別記様式第１号（第６条関係）

③ 印

① 年　月　日

①日付は空欄にしてください。

文京区長　殿

網掛けの部分に必要事項を記入してください。
なお、変更交付申請書類及び実績報告書類の記

主たる事務所の所在地：②
東京都文京区春日〇－〇－〇
法人名：社会福祉法人　文京の会
代表者職・氏名：理事長　文京　花子　印
事業所名　文京区障害者日中活動センター

②法人の代表者印を押印してください。

③事務処理の効率化のため、捨印を押印してください。

文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金の交付申請書④（令和〇年度）

④年度をご記入ください。

文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付要綱第６条の規定により補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、以下のとおり申請します。

申請額　　金　14,548,000　円

（申請額の内訳）

基本補助	9,180,000	円
メニュー選択式加算	3,462,000	円
障害者等雇用加算	1,306,000	円
第三者評価受審経費	600,000	円
合計	14,548,000	円

（申請書類）

1　④令和〇年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金所要額調書
（別紙１）のとおり

2　基本補助算定内訳
（別紙２）のとおり

3　メニュー選択式加算選択メニュー一覧表
（別紙３）のとおり

4　障害者等雇用加算雇用者名簿
（別紙４）のとおり

5　福祉サービス第三者評価の実施状況
（別紙５）のとおり

事業所名	文京区障害者日中活動センター
担当者	文京　花子
電　話	０３－〇〇〇〇－〇〇〇〇
e-mail	〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇

別紙1

⑤ 令和○年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金所要額調書

⑤年度をご記入ください。

法人名	社会福祉法人　文京の会
事業所名	文京区障害者日中活動センター

補助基準			単価	延べ人数	申請額
基本補助			17,000 円	540人	9,180,000円
メニュー選択式加算			72,000 円	44人	3,168,000円
	医療的ケア受入あり	○	98,000 円	3人	294,000円
障害者等雇用加算			1,306,000 円		1,306,000円
第三者評価受審経費	当該年度受審の場合○↓ ○				⑥ 600,000円
合　計					14,548,000円

⑥第三者評価受審経費は、1事業所あたり60万円が上限となります。受審年度の交付申請の際に、第三者評価受審経費の見積書（交付申請時に見積書を未取得の場合は、予算書や事業計画書等の受審予定が分かるもの）の写しを添付してください。見積書の金額が60万円未満の場合は、見積書の金額が第三者評価受審経費の申請額となりますので、見積書の金額をご入力ください。

別紙2

事業所名	文京区障害者日中活動センター

基 本 補 助 算 定 内 訳

1．基本補助の算定

⑦

項目 No.	項目 名称	単価 (A)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	延べ人員 (B)	金額 (C=A×B)
			各月初日の在籍者数（定員を上限とする）												適用期間 4月 ～ 3月	
1	生活介護	17,000円	29人	29人	30人	30人	30人	30人	30人	30人	30人	30人	31人	31人	360人	6,120,000円
2	自立訓練		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	0人	0円
3	就労移行支援		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	0人	0円
4	就労継続支援A型		人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	0人	0円
5	就労継続支援B型		15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	180人	3,060,000円
合計		円	44人	44人	45人	45人	45人	45人	45人	45人	45人	45人	46人	46人	540人	9,180,000円

⑦適用期間を忘れずに入力してください。（基本的には4～3月）

⑧

３年（当該年度及び過去２年）に一度、第三者評価の受審	○

受審年月日　令和 △ 年 ○ 月 □ 日

⑧プルダウンで受審の有無を表示してください。
また、受審年月日をご記入ください。
（申請年度から起算して過去2年度に受審済みの場合は受審年月日、申請年度に受審予定の場合は、受審予定年月日をご記入ください。）

2．各月の定員

項目 No.	項目 名称	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		各月の定員											
1	生活介護	35人	35人	35人	35人	35人	35人	35人	35人	35人	35人	35人	35人
2	自立訓練	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
3	就労移行支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
4	就労継続支援A型	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
5	就労継続支援B型	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人	15人
日中定員の合計		50人	50人	50人	50人	50人	50人	50人	50人	50人	50人	50人	50人

別紙３「メニュー選択式加算」選択メニュー一覧表

選択メニューの6項目中3項目以上を満たしていることが要件です。

事業所名	文京区障害者日中活動センター

選択メニュー	達成状況
（１）重度者の受入れ 　ア　生活介護事業所について 　　前年度に障害程度区分４～６（４は行動関連項目１０点以上）の利用者を３０％以上受け入れている。 　イ　自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援事業所について 　　前年度に障害程度区分４～６（４は行動関連項目１０点以上）の利用者、身体障害者手帳１級、愛の手帳１度若しくは精神保健福祉手帳１級を持つ利用者、又は、障害基礎年金１級を受給している利用者を３０％以上受け入れている。 　※５０歳以上の利用者は１区分上位として扱う	○
（２）医療的ケアを要する者の受入れ 　前年度に医療的ケアを要する者の受入れを実施している	○
（３）グループホームのバックアップ施設 　共同生活援助のバックアップ施設である	○
（４）東京都障害福祉計画に定める就労移行実績の達成 　ア　全事業所（就労継続支援Ｂ型事業所を除く。） 　　直近２年間のいずれかで障害福祉計画に定める就労移行実績を達成している。 　イ　就労継続支援Ｂ型事業所 　　直近２年間のいずれかで就労移行実績又は直近１年間で工賃実績を達成している。	○
（５）地域移行者の受入れ 　前年度に地域移行者の受入れを実施している	○
（６）都の指定する研修の受講及び事業所内研修の実施 　３年（当該年度及び過去２年）に一度、東京都が指定する研修を受講し、かつ、当該研修を踏まえた事業所内研修を実施している	○

判定	○

２．各メニューの添付様式
（１）重度対象者名簿〔別紙３添付様式１〕
（２）医療的ケアを要する利用者の受入れ状況〔別紙３添付様式２〕
（３）グループホームに対するバックアップの実施状況〔別紙３添付様式３〕
（４）ア　障害福祉計画における就労移行実績の達成状況〔別紙３添付様式４－１〕
（４）イ　目標工賃の達成状況〔別紙３添付様式４－２〕
（５）地域移行者の受け入れ状況〔別紙３添付様式５〕
（６）都の指定する研修の受講及び事業所内研修の実施状況〔別紙３添付様式６〕
　※また、以下の資料について、事業所内で備えおくこと。
　　・指定研修を受講したことが確認できる書類（研修修了証、受講証明書等）
　　・事業所内研修を実施したことが確認できる書類（研修報告書、研修資料等）

別紙３　添付様式１

生活介護事業所用　重度対象者名簿（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター

No.	サービス種別 ⑨	氏名	年齢 ⑩	実施機関	利用開始日 ⑪	障害支援区分	上位区分該当	行動関連項目点数 ※区分4のみ
1	生活介護	文京　太郎	25	文京区	平成〇年〇月〇日	5		
2	生活介護	春日　次郎	60	文京区	平成〇年〇月〇日	4	〇	
3	生活介護	後楽　三郎	50	文京区	平成〇年〇月〇日	3	〇	10点以上
4	生活介護	小石川　四郎	49	文京区	平成〇年〇月〇日	4		10点以上
5	生活介護	本郷　五郎	36	文京区	平成〇年〇月〇日	4		10点以上
6	生活介護	白山　六郎	62	文京区	平成〇年〇月〇日	5	〇	
7	生活介護	小日向　七郎	55	文京区	平成〇年〇月〇日	4	〇	
8	生活介護	根津　八郎	33	文京区	平成〇年〇月〇日	5		
9	生活介護	水道　九郎	45	〇〇市	平成〇年〇月〇日	4		11点
10	生活介護	目白台　十郎	46	〇〇区	平成〇年〇月〇日	5		
11	生活介護	音羽　十一郎	53	〇〇区	平成〇年〇月〇日	6		
12	生活介護							
13	生活介護							
14	生活介護							
15	生活介護							
16	生活介護							
17	生活介護							
18	生活介護							
19	生活介護							
20	生活介護							

⑫

年度当初の定員等（ａ）	必要人数（ａ）×30%（端数切り上げ）	該当者数	算定要件
44名	14名	15名	〇

（注）年齢、障害支援区分、行動関連項目は前年度末現在を記入してください。

なお、年齢５０歳以上の利用者の障害支援区分は１区分上位となります。
行が足りない場合は適宜追加してください。

⑨交付申請時及び変更交付申請時は、前年度末に在籍している方、実績報告時は当年度末時点に在籍している方をご記入ください。
※在籍者のうち、重度対象者の該当者の氏名

⑩支給決定している自治体名をご入力ください。

⑪
【障害支援区分】
障害区分は、「4」から「6」の方が該当します。（満50歳以上の方は、区分「3」から「6」の方が該当します。）
該当者の実際の障害支援区分を入力してください。
※満50歳以上の場合でも、入力値は1区分上位にしないでください。

【上位区分該当】
満50歳以上の方は、1区分上位とみなすため、「〇」をご入力ください。
※実際の障害支援区分が6の方は、既に最上位区分であるため、この欄に〇は不要です。

【行動関連項目点数】
以下の①･②のいずれかに該当する方は、該当者の受給者証を確認していただき、「重度障害者支援加算」に「✓」がある場合は「10点以上」と記入してください。
受給者証の発行自治体によっては、点数の記載がありますので、その場合は点数をご記入ください。
※受給者証記載の点数が10点未満の場合や、受給者証の重度加算に「✓」がない方は、対象外となります。
①「上位区分該当者（満50歳以上の方）」で、実際の障害支援区分が「3」の方
②満50歳未満の方で実際の障害支援区分が「4」の方

⑫定員、必要人数及び該当者数は、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援の合計人数で算出されます。

別紙３　添付様式１

自立訓練、就労継続支援Ａ型・Ｂ型、就労移行支援事業所用　重度対象者名簿（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター

No.	サービス種別	氏名	年齢	実施機関	利用開始日	障害支援区分	上位区分該当	行動関連項目点数※区分4のみ	身体障害者手帳１級	愛の手帳１度	精神保健福祉手帳１級	障害基礎年金１級
1	就労継続支援Ｂ型	向丘　十二郎	45	文京区	平成○年○月○日	4			○			
2	就労継続支援Ｂ型	関口　十三郎	50	文京区	平成○年○月○日	3	○	10点以上				
3	就労継続支援Ｂ型	西片　十四郎	28	○○市	平成○年○月○日	4		12点				
4	就労継続支援Ｂ型	湯島　十五朗	34	○○区	平成○年○月○日	6						
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

年度当初の定員等（ａ）	必要人数（ａ）×30%（端数切り上げ）	該当者数	算定要件
44名	14名	15名	○

（注）年齢、障害支援区分、行動関連項目は前年度末現在を記入してください。

なお、年齢５０歳以上の利用者の障害支援区分は１区分上位となります。
行が足りない場合は適宜追加してください。

別紙３添付様式２

医療的ケアを要する利用者の受入れ状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター
医療的ケア者の人数	3

No.	氏名	実施機関	医療的ケアの内容
1	本郷　一郎	文京病院	１　人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む）の管理
2	小石川　二郎	文京病院	２　気管切開の管理
3	大塚　三子	文京病院	３　鼻咽頭エアウェイの管理
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

別紙３添付様式３

グループホームに対するバックアップの実施状況

事業者指定上の連携体制が「有」の場合

事業所名	文京区障害者日中活動センター

１．バックアップ先グループホーム及び事業者指定上の連携体制等の有無

バックアップ先のグループホーム			
事業者番号	住居名称（上段） 事業所名（下段）	事業者指定上の 連携体制の有無	事業者指定年月日 （有の場合のみ）
○○○○○○○○○○	文京ホーム グループホーム文京	(有)・無	平成20年4月1日
		有・無	
		有・無	

２．補助事業所が事業者指定上の連携体制等となっていない場合
（上記１が「無」しか無い場合のみ記入）

事業者指定上の連携体制等事業所			
連携体制等事業所名称	該当 番号	事業者指定上と異なる理由 （当てはまる番号を左欄に記入してください）	
		（１）GHの定員が多数	（２）複数住居が分散して所在
		（３）多数の重度者が利用	（４）その他
（具体的な理由を記入してください）			

※連携体制が証明できる書類（任意可）を添付してください。

３．別の通所事業所からのバックアップ状況

１のグループホームが補助事業所以外の通所事業所からもバックアップを受けている場合			
住居名称（上段） 事業所名（下段）	通所事業所①	通所事業所②	通所事業所③
文京ホーム グループホーム文京	○○区福祉作業所		

⑬
４．具体的な連携体制

⑬必ずご記入ください。

補助事業所とバックアップ先グループホームとの具体的な連携体制
（具体的に記入してください） 緊急時等における生活支援員不足の際に、応援人員を派遣。

別紙３添付様式３

グループホームに対するバックアップの実施状況

事業者指定上の連携体制が「無」の場

事業所名	文京区障害者日中活動センター

１．バックアップ先グループホーム及び事業者指定上の連携体制等の有無

バックアップ先のグループホーム			
事業者番号	住居名称（上段） 事業所名（下段）	事業者指定上の 連携体制の有無	事業者指定年月日 （有の場合のみ）
○○○○○○○○○○	文京ホーム グループホーム文京	有 ・ 無（○）	平成20年4月1日
		有 ・ 無	
		有 ・ 無	

２．補助事業所が事業者指定上の連携体制等となっていない場合
（上記１が「無」しか無い場合のみ記入）
⑭

事業者指定上の連携体制等事業所			
連携体制等事業所名称	該当 番号	事業者指定上と異なる理由 （当てはまる番号を左欄に記入してください）	
グループホーム文京	⑵⑶	（１）GHの定員が多数	（２）複数住居が分散して所在
		（３）多数の重度者が利用	（４）その他

（具体的な理由を記入してください）
上記１の文京ホームについては、近隣住居に所在しているグループホーム文京を含めて文京ホームが一体として指定しているため。

※連携体制が証明できる書類（任意可）を添付してください。

⑭事業者指定上の連携体制を取っていないが、事実上連携しているグループホーム等の名称、その理由をご記入ください。
※「連携体制が証明できる書類」は、相手方と締結した「協定書」等をご提出ください。

３．別の通所事業所からのバックアップ状況

１のグループホームが補助事業所以外の通所事業所からもバックアップを受けている場合			
住居名称（上段） 事業所名（下段）	通所事業所①	通所事業所②	通所事業所③
文京ホーム グループホーム文京	○○区福祉作業所		

⑬
４．具体的な連携体制

補助事業所とバックアップ先グループホームとの具体的な連携体制
（具体的に記入してください） 緊急時等における生活支援員不足の際に、応援人員を派遣。

⑬必ずご記入ください。

別紙３添付様式４－１

東京都障害福祉計画における就労移行者実績の達成状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	0

※　令和３年度に就労移行実績がある場合、この様式を使用してください。

サービス種別	実施の有無	令和３年度 就労移行実績（人）		就労移行実績（人）		令和３年度からの伸び率	達成状況	考え方
生活介護				令和４年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度のいずれかにおいて、令和３年度の一般就労への移行実績の１．２８倍以上
			→	令和５年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和６年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和７年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
自立訓練				令和４年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度のいずれかにおいて、令和３年度の一般就労への移行実績の１．２８倍以上
			→	令和５年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和６年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和７年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
就労継続支援Ａ型				令和４年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度のいずれかにおいて、令和３年度の一般就労への移行実績の１．２９倍以上
			→	令和５年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和６年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和７年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
就労継続支援Ｂ型	○	2		令和４年度		0	×	各年度のいずれかにおいて、令和３年度の一般就労への移行実績の１．２８倍以上
			→	令和５年度	1	0.5	×	
				令和６年度	2	1	×	
				令和７年度	3	1.5	○	
就労移行支援				令和４年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度のいずれかにおいて、令和３年度の一般就労への移行実績の１．３１倍以上
			→	令和５年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和６年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
				令和７年度		#DIV/0!	#DIV/0!	

別紙３添付様式４－１

東京都障害福祉計画における就労移行者実績の達成状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	0

※　令和３年度に就労移行実績が０人の場合、この様式を使用してください。

サービス種別	実施の有無		就労移行実績（人）		判定	考え方
生活介護		→	令和４年度		×	令和３年度は就労移行実績が０人であるが、令和４年度から令和７年度までのいずれかに２人以上の就労移行実績がある。
			令和５年度		×	
			令和６年度		×	
			令和７年度		×	
自立訓練		→	令和４年度		×	
			令和５年度		×	
			令和６年度		×	
			令和７年度		×	
就労継続支援Ａ型		→	令和４年度		×	
			令和５年度		×	
			令和６年度		×	
			令和７年度		×	
就労継続支援Ｂ型	○	→	令和４年度		×	
			令和５年度	1	×	
			令和６年度	2	○	
			令和７年度	3	○	
就労移行支援		→	令和４年度		×	
			令和５年度		×	
			令和６年度		×	
			令和７年度		×	

別紙３添付様式４－２

目標工賃の達成状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	0

※　補助対象年度に就労継続支援事業Ｂ型を運営している場合のみが回答ください。

【手順１】令和４年度の平均工賃を入力してください。（新計算方式で算定してください。）

令和４年度平均工賃（円）	21,490

【手順２】以下、Ａ及びＢのうち、該当する項目について、各年度の平均工賃額を入力してください。

【Ａ　令和４年度の平均工賃が21,489円以上の事業所】

平均工賃額		達成状況	考え方
令和４年度	21,490		令和５年度～令和７年度いずれかにおいて、平均工賃21,489円以上かつ前年度から１割増加してるか否かで達成状況を判定
令和５年度	21,490	×	
令和６年度	22,660	×	
令和７年度	24,930	○	

【Ｂ　令和４年度の平均工賃が21,489円未満の事業所】

平均工賃額		達成状況	考え方
令和５年度		×	令和５年において、平均工賃21,489円以上か否かで達成状況を判定
令和６年度		×	令和６年において、平均工賃21,490円以上か否かで達成状況を判定
令和７年度		×	令和７年において、平均工賃21,489円以上か否かで達成状況を判定

別紙３添付様式５

地域移行者の受入れ状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター

【障害者支援施設等からの退所者一覧】

No.	氏名	実施機関	地域移行前の施設種別	地域移行前の施設名称	地域移行前の施設利用終了日	事業所利用開始日	判定
1	文京　太郎	文京区	障害者支援施設（都内）	ケアホーム文京	令和6年4月1日	令和6年10月1日	○
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

【精神科病院からの退院者一覧】

No.	氏名	実施機関	地域移行前の病院名称	精神科病院の入院日	地域移行前の病院退院日	入院期間1年以上	事業所利用開始日	退院後1年以内
1	春日　次郎	文京区	文京精神病院	令和5年4月1日	令和6年4月1日	○	令和6年10月1日	○
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

別紙３添付様式６

都が指定する研修の受講及び事業所内研修の実施状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター

都が指定する研修の受講状況（当該年度及び過去２か年度）

⑮

	法人名	事業所名	受講者氏名	研修名称	受講年月日（※）	事業所内研修実施の有無	事業所内研修の実施年月日（※）		
							Ｒ５	Ｒ６	Ｒ７
1	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター	文京　花子	障害福祉サービス等事業者に対する経営管理研修	令和５年〇月〇日	あり	令和５年△月△日	令和６年〇月〇日	令和７年☆月☆日
2	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター	千駄木　太郎	東京都障害者ピアサポート研修	令和６年△月△日	あり		令和６年◇月〇日	令和７年□月◇日
3	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター	本駒込　次郎	強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）	令和７年◇月◇日	あり			令和７年☆月〇日
4	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター							
5	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター							
6	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター							
7	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター							
8	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター							
9	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター							
10	社会福祉法人　文京の会	文京区障害者日中活動センター							

※申請年度は受講予定年月日及び実施予定年月日を記入する。

⑮当該年度及び当該年度から起算して過去2年度に都が指定する研修を受講した事業所の職員が1人以上おり、**かつ、年度ごとに事業所内研修（都が指定する研修を踏まえたものに限る）を実施していることが要件となります。**

【前前年度に受講した場合】
→前前年度と前年度の事業所内研修の実施年月日及び今年度の実施予定日をご記入ください。

【前年度に受講した場合】
→前年度の事業所内研修の実施年月日及び今年度の実施予定日をご記入ください。

【当該年度に受講する場合】
→当該年度の事業所内研修の実施日又は実施予定日をご記入くだ

別紙４

雇用者名簿（障害者等雇用加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター

No.	氏名	区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総雇用時間数
1	千駄木　太郎	手帳	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	768
2	本駒込　花子	母子寡婦	96	96	96	96	80	96	96	96	96	80	96	96	1120
3															0
4															0
5															0
総雇用時間数			160	160	160	160	144	160	160	160	160	144	160	160	1,888時間
適用単価															1,306,000円

（※）雇用契約書等の写しを添付してください。
総雇用時間数には、有給休暇や時間外勤務なども含まれます。
（単価区分）

総雇用時間数	単価(事業所あたり年額)
400時間～799時間	435,000円
800時間～1,199時間	726,000円
1,200時間～1,599時間	1,016,000円
1,600時間～1,999時間	1,306,000円
2,000時間～2,399時間	1,597,000円
2,400時間以上	1,887,000円

別紙５

福祉サービス第三者評価の実施状況

事業所名	文京区障害者日中活動センター

「別紙2　基本補助算定内訳書」の⑧でご記入いただいた日付と同じ日付をご記入ください。

１．福祉サービス第三者評価の実施（予定）年月日

⑧

受審（予定）年月日	令和△年〇月□日

※事業所への訪問調査の実施日（複数の日にわたる場合は、その最終日）

⑯

２．改善計画実施状況報告の具体的な周知方法

⑯≪必須≫は必ず実施し、〇をつけてください。

（〇）事業所内に掲示《必須》
（〇）利用者、家族、職員等に配布《必須》
（〇）「とうきょう福祉ﾅﾋﾞｹﾞｰｼｮﾝ」第三者評価ﾍﾟｰｼﾞ「事業者のｺﾒﾝﾄ」欄に記入《推奨》
（〇）法人または事業所のホームページに掲載《推奨》

※その他

３．添付資料

①　受審したこと（すること）が確認できる契約書等の書類

※当該年度受審予定の場合
例：受審予定年月日などが記載された、評価機関からの通知書面の写し
受審申込の検討状況がわかる書面（様式任意）　など
※受審済の場合
例：評価結果報告書の写し（受審年月日が入ったもの）　など

②　「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況
（別紙５別添（改善計画・実施状況）に所要事項を記載）

※　当該年度が受審年度の場合は、「評価結果に基づく現状分析」及び「改善計画」を記載し、受審していない年度は、「改善計画」に基づいた「実施状況」を記載してください。

私たちの施設は、「福祉サービス第三者評価」を活用して、利用者サービス向上のために常に努力しています。

別添

「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

事業所名	文京区障害者日中活動センター

第三者評価受審年度	令和〇年度

⑰

項目	評価結果に基づく現状分析（令和〇年度）	改善計画（令和〇年度末時点）	実施状況（令和△年度末時点）	実施状況（令和◇年度末時点）
事業継続計画(BCP)について	昨年度策定した、事業継続計画(BCP)について、順次運用を行っている。	職員への周知・徹底を行い、全員が共通認識をもって行動するようにする。	職員から、一部文言が分かりにくいという指摘を受け、現在、一部修正を行っている。	
サービスの質の向上について	経験の浅い若手職員が、利用者への支援に対して少し不安を感じている。	ベテラン職員がOJTとして敵機的に声を掛け、必要に応じて支援のサポートを行う。	若手職員が抱える不安を定期的に取り除くことで、各職員が自信をもって支援に向かっている。	
について	実施年度（1年目）に記入	実施年度（1年目）に記入	2年目に記入	2年目に記入

⑰申請年度に第三者評価を受審する場合、交付申請時と実績報告時の記入方法は、以下のとおりとしてください。

【交付申請時】
前回（3年度前）受審時の内容を記載してください。
例：令和7年度に受審する場合、令和4年度の現状分析及び改善計画、令和5年度・6年度の実施状況を記入。

【実績報告時】
申請年度の受審結果に基づく「項目」、「評価結果に基づく現状分析」、「改善計画」をご記入ください。
例：令和7年度受審の場合は、上記の3か所について、7年度の受審結果に基づく内容に更新する。
「実施状況」は、8年度末・9年度末にそれぞれご記入いただく欄であるため、7年度の実績報

※この様式は、「文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付要綱」等の規定に基づき、利用者の皆様にお知らせするためのものです。

※「項目」は、第三者評価における「さらなる改善が望まれる点」などを参照に、施設が独自に決めています。

※第三者評価の結果は、施設において公表しています。