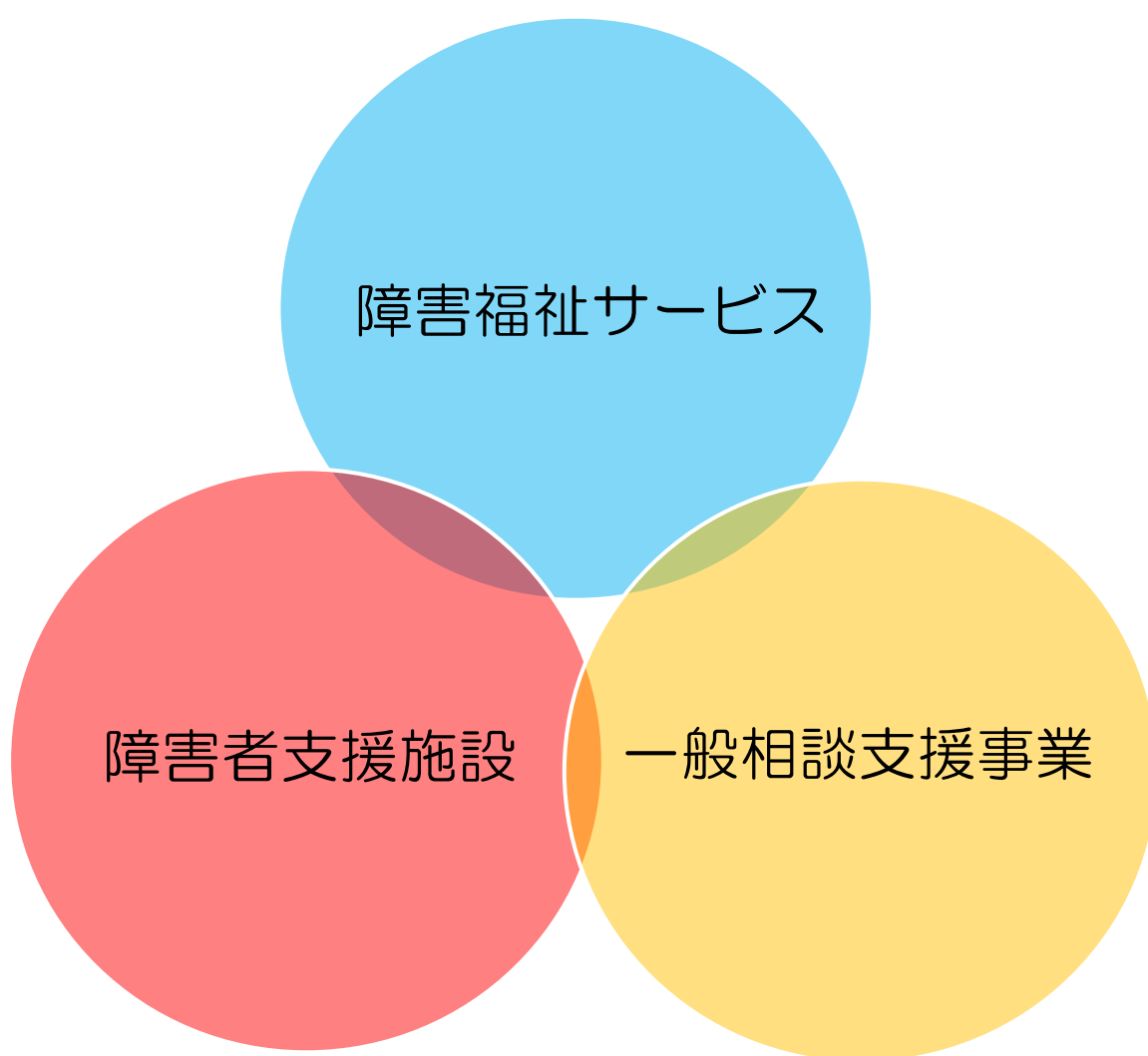


障がい者（一部障がい児）を対象とする事業の開始を検討している方へ  
障がい者（一部障がい児）を対象とする事業を実施している事業者の方へ

# 各種申請・届出の手引き

— 指定障害福祉サービス・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業編 —



岐阜県健康福祉部障害福祉課  
令和7年12月改訂

## 目次

1	はじめに .....	1
2	事業の種類と内容 .....	1
3	事業を始める .....	3
	(1) 事業を始める前に .....	3
	(2) 事業を行うにあたって知っておく必要があること .....	4
	(3) 指定の変更（法第37条、法第39条） .....	7
	(4) 指定の更新（法第41条、法第51条の21） .....	7
	(5) 事業者等の責務（法第42条、法第51条の22） .....	8
	(6) 事業の基準（法第43条、法第44条、法第51条の23） .....	8
	(7) 変更の届出等（法第46条、法第47条、法第51条の25） .....	8
	(8) 報告等（法第48条、法第51条の27） .....	8
	(9) 勧告、命令等（法第49条、法第51条の28） .....	9
	(10) 指定の取消し等（法第50条、法第51条の29） .....	9
	(11) 公示（法第51条、法第51条の30） .....	9
	(12) 業務管理体制の整備等（法第51条の2、3、4、法第51条の31、32、33） .....	9
	(13) 事業の開始等（法第79条） .....	9
4	指定申請の手続き等 .....	10
	(1) 指定申請のスケジュール .....	10
	(2) 申請に当たっての注意事項 .....	14
5	事業内容を変更した（したい）場合の手続き等 .....	20
6	事業を廃止・休止しようとする場合や再開した場合の手続き等 .....	25
7	障害者支援施設の指定を辞退する場合 .....	25
8	報酬の算定に関する手続き .....	26
	(1) 報酬 .....	26
	(2) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出 .....	27
9	その他必要な届出や手続き等について .....	28
	(1) 業務管理体制の整備 .....	28
	(2) 障害福祉サービス等情報公表システムへの入力 .....	29
	(3) 報告・検査等の実施 .....	29
	(4) 事故等の報告 .....	29
	(5) メールアドレスの登録について .....	30
	(6) 問い合わせ方法 .....	30
10	各書類提出先、問い合わせ先 .....	31
11	よくあるご質問 .....	33
12	サービス管理責任者、相談支援専門員について .....	33
	(1) サービス管理責任者の要件 .....	33
	(2) 相談支援専門員の要件 .....	34
資料1	指定基準等チェックリスト .....	35
	○居宅介護 .....	35
	○重度訪問介護 .....	37
	○同行援護 .....	39
	○行動援護 .....	42
	○療養介護 .....	44
	○生活介護 .....	47
	○短期入所 .....	50
	○自立訓練（機能訓練） .....	53

○自立訓練（生活訓練） .....	56
○就労移行支援.....	59
○就労継続支援A型 .....	63
○就労継続支援B型 .....	66
○就労定着支援.....	69
○自立生活援助支援 .....	71
○共同生活援助（グループホーム） .....	73
○日中サービス支援型指定共同生活援助.....	76
○共生型サービス（居宅介護） .....	79
○共生型サービス（重度訪問介護） .....	81
○共生型サービス（生活介護） .....	83
○共生型サービス（短期入所） .....	87
○共生型サービス（自立訓練） .....	89
○地域移行支援.....	95
○地域定着支援.....	96
○多機能型に関する特例 .....	97
資料2 指定申請書類一覧 .....	100
資料3 サービス管理責任者の要件となる実務経験.....	101
資料4 相談支援専門員の要件となる実務経験 .....	102
資料5 来庁される方の入庁手続きについて.....	103

## 1 はじめに

障がい者（一部障がい児）を対象とする事業等を行う事業者等は、利用者（障がい児又は障がい児の保護者）の意思及び人格を尊重して、常に利用者（障がい児及び障がい児の保護者）の立場に立ったサービスの提供に努めなければなりません。

## 2 事業の種類と内容

障がい者（一部障がい児）を対象とする事業には、「障害福祉サービス」と「障害者支援施設」、「一般相談支援事業」があります。

	種 類	内 容
障 害 福 祉 サ ー ビ ス	居宅介護	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
	重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。
	同行援護	視覚障害により移動に著しい困難を有する人に、移動時及び外出先において必要な視覚的情報の支援、移動の援護、排泄、食事等の介護、その他外出する際に必要となる援助を行います。
	行動援護	自己判断能力が制限される人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
	短期入所	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
	療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を行います。
	重度障害者等包括支援	常に介護を必要とする人に、障害福祉サービスを包括的に提供して、生活全般にわたる援助を行います。
	生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
	共同生活援助 （グループホーム）	夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。また、常時の支援を行うものもあります。
	自立訓練（機能訓練・生活訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。
	就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
	就労継続支援 （A型・B型）	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。

	就労定着支援	就労に向けた支援を受けて通常の事業所に新たに雇用された人に対し、就労の継続を図るために必要な支援を行います。
	自立生活援助	居宅での自立した日常生活を営む上での課題につき、定期的な巡回訪問等により相談に応じ、助言等の必要な支援を行います。
障害者支援施設	施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
一般相談支援事業	地域相談支援 (地域移行支援・地域定着支援)	地域における生活に移行するための活動に関する相談や、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等の相談支援を行います。
	特定相談支援事業 (計画相談支援)	障害福祉サービスを適切に利用できるようサービス利用計画の作成や見直しを行うとともに、指定事業者等との連絡調整等を行います。

### 3 事業を始める

#### (1) 事業を始める前に

指定障害福祉サービス事業、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業を運営するためには、県条例で定める基準等を満たしたうえで、岐阜県知事の指定を受ける必要があります（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（以下「法」という。）第36条、法第38条、第51条の19）。

指定は、障害福祉サービス事業、一般相談支援事業を行う者の申請により、障害福祉サービス、地域相談支援の種類及び事業所ごとに行います。また、障害者支援施設の指定は、障害者支援施設の設置者の申請により、施設障害福祉サービスの種類及び当該障害者支援施設の入所定員を定めて行います。

法はもとより、県条例に定める指定障害福祉サービスの事業等、指定障害者支援施設の人員、設備及び運営等に関する基準、関係法令、通知等の内容を遵守しなければなりません。十分に基準等を理解した上で、事業を計画してください。

また、事業実施にあたっては、地域のニーズの把握、資金計画の検討、従業員の確保、申請書類の準備など、十分なゆとりをもって計画的に進めてください。

◎なお、次に該当する場合は指定することができませんので、下記を確認したうえで、(2)以降に進んでください。

障害福祉サービス・障害者支援施設共通	<p>法第36条第3項に定めるいずれかに該当する場合は指定することができません。</p> <p>①申請者が県条例で定める者でないとき。</p> <p>②事業所の従業員の知識及び技能並びに人員が県条例で定める基準を満たしていないとき。</p> <p>③申請者が、県条例で定める設備及び運営等に関する基準に従って適正な運営ができないと認められるとき。</p> <p>④申請者が、指定を取り消されてから5年を経過しない者であるとき。</p> <p>⑤申請者が、禁錮刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。等</p> <p>※詳しくは、障害者総合支援法をご確認ください。</p>
一般相談支援事業のみ	<p>法第51条の19第2項に定めるいずれかに該当する場合は指定することができません。</p> <p>①申請者が法人でないとき。</p> <p>②事業所の従業員の知識及び技能並びに人員が厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。</p> <p>③申請者が、厚生労働省令で定める設備及び運営等に関する基準に従って適正な運営ができないと認められるとき。</p> <p>④申請者が、指定を取り消されてから5年を経過しない者であるとき。</p> <p>⑤申請者が、禁錮刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又はその執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。等</p> <p>※詳しくは、障害者総合支援法をご確認ください。</p>
障害者支援施設のみ	<p>地方公共団体、社会福祉法人以外の者は申請者となることができません。</p>

※特定相談支援事業を行うためには、厚生労働省令で定める一定の要件を満たしたうえで、事業所の所在地を管轄する市町村長の指定を受ける必要があります。詳細は各市町村の担当課までお問合せください。（法第51条の20）

(2) 事業を行うにあたって知っておく必要があること

①人員、設備及び運営に関する基準（県条例等）

障害福祉サービス	<p>〈指定障害福祉サービスの事業等の指定基準〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・岐阜県指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成24年岐阜県条例第85号）</li> </ul> <p>〈指定障害福祉サービス事業者の指定基準に係る解釈通知〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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日付け障発1206001号）を準用</li> </ul>
障害者支援施設	<p>〈指定障害者支援施設の指定基準〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・岐阜県指定障害者支援施設の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成24年岐阜県条例第87号）</li> </ul> <p>〈指定障害者支援施設の指定基準に係る解釈通知〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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について（平成19年1月26日付け障発0126001号）を準用</li> </ul>
地域相談支援	<p>〈指定地域相談支援の指定基準〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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地域相談支援の事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成24年3月13日付け厚生労働省令第27号）</li> </ul> <p>〈指定地域相談支援の指定基準に係る解釈通知〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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地域相談支援の事業の人員、設備及び運営に関する基準について（平成24年3月30日付け障発0330第21号）</li> </ul>

※特定相談支援事業

〈指定特定相談支援の指定基準〉

- ・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計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

（平成24年3月13日付け厚生労働省令第28号）

〈指定特定相談支援の指定基準に係る解釈通知〉

- ・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計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について

（平成24年3月30日付け障発0330第22号）

②通知等

厚生労働省や岐阜県からの通知等は岐阜県庁障害福祉課ホームページに掲載しています。

([https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/siteijigyosya\\_osirase.html](https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/siteijigyosya_osirase.html))

③用語の定義

	用語	定義
1	サービス管理責任者（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、	<p>障害福祉サービス等計画の作成及び提供した障害福祉サービス等の客観的な評価等を行う者をいいます。</p> <p>※各事業所に、常勤であって専従する必要があります。なお、業務に支障のない範囲で、当該事業所の管理者を兼務することができますが、サービス提供職員（利用者に対して、直接介護等を行う職員）を兼ねることはできません（共同生活援助を除</p>

	地域相談支援及び特定相談支援事業を除く。)	<p>く。)</p> <p>※また、多機能型の場合は、当該多機能型を構成する各事業所のサービス管理責任者を兼務することができ、施設入所支援の場合は、日中活動にかかる事業のサービス管理責任者を兼務することができます。</p> <p>なお、サービス管理責任者の要件については「(1) サービス管理責任者の要件(P33)」を参照ください。</p>
2	常勤	<p>「常勤」とは、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。)に達していることをいいます。</p> <p>◎例えば、1週あたり40時間勤務を常勤として就業規則等で定めている事業所の場合、当該事業所において1週あたり40時間指導員として従事する者は「常勤」職員となり、1週あたりの従事時間が40時間未満である者は「非常勤」職員となります。</p> <p>ただし、育児休業、介護休業等により、所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない場合、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことが可能とされています。</p>
3	専従	<p>「専従」とは、原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。この場合のサービス提供時間帯とは、従業者の指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問いません。</p>
4	常勤換算	<p>事業所の従業者の勤務延時間数を、当該事業所において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。)で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算することをいいます。</p> <p>◎例えば、1週あたり40時間勤務を常勤として就業規則等で定めている事業所において、1週あたり40時間従事する者は、「<math>40/40=1.0</math>」となり、1週あたり20時間従事する者は、「<math>20/40=0.5</math>」となります。</p>
5	従たる事業所の取扱いについて	<p>指定障害福祉サービス事業者等の指定等は、原則として障害福祉サービス等の提供を行う事業所ごとに行いますが、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ます。</p> <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><b>② 運営に関する要件</b></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、勤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員が急病の場合等に、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)にあること。</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・福利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>
6	営業日	電話での問い合わせや利用者からの相談、各種事務等、サービスの提供以外に、日常的な業務を行う日をいいます。
7	サービス提供日	利用者に対して、実際にサービスを提供する日をいいます。サービス提供日以外であってもサービスを提供することは可能ですが、サービス提供日においては、正当な理由なくサービスの提供を拒否することはできません。なお、サービス提供日以外の日に、恒常的にサービスの提供を行う場合は、運営規程の変更についての変更届出を提出したうえで、サービス提供日を変更することが必要です。
8	前年度の平均値	<p>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。)の利用者延べ数を開所日数で除して得た数とする。この算定にあたっては、小数点第 2 位以下を切り上げるものとします。</p> <p>① 新たに事業を開始し、若しくは再開し、又は増床した事業者又は施設において、新設又は増床分のベッドに関し、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。)の利用者の数等は、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%を利用者の数とし、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する。また、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等の延べ数を当該 1 年間の開所日数で除して得た数とする。これに対し、減少の場合には、減少後の実績が 3 月以上あるときは、減少後の利用者の数等の延べ数を当該 3 月間の開所日数で除して得た数とする。</p> <p>ただし、これらによりがたい合理的な理由がある場合には、他の</p>

		<p>適切な方法により利用者の数を推定するものとする。</p> <p>② 特定旧法指定施設が指定障害福祉サービス事業所等へ転換する場合の「前年度の平均値」については、当該指定等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 月間の開所日数を除して得た数とする。また、当該指定等後 3 月間の実績により見直すことができることとする。</p> <p>③ 就労定着支援及び自立生活援助における「前年度の平均値」は、当該年度の前年度の利用者の延べ数を開所月数で除して得た数とする。この算定にあたっては、小数点第 2 位以下を切り上げるものとする。</p> <p>④ 新たに就労定着支援の事業を開始し、又は再開した事業者において、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、新設等の時点から 6 月未満の間は、便宜上、一体的に運営する生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を受けた後に一般就労（就労継続支援 A 型への移行は除く。）し、就労を継続している期間が 6 月に達した者の数の過去 3 年間の総数の 70%を利用者とし、新設等利用定員の時点から 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 6 で除して得た数とし、新設等の時点から 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等の延べ数を 12 で除して得た数とする。また、新たに自立生活援助の事業を開始し、又は再開した事業者において、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、新設等の時点から 6 月未満の間は、便宜上、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施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第 34 条の 18 の 3 の第 7 号に規定する利用者の 90%を利用者の数とし、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 月で除して得た数とする。また、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等の延べ数を 12 月で除して得た数とする。</p> <p>ただし、これらによりがたい合理的な理由がある場合には、他の適切な方法により利用者の数を推定するものとする。</p>
--	--	--

### （３）指定の変更（法第 37 条、法第 39 条）

指定障害福祉サービス事業者（指定生活介護、指定就労継続支援 A 型・B 型に限る。）、指定障害者支援施設は、指定された障害福祉サービスの量を増加しようとするときは、変更を希望する月の 1 ヶ月前までの変更申請が必要です。

※詳しくは「5 事業内容を変更した（したい）場合の手続き等（P20）」を参照ください。

### （４）指定の更新（法第 41 条、法第 51 条の 21）

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（以下「指定障害福祉サービス事業者等」という。）の指定の有効期間は 6 年間であるため、6 年ごとに指定の更新を受ける必要があり、指定有効期間満了日の 30 日前までに更新の申請が必要です。

※詳しくは「指定障害福祉サービス事業者等指定更新手続き等について（障害者総合支援法）を参照ください。

([https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/sitei\\_kousin.html](https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/sitei_kousin.html))

(5) 事業者等の責務（法第42条、法第51条の22）

指定障害福祉サービス事業者等は、障害者等がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように努めなければなりません。

〈法（抜粋）〉

- ①市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションを実施する機関、教育機関等との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスや相談支援（以下「サービス等」という。）を障害者等の意向、適性、障がいの特性等に応じ、効果的に行なうよう努めなければならない。
- ②提供するサービス等の質の評価を行うことにより、質の向上に努めなければならない。
- ③障害者等の人格を尊重するとともに、法又は法に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

(6) 事業の基準（法第43条、法第44条、法第51条の23）

〈法（抜粋）〉

- ①指定障害福祉サービス事業者等は、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業所ごとに、県条例又は厚生労働省令で定める基準に従い、指定障害福祉サービス（指定障害者支援施設が提供するサービスを含む。以下同じ。）、指定地域相談支援事業に従事する従業者を有しなければならない。
- ②指定障害福祉サービス事業者等は、県条例で定める指定障害福祉サービス、厚生労働省令で定める指定地域相談支援の事業の設備及び運営に関する基準に従い、指定障害福祉サービス、指定地域相談支援（以下「指定障害福祉サービス等」という。）を提供しなければならない。
- ③指定障害福祉サービス事業者等は、法の規定による事業の廃止・休止又は指定の辞退をするときは、当該指定障害福祉サービス等を受けていた者であって、廃止・休止又は辞退の日以後においても引き続き当該指定障害福祉サービス等に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス及び地域相談支援が継続的に提供されるよう、他の指定障害福祉サービス事業者等その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

(7) 変更の届出等（法第46条、法第47条、法第51条の25）

指定障害福祉サービス事業者等は、次のような場合、10日以内に、その旨を岐阜県知事に届け出ることが必要です。

- ①指定に係る事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があった場合。
- ②休止した指定障害福祉サービス事業及び指定地域相談支援事業を再開したとき。

指定障害福祉サービス事業者等は、次のような場合、1月前までにその旨を岐阜県知事に届け出ることが必要です。

- ①指定障害福祉サービス事業及び指定地域相談支援事業を廃止又は休止しようとするとき。

また、指定障害者支援施設は、次のような場合、10日以内に、その旨を岐阜県知事に届け出ることが必要です。

- ①指定に係る施設の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があった場合  
さらに、指定障害者支援施設は、3ヵ月以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができます。

(8) 報告等（法第48条、法第51条の27）

岐阜県知事又は市町村長は、必要があると認めるときは、指定障害福祉サービス事業者等や従業者等に対して報告を求めたり、帳簿書類等の提出、検査等を行うことができます

※「検査」とは、実地指導、監査を含みます。

(9) 勧告、命令等（法第49条、法第51条の28）

岐阜県知事は、指定障害福祉サービス事業者等に対し、従業員の知識若しくは技能又は人員について県条例又は厚生労働省令で定める基準に適合していないとき、又は設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときには、勧告し、従わない場合には、公表、命令を行うことができます

(10) 指定の取消し等（法第50条、法第51条の29）

岐阜県知事は、指定障害福祉サービスの事業者等が以下の事由に該当する場合は、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止を行うことができます。

- ①従業員の知識若しくは技能又は人員について県条例又は厚生労働省令で定める基準を満たすことができなくなったとき。
  - ②指定障害福祉サービス、指定地域相談支援の事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な指定障害福祉サービス事業等の運営ができなくなったとき。
  - ③介護給付費等の請求に関し不正があったとき。
  - ④岐阜県知事又は市町村長の求める報告又は帳簿書類の提出・提示に従わず、又は虚偽の報告をしたとき。
  - ⑤岐阜県知事又は市町村長の求める出頭に応じないとき、質問に答弁しないとき、若しくは虚偽の答弁をしたとき、又は検査を拒み、妨げ、忌避したとき。
  - ⑥不正な手段により指定障害福祉サービス事業者等の指定を受けたとき。等
- 市町村長は指定障害福祉サービス事業者等が①から⑥のいずれかに該当すると認める場合、その旨を岐阜県知事に通知します。

(11) 公示（法第51条、法第51条の30）

岐阜県知事は、次の場合に、指定障害福祉サービス事業者等に関する事項を公示します。岐阜県においては、岐阜県庁ホームページへの掲載により公示します。

- ①指定障害福祉サービス事業者等を指定したとき、及び指定を取消したとき。
- ②指定障害福祉サービス事業の廃止の届出を受けたとき。
- ③指定障害者支援施設の指定の辞退があったとき。

(12) 業務管理体制の整備等（法第51条の2、3、4、法第51条の31、32、33）

指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者は、厚生労働省令で定める基準に従い業務管理体制を整備しなければならず、厚生労働大臣又は岐阜県知事、市町村長（以下「厚生労働大臣等」という。）に対し、整備に関する事項を届け出なければなりません。また、厚生労働大臣等は、当該整備に関して計画的な検査を行います。

(13) 事業の開始等（法第79条）

国及び都道府県以外の者が障害福祉サービス事業、一般相談支援事業及び特定相談支援事業を行う場合は、あらかじめ厚生労働省令で定める事項を岐阜県知事に届け出る必要があります。

上記届出をした者は、次のような場合、1月以内に、その旨を岐阜県知事に届け出る必要があります。

- ①届出に係る事業所、施設の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があった場合。

また、国及び都道府県以外の者は、次のような場合、あらかじめ、その旨を岐阜県知事等に届け出る必要があります。

- ①障害福祉サービス事業、一般相談支援事業又は特定相談支援事業を廃止し、又は休止しようとする場合。

## 4 指定申請の手続き等

### (1) 指定申請のスケジュール

○指定日は、毎月1日です。指定を希望する月の1ヵ月前までに申請書類を提出してください。

○事前協議から指定まで時間を要しますので、ゆとりをもって準備してください。

○指定申請のスケジュールの期限につきましては、遵守をお願いします。

○指定は、障害福祉サービス事業を行う者の申請により、障害福祉サービスの種類及び事業所ごとに行います。また、障害者支援施設の指定は、障害者支援施設の設置者の申請により、当該障害者支援施設の入所定員を定めて行います。

#### <手続き・手続きの時期>

#### <注意事項>

#### 必要に応じて 事前相談

事業者からの要望に応じて、事前協議の前段階で事業について相談を受けます。（県からお願いさせていただく場合もあります。）

◎事前予約のうえ、来庁してください。

#### 3ヵ月前 ①事前協議

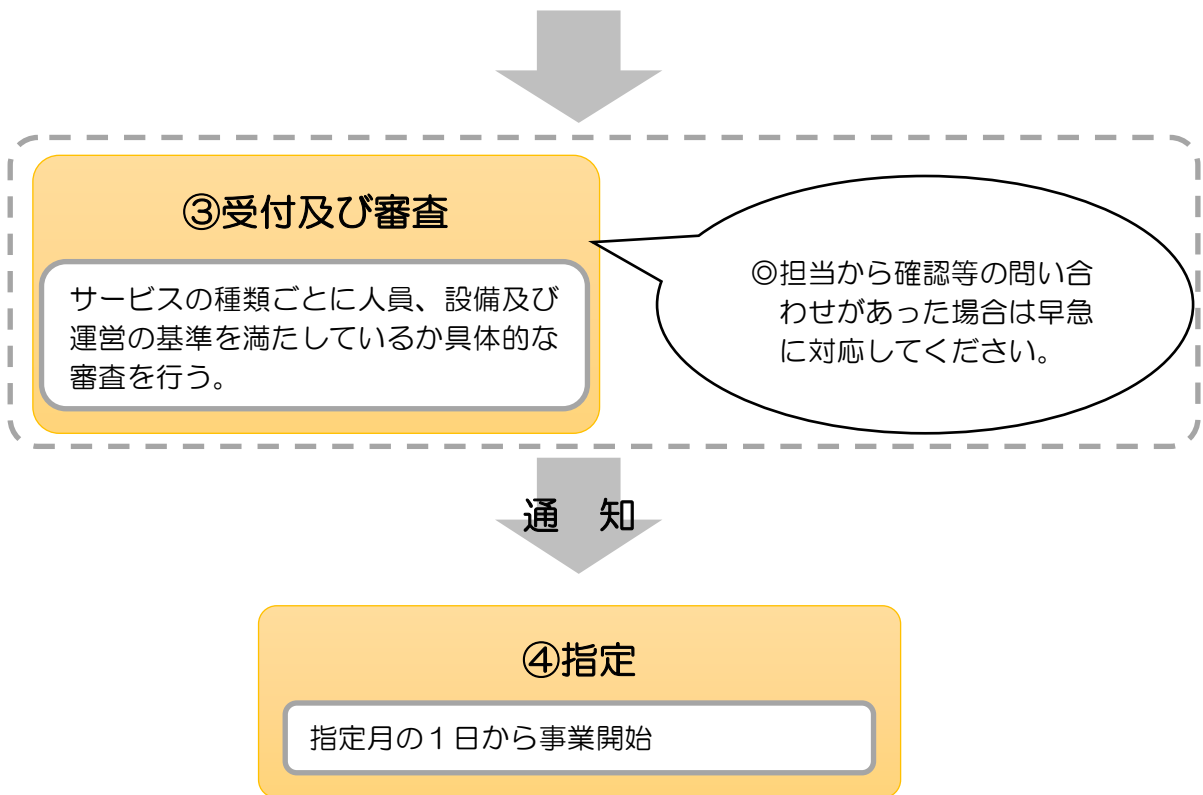
指定を受けようとする月（事業開始予定月）の3ヵ月前まで  
例）4月1日指定の場合、12月末日まで（閉庁日を除く。）

◎事前予約のうえ、書類を持参してください。  
◎1事業所あたり、平均2回程度となります。  
※岐阜県から指定を受けている事業所がある場合、書類を郵送し、電話にて協議を行うことも可能です。

#### 1ヵ月前 ②申請書類の提出

指定を受けようとする月（事業開始予定月）の1ヵ月前まで  
例）4月1日指定の場合、2月末日まで（閉庁日を除く。）

◎事前予約のうえ、書類を持参してください。



①事前協議

- 事前協議では、事業所の人員配置や設備など必要な事項について確認・協議を行います。
- 事前協議には、次の書類をご準備ください。岐阜県庁ホームページからダウンロードできます。
- 書類等に不備（記入漏れ、書類添付漏れ等）がある場合等は、協議が実施できないことがありますので、「指定基準チェックリスト」（資料１参照）を確認したうえで必要書類を準備してください

チェック	事前協議書類一覧
	1 事前協議書
	2 管理者、サービス管理責任者及び相談支援専門員の経歴書（参考様式３）
	3 管理者、サービス管理責任者及び相談支援専門員の実務経験証明書（参考様式４）
	4 管理者、サービス管理責任者及び相談支援専門員に必要な資格の証明書及び研修の修了証
	5 指定予定月の勤務形態一覧表（参考様式１０）
	6 資格要件がある従業者について、資格要件を満たしていることを証明できる書類
	7 平面図（参考様式１）
	8 事業計画（参考様式）
	9 事業収支計画（就労系障害福祉サービス事業所のみ）

## ②申請書類の提出

○申請書類の作成は、次の流れに従って進めてください。

資料1「指定基準等チェックリスト」で指定基準等を確認



資料2「指定申請書類一覧」に従って必要書類を確認・作成

◎「(2)申請に当たっての注意事項」  
を確認してください。



作成した書類を2部印刷（1部は県へ提出。もう1部は事業者控え）

◎提出書類がそろっているか、資料  
2「指定申請書類一覧」を確認し  
てください。  
◎書類は、資料2「指定申請書類一  
覧」の順に並べてください。



来庁日時を事前に予約

※郵送による申請は受け付けしていません。

※予約せずに来庁された場合、対応できない場合があります。

※来庁日時の予約は開庁日の8：30～17：15の範囲で調整いたしま  
す。

※来庁される際は入庁手続きが必要です。つきましてはp103の資料5  
をご参照ください。



指定申請書類を1部提出（持参）

※受付にあたり、記載漏れや提出漏れなど書類の確認のため、1事業所あ  
たり2時間程度かかります（場合によってさらに時間がかかることがあ  
ります。）。

※指定申請に必要な書類の整備が出来たうえで申請してください。

※書類の添付漏れがある場合は、審査を行うことが出来ないため、書類を  
受理することが出来ない場合があります。

（注）事業所の指定は、事業所（施設）とし、事業の種類ごとに行いますので、同じ法人が、  
複数の所在地の異なる事業所で事業を行う場合、事業所ごとに申請書類を提出してくだ



さい。

(注2) 同じ事業所で複数の事業を行う場合は、事業ごとに申請書を提出してください。ただし、多機能型事業所の指定申請をする場合は、複数の事業分を1つの申請書類にまとめて提出することができます。

(注3) 「指定基準等チェックリスト」、「指定申請書類一覧」、「申請書類様式」等の必要書類は、岐阜県庁ホームページからダウンロードしてください。

([https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/index\\_4812.html](https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/index_4812.html))

### ③受付及び審査

○申請書類の提出後に、事業の種類ごとに定められた人員、設備及び運営の基準を満たしているかどうか、具体的な審査を行います。

○申請書類の記載事項等に不備がなければ、基本的に提出を受け付けます。

○ただし、不備があった場合は、再度提出をお願いすることになります。

○審査にあたり、必要に応じて実地確認を行います。

○審査の過程で不明な点等があった場合は、担当より事業者の方に確認等の問い合わせを行う場合があります。

### ④指定

○県が指定した事業者には法人宛てに「指定通知書」を発行します。

○「指定通知書」は、指定を受けた事業所の見やすい場所に掲示してください。

○通知書の再発行はしませんので、大切に保管してください。

○審査の結果、指定基準に達しなかった申請については、申請を却下します。この場合は、申請事業者に「却下通知書」を発行します。なお、却下の場合、提出された書類はお返しできませんので、あらかじめご了承ください。

### ◎指定の更新（法第41条、法第51条の21）

- ・指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者の指定の有効期間は6年間です。

- ・6年ごとに指定の更新を受ける必要がありますので、指定有効期間満了日の30日前までに更新の申請をしてください（詳しくは「指定障害福祉サービス事業等の指定更新手続き等について（障害者総合支援法関係）」を参照ください。）。

([https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/sitei\\_kousin.html](https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/sitei_kousin.html))

## （2）申請に当たっての注意事項

### ①他法令について

○事業の実施にあたっては、障害者総合支援法だけでなく、他法令も順守する必要があります。障害福祉課が所管していない他法令については、申請までに所管部署に確認してください。

○確認した内容等は、「指定基準等チェックリスト」に記録し、申請時に提出してください。

○申請書類において各法令の適合状況が確認できない場合は、事業所等の指定をすることができません。

### <消防法>

所管の消防署へ確認してください。

### <建築基準法、都市計画法>

県の建築事務所又は市町村の所管部署へ確認してください。

なお、問い合わせ先についてはp 31に掲載しておりますので、ご参照ください。

### 【参考】

- ・開発許可事務の手引き（都市計画法関係）

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/3346.pdf>)

## ②登記事項証明書、定款について

- 提出いただく登記事項証明書の「目的等」には、申請に係る事業についての記載が必要です。
- なお、申請にあたり定款変更が必要な場合は、各認可庁等に確認してください。特に、特定非営利活動法人は定款変更により4ヵ月ほど時間を要する場合がありますので、注意してください。

※指定の申請とは別に、法第79条の規定に基づき事業の開始にあたり必要となる届出においては、いずれの事業においても定款、条例その他の基本約款の提出が必要となります。

### 記載例 登記事項証明書に記載する目的等について

\* 下記は最も事業を広く対象とする表現の例です。

\* なお、社会福祉法人については、《社会福祉法人の場合の記載例》を参考にしてください。

- 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者包括支援、共同生活援助、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助（法第5条）を行う場合

→ 記載例：「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経営」

- 一般相談支援事業を行う場合

→ 記載例：「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一般相談支援事業の経営」

- 特定相談支援事業を行う場合

→ 記載例：「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特定相談支援事業の経営」

### 《社会福祉法人の場合の記載例》

- 社会福祉法人定款例に基づき、第二種社会福祉事業として、次のとおり実施する予定の事業名を記載してください。

→ 記載例：「障害福祉サービス事業の経営」  
「一般相談支援事業の経営」  
「特定相談支援事業の経営」

- 障害者支援施設を経営する場合は、社会福祉法人定款例に基づき、第一種社会福祉事業として、次のとおり記載してください。

→ 記載例：「障害者支援施設の経営」

## ③運営規程について

- 運営規程の参考例を岐阜県庁ホームページに掲載していますので参考にしてください。

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/kitei.html>)

- 運営規程に定める「従業員の員数」の考え方については、下記の通知を確認してください。

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/265012.pdf>)

## ④「付表」について

○付表の様式は、以下の岐阜県庁ホームページからダウンロードしてください。

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/page/578.html>)

○実施する事業に応じて付表１～１６ まで様式が分かれていますので、該当するものを使用してください。

サービス	該当する付表
居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護	付表１ 付表１－２（従たる事業所がある場合）
療養介護	付表２
生活介護	付表３ 付表３－２（従たる事業所がある場合）
短期入所	付表５
重度障害者等包括支援	付表６
共同生活援助	付表７（その１・その２・その３）
障害者支援施設	付表８（その１・その２・その３）
自立訓練（機能訓練）	付表９ 付表９－２（従たる事業所がある場合）
自立訓練（生活訓練）	付表１０
就労移行支援	付表１１ 付表１１－２（従たる事業所がある場合）
就労継続支援	付表１２ 付表１２－２（従たる事業所がある場合）
多機能型	付表１３（その１・その２） ※運営サービスのものと併せて提出
就労定着支援	付表１４ 付表１４－２（従たる事業所がある場合）
自立生活援助	付表１５
一般相談支援	付表１６ 別紙

付表12 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

※1 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。  
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表12-2を併せて提出してください。

( 就労継続支援(A型) )  
 ( 就労継続支援(B型) )  
 ※いずれかに○を付してください。

事業所	フリガナ 名 称											
	所在地	(郵便番号 - ) 岐阜県										
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号							
	フリガナ			住所	(郵便番号 - )							
	氏 名											
	当該就労継続支援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 兼務する職種及び勤務時間等										
	当該事業の実施について定める定款又は条例等 (※ 定款については、就労継続支援(A型)に係るものに限る。)											
サービス 管理責任者	フリガナ 氏 名			住所	(郵便番号 - )							
	従業者の職種・員数		サービス管理責任者				職業指導員		生活支援員			
	専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
	従業者数		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)											
	その他の従業者		専従		兼務							
	従業者数		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)												
前年度の平均利用者数(人)												
主な揭示事項												
営業日												
営業時間												
サービス提供時間												
利用定員												
基準上の必要定員												
多機能型実施の有無												
主たる対象者												
特定無し												
細分無し												
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												
難病等対象者												
利用料												
厚生労働大臣の定める額												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
生産活動又は就労の内容												
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												
添付書類												

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
2. 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。
3. 「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。
4. 「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。

※付表によって記載項目が異なる場合があります。

項目	注意事項
① 事業所の名称	<ul style="list-style-type: none"> <li>・第1号様式「指定申請書」に記載した事業所の名称と一致させてください。</li> <li>・その他の添付書類に記載する事業所の名称をすべて一致させてください。</li> </ul>
② 事業所の名称（フリガナ）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1の「事業所の名称」がひらがな又はカタカナの場合も記入してください。特に「名称」に数字やアルファベットが含まれる場合は注意してください。</li> </ul>
③ 事業所の所在地	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村以下番地やビル等の名称まで、正確に記入してください。</li> </ul>
④ 当該事業の実施について定めている定款又は条例等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・【申請者が地方公共団体の場合のみ】申請する事業が記載されている条項を記入してください。</li> <li>※定款については就労継続支援 A 型に係るものに限りません。</li> </ul>
⑤ 管理者・サービス管理責任者の住所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・参考様式3「管理者経歴書」、参考様式3「サービス管理責任者経歴書」から転記してください。</li> <li>・市町村以下番地やビル等の名称まで、正確に記入してください。</li> </ul>
⑥ 従業員の職種・員数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程、参考様式10「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」と一致させてください。</li> <li>・なお、運営規程において員数を定数表記としている場合は、参考様式10「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」と一致していなくても差し支えありません。</li> </ul>
⑦ 前年度の平均利用者数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。）の利用者延べ数を開所日数で除して得た数を記入してください（この算定にあたっては、小数点第2位以下を切り上げるものとします。）。</li> <li>※詳細は、「8. 前年度の平均値（P6）」を参照ください。</li> </ul>
⑧ 主な掲示事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程と一致させてください。</li> </ul>
⑨ 苦情解決の措置概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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」から転記してください。</li> </ul>
⑩ 協力医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・添付書類「協力医療機関との契約内容が分かるもの」の内容と一致させてください。</li> </ul>

##### ⑤ 原本証明の方法について

○申請書（添付書類を含む。）の中には、原本ではなく写し（コピー）を提出していただく場合があります。この場合、原本証明により、提出いただく写し（コピー）が原本と同じ内容であることを証明していただく必要があります。

＜原本証明の例＞

◎余白に下記のとおり記載してください。

実務経験証明書

.....

.....

.....

.....

原本と相違ないことを証明します。

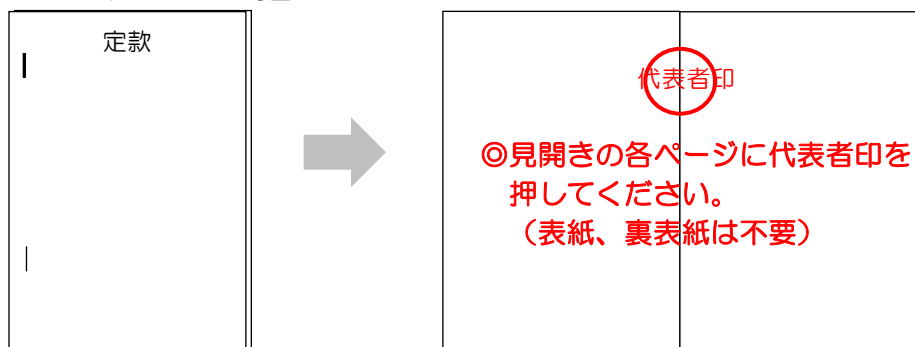
株式会社〇〇〇〇

代表取締役 岐阜 花子

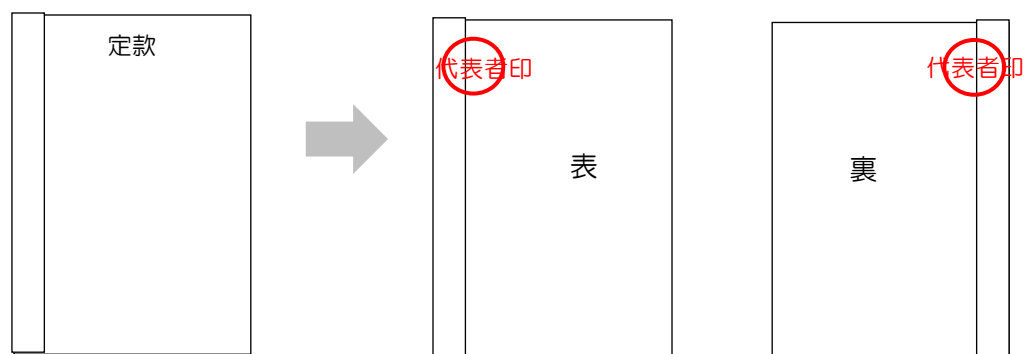
代表者印

※2枚以上になる場合は、下記のとおり製本したうえで、割印を押してください。

＜ホチキスとじの場合＞



＜袋とじの場合＞



⑥平面図、事業所の外観及び内観の写真について

○平面図に、各部屋の用途及び面積を記載してください。

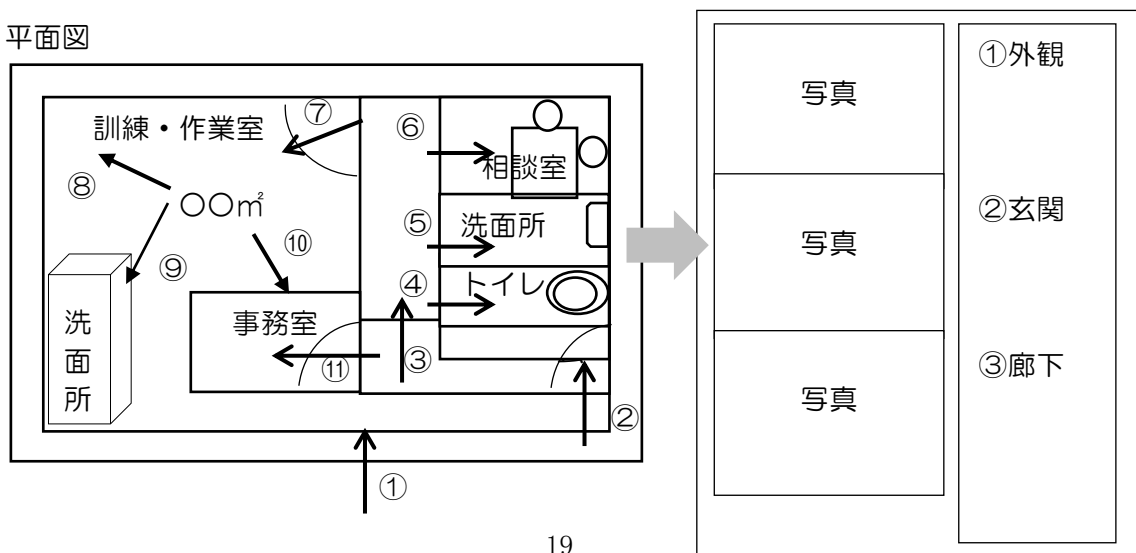
○事業所の状態を確認するため、写真（カラーで鮮明なもの）を提出してください。建物の外観、玄関、トイレ、洗面所、訓練・作業室、相談室など、設備基準上必要な設備を撮影してください。

○写真は部屋の一部分だけではなく、全体が確認できるように撮影してください（必要に応じて、複数枚に分けての撮影でもよい。）。また、事業所が完成した状態（サービス提供できる状態）で撮影してください。内装が整っていない状態や、事業で使用する机等の備品等が配置されていない状態では認められません。

○写真は、指定申請書類を提出する時点で完成した状態のものを提出してください。

○撮影した写真は、台紙に貼る等したうえで各写真に番号と撮影箇所の名称を記載し、撮影位置と撮影方向が分かるよう平面図上に矢印と番号を記載してください。

平面図



◎次に掲げる場合には、岐阜県庁ホームページ上に掲載する方法により、公示を行います。

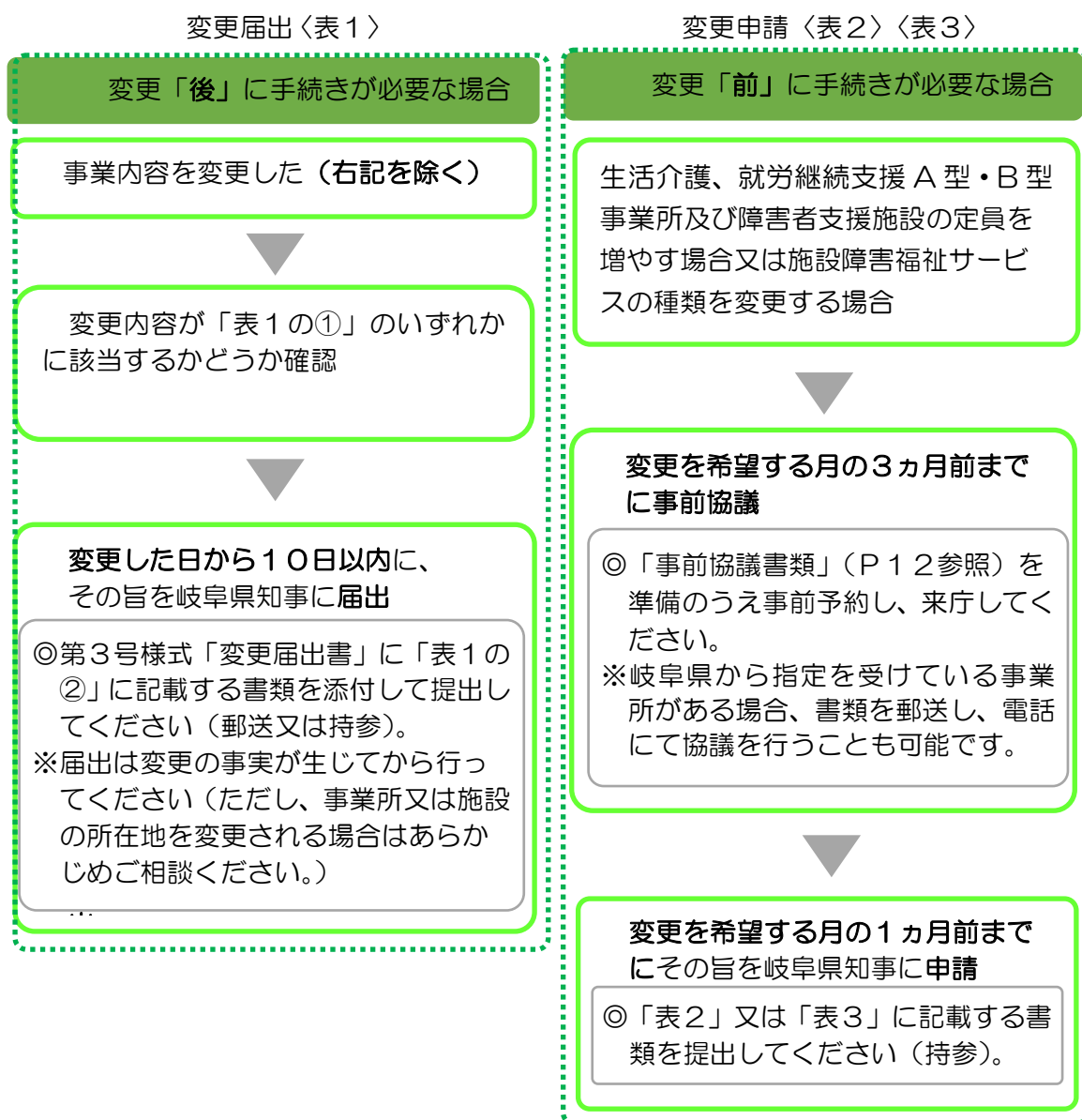
- ①指定障害福祉サービス事業者等の指定をしたとき。
- ②指定障害福祉サービス事業者から廃止の届出があったとき。
- ③指定障害者支援施設から指定辞退の届出があったとき。
- ④指定障害福祉サービス事業者等の指定を取消したとき。

＜公示する項目＞

- ・事業所番号
- ・事業者又は施設の名称及び所在地
- ・申請者又は施設の設置者
- ・指定年月日 等

## 5 事業内容を変更した（したい）場合の手続き等

変更届出、変更申請が必要な場合のスケジュール



※定員を増やすときは変更届出ではなく、変更申請の手続きが必要です。

次の項目を変更した  
場合は、変更届の提出  
が必要です

<表1>

※付表は1から16までは、該当の書類のみ添付してください。

番号	①変更の届出を要する事項	②第3号様式「変更届出書」に添付する書類 (変更後のものを提出してください。)
1 (☆)	事業所(施設)の名称	<input type="checkbox"/> 付表(該当するサービスのもの) <input type="checkbox"/> 運営規程(新旧対照表及び改正後の運営規程一式) <input type="checkbox"/> 業務管理体制の整備に関する事項の届出書(届出事項の変更)(第3号様式)
2 (☆)	事業所(施設)の所在地(設置の場所)	<input type="checkbox"/> 付表(該当するサービスのもの) <input type="checkbox"/> 運営規程(新旧対照表及び改正後の運営規程一式) <input type="checkbox"/> 事業所・施設の平面図(参考様式1) <input type="checkbox"/> 事業所の設備・備品等一覧表(参考様式2) <input type="checkbox"/> 事業所の外観及び内部の写真 <input type="checkbox"/> 事業所の位置図 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借契約書の写し ※要原本証明 <input type="checkbox"/> 指定基準等チェックリスト <input type="checkbox"/> 事業所建物の消防法適合状況を示す書類(「消防用設備等検査済証」又は「消防用設備等点検結果報告書」)の写 ※要原本証明 <input type="checkbox"/> 業務管理体制の整備に関する事項の届出書(届出事項の変更)(第3号様式)
	<b>【お願い】</b> 事業所(施設)の所在地を変更される場合は、あらかじめご相談いただきますようよろしくお願いします。	
3 (☆)	申請者(設置者)の名称	<input type="checkbox"/> 付表(該当するサービスのもの) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 ※写しの場合は要原本証明 <input type="checkbox"/> 運営規程(新旧対照表及び改正後の運営規程一式) <input type="checkbox"/> 業務管理体制の整備に関する事項の届出書(届出事項の変更)(第3号様式)
4 (☆)	申請者(設置者)の主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/> 付表(該当するサービスのもの) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 ※写しの場合は要原本証明 <input type="checkbox"/> 業務管理体制の整備に関する事項の届出書(届出事項の変更)(第3号様式)
5 (☆)	申請者(設置者)の代表者の氏名、生年月日、住所及	<input type="checkbox"/> 付表(該当するサービスのもの) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 ※写しの場合は要原本証明



	び経歴	<input type="checkbox"/> 誓約書（参考様式8） <input type="checkbox"/> 業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）（第3号様式）
6	定款・寄付行為等（指定就労継続支援 A 型事業者に限る。）若しくは登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 定款（指定就労継続支援 A 型事業者に限る。）（要原本証明） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 ※写しの場合は要原本証明 <input type="checkbox"/> 誓約書（参考様式8）
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 事業所・施設の平面図（参考様式 1） <input type="checkbox"/> 事業所の設備・備品等一覧表（参考様式 2） <input type="checkbox"/> 事業所の外観及び内部の写真 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借契約書の写し ※要原本証明
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 管理者の経歴書（参考様式 3） ※指定基準上、要件が求められている場合は、当該要件を満たしていることを証する書類を添付 <input type="checkbox"/> 誓約書（参考様式8） <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表（参考様式 10） <input type="checkbox"/> 組織体制図
9	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の経歴書（参考様式 3） <input type="checkbox"/> 資格証明書の写し ※要原本証明 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書（参考様式 4） ※指定基準上、実務経験要件が求められている場合のみ。 <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表（参考様式 10） <input type="checkbox"/> 組織体制図
10	事業所（施設）のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の経歴書（参考様式 3） <input type="checkbox"/> 資格証明書の写し、研修修了証の写し ※要原本証明 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書（参考様式 4） <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表（参考様式 10） <input type="checkbox"/> 組織体制図
	【サービス管理責任者基礎研修の修了者を実務経験（OJT）の業務に従事する者として配置する場合の注意点】 上記必要書類のなかで、氏名を記載する箇所すべてにおいて、氏名の右側に（OJT として配置）と明記して届出を行ってください。	

	例：岐阜 太郎（OJT として配置）	
11	指定地域相談支援の提供に 当たる者の氏名、生年月日、 住所及び経歴	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 相談支援専門員の経歴書（参考様式 3） <input type="checkbox"/> 資格証明書の写し、研修修了証の写し <input type="checkbox"/> ※要原本証明 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書（参考様式 4） <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表（参考様式 10） <input type="checkbox"/> 組織体制図
12	主たる対象者	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 運営規程（新旧対照表及び改正後の運営規程一式） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する理由等（参考様式 7） ※対象を特定する場合のみ
13	運営規程	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 運営規程（新旧対照表及び改正後の運営規程一式） <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表（参考様式 10） ※次に該当する場合のみ ・従業者の数の変更（新たに配置する従業者を看護職員等の有資格者等として配置する場合、資格証等の写し（要原本証明）を添付してください。また、以前から配置していたが、県に有資格者等の要件を満たしていることを証明できる書類の写しを提出していない従業者についても同様に添付してください。） ・営業日・営業時間の変更 ・サービス提供日・サービス提供時間の変更 <input type="checkbox"/> 組織体制図 ※従業者の数に変更がある場合のみ <input type="checkbox"/> 体制等に関する届出書（体制様式） ※従業者の員数変更等に伴い、報酬区分及び加算項目等が変更となる場合のみ
14	事業所の種別（併設型・空床型の別）	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 事業所・施設の平面図（参考様式 1） <input type="checkbox"/> 運営規程（新旧対照表及び改正後の運営規程一式）
15	併設型における利用定員数 又は空床型における当該施設 の入所者の定員	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 事業所・施設の平面図（参考様式 1） <input type="checkbox"/> 運営規程（新旧対照表及び改正後の運営規程一式）
16	協力医療機関（協力歯科医療	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの）

〈定員増の扱い〉

◎生活介護、就労継続支援 A 型・B 型  
事業所及び障害者支援施設の定員  
増・・・変更申請

◎上記以外の定員増・・・変更届

	機関)の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	<input type="checkbox"/> 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容等の分かるもの
17	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制概要	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制概要
18	連携する公共職業安定所その他関係機関（提携就労支援機関）の名称	<input type="checkbox"/> 付表（該当するサービスのもの） <input type="checkbox"/> 就労支援機関との連携体制の概要

※「変更届出書（第3号様式）」及び「障害福祉サービス等開始・変更届出書（第6号様式）」（該当する事項の変更の場合に限る。）に上表の書類を添付すること。

※「障害福祉サービス等開始・変更届出書（第6号様式）」に掲げる事項について 届け出ている事項に変更が生じた場合には、変更が生じた日から1か月以内に同様式を用いて届け出てください。

※なお、上表1～5（☆）の事項に変更があった場合には、業務管理体制の変更の届出も必要となります。（詳細は、「（1）業務管理体制の整備（P28）」を参照ください。）

＜表2＞生活介護、就労継続支援 A 型及び就労継続支援 B 型事業所で定員を増やす場合

	必要な書類（変更後のもの）	
生活介護 就労継続支援 A 型 就労継続支援 B 型	<input type="checkbox"/> 指定申請書（変更）（第2号様式）	
	<input type="checkbox"/> 変更するサービスの付表	
	生活介護	付表3
	就労継続支援 A 型・B 型	付表1 2
	※多機能型の場合	上記+付表1 3
	<input type="checkbox"/> 事業所の平面図（参考様式 1）	
	<input type="checkbox"/> 建物賃貸借契約書等の写し（要原本証明）	
	<input type="checkbox"/> 事業所の外観及び内部の写真	
	<input type="checkbox"/> 事業所の設備・備品等一覧表（参考様式 2）	
	<input type="checkbox"/> 事業所の位置図	
	<input type="checkbox"/> 運営規程（新旧対照表及び改正後の運営規程一式）	
	<input type="checkbox"/> 誓約書（参考様式8）	
	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表（参考様式 10）、組織体制図	
	<input type="checkbox"/> 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（体制様式） ※総括表のほか変更が生じる加算項目については総括表に定める「別紙」を添付	
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業等開始・変更届出書（第6号様式）	

＜表3＞障害者支援施設の定員を増やす場合又は施設障害福祉サービスの種類を変更する場合

	必要な書類（変更後のもの）	
障害者支援施設	<input type="checkbox"/> 指定申請書（変更）（第2号様式）	
	<input type="checkbox"/> 変更するサービスの付表	
	生活介護	付表8
	自立訓練（機能訓練）	付表9

	自立訓練（生活訓練）	付表 10
	就労移行支援	付表 11
	<input type="checkbox"/> 施設の平面図（参考様式 1）	
	<input type="checkbox"/> 建物質貸借契約書等の写し（要原本証明）	
	<input type="checkbox"/> 施設の外観及び内部の写真	
	<input type="checkbox"/> 施設の設備・備品等一覧表（参考様式 2）	
	<input type="checkbox"/> 施設の位置図	
	<input type="checkbox"/> 運営規程（新旧対照表及び改正後の運営規程一式）	
	<input type="checkbox"/> 誓約書（参考様式 8）	
	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表（参考様式 10）、組織体制図	
	<input type="checkbox"/> 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（体制様式） ※総括表のほか変更が生じる加算項目については総括表に定める「別紙」を添付	

## 6 事業を廃止・休止しようとする場合や再開した場合の手続き等

○指定障害福祉サービス事業者等は当該指定に係るサービスの事業を廃止、休止しようとするときは1ヵ月前までに、休止した事業を再開したときは10日以内に岐阜県知事に「廃止・休止・再開届出書（第4号様式）」及び「障害福祉サービス事業等廃止・休止届出書（第7号様式）」（廃止、休止しようとする場合に限る。）を提出する必要があります。

○指定を受けた法人から別法人に事業が移管される場合は当該指定を受けていた法人の事業所は、「廃止」の取扱いとなります。廃止の届出を行うとともに、別法人が新たに指定申請の手続きを行うことが必要です。

＜廃止・休止・再開届に必要な事項＞

- ・廃止、休止予定年月日又は再開した年月日
- ・廃止又は休止する場合は、その理由
- ・廃止又は休止する場合は、現に支援を受けていた者に対する措置
- ・休止の場合は、休止の予定期間

※第4号様式（別紙）及び第4号様式（別紙）の作成にあたり現にサービスを受けている利用者に対してその希望や意向等を聴取するために実施した個々の面談記録等、指定サービス事業者として利用者に対し責任ある対応を行ったことが確認できる資料の提出を必要とする場合があります。

※廃止・休止届提出時に現に支援を受けている利用者について、今後の方針が定まっていない場合、届出を受理できない場合があります。

※補助金の交付を受けている場合は、『財産処分の承認』が必要となる場合があります。処分に係る協議に時間を要する場合がありますため、早めに相談してください。

## 7 障害者支援施設の指定を辞退する場合

○障害者支援施設がその指定を辞退する場合は、3ヵ月以上の予告期間を設けて、その指定を辞退することができるとされています。

○指定を辞退しようとする施設は、辞退の日の3ヵ月前までに「指定辞退届出書（第5号様式）」に必要事項を記入の上、指定申請を行った担当課に提出してください。

## 8 報酬の算定に関する手続き

### (1) 報酬

○サービス提供時の報酬の算定については、次の告示及び留意事項通知等に掲げるところによります。

#### 〈指定障害福祉サービス及び指定障害者施設の報酬基準〉

- ・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、以下「報酬基準」という。)

#### 〈指定地域相談支援及び指定計画相談支援の報酬基準〉

- ・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地域相談支援に要する費用の額の算定に関する基準  
(平成24年3月14日厚生労働省告示第124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基づく指定計画相談支援に要する費用の額の算定に関する基準  
(平成24年3月14日厚生労働省告示第125号)

#### 〈指定障害福祉サービス、指定障害者施設、指定地域相談及び指定計画相談の報酬基準に係る留意事項通知〉

- ・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、以下「留意事項通知」という。)

#### ※加算の算定要件等を満たすべき数を算定する際の利用者数について

報酬算定上満たすべき従業者の員数又は加算等若しくは減算の算定要件を算定する際の利用者数は、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。）の利用者延べ人数を開所日数で除して得た数（小数点第2位以下切り上げ）となります。ただし、就労定着支援及び自立生活援助については、前年度の全利用者の延べ数を当該前年度の開所月数で除して得た数（小数点第2位以下切り上げ）となります。

なお、療養介護、短期入所、施設入所支援、宿泊型自立訓練又は共同生活援助に係る平均利用者数の算定に当たっては、入所等した日を含み、退所等した日は含みません。

なお、新たに事業を開始した者や特定旧法施設からの移行等に際しては、以下のとおり取り扱います。

- ①新設又は増改築等を行った場合に関して、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。）の利用者数は、便宜上、利用定員の90%を利用者数とし、新設又は増改築の時点から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6月の開所日数で除して得た数とし、新設又は増改築の時点から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1年間の開所日数で除して得た数となります。
- ②就労定着支援については、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。）の利用者数は、新設等の時点から6月未満の間は、便宜上、一体的に運営する生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を受けた後に一般就労（就労継続支援A型事業所への移行は除く。）し、就労を継続している期間が6月に達し

た者の数の過去3年間の総数の70%を利用者数とし、新設等の時点から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6で除して得た数とし、新設等の時点から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12で除して得た数となります。

- ③自立生活援助については、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。）の利用者数は、便宜上、規則第34条の18の3の第7号に規定する利用者の推定数の90%を利用者の数とし、新設等の時点から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6で除して得た数とし、新設等の時点から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12で除して得た数となります。
- ④定員を減少する場合には、減少後の実績が3月以上あるときは、減少後の延べ利用者数を3月間の開所日数で除して得た数となります。
- ⑤特定旧法指定施設が指定障害福祉サービス事業所等へ転換する場合については、当該指定申請の日の前日から概ね過去1月間の特定旧法指定施設としての実績によることとなります。

## （2）介護給付費等算定に係る体制等に関する届出

- ①サービス提供時の報酬の算定にあたっては、「（体制様式（総括表））各障害福祉サービス事業ごとの介護給付費等の算定に係る体制等状況総括表」に掲げる事項について、新規に指定障害福祉サービス等の提供を行う場合及び届け出た体制に変更があった場合、事前に岐阜県知事に届け出る必要があります。詳細については、報酬基準及び留意事項通知を参照願います。（新規に指定を受けた事業者等が届出をしない場合は、加算等がないものとして、取り扱います。）

なお、報酬の加算等（算定される単位数が増えるものに限る。）が算定できる効力の発生時期は、原則として次のとおりです。

### ■効力の発生時期

○報酬の加算等（算定される単位数が増えるものに限る）の算定の場合

- ・届出が毎月15日以前になされた場合・・・翌月のサービス提供分から
- ・届出が毎月16日以降になされた場合・・・翌々月のサービス提供分から

○報酬の加算等がされなくなる場合

- ・加算等が算定されなくなった事実が発生した日

## ②年度初めの取扱い

就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型又は就労定着支援に係る基本報酬又は加算は、前年度又は前年度末日の実績に応じて当該年度の基本報酬の算定区分や加算単位数が決まるため、翌年度4月からの基本報酬の算定区分や加算の届出は、毎年度4月15日までに届出があった場合に、4月のサービス提供分から算定します。

なお、届出にあたっては、4月1日適用分と5月1日適用分と分けて届出をしてください。

また、前年度実績に基づいて区分の見直しを行った結果、これまでの区分と変更がない場合には、届出の必要はありません。（前年度実績に基づいた見直し結果の積算資料は保管してください。必要に応じ提供いただく場合があります。）。ただし、指定生活介護などでサービス提供単位を設定している場合には、サービス提供単位ごとに加算等の届出が必要なことから、一つのサービス提供単位で変更があった場合には、変更のないサービス提供単位も含めたすべてのサービス提供単位について、届出をしてください。

※4月15日までになされない場合には、前記①の取扱い

### ③新規指定時の取扱い

指定を受けようとする月の前々月末日までに届出を行い、指定時から適用されます。（指定申請時に併せて提出願います。）

## 9 その他必要な届出や手続き等について

### （１）業務管理体制の整備

○法令遵守の義務の履行を確保し、指定取消事案などの不正行為を未然に防止するとともに、利用者又は入所者の保護と障害福祉サービス等の事業運営の適正化を図るため、各事業者に対し法令遵守等の業務管理体制の整備とその届出が義務付けられています。

#### ①事業者が整備する業務管理体制

事業者等が整備すべき業務管理体制は以下の表のとおりです。

指定事業所等の数		20未満	20以上 100未満	100以上
業務管理体制 の内容	法令を遵守するための体制の確保にかかる責任者（「法令遵守責任者」）の選任	○	○	○
	業務が法令に適合することを確保するための規程（「法令遵守規程」）の整備	—	○	○
	業務執行の状況の監査を定期的に実施	—	—	○

※多機能型事業所においては、各サービスを1つの事業所として数えます。

#### ②業務管理体制の届出

届出が必要な事項は以下の表のとおりです。

届出事項	対象となる事業者
（１）事業者の名称又は氏名 主たる事務所の所在地 代表者の氏名、生年月日、住所、職名	全ての事業者
（２）「法令遵守責任者」の氏名、生年月日	
（３）上記に加え、「法令遵守規程」の概要	事業所等の数が20以上の事業者
（４）上記に加え、「業務執行状況の監査の方法」の概要	事業所等の数が100以上の事業者

なお、既に事業所の指定を受けている事業者で、根拠条文（※）を同じくするサービスの指定を受けた場合で、業務管理体制の整備の内容に変更がない場合、届出は不要です。

※法第51条の2（指定障害福祉サービス及び指定障害者支援施設等の設置者）

法第51条の31（指定相談支援事業者）

届出先は以下の表のとおりです。

区分	届出先
① 事業所等が2以上の都道府県に所在する事業者	厚生労働省本省 (社会・援護局障害保健福祉部企画課監査指導室)
② 相談支援事業を行う事業者のうち、特定相談支援事業又は障害児相談支援事業のみを行う事業者であって、すべての事業所等が同一市町村内に所在する事業者	市町村
③ ①および②以外の事業者	都道府県※

※事業所が岐阜市内のみに所在する場合は岐阜市障がい福祉課が届出先です。

※届出様式、通知等の関係資料は、岐阜県庁ホームページからダウンロードしてください。

([https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/index\\_41383.html](https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/index_41383.html))

## (2) 障害福祉サービス等情報公表システムへの入力

○平成30年4月から障害福祉サービス等情報公表制度が始まり、指定障害福祉サービス事業者は、そのサービス内容等を県へ報告することが義務づけられました。県は事業者から報告された情報の内容を確認し、公表します。

○公表にあたっては独立行政法人福祉医療機構(WAMNET)のシステムを利用し、県へサービス内容等を報告(事業所情報の送信)いただく必要があります。

○指定後、登録メールアドレスに、独立行政法人福祉医療機構(WAMNET)からID及びPASSが送付され次第、障害福祉サービス等情報公表システムにて報告をお願いします。

○なお、既存の事業所におかれましても、毎年度、本公表に係る報告(情報の更新)が必要となります。

【障害福祉サービス等情報公表制度のご案内(岐阜県ホームページ)】

<https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/>

※報告やシステム操作にあたっては、下記連絡版から「操作説明書(マニュアル)」、「よくある質問(Q&A)」などをご覧ください。

【障害福祉サービス等情報公表システム関係連絡板(WAMNET)】

<https://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/shofukuinfopub/jigyo>

## (3) 報告・検査等の実施

○岐阜県及び各市町村は指定事業者の行う支援が事業の基準を満たしているか、介護給付費等の請求に不正がないか等確かめるために、書面・実地等により検査・指導を行います。

○原則として、初回を開設年度の次年度に実施し、その後、障害福祉サービス及び一般相談支援についてはおおむね3年に1回、障害者支援施設についてはおおむね毎年1回実施します。

## (4) 事故等の報告

○指定事業者がサービス提供を行う事業所等において、事故・事件、食中毒・感染症、施設入所者の行方不明・事故、送迎車の交通事故などが発生した場合には、速やかに家族及び関係機関(消防署、警察署、市町村など)に連絡するとともに、県の現地機関(p31参照)及び関係市町村担当課に対し、報告を行ってください。

※岐阜県指定障害福祉サービス等事業所等における事故等発生時の報告事務取扱要領

※岐阜県社会福祉施設等内における食中毒・感染症等初動マニュアル

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/jiko-jiken.html>)



#### (5) メールアドレスの登録について

○指定障害福祉サービス事業者等に対し、各種依頼や情報提供等を障害福祉課から電子メールで行いますので、貴法人の代表メールアドレスを必ずご登録いただきますようお願いいたします。

##### 【登録が必要なケース】

- 事業所を新規で開設した。 → 記載例①を参照
- すでに事業所を運営しており、サービスを追加した。 → 記載例①を参照
- すでに事業所を運営しており、メールアドレスが変わった。 → 記載例②を参照

【登録方法】次のアドレスに貴法人の登録する代表メールアドレスから送信

送信先メールアドレス : <a href="mailto:c11226@pref.gifu.lg.jp">c11226@pref.gifu.lg.jp</a>
---

##### 【 記載例① 】

「件名」：岐阜株式会社代表メールアドレスの新規登録について

「本文」：以下のとおり、登録をお願いいたします。

- ・法人名：岐阜株式会社
- ・事業所名：岐阜居宅介護サービス
- ・事業所の電話番号：\*\*\* - \*\*\*\*\* - \*\*\*\*\*
- ・サービス：指定居宅介護、指定重度訪問介護
- ・担当者名：岐阜太郎

##### 【 記載例② 】

「件名」：岐阜株式会社代表メールアドレスの変更について

「本文」：以下のとおり、登録をお願いいたします。

- ・法人名：岐阜株式会社
- ・事業所名：岐阜居宅介護サービス
- ・事業所の電話番号：\*\*\* - \*\*\*\*\* - \*\*\*\*\*
- ・サービス：指定居宅介護、指定重度訪問介護
- ・担当者名：岐阜太郎

#### (6) 問い合わせ方法

ご不明な点などがありましたら、以下の県ホームページにございます「障害者総合支援法関係制度に係る質疑について」をご確認のうえ、掲載している質問票によりお問い合わせください。

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/page/578.html>)

## 10 各書類提出先、問い合わせ先

○各種申請、届出等について

### ＜岐阜県内の市町村（岐阜圏域の市町を除く。）にある事業所・施設＞

〒500-8570 岐阜県岐阜市薮田南2-1-1 岐阜県庁12階

岐阜県健康福祉部障害福祉課 事業所指導係

TEL 058-272-1111 内線3490、3491、3492、3493

FAX 058-278-2643

### ＜岐阜圏域の市町（岐阜市（障害児入所施設に限る。）、羽島市、各務原市、山県市、瑞穂市、本巣市、岐南町、笠松町、北方町）にある事業所・施設＞

〒500-8384 岐阜県岐阜市薮田南5-14-53 OKBふれあい会館 第2棟4階

岐阜県健康福祉部 岐阜地域福祉事務所

福祉課 地域福祉第二係

TEL 058-272-8287（直通）

FAX 058-278-3526

○指定後の検査（実地指導等）、事故等報告について

機関名	所在地	TEL	FAX	備考
岐阜地域福祉事務所 福祉課	岐阜県岐阜市薮田南5-14-53 OKB ふれあい会館 第2棟 4階	058-272-8287 （直通）	058-278-3526	岐阜市、羽島市、各務原市、山県市、瑞穂市、本巣市、岐南町、笠松町、北方町 ※岐阜市は障害児入所施設に限る。
西濃県事務所 福祉課	大垣市江崎町42-3 西濃総合庁舎	0584-73-1111 （232～235）	0584-73-3524	大垣市、海津市、養老町、垂井町、関ヶ原町、神戸町、輪之内町、安八町
揖斐県事務所 福祉課	揖斐郡揖斐川町上南方1-1 揖斐総合庁舎	0585-23-1111 （241、242）	0585-22-1829	揖斐川町、大野町、池田町
中濃県事務所 福祉課	美濃市生櫛1612-1 中濃総合庁舎	0575-33-4011 （257、258）	0575-35-1492	関市、美濃市、郡上市
可茂県事務所 福祉課	美濃加茂市古井町下古井2610-1 可茂総合庁舎	0574-25-3111 （242、243）	0574-25-3934	美濃加茂市、可児市、坂祝町、富加町、川辺町、七宗町、八百津町、白川町、東白川村、御嵩町

東濃県事務所 福祉課	多治見市上野町5-68-1 東濃西部総合庁舎	0572-23-1111 (271、272)	0572-25-0079	多治見市、瑞浪市、土岐市
恵那県事務所 福祉課	恵那市長島町正家後田1067-71 恵那総合庁舎	0573-26-1111 (226、227)	0573-25-7129	中津川市、恵那市
飛騨県事務所 福祉課	高山市上岡本町7-468 飛騨総合庁舎	0577-33-1111 (271～274)	0577-33-1085	高山市、飛騨市、下呂市、白川村

○関係法の確認について

＜消防法＞

- ・所管の消防署へ確認してください。

＜建築基準法＞

- ・県の建築事務所又市町村の所管部署へ確認してください。

【参考】

機関名	所在地	TEL	FAX	備考
岐阜・西濃建築事務所	大垣市江崎町422-3 西濃総合庁舎	0584-73-1111 (384、387)	0584-73-1176	羽島市、山県市、瑞穂市、本巣市、海津市、羽島郡、養老郡、不破郡、安八郡、揖斐郡、本巣郡
中濃建築事務所	美濃加茂市古井町下古2610-1 可茂総合庁舎	0574-25-3111 (322、333)	0574-25-5517	関市、美濃市、美濃加茂市、可児市、郡上市、加茂郡、可児郡
東濃建築事務所	多治見市上野町5-68-1 東濃西部総合庁舎	0572-23-1111 (333)	0572-23-1612	多治見市、中津川市、瑞浪市、恵那市、土岐市
飛騨建築事務所	高山市上岡本町7-468 飛騨総合庁舎	0577-33-1111 (391、392)	0577-35-3835	高山市、飛騨市、下呂市、大野郡

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/shakai-kiban/kaihatsu/kaihatsu-kyoka/11655/tebiki.html>)

＜都市計画法＞

【参考】開発許可事務の手引き（都市計画法関係）

(<https://www.pref.gifu.lg.jp/uploaded/attachment/3346.pdf>)

## 1 1 よくあるご質問

Q1 サービス管理責任者が退職し、後任者のサービス管理責任者がいません。求人募集はしていますが、まだ、決まっていません。このまま事業を続けても問題ないですか。

A1 サービス管理責任者が不在となった場合、具体的には、下記の対応が考えられますが、速やかに、障害福祉課（又は岐阜地域福祉事務所）へ連絡・相談のうえ、必要な届出を行ってください。

- 個別支援計画の作成等ができないため、新規の利用者の受け入れは控えてください。
- 不在の期間が長期間にわたる場合は、休止や廃止も検討してください。
- 個別支援計画の作成は、サービス管理責任者が行うため、見直しが必要となった月以降、当該状態が解消されるに至った月の前月まで個別支援計画未作成減算となります。
- 人員基準を満たしていない月の翌々月から人員欠如が解消されるに至った月まで、サービス管理責任者欠如減算となります。
- サービス管理責任者欠如減算に該当する場合は、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」及び「(体制様式(総括表))各障害福祉サービス事業ごとの介護給付費等の算定に係る体制等状況総括表」を提出してください。
- サービス管理責任者がやむを得ない事由により欠如した場合については、実務経験を満たす者をサービス管理責任者として配置する「みなし配置」が適用される旨定められています。みなし配置の適用を受ける場合には、協議書を県へ提出し審査を受ける必要があります。

※協議書の様式は以下のホームページに掲載しております。

66.サービス管理責任者等に関する告示の改正に伴う取扱いについて(R5年8月17日)  
<https://www.pref.gifu.lg.jp/page/289500.html>（指定事業者の皆さまへ R5）

Q2 現在、「株式会社〇〇」が実施している事業を、「株式会社□□」が実施することになりました。どのような手続きが必要ですか。

A2 法人が変更となる場合、現在、指定を受けている法人（株式会社〇〇）が運営する事業所は「廃止」し、事業を承継することになった法人（株式会社□□）は新たに指定を受けることが必要ですので、速やかに障害福祉課（又は岐阜地域福祉事務所）に相談ください。

## 1 2 サービス管理責任者、相談支援専門員について

療養介護、生活介護、重度障害者包括支援、施設入所支援、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）、就労定着支援、自立生活援助又は共同生活援助の指定を受けて事業を実施する場合はサービス管理責任者を、地域相談支援及び計画相談支援の指定を受けて事業を実施する場合は、相談支援専門員を配置する必要があります。

なお、必要とされるサービス管理責任者及び相談支援専門員になるためには、次の要件を満たす必要があります。

### （１）サービス管理責任者の要件

○「サービス管理責任者」は、「サービス管理責任者の要件となる実務経験」（資料3参照）に掲げる実務経験を有する者であり、かつ、次の①及び②の研修修了者である必要があります（②を修了後、5年ごとに「サービス管理責任者更新研修」を受講する必要があります。）（※1）。

①サービス管理責任者基礎研修及び相談支援従事者初任者研修等（※2）

## ②サービス管理責任者実践研修

- ※1 令和元年度からサービス管理責任者の要件が変更されています。要件の詳細は「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（平成18年厚生労働省告示第544号）」を確認してください。
- ※2 サービス管理責任者として従事する予定の方で岐阜県が開催する研修を受講される場合は、令和元年度から相談支援従事者初任者を受講する必要はありません。新たに開催する「サービス管理責任者等基礎研修」に必要な部分（基礎部分）を含めて実施しますので、そちらを受講してください。そのほか、令和元年度から研修体系が見直されました。詳細は、岐阜県庁ホームページを確認してください。

([https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/kenshu\\_keikaku.html](https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/shogaisha/horei/11226/kenshu_keikaku.html))

## (2) 相談支援専門員の要件

- 「相談支援従事者研修」を修了し、当該研修を修了した旨の証明書の交付を受ける必要があります。
- 別添「相談支援専門員の要件となる実務経験」（資料4参照）に掲げる実務経験を有する必要があります。

## 資料 1 指定基準等チェックリスト

### ○居宅介護

## 居 宅 介 護

### 基 本 方 針

居宅介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、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生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

### サービスの概要

障がい者等につき、居宅において入浴、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生活全般にわたる援助。

### 人員・設備の概要

人員基準	従業者	従業者	<input type="checkbox"/> 常勤換算方法で2.5以上。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士等資格要件を満たす者。（平成18年厚生労働省告示第538号参照。）
		サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定居宅介護の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> 資格要件を満たす者。（介護福祉士、実務者研修修了者等）員数が次の①から③のいずれかに該当する数以上。 <input type="checkbox"/> ①当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が450時間又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ②当該事業所の従業員の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ③利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> 員数については常勤換算方法によることができる。 <input type="checkbox"/>
	管理者		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定居宅介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定居宅介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
設備基準	事務室		<input type="checkbox"/> 必要な面積を有する専用の事務室であること。 <input type="checkbox"/> 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 <input type="checkbox"/> 区分されていなくても区画が明確に特定されていれば足りる。
	受付等のスペース		<input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースであること。

設備基準	その他必要な設備及び備品等 <div> <input type="checkbox"/> 感染症予防に必要な設備等に配慮すること。  <input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。         </div>
	<input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○重度訪問介護

# 重 度 訪 問 介 護

## 基 本 方 針

重度訪問介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、重度の肢体不自由者又は重度の知的障がい若しくは精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者であって、常時介護を要する障がい者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該障がい者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、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、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

重度の肢体不自由者又は重度の知的障がい若しくは精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者であって、常時介護を要する障がい者につき、居宅において入浴、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生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行う。

## 人員・設備の概要

人員基準	従業者	従業者	<input type="checkbox"/> 常勤換算方法で2.5以上。 <input type="checkbox"/> 介護福祉士等資格要件を満たす者。（平成18年厚生労働省告示第538号参照。）
		サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定重度訪問介護の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> 資格要件を満たす者。（介護福祉士、実務者研修修了者等）員数が①から③のいずれかに該当する数以上。 <input type="checkbox"/> ①当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が1000時間又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ②当該事業所の従業員の数が20人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ③利用者の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> 員数については、常勤換算方法によることができる。 <input type="checkbox"/>
	管理者		<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定重度訪問介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定重度訪問介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
設備基準	事務室		<input type="checkbox"/> 必要な面積を有する専用の事務室であること。 <input type="checkbox"/> 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 <input type="checkbox"/> 区分されていない区画が明確に特定されていれば足りる。
	受付等のスペース		<input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースであること。



設備基準	その他必要な設備及び備品等 <div> <input type="checkbox"/> 感染症予防に必要な設備等に配慮すること。  <input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。         </div>
	<input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。

そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○同行援護

# 同 行 援 護

## 基 本 方 針

同行援護に係る指定障害福祉サービスの事業は、視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する障がい者等が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該障がい者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、外出時において、当該障がい者等に同行し、移動に必要な情報の提供、移動の援護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障がい者等の外出時に必要な援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する障がい者等につき、外出時において、当該障がい者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障がい者等が外出する際に必要な援助を行う。

## 人員・設備の概要

人員基準	従業者	従業者	<input type="checkbox"/> 常勤換算方法で2.5以上。 <input type="checkbox"/> 次の①または②のいずれかを満たす者。 ①同行援護従業者養成研修一般課程修了者 （相当する研修課程修了者含む。） ②居宅介護職員初任者研修修了者等であって、 1年以上の直接処遇経験を有する者 等
		サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定同行援護の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> 次の①及び②のいずれにも該当又は③に該当する者。 ①介護福祉士、実務者研修修了者等 ②同行援護従業者養成研修一般課程及び応用課程の修了者 ③国立リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を修了した者又はこれに準ずる者 <input type="checkbox"/> 員数が次の①から③のいずれかに該当する数以上。 ①当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く）が450時間又はその端数を増すごとに1人以上 ②当該事業所の従業員の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 ③利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 員数については、常勤換算方法によることができる。
	管理者		<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定同行援護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定同行援護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

設備基準	事務室	<input type="checkbox"/> 必要な面積を有する専用の事務室であること。 <input type="checkbox"/> 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 <input type="checkbox"/> 区分されていないくても区画が明確に特定されていれば足りる。
	受付等のスペース	<input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースであること。
	その他必要な設備及び備品等	<input type="checkbox"/> 感染症予防に必要な設備等に配慮すること。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。
	<input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。	

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○行動援護

# 行 動 援 護

## 基 本 方 針

行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、当該利用者が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他の当該利用者が行動する際に必要な援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

知的障がい又は精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者等であって常時介護を要する者につき、当該障がい者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障がい者等が行動する際の必要な援助。

## 人員・設備の概要

人員基準	従業者	従業者	<input type="checkbox"/> 常勤換算方法で2.5以上。 <input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修課程修了者又は強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者であって1年以上の直接処遇経験（知的障がい者・精神障がい者等）を有する者。
		サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定同行援護の職務に従事する者。行動援護従事者研修課程又は強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践）修了者で、知的障がい者等又は精神障がい者等の直接支援業務に3年以上従事した者（※） ※下記の要件を満たす者も含む 介護福祉士、実務研修修了者、介護職員基礎研修修了者、居宅介護職員初任者研修修了者等であって5年以上の実務経験を有する者。（令和6年3月31日までの経過措置） <input type="checkbox"/> 知的障がい者等又は精神障がい者等の福祉に関する事業（直接処遇に限る。）に5年以上従事した経験を有する者。 <input type="checkbox"/> 員数が次の①から③のいずれかに該当する数以上。 ①当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く）が450時間又はその端数を増すごとに1人以上 ②当該事業所の従業員の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 ③利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 員数については常勤換算方法によることができる。
	管理者		<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定行動援護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定行動援護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
設備基準	事務室		<input type="checkbox"/> 必要な面積を有する専用の事務室であること。 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 区分されていなくても区画が明確に特定されていれば足りる。

設備基準	受付等のスペース	<input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースであること。
	その他必要な設備及び備品等	<input type="checkbox"/> 感染症予防に必要な設備等に配慮すること。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。
	<input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。	

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○療養介護

# 療 養 介 護

## 基 本 方 針

療養介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該者の身体その他の状況及び置かれている環境に応じて、機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障がい者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、介護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話。また、療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	医師	<input type="checkbox"/> 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。
		看護職員	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 看護師、准看護師又は看護補助者であること。
		生活支援員	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を4で除した数以上。 <input type="checkbox"/> 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指定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。 ※利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 上記の従業者（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。	

人員基準	管理者	<input type="checkbox"/> 医師であること。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定療養介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定療養介護事業所の他の職務に従事し、又は当該指定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。
設備基準	<input type="checkbox"/> 医療法に規定する病院として必要とされる設備を有すること。 <input type="checkbox"/> 多目的室その他運営上必要な設備を有すること。 <input type="checkbox"/> 上記の設備は、専ら当該指定療養介護事業所の用に供するものであること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。	
運営基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 20人以上。

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。



上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○生活介護

# 生 活 介 護

## 基 本 方 針

生活介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴、排せつ及び食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## 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がい者であって、常時介護を要するものにつき、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活能力の向上のために行われる必要な援助。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	医師	<input type="checkbox"/> 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。 ※看護師等による利用者の健康状態の把握や健康相談等が実施され、必要に応じ医療機関への通院等により対応することを条件として医師配置しないこととした場合、本体報酬から一定の減算を行う。
		看護職員	<input type="checkbox"/> 生活介護の単位ごとに、1人以上。 <input type="checkbox"/> 保健師又は看護師若しくは准看護師であること。
		理学療法士又は作業療法士	<input type="checkbox"/> 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、生活介護の単位ごとに、当該訓練を行うのに必要な数。
		生活支援員	<input type="checkbox"/> 1人以上。（1人以上は常勤。）
			<input type="checkbox"/> 看護職員、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 ※利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者の数が60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 利用者の数が61人以上 1人に、利用者の数が60人を超過して40又はその端数を増すごとに1人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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。

人員基準	<input type="checkbox"/> 上記の従業者は、専ら当該指定生活介護事業所の職務に従事する者又は指定生活介護の単位ごとに専ら当該指定生活介護の提供に当たる者であること。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。	
	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定生活介護事業所の他の職務に従事し、又は当該指定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。
設備基準	訓練・作業室	<input type="checkbox"/> 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。 <input type="checkbox"/> 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。
	相談室	<input type="checkbox"/> 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。
	洗面所	<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"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	多目的室その他の運営上必要な設備  <input type="checkbox"/> 相談室及び多目的室は、利用者の支援に支障がない場合は兼用することができる。 <input type="checkbox"/> 上記の設備は、専ら当該指定生活介護事業所の用に供するものであること。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。	
運営基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 20人以上。

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無                      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無                      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無                      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【          年          月          日】 担当部署【                                  】          担当者名【                                  】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか    区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無                                  有          ・          無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【          年          月          日】 担当部署【                                  】          担当者名【                                  】 協議内容 ○必要手続の有無                                  有          ・          無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称   ：

代表者名称   ：

## ○短期入所

# 短期入所

## 基本方針

短期入所に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な保護を適切かつ効果的に行うものでなければならぬ。

## 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がい者等につき、当該施設に短期間の入所をさせて行われる、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援。

## 事業所の形態

併設型	<input type="checkbox"/> 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に運営を行う事業所。 <input type="checkbox"/> 専ら指定短期入所の用に供される居室において、指定短期入所を提供する場合に限り実施できる。 <input type="checkbox"/> 「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」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。
空床型	<input type="checkbox"/> 「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。
単独型	<input type="checkbox"/> 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の居室」において、指定短期入所の事業を行う事業所。

## 人員・設備の概要

人員基準	併設型 （指定障害者支援施設等）	<input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設等の利用者数及び併設事業所の利用者数の合計数を指定障害者支援施設等の利用者数とみなした場合において、当該施設として必要とされる数以上。
	併設型 （指定宿泊型自立訓練事業所等）	<input type="checkbox"/> 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に掲げる数以上。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 指定宿泊型自立訓練事業所等の利用者数及び併設事業所の利用者の合計数を当該指定宿泊型自立訓練事業所等の利用者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。 <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 当該日の指定短期入所の利用者数が6人以下1人以上 <input type="checkbox"/> 当該日の指定短期入所の利用者数が7人以上 1に当該日の利用者数が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。

人員基準	従業者	空床型	<input type="checkbox"/> 併設型の規定を準用。	
		単独型（指定生活介護事業所等）	<input type="checkbox"/> ①指定生活介護等のサービス提供時間帯 <input type="checkbox"/> 当該指定生活介護事業所等の利用者数及び当該単独型事業所の利用者数の合計数を、当該指定生活介護事業所等の利用者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 <input type="checkbox"/> ②①に掲げる時間以外の時間帯 <input type="checkbox"/> 当該日の利用者数が6人以下 1人以上 <input type="checkbox"/> 当該日の利用者数が7人以上 1に当該日の利用者数が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	
		単独型（指定生活介護事業所等以外）	<input type="checkbox"/> 当該日の利用者数が6人以下 1人以上 <input type="checkbox"/> 当該日の利用者数が7人以上 1に当該日の利用者数が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	
	管理者		<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定短期入所事業所の管理上支障がない場合は、当該指定短期入所事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。	
設備基準	居室	併設型 空床型	<input type="checkbox"/> 全部、また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	<input type="checkbox"/> 1の居室の定員 4人以下。 <input type="checkbox"/> 地階に設けてはならないこと。 <input type="checkbox"/> 利用者1人当たりの床面積 収納設備等を除き8㎡以上。 <input type="checkbox"/> 寝台又はこれに代わる設備を備えること。 <input type="checkbox"/> ブザー又はこれに代わる設備を備えること。	
	設備	併設型	<input type="checkbox"/> 併設事業所及び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。）を指定短期入所の用に供することができる。	
		空床型	<input type="checkbox"/> 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	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。

そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか    区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無                      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称   ：

代表者名称   ：

## ○自立訓練（機能訓練）

# 自立訓練（機能訓練）

## 基本方針

自立訓練（機能訓練）に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、1年6月間にわたり、身体機能又は生活能力の維持、向上等のために必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

利用者を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、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、又は当該障がい者の居宅を訪問して行われる、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他必要な支援。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	看護職員	<input type="checkbox"/> 1人以上。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。 <input type="checkbox"/> 保健師又は看護師若しくは准看護師であること。
		理学療法士又は作業療法士	<input type="checkbox"/> 1人以上 <input type="checkbox"/> 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。
		生活支援員	<input type="checkbox"/> 1人以上。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 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。 ※利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。	
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問することによりサービスを提供する場合は、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人以上置くこと。	
		<input type="checkbox"/> 上記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。	



人員基準	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <input type="checkbox"/> 社会福祉法第19条第1項各号のいずれか（社会福祉主任任用資格）に該当する者。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定自立訓練（機能訓練）事業所の管理上支障がない場合は、当該指定自立訓練（機能訓練）事業所の他の職務に従事し、又は当該指定自立訓練（機能訓練）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。
設備基準	訓練・作業室	<input type="checkbox"/> 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。 <input type="checkbox"/> 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。
	相談室	<input type="checkbox"/> 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。
	洗面所	<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"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	多目的室その他の運営上必要な設備  <input type="checkbox"/> 相談室及び多目的室は、利用者の支援に支障がない場合は兼用することができる。 <input type="checkbox"/> 上記の設備は、専ら当該指定自立訓練（機能訓練）事業所の用に供するものであること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。	
運営基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 20人以上。

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】

他法令の順守	協議内容 <input type="radio"/> 当該建築物が市街化調整区域に立地するか 区域内・区域外（いずれかに○） <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 ・ 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【          年          月          日】 担当部署【                                  】 担当者名【                                  】 協議内容 <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 ・ 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○自立訓練（生活訓練）

# 自立訓練（生活訓練）

## 基本方針

自立訓練（生活訓練）に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、2年間（長期間入院していたその他これに類する事由のある障がい者にあつては、3年間）にわたり生活能力の維持、向上等のための必要な支援、訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

### 【自立訓練（生活訓練）】

利用者を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、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、又は当該障がい者の居宅を訪問して行われる入浴、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必要な支援。

### 【宿泊型自立訓練】

利用者に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必要な支援。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	生活支援員	<input type="checkbox"/> 総数（健康上の管理などの必要がある利用者がいるため看護職員を置いている事業所については、生活支援員及び看護職員の総数）は、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。 <input type="checkbox"/> ①②に掲げる利用者以外の利用者 <input type="checkbox"/> ②指定宿泊型自立訓練の利用者 ※利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		地域移行支援員	<input type="checkbox"/> 指定宿泊型自立訓練を行う場合 1人以上。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問することによりサービスを提供する場合は、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人以上置くこと。	
		<input type="checkbox"/> 上記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。	





## ○就労移行支援

# 就 労 移 行 支 援

## 基 本 方 針

就労移行支援に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、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便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。期間は、2年間とし、専らあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格を取得させることを目的とした便宜を供与する場合は、3年又は5年とする。

## サービスの概要

就労を希望する65歳未満の障がい者であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者につき行われる、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。

## 人員・設備・運営の概要

### <就労移行支援事業所>

人員基準	従業者	職業指導員及び生活支援員	<input type="checkbox"/> 総数 常勤換算で、利用者数を6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（定員の90％）とする。 <input type="checkbox"/> 職業指導員 1人以上。 <input type="checkbox"/> 生活支援員 1人以上。 <input type="checkbox"/> いずれか1人以上は常勤。
		就労支援員	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を15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（定員の90％）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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（定員の90％）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 上記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。	
	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定就労移行支援事業所の管理上支障がない場合は、当該指定就労移行支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定就労移行支援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。	

設備基準	訓練・作業室	<input type="checkbox"/> 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。 <input type="checkbox"/> 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。
	相談室	<input type="checkbox"/> 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。
	洗面所	<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"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	多目的室その他の運営上必要な設備  <input type="checkbox"/> 相談室及び多目的室は、利用者の支援に支障がない場合は兼用することができる。 <input type="checkbox"/> 上記の設備は、専ら当該指定就労移行支援事業所の用に供するものであること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。	
運営基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 20人以上。

### <認定就労移行支援事業所>

あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師に係る学校養成施設認定規則によるあん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の学校又は養成施設として認定されている指定就労移行支援事業所。

人員基準	従業者	職業指導員及び生活支援員	<input type="checkbox"/> 総数 常勤換算で、利用者数を10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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 職業指導員 1人以上。 <input type="checkbox"/> 生活支援員 1人以上。 <input type="checkbox"/> いずれか1人以上は常勤。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者の数が60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 利用者の数が61人以上 1人に、利用者の数が60人を超過して40又はその端数を増すごとに1人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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 上記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。	

人員基準	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定就労移行支援事業所の管理上支障がない場合は、当該指定就労移行支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定就労移行支援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。
設備基準		<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師に係る学校養成施設認定規則の規定によりあん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師に係る学校養成施設として必要とされる設備を有すること。
運営基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 20人以上。

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。



☐ 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称 :

代表者名称 :

## ○就労継続支援A型

# 就 労 継 続 支 援 A 型

## 基 本 方 針

就労継続支援A型に係る障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、雇用して就労の機会を提供するとともに、その知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## 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がい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行われる、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。

## 実 施 主 体

実施主体	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の者である場合は、当該法人は専ら社会福祉事業を行う者であること。 <input type="checkbox"/> 障害者の雇用の促進等に関する法律第44条に規定する子会社（特例子会社）以外の者であること。
------	---

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	職業指導員及び生活支援員	<input type="checkbox"/> 総数 常勤換算で、利用者数を10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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 職業指導員 1人以上。 <input type="checkbox"/> 生活支援員 1人以上。 <input type="checkbox"/> いずれか1人以上は常勤。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 上記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。	
	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定就労継続支援A型事業所の管理上支障がない場合は、当該指定就労継続支援A型事業所の他の職務に従事し、又は当該指定就労継続支援A型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。	

設備基準	訓練・作業室	<input type="checkbox"/> 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。 <input type="checkbox"/> 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。
	相談室	<input type="checkbox"/> 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。
	洗面所	<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"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	多目的室その他の運営上必要な設備  <input type="checkbox"/> 相談室及び多目的室は、利用者の支援に支障がない場合は兼用することができる。 <input type="checkbox"/> 上記の設備は、専ら当該指定就労継続支援A型事業所の用に供するものであること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。	
運営基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 10人以上。

## そ の 他

利用者及び従業者以外の者の雇用	<input type="checkbox"/> 利用者及び従業者以外の者を指定就労継続支援A型の事業に従事する作業員として雇用する場合は、次の各号に掲げる利用定員の区分に応じ、当該各号に定める数を超えて雇用してはならない。 <input type="checkbox"/> ①利用定員が10人以上20人以下 利用定員に100分の50を乗じて得た数 <input type="checkbox"/> ②利用定員が21人以上30人以下 10人又は利用定員に100分の40を乗じて得た数のいずれか多い数 <input type="checkbox"/> ③利用定員が31人以上 12人又は利用定員に100分の30を乗じて得た数のいずれか多い数
他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無                      有 ・ 無（いずれかに○） ○必要手続の有無                      有 ・ 無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無                      有 ・ 無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか 区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無                      有 ・ 無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）

他法令の順守	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【          年          月          日】 担当部署【                                  】          担当者名【                                  】 協議内容 ○必要手続の有無                  有          ・          無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称   ：

代表者名称   ：

## ○就労継続支援B型

# 就 労 継 続 支 援 B 型

## 基 本 方 針

就労継続支援B型に係る障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## 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がい者のうち通常の事業所に雇用されていた障がい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行われる、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。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	職業指導員及び生活支援員	<input type="checkbox"/> 総数 常勤換算で、利用者数を10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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 職業指導員 1人以上。 <input type="checkbox"/> 生活支援員 1人以上。 <input type="checkbox"/> いずれか1人以上は常勤。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
			<input type="checkbox"/> 上記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。
設備基準	管理者		<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定就労継続支援B型事業所の管理上支障がない場合は、当該指定就労継続支援B型事業所の他の職務に従事し、又は当該指定就労継続支援B型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。
	訓練・作業室		<input type="checkbox"/> 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。 <input type="checkbox"/> 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。

設備基準	相談室	<input type="checkbox"/> 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。
	洗面所	<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"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	多目的室その他の運営上必要な設備	
<input type="checkbox"/> 相談室及び多目的室は、利用者の支援に支障がない場合は兼用することができる。 <input type="checkbox"/> 上記の設備は、専ら当該指定就労継続支援B型事業所の用に供するものであること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。		
運営基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 20人以上。

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○就労定着支援

# 就 労 定 着 支 援

## 基 本 方 針

就労定着支援に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、就労に向けた支援として生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援を受けて通常の事業所に新たに雇用された障害者に対して、3年間にわたり、当該通常の事業所での就労の継続を図るために必要な当該通常の事業所の事業主、障害福祉サービス事業者等、医療機関その他の者との連絡調整その他の支援を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

就労に向けた支援として生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援を受けて通常の事業所に新たに雇用された障害者につき、3年間にわたり、当該通常の事業所での就労の継続を図るために必要な当該事業所の事業主、障害福祉サービス事業を行う者、医療機関その他の者との連絡調整その他の必要な支援。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	就労定着支援員	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を40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、一体的に運営する生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を受けた後に、一般就労（就労継続支援A型事業所への移行は除く。）し、就労を継続している期間が6月に達した者の数の過去3年間の総数の70%を利用者数とする。 ※生活介護等と一体的に運営している事業所については、生活介護等の利用者との合計とする。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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。新規指定の場合は上欄記載の考え方による。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
	<input type="checkbox"/> 上記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。		
設備基準	管理者		<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定就労定着支援事業所の管理上支障がない場合は、当該指定就労定着支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定就労定着支援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。
	設備等		<input type="checkbox"/> 事業を行うため必要な広さの区画を有すること。 <input type="checkbox"/> 就労定着支援の提供に必要な設備及び備品等を備えること。
運営基準	実施主体		<input type="checkbox"/> 過去3年間に於いて平均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、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援（以下「生活介護事業等」という。）の事業者であること。 <input type="checkbox"/> 生活介護事業等の事業運営が3年に満たない場合は、生活介護事業等の利用を経て通常の事業所に雇用された者が3人以上いる事業者であること。



上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○自立生活援助支援

# 自立生活援助

## 基本方針

自立生活援助に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が地域において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、定期的な巡回又は随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等により、当該利用者の状況を把握し、必要な情報の提供及び助言その他の必要な支援が、保健、医療、福祉、就労支援、教育等の関係機関との密接な連携の下で、当該利用者の意向、適性、障害の特性その他の状況及びその置かれている環境に応じて、適切かつ効果的に行われるものでなければならない。

## サービスの概要

施設入所支援又は共同生活援助を受けていた障害者等が居宅における自立した日常生活を営む上で、の各般の問題につき、1年間にわたり、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け、当該障害者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の必要な支援。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	地域生活支援員	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに1人以上。 <input type="checkbox"/> 員数の標準 利用者が25又はその端数を増すごとに1人とする。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数30人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 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（定員の90%）とする。
		<input type="checkbox"/> 上記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。	
	管理者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定自立生活援助事業所の管理上支障がない場合は、当該指定自立生活援助事業所の他の職務に従事し、又は当該指定自立生活援助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。	
設備基準	設備等	<input type="checkbox"/> 事業を行うため必要な広さの区画を有すること。 <input type="checkbox"/> 就労定着支援の提供に必要な設備及び備品等を備えること。	
運営基準	実施主体	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業者（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、宿泊型自立訓練、共同生活援助に限る。） <input type="checkbox"/> 指定障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 指定相談支援事業者（一般相談、特定相談）	

上記について、確認しました。

事業者名称 :

代表者名称 :

## ○共同生活援助（グループホーム）

# 共同生活援助

※ 日中サービス支援型共同生活援助を除く。

## 基本方針

共同生活援助に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が地域において共同して自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて共同生活住居において相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## サービスの概要

共同生活を営むべき住居に入居している障がい者につき、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、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、生活等に必要な相談及び助言、就労先その他関係機関との連携その他の必要な日常生活の支援。

## 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	世話人	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を6で除した数以上。 ※利用者数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。
		生活支援員（外部サービス利用型を除く。）	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、以下に掲げる数の合計数以上。 障害支援区分3に該当する利用者の数を9で除した数 障害支援区分4に該当する利用者の数を6で除した数 障害支援区分5に該当する利用者の数を4で除した数 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 ※利用者数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 利用者の数が30人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 利用者の数が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人を加えて得た数以上。 ※利用者数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 常勤換算方法により、必要な員数の配置を求められるものではないが、必要な勤務時間が確保されていること。
		<input type="checkbox"/> 上記の従業者は、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。	
	管理者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定共同生活援助事業所の管理上支障がない場合は、当該指定共同生活援助事業所の他の職務に従事し、又は当該指定共同生活援助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。	

設備基準	利用定員	<input type="checkbox"/> 事業所の定員 4人以上。
	共同生活住居	<input type="checkbox"/> 1以上。 <input type="checkbox"/> 入居定員 2人以上10人以下。 <input type="checkbox"/> 既存の建物を活用する場合 2人以上20人以下。 （入居定員8人以上で減算の規定あり。） <input type="checkbox"/> 1以上のユニットを有すること。 <input type="checkbox"/> その他日常生活を営む上で必要な設備。 <input type="checkbox"/> 立地は次のとおりであること。 <input type="checkbox"/> ①住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族及び地域住民との交流の機会が確保される地域にあること。 <input type="checkbox"/> ②入所により日中及び夜間を通してサービスを提供する施設（入所施設）又は病院の敷地外にあること。 <input type="checkbox"/> ただし、入所施設又は病院とは独立した建物であり、かつ、次のような場合にはこの限りではない。（別途事前申請が必要。） <input type="checkbox"/> ①利用者の家族及び地域住民との交流の機会が確保される場合。 <input type="checkbox"/> ②地域生活を希望する重度障害者の共同生活住居への入居を優先する場合。 <input type="checkbox"/> ③その他の入所施設又は病院の敷地内にあることが適当と知事が認める場合。
	ユニット	<input type="checkbox"/> 入居定員 2人以上10人以下。 <input type="checkbox"/> 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（下記参照）を設けること。
	居室	<input type="checkbox"/> 定員 1人。（利用者のサービス提供上必要と認められる場合は2人。） <input type="checkbox"/> 面積 収納設備等を除き、7.43㎡以上。 <input type="checkbox"/> 廊下、居間等につながる出入口があり、他の居室とは明確に区分されていること。
	風呂	<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"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	便所	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	台所	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	居間、食堂	<input type="checkbox"/> 利用者が相互交流を図ることができるのものであること。 <input type="checkbox"/> 利用者及び従業者が一堂に会するのに十分な広さを確保すること。
	サテライト型住居	<input type="checkbox"/> 定員 1人。 <input type="checkbox"/> 設備 日常生活を営む上で必要な設備。 <input type="checkbox"/> 面積 収納設備等を除き、7.43㎡以上。
運営基準	【外部サービス利用型に限る。】 <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業者は、指定居宅介護事業者であること。 <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業者と、文書により業務を委託する契約を締結すること。 <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業者に対し、業務に必要な管理及び指揮命令を行うこと。	

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称   ：

代表者名称   ：

## ○日中サービス支援型指定共同生活援助

### 日中サービス支援型共同生活援助

#### 基本方針

日中サービス支援型指定共同生活援助の事業は、常時の支援体制を確保することにより、利用者が地域において、家庭的な環境及び地域住民との交流の下で自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて共同生活住居において相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

#### サービスの概要

常時の支援体制を確保することにより、利用者が地域において、家庭的な環境及び地域住民との交流の下で自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて共同生活住居において相談、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支援。

#### 人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	世話人	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を5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（定員の90%）とする。
		生活支援員	<input type="checkbox"/> 常勤換算で、以下に掲げる数の合計数以上。 障害支援区分3に該当する利用者の数を9で除した数 障害支援区分4に該当する利用者の数を6で除した数 障害支援区分5に該当する利用者の数を4で除した数 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 ※利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 利用者の数が30人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 利用者の数が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（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 常勤換算方法により、必要な員数の配置を求められるものではないが、必要な勤務時間が確保されていること。
		夜間支援従事者	<input type="checkbox"/> 共同生活住居ごとに夜間及び深夜の時間帯を通じて勤務（宿直を除く）を行う世話人又は生活支援員 1人以上
		<input type="checkbox"/> 上記の従業者は、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。 <input type="checkbox"/> 世話人、生活支援員、サービス管理責任者のうち、1人以上は常勤でなければならない、1日を通じて1人以上の世話人又は生活支援員を配置すること。	

人員基準	管理者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の管理上支障がない場合は、当該日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の他の職務に従事し、又は当該日中サービス支援型指定共同生活援助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。
	利用定員	<input type="checkbox"/> 事業所の定員 4人以上。
設備基準	共同生活住居	<input type="checkbox"/> 1以上。 <input type="checkbox"/> 入居定員 2人以上10人以下。 <input type="checkbox"/> 既存の建物を活用する場合 2人以上20人以下。 （入居定員21人以上で減算の規定あり。） <input type="checkbox"/> 1以上のユニットを有すること。 <input type="checkbox"/> その他日常生活を営む上で必要な設備。 <input type="checkbox"/> 立地は次のとおりであること。 <input type="checkbox"/> ①住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族及び地域住民との交流の機会が確保される地域にあること。 <input type="checkbox"/> ②入所により日中及び夜間を通してサービスを提供する施設（入所施設）又は病院の敷地外にあること。 <input type="checkbox"/> ただし、入所施設又は病院とは独立した建物であり、かつ、次のような場合にはこの限りではない。（別途事前申請が必要。） <input type="checkbox"/> ①利用者の家族及び地域住民との交流の機会が確保される場合。 <input type="checkbox"/> ②地域生活を希望する重度障害者の共同生活住居への入居を優先する場合。 <input type="checkbox"/> ③その他の入所施設又は病院の敷地内にあることが適当と知事が認める場合。
	ユニット	<input type="checkbox"/> 入居定員 2人以上10人以下。 <input type="checkbox"/> 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（下記参照）を設けること。
	居室	<input type="checkbox"/> 定員 1人。（利用者のサービス提供上必要と認められる場合は2人。） <input type="checkbox"/> 面積 収納設備等を除き、7.43㎡以上。 <input type="checkbox"/> 廊下、居間等につながる出入口があり、他の居室とは明確に区分されていること。
	風呂	<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"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	便所	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	台所	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。
	居間、食堂	<input type="checkbox"/> 利用者が相互交流を図ることができるのものであること。 <input type="checkbox"/> 利用者及び従業者が一堂に会するのに十分な広さを確保すること。
運営基準	実施主体	<input type="checkbox"/> 日中サービス支援型指定共同生活援助事業者は、同時に指定短期入所（併設事業所又は単独事業所に限り、共同生活援助事業所の入居定員が20人又はその端数を増すごとに1人以上5人以下）を行うものとする。
	協議の場の設置	<input type="checkbox"/> 日中サービス支援型指定共同生活援助事業者は、サービス提供に当たって、法89条の3第1項に規定する協議会等に対して定期的な報告を行い、評価を受け、必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。



## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○共生型サービス（居宅介護）

# 共生型居宅介護

## 基本方針

居宅介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、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生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## 共生型居宅介護を行う 指定訪問介護事業者の基準

人員基準	従業者	従業者	<input type="checkbox"/> 指定訪問介護事業所の従業者の員数が、当該指定訪問介護事業所が提供する指定訪問介護の利用者の数を指定訪問介護の利用者の数と共生型居宅介護の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定訪問介護事業所として必要とされる数以上であること。
		サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定居宅介護の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> 資格要件を満たす者。（介護福祉士、ヘルパー資格等） <input type="checkbox"/> 員数が次の①から③のいずれかに該当する数以上。 <input type="checkbox"/> ①当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が450時間又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ②当該事業所の従業員の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ③利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> 員数については常勤換算方法によることができる。
	管理者		<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型居宅介護事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型居宅介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
その他	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。		

## その他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【      】 担当者名【      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有 ・ 無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有 ・ 無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
--------	---

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無              有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか 区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無              有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無              有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○共生型サービス（重度訪問介護）

# 共生型重度訪問介護

## 基 本 方 針

重度訪問介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、重度の肢体不自由者又は重度の知的障がい若しくは精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者であって、常時介護を要する障がい者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該障がい者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、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、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## 共生型重度訪問介護を行う 指定訪問介護事業者の基準

人員基準	従業者	従業者	<input type="checkbox"/> 指定訪問介護事業所の従業者の員数が、当該指定訪問介護事業所が提供する指定訪問介護の利用者の数を指定訪問介護の利用者の数と共生型重度訪問介護の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定訪問介護事業所として必要とされる数以上であること。
		サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定重度訪問介護の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> 資格要件を満たす者。（介護福祉士、ヘルパー資格等） <input type="checkbox"/> 員数が①から③のいずれかに該当する数以上。 <input type="checkbox"/> ①当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が1000時間又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ②当該事業所の従業員の数が20人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> ③利用者の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> 員数については、常勤換算方法によることができる。
	管理者		<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型重度訪問介護事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型重度訪問介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
その他	<input type="checkbox"/> 指定重度訪問介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。		

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 <input type="checkbox"/> スプリンクラー設置義務の有無      有 ・ 無（いずれかに○） <input type="checkbox"/> 必要手続の有無      有 ・ 無（いずれかに○） <input type="checkbox"/> その他指導事項等（下記に記載）
--------	---

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無              有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか    区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無              有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無              有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称   ：

代表者名称   ：

## 共生型生活介護

### 基本方針

生活介護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴、排せつ及び食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

### 共生型生活介護を行う指定児童発達支援事業者等の基準

人員基準	従業者	<input type="checkbox"/> 指定児童発達支援事業所又は指定放課後等デイサービス事業所（以下「指定児童発達支援事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定児童発達支援又は指定放課後等デイサービスを受ける障害児の数を指定児童発達支援等を受ける障害児の数と共生型生活介護の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定児童発達支援事業所等として必要とされる数以上であること。
	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型生活介護事業所の他の職務に従事し、又は当該共生型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。
その他		<input type="checkbox"/> 指定生活介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。

### 共生型生活介護を行う指定通所介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<input type="checkbox"/> 指定通所介護事業所又は指定地域密着型通所介護事業所（以下「指定通所介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定通所介護事業所等が提供する指定通所介護等の利用者の数を指定通所介護等の利用者の数と共生型生活介護の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上であること。
------	-----	--

人員基準	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型生活介護事業所の他の職務に従事し、又は当該共生型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。
設備基準		<input type="checkbox"/> 指定通所介護事業所等の食堂及び機能訓練室の床面積を、指定通所介護等の利用者の数と共生型生活介護の利用者の数との合計数で除して得た面積が3㎡以上であること。
その他		<input type="checkbox"/> 指定生活介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。

### 共生型生活介護を行う指定小規模多機能型居宅介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（以下「指定小規模多機能型居宅介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等が提供する通いサービスの利用者数を通いサービスの利用者数並びに共生型通いサービスを受ける障害者及び障害児の数の合計数であるとした場合における指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条若しくは第171条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条若しくは第171条又は指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第44条に規定する基準を満たしていること。
	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型生活介護事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型生活介護事業所の他の職務に従事し、又は当該共生型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。
設備基準		<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の居間及び食堂は、機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること。

定員	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員を29人(サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、18人)以下とすること。							
	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等が提供する指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスの利用定員(1日当たりの上限)を登録定員の2分の1から15人(登録定員が25人を超える指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、登録定員に応じて、次の表に定める利用定員、サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、12人)までの範囲内とすること。  <table border="1"> <thead> <tr> <th>登録定員</th> <th>利用定員</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26人又は27人</td> <td>16人</td> </tr> <tr> <td>28人</td> <td>17人</td> </tr> <tr> <td>29人</td> <td>18人</td> </tr> </tbody> </table>	登録定員	利用定員	26人又は27人	16人	28人	17人	29人
登録定員	利用定員							
26人又は27人	16人							
28人	17人							
29人	18人							
その他	<input type="checkbox"/> 指定生活介護事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。							

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無 (いずれかに○) ○必要手続の有無      有      無 (いずれかに○) ○その他指導事項等 (下記に記載)
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無 (いずれかに○) ○その他指導事項等 (下記に記載)
	<input type="checkbox"/> 都市計画法(開発許可)担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】      担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外 (いずれかに○) ○必要手続の有無      有      無 (いずれかに○) ○その他指導事項等 (下記に記載)



他法令の順守	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【          年          月          日】 担当部署【                                  】 担当者名【                                  】 協議内容 ○必要手続の有無          有          無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称   ：

代表者名称   ：

## ○共生型サービス（短期入所）

# 共生型短期入所

## 基本方針

短期入所に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な保護を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

## 共生型短期入所を行う指定短期入所生活介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<input type="checkbox"/> 指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所（以下「指定短期入所生活介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定短期入所生活介護事業所等が提供する指定短期入所生活介護等の利用者の数を指定短期入所生活介護等の利用者の数と共生型短期入所の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定短期入所生活介護事業所等として必要とされる数以上であること。
	管理者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型短期入所事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型短期入所事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
設備基準	居室	<input type="checkbox"/> 指定短期入所生活介護事業所等の居室の床面積を、指定短期入所生活介護又は指定介護予防短期入所生活介護の利用者の数と共生型短期入所の利用者の数との合計数で除して得た面積が10.65㎡以上であること。
その他		<input type="checkbox"/> 指定短期入所事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。

## 共生型短期入所を行う指定小規模多機能型居宅介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（以下「指定小規模多機能型居宅介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等が提供する宿泊サービスの利用者の数を宿泊サービスの利用者の数及共生型短期入所の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等として必要とされる数以上であること。
	管理者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型短期入所事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型短期入所事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

設備基準	居室	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等に個室以外の宿泊室を設ける場合は、当該個室以外の宿泊室の面積を宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じて得た数で除して得た面積が、おおむね7.43㎡以上であること。
その他	<input type="checkbox"/> 指定短期入所事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。	

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【      】 担当者名【      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【      】 担当者名【      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【      】 担当者名【      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか      区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【      】 担当者名【      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      ・      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○共生型サービス（自立訓練）

### 共生型自立訓練（機能訓練）

#### 基 本 方 針

自立訓練（機能訓練）に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、1年6月間にわたり、身体機能又は生活能力の維持、向上等のために必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

#### 共生型自立訓練（機能訓練）を行う 指定通所介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<input type="checkbox"/> 指定通所介護事業所又は指定地域密着型通所介護事業所（以下「指定通所介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定通所介護事業所等が提供する指定通所介護等の利用者の数を指定通所介護等の利用者の数と共生型自立訓練（機能訓練）の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上であること。
	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型自立訓練（機能訓練）事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型自立訓練（機能訓練）事業所の他の職務に従事し、又は当該共生型自立訓練（機能訓練）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。
設備基準		<input type="checkbox"/> 指定通所介護事業所等の食堂及び機能訓練室の床面積を、指定通所介護等の利用者の数と共生型自立訓練（機能訓練）の利用者の数との合計数で除して得た面積が3㎡以上であること。
その他		<input type="checkbox"/> 指定自立訓練（機能訓練）事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。

共生型自立訓練（機能訓練）を行う指定  
小規模多機能型居宅介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（以下「指定小規模多機能型居宅介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等が提供する通いサービスの利用者の数を通いサービスの利用者の数並びに共生型通いサービスを受ける障害者及び障害児の数の合計数であるとした場合における指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条若しくは第171条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第44条に規定する基準を満たしていること。</div>							
	管理者	<div><input type="checkbox"/> 資格要件</div> <div><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。</div> <div><input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。</div> <div><input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。</div> <div><input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。</div> <div><input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。</div> <div><input type="checkbox"/> ただし、共生型自立訓練（機能訓練）事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型自立訓練（機能訓練）事業所の他の職務に従事し、又は当該共生型自立訓練（機能訓練）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。</div>							
設備基準		<div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の居間及び食堂は、機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること。</div>							
定員		<div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員を29人（サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、18人）以下とすること。</div>							
		<div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等が行う指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスの利用定員を登録定員の2分の1から15人（登録定員が25人を超える指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、登録定員に応じて、次の表に定める利用定員、サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、12人）までの範囲内とすること。</div> <table><tr><td>登録定員</td><td>利用定員</td></tr><tr><td>26人又は27人</td><td>16人</td></tr><tr><td>28人</td><td>17人</td></tr><tr><td>29人</td><td>18人</td></tr></table>	登録定員	利用定員	26人又は27人	16人	28人	17人	29人
登録定員	利用定員								
26人又は27人	16人								
28人	17人								
29人	18人								
その他		<div><input type="checkbox"/> 指定自立訓練（機能訓練）事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</div>							

## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか    区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## 共生型自立訓練（生活訓練）

### 基本方針

自立訓練（生活訓練）に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、2年間（長期間入院していたその他これに類する事由のある障がい者にあつては、3年間）にわたり生活能力の維持、向上等のための必要な支援、訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

### 共生型自立訓練（生活訓練）を行う指定通所介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<input type="checkbox"/> 指定通所介護事業所又は指定地域密着型通所介護事業所（以下「指定通所介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定通所介護事業所等が提供する指定通所介護等の利用者の数を指定通所介護等の利用者の数と共生型自立訓練（生活訓練）の利用者の数との合計数であるとした場合における当該指定通所介護事業所等として必要とされる数以上であること。
	管理者	<input type="checkbox"/> 資格要件 <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。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、共生型自立訓練（生活訓練）事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型自立訓練（生活訓練）事業所の他の職務に従事し、又は当該共生型自立訓練（生活訓練）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。
設備基準		<input type="checkbox"/> 指定通所介護事業所等の食堂及び機能訓練室の床面積を、指定通所介護等の利用者の数と共生型自立訓練（生活訓練）の利用者の数との合計数で除して得た面積が3㎡以上であること。
その他		<input type="checkbox"/> 指定自立訓練（生活訓練）事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。

# 共生型自立訓練（生活訓練）を行う指定小規模多機能型居宅介護事業者等の基準

人員基準	従業者	<div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所又は指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所（以下「指定小規模多機能型居宅介護事業所等」という。）の従業者の員数が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所等が提供する通いサービスの利用者の数を通いサービスの利用者の数並びに共生型通いサービスを受ける障害者及び障害児の数の合計数であるとした場合における指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条若しくは第171条又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第44条に規定する基準を満たしていること。</div>							
	管理者	<div><div><input type="checkbox"/> 資格要件</div><div><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。</div><div><input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。</div><div><input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。</div><div><input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。</div><div><input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。</div><div><input type="checkbox"/> ただし、共生型自立訓練（生活訓練）事業所の管理上支障がない場合は、当該共生型自立訓練（生活訓練）事業所の他の職務に従事し、又は当該共生型自立訓練（生活訓練）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。</div></div>							
設備基準		<div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の居間及び食堂は、機能を十分に発揮しうる適当な広さを有すること。</div>							
定員		<div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等の登録定員を29人（サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、18人）以下とすること。</div>							
		<div><div><input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業所等が行う指定小規模多機能型居宅介護等のうち通いサービスの利用定員を登録定員の2分の1から15人（登録定員が25人を超える指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、登録定員に応じて、次の表に定める利用定員、サテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所等にあつては、12人）までの範囲内とすること。</div><table><tr><td>登録定員</td><td>利用定員</td></tr><tr><td>26人又は27人</td><td>16人</td></tr><tr><td>28人</td><td>17人</td></tr><tr><td>29人</td><td>18人</td></tr></table></div>	登録定員	利用定員	26人又は27人	16人	28人	17人	29人
登録定員	利用定員								
26人又は27人	16人								
28人	17人								
29人	18人								
その他		<div><input type="checkbox"/> 指定自立訓練（生活訓練）事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けていること。</div>							



## そ の 他

他法令の順守	<input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○スプリンクラー設置義務の有無      有      無（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○当該建築物が市街化調整区域に立地するか    区域内・区域外（いずれかに○） ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【      年      月      日】 担当部署【                      】 担当者名【                      】 協議内容 ○必要手続の有無      有      無（いずれかに○） ○その他指導事項等（下記に記載）
	<input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○地域移行支援

# 地 域 移 行 支 援

## 基 本 方 針

指定地域移行支援の事業は、利用者が地域において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他必要な支援が、保健、医療、福祉、就労支援、教育等の関係機関との密接な連携の下で、当該利用者の意向、適性、障がいの特性その他の状況及びその置かれている環境に応じて、適切かつ効果的に行われるものでなければならない。

## サービスの概要

障害者支援施設等に入所している障がい者、精神科病院に入院している精神障がい者、救護施設等に入所している障がい者又は刑事施設等に収容されている障がい者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。

## 人員・運営の概要

人員基準	従業者	指定地域移行支援従事者	<input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> ただし、指定地域移行支援の業務に支障がない場合は、当該指定地域移行支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定地域移行支援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。 <input type="checkbox"/> 1人以上は、相談支援専門員。
	管理者		<input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定地域移行支援事業所の管理上支障がない場合は、当該指定地域移行支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定地域移行支援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。
運営基準	事務室		<input type="checkbox"/> 必要な面積を有すること。 <input type="checkbox"/> 専用の事務室を設けることが望ましいこと。 <input type="checkbox"/> 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 <input type="checkbox"/> 区分されていなくても区画が明確に特定されていれば足りる。
	受付等のスペース		<input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談、計画作成会議等に対応するのに適切なスペースであること。 <input type="checkbox"/> 直接出入りができるなど利用しやすい構造であること。
	その他必要な設備及び備品等		<input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。
	<input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。		

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○地域定着支援

# 地 域 定 着 支 援

## 基 本 方 針

指定地域定着支援の事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者との常時の連絡体制を確保し、当該利用者に対し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた場合に、相談その他の必要な支援が、保健、医療、福祉、就労支援、教育等の関係機関との密接な連携の下で、当該利用者の意向、適性、障がいの特性その他の状況及びその置かれている環境に応じて、適切に行われるものでなければならない。

## サービスの概要

居宅において単身等で生活する障がい者につき、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。

## 人員・運営の概要

人員基準	従業者	指定地域定着支援従事者	<input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> ただし、指定地域定着支援の業務に支障がない場合は、当該指定地域定着支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定地域定着支援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。 <input type="checkbox"/> 1人以上は、相談支援専門員。
	管理者		<input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定地域定着支援事業所の管理上支障がない場合は、当該指定地域定着支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定地域定着支援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。
運営基準	事務室		<input type="checkbox"/> 必要な面積を有すること。 <input type="checkbox"/> 専用の事務室を設けることが望ましいこと。 <input type="checkbox"/> 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 <input type="checkbox"/> 区分されていなくても区画が明確に特定されていれば足りる。
	受付等のスペース		<input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談、計画作成会議等に対応するのに適切なスペースであること。 <input type="checkbox"/> 直接出入りができるなど利用しやすい構造であること。
	その他必要な設備及び備品等		<input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。
	<input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。		

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## ○多機能型に関する特例

# 多機能型に関する特例

## 定義

多機能型事業所とは、障害者総合支援法に基づく指定生活介護、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型及び就労継続支援Ｂ型並びに児童福祉法に基づく指定児童発達支援、指定医療型児童発達支援、指定放課後等デイサービス、指定居宅訪問型児童発達支援及び指定保育所等訪問支援の事業のうち、２以上の事業を一体的に行うことをいう。

## 障害者総合支援法に基づくサービスを２以上行う場合の人員・運営基準の特例

人員基準		従業者の兼務	<input type="checkbox"/> 従業者（管理者、サービス管理責任者を除く。）間での兼務はできないため、各指定障害福祉サービスごとに必要な従業者の員数を確保すること。
		サービス管理責任者	<p>多機能型事業所に置くべきサービス管理責任者の員数は、各指定障害福祉サービス事業所ごとに置くべき員数にかかわらず、利用者の合計の区分に応じ以下のとおりとする。</p> <input type="checkbox"/> 当該多機能型事業所の利用者の数が60人以下の場合 １人以上 <input type="checkbox"/> 当該多機能型事業所の利用者の数が61人以上の場合 １人に60を超えて40人を増すごとに１人を加えた数以上
運営基準	利用定員		<p>一体的に事業を行う多機能型事業所の利用定員（宿泊型自立訓練の利用定員は除く。）の合計が20人以上である場合は、各事業の利用定員を以下に掲げる人数とすることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護 6人以上</li> <li>・自立訓練（機能訓練） 6人以上</li> <li>・就労移行支援 6人以上</li> <li>・自立訓練訓練（生活訓練） 6人以上</li> </ul> <p>（宿泊型自立訓練と自立訓練（生活訓練）を併せて行う場合は別途基準あり）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就労継続支援Ａ型 10人以上</li> <li>・就労継続支援Ｂ型 10人以上</li> </ul>
	設備		<input type="checkbox"/> サービス提供に支障を来さないよう配慮しつつ、一体的に事業を行う他の多機能型事業所の設備を兼用することができる。 <input type="checkbox"/> ただし、訓練・作業室については、各指定障害福祉サービスごとに設置すること。

児童福祉法に基づくサービスを2以上行う場合の人員・運営基準の特例

人員基準	従業員	<p>常勤の従業員</p> <p><input type="checkbox"/> 利用定員の合計数が20人未満である多機能型事業所において、当該多機能事業所におくべき常勤の従業員の員数は、各サービスごとにおくべき常勤の従業員の員数にかかわらず1人以上とすること。</p>
	従業員の兼務	<p><input type="checkbox"/> 児童福祉法に基づくサービス事業については、多機能型事業所として行う指定通所支援に必要な従業員の員数を確保したうえで、従業員の兼務が可能である。</p>
運営基準	利用定員	<p><input type="checkbox"/> 当該多機能型事業所の利用定員は、すべての指定通所支援の事業を通じて10人以上とすることができる。</p> <p><input type="checkbox"/> 主として重症心身障害児を通わせる多機能型事業所の場合は5人以上とすることができる。</p>
	設備	<p><input type="checkbox"/> サービス提供に支障を来さないよう配慮しつつ、一体的に事業を行う他の多機能型事業所の設備を兼用することができる。</p>

障害者総合支援法に基づくサービスと児童福祉法に基づくサービスをそれぞれ1以上行う場合の人員・運営基準の特例

人員基準	従業者	常勤の従業者	<input type="checkbox"/> 利用定員の合計数が20人未満である多機能型事業所において、当該多機能事業所におくべき常勤の従業者の員数は、各サービスごとにおくべき常勤の従業者の員数にかかわらず1人以上とすること。
		従業者の兼務	<input type="checkbox"/> 従業者（管理者、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者を除く。）間での兼務はできないため、各サービスごとに必要な従業者の員数を確保すること。 <input type="checkbox"/> ただし、各指定障害福祉サービス事業の利用定員の合計数が19人以下の場合は、サービス管理責任者その他の従業者との兼務が可能である。 <input type="checkbox"/> なお、児童福祉法に基づくサービス事業間については、従業者の兼務が可能である。
		サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者	<p>多機能型事業者に置くべきサービス管理責任者の員数は、各指定障害福祉サービス事業所ごとに置くべき員数にかかわらず、利用者の合計の区分に応じ以下のとおりとする。</p> <input type="checkbox"/> 当該多機能型事業所の利用者の数が60人以下の場合 1人以上 <input type="checkbox"/> 当該多機能型事業所の利用者の数が61人以上の場合 1人に60を超えて40人を増すごとに1人を加えた数以上。 <input type="checkbox"/> なお、サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者は兼務が可能である。

運営基準	利用定員	<p>一体的に事業を行う多機能型事業所の利用定員（宿泊型自立訓練の利用定員は除く。）の合計が20人以上である場合は、各事業の利用定員を以下に掲げる人数とすることができる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活介護 6人以上</li> <li>・自立訓練（機能訓練） 6人以上</li> <li>・就労移行支援 6人以上</li> <li>□ ・自立訓練訓練（生活訓練） 6人以上</li> </ul> <p>（宿泊型自立訓練と自立訓練（生活訓練）を併せて行う場合は別途基準があります）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就労継続支援A型 10人以上</li> <li>・就労継続支援B型 10人以上</li> <li>・指定児童発達支援 5人以上</li> <li>・指定医療型児童発達支援 5人以上</li> <li>・指定放課後等デイサービス 5人以上</li> </ul>
	設備	<p>□ サービス提供に支障を来さないよう配慮しつつ、一体的に事業を行う他の多機能型事業所の設備を兼用することができる。</p> <p>□ ただし、訓練・作業室については、各指定障害福祉サービスごとに設置すること。</p>

上記について、確認しました。

事業者名称：

代表者名称：

## 資料 2 指定申請書類一覧

## 指定申請書類一覧

[illegible]

【備考】様式番号の付いているものについては、県障害福祉課ホームページ上にて様式を掲載しています。それ以外については内容の分かる任意の書類をご準備ください。



### 資料3 サービス管理責任者の要件となる実務経験

#### 実務経験(業務)の範囲の考え方【厚生省告示544】

障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野において、日々障害者に対する相談支援(\*1)や直接支援(\*2)の業務の経験をいう。

(\*1)「相談支援の業務」とは、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

(\*2)「直接支援の業務」とは、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った期間、その者及びその介護者に対して介護に関する指導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を行った期間、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その他職業訓練又は職業教育に係る業務

上記の「実務経験(業務)の範囲」に該当する者のうち、下記の①～③のいずれかの要件に該当する者

- ① a及びbの期間が通算して5年以上である者
- ② cの期間が通算して8年以上である者
- ③ aからcまでの期間が通算して3年以上かつdの期間が通算して3年以上である者

業務の範囲		業務内容		実務経験年数
障害者の保健、医療、福祉、就労、教育の分野における支援業務	相談支援の業務	a	一 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
			二 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	
			三 障害者支援施設※1、障害児入所施設、老人福祉施設※2、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設※3、介護医療院、地域包括支援センター	
			四 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター	
			五 特別支援学校その他これに準ずる機関	
			病院若しくは診療所の従業者又はこれに準ずる者で、次の1～3のいずれかに該当する者	
	直接支援業務	b	1 社会福祉主事任用資格を有する者	5年以上
			2 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者と認められる者（訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者）	
			3 dに掲げる資格を有する者並びにaの一から五までに掲げる従事者及び従事者としての期間が1年以上の者	
			一 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、介護医療院、病院又は診療所の療養病床に係るもの	
			二 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※4	
			三 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所	
	右の資格該当者	d	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	上記a～cに従事した期間が通算して3年以上
			上記一～五に掲げる施設において、下記1～4の資格を有して直接支援業務にあたったもの	
			1 社会福祉主事任用資格を有する者	
			2 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者と認められる者（訪問介護員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、精神障害者社会復帰指導員	
	c		上記一～五に掲げる施設において、bの1～4の資格に該当せず直接支援業務にあたったもの	8年以上
	右の資格該当者	d	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	上記a～cに従事した期間が通算して3年以上

※1障害者支援施設とは、障害者につき、施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設をいう。

※2「老人福祉施設」とは、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターをいう。

※3「介護老人保健施設」とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、介護保険法第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

※4「老人居宅介護等事業」とは、老人福祉法第十条の四第一項第一号の措置に係る者又は介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）の規定による訪問介護に係る居宅介護サービス費、夜間対応型訪問介護に係る地域密着型介護サービス費若しくは介護予防訪問介護に係る介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者につき、これらの者の居宅において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活を営むのに必要な便宜であつて厚生労働省令で定めるものを供与する事業をいう。

(注)

- 1 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言うものとする。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言う。(H18.6.23 事務連絡)
- 2 公的な補助金または市町村等の委託により運営されている小規模作業所であつて、業務内容や勤務状況の記録が適切に整備されており、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。(H18.8.24 主管課長会議資料)
- 3 国家資格等による業務に5年以上従事している者は、相談支援業務及び直接支援業務の実務経験が3年以上となっているが、国家資格等による業務に従事した期間と相談支援業務及び直接支援業務に従事した期間が重複している場合はどちらとしてもカウントしてよい。例えば、国家資格等による業務が相談支援業務となる場合は、8年以上の実務経験ではなく、5年以上の実務経験で良いことになる。(H18.6.23 Q&A)
- 4 実務経験となる障害児関連施設として、児童相談所の他に、知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児(者)通園事業を行う施設、児童デイサービスを行う施設等が含まれる。(H18.11.2 Q&A)
- 5 社会福祉主事任用資格者等の場合、社会福祉主事任用資格等の資格取得以前も含めて5年の経験があればよく、改めて5年間の実務経験が必要ということではない。(H18.8.24 主管課長会議資料)



## 資料4 相談支援専門員の要件となる実務経験

### 実務経験(業務)の範囲の考え方【厚労省告示226、227】

障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野において、日々障害者に対する相談支援(\*1)や直接支援(\*2)の業務の経験をいう。

(\*1)「相談支援の業務」とは、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

(\*2)「直接支援の業務」とは、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、並びにその者及びその介護者に対して介護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

下記の①～③のうち、どれかに該当する者

- ① a及びbの期間が通算して5年以上である者
- ② cの期間が通算して10年以上である者
- ③ aからcまでの期間が通算して3年以上かつdの期間が通算して5年以上である者

業務の範囲		業務内容		実務経験年数
障害者の保健、医療、福祉、就労、教育の分野における支援業務	相談支援業務	a	一 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 二 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所 三 障害者支援施設※1、障害児入所施設、老人福祉施設※2、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、介護医療院※3 四 病院若しくは診療所の従業者又はこれに準ずる者で、次の1～3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者と認められる者（訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者） 3 dに掲げる資格を有する者並びにaの一から三までに掲げる従事者及び従事者としての期間が1年以上の者	5年以上
		b	一 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、介護医療院、病院又は診療所の療養病床に係るもの 二 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※4 三 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所 四 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター 五 特別支援学校その他これらに準ずる機関において障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務の従事者 上記一～五に掲げる施設において、下記1～4の資格を有して直接支援業務にあたったもの 1 社会福祉主事任用資格を有する者 2 相談支援の業務に関する基礎的な研修を終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習得した者と認められる者（訪問介護員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、精神障害者社会復帰指導員	5年以上
		c	上記一～五に掲げる施設において、bの1～4の資格に該当せず直接支援業務にあたったもの	10年以上
		d	国家資格とは、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、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士	上記a～cに従事した期間が通算して3年以上で、かつd国家資格による業務に従事した期間が5年以上
	直接支援業務	a	一 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、介護医療院、病院又は診療所の療養病床に係るもの 二 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※4 三 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所 四 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター 五 特別支援学校その他これらに準ずる機関において障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務の従事者 上記一～五に掲げる施設において、下記1～4の資格を有して直接支援業務にあたったもの 1 社会福祉主事任用資格を有する者 2 相談支援の業務に関する基礎的な研修を終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習得した者と認められる者（訪問介護員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、精神障害者社会復帰指導員	5年以上
		b	上記一～五に掲げる施設において、bの1～4の資格に該当せず直接支援業務にあたったもの	10年以上
		c	上記一～五に掲げる施設において、bの1～4の資格に該当せず直接支援業務にあたったもの	10年以上
		d	国家資格とは、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、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士	上記a～cに従事した期間が通算して3年以上で、かつd国家資格による業務に従事した期間が5年以上

※1障害者支援施設とは、障害者につき、施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設をいう。

※2「老人福祉施設」とは、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターをいう。

※3「介護老人保健施設」とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をすることを目的とする施設として、介護保険法第九十四条第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

※4「老人居宅介護等事業」とは、老人福祉法第十条の四第一項第一号の措置に係る者又は介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）の規定による訪問介護に係る居宅介護サービス費、夜間対応型訪問介護に係る地域密着型介護サービス費若しくは介護予防訪問介護に係る介護予防サービス費の支給に係る者その他の政令で定める者につき、これらの者の居宅において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活を営むのに必要な便宜であつて厚生労働省令で定めるものを供与する事業をいう。

（注）

- 1 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言うものとする。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言う。（H18.6.23 サビ管事務連絡を準用）
- 2 公的な補助金または委託により運営されている小規模作業所であつて、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ものとする。（H18.8.24 主管課長会議資料）
- 3 国家資格等による業務に5年以上従事している者は、相談支援業務及び直接支援業務の実務経験が3年以上となっているが、国家資格等による業務に従事した期間と相談支援業務及び直接支援業務に従事した期間が重複している場合はどちらとしてもカウントしてよい。例えば、国家資格等による業務が相談支援業務となる場合は、8年以上の実務経験ではなく、5年以上の実務経験でよいことになる。（H18.6.23 サビ管Q&Aを準用）
- 4 実務経験となる障害児関連施設として、児童相談所の他に、知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児（者）通園事業を行う施設、児童デイサービスを行う施設等が含まれる。（H18.11.2 Q&A）
- 5 社会福祉主事任用資格者等の場合、社会福祉主事任用資格等の資格取得以前も含めて5年の経験があればよく、改めて5年間の実務経験が必要ということではない。（H18.8.24 主管課長会議資料）

## 来庁される方の入庁フロー

(県ホームページで案内)

### 1 訪問先の確認

お越しの際は、事前に訪問先の「課名」をご確認いただきますと、よりスムーズに入庁いただけますので、「各部局配置階」をご確認ください。

### 2 入庁手続

新県庁舎にお越しいただきましたら、1階総合受付で訪問先の「課名」やアポイントの有無をお申出ください。総合受付で「入庁証」をお渡ししますので、入庁証をゲートにかざしてエレベーターホールにお進みください。エレベーターにお乗りいただき、訪問先の階までお越しください。

### 3 担当呼出

エレベーターを降りますと、エレベーターホール北側に「内線電話」と「内線番号簿」があります。

内線電話により、訪問先の部署・担当者呼び出してください。担当者がまいりますので、面談スペースなどでご用件をお伺いいたします。

### 4 帰庁時

ご用件が завершиましたら、エレベーターにお乗りいただき、1階へお戻りください。お帰りの際は、入庁証を返却箱に返却してください。

① 総合受付



② セキュリティゲート



③ 内線電話・内線番号簿



④ フロア会議室・面談スペース



⑤ 入庁証返却箱

