（様式）

　年　　　月　　　日

熟練した重度訪問介護従業者による同行支援計画書（１）

事業所

所在地

連絡先

サービス提供責任者

障害者総合支援法に基づく重度訪問介護の提供にあたり、以下の新任従業者の支援向上のため、

熟練した重度訪問介護従業者による同行支援を計画します。

|  |
| --- |
| 新任従業者 |
| 新任従業者氏名 |  | 当該利用者への支援は１年以上を見込んでいますか | はい ・ いいえ |
| 採用年月日 | 　年　　月　　日　 | 当該利用者への同行支援予定時間数 | 時間　 |
| 同行支援の予定期間（採用年月日から６か月以内） | 　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 他利用者への同行支援予定時間数（月） | 有　・　無（　　　　　時間） |
| 熟練従業者（複数人記入可） |
| 熟練従業者氏名（所属事業所名） | (1) | (2) |

（欄が不足する場合は別葉にて作成すること）

※添付書類【参考様式】

　・同行支援計画書（２）

　・同行支援計画書（３）

　・新任従業者の雇用契約書の写し

　・重度訪問介護計画（個別支援計画）の写し

【利用者】熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について承諾しています。

住所

氏名

代理人氏名　　　 　　　　　 　　　　　（利用者との関係　　　　　　　）

【熟練従業者の所属事業所】熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について承諾しています。

（新任従業者の所属事業所と異なる場合）

(1)事業所名

所在地

連絡先

サービス提供責任者

(2)事業所名

所在地

連絡先

サービス提供責任者

熟練した重度訪問介護従業者による同行支援計画書（２）

１．新任従業者の経歴

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 事業所の名称 |  |
| ヘルパーとして従事していた経歴（経歴がある場合に記入） |
| 年　月　～　年　月 | 勤務先 | 職務内容 | 当該利用者への支援 |
|  |  |  | あり　・　なし |
|  |  |  | あり　・　なし |
|  |  |  | あり　・　なし |
|  |  |  | あり　・　なし |

２．熟練従業者による当該利用者へのサービス提供実績

（１）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 事業所の名称 |  |
| ヘルパー経験年数（身体介護・重度訪問介護） | 　　年　　　か月 |
| 当該利用者へのサービス提供開始年月 | 　　年　　　　月 |
| 当該利用者へのサービス提供月数 | 　　年　　　か月 |
| 当該利用者へのサービス提供時間数（月平均） | 　　　　　　時間 |

（２）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 事業所の名称 |  |
| ヘルパー経験年数（身体介護・重度訪問介護） | 　　年　　　か月 |
| 当該利用者へのサービス提供開始年月 | 　　年　　　　月 |
| 当該利用者へのサービス提供月数 | 　　年　　　か月 |
| 当該利用者へのサービス提供時間数（月平均） | 　　　　　　時間 |

○熟練従業者の目安について

・ヘルパー経験年数（身体介護・重度訪問介護）…概ね５年以上

・当該利用者へのサービス提供月数…概ね１年以上

熟練した重度訪問介護従業者による同行支援計画書（３）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 障害支援区分 |  |
| 利用者氏名 |  |
| 新任従業者氏名 |  |
| 同行支援の予定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| 同行支援の予定時間数 | 　　　　　　　時間 |

１．熟練従業者の同行がない場合に適切な支援が十分に行えない理由

　（利用者の状況や意思疎通について勘案し、具体的に記入すること）

|  |
| --- |
|  |

２．同行支援の具体的なサービス提供について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 支援内容 | 見込所要時間 |
|  | 　（例）　入浴介助 | ３時間 |
| １ | 　　 | 時間 |
| ２ | 　　 | 時間 |
| ３ | 　　 | 時間 |
| ４ | 　　 | 時間 |
| ５ |  | 時間 |
| 計 |  | 時間 |

３．その他特記事項

|  |
| --- |
|  |

（欄が不足する場合は別葉にて作成すること）