

IV 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

H29.6 福岡市

*○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。

*地域生活支援事業移動支援については福岡市の基準。

サービス内容 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				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	通院等介助		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
		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)									
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%	○	○	×	△30%(△10%※6) +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 (追加課程又は統合過程)修了者	□ (別途報酬体系)	△10%	□ (別途報酬体系)	△10%	○	○	×	×	×	○	×	○
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養成研修修了者	×	×	△30%	△10%	×	×	×	○	○	×	×	○
全身障がい者ガイド養成研修修了者	×	×	△30%	△10%	×	×	×	×	×	○	×	○
知的障がい者ガイド養成研修修了者	×	×	△30%	△10%	×	×	○+直接実務 1年※8	×	×	×	○	○
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	×	×	×	×	○※7	×	○+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)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)
ヘルパー3級の要件については、**次期報酬改定(平成30年度)において見直す方向**で検討することが予定されている。

※3 **平成30年3月末までは**、「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」は資格を満たしているものとみなす。
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 **平成30年3月末までは**、「居宅介護の従業者要件を満たす者」は、視覚障害を有する身体障害者又は障害児の福祉に関する事業に1年以上従事した経験を問わず、資格を満たしているものとみなす。(1年以上の実務経験を要しない経過措置)
(平成26年10月以降の新規指定申請事業所についてはこの限りではない。)

※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科の教科を修了した者等がある。

※6 身体介護を伴う場合は30%減算、身体介護を伴わない場合は10%減算。

※7 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行動障害支援課程修了者とみなされる。

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

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

H29. 6 福岡市

* ○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)。

サービス内容 資格内容	障がい福祉サービス			
	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)	○ + 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 障害学科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(平成30年度)において見直す方向で検討することが予定されている。

※2 行動援護サービス提供責任者の資格要件の経過措置

平成30年3月末までは、「居宅介護従業者の要件を満たす中で、知的障がい者・児、精神障がい者に対する直接支援業務に5年以上従事した経験を有する者」は資格要件を満たしているものとみなす。

※3 同行援護サービス提供責任者の資格要件の経過措置

①平成30年3月末までは、「介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者、居宅介護従業者養成研修1級課程修了者、あるいは居宅介護職員初任者研修課程修了者等であり3年以上介護等の業務に従事した者」は、資格要件を満たしているもの(同行援護従業者養成研修(一般及び応用課程)を修了したもの)とみなす。

②平成30年3月末までは、「平成23年9月30日において、現に地域生活支援事業における移動支援事業に3年以上従事した者」は資格要件を満たしているものとみなす。

※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

平成 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	平成 年 月 日
-------	----------

受給者番号		支給決定期間	
受給者氏名	印	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」とこととし、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。

平成 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 _____

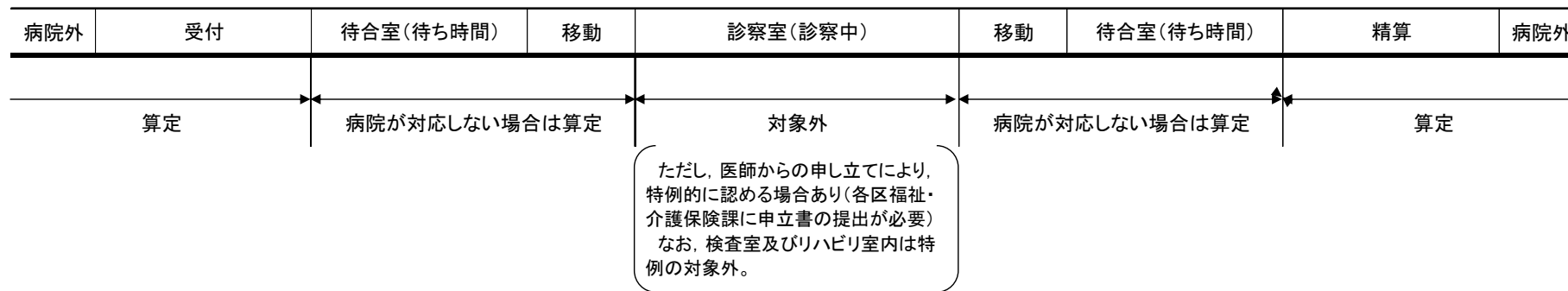


※検査室及びリハビリ室内での介助は含みません。

- 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



各種様式

(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 利用者本人・家族の同意を得ること。
- ③ 利用者に計画書を説明後，必ず確認印をもらうこと。

【実施記録】

- ① ヘルパー名は本人が必ず自筆すること。
- ② 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。
- ③ 移動支援について，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。
- ④ 移動支援について，買い物の場合，具体的な行き先を必ず記載すること。

居宅介護等計画書（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	S 年 月 日(歳) H	〒 -		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"/> 重度訪問介護	時間
	<input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴う)	時間	<input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴わない)	時間	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	時間
	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間	<input type="checkbox"/> 同行援護	時間		

【計画予定表】

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								

利用者確認印	
--------	---

【サービス内容】

	援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 1			
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴わない) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()

	援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 2			
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴わない) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()

	援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 3			
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴わない) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()

	援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 4			
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴わない) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()

居宅介護等計画書（参考様式）

	作成日	H23年7月11日	作成者	志賀 島江
利用者名	生 年 月 日	住 居 証	●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	
太宰 梅吉 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	*単身であるため、自分ができないところをサポートして欲しい。 *毎日入浴がしたい（平日はA施設で入浴・土日は自宅で清拭） *バランスの取れた食事が食べたい。 *過度の干渉はしないで欲しい。	●援助目標 ヘルパー が「何のための 派遣か」を意識できるよう
-----------	---	---------------------------------------

援助目標	*自宅での生活を続けられるようにサポートする。
------	-------------------------

	■身体介護	137.5時間	■家事援助	25.0時間	□重度訪問介護	時間
●サービス内容 契約支給時間を記入	□通院介助(身体介護を伴う)	時間	□通院介助(身体介護を伴わない)	時間	□通院等乗降介助	時間
	□同行援護					
	●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	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	※平日はA施設で生活介護を利用（入浴有り） ※土日は自宅で入浴（清拭） ※買い物・調理は火・金・日にまとめて行い、その都度電子レンジで温める ※洗濯・掃除は日曜日にまとめて行う ※屋内外の移動は電動車イスにて自走可能 ※サービス提供者はヘルパー1・2級	
9:00									
10:00							家事援助		
11:00	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				
12:00									
13:00						身体介護	身体介護		
14:00									
}									
17:00									●確認印 利用者に計画書を説明後確認印をもらう
18:00		家事援助			家事援助				
19:00	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		
20:00									
21:00									
22:00	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		
23:00									

	利用者確認印	太宰 梅吉
--	--------	-------

※次ページ

●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	●留意事項 サービス提供にあたり、提供方法で注意
----------	---------------------------	-----------------------------

サービス	援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 1	移乗	電動車イスの移乗	朝は手足の緊張が強いため転倒しないように注意する
	更衣の介助	部屋着と外出着の着替え	
	身体整容	顔の清拭、ひげ剃り、歯磨き、整髪	ひげ剃りは電気シェーバー
	トイレ介助	トイレ移乗時に転倒しないようささえる	
	食事介助	手の可動域が狭いため、摂食の介助を行う	軽度の嚥下障がいがあるので、食事の大きさとペースに注意する
	全身清拭	生活介護で入浴しない日に清拭を行う	浴室は狭いため全身清拭
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他()

サービス	援助項目	サービスの内容	留意事項
サービス 2	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
	調理	水曜日と日曜日にまとめて調理する	
	洗濯	日曜日にまとめて洗濯する	乾燥機がないので天気が悪い時は近所のコインランドリーで洗濯
	掃除	日曜日に掃除する	
種類	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴う) <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input checked="" type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護を伴わない) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()

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	S 年 月 日(歳) H	〒		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)	時間	<input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型)	時間
-------------	------------------------------------	----	-------------------------------------	----

【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								

利用者確認印	
--------	--

【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)		介護者種別 <input type="checkbox"/> 介護福祉士／ホームヘルパー1・2・3級／看護師／准看護師 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(視覚) <input type="checkbox"/> その他()	

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)		介護者種別 <input type="checkbox"/> 介護福祉士／ホームヘルパー1・2・3級／看護師／准看護師 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(視覚) <input type="checkbox"/> その他()	

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)		介護者種別 <input type="checkbox"/> 介護福祉士／ホームヘルパー1・2・3級／看護師／准看護師 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(視覚) <input type="checkbox"/> その他()	

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)		介護者種別 <input type="checkbox"/> 介護福祉士／ホームヘルパー1・2・3級／看護師／准看護師 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(視覚) <input type="checkbox"/> その他()	

移動支援計画書（参考様式）

	作成日	H23年7月11日	作成者	志賀 島江
利用者名	生年月日	住所	●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	
太宰 梅吉 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	*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 ヘルパー が「何のための派遣か」を意識できるよう
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
	月	火	水	木	金	土	日	
●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							
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		移動支援			移動支援			
11:00								
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								
23:00								
								●確認印 利用者に計画書を説明後確認印をもらう
								利用者確認印
								太宰 梅吉 (印)

※次ページ

サービス	援助項目	サービスの内容	留意事項
	1	移乗	電動車イスの移乗
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	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援(身体型) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2・3級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型) <input checked="" type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(視覚) <input type="checkbox"/> その他()		●主にサービス提供を行うヘルパーの資格をチェック
	2	移乗	電動車イスの移乗
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 移動支援(身体型) <input type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2・3級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> 移動支援(非身体型) <input checked="" type="checkbox"/> ガイドヘルパー(全身性) <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー(視覚) <input type="checkbox"/> その他()		

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	介護者の種別	備考
	開始	終了					
内容							

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：23年 7月 11日(月)

受給者氏名

〇〇 〇〇 印

●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	介護者の種別	備考
開始	終了						
7:30		身体介護	寝衣から普段着への着替え	10	福岡一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
		〃	ベッドから車イスへの移乗	5	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
		〃	食事介助	30	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
		〃	トイレ介助	15	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
	8:55	〃	顔の清拭・歯磨き	25	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
15:00	15:30	家事援助	Aスーパーで食材・生活用品の購入	30	福岡一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
15:30	16:30	〃	3食分調理, 保存	60	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
18:30		身体介護	食事介助	60	東 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
		〃	トイレ介助	15	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
		〃	歯磨き	10	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
	20:00	〃	シーツ交換	5	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
22:00		身体介護	トイレ介助	15	東 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
		〃	車イスからベッドへ移乗	5	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	
	22:30	〃	普段着から寝衣への着替え	10	〃	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士/ホームヘルパー1・2級/看護師/准看護師 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー3級 <input type="checkbox"/> その他()	

内容

●必ずヘルパー本人が自筆すること。

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: _____

印

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: 愛宕 浜代 印

サービス提供日		23年 7月 11日 (月)			ヘルパー
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	(西鉄バス(○→△))利用・徒歩		
:		↓			
9:30		●●病院着	診察中の控除30分		
:		↓	()利用・徒歩		
10:30		●●病院発	()利用・ 徒歩		
:		↓			
11:00		天神着	()利用・徒歩		
:		↓			
12:30		天神発	(西鉄バス(×→○))利用・徒歩		
:		↓			
13:00		自宅着	()利用・徒歩		
:		↓			
:					

特記事項	
特記事項	
特記事項	

必ずヘルパーが自筆すること

移動手段・控除時間について、必ず記載すること。

買い物の場合、具体的な行き先を必ず記載すること。

買い物
↓
OOデパート
△△商店
××ショップ

平成 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	サービス提供者印	利用者確認印	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数 時間 乗降		開始時間	終了時間	時間	乗降				

合計		計画 時間数計	内訳(適用単価別)				算定 時間数計	
	居宅における身体介護		100%	90%	70%	重訪		
	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							

モデル居宅介護サービス利用契約書

〇〇〇〇（以下「利用者」という。）と□□□□（以下「事業者」という。）は、利用者が事業者から提供される居宅介護サービスを受け、それに対する利用料金を支払うことについて、次のとおり契約（以下、「本契約」という。）を締結します。

第1条（目的）

本契約は、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、事業者が利用者に対して必要な障害者総合支援法に基づく居宅介護を適切に提供する事を定めます。

第2条（期間）

本契約の契約期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとします。

第3条（居宅介護計画及び契約支給量）

- 1 事業者は、利用者の受給者証に記載された居宅介護の支給量を踏まえ、利用者の課題と意向を把握し、ケア会議を開いて利用者の居宅介護計画を作成します。この計画は、事業者が利用者に説明して同意を得たうえで作成することとし、その写しを利用者に交付します。利用者はいつでも居宅介護計画についての説明を求め、意見を述べることや変更を求めることができます。
- 2 事業者は、前項の居宅介護計画に基づき契約支給量を定め、利用者の受給者証に記載します。
- 3 利用者は、受給者証記載事項に変更があった場合には、速やかに事業者に変更内容を知らせるとともに、事業者の求めに応じて受給者証の内容を確認させるものとします。

第4条（サービス内容）

事業者は、その指揮命令のもとに、居宅介護従業者（以下、「ホームヘルパー」という。）を利用者の居宅等に訪問させ、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言などのうちから前条に定める居宅介護計画にもとづいて適切にサービスを提供します。

第5条（利用者負担額及び実費負担額）

- 1 利用者は、前条に定めるサービスに対して、重要事項説明書に定める所定の利用者負担額及びサービス利用にかかる実費負担額を事業者に支払います。障害者総合支援法に基づく介護給付費は、事業者が市町村から代理して受領します。
- 2 前項の利用者負担額及び実費負担額は、1 カ月ごとに計算し、利用者はこれを翌月〇日までに支払います。

第6条（利用の中止、変更、追加）

- 1 利用者は、利用期日前において、居宅介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を契約支給量の範囲内で追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日〇時までには事業者に申し出るものとします。
- 2 利用者が、利用期日に利用の中止を申し出た場合は、重要事項説明書に定める所定の取消料を事業者にお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等やむをえない事由がある場合は、取消料はいただきません。
- 3 事業者は、第1項に基づく利用者からのサービス利用の変更・追加の申し出に対して、当該利用希望日の利用状況等により利用者の希望する期間にサービスの提供がで

きない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議するほか、サービス提供可能な事業所の紹介などを行います。

第7条（事業者の基本的義務）

- 1 事業者は、利用者に対し、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、必要なサービスを適切に行います。
- 2 事業者は、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、サービスを提供します。

第8条（事業者の具体的義務）

- 1（安全配慮義務） 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。
- 2（説明義務） 事業者は、本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します。
- 3（守秘義務） 事業者及びサービス従事者は、本契約によるサービスを提供するにあたって知り得た利用者や家族等の秘密について、正当な理由がある場合を除き第三者に開示することはありません。
- 4（身体拘束の禁止） 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。
- 5（記録保存整備義務） 事業者は、サービス提供に関する記録を整備し、サービス提供日から5年間保存します。事業者の窓口業務時間（毎週○曜日～○曜日 ○○時～○○時）に自分の記録を見ることができますし、実費を負担してコピーすることができます。

第9条（事故と損害賠償）

- 1 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、速やかに市町村・利用者の家族に連絡して必要な措置を講じます。
- 2 事業者は、サービスを提供するにあたって、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、速やかに利用者の損害を賠償します。

第10条（契約の終了事由）

本契約は、以下の各号に基づく契約の終了が生じた場合に終了するものとします。

- 一 利用者が死亡した場合
- 二 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- 三 事業者が指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- 四 第11条から第13条に基づき本契約が解約又は解除された場合
- 五 第2条の契約期間が満了した場合（ただし満了前に契約更新の手続きがとられた場合は除く）

第11条（利用者からの中途解約）

利用者は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、利用者は契約終了を希望する日の○日前までに事業者へ通知するものとします。ただし、利用者が入院した場合等、正当な理由がある場合には即時に解約することができます。

第12条（利用者からの契約解除）

利用者は、事業者もしくはサービス従事者が以下の事項に該当する行為を行った場合には、ただちに本契約を解除することができます。

- 一 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める居宅介護サービスを実施しない場合
- 二 事業者もしくはサービス従事者が第8条1項から4項に定める義務に違反した場合
- 三 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者もしくはその家族等の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

第13条（事業者からの契約解除）

事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には本契約を解除することができます。

- 一 利用者に支払能力があるにもかかわらず第5条に定めるサービス利用料金の支払いが〇か月以上（※最低3か月）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
- 二 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従事者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本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
- 三 利用者がサービス実施地域外に転居した場合

第14条（苦情解決）

- 1 利用者は、本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 利用者は、本契約に基づくサービスに関して、重要事項説明書に記載された第三者委員に苦情を申し立てることもできますし、重要事項説明書に記載された都道府県社会福祉協議会に設置されている運営適正化委員会に苦情を申し立てることもできます。

第15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、事業者は障害者総合支援法その他諸法令の定めるところに従い、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、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。

平成 年 月 日

事業者	住所	
	事業者名	
	代表者氏名	印
利用者	住所	
	氏名	印

モデル重要事項説明書

(居宅介護用)

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条及び「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号平成 18 年 9 月 29 日）」第 9 条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 居宅介護サービスを提供する事業者について

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)
設立年月日	(法人設立年月日を記載する)

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	(指定事業所名称を記載する)
サービスの 主たる対象者	身体障がい者 知的障がい者 障がい児（18 歳未満の身体障害者及び 18 歳未満の知的障害者） 精神障がい者 難病等対象者
福岡県（市） 指定 事業所番号	居宅介護 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定）
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 相談担当者名	(連絡先電話・ファックス番号・部署名・相談担当者氏名を記載する)
事業所の通常の 事業実施地域	(運営規程記載の通常の事業実施地域を記載する)
事業所が行なう 他の指定障害福 祉サービス	重度訪問介護 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定） 行動援護 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定） 同行援護 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定） 重度障害者等包括支援 号（平成〇〇年〇〇月〇〇日指定）

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	(運営規程の記載内容の要約を記載する)
運営方針	(運営規程の記載内容の要約を記載する)

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	(運営規程の記載内容を記載する)
営業時間	(運営規程の記載内容を記載する)

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	(運営規程の記載内容を記載する)
サービス提供時間	(運営規程の記載内容を記載する)

(5) 事業所の職員体制

事業所の管理者	(氏名を記載する)
---------	-----------

職種	職務内容	人員数
サービス提供責任者	1 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、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、障害福祉サービスが適切に行われるようアセスメントを実施し、支援の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。 2 利用者又は障害児の保護者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に居宅介護計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 居宅介護計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて居宅介護計画の変更を行います。 5 指定居宅介護事業所に対する指定居宅介護の利用の申込みに係る調整を行います。 6 居宅介護従業者（以下ヘルパーという）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。	常勤 人
居宅介護従業者	1 居宅介護計画に基づき、居宅介護サービスを提供します。 2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。	常勤 人 非常勤 人
事務職員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常勤 人 非常勤 人

3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
居宅介護計画の作成		利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた手順書を作成し、この手順書を元に居宅介護計画を作成します。
身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助・清拭	入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	衣服の着脱の介助を行います。
	……	……
家事援助	買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。 預貯金の引き出しや預け入れは行いません。
	調理	利用者の食事の用意を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
	……	……
通院等介助		○通院等又は官公署並びに指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定特定相談支援事業所及び指定特定障がい児相談支援事業への公的手続きや相談のための屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行います。 ○指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定特定相談支援事業所及び指定特定障がい児相談支援事業における相談の結果、見学のために紹介された指定障がい福祉サービス事業所を訪れる場合に、移動等の介助を行います。
通院等乗降介助		通院等のため、ヘルパー自らの運転する車両への乗車又は降車の介助と併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行います。

(メモ) 利用者との間に、提供サービスに関する疑義や誤解が生じないように、サービス内容については、できるだけ具体的に記述してください。

(2) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居室での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

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、所得区分ごとの負担上限額に応じて、原則として利用料の1割を利用者負担額として負担していただくことになります。

* 世帯の所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

区 分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一般1	市民税所得割 16(28)万円未満	9,300円 (4,600円)
一般2	市民税所得割 16(28)万円以上	18,600円

利用料金表の例は、次表(例)のとおりです。

(メモ)

利用料は単位数に地域区分をかけて作成してください。

例えば、居宅介護の身体介護(30分未満)【245単位】を月に2回行った場合(別途加算なし)の利用料は、

$245 \times 2 \times 10.6$ 【平成29年度福岡市内の事業所の場合】=5,194円

本人の利用者負担額は519円(小数点以下切り捨て)

「通院等乗降介助」欄については、体制をとっていない場合は削除してください。

提供時間 内容	30分未満		30分以上 1時間未満		1時間以上 1時間30分未満		1時間30分以上 2時間未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
身体介護	〇〇〇 円	〇〇円	△△△ 円	△△円	円	円	円	円
	2時間以上 2時間30分未満		2時間30分以上 3時間未満		3時間以上 3時間30分未満		3時間30分以上 30分毎に加算	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
	円	円	円	円	円	円	円	円
提供時間 内容	30分未満		30分以上 1時間未満		1時間以上 1時間30分未満		1時間30分以上 2時間未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
(身体介護を伴う場合) 通院介助	円	円	円	円	円	円	円	円
	2時間以上 2時間30分未満		2時間30分以上 3時間未満		3時間以上 3時間30分未満		3時間以上 30分毎に加算	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
	円	円	円	円	円	円	円	円
提供時間 内容	30分未満		30分以上 1時間未満		1時間以上 1時間30分未満		1時間30分以上 30分毎に加算	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
ない 通院介助(身 体介護を伴わ ない場合)	円	円	円	円	円	円	円	円
提供時間 内容	30分未満		30分以上 45分未満		45分以上 1時間未満		1時間以上 1時間15分未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
家事援助	円	円	円	円	円	円	円	円
	1時間15分以上 1時間30分未満		1時間30分以上 15分毎に加算					
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額				
	円	円	円	円				
提供時間 内容	片道1回あたり							
	利用料	利用者負担額						
乗降介助 通院等	円	円						

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅介護計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、居宅介護計画の見直しを行いません。
- ※ サービス提供を行う手順書等により、区が2人派遣を認めた場合は、利用者の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。
- ※ 利用者の体調等の理由で居宅介護計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。
- ※ 通院等のための乗車・降車の介助を行うことの前後に連続して相当の所要時間(20～30分程度以上)を要しかつ食事や着替えの介助、排泄介助など外出に際しての身体介護を行う場合には、「通院介助(身体介護を伴う場合)」を算定します。
- ※ 「通院介助(身体介護を伴う場合)」の前後において、居宅における外出に直接関係しない身体介護(例：入浴介助、食事介助など)に30分～1時間以上を要しかつ当該身体介護が中心である場合には、通算して「身体介護」を算定します。
- ※ 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。
- ※ 利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合(利用者負担額が上限額を超えた場合(利用者負担額上限管理結果票の利用者負担上限管理結果欄が「3」の場合)に限る)は、以下の料金が加算されます。

内 容	利用料	利用者負担額	
利用者負担上限額管理加算	1500 円	150 円	1 月あたり

(メモ)

加算については、事業所のとっている体制、対応内容のみを記載してください。
地域区分は勘案していませんので作成する際は、地域区分率等を含めて作成してください。

- ※ 事業所のとっている体制又は、対応の内容等により下表の通り料金が加算されます。

(初回加算)

新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の居宅介護等を行った場合、または従業者に同行した場合に加算

内 容	利用料	利用者負担額	
初回加算	2000 円	200 円	1 月あたり

(サービス提供の時間帯での加算)

提供時間帯名	早 朝	昼 間	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前 6 時から 午前 8 時まで	午前 8 時から 午後 6 時まで	午後 6 時から 午後 10 時まで	午後 10 時から 午前 6 時まで
加算割合	100 分の 25		100 分の 25	100 分の 50

(緊急時対応加算)

居宅介護計画等に位置づけられていない居宅介護を利用者又はその家族等からの要請を受けてから 24 時間以内に行った場合に加算

内 容	利用料	利用者負担額	
緊急時対応加算	1000 円	100 円	1 回につき (1 月に 2 回を限度)

(喀痰吸引支援加算)

登録特定行為認定事業者の認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行った場合に加算

内 容	利用料	利用者負担額	
喀痰吸引等支援加算	1000 円	100 円	1 日あたり

(処遇改善加算)

○処遇改善加算 (Ⅰ)

総単位数にサービス別の加算率(下表)を乗じた単位数を加算

	処遇改善加算
居宅介護	30.3%
重度訪問介護	19.2%
同行援護	30.3%

○処遇改善加算 (Ⅱ)

総単位数にサービス別の加算率(下表)を乗じた単位数を加算

	処遇改善加算
居宅介護	22.1%
重度訪問介護	14.0%
同行援護	22.1%

○処遇改善加算 (Ⅲ)

総単位数にサービス別の加算率(下表)を乗じた単位数を加算

	処遇改善加算
居宅介護	12.3%
重度訪問介護	7.8%
同行援護	12.3%

○処遇改善加算 (Ⅳ)

処遇改善加算(Ⅲ)の90/100を加算

○処遇改善加算 (Ⅴ)

処遇改善特別加算(Ⅲ)の80/100を加算

(処遇改善特別加算)

総単位数にサービス別の加算率(下表)を乗じた単位数を加算

	処遇改善特別加算
居宅介護	4.1%
重度訪問介護	2.6%
同行援護	4.1%

(特別地域加算)

厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、サービス提供を行った場合に加算

加算項目	利用料	利用者負担額	算定回数等
特別地域加算	所定単位数の15/100	左記の1割	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対しサービス提供を行った場合

※ 特別地域加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った際にいただくことになっている交通費は徴収しません。

お住まいの場所が、対象地域に当たるかどうかは、受給者証に記載されています。

4 その他の費用について

① 交通費	(運営規程の記載内容を記載)	
②キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12時間前までにご連絡の場合	1提供あたりの利用料の〇〇%を請求いたします。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供あたりの利用料の〇〇%を請求いたします。
※ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者（お客様）の別途負担となります。	
④通院介助等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費		

(メモ)

その他費用(利用者に負担を求める額)の設定については、③及び④を除き各事業者が個別に決定する事項ですので、該当のない項目にかかる条項は設定しないでください。

なお、その他費用の設定については、指定事業者において根拠となる規定の整備を行っておい

てください。
また、利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯を設定してください。(例示では「24時間」を目安時間として掲げています。)

5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

利用者負担額について	<p>利用者負担額は、世帯ごとの所得区分に応じて月額の上限額が定められており、上限額を超えた部分については事業者が介護給付費として市町村に請求することとなっています。</p> <p>複数のサービスを利用した場合は、いずれかの事業者が上限額管理を行うことにより、サービスごとの利用者負担額を確定します。</p>
上限額管理について	<p>居宅介護における利用者負担上限額管理とは、複数の事業者によるサービスを利用する利用者等について、利用者負担の額が利用者及びその世帯ごとの負担上限額を超えることがないように事業者ごとの徴収額の管理を行なうことです。</p> <p>対象者は市町村で認定され、受給者証にその旨を記載して「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」が交付されます。</p> <p>利用者の希望により、当事業所を利用者負担上限額管理者に選任される場合、サービス開始までにお申し出ください。その際、「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」を提出してください。事業者が必要事項を記載してお返ししますので、「受給者証」とともに市町村に届け出てください。(受給者証に上限額管理者名が記載されます。)</p> <p>利用者等が上限額管理を行う事業者を選択しなかった場合、上限を超えた利用者負担額は、利用者等が直接市町村に償還給付の申請を行うことにより給付を受けることとなります。</p> <p>また、例えば、利用者がグループホーム又はケアホームに入居されている場合は、グループホーム又はケアホームが上限額管理を行うことになるなど複数のサービスを利用している場合には優先順位が決められていますので、ご注意ください。</p>

利用者負担額その他の費用の支払い方法について	<p>利用者負担額及びその他の費用について、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うえ、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。</p> <p>(ア)現金支払い (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)事業者指定口座への振り込み</p> <p>〇〇銀行〇〇支店 普通〇〇〇〇〇〇〇 口座名義人〇〇〇〇〇〇〇</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡します。保管をお願いします。</p> <p>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、受領通知をお渡します。必ず保管をお願いします。</p>
------------------------	--

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から3月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

(メモ) 支払い方法については、あくまで例示です。利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の方法を採用するようにしてください。
また、※に記した例示したような取扱いを行う場合は、指定事業者において根拠となる規定の整備を行っておいてください。

6 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	<p>ア 相談担当者氏名 (氏名) イ 連絡先電話番号 (電話番号) 同 ファックス番号 (ファックス番号) ウ 受付日および受付時間 (受付曜日と時間帯)</p>
--	--

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

(メモ) 担当ヘルパーの変更に関する利用者の希望については、利用者の立場を配慮して、「変更の可能性の教示」という位置付けで、事業者が積極的に利用者に情報提供すべき事項として本項目を重要事項説明書に記載することとしています。ただし、事業所の人員体制などが制約条件となる可能性があるため、注釈部分を付記しています。

7 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 居宅介護計画の作成

確認した支給内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「居宅介護計画」を作成します。作成した「居宅介護計画」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成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

サービスの提供は「居宅介護計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

(3) 居宅介護計画の変更等

「居宅介護計画」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。

また、サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮します。

利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(5) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道、ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。また、ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

8 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、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

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。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○ 事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
②個人情報の保護について	<p>○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>

10 事故発生時及び緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、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、利用者に対する居宅介護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。

市 町 村	市 町 村 名	
	担 当 部 ・ 課 名	
	電 話 番 号	

本事業者は、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

保障の概要

12 身分証携行義務

居宅介護従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

(メモ)

身分証には、事業所の名称、従業者の職名(役職)氏名と共に、事業所の連絡先(電話番号等)、当該従業者の職能を記載し、当該従業者の写真を貼付することが望ましい。

13 心身の状況の把握

指定居宅介護の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

(メモ)

アセスメントについては、県の例示している利用者調査票等により、必ず把握してください。

14 連絡調整に対する協力

居宅介護事業者は、指定居宅介護の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

15 他の指定障害福祉サービス事業者等との連携

指定居宅介護の提供に当り、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

① 指定居宅介護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。

② 指定居宅介護の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。

③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存される

サービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

17 指定居宅介護サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成します。

18 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した指定居宅介護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。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

本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。本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。

(メモ)

第三者委員が選任されている場合の例です。第三者委員の選任ができていない場合は、選任について努力をお願いします。

第三者委員氏名・連絡先

(イ) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ①
- ②
- ③

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地 電話番号 受付時間 ファックス番号
【市町村の窓口】 (利用者の居宅がある市町村の障害福祉サービス担当部署の名称)	所在地 電話番号 受付時間 ファックス番号
【公的団体の窓口】 福岡県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 春日市原町 3-1-7 福岡県総合福祉センター クローバープラザ内 電話番号 092-915-3511 ファックス番号 092-915-3512

19 サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

20 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号平成 18 年 9 月 29 日）」第 9 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	
	法人名	
	代表者名	
	事業所名	
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者(説明者)の双方が(署名)記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、自立支援の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力(行為能力)が十分でない場合は、代理人(法定代理人・任意代理人)を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者(たとえば同居親族や近縁の親族など)であることが望ましいものと考えます。

手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

利用者	住所	福岡県〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏名	博多 法子 印

福岡県〇〇市△△町1丁目1番1号

上記署名は 博多 聖子(母) が代行しました。

(メモ)

重要事項説明書にあたっては、利用者の障害の特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して、懇切丁寧に説明をおこなってください。

なお、書面については、点字・拡大文字・録音テープ・手話通訳・ルビ・絵文字・ビデオテープなど複数用意されていることが望ましいです。