

郡山市日中サービス支援型指定共同生活援助の指定等の手続きについて

日中サービス支援型共同生活援助の新規指定及び他類型からの変更に関する手続き、また日中サービス支援型共同生活援助指定後の定期的な評価に関する手続きについて案内します。

別に案内している「郡山市指定障害福祉サービス事業者等指定申請の手引き」も同時にご確認ください。

■申請をする前に…

日中サービス支援型指定共同生活援助は、目的、報酬算定、人員要件など介護サービス包括型指定共同生活援助と異なる点があります。

特に新規指定の場合は、地域の需要の把握や想定する利用者像を明確にすることが大切です。指定申請を行う前に、以下の点を十分確認してください。

① 日中サービス支援型指定共同生活援助とは

日中サービス支援型指定共同生活援助とは、障害者の重度化・高齢化に対応するため平成 30 年度に創設された共同生活援助の新たな類型です。

短期入所を併設し、地域で生活する障害者の緊急一時的な宿泊の場を提供し、地域移行の促進及び地域生活支援の中核的な役割を担うことが期待されています。

② 対象者について

日中サービス支援型指定共同生活援助は、日中活動サービス等を利用することが困難な利用者に対し常時の支援体制を確保した上で、共同生活住居において日常生活等の支援を行うものであることから常時の介護を要する状態にある者等を対象者として想定するものです。

(指定基準省令 第 2 1 3 条の 2 参照)

③ 報酬について

日中サービス支援型指定共同生活援助では、日中をグループホームで過ごす場合と日中活動サービス等を利用する場合の 2 つの基本報酬が設けられています。1 日単位で選択する仕組みとなっているため、個別支援計画に基づき適切に運用しなければなりません。

また、介護サービス包括型と比較すると基本報酬は高額となりますが、夜間支援体制加算や日中支援加算等適用されない加算もあります。

④ 設備について

日中をグループホーム内で過ごす利用者がいることから居間や食堂等の利用者が相互交流を図ることができ設備については、利用者の状況や昼夜を通じた介護等の支援を行うことを考慮した上で、十分な広さを確保する必要があります。

また、指定短期入所を併設することが必須となります。

⑤ 人員について

人員配置については、以下の表のとおりです。

管理者	常勤 1 人(管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可)	
サービス管理 責任者	利用人数：30 人以下：1 人以上 利用人数：30 人以上：1 人に、利用者が 30 人を超えて 30 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上	
生活支援員	次の①～④を合算した数以上(常勤換算) ① 区分 3 の利用者数を 9 で除した数 ② 区分 4 の利用者数を 6 で除した数 ③ 区分 5 の利用者数を 4 で除した数 ④ 区分 6 の利用者数を 2.5 で除した数	生活支援員及び世話人の常勤換算要件を満たし、かつ以下の要件についても満たすこと。 ① 共同生活住居ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて 1 人以上の夜間従事者を配置する。
世話人	常勤換算で利用者数を 5 で除した数以上	② 生活支援員及び世話人のうち、1 人以上は常勤として配置する。
夜間支援従事者	夜間及び深夜の時間帯を通じて 1 人以上	

サービス管理責任者、生活支援員、世話人、夜間支援従事者のうち、1 人以上は常勤

(指定基準省令 第 213 条の 4 参照)

⑥ 報酬について

日中サービス支援型指定共同生活援助事業所は、当該サービスの支援の質を確保する観点から地方公共団体が設置する協議会等に対し定期的に(年 1 回以上)事業の実施状況等を報告し、協議会等から評価を受けるとともに当該協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければなりません。また郡山市が必要と認める場合には、協議会等に対し運営方針や活動内容等を説明し、当該協議会等による評価を受けたその結果を郡山市に提出しなければなりません。

郡山市において、協議会等は郡山市日中サービス支援型評価会(以下、「評価会議」という。)を指します。

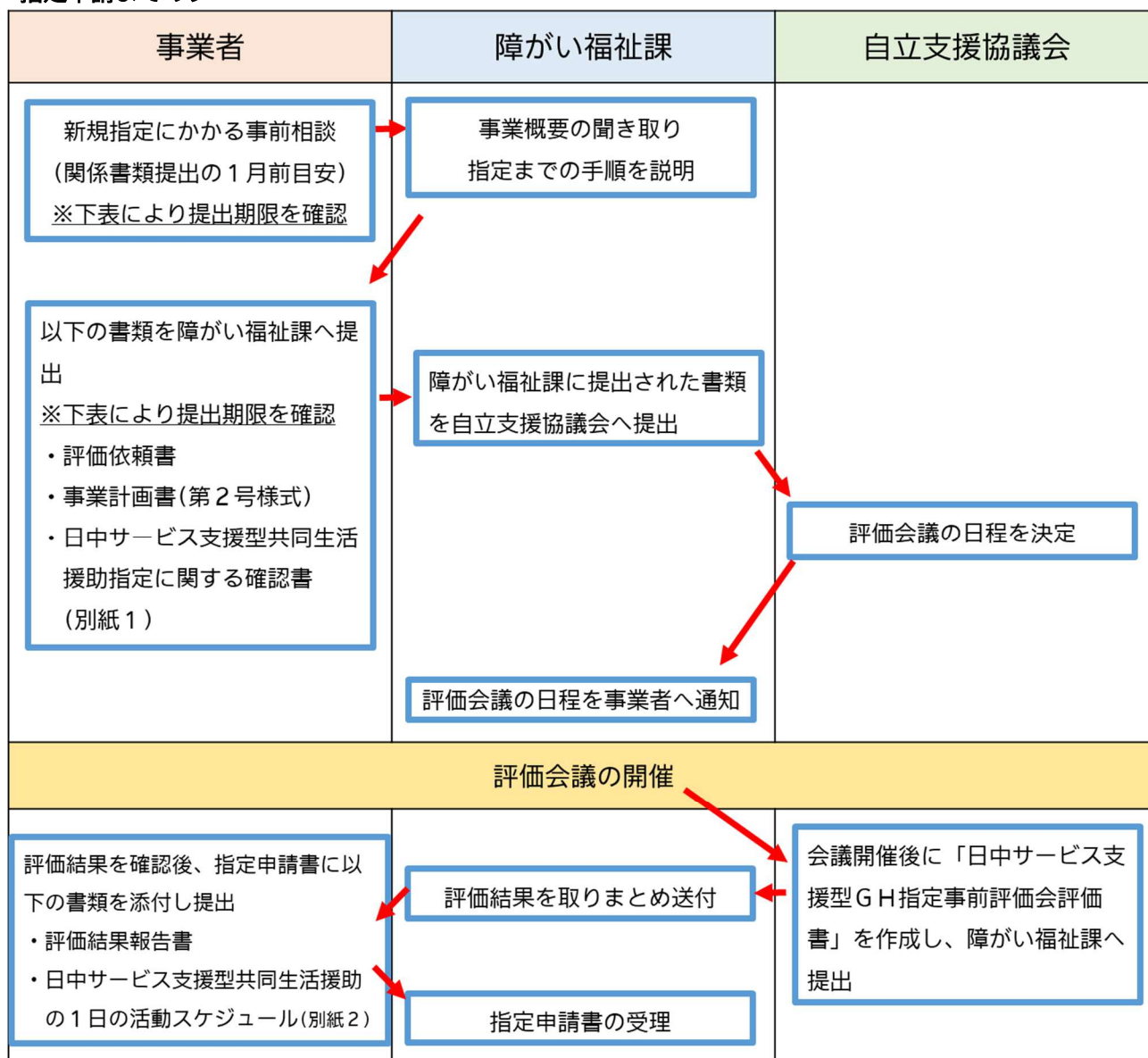
(指定基準省令 第 213 条の 10、解釈通知 4(3)④参照)

■新規指定及び他類型からの変更手続き

郡山市では、新規指定にあたり、評価会議にて評価を受けることとしています。

評価会議開催にあたっては、障がい福祉課経由で自立支援協議会へ会議開催の依頼を行います。評価会議では、事業者から運営方針や活動内容等の説明を行い、助言や評価を受けます。

<指定申請までのフロー>



評価会議は下表のとおり開催を予定しておりますので、指定予定日から逆算して、指定申請に間に合うよう手続きを行ってください。

いくつかの住居を運営している事業所の場合、類型は事業所ごとに決定を行うことから、すべての住居において日中サービス支援型の体制を整える必要があります。

指定予定日	評価会議開催月	事業計画書 提出期限	評価依頼書 提出期限	指定申請書類 提出期限
4月1日	前年 1月中	前年 11月中	前年 12月1日	2月1日
5月1日				3月1日
6月1日				4月1日
7月1日	4月中	2月中	3月1日	5月1日
8月1日				6月1日
9月1日				7月1日
10月1日	7月中	5月中	6月1日	8月1日
11月1日				9月1日
12月1日				10月1日
1月1日	前年 10月中	前年 8月中	前年 9月1日	前年11月1日
2月1日				前年12月1日
3月1日				1月1日

評価会議の記録は事業所において5年間保存をしてください。

当該記録や、事業の運営状況を積極的に公表しなければなりません。ホームページ等で公開をしてください。

(指定基準省令4(3)④参照)

■指定後の定期報告について

日中サービス支援型共同生活援助事業所は、当該サービスの質を確保する観点から、定期的に(年1回以上)評価会議において事業の実施状況等を報告し、評価を受けるとともに必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければなりません。

新規指定と同様に評価会議を開催し、指定事業者は運営状況の報告を行い、評価を受けます。

運営に係る評価会議は毎年1月に開催する予定です。

障がい福祉課から評価会議を開催する旨、通知します。

■関係法令

・指定基準省令

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(平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省令第 171 号)

・解釈通知

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について(平成 18 年 12 月 6 日障発第 1206001 号)

・報酬告示

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及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示第 523 号)

・留意事項通知

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について(平成 18 年 10 月 31 日障発第 1031001 号)

・郡山市条例等

郡山市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(平成 24 年 12 月 20 日郡山市条例第 66 号)

評価依頼書

年 月 日

(宛先)

郡山市自立支援協議会 御中

(依頼者)

所在地

法人名

代表者職・氏名

印

担当者氏名

連絡先

下記のとおり、日中サービス支援型指定共同生活援助を実施するにあたり、貴協議会の助言等を受けたいので、関係書類を添付して提出します。

記

1 事業所名(予定)

2 事業所所在地(予定)

3 事業の開始(予定)年月日

4 評価会議開催希望月

-----以下自立支援協議会記入-----

評価会議開催日程

日 時： 年 月 日()

時 場 所：

(裏面) ※添付書類(2部用意して下さい)

【新規指定・類型変更の場合】

- ・日中サービス支援型共同生活援助事業所事業計画書(第2号様式)
- ・日中サービス支援型共同生活援助指定に関する確認書(別紙1)

第2号様式

指定障害福祉サービス事業者等事業計画書

提出日： 年 月 日

1 設置主体等	法人名		
	所在地		
	設立年月日		
	定款又は 条例の根拠	条	項 号
	代表者名		
	代表者職名		
	連絡先	(電話)	
		(Fax)	
(メール)			
担当者名			
2 事業所名	(※仮称でも可)		
3 事業計画書の 提出理由	☐ 新規指定 ☐ 定員の変更		
4 開設(予定)時期	年 月 日 ☐ 上旬 ☐ 中旬 ☐ 下旬		
5 サービス種別	☐ 療養介護 ☐ 生活介護 ☐ 短期入所(☐ 単独型 ☐ 併設型 ☐ 空床型) ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 自立訓練(☐ 機能訓練 ☐ 生活訓練 ☐ 宿泊型) ☐ 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 ☐ 自立生活援助 ☐ 共同生活援助(☐ 介護サービス包括型 ☐ 日中サービス支援型 ☐ 外部サービス利用型) ☐ 施設入所支援 ※施設入所支援実施の場合は、日中活動の事業種別も明記 ☐ 共生型 (生活介護・短期入所・自立訓練 (機能訓練・生活訓練))		
6 主たる対象者	☐ 身体障がい者 ☐ 知的障がい者 ☐ 精神障がい者 ☐ 難病等患者		
7 規模等	☐ 単独型 ☐ 多機能型 ☐ 従たる事業所有り		
	・全ての提出者記入 ☐ 総利用定員： _____人 ☐ サービス種別毎の定員 (: 人) (: 人) (: 人)		・定員変更の場合のみ記入 ☐ 現在の総利用定員： _____人 ☐ サービス種別毎の定員 (: 人) (: 人) (: 人)

	☐ 共同生活援助の場合：共同生活住居の数 _____ か所 ① 共同生活住居名： 共同生活住居の入居定員： _____ 人 ユニットの数： ユニットの定員： _____ 人 ② 共同生活住居名： 共同生活住居の入居定員： _____ 人 ユニットの数： ユニットの定員： _____ 人 ※2つ以上の共同生活住居の場合は、②の次に追加すること。
8 事業コンセプト	
9 職員配置	☐ 管理者(他の職種との兼務:有・無) 兼務する場合の兼務職名 (_____) ☐ サービス提供責任者： _____ 人 ☐ サービス管理責任者： _____ 人 研修受講 済(分野 _____) ・ 未 未受講の場合： _____ に受講予定 ☐ 医師： _____ 人 ☐ 看護職員： _____ 人 ☐ 理学療法士： _____ 人 ☐ 作業療法士： _____ 人 ☐ 生活支援員： _____ 人 ☐ 地域移行支援員： _____ 人 ☐ 職業指導員： _____ 人 ☐ 就労支援員： _____ 人 ☐ 就労定着支援員： _____ 人 ☐ 地域生活支援員： _____ 人 ☐ 世話人： _____ 人 ※兼務の職員については、ある月の勤務形態一覧を、想定している人員「Aさん」、「Bさん」というように記載することにより作成し、提出してください。
10 職員雇用時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ 上旬 ☐ 中旬 ☐ 下旬 ☐ 雇用済
11 開設予定地	住所：郡山市 地目： _____ 現況： _____ 地積： _____ m ² 区域区分： ☐ 市街化区域 ☐ 市街化調整区域
12 建物の取得方法	☐ 賃貸 ☐ 新築又は法人で取得後改修
13 建物着工時期	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ 上旬 ☐ 中旬 ☐ 下旬
14 建物の種類	☐ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物
15 建物の詳細	☐ 建築物の構造： ☐ 階数： _____ 階建ての _____ 階 ☐ 主要用途： ☐ 建物(サービスで利用部分)面積：

16 図面について ※①建物の図面②開設地を含む周辺の住宅地図を添付すること	・各部屋の名称を記入(基準のとおり) ・併設する施設・事業所がある場合図面を添付 ・トイレの数、男女の別、バリアフリー等を明記 ・縮尺 1 / 100 程度※見やすければ可 ・各部屋の面積を相談図面に記載してください。		
17 利用者確保の方法	<u>利用者確保の方法を具体的に記入</u>		
18 支援内容と事業の特色			
19 定員を変更する理由 ※定員変更の場合に記入。数字を使用し、具体的に明記すること			
20 工賃・賃金 (就労系事業所のみ記載必須)	☐ 工賃・賃金の1人あたりの時給 日給 月額 ☐ 工賃・賃金の支払根拠	円 円 円	※支払予定で記入
21 資産状況	☐ 流動資産の合計		円
	☐ 固定資産の合計		円
	☐ 流動負債の合計		円
	☐ 固定負債の合計		円
	☐ 差引純資産		円
22 事業費	【支出】※当該年度の概算で算出可 ☐ 人件費 円 ☐ 家賃 円 ☐ その他 円 ※その他の内容		

	【収入】※当該年度の概算で算出可 ☐ 国保連サービス費収入 円 ☐ その他 円 ※その他の内容 ※国保連サービス費の計算式 (例) (サービス単価×利用者推定数×開所日数) + 加算
23 算定を予定している加算名称・単価	
24 直近の实地指導 ※法人内の別事業所の内容を含む	☐ 实地指導実施の有無：☐有 ☐無 ☐ 事業所名称 () 文書指摘：☐有 ☐無 (☐ 年 月改善済 ☐未改善) 過誤調整：☐有 ☐無 (☐ 年 月返還済 ☐返還中) ☐ 事業所名称 () 文書指摘：☐有 ☐無 (☐ 年 月改善済 ☐未改善) 過誤調整：☐有 ☐無 (☐ 年 月返還済 ☐返還中) ☐ 事業所名称 () 文書指摘：☐有 ☐無 (☐ 年 月改善済 ☐未改善) 過誤調整：☐有 ☐無 (☐ 年 月返還済 ☐返還中) ☐ 事業所名称 () 文書指摘：☐有 ☐無 (☐ 年 月改善済 ☐未改善) 過誤調整：☐有 ☐無 (☐ 年 月返還済 ☐返還中)
25 その他サービス	※食事・送迎等

上記内容について、法人の意思決定がなされており、現状と相違ないことを誓約いたします。

法人名
代表者職・氏名

- ※ 貴法人で作成した資料等があれば添付してください。
- ※ 事業計画書の提出の際は、必ず障がい福祉課管理係に提出してください。
- ※ 事業計画書の提出の際は、以下の書類を添付してください。
- (1) 決算書
 - (2) 収支予算書
 - (3) 建物の平面図
 - (4) 案内図
 - (5) 勤務形態一覧
 - (6) その他必要と認める書類

(別紙1)

日中サービス支援型共同生活援助の指定に関する確認書

年 月 日

郡山市自立支援協議会 御中

所在地

法人名

代表者職・氏名

印

日中サービス支援型指定共同生活援助を実施するにあたり、下記項目を確認し理解しました。指定を受けた後は、常に下記項目に記載されている事項を念頭に置き、適正な事業の実施に努めます。

	チェック	確認項目	説明
日中サービス支援型に対する理解	☐	日中サービス支援型が設けられた趣旨について正しく理解している	本類型は、障害の重度化・高齢化に対応するために設けられた類型であり、重度障害者や高齢障害者の受け入れを前提としているか
	☐	他の類型との報酬単価・加算の違いを理解している	収支シミュレーションを行い、他の類型との比較をした上で日中サービス支援型を選択しているか
	☐	日中は住居外の社会資源を利用して入居者の支援を行うことが基本であり、住居内で支援が完結することは例外的な対応であることを理解している	利用者の生活が事業所都合により安易に住居内で完結したものとならないよう、可能な限り日中は住居外で活動してもらうべきであることを理解しているか 入居(予定)者の必要に応じて、外出支援(移動支援や行動援護・同行援護・重度訪問介護)の利用を促すこと

本サービス類型による指定の必要性	☐	他の類型ではなく、日中サービス支援型による指定を必要とする理由がある	外部の日中活動サービス等を利用することができず、日中を住居内で過ごさざるを得ない入居(予定)者がいる等 <u>日中活動サービスの休業日である土日等を入居(予定)者がグループホーム内で過ごす場合にはこれに該当しない</u>
住居内で提供する日中サービス	☐	日中サービスを実施するために必要な職員体制を確保している(確保できる予定である)	予定している日中サービスの提供にあたって必要となる人員(人数及び職種)が確保されているか
	☐	日中サービスを実施するための場所や必要な設備を確保している(確保できる予定である)	予定している日中サービスの提供にあたって必要となるスペースや設備が確保されているか 利用者が自身の居室内のみで過ごすことのないよう、交流スペースがしっかり確保されているか
地域生活の支援	☐	入居者が充実した地域生活を送ることができるよう、地域との交流に繋がる取り組みがある(取り組みを予定している)	入居者が充実した地域生活を送ることができるよう外出や余暇活動等の社会生活上の支援において地域との交流に繋がる取り組みがあるか 外出支援(移動支援や重度訪問介護等)の利用が個々のニーズに応じて適切に考えられているか
入居者の健康管理	☐	入居者の健康状態の変化を把握できるよう、医療機関との連携がある(連携を予定している)	入居者が重度・高齢障害者であることや、住居内で生活が完結することなどから、他の類型以上に入居者の健康状態への配慮が必要であることを理解しているか 医療機関との連携、訪問診療等、医療的ケアが提供できるスタッフの配置の検討をしているか
計画相談	☐	入居者に対するモニタリングが実施されるよう、指定計画相談支援事業所との連携がある(連携を予定している)	本類型は、入居者の意思確認を適切に行う必要があることから、モニタリング実施標準期間が3ヶ月と短く、またホームを運営する事業者と計画相談の事業者は異なることが望ましいとされていることを把握しているか

日中サービス支援型GH指定事前評価評価書

法人名：
評価委員氏名：
連絡先：

		報告事業所に対する 要望・助言・指摘事項等 ※複数ある場合には、 行を追加してください。
1	職員配置	
2	運営・支援について	
3	利用者について	
4	その他	

本評価会に対するご意見等 ※今後の運営において参考にさせていただきます。

評価会議結果報告書

年 月 日

(宛先)

郡山市長

(報告者)

所在地

法人名

代表者職・氏名

印

担当者氏名

連絡先

下記のとおり、日中サービス支援型指定共同生活援助評価会議において、郡山市自立支援協議会の評価等を受けたので報告します。

記

1 事業所名

2 事業所所在地

3 評価会議開催日時 年 月 日 時

4 評価内容

評価項目	指摘事項、助言、要望	指摘事項等への対応方針
職員配置		
運営・支援 について		
利用者について		
その他		

5 添付書類

当報告書に以下の書類を添付し、指定申請時に提出してください。

- ・事業計画書
- ・（別紙2）日中サービス支援型共同生活援助の1日の活動スケジュール

(別紙2)

日中サービス支援型共同生活援助の1日の活動スケジュール(利用者・従業者)

事業所名：

住居名：

(利用者数 名)

【想定利用者像】

利用者	区分	年齢	日中の過ごし方			備考 (医療的ケア等個別に支援が必要な状況等)
			G H内での過ごし方		G H外での過ごし方	
			G H内での 余暇活 動等	支援する 職員・支 援方法	日中活動事業所等のサービス 種類・利用状況等	
1	A					
2	B					
3	C					
4	D					
5	E					

【従業者の予定勤務体制】

従業者		職種	勤務形態	勤務時間	備考(資格等)
1	a			～	
2	b			～	
3	c			～	
4	d			～	
5	e			～	

【1日の流れ・時間別G H内利用者数・職員の配置数】

時間		0:00	2:00	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00
1日の流れ														
G H内の 利用者数														
従業者	職種													

※行が足りない場合は適宜追加してください。

※複数の職務を兼務する場合は、行を追加し、職種ごとに勤務時間を記入してください。

※本様式を使用せずに事業者の任意様式でも構いません。利用者の過ごし方や活動内容・従業者の勤務体制がわかるよう作成してください。

日中サービス支援型共同生活援助の1日の活動スケジュール(利用者・従業者)

事業所名: グループホーム〇〇〇

住居名: □□□

(利用者数 4名)

【想定利用者像】

利用者		区 分	年 齢	日中の過ごし方			備考
				G H内での過ごし方		G H外での過ごし方	(医療的ケア等個別に 支援が必要な状況等)
				G H内での余暇活動等	支援する職員・支援方法	日中活動事業所等のサービス 種類・利用状況等	
1	A	6	66	リビングでT V鑑賞・庭で外気浴	見守り支援(生活支援員・世話人)	週1ヘルパー利用で通院 月2回ヘルパー利用で外出	胃ろう バルーンカテーテル 留置・服薬管理
2	B	6	44	機能低下防止運動・買い物同行	リハビリ体操補助(生活支援員)移動解除(世話人)	週1ヘルパー利用で通院 週3生活介護	服薬管理
3	C	5	50	機能低下防止運動・T V鑑賞	リハビリ体操補助(生活支援員)見守り支援(世話人)	週1ヘルパー利用で通院 週3生活介護	服薬管理
4	D	4	25	居室にてP C操作・調理手伝い	見守り支援・調理補助(生活支援員・世話人)	週1ヘルパー利用で通院 週5生活介護 月3回ヘルパー利用で外出	服薬管理

【従業者の予定勤務体制】

従業者		職種	勤務形態	勤務時間	備考(資格等)
1	a	管理者・サビ管	常勤	9：00～18：00	精神保健福祉士
2	b	世話人	常勤	7：00～16：00	看護師
3	c	生活支援員・世話人	常勤	13：00～22：00	介護福祉士・喀痰吸引研修
4	d	生活支援員 夜間支援従事者	非常勤	9：00～18：00 22：00～翌5：00	介護福祉士・喀痰吸引研修
5	e	生活支援員 夜間支援従事者	常勤	9：00～18：00 22：00～翌5：00	

【1日の流れ・時間別GH内利用者数・職員の配置数】

時 間		0:00	2:00	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00	
1 日の流れ					起床	朝食		昼食			夕食	入浴	就寝		
G H 内の利用者数		4 名					1 ～ 3 名				4 名				
従業者	職種														
a	管理者					←→									
	サビ管							←→							
b	世話人				←→										
c	生支							←→							
	世話人										←→				
d	生支														
	夜間	←→											←→		
e	生支			←→											
	夜間	←→													