

令和7年度
指定障害福祉サービス事業者等集団指導
共同生活援助 - 都加算編 -

江戸川区福祉部
障害者福祉課事業者支援係



ともに、生きる。
江戸川区

都加算請求に係る留意事項について

内 容

都加算制度について

都基準日数の考え方

サービス提供実績記録票の
備考欄の取り扱いについて

(都加算請求用) サービス提供記録票

都加算制度について

概要

共同生活援助を利用した場合、給付費に上乗せして支払う加算です。

対象

- (1) 対象施設：東京都または八王子市から共同生活援助の指定を受けた事業所
- (2) 対象者：江戸川区が共同生活援助の支給決定をした利用者

その他

- (1) 共同生活援助の都加算補助要件を満たしている場合に算定できます。
要件を満たさない場合、都加算の請求はできません。
- (2) 東京都福祉局【東京都障害者サービス情報】より制度の詳細をご確認ください。

東京都障害者サービス情報



→ 「A 【共同生活援助（グループホーム）】指定申請書・変更届等」

都基準日数の考え方について

都加算明細書

都加算額請求用

都加算明細書
(共同生活援助)

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

受給者証番号	事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
支給決定障害者氏名	事業所の名称	〇
主たる障害の種類別	類型	〇
障害支援区分	当該月の都基準日数	〇
ユニット名	地域区分	〇
通過型の指定	人員配置区分	6対1
	精神科医療連携体制加算	〇
	人員配置体制加算	〇

サービスコード	サービス内容	算定単価額	日数	当月算定額	摘要	
33				0		
33				0	休職	
33				0	特例	
33			0	0	人員配置体制加算	
33			0	0	人員配置体制加算(特例)	
	国基本報酬算定無	#N/A	0	0		
	小計		A	0		
	都夜間加算	①				
33		②				
33		②				
33		②				
335640	生援夜間支援等体制加算Ⅲ	-		-		
	①-② (ただし①-②≤0なら0)		B	0		
	通過型加算	800		0		
	精神科医療連携体制加算	330		0		
	小計		C	0		
	算定日数	月総日数	補助基準額	日割り額 a	補足給付 b	(ア) a-b
		69,800				(ア) (イ)の低い方の額
		家賃額 c	東京都・市営	補足給付 b	住宅扶助 e	(イ) c+d-b-e
			0		0	
	当月都加算請求額 (A+B+C+D)			0	円	

都基準日数

「当該月の都基準日数」は、**支援した日数を記入してください。**
 ※月途中の入退去の場合は入居日からの日数または退去日までの日数

支援内容

都基準日数として算定できる日は、入居者に対して次の支援を行った日とする。また、これらの支援を行う旨を、予め「個別支援計画」に記載、サービス提供記録にその支援内容を記録することを算定要件とする。

- ア 日常生活支援
- イ 食事提供支援
- ウ 介護等支援
- エ 入院時における病院等との連絡調整等支援
- オ 帰宅時における家族等との連絡調整等支援
- カ その他入居者に対する支援

上記の支援をしていない日は、算定できません。

備考欄の取扱いについて（サービス提供実績記録票）

サービス提供実績記録票

令和 年 月 分		共同生活援助サービス提供実績記録票														
福祉番号		支障決定機関等名称				事業所番号										
支障決定機関等名称		事業所及びその事業所														
日付	曜日	支援実績										備考				
		サービス提供日 状況	行先別 利用	通常時 支援	夜間支援 特別加算	入居時支援 特別加算	療育時支援 加算	日中支援 加算	居宅支援 特別加算	自立生活 支援加算 (1)	自立生活 支援加算 (2)		集中的支援 加算			
1	土	○			1											
2	日	○			1											
3	月	○			1											
4	火	○			1											
5	水	○			1											
6	木	○			1											
7	金	○	入院													
8	土	○	入院													支援あり
9	日	○	入院													
10	月	○	入院													
11	火	○	入院													支援あり
12	水	○	入院													
13	木	○	入院													
14	金	○	入院													
15	土	○	入院													支援あり
16	日	○	入院			1										
17	月	○			1											
18	火	○			1											
19	水	○			1											
20	木	○			1											
21	金	○	外泊													
22	土	○	外泊													支援あり
23	日	○	外泊		1											
24	月	○			1											
25	火	○			1											
26	水	○			1											
27	木	○			1											
28	金	○	外泊													
29	土	○	外泊													
30	日	○	外泊		1											
31	月	○			1											
合計		日	○													

○がついている日が都基準日数に算定できる。
この場合は25日となる。

● 備考欄

入院や外泊等の理由でグループホームを丸一日不在にし、国保連の基本報酬の請求ができない日において、利用者支援を行った場合は**備考欄に「支援あり」と記入**してください。

● 利用者の確認

サービス提供実績記録票の**利用者の内容確認は必須**です。利用者のチェック（✓）やサイン等があるものを提出してください。

● 参考様式

「サービス提供実績記録票」は厚生労働省ホームページに掲載の最新様式をお使いください。また記載例もご確認ください。

なお、長期におよぶ入院が予想される場合は、必ず障害相談第一係または第二係までご連絡下さい。

障害相談第一係 03-5662-0052
障害相談第二係 03-5662-0053

(都加算請求用) サービス提供記録票

(都加算請求用) サービス提供記録票

参考様式 (事業所名)

姓名字体氏名 事業所名 ニックネーム

サービス提供記録(都加算請求用)入院時における病院等との連絡調整等の支援				
日付	令和 年 月 日 ()	病院名 対応職員		支援者記録者
来院時刻	:	支援内容		
訪問	有 無			
本人の状況				
特記事項				

日付	令和 年 月 日 ()	病院名 対応職員		支援者記録者
来院時刻	:	支援内容		
訪問	有 無			
本人の状況				
特記事項				

日付	令和 年 月 日 ()	病院名 対応職員		支援者記録者
来院時刻	:	支援内容		
訪問	有 無			
本人の状況				
特記事項				

日付	令和 年 月 日 ()	病院名 対応職員		支援者記録者
来院時刻	:	支援内容		
訪問	有 無			
本人の状況				
特記事項				

※都加算請求の根拠となりますので、記入漏れのないようご注意ください。
 なお、長期に及ぶ入院が予定される場合は、必ず障害相談第一係及び第二係(5662)0052・0053へご連絡下さい

サービス提供記録(都加算請求用)入院時における病院等との連絡調整等の支援				
日付	令和 年 月	ア	病院名 対応職員	支援者記録者
来院時刻	:	支援内容		イ
訪問	有 無			
本人の状況	ウ			
特記事項				

● ア 日付 入院や外泊の際に支援を実施した日をご記入ください

● イ 支援内容 支援した内容をご記入ください

(例) 入院時の場合

- ・被服等の準備
- ・利用者の相談支援
- ・退院後の生活移行のための病院との連絡調整 等

(例) 外泊時の場合

- ・帰省に伴う、家族等との連絡調整
- ・生活状況の把握
- ・服薬等の確認支援 等

● ウ 本人の状況 本人の状況や療養状況についてご記入ください

都加算請求に関する問合せ

障害者福祉課 庶務係

TEL : 03 - 5662 - 0054