

# 障害者グループホーム 運営に係る参考様式等

- 共同生活援助 運営規程 ／ モデル契約書 ／ 契約書別紙 ／ 重要事項説明書
- (様式例) 共同生活援助 個別支援計画
- (様式例) サービス提供記録
- 共同生活援助サービス提供実績記録票
- (様式例) 訓練等給付費の受領のお知らせ
- (参考例) 利用者預り金等管理規程 ／ 預り金等個人別台帳
- (参考様式) 秘密情報の保持に関する誓約書 ／ 個人情報使用同意書
- (参考様式) 相談・苦情受付等記録書
- (様式例) 施設(事業所)利用者事故等報告書
- (参考様式) ヒヤリ・ハット報告書

運営規程に定めておかなければならない重要事項

※ 介護サービス包括型共同生活援助

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

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

附則 当該事業の施行日・事業開始の日

介護サービス包括型グループホーム の運営規程の例

〇〇事業所 共同生活援助（介護サービス包括型事業所）運営規程

（事業の目的）

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

（運営の方針）

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

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

（事業所の名称等）

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

一 事業所

名 称 〇〇事業所

所在地 東京都・・・・・・・・・・

二 ユニット

ユニット① 名 称 〇〇寮Ⅰ

所在地 東京都・・・・・・・・・・

ユニット② 名 称 〇〇寮Ⅱ

所在地 東京都・・・・・・・・・・

三 サテライト型住居

サテライト型住居① 名 称 〇〇寮Ⅰサテライト

所在地 東京都・・・・・・・・

本体住居の名称 ユニット①

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

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

（職員の職種、員数及び職務内容）

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

一 管理者1名

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行う。

## 二 サービス管理責任者〇〇名

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

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

職員の雇用が流動的な場合は『〇〇名以上』という記載でも可

## 三 世話人〇〇名

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

## 四 生活支援員〇〇名

職員の雇用が流動的な場合は『〇〇名以上』という記載でも可

入浴、排せつ、食事等の介護を行うものとする。

（指定共同生活援助（介護サービス包括型）の入居定員）

第5条 入居定員は〇〇名とする。内訳は以下のとおり。

ユニット① 〇〇寮Ⅰ 定員 〇名

ユニット② 〇〇寮Ⅱ 定員 〇名

サテライト型住居① 〇〇寮サテライト 定員 1名

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

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

一 利用者に対する相談、食事・入浴・排せつ等の介護、健康管理、金銭管理の援助、余暇活動の支援、緊急時の対応、職場等との連絡・調整、財産管理等の日常生活に必要な援助とする。

2 前項のほか、次の各号に掲げる費用については、利用者より徴収する。

一 食材料費 〇〇円

家賃 〇〇円

光熱水費 〇〇円

日用品費 〇〇円

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

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

3 前項の費用及びその他、利用者等から金銭の支払を受ける場合には、利用者等に金銭の支払を求め

る理由について書面によって明らかにするとともに、支払に同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとする。

（入居に当たっての留意事項）

## 第7条

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

（緊急時等の対応）

第8条 従業者等は、共同生活援助を実施中に利用者の病状が急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告しなければならない。

（夜間支援体制）

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

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

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

（非常災害対策）

第10条 管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定

期的に避難・救出その他必要な訓練を行う。

（事業の主たる対象者）

第11条 事業の主たる対象とする障害の種類を次のように定める。

知的障害者、精神障害者、身体障害者、難病等対象者

（虐待の防止のための措置）

第12条 指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合はただちに防止策を講じ区市町村へ報告する。

（その他運営についての重要事項）

第13条 指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所は、従業者等の質的向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとする。

一 採用時研修 採用後〇カ月以内

その他、業務体制を整備する等があれば記載する。

## 二 継続研修 年〇回

2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなく

なった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

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

いて定めるものとする。

## 附 則

この規程は、平成26年7月1日から施行する。

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

※ 様式内の吹き出しなどは、枠を右クリックし「切り取り」、または、枠を左クリックし「Delete」キーを押すと消えます。

## 運営規程に定めておかなければならない重要事項

※ 外部サービス利用型共同生活援助

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

### ① 事業の目的及び運営の方針

② 従業者の職種、員数及び職務の内容

③ 入居定員

④ 外部サービス利用型指定共同生活援助の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額

⑤ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業者が受託居宅介護サービス事業を行う事業所の名称及び所在地

⑥ 入居にあたっての留意事項

⑦ 緊急時等における対応方法

⑧ 非常災害対策

⑨ 事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類

⑩ 虐待の防止のための措置に関する事項

⑪ その他事業の運営に関する重要事項

都として参考を示している事項

- ・従業者の研修について
- ・個人情報保護関係
- ・運営規程に定める事項以外の取り決め

附則 当該事業の施行日・・事業開始の日

## 外部サービス利用型グループホーム の運営規程の例

### 〇〇事業所 外部サービス利用型指定共同生活援助 運営規程

#### (事業の目的)

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

#### (運営の方針)

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

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

#### (事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

##### 一 事業所

名称 〇〇事業所  
所在地 東京都・・・・・・・・・・

##### 二 ユニット

ユニット① 名称 〇〇寮Ⅰ  
所在地 東京都・・・・・・・・・・

ユニット② 名称 〇〇寮Ⅱ  
所在地 東京都・・・・・・・・・・

##### 三 サテライト型住居

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

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

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

#### (職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

##### 一 管理者1名

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行う。

##### 二 サービス管理責任者〇〇名

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

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

##### 三 世話人〇〇名

職員の雇用が流動的な場合は『〇〇名以上』という記載でも可

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

##### 四 生活支援員〇〇名

職員の雇用が流動的な場合は『〇〇名以上』という記載でも可

入浴、排せつ、食事等の介護を行うものとする。

#### (受託居宅介護事業所)

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

2 受託居宅介護事業者の名称及び所在地は、次のとおりとする。

一 名称 社会福祉法人〇〇

二 所在地 東京都・・・・・・・・・・

3 受託居宅介護事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

一 名称 〇〇介護ステーション

二 所在地 東京都・・・・・・・・・・

#### (外部サービス利用型指定共同生活援助の入居定員)

第6条 入居定員は〇〇名とする。内訳は以下のとおり。

ユニット① 〇〇寮Ⅰ 定員 〇名

ユニット② 〇〇寮Ⅱ 定員 〇名

サテライト型住居① 〇〇寮サテライト 定員 1名

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

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

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

一 利用者に対する相談、食事・入浴・排せつ等の介護、健康管理、金銭管理の援助、余暇活動の支援、緊急時の対応、職場等との連絡・調整、財産管理等の日常生活に必要な援助とする。

2 前項のほか、次の各号に掲げる費用については、利用者より徴収する。

一 食材料費 〇〇円

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

家賃 〇〇円

光熱水費 〇〇円

日用品費 〇〇円

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

3 前項の費用及びその他、利用者等から金銭の支払を受ける場合には、利用者等に金銭の支払を求め

る理由について書面によって明らかにするとともに、支払に同意する旨の文書に署名（記名捺印）を

受けることとする。

（入居に当たっての留意事項）

第8条

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

（緊急時等の対応）

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

（夜間支援体制）

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

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

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

（非常災害対策）

第11条 管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定

期的に避難・救出その他必要な訓練を行う。

（事業の主たる対象者）

第12条 事業の主たる対象とする障害の種類を次のように定める。

知的障害者、精神障害者、身体障害者、難病等対象者

（虐待の防止のための措置）

第13条 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合はただちに防止策を講じ区市町村へ報告する。

（その他運営についての重要事項）

第14条 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所は、従業者等の質的向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとする。

一 採用時研修 採用後〇カ月以内

二 継続研修 年〇回

その他、業務体制を整備する等があれば記載する。

2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなく

なった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

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

いて定めるものとする。

附 則

この規程は、平成26年7月1日から施行する。

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

※ 様式内の吹き出しなどは、枠を右クリックし「切り取り」または、枠を左クリックし「Delete」キーを押すと消えます。

## 共同生活援助 モデル契約書

※この契約書は、共同生活援助用の様式例です。本契約書はあくまでモデルです。記載内容は事業所の現状に合わせてください。

※モデル契約書は、「契約書」と「契約書別紙」から構成しています。「契約書別紙」は、変動要素の大きい事項を盛り込み、契約変更に対応しやすくするために別紙にしています。

契約内容を変更する場合は、契約書別紙の内容を更新した上で、新たに「契約書別紙」を取り交わしてください。

〇〇〇〇（以下、「利用者」といいます。）と□□□□（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う共同生活援助について、次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、障害者総合支援法）の趣旨にしたがって、共同生活援助を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

### 第2条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から利用者の訓練等給付費支給期間満了日までとします。
- 2 契約満了日の〇日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、かつ利用者の訓練等給付費支給期間終了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとします。

### 第3条（共同生活援助の内容）

- 1 事業者は、利用者に対し食事の提供、利用者に対する相談、その他の日常生活上の援助、その他障害者総合支援法令に定める必要な援助及び介護を提供します。
- 2 利用者が利用できるサービスの種類は、「契約書別紙」のとおりです。事業者は「契約書別紙」に定めた内容について、利用者及びその家族に説明します。

### 第4条（個別支援計画の作成）

- 1 事業者は、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、利用者の個別支援計画を作成します。
- 2 事業者は、個別支援計画について、少なくとも6ヶ月に1回以上、利用者との面接により実施状況を把握し、必要に応じて個別支援計画の変更を行います。
- 3 第1項および第2項の個別支援計画については、その内容について利用者に説明し、文書により利用者の同意を得ます。また当該計画について、利用者に書面で交付します。

### 第5条（訓練等給付費支給申請に係る援助）

事業者は、利用者が訓練等給付費支給期間終了に伴う訓練等給付費支給申請を円滑に行えるよう、利用者を援助します。

### 第6条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、共同生活援助のサービス提供に関する諸記録を作成し、契約終了後5年間保存します。
- 2 利用者は、〇時～〇時に、その事業所において、当該利用者に関する1項の諸記録を閲覧できます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する1項の諸記録の複写物の交付を受けることができます。

### 第7条（利用料金）

- 1 利用者は、サービスの対価として「契約書別紙」に定める料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細書を付して、翌月〇日までに利用者へ通知します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を翌月〇日までに（〇〇の方法で）支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払を受けたときは、利用者へ領収証を発行します。

### 第8条（相談・苦情対応）

- 1 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、この契約に関する利用者の要望、苦情等に対し、利用者の立場に立って、誠実かつ迅速に対応し、改善に努めます。なお、苦情の申立てによって、利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません。
- 2 次の事由に該当する場合は、利用者は事業者に対し、改善及び改善結果の報告を求められます。
  - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
  - ② 事業者が守秘義務に反した場合
  - ③ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

### 第9条（契約の終了）

- 1 利用者は、事業者に対して（30日間の予告期間において）文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
- 2 前項の規定にかかわらず、第8条第2項に規定する事由に該当した場合及び事業者が破産した場合は、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- 3 次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して、30日間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

- ① 利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく〇ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、〇日以内に支払われない場合
  - ② 利用者が、事業者やサービス従業者または他の入居者に対して、この契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合
  - ③ やむを得ない事情により事業所を廃止または縮小する場合
- 4 利用者の共同生活援助についての訓練等給付費の支給決定が取り消された場合、もしくは訓練等給付費支給期間終了に伴い訓練等給付費支給申請を行った結果、不支給となった場合、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。
- 5 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
- ① 利用者が他の共同生活援助事業所もしくは他の障害福祉サービス施設等に入所した場合
  - ② 利用者が死亡した場合

#### 第10条（退居時の援助）

- 1 事業者は、契約が終了し、利用者が退居する際には、利用者の希望を踏まえた上で、利用者が退居後に置かれることとなる生活環境や援助の継続性に配慮し、円滑な退居のために必要な援助を行います。
- 2 事業者は、サービスの提供を終了する際には、その旨を支給決定を行った区市町村へ連絡します。

#### 第11条（身体拘束の禁止）

事業者は、サービス提供に当たり、自傷他害の恐れが急迫で、他にとりうる手段がない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

#### 第12条（虐待防止のための措置）

事業者は、利用者に身体的、精神的苦痛等の虐待を防止するため、責任者を設置し、従業者に虐待防止啓発のための定期的な研修を実施します。

#### 第13条（秘密保持）

- 1 事業者及びその従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業者及び第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 前項の規定にかかわらず、サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による審査のために、事業者が利用者の個人情報を利用することに、利用者は同意します。
- 3 事業者は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者に説明し、同意を得ます。

※利用者だけではなく、家族の情報を第三者に提供する場合は家族からも事前に同意を得なければなりません。

#### 第14条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

#### 第15条（緊急時の対処）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、医師に連絡を取る等必要な処置を行うとともに、あらかじめ届け出られた連絡先に、可能な限り速やかに連絡します。

#### 第16条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、障害者総合支援法その他諸法令の定めるところに従い、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

#### 第17条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名  
事業者  
(事業者名)  
(住所)  
(代表者名)

※契約締結日については、事前に印刷等で記載をせず、契約締結の段階で利用者等に記載を求めてください。

印

利用者  
(住所)  
(氏名)

印

代理人又は立会人等  
(住所)  
(氏名)  
(続柄)

※家族等が利用者に代わって代筆する場合は、代筆者の氏名、続柄、代筆であること（理由）を記載してください。

印



## 契約書別紙

この契約書別紙は、本契約の条項に基づき、利用者個別の事項を定めます。

### 1 提供するサービスの内容

- (1) 居室・・・個室となります。  
浴室、食堂、トイレ
- (2) 食事  
朝食と夕食は、ホームで提供します。  
昼食は、原則として各自でおとりいただきますが、お弁当等が必要な場合はご用意します。
- (3) 日中活動支援  
日中活動等他のサービスを利用する場合、また職場に通勤する場合等に、サービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行い、利用者の活動を支援します。
- (4) 健康管理の援助  
協力医療機関として〇〇病院と協定を結んでおり、日常の健康管理を行います。
- (5) 金銭管理の援助  
利用者の小遣い帳への記帳等について支援します。
- (6) 訓練等給付費支給申請の援助  
訓練等給付費の支給期間終了に伴う訓練等給付費支給申請について、援助を行います。
- (7) 行政手続の代行  
証明書の交付申請等の手続きについて、代行を行っています。ご希望の際は職員にお申し出ください。ただし、手続に係る経費は、別途料金をお支払いいただきます。
- (8) その他  
余暇活動支援等を行います。

### 2 料金

| 障害福祉サービス利用者負担額 |       | 共同生活援助サービス費Ⅰ | 共同生活援助サービス費Ⅱ | 共同生活援助サービス費Ⅲ | 共同生活援助サービス費Ⅳ |
|----------------|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                |       |              |              |              |              |
|                | 区分6   | 668          | 617          | 584          | 699          |
|                | 区分5   | 552          | 501          | 467          | 582          |
|                | 区分4   | 471          | 420          | 387          | 502          |
|                | 区分3   | 385          | 334          | 301          | 415          |
|                | 区分2   | 295          | 244          | 211          | 326          |
|                | 区分1以下 | 259          | 212          | 182          | 289          |

|         |                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------|
|         | ※ 単位 × 地域区分単価 ○〇 の1割<br>ただし各市区町村長が定めた利用者負担上限月額を上限とする。 |
| 家賃      | 月額 円                                                  |
| 光熱水費    | 月額 円<br>(共用分、居室分含む。3ヶ月ごとに精算)                          |
| 食材料費    | 月額 円<br>(朝食・夕食分。3ヶ月ごとに精算)                             |
| 日用品費    | 月額 円<br>(3ヶ月ごとに精算)                                    |
| 行政手続代行費 | 手続に係る交通費や郵券代等は実費をいただきます。                              |

このほか、利用者の希望により提供する昼食代、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、実費をいただきます。

#### <注意>

- ・利用者負担に関する基準内で利用者に負担を求めるものはすべて記載する。
- ・光熱水費、食材料費、日用品費については、実費相当であるため、精算すること  
を記載する。なお、精算後の追給及び返還方法に関して、事前に利用者に説明し、  
了解を得てください。

※確認日については、事前に印刷等で記載  
をせず、利用者又は利用者の家族等にサー  
ビス提供責任者等が実際に説明し、利用者  
又は利用者の家族等の了承を得た上で、利  
用者等に記載を求めてください。

事業者  
(事業者名)  
(住所)  
(代表者名)

印

上記内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日

利用者  
(住所)  
(氏名)

印

(代理人または立会人等)  
(住所)  
(氏名)

※代筆の場合は、代筆者の氏名、続柄、  
等、代筆であること(理由)を記載して  
ください。

印

(続柄)

【 作成の注意点 】

- グループホームの種別により、文言を以下のように修正してください

介護サービス包括型共同生活援助事業所の場合

共同生活援助 → 共同生活援助（介護サービス包括型）

外部サービス利用型共同生活援助事業所の場合

共同生活援助 → 外部サービス利用型共同生活援助

## 共同生活援助モデル重要事項説明書

( 年 月 日現在)

※この重要事項説明書は、介護サービス包括型共同生活援助事業所用の様式例です。

外部サービス利用型共同生活援助事業所が利用者と契約の場合は、本様式にP49の項目を追記してお使いください。

重要事項説明書の説明が運営規程の内容と異なることがないようにしてください。

### 1 事業者の概要

|                     |                   |                  |
|---------------------|-------------------|------------------|
| 名称                  | (法人格及び法人の名称を記載する) |                  |
| 法人種別                | (法人格を記載する)        |                  |
| 法人所在地               | (法人登記簿記載の所在地)     |                  |
| 電話番号                | (電話・ファックス番号を記載する) |                  |
| 代表者氏名               | (役職名及び代表者氏名を記載する) |                  |
| 法人の沿革・特色            |                   |                  |
| 法人が所有する<br>営業所の種類・数 | 〇〇〇〇事業            | 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定) |
|                     | 〇〇〇〇事業            | 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定) |
|                     | 〇〇〇〇事業            | 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定) |
|                     | 〇〇〇〇事業            | 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定) |
|                     | 〇〇〇〇事業            | 号(平成〇〇年〇〇月〇〇日指定) |

※運営規程に規定されている内容を記載します。

### 2 事業所の概要

|                   |                                           |
|-------------------|-------------------------------------------|
| 事業所の名称            | (指定事業所名称を記載する)                            |
| 事業所の所在地           | (事業所の所在地を記載する。ビル等の場合には、建物名称、階数、部屋番号も記載する) |
| 事業所の電話番号          | (電話・ファックス番号を記載する)                         |
| 事業所番号             | 共同生活援助 132〇〇〇〇〇〇                          |
| 事業の目的             | (運営規程の記載内容の要約を記載する)                       |
| 事業所開設年月日          | 年 月 日指定                                   |
| 事業所の敷地面積・<br>延床面積 |                                           |
| 入居定員              |                                           |
| 運営方針              | (運営規程の記載内容の要約を記載する)                       |
| 自己評価の実施状況         |                                           |
| 職員への研修の実施<br>状況   |                                           |

### 3 事業所の職員体制

| 職種        | 常勤(人) | 非常勤<br>(人) | 合計員数 | 資格等 |
|-----------|-------|------------|------|-----|
| 管理者       |       |            |      |     |
| サービス管理責任者 |       |            |      |     |
| 世話人       |       |            |      |     |
| 生活支援員     |       |            |      |     |

#### 4 職員の勤務体制

| 職種        | 勤務体制 |
|-----------|------|
| 管理者       |      |
| サービス管理責任者 |      |
| 世話人       |      |
| 生活支援員     |      |

#### 5 事業所の設備等の概要

##### ① 居室

| 居室の種類 | 室数 | 居室面積 | 収納スペース | 備考 |
|-------|----|------|--------|----|
| 1人部屋  | 〇室 | 〇〇㎡  | 〇〇㎡    |    |

##### ② その他設備

| 設備の種類 | 備考         |
|-------|------------|
| 食堂    | ダイニングテーブル、 |
| 居間    | テレビ、ソファ、   |
| 浴室    |            |
|       |            |

#### 6 主たる対象者

|                                 |
|---------------------------------|
| 〇〇障害者（身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者） |
|---------------------------------|

#### 7 サービスの内容

##### ① 食事

|        |                |
|--------|----------------|
| (食事時間) | 朝食 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇 |
|        | 夕食 〇〇:〇〇~〇〇:〇〇 |

※昼食は、原則として各自でおとりいただきますが、お弁当等必要な場合はご用意いたします。

##### ② 日中活動支援

日中、指定自立訓練（生活訓練）事業所、指定就労継続支援事業所等他のサービスを利用する場合、また職場に通勤する場合等に、サービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行い、利用者の活動を支援します。

##### ③ 健康管理の援助

|         |  |
|---------|--|
| 日常的健康管理 |  |
| 医療機関の受診 |  |
|         |  |

#### ④ 金銭管理の援助

小遣い帳への記帳など、利用者が自ら金銭管理を行うことができるよう支援します。

#### ⑤ 訓練等給付費支給申請の援助

訓練等給付費の支給期間終了後も継続して支援を受けることができるよう、再度支給決定を受けるための申請を行う際に、必要な援助をします。

#### ⑥ 行政手続きの代行

手続の代行業を希望される場合は、職員にお申し出ください。  
なお、手続に係る経費は別途お支払いいただきます。

#### ⑦ 余暇活動等支援

|      |   |
|------|---|
| 外出支援 | ・ |
|      | ・ |
| 趣味活動 | ・ |
|      | ・ |

#### ⑧ 家族との交流

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 会報の発行   | ・当ホームの会報を年〇回発行し、ご家族にお送りしています。 |
| 行事等への参加 | ・当ホームが実施する行事等に、ぜひ一緒にご参加ください。  |

#### ⑨ 地域との交流

|              |  |
|--------------|--|
| 地域住民との交流     |  |
| ボランティア団体との交流 |  |

利用料金の内容は例示です。各項目別に料金の内訳等を記載してください。

また、重要事項説明書に記載されている利用料金の内容と契約書別紙等に記載されている利用料金の内容が一致するようにしてください。なお、光熱水費、食材料費、日用品費に関して、定額での請求を行う際には、精算する期間を設定し、その設定した期間に基づいて精算してください。

#### 8 利用料金

##### ① 訓練等給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

区市町村が定める利用者負担上限月額（サービスに要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。

（主な給付費）※項目は例示のため、事業所で算定する給付費の項目を記載すること

| 項 目 | 単位数 |
|-----|-----|
|-----|-----|

|                                             |                          |
|---------------------------------------------|--------------------------|
| 共同生活援助サービス費                                 | 1日につき〇〇〇単位               |
| 福祉専門職員配置等加算                                 | 1日につき〇〇〇単位               |
| 夜間支援等体制加算                                   | 1日につき〇〇〇単位               |
| 日中支援加算                                      | 1日につき〇〇〇単位               |
| 帰宅時支援加算                                     | 1月につき〇〇〇単位               |
| 福祉・介護職員処遇改善加算<br>(当事業所では職員の賃金等の処遇改善を図っています) | 基本単位+加算単位の 1000 分の<br>〇〇 |

なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、書面にて利用者にその都度通知します。

1単位の単価については、事業所に適用される単価(金額)を利用者に説明して下さい。

## ② 利用者自己負担によるサービスについて

|           |                                                                                                     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃        | 月額 円                                                                                                |
| 光熱水費      | 月額 円<br>※共用分、居室分を含みます。<br>※毎月定額をお支払いいただきますが、3ヶ月ごとに精算します。                                            |
| 食材料費      | 月額 円<br>※朝食・夕食分です。<br>※毎月定額をお支払いいただきますが、3ヶ月ごとに精算します。<br>※利用者の希望により昼食を提供する場合は、別途実費をいただきます。           |
| 日用品費      | 月額 円<br>※利用者の希望により個人別に購入する以下のものについては、日用品費としてご負担いただきます<br>・個人用化粧品等<br>※毎月定額をお支払いいただきますが、3ヶ月ごとに精算します。 |
| 行政手続代行費   | 交通費や郵券代、コピー代等は実費をいただきます。                                                                            |
| 記録等複写サービス | 複写1枚につき 円                                                                                           |

このほか、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、その実費について利用者の負担になります。

※なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、利用者に通知します。

## 9 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月〇日までに請求しますので、〇日までにお支払いください。

支払いは、原則として自動口座引き落としをお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込をお願いします。

## 10 入退居

### (1) 入居

①共同生活援助について訓練等給付費支給決定を受けた方で、当ホームに入居を希望される方は、電話等でご連絡ください。当ホームのサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②入居が決定した場合は契約を締結します。契約の有効期間は訓練等給付費支給決定の期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③入居に際しては、適切なサービスを提供するために、心身の状況、病歴等を把握させていただきます。

### (2) 契約の終了

①利用者が当事業所に対し、30日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。

②当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者がサービス利用料金の支払いを〇か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、〇日以内にお支払いいただけない場合、または利用者が当ホームや当ホームの職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除し、退居していただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

④やむを得ない事情により当ホームを閉鎖または縮小する場合、契約を解除し、退居していただく場合があります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

### (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

①利用者が他の共同生活援助事業所や他の障害福祉サービス施設等に入所した場合

②共同生活援助の訓練等給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)

③利用者が亡くなった場合

## 11 当ホームご利用に際し留意していただきたい事項

|       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 面会    | 面会は自由です。<br>ただし、入り口の面会簿にご記入ください。 |
| 外出・外泊 | 事前に職員の許可を取ってください。                |
| 飲酒    | マナーを守り、他の利用者に迷惑をかけない程度をお願いします。   |
| 喫煙    | 喫煙コーナーをお願いします。喫煙コーナー以外は全館禁煙です。   |

|        |                                                                                              |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居室等の利用 | ホーム内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。 |
| 宗教活動等  | 利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動等はご遠慮ください。                                                      |
| 貴重品の管理 | 利用者の責任において管理していただきます。<br>自己管理のできない利用者につきましては、預り金管理サービスをご利用いただけます。                            |

## 1 2 緊急時の対応方法

利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡します。

### 【主治医】

|       |  |
|-------|--|
| 医療機関名 |  |
| 所在地   |  |
| 電話番号  |  |
| 主治医氏名 |  |

### 【緊急連絡先】

|      |  |
|------|--|
| 氏名   |  |
| 住所   |  |
| 電話番号 |  |
| 続柄   |  |

## 1 3 協力医療機関

当ホームは下記の医療機関と協力し、利用者の病状の急変等に備えています。

|       |  |
|-------|--|
| 医療機関名 |  |
| 所在地   |  |
| 電話番号  |  |

## 1 4 バックアップ施設

当ホームは下記の施設をバックアップ施設とし、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等について連携し、支援の体制を確保しています。

|      |  |
|------|--|
| 施設名  |  |
| 所在地  |  |
| 電話番号 |  |
| 連携体制 |  |

## 1 5 非常災害時の対応

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 非常時の対応  | 別途定める「防災計画」により対応します。 |
| 防火管理責任者 |                      |
| 避難訓練    | 利用者も参加の上、年〇回実施します。   |
| 防災設備    | ・火災報知機<br>・ガス漏れ報知器   |

## 1 6 この契約に関する相談・苦情窓口

当ホームご利用相談・苦情窓口

※苦情受付担当者、苦情対応責任者、第三者委員等設置している場合は、それぞれを記載してください。

|      |  |
|------|--|
| 担当者  |  |
| 電話番号 |  |
| 受付時間 |  |

なお、当ホームでは苦情対応について独自の取り組みを行っています。

当ホーム以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

|      |  |
|------|--|
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| 受付時間 |  |

※利用者の受給者証を発行している各区市町村の苦情対応機関（障害福祉課等）を記載してください。

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

|      |                              |
|------|------------------------------|
| 担当部署 | 東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | 03-5283-7020                 |
| 受付時間 | 月～金曜日 9～17時                  |

## 1 7 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

|          |  |
|----------|--|
| 虐待防止責任者名 |  |
| 電話番号     |  |
| 受付時間     |  |

平成 年 月 日

共同生活援助利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地)

(名称)

印

(説明者)

所属

氏名

印

※利用者契約については、事業者（法人）と利用者との契約です。

上記説明日については、事前に印刷等で記載をせず、利用者又は利用者の家族等にサービス管理責任者等が実際に説明し、利用者又は利用者の家族等の了承を得た上で、利用者等に記載を求めてください。

私は本書面により、これから入居する共同生活援助の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所)

(氏名)

印

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名)

(続柄)

印

※利用者に代わって代筆の場合は、代筆者の氏名、利用者との続柄を記載してください。  
また、やむを得ず事業所の職員が記載する場合は、その理由を記してください。

## 【 作成の注意点 】

※ 外部サービス利用型共同生活援助事業所の場合は、以下の項目を追加してください。

### ● 受託居宅介護事業者及び受託居宅介護事業所

|              |  |
|--------------|--|
| 受託居宅介護事業者名称  |  |
| 受託居宅介護事業者所在地 |  |
| 受託居宅介護事業所名称  |  |
| 受託居宅介護事業所所在地 |  |

※ 外部サービス利用型事業所において、受託居宅介護事業者と委託契約を結んでいる場合は記載する

### ● 外部サービス利用型指定共同生活援助事業者と受託居宅介護サービス事業者の業務の分担

|                      |                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------|
| 外部サービス利用型指定共同生活援助事業者 | 相談その他日常生活上の援助を行う。(身体介護に係る支援を除く)                             |
| 受託居宅介護事業者            | 共同生活住居内において、入浴、排せつ及び食事等の介護など身体介護に係る支援を行う。(相談その他日常生活上の援助を除く) |

※ その他、利用者に説明すべき重要事項がある場合は、その旨記載してください。

作成日：平成〇年〇月〇日

| 事業所名    | ユニット名 |                  |
|---------|-------|------------------|
| 利用者氏名   | 作成者氏名 | 前回の目標達成状況        |
| 課題      | 支援目標  | 支援内容             |
| 日常生活    |       | 作成者はサービス管理責任者です。 |
| 社会生活    |       |                  |
| 健康管理    |       |                  |
| 日中活動・就労 |       |                  |
| その他     |       |                  |

個別支援計画の内容を了承し、交付を受けました。

利用者確認

5

平成  
年  
月  
日

代理(立会)人

三

- ・代筆の場合は、代筆者の氏名及び代筆理由を記載してください。

※作成要領(下記内容を参考に三課題、支援目標、支援内容等を具体的に記載)

|         |                                                |
|---------|------------------------------------------------|
| 日常生活    | 起床、洗顔、着衣、食事、歯磨き、排泄、入浴、掃除、洗濯、整理整頓、身だしなみ など      |
| 社会生活    | 意思表示、コミュニケーション、外出時の行動、対人関係、買い物、金銭管理、交通機関の利用 など |
| 健康管理    | 健康管理、通院、薬の理解、服薬、運動・体力づくり など                    |
| 日中活動・就労 | 通所状況、技術習得、集団活動、出勤状況、就労意欲、就労態度、作業能力、職場の人間関係 など  |
| 夜間支援    | 夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定する場合は、夜間支援の内容を記載する必要があります       |
| その他     | 余暇の過ごし方、趣味、娯楽 など                               |

※個別支援計画の作成にあたっては、各支援項目等における各利用者の現状把握のためのアセスメントの作成や利用者・家族からの支援に対する要望の確認等も必要となります。

※本様式はあくまでも一例です。各事業者において利用者支援を行ううえで効果的に活用できる様式としてください。

| 〇〇事業所 サービス提供記録 |       |         |  |
|----------------|-------|---------|--|
| 利用者名           |       | さん      |  |
| <行事・予定>        |       |         |  |
| 月              | 日     | <本日の様子> |  |
| (月曜日)          |       |         |  |
| 食事             | 朝 昼 夜 |         |  |
| 健康状態           | 良 要観察 |         |  |
| 屋間の活動等         |       | 記入者     |  |
| 月              | 日     | <本日の様子> |  |
| (火曜日)          |       |         |  |
| 食事             | 朝 昼 夜 |         |  |
| 健康状態           | 良 要観察 |         |  |
| 屋間の活動等         |       | 記入者     |  |
| 月              | 日     | <本日の様子> |  |
| (水曜日)          |       |         |  |
| 食事             | 朝 昼 夜 |         |  |
| 健康状態           | 良 要観察 |         |  |
| 屋間の活動等         |       | 記入者     |  |
| 月              | 日     | <本日の様子> |  |
| (木曜日)          |       |         |  |
| 食事             | 朝 昼 夜 |         |  |
| 健康状態           | 良 要観察 |         |  |
| 屋間の活動等         |       | 記入者     |  |

|                 |       |               |              |  |
|-----------------|-------|---------------|--------------|--|
| 月               | 日     | <本日の様子>       |              |  |
| (金曜日)           |       |               |              |  |
| 食事              | 朝 昼 夜 |               |              |  |
| 健康状態            | 良 要観察 |               |              |  |
| 屋間の活動等          |       |               | 記入者          |  |
| 月               | 日     | <本日の様子>       |              |  |
| (土曜日)           |       |               |              |  |
| 食事              | 朝 昼 夜 |               |              |  |
| 健康状態            | 良 要観察 |               |              |  |
| 屋間の活動等          |       |               | 記入者          |  |
| 月               | 日     | <本日の様子>       |              |  |
| (日曜日)           |       |               |              |  |
| 食事              | 朝 昼 夜 |               |              |  |
| 健康状態            | 良 要観察 |               |              |  |
| 屋間の活動等          |       |               | 記入者          |  |
| <今週の記録・引継ぎ事項など> |       |               |              |  |
|                 |       |               |              |  |
| 管理者             |       | サービス<br>管理責任者 | 利用者<br>(保護者) |  |
|                 |       |               |              |  |

※ 夜間支援等体制加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定する場合は、夜間支援について記録を取っておいください



## 短期入所サービス提供実績記録票

[illegible]

|  |    |  |   |
|--|----|--|---|
|  | 枚中 |  | 枚 |
|--|----|--|---|

## 様式例

平成      年      月      日

様

利用者、保護者等氏名

障害福祉サービス事業所  
代表者名

介護給付費の受領のお知らせ  
(法定代理受領のお知らせ)

様に提供した下記のサービスに要した費用について、区市から下記のとおり利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは区市にお問い合わせ下さい。

記

|                   |                                                             |                       |  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--|
| サービス提供年月          |                                                             | 平成 年 月                |  |
|                   |                                                             | ※又は、平成 年 月 日～平成 年 月 日 |  |
| サービス内容            |                                                             | 短期入所事業                |  |
| 受 領 日             |                                                             | 平成 年 月 日              |  |
| 代理受領金額 (A)－(B)    |                                                             | 金 円                   |  |
| 代理<br>内<br>訳<br>額 | サービスに要した<br>費用の全体の額 <input checked="" type="checkbox"/> (A) | 金 円                   |  |
|                   | 利用者負担額 (B)                                                  | 金 円                   |  |

※ 別紙（明細書）を添付するか、計算過程を記載してください。

## 〇〇法人〇〇会△△事業所利用者預り金等管理規程(参考例)

### (目的)

第1条 この規程は、△△事業所の利用者のうち、処遇上、財産の保護を特に必要とする者に代わって、△△事業所管理者（以下「管理者」という。）がその者の所有する現金、各種預貯金の通帳及び印鑑（以下「預り金等」という。）の管理を行う場合の取り扱いを定めたものである。

### (管理の原則)

第2条 利用者が所有する金品等は、利用者又は保護者等が自ら管理することを原則とする。ただし、管理者は、利用者が次の各号に掲げる事由のいずれかに該当する場合には、利用者等に代わって、これを管理することができる。

- (1) 利用者又は成年後見人等より△△事業所に管理を依頼された場合
  - (2) 心身の障害のため、自ら管理する事が困難であると認められる場合
  - (3) その他、△△事業所において管理することが利用者の処遇上、特に必要であると管理者が認める場合
- 2 利用者の判断能力が不十分又は判断能力がない場合は、前項にかかわらず、成年後見人等の選任がなされるよう△△事業所は努め、成年後見人等の依頼に基づき管理するものとする。

### (預り金等の範囲)

第3条 預り金等の範囲は次の各号のとおりとする。

- (1) 現金
- (2) 預金通帳
- (3) 印鑑、印鑑登録カード
- (4) 前各号に準ずるもので、管理者が特に必要と認めたもの

### (預り金等の管理事務の範囲)

第4条 前条に規定する預り金等の管理事務の範囲は、次の各号のとおりとする。

- (1) 現金の出納及び保管
- (2) 預貯金通帳の保管及び預貯金の預け入れ又は引き出し
- (3) 印鑑等の保管
- (4) その他管理者が必要と認める事務

### (管理責任者、副管理責任者)

第5条 預り金等の管理を適正に行うため、管理責任者及び副管理責任者を置くものとする。

- (1) 管理責任者には、管理者を充て、預り金等の適切な管理に努めるものとする。
- (2) 副管理責任者には、サービス管理責任者(管理者とサービス管理責任者が同一の場合はその他の従業者)を充て、預り金等の管理に際し管理責任者を補佐するものとする。

### (保管方法)

第6条 現金、通帳、書類等の保管は施錠できる金庫等に、もっとも安全な方法で保管するものとする。

2 預り金等の管理のため、次の帳簿を備えるものとする。

- (1) 預り金等管理台帳(様式1)
- (2) 預り金等個人別台帳(預貯金・現金)(様式2)
- (3) 印鑑預り台帳(様式3)

### (預り金等の受け入れ)

第7条 利用者(又は成年後見人等)は第2条の規定に基づき、管理責任者に預り金等の管理を依頼するときは、「預り金等管理委託契約書」を作成のうえ、管理責任者の承認を受けなければならない。

2 管理責任者は、利用者等より預り金等の管理の依頼を受けた場合は、預り金等の内容・金額を利用者等と相互に確認し「預り証」(様式4)を発行しなければならない。預り証の控えは管理責任者が保管しておくものとする。

### (預り金等の引き出し)

第8条 利用者等からの依頼にもとづき現金の引き出しを行った場合は、その都度、管理責任者又は副管理責任者が「預り金等個人別台帳」(様式2)に所要事項を記入するものとする。

### (印鑑の登録)

第9条 管理責任者は、利用者等より印鑑の管理依頼があったときは、「預り証」に所要事項を記入するほか、「印鑑預り台帳」(様式3)に預かる印鑑の材質、形状及び印影等必要と思われる事項を記入し、登録しておくものとする。

### (預り金等の管理)

第10条 管理責任者又は副管理責任者は預り金等の在り高を定期的に確認し、「預り金等管理台帳」(様式1)に所要事項を記入するものとする。

2 預り金等に係る預金残高が著しく高額となった場合又は利用者が成年後見相当となった場合は、本人又は成年後見人等に対して、より安全な第三者(機関)への預託に変更するよう助言するものとする。

### (預り金等の返還)

第11条 管理責任者は、利用者の預り金等について次の各号のいずれかに該当するにいたった場合は、すみやかに預り金等を返還しなければならない。

- (1) 利用者より預り金等の返還の依頼があった場合
- (2) 利用者が退所した場合
- (3) 利用者が第2条に定める要件を欠くと認められた場合
- (4) 利用者が死亡した場合

2 前項第1号、第2号、第3号に基づく利用者以外の者による返還請求人は、予め利用者が指定する預り金等受取人あるいは成年後見人等法定代理人に限るものとする。

- 3 前々項第4号に基づく返還請求人は、遺言執行者、予め利用者が指定する預り金等受取人の順とし、これらがいない場合は必要書類の提出があった場合の相続人に限るものとする。
- 4 預り金等の返還にあたっては、「受領証」（様式4）を徴するものとする。

（遺留金品の取り扱い）

第12条 身寄りのいない利用者に遺留金品がある時は、管理責任者は関係区市町村と協議の上、所要の引渡し等を行うものとする。

（帳簿の照合）

第13条 管理責任者は、取り扱った入金又は引き出しについて毎月1回以上預り金等管理台帳と伝票とを照合するとともに、毎月1回以上利用者又は成年後見人等の点検を受けなければならない。

（管理状況の確認及び通知）

第14条 管理責任者は、利用者又は成年後見人等から当該利用者の預貯金等の管理状況について開示を求められた場合は、関係書類を閲覧させるとともに、預貯金等の現在高について利用者又は成年後見人等の確認を受けるものとする。

（関係書類等の保存）

第15条 預り金等に係る関係帳簿類は、預り金等の返還後5年は保存するものとする。

（業務の相互確認）

第16条 管理責任者、副管理責任者は年2回以上相互に業務執行状況の確認を行うものとする。

（本人管理への便宜供与）

第17条 利用者が自ら管理する場合は、管理責任者は難のかかる保管場所の提供を行うこととする。

（虐待防止法遵守）

第18条 管理責任者は、利用者の家族等が利用者の財産を不当に処分し、あるいは利用者から不当に財産上の利益を得ていると思われるときは関係法令等にしがたい、速やかに区市町村に通報するものとする。

（その他）

第19条 この規程で定めるもののほか、特定非営利活動法人〇〇会△△事業所利用者預り金等の取り扱いについて必要な事項は利用者又は法定代理人等と協議のうえ管理責任者が定めるものとする。

附 則

- 1 この規程は、平成〇〇年〇月〇日から施行する。

## 預り金等管理委託契約書

甲（ご利用者）

乙（事業者）

甲の△△事業所利用に際し、次のとおり、預り金等管理委託契約書を締結します。

（目 的）

第1条 この契約書は、預り金等管理規程に基づき、自らの手による日常生活に必要な金銭の管理等が困難な方の財産の保全を適切にすることを目的として、締結するものです。

（本契約の利用対象）

第2条 預り金等管理規程に定める預り金等の財産の管理（処分を含む）を対象とします。

（預りの開始）

第3条 この契約の期間は、平成 年 月 日からとします。

2 契約の期間中であっても、預り金等管理規程第11条1項に該当する場合は、この契約は終了します。

（保 管）

第4条 甲は、乙に対し、次の預り金等を預けることができます。この場合、乙は別紙の預り証を提出し、この預り証は契約の一部となります。

- （1） 現金
- （2） 預貯金通帳
- （3） 印鑑
- （4） その他乙が適当と認めたもの

2 前項の預り証は、預ける物の追加または変更のあるごとに作成します。

（金銭出納）

第5条 甲は乙に対し、日常的な生活費用及び甲の申し出た事項に関する金銭出納管理を委託することができます。

2 金銭の管理体制は、預り金等管理規程に記載のとおりです。

3 甲は乙に対し、第1項の金銭出納管理をするに必要な代理権を与えるものとします。

4 甲及び保護者等は、乙に対し、いつでも金銭出納の記録の提示を求めることができ、乙は速やかに記録の提示をします。

(解 約)

第6条 甲は、いつでも、この契約を解除することができます。

2 乙は、甲及び保護者等から解約の申出があった場合は、甲の財産の保全、管理に不適当と認める特別の事情がない限り、預り金等管理規程に基づき速やかに保管物を返還します。

3 乙は、次の場合は、この契約を解約することができます。この場合、乙は甲の生活にふさわしい他の援助を利用できるように努めます。

(1) 甲の意思が確認できず、乙が管理するのに不適当と認められるとき。

(2) 甲が他の施設への入所が決まり、その施設の側で受入れることができる状態になったとき。

4 この契約が解除された場合は、乙は速やかに金銭出納の報告書を甲に提出します。

(損害賠償)

第8条 乙がこの契約に基づく管理を怠って甲に損害を与えた場合、速やかに損害を賠償します。ただし、乙が十分注意したにもかかわらず生じた損害については賠償しません。

(契約に定めのない事項)

第9条 この契約に定めのない事項については、利用契約書を援用するほか、乙は甲または保護者等と協議のうえ、誠実に対処します。

年 月 日

(甲)

私は、以上の契約につき△△事業所から説明を受け、理解しました。

住 所  
氏 名

(保護者等)

私は、以上の契約内容につき△△事業所から説明を受け、理解しました。

住 所  
氏 名

(乙)

△△事業所は、甲の依頼を受け、この契約書に定める財産保全及び管理のサービスを責任をもって行います。

住 所  
法人名  
法人代表

様式1号

[利用者氏名

利用者番号

預り金等管理台帳

| 手帳その他                                                                  |       | 確認日      |       | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 備考 |
|------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|----|
| 国民年金<br>記簿号<br>福祉年金<br>記簿号<br>厚生年金<br>記簿号<br>共済年金<br>記簿号<br>その他<br>( ) | 事由    | 管理開始     |       |       |       |       |       |    |
|                                                                        |       |          |       |       |       |       |       |    |
|                                                                        |       |          |       |       |       |       |       |    |
|                                                                        | 確認者   | 管理責任者    |       |       |       |       |       |    |
|                                                                        |       | 副管理責任者   |       |       |       |       |       |    |
|                                                                        |       |          |       |       |       |       |       |    |
|                                                                        | 利用者   |          | 預入確認印 |       |       |       |       |    |
|                                                                        |       |          |       |       |       |       |       |    |
|                                                                        |       |          |       |       |       |       |       |    |
| 種別                                                                     | 内容    | 記号番号     |       | 残高    | 残高    | 残高    | 残高    |    |
| 1                                                                      | お小遣い  |          |       |       |       |       |       |    |
| 2                                                                      | その他現金 |          |       |       |       |       |       |    |
| 3                                                                      | 普通預金  | 〇〇銀行〇〇支店 |       |       |       |       |       |    |
| 4                                                                      |       |          |       |       |       |       |       |    |

- ※ 1 - 本表は、管理の開始時及び定期的な残高確認・利用者への返還時等に使用すること。  
2 確認者は、必ず通帳や領収証等の証拠書類に基づき照合のうえ確認を行うこと。  
3 確認者欄のうち利用者への返還の場合は必ず受領印を得ること。

様式第3号

印鑑預り台帳

利用者名

| 預り年月日 | 印影 | 材質・形状 | 備考 |
|-------|----|-------|----|
|       |    |       |    |
|       |    |       |    |
|       |    |       |    |
|       |    |       |    |

| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|-------|--------|
|       |        |

様式第4号

預り証兼受領証

利用者名

平成 年 月 日付の依頼に基づき、次の金品を(お預かりします・返還します)

| 番号 | 品名    | 備考  |  |  |     |  |    |  |  |       |    |
|----|-------|-----|--|--|-----|--|----|--|--|-------|----|
| 1  | 現金    |     |  |  |     |  |    |  |  | 円     |    |
| 2  | 預金通帳  | 銀行名 |  |  | 店番号 |  | 番号 |  |  | 残高    |    |
| 3  | 預金通帳  | 銀行名 |  |  | 店番号 |  | 番号 |  |  | 残高    |    |
| 4  | 預金通帳  | 銀行名 |  |  | 番号  |  |    |  |  | 残高    |    |
| 5  | 年金証書  | 種類  |  |  | 記号  |  | 番号 |  |  | 発行年月日 |    |
| 6  | 保険証   | 種類  |  |  | 記号  |  | 番号 |  |  | 被保険者  | 続柄 |
| 7  | 医療証   | 種類  |  |  | 記号  |  | 番号 |  |  | 保険者   |    |
| 8  | 身障者手帳 | 類   |  |  | 級   |  | 番号 |  |  |       |    |
| 9  | 印鑑    | 個数  |  |  | 印影  |  |    |  |  |       |    |
| 10 |       |     |  |  |     |  |    |  |  |       |    |
| 11 |       |     |  |  |     |  |    |  |  |       |    |
| 12 |       |     |  |  |     |  |    |  |  |       |    |

平成 年 月 日

△△事業所管理者 ○○ ○○  
利用者 ○○ ○○

預り金等個人別台帳（現金）

平成 年 月 日～平成 年 月 日

利用者氏名〔 〕

| 月 日 | 摘 要  | 入金額 | 出金額 | 差引残高 | 確認者印 |
|-----|------|-----|-----|------|------|
|     | 期首残高 |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     | 期末残高 |     |     |      |      |

|       |        |
|-------|--------|
| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|       |        |

預り金等個人別台帳（預貯金）

利用者氏名〔                  〕平成    年    月    日～平成    年    月    日

金融機関名

口座番号

| 月 日 | 摘 要  | 入金額 | 出金額 | 差引残高 | 確認者印 |
|-----|------|-----|-----|------|------|
|     | 期首残高 |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     |      |     |     |      |      |
|     | 期末残高 |     |     |      |      |

|       |        |
|-------|--------|
| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|       |        |

特定非営利活動法人〇〇〇  
理事長     △△   △△   殿

## 秘密情報の保持に関する誓約書

私は、個人情報保護法、その他の関係法令、貴法人就業規則ならびに個人情報保護規定に従い、貴法人が取扱う利用者等の個人情報につき、以下の事項を遵守し、適正に取扱い、在職中はもちろん退職後も開示するような行為は一切致しません。

この誓約に違反した場合には、貴法人就業規則に従い懲戒処分を受けることに異議はありません。また、違反したことにより貴法人が被った一切の損害を賠償する義務があることを認めます。

## 1 秘密保持について

次に掲げる情報（以下「秘密情報という。」）について、貴法人の許可なく使用、貴法人あるいは貴法人外において、開示、提示もしくは漏洩しません。

- ① 業務上知りえた貴事業所の利用者及びその家族の情報や秘密事項
- ② 貴法人が秘密保持すべき対象と指定した情報
- ③ 貴法人の人事、経理、職員の情報等に関する情報

## 2 秘密情報の報告及び帰属について

秘密情報の創出又は取得に関わった場合には、遅滞なくその内容を貴法人に報告するとともに、貴法人が業務上作成したものであることを確認し、当該情報の帰属が貴法人にあることを確認いたします。また、当該情報について私に帰属する一切の権利を貴法人に譲渡し、その権利が私に帰属する旨の主張をいたしません。

### 3 退職後の秘密保持について

秘密情報については、貴法人を退職した後においても、開示、漏洩もしくは使用しないことを約束します。また、秘密情報が記載、記録されている媒体の複製物及び関係資料等がある場合には、退職時にこれを貴法人に全て返還もしくは廃棄し、自ら保有しません。

年 月 日

住所

氏名

印

## 個人情報使用同意書

事業所が、利用者と契約締結した指定障害福祉サービス名を記載してください。

私が、貴事業所の指定障害福祉サービス（ ）を利用するにあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 12

## 1 使用する目的

事業者が、障害者自立支援法に係る法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

## 2 使用に当たっての条件

- イ 事業者は、私及びその家族の個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

### 3 個人情報の内容（例示）

- ア 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業所が、サービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報  
 イ その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

#### 4 使用する期間

平成 年 月 日からサービス利用契約終了時までとする。

平成 年 月 日

指定障害福祉サービス事業者名

|      |   |
|------|---|
| 代表者名 | 様 |
|------|---|

代筆の場合、代筆者の住所、氏名及び代筆理由を記載してください。

保護者又は立会人は、  
代理人欄に署名して  
ください。

【利 用 者】住所

氏名

印

【利用者代理人】住所

氏名

続柄



【家族代表者】住所

氏名

繞柄

印

# 相談・苦情受付等記録書

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                        |                |       |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-------|--|
| 受付日                                                                                                         | 平成 年 月 日 ( )                                                                                                                                                                                           | 発生時期           | 年 月 日 | 受付No. |  |
| 記入者                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                        |                | 発生場所  |       |  |
| 申<br>出<br>人                                                                                                 | 氏名 (フリガナ)                                                                                                                                                                                              |                | 住     | Tel   |  |
|                                                                                                             | 利用者との関係                                                                                                                                                                                                | 本人、親、子、その他 ( ) | 所     |       |  |
| 申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入<br>申出方法<br>1. 電話      2. 来訪<br>3. FAX      4. 郵送<br>5. 意見箱      6. その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                        |                |       |       |  |
| 相談・苦情等の内容等                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |                |       |       |  |
| 備考                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                        |                |       |       |  |
| 申出人の要望                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい<br><input type="checkbox"/> 改めて欲しい <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |       |       |  |
| 申出人へ                                                                                                        | 第三者委員への報告の要否    要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 ( )                                                                                                                          |                |       |       |  |

|      |                                                                                                                                                                     |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| の確認  | 話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/><br>確認欄 ( )                                                                             |
| 想定原因 | <input type="checkbox"/> 説明・情報提供不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 権利侵害<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 対応経過 |                                                                                                                                                                     |
| 解決策  |                                                                                                                                                                     |
| 結果   |                                                                                                                                                                     |



様式例

平成 年 月 日

東京都福祉保健局

障害者施策推進部〇〇〇〇課長 殿

法 人 名

施設（事業所）名

施設長（管理者）名

施設（事業所）利用者事故等報告書

施設（事業所）利用者の事故がありましたので下記のとおり報告します。

|       |             |  |
|-------|-------------|--|
| 事業所情報 | 事業所名        |  |
|       | サービス種別      |  |
|       | 施設所在地       |  |
|       | 施設管理者名      |  |
|       | 担当者名<br>連絡先 |  |

|                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 利用者氏名<br>(イニシャル) | さん（男・女）(障害支援区分 )  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 生年月日等            | 年 月 日 ( 歳)        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 障害状況等            | 愛の手帳（療育手帳） 度      | 身体障害者手帳 種 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|                  | 精神障害者手帳 級         | 障害特性                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 事故の概要            | 発生年月日             | 年 月 日 ( 曜日) 時 分 頃                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                  | 発生場所              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|                  | 事故種別<br>(該当の箇所に☑) | <input type="checkbox"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 重症事故（転倒・骨折事故等） <input type="checkbox"/> 無断外出<br><input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 事件性のあるもの（職員による暴力事件等）<br><input type="checkbox"/> 保護者や関係者とのトラブル <input type="checkbox"/> 虐待にあたるもの<br><input type="checkbox"/> 施設運営上の事故の発生（不正会計処理・送迎中の交通事故・個人情報流出等）<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
|                  | 原因・経緯・状況          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

|          |                 |                   |
|----------|-----------------|-------------------|
| 関係機関への連絡 | 家族              | さん(続柄 )へ 月 日 時 分頃 |
|          | 実施機関            | 福祉事務所へ 月 日 時 分頃   |
|          | その他<br>(病院・警察等) | ( )へ 月 日 時 分頃     |
|          |                 | ( )へ 月 日 時 分頃     |
| 事故後の対応   | 事故後の利用者の現況      |                   |
|          | 保護者等からの意見       |                   |
|          | 再発防止に向けての今後の対応  |                   |
| その他特記事項  |                 |                   |

※不足する場合は、別紙を添付してください。

【報告先】

東京都福祉保健局障害者施策推進部 施設サービス支援課

FAX 03-5388-1407

地域生活支援課

FAX 03-5388-1408

住 所 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1

28 福保障施第 289 号  
平成 28 年 4 月 27 日

各施設・事業所長 殿

東京都 福祉保健局 障害者施策推進  
部

施設サービス支援課長  
障害児・療育担当課長  
地域生活支援課長  
就労支援担当課長

#### 施設・事業所における事故等防止対策の徹底について（依頼）

平素から東京都の障害者福祉施策の推進にご協力いただき、ありがとうございます。

各施設・事業所におかれましては、日頃から利用者に対する安全の確保や、施設・事業所の管理体制の徹底等に取り組まれていることと存じます。施設・事業所における事故等防止対策を行うことにより、利用者の安心な利用や、施設・事業所が安定した運営を行うことが可能となり、その結果、それらは利用者に対するサービスの維持・向上につながっていきます。

しかしながら、残念なことに、利用者に対する事故や、施設・事業所運営に関する事故は後を絶たない状況にあります。例年のように、食事時の誤嚥、外出により行方不明となって死亡発見される事故、利用者への誤薬事故、支援員による利用者への暴力事件、利用者の預り金の着服や不正会計処理による事故などがあります。また、今年度に入っても、同様の事件・事故が発生しています。

そのため、各施設・事業所におかれましては、あらためて利用者に対する支援状況の確認、ヒヤリハット事例の分析と合わせて事故防止マニュアルの作成及び再検討、リスク管理の徹底、職員研修の実施等を行うことで、事故防止対策を徹底していただくようお願いいたします。

平成 24 年 10 月より「障害者虐待の防止、障害者の擁護者に対する支援等に関する法律」（障害者虐待防止法）が施行されました。本法では、障害者の権

利利益の擁護のため、虐待防止体制の整備が各施設・事業所の責務とされていることから、併せて対策を講じていただきますよう、お願いいたします。

なお、万が一事故等が発生した場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、下記により都に対する報告をお願いいたします。

#### 記

##### 1 報告対象事故等

- ① 死亡事故（誤嚥によるもの等）
- ② 重症事故（転倒・骨折事故等）
- ③ 無断外出（警察・消防等の他の機関が関わったもの、数日に渡るもの等）
- ④ 感染症の発生
- ⑤ 事件性のあるもの（職員による暴力事件等）
- ⑥ 保護者や関係者とのトラブル発生が予想されるもの
- ⑦ 施設運営上の事故の発生（不正会計処理、送迎中の交通事故、個人情報流出等）
- ⑧ その他特に報告の必要があると施設が判断したもの

##### 2 報告方法

報告様式は特に定めませんが、必要な情報を盛り込み、速やかにファクシミリ等で報告してください。

また、緊急の場合は、取り急ぎ、電話連絡をお願いします。

※ 参考様式を示しておりますので、適宜ご活用ください。なお、昨年度までの参考様式から変更をしておりますので、ご確認ください。

※ 事故等に応じて、東京都への報告に加え、保護者・区市町村（原則として実施機関）

・関係機関（警察・消防・保健所等）への連絡も行ってください。

##### 3 報告先

【障害者支援施設・生活介護・自立訓練】

施設サービス支援課 障害者支援施設担当

電話 03-5320-4156 FAX 03-5388-1407

【就労移行支援・就労継続支援 A 型、B 型】

地域生活支援課 就労支援担当

電話 03-5320-4158 FAX 03-5388-1408

【共同生活援助（GH）・短期入所】

地域生活支援課 居住支援担当

電話 03-5320-4151 FAX 03-5388-1408

【居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護】

地域生活支援課 在宅支援担当

電話 03-5320-4325 FAX 03-5388-1408

【障害児入所施設・児童発達支援・放課後等デイサービス】

施設サービス支援課 児童福祉施設担当

電話 03-5320-4374 FAX 03-5388-1407

※今年度、障害者施策推進部において組織改正が行われ、部署名が変更となっておりますので、お問い合わせや書類送付等の際にはご注意ください。

#### 4 障害者虐待（疑いを含む。）への対応

障害者虐待については、東京都への報告とは別途、障害者虐待防止法に基づき区市町村（原則として実施機関）へ通報する義務があります。区市町村へ通報することなく、施設・事業所だけで事実確認を進め、事態を収束させてしまうと通報義務に反することとなるため、必ず区市町村に通報した上で行政と連携して対応を進める必要があります。

虐待でないことが確認できるまでは虐待事案として対応する必要がありますので、施設・事業所における障害者のより良い支援のためにも、区市町村及び東京都による事実確認調査にご協力をお願いします。

※ 障害児入所施設に入所する児童への虐待については、児童福祉法に基づき、通報先は児童相談所や少子社会対策部計画課等となります。

### ヒヤリ・ハット報告書

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                 |                 |             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|-----------------|-------------|
| 報告者                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 記入年月日 | 年 月 日<br>( 曜日 ) |                 |             |
| 利用者<br>(イニシャル)          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年齢    |                 | ホーム名<br>(ユニット名) |             |
| 日 時                     | 平成 年 月 日 ( ) 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                 |                 |             |
| 発生場所                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                 |                 |             |
| ヒヤリ・ハットの<br>種類          | <input type="checkbox"/> 転倒・転落・つまづき・( )<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤与薬<br><input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 行方不明<br><input type="checkbox"/> 暴力行為 ( )<br><input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故<br><input type="checkbox"/> 権利侵害<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |                 |                 |             |
| ヒヤリとした<br>内容<br>(具体的に)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                 |                 |             |
| ヒヤリ・ハット<br>時の対応         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                 |                 |             |
| 再発(未然)防<br>止のための改善<br>策 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                 |                 |             |
| チェック欄                   | 管理者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       | サービス<br>管理責任者   |                 | 安全管理<br>責任者 |

むづりてがまんしていませんか? 悩んでいませんか?

こんなときには 相談の秘密は守ります。  
すぐ相談を! 安心してご相談ください。

- ◆ 職員の乱暴な態度や言葉づかいに傷ついた
- ◆ サービスの内容や料金が事前の契約と違う
- ◆ 苦情を言ったら、「いつでもやめていい」と言われた
- ◆ ヘルパーが頼んだ仕事を満足にしてくれない
- ◆ 突然、契約を打ち切られた などなど

福祉サービスに関する

皆さんの声を  
サービス向上につなげます。

# 苦情相談を 受け付けています

# 3

つの相談方法があります

★相談から対応まで、すべて無料です。

1. 当事業所の担当者・外部委員が責任をもって対応します。

● 苦情受付担当者

● 苦情解決責任者

● 第三者委員 (連絡先)

2. 地域の「苦情対応機関」が専門的に対応します。※

(機関がない地域もあります)

3. さらに広域の専門機関に相談することもできます。※

福祉サービス運営適正化委員会

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台1-8

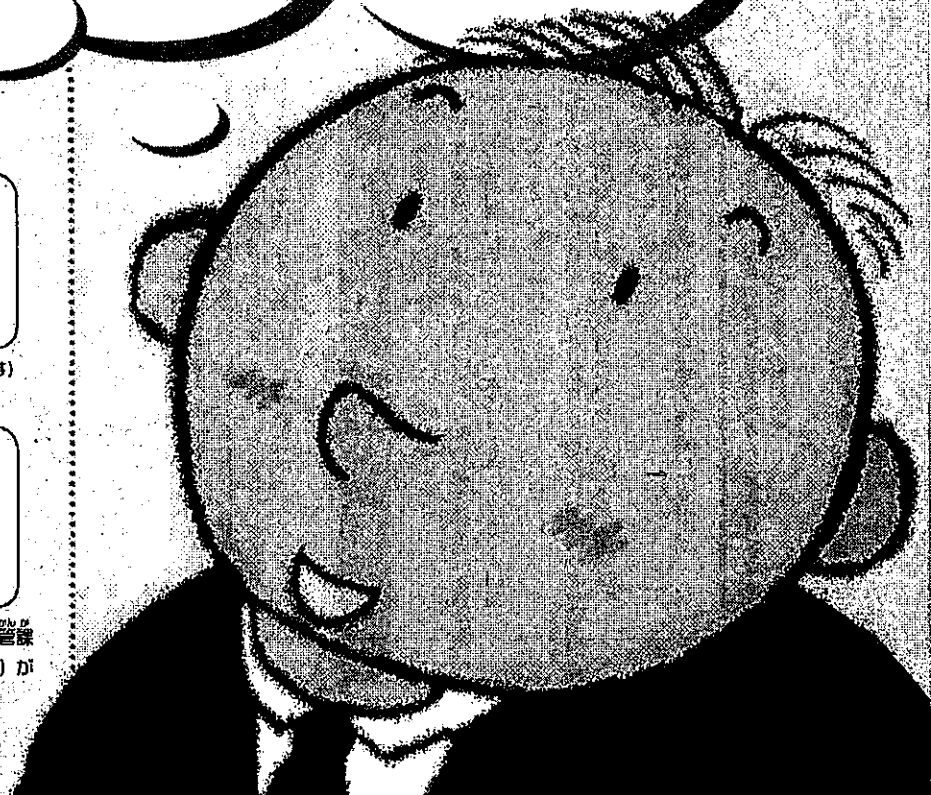
Tel 03-5283-7020

Fax 03-5283-6997

e-mail kaiketsu@tcosw.tvac.or.jp

※ 介護保険によるサービスは、原則として各区市町村の介護保険所管課  
または東京都国民健康保険団体連合会 (Tel 03-6238-0177) が  
対応します。

このポスターは東京都共同募金会の配分金により作成しました。



# 福祉サービスに関する苦情対応のご案内

## お気軽にご相談・ご利用ください

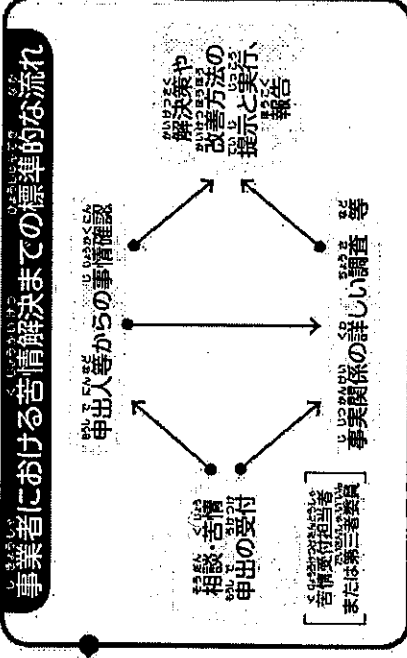
あなたやご家族が利用する福祉サービスについては、法律(社会福祉法82条)により、サービス提供事業者が苦情解決に努めることが義務付けられています(1)。

また、事業者自らによる苦情の解決が期待できない場合には、地域(区市町村)ごとに設置された「苦情対応機関」に相談することができます(2)。さらに、苦情解決のための専門機関である「福祉サービス運営適正化委員会」でも具体的な解決に向けた対応を行っています(3)。

ご利用になる機関は1、2、3の順で優先されますが、ご希望により、はじめから2や3に相談することも可能です。

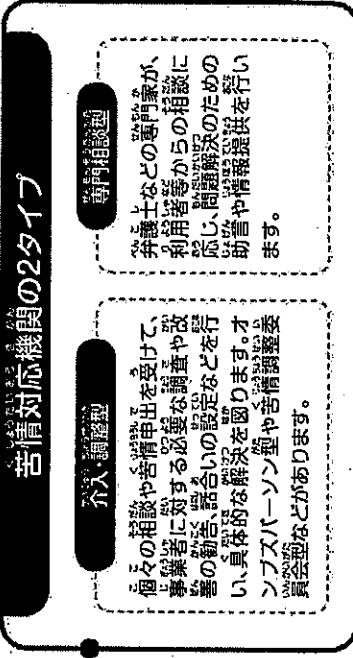
## 1 事業者段階での対応

- ▶ 利用する福祉サービスに関して不満や疑問がある、改善してほしいという場合、まずは事業所に置かれた「苦情受付担当者」にご相談ください。
- ▶ 苦情を受け付けた事業所では「苦情解決責任者」が中心となって、苦情の内容をよく確認し、必要な調査や話し合いなどを行った上で、解決策や改善方法の結論を相談者・申出人に報告します。
- ▶ 事業所が外部委員である「第三者委員」を設置している場合には、そちらに相談することも可能です。



## 2 区市町村苦情対応機関での対応

- ▶ 事業者には直接話しにくいので第三者である専門の機関に相談したい。そんな場合には、地元(区市町村)にある苦情対応機関に相談や申し出をすることができます。
- ▶ 区市町村の苦情対応機関は、行政が運営している場合と、社会福祉協議会等に設置されている場合があります。
- ▶ 弁護士などの専門委員(オンブズパーソン等)が担当して解決を図るタイプ、複数の委員からなる苦情調整委員会等で対応するタイプなどがあります。事業者への調査や改善勧告などにより、問題の解決を図ります。



※区市町村によっては、苦情対応機関が設置されていないところもあります。詳しくは当該事業所または福祉サービス運営適正化委員会までお尋ねください。

## 3 福祉サービス運営適正化委員会での対応

- ▶ 運営適正化委員会は、社会福祉法83条に基づき都道府県ごとに設置された苦情解決のための専門機関です。
- ▶ 個々の苦情相談・申し出に対して、弁護士や社会福祉の専門家などが担当し、詳しく事情を伺ったうえで、事業者の調査を行ったり、改善の申し入れなどを行います。
- ▶ 事業者や区市町村(苦情対応機関)に相談したが満足いく対応がなされなかったという場合のほか、地元では相談しにくいといった場合にもご利用が可能です。

**苦情相談のQ&A ～運営適正化委員会の場合～**

**Q** 相談や苦情の申し出はだれでもできますか？  
**⇒** 利用者本人や家族だけでなく、状況を具体的に把握している方であればだれでも相談や申し出が可能です。

**Q** 匿名でも相談できますか？  
**⇒** 匿名でもかまいません。ただし、匿名の場合には具体的な事実確認などが十分にできない場合があります。

**Q** 料金はかかりますか？  
**⇒** 相談や事情調査などを含め、すべて無料です。

※介護保険法によるサービスは、原則として区市町村の介護保険課管理が、東京都民健康保険連合会(Tel.03-6238-0177)が対応します。

# 関係規定等一覧

※◇内は発出元

## 運営に関する主な基準・通知等

- <都>東京都指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営の基準に関する条例(平成24年東京都条例第155号)
- <都>東京都指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営の基準に関する条例施行規則(平成24年東京都規則第175号)
- <国>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について(平成18年12月6日付障発第1206001号)
- <国>障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて(平成18年12月6日付障発第1206002号)
- <都>障害福祉サービス事業者等指導及び監査実施要綱(平成19年6月29日付19福保指一第221号)
- <都>障害福祉サービス事業者等実地検査実施方針
- <都>自己点検票(共同生活援助事業)

## 報酬に関する主な基準・通知等

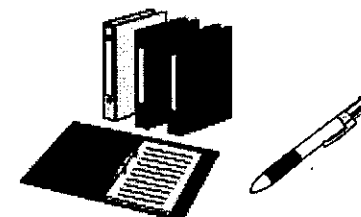
- ◆ <国>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び  
基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第523号)
- ◆ <国>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び  
基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年10月31日付障発第1031001号)
- ◆ <国>平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A(平成27年3月31日付事務連絡)
- ◆ <国>平成24年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A(平成24年8月31日付事務連絡)
- ◆ <国>平成21年度障害福祉サービス報酬改定に係るQ&A(VOL.1)、同(VOL.2)、同(VOL.3)(平成21年3月12日付、平成21年4月1日付、平成21年4月30日付事務連絡)
- ◆ <国>福祉・介護職員処遇改善加算及び福祉・介護職員処遇改善特別加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

## その他通知・資料等

- <国>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について  
(平成19年3月28日付障企発第0328002号・障障発第0328002号)
- <国>介護給付費等に係る支給決定事務等について(事務処理要領)
- <国>障害者福祉施設・事業所における障害者虐待の防止と対応の手引き(施設・事業所従事者向けマニュアル)
- <都>集団指導資料 指定障害福祉サービス事業(共同生活援助事業)

## 都加算・整備費補助に関する通知

- ★ <都>東京都障害者グループホーム支援事業取扱要領(平成27年3月31日付20福保障居第3985号)
- ★ <都>障害者通所施設等整備費補助要綱
- ★ <都>障害者通所施設等整備費補助事業審査要領(平成26年2月28日付26福保障計第3082号)
- ★ <都>共同生活援助事業審査基準(平成27年3月9日付26福保障居第2044号)



# 変更届の提出書類一覧 (共同生活援助①)

変更届の提出は、事業所単位になります

- ... 必須書類
- ▲ ... 変更内容次第で提出が必要となる書類

加算等に係る変更(ユニット増、サテライト設置含む)に係る変更届 ※別紙参照

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

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

複数の職務を兼務する場合は、1枚にまとめていただいても結構です。「管理者・世話人履歴書」などと記載して作成してください。

## 変更届提出先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1  
東京都福祉保健局障害者施策推進部  
地域生活支援課居住支援担当  
※ 郵送でも持参でも構いません。

| 変更事由                      | 変更届出書(第2号様式)「変更があった事項」欄に当てはまる数字 | 申請書 | 定款・寄付行為 | 条例(公営事業所のみ) | 登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | 平面図(参考様式1) | 登記(全助)事項証明(履歴事項全部証明書)の写し(自己所有物件を使用する場合) | 賃貸借契約書(写し)(賃料物件を使用する場合) | 設備・備品リスト(参考様式2) | 受託居宅介護契約書の写し(外部サービス利用型のみ) | 経歴書 | 資格免状の写し | サービス管理者研修修了証書 | 相談支援従事者研修修了証書 | 実務経験(見込)証明書 | 勤務表(職員配置状況確認表) | 運営規程 | 苦情対応窓口一覧表等 | 非該当書及び役員等名簿 | 事業所一覧 | 主たる対象者を特定する理由(参考様式7) | 協力医療機関リスト・協定書等 | 共同生活支援所における耐震化に関する調査票 | 関係機関相談状況確認書 | メールアドレス登録・変更届出書 |
|---------------------------|---------------------------------|-----|---------|-------------|------------------|------------|-----------------------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------|-----|---------|---------------|---------------|-------------|----------------|------|------------|-------------|-------|----------------------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------|
| 法人所在地の変更                  | ⑤                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 法人代表者の変更                  | ⑤                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 法人名称の変更                   | ③                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 定款・寄付行為等の変更               | ⑤                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 役員の変更                     | —                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 事業所の名称の変更                 | ①                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 事業所の所在地の変更                | ②                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| ユニット等の所在地の変更              | ②                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 平面図・設備の変更                 | ⑦                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 電話番号、FAX番号の変更             | —                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 都からの連絡先メールアドレスの変更         | —                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 管理者の変更(氏名変更・住所変更含む)       | ⑧                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| サービス管理責任者の変更(氏名変更・住所変更含む) | ⑩                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 通達型の常勤世話人の変更              | —                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 世話人、生活支援員の変更              | —                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 介護サービス包括型 外部サービス利用型 の変更   | ⑪                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 受託居宅介護事業所の変更              | —                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 利用料、その他費用の変更              | ⑫                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 主たる対象者の変更                 | ⑪                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 苦情窓口の変更                   | ⑫                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| その他文言の変更                  | ⑫                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| バックアップ施設の変更               | ⑫                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |
| 協力医療機関の変更                 | ⑬                               | ●   | ●       | ●           | ●                | ●          | ●                                       | ●                       | ●               | ●                         | ●   | ●       | ●             | ●             | ●           | ●              | ●    | ●          | ●           | ●     | ●                    | ●              | ●                     | ●           | ●               |

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

## 変更届の提出書類一覧(共同生活援助②)

変更届の提出は、事業所単位になります

- … 必須書類  
▲ … 変更内容次第で提出が必要となる書類

加算等に係る変更(ユニット増、サテライト設置含む)に係る変更届

<報酬が増加する場合>  
届出が15日以前になされた場合は翌月から  
届出が16日以降になされた場合は翌々月から算定が可能です  
<報酬が減少する場合>  
速やかに届出⇒報酬が減少する事実が発生した日から算定を変更

## 変更届提出先

〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1

東京都福祉保健局障害者施策推進部

地域生活支援課居住支援担当

※ 郵送でも持参でも構いません。

| 変更事由             | 変更届出書(第2号様式)「変更があった事項」欄に当てはまる数字 | 申請書          |     |                     |                                      |                   |                             |                       |                            |                          |                       |                           |           |                               |                                |  |  |  | 登記(全部)事項証明書など<br>建物の所有権が確認できる書類<br>(自己所有物件を使用する場合)<br>又は<br>賃貸借契約書(写)<br>(賃貸物件を使用する場合) | 平面図<br>(参考様式1)<br>・周辺地図 | 設備品リスト<br>(参考様式2) | 受託居宅介護<br>委託契約書の写し(外部サービス利用型のみ) | 勤務体制表<br>(職員配置状況確認表) | 共同生活<br>支援事業所における耐震化に関する調査票 | 関係機関<br>相談状況確認書 | 移行者リスト | 廃止・休止届 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------------|--------------|-----|---------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------|-------------------------------|--------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                  |                                 | 変更届出書(第2号様式) | 付表7 | 付表7<br>その2<br>(その3) | 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表(別紙1)(ユニットごとに作成) | 福祉専門職配置加算届出書(別紙5) | (Ⅰ)(Ⅱ)資格証の写し・<br>(Ⅲ)実務経験証明書 | 共同生活<br>支援に係る体制(別紙12) | 夜間<br>支援等<br>体制加算届出書(別紙13) | 通勤者<br>生活支援加算に係る体制(別紙16) | 医療連携<br>体制加算(V)(別紙17) | 重度障害者<br>支援加算に係る届出書(別紙18) | 各種<br>修了証 | 視覚・聴覚言語障害者<br>支援体制加算届出書(別紙19) | 地域生活移行個別支援特別加算に係る体制(別紙26(その2)) |  |  |  |                                                                                        |                         |                   |                                 |                      |                             |                 |        |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 書類提出の前に事前相談が必要です |                                 |              |     |                     |                                      |                   |                             |                       |                            |                          |                       |                           |           |                               |                                |  |  |  |                                                                                        |                         |                   |                                 |                      |                             |                 |        |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

当該加算の届出先は、処遇改善(特別)加算の専用ヘルプデスク(03-5320-4230(直通))になります。

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

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



# 障害者グループホーム専用のページをご活用ください

(URL: <http://www.shougaifukushi.metro.tokyo.jp/Lib/LibDspCatego.php?catid=015>)



→ サイトマップ

## 東京都障害者サービス情報

### 事業所検索

☐ 受けたいサービスから探す

☐ 法人名から探す

☐ 所在地から探す

☐ 主たる対象者から探す

☐ 事業所番号から探す

☐ 空き定数から探す

☐ 事業所名から探す

サービス相談窓口  
各自治体の相談窓口です。

関連リンク  
障害者福祉関係のリンク情報です。

書式ライブラリー  
書式ダウンロード情報です。

☐ 事業所メンバー ONLY

このサイトでは、障害者総合支援法及び児童福祉法に申請し指定を受けた事業所を検索することが

### お知らせ

New!! 平成27年度 第2回 東京都サート  
修・児童発達支援管理責任者研修  
平成27年度 第2回 東京都サービス管理  
支援管理責任者研修を開催いたします。  
New!! 障害者差別解消法に基づく福祉事  
業(対応指針)について

厚労省は「障害者差別解消法」福  
分野における事業者が講ずべき障  
るための措置に関する対応指針

感染性胃腸炎の流行期に向  
いて

例年、11月から2月にかけては、  
感染性胃腸炎の発生が顕著なため、  
対策に万全を期すようお願いします。

書式ライブラリー

書式ラ  
平成27年度 第2回 サービス等従事者  
実施に

障害福祉サービス等従事者  
実施されます。

平成27年度就労継続支援B型事業所に  
B型型の届出等について

目標工賃達成加算B型型の届出のご案内  
同行援護事業における従事要件等に係

同行援護事業における従事要件等に係る  
法人番号の「通知・公表」開始スケジュール

法人の皆さまに、国税庁から法人番号(3  
号)が届けられます。 ～まもなく通知か

🏠 トップページ > 書式ライブラリー

### 書式ライブラリー

■ トップカテゴリを選択してください。

A 【全サービス共通】指定申請等について

A 【訪問系サービス】指定申請書・変更届等(居宅介護・重度訪問介護)

A 【日中系サービス・障害者支援施設】指定申請書・変更届等

A 【共同生活援助(グループホーム)】指定申請書・変更届等

A 【施設入所指定申請書・変更届等

🏠 トップページ > 書式ライブラリー

### 書式ライブラリー

■ カテゴリを選択してください。

トップカテゴリA 【共同生活援助(グループホーム)】指定申請書・変更届等

1 指定申請・変更等に係る様式・印刷例

2 【四捨五入】訓練等給付費請求関係

3 【追加算・卸納品】更新利用障害者グループホームを採事業関係(要領・様式等)

4 グループホーム説明会資料

5 都条例・規則、届出通知等

6 運営基準に係る参考様式等及び運用指導資料

7 指定更新に係る書式等

8 事業所止廃等その他様式

9 グループホームに係る事務連絡等

10 グループホーム運営状況調査等

掲載内容は  
次ページのとおりです

## 東京都知的・身体障害者等グループホーム開設準備経費等補助金について

### (1) 補助対象

- 以下の要件を全て満たすユニット
- ① 新設または増設したユニット
  - ② 知的障害者又は身体障害者、難病患者等を主たる対象とするユニット  
(精神障害者は区市町村窓口で行っているため除く)
  - ③ 入居定員が4名以上のユニット  
(※八王子市内のGHについては、八王子市に申請する)
  - ④ 実質的にグループホームの定員が4人以上増加すること
  - ⑤ 設置者が民間事業者であること

### (2) 手続きの流れ

★ 対象法人には、メールにてお知らせします。

交付申請

※審査期間：約1ヵ月

実績報告

※審査期間：約1ヶ月

請求

※交付申請から支出まで約3ヶ月かかります。

補助金の支出

★ 複数法人からの申請を一括して処理するため、記載されている期間は目安です。

### (4) 開設準備経費

#### ① 補助額

基準額を309,000円とし、基準額または実際にかかった経費のうち低い額に4分の3をかけた額(補助額上限：231,750円)

#### ② 補助対象経費

- ★ 管理事務費…開設前の職員(事務担当職員を除く)の給与(基本給のみ、原則開設日前日までの1ヵ月分)、研修費用
- ★ 初度調弁費…備品購入費、消耗品費(開設時に必要な分のみ)
- ※ 備品…家事の際に使用する電気製品や、共有スペースで利用者も使用できるもの。  
(例) 冷蔵庫、洗濯機、電子レンジ、食器等
- ※ 消耗品…家事や洗濯の際に使用するものや、共有スペースで利用者も使用できるもの。  
(例) 掃除用品、調理器具等

！！以下のものについては、補助対象外ですのでご注意ください！！

- ・ GH開設日以降に購入したもの
- ・ 利用者が居室等で個人的に利用するもの (例：各居室のカーテン・エアコン、等)
- ・ 事務用品等法人が負担するべきもの (例：事務用の文房具・パソコン・電話、等)
- ・ 他の補助金(施設整備費補助金、短期入所開設準備経費等補助金等)を利用して購入したもの
- ・ 対象物品と価格を客観的に示す資料が提出できないもの
- ・ ポイントが付与されたり値引きされたりした分
- ・ その他補助対象とするのにふさわしくないもの

購入するときは、ポイントカードやクレジットカードを使用しないでください。

#### ③ 必要書類

- ★ 管理事務費(開設直前1ヶ月の世話人等の基本給、研修費用)
- 世話人等と法人の間で交わされた雇用契約書(写)、給与明細(写)、補助対象となる時間数の証明できる書類等
- ★ 初度調弁費(消耗品費、備品購入費)
- 法人あて領収書(写)・レシート(写)  
(領収書で内訳が分からない場合は請求書、明細書等の資料の添付をお願いします。)
- ※ 契約額で税込30万円以上となる際は3者以上の複数見積もり等が必要になります。  
(契約額は一品ずつの価格ではなく一般には領収書等の単位となります。)
- ※ 提出いただいた書類に関して説明資料を追加で求める場合がございます。  
★ 詳細は事前に東京都へお問い合わせください。

### (3) 補助までのスケジュール(平成29年度予定)

| 回数   | 開設月    | 交付申請締切(予定)  |
|------|--------|-------------|
| 第1回目 | 4月～6月  | 平成29年8月31日  |
| 第2回目 | 7月～10月 | 平成29年12月15日 |
| 第3回目 | 11月～1月 | 平成30年1月25日  |
| 第4回目 | 2月～3月  | 平成30年3月15日  |

※ 詳細なスケジュールについては追ってご案内いたします。

### (5) 家賃借上げ費

#### ① 補助額

基準額を750,000円とし、基準額または実際にかかった経費のうち低い額に4分の3をかけた額(補助額上限：562,500円)

#### ② 補助対象経費

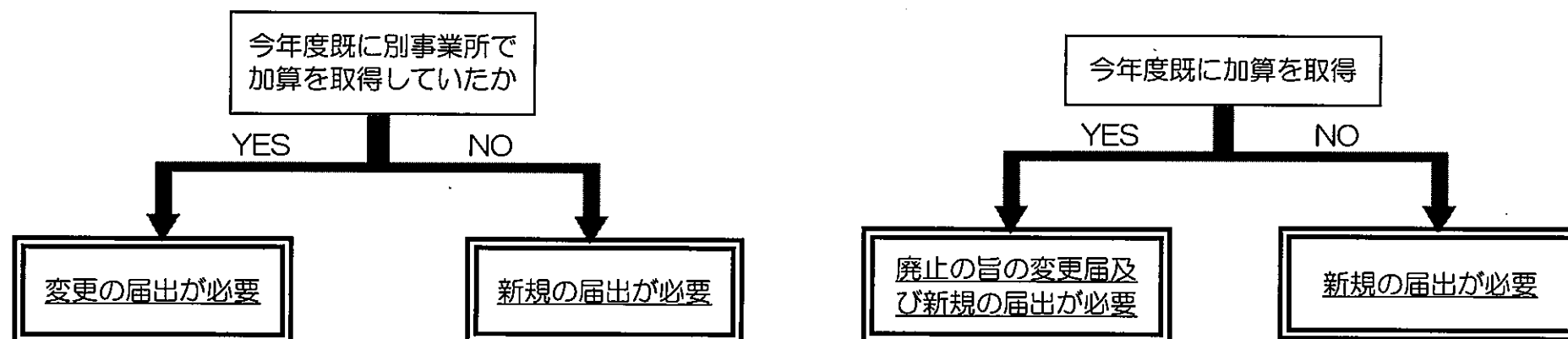
- ★ 権利金(礼金)、仲介手数料のみ ※敷金は対象外です。

#### ③ 必要書類

- ★ 法人あて領収書(写) ※領収書(写)は礼金・仲介手数料の額を明記をしてください。
- ★ 礼金や仲介手数料の額を定めている賃貸借契約書(写)等の書類

## (参考)福祉・介護職員処遇改善(特別)加算の届出に係る手続きについて

○新規指定相談で処遇改善加算の取得も希望する場合    ○法人格変更で廃止新規の手続きを行い、  
処遇改善加算の取得も希望する場合



○今年度既に加算を取得しており、事業所又は事業者を廃止する場合

廃止の旨の変更届が必要になります。特に事業者自体が廃止になる場合、実績報告の案内をする関係で処遇改善(特別)加算作業グループへの御連絡が必要です。

※加算内容、届出様式の記載方法等詳細は以下問い合わせ先に御連絡下さい。

＜問い合わせ及び書類提出先＞

東京都福祉保健局障害者施策推進部地域生活支援課在宅支援担当処遇改善(特別)加算作業グループ

電話:03-5320-4230      FAX:03-5388-1408

## 都内障害者 GH 関係団体のお知らせ

### ○ 主たる障害が知的障害

【 社会福祉法人東京都社会福祉協議会 知的発達障害部会 生活寮・GH 等ネットワーク委員会 】

事務局：東京都社会福祉協議会福祉部 児童・障害担当 … 連絡先 03-3268-7174

【 東京都知的障害者グループホーム運営協議会 】

事務局：東京都福祉保健局障害者施策推進部地域生活支援課居住支援担当 … 連絡先 03-5320-4151

### ○ 主たる障害が精神障害

【 東京都精神障害者共同ホーム連絡会 】

事務局：東京都精神障害者共同ホーム連絡会事務局 … 連絡先 03-3200-9376

## — FAX 送信票 —

送信先 FAX : 03-5388-1408

東京都福祉保健局障害者施策推進部地域生活支援課居住支援担当 宛

## メールアドレス登録・変更届出書

|      |  |
|------|--|
| 法人名  |  |
| 担当者名 |  |

## 【 登録 】

|          |  |
|----------|--|
| 法人代表アドレス |  |
|----------|--|

- 都からの事務連絡等は全て上記法人代表アドレス宛てに送信します。  
事務担当者個人の端末でも構いませんが、事務連絡等を受信し次第遅滞なく法人内関係者に情報周知できる体制を整えてください。

|         |  |
|---------|--|
| 事業所名称①  |  |
| サブアドレス① |  |
| 事業所名称②  |  |
| サブアドレス② |  |

- 複数の事業所を運営している場合は、サブアドレスの登録ができます。  
サブアドレスの届出があった場合は、法人代表アドレスに加え、サブアドレスにも事務連絡等を送信します。ただし、法人内関係者への情報周知に遺漏のないよう、適切な連絡体制を整えてください。

## 【 変更 】

|            |  |
|------------|--|
| 変更前メールアドレス |  |
|------------|--|



|            |  |
|------------|--|
| 変更後メールアドレス |  |
|------------|--|

- 緊急度の高い事務連絡もありますので、メールアドレスの変更は速やかに届出てください。