

大津市日中サービス支援型指定共同生活援助に関する手引き

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「大津市障害福祉サービス事業者等の新規指定申請等の手続きについて」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、介護サービス包括型指定共同生活援助とはその目的、報酬算定、人員要件等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されており、施設等からの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て、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213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おり、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

日中サービス支援型指定共同生活援助は、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、食堂等の利用者が相互交流を図ることができる設備については、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です。

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	共同生活住居ごとに、1日を通じて生活支援員または世話人1人以上
世話人	常勤換算で利用者数を5で除した数以上	
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 協議の場の設置について

日中サービス支援型指定共同生活援助事業所は、地域に開かれたサービスをすることにより、当該サービス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。また都道府県知事（大津市）が必要と認める場合には、事業所指定にあたり、日中サービス支援型指定共同生活援助を行おうとするものは、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、その内容を都道府県知事（大津市）に提出しなければなりません。

大津市において、協議会等は大津市障害者自立支援協議会運営委員会を指します。協議の場は「大津市日中サービス支援型指定共同生活援助評価会議」（以下、「評価会議」と言う。）と言います。

（指定基準省令 第213条の10、解釈通知 4（3）④参照）

⑦ 入居者の調整について

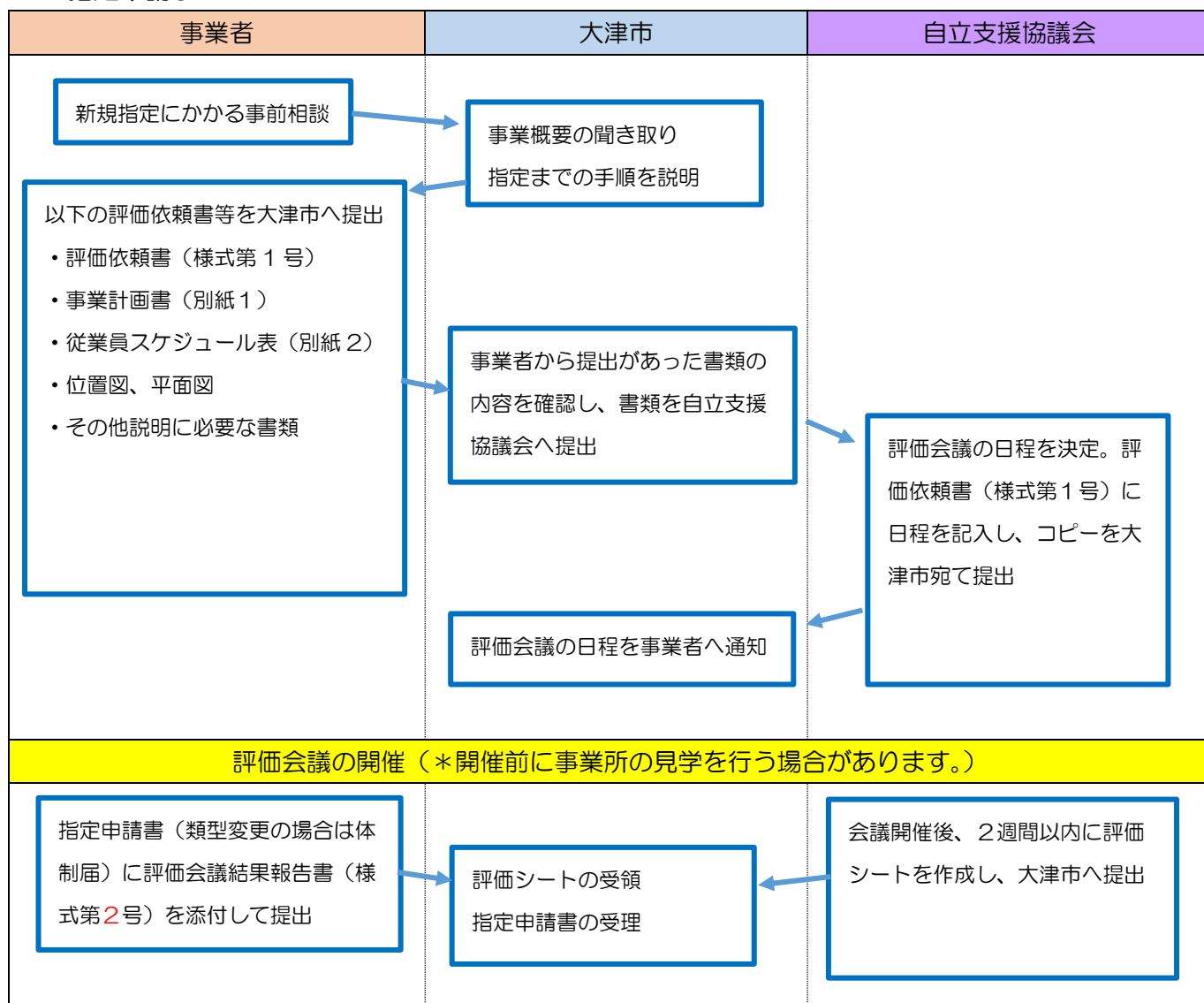
大津市では市内の施設入所支援及び共同生活援助の利用を希望する人のニーズ把握と公平な入居調整を行うことを目的として大津市障害者自立支援協議会で住まいの場の取りまとめを平成23年から行っています。（令和5年9月からは大津市が実施主体で大津市基幹相談調整センターが事務局を担っています。）

日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の新規指定時の入居者の選定については、住まいの場利用調整会議で行っています。詳細は障害福祉課障害福祉係（TEL:077-528-2726）にお問い合わせください。

■ 新規指定及び他類型からの変更手続き

大津市では、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、大津市経由で自立支援協議会へ会議開催の依頼を行います。また評価会議開催前に評価委員が事業所を事前見学する場合があります。評価会議では、事業者から運営方針や活動内容等を説明していただき、助言や評価を受けます。

<指定申請までのフロー>



評価会議は自立支援協議会運営委員会定例会議の中で開催します。定例会議の日程によって、評価会議の開催日は多少前後する場合がありますので、評価依頼書提出後に調整させていただきます。

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。

<新規指定・追加指定の場合> *会議開催日はおおよその目安となります。

指定予定日	指定に間に合う 最終評価会議開催日	評価依頼書 提出期限	新規指定申請書類 提出期限	追加指定申請書 類提出期限
4月1日	1月中	12月末日	1月末日	2月15日
5月1日	2月中	1月末日	2月末日	3月15日
6月1日	3月中	2月末日	3月末日	4月15日
7月1日	4月中	3月末日	4月末日	5月15日
8月1日	5月中	4月末日	5月末日	6月15日
9月1日	6月中	5月末日	6月末日	7月15日
10月1日	7月中	6月末日	7月末日	8月15日
11月1日	8月中	7月末日	8月末日	9月15日
12月1日	9月中	8月末日	9月末日	10月15日
1月1日	10月中	9月末日	10月末日	11月15日
2月1日	11月中	10月末日	11月末日	12月15日
3月1日	12月中	11月末日	12月末日	1月15日

<類型変更の場合> *会議開催日はおおよその目安となります。

類型変更の場合は、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」を提出していただきます。

変更予定日	変更の間に合う 最終評価会議開催日	評価依頼書 提出期限	体制届 提出期限
4月1日	2月中	1月末日	2月末日
5月1日	3月中	2月末日	3月末日
6月1日	4月中	3月末日	4月末日
7月1日	5月中	4月末日	5月末日
8月1日	6月中	5月末日	6月末日
9月1日	7月中	6月末日	7月末日
10月1日	8月中	7月末日	8月末日
11月1日	9月中	8月末日	9月末日
12月1日	10月中	9月末日	10月末日
1月1日	11月中	10月末日	11月末日
2月1日	12月中	11月末日	12月末日
3月1日	1月中	12月末日	1月末日

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。

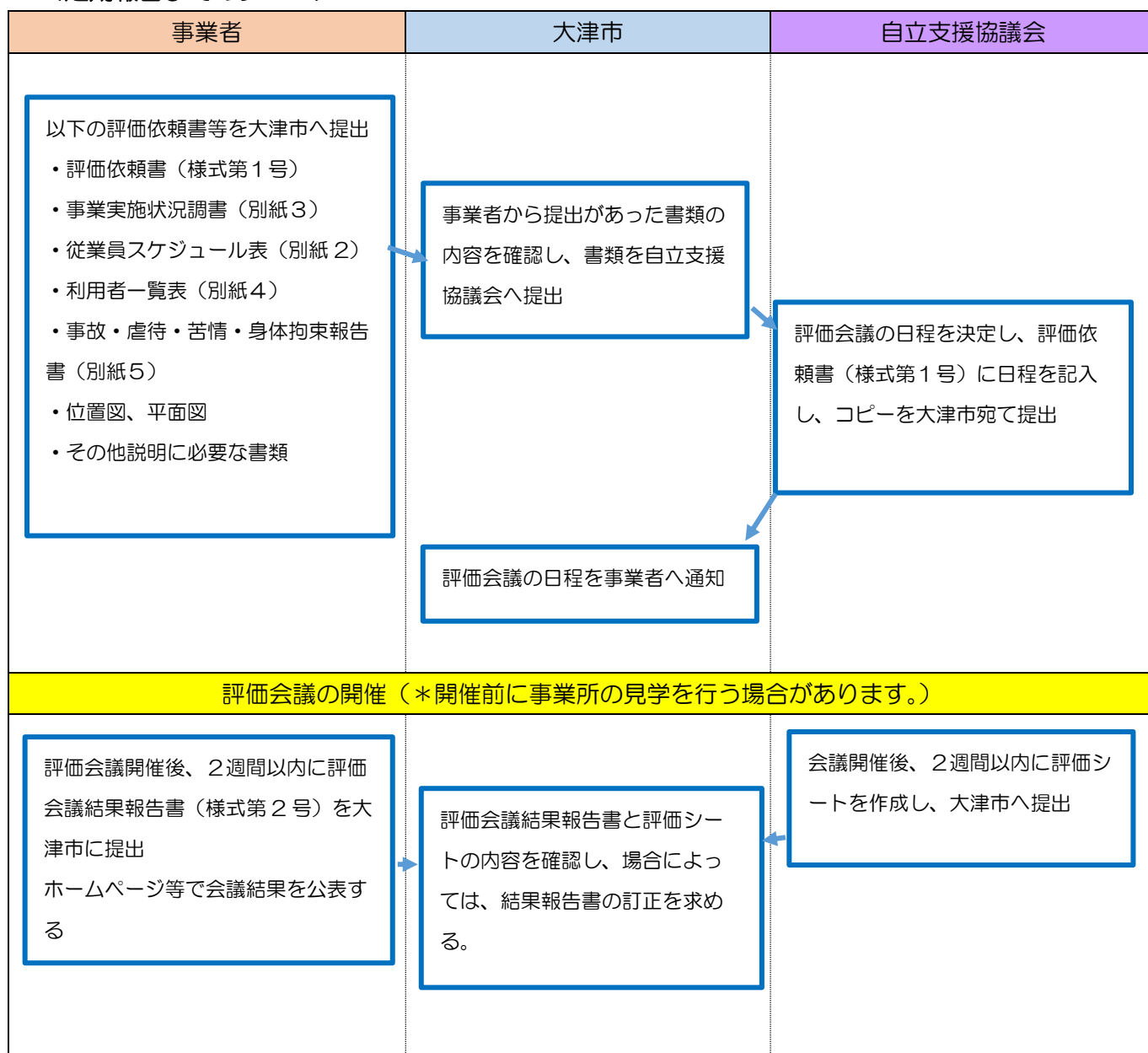
(指定基準省令 4(3)④参照)

■ 指定後の定期評価について

日中サービス支援型共同生活援助事業所は、地域に開かれたサービスをすることにより、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、運営委員会定例会議の中で評価会議を開催します。会議開催の依頼は、大津市経由で行います。評価会議では、事業者から事業の実施報告をしていただき、評価を受けます。

<定期報告までのフロー>



評価会議は自立支援協議会運営委員会定例会議の中で開催します。定例会議の日程によって、評価会議の開催日は多少前後する場合がありますので、評価依頼書提出後に調整させていただきます。指定日から該当する評価会議に間に合うよう評価依頼書を提出してください。定期評価については1年に1回毎年実施します。

***会議開催日はおおよその目安となります。**

指定日	評価会議開催日	評価依頼書提出期限
4月1日	4月中	3月末日
5月1日	5月中	4月末日
6月1日	6月中	5月末日
7月1日	7月中	6月末日
8月1日	8月中	7月末日
9月1日	9月中	8月末日
10月1日	10月中	9月末日
11月1日	11月中	10月末日
12月1日	12月中	11月末日
1月1日	1月中	12月末日
2月1日	2月中	1月末日
3月1日	3月中	2月末日

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してください。

(指定基準省令 4(3)④参照)

■評価結果について

事前評価、定期評価ともに会議後2週間をめぐりに自立支援協議会が作成した評価結果(評価シート)を大津市経由でお送りします。内容を確認いただき、評価結果報告書の提出をお願いします。

また、評価結果に強制力はありませんが、事業者には、評価結果を尊重し、事業の質の向上に努めていただくとともに、評価結果をどのようにその後の事業運営に取り入れたか、翌年に実施する定期評価の場で報告いただきます。

■関係法令

法令等をよく確認し、適正な事業実施に努めてください。

●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）

●大津市条例

大津市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を定める条例（平成25年3月22日条例第7号）

<大津市ホームページ>

「日中サービス支援型指定共同生活援助の評価会議について」

<https://www.city.otsu.lg.jp/soshiki/020/1439/g/b/64110.html>

<このマニュアルについての問合せ先>

大津市 健康福祉部 福祉指導監査課

大津市御陵町3番1号

電話 077-528-2912

メール otsu1439@city.otsu.lg.jp

(様式第1号)

(大津市福祉指導監査課使用欄)

課長	補佐	係長	合議	担当

評価依頼書

年 月 日

(宛先)

大津市障害者自立支援協議会 御中

(依頼者)

所在地

法人名

代表者職・氏名

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 分

場 所：

(裏面)

※添付書類

【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計画書（別紙１）
- ・ 従業員スケジュール表（別紙２）
- ・ 平面図等（面積や設備等が分かる図面）
- ・ その他説明に必要な書類

【実施状況報告の場合】

- ・ 日中サービス支援型共同生活援助実施状況調書（別紙３）
- ・ 従業員スケジュール表（別紙２）
- ・ 利用者一覧表（別紙４）
- ・ 事故・虐待・苦情・身体拘束報告書（別紙５）
- ・ 平面図等（面積や設備等が分かる図面）
- ・ その他説明に必要な書類

(様式第2号)

評価会議結果報告書

年 月 日

(宛先)
大津市長

(報告者)
所在地
法人名
代表者職・氏名

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、大津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 評価会議結果の公開方法
- 5 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		

(別紙1)

日中サービス支援型共同生活援助 事業計画書

法人概要	事業者（法人名）	
	事業者（法人）所在地	
	法人が運営する障害福祉サービス等事業（当該GH以外）	〔 事業所名称、事業所所在地、サービス種類、指定年月日 〕 ・ ・ ・
事業所基本情報	各住居名称、所在地、定員	① ○○○ （住所： ） 定員 人 ② ○△○ （住所： ） 定員 人 ③ △△△ （住所： ） 定員 人
	短期入所を実施する住居	住居名 ×× （△床） 空床利用型・併設型 住居名 ×× （△床） 空床利用型・併設型 計 床
職員配置	配置人員	管理者 人（常勤換算 人） サービス管理責任者 人（常勤換算 人） 世話人 人（常勤換算 人） 生活支援員 人（常勤換算 人）
	夜間支援体制	夜間支援従事者 人
	看護師の配置 （配置人数、勤務時間等）	有 ・ 無 配置状況詳細（ ）
	日中サービス支援型の指定を希望する理由	
	住居内で提供する日中サービス	
	地域生活の支援方法	（日中をホーム内で過ごす利用者が地域との交流が希薄にならないための取り組みや、外出支援に対する考え）
運営・支援について	利用者の健康管理方法 （医療機関との連携、医師や看護師の訪問の有無、日々の健康チェック方法等）	

運営・支援について	各住居における家庭的雰囲気を確保するための取組み	※特に、同一敷地内等に近接して共同生活住居を複数設置する場合は、集団生活ではなく、個々に家庭的な雰囲気のもと日常生活が送れるよう配慮を行うこと。
	指定計画相談支援事業者との連携	
	従業員の確保策（夜間も含めた人材の確保）・離職防止のための取組み	
	その他運営の特色や工夫等	（設備面での障害特性等への配慮） （運営面での特色等）
利用者予定者	事業開始予定日	
	事業開始予定日現在の入居予定者の状況	入居予定者 有 ・ 無 （有の場合は 人）
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者
	利用者の推定障害支援区分	区分6： 人、区分5： 人、区分4： 人 区分3： 人、区分2： 人、区分1： 人、区分なし： 人
	利用者の想定年齢	60歳以上： 人、50歳代： 人、40歳代： 人、 30歳代： 人、10歳代・20歳代： 人
	予定する利用者の障害特性等	（医療的ケアの必要性や、強度行動障害のある利用者の人数等） 具体的に記載をお願いします。
	利用者の状況（予定）	（現利用者・利用予定者） 通所する利用者 人 住居内で日中を過ごす利用者 人
空室がある場合（新設等含む）の入居募集方法や申込状況		
その他	特記事項	

【1日の流れ・時間別G H内利用者数・職員の配置数】

グループホーム名 () 別紙2

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														
配置職員数	従業者	職種												

- ※行が足りない場合は適宜追加をしてください。
- ※同一建物で複数のユニットを運営している場合はユニット毎に作成をお願いします。
- ※複数の職種を兼務する場合は、行を追加し、職種ごとに勤務時間を記入してください。
- ※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にご作成ください。

従業員スケジュール表

【1日の流れ・時間別GH内利用者数・職員の配置数】

グループホーム名 (グループホーム大津(1階)) 別紙2

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 活動	入浴	昼食	活動 おやつ	入浴	夕食	就寝		
GH内の利用者数		10 10	10 10	10 10	10 10	10 5	5 5	5 5	5 5	5 5	10 10	10 10	10 10	10 10
	O	世話人												
	P	夜間支援従事者												
	Q	夜間支援従事者												

※行が足りない場合は適宜追加をしてください。

※同一建物で複数のユニットを運営している場合はユニット毎に作成をお願いします。

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

※利用者の過ごし方や活動内容・従業員の勤務体制がわかるようにご作成ください。

日中サービス支援型共同生活援助 実施状況調書

法人概要	事業者（法人名）	
	事業者所在地	
	法人が運営する障害福祉サービス等事業（当該 GH 以外）	〔 事業所名称、事業所所在地、サービス種類、指定年月日 〕 ・ ・ ・
事業所基本情報	各住居名称、所在地、定員	① ○○○（住所： ）定員 人 ② ○△○（住所： ）定員 人 ③ △△△（住所： ）定員 人
	短期入所を実施する住居	住居名 ××（△床） 単独型・併設型 住居名 ××（△床） 単独型・併設型 計 床
職員配置	配置人員	管理者 人（常勤換算 人） サービス管理責任者 人（常勤換算 人） 世話人 人（常勤換算 人） 生活支援員 人（常勤換算 人）
	夜間支援体制	夜間支援従事者 人
	看護師の配置 （配置人数、勤務時間等）	有 ・ 無 配置状況詳細（ ）
	支援の質の確保 （資格取得者及び研修等の受講状況）	強度行動障害支援者養成研修（基礎・実践）受講者 人 精神保健福祉士 人 社会福祉士 人 介護福祉士 人 公認心理士 人 その他
	住居内で提供する日中サービス	（日中をホーム内で過ごす利用者に対してどのような支援を行っているか）
	地域生活の支援方法	（日中をホーム内で過ごす利用者が地域や家族との交流が希薄にならないための取り組みや実施例）
運営・支援について	外出や余暇活動等の支援	（利用者が地域生活を送るために外出支援に努めているか）

	利用者の健康管理方法	(医療機関との連携、医師や看護師の訪問の有無、日々の健康チェック方法等)
	各住居における家庭的雰囲気確保するための取組み	
	指定計画相談支援事業者を別法人で確保しているか	利用者 人中、別法人の指定計画相談支援事業所の利用者 人 主な指定計画相談支援事業所名
	短期入所において、地域で生活する障害者を積極的に受け入れているか	受け入れ人数やその事例
	短期入所において、緊急的利用を積極的に受け入れているか	緊急受け入れ人数やその事例
	自立支援協議会に参画しているか	部会への参加状況等
	地域の自治会等に参画しているか。地域住民との交流をしているか。	自治会等への参画状況等
	災害時に備えたBCP策定や訓練をしているか	
	虐待防止や身体拘束の適正化のための取り組みが行われているか	研修及び委員会の実施状況等
利用者 (詳細は別紙1)	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者
	利用者の障害支援区分	区分6： 人、区分5： 人、区分4： 人 区分3： 人、区分2： 人、区分1： 人、区分なし： 人
	利用者の年齢	60歳以上： 人、50歳代： 人、40歳代： 人、 30歳代： 人、10歳代・20歳代： 人
	利用者の障害特性等	(医療的ケアの必要性や、強度行動障害のある利用者の人数等)
	他の日中活動系サービスの利用を妨げていないか (利用者の状況等)	通所する利用者 人 住居内で日中を過ごす利用者 人 主な日中活動サービス利用先

	利用者の新規受け入れ 状況（前回の評価会議 より）	新規利用者数 人
	利用者の退所状況（前 回の評価会議より）	退所利用者数 人 退所した理由と退所後の生活先
そ の 他	前回の要望・助言・指 摘事項に対する対応 （該当する場合のみ）	
	特記事項	

利用者一覧表

グループホーム名 () 別紙4

利用者	性別	年齢	手帳の種類	手帳の等級	支援区分	行動点数	入居日	日中の過ごし方		その他(居宅介護、訪問看護等)GH以外の支援状況	相談支援事業所名	成年後見制度・地域福祉権利擁護の利用
								GHでの支援	GH以外での支援			
								GH内での支援、余暇活動、外出支援 等	事業所名・サービス種類・利用状況等			
A												
B												
C												
D												
E												
F												
G												
H												
I												
J												

* 足りない場合は適宜足してください。

利用者一覧表

グループホーム名 (グループホーム大津) 別紙4

利用者	性別	年齢	手帳の種類	手帳の等級	支援区分	行動点数	入居日	日中の過ごし方		その他(居宅介護、訪問看護等)GH以外の支援状況	相談支援事業所名	成年後見制度・地域福祉権利擁護の利用
								GHでの支援	GH以外での支援			
								GH内での支援、余暇活動、外出支援 等	事業所名・サービス種類・利用状況等			
A	男	45	療育	A1	6	10	R5.1.1	機能低下防止運動・買い物同行	週1 ヘルパー事業所A利用で通院 週2 生活介護事業所A	訪問看護事業所Aを週3回利用	相談事業所A	成年後見人あり
B												
C												
D												
E												
F												
G												
H												
I												
J												

* 足りない場合は適宜足してください。

事故の発生状況等について

別紙5①

(法人名:)

(事業所名:)

令和 年 月 日～令和 年 月 日

番号	日付	概要 (発生時の状況、発生後の対応、 発生の要因、再発防止策等)	法人としての対応 (事業所と法人間の報告体制、法人としての再発防止策検討体制、 各事業所への周知体制、新規設置予定事業所への反映等)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

※ 記入欄が不足する場合、適宜追加してください。

※ 必要に応じセルの加工をしていただいて構いません。

※ 前回の定期評価会議以降に発生した事案について記入してください。(初回の定期評価会議の場合は新規指定日以降)

※ 氏名など、個人を特定できる情報は記載しないでください。

虐待の発生状況等について

別紙5②

(法人名:)

(事業所名:)

令和 年 月 日～令和 年 月 日

番号	日付	概要 (発生時の状況、発生後の対応、 発生の要因、再発防止策等)	法人としての対応 (事業所と法人間の報告体制、法人としての再発防止策検討体制、 各事業所への周知体制、新規設置予定事業所への反映等)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

※ 記入欄が不足する場合、適宜追加してください。

※ 必要に応じセルの加工をしていただいて構いません。

※ 前回の定期評価会議以降に発生した事案について記入してください。(初回の定期評価会議の場合は新規指定日以降)

※ 氏名など、個人を特定できる情報は記載しないでください。

苦情の発生状況等について

別紙5③

(法人名:)

(事業所名:)

令和 年 月 日～令和 年 月 日

番号	日付	概要 (発生時の状況、発生後の対応、 発生要因、再発防止策等)	法人としての対応 (事業所と法人間の報告体制、法人としての再発防止策検討体制、 各事業所への周知体制、新規設置予定事業所への反映等)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

※ 記入欄が不足する場合、適宜追加してください。

※ 必要に応じセルの加工をしていただいて構いません。

※ 前回の定期評価会議以降に発生した事案について記入してください。(初回の定期評価会議の場合は新規指定日以降)

※ 氏名など、個人を特定できる情報は記載しないでください。

身体拘束の実施状況等について

別紙5④

(法人名:)

(事業所名:)

令和 年 月 日～令和 年 月 日

番号	日付	概要 (利用者の特性、拘束時間、 本人(家族)への説明及び同意 等)	理由 (切迫性、非代替性、一時性の3要件を満たしていたか)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

※ 記入欄が不足する場合、適宜追加してください。

※ 必要に応じセルの加工をしていただいて構いません。

※ 前回の定期評価会議以降に発生した事案について記入してください。(初回の定期評価会議の場合は新規指定日以降)

※ 氏名など、個人を特定できる情報は記載しないでください。