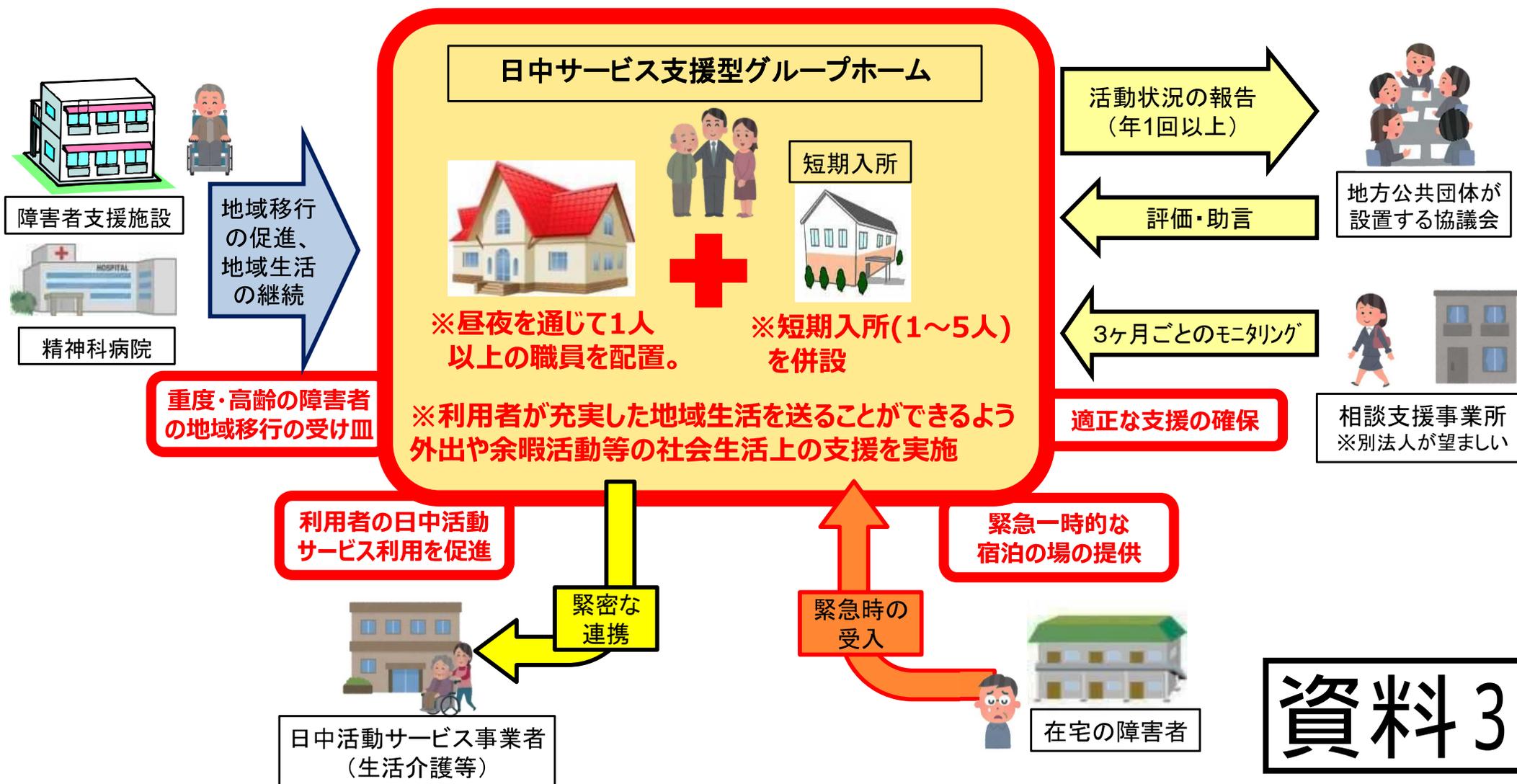


地域生活支援の中核的な役割を担う日中サービス支援型グループホームの創設

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定により創設される「日中サービス支援型グループホーム」は、障害者の重度化・高齢化に対応するために創設された共同生活援助の新たな類型であり、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することとしており、施設等からの地域移行の促進及び地域生活の継続等、地域生活支援の中核的な役割を担うことが期待される。



資料3

4 グループホームの類型について

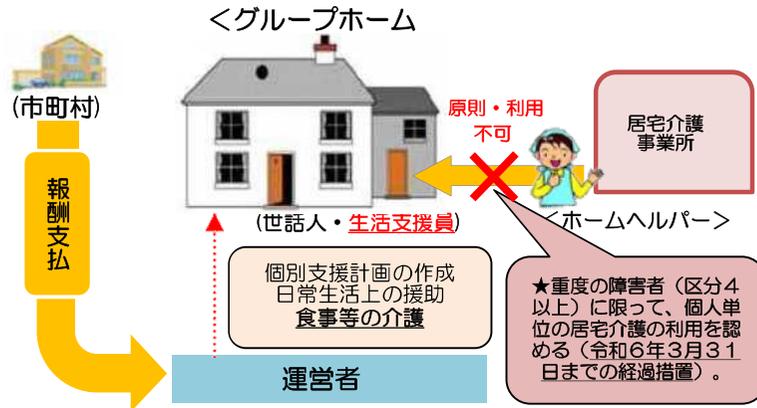
介護サービス包括型 日中サービス支援型【平成30年度創設】※

【サービス内容】

- 家事など日常生活上の援助(基本サービス)を行う
- 生活支援員により、食事や入浴、排せつなど介護サービスを提供

【報酬】

- 基本サービス分+介護サービス分を併せて、利用者の障害支援区分及び人員配置区分に応じて包括的に設定



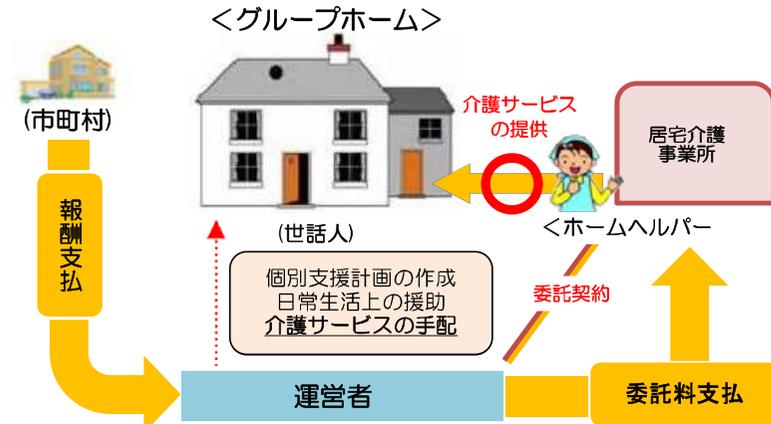
外部サービス利用型

【サービス内容】

- 家事など日常生活上の援助(基本サービス)を行う
- 介護サービスについては、外部の居宅介護事業所に委託
(生活支援員の配置は不要 管理者、サービス管理責任者、世話人は配置が必要)

【報酬】

- 基本サービス分は人員配置区分に応じて設定(障害支援区分による違いはなし)。介護サービス分は個々の利用者の利用料に応じて設定



※ 日中サービス支援型グループホーム(平成30年4月1日制度改正)

重度化・高齢化に対応できるグループホームの新たな類型として「日中サービス支援型グループホーム」が創設されました。重度の障害者に対して常時の支援体制を確保することを基本し、運営にあたっては、地方公共団体が設置する協議会等による評価等が必要です。

事業指定の申請時には、事前に協議会等に対して運営方針や活動内容等を説明し、協議会等の評価を受け、その内容を書面で都に提出してください。

※障害保健福祉関係主管課長会議資料より一部抜粋

受付番号

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業者

指定（更新）申請書 年 月 日

東京都知事 殿

所在地 東京都新宿区〇〇〇1-8-1

申請者 社会福祉法人東京介護
(設置者) 名称 理事長 福祉 一郎 ㊤

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規定する事業所（施設）に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジントウキョウカイゴ			
	名称	社会福祉法人東京介護			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 161 — 0023) 東京 都道 新宿 郡・市 〇〇 町・村 1-8-1 府県 区			
	法人の種類別	社会福祉法人	法人所轄庁	東京都	
	連絡先電話番号	03-5320-1212	FAX番号	03-5320-1212	
	代表者の職・氏名	職 名	理事長	フリガナ	フクシ イチロウ
	氏 名	福祉 一郎			
代表者の住所	(郵便番号 161 — 0024) 東京 都道 新宿 郡・市 〇〇〇 町・村 3-2-1 府県 区				
指定 (更新) を受けようとする事業所・施設の 種類	フリガナ	シンジユクホーム			
	名称	新宿ホーム			
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号 160 — 0008) 東京 都道 新宿 郡・市 ×× 町・村 2-33-1 △△ビル1階 府県 区			
	上記事業所において行う事業等の種類	指定（更新）申請をする事業等の事業開始（予定）年月日	様 式	現に受けている指定の有効期間満了日（更新申請時に限る。）	備 考
	サ ー 指 定 障 害 福 祉	共同生活援助	平成26年6月1日	付表7	
	施 設 指 定 障 害 者 支 援				
支相一般定					
事業所番号	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おいて既に指定を受けている場合			サービスの種類	

備考

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「上記事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請するものについて事業の種類を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、東京都において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。
複数の番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記載してください。
- 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて付表等を添付してください。

付表7 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

受付番号	
------	--

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 -) 東京都						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名			住所				
	同一敷地内の他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
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							第 条 第 項 第 号	
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型			生活支援員の兼務の外部委託の予定	有(月 時間)・無			
	日中サービス支援型			生活支援員の兼務の外部委託の予定	有(月 時間)・無			
	外部サービス利用型			受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地	別紙のとおり			
当該事業所の利用定員数	人							
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)			
	氏名			住所				
従業者の職種・員数	従業員数		世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)							
	非常勤(人)							
	常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)								
居宅介護従業者の外部委託の予定			有(月 時間)		無			
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称							
	支援体制の概要							
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況			している・していない				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				担当者		
	その他							
協力医療機関	名称					主な診療科名		
協力歯科医療機関	名称							
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)等							

※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

(日本工業規格A列4番)

(運営状況)

地域住民との交流	
日中サービスの提供(日中をホームで過ごす利用者にとどのような支援を提供しているか)	
外出や余暇活動等の社会生活上の支援	
相談支援事業所や他のサービス事業所等との連携	
その他(事業所で独自に取り組んでいること等)	

(記載要領)

各実施状況を具体的に記載してください

(利用者の状況)

共同生活住居名 : _____

	年齢	性別	支援区分	障がいの状況	日中の過ごし方	備考
A						
B						
C						
D						
E						
F						
G						
H						
I						
J						

(記載要領)

- ・共同生活住居ごとに作成してください
- ・数値は報告日時点で記載してください

(添付書類)

運営規程、住居平面図、実施状況に関連した広報誌、パンフレット、チラシ、写真等