

強度行動障害者地域移行特別加算に係る届出書

令和3年4月22日 提出

事業所の名称	佐世保事業所
異動の区分 (該当の番号に○)	1 新規      2 継続      3 終了
適用年月日	令和3年6月1日

職員配置		研修の受講状況	
職種	氏名	強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修) (※3)	強度行動障害支援者養成研修 (実践研修) (※4)
サービス管理責任者	○○ ○○	令和2年6月1日	令和2年8月1日
生活支援員	○○ ○○	平成30年7月1日	平成30年8月1日
生活支援員	○○ ○○	平成30年7月1日	

実践研修の修了者の数 (※1)	生活支援員の数	うち基礎研修の修了者の数及び割合 (※2)	
2人	10人	3人	(30.0%)

(※1) サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者であること。  
(※2) 生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者であること。  
(※3) 重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を含む。  
(※4) 行動援護従業者養成研修修了者を含む。  
注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。  
注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください。(地域移行支援員や世話人等は含まれません。)  
注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。  
注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講していない場合は「無」を記載してください。  
注5 平成30年4月以降に要件を満たした場合に加算の対象とすることができます。なお、重度障害者支援加算との重複算定はできません。  
注6 当該加算を算定している事業所が、引き続き加算を算定する場合で、対象職員の変更のみを届け出るときには、「異動区分」欄において「2 継続」に○を付してください。