

令和元年度 東京都民間社会福祉施設
サービス推進費補助金（都内）
申請等事務説明会

資料及びQ&A

令和元年7月23日 10:00開始

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

民間社会福祉施設サービス推進費補助 大まかな流れ

年度	月	スケジュール（補助金全体）		スケジュール（加算申請）	
		東京都（事務処理センター）	各施設等	東京都	各施設等
30	3月上旬	当初交付申請	← 当初交付申請の提出		加算の申請 (随時の申請が認められているものは随時)
	4月下旬	当初交付申請（通知発送） → 当初交付決定通知		加算の審査・承認 ※審査・承認の時期は加算の種類により異なります	
31 ・ 1	10月上旬	第1回変更交付申請	← 第1回変更交付申請の提出	第1回変更交付決定までに承認された加算を反映。	承認内容の確認
	12月下旬	第1回変更交付決定（通知発送） → 変更交付決定通知		加算の審査・承認 ※審査・承認の時期は加算の種類により異なります。	加算の申請 (随時の申請含む)
	3月上旬	第2回変更交付申請	← 第2回変更交付申請の提出	第2回変更交付申請までに承認された加算の内容を反映。	承認内容の確認
	3月下旬	第2回変更交付決定（通知発送） → 変更交付決定通知			
	4月上旬	精算書提出	← 精算書の提出		← 加算実績報告の提出
2	6月上旬	実績報告提出	← 実績報告の提出	承認後に状況の変化（年度途中で加算対象者が退所した等）があった場合は、忘れずに反映させる。	
	1月下旬	交付額確定（通知発送） → 交付額確定通知			

別紙1の付表1（新体系施設・本則共通）

施設番号		様式コード	
施設名	〇〇〇福祉園		

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。

当該定員の適用開始月を入力

算 定 内 訳

1. 基本補助の算定

項目 No.	名称	単価 (A)	適用期間												延べ人員 (B)	金額 (C=A×B)			
			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	230000円	48人	48人	48人	48人											192人	44160000円	
2	生介・人配Ⅱ																		
3	生介・人配Ⅲ																		
4	生介・人配無																		
5	自立訓練	98000円	8人	8人	8人	8人											32人	3136000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	47296000円	
8	施設入所支援	522000円	40人	40人	40人	40人											160人	83520000円	
1から8の合計																			130816000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. 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 No.	名称	単価 (A)	適用期間												延べ人員 (B)	金額 (C=A×B)			
			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	200000円						55人	55人	55人	440人	88000000円							
3	生介・人配Ⅲ																		
4	生介・人配無																		
5	自立訓練	96000円						8人	8人	8人	64人	6144000円							
6	就労移行支援																		
7	就労継続支援																		
日中合計								63人	63人	504人	94118400円								
8	施設入所支援	522000円						40人	40人	320人	167040000円								
1から8の合計																			261184000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

392000000円

別記第1号様式



令和 年 月 日

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

- 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
- 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		
	FAX		
	e-mail		

【資料4】

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。
ん。

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

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

- (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〕

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

(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

添付資料 1 - 1

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								

入所日を記入

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。

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

(該当者早見表)

障害支援区分	49歳まで	50歳以上
6～5	全て該当	全て該当
4	行動関連項目10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10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。

添付資料 1 - 2

地域移行者実績名簿（メニュー選択式加算用）

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

(参考様式)

支援計画書

施設名称	
対象者	

1. 支援方針等

地域移行見込みの
該当者分すべて作成

2. 生活支援員等チームの編成及び勤務形態

3. 一日のスケジュール（平日及び土日祝祭日）

4. 年間スケジュール

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。

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及び保護者からの見解

短期入所の実施状況（メニュー選択式加算用）

事業所名

短期入所事業所名		0000											
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		00区00町0-0-0											
(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	10月	11月	12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）													
<p>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</p> <p>※必ず記載してください！</p>													

単独型短期入所は対象ではありません。

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！

(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

添付資料 1 - 4

自立訓練の実施状況（メニュー選択式加算用）

事業所名 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						

(参考様式)

自立訓練計画書

施設名称	
対象者	

該当者分すべて作成

1. 訓練方針等

2. 生活支援員等チームの編成及び勤務形態

3. 一日のスケジュール（平日及び土日祝祭日）

4. 年間スケジュール

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。

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. 自立訓練に対する福祉事務所及び保護者からの見解

添付資料1-5

グループホームに対するバックアップの実施状況（メニュー選択式加算用）

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

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

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	31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	31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	31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

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）

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

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
10月	105	154	63				322	済
11月	84	133	49				266	済
12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。

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。

※ 退所等があった場合については、備考に退所等年月日と退所等理由を記入すること。

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＞

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

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

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)は通所事業の利用者の場合には記入しないこと

(注2) (ア)列に○印がついた場合は各項目2点、(イ)列に○がついた場合は各項目1点として該当数欄に合計を記入すること。

**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。

合計	47点	障害程度区分	6
----	-----	--------	---

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	41-0000
施設名	

番号	氏名	介護給付費等支給終了年月日	区分	人数	承認期間	月別												計	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			
1	A	令和2年3月31日	6	20														12	平成〇〇年〇月〇日付〇〇福保障居第0000号承認	適・否
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	前回承認時の文書番号	
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	適・否	
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)	適・否	
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	適・否	
7																	0		適・否	
																	0		適・否	
																	0		適・否	
月別対象者数						4	4	4	5	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。

- 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)

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

※ 退所等があった場合については、備考に退所等年月日と退所等理由を記入すること。

(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。

1 日常生活調査

施設職員 記入者氏名	〇〇 □□
作成日	2019年8月30日

※ 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。

	項目	a	b	c	d	e
1 日常生活調査	食事	<input checked="" type="radio"/> 全介助	手づかみには ぼしが多い			a～d以外
	排泄	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。

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

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人以上受け入れられる。）

2. 看護師の配置数（常勤）

看護師	人数
	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）

〇〇科医	回数
	2回
	1回
	1回
	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。

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
10～20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	
41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、10～20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

6. 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。

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

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	

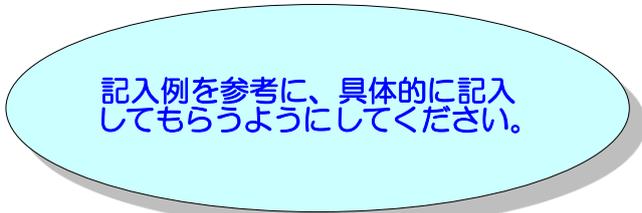
番号	氏名	障害 支援 区分	入所日	在籍の状況 (該当月に○をすること)													都による 記入 欄	備考			
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計					
1																		適・否			
2																			適・否		
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																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

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



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
○	○	○		○	
住居侵入	偽造	恐喝	公務執行妨害	強盗	脅迫
			○		
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「○」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了したものを含
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。

② 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】

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	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
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

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

様式3

(記入例案)

「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 — 〇〇〇〇
<p>(ア)第三者評価又は利用者に対する調査の結果を参照※し、改善が必要な項目を選定 ※第三者評価における「さらなる改善が望まれる点」、利用者に対する調査における「全体のコメント」、「はい」の回答率が低かった項目などを参照</p>		<p>(イ)1・2のいずれか又は両方を、丸囲み数字にする。</p>		<p>(オ)(工)で②を選択した場合、おおよそその実施予定時期を記入(取組が複数ある場合は、最後に実施する予定の年月を記入)</p>	
<p>(キ)(オ)で②を選択した場合、受審(実施)年度の翌々年度4月30日時点の自紙状況を記入(取組みが複数ある場合は、最後に実施した年月を記入)</p>					
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 (平成30年4月30日時点)	左記実施状況 あった場合 (平成31年4月30日時点)	実施予定が 実施状況 (平成30年4月30日時点)
職員の対応について	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。	
について	(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。

**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)**

<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																		
<table border="1"> <tr> <td>第三者評価の受審・サービス向上に向けた計画策定</td> <td>第三者評価又は利用者に対する調査</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>地域で生活する障害者への支援【メニュー選択式加算】</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>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】</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>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】</td> <td>延べ人数人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>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】</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>その他の支援【特定支援充実加算】</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>	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		
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。