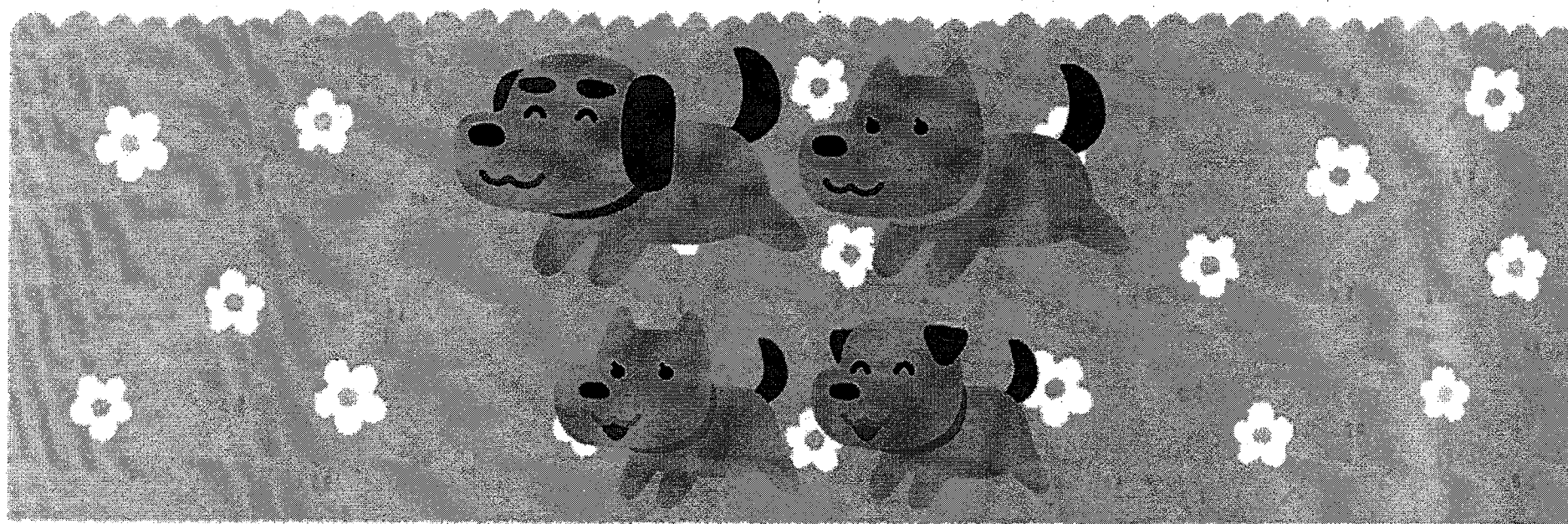


平成30年度 障害者グループホーム・短期入所
都加算制度の変更に係る説明会

障害者グループホーム国費各種加算について



平成30年1月31日版

東京都福祉保健局

～ 目 次 ～

1	障害者グループホーム国費各種加算について……………	P	2
2	報酬告示・関係告示・留意事項通知・Q&Aについて……………	P	4
3	変更届の提出について……………	P	6
4	国保連請求後の事務の流れ……………	P	15

●お問合せ先●

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

TEL 03-5320-4151

FAX 03-5388-1408

●受付時間●

月曜から金曜（祝日を除く）

9:00～12:00 13:00～17:00

1 障害者グループホーム国費各種加算について

加算の種類	内容・条件（より詳細な条件についてはお問い合わせ下さい）	備 考	届出
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ) 常勤の世話人又は生活支援員のうち、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の資格保有者が35%以上雇用されている場合に算定	・当該事業所利用者全員に算定する ・(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)は併算定不可	必要
	(Ⅱ) 常勤の世話人又は生活支援員のうち、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の資格保有者が25%以上雇用されている場合に算定		必要
	(Ⅲ) 世話人又は生活支援員のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上である場合に算定		必要
夜間支援等体制加算	(Ⅰ) 夜間支援従事者を配置し、夜間の時間帯を通じて必要な介護等の支援を提供できる体制を確保している場合に算定	・詳細は「国夜間支援体制等加算について」参照 ・(Ⅲ)と、(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可	必要
	(Ⅱ) 夜間支援従事者を配置し、夜間の時間帯を通じて定時的な居室の巡回や緊急時の支援等を提供できる体制を確保している場合に算定		必要
	(Ⅲ) 夜間利用者の呼び出し等に対応できるよう、常時の連絡体制が確保されている場合、または、警備会社と委託契約を締結している場合に算定		必要
重度障害者支援加算	重度障害者（重度障害者等包括支援の対象となる者。受給者証で確認可）があり、サービス管理責任者又は生活支援員のうち1人以上が強度行動障害支援者養成研修等を修了している等の要件を満たしている場合に算定	・重度障害者についてのみ算定する	必要
日中支援加算	(Ⅰ) 高齢または重度の障害者（65歳以上または障害支援区分4以上）であって日中をGHの外で過ごすことが困難であると認められる利用者に対して、個別支援計画に基づいて日中に支援を行った場合に算定	・世話人又は生活支援員の加配が必要（人員基準を算定する際の勤務時間には含めない）	不要
	(Ⅱ) 日中活動サービスの支給決定を受けている利用者又は就労している利用者が、心身の状況等により当該サービス等を利用できない期間が月に3日以上ある場合であって、昼間に必要な支援を行ったとき（3日目から算定）。		不要
自立生活支援加算	退去する利用者に対し、退去後の居住の場の確保、在宅サービスの利用調整等を行った場合	・入居中及び退去後1回ずつ算定可	不要
入院時支援特別加算	事業所の従業員が病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院又は診療所との連絡調整を行った場合に加算	・月に1回を限度	不要
長期入院時支援特別加算	事業所の従業員が病院又は診療所を概ね週1回以上訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院又は診療所との連絡調整を行った場合に算定	・3ヶ月を限度として1日ごと	不要

加算の種類		内容・条件（より詳細な条件についてはお問い合わせ下さい）	備考	届出
帰宅時支援加算		事業所が利用者の帰宅に伴う家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合に算定	・月に1回算定を可能	不要
長期帰宅時支援加算		事業所が利用者の帰宅に伴う家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合に算定	・3ヶ月を限度として1日ごと	不要
地域生活移行個別支援特別加算		精神保健福祉士や社会福祉士を加配し、医療観察法に基づく通院による医療を受ける者、刑務所等からの出所に伴い関係機関からの受入依頼を受けた者であって出所から3年を経過していない者又はこれに準ずる者に対し、関係者による調整会議の開催や特別な個別支援計画の作成、アセスメント等の支援を行った場合に算定	・東京都への事前相談が必要 ・東京都への年に1度の報告が必要	必要
医療連携体制加算	(Ⅰ)	医療機関との連携により、訪問した看護職員が看護の提供等を行った場合に算定（対象者が1名の場合）	・(Ⅳ)と(Ⅰ)(Ⅱ)は併算定不可	不要
	(Ⅱ)	医療機関との連携により、訪問した看護職員が看護の提供等を行った場合に算定（対象者が2名～8名の場合）		不要
	(Ⅲ)	医療機関との連携により、訪問した看護職員が介護職員等にたんの吸引等に係る指導のみを行った場合に算定（看護職員1人1日当たり）		不要
	(Ⅳ)	介護職員等が看護職員の指導の下、たんの吸引等を実施した場合の支援体制を評価して算定（利用者1人1日当たり）		不要
	(Ⅴ)	日常的な健康管理、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合に算定	・当該事業所利用者全員に算定する ・届出の際は、看護師の資格証又は訪問看護ステーション等との契約書の写し及び「重度化した場合における対応に関する指針」等の添付書類が必要	必要
通勤者生活支援加算		一般就労（就労移行支援、就労継続支援は除く）する利用者が50%以上を占める事業所において、利用者の自活に向けた支援の質の向上を図るため、主に日中において、職場での対人関係の調整や相談・援助、金銭管理の指導等、日常生活上の支援を行っている場合に算定	・当該事業所利用者全員に算定する	必要
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算		視覚、聴覚、言語障害を持つ利用者が全利用者の一定数以上を占め、視覚障害者等との意思疎通に専門性を有する職員を加配している場合に算定	・当該事業所利用者全員に算定する	必要
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		厚生労働大臣が定める基準に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出た事業所が、利用者に対して、サービスを行った場合に算定	・当該事業所利用者全員に算定する ・処遇改善加算と処遇改善特別加算は併算定不可	必要

手続き等の窓口は処遇改善作業グループ(障害福祉)になります。
(居住支援担当への手続きだけでは算定できません)

2 報酬告示・関係告示・留意事項通知・Q&Aについて

※「報酬告示・関係告示・留意事項通知・Q&A」(Excelファイル)より一部抜粋

報酬告示	関係告示	留意事項通知	Q&A
1の6 重度障害者支援加算 360単位 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準*3に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定共同生活援助事業所において、第8の1〔重度障害者等包括支援サービス費〕の注1に規定する利用者の支援の度にある者(指定障害福祉サービス基準附則第18条の2第1項又は第2項の規定の適用を受ける利用者を除く。)に対して指定共同生活援助を行った場合に、1日につき所定単位数を加算する。	*3 厚生労働大臣が定める施設基準 (平18厚労告551・第7号・イ) 次の(1)から(3)までのいずれにも該当する指定共同生活援助事業所であること。 (1) 指定障害福祉サービス基準第208条の規定により指定共同生活援助事業所に置くべき生活支援員に加え、介護給付費等単位数表第15の1の6の注に規定する者に対する適切な支援を行うために必要な数の生活支援員が配置されていること。 (2) 指定共同生活援助事業所のサービス管理責任者又は生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は第2号研修(社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)附則第4条に規定する第2号研修をいう。)の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書(交付を受けた者を1人以上配置し、支援計画シートを作成すること。ただし、平成30年3月31日までの間は、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は第2号研修の受講を予定している者を配置している場合は、当該基準に適合するものとみなす。	●重度障害者支援加算の取扱い〔第二の3(6)の2〕 報酬告示第15の1の6の重度障害者支援加算については、次のアからウのいずれかの要件も満たす指定共同生活援助事業所において、指定重度障害者等包括支援の対象となる利用者に対し、指定共同生活援助を行った場合に算定する。 なお、指定障害福祉サービス基準附則第18条の2第1項又は第2項の適用を受ける利用者及び外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の利用者については、この加算を算定することができない。 ア 指定障害福祉サービス基準第208条に規定する生活支援員の員数に加えて、指定重度障害者等包括支援の対象となる利用者の支援のために必要と認められる数の生活支援員を加算していること。この場合、常勤換算方法で、指定障害福祉サービス基準を超える生活支援員が配置されていれば足りるものである。 例. 区分6の利用者が2人、区分5の利用者が4人入居する指定共同生活援助事業所 ・区分6: 2人 ÷ 2.5 = 0.8人 ・区分5: 2人 ÷ 4 = 0.5人 ・指定障害福祉サービス基準上の生活支援員の必要数(常勤換算) 0.8人 + 0.5人 = 1.3人 → 1.4人以上の生活支援員を配置した場合に、この加算の対象となる。	■問33 指定共同生活援助事業所における「重度障害者支援加算」については、重度障害者等包括支援の対象となる利用者についてのみ、加算が算定されるのか。(H27.3.31) ○答 お見込みのとおり。 (平成26年度障害福祉サービス等制度改正に関するQ&A (平26.4.9) 問44の一部改正)
	(3) 指定共同生活援助事業所の生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)又は第3号研修(社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第4条に規定する第3号研修をいう。)の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者(以下この(3)において「研修修了者」という。)の割合が100分の20以上であること。ただし、平成28年3月31日までの間は、生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)又は第3号研修の受講を予定している者(以下この(3)において「研修受講予定者」という。)の割合が100分の10以上である場合、同年4月1日から平成29年3月31日までの間は、生活支援員のうち研修修了者の割合が100分の10以上、かつ、研修受講予定者の割合が100分の20以上である場合、当該基準に適合するものとみなす。	イ 指定共同生活援助事業所に配置されているサービス管理責任者又は生活支援員のうち1人以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者、行動援護従事者養成研修修了者又は暗唸吸引等研修(第二号)修了者(以下この⑦において「実践研修修了者」という。)であること。その際、暗唸吸引等研修(第一号)修了者が配置されている場合は当該者を暗唸吸引等研修(第二号)修了者が配置されているものとみなす。また、当該事業所において強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者又は行動援護従事者養成研修修了者を配置し、かつ、利用者の中に行動障害を有するものがある場合は、当該利用者に係る支援計画シート等を作成すること。 ただし、平成27年4月1日から平成30年3月31日までの間においては、実践研修修了者が配置されていない場合であっても、サービス管理責任者又は生活支援員のうち1人以上に強度行動障害支援者養成研修(実践研修)、行動援護従事者養成研修、暗唸吸引等研修(第一号)又は暗唸吸引等研修(第二号)のいずれかを年度内に受講させる計画を作成し、都道府県知事に届け出ている場合は、当該届出を行った年度のうちに当該届出を行った月以降について、この要件を満たすものとする。 ウ 指定共同生活援助事業所に配置されている生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程修了者、行動援護従事者養成研修修了者又は暗唸吸引等研修(第三号)修了者(以下この⑦において「基礎研修修了者」という。)であること。その際、暗唸吸引等研修(第一号)修了者又は暗唸吸引等研修(第二号)修了者が配置されている場合は当該者を暗唸吸引等研修(第三号)修了者が配置されているものとみなす。 ただし、次に該当する場合については、基礎研修修了者が20%以上配置されていない場合でも、この要件を満たすものとする。 (ア) 平成27年4月1日から平成28年3月31日までの間においては、生活支援員のうち10%以上に強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程、行動援護従事者養成研修、暗唸吸引等研修(第一号)、暗唸吸引等研修(第二号)又は暗唸吸引等研修(第三号)(以下この⑦において「基礎研修等」という。)のいずれかを年度内に受講させる計画を作成し、都道府県知事に届け出ていること。 (イ) 平成28年4月1日から平成29年3月31日までの間においては、生活支援員のうち20%以上に基礎研修修了者であって、かつ、生活支援員のうち他の10%以上に基礎研修等のいずれかを年度内に受講させる計画を作成し、都道府県知事に届け出ていること。 (ウ) 平成29年4月1日から平成30年3月31日までの間においては、生活支援員のうち10%以上が基礎研修修了者であって、かつ、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する従事者の実人数で算出し、例えば、世話人と生活支援員を兼務している者についても生活支援員の数に含めること。	■問30 強度行動障害支援者養成研修について、都道府県独自の研修や国の指導研修を修了した者について、当該加算の対象となるのか。(H27.4.30) ○答 告示に定めるカリキュラムの内容以上となっていると判断されれば認めて差し支えない。 ■問14 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者を事業者が配置していれば、実際に加算の対象となる強度行動障害を有する者を受け入れた日に支援を行ってなくても加算は算定できるのか。(H27.3.31) ○答 実際に加算の対象となる者を受け入れて支援を行った日のみ算定可能である。

報酬告示等のファイルは東京都障害者サービス情報に掲載しています

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

○ 東京都障害者サービス情報 > 書式ライブラリー

- > A【共同生活援助(グループホーム)】指定申請書・変更届等
- > 5 都条例・規則、国通知等

東京都福祉保健局
Bureau of Social Welfare and Public Health

文字サイズ 小 中 大

→ サイトマップ → 親戚総合トップページ

東京都障害者サービス情報

このサイトでは、障害者総合支援法及び児童福祉法に基づいて、東京都に申請し指定を受けた事業所を検索することができます。

お知らせ

New!! (H30.1.25)インフルエンザの流行警報発表に伴う予防及びまん延防止対策の徹底について
平成30年第3週(1月15日から1月21日まで)の報告で、定点当たりの患者報告数が流行警報基準を超えた。

New!! 「就労移行支援」「就労継続支援(A型・B型)」の指定協議説明会【平成30年2月度】の開催について
「就労移行支援」「就労継続支援(A型・B型)」の指定協議説明会【平成30年2月度】についてお知らせします。

New!! 厚生労働省より共生型サービスに関する検討内容が示されました。
東京都で回収された死亡野鳥の検出結果について
平成30年1月5日に東京都において回収されたオオカミ1羽について、東京都による高病原性鳥インフルエンザの検出結果が陽性となりました。

都内で回収された野鳥における鳥インフルエンザ検査結果について
平成30年1月5日に東京都大田区において回収された野鳥を調査した結果、A型鳥インフルエンザウイルス陽性であることが確認され、プレス発表が行われました。

平成30年度 共同指導資料を掲載しました(居宅介護等)社会福祉施設等におけるノロウィルスの感染予防について
この度、厚生労働省からノロウィルスの感染予防について事務連絡がありました。

インフルエンザの流行注意報発表に伴う予防及びまん延防止対策の徹底について

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
- 空き情報から探す
- 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
東京都福祉保健局のリンク先です。

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

トップページ > 書式ライブラリー

書式ライブラリー

戻る

■ トップカテゴリを選択してください。

障害者施設推進部問い合わせ先について

- 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・同行援護・行動援護・重度包括)
- 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
- A 【児童福祉法に基づく障害児施設】指定申請書・変更届等
- A 【一般相談支援】指定申請書・変更届等
- B 障害者総合支援法に係る法令・通知等
- B 権利擁護
- B 東京都からのお知らせ
- B 処遇改善(特別)加算に係る様式類
- B 請求関係(家賃記録票・基準単価・イ

東京都障害者サービス情報

トップページ > 書式ライブラリー > 書式ライブラリー

書式ライブラリー

戻る

■ 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・記載例
- 2 (国給付費)訓練等給付費請求関係
- 3 (補助算・都制度)東京都障害者グループホーム支援事業関係(要領・様式等)
- 4 グループホーム関係資料
- 5 都条例・規則、国通知等
- 6 運営基準に係る参考様式等及び共同指導資料
- 7 指定更新に係る書式等
- 8 事業廃止届・各種証明書様式等
- 9 グループホームに係る事務連絡等

3 変更届の提出について

☆東京都に提出している指定申請書類の内容に変更が生じた場合は、変更届を提出する必要があります。
(法第46条)

<提出期限について>

「変更の内容」を
変更届出書(第2号様式)に必ず記載
してください!!

○ 訓練等給付費算定内容の変更 (平成18年厚生労働省告示第522号)

①報酬が増える場合(ユニット増・定員増・人員配置区分変更・各種加算増)

*15日以前に届出 ⇒ 翌月1日から算定開始 (例)2月15日に届出完了→3月1日が変更年月日

*16日以降に届出 ⇒ 翌々月1日から算定開始 (例)2月16日に届出完了→4月1日が変更年月日

②報酬が減る場合(ユニット廃止・定員減・人員配置区分変更・各種加算減)

*速やかに届出 ⇒ 報酬が減される事実が発生した日から減算定となります。

(例) 2月6日に職員が辞めて人員配置区分がⅠからⅡに変更 → 2月6日が変更年月日

※この場合、2月分の報酬請求は区分Ⅰでしか行えないため、区市町村と過誤調整が必要となります。

○ その他の変更

*変更があった日から10日以内に届け出てください。

<提出方法について>

提出書類については、別添「提出書類一覧」をご確認ください。
書式は東京都障害者サービス情報に掲載しています。

(<http://www.shougaifukushi.metro.tokyo.jp/Lib/LibDspList.php?catid=015-001>)

変更届の表紙のコピーを希望の場合は、返信用封筒(切手貼付)を同封して下さい。

○提出先 〒163-8001 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 宛
電話 03-5320-4151

○受付時間 月曜から金曜(祝日を除く)
9:00~12:00 13:00~17:00

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

事前相談の際には、必ず図面・周辺地図をお持ちください。

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		加算届出														登記(全部)事項 証明書など 建物の所有権が 確認できる書類 (自己所有物件を 使用する場合は 賃貸借契約書 (写)又は 賃貸物件を使用する場合)	平面図 (参考様式1) ・周辺地図	設備品 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)	勤務体制表 (職員配置 状況確認表)	共同生活 援助事業所 における耐震化 に関する調査票	関係 機関 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 その2 (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)資格証の写し・ (Ⅲ)実務経験証明書	共同生活援助に係る体制(別紙12)	夜間支援等体制加算届出書(別紙13)	通勤者生活支援に係る体制(別紙16)	医療連携体制加算(Ⅴ)(別紙17)	重度障害者支援加算に係る届出書(別紙18)	各種修了証	視覚・聴覚言語障害者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))																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
変更事由	書類提出の前に 事前相談が必要です																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

書類提出の前に
事前相談が必要です

財産処分が発生することがあります。

定員減の際には、ご提出ください。

ユニット増の際には、ご提出ください。

既に運営している建物とは違う建物を
新たに使用する場合は、提出が必要です。

定員の増減及び夜間支援従事者の数が変更になった場合は届けてください(利用者の入退去の都度、提出する必要はありません)。

別冊資料「地域生活特別加算算定要件」をご確認ください。

算定には以下の書類が必要になります。
①配置する看護士の資格証明書又は
連携先医療機関との契約書の写し
②重度化した場合における対応に関する
指針

夜間支援等体制加算(III)を算定する
場合には、運営規程に緊急時の連絡
先や連絡方法について定める必要が
あります。

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。

変 更 届 出 書

東京都知事 殿

平成30年2月15日

事業者
(設置者)

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

名称及び
代表者氏名 社会福祉法人〇〇会
理事長 〇〇 〇〇

㊟

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の規定により指定を受けた内容を次のとおり変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)	事業所番号 1300000000
名 称	フリガナ グループホーム 東京
所 在 地	(郵便番号 163 - 8001) 東京都新宿区西新宿2-8-1
サービスの種類	共同生活援助
変更があった事項	変更の内容
1 事業所(施設)の名称	変更前
2 事業所(施設)の所在地	
3 申請者(設置者)の名称	
4 主たる事務所の所在地	サービス管理責任者 〇〇 〇〇
5 代表者の氏名及び住所	夜間支援等体制加算 (I) 〇〇寮 4名
6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は 条例等(当該事業に関するものに限る。)	
7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要	
8 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	
9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所	
10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所	
11 主たる対象者	
12 運営規程	変更後
13 介護給付費等の請求に関する事項	サービス管理責任者 〇〇 〇〇
14 事業所の種別(併設型・空床型・単独型)	夜間支援等体制加算 (I) 〇〇寮 5名
15 併設型における利用者の推定数又は空床型・単 独型における当該施設の入所者の定員	福祉専門職員配置加算 (III) 開始
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医 療機関との契約内容	医療連携体制加算 (V) 開始
17 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制 の概要	
18 当該申請に係る事業の開始年月日	
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	
変 更 年 月 日	平成 30 年 3 月 1 日

備考

- 1 該当項目番号に「〇」を付けてください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更した日から10日以内に届け出てください。

担当者
TEL
FAX

【届出年月日】

- 報酬が増える場合：変更年月日の前月15日までに届出
- 報酬が減る場合：速やかに届出
- その他の場合：変更事項が生じてから10日以内に届出

【事業者】

法人情報が登記されている全部事項証明書と記載内容の整合性をとってください。

【事業所名・所在地】

付表7や各種別紙と同内容の記載となるよう整合性をとってください。

【事項番号】

変更があった事項について〇をつけてください。
同時に届け出る事項が複数ある場合は複数〇をつけてください。

【変更の内容】

変更の内容がはっきりわかるように記載してください。
ここに記載の無い事項は変更されません。

【変更年月日】

変更を反映させる日を記載してください。

※報酬が増える変更(ユニット増、定員増、加算の増など)の場合は、必ず1日付の変更となります。

<例> 2月15日以前に届出 ⇒ 3月1日
2月16日以降に届出 ⇒ 4月1日

※報酬が減る変更の場合は、その事実が生じた日が変更年月日となります。

【担当者連絡先】

変更届について、問い合わせに対応できる担当者名を記載してください。
また、TEL欄には日中に一番担当者と連絡が取りやすい電話番号等
(携帯電話可)を記載してください。FAX欄も同様です。

付表7 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

受付番号				
主たる事業所	フリガナ	グループホーム トウキョウ		
	名称	グループホーム 東京		
	所在地	(郵便番号 163 - 8001) 東京都 新宿区西新宿2-8-1 メゾン新宿102		
	連絡先	電話番号	03-5321-1111	FAX番号 03-5388-1407
管理者	フリガナ	×× ××	住所	(郵便番号 162 - 0052) 東京都新宿区戸山3-17-2
	氏名	□□ □□		
	事業所等の名称 同一敷地内の他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合記入)			
	兼務する職種及び勤務時間等			
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 第○条 第○項 第○号				
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包摂型	☐ 生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無		
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 別紙のとおり		
当該事業所の利用定員数		10 人		
サービス管理責任者	フリガナ	×× ××	住所	(郵便番号 156 - 0057) 東京都世田谷区上北沢2-1-7
	氏名	◎◎ ◎◎		
従業者の職種・員数	世話人		生活支援員	
	専従		専従	
	兼務		兼務	
	専従		専従	
	兼務		兼務	
従業員数	常勤(人)	1	2	1
	非常勤(人)		1	
常勤換算後の人数(人)		2.5		0.5
基準上の必要人数(人)				
居宅介護従業者の外部委託の予定 有(月 時間) ☒ 無				
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称	障害者支援施設 △△△		
	支援体制の概要	緊急時の対応など		
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	☒ している・ ☐ していない		
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	090-○○○○-△△△△	担当者 ◎◎
	その他			
協力医療機関	名称	××診療所		主な診療科名 内科
協力歯科医療機関	名称	△△歯科医院		
添付書類	別添のとおり(定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)等			

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。
(日本工業規格A列4番)

第2号様式、その他各種加算の届出書等の記載と整合性をとってください。
※「事業所」について記載してください(法人事務所やユニットについてではありません)。
所在地は、原則として、代表ユニットの所在地としてください(複数の部屋を借りている場合は交流室のある部屋番号まで記載をお願いします。)

管理者経歴書の記載と整合性をとってください。

定款等を確認し、法人の事業として指定共同生活援助(もしくは指定障害福祉サービス事業等)を行う旨規定している条項を記載してください。

サービス管理責任者経歴書の記載と整合性をとってください。

職員配置状況確認調査票の記載と整合性をとってください。

変更が生じた際は、第2号様式に変更内容を記載の上、必要書類を添付してください。

	フリガナ	
--	------	--

共同生活住居①

賃貸物件の場合は、賃貸借契約書と同内容の記載となるよう整合性をとってください。
(賃貸借契約書は、運営法人と建物のオーナーとの間で取り交わしているものを指します。)

④この建物における当該ユニットの定員を記載してください。
⑤入居者の居室数を記載してください(交流スペース、世話入室は記載しないでください)。
⑥居室の最小床面積(収納設備等を除いた面積)を記載してください。

共同生活住居②

以下、基準省令より引用

第210条の4

一 食材費

三 光熱水費

四 日用品費

五 前各号に掲げるもののほか、指定共同生活援助において提供される便宜に要する費用のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、支給決定者に負担させることが適当と認められるもの

その他日常生活費

詳細については「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 障発第1206002号)をご覧ください。

(付表7) その3

サ テ ラ イ ト 型 住 居 ①	フリガナ	グループホーム トウキョウ(サテライト)		
	名 称	グループホーム 東京(サテライト)		
	所在地	(郵便番号 163 - 8001) 東京都 新宿区西新宿2-8-☆		
	連絡先	電話番号 03-5321-〇〇〇〇	FAX番号	03-5388-〇〇〇〇
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分:アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名: □□ □□			
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 なし イ 礼金 59,000円 ウ 家賃(月額) 59,000円 エ 契約期間 H26.4.1~H28.3.31 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 1 人			
	⑤居室の最小床面積 8.6 m ²			
	本体住居の名称 グループホーム 東京			
	本体住居との距離 0.1 km			
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 携帯電話			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 身体障害者 ・ 難病等対象者			
利用料 各区市町村が定める額				
その他の費用 1 家賃 59,000円 2 光熱水費 〇〇円 3 日用品費 ××円				
サ テ ラ イ ト 型 住 居 ②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 東京都		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分:アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名:			
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室の最小床面積 m ²			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 km			
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 身体障害者 ・ 難病等対象者			
利用料				
その他の費用				
サ テ ラ イ ト 型 住 居 ③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 東京都		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態			
	①住居区分:アパート、マンション、その他()			
	②建物所有者名:			
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金 イ 礼金 ウ 家賃(月額) エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由			
	④住居の利用定員数 人			
	⑤居室の最小床面積 m ²			
	本体住居の名称			
	本体住居との距離 km			
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器			
	主たる対象者 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 身体障害者 ・ 難病等対象者			
利用料				
その他の費用				

【注】 サテライト型住居(国基準サテライト)用の様式です

(日本工業規格A列4番)

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（共同生活援助）

ユニット名		〇〇寮		
提供サービス	その他該当する体制等			適用開始日
共同生活援助（グループホーム） 訓練等給付	本体住居定員	5 人		
	サテライト型住居定員	1 人		
	人員配置	①. I型 (4:1) 2. II型 (5:1) 3. III型 (6:1) 4. IV型 (10:1)		
	地域区分	①. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地 6. 六級地 7. その他		平成29年6月1日
	施設区分	①. 介護サービス包括型 2. 外部サービス利用型		
	大規模住居等	①. なし 2. 定員8人以上 3. 定員21人以上 4. 定員21人以上（一体的な運営が行われている場合）		
	職員欠如	①. なし 2. あり		
	福祉専門職員配置等	1. なし ②. I 3. II 4. III		平成29年6月1日
	視覚・聴覚等支援体制	①. なし 2. あり		平成29年6月1日
	夜間支援等体制	1. なし ②. I 3. II 4. III 5. I・II 6. I・III 7. II・III 8. I・II・III 夜間支援体制等加算（I）及び（II）を算定する際の 夜間支援対象利用者数（ ⑤ 人）		平成29年6月1日
	重度障害者支援体制（※2）	①. なし 2. あり		
	地域生活移行個別支援	①. なし 2. あり		
	医療連携体制加算（V）	①. なし 3. あり		
通勤者生活支援	①. なし 2. あり			

通過型グループホームの指定状況	通過型グループホームの指定	1. なし ②. あり	平成29年6月1日
	当ユニットの専従世話人	東京 太郎	平成29年6月1日

ユニットごとに提出してください（ただし、変更があったユニット分のみで結構です）

☆記入漏れ注意☆

【適用開始日】

・新たに変更した項目の適用開始日を更新してください。
例：平成29年6月1日から夜間支援等体制を算定
⇒ 夜間支援等体制の適用開始日欄に「平成29年6月1日」と記入する
・過去に適用を開始している項目については、引き続き適用開始日を残してください。

【夜間支援対象者数】

夜間支援等体制加算届出書（別紙13）の記載例1～7を御参照の上、御記入ください。

福祉保健局長から通過型の指定を受けていない場合は記載不要です。

※1 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を設定する。

※2 「重度障害者支援体制」欄は、施設区分が「介護サービス包括型」の場合に設定する。

平成30年2月15日

福祉専門職員配置等加算に関する届出書（平成27年4月以降）

第2号様式等の届出年月日と同日にしてください。

1 事業所・施設の名称	グループホーム 東京		
2 異動区分	① 新規 2 変更 3 終了		
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ) ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算(Ⅱ) ※有資格者25%以上 ③ 福祉専門職員配置等加算(Ⅲ) ※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上		
4 社会福祉士等の状況	① 生活支援員等の総数(常勤) 人 ② ①のうち社会福祉士等の総数(常勤) 人	①に占める②の割合が25%又は35%以上	有・無
5 常勤職員の状況	① 生活支援員等の総数(常勤換算) 5.3人 ② ①のうち常勤の者の数 4人	①に占める②の割合が75%以上	有・無
6 勤続年数の状況	① 生活支援員等の総数(常勤) 人 ② ①のうち勤続年数3年以上の者の数 人	①に占める②の割合が30%以上	有・無

福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)の届出記載例

第2号様式、付表7等と整合性をとってください。

- 1 新規 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)、(Ⅱ)または(Ⅲ)について、いずれも届け出ていない事業所が、新たにどちらかを届け出る場合
- 2 変更 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)のいずれかを算定しており、異なる項目への変更を届け出る場合
- 3 終了 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)、(Ⅱ)または(Ⅲ)のいずれも算定できなくなった場合

福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)について届け出る場合は記載不要です。

◆「常勤で配置されている従業者」とは、正規又は非正規雇用に関わらず、同一法人内の各事業所において定められる「常勤の従業者が勤務すべき時間数」に達している従業者をいいます。

◆「5 常勤職員の状況」について

- ①は、職員配置状況確認調査票の世話人と生活支援員の「常勤換算後の人数」を合計した数を記載してください。
- ②は、職員配置状況確認調査票の勤務形態のうち、世話人と生活支援員の常勤の数を記載してください。

◆「6 勤続年数の状況」の②において、同一法人内の複数の事業所を兼務する常勤の直接処遇職員については、1週間の勤務時間の2分の1を超えて当該事業所の直接処遇職員として従事する場合に、常勤の直接処遇職員(1人)として評価します。

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう常勤とは、「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日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。

3 ここでいう生活支援員等とは、

- 療養介護・生活介護・自立訓練（機能訓練）にあっては、生活支援員
- 児童デイサービス事業所において、加算(Ⅰ)においては、指導員、加算(Ⅱ)においては、指導員又は保育士
- 共同生活援助にあっては、世話人又は生活支援員
- 自立訓練（生活訓練）にあっては、生活支援員又は地域移行支援員
- 就労移行支援にあっては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
- 就労継続支援A型・B型にあっては、職業指導員又は生活支援員のことをいう。

4 加算(Ⅰ)にあっては、「社会福祉士等の状況」、加算(Ⅱ)にあっては、「常勤職員の状況、勤続年数の状況」にそれぞれ対応しているので、「有・無」欄に算定できる場合は「有」に、算定できない場合は「無」に○を付して下さい。

<提出書類>

以下の書類を変更届出書に添付して都に提出してください。

○(Ⅰ)(Ⅱ)の場合 → 資格証の写し

○(Ⅲ)の場合 → 実務経験証明書

平成 年 月 日

医療連携体制加算(V)に関する届出書

事業所番号			
事業所の名称			
事業所所在地			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
看護師の配置状況(事業所の職員として看護師を確保している場合)	1 配置する看護師の数(人)		
	2 他事業所との併任	有 ・ 無	
訪問看護ステーション等との提携状況(訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合)	1 訪問看護ステーション等の名称		
	2 訪問看護ステーション等の所在地		
看護師の勤務状況			
その他の体制の整備状況	1 看護師に24時間常時連絡できる体制を整備している。	有 ・ 無	
	2 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得る体制を整備している。	有 ・ 無	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「看護師の勤務状況」欄は、本届出を行う事業所における看護師の勤務状況を記載してください(例1:毎週金曜日、10:00~12:00 例2:月3回、1回当たり1時間)。

注3 事業所の職員として看護師を確保している場合については、看護師であることを証明する資格証等の写しを添付してください。

注4 病院・診療所・訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合については、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

注5 重度化した場合における対応に関する指針を添付してください。

医療連携体制加算(V)について

加算概要

<趣旨>

環境の変化に影響を受けやすい障害者が、可能な限り継続してGHでの生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価する

<要件>

○看護師の配置

「事業所の職員として看護師を配置する」

又は

「病院・診療所・訪問看護ステーションと連携し、看護師を確保している」

・利用者の状態を判断

→・GH従業者に対し医療面からの適切な指導・援助を行う

※事業所の職員として配置する場合、他の事業所の職員と併任可

※准看護師は不可

○行うべき具体的なサービス

以下の業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要

・利用者に対する日常的な健康管理

・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関(主治医)との連絡・調整

※単に「オンコール体制」をとるだけでは算定不可

○「重度化した場合における対応に係る指針」の作成

盛り込むべき項目例

①急性期における医師や医療機関との連携体制

②入院期間中におけるGHにおける家賃や食材料費の取扱い など

※重要事項説明書に盛り込むなど、書面として整備し、利用者の入居に際して説明しておくことが重要

手続方法

<提出書類>

以下の書類を変更届出書に添付して都に提出してください

○事業所の職員として配置した看護師の資格証明証の写し

または

医療機関等と締結した契約書等の写し

○重度化した場合における対応に関する指針

国保連請求後の事務の流れ ～変更届出内容の反映～

○介護報酬の国保連請求について、都への届出と請求内容が異なる場合は、エラー・警告が発生します。その場合は以下の対応が必要となります。

- ◆ エラー … 事業所が行った全ての請求について支払い不可 ⇒ 都からエラーの連絡があった場合は、速やかに国保連と対応を協議してください。
- ◆ 警告 … 区市町村判断で支払い可 ⇒ 都から警告の連絡があった場合は、速やかに国保連と対応を協議してください。対応が間に合わない場合は、各区市町村との協議となります。

