

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《都外》)  
申請等事務説明会

令和元年7月23日 13時30分～

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
最重度障害者加算(共通)について	10
最重度障害者加算(身体)について	13
最重度障害者加算(知的)について	15
特定支援充実加算について	16
サービス評価・改善計画加算について	19

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、円滑に補助を受けられ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。

<b>努力・実績加算</b>	<b>サービス評価 改善計画加算</b>
<b>基本補助</b>	

# 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である利用者的人数により、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 48人(定員の範囲内の在籍者数)

自立訓練 8人(定員を上限)

(日中系合計) 56人(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）

施設番号		様式コード	
施設名	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すること。

## 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			7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 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			3月		
1	生介・人配Ⅰ																		
2	生介・人配Ⅱ	2,000.00円						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	64人	614,400.00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	504人	941,160.00円							
8	施設入所支援	5,220.00円						40人	40人	40人	320人	1,670,400.00円							
1から8の合計																			2,611,560.00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

- 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		
	F A X		
	e-mail		

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 1	添付 資料 1-1 (身体) 又は 1-2 (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)



# 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4参照

## 添付資料1

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5参照

添付資料 1 - 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)は通所事業所等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。

\* \*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。

添付資料3の評価点と統一させていただきます。	合計	障害程度区分
	47点	6

最重度障害者加算

(知的)

# 資料6参照

施設種別	障害者支援施設
施設番号	41-0000
施設名	

## 添付資料1

最重度障害者加算対象者名簿

主たる利用者が < 身体 ・ 知的 >

番号	氏名	介護給付費等支給終了年月日	区分	年齢	更新期間	月別												計	備考	適・否
						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														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	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。

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7参照

添付資料 1 - 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

1 日常生活調査

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

※ 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。

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。

	項目	a	b	c	d	e
1 日常生活調査	食事	○ 全介助	手づかみになりが多い			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

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8参照

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																					
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。

番  
年 月

号  
日

指定障害者支援施設

園

区（市町村）   部   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、衆店客を突き飛ばし、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
<input type="radio"/>					
住居侵入	偽造	恐喝	公務執行妨害	強盗	脅迫
<input type="radio"/>					
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数回あり、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9参照

## 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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>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。</p> </div>	
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

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120万円、  
利用者に対する調査実施40万円)**
- ・取組み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 - 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 (日時点)
	職員への「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 ( <u>時点に注意</u> )	(カ) 取組を行った時期又は実施予定時期を内容別に記載 ( <u>時点に注意</u> )	(ク) 取組を行った時期を内容別に記載 ( <u>時点に注意</u> )	
			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。	

(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

(エ) 1・2のいずれか又は両方を、丸囲み数字にする。

(オ) (エ)で②を選択した場合、おおよ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)

(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)

※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。)

# 資料12参照

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。