

行 動 援 護

基 本 方 針

行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、当該利用者が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他の当該利用者が行動する際に必要な援助を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

サービスの概要

知的障がい又は精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者等であって常時介護を要する者につき、当該障がい者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障がい者等が行動する際の必要な援助。

人員・設備の概要

| | | |
|------|--|---|
| 人員基準 | 従業者 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 常勤換算方法で2.5以上。 <input type="checkbox"/> 行動援護従業者養成研修課程修了者又は強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者であって1年以上の直接処遇経験（知的障がい者・精神障がい者等）を有する者。 |
| | 従業者 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 常勤の従業者であって、専ら指定同行援護の職務に従事する者。 <input type="checkbox"/> 行動援護従事者研修課程又は強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践）修了者で、知的障がい者等又は精神障がい者等の直接支援業務に3年以上従事した者（※） ※下記の要件を満たす者も含む 介護福祉士、実務研修修了者、介護職員基礎研修修了者、居宅介護職員初任者研修修了者等であって5年以上の実務経験を有する者。（令和6年3月31日までの経過措置） |
| | サービス提供責任者 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 知的障がい者等又は精神障がい者等の福祉に関する事業（直接処遇に限る。）に5年以上従事した経験を有する者。 <input type="checkbox"/> 員数が次の①から③のいずれかに該当する数以上。 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利用者の数が40人又はその端数を増すごとに1人以上 員数については常勤換算方法によることができる。 |
| 管理者 | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。 <input type="checkbox"/> 専ら当該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。 | |

| | | |
|------|-----|---|
| 設備基準 | 事務室 | <input type="checkbox"/> 必要な面積を有する専用の事務室であること。 他の事業と明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室であっても差し支えない。 区分されていない場合も区画が明確に特定されていけば足りる。 |
|------|-----|---|

| | | |
|------|---|--|
| 設備基準 | 受付等のスペース | <input type="checkbox"/> 利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースであること。 |
| | その他必要な設備及び備品等 | <input type="checkbox"/> 感染症予防に必要な設備等に配慮すること。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内にある他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる。 |
| | <input type="checkbox"/> 上記の設備及び備品等については、必ずしも事業者が所有している必要はなく、貸与を受けているものであっても差し支えない。 | |

そ の 他

| | |
|--------|---|
| 他法令の順守 | <input type="checkbox"/> 消防法担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> スプリンクラー設置義務の有無 有 無（いずれかに○） <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載） |
| | <input type="checkbox"/> 建築基準法担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載） |
| | <input type="checkbox"/> 都市計画法（開発許可）担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> 当該建築物が市街化調整区域に立地するか 区域内・区域外（いずれかに○） <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載） |
| | <input type="checkbox"/> その他関係法令担当部署との協議記録 協議日時【 年 月 日】 担当部署【 】 担当者名【 】 協議内容 <input type="radio"/> 必要手続の有無 有 無（いずれかに○） <input type="radio"/> その他指導事項等（下記に記載） |
| | <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議に使用した図面等は、申請内容と同一であること。 <input type="checkbox"/> 上記担当部署との協議内容について必要手続及び検査を完了していること。 |

上記について、確認しました。

事業者名称 ：

代表者名称 ：