

V 資料集

居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護・移動支援サービスを提供する従業者（ヘルパー）の資格要件

R3(2021).8 福岡市

\*地域生活支援事業の移動支援については福岡市の基準。

\*○印はサービス提供可(「+」表記があるものは当該内容を満たす場合)。△印は報酬の減算(減算率は右側に表示)あり。□印は別途報酬体系による。

資格内容	障がい福祉サービス										地域生活支援事業			
	居宅介護			通院等介助			重度訪問介護		行動援護	同行援護 ※5	移動支援			
	身体介護	家事援助	身体介護を伴う(障がい支援区分2以上)	身体介護を伴わない(障がい支援区分1)	障がい支援区分5以下	障がい支援区分6	視覚	全身性			知的	精神		
介護福祉士	○	○	○	○	○	○	○	○	×※3	○+直接実務1年※4	×	○	○	○
実務者研修修了者	○	○	○	○	○	○	○	○	×※3	○+直接実務1年※4	×	○	○	○
居宅介護職員初任者研修課程修了者	○	○	○	○	○	○	○	○	×※3	○+直接実務1年※4	×	○	○	○
介護職員初任者研修修了者※1	○	○	○	○	○	○	○	○	×※3	○+直接実務1年※4	×	○	○	○
障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者※2	△30%	△10%	△30%	△10%	○	○	○	○	×	△10% +直接実務1年※4	×	○	○	○
重度訪問介護従業者養成研修(基礎課程又は行動障害支援課程)修了者	□ (別途報酬体系)	△10%	□ (別途報酬体系)	△10%	○	×	○	○	×	○	×	×	×	×
重度訪問介護従業者養成研修(追加課程又は統合課程)修了者	□ (別途報酬体系)	△10%	□ (別途報酬体系)	△10%	○	○	○	○	×	○	×	○	×	○
生活援助従事者研修課程修了者	×	○	×	○	×	×	○	○	×	○	×	×	×	×
日常生活支援養成研修修了者	□ (別途報酬体系)	△10%	□ (別途報酬体系)	△10%	○	○	○	○	×	○	×	○	×	○
視覚障がい者ガイドヘルパー養成研修修了者※8	×	×	△30%	△10%	×	×	×	×	×	○	○	×	×	○
全身性障がい者ガイドヘルパー養成研修修了者※8	×	×	△30%	△10%	×	×	×	×	×	○	×	○	×	○
知的障がい者ガイドヘルパー養成研修修了者※8	×	×	△30%	△10%	×	×	×	×	○+直接実務1年※7	○	×	×	○	○
行動援護従業者養成研修修了者	×	×	×	×	○	×	×	×	○+直接実務1年※3	○	×	×	○	○
強度行動障害支援者養成研修(基礎研修及び実践研修)修了者	×	×	×	×	○※6	×	×	×	○+直接実務1年※3	○	×	×	○	○
同行援護従業者養成研修修了者	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	×	○

※1 介護職員基礎研修課程、訪問介護に関する1級課程(ヘルパー1級(看護師は同等))又は2級課程(ヘルパー2級)修了者は、介護職員初任者研修を修了した者とみなす。(介護保険法施行規則附則(平成24年厚生労働省令第25号)第2条)

※2 訪問介護に関する3級課程(ヘルパー3級)修了者は、障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者に相当する。(留意事項通知第二の2(1)⑨(一)イ)

※3 令和3年3月31日において、「居宅介護の従業者要件を満たす者で、知的障がい者、知的障がい児又は精神障がい者の福祉に関する事業(直接処遇に限る)」に2年以上従事した経験を有する者」は令和6年3月31日までの間は

資格を満たしているものとみなす。なお、令和3年4月1日以降の従事経験は含めることができないことに留意すること。

行動援護従業者養成研修修了者、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修及び実践研修)修了者等は、知的障がい者、知的障がい児又は精神障がい者の福祉に関する事業(直接処遇に限る)に1年以上の従事経験を要する。

※4 「直接実務1年」とは、視覚障がい者又は障がい児の福祉に関する事業に1年以上従事した経験。

※5 その他の資格要件として国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学級の教科を修了した者等がある。

同行援護従業者養成研修等を修了していない盲ろう者向け通訳・介助員(令和3年3月末までに「盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業」に従事し支援を行った経験を有する者)が同行援護を行った場合は△10%(令和6年3月31日までの経過措置)。

※6 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者。当該修了者が重度訪問介護に従事する際は、重度訪問介護従業者養成研修課程修了者となり得る。

※7 平成18年9月30日までに従前の知的障害者外出入介護従業者養成研修修了者又は平成18年9月30日に受講中であった同年10月1日以降に修了した者。

※8 次期報酬改定に向け、その要件の廃止も含めて検討を行う予定とされている。(平成30年2月9日厚生労働省事務連絡「平成30年4月以降の訪問系サービスの従業者要件等について」)

※9 介護職員基礎研修課程、訪問介護に関する1級課程(ヘルパー1級)は、全身性障がいに従事可。

居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護のサービス提供責任者の資格要件

\*○印はサービス提供可(「+」表記があるものは当該内容を満たす場合)。△印は報酬の減算(減算率は右側に表示)あり。

サービス内容		障がい福祉サービス			
資格内容	サービス内容	居宅介護	重度訪問介護	行動援護	同行援護 (※3、4、5)
介護福祉士		○	○	× ※2	○ + 同行援護従業者養成研修 (一般及び応用)
実務者研修修了者		○	○	× ※2	○ + 同行援護従業者養成研修 (一般及び応用)
介護職員基礎研修修了者		○	○	× ※2	○ + 同行援護従業者養成研修 (一般及び応用)
居宅介護従業者養成研修1級課程修了者 訪問介護に関する1級課程修了者		○	○	× ※2	○ + 同行援護従業者養成研修 (一般及び応用)
居宅介護職員初任者研修課程修了者 居宅介護従業者養成研修2級課程修了者 訪問介護に関する2級課程修了者 (※1)		△30% + 実務経験3年	○ + 実務経験3年	× ※2	○ + 同行援護従業者養成研修 (一般及び応用) + 実務経験3年
行動援護従業者養成研修修了者 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修及び実践研修)修了者		×	×	○ + 知的障がい者・児、精神障がい者に対する 直接支援業務に3年以上従事	×
国立障害者リハビリテーションセンター学院 視覚障害学級の教科を履修した者等		×	×	×	○

※1 暫定的な要件であり、次期報酬改定において廃止を検討する予定とされている。(平成30年2月9日厚生労働省事務連絡「平成30年4月以降の訪問系サービスの従業者要件等について」)

※2 行動援護サービス提供責任者の資格要件の経過措置

令和3年3月31日において、「居宅介護従業者の要件を有する者」は、令和6年3月31日までの間は資格要件を満たしているものとみなす。なお、令和3年4月1日以降の従事経験を有する者については、令和6年3月31日までの間は資格要件を満たしているものとみなす。また、令和3年4月1日以降の従事経験を有する者が、令和6年3月31日までの間は資格要件を満たしているものとみなす。なお、令和3年4月1日以降の従事経験を有する者が、令和6年3月31日までの間は資格要件を満たしているものとみなす。

※3 介護福祉士等について、同行援護従業者養成研修課程を修了したものとみなす経過措置は平成30年3月31日で廃止。

※4 「移動介護従業者養成研修(視覚障害者研修課程)」、「ガイドヘルパー養成研修(視覚障害者研修課程)」は「同行援護従業者養成研修一般課程」に相当する研修とみなす。

※5 「社会福祉法人日本盲人連合会が実施した視覚障害者移動支援事業資質向上研修」は「同行援護従業者養成研修応用課程」に相当する研修とみなす。

# 居宅介護サービス原則利用時間超過届出書

年 月 日  
 (届出先) \_\_\_\_\_区福祉・介護保険課長 様  
 \_\_\_\_\_区 健康課長 様

届出年月日	年 月 日
-------	-------

受給者番号	支給決定期間	
受給者氏名	児童氏名	

原則利用時間を超える理由	必要時間数	契約事業所名	承認時間数(区記載)
身体介護	1回 時間以内		1回 時間以内
通院介助 (身体介護を伴う)	1回 時間以内		1回 時間以内
家事援助	1回 時間以内		1回 時間以内
通院介助 (身体介護を伴わない)	1回 時間以内		1回 時間以内

※受給者証と併せてご提出ください。  
 ※原則利用時間とは、身体介護及び通院介助(身体介護を伴う):3時間/回、家事援助及び通院介助(身体介護を伴わない):1.5時間/回です。  
 ※支給決定を更新した場合は、再度各区福祉・介護保険課(障がい者福祉担当係)又は各区健康課に提出してください。

平成19年11月12日  
保障保第 696号

各区福祉・介護保険課長 様  
各区健康課長 様

※同行援護も同様に適用されます

保健福祉局障がい者部障がい保健福祉課長

### 居宅介護、重度訪問介護、行動援護及び移動支援における 通院時の診察室内介助について(通知)

居宅介護、重度訪問介護、行動援護及び移動支援における通院時の介助に関しては、国のQ&Aに基づき、院内移動、排せつ介助、待ち時間の必要な介助については、病院が対応できない場合は介護給付費等の算定対象としていますが、**診療室・検査室・リハビリ室内での介助については、治療等にかかわる部分であるため介護給付費等の算定対象としていません。**

本来、医師とのコミュニケーション支援や診療室における診療台への昇降、座位保持については、基本的には病院において対応すべきですが、「身体障がいがあるため、必要な支援が受けられない場合は、一定の要件のもと介護給付費等の算定対象とする」ととし、下記のとおり取り扱いを定めましたので通知します。

#### 記

#### 1. 介護給付費等算定の対象とするもの

院内移動、排せつ介助、待ち時間の必要な介助について病院が対応できない場合は介護給付費等算定の対象とします。

なお、院内移動の一部として、診察室内への移動や診察台への移乗まで、及び診察終了後の診察室からの移動や診察台からの移乗以降については介護給付費等算定の対象とします。検査室・リハビリ室においても同様の取り扱いです。

また、医師などとヘルパーとの連絡事項伝達など（コミュニケーション支援）については、診察前後に行われるもののみ介護給付費等算定の対象とします。

## 2. 介護給付費等算定の対象外とするもの

診察中、検査中及びリハビリ中については、介護給付費等算定の対象外とします。

＜介護給付費等算定の対象外となる行為の例＞

- 診察中の衣類の着脱介助
- 診察中のコミュニケーション支援
- 診察中の座位保持の介助

## 3. 特例的取り扱い

次の場合は特例的に介護給付費等算定の対象と認めますが、客観性を確保するために、事前に医師(病院)から申立書(別紙)の提出を受けることを要件とします。

なお、検査室・リハビリ室内での介助は特例的取り扱いの対象外です。

- (1) ご本人の意思は明確であるが構音障がいによりコミュニケーションが困難な身体障がい者・児であって、病院による対応が困難なため診察に支障がある場合の診察中のコミュニケーション支援。
- (2) 座位保持が困難な身体障がい者・児であって、病院による対応が困難なため診察に支障がある場合の診察中の座位保持の介助。

## 4. 特例的取り扱いにおける医師(病院)からの申立書について

- (1) 申立書は医療機関ごとに提出が必要です。
- (2) 申立書の有効期間は居宅介護等の支給決定期間の満了日までとします。特例的取り扱いの継続を希望される場合は、支給決定の更新時に申立書の再提出が必要になります。
- (3) 区に申立書の提出があり、介護給付費等算定の対象と認めた場合は、受給者証の支給量の記載の後ろに「診療室介助有り(〇〇病院)」と朱書きします。

## 通院時における診察室内介助申立書

下記の方については、身体障がいに起因する次の理由により、通院時における診察室内でのホームヘルパーまたはガイドヘルパーによる介助が必要であることを申し立てます。

1. 構音障がいにより、医師等とのコミュニケーションが困難であり、診察に支障が生じるため。
2. 座位保持について医師等による対応が困難であり、診察に支障が生じるため。

年 月 日

(提出先)

\_\_\_\_区福祉・介護保険課長 様  
 \_\_\_\_区健康課長 様

患者氏名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

住所・電話番号 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_



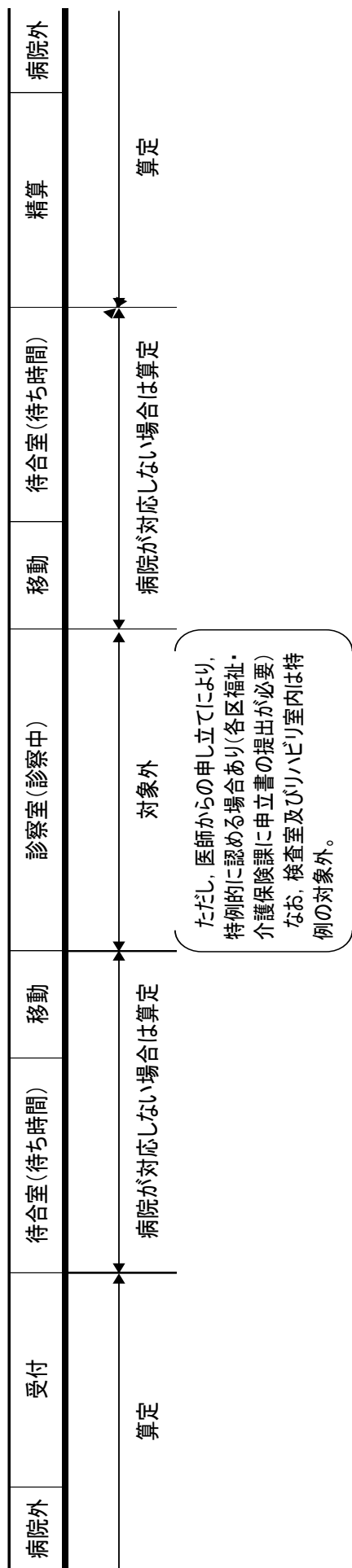
(署名又は記名押印)

※検査室及びリハビリ室内での介助は含みません。

- 複数の医療機関において診察室内での介助が必要な場合は、医療機関ごとに当該申立書が必要です。
- 各区福祉・介護保険課または健康課に当該申立書を提出する際には、受給者証も併せてご提出ください。
- 当該申立書の有効期間は受給者証に記載しています支給決定期間の満了日までです。支給決定の更新後も診察室内介助が必要な場合は、再度申立書をご提出ください。

【参考】

・居宅介護，重度訪問介護，行動援護，同行援護及び移動支援における通院時の介護給付費等の算定範囲について





指定重度訪問介護事業所 管理者 様

福岡市保健福祉局障がい者在宅支援課長

熟練した重度訪問介護従業者による同行支援について(通知)

平成 30 年 4 月より、障がい支援区分が 6 の重度訪問介護利用者に対し、当該利用者の支援に熟練した従業者が新任従業者に同行して支援を行う場合の所定単位数が設定されております。

このことに関しまして、福岡市における必要な手続きを下記のとおりお知らせいたしますので、今後、所要の手続きを行われますようお願いいたします。

#### 記

##### 【報酬算定にあたり必要な手続き】

事業所において、同行支援を必要とする状況が生じた場合、福岡市保健福祉局障がい者在宅支援課へ、別紙様式により届出を提出する。

##### 【留意事項】

- ① 新任従業者とは、採用後 6 カ月を経過するまでの者。ただし、事故等のやむを得ない理由により一時的に業務に従事できない期間等があった場合は、6 カ月を超えて同行支援の従事対象として差支えない。
- ② 当該利用者への支援が 1 年未満となることが見込まれる新任従業者は対象外。
- ③ 新任従業者ごとに 120 時間まで、1 人の区分 6 の利用者に年間 3 人の新任従業者について算定可能。
- ④ 熟練従業者が複数の新任従業者に同行した場合の時間に制限はない。
- ⑤ 熟練従業者が同行して支援を行うことの必要性や、当該期間については、利用者の状態像や新任従業者の経験等を踏まえて判断される。
- ⑥ 新任従業者が複数の区分 6 の利用者に支援を行う場合、当該利用者に行う同行支援の合計時間が 120 時間を超えることは認められない。

##### 【送付資料】

- 様式 「熟練した重度訪問介護従業者による同行支援に係る届出書」

##### 【問い合わせ先】

〒810-8620 福岡市中央区天神 1 丁目 8 - 1  
福岡市保健福祉局障がい者部  
障がい者在宅支援課  
在宅サービス係 濱田, 富永, 立山  
TEL : 711-4248 FAX : 711-4818  
E-mail : zaitakushien.PHWB@city.fukuoka.lg.jp

(福岡市様式)

## 熟練した重度訪問介護従業者による同行支援に係る届出書

提出日

年 月 日

事業所名	
事業所番号	
Eメールアドレス	

障がい支援区分6の利用者氏名		受給者番号		
熟練従業者が同行して支援を行うことの必要性(※5)				
-----				
新任従業者(※1, 2)の状況				
氏名	採用年月日	上記利用者に対する 同行支援期間終了日 (※1)	上記利用者に対する 同行支援計画時間数 (※3, 6)	他の利用者に対する 同行支援計画時間数 (※3, 6)
	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		
	年 月 日	年 月 日		
熟練従業者(※7)の状況			上記利用者に対する他の事業所の 新任従業者同行支援の状況(※3)	
氏名	上記利用者へ支援を行った期間		事業所名	同行支援を行っている 新任従業者数
	約	年 月		
	約	年 月		
	約	年 月		
	約	年 月		

本届出書は、利用者1人につき1枚作成ください。

### 【注意事項】

- ※1 新任従業者とは、採用後6カ月を経過するまでの者。ただし、事故等のやむを得ない理由により一時的に業務に従事できない期間等があった場合は、6カ月を超えて同行支援の従事対象として差支えない。
- ※2 当該利用者への支援が1年未満となることが見込まれる新任従業者は対象外。
- ※3 新任従業者ごとに120時間まで、1人の区分6の利用者に年間3人の新任従業者について算定可能。
- ※4 熟練従業者が複数の新任従業者に同行した場合の時間に制限はない。
- ※5 熟練従業者が同行して支援を行うことの必要性や、当該期間については、利用者の状態像や新任従業者の経験等を踏まえて判断される。
- ※6 新任従業者が複数の区分6の利用者に支援を行う場合、当該利用者に行う同行支援の合計時間が120時間を超えることは認められない。
- ※7 熟練従業者は、「当該利用者の障害特性を理解し、適切な介護を提供できる者であり、かつ、当該利用者へのサービスについて利用者から十分な評価がある従業者」であること。

平成30 年度障害福祉サービス等報酬改定等に関するQ & A VOL. 1

(平成30 年 3 月 30 日)

(1) 居宅介護

(同一敷地内建物等に居住する利用者に提供した場合の減算①)

**問23** 月の途中で、「同一敷地内建物等に居住する利用者に提供した場合の減算」の適用を受ける建物に入居した又は当該建物から退去した場合、月の全てのサービス提供部分が減算の対象となるのか。

(答)

利用者が、減算対象となる建物に入居した日から退去した日までの間に受けたサービスについてのみ、減算の対象となる。

(同一敷地内建物等に居住する利用者に提供した場合の減算②)

**問24** 住民票の住所と実際の居住場所が異なる場合は、実際の居住場所で「同一建物居住者」として判断してよいか。

(答)

実際の居住場所で判断する。

(同一敷地内建物等に居住する利用者に提供した場合の減算③)

**問25** 「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」であっても「サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと」とされているが、具体的にはどのような範囲を想定しているのか。

(答)

本減算は、例えば、集合住宅の1階部分に事業所がある場合など、事業所と同一建物に居住する利用者を訪問する場合には、地域に点在する利用者を訪問する場合と比べて、移動等の労力（移動時間）が軽減されることから、このことを適正に評価するために行うものであり、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合と同様の移動時間により訪問できるものについては同様に評価することとし、「同一敷地内にある別棟の集合住宅」、「隣接する敷地にある集合住宅」、「道路等を挟んで隣接する敷地にある集合住宅」のうち、事業

所と同一建物の利用者を訪問する場合と同様に移動時間が軽減されるものについては、減算対象とすることとしたものである。

このようなことから、例えば、以下のケースのように、事業所と同一建物の利用者を訪問する場合とは移動時間が明らかに異なるものについては、減算対象とはならないものと考えている。

- ・ 広大な敷地に複数の建物が点在するもの（例えば、UR（独立行政法人都市再生機構）などの大規模団地や、敷地に沿って複数のバス停留所があるような規模の敷地）
- ・ 幹線道路や河川などにより敷地が隔てられており、訪問するために迂回しなければならないもの

（同一敷地内建物等に居住する利用者に提供した場合の減算④）

**問26** 「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」に該当するもの以外の集合住宅に居住する利用者にサービスを提供する場合、利用者が1月あたり20人以上の場合は減算の対象となるが、算定月の前月の実績で減算の有無を判断することとなるのか。

（答）

算定月の実績で判断することとなる。

（同一敷地内建物等に居住する利用者に提供した場合の減算⑤）

**問27** 「同一建物に居住する利用者が、1月あたり20人以上である場合の利用者数」とは、どのような者の数を指すのか。

（答）

この場合の利用者数とは、当該居宅介護事業所とサービス提供契約のある利用者のうち、該当する建物に居住する者の数をいう（サービス提供契約はあるが、当該月において、居宅介護サービス費の算定がなかった者を除く）。

**【特定事業所加算】**

**問 2 - 2**

特定事業所加算の算定要件の一つである「従業者の総数のうち、介護福祉士の割合が100分の30以上」について、居宅介護及び重度訪問介護のように複数のサービスを提供している事業所の場合、「従業者の総数のうち、介護福祉士の割合」をどのように算出するのか。

(答)

居宅介護及び重度訪問介護のように複数のサービスを提供している事業所においては、それぞれのサービスごとに常勤換算人数を用いて、「従業者の総数のうち、介護福祉士の割合」を算出し、それぞれのサービスごとに要件に適合するか否かを判断することとなる。なお、それぞれのサービスにおける「従業者の総数のうち、介護福祉士の割合」は、「介護福祉士の常勤換算人数」を「従業者全体の常勤換算人数」で除して得られる割合となるが、具体的な計算例は次のとおりであるので参照されたい。

**【例】**

常勤の従業者が勤務すべき時間数が40時間（※）の事業所において、前3月間の一月当たりの実績の平均割合を用いて「従業者のうち、介護福祉士の占める割合」を算出する場合の例（A～Dは従業者）

- |                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| A：介護福祉士              | 居宅介護の勤務延べ時間数 120 h（一月平均40 h）   |
| B：2級課程修了者            | 居宅介護の勤務延べ時間数 30 h（一月平均10 h）    |
|                      | 重度訪問介護の勤務延べ時間数 90 h（一月平均30 h）  |
| C：介護福祉士              | 居宅介護の勤務延べ時間数 30 h（一月平均10 h）    |
|                      | 重度訪問介護の勤務延べ時間数 30 h（一月平均10 h）  |
| D：重度訪問介護従業者養成研修課程修了者 |                                |
|                      | 重度訪問介護の勤務延べ時間数 120 h（一月平均40 h） |

① 居宅介護事業所における「従業者のうち、介護福祉士の占める割合」

- ・居宅介護事業所における従業者全体の常勤換算人数

$$60 \text{ h (A40 h+B10 h+C10 h)} / 40 \text{ h (※)} = 1.5 \text{ 人}$$

- ・居宅介護事業所における介護福祉士の常勤換算人数

$$50 \text{ h (A40 h+C10 h)} / 40 \text{ h} = 1.2 \text{ 人 (小数点第2位以下切り捨て)}$$

- ・従業者のうち、介護福祉士の占める割合

$$1.2 \text{ 人} / 1.5 \text{ 人} = 80.0\%$$

この場合、介護福祉士の占める割合が30%以上のため要件に適合

② 重度訪問介護事業所における「従業者のうち、介護福祉士の占める割合」

- ・重度訪問介護事業所における従業者全体の常勤換算人数

$$80 \text{ h (B30 h+C10 h+D40 h)} / 40 \text{ h (※)} = 2.0 \text{ 人}$$

- ・重度訪問介護事業所における介護福祉士の常勤換算人数

$$10 \text{ h (C10 h)} / 40 \text{ h} = 0.2 \text{ 人 (小数点第2位以下切り捨て)}$$

- ・従業者のうち、介護福祉士の占める割合

$$0.2 \text{ 人} / 2.0 \text{ 人} = 10.0\%$$

この場合、介護福祉士の占める割合が30%未満のため要件に不適合

## 各種参考様式

(居宅介護計画書、移動支援計画書、居宅介護実施記録、移動支援活動記録、居宅介護サービス提供実績記録票、移動支援提供実績記録票)

### ○作成にあたっての注意事項

#### 【計画書】

- ① 作成日・作成者について、いつ・誰が作成したのか明確に記載すること。
- ② 利用者・家族の同意を得ること。
- ③ 利用者に計画書を説明後、必ず確認を受けること。

#### 【実施記録】

- ① 居宅介護について援助項目毎の実施時間を記載すること。
- ② 移動支援等の外出サービスについて、移動手段・控除時間（例：病院での診療中の時間）を必ず記載すること。
- ③ 移動支援等の外出サービスについて、買い物の場合、具体的な行き先を必ず記載すること。
- ④ 移動支援等の外出サービスについて、記録は時系列で記載すること。

## 居宅介護計画書（参考様式）

	作成日	年 月 日	作成者	
利用者名	生年月日	住 所		連絡先
様	年 月 日( 歳)	〒           —		TEL:   (     )
				FAX:   (     )

本人(家族)の希望	
-----------	--

援助目標	
------	--

サービス 内 容	<input type="checkbox"/> 身体介護	時間	<input type="checkbox"/> 家事援助	時間	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	時間
	<input type="checkbox"/> 通院介助（身体介護あり・身体介護なし）					時間

### 【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								

利用者確認欄



## 【サービス内容】

サービス 1	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし)	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助

サービス 2	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし)	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助

サービス 3	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし)	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助

サービス 4	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし)	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助

# 居宅介護計画書（参考様式）

（記載例）

作成日		令和 元年 6月 28日	作成者		〇〇 〇〇
利用者名		〇〇 〇〇 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	
本人(家族)の希望		*余暇を楽しみたい *電車の乗り降りは不安でエレベーターのない駅は利用したくない *トイレに台があるなどの配慮が必要		●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	
援助目標		目的地までの移動中転倒の防止など、安全を確保しながら支援する			
サービス内容		<input type="checkbox"/> 身体介護 時間 <input type="checkbox"/> 家事援助 時間 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり・身体介護なし)		●サービス内容 契約支給時間を記入 16 時間	

## 【計画予定表】

	月	火	水	木	金	土	日	備考
8:00								●情報提供 利用状況・駅の情報など記入
9:00	9:00	9:00	9:00	9:00	9:00			
10:00						10:00		*月に2, 3度通院介助でのサービスを利用  *自宅の最寄駅はエレベーター、エスカレーターなし。
12:00	生活介護利用	生活介護利用	生活介護利用	生活介護利用	生活介護利用	通院介助 2H		
14:00								
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00	16:00			
18:00						18:00		●確認 利用者に計画書を説明後確認を受ける
20:00						19:00		
利用者確認欄								〇〇 〇〇

※次ページ

## 【サービス内容】

サービス	援助項目	サービスの内容	留意事項
1	移動	電動車いすでの移動の安全確認	電車の乗り降りは手動で行ってほしい
	トイレ介助	トイレ移乗時に立てるようささえる	立ち上がった後は自力で可
	食事の見守り	のどにつめないように、大きなものは小さく刻む	本人に確認のこと
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし) <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)		●計画書に記載されているサービスをチェック

## 移動支援計画書（参考様式）

		作成日	年 月 日	作成者	
利用者名	生年月日	住 所			連絡先
様	年 月 日( 歳)	〒 -			TEL: ( )
					FAX: ( )

本人(家族)の希望	
-----------	--

援助目標	
------	--

サービス 内 容	<input type="checkbox"/> 移動支援(身体型) <span style="margin-left: 100px;">時間</span>	<input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型) <span style="margin-left: 100px;">時間</span>
-------------	--	---

**【計画予定表】**※主な利用意向を記入

時間	月	火	水	木	金	土	日	備考
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								

利用者確認欄	
--------	--

## 【サービス内容】

サービス 1	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 移動支援(身体型) <input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型)		

サービス 2	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 移動支援(身体型) <input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型)		

サービス 3	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 移動支援(身体型) <input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型)		

サービス 4	援助項目	サービスの内容	留意事項
種類	<input type="checkbox"/> 移動支援(身体型) <input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型)		

# 移動支援計画書（参考様式）

（記載例）

作成日	令和3年 6月 28日	作成者	〇〇 〇〇
利用者名	〇〇 〇〇 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	* 単身であるため、外出時にサポートして欲しい。 * 毎週火曜日、金曜日に、近くのスーパーへ買い物に行きたい。 * 毎週土曜日にサークル活動に参加するため、往復の介護をお願いしたい		
援助目標	* 社会参加を続けられるようにサポートする。		

サービス内容	■移動支援(身体型) 40 時間		□移動支援(非身体型) 時間					備考
	●サービス内容 契約支給時間を記入							
	●情報提供 利用状況・駅の情報など記入							
	月	火	水	木	金	土	日	備考
8:00								※火曜日、金曜日の移動支援(買い物)は車イス利用 ※土曜日のサークル活動への外出は、西鉄バス(自宅～海の中道)利用、活動中は控除
9:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	
10:00								
11:00		移動支援			移動支援			
12:00								
13:00						移動支援		
14:00								
17:00						移動支援		
18:00								
19:00								
20:00		家事援助			家事援助			
21:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	
22:00		身体介護			身体介護	身体介護	身体介護	
23:00								
利用者確認欄						〇〇 〇〇		●利用者確認欄 利用者に計画書を説明後確認を受ける

## ※次ページ

サービス	●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	
	援助項目	サービスの内容				
1	移乗	電動車イスの移乗			手足の緊張が強いので転倒しないように注意する	
	買い物	Aスーパーで食材・日用品を購入			金銭の授受は毎回きちんと確認すること	
	トイレ介助	トイレ移乗時に転倒しないようささえる			スーパーのトイレの利用可否を事前に確認する	
種類	■移動支援(身体型)		□移動支援(非身体型)			

サービス	●計画書に記載されているサービスをチェック		●留意事項	
	援助項目	サービスの内容		留意事項
2	移乗	電動車イスの移乗		朝は手足の緊張が強いので転倒しないように注意する
	バスへの乗降	バスに乗る際、転倒しないよう支える		段差がある事があるので、注意する
種類	■移動支援(身体型)		□移動支援(非身体型)	

### 居宅介護等実施記録（参考様式）

受給者証番号 \_\_\_\_\_ サービス提供年月日： 年 月 日（ ）  
 受給者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

	提供時間（：）		サービスの種類	援助項目（入浴・食事介助等）・サービスの内容	実施時間 （分）	ヘルパー名	備考
	開始	終了					
内容							

(記載例)

居宅介護等実施記録 (参考様式)

受給者証番号 1100012345

サービス提供年月日: 令和2年1月28日(火)

受給者氏名 ○○ ○○

●まとめてではなく、各援助項目毎の実施時間を記載すること。

提供時間( : )	サービスの種類	援助項目(入浴・食事介助等)・サービスの内容	実施時間(分)	ヘルパー名	備考
7:30	身体介護	寝衣から普段着への着替え	10	○○○○	
	〃	ベッドから車イスへの移乗	5	〃	
	〃	食事介助	30	〃	
	〃	トイレ介助	15	〃	
	〃	顔の清拭・歯磨き	25	〃	
15:00	家事援助	Aスーパーで食材・生活用品の購入	30	○○○○	
15:30	〃	3食分調理、保存	60	〃	
18:30	身体介護	食事介助	60	◇◇◇◇	
	〃	トイレ介助	15	〃	
	〃	歯磨き	10	〃	
	〃	シーツ交換	5	〃	
22:00	身体介護	トイレ介助	15	◇◇◇◇	
	〃	車イスからベッドへ移乗	5	〃	
	〃	普段着から寝衣への着替え	10	〃	

内容

## 福岡市移動支援活動記録(参考様式)

受給者証番号: \_\_\_\_\_

受給者氏名: \_\_\_\_\_

サービス提供日		年 月 日 ( )				ヘルパー氏名
時間	: ~ :	控除 時間	:	算定 時間	:	
提供時間( : )		活動内容				
		目的地(用件等)		利用した交通機関(区間)・ 控除時間・備考		
	:					
	:		↓		( )	利用・徒歩
	:					
	:		↓		( )	利用・徒歩
	:					
	:		↓		( )	利用・徒歩
	:					
	:		↓		( )	利用・徒歩
	:					
	:		↓		( )	利用・徒歩
	:					
	:		↓		( )	利用・徒歩
	:					

特 記 事 項	



【記載例】

## 福岡市移動支援活動記録(参考様式)

受給者証番号: 1100012345

受給者氏名: ○○ ○○

サービス提供日		令和3年 7月 11日 (月)			ヘルパー氏名	
時間	9:00 ~ 13:00	控除時間	0:30	算定時間	3:30	○○ ○○
提供時間( : )		活動内容				
		目的地(用件等)	利用した交通機関(区間)・控除時間・備考			
9:00		自宅発	移動手段・控除時間について、必ず記載すること。			
:		↓				
9:30		●●病院着	診察中の控除30分			
:		↓	( )利用・徒歩			
10:30		●●病院発				
:		↓	( )利用・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">徒歩</span>			
11:00		天神着	買い物の場合、具体的な行き先を必ず記載すること。			
:		↓				
12:30		天神発	( )利用・徒歩			
:		↓	(西鉄バス(◇→○))利用・徒歩			
13:00		自宅着				
:		↓	( )利用・徒歩			
:						

特記事項	
------	--

(厚生労働省ホームページ掲載 令和3年4月施行分)

令和 年 月分

### 居宅介護サービス提供実績記録票

受給者証 番 号		支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)		事業所番号
	契約支給量		事業者及び その事業所	

日 付	曜 日	サービ ス内 容	居宅介護計画				サービス提供時間		算定時間数		派 遣 人 数	初 回 加 算	緊 急 時 対 応 加 算	福 祉 専 門 職 員 等 連 携 加 算	利用 者 確 認 欄	備 考
			開 始 時 間	終 了 時 間	計 画 時 間 数	乗 降	開 始 時 間	終 了 時 間	時 間	乗 降						
合計	居宅における身体介護															
	通院介護(身体介護を伴う)															
	家事援助															
	通院介護(身体介護を伴わない)															
	通院等乗降介助															

枚中	枚
----	---

(福岡市)

(参考様式)

令和 年 月 分

### 移動支援事業提供実績記録票

市町村番号	市町村名				事業所番号
受給者証 番 号	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)				事業者及び その事業所
契約支給量					

日 付	曜 日	サービス 内容	移動支援計画			サービス提供時間		算定時間数	派遣 人数	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					
			計画 時間数計					算定 時間数計				
		移動支援(身体介護を伴う)										
		移動支援(身体介護を伴わない)										

	枚中		枚
--	----	--	---

## 「事業所名」(サービス種類) サービス利用契約書

\_\_\_\_\_ (以下「利用者」という。)と \_\_\_\_\_ (以下「事業者」という。)は、  
【事業所名】が利用者に対し提供する障がい福祉サービスについて、次のとおり契約しま  
す。

### 第1条 (目的)

この契約は、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(以下「法」という。)の理念にのっとり、利用者が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、事業者が個別支援計画に基づき利用者に対して必要なサービスを適切に行うことを定めます。

### 第2条 (期間)

この契約の契約期間は、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日までとします。ただし、利用者から事業者に対し、文書により契約終了の申し出がなく、利用者の支給有効期間が更新された場合、契約は自動更新されるものとします。

### 第3条 (個別支援計画)

事業者は、利用者の置かれている環境及び日常生活全般の状況等を評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握を行い、適切な支援内容を検討し、個別支援計画を作成します。

- 2 事業者は、個別支援計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得ることとします。
- 3 事業者は、個別支援計画作成後、計画の実施状況の把握を行い、少なくとも6月に1回以上(※注意：自立訓練、就労移行支援及び自立生活援助は3月に1回以上)個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行います。変更については利用者又はその家族に説明をし、文書により同意を得ることとします。

### 第4条 (サービス内容)

事業者は、前条の定める個別支援計画に基づいて、重要事項説明書に記載するサービスを提供します。

なお、契約支給量等については、受給者証に記載のとおりです。

### 第5条 (利用料金)

利用者は、重要事項説明書に記載する介護給付費等対象サービスに対して、利用者負担額(厚生労働大臣の定める基準により算定した費用の額から介護給付費等の額を控除した額。「障がい福祉サービス受給者証」に記載されている負担上限月額が、利用者の1ヶ月

の負担の上限額となります。)を事業者に支払います。

なお、介護給付費等の額については、事業者が市町村から代理受領いたしますので、利用者が直接支払う必要はありません。

2 利用者は、重要事項説明書に記載する介護給付費等対象外サービスに対して、所定の料金を事業者に支払います。

#### 第6条（利用料の支払い方法）

利用者は、前条第1項及び第2項に定める額の合計額（以下「利用料金」という。）を月ごとに事業者に支払います。

2 事業者は、利用料金に係る請求書をサービス提供月の翌月●日までに利用者に通知します。

3 利用者は、請求があった利用料金について、請求のあった月の●日までに事業者に支払います。

4 事業者は、利用者から利用料金の支払いを受けた時は、利用者に領収証を交付します。

#### 第7条（生産活動と工賃の支払）

生活介護、就労移行支援及び就労継続支援B型の場合。就労継続支援A型の場合賃金。

事業者は、個別支援計画において生産活動の内容を定め、利用者に対して就労に関する適切な訓練・支援等の機会を提供します。

2 事業者は、生産活動に係る事業収入から必要経費を控除した額に相当する工賃を生産活動に従事している利用者に支払います。

#### 第8条（雇用契約の締結等）

就労継続支援A型の場合のみ。

事業者は、指定就労継続支援A型の提供に当たっては、利用者とは別途雇用契約を締結します。

2 事業者は、就労の機会の提供に当たっては、作業の能率の向上が図られるよう、利用者の障がいの特性等を踏まえた工夫を行います。また、利用者の就労の知識及び能力の向上に努め、利用者の希望を踏まえたものにします。

#### 第9条（事業者の義務）

事業者は、利用者の意思と人権を尊重し、常に利用者の立場にたって、障がい福祉サービスを提供します。

2 事業者は、サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。

3 事業者は、この契約に基づく内容について、利用者の質問等に対して適切に説明を行います。

4 事業者は、業務上知り得た利用者やその家族等の秘密を保持します。また、他の指定障がいサービス事業者等に対し、利用者に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者又はその家族の同意を得ることとします。

5 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

## 第10条（事故と損害賠償）

事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに関係市町村及び利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

- 2 事業者は、サービスの提供により、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに損害賠償をします。

## 第11条（契約の終了）

利用者は、本契約の有効期間中、本契約を解除することができます。その場合、利用者は契約終了希望日の●日前まで文書で事業者へ通知するものとします。

- 2 前項にかかわらず、事業者が次の各号に該当する行為を行った場合には、利用者はただちにこの契約を解除することができます。

(1) 事業者が正当な理由なく契約に定める障がい福祉サービスを実施しない場合

(2) 事業者が第9条第4項（秘密の保持）に違反した場合

(3) 事業者が社会通念に逸脱する行為を行った場合

(4) 他の利用者が利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応をとらない場合

- 3 事業者は、やむを得ない事情がある場合には、利用者に対し、●日前まで文書で利用者へ通知するものとします。この契約を解除することができます。

- 4 前項にかかわらず、利用者が次の各号に該当する場合には、事業者はただちにこの契約を解除することができます。

(1) 利用者が事業者へ支払うべきサービスの利用料金を●か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず故意に支払わない場合。

(2) 利用者が、故意又は重大な過失により、事業者もしくはサービス提供職員に生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合。

(3) 利用者がこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めた場合。

(4) 天災、災害その他やむを得ない理由により事業所を利用させることができない場合。

(5) 利用者が連続して3か月を超えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合又は現に連続して3か月を超えて入院した場合。

(6) 利用者が死亡した場合。

## 第12条（苦情解決）

利用者は、この契約に基づくサービスに関して、いつでも重要事項説明書に記載されている苦情受付窓口に苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、苦情が申し立てられた場合、速やかに事実関係を確認し、改善の必要性及びその方法等について、利用者又は家族に文書で報告します。

- 3 事業者は、利用者及びその家族が苦情を申し立てたことを理由として、利用者に対し、不利益となるような対応はしません。

第13条（協議事項）

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は法その他諸法令の定めるところに伴い、利用者と誠意をもって協議するものとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

年 月 日

利用者住所

氏 名

印

※必要に応じて

代理人住所

氏 名

印

（利用者との継続）

事業者住所

事業者名

代表者氏名

印

## 「(サービス種類)」重要事項説明書 (案)

本重要事項説明書は、当事業所と指定(サービス種類)に関する利用契約の締結を希望される方に対して、関係省令に基づき、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

### ◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 営業日及び営業時間	2
4. サービス提供日及びサービス提供時間	2
5. 事業所の構造・設備について	2
6. 職員の体制	2
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
8. サービスのご利用の際にご留意いただく事項	6
9. 虐待の防止について	6
10. 協力医療機関について	6
11. 事故発生時の対応方法について	7
12. 苦情等の受付について	7
13. 事業所ご利用の際にご留意いただく事項	8
14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	8

(法人名)

(事業所名)

当事業所は福岡県の指定を受けています。

### 1. 事業者

事業者名称	(法人格及び法人の名称を記載する)
代表者氏名	(役職名及び代表者氏名を記載する)
本社所在地 (連絡先)	(法人登記簿記載の所在地) (連絡先部署名)(電話・ファックス番号を記載する)
法人設立年月日	(法人設立年月日を記載する)

### 2. 事業所の概要

事業所名称	(指定事業所名称を記載する)
-------	----------------



事業の目的	(運営規程の記載内容の要約を記載する)
運営の方針	(運営規程の記載内容の要約を記載する)
指 事 業 所 番 号	号(〇〇年〇〇月〇〇日指定)
管 理 者	(氏名を記載する)
サービス管理責任者	(氏名を記載する) ※訪問系事業所はサービス提供責任者
事業所所在地	(事業所の所在地を記載する、 ビル等の場合には、建物名称、階数、部屋番号も記載する)
連 絡 先	(連絡先電話・ファックス番号を記載する)
事業所の通常の 事業実施地域	(運営規程で定める通常の事業実施地域を記載する)
事業所が行う 他の指定障がい 福祉サービス	就労移行支援 号(〇〇年〇〇月〇〇日指定) 就労継続支援A型 号(〇〇年〇〇月〇〇日指定) 就労継続支援B型 号(〇〇年〇〇月〇〇日指定) ・ ・ ・
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 20px;">           多機能型ではない場合は、この行を削除            又は「なし」を記入。         </div>
サービスの 主たる対象者	身体障がい者 知的障がい者 精神障がい者 難病等対象者
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 20px;">           主たる対象者とする障がいの種類を定めない            場合は、この行を削除しても構いません。         </div>
利 用 定 員	(単位ごとの定員数を記載する)
開 設 年 月 日	(事業所開設年月日を記載する)

### 3. 営業日及び営業時間

営 業 日	(運営規程の内容を記載する)
営 業 時 間	(運営規程の内容を記載する)

### 4. サービス提供日及びサービス提供時間

サー ビ ス 提 供 日	(運営規程の内容を記載する)
サー ビ ス 提 供 時 間	(運営規程の内容を記載する)

### 5. 事業所の構造・設備について

#### (1) 構造

構 造	(事業所の構造を記載する)
敷 地 面 積	(敷地面積を記載する)
延 床 面 積	(延床面積を記載する)

訪問系事業所については、構造・設備等の記載は必須ではありません。

#### (2) 設備

設備の種類	部屋数	備考
訓練室	室	
作業室	室	
相談室	室	
便所	室	
〇〇〇室	室	(必要に応じて記載する)

## 6. 職員の体制

職種	職務内容	人員数
管理者	管理者は、職員の管理、障がい福祉サービス利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている障がい福祉サービスの実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行うほか、障がい者及びその家族に対し、その内容等について、必要な説明を行います。	常勤 1人
サービス管理責任者	<ol style="list-style-type: none"> <li>適切な方法により、利用者の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。</li> <li>アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する障がい福祉サービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、利用者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、生活介護の目標及びその達成時期、障がい福祉サービスを提供する上での留意事項等を記載した個別支援計画の原案を作成します。</li> <li>個別支援計画の原案の内容の利用者に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、作成した個別支援計画を記載した書面を利用者に交付します。</li> <li>個別支援計画作成後、個別支援計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも〇月に△回以上、個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画を変更します。</li> <li>利用申込者の利用に際し、障がい福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外における指定障がい福祉サービス等の利用状況等を把握します。</li> <li>利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行います。</li> <li>他の職員に対する技術指導及び助言を行います。</li> </ol>	常勤 人 非常勤 人
〇〇	<p>(運営規程の記載内容を記載する)</p> <p>事業所の職員体制に応じて必要な職種を記載してください。 兼務の場合は兼務関係がわかるように記載してください。</p>	常勤 人 非常勤 人

サービス提供責任者については、職務内容が異なります。

## 7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

運営規程を参考に、行っている  
サービス内容を記載してください。

### (1) サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
個別支援計画の作成	利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した個別支援計画を作成します。
食事の提供	希望により、利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。
入浴又は清拭	入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状況により、入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します。
身体等の介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって、食事・整容・更衣・排泄等の生活全般にわたる援助を行います。
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 以下の生産活動を行っています。 ① ② ③ <工賃の支払い> 生産活動における事業の収入の額から必要な費用の額を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。
創作的活動	軽作業等の創作的活動の機会を提供します。 以下の創作的活動を行っています。 ① ② ③
身体機能及び日常生活能力の維持・向上のための支援	身体機能の維持向上や、食事・家事等の日常生活能力を向上するための訓練等を行います。
生活相談	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックを行うなど、常に利用者の健康状況に注意するとともに、医療機関との連絡調整や協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
訪問支援	必要に応じて利用者や家族の同意のもと利用者宅を訪問し、適切な相談・助言・援助等を行います。
送迎サービス	自主通所ができない場合、希望により送迎を行います。
職場定着支援	障がい者就業・生活支援センター等の関係機関と連携して、利用者が就職した後も、職業生活における相談等の支援を継続します。
その他	上記に付帯する離床、着替え及び整容その他日常生活上必要な介護、支援、相談、助言を行います。

## (2) 利用料金

- ・提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。
- ・利用者の方には、世帯の所得に応じた額（負担上限月額）をご負担ください。ただし、1割相当額の方が低い場合は、その額までのご負担となります。

※負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

## (3) その他の費用について

内 容	料 金
創作的活動に係る材料費	1日につき 円
日用品費	(実費)円
食事の提供に係る費用	朝食：1食につき 円 (食事提供加算対象者 円)
	昼食：1食につき 円 (食事提供加算対象者 円)
その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの	(実費)円

その他の費用(給付費以外で利用者に負担を求める費用)の設定については、事業者が個別に決定する事項ですので、徴収する項目は必ず記載してください。  
なお、その料金設定については、根拠となる書類等を整備し、いつでも利用者に説明できるようにしてください。

## (4) 利用料金等のお支払い方法

前記(2)及び(3)の費用は、サービスを利用した月の翌月〇〇日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合の上、請求月の△△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

- ア. 窓口での現金支払  
イ. 下記指定口座への振り込み  
〇〇銀行 〇〇支店 普通預金〇〇〇〇〇  
△△信用金庫△△支店 普通預金△△△△△  
郵便振替□□□□□□□□  
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし  
ご利用できる金融機関：〇〇銀行、△△信用金庫

お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。

また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、保管をお願いします。

## 8. サービスのご利用の際にご留意いただく事項

### (1) 受給者証の確認

受給者証に記載された「住所」、「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに職員にお知らせください。また、職員が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(2) 個別支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら個別支援計画を作成します。作成した個別支援計画については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で交付いたします。

(3) 個別支援計画の変更等

個別支援計画は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(4) サービス実施記録の確認

サービス実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にもその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。

なお、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。

(5) 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

なお、開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。

## 9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 23 年法律第 79 号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	(職・氏名を記載する)
虐待防止に関する責任者	(職・氏名を記載する)

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 10. 協力医療機関について

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

医療機関名称			
医院長名			
所在地			
電話番号			
診療科	入院設備		

## 11. 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。】

保険会社名

保険名  
補償の概要

12. 苦情等の受付について

(1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

事業者の窓口	苦情解決担当者（職名） 苦情解決責任者（職名）	（氏名） （氏名）
市町村の窓口	【事業所所在地市町村】 〇〇市・町・村 所在地 電話番号 受付時間	ファックス番号
	【支給決定市町村】 〇〇市・町・村 所在地 電話番号 受付時間	利用者によって異なるため、説明する際に、追記する方法で構いません。 ファックス番号
公的団体の窓口	福岡県運営適正化委員会 所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1番地7 (社会福祉法人福岡県社会福祉協議会) 電話番号 092-915-3511 ファックス番号 092-584-3790 受付時間 月～金（祝日を除く） 9:00～17:00	

当事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。当事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

第三者委員氏名・連絡先

第三者委員氏名・連絡先

第三者委員の選任ができていない場合は、当該箇所は削除してください。  
第三者委員については、可能な限り選任に努めていただくようお願いします。

13. 事業所のご利用の際にご留意いただく事項

感染症対策	事業所利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用はできません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。
喫煙	喫煙は決められた時間に決められた場所をお願い致します。

宗教活動・政治活動 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
○ ○ ○ ○	必要に応じて修正・削除・追記をしてください。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

指定（サービス種類）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

管理者 氏名

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定（サービス種類）の提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者住所 氏名 印

代理人住所 氏名 印