

指定障害福祉サービス事業 指定申請等の手引き (令和5年10月～)

千葉県 健康福祉部

障害福祉事業課 事業支援班

【注意事項】

この手引きは以下のサービスが対象です。

生活介護、短期入所、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、
就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、
共同生活援助、施設入所支援

目 次

| | | |
|----|--------------------|----|
| 1 | 総則 | 1 |
| 2 | 各サービスの指定基準等について | 3 |
| 3 | 従たる事業所について | 13 |
| 4 | 多機能型について | 13 |
| 5 | 管理者の資格要件について | 14 |
| 6 | サービス管理責任者の資格要件について | 14 |
| 7 | 新規指定申請について | 21 |
| 8 | 指定更新申請について | 49 |
| 9 | 変更届について | 81 |
| 10 | 各種様式の掲載箇所について | 86 |
| 11 | 問い合わせ先 | 86 |

1 総則

(1) 基準の性格について

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」、
「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障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準等を定める条例」、「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者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」及び「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障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（以下、「基準」という。）は、指定障害福祉サービス事業者等が法に規定する便宜を適切に実施するため、必要な最低基準を定めたものであり、指定障害福祉サービス事業者等は、常にその運営の向上に努めなければならない。

(2) 基準違反に対する指導監督及び指定の取消しについて

- ・ 指定障害福祉サービスを行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定障害福祉サービス事業者等の指定等又は更新を受けられない。
- ・ 基準に違反することが明らかになった場合には、知事は、①相当の期間を定めて基準を順守するよう勧告を行い、②相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、③正当な理由がなく、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができる。
- ・ 指定障害福祉サービス事業者等が③の命令に従わない場合には、知事は、当該指定等を取り消すこと、又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。
- ・ ただし、知事は、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定等を取り消すこと又は指定等の全部もしくは一部の効力を停止することができる。
 - ア 次に掲げるときその他の事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
 - (ア) サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払いを適正に受けなかったとき
 - (イ) 一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者若しくは他の障害福祉サービスの事業を行う者又はその従業者に対し、利用者又はその家族に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与したとき
 - (ウ) 一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者若しくは他の

障害福祉サービスの事業を行う者又はその従業者から、利用者又はその家族に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代表として、金品その他の財産上の利益を収受したとき

- イ 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
- ウ その他ア及びイに準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

(3) 事業者の一般原則について

- ・ 指定障害福祉サービス事業者は、利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情を踏まえた計画を作成し、これに基づき利用者に対して指定障害福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することその他の措置を講ずることにより利用者に対して適切かつ効果的に指定障害福祉サービスを提供しなければならない。
- ・ 指定障害福祉サービス事業者は、利用者又は障害児の保護者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者又は障害児の保護者の立場に立った指定障害福祉サービスの提供に努めなければならない。
- ・ 指定障害福祉サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めなければならない。

(4) 障害のある人が地域でその人らしく暮らせる共生社会の構築に向けて

指定障害福祉サービス事業者は、障害のある人がその人にあった福祉サービスを選択しつつ、地域社会の中で人々と共生し、その人らしく暮らせる環境を整えるため、事業の実施に当たっては、暖かく地域に迎えられよう、事業内容についてあらかじめ地域の理解を得るよう努めること。

2 各サービスの指定基準等について

(1) 生活介護

① サービスの概要

障害者支援施設等において、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他必要な援助を要する障害者であって、常時介護を要する者につき、主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生産能力の向上のために必要な援助を行う。

② 各基準の概要

| | | |
|-----|------------------|--|
| 申請者 | 法人 | |
| 人 員 | 医師 | ・ 必要な数 |
| | 看護職員(※) | ・ 生活介護の単位ごとに1以上 |
| | 理学療法士又は作業療法士(※) | ・ 利用者に対し機能訓練を行う場合は生活介護の単位ごとに必要数 |
| | 生活支援員(※) | ・ 生活介護の単位ごとに1以上(1人以上は常勤) |
| | サービス管理責任者 | ・ 利用者数60人以下：1人以上 ・ 利用者数61人以上：1人に利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 ※1人以上は常勤 |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |
| 設 備 | 訓練・作業室 | ・ 訓練又は作業に支障がない広さを有し(定員×3.3㎡以上)、必要な機械器具等を備えること |
| | 相談室 | ・ 間仕切り等を設けること |
| | 洗面所・便所 | ・ 利用者の特性に応じたものであること |
| | 多目的室その他運営費に必要な設備 | |
| 定 員 | 原則として20人以上 | |

※ 看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数は、生活介護の単位ごとに常勤換算で、①から③までに掲げる平均障害支援区分に応じ、それぞれ①から③までに掲げる数

- ① 平均障害支援区分が4未満：利用者数を6で除した数以上
- ② 平均障害支援区分が4以上5未満：利用者数を5で除した数以上
- ③ 平均障害支援区分が5以上：利用者数を3で除した数以上

(2) 短期入所

① サービスの概要

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設、

児童福祉施設等への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせて、入浴、排せつ及び介護その他の必要な支援を行う。

② 事業所の形態

ア 併設事業所

- ・ 指定障害者支援施設、児童福祉施設その他の入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を適切に行うことができる入所施設（以下「指定障害者支援施設等」という。）に併設され、指定短期入所の事業を行う事業所として当該指定障害者支援施設等と一体的な運営を行う事業所
- ・ その他の入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を適切に行うことができる施設には、指定宿泊型自立訓練事業所、指定共同生活援助事業所、日中サービス支援型指定共同生活援助事業所又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業所（以下「指定宿泊型自立訓練事業所等」という。）を含む。

イ 空床利用型事業所

- ・ 利用者に利用されていない指定障害者支援施設等の全部又は一部の居室において指定短期入所の事業を行う事業所

ウ 単独型事業所

- ・ 指定障害者支援施設等（指定宿泊型自立訓練事業所等を除く。）以外の施設であって、利用者に利用されていない居室において、指定短期入所の事業を行う事業所

③ 各基準の概要

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| 申請者 | 法人（病院又は診療所により行われるものを除く。） | |
| 人員 | 併設事業所 | |
| | 指定障害者支援施設等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当該施設の利用者の数及び併設事業所の利用者の合計数を当該施設の利用者の数とみなした場合、当該施設として必要とされる数以上 |
| | 指定宿泊型自立訓練事業所等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ①又は②に掲げる指定短期入所を提供する時間帯に応じ、それぞれ①又は②に定める数 ①指定短期入所と同時に指定宿泊型自立訓練等を提供する時間帯 指定宿泊型自立訓練事業所等の利用者の数及び併設事業所の利用者の数の合計数を当該指定宿泊型自立訓練事業所等の利用者の数とみなした場合において、当該指定宿泊型自立訓練事業所等における生活支援員又はこれに準ずる従業者として必要とされる数以上 ②指定短期入所を提供する時間帯（①に掲げるものを除く。） 当該日の指定短期入所の利用者の数が6名以下については1以上、7名以上については1に当該日の指定短期入所の利用者の数が6を超えて6又はその端数を増すごとに1を加え |

| | | |
|----|--|--|
| | | て得た数以上 |
| | 空床利用型事業所 | |
| | 指定障害者支援施設等 | ・当該施設の利用者の数及び空床利用型事業所の利用者の合計数を当該施設の利用者の数とみなした場合、当該施設として必要とされる数以上 |
| | 指定宿泊型自立訓練事業所等 | <p>・①又は②に掲げる指定短期入所を提供する時間帯に応じ、それぞれ①又は②に定める数</p> <p>①指定短期入所と同時に指定宿泊型自立訓練等を提供する時間帯 指定宿泊型自立訓練事業所等の利用者の数及び空床利用型事業所の利用者の数の合計数を当該指定宿泊型自立訓練事業所等の利用者の数とみなした場合において、当該指定宿泊型自立訓練事業所等における生活支援員又はこれに準ずる従業者として必要とされる数以上</p> <p>②指定短期入所を提供する時間帯（①に掲げるものを除く。） 当該日の指定短期入所の利用者の数が6名以下については1以上、7名以上については1に当該日の指定短期入所の利用者の数が6を超えて6又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上</p> |
| | 単独型事業所 | |
| | 指定生活介護事業所等 <small>（指定生活介護事業所、指定自立訓練（機能訓練）事業所、指定自立訓練（生活訓練）事業所、指定宿泊型自立訓練事業所、指定就労移行支援事業所、指定就労継続支援A型・B型事業所、指定共同生活援助事業所、外部サービス利用型指定共同生活援助事業所又は障害児通所支援事業所）</small> | <p>①指定生活介護等のサービス提供時間帯 当該指定生活介護事業所等の利用者の数及び当該単独型事業所の利用者の数の合計数を当該指定生活介護事業所等の利用者の数とみなした場合において、当該指定生活介護事業所等における生活支援員又はこれに準ずる従業者として必要とされる数以上</p> <p>②それ以外の時間帯 当該日の利用者の数が6名以下の場合においては1以上の生活支援員又はこれに準ずる従業者、7名以上の場合においては1に当該日の利用者の数が6を超えて6又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上</p> |
| | 指定生活介護事業所等以外 | 上記②と同じ |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |
| 居室 | 併設事業所、空床利用型事業所 | 併設事業所又は指定障害者支援施設等の居室であって、その全部又は一部が利用者に利用されて |

| | | | |
|-----------|----------|---|--|
| | | いない居室を用いること | |
| | 単独型事業所 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 1の居室の定員：4人以下 ・ 地階に設けてはならないこと ・ 利用者1人当たりの床面積：収納設備等を除き8㎡以上 ・ 寝台又はこれに代わる設備を備えること ・ ブザー又はこれに代わる設備を設けること | |
| 設 備 | 併設事業所 | 併設事業所又は併設本体施設の効率的運営が可能であり、かつ、当該併設本体施設の利用者の支援に支障がないときは、当該併設本体施設の設備（居室を除く。）を指定短期入所事業の用に供することができる。 | |
| | 空床利用型事業所 | 指定障害者支援施設等として必要とされる設備を有することで足りる | |
| | 単独型事業所 | 食堂 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の提供に支障がない広さを有すること ・ 必要な備品を備えること |
| | | 浴室 | ・ 利用者の特性に応じたものであること |
| 洗面所 便所 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 居室のある階ごとに設けること ・ 利用者の特性に応じたものであること | |

(3) 自立訓練（機能訓練）

① サービスの概要

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせて当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

② 各基準の概要

| | | |
|-----|---------------------|--|
| 申請者 | 法人 | |
| 人 員 | 看護職員 (※) | ・ 1以上（1人以上は常勤） |
| | 理学療法士 又は作業療法士(※) | ・ 1人以上 |
| | 生活支援員 (※) | ・ 1以上（1人以上は常勤） |
| | サービス管理責任者 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者数60人以下：1人以上 ・ 利用者数61人以上：1人に利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 |

| | | |
|-----|------------------|--|
| | | ※ 1人以上は常勤 |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |
| 設 備 | 訓練・作業室 | ・訓練又は作業に支障がない広さを有し（定員×3.3㎡以上）、必要な機械器具等を備えること |
| | 相談室 | ・間仕切り等を設けること |
| | 洗面所・便所 | ・利用者の特性に応じたものであること |
| | 多目的室その他運営費に必要な設備 | |
| 定 員 | 原則として20人以上 | |

(※) 看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数は、常勤換算で、利用者数を6で除した数以上

(※) 訪問によるサービスの提供の場合は、上記人員に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上置くこと

(4) 自立訓練（生活訓練）

① サービスの概要

・自立訓練（生活訓練）

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせて当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して、入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

・宿泊型自立訓練

障害者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

② 各基準の概要

| | | |
|-----|-----------|---|
| 申請者 | 法人 | |
| 人 員 | 生活支援員 | ・常勤換算で、①に掲げる利用者数を6で除した数と②に掲げる利用者数を10で除した数の合計数以上（1人以上は常勤） ① ②に掲げる利用者以外の利用者 ② 指定宿泊型自立訓練の利用者 |
| | 地域移行支援員 | ・指定宿泊型自立訓練を行う場合に1人以上 |
| | サービス管理責任者 | ・利用者数60人以下：1人以上 ・利用者数61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 ※1人以上は常勤 |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |

| | | |
|-----|---|--|
| 設 備 | 訓練・作業室 | ・訓練又は作業に支障がない広さを有し（定員×3.3㎡以上）、必要な機械器具等を備えること |
| | 相談室 | ・間仕切り等を設けること |
| | 洗面所・便所 | ・利用者の特性に応じたものであること |
| | ※指定宿泊型自立訓練を行う事業所にあつては、上記の設備のほか、次の基準による居室及び浴室を設けること（指定宿泊型自立訓練のみを行う事業所の場合は、訓練・作業室を設けないことができる。） ・居室：居室の定員1人、居室の面積が収納設備等を除き、7.43㎡以上 ・浴室：利用者の特性に応じたものであること | |
| 定 員 | 原則として20人以上 | |

（※）訪問によるサービスの提供の場合は、上記人員に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上置くこと

（5）就労移行支援

① サービスの概要

就労を希望する障害者であつて、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるものにつき、生産活動、職場体験その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援、その適性に応じた職場の開拓、就職後における職場への定着のために必要な相談その他の必要な支援を行う。

② 各基準の概要

| | | |
|-----|-----------------|--|
| 申請者 | 法人 | |
| 人 員 | 職業指導員及び生活支援員 | ・総数：常勤換算で利用者の数を6で除した数以上 ・職業指導員の数：1人以上 ・生活支援員の数：1人以上 ※1人以上は常勤 |
| | 就労支援員 | ・常勤換算で、利用者数を15で除した数以上 |
| | サービス管理責任者 | ・利用者数60人以下：1人以上 ・利用者数61人以上：1人に利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 ※1人以上は常勤 |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |
| 設 備 | 訓練・作業室 | ・訓練又は作業に支障がない広さを有し（定員×3.3㎡以上）、必要な機械器具等を備えること |
| | 相談室 | ・間仕切り等を設けること |
| | 洗面所・便所 | ・利用者の特性に応じたものであること |
| | 多目的室その他運営に必要な設備 | |
| 定 員 | 原則として20人以上 | |

(6) 就労継続支援A型

① サービスの概要

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち適切な支援により雇用契約等に基づき就労する者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

② 各基準の概要

| | | |
|-----|-----------------|---|
| 申請者 | 専ら社会福祉事業を行う法人 | |
| 人 員 | 職業指導員及び生活支援員 | ・総数：常勤換算で、利用者の数を10で除した数以上 ・職業指導員の数：1人以上 ・生活支援員の数：1人以上 ※1人以上は常勤 |
| | サービス管理責任者 | ・利用者数60人以下：1人以上 ・利用者数61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 ※1人以上は常勤 |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |
| 設 備 | 訓練・作業室 | ・訓練又は作業に支障がない広さを有し(定員×3.3㎡以上)、必要な機械器具等を備えること |
| | 相談室 | ・間仕切り等を設けること |
| | 洗面所・便所 | ・利用者の特性に応じたものであること |
| | 多目的室その他運営に必要な設備 | |
| 定 員 | 原則として10人以上 | |

(7) 就労継続支援B型

① サービスの概要

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち通常の事業所に雇用されていた障害者であってその年齢、心身の状態その他の事情により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者、就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

② 各基準の概要

| | | |
|-----|--------------|---|
| 申請者 | 法人 | |
| 人 員 | 職業指導員及び生活支援員 | ・総数：常勤換算で、利用者の数を10で除した数以上 ・職業指導員の数：1人以上 ・生活支援員の数：1人以上 ※1人以上は常勤 |

| | | |
|-----|-----------------|--|
| | サービス管理責任者 | ・利用者数60人以下：1人以上 ・利用者数61人以上：1人に利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 ※1人以上は常勤 |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |
| 設 備 | 訓練・作業室 | ・訓練又は作業に支障がない広さを有し（定員×3.3㎡以上）、必要な機械器具等を備えること |
| | 相談室 | ・間仕切り等を設けること |
| | 洗面所・便所 | ・利用者の特性に応じたものであること |
| | 多目的室その他運営に必要な設備 | |
| 定 員 | 原則として20人以上 | |

(8) 就労定着支援

① サービスの概要

生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援（以下、「生活介護事業所等」という。）を利用して、通常の事業所に新たに雇用された障害者の就労の継続を図るため、企業、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整を行うとともに、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言等の必要な支援を行う。

② 各基準の概要

| | | |
|-----|---|---|
| 申請者 | 過去3年間において平均1人以上通常の事業所に新たに障害者を雇用させている生活介護事業所等に係る指定障害福祉サービス事業者（3年に満たない場合は、利用を経て3人以上新たに障害者を雇用させた事業者） | |
| 人 員 | 就労定着支援員 | ・常勤換算で、利用者数を40で除した数以上 |
| | サービス管理責任者 | ・利用者数60人以下：1人以上 ・利用者数61人以上：1人に利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 ※1人以上は常勤 ※一体的に運営している指定就労定着支援事業及び生活介護等に係る指定障害福祉サービスの事業の利用者の合計数に応じて配置する。 |
| | 管理者 | 原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 |
| 設 備 | ・事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、必要な設備及び備品等を備えること | |

(9) 共同生活援助

① サービスの概要

障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において行われる相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他の必要な日常生活上の援助を行う。

② 各基準の概要

| | | | |
|-----|----------------------------|--|---|
| 申請者 | 法人 | | |
| 人 員 | 世話人 | 介護サービス包括型 | ・常勤換算で、利用者数を6で除した数以上 |
| | | 日中サービス支援型 | ・常勤換算で、利用者数を5で除した数以上 |
| | | 外部サービス利用型 | ・常勤換算で、利用者数を6で除した数以上 |
| | 生活支援員 | 介護サービス包括型 | ・常勤換算で、次の①から④までに掲げる数の合計以上 ①障害支援区分3に該当する利用者の数を9で除した数 ②障害支援区分4に該当する利用者の数を6で除した数 ③障害支援区分5に該当する利用者の数を4で除した数 ④障害支援区分6に該当する利用者の数を2.5で除した数 |
| | | 日中サービス支援型 | |
| | | 外部サービス利用型 | |
| | | 備考 | 日中サービス支援型においては、共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて1人以上の夜間支援従事者を置くとともに、世話人及び生活支援員のうち、1人以上は常勤でなければならない。 |
| | サービス管理責任者 | ・利用者数30人以下：1人以上 ・利用者数31人以上：1人に利用者数が30人を超えて30又はその端数を増すごとに1人を加えた数以上 | |
| | 管理者 | 常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの ※管理業務に支障がない場合は、他の職務の兼務可 | |
| 設 備 | 住居 | 介護サービス包括型 | ・住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあり、かつ、入所施設又は病院及び通所により主として日中においてサービスを提供する施設の敷地外にあること |
| | 指定事業所は、1以上の共同生活住居(※)を有すること | 外部サービス利用型 | |
| | | 日中サービ | ・住宅地又は住宅地と同程度に利用者の |

| | | | |
|--|----|------|---|
| | | ス支援型 | 家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあり、かつ、入所施設又は病院の敷地外にあること |
| | 設備 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 共同生活住居（※）は、1以上のユニットを有すること ・ ユニット（※）の居室面積：収納設備等を除き、7.43㎡以上 |
| | 定員 | | <ul style="list-style-type: none"> ・ 指定事業所の定員：4人以上 ・ 共同生活住居の入居定員：原則として2人以上10人以下 ・ ユニットの定員：2人以上10人以下 ・ ユニットの居室の定員：1人 |

（※）上記の共同生活住居には、サテライト型住居（※）に係るものは除かれる。

（※）ユニットとは、居室及び居室に近接して設けられる相互に交流を図ることができる設備により一体的に構成される生活単位をいい、当該ユニットごとに、原則として、浴室（浴槽のあるもの）、トイレ、洗面所、台所等日常生活を送る上で必要な設備を設けなければならない。

（※）サテライト型住居とは、本体住居と密接な連携を確保しつつ、本体住居とは別の場所で運営される住居（介護サービス包括型及び外部サービス利用型に限る。）

【サテライト型住居の基準】

- ・ 入居定員を1人とすること
- ・ 日常生活を営む上で必要な設備を設けること
- ・ 居室の面積は、収納設備等を除き、7.43㎡以上とすること

3 従たる事業所について

生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型又は就労継続支援B型については、次の①及び②の要件を満たす場合については、「主たる事業所」のほか、一体的かつ独立したサービス提供の場として、一又は複数の「従たる事業所」を設置することが可能であり、これらを一の事業所として指定することができる。

| | |
|----------------------|--|
| <p>①人員及び設備に関する要件</p> | <p>ア 「主たる事業所」及び「従たる事業所」の利用者の合計数に応じた従業者が確保されているとともに、「従たる事業所」において常勤かつ専従の従業者が1人以上確保されていること。</p> <p>イ 「従たる事業所」の利用定員が障害福祉サービスの種類に応じて次のとおりであること。</p> <p>(I) 生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）又は就労移行支援 6人以上</p> <p>(II) 就労継続支援A型又は就労継続支援B型 10人以上</p> <p>ウ 「主たる事業所」と「従たる事業所」との間の距離が概ね30分以内で移動可能な距離であって、サービス管理責任者の業務の遂行上支障がないこと。</p> <p>エ 利用者の支援に支障がない場合には、基準に定める設備の全部又は一部を設けないこととしても差し支えないこと。</p> |
| <p>②運営に関する要件</p> | <p>ア 利用申込みに係る調整、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。</p> <p>イ 職員の勤務体制、職務内容等が一元的に管理されていること。必要な場合には随時、主たる事業所と従たる事業所との間で相互支援が行える体制（例えば、当該従たる事業所の従業者が急病の場合等に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）であること。</p> <p>ウ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。</p> <p>エ 事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められていること。</p> <p>オ 人事・給与・福祉厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われるとともに、主たる事業所と当該従たる事業所間の会計が一元的に管理されていること。</p> |

4 多機能型について

(1) 多機能型事業所の定義

指定生活介護、指定自立訓練（機能訓練）、指定自立訓練（生活訓練）、指定就労移行支援、指定就労継続支援A型及び指定就労継続支援B型並びに指定児童発達支援、指定医療型児童発達支援、指定放課後等デイサービスの事業のうち2つ以上の事業を一体的に行うこと。

(2) 定員に関する特例

利用定員の合計は20名以上（注）であり、かつ、各サービスの利用定員は以

下のとおり。

| | |
|-----------------------------------|-------|
| 生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援 | 6人以上 |
| 就労継続支援A型、就労継続支援B型 | 10人以上 |

（※）ただし、宿泊型自立訓練と自立訓練（生活訓練）を併せて行う場合には、宿泊型自立訓練10人以上、かつ、自立訓練（生活訓練）6人以上

（注）宿泊型自立訓練の定員は含めない。

5 管理者の資格要件について

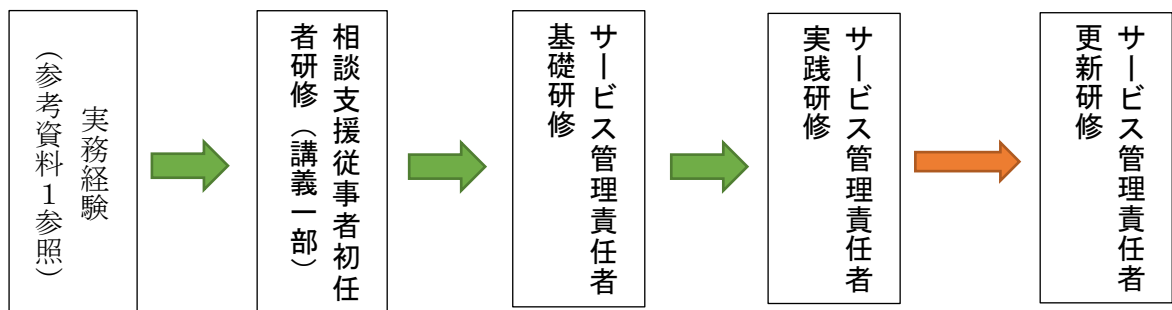
| サービス | 資格要件 |
|--|--|
| 生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、施設入所支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 次のいずれかに該当すること ① 社会福祉主事任用資格を有する者 ② 社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 ③ 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 |
| 就労継続支援A型、就労継続支援B型 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 次のいずれかに該当すること ① 社会福祉主事任用資格を有する者 ② 社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 ③ 企業を経営した経験を有する者 ④ 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 |

（※）社会福祉事業とは、社会福祉法第2条に規定する事業。

6 サービス管理責任者の資格要件について

サービス管理責任者として従事するには、厚生労働大臣が定める実務経験と研修の修了が必要となる。

（※）平成30年度まで認められていたサービス管理責任者の配置に係る猶予措置（いわゆる「みなしサービス管理責任者」）は終了しています。



実践研修修了後、5年毎に受講が必要です

サービス管理責任者の要件となる実務経験について

本資料は、「指定障害者福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」（平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示 544 号・最終改正平成 29 年厚生労働省告示 98 号）を要約した実務経験の参考資料です。

サービス管理責任者（以下の 1～3 のいずれかに該当する者）の自己点検票

| | |
|---|---|
| 1 | a 及び b の期間が通算して 5 年以上ある者 （「相談支援業務」及び「有資格者等が直接支援業務」に従事した期間） |
| 2 | c の期間が通算して 8 年以上ある者 （「直接支援業務」〔資格等の要件なし〕に従事した期間） |
| 3 | a から c までの期間が通算して 3 年以上かつ d の期間が 3 年以上である者 （国家資格等のある者が、「相談支援業務」及び「有資格者等が直接支援業務」した期間があり、かつ、当該資格等に基づき業務した期間） |

実務経験早見表

| | 業務内容 | 実務経験 |
|-----|--|----------|
| a | a の i から vi までに掲げる者(注)が、 相談支援の業務（※1） に従事した期間 | 通算 5 年以上 |
| i | 地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業 | |
| ii | 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉事務所、発達障害者支援センター | |
| iii | 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センター | |
| iv | 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター | |
| v | 特別支援学校 | |
| vi | 病院若しくは診療所の従業者（ただし、次の①から④のいずれかに該当する者に限る。） ①社会福祉主事任用資格者 ②居宅介護職員初任者研修以上（旧：訪問介護員（ホームヘルパー）2 級以上）に相当する研修を修了した者 ③ d（国家資格等）に掲げる資格を有する者 ④上記 i から v までに掲げる従事者及び従業者である期間が 1 年以上の者 | |
| | (注)その他これらの者に準ずると都道府県知事が認めた者 | |

| | | | |
|---|-----------------------------|--|--------|
| b | | bのiからvまでに掲げる従事者(注)であって、次の①から⑤のいずれかに該当する者が <u>直接支援の業務(※2)</u> に従事した期間 ①社会福祉主事任用資格者 ②居宅介護職員初任者研修以上(旧:訪問介護員(ホームヘルパー)2級以上)に相当する研修を修了した者 ③保育士 ④児童指導員任用資格 ⑤精神障害者社会復帰指導員 | 通算5年以上 |
| | i | 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、病院又は診療所の病室であって療養病床に係る施設の従業者 | |
| | ii | 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業の従事者 | |
| | iii | 病院若しくは診療所又は薬局、訪問看護事業所の従業者 | |
| | iv | 特例子会社、重度障害者多数雇用事業所設置等助成金の支給を受けた事業所の従業者 | |
| | v | 特別支援学校の従業者 | |
| | (注)その他これらの者に準ずると都道府県知事が認めた者 | | |
| c | | bのiからvまでに掲げる従事者であって、bの①から⑤までの社会福祉主事任用資格者等でない者が、 <u>直接支援の業務(※2)</u> に従事した期間 | 通算8年以上 |
| d | | aからcまでの期間が通算して3年以上あり、かつ、次の資格に基づき、当該資格に係る業務に従事した期間 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士 | 通算3年以上 |

※1 相談支援の業務

身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務その他これに準ずる業務

※2 直接支援の業務

身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援(以下「訓練等」という。)を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務その他職業訓練又は職業教育に係る業務

実務経験早見表の用語について

| | | |
|----|----------------|---|
| 1 | 地域生活支援事業 | 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(平成十七年法律第二百二十三号。以下の表では「法」という。)第七十七条第一項及び第七十八条第一項に規定する地域生活支援事業 |
| 2 | 障害児相談支援事業 | 法附則第二十六条の規定による改正前の児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)第六条の二第一項に規定する障害児相談支援事業 |
| 3 | 身体障害者相談支援事業 | 法附則第三十五条の規定による改正前の身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)第四条の二第一項に規定する身体障害者相談支援事業 |
| 4 | 知的障害者相談支援事業 | 法附則第五十二条の規定による改正前の知的障害者福祉法(昭和三十五年法律第三十七号)第四条に規定する知的障害者相談支援事業 |
| 5 | 児童相談所 | 児童福祉法第十二条第一項に規定する児童相談所 |
| 6 | 身体障害者更生相談所 | 身体障害者福祉法第十一条第二項に規定する身体障害者更生相談所 |
| 7 | 精神障害者社会復帰施設 | 法附則第四十六条の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第二百二十三号)第五十条の二第一項に規定する精神障害者社会復帰施設 |
| 8 | 知的障害者更生相談所 | 知的障害者福祉法第十二条第二項に規定する知的障害者更生相談所 |
| 9 | 福祉事務所 | 社会福祉法(昭和三十六年法律第四十五号)第十四条第一項に規定する福祉に関する事務所 |
| 10 | 発達障害者支援センター | 発達障害者支援法(平成十六年法律第百六十七号)第十四条第一項に規定する発達障害者支援センター |
| 11 | 障害者支援施設 | 障害者支援施設 |
| 12 | 障害児入所施設 | 児童福祉法第七条第一項に規定する障害児入所施設 |
| 13 | 老人福祉施設 | 老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三号)第五条の三に規定する老人福祉施設 |
| 14 | 精神保健福祉センター | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第六条第一項に規定する精神保健福祉センター |
| 15 | 救護施設、更生施設 | 生活保護法(昭和二十五年法律第百四十四号)第三十八条第二項に規定する救護施設及び同法第三項に規定する更生施設 |
| 16 | 介護老人保健施設 | 介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設 |
| 17 | 地域包括支援センター | 介護保険法第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センター |
| 18 | 障害者職業センター | 障害者の雇用の促進等に関する法律(昭和三十五年法律第二百二十三号)第十九条第一項に規定する障害者職業センター |
| 19 | 障害者就業・生活支援センター | 障害者の雇用の促進等に関する法律第二十七条第二項に規定する障害者就業・生活支援センター |

| | | |
|----|------------------------------|--|
| 20 | 特別支援学校 | 特別支援学校 |
| 21 | 病院若しくは診療所 | 健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第三項に規定する病院若しくは診療所 |
| 22 | 病院又は診療所の病室であつて療養病床に係る施設 | 病院又は診療所の病室であつて医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第七条第二項第四号に規定する療養病床に係るもの |
| 23 | 障害児通所支援事業 | 児童福祉法第六条の二の二第一項に規定する障害児通所支援事業 |
| 24 | 老人居宅介護等事業 | 老人福祉法第五条の二第二項に規定する老人居宅介護等事業 |
| 25 | 病院若しくは診療所又は薬局 | 健康保険法第六十三条第三項に規定する病院若しくは診療所又は薬局 |
| 26 | 訪問看護事業所 | 健康保険法第八十九条第一項に規定する訪問看護事業所 |
| 27 | 特例子会社 | 障害者の雇用の促進等に関する法律第四十四条第一項に規定する子会社 |
| 28 | 重度障害者多数雇用事業所設置等助成金の支給を受けた事業者 | 障害者の雇用の促進等に関する法律第四十九条第一項第六号に規定する助成金の支給を受けた事業者 |
| 29 | 社会福祉主事任用資格者 | 社会福祉法第十九条第一項各号のいずれかに該当するもの |
| 30 | 居宅介護職員初任者研修以上に相当する研修を修了した者 | 相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を修得したものと認められるもの |
| 31 | 保育士 | 保育士(国家戦略特別区域法(平成二十五年法律第七号)第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある i、iii 若しくは iv に規定する施設、ii に規定する事業を行う場所又は v に規定する機関にあつては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士) |
| 32 | 児童指導員任用資格 | 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準(昭和三十二年厚生省令第六十三号)第四十三条各号のいずれかに該当するもの |
| 33 | 精神障害者社会復帰指導員 | 障害者自立支援法の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令(平成十八年厚生労働省令第六十九号)による廃止前の精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準(平成十二年厚生省令第八十七号)第十七条第二項各号のいずれかに該当するもの |

用語について

| | | |
|---|-----------------------|---|
| 1 | 相談支援従事者初任者研修(講義部分)修了者 | 指定地域相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの(平成二十四年厚生労働省告示第二百二十六号)、指定計画相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの(平成二十四年厚生労働省告示第二百二十七号)及び指定障害児相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの(平成二十四年厚生労働省令) |
|---|-----------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <p>働省告示第二百二十五号) (以下「相談支援事業従事者基準」と総称する。)に定める相談支援従事者初任者研修のうち別表第二に定める内容又は指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるものを廃止する件(平成二十四年厚生労働省告示第二百十二号)による廃止前の指定相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの(平成十八年厚生労働省告示第五百四十九号。以下「旧相談支援事業従事者基準」という。)に定める相談支援従事者初任者研修のうち指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等の一部を改正する件(平成二十四年厚生労働省告示第二百十号)による改正前の指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等の別表第二に定める内容を行う研修(以下「相談支援従事者初任者研修(講義部分)」という。)を修了し、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</p> |
|--|---|

参考資料 2

サービス管理責任者に関する Q & A

(実務経験等について)

| 質問 | 回答 |
|---|--|
| <p>実務経験(参考資料 1 の実務経験早見表)の具体的な考え方はいかが。</p> | <p>実務経験とは、実際に業務に従事した日数が1年当たり180日以上であることをいうものとする。</p> <p>つまり以下のとおりとなる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3年以上の実務経験 → 実際に業務に従事した期間が3年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が通算で540日以上 ・ 5年以上の実務経験 → 実際に業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が通算で900日以上 ・ 8年以上の実務経験 → 実際に業務に従事した期間が8年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が通算で1,440日以上 |
| <p>小規模作業所の職員は、実務経験に含まれるのか。</p> | <p>市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所であって、業務内容や勤務状況の記録が適正に整備されており、所属長等による実務経験の証明が可能であれば、実務経験に含まれる。この場合の実</p> |

| | |
|--|--|
| | 務経験は「直接支援」となる。 |
| 社会福祉主事任用資格者等は、直接支援業務の実務経験が5年以上（参考資料1の実務経験早見表）となっているが、社会福祉主事任用資格等の資格取得以前の期間も含めて5年以上の実務経験があればよいのか。 | お見込みのとおり。 社会福祉主事任用資格等を取得してから、改めて5年間の実務経験が必要ということではない。 |
| 障害福祉サービス事業所に経理事務員として8年以上勤務した場合、実務経験として認められるか。 | 認められない。 |
| 幼稚園、保育所、学校等で8年以上従事し、児童の中に障害児もいた場合、実務経験として認められるか。 | 認められない。 児童の中に障害児がいたという場合は、障害者の支援業務の対象外。特別支援学級は対象となる。 |
| 他都道府県が発行した研修修了証書は千葉県で有効か。 | 有効となる。 |

7 新規指定申請について

(1) 新規指定申請手続きの流れ

図面確認（任意）

- 建築・賃貸予定の物件が基準を満たしているか不安な場合は、図面確認を行っています。御希望される場合は、電話もしくはメールで御相談ください。

申請

- 原則として書類の提出時は来庁していただく必要があります。ご希望される場合は、必ず相談日時の予約をしてから御来庁ください。
- **なるべく事業を開始しようとする前々月末日までに最初の提出を済ませてください。**
- **事業を開始しようとする前月15日までに申請書の受け付けが必要です。**
- **15日までに必要書類一式が整わない場合、申請書の受理はできかねます。**
- 審査の過程で内容に不備等がある場合には、担当者が電話等で確認の上、書類の補正や申請の取り下げを求める場合があります。
- 場合によっては現地確認を行う場合もあります。

指定

- 審査の結果、指定要件を満たしている場合には指定通知書を交付いたします。

(2) 新規指定に当たっての注意事項

- ・ 千葉市、船橋市及び柏市所在の指定障害福祉サービス事業所の新規指定は各市で行います。
- ・ 我孫子市に所在する指定短期入所事業所と指定共同生活援助事業所の新規指定は市で行います。

(3) 共生型サービスについて

共生型生活介護、共生型短期入所、共生型自立訓練（機能訓練）、共生型自立訓練（生活訓練）、の指定を受ける場合の申請書類は、それぞれ生活介護、短期入所、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）と同じものを御用意ください。

なお、介護保険の事業所の指定を受けていることが前提になるため、介護保険の事業所の指定通知の写しも申請書に添付してください。

また、人員と設備の基準は介護保険の事業所の基準を満たしていることが必要です。

(4) 新規指定に必要な書類のチェックリスト及び主な留意事項について

① 生活介護

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 生活介護事業所の指定に係る 記載事項 (付表3) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表3-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 医師は必要な数を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員は必要な数を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員は、生活介護の単位ごとに1人以上(1人以上は常勤)配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員、理学療法士・作業療法士、生活支援員の合計数は足りているか。 () : 1 → () 名以上必要 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 | |

| | | | |
|----|--------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 生活介護の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 | |

| | | | |
|----|------------------------------------|--|--|
| | (参考様式 8) | <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式 10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね 3 か月以内に取得したもののか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式 14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準（昭和 57 年以降）の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 生活介護事業所の従業者の配置数の算定について (別紙様式 4) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

② 短期入所

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|--|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 短期入所事業所の指定に係る 記載事項 (付表5) <u>(併設型、空床型の場合、本体 のサービスの付表も添付)</u> | <input type="checkbox"/> 管理者の氏名、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 併設型、空床型、併設・空床型、単独型のいずれかに○がついているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 併設型、空床型の場合、本体のサービスの付表を添付しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 短期入所で使用するスペースが分かるように識別されているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 単独型の場合、以下の基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 1の居室の定員は4人以下か。 <input type="checkbox"/> 地階に居室を設けていないか。 <input type="checkbox"/> 居室の利用者1人当たりの床面積は収納設備等を除き8㎡以上か。 <input type="checkbox"/> 居室に寝台又はこれに代わる設備を備えているか。 <input type="checkbox"/> 居室にブザー又はこれに代わる設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> 食堂は食事の提供に支障がない広さを有しているか。 <input type="checkbox"/> 食堂に必要な備品を備えているか。 <input type="checkbox"/> 浴室は利用者の特性に応じたものとなっているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所は居室のある階ごとに設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所は利用者の特性に応じたものとなっているか。 | |
| 6 | 居室面積等一覧表 (別紙様式1) | <input type="checkbox"/> 居室の面積が明記されているか。 | |
| 7 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|------|--|--|------------------------|
| 8 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 短期入所の種別 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 短期入所の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | 空床型の場合、「利用定員」に関する記載は不要 |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23-1 | サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について (別紙様式3) | <input type="checkbox"/> 併設型、空床型であり、かつ、本体が共同生活援助事業所の場合、添付されているか。 <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |

| | | | |
|----------|-----------------------------------|--|--|
| 23- 2 | 生活介護事業所の従業者の配置数の算定について (別紙様式4) | <input type="checkbox"/> 併設型、空床型であり、かつ、本体が生活介護事業所の場合、添付されているか。 <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

③ 自立訓練（機能訓練）

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書（第1号） | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項（付表9） | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式（付表13）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式（付表9-2）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか（次の全てを満たすか）。 → <input type="checkbox"/> 看護職員は1人以上（1人以上は常勤）配置しているか。 <input type="checkbox"/> 理学療法士又は作業療法士は1人以上配置しているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員は1人以上（1人以上は常勤）配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員、理学療法士・作業療法士、生活支援員の合計数は常勤換算で、利用者数を6で除した数以上あるか。 <input type="checkbox"/> 訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上配置しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表（参考様式2） | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書（参考様式3） | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 機能訓練の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

④ 自立訓練（生活訓練）

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|-------------------------------|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書（第1号） | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項（付表10） | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式（付表13）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式（付表10-2）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか（次の全てを満たすか）。 → <input type="checkbox"/> 生活支援員は、常勤換算で、①に掲げる利用者を6で除した数と②に掲げる利用者数を10で除した数の合計数以上（1人以上は常勤）を配置しているか。 ① ②に掲げる利用者以外の利用者 ② 指定宿泊型自立訓練の利用者 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練を行う場合は、1人以上の地域移行支援員を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上配置しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したもののか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 指定宿泊型自立訓練を行う場合は、以下の設備基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 居室を有しているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人であるか。 | |

| | | | |
|----|-------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 居室面積が収納設備等を除き7.43㎡以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 浴室を有しているか。 <input type="checkbox"/> 浴室は利用者の特性に応じたものとなっているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 生活訓練の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑤ 就労移行支援

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項 (付表11) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表11-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は、常勤換算で、利用者数を6で除した数以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 <input type="checkbox"/> 就労支援員は、常勤換算で、利用者数を15で除した数以上となっているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤・専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労移行支援の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑥ 就労継続支援A型

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|-------------------------------|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項 (付表12) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表12-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は足りているか。(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を10で除した数以上 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を7.5で除した数以上 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 <input type="checkbox"/> 専ら社会福祉事業を行う法人であるか。 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 <input type="checkbox"/> 専ら社会福祉事業を行う法人であるか。 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 | |

| | | | |
|----|-------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型の内容 <input type="checkbox"/> 生産活動の内容 <input type="checkbox"/> 賃金及び工賃 <input type="checkbox"/> 労働時間及び作業時間 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 (福祉会計、就労会計) | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 <input type="checkbox"/> 福祉会計と就労会計が混ざっていないか。 <input type="checkbox"/> 生産活動収入の根拠に資する書類が添付されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主た | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | る対象者を特定する理由等 (参考様式 7) | | |
| 19 | 障害者総合支援法第 36 条第 3 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式 8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式 10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 工賃(賃金)向上計画 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 22 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね 3 か月以内に取得したもののか。 | |
| 23 | 建物の安全性等の状況について (参考様式 14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和 57 年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑦ 就労継続支援B型

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|-------------------------------|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項 (付表12) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表12-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は足りているか。(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を10で除した数以上 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を7.5で除した数以上 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか | |

| | | | |
|----|--------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 工賃の支払等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 (福祉会計、就労会計) | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 <input type="checkbox"/> 福祉会計と就労会計が混ざっていないか。 <input type="checkbox"/> 生産活動収入の根拠に資する書類が添付されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 19 | 障害者総合支援法第 36 条第 3 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式 8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式 10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 工賃(賃金)向上計画 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 22 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね 3 か月以内に取得したものか。 | |
| 23 | 建物の安全性等の状況について (参考様式 14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和 57 年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑧ 就労定着支援

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項 (別添02) <u>(本体のサービスの付表も添付)</u> | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 就労定着支援員は、常勤換算で、利用者を40で除した数以上となっているか。 | |
| 3 | 一般就労移行実績報告書 (別添03) | <input type="checkbox"/> 過去3年間において平均1人以上、通常の事業所に新たに障害者を雇用させているか。 <input type="checkbox"/> 雇用させた事業所は通常の事業所か。 <input type="checkbox"/> 雇用契約書など、雇用されていることを証明する書類は添付されているか。 | |
| 4 | 利用者の推定数と従業者(就労定着支援員)の員数 (別添04) | <input type="checkbox"/> 常勤換算数は正しく計算されているか。 | |
| 5 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 6 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したもののか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 7 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、必要な設備及び備品等を備えているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 8 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 9 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | | |
| 10 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 11 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) <u>(本体のサービスのものも添付)</u> | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 12 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 13 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 就労定着支援の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 14 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 15 | 組織体制図 | | |
| 16 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 17 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 18 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 19 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 20 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 21 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 22 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 23 | 事業所の賃貸借契約書又は登 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 | |

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| | 記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 24 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 25 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑨ 共同生活援助

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|--------------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項 (付表7 その1・2・3) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(別紙様式3「サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について」で算出された数以上配置しているか。) <input type="checkbox"/> 「付表7その2」に全ての共同生活住居について記載しているか。 <input type="checkbox"/> サテライト型住居がある場合は、「付表7その3」に記載しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所及び共同生活援助の位置図 | <input type="checkbox"/> 本体住居と各住居・各サテライトの位置関係が示されているか。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内に病院や入所・通所施設等が存在しないことが示されているか。 | |
| 6 | 事業所及び共同生活援助の平面図 | <input type="checkbox"/> 事業所の定員は4人以上か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居の定員は2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居は、1以上のユニットを有しているか。 <input type="checkbox"/> ユニットの定員は、2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> ユニットごとに、浴室(浴槽のあるもの)、トイレ、洗面所、台所等日常生活を送る上で必要な設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> ユニットには、居室のほか、居間、食堂等の利用者が相互交流を図ることができる設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> 相互交流を図ることができる設備は、利用者及び従業員が一堂に会するのに十分な広さを確保しているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人か。 <input type="checkbox"/> 居室の面積は、収納設備等を除き、7.43㎡(和室の場合は4.5畳)以上か。 | |

| | | | |
|----|--------------------------------------|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> 事業所と共同生活住居の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 8 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として管理業務に従事しているか(管理業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しが添付されているか。 | |
| 10 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しが添付されているか。 | |
| 11 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 12 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入居定員 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 共同生活援助の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 入居に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型の場合は、以下の項目も記載されているか。 → <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地 | |
| 13 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 14 | 組織体制図 | | |
| 15 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 16 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 17 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 18 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 19 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 20 | 障害者総合支援法第36条第3 | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 21 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 22 | 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の内容 (参考様式11) | <input type="checkbox"/> 支援の体制の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 23 | 事業所・共同生活住居の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 24 | 利用者に係る家賃設定の根拠 | <input type="checkbox"/> 家賃設定の根拠に合理性はあるか(基本的に実費以下となっているか)。 <input type="checkbox"/> 家賃設定の根拠に資する書類(物件購入費用等が確認できるもの)を添付しているか。 | |
| 25 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 26 | サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について (別紙様式3) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 27 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |
| 28 | その他 | <input type="checkbox"/> 開設予定地の自治会や近隣住民に対して説明や挨拶を行うなど、関係づくりに努めているか。 <input type="checkbox"/> 事業計画等について市町村及びグループホーム等支援ワーカーに事前相談をするよう努めているか。 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型の場合、地方公共団体が設置する協議会等から年1回以上評価を受ける必要があること等を理解しているか。 | |

8 指定更新申請について

(1) 指定更新制度

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により、指定事業者は6年ごとに更新を受けなければ、有効期間の満了により指定の効力を失うことになり、報酬を請求することができなくなります。

指定の更新を受けるためには、指定更新申請をしていただく必要がありますが、人員・設備及び運営などの指定基準を満たしていない場合や、申請法人やその役員等が過去に指定取消処分を受けた場合等、法律上の欠格事由に該当するときには、指定更新を受けることはできません。

(2) 指定の有効期間

指定の有効期間は、原則、指定日から6年となります。

指定通知書をご確認の上、指定の有効期間内に指定の更新を受けてください。

(3) 指定更新申請の手続き

①受付期間

指定有効期限が切れる月の前月末までに必要な書類を提出してください。

※多機能型事業所や短期入所（併設型・空床型）、就労定着支援など、複数のサービスを一体的に運営している場合は、更新期日が早いサービスに合わせて複数のサービスを同時に更新することもできます。

例：令和元年7月に生活介護を開設し、令和2年9月に就労移行支援を開設
→令和7年7月に生活介護と就労移行支援の同時更新が可能
その場合、就労移行支援を令和8年9月に更新する必要がなくなり、書類提出の回数を減らすことができます。

②提出方法

必要書類一式を郵送にて御提出ください。

③提出先

〒260-8667

千葉市中央区市場町1-1

千葉県健康福祉部障害福祉事業課事業支援班

(4) 指定更新に当たっての注意事項

- ・ 千葉市、船橋市又は柏市所在の指定障害福祉サービス事業所の指定更新は各市で行います。
- ・ 我孫子市に所在する指定短期入所事業所と指定共同生活援助事業所の指定更新は市で行います。
- ・ 指定更新手続きを完了した事業者には、指定更新通知書を交付いたします。
- ・ 更新申請の受付期間を過ぎると、原則として、更新はできません。
- ・ 更新ができなかった場合、新たに新規で指定を受ける必要があります。指定を受けていない期間については、サービスを提供しても介護給付費等を請求できなくなります。また、遡及して請求することもできません。
- ・ 指定更新を行わない場合は、廃止届出書（第四号様式）を提出してください。

(5) 指定更新に必要な書類のチェックリスト及び主な留意事項について

① 生活介護

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所更新指定申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 生活介護事業所の指定に係る記載事項 (付表3) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表3-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 医師は必要な数を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員は必要な数を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員は、生活介護の単位ごとに1人以上(1人以上は常勤)配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員、理学療法士・作業療法士、生活支援員の合計数は足りているか ():1 → () 名以上必要 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経歴証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経歴証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経歴証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経歴に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経歴に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経歴に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経歴証明書の従事業務の内容は、実務経歴として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経歴について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 指定生活介護の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 事業の主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 生活介護事業所の従業者の配置数の算定について (別紙様式4) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

② 短期入所

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 短期入所事業所の指定に係る 記載事項 (付表5) <u>(併設型、空床型の場合、本体 のサービスの付表も添付)</u> | <input type="checkbox"/> 管理者の氏名、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 併設型、空床型、併設・空床型、単独型のいずれかに○がついているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 併設型、空床型の場合、本体のサービスの付表を添付しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 短期入所で使用するスペースが分かるように識別されているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 単独型の場合、以下の基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 1の居室の定員は4人以下か。 <input type="checkbox"/> 地階に居室を設けていないか。 <input type="checkbox"/> 居室の利用者1人当たりの床面積は収納設備等を除き8㎡以上か。 <input type="checkbox"/> 居室に寝台又はこれに代わる設備を備えているか。 <input type="checkbox"/> 居室にブザー又はこれに代わる設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> 食堂は食事の提供に支障がない広さを有しているか。 <input type="checkbox"/> 食堂に必要な備品を備えているか。 <input type="checkbox"/> 浴室は利用者の特性に応じたものとなっているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所は居室のある階ごとに設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所は利用者の特性に応じたものとなっているか。 | |
| 6 | 居室面積等一覧表 (別紙様式1) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 | <input type="checkbox"/> 居室の面積が明記されているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|------------------------|
| | <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | | |
| 7 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 8 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 短期入所の種別 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 短期入所の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | 空床型の場合、「利用定員」に関する記載は不要 |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |

| | | | |
|------|---|--|--|
| | <p>変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要</p> | | |
| 19 | <p>障害者総合支援法第 36 条第 3 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式 8)</p> | <p><input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。</p> | |
| 20 | <p>協力医療機関との契約内容 (参考様式 10)</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要</p> | <p><input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。</p> | |
| 21 | <p>事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要</p> | <p><input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね 3 か月以内に取得したものか。</p> | |
| 22 | <p>建物の安全性等の状況について (参考様式 14)</p> | <p><input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 新耐震基準（昭和 57 年以降）の物件か。</p> <p><input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。</p> | |
| 23-1 | <p>サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について (別紙様式 3)</p> | <p><input type="checkbox"/> 併設型、空床型であり、かつ、本体が共同生活援助事業所の場合、添付されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。</p> | |
| 23-2 | <p>生活介護事業所の従業者の配置数の算定について (別紙様式 4)</p> | <p><input type="checkbox"/> 併設型、空床型であり、かつ、本体が生活介護事業所の場合、添付されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。</p> | |
| 24 | <p>介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要</p> | <p><input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。</p> | |

③ 自立訓練（機能訓練）

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 自立訓練（機能訓練）事業所の 指定に係る記載事項 (付表9) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式（付表13）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式（付表9-2）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか（次の全てを満たすか）。 → <input type="checkbox"/> 看護職員は1人以上（1人以上は常勤）配置しているか。 <input type="checkbox"/> 理学療法士又は作業療法士は1人以上配置しているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員は1人以上（1人以上は常勤）配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員、理学療法士・作業療法士、生活支援員の合計数は常勤換算で、利用者数を6で除した数以上あるか。 <input type="checkbox"/> 訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上配置しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | 変更がある→添付必要 | | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しが添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 機能訓練の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | 変更がある→添付必要 | | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

④ 自立訓練（生活訓練）

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 自立訓練（生活訓練）事業所の 指定に係る記載事項 (付表10) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式（付表13）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式（付表10-2）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか（次の全てを満たすか）。 → <input type="checkbox"/> 生活支援員は、常勤換算で、①に掲げる利用者を6で除した数と②に掲げる利用者数を10で除した数の合計数以上（1人以上は常勤）を配置しているか。 ① ②に掲げる利用者以外の利用者 ② 指定宿泊型自立訓練の利用者 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練を行う場合は、1人以上の地域移行支援員を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上配置しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 指定宿泊型自立訓練を行う場合は、以下の基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 居室を有しているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人であるか。 <input type="checkbox"/> 居室面積が収納設備等を除き7.43㎡以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 浴室を有しているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 浴室は利用者の特性に応じたものとなっているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤・専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 生活訓練の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑤ 就労移行支援

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項 (付表11) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表11-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は、常勤換算で、利用者数を6で除した数以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 <input type="checkbox"/> 就労支援員は、常勤換算で、利用者数を15で除した数以上となっているか。 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | 変更がある→添付必要 | | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労移行支援の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | 変更がある→添付必要 | | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑥ 就労継続支援A型

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定更新申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項 (付表12) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表12-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は足りているか。(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を10で除した数以上 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を7.5で除した数以上 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 <input type="checkbox"/> 専ら社会福祉事業を行う法人であるか。 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 <input type="checkbox"/> 専ら社会福祉事業を行う法人であるか。 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型の内容 <input type="checkbox"/> 生産活動の内容 <input type="checkbox"/> 賃金及び工賃 <input type="checkbox"/> 労働時間及び作業時間 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 工賃(賃金)向上計画 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 工賃(賃金)を生産活動以外の収入で補填していないか。 <input type="checkbox"/> 補填している場合、改善計画が分かる書類を提出しているか。 | |
| 22 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 23 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑦ 就労継続支援B型

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定更新申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項 (付表12) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表12-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は足りているか。(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を10で除した数以上 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を7.5で除した数以上 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | 変更がある→添付必要 | | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 工賃の支払等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | <p>変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | <p>指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7)</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | <p>障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8)</p> | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | <p>協力医療機関との契約内容 (参考様式10)</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 工賃(賃金)向上計画 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 工賃(賃金)を生産活動以外の収入で補填していないか。 <input type="checkbox"/> 補填している場合、改善計画が分かる書類を提出しているか。 | |
| 22 | <p>事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものか。 | |
| 23 | <p>建物の安全性等の状況について (参考様式14)</p> | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 24 | <p>介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑧ 就労定着支援

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|--|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定更新申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項 (別添02) <u>(本体のサービスの付表も添付)</u> | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 就労定着支援員は、常勤換算で、利用者を40で除した数以上となっているか。 | |
| 3 | 一般就労移行実績報告書 (別添03) | <input type="checkbox"/> 過去3年間において平均1人以上、通常の事業所に新たに障害者を雇用させているか。 <input type="checkbox"/> 雇用させた事業所は通常の事業所か。 <input type="checkbox"/> 雇用契約書など、雇用されていることを証明する書類は添付されているか。 | |
| 4 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 6 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、必要な設備及び備品等を備えているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 8 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | | |
| 9 | サービス管理責任者 | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 10 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) <u>(本体のサービスのものも添付)</u> | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 11 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 12 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 就労定着支援の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 13 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 14 | 組織体制図 | | |
| 15 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 16 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 17 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 18 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 19 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 20 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 21 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 22 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 23 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑨ 共同生活援助

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定更新申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項 (付表7 その1・2・3) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(別紙様式3「サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について」で算出された数以上配置しているか。) <input type="checkbox"/> 「付表7その2」に全ての共同生活住居について記載しているか。 <input type="checkbox"/> サテライト型住居がある場合は、「付表7その3」に記載しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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障害福祉サービス事業 | |
| 5 | 事業所及び共同生活援助の位置図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 本体住居と各住居・各サテライトの位置関係が示されているか。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内に病院や入所・通所施設等が存在しないことが示されているか。 | |
| 6 | 事業所及び共同生活援助の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 事業所の定員は4人以上か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居の定員は2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居は、1以上のユニットを有しているか。 <input type="checkbox"/> ユニットの定員は、2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> ユニットごとに、浴室(浴槽のあるもの)、トイレ、洗面所、台所等日常生活を送る上で必要な設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> ユニットには、居室のほか、居間、食堂等の利用者が相互交流を図ることができる設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> 相互交流を図ることができる設備は、利用者及び従業員が一堂に会するのに十分な広さを確保しているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人か。 <input type="checkbox"/> 居室の面積は、収納設備等を除き、7.43㎡（和室の場合は4.5畳）以上か。 <input type="checkbox"/> 事業所と共同生活住居の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 設備・備品等一覧表 （参考様式2） <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 8 | 管理者の経歴書 （参考様式3） | <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として管理業務に従事しているか（管理業務に支障がない場合は他の職種との兼務可）。 | |
| 9 | サービス管理責任者 （参考様式3・4） | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。（資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。） <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。（参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照） <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 （参考様式5-1） | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 11 | 雇用関係を証明する書類 （雇用契約書、在職証明書等） <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業者（法人役員除く）との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 12 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか（次の項目）。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入居定員 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 共同生活援助の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 入居に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型の場合は、以下の項目も記載されているか。 → <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地 | |
| 13 | 利用者からの苦情を解決する | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | <p>ために講ずる措置の概要 (参考様式6)</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | | |
| 14 | 組織体制図 | | |
| 15 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 16 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 17 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 18 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 19 | <p>指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7)</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 20 | <p>障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8)</p> | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 21 | <p>協力医療機関との契約内容 (参考様式10)</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 22 | <p>障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の内容 (参考様式11)</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 支援の体制の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 23 | <p>事業所・共同生活住居の賃貸借契約書又は登記簿謄本</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要</p> <p><input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要</p> | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 24 | 利用者に係る家賃設定の根拠 | <input type="checkbox"/> 家賃設定の根拠に合理性はあるか(基本的に実費以下となっているか)。 ※ 必要に応じて、家賃設定の根拠に資する書類(物件購入費用等が確 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | 認できるもの)を提出していただく場合があります。 | |
| 25 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 26 | サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について (別紙様式3) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 27 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑩ 障害者支援施設

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所更新指定申請書 (第1号の2) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 障害者支援施設の指定に係る 記載事項 (付表8 その1・2・3) <u>(各サービスの付表も添付)</u> | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(昼間実施サービスの基準を満たしているか。) | |
| 3 | 法人の定款 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 目的に「第一種社会福祉事業」の記載があるか。 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に「第一種社会福祉事業」の記載があるか。 | |
| 5 | 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 居室は以下の基準を満たしているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員：4人以下 <input type="checkbox"/> 地階に設けていないか。 <input type="checkbox"/> 利用者1人当たりの床面積について収納設備等を除き9.9㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 寝台等、利用者の身の回り品を保管することができる設備及びブザー等の設備を備えているか。 <input type="checkbox"/> 一以上の出入り口は、避難上有効な空地、廊下等に直接面して設けられているか。 <input type="checkbox"/> 食堂は、食事の提供に支障がない広さを有し、必要な備品を備えているか。 <input type="checkbox"/> 浴室は、利用者の特性に応じたものとなっているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 廊下幅は1.5メートル以上(中廊下の幅は、1.8メートル以上)となっているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と 変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | 変更がある→添付必要 | | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しが添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 障害者支援施設の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの利用定員 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスに係る通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 (参考様式6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 直近の会計年度の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等 (参考様式7) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 生活介護事業所の従業者の配置数の算定について (別紙様式4) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がない→添付不要 <input type="checkbox"/> 県に届け出ている内容と変更がある→添付必要 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

9 変更届について

障害者総合支援法第46条に基づき、指定障害福祉サービス事業所の名称及び所在地その他同法施行規則に定める事項に変更があったときは、10日以内にその旨を届け出る必要があります。

(1) 提出方法

郵送による提出 **(来庁する場合は事前に御一報ください。)**

(2) 提出時期

変更後10日以内

(3) 届出事項と必要な書類

| 届出事項 | 必要書類 | 備考 |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所、経歴等 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定されたもの） <input type="checkbox"/> 管理者の経歴書（参考様式3） <input type="checkbox"/> 実務経験証明書（原本）（参考様式4） <input type="checkbox"/> 資格を有する場合、資格証の写し <input type="checkbox"/> 雇用関係を証明する書類（雇用契約書等） <input type="checkbox"/> 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式5-1） <input type="checkbox"/> 法第36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書、役員等名簿（参考様式8） | 共同生活援助、短期入所の管理者の変更の場合、実務経験証明書の提出は不要 |
| 事業所（施設）のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴等 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定された付表） <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の経歴書（参考様式3） <input type="checkbox"/> 実務経験証明書（原本）（参考様式4） <input type="checkbox"/> 相談支援従事者研修修了証の写し <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 資格を有する場合、資格証の写し <input type="checkbox"/> 雇用関係を証明する書類（雇用契約書等） <input type="checkbox"/> 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式5-1） | |
| 事業所（施設）の名称 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定されたもの） <input type="checkbox"/> 運営規程 | |
| 事業所（施設）の所在地 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定されたもの） <input type="checkbox"/> 事業所（施設）の平面図及び外観・内部の写真 <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧（参考様式2）及び写真 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 事業所（施設）の賃貸借契約書（自己所有の場合は建物登記簿謄本（原本）） <input type="checkbox"/> 建物の安全性の状況について（参考様式14） | |

| | | |
|---|--|------------|
| 法人の名称・所在地 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 法人の履歴事項全部証明書（登記簿謄本）の原本 | |
| 法人・事業所（施設）の連絡先 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） | 「変更の内容」に記載 |
| 法人の代表者・役員の氏名、生年月日、住所、職名等 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 法人の履歴事項全部証明書（登記簿謄本）の原本 <input type="checkbox"/> 法第36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書、役員等名簿（参考様式8） | |
| 事業所（施設）の平面図、設備の概要 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 事業所（施設）の平面図及び外観・内部の写真 <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧（参考様式2）及び写真 | |
| 運営規程 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 運営規程 | |
| 苦情相談窓口（連絡先、担当者） | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定されたもの） <input type="checkbox"/> 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要（参考様式6） | |
| 主たる対象者 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定されたもの） <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由（参考様式7） | |
| 協力医療機関の名称、診療科名、当該機関との契約内容 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定されたもの） <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約内容（参考様式10） | |
| 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定されたもの） <input type="checkbox"/> 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の内容（参考様式11） | |
| 短期入所事業所の種別（併設型・空床型・単独型の別） | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表5 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 居室面積等一覧表（別紙様式1） <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧表（参考様式2） <input type="checkbox"/> 事業所の写真 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式5-1） | |
| 利用定員数 ※生活介護、就労継続支援A型・B型の利用定員を増加する場合は、変更指定申請を行う必要があります。 9（5）を参照してください。 | <input type="checkbox"/> 変更届（第二号様式） <input type="checkbox"/> 付表（サービスごとに指定された付表） <input type="checkbox"/> 事業所（施設）の平面図及び外観・内部の写真 <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧（参考様式2）及び写真 <input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式5-1） <input type="checkbox"/> 運営規程 | |

(4) 共同生活援助の住居・サテライトの追加について

① 提出方法

必要書類一式を郵送にて御提出ください。

② 提出時期

**追加を希望する月の前月15日までに書類を完全に揃えてください。
(15日時点で書類に不備がある場合、変更届を受理できかねます)**

③ 必要な書類のチェックリスト及び主な留意事項

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|--------------------------------------|---|----------------|
| 1 | 変更届出書（第二号様式） | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 「変更の内容」欄に追加する住居・サテライトの情報が記載されているか。 | |
| 2 | 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項 (付表7 その1・2・3) | <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか（別紙様式3「サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について」で算出された数以上配置しているか）。 <input type="checkbox"/> 「付表7その2」に全ての共同生活住居について記載しているか。 <input type="checkbox"/> サテライト型住居がある場合は、「付表7その3」に記載しているか。 | |
| 3 | 事業所及び共同生活住居・サテライトの位置図 | <input type="checkbox"/> 本体住居と各住居・各サテライトの位置関係が示されているか。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内に病院や入所・通所施設等が存在しないことが示されているか。 | |
| 4 | 追加する共同生活住居・サテライトの平面図 | <input type="checkbox"/> 共同生活住居の定員は2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居は、1以上のユニットを有しているか。 <input type="checkbox"/> ユニットの定員は、2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> ユニットごとに、浴室（浴槽のあるもの）、トイレ、洗面所、台所等日常生活を送る上で必要な設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> ユニットには、居室のほか、居間、食堂等の利用者が相互交流を図ることができる設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> 相互交流を図ることができる設備は、利用者及び従業員が一堂に会するのに十分な広さを確保しているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人か。 <input type="checkbox"/> 居室の面積は、収納設備等を除き、7.43㎡（和室の場合は4.5畳）以上か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | サテライトの場合、定員は1人 |
| 5 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 7 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか（次の項目）。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入居定員 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 共同生活援助の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 入居に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型の場合は、以下の項目も記載されているか。 → <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地 | |
| 8 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 9 | 追加する共同生活住居・サテライトの賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 10 | 追加する共同生活住居・サテライトの利用者に係る家賃設定の根拠 | <input type="checkbox"/> 家賃設定の根拠に合理性はあるか（基本的に実費以下となっているか）。 <input type="checkbox"/> 家賃設定の根拠に資する書類（物件購入費用等が確認できるもの）を添付しているか。 | |
| 11 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準（昭和57年以降）の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 12 | サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について (別紙様式3) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 13 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

④ 備考

新規申請時同様、住居追加予定地の自治会や近隣住民に対して説明や挨拶を行うなど、関係づくりに努めてください。

また、市町村やグループホーム等支援ワーカーに情報提供を行ってください。

(5) 生活介護、就労継続支援A型・B型の定員増について

生活介護、就労継続支援A型・B型の定員の増加については、変更届ではなく、変更指定申請が必要です。

申請は変更する前月の15日までに行う必要があります。提出する書類は、原則として、新規指定の書類と同様です。

また、「(4) 共同生活援助の住居の追加について」と同様、前月の15日までに書類を完全に揃えて提出してください。

(6) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（体制届）について

① 届出の概要

サービスの種類及び人員配置やサービス提供の形態等の体制内容により、算定される報酬額が異なることから、当該体制の状況や各種加算等の算定要件等を確認するため、介護給付費等の算定に当たって事前に届出が必要と報酬告示で定められている事項、支払い審査機関や市町村における審査・請求の上で必要な事項等について届出が必要です。

「新たに指定を受ける場合」や「指定を受けた後、体制届の内容に変更が生じた場合（新たに加算を算定する、または、加算を算定しなくなった場合など）」は届出が必要です。

② 届出を提出する時期

ア 新規に事業の指定を受ける場合

→指定申請書の提出と同時に提出してください。

イ 届け出ている内容を変更する場合

→変更する月の前月15日までに提出してください。

③ 提出方法

②アの場合は、来庁により新規指定書類と一緒に提出してください。

②イの場合は、郵送によって提出してください。

来庁する場合は事前に御一報ください。(アポなしでの来庁は御遠慮ください。)

④ 提出書類

- ・ 変更届出書（第二号様式）＜②イの場合のみ＞
- ・ 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（第六号様式）
- ・ 介護給付費等算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）
- ・ 加算等の種類により提出が求められる別紙及び添付資料（介護給付費等算定に係る体制等状況一覧表の「提出様式及び添付資料」欄を確認）

※変更届全般において、受理通知等は発行していません。提出物が問題なく届いたかを確認したい場合は、お手数ですが変更届出書の写しと返信用封筒・切手を同封の上御提出ください。(変更届出書に受領印を押印したものを返送いたします。)

10 各種様式の掲載箇所について

手続きに必要な各種様式は、以下の URL からダウンロードして使用してください。

○ 指定・更新・変更に関する各種様式

<https://www.pref.chiba.lg.jp/shoji/jigyoushamuke/shienhou/index.html>

県庁HP ホーム > くらし・福祉・健康 > 福祉・子育て > 障害者（児）
> 障害福祉に関する事業者・医療機関・行政向けの情報
> 障害福祉に関する各種手続（障害者総合支援法）

○ 加算に関する届出書関係

<https://www.pref.chiba.lg.jp/shoji/jigyoushamuke/shienhou/kaigokyufuhi/index.html>

県庁HP ホーム > くらし・福祉・健康 > 福祉・子育て > 障害者（児）
> 障害福祉に関する事業者・医療機関・行政向けの情報
> 障害福祉に関する各種手続（障害者総合支援法）
> 障害者総合支援法に基づく介護給付費算定にかかる
体制届出書等についてのページ

11 問い合わせ先

千葉県 健康福祉部 障害福祉事業課 事業支援班

〒260-8667

千葉県千葉市中央区市場町1-1

電話：043-223-2308

FAX：043-222-4133

メール：sisetusido@mz.pref.chiba.lg.jp