

彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録制度実施要綱

(目的)

第1条 重度障害者が安心して入居、生活ができることができるグループホームを登録し公表することで、グループホームが入所施設や在宅に暮らす重度障害者の住まいの場の選択肢の一つとする。このことにより、入所施設等からの地域移行や支援が必要な重度障害者の在宅からの入居が進み、もって障害者がグループホームで安心して生活できる環境を整備することを目的とする。

(対象)

第2条 この要綱において彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム（以下、「あんしん宣言グループホーム」という。）登録制度の対象となるグループホームは、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に基づき埼玉県知事が指定している共同生活援助事業のうち、別表の登録基準を満たすグループホームとする。

なお、登録にあたっては、グループホームの事業所及び住居を登録するものとする。

2 次の各号のいずれかに該当する場合は対象としない。

(1) 法第50条に基づき、運営する指定障害福祉サービス事業所又は指定障害者支援施設の指定について、期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止されている又は当該停止期間後3年以内の法人が運営するグループホーム。

(2) その他、県の指導監査の状況等から、知事が登録することが相応しくないと認めた法人が運営するグループホーム

(登録の申請)

第3条 あんしん宣言グループホームの登録を受けようとする者は、彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録申請書（様式第1号）に別に必要書類を添付して、e-mailで知事に登録申請するものとする。

2 登録申請期間は、毎年度6月1日から6月30日までの間とする。

3 登録有効期限は、登録日の属する年度から起算して、3年目の7月31日までとする。

4 登録している事業所に新たに住居を登録する場合は、登録を受けた事業者（以下「登録事業者」という。）は本条第1項の登録申請をするものとする。この場合の登録有効期限は、登録している事業所の期限までとする。

5 登録有効期限後、引き続き登録を希望する場合は、登録事業者は登録有効期限の属する年度の登録申請期間に申請を行うものとする。

(登録)

第4条 知事は、前条の登録申請書の提出があったときは、申請の内容が登録基準に適合しているか書面審査を行い、登録基準に適合するグループホームについて、彩の

国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録簿（様式第2号。以下、「登録簿」という。）に登録し、登録マークを掲載した安心宣言を記載できる登録ステッカー（参考様式）を交付するものとする。

2 前項の登録ステッカーは、登録住居ごとに交付するものとする。なお、登録ステッカーは登録住居以外において使用してはならない。

3 登録事業者は、登録を受けている旨を紹介するため、登録事業者のホームページ、パンフレット、刊行物、登録事業者の従業員の名刺等において、登録マークを使用することができる。

（登録したグループホームの公表）

第5条 知事は、登録したグループホームについて、登録簿記載内容及び安心宣言など登録申請書に明記してある公表事項を埼玉県福祉部障害者支援課のホームページで公表するものとする。

（登録期間中の登録基準の確認）

第6条 登録基準のうち「人員・支援の体制」に係る基準の3①又は②に該当することで登録している事業者は、登録した翌年度及び翌々年度の6月1日から6月30日までに間に、人員・支援体制該当報告書（様式第3号）に必要な書類を添付し、e-mailで知事に報告しなければならない。

2 前項以外の登録を受けているグループホームについては、県は毎年、前項に定める期間に、登録基準のうち「人員・支援の体制」に係る基準に該当していることを確認するものとする。

（変更届）

第7条 登録事業者は、登録を受けた申請書の記載内容に変更があったときは、10日以内に変更届（様式第4号）に必要な書類を添付し、e-mailで知事に届け出なければならない。

2 前項の届出で第5条の公表事項に変更があった場合、ホームページの公表内容を変更するものとする。

（廃止又は辞退の届出）

第8条 登録事業者は、登録を受けたグループホームの事業所又は住居を廃止したとき、又は登録を辞退する場合は、廃止（辞退）届（様式第5号）をe-mailで知事に届け出るものとする。

なお、廃止したときは、10日以内に届け出なければならない。

（登録の取消し）

第9条 知事は、登録事業者が次に該当する場合、登録を取り消さなければならない。

（1）第8条の登録期間中の登録基準の確認において登録基準に適合していないことを確認した場合

(2) 法第50条に基づき、登録事業者が運営する指定障害福祉サービス事業所又は指定障害者支援施設の指定が取り消された場合

(3) 法第50条に基づき、登録事業者が運営する指定障害福祉サービス事業所又は指定障害者支援施設の指定について、期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止された場合

(4) その他、県の指導監査の状況等から、登録していることが相応しくないと認めた場合

(所掌)

第10条 この要綱に関する事務は、福祉部障害者支援課において所掌する。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、登録に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

1 この要綱は、令和5年1月30日から施行する。

2 令和4年度においては、第5条に規定する登録申請期間は要綱の施行日から令和5年2月28日の間、登録有効期限は令和7年7月31日までとする。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表（第2条関係）

登録基準

| 項目 | 基準 |
|--------------|---|
| 人員・支援の体制 | <p>下記の 1 及び 2 又は 3 に該当すること。</p> <p>1 人員配置が次のいずれかに該当していること。</p> <p>①特定従業者数換算で 12:1 以上(日中サービス支援型は 7.5:1 以上)加配している人員配置体制加算を適用している配置をしていること。</p> <p>②世話を、常勤換算で利用者数を 4（日中サービス支援型は 3）で除した数以上配置していること。</p> <p>2 次のいずれかの加算を適用していること。</p> <p>①重度障害者支援加算Ⅰ型又はⅡ型</p> <p>②医療的ケア対応支援加算</p> <p>③看護職員配置加算</p> <p>④視覚・聴覚言語障害者支援体制加算</p> <p>⑤強度行動障害者地域移行特別加算</p> <p>⑥精神障害者地域移行特別加算</p> <p>⑦地域生活移行個別支援特別加算</p> <p>3 障害者支援施設の運営法人が運営するグループホームであって、上記 2 に該当するか、次のいずれかに該当していること。</p> <p>①ア、イの両方に該当すること。</p> <p>ア 「強度行動障害者地域移行特別加算」、「精神障害者地域移行特別加算」、「地域生活移行個別支援特別加算」のいずれかの加算の対象となる障害者（なお、当該グループホームでの加算算定後の当該グループホームにおける入居期間は問わない）が 1 人以上入居していること。</p> <p>イ 前年度において、障害支援区分 5 以上及びそれに準じる者(障害支援区分 4 以上であって、行動関連項目の点数が 10 点上又は喀痰吸引等を必要とする者。以下同じ。)が入居者の 5 割以上であること。</p> <p>②前年度において、障害支援区分 5 以上及びそれに準じる者が入居者の 8 割以上であること。</p> |
| 設備 (住居単位) | <p>グループホームの住居の設備等が、次の項目の 2 つ以上を満たしていること。</p> <p>全ての項目を満たしているグループホームの住居には、県のホームページでその旨を公表するものとする。</p> <p>①居室面積 8㎡以上（収納設備等を除く）の居室を住居単位で 2 室以上確保している。</p> <p>②廊下幅 居室に面する廊下幅 1.5m 以上を確保している。</p> <p>③構造 玄関スロープやバリアフリーなどを満たしている。</p> <p>④介護設備 特殊浴槽又は介護リフトなど介護ロボット・設備を有している。</p> <p>⑤消防設備 各居室にスプリンクラー設備を設置している。</p> <p>⑥災害時 非常用自家発電設備（装置）を有する。</p> |
| 運営実績 | <p>グループホームの指定を受けた運営実績が 6 年以上あること。</p> |
| 安心宣言 | <p>グループホーム自ら、次の入居者支援の安心に資する宣言をすること。</p> <p>①入居者支援の安心宣言</p> <p>②グループホームで安心して豊かに暮らすことができるための取り組み等（申請書の様式 1 号—3 の「②グループホームで安心して豊かに暮らすことができるための取り組み等」欄のとおり。）</p> <p>※②については、必須ではありませんが、グループホームで取り組んでいる事項について積極的に申請書に御記載ください。</p> <p>※①、②は、県のホームページで公表します。</p> |

様式第1号(第3条関係)

彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日

申請者 所在地
名称
代表者

彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録制度実施要綱第3条の規定により彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホームの登録を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------|-------------------------------|-------------|--|
| 申請者 | フリガナ 名称 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 —) 県 郡・市 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | e-mail | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職 名 | | フリガナ 氏 名 | |
| グループホーム 登録を受けようとする | フリガナ 指定を受けているグループ ホームの事業所の名称 | | | | |
| | 当初指定年月日 | 年 月 日 | :グループホームの指定を受けた運営実績が6年以上あること。 | | |
| | 事業所の所在地 | (郵便番号 —) 県 郡・市 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | e-mail | | |
| | 登録する住居名 | | | | |

| | | |
|------------------------|--|-----------------------|
| 【人員・支援の体制】 | | 該当・適用している 場合 ○ を記入 |
| 下記の 1 及び 2又は3 に該当すること。 | | |
| 1 | 人員配置が次のいずれかに該当していること。 | |
| | ①特定従業者数換算で12:1以上(日中サービス支援型は7.5:1以上)加配している人員配置体制加算を適用している配置をしていること。 | |
| | ②世話人を、常勤換算で利用者数を4(日中サービス支援型は3)で除した数以上配置していること。 ※1 | |
| 2 | 次のいずれかの加算を適用していること。 | |
| | ①重度障害者支援加算Ⅰ型又はⅡ型 | |
| | ②医療的ケア対応支援加算 | |
| | ③看護職員配置加算 | |
| | ④視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | |
| | ⑤強度行動障害者地域移行特別加算 | |
| | ⑥精神障害者地域移行特別加算 | |
| | ⑦地域生活移行個別支援特別加算 | |
| 3 | 障害者支援施設の運営法人が運営するグループホームであって、上記2に該当するか、次のいずれかに該当していること。 ※2 | |
| | ①ア、イの両方に該当すること。 ア「強度行動障害者地域移行特別加算」、「精神障害者地域移行特別加算」、「地域生活移行個別支援特別加算」のいずれかの加算の対象となる障害者(なお、当該グループホームでの加算算定後の当該グループホームにおける入居期間は問わない)が1人以上入居していること。 イ 前年度において、障害支援区分5以上及びそれに準じる者(障害支援区分4以上であって、行動関連項目の点数が10点上又は喀痰吸引等を必要とする者。以下同じ。)が入居者の5割以上であること。 | |
| | ②前年度において、障害支援区分5以上及びそれに準じる者が入居者の8割以上であること。 | |

※1:1の②に該当するとして登録申請する場合は、体制届の別表2及び(参考様式)共同生活援助利用者の状況を添付してください。

※2:3の①又は②に該当するとして登録申請する場合は、付表1を添付してください。

| | | | | |
|---------|-----|--|--------|--|
| 申請事務担当者 | 氏名 | | | |
| | TEL | | e-mail | |

様式第1号-2 設備の基準

| 【設備(住居ごと)】 | | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------|--|--------|--|--------------------------|
| グループホームの住居の設備等が、次の項目の2つ以上を満たしていること。※ (全ての項目を満たしているグループホームの住居は、県のホームページでその旨を公表します。) | | | | | | |
| 住居 1 | フリガナ 名称 | | | | | 該当・適用して いる場合 ○ を記入 |
| | 所在地 | (郵便番号 —) 埼玉県 | | | | |
| | 連絡先 | 電話 | | e-mail | | |
| ①居室面積 | 8㎡以上(収納設備等を除く)の居室を住居単位で2室以上確保している。 | | | | | |
| ②廊下幅 | 居室に面する廊下幅1.5m以上を確保している。 | | | | | |
| ③構造 | 玄関スロープやバリアフリーなどを満たしている。 | | | | | |
| ④介護設備 | 特殊浴槽又は介護リフトなど介護ロボット・設備を有している。 | | | | | |
| | 設備等のメーカー、設備名 | | | | | |
| ⑤消防設備 | 各居室にスプリンクラー設備を設置している。 | | | | | |
| ⑥災害時 | 非常用自家発電設備(装置)を有する。 | | | | | |
| | 設備等のメーカー、設備名 | | | | | |

※①、②に該当する場合及び④特殊浴槽がある場合は、現在指定GHとして県に届出ている図面(基準に該当することが分かるようにする。住居名を記載する。)を別添資料として添付してください。

※③に該当する場合は、玄関スロープや住居内のバリアフリーの状況がわかる写真を、住居と場所がわかるようにした画像を別添資料として添付してください。

※⑤に該当する場合は、スプリンクラーに関する消防用設備等設置届出書の写しを添付してください。

| 【設備(住居ごと)】 | | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------|--|--------|--|--------------------------|
| グループホームの住居の設備等が、次の項目の2つ以上を満たしていること。※ (全ての項目を満たしているグループホームの住居は、県のホームページでその旨を公表します。) | | | | | | |
| 住居 2 | フリガナ 名称 | | | | | 該当・適用して いる場合 ○ を記入 |
| | 所在地 | (郵便番号 —) 埼玉県 | | | | |
| | 連絡先 | 電話 | | e-mail | | |
| ①居室面積 | 8㎡以上(収納設備等を除く)の居室を住居単位で2室以上確保している。 | | | | | |
| ②廊下幅 | 居室に面する廊下幅1.5m以上を確保している。 | | | | | |
| ③構造 | 玄関スロープやバリアフリーなどを満たしている。 | | | | | |
| ④介護設備 | 特殊浴槽又は介護リフトなど介護ロボット・設備を有している。 | | | | | |
| | 設備等のメーカー、設備名 | | | | | |
| ⑤消防設備 | 各居室にスプリンクラー設備を設置している。 | | | | | |
| ⑥災害時 | 非常用自家発電設備(装置)を有する。 | | | | | |
| | 設備等のメーカー、設備名 | | | | | |

※①、②に該当する場合及び④特殊浴槽がある場合は、現在指定GHとして県に届出ている図面(基準に該当することが分かるようにする。住居名を記載する。)を別添資料として添付してください。

※③に該当する場合は、玄関スロープや住居内のバリアフリーの状況がわかる写真を、住居と場所がわかるようにした画像を別添資料として添付してください。

※⑤に該当する場合は、スプリンクラーに関する消防用設備等設置届出書の写しを添付してください。

登録申請する住居が2以上ある場合は、上表を追記してください。

様式第1号-3 安心宣言

①安心宣言【必須】

グループホーム自ら、入居者支援の安心宣言(下記に記載)をしてください。
※登録ステッカーに自ら記載していただくとともに、県のホームページで公表します。
文字数は、登録ステッカーに記載することができる30～50字程度までを目安にしてください。

| | |
|------|--|
| 安心宣言 | |
|------|--|

②グループホームで安心して豊かに暮らすことができるための取り組み等

※必須ではありませんが、グループホームで取り組んでいる事項を積極的に御記載ください。
※県ホームページで公表します。

| | |
|-----------------------------------|--|
| グループホームの 入居者の意思を尊重し た支援のあり方 | |
| グループホームの 地域との関わりの取組 み | |
| 登録事業者の 入所施設等からの地域 移行に関する取組み | |
| 登録事業者・グループホームの アピールポイント | |

※県ホームページ掲載にあたっては、上記記載事項のまま掲載できないことがあります。

付表1(人員・支援の体制 3 の状況)

| | |
|------------|--|
| グループホームの名称 | |
|------------|--|

○人員・支援の体制 3① の確認事項

グループホーム(登録する住居を含めた当該指定グループホーム全体)に、人員・支援の基準 3①に該当する入居者がいる場合、入居者の氏名を記入してください。(複数いる場合は、全員の氏名)

| | |
|--|--|
| 「強度行動障害者地域移行特別加算」の対象となる障害者 (なお、当該グループホームでの加算算定後の当該グループホームにおける入居期間は問わない) | |
| 「精神障害者地域移行特別加算」の対象となる障害者(なお、当該グループホームでの加算算定後の当該グループホームにおける入居期間は問わない) | |
| 「地域生活移行個別支援特別加算」の対象となる障害者(なお、当該グループホームでの加算算定後の当該グループホームにおける入居期間は問わない) | |

○人員・支援の体制 3①② の確認事項

グループホーム(登録する住居を含めた当該指定グループホーム全体)の、前年度の延べ利用日数を記入してください。

| 障害支援区分 | 延べ利用日数 | ※うち区分5以上に準じる者 |
|----------------------------|--------|------------------|
| 区分1 | | |
| 区分2 | | |
| 区分3 | | |
| 区分4 | | |
| 区分5 | | |
| 区分6 | | |
| 合計 | 0 | |
| 区分5以上(準じる者を含む)の利用割合 | | #DIV/0! % |

※「うち区分5以上に準じる者」の欄には、区分4であって、行動関連項目の点数の合計が10点以上である者又は喀痰吸引等を必要とする者の数を記載すること。

※赤色着色セルは自動計算により表示されるので、記入等しないでください。

人員・支援体制該当報告書

(宛先)

年 月 日

埼玉県知事

所在地

申請者 名称

代表者

彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録制度実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

| | | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----------|--------|--|
| グループホーム <small>登録を受けている</small> | フリガナ | | | |
| | 指定を受けているグループホームの事業所の名称 | | | |
| | 事業所の所在地 | (郵便番号 —) | | |
| | | 県 | 郡・市 | |
| 連絡先 | 電話番号 | | e-mail | |

※人員・支援体制に係る基準の3①又は②に該当することに関し、様式第1号(申請書)の付表1を添付す

| | | | | |
|---------|-----|--|--------|--|
| 報告事務担当者 | 氏名 | | | |
| | TEL | | e-mail | |

変更届出書

(宛先)

年 月 日

埼玉県知事

所在地

申請者 名称

代表者

彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録制度実施要綱第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

| | | |
|----------------------|-----|-------|
| 登録内容を変更した グループホーム | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 変更の内容 | | |
| (変更前) | | (変更前) |
| | | |

※変更内容が、登録申請書(様式第1号)において添付書類が必要な場合は、該当書類を添付してください

| | | | | |
|---------|-----|--|--------|--|
| 届出事務担当者 | 氏名 | | | |
| | TEL | | e-mail | |

廃止(辞退)届出書

(宛先)

年 月 日

埼玉県知事

所在地

申請者 名称

代表者

彩の国重度障害者支援・あんしん宣言グループホーム登録制度実施要綱第8条の規定により、次のとおり届け出ます。

| | | |
|------------------------|-----|-------|
| グループホームの事業所を 廃止する場合 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| グループホームの住居を 廃止する場合 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 廃止(辞退する)日 | | 年 月 日 |
| 廃止(辞退)の理由 | | |

| | | | | |
|---------|-----|--|--------|--|
| 届出事務担当者 | 氏名 | | | |
| | TEL | | e-mail | |



あんしん宣言グループホーム



♥ 重い障害のある方も入居できます

当ホームの安心宣言！

Blank area for the group home's安心宣言 (Statement of Assurance).