

平成24年2月8日・14日 児童福祉法改正に係る事業所指定申請説明会 資料4(自立支援法の指定)
--

# 指定障害福祉サービス事業指定基準 指定障害者支援施設指定基準

【抜 粋】

Ver.035.1

平成24年2月

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部  
障害サービス課

# 1 生活介護

## (1) 人員に関する基準

<p>① 従業員の員数等</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師 利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数。</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員(保健師又は看護師若しくは准看護師)、理学療法士、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、常勤換算方法で、(1)から(3)までに掲げる平均障害程度区分に応じ、それぞれ(1)から(3)までに掲げる数とする。</p> <p>(1)障害程度区分の平均値が4未満 利用者の数を6で除した数以上  (2)障害程度区分の平均値が4以上5未満 利用者の数を5で除した数以上  (3)障害程度区分の平均値が5以上 利用者の数を3で除した数以上  * 利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員 生活介護の単位ごとに、1以上。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員 生活介護の単位ごとに、1以上。</p> <p><input type="checkbox"/> 理学療法士又は作業療法士 日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う場合は、当該訓練を行うのに必要な数。</p> <p><input type="checkbox"/> 理学療法士又は作業療法士の確保が困難な場合には、これらの者に代えて日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員のうち、1人以上は常勤であること。</p> <p><input type="checkbox"/> これらの従業者は専ら当該事業所の職務に従事する者であること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りでない。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>生活介護の単位  生活介護であってその提供が同時に複数の利用者に対して一体的に行われるものをいう。利用定員は20人以上とする。</p> </div>
<p>② サービス管理責任者</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者の数が60人以下 1以上  利用者の数が61人以上 利用者の数が60を超えて40又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上  * 利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数</p> <p><input type="checkbox"/> 1人以上は常勤の者であること。</p> <p><input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の職務に従事する者であること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りでない。</p>
<p>③ 管理者</p>	<p><input type="checkbox"/> 社会福祉法第19条第1項各号のいずれか(社会福祉主事任用資格)に該当する者若しくは社会福祉事業に2年以上従事した者又はこれらと同等以上の能力を有すると認められる者。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 専ら指定に係る事業所の管理業務に従事する者であること。</p> <p><input type="checkbox"/> ただし、生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該生活介護事業所の他の職務に従事し、又は当該生活介護事業所以外の事業所、施設等の職務に従事することができる。</p>
<p>④ 従たる事業所</p>	<p><input type="checkbox"/> 生活介護事業者は、生活介護事業所(主たる事業所)と一体的に管理運営する事業所(従たる事業所)を設置することができる。</p> <p><input type="checkbox"/> 従たる事業所の利用定員は6人以上とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 主たる事業所及び従たる事業所の従業者のうちそれぞれ1人以上は、常勤かつ専ら当該主たる事業所又は従たる事業所の職務に従事する者であること。</p>

(2) 設備に関する基準

<p>① 利用定員</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 利用定員 20人以上</li> <li>□ 離島その他の地域であって厚生労働大臣が定めるもののうち、将来的にも利用者の確保の見込みがないとして都道府県知事が認める地域の場合は10人以上とすることができる。</li> <li>□ 地域活動支援センター又は小規模作業所が平成20年4月1日から平成24年3月31日までの間に障害福祉サービス事業を開始する場合は、将来的にも利用者の確保の見込みがないとして都道府県知事が認める地域の場合は10人以上とすることができる。</li> </ul>
<p>② 設備及び備品</p>	<p>(構造設備)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 生活介護事業所の配置、構造及び設備は、利用者の特性に応じて工夫され、かつ、日照、採光、換気等の利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分考慮されたものであること。</li> </ul> <p>(設備の基準)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 生活介護事業所は、訓練・作業室、相談室、洗面所、便所及び多目的室その他運営上必要な設備を設けなければならない。ただし、他の社会福祉施設等の設備を利用することにより当該生活介護の効果的な運営を期待することができる場合であって、利用者の支援に支障がないときは、その一部を設けないことができる。</li> <li>□ 訓練・作業室 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。</li> <li>□ 相談室 談話の漏えいを防ぐための間仕切り等の措置を講じること。</li> <li>□ 洗面所 利用者の特性に応じたものであること。</li> <li>□ 便所 利用者の特性に応じたものであること。</li> <li>□ 多目的室その他の運営上必要な設備。 相談室と多目的室は、利用者の支援に支障がない場合は兼用できる。</li> <li>□ これらの設備は、専ら当該生活介護事業所の用に供するものでなければならない。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。</li> </ul>

## 2 療養介護

### (1) 人員に関する基準

<p>① 従業員の員数等</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師 健康保険法(大正11年法律第70号)第65条第4項第1号に規定する厚生労働大臣の定める基準以上。</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員(看護師、准看護師、看護補助者をいう) 療養介護事業所又は療養介護の単位ごとに、常勤換算方法で、利用者の数を2で除した数以上。 * 利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員 療養介護事業所又は療養介護の単位ごとに、常勤換算方法で、利用者の数を4で除した数以上。 * ただし、看護職員が常勤換算方法で、利用者の数を2で除した数以上置かれている療養介護事業所の単位については、置かれている看護職員の数から利用者の数を2で除した数を控除した数を生活支援員の数に含めることができる。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員のうち、1人以上は常勤であること。</p> <p><input type="checkbox"/> 従業者(医師、看護職員を除く)は専ら当該事業所の職務に従事する者であること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りでない。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>療養介護の単位 療養介護であってその提供が同時に複数の利用者に対して一体的に行われるものをいう。利用定員は20人以上とする。</p> </div>
<p>② サービス管理責任者</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者の数が60人以下 1以上。 利用者の数が61人以上 利用者の数が60を超えて40又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上。 * 利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 1人以上は常勤の者であること。</p> <p><input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の職務に従事する者であること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りでない。</p>
<p>③ 管理者</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師であること。</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 専ら指定に係る事業所の管理業務に従事する者であること。</p> <p><input type="checkbox"/> 療養介護事業所の管理上支障がない場合は、当該療養介護事業所の他の職務に従事し、又は当該療養介護事業所以外の事業所、施設等の職務に従事することができる。</p>

### (2) 設備に関する基準

<p>① 利用定員</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用定員 20人以上</p>
<p>② 設備に関する基準</p>	<p>(構造設備)</p> <p><input type="checkbox"/> 療養介護事業所の配置、構造及び設備は、利用者の特性に応じて工夫され、かつ、日照、採光、換気等の利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分考慮されたものであること。</p> <p>(設備の基準)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療法(昭和23年法律第205号)に規定する病院として必要とされる設備</p> <p><input type="checkbox"/> 多目的室その他の運営上必要な設備。</p> <p><input type="checkbox"/> これらの設備は、専ら当該療養介護事業所の用に供するものでなければならない。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。</p>

## 経過措置

従業者の員数に関する経過措置	<ul style="list-style-type: none"><li>□ 平成24年3月31日までの間、平成18年10月1日において現に存する指定医療機関(児童福祉法第7条第6項又は身体障害者福祉法第18条第4項に規定する指定医療機関)については、指定基準第50条第1項第3号の基準(生活支援員の員数の基準)を満たすための人員配置計画を作成した場合は、療養介護事業所におくべき生活支援員の総数は、同号の規定にかかわらず、常勤換算方法で、療養介護の単位ごとに、利用者の数を6で除した数とする。</li><li>□ この場合において、看護職員が常勤換算方法で利用者の数を2で除した数以上置かれている療養介護の単位については、置かれている看護職員の数から利用者の数を2で除した数を控除した数を生活支援員の数に含めることができる。</li></ul>
----------------	--

### 3 障害者支援施設(施設入所支援)

#### (1) 人員に関する基準

① 従業員の員数等	<p><input type="checkbox"/> 生活支援員 施設入所支援の単位ごとに、 利用者の数が60人以下 1人以上 利用者の数が60人以上 利用者の数が60を超えて40又はその端数を増すごとに1を加えた数以上</p> <p><input type="checkbox"/> ただし、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、又は就労移行支援を受ける利用者に対してのみその提供が行われる単位にあつては、宿直勤務を行う生活支援員を1以上とする。 * 利用者の数は、前年度の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数とする。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">施設入所支援の単位は、施設入所支援であつて、その提供が同時に複数の利用者に対して、一体的に行われるものをいい、施設入所支援の単位の利用定員は30人以上とする。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">施設入所支援における夜勤時間帯……午後10時から午前5時までの時間を含めた連続する16時間をいい、原則として、障害者支援施設ごとに設定するものとする。</div> <p><input type="checkbox"/> 従業員は、施設入所支援の単位ごとに専ら当該施設入所支援の提供に当たる者でなければならない。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員 1以上 <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員のうち、いずれか1人以上は常勤でなければならない。</p>
② サービス管理責任者	<p><input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設において提供する昼間実施サービスにおいて配置されるサービス管理責任責任者が兼ねる。</p>
③ 施設長(管理者)	<p><input type="checkbox"/> 障害者支援施設ごとに1人。</p> <p><input type="checkbox"/> 社会福祉法第19条第1項各号のいずれか(社会福祉主事任用資格)に該当する者若しくは社会福祉事業に2年以上従事したもの又はこれらと同等以上の能力を有すると認める者でなければならない。</p> <p><input type="checkbox"/> 専らその職務に従事する者であること。</p> <p><input type="checkbox"/> ただし、障害者支援施設の管理上支障がない場合は、当該障害者支援施設の他の職務に従事し、又は当該障害者支援施設以外の事業所、施設等の職務に従事することができる。</p>

\* 報酬算定上の留意事項通知……「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項通知について」(平成18年10月31日障発第1031001号)

#### (2) 定員に関する基準

① 定員	<p><input type="checkbox"/> 30人以上</p> <p><input type="checkbox"/> 入所を目的とする他の社会福祉施設等に併設する障害者支援施設については、10人以上。</p>
------	---

### (3) 設備に関する基準

① 設備及び備品	<input type="checkbox"/> 構造設備の一般原則 (生活介護の設備に関する基準、構造設備の一般原則参照)
	居室 <input type="checkbox"/> 居室の定員は4人以下であること。 <input type="checkbox"/> 地階に居室を設けてはいけない。 <input type="checkbox"/> 利用者1人当たりの床面積は、収納設備等を除き、9.9平方メートル以上であること。 <input type="checkbox"/> 寝台又はこれに代わる設備を整えること。 <input type="checkbox"/> 1以上の出入り口は、避難上有効な空地、廊下または広間に直面して設けること。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて利用者の身の回りの品を保管することができる設備を整えること。 <input type="checkbox"/> ブザー又はこれに代わる設備を設けること。
	食堂 <input type="checkbox"/> 食事の提供に支障がない広さを有すること。 <input type="checkbox"/> 必要な備品を備えること。
	浴室 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	洗面所 <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設けること。 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	便所 <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設けること。 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	相談室 <input type="checkbox"/> 室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること。
	廊下幅 <input type="checkbox"/> 1.5メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は1.8メートルとすること。 <input type="checkbox"/> 廊下の一部の幅を拡張することにより、利用者、従業員の円滑な往来に支障がないようにしなければならない。

## 4 障害者支援施設(昼間実施サービス:生活介護)

昼間実施サービス … 障害者支援施設が提供する施設障害福祉サービスのうち施設入所支援を除いたものをいう。

施設障害福祉サービス … 障害者自立支援法第5条第1項に規定する施設障害福祉サービス(施設入所支援、生活介護、自立訓練、就労移行支援)をいう。

### (1) 人員に関する基準

<p>① 従業員の員数等</p>	<p><input type="checkbox"/> 医師 利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員(保健師又は看護師若しくは准看護師をいう)、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、常勤換算方法で(a)から(c)までに掲げる前年度の利用者の数に係る障害程度区分の平均値の区分に応じ、それぞれ(a)から(c)までに掲げる数とする</p> <p>(a)障害程度区分の平均値が4未満 利用者の数を6で除した数以上                  (b)障害程度区分の平均値が4以上5未満 利用者の数を5で除した数以上                  (c)障害程度区分の平均値が5以上 利用者の数を3で除した数以上</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員の数は、生活介護の単位ごとに、1以上とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 理学療法士又は作業療法士の数は、利用者に対して日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う場合は、指定生活介護の単位ごとに、当該訓練を行うために必要な数とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 理学療法士又は作業療法士を確保することが困難な場合には、これらの者に代えて、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員の数は、生活介護の単位ごとに、1以上とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員のうち、1人以上は、常勤の者でなければならない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>生活介護の単位は、生活介護であって、その提供が1又は同時に複数の利用者に対して、一体的に行われるものをいい、<b>生活介護の単位の利用定員は20人以上とする。</b></p> </div> <p><input type="checkbox"/> 従業員は、生活介護の単位ごとに専ら当該生活介護の提供に当たる者でなければならない。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。</p>
<p>② サービス管理責任者</p>	<p><input type="checkbox"/> 生活介護を提供する利用者の(イ)又は(ロ)に掲げる数の区分に応じ、それぞれ(イ)又は(ロ)に掲げる数(イ)利用者の数が60人以下 1以上                  (ロ)利用者の数が61人以上 利用者数が60を超えて40又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上                  * 利用者の数は、前年度の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 1人以上は、常勤の者でなければならない。</p>
<p>③ 施設長(管理者)</p>	<p><input type="checkbox"/> 障害者支援施設ごとに1人。</p> <p><input type="checkbox"/> 社会福祉法第19条第1項各号のいずれか(社会福祉主事任用資格)に該当する者若しくは社会福祉事業に2年以上従事した者又はこれらと同等以上の能力を有すると認める者でなければならない。</p> <p><input type="checkbox"/> 専らその職務に従事する者であること。</p> <p><input type="checkbox"/> ただし、障害者支援施設の管理上支障がない場合は、当該障害者支援施設の他の職務に従事し、又は当該障害者支援施設以外の事業所、施設等の職務に従事することができる。</p>

### (2) 定員に関する基準

<p>① 定員</p>	<p><input type="checkbox"/> 昼間実施サービスを行う障害者支援施設の定員 20人以上</p> <p><input type="checkbox"/> 入所を目的とする他の社会福祉施設等に併設する障害者支援施設については10人以上。</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 複数の昼間実施サービスを行う障害者支援施設の定員 6人以上</p> <p><input type="checkbox"/> ただし、当該指定障害者支援施設が提供する昼間実施サービスの定員の合計が20人以上(入所を目的とする他の社会福祉施設等に併設する障害者支援施設については、12人以上)でなければならない。</p>
-------------	---



(3) 設備に関する基準

<p>① 構造設備</p>	<p>(構造設備)</p> <p><input type="checkbox"/> 障害者支援施設の配置、構造及び設備は、利用者の特性に応じて工夫され、かつ、日照、採光、換気等の利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分考慮されたものでなければならない。</p> <p><input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設の建物(利用者の日常生活のために使用しない付属の建物を除く。)は、耐火建築物又は準耐火建築物でなければならない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・耐火建築物 建築基準法第2条第9号の2に規定          ・準耐火建築物 建築基準法第2条第9号の3に規定</p> </div> <p><input type="checkbox"/> 都道府県知事、指定都市・中核市の市長は、火災予防、消火活動等に関し専門的知識を有する者の意見を聴いて、次のいずれかの要件を満たす木造かつ平屋建ての障害者支援施設の建物であって、火災に係る利用者の安全性が確保されていると認めるときは、耐火建築物又は準耐火建築物とすることを要しない。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 スプリンクラー設備の設置、天井等への内装材等への難燃性の材料の使用、火災が発生するおそれがある箇所における防火区画の設置等により、初期消火及び延焼の抑制に配慮した構造であること。</li> <li>2 非常警報設備の設置等による火災の早期発見及び通報の体制が整備されており、円滑な消火活動が可能なるものであること。</li> <li>3 避難口の増設、搬送を容易に行うために十分な幅員を有する避難路の確保等により、円滑な避難が可能な構造であり、かつ、避難訓練を頻繁に実施すること、配置人員を増員すること等により、火災の際の円滑な避難が可能なるものであること。</li> </ol>
<p>②設備の基準</p>	<p><input type="checkbox"/> 訓練・作業室</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。</li> <li>(2) 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。</li> </ol> <p><input type="checkbox"/> 相談室 室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること。</p> <p><input type="checkbox"/> 洗面所 利用者の特性に応じたものであること。</p> <p><input type="checkbox"/> 便所 利用者の特性に応じたものであること。</p> <p><input type="checkbox"/> 多目的室その他の運営上必要な設備を備えること。</p>

# 用語の定義

参考資料1

「常勤換算方法」	当該事業所の従業者の「勤務延べ時間数」を当該事業所において常勤の従業者が従事すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、その員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。この場合の勤務延べ時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であること。
「勤務延べ時間数」	勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機時間を含む）として明確に位置付けられている時間の合計数とする。なお、従業者1人につき、勤務延べ時間数に算入できる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とする。
「常勤」	指定に係る事業所における勤務時間が当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする）に達していること。 同一事業者によって指定に係る事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすこととなる。
「専ら従事する」 「専ら提供に当たる」	原則としてサービスの提供時間帯を通じて指定に係るサービス以外の職務に従事しないことをいう。 この場合のサービス提供時間帯とは当該従業者の当該事業所における勤務時間（生活介護、施設入所支援については、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。
「前年度の平均値」	<p>① 「前年度の平均値」（従業者の必要員数を算出する際に必要な利用者の数の前年度の平均値）は、当該年度の前年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。以下同じ。）の利用者延べ数を開所日数で除して得た数とする。この算定に当たっては、小数点第2位以下を切り上げるものとする。</p> <p>②</p> <p>新たに事業を開始し、若しくは再開し、又は増床した施設において、新設又は増床分のベッドに関して、前年度において1年未満の実績しかない場合（前年度の実績が全くない場合を含む。）の利用者の数は、新設又は増床の時点から6月未満の間は、便宜上、利用定員の90%を利用者数とし、新設又は増床の時点から6月以上1年未満の間は、直近の6月における全利用者の延べ数を当該6月間の開所日数で除して得た数とし、新設又は増床の時点から1年以上経過している場合は、直近1年間における全利用者の延べ数を当該1年間の開所日数で除して得た数と</p> <p>③ 特定旧法指定施設が指定障害者支援施設へ転換する場合の「前年度の平均値」については、当該指定を申請した日の前日から直近1月間の全利用者の延べ数を当該1月間の開所日数で除して得た数とする。また、当該指定後3月間の実績により見直すことができることとする。</p>
「多機能型」	指定生活介護、指定児童デイサービス、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、指定就労継続支援B型の事業のうち、2以上の事業を一体的に行うことをいう。

# 常勤換算について

## 常勤換算の計算法

○「常勤換算方法で、利用者の数を6で除した数以上」必要とする場合

利用者の数が30人で、基準上、利用者の数を6で除した数以上の員数を必要とする場合。

算定法→  $30人 \div 6 = 5.0$

当該法人の常勤従事者が1週間に勤務すべき時間数が40時間の場合、

$40時間 \times 5.0 = 200時間/週$



当該事業に従事する職員の1週間の勤務時間数の合計が200時間以上であれば基準を満たす。

○「常勤換算方法で2.5人以上」必要な場合

算定にあたっては、従業員の勤務延べ時間数を、当該法人の常勤の従業員が従事すべき時間数（週32時間を下回る場合は32時間とする。）で除し、小数点第2位以下を切り捨てること。

例えば、常勤週40時間勤務の事業者の場合で

従業員Aさん	週30時間勤務	} 勤務延べ時間125時間/週の場合
従業員Bさん	週25時間勤務	
従業員Cさん	週30時間勤務	
従業員Dさん	週40時間勤務	

$125時間 \div 40時間 = 3.125$   
 (小数点第2位以下切捨) → 3.1人

## 申請書の付表への入力法

必要人員等について申請書の付表に記載する際には、

例えば、常勤従業員週40時間勤務の事業者の場合で

従業員Aさん	週30時間勤務	常勤、兼務	} Aさんは週40時間勤務する常勤職員だが、他の事業所の職務に週10時間従事している。
従業員Bさん	週25時間勤務	非常勤、兼務	
従業員Cさん	週30時間勤務	非常勤、専従	
従業員Dさん	週40時間勤務	常勤、専従	

勤務延べ時間125時間/週の場合

常勤換算後の員数は  $125時間 \div 40時間 = 3.125人$   
 (小数点第2位以下切捨) → 3.1人

(付表1)

従業員種別・員数	(単位：人)		居宅介護事業従業者		その他の従業者	
			専従	兼務	専従	兼務
	従業員数	常勤	1	1		
	非常勤	1	1			
常勤換算後の人数	3.1					
基準上の必要人数						

記載例

# サービス管理責任者の実務経験要件

参考資料3

内は、別に神奈川県として実務経験に含める業務の範囲

業務の種類	業務の範囲	必要経験年数
① 相談支援業務	ア 相談支援事業に従事する者 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	5年以上
	イ 相談機関等において相談支援業務に従事する者 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 ・保健所 ・市町村役場	
	ウ 施設等において相談支援業務に従事する者 障害者支援施設 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	
	エ 就労支援に関する相談支援の業務に従事する者 障害者職業センター 障害者雇用支援センター 障害者就業・生活支援センター	
	オ 特別支援教育における進路指導・教育相談の業務に従事する者 盲学校 聾学校 養護学校	
	カ 医療機関において相談支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 相談支援従事者研修修了者 (3) 国家資格等※1を有する者 (4) 上記アからオに掲げる業務に1年間以上従事した者	
	キ その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務に従事する者 ・身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター ・知的障害者授産施設、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム ・知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設(入所、通所)、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関(肢体不自由児、重症心身障害児) ・知的障害者地域生活援助、精神障害者地域生活援助 ・地域就労援助センター ・市町村から補助または委託を受けている作業所等 ・小学校、中学校の特別支援学級 のいずれかにおいて主に相談支援の業務に従事した者	

業務の種類	業務の範囲	必要経過年数
② 直接支援業務	ア 施設及び医療機関等において介護業務に従事する者 障害者支援施設 ・身体障害者更生施設 ・身体障害者療護施設 ・身体障害者福祉ホーム ・身体障害者授産施設 ・身体障害者福祉センター ・精神障害者社会復帰施設 ・知的障害者デイサービスセンター ・知的障害者更生施設 ・知的障害者授産施設 ・知的障害者通勤寮 ・知的障害者福祉ホーム 老人福祉施設 介護老人保健施設 療養病床 障害福祉サービス事業 老人居宅介護等事業 保険医療機関 保険薬局 訪問看護事業所	10年以上
	イ 障害者雇用事業所において就業支援の業務に従事する者 特例子会社 重度障害者多数雇用事業所	
	ウ 盲学校・聾学校・養護学校における職業教育の業務に従事する者 盲学校 聾学校 養護学校	
	エ その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務に従事する者 ・改正前の身体障害者居宅介護、知的障害者居宅介護、児童居宅介護、精神障害者居宅介護、身体障害者デイサービス、児童デイサービス ・知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設(入所、通所)、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設、指定医療機関(肢体不自由児、重症心身障害児) ・知的障害者地域生活援助、精神障害者地域生活援助 ・市町村から補助または委託を受けている作業所等 ・小学校、中学校の特別支援学級 のいずれかにおいて主に直接支援業務に従事した者	

業務の種類	業務の範囲	必要経過年数
③ 有資格者等	ア 上記②の直接支援業務に従事する者で、次のいずれかに該当する者 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) ヘルパー2級以上相当の研修を修了した者 (3) 保育士 (4) 児童指導員任用資格者 (5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格者	5年以上
	イ 上記①の相談支援業務及び②の直接支援業務に従事する者で、国家資格等※1による業務に5年以上従事している者	3年以上

※1 国家資格等とは、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、柔道整復士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士のことをいう。

注) ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいうものとする。例えば、5年以上の実務経験であれば、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900日以上であることをいう。

# 障害者自立支援法における障害福祉サービス事業所等の指定申請予定事業所の皆様へ

神奈川県保健福祉局  
福祉・次世代育成部障害サービス課

## 1 障害者自立支援法における障害福祉サービス事業所指定申請の流れ

### ● 障害福祉サービス指定申請の予約、相談等



事業所

障害福祉サービス事業所として指定を受けようとする場合は、神奈川県障害サービス課事業支援グループ(TEL: 045-210-4732)に電話でその旨をお伝えください。指定申請書類確認のため来庁の予約等をします(指定申請は完全予約制です)。また場合によってはこちらから事業内容等について何点か確認をさせていただくこともあります。指定申請の締め切りは指定希望月の前月15日ですので、余裕をもって申請してください。

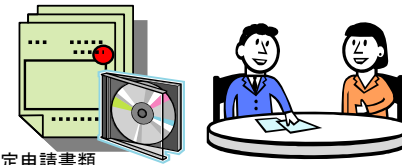


神奈川県庁



### ● 障害福祉サービス指定申請書類の提出

予約の日時に合わせ、指定申請書類を持参の上、来庁してください。指定申請書類の確認をさせていただきます。場合によって、指定申請書類の補正をさせていただくこともあります。



指定申請書類



### ● 指定書の受領



指定申請が済み、障害福祉サービス事業者として指定された場合は、指定申請を行った月の月末に、指定年月日、事業所番号等が記載された「指定書」を神奈川県から事業所所在地に送付します。記載された指定年月日から指定障害福祉サービス事業所となります。





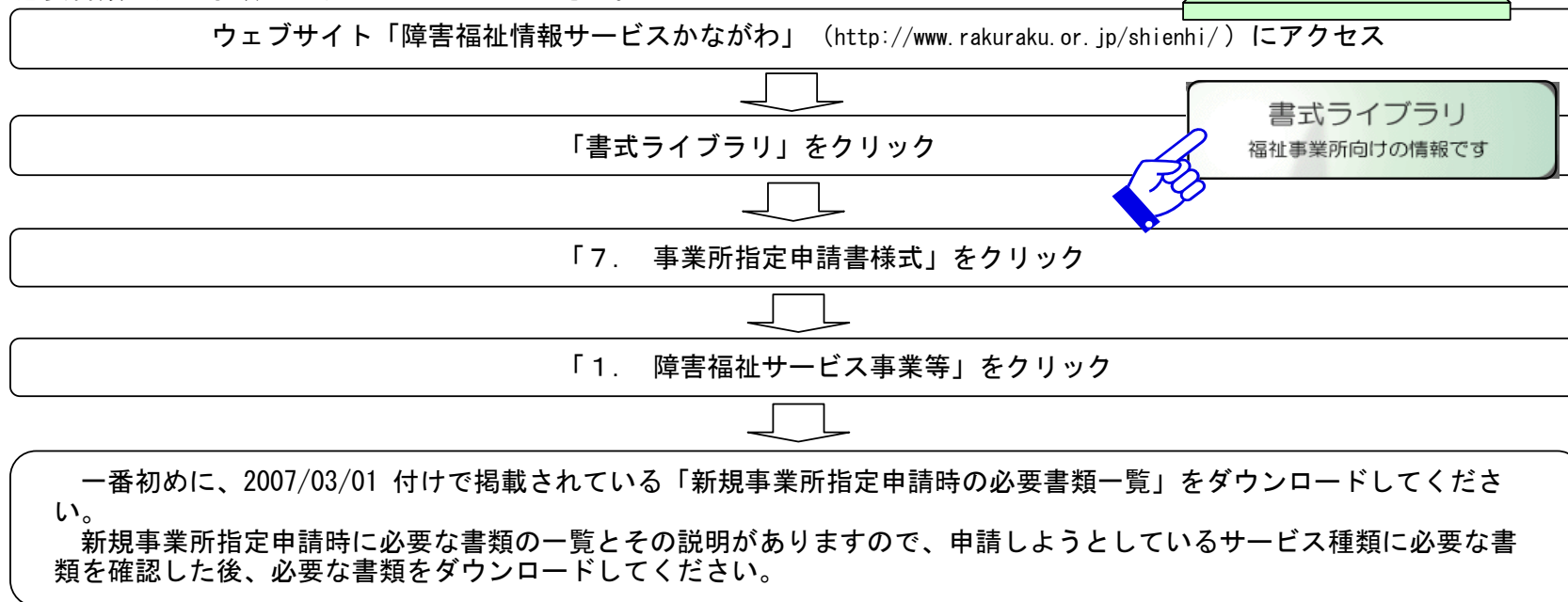
## 2 障害福祉サービス事業所指定申請の締め切り

- 事業所指定は毎月1日に行います。
- 申請の締め切りは、事業所指定を受けようとする月の前月15日（15日が休日の場合はその直前の平日）です。  
例えば、4月1日の事業所指定を受けようとする場合は、3月15日までに事業所指定申請を行う必要があります。  
必要書類が多数ありますので、時間の余裕を持って申請して下さい。



## 3 障害福祉サービス事業所指定申請のための必要書類

必要書類は次の手順でダウンロードしてください。



申請に必要な書類の掲載年月日等

掲載年月日	掲載書類名	書類の概要
2006/10/9	指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式	指定申請書、口座振込の依頼書、各種付表です。
2007/2/28	指定申請 添付書類様式	指定申請時に必要な添付書類の様式集です。

※運営規程の参考例等も掲載してありますので、必要に応じてダウンロードしてください。

次の書類は、「8. 変更届・体制届等様式」→「2. 体制等に関する届出」の中にあります。

2011/3/23	【平成23年10月以降適用版】介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書【届出様式①】	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出様式です。
2011/3/23	【平成23年4月以降適用版】介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書【届出様式②】	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出様式です。

※2011年3月23日掲載内容です。今後変更される可能性があります。

#### 4 平成24年4月1日付障害福祉サービス事業所指定申請の予約、お問い合わせ先

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課事業支援グループ  
 TEL 045-210-4732 (直)  
 FAX 045-201-2051



○平成24年4月1日付事業所指定申請の受付は日本大通7ビル500会議室で行います。  
 (平成24年2月20日～3月15日まで)

○平成24年5月1日付以降の事業所指定申請の受付は政令指定都市、中核市で開設する事業所の場合は政令指定都市、中核市が用意する会場で行います。

政令指定都市、中核市以外で開設する場合は神奈川県障害サービス課で行います。

#### 5 注意事項

指定申請には一部データの提出も必要です。その際は必ずウイルスチェックを実施し、安全なデータを提出してください。

事業所等に設置するパソコンには必ずアンチウイルスソフトを導入し、感染を未然に防ぐことはもちろん、万が一感染した場合でも他事業所等へ感染を広めないようにしましょう。





6 平成24年5月1日付以降の障害福祉サービス事業所指定申請の予約、お問い合わせ先

1 横浜市で事業所を開設する場合

横浜市健康福祉局障害福祉部障害企画課

TEL 045-671-3603

FAX 045-671-3566

2 川崎市で事業所を開設する場合

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課

TEL 044-200-1111

FAX 044-200-3932

3 相模原市で事業所を開設する場合

相模原市健康福祉局福祉部障害福祉課

TEL 042-769-8355

FAX 042-759-4395

4 横須賀市で事業所を開設する場合

横須賀市福祉部監査指導課

TEL 046-822-8162

FAX 046-827-0566

5 政令指定都市、中核市以外で事業所を開設する場合

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課事業支援グループ

TEL 045-210-4732

FAX 045-201-2051

## サービス別 事業所指定申請必要書類一覧

	療養介護	生活介護	障害者支援施設
様式第1号 (申請書)	○	○	○
別紙	○	○	○
口座振込(変更)依頼書	○	○	○
各種付表	付表2	付表3 3-2	付表8 その1~3
多機能型の場合	/	付表13 13-2	/
定款、登記簿謄本等	○	○	○
運営規程	○	○	○
参考様式1 (平面図)	○	○	○
参考様式2 (面積)	○	○	○
参考様式3 (設備)	○	○	○
参考様式4 (経歴書)	○	○	○
参考様式5 (実務経験)	○	○	○
参考様式6 (苦情解決)	○	○	○
別紙2 (勤務形態)	○	○	○
参考様式7 (組織体制)	○	○	○
参考様式8 (主たる対象者)	/	○	○
参考様式9 (誓約書)	○	○	○
別紙 (役員名簿)	○	○	○
参考様式10 (協力医療)	/	○	○
参考様式11 (支援体制)	/	/	/
参考様式12 (障害福祉サービス事業等開始届出書)	○	○	○
管理者の誓約書	○	○	○
資産の状況	○	○	○
その他必要なもの	○	○	○
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○

- 申請書・添付書類の様式等は、「障害福祉情報サービスかながわ」(<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>)「書式ライブラリ」→「7.事業所指定申請書様式」→「1.障害福祉サービス事業等」よりダウンロードできます。
- 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書は、「障害福祉情報サービスかながわ」→「書式ライブラリ」→「8.変更届・体制届等様式」→「2.体制等に関する届出様式」よりダウンロードできます。

## 添付書類、参考様式の種類と記載時の留意事項・説明 (201008)

◇申請書・添付書類の様式等は、インターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」 (<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>) の「書式ライブラリ」よりダウンロードできます。  
 ◇必ず最新版のものをダウンロードして使用してください。

様式名等	記載時の留意事項・説明
様式第1号 指定申請書	各サービスともに申請書は同形式です。紙とともに、データを入れたCD等(MO、USBメモリ不可)も提出してください。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力ください。
別紙 他の法律において既に指定を受けている事業等について	他の法律において既に指定を受けている事業がある場合記載してください(介護保険法等)。ない場合は別紙添付の必要はありません。
口座振込(変更)依頼書	所定の様式によります。紙とともに、データを入れたCD等(MO、USBメモリ不可)も提出してください。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力ください。
各種付表	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定を受けようとする事業の種類により付表が異なります。紙とともに、データを入れたCD等(MO、USBメモリ不可)も提出してください。データは必ずウイルスチェックを行い、ウイルスの感染防止にご協力ください。</li> <li>・ 「指定申請書」「口座振替の依頼書」「付表」を一枚のCD等に入れてください。その他の添付書類の電子データは必要ありませんのでご注意ください。</li> </ul>
申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本(又は条例)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請に係る事業を実施する旨の認可がされていることが必要です。</li> <li>・ 公益法人等で、申請までに定款又は寄付行為の変更手続きが終了していない場合にあっては、変更認可前の定款に加えて、当該事業を行う旨の内容が確認できる書類(理事会議事録等)を提出していただき、併せて法人認可所官庁との手続き状況を報告してください。</li> <li>・ 登記簿は履歴事項全部証明書を提出してください。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可。(コピーも不要)。</li> <li>・ 定款等が変更の途中で、申請時に間に合わない場合は、変更前の定款および登記簿謄本(写しでも可)を提出してください。変更が完了後速やかに、変更後の定款及び登記簿謄本を提出してください。</li> </ul>
運営規程	参考例をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」に掲載しています。
参考様式1 事業所・施設の平面図	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 既製の平面図(建築図面等)がある場合はそれをA3(またはA4)に縮尺の上、添付してください。複数の事業所で同じ建物を使う場合は、事業で使う場所が分かるように色分け等をしてください。</li> <li>・ 事業所の写真(外観及び内部)を添付してください。写真には、どの部分の写真であるか記載してください。</li> <li>・ 多機能型事業所、従たる事業所や複数の共同生活住居がある場合等は、それぞれの位置関係がわかる地図等を添付してください。</li> </ul>
参考様式2 居室面積等一覧表	事業所の設備の面積等について記載してください。
参考様式3 事業所の設備・備品等一覧表	・ 消防設備、衛生用品を含め、事業所の設備・備品等について、基準省令の規定に沿って配慮、措置した事項について記載してください。
参考様式4 管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員の経歴書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理者・サービス管理責任者・サービス提供責任者について、それぞれ別に作成してください。</li> <li>・ 短期入所を申請する際には管理者の経歴書が必要です。</li> <li>・ 居宅介護・重度訪問介護・行動援護・重度障害者等包括支援を申請する際には、管理者・サービス提供責任者の経歴書が必要です。</li> <li>・ 療養介護・生活介護・児童デイ・共同生活介護・自立訓練(機能訓練・生活訓練)・就労移行支援・就労継続支援(A型・B型)・共同生活援助・障害者支援施設を申請する際には、管理者・サービス管理責任者の経歴書が必要です。</li> <li>・ 相談支援を申請する際には、管理者・相談支援専門員の経歴書が必要です。</li> </ul>
参考様式5 実務経験(見込)証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス管理責任者・サービス提供責任者・相談支援専門員について、それぞれ作成してください。研修修了書(写し)・資格を証する書面を添付してください。</li> <li>・ 行動援護の事業を申請する場合は、従業者それぞれの実務経験(見込)証明書が必要です。</li> <li>・ 期間、日数が記載されている実務経験証明書であれば、この様式にこだわる必要はありません。</li> </ul>

様式名等	記載時の留意事項・説明
参考様式 6 利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要	利用者（入所者）からの苦情を解決するために講ずる具体的な方法を記入してください。苦情解決に関して法人の内規等がある場合は一部添付してください。
別紙 2 従業員の勤務の態勢及び勤務形態一覧表	・ 従業員の一ヶ月の勤務体制について記入してください。 ・ 保育士、看護師等有資格職種に就く従業員の場合、該当する資格を証する書面の写しを添付してください。
参考様式 7 組織体制図	事業所に既存の組織体制図があればその写しで構いません。
参考様式 8 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	主たる対象者を特定する場合に提出してください。特定しない場合は提出の必要はありません。
参考様式 9 障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書	当該法人の役員及び事業所を管理する者について記入し、全員の押印が必要です。複数の事業所を同時申請する場合は、原本1部で可（コピーも不要）。
別紙 役員等名簿	参考様式9で使用する役員名簿です。
参考様式 10 協力医療機関との契約の内容	協力医療機関との契約内容について記入してください。「契約の内容」欄は、契約書の写しでもかまいません。事前に協力医療機関に了解を得てください。
参考様式 11 指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要	指定障害者支援施設等との連携体制・支援体制の概要を記載してください。事前に指定障害者支援施設等に了解を得てください。
参考様式 12 障害福祉サービス事業等開始届出書	様式第1号、運営規程等の記載内容に合わせてください。
入所定員又は精神科病院の精神病床数の減少計画書	地域移行型ホームの事業を申請する場合は提出してください。
管理者誓約書	指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定相談支援事業所に分かれていますので、該当するものを使用してください。管理者の個人印が必要です。指定申請書提出時は管理者の立会いが必要です。
申請する事業の資産の状況 ・ 財産目録又は決算書等 ・ 事業計画書 ・ 収支予算書	・ 法人の「財産目録」又は「決算書」（直近のもの）を添付してください。 ・ 「事業計画書」は当該事業所の年間事業計画を作成（様式は任意）し添付してください。 ・ 「収支予算書」は、事業計画を基に、申請事業に係る当該事業所の収支予算を作成してください。
その他必要なもの	・ 居宅介護・重度訪問介護・行動援護の事業を申請する場合は、従業者全てについて、資格を証する書面の写しを添付してください。 ・ 有資格職として配置する従業者（保育士、看護師、理学療法士等）については、資格を証する書面の写しを添付してください。 ・ 介護保険事業所の指定を受けている場合は、介護保険事業所「指定通知」の写しを添付してください。 ・ 不慮の事故等に備えた、「損害賠償責任保険証書」の写しを添付してください。 ・ 事業所の建物が賃貸等の場合は、「建物賃貸借契約書」等の写しを添付してください。 ・ 地震防災対策強化地域内に所在し、障害福祉サービス事業等（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・療養介護・重度障害者等包括支援・相談支援以外）の指定を受けようとする場合であって、利用者及び職員を含め収容人数が30人以下となる事業所・施設は、大規模地震対策特別措置法に基づく「地震防災応急計画」を作成する必要があります（収容人数が30名以上の事業所・施設は消防署への提出をもって準用されます）。参考例等をインターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」→「神奈川県からのお知らせ」に掲載しています。 ※神奈川県内の地震防災対策強化地域…平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、秦野市、厚木市、伊勢原市、海老名市、南足柄市、寒川町、大磯町、二宮町、中井町、松田町、山北町、開成町、真鶴町、湯河原町 ・ 居宅介護の事業を申請し、通院等乗降介助のサービス提供を行う場合は、「有償運送許可証」の写しを添付してください。
・ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書	サービス種類ごとに必要な書類が異なりますので注意してください。居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援は新規指定申請時にこの届出は必要ありません。

# 指定障害福祉サービス事業所等指定申請書様式集

Ver. 035.1

平成24年2月

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部  
障害サービス課



※申請する全てのサービス種類で作成が必要です。

## 【記載例】

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

平成 22 年 2 月 9 日

申請者 (債権者)	法人名称	社会福祉法人かながわ福祉会		
	郵便番号	〒 231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。	
	所在地	神奈川県横浜市中区日本大通 1		
	代表者氏名	かながわ一郎		
	事業所名称	かながわ〇△ホームヘルプ		
	事業所番号	[ ]		
対象事業名	11	居宅介護		

表  
法  
者  
人  
印  
代

・様式第1号で入力した情報が自動的に反映されます。直接入力はできません。

・入力不要です。

・不明な場合はご利用の金融機関にご確認ください。

振込先	金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	****
	店舗名	××支店	店舗コード	***
	口座番号	*****	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座
	名義人フリガナ	ソウホクシホウジンカナガワフキカイシヨウカガワイロウ		
氏名	社会福祉法人かながわ福祉会理事長かながわ一郎			

・口座の名義は、このフリガナ名義で登録しますので、通帳のフリガナ欄をご確認のうえ、正確に入力(半角フリガナ)してください。

申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。

平成 22 年 2 月 9 日

委任者 かながわ一郎 印

・申請者と口座名義人が異なる場合は、申請者による委任を行ってください。

振込エラー防止のため  
ここに振込先の店番号、口座番号、口座名義人フリガナがわかる通帳の写しを貼り付けるか、

以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。

金融機関名

確認年月日

確認印

・口座名義に間違いがないことを確認するため、通帳の口座名義人欄(フリガナ)部分の写しを貼り付ける(別添可)か、金融機関の確認印をもらってください。

●療養介護

【記載例】

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

		※受付番号							
事業所	名称	かながわ△療養介護							
	所在地	〒 240-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲							
	連絡先	電話番号 0467-**-****	FAX番号 0467-**-****						
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 定款第○条第○項									
管理者	氏名	かながわ二郎							
	住所	〒 240-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456							
	当該療養介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）								
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称							
		兼務する職種							
		勤務時間							
管理責任者	氏名	よこはま太郎							
	住所	〒 222-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市南区123-4-567							
従業者の職種 （単位：人）	専従	兼務	専従	兼務					
	1			4					
	非常勤			2					
	常勤換算後の人数	1							
	※基準上の必要人数								
単位1	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	2			10					
	非常勤			8					
	常勤換算後の人数	2		12.5					
	※基準上の必要人数								
	前年度の平均利用者数	22		人		（単位ごとの利用者数。＊新規の場合は推定数）			
	単位ごとの利用定員	24		人		（単位ごとの利用定員）			
	※基準上の必要定員			人		※単位番号			
※利用定員超過減算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※人員配置区分				
療養介護全体の利用定員	24		人						
前年度の平均利用者数	22		人		（事業所全体の利用者数。＊新規の場合は推定数）				
主たる設備	多目的室	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無							
	医療法の規定により病院に置くべきものとされる設備	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無							
主な揭示事項	利用料	運営規程に定めるとおり							
	その他費用	運営規程に定めるとおり							
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無						
		苦情解決の措置概要	窓口（連絡先）	0467-**-****					
		担当者	かながわ四郎						
※加算等	旧法施設定員数	人		保障単位数（9割保障）		単位			
	福祉専門職配置加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		保障単位数（除付時運営安定化事業） 処遇改善助成金 キャリアパス区分		単位			
	処遇改善助成金交付	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			該当				

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。

・半角カタで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所において兼務する場合、記載してください。

・半角カタで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・添付する勤務表等と合致するように記載してください。

・単位ごとの情報を記載してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

（備考）

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。



●療養介護

【記載例】

(単位) 療養介護事業を複数の単位で行う場合の記載事項

※受付番号

単位	(単位:人)	生活支援員		看護職員		看護補助者		専従	兼務	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位 2	従業者数	常勤								
		非常勤								
	常勤換算後の人数									
	※基準上の必要人数									
	前年度の平均利用者数	人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
	単位ごとの利用定員	人(単位ごとの利用定員)								
	※基準上の必要定員	人								※単位番号
	※利用定員超過減算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※人員配置区分		
	単位 3	従業者数	常勤							
			非常勤							
常勤換算後の人数										
※基準上の必要人数										
前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)								
※基準上の必要定員		人								※単位番号
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※人員配置区分		
単位 4		従業者数	常勤							
			非常勤							
	常勤換算後の人数									
	※基準上の必要人数									
	前年度の平均利用者数	人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
	単位ごとの利用定員	人(単位ごとの利用定員)								
	※基準上の必要定員	人								※単位番号
	※利用定員超過減算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※人員配置区分		
	単位 5	従業者数	常勤							
			非常勤							
常勤換算後の人数										
※基準上の必要人数										
前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)								
単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)								
※基準上の必要定員		人								※単位番号
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※人員配置区分		

・単位を複数設定する場合は、単位2以降の欄に各単位ごとの情報を記載してください。

「※」のついた欄には記載しないでください。

●生活介護

【記載例】

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

- \*1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。
- \*2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

事業所	名称	かながわ〇△生活介護									
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲									
	連絡先	電話番号 0467-**-****	FAX番号 0467-**-****								
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 定款第〇条第〇項											
管理者	氏名	かながわ〇									
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市〇〇町123-456									
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称 兼務する職種 勤務時間									
管理責任者	氏名	よこはま太郎									
	住所	〒 232-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県横浜市区123-4-567									
従業者の職種 (単位:共通)	サービス管理責任者	専従	兼務	専従	兼務						
	医師	専従	兼務	専従	兼務						
	従業者数	常勤	1								
	非常勤								1		
	常勤換算後の人数										
	※基準上の必要人数										
	看護職員	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
		常勤		2						2	4
	非常勤				1						8
	常勤換算後の人数	2									
※基準上の必要人数	6										
理学療法士	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤										
非常勤											
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											
作業療法士	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤										
非常勤											
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											
機能訓練指導員	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤										
非常勤											
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											
生活支援員	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤										
非常勤											
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											
精神保健福祉士	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤										
非常勤											
常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数											
前年度の障害福祉区分の平均数	○ 4未満 ● 4以上5未満 ○ 5以上										
前年度の平均利用者数	22 人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)										
単位ごとの利用定員	24 人(単位ごとの利用定員)										
※基準上の必要定員	人 ※単位番号										
営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日										
営業時間	平日: 09:00 ~ 17:00 土曜 祝日 ~ 備考										
主たる対象者	身体障害者	<input checked="" type="checkbox"/> 細かなし <input type="checkbox"/> 肢体不自由		<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語		<input type="checkbox"/> 内部障害					
	知的障害者	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 精神障害者		<input checked="" type="checkbox"/>					
※利用定員超過減算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 ※職員欠如減算 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※人員配置区分										
生活介護全体の利用定員	24 人										
前年度の平均利用者数	22 人(事業所全体の利用者数。*新規の場合は推定数)										
主な揭示事項	多機能型実施の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無									
	利用料	運営規程に定めるとおり									
	その他費用	運営規程に定めるとおり									
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無								
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	0467-**-****							
	担当者	かわさき三郎									
協力医療機関	名称	△〇病院		主な診療科名	内科	外科	歯科				
	名称	×■医院		主な診療科名	精神科						
	名称			主な診療科名	内科						
※加算等	食事提供体制加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		視覚・聴覚言語障害者支援加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無						
	利用日数特例届出有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		旧法施設定員数	人						
	利用日数特例開始年月1			保障単位数(9割保障)	単位						
	利用日数特例開始年月2			利用日数特例終了年月1							
	利用日数特例開始年月3			利用日数特例終了年月2							
	利用日数特例開始年月4			利用日数特例終了年月3							
	リハビリテーション加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		福祉専門職配置加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無						
人員配置体制加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無										
処遇改善助成金交付	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		処遇改善助成金キャリアパス区分	該当							
保障単位数(移行時運営安定化事業)	単位										
主たるサービス種類	主たるサービス種類										

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。

・半角カタカナで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・管理者が当該事業所や他事業所等において兼務する場合、記載してください。

・半角カタカナで入力してください。

・番地等の数字を含め全て全角入力。

・単位ごとの情報を記載してください。

・単位の定員を記載してください。

・記載例のとおり半角数字『00:00』という形式で入力してください。

・事業所全体の定員を記載してください。

・多機能型事業所の場合『有』にチェックしてください。\*その場合、併せて付表13の提出が必要になります。

- (備考)
1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
  2. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
  3. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
  4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
  5. 「兼務」欄は、施設入所支援事業以外での兼務を行う職員について記載してください。
  6. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

●生活介護

【記載例】

(単位) 生活介護事業を複数の単位で行う場合の記載事項

※受付番号

単位 2	(単位:人)		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	(単位:人)		精神保健福祉士		専従		兼務		専従		兼務		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	前年度の障害程度区分の平均値		● 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上										
	前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)										
	単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)										
※基準上の必要定員		人 ※単位番号											
営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日											
営業時間		平日	~				土曜	~				備考	
		日曜	~				祝日	~					
主たる対象者		身体障害者		□細かなし □肢体不自由 □視覚障害 □聴覚・言語 □内部障害		知的障害者		□		精神障害者		□	
		※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※人員配置区分			

単位 3	(単位:人)		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	(単位:人)		精神保健福祉士		専従		兼務		専従		兼務		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	前年度の障害程度区分の平均値		● 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上										
	前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)										
	単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)										
※基準上の必要定員		人 ※単位番号											
営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日											
営業時間		平日	~				土曜	~				備考	
		日曜	~				祝日	~					
主たる対象者		身体障害者		□細かなし □肢体不自由 □視覚障害 □聴覚・言語 □内部障害		知的障害者		□		精神障害者		□	
		※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※人員配置区分			

単位 4	(単位:人)		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		生活支援員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	(単位:人)		精神保健福祉士		専従		兼務		専従		兼務		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	常勤換算後の人数												
	※基準上の必要人数												
	前年度の障害程度区分の平均値		● 4未満 ○ 4以上5未満 ○ 5以上										
	前年度の平均利用者数		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)										
	単位ごとの利用定員		人(単位ごとの利用定員)										
※基準上の必要定員		人 ※単位番号											
営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日											
営業時間		平日	~				土曜	~				備考	
		日曜	~				祝日	~					
主たる対象者		身体障害者		□細かなし □肢体不自由 □視覚障害 □聴覚・言語 □内部障害		知的障害者		□		精神障害者		□	
		※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※人員配置区分			

単位を複数設定する場合は、単位2以降の欄に各単位ごとの情報を記載してください。

「※」のついた欄には記載しないでください。

【記載例】

付表3-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

\* 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※受付番号

・従たる事業所を設ける場合は従たる事業所の情報を入力してください。

事業所	名称											
	所在地	〒 <input type="text"/> ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください										
	連絡先	電話番号				FAX番号						
従業者の職種・員数	(単位：人)	医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤										
		非常勤										
	常勤換算後の人数											
	※基準上の必要人数											
	(単位：人)	機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士						
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤										
		非常勤										
常勤換算後の人数												
※基準上の必要人数												
従たる事業所の利用定員		人										

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
3. 「兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。

注

●施設入所支援

【記載例】

付表8 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

施設	フリガナ	かながわのりかじんせり				※受付番号									
	名称	かながわ△△支援施設													
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲													
管理者	フリガナ	かながわのり													
	氏名	かながわ二郎													
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456													
昼間実施サービスの定員															
合計		介護給付対象者	訓練等給付対象者	特定旧法受給者	定員緩和措置の有無										
50 人		30 人	20 人	人	○ 有 ● 無										
施設入所支援の定員 50 人															
他の社会福祉施設との併設の有無		○ 有 ● 無		併設施設の種別		併設施設の定員 人									
従業者の職種・員数	(単位：人)	サービス管理責任者		医師		看護職員									
		専従	兼務	専従	兼務	合計		保健師		看護師		准看護師			
	従業者数	1				1				1					
	非常勤			1		2				2					
	常勤換算後の人数					2				2					
	※基準上の必要人数														
	(単位：人)	理学療法士等						生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
	従業者数	常勤								7 4		7 4			
	非常勤	2		1		1				4 3		4 3			
常勤換算後の人数	1		0.5		0.5				12		12				
※基準上の必要人数															
(単位：人)	職業指導員				就労支援員		栄養士								
	合計		右記以外		兼教官		専従		専従		専従				
従業者数	常勤								1						
非常勤															
常勤換算後の人数									1						
※基準上の必要人数															
主な揭示事項	主たる対象者		身体障害者		<input type="checkbox"/> 細分なし <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・言語 <input type="checkbox"/> 内部障害		知的障害者		<input checked="" type="checkbox"/>		精神障害者		<input type="checkbox"/>		
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		○ 有 ● 無		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先) 0467-**-****		担当者 かわさぎ三郎				
	協力医療機関	名称	△○病院		主 な 診療科名		内科		外科		歯科				
		名称	×□医院		主 な 診療科名		精神科		内科						
		名称			主 な 診療科名										
協力歯科医療機関		名称													
※旧法施設定員数				人											

・様式第1号に入力した内容が自動的に反映されます。直接入力できません。

・半角数字で入力してください。

・半角カタカナで入力してください。

・昼間実施サービスを含めた、障害者支援施設全体としての情報を記載してください。

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
3. 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
4. 「定員緩和措置の有無」欄は、最低基準省令第百七十七号第九条第二項に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
5. 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従業者の合計数を記載してください。
6. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

●施設入所支援

【記載例】

付表8 その2 昼間実施サービスに係る記載事項

		※受付番号						
施設	名称	かながわ△△△支援施設						
	所在地	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲						
	連絡先	電話番号 0467-**-****	FAX番号 0467-**-****					
管理者	氏名	かながわ 二郎						
	住所	〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456						
昼間実施サービスの種類		生活介護	自立訓練 (機能) (生活)					
実施するサービス		単位の有無 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					
前年度の平均利用者数		人 30 人	人 20 人					
昼間多機能の有無		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	屋間の総定員数 50 人					
当該事業の実施について定めである定款・寄付行為等又は条例等 定款第○条第○項								
*生活介護を行う場合のみ記入		施設が申告する障害程度区分の平均値						
前年度の平均実利用者数	サービス単位1	<input type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input checked="" type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上						
	サービス単位2	<input checked="" type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上						
	サービス単位3	<input checked="" type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上						
	サービス単位4	<input checked="" type="radio"/> 該当なし <input type="radio"/> 4未満 <input type="radio"/> 4以上5未満 <input type="radio"/> 5以上						
主な揭示事項	利用料	運営規程に定めるとおり						
	その他費用	運営規程に定めるとおり						
	通常の事業の実施地域	鎌倉市	横浜市栄区					
	その他							
施設障害福祉サービスの種類		生活介護	※単位番号					
単位1	サービス管理責任者	医師	看護職員	理学療法士等	就労支援員			
	(単位:人)	専従 兼務	専従 兼務	合計	合計	合計	合計	
	従業者数	常勤 1		1				
	非常勤		1	2	2			
	常勤換算後の人数			2	1	1		
	※基準上の必要人数							
	職業指導員	生活支援員	栄養士					
	(単位:人)	合計	右記以外	兼教官	合計	通所	訪問	専従 兼務
	従業者数	常勤			4	2	4	2
	非常勤				2	2	2	2
	常勤換算後の人数				6.5	6.5		
	※基準上の必要人数							
	その他の従業者							
	(単位:人)	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
	従業者数	常勤						
非常勤								
常勤換算後の人数								
※基準上の必要人数								
前年度の平均利用者数	30 人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)							
単位ごとの利用定員	30 人(単位ごとの利用定員)							
※基準上の必要定員	人							
営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日							
営業時間	平日	09:00	~	16:00	土曜	~	備考	
	日曜		~		祝日	~		
主たる対象者	身体障害者	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害		
	<input type="checkbox"/> 特定なし	知的障害者	<input checked="" type="checkbox"/>	精神障害者	<input type="checkbox"/>			

・様式第1号、付表8その1から転記されます。直接入力はできません。

・当該施設に係る昼間実施サービスについて記載してください。

・昼間実施サービスとして、生活介護を実施する場合記載してください。

・実施する昼間実施サービス毎(各単位毎)に記載してください。

・記載例のとおり、半角『00:00』という形式で入力してください。

- (備考)
- 「※」の付いた欄には、記載しないでください。
  - 「昼間実施サービスの種類」欄は、当該申請サービスについて、該当欄にチェックしてください。
  - 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
  - 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
  - 「通常の事業の実施地域」については、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。



【記載例】

付表 8 その2 昼間実施サービスに係る記載事項(単位)

施設障害福祉サービスの種類		自立訓練(生活訓練)										※単位番号			
単位 2	(単位:人)	サービス 管理責任者		医師		看護職員		理学療法士等				就労支援員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	合計	OT・PT	機能訓練指導員	専従	兼務			
	従業者数	常勤	1												
		非常勤													
	常勤換算後の人数														
	※基準上の必要人数														
	(単位:人)	職業指導員				生活支援員				栄養士					
		合計	右記以外	兼教官	合計	通所	訪問	専従	兼務	専従	兼務				
	従業者数	常勤			3	2	3	2							
		非常勤			2	1	2	1							
	常勤換算後の人数				5.5		5.5								
	※基準上の必要人数														
	(単位:人)	その他の従業者													
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤													
	非常勤														
常勤換算後の人数															
※基準上の必要人数															
前年度の平均利用者数		20		人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)											
単位ごとの利用定員		20		人(単位ごとの利用定員)											
※基準上の必要定員				人											
営業日		<input checked="" type="checkbox"/>	月	<input checked="" type="checkbox"/>	火	<input checked="" type="checkbox"/>	水	<input checked="" type="checkbox"/>	木	<input checked="" type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	日
営業時間		平日	09:00	~	16:00	土曜		~							備考
		日曜		~		祝日		~							
主たる対象者		身体障害者		<input type="checkbox"/>	細分なし	<input type="checkbox"/>	肢体不自由	<input type="checkbox"/>	視覚障害	<input type="checkbox"/>	聴覚・言語	<input type="checkbox"/>		内部障害	
		<input type="checkbox"/> 特定なし		知的障害者		<input checked="" type="checkbox"/>			精神障害者		<input type="checkbox"/>				

施設障害福祉サービスの種類		自立訓練(生活訓練)										※単位番号			
単位 3	(単位:人)	サービス 管理責任者		医師		看護職員		理学療法士等				就労支援員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	合計	OT・PT	機能訓練指導員	専従	兼務			
	従業者数	常勤													
		非常勤													
	常勤換算後の人数														
	※基準上の必要人数														
	(単位:人)	職業指導員				生活支援員				栄養士					
		合計	右記以外	兼教官	合計	通所	訪問	専従	兼務	専従	兼務				
	従業者数	常勤													
		非常勤													
	常勤換算後の人数														
	※基準上の必要人数														
	(単位:人)	その他の従業者													
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤													
	非常勤														
常勤換算後の人数															
※基準上の必要人数															
前年度の平均利用者数				人(単位ごとの利用者数。*新規の場合は推定数)											
単位ごとの利用定員				人(単位ごとの利用定員)											
※基準上の必要定員				人											
営業日		<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	日
営業時間		平日		~		土曜		~							備考
		日曜		~		祝日		~							
主たる対象者		身体障害者		<input type="checkbox"/>	細分なし	<input type="checkbox"/>	肢体不自由	<input type="checkbox"/>	視覚障害	<input type="checkbox"/>	聴覚・言語	<input type="checkbox"/>		内部障害	
		<input type="checkbox"/> 特定なし		知的障害者		<input type="checkbox"/>			精神障害者		<input type="checkbox"/>				

・実施する昼間実施サービス毎(各単位毎)に記載してください。

「※」のついた欄には記載しないでください。

●施設入所支援

【記載例】

付表8 その3 施設入所支援に係る記載事項

施設		名称	かながわ△△△支援施設		※受付番号	
所在地		〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市●●町▲▲-▲▲				
連絡先		電話番号	0467-**-****	FAX番号	0467-**-****	
管理者		氏名	かながわ 太郎			
住所		〒 248-**** ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください 神奈川県鎌倉市○○町123-456				
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		定款第○条第○項				
施設入所支援		前年度の平均実利用者数	サービス単位1	50	人	
			サービス単位2		人	
			サービス単位3		人	
設備		居室	1室の最大定員	4	人	
			※基準上の必要値		人以下	
		廊下	廊下の幅	2.3	m	
			中廊下の幅	3	m	
旧法施設からの移行の場合		施設名	かながわ△△△支援施設			
		施設種別	知的障害者入所更生施設			
		経過措置の有無	○有 ●無			
		特定旧法受給者数	人			
※栄養士配置加算		○常勤管理栄養士 ○常勤栄養士 ○その他栄養士 ●無				
※保障単位数(9割保障)		単位	※夜間看護体制加算		○有 ●無	
※地域生活移行個別支援特別加算		○有 ●無		※小規模定員加算		
		○有 ●無		○有 ●無		
※夜勤職員配置体制加算		○有 ●無				
※処遇改善助成金交付		●有 ○無		※処遇改善助成金 キャリアパス区分		
		単位		該当		
施設障害福祉サービスの種類		施設入所支援				※単位番号
単位1		サービス管理責任者	生活支援員		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務 専従 兼務
		1	2	4		
		※基準上の必要人数		※基準上の必要定員		
		単位ごとの利用定員		人		
		主たる対象者				
		身体障害者	知的障害者		精神障害者	
		○有 ●無	○有 ●無		○有 ●無	
		※重度障害者支援加算II				
		○有 ●無				
施設障害福祉サービスの種類		施設入所支援				※単位番号
単位2		サービス管理責任者	生活支援員		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務 専従 兼務
		※基準上の必要人数		※基準上の必要定員		
		単位ごとの利用定員		人		
		主たる対象者				
		身体障害者	知的障害者		精神障害者	
		○有 ●無	○有 ●無		○有 ●無	
		※重度障害者支援加算II				
		○有 ●無				
施設障害福祉サービスの種類		施設入所支援				※単位番号
単位3		サービス管理責任者	生活支援員		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従 兼務 専従 兼務
		※基準上の必要人数		※基準上の必要定員		
		単位ごとの利用定員		人		
		主たる対象者				
		身体障害者	知的障害者		精神障害者	
		○有 ●無	○有 ●無		○有 ●無	
		※重度障害者支援加算II				
		○有 ●無				

・様式第1号、付表8その1から転記されます。

・旧法施設から移行する場合、記載してください。

・施設入所支援について複数単位を設定する場合は、各単位毎に記載してください。

- (備考)
1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
  2. 当該施設が実施する施設入所支援のサービス単位ごとに、従事する職員数を記載してください。
  3. 「兼務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。
  4. 既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」にチェックしてください。

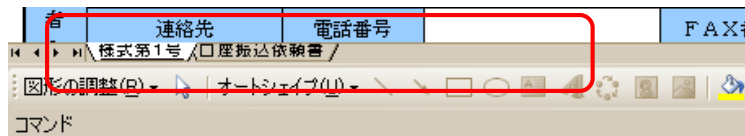


## 指定申請時に提出する『付表』の表示について

### 付表の表示方法

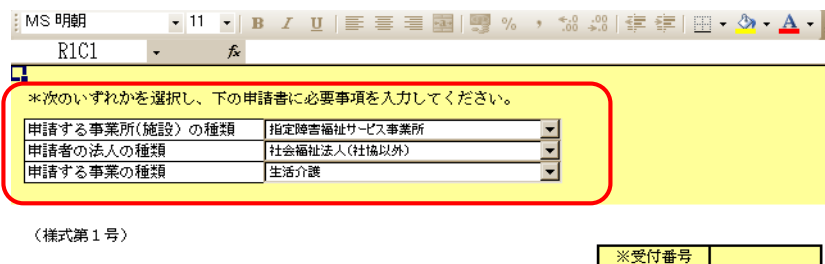
付表は指定申請書様式のファイルに格納されていますが、最初は表示されていません。

※画面下部のシート表示部分イメージ



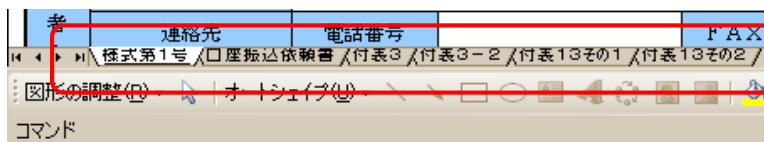
最初は「様式第1号」及び「口座振込依頼書」のシートのみ表示されています。

様式第1号画面上部の3つのプルダウンメニューを選択すると、申請するサービスに該当する付表が表示されます。



3つのプルダウンから該当する項目を選択します。

指定障害福祉サービス事業所 指定申請書



付表が表示されます。

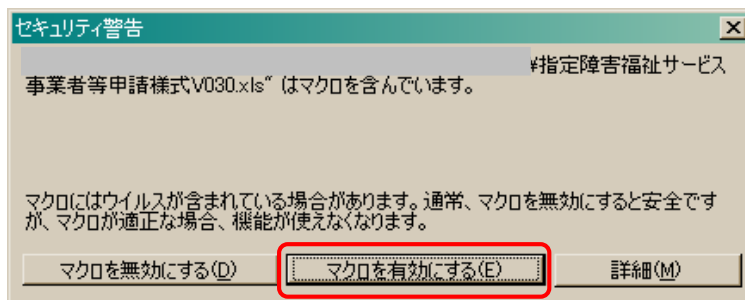
### ※上記操作で付表が表示されない場合

付表はエクセルのマクロ機能を使用して表示させています。  
上記操作で付表が表示されない場合は、マクロの設定を行う必要があります。  
(お使いのエクセルのバージョンによって、設定の方法が異なります。該当するバージョンを参照してください。)

### マクロの設定方法 (Microsoft Office 2003)

#### (1) マクロを有効にする

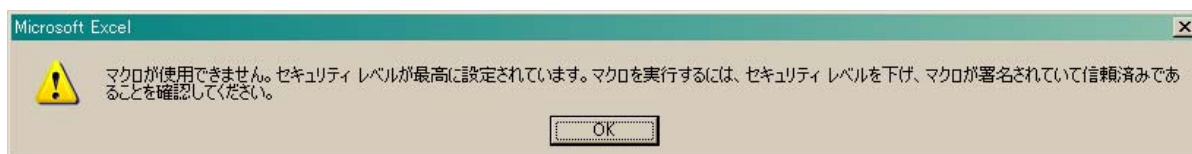
ファイルを開いた際に、以下のメッセージが表示された場合、『マクロを有効にする』を選択します。



「マクロを有効にする」を押下します。

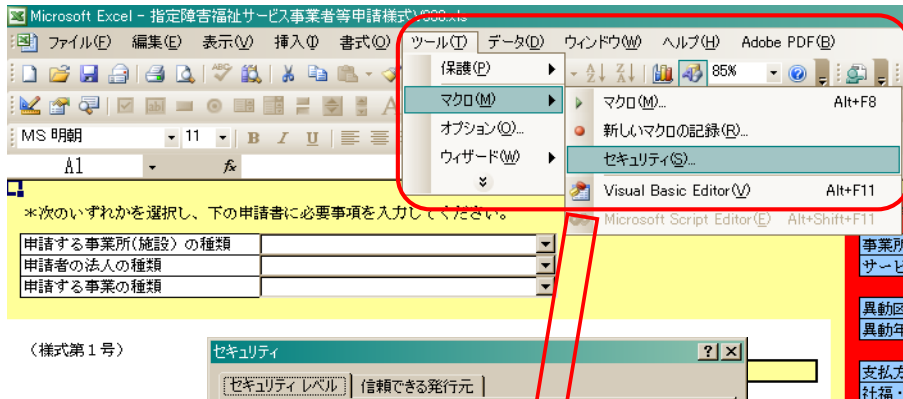
これでマクロは有効になりました。

なお、ファイルを開いた際、以下のメッセージが表示された場合は、下記の「マクロセキュリティの設定方法」を参照してください。

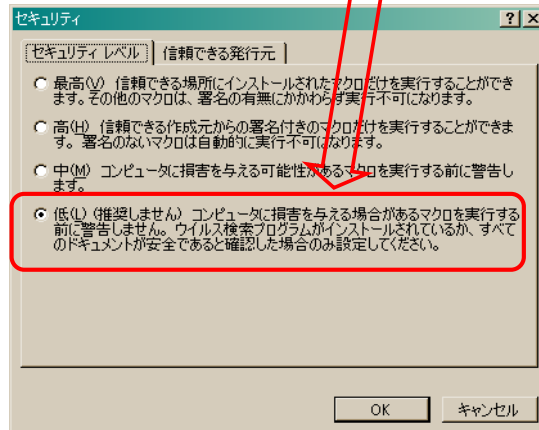


#### (2) マクロセキュリティの設定方法

次に、マクロセキュリティを「低」に設定する必要があります。  
「ツール」→「マクロ」→「セキュリティ」から、セキュリティレベルを「低」に設定します。



「ツール」から遷移します。



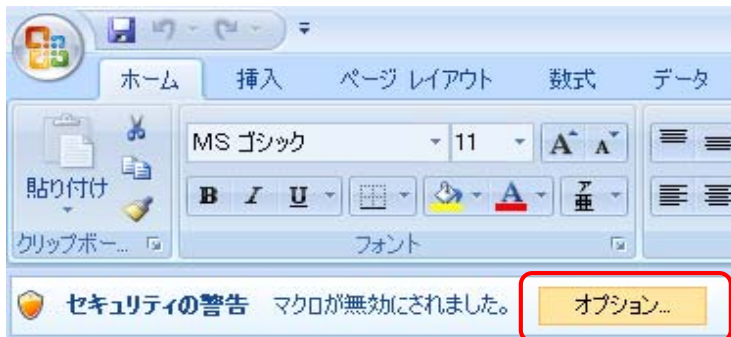
「低」を選択します。

セキュリティレベルを「低」に設定した後、エクセルファイルを一旦閉じて、再度開くと、マクロ機能が使用できます。画面上のプルダウンメニューを設定し、『付表』シートが表示されることを確認してください。

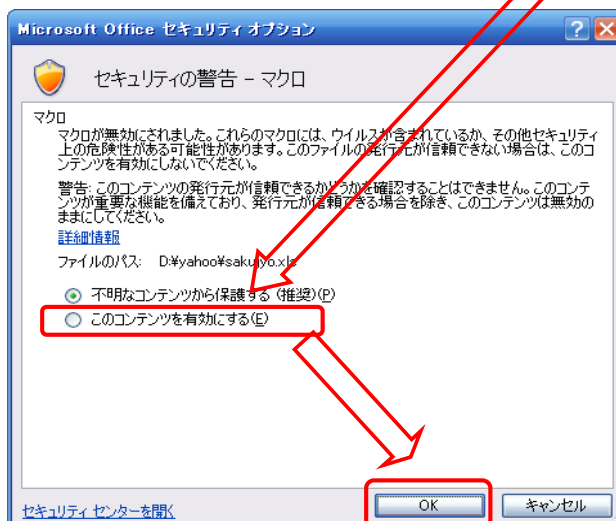
## マクロの設定方法 (Microsoft Office 2007)

### (1) マクロを有効にする

エクセルの2007では、マクロ付きのブックを開くと、いったんマクロが強制的に「無効」にされてしまいます。この場合は、「セキュリティの警告 マクロが無効になりました」というメッセージが表示されますので、オプションボタンを押し、表示された画面で、「このコンテンツを有効にする(E)」のラジオボタンを押して「OK」ボタンを押します。



オプションボタンを押下します。



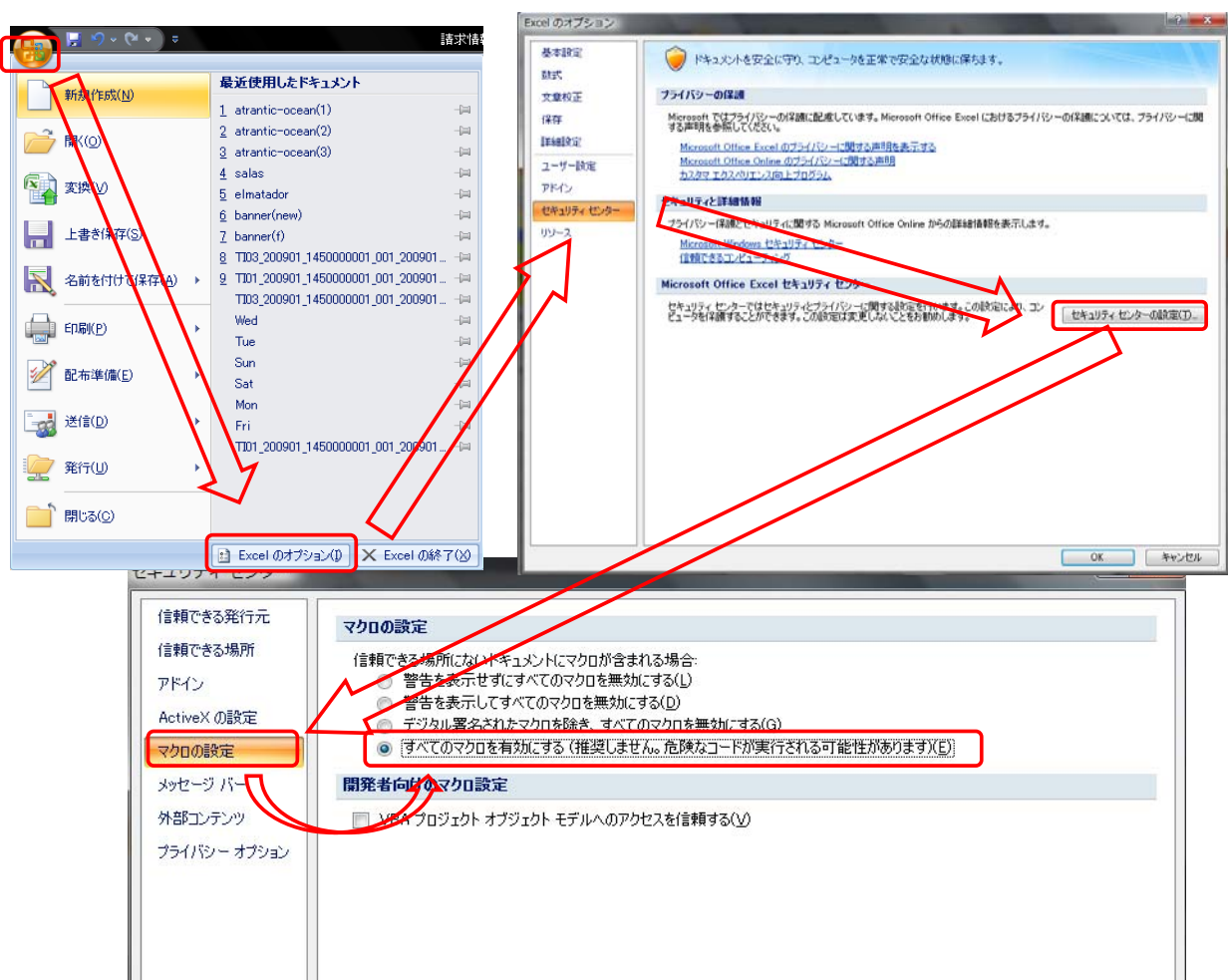
「このコンテンツを有効にする」を選択します。

これでマクロが有効になります。

## (2) マクロセキュリティの設定方法

次に、マクロセキュリティを「低」に設定する必要があります。

オフィスボタンを押下し、「Excelのオプション」→「セキュリティセンター」→「セキュリティセンターの設定」→「マクロの設定」から、「すべてのマクロを有効にする」を選択します。



上記操作の後、エクセルファイルを一旦閉じて、再度開くと、マクロ機能が使用できます。  
画面上部のプルダウンメニューを設定し、『付表』シートが表示されることを確認してください。

## マクロの設定方法 (Microsoft Office 2010)

### (1) マクロを有効にする

エクセルの2010でもマクロ付きのブックを開くと、セキュリティレベルの設定によりマクロが強制的に「無効」にされてしまいます。この場合は、「セキュリティの警告 マクロが無効にされました」というメッセージが表示されますので、ここでメッセージ横の「コンテンツの有効化」ボタンをクリックするとマクロが有効になります。

### (2) マクロセキュリティの設定方法

詳しくは、「マイクロソフト社サポート/Excel2010のヘルプと使い方/マクロ/Excelのマクロのセキュリティ設定を変更する」([http://office.microsoft.com/ja-jp/excel-help/HP010342232.aspx#\\_Toc268686298](http://office.microsoft.com/ja-jp/excel-help/HP010342232.aspx#_Toc268686298))を参照ください。