

目次

別紙	同一所在地において既に指定を受けている事業等について	
参考様式1	事業所平面図	各室の用途を明らかにしたもの
参考様式2	設備・備品等一覧表	設備の概要
参考様式3	経歴書	管理者・サービス提供責任者・サービス管理責任者・相談支援専門員
参考様式4	実務経験証明書	
参考様式5	実務経験見込証明書	
参考様式5の2	実務経験見込証明書(特例)	サービス管理責任者等実践研修を実務経験6か月で受講する場合
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	
参考様式7	指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等	
参考様式8	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)の指定に係る誓約書	法人役員等が欠格条項に該当しない旨の誓約書
参考様式9-1	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護の場合
参考様式9-2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護以外の場合
参考様式10-1	現在の事業所等の状況	就労定着支援の場合
参考様式10-2	現在の事業所等の状況	自立生活援助の場合
参考様式11	協議会等への報告・協議会等からの評価等に関する措置の概要	日中支援型共同生活援助の場合

(別 紙)

同一所在地において既に指定を受けている事業等について

※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、「障害者総合支援法」)、児童福祉法、介護保険法に基づく事業所の指定を受けている場合に記載すること。

※児童福祉法及び介護保険法の事業(共生型サービスの対象事業)を行っており、共生型サービスの特例による指定を受ける場合は、共生型サービスに係る本体事業の指定の通知書の写しを提出すること。

※児童福祉法及び介護保険法の事業(共生型サービスの対象事業)を行っており、共生型サービスの特例を受けずに通常の指定を受ける場合は、申出書を提出すること。(様式第4号の2)

法律の名称	サービス種類	事業所・施設名	指定年月日	事業所番号									
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										

(参考) 共生型の特例による指定を受けることができる対象サービス及び相関図は、以下のとおり。(いずれかのサービスの指定を受けている場合に他法の類似サービスを共生型サービスとして指定を受け、両方のサービスを同一時間・同一場所にて行う。)

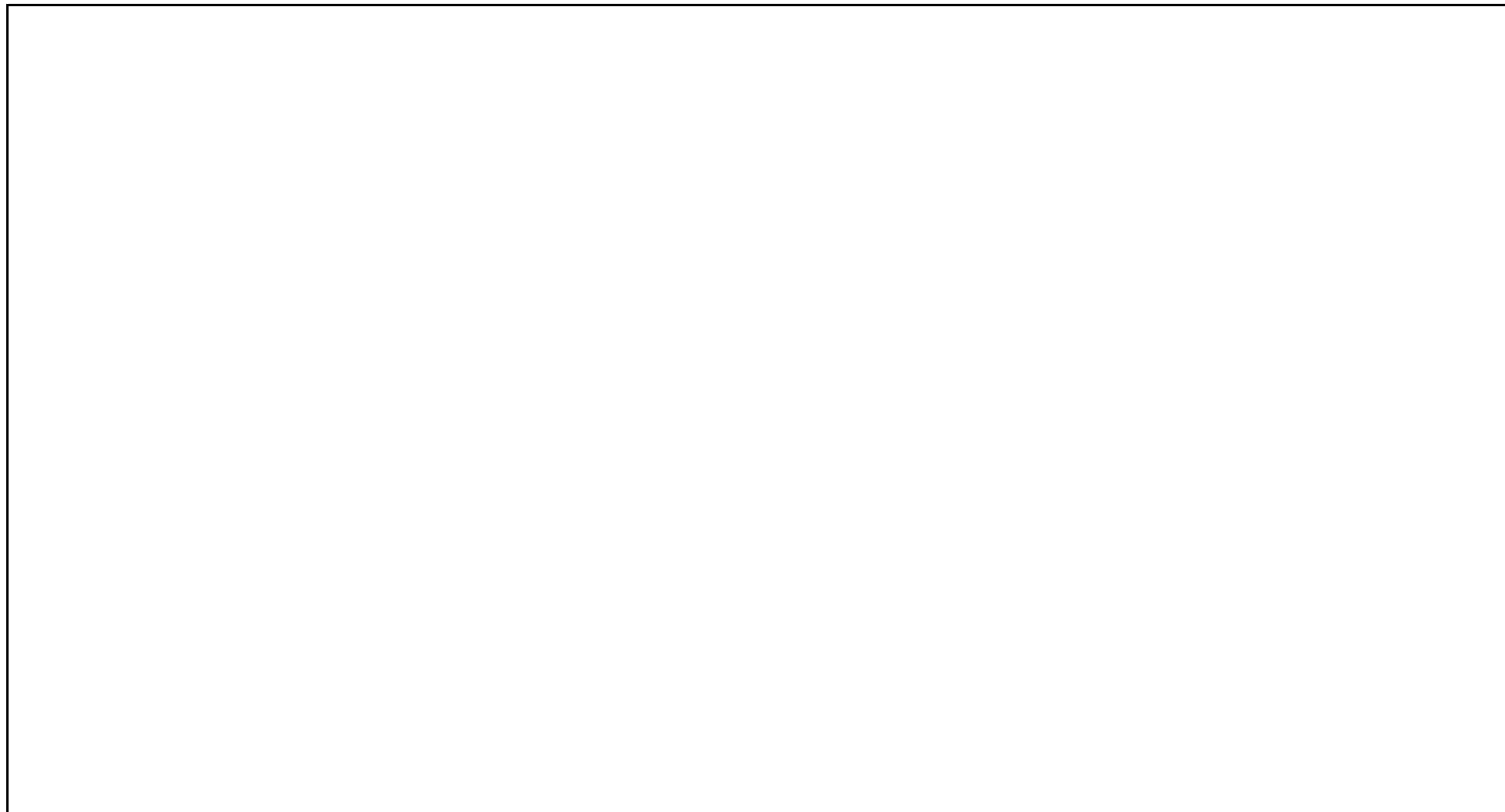
介護保険法		障害者総合支援法		児童福祉法
訪問介護	⇔	居宅介護 重度訪問介護	⇔	—
通所介護 (地域密着型を含む)	⇔	生活介護	⇔	児童発達支援 放課後等デイサービス
	⇔	自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練)	⇔	—
短期入所生活介護 (介護予防を含む)	⇔	短期入所	⇔	—
(看護)小規模多機能型 居宅介護(介護予防を含む)	→	生活介護 自立訓練(機能訓練) 自立訓練(生活訓練) 短期入所	、	児童発達支援 放課後等デイサービス

※主として重症心身障害児者を対象とする生活介護、児童発達支援及び放課後等デイサービスは除く。

(参考様式 1)

平面図

事業所の名称	
--------	--



注 1 各室の用途及び面積を記載すること。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示すること。

(参考様式2)

設備・備品等一覧表

サービス種類 ()
事業所名 ()

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	※適合の可否
非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

- 注 1 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載すること。
2 「適合の可否」欄には、何も記載しないこと。

(参考様式3)

○○○経歴書

事業所の名称			
フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
(郵便番号 -)			
電話番号			
主な職歴等			
年 月 ~ 年 月	勤務先等		職務内容
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月日	
職務に関連する研修等			
研修等の内容		研修受講修了年月日	

注 1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は「相談支援専門員」と記載すること。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載すること。

3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載すること。

(参考様式4)

実 務 経 験 証 明 書

番 号
年 月 日

様

施設又は事業所の所在地及び名称

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	(日)
業 務 内 容	職名 ()

- 注 1 施設又は事業所名欄には、施設等で提供するサービス等の種別も記入すること。
- 2 業務期間欄は、受験申込者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
- 現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入すること。
- 3 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、証明を受ける者の本来業務について、「障害福祉サービス事業の生活介護において障がい者に対する介護等の業務に従事」、「〇〇実施要綱の〇〇事業において、〇〇に対する〇〇業務に従事」等、具体的に記入すること。
- また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
- 4 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5)

実務経験見込証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	(日)
業 務 内 容	職名 ()

- 注 1 施設又は事業所名欄には、施設等で提供するサービス等の種別も記入すること。
- 2 業務期間欄は、受験申込者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
- 3 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、証明を受ける者の本来業務について、「障害福祉サービス事業の生活介護において障がい者に対する介護等の業務に従事」、「〇〇実施要綱の〇〇事業において、〇〇に対する〇〇業務に従事」等、具体的に記入すること。
- また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
- 4 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5の2)

実務経験見込証明書

(サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修(実践研修)を実務経験6か月で受講する場合)

〇予地方局長 宛 年 月 日 番 号

所在地及び法人名称 代表者氏名 電話番号 印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)		
現 住 所			
施設又は事業所名	施設・事業所のサービス種別 ()		
サービス管理責任者等の配置状況 (※3)	①		サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者(以下「サービス管理責任者等」という。)のもとで基礎研修修了者が個別支援計画の原案の作成までの一連の業務に従事する。
	②		サービス管理責任者等を2名以上配置する必要のある事業所において、2人目以降のサービス管理責任者等として個別支援計画の作成の一連の業務に従事する。
	③		やむを得ない事由によりサービス管理責任者等を欠いている事業所において、サービス管理責任者等とみなして個別支援計画の作成の一連の業務に従事する。
	④		令和3年度末までに基礎研修修了者となっており、サービス管理責任者等とみなして個別支援計画の作成の一連の業務に従事する。
個別支援計画作成の業務内容 (複数選択可)	①		利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う。
	②		アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。
	③		個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等からの意見を求める。(サービス管理責任者等のもとで業務に従事する場合は、サービス管理責任者等が開催する上記会議に参画する。)
	④		上記原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する。
	⑤		定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント(モニタリング)を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。
基礎研修修了日	年 月 日 (※4)		
業務期間(見込)	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間) (※5)		
個別支援計画の作成の一連の業務の実施回数(見込)			回 (※6)

- 注 1 サービス管理責任者等実践研修の受講要件である基礎研修修了後の実務経験「2年以上」を「6か月以上」に短縮する場合、本様式により県へ届け出ること。

(1)～(3)全てを満たす方はサービス管理責任者等基礎研修修了後の実務経験が6か月以上でサービス管理責任者等実践研修を受講することができる。

(1) 基礎研修受講開始日に既にサービス管理責任者等の配置に関する実務経験要件を満たしていること。

(2) 個別支援計画作成の業務に従事していること。

(3) 本様式で個別支援計画作成の業務に従事していることについて県に届け出ること。

なお、実務経験被証明者がサービス管理責任者等として個別支援計画作成業務にこれから従事する場合は、別途変更届を提出すること。

2 施設又は事業所名欄には、実務経験被証明者が個別支援計画作成業務に従事しているサービス等の種別も記入すること。

3 「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「①」又は「②」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～③」の全て、「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「③」又は「④」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～⑤」の全ての業務に従事している必要があるので留意すること。

4 基礎研修修了証の写しを添付すること。

5 「業務期間(見込)」欄は、実務経験被証明者が、基礎研修修了後から実践研修受講開始予定日まで~~の間に~~個別支援計画作成の業務を行う期間を記入すること。(6か月未満の場合は実践研修を受講することはできない。)

6 「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「①」又は「②」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～③」の全てを、「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「③」又は「④」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～⑤」の全てを実施する際に「1回」とカウントし、少なくとも概ね計10回以上行う必要があるので留意すること。

7 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。なお、修正液による訂正は認められません。

8 サービス管理責任者実践研修を修了した後、速やかに修了証書の写しを提出すること。
- 受付印

(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

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

1 利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

※具体的な対応方針

3 その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載すること。

(参考様式 7)

指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害福祉サービスの種類	

- 1 申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体障がい者（肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障がい）
知的障がい者 ・ 障がい児 ・ 精神障がい者 ・ 難病患者等

- 2 主たる対象者を 1 のとおり特定する理由

- 3 今後における主たる対象者の拡充の予定

- （1）拡充予定の有無

あり ・ なし

- （2）拡充予定の内容及び予定時期

- （3）拡充のための方策

(参考様式 8)

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）の指定に係る誓約書

年 月 日

愛媛県知事

様

申請者 所在地
名 称
代表者 住 所
氏 名

印

当法人（役員等※1を含む。）は、下記に掲げる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第36条第3項各号※2の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

※1 役員等とは、当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所の管理者のことをいう。

※2 療養介護は、第7号を除く。一般相談支援は、第4号、第10号及び第13号を除く。

記

【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第36条第3項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者(※) でないとき。
(※) 「法人」を指す。ただし、療養介護、医療機関で行われる短期入所については適用されない。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第43条第1項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第43条第2項の都道府県の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（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令（以下「障害者総合支援法施行令」第22条）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
【障害者総合支援法施行令第22条の政令で定める法律（改正の可能性あり）】
○（全事業共通）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、子ども・子育て支援法、国家戦略特別区域法、公認心理師法、民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律
○（療養介護のみ）医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、難病の患者に対する医療等に関する法律、臨床研究法
- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの（障害者総合支援法施行令第22条の2）により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
【障害者総合支援法施行令第22条の2の政令で定める法律（改正の可能性あり）】労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律
- 6 申請者が、第50条第1項（同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）又は第51条の2第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。））、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第50条第1項又は第51条の2第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定により指定を取消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第50条第1項又は第51条の2第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第46条第2項又は第51条の2第5の2第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第48条第1項（同条第3項において準用する場合を含む。）又は第51条の2第1項若しくは第2項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第50条第1項又は第51条の2第1項若しくは第2項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該事業者に対して当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通じた場合における当該特定日をいう。）までの間に第46条第2項又は第51条の2第5の2第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出日から起算して5年を経過していないものであるとき。
- 10 第8号に規定する期間内に第46条第2項又は第51条の2第5の2第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第6号まで又は第8号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第6号まで又は第8号から第11号までのいずれかに該当する者であるとき。

介護保険法に基づく訪問介護事業所の指定（あり・なし）

備考 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護については、本表は共通のもの1枚で結構です。

2 ※欄は、当該月の曜日を記載してください。

3 同行援護又は行動援護に従事される方の職種の横に「同」又は「行」を記載してください。

4 「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載してください。

5 「資格」欄は、「介護福祉士」等の資格又は養成研修等を修了している場合は「ヘルパー〇級」等を記入し、資格証等の写しを添付してください。

6 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む）について、4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。

7 常勤換算の算定に当たっては、サービス提供責任者及び従業者の週平均の勤務時間の合計時間数を、1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数で割り、小数点以下第2位を切り捨てた数としてください。

8 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

9 各事業所・施設において使用している勤務割表等（既に事業を実施しているときは直近月の実績）により、職種、勤務形態、氏名、資格及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（ 年 月分）

サービス種類 ()

事業所・施設名 ()

備考 1 ※欄は、当該月の曜日を記載してください。

2 申請する事業に係る従業者全員(管理者を含む)について、4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。夜勤等については、網かけをする等その旨を表示してください。
※生活介護等で複数単位実施の場合、各単位ごとに区分して記載してください。

3 「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載してください。

4 常勤換算が必要な職種は、「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

5 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

6 資格の有無及び種類は、「介護福祉士」「理学療法士」等の資格等を記載し、資格証等の写しを添付してください。

7 各事業所・施設において使用している勤務割表等(既に事業を実施しているときは直近月の実績)により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式 10-1)

現在の事業所等の状況 (就労定着支援の指定の申請の場合)

【一体的に運営する指定障害福祉サービスの種類、当該事業所の名称及び所在地】

サービス種類	事業所		事業所番号
	名称	所在地	

【一般就労移行実績】※申請日の属する日から遡って過去3年間において一般就労に移行した者

	氏名	就職日	就職先事業所名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

注1. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者について記入する。
一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所への移行は除く。

注2. 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。

注3. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすことになる。

注4. 適宜、欄は追加してください。

(参考様式１０－２)

現在の事業所等の状況（自立生活援助の指定の申請の場合）

【提供する指定障害福祉サービス、指定障害者支援施設又は指定相談支援の種類、当該事業所又は施設の名称及び所在地】

サービス種類	事業所又は施設		事業所番号
	名称	所在地	

注．自立生活援助の指定を受けようとする事業所において、現在指定を受けている以下の事業に係る内容を記載すること。
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、施設入所支援、地域移行支援、
地域定着支援、計画相談支援

(参考様式11)

協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要

事業所名	
管理者名	

措 置 の 概 要
1 協議会等への報告・協議会からの評価等に対応する担当者(連絡先)
2 報告する又は評価を受ける協議会等の名称
3 定期報告・評価の時期(年1回以上)
4 協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会の具体的な内容
5 その他参考事項

日中サービス支援型グループホームは、地域に開かれたサービスとすることにより、当該サービスの質の確保を図る観点から、地方公共団体が設置する協議会等(※)に対し、定期的に(年1回以上)事業の実施状況等を報告し、協議会等から評価を受けるとともに、当該協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。

※法第89条の3第1項に規定する協議会又はその他の都道府県知事がこれに準ずるものとして特に認めるもの(都道府県又は市町村職員、障害福祉サービス事業所、医療関係者、相談支援事業所等が参加して障害者の地域生活等の検討を行う会議等)