

サービス提供責任者の配置基準(概要)

1 サービスごとの基準

「利用者数」、「サービス提供時間」、「従業者数」のいずれかにより算出された員数(常勤で配置すべき員数は別途定められている。)

サービス名	利用者数	サービス提供時間	従業者数
居宅介護	40 人ごとに 1 人(※1※2)	450 時間ごとに 1 人	10 人ごとに 1 人
行動援護	40 人ごとに 1 人(※1)	450 時間ごとに 1 人	10 人ごとに 1 人
同行援護	40 人ごとに 1 人(※1)	450 時間ごとに 1 人	10 人ごとに 1 人
重度訪問介護	10 人ごとに 1 人	1,000 時間ごとに 1 人	20 人ごとに 1 人
移動支援	40 人ごとに 1 人(※1)	450 時間ごとに 1 人	10 人ごとに 1 人
訪問介護等	40 人ごとに 1 人(※1※2)		

・「訪問介護等」とは、介護保険法における「訪問介護」および「介護予防訪問介護」をいう。

・「利用者数」、「サービス提供時間」、「従業者数」は、前3月の平均とする。

※1 常勤のサービス提供責任者を3人以上配置し、サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置している事業所において、一定の要件を満たす場合は、「50 人ごとに 1 人」とすることができる。

※2 通院等乗降介助のみを利用したものは、0.1 人として計算する。

2 複数のサービスを行う事業所

つぎのAまたはB(1)～(3)により算出することも可能

A 障害福祉サービス(居宅介護等)と訪問介護等とを合わせて算出する場合

サービス名	利用者数	
	10 人以下の場合	10 人を超える場合
重度訪問介護の利用者数		
居宅介護	40 人ごとに 1 人	重度訪問介護利用者 10 人ごとに 1 人 + それ以外の利用者 40 人ごとに 1 人
重度訪問介護		
同行援護		
行動援護		
移動支援		
訪問介護等		

B 障害福祉サービスのうち、複数サービスを合わせて算出する場合
(訪問介護等とは、別々に算出)

(1) 重度訪問介護とそれ以外を合わせて算出する方法
(重度訪問介護の利用者が10人以下の場合)

サービス名	利用者数	サービス提供時間	従業者数
居宅介護	40 人ごとに1人	450 時間ごとに 1 人	10 人ごとに 1 人
重度訪問介護			
同行援護			
行動援護			
移動支援			

(2) 重度訪問介護とそれ以外を合わせて算出する方法
(重度訪問介護の利用者が10人を超える場合)

サービス名	利用者数	サービス提供時間	従業者数
居宅介護	重度訪問介護利用者	450 時間ごとに 1 人	10 人ごとに 1 人
重度訪問介護	10 人ごとに 1 人		
同行援護	+		
行動援護	それ以外の利用者		
移動支援	40 人ごとに1人		

(3) 重度訪問介護とそれ以外を別々に算出して合計する方法

サービス名	利用者数	サービス提供時間	従業者数
居宅介護	40 人ごとに 1 人	450 時間ごとに 1 人	10 人ごとに 1 人
同行援護			
行動援護			
移動支援			
重度訪問介護	10 人ごとに 1 人	1, 000 時間ごとに 1 人	重度訪問介護専従の従業者 20 人ごとに 1 人 + 重度訪問介護とその他の双方の従業者 10 人ごとに 1 人

居宅介護計画（1）

事業所名

資料2

※この計画は、居宅介護用の様式例です。居宅介護以外の各サービスについては、居宅介護の記載例を参考にし、重度訪問介護、同行援護、行動援護用にそれぞれの文言や内容を変更し、計画名を変更して使用してください。

		作成日	年 月 日	作成者
利用者名			生年月日	
住所			電話	
障害支援区分		受給者証認定有効期間		契約開始日
サービス種別 (契約支給量)	<input type="checkbox"/> 居宅介護	時間(□身体介護 時間 □家事援助 時間 □通院等介助 時間)		
	(□通院等乗降介助 時間)			
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間(□移動介護加算 時間(時間/回)		
	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間 □ 同行援護	時間	
他事業所利用状況				

本人(家族)の希望	
課題	
援助の方向性・目標	
家事援助中心型を算定する理由	①利用者が一人暮らし②家族が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合③その他やむを得ない事情()

【計画予定表】

時間	月	火	水	木	金	土	日	備考
0:00								サービス3 月(第1、第3 〇曜日)のみ
2:00								
4:00								
6:00								
8:00		サービス1 身体介護			サービス3 通院等介助 (身体介護有)			
10:00		家事援助					(記入例) 9時～11時 通院等介助	
12:00		サービス2						
14:00		(記入例)・9時～10時 身体介護 ・10時～11時 家事援助						
16:00		※計画予定表には、サービス内容とサービス提供時間を記載してください。						
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								

居宅介護計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

説明同意日

年 月 日

利用者名

印

※代筆の場合は、代筆者の氏名及び代筆理由を記載してください。
 ※保護者は代理人又は立会人等欄に署名してください。
 ※説明同意日は、説明し、同意を得た日を記載してください。

代理人又は立会人等
(続柄)

印

居宅介護計画（2）

作成日 年 月 日

サービス1		身体介護（60分）	
		担当ヘルパー（所持資格）	☆× ○○（訪問介護員2級研修）
開始時間	所要時間	サービス内容	具体的内容 （手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていただくこと等）
9時	○○分	健康チェック	体温を……………
10時		○○介助	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: #ffffcc; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> ※従業者向けに、本計画をベースとした手順書等を別に作成するなどの工夫をしてください。 ※1サービスごとに計画してください。 ※身体介護、家事援助が連続している場合は、身体介護の時間は、身体介護の内容、家事援助の時間は、家事援助の内容で計画してください。 </div>
サービス2		家事援助（60分）	
		担当ヘルパー（所持資格）	××（介護福祉士）
開始時間	所要時間	サービス内容	具体的内容（手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていただくこと等）
10時	○○分	○○	
	○○分	○○	
11時			

移動支援計画書

事業所名 _____

	作成日	年 月 日	作成者	サービス提供責任者
利用者名	生年月日			
住所	電話			
受給者証番号	受給者証有効期間	契約開始日		
契約支給量	(決定支給量 _____ 時間のうち)		支給決定期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	<input type="checkbox"/> 身体介護あり _____ 時間 <input type="checkbox"/> 身体介護なし _____ 時間 を当事業所と契約			~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
他事業所利用状況				

本人(家族)の希望	
-----------	--

目標・援助の方向性	長期	
	短期	

【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								
0:00								

移動支援計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

説明同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 利用者名 _____ 印

説明者(サービス提供責任者) _____ 代理人又は立会人等 _____ 印

_____ 印 (続柄) _____

《参考様式》

移動支援計画

作成日 年 月 日

【配慮すべきポイント】

--

【サービスの内容】 ※利用時間帯、頻度、支援内容や目的地など

サービス1	サービス :		
	担当ヘルパー:		
開始時間	所要時間	サービス内容	具体的内容 (手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていただくこと等)

サービス2	サービス :		
	担当ヘルパー:		
開始時間	所要時間	サービス内容	具体的内容 (手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていただくこと等)