

特定事業所加算に係る体制等の状況 (居宅介護事業所)

色つきのセルのみ入力

事業所名		かながわホームヘルプサービス				
体制要件	(1)-1	すべての居宅介護従業者ごとに研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(1)-2	すべてのサービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(2)-1	居宅介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(2)-2	サービス提供責任者と居宅介護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(3)	居宅介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(4)	緊急時等における対応方法を利用者に明示している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(5)	新規に採用したすべての居宅介護従業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
人材要件	(6)居宅介護従業者に関する要件について 下表の については必ず記載すること。 ・ ・ についてはいずれかを記載することで可。					いずれかで (6)適合
		常勤換算職員数	サービス提供時間			
	居宅介護従業者の総数	5 人	時間			
	のうち介護福祉士の総数	3 人		に占める の割合 が 3 0 % 以上		
	のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び 1 級課程修了者の総数	人		に占める の割合 が 5 0 % 以上		
		前年度又は前 3 月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数	時間	に占める の割合 が 4 0 % 以上		
	(7)サービス提供責任者に関する要件について すべてのサービス提供責任者が 3 年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は 5 年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは 1 級課程修了者である					<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	(8) - 1 基準上、配置すべきサービス提供責任者について a. 常勤のサービス提供責任者を 1 人以上 3 人未満配置している事業所 従業者数 月延べサービス提供時間 利用者数 8 人 300 時間 人 (常勤換算ではなく総数で記載) 配置すべきサービス提供責任者の数 人 b. 常勤のサービス提供責任者を 3 人以上配置、かつ、主としてサービス提供責任者に従事する者を 1 人以上配置している事業所 利用者数 30 人 配置すべきサービス提供責任者の数 1 人					常勤のサ責の 人数によって、 aかb どちらか入力 ×
	(8) - 2 基準上配置する常勤のサービス提供責任者が 2 人以下の事業所であって、基準を 1 人以上上回る数の常勤のサービス提供責任者を配置している					
	前年度実績が 6 月に満たない事業所					
対応障害者	(9)-1	前年度又は前 3 月の期間における利用者 (障害児を除く) の総数のうち、障害支援区分 5 以上である者及び嚥下吸引等を必要とする者の占める割合が 3 0 % 以上				<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	(9)-2	前年度又は前 3 月の期間における利用者 (障害児を除く) の総数のうち、障害支援区分 4 以上である者及び嚥下吸引等を必要とする者の占める割合が 3 0 % 以上				<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
() の要件						
加算要件該当 / 非該当						
特定事業所加算 () 該当						

裏面に誓約ください。

特定事業所加算に係る体制等の状況（重度訪問介護事業所）

色つきのセルのみ入力

事業所名		かながわホームヘルプサービス												
体制要件	(1)	すべての重度訪問介護従業者ごとに研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。										<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
	(2)-1	重度訪問介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。又は、サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、個別に技術指導等を目的とした研修を必要に応じて行っている。										<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
	(2)-2	サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、毎月定期的に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を通知している。（変更があった場合を含む。）										<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
	(3)	重度訪問介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。										<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
	(4)	緊急時等における対応方法を利用者に明示している。										<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
	(5)	新規に採用したすべての重度訪問介護従業者に対し、熟練した重度訪問介護従業者の同行による研修を実施している。										<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
	(6)	重度訪問介護従業者の24時間派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めてサービス提供している。										<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
人材要件	(7) 重度訪問介護従業者に関する要件について 下表の については必ず記載すること。 ・ ・ についてはいずれかを記載すること可。													
			常勤換算職員数		サービス提供時間									
		重度訪問介護従業者の総数	4	人	100	時間								
		のうち介護福祉士の総数	1	人			に占めるの割合が30%以上		<input checked="" type="radio"/> 有		いす (6)			
		のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	1	人			に占めるの割合が50%以上		<input checked="" type="radio"/> 有					
		前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数			20	時間	に占めるの割合が40%以上		<input checked="" type="radio"/> 有					
	(8) サービス提供責任者に関する要件について すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士、5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、旧1級課程修了者又は重度訪問介護従業者として6,000時間以上の指定重度訪問介護の実務経験を有する者である。												<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無
	(9) 基準上、配置するサービス提供責任者について													
	従業者数		月延べ重度訪問介護サービス提供時間		重度訪問介護利用者数		配置すべきサービス提供責任者の数							
7 人		100 時間		10 人		1 人								
サービス提供責任者		総数		職員数		常勤換算職員数								
				1 人		人								
				人		人								
				人		人								
重度障害者対応要件	(10) 前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引を必要とする者の占める割合が50%以上												<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
	加算要件該当 / 非該当		特定事業所加算 () 該当											

備考 ここでいう常勤とは、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいいます。

特定事業所加算（ ）～（ ）に該当する場合は、以下の誓約書に署名押印してください。また、特定事業所加算（ ）及び（ ）

前年度実績が6月に満たない事業所

上記の届出内容は、事実と相違ありません。
また、上記加算要件を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに加算の届出を取り下げを誓約致します。

法人名 社会福祉法人かながわ福祉会

法人代表者職・氏名 理事長 神奈川太郎

印

特定事業所加算に係る体制等の状況 (行動援護事業所)

色つきのセルのみ入力

事業所名		かながわホームヘルプサービス				
体制要件	(1)-1	すべての行動援護従業者ごとに研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。				<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	(1)-2	すべてのサービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(2)-1	行動援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(2)-2	サービス提供責任者と行動援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(3)	行動援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(4)	緊急時等における対応方法を利用者に明示している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	(5)	新規に採用したすべての行動援護従業者に対し、熟練した行動援護従業者の同行による研修を実施している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
人材要件	(6) 行動援護従業者に関する要件について 下表の については必ず記載すること。 ・ ・ についてはいずれかを記載することで可。					
		常勤換算職員数	サービス提供時間			
	行動援護従業者の総数	人	時間			
	のうち介護福祉士の総数	人		に占める の割合が30%以上		いずれかで (6) 適合
	のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		に占める の割合が50%以上		
	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	に占める の割合が40%以上		
	(7) サービス提供責任者に関する要件について すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である					<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	(8) - 1 基準上、配置すべきサービス提供責任者について a. 常勤のサービス提供責任者を1人以上3人未満配置している事業所 従業者数 月延べサービス提供時間 利用者数 3 人 50 時間 2 人 (常勤換算ではなく総数で記載) 配置すべきサービス提供責任者の数 1 人 b. 常勤のサービス提供責任者を3人以上配置、かつ、主としてサービス提供責任者に従事する者を1人以上配置している事業所 利用者数 人 配置すべきサービス提供責任者の数 人					常勤のサ責の人数によって、 aかb どちらか入力 ×
	(8) - 2 基準上配置する常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であって、基準を1人以上上回る数の常勤のサービス提供責任者を配置している					
	前年度実績が6月に満たない事業所					
対応障害者	(9)-1	前年度又は前3月の期間における利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が30%以上				<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	(9)-2	前年度又は前3月の期間における利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分4以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が30%以上				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
() の要件						
加算要件該当 / 非該当		特定事業所加算 ()				裏面に誓約ください。

特定事業所加算に係る体制等の状況(同行援護事業所)

色つきのセルのみ入力

事業所名																
体制要件	(1)-1	すべての同行援護従業者ごとに研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(1)-2	すべてのサービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(2)-1	同行援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(2)-2	サービス提供責任者と同行援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(3)	同行援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(4)	緊急時等における対応方法を利用者に明示している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(5)	新規に採用したすべての同行援護従業者に対し、熟練した同行援護従業者の同行による研修を実施している。				<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
人材要件	(6)同行援護従業者に関する要件について 下表の については必ず記載すること。 ・ ・ についてはいずれかを記載することで可。															
		常勤換算職員数	サービス提供時間													
	同行援護従業者の総数	5 人	100 時間													
	のうち介護福祉士の総数	3 人		に占める の割合が30%以上	いずれかで (6)適合											
	のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数	人		に占める の割合が50%以上												
	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の同行援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	に占める の割合が40%以上												
	同行援護従業者養成研修(応用課程)修了者及び国立障害者リハビリテーションセンター視覚障害学科修了者等の総数		時間	に占める の割合が30%以上												
	(7)サービス提供責任者に関する要件について すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士、国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である					<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(8)-1 基準上、配置すべきサービス提供責任者について a.常勤のサービス提供責任者を1人以上3人未満配置している事業所 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 従業者数 8 人 (常勤換算ではなく総数で記載) </div> <div> 月延べサービス提供時間 100 時間 </div> <div> 利用者数 5 人 </div> <div> 配置すべきサービス提供責任者の数 1 人 </div> </div>					常勤のサ責の人数によって、 aかb どちらか入力 ×										
	b.常勤のサービス提供責任者を3人以上配置、かつ、主としてサービス提供責任者に従事する者を1人以上配置している事業所 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 利用者数 人 </div> <div> 配置すべきサービス提供責任者の数 人 </div> </div>															
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>職員数</th> <th>常勤換算職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td>1 人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>							職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤	1 人		非常勤	人	人	
		職員数	常勤換算職員数													
サービス提供責任者	常勤	1 人														
	非常勤	人	人													
(8)-2 基準上配置する常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であって、基準を1人以上上回る数の常勤のサービス提供責任者を配置している					×											
対応障害者	(9)-1 前年度又は前3月の期間における利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の割合が50%以上である事業所					<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無										
	(9)-2 前年度又は前3月の期間における利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分4以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の割合が50%以上である事業所					<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無										
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ()の要件 加算要件該当 / 非該当 </div> <div> 前年度実績が6月に満たない事業所 (8)-1のaかbのいずれかを入力して 配置すべきサ責の数を算定しないと、 裏面に誓約ください。 </div> </div>																
特定事業所加算()該当																

備考　ここでいう常勤とは、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（１週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいいます。

特定事業所加算（ ）～（ ）に該当する場合は、以下の誓約書に署名押印してください。また、特定事業所加算（ ）（ ）及び（ ）に該当する場合は、併せて勤務表を提出してください。

上記の届出内容は、事実と相違ありません。
また、上記加算要件を満たさないことが明らかになった場合、すみやかに加算の届出を取り下げを誓約致します。

法人名 社会福祉法人かながわ福祉会

法人代表者職・氏名 理事長 神奈川太郎

印

特定事業所加算の算定要件

特定事業所加算 (1)～(9)のいずれにも適合する場合、算定

特定事業所加算 (1)～(5)のいずれにも適合し、かつ、
(6)、又は(7)と(8)のいずれかに適合する場合、算定

特定事業所加算 (1)～(5)と(9)のいずれにも適合する場合、算定

【新設】

特定事業所加算 (1) - 2と(2)～(5)と(8) - 2と(9) - 2のいずれにも適合する場合、算定

()が算定できるのは、
居宅介護・同行援護・行動援護

色つきのセルのみ入力

研修(実践)の写
了証の写
* 重度障害者支援加算 1 級取得
の場合は、併せて別紙12-2も提出し
てください。

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者を配置している
従来の重度障害者支援加算()を算定していた事業所は、経過措置として、平成30年3月31日までの間は研修受講計画の作成をすることで、研修を受けた職員以外の配置でも算定できます。

重度障害者支援加算()に関する届出書

(兼・平成 年度強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)受講計画)

施設の名称				
1 配置状況 (基礎研修修了者)	1 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置 (重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む)			
		名前	研修名	研修名
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	配置人数		人(常勤換算数)	
	指定基準上の人員と生活介護の人員配置体制加算により配置される人員に加え、基礎研修修了者を配置する必要があることに留意すること。			
	2 配置状況 (基礎研修修了予定者)	2 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)受講予定者 配置 (重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む)		
		名前	研修名	研修名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
実践研修・基礎研修修了者共に、研修を修了された方は、修了証の写しを添付してください。	9			
	10			
配置人数		人(常勤換算数)		
指定基準上の人員と生活介護の人員配置体制加算により配置される人員に加え、基礎研修修了者を配置する必要があることに留意すること。				

備考1 「配置人数」には常勤換算方法による研修修了者数を記載してください。

2 実践研修・基礎研修共に、研修修了者については修了証の写しを添付すること。

就労定着支援体制加算 就労移行の状況

事業所名	かながわ移行事業所
6月～12月の定着率（B）（％）	20%
12月～24月の定着率（D）（％）	25%
24月～36月の定着率（F）（％）	5%

6月以上12月未満の加算要件の該当/非該当	利用定員の15%以上25%未満に該当
12月以上24月未満の加算要件の該当/非該当	利用定員の25%以上35%未満に該当
24月以上36月未満の加算要件の該当/非該当	利用定員の5%以上15%未満に該当

就労継続支援A型に移行した利用者については就労定着実績に含みません。

【就労継続期間が6月以上12月未満の利用者】

色つきのセルのみ入力

当該施設・事業所の平成26年度の定員（ A ）		20人		平成26年度の 施設種別	● 就労移行支援 ○ その他	
定着率（％）（定着者 ÷ A × 100）（ B ）		20%				
	氏 名（ ）	就 職 日	就職後 6 ヶ月を 経過した日	期間 チェック	就職先事業所名	6 か月後の状況
1	やまきた A 子	平成25年10月1日	平成26年4月1日	6ヶ月以上 ok	株式会社 出版	在職
2	まつだ B 太	平成25年11月1日	平成26年12月1日	6ヶ月以上 ok	株式会社 システ ム	在職
3	みなみあしがら C 朗	平成26年2月15日	平成26年8月15日	6ヶ月以上 ok	株式会社 家電	在職
4	おだわら D 美	平成26年3月1日	平成26年9月1日	6ヶ月以上 ok	有限会社 × × 印刷	在職
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

前年度に 6 月を経過する日と 12 月を経過する日の両日
がある者については、両期間の定着者としてカウント
できます。

前年度に6月を経過する日と12月を経過する日の両日がある者については、両期間の定着者としてカウントできます。

就職日の施設種別が「就労移行支援」以外の利用者には対象とならない。

【就労継続期間が12月以上24月未満の利用者】

当該施設・事業所の定員（C）		20人		平成25年度の 施設種別	● 就労移行支援 ○ その他	
定着率（％）（定着者÷C×100）（D）		25%				
	氏 名（ ）	就 職 日	就職後12ヶ月を 経過した日	期間 チェック	就職先事業所名	12か月後の状況
1	なかい E 貴	平成25年4月1日	平成26年4月1日	12ヶ月以上 ok	株式会社 堂	在職
2	にのみや F 美	平成25年10月15日	平成26年10月15日	12ヶ月以上 ok	有限会社××文具	在職
3	きよかわ G 吉	平成26年2月1日	平成27年2月1日	12ヶ月以上 ok	株式会社 システム	在職
4	みなみあしがら C 朗	平成26年2月15日	平成27年2月15日	12ヶ月以上 ok	株式会社 家電	在職
5	おだわら D 美	平成26年3月1日	平成27年3月1日	12ヶ月以上 ok	有限会社××印刷	在職
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

就職日の施設種別が「就労移行支援」以外の利用者は対象とならない。

【就労継続期間が24月以上36月未満の利用者】

当該施設・事業所の定員（ E ）		20人		平成24年度の 施設種別	● 就労移行支 ○ その他	
定着率（％）（定着者 ÷ C × 100）（ F ）		5%				
氏 名（ ）		就 職 日	就職後24ヶ月を 経過した日	期間 チェック	就職先事業所名	24か月後の状況
1	あいかわ H子	平成24年6月1日	平成26年6月1日	24ヶ月以上 ok	株式会社	在職
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

就職日の施設種別が「就労移行支援」以外の利用者は対象とならない。

注 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。）の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください（在職している者を優先して記入してください）。

重度障害者支援加算

当該事業所の常勤換算後の生活支援員数	2.3	指定基準より多い生活支援員を配置している ので の要件に該当
基準上必要な生活支援員数	2.1	

事業所の重度障害者のみ算定できます。

	居住する共同生活住居の名称	氏名	障害支援区分	重度障害者支援加算の支給決定の有無
グループホーム対象者の状況	1 かながわホーム1	1 よこはま一郎	3	
		2 かわさき二郎	3	
		3 さがみはら三郎	2	
		4 よこすか四郎	2	
		5		
		6		
		7		
		8		
	2 かながわホーム2	9 ひらつか藤子	2	
		10 ふじさわ百合子	2	
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
	3 かながわホーム3	17 ちがさき五郎	6	
		18 あつぎ六郎	5	
		19 まなづる菊子	6	有
		20 にのみや桜子	6	有
		21		
		22		
		23		
		24		
	4	25		
		26		
		27		
		28		
	5	33		
		34		
		35		
		36		
		37		
		38		
		39		
		40		
	合計			

重度障害者支援加算の支給決定を受けている利用者が1名以上いるので
の要件に該当

本加算を算定するには、別紙24-2の研修要件 のいずれも満たし、さらに、本様式の利用者要件及び生活支援員配置要件を満たす必要があります。

注 共同生活住居が6以上ある場合は、別業にして提出してください。

重度障害者支援加算 加算要件概要(、ともに満たす)
 重度障害者支援加算の支給決定を受けている利用者が1名以上いる
 指定基準より多い生活支援員を配置している

重度障害者支援加算に係る届出書

本加算を算定するには、別紙24-1の利用者要件及び生活支援員配置要件を満たし、さらに、本様式の研修要件のいずれも満たす必要があります。

下記(1)に記載の研修要件を満たしている者が1名以上いるので研修要件に該当

下記(2)に記載の研修要件を満たしている者が20%以上いるので研修要件 に該当

- 注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。
- 注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください。（世話人等は含まれません。）
- 注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。
- 注4 「研修の受講状況」欄には、受講が修了又は受講中の場合は「有」を、受講しておらず年度内に受講予定もない場合は「無」又は空欄を、今後受講予定の場合（当該年度内に限る）は受講予定月（受講月が未定の場合は目標とする月）を記載してください。
- 注5 職員が看護師又は准看護師の場合は「喀痰吸引等研修」欄に「看護師」若しくは「准看護師」と記載してください。
- 注6 職員が既に重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程を修了している場合又は今後受講予定（当該年度内に限る）の場合は、強度行動障害支援者養成研修（基礎）を修了又は受講予定とみなし、また、職員が既に行動援護従業者養成研修の課程を修了している場合又は今後受講予定（当該年度内に限る）の場合は、強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践）を修了又は受講予定とみなし、「強度行動障害者支援者養成研修」欄に「有」又は受講予定月を記載してください。

夜間支援等体制加算に係る体制

1 人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに、本表を作成し提出してください。

例えば、夜間支援従事者 A と B がそれぞれ別の共同生活住居の夜間支援を行う場合、本表を 2 枚作成することになります。

夜間従事者 2 人体制の共同生活住居の場合は本表を 1 枚のみ提出いただければよいです。

要件を満たしている場合、住居ごとに、夜間支援等体制加算、 、 いずれも算定できます。

(ただし、同一日に併給はできません。)

事業所名	かなホーム	色のついたセルのみ記入	
		2 枚中	1 枚
夜間支援等体制加算 該当 常時の連絡体制 又は防災体制	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法	夜間及び深夜の時間帯を通じて、利用者に急変等があった場合、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう常時の連絡体制を確保している。	

に該当している共同生活住居は下記の「夜間支援等体制加算の該当」の部分に をつけてください。

夜間従事者の勤務形態 (夜勤が宿直該当するものすべてに)	夜間支援等体制加算 該当 夜勤	夜間支援等体制加算 該当 宿直
夜間支援体制の確保が必要な理由	支援の度合いの高い利用者が多く、夜間の突発的な自体に備えるとともに、夜間の排泄や身の回りの支援を行うため。	
夜間支援体制の実施期間	利用者がいる日には必ず支援を行う。	
夜間支援体制を確保している時間	18:00から翌朝7:00まで	

【夜間支援等体制加算 又は を含んで算定している場合は以下も記入】
当該共同生活住居の夜間支援従事者が夜間支援を行う共同生活住居の状況
(共同生活住居の利用者数だけではなくサテライト型住居(設置している場合)の利用者数も含めた利用者数を入力してください)
利用者数の算定の仕方(平成26年度以降)
・現に入居している利用者数ではなく、住居ごとの前年度の平均利用者数を用いて入力してください。
・新規の場合、入居利用者の増減(一定期間続くことが明らか)等の場合は見込み数を用いて入力してください。
・平均利用者数を算出する際は合計の小数点第 1 位を四捨五入してください。

	住居名称	前年度平均利用者数	夜間支援等体制加算 該当
共同生活住居 1	かなホーム	4 人	
共同生活住居 2	はまホーム	5 人	
共同生活住居 3		人	
共同生活住居 4		人	
共同生活住居 5		人	
合計の小数点第 1 位を四捨五入した人数で、当該住居の体制を考えます。		合計 9 人	

1 人の夜間支援従事者が夜間支援を行う状況

夜間支援従事者が配置されている住居	共同生活住居 (住居名称) かなホーム
複数の住居の夜間支援を行っている場合、配置住居から各住居までの移動時間(概ね10分以内の必要があります)	共同生活住居 まで 3 分 共同生活住居 まで 分
	共同生活住居 まで 分 共同生活住居 まで 分
配置住居から各住居との連絡体制(非常通報装置、携帯電話等)	夜勤職員は形態電話を常時携帯しており、利用者からの連絡に即対応できるようになっている。

【夜間支援等体制加算 または 】(以下すべて満たす、詳細は留意事項通知参照。)

夜間支援従事者が共同生活住居(サテライト型住居除く)に配置されている(自宅にあっては加算の対象にならない)

夜間及び深夜の時間帯(就寝前から翌朝の起床後までの時間(22:00～翌日5:00を最低含む))を通じて必要な介護等の支援をできる体制を確保している(利用者がいる夜は毎日)

1人の夜間支援従事者が複数の共同生活住居の利用者を支援する場合は、住居が概ね10分以内の地理条件にある

利用者の呼び出し等に速やかに対応できる

1人の夜間支援従事者が支援を行える住居は 5 か所まで(サテライト型住居数は本体住居と併せて 1 か所)

支援できる利用者は20人まで(複数の住居の支援をする場合)又は30人まで(1か所の住居の支援をする場合)

指定障害者支援施設や病院、指定宿泊型自立訓練を行う生活訓練事業所等で夜勤・宿直業務を兼務していない

夜間支援の内容について、個々の利用者ごとに共同生活援助計画に位置づけている。

利用者の就寝前や翌朝の起床後までの間、夜勤()又は宿直()を行う専従の夜間支援従事者を配置

1人の夜間支援従事者が複数の住居の支援を行う場合、少なくとも一晩につき 1 回以上は巡回する

(サテライト型住居については、入居している利用者の意向、状態等を勘案した上で、巡回の必要性を判断して差し支えない)

【夜間支援体制加算】

夜間及び深夜の時間帯を通じて、利用者に病状の急変その他の緊急の事態が生じたときに、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制を確保している指定共同生活援助事業所において、指定共同生活援助を行った場合に算定する。

夜間支援等体制加算に係る体制

宿泊型自立訓練の夜間支援等体制加算の様式はこちらになります。(共同生活援助の様式と異なります。)

要件を満たしている場合、住居ごとに、夜間支援等体制加算 、 、 いずれも算定できます。
(ただし、同一日に併給はできません。)

色のついたセルのみ記入

事業所名	かながわ福祉センター	
夜間支援等体制加算 該当 常時の連絡体制 又は防災体制	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法	夜間及び深夜の時間帯を通じて、利用者に急変等があった場合、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう常時の連絡体制を確保している。
夜間従事者の勤務形態 (夜勤が宿直該当するものすべてに)	夜間支援等体制加算 該当 夜勤	夜間支援等体制加算 該当 宿直
夜間支援体制の確保が必要な理由	支援の度合いの高い利用者が多く、夜間の突発的な自体に備えるとともに、夜間の排泄や身の回りの支援を行うため。	
夜間支援体制の実施期間	利用者がいる日には必ず支援を行う。	
夜間支援体制を確保している時間	18:00から翌朝7:00まで	

【夜間支援等体制加算 又は を含んで算定している場合は以下も記入】
当該宿泊型自立訓練事業所の夜間支援従事者が夜間支援を行う状況

利用者数の算定の仕方

- ・ 現に入居している利用者数ではなく、住居ごとの前年度の平均利用者数を用いて入力してください。
- ・ 新規の場合、入居利用者の増減(一定期間続くことが明らか)等の場合は見込み数を用いて入力してください。
- ・ 平均利用者数を算出する際は合計の小数点第 1 位を四捨五入してください。

前年度平均利用者数	2 人体制がある
6 人	重度の障害者が常時 3 名以上利用するため夜間従事者を 2 名配置 2 人体制の状況がわかるように記載してください。 (自由記載)

【夜間支援等体制加算 または 】(以下すべて満たす、詳細は留意事項通知参照。)

- 夜間支援従事者が事業所に配置されている
- 夜間及び深夜の時間帯(就寝前から翌朝の起床後までの時間(22:00 ~ 翌日 5:00 を最低含む)) を通じて必要な介護等の支援をできる体制を確保している(利用者がいる夜は毎日)
- 1 人の夜間支援従事者が支援を行うことができる利用者の数は 30 人まで
- 指定障害者支援施設や病院、共同生活援助事業所等で夜勤・宿直業務を兼務していない
- 夜間支援の内容について、個々の利用者ごとに生活訓練計画に位置づけている。
- 利用者の就寝前や翌朝の起床後までの間、夜勤() 又は宿直() を行う専従の夜間支援従事者を配置

【夜間支援体制加算 】

夜間及び深夜の時間帯を通じて、利用者に病状の急変その他の緊急の事態が生じたときに、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制を確保している指定共同生活援助事業所において、指定共同生活援助を行った場合に算定する。

重度障害者支援加算(短期入所)

事業所名	かながわ短期入所事業所
------	-------------

	強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者
1	横浜 銀太郎
2	かながわ金太郎
3	
4	
5	
6	
7	

注 対象となるのは生活支援員のみです。

支援計画シート 氏名(高崎のぞむ) 支援計画書(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・仮設 (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)
<ul style="list-style-type: none"> ●26歳男性 自閉症 重度知的障害 ●身長172センチ 体重105キロ ●高等部卒業後、8年間で45キロ 体重増加 ●高血圧(100-160) ●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 ●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 ●子どもの泣き声はテレビから聞こえても不機嫌 ●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 ●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 ●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 ●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 ●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場合が多い ●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、頻繁に静養室を出入りし、床を強く踏みならしはじめる ●写真を使った指示で活動がいくつか理解できている ●ときどき笑顔を見せ、支援員に近寄ってくることがあるが、しばらくしてから興奮状態になる場合もある ●入浴や歯磨き(うがい)が1時間以上たっても終わらないことが多々見られる ●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、目に大けがを負わせる(その後休日のドライブが行けていない) 	生物的事象 (疾患や障害、気質など)	<ul style="list-style-type: none"> ①ダイエットと生活習慣病予防 ②支援付きの外出手段の確保 ③穏やかに日中活動の時間を過ごす ④定期的なショートステイの利用 	<ul style="list-style-type: none"> ○昼食に満腹感を与える低カロリーメニュー ○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) ○休憩時間に個別に深呼吸の練習 ○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) ○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) ○1日に作業1種類、自立課題6種類を準備 ○1日単位の個別のスケジュールを当面固定 ○スケジュールの伝達方法を調整 <ul style="list-style-type: none"> ・スケジュールの提示場所は静養室 ・3つ程度の活動を写真・カードで提示 ・静養室の休憩時間の終わりはタイマー ○スケジュールの変更時には家庭に連絡 <ul style="list-style-type: none"> ・家庭での影響を確認 ○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) <ul style="list-style-type: none"> ・曜日の固定 ・他の利用者との調整 ・宿泊時に必要なものを確認 ・夜間・早朝のスケジュール確認 ・最初の実施日
	心理的事象 (不安、葛藤、希望、感情など)		
	社会的な事象 (家庭、施設・学校、地域資源など)		
	<ul style="list-style-type: none"> ●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 ●生活習慣病の対策が必要 ●健康・衛生に配慮した詳細な援助は行いづらい ●とっさに乳幼児を突き飛ばすリスクあり ●女性や子どもの甲高い声は嫌い ●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ケガをするリスクあり ●一人でやる作業や自立課題は20分程度集中して取り組む ●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興奮することが多い(大声・床を踏みならす・頭突き等に表れる) ●周囲の人のとっさの動きに反応し興奮することがある ●刺激が少ない場所で、一人でいることを好むが、30分以上続けると興奮することがある ●笑顔や人との関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 ●歯磨きや入浴といった活動の終了が理解できない ●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 ●家庭以外での外泊経験は15年以上経験していない ●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) 		

参考：近藤直司（2012）医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック【明石書店】