

新体系に係る指定書式等について  
(案)

[平成18年10月施行分]

## 目 次

基本的考え方	．．．．．	3 ページ
障害福祉サービス事業等個別事項		
1．居宅介護	．．．．．	24 ページ
1 - 2．重度訪問介護	．．．．．	26 ページ
1 - 3．行動援護	．．．．．	28 ページ
2．療養介護	．．．．．	32 ページ
3．生活介護	．．．．．	36 ページ
4．児童デイサービス	．．．．．	40 ページ
5．短期入所	．．．．．	44 ページ
6．重度障害者等包括支援	．．．．．	48 ページ
7 - 1．共同生活援助	．．．．．	52 ページ
7 - 2．共同生活介護	．．．．．	55 ページ
8．障害者支援施設	．．．．．	64 ページ
9．自律訓練機能訓練型	．．．．．	72 ページ
10．自律訓練生活訓練型	．．．．．	76 ページ
11．就労移行支援	．．．．．	82 ページ
12 - 1．就労継続支援 A 型	．．．．．	86 ページ
12 - 2．就労継続支援 B 型	．．．．．	88 ページ
13．多機能型	．．．．．	92 ページ
14．相談支援	．．．．．	98 ページ
別紙 1 サービス管理責任者について	．．．．．	102 ページ
別紙 2 体制届出書について	．．．．．	104 ページ

この書式等は現段階での案であり、検討により今後変更があり得るものである。

## 新たな障害福祉サービス等に係る指定（最低）基準について（案）

### 基本的考え方

#### 一．新体系事業における基準の考え方

平成18年10月に施行する障害福祉サービス（日中活動系及び居住系）については、次の点を踏まえ指定（最低）基準を設定する。

障害種別にかかわらず、共通の基準とする。

サービスの質の向上の観点から、サービス管理責任者の配置、虐待防止などを新たに規定。

利用者のニーズに応じたサービスが身近な地域で提供できるよう、複数の事業を組み合わせる多機能型を新たに位置付け。

#### 1．人員基準

サービス提供にかかる責任を明確化するため、事業所ごとにサービス管理責任者を配置する。

人員基準は、サービス提供に直接必要となる職員に限定し、事業ごとに設定する。

管理者は、事業所ごとに専任の者を配置する。

#### 2．設備基準

事務室など、直接サービス提供にかかわらない設備等については、必置規制を課さない。

居室の床面積など、面積や規模を定める規制については、サービスの質を維持するために必要最小限のものとする。

これらにより、空き教室など既存の社会資源の効率的な活用を図る。

現行施設については経過措置を講ずる。

#### 3．運営基準

##### 個別支援計画の作成、評価等を通じた個別支援

サービス管理責任者を配置し、個々の利用者について、アセスメント、個別支援計画の作成、継続的な評価等を通じ、サービスの内容と実施の手順に係る責任を明確化する。

##### 法の理念に沿ったサービスの提供

障害種別にかかわらずサービスを提供するという障害者自立支援法の理念を踏まえつつ、サービスの専門性の確保の観点から必要が

ある場合には、事業者は「主たる対象者」を定めることができる。その際、運営規程に定めるとともに、重要事項として事業所内に掲示等を行わなければならない。

### 定員の取扱い

事業所における3ヶ月間の平均実利用人員が、定員を超えて一定の範囲内であれば、利用者を受け入れることを可能とする。

### 食事の提供

施設入所支援等について、利用者の希望に応じて食事を提供することを義務とする。

日中活動サービスについては、利用者に対する事前説明及び同意を前提として、事業所の選択により、食事を提供できることとする。

### 利用者負担の範囲等

食費、光熱水費、日用生活品費等について、利用者から徴収できることとする。

居住系サービス（施設入所支援、共同生活援助、共同生活介護）については、利用者負担の上限額管理を業務として位置づけ、他のサービスについては、利用者の求めに応じて実施する（報酬上評価）。

### 虐待防止に対する責務

虐待の防止や、虐待を受けているおそれがある場合の措置等、事業者の責務を明確化する。

### 重度の障害者に対する配慮

重度の障害という理由でサービス提供を拒否することを禁止する。

### 複数の事業を組み合わせる場合等の取扱い

複数の事業を組み合わせることで一体的に運営する多機能型の事業運営を新たに位置づけ、その取扱いを規定する。

サービスを提供する場所が複数に分散している場合であって、本施設と一体的に運営されていると認められるときは、一つの事業所として取り扱う。

上記の他、「重要事項の説明」「サービス提供の記録」等必要な事項について、従来の指定（最低）基準と同様に引き続き規定。

## 二．新体系事業における基準における用語の定義等について

### 1 事業者指定の単位について

障害福祉サービス事業所、障害者支援施設及び相談支援事業所（以下、「事業者」という。）の指定は、原則としてサービス提供の拠点（以下、「事業所」という。）ごとに行うものとするが、例外的に、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等であって、次の要件を満たすものについては、一体的なサービス提供の単位として「事業所」に含めて指定することができる取扱いとする。

また、多機能型においても同様であること。

利用申込みに係る調整、サービス提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。

職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。必要な場合に随時、主たる事業所や他の出張所等との間で相互支援が行える体制（例えば、当該出張所等の従業者が急病等でサービスの提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。

苦情解決や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。

事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用者から受領する費用の額等を定める同一の運営規程が定められること。

人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

### 2 用語の定義

指定基準により、一定の用語についてその定義を明らかにしているところであるが、以下は、同条に定義が置かれている用語について、その意味をより明確なものとするとともに、基準中に用いられている用語であって、定義規定が置かれていないものの意味を明らかにするものである。

### (1) 「常勤換算方法」

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であること。

### (2) 「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間(待機の時間を含む。)として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者1人につき、勤務延時間数に算入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とすること。

### (3) 「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数(1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。)に達していることをいうものである。同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、1の事業者によって行われる事業所と他の事業所が併設されている場合、事業所の管理者と他の事業所等の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

### (4) 「専ら従事する」「専ら提供に当たる」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間(サービス単位を設定する場合は、サービスの単位ごとの提供時間)をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

### 三．指定申請書類等の提出と必要人員等の算定について

#### 1．指定申請書類等について

##### (1) 指定申請時

障害者自立支援法第36条第1項（第40条において準用する場合を含む。以下同じ。）及び第38条第1項の規定による申請並びに法第41条第1項の指定の更新の申請は、様式第1号による指定申請書により行うものとする。

##### (2) 特定障害福祉サービス申請時

第37条第1項又は第39条第1項の規定による申請（特定障害福祉サービス事業所）は、様式第1号の2による指定変更申請書により行うものとする。

##### (3) 変更届出時

法第46条第1項又は第2項の規定による届出は、基準に規定する事項の変更の際は、様式第2号により、事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては様式第3号の廃止・休止・再開届出書により、それぞれ行うものとする。

##### (4) 指定辞退時

法第47条の規定による指定の辞退は、様式第4号の指定辞退届出書を知事に提出することにより行うものとする。

##### (5) 体制届出時

法第29条に規定する介護給付費又は訓練等給付費の算定にあたり、必要な体制等の届出は、様式第5号及びその別紙等で行うものとする。

なお、相談支援事業者の指定においては、サービス利用計画作成費の算定にあたり、必要な体制届出書式は、様式第5号その1及び別紙2の提出で足りることとする。

おつて、各事業の指定及び届出において必要な様式は、別紙2の通りであること。

(様式第1号)

受付番号

指定障害福祉サービス事業所  
指定障害者支援施設 指定申請書  
指定相談支援事業所

平成 年 月 日

知事 殿

申請者 所在地  
(設置者) 名称  
代表者

印

障害者自立支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所(指定障害者支援施設・指定相談支援事業所)に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所(施設)所在地市町村番号					
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) 県 郡・市					
	法人である場合その種別		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) 県 郡・市					
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号) 県 郡・市					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	サ指 定 障 害 福 祉 事 業 所	例) 居宅介護			付表1		別紙のとおり
		施指 定 障 害 者 支 援	例) 障害者支援施設			付表8	
	事 業 支 定 所 支 援	例) 指定相談支援			付表14		別紙のとおり
	事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合					

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「」を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。



記載例

(様式第 1 号)

受付番号

指定障害福祉サービス事業所  
指定障害者支援施設  
指定相談支援事業所

指定申請書

平成18年 月×日

知事 殿

申請者 所在地 東京都千代田区霞が関1  
(設置者) 名称 社会福祉法人 ○○会  
代表者 理事長 霞 一郎

印

障害者自立支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所(指定障害者支援施設・指定相談支援事業所)に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所(施設)所在地市町村番号			
申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクホジシ ヌマルル会			
	名称	社会福祉法人 会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1			
	法人である場合その種別	社会福祉法人	法人所轄庁	東京都	
	連絡先 電話番号	03-0123-0000	FAX 番号	03-0123-0000	
	代表者の職・氏名	職 名 リジチヨウ 理事長	フリガナ	カミ イチロウ	氏 名 霞 一郎
	代表者の住所	(郵便番号 135 0000 ) 東京都 江東区 1-2-3			
指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ	ヘルパーベース カミ			
	名称	ヘルパーベース霞			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1			
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業 備考 他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日
	サ イ ジ 障 害 事 福 祉 事 業 所	居宅介護	平成18年10月1日	付表1	
	施 指 定 障 害 者 支 援	例)居宅介護		付表1	別紙のとおり
	事 業 支 援 所 支 援	例)障害者支援施設		付表8	別紙のとおり
	事 業 支 援 所 支 援	例)指定相談支援		付表14	別紙のとおり
	事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合			

(備考)

- 1 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「 」を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

申請する施設種別毎に整理し、対応する付表及び体制届出書を添付の上申請すること。

(様式第 1 - 2 号)

受付番号

特定障害福祉サービス事業所 変更指定申請書

平成 年 月 日

知事 殿

申請者 所在地  
(設置者) 名称  
代表者

印

障害者自立支援法に規定する特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援B型事業所・生活介護事業所)に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所(施設)所在地市町村番号					
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) 県 郡・市					
	法人である場合その種別			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) 県 郡・市					
変更指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号) 県 郡・市					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	サ ー 定 じ 障 害 福 祉 事 業 社 所						
		例)生活介護		付表3		別紙のとおり	
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「 」を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

記載例

(様式第 1 - 2 号)

受付番号

特定障害福祉サービス事業所 変更指定申請書

平成 年 月 日

知事 殿

申請者 所在地 東京都千代田区霞が関1  
 (設置者) 名称 社会福祉法人 ○○会  
 代表者 理事長 霞 一郎

印

障害者自立支援法に規定する特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援B型事業所・生活介護事業所)に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所(施設)所在地市町村番号			
申請者 (設置者)	フリガナ	シャカフカホジソ マルマル会			
	名称	社会福祉法人 会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1			
	法人である場合その種別	社会福祉法人	法人所轄庁	東京都	
	連絡先	電話番号	FAX番号	03-0123-0000	
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ	カミ イロウ	
			氏名	霞 一郎	
代表者の住所	(郵便番号 135 0000 ) 東京都 江東区 1-2-3				
変更指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ	ライフヘルプ カミ			
	名称	ライフヘルプ霞			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関2			
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業 他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日
	サ   特 定   障 害   事 業   福 祉   事 業   社   会   所	生活介護	平成18年10月1日	付表3	
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合				

(備考)

- 1 「受付番号」・「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」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」・「社団法人」・「財団法人」・「株式会社」・「有限会社」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 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「 」を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

法第37条に規定する特定障害福祉サービス事業に係る指定の変更の際はこちらの様式を使用し、対応する付表及び体制届出書を添付の上、申請すること。

(様式第 2 号)

## 変 更 届 出 書

年 月 日

知事 殿

住 所  
事 業 者 (所在地)  
(施設の設置者) 氏 名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を受けた内容を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
	所 在 地
	サ ー ビ ス の 種 類
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(設置の場所)	
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・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る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・空床型の別)	
15 併設型における利用定員数又は空床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協力医療機関との契約内容	
17 知的障害者援護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予定年月日	
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	平成 年 月 日

- 備考 1 該当項目番号に を付してください。  
2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

記載例

(様式第 2 号)

変 更 届 出 書

18 年 月 日

知事 殿

住 所 東京都千代田区霞が関1  
 事 業 者 (所在地) 社会福祉法人 ○○会  
 (施設の設置者) 氏 名 理事長 霞 一郎  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を受けた内容を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 ヘルパーベース霞 所 在 地 東京都千代田区霞が関1 サ ー ビ ス の 種 類 居宅介護
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(設置の場所)	
3 申請者(設置者)の名称	管理者 霞 二郎
4 主たる事務所の所在地	
5 代表者の氏名及び住所	〒160-0000 東京都 新宿区 1-2-3
6 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る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・空床型の別)	管理者 大手町 大介
15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	〒103-0000 東京都中央区 1-2-3
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	
17 知的障害者援護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予定年月日	
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	平成18年 月 日

- 備考1 該当項目番号に を付してください。  
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

省令等で規定する届出事項について、変更が生じた場合、この様式を用いて、届出を行うこと。

(様式第3号)

## 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

知事 殿

住 所  
 事 業 者 (所在地)  
 氏 名  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名 称
	所 在 地
廃止・休止・再開した年月日	平成 年 月 日
廃止・休止した理由	
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)	
休止予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。  
 2 廃止・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

(様式第3号)

記載例

**廃止・休止・再開届出書**

18年 月 日

知事 殿

住 所 東京都千代田区霞が関1  
 事 業 者 (所在地) 社会福祉法人 ○○会  
 氏 名 理事長 霞 一郎  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をいたしましたので届け出ます。

廃止(休止・再開)する事業所	事業所番号	*****
	名 称	ヘルパーベース霞
	所 在 地	東京都千代田区霞が関1
廃止・再開した年月日		平成18年 月 日
廃止・休止した理由	法人の事業再編により当該事業所を閉鎖するため。	
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)	全利用者(契約者)に対し、利用可能な近隣事業所を紹介し、契約を締結し、途切れなくサービスが提供されるよう連絡、調整等の措置を行い、手続きが完了したことを確認した。	
休止予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

(注) 1 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

2 廃止・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

事業を廃止、休止、再開する場合はこの書式を提出すること。

(様式第4号)

## 指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

知事 殿

設 置 者 (所在地)  
氏 名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する施設	事業所番号	
	名	称
	所在地	
指定を受けた年月日	平成 年 月 日	
指定を辞退する年月日	平成 年 月 日	
指定を辞退する理由		
現に施設に入所している者に対する措置		

(注) 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。



(様式第4号)

記載例

## 指定辞退届出書

18年12月1日

知事 殿

住 所 東京都千代田区霞が関1  
 設 置 者 (所在地) 社会福祉法人 ○○会  
 氏 名 理事長 霞 一郎  
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	事業所番号	*****
指定を辞退する施設	名 称	ヘルパーベース霞
	所 在 地	東京都千代田区霞が関1
指定を受けた年月日	平成18年10月1日	
指定を辞退する年月日	平成19年3月31日	
指定を辞退する理由	法人の事業再編により当該事業所を閉鎖するため。	
現に施設に入所している者に対する措置	全利用者(契約者)に対し、利用可能な近隣事業所を紹介し、契約を締結し、途切れなくサービスが提供されるよう連絡、調整等の措置を行い、手続きが完了したことを確認した。	

(注) 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

指定を辞退する際は当該書式を用い、  
 指定を辞退する日の3ヶ月前までに届  
 け出ること。

(様式第 5 号) その 1

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

平成 年 月 日

知 事 殿

届出者 所在地  
事業者名  
代表者名

印

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 - ) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	法人の種類別			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 - ) 県 郡市			
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡市			

(様式第 5 号) その 1

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

記載例

平成 18 年 月 日

知 事 殿

届出者 所在地 東京都千代田区霞が関 1  
 事業者名 社会福祉法人 ○○会  
 代表者名 理事長 霞 一郎



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	シャクワフクホクシヨウニシカイ 社会福祉法人 会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 100-8916) 東京都千代田区霞が関 1			
	連絡先	電話番号	03-0000-0000	FAX 番号	03-0000-0000
	法人の種類	社会福祉法人	法人所轄庁	東京都	
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	霞 一郎
事業所・施設 の状況	代表者の住所	(郵便番号 135-0000) 東京都 江東区 1-2-3			
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 100-8916) 東京都 千代田区 霞ヶ関 1			
	連絡先	電話番号	03-0123-0000	FAX 番号	03-0123-0000
	管理者の氏名	職名	施設長	氏名	霞 一郎
	管理者の住所	(郵便番号 100-8916) 東京都 新宿区 1-2-3			

法人を所轄する官庁等がある場合は記載すること。

(様式第 5 号) その 2

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	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 ( 変更の場合)
	介護給付 訓練等 給付	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		
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		
児童デイサービス				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		
共同生活介護				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		
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 「法人の種類欄」は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

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。

記載例

(様式第 5 号) その 2

	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (変更の場合)
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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		
	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		平成 18 年 10 月 1 日	1 新規 2 変更 3 終了	平成 18 年 9 月 30 日	
	児童デイサービス			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		
	共同生活介護		平成 18 年 10 月 1 日	1 新規 2 変更 3 終了	平成 18 年 9 月 30 日	
	施設入所支援		平成 18 年 10 月 1 日	1 新規 2 変更 3 終了	平成 18 年 9 月 30 日	
	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		
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 「法人の種類欄」は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 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。

## 2. 必要人員等の算定について

### (1) 小数点の取り扱いについて

#### 常勤換算をする場合

必要な員数について、確保すること。

具体的には、

常勤換算で、利用者数を で除した数以上必要とする場合

- ・申請を使用とする事業所の利用者数を除した数の小数点第2位以下を切り捨てる。

- ・利用者数20人で、基準上利用者数を6で除した数以上の員数を必要とする場合、

算定  $20 \text{人} \div 6 = 3.333 \dots 3.3 \text{人}$

常勤換算で2.5人以上必要な場合、

- ・当該法人の常勤従事者の週あたり勤務時間が40時間の時、 $40 \text{時間} \times 2.5 = 100 \text{時間/週}$ の勤務が必要となる。

- ・算定にあたっては、従業者の勤務延時間数を、当該法人の常勤の従業者が従事すべき時間数（週32時間を下回る場合は32時間とする。）で除した数を小数点第2位以下について切り捨てること。

- ・例えば、従業者A（週30時間勤務）  
従業者B（週30時間勤務）  
従業者C（週25時間勤務）  
従業者D（週20時間勤務）

勤務時間延べ105時間/週の場合。

- ・ $105 \text{時間} / 40 \text{時間} = 2.625 \text{人}$   
（小数点第二位以下切捨） 2.6人

- ・ゆえにこの場合、算定基準を満たしていることとなる。  
なお、様式第5号別紙2など勤務表等の添付により、従事者の勤務の概要が分かるものを必ず挙証資料として添付すること。

#### 常勤換算をしない場合

基準上必要な員数について、端数は切り上げ、確保すること。

## (2) 書式への記入方法について

必要人員等について申請書の付表に記載する際には、

例えば、 常勤従業者週40時間勤務の事業者の場合で、  
 従業者A（週30時間勤務）常勤、兼務  
 従業者B（週30時間勤務）非常勤、兼務  
 従業者C（週25時間勤務）非常勤、兼務  
 従業者D（週20時間勤務）非常勤、兼務  
 勤務時間延べ105時間/週の場合。

・  $105 \text{ 時間} / 40 \text{ 時間} = 2.625 \text{ 人}$   
 （小数点第二位以下切捨） 2.6人

従業者の職種・員数		従業者	
		専従	兼務
従業者数	常勤(人)		1
	非常勤(人)		3
常勤換算後の人数(人)		2.6	
基準上の必要人数(人)			

記載例

上記の必要人員等について体制届出書に記載する際には、

記載例

(別紙2)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

職種	勤務形態	氏名	第1週						4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
			1	2	3	4	5	6			
			*								
従業者	常勤・兼務	A	6	6	6	6	6	120	30.0		
従業者	非常勤・兼務	B	6	6	6	6	6	120	30.0		
従業者	非常勤・兼務	C	5	5	5	5	5	100	25.0		
従業者	非常勤・兼務	D	4	4	4	4	4	80	20.0		
合計			21	21	21	21	21	0	420	105.0	2.6
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数								40			
サービス提供時間			8	8	8	8	8	40			

**各サービス個別事項（付表記載時留意点等）****1. 居宅介護****指定居宅介護事業者****( ) 人員基準****(1) サービス提供責任者****要件**

介護福祉士、ホームヘルパー養成研修1級課程の修了者又はホームヘルパー養成研修2級課程の修了者であって3年以上介護等の業務に従事した者とする。

**員数**

事業所ごとに、常勤の従事者であって専ら指定居宅介護の職務に従事する者（併せて、重度訪問介護や行動援護を提供する指定事業所にあつては、それらに係る職務も含めることも可）のうち、事業の規模に応じて1人以上の者を配置すること。（管理者との兼務可）

**(2) サービス提供職員****要件**

介護福祉士、ホームヘルパー養成研修1級、2級又は3級課程の修了者。

**員数**

常勤換算方法で2.5人以上を配置すること。

**(3) 経過措置**

サービス提供職員については、当分の間、平成18年9月30日において現に居宅介護事業に従事した経験を有する者であつて、都道府県知事が必要な知識及び技術を有すると認める旨の証明書の交付を受けた者についても従事することを可能とする。

**( ) 設備基準**

(1) 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けること。

(2) 指定居宅介護の提供に必要な設備及び備品等を備えること。

**( ) その他**

居宅介護（身体介護）の指定を受けた事業者は、重度訪問介護の指定を受けたものと見なす。



## 基準該当事業者

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス提供責任者

##### 要件

指定居宅介護事業者と同じ。

##### 員数

事業所ごとに、従事者のうち1人以上の者を配置すること。(管理者との兼務可)

#### (2) サービス提供職員

##### 要件

指定居宅介護事業者と同じ。

##### 員数

3人以上を配置すること。(離島その他の地域は1人以上。)

### ( ) 設備基準

指定居宅介護事業者と同じ。

## 1 - 2 . 重度訪問介護

### 指定重度訪問介護事業者

#### ( ) 人員基準

##### ( 1 ) サービス提供責任者

###### 要件

介護福祉士、ホームヘルパー養成研修 1 級課程の修了者、ホームヘルパー養成研修 2 級課程の修了者であって 3 年以上介護等の業務に従事した者又はサービス提供職員のうち相当の知識と経験を有する者とする。

###### 員数

事業所ごとに、常勤の従事者であって専ら指定重度訪問介護の職務に従事する者（併せて、居宅介護や行動援護を提供する指定事業所にあつては、それらに係る職務も含めることも可）のうち、事業の規模に応じて 1 人以上の者を配置すること。（管理者との兼務可）

##### ( 2 ) サービス提供職員

###### 要件

介護福祉士、ホームヘルパー養成研修 1 級、2 級又は 3 級課程の修了者、重度訪問介護従事者養成研修（ ）の修了者とする。

日常生活支援従事者養成研修については、研修カリキュラムを見直し、新たに重度訪問介護従事者研修として制度化し、現場実習を中心とした内容に改めるとともに、研修時間について、従来の「20 時間」を「10 時間」とする。ただし、特に重度の障害者に対し支援を行う者については、利用者が医療的ケアを必要とする者であることを踏まえ、緊急時の対応等についての追加受講を要件とする。

###### 員数

常勤換算方法で 2 . 5 人以上を配置すること。

##### ( 3 ) 経過措置

サービス提供職員については、当分の間、平成 1 8 年 9 月 3 0 日において現に居宅介護事業に従事した経験を有する者であつて、都道府県知事が必要な知識及び技術を有すると認める旨の証明書の交付を受けた者についても従事することを可能とする。

#### ( ) 設備基準

( 1 ) 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けること。

( 2 ) 指定重度訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えること。

## 基準該当事業者

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス提供責任者

##### 要件

指定重度訪問介護事業者に同じ。

##### 員数

事業所ごとに、従事者のうち1人以上の者を配置すること。(管理者との兼務可)

#### (2) サービス提供職員

##### 要件

指定重度訪問介護事業者に同じ。

##### 員数

3人以上を配置すること。(離島その他の地域は1人以上。)

### ( ) 設備基準

指定重度訪問介護事業者に同じ。

## 1 - 3 . 行動援護

### 指定行動援護事業者

#### ( ) 人員基準

##### (1) サービス提供責任者

###### 要件

介護福祉士、ホームヘルパー養成研修1級課程の修了者又はホームヘルパー養成研修2級課程の修了者であって介護等の業務に3年以上従事した者、若しくは行動援護従業者養成研修( 1 )を修了した者( 2 )のいずれかであって、知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務( 3 )に5年以上従事した者とする。

- 1 現在の知的障害者移動介護従業者養成研修については、研修カリキュラムを見直し、新たに行動援護従業者養成研修として制度化する。
- 2 平成18年9月30日までの間に、従前の知的障害者移動介護従業者養成研修課程を修了した者を含む。
- 3 知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務の範囲については別途提示する。

###### 員数

事業所ごとに、常勤の従事者であって専ら指定行動援護の職務に従事する者(併せて、居宅介護や重度訪問介護を提供する指定事業所にあつては、それらに係る職務も含めることも可)のうち、事業の規模に応じて1人以上の者を配置すること。(管理者との兼務可)

##### (2) サービス提供職員

###### 要件

介護福祉士、1級ヘルパー又は2級ヘルパー若しくは行動援護従業者養成研修を修了した者( )のいずれかであって、知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務に2年以上従事した者とする。

###### 員数

常勤換算方法で2.5人以上を配置すること。

平成18年9月30日までの間に、従前の知的障害者移動介護従業者養成研修課程を修了した者を含む。

**(3) 経過措置**

従業者等の要件については、当分の間、以下の者についても行動援護従業者研修の受講を要件として、従事することを可能とする。

サービス提供責任者の要件緩和

知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務に従事した期間の「5年以上」を「3年以上」とする。

サービス提供職員の要件緩和

知的障害者、精神障害者又は障害児の直接支援業務に従事した期間の「2年以上」を「1年以上」とする。

**( ) 設備基準**

- (1) 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けること。
- (2) 指定行動援護の提供に必要な設備及び備品等を備えること。

**基準該当事業者****( ) 人員基準****(1) サービス提供責任者**

要件

指定行動援護事業者と同じ。

員数

事業所ごとに、従事者のうち1人以上の者を配置すること。(管理者との兼務可)

**(2) サービス提供職員**

要件

指定行動援護事業者と同じ。

員数

3人以上を配置すること。(離島その他の地域は1人以上。)

**( ) 設備基準**

指定行動援護事業者と同じ。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
		県		郡・市		
連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名				県	郡・市
	居宅介護従業者等との兼務の有無				有	無
	同一敷地内の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	
サービス提供責任者	フリガナ				(郵便番号 - )	
	氏名					住所
従業者の職種・員数		居宅介護等従業者		その他の従業者		
		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)						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
サービス内容 居宅介護(身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助) 重度訪問介護・行動援護						
主たる対象者		居宅介護		特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者		
		重度訪問介護		特定無し・加算対象者以外		
		行動援護		特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者		
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない		
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者
		その他				
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)				

(備考)

1. 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることになりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。
2. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
3. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

記載例

付表1 居宅介護・重度訪問介護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

		受付番号		
事業所	フリガナ	ヘルパーベース カミ		
	名称	ヘルパーベース 霞		
	所在地	(郵便番号 100 8916) 東京都千代田区霞ヶ関1		
連絡先	電話番号	03-0123-0000	FAX番号 03-0123-0000	
管理者	フリガナ	カミジロウ	(郵便番号160-0000)	
	氏名	霞 二郎	住所 東京都新宿区 1-2-3	
	居宅介護従業者等との兼務の有無			有
	同一敷地内の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	ヘルパーベース 霞(介護保険)	
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 4時間/月		
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				
サービス提供責任者	フリガナ	オオテマチ ダイスケ	(郵便番号103-0000)	
	氏名	大手町 大介	住所 東京都中央区 1-2-3	
従業者の職種・員数				
	居宅介護等従業者		その他の従業者	
	専従	兼務	専従 兼務	
従業者数	常勤(人)	3		
	非常勤(人)	6		
	常勤換算後の人数(人)	3.5		
	基準上の必要人数(人)			
主な揭示事項				
営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日			
営業時間	9:00-17:00			
サービス内容	居宅介護(身体介護(身体介護)、通院介助、家事援助等(食事援助、通院介助)、乗降介助)、 重度訪問介護(行動援護)			
主たる対象者	居宅介護 特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者 重度訪問介護 特定無し・加算対象者以外 行動援護 特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者			
利用料	運営規程に定める通り			
その他の費用	運営規程に定める通り			
通常の事業の実施地域	東京都千代田区 中央区 港区			
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	( )している・していない		
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	03-0000-0000 担当者 日比谷	
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)			

管理者が他の事業所と兼務の場合記載すること。

添付する勤務表と合致するように記載すること

申請するサービス内容に応じて記載すること。

主たる対象者について記載すること。

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることとなりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。
- 「受付番号」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

## 2 療養介護

### ( ) 基本方針

病院等への長期の入院による医療に加え、常時の介護が必要な障害者であって、

- (1) 障害程度区分6であり、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者
- (2) 障害程度区分5以上であり、筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者に対し、医療機関において、  
病院等への入院による医学的管理の下、食事・入浴等の介護を提供  
日常生活上の相談支援、レクリエーション活動等の社会参加活動支援、  
声かけ・聞き取り等のコミュニケーション支援  
や を通じた身体能力、日常生活能力の維持・向上  
を目的として、必要な介護、訓練等を実施。

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス管理責任者

医師、看護師又は別紙の要件を満たす者であって、別紙の研修を修了した者

施行後3年間は、経過措置を設ける。

1人以上は専従かつ常勤とする

- ・ 利用者数が60人以下 1人以上
- ・ 利用者数が60人超 1人+60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人増

#### (2) サービス提供職員

##### (必要な職種)

生活支援員 1人以上は常勤

医療法において病院等の配置基準として定める職種

- (ア) 医師
- (イ) 看護職員（看護師又は准看護師）・看護補助者
- (ウ) その他の職種



**( 従業者の員数 )****の配置数**

常勤換算方法により前年度の平均実利用人員（経過措置利用者を除く）の数を4で除した数以上

上記人員配置数を満たすための計画を提出した場合、経過措置として、利用者数を6で除した数以上を認める。（施行後3年間）

この場合、看護職員が常勤換算法で利用者の数を2で除した数以上置かれている事業単位においては、置かれている看護職員の数から利用者数を2で除した数を控除した数の看護職員を生活支援員に含めることが出来る。

**の配置数**

対象者の入院医療に適した人員を配置（医療法に規定する員数以上）。

(イ)については、診療報酬における所定の入院基本料（障害者施設等入院基本料、特殊疾患療養病棟入院料又は療養病棟入院基本料）と看護補助加算等の算定により、看護職員及び看護補助職員を2：1以上で配置。

**( ) 設備基準**

- ( 1 ) 最低定員（最低基準） 20名以上
- ( 2 ) 医療法に規定する病院として必要な設備のほか、多目的室（ダイラーム）を設置

**( ) 運営基準**

事業者は、サービスの提供に当たり、以下を実施。

- ( 1 ) 介護等を通じた生活の質（QOL）の維持向上への配慮
- ( 2 ) 訓練を通じた身体能力の維持・向上
- ( 3 ) 家族等への密な連絡
- ( 4 ) 家族や友人等との団らんや交流の機会が確保できるような運営への配慮

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
		県	郡	市					
連絡先	電話番号				FAX番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )				
	氏名				県	郡	市		
	同一敷地内の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				
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )			
	氏名					県	郡	市	
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		医師		生活支援員		看護職員	
		専従	兼務	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)									
		看護補助者							
		専従	兼務	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)									
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)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員	人(単位ごとの定員)( )								
基準上の必要定員									
設置部分	多目的室(デイルーム) 有 ・ 無								
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない						
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
	その他								
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物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、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、医療法に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等)								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。

記載例

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

		受付番号	
事業所	フリガナ	メディケア カスミン	
	名称	メディケア 霞苑	
	所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1	
管理者	連絡先	電話番号	03-0123-0000 FAX番号 03-0123-0000
	フリガナ	カシミジロウ	(郵便番号160-0000)
	氏名	霞 二郎	住所 東京都 新宿区 1-2-3
同一敷地内の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	ヘルパーベース霞(介護保険)
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 4時間 / 月
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			
サービス管理責任者	フリガナ	オオテマチ ダイスケ	(郵便番号103-0000)
	氏名	大手町 大介	住所 東京都中央区 1-2-3
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		医師
	専従 兼務		専従 兼務
	専従 兼務		専従 兼務
	専従 兼務		専従 兼務
従業者数	常勤(人)	1	4
	非常勤(人)		2
	常勤換算後の人数(人)		7
	基準上の必要人数(人)		2.0
看護補助者	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)		
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)		
前年度の平均利用者数(人)		22人	
主な揭示事項		24人	
利用定員		24人(単位ごとの定員)	
基準上の必要定員			
設置部分		多目的室(デイルーム) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
利用料		運営規程に定める通り。	
その他の費用		運営規程に定める通り。	
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先) 03-0000-0000 担当者 日比谷
添付書類		その他	
別添のとおり「定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物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、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、医療法に規定する医療機関として認可を受けたことが分かる証明書」			

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

付表は単位毎に作成すること。

利用料、その他の費用について運営規程で定める場合は具体的かつ明確に規定すること。

(備考)  
 1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。  
 2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。  
 3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。  
 4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。  
 5. 「兼務」欄には、併設施設との兼務を行う職員について記載してください。

### 3. 生活介護

#### ( ) 基本方針

常時介護が必要な障害者であって、障害程度区分3（併せて施設入所支援を利用する場合は区分4）以上である者、又は年齢が50歳以上で、障害程度区分2（併せて施設入所支援を利用する場合は区分3）以上である者に対し、事業所において、

- (1) 食事・入浴・排泄等の介護、日常生活上の支援
- (2) 軽作業等の生産活動や創作的活動の機会の提供
- (3) (1)や(2)を通じた身体能力、日常生活能力の維持・向上を目的として、必要な介護等を実施する。

#### ( ) 人員基準

##### (1) サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後3年間は、経過措置を設ける。

1人以上は専任かつ常勤とする

利用者数が60人以下 1人以上

利用者数が60人超 1人+60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人増

##### (2) サービス提供職員

###### (必要な職種)

医師

看護職員（保健師又は看護師若しくは准看護師）

施設入所支援を実施する場合 1人以上は常勤

施設入所支援を実施せず、通所のみにより実施する場合 1人以上

理学療法士又は作業療法士若しくは機能訓練指導員 機能訓練を行うために必要な数

理学療法士又は作業療法士の確保が困難な場合について、機能訓練指導員としてリハビリテーションに従事した経験を有する看護師等を充てることが可

専ら知的障害又は精神障害を有する者を対象とする場合には、生活支援員又は精神保健福祉士をもって代えることが可

生活支援員 1人以上は常勤

###### (従業者の員数)

利用者全員の日常生活上の健康管理を行うために必要な数

～ の配置総数

前年度の実利用人員の平均障害程度区分（経過措置利用者を除く）に応じ（ア）から（ウ）により算定した数

（ア） 平均障害程度区分4未満

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を6で除した数以上

(イ) 平均障害程度区分4以上5未満

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を5で除した数以上

(ウ) 平均障害程度区分5以上

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を3で除した数以上

新規に開設する事業所については、(ア)から(ウ)のいずれかを選択することとし、開所後3ヶ月間の平均障害程度区分により変動がある場合には、所要の手続きを行う

( ) 設備基準

(1) 最低定員(最低基準)

20名以上

過疎、離島地域等において、都道府県が、利用者数の確保困難と認めた場合は、10名以上

多機能型の最低利用人員(最低基準) 6名以上

(2) 訓練等に必要な設備

訓練・作業室 利用者へのサービス提供に支障がない広さを確保  
訓練・生産活動等に必要となる器具備品

(3) 日常生活を支援するために必要な設備

洗面設備 便所

相談室 室内における談話の漏えいを防ぐための措置を講じる

多目的室(デイルーム) サービス提供の場、利用者の食事や談話の場等

( ) 運営基準

(1) 終了時の支援

施設入所支援を併せて利用する者については、居宅サービス等の利用により、利用者が居宅において日常生活を営むことが可能になるかどうかを定期的に評価し、可能と認められる場合は、利用者の希望等を勘案し、必要な援助を実施する。

(2) 生産活動の実施

利用者の心身の状況や意向を踏まえた生産活動の実施、その場合における工賃の支払い方法等を明確化する。

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。  
 2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市					
	氏名											
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	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又は条例等						第 条第 項第 号					
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		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		
		専従	兼務	専従	兼務	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)												
従業者数		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
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)												
前年度の平均実利用者数(人)		施設が申告する障害程度区分の平均値										
		サービス単位		4未満		4以上5未満		5以上				
		サービス単位1										
		サービス単位2										
		サービス単位3										
主な揭示事項												
営業日		単位ごとの営業日										
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)( : ~ : : ~ : )										
主たる対象者		特定無し		身体障害者								
				細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害
		知的障害者		精神障害者								
利用定員		人(単位ごとの定員)( )										
基準上の必要定員												
多機能型実施の有無		有 ・ 無										
利用料												
その他の費用												
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない								
		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						
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)										

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。  
 2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表1を併せて提出してください。

記載例

受付番号																																																																		
フリガナ	デイリーケア カミソリ																																																																	
名称	デイリーケア齋の園																																																																	
所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 齋ヶ園1																																																																	
連絡先	電話番号 03-0123-0000 FAX番号 03-0123-0000																																																																	
フリガナ	カミソリ																																																																	
住所	(郵便番号160-0000) 東京都 新宿区 1-2-3																																																																	
氏名	露 二郎																																																																	
当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																																																																		
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 ヘルパーステーション(介護保険) 兼務する職種及び勤務時間等 管理者 (4時間/日)																																																																	
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第3条第4項第5号																																																																		
サービス	フリガナ オオテマチ ダイスケ																																																																	
管理責任者	氏名 大手町 大介 住所 東京都中央区 1-2-3 (郵便番号103-0000)																																																																	
従業者の職種・員数	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">職種</th> <th colspan="2">医師</th> <th colspan="2">サービス管理責任者</th> <th colspan="2">看護職員</th> <th colspan="2">理学療法士</th> <th colspan="2">作業療法士</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> </tr> <tr> <td>従業者数</td> <td>常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤(人)</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数(人)</td> <td colspan="10">53</td> </tr> <tr> <td>基準上の必要人数(人)</td> <td colspan="10"></td> </tr> </table>	職種	医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	従業者数	常勤(人)				1		6			1		非常勤(人)	1				8					常勤換算後の人数(人)	53										基準上の必要人数(人)										
職種	医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士																																																									
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務																																																								
従業者数	常勤(人)				1		6			1																																																								
	非常勤(人)	1				8																																																												
常勤換算後の人数(人)	53																																																																	
基準上の必要人数(人)																																																																		
	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">職種</th> <th colspan="2">機能訓練指導員</th> <th colspan="2">生活支援員</th> <th colspan="2">精神保健福祉士</th> <th colspan="2">その他の従業者</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> <th>専従</th> <th>兼務</th> </tr> <tr> <td>従業者数</td> <td>常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数(人)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>基準上の必要人数(人)</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>	職種	機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者		専従	兼務	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)																				
職種	機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者																																																											
	専従	兼務	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)																																																																		
前年度の平均実利用者数(人)	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">施設が申告する障害程度区分の平均値</th> </tr> <tr> <th>サービス単位</th> <th>4未満</th> </tr> <tr> <td>サービス単位1</td> <td>4以上5未満</td> </tr> <tr> <td>サービス単位2</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>サービス単位3</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>サービス単位4</td> <td>2</td> </tr> </table>	施設が申告する障害程度区分の平均値		サービス単位	4未満	サービス単位1	4以上5未満	サービス単位2	10	サービス単位3	9	サービス単位4	2																																																					
施設が申告する障害程度区分の平均値																																																																		
サービス単位	4未満																																																																	
サービス単位1	4以上5未満																																																																	
サービス単位2	10																																																																	
サービス単位3	9																																																																	
サービス単位4	2																																																																	
主な揭示事項																																																																		
営業日	単位ごとの営業日 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日																																																																	
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)( 9:00~17:00 : ~ )																																																																	
主たる対象者	<table border="1"> <tr> <th>特定無し</th> <th>細分無し</th> <th colspan="4">身体障害者</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>肢体不自由</td> <td>視覚障害</td> <td>聴覚・言語</td> <td>内部障害</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>知的障害者</td> <td>精神障害者</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	特定無し	細分無し	身体障害者						肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			知的障害者	精神障害者																																																	
特定無し	細分無し	身体障害者																																																																
		肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害																																																													
		知的障害者	精神障害者																																																															
利用定員	24人(単位ごとの定員)( )																																																																	
基準上の必要定員																																																																		
多機能型実施の有無	有 ( )																																																																	
利用料	運営規程に定めるとおり																																																																	
その他の費用	運営規程に定めるとおり																																																																	
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況 している ( ) し( ) ない ( ) 苦情解決の措置概要 窓口(連絡先) 03-0000-0000 担当者 日比谷 その他																																																																	
協力医療機関	名称 医院 主な診療科名 内科・外科																																																																	
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)																																																																	

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

単位を設ける場合は単位毎に作成すること。

事業開始初年度は推定数。

主たる対象者を記載すること。

利用料、その他の費用について運営規程で定める場合は具体的かつ明確に規定すること。

(備考)  
 1. '受付番号'、'基準上の必要人数'、'基準上の必要値'、'基準上の必要定員'、欄には、記載しないでください。  
 2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。  
 3. '看護職員'とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。  
 4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。  
 5. '主な揭示事項'欄には、その内容を簡潔に記載してください。  
 6. '兼務'欄は、施設入所支援事業以外の兼務を行う職員について記載してください。  
 7. 'その他の費用'欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

## 4 児童デイサービス

### ( ) 基本方針

障害児が日常生活における基本的動作を習得し、及び集団生活に適応することができるよう、当該障害児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適切な指導及び訓練を実施。

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

1人以上を配置し、1人以上は専任かつ常勤とする

#### (2) サービス提供職員

##### (必要な職種)

指導員又は保育士

##### (従業者の員数)

指定デイサービスの単位ごとにその提供を行う時間帯を通じて専ら当該デイサービスの提供に当たる指導員及び保育士の合計数が、次のとおり確保されるために必要と認められる数(1人以上は、常勤であること)

障害児の数が10人までは、2以上

障害児の数が10人を超えるときは、2に障害児の数が10を超えて5又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上

### ( ) 設備基準

日常生活訓練室兼社会適応訓練室を有するほか、必要な設備及び備品等を備えなければならない。

### ( ) 運営基準

#### (1) 個別指導

療育を必要とする児童に対し、1日一定時間以上の個別指導を実施する。

#### (2) 関係機関との連携

保健、医療、教育も含めた支援システムを構築するため、関係機関と連携を図ること。

現行制度において、集団療育を実施している児童デイサービス事業者及びその利用者に配慮し、当分の間は、事業所として一定の要件(旧指定基準)を満たすものを指定児童デイサービス事業所とみなす経過措置を設ける。



## 基準該当事業者

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス管理責任者

##### 要件

指定児童デイサービス事業者と同じ。

##### 員数

事業所ごとに、1人以上の者を配置すること。

#### (2) サービス提供職員

##### 要件

指定行動援護事業者と同じ。

##### 員数

- 1 障害児の数が10人までは、2以上
- 2 障害児の数が10人を超えるときは、2に障害児の数が10を超えて5又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上

### ( ) 設備基準

指定行動援護事業者と同じ。

現行制度において、集団療育を実施している基準該当児童デイサービス事業者及びその利用者に配慮し、当分の間は、事業所として一定の要件(旧指定基準)を満たすものを基準該当指定児童デイサービス事業所とみなす経過措置を設ける。

付表４ 児童デイサービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地		(郵便番号 - ) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号				
管理者	フリガナ		住所		(郵便番号 - )					
	氏名				県 郡・市					
	同一敷地内の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			サービス管理責任者		指導員		保育士		その他の従事者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数			常勤(人)		非常勤(人)		基準上の必要人数(人)			
主な揭示事項										
営業日										
営業時間			単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)( : ~ : : ~ : )							
利用定員			人 ( 小規模 標準 大規模 ) ( 単位ごとの定員 ) ( )							
利用料										
その他の費用										
実施サービス			送迎サービス		有 ・ 無					
設備部分			指導訓練室		有 ・ 無					
通常の事業の実施地域										
その他参考となる事項			第三者評価の実施状況		している ・ していない					
			苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者	
			その他							
添付書類			別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、食事の提供に要する費用等について記載してください。

記載例

付表4 児童デイサービス事業所の指定に係る記載事項

		受付番号							
事業所	フリガナ	ジドウデイサービス 加ミ							
	名称	児童デイサービス 霞							
	所在地	(郵便番号 100 8916) 東京都 千代田区 霞ヶ関1							
連絡先	電話番号	03-0123-0000	FAX番号	03-0123-0000					
管理者	フリガナ	加ミシロウ	住所	(郵便番号160-0000) 東京都 新宿区 1-2-3					
	氏名	霞 二郎	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 4時間 / 月					
	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 (ヘルパーベース霞(介護保険))							
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3条第4項第5号									
サービス管理責任者	フリガナ	オオテマチ ダイスケ		住所 (郵便番号103-0000)					
	氏名	大手町 大介		東京都中央区 1-2-3					
従業者の職種・員数		サービス管理責任者	指導員	保育士	その他の従業者				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数		1	2						
非常勤(人)			1			3			
基準上の必要人数(人)									
主な揭示事項									
営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日								
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)( 09:00~17:00 : ~ : )								
利用定員	15人 (小規模 標準 大規模) (単位ごとの定員)( 15人 )								
利用料	運営規程に定めるとおり								
その他の費用	運営規程に定めるとおり								
実施サービス	送迎サービス	有 ・ 無							
設備部分	指導訓練室	有 ・ 無							
通常の事業の実施地域	千代田区・港区								
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない							
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	03-0000-0000	担当者 日比谷					
	その他								
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)								

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

単位を設ける場合は単位毎の情報を記載すること。

単位を設ける場合は取りまとめて記入すること。

利用料、その他の費用について運営規程で定める場合は具体的かつ明確に規定すること。

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、食事の提供に要する費用等について記載してください。

## 5 短期入所

### ( ) 基本方針

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設その他の施設へ短期間の入所を必要とする障害者等に対し、入浴、排せつ又は食事等の介護や日常生活上の支援を提供する。

### (事業所の形態)

#### ・併設型事業所

障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設と一体的な運営を行う事業所

#### ・空床利用型事業所

障害者支援施設その他の厚生労働省令で定める施設であって、その全部又は一部が入所者に利用されていない居室を利用して運営を行う事業所

#### ・単独型事業所

上記以外であって、短期間の入所による保護を適切に行うことができる事業所

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス提供職員

##### (必要な職種)

#### ・併設型事業所・空床利用型事業所

当該施設において必要な職種（以下「従業者」という。）

#### ・単独型事業所

当該事業所に置くべき職員は次のとおり

管理者（事業所の管理上支障がない場合は兼務可）

医師（囑託可）

生活支援員又は介護職員（利用者のサービス提供に支障がない場合は兼務可）

##### (従業者の員数)

#### ・併設型事業所

施設及び併設事業所に置くべき従業者の総数は、当該施設等の入所者数及び併設型事業所の利用者数の総数を当該施設の入所者数とみなしたときに当該施設として必要とされる数以上

#### ・空床利用型事業所

当該施設に置くべき従業者の総数は、当該施設の入所者数及び短期入所事業の利用者数の総数を当該施設の入所者数とみなしたときに当該施設として必要とされる数以上

#### ・単独型事業所

職員は、利用者に対するサービス提供に必要な員数を確保すること。

**( ) 設備基準**

日常生活を支援するために必要な設備

**・併設型事業所・空床利用型事業所**

当該施設において必要な設備

**・単独型事業所**

居室

(ア) 居室床面積 入所者1人当たり 8 m<sup>2</sup>以上

(イ) 居室の定員 4人以下

(ウ) 地階への設置は不可

(エ) 収納設備等の設置、避難口の設置、寝台又はこれに代わる設備

食堂

浴室

洗面設備

便所

現に存する事業所については、経過措置を講ずる

付表5 短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市													
管理者	連絡先	電話番号									FAX番号				
	フリガナ			住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市										
	氏名														
同一敷地内の他の事業所 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													
事業所の種別	併設型・空床型（単独型）			併設型 の場合	利用定員数(人)				前年度の平均入所者数(人)						
併設(本体)施設		名称													
施設種別等		併設(本体)施設の入所者の定員(人)													
単独型事業所の居室		1室の最大定員(人)				入所者1人あたりの最小床面積				m <sup>2</sup>					
従業者の職種 ・員数(人)		サービス 管理責任者		医師		看護職員								心理判定員	
		専従	兼務	専従	兼務	合計		保健師		看護師		准看護師		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)															
従業者数		職能判定員		理学療法士等								あん摩マッサー ジ指圧師		生活支援員	
		専従	兼務	専従	兼務	合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		専従	兼務
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
従業者数		職業指導員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤換算後の人数(人)															
基準上の必要人数(人)															
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										
主な揭示事項															
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者													
利用料															
その他の費用															
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない									
		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									
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物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、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の内容がわかるもの)													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5 短期入所事業所の指定に係る記載事項

記載例

受付番号			
事業所	フリガナ	カスミツキニウシヨウシキョウシヨ	
	名称	霞短期入所事業所	
	所在地	(郵便番号 100 8916) 東京都千代田区霞ヶ関1	
管理者	連絡先	電話番号	03-0123-0000 FAX番号 03-0123-0000
	フリガナ	カスミジロウ	住所 (郵便番号160-0000) 東京都新宿区 1-2-3
	氏名	霞 二郎	
同一敷地内の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	ヘルパーベース霞(介護保険)	
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 4時間/月	
事業所の種別	併設型	併設型の場合	利用定員数(人) 前年度の平均入所者数(人)
併設(本体)施設	名称	露学園	
施設種別等	旧法施設支援(知的)	併設(本体)施設の入所者の定員(人)	40
単独型事業所の居室	1室の最大定員(人)	m	
従業者の職種・員数(人)	サービス管理責任者	合計	保健師 看護師 准看護師 心理士
	専従 兼務	専従 兼務	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)		
職能判定員	理学療法士等	合計	理学療法士 作業療法士 機能訓練指導員 あんりマッサー ン指圧師 生活支援員
	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務 専従 兼務 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)		
職業指導員	就業支援員	介護職員	児童指導員 保育士 精神保健福祉士 その他の従業者
	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務 専従 兼務 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)		
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3条 第4項 第5号			
主な揭示事項			
主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者		
利用料	運営規程に定めたとおり。		
その他の費用	運営規程に定めたとおり。		
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない	
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	03-0000-0000 担当者 日比谷
その他			
協力医療機関	名称	医院	主な診療科名 内科・外科
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物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、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の内容がわかるもの)		

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

本体施設に併設又は空床利用型である場合、本体施設の人員配置を記載すること。

利用料、その他の費用について運営規程で定める場合は具体的かつ明確に規定すること。

(備考)  
 1. 受付番号「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。  
 2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。  
 3. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。  
 4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。  
 5. 「兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。  
 6. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

## 6．重度障害者等包括支援

主たる事業（指定障害福祉サービス又は指定障害者支援施設のいずれか）に係る指定の基準を満たしていることを要件とする。

### （ ） 人員基準

相談支援専門員の資格を有するサービス管理責任者を配置していること。  
この者について、1人以上は専任かつ常勤であること。

### （ ） 設備基準

各指定事業所として必要な設備及び備品等を備えること。

### （ ） 運営基準

（1）重度訪問介護等何らかの障害福祉サービスに係る指定事業者であり、かつ、24時間、利用者からの連絡に対応できていることを規定する。（ 緊急時の臨機応変な対応が可能であると同時に、自らも一定のサービス提供が行える体制を有していることが必要。）

（2）個別支援計画の作成

利用者の状況を把握・分析し、毎週個別支援計画を作成するとともに、定期的にサービス担当者会議を開催することを規定する。

### （ ） その他

（1）市町村は対象者に対し、定期的に、適切なサービスが報告どおり提供されているかどうか等について、実地で確認調査を行うこととする。

（2）重度障害者等包括支援は、これまでにない新たなサービスであることから、本年夏を目途に、各地の先進事例の収集・分析を行い、サービスの質の確保を含め、具体的な事業運営の在り方についてのマニュアルを作成する。

（3）重度障害者等包括支援は、利用者からの連絡に対する対応体制と、医療機関と協力する体制を有していなければならない。



付表6 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )		
	氏名		県 郡・市		
	サービス提供責任者との兼務の有無		有	無	
	同一敷地内の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	
サービス提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 - )		
	氏名				
事業所の体制		種類	事業所名	事業所番号	
他に指定を受けている障害福祉サービス等					
委託による提携事業所		種類	事業所名	事業所番号	
協力医療機関		名称	主な診療科名		
利用者からの連絡対応体制の概要					
主な揭示事項					
主たる対象者		特定無し・ 類型・ 類型・ 類型			
利用者数		人			
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない		
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	担当者	
		その他			
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)			

(備考)

1. 「受付番号」欄には、基準上の必要人数を記載してください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「他に指定を受けている障害福祉サービス」欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。
4. 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を「委託による提携事業所」に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「主たる対象者」欄については、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者を対象とする場合は「 類型」、最重度知的障害者を対象とする場合は「 類型」、行動関連項目等の合計点数が15点以上である者を対象とする場合は「 類型」を選択してください。特定しない場合は「特定無し」を選択してください。
7. 「利用者数」欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。
8. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
9. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表 6 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

記載例

受付番号			
事業所	フリガナ	カミナリカサエンジキョウシヨ	
	名称	霞包括支援事業所	
	所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1	
管理者	連絡先	電話番号	03-0123-0000 FAX番号 03-0123-0000
	フリガナ	カミジロウ	
	氏名	霞 二郎	住所 (郵便番号160 - 0000 ) 東京都 新宿区 1-2-3
サービス提供責任者との兼務の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の種類及び勤務時間等) <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
事業所等の名称 ヘルパーベース霞			
兼務する職種及び勤務時間等 管理者 4時間 / 月			
当該事業の実施について定めた特定業務付付等又は余剰等 第3条第4項第5号			
サービス管理責任者	フリガナ	オオテマチ ダイスケ	郵便番号103 - 0000 )
	氏名	大手町 大介	住所 東京都中央区 1-2-3
事業所の体制			
他に指定を受けている障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号
	居宅介護	ヘルパーベース霞	*****
委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号
	移動支援	ヘルパーベース霞	
協力医療機関			
		名称	医院 主な診療科名 内科/外科
利用者からの連絡対応体制の概要			
利用者からの電話等により常に連絡がとれる体制をとっている。			
主な揭示事項			
主たる対象者		特定無し・ 類型・ 類型・ 類型	
利用者数		10人	
利用料		運営規程に定めたとおり。	
その他の費用		運営規程に定めたとおり。	
通常の事業の実施地域			
千代田区・港区			
第三者評価の実施状況 <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない			
苦情解決の措置概要			
窓口(連絡先)		03-0000-0000	担当者 日比谷
その他			
別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)			

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

他の障害福祉サービス事業所等の情報を記載すること。

利用料、その他の費用について運営規程で定める場合は具体的かつ明確に規定すること。

- (備考)
1. '受付番号'、'基準上の必要人数'欄には、記載しないでください。
  2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
  3. '他に指定を受けている障害福祉サービス'欄には、重度障害者等包括支援以外に指定を受けているものについて記載してください。重度包括支援と同時に指定を受けようとする場合は事業所番号の記載は不要です。
  4. 第三者に委託して障害福祉サービスを提供する場合は、予定している事業所を'委託による提携事業所'に記載してください。なお、指定事業所でない場合は事業所番号の記載は不要です。
  5. '主な揭示事項'欄には、その内容を簡潔に記載してください。
  6. '主たる対象者'欄については、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者を対象とする場合は' 類型'、最重度知的障害者を対象とする場合は' 類型'、行動関連項目等の合計点数が15点以上である者を対象とする場合は' 類型'を選択してください。特定しない場合は'特定無し'を選択してください。
  7. '利用者数'欄には、当該事業所において提供できる利用者の数を記載してください。
  8. 'その他の費用'欄には、利用者へ直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
  9. '通常の事業の実施地域'欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

## 7 - 1 . 共同生活援助

### ( ) 基本方針

就労し又は就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であって、地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助が必要なものに対し、

- ( 1 ) 家事等の日常生活上の支援
- ( 2 ) 日常生活における相談支援、日中活動に係る事業所等の関係機関との連絡調整

を目的として、必要な支援等を実施。

### ( ) 人員基準

#### ( 1 ) サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後平成 2 1 年 3 月 3 1 日まで、経過措置を設ける。( 合計利用者 9 人以下の場合は、これを置かないことができる。 )

指定事業所単位で 1 人以上、専任

利用者が 3 0 人以下 1 人以上

利用者が 3 0 人超 1 人 + 3 0 人を超えて 3 0 又はその端数を増すごとに 1 名増

#### ( 2 ) サービス提供職員

##### ( 必要な職種 )

世話人

##### ( 従業者の員数 )

配置数

指定事業所単位で、常勤換算方法により、利用人員の数を 1 0 で除した数以上

利用人員は、直近の 4 月 1 日を基準日として算出する 6 ヶ月間の平均実利用人員によることとし、6 ヶ月ごとに見直す。6 ヶ月以内に定員が増減した場合は、増減した時点から、次回見直しまでの間の平均実利用人員により算定。

新規に開設する事業所については、「定員 × 9 0 %」を 1 0 で除した数以上とする。

**( ) 設備基準****(1) 定員**

事業の最低定員 4人以上

住居1か所当たりの利用者数 2人以上10人以下

既存の建物を活用する場合、20人まで(10人までを1つとする生活単位を2つまで)

都道府県障害福祉計画により、居住サービスが不足するとされる地域において、都道府県知事が特別の必要性があるとして個別に認める場合、30人まで(10人までを1つとする生活単位を3つまで)

**(2) 日常生活を支援するために必要な設備**

居室

居室の定員 原則個室

居室床面積 入所者1人当たり7.43㎡以上(収納設備等を除く)

収納設備等の設置

現に存するグループホーム等については、経過措置を設ける

居間又は食堂

一の場所とすることが可

台所、洗面設備、便所等の共有部門

10人を上限とする生活単位ごとに区分して配置

**(3) 指定事業所の範囲**

適切な運営が確保されるよう、一定の地域の範囲内において事業を実施する。

事業所

連絡や往来等の点で、指定事業所としての一体的なサービス提供に支障がない範囲

世話人が行う業務

利用者が居住する住居について、個々の世話人が日常生活上の支援を行う上で支障がない範囲

夜間支援体制

利用者が居住する住居について、緊急時に速やかに対処できる距離や位置関係にあるなど、夜間の生活支援上支障がない範囲

**( ) 運営基準**

協力機関

サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、他の障害福祉サービス事業者など関係機関等との連携及び支援の体制を確保する。

**【地域移行型ホームの特例】****(1) 定義**

地域移行型ホームとは、入所施設又は病院（以下「入所施設等」という。）の敷地内にあり、利用者の地域生活への移行を進めるための過程として位置付けられる事業所。

敷地とは、入所施設等を設置・運営する法人が所有又は借用している土地であって、入所施設等が立地しているものをいう。

**(2) 運営基準**

次の要件を満たす場合に限定。

利用者ごとの利用期間は、原則 2 年間までとする。

利用者ごとに、外部の日中活動サービス等を組み合わせて個別支援計画を定めること、運営に関し地域の関係者等を含めた協議の場を設定すること等を通じ、地域活動等への参加を確保する。

居間、便所等の共有設備について、10 人を上限とする生活単位ごとに配置するなど、居住環境における入所施設等からの独立性を確保する。

都道府県障害福祉計画において居住サービスが不足する地域に限定する。また、既存の建物を活用する場合に限定し、併せて入所施設等の定員を減少することとし、これらについて都道府県が個別に認める。

## 7 - 2 . 共同生活介護

### ( ) 基本方針

生活介護や就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者であって、地域において自立した日常生活を営む上で、食事や入浴等の介護や日常生活上の支援を必要とし、障害程度区分2以上であるものに対して、

- (1) 家事等の日常生活上の支援
- (2) 食事・入浴・排せつ等の介護
- (3) 日常生活における相談支援、日中活動に係る事業所等の関係機関との連絡調整

を目的として、必要な介護、支援等を実施。

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後平成21年3月31日まで、経過措置を設ける。(合計利用者9人以下の場合は、これを置かないことができる。)

指定事業所単位で1人以上、専任

- ・ 利用者数が30人以下 1人以上
- ・ 利用者数が30人超 1人+30人を超えて30又はその端数を増すごとに1名増

#### (2) サービス提供職員

##### (必要な職種)

世話人

生活支援員

##### (従業者の員数)

#### (ア) の配置数

指定事業所単位で、常勤換算方法により、利用人員の数を6で除した数以上

利用人員は、直近の4月1日を基準日として算出する平均実利用人員によることとし、6ヶ月ごとに見直す。6ヶ月以内に定員が増減した場合は、増減した時点から、次回見直しまでの間の平均実利用人員により算定。

新規に開設する事業所については、「定員×90%」を6で除した数以上とする。

**(1) の配置数**

指定事業所単位で、常勤換算方法により、  
 区分3の利用者数を9で除した数  
 区分4の利用者数を6で除した数  
 区分5の利用者数を4で除した数  
 区分6の利用者数を2.5で除した数  
 の合計数以上とする。

利用人員の取扱いは、(ア)と同じ。

なお、この算定方式により算出される人数が2割以上減少した場合には、都道府県に届け出ることにより、必要職員数を変更することが可能。

新規に開設する事業所については、事業者からの指定申請に併せて、区分ごとの利用者見込数を届出ることにより取扱う(開所後3ヶ月間の平均実利用者数が異なる場合は、変更する)。

外部事業者に介護サービスを委託した場合は、当該外部サービス利用時間数について、当該事業所がサービスを実施したものとみなして差し支えない。

共同生活介護と居宅介護を併せて利用する事業所については、世話人の配置基準のみを適用する。

**( ) 設備基準****(1) 定員**

事業の最低定員 4人以上

住居1か所当たりの利用者数 2人以上10人以下

既存の建物を活用する場合、20人まで(10人までを1つとする生活単位を2つまで)

都道府県障害福祉計画により、居住サービスが不足するとされる地域において、都道府県知事が特別の必要性があるとして個別に認める場合、30人まで(10人までを1つとする生活単位を3つまで)

**(2) 日常生活を支援するために必要な設備****居室**

居室の定員 原則個室

居室床面積 入所者1人当たり7.43㎡以上(収納設備等を除く)

収納設備等の設置

現に存するグループホーム等については、経過措置を設ける

**居間又は食堂**

同一の場所とすることが可

**台所、洗面設備、便所等の共有部門**

10人を上限とする生活単位ごとに区分して配置

**利用者への配慮**

居住者の心身の状況に配慮された適切な住環境となっていること

**( 3 ) 指定事業所の範囲**

適切な運営が確保されるよう、一定の地域の範囲内において事業を実施する。

**事業所**

連絡や往来等の点で、指定事業所としての一体的なサービス提供に支障がない範囲（概ね30分程度で移動できる範囲）

**世話人が行う業務**

利用者が居住する住居について、個々の世話人が日常生活上の支援を行う上で支障がない範囲

**夜間支援体制**

利用者が居住する住居について、緊急時に速やかに対処できる距離や位置関係にあるなど、夜間の生活支援上支障がない範囲

**( ) 運営基準****( 1 ) 外部サービスの利用**

介護等のサービスは、事業所の従業者により提供することを原則とするが、事業者が自らの責任に基づき委託した場合には、利用者に対し、従業者以外の者により介護サービスを提供することができる。この場合、あらかじめ利用者に説明し、同意を得る等の措置を講ずる。

なお、行動援護の対象となる利用者が、通常行われる外出とは別に移動を行う場合には、共同生活介護とは別に行動援護を利用することができる。

**( 2 ) 協力機関**

サービス提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、他の障害福祉サービス事業者など関係機関等との連携及び支援の体制を確保する。

**【地域移行型ホームの特例】**

地域移行型ホームの特例については、共同生活援助と同様。



## 【一体型指定共同生活介護・生活援助事業所の特例】

### ( ) 基本方針

共同生活介護の事業及び共同生活援助の事業を一体的に行う事業所（以下「一体型指定共同生活介護・生活援助事業所」という。）については、これに置くべき従業者及び員数の特例を設ける。ただし、特例の規定がないものについては、それぞれ共同生活介護の事業及び共同生活援助の基準を満たすものであること。

### ( ) 人員基準の特例

#### (1) サービス管理責任者

一体型指定共同生活介護・生活援助事業所単位で1人以上、専任

- ・ 利用者数が30人以下 1人以上
- ・ 利用者数が30人超 1人+30人を超えて30又はその端数を増すごとに1名増

#### (2) 世話人

一体型指定共同生活介護・生活援助事業所単位で、常勤換算方法により、利用人員の数を6で除した数以上

## 【経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所の特例】

### ( ) 基本方針

平成18年9月30日において現に存する指定共同生活援助を行っている事業所で、都道府県が1.居宅介護を利用している利用者が引き続き利用する。2.当該事業所に生活支援員を置くことが困難であると認めた事業所については、平成20年3月31日までの間、これに置くべき従業者及び員数の特例を設ける。ただし、特例の規定がないものについては、それぞれ共同生活介護の事業及び共同生活援助の基準を満たすものであること。また共同生活援助事業所と一体となって事業を行う場合は、これに準じること。

### ( ) 人員基準の特例

#### (1) サービス管理責任者

置かないことができる。

#### (2) 生活支援員

置かないことができる。

#### (3) 管理者

利用者の身体及び精神の状況、他のサービスの利用状況の把握

利用者の自立した日常生活への検討及び必要な支援

生活介護事業所等との連携調整、余暇支援

他の従業者に対する技術指導、助言

を行う必要がある。

付表7 共同生活介護事業所(ケアホーム) ・ 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 - )						
		県		郡・市				
連絡先	電話番号			FAX番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )			
	氏名				県 郡・市			
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(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	
各事業の利用定員数	共同生活援助事業							
	共同生活介護事業							
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	従業員数		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
	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				している ・ していない			
	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、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。

付表7 共同生活介護事業所（ケアホーム） ・ 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

記載例

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	カスミホーム				
	名称	霞ホーム				
	所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1				
連絡先	電話番号	03 - 0123 - 0000	FAX番号	03 - 0123 - 0000		
	フリガナ	カミシロウ				
管理者	氏名	霞 二郎	住所	(郵便番号160 - 0000 ) 東京都 新宿区 1 - 2 - 3		
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	霞学園			
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 4時間 / 日			
当該事業の実施について定めてある定款・客付行為等又は条例等 第3条 第4項 第5号						
各事業の利用定員数	共同生活援助事業		21人			
	共同生活介護事業					
サービス管理責任者	フリガナ	オオテマチ ダイスケ				
	氏名	大手町 大介	住所	(郵便番号103 - 0000 ) 東京都中央区 1 - 2 - 3		
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)	3	1		1
		非常勤(人)				
		常勤換算後の人数(人)	2.6			
基準上の必要人数(人)						
居宅介護従業者の外部委託の予定 (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		旧法施設支援(知的障害者更生施設) 霞学園			
	支援体制の概要					
夜間・緊急時のバックアップ						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況					
	している ・ していない					
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	03 - 0000 - 0000		担当	
その他						
日比谷						
協力医療機関	名称	医院		主な診療科目 科・外科		
協力歯科医療機関	名称	× 歯科				
添付書類	別添のとおり(定款、客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、経理書、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、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					

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

事業所全体の数値で記載すること。

バックアップ施設がある場合には記載すること。

医療機関とは契約等を経た上で協力関係を締結すること。

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。

（付表7）その2

共同生活 住居	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
		県	郡	市
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態			
	住居区分:一戸建て、アパート、マンション、その他( )			
	建物所有者名:			
	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			
	住居の利用定員数 人			
	居室数 室(うち個室 室)			
	入居者1人当たりの居室の最小床面積 m <sup>2</sup>			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
利用料				
その他の費用				
共同生活 住居	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
		県	郡	市
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態			
	住居区分:一戸建て、アパート、マンション、その他( )			
	建物所有者名:			
	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			
	住居の利用定員数 人			
	居室数 室(うち個室 室)			
	入居者1人当たりの居室の最小床面積 m <sup>2</sup>			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
利用料				
その他の費用				
共同生活 住居	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
		県	郡	市
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態			
	住居区分:一戸建て、アパート、マンション、その他( )			
	建物所有者名:			
	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			
	住居の利用定員数 人			
	居室数 室(うち個室 室)			
	入居者1人当たりの居室の最小床面積 m <sup>2</sup>			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者			
利用料				
その他の費用				

記載例

（付表7）その2

共同生活住居	フリガナ	カミホーム1			
	名称	霞ホーム1			
	所在地	(郵便番号 100 8916 )			
		東京都 千代田区 霞ヶ関1			
	連絡先	電話番号	03-0000-0123	FAX番号	03-0000-0123
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態 既存建物				
	住居区分:一戸建て、 <u>アパート</u> 、マンション、その他( )				
	建物所有者名: 虎ノ門 太郎				
	賃貸借契約の内容: ア 敷金 0円 イ 礼金 0円 ウ 家賃 (月額) 250,000円 エ 契約期間 H18.10.1 - H20.09.30 オ 賃貸料がない理由				
	住居の利用定員数 6人				
	居室数 6 室(うち個室 6室)				
	入居者1人当たりの居室の最小床面積 15 m <sup>2</sup>				
	主たる対象者 知的障害者 精神障害者				
	利用料 運営規程に定めたとおり その他の費用 運営規程に定めたとおり				
共同生活住居	フリガナ	カミホーム2			
	名称	霞ホーム2			
	所在地	(郵便番号 100 8916 )			
		東京都 千代田区 霞ヶ関2			
	連絡先	電話番号	03-0000-0124	FAX番号	03-0000-0124
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態 新築建物				
	住居区分:一戸建て、 <u>アパート</u> 、マンション、その他( )				
	建物所有者名: 千代田 一郎				
	賃貸借契約の内容: ア 敷金 0円 イ 礼金 0円 ウ 家賃 (月額) 300,000円 エ 契約期間 H18.10.1 - H20.09.30 オ 賃貸料がない理由				
	住居の利用定員数 6人				
	居室数 6 室(うち個室 室)				
	入居者1人当たりの居室の最小床面積 15 m <sup>2</sup>				
	主たる対象者 知的障害者 精神障害者				
	利用料 運営規程に定めたとおり その他の費用 運営規程に定めたとおり				
共同生活住居	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
		県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態				
	住居区分:一戸建て、アパート、マンション、その他( )				
	建物所有者名:				
	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				
	住居の利用定員数 人				
	居室数 室(うち個室 室)				
	入居者1人当たりの居室の最小床面積 m <sup>2</sup>				
	主たる対象者 知的障害者 精神障害者				
	利用料 その他の費用				

利用料、その他の費用について運営規程で定める場合は具体的かつ明確に規定すること。

住居毎に整理して記載すること。

## 8 施設入所支援

### （ ） 基本方針

生活介護又は自立訓練若しくは就労移行支援の対象者に対し、日中活動とあわせて、夜間等における入浴、排せつ又は食事の介護等を提供することを目的として、障害者支援施設において、必要な介護、支援等を実施する。

自立訓練、就労移行支援については、生活能力により単身での生活が困難な者、地域の社会資源等の状況により通所することが困難な者とする。

### （ ） 人員基準

#### （1） サービス管理責任者

日中活動に係る事業のサービス管理責任者と兼務することができる

#### （2） サービス提供職員

（必要な職種）

生活支援員 サービス提供時間帯を通じて、1以上は常勤とする

### （ ） 設備基準

#### （1） 最低定員（最低基準） 30名以上

ただし入所を目的とする他の社会福祉施設に併設する場合は10名以上

#### （2） 日常生活を支援するために必要な設備

居室

居室床面積 入所者1人当たり9.9㎡以上（収納設備等を除く）

居室の定員 4人以下

地階への設置は不可

収納設備等の設置、避難口の設置、寝台設備等の設置、ブザー又はこれに代わる設備

食堂

浴室 利用者の特性に応じたもの（大規模な浴室を設ける主旨ではない）

洗面設備 居室のある階ごとに設置

便所 居室のある階ごとに設置

相談室 日中活動の設備と兼用可

多目的室（デイルーム） サービス提供の場、利用者の食事や談話の場等。併せて実施する日中活動の設備と兼用が可。

廊下幅 片廊下 1.5m以上 中廊下 1.8m以上

廊下の一部の幅を拡張することにより、利用者、従業者等の円滑な往来に支障が生じないようにする

現に存する施設については、経過措置を講ずる

付表8 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ																
	名称																
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市															
管理者	フリガナ													住所		(郵便番号 - ) 県 郡・市	
	氏名																
昼間実施サービスの定員(人)																	
合計		介護給付対象者				訓練等給付対象者				特定旧法受給者				定員緩和措置の有無		有・無	
施設入所支援の定員(人)																	
併設施設の定員(人)																	
併設施設の種別																	
従業者の職種・員数(人)		サービス管理責任者				医師				看護職員							
		専従		兼務		専従		兼務		合計		保健師		看護師		准看護師	
従業者数	常勤(人)																
	非常勤(人)																
常勤換算後の人数(人)																	
従業者数		理学療法士等								生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問			
従業者数	常勤(人)																
	非常勤(人)																
常勤換算後の人数(人)																	
従業者数		職業指導員		就労支援員		栄養士		その他の従業者									
		専従		兼務		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)																	
主な掲示事項																	
主たる対象者		無し		身体障害者													
				細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害					
		知的障害者		精神障害者													
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない											
		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、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、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)															

(備考)

1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
4. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
5. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第 条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
6. 「従業者の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従業者(付表8その3の 及び 欄に記載した職員)の合計数を記載してください。
7. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

付表8 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

記載例

受付番号																	
施設	フリガナ	トリキョウカミカオカイン															
	名称	東京霞ヶ丘園															
	所在地	〒100 8916 東京都千代田区霞ヶ丘															
管理者	フリガナ	カミジロウ															
	氏名	霞 二郎															
	住所	〒160-0000 東京都新宿区 1-2-3															
昼間実施サービスの定員(人)		合計	介護給付対象者	訓練等給付対象者	特定旧法受給者	定員緩和措置の有無					有	無					
施設入所支援の定員(人)		70	40	30	0						有	無					
併設施設の定員(人)												有	無				
従業者の職種・員数(人)	サービス管理責任者	合計		専従		兼務		合計		専従		兼務					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)																
		非常勤(人)															
	常勤換算後の人数(人)																
	看護師	合計		専従		兼務		合計		専従		兼務					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
	常勤(人)																
		非常勤(人)															
	常勤換算後の人数(人)																
理学療法士等	合計		専従		兼務		合計		専従		兼務						
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
常勤(人)																	
	非常勤(人)																
常勤換算後の人数(人)																	
職業指導員	合計		専従		兼務		合計		専従		兼務						
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務					
常勤(人)																	
	非常勤(人)																
常勤換算後の人数(人)																	
職業指導員		就労支援員		栄養士		その他の従業者											
常勤(人)																	
	非常勤(人)																
常勤換算後の人数(人)																	
主な揭示事項																	
主たる対象者	無し		身体障害者														
			聴覚・言語	視覚障害	放た不自由	知的障害者	精神障害者	内部障害									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		しい		していない		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		03-0000-0123		担当者		日比谷	
協力医療機関		名称		病院		主な診療科名		内科・外科									
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、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)															

定員緩和要件に該当する場合は有に記載すること。

昼間及び夜間の定員等についてそれぞれ記載すること。

昼間実施サービスも含めた障害者支援施設全体としての情報を記載すること。

主たる対象者を定めない場合は無し欄に記載すること。

医療機関とは契約等を経た上で協力関係を締結すること。

(備考)  
 1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。  
 2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。  
 3. 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。  
 4. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。  
 5. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第 条に基づき(利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。  
 6. 「従業者の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者(付表8その3の 及び 欄に記載した職員)の合計数を記載してください。  
 7. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。



付表 8 その 2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号	
------	--

施設名								
昼間実施サービスの種類	生活介護	サービス単位 有 無	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)
	実施する事業							
	前年度の平均実利用者数(人)							
	昼間多機能の実施	有 ・ 無	昼間の総定員数(人)					
生活介護を行う場合のみ		施設が申告する障害程度区分の平均値						
		4未満		4以上5未満		5以上		
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
施設入所支援	前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1						
		サービス単位2						
		サービス単位3						
設備基準上の数値記載項目等		基準上の必要値						
居室	1室の最大定員		人	人以下				
	入所者1人あたりの最小床面積		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
廊下	廊下の幅		m	m				
	中廊下の幅		m	m				
既存施設からの移行の場合								
既存施設名								
施設種別								
経過措置		有 ・ 無						
特定旧法受給者数(人)								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号				
短期入所の実施		有 ・ 無						
主な掲示事項								
営業日								
営業時間								
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
その他								

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に を記入してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に をつけてください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表 8 その 2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

記載例

受付番号							
施設名 東京霞ヶ丘園							
昼間実施サービスの種類	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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)
	サービス単位	無					
実施する事業							
前年度の平均実利用者数(人)	10						
昼間多機能の実施	有	無	昼間の総定員数(人) 24				
生活介護を行う場合のみ							
		施設が申告する障害程度区分の平均値		4未満		4以上5未満	
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1			9		1	
	サービス単位2			8		2	
	サービス単位3						
施設入所支援	前年度の平均実利用者数(人)			36			
	サービス単位1						
	サービス単位2						
サービス単位3							
設備基準上の数値記載項目等							
				基準上の必要値			
居室	1室の最大定員		3人	人以下			
	入所者1人あたりの最小床面積		18㎡	㎡			
廊下	廊下の幅		2.3m	m			
	中廊下の幅		3.0m	m			
既存施設からの移行の場合							
既存施設名		東京霞ヶ丘園					
施設種別		知的障害者入所更生施設					
経過措置		有 無					
特定旧法受給者数(人)		0					
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等		第 3 条第 4 項第 5 号					
短期入所の実施		有 無					
主な揭示事項							
営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日						
営業時間	生活介護単位 9:00-12:00 生活介護単位 13:00-17:00						
利用料	運営規程に定めるとおり						
その他の費用	運営規程に定めるとおり						
通常の事業の実施地域	千代田区・港区						
その他							

当該申請に係る昼間実施サービスについて記載すること。

生活介護を実施する場合は、単位毎に記入すること。

旧法施設からの移行の場合は記載すること。

単位を設けて事業実施する場合、その旨が分かるよう記載すること。

- (備考)
1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。
  2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
  3. 「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスについて、該当欄に を記入してください。
  3. 新設の場合は、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
  4. 既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に をつけてください。
  5. 「その他の費用」欄には、入所に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
  6. 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表8 その3 従業員の職種・員数に係る記載事項

\_\_\_\_\_ 枚中 \_\_\_\_\_ 枚目

受付番号 \_\_\_\_\_

施設名		従業者の職種・員数											
施設障害福祉サービスの種類 生活介護（サービス単位__） 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練）		サービス管理責任者		医師		看護職員							
						合計		保健師		看護師		准看護師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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)													
		理学療法士等						生活支援員		その他の従業者			
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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)													
就労移行支援 就労継続支援		サービス管理責任者		職業指導員		就労支援員							
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)													
		生活支援員						その他の従業者					
		合計		通所		訪問							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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)													
施設入所支援 (サービス単位__)		サービス管理責任者		生活支援員		栄養士		その他の従業者					
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)													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 当該施設が実施する障害福祉サービスごと(生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと)に、従事する職員数を記載し、～欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に をつけてください。
3. 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載して下さい。
4. 「兼務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

記載例

付表8 その3 従業員の職種・員数に係る記載事項

2 枚中 2 枚目

受付番号

施設名	東京霞ヶ丘園											
施設障害福祉サービスの種類	従業員の職種・員数											
生活介護(サービス単位) 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練)	サービス管理責任者		医師		看護職員							
	合計		保健師		看護師		准看護師					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業員数	常勤(人)	1			6				6			
	非常勤(人)		1		8				8			
	常勤換算後の人数(人)			5.3				5.3				
	基準上の必要人数(人)											

付表8 その3 従業員の職種・員数に係る記載事項

2 枚中 1 枚目

受付番号

施設名	東京霞ヶ丘園											
施設障害福祉サービスの種類	従業員の職種・員数											
生活介護(サービス単位) 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練)	サービス管理責任者		医師		看護職員							
	合計		保健師		看護師		准看護師					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業員数	常勤(人)	1			6				6			
	非常勤(人)		1		8				8			
	常勤換算後の人数(人)			5.3			5.3					
	基準上の必要人数(人)											
	理学療法士等											
	合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員		その他の従業員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業員数	常勤(人)										2	
	非常勤(人)	1		1								
	常勤換算後の人数(人)								1.0			
	基準上の必要人数(人)											
	就労移行支援 就労継続支援											
	サービス管理責任者		職業指導員		就労支援員							
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
従業員数	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)											
	生活支援員											
	合計		通所		訪問		その他の従業員					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業員数	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)											
	施設入所支援(サービス単位)											
	サービス管理責任者		生活支援員		栄養士		その他の従業員					
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業員数	常勤(人)	1	2	2	1							
	非常勤(人)			3								
	常勤換算後の人数(人)											
	基準上の必要人数(人)											

(備考)

1. 「受付番号」欄は、その
2. 当該施設が実施する障害福祉サービスごと(生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと)に、従事する職員数を記載し、
3. 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載して下さい。
4. 「兼務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。

単位を設けて事業実施する場合、付表8その3は必要枚数を添付の上申請すること。

## 9 自立訓練（機能訓練）

### （ ） 基本方針

地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、支援が必要な身体障害者に対し、

- （１） 理学療法や作業療法等の身体機能のリハビリテーション、歩行訓練、コミュニケーションや家事等の訓練
- （２） 日常生活上の相談支援、就労移行支援事業所等の関係サービス機関との連絡調整等の支援
- （３） （１）や（２）を通じて、地域生活への移行、地域生活を営む能力の向上を目的として、サービス期間を限定し、事業所への通所、利用者の自宅への訪問等を組み合わせて、必要な訓練等を実施。

### （ ） 人員基準

#### （１） サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後3年間は、経過措置を設ける。

1人以上は専任かつ常勤とする

- ・ 利用者数が60人以下 1人以上
- ・ 利用者数が60人超 1人+60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人増

#### （２） サービス提供職員

通所による訓練部門

（必要な職種）

（ア）看護職員（保健師又は看護師若しくは准看護師） 1人以上は常勤

（イ）理学療法士又は作業療法士若しくは機能訓練指導員 1人以上

理学療法士又は作業療法士の確保が困難な場合において、機能訓練指導員としてリハビリテーションに従事した経験を有する看護師等を充てることが可

専ら視覚障害を有する者を対象として歩行訓練を行う場合には、理学療法士に代えて歩行訓練士等とすることが可

（ウ）生活支援員 1人以上は常勤

（従業者の員数）

（ア）～（ウ）の配置総数

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を6で除した数以上

訪問による訓練部門

（必要な職種）

訪問支援員 1人以上

（ ） **設備基準**

（１） **最低定員（最低基準）**

20名以上

過疎、離島地域等において、都道府県が、利用者数の確保困難と認めた場合は、10名以上

多機能型の最低利用人員（最低基準）

6名以上

（２） **訓練等に必要な設備**

訓練・作業室 利用者へのサービス提供に支障がない広さを確保

訓練・作業に必要な器具備品

（３） **日常生活を支援するために必要な設備**

洗面設備 便所

相談室 室内における談話の漏えいを防ぐための措置を講じる

多目的室（デイルーム） サービス提供の場、利用者の食事や談話の場等

（ ） **運営基準**

（１） **サービス提供期間**

18ヶ月以内を標準とする。

（２） **地域生活への移行支援**

利用者の状況に応じ、地域生活に移行できるよう、段階的に通所、訪問等のサービスを組み合わせるとともに、就労移行支援事業所等の他の日中活動サービス事業者等と連携し、地域生活への移行等に必要な調整を行う。

利用者の生活の場となる環境や社会資源などを踏まえて、個別支援計画に沿って訓練を実施するよう努める。

利用者が安定して地域生活を営むことができるよう、移行後においても一定期間、定期的な連絡、相談等を行う。

付表9 自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

- 1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
- 2 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
管理者	フリガナ					住所		(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	氏名										
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
	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又は条例等						第 条第 項第 号				
訪問事業の実施の有無											
有 ・ 無											
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		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	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)											
		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者					
		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)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害			
		知的障害者		精神障害者							
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している ・ していない					
		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					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)									

(備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 4 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 5 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 7 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

記載例

付表9 自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項

1. 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。  
2. 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

受付番号	
施設名	カミカオカキカケルンギョウジ 霞ヶ丘機能訓練事業所
所在地	(郵便番号 100 8916) 東京都千代田区霞ヶ関
連絡先	電話番号 03-0123-0000 FAX番号 03-0123-0000
フリガナ	カミシロウ
氏名	霞 一郎
住所	(郵便番号160-0000) 東京都新宿区 1-2-3
当該自立訓練事業所で担務する他の職種(兼務の場合のみ記入)	
他の事業所又は施設に従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称 デイリーケア霞の園 兼務する職種及び勤務時間等 管理者 4時間/日
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等	第3条第4項第5号
訪問事業の実施の有無	有(無)
サービス管理責任者	フリガナ オオテマチ ダイスケ 氏名 大町 大介
住所	(郵便番号103-0000) 東京都中央区 1-2-3
従業者の職種・員数	サービス管理責任者 看護職員 理学療法士 作業療法士 機能訓練指導員
従業者数	専従 兼務 専従 兼務 専従 兼務 専従 兼務 専従 兼務
常勤(人)	1 1 1 1 1
非常勤(人)	
常勤換算後の人数(人)	15 0.5
基準上の必要人数(人)	
生活支援員	訪問支援員
専従 兼務 専従 兼務	専従 兼務
他の従業者	
専従 兼務	
常勤(人)	2 3
非常勤(人)	2
常勤換算後の人数(人)	4.5
基準上の必要人数(人)	
前年度の平均利用者数(人)	23人
主な掲示事項	
営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日
営業時間	9:00~17:00
主たる対象者	特定無し 身体障害者 細分無し 肢体不自由 視覚障害 聴覚・言語 内部障害 知的障害者 精神障害者
利用定員	24人
基準上の必要定員	人
利用料	運営規程に定めたとおり
その他の費用	運営規程に定めたとおり
通常の事業の実施地域	千代田区・港区
第三者評価の実施状況	実施していない
苦情解決の措置概要	窓口(連絡先) 03-0000-0123 担当者 日比谷
その他	
協力医療機関	名称 医院 主な診療科名 内科・外科
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

訪問事業の実施の有無について記載すること。

主たる対象者を定めない場合は無し欄に を記載すること。

(備考)  
1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要員」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。  
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別添に記載した書類を添付してください。  
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。  
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。  
5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。  
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。  
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。



## 10 自立訓練（生活訓練）

### （ ） 基本方針

地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、支援が必要な知的障害者・精神障害者に対し、

- （１） 食事や家事等日常生活能力を向上するための支援
- （２） 日常生活上の相談支援、就労移行支援事業所等のサービス機関との連絡調整等の支援
- （３） （１）や（２）を通じて、地域生活への移行、地域生活を営む能力の向上

を目的として、サービス利用期間を限定し、事業所への通所、利用者の自宅への訪問等により、必要な訓練等を実施。

### （ ） 人員基準

#### （１） サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後３年間は、経過措置を設ける。

１人以上は専任かつ常勤とする

- ・ 利用者数が６０人以下 １人以上
- ・ 利用者数が６０人 １人＋６０人を超えて４０又はその端数を増すごとに１人増

#### （２） サービス提供職員

通所による訓練部門

##### （必要な職種）

生活支援員 １人以上は常勤

健康上の管理などの必要のある者がいる場合には、看護職員（保健師又は看護師若しくは准看護師）を置くことができ、この場合の生活支援員及び看護職員の数は当該事業所ごとにそれぞれ１人以上とする。

##### （従業者の員数）

配置数

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を６で除した数以上

**訪問による訓練部門**

**（必要な職種）**

訪問支援員 1人以上

**宿泊型訓練部門**

**（必要な職種）**

生活支援員 通所事業と合わせ1人以上は常勤

健康上の管理などの必要のある者がいる場合には、看護職員（保健師又は看護師若しくは准看護師）を置くことができ、この場合の生活支援員及び看護職員の数は当該事業所ごとにそれぞれ1人以上とする。

地域移行支援員

**（従業者の員数）**

配置数

生活支援員

常勤換算方法により、前年度における宿泊型の平均実利用人員の数を10で除した数以上

地域移行支援員

常勤換算方法により、前年度における事業所の平均実利用人員の数を15で除した数以上

**（ ） 設備基準**

**（1） 最低定員（最低基準）**

20名以上

過疎、離島地域等において、都道府県が、利用者数の確保困難と認めた場合は、10名以上

**多機能型の最低利用人員（最低基準）**

6名以上

**（2） 訓練等に必要な設備**

訓練・作業室 利用者へのサービス提供に支障がない広さを確保する  
訓練・作業に必要な器具備品

**（3） 日常生活を支援するために必要な設備**

洗面設備 便所

相談室 室内における談話の漏えいを防ぐための措置を講じる

多目的室（ダイルーム） サービス提供の場、利用者の食事や談話の場等

（ ） 運営基準

（１） サービス提供期間

24ヶ月以内を標準とする。

特に長期間にわたって入所（入院）していた者などを対象とする場合には、36ヶ月以内を標準とする。

（２） 地域生活への移行支援

利用者の状況に応じ、地域生活に移行できるよう、段階的に通所、訪問等のサービスを組み合わせるとともに、就労移行支援事業所等の他の日中活動サービス事業者等と連携し、地域生活への移行等に必要な調整を行う。

利用者の生活の場となる環境や社会資源などを踏まえて、個別支援計画に沿って訓練を実施するよう努める。

利用者が安定して地域生活を営むことが出来るよう、移行後においても一定期間、定期的な連絡、相談等を行う。

付表10 自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項

1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。  
 2 従たる事業所のある場合は、付表10 - 2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市					
	氏名					住所						
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)											
	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又は条例等						第 条 第 項 第 号					
訪問事業の実施の有無		有・無										
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		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	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)												
前年度の平均利用者数(人)												
主な揭示事項												
営業日												
営業時間												
主たる対象者		特定無し		身体障害者								
				細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者		精神障害者								
利用定員		人										
基準上の必要定員		人										
利用料												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない						
		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					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)										

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

記載例

付表10 自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項

1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。  
2 従たる事業所のある場合は、付表10-2を併せて提出してください。

受付番号																																																																		
施設	フリガナ <b>カミカオセイクルツシヨウジヨ</b> 名称 <b>霞ヶ丘生活訓練事業所</b> (郵便番号 100 8916 )																																																																	
	所在地 <b>東京都千代田区霞ヶ丘</b>																																																																	
管理者	連絡先 電話番号 <b>03-0123-0000</b> FAX番号 <b>03-0123-0000</b> フリガナ <b>カミシロウ</b> (郵便番号160 - 0000 )																																																																	
	氏名 <b>霞 二郎</b> 住所 <b>東京都新宿区 1-2-3</b>																																																																	
当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																																																																		
他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合記入) 事業所等の名称 <b>デイリーケア霞の園</b> 兼務する職種及び勤務時間等 <b>管理者 4時間/日</b>																																																																		
当該事業の実施について定められている定款又は契約等 <b>第3条第1項第4号</b>																																																																		
訪問事業の実施の有無 <b>有</b>																																																																		
サービス	フリガナ <b>オオテマチ ダイスケ</b> 住所 <b>(郵便番号103 - 0000)</b>																																																																	
管理責任者	氏名 <b>大手町 大介</b> 住所 <b>東京都中央区 1-2-3</b>																																																																	
<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">従業者の職種・員数</th> <th colspan="2">サービス管理責任者</th> <th colspan="2">生活支援員</th> <th colspan="2">看護職員</th> <th colspan="2">訪問支援員</th> <th colspan="2">その他の従業者</th> </tr> <tr> <th>専任</th> <th>兼務</th> <th>専任</th> <th>兼務</th> <th>専任</th> <th>兼務</th> <th>専任</th> <th>兼務</th> <th>専任</th> <th>兼務</th> </tr> <tr> <td>従業者数</td> <td>常勤(人)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>常勤換算後の人数(人)</td> <td></td> <td>4.0</td> <td></td> <td>0.5</td> <td></td> <td>1.0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>基準上の必要人数(人)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		従業者の職種・員数	サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者		専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	従業者数	常勤(人)	1	2	2	1	2	2					非常勤(人)		3									常勤換算後の人数(人)		4.0		0.5		1.0					基準上の必要人数(人)									
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者																																																									
	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務	専任	兼務																																																								
従業者数	常勤(人)	1	2	2	1	2	2																																																											
	非常勤(人)		3																																																															
	常勤換算後の人数(人)		4.0		0.5		1.0																																																											
	基準上の必要人数(人)																																																																	
前年度の平均利用者数(人) <b>22人</b>																																																																		
主な揭示事項																																																																		
<table border="1"> <tr> <td>営業日</td> <td>月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日</td> </tr> <tr> <td>営業時間</td> <td>9:00 - 17:00</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">主たる対象者</td> <td> <table border="1"> <tr> <th colspan="2">特定無し</th> <th colspan="4">身体障害者</th> </tr> <tr> <td>知的障害者</td> <td>精神障害者</td> <td>細分無し</td> <td>肢体不自由</td> <td>視覚障害</td> <td>聴覚・言語</td> <td>内部障害</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>利用定員</td> <td>24人</td> </tr> <tr> <td>基準上の必要定員</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>利用料</td> <td>運営規程に定めるとおり</td> </tr> <tr> <td>その他の費用</td> <td>運営規程に定めるとおり</td> </tr> <tr> <td>通常の事業の実施地域</td> <td>千代田区・港区</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">その他参考となる事項</td> <td>第三者評価の実施状況 <b>している・して(は)ない</b></td> </tr> <tr> <td>苦情解決の措置概要 <b>窓口(連絡先) 03-0000-0123 担当者 日比谷</b></td> </tr> </table>		営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日	営業時間	9:00 - 17:00	主たる対象者	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">特定無し</th> <th colspan="4">身体障害者</th> </tr> <tr> <td>知的障害者</td> <td>精神障害者</td> <td>細分無し</td> <td>肢体不自由</td> <td>視覚障害</td> <td>聴覚・言語</td> <td>内部障害</td> </tr> </table>	特定無し		身体障害者				知的障害者	精神障害者	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害	利用定員	24人	基準上の必要定員	人	利用料	運営規程に定めるとおり	その他の費用	運営規程に定めるとおり	通常の事業の実施地域	千代田区・港区	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況 <b>している・して(は)ない</b>	苦情解決の措置概要 <b>窓口(連絡先) 03-0000-0123 担当者 日比谷</b>																																	
営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日																																																																	
営業時間	9:00 - 17:00																																																																	
主たる対象者	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">特定無し</th> <th colspan="4">身体障害者</th> </tr> <tr> <td>知的障害者</td> <td>精神障害者</td> <td>細分無し</td> <td>肢体不自由</td> <td>視覚障害</td> <td>聴覚・言語</td> <td>内部障害</td> </tr> </table>	特定無し		身体障害者				知的障害者	精神障害者	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害																																																				
	特定無し		身体障害者																																																															
知的障害者	精神障害者	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害																																																												
利用定員	24人																																																																	
基準上の必要定員	人																																																																	
利用料	運営規程に定めるとおり																																																																	
その他の費用	運営規程に定めるとおり																																																																	
通常の事業の実施地域	千代田区・港区																																																																	
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況 <b>している・して(は)ない</b>																																																																	
	苦情解決の措置概要 <b>窓口(連絡先) 03-0000-0123 担当者 日比谷</b>																																																																	
協力医療機関	<table border="1"> <tr> <th>名称</th> <th>医院</th> <th>主な診療科名</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><b>内科・外科</b></td> </tr> </table>	名称	医院	主な診療科名			<b>内科・外科</b>																																																											
名称	医院	主な診療科名																																																																
		<b>内科・外科</b>																																																																
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)																																																																	

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

訪問事業実施の有無について記載すること。

主たる対象者を定めない場合は無し欄に を記載すること。

医療機関とは契約等を経た上で協力関係を締結すること。

(備考)  
1. 「受付番号」・「基準上の必要人数」・「基準上の必要員」欄には、記載しないでください。  
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。  
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。  
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。  
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。  
6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。  
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

## 1 1 就労移行支援

### ( ) 基本方針

一般就労等を希望し、知識・能力の向上、職場開拓等を通じ、企業等への雇用又は在宅就労等が見込まれる障害者（65歳未満に限る）に対し、

- (1) 事業所における作業や、企業における実習等
- (2) 適性に合った職場探しや就労後の職場定着のための支援
- (3) (1)や(2)を通じ、適性に合った職場への就労・定着を目的として、サービス提供期間を限定し、必要な訓練、指導等を実施。

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後3年間は、経過措置を設ける。

1人以上は専任かつ常勤とする

- ・ 利用者数が60人以下 1人以上
- ・ 利用者数が60人超 1人+60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人増

#### (2) サービス提供職員

##### (必要な職種)

職業指導員	1人以上	} このうちいずれか1人以上は常勤
生活支援員	1人以上	
就労支援員	1人以上は常勤	

##### (従業者の員数)

、 の配置総数

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を6で除した数以上

あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の養成施設の場合

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を10で除した数以上

の配置数

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を15で除した数以上

**( ) 設備基準****(1) 最低定員（最低基準）**

20名以上

過疎、離島地域等において、都道府県が、利用者数の確保困難と認めた場合は、10名以上

多機能型の最低利用人員（最低基準） 6名以上

**(2) 訓練等に必要な設備**

訓練・作業室 利用者へのサービス提供に支障がない広さを確保する  
訓練・作業に必要な器具備品

**(3) 日常生活を支援するために必要な設備**

洗面設備 便所

相談室 室内における談話の漏えいを防ぐための措置を講じる

多目的室（デイルーム） サービス提供の場、利用者の食事や談話の場等

**( ) 運営基準****(1) サービス提供期間**

24ヶ月以内を標準とする。

**(2) 工賃の支払い**

生産活動における事業収入から必要経費を控除した額に相当する金額を、生産活動に従事している者に工賃として支払う。

利用申込者に対し、直近の工賃支払いの実績額を提示する。

**(3) 職場実習**

利用者が個別支援計画に沿って職場実習を実施できるよう、実習の受け入れ先を確保する。

**(4) 求職活動支援・職場開拓**

公共職業安定所、障害者就業・生活支援センターなど関係機関と連携し利用者が行う求職活動を支援しなければならない。また、利用者の就労に関する適性やニーズに応じた職場開拓に努める。

**(5) 職場定着のための支援**

利用者の職場定着を促進する観点から、利用者が就労した後、定着するまでの間、定期的に連絡・相談等の支援を継続しなければならない。

付表11 就労移行支援事業の指定に係る記載事項

1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。  
2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

( 一般型 資格取得型 )

		受付番号									
施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市									
管理者	連絡先	電話番号	FAX番号								
	フリガナ										
	氏名	住所 (郵便番号 - ) 県 郡・市									
	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又は条例等		第 条 第 項 第 号									
サービス 管理責任者	フリガナ										
	氏名	住所 (郵便番号 - )									
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員			
		専従		専従		専従		専従			
		兼務		兼務		兼務		兼務			
従業者数		常勤(人)		常勤(人)		常勤(人)		常勤(人)			
		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)		非常勤(人)			
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		就労支援員		その他の従業者							
		専従		専従							
		兼務		兼務							
従業者数		常勤(人)		常勤(人)							
		非常勤(人)		非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
				細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語	
		知的障害者		精神障害者							
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない					
		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					
提携就労支援機関											
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
8. 「提携就労支援機関」欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。



付表11 就労移行支援事業の指定に係る記載事項

1. 多機能型事業実施場所は、自事業の付表11を併せて提出してください。  
 2. 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せて提出してください。

記載例

( 一般型 資格取得型 )

受付番号

施設	フリガナ	カミガオカヨロイロジキョウシヨ						
	名称	霞ヶ丘就労移行事業所						
所在地	所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1						
	連絡先	電話番号	03-0000-0000	FAX番号	03-0000-0000			
管理者	フリガナ	カミジロウ		(郵便番号160 - 0000 )				
	氏名	霞 二郎		住所 東京都 新宿区 1-2-3				
	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		デイリーケア霞の園 管理者 4時間/日				
当該事業の実施について定めてある定数又は条例等 第3条第4項第5号								
サービス管理責任者	フリガナ	オオテマチ ダイスケ		(郵便番号103 - 0000 )				
	氏名	大手町 大介		住所 東京都中央区 1-2-3				
従業者の職種・員数	管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
	専従		専従		専従		専従	
	兼務		兼務		兼務		兼務	
	従業者数	常勤(人)	1	1	2	2	2	2
	非常勤(人)				1	3		3
常勤換算後の人数(人)				4.2		2.2		
基準上の必要人数(人)								
専従		専従		専従		専従		
兼務		兼務		兼務		兼務		
従業者数	常勤(人)	1	1					
非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)		1.5						
基準上の必要人数(人)								
前年度の平均利用者数(人)				23人				
主な揭示事項								
利用定員	25人							
基準上の必要定員	人							
主たる対象者	特定無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者		視覚障害	聴覚・言語	内部障害
	知的障害者	精神障害者						
利用料							運営規程に定めるとおり	
その他の費用							運営規程に定めるとおり	
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ( ) / していない ( )					
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	03-0000-0123	担当者	日比谷			
その他								
協力医療機関	名称	医院	主な診療科名		内科・外科			
提携就労支援機関	障害者就労支援センター 園、公共職業安定所、ジョブネット		(協定締結)					
添付書類							労働者の雇用・定数・雇用形態及び雇用契約等、事業所・施設、職業指導員・生活支援員からの同意を調印するために講ずる措置の概要、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。	

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

主たる対象者を定めない場合は無し欄に を記載すること。

就労支援機関とは、公的及び私的機関の就労促進における連携機関のことを指す。

(備考)

1. '受付番号'、'基準上の必要人数'、'基準上の必要値'、'基準上の必要定員'欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. '併設する施設の名称及び概要'欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. '主な揭示事項'欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. '兼務'欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、'前年度の平均利用者数'欄は推定数を記入してください。
7. 'その他の費用'欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
8. '提携就労支援機関'欄には、就労支援ネットワーク名及びネットワーク内の就労支援機関名を記載してください。

## 1 2 1 就労継続支援A型

### ( ) 基本方針

就労に必要な知識・能力の向上を図ることにより、当該事業所において雇用契約に基づく就労が可能と見込まれる者（利用開始時に65歳未満の者に限る）に対し、

- (1) 事業所内において、雇用契約に基づく就労の機会の提供
- (2) 上記を通じて、一般就労に必要な知識・能力が高まった場合、一般就労への移行に向けた支援を目的として、必要な指導等を実施。

### ( ) 人員基準

#### (1) サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後3年間は、経過措置を設ける。

1人以上は専任かつ常勤とする

- ・ 利用者数が60人以下                      1人以上
- ・ 利用者数が60人超                      1人+60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人増

#### (2) サービス提供職員

##### (必要な職種)

職業指導員	1人以上	} このうちいずれか1人以上は常勤
生活支援員	1人以上	

##### (従業者の員数)

、 の配置総数

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を10で除した数以上

### ( ) 設備基準

(1) 最低定員（最低基準）                      10名以上

多機能型の最低利用人員（最低基準）      10名以上

#### (2) 就労等に必要な設備

作業室など事業に必要な設備

事業に必要な器具・備品

#### (3) 日常生活を支援するために必要な設備

洗面設備                      便所

相談室      室内における談話の漏えいを防ぐための措置を講じる

多目的室（デイルーム）      サービス提供の場、利用者の食事や談話の場等

( ) **運営基準**

( 1 ) **雇用契約の締結**

利用者と雇用契約を締結するとともに、労働基準法等関係法規を遵守する。

( 2 ) **障害者以外の者の雇用**

事業者は、利用定員の 2 割に相当する数を上限として、利用定員とは別に、障害者以外の者を雇用することができる。

( 3 ) **実施主体**

事業の実施主体が社会福祉法人以外の者である場合は、専ら社会福祉事業を行う者でなければならない。また、障害者の雇用の促進等に関する法律第 4 4 条に規定する子会社以外の者でなければならない。

## 1 2 - 2 就労継続支援B型

### ( ) 基本方針

- ( 1 ) 企業等や就労継続支援事業(A型)での就労経験がある者であって、年齢や体力の面で雇用されることが困難となった者
- ( 2 ) 就労移行支援事業を利用したが、企業等又は就労継続支援事業(A型)の雇用に結びつかなかった者
- ( 3 ) ( 1 ) ( 2 ) に該当しない者であって、50歳に達している者、又は試行の結果、企業等の雇用、就労移行支援事業や就労継続支援事業(A型)の利用が困難と判断された者

のいずれかに該当する者に対し、

就労の機会や生産活動の機会の提供(雇用契約は締結しない)

上記を通じて、知識・能力が高まった者について、就労への移行に向けた支援

を目的として、必要な指導等を実施。

### ( ) 人員基準

#### ( 1 ) サービス管理責任者

要件は別紙のとおり

施行後3年間は、経過措置を設ける。

1人以上は専任かつ常勤とする

- ・ 利用者数が60人以下 1人以上
- ・ 利用者数が60人超 1人+60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人増

#### ( 2 ) サービス提供職員

(必要な職種)

職業指導員	1人以上	} このうちいずれか1人以上は常勤
生活支援員	1人以上	

(従業者の員数)

、 の配置総数

常勤換算方法により、前年度における平均実利用人員の数を10で除し数以上

**( ) 設備基準**

- (1) **最低定員（最低基準）** 20名以上  
過疎、離島地域等において、都道府県が、利用者数の確保困難と認めた場合は、10名以上  
多機能型の最低利用人員（最低基準） 10名以上
- (2) **就労等に必要な設備**  
作業室など生産活動等に必要な設備  
生産活動等に必要となる器具・備品
- (3) **日常生活を支援するために必要な設備**  
洗面設備 便所  
相談室 室内における談話の漏えいを防ぐための措置を講じる  
多目的室（デイルーム） サービス提供の場、利用者の食事や談話の場等

**( ) 運営基準**

工賃の支払いについて次のとおりとする。

- (1) 生産活動における事業収入から必要経費を控除した額に相当する金額を、生産活動に従事している者に工賃として支払う。
- (2) 工賃支払いの目標水準を、自ら設定し、都道府県、市町村、利用者等に対し公表する。
- (3) 毎年度の工賃の支払い実績額を、都道府県、市町村へ報告しなければならない。
- (4) 利用申込者に対し、直近の工賃支払いの実績額を提示しなければならない。
- (5) 事業所の平均工賃は、月額3,000円程度の水準を上回らなければならない。  
工賃目標水準は、地域の最低賃金の1/3の額を目安とし、かつ、前年度の実績額以上とすることを旨とする。

付表 12 就労継続支援事業の指定に係る記載事項

1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表 13 を併せて提出してください。  
 2 従たる事業所のある場合は、付表 11・2 を併せて提出してください。

( 就労継続支援 (A 型)  
 就労継続支援 (B 型)  
 いずれかに を付けてください。 )

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
		県	郡・市						
連絡先	電話番号				FAX 番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )				
	氏名				県	郡・市			
	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又は条例等				第 条第 項第 号					
サービス管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )			
	氏名					県	郡・市		
従業者の職種・員数		管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
		専従	兼務	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)									
		その他の従業者							
		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)									
前年度の平均利用者数(人)									
主な揭示事項									
利用定員		人							
基準上の必要定員		人							
主たる対象者		特定無し	身体障害者						
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
			知的障害者	精神障害者					
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している・していない						
	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			
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)							

(備考)

1. '受付番号'、'基準上の必要人数'、'基準上の必要値'、'基準上の必要定員' 欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. '併設する施設の名称及び概要' 欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. '主な揭示事項' 欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. '兼務' 欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、'前年度の平均利用者数' 欄は推定数を記入してください。
7. 'その他の費用' 欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表12 就労継続支援事業の指定に係る記載事項

1 多機能型事業実施時は、自事業の付表と付表13を併せて提出してください。  
2 従たる事業所のある場合は、付表11・12を併せて提出してください。

記載例

( 就労継続支援(A型) )  
( 就労継続支援(B型) )

受付番号

いづれかに を付けてください。

施設	フリガナ	カミシロウケイジキョクシヨ						
	名称	霞ヶ丘就労継続事業所						
	所在地	(郵便番号 100 8916) 東京都 千代田区 霞ヶ関1						
管理者	連絡先	電話番号	03-0000-0000		FAX番号	03-0000-0000		
	フリガナ	カミシロウ	住所	(郵便番号160 - 0000) 東京都 新宿区 1-2-3				
	氏名	露 二郎	事業所の名称	デイリーケア露の園				
管理者	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 4時間/日					
サービス管理責任者	フリガナ	オオテマチ タイスケ						
サービス管理責任者	氏名	大手町 大介		住所	(郵便番号103 - 0000) 東京都中央区 1-2-3			
従業者の職種・員数	管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
	専従		専従		専従		専従	
	兼務		兼務		兼務		兼務	
	従業員数	常勤(人)	1	1	2	2	1	2
	従業員数	非常勤(人)			1			2
	常勤換算後の人数(人)							
	基準上の必要人数(人)							
	その他の従業者		専従		兼務			
	従業員数	常勤(人)						
	従業員数	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
前年度の平均利用者数(人)	23人							
主な掲示事項	25人							
利用定員	人							
基準上の必要定員	人							
主たる対象者	特定無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者 視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
	知的障害者	精神障害者						
利用料	運営規程に定めるとおり							
その他の費用	運営規程に定めるとおり							
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している	して(12)					
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	03-0000-0123	担当者	日比谷			
協力医療機関	名称	医院	主な診療科名		内科・外科			
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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、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)							

管理者が他の事業所と兼務の場合、記載すること。

主たる対象者を定めない場合は無し欄に を記載すること。

医療機関とは契約等を経た上で協力関係を締結すること。

(備考)  
1. 「受付番号」:「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。  
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別添に記載した書類を添付してください。  
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。  
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。  
5. 「兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。  
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。  
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

## 1.3 多機能型事業所の特例

### （ ） 基本方針

- (1) 児童デイサービス事業所  
 自立訓練（機能訓練）事業所  
 自立訓練（生活訓練）事業所  
 就労移行支援事業所  
 就労継続支援A型事業所  
 就労継続支援B型事業所

の事業については一体的に事業を行うことにより、多機能型事業所として指定を受けることができる。

- (2) この時、合計利用定員は20人以上である必要があるが、この場合、児童デイサービスは利用定員を5人以上とすることができる。
- (3) ただし、過疎地、辺地又は離島等の地域においては都道府県知事が認めた場合、合計利用定員を10人以上とする事ができる。

### （ ） 人員基準

#### (1) サービス管理責任者

多機能型事業所として当該一の事業所とみなされた事業所に置くべきサービス管理責任者は利用者の合計の区分に応じ以下の通りとする。

（ただし、多機能型児童デイサービス事業所を除く。）

- ・ 利用者数が60人以下 1人以上
- ・ 利用者数が60人超 1人+60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人増

### （ ） 設備基準

#### (1) 設備

多機能型事業所においてはサービスの提供に支障を来さないよう配慮しつつ、一体的に事業を行う他の多機能型事業所の設備を兼用することができる。



付表 13

指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による  
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1



多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - ) 都・道・府・県 区・郡・市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
(注)多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。								
事業所 2	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - ) 都・道・府・県 区・郡・市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
事業所 3	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - ) 都・道・府・県 区・郡・市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
事業所 4	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - ) 都・道・府・県 区・郡・市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
事業所 5	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - ) 都・道・府・県 区・郡・市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - ) 都・道・府・県 区・郡・市			
	氏名							
	同一敷地内の他の事業所 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					
主たる対象とする障害の種類	無し	身体障害者				知的障害者	精神障害者	
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語			内部障害
生活介護を行う場合のみ		事業所が申告する障害程度区分の平均値						
前年度の平均 実利用者数 (人)	サービス単位1	4未満		4以上5未満		5以上		
	サービス単位2							
	サービス単位3							
実施事業	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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
	サービス単位							
	有							
	無							
主たる事業所								
従たる事業所								
定員緩和措置の有無		有・無						
定員(人)	合計	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 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
合計								
主たる事業所								
従たる事業所								

付表13

指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による  
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1



記載例

(注) 多機能型による他の事業所については、下記記載する。

受付番号	
事業所1	フリガナ: カミヤノカセイクワシキョウシヨ 名称: 霞多機能生活介護事業所 所在地: 東京都千代田区霞ヶ関1 連絡先: 電話番号 03-0000-0000 FAX番号 03-0000-0000
事業所2	フリガナ: ティルクガミ 名称: ティルクア霞 所在地: 東京都千代田区霞ヶ関1 連絡先: 電話番号 03-0000-0001 FAX番号 03-0000-0001
事業所3	フリガナ: カミヤノカセイクワシキョウシヨ 名称: 霞ヶ丘就労移行支援事業所 所在地: 東京都千代田区霞ヶ関1 連絡先: 電話番号 03-0000-0002 FAX番号 03-0000-0002
事業所4	フリガナ: _____ 名称: _____ 所在地: _____ 連絡先: 電話番号 _____ FAX番号 _____
事業所5	フリガナ: _____ 名称: _____ 所在地: _____ 連絡先: 電話番号 _____ FAX番号 _____
管理者	フリガナ: カミジロウ 氏名: 霞 二郎 住所: 東京都中央区 1-2-3 同一敷地内の他の事業所 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
主たる対象とする障害の種類	無し 細分無し 肢体不自由 身体障害者 視覚障害 聴覚・言語 内部障害 知的障害者 精神障害者
生活介護を行う場合のみ	前年度の平均実利用者数(人) サービス単位1: 4未満, 2: 4以上5未満, 3: 5以上
実施事業	生活介護: 有 サービス単位: 有 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 就労移行支援(通常) 就労移行支援(あはき) 就労継続支援(A型) 就労継続支援(B型)
定員緩和措置の有無	有・無
定員(人)	合計: 生活介護 20, 自立訓練(機能訓練) 12, 自立訓練(生活訓練) 12, 就労移行支援(通常) 14, 就労移行支援(あはき) 14, 就労継続支援(A型) 14, 就労継続支援(B型) 14
主事業所	合計: 46, 生活介護 36, 自立訓練(機能訓練) 10, 自立訓練(生活訓練) 10, 就労移行支援(通常) 10, 就労移行支援(あはき) 10, 就労継続支援(A型) 10, 就労継続支援(B型) 10
その他の事業所	合計: 10, 生活介護 10, 自立訓練(機能訓練) 0, 自立訓練(生活訓練) 0, 就労移行支援(通常) 0, 就労移行支援(あはき) 0, 就労継続支援(A型) 0, 就労継続支援(B型) 0

主として指定を受ける事業所について記載すること。

上記以外の事業所について事業種別毎に整理し、記載すること。

主たる対象者を定めない場合は無し欄に を記載すること。

生活介護を実施する場合は記載すること。

多機能型としての実施事業を全て記載すること。

「あはき」とは、あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師の養成施設として認定されている就労移行支援事業所であること。

付表13 その2



受付番号

従業者の職種・員数															
				サービス管理責任者		医師		看護職員							
								合計		保健師		看護師		准看護師	
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
合計	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)														
事業所	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)														
その他の事業所	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)														
		理学療法士等								生活支援員					
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
合計	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)														
事業所	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)														
その他の事業所	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)														
		職業指導員				就労支援員		その他の従業者							
		合計		右記以外		兼教官									
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
合計	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)														
事業所	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)														
その他の事業所	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)														

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第 条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
4. 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

記載例

付表13 その2

多

		従業者の職種・員数															
		サービス管理責任者				医師				看護職員							
		専従		兼務		専従		兼務		合計		保健師		看護師		准看護師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
合計	従業者数	常勤(人)		1				1	2			1	2				
		非常勤(人)						1				1					
	常勤換算後の人数(人)	2.0															
	基準上の必要人数(人)																
事業所	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)																
その他の事業所	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)																
		理学療法士等								生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
合計	従業者数	常勤(人)		2				1	1	2	4						
		非常勤(人)								3							
	常勤換算後の人数(人)	1.0															
	基準上の必要人数(人)	4.5															
事業所	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)																
その他の事業所	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)																
		職業指導員						就労支援員				その他の従業者					
		合計		右記以外		兼教官		専従		兼務		専従		兼務			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
合計	従業者数	常勤(人)	1	3	1	3			1								
		非常勤(人)	2	2	2					1							
	常勤換算後の人数(人)	3.3															
	基準上の必要人数(人)	3.3															
事業所	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)																
その他の事業所	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)																

多機能型としての指定を受ける事業所の人員の合計値を記載すること。

(備考)  
 1. 「受付番号」基準上の必要人数欄には、記載しないでください。  
 2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。  
 3. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第 9 条に基づき(利用定員緩和措置の適用の有無について)記載してください。  
 4. 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別業にサービス単位ごとの定員を記載してください。  
 5. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。  
 6. 「兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

## 14. 相談支援

### ( ) 人員基準

#### (1) 従業者の員数

事業所ごとに専従の相談支援専門員を配置すること。ただし、相談支援の業務に支障のない場合には、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

#### (2) 管理者

事業所ごとに専従の管理者を配置すること。ただし、事業所の管理に支障のない場合には、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

### ( ) 相談支援専門員について

#### (1) 基本的な考え方

相談支援専門員は、障害特性や障害者の生活実態に関する知識と経験が必要であることから、実務経験と相談支援従事者初任者研修の受講を要件とする。

なお、現任研修を5年に1回以上受講することとする。

#### (2) 実務経験の対象となる業務

障害者の保健、医療、福祉の分野における相談支援その他の直接支援業務

障害者の就労、教育の分野における相談支援業務

#### (3) 研修の受講

実務経験を有する者は、都道府県の実施する相談支援従事者初任者研修（5日間程度）を受講し、相談支援専門員になることができる。

過去に国又は都道府県の実施する障害者ケアマネジメント研修を受講したことのある者については、新制度における相談支援従事者研修（1日程度）を19年度末までに受講しなければならないものとする。

現在、相談支援事業に従事し、実務経験の要件を満たす者のうち、これまでに上記研修を受講していない者については、19年度末までに都道府県の実施する相談支援従事者初任者研修を受講することを要件として、相談支援専門員の業務を行うことができる。

**( ) 運営基準**

- ( 1 ) 相談支援専門員は生活全般に係る相談、サービス利用計画の作成に関する業務を担当する。
- ( 2 ) 利用者や地域の状況等を勘案した上で、社会生活力向上支援、ピアカウンセリング等の支援を必要に応じて実施する。
- ( 3 ) 地域のサービス事業者の情報を適正に利用者等に提供する。
- ( 4 ) 利用者の居宅を訪問し、面接によるアセスメントを実施する。
- ( 5 ) サービス利用計画の原案を作成する。
- ( 6 ) サービス担当者会議を開催し、サービス利用計画の原案内容について意見を聴取する。
- ( 7 ) サービス利用計画の原案を利用者等に説明し、文書による同意を得る。
- ( 8 ) サービス利用計画を利用者等及び利用サービス等の担当者に交付するとともに、市町村へ写しを提出する。
- ( 9 ) 月 1 回以上、利用者の居宅を訪問し、モニタリングする。
- ( 10 ) 必要に応じ、サービス利用計画の変更を行う。

等

付表14

指定相談支援事業所の指定に係る記載事項

		受付番号		
事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文				第 条 第 項 第 号
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )
	氏名			
	生年月日			
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無			有 ・ 無
他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称			
	兼務する職種及び勤務時間等			
事業開始時の利用者の予定数		人		
従業者の職種・員数(人)		相談支援専門員		
		専 従	兼 務	
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)				
主な 掲 示 事 項	営業日			
	営業時間			
	主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者		
	利用料			
	その他の費用			
通常の事業実施地域				
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))		

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3. 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
4. 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表14 指定相談支援事業所の指定に係る記載事項

記載例

		受付番号	
事業所	フリガナ	カミシロウケンキョウカ	
	名称	霞相談支援事業所	
	所在地	(郵便番号 100 8916 ) 東京都 千代田区 霞ヶ関1	
	連絡先	電話番号 03-0000-0000	FAX番号 03-0000-0000
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文 第3条第4項第5号			
管理者	フリガナ	カミシロウ	(郵便番号160 - 0000 )
	氏名	霞 二郎	住所 東京都 新宿区 1-2-3
	生年月日	1960年1月1日	
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無		
他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称 東京霞ヶ丘園	管理者
		兼務する職種及び勤務時間等	4時間 / 日
事業開始時の利用者の予定数		15人	
従業者の職種・員数(人)		相談支援専門員	
		専従	兼務
常勤(人)			2
非常勤(人)			2
常勤換算後の人数(人)			2.0
基準上の必要人数(人)			
主な揭示事項	営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日	
	営業時間	9:00 - 17:00	
	主たる対象者	特定障し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者	
	利用料	運営規程に定めるとおり	
	その他の費用	運営規程に定めるとおり	
通常の事業実施地域		千代田区・港区	
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))	

管理者が他の事業所と兼務の際記載すること。

主たる対象者を記載すること。

利用料、その他の費用については運営規程で定める場合は具体的かつ明確に規定すること。

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
4. 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。



別 紙 1

サービス管理責任者について

サービス管理責任者についての要件、詳細については追ってお示しするものとする。

【別紙 2】 事業者指定における介護給付費算定に係る体制届出書の提出において必要な別紙対照表

表番号	事業名 (略称)	必要様式	体制等加算の状況			
			凡例・・・	指定時提出様式審査	必要時提出様式審査	請求時審査
			体制届出書	加減算等(参考) 算定条件等		
付表 1 付表 1 - 2	居宅介護 重度訪問 行動援護	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 9 (様式 2 除く) 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第 5 号 (体制届) 別紙 2 (勤務状況)			
付表 2	療養介護	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 9 (様式 8 除く) 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第 5 号 別紙 2			
付表 3 付表 3 - 2	生活介護	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 1 0 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第 5 号 別紙 1 別紙 2 別紙 3 (視聴覚)			
付表 4	児童デイ	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 9 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第 5 号 別紙 1 別紙 2 2 別紙 7	送迎加算 食事提供体制加算 (別紙 7 により審査)		
付表 5	短期入所	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 1 0 (様式 5 除く) 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第 5 号 別紙 1 別紙 2	食事提供体制加算 食事提供の義務があるこ とから届出は要さない。		
付表 6	重度包括	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 1 0 (様式 8 除く) 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第 5 号 別紙 1 別紙 2			

介護給付費算定に係る届出書別紙対照表

<p>付表 7</p>	<p>共同生活</p>	<p>様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 1 1 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。</p>	<p>様式第 5 号 別紙 1 別紙 2 別紙 9 (GH 等体制) 別紙 1 0 (単身移行) 別紙 1 1 (夜間体制) 別紙 1 2 (小規模夜間) 別紙 1 3 (小規模)</p>	<p>(GH・CH 共通) 自立生活支援加算 (別紙 1 0 にて審査)</p> <p>小規模事業所加算 (別紙 1 3 にて審査)</p> <p>(グループホームのみ) 大規模住居減算</p> <p>(ケアホームのみ) 夜間支援体制加算 (別紙 9、1 1 により審査) (3 年間の経過措置)</p> <p>重度障害者支援加算 (別紙 9 にて審査)</p> <p>日中介護等支援加算</p> <p>大規模住居減算</p> <p>小規模事業夜間支援体制 加算 (3 年間の経過措置)</p>	<p>事業者について過去 2 年間に単 身生活等に移行した者が定員の 5 割以上であり、かつそのうち、移 行後 6 ヶ月継続している者が 5 割 以上である場合。 対象者毎に 6 ヶ月以内の移行に 関する個別支援計画について市町 村の承認を得る。 対象者に対し移行後概ね 6 ヶ月 間程度、日常生活上の相談支援等 を行う。</p> <p>施行時に定員 4 人又は 5 人の事業 を実施している場合。</p> <p>一住居の定員が 8 人以上の場合 一住居の定員が 2 1 人以上の場 合。</p> <p>夜間、区分 4 以上の者が入居してい るなど利用者からの連絡に対応でき る体制をとる必要があり、この対応 に必要な職員を専任で配置する等、 夜間に介護等を行うための勤務態勢 を確保する場合。</p> <p>障害程度区分 6 であって、重症心身 障害者等重度障害者等包括支援の対 象となる者が 2 名以上利用している 場合であって、通常の介護体制に加 えてより手厚いサービスを提供した 場合。</p> <p>区分 4 以上の利用者について、日中 活動サービスの支給決定を受けてい るが心身の状況等により利用できな い期間が月 3 日以上ある場合であっ て必要な介護を行った場合 (3 日目 から算定) なお、予め、生活介護等の事業者と 個別支援計画により連携しているこ とが条件。</p> <p>一住居の定員が 8 人以上の場合。 一住居の定員が 2 1 人以上の場 合。</p> <p>施行時に 4 ~ 9 人の事業を実施し ている場合であって、必要な職員を 専任で配置する等、夜間に介護等 を行うための勤務態勢等を確保する とき (定員が 1 0 人を超えるまでの間 に限る) ただし、加算額は平成 2 0 年度から上記単価の 1 / 2 とする。</p>	<p>1 4 単位/日</p> <p>4 人定員の場合 ... 3 7 単位/日 5 人定員の場合 ... 1 4 単位/日 平成 2 0 年度から上記単価の 1 / 2 とする。 なお、複数の住居から構成され る事業者であって世話人が概ね 1 0 分の範囲で移動できる範囲 の場合は平成 1 9 年度末までと する。</p> <p>基本単位数の 9 0 % を算定 基本単位数の 8 7 % を算定</p> <p>1 名の従事者が 1 0 名以内 の支援を行う場合 区分 5・6 の利用者 ... 9 7 単位/日 区分 4 の利用者 ... 5 2 単位/日 区分 2・3 の利用者 ... 2 4 単位/日 1 名の従事者が 1 1 名以上 3 0 人以内の支援を行う場合 ... 別記 1 参照</p> <p>2 6 単位/日</p> <p>5 3 9 単位/日</p> <p>基本単位数の 9 5 % を算定 基本単位数の 9 3 % を算定</p> <p>単価は別記 2 参照</p>
-------------	-------------	---	--	---	---	--

介護給付費算定に係る届出書別紙対照表

付表7-2	地域移行型 ホーム	様式第1号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式1~11 資産の状況等 入所・入院者減少計画書 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第5号 別紙1 別紙2 別紙9 別紙10 別紙11 別紙12 別紙13	付表7に同じ	付表7に同じ	付表7に同じ
付表7-3	経過的 ホーム	様式第1号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式1~11 資産の状況等 入所・入院者減少計画書 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第5号 別紙1 別紙2 別紙9 別紙10	自立生活支援加算 小規模事業所加算 大規模住居減算	上記参照	
付表8	障害者 支援施設	様式第1号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式1~11 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第5号 別紙1 別紙2 別紙4 (重度障害) 別紙7	地域移行加算  栄養管理体制加算 (別紙7にて審査)  重度障害者支援体制加算 (別紙4にて審査)	退所する利用者に対し、退所後の居 住の場の確保、在宅サービスの利用 調整を行った場合(生活介護利用者 に限る) 食事の内容や栄養量について管理 栄養士又は栄養士により管理される 等の要件に該当する場合  以下のいずれかに該当する場合 医師意見書により一定の「特別な 医療」を受けているとされる者が全 体の利用者の2割以上であり、かつ、 利用者の平均区分が5以上(経過措 置対象者を除く) 強度行動障害を有する者が1人 以上であり、かつ、その対象者が利 用者全体の2割以上 区分6であって、以下に該当する者 が2名以上いる場合 気管切開を伴う人工呼吸器によ る呼吸管理が必要な者 重症心身障害者	500単位/回 (退所前、退所後各1回)  常勤管理栄養士配置 ...2.4単位/日 常勤栄養士配置 ...2.2単位/日 栄養士等配置 ...1.2単位/日 (41人以上60人以下の施設 の場合) 2.8単位/日(基本加算分)  2.2単位/日(重度加算分) ただし、重度加算分は基本加算 を算定している場合に限る。
付表9 付表9-2	自立訓練 (機能訓練)	様式第1号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式1~10 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第5号 別紙1 別紙2 別紙3 別紙7	初期加算 標準利用期間超過減算	暫定支給決定期間中の支援 平均利用期間が標準利用期間を6 ヶ月以上超過する場合。	30単位/日 基本単位の95%
付表10 付表10-2	自立訓練 (生活訓練)	様式第1号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式1~10 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	様式第5号 別紙1 別紙2 別紙3 別紙7 別紙8 (短期・退院支援)	初期加算 標準利用期間超過減算  短期滞在加算 (別紙8にて審査)  精神退院支援施設加算 (別紙8にて審査)	暫定支給決定期間中の支援 平均利用期間が標準利用期間を6 ヶ月以上超過する場合。 生活訓練の一環として個別支援 計画に基づいて提供される場合 心身の状況の悪化防止など緊急 の必要性がある場合。 精神科病院の病床減少を伴う形で 設置した施設で、精神科病院に概ね 1年以上入院していた退院患者等に 対し自立訓練を利用している間の夜 間の居住の場を提供した場合。	30単位/日 基本単位の95%  1.80単位/日  宿直あり...1.15単位/日 夜勤あり...1.80単位/日

介護給付費算定に係る届出書別紙対照表

付表 1 1 付表 1 1 - 2	就労移行	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 1 0 資産の状況等 その他都道府県 が必要と認める もの。	様式第 5 号 別紙 1 別紙 2 別紙 6 (就労移行) 別紙 7 別紙 8	初期加算 標準利用期間超過減算  就労移行支援体制加算 (別紙 6 にて審査)  精神退院支援施設加算	暫定支給決定期間中の支援 平均利用期間が標準利用期間を 6 ヶ月以上超過する場合。 一般就労への移行後 6 ヶ月継続し て就労している者が前年度に於いて 定員の 2 割以上である場合。 精神科病院の病床減少を伴う形で 設置した施設で、精神科病院に概ね 1 年以上入院していた退院患者等に 対し就労移行支援を利用している間 の夜間の居住の場を提供した場合。	3 0 単位/日 基本単位の 9 5 %  2 6 単位/日  宿直あり... 1 1 5 単位/日 夜勤あり... 1 8 0 単位/日
付表 1 2 付表 1 2 - 2	就労継続 (A・B 型)	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 1 0 資産の状況等 その他都道府県 が必要と認める もの。	様式第 5 号 別紙 1 別紙 2 別紙 3 別紙 5 (B 型のみ) (年金) 別紙 6 別紙 7 別紙 1 4	就労移行体制加算 (別紙 6 にて審査) A 型の場合  就労移行体制加算 (別紙 6 にて審査) B 型の場合  標準利用期間超過減算  目標工賃達成加算 B 型のみ (別紙 1 4 にて審査)	一般就労への移行後 6 ヶ月継続し て就労している者が前年度に於いて 定員の 5 % 以上である場合 (1 年間 を限度) 一般就労への移行後 6 ヶ月継続し て就労している者が前年度に於いて 定員の 5 % 以上である場合 (1 年間 を限度) 平均利用期間が標準利用期間を 6 ヶ月以上超過する場合。 平均工賃が地域の最低賃金の 1/3 以上であり、かつ事業者が設定した 目標水準以上である場合。	2 6 単位/日 (A 型)  1 3 単位/日 (B 型)  基本単位の 9 5 %  2 6 単位/日
付表 1 4	相談支援	様式第 1 号 同別紙 定款、登記簿謄本 運営規程 参考様式 1 ~ 9 資産の状況等 その他都道府県が 必要と認めるもの。	なし	施設入所、自律訓練、グ ループホーム、ケアホ ム、重度包括の利用者は サービス利用計画作成費 給付の対象外。		
日中活動サー ビス共通 ・付表 2 ・付表 3 ・付表 9 ・付表 1 0 ・付表 1 1 ・付表 1 2 関係				新事業移行時特別加算 サービス管理責任者欠如 減算  個別支援計画未作成減算  サービス提供職員欠如減 算  定員超過利用減算  視聴覚障害者支援体制加 算	新事業移行日から 3 0 日間 指定基準に定める人員基準を満た していない場合その翌月から欠如が 解消されるに至った月までの間。 個別支援計画が作成されずにサー ビス提供が行われていた場合、当該 月から作成されるに至った月まで の間。 指定基準に定める人員基準を満た していない場合その翌月から欠如が 解消されるに至った月までの間。 一日あたり利用者数が定員 5 0 人までの場合は当該定員の 2 0 % (A) を、定員が 5 0 人を超える 場合は当該定員から 5 0 を差し引 いた員数の 1 0 % (B) を A に加 えた数をそれぞれ超過している場 合。 過去三ヶ月間の平均利用人員が 定員の 1 0 5 % を超過している 場合。 資格・聴覚に障害のある利用者を一 定数受け入れた場合。	4 8 単位/日 基本単位数の 7 0 % を算定  基本単位数の 9 5 % を算定  基本単位数の 7 0 % を算定  、とも基本単位数の 7 0 % を算定  4 1 単位/日
居住系サービス 共通 ・付表 7 ・付表 8 関係				サービス管理責任者欠如 減算  個別支援計画未作成減算  サービス提供職員欠如減 算	指定基準に定める人員基準を満た していない場合その翌月から欠如が 解消されるに至った月までの間 個別支援計画が作成されずにサー ビス提供が行われていた場合、当該 月から作成されるに至った月まで の間 指定基準に定める人員基準を満た していない場合その翌月から欠如が 解消されるに至った月までの間	基本単位数の 7 0 % を算定  基本単位数の 9 5 % を算定  基本単位数の 7 0 % を算定

## 【別記1】

夜間支援体制加算単価表

	10人以下	11人	12人	13人	14人	15人	16人	17人	18人	19人
区分5・6	97単位/日	85単位/日	83単位/日	79単位/日	72単位/日	71単位/日	71単位/日	68単位/日	63単位/日	62単位/日
区分4	52単位/日	40単位/日	38単位/日	34単位/日	27単位/日	26単位/日	26単位/日	23単位/日	18単位/日	17単位/日
区分2・3	24単位/日	20単位/日	17単位/日	15単位/日	13単位/日	11単位/日	9単位/日	8単位/日	7単位/日	6単位/日

## 【別記2】

小規模事業加算単価表

	4人	5人	6人	7人	8人	9人
区分5・6	127単位/日	98単位/日	73単位/日	57単位/日	42単位/日	32単位/日
区分4	65単位/日	46単位/日	33単位/日	19単位/日	12単位/日	5単位/日
区分2・3	26単位/日	22単位/日	18単位/日	11単位/日	8単位/日	3単位/日

## 【別記】体制等届出書別紙記載例

(別紙1) その1

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	定員規模	人員配置区分	その他該当する体制等					適用開始日				
			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地		5丙地			
各サービス共通			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	5丙地				
療養介護			職員欠如	1	なし	2	あり					
			食事提供体制	1	なし	2	あり					
生活介護			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり					
			職員欠如	1	なし	2	あり					
児童デイサービス			施設区分	1	小規模	2	標準	3	大規模			
			経過的給付	1	なし	2	あり					
			送迎体制	1	なし	2	あり					
			職員欠如	1	なし	2	あり					
短期入所			施設区分	1	福祉型	2	医療型					
			食事提供体制	1	なし	2	あり					
			職員欠如	1	なし	2	あり					
共同生活介護			小規模事業所	1	なし	2	あり					
			夜間支援体制	1	なし	2	あり					
			小規模夜間支援体制	1	なし	2	あり					
			重度障害者支援体制	1	なし	2	あり					
			自立生活支援体制	1	なし	2	あり					
			経過的給付	1	なし	2	あり					
			大規模住居	1	なし	2	あり					
			職員欠如	1	なし	2	あり					
施設入所支援			栄養管理体制	1	なし	2	その他栄養士	3	栄養士	4	管理栄養士	
			重度障害者支援体制	1	なし	2	あり					
			夜勤職員欠如	1	なし	2	あり					

(別紙及び記載例)

記載例

定員規模は  
 40人以下  
 41～60人  
 61～80人  
 81人以上  
 の該当する区分を記載すること。

人員配置区分は、告示の区分を  
 参考に記載すること。

(別紙1) その1

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

事業所・施設の所在地の級地について記載すること。

該当する体制が適用になる年月日を記載すること。

提供サービス	定員規模	人員配置区分	その他該当する体制等					適用開始日	
各サービス共通			地域区分	特別区	2 特甲地	3 甲地	4 乙地	5 丙地	
療養介護			職員欠如	1 なし	2 あり				
			食事提供体制	1 なし	2 あり				
生活介護			視覚・聴覚等支援体制	1 なし	2 あり				
			職員欠如	1 なし	2 あり				
児童デイサービス			施設区分	1 小規模	2 標準	3 大規模			
			経過的給付	1 なし	2 あり				
			送迎体制	1 なし	2 あり				
			職員欠如	1 なし	2 あり				
短期入所			施設区分	1 福祉型	2 医療型				
			食事提供体制	1 なし	2 あり				
			職員欠如	1 なし	2 あり				
共同生活介護			小規模事業所	1 なし	2 あり				
			夜間支援体制	1 なし	2 あり				
			小規模夜間支援体制	1 なし	2 あり				
			重度障害者支援体制	1 なし	2 あり				
			自立生活支援体制	1 なし	2 あり				
			経過的給付	1 なし	2 あり				
			大規模住居	1 なし	2 あり				
			職員欠如	1 なし	2 あり				
施設入所支援			栄養管理体制	1 なし 2 その他栄養士 3 栄養士 4 管理栄養士					
			重度障害者支援体制	1 なし	2 あり				
			夜勤職員欠如	1 なし	2 あり				



(別紙1) その2

提供サービス	定員規模	人員配置区分	その他該当する体制等					適用開始日
			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	
各サービス共通			施設区分	1	機能訓練型	2	生活訓練型	
自立訓練			食事提供体制	1	なし	2	あり	
			訪問訓練	1	なし	2	あり	
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり	
			短期滞在	1	なし	2	あり	
			精神障害者退院支援施設	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	
			標準期間超過	1	なし	2	あり	
			施設区分	1	一般型	2	資格取得型	
就労移行支援			食事提供体制	1	なし	2	あり	
			就労移行支援体制	1	なし	2	あり	
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり	
			精神障害者退院支援施設	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	
			施設区分	1	A型	2	B型(一般)	3
就労継続支援			食事提供体制	1	なし	2	あり	
			就労移行支援体制	1	なし	2	あり	
			目標工賃達成	1	なし	2	あり	
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	
			標準期間超過	1	なし	2	あり	
			世話人配置	1	6:1型	2	10:1型	
共同生活援助			小規模事業所	1	なし	2	あり	
			自立生活支援体制	1	なし	2	あり	
			経過的給付	1	なし	2	あり	
			大規模住居	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	

注1 「定員規模」欄には、40人以下、41人以上60人以下、61人以上80人以下、81人以上のいずれか該当する区分を記載してください。

注2 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を記載してください。

注3 「地域区分」欄には、特別区、特甲地、甲地、乙地、丙地のいずれか該当する区分を記載してください。

(別紙1) その2

提供サービス	定員規模	人員配置区分	その他該当する体制等					適用開始日
			地域区分	1特別区	2特甲地	3甲地	4乙地	
各サービス共通			施設区分	1	機能訓練型	2	生活訓練型	
自立訓練			食事提供体制	1	なし	2	あり	
			訪問訓練	1	なし	2	あり	
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり	
			短期滞在	1	なし	2	あり	
			精神障害者退院支援施設	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	
			標準期間超過	1	なし	2	あり	
			施設区分	1	一般型	2	資格取得型	
就労移行支援			食事提供体制	1	なし	2	あり	
			就労移行支援体制	1	なし	2	あり	
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり	
			精神障害者退院支援施設	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	
			施設区分	1	A型	2	B型(一般)	3
就労継続支援			食事提供体制	1	なし	2	あり	
			就労移行支援体制	1	なし	2	あり	
			目標工資達成	1	なし	2	あり	
			視覚・聴覚等支援体制	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	
			標準期間超過	1	なし	2	あり	
共同生活援助			世話人配置	1	6:1型	2	10:1型	
			小規模事業所	1	なし	2	あり	
			自立生活支援体制	1	なし	2	あり	
			経過的給付	1	なし	2	あり	
			大規模住居	1	なし	2	あり	
			職員欠如	1	なし	2	あり	

注1 「定員規模」欄には、40人以下、41人以上60人以下、61人以上80人以下、81人以上のいずれか該当する区分を記載してください。

注2 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を記載してください。

注3 「地域区分」欄には、特別区、特甲地、甲地、乙地、丙地のいずれか該当する区分を記載してください。

別紙1その1と同様の記載方法にて記入すること。

(別紙2)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類		事業所・施設名																												
定員		前年度の平均実利用者数		基準上の必要職員数																										
人員配置区分		該当する体制等																												
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					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				21	22	23	24	25
			*																											
合計																														
			1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																											
サービス提供時間																														

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
- 注2 \*欄は、当該月の曜日を記入してください。
- 注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」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」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)
- 注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
- 注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注7 各事業所・施設において私用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙及び記載例)

(別紙2)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

記載例

申請する人員配置区分を記載すること。

曜日を記載すること。

サービス種類		生活介護		事業所・施設名		障害者支援施設「のさと」																											
定員	30	前年度の平均実利用者数		28		基準上の必要職員数		4.7																									
人員配置区分		生活介護( ) - 6:1		該当する体制等		視覚・聴覚等支援体制																											
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
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
生活支援員	常勤・専従	A	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	
生活支援員	常勤・専従	B	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	
生活支援員	常勤・専従	C	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	
看護師	常勤・兼務	D	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	
生活支援員	非常勤・兼務	E	4	4	4		4			4	4	4		4			4	4	4		4			4	4	4		4			64	16.0	
理学療法士	非常勤・専従	F	4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			48	12.0	
																															0	0.0	
(加算分)																															0	0.0	
生活支援員	常勤・専従	G	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	
合計			48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	912	228.0	5.7
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																														40			
サービス提供時間																														160			

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
- 注2 \*欄は、当該月の曜日を記入してください。
- 注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」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」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)
- 注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
- 注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注7 各事業所・施設において私用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合は)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙及び記載例)

(別紙2 - 2)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類				事業所・施設名																										
定員(施設)		前年度の平均実利用者数		単位(9:00~13:00)定員		基準上の必要職員数																								
人員配置区分		児童デイサービス(経過措置)		該当する体制等		送迎加算																								
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											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
			*																											
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

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。サービスに単位がある場合には単位ごとに作成してください。
- 注2 \*欄は、当該月の曜日を記入してください。
- 注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」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」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)
- 注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、勤務した日に「」を記入してください。
- 注5 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注6 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙及び記載例)

## 記載例

(別紙2-2)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類		児童デイサービス		事業所・施設名		児童デイサービス「 」																									
定員(施設)	30	前年度の平均実利用者数	15	単位(9:00~13:00)定員	15	基準上の必要職員数	3																								
人員配置区分		児童デイサービス(経過措置)				該当する体制等				送迎加算																					
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												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
生活支援員	常勤・専従	A																												20	
生活支援員	常勤・専従	B																												20	
生活支援員	非常勤・兼務	C																												12	
生活支援員	非常勤・兼務	D																												16	
生活支援員	非常勤・兼務	E																												12	
																														0	
																														0	
合計			3	3	4	4	3	3	0	3	3	4	4	3	3	0	3	3	4	4	3	3	0	3	3	4	4	3	3	0	80

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。サービスに単位がある場合には単位ごとに作成してください。

注2 \*欄は、当該月の曜日を記入してください。

注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」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」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)

注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、常勤・専従、常勤・兼務、非常勤・専従、非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、勤務した日に「」を記入してください。

注5 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注6 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙及び記載例)

(別紙3)

## 視覚障害者又は言語聴覚障害者の状況

当該施設・事業所の前年度の平均実利用者			
うち30%			
	氏名	手帳の種類	手帳の等級
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

注 本表は、次に該当する利用者を記載してください。  
 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者  
 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者  
 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者

(別紙及び記載例)

(別紙3)

## 視覚障害者又は言語聴覚障害者の状況

記載例

当該施設・事業所の前年度の平均実利用者		28人	
うち30%		8.4人	
	氏名	手帳の種類	手帳の等級
1	A	身体障害者手帳(視覚)	1級
2	B	身体障害者手帳(視覚)	1級
3	C	身体障害者手帳(視覚)	1級
4	D	身体障害者手帳(視覚)	1級
5	E	身体障害者手帳(視覚)	1級
6	F	身体障害者手帳(聴覚)	2級
7	G	身体障害者手帳(聴覚)	2級
8	H	身体障害者手帳(聴覚)	2級
9	I	身体障害者手帳(聴覚)	2級
10			
11			
12			
13			
14			
15			

前年度の平均実利用者数の30%にあたる人数を計算の上記入すること。

注 本表は、次に該当する利用者を記載してください。

身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者  
 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者  
 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者

(別紙及び記載例)



(別紙4)

## 重度障害者の状況

当該施設の前年度の平均実利用者			
うち20%			
当該施設の平均障害程度区分			
氏名	障害程度区分	医師意見書に記載される特別な医療の内容又は強度行動障害の有無	気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者の該当の有無
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

注 本表は次に該当する利用者を記載してください。  
 医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者(ただし、「疼痛の看護」及び「褥瘡の処置」を除く。)  
 行動援護の対象となる者

(別紙及び記載例)

記載例

(別紙4)

重度障害者の状況

当該施設の前年度の平均実利用者		28人	
うち20%		5.6人	
当該施設の平均障害程度区分		5.2	
	氏名	障害程度区分	医師意見書に記載される特別な医療の内容又は強度行動障害の有無 気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者の該当の有無
1	A	区分5	カテーテル
2	B	区分6	気管切開の処置
3	C	区分5	点滴の管理
4	D	区分5	透析
5	E	区分5	ストーマの処置
6	F	区分6	気管切開の処置
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

前年度の平均実利用者数の20%を計算して記載すること。

当該施設における平均障害程度区分を計算して記載すること。

注 本表は次に該当する利用者を記載してください。  
医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者(ただし、「疼痛の看護」及び「褥瘡の処置」を除く。)  
行動援護の対象となる者

(別紙5)

障害基礎年金受給の状況

当該施設の前年度の平均実利用者	
うち50%	
氏名	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

注 本表は障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

(別紙及び記載例)

(別紙5)

障害基礎年金受給の状況

記載例

当該施設の前年度の平均実利用者		28人
うち50%		14.0人
氏名		
1		A
2		B
3		C
4		D
5		E
6		F
7		G
8		H
9		I
10		J
11		K
12		L
13		M
14		N
15		

前年度の平均実利用者数の50%を計算して記載すること。

注 本表は障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

(別紙6)

## 就労移行の状況

	当該施設・事業所の定員		就職日	就職先事業所名	6か月後の状況
	うち20%				
	氏	名			
1			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
2			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
3			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
4			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
5			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
6			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
7			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
8			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
9			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
10			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
11			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
12			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
13			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
14			年 月 日		在籍・離職 年 月 日
15			年 月 日		在籍・離職 年 月 日

注 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください。

(別紙及び記載例)

(別紙6)

就労移行の状況

記載例

当該施設・事業所の定員		30人		
うち20%		6人		
氏名	就職日	就職先事業所名	6か月後の状況	
1 太郎	平成18年11月15日	(株) ストア	在籍・離職	年月日
2 花子	平成18年12月1日	(有) 屋	在籍・離職	年月日
3 一郎	平成19年2月1日	(株) 食堂	在籍・離職	年月日
4 x x 三郎	平成19年2月1日	(株) 製作所	在籍・離職	19年3月31日
5 良子	平成19年4月1日	(株) 工業	在籍・離職	年月日
6 慶子	平成19年4月1日	(有) 電器	在籍・離職	年月日
7 三郎	平成19年5月1日	(株) 興業	在籍・離職	年月日
8	年月日		在籍・離職	年月日
9	年月日		在籍・離職	年月日
10	年月日		在籍・離職	年月日
11	年月日		在籍・離職	年月日
12	年月日		在籍・離職	年月日
13	年月日		在籍・離職	年月日
14	年月日		在籍・離職	年月日
15	年月日		在籍・離職	年月日

前年度の平均実利用者数の20%を計算して記載すること。

注 本表は届出を行う年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。)の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください。

(別紙7)

## 食事提供体制加算及び栄養管理体制加算に係る体制

サービスの種類						
事業所・施設の名称						
事業所・施設の所在地						
連絡先	電話番号			担当者名		
	FAX番号					
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 人	非常勤 人		
		栄養士	常勤 人	非常勤 人		
		調理員	常勤 人	非常勤 人		
		その他( )	常勤 人	非常勤 人		
		その他( )	常勤 人	非常勤 人		
	業務委託部分	業務委託の内容	業務委託先			
			委託業務の内容			
	適切な食事提供の確保方策					
栄養管理体制	栄養士の配置状況	常勤管理栄養士	常勤栄養士	左記以外の栄養士		
		人	人	人		
	他施設との兼務	1あり 2あり(専従扱い) 3なし	1あり 2あり(専従扱い) 3なし	1あり 2なし		
	他施設名					
	栄養管理の概要					

注1 業務委託を行っている場合の人員配置は、事業所・施設で適切な食事提供が行われるための管理等に関わる職員の状況を記載してください。

注2 外部委託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。

注3 「栄養管理の概要」欄は、当該施設において、栄養士等が行う栄養管理に関する業務を具体的に記載してください。

(別紙及び記載例)

(別紙7)

食事提供体制加算及び栄養管理体制加算に係る体制

記載例

サービスの種類		施設入所支援		
事業所・施設の名称		東京霞ヶ丘園		
事業所・施設の所在地		東京都千代田区霞が関1		
連絡先	電話番号	03-0123-0000	担当者名	霞
	FAX番号	03-0123-0000		
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 1人	非常勤 人
		栄養士	常勤 人	非常勤 人
		調理員	常勤 人	非常勤 人
		その他( )	常勤 人	非常勤 人
		その他( )	常勤 人	非常勤 人
	業務委託部分	業務委託の内容	業務委託先	フードサービス
適切な食事提供の確保方策		委託業務の内容	委託している業務内容を記載すること。	
栄養管理体制	栄養士の配置状況	常勤管理栄養士	常勤栄養士	左記以外の栄養士
		1人	人	人
	他施設との兼務	1あり 2あり(専従扱い) 3なし	1あり 2あり(専従扱い) 3なし	1あり 2なし
	他施設名			
栄養管理の概要	具体的な栄養管理業務について記載すること。			

栄養士又は管理栄養士が兼務を行う場合1.ありを。併設施設と兼務するが、当該施設では専従扱いの場合は2.あり(専従扱い)。兼務しない場合は3.なしを記載すること。

当該施設において栄養士が行う栄養管理業務を具体的に記入すること。

注1 業務委託を行っている場合の人員配置は、事業所・施設で適切な食事提供が行われるための管理等に関わる職員の状況を記載してください。  
 注2 外部委託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。  
 注3 「栄養管理の概要」欄は、当該施設において、栄養士等が行う栄養管理に関する業務を具体的に記載してください。

(別紙及び記載例)



(別紙8)

## 短期滞在及び精神障害者退院支援施設に係る体制

サービスの種類				
事業所・施設の名称				
事業所・施設の所在地				
連絡先	電話番号	担当者名		
	FAX番号			
設備	定員		人	
	居室数		1人当たり居室面積	
	うち個室	室	m <sup>2</sup>	
	うち2人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち3人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち4人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち 人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	その他の設備の内容			
デイルーム( m <sup>2</sup> ) 食堂( m <sup>2</sup> )				
夜間の支援体制	勤務形態		職種	人数
	常勤	専従		人
		兼務		人
	非常勤	専従		人
		兼務		人
	連携施設の名称			
夜間の支援体制の内容				

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

(別紙及び記載例)

(別紙 8)

短期滞在及び精神障害者退院支援施設に係る体制

記載例

サービスの種類		就労移行支援		
事業所・施設の名称		霞ヶ丘就労移行事業所		
事業所・施設の所在地		東京都千代田区霞が関1		
連絡先	電話番号	03-0123-0000	担当者名	霞
	FAX番号	03-0123-0000		
設備	定員		50人	
	居室数		1人当たり居室面積	
	うち個室	4室	13㎡	
	うち2人部屋	6室	9㎡	
	うち3人部屋			
	うち4人部屋	8室	7㎡	
	うち 人部屋			
	その他の設備の内容			
デイルーム(㎡) 食堂(㎡)				
夜間の支援体制	勤務形態		職種	人数
	常勤	専従		人
		兼務	看護職員	1人
	非常勤	専従		人
		兼務		人
	連携施設の名称			
夜間の支援体制の内容				

該当する施設の定員を記載すること。

該当する施設の夜間支援職員体制について記載すること。

夜間支援体制の詳細について記載すること。

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

(別紙9)

## 共同生活援助及び共同生活介護に係る体制

事業所の名称							
事業所の所在地							
連絡先	電話番号				担当者名		
	FAX番号						
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称		住所		定員	小規模事業所加算の該当の有無	大規模住居減算の該当の有無
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
合計							
ケアホーム対象者の状況(区分2以上)	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	氏名		区分	小規模事業所夜間支援体制加算の該当の有無	重度障害者等包括支援対象者の有無
			1				
			2				
			3				
			4				
			5				
			6				
			7				
			8				
			9				
			10				
			11				
			12				
			13				
14							
合計							

注 「ケアホーム対象者の状況」欄は、共同生活介護事業所において行われている夜間の支援の内容、夜間支援従事者の配置状況等具体的に記載してください。

(別紙及び記載例)

(別紙9)

共同生活援助及び共同生活介護に係る体制

記載例

事業所の名称		霞ホーム					
事業所の所在地		東京都千代田区霞が関1					
連絡先	電話番号	03-0123-0000		担当者名	霞		
	FAX番号	03-0123-0000					
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称	住所		定員	小規模事業所加算の該当の有無	大規模住居減算の該当の有無	
	1	霞ホーム1	東京都千代田区霞が関1		4人		
	2	霞ホーム2	東京都千代田区霞が関2		20人		
	3	コーポ	東京都千代田区霞が関3		5人		
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	合計				0	2	1
ケアホーム対象者の状況(区分2以上)	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容		氏名	区分	小規模事業所夜間支援体制加算の該当の有無	重度障害者等包括支援対象者の有無
	霞ホーム1			1	A	2	
				2	B	3	
				3	C	2	
				4	D	3	
	霞ホーム2			5	E	6	
				6	F	2	
				7	G	3	
				8	H	4	
				9	I	5	
	コーポ			10	J	6	
				11	K	5	
				12	L	4	
				13	M	3	
				14	N	2	
合計							1

ホーム事業所の名称を記載すること。

事業所を構成するホームについて記載すること。

ケアホーム対象者に対する支援体制について該当する場合、記載すること。

注 「ケアホーム対象者の状況」欄は、共同生活介護事業所において行われている夜間の支援の内容、夜間支援従事者の配置状況等具体的に記載してください。

夜間支援体制の具体的な内容を住居ごとに記載すること。

(別紙10)

## 共同生活援助又は共同生活介護における単身生活移行の状況

当該施設・事業所の定員			
うち50%			
氏名	単身生活開始年月日	住所	6月以上 継続
1	年 月 日		
2	年 月 日		
3	年 月 日		
4	年 月 日		
5	年 月 日		
6	年 月 日		
7	年 月 日		
8	年 月 日		
9	年 月 日		
10	年 月 日		
11	年 月 日		
12	年 月 日		
13	年 月 日		
14	年 月 日		
15	年 月 日		

注 本表には地域移行者を記述し、そのうち届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度及び前々年度において、単身生活への移行の日から届出を行う日の前日までの間（ただし、当該期間が6ヶ月以上である場合に限る。）、単身生活を継続している実績を有する者については当該欄に を記載してください。

(別紙及び記載例)

(別紙10)

共同生活援助又は共同生活介護における単身生活移行の状況

記載例

当該施設・事業所の定員		10人		
うち50%		5.0人		
氏名	単身生活開始年月日	住所	6月以上継続	
1	A	平成16年5月1日	県	市 町 -
2	B	平成16年6月1日	県	市 町 -
3	C	平成17年7月1日	県	市 町 -
4	D	平成17年6月12日	県	市 町 -
5	E	平成17年5月13日	県	市 町 -
6	F	平成17年4月1日	県	市 町 -
7	G	平成18年3月30日	県	市 町 -
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

事業所における定員の50%を記載すること。

注 本表には地域移行者を記述し、そのうち届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度及び前々年度において、単身生活への移行の日から届出を行う日の前日までの間（ただし、当該期間が6ヶ月以上である場合に限る。）、単身生活を継続している実績を有する者については当該欄に を記載してください。

(別紙11)

## 夜間支援体制加算届出書

事業所名				
事業所の所在地				
連絡先	電話番号		担当者名	
	FAX番号			
夜間支援体制の確保が必要な理由				
1人の夜間支援従事者(専従)が夜間支援を行う人数等	夜間支援する対象者数及び障害程度区分			
		共同生活住居名		
		対象者数及び障害程度区分		
	1	共同生活住居名		
		対象者数及び障害程度区分		
		合計		
	2	夜間支援従事者が配置している場所		
	3	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間		
	4	配置場所からケアホームとの間の連絡体制状況(非常通報装置、携帯電話等)		
	5	夜間支援体制を確保している時間		
6	その他			

1 1人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに記入して下さい。

2 例えば、共同生活住居が4カ所ある場合、夜間支援従事者Aが2カ所、夜間支援従事者Bが2カ所の夜間支援を行う場合、それぞれ別に記載して下さい。

(別紙及び記載例)

記載例

(別紙11)

夜間支援体制加算届出書

事業所名		霞ホーム		
事業所の所在地		東京都千代田区霞が関1		
連絡先	電話番号	03-0000-0123	担当者名 霞	
	FAX番号	03-0000-0123		
夜間支援体制の確保が必要な理由		区分5と区分6の方が入居しており、夜間、排せつ支援等が必要のため		
1人の夜間支援従事者(専従)が夜間支援を行う人数等	夜間支援する対象者数及び障害程度区分			
	共同生活住居名	霞ホーム1		
	対象者数及び障害程度区分	・区分5・・・2人 ・区分4・・・2人		
	共同生活住居名	霞ホーム2		
	対象者数及び障害程度区分	・区分6・・・1人 ・区分4・・・2人		
	合計	・区分6・・・1人、区分5・・・2人、区分4・・・4人		
	2	夜間支援従事者が配置している場所	霞ホーム1	
	3	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間	徒歩で5分	
	4	配置場所からケアホームとの間の連絡体制状況(非常通報装置、携帯電話等)	霞ホーム2には、霞ホーム1につながる非常通報装置があり、緊急時の場合、霞ホーム1に配置している夜間支援従事者が、すぐにつけられる体制が確保されている。	
	5	夜間支援体制を確保している時間	入居者の就寝前から起床まで (PM10:00～AM7:00)	
6	その他			

夜間支援体制の確保が必要な理由について具体的かつ明確に記載すること。

上記住居における夜間支援対象者の合計を整理し記載すること。

必要に応じて、地図等の添付を行うこと。

1 1人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに記入して下さい。  
 2 例えば、共同生活住居が4カ所ある場合、夜間支援従事者Aが2カ所、夜間支援従事者Bが2カ所の夜間支援を行う場合、それぞれ別に記載して下さい。



(別紙12)

## 小規模事業夜間支援体制加算届出書

事業所名				
事業所の所在地				
連絡先	電話番号	担当者名		
	FAX番号			
事業開設年月日				
夜間支援体制(夜間支援体制加算の要件を満たす場合)の確保を開始した年月日				
夜間支援体制の確保が必要な理由				
1人の夜間支援従事者(専従)が夜間支援を行う人数等	夜間支援する対象者数及び障害程度区分			
	共同生活住居名			
	対象者数及び障害程度区分			
	共同生活住居名			
	対象者数及び障害程度区分			
	合計			
	2	夜間支援従事者が配置している場所		
	3	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間		
	4	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間		
	5	夜間支援体制を確保している時間		
6	その他			

1 1人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに記入して下さい。

2 例えば、共同生活住居が4カ所ある場合、夜間支援従事者Aが2カ所、夜間支援従事者Bが2カ所の夜間支援を行う場合、それぞれ別に記載して下さい。

(別紙及び記載例)

(別紙12)

小規模事業夜間支援体制加算届出書

記載例

事業所名	霧ホーム			
事業所の所在地	東京都千代田区霞が関1			
連絡先	電話番号	03-0000-0123	担当者名	
	FAX番号	03-0000-0123	霧	
事業開設年月日	平成15年6月1日			
夜間支援体制(夜間支援体制加算の要件を満たす場合)の確保を開始した年月日	平成15年6月1日			
夜間支援体制の確保が必要な理由	区分5と区分6の方が入居しており、夜間、排せつ支援等が必要のため			
1人の夜間支援従事者(専従)が夜間支援を行う人数等	夜間支援する対象者数及び障害程度区分			
	共同生活住居名	霧ホーム1		
	対象者数及び障害程度区分	・区分5・・・2人 ・区分4・・・2人		
	共同生活住居名	霧ホーム2		
	対象者数及び障害程度区分	・区分6・・・1人 ・区分4・・・2人		
	合計	・区分6・・・1人、区分5・・・2人、区分4・・・4人		
	2	夜間支援従事者が配置している場所	霧ホーム1	
	3	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間	徒歩で5分	
	4	複数のケアホームの夜間支援を行っている場合など、配置場所からケアホームまでの移動時間	霧ホーム2には、霧ホーム1につながる非常通報装置があり、緊急時の場合、霧ホーム2に配置している夜間支援従事者が、すくにつれられる体制が確保されている。	
	5	夜間支援体制を確保している時間	入居者の就寝前から起床まで (PM10:00～AM7:00)	
6	その他			

夜間支援体制が必要な理由を具体的かつ明確に記載すること。

上記住居における夜間支援対象者の合計を整理し記載すること。

必要に応じて地図等添付すること。

1 1人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに記入して下さい。  
2 例えば、共同生活住居が4カ所ある場合、夜間支援従事者Aが2カ所、夜間支援従事者Bが2カ所の夜間支援を行う場合、それぞれ別に記載して下さい。

(別紙13)

## 小規模事業加算届出書

事業所名				
事業所の所在地				
連絡先	電話番号		担当者名	
	FAX番号			
事業開設年月日				
共同生活住居	共同生活住居名			
	対象者数及び障害程度区分			
	配置されている世話人Aの勤務状況			
共同生活住居	共同生活住居名			
	対象者数及び障害程度区分			
	配置されている世話人Bの勤務状況			
合計				
共同生活住居間の移動に要する時間				

1 移動時間とは、通常の移動手段で移動する場合の時間を記入して下さい。

(別紙及び記載例)

(別紙13)

記載例

## 小規模事業加算届出書

事業所名		霞ホーム		
事業所の所在地		東京都千代田区霞が関1		
連絡先	電話番号	03-0000-0123	担当者名	霞
	FAX番号	03-0000-0123		
事業開設年月日		平成15年6月1日		
共同生活住居	共同生活住居名	霞ホーム1(定員4名)		
	対象者数及び障害程度区分	・区分5・・・2人 ・区分4・・・2人		
	配置されている世話人Aの勤務状況	AM7:00～AM9:00、PM4:00～PM8:00		
共同生活住居	共同生活住居名	霞ホーム2(定員4名)		
	対象者数及び障害程度区分	・区分5・・・2人 ・区分4・・・2人		
	配置されている世話人Bの勤務状況	AM7:00～AM9:00、PM4:00～PM8:00		
合計		・区分5・・・4人、区分4・・・4人、区分2・・・1人		
共同生活住居間の移動に要する時間		徒歩で15分程度		

住居ごとに整理し、記載すること。

必要に応じて地図等添付すること。

1 移動時間とは、通常の移動手段で移動する場合の時間を記入して下さい。

(別紙及び記載例)

(別紙14)

当該年度の目標工賃額 (時給・日給・月給 円) 前年度の目標工賃額...B (時給・日給・月給 円)  
 前々年度の工賃実績額...C (時給・日給・月給 円) 地域の最低賃金額...D (時給 円)

前年度の工賃実績額

氏名	工賃形態	4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月		計		
		就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

【月給者の平均工賃】		
対象者数	月額工賃 総額	時給換算額 ( ÷ ÷110)

【日給者の平均工賃】		
対象者数	日額工賃 総額	時給換算額 ( ÷ ÷5)

【時給者の平均工賃】		
対象者数	時間額工賃 総額	時給換算額 ( ÷ )

「当該年度の目標工賃額」欄には、前年度に提出した当該年度における目標工賃額を記載してください。  
 「前々年度の工賃実績」欄には、前年度に提出した前々年度の平均工賃実績額を記載してください。  
 「工賃形態」には、対象者の工賃支給形態に応じ「時給・日給・月給」のうちいずれかを記載してください。 (「時給・日給・月給」とは工賃を算定する形態をいう。)  
 「就労実績」には、時給の者は1か月あたりの就労時間、日給の者は1か月あたりの就労日数を記入してください。なお、月給の者の記入は不要です。  
 工賃形態が日給の場合で、1日あたりの就労時間が3時間以下の場合、退所等により在籍期間が1か月に満たない月、利用開始から1年を経過しない者に係る工賃は、工賃実績から除外することができます。  
 目標工賃達成加算の対象となる工賃額は、A>BかつA>CかつA>=D÷1/3となる場合です。

【工賃実績額】...A		
x	+	x
	+	x
		+

記載例

(別紙14)

当該年度の目標工賃額 (時給・日給・月給) 250 円 前年度の目標工賃額...B (時給・日給・月給) 230 円  
 前々年度の工賃実績額...C (時給・日給・月給) 200 円 地域の最低賃金額...D (時給) 714 円

前年度の工賃実績額

氏名	工賃形態	4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月		計		
		就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績	工賃月額	就労実績
1	A	時給	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	480	110,400		
2	B	時給	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	80	18,400	960	220,800
3	C	時給	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	50	11,500	600	138,000
4	D	時給	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	40	9,200	480	110,400
5	E	時給	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	70	16,100	840	193,200
6	F	日給	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	10	11,500	120	138,000
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												

この対象者数は、延べ人月であること。

この対象者数は、延べ人日であること。

この対象者数は、延べ人時であること。

月給、日給、時給者ごとに整理し計算し、記載すること。

対象者数	月額工賃総額	時給換算額 ( ÷ ÷ 110 )

対象者数	日額工賃総額	時給換算額 ( ÷ ÷ 5 )
120	138,000	230

対象者数	時間額工賃総額	時給換算額 ( ÷ )
3,360	772,800	230

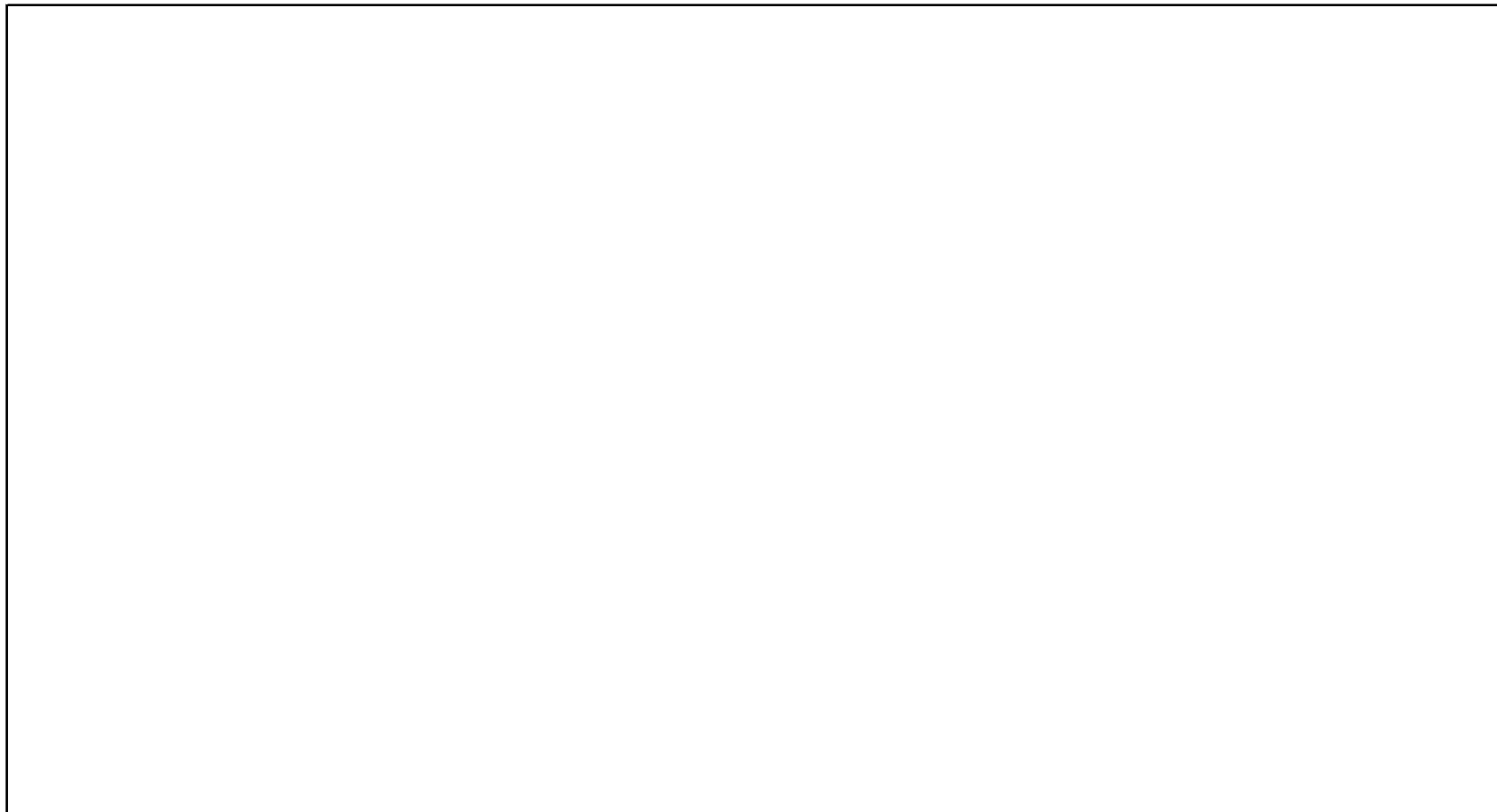
x + x + x
( + + )
230

「当該年度の目標工賃額」欄には、前年度に提出した当該年度における目標工賃額を記載してください。  
 「前々年度の工賃実績」欄には、前年度に提出した前々年度の平均工賃実績額を記載してください。  
 「工賃形態」には、対象者の工賃支給形態に応じ「時給・日給・月給」のうちいずれかを記載してください。(「時給・日給・月給」とは工賃を算定する形態をいう。)  
 「就労実績」には、時給の者は1か月あたりの就労時間、日給の者は1か月あたりの就労日数を記入してください。なお、月給の者の記入は不要です。  
 工賃形態が日給の場合で、1日あたりの就労時間が3時間以下の場合、退所等により在籍期間が1月に満たない月、利用開始から1年を経過しない者に係る工賃は、工賃実績から除外することができます。  
 目標工賃達成加算の対象となる工賃額は、A>BかつA>CかつA>=D÷1/3となる場合です。

(参考様式1)

平面図

事業所の名称	
--------	--



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

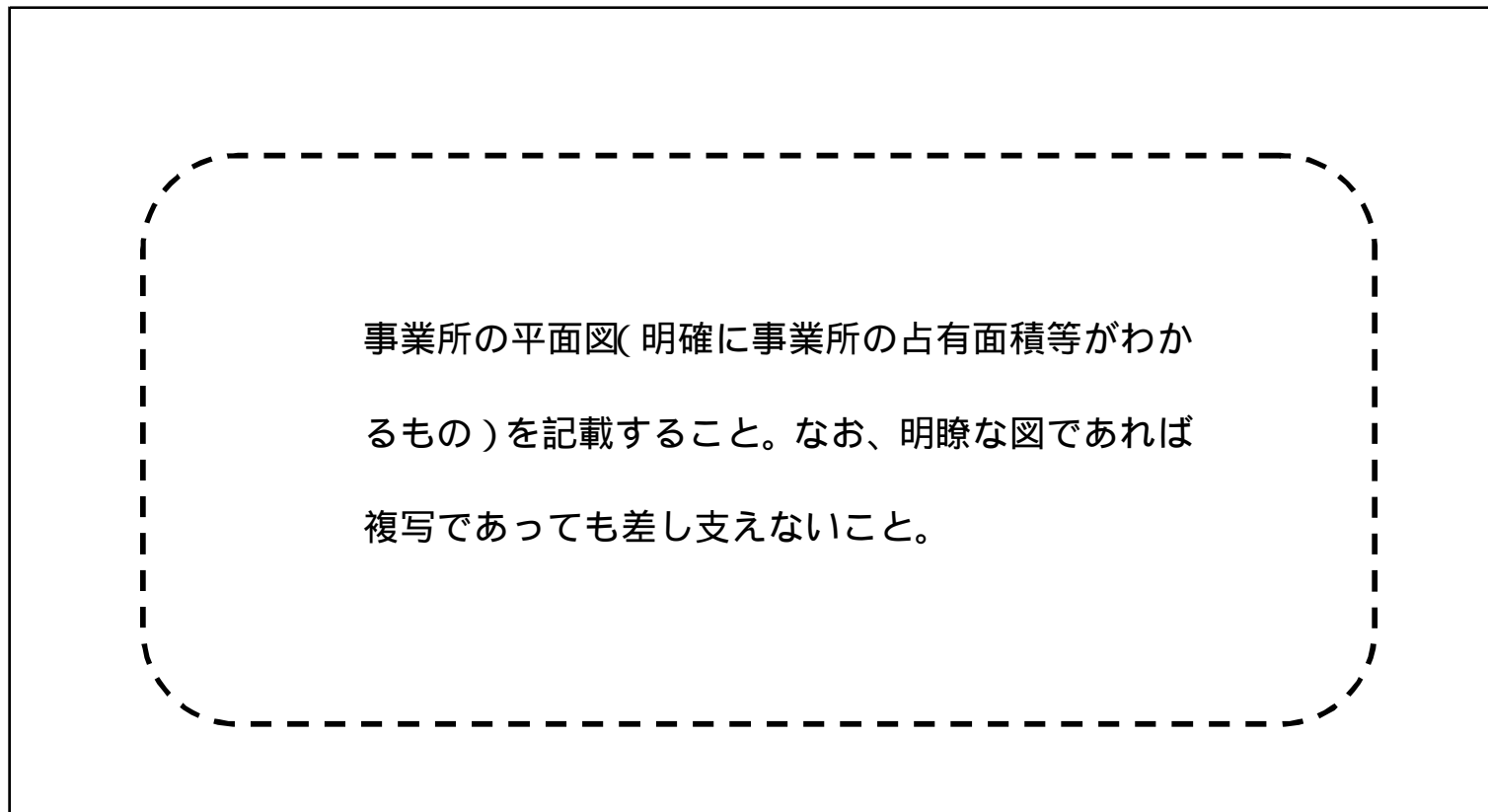
(別紙及び記載例)

記載例

(参考様式1)

平面図

事業所の名称



備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。



## (参考様式2)

## 設備・備品等一覧表

サービス種類( )

事業所名( )

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要		
非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

- 備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
- 2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。
- 3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式2)

記載例

設備・備品等一覧表

サービス種類(生活介護) )  
事業所名(デイリーケア霞の園) )

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要		
相談室	・室内における相談時におけるプライバシー保護に配慮し、間仕切りを設けている。 (パーテーション)	
非常災害設備等		
消火設備	・消防法に適合したものを備えている。 (スプリンクラー、消火栓、消火器)	
室名	備品の品目及び数量	

サービス提供にあたり、指定基準上、また各法令上必要な設備について具体的かつ明確に記載すること。  
なお、適合の可否欄には申請者は記入しないこと。

- 備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。  
2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。  
3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(別紙及び記載例)

(参考様式3)

## 経歴書

事業所の名称					
フリガナ				生年月日	
氏名				年 月 日	
住所		(郵便番号 - )			
電話番号					
主な職歴等					
年月 ~ 年月		勤務先等		職務内容	
職務に関連する資格					
資格の種類			資格取得年月日		
備考(研修等の受講の状況等)					

備考1 「 」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は「相談支援専門員」と記載してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(別紙及び記載例)

(参考様式3)

### 管理者経歴書

記載例

事業所の名称	東京霞ヶ丘園		
フリガナ	カミジロ	生年月日	昭和 年 月 日
氏名	霞 二郎		
住所	(郵便番号160-0000) 東京都新宿区 1-2-3		
電話番号	03-0000-0101		
主な職歴等			
年 月 ~ 年 月		勤務先等	職務内容
昭和 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		社会福祉法人 会知的障害者入所更生施設 学園	介護職員
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		社会福祉法人 ×会知的障害者通所授産施設 の郷	生活支援員
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		同上	生活支援係長
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月日	
介護福祉士		平成 年 月 日	
社会福祉士		平成 年 月 日	
備考(研修等の受講の状況等)			

勤務歴、勤務先、職務内容、職名等について、もれなく記載すること。

資格についても、明確に記載すること。

備考1 「 」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は「相談支援専門員」と記載してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(参考様式4)

## 実務経験証明書

様 平成 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印  
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別( )
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日( 年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名( )

- (注)
1. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
  2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
  3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における 業務、 実施要綱の 事業の 業務等具体的に記入すること。  
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
  4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(別紙及び記載例)

(参考様式4)

記載例

# 実務経験証明書

番号  
県知事様 平成 年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称  
東京都千代田区大手町  
社会福祉法人 ×会  
代表者氏名 丸の内 太郎  
電話番号 03-0000-1000

印

押印は、証明者が  
行い、訂正は  
無効であるこ  
と。

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	大手町 大介 (生年月日 年 月 日)
現住所	東京都中央区 1-2-3
施設又は事業所名	の郷 施設・事業所の種別( 身体障害者入所更生施設 )
業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月間 )
うち業務に従事した日数	日
業務内容	職名( 生活支援員 ) 入所者に対する介護業務

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
  - 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
  - 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における 業務、 実施要綱の 事業の 業務等具体的に記入すること。  
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
  - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5)

## 実務経験見込証明書

様 平成 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印  
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別( )
業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月間)
うち業務に従事した日数	
業務内容	職名( )

- (注)
1. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
  2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行うと見込まれる期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
  3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における 業務、 実施要綱の 事業の 業務等具体的に記入すること。  
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
  4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5)

# 実務経験見込証明書

記載例

県知事様  
平成 年 月 日

番号

施設又は事業所所在地及び名称  
東京都千代田区大手町

社会福祉法人 ×会  
代表者氏名 丸の内 太郎  
電話番号 03-0000-1000

印

押印は、証明者が行い、訂正は無効であること。

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	大手町 大介 (生年月日 年 月 日)
現住所	東京都中央区 1 - 2 - 3
施設又は事業所名	の郷 施設・事業所の種別 ( 身体障害者入所更生施設 )
業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 月間)
うち業務に従事した日数	日
業務内容	職名 ( 生活支援員 ) 入所者に対する介護業務

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
  - 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行うと見込まれる期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
  - 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における業務、実施要綱の事業の業務等具体的に記入すること。  
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
  - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。



(参考様式6)

利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措置の概要	
1	利用者(入所者)又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者
2	円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順  具体的な対応方針
3	その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式6)

記載例

利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	東京霞ヶ丘園
申請するサービス種類	施設入所支援

措置の概要	
1	<p>利用者(入所者)又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談、苦情に対する窓口として、相談担当者を設けている。</li> <li>また、従業員の誰もが対応可能なように、相談・苦情等対応票を作成し、担当者に引き継げるよう配慮している。</li> <li>相談担当：電話 - - FAX： - -</li> <li>担当：</li> </ul> <p>利用者には契約時、配布物及び掲示物等で周知を図っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>苦情について適切に対処するため、事業所関係者、利用者以外の公正・中立な「第三者委員」を設置し、双方に対し助言を行うなど、問題解決における重要な役割を果たしてもらっている。</li> <li>「第三者委員」 (弁護士)、 (法人 役)</li> </ul>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談や苦情があったときは、利用者の状況を詳細かつ的確に把握するよう必要に応じて訪問する等のきめ細やかな体制をとっている。</li> <li>担当者は管理者へ内容について検討を行い、対応を決定する。</li> <li>対応内容に基づき必要に応じて連絡等を行うと共に、利用者への結果報告を行う。</li> </ul> <p>具体的な対応方針</p>
3	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当事業所において処理し得ない内容でも、適切な対応方法を利用者の立場に立って誠実かつ熱心に検討し、対処する。</li> </ul>

対応窓口について、体制、及び担当者、連絡先について記載すること。

対応手続、体制について、具体的かつ明確に記載すること。

その他必要な事項について記載すること。

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(別紙及び記載例)

(参考様式7)

指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害福祉サービスの種類	

1	申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象者	該当するものを で困むこと。
	身体障害者(肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害) 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者	
2	主たる対象者を1のとおり特定する理由	
3	今後における主たる対象者の拡充の予定	
	(1) 拡充予定の有無	あり ・ なし
	(2) 拡充予定の内容及び予定時期	
	(3) 拡充のための方策	

(別紙及び記載例)

(参考様式7)

指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等

記載例

事業所名	霞ヶ丘機能訓練事業所
指定障害福祉サービスの種類	自立訓練(機能訓練)

1 申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象者 該当するものを で囲むこと。

身体障害者(肢体不自由) ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害)  
知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

前身の施設が身体障害者更生施設であり、施設の構造・設備や職員体制が  
肢体不自由者の機能訓練に特化したものであるため。

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり (なし)

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

対象を特定する理由について具体的かつ明確に記載すること。

対象を拡大する予定がある場合、この時期、及び方策について記載すること。

(参考様式 8)

障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

知事(市長) 様

申請者 所在地  
名称  
代表者 住所  
氏名

印

当法人(別紙に記載する役員等を含む。)は、下記に掲げる障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定】(一部要約)

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第 4 3 条第 1 項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第 4 3 条第 2 項の厚生労働省令で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの( )の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  
( ) 児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 6 申請者が、第 5 0 条第 1 項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者(以下「役員等」という。)であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前 6 0 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。)であるとき。
- 7 申請者が、第 5 0 条第 1 項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 4 6 条第 1 項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 8 前号に規定する期間内に第 4 6 条第 1 項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前 6 0 日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であった者で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、指定の申請前 5 年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 10 申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 11 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 9 号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙及び記載例)

(参考様式 8)

記載例

障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

知事 様

申請者 所在地 東京都千代田区霞が関 1  
名称 社会福祉法人 会  
代表者 住所 東京都江東区 1 - 2 - 3  
氏名 霞 一郎

印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業員の知識及び技能並びに人員が、第 4 3 条第 1 項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第 4 3 条第 2 項の厚生労働省令で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（ ）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  
（ ）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 6 申請者が、第 5 0 条第 1 項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前 6 0 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。
- 7 申請者が、第 5 0 条第 1 項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 4 6 条第 1 項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 8 前号に規定する期間内に第 4 6 条第 1 項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前 6 0 日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、指定の申請前 5 年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 10 申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 11 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 9 号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙及び記載例)

( 参考様式 9 )

### 役員等名簿

申請者(法人)名 ( )

(ふりがな) 氏名	生年月日	(ふりがな) 住所		押印
		TEL	FAX	

注 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者（いい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者）について記入・押印してください。

(参考様式9)

記載例

役員等名簿

申請者(法人)名 ( 社会福祉法人 会 )

(ふりがな) 氏名	生年月日	(ふりがな) 住所		押印
		TEL	FAX	
かすみ いちろう 霞 一郎	昭和 年 月 日	とうきょうとこうとうく 東京都江東区 1 - 2 - 3		印
	理事長	03 - 0000 - 0010	03 - 0000 - 0010	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03 - 0000 - 00	03 - 0000 - 00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03 - 0000 - 00	03 - 0000 - 00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03 - 0000 - 00	03 - 0000 - 00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03 - 0000 - 00	03 - 0000 - 00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03 - 0000 - 00	03 - 0000 - 00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03 - 0000 - 00	03 - 0000 - 00	

注 当該法人の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

(別紙及び記載例)