

Ⅱ 都加算について

都加算制度の概要

国報酬と都加算額のイメージ

その他 加算	都	精神科医療連携体制加算	都3
	都	通過型加算	
	国	下記以外の加算	



夜間部分の 加算(※)	都	都2 都夜間加算	—	国夜間支援等体制 加算Ⅰ・Ⅱ
	国			

(※)ただし、国夜間支援等体制加算Ⅰ・Ⅱ>

都夜間加算の場合、夜間部分の加算は0円



基本部分	都	基本加算額 × 都基準日数	都1
	国	場合によっては、 国基本報酬から以下の減算 大規模住居等減算 職員欠如減算 計画未作成減算 身体拘束廃止未実施減算 基本単位 × 利用日数	

都基準日数

知事が定める処遇を行った日数を「都基準日数」という。
都基準日数として算定できる日は、入居者に対して次の支援を行った日とする。また、これらの支援を行う旨を予め個別支援計画に記載してあることを算定要件とする。

- ア 日常生活支援
- イ 食事提供支援
- ウ 介護等支援
- エ 入院時における病院等との連絡調整等支援
- オ 帰宅時における家族等との連絡調整等支援
- カ その他入居者に対する支援

実際の額については、各区市町村が定める要綱等をご覧ください。

○介護サービス包括型・外部サービス利用型単価

<1級地(区部)の例>

(円)

配置	介護サービス支援型					外部サービス利用型				
	区分	国報酬 (単位) (a)	国報酬額(b) (a)×11.6円 ※	都加算額(c) 都1	合計(d) (b+c)	区分	国報酬 (単位) (a)	国報酬額(b) (a)×11.6円 ※	都加算額(c) 都1	合計(d) (b+c)
4対1	区分6	667 単位	7,737	1,891	9,628					
	区分5	552 単位	6,403	1,413	7,816					
	区分4	471 単位	5,463	1,212	6,675					
	区分3	381 単位	4,419	1,066	5,485					
	区分2	292 単位	3,387	826	4,213					
	区分1以下	243 単位	2,818	245	3,063	区分2以上	243 単位	2,818	1,395	4,213
5対1	区分6	616 単位	7,145	1,572	8,717					
	区分5	500 単位	5,800	1,295	7,095					
	区分4	421 単位	4,883	1,082	5,965					
	区分3	331 単位	3,839	924	4,763					
	区分2	243 単位	2,818	685	3,503					
	区分1以下	198 単位	2,296	246	2,542	区分2以上	198 単位	2,296	1,196	3,492
6対1	区分6	583 単位	6,762	1,955	8,717					
	区分5	467 単位	5,417	1,678	7,095					
	区分4	387 単位	4,489	1,476	5,965					
	区分3	298 単位	3,456	1,308	4,764					
	区分2	209 単位	2,424	1,068	3,492					
	区分1以下	170 単位	1,972	569	2,541	区分2以上	170 単位	1,972	1,519	3,491
体験	区分6	697 単位	8,085	1,543	9,628					
	区分5	582 単位	6,751	1,065	7,816					
	区分4	501 単位	5,811	864	6,675					
	区分3	411 単位	4,767	718	5,485					
	区分2	322 単位	3,735	478	4,213					
	区分1以下	272 単位	3,155	0	3,155	区分2以上	272 単位	3,155	1,058	4,213
						区分1以下	272 単位	3,155	0	3,155

※ 実際の国報酬額（b）は、
国報酬単位（a）×地域区分ごとの単位数単価（3 ページ）になります。

○加算(単価/日額)

項目	金額	
夜間加算	991	都2
通過型加算	926	都3
精神科医療連携体制加算	330	

○日中サービス支援型単価

<1級地(区部)の例>

(円)

配置	区分	日中サービス支援型(日中外出)				日中サービス支援型			
		国報酬 (単位)(a)	国報酬額(b) (a)×11.6円 ※	都加算額(c) 都1	合計(d) (b+c)	国報酬 (単位)(a)	国報酬額(b) (a)×11.6円 ※	都加算額(c) 都1	合計(d) (b+c)
3対1	区分6	910 単位	10,556	1,891	12,447	1,105 単位	12,818	1,891	14,709
	区分5	793 単位	9,198	1,413	10,611	989 単位	11,472	1,413	12,885
	区分4	712 単位	8,259	1,211	9,470	907 単位	10,521	1,211	11,732
	区分3	563 単位	6,530	1,854	8,384	650 単位	7,540	1,854	9,394
	区分2	414 単位	4,802	1,325	6,127				
	区分1以下	360 単位	4,176	685	4,861				
4対1	区分6	826 単位	9,581	1,892	11,473	1,021 単位	11,843	1,892	13,735
	区分5	709 単位	8,224	1,413	9,637	904 単位	10,486	1,413	11,899
	区分4	627 単位	7,273	1,211	8,484	822 単位	9,535	1,211	10,746
	区分3	486 単位	5,637	1,762	7,399	574 単位	6,658	1,762	8,420
	区分2	337 単位	3,909	1,220	5,129				
	区分1以下	292 単位	3,387	592	3,979				
5対1	区分6	774 単位	8,978	1,571	10,549	969 単位	11,240	1,571	12,811
	区分5	657 単位	7,621	1,295	8,916	852 単位	9,883	1,295	11,178
	区分4	575 単位	6,670	1,081	7,751	770 単位	8,932	1,081	10,013
	区分3	440 単位	5,104	1,563	6,667	528 単位	6,124	1,563	7,687
	区分2	292 単位	3,387	1,032	4,419				
	区分1以下	252 単位	2,923	547	3,470				
体験	区分6	940 単位	10,904	1,571	12,475	1,135 単位	13,166	1,571	14,737
	区分5	824 単位	9,558	1,295	10,853	1,019 単位	11,820	1,295	13,115
	区分4	742 単位	8,607	1,081	9,688	937 単位	10,869	1,081	11,950
	区分3	590 単位	6,844	1,759	8,603	677 単位	7,853	1,759	9,612
	区分2	441 単位	5,115	1,230	6,345				
	区分1以下	387 単位	4,489	721	5,210				

※ 実際の国報酬額 (b) は、
国報酬単位 (a) × 地域区分ごとの単位数単価 (3 ページ) になります。

精神科医療連携体制加算

■ 目的

精神科病院退院患者の受け入れ促進や、地域生活継続のために利用者の状態安定化を図ることを目的として、精神科医療との十分な連携を行える体制を整備している事業所を評価する加算。

■ 補助要件

- ①以下の要件を満たしているものとして、都へ届け出ること。
 - ・精神科医療との十分な連携を図れる専門性を備えた専門職が配置されている（社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師等の有資格者）。
 - ※常勤、非常勤ともに可。通過型の専従世話人として配置されている者でも可（加配不要）。
 - ※専門職を配置する時間数は、医療機関等との連携をとるのに十分な時間とすること。
 - ※保健師、看護師、准看護師、介護福祉士は対象の資格になりません。
 - ・看護職員配置加算、医療連携体制加算（Ⅶ）を算定できる事業所として都に届け出ている。
- ②月1回以上、当該利用者を支援する精神科医療機関との連携を行い、記録を保存しておく。（最低5年間）
 - ※支援会議出席、通院同行、通院支援、電話連絡等
- ③利用者の状態を把握できるよう、適宜、ヒアリング等を行う。

■ 届出方法

- 【届出時期】 毎月15日締め切り ⇒ 翌月1日より算定可
【届出様式】 次ページ様式のとおり

■ 算定方法

精神障害者として支給決定を受けている者に対し、月ごとに、都加算単価に算定日数を乗じた額を加算する。

- 【都加算単価】 330円/日
【算定日数】 都基準日数（入院、外泊時等も算定可）

様式

受付番号

精神科医療連携体制加算に係る届出書

都使用欄です。何も記載しないでください。

届出を行う年月日を記載してください。

年 月 日

東京都福祉局長 殿

所在地

届出者 名 称

代表者職・氏名

印

東京都障害者グループホーム支援事業取扱要領に基づき、以下のとおり届け出ます。

1又は2に○を付けてください。

異動区分	1 新規 2 終了		
異動年月日	年 月 日		
事業所	フリガナ 事業所名称		
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー)	
		(ビルの名称等)	
	事業所番号	主たる対象	
	看護職員配置加算の届出	1 届出有 2 届出無	
	医療連携体制加算(VII)の届出	1 届出有 2 届出無	
専門職	氏 名	資格名	兼務している職種

＜新規の場合＞
算定を開始する年月日を記載してください。
毎月15日締め切りで翌月1日から算定可能です。
(例) 届出年月日 令和3年5月15日 ⇒ 異動年月日 令和3年6月1日
届出年月日 令和3年5月16日 ⇒ 異動年月日 令和3年7月1日

＜終了の場合＞
算定要件を満たさなくなった年月日を記載してください。

看護職員配置加算、医療連携体制加算(VII)を届け出ている事業所は、当該加算を算定できません。

必要に応じて行を追加して使用してください。
対象となる資格は、原則として、精神保健福祉士です。
※以下は対象の資格になりません。
・保健師 ・看護師 ・准看護師
(↑看護職員配置加算、医療連携体制加算(VII)の対象となるため)
・介護福祉士 (←主に身体介護の技術を評価する資格のため)

添付書類

- 1 専門職の資格証
- 2 職員配置状況確認調査票
- 3 第2号様式・付表7・別紙1(加算状況)
- 4 その他必要な資料

補助要件①：福祉サービス第三者評価の受審(3年に1回)

■ 要件の詳細

福祉サービス第三者評価を3年に1回受審すること。

※最後に福祉サービス第三者評価の**受審を完了した月の翌月1日**を起算日として、3年間都加算の補助要件を満たしているものとします。

※「受審を完了した月」：**評価機関が作成する評価調査結果報告書の日付を含む月**

※受審が完了せずに3年を経過した場合、3年を過ぎた月から次に受審が完了した月までのサービス提供分の都加算が支払われません。

(受審を完了した月は、補助要件を満たす期間には含まれません。受審完了の翌月のサービス提供分から都加算が支払われます。)

- ・新規指定年月日を起算日として、3年間は福祉サービス第三者評価を受審していなくても、補助要件を満たしているものとみなします。

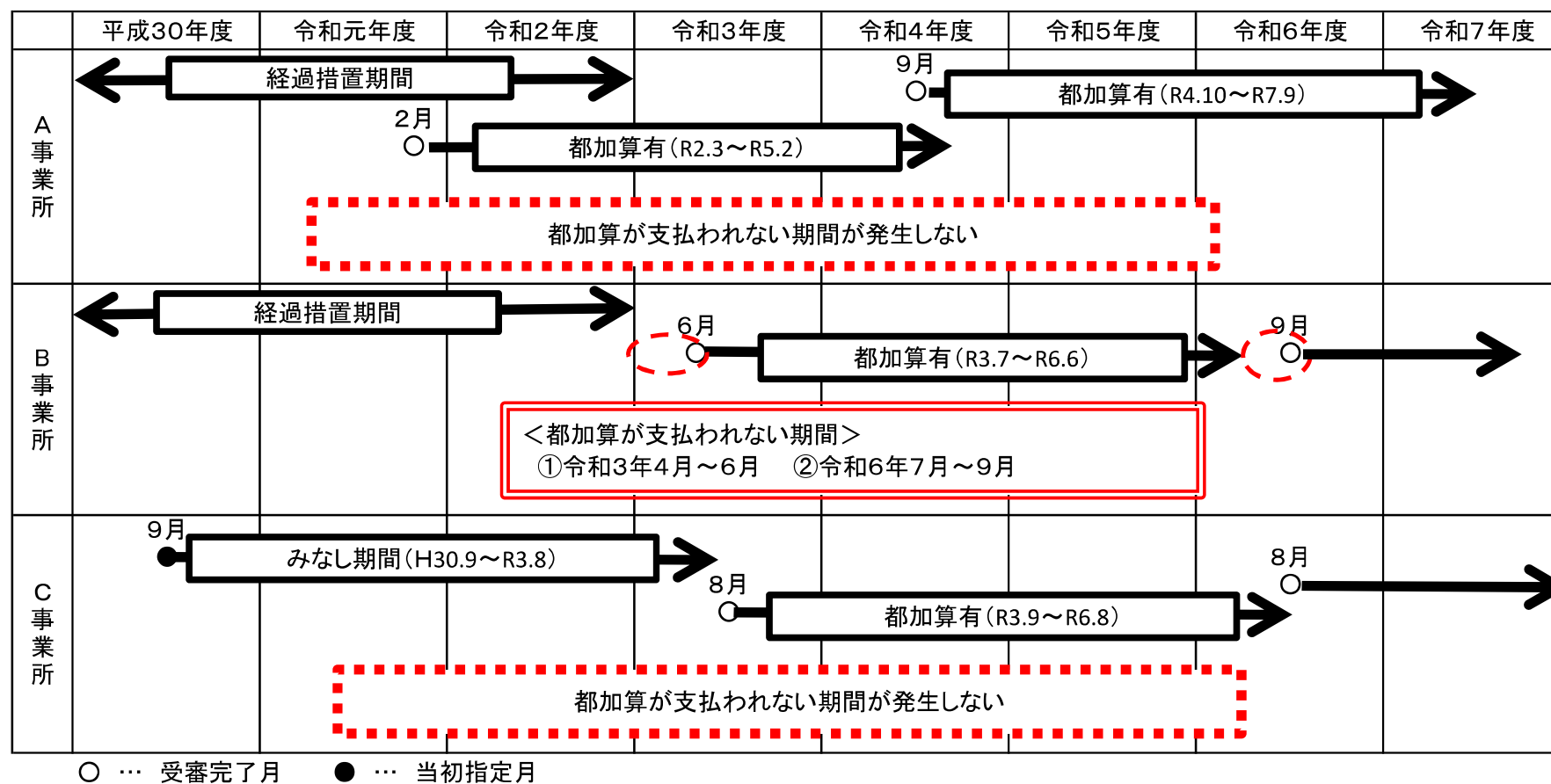
この間に福祉サービス第三者評価の受審を完了してください。

この間で受審が完了しない場合、3年を過ぎた月から受審を完了した月までのサービス提供分の都加算が支払われません。

■ その他

都基本額には、福祉サービス第三者評価の受審経費の補助が含まれています。

補助要件①：福祉サービス第三者評価の受審(3年に1回)



補助要件②：外部研修等受講(年に1回)

■ 要件の詳細

- ①前年度に、事業所全体で一定数以上の世話人又は生活支援員が、外部研修等を受講していること。
- ②ユニットごとに、勤務している世話人又は生活支援員のうち一人以上が、年に1回以上外部研修等を受講できるよう努めること。
- ③受講を確認できる書類を少なくとも5年間保存し、都及び区市町村職員等からの求めがあった場合は速やかに提出すること。

■ 定義

- ・「一定数」：前年度4月1日時点の事業所の定員数を30で除した数（小数点以下切り上げ）
- ・「外部研修等」：【形式】運営法人以外の外部研修 又は 外部講師による法人内研修
【研修内容】主として障害理解に関する研修
※原則として、障害理解に関連している研修であれば対象としますが、以下については対象外とします。
 - ・グループホームの運営や支援に関連があっても、主として障害理解を含まない研修（防火管理者研修、料理教室、感染症対策研修等）
 - ・組織運営や制度に関する研修（法人理念研修、組織マネジメント研修、介護保険法勉強会など）
- ・「受講を確認できる書類」：研修資料、参加者の研修報告書（様式任意）、受講修了証など

■ 留意事項

- ・外部研修等の受講者が一定数に達しない場合、**翌年度1年間のサービス提供分について都加算が支払われません。**
（都加算の支払いがない年度に外部研修等の受講者が一定数に達しても、原則として都加算の支払いは翌年度に再開となります。）
- ・令和元年度から、都の委託事業による「障害者グループホーム従事者人材育成支援事業（基礎研修）」を実施しています。
本事業による研修も上記「外部研修等」の対象となりますので、こちらの受講も御検討ください。
（令和5年度の開催案内は、「東京都障害者サービス情報」へ掲載していく予定です。）
- ・新規指定年月日を含む年度及びその翌年度は、当該補助要件を満たしているものとみなします。
新規指定年月日を含む年度の翌年度に当該補助要件を満たすように外部研修等を受講してください。
（この間に外部研修等受講者が一定数に達しない場合、その翌年度1年間のサービス提供分について都加算が支払われません。）

補助要件②：外部研修等受講(年に1回)

	状況	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
A事業所	- 指定年月日：平成30年度以前 - 定員：25名 ⇒令和元年10月定員32名に増 ⇒令和2年6月定員30名に減	←	経過措置期間 6月○ ※平成31年4月の定員が30名以下なので、受講者は1名以上	都加算有 6月○ 10月○ ※令和2年4月の定員が30名より多いので、受講者は2名以上	都加算有 6月○ ※令和3年4月の定員が30名以下なので、受講者は1名以上
B事業所	- 指定年月日：平成30年度以前 - 定員：32名	←	経過措置期間 10月○ ※定員が30名より多いので、受講者は2名以上	都加算無 4月○ 10月○ ※2名以上受講しても、都加算の支払い再開は翌年度	都加算有 10月○ 6月○
C事業所	- 指定年月日：平成30年度 - 定員：5名	7月●	経過措置期間 10月○	都加算有 10月○	都加算有 10月○
D事業所	- 指定年月日：平成31年度以降 - 定員：7名		4月● みなし期間	6月○	都加算有 6月○

○ … 外部研修等受講月

● … 当初指定月

補助要件③：事業計画の作成等

■ 要件の詳細

事業を運営するに当たり、具体的な事業内容を記載した事業計画をあらかじめ作成すること。

- ・事業内容に変更が生じた場合は、適宜更新を行ってください。
- ・新たに指定を受ける場合 や 事業内容のうち定員に変更が生じる場合は、福祉保健財団をとおして都に事業計画を提出してください。

■ 参考様式

東京都障害者サービス情報

<https://www.shougaifukushi.metro.tokyo.lg.jp/Lib/LibDspList.php?catid=015-001>

「来庁時相談シート」の事業計画書（記載例）を参考に作成してください。

補助要件④：書類の保存

■ 要件の詳細

- ・補助要件①（福祉サービス第三者評価の受審）及び補助要件②（外部研修等受講）に係る書類は5年間保存してください。
- ・補助要件①から③に係る書類について、都（福祉保健財団）又は区市町村から求めがあった場合は、これを速やかに提出してください。

Ⅲ 都加算請求事務の概要等について

請求事務について

【事前準備】

・『都加算請求書等』のファイルをダウンロードしてください。

※都例示様式のダウンロード先:「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
>3【都加算・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)
(アドレス : <https://www.shougaifukushi.metro.tokyo.lg.jp/Lib/LibDspList.php?catid=015-003>)

※こちらでご案内する書式は全て都の例示様式です。実際の請求に使用する様式については、請求先の区市町村に必ずご確認ください。

・事業所の全利用者について、国保連に請求した**国費の明細書**を用意し、利用者の支給決定を行っている区市町村別に分けてください。

【都加算請求書類の作成手順の概要】

利用者の支給決定を行っている区市町村ごとに、以下の①から④までの手順で都加算請求書類を作成してください。

①『都加算請求書等』のファイルを開き、『都加算請求書』シートのうち、「明細書件数」と「請求金額」以外の項目を全て入力してください。

②『都加算明細書』シートを開いて黄色く塗られたセルに入力してください。全ての項目が入力されると、都加算額が自動で計算されます。
なお、「請求コード」欄は、事前準備で用意した**国費の明細書に記載されている基本報酬及び夜間支援等体制加算のコード**を入力してください。

③必要に応じて、『都加算明細書(通過型加算)』シートを作成してください。

④全て入力し終わると、『集計表』シートに情報が集約されますので、「総合計金額」欄の金額を、『都加算請求書』シートの「請求金額」欄に記載してください。また、作成した『都加算明細書』の件数を「明細書件数」欄に入力してください。

【留意事項】

・『都加算請求書』シートの入力(上記①)がされていないと、②の『都加算明細書』の自動計算が行われません。

・『都加算請求書(別紙)』は補助要件を満たしているか確認するものです。経過措置期間終了後は必ず記載してください。

・『都加算明細書』の基本報酬を入力する際、体験利用の請求は基本報酬分の2行目、個人ホームヘルプ利用の請求は3行目に入力してください。

・通過型加算及び精神科医療連携体制加算は、要件を満たしたうえで事前に都に届出が必要です。

※毎月15日締め切り(都に必着)で翌月1日から算定可

手順①

都 加 算 請 求 書 (共同生活援助)

記入例

令和 3 年 8 月 11 日

(請 求 先)

新宿区長

殿

下記のとおり請求します。

請求事業者	法人住所 (所在地)	東京都新宿区西新宿2-8-1
	法人名称	社会福祉法人東京会
	代表者 職・氏名	理事長 東京太郎 印

事業所	指定事業所番号	1 3 2 0 4 0 0 0 0 0
	事業所 名 称	東京ホーム
	類 型	介護サービス包括型
	地域区分	1級地
	人員配置区分	4対1
	精神科医療連携体制加算	算定可

精神科医療連携体制加算の算定要件を満たしているものとして都に届け出た事業所は「算定可」にしてください。

サービス提供月	令和	0 3	年	0 7	月分
---------	----	-----	---	-----	----

明細書件数	4
-------	---

全ての都加算明細書を作成後に、作成した『都加算明細書』の件数を記入

請求金額			百万	4	千	0	0	0	円
			¥						

全ての都加算明細書を入力後に、『集計表』の「総合計金額」を記入

金額の先頭に「¥」マークを入力

請求担当者	氏名	東京 二郎
	連絡先	03-5320-4151

手順④

手順②

記入例

都加算額請求用

都加算明細書
(共同生活援助)

黄色いセルに入力してください。

『都加算請求書』を入力すると自動的に記載されます。

令和 03 年 07 月 分	
受給者証番号	1111111111
支給決定障害者氏名	東京 花子
主たる障害の種類別	精神障害者
障害支援区分	区分2 当該月の都基準日数 31 日
ユニット名	東京ホーム 1
通過型の指定	指定有
事業所番号	1320400000
事業所の名称	東京ホーム
類型	介護サービス包括型
地域区分	1級地
人員配置区分	4対1
精神科医療連携体制加算	算定可

サービスコード	サービス内容	算定単価額	日数	当月算定額	摘要
331161	生活援助Ⅰ2	826	20	16,520	
331561	生活援助Ⅳ2	478	5	2,390	体験
331561					特例
	国基本報酬算定無	4,190	6	25,140	
	国基本報酬算定無 (日中サービス支援型 区分1・区分2)			0	
	小計			44,050	
	都夜間加算 ①	991	31	30,721	
336427	生援夜間支援等体制加算Ⅰ13 ②	5,196	18	93,528	
33	②				
33	②				
335640	生援夜間支援等体制加算Ⅲ	-	7	-	
	①-② (ただし①-②≤0なら0)			0	
	通過型加算	926	31	28,706	
	精神科医療連携体制加算	330	31	10,230	
	p			38,936	

算定日数	月総日数	補助基準額	日割り額 a	補足給付 b	(ア) a-b	請求額 (ア)(イ)の低い方の額	
31	31	69,800	69,800	10,000	59,800	D 0	
		家賃額 c	更新料・礼金 d	補足給付 b	住宅扶助 e		(イ) c+d-b-e
		55,000	0	10,000	45,000		0

当月都加算請求額 (A+B+C+D)	82,986 円
--------------------	----------

半角で1字ずつ入力してください。
国保連請求時に使う『訓練等給付費等明細書』の「給付費明細欄」の基本報酬及び夜間支援等体制加算Ⅰ、Ⅱの「サービスコード」を入力してください。
(右ページをご覧ください)

体験利用の時に使用

個人ホームヘルプ利用の時に使用

国保連請求時に使う『訓練等給付費等明細書』の「給付費明細欄」の「回数」欄を入力してください。

国費の夜間支援等体制加算の当月算定額が、都夜間加算の当月算定額を上回っている場合、0円になります。

その月の暦の日数を入力してください。
(1, 3, 5, 7, 8, 10, 12月は「31」、4, 6, 9, 11月は「30」、2月は「28」又は「29」)

参考：国費明細書例

(共同生活援助)

令和	0	3	年	0	7	月分
----	---	---	---	---	---	----

請求事業者	指定事業所番号	1	3	2	0	4	0	0	0	0	0
	事業者及びその事業所の名称	社会福祉法人東京会 東京ホーム									
	地域区分	1級地									

障害支援区分	2
--------	---

[illegible]

サービス 種別	*	*	開始年月日	平成	*	*	年	*	*	月	*	*	日	終了年月日	平成	*	*	年	*	*	月	*	*	日	入院日数	*	*	外泊日数	*	*
	*	*	開始年月日	平成	*	*	年	*	*	月	*	*	日	終了年月日	平成	*	*	年	*	*	月	*	*	日	入院日数	*	*	外泊日数	*	*

ここに注目！！！！

「サービス内容」欄のうち、基本報酬と夜間支援等体制加算について、それぞれに対応する「サービスコード」と「回数」を『都加算明細書』に記入してください。

(例の場合)

「生活援助Ⅰ2」と「生活援助Ⅳ2」（体験利用の場合）が基本報酬となるため、『都加算明細書』の「基本報酬分」の「サービスコード」欄に「1161」と「1561」を入力し、「回数」欄にそれぞれ「20」と「5」を入力する。

※サービス内容が「〇〇加算」となっていないものが基本報酬になります。

また、「生援夜間支援等体制加算Ⅰ3」が夜間支援等体制加算となるため、『都加算明細書』の「夜間加算分」の「サービスコード」欄に「20」を入力し、「回数」欄に「18」と入力する。

※サービス内容が「生援夜間支援等体制加算Ⅰ〇」または「生援夜間支援等体制加算Ⅱ〇」となっているものが夜間支援等体制加算ⅠまたはⅡになります。

日中全職種 支援加算欄	日中活動先事業所	指定事業所番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	当該事業所への通所日数	*	*
		事業所名称	*****														

[illegible]

特定障害者特別給付費									
給付費請求額					実費算定額				
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

手順③

記入例

都単価請求用

都加算明細書 (通過型加算)

黄色いセルに入力してください。

ユニット名	東京ホーム 1	
退去した居室名	退 去 日	当月請求日数
101	03 年 5 月 31 日	31 日
205	03 年 7 月 20 日	11 日
	年 月 日	日
	算定日数	42 日

		令和		0	3	年		0	7	月分	
事業所番号		1	3	2	0	4	0	0	0	0	0
事業者及び その事業所 の 名 称		社会福祉法人東京会 東京ホーム									
		人員配置区分						4対1			

『都加算請求書』を入力すると自動的に記載されます。

都基本単価による総費用額 ①	単 価	算定日数	金 額	「算定日数」は当月請求日数の合計になります。
	3,040	42	127,680	
通過型加算 ②	926		38,892	

	算定日数	月 総 日数	補助基準額	日割り額(ア)	家賃	更新料・礼金	家賃の日割り額 + 礼金・更新料(イ)	請求額 (ア)(イ)の低い方の額
施設 借上費 ③								
交流室	31	31	69,800	69,800	70,000		70,000	69,800
101	31			69,800	55,000	55,000	110,000	69,800
205	11			24,768	55,000		19,516	19,516
0	0			0			0	0

その月の暦の日数を入力してください。
(1, 3, 5, 7, 8, 10, 11月は「31」、4, 6, 9, 11月は「30」、2月は「28」または「29」)

基本加算請求額 A ①	127,680 円
通過型加算請求額 B ②	38,892 円
施設借上費請求額 C ③	159,116 円
合 計 (A+B+C)	325,688 円

集計表

	事業所番号	事業所類型	人員配置区分	受給者証番号	障害種別	障害支援区分	基本報酬分①			基本報酬分②（特例）			基本報酬分③（体験）			基本報酬無		夜間加算	通過型加算		精神科医療連携体制加算		施設借上費
							コード	回数	算定額	コード	回数	算定額	コード	回数	算定額	回数	算定額		回数	算定額	回数	算定額	
①																							
②																							
③																							
④																							
⑤																							
⑥																							
⑦																							
⑧																							
⑨																							
⑩																							
合計							-			-			-										

通過型

	ユニット名	事業所類型	人員配置区分	項目	障害種別	施設借上費	基本報酬分		通過型加算	
							算定額	回数	算定額	回数
①				交流室			-		-	
				空室						
②				交流室			-		-	
				空室						
③				交流室			-		-	
				空室						
合計				交流室			-		-	
				空室						

総合計金額

手順④

- ・本シートは入力不要です。『都加算明細書』を作成すると自動的に集計されます。
- ・「総合計金額」を『都加算請求書』の請求金額欄に入力してください。

記入例

都 加 算 請 求 書 (別 紙) (共同生活援助)

第三者評価受審及び外部研修等受講の補助要件を確認するためのものです。経過措置期間の終了後は、必ず作成してください。

『都加算請求書』を入力すると自動的に記載されます。

法人名称	社会福祉法人東京会
指定事業所番号	1 3 2 0 4 0 0 0 0 0
事業所名称	東京ホーム
事業所定員(前年度4月1日時点)	25人

当初指定年月日 又は
福祉サービス第三者評価受審完了年月日

令和 0 3 年 0 6 月 3 0 日

※当初指定年月日と福祉サービス第三者評価受審完了年月日のうち、近い方の年月日を記入してください。
※確認のため、「指定通知書」又は「福祉サービス第三者評価の評価機関が作成した評価調査結果報告書の表紙」の写しを添付してください。
※平成30年度から令和2年度までの間は空欄でも結構です。

外部研修等受講(前年度実績)

必要研修受講者数	1人
----------	----

「事業所定員」欄を入力すると、「必要研修受講者数」が自動的に記載されます。

研修受講者氏名	研修受講年月日	研修名／研修開催者／研修概要
東京 二郎	平成31年2月1日	発達障害とは ～障害理解と支援の実践～ 東京〇〇センター 発達障害の理解と支援方法の例について

※前年度4月1日時点の事業所定員数を30で割った数以上の従業者が受講する必要があります。
※必要な研修受講者数が4名を超える場合は、複数枚ご提出ください。
※平成30年度から平成31年度までの間は空欄でも結構です。

参 考

福祉サービス第三者評価結果報告書(令和〇〇年度)

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

『都加算請求書(別紙)』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」はこちらの日付を記載してください。

認証評価機関番号

電話番号

代表者氏名

印

以下のとおり評価を行い、結果を報告します。

評価者氏名	担当分野	修了者番号
①	☐ 福祉 ☐ 経営	
②	☐ 福祉 ☐ 経営	
③	☐ 福祉 ☐ 経営	
④	☐ 福祉 ☐ 経営	
⑤	☐ 福祉 ☐ 経営	
⑥	☐ 福祉 ☐ 経営	

福祉サービス種別 共同生活援助(グループホーム)

評価対象事業所名称 指定番号

現地調査をしたユニット名

現地調査をしたユニットの選定理由
(複数選択可)

☐ ユニットの特徵
☐ 前回の評価で訪問していないユニット
☐ 利用者調査結果
☐ その他()

事業所連絡先

〒 所在地

事業所代表者氏名

契約日 年 月 日 契約日を入力してください。

利用者調査票配付日(実施日) 年 月 日 利用者調査票配付日(実施日)を入力してください。

利用者調査結果報告日 年 月 日 利用者調査結果報告日を入力してください。

自己評価の調査票配付日 年 月 日 自己評価の調査票配付日を入力してください。

自己評価結果報告日 年 月 日 自己評価結果報告日を入力してください。

訪問調査日 年 月 日 訪問調査日を入力してください。

評価合議日 年 月 日 評価合議日を入力してください。

コメント
(利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

- ☐ 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ☐ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ☐ 別添の理由書により、公表には同意しません。

クリア

年 月 日

事業所代表者氏名

印