を定期的（年1回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず実施する。
- 4 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、定期的（年1回以上）に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する。
- 5 苦情解決体制を整備する。
- 6 利用者の虐待の防止、虐待を受けた利用者の保護及び自立の支援並びに財産上の不当取引による利用者の被害の防止及び救済を図るために、成年後見制度を周知するとともに、制度の利用に当たって必要となる支援を行う。

(身体拘束の禁止)

第13条 事業所は、指定共同生活援助（介護サービス包括型）の提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わないものとする。

- 2 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録することとする。
- 3 事業所は、身体拘束の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - 一 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的（年1回以上）に開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹底

を図る。

- 二 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- 三 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的（年1回以上）に実施するとともに、新規採用時には必ず実施する。

（感染症及び食中毒の発生・まん延防止のための対策）

第14条 事業所は、事業所内において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 一 事業所において、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的（3月に1回以上）に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する。
また、その結果について従業者へ周知徹底を図る。
- 二 事業所において、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- 三 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防およびまん延防止のための研修並びに訓練を定期的（年2回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず研修を実施する。

（業務継続計画の作成）

第15条 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定共同生活援助の提供を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するとともに、新規採用時には必ず研修を実施する。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

（地域連携推進会議等）

第16条 事業所は、利用者及びその家族、地域住民の代表者、福祉や経営について知見を有する者並びに市町村の担当者等（以下「地域連携推進員」という。）に対し、提供しているサービス内容等を明らかにし、地域との連携により、効果的な事業運営、サービスの透明性及び質の確保、利用者の権利擁護等を目的として、地域連携推進会議を設置する。地域連携推進会議をおおむね1年に1回以上開催するほか、地域連携推進員が、指定共同生活援助事業所を見学する機会をおおむね1年に1回以上設けるものとする。

- なお、地域連携推進会議における報告等の記録は、5年間保存するとともに、公表するものとする。
- 2 事業所は、福祉サービス第三者評価を3年度に一回受審し、結果を公表するものとする。

（その他運営についての重要事項）

第17条 指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所は、従業者等の質的向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとする。

- 一 採用時研修 採用後〇ヶ月以内
- 二 継続研修 年〇回

その他、業務体制を整備する等があれば記載する。

- 2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は〇〇法人と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

地域生活支援拠点等として位置付けられる場合は、その旨を規定し、拠点等の必要な機能のうち、満たす機能を明記する。

(記載例)

5 事業所は「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成18年厚生労働省告示第395号）第一の二の3」に規定する地域生活支援拠点等として、「地域移行支援や親元からの自立等に当たって、共同生活援助等の障害福祉サービスの利用や一人暮らしの体験の機会・場を提供する機能」を担うものとする。

附 則

この規程は、令和〇年〇月〇日から施行する。

- ※ この規程の例は、あくまで現時点で想定されるイメージであり、記載の仕方やその内容は、基準を満たす限り、任意の記載で構いません。
- ※ 様式内の吹き出しなどは、枠を右クリックし「切り取り」、または、枠を左クリックし「Delete」キーを押すと消えます。

運営規程に定めておかなければならぬ重要事項

※ 外部サービス利用型共同生活援助

【東京都指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年東京都条例第155号）】第199条の7に基づく。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 入居定員
- ④ 外部サービス利用型指定共同生活援助の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額
- ⑤ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業者が受託居宅介護サービス事業を行う事業所の名称及び所在地
- ⑥ 入居にあたっての留意事項
- ⑦ 緊急時等における対応方法
- ⑧ 非常災害対策
- ⑨ 事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類
- ⑩ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑪ その他事業の運営に関する重要事項
都として参考に示している事項
 - ・従業者の研修
 - ・個人情報保護関係
 - ・運営規程に定める事項以外の取り決め

附則 当該事業の施行日・・事業開始の日

外部サービス利用型グループホーム の運営規程の例

〇〇事業所 外部サービス利用型指定共同生活援助 運営規程

(事業の目的)

第1条 〇〇法人△△が開設する〇〇事業所（以下「事業所」という。）が行う外部サービス利用型指定共同生活援助の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員（以下「従業者」という。）が、障害者に対し、適正な外部サービス利用型指定共同生活援助を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 外部サービス利用型指定共同生活援助の提供に当たっては、外部サービス利用型共同生活援助計画（以下、個別支援計画）に基づき、受託居宅介護サービス事業者による受託居宅介護サービスを適切かつ円滑に提供することにより、利用者が地域において共同して自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて共同生活住居において入浴、排せつ又は食事等の介護、相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものとする。

2 外部サービス利用型指定共同生活援助事業者は、その提供する外部サービス利用型指定共同生活援助の質の評価を行い、常にその改善を図る。

(事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

一 事業所

名 称 〇〇事業所
所在地 東京都・・・・・

二 ユニット

ユニット① 名 称 〇〇寮 I
所在地 東京都・・・・・
ユニット② 名 称 〇〇寮 II
所在地 東京都・・・・・

三 サテライト型住居

サテライト型住居① 名 称 〇〇寮 I サテライト
所在地 東京都・・・・・
本体住居の名称 ユニット①

サテライト型住居の「本体住居の名称」欄には、当該サテライト型住居の利用者を支援するユニットの名称を記載してください。

※制度上は、本体住居=共同生活住居であるが、サテライト型住居の支援を行う主体は、生活単位である「ユニット」であることから、運営規程上は、本体住居欄にユニット名を記載することとする。

(従業者の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

一 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行う。

二 サービス管理責任者〇〇名

サービス管理責任者は、個別支援計画の作成業務のほか、事業所に対する外部サービス利用型指定共同生活援助の利用の申込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理

等を行うものとする。

また、利用者について、指定生活介護事業所、指定就労継続支援（B型）事業所等との連携及び調整並びに余暇活動について、利用者が自立した社会生活を営むことができるよう必要な支援を行うものとする。

- 三 世話人〇〇名 従業者の雇用が流動的な場合は『〇〇名以上』という記載でも可
食事の提供、健康管理・金銭管理の援助等日常生活に必要な援助を行うものとする。
- 四 生活支援員〇〇名 従業者の雇用が流動的な場合は『〇〇名以上』という記載でも可
入浴、排せつ、食事等の介護を行うものとする。

(受託居宅介護事業所)

第5条 外部サービス利用型指定共同生活援助事業者と委託契約を締結した受託居宅介護サービス事業者は、個別支援計画に基づいて受託居宅介護サービスを提供する。

2 受託居宅介護事業者の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 一 名称 社会福祉法人〇〇
二 所在地 東京都・・・・・・・・

3 受託居宅介護事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 一 名称 〇〇介護ステーション
二 所在地 東京都・・・・・・・・

外部サービス利用型事業所にみなされている事業所（平成26年4月1日以前に、共同生活援助のみの指定を受けていた事業所）については、指定の更新時または受託居宅介護を提供するまでに受託居宅介護事業者と委託契約を結ぶ必要があります。

(外部サービス利用型指定共同生活援助の入居定員)

第6条 入居定員は〇〇名とする。内訳は以下のとおり。

- ユニット① 〇〇寮I 定員〇名
ユニット② 〇〇寮II 定員〇名
サテライト型住居① 〇〇寮サテライト 定員1名

(外部サービス利用型指定共同生活援助の内容及び利用者から受領する費用等について)

第7条 事業の内容は次のとおりとし、外部サービス利用型指定共同生活援助事業に係る利用料は、厚生労働大臣が定める基準額によるものとし、当該外部サービス利用型指定共同生活援助が法定代理受領のサービスであるときは、厚生労働大臣が定める基準額の1割の額とする。ただし、各区市町村長が定める月額負担上限額の範囲内とする。

- 一 利用者に対する相談、食事・入浴・排せつ等の介護、健康管理、金銭管理の援助、余暇活動の支援、緊急時の対応、職場等との連絡・調整、財産管理等の日常生活に必要な援助とする。
- 二 入居前の体験的な利用（以下「体験利用」という。）についても前号同様とし、事業所は体験利用を提供する。

2 前項のほか、次の各号に掲げる費用については、利用者より徴収する。

- 一 食材料費 月額〇〇円
家賃 月額〇〇円
光熱水費 月額〇〇円
日用品費 月額〇〇円

家賃は、住宅扶助、補足給付、家賃助成及び施設借上費などの各種助成を差し引く前の額を記載

その他日常生活費は、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものについて記載

なお、〇か月に一度、費目ごとに精算を行い、残金が生じた場合は、利用者に返金するものとする。ただし、不足がある場合、事前に利用者に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、費目

間の調整を行うことや、不足額の支払を求めることがある。

- 3 前項の費用及びその他、利用者等から金銭の支払を受ける場合（費目間の調整を行う場合を含む）には、利用者等に金銭の支払を求める理由について書面によって明らかにするとともに、支払に同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとする。

（入居に当たっての留意事項）

第8条

利用者が外部サービス利用型指定共同生活援助の提供を受ける際、利用者側が留意すべき事項を記載する。（例）入居生活上のルール、設備の利用上の留意事項等を記載する。

（緊急時等の対応）

第9条 従業者等は、共同生活援助を実施中に利用者の病状が急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

（夜間支援体制）

第10条 夜間支援については、夜間支援従事者により、利用者の就寝前から翌朝の起床後までの間、個々の利用者の個別支援計画に基づき、就寝準備の確認、寝返りや排せつの支援のほか、緊急時の対応等を行うこととする。

2 夜間支援従事者は、利用者の状況に応じ、定時的な居室の巡回や電話の収受のほか、必要に応じて、緊急時の対応等を行うものとする。

3 夜間及び深夜の時間帯を通じて、利用者に緊急の事態が生じた時に、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制を確保するとともに、緊急時の連絡先や連絡方法を共同生活住居の見やすい場所に掲示するものとする。

（非常災害対策）

第11条 管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行う。

（事業の主たる対象者）

第12条 事業の主たる対象とする障害の種類を次のように定める。

知的障害者、精神障害者、身体障害者、難病等対象者

（虐待の防止のための措置）

第13条 事業所は、利用者的人格を尊重する観点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合にはただちに区市町村へ報告し防止策を講じる。

2 虐待防止担当者は、事業所の管理者とする。

3 従業者に対し、虐待防止のための普及・啓発の研修を定期的（年1回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず実施する。

4 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、定期的（年1回以上）に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する。

5 苦情解決体制を整備する。

6 利用者の虐待の防止、虐待を受けた利用者の保護及び自立の支援並びに財産上の不当取引による利

用者の被害の防止及び救済を図るために、成年後見制度を周知するとともに、制度の利用に当たって必要となる支援を行う。

(身体拘束の禁止)

第14条 事業所は、指定共同生活援助（介護サービス包括型）の提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わないものとする。

2 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録することとする。

3 事業所は、身体拘束の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 一 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的（年1回以上）に開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹底を図る。
- 二 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- 三 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的（年1回以上）に実施するとともに、新規採用時には必ず実施する。

(感染症及び食中毒の発生・まん延防止のための対策)

第15条 事業所は、事業所内において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 一 事業所において、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的（3月に1回以上）に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する。
また、その結果について従業者へ周知徹底を図る。
- 二 事業所において、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- 三 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防およびまん延防止のための研修並びに訓練を定期的（年2回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず研修を実施する。

(業務継続計画の作成)

第16条 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定共同生活援助の提供を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする。

2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するとともに、新規採用時には必ず研修を実施する。

3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(地域連携推進会議等)

第17条 事業所は、利用者及びその家族、地域住民の代表者、福祉や経営について知見を有する者並びに市町村の担当者等（以下「地域連携推進員」という。）に対し、提供しているサービス内容等を明らかにし、地域との連携により、効果的な事業運営、サービスの透明性及び質の確保、利用者の権利擁護等を目的として、地域連携推進会議を設置する。地域連携推進会議をおおむね1年に1回以上開催するほか、地域連携推進員が、指定共同生活援助事業所を見学する機会をおおむね1年に1回以上設けるも

のとする。

なお、地域連携推進会議における報告等の記録は、5年間保存するとともに、公表するものとする。

- 2 事業所は、福祉サービス第三者評価を3年度に一回受審し、結果を公表するものとする。

(その他運営についての重要事項)

第18条 指定共同生活援助（外部サービス利用型）事業所は、従業者等の質的向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとする。

その他、業務体制を整備する
等があれば記載する。

- 一 採用時研修 採用後○ヶ月以内
二 繼続研修 年○回

- 2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は○○法人と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

地域生活支援拠点等として位置付けられる場合は、その旨を規定し、拠点等の必要な機能のうち、満たす機能を明記する。

(記載例)

5 事業所は「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成18年厚生労働省告示第395号）第一の二の3」に規定する地域生活支援拠点等として、「地域移行支援や親元からの自立等に当たって、共同生活援助等の障害福祉サービスの利用や一人暮らしの体験の機会・場を提供する機能」を担うものとする。

附 則

この規程は、令和〇年〇月〇日から施行する。

- ※ この規程の例は、あくまで現時点で想定されるイメージであり、記載の仕方やその内容は、基準を満たす限り、任意の記載で構いません。
※ 様式内の吹き出しなどは、枠を右クリックし「切り取り」、または、枠を左クリックし「Delete」キーを押すと消えます。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく事業者指定の申請に係る書類一覧
(共同生活援助)

申請書及び添付書類		申請者確認欄	備考
申 請 書	指定申請書		第1号様式・別紙
	指定に係る記載事項		付表7
加 算 届 出	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書		様式第5号
	介護給付費等算定の算定に係る体制等状況一覧表(ユニットごと)		別紙1
	福祉専門職員配置等加算に関する届出書及び各種資格証明書の写し又は実務経験証明書		別紙5
	共同生活援助に係る体制		別紙12
	夜間支援等体制加算届出書		別紙13
	通勤者生活支援加算に係る体制		別紙16
	医療連携体制加算(Ⅶ)に関する届出書及び看護師の資格証明書の写し及び重度化した場合における対応に関する指針		別紙17
	重度障害者支援加算に係る届出書		別紙18
	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算届出書		別紙19
	地域生活移行個別支援特別加算に係る体制		別紙26(その2)
	看護職員配置加算に関する届出書		別紙32
	精神障害者地域移行特別加算に関する届出書及び各種資格証明書		別紙40
	強度行動障害者地域移行特別加算に係る届出書及び各種修了証		別紙41
	夜勤職員加配加算に関する届出書		日中サービス支援型のみ 別紙44
	医療的ケア対応支援加算に関する届出書		別紙45
	強度行動障害者体験利用加算に係る届出書		別紙46
	自立生活支援加算(Ⅲ)に関する届出書(移行支援住居の届出)、 居住支援連携体制加算に関する届出書(自立生活支援加算(Ⅰ) + α①)		別紙47
	職員配置状況確認調査票(人員配置体制加算)		別紙48
	ピアサポート実施加算に関する届出書、退居後ピアサポート実施加算に関する届出書		別紙49
	障害者支援施設等感染対策向上加算に関する届出書		別紙50
	高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書		別紙51
添 付 書 類	申請者の定款、寄付行為等及び登記事項証明書又は条例等		
	建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要		参考様式1, 2
	登記(全部)事項証明書など所有権が確認できる書類(自己所有物件を使用する場合)		どちらか
	賃貸借契約書(写)(賃借物件を使用する場合のみ)		どちらか
	受託居宅介護委託契約書の写し(外部サービス利用型事業所のみ)		
	事業所の管理者、サービス管理責任者の雇用契約書及び経歴書		参考様式3
	サービス管理責任者研修及び相談支援従事者研修修了証		
	実務経験証明書及び資格証明書の写し(資格を持っている場合のみ)		参考様式4, 5
	事業所の世話人、生活支援員の雇用又は委託(請負)契約書及び経歴書		参考様式3
	運営規程		記載例
	利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要		参考様式6
	主たる対象者を特定する理由書		参考様式7
	協力医療機関リスト、当該協力医療機関との契約の内容がわかる協定書等		
	36条第3項各号非該当誓約書及び役員等名簿		参考様式
その 他	当該申請事業に係る資産状況(貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書、財産目録等)		
	就業規則		
	協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要		日中サービス支援型のみ 参考様式
	事業開始届、事業計画書、收支予算書		
	耐震化に関する調査票		様式あり
	関係機関相談状況確認書、各関係機関との個別相談議事録		様式あり
	東京都障害者通過型グループホーム指定申請書及び添付書類(通過型の助成を受ける場合)		様式あり
社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票			
メールアドレス登録			

[担当者連絡先]

提出いただいた申請書類に記載されている内容について、問い合わせする際の連絡先を記入してください。

事業所名	
担当者名	
電話	
FAX	
メールアドレス	

受付番号

指定障害福祉サービス事業者

指定障害者支援施設

指定一般相談支援事業者

指定（更新）申請書

年 月 日

東京都知事 殿

所在地

申請者

(設置者) 名称

印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する事業所（施設）に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (設置者)	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号	—)	
		都道 府県	郡・市 区	町・村	
	法人の種別			法人所轄庁	
	連絡先電話番号			FAX番号	
	代表者の職・氏名	職	名	フリガナ	
				氏	名
	代表者の住所	(郵便番号	—)	
		都道 府県	郡・市 区	町・村	
指定 (更新) を受けようとする 事業所・施設の種類	フリガナ				
	名称				
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号	—)	
		東京都	郡・市 区	町・村	
	上記事業所において行う事業等の種類	指定（更新）申請をする事業等の事業開始（予定）年月日	様式	現に受けている指定の有効期間満了日（更新申請時に限る。）	備考
	サ指 し定 ビ障 ス害 福 祉				
	施指 設定 障害 者支 援				
支相一指 援談般定					
事業所番号	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている場合			サービスの種類	

備考

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財團法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「上記事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請するものについて事業の種類を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、東京都において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。
複数の番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。
- 6 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて付表等を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている事業等

他の法律（児童福祉法・介護保険法）において既に指定を受けている事業等について

受付番号

指定障害福祉サービス事業者

指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業者

指定（更新）申請書

年 月 日

東京都知事 殿

所在地

東京都新宿区〇〇〇1-8-1

申請者

社会福祉法人東京介護

(設置者) 名称

理事長 福祉一郎

㊞

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する事業所（施設）に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジントウキョウカイゴ			
	名称	社会福祉法人東京介護			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 161-0023) 東京 都道 新宿 郡・市 ○○町・村 1-8-1 府県 (区)			
	法人の種別	社会福祉法人		法人所轄庁	東京都
	連絡先電話番号	03-5320-1212		FAX番号	03-5320-1212
	代表者の職・氏名	職名	理事長	フリガナ 氏	フクシイチロウ 名 福祉一郎
	代表者の住所	(郵便番号 161-0024) 東京 都道 新宿 郡・市 ○○○町・村 3-2-1 府県 (区)			
指定 (更新) を受けようとする 事業所・施設の種類	フリガナ	シンジュクホーム			
	名称	新宿ホーム			
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号 160-0008) 東京 都道 新宿 郡・市 ××町・村 2-33-1 △△ビル1階 府県 (区)			
	上記事業所において行う事業等の種類	指定（更新）申請をする事業等の事業開始（予定）年月日	様式	現に受けている指定の有効期間満了日（更新申請時に限る。）	備考
	サ指 し定 ビ障 ス害 福 祉	共同生活援助	平成26年6月1日	付表7	
	施指 設定 障害 者支 援				
支相一指 援談般定					
事業所番号	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている場合			サービスの種類	

備考

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財團法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「上記事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請するものについて事業の種類を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、東京都において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。
複数の番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。
- 6 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて付表等を添付してください。

変更届の提出書類一覧 (共同生活援助①)

変更届の提出は、事業所単位になります

- … 必須書類
- ▲ … 変更内容次第で提出が必要となる書類

付表7その3は、
国基準サテライトのみに
使用する様式です。

加算等に係る変更(ユニット増、サテライト設置含む)に係る変更届

届出が15日以前になされた場合は翌月から
届出が16日以降になされた場合は翌々月から算定が可能です

変更届提出先

〒163-0718
東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング18階
公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部
障害福祉事業者指定室 (共同生活援助)
※ 郵送でも持参でも構いません。

その他、下記変更事由に係る変更届

変更があつた日から10日以内に届け出してください

*ユニット増設、定員増、サテライト設置、移転は説明会資料3を御確認ください

変更事由	申請書												経歴書												協議会への報告・協議会からの評議等に関する質問の概要	主たる対象者を特定する理由(参考様式7)	協力医療機関リスト・協定書等	耐震化に関する調査票	関係機関相談状況確認書・議事録(区市町村・建築・消防)	メールアドレス登録・変更届出書
	変更届出書(第2号様式) 変更があつた事項欄に当てはまる数字	変更届出書(第2号様式)	付表7 その2 (その3)	別紙1	定款	条例(公営事業所のみ)	登記簿本(履歴事項全部証明書)	平面図(参考様式1)	登記(企画建物などの所有権を有する者による譲り受けの登記)	賃貸借契約書(写し)(賃貸物件を使用する場合)	設備・備品リスト(参考様式2)	受託居宅介護契約書の写し(外部サービス利用型のみ)	管理者	管理責任者	セ話人	生活支援員	資格免状の写し	サービス管理責任者研修修了証書の写し	相談支援者研修修了証書の写し	実務経験証書	職員配置状況確認調査票(別紙48)	運営規程	苦情対応窓口一覧表等	非該当誓約書	役員等名簿	事業所一覧				
法人所在地の変更	⑤	●				●	●																●							
法人代表者の変更	⑤	●				●	●															●	●	●						
法人名称の変更	③	●				●	●																							
定款・寄付行為等の変更	⑥	●	●	公営事業所の場合、条例に変更のない場合は提出不要です。		●	●	画面が用意できない場合には、参考様式1に記載してください。																						
役員の変更	—	●				▲																	●	●	●					
事業所の名称の変更	①	●	●	●	●																		●							
事業所の所在地の変更	②	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●										●								
ユニット等の所在地の変更	②	●	●	●	●																	●								
平面図・設備の変更	⑦	●	●	●	●																									
電話番号・FAX番号の変更	—	●	●	●	●																									
都からの連絡先メールアドレスの変更	—																													
管理者の変更 (氏名変更・住所変更含む)	⑧	●	●	●	●			世話人及び生活支援員を新たに配置する場合は、経歴書をご提出ください。													●	▲	●	●						
サービス管理責任者の変更 (氏名変更・住所変更含む)	⑩	●	●	●	●																									
通過型の常勤世話人の変更	—	●	●	●	●																									
世話人・生活支援員の変更	—	●	●	●	●																									
介護サービス包括型 ⇄ 外部サービス利用型 ⇄ 日中サービス支援型の変更	⑫	●	●	●	●																									
受託居宅介護事業所の変更	—	●	●	●	●																									
利用料、その他費用の変更	⑫	●	●	●	●																									
主たる対象者の変更	⑪	●	●	●	●																									
苦情窓口の変更	⑫	●	●	●	●																									
地域生活支援拠点等	⑫	●	●	●	●																									
その他文言の変更	⑫	●	●	●	●																									
バックアップ施設の変更	⑯	●	●	●	●																									
協力医療機関の変更	⑯	●	●	●	●																									

*状況によっては、●▲以外の書類の提出をお願いする場合がございますので、御協力ください。

変更届の提出書類一覧 (共同生活援助②)

変更届の提出は、事業所単位になります

● … 必須書類

▲ … 変更内容次第で提出が必要となる書類

変更届提出先

〒163-0718

東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング18階
公益財団法人東京都福祉保健財團 事業者支援部
障害福祉事業者指定室 (共同生活援助)

※郵送でも持参でも構いません。

変更事由	変更届出書(第2号様式)「変更があった事項」欄に当たる記入欄	申請書			加算届出					登記(全部)事項証明書など建物の所有権が確認できる書類(自己所有物件を使用する場合)又は賃貸借約書(写)(賃貸物件を使用する場合)	平面図(参考様式1) ・周辺地図	設備備品リスト(参考様式2)	受託居宅介護委託契約書の写し(外部サービス利用形のみ)	職員配置状況確認調査票(別紙48)	運営規程	耐震化に関する調査票	関係機関相談確認書・譲事録(区市町村・建築・消防)	居住支援法人又は居住協議会との連携計画書	移行者リスト	廃止届
		変更届出書(第2号様式)	付表7	付表7 その2 (その3)	介護給付費等の算定に係る体制等 状況一覧表(別紙1)	各加算届出様式	資格証の写し	実務経験証明書	各種修了証											
事業所に関する変更	ユニット増・サテライト設置・定員増	⑫	●	●	●	●	別紙12 別紙13	▲	▲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	ユニット減・サテライト減・定員減	⑫	●	●	●	▲	別紙12 別紙13	▲	▲	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	事業廃止	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	●	●
人件配置体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅴ)(Ⅵ)	⑬	●	●	●	●	●	別紙12 別紙48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
大規模住居等減算	⑬	●	●	●	●	●	別紙12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)	⑬	●	●	●	●	●	別紙5	●	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
夜間支援等体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ)(Ⅴ)(Ⅵ)	⑬	●	●	●	●	●	別紙13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
重度障害者支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)	⑬	●	●	●	●	●	別紙12、18	—	—	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
地域生活移行個別支援特別加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙26(その2)	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
医療連携体制加算(Ⅶ)	⑬	●	●	●	●	●	別紙17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
通勤者生活支援加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
看護職員配置加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙32	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
精神障害者地域移行特別加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙40	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
強度行動障害者地域移行特別加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙41	—	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
夜勤職員加配加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
医療的ケア対応支援加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙45	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
強度行動障害者体験利用加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙12、46	—	—	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
自立生活支援加算(Ⅲ)	⑬	●	●	●	●	●	別紙47	●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
居住支援連携体制加算 (自立生活支援加算(Ⅲ) + α(①))	⑬	●	●	●	●	●	別紙47(その2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	●	—	—
GHEピアサポート実施加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙49	—	—	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—
退去後ピアサポート実施加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙49(その2)	—	—	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—
感染対策向上体制加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
高次脳機能障害者支援体制加算	⑬	●	●	●	●	●	別紙51	—	●	—	—	—	—	—	—	●	—	—	—	—
福祉・介護職員処遇改善加算 福祉・介護職員処遇改善特別加算	⑬	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
当該加算の届出先は、処遇改善(特別)加算の専用ヘルプデスク(03-5320-4230(直通))になります。																				

※状況によっては、●▲以外の書類の提出をお願いする場合がございますので、御協力ください。

※ユニット減・サテライト減・定員減・事業廃止の際は、補助金を使っての整備(消防設備・備品等を含む)が行われていいいかを御確認ください。

変更届出書

年 月 日

東京都知事 殿

所在地
 事業者
 (設置者)
 名称及び
 代表者氏名

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定を受けた内容
 次のとおり変更しましたので届け出ます。

		事業所番号	
指定内容を 変更した事 業所（施 設）	名 称	フリガナ.....	
	所 在 地	(郵便番号	—)
	サービスの種類		
変更があつた事項			変更の内容
1	事業所（施設）の名称		変更前
2	事業所（施設）の所在地		
3	申請者（設置者）の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名及び住所		
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）		
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要		
8	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所		
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所		
10	事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所		
11	主たる対象者		
12	運営規程		変更後
13	介護給付費等の請求に関する事項		
14	事業所の種別（併設型・空床型・単独型）		
15	併設型における利用者の推定数又は空床型・単独型における当該施設の入所者の定員		
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約内容		
17	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要		
18	当該申請に係る事業の開始年月日		
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要		
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要		
変 更 年 月 日			年 月 日

備考

- 1 該当項目番号に「○」を付けてください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更した日から10日以内に届け出してください。

担当者	
T E L	
F A X	
Email	

第2号様式（第3条関係）

変更届出書																																																																																				
東京都知事 殿																																																																																				
事業者 (設置者) 所在地 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 名称及び 代表者氏名 社会福祉法人〇〇会 理事長 〇〇 〇〇																																																																																				
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定を受けた内容を 次のとおり変更しましたので届け出ます。																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">事業所番号</td> <td style="width: 90%;">1300000000</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">指定内容を 変更した事 業所（施 設）</td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td>フリガナ グループホーム 東京 グループホーム 東京</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>(郵便番号 163 - 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1</td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td>共同生活援助</td> </tr> </table>		事業所番号	1300000000	指定内容を 変更した事 業所（施 設）	名 称	フリガナ グループホーム 東京 グループホーム 東京	所在地	(郵便番号 163 - 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1	サービスの種類	共同生活援助																																																																										
事業所番号	1300000000																																																																																			
指定内容を 変更した事 業所（施 設）	名 称																																																																																			
	フリガナ グループホーム 東京 グループホーム 東京																																																																																			
所在地	(郵便番号 163 - 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1																																																																																			
サービスの種類	共同生活援助																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">変更があった事項</th> <th>変更の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">1 事業所（施設）の名称</td> <td>変更前 サービス管理責任者 〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 事業所（施設）の所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 申請者（設置者）の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">4 主たる事務所の所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 代表者の氏名及び住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 事業所（施設）の平面図及び設備の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">8 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 主たる対象者</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">12 運営規程</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 介護給付費等の請求に関する事項</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">14 事業所の種別（併設型・空床型・単独型）</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">15 併設型における利用者の推定数又は空床型・単独型における当該施設の入所者の定員</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">18 当該申請に係る事業の開始年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">変更年月日</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">令和5年5月1日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">備考</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> 1 該当項目番号に「〇」を付けてください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。 3 変更した日から10日以内に届け出ください。 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">担当者</td> <td style="width: 90%;">東京 太郎</td> </tr> <tr> <td>TEL</td> <td>090-*****-****</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>03-*****-****</td> </tr> <tr> <td>Email</td> <td>△△△@****.**</td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table>		変更があった事項		変更の内容	1 事業所（施設）の名称		変更前 サービス管理責任者 〇〇 〇〇	2 事業所（施設）の所在地			3 申請者（設置者）の名称			4 主たる事務所の所在地			5 代表者の氏名及び住所			6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）			7 事業所（施設）の平面図及び設備の概要			8 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所			9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所			10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所			11 主たる対象者			12 運営規程			13 介護給付費等の請求に関する事項			14 事業所の種別（併設型・空床型・単独型）			15 併設型における利用者の推定数又は空床型・単独型における当該施設の入所者の定員			16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約内容			17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要			18 当該申請に係る事業の開始年月日			19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要			20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要			変更年月日		令和5年5月1日	備考			1 該当項目番号に「〇」を付けてください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。 3 変更した日から10日以内に届け出ください。			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">担当者</td> <td style="width: 90%;">東京 太郎</td> </tr> <tr> <td>TEL</td> <td>090-*****-****</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>03-*****-****</td> </tr> <tr> <td>Email</td> <td>△△△@****.**</td> </tr> </table>			担当者	東京 太郎	TEL	090-*****-****	FAX	03-*****-****	Email	△△△@****.**
変更があった事項		変更の内容																																																																																		
1 事業所（施設）の名称		変更前 サービス管理責任者 〇〇 〇〇																																																																																		
2 事業所（施設）の所在地																																																																																				
3 申請者（設置者）の名称																																																																																				
4 主たる事務所の所在地																																																																																				
5 代表者の氏名及び住所																																																																																				
6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）																																																																																				
7 事業所（施設）の平面図及び設備の概要																																																																																				
8 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所																																																																																				
9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所																																																																																				
10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所																																																																																				
11 主たる対象者																																																																																				
12 運営規程																																																																																				
13 介護給付費等の請求に関する事項																																																																																				
14 事業所の種別（併設型・空床型・単独型）																																																																																				
15 併設型における利用者の推定数又は空床型・単独型における当該施設の入所者の定員																																																																																				
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約内容																																																																																				
17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要																																																																																				
18 当該申請に係る事業の開始年月日																																																																																				
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要																																																																																				
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要																																																																																				
変更年月日		令和5年5月1日																																																																																		
備考																																																																																				
1 該当項目番号に「〇」を付けてください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。 3 変更した日から10日以内に届け出ください。																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">担当者</td> <td style="width: 90%;">東京 太郎</td> </tr> <tr> <td>TEL</td> <td>090-*****-****</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>03-*****-****</td> </tr> <tr> <td>Email</td> <td>△△△@****.**</td> </tr> </table>			担当者	東京 太郎	TEL	090-*****-****	FAX	03-*****-****	Email	△△△@****.**																																																																										
担当者	東京 太郎																																																																																			
TEL	090-*****-****																																																																																			
FAX	03-*****-****																																																																																			
Email	△△△@****.**																																																																																			

(日本産業規格A4用紙)

【届出年月日】
届出を発送する日

【事業者】
法人情報が登記されている全部事項証明書と記載内容の整合性を
とってください。

【事業所名・所在地】
付表7や各種別紙と同内容の記載となるよう整合性をとってください。

【事項番号】
変更があった事項について〇を付けてください。
届け出る事項が複数ある場合は複数〇を付けてください。

【変更の内容】
変更の内容がはっきりわかるように記載してください。
ここに記載の無い事項は変更されません。

【変更年月日】
変更を反映させる日を記載してください。
※報酬が増える変更(ユニット増、定員増、加算の増など)の場合は、
必ず1日付の変更となります。
<例> 5月15日以前に郵送物到着 ⇒ 6月1日
5月16日以後に郵送物到着 ⇒ 7月1日
※報酬が減る変更の場合は、その事実が生じた日が変更年月日と
なります。

【担当者連絡先】
変更届について、問い合わせに対応できる担当者名を記載してください。
また、TEL欄には日中に一番担当者と連絡が取りやすい電話番号等
(携帯電話可)を記載してください。FAX欄も同様です。

付表7 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

		受付番号					
主たる事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - - -) 東京都					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
管理者	フリガナ		(郵便番号 - - -)				
	氏名	住所					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称					
	兼務する職種及び勤務時間等						
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等			第 条 第 項 第 号				
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型		生活支援員の兼務の外部委託の予定 有(月 時間)・無				
	日中サービス支援型		生活支援員の兼務の外部委託の予定 有(月 時間)・無				
	外部サービス利用型		受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地				
当該事業所の利用定員数	人						
サービス管理責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 - - -)			
	氏名						
従業者の職種・員数		世話人		生活支援員	サービス管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
居宅介護従業者の外部委託の予定		有 (月 時間)		無			
障害者支援施設等との連携体制等		連携施設の種別・名称					
		支援体制の概要					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)			担当者
		その他					
協力医療機関		名称			主な診療科名		
協力歯科医療機関		名称					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 等					

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

(日本工業規格A列4番)

(付表7) その2

共同生活住居 ①	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 東京都			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	グループホームに供する建物形態				
	①住居区分:一戸建て、アパート、マンション、その他()				
	②建物所有者名:				
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃 (月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由				
	④住居の利用定員数 人				
	⑤居室数 室(うち個室 室)				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²				
	一体的に運営するサテライト型住居 か所				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
利用料					
その他の費用					
共同生活住居 ②	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 東京都			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	グループホームに供する建物形態				
	①住居区分:一戸建て、アパート、マンション、その他()				
	②建物所有者名:				
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃 (月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由				
	④住居の利用定員数 人				
	⑤居室数 室(うち個室 室)				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²				
	一体的に運営するサテライト型住居 か所				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
利用料					
その他の費用					
共同生活住居 ③	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 東京都			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	グループホームに供する建物形態				
	①住居区分:一戸建て、アパート、マンション、その他()				
	②建物所有者名:				
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃 (月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由				
	④住居の利用定員数 人				
	⑤居室数 室(うち個室 室)				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²				
	一体的に運営するサテライト型住居 か所				
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器				
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
利用料					
その他の費用					

(付表7) その3

サ テ ラ イ ト 型 住 居	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 東京都			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態				
	①住居区分:アパート、マンション、その他()				
	②建物所有者名:				
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃 (月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由				
	④住居の利用定員数 人				
	⑤居室の最小床面積 m ²				
	本体住居の名称				
	本体住居との距離 km				
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器				
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
	利用料				
他の費用					
サ テ ラ イ ト 型 住 居	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 東京都			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態				
	①住居区分:アパート、マンション、その他()				
	②建物所有者名:				
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃 (月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由				
	④住居の利用定員数 人				
	⑤居室の最小床面積 m ²				
	本体住居の名称				
	本体住居との距離 km				
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器				
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
	利用料				
他の費用					
サ テ ラ イ ト 型 住 居	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 ー) 東京都			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態				
	①住居区分:アパート、マンション、その他()				
	②建物所有者名:				
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃 (月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由				
	④住居の利用定員数 人				
	⑤居室の最小床面積 m ²				
	本体住居の名称				
	本体住居との距離 km				
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器				
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者				
	利用料				
他の費用					

付表7 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

受付番号					
主たる事業所	フリガナ	グループホーム トウキョウ			
	名称	グループホーム 東京			
	所在地	(郵便番号 163 - 8001) 東京都 新宿区西新宿2-8-1 メゾン新宿102			
連絡先	電話番号	03-5321-1111	FAX番号	03-5388-1407	
管理者	フリガナ	× × × ×	住所	(郵便番号 162 - 0052) 東京都新宿区戸山3-17-2	
	氏名	□ □ □ □			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称				
	兼務する職種及び勤務時間等				
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		第〇条 第〇項 第〇号			
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型	<input checked="" type="radio"/>	生活支援員の兼務の外部委託の予定	有(月 時間) • <input checked="" type="radio"/> 無	
	日中サービス支援型	<input type="radio"/>	生活支援員の兼務の外部委託の予定	有(月 時間) • 無	
	外部サービス利用型	<input type="radio"/>	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地	別紙のとおり	
当該事業所の利用定員数	10 人				
サービス管理責任者	フリガナ	× × × ×	住所	(郵便番号 156 - 0057)	
	氏名	◎ ◎ ◎ ◎		東京都世田谷区上北沢2-1-7	
従業者の職種・員数	世話人	生活支援員		サービス管理責任者	
	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数 常勤(人)	1	2		1
非常勤(人)			1		
常勤換算後の人数(人)	2.5		0.5		
基準上の必要人数(人)					
居宅介護従業者の外部委託の予定 有(月 時間) <input checked="" type="radio"/> 無					
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称		障害者支援施設	△△△	
	支援体制の概要		緊急時の対応など		
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している・ <input checked="" type="radio"/> していない	令和2年9月実施予定	
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	090-〇〇〇〇-△△△△	担当者	◎ ◎
	その他	地域生活支援拠点等(〇〇区)			
協力医療機関	名称	× × 診療所	主な診療科名	内科	
協力歯科医療機関	名称	△△歯科医院			
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及びその登記簿の原本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経営書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)等				

第2号様式、その他各種加算の届出書等の記載と整合性をとってください。

※「事業所」について記載してください(法人事務所やユニットについてではありません)。

所在地は、原則として、代表ユニットの所在地としてください(複数の部屋を借りている場合は交流室のある部屋番号まで記載をお願いします。)。

管理者経歴書の記載と整合性をとってください。

定款等を確認し、法人の事業として指定共同生活援助(もしくは指定障害福祉サービス事業等)を行う旨規定している条項を記載してください。

サービス管理責任者経歴書の記載と整合性をとってください。
2人目サビ管等を配置する場合は、行の挿入等でご対応ください。

職員配置状況確認調査票の記載と整合性をとってください。

福祉サービス第三者評価の実施状況について

既に実施している事業所
→直近の受審完了日を記載(例:令和3年10月受審)

まだ実施していない事業所(新規指定予定等)
→実施予定年月を記載(例:令和7年10月受審予定)

変更が生じた際は、第2号様式に変更内容を記載の上、必要書類を添付してください。

区市町村から地域生活支援拠点等として位置づけられている場合に記載してください。地域生活支援拠点等として位置づけられている区市町村名も併せて記載してください。

(付表7) その2

フリガナ		グループホーム トウキョウ	
名 称		グループホーム 東京	
所在地		(郵便番号 163 - 8001) 東京都 新宿区西新宿2-8-1 メゾン新宿 (交流室)102 (居室)201,202,302,304	
連絡先 電話番号		03-5321-1111	FAX番号 03-5388-1407
グループホームに供する建物形態			
①住居区分: 一戸建て、アパート、マンション、その他()			
②建物所有者名: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
③賃貸借契約の内容: ア 敷金 なし イ 礼金 350,000円 ウ 家賃(月額) 350,000円 エ 契約期間 H26.4.1～H28.3.31 オ 賃貸料がない理由			
④住居の利用定員数 4 人			
⑤居室数 4 室(うち個室 4 室)			
⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 8.6 m ²			
一的に運営するサテライト型住居 1 か所			
一的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器 携帯電話			
主たる対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 • 知的障害者 • 精神障害者 • 難病等対象者			
利用料 各区市町村が定める額			
その他の費用 1 食材料費 ○○円 2 家賃 △△円 3 光熱水費 口口円 4 日用品費 ××円			
フリガナ		○○リョウ	
名 称		○○寮	
所在地		(郵便番号 163 - 8001) 東京都 新宿区西新宿2-8-△	
連絡先 電話番号		03-5321-1111	FAX番号 03-5388-1407
グループホームに供する建物形態			
①住居区分: 一戸建て、アパート、マンション、その他()			
②建物所有者名: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
③賃貸借契約の内容: ア 敷金 なし イ 礼金 350,000円 ウ 家賃(月額) 350,000円 エ 契約期間 H26.4.1～H28.3.31 オ 賃貸料がない理由			
④住居の利用定員数 5 人			
⑤居室数 5 室(うち個室 5 室)			
⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 8.6 m ²			
一的に運営するサテライト型住居 0 か所			
一的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
主たる対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 • 知的障害者 • 精神障害者 • 難病等対象者			
利用料 各区市町村が定める額			
その他の費用 1 食材料費 ○○円 2 家賃 △△円 3 光熱水費 口口円 4 日用品費 ××円			
フリガナ			
名 称			
所在地		(郵便番号 ー) 東京都	
連絡先 電話番号			FAX番号
グループホームに供する建物形態			
①住居区分: 一戸建て、アパート、マンション、その他()			
②建物所有者名:			
③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
④住居の利用定員数 人			
⑤居室数 室(うち個室 室)			
⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
一的に運営するサテライト型住居 か所			
一的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
主たる対象者 身体障害者 • 知的障害者 • 精神障害者 • 難病等対象者			
利用料			
その他の費用			

複数の部屋を借りている場合は、交流室と居室がわかるように明示したうえで、部屋番号まで記載してください。

賃貸物件の場合は、賃貸借契約書と同内容の記載となるよう整合性をとってください。

(賃貸借契約書は、運営法人と建物のオーナーとの間で取り交わしているものを指します。)

自己所有物件の場合、「②建物所有者名」欄には法人名を記載してください。

「③賃貸借契約の内容」欄は、「オ 賃貸料がない理由」に「自己所有物件のため」と記載してください。

④この建物における当該ユニットの定員を記載してください。

⑤入居者の居室数を記載してください(交流スペース、世話人室は記載しないでください)。

⑥居室の最小床面積(収納設備等を除いた面積)を記載してください。

・「その他費用」については、基準省令により受領できる費用が定められています。(※下記参考参照)

・運営規程の記載と整合性をとってください。

・内容を重要事項説明書にも記載し、あらかじめ入居者に十分説明をする必要があります。

・食材料費や光熱水費については定期的に精算を行ってください。

(詳細については「東京都障害者グループホーム運営の指針」を参照してください)。

<参考>

以下、基準省令より引用

(利用者負担額等の受領)

第210条の4

3 指定共同生活援助事業者は、前2項の支払を受ける額のほか、指定共同生活援助において提供される便宜に要する費用のうち、次の各号に掲げる費用の支払を支給決定障害者から受けることができる。

一 食材費

二 家賃(法第34条第1項の規定により特定障害者特別給付費が利用者に代わり当該指定共同生活援助事業者に支払われた場合に限る。)は、当該利用者に係る家賃の月額から法第34条第2項において準用する法第29条第5項の規定により当該利用者に支給があったものとみなされた特定障害者特別給付費の額を控除した額を限度とする。

三 光熱水費

四 日用品費

五 前各号に掲げるもののほか、指定共同生活援助において提供される便宜に要する費用のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、支給決定者に負担せざることが適当と認められるもの

その他日常生活費

詳細については「障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成18年12月6日 障発第1206002号)をご覧ください。

(付表7) その3

フリガナ	グループホーム トウキョウ(サテライト)		
名称	グループホーム 東京(サテライト)		
所在地	(郵便番号 163-8001) 東京都 新宿区西新宿2-8-☆		
連絡先	電話番号 03-5321-〇〇〇〇	FAX番号 03-5388-〇〇〇〇	
サテライト型住居に供する建物形態			
①住居区分:アパート、マンション、その他()			
②建物所有者名:□□ □□			
③賃貸借契約の内容: ア 敷金 なし イ 礼金 59,000円 ウ 家賃(月額) 59,000円 エ 契約期間 H26.4.1~H28.3.31 オ 賃料がない理由			
④住居の利用定員数 1 人			
⑤居室の最小床面積 8.6 m ²			
本体住居の名称 グループホーム 東京			
本体住居との距離 0.1 km			
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 携帯電話			
主たる対象者 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 · 知的障害者 · 精神障害者 · 難病等対象者			
利用料 各区市町村が定める額			
その他の費用 1 家賃 59,000円 2 光熱水費 〇〇円 3 日用品費 ××円			
フリガナ			
名称			
所在地	(郵便番号 —) 東京都		
連絡先	電話番号	FAX番号	
サテライト型住居に供する建物形態			
①住居区分:アパート、マンション、その他()			
②建物所有者名:			
③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由			
④住居の利用定員数 人			
⑤居室の最小床面積 m ²			
本体住居の名称			
本体住居との距離 km			
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器			
主たる対象者 身体障害者 · 知的障害者 · 精神障害者 · 難病等対象者			
利用料			
その他の費用			
フリガナ			
名称			
所在地	(郵便番号 —) 東京都		
連絡先	電話番号	FAX番号	
サテライト型住居に供する建物形態			
①住居区分:アパート、マンション、その他()			
②建物所有者名:			
③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃料がない理由			
④住居の利用定員数 人			
⑤居室の最小床面積 m ²			
本体住居の名称			
本体住居との距離 km			
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器			
主たる対象者 身体障害者 · 知的障害者 · 精神障害者 · 難病等対象者			
利用料			
その他の費用			

【注】サテライト型住居(国基準サテライト)用の様式です

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

年　月　日

東　京　都　知　事　殿

届出者 所 在 地

事業者名

代表者名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称				
	主たる事務所 の所在地	(郵便番号　ー　)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号　ー　)			
事業所・施設の状況	主たる事業所名称				
	サービスの種類			事業所番号	
	主たる事業所・ 施設の所在地	(郵便番号　ー　) 東京都			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号　ー　)			

(様式第5号) その2

届出を行う事業所・施設の種類 届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(更新)年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
	居宅介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	重度訪問介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	同行援護			1 新規 2 変更 3 終了		
	行動援護			1 新規 2 変更 3 終了		
	療養介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	生活介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	短期入所			1 新規 2 変更 3 終了		
	重度障害者等包括支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	施設入所支援			1 新規 2 変更 3 終了		
訓練等給付	自立訓練			1 新規 2 変更 3 終了		
	就労移行支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	就労継続支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	就労定着支援			2 新規 2 変更 3 終了		
	自立生活援助			3 新規 2 変更 3 終了		
	共同生活援助			1 新規 2 変更 3 終了		
特記事項	変更前			変更後		
関係書類		別紙のとおり				

注1 「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。

注2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

注3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

注4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注5 「異動項目」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注6 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

東京都知事殿

令和6年5月15日

【届出年月日】

○報酬が増える場合：変更年月日の前月15日までに届出
 ○報酬が減る場合：速やかに届出
 ※第2号様式等の届出年月日と同日としてください

届出者 所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1
 事業者名 社会福祉法人〇〇会
 代表者名 理事長 〇〇 〇〇

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称 主たる事務所の所在地 連絡先 法人の種別 代表者の職・氏名 代表者の住所 主たる事業所名称 サービスの種類 主たる事業所・施設の所在地 連絡先 管理者の氏名 管理者の住所	シャカイケシホウジン〇〇会 社会福祉法人〇〇会 (郵便番号 163 - 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1 電話番号 03-5321-1111 FAX番号 03-5388-1407 社会福祉法人 法人所轄庁 東京都 職名 理事長 氏名 〇〇 〇〇 (郵便番号 110 - 0004) 東京都台東区下谷1-1-3 グループホーム 東京 共同生活援助 事業所番号 1300000000 (郵便番号 163 - 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1 電話番号 03-5321-1111 FAX番号 03-5388-1407 職名 管理者 氏名 □□ □□ (郵便番号 162 - 0052) 東京都新宿区戸山3-17-2
-----	---	--

運営法人の情報について記載する欄です。

上記の「届出者」及び第2号様式の「事業者」の記載と整合性をとってください。

事業所の情報について記載する欄です。

第2号様式、その他各種加算の届出書等の記載と整合性をとってください。

付表7の記載と整合性をとってください。

管理者の情報について記載する欄です。

管理者経歴書の記載と整合性をとってください。

届出を行う事業所・施設の種類 届出を付する事業所	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(更新)年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
	居宅介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	重度訪問介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	同行援護			1 新規 2 変更 3 終了		
	行動援護			1 新規 2 変更 3 終了		
	療養介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	生活介護			1 新規 2 変更 3 終了		
	短期入所			1 新規 2 変更 3 終了		
	重度障害者等包括支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	施設入所支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	自立訓練			1 新規 2 変更 3 終了		
	就労移行支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	就労継続支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	就労定着支援			2 新規 2 変更 3 終了		
	自立生活援助			3 新規 2 変更 3 終了		
共同生活援助		<input checked="" type="radio"/>	令和4年4月1日	1 新規 2 変更 3 終了	令和6年6月1日	夜間支援等体制加算
特記事項	変更前		変更後			
	夜間支援等体制加算(I) ○○寮 4名		夜間支援等体制加算(I) ○○寮 5名			
関係書類		別紙のとおり				

注1 「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。

注2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

注3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

注4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注5 「異動項目」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注6 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

【異動年月日】

変更を反映させる日を記載してください。

※報酬が増える変更(ユニット増、定員増、加算の増など)の場合は、必ず1日付の変更となります。

<例> 5月15日以前に届出 ⇒ 6月1日
5月16日以降に届出 ⇒ 7月1日

※報酬が減る変更の場合は、その事実が生じた日が変更年月日となります。

請求に関する項目について記載してください。

別紙1

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（共同生活援助）

		ユニット名	
提供サービス	その他該当する体制等		適用開始日
共同生活援助 (グループホーム)	本体住居定員	人	
	サテライト型住居定員	人	
	人員配置（※1）		
	地域区分		
	施設区分		
	大規模住居等（※2）		
	職員欠如		
	サービス管理責任者欠如		
	身体拘束廃止未実施		
	虐待防止措置未実施		
	業務継続計画未策定		
	情報公表未報告		
	福祉専門職員配置等		
	視覚・聴覚等支援体制		
	看護職員配置体制		
	夜間支援等体制	夜間支援体制等加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定する際の夜間支援対象利用者数	人
	夜間支援等体制加算Ⅰ 加配職員体制		
	夜勤職員加配体制		
	重度障害者支援体制（※3）		
	地域生活移行個別支援		
	精神障害者地域移行体制		
	強度行動障害者地域移行体制		
	強度行動障害者体験利用加算職員配置		
	医療連携体制加算（Ⅷ）		
	通勤者生活支援		
	医療的ケア対応支援体制		
	居住支援連携体制		
	移行支援住居体制（自立生活支援加算（Ⅲ））		
	人員配置体制		
	指定管理者制度適用区分		
	ピアサポート実施加算		

地域生活支援拠点等	
障害者支援施設等感染対策向上体制	
中核的人材配置体制	
高次脳機能障害者支援体制	

通過型グループホームの指定状況	通過型グループホームの指定	
	当ユニットの専従世話人	
精神科医療連携体制加算の算定		

※1 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を設定する。

※2 「大規模住居」欄の「2. 定員8人以上」は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「外部サービス利用型」の場合に限る。また、「4. 定員21人以上（一体的な運営が行われている場合）」は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「日中サービス支援型」の場合に限る。

※3 「重度障害者支援職員配置」欄は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「日中サービス支援型」の場合に設定する。

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（共同生活援助）

提供サービス	その他該当する体制等		ユニット名	東京A
共同生活援助 (グループホーム)	本体住居定員	5	人	令和4年3月1日
	サテライト型住居定員	1	人	令和4年5月1日
	人員配置（※1）	1. I型 (6:1)		令和6年4月1日
	地域区分	1. 一級地		
	施設区分	1. 介護サービス包括型		
	大規模住居等（※2）	1. なし		
	職員欠如	1. なし		
	サービス管理責任者欠如	1. なし		
	身体拘束廃止未実施	1. なし		
	虐待防止措置未実施	1. なし		
	業務継続計画未策定	1. なし		
	情報公表未報告	1. なし		
	福祉専門職員配置等	1. なし		
	視覚・聴覚等支援体制	1. なし		
	看護職員配置体制	1. なし		
	夜間支援等体制	2. I		
		夜間支援体制等加算(I)及び(II)を算定する際の夜間支援対象利用者数	4	人 令和6年4月1日
	夜間支援等体制加算I 加配職員体制	2. IV		令和5年5月1日
	夜勤職員加配体制	1. なし		
	重度障害者支援体制（※3）	1. なし		
	地域生活移行個別支援	1. なし		
	精神障害者地域移行体制	1. なし		
	強度行動障害者地域移行体制	1. なし		
	強度行動障害者体験利用加算職員配置	1. なし		

ユニットごとに作成、提出してください

☆記入漏れ注意☆

【適用開始日】

- 新たに変更した項目の適用開始日を更新してください。
例：平成30年6月1日から夜間支援等体制を算定
⇒ 夜間支援等体制の適用開始日欄に「平成30年6月1日」と記入する
- 過去に適用を開始している項目については、引き続き適用開始日を残してください。

職員欠如や各項目未実施の場合は「あり」となります。

介護サービス包括型・外部サービス支援型

介護サービス包括型・外部サービス支援型

日中サービス支援型

【夜間支援対象者数】

夜間支援等体制加算届出書（別紙13）
を御参照の上、御記入ください。

医療連携体制加算（VII）	2. あり	令和4年3月1日
通勤者生活支援	1. なし	
医療的ケア対応支援体制	1. なし	
居住支援連携体制	2. 非該当	
移行支援住居体制（自立生活支援加算（Ⅲ））	1. なし	
人員配置体制	3. 12:1	令和6年4月1日
指定管理者制度適用区分	2. 非該当	
ピアサポート実施加算	1. なし	
地域生活支援拠点等	1. なし	
障害者支援施設等感染対策向上体制	1. なし	
中核的人材配置体制	1. なし	
高次脳機能障害者支援体制	1. なし	

1. なし 2. 7.5:1 3. 12:1 4. 20:1 5. 30:1

通過型グループホームの指定状況	通過型グループホームの指定	1. なし
	当ユニットの専従世話人	
精神科医療連携体制加算の算定	1. なし	

福祉保健局長から通過型の指定を受けていない場合は記載不要です。

※1 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を設定する。

※2 「大規模住居」欄の「2. 定員8人以上」は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「外部サービス利用型」の場合に限る。また、「4. 定員21人以上（一体的な運営が行われている場合）」は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「日中サービス支援型」の場合に限る。

※3 「重度障害者支援職員配置」欄は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「日中サービス支援型」の場合に設定する。

別紙18

共同生活援助の重度障害者支援加算に係る届出書 (兼・令和6年度強度行動障害支援者養成研修等受講計画)

事 業 所 の 名 称			
事 業 所 の 所 在 地			
連絡先	電 話 番 号		担当 者名
	F A X 番 号		

(※1)サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践)又は喀痰吸引等研修(第2号)修了者であること。

(※2)生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修(基礎)又は喀痰吸引等研修(第2号)修了者であること。

(※3)サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、跨域行動障害支援者養成研修(実践)修了者であること

(※4)生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修(基礎)修了者であること

注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。

注2：「職種」欄は、サービス管理者又は生活支援員の別を記載してください。（世話人等は含まれません。）

注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください。（世話を等は含まれません。）
注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。

注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講しておらず年度内に受講予定もない

場合は「無」又は空欄で記載してください。

成研修の課程を修了している場合は、「強度行動障害者支援者養成研修」欄に「有」を記載してください。

※平成31年3月31日まで受講予定のない方の配置は終了しております。対象外となります。

※平成31年3月31日で受講予定のみなし配置は終了しており対象外となります。

別紙18

共同生活援助の重度障害者支援加算に係る届出書 (兼・令和6年度強度行動障害支援者養成研修等受講計画)

事 業 所 の 名 称			
事 業 所 の 所 在 地			
連絡先	電 話 番 号		担当 者名
	F A X 番 号		

(※1)サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践)又は喀痰吸引等研修(第2号)修了者であること。

(※2)生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修(基礎)又は喀痰吸引等研修(第2号)修了者であること。

重度障害者支援加算（Ⅱ）			
職員配置		研修の受講状況	
職種	氏名	強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修)	強度行動障害支援者養成研修 (実践研修)
サービス管理責任者	○○ ○○	有	有
生活支援員	○○ ○○	有	
生活支援員	○○ ○○	有	有
生活支援員	○○ ○○	有	
生活支援員	○○ ○○		
生活支援員	○○ ○○		

(※3)サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践)修了者であること

(※4)生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修(基礎)修了者であること

注1 「職員配置」欄は、共用バス管理責任者又は生活支援担当として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。

「職員配置」欄は、サービス業の管理責任者又は生活支援員と從事する当該事業所の全ての職員について記載する。併せて、会員登録等も行なわれる。

注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください。（世話人等は含まれません。）
注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。

注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講しておらず年度内に受講予定もない場合は「無」又は空欄で記載してください。

又は空欄で記載してください。注5 職員が看護師又は准看護師の場合には「喀痰吸引等研修」欄に「看護師」若しくは「准看護師」と記載してください。

注5 職員が「看護師」は「看護吸引」「剪切」欄に「看護師」、右欄に「准看護師」と記載してください。
注6 職員が既に重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程を修了している場合、または職員が既に行動支援従業者養成研修の課程を修了している場合は、「強度行動障害者支援者養成研修」欄に「有」を記載してください。

※平成31年3月31日で受講予定のみなし配置は終了しており対象外となります。

地域生活移行個別支援特別加算に係る体制

1 事業所情報

適用開始日： 令和 年 月 日

事業所の名称		異動区分	1 新規	2 継続	3 終了
事業所定員(A)	名	ユニット数(B)			ユニット

2 職員の配置状況

人員配置区分	型	世話人(常勤換算)	生活支援員(常勤換算)
※事業所の人員配置は、人員配置体制加算(I)・(V)又は(X III)を基本とし、配置数はこれを超えなければならない。		当該事業所の必要配置数	
		当該事業所の配置数	

当該事業所の社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師の人数	社会福祉士	名 (常勤 名、非常勤 名)
	精神保健福祉士	名 (常勤 名、非常勤 名)
	公認心理師	名 (常勤 名、非常勤 名)
	合計	名 (常勤 名(C)、非常勤 名)
当該事業所の社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師の人数(常勤換算) (D)		

有資格者数(常勤)に対する定員数(A:C=○:1)	A : C = : 1	※「A:C=6:1」以上を基本とする
有資格者数(常勤)に対するユニット数(B:C=○:1)	B : C = : 1	※「B:C=1:1」以上を基本とする
有資格者数(常勤換算)に対する定員数(A:D=○:1)	A : D = : 1	※参考

3 支援内容

有資格者による個別支援の具体的な内容		
研修(今後の予定を含む) ※医療観察法に基づく通院中の者及び刑務所から出所した障害者等の支援に関する研修について記入してください。	回数 内容	回／年
協力体制機関名	必須 その他	<input type="checkbox"/> 保護観察所() <input type="checkbox"/> 地域生活定着支援センター <input type="checkbox"/> どちらかの機関との調整が必要です。 <input type="checkbox"/> 医療機関() <input type="checkbox"/> 矯正施設() <input type="checkbox"/> 更生保護施設() <input type="checkbox"/> 実施機関・保健所() <input type="checkbox"/> 精神保健福祉センター() <input type="checkbox"/> その他() ※括弧には機関の具体的な名称を記載してください。
添付書類	①職員配置状況確認調査票 ②社会福祉士又は精神保健福祉士の資格証の写し ③研修資料 ④研修を受講したことがわかるもの(受講者一覧表や職員による受講報告書等) ⑤関係機関との協力体制イメージ図 ⑥関係機関との打ち合わせ経過(関係機関と日付がわかるもの)	
※上記記載の内容に途中で変更があった場合には、その都度変更届を提出してください。		

地域生活移行個別支援特別加算算定要件

加算算定要件

国算定要件

対象者要件

以下の2つの条件をすべて満たす者

- ① 医療観察法に基づく通院決定を受けてから3年を経過していない者又は矯正施設(刑務所等)若しくは更生保護施設を退院、退所、釈放又は仮釈放の後、3年を経過していない者
- ② 保護観察所又は地域生活定着支援センターとの調整により、グループホームを利用することになった者

施設要件

- ① 適切な支援を行うために必要な数の世話人を配置することが可能であること(※)
- ② 社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有する者が配置されているとともに、当該資格を有する者による指導体制が整えられていること
- ③ 従業者に対して、医療観察法に基づく入院によらない医療を受けている者又は刑事施設若しくは少年院を釈放された障害者の支援に関する研修が年一回以上行われていること
- ④ 研修は、原則として事業所の従業者全員を対象に行われること
- ⑤ 加算対象者の特性の理解、加算対象者が通常有する課題とその課題を踏まえた支援内容、関係機関の連携等についての研修であること
- ⑥ 矯正施設等を退所した障害者の支援に実際に携わっている者を講師とする事業所内研修、既に支援の実績のある事業所の視察、関係団体が行う研修会の受講等の方法により行うこと
- ⑦ 保護観察所、更生保護施設、指定医療機関又は精神保健福祉センターその他関係機関との協力体制が整えられていること

支援内容

- ① 本人や関係者からの聞き取りや経過記録、行動観察等によるアセスメントに基づき、犯罪行為等に至った要因を理解し、これを誘発しないような環境調整と必要な専門的支援(教育又は訓練)が組み込まれた、個別支援計画の作成
- ② 指定医療機関や保護観察所等の関係者との調整会議の開催
- ③ 日常生活や人間関係に関する助言
- ④ 医療観察法に基づく通院決定を受けた者に対する通院の支援
- ⑤ 日中活動の場における緊急時の対応
- ⑥ その他必要な支援

※「適切な支援を行うために必要な数の世話人」について、都としては、以下のような人員配置を想定

①「事業所の定員」と「事業所の常勤有資格者数」の比率は「6:1」以上に厚くすることが望ましい。
(有資格者が中心となって支援する旨規定されていることを考慮すると、利用者6名に対して、常勤の有資格者1名相当が確保されていることが望ましい。)

②「事業所内の全ユニット数」と「事業所の常勤有資格者数」の比率は「1:1」以上が望ましい。
(有資格者が中心となって支援する旨規定されていることを考慮すると、1つのユニットに1名以上、常勤の有資格者が配置されていることが望ましい。)

③事業所全体の人員配置基準については、人員配置体制加算(I)・(V)又は(XIII)以上が望ましい。
(職員の経験等、事業所の支援体制に支障がないと判断できる場合は、この限りではない。)

※基本的に上記①②③の内容をすべて満たしていることが望ましいが、
満たしていない場合は、別途適切な支援を行うに足りる配置ができているかどうか、確認します。

地域生活移行個別支援特別加算について

加算について

地域生活移行個別支援特別加算

医療観察法に基づく通院医療の利用者、刑務所出所者等に対して、特別な支援に対応した共同生活援助計画に基づき、地域で生活するために必要な相談援助や個別の支援等を行った場合に、当該利用者に対し、3年以内の期間において、1日につき所定単位数を加算する。(670単位)

(平成21年4月から制度開始。都では平成23年6月から算定開始。)

特徴

①地域生活移行個別支援加算は、矯正施設等を退所した障害者の地域生活への円滑な移行を促進することを目的とし、地域社会に復帰できるよう特別な支援を行った場合の支援措置である。

②東京都は、事業所が、厚生労働大臣が定める施設基準に合致していることを書類上確認する必要がある。

課題と取組

要件判断の課題

①加算の単価が高く、対象としている利用者の受け入れには、高い水準の支援が求められている。

②現状の要件や加算の届出様式では、適切な支援を行うための体制が整っているか具体的に判断しづらいため、事業所によって支援の質が

適切な支援を行うための体制について、自治体の考えを示すことに問題がない旨、厚生労働省から回答を得た。

取組内容

- ①これまで本加算を適用した事例を参考に、事業者に対して、都の基本的な考え方を示す。
- ②支援水準を確認するため、提出書類を明確化する。
- ③事業所職員の配置状況等、届出内容に変更があった場合には、その都度変更届を提出する。

適用について

- 平成26年4月1日付けの届出から適用する。
- 現在本加算を算定している事業所についても、今後、都が示した考え方へ沿うよう努めることとする(努力義務)。

年 月 日

看護職員配置加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
1 異動区分	選択してください			
2 看護職員の配置状況		常勤	非常勤	合計
	実人員	人	人	人
	常勤換算方法 による員数	人	人	(A) 人
3 利用者の数	前年度の利用者の平均			人
4 看護職員の必要数	利用者の数を20で除した数 (A) \geq (B) であること			人

備考 1 届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。

記載例

R6 年 4 月 15 日

看護職員配置加算に関する届出書

事業所・施設の名称	社会福祉法人 とうきょう															
1 異動区分	2 変更															
2 看護職員の配置状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th>常勤</th><th>非常勤</th><th>合計</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実人員</td><td>1人</td><td>1人</td><td>2人</td></tr> <tr> <td>常勤換算方法による員数</td><td>1.0</td><td>0.5人</td><td>(A) 1.5 人</td></tr> </tbody> </table>					常勤	非常勤	合計	実人員	1人	1人	2人	常勤換算方法による員数	1.0	0.5人	(A) 1.5 人
	常勤	非常勤	合計													
実人員	1人	1人	2人													
常勤換算方法による員数	1.0	0.5人	(A) 1.5 人													
3 利用者の数	前年度の利用者の平均		(B) 1.25	人												
4 看護職員の必要数	利用者の数を20で除した数 (A) \geq (B) であること															

備考 1 届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。

別紙47(その2)

年 月 日

居住支援連携体制加算に関する届出書

事業所番号			
事業所の名称			
事業所所在地			
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
居住支援法人又は居住支援協議会との連携状況	1	居住支援法人又は居住支援協議会の名称	
	2	居住支援法人又は居住支援協議会の所在地	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等を示す文書を添付してください。

自立生活支援加算（Ⅲ）に関する届出書（移行支援住居の届出）

事業所の名称	
異動区分	選択してください

1. 人員配置体制の確認

指定障害福祉サービス基準第208条第1項第3号の規定により指定共同生活援助事業所に置くべきサービス管理責任者に加え、専ら移行支援住居に入居する利用者（以下「移行支援入居者」という。）に対する支援に従事するサービス管理責任者であって、かつ、社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有するものを一以上（当該指定共同生活援助事業所における移行支援入居者の数の合計がハ以上の場合にあっては、一に、移行支援入居者の数が七を超えて七又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上）配置していること。

(1)	移行支援住居に加配する常勤・専従のサービス管理責任者 <small>（複数名記載可、欄が不足する場合は別紙用紙にて提出すること）</small>	氏名 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無	一人目	氏名 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無	選択してください
			二人目	氏名 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無	選択してください
			三人目	氏名 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無	選択してください
			四人目	氏名 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無	選択してください
(2)	配置割合	配置割合の基準を満たす 確認の可否		可	

2. 移行支援住居として登録する共同生活住居

		指定申請書 付表7の共同生活住居又は サテライト型住居の番号及び名称	定員	入居者数
住居①	住居			
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居②	住居			
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居③	住居			
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居④	住居			
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

自立生活支援加算（Ⅲ）に関する届出書（移行支援住居の届出）

事業所の名称	社会福祉法人 とうきょう
異動区分	2 変更

1. 人員配置体制の確認

指定障害福祉サービス基準第208条第1項第3号の規定により指定共同生活援助事業所に置くべきサービス管理責任者に加え、専ら移行支援住居に入居する利用者（以下「移行支援入居者」という。）に対する支援に従事するサービス管理責任者であって、かつ、社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有するものを一以上（当該指定共同生活援助事業所における移行支援入居者の数の合計がハ以上の場合にあっては、一に、移行支援入居者の数が七を超えて七又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上）配置していること。

(1)	移行支援住居に加配する常勤・専従のサービス管理責任者 <small>（複数名記載可、欄が不足する場合は別紙用紙にて提出すること）</small>	氏名 東京 太郎 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 有 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無 有（世話人） 氏名 千葉 花子 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 有 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無 有（世話人） 氏名 社会福祉士又は精神保健 福祉士の資格要件の確認 当該事業所内の世話人又は生 活支援員との兼務の有無	一人目
			二人目
			三人目
(2)	配置割合（別添にて確認）	配置割合の基準を満たす 確認の可否	可

2. 移行支援住居として登録する共同生活住居

		指定申請書 付表7の共同生活住居又は サテライト型住居の番号及び名称	定員	入居者数
住居①	住居	第一ホーム	7	7
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		7	7

住居②	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居③	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居④	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

別紙4 8

職員配置状況確認調査票(人員配置体制加算)

★★

1 サービス類型

<input type="radio"/>	介護サービス包括型事業所
	外部サービス利用型事業所
	日中サービス支援型事業所

2 運営状況

	①新設又は増改築等の時点から6か月未満
	②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
<input type="radio"/>	③新設又は増改築等の時点から1年以上

3 利用者数

	区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	計
利用者数（平均）							0.0人
個人居宅介護利用者（再掲）							0.0人
定員増人数							0.0人
計	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人	0.0人

4 基準上最低限置くべき配置数

日サ	常勤換算数		特定従業者用の勤務延べ時間数
	常勤換算による人数	勤務延べ時間数	
世話人6:1	0.0人	0.0	0.0
世話人5:1	非該当	0.0	0.0
生活支援員	0.0人	0.0	0.0
合計	0.0人	0.0	0.0

5 現在の当該事業所における実配置数

日サ	常勤換算数		特定従業者用の勤務延べ時間数
	常勤換算による人数	勤務延べ時間数	
世話人6:1	0.0人	0.0	0.0
世話人5:1	非該当	0.0	0.0
生活支援員	0.0人	0.0	0.0
合計	0.0人	0.0	0.0

6 加配している特定従業者数

	特定従業者数換算数	
	特定従業者数換算による人数	勤務延べ時間数
世話人等	0.0人	0.0
合計	0.0人	0.0

★6:1の指定基準を満たしているか★
基準を満たしていません

7 人員配置体制加算の算定における必要加配数

調整数： 常勤換算方法による基準上おくべき従業者数において、当該事業所の常勤換算における所定労働時間が40時間未満であった場合に、特定従業者数換算方法により算出された場合の値との差分をいう。

介護サービス包括型・外部サービス利用型

12:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	0.0	0.0
不足調整数	0.0	0.0
加配状況	0.0	0.0
算定要件に対しての加配状況	0.0	0.0

➡ 12:1 不可

30:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	0.0	0.0
不足調整数	0.0	0.0
加配状況	0.0	0.0
算定要件に対しての加配状況	0.0	0.0

➡ 30:1 不可

日中サービス支援型

7.5:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	0.0	0.0
不足調整数	0.0	0.0
加配状況	0.0	0.0
算定要件に対しての加配状況	0.0	0.0

➡ 7.5:1 不可

20:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	0.0	0.0
不足調整数	0.0	0.0
加配状況	0.0	0.0
算定要件に対しての加配状況	0.0	0.0

➡ 20:1 不可

従業者の勤務体制一覧表

	職種	勤務形態	氏名	第1週					第2週					第3週					第4週					4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	特定従業者換算後の人數	兼務先			
				月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金		
サービス管理者	管理者																											0	0.00		
	サービス管理責任者																											0	0.00		
	サービス管理責任者																											0	0.00		
	サービス管理責任者																											0	0.00		
	サービス管理責任者																											0	0.00		
	サービス管理責任者																											0	0.00		
夜間及び深夜の時間帯以外の時間帯	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
	世話人																											0	0.00		
生活支援員	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
	生活支援員																											0	0.00		
世話人・生活支援員の合計				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	
総合計				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	35	

1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）

夜間支援等体制加算に係る支援体制

	職種	勤務形態	氏名	第1週		第2週		第3週		第4週		4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	特定従業者換算後の人数	兼務先										
				月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		
夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者	夜間支援従事者																			0	0.00				
		夜間支援従事者																			0	0.00				
		夜間支援従事者																			0	0.00				
		夜間支援従事者																			0	0.00				
		夜間支援従事者																			0	0.00				
		夜間支援従事者																			0	0.00				
		夜間支援従事者																			0	0.00				
		夜間支援従事者																			0	0.00				
夜間支援従事者の合計				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00			
夜間及び深夜の時間帯（最低でも22時から翌朝5時までを含むようご記載ください）																		:	～	:						
夜間及び深夜の時間帯のうち、休憩時間（上記時間内に休憩時間を設定している場合のみご記載ください）																		:	～	:						

※「勤務形態」の左側の欄には「常勤・専従」や「非常勤・兼務」等を記載し、右側の欄には支援先のユニット名を記載すること（すべてのユニットに閑わり支援している場合は「全ユニット」と記載すること。）

*特定有資格者（社会福祉士「社」・精神保健福祉士「精」・介護福祉士「介」）には名前の後に資格名と勤続年数（経験3年以上の者のみ）を記載すること。

- 手順1 サービス類型を選択 → 1 サービス類型
手順2 運営状況を選択 → 2 運営状況
手順3 対象となる利用者数を算出 → 3 利用者数
・「2 運営状況」で①を選択した場合は、3に各々の推定数を記載する。
・「2 運営状況」で②③を選択した場合は、別紙参考表の計算式で算出された値を転記する。
手順4 基準上置くべき従業者数が表示される → 4 基準上置くべき従業者数
手順5 「従業者の勤務体制一覧表」を記載する。
手順6 「7 人員配置体制加算の算定における必要加配数」が可であれば、人員配置体制加算を届出できる。

人員配置体制確認表 確認表

法人名	社会福祉法人東京	事業所名	グループホーム東京
事業所番号	1311111111		

1 サービス類型	
○	介護サービス包括型事業所
	外部サービス利用型事業所
	日中サービス支援型事業所

3 利用者数

	区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	計
利用者数(平均)	1.0人	2.0人	1.0人	0.0人	1.0人	0.0人	5.0人
個人施設利用者(再掲)							0.0人
定員増人数							0.0人
計	1.0人	2.0人	1.0人	0.0人	1.0人	0.0人	5.0人

2 運営状況

①新設又は増改築等の時点から6か月未満
②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
③新設又は増改築等の時点から1年以上

4 基準上最低限置くべき配置数

日サ	常勤換算数		特定従業者用の勤務延べ時間数
	常勤換算による人員数	勤務延べ時間数	
世話人6:1	0.8人	28.0	32.0
世話人5:1	非該当	0.0	0.0
生活支援員	0.3人	10.5	12.0
合計	1.1人	38.5	44.0

5 現在の当該事業所における実配置数

日サ	常勤換算数		特定従業者用の勤務延べ時間数
	常勤換算による人員数	勤務延べ時間数	
世話人6:1	1.9人	66.5	76.0
世話人5:1	非該当	0.0	0.0
生活支援員	0.8人	28.0	32.0
合計	2.7人	94.5	108.0

6 加配している特定従業者数

特定従業者数	
特定従業者数換算算出による人員数	勤務延べ時間数
世話人等	1.4人
合計	1.4人
★6:1の指定基準を満たしているか★	OK

7 人員配置体制加算の算定における必要加配数

調整数： 常勤換算方法による基準上おくべき従業者数において、当該事業所の常勤換算における所定労働時間が40時間未満であった場合に、特定従業者数換算方法により算出された場合の値との差分をい。

介護サービス包括型・外部サービス利用型		
12:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	-0.4	-16.0
不足調整数	-0.1	-5.5
加配状況	1.4	57.5
算定期要件に対し ての加配状況	0.9	36.0

30:1の場合		
特定従業者数	勤務延べ時間	
不足加配数	-0.1	-4.0
不足調整数	-0.1	-5.5
加配状況	1.4	57.5
算定期要件に対し ての加配状況	1.2	48.0

日中サービス支援型		
7.5:1の場合	特定従業者数	勤務延べ時間
不足加配数	-0.6	-24.0
不足調整数	-0.1	-5.5
加配状況	1.4	57.5
算定期要件に対し ての加配状況	0.7	28.0

20:1の場合		
特定従業者数	勤務延べ時間	
不足加配数	-0.2	-8.0
不足調整数	-0.1	-5.5
加配状況	1.4	57.5
算定期要件に対し ての加配状況	1.1	44.0

12:1 可

30:1 可

7.5:1 不可

20:1 不可

従業者の勤務体制一覧表

職種	勤務形態	氏名	第1週		第2週		第3週		第4週		4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	特徴従業者換算後の人数	兼務先												
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日											
管理者	常勤・兼務	ユニットA A	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	160	40.00	世話人									
サービス管理責任者	非常勤・専任	ユニットA B	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	96	24.00										
サービス管理責任者																0	0.00										
サービス管理責任者																0	0.00										
サービス管理責任者																0	0.00										
世話人	常勤・兼務	ユニットA C	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	120	30.00	管理者									
世話人	非常勤・専任	ユニットA D	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	20	5.00	夜間支援従事者									
世話人	常勤・兼務	ユニットA E	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48	12.00										
世話人	非常勤・専任	ユニットA F	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	16.00										
生活支援員																0	0.00										
生活支援員																0	0.00										
生活支援員																0	0.00										
生活支援員																0	0.00										
生活支援員																0	0.00										
世話人・生活支援員の合計			18	11	12	13	18	12	12	18	11	12	13	18	12	12	18	11	12	13	18	12	12	384	96.00	2.7	2.4
総合計			32	25	26	27	26	12	12	32	25	26	27	26	12	12	32	25	26	27	26	12	12	640	160.00		

1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数(就業規則上に定める時間数)

35

職種	勤務形態	氏名	第1週		第2週		第3週		第4週		4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	特徴従業者換算後の人数	兼務先				
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
夜間支援従事者	常勤・専任	ユニットA G	2	5	2	5	2	5	2	5	2	5	2	5	2	28	7.00	世話人	
夜間支援従事者	非常勤・専任	ユニットA H	2	5	2	5	2	5	2	5	2	5	2	5	2	56	14.00		
夜間支援従事者	常勤・専任	ユニットA I	1	1	2	5	1	1	2	5	1	1	2	5	1	28	7.00		
夜間支援従事者	非常勤・専任	ユニットA J	5		2	5		2	5		2	5		2	5	2	28	7.00	
夜間支援従事者																0	0.00		
夜間支援従事者																0	0.00		
夜間支援従事者																0	0.00		
夜間支援従事者の合計			7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	196	49.00		

22:00 ~ 5:00

: ~ :

手順1 サービス類型を選択	→1 サービス類型
手順2 運営状況を選択	→2 運営状況
手順3 対象となる利用者数を算出	→3 対象者数
・「2 運営状況」でを選択した場合は、3に各々の推定数を記載する。	
・「2 運営状況」で②を選択した場合は、別紙参考表の計算式で算出された値を記載する。	
手順4 基準上置くべき従業者数が表示される	→4 基準上置くべき従業者数
手順5 「従業者の勤務体制一覧表」を記載する。	
手順6 「7 人員配置体制加算の算定における必要加配数」が可であれば、人員配置体制加算を届出できる。	

(参考表)

令和 年 月 日

参考表

1 事業者名等

法人名		
事業所名		
事業所番号	定員	

2 事業所類型

<input type="checkbox"/>	介護サービス包括型
<input type="checkbox"/>	外部サービス利用型
<input type="checkbox"/>	日中サービス支援型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

5 前年度の平均利用者数

開所日数		延べ利用人数												計	
		区分1以下		区分2		区分3		区分4		区分5		区分6			
		利用者数	定員増人數												
個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者		個人居宅介護等利用者	
4月	30日		0		0		0		0		0		0	0名	
5月	31日		0		0		0		0		0		0	0名	
6月	30日		0		0		0		0		0		0	0名	
7月	31日		0		0		0		0		0		0	0名	
8月	31日		0		0		0		0		0		0	0名	
9月	30日		0		0		0		0		0		0	0名	
10月	31日		0		0		0		0		0		0	0名	
11月	30日		0		0		0		0		0		0	0名	
12月	31日		0		0		0		0		0		0	0名	
1月	31日		0		0		0		0		0		0	0名	
2月	29日		0		0		0		0		0		0	0名	
3月	31日		0		0		0		0		0		0	0名	
計	366日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名	
項目毎 平均利用者数		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0名	
区分毎平均利用者総数		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0名	

※2 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は**入力不要**

※3 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、**直近6か月分を入力**

※4 「新設又は増改築の時点から1年以上」の場合は**直近1年分又は前年度分を入力**

※5 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

ピアサポート実施加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所名					
2 異動区分	選択してください				
3 算定要件	自立生活支援加算（Ⅲ）の加算届出をし、受理されている。			確認	
				選択してください	
4 障害者ピアサポート研修修了職員	<雇用されている障害者又は障害者であった者>				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
	<その他の職員>				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄 選択してください	

注1 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注3 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

退居後ピアサポート実施加算に関する届出書

1 事業所名				
2 異動区分	選択してください			
3 障害者ピアサポート研修修了職員	<雇用されている障害者又は障害者であった者>			
	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
			年	
			年	
			年	
	<その他の職員>			
	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
			年	
			年	
			年	
4 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。		確認欄 選択してください	

注1 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注3 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

障害者支援施設等感染対策向上加算に関する届出書

1 事業所名			
2 異動区分	選択してください		
3 サービスの種類	選択してください		
4 届出項目	選択してください		

5 障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅰ）に係る届出

連携している第二種協定指定医療機関

医療機関名	医療機関コード

院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会

医療機関名（※1）	医療機関コード
医療機関が届け出ている診療報酬	選択してください

地域の医師会の名称（※1）

院内感染対策に関する研修又は訓練に参加した日時 (※2)	年	月	日
---------------------------------	---	---	---

6 障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅱ）に係る届出

施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を行った医療機関の名称

医療機関名	医療機関コード

医療機関が届け出ている診療報酬	選択してください
-----------------	----------

実地指導を受けた日時	年	月	日
------------	---	---	---

注1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

注2 障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅱ）で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に係る届出を行っている必要がある。

注3 障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）は併算定が可能である。

注4 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域の医師会の名称のいずれかを記載してください。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載してください。

(※1) 研修若しくは訓練を行った医療機関又は地域の医師会のいずれかを記載してください。

(※2) 医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、障害者支援施設等の職員の参加の可否を確認した上で年度内までに当該研修又は訓練に参加できる目処がある場合、その予定日を記載してください。

高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類	選択してください	多機能型の実施 ※1	無
異動区分 ※2	選択してください		

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)	人		
うち30% (B) = (A) × 0.3	0.0 人		
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) ÷ (D)	#DIV/0! 人	(C) >= (B)	
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計 (E)			
前年度の当該サービスの開所日数 の合計 (D)			

2 加配される従業者の配置状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)	0.0 人		
加配される従業者の数 (G)	人	(G) >= (F)	

3 加配される従業者の要件			
加配される従業者の氏名	加配される従業者の研修の受講状況		
	高次脳機能障害支援養成研修（実践研修） 又は 上記に準ずるものとして、同研修における研修内容と同等のものとして都道府県知事が認める研修	受講年度	研修の実施主体
1			年
2			年
3			年
4			年
直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助事業所又は指定外部サービス利用型共同生活援助事業所の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を1回以上行っている。			確認 選択してください

添付書類	従業者の勤務体制一覧表
------	-------------

(※1) 多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。

(※2) 「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業者の状況の記載は不要とする。

記載例

R6年4月15日

高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書

事業所の名称	社会福祉法人 とうきょう		
サービスの種類	介護サービス包括型	多機能型の実施 ※1	無
異動区分 ※2	2 変更		

1 利用者の状況		
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)	10.0 人	
うち30% (B) = (A) × 0.3	3.0 人	
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) ÷ (D)	4.2 人	(C) >= (B)
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計 (E)		1,500
前年度の当該サービスの開所日数 の合計 (D)		365

2 加配される従業者の配置状況		
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)	0.2 人	
加配される従業者の数 (G)	1.0 人	(G) >= (F)

3 加配される従業者の要件			加配される従業者の研修の受講状況			
加配される従業者の氏名			高次脳機能障害支援養成研修 (実践研修) 又は 上記に準ずるものとして、同研修における研修内容と同等のものとして都道府県知事が認める研修		受講年度	研修の実施主体
1	東京 太郎		高次脳機能障害支援者養成研修 (実践研修)	R5	年	国立障害者リハビリテーションセンター
2					年	
3					年	
4					年	
直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助事業所又は指定外部サービス利用型共同生活援助事業所の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。						確認 <input checked="" type="checkbox"/>

添付書類	従業者の勤務体制一覧表
------	-------------

(※1) 多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。

(※2) 「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業者の状況の記載は不要とする。

運営規定に定めておかなければならぬ重要事項

【東京都指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例（条例第155号）】第101条に基づく。

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 利用定員
- ④ 指定短期入所の内容及び支給決定障害者等から受領する費用の額
- ⑤ サービス利用にあたっての留意事項
- ⑥ 緊急時等における対応方法
- ⑦ 非常災害対策
- ⑧ 事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には、当該障害の種類
- ⑨ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑩ その他運営に関する重要事項
※都として参考に示している事項
 - ・従業者の研修について
 - ・個人情報保護関係
 - ・運営規定に定める事項以外の取り決め
- ⑪ 附則
当該事業の施行日・・・事業開始の日

○○園短期入所事業運営規程

(事業の目的)

第1条 ○○法人△△が開設する○○園（以下「事業所」という。）が行う短期入所事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員（以下「従業者」という。）が、利用者に対し、適正な短期入所を提供することを目的とする**等を記載する。**

(運営の方針)

第2条 短期入所は、利用者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じ必要な保護を適切に行う。

- 2 従業者は、指定短期入所の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者等又はその介護を行う者に對し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 3 事業者は、その提供する短期入所の質の評価を行い、常にその改善を図る**等の運営方針を記載する。**

(事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 一 名 称 ○○園
- 二 所在地 東京都・・・・・・・・・

(職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 一 事業所に配置すべき職種名及び職務内容を記載し、員数は施設の設置基準及び指定基準を下回らない人数の配置をする**等を記載する。**

(指定短期入所の利用定員)

第5条 利用定員は○○名とする。ただし、本体施設（指定○○事業所）に空床がある場合は、当該利用定員に空床数を加えた数を利用定員とする（本体施設：指定○○事業所定員 ○名）

※赤字部分は空床利用がある場合に記載

(事業の内容及び利用者から受領する費用等について)

第6条 短期入所者に対して、食事、入浴及び排泄等、生活全般について援助する。

- 2 サービスを提供した場合の利用料は、厚生労働大臣が定める基準によって各区市町村長が定める額とする。そのうち利用者負担額を利用者又はその扶養義務者から支払を受け、残額を区市町村から代理受領する。
- 3 前項のほか、次の各号に掲げる費用については利用者から徴収する**等を記載する。**
 - 一 食事の提供に要する費用 1日につき○○円**等記載する。**
 - 二 光熱水費 1日につき○○円**等記載する。**
 - 三 日用品費 実費額を徴収する**等記載する。**
 - 四 その他短期入所において提供される便宜に要する費用のうち、日常生活においても必要となるものに係る費用については実費を徴収する**等を記載する。**

4 前項の費用及びその他、利用者等から金銭の支払を受ける場合には、利用者等に金銭の支払を求める理由について書面によって明らかにするとともに、支払に同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとする**等を記載する。**

（サービス利用に当たっての留意事項）

第7条 利用者がサービスの提供を受ける際、利用者側が留意すべき事項等を記載する。

（例）入所生活上のルール、設備の利用上の留意事項**等を記載する。**

（緊急時等における対応方法）

第8条 従業者等は、サービスを実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告する**等を記載する。**

（非常災害対策）

第9条 管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行う**等を記載する。**

（事業の主たる対象者）

第10条 事業の主たる対象者とする障害の種類を次のように定める。

知的障害者

（虐待の防止のための措置）

第11条 事業所は、利用者的人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合にはただちに区市町村へ報告し防止策を講じる。

2 虐待防止担当者は、事業所の管理者とする。

3 従業者に対し、虐待防止のための普及・啓発の研修を定期的（年1回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず実施する。

4 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、定期的（年1回以上）に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する。

5 苦情解決体制を整備する。

6 利用者の虐待の防止、虐待を受けた利用者の保護及び自立の支援並びに財産上の不当取引による利用者の被害の防止及び救済を図るために、成年後見制度を周知するとともに、制度の利用に当たって必要となる支援を行う。

（身体拘束の禁止）

第12条 事業所は、指定短期入所の提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わないものとする。

2 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録することとする。

3 事業者は、身体拘束の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

一 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的（年1回以上）に開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹

底を図る。

- 二 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- 三 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的（年1回以上）に実施するとともに、新規採用時には必ず実施する。

（感染症及び食中毒の発生・まん延防止のための対策）

第13条 事業所は、事業所内において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 一 事業所において、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的（3月に1回以上）に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する。
また、その結果について従業者へ周知徹底を図る。
- 二 事業所において、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- 三 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防およびまん延防止のための研修並びに訓練を定期的（年2回以上）に開催するとともに、新規採用時には必ず研修を実施する。

（業務継続計画の作成）

第14条 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定短期入所の提供を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するとともに、新規採用時には必ず研修を実施する。
- 3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

（その他運営についての重要事項）

第15条 事業所は、従業者等の質的向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備する等があれば記載する。

- 一 採用時研修 採用後○カ月以内
 - 二 継続研修 年○回
- 2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
- 4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は○○法人と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする等の運営についての重要事項を記載する。

附 則

この規程は、令和○年○月○日から施行する。

☆ この規程の例は、あくまで現時点で想定されるイメージであり、記載の仕方やその内容は、基準を満たす限り、任意のもので構わないものである。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく事業者指定の申請に係る書類一覧
(短期入所)

事業所の名称		所在地 (区市町村名)	
--------	--	----------------	--

※「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。

申請書及び添付書類		申請者確認欄	備考
申請書	指定申請書 指定に係る記載事項(福祉型)又は(医療型)		様式第1号・別紙 付表5
加算届出	介護給付費等算定に係る体制等状況一覧表		別紙1
	重度障害者支援加算に関する届出書及び研修修了証の写し		加算様式1
	単独型加算		加算様式2
	栄養士配置加算に関する届出書及び管理栄養士免許又は栄養士免許の写し		
	送迎加算に関する届出書及び車検証の写し		加算様式3
	常勤看護職員配置等加算に関する届出書及び各種資格証明書の写し		加算様式4
	医療連携体制加算(IX)に関する届出書及び各種資格証明書の写し及び重度化した場合における対応に関する指針		加算様式5
	福祉専門職員配置等加算に関する届出書及び各種資格証明書の写し		加算様式6
	日中活動支援加算に関する届出書		加算様式7
	地域生活支援拠点加算に関する届出書及び市区町村からの通知等		加算様式8
添付書類	【実施主体が地方公共団体である場合】当該事業の実施について定めてある条例等		
	登記事項証明書(法人登記)		
	建物の構造概要及び平面図(当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合は当該施設を含む)		
	建物登記(自己所有の場合)又は賃貸借契約書(賃貸借の場合)		
	設備の概要(当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合は当該施設を含む)		参考様式1
	事業所の管理者の雇用契約書及び経歴書		参考様式2-1
	事業所の生活支援員の経歴書		参考様式2-2
	勤務形態一覧表		別紙2
	運営規程		記載例
	主たる対象者を特定する理由書 ※主たる対象者を特定する場合に必要です。		参考様式3
	利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要		参考様式4
	協力医療機関の名称及び診療科名のリスト		参考様式5
	当該協力医療機関との契約の内容		参考例
	法第36条第3項各号非該当誓約書及び役員名簿		参考様式6
その他	就業規則		
	事業開始届		別紙3
	申請者の定款、寄付行為等		
	事業計画書		参考様式7
	収支予算書		参考様式8
	当該申請に係る事業に係る資産の状況(貸借対照表、財産目録等)		
	耐震化調査票		別紙4
	関係機関相談状況確認書及び議事録		様式あり
	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票		様式あり
	メールアドレス登録		様式あり

※申請される際には、事業所保管用として事前に提出書類一式のコピーをとつておくようにして下さい。

[担当者連絡先]

提出いただいた申請書類に記載されている内容について、問い合わせする際の連絡先を記入してください。

事業所名	
担当者名	
電話	
FAX	
メールアドレス	

受付番号

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業者

指定（更新）申請書

年 月 日

東京都知事 殿

所在地

申請者

(設置者) 名称

印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する事業所（施設）に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (設置者)	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 都道府県 郡・市 区 町・村			
	法人の種別			法人所轄庁	
	連絡先電話番号			FAX番号	
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ	
	代表者の住所	(郵便番号) 都道府県 郡・市 区 町・村			
指定 (更新) を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ				
	名称				
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号) 都道府県 郡・市 区 町・村			
	上記事業所において行う事業等の種類	指定（更新）申請をする事業等の事業開始（予定）年月日	様式	現に受けている指定の有効期間満了日（更新申請時に限る。）	備考
	サ 指 定 障 害 福 祉 ビ ス				
施 設 指 定 障 害 者 支 援					
支 相 一 指 援 談 般 定					
事業所番号	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている場合			サービスの種類	

備考

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「上記事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請するものについて事業の種類を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、東京都において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。
- 6 複数の番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。
- 7 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて付表等を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている事業等

他の法律（児童福祉法・介護保険法）において既に指定を受けている事業等について

受付番号

指定障害福祉サービス事業者

指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業者

指定（更新）申請書

●●年 ●月 ●日

東京都知事 殿

所在地 東京都新宿区〇〇〇1-8-1

申請者

(設置者) 名称 社会福祉法人東京介護 ㊞
理事長 福祉一郎

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する事業所（施設）に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジントウキョウカイゴ			
	名称	社会福祉法人東京介護			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 161-0023) 東京 都道 新宿 郡・市 ○○ 町・村 1-8-1 府県 (印)			
	法人の種別	社会福祉法人		法人所轄庁	東京都
	連絡先電話番号	03-5320-1212		FAX番号	03-5320-1212
	代表者の職・氏名	職名	理事長	フリガナ	フクシイチロウ 氏名 福祉一郎
	代表者の住所	(郵便番号 161-0024) 東京 都道 新宿 郡・市 ○○○ 町・村 3-2-1 府県 (印)			
	フリガナ	ショートステイシンジュク			
	名称	ショートステイ新宿			
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号 160-0008) 東京 都道 新宿 郡・市 ×× 町・村 2-33-1 △△ビル3階 府県 (印)			
上記事業所において行う事業等の種類	指定（更新）申請をする事業等の事業開始（予定）年月日	様式	現に受けている指定の有効期間満了日（更新申請時に限る。）	備考	
サ 指 定 ビ 施設 ス 障害 福 當初 祉	短期入所	平成24年5月1日	付表5		
施設 指 定 障 害 者 支 援					
支相一指 援談般定					
事業所番号	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている場合			サービスの種類	

備考

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「上記事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請するものについて事業の種類を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、東京都において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。
- 複数の番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。
- 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて付表等を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている事業等

他の法律（児童福祉法・介護保険法）において既に指定を受けている事業等について

変更届の提出書類一覧 (短期入所①)

変更届の提出は、事業所単位になります

● ● 必須書類

▲ ▲ 変更内容次第で提出が必要となる書類

加算等に係る変更に係る変更届 ※提出書類一覧 (短期入所②) 参照

届出が15日以前になされた場合は翌月1日から
届出が16日以降になされた場合は翌々月1日から算定が可能です
(15日が土日祝日と重なる場合は繰り上げになります。
また、都への到着日が基本ですが早めの提出を願います)

その他、下記変更事由に係る変更届
変更があった日から10日以内に届け出ください

定員増減や移転、事業所内の居室等の仕様変更など

2ヶ月前にはご相談ください。移転については来庁にて詳細なご相談が必要となります
図面等の確認や、場合によっては現地確認が必要になります

変更届提出先

〒163-0718

東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング18階
公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部
障害福祉事業者指定室 (共同生活援助)

※ 郵送でも持参でも構いません。

変更事由		申請書		定款・寄付行為	条例(公営事業所のみ)	登記簿謄本(履歴事項全部証明書)	平面図(参考様式)	賃貸借契約書(写)(賃貸物件を使用する場合)	設備・備品リスト(参考様式)	経歴書 管 理 者	勤務形態一覧表(別紙2)	運営規程	苦情窓口一覧表等	非該当誓約書及び役員名簿	事業所一覧	主たる対象者を特定する理由(参考様式)	協力医療機関リスト・協定書等	短期入所事業所における耐震化に関する調査票	関係機関相談状況確認書・議事録(区市町村・建築・消防)	メールアドレス登録・変更届出書	移行者リスト	廃止・休止・開始届					
事業者	事業所の基本情報の変更	変更届出書(第2号様式)「変更があつた事項」欄に当てはまる数字	付表5																								
事業者・事業所の基本情報の変更	事業所の名称の変更	①・⑫	● ●	公営事業所の場合、条例に変更のない場合は提出不要です。									●														
	事業所の所在地の変更	②・⑦・⑫	● ●					● ●												●	▲	●	●				
	法人名称の変更	③・⑫	●		●	●																					
	法人所在地の変更	④	●		●	●		●												●							
	電話番号、FAX番号の変更	②	● ●																								
	法人	④	●																								
	法人代表者の変更	⑤	●		●	●		●										●	●								
	定款・寄付行為等の変更(当該事業に関する物)	⑥	●		●	●		●											●								
	役員の変更	⑥	●					▲										●	●								
	平面図・設備の変更	⑦	● ●					●	▲	●							●					▲	▲	▲			
	管理者の変更	⑧	● ●														●	●									
	事業所の種別の変更(併設型・空床利用型・単独型)	⑯	● ●					▲		▲							▲	▲									
	定員数(増・減)	⑯	● ●					●	▲	●							●	●				▲	▲	▲			
	都からの連絡先メールアドレスの変更	-																					●				
	事業廃止・休止・開始	-																					●	●			
運営規定の変更	主たる対象者の変更	⑪・⑫	● ●														●										
	利用料、その他費用の変更	⑫	● ●		利用者から受領する費用については、運営規程に記載し、あらかじめ利用者に十分説明する必要があります。 また、料金の根拠として、金額の積算方法を任意様式でご提出ください。												●	●	利用者契約書や重要事項説明書を添付していただく場合もあります								
	苦情窓口の変更	⑫	● ●													▲	●										
	運営規定の文言の変更	⑫	● ●														●										
その他	協力医療機関の変更	⑯	● ●																	●							
	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要の変更	⑯	● ●					●									●	●									
	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	㉚	● ●					●									●	●									

※状況によっては、●▲以外の書類の提出をお願いする場合がございますので、御協力ください。

変更届の提出書類一覧（短期入所②）

変更届の提出は、事業所単位になります

● … 必須書類

▲ … 変更内容次第で提出が必要となる書類

加算等に係る変更に係る変更届

<報酬が増加する場合>

届出が16日以前になされた場合は翌月から
届出が16日以降になされた場合は翌々月から算定が可能です

<報酬が減少する場合>

速やかに届出⇒報酬が減少する事実が発生した日から算定を変更

変更届提出先

〒163-0718

東京都新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング18階

公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部

障害福祉事業者指定室（短期入所）

※ 郵送でも持参でも構いません。

変更事由	変更届出書 (第2号様式) 「変更があつた事項」 欄に当たる数字	申請書		加算届出												平面図 (参考様式 1) ・ 周辺 地図	勤務 形態一覧 表(別紙 2)	運営 規程	
		変更 届出書 (第2号 様式)	付表5	介護給付 費等の算 定に係る体 制等状況 一覧表 (別紙1)	重度障害 者支援加 算に関する 届出書 (加算様式 1)	研修修了 証の写し ※1	栄養士配 置加算及 び単独型 加算に関する 届出書 (加算様式 2)	管理栄養 士免許又 は栄養士 免許の写し	送迎加算 に関する届 出書 (加算様式 3)	車検証の 写し	常勤看護 職員配置等 加算に関する 届出書 (加算様式 4)	資格証 の写し	医療連携 体制加算(IX) に関する届 出書 (加算様式 5)	福祉専門 職員配置等 加算に関する 届出書 (加算様式 6)	日中活動 支援加算 に関する届 出書 (加算様式 7)	地域生活 支援拠点等 に関連する 加算の届出 (加算様式 8)			
報酬に 関する 変更	施設区分(福祉型、福祉型強化、医療型)、各種減算(定員超過、職員欠如、大規模)	(13)	●	●	●								▲					●	▲
	重度障害者支援加算(強度行動障害)	(13)	●	●	●	●	●											●	▲
	単独型加算	(13)	●	●	●			●									●	●	▲
	栄養士配置加算 I・II	(13)	●	●	●			●	●								●	●	▲
	食事提供体制加算	(13)	●	●	●														▲
	送迎加算	(13)	●	●	●					●	●								▲
	常勤看護職員等配置加算	(13)	●	●	●							●	●				●	●	▲
	医療連携体制加算(IX)	(13)	●	●	●							▲	●						▲
	福祉専門職員配置等加算(I)(II)	(13)	●	●	●												●	●	▲
	日中活動支援加算	(13)	●	●	●											●		●	▲
	地域生活支援拠点等	(12)(13)	●	●	●											●			●
福祉・介護職員待遇改善加算 福祉・介護職員待遇改善特別加算	(13)	当該加算の届出先は、待遇改善(特別)加算の専用ヘルプデスク(03-5320-4230(直通))になります。																	

※1 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)・重度訪問介護従業者養成研修・行動障害支援課程・行動援助従業者養成研修

※状況によっては、●▲以外の書類の提出をお願いする場合がございますので、御協力ください。

変更届出書

年 月 日

東京都知事 殿

所在地
 事業者
 (設置者) 名称及び代表者氏名

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定を受けた内容を次のとおり変更しましたので届け出ます。

		事業所番号	
指定内容を 変更した事 業所（施 設）	名 称	フリガナ	
	所 在 地	(郵便番号)	
	サービスの種類		
変更があつた事項			変更の内容
1	事業所（施設）の名称		変更前
2	事業所（施設）の所在地		
3	申請者（設置者）の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名及び住所		
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）		
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要		
8	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所		
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所		
10	事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所		
11	主たる対象者		
12	運営規程		
13	介護給付費等の請求に関する事項		
14	事業所の種別（併設型・空床型・単独型）		
15	併設型における利用者の推定数又は空床型・単独型における当該施設の入所者の定員		
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約内容		
17	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要		
18	当該申請に係る事業の開始年月日		
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要		
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要		
変更年月日			年 月 日

備考

- 該当項目番号に「○」を付けてください。
- 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 変更した日から9日以内に届け出てください。

担当者	
連絡先	
FAX	
Mail	

記載例																																																																																				
変 更 届 出 書																																																																																				
東京都知事 殿																																																																																				
提出年月日																																																																																				
令和 4年 6月 7日																																																																																				
事業者 (設置者)																																																																																				
所在地 東京都新宿区西新宿○一〇																																																																																				
名称及び代表者氏名 社会福祉法人 都庁福祉会 理事長 東京 一郎																																																																																				
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定を受けた内容 次のとおり変更しましたので届け出ます。																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">事業所番号</td> <td>1 3 1 * * * * * * *</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">指定内容を 変更した事 業所（施 設）</td> <td>名 称</td> <td>フリガナ トウキョウフクシン 東京福祉園</td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td>(郵便番号) 163-8001 東京都新宿区西新宿▲一▲</td> </tr> <tr> <td colspan="2">サービスの種類</td> <td>短期入所</td> </tr> </table>		事業所番号	1 3 1 * * * * * * *	指定内容を 変更した事 業所（施 設）	名 称	フリガナ トウキョウフクシン 東京福祉園	所 在 地	(郵便番号) 163-8001 東京都新宿区西新宿▲一▲	サービスの種類		短期入所																																																																									
事業所番号	1 3 1 * * * * * * *																																																																																			
指定内容を 変更した事 業所（施 設）	名 称	フリガナ トウキョウフクシン 東京福祉園																																																																																		
	所 在 地	(郵便番号) 163-8001 東京都新宿区西新宿▲一▲																																																																																		
サービスの種類		短期入所																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">変更があった事項</th> <th>変更の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">1 事業所（施設）の名称</td> <td>変更前</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 事業所（施設）の所在地</td> <td>2 〒163-8001 東京都新宿区西新宿△一△</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 申請者（設置者）の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">4 主たる事務所の所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">5 代表者の氏名及び住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は 条例等（当該事業に関するものに限る。）</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">7 事業所（施設）の平面図及び設備の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">8 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所</td> <td>8 東京 太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="2">9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 主たる対象者</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">12 営業規程</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">13 介護給付費等の請求に関する事項</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">14 事業所の種別（併設型・空床型・単独型）</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">15 併設型における利用者の推定数又は空床型・単 独型における当該施設の入所者の定員</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医 療機関との契約内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制 の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">18 当該申請に係る事業の開始年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">変 更 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">令和 6年 6月 1日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">備考</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> 1 該当項目番号に「○」を付けてください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。 3 変更した日から10日以内に届け出してください。 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">担当者</td> <td>東京太郎</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>03-○○○○○-○○○○○</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>03-○○○○○-○○○○○</td> </tr> <tr> <td>Mail</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">(日本産業規格A列4番)</td> </tr> </tbody></table>		変更があった事項		変更の内容	1 事業所（施設）の名称		変更前	2 事業所（施設）の所在地		2 〒163-8001 東京都新宿区西新宿△一△	3 申請者（設置者）の名称			4 主たる事務所の所在地			5 代表者の氏名及び住所			6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は 条例等（当該事業に関するものに限る。）			7 事業所（施設）の平面図及び設備の概要			8 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所		8 東京 太郎	9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所			10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所			11 主たる対象者			12 営業規程			13 介護給付費等の請求に関する事項			14 事業所の種別（併設型・空床型・単独型）			15 併設型における利用者の推定数又は空床型・単 独型における当該施設の入所者の定員			16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医 療機関との契約内容			17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制 の概要			18 当該申請に係る事業の開始年月日			19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要			20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要			変 更 年 月 日		令和 6年 6月 1日		備考		1 該当項目番号に「○」を付けてください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。 3 変更した日から10日以内に届け出してください。		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">担当者</td> <td>東京太郎</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>03-○○○○○-○○○○○</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>03-○○○○○-○○○○○</td> </tr> <tr> <td>Mail</td> <td></td> </tr> </table>		担当者	東京太郎	連絡先	03-○○○○○-○○○○○	FAX	03-○○○○○-○○○○○	Mail		(日本産業規格A列4番)	
変更があった事項		変更の内容																																																																																		
1 事業所（施設）の名称		変更前																																																																																		
2 事業所（施設）の所在地		2 〒163-8001 東京都新宿区西新宿△一△																																																																																		
3 申請者（設置者）の名称																																																																																				
4 主たる事務所の所在地																																																																																				
5 代表者の氏名及び住所																																																																																				
6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は 条例等（当該事業に関するものに限る。）																																																																																				
7 事業所（施設）の平面図及び設備の概要																																																																																				
8 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所		8 東京 太郎																																																																																		
9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所																																																																																				
10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所																																																																																				
11 主たる対象者																																																																																				
12 営業規程																																																																																				
13 介護給付費等の請求に関する事項																																																																																				
14 事業所の種別（併設型・空床型・単独型）																																																																																				
15 併設型における利用者の推定数又は空床型・単 独型における当該施設の入所者の定員																																																																																				
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医 療機関との契約内容																																																																																				
17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制 の概要																																																																																				
18 当該申請に係る事業の開始年月日																																																																																				
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要																																																																																				
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要																																																																																				
変 更 年 月 日																																																																																				
令和 6年 6月 1日																																																																																				
備考																																																																																				
1 該当項目番号に「○」を付けてください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。 3 変更した日から10日以内に届け出してください。																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">担当者</td> <td>東京太郎</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>03-○○○○○-○○○○○</td> </tr> <tr> <td>FAX</td> <td>03-○○○○○-○○○○○</td> </tr> <tr> <td>Mail</td> <td></td> </tr> </table>		担当者	東京太郎	連絡先	03-○○○○○-○○○○○	FAX	03-○○○○○-○○○○○	Mail																																																																												
担当者	東京太郎																																																																																			
連絡先	03-○○○○○-○○○○○																																																																																			
FAX	03-○○○○○-○○○○○																																																																																			
Mail																																																																																				
(日本産業規格A列4番)																																																																																				

※変更届出書は、変更のあった時点ごとに作成してください。

(同日に複数の変更があった場合には、記載例のように一枚にまとめていただいて結構です。)

**変更届の提出年月日時
点での情報を記載願い
ます。**

変更があった事項に○をしてください

実際に変更のあった年月日

**変更について確認
する際の担当者の
方、届出を作成し
た方の記載をお願
いします。**

別紙1

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（短期入所）

提供サービス	その他該当する体制等		適用開始日
短期入所 （ショートステイ） 介護給付	定員数	人	
	地域区分		
	施設区分		
	定員超過		
	職員欠如		
	大規模減算		
	身体拘束廃止未実施		
	虐待防止措置未実施		
	業務継続計画未策定		
	情報公表未報告		
	常勤看護職員等配置		
	重度障害者支援加算（強度行動障害）		
	単独型加算		
	医療連携体制加算（Ⅸ）		
	栄養士配置加算		
	食事提供体制加算		
	送迎体制加算		
	日中活動支援体制		
	指定管理者制度適用区分		
	共生型サービス対象区分		
	福祉専門職員配置等（※1）		
	地域生活支援拠点等		
	中核的人材配置体制		

※ 1 「共生型サービス対象区分」欄が「2. 該当」の場合に設定する。

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（短期入所）

提供サービス	その他該当する体制等		適用開始日
短期入所（ショートステイ）	定員数	2人	
	地域区分	1. 一級地	令和6年4月1日
	施設区分	1. 福祉型	令和6年4月1日
	定員超過	1. なし	
	職員欠如	1. なし	
	大規模減算	1. なし	
	身体拘束廃止未実施	1. なし	
	虐待防止措置未実施	1. なし	
	業務継続計画未策定	1. なし	
	情報公表未報告	1. なし	
	常勤看護職員等配置	1. なし	
	重度障害者支援加算（強度行動障害）	1. なし	
	単独型加算	2. あり	令和6年4月1日
	医療連携体制加算（Ⅸ）	1. なし	
	栄養士配置加算	1. なし	
	食事提供体制加算	1. なし	
	送迎体制加算	1. なし	
	日中活動支援体制	1. なし	
	指定管理者制度適用区分	1. 非該当	
	共生型サービス対象区分	1. 非該当	
	福祉専門職員配置等（※1）	1. なし	
	地域生活支援拠点等	1. 非該当	
	中核的人材配置体制	1. なし	

※1 「共生型サービス対象区分」欄が「2. 該当」の場合に設定する。

加算様式 1

年　月　日

重度障害者支援加算に関する届出書（短期入所）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	選択してください
3 配置状況 (基礎研修修了者名)	
4 配置状況 (実践研修修了者名)	
5 配置状況 (中核的人材研修修了者名)	

備考 1 基礎研修修了者・実践研修修了者・中核の人材研修修了者については、修了証の写しを別途添付すること。

2 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）については、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程、

強度行動障害支援者養成研修（実践研修）については、行動援護従事者養成研修でも可。

加算様式 4

年 月 日

常勤看護職員配置等加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	選択してください

3 看護職員の配置に関する状況	職種	氏名	常勤換算後の人数	
合計		0.00		

備考

- 「異動区分」については、プルダウンから選択してください。
- 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種（看護師・准看護師・保健師）を記載し、してください。
- ここでいう常勤換算とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の（1）に定義する「常勤換算」をいう。
- 勤務形態一覧表を添付すること。

加算様式8

年 月 日

地域生活支援拠点等に関する加算の届出

地域生活支援拠点等に関する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

1 届出区分	選択してください	
2 事業所の名称		
3 地域生活支援拠点等としての位置付け	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられたことを証明する運営規程の有無	選択してください
	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられた日付	年 月 日
4 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名		
※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。		
5 当該届出により算定する加算	『緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合』	対象：訪問系サービス※、 重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象）
	『緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合』	対象：自立生活援助、地域定着支援、 重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象）
	『地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算』	対象：短期入所、重度障害者等包括支援
	『緊急時受入加算』	対象：日中系サービス※
	『障害福祉サービスの体験利用加算』	対象：日中系サービス※
	『体験利用支援加算・体験宿泊加算』	対象：地域移行支援
	『地域移行促進加算（Ⅱ）』	対象：施設入所支援
	『地域生活支援拠点等相談強化加算』	対象：計画相談支援、障害児相談支援

添付書類：運営規定

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの（規定の変更の手続中であるものを含む。）に限る。なお、事業所の運営規程が変更の手続中のものである場合は、当該変更の手続の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

注1 地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。

注2 訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。

注3 日中系サービスとは、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援（養成含む）、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労選択支援をいう。

加算様式9

年 月 日

食事提供体制加算に関する届出書

1 事業所の名称						
2 サービスの種類		短期入所				
3 異動区分		選択してください				
4 確認事項		①	食事の提供にあたり、利用者の心身の状況（性別・年齢・身長・体重・疾病・障害特性）及び嗜好を把握し考慮している			
		②	あらかじめ作成された献立に基づき調理し、適切な時間に食事を提供している			
		③	当該事業所の従業者として、又は外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る献立を確認している			
		④	食事の提供を行った場合に利用者ごとの摂食量を記録している			
		⑤	利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録している			
5 食事の提供体制	食事提供に係る人員配置		管理栄養士	常勤名	非常勤名	
			栄養士	常勤名	非常勤名	
	栄養ケア・ステーション等との連携により、管理栄養士等が関与している場合		連携先名			
	業務委託により食事提供を行う場合	業務委託先				
		委託業務内容				
適切な食事提供の確保方策						

注1 事業所内で調理を行う場合、食事提供にかかる職員（管理栄養士・栄養士）の状況を記載してください。事業所内での調理業務は生活支援員の業務とは区別してください。

（※）付表・勤務形態一覧表・運営規程、平面図、建物面積表を添付してください。

注2 調理業務を第三者に委託している場合、事業所内で調理員の配置は求められておりませんが、業務委託契約書（写し）の提出が必要です。また、勤務形態一覧表に委託業者名を記載してください。

注3 業務委託により食事提供を行う場合の「適切な食事提供の確保方策」欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記載してください。その際、委託先の管理栄養士又は栄養士の有無は必ず記載してください。