

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
 指定障害者支援施設 指定申請書
 指定相談支援事業所

年 月 日

長崎県知事 様

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

印

障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定相談支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町番号

申請者(設置者)	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)		県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人の種類			法人所管庁			
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ 氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 —)		県 郡・市			
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 —)		県 郡・市			
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	障害者総合支援法において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	サ 指 定 障 害 事 福 祉 事 業 社 所						
	施 指 定 障 害 者 支 援						
	指 定 相 談 支 援 事 業 所						

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所管庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。

付表7-1 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)

受付番号

主たる事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型		生活支援員の業務の外部委託の予定			有(月 時間)・無し	
	日中サービス支援型		生活支援員の業務の外部委託の予定			有(月 時間)・無し	
	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	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	当該事業所で兼務する他の職務(兼務の場合記入)						
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称					
		兼務する職種及び勤務時間等					
利用定員数	人						
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		世話人		生活支援員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
関係機関との連携体制等		連携施設の種別・名称					
		支援体制の概要					
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)		担当者	
		その他参考となる事項					
協力医療機関		名称			主な診療科名		
協力歯科医療機関		名称					
添付書類		別添のとおり(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、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、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					

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「その他費用」欄には、入居者が負担することとなる経費(家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等)について記載してください。

付表7-2 共同生活援助事業者(グループホーム)の指定(更新)に係る記載事項 その1

受付番号

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型	生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無し						
	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						
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)						
	氏名	住所	県 郡・市					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称	兼務する職種及び勤務時間等					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号			
各事業の利用定員数	共同生活援助事業 人							
サービス管理責任者	フリガナ	(郵便番号 -)						
	氏名	住所						
従業者の職種・員数	従業者数		世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)								
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称							
	支援体制の概要							
一体的に管理運営する他の事業所								
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)				担当者		
	その他							
協力医療機関	名称					主な診療科名		
協力歯科医療機関	名称							
添付書類	別添のとおり(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、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、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。

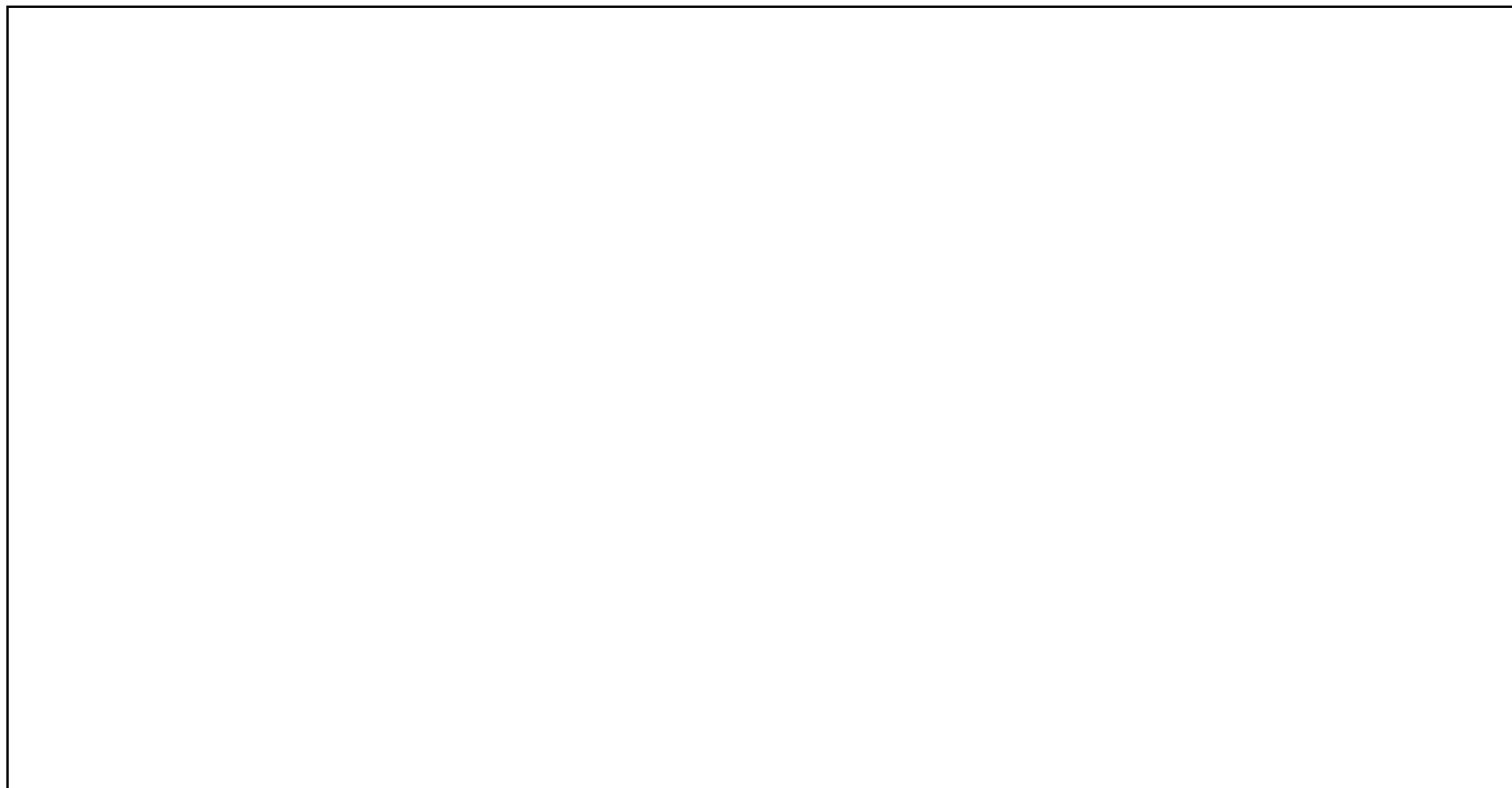
(付表7-2) その2

共同生活住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分:一戸建て、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居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	一体的に運営するサテライト型住居 か所			
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
	利用料			
	その他の費用			
共同生活住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分:一戸建て、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居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	一体的に運営するサテライト型住居 か所			
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
	利用料			
	その他の費用			
共同生活住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分:一戸建て、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居室数 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 m ²			
	一体的に運営するサテライト型住居 か所			
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器			
	主たる対象者 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
	利用料			
	その他の費用			

(参考様式 1)

平面図

事業所の名称	
--------	--



備考 1. 各室の用途及び面積を記載してください。

2. 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式2)

設備・備品等一覧表

サービスの種類	
事業所名	

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

備考1. 申請するサービスの種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目について記載してください。

2. 必要に応じて写真等を添付し、あわせてその旨を記載してください。

3. 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

サービス管理責任者の兼務に関する調書

長崎県障害福祉課長 様

年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称
代表者氏名
電話番号

印

下記の者の兼務状況は、以下のとおりであることを証明します。

1) 今回届出を行うサービス管理責任者の氏名、住所及び事業所並びにサービスの種類

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
事業所名	
サービスの種類	

2) 1) の者の兼務の状況

事業所名	区分	サービスの種類	職種名
(記載例①) 単独事業所の 場合 ○○○事業所		就労継続支援B型	サービス管理責任者
(記載例②) 多機能型の場 合 ◆◆◆事業所	多機能型	就労継続支援B型 生活介護	職業指導員

【記載要領】

- ・兼務していない場合は「該当無し」と記載してください。

(参考様式4)

実務経験証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 (日間)
業 務 内 容	職名 ()

- (注)
1. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
 2. 業務期間欄は、証明を受ける者が当該申請に関して実務経験として認められる業務に従事した期間を記入してください(産休・育休、療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)。
 3. 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、証明を受ける者の本来業務について、「児童デイサービス事業における〇〇業務」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務」等具体的に記入すること。
 4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式6)

利用者またはその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所名	
申請するサービス種類	

措置の概要
1. 利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者
2. 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
※具体的な対応方針
3. その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

(参考様式 7)

指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
申請するサービスの種類	

1. 申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおりとする理由

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無 ※該当するものを○で囲むこと。

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

(別紙2)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

サービス種類		生活介護		事業所・施設名		障害者支援施設「〇〇のさと」																											
定員	30	前年度の平均実利用者数		28		基準上の必要職員数		4.7																									
人員配置区分		生活介護 (X) - 6 : 1		該当する体制等		視覚・聴覚等支援体制																											
職種	勤務形態	氏名	第1週				第2週				第3週				第4週				4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
			*																														
生活支援員	常勤・専従	A	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40.0	1.0		
生活支援員	常勤・専従	B	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40.0	1.0		
生活支援員	常勤・専従	C	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40.0	1.0		
看護師	常勤・兼務	D	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40.0	1.0		
生活支援員	非常勤・兼務	E	4	4	4		4			4	4	4		4			4	4	4		4			4	4	4		4	64	16.0	0.4		
理学療法士	非常勤・専従	F	4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4	48	12.0	0.3		
																													0	0.0	0.0		
(加算分)																													0	0.0	0.0		
生活支援員	常勤・専従	G	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160	40.0	1.0		
																													0	0.0	0.0		
合計			48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	912	228.0	5.7
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数															40																		
サービス提供時間			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	160				

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。

注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)

注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注7 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

長崎県知事 殿

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

印

当法人（役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者総合支援法第36条第3項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【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第36条第3項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業員の知識及び技能並びに人員が、第43条第1項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第43条第2項の都道府県の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
（※）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律
これらのほか、療養介護を提供するものにあつては、次の法律も含む。
医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、薬事法、薬剤師法
- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 6 申請者が、第50条第1項（同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前60日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）であるとき。
※ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの）のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第50条第1項、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過しないとき。
※ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第50条第1項、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第48条第1項（同条第3項において準用する場合を含む。）又は第51条の27第1項若しくは第2項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第50条第1項、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。）までの間に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 10 第8号に規定する期間内に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第6号まで又は第8号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第6号まで又は第8号から第11号までのいずれかに該当する者であるとき。

(補足様式2／共同生活援助)

共同生活援助事業所における生活支援員配置の状況

主たる事業所の名称		
主たる事業所の所在地		
定員		(下記の「利用者数②」の計と一致すること)

障害程度区分毎利用者数(見込み)

区分	利用者1人あたりの 基準配置数①	利用者数②	基準配置数①×② = ③
グループホーム対象者	0		
区分2	0		
区分3	※1 1/9 (0.11)		
区分4	1/6 (0.17)		
区分5	1/4 (0.25)		
区分6	1/2.5 (0.40)		
	計		

※1 区分3の場合、対象者1人につき必要な生活支援員は1/9人です。

③は、付表7の「生活支援員」常勤換算後の専従、兼務の合計と一致すること

共同生活援助に係る一覧表

年 月 日現在

事業所の名称						
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	現員	大規模住居減算の該当の有無	
	1	〇〇ホーム	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	3	3	
	2	〇〇ハイツ	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	4	4	
	3	〇〇荘	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇	8	6	○
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	合計			15	0	1
利用者の状況	共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容等	氏名	区分	重度障害者等包括支援対象者の有無	
	1	〇〇ホーム	宿直勤務			
	2					
	3				○	
	4	〇〇ハイツ	無			
	5					
	6					
	7					
	8	〇〇荘	Aホーム宿直職員による巡回(2回)			
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
合計					1	
※「夜間の支援体制の内容」欄は、共同生活介護等事業所において行われている夜間の支援の内容、人員配置、他の社会福祉施設等との連携の状況等具体的に記載してください。						

参考様式 9 (事業指定の申請にあたり、協議会による評価を知事が必要と認める場合)

協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要

事業所名	
管理者名	
担当者名 (連絡先)	

措置の概要	
1	評価等を受ける協議会等 (※) の名称
2	指定申請にあたり、協議会等へ説明し、評価を受けた内容
	①年月日
	②説明内容
	③評価内容 (要望、助言等含む)
	④その他参考事項
3	事業指定後、協議会等への報告・評価を行う時期 (年 1 回以上)

※協議会等：障害者総合支援法第89条の3第1項に規定する協議会

参考様式10（指定申請用（協議会による評価を知事が必要と認める場合を除く））

協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要

事業所名	
管理者名	
担当者名 (連絡先)	

措置の概要	
1	評価等を受ける協議会等（※）の名称
2	定期報告・評価の時期（年1回以上）
3	協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会の具体的な内容
4	そのほか参考事項

※協議会等：障害者総合支援法第89条の3第1項に規定する協議会

参考様式 1 1 (更新、その他用)

協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要

事業所名	
管理者名	
担当者名 (連絡先)	

措置の概要	
1	評価等を受ける協議会等 (※1) の名称
2	指定申請にあたり、協議会等へ説明し、評価を受けた内容
	①年月日
	②説明内容
	③評価内容 (要望、助言等含む)
3	そのほか参考事項

※1 協議会等：障害者総合支援法第89条の3第1項に規定する協議会

※2 評価等を受けた時期ごとに作成すること

日中サービス支援型共同生活援助事業者に対する地域自立支援協議会による評価基準

1.地域自立支援協議会による評価の目的

- ・日中サービス支援型共同生活援助事業所を地域に開かれたサービスとすることにより、当該サービスの質の確保を図る。
- ・日中サービス支援型指定共同生活援助は、重度化・高齢化のために日中活動サービス事業所に通うことができない利用者が、地域生活を継続できるようにするための仕組みであるが、利用者が共同生活住居で過ごす時間が従来よりも長くなることが想定されることから、利用者のニーズに応じた適正な支援が提供されるよう努める必要がある。

2.事業者の状況

①事業者・事業所の名称

②事業者が地域自立支援協議会による評価を受ける根拠（基準省令第213条の10）

()指定申請にあたり、地域自立支援協議会に評価を受けるもの ()定期的(年1回以上)に地域自立支援協議会に実施状況等について評価を受けるもの

③運営方針、活動内容等 別添資料のとおり

3.評価内容

評価項目		評価基準	評価結果	助言 ※「不可」が「可」になるための具体的な助言等
運営方針		常時の支援体制を確保することにより、利用者が地域において、家庭的な環境及び地域住民との交流の下で自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、援助を適切かつ効果的におこなう方針である	可	
		上記について、援助を適切かつ効果的におこなう方針でない	不可	
活動内容	日中活動	日中を共同生活住居で過ごす利用者の支援にあたって、当該利用者の意向を踏まえた日中サービス支援型共同生活援助計画に基づき、充実した地域生活を送ることが出来るよう外出や余暇活動等の社会生活上の支援に努めている(具体的に努める予定がある)	可	
		上記について、努めていない(具体的に努める予定がない)	不可	
	他事業者との連携	特定相談支援事業をおこなう者又は他の障害福祉サービスの事業をおこなう者と緊密な連携を図っている(図る見込みである)	可	
		上記について、連携を図っていない(図る見込みがない)	不可	
その他				