

# 行動援護

## (1) 人員に関する基準

① 従業者の員数等	<input type="checkbox"/> 事業を行う事業所ごとに置くべき従業者の員数は、常勤換算方法で2.5以上とする。
② サービス提供責任者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 常勤の従事者であって、専ら指定行動援護の職務に従事するものであること。 <input type="checkbox"/> 事業の規模に応じて1人以上配置すること。配置基準は次のとおり。 ① 当該事業所の月間の延べサービス提供時間(事業所における待機時間や移動時間を除く)が450時間又はその端数を増すごとに1人以上 ② 当該事業所の従業員の数が10人又はその端数を増すごとに1人以上 ③ 利用者数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 <input type="checkbox"/> 上記①又は②に基づき、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、常勤換算方法によることができる。この場合において、配置すべきサービス提供責任者の員数は、常勤換算方法で当該事業所の月間の延べサービス提供時間を450で除して得られた数(小数点第1位に切り上げた数)又は、従業者の数を10で除した数以上とする。 <input type="checkbox"/> 常勤換算方法によることとする事業所については、 上記①又は②に基づき算出されるサービス提供責任者数から1を減じて得られた数以上の常勤のサービス提供責任者を配置する。 上記①又は②に基づき6人以上のサービス提供責任者を配置しなければならない事業所は、上記①又は②に基づき算出されるサービス提供責任者の数に2を乗じて3で除して得られた数(1の位に切り上げた数)以上の常勤のサービス提供責任者を配置するものとする。 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者として配置できる非常勤職員については、当該事業所における勤務時間が、当該事業所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(32時間を下回る場合は32時間を基本とする)の2分の1以上に達している者でなければならない。 <input type="checkbox"/> 事業の規模については、前3月の平均値を用いる。この場合、前3月の平均値は、毎月ごとの数を合算し、3で除して得た数とする。なお、新たに事業を開始し、又は再開した事業所においては、適切な方法により推定するものとする。
③ 管理者	<input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら指定に係る事業所の管理業務に従事する常勤の者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定行動援護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定行動援護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

※ 人員配置基準については、指定居宅介護・指定重度訪問介護、指定同行援護を併せて行う場合は、例えば、ホームヘルパーの員数であれば、一の指定居宅介護事業所として置くべき従業者の員数で足りるものとする等、それぞれに特例要件があります。

## (2) 設備に関する基準

① 設備及び備品	<input type="checkbox"/> 事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けること。 <input type="checkbox"/> 指定行動援護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。
----------	--

サービス提供責任者資格要件

	居宅介護	重度訪問介護	行動援護	同行援護
介護福祉士	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
居宅介護従業者養成研修修了者(1級)	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
居宅介護従業者養成研修修了者(2級)	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験5年	△＋ 実務経験3年 同行援護従業者養成研修 (※)
行動援護従業者養成研修修了者			△＋ 実務経験3年	
同行援護従業者養成研修修了者 (一般課程及び応用課程修了者に限る)				○
介護保険法介護職員基礎研修修了者	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
介護保険法訪問介護員養成研修修了者(1級)	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
介護保険法訪問介護員養成研修修了者(2級)	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験5年	△＋ 実務経験3年 同行援護従業者養成研修 (※)

※「一般課程」及び「応用課程」の両研修修了者に限る。また、平成28年9月30日までの間は、資格要件を満たしていれば、研修修了者とみなす。

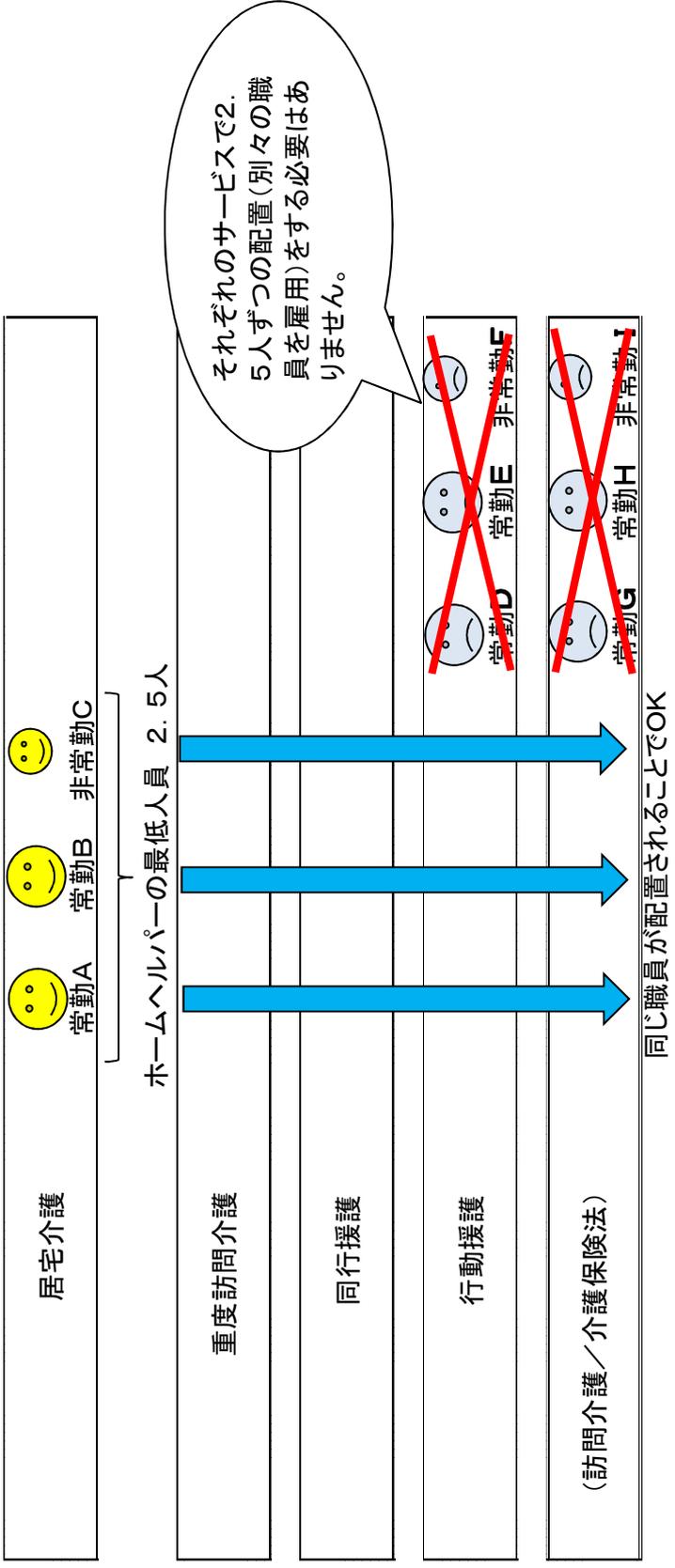
従業者の資格要件

	居宅介護				重度訪問介護	行動援護	同行援護 (※)
	身体介護	家事援助	通院(身体有)	通院(身体無)			
介護福祉士	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
居宅介護従業者養成研修修了者(1・2級)	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
居宅介護従業者養成研修修了者(3級)	○	○	○	○	●	△ + 実務経験2年	○ + 実務経験1年
重度訪問介護養成研修修了者(基礎)	●	●	●	●	● (区分4・5のみ算定可能)		△ + 実務経験1年
重度訪問介護養成研修修了者(追加)	●	●	●	●	●		△ + 実務経験1年
行動援護従業者養成研修修了者						△ + 実務経験2年	
同行援護従業者養成研修修了者							●
介護保険法 介護職員基礎研修修了者	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
介護保険法 訪問介護員養成研修修了者(1級・2級)	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
介護保険法 訪問介護員養成研修修了者(3級)	○	○	○	○	●		△ + 実務経験1年
移動支援従業者養成研修修了者(視覚)			○	○			●
移動支援従業者養成研修修了者(全身性)			○	○			

○: サービスの提供は可能だが、報酬は減算

※: 平成26年9月30日までの間、居宅介護の従業者要件を満たす場合(3級ヘルパーを除く)、同行援護従業者養成研修(一般課程)の修了者とみなす

例えば…



(別紙)提出する申請書・付表様式一覧チェック表

		行 動 援 護			チ ェ ッ ク 欄
		む(更新申請を含む) 平成24年度中に 更新した事業所	所に 平成24年8月以 降指定した事業 所	左 以外の 事業 所	
○…必要 △…申請内容によって必要 ■…直近の申請・届出以降、変更が無ければ省略可 ■※1…管理者のみ、直近の申請・届出以降変更がなければ省略可 ■※2…直近の申請・届出以降変更がなければ省略可 更新申請後、新たに雇用した場合は必要					
様式第1号	指定申請書	○	○	○	
申請書の別紙	提出する申請書・付表様式一覧チェック表	○	○	○	
付表1	居宅介護・重度訪問介護・同行援護事業所・行動援護事業所の指定に係る記載事項	○	○	○	
添付資料	定款・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等	■	■	■	
添付資料 参考資料1	平面図、写真、事業所の位置がわかる地図	■	■	■	
添付資料 参考資料2	経歴書(管理者・サービス提供責任者)	■※1	■※1	■※1	
添付資料	運営規程	○	○	○	
添付資料 参考資料3	利用者からの苦情解決措置の概要	■	■	■	
添付資料 参考資料4	勤務体制・形態一覧表	○	○	○	
添付資料	資産状況(貸借対照表・財産目録・事業計画書・収支予算書)	■	■	■	
添付資料 参考資料5	設備・備品等一覧	■	■	■	
添付資料 参考資料6	実務経験証明書	○	○	○	
添付資料 参考資料8	雇用証明書	■※2	■※2	○	
添付資料	介護職員基礎研修又は居宅介護従業者養成研修等課程2級修了証の写し	△	△	△	
添付資料 参考資料10	役員等名簿	■	■	○	
添付資料 参考資料11	指定障害福祉サービス事業に指定に係る誓約書	■	■	○	
添付資料 参考資料13	居宅系事業所職員 一覧表	○	○	○	
添付資料	貸借契約書又は土地・建物の登記簿謄本	■	■	■	
添付資料	損害賠償保険契約書の写し	■	■	■	
添付資料 参考資料7	実務経験見込申立書	△	△	△	
添付資料 参考資料9	雇用確約証明書	△	△	△	
添付資料	資格証明書(看護師・介護福祉士・理学療法士等)の写し	△	△	△	
様式	事業開始届	○	○	○	
様式第6号	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	○	○	○	
様式第2号	変更届出書	△	△	△	

記載例

受付番号

指定障害福祉サービス事業所  
指定障害者支援施設  
指定特定相談支援事業所

指定申請書

平成 0年 0月 0日

札幌市長 殿

申請者 所在地 北海道札幌市中央区北0条西0丁目  
(設置者) 名 所 社会福祉法人 障がい福祉事業団  
代表者 理事長 札幌 太郎 印

障害者自立支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定特定相談支援事業所に係る指定を受けたので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者(設置者)	フリガナ	ショウガイフクシホウジン ショウガイフクシギョウダン				
	名称	社会福祉法人 障がい福祉事業団				
	主たる事務所の所在地	(〒 123 - 4567 ) 北海道 札幌 市 中央区北0条西0丁目 札幌市役所本庁舎3階				
	法人である場合その種別	社会福祉法人	法人所轄庁	札幌市		
	連絡先	電話番号	( 011 ) 211-2938	FAX番号	( 011 ) 218-5181	
		代表メールアドレス	shogai.fukushi @ city.sapporo.jp			
	代表者の職・氏名	職名	理事長	フリガナ	サッポロ タロウ	
		氏名	札幌 太郎			
	代表者の住所	(〒 123 - 4567 ) 北海道 札幌 市 中央区北0条西0丁目 札幌市役所本庁舎3階				
	指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ	ショウガイフクシホームヘルプサービス			
名称		障がい福祉ホームヘルプサービス				
事業所(施設)の所在地		(〒 123 - 1234 ) 札幌市 中央 区 北0条西0丁目 札幌市役所本庁舎3階				
連絡先		電話番号	( 011 ) 211-2938	FAX番号	( 011 ) 218-5181	
		代表メールアドレス	shogai.fukushi @ city.sapporo.jp			
同一所在地において行う事業等の種類		指定申請をする事業等	既に指定を受けている事業等			
		開始予定年月日	使用様式	開始指定年月日	事業所名	事業所番号
指定障害福祉サービス事業所						
居宅介護				平成23年2月1日	がい福祉ホームヘルプサービス	0110111111
重度訪問介護				"	"	"
同行援護						
行動援護	平成24年4月1日	様式1				
指定障害者支援施設						
指定特定相談支援事業所						

定款と同じ内容で記入

運営規程と同じ内容で記入

○同一所在地において既に指定を受けている他法のサービス

児童福祉法のサービス	事業所種別	事業所名	事業所番号
介護保険法のサービス	事業所種別	事業所名	事業所番号

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ショウガイフクシホームヘルプサービス										
	名称	障がい福祉ホームヘルプサービス										
	所在地	(〒 123 - 4567 ) 札幌市 中央 区 北0条西0丁目										
		札幌市役所本庁舎3階										
連絡先	電話番号	( 011 ) 123-4567				FAX番号	( 011 ) 123-4567					
	代表メールアドレス	shogai.fukushi@city.sapporo.jp										
管理者	フリガナ	サッポロ イチロウ			住所	(〒 123 - 4567 ) 札幌 <sup>市</sup> 中央 <sup>区</sup> 北0条西0丁目						
	名前	札幌 一郎										
	他事業所との兼務の有無(同一敷地内を除く)					(有) ・ 無						
	兼務①	同一敷地内 ・ 上記以外	事業所等の名称及び種別									
			兼務する職種 及び勤務時間帯			AM・PM : ~ AM・PM :						
兼務②	同一敷地内 ・ 上記以外	事業所等の名称及び種別										
		兼務する職種 及び勤務時間帯			AM・PM : ~ AM・PM :							
提供サービス者	フリガナ	サッポロ ハナコ			住所	(〒 123 - 4567 ) 札幌 <sup>市</sup> 中央 <sup>区</sup> 北0条西0丁目						
	名前	札幌 花子										
従事者の種類・員数		サービス提供責任者		従業者		その他従業者						
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
		従業者数		常勤(人)	1	0	2					
				非常勤(人)		1						
		常勤換算後の人数(人)		1		2.5						
基準上の必要人数(人)												
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条列等						第 3 項 第 2 項 第 1 号						
主な掲示事項												
営業日		月曜日～金曜日(但し、8月15日～17日、12月30日～1月3日は除く)※サービスの提供は無休										
営業時間		9:00～18:00										
サービス提供時間		7:00～22:00										
サービス内容		居宅介護【身体介護(身体介護・通院介護)・家事援助等(家事援助・通院介護)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護										
主たる対象者		居宅介護		特定無し・身体障がい者・知的障がい者・障がい児・精神障がい者								
		重度訪問介護		特定無し・加算対象者以外								
		同行援護		特定無し・身体障がい者・障がい児								
		行動援護		特定無し・知的障がい者・障がい児・精神障がい者								
利用料		厚生労働省告示に定める額										
その他の費用		運営規定に定めるとおり										
通常事業の実施地域		中央区、北区、西区、東区、白石区										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・ <u>していない</u>						
		苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)		( 011 ) 123-4567				
						担当者		札幌 二郎				
		その他										
一体的に管理運営を行う他の事業種別		居宅介護、重度訪問介護										

運営規程と同じ内容

経歴書と同じ内容で記入

勤務体制・形態一覧表、  
経歴書と同じ内容で記入

運営規程と同じ内容

苦情解決措置の概要と同じ内容



## 実務経験証明書

平成 年 月 日

札幌市長様

法人名 所在地 北海道札幌市中央区北0条西0丁目  
名称 社会福祉法人 障がい福祉事業団  
代表者氏名 理事長 札幌 太郎 印

以下の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 氏名	サッポロ ジュン 札幌 潤	生年月日	昭和35年1月1日
現住所	(〒 000 - 0000 ) 北海道札幌市中央区北1条西2丁目 札幌市役所本庁舎3階		
施設又は事業所	名称	障がい福祉ホームヘルプサービス	
	種別	居宅介護、重度訪問介護、移動支援	
業務期間 (開始年月日～終了年月日)	平成18年10月 ～ 平成25年1月 ( 7 年 3 月間 ) 上記のうち業務に従事していない日数 ( 796 ) ※		
業務	≪相談支援業務≫ 年以上 ≪直接支援業務≫ 7 年以上 職種 ( 従業者(ヘルパー) ) 内容 知的障がい者、精神障がい者への訪問支援、移動支援に係る直接支援業務		

(備考)

- 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。  
※産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務に従事していない日数を記載ください。(土日祝も含む)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
- 業務欄の職種は、生活指導員、看護師等の職種を記入し、内容には、本来業務について、〇〇事業における〇〇事業、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
- 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。