

令和3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3年8月22日、29日、9月5日、12日(計4日)	20	令和3年6月21日 ~8月12日	倉敷労働会館他
	補講課程	令和3年9月26日			
	応用課程	令和3年10月10日、16日(計2日)			
岡山県視覚障害者 自立支援センター (TEL)086-250-8278 (FAX)086-250-8279 〒700-0026 岡山市北区奉還町2-9-3	一般課程	令和3年8月2日~9月7日 →令和4年2月1日~3月4日へ変更	10	令和4年1月10日 ~1月30日	奉還町りぶら他
	補講課程	令和3年8月2日~9月7日 →令和4年2月1日~3月4日へ変更	2		
	応用課程	令和3年8月2日~9月7日 →令和4年2月1日~3月4日へ変更	10		
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11月7日、13日、21日、28日(計4日)	20	令和3年9月6日 ~10月21日	倉敷労働会館他
	補講課程	令和3年12月5日ほか			
	応用課程	令和3年12月19日、26日(計2日)			

※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 〇 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 〇 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★区〇〇町×丁目×番×号					
	電話：△△△ (△△△) △△△△ FAX：△△△ (△△△) △△△△ 携帯：△△△ (△△△) △△△△					
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： () 電話：△△△(×××)〇〇〇〇		
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	4 0 時間/月		利用者負担額		
	家事援助	時間/月		負担上限月額		上限管理
		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		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 (事業所名)		2. ショートステイ (事業所名)			
	3. グループホーム (事業所名)		4. 放課後等デイサービス (事業所名)			
	5. 相談支援事業 (事業所名)		6. その他 ()			
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	○●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: 30%;">居間</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">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;"> <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	1					
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							
契約支給量	重度訪問										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	3	0:00	9:00	3	3	2	1						3時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に依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					
13	金		9:00	12:00	3		9:00	12:00	3					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。
移動介護分					9.5					12.5								
合計					49.5					58.5				回	1回	1回	1回	

■旧様式からの変更点
 ・【移動介護緊急時支援加算】欄を追加
 ・【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

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。)

枚中	枚
----	---

令和〇〇年4月分

同行援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	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
契約支給量	同行援護 30時間/月			事業者及びその事業所	〇〇事業所

日付	曜日	サービス内容	同行援護計画			サービス提供時間		算定時間	派遣人数	初回加算	緊急時対応加算	利用者確認欄	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間						
3	月	同行(初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1	1			
5	水	同行(基礎等)	9:00	11:00	2	9:00	10:00	1	2			初回加算を算定する場合、「1」を記載する。	
7	金	同行(初任者等)				9:00	10:00	1	1		1	緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。	
10	月	同行(通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1				
12	水	同行(初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1				
14	金	同行(初任・通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1				
17	月	同行(基礎・通訳)	9:00	11:00	2		11:00	2	1			1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1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)	
<p>当該従業者の資格(初任者等)(基礎等)(初任・通訳)(基礎・通訳)(通訳)を併記する。</p> <p>同行援護を算定する時間数を記載する。</p>													
<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 													
<p>算定時間数の内訳を集計する。</p> <p>ヘルパーの資格により適用される単価ごとに算定時間を記載する。</p>													
合計			計画時間数計	16	内訳(適用単価別)	100%	90%	算定時間数計	15	初回加算	1回	緊急時対応加算	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 <input type="checkbox"/> 行動援護 時間	●サービス内容 契約支給時間を記入。		●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。	

【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								
18:00	16:00	17:00	16:00	17:00	16:00			●確認印 利用者に計画書を説明後 確認印をもらう。
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
利用者名	生年月日	連絡先
年 月 日(歳)	住 所	TEL: ()
		FAX: ()

本人(家族)の希望

援助目標

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

【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								
16:00								
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	<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
種類		

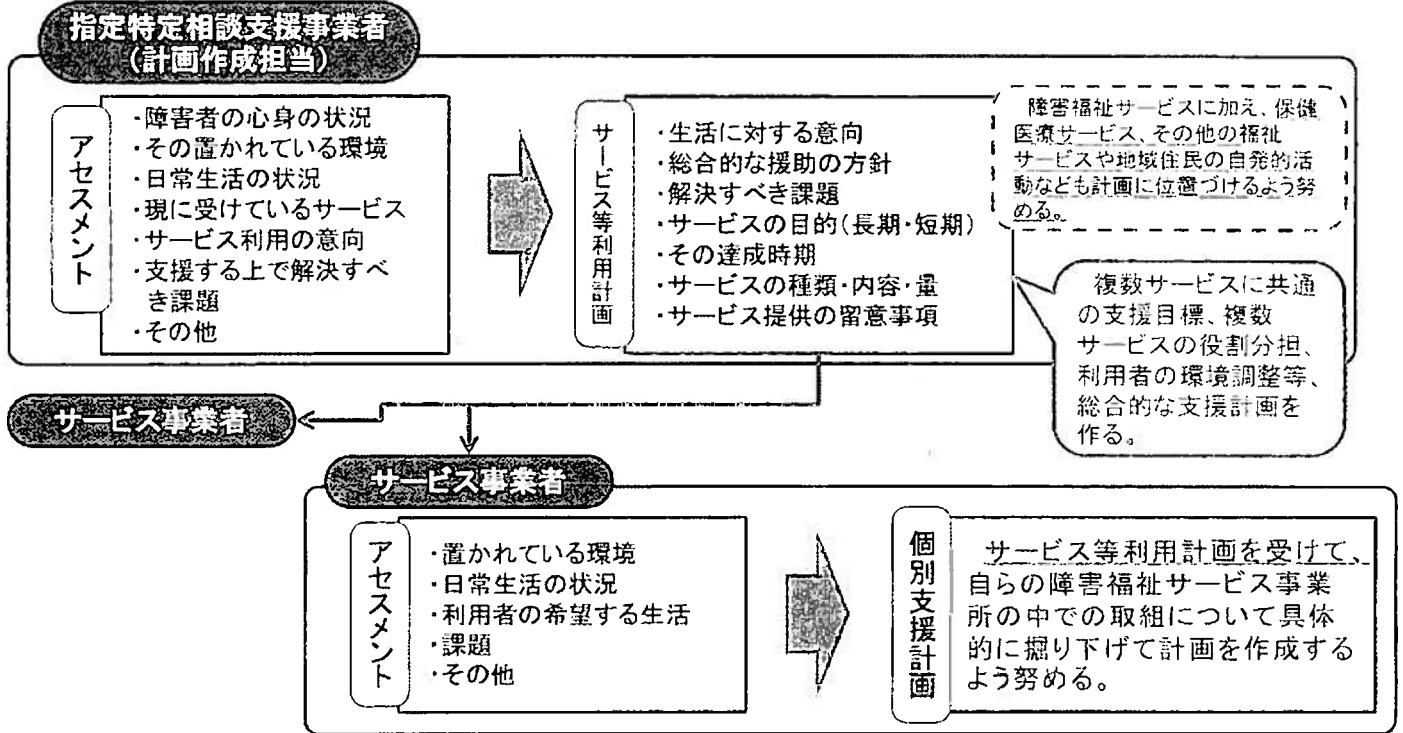
援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 2	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護 なし・あり) <input type="checkbox"/> 行動支援
種類		

援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 3	<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
種類		

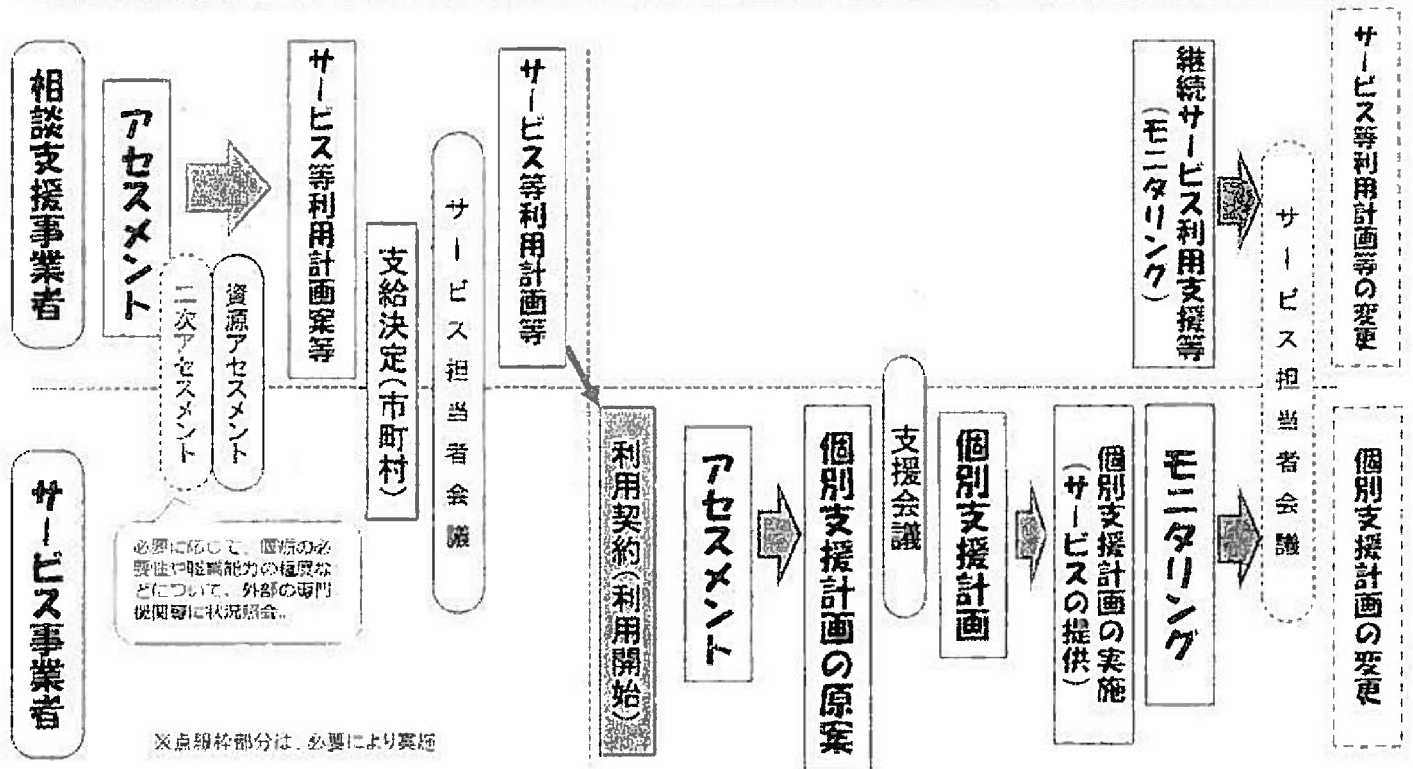
援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 4	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護 なし・あり) <input type="checkbox"/> 行動支援
種類		

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、頻繁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>生物的なこと (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いづらい</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>心理的なこと (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分以上続くこと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>社会的なこと (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。
- コッカ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】

新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画

(障害福祉サービス類型：訪問系)

法人名	〇〇	種別	〇〇
代表者	〇〇 〇〇	管理者	〇〇 〇〇
所在地	〇〇 〇〇	電話番号	〇〇 〇〇

※本ひな形における各項目は、別途お示しする「障害福祉サービス事業所等における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」3 - 4に対応しています。本ひな形は、各施設・事業所のサービス類型、特徴等に応じ、適宜改変して活用いただくことを想定しています。

新型コロナウイルス感染症発生時における業務計画

第I章 総則

1 目的

本計画は、新型コロナウイルス感染症の感染者（感染疑いを含む）が事業所内で発生した場合においても、サービス提供を継続するために当事業所の実施すべき事項を定めるとともに、平時から円滑に実行できるよう準備すべき事項を定める。

2 基本方針

本計画に関する基本方針を以下のとおりとする。

① 利用者の安全確保	利用者は重症化リスクが高く、集団感染が発生した場合、深刻な被害が生じるおそれがあることに留意して感染拡大防止に努める。
② サービスの継続	利用者の健康・身体・生命を守る機能を維持する。
③ 職員の安全確保	職員の生命や生活を維持しつつ、感染拡大防止に努める。

3 主管部門

本計画の主管部門は、〇〇とする。

第Ⅱ章 平時からの備え

対応主体の決定、計画のメンテナンス・周知と、感染疑い事例発生の緊急時対応を見据えた事前準備を、下記の体制で実施する。

1 対応主体

〇〇の統括のもと、関係部門が一丸となって対応する。

2 対応事項

対応事項は以下のとおり。

項目	対応事項	関係様式
(1) 体制構築・整備	全体を統括する責任者・代行者を選定 <input type="checkbox"/> 体制整備 <input type="checkbox"/> 意思決定者・担当者の決定 <input type="checkbox"/> 役割分担	様式 1
(2) 情報の共有・連携	<input type="checkbox"/> 情報共有範囲の確認 <input type="checkbox"/> 報告ルールの確認 <input type="checkbox"/> 報告先リストの作成・更新	様式 2

<p>(3) 感染防止に向けた 取組の実施</p>	<p>必要な情報収集と感染防止に向けた取組の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 最新情報（感染状況、政府や自治体の動向等）の収集 <input type="checkbox"/> 基本的な感染症対策の徹底 <input type="checkbox"/> 利用者・職員の体調管理 <input type="checkbox"/> 事業所内出入り者の記録管理 	<p>様式 3 様式 8</p>
<p>(4) 防護具・消毒液等 備蓄品の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 保管先・在庫量の確認、備蓄 <input type="checkbox"/> 委託業者の確保 	<p>様式 6</p>
<p>(5) 職員対応 (事前調整)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 職員の確保 <input type="checkbox"/> 相談窓口の設置 	
<p>(6) 業務調整</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 運営基準との整合性確認 <input type="checkbox"/> 業務内容の調整 	<p>様式 7</p>

(7) 研修・訓練の実施	<input type="checkbox"/> BCP の共有 <input type="checkbox"/> BCP の内容に関する研修 <input type="checkbox"/> BCP の内容に沿った訓練	
(8) BCP の 検証・見直し	<input type="checkbox"/> 課題の確認 <input type="checkbox"/> 定期的な見直し	

第三章 初動対応

感染疑い者が発生した際の初動対応について、迅速な対応ができるよう準備しておく。

1 対応主体

〇〇の統括のもと、以下の役割を担う者が各担当業務を遂行する。

役割	担当者	代行者
全体統括	〇〇	〇〇
医療機関、受診・相談センターへの連絡	〇〇	〇〇
利用者家族等への情報提供	〇〇	〇〇
感染拡大防止対策に関する統括	〇〇	〇〇

2 対応事項

対応事項は以下のとおり。

項目	対応事項	関係様式
(1) 第一報	<input type="checkbox"/> 管理者へ報告 <input type="checkbox"/> 地域で身近な医療機関、受診・相談センターへ連絡 <input type="checkbox"/> 事業所内・法人内の情報共有 <input type="checkbox"/> 指定権者への報告 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所への報告	様式 2

	<input type="checkbox"/> 家族への連絡	
(2) 感染疑い者への対応	【利用者】 <input type="checkbox"/> サービス提供の検討 <input type="checkbox"/> 医療機関受診	
(3) 消毒・清掃等の実施	<input type="checkbox"/> 場所（事業所・車両等）、方法の確認	

第IV章 感染拡大防止体制の確立

感染疑い者の検査対応中に、以下の感染拡大防止体制の確立を迅速に対応することができるよう準備しておく。

1 対応主体

以下の役割を担う者を構成メンバーとする対策本部を構成し、業務を遂行する。

役割	担当者	代行者
全体統括	〇〇	〇〇
関係者への情報共有	〇〇	〇〇
感染拡大防止対策に関する統括	〇〇	〇〇
業務内容検討に関する統括	〇〇	〇〇
勤務体制・労働状況	〇〇	〇〇
情報発信	〇〇	〇〇

2 対応事項

感染拡大防止体制の確立における対応事項は以下のとおり。

項目	対応事項	関係様式
(1) 保健所との連携	<input type="checkbox"/> 濃厚接触者の特定への協力 <input type="checkbox"/> 感染対策の指示を仰ぐ	様式 4
(2) 濃厚接触者への対応	【利用者】 <input type="checkbox"/> ケアの実施内容・実施方法の確認 【職員】 <input type="checkbox"/> 自宅待機	

<p>(3) 職員の確保</p>	<p><input type="checkbox"/> 事業所内での勤務調整、法人内での人員確保</p> <p><input type="checkbox"/> 自治体・関係団体への依頼</p>	<p>様式 5 様式 2</p>
<p>(4) 防護具・ 消毒液等の確保</p>	<p><input type="checkbox"/> 在庫量・必要量の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 調査先・調達方法の確認</p>	<p>様式 6 様式 2</p>
<p>(5) 情報共有</p>	<p><input type="checkbox"/> 事業所内・法人内での情報共有</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者・家族との情報共有</p> <p><input type="checkbox"/> 自治体（指定権者・保健所）との情報共有</p> <p><input type="checkbox"/> 関係業者等との情報共有</p>	<p>様式 2</p>
<p>(6) 業務内容の 調整</p>	<p><input type="checkbox"/> 提供サービスの検討（継続、変更）</p>	<p>様式 7</p>

<p>(7) 過重労働・メンタルヘルス対応</p>	<p><input type="checkbox"/> 労務管理</p> <p><input type="checkbox"/> 長時間労働対応</p> <p><input type="checkbox"/> コミュニケーション</p>	
<p>(8) 情報発信</p>	<p><input type="checkbox"/> 関係機関・地域・マスコミ等への説明・公表・取材対応</p>	

<更新履歴>

更新日	更新内容
〇年〇月〇日	作成

<添付（様式）ツール>

※「障害福祉サービス事業所等における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」

別添 Excel シート

NO	様式名
様式 1	推進体制の構成メンバー
様式 2	事業所外連絡リスト
様式 3	職員・利用者 体温・体調チェックリスト
様式 4	感染（疑い）者・濃厚接触（疑い）者管理リスト
様式 5	（部署ごと）職員緊急連絡網
様式 6	備蓄品リスト
様式 7	業務分類（優先業務の選定）
様式 8	来所立ち入り時体温チェックリスト

(参考) 新型コロナウイルス感染症に関する情報入手先

○厚生労働省「新型コロナウイルス感染症について」：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html

○厚生労働省「障害福祉サービス等事業所における新型コロナウイルス感染症への対応等について」：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00097.html

○令和2年7月3日付事務連絡

障害支援施設における新型コロナウイルス感染症発生に備えた対応等について

<https://www.mhlw.go.jp/content/000646842.pdf>

○令和2年5月28日付事務連絡

「障害者支援施設における新型コロナウイルス感染症発生時の具体的な対応について（令和2年5月4日付事務連絡）」に関する

Q & A（グループホーム関係）について

<https://www.mhlw.go.jp/content/000634929.pdf>

○令和2年5月28日付事務連絡

「障害者支援施設における新型コロナウイルス感染症発生時の具体的な対応について（令和2年5月4日付事務連絡）」に関する

Q & A（障害児入所施設関係）について

<https://www.mhlw.go.jp/content/000634931.pdf>

○令和2年10月15日付事務連絡

社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）（一部改正）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000683520.pdf>

○障害福祉サービス施設・事業所職員のための感染対策マニュアルについて

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15758.html

○（各施設で必要なものを記載）

事務連絡
令和3年7月12日

各 都道府県・市町村 障害保健福祉主管部（局） 御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

障害者総合支援法上の居宅介護（家事援助）等の業務に含まれる
「育児支援」の取扱いについて

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第5条第2項に規定する居宅介護（家事援助）及び同条第3項に規定する重度訪問介護（以下「居宅介護等」という。）のサービス提供に当たって、育児をする親が十分に子どもの世話ができないような障害者である場合の「育児支援」については、「障害者自立支援法上の居宅介護（家事援助）等の業務に含まれる「育児支援」について」（平成21年7月1日付障害保健福祉部障害福祉課事務連絡。以下「旧事務連絡」という。）によりお示ししていたところである。

今般、障害者総合支援法下における「育児支援」の取扱いについて、下記のとおり改めてお示しするので、御了知いただき、利用者一人ひとりの事情を踏まえて、適切なサービス提供がされるよう御留意いただきたい。

なお、本事務連絡の発出に伴い、旧事務連絡は廃止する。

記

1. 居宅介護等における「育児支援」の趣旨

居宅介護等における「育児支援」は、直接のサービス提供対象が利用者以外であるが、利用者が子どもの保護者として本来家庭内で行うべき養育を代替するものである。従って、居宅介護等における「育児支援」は、次の①から③の全てに該当する場合に、個々の利用者、子ども、家族等の状況を勘案し、必要に応じて、居宅介護等の対象範囲に含まれるものとする。

- ① 利用者（親）が障害によって家事や付き添いが困難な場合
- ② 利用者（親）の子どもが一人では対応できない場合
- ③ 他の家族等による支援が受けられない場合

2. 居宅介護等における「育児支援」の具体例

居宅介護等における「育児支援」には、以下のような業務が含まれる。なお、以下はあくまで具体例であることから、1の①から③の全てに該当する場合には、利用者が子どもの保護者として本来家庭内で行うべき養育を代替するものであるという趣旨を踏まえ、必要な支援を行うこと。

- ・ 育児支援の観点から行う沐浴や授乳
- ・ 乳児の健康把握の補助
- ・ 児童の健康な発達、特に言語発達を促進する視点からの支援
- ・ 保育所・学校等からの連絡帳の手話代読、助言、保育所・学校等への連絡援助
- ・ 利用者（親）へのサービスと一体的に行う子ども分の掃除、洗濯、調理
- ・ 子どもが通院する場合の付き添い
- ・ 子どもが保育所（場合によっては幼稚園）へ通園する場合の送迎
- ・ 子どもが利用者（親）に代わって行う上記の家事・育児等

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、申請手続き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

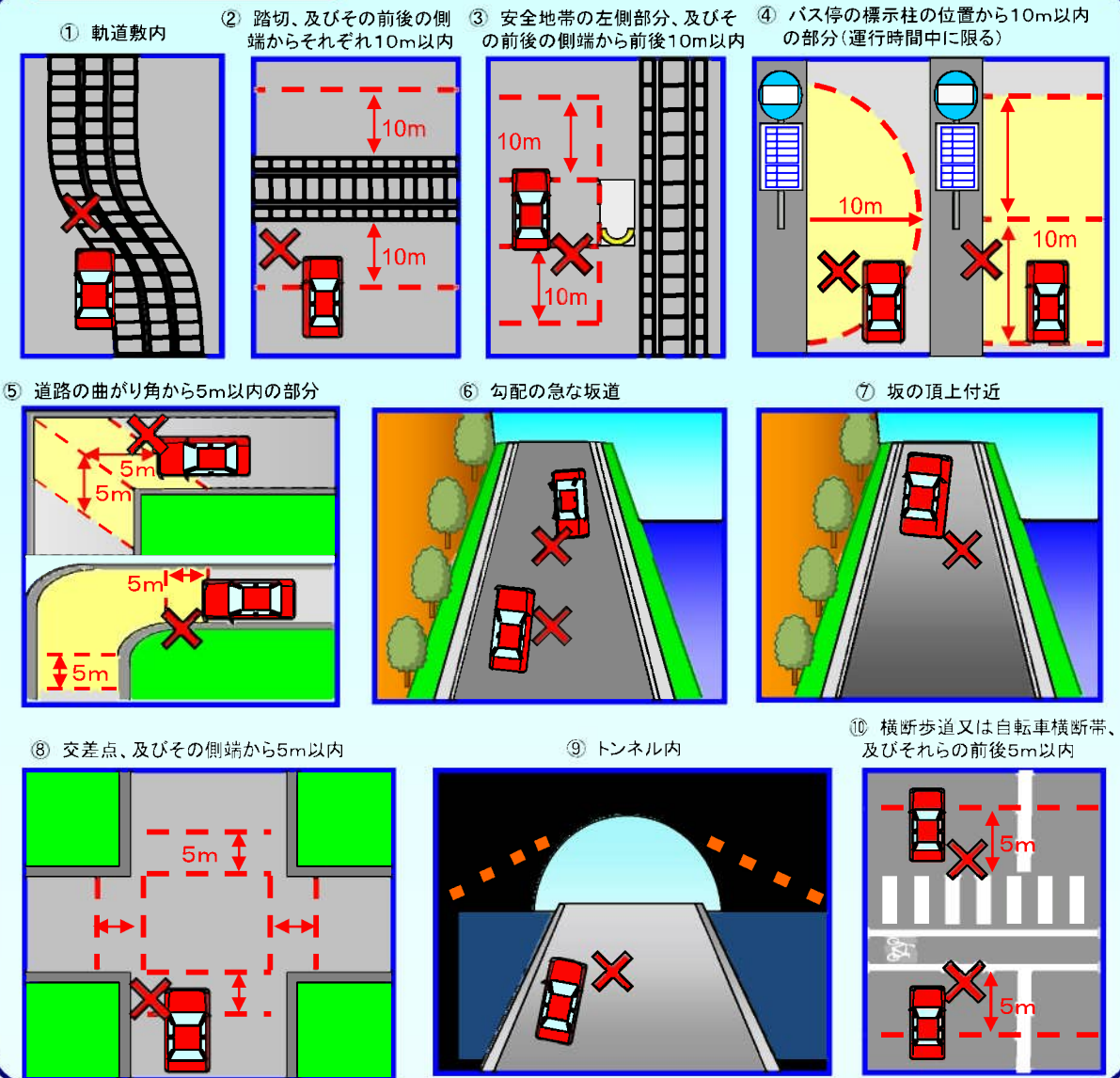
- 法定の駐停車禁止場所
- 法定の駐車禁止場所
- 公安委員会による駐停車禁止規制場所

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

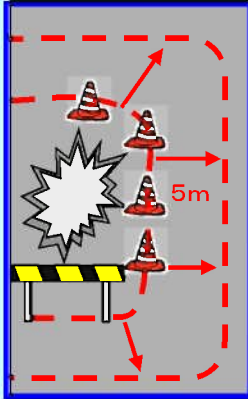
法定の駐停車禁止場所



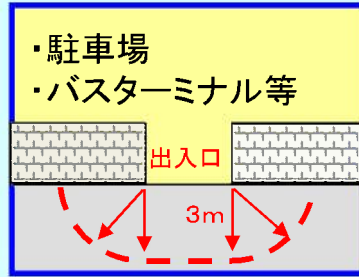
許可証が使用できない場所等

法定の駐車禁止場所

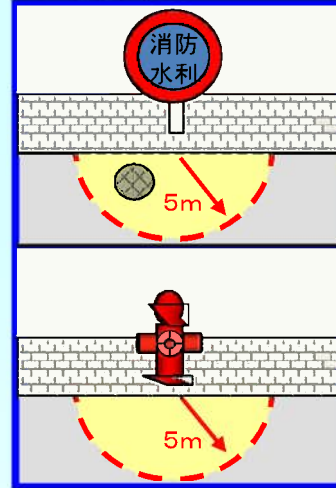
① 道路工事区域の側端から5m以内の部分



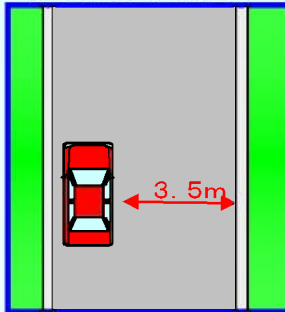
② 車庫、修理工場などの自動車で入り口から3m以内の部分



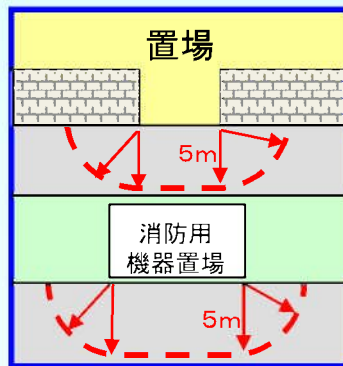
③ 消火栓、指定消防水利の標識の位置、消防用防火水槽の吸水口、吸管投入孔から5mの部分



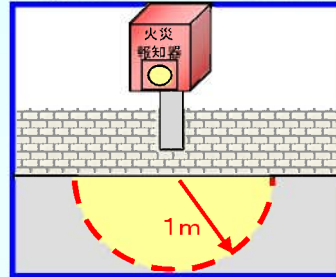
④ 無余地の場所
(所定の方法によって駐車した場合に、車両の右側の道路上に3.5m以上の余地がなくなる場所)



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



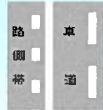
駐車の方法によらない駐車

- 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。

《メ モ》

A series of horizontal dashed lines for writing.

ホームページ内に集団指導アンケートのリンクを貼っています。

アンケートに回答してください。

アンケートの回答をもって受講報告とします。



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