

受付番号

事業所名 ( )

受付日(確認日) 令和 年 月 日

指定障害福祉サービス事業所指定チェックリスト ※令和6年4月～  
(自立生活援助)

1. 申請書類

確認欄  
法人  
県  
確認欄

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 指定申請書(様式第1号)

2 既に指定を受けている事業所等(様式第1号の別紙)(該当がある場合のみ)

3 付表17

4 法人の登記簿謄本

5 平面図(参考様式1)、事業所の位置図、写真

\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。

\*写真は直近のものを撮影し、撮影した時点を余白に記入。

\*写真と図面の対応関係を明確に。(写真と図面にそれぞれ共通の番号を記載する等)

\*「部屋面積(m<sup>2</sup>単位)」、「共有部分」、「基準上必要な設備」は図面に明記。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6 設備・備品等一覧表(参考様式2)、写真

\*消防設備も明記すること

\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 消防計画書の写し(消防署に届けている場合、消防局の受付印が押印されたもの)

8 建物賃貸借契約書(賃貸借の場合)

法人所有の物件の場合は、法人所有の事実がわかる書類(建物登記簿の写し等)を提出すること

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 管理者の経歴書(参考様式3)、実務経験証明書(参考様式4)

10 サービス管理責任者の経歴書(参考様式3)、実務経験証明書(参考様式4)、研修(相談・サビ管の所定の研修)修了証書の写し、資格証の写し

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 サービス管理責任者の兼務に関する調書(参考様式3-2)

12 運営規程

13 苦情処理体制(参考様式6)

14 主たるサービス対象者を特定する理由等(対象者を特定する場合のみ)(参考様式7)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

15 勤務形態一覧表(別紙2)

\*組織体制図を添付すること

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 障害者総合支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式8)

17 協力医療機関との契約内容がわかるもの(契約書の写し等)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

18 利用予定者名簿

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

19 資産状況(貸借対照表等の法人の運営状況が分かる資料)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

20 事業計画書

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

21 (指定更新の場合)指定通知書の写し

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

22 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出

(指定更新の場合)今回の申請により加算の変更がある場合は、変更部分を明らかにしたうえで、関係様式、資料を添付

→  加算状況に変更あり

加算状況に変更なし

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

23 障害者総合支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書(未提出の場合又は変更がある場合のみ)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

24 災害時情報共有システム登録票(未提出の場合又は変更がある場合のみ)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

25 メールアドレス登録票(未登録の場合又は変更がある場合のみ)

## 2. 人員に関する基準



1 地域生活支援員

・利用者25人に対し1人以上標準。超える場合は増員が望ましい。  
※報酬算定は30:1以上か未満で算定



2 サービス管理責任者

・利用者の数が30以下 1以上  
・利用者の数が31以上 1に、利用者の数が30を超えて30又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上  
・常勤換算方法により必要な員数の配置が求められるものではないが、業務を適切に遂行する観点から必要な時間数が確保されていること。  
・常勤で配置する場合は、地域生活支援員との兼務不可  
・指定自立生活援助事業所と併設する指定地域移行支援事業所又は指定地域定着支援事業所を一体的に運営している場合は、当該事業所に配置された相談支援専門員については、指定自立生活援助のサービス管理責任者の職務と兼務可。

### ○実務経験要件（該当するものにチェック）



相談支援業務についての実務経験年数及び社会福祉主事任用資格者等が直接支援業務に従事した実務経験年数が通算して5年以上



直接支援業務についての実務経験年数が通算して8年以上



国家資格等による業務に3年以上従事している者で、相談支援業務及び直接支援業務に従事する者は、実務経験年数が3年以上

### ○研修等要件（修了した研修にチェック）



相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ）



サビ管研修（旧研修または基礎研修）



サビ管研修（実践研修）



サビ管研修（更新研修）



3 管理者

常勤。管理上支障がない場合は他の職務、他事業所等と兼務可

## 3. 設備に関する基準



1 備品

事業を行うために必要な広さの区画、サービス提供に必要な設備、備品等

#### 4. 運営に関する基準

##### 1 実施主体

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、宿泊型自立訓練、共同生活援助、障害者支援施設、相談支援事業者のいずれかの指定を受けているか

なお、地域定着支援との併給が不可の旨を認識しているか。

##### 2 運営規定

① 事業の目的及び運営の方針

② 従業者の職種、員数及び職務の内容

③ 営業日及び営業時間

④ 指定自立生活援助の提供方法

イ おおむね週に1回以上の居宅訪問

ロ 随時の通報による支援

⑤ 指定自立生活援助の内容

イ 心身の状況及び環境並びに日常生活全般の把握、必要な情報提供等や関係機関との連絡調整その他必要な援助

ロ 通報があった場合の訪問等による状況把握

ハ ロがあった場合の関係機関等との連絡調整その他必要な措置

ニ 常時の連絡体制の確保

⑥ 利用者から受領する費用の種類及びその額

⑦ 主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類

⑧ 虐待防止のための措置に関する事項

イ 虐待の防止に関する責任者の選定

ロ 成年後見制度の利用促進

ハ 苦情解決体制の整備

ニ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施（研修方法や研修計画など）

ホ 「虐待の防止のための対策を検討する委員会」の設置等に関すること

⑨ その他運営に関する重要事項

○運営規定に定めておくことが必須条件ではないもの（規定しておくことを推奨）

身体拘束等の適正化に係る事項

- 苦情解決体制(苦情を受け付けるための相談窓口)
- ・苦情受付担当者 (  ) ※氏名を記入
  - ・苦情解決責任者 (  ) ※氏名を記入
  - ・第三者委員 (  ) ※氏名を記入
- ※「苦情受付担当者」と「苦情解決責任者」は牽制機能を働かせるためにも別人物とすること。  
※第三者委員は、複数名選任すること。

- 障害福祉サービス等情報公表システム(ワムネット)への登録  
(指定更新の場合) 年度ごとの登録内容を更新済の場合チェック  
(新規指定の場合) 指定通知書を受領後、登録申請すること  
※未申請の場合、減算

- 業務継続計画(感染症・非常災害)の策定  
業務継続計画(感染症・非常災害)を策定済の場合にチェック  
【経過措置】令和7年3月31日まで「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び  
「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合はチェック  
※上記以外の場合、減算

#### 5. 福祉専門職員等配置加算

- 算定要件とする常勤の地域生活支援員について、相談支援事業所の相談支援専門員と兼務かつ特定事業所加算の常勤職員として算定されていないか
- 算定要件とする常勤の地域生活支援員について、他事業所と兼務している場合、自立生活援助事業所の勤務時間が常勤の勤務時間の2分の1を越えているか

受付番号

事業所名 ( )

受付日(確認日) 令和 年 月 日

指定障害福祉サービス事業所指定チェックリスト ※令和6年4月～  
(共同生活援助(グループホーム))

1. 申請書類(新規指定用)

確認欄  
法人  
県確認欄

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 指定申請書(様式第1号)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 既に指定を受けている事業所等(様式第1号の別紙)(該当がある場合のみ)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 付表7-1 その1,その2   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 居宅介護事業所との委託契約書の写し(外部サービス利用型の場合)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 法人の登記簿謄本  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 平面図(参考様式1)、事業所の位置図、写真<br>*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。<br>*写真は直近のものを撮影し、 <u>撮影した時点</u> を余白に記入。<br>*写真と図面の対応関係を明確に。(写真と図面にそれぞれ共通の番号を記載する等)<br>*「部屋面積(m <sup>2</sup> 単位)」、「共有部分」、「基準上必要な設備」は図面に明記。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 設備・備品等一覧表(参考様式2)、写真<br>*消防設備も明記すること<br>*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 消防計画書の写し(消防署に届けている場合、消防局の受付印が押印されたもの)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 防火対象物届出書、又は直近の消防署の検査済通知書等(事前に管轄の消防部局へ相談)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 建築確認検査済証または建築確認済証(不要の場合は、その理由を記した文書を提出すること。)<br>用途は寄宿舍または共同住宅か   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 建物賃貸借契約書(賃貸借の場合)<br>法人所有の物件の場合は、法人所有の事実がわかる書類(建物登記簿の写し等)を提出すること  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 管理者の経歴書(参考様式3)、実務経験証明書(参考様式4)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 サービス管理責任者の経歴書(参考様式3)、実務経験証明書(参考様式4)、研修(相談・サビ管の所定の研修)修了証書の写し、資格証の写し   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 サービス管理責任者の兼務に関する調書(参考様式3-2)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 運営規程   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16 重要事項説明書  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 苦情処理体制(参考様式6)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 主たるサービス対象者を特定する理由等(対象者を特定する場合のみ)(参考様式7)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 勤務形態一覧表(別紙2)<br>*組織体制図を添付すること  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 生活支援員の配置状況(補足様式2)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21 協力医療機関・協力歯科機関との契約書写し   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22 障害者総合支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式8)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23 共同生活援助に係る一覧表(別紙9)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24 自立支援協議会評価等に関する措置の概要<br>(日中サービス支援型の場合。参考様式9または参考様式10)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25 利用予定者名簿  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26 資産状況(貸借対照表等の法人の運営状況が分かる資料)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27 事業計画書  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29 障害者総合支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書(未提出の場合又は変更がある場合のみ)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30 災害時情報共有システム登録票(未提出の場合又は変更がある場合のみ)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31 メールアドレス登録票(未登録の場合又は変更がある場合のみ)  |

## 2. 人員に関する基準



1 世話人

常勤換算方法で、利用者6人に対し1人以上  
 (外部サービス利用型)平成26年4月1日において現存する事業所は、  
 当分の間、10で除した数以上  
 (日中サービス支援型)利用者5人に対し1人以上  
 ※上記は最低基準のため、体制等状況一覧で記載をした人員  
 配置区分に合わせた人員配置が必要



2 サービス管理責任者

- ・利用者の数が30以下 1以上
- ・利用者の数が31以上 1に、利用者の数が30を超えて30又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上
- ・必要な時間数が確保されていること。
- ・世話人または生活支援員のいずれかの職務との兼務可
- ・事業所の入居定員が20人以上である場合は、できる限り専従のサービス管理責任者を確保するよう努めること。

○実務経験要件(該当するものにチェック)



相談支援業務についての実務経験年数及び社会福祉主事任用資格者等が直接支援業務に従事した実務経験年数が通算して5年以上



直接支援業務についての実務経験年数が通算して8年以上



国家資格等による業務に3年以上従事している者で、相談支援業務及び直接支援業務に従事する者は、実務経験年数が3年以上

○研修等要件(修了した研修にチェック)



相談支援従事者初任者研修(講義部分のみ)



サビ管研修(旧研修または基礎研修)



サビ管研修(実践研修)



サビ管研修(更新研修)



3 管理者

常勤。管理上支障がない場合は他の職務、他事業所等と兼務可



4 生活支援員

「生活支援員の配置状況」で確認

(または外部委託)

※障害支援区分3以上の方がいる場合に必要

(日中サービス支援型の場合)



5 夜間支援従事者

「世話人」または「生活支援員」を夜間及び深夜の時間帯を通じて配置



6 上記1、2、4のうち、1人以上が常勤。日中にも配置(運営に関する基準)

## 3. 設備に関する基準



1 人員定員

4人以上



2 居室定員

原則として個室



3 居室面積

7.43㎡(4.5畳)以上



4 相互交流設備

居間または食堂(1住居(ユニット※定員2人以上10人以下)毎に1)



5 共同生活住居定員

2人以上10人以下(既存の建物の場合は2人以上20人以下)

(日中サービス支援型の場合)



6 短期入所(空床型を除く)

1事業所に定員1~5人

#### 4. 運営に関する基準

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>I 運営規程</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① 事業の目的及び運営の方針
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 従業者の職種、員数及び職務の内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 入居定員
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ 指定共同生活援助の内容並びに利用者から受領する費用の種類及びその額
	<input type="checkbox"/>	イ 共同生活援助の内容
	<input type="checkbox"/>	ロ 利用者負担額
	<input type="checkbox"/>	ニ 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地（外部サービス利用型のみ）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ 入居にあたっての留意事項
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦ 緊急時等における対応方法（夜間支援加算（Ⅲ）の体制は運営規程に明記）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ 非常災害対策
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ 事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑩ 虐待防止のための措置に関する事項
	<input type="checkbox"/>	イ 虐待の防止に関する責任者の選定
	<input type="checkbox"/>	ロ 成年後見制度の利用促進
	<input type="checkbox"/>	ハ 苦情解決体制の整備
	<input type="checkbox"/>	ニ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施（研修方法や研修計画など）
	<input type="checkbox"/>	ホ 「虐待の防止のための対策を検討する委員会」の設置等に関すること
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑪ その他運営に関する重要事項
○運営規定に定めておくことが必須条件ではないもの（規定しておくことを推奨）		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	身体拘束等の適正化に係る事項

苦情解決体制(苦情を受け付けるための相談窓口)

・苦情受付担当者 (  ) ※氏名を記入

・苦情解決責任者 (  ) ※氏名を記入

・第三者委員 (  ) ※氏名を記入

※「苦情受付担当者」と「苦情解決責任者」は牽制機能を働かせるためにも別人物とすること。

※第三者委員は、複数名選任すること。

障害福祉サービス等情報公表システム(ワムネット)への登録

(指定更新の場合) 年度ごとの登録内容を更新済の場合チェック

(新規指定の場合) 指定通知書を受領後、登録申請すること

※未申請の場合、減算

業務継続計画(感染症・非常災害)の策定

業務継続計画(感染症・非常災害)を策定済の場合にチェック

【経過措置】令和7年3月31日まで「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び

「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合はチェック

※上記以外の場合、減算

## 5. 地域住民への説明及び理解

グループホーム設置にあたり、地域住民の理解は得られているか。市町に説明しているか。

(日中サービス支援型の場合)

6. 地域自立支援協議会での評価の必要性の判断基準は、以下に該当する場合とする。

①重度障害者向けサービスの実施にあたり、不安がある場合

②利用者の施設外活動が見込めない場合

③その他、運営上に具体的な課題が想定される場合

②について、

1 地域交流が図られる予定か

2 住宅地等に設置される予定か



受付番号

事業所名 ( )

受付日(確認日) 令和 年 月 日

指定障害福祉サービス事業所指定チェックリスト ※令和6年4月～  
(共同生活援助(グループホーム))

1. 申請書類(更新指定用)

県  
確認欄  
法人

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1 指定申請書(様式第1号)
- 2 既に指定を受けている事業所等(様式第1号の別紙)(該当がある場合のみ)
- 3 付表7-2・その1・その2・その3(その3はサテライト型のみ)
- 4 居宅介護事業所との委託契約書の写し(外部サービス利用型の場合)
- 5 法人の登記簿謄本
- 6 平面図(参考様式1)、事業所の位置図、写真  
\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。  
\*写真は直近のものを撮影し、撮影した時点を余白に記入。  
\*写真と図面の対応関係を明確に。(写真と図面にそれぞれ共通の番号を記載する等)  
\*「部屋面積(m<sup>2</sup>単位)」、「共有部分」、「基準上必要な設備」は図面に明記。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 7 設備・備品等一覧表(参考様式2)、写真  
\*消防設備も明記すること  
\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 8 消防計画書の写し(消防署に届けている場合、消防局の受付印が押印されたもの)
- 9 防火対象物届出書、又は直近の消防署の検査済通知書等(事前に管轄の消防部局へ相談)
- 10 建築確認検査済証または建築確認済証(不要の場合は、その理由を記した文書を提出すること。)  
用途は寄宿舍または共同住宅か

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 11 建物賃貸借契約書(賃貸借の場合)  
法人所有の物件の場合は、法人所有の事実がわかる書類(建物登記簿の写し等)を提出すること

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12 管理者の経歴書(参考様式3)、実務経験証明書(参考様式4)
- 13 サービス管理責任者の経歴書(参考様式3)、実務経験証明書(参考様式4)、研修(相談・サビ管の所定の研修)修了証書の写し、資格証の写し

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 14 サービス管理責任者の兼務に関する調書(参考様式3-2)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 15 運営規程

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 16 重要事項説明書

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 17 苦情処理体制(参考様式6)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 18 主たるサービス対象者を特定する理由等(対象者を特定する場合のみ)(参考様式7)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 19 勤務形態一覧表(別紙2)  
\*組織体制図を添付すること

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 20 生活支援員の配置状況(補足様式2)
- 21 協力医療機関・協力歯科機関との契約書写し

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 22 障害者総合支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式8)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 23 共同生活援助に係る一覧表(別紙9)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 25 自立支援協議会評価等に関する措置の概要(日中サービス支援型の場合。参考様式11)
- 25 利用予定者名簿

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 26 資産状況(貸借対照表等の法人の運営状況が分かる資料)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 27 事業計画書

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 28 (指定更新の場合)指定通知書の写し

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 29 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出  
(指定更新の場合)今回の申請により加算の変更がある場合は、変更部分を明らかにしたうえで、  
関係様式、資料を添付  
→  加算状況に変更あり  加算状況に変更なし

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 26 資産状況(貸借対照表等の法人の運営状況が分かる資料)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 29 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出  
(指定更新の場合)今回の申請により加算の変更がある場合は、変更部分を明らかにしたうえで、  
関係様式、資料を添付  
→  加算状況に変更あり  加算状況に変更なし

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 29 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出  
(指定更新の場合)今回の申請により加算の変更がある場合は、変更部分を明らかにしたうえで、  
関係様式、資料を添付  
→  加算状況に変更あり  加算状況に変更なし

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 加算状況に変更あり  加算状況に変更なし

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 30 障害者総合支援法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書(未提出の場合又は変更がある場合のみ)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 31 災害時情報共有システム登録票(指定更新時に変更がある場合)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- 32 メールアドレス登録票(指定更新時に変更がある場合)

## 2. 人員に関する基準

- |                          |                          |                                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 世話人                                 | <p>常勤換算方法で、利用者6人に対し1人以上<br/>         (外部サービス利用型)平成26年4月1日において現存する事業所は、<br/>         当分の間、10で除した数以上<br/>         (日中サービス支援型)利用者5人に対し1人以上<br/>         ※上記は最低基準のため、体制等状況一覧で記載をした人員<br/>         配置区分に合わせた人員配置が必要</p>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 サービス管理責任者                           | <p>・利用者の数が30以下 1以上<br/>         ・利用者の数が31以上 1に、利用者の数が30を超えて30又はその端<br/>         数を増すごとに1を加えて得た数以上<br/>         ・必要な時間数が確保されていること。<br/>         ・世話人または生活支援員のいずれかの職務との兼務可<br/>         ・事業所の入居定員が20人以上である場合は、できる限り専従のサー<br/>         ビスマニージャーを確保するよう努めること。</p> <p>○実務経験要件(該当するものにチェック)</p> <p><input type="checkbox"/> 相談支援業務についての実務経験年数及び社会福祉主事任用資格者等が直接支援業務<br/>         に従事した実務経験年数が通算して5年以上</p> <p><input type="checkbox"/> 直接支援業務についての実務経験年数が通算して8年以上</p> <p><input type="checkbox"/> 国家資格等による業務に3年以上従事している者で、相談支援業務及び直接支援業務に<br/>         従事する者は、実務経験年数が3年以上</p> <p>○研修等要件(修了した研修にチェック)</p> <p><input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修(講義部分のみ)</p> <p><input type="checkbox"/> サビ管研修(旧研修または基礎研修)</p> <p><input type="checkbox"/> サビ管研修(実践研修)</p> <p><input type="checkbox"/> サビ管研修(更新研修)</p> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 管理者                                 | 常勤。管理上支障がない場合は他の職務、他事業所等と兼務可  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 生活支援員<br>(または外部委託)                  | 「生活支援員の配置状況」で確認   |
| (日中サービス支援型の場合)           |                          |                                       |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 夜間支援従事者                             | 「世話人」または「生活支援員」を夜間及び深夜の時間帯を通じて配置  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 上記1、2、4のうち、1人以上が常勤。日中にも配置(運営に関する基準) |   |

## 3. 設備に関する基準

- |                          |                          |                |                                   |
|--------------------------|--------------------------|----------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 人員定員         | 4人以上                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 居室定員         | 原則として個室                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 居室面積         | 7.43㎡(4.5畳)以上(みなし事業所は経過措置あり)      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 相互交流設備       | 居間または食堂(1住居(ユニット※定員2人以上10人以下)毎に1) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 共同生活住居定員     | 2人以上10人以下(既存の建物の場合は2人以上20人以下)     |
| (日中サービス支援型の場合)           |                          |                |                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 短期入所(空床型を除く) | 1事業所に定員1~5人                       |

#### 4. 運営に関する基準

- 1 運営規程
- ① 事業の目的及び運営の方針
  - ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
  - ③ 入居定員
  - ④ 指定共同生活援助の内容並びに利用者から受領する費用の種類及びその額
    - イ 共同生活援助の内容
    - ロ 利用者負担額
    - ニ 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
  - ⑤ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地(外部サービス利用型のみ)
  - ⑥ 入居にあたっての留意事項
  - ⑦ 緊急時における対応方法(夜間支援加算(Ⅲ)の体制は運営規程に明記)
  - ⑧ 非常災害対策
  - ⑨ 主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類
  - ⑩ 虐待防止のための措置に関する事項
    - イ 虐待の防止に関する責任者の選定
    - ロ 成年後見制度の利用促進
    - ハ 苦情解決体制の整備
    - ニ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施(研修方法や研修計画など)
    - ホ 「虐待の防止のための対策を検討する委員会」の設置等に関すること
  - ⑪ その他運営に関する重要事項

○運営規定に定めておくことが必須条件ではないもの(規定しておくことを推奨)

身体拘束等の適正化に係る事項

2 苦情解決体制(苦情を受け付けるための相談窓口)

- ・苦情受付担当者 (  ) ※氏名を記入
- ・苦情解決責任者 (  ) ※氏名を記入
- ・第三者委員 (  ) ※氏名を記入

※「苦情受付担当者」と「苦情解決責任者」は牽制機能を働かせるためにも別人物とすること。

※第三者委員は、複数名選任すること。

3 障害福祉サービス等情報公表システム(ワムネット)への登録

(指定更新の場合) 年度ごとの登録内容を更新済の場合チェック

(新規指定の場合) 指定通知書を受領後、登録申請すること

※未申請の場合、減算

4 業務継続計画(感染症・非常災害)の策定

業務継続計画(感染症・非常災害)を策定済の場合にチェック

【経過措置】令和7年3月31日まで「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び

「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合はチェック

※上記以外の場合、減算

受付番号

事業所名 ( )

受付日(確認日) 令和 年 月 日

変更用(定員減)チェックリスト ※令和6年4月～  
(共同生活援助(グループホーム))

1. 申請書類(定員減)

確認欄  
法人  
県確認欄

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1 指定内容変更届出書(様式第2号)

**※住居が複数ある場合は、新旧が分かるように記載した資料添付(任意様式)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

2 (付表7-1 その1,その2) 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

3 運営規定

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4 重要事項説明書

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5 主たるサービス対象者を特定する理由等(対象者を特定する場合のみ)(参考様式7)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6 勤務形態一覧表(別紙2)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7 生活支援員の配置状況(補足様式2)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8 共同生活援助に係る一覧表(別紙9)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

9 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出

**今回の変更により加算の変更がある場合は、変更部分を明らかにしたうえで、関係様式、資料を添付**

→  加算状況に変更あり

加算状況に変更なし

## 2. 人員に関する基準



1 世話人

常勤換算方法で、利用者6人に対し1人以上  
(外部サービス利用型)平成26年4月1日において現存する事業所は、  
当分の間、10で除した数以上  
(日中サービス支援型)利用者5人に対し1人以上  
※上記は最低基準のため、体制等状況一覧で記載をした人員  
配置区分に合わせた人員配置が必要



2 サービス管理責任者

・利用者の数が30以下 1以上  
・利用者の数が31以上 1に、利用者の数が30を超えて30又はその端  
数を増すごとに1を加えて得た数以上  
・必要な時間数が確保されていること。  
・世話人または生活支援員との兼務可

○実務経験要件(該当するものにチェック)



相談支援業務についての実務経験年数及び社会福祉主事任用資格者等が直接支援業務  
に従事した実務経験年数が通算して5年以上



直接支援業務についての実務経験年数が通算して8年以上



国家資格等による業務に3年以上従事している者で、相談支援業務及び直接支援業務に  
従事する者は、実務経験年数が3年以上

○研修等要件(修了した研修にチェック)



相談支援従事者初任者研修(講義部分のみ)



サビ管研修(旧研修または基礎研修)



サビ管研修(実践研修)



サビ管研修(更新研修)



3 管理者

常勤。管理上支障がない場合は他の職務と兼務可



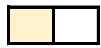
4 生活支援員

「生活支援員の配置状況」で確認

(または外部委託)

※障害支援区分3以上の方がいる場合に必要

(日中サービス支援型の場合)



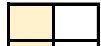
5 夜間支援従事者

「世話人」または「生活支援員」を夜間及び深夜の時間帯を通じて配置



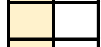
6 上記1、2、4のうち、1人以上が常勤。日中にも配置(運営に関する基準)

### 3. 設備に関する基準



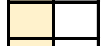
1 人員定員

4人以上



2 居室定員

原則として個室



3 居室面積

7.43㎡(4.5畳)以上(みなし事業所は経過措置あり)



4 相互交流設備

居間または食堂(1住居(ユニット※定員2人以上10人以下)毎に1)



5 共同生活住居定員

2人以上10人以下(既存の建物の場合は2人以上20人以下)

(日中サービス支援型の場合)



6 短期入所(空床型を除く)

1事業所に定員1~5人

#### 4. 運営に関する基準

##### 1 運営規程

- ① 事業の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 入居定員
- ④ 指定共同生活援助の内容並びに利用者から受領する費用の種類及びその額
  - イ 共同生活援助の内容
  - ロ 利用者負担額
  - ニ 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
- ⑤ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地（外部サービス利用型のみ）
- ⑥ 入居にあたっての留意事項
- ⑦ 緊急時における対応方法（夜間支援加算（Ⅲ）の体制は運営規程に明記）
- ⑧ 非常災害対策
- ⑨ 主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類
- ⑩ 虐待防止のための措置に関する事項
  - イ 虐待の防止に関する責任者の選定
  - ロ 成年後見制度の利用促進
  - ハ 苦情解決体制の整備
  - ニ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施（研修方法や研修計画など）
  - ホ 「虐待の防止のための対策を検討する委員会」の設置等に関すること
- ⑪ その他運営に関する重要事項

○運営規定に定めておくことが必須条件ではないもの（規定しておくことを推奨）

##### 身体拘束等の適正化に係る事項

##### 2 苦情解決体制（苦情を受け付けるための相談窓口）

- ・苦情受付担当者（  ）※氏名を記入
- ・苦情解決責任者（  ）※氏名を記入
- ・第三者委員（  ）※氏名を記入

※「苦情受付担当者」と「苦情解決責任者」は牽制機能を働かせるためにも別人物とすること。

※第三者委員は、複数名選任すること。

##### 3 障害福祉サービス等情報公表システム（ワムネット）への登録

（指定更新の場合）年度ごとの登録内容を更新済の場合チェック

（新規指定の場合）指定通知書を受領後、登録申請すること

※未申請の場合、減算

##### 4 業務継続計画（感染症・非常災害）の策定

業務継続計画（感染症・非常災害）を策定済の場合にチェック

【経過措置】令和7年3月31日まで「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合はチェック

※上記以外の場合、減算

受付番号

事業所名 ( )

受付日(確認日) 令和 年 月 日

変更用(定員増)チェックリスト ※令和6年4月～  
(共同生活援助(グループホーム))

1. 申請書類(定員増)

確認欄  
法人  
県確認欄

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 指定内容変更届出書(様式第2号)

**※住居内の内訳数変更、全体の定員変更が伴う際は、新旧が分かるように記載した資料添付(任意様式)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 (付表7-1 その1,その2) 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項

3 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(外部サービス利用型のみ)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4 平面図(参考様式1)、事業所の位置図、写真

\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。

\*写真は直近のものを撮影し、撮影した時点を余白に記入。

\*写真と図面の対応関係を明確に。(写真と図面にそれぞれ共通の番号を記載する等)

\*「部屋面積(m<sup>2</sup>単位)」、「共有部分」、「基準上必要な設備」は図面に明記。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5 設備・備品等一覧表(当該住居のみ)(参考様式2)、写真

\*消防設備も明記すること

\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6 消防計画書の写し(消防署に届けている場合、消防局の受付印が押印されたもの)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7 防火対象物届出書、または直近の消防署の検査済通知書等(事前に管轄の消防部局へ相談)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8 建築確認検査済証または建築確認済証(不要の場合は、その理由を記した文書を提出すること)。

用途は寄宿舍または共同住宅か

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

9 建物賃貸借契約書(賃貸借の場合)

法人所有の物件の場合は、法人所有の事実がわかる書類(建物登記簿の写し等)を提出すること

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10 サービス管理責任者の経歴書、実務経験証明書、(2人目として追加のみ)(参考様式3・4)

サービス管理責任者兼務に関する調書(参考様式3-2)、各種資格証の写し、研修修了証

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

11 運営規程

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

12 重要事項説明書

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

13 共同生活援助に係る一覧表(別紙9)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

14 主たるサービス対象者を特定する理由等(対象者を特定する場合のみ)(参考様式7)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

15 勤務形態一覧表(別紙2)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

16 生活支援員の配置状況(補足様式2)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

17 自立支援協議会評価等に関する措置の概要

(日中サービス支援型の場合。参考様式9または参考様式10)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

18 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出

**今回の変更により加算の変更がある場合は、変更部分を明らかにしたうえで、関係様式、資料を添付**

→  **加算状況に変更あり**

**加算状況に変更なし**



## 2. 人員に関する基準

■	■	1 世話人	<p>常勤換算方法で、利用者6人に対し1人以上          (外部サービス利用型)平成26年4月1日において現存する事業所は、          当分の間、10で除した数以上          (日中サービス支援型)利用者5人に対し1人以上          ※上記は最低基準のため、体制等状況一覧で記載をした人員          配置区分に合わせた人員配置が必要</p>
■	■	2 サービス管理責任者	<p>・利用者の数が30以下 1以上          ・利用者の数が31以上 1に、利用者の数が30を超えて30又はその端          数を増すごとに1を加えて得た数以上          ・必要な時間数が確保されていること。          ・世話人または生活支援員との兼務可</p>
■	■	3 管理者	<p>常勤。管理上支障がない場合は他の職務と兼務可          「生活支援員の配置状況」で確認          ※障害支援区分3以上の方がいる場合に必要</p>
■	■	4 生活支援員 (または外部委託) (日中サービス支援型の場合)	
■	■	5 夜間支援従事者	「世話人」または「生活支援員」を夜間及び深夜の時間帯を通じて配置
■	■	6 上記1、2、4のうち、1人以上が常勤。日中にも配置(運営に関する基準)	

## 3. 設備に関する基準

■	■	1 人員定員	4人以上
■	■	2 居室定員	原則として個室
■	■	3 居室面積	7.43㎡(4.5畳)以上(みなし事業所は経過措置あり)
■	■	4 相互交流設備	居間または食堂(1住居(ユニット※定員2人以上10人以下)毎に1)
■	■	5 共同生活住居定員 (日中サービス支援型の場合)	2人以上10人以下(既存の建物の場合は2人以上20人以下)
■	■	6 短期入所(空床型を除く)	1事業所に定員1~5人

## 4. 運営に関する基準

■	■	1 運営規程	
■	■	① 事業の目的及び運営の方針	
■	■	② 従業者の職種、員数及び職務の内容	
■	■	③ 入居定員	
■	■	④ 指定共同生活援助の内容並びに利用者から受領する費用の種類及びその額	
■	■	イ 共同生活援助の内容	
■	■	ロ 利用者負担額	
■	■	ニ 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	
■	■	⑤ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地(外部サービス利用型のみ)	
■	■	⑥ 入居にあたっての留意事項	
■	■	⑦ 緊急時における対応方法(夜間支援加算(Ⅲ)の体制は運営規程に明記)	
■	■	⑧ 非常災害対策	
■	■	⑨ 主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類	
■	■	⑩ 虐待防止のための措置に関する事項	
■	■	イ 虐待の防止に関する責任者の選定	
■	■	ロ 成年後見制度の利用促進	
■	■	ハ 苦情解決体制の整備	
■	■	ニ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施(研修方法や研修計画など)	
■	■	ホ 「虐待の防止のための対策を検討する委員会」の設置等に関すること	
■	■	⑪ その他運営に関する重要事項	

○運営規定に定めておくことが必須条件ではないもの(規定しておくことを推奨)

身体拘束等の適正化に係る事項

2 苦情解決体制(苦情を受け付けるための相談窓口)

- ・苦情受付担当者 (  ) ※氏名を記入
- ・苦情解決責任者 (  ) ※氏名を記入
- ・第三者委員 (  ) ※氏名を記入

※「苦情受付担当者」と「苦情解決責任者」は牽制機能を働かせるためにも別人物とすること。

※第三者委員は、複数名選任すること。

3 障害福祉サービス等情報公表システム(ワムネット)への登録

(指定更新の場合) 年度ごとの登録内容を更新済の場合チェック

(新規指定の場合) 指定通知書を受領後、登録申請すること

※未申請の場合、減算

4 業務継続計画(感染症・非常災害)の策定

業務継続計画(感染症・非常災害)を策定済の場合にチェック

【経過措置】令和7年3月31日まで「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合はチェック

※上記以外の場合、減算

受付番号

事業所名 ( )

受付日(確認日) 令和 年 月 日

変更用(住居追加・移転用)チェックリスト ※令和6年4月～  
(共同生活援助(グループホーム))

1. 申請書類(住居追加・移転用)

県  
確認  
欄  
法人  
確認  
欄

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1 指定内容変更届出書(様式第2号)  
※住居追加に伴い、住居内の内訳数変更、全体の定員変更が伴う際は、新旧が分かるように記載した資料添付(任意様式)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2 (付表7-1 その1,その2) 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3 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(外部サービス利用型のみ)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 4 平面図(参考様式1)、事業所の位置図、写真

\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。

\*写真は直近のものを撮影し、撮影した時点を余白に記入。

\*写真と図面の対応関係を明確に。(写真と図面にそれぞれ共通の番号を記載する等)

\*「部屋面積(㎡単位)」、「共有部分」、「基準上必要な設備」は図面に明記。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5 設備・備品等一覧表(当該住居のみ)(参考様式2)、写真

\*消防設備も明記すること

\*写真は設備基準(備品含む)を満たしているか確認できるものすべてを提出すること。

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6 消防計画書の写し(消防署に届けている場合、消防局の受付印が押印されたもの)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7 防火対象物届出書、または直近の消防署の検査済通知書等(事前に管轄の消防部局へ相談)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 8 建築確認検査済証または建築確認済証(不要の場合は、その理由を記した文書を提出すること。)

用途は寄宿舎または共同住宅か

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9 建物賃貸借契約書(賃貸借の場合)

法人所有の物件の場合は、法人所有の事実がわかる書類(建物登記簿の写し等)を提出すること

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 10 サービス管理責任者の経歴書、実務経験証明書、(2人目として追加のみ)(参考様式3・4)

サービス管理責任者兼務に関する調書(参考様式3-2)、各種資格証の写し、研修修了証

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 11 運営規程

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12 重要事項説明書

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13 共同生活援助に係る一覧表(別紙9)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 14 主たるサービス対象者を特定する理由等(対象者を特定する場合のみ)(参考様式7)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 15 勤務形態一覧表(別紙2)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 16 生活支援員の配置状況(補足様式2)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 17 自立支援協議会評価等に関する措置の概要

(日中サービス支援型の場合。参考様式9または参考様式10)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 18 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、体制等状況一覧表、関係加算届出

今回の変更により加算の変更がある場合は、変更部分を明らかにしたうえで、

関係様式、資料を添付

→  加算状況に変更あり

加算状況に変更なし

## 2. 人員に関する基準

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 世話人  | 常勤換算方法で、利用者6人に対し1人以上<br>(外部サービス利用型)平成26年4月1日において現存する事業所は、当分の間、10で除した数以上<br>(日中サービス支援型)利用者5人に対し1人以上<br>※上記は最低基準のため、体制等状況一覧で記載をした人員配置区分に合わせた人員配置が必要 |
| <input type="checkbox"/> | 2 サービス管理責任者  | ・利用者の数が30以下 1以上<br>・利用者の数が31以上 1に、利用者の数が30を超えて30又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上<br>・必要な時間数が確保されていること。<br>・世話人または生活支援員との兼務可                                 |
| ○実務経験要件(該当するものにチェック)     |  |   |
| <input type="checkbox"/> | 相談支援業務についての実務経験年数及び社会福祉主事任用資格者等が直接支援業務に従事した実務経験年数が通算して5年以上 |   |
| <input type="checkbox"/> | 直接支援業務についての実務経験年数が通算して8年以上                                 |   |
| <input type="checkbox"/> | 国家資格等による業務に3年以上従事している者で、相談支援業務及び直接支援業務に従事する者は、実務経験年数が3年以上  |   |
| ○研修等要件(修了した研修にチェック)      |  |   |
| <input type="checkbox"/> | 相談支援従事者初任者研修(講義部分のみ)                                       |   |
| <input type="checkbox"/> | サビ管研修(旧研修または基礎研修)  |   |
| <input type="checkbox"/> | サビ管研修(実践研修)  |   |
| <input type="checkbox"/> | サビ管研修(更新研修)  |   |
| <input type="checkbox"/> | 3 管理者  | 常勤。管理上支障がない場合は他の職務と兼務可  |
| <input type="checkbox"/> | 4 生活支援員<br>(または外部委託)                                       | 「生活支援員の配置状況」で確認<br>※障害支援区分3以上の方がいる場合に必要   |
| (日中サービス支援型の場合)           |  |   |
| <input type="checkbox"/> | 5 夜間支援従事者  | 「世話人」または「生活支援員」を夜間及び深夜の時間帯を通じて配置  |
| <input type="checkbox"/> | 6 上記1、2、4のうち、1人以上が常勤。日中にも配置(運営に関する基準)                      |   |

## 3. 設備に関する基準

- |                          |                |                                   |
|--------------------------|----------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 人員定員         | 4人以上                              |
| <input type="checkbox"/> | 2 居室定員         | 原則として個室                           |
| <input type="checkbox"/> | 3 居室面積         | 7.43㎡(4.5畳)以上(みなし事業所は経過措置あり)      |
| <input type="checkbox"/> | 4 相互交流設備       | 居間または食堂(1住居(ユニット※定員2人以上10人以下)毎に1) |
| <input type="checkbox"/> | 5 共同生活住居定員     | 2人以上10人以下(既存の建物の場合は2人以上20人以下)     |
| (日中サービス支援型の場合)           |                |                                   |
| <input type="checkbox"/> | 6 短期入所(空床型を除く) | 1事業所に定員1~5人                       |

## 4. 運営に関する基準

- |                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 運営規程  |  |
| <input type="checkbox"/> | ① 事業の目的及び運営の方針                                      |  |
| <input type="checkbox"/> | ② 従業者の職種、員数及び職務の内容                                  |  |
| <input type="checkbox"/> | ③ 入居定員  |  |
| <input type="checkbox"/> | ④ 指定共同生活援助の内容及び利用者から受領する費用及びその額                     |  |
| <input type="checkbox"/> | イ 利用料(市町村長が定める基準)                                   |  |
| <input type="checkbox"/> | ロ その他の費用  |  |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 受託居宅介護サービス事業者及び受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地(外部サービス利用型のみ) |  |
| <input type="checkbox"/> | ⑥ 入居にあたっての留意事項                                      |  |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 緊急時における対応方法(夜間支援加算(Ⅲ)の体制は運営規程に明記)                 |  |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 非常災害対策  |  |
| <input type="checkbox"/> | ⑨ 主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類                      |  |
| <input type="checkbox"/> | ⑩ 虐待防止のための措置に関する事項                                  |  |
| <input type="checkbox"/> | イ 虐待の防止に関する責任者の選定                                   |  |
| <input type="checkbox"/> | ロ 成年後見制度の利用促進                                       |  |
| <input type="checkbox"/> | ハ 苦情解決体制の整備   |  |
| <input type="checkbox"/> | ニ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施(研修方法や研修計画など)         |  |

ホ 「虐待の防止のための対策を検討する委員会」の設置等に関すること  
  ① その他運営に関する重要事項

○運営規定に定めておくことが必須条件ではないもの(規定しておくことを推奨)

身体拘束等の適正化に係る事項

- 2 苦情解決体制(苦情を受け付けるための相談窓口)
- ・苦情受付担当者 (  ) ※氏名を記入
  - ・苦情解決責任者 (  ) ※氏名を記入
  - ・第三者委員 (  ) ※氏名を記入
- ※「苦情受付担当者」と「苦情解決責任者」は牽制機能を働かせるためにも別人物とすること。  
※第三者委員は、複数名選任すること。
- 3 障害福祉サービス等情報公表システム(ワムネット)への登録
- (指定更新の場合) 年度ごとの登録内容を更新済の場合チェック
  - (新規指定の場合) 指定通知書を受領後、登録申請すること
- ※未申請の場合、減算
- 4 業務継続計画(感染症・非常災害)の策定
- 業務継続計画(感染症・非常災害)を策定済の場合にチェック
  - 【経過措置】令和7年3月31日まで「感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備」及び「非常災害に関する具体的計画」を策定している場合はチェック
- ※上記以外の場合、減算

5. 地域住民への説明及び理解

- グループホーム設置にあたり、地域住民の理解は得られているか。市町に説明しているか。

(日中サービス支援型の場合)

6. 地域自立支援協議会での評価の必要性の判断基準は、以下に該当する場合とする。

- ① 重度障害者向けサービスの実施にあたり、不安がある場合
- ② 利用者の施設外活動が見込めない場合
- ③ その他、運営上に具体的な課題が想定される場合

②について、

- 1 地域交流が図られる予定か
- 2 住宅地等に設置される予定か

変更届に係る提出書類一覧（住居追加・移転、定員増、定員減、日中サービス支援型変更を除く）

提出書類 ○は必須、△は必要に応じて提出 (下段※の表記をよくご確認ください)		事業所の名称	主たる事業所の所在地	申請者(設置者)の名称	代表者の氏名及び住所	管理者の氏名及び住所	サービス管理責任者の氏名及び住所	主たる対象者
様式第2号	指定内容変更届出書	○	○	○	○	○	○	○
付表	付表7-1	○	○			○	○	○
(様式なし)	登記簿謄本			○	○			
参考様式3	経歴書(管理者、サービス管理責任者)					○	○	
参考様式3-2	サービス管理責任者の兼務に関する調書						○	
参考様式4	実務経験証明書					○	○	
(様式なし)	資格証、研修修了証の写し ※1						○	
参考様式7	主たる対象者特定の理由 ※2							△
別紙2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表					○	○	
(様式なし)	運営規程 ※3	○	○					○
(様式なし)	重要事項説明書	○	○					
(様式なし)	協力医療機関との契約書の写し ※4							

※ 1 資格や研修修了が要件となっている職種について提出すること。

※ 2 主たる対象者を特定する場合のみ提出すること。

※ 3 変更前・変更後をそれぞれ1部ずつ添付

※ 4 協力医療機関は義務。協力歯科医療機関は努力義務。

運営規程	協力医療機関の 名称及び診療科 名並びに当該協 力医療機関との 契約内容
○	○
	○
○	
	○



自立生活援助 基本報酬・加算届 添付書類一覧

<div style="text-align: center;">加算名</div> <div style="text-align: center;">必要書類</div>	自立生活援助サービス費	福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）	居住支援連携体制加算	ピアサポート体制加算	地域生活支援拠点 ※Ⅰ
介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○	○	○	○
介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○
別紙２勤務形態一覧表	○					
福祉専門職員配置等加算に関する届出書		○	○		○	
新別紙３補足様式Ⅰ		○	○		○	
新別紙３補足様式Ⅱ		○	○		○	
居住支援連携体制加算に関する届出書				○		
ピアサポート体制加算に関する届出書					○	
地域生活支援拠点等に関連する加算の届出						○
各種資格証(写し)		○				

※Ⅰ 運営規程及び地域生活支援拠点であると市町が受理した登録決定通知書を提出してください。

共同生活援助 基本報酬・加算届 添付書類一覧

加算名 必要書類	共同生活援助サービス費（人員配置区分）	人員配置体制加算	福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	高次脳機能障害者支援体制加算	ピアサポート実施加算	退去後ピアサポート実施加算	看護職員配置加算	夜間支援等体制加算※2	夜勤職員加配加算（日中サービス支援型）	重度障害者支援加算	自立生活支援加算	地域生活移行個別支援特別加算	精神障害者地域移行特別加算 ※3 ※5	強度行動障害者地域移行特別加算	強度行動障害者体験利用加算職員配置加算	医療連携体制加算（Ⅶ） ※4 ※5	通勤者生活支援加算	医療的ケア対応支援体制	地域生活支援拠点 ※6	障害者支援施設等感染対策向上加算	
	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
別紙2勤務形態一覧表	○	○		○	○				○		○	○		○	○	○		○					
補足様式2	○											○											
福祉専門職員配置等加算に関する届出書			○	○																			
新別紙3補足様式1			○	○																			
新別紙3補足様式2			○	○																			
別紙3					○																		
看護職員配置加算に関する届出書									○														
夜間支援等体制加算届出書										○													
夜勤職員加配加算に関する届出書											○												
重度障害者支援加算に関する届出書（共同生活援助）												○											
地域生活移行個別支援特別加算に関する届出書														○									
精神障害者地域移行特別加算に関する届出書															○								
強度行動障害者地域移行特別加算に係る届出書																○							
強度行動障害者体験利用加算に係る届出書																	○						
医療連携体制加算（Ⅶ）に関する届出書																		○					
新別紙8																			○				
医療的ケア対応支援加算に関する届出書																					○		
各種資格証(写し)			○						○					○	○			○					
研修修了証 ※1												○				○							
人員配置体制加算に関する届出書（共同生活援助）		○																					
人員配置体制確認表		○																					
ピアサポート実施加算に関する届出書（共同生活援助）								○															
退去後ピアサポート実施加算に関する届出書								○															
自立生活支援加算に係る届出書													○										
高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書						○																	
障害者支援施設等感染対策向上加算に関する届出書																							○

※1 留意事項通知に記載の研修についての写し  
 ※2 夜間支援等体制加算（Ⅲ）は、緊急時の連絡方法等を運営規程に規定する必要があります。  
 ※3 加算の対象となる有資格者は、少なくともとも1人以上はサービス管理責任者であること  
 ※4 別紙2は看護師を配置する場合に提出  
 ※5 届出書の注釈で求められている添付書類も提出  
 ※6 運営規程及び地域生活支援拠点であると市町が受理した登録決定通知書を提出してください。