

東京都民間社会福祉施設 サービス推進費補助 (障害者支援施設《都内》) 申請等事務説明会

令和元年7月23日 10時～

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



TOKYO
METROPOLITAN
GOVERNMENT

東京都

【資料目次】

説明会の目的	2
基本補助について	8
メニュー選択式加算について	10
障害者等雇用加算について	20
最重度障害者加算(共通)について	22
最重度障害者加算(身体)について	25
最重度障害者加算(知的)について	27
医療的ケア充実加算について	28
特定疾患等対応加算について	30
特定支援充実加算について	33
サービス評価・改善計画加算について	36

説明会の目的

本説明会の目的

「東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金」に関し、各施設において、円滑に補助を受けることができるよう、補助基準や算定要件、事務処理等について、改めて説明を行う。

■ サービス推進費とは・・・

都として望ましいサービス水準を確保するために、施設等の運営に要する費用の一部を補助する制度

■ これまでの補助制度の経緯

- 都加算(昭和25年度～)

- 公私格差是正(昭和46年度～)

- サービス推進費の創設(平成12年1月～)

 - ・自主的かつ柔軟な経営を促進

- 現行のサービス推進費(平成16年度～)

 - ・基本補助＋努力実績加算等

 - ・支援費制度を土台

- 再構築後の施行(平成23年度～)

【自主的かつ柔軟な経営】

○交付の対象は障害者総合支援法第5条

第11項に基づく障害者支援施設（要綱第3の1）

⇒障害者支援施設のサービス向上が目的。

○交付対象経費は施設の運営費及び施設の設備

整備費（要綱第3の3、第10の16及び別表4）

⇒設備整備の支出又は積立は、32,400円×都民数が上限。「今いる利用者へのサービス向上」

サービス推進費の構造

サービス推進費は、以下の3つで構成されている。

努力・実績加算	サービス評価 改善計画加算
基本補助	

サービス推進費(全体)の申請

「この補助金の交付を受けようとする社会福祉法人等は、別に定める日までに補助金交付申請書(別記第1号様式)を提出しなければならない。」

(要綱第5。変更の交付申請は、要綱第6。)

【実務上の作業】

○サービス推進費の業務は多岐にわたるため、一部の業務を「サービス推進費事務処理センター」に委託しています。

○都からの通知文に記載された日までに、申請書及び添付書類等を「サービス推進費事務処理センター」に提出します。

サービス推進費(加算)の申請

「加算を受けようとする社会福祉法人等は、別表2に定める日までに福祉保健局長(以下「局長」という。)に申請書(様式1・様式2)を提出し、あらかじめ加算対象者等の承認を受けなければならない。」(要領3)

【実務上の作業】

○別表2に定める日までに、申請書を「東京都」に提出する。
「サービス推進費事務処理センター」ではないことに注意。

【加算と補助金額の関係】

○加算の承認を得ても、ただちに補助金が増額されて交付されるわけではない。

○加算により増額となる分を含めて、変更交付申請等によりサービス推進費補助金として改めて補助金申請する必要があることに留意する。

【代表者の変更】

○法人代表者（理事長等）が変更になった場合は、以下の書類を事務処理センターに送付してください。

1：代表者変更届

2：支払金口座振替変更届

（受領・返納について委任している場合は委任状）

3：印鑑証明書（原本）

4：履歴事項全部証明（原本）

【法人代表印】

○サービス推進費関係書類のうち、法人代表印を求める様式には、全て印鑑登録されたものを押印してください。

○法人本部が遠隔地のため、日常的に印鑑登録された印とは別の理事長印を使用している場合も、補助金申請においては用いないでください。

【参考1】

財政援助団体等監査

- ◆ 都が財政的援助を行っている事業(サービス推進費も該当)が、補助等の目的に沿って適正で有効かつ効率的に執行されているかを主眼として実施する監査
- ◆ 東京都の監査事務局が実施
- ◆ 対象法人は、無作為で抽出した法人
- ◆ 対象年度は、前々年度及び前年度の2ヵ年

【参考2】近年の財援監査における指摘事項

◆入所現員の算定誤り(H30、H29)

本来補助金対象でない、退所者や月の途中の入所者を補助金対象として計上したことにより、返納が発生。

◆医療的ケア充実加算の対象者の算定の誤り、 それに伴う看護師配置の誤り(H29)

障害支援区分6である利用者の人数により、配置すべき看護師数が異なるが、区分6の人数を誤って計上したため、看護師が不足し返納が発生。

【参考3】

サービス推進費交付停止となる場合

以下のような場合には、サービス推進費の一部又は全部を交付しないことがあります。

＜サービス推進費交付要綱第3の2(1)から(5)＞

- (1)障害者総合支援法、社会福祉法(昭和26年法律第45号)又はこれらの法律に基づく命令の規定に違反したもの
- (2)障害者総合支援法、社会福祉法又はこれらの法律に基づく命令の規定に違反した社会福祉法人等が設置するもの
- (3)東京都が実施する指導検査における文書指摘事項について、度重なる指導にもかかわらず、改善しないもの又は改善の見込みがないもの
- (4)東京都が実施する指導検査における文書指摘事項について、度重なる指導にもかかわらず、改善しない社会福祉法人等又は改善の見込みがない社会福祉法人等が設置するもの
- (5)東京都民間社会福祉施設運営情報等公表事業実施要綱(平成16年3月30日付15福総画第406号)に基づく運営情報等公表事業を実施しないもの

基本補助

【基本補助の対象者数の算定方法】

《例：生活介護52人、自立訓練8人、施設入所支援40人》

生活介護	定員52人	>	在籍48人
自立訓練	定員 8人	<	在籍10人
(日中系合計)	定員60人		在籍58人
施設入所支援	定員40人		在籍40人

⇒日中系の基本補助の対象者数は、事業種別ごとに算定

生活介護	<u>48人</u> (定員の範囲内の在籍者数)
自立訓練	<u>8人</u> (定員を上限)
(日中系合計)	<u>56人</u> (事業種別ごとの合計)

なお、「施設規模別・月額単価」は、日中系各事業の定員の合計による。
(この場合、 $52 + 8 = 60$ 人で、「41人以上60人以下」の区分単価を適用)

資料 2 参照

別紙 1 の付表 1（新体系施設・本則共通）

単価はオート入力される。

捨印

延べ人員数・金額はオート入力される。

算 定 内 訳

施設番号		様式コード	
施設名	〇〇〇福祉園		

当該定員の適用開始月を入力すること。

1. 基本補助の算定

項目		単価 (A)	適用期間												延べ人員 (B)	金額 (C=A×B)
No.	名称		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
1	生介・人配Ⅰ	2,300.00円	48人	48人	48人	48人									192人	441,600.00円
2	生介・人配Ⅱ															
3	生介・人配Ⅲ															
4	生介・人配無															
5	自立訓練	980.00円	8人	8人	8人	8人									32人	313,600.00円
6	就労移行支援															
7	就労継続支援															
日中合計			56人	56人	56人	56人									224人	472,960.00円
8	施設入所支援	5,220.00円	40人	40人	40人	40人									160人	835,200.00円
1から8の合計																1,308,160.00円

各月の基本補助算定対象者数を記入する。

*間違えやすいケース（例）

- 1.月の途中の入所者を当該月に算定してしまったケース
- 2.退所者を翌月以降も算定し続けたケース

※ 年度中に変更がある場合

項目		単価 (A)	適用期間												延べ人員 (B)	金額 (C=A×B)
No.	名称		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
1	生介・人配Ⅰ															
2	生介・人配Ⅱ	2,000.00円					55人	55人	55人	55人	55人	55人	55人	55人	440人	880,000.00円
3	生介・人配Ⅲ															
4	生介・人配無															
5	自立訓練	960.00円					8人	8人	8人	8人	8人	8人	8人	8人	64人	61,440.00円
6	就労移行支援															
7	就労継続支援															
日中合計							63人	63人	63人	63人	63人	63人	63人	63人	504人	941,760.00円
8	施設入所支援	5,220.00円					40人	40人	40人	40人	40人	40人	40人	40人	320人	1,670,400.00円
1から8の合計																2,611,160.00円

年度の途中で定員変更を行ったことにより、サービス推進費の適用単価が変わる場合、変更月以降はこちらに記入する。
今回は、8月以降に生活介護の定員増に伴う区分単価及び人員配置が変更となるケース。

別紙 1 の①にオート入力される。

基本補助合計

3,920,000.00円

捨印

令和 年 月 日

資料 3 参照

東京都知事 殿

申請日を入力すること。

主たる事務所の所在地

法人名
代表者名

印

令和 年度東京都民間社会福祉施設サービス推進費
補助金（障害者支援施設）の交付申請について

印鑑証明書にある印を使用すること。

令和 年度において、本会が設置する の運営に要する費用に対する東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金として、次の金額を交付されたく関係書類を添えて申請します。

必要事項が全て入力されていれば、
オート入力されます。

申請額 金 円

1 令和 年度東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金所要額調書
別紙 1 のとおり

2 事業計画書
別紙 2 のとおり

(添付書類)

本部拠点区分及び施設拠点区分の資金収支予算内訳表（又は見込表）抄本
（又は本部会計及び施設会計の収支予算書（又は見込書）抄本）

施設番号		施設名	
連絡先	担当者		記載頂いたアドレスが、都からの通知等の送付先となります。
	電 話		
	F A X		
	e-mail		

×₂₋₁—選択式加算

資料4参照

様式 1

様式 1 は申請様式です。
実績報告は様式 3 を使用してください。

番 号
年 月 日

福 祉 保 健 局 長 殿

主たる事務所の所在地
法 人 名
施 設 名
理 事 長 名 印

令和 年度東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助
(障害者支援施設) の加算対象者の承認について

東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助取扱要領 (障害者支援施設) の 3 に
基づき、加算対象者と認められるので申請します。

I 型 (メニュー(1)を選択) か II 型に○
をしてください。

申請内容

努力・実績加算項目名	今回承認申請数等	添付書類
メニュー選択式加算 (I ・ II 型) ※該当する型に○を記入	人	添付資料 1 1 - 1 から 1 - 6
障害者等雇用加算	延べ 時間	添付資料 2 2 - 1
最重度障害者加算	延べ	添付資料 3 3 - 1 3 - 2
特定支援充実加算	延べ	

加算承認申請者数は年度当初の施設入所
支援の現員数であり、「添付資料 1 -
1」の重度者数ではありません。

施設番号		施設名	
担 当 者	氏 名		
	連 絡 先	電 話	
		F A X	
		e-mail	

加算内容

(メニュー選択式加算)

【グループ1】	(1) 施設において、前年度に障害支援区分4～6（4については行動関連項目10点以上）の者を定員等の50%以上受入れ※50歳以上の者は1区分上位として扱う。 (2) 前年度に地域生活移行の実績がある。 (3) 当該年度にショートステイ（短期入所）を実施している。
【グループ2】	(4) 当該年度に自立訓練事業を実施している。 (5) グループホームのバックアップ施設である。 (6) 同一法人において当該障害者支援施設とは別敷地において指定を受けている単独型通所施設を設置運営していること。または、当該障害者支援施設における日中系サービスの規模が施設入所支援より多いこと（12名以上）。

- ・ 上記両グループで各2つ以上実施のある場合に加算する制度である。
（計4つのメニューを実施することが必要）
- ・ (1)を選択するか否かにより、単価を分ける。

施設種別	
施設番号	
施設名称	

1. 選択メニュー

選択する項目を■にしてください

【グループ1】

☒ (1) 施設において、前年度に障害支援区分4～6（4は行動関連項目10点以上）の利用者を5.0%以上受入れ※50歳以上の利用者は1区分上位として扱う。

☐ (2) 前年度に地域移行の実績がある。

☒ (3) 当該年度に短期入所サービス（ショートステイ）を実施している。

※上記（1）から（3）までのうち2件以上選択してください。

【グループ2】

☐ (4) 当該年度に自立訓練事業を実施している。

☒ (5) グループホームのバックアップ施設である。

☒ (6) 同一法人において当該障害者支援施設とは別敷地において指定を受けている単独型通所施設を設置運営している。
または、当該障害者支援施設における日中系サービスの規模が施設入所支援より12人以上多い。

※上記（4）から（6）までのうち2件以上選択してください。

※グループ1、2でそれぞれ2つ以上選択していること

2. 加算の種別

どちらか一つに■

☒ (Ⅰ型) グループ1－(1)を選択している

☐ (Ⅱ型) グループ1－(1)を選択していない

3. 各メニューの添付資料

選択したメニューに応じて
添付資料1-1～6を
添付してください

- (1) 重度者名簿〔添付資料1－1〕
- (2) 地域移行者実績名簿〔添付資料1－2〕
- (3) 短期入所の実施状況〔添付資料1－3〕
- (4) 自立訓練の実施状況〔添付資料1－4〕
- (5) グループホームに対するバックアップの実施状況〔添付資料1－5〕
- (6) 日中活動系サービスの実施状況〔添付資料1－6〕

（注）平成26年度においては、グループ1(1)における「障害支援区分」は「障害程度区分」に、「行動関連項目10点以上」は「行動関連項目8点以上」に読み替えるものとする。

都による記入欄	適・否
適の場合の種別	I・II

【メニュー選択式加算の単価】

- 単価Ⅰ：487,000円／年・人
グループ1の(1)を実施している場合
(前年度に重度者を多数(50%以上)受入れ)
- 単価Ⅱ：161,000円／年・人
グループ1の(1)を実施していない場合
(前年度の重度者受入れが50%未満)

※補助単価は、年額である。

※補助対象は、施設入所支援の利用者である。

メニュー選択式加算 要件の詳細(1)

・《施設において、前年度に障害支援区分4～6(4については行動関連項目10点以上)の者を定員等の50%以上受入れ※50歳以上の者は1区分上位として扱う。》

- ・基準日：前年度の3月末日
- ・内容：前年度に、重度者(障害支援区分4～6または特別な医療を要する者)を多数(50%以上)受け入れていること

- 「重度者」とは・・・下表のとおり

(該当者早見表)

障害支援区分	4 9 歳まで	5 0 歳以上
6 ～ 5	全て該当	全て該当
4	行動関連項目 1 0 点以上 又は医療的ケア該当者	
3	医療的ケア該当者	行動関連項目 1 0 点以上 又は医療的ケア該当者
2 以下		医療的ケア該当者

「特別な医療」とは、点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の**管理**、経管栄養（胃ろう）、喀痰吸引処置、**間歇的導尿**のいずれか 1 つ以上に該当する利用者が対象になります。

- 「医療的ケア(特別な医療)要者」とは・・・

医師意見書(平成18年3月17日障発0317005号 厚生労働省通知「障害程度区分認定の実施について」別添2)2. 特別な医療(現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)」の「処置内容」として示されている、「点滴の管理」、「中心静脈栄養」、「透析」、「ストーマの処置」、「酸素療法」、「レスピレーター」、「気管切開の処置」、「疼痛の管理」、「経管栄養(胃ろう)」、「吸引処置」、「間歇的導尿」のうち1つ以上に該当する場合

資料6参照

添付資料 1 - 1

入所日を記入

重度利用

50歳以上が該当
※該当者に○

10項目の中から該当のものを記入。
重複の場合は主たるものを記入。

No.	氏名	年齢	実施機関	利用開始日	障害支援区分	上位区分該当	項目点数 ※区分4のみ	該当する特別な医療
1	〇〇 〇〇	55	〇〇区	H15. 4. 1	6	○		
2	〇〇 〇〇	55	〇〇区	H15. 4. 1	6	○		
3	〇〇 〇〇	55	〇〇区	H15. 4. 1	6	○		
4	〇〇 〇〇	55	〇〇区	H15. 4. 1	6	○		
5	〇〇 〇〇	55	〇〇区	H15. 4. 1	6			
6	〇〇 〇〇	55	〇〇区	H15. 4. 1	5			
7	〇〇 〇〇	55	〇〇市	H15. 4. 1	5			
8	〇〇 〇〇	55	〇〇市	H15. 4. 1	5			
9	〇〇 〇〇	55	〇〇市	H15. 4. 1	5	○		
10	〇〇 〇〇	55	〇〇市	H15. 4. 1	4	○		
11	〇〇 〇〇	55	〇〇市	H15. 4. 1	4	○		
12	〇〇 〇〇	50	〇〇市	H15. 4. 1	3	○		
13	〇〇 〇〇	50	〇〇市	H15. 4. 1	2	○		ストーマの処置
14	〇〇 〇〇	48	〇〇県〇〇市	H15. 4. 1	3			ストーマの処置
15	〇〇 〇〇	48	〇〇県〇〇市	H15. 4. 1	2			透析
16								
17								
18								
19								
20								

区分4のみ
※区分4で10点以上の
該当者に○

50歳以上の場合は、
上位区分該当に○をつける
(障害支援区分は受給者証の
記載通り記入すること)。
行動関連項目が10点以上の場合は
行動関連項目点数に○をつける。

4以下の場合、
医療適用者であれば該当

施設入所支援定員
の50%

年度当初の 定員等 (a)	必要人数 (a) × 50% (端数切り上げ)	該当者数
30名	15名	15名

(注) 年齢、障害支援区分は前年度末現在を記入してください。

障害支援区分が4～6以外の場合、医療的ケア（特別な医療）該当者が対象になりません。
なお、年齢50歳以上の利用者の障害支援区分は1区分上位となります。

行が足りない場合は適宜追加してください。

定員を下回る場合は現員数

メニュー選択式加算 要件の詳細(2)

《前年度に、地域移行実績あり》

- ・基準期間：前年度の4月1日～3月31日
- ・内容：基準期間内に施設を退所し、地域生活に移行した者があること。

※「地域移行」実績とは・・・

アパートやグループホームなど、地域における居住の場（自宅も含む）に移行してかつ、日中活動の場が確保されている場合に地域移行実績と認める。

ただし、退所後直ちに入院または他施設へ入所した場合には、加算の対象としない。

該当者を記入
※一人でも該当者が
いれば加算の対象に

施設名称

1. 前年度における地域移行実績

No.	氏名	年齢	実施機関	入所日	退所日	地域移行日	地域移行先
1	〇〇 〇〇	30	〇〇市	H15. 4. 1	H31. 3. 31	H31. 4. 1	民間アパート
2	〇〇 〇〇	30	〇〇市	H15. 4. 1	H30. 9. 30	H30. 10. 1	グループホーム
3	〇〇 〇〇	25	〇〇市	H15. 4. 1	H30. 12. 31	H31. 1. 1	グループホーム
4							
5							

2. 前年度に地域移行見込者としたものの地域移行が出来なかった利用者

No.	氏名	年齢	実施機関	入所日	地域移行が出来なかった具体的な理由
1	〇〇 〇〇	40	〇〇市	H15. 4. 1	〇〇〇を予定していたが〇〇〇のため
2	〇〇 〇〇	40	〇〇市	H15. 4. 1	〇〇〇を予定していたが〇〇〇のため
3	〇〇 〇〇	40	〇〇市	H15. 4. 1	〇〇〇を予定していたが〇〇〇のため
4					
5					

該当があれば記入
※前年度の状況

3. 今年度における地域移行見込者

No.	氏名	年齢	実施機関	入所日	退所予定日	地域移行予定日	地域移行先
1	〇〇 〇〇	38	〇〇市	H15. 4. 1	R1. 5. 31	R1. 6. 1	民間アパート
2	〇〇 〇〇	38	〇〇市	H15. 4. 1	R1. 9. 30	R1. 10. 1	グループホーム
3	〇〇 〇〇	38	〇〇市	H15. 4. 1	R1. 12. 31	R2. 1. 1	グループホーム
4							
5							

該当があれば記入
※今年度の見込み

※ 地域移行見込者に対する支援計画書を添付してください。

※ 地域移行の例

民間アパートで自立生活、グループホームへ移行 など

資料7参照

(参考様式)

支援計画書

施設名称	〇〇生活園
対象者	〇〇 〇〇

地域移行見込みの
該当者分すべて作成

1. 支援方針等

2. 生活支援員等チームの編成および勤務形態

3. 一日のスケジュール（平日および土日祝祭日）

4. 年間スケジュール

5. 訓練・実習等の場所

6. 地域移行先の見込み

7. 就労先の見込み

8. 地域移行に対する福祉事務所および保護者からの見解

様式は任意でかまいません。
必ず必要事項（1～8）は
記載してください。

メニュー選択式加算 要件の詳細(3)

《当年度にショートステイ(短期入所)を実施している。》

- ・基準日: 当年度の4月1日
- ・内容: 補助対象となる障害者支援施設において、ショートステイ(短期入所)が実施されていること。
(事業者指定を受けていることが必要)

事業所名

短期入所事業所名	〇〇〇〇											
事業所指定年月日	平成23年4月1日				事業所番号				1311999999			
主たる利用者 ※児を除く	精神 ・ 知的 ・				利用定員				5 人			
所在地	〇〇区〇〇町〇-〇-〇											
（参考）前年度の利用実績 ※月ごとの延べ利用人数												
4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	1 0 月	1 1 月	1 2 月	1 月	2 月	3 月	平均
3	2	1	3	3	3	2	1	4	4	1	1	2.3
15	10	5	15	15	15	10	5	20	20	5	5	11.7
その他（前年度の具体的な利用状況など）												
短期入所に至った経緯・利用者の状態・ 保護者の状態・実施機関との関係・ 短期入所利用後の行き先・保護者の意向・ 実施機関の意向など ※必ず記載してください！												

単独型短期入所は対象では
ありません。

（注）月ごとの実人数及び延べ人数の算出例（〇月 Aさん4泊 Bさん5泊 の場合）

実人数 ⇒ 2人

延べ人数 ⇒ 9人

メニュー選択式加算 要件の詳細(4)

《当該年度に自立訓練事業を実施している。》

- ・基準日：当年度の4月1日
- ・内容：補助対象となる障害者支援施設における日中活動として、自立訓練が実施されていること。
(事業者指定を受けていることが必要)

自立訓練の実施状況（メニュー選択式加算用）

事業所名 ○○生活園

1. 今年度の自立訓練対象者
(定員 名)

該当者を記入

No.	氏名	年齢	実施機関	自立訓練 開始日	自立訓練 終了予定日	具体的な自立訓練内容および 訓練後の予定等
1						
2						
3						
4						
5						

※ 対象者に対する自立訓練計画書を添付してください。

2. 前年度の自立訓練実績
(定員 名)該当があれば記入
※前年度の状況

No.	氏名	年齢	実施機関	自立訓練 開始日	自立訓練 終了予定日	具体的な自立訓練内容および 訓練後の状況等
1						
2						
3						
4						
5						

メニュー選択式加算 要件の詳細(5)

《グループホームのバックアップ施設》

- 基準日：当年度の4月1日
- 内容：原則として、指定障害福祉サービス事業所として指定を受けているグループホームに対して、事業者指定上、補助対象施設が「連携体制等」として登録されていること。

* 要件に該当する範囲

事業者指定上の「連携体制等」として登録されているもの以外に、

- ①グループホームの従業者に対する利用者支援ノウハウの提供
- ②世話人が欠けたときの緊急対応、研修受講などによる不在時の対応

などを実施している施設については、連携体制が証明できる任意の書類を添付し、都がその内容を適切と認めた場合、加算要件に該当するものとします。

事業所名

1. バックアップ先グループホーム及び事業者指定上の連携体制等の有無

バックアップ先のグループホーム			
事業者番号	住居名称（上段） 事業所名（下段）	事業者指定上の 連携体制の有無	事業者指定年月日 （有の場合のみ）
139999999	グループホーム〇〇 グループホーム△△	有 ☒ 無 ☐	
		有 ☐	
		有 ☐	

住居単位で記入
してください当該GHの事業者指定上
の連携体制を記載

2. 事業者指定上の連携体制等と異なる場合（上記1が「無」しか無い場合のみ記入）

事業者指定上の連携体制等事業所			
連携体制等事業所名称	該当 番号	事業者指定上と異なる理由 （当てはまる番号を左欄に記入してください。）	
グループホーム△△	(2) (3)	(1) GHの定員が多数 (3) 多数の重度者が利用	(2) 複数住居が分散して所在 (4) その他
（具体的な理由を記入してください。） 上記1のグループホーム〇〇については、近隣住居に所在しているグループホーム△△を含めてグループホーム〇〇が一体型として指定しているため。			

記入例を参考の上、
具体的に記載してください法人の事業計画書等
※法人代表者の押印があるもの

※連携体制が証明できる書類（任意可）を添付してください。

3. 別の通所事業所からのバックアップ状況

1のグループホームが補助事業所以外の通所事業所からもバックアップを受けている場合			
住居名称（上段） 事業所名（下段）	通所事業所①	通所事業所②	通所事業所③
グループホーム〇〇 グループホーム△△	〇〇福祉センター		

上記1のグループホームが、補助事業所を含めて複数の通所事業所から
バックアップを受けている場合に記載してください

4. 具体的な連携体制

補助事業所とバックアップ先グループホームとの具体的な連携体制
（具体的に記入してください。） 日常的なバックアップについては、〇〇通勤寮職員が担っているが、・・・

記入例を参考の上、
具体的に記載してください

メニュー選択式加算 要件の詳細(6)

《同一法人において当該障害者支援施設とは別敷地において指定を受けている単独型通所施設を設置運営していること。または、当該障害者支援施設における日中系サービスの規模が施設入所支援より多いこと(12名以上)。》

- ・ 基準日：当年度の4月1日

※ 年度途中に通所施設を立ち上げる、又は障害者支援施設の日中系サービスの規模を施設入所支援より12名以上に定員変更しても、当年度は要件を満たしたことになる。

日中活動系サービスの実施状況（メニュー選択式加算用）

法人が設置運営している

施設名称

1. 同一法人において当該障害者支援施設とは別敷地において指定を受けている通所事業所

	施設（事業所）名	事業所番号	所在地
通所事業所	〇〇〇〇	1311999999	〇〇区〇〇町〇-〇-〇
通所事業所			
通所事業所			

必要に応じて行を追加してください

2. 当該障害者支援施設における日中系サービスの規模が施設入所支援より12人以上多い

当該障害者支援施設の定員							
日中系サービス						夜間系サービス	日中定員の 飛出し分 (a-b)≧12)
生活介護	自立訓練	就労移行支援	就労継続A	就労継続B	日中系サービス 合計(a)	施設入所 支援(b)	
60					60	40	20

障害者等雇用加算

加算内容

(障害者等雇用加算)

対象者を職員配置基準以外に雇用し、その年度中の雇用時間数の総合計が400時間以上である事業所について、総雇用時間数に応じた額を補助。

- 対象者
 - * 身体障害者手帳、愛の手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者
 - * 満60歳以上65歳未満の者
 - * 母子家庭の母又は寡婦(父子家庭の父等も含む)

※ 対象者を雇用する際の職種は問わない。

【障害者等雇用加算の単価等】

- 補助単価
右表のとおり

総雇用時間数	単価（年額）
400～799時間	435,000円
800～1,199時間	726,000円
1,200～1,599時間	1,016,000円
1,600～1,999時間	1,306,000円
2,000～2,399時間	1,597,000円
2,400時間以上	1,887,000円

- 留意事項

* 特定就職困難者雇用開発助成金など、他の公的補助の対象となる者は除く

（誤って申請しないよう、注意してください。）

* 事業所においては、対象者の障害者手帳の写など、所要の書類を保管しておくこと

資料12参照

添付資料 2

障害者等雇用加算職員名簿・施設別＜障害者支援施設＞

当該年度の4月1日現在で記入してください。

施設種別	障害者支援施設
施設番号	33-00△△
施設名	〇〇生活園

番号	氏名	年齢	雇用契約期間	年間労働時間 (予定) 数	業務内容	備考
1	〇〇 〇〇	35	3 1 年 4 月 から 2 年 3 月 まで	1, 120時間	清掃業務	知的・4 度
2	□□ □□	40	3 1 年 4 月 から 2 年 3 月 まで	1, 708時間	日中活動・食事・排泄等の介助	母子
3	△△ △△	64	3 1 年 4 月 から 2 年 3 月 まで	679時間	清掃・洗濯業務	高齢者 S〇〇. △. □生
4			年 月 から 年 月 まで	時間		
5			年 月 から 年 月 まで	時間		
6			年 月 から 年 月 まで	時間		
7			年 月 から 年 月 まで	時間		
8			年 月 から 年 月 まで	時間		
9			年 月 から 年 月 まで	時間		
10			年 月 から 年 月 まで	時間		

対象雇用時間数計及び対象職員数	3, 507時間	3 人
-----------------	----------	-----

(注 1) 身体障害者、知的障害者、精神障害者、母子・父子・寡婦の別を備考欄に記入すること。

ただし、高齢者の場合は生年月日を、身体障害者、知的障害者、精神障害者の場合は、障害の程度も合わせて記入すること。

(注 2) 加算対象職員との雇用契約書（写し）を添付すること。

(注 3) 申請時においては、次の書類を添付すること。①雇用契約書（写し）、②従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表、③加算対象とすることの効果、必要性

資料13参照

施設種別	障害者支援施設
施設番号	33-00△△
施設名	〇〇生活園

添付資料 2 - 1

障害者等雇用加算職員名簿（雇用時間数実績）

氏名	〇〇 〇〇	□□ □□	△△ △△				総雇用時間数 (月別実績計)	出勤簿等 との突合
4 月	98	147	56				301	済
5 月	98	147	56				301	済
6 月	98	147	56				301	済
7 月	105	154	63				322	済
8 月	98	147	56				301	済
9 月	91	140	56				287	済
1 0 月	105	154	63				322	済
1 1 月	84	133	49				266	済
1 2 月	84	133	56				273	済
1 月	84	133	56				273	
2 月	84	133	56				273	
3 月	91	140	56				287	
総雇用時間数 (年間実績計)	1, 120	1, 708	679				3507	
都による記入欄	適 ・ 否	適 ・ 否	適 ・ 否	適 ・ 否	適 ・ 否	適 ・ 否	適 ・ 否	

(注 1) 各月の実際の雇用時間数の累計を記入すること。

(注 2) 各月の実際の雇用時間数の記入にあたっては、変更交付申請時においては、年度末までの雇用見込み時間数を、実績報告時においては、実績となる総雇用時間数を記入すること。

(注 3) 出勤簿等との突合欄は、実績報告時にあらためて各月毎に出勤簿・タイムカード等との突合の上「済」と入力してください。

最重度障害者加算

(共通)

最重度障害者加算の流れ(身体・知的共通1)

【加算申請】 ※令和2年2月7日が申請期限

○前年度中の事前申請期日は別途通知で指定

その後も加算申請対象者の追加があった場合は
随時で申請を提出可

○提出先は施設サービス支援課障害者支援施設担当
(事務処理センターではない)

【確認事項】

◆加算申請対象者の年間延べ人数

◆職員配置の見込

◆受給者証の支給決定期間

最重度障害者加算提出書類(身体・知的共通2)

加算申請 対象者	判定の 要否	様式 1	添付 資料 3	添付 資料 3-1 (身体) 又は 3-2 (知的)	障害程度 状況表 (知的のみ)
新規申請	必要	○	○	○	○
再申請	必要	○	○	○	○
更新申請	必要	○	○	○	○
継続申請	不要	○	○	不要	不要

最重度障害者加算の流れ(身体・知的共通3)

【実績報告】

○提出期日は別途通知により指定

○提出先は施設サービス支援課障害者支援施設担当

【確認すべき事項】

◆承認を受けた対象者の在籍状況(各月の途中で退所した場合は、当該月まで算定してよい。)

◆職員体制が充足しているか。(計算方法は次頁)

職員配置の考え方(身体・知的共通4)

- ◆ ex.利用者数150名、うち最重度障害者加算対象者10名
人員配置区分1.7:1の施設の場合

A: $150 - 10 = 140$ 名 (※最重度障害者加算対象外の者)
 $140 \div 1.7 = \underline{82.3}$ →最重度障害者加算対象者以外の職員配置

B: $10 \div 1 = 10$ →最重度障害者加算対象者数分の職員配置

$$A + B = 92.3$$

よって、本事例の場合には、923名の職員配置が必要となる。

[illegible]

加算内容(最重度障害者加算) (身体・知的共通5)

- 区分6の者のうち、別に定める基準にもとづき、最重度者と判定された者を受け入れている場合に加算

- 補助単価
右表のとおり
(対象者のみ)

区分	単価 (月額／人)
定員40人以下	226,300 円
定員41人以上60人以下	225,600 円
定員61人以上80人以下	225,300 円
定員81人以上	225,600 円

※区分は、施設入所支援の定員による。

最重度障害者加算

(身体)

資料14参照

添付資料3

最重度障害者加算対象者名簿

主たる利用者が < 身体 > ・ 知的 >

施設種別	障害者支援施設
施設番号	33-00△△
施設名	〇〇生活園

番号	氏名	介護給付費等 支給終了 年 月 日	障害 程度 区分	評価点 (施設)	最重度認定期間	在籍状況 (該当月に○をすること)																	備考	都による 記入欄
						4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計						
1	〇〇 〇〇	令和2年9月30日	6	47	H29.10.1～R2.9.30	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12	H20.4.1入所 〇〇区〇〇福祉事務所	適・否				
2	□□ □□	令和1年9月30日	6	54	H28.10.1～R1.9.30	○	○	○	○	○	○							12	H25.4.1入所 □□区	適・否				
3	□□ □□	更新中	6	54								○	○	○	○	○	○	6	H25.4.1入所 □□区	適・否				
4	△△ △△	令和2年5月31日	6	50								○	○	○	○	○	○	6	R1.10.1入所 △△市	適・否				
5			6																	適・否				
6			6																	適・否				
7			6																	適・否				
8			6																	適・否				
9			6																	適・否				
10			6																	適・否				
月 別 対 象 者 数						2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	30						

前年度以前に最重度障害者加算の承認をされた者について、認定期間を記入してください。
(新規申請者等未承認の方は記入しないでください。)

①入所年月日
②援護の実施機関
等を記入してください。

資料15参照

添付資料 3 - 1

施設職員による「勘案事項聞取調査票」＜主たる施設利用者が身体障害者の場合＞

施設種別	障害者支援施設
施設番号	33-00△△
施設名	〇〇生活園

下表のアからヒまでの各項目について、(ア)～(ウ)列に示した選択肢

のうち、あてはまるものに1つだけ○印を付けてください。

氏名	〇〇 〇〇
----	-------

生活動作等支援	(ア) 列	(イ) 列	(ウ) 列
ア ベッドの上での起床及び就寝の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
イ 車椅子とベッド間の移乗の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ウ 洗面、歯磨き等の整容に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
エ 衣服の着脱の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
オ 屋内での移動に関する介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
カ 屋外での移動に関する介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
キ 体位変換の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ク 食事の準備及び後片付けに関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ケ 摂食行為に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
コ 排泄行為に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
サ 入浴の準備及び後片付けに関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
シ 入浴の介助又は入浴中の見守り	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ス 医療処置、受診等に関する援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
セ 医師等の診断結果及び説明の理解に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ソ 健康管理に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
タ 清潔保持に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い

生活動作等支援	(ア) 列	(イ) 列	(ウ) 列
チ 金銭管理に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ツ 衣類、身の回りの品の管理に関する支援	全面的な支援が必要	全面的な支援が必要	支援の必要性が低い
該当数	16×2=32	2	小計34

社会参加等支援	(ア) 列	(イ) 列	(ウ) 列
テ 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ト 集団生活等における不適応行動に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ナ 日常生活における不安、悩み等に関する相談援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ニ 外出、買い物、地域の活動への参加等に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ヌ 在宅生活に必要な生活関連行為を習得するための支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ネ 車いすの操作、歩行、日常生活動作等に関する訓練	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ノ 各々の障害に応じたコミュニケーション手段による支援及びコミュニケーション訓練	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ハ 代筆、電話の仲立ちに等に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ヒ 在宅生活に向けた住宅確保及び生活支援の体制作りに関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
該当数	6×2=12	1	小計13

(注) 太枠内のチェック項目(ウ、キ、チ及びツ)は通所事業所等には記入しないこと	添付資料3の評価点と統一させてください。	合計	障害程度区分
(注2) (ア)列に○印がついた場合は各項目2点、(イ)列の場合は各項目1点として該当数欄に合計を記入すること。		47点	6

* 聞き取り調査の結果が43点以上となる場合は、別紙添付資料3に必要事項を記入しこの調査票とともに提出すること。

最重度障害者加算

(知的)

資料16参照

添付資料 3

最重度障害者加算対象者名簿

主たる利用者が < 身体 ・ 知的 >

施設種別	障害者支援施設
施設番号	4 1 - 0 0 0 0
施設名	

番号	氏名	介護給付費等 支給終了 年 月 日	区分	年齢	更新中	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	適・否
1	A	令和2年3月31日	6	20															
2	B	平成31年3月31日	6	20	平成29年3月31日 ~ 平成31年3月31日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12	承認申請中
3	C	令和1年6月30日	6	20	平成29年6月30日 ~ 令和1年6月30日	○	○	○										3	平成〇〇年〇月〇日付〇〇福保障居第0000号承認
4	同上		6	20	~				○	○								9	今回申請分
5	D	令和1年10月30日	6	20	平成29年10月30日 ~ 令和1年10月30日	○	○	○	○									4	平成〇〇年〇月〇日付〇〇福保障居第0000号承認（7月10日退所・地域移行）
6	E	令和2年1月31日	6	20	平成30年7月1日 ~ 令和2年1月31日				○	○	○	○	○	○	○			7	今回申請分 7月入所
7																		0	
																		0	
																		0	
																		0	
月 別 対 象 者 数						4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	3	47	

更新中で未定の場合は未記入にすること(分かり次第東京都の最重度加算担当者に連絡)

当該年度の在籍状況(見込を含む)について記入する。

承認期間内であっても退所等があった場合は、退所の翌月からは○を記入しない。

承認申請の結果が未達の場合は、申請中である旨を記載し対象者に含める。

前回承認時の
文書番号

新規申請者の場合、当該年度の在籍月から加算対象者となる。

新規・継続申請の場合の記載

仮に承認されても、令和2年1月で承認の有効期限が切れるので、1月以降に継続申請が必要

- A ... 既承認者(今年度受給者証の更新なし)
- B ... 承認申請中で結果が届いていない者
- C ... 既承認者(6月末で受給者証の更新あり)
- D ... 既承認者(7月末で退所)
- E ... 今回申請での新規申請者(7月入所)

資料17参照

添付資料 3 - 2

最重度障害者加算調査票（主たる利用者が知的障害者）

(例)

施設種別	障害者支援施設
施設番号	41-00△△
施設名称	〇〇生活園

東京都記入欄 (施設では記入しないこと)	東京都心身障害者福祉センター評価	適	不適	評価点	点		
	最重度障害者加算承認の適否	承認	不承認	承認年月日	年	月	日
				承認期間	年	月	日まで

○ 障害程度区分の判定が6である者

施設名	氏名	年齢	担当の福祉事務所	入所年月日	現在の契約書による施設利用開始日
〇〇生活園	△△ □□	50	〇〇区福祉事務所	平成25年4月1日	

※「年齢」欄は当該年度の4月1日現在で記入してください。

○ 判定内容

作成日を記入してください。

施設職員 記入者氏名	〇〇 □□
作成日	2019年8月30日

1 日常生活調査

※ 各項目（5項目）について、それぞれ該当するところに○印をつけてください。

1 日常生活調査	項目	a	b	c	d	e
	食事	○ 全介助	手づかみにな しが多い			a～d以外
	排泄	○ おむつ使用 時間排泄	予告はするが、誘導介助 を要する	一部介助 後始末が不十分	時に声かけが必要 時に下着を汚す	a～d以外
	入浴	○ 全介助	タオルを渡せば部分的に 洗う程度	大体洗えるが洗髪等 が不十分	声かけが必要	a～d以外
	洗面整容	○ 全介助	洗面不十分 歯磨き困難	歯磨き不十分 爪切り困難	身だしなみについて 声かけが必要	a～d以外
	着脱衣	○ 全介助	簡単なものは着脱する が、介助が必要 ボタ ン・ファスナーは困難	1人で着脱するが前 後等の区別が不十分 で間違える時がある	着脱衣は間違えずに 行うが、寒暖調節等 選択不十分	a～d以外

障害程度状況票とそれぞれの項目で評価に不
整合がないようにしてください。

医療的ケア充実加算

加算内容

(医療的ケア充実加算)

- 区分6の者を一定数以上受け入れている場合に、医療的ケア体制を整えるための経費として加算。
- 次のような職員配置体制を確保することを要件とする。

小規模特例	医師:週2回、看護師:常勤1名
10～20名	医師:週3回、看護師:常勤1名
21～40名	医師:週5回、看護師:常勤2名
41～60名	医師:週7回、看護師:常勤3名
61～80名	医師:週10回、看護師:常勤4名

【医療的ケア充実加算の単価等】

区分 6 の利用者の人数	単価（年額）	
		（看護師配置のみ）
小規模特例（※）	5,971,000 円	2,846,000 円
10～20名	11,171,000 円	6,485,000 円
21～40名	17,141,000 円	9,331,000 円
41～60名	26,750,000 円	15,816,000 円
61～80名	37,921,000 円	22,300,000 円

※ 小規模特例は、定員40名以下の場合は区分6の者が8名、定員20名以下の場合は区分6のものが4名を算定条件とする。

施設種別	障害者支援施設
施設番号	3 3 - 0 0 △ △
施設名称	〇〇療護園

1. 施設利用者の障害支援区分内訳と選定区分

障害支援区分	利用者数
6	20人
5	
4	
3	
2	
1	
計	20人

区分	医師	看護師	申請区分
小規模特例	週2回	常勤1人	適・否
10～20人	週3回	常勤1人	適・否
21～40人	週5回	常勤2人	適・否
41～60人	週7回	常勤3人	適・否
61～80人	週10回	常勤4人	適・否

※ 看護師は、常勤の「人数」を記載します。この場合は4人以上受け入れ可能。

2. 看護師の配置数（常勤）

看護師	看護師	1人
		人
		人
		人
	計	1人

※ 当該年度4月1日時点の配置数（常勤）を記入してください。
※ 施設の障害支援区分6の利用者の状態に応じて、看護師のほか、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理技術員を含めることができる。

3. 医師の配置数（週の回数）

医師	〇〇科医	2回
		1回
		1回
		回
	計	4回

※ 当該年度4月1日時点の配置数（週の回数）を記入してください。
※ 施設の障害支援区分6の利用者の状態に応じて、医師のほか、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理技術員を含めることができる。

同一人物での算定はできません。

医師は、1週間あたりの勤務「回数」を記載します。

4. 医療的ケアが必要な利用者に対する処遇方針

5. 加算の種別

どちらか一つに■

- ☐ (単価Ⅰ) 医師及び看護師を配置している。
- ☐ (単価Ⅱ) 看護師のみを配置している。

特定疾患等対応加算

加算内容

(特定疾患等対応加算)

- 医療的ケア充実加算の適用を前提に、特定疾患、特定疾病等の利用者に対して、施設の体制を整えるために要する経費を加算。
- 次のような職員配置体制を確保することを要件とする。

小規模特例	医師:週5回、看護師:常勤換算3.3名
10～20名	医師:週4回、看護師:常勤換算3.3名
21～40名	医師:週2回、看護師:常勤換算2.3名
41～60名	看護師:常勤換算1.3名
61～80名	看護師:常勤換算0.3名

【特定疾患等対応加算の単価等】

（「医療的ケア充実加算」と同じ区分）	単価（年額）	（看護師配置のみ）
小規模特例（※1）	24,844,000 円	17,033,000 円
10～20名	21,099,000 円	14,851,000 円
21～40名	15,856,000 円	12,732,000 円
41～60名	6,975,000 円	6,975,000 円
61～80名	1,218,000 円	1,218,000 円

- 特定疾患等の者を8名以上受け入れている場合に、医療的ケア充実加算と同じ区分の単価により算定する。
- ※ 小規模特例は、定員40名以下の場合は特定疾患等の者が8名、定員20名以下の場合は特定疾患等の者が4名を算定条件とする。

施設種別	
施設番号	

1. 医療的ケア充実加算の選定区分及び単価

選定区分	単価
1 0～20名	I 型

「医療的ケア充実加算」と
同じ区分になることにご注意ください。

※ 医療的ケア充実加算と同じ区分を選定してください。

2. 施設利用者の特定疾患等内訳と選定区分

特定疾患等	利用者数
特定疾患	
特定疾病	
4 1 疾患	
計	
施設定員	

☆

区分	医師	看護師等	申請区分
小規模特例	週5回	3.3人	適・否
10～20人	週4回	3.3人	適・否
21～40人	週2回	2.3人	適・否
41～60人	－	1.3人	適・否
61～80人	－	0.3人	適・否

※ 小規模特例として、利用定員が20人未満の場合は8人以上受け入れている場合

看護師は、「看護師のみ」で常勤換算の「人数」を記載します。

3. 看護師の配置数（常勤換算）

看護師	4.3 人
-----	-------

同一人物での算
定はできません。

※ 当該年度4月1日時点の配置数（常勤換算）を記入してください。

※ 医療的ケア充実加算と特定疾患等対応加算を合算した配置数を記入してください。

※ 特定疾患等対応加算の看護師については看護師のみであり、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理技術員は対象になりません。

4. 医師の配置数（週の回数）

医師	〇〇科医	2.5 回
	〇〇科医	2.0 回
	作業療法士	2.0 回
	心理技術員	0.5 回
		回
	計	回

※ 当該年度4月1日時点の配置数（週の回数）を記入してください。

※ 医療的ケア充実加算と特定疾患等対応加算を合算した配置数を記入してください。

※ 施設の障害支援区分6の利用者の状態に応じて、医師のほか、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理技術員を含めることができる。

5. 近隣医療機関との連携状況

協力医療機関名	連携内容

どちらか一つに■

6. 加算の種別

- ☐ (単価 I) 医師及び看護師を配置している。
☐ (単価 II) 看護師のみを配置している。

資料20参照

施設種別	障害者支援施設
施設番号	33-00△△
施設名称	〇〇療護園

No.	氏名	程度 区分	特定疾患等区分	具体的な病名等	備考
1			特定疾病		
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

※医師の診断書を事業所に備え付けておくこと

特定支援充実加算

加算内容

(特定支援充実加算)

《対象者》

障害支援区分に関わらず、触法行為または処分等（懲役、執行猶予など）の後、原則として2年以内に入所に向けた調整・相談等を開始し、その後、施設に入所した者

《対象期間》

実施機関である区市町村から意見書があった者を、入所から3年以内に限り対象とする

※ ただし、国の地域生活移行個別支援特別加算の対象者を除く。

【特定支援充実加算の単価等】

- 補助単価 116,000円／月・人
（加算対象者についてのみ算定）
- 「触法行為」とは、逮捕・起訴に至ったものに限らず、不起訴処分や警察官による説諭、あるいは警察の介入以前の段階で処理が完結したものを含め、関係者からの申立てを通じるなどして実施機関が支給決定に先立ち把握していたことが記録上明らかなものを指す。
- 施設入所支援の支給決定が触法行為に起因すること及びその事情を踏まえ個別支援の充実を図ることについて、実施機関及び事業者が予め了解している旨が、記録上明らかであること。

資料21参照

添付資料 6
 特定支援充実加算 対象者名簿

施設種別	
施設番号	
施設名	

番号	氏名	障害 支援 区分	入所日	在籍の状況 (該当月に○をすること)													都による 記入欄	備考
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計		
1																	適 ・ 否	
2																	適 ・ 否	
3																		
4																		
5																		
6																		
7																	適 ・ 否	
8																	適 ・ 否	
9																	適 ・ 否	
10																	適 ・ 否	
11																	適 ・ 否	
12																	適 ・ 否	
13																	適 ・ 否	
14																	適 ・ 否	
15																	適 ・ 否	
16																	適 ・ 否	
17																	適 ・ 否	
18																	適 ・ 否	
19																	適 ・ 否	
20																	適 ・ 否	
合計																		

すでに他の施設で当加算の対象期間がある場合
 その期間を記入してください。

番
年 月

号②
日

指定障害者支援施設

〇〇園

〇〇区（市町村） 〇〇部 〇〇課長

記入例を参考に、具体的に記入し
てもらうようにしてください。

令和 年度東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助（障害者支援施設）
における特定支援充実加算に係る意見書について

依頼のありました特定支援充実加算に係る意見について、下記のとおり回答します。

記

1. 対象者

氏 名	東 京 太 郎	障害支援区分	4
受給者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	入 所 日	平成30年 4月 1日

2. 上記1の利用者について、施設入所支援の支給決定に至った事情

① 主な触法行為の状況について

（触法行為の時期、場所、内容及び事後の刑事処分等の状況）

【記入例】

平成●●年●月頃、●●市●●駅前のスーパーにおいて衣料品●点（計●●●円相当）を万引き、当該店舗の保安員が発見。以前にも同様の行為があり、その際は店長が説諭し親族に引き渡した。今回は保安員の追跡を振り切り、来店客を突き飛ばし、店舗備品の損壊を伴いつつ逃走、近くの放置自転車を乗り逃げしたため、警察に通報。翌日に発見され、激しく抵抗したが逮捕され●●警察署に連行、●日間の身柄拘束の後、翌月初め頃、不起訴処分。

器物損壊	占有離脱物横領	窃盗	暴行	傷害	わいせつ
〇	〇	〇		〇	
住居侵入	偽造	恐喝	公務執行妨害	強盗	脅迫
			〇		
横領	強姦	盗品	殺人	その他	
				(家庭内暴力)	

上記のうち、該当する行為の欄に「〇」印を記入してください。「その他」欄には、具体的な行為の内容を記入してください。

なお、「触法行為」とは、逮捕・起訴に至ったものに限らず、不起訴処分や警察官による説諭、あるいは警察の介入以前の段階で処理が完結したものを含め、関係者からの申立てを通じるなどして実施機関が支給決定に先立ち把握していたことが記録上明らかなものを指します。

施設入所支援の支給決定の必要性について

（施設入所支援の支給決定に至った具体的な事情及び経緯）

【記入例】

自宅にて両親と同居、特別支援学校高等部卒業後は●●作業所に通所したが、近年は、朝に自宅を出ても作業所に行かず、繁華街で触法行為に及ぶことが複頻繁で、平成●●年●月には、上記①記載の状況に至る。

並行して、家庭内で粗暴行為が見られるようになるが、両親は高齢で、対応は年々困難化。

そのため、不起訴処分に先立ち、両親から実施機関に対し、今回の事件を機に、当面、対象者を施設に入所させて生活を分離し、併せて反省を促したい旨の相談があった。

実施機関としては、・・・・・・

2. 施設における支援に対して期待する内容

（対象者への支援に当たり、施設に求めたい内容を記載してください。）

【記載例】

対象者は、常時の身辺介助を伴わずに日常生活が可能であり、また、言語を通じた意思疎通ができ、平易な事柄については小学生相当の理解力を有している。

しかし、社会的な規律を遵守することへの意識が低いことにより、社会生活を送る上で支障を生じていることが、今回、上記①に記載の状況から明らかとなった。

そのため、対象者の障害特性に応じた適切な支援を行う中で、この点についての意識付けを図りながら、今後、再び触法行為に及ぶことの・・・・・・

3. 将来において見込まれる対象者の生活状況

（対象者の将来的な生活状況として想定する状況を記載してください。）

【記載例】

施設における集中的な支援を通じて、社会的な規律を遵守することについて適切な認識を持つに至った際には、対象者の日常生活動作や意思疎通に係る能力の状況に照らして、将来的に地域社会での生活が可能と考えられる。

なお、その場合、両親及び兄弟姉妹による日常的な支援を期待できる可能性は高くないことから、グループホームの利用が必要と見込まれるとともに、一般就労することが困難であれば日中活動系サービスを利用することになると見込まれる。

資料22参照

4. 強度行動障害に関する状況（参考資料）

行動関連項目	0 点	1 点	2 点
本人独自の表現方法を用いた意思表示	1. 独自の方法によらずに意思表示ができる。	2. 時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある	3. 常に独自の方法でないと意思表示できない。 4. 意思表示できない。
言葉以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解	1. 日常生活においては、言葉以外の方法（※）を用いなくても説明を理解できる。 ※ジェスチャー、絵カード等	2. 時々、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できないことがある。	3. 常に、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できない。 4. 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない。
食べられないものを口に入れることが	1. ない 2. ときどき	参考資料になりますので加算の可否には関係ありません。	
多動または行動の停止が	1. ない 2. 希にある 3. 月に 1 回以上		
パニックや不安定な行動が	1. ない 2. 希にある 3. 月に 1 回以上	4. 週に 1 回以上	5. ほぼ毎日
自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が	1. ない 2. 希にある 3. 月に 1 回以上	4. 週に 1 回以上	5. ほぼ毎日
叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	1. ない 2. 希にある 3. 月に 1 回以上	4. 週に 1 回以上	5. ほぼ毎日
他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1. ない 2. 希にある 3. 月に 1 回以上	4. 週に 1 回以上	5. ほぼ毎日（ほぼ外出のたび）
環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	1. ない 2. 希にある 3. 週に 1 回以上	4. 日に 1 回以上	5. 日に頻回
突然走っていなくなるような突発的行動が	1. ない 2. 希にある 3. 週に 1 回以上	4. 日に 1 回以上	5. 日に頻回
過食、反すう等の食事に関する行動が	1. ない 2. 希にある 3. 月に 1 回以上	4. 週に 1 回以上	5. ほぼ毎日
てんかん発作の頻度（医師の意見書による。）	1. 年に 1 回以上	2. 月に 1 回以上	3. 週に 1 回以上

合計点数： 点

サービス評価
改善計画加算

【サービス評価・改善計画加算】

＜福祉サービス第三者評価の目的・必要性＞

「サービスの質の向上に向けた事業者の取組を促進していくこと」及び「利用者のサービス選択やサービス内容の透明性確保のための情報提供を図ること」

⇒各事業所における「利用者本位の福祉サービス」の実現に向けては、第三者評価の受審が不可欠

【サービス推進費交付施設での取組み】

- ・少なくとも3年に1回以上は「第三者評価」を受審し、
受審しない年度には、「利用者に対する調査」を実施
 - ・第三者評価又は利用者に対する調査に基づく
「サービス改善計画・実施状況」を作成し、利用者等に
公表するとともに、その計画に基づいた取組を実施
- ⇒・サービス評価・改善計画加算としての補助
(第三者評価受審70万円、
利用者に対する調査実施30万円)
- ・取組を行わない施設に対する補助金の減額

第三者評価受審を基本にした利用者サービスの向上
(第三者評価の受審等とサービス推進費(基本分)の取扱いの関係)

第三者評価の受審・公表等	サービス推進費(基本分)の取扱い
当年度	2年後
(◎) 第三者評価を受審・公表し、「サービス改善計画・実施状況」を作成・公表	全額補助
(○) 利用者に対する調査を実施・公表し、「サービス改善計画・実施状況」を作成・公表	前年度又は前々年度に◎があれば全額補助 【前年度、前々年度とも◎がなければ基本分の50%減額】(1年間)
(×) 第三者評価の受審・公表、利用者に対する調査の実施・公表、いずれも行わない	基本分の50%減額(1年間) 令和元年度が×の場合⇒令和3年度の1年間、サービス推進費(基本分)の50%減額

「福祉サービス第三者評価」等を踏まえたサービス改善計画・実施状況

施設名	〇〇〇	受審(実施)年度(※)	平成29年度	施設番号	〇〇ー〇〇〇〇
項目	評価結果に基づく現状分析 (平成29年度)	改善計画 (平成29年度末時点)	実施状況(予定を含む) (平成30年4月30日時点)	左記実施状況であった場合の (平成31年4月30日時点)	実施予定が あった場合の 状況 (平成31年度末時点)
	利用者への「職員の対応は丁寧か」との質問に対し、「いいえ」の回答が約2割あった。また、自由意見の中には、「職員によって対応にムラがある」との声があった。 平成29年度は新人職員を多く採用しており、職員の対応にばらつきが出たことが原因と思われる。	(1) 毎年秋に実施していた接遇の研修を春にも実施する。 (2) 職員の自己評価制度を導入する。職員一人一人が、自らの業務を振り返り、施設長と十分な面談を行ったうえで、改善に取り組んでいく。	1 実施済み 2 実施予定 (平成31年3月ごろ) 具体的には以下のとおりです。 (1)は、平成30年5月と10月に実施する予定。 (2)は、平成30年12月までに制度を設計し、今年度末から実施する、	1 実施済み (平成31年3月) 具体的には以下のとおりです。 (1)は、平成30年5月と10月に実施した。 (2)は、平成31年2月から職員一人一人と施設長が面談を行い、業務の改善に反映させた。	
	(イ)選定した項目について現状と課題を記載	(ウ)今後の取組内容を具体的に記載 (時点に注意)	(カ)取組を行った時期又は実施予定時期を内容別に記載(時点に注意)	(ク)取組を行った時期を内容別に記載(時点に注意)	
	について		1 実施済み 3 実施予定 (平成 年 月ごろ) 具体的には以下のとおりです。	2 実施済み (平成 年 月) 具体的には以下のとおりです。	

※この様式は、「東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金交付要綱」等の規定に基づき、利用者の皆様にお知らせするためのものです。

※「項目」は、第三者評価における「さらなる改善が望まれる点」などを参照に、施設が独自に決めています。

※第三者評価(又は利用者に対する調査)の結果は、施設において公表しているほか、「とうきょう福祉ナビゲーション」によりインターネットでも閲覧できます。

【様式3に関する注意点】

・29年度受審分より、一番右の「左記実施状況に実施予定がある場合の実施状況」欄が追加された

⇒今後は、当該年度の実績報告時に、改善が必要な項目について、右から二番目の「実施状況（実施予定を含む）」欄を「実施予定」として、様式3を提出した場合、翌年度実績報告時に再度、一番右の実施状況欄を埋めて提出する必要がある

例：29年度受審分の様式3で、右から二番目の「実施状況」欄を「実施予定」として29年度実績報告時に出した場合、30年度実績報告時に、昨年出した様式3の一番右の「実施状況」を追記した上で再度提出する。（30年度実績報告時に、29・30年度の様式3を提出する。）

私たちの施設は、給付費や都からの補助、利用者からの利用料等によって運営されています。
(記入例)

資料25参照

< 障害者支援施設 >

施設名		施設番号	—
-----	--	------	---

令和 年度における施設データ

総事業費(事業活動支出)	円
うち人件費	円
定員	人
利用者数(令和 年4月1日時点)	人
常勤職員数(令和 年4月1日時点)	人
非常勤職員数(令和 年4月1日時点)	人

施設の収入（サービス推進費などの状況）【令和 年度実績】

給付費【負担率 国1/2、都道府県1/4、区市町村1/4】	円
利用料【法定負担及び食費等実費負担分】	円
他の自治体等からの補助	円
都からの補助金(サービス推進費以外)	円

サービス推進費交付額(都独自の運営費補助) ※注1		円
	①社会福祉法人の施設経営にかかる基本部分の経費(基本補助)	計 円
	②施設の努力に対する加算	計 第三者評価～その他の支援の合計額 円
	第三者評価の受審・サービス向上に向けた計画策定	第三者評価又は利用者に対する調査 円
	地域で生活する障害者への支援【メニュー選択式加算】	人 円
	障害者等を職員として雇用し、障害者雇用を促進【障害者等雇用加算】	人 円
	障害程度の特に重い施設入所者等への支援【最重度障害者加算】	延べ人数 人 円
	障害程度の特に重い施設入所者に対する医療的ケアや日中活動の支援【医ケア＋特定疾患】	円
	その他の支援【特定支援充実加算】	円

※この様式は、「東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金交付要綱」の規定に基づき、利用者の皆様にお知らせするためのものです。

※事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支計算書は、閲覧を希望する方に公開しています。

注1)「サービス推進費交付額」の金額と①～②の合計額は一致しないことがあります。

(参考)

注)人件費＝人件費支出＋福利厚生費＋退職給与引当金繰入－退職給与引当金戻入