

## 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅰ）に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有 ・ 無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)	人		
うち50% (B) = (A) × 0.5	0.0 人		
加算要件に該当する利用者数 (C) = (E) / (D)	#DIV/0! 人		(C) ≥ (B)
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業員の状況			
利用者数 (A) ÷ 40 = (F)	0.0 人		
加配される従業員の数 (G)	人 (G) ≥ (F)		
加配される従業員の氏名	資格・研修名等		
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業員の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。

- ① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者
- ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者
- ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者
- ④ 重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者については、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

注2 「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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号）第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者として専ら視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。

- ① 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
- ② 聴覚障害又は言語機能障害者 手話通訳等を行うことができる者

※1：多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。

※2：「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業員の状況の記載は不要とする。

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅱ）に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有・無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち30% (B) = (A) × 0.3		0.0 人	
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0! 人	(C) >= (B)
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業員の状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業員の数 (G)		人	(G) >= (F)
加配される従業員の氏名	資格・研修名等		
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業員の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

- 注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。
- ① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者
  - ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者
  - ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者
  - ④ 重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者については、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。
- 注2 「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等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号）第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者として専ら視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。
- ① 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
  - ② 聴覚障害又は言語機能障害者 手話通訳等を行うことができる者

※1：多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。

※2：「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業員の状況の記載は不要とする。

## 重度障害者の状況

当該施設の前年度の平均実利用者数			
うち20%			
人員体制 (生活介護の人員配置体制加算の内容)		1. 7 : 1、 2 : 1、 2. 5 : 1、 なし	
氏名	障害程度区分	医師意見書に記載される特別な医療等の内容又は強度行動障害の有無	気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者の該当の有無
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

注 本表は次に該当する利用者を記載してください。

- ① 医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者（ただし、「疼痛の看護」及び「褥瘡の処置」を除く。）
- ② 腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養が必要とされる者
- ③ 行動援護の対象となる者

## 重度障害者の状況

当該施設の前年度の平均実利用者数		28人		
うち20%		5.6人		
人員体制 (生活介護の人員配置体制加算の内容)		1. 7 : 1、 2 : 1、 2. 5 : 1、 なし		
	氏名	障害程度区分	医師意見書に記載される特別な医療の内容又は強度行動障害の有無	気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者の該当の有無
1	A	区分5	カテーテル	
2	B	区分6	気管切開の処置	○
3	C	区分5	点滴の管理	
4	D	区分5	透析	
5	E	区分5	ストーマの処置	
6	F	区分6	気管切開の処置	○
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

注 本表は次に該当する利用者を記載してください。

- ① 医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者（ただし、「疼痛の看護」及び「褥瘡の処置」を除く。）
- ② 腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養が必要とされる者
- ③ 行動援護の対象となる者

## 障害基礎年金1級を受給する利用者の状況（重度者支援体制加算に係る届出書）

当該施設の前年度の利用者延人数(障害基礎年金の受給資格のない20歳未満の利用者延人数を除く)	(A)	
うち障害基礎年金1級を受給する利用者延人数	(B)	
(B)÷(A)	(C)	
重度者支援体制加算	(I) 50%~	(II) 25%~50%
氏 名		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

注1. 本表は前年度の障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

注2. 記載した利用者の障害者基礎年金証書の写し、若しくは障害基礎年金1級の受給を示すことのできる書類の写しを事業所で保存しておくこと。

注3. 重度者支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事(指定都市・中核市長)に届け出ること。

注4. 前年度の平均利用者数を踏まえた見直しの結果、加算を算定しないこととなるときは、速やかに算定届(介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書)により届け出ること。

障害基礎年金1級を受給する利用者の状況（重度者支援体制加算に係る届出書）

当該施設の前年度の利用者延人数(障害基礎年金の受給資格のない20歳未満の利用者延人数を除く) (A)		2160人	
うち障害基礎年金1級を受給する利用者延人数 (B)		1200人	
(B)÷(A) (C)		55.55%	
重度者支援体制加算		(I) 50%~	(II) 25%~50%
		○	
氏 名			
1	A		
2	B		
3	C		
4	D		
5	E		
6			
7			
8			
9			
10			

算定する加算に○をつけること

- 注1. 本表は前年度の障害基礎年金1級を受給する利用者に記載してください。
- 注2. 記載した利用者の障害者基礎年金証書の写し、若しくは障害基礎年金1級の受給を示すことのできる書類の写しを事業所で保存しておくこと。
- 注3. 重度者支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事(指定都市・中核市長)に届け出ること。
- 注4. 前年度の平均利用者数を踏まえた見直しの結果、加算を算定しないこととなるときは、速やかに算定届(介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書)により届け出ること。

### 目標工賃達成指導員対象施設の配置状況

当該施設・事業所の前年度の利用者数の平均値……(A)	
職業指導員及び生活支援員の数 [(A)÷6]……(B)	
職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた数 [(A)÷5]……(C)	

職業指導員及び生活支援員の氏名		常勤換算後の人数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
合計	(B) ≤	①

目標工賃達成指導員の氏名		常勤換算後の人数
1		
2		
3		
4		
5		
合計	常勤換算1.0 ≤	②

職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた常勤換算後の人数	(C) ≤	①+②
------------------------------------	-------	-----

注1: (A)は前年度の全利用者の延べ数を当該前年度の開所日数で除して得た数とする。実績が6月未満の場合は、便宜上定員の90%を利用者数とする。実績が6月以上1年未満の場合は、直近の6月における全利用者の延べ数を6月間の開所日数で除して得た数とする。(小数点第2位以下は切り上げる)

注2: (B)は前年度の利用者数の平均値を6で除して得た数とする。(C)は前年度の利用者数の平均値を5で除して得た数とする。

注3: 工賃向上計画書を都道府県に提出していること。(計画書の添付は不要)

注4: 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

### 目標工賃達成指導員対象施設の配置状況

記入例

当該施設・事業所の前年度の利用者数の平均値……(A)	30人
職業指導員及び生活支援員の数 [(A)÷6]……(B)	5人
職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた数 [(A)÷5]……(C)	6人

職業指導員及び生活支援員の氏名		常勤換算後の人数
1	A	1
2	B	1
3	C	1
4	D	0.8
5	E	0.8
6	F	0.5
7		
8		
9		
10		
合計	(B) ≤	5.1

常勤換算後の人数が、必要配置数(B)以上であること

目標工賃達成指導員の氏名		常勤換算後の人数
1	X	1
2	Y	0.7
3		
4		
5		
合計	常勤換算 1.0 ≤	1.7

目標工賃達成指導員の配置率が1.0以上であること

常勤換算後の人数が必要配置数(C)を超えていること

職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた常勤換算後の人数	(C) ≤	6.8	①+②
------------------------------------	-------	-----	-----

注1:(A)は前年度の全利用者の延べ数を当該前年度の開所日数で除して得た数とする。実績が6月未満の場合は、便宜上定員の90%を利用者数とする。実績が6月以上1年未満の場合は、直近の6月における全利用者の延べ数を6月間の開所日数で除して得た数とする。(小数点第2位以下は切り上げる)

注2:(B)は前年度の利用者数の平均値を6で除して得た数とする。(C)は前年度の利用者数の平均値を5で除して得た数とする。

注3:工賃向上計画書を都道府県に提出していること。(計画書の添付は不要)

注4:従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。



## 食事提供体制加算に関する届出書

1 事業所の名称							
2 サービスの種類							
3 異動区分		1 新規		2 変更		3 終了	
食 事 の 提 供 体 制	食事提供に係る 人員配置	管理栄養士		常勤	名	非常勤	名
		栄養士		常勤	名	非常勤	名
	保健所等との連携に より、管理栄養士等 が関与している場合	連携先名					
	業務委託により 食事提供を行う 場合	業務委託先					
委託業務内容							
適切な食事提供の 確保方策							

注1 事業所内で調理を行う場合、食事提供にかかわる職員（管理栄養士・栄養士）の状況を記載してください。事業所内での調理業務は生活支援員の業務とは区別してください。

（※）付表・勤務形態一覧表・組織体制図・運営規程による確認が必要です。

注2 調理業務を第三者に委託している場合、事業所内で調理員の配置は求められておりませんが、業務委託契約書（写し）の提出が必要です。

注3 業務委託により食事提供を行う場合の「適切な食事提供の確保方策」欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記載してください。その際、委託先の管理栄養士又は栄養士の有無は必ず記載してください。

【参考】病院、診療所等の業務委託について（平成5年2月15日指第14号厚生省健康政策局指導課長通知） より抜粋

## 2 院外調理における衛生管理

### (1) 衛生面での安全確保

食事の運搬方式について、原則として、冷蔵(3℃以下)若しくは冷凍(マイナス8℃以下)状態を保つこととされているのは、食中毒等、食品に起因する危害の発生を防止するためであること。したがって、運搬時に限らず、調理時から喫食時まで衛生管理には万全を期すべく努める必要があること。

### (2) 調理方式

患者等の食事の提供の業務(以下「患者給食業務」という。)を病院外の調理加工施設を使用して行う場合の調理方式としては、クックチル、クックフリーズ、クックサーブ及び真空調理(真空パック)の四方式があること。

なお、院外調理による患者給食業務を行う場合にあっては、常温(一〇℃以上、六〇℃未満)での運搬は衛生面での不安が払拭できないことから、クックチル、クックフリーズ又は真空調理(真空パック)が原則であり、クックサーブを行う場合には、調理加工施設が病院に近接していることが原則であるが、この場合にあってはHACCPの概念に基づく適切な衛生管理が行われている必要があること。

#### ア クックチル

クックチルとは、食材を加熱調理後、冷水又は冷風により急速冷却(九〇分以内に中心温度3℃以下まで冷却)を行い、冷蔵(3℃以下)により運搬、保管し、提供時に再加熱(中心温度七五℃以上で一分間以上)して提供することを前提とした調理方法又はこれと同等以上の衛生管理の配慮がなされた調理方法であること。

#### イ クックフリーズ

クックフリーズとは、食材を加熱調理後、急速に冷凍し、冷凍(マイナス8℃以下)により運搬、保管のうえ、提供時に再加熱(中心温度七五℃以上で一分間以上)して提供することを前提とした調理方法又はこれと同等以上の衛生管理の配慮がなされた調理方法であること。

#### ウ クックサーブ

クックサーブとは、食材を加熱調理後、冷凍又は冷蔵せずに運搬し、速やかに提供することを前提とした調理方法であること。

#### エ 真空調理(真空パック)

真空調理(真空パック)とは、食材を真空包装のうえ低温にて加熱調理後、急速に冷却又は冷凍して、冷蔵又は冷凍により運搬、保管し、提供時に再加熱(中心温度七五℃以上で一分間以上)して提供することを前提とした調理方法又はこれと同等以上の衛生管理の配慮がなされた調理方法であること。

### (3) HACCPの概念に基づく衛生管理

#### ア HACCP

HACCP(危害分析重要管理点)とは、衛生管理を行うための手法であり、事業者自らが食品の製造(調理)工程で衛生上の危害の発生するおそれのあるすべての工程を特定し、必要な安全対策を重点的に講じることをいうものであること。

#### イ HACCPによる適切な衛生管理の実施

患者給食業務においては、院外調理に限らず、常に適切な衛生管理が行われている必要があるが、患者給食の特殊性に鑑み、特に大量調理を行う場合については、食中毒の大量発生等を危惧されることから、より厳密な衛生管理が求められるものであること。このため、院外調理においては、HACCPの概念に基づく衛生管理が重要であること。

HACCPの概念に基づく衛生管理を行うに当たっては、「大規模食中毒対策等について」(平成九年三月二十四日付け衛食第八五号生活衛生局長通知)が通知されたところであり、これに留意する必要があるが、前記通知に定められた重要管理事項以外に、危害分析の結果、重要管理点を必要に応じて定めること。この場合には、HACCPに基づき必要な衛生管理を行うこと。

なお、院外調理に限らず、病院内の給食施設を用いて調理を行う従前の業務形態においても、HACCPの導入による衛生管理の充実は望ましいものであることに留意されたいこと。

#### ウ 標準作業書

適切な衛生管理の実施を図るためには、標準作業書はHACCPの概念に基づいて作成されたものであること。

### (4) 食事の運搬及び保管方法

#### ア 食品の保存

運搬及び保管中の食品については、次の①から④の基準により保存すること。

① 生鮮品、解凍品及び調理加工後に冷蔵した食品については、中心温度3℃以下で保存すること。

② 冷凍された食品については、中心温度マイナス8℃以下の均一な温度で保存すること。なお、運搬途中における3℃以内の変動は差し支えないものとする。

③ 調理加工された食品は、冷蔵(3℃以下)又は冷凍(マイナス8℃以下)状態で保存することが原則であるが、中心温度が六五℃以上に保たれている場合には、この限りではないこと。ただし、この場合には調理終了後から喫食までの時間が二時間を超えてはならないこと。

④ 常温での保存が可能な食品については、製造者はあらかじめ保存すべき温度を定め、その温度で保存すること。

#### イ 包装

十分に保護するような包装がなされていない限り、食品を汚染させる可能性があるもの又は衛生上影響を与える可能性があるものと共に食品を保管又は運搬してはならないこと。

#### ウ 容器及び器具

食品の運搬に用いる容器及び器具は清潔なものをを用いること。容器の内面は、食品に悪影響を与えないよう仕上げられており、平滑かつ洗浄消毒が容易な構造であること。

また、食品を損傷又は汚染するおそれのあるものの運搬に使用した容器及び器具は、十分に洗浄消毒しない限り用いてはならないこと。

#### エ 車両

食品の運搬に用いる車両は、清潔なものであって、運搬中の全期間を通じて各食品毎に規定された温度で維持できる設備が備えられていること。また、冷却に氷を使用している場合にあっては、その氷から解けた水が食品に接触しないよう排水装置が設けられていること。

(別紙 7)

### 短期滞在及び精神障害者退院支援施設に係る体制

サービスの種類				
事業所・施設の名称				
事業所・施設の所在地				
連絡先	電話番号	担当者名		
	FAX番号			
設備	定員		人	
	居室数		1人当たり居室面積	
	うち個室	室	m <sup>2</sup>	
	うち2人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち3人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち4人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち 人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	その他の設備の内容			
夜間の支援体制	勤務形態		職種	人数
	常勤	専従		人
		兼務		人
	非常勤	専従		人
		兼務		人
	連携施設の名称			
夜間の支援体制の内容				

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

## 短期滞在及び精神障害者退院支援施設に係る体制

サービスの種類		自立訓練（生活訓練）		
事業所・施設の名称		〇〇〇〇		
事業所・施設の所在地		〇〇〇〇		
連絡先	電話番号		担当者名	
	FAX番号			
設備	定員		50人	
	居室数		1人当たり居室面積	
	うち個室	4室	〇〇m <sup>2</sup>	
	うち2人部屋	6室	〇〇m <sup>2</sup>	
	うち3人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	うち4人部屋	8室	〇〇m <sup>2</sup>	
	うち 人部屋	室	m <sup>2</sup>	
	その他の設備の内容			
① デイルーム (〇m <sup>2</sup> ) ② 食堂 (〇m <sup>2</sup> )				
夜間の支援体制	勤務形態		職種	人数
	常勤	専従		人
		兼務	看護職員	1 人
	非常勤	専従		人
		兼務		人
	連携施設の名称		〇〇〇〇	
夜間の支援体制の内容				
夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載				

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

(別紙8)

共同生活援助に係る体制

事業所の名称						
施設区分		介護サービス包括型		外部サービス利用型		
事業所の所在地						
連絡先	電話番号			担当者名		
	FAX番号					
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称		住所		定員	大規模住居減算の該当の有無 (該当する場合に○)
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
合計(か所数)					人	か所
介護サービス提供対象者の状況 (区分2以上)	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	氏名		障害支援区分	重度障害者等包括支援対象者の有無(該当する者に○)
重度障害者等包括支援対象者の数の合計数						人

注 「加算の該当の有無」欄については、各加算の要件を確認のうえ、加算要件に該当する場合に○をしてください。

共同生活援助に係る体制

事業所の名称						
施設区分		介護サービス包括型 ・ 外部サービス利用型				
事業所の所在地						
連絡先	電話番号			担当者名		
	FAX番号					
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称		住所	定員	大規模住居減算の該当の有無 (該当する場合に○)	
	1	Aホーム	○○○○○○○○	4人		
	2	Bホーム	○○○○○○○○	20人	○	
	3	Cホーム	○○○○○○○○	5人		
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
合計(か所数)				29人		
介護サービス提供対象者の状況(区分2以上)	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	氏名	障害支援区分	重度障害者等包括支援対象者の有無(該当する者に○)	
	Aホーム	夜間支援体制の具体的な内容を住居ごとに記載	1	○○○○	2	
			2	○○○○	3	
			3	○○○○	2	
			4	○○○○	3	
	Bホーム		5	○○○○	6	
			6	○○○○	2	
			7	○○○○	3	
			8	○○○○	4	
			9	○○○○	5	
	Cホーム		10	○○○○	6	○
			11	○○○○	5	
			12	○○○○	4	
			13	○○○○	3	
			14	○○○○	2	
重度障害者等包括支援対象者の数の合計数					1人	

注 「加算の該当の有無」欄については、各加算の要件を確認のうえ、加算要件に該当する場合に○をしてください。

(別紙 9)

共同生活援助における単身生活移行の状況

当該施設・事業所の定員				
うち50%				
氏名	単身生活開始年月日	住所	6月以上 継続	
1	年 月 日			
2	年 月 日			
3	年 月 日			
4	年 月 日			
5	年 月 日			
6	年 月 日			
7	年 月 日			
8	年 月 日			
9	年 月 日			
10	年 月 日			
11	年 月 日			
12	年 月 日			
13	年 月 日			
14	年 月 日			
15	年 月 日			

注 本表には地域移行者を記述し、そのうち届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度及び前々年度において、単身生活への移行の日から届出を行う日の前日までの間（ただし、当該期間が6ヶ月以上である場合に限る。）、単身生活を継続している実績を有する者については当該欄に○を記載してください。

## 共同生活援助における単身生活移行の状況

当該施設・事業所の定員		10人		
うち50%		5.0人		
氏名	単身生活開始年月日	住所	6月以上 継続	
1	A	平成16年5月1日	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	○
2	B	平成16年6月1日	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	○
3	C	平成17年7月1日	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	○
4	D	平成17年6月12日	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	○
5	E	平成17年5月13日	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	○
6	F	平成17年4月1日	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	○
7	G	平成18年3月30日	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

注 本表には地域移行者を記述し、そのうち届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度及び前々年度において、単身生活への移行の日から届出を行う日の前日までの間（ただし、当該期間が6ヶ月以上である場合に限る。）、単身生活を継続している実績を有する者については当該欄に○を記載してください。



(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号										
事業所名										
事業所の所在地										
連絡先	電話番号					担当者名				
	FAX番号									
夜間支援等体制加算(I)・(II)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由								
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
					夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜間支援従事者④	夜間支援従事者⑤	
		合計								
	3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①							
			夜間支援従事者②							
			夜間支援従事者③							
			夜間支援従事者④							
			夜間支援従事者⑤							
	4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①							
			夜間支援従事者②							
			夜間支援従事者③							
夜間支援従事者④										
夜間支援従事者⑤										
5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①								
		夜間支援従事者②								
		夜間支援従事者③								
		夜間支援従事者④								
		夜間支援従事者⑤								
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯									
7	備考									
夜間支援等体制加算(III)	1	住居名								
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)								
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法								
	4	備考								
夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	住居名	滞在時間	住居名	滞在時間	夜間支援等体制加算の種類			
			夜間支援従事者⑥							
			夜間支援従事者⑦							
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥							
			夜間支援従事者⑦							
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑥							
			夜間支援従事者⑦							

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号		××××××											
事業所名		〇〇事業所											
事業所の所在地		△△県〇〇市◇◇××-×-×											
連絡先	電話番号	××-××××-××××			担当者名	◎◎ ◎◎							
	FAX番号	××-××××-××××											
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	1	夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。											
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)			
		Aホーム	5	5	①	②	③	④	⑤	宿直			
		Bホーム	6	6						夜勤			
		Cホーム	4				4			夜勤			
		Dホーム	5					5		夜勤			
		Eホーム	4					1	3	夜勤			
		合計	15	5	5	5	5	4					
	3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①	Aホーム									
			夜間支援従事者②	Bホーム									
			夜間支援従事者③	Cホーム									
			夜間支援従事者④	Dホーム									
			夜間支援従事者⑤	Eホーム									
	4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	-									
			夜間支援従事者②	-									
夜間支援従事者③			-										
夜間支援従事者④			徒歩10分										
夜間支援従事者⑤			-										
5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	-										
		夜間支援従事者②	-										
		夜間支援従事者③	-										
		夜間支援従事者④	携帯電話										
		夜間支援従事者⑤	-										
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	22:00~6:00											
7	備考												
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	住居名	Fホーム	Gホーム	Hホーム								
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)	警備会社(◆◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)			同左							
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法				職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先を住居内に掲示している。							
	4	備考											
夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者⑥	住居名	Bホーム	潜在時間	22:00~23:00	住居名	Cホーム	潜在時間	1:00~3:00	夜間支援等体制加算の種類	夜勤(Ⅳ)
			夜間支援従事者⑦	Dホーム	4:00~5:00								
			夜間支援従事者⑧	Eホーム	23:00~2:00								
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥	Cホーム									
			夜間支援従事者⑦	Eホーム									
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑥	22:00~6:00									
			夜間支援従事者⑦	23:00~2:00									

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号	××××××								
事業所名	〇〇事業所								
事業	△△県〇〇市◇◇××××								
連絡先	電話番号	××-××××			担当者				
	FAX番号	××-××××			特定の個人を指すのではなく、別々の日に異なる者が支援を行うといったように、従事者①が複数の個人である場合もある。				
1	夜間支援体制の確保が必要な理由	夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。							
2	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)	
		Aホーム	5	5					宿直
		Bホーム	6	6					夜勤
		Cホーム	4		4				夜勤
		Dホーム	5			5			夜勤
		Eホーム	4			1	3		夜勤
合計	24	5	5	5	5	4			
3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①	Aホーム					各従事者がどういった勤務形態かを記載。	
		夜間支援従事者②	Bホーム						
		夜間支援従事者③	Cホーム						
		夜間支援従事者④	Dホーム						
		夜間支援従事者⑤	Eホーム						
	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	夜勤・宿直の待機場所を記						
		夜間支援従事者②	-						
		夜間支援従事者③	-						
		夜間支援従事者④	徒歩10分						
		夜間支援従事者⑤	-						
	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	-						
		夜間支援従事者②	-						
		夜間支援従事者③	-						
		夜間支援従事者④	携帯電話						
		夜間支援従事者⑤	-						
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	22:00~6:00							
7	備考								
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	住居名	Fホーム	Gホーム	Hホーム				
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)	警備会社(◆◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)						
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法	職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先を住居内に掲示している。						
	4	備考							
夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者⑥	Bホーム	22:00~23:00	Cホーム	1:00~3:00	夜勤(Ⅳ)	
			夜間支援従事者⑦	Dホーム	4:00~5:00				夜勤(Ⅴ)
			夜間支援従事者⑧	Eホーム	23:00~2:00				
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥	各ホームでの滞在時間を記載。				各従事者がどういった勤務形態かを記載。	
			夜間支援従事者⑦	Cホーム					
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑥	22:00~6:00				各従事者が巡回等をしてい	
夜間支援従事者⑦			23:00~2:00						

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

重度障害者支援加算に関する届出書 (共同生活援助)  
(兼・〇〇年度強度行動障害支援者養成研修等受講計画)

事業所の名称					
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了	
職員配置		研修の受講状況			
職種	氏名	強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修)	強度行動障害支援者養成研修 (実践研修)	喀痰吸引等研修 (第1号又は第2号)	喀痰吸引等研修 (第3号)

中核的人材養成研修修了者 配置	( あり ・ なし )
-----------------	-------------

今年度の研修要件① (※1)を満たしている者の数	生活支援員の数	うち今年度の研修要件②(※2)を満たしている者の数及び割合

(※1) サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践)又は喀痰吸引等研修(第2号)修了者であること。

(※2) 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)又は喀痰吸引等研修(第3号)修了者であること。

- 注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。
- 注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください。(世話人等は含まれません。)
- 注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。
- 注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講しておらず年度内に受講予定もない場合は「無」又は空欄を、③今後受講予定の場合(当該年度内に限る)は受講予定月(受講月が未定の場合は目標とする月)を記載してください。
- 注5 職員が看護師又は准看護師の場合は「喀痰吸引等研修」欄に「看護師」若しくは「准看護師」と記載してください。
- 注6 職員が既に重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程を修了している場合又は今後受講予定(当該年度内に限る)の場合は、強度行動障害支援者養成研修(基礎)を修了又は受講予定とみなし、また、職員が既に行動援護従業者養成研修の課程を修了している場合又は今後受講予定(当該年度内に限る)の場合は、強度行動障害支援者養成研修(基礎及び実践)を修了又は受講予定とみなし、「強度行動障害者支援者養成研修」欄に「有」又は受講予定月を記載してください。

## 医療連携体制加算(Ⅸ)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。



# 記載例

年 月 日

## 医療連携体制加算(Ⅸ)に関する届出書

事業所番号	× × × × × ×		
事業所の名称	〇〇事業所		
事業所所在地	△△県□□市◇◇×-×-×		
異動区分	<input checked="" type="radio"/> 1 新規 <input type="radio"/> 2 変更 <input type="radio"/> 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)	1人
	2	他事業所との併任	<input checked="" type="radio"/> 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	訪問看護ステーションA
	2	訪問看護ステーション等の所在地	▲▲県■市◆◆×-×-×
看護師の勤務状況	毎週金曜日、10:00~12:00		
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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。

ピアサポート体制加算に関する届出書

1 事業所名																	
2 サービスの種類																	
3 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了																
4 障害者ピアサポート研修修了職員	<雇用されている障害者又は障害者であった者>																
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体												
				年													
				年													
				年													
				<table border="1"> <tr> <td></td> <td>常勤(人)</td> <td>非常勤(人)</td> <td>合計(人)</td> </tr> <tr> <td>実人員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算数</td> <td></td> <td></td> <td style="border: 2px solid black;">(0.5以上であること)</td> </tr> </table>			常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)	実人員				常勤換算数			(0.5以上であること)
		常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)													
	実人員																
	常勤換算数			(0.5以上であること)													
	<その他の職員>																
職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体													
			年														
			年														
			年														
			<table border="1"> <tr> <td></td> <td>常勤(人)</td> <td>非常勤(人)</td> <td>合計(人)</td> </tr> <tr> <td>実人員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算数</td> <td></td> <td></td> <td style="border: 2px solid black;">(0.5以上であること)</td> </tr> </table>			常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)	実人員				常勤換算数			(0.5以上であること)	
	常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)														
実人員																	
常勤換算数			(0.5以上であること)														
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄													

注1 研修を修了した職員は、<障害者又は障害者であった者>及び<その他の職員>それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。

注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注3 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

(別紙12-1)

自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労継続支援B型用

年 月 日

### ピアサポート実施加算に関する届出書

1 事業所名					
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了				
3 サービス費区分	1 自立訓練(機能訓練)                      2 自立訓練(生活訓練) 3 就労継続支援B型サービス費(IV)                      4 就労継続支援B型サービス費(V) 5 就労継続支援B型サービス費(VI)				
4 障害者ピアサポート研修修了職員	<雇用されている障害者又は障害者であった者>				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
	<その他の職員>				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
			年		
			年		
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄	

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 ピアサポート研修の課程を修了し、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を、指定自立訓練事業所、指定就労継続支援B型事業所等の従業者として2名以上(当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。)配置している。(※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり)

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

ピアサポート実施加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所名					
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了				
3 算定要件	自立生活支援加算（Ⅲ）の加算届出をし、受理されている。				確認
4 障害者ピアサポート研修 修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講 年度	研修の 実施主体
				年	
				年	
				年	
	＜その他の職員＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講 年度	研修の 実施主体
				年	
				年	
				年	
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。				確認欄

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 ピアサポート研修の課程を修了し、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を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

(別紙12-3)

共同生活援助用

年 月 日

### 退居後ピアサポート実施加算に関する届出書

1 事業所名				
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了			
3 障害者ピアサポート研修修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
			年	
			年	
			年	
	＜その他の職員＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
			年	
		年		
		年		
4 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。		確認欄	

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 ピアサポート研修の課程を修了し、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を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と

具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

(別紙14)

## 生活介護利用者の状況

### 1. 平均障害支援区分の算出

障害支援区分 a	前年度平均利用者数 b	a × b
2		
3		
4		
5		
6		
合計	… c	… d
平均障害支援区分 (小数点第2位以下を四捨五入)	d / c	

### 2. 生活介護事業所において人員配置体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)を算定する場合

障害支援区分等	前年度平均利用者数	
6		
5		
4以下で行動関連項目 の点数合計10点以上		
4以下でたんの吸引等を 必要とする者		
小計 a	0	
上記以外		a / b × 100
合計 b	0	

注 新規事業所の場合、開始した際の利用者数等の推計を記入してください。

(別紙14)

## 記載例

### 生活介護利用者の状況

#### 1. 平均障害支援区分の算出

障害支援区分 a	前年度平均利用者数 b	a × b
2	2	4
3	5	15
4	8	32
5	8	40
6	7	42
合計	30 … c	133 … d
平均障害支援区分 (小数点第2位以下を四捨五入)	d / c	4.4

#### 2. 生活介護事業所において人員配置体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)を算定する場合

障害支援区分等	前年度平均利用者数	
6	6	
5	10	
4以下で行動関連項目 の点数合計10点以上	4	
4以下でたんの吸引等を 必要とする者	4	
小計 a	24	
上記以外	10	a / b × 100
合計 b	34	70.6

(別紙15)

## 利用日数に係る特例の適用を受ける通所施設に係る(変更)届出書

事業所名等	名称			
	サービス種別			
	所在地			
連絡先	電話番号		担当者名	
	FAX番号			
対象期間	利用日数にかかる特例の適用を受ける必要性			
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				
年 月 ~ 年 月				

(注1)対象期間とは、「原則の日数」を超える支援が必要となる月を含む3か月以上1年以内の期間をいう。

原則として、届出は年(4月~翌年3月)1回とし、3月15日までに届けること

(注2)年間スケジュール表など年間を通じた事業計画がわかる資料を添付すること。



(別紙15)

## 利用日数に係る特例の適用を受ける通所施設に係る(変更)届出書

### 記載例

施設名 (種別)	名称	〇〇〇園		
	サービス種別	就労継続事業B型		
	所在地	〇〇市〇〇		
連絡先	電話番号	XXXX-XXXX-XXXX	担当者名	△△△△
	FAX番号	XXXX-XXXX-XXXX		
対象期間	特例の適用を受ける必要性			
記入例1 平成19年9月 ～ 平成19年11月	9月に多くの施設行事を計画していることから、受注業務の調整を図る必要があり、10月・11月において、原則の日数を超えた支援による利用日数の調整を必要とするため。			
記入例2 平成19年10月 ～ 平成19年12月	11月から12月にかけては年賀状などの印刷受注が集中する繁忙期であることから、1月間における原則の日数の限度において、利用日数の調整を図ることが困難なため。			
記入例3 平成19年4月 ～ 平成19年3月	授産事業の性格上、週6日の稼働日数を要し、利用日数の調整を図りながら実施しているが、利用者の夏休みや旅行休暇など不規則な休暇取得により、利用日数の調整を年間を通じて行う必要があるため。			
年 月 ～ 年 月				

(注1)対象期間とは、「原則の日数」を超える支援が必要となる月を含む3か月以上1年以内の期間をいう。

原則として、届出は年(4月～翌年3月)1回とし、3月15日までに届けること

(注2)年間スケジュール表など年間を通じた事業計画がわかる資料を添付すること。