

(記載例)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (令和元年9月分)

※居宅介護、重度訪問介護、同行援護、同行援護、行動援護の場合

サービス種類	居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護			事業所・施設名							〇〇ヘルパーセンター							常勤換算後の人数 e												
	勤務形態	氏名	資格	第1週			第2週				第3週				第4週				週平均の勤務時間 b	週の勤務延べ時間数 d										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
常勤兼務	〇〇 葵			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	40.0		
常勤兼務	〇〇 葵		介	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	40.0	40.0	
(非常勤兼務)	□□ 敦子		実	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	(23.0)	(23.0)	
常勤兼務	△△ 佳太		従	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	40.0	40.0	
非常勤兼務	×× 宏美		2	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20.2	20.2	
非常勤兼務	〇〇 めぐみ		2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20.0	20.0	
非常勤のサービス提供者を配置する場合、その者の勤務時間は、常勤の従業者が勤務すること。																														
6月 7月 8月 4人+6人+8人=18人÷3か月																														
当該事業所における常勤職員が1週間に勤務すべき時間数 c																														
40																														

常勤換算で2.5以上であること

③障害者総合支援法に係る
 従業者の数： 4人
 (前3月の平均値。新規、再開の場合は適切な推定数)

②障害者総合支援法に係る
 サービス提供時間数： 495時間
 (前3月の平均値。新規、再開の場合は適切な推定数)

①障害者総合支援法に係る利用者数： 6人
 介護保険法に係る利用者数： 12人
 合計利用者数： 18人
 (前3月の平均値。新規、再開の場合は適切な推定数)

② 495 ÷ 450 = 1.1

① 18 ÷ 40 = 0.5

③ 4 ÷ 10 = 0.4

①～③のうち、いずれか低い方の基準(③0.4)をみだせよ。(①～③の数値は、小数点第1位に切り上げた数)

移動支援事業を一体的に行っている場合は、上記算定にあたり、移動支援に係る人数、時間も含めてください。

- 備考
- 1 本表は、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護のサービスを提供する場合に作成してください。
 - 2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。
 - 3 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、「常勤専従」「非常勤専従」「非常勤兼務」「非常勤兼務」のいずれかから選択してください。(一体として行う訪問介護、移動支援を兼ねる場合は、有資格者の資格の種類を記入してください。)
 - 4 届出を行う従業者(管理者を含む)について、4週間分の勤務時間数を記入してください。
 - 5 資格欄には、有資格者の資格の種類を記入してください。
 - 6 同行援護・行動援護のサービスを提供する場合、それぞれ「同行援護」・「行動援護」欄にサービス提供責任者の場合は「サ」、その他の従業者の場合は「サ」、その他の従業者の場合は「サ」を記入してください。
 - 7 重度訪問介護の専従の従業者がある場合は、「重度訪問」欄に「○」を記入してください。
 - 8 計算等は次のとおり行ってください。 ※算出に当たっては、小数点以下2位を切り捨ててください。

$$b = a / 4$$

$$d = (b \text{ 又は } c) \times \text{合計利用者数}$$
 - 9 常勤換算方法に用いる「週の勤務延べ時間数」の合計に際して、直接サービス提供に從事しない管理者の勤務時間は含まないでください。
 - 10 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
 - 11 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合はその書類をもって添付書類として差し支えを要するものも含めて)を添付してください。
 - 12 同一の敷地内において移動支援事業を一体的に行う場合は、<備考>①～③に移動支援に係る人数等を含めてください。

令和2年度同行援護従業者養成研修の実施状況

研修実施主体（問い合わせ先）	研修課程	研修日程	定員	募集期間	研修場所
特定非営利活動法人 ウェル福祉学習センター 〈TEL〉086-427-7761 〈FAX〉086-427-7762 〒710-0822 倉敷市稲荷町5-38	一般課程	令和2年5月9日、16日、23日、30日 (計4日)※6月6日、13日、20日、27 日に変更	30	令和2年3月10日～5月1日	倉敷労働会館他
	補講課程	令和2年6月6日ほか ※実施なし		令和2年3月10日～5月29日	
	応用課程	令和2年6月14日、20日(計2日) ※7月4日、11日に変更		令和2年3月10日～6月5日	
特定非営利活動法人 ウェル福祉学習センター 〈TEL〉086-427-7761 〈FAX〉086-427-7762 〒710-0822 倉敷市稲荷町5-38	一般課程	令和3年3月21日、28日、4月4日、11日(計4 日)	20	令和2年12月23日～令和3年3月12日	倉敷労働会館他
	補講課程	令和3年4月18日ほか		令和2年12月23日～令和3年3月12日	
	応用課程	令和3年4月25日、5月9日		令和2年12月23日～令和3年3月12日	
	一般課程				
	補講課程				
	応用課程				
	一般課程				
	補講課程				
	応用課程				

※詳細については、上記の研修実施主体にお問い合わせください。

アセスメントシート 1

受給者証番号		1234567890		調査日： 2 年 △ 月 × 日	
ふりがな	おかやまももこ		性別	生年月日	
氏名	岡山 桃子		女	S 6 2 年 ○ 月 × 日 (3 3 歳)	
ふりがな				援護の実施者	
住所	〒700-0000			岡山市	
	岡山市★区○○町×丁目×番×号				
		電話： △△△ (△△△) △△△△			
		FAX： △△△ (△△△) △△△△			
		携帯： △△△ (△△△) △△△△	電話： △△△ (×××) ××××		
緊急連絡先	ふりがな	おかやまきびこ		続柄	住所
	氏名	岡山 吉備子		母	同上
	医療機関 (主治医等)	□□病院 (主治医： △△)			電話： ()
身体障害者 手帳	1 種 1 級		障害名		
療育手帳	A	B1	B2	脳性まひによる両下肢機能全廃 1 級	
支給量	身体介護	40時間/月		利用者負担額	
	家事援助	時間/月		負担上限月額	
		時間/月		低所得1 低所得2 一般	円
		時間/月		上限額管理事業所	
	時間/月		(事業所名)		あり・なし
主たる 介護者 の状況	ふりがな	おかやまきびこ		続柄	状況
	氏名	岡山 吉備子		母	
他のサービス等 の利用の状況	1. 日中活動サービス		2. ショートステイ		
	(事業所名)		(事業所名)		
	3. グループホーム		4. 放課後等デイサービス		
	(事業所名)		(事業所名)		
	5. 相談支援事業		6. その他 ()		
	(事業所名)		()		
本人及び家族の状態、希望					
両親は、現在の生活について不安が強い。母親は、昨年腰を痛め、本人の介助が難しい。					
できる限り自立した生活ができるよう、手助けしてほしい。					

アセスメントシート 2

	項 目	状 況	特記事項								
身体 の 状 況	視 覚	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限									
	聴 覚	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限									
	言 語	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	言語障害がある。聞き慣れれば理解できる								
	座位保持	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限									
	コミュニケーションの状況										
	そ の 他										
日 常 生 活 状 況	歩行（屋内）	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	歩行不可。電動車椅子を使用して移動。								
	歩行（屋外）	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	電動車椅子を使用して移動。								
	食 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	調理により1～2cm角に刻む必要卵にアレルギー有り								
	入 浴	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	洗顔は自力								
	着 脱 衣	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	ズボンなどは介助要								
	排 泄	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	立ち上がりに介助要								
	炊 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	経験なし								
	洗 濯	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	経験なし								
	金 銭 管 理	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行									
	買 い 物	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	コンビニなら車いすを利用し一人で行ける								
	服 薬 管 理	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	〇〇及び◆◆を服薬中								
	そ の 他										
住 宅 状 況	住居形態	2階建て・戸建住宅	【住居の状況】 1F <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">浴室</td> <td style="width: 10%;">脱衣所</td> <td style="width: 10%;">トイレ</td> <td style="width: 10%;">玄関</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">台所</td> <td style="width: 20%;">居間</td> <td colspan="2" style="width: 60%;">本人の部屋</td> </tr> </table>	浴室	脱衣所	トイレ	玄関	台所	居間	本人の部屋	
	浴室	脱衣所		トイレ	玄関						
	台所	居間		本人の部屋							
	トイレ	和式・ 洋式 ・その他（ ）									
	浴室	实用可 ・ 不可									
寝 具	布団 ・ ベッド										
手 す り	あり ・ なし										
住環境の留意点	家の中は車いすを使い移動。バリアフリー構造。										
医 療 機 関 利 用 状 況	*△△病院 1回/1月										
	*××歯科 2回/1年										
	母親と通院している										
障 害 経 過	出生後、脳性まひの診断を受け、障害者手帳を取得。幼少より病院にかかっていた。										
	発語が一部はっきりしないので会話は難しいが、慣れれば聞き取れる。										
家 族 状 況	氏 名	続 柄	備 考								
	岡山 升男	父	会社員								
	岡山 吉備子	母	パート勤務								
	岡山 桃子	本人									
備 考	地域の高校を卒業。卒業後も交流があり、友人は多い。										

受給者証		支給決定障害者等氏名		厚生 太郎 生 花子)		事業所番号		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red;"> <p>■旧様式からの変更点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・【サービス提供者印】欄を削除 ・【利用者確認印】欄を【利用者確認欄】欄に変更 </div>													
						事業者及びその事業所		〇〇事業所					
日付	曜日	開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間	算定時間	派遣人数	初回加算	緊急時対応加算	行動障害支援指導連携加算	利用者確認欄	備考
2	月	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1	1				初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
5	木	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1					行動援護を算定する時間数を記載する。
7	土	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3						
9	月	9:00	18:00	8	9:00	18:00	8	1					「所要時間7時間30分以上の場合」の単価を適用する場合は「8」を記載する。(例:実際の提供時間数が9時間の場合「8」を記入。)
12	木				9:00	12:00	3	1		1			緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
18	水	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1			1		行動障害支援指導連携加算を算定する場合、「1」を記載する。
合計				計画時間数計			算定時間数計		1回	1回	1回		
				20			23						

令和〇〇年4月分

重度訪問介護サービス提供実績記録票

受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者氏名	厚生 太郎			事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
契約支給量	入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院」と記載する。 連続して90日を超える入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院(長期)」と記載する。										熟練ヘルパーが新任ヘルパーに同行してサービス提供を行った場合、「1」を記載する。														

日付	曜日	サービス提供の状況	重度訪問介護計画				サービス提供時間		算定時間数		派遣人数	同行支援	初回加算	緊急時対応加算	行動障害支援連携加算	移動介護緊急時支援加算	利用者確認欄	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数 時間	移動	開始時間	終了時間	時間	移動								
2								00	3		1							
								30	2.5	2.5	1							初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
								00	3		1							
5	木	入院	0:00	9:00	3		0:00	9:00	3		2	1						3時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は一人分の3時間とし、下の合計欄においては6時間を記載する。(3時間×2人=6時間)
		入院	11:00	14:00	3	3	11:00	14:00	3	3	2							
		入院	20:00	23:00	3		20:00	23:00	3		1							
7	土	①入院(長期)	0:00	23:00	23	4	0:00	23:00	23	4	1							
		②入院(長期)	13:00	16:00	3		13:00	16:00	3		1							緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
10	火						6:00	9:00	3		1		1					
13	金		9:00	12:00	3		9:00	12:00	3		1			1				移動介護緊急時支援加算を算定する場合、「1」を記載する。
16	月		9:00	12:00				12:00			1				1			行動障害支援連携加算を算定する場合、「1」を記載する。
			移動介護加算を算定する時間数を記載する。				移動介護加算を算定する時間数を記載する。「所要時間3時間以上の場合」の単価を適用する場合は「4」を記載する。(例:実際の移動介護時間数が5時間の場合「4」を記入。)				二人派遣で時間がずれた場合、2行に分けて記載する。一行目は全体の通算時間を記載する。二行目はヘルパーが重複している時間帯を記載する。派遣人数は行ごとに1と記載する。							
移動介護分			9.5				12.5											
合計			49.5				58.5						回		1回		1回	

枚中 枚

令和 年 月 日

利用者名 様

指定障害福祉サービス事業者名
代 表 者 名 印
連 絡 先

介護給付費・訓練等給付費の受領のお知らせについて
(法定代理受領のお知らせ)

利用者名 様に提供した下記のサービスに要した費用について、岡山市から下記のとおり利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは岡山市にお問い合わせ下さい。

記

サービス提供年月	令和 年 月 又は、令和 年 月 日～令和 年 月 日	
サービス内容		
受領日	令和 年 月 日	
代理受領金額 (A) - (B) + (C)	金 円	
代理受領額の内訳	サービスに要した費用の全体の額 (A)	金 円
	利用者負担額 (B)	金 円
	特定障害者特別給付費 (補足給付費) (C)	金 円

※ サービスに要した費用の全体の額については、別紙（明細書）を添付するか、計算過程を記載してください。

居宅介護計画書

《記載例》

受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	作成日	令和元年3月〇日	作成者	〇〇 葵
利用者名	生年月日	住所			
岡山 桃子 様	●本人(家族)の希望 利用者本人・家族の希望、要望を反映すること。			●作成年月日・計画作成担当者 いつ、誰が作成したかを明確に。	
本人(家族)の希望	半身麻痺により入浴が困難であるため、定期的に入浴し、清潔を保持したい。			●援助目標 ヘルパー が「何のための派遣か」を意識できるよう記入。	
援助目標	週2回定期的に入浴し、清潔を保てるよう援助していく				
サービス内容	<input checked="" type="checkbox"/> 身体介護 10 時間	<input type="checkbox"/> 家事援助 時間	●派遣される従業者の種別 従業者の種別により算定する単位数が異なるため、記入すること。		
	<input type="checkbox"/> 行動援護 時間	●サービス内容 契約支給時間を記入。			

【計画予定表】

派遣される従業者の種別：介護福祉士、実務研修修了者

	月	火	水	木	金	土	日	備考
8:00								●情報提供 利用状況など記入。
	9:00		9:00		9:00			
10:00	セ地域 タ活動 利支 用援		セ地域 タ活動 利支 用援		セ地域 タ活動 利支 用援			できるところは本人にして もらうよう声かけ、見 守りをする。
12:00								
14:00								
16:00	16:00	17:00	16:00	17:00	16:00			
18:00		身体介護		身体介護				
20:00		18:00		18:00				
						利用者確認印		岡山 桃子 (印)

※次ページ

●援助項目の記載。

●サービス内容
サービスの種類ごとに手順、提供方法など記載。

●留意事項
サービス提供にあたり、提供方法で注意すべきことや留意点を記載。

【サービス内容】

	援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 1	体調確認	5分 口頭で体調確認	必要な場合バイタルチェック。
	トイレ介助	5分 移乗時、立位時に一部介助	立ち上がった後は自力で可。
	更衣介助	10分 一部介助	出来るところは、本人にしてもらう。
	入浴介助 分	30分 体を洗ったのち、洗髪。体調が良い場合は、湯船に浸かる。	浴室内では、いすに腰掛ける。 洗髪はシャンプーハット使用。
	更衣・水分補給	10分 ストローにて水分補給	普段飲む量が少ないので、コップ1杯分は補給。
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 行動援護 ●計画書に記載されているサービスをチェック

居宅介護計画書

受給者証番号	作成日	作成者	連絡先
利用者名	生年月日	住所	TEL: () ()
年月日(歳)	〒		FAX: () ()

本人(家族)の希望

援助目標

サービス内容	時間	曜日	時間	時
<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 通院介助(なし・あり)	<input type="checkbox"/> 行動支援	時
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護			時

【計画予定表】

時間	月	火	水	木	金	土	日	備考
0:00								
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:30								
18:00								
20:00								
22:00								
利用者確認印								(印)

【サービス内容】

援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 1		
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護 なし・あり) <input type="checkbox"/> 行動支援	

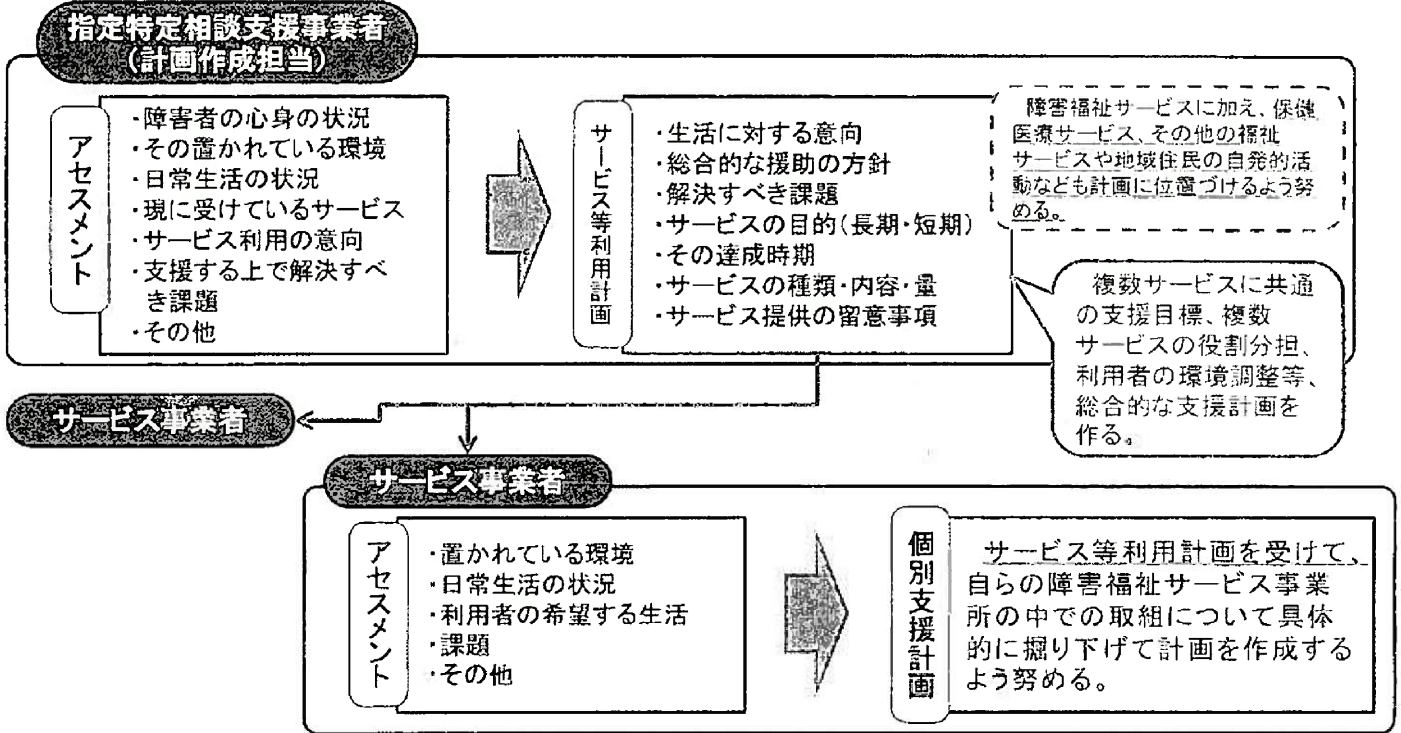
援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 2		
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護 なし・あり) <input type="checkbox"/> 行動支援	

援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 3		
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護 なし・あり) <input type="checkbox"/> 行動支援	

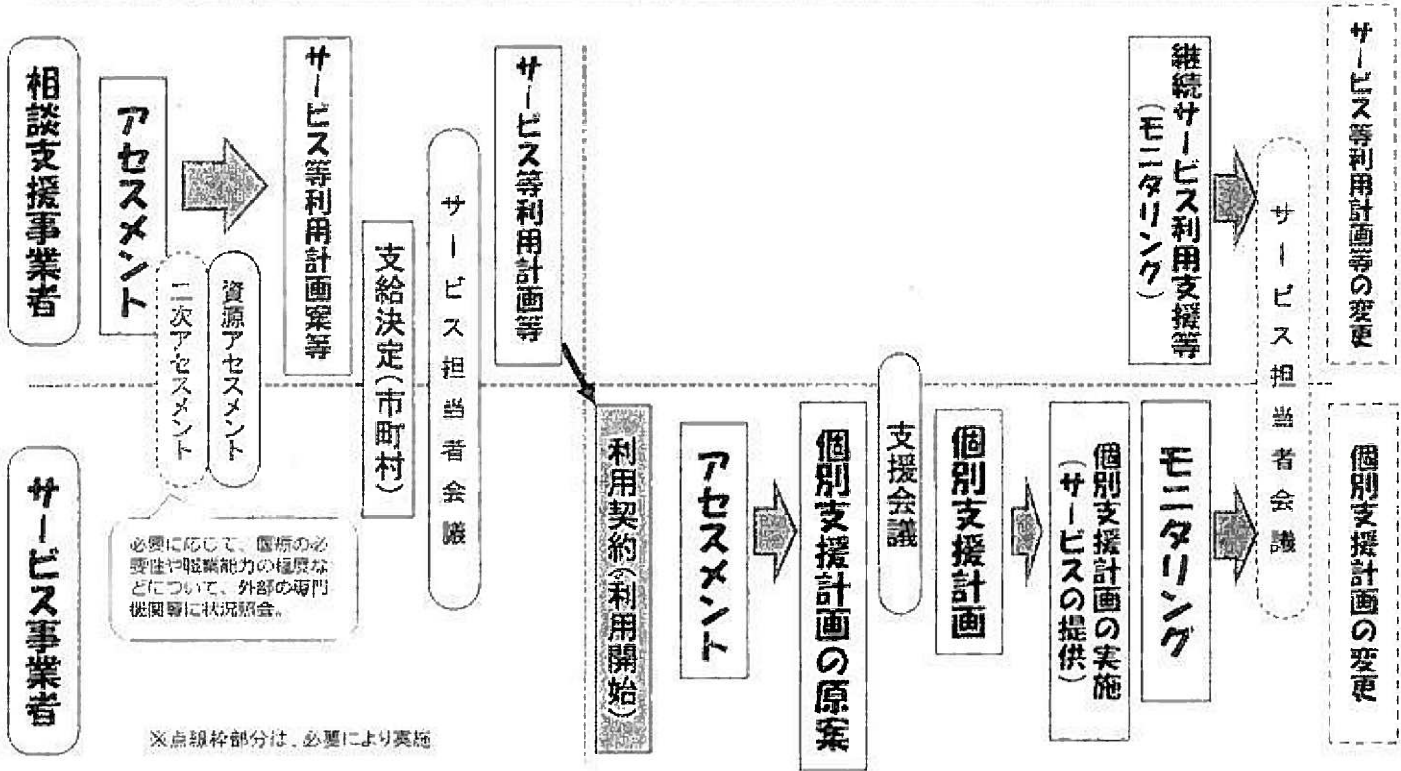
援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 4		
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護 なし・あり) <input type="checkbox"/> 行動支援	

サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。



指定特定相談支援事業者(計画作成担当)及び障害児相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係



(参考1)

支援計画シート(例) 氏名(高崎のぞむ) 支援計画者(〇〇〇〇)			
インテーク (情報の収集・整理)	アセスメント (評価)		プランニング (支援計画)
情報 (見たこと、聴いたこと、資料などから)	理解・解釈・仮説 (わかったこと、推測したこと)	支援課題 (支援の必要なこと)	対応・方針 (やろうと思うこと)
<p>・26歳男性 自閉症 重度知的障害</p> <p>・身長172センチ 体重105キロ</p> <p>・高等部卒業後8年間で45キロ体重増加</p> <p>・高血圧(100-160)</p> <p>・14歳の時に近所のコンビニで2歳の子を突き飛ばし怪我をさせている</p> <p>・その後も学校や施設の外出中に幼児の方に向かっていく場面を数回制止している</p> <p>・子どもの泣き声はテレビから聞こえても不機嫌</p> <p>・外出は、施設の送迎と父親がドライブに連れていく以外に外出経験なし</p> <p>・DVD カセットのセット作業や洗濯ばさみの袋詰作業など、単純な工程の仕事が可能</p> <p>・書類やチラシの封入等、手先の巧緻性が求められる作業は手順の学習は可能だが製品としての完成は難しい</p> <p>・個別化された作業環境だと、一度に20分から日によっては1時間近く継続して作業に取り組むことが可能</p> <p>・休憩時間は他の利用者や職員の動きが見える環境だと落ち着かなくなるため、静養室のソファで横になっていることが多い</p> <p>・静養室での活動は特になく、長時間休憩が続くと不穏状態になり、頻りに静養室を出入りし、床を強く叩きはじめる</p> <p>・写真を使った指示で活動がいくつか理解できている</p> <p>・ときどき笑顔を見せ、支援員に近寄ってくることもあるが、しばらくしてから混乱状態になる場合もある</p> <p>・入浴や歯磨(うがい)きが1時間以上たっても終わらないことが多々見られる</p> <p>・2か月前、歯磨きの中止を指示した父親に、コップを投げつけ、目の大けがを負う(その後休日のドライブが行けていない)</p>	<p>生物的事象 (疾患や障害、気質など)</p> <p>・中学生から強度行動障害の状態が続いている重度の知的障害のある自閉症</p> <p>・生活習慣病の対策が必要</p> <p>・健康・衛生に配慮した詳細な援助は行づらい</p> <p>・とっさに乳幼児を突き飛ばすリスクあり</p> <p>・女性や子どもの甲高い声は嫌い</p> <p>・混乱し興奮すると数時間単位で不穏状態が続く、場合によっては周囲の人が怪我をするリスクあり</p>	<p>① ダイエットと生活習慣病予防</p> <p>② 支援付きの外出手段の確保</p> <p>③ 穏やかに日中活動の時間を過ごす</p> <p>④ 定期的なショートステイの利用</p>	<p>・昼食に満腹感を与える低カロリーメニュー</p> <p>・日中活動に毎日散歩の時間を組み入れる(時間や歩行距離は計画的に増やす)</p> <p>・休憩時間に個別に深呼吸の練習</p> <p>・相談支援事業と行動援護利用の調整(早急のサービス開始に向けて)</p> <p>・行動援護事業所と具体的な支援方法の確認(支援員が複数回同行予定)</p> <p>・1日に作業1種類、自立課題6種類を準備</p> <p>・1日単位の個別のスケジュールを当面固定</p> <p>・スケジュールの伝達方法を調整</p> <p>・スケジュールの提示場所は静養室</p> <p>・3つ程度の活動を写真・カードで提示</p> <p>・静養室の休憩時間の終わりはタイマー</p> <p>・スケジュール変更時に家庭に連絡</p> <p>・家庭での影響を確認</p> <p>・月に2回(各1泊)生活介護事業所併設のショートステイを活用(要調整)</p> <p>・曜日の固定</p> <p>・他の利用者との調整</p> <p>・宿泊時に必要なものを確認</p> <p>・夜間・早朝のスケジュール確認</p> <p>・最初の実施日</p>
	<p>心理的事象 (不安、葛藤、希望、感情など)</p> <p>・一人で行う作業や自立課題は20分程度集中して取り組む</p> <p>・とっさに何らかの慣れ親しんだ行動を取ろうとする時に静止すると混乱することが多い(大声・床を叩く・頭突き等に表れる)</p> <p>・周囲の人のとっさの動きに反応し混乱することがある</p> <p>・刺激が少ない場所で、一人であることを好むが、30分以上続くと混乱することがある</p> <p>・笑顔や人とのかかわりを求める行動がかならずしも快適な状況の表現とは限らない</p> <p>・歯磨きや入浴といった活動の終了が理解できない</p>		
	<p>社会的な事象 (家庭、施設・学校、地域資源など)</p> <p>・両親は愛情をもって接しているが、今後も長期間この生活を続けることの困難さを感じている</p> <p>・家庭以外での外泊経験は15年以上経験していない</p> <p>・2年を目処に複数箇所のケアホームの設置が検討されている(行動障害対応が可能か不確定)</p>		

(参考2)

支援手順書 兼 記録用紙 (例)

利用者名	高崎のぞむ	サービス提供日	2013年10月24日(木)			作成者名	赤城あきら
事業所名①	生活介護事業所あじさい	サービス名	生活介護	時間	9:30-15:00	提供者名	榛名陽子
事業所名②		サービス名		時間		提供者名	
事業所名③		サービス名		時間		提供者名	

時間	活動	サービス手順	チェック	様子
9:30- 10:00	来所	【スケジュール1:朝の準備】 静養室(スケジュール)→静養室(着替え)→ 静養室(休憩)→アラーム(9:50)→作業室		
10:00- 10:45	班別 活動	【スケジュール2: DVD 組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム →トイレ→静養室(スケジュール)→作業室(作業15分)		
10:45- 11:00	お茶 休憩	【スケジュール3:お茶休憩】 作業室→静養室(スケジュール)→手洗い→ 静養室(お茶休憩)→アラーム→作業室		
11:00- 11:45	班別 活動	【スケジュール4: DVD 組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム →トイレ→静養室(スケジュール)→作業室(作業15分) →静養室		
11:45- 12:45	昼食 昼休み	【スケジュール5: 昼食】 静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(スケジュール) →食堂(昼食)→静養室(休憩)		
12:45- 13:30	散歩	【スケジュール6: 散歩】 アラーム(12:45)→トイレ→静養室(スケジュール) →玄関(靴の履き替え)→公園→玄関(靴の履き替え) →静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(休憩)		
13:30- 14:35	自立 課題	【スケジュール7: 自立課題×2回】 アラーム(13:30)→作業室(自立課題15分) →静養室(休憩15分)→アラーム→作業室(自立課題15分) →静養室(休憩20分)		
14:35- 15:00	帰り	【スケジュール8: 帰宅】 アラーム(14:35)→トイレ→静養室(スケジュール) →静養室(着替え)→玄関(靴の履き替え)→送迎		

【連絡事項】

- 活動の切り替えは静養室で行います。原則として活動ごとにスケジュールを確認します。
- 静養室での休憩の終わりはアラームで知らせます。
- コッケーは静養室に移動しました。着替えは静養室で行ってください。
- 熊谷さんと動線が重ならないように注意してください(特に朝、休憩時間)
- 自立課題終了後、帰りの準備をするまでに20分間の休憩が入ります。

【問い合わせ事項】

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	定員数	定員規模	多機能型等 定員区分(※1)	人員配置区分 (※2)	その他該当する体制等	適用開始日	
各サービス共通				地域区分	1. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地 6. 六級地 7. 七級地 20. その他		
					特定事業所	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV	
居宅介護				福祉・介護職員処遇改善特別加算対象 福祉・介護職員処遇改善特別加算対象 福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象(※4)		
					共生型サービス対象区分	1. なし 2. あり	
					地域生活支援拠点等	1. なし 2. あり	
					特定事業所	1. なし 2. I 3. II 4. III	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(※3)	III (キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) IV (キャリアパス要件を満たさない) V (キャリアパス要件を満たさない) II (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) I (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					キャリアパス区分(※3)	III (キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) IV (キャリアパス要件を満たさない) V (キャリアパス要件を満たさない) II (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) I (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					重度訪問介護		
共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						
特定事業所	1. なし 2. I 3. II 4. III						
福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり						
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり						
福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1. なし 2. あり						
キャリアパス区分(※3)	III (キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) IV (キャリアパス要件を満たさない) V (キャリアパス要件を満たさない) II (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) I (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)						
キャリアパス区分(※3)	III (キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) IV (キャリアパス要件を満たさない) V (キャリアパス要件を満たさない) II (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) I (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)						
同行探護				福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象(※4)			
					共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	
					特定事業所	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(※3)	III (キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) IV (キャリアパス要件を満たさない) V (キャリアパス要件を満たさない) II (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) I (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					キャリアパス区分(※3)	III (キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) IV (キャリアパス要件を満たさない) V (キャリアパス要件を満たさない) II (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) I (キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					同行探護		
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						

提供サービス	定員数	定員規模	多機能型等 定員区分 (※1)	人員配置区分 (※2)	その他該当する体制等	通用開始日
行動支援					特定事業所 福祉・介護職員処遇改善加算対象 福祉・介護職員処遇改善特別加算対象 福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV
					キャリアパス区分 (※3) 1. III (キャリアパス要件 (I又はII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
療養介護	1. 40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上			1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型 5. V型	福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分 (※4) 地域生活支援拠点等 特別対象 (※5) 定員超過 職員欠如 サービス管理責任者欠如 福祉専門職員配置等 人員配置体制 福祉・介護職員処遇改善加算対象 福祉・介護職員処遇改善特別加算対象 福祉・介護職員等特定処遇改善加算対象	1. I 2. II 1. 非該当 2. 該当 1. なし 2. あり 1. なし 2. あり 1. なし 2. あり 1. なし 2. あり 1. なし 2. あり 1. なし 3. II 4. III 5. I 1. なし 2. あり 1. なし 2. あり 1. なし 2. あり 1. なし 2. あり
					キャリアパス区分 (※3) 1. III (キャリアパス要件 (I又はII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					福祉・介護職員等特定処遇改善加算区分 (※4) 指定管理者制度適用区分 地域生活支援拠点等	1. I 2. II 1. 非該当 2. 該当 1. 非該当 2. 該当

障害福祉サービス費等の報酬算定構造

令和3年度見直し箇所

赤字

※抜粋※

目 次

居宅介護サービス費	1
重度訪問介護サービス費	2
同行援護サービス費	3
行動援護サービス費	4
療養介護サービス費	5
生活介護サービス費	6
経過的生活介護サービス費	8
短期入所サービス費	13
重度障害者等包括支援サービス費	15
施設入所支援サービス費	16
経過の施設入所支援サービス費	17
機能訓練サービス費	22
生活訓練サービス費	23
宿泊型自立訓練サービス費	24
就労移行支援サービス費	26
就労移行支援（養成）サービス費	28
就労継続支援A型サービス費	29
就労継続支援B型サービス費	32
就労定着支援サービス費	35
自立生活援助サービス費	36
共同生活援助サービス費	37
計画相談支援給付費	41
障害児相談支援給付費	42
地域相談支援給付費（地域移行支援）	43
地域相談支援給付費（地域定着支援）	44
福祉型障害児入所施設給付費	45
医療型障害児入所施設給付費	49
児童発達支援給付費	51
医療型児童発達支援給付費	59
放課後等デイサービス給付費	60
居宅訪問型児童発達支援給付費	66
保育所等訪問支援給付費	67

○居宅介護サービス費

基本部分	注 基礎研修 課程終了 者等により 行われる 場合	注 重度訪問介護 研修終了者に よる場合	注 2人の居宅 介護従業者 による場合	注 夜間もしくは 早朝の場合 又は深夜の 場合	注 初任者研修 課程終了者 が作成した居 宅介護計画 に基づき提供 する場合	注 事業所と同一 建物の利用者 又はこれ以外 の同一建物の 利用者20人以 上にサービス を行う場合	注 身体拘束廃 止未実施減 算	注 特定事業所 加算	注 特別地域加 算	注 緊急時対応 加算(月2回 を限度)	注 喫煙吸引等 支援体制加 算
イ 居宅における身 体介護	(1) 30分未満 (255単位)	1時間未満 (185単位)									
	(2) 30分以上1時間未満 (402単位)	1時間以上1時間30分未満 (275単位)									
	(3) 1時間以上1時間30分未満 (584単位)	1時間30分以上2時間未満 (367単位)									
	(4) 1時間30分以上2時間未満 (666単位)										
	(5) 2時間以上2時間30分未満 (750単位)										
	(6) 2時間30分以上3時間未満 (833単位)										
	(7) 3時間以上 (916単位に30分を増すごとに+83単位)										
ロ 通院等介助(身 体介護を伴う場合)	(1) 30分未満 (255単位)	2時間以上2時間30分未満 (458単位)		夜間もしくは早朝の場合 +75/100	×70/100	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90/100	1人1日につき5単位を減算 注 令和5年4月から適用	特定事業所加算(Ⅰ) +20/100		1回につき100単位を加算 注 地域生活支援拠点等の場合 +50単位	1人1日当たり100単位を加算
	(2) 30分以上1時間未満 (402単位)	2時間30分以上3時間未満 (550単位)		深夜の場合 +50/100	×200/100	事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85/100		特定事業所加算(Ⅱ) +10/100	+15/100		
	(3) 1時間以上1時間30分未満 (584単位)	※3時間以上(635単位に30分を増すごとに+86単位)						特定事業所加算(Ⅲ) +10/100			
	(4) 1時間30分以上2時間未満 (666単位)							特定事業所加算(Ⅳ) +5/100			
	(5) 2時間以上2時間30分未満 (750単位)										
	(6) 2時間30分以上3時間未満 (833単位)										
	(7) 3時間以上 (916単位に30分を増すごとに+83単位)										
ハ 家事援助	(1) 30分未満 (105単位)										
	(2) 30分以上45分未満 (152単位)										
	(3) 45分以上1時間未満 (196単位)										
	(4) 1時間以上1時間15分未満 (238単位)										
	(5) 1時間15分以上1時間30分未満 (274単位)										
	(6) 1時間30分以上 (309単位に15分を増すごとに+35単位)										
ニ 通院等介助(身 体介護を伴わない 場合)	(1) 30分未満 (105単位)										
	(2) 30分以上1時間未満 (196単位)										
	(3) 1時間以上1時間30分未満 (274単位)										
	(4) 1時間30分以上 (343単位に30分を増すごとに+69単位)										
ホ 通院等乗降介助 (101単位)											
※ 令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1,000に相当する単位数を算定する。											
初回加算 (1月につき200単位を加算)											
利用者負担上限額管理加算(月1回を限度) (1回につき150単位を加算)											
福祉専門職員等連携加算(90日の間、3回を限度) (1回につき564単位を加算)											
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×274/1,000)	注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員処遇改善特別加算との併給不可 注3 二、ホについて、令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能										
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×200/1,000)											
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×111/1,000)											
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +ハの90/100)											
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +ハの80/100)											
福祉・介護職員処遇改善特別加算 (1月につき +所定単位×41/1,000)	注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員処遇改善加算との併給不可 注3 令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能										
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×70/1,000)	注 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計										
福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×55/1,000)											

○重度訪問介護サービス費

基本部分		注	注	注	注	注	注	注	注	注	
		重度障害者等の場合	障害支援区分6に該当する者の場合	2人の重度訪問介護従業者による場合	夜間もしくは早朝の場合又は深夜の場合	90日以上利用減算	身体拘束廃止未実施減算	特定事業所加算	特別地域加算	緊急時対応加算(月2回を限度)	密着吸引等支援体利加算
イ ロ以外の障害者に提供した場合	(1) 1時間未満 (185単位)	+15/100	+8.5/100	×200/100	夜間もしくは早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100	×80/100	1人1日につき5単位を減算 注 令和5年4月から適用	特定事業所加算(Ⅰ) +20/100 特定事業所加算(Ⅱ) +10/100 特定事業所加算(Ⅲ) +10/100	+15/100	1回につき100単位を加算(月2回を限度) 注 地域生活支援拠点等の場合 +50単位	1人1日当たり100単位を加算
	(2) 1時間以上1時間30分未満 (275単位)										
	(3) 1時間30分以上2時間未満 (367単位)										
	(4) 2時間以上2時間30分未満 (458単位)										
	(5) 2時間30分以上3時間未満 (550単位)										
	(6) 3時間以上3時間30分未満 (640単位)										
	(7) 3時間30分以上4時間未満 (732単位)										
	(8) 4時間以上8時間未満 (817単位に30分を増すごとに+85単位)										
	(9) 8時間以上12時間未満 (1,497単位に30分を増すごとに+85単位)										
	(10) 12時間以上16時間未満 (2,172単位に30分を増すごとに+80単位)										
	(11) 16時間以上20時間未満 (2,818単位に30分を増すごとに+86単位)										
	(12) 20時間以上24時間未満 (3,500単位に30分を増すごとに+80単位)										
ロ 病院等に入院又は入所中の障害者に提供した場合	(1) 1時間未満 (185単位)	+15/100	+8.5/100	×200/100	夜間もしくは早朝の場合 +25/100 深夜の場合 +50/100	×80/100	1人1日につき5単位を減算 注 令和5年4月から適用	特定事業所加算(Ⅰ) +20/100 特定事業所加算(Ⅱ) +10/100 特定事業所加算(Ⅲ) +10/100	+15/100	1回につき100単位を加算(月2回を限度) 注 地域生活支援拠点等の場合 +50単位	1人1日当たり100単位を加算
	(2) 1時間以上1時間30分未満 (275単位)										
	(3) 1時間30分以上2時間未満 (367単位)										
	(4) 2時間以上2時間30分未満 (458単位)										
	(5) 2時間30分以上3時間未満 (550単位)										
	(6) 3時間以上3時間30分未満 (640単位)										
	(7) 3時間30分以上4時間未満 (732単位)										
	(8) 4時間以上8時間未満 (817単位に30分を増すごとに+85単位)										
	(9) 8時間以上12時間未満 (1,497単位に30分を増すごとに+85単位)										
	(10) 12時間以上16時間未満 (2,172単位に30分を増すごとに+80単位)										
	(11) 16時間以上20時間未満 (2,818単位に30分を増すごとに+86単位)										
	(12) 20時間以上24時間未満 (3,500単位に30分を増すごとに+80単位)										
※ 令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1,000に相当する単位数を算定する。											
移動介護加算	イ 1時間未満 (100単位を加算)										
	ロ 1時間以上1時間30分未満 (125単位を加算)										
	ハ 1時間30分以上2時間未満 (150単位を加算)										
	ニ 2時間以上2時間30分未満 (175単位を加算)										
	ホ 2時間30分以上3時間未満 (200単位を加算)										
	ヘ 3時間以上 (250単位を加算)										
初回加算	(1月につき200単位を加算)										
利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)	(1回につき150単位を加算)										
行動障害支援連携加算(30日の間、1回を限度)	(1回につき584単位を加算)										
移動介護緊急時支援加算	(1日につき240単位を加算)										
福祉・介護職員処遇改善加算	イ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×200/1,000)	注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員処遇改善特別加算との併給不可 注3 二、ホについて、令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能									
	ロ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×146/1,000)										
	ハ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (1月につき +所定単位×81/1,000)										
	ニ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (1月につき +ハの90/100)										
	ホ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ) (1月につき +ハの80/100)										
福祉・介護職員処遇改善特別加算	(1月につき +所定単位×26/1,000)	注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員処遇改善加算との併給不可 注3 令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能									
福祉・介護職員等特定処遇改善加算	イ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) (1月につき +所定単位×70/1,000)	注 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計									
	ロ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) (1月につき +所定単位×55/1,000)										

○同行援護サービス費

	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注	注
基本部分	基礎研修課程修了者等により行われる場合	盲ろう者向け通訳・介助員により行われる場合	2人の同行援護従業者による場合	夜間もしくは早朝の場合又は深夜の場合	盲ろう者に対して盲ろう者向け通訳・介助員が支援を行う場合	障害支援区分3に該当する者の場合	障害支援区分4以上に該当する者の場合	身体拘束廃止未実施減算	特定事業所加算	特別地域加算	緊急時対応加算(月2回を限度)	誘致吸引等支援体制加算
イ 30分未満 (190単位)									特定事業所加算(I) +20/100			
ロ 30分以上1時間未満 (300単位)									特定事業所加算(II) +10/100			
ハ 1時間以上1時間30分未満 (433単位)				夜間もしくは早朝の場合 +25/100	+25/100	+20/100	+40/100	1人1日につき5単位を減算 注 令和5年4月から適用			1回につき100単位を加算 注 地域生活支援拠点等の場合 +50単位	
ニ 1時間30分以上2時間未満 (498単位)	×90/100	×90/100	×200/100						特定事業所加算(III) +10/100	+15/100		1人1日当たり100単位を加算
ホ 2時間以上2時間30分未満 (563単位)				深夜の場合 +50/100					特定事業所加算(IV) +5/100			
ヘ 2時間30分以上3時間未満 (628単位)												
ト 3時間以上 (683単位に30分を増すごとに+65単位)												
※ 令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1,000に相当する単位数を算定する。												
初回加算 (1月につき200単位を加算)												
利用者負担上限額管理加算(月1回を限度) (1回につき150単位を加算)												
福祉・介護職員処遇改善加算	イ 福祉・介護職員処遇改善加算(I) (1月につき +所定単位×274/1,000)	注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員処遇改善特別加算との併給不可 注3 二、ホについて、令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能										
	ロ 福祉・介護職員処遇改善加算(II) (1月につき +所定単位×200/1,000)											
	ハ 福祉・介護職員処遇改善加算(III) (1月につき +所定単位×111/1,000)											
	ニ 福祉・介護職員処遇改善加算(IV) (1月につき +ハの90/100)											
	ホ 福祉・介護職員処遇改善加算(V) (1月につき +ハの80/100)											
福祉・介護職員処遇改善特別加算 (1月につき +所定単位×41/1,000)	注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員処遇改善加算との併給不可 注3 令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能											
福祉・介護職員等特定処遇改善加算	イ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(I) (1月につき +所定単位×70/1,000)	注 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計										
	ロ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(II) (1月につき +所定単位×55/1,000)											

○行動援護サービス費

基本部分		注 支援計画シート等が未作成の場合	注 2人の行動援護従事者による場合	注 身体拘束廃止未実施減算	注 特定事業所加算	注 特別地域加算	注 緊急時対応加算(月2回を限度)	注 喀痰吸引等支援体制加算
イ 30分未満	(258単位)	×95/100	×200/100	1人1日につき5単位を減算 注 令和5年4月から適用	特定事業所加算(Ⅰ) +20/100	+15/100	1回につき100単位を加算 注 地域生活支援拠点等の場合+50単位	1人1日当たり100単位を加算
ロ 30分以上1時間未満	(407単位)							
ハ 1時間以上1時間30分未満	(592単位)							
ニ 1時間30分以上2時間未満	(741単位)							
ホ 2時間以上2時間30分未満	(891単位)							
ヘ 2時間30分以上3時間未満	(1,040単位)							
ト 3時間以上3時間30分未満	(1,191単位)							
チ 3時間30分以上4時間未満	(1,340単位)							
リ 4時間以上4時間30分未満	(1,491単位)							
ヌ 4時間30分以上5時間未満	(1,641単位)							
ル 5時間以上5時間30分未満	(1,791単位)							
ヲ 5時間30分以上6時間未満	(1,940単位)							
ワ 6時間以上6時間30分未満	(2,091単位)							
カ 6時間30分以上7時間未満	(2,240単位)							
ヨ 7時間以上7時間30分未満	(2,391単位)							
タ 7時間30分以上	(2,540単位)							
※ 令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1,000に相当する単位数を算定する。								
初回加算		(1月につき200単位を加算)						
利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)		(1回につき150単位を加算)						
行動障害支援指導連携加算(移行する日の属する月につき1回を限度)		(1回につき273単位を加算)						
福祉・介護職員処遇改善加算	イ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員等特定処遇改善特別加算との併給不可 注3 二、ホについて、令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能						
	ロ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)							
	ハ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)							
	ニ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)							
	ホ 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅴ)							
福祉・介護職員処遇改善特別加算		注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 注2 福祉・介護職員等特定処遇改善加算との併給不可 注3 令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能						
福祉・介護職員等特定処遇改善加算	イ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	注 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員等特定処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計						
	ロ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)							

在宅医療・介護サービス事業者の駐車規制の緩和について(お知らせ)

以前、訪問介護等に係る駐車許可手続きの簡素化についてお知らせしましたが、このたび、新たに岡山県警察が岡山県道路交通法施行細則を見直し、在宅医療・介護サービス等事業者に限って、近隣の駐車場の有無にかかわらず、申請手続により交付を受けた許可証で訪問先の直近への駐車を許可することとなり、令和2年1月6日から運用を開始しましたのでお知らせいたします。

1 これまでにお知らせした内容(改正前)

平成26年3月から以下の通り手続きが簡素化

- ① 駐車日時 利用者の緊急の求めに応じて訪問する場合を想定した許可とする
- ② 駐車場所 「訪問場所付近」との表現でも申請可能
- ③ 申請書類 必要最小限で構わない。詳細は管轄警察署にて確認
- ④ 一括申請 訪問先が複数警察署の管轄にまたがる場合、一つの警察署で一括申請可能

2 令和2年1月6日から改正された内容

- ① 対象サービス <介護サービス>訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション
<医療サービス>訪問診療 <障害福祉サービス>居宅介護等
- ② 駐車日時・場所
当該サービスを提供する時間、利用者の居宅等の直近
※予め一か所ずつ個別に特定する必要はなく、事業所全体で申請可能です。
※半径100m以内に駐車場や駐車可能な道路があっても申請可能です。
- ③ 駐車許可場所
(1) 公安委員会による駐車禁止の規制が行われている道路
(2) 法定の駐停車禁止場所(交差点やバス停等)や、法定の駐車禁止場所(消火栓から5m以内等)に当たらない場所
※公道以外の私道(民有地)に駐車する場合は、所有者の了解を得てください。
※右側駐車や、駐車車両の右側に3.5m以上の余地がなくなる場所への駐車等はできません。
- ④ 受付窓口・時間
(1) 受付窓口 事業所の所在地を管轄する警察署の交通(第一)課
(2) 受付時間 平日の午前8時30分から午後5時まで
- ⑤ 提出書類
(1) 申請書(警察署の窓口で配布) (2) 自動車検査証の写し
※自動車検査証に事業所名の記載がなく、対象事業が分からない場合には、事業内容が分かるものの写しが必要です。

令和2年から訪問看護等事業者 の駐車許可申請手続を簡素化

訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護、居宅介護等の事業者が当該サービスを提供するために駐車する場所が

- 公安委員会による駐車禁止の規制が行われている道路
- 交差点やバス停などの法定の駐停車禁止場所や消火栓から5メートル以内など法定の駐車禁止場所に当たらない場所

では、申請手続により交付を受けた許可証で当該サービスを利用する方の居宅等の直近に駐車することができることになりました。

許可に基づき駐車する際には、

- 当該サービスを提供する事業に従事する者であることが分かるもの
- 訪問先が当該サービスを提供する者の居宅等であることが分かるもの

を携行してください。

*** 運用開始日…令和2年1月6日（月）**

- 申請手続で提出する書類
自動車検査証の写し

※注意点

自動車検査証に事業所名の記載が無いなどの事業遂行目的が証明できない場合は、当該検査証の使用者に係る事業従事者証等、事業遂行目的を明らかにする書類等の写しが必要となります。

- 窓口での受付時間は平日の午前8時30分から午後5時までです。



岡山県警察本部

駐車許可証の適正な使用について

岡山県公安委員会が交付する駐車許可証については、公安委員会による駐車禁止の規制が行われている道路の部分以外では使用できません。

下記に図示しているような

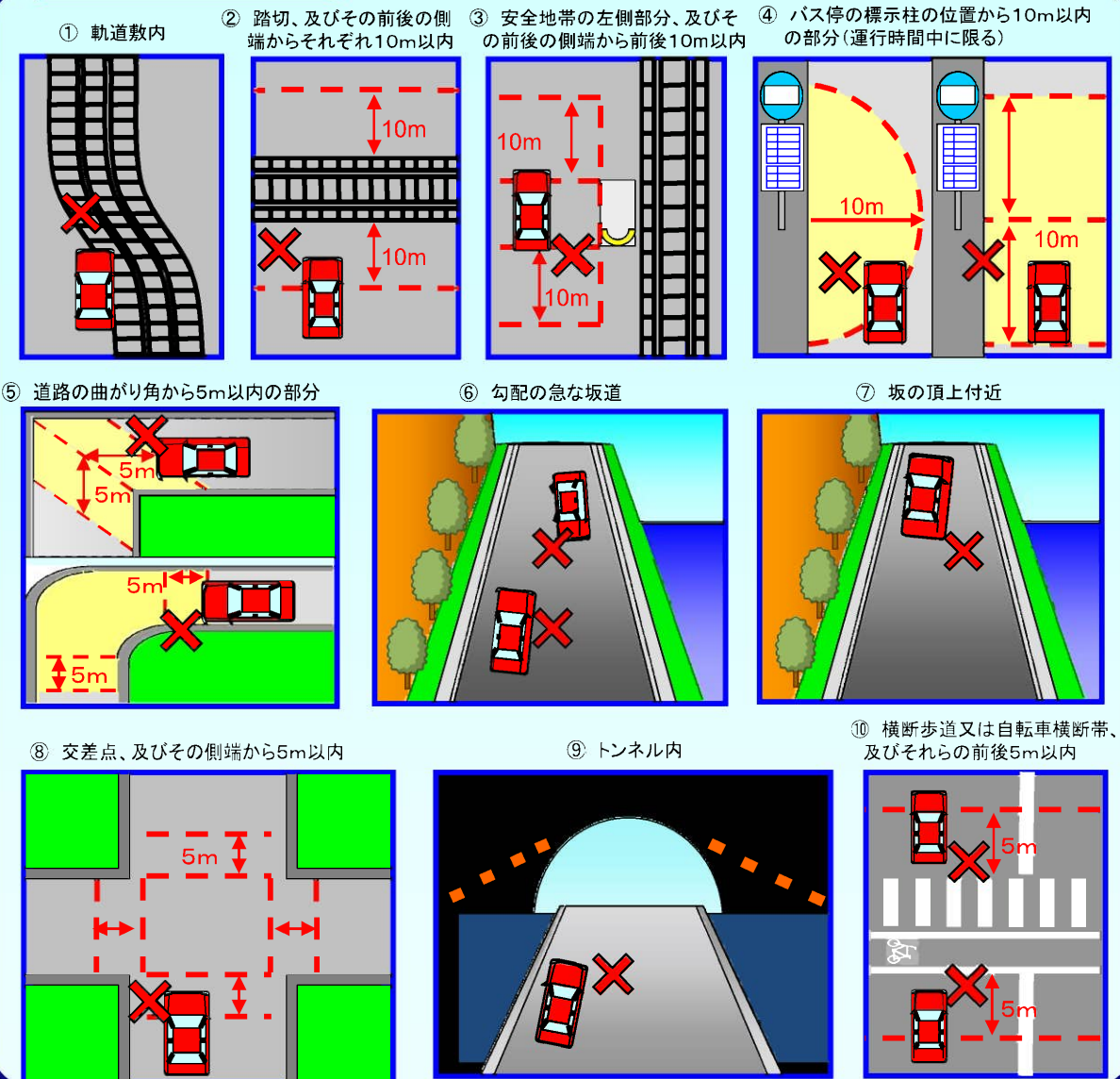
- 法定の駐停車禁止場所
- 法定の駐車禁止場所
- 公安委員会による駐停車禁止規制場所

では使用できません。

許可証をお持ちの方は許可証裏面の注意事項をよくお読みいただき、適正にご利用していただきますよう、よろしくお願いいたします。

許可証が使用できない場所

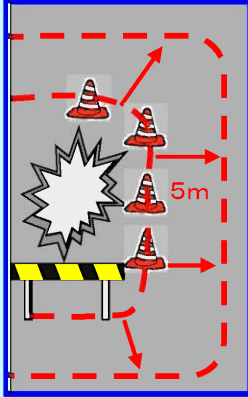
法定の駐停車禁止場所



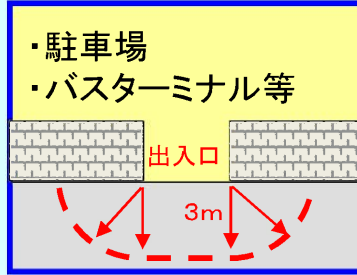
許可証が使用できない場所等

法定の駐車禁止場所

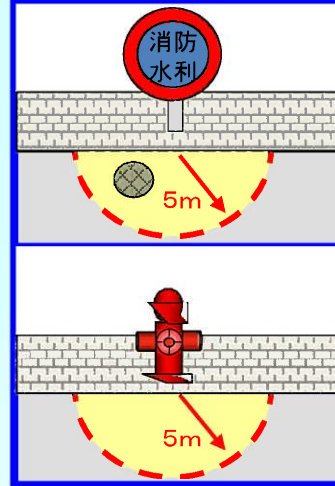
① 道路工事区域の側端から5m以内の部分



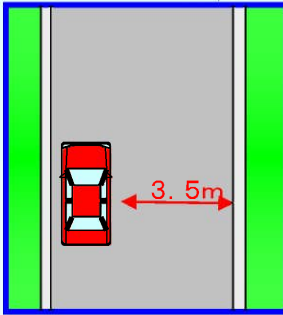
② 車庫、修理工場などの自動車で入り口から3m以内の部分



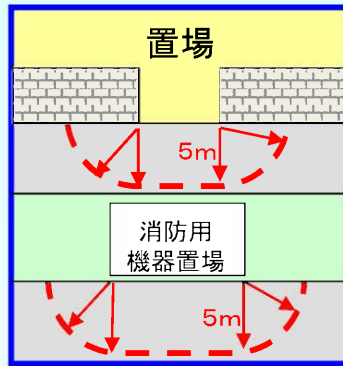
③ 消火栓、指定消防水利の標識の位置、消防用防火水槽の吸水口、吸管投入孔から5mの部分



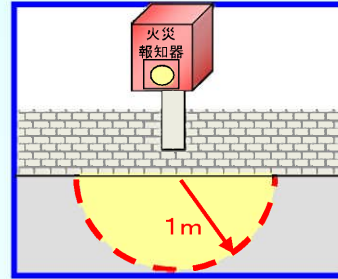
④ 無余地の場所
(所定の方法によって駐車した場合に、車両の右側の道路上に3.5m以上の余地がなくなる場所)



⑤ 消防用機械器具の置場、消防用防火水槽の側端またはその出入口から5m以内の部分



⑥ 火災報知機から1m以内の部分



駐車の方法によらない駐車

- 左側端に沿わない駐車(歩道上駐車、右側駐車等)
- 路側帯設置場所における法定方法に従わない駐車(左側に0.75mの余地がないなど)

自動車の保管場所の確保等に関する法律に抵触する駐車

- 車庫代わり駐車
- 長時間駐車(12時間以上、夜間にあつては8時間以上)

公安委員会の駐停車禁止規制



留意事項

駐車禁止の交通規制がなされている区間であっても、その区間内にある法定の駐停車禁止場所・駐車禁止場所等においては、本許可証は使用できません。

参考事項(標章裏面に記載の注意事項から抜粋)

- この許可証は、申請に係る駐車を必要とする理由以外には使用することができません。
- この許可証を使用する場合は、車両の前面ガラスの外部から見やすい箇所に掲出してください。
- 駐車を必要とする理由がなくなったとき又は許可証の有効期限が経過したときは、許可証の交付を受けた警察署長等に速やかにこの許可証を返納してください。
- 表書きのサービス事業を提供するためこの許可証を使用する場合は、
 - (1) 当該サービスを提供する事業に従事する者であることが分かる資料
 - (2) 訪問先が当該サービスを利用する者の居宅等であることが分かる資料を携行してください。

※ 申請は、住所地又は勤務地を管轄する警察署の交通(第一)課で受け付けています。

岡山市保健福祉局高齢福祉部事業者指導課

障害事業者係

syou-jigyuu@city.okayama.lg.jp