令和４年度

# 指定障害福祉サービス事業者集団指導

（共同生活援助・短期入所・自立生活援助）

# 参考様式集

東 京 都　福 祉 保 健 局　指 導 監 査 部

指導第一課 障害福祉サービス検査担当

## ■　参考様式

（１）重要事項説明書（共同生活援助）（短期入所）・・・・・・・・・・ Ｐ２
（２）契約書（共同生活援助）（短期入所）・・・・・・・・・・・・・ Ｐ１７
（３）個別支援計画（共同生活援助☆）　・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ３３
（４）法定代理受領通知（共同生活援助・自立生活援助）（短期入所）Ｐ３４
（５）サービス提供記録（共同生活援助用☆）・・・・・・・・・・・・Ｐ３６
（６）実績記録票（共同生活援助）（短期入所）（自立生活援助）・・・Ｐ３８
（７）預り金等管理規程等（共同生活援助用☆）・・・・・・・・・・・Ｐ４２
（８）研修議事録（共通）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ５２
（９）秘密情報の保持に関する誓約書（共通）・・・・・・・・・・・・Ｐ５３
（１０）個人情報使用同意書（共通）・・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ５４
（１１）相談・苦情受付等記録書（共通）・・・・・・・・・・・・・・Ｐ５５
（１２）事故報告書（共通、事業所内部用）・・・・・・・・・・・・・Ｐ５７
（１３）ヒヤリ・ハット報告書（共通）・・・・・・・・・・・・・・・Ｐ５８

上記様式は、あくまでも参考例です。

記載の仕方、内容は、基準を満たす限り任意のもので構いません。

## ■　通知等

（１）事故防止対策の徹底について・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ５９
（２）施設・事業所における虐待防止体制の整備の徹底について・・ Ｐ６４
（３）ホームページ情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ７０
（４）感染症予防チェックリスト・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ７１

上記様式のデータは、「東京都障害者サービス情報」の「書式ライブラリー」に掲載しています。（一部未掲載あり）

「書式ライブラリー」＞「Ｆ　集団指導資料」＞「3-2　参考様式（編集可能）」

# 共同生活援助モデル重要事項説明書

（　　年　　月　　日現在）

※この重要事項説明書は、介護サービス包括型共同生活援助事業所用の様式例です。
　外部サービス利用型共同生活援助事業所が利用者と契約の場合は、本様式の終わりに記載の項目を追記してお使いください。
　重要事項説明書の説明が運営規程の内容と異なることがないようにしてください。

1　事業者の概要

| | |
|---|---|
| 名称 | （法人格及び法人の名称を記載する） |
| 法人種別 | （法人格を記載する） |
| 法人所在地 | （法人登記簿記載の所在地） |
| 電話番号 | （電話･ﾌｧｯｸｽ番号を記載する） |
| 代表者氏名 | （役職名及び代表者氏名を記載する） |
| 法人の沿革・特色 | |
| 法人が所有する<br>営業所の種類・数 | ○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定） |

2　事業所の概要

※運営規程に規定されている内容を記載します。

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | （指定事業所名称を記載する） |
| 事業所の所在地 | （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） |
| 事業所の電話番号 | （電話･ﾌｧｯｸｽ番号を記載する） |
| 事業所番号 | 共同生活援助　１３２○○○○○○ |
| 事業の目的 | （運営規程の記載内容の要約を記載する） |
| 事業所開設年月日 | 年　　月　　日指定 |
| 事業所の敷地面積・<br>延床面積 | |
| 入居定員 | |
| 運営方針 | （運営規程の記載内容の要約を記載する） |
| 自己評価の実施状況 | |
| 第三者評価の実施状況 | |
| 職員への研修の実施状況 | |

3　事業所の職員体制

| 職種 | 常勤（人） | 非常勤（人） | 合計員数 | 資格等 |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | | | | |
| サービス管理責任者 | | | | |
| 世話人 | | | | |
| 生活支援員 | | | | |

4　職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 |
|---|---|
| 管理者 | |
| サービス管理責任者 | |
| 世話人 | |
| 生活支援員 | |

5　事業所の設備等の概要

①　居室

| 居室の種類 | 室数 | 居室面積 | 収納スペース | 備　考 |
|---|---|---|---|---|
| １人部屋 | ○室 | ○○㎡ | ○○㎡ | |

②　その他設備

| 設備の種類 | 備　考 |
|---|---|
| 食堂 | ダイニングテーブル、 |
| 居間 | テレビ、ソファ、 |
| 浴室 | |
| | |

6　主たる対象者

| |
|---|
| ○○障害者（身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者） |

7　サービスの内容

①　食事

| |
|---|
| （食事時間）　朝食　○○：○○～○○：○○<br>夕食　○○：○○～○○：○○ |

※昼食は、原則として各自でおとりいただきますが、お弁当等必要な場合はご用意いたします。

②　日中活動支援

日中、指定自立訓練（生活訓練）事業所、指定就労継続支援事業所等他のサービスを利用する場合、また職場に通勤する場合等に、サービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行い、利用者の活動を支援します。

③　健康管理の援助

| | |
|---|---|
| 日常的健康管理 | |
| 医療機関の受診 | |
| | |

④ 金銭管理の援助
小遣い帳への記帳など、利用者が自ら金銭管理を行うことができるよう支援します。

⑤ 訓練等給付費支給申請の援助
訓練等給付費の支給期間終了後も継続して支援を受けることができるよう、再度支給決定を受けるための申請を行う際に、必要な援助をします。

⑥ 行政手続きの代行
手続の代行を希望される場合は、職員にお申し出ください。
なお、手続に係る経費は別途お支払いただきます。

⑦ 余暇活動等支援

| | |
|---|---|
| 外出支援 | ・<br>・ |
| 趣味活動 | ・<br>・ |

⑧ 家族との交流

| | |
|---|---|
| 会報の発行 | ・当ホームの会報を年〇回発行し、ご家族にお送りしています。 |
| 行事等への参加 | ・当ホームが実施する行事等に、ぜひ一緒にご参加ください。 |

⑨ 地域との交流

| | |
|---|---|
| 地域住民との交流 | |
| ボランティア団体との交流 | |

利用料金の内容は**例示**です。各項目別に料金の内訳等を**記載**してください。
また、重要事項説明書に記載されている利用料金の内容と契約書別紙等に記載されている利用料金の内容が一致するようにしてください。なお、光熱水費、食材料費、日用品費に関して、定額での請求を行う際には、精算する期間を設定し、その設定した期間に基づいて精算してください。

8　利用料金
① 訓練等給付費支給対象サービスに係る利用者負担額
区市町村が定める利用者負担上限月額（サービスに要した総費用額の１割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。
（主な給付費）※項目は例示のため、事業所で算定する給付費の項目を記載すること

| 項　目 | 単位数 |
|---|---|
| 共同生活援助サービス費 | １日につき〇〇〇単位 |
| 福祉専門職員配置等加算 | １日につき〇〇〇単位 |
| 夜間支援等体制加算 | １日につき〇〇〇単位 |
| 日中支援加算 | １日につき〇〇〇単位 |
| 帰宅時支援加算 | １月につき〇〇〇単位 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算<br>（当事業所では職員の賃金等の処遇改善を図っています） | 基本単位＋加算単位の 1000 分の〇〇 |

なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、書面にて利用者にその都度通知します。

１単位の単価については、事業所に適用される単価（金額）を利用者に説明して下さい。

②　利用者自己負担によるサービスについて

| | |
|---|---|
| 家賃 | 月額　　円 |
| 光熱水費 | 月額　　円<br>※共用分、居室分を含みます。<br>※毎月定額をお支払いいただきますが、３ヶ月ごとに精算します。 |
| 食材料費 | 月額　　円<br>※朝食・夕食分です。<br>※毎月定額をお支払いいただきますが、３ヶ月ごとに精算します。<br>※利用者の希望により昼食を提供する場合は、別途実費をいただきます。 |
| 日用品費 | 月額　　円<br>※利用者の希望により個人別に購入する以下のものについては、日用品費としてご負担いただきます<br>・個人用化粧品等<br>※毎月定額をお支払いいただきますが、３ヶ月ごとに精算します。 |
| 行政手続代行費 | 交通費や郵券代、コピー代等は実費をいただきます。 |
| 記録等複写サービス | 複写１枚につき　　円 |

このほか、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、その実費について利用者の負担になります。

※なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、利用者に通知します。

９　支払方法

上記利用料金の支払いは、１か月ごとに計算し、翌月〇日までに請求しますので、〇日までにお支払いください。

支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

１０　入退居

⑴　入居

①共同生活援助について訓練等給付費支給決定を受けた方で、当ホームに入居を希望される方は、電話等でご連絡ください。当ホームのサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②入居が決定した場合は契約を締結します。契約の有効期間は訓練等給付費支給決定の期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③入居に際しては、適切なサービスを提供するために、心身の状況、病歴等を把握させていただきます。

⑵　契約の終了

①利用者が当事業者に対し、３０日間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご

家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者がサービス利用料金の支払いを〇か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、〇日以内にお支払いいただけない場合、または利用者が当ホームや当ホームの職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除し、退居していただくことがあります。この場合、契約を解除する日の３０日前までに文書で通知します。
④やむを得ない事情により当ホームを閉鎖または縮小する場合、契約を解除し、退居していただく場合があります。この場合、契約を解除する日の３０日前までに文書で通知します。

(3)　契約の自動終了
次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。
①利用者が他の共同生活援助事業所や他の障害福祉サービス施設等に入所した場合
②共同生活援助の訓練等給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
③利用者が亡くなった場合

１１　当ホームご利用に際し留意していただきたい事項

| | |
|---|---|
| 面会 | 面会は自由です。<br>ただし、入り口の面会簿にご記入ください。 |
| 外出・外泊 | 事前に職員の許可を取ってください。 |
| 飲酒 | マナーを守り、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願いします。 |
| 喫煙 | 喫煙コーナーでお願いします。喫煙コーナー以外は全館禁煙です。 |
| 居室等の利用 | ホーム内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。 |
| 宗教活動等 | 利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動等はご遠慮ください。 |
| 貴重品の管理 | 利用者の責任において管理していただきます。<br>自己管理のできない利用者につきましては、預り金管理サービスをご利用いただけます。 |

１２　緊急時の対応方法
利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡します。

【主治医】

| | |
|---|---|
| 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 主治医氏名 | |

【緊急連絡先】

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |

１３　協力医療機関

当ホームは下記の医療機関と協力し、利用者の病状の急変等に備えています。

| | |
|---|---|
| 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |

１４　バックアップ施設

当ホームは下記の施設をバックアップ施設とし、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等について連携し、支援の体制を確保しています。

| | |
|---|---|
| 施設名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 連携体制 | |

１５　非常災害時の対応

| | |
|---|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「防災計画」により対応します。 |
| 防火管理責任者 | |
| 避難訓練 | 利用者も参加の上、年〇回実施します。 |
| 防災設備 | ・火災報知機<br>・ガス漏れ報知器<br>・ |

１６　この契約に関する相談・苦情窓口

当ホームご利用相談・苦情窓口

※苦情受付担当者、苦情対応責任者、第三者委員等設置している場合は、それぞれを記載してください。

| | |
|---|---|
| 担当者 | |
| 電話番号 | |
| 受付時間 | |

なお、当ホームでは苦情対応について独自の取り組みを行っています。

| |
|---|
| |

当ホーム以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

| | |
|---|---|
| 担当部署 | |
| 電話番号 | |
| 受付時間 | |

※利用者の受給者証を発行している各区市町村の苦情対応機関（障害福祉課等）を記載してください。

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

| | |
|---|---|
| 担当部署 | 東京都社会福祉協議会　福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | ０３－５２８３－７０２０ |
| 受付時間 | 月～金曜日　９～１７時 |

１７　虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

| | |
|---|---|
| 虐待防止責任者名 | |
| 電話番号 | |
| 受付時間 | |

令和　　年　　月　　日

共同生活援助利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

（所在地）

（名称）　　印

（説明者）　　所属

氏名　　印

※利用者契約については、事業者（法人）と利用者との契約です。

上記説明日については、**事前に印刷等で記載をせず**、利用者又は利用者の家族等にサービス管理責任者等が実際に説明し、利用者又は利用者の家族等の了承を得た上で、利用者等に記載を求めてください。

私は本書面により、これから入居する共同生活援助の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

（住所）

（氏名）　　印

（代理人または立会人等）

（住所）

（氏名）　　印

（続柄）

※利用者に代わって代筆の場合は、代筆者の氏名、利用者との続柄を記載してください。また、やむを得ず事業所の職員が記載する場合は、その理由を記してください。

【　作成の注意点　】

※ 外部サービス利用型共同生活援助事業所の場合は、
以下の項目を追加してください。

● 受託居宅介護事業者及び受託居宅介護事業所

| | |
|---|---|
| 受託居宅介護事業者名称 | |
| 受託居宅介護事業者所在地 | |
| 受託居宅介護事業所名称 | |
| 受託居宅介護事業所所在地 | |

※ 外部サービス利用型事業所において、受託居宅介護事業者と委託契約を結んでいる場合は記載する

● 外部サービス利用型指定共同生活援助事業者と受託居宅介護サービス事業者の業務の分担

| | |
|---|---|
| 外部サービス利用型指定共同生活援助事業者 | 相談その他日常生活上の援助を行う。（身体介護に係る支援を除く） |
| 受託居宅介護事業者 | 共同生活住居内において、入浴、排せつ及び食事等の介護など身体介護に係る支援を行う。（相談その他日常生活上の援助を除く） |

※ その他、利用者に説明すべき重要事項がある場合は、その旨記載してください。

# 短期入所モデル重要事項説明書

（　　年　　月　　日現在）

※この重要事項説明書は、短期入所事業所用の様式例です。
　重要事項説明書の説明が運営規程の内容と異なることがないようにしてください。

１　事業者の概要

| | |
|---|---|
| 名称 | （法人格及び法人の名称を記載する） |
| 法人種別 | （法人格を記載する） |
| 法人所在地 | （法人登記簿記載の所在地） |
| 電話番号 | （電話･ﾌｧｯｸｽ番号を記載する） |
| 代表者氏名 | （役職名及び代表者氏名を記載する） |
| 法人の沿革・特色 | |
| 法人が所有する<br>営業所の種類・数 | ○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定）<br>○○○○事業　　号（平成○○年○○月○○日指定） |

２　事業所の概要　※運営規程に規定されている内容を記載します。

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | （指定事業所名称を記載する） |
| 事業所の所在地 | （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） |
| 事業所の電話番号 | （電話･ﾌｧｯｸｽ番号を記載する） |
| 事業所番号 | 短期入所　１３○○○○○○○○　（　　年　　月　　日指定） |
| 事業所が行っている他障害福祉ｻｰﾋﾞｽ | 居宅介護　１３○○○○○○○○　（　　年　　月　　日指定）<br>（→指定を受けているサービスを全て記載） |
| サービス提供地域 | （→運営規程記載の通常の事業の実施地域を記載する） |
| 事業の目的及び運営方針 | （運営規程の記載内容の要約を記載する） |
| 自己評価の実施状況 | |
| 第三者評価の実施状況 | |
| 職員への研修の実施状況 | |

３　事業所の職員体制　　（令和○○年○月現在）

| 職種 | 常勤(人) | 非常勤(人) | 合計員数 | 資格等 |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | | | | |
| 生活支援員 | | | | |
| 看護師 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| | | | | |

4　主たる対象者

| |
|---|
| ○○障害者（身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者・障害児） |

5　サービスの内容

①食事の提供

| | |
|---|---|
| 朝食 | ○○：○○～○○：○○ |
| 昼食 | ○○：○○～○○：○○ |
| 夕食 | ○○：○○～○○：○○ |

②入浴

| | |
|---|---|
| 入浴 | 入浴の介助や清拭（体を拭く等）、洗髪などを行います。 |

③排せつの介助

| | |
|---|---|
| 排せつ介助 | 排せつの介助、おむつ交換を行います。 |

④その他のサービス

| | |
|---|---|
| | |
| | |

6　事業所の設備

| 設備の種類 | 備　考 |
|---|---|
| 居室１ | ○人部屋　（○○㎡） |
| 居室２ | ○人部屋　（○○㎡） |
| 居室３ | ○人部屋　（○○㎡） |
| 居室４ | ○人部屋　（○○㎡） |
| 食堂 | ダイニングテーブル、 |
| リビング | テレビ、ソファ、 |
| トイレ | 各階○ヶ所 |
| 浴室 | １階機械浴○台、２階普通浴槽○台 |
| 洗面所 | 各階○ヶ所 |

7　利用料金

⑴　介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

サービスに係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額（サービスに要した総費用額の１割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。また、サービスに要した総費用額から利用者負担額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。

なお、「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」第３１条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

サービス提供に要した総費用額は、「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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第５２３号）」別表基本サービス単位数表により算定する単位数（下記表）に「厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成１８年厚生労働省告示第５３９号）」を乗じて得た額となります。

| |
|---|
| 月合計給付単位数（①基本サービス単位数＋②加算単位数）×１単位の単価＝サービスに要した総費用 |

事業者は、区市町村から法定代理受領により、短期入所に係る介護給付費の支給を受けた場合は、利用者に対し、利用者に係る介護給付費の額をお知らせいたします。

法定代理受領を行わない短期入所に係る費用の支払いを受けた場合は、サービス証明書を利用者に交付します。

※サービスに要した費用と利用者負担額の目安は、下記表のとおりです。

① 基本サービス単位数表（1 日当たり）

・下記表の利用料（サービスに要した費用）は、本事業所の所在地（１級地；特別区）の１単位単価（11.20 円）で算定しています。また、利用者負担額は利用料の１割相当額を記載しています。（１円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定しています。）

| サービス費 | 単位数 | 利用料 | 利用者負担額 |
|---|---|---|---|
| 福祉型短期入所サービス費Ⅰ | | | |
| 福祉型短期入所サービス費Ⅱ | | | |
| 福祉型短期入所サービス費Ⅲ | | | |
| 福祉型短期入所サービス費Ⅳ | | | |

※サービスに要する費用、厚生労働大臣が定める額とのみ記載している事業所が多くありますが、利用料金については、基本単位数、加算について等を詳細に説明してください。（上記は例示です。）

② 加算単位数

下記に該当する場合は、①の基本単位数に加算を算定します。

（主な給付費）※項目は例示のため、事業所で算定する給付費の項目を記載すること

| 加算 | 単位数 | 要件 |
|---|---|---|
| 短期利用加算 | ○○○／日 | 利用開始から３０日以内の期間について加算 |
| 単独型加算 | ○○○／日 | 単独型事業所において指定短期入所を行った場合に加算 |
| | ○○○／日 | 福祉型サービス費Ⅱ又はⅣの算定対象になる利用者に対して、１８時間を超えて支援を行った場合に加算。（就寝時間含む・入所日退所日除く） |
| 栄養士配置加算 | ○○○／日 | 常勤の管理栄養士又は栄養士を１名以上配置し利用者の食事管理を適切に行っている場合に加算 |
| | ○○○／日 | 非常勤の管理栄養士又は栄養士を１名以上配置し利用者の食事管理を適切に行っている場合に加算 |
| 利用者負担上限額管理加算 | ○○○／月 | 事業所が利用者負担額合計額の管理を行った場合に加算 |
| 食事提供体制加算 | ○○○／日 | 低所得者等に対して事業所に従事している調理員又は調理業務を第三者に委託する等事業所の責任において食事提供のための体制を整えているものとして、食事を提供した場合に加算 |
| 送迎加算 | ○○○／片道 | 利用者に対して、居宅等と短期入所事業所との間の送迎を行った場合に加算 |
| 常勤看護職員等配置加算 | ○○○／日 | 看護職員が常勤換算で１名以上配置されている場合に加算。 |
| 医療的ケア対応支援加算 | ○○○／日 | 医療的ケアを必要とする利用者を 1 名以上受け入れる場合に加算 |

| | | |
|---|---|---|
| 重度障害児・障害者対応支援加算 | ○○○／日 | 重度な障害児者を利用者全体の５０％以上受け入れる場合に加算 |
| 重度障害者支援加算 | ○○○／日 | 重度障害者等包括支援の対象者に相当する心身の状態にある者に対して短期入所を行った場合に加算 |
| | ○○○／日 | 強度行動障害支援者養成研修を修了した支援員が、重度障害者等包括支援の対象者に相当する心身の状態にある者に対して短期入所を行った場合に加算 |
| 緊急短期入所受入加算 | ○○○／日 | 居宅においてその介護を行う者の急病等の理由により、短期入所を緊急に行った場合に、利用を開始した日について加算 |
| 定員超過特例加算 | ○○○／日 | 介護者の急病等の緊急時において、定員を超えて受け入れた場合に加算（１０日間を限度） |
| 特別重度支援加算 | ○○○／日 | 超重症児・者又は準超重症児・者に対する計画的な医学的管理や療養上必要な措置を行った場合に加算 |
| | ○○○／日 | 超重症児・者又は準超重症児・者以外の医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医学的管理や療養上必要な措置を行った場合に加算 |
| 医療連携体制加算 | ○○○／日 | 医療機関等との連携により看護職員を訪問させ利用者１名に対して看護を行った場合に加算（４時間以下） |
| | ○○○／日 | 医療機関等との連携により看護職員を訪問させ利用者２～８名に対して看護を行った場合に加算（４時間以下） |
| | ○○○／日 | 医療機関等との連携により看護職員を訪問させ指定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行った場合に加算 |
| | ○○○／日 | 喀痰吸引等が必要な者に対して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 |
| | ○○○／日 | 日常的な健康管理や医療ニーズへの適切な対応がとれる体制を整備している場合に加算 |
| | ○○○／日 | 医療機関等との連携により看護職員を訪問させ利用者１名に対して看護を行った場合に加算（４時間超） |
| | ○○○／日 | 医療機関等との連携により看護職員を訪問させ利用者２～８名に対して看護を行った場合に加算（４時間超） |
| 福祉・介護職員処遇改善加算、処遇改善特別加算 | 基本単位＋加算単位の 1000 分の○○ | 当該事業所では、職員の処遇（賃金等）改善を図っています |

⑵キャンセル料

利用者の都合により急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

・ご利用の前日までにご連絡いただいた場合　　→無料

・ご利用の当日までにご連絡いただかなかった場合　→○○円

（食材料費相当分）

(3)その他

| 徴収する費用 | | 費用 |
|---|---|---|
| 食費 | 朝食 | ○○○円（うち食材費○○円、人件費○○円） |
| | 昼食 | ○○○円（うち食材費○○円、人件費○○円） |
| | 夕食 | ○○○円（うち食材費○○円、人件費○○円） |
| ※低所得者等の食事提供体制加算該当者については食材費のみ徴収とする。 | | |
| 光熱水費 | | ○○○円 |
| 日用品費 | | 実費 |
| ○○費 | | 実費 |
| その他 | | ○○円 |
| | | |

※送迎加算以外の送迎費（燃料費相当分のみ）又は行政手続代行費、その他利用者から徴収する場合は、その費用について説明してください。
**利用者負担額以外に徴収する費用**について説明してください。

(4)支払方法

上記利用料金の支払いは、１か月ごとに計算し、翌月○日までに請求しますので、○日までにお支払いください。

支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

８　サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

①短期入所について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②サービス利用が決定した場合は契約を締結し、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③短期入所の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2)　サービスの終了

①利用者が当事業者に対し○日間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者がサービス利用料金の支払いを○か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、○日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。

④当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の３０日前までに文書で通知します。

(3)　契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

①利用者が施設に入所した場合

②短期入所の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）

③利用者が亡くなった場合

９　当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

| | |
|---|---|
| | |
| | |

１０　緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

| | |
|---|---|
| 医療機関名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 主治医氏名 | |

【ご家族等緊急連絡先】

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |

１１　この契約に関する相談・苦情窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

※苦情受付担当者、苦情対応責任者、第三者委員等設置している場合は、それぞれを記載してください。

| | |
|---|---|
| 担当者 | |
| 電話番号 | |
| 受付時間 | |

なお、当事業所では苦情対応について独自の取り組みを行っています。

| |
|---|
| |

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

| | |
|---|---|
| 担当部署 | |
| 電話番号 | |
| 受付時間 | |

※利用者の受給者証を発行している各区市町村の苦情対応機関（障害福祉課等）を記載してください。

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

| | |
|---|---|
| 担当部署 | 東京都社会福祉協議会　福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | ０３－５２８３－７０２０ |
| 受付時間 | 月～金　９～１７時 |

１２　虐待防止窓口

当事業所ご利用相談・窓口

| | |
|---|---|
| 虐待防止責任者 | |
| 電話番号 | |
| 受付時間 | |

令和　　年　　月　　日

短期入所利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

（所在地）

（名称）　　印

（説明者）　所属

氏名　　印

※利用者契約については、事業者（法人）と利用者との契約です。

上記説明日については、**事前に印刷等で記載をせず、**利用者又は利用者の家族等にサービス管理責任者等が実際に説明し、利用者又は利用者の家族等の了承を得た上で、利用者等に記載を求めてください。

私は本書面により、これからサービスを受ける短期入所の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

（住所）

（氏名）　　印

（代理人または立会人等）

（住所）

（氏名）　　印

（続柄）

※利用者に代わって代筆の場合は、代筆者の氏名、利用者との続柄を記載してください。また、やむを得ず事業所の職員が記載する場合は、その理由を記してください。

# 共同生活援助　モデル契約書

※この契約書は、共同生活援助用の**様式例**です。本契約書はあくまでモデルです。記載内容は事業所の現状に合わせてください。
※モデル契約書は、「契約書」と「契約書別紙」から構成しています。「契約書別紙」は、変動要素の大きい事項を盛り込み、契約変更に対応しやすくするために別紙にしています。
　契約内容を変更する場合は、契約書別紙の内容を更新した上で、新たに「契約書別紙」を取り交わしてください。

〇〇〇〇（以下、「利用者」といいます。）と□□□□（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う共同生活援助について、次のとおり契約します。

第１条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、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、障害者総合支援法）の趣旨にしたがって、共同生活援助を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第２条（契約期間）

１　この契約の契約期間は、令和〇〇年〇〇月〇〇日から利用者の訓練等給付費支給期間満了日までとします。

２　契約満了日の〇日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、かつ利用者の訓練等給付費支給期間終了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとします。

第３条（共同生活援助の内容）

１　事業者は、利用者に対し食事の提供、利用者に対する相談、その他の日常生活上の援助、その他障害者総合支援法令に定める必要な援助及び介護を提供します。

２　利用者が利用できるサービスの種類は、「契約書別紙」のとおりです。事業者は「契約書別紙」に定めた内容について、利用者及びその家族に説明します。

第４条（個別支援計画の作成）

１　事業者は、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、利用者の個別支援計画を作成します。

２　事業者は、個別支援計画について、少なくとも６ヶ月に１回以上、利用者との面接により実施状況を把握し、必要に応じて個別支援計画の変更を行います。

３　第１項および第２項の個別支援計画については、その内容について利用者に説明し、文書により利用者の同意を得ます。また当該計画について、利用者に書面で交付します。

第５条（訓練等給付費支給申請に係る援助）

事業者は、利用者が訓練等給付費支給期間終了に伴う訓練等給付費支給申請

を円滑に行えるよう、利用者を援助します。

第６条（サービス提供の記録）

１　事業者は、共同生活援助のサービス提供に関する諸記録を作成し、契約終了後５年間保存します。

２　利用者は、〇時～〇時に、その事業所において、当該利用者に関する１項の諸記録を閲覧できます。

３　利用者は、当該利用者に関する１項の諸記録の複写物の交付を受けることができます。

第７条（利用料金）

１　利用者は、サービスの対価として「契約書別紙」に定める料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

２　事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細書を付して、翌月〇日までに利用者に通知します。

３　利用者は、当月の料金の合計額を翌月〇日までに（〇〇の方法で）支払います。

４　事業者は、利用者から料金の支払を受けたときは、利用者に領収証を発行します。

第８条（相談・苦情対応）

１　事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、この契約に関する利用者の要望、苦情等に対し、利用者の立場に立って、誠実かつ迅速に対応し、改善に努めます。なお、苦情の申立てによって、利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません。

２　次の事由に該当する場合は、利用者は事業者に対し、改善及び改善結果の報告を求めることができます。

①　事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

②　事業者が守秘義務に反した場合

③　事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

第９条（契約の終了）

１　利用者は、事業者に対して（３０日間の予告期間をおいて）文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

２　前項の規定にかかわらず、第８条第２項に規定する事由に該当した場合及び事業者が破産した場合は、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

３　次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して、３０日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

①　利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく〇ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、〇日以内に支払われない場合

② 利用者が、事業者やサービス従業者または他の入居者に対して、この契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合

③ やむを得ない事情により事業所を廃止または縮小する場合

４ 利用者の共同生活援助についての訓練等給付費の支給決定が取り消された場合、もしくは訓練等給付費支給期間終了に伴い訓練等給付費支給申請を行った結果、不支給となった場合、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。

５ 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

① 利用者が他の共同生活援助事業所もしくは他の障害福祉サービス施設等に入所した場合

② 利用者が死亡した場合

第１０条（退居時の援助）

１ 事業者は、契約が終了し、利用者が退居する際には、利用者の希望を踏まえた上で、利用者が退居後に置かれることとなる生活環境や援助の継続性に配慮し、円滑な退居のために必要な援助を行います。

２ 事業者は、サービスの提供を終了する際には、その旨を支給決定を行った区市町村へ連絡します。

第１１条（身体拘束の禁止）

事業者は、サービス提供に当たり、自傷他害の恐れが急迫で、他にとりうる手段がない場合を除き、身体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１２条（虐待防止のための措置）

事業者は、利用者に身体的、精神的苦痛等の虐待を防止するため、責任者を設置し、従業者に虐待防止啓発のための定期的な研修を実施します。

第１３条（秘密保持）

１ 事業者及びその従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業者及び第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

２ 前項の規定にかかわらず、サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による審査のために、事業者が利用者の個人情報を用いることに、利用者は同意します。

３ 事業者は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、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に説明し、同意を得ます。

※利用者だけではなく、家族の情報を第三者に提供する場合は家族からも事前に同意を得なければなりません。

第１４条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第１５条（緊急時の対処）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、医師に連絡を取る等必要な処置を行うとともに、あらかじめ届け出られた連絡先に、可能な限り速やかに連絡します。

第１６条（本契約に定めのない事項）

１　利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

２　この契約に定めのない事項については、障害者総合支援法その他諸法令の定めるところに従い、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第１７条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

以上の契約を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名捺印のうえ、１通ずつ保有するものとします。

契約締結日　　年　　月　　日

※契約締結日については、事前に印刷等で記載をせず、契約締結の段階で利用者等に記載を求めてください。

契約者氏名

事業者

（事業者名）

（住所）

（代表者名）　　印

利用者

（住所）

（氏名）　　印

※家族等が利用者に代わって代筆する場合は、代筆者の氏名、続柄、代筆であること（理由）を記載してください。

代理人又は立会人等

（住所）

（氏名）　　印

（続柄）

# 契約書別紙

この契約書別紙は、本契約の条項に基づき、利用者個別の事項を定めます。

１　提供するサービスの内容

⑴　居室・・・個室となります。

浴室、食堂、トイレ

⑵　食事

朝食と夕食は、ホームで提供します。

昼食は、原則として各自でおとりいただきますが、お弁当等が必要な場合はご用意します。

⑶　日中活動支援

日中活動等他のサービスを利用する場合、また職場に通勤する場合等に、サービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行い、利用者の活動を支援します。

⑷　健康管理の援助

協力医療機関として〇〇病院と協定を結んでおり、日常の健康管理を行います。

⑸　金銭管理の援助

利用者の小遣い帳への記帳等について支援します。

⑹　訓練等給付費支給申請の援助

訓練等給付費の支給期間終了に伴う訓練等給付費支給申請について、援助を行います。

⑺　行政手続の代行

証明書の交付申請等の手続きについて、代行を行っています。ご希望の際は職員にお申し出ください。ただし、手続に係る経費は、別途料金をお支払いいただきます。

⑻　その他

余暇活動支援等を行います。

２　料金

障害福祉サービス利用者負担額

| | 共同生活援助サービス費Ⅰ | 共同生活援助サービス費Ⅱ | 共同生活援助サービス費Ⅲ | 共同生活援助サービス費Ⅳ |
|---|---|---|---|---|
| 区分６ | ６６６ | ６１５ | ５８２ | ６９６ |
| 区分５ | ５５１ | ４９９ | ４６６ | ５８１ |
| 区分４ | ４７０ | ４２０ | ３８６ | ５００ |
| 区分３ | ３８４ | ３３３ | ３００ | ４１４ |
| 区分２ | ２９４ | ２４４ | ２１０ | ３２４ |
| 区分１以下 | ２４４ | １９９ | １７１ | ２７４ |

※　単位　×　地域区分単価　〇〇　の１割

| | |
|---|---|
| | ただし各区市町村長が定めた利用者負担上限月額を上限とする。 |
| 家賃 | 月額　　円 |
| 光熱水費 | 月額　　円<br>（共用分、居室分含む。３ヶ月ごとに精算） |
| 食材料費 | 月額　　円<br>（朝食・夕食分。３ヶ月ごとに精算） |
| 日用品費 | 月額　　円<br>（３ヶ月ごとに精算） |
| 行政手続代行費 | 手続に係る交通費や郵券代等は実費をいただきます。 |

このほか、利用者の希望により提供する昼食代、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、実費をいただきます。

＜注意＞
・利用者負担に関する基準内で利用者に負担を求めるものはすべて記載する。
・光熱水費、食材料費、日用品費については、実費相当であるため、精算することを記載する。なお、精算後の追給及び返還方法に関して、事前に利用者に説明し、了解を得てください。

※確認日については、事前に印刷等で記載をせず、利用者又は利用者の家族等にサービス提供責任者等が実際に説明し、利用者又は利用者の家族等の了承を得た上で、利用者等に記載を求めてください。

事業者
（事業者名）
（住所）
（代表者名）　　印

上記内容の説明を受け、了承しました。　　年　　月　　日

利用者
（住所）
（氏名）　　印

※代筆の場合は、代筆者の氏名、続柄、等、代筆であること（理由）を記載してください。

（代理人または立会人等）
（住所）
（氏名）　　印
（続柄）

【　作成の注意点　】

● グループホームの種別により、文言を以下のように修正してください

介護サービス包括型共同生活援助事業所の場合

　共同生活援助　→　共同生活援助（介護サービス包括型）

日中サービス支援型共同生活援助事業所の場合

　共同生活援助　→　日中サービス支援型共同生活援助

外部サービス利用型共同生活援助事業所の場合

　共同生活援助　→　外部サービス利用型共同生活援助

# 短期入所モデル契約書

※この契約書は、短期入所用の**様式例**です。本契約書はあくまでモデルです。記載内容は事業所の現状に合わせてください。
※モデル契約書は、「契約書」と「契約書別紙」から構成しています。「契約書別紙」は、変動要素の大きい事項を盛り込み、契約変更に対応しやすくするために別紙にしています。
　契約内容を変更する場合は、契約書別紙の内容を更新した上で、新たに「契約書別紙」を取り交わしてください。

〇〇〇〇（以下、「利用者」といいます。）と□□□□□□（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う短期入所について、次のとおり契約します。

第１条（契約の目的）
　事業者は、利用者に対し、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、障害者総合支援法といいます。）の趣旨にしたがって、短期入所を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第２条（契約期間）
１　この契約の契約期間は、令和〇〇年〇〇月〇〇日から利用者の介護給付費支給期間満了日までとします。
２　契約満了日の〇日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、かつ利用者の介護給付費支給期間終了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとします。

第３条（短期入所サービスの内容）
１　事業者は、利用者に対し入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を提供します。
２　利用者が利用できるサービスの種類は、「契約書別紙」のとおりです。事業者は「契約書別紙」に定めた内容について、利用者及びその家族に説明します。
３　サービス提供は、事業所の生活支援員等の従事者が当たります。
４　サービスの提供に当たっては利用者の心身の状況に応じ自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術を持って行います。
５　利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、サービスを提供します。

第４条（介護給付費支給申請に係る援助）
　事業者は、利用者が介護給付費支給期間終了に伴う介護給付費支給申請を円滑に行えるよう、利用者を援助します。

第５条（サービス提供の記録）

１　事業者は、短期入所の提供に関する諸記録を作成し、契約終了後５年間保存します。

２　事業者は、毎回のサービス終了時に、利用者から書面によりサービス提供の確認を受けます。

３　利用者は、〇時～〇時にその事業所において、当該利用者に関する１項の諸記録を閲覧できます。

４　利用者は、当該利用者に関する１項の諸記録の複写物の交付を受けることができます。

第６条（利用料金）

１　利用者は、サービスの対価として「契約書別紙」に定める料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

２　事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細書を付して、翌月〇日までに利用者に通知します。

３　利用者は、当月の料金の合計額を翌月〇日までに（〇〇の方法で）支払います。

４　事業者は、利用者から料金の支払を受けたときは、利用者に領収証を発行します。

第７条（サービス利用のキャンセル）

１　利用者は、事業者に対して、サービス提供の〇日前までに通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

２　利用者がサービス実施の〇日前までに通知することなく、サービス利用を中止する場合は、事業者は、利用者に対して「契約書別紙」に定める計算方法により料金を請求することができます。

第８条（相談・苦情対応）

１　事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、この契約に関する利用者の要望、苦情等に対し、利用者の立場に立って、誠実かつ迅速に対応し、改善に努めます。なお、苦情の申立てによって、利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません。

２　次の事由に該当する場合は、利用者は事業者に対し、改善及び改善結果の報告を求めることができます。

①　事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

②　事業者が守秘義務に反した場合

③　事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

第９条（契約の終了）

１　利用者は、事業者に対して、〇日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

２　前項の規定にかかわらず、第８条第２項に規定する事由に該当した場合及び事業者が破産した場合は、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

３　事業者は、事業所の廃止・縮小等、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、３０日間の予告期間をおいて、理由を示した文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

４　事業者は、次の事由に該当した場合は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

①　利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく〇ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、〇日以内に支払われない場合

②　利用者またはその家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合

５　利用者の短期入所についての介護給付費の支給決定が取り消された場合、もしくは介護給付費支給期間終了に伴い介護給付費支給申請を行った結果、不支給となった場合、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。ただし、利用者の転居に伴い支給決定が取り消された後に、引き続き転入先の区市町村で支給決定された場合は、必要に応じて契約変更で対応することができることとします。

６　次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

①　利用者が施設に入所した場合

②　短期入所の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）

③　利用者が亡くなった場合

第１０条（退所時の援助）

事業者は、契約が終了し、利用者が退所する際には、利用者の希望をふまえた上で、利用者が退所後におかれることとなる生活環境や援助の継続性に配慮し、円滑な対処のために必要な援助を行います。

第１１条（身体拘束の禁止）

事業者は、サービス提供に当たり、自傷他害の恐れが急迫で、他にとりうる手段がない場合を除き、身体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１２条（虐待防止のための措置）

事業者は、利用者に身体的、精神的苦痛等の虐待を防止するため、責任者を設置し、従業者に虐待防止啓発のための定期的な研修を実施します。

第１３条（秘密保持）

１　事業者及びその従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業者及び第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

２　前項の規定にかかわらず、サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による審査のために、事業者が利用者の個人情報を用いることに、利用者は同意します。

３　事業者は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、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に説明し、同意を得ます。

※利用者だけではなく、家族の情報を第三者に提供する場合は家族からも事前に同意を得なければなりません。

第１４条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第１５条（緊急時の対処）

事業者は、現に短期入所の提供を行っているとき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、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

第１６条（連携）

１　事業者は、短期入所の提供に当たっては、他の指定短期入所事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

２　事業者は、短期入所の提供終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第１７条（本契約に定めのない事項）

１　利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

２　この契約に定めのない事項については障害者総合支援法令その他諸法令の定めるところに従い、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第１８条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

以上の契約を証するため、本書２通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ、１通ずつ保有するものとします。

契約締結日　　年　　月　　日

※契約締結日については、事前に印刷等で記載をせず、契約締結の段階で利用者等に記載を求めてください。

契約者氏名
事業者
（事業者名）
（住所）
（代表者名）　　印

利用者
（住所）
（氏名）　　印

※家族等が利用者に代わって代筆する場合は、代筆者の氏名、続柄、代筆等であることを記載してください。

（代理人または立会人等）
（住所）
（氏名）　　印
（続柄）

未成年者が契約する場合は、原則として法定代理人（通常は親権者）の同意が必要です。（民法第４条）※未成年者が結婚している場合等の例外を除く。
また、主たるサービスの対象者が児童の場合、契約の相手方は保護者になります。

# 契約書別紙

この契約書別紙は、本契約の条項に基づき、利用者個別の事項を定めます。

１　提供するサービスの内容

介護給付費対象サービスとしまして、利用者に対し、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を提供します。

⑴　居室　　・・・個室となります。
　浴室、食堂、トイレ・・・共用となります。

⑵　食事
　朝食…〇〇時～
　昼食…〇〇時～
　夕食…〇〇時～
　事業所で提供いたします。不要な場合はお知らせください。
　食事介助を行います。

⑶　入浴
　入浴介助を行います。
　利用者様の体調等状況によっては、清拭とさせていただく場合もあります。

⑷　行政手続の代行
　証明書の交付申請等の手続きについて、代行を行っています。ご希望の際は職員にお申し出ください。ただし、手続に係る経費は、別途料金をお支払いいただきます。

⑸　その他
　余暇活動支援等を行います。

２　利用料金

⑴　介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額
　サービスに係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額（サービスに要した総費用額（別添表１）の１割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。
　なお、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第３１条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

<u>あなたの月額負担上限額は、区市町村が定めた月額〇〇〇〇〇円です。</u>

　但し、他の事業者からも指定障害福祉サービスの提供を受け、利用者負担額の合計が月額負担上限額を超過する場合は、利用者が依頼した利用者負担上限管理事業者が算定し、当該事業者に利用者負担額をお支払いただきます。

＜別添表１＞

<table>
<tr><td>障害福祉サービス利用者負担額</td><td>
<table>
<tr><td></td><td>福祉型短期入所サービス費Ⅰ</td><td>福祉型短期入所サービス費Ⅱ</td><td>福祉型短期入所サービス費Ⅲ</td><td>福祉型短期入所サービス費Ⅳ</td></tr>
<tr><td>区分６</td><td>９０２</td><td>５８８</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>区分５</td><td>７６６</td><td>５１５</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>区分４</td><td>６３３</td><td>３１０</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>区分３</td><td>５６９</td><td>２３４</td><td>７６６</td><td>５１５</td></tr>
<tr><td>区分２</td><td>４９７</td><td>１６８</td><td>６０１</td><td>２７２</td></tr>
<tr><td>区分１</td><td>４９７</td><td>１６８</td><td>４９７</td><td>１６８</td></tr>
</table>
※／単位　×地域区分単価　〇〇　の１割<br>ただし各区市町村長が定めた利用者負担上限月額を上限とする。
</td></tr>
<tr><td>短期利用加算</td><td>〇〇〇単位／日</td></tr>
<tr><td>単独型加算</td><td>〇〇〇単位／日<br>〇〇〇単位／日　（サービス費Ⅱ･Ⅳで日中の長時間の場合の加算）</td></tr>
<tr><td>栄養士配置加算</td><td>〇〇単位／日</td></tr>
<tr><td>利用者負担上限額管理加算</td><td>〇〇〇単位／月</td></tr>
<tr><td>食事提供体制加算</td><td>〇〇単位／日</td></tr>
<tr><td>送迎加算</td><td>〇〇〇単位／片道</td></tr>
<tr><td>緊急短期入所受入加算</td><td>〇〇〇単位／日（入所した日から７日（やむを得ない事情がある場合は１４日））</td></tr>
<tr><td>常勤看護職員等配置加算</td><td>〇〇〇単位／日</td></tr>
<tr><td>医療的ケア対応支援加算</td><td>〇〇〇単位／日</td></tr>
<tr><td>重度障害児・障害者対応支援加算</td><td>〇〇〇単位／日</td></tr>
<tr><td>重度障害者支援加算</td><td>〇〇単位／日<br>〇〇単位／日（強度行動障害利用者への研修修了者支援）</td></tr>
<tr><td>医療連携体制加算</td><td>〇〇〇単位／日（１人の利用者）（４時間以下）<br>〇〇〇単位／日（２～８人の利用者）（４時間以下）<br>〇〇〇単位／日（喀痰吸引指導）<br>〇〇〇単位／日（喀痰吸引実施）<br>〇〇〇単位／日（日常的な健康管理等体制整備）<br>〇〇〇〇単位／日（１人の利用者）（４時間超）<br>〇〇〇単位／日（２～８人の利用者）（４時間超）</td></tr>
</table>

⑵　その他サービスに係る費用について

①食費

②光熱水費

③その他

介護給付費対象外サービスに係る利用者負担額は、別添表２となります。

＜別添表２＞

| | |
|---|---|
| 光熱水費 | １日　〇〇　　円 |
| 食事に係る費用 | 朝食　〇〇　　円（うち食材料費〇円・人件費〇円）<br>昼食　〇〇　　円（うち食材料費〇円・人件費〇円）<br>夕食　〇〇　　円（うち食材料費〇円・人件費〇円）<br>（食事提供体制加算算定者については食材料費のみ）<br>その他、外食に関しては実費をいただきます。<br>特別食等については別となります。 |
| 日用品費 | 実費 |
| 日常生活費 | 実費 |
| 行政手続代行費 | 手続に係る交通費や郵券代等は実費をいただきます。 |
| 送迎費 | ＜片道＞<br>５km　〇〇〇　円<br>１０km　〇〇〇　円　　（燃料費相当分）<br>それ以上１km当たり　〇〇〇　円<br><br>送迎加算で送迎できない部分に関しては、上記の料金で送迎いたします。このほか、有料道路等料金や駐車場等は実費をいただきます。 |

３　キャンセル規定

利用者の都合により急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

・ご利用の前日までにご連絡いただいた場合　　→無料

・ご利用の当日までにご連絡いただかなかった場合　→〇〇円

（食材料費相当分）

＜注意＞

・その他、利用者に負担を求めるものはすべて記載する。

・光熱水費、食材料費、送迎燃料費、等については、変動が見込まれるため、半年～1 年での実績からの変更を考えることが望ましい。

事業者
（事業者名）
（住所）
（代表者名）　　印

上記内容の説明を受け、了承しました。

年　　月　　日

※確認日については、事前に印刷等で記載をせず、利用者又は利用者の家族等にサービス提供責任者等が実際に説明し、利用者又は利用者の家族等の了承を得た上で、利用者等に記載を求めてください。

利用者
（住所）
（氏名）　　印

※代筆の場合は、代筆者の氏名、利用者との続柄、代筆であること（理由）を記載してください。

（代理人または立会人等）
（住所）
（氏名）　　印
（続柄）

＜注意＞
・契約は法人（事業者）と利用者との契約となるので注意すること。

様式例

# 共同生活援助　個別支援計画

作成日：令和〇年〇月〇日

| 事業所名 | | ユニット名 | |
|---|---|---|---|
| 利用者氏名 | | 作成者氏名 | |

作成者はサービス管理責任者です。

| | |
|---|---|
| 本人（家族）の生活に関する意向 | |
| 総合的な支援の方針 | |

| | 課題 | 支援目標 | 支援内容 | 達成時期 | 前回の目標達成状況 |
|---|---|---|---|---|---|
| 日常生活 | | | | | |
| 社会生活 | | | | | |
| 健康管理 | | | | | |
| 日中活動・就労 | | | | | |
| その他 | | | | | |

個別支援計画の内容を了承し、交付を受けました。　　利用者確認

令和　　年　　月　　日　　代理（立会）人
（続柄）

・代筆の場合は、代筆者の氏名及び利用者との続柄を記載してください。

※作成要領（下記内容等を参考に、課題、支援目標、支援内容等を具体的に記載）

| | |
|---|---|
| 日常生活 | 起床、洗顔、着衣、食事、歯磨き、排泄、入浴、掃除、洗濯、整理整頓、身だしなみ　など |
| 社会生活 | 意思表現、コミュニケーション、外出時の行動、対人関係、買い物、金銭管理、交通機関の利用　など |
| 健康管理 | 健康管理、通院、薬の理解、服薬、運動・体力づくり　など |
| 日中活動・就労 | 通所状況、技術習得、集団活動、出勤状況、就労意欲、就労態度、作業能力、職場の人間関係　など |
| その他 | 余暇の過ごし方、趣味、娯楽　など |
| 夜間支援 | 夜間支援等体制加算（Ⅰ）を算定する場合は、夜間支援の内容を記載する必要があります |
| 〇〇支援 | （長期）帰宅時支援加算、（長期）入院時支援特別加算、日中支援加算、地域生活移行個別支援特別加算を算定する場合も、当該支援の内容を記載する必要があります |

※個別支援計画の作成にあたっては、各支援項目等における各利用者の現状把握のためのアセスメントシートの作成や利用者・家族からの支援に対する要望の確認等も必要となります。

※**本様式はあくまでも一例です。**各事業者において利用者支援を行ううえで効果的に活用できる様式としてください。

様式例

令和　　年　　月　　日

※通知日は受領日以降となるようにしてください。

様

利用者、保護者等氏名

障害福祉サービス事業者
代表者名

# 訓練等給付費の受領のお知らせ
（法定代理受領のお知らせ）

　　様に提供した下記のサービスに要した費用について、　　区市から下記のとおり利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

　このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは　　区市にお問い合わせ下さい。

記

| | | |
|---|---|---|
| サービス提供年月 | | 令和　　年　　月<br>※又は、令和　年　月　日～令和　年　月　日 |
| サービス内容 | | 共同生活援助事業　該当サービス名を記載。自立生活援助であれば、 |
| 受　領　日 | | 令和　　年　　月　　日 |
| 代理受領金額　(A)－(B)＋(C) | | 金　　円 |
| 代理受領額の内訳 | サービスに要した費用の全体の額 ※ (A) | 金　　円 |
| | 利用者負担額　(B) | 金　　円 |
| | 特定障害者特別給付費（補足給付）(C) | 金　　円 |

※　別紙（明細書）を添付するか、計算過程を記載してください。

様式例

令和　　年　　月　　日

様

利用者、保護者等氏名

障害福祉サービス事業者
代表者名

# 介護給付費の受領のお知らせ
（法定代理受領のお知らせ）

　　様に提供した下記のサービスに要した費用について、　　区市から下記のとおり利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

　このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは　　区市にお問い合わせ下さい。

記

| | | |
|---|---|---|
| サービス提供年月 | | 令和　　年　　月<br>※又は、令和　年　月　日～令和　年　月　日 |
| サービス内容 | | 短期入所事業 |
| 受　領　日 | | 令和　　年　　月　　日 |
| 代理受領金額　(A)－(B)＋(C) | | 金　　円 |
| 代理受領額の内訳 | サービスに要した費用の全体の額 ※ (A) | 金　　円 |
| | 利用者負担額　(B) | 金　　円 |
| | 特定障害者特別給付費　(C) | 金　　円 |

※　別紙（明細書）を添付するか、計算過程を記載してください。

# ○○ホーム　サービス提供記録

（△△ユニット）　　利用者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿さん

＜行事・予定＞

| 月　　日（月曜日） | | ＜本日の様子＞ |
|---|---|---|
| 食事 | 朝　昼　夜 | |
| 健康状態 | 良　要観察 | |
| 昼間の活動等 | | 記入者 |

| 月　　日（火曜日） | | ＜本日の様子＞ |
|---|---|---|
| 食事 | 朝　昼　夜 | |
| 健康状態 | 良　要観察 | |
| 昼間の活動等 | | 記入者 |

| 月　　日（水曜日） | | ＜本日の様子＞ |
|---|---|---|
| 食事 | 朝　昼　夜 | |
| 健康状態 | 良　要観察 | |
| 昼間の活動等 | | 記入者 |

| 月　　日（木曜日） | | ＜本日の様子＞ |
|---|---|---|
| 食事 | 朝　昼　夜 | |
| 健康状態 | 良　要観察 | |
| 昼間の活動等 | | 記入者 |

| 月　　日<br>（金曜日） | | ＜本日の様子＞ |
|---|---|---|
| 食事 | 朝　昼　夜 | |
| 健康状態 | 良　要観察 | |
| 昼間の活動等 | | 記入者 |

| 月　　日<br>（土曜日） | | ＜本日の様子＞ |
|---|---|---|
| 食事 | 朝　昼　夜 | |
| 健康状態 | 良　要観察 | |
| 昼間の活動等 | | 記入者 |

| 月　　日<br>（日曜日） | | ＜本日の様子＞ |
|---|---|---|
| 食事 | 朝　昼　夜 | |
| 健康状態 | 良　要観察 | |
| 昼間の活動等 | | 記入者 |

＜今週の記録・引継ぎ事項など＞

| 管理者 | サービス管理責任者 | 利用者（保護者） |
|---|---|---|
| | | |

※　夜間支援等体制加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定する場合は、夜間支援について日々記録を取っておいてください

令和　　年　　月分

# 共同生活援助サービス提供実績記録票

| 受給者証番号 | | 支給決定障害者氏名 | | 事業所番号 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | | | | | | | 利用者確認欄 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | サービス提供の状況 | 住居外利用 | 夜間支援等体制加算 | 入院時支援特別加算 | 帰宅時支援加算 | 日中支援加算 | 医療連携体制加算 | 自立生活支援加算 | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | 日 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | | |

| 自立生活支援加算 | 退居日 | | 退居後算定日 | |
|---|---|---|---|---|

（様式18-2）

令和　　年　　月分

# 共同生活援助サービス提供実績記録票

| 受給者証番号 | | 支給決定障害者氏名 | | 事業所番号 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | 外部サービス利用型共同生活援助計画 | | | サービス提供時間 | | 算定時間数 | 利用人数 | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | |

| | 枚中 | | 枚 |
|---|---|---|---|

（様式６）

令和　　年　　月分

# 短期入所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 | 算定日数 | 送迎加算 | | 食事提供加算 | 医療連携体制加算 | 緊急短期入所受入加算 | 定員超過特例加算 | 利用者確認印 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 往 | 復 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 日 | | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | | |

（様式２３）

令和　　年　　月分

# 自立生活援助提供実績記録票

| 受給者証番号 | | 支給決定障害者氏名 | | 事業所番号 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | | | | | 利用者確認欄 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 算定日数 | 同行支援加算 | 初回加算 | 緊急時支援加算 | 地域居住支援体制強化推進加算 | 日常生活支援情報提供加算 | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 合計 | | 日 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | | |

# ○○法人○○会△△ホーム利用者預り金等管理規程(参考例)

（目的）

第１条　この規程は、△△ホームの利用者のうち、処遇上、財産の保護を特に必要とする者に代わって、△△ホーム管理者（以下「管理者」という。）がその者の所有する現金、各種預貯金の通帳及び印鑑（以下「預り金等」という。）の管理を行う場合の取り扱いを定めたものである。

（管理の原則）

第２条　利用者が所有する金品等は、利用者又は保護者等が自ら管理することを原則とする。ただし、管理者は、利用者が次の各号に掲げる事由のいずれかに該当する場合には、利用者等に代わって、これを管理することができる。

（１）利用者又は成年後見人等より△△ホームに管理を依頼された場合

（２）心身の障害のため、自ら管理する事が困難であると認められる場合

（３）その他、△△ホームにおいて管理することが利用者の処遇上、特に必要であると管理者が認める場合

２　利用者の判断能力が不十分又は判断能力がない場合は、前項にかかわらず、成年後見人等の選任がなされるよう△△ホームは努め、成年後見人等の依頼に基づき管理するものとする。

（預り金等の範囲）

第３条　預り金等の範囲は次の各号のとおりとする。

（１）現金

（２）預金通帳

（３）印鑑、印鑑登録カード

（４）前各号に準ずるもので、管理者が特に必要と認めたもの

（預り金等の管理事務の範囲）

第４条　前条に規定する預り金等の管理事務の範囲は、次の各号のとおりとする。

（１）現金の出納及び保管

（２）預貯金通帳の保管及び預貯金の預け入れ又は引き出し

（３）印鑑等の保管

（４）その他管理者が必要と認める事務

（管理責任者、副管理責任者）

第５条　預り金等の管理を適正に行うため、管理責任者及び副管理責任者を置くものとする。

（１）管理責任者には、管理者を充て、預り金等の適切な管理に努めるものとする。

（２）副管理責任者には、サービス管理責任者(管理者とサービス管理責任者が同一の場合はその他の従業者)を充て、預り金等の管理に際し管理責任者を補佐するものとする。

（保管方法）

第６条　現金、通帳、書類等の保管は施錠できる金庫等に、もっとも安全な方法で保管するものとする。

２　預り金等の管理のため、次の帳簿を備えるものとする。

（１）預り金等管理台帳（様式１）

（２）預り金等個人別台帳(預貯金・現金)（様式２）
（３）印鑑預り台帳（様式３）

（預り金等の受け入れ）
第７条　利用者（又は成年後見人等）は第２条の規定に基づき、管理責任者に預り金等の管理を依頼するときは、「預かり金等管理委託契約書」を作成のうえ、管理責任者の承認を受けなければならない。
２　管理責任者は、利用者等より預り金等の管理の依頼を受けた場合は、預り金等の内容・金額を利用者等と相互に確認し「預り証」（様式４）を発行しなければならない。預り証の控えは管理責任者が保管しておくものとする。

（預り金等の引き出し）
第８条　利用者等からの依頼にもとづき現金の引き出しを行った場合は、その都度、管理責任者又は副管理責任者が「預り金等個人別台帳」（様式２）に所要事項を記入するものとする。

（印鑑の登録）
第９条　管理責任者は、利用者等より印鑑の管理依頼があったときは、「預り証」に所要事項を記入するほか、「印鑑預り台帳」（様式３）に預かる印鑑の材質、形状及び印影等必要と思われる事項を記入し、登録しておくものとする。

（預り金等の管理）
第１０条　管理責任者又は副管理責任者は預り金等の在り高を定期的に確認し、「預り金等管理台帳」（様式１）に所要事項を記入するものとする。
２　預り金等に係る預金残高が著しく高額となった場合又は利用者が成年後見相当となった場合は、本人又は成年後見人等に対して、より安全な第三者（機関）への預託に変更するよう助言するものとする。

（預り金等の返還）
第１１条　管理責任者は、利用者の預り金等について次の各号のいずれかに該当するにいたった場合は、すみやかに預り金等を返還しなければならない。
（１）利用者より預り金等の返還の依頼があった場合
（２）利用者が退所した場合
（３）利用者が第２条に定める要件を欠くと認められた場合
（４）利用者が死亡した場合
２　前項第１号、第２号、第３号に基づく利用者以外の者による返還請求人は、予め利用者が指定する預り金等受取人あるいは成年後見人等法定代理人に限るものとする。
３　前々項第４号に基づく返還請求人は、遺言執行者、予め利用者が指定する預り金等受取人の順とし、これらがいない場合は必要書類の提出があった場合の相続人に限るものとする。
４　預り金等の返還にあたっては、「受領証」（様式４）を徴するものとする。

（遺留金品の取り扱い）
第１２条　身寄りのいない利用者に遺留金品がある時は、管理責任者は関係区市町村と協議の上、所要の引渡し等を行うものとする。

（帳簿の照合）
第１３条　管理責任者は、取り扱った入金又は引き出しについて毎月１回以上預り金等管理台帳と伝票とを照合するとともに、毎月１回以上利用者又は成年後見人等の点検を受けなければならない。

（管理状況の確認及び通知）
第１４条　管理責任者は、利用者又は成年後見人等から当該利用者の預貯金等の管理状況について開示を求められた場合は、関係書類を閲覧させるとともに、預貯金等の現在高について利用者又は成年後見人等の確認を受けるものとする。

（関係書類等の保存）
第１５条　預り金等に係る関係帳簿類は、預り金等の返還後５年は保存するものとする。

（業務の相互確認）
第１６条　管理責任者、副管理責任者は年２回以上相互に業務執行状況の確認を行うものとする。

（本人管理への便宜供与）
第１７条　利用者が自ら管理する場合は、管理責任者は鍵のかかる保管場所の提供を行うこととする。

（虐待防止法遵守）
第１８条　管理責任者は、利用者の家族等が利用者の財産を不当に処分し、あるいは利用者から不当に財産上の利益を得ていると思われるときは関係法令等にしたがい、速やかに区市町村に通報するものとする。

（その他）
第１９条　この規程で定めるもののほか、特定非営利活動法人〇〇会△△ホーム利用者預り金等の取り扱いについて必要な事項は利用者又は法定代理人等と協議のうえ管理責任者が定めるものとする。

附　　則
　１　この規程は、令和〇〇年〇月〇日から施行する。

# 預り金等管理委託契約書

甲（ご利用者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

乙（事業者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

甲の△△ホーム利用に際し、次のとおり、預り金等管理委託契約書を締結します。

（目　的）
第１条　この契約書は、預り金等管理規程に基づき、自らの手による日常の生活に必要な金銭の管理等が困難な方の財産の保全を適切にすることを目的として、締結するものです。

（本契約の利用対象）
第２条　預り金等管理規程に定める預り金等の財産の管理（処分を含む）を対象とします。

（預りの開始）
第３条　この契約の期間は、令和　　年　　月　　日からとします。
２　契約の期間中であっても、預り金等管理規程第１１条１項に該当する場合は、この契約は終了します。

（保　管）
第４条　甲は、乙に対し、次の預り金等を預けることができます。この場合、乙は別紙の預り証を提出し、この預り証は契約の一部となります。
（１）　現金
（２）　預貯金通帳
（３）　印鑑
（４）　その他乙が適当と認めたもの
２　前項の預り証は、預ける物の追加または変更のあるごとに作成します。

（金銭出納）
第５条　甲は乙に対し、日常的な生活費用及び甲の申し出た事項に関する金銭出納管理を委託することができます。
２　金銭の管理体制は、預り金等管理規程に記載のとおりです。
３　甲は乙に対し、第１項の金銭出納管理をするに必要な代理権を与えるものとします。
４　甲及び保護者等は、乙に対し、いつでも金銭出納の記録の提示を求めることができ、乙は速やかに記録の提示をします。

（解　約）
第６条　甲は、いつでも、この契約を解除することができます。

２　乙は、甲及び保護者等から解約の申出があった場合は、甲の財産の保全、管理に不適当と認める特別の事情がない限り、預り金等管理規程に基づき速やかに保管物を返還します。
３　乙は、次の場合は、この契約を解約することができます。この場合、乙は甲の生活にふさわしい他の援助を利用できるように努めます。
（１）　甲の意思が確認できず、乙が管理するのに不適当と認められるとき。
（２）　甲が他の施設への入所が決まり、その施設の側で受入れることができる状態になったとき。
４　この契約が解除された場合は、乙は速やかに金銭出納の報告書を甲に提出します。

（損害賠償）
第７条　乙がこの契約に基づく管理を怠って甲に損害を与えた場合、速やかに損害を賠償します。ただし、乙が十分注意したにもかかわらず生じた損害については賠償しません。

（契約に定めのない事項）
第８条　この契約に定めのない事項については、利用契約書を援用するほか、乙は甲または保護者等と協議のうえ、誠実に対処します。

年　　月　　日

（甲）

私は、以上の契約につき△△ホームから説明を受け、理解しました。
住　所
氏　名

（保護者等）
私は、以上の契約内容につき△△ホームから説明を受け、理解しました。
住　所
氏　名

（乙）
△△ホームは、甲の依頼を受け、この契約書に定める財産保全及び管理のサービスを責任をもって行います。
住　所
法人名
法人代表

様式１号

# 預り金等管理台帳

〔利用者氏名　　〕

利用者番号

| 手帳その他 | | 確認日 | | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 国民年金　（　　）<br>記号番号<br>福祉年金　（　　）<br>記号番号<br>厚生年金　（　　）<br>記号番号<br>共済年金　（　　）<br>記号番号<br>その他　（　　） | | 事由 | | 管理開始 | | | | |
| | | 確認者 | 管理責任者 | | | | | |
| | | | 副管理責任者 | | | | | |
| | | | 利用者 | 預入確認印 | | | | |

| 種別 | | 内容 | 記号番号 | 残高 | 残高 | 残高 | 残高 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | お小遣い | | | | | | |
| 2 | その他現金 | | | | | | |
| 3 | 普通預金 | ○○銀行○○支店 | | | | | |
| 4 | | | | | | | |

※　１　本表は、管理の開始時及び定期的な残高確認・利用者への返還時等に使用すること。

２　確認者は、必ず通帳や領収証等の証拠書類に基づき照合のうえ確認を行うこと。

３　確認者欄のうち利用者への返還の場合は必ず受領印を得ること。

様式2(現金)

# 預り金等個人別台帳（現金）

令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

利用者氏名〔　　〕

| 月　日 | 摘　要 | 入金額 | 出金額 | 差引残高 | 確認者欄 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 期首残高 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | 期末残高 | | | | |

| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|---|---|
| | |

様式2(預貯金)

# 預り金等個人別台帳（預貯金）

令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日

利用者氏名〔　　〕

| 金融機関名 | 口座番号 |
|---|---|
| | |

| 月　日 | 摘　要 | 入金額 | 出金額 | 差引残高 | 確認者欄 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 期首残高 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | 期末残高 | | | | |

| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|---|---|
| | |

様式第３号

# 印 鑑 預 り 台 帳

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 預り年月日 | 印　影 | 材　質・形　状 | 備　　考 |
|---|---|---|---|
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |
| ・　・ | | | |

| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|---|---|
| | |

様式第４号

# 預　り　証　兼　受　領　証

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日付の依頼に基づき、次の金品を（お預かりします・返還します）

| 番号 | 品名 | 備考 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 現　　金 | 円 | | | | | | | | | |
| 2 | 預金通帳 | 銀行名 | | 店番号 | | 番　号 | | 残　高 | | | |
| 3 | 預金通帳 | 銀行名 | | 店番号 | | 番　号 | | 残　高 | | | |
| 4 | 預金通帳 | 銀行名 | | 番　号 | | | | 残　高 | | | |
| 5 | 年金証書 | 種　類 | | 記　号 | | 番　号 | | 発行年月日 | | | |
| 6 | 保　険　証 | 種　類 | | 記　号 | | 番　号 | | 被保険者 | | 続柄 | |
| 7 | 医　療　証 | 種　類 | | 記　号 | | 番　号 | | 保険者 | | | |
| 8 | 身障者手帳 | 類 | | 級 | | 番　号 | | | | | |
| 9 | 印　　鑑 | 個　数 | | 印　影 | | | | | | | |
| １０ | | | | | | | | | | | |
| １１ | | | | | | | | | | | |
| １２ | | | | | | | | | | | |

令和　　年　　月　　日

△△ホーム管　理　者　　○○　○○

利　用　者　　○○　○○

# 研修議事録

<table>
<tr><td>研修テーマ</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>開催日時</td><td colspan="6">令和　　年　　月　　日（　曜日）<br>時　　分　～　　時　　分</td></tr>
<tr><td>開催場所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>研修参加者</td><td colspan="6">※研修の実施については、従業者の質の向上をはかることが目的ですので、従業者全員が、研修に参加できるように計らってください。<br>参加できない従業者がいる場合は、数回にわけて研修を実施するか、欠席した従業者に対して、当日に使用した資料と研修の議事録を配布する等、研修内容の周知を心掛けてください。</td></tr>
<tr><td>研修内容<br>（具体的に）</td><td colspan="6">※研修を欠席した従業者が読んで理解できるように記載してください。</td></tr>
<tr><td>意見・感想</td><td colspan="6">※研修を受けた人の反応等を記載してください。<br>具体的には、受講者は理解出来たかどうか、講師の教え方はどうであったのか等について記録し、研修を通して生じた問題点や次回以降の課題等も記載するとともに、次回に役立てるようにお願いします。</td></tr>
<tr><td>チェック欄</td><td>管理者</td><td></td><td>サービス<br>提供責任者</td><td></td><td>記録者</td><td></td></tr>
</table>

特定非営利活動法人〇〇〇
　　理事長　　△△　△△　殿

# 秘密情報の保持に関する誓約書

私は、個人情報保護法、その他の関係法令、貴法人就業規則ならびに個人情報保護規定に従い、貴法人が取扱う利用者等の個人情報につき、以下の事項を遵守し、適正に取扱い、在職中はもちろん退職後も開示するような行為は一切致しません。
この誓約に違反した場合には、貴法人就業規則に従い懲戒処分を受けることに異議はありません。また、違反したことにより貴法人が被った一切の損害を賠償する義務があることを認めます。

## １　秘密保持について

次に掲げる情報（以下「秘密情報という。」）について、貴法人の許可なく使用、貴法人あるいは貴法人外において、開示、提示もしくは漏洩しません。
①　業務上知りえた貴事業所の利用者及びその家族の情報や秘密事項
②　貴法人が秘密保持すべき対象と指定した情報
③　貴法人の人事、経理、職員の情報等に関する情報

## ２　秘密情報の報告及び帰属について

秘密情報の創出又は取得に関わった場合には、遅滞なくその内容を貴法人に報告するとともに、貴法人が業務上作成したものであることを確認し、当該情報の帰属が貴法人にあることを確認いたします。また、当該情報について私に帰属する一切の権利を貴法人に譲渡し、その権利が私に帰属する旨の主張をいたしません。

## ３　退職後の秘密保持について

秘密情報については、貴法人を退職した後においても、開示、漏洩もしくは使用しないことを約束します。また、秘密情報が記載、記録されている媒体の複製物及び関係資料等がある場合には、退職時にこれを貴法人に全て返還もしくは廃棄し、自ら保有しません。

年　　月　　日

住所

氏名　　印

※事業所が、利用者と契約締結した指定障害福祉サービス名を記載してください。

# 個人情報使用同意書

私が、貴事業所の指定障害福祉サービス（　　）を利用するにあたり、私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

**１　使用する目的**

事業者が、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に関連する法令に基づき、私に行うサービスを円滑に実施するため、サービス担当者会議又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に使用する。

**２　使用に当たっての条件**

ア　個人情報の提供は、上記１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

イ　事業者は、私及びその家族の個人情報を使用した会議の内容、参加者、経過等について、記録しておくこと。

**３　個人情報の内容（例示）**

ア　氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業所が、サービスを提供するために最小限必要な利用者やその家族個人に関する情報

イ　その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

**４　使用する期間**

令和　　年　　月　　日からサービス利用契約終了時までとする。

※年月日については、事前に記載をせず、実際に説明し、了承を得た上で、利用者等に記載を求めてください。

令和　　年　　月　　日

指定障害福祉サービス事業者名

代表者名　　様

※代筆の場合、代筆者の住所、氏名及び代筆理由を記載してください。

※保護者又は立会人は、代理人欄に署名してください。

【利　用　者】住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【利用者代理人】住所　　続柄

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【家 族 代 表 者】住所　　続柄

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

# 相談・苦情受付等記録書

<table>
<tr><td>受付日</td><td colspan="2">令和　年　月　日（　　）</td><td>発生時期</td><td>年　月　日</td><td>受付Ｎｏ</td><td></td></tr>
<tr><td>記入者</td><td colspan="2"></td><td>発生場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">申出人</td><td>氏名（フリガナ）</td><td></td><td rowspan="2">住所</td><td colspan="3" rowspan="2">Ｔｅｌ</td></tr>
<tr><td>利用者との関係</td><td>本人、親、子、その他（ ）</td></tr>
<tr><td colspan="4">申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入</td><td colspan="3">申出方法<br>1. 電話　2. 来訪<br>3. FAX　4. 郵送<br>5. 意見箱　6. その他<br>（　　）</td></tr>
<tr><td>相談・苦情等の内容等</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>申出人の要望</td><td colspan="6">□話を聞いて欲しい　□教えて欲しい　□回答が欲しい　□調査して欲しい<br>□改めて欲しい　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申出人への確認</td><td colspan="6">第三者委員への報告の要否　　要　□　　否　□　確認欄（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否　要　□　否　□<br>確認欄（　　）</td></tr>
</table>

参考様式（8）

| | |
|---|---|
| 想定原因 | □説明・情報提供不足　□職員の態度　□サービス内容　　□権利侵害<br>□その他（　　） |
| 対応経過 | |
| 解 決 策 | |
| 結　　果 | |

# 事　故　報　告　書

報告日　令和　年　月　日

| | |
|---|---|
| 事業所名 | サービス種別 |
| 所在地 | 管理者名 |
| 1 事故発生日時　令和　年　月　日（　）　午前･午後　時　分頃 | |
| 2 発見時間　令和　年　月　日（　）　午前･午後　時　分頃 | |
| 3 利用者名　（男･女） | 年齢　歳 |
| 4 利用者住所 | |
| 5 事故発生場所<br>略図<br>場所<br>事故発見者 | 6 事故内容(該当を〇で囲む)<br>①転倒　②転落　③誤嚥<br>④異食　⑤食中毒　⑥その他<br>（　） |
| 7 事故発生時までの経緯(職員体制・利用者の状況) | |
| 8 事故発生時の状況・・・利用者の状況・職員の対応状況(応急処置等) | |
| 9 救急車の出動要請・協力医療機関医師への連絡・提携病院への搬送(該当を〇で囲む)時刻<br>令和　年　月　日(　)　午前・午後　時　分頃 | |
| 10 受診した医療機関名 | |
| 11 診断・治療の概要 | |
| 12 家族への連絡時刻　令和　年　月　日(　)午前・午後　時　分頃 | |
| 13 事業所側連絡者 | 14 家族側連絡受者　続柄 |
| 15 事故後の処理 | |
| 16 事故の原因(推測される事項) | |
| 17 再発防止のための対策 | |
| 18 職員への周知方法 | |

# ヒヤリ・ハット報告書

<table>
<tr><td>報告者</td><td colspan="2"></td><td>記入年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日<br>（　　曜日）</td></tr>
<tr><td>利用者<br>（イニシャル）</td><td colspan="2"></td><td>年齢</td><td></td><td>ホーム名<br>（ユニット名）</td><td></td></tr>
<tr><td>日　　時</td><td colspan="6">令和　　年　　月　　日（　　）　　時<br>分</td></tr>
<tr><td>発 生 場 所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>ヒヤリ・ハットの種類</td><td colspan="6">☐転倒・転落・つまづき・（　　）<br>☐誤嚥・誤飲　　☐誤与薬<br>☐無断外出　　☐行方不明<br>☐暴力行為　（　　）<br>☐事業所の事故（火災等）　　☐交通事故<br>☐権利侵害<br>☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>ヒヤリとした内容<br>（具体的に）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>ヒヤリ・ハット時の対応</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>再発（未然）防止のための改善策</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>チェック欄</td><td>管理者</td><td></td><td>サービス管理責任者</td><td></td><td>安全管理責任者</td><td></td></tr>
</table>

４福保障施第６５２号
令和４年５月２６日

各施設・事業所管理者　殿

東京都福祉保健局障害者施策推進部長
中　川　　一　典
（公印省略）

**施設・事業所における事故等防止対策の徹底について（通知）**

平素から東京都の障害者福祉施策の推進に御協力いただき、ありがとうございます。

各施設・事業所におかれましては、日頃から利用者に対する安全の確保や、施設・事業所の管理体制の徹底等に取り組まれていることと存じます。

しかしながら、残念なことに、利用者に対する事故や、施設・事業所運営に関する事故は後を絶たない状況にあります。そのため、各施設・事業所におかれましては、改めて利用者に対する支援状況の確認、ヒヤリハット事例の分析と合わせて事故防止マニュアルの作成及び再検討、リスク管理の徹底、職員研修の実施等を行うことで、事故防止対策を徹底していただくようお願いいたします。

上記対策を講じた上でも、万が一事故等が発生した場合には、直ちに必要な措置を講ずるとともに、下記により都に対する報告をお願いいたします。特に、**死亡事故や事件性の高い事故、報道機関等からの問い合わせがある事故は、速やかに電話等で都の各所管に第一報**を入れていただくよう、お願い申し上げます。

なお、都はＤＸ推進による業務効率化を推進しており、各事業者の業務負担軽減の観点から**事故報告書の提出方法をメール又は FAX から、入力フォームによる提出に変更**させていただきますので、ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

記

**１　報告対象事故等**

①　死亡事故（誤嚥によるもの等）
②　入院を要した事故（持病による入院等は除く）
③　（②以外の）医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故
④　薬の誤与薬（その後の経過に関わらず、事案が発生した時点で要報告）
⑤　無断外出（警察・消防等の他の機関が関わったもの）
⑥　感染症の発生
⑦　事件性のあるもの（職員による暴力事件等）
⑧　保護者や関係者とのトラブル発生が予想されるもの
⑨　施設運営上の事故の発生（不正会計処理、送迎中の交通事故、個人情報の流出等）
⑩　その他特に報告の必要があると施設が判断したもの

※　障害者虐待（疑いを含む）事案については、区市町村（障害児入所施設は少子社会対策部又は児童相談所）への通報義務があります。
※　事業者側の責任や過失の有無は問いません。

## 2　報告方法

死亡事故や事件性の高い事故、報道機関等からの問い合わせがある事故等については、事故発生後速やかに各所管宛電話による報告をいただくよう、お願いいたします。

また、その後、可能な限り速やかに各所管入力フォームにより事故報告いただくよう、お願いします。

事故等に応じて、東京都への報告に加え、保護者・区市町村（原則として実施機関）・関係機関（警察・消防・保健所等）への連絡も行ってください。

※１　事故の状況等によっては、現地確認を実施する場合があります。
※２　事故報告書を提出いただく場合は、ファイル名を「【事故報告】施設・事業所名（サービス種別＊）」としてください。
＊多機能型事業所等の場合は事故に係るサービス種別を記載
（例）【事故報告】〇〇福祉園（生活介護）

## 3　自然災害発生の際の東京都への報告

近年、台風や地震などの大規模な自然災害が多く発生しております。日頃から、災害等への備えを進め、利用者の安全を確保する体制を整えていただきますようお願いいたします。また、実際に災害等により、施設・事業所が被害を受けた場合には、事故同様、利用者、職員の皆様の安全確保や施設の運営継続等の対応を優先していただいた上で、速やかに被害状況について東京都まで御連絡くださいますようお願いいたします。

## 4　感染症や災害への対応力強化について

令和３年度報酬改定に伴う運営基準の改正により、感染症や災害への対応力強化の取組が義務付けられています。**①感染症対策の強化【全サービス】（委員会の開催＊１、指針の整備、研修の実施＊２、訓練（シミュレーション）の実施＊３）、②業務継続に向けた取組の強化【全サービス】（業務継続計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等）、③地域と連携した災害対応の強化【施設系、通所系、居住系】（訓練の実施にあたって地域住民の参加が得られるよう連携に努める。）**

①、②については、３年間の経過措置が設けられていますが、経過措置期間中の確実な実施をお願いします。業務継続計画については、国からガイドラインやひな形も示されていますので御活用ください。

＊1 委員会の開催：訪問系は概ね６月に１回以上、施設系・通所系・居住系は概ね３月に１回以上
＊2,3 研修、訓練の実施：訪問系は年１回以上、施設系・通所系・居住系は年２回以上

《参考》業務継続計画に係る国のマニュアル等
〇 感染対策マニュアル・業務継続ガイドライン等
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15758.html
〇 障害福祉サービス事業所等における自然災害発生時の業務継続ガイドライン等
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17517.html

## 5　その他

近年発生している主な重大事故事例について別紙１のとおりまとめました。各施設・事業所での同様の事故の発生を防止するための参考としてください。

## 6　報告先

**※令和４年度より、事故報告書は入力フォームによる提出に変更となりました。**

**【障害者支援施設・生活介護・自立訓練】（都立施設及び都立民間移譲施設を除く）**

施設サービス支援課　障害者支援施設担当　電話　03-5320-4156

＜提出先＞

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1649927325105

**【都立施設及び都立民間移譲施設】**

施設サービス支援課　福祉施設運営担当　電話　03-5320-4157

＜提出先＞

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652842140057

**【就労移行支援・就労継続支援Ａ型、Ｂ型・就労定着支援】**

地域生活支援課　就労支援担当　電話　03-5320-4158

＜提出先＞

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652772056618

**【共同生活援助（GH）・短期入所】**

地域生活支援課　居住支援担当　電話　03-5320-4151

＜提出先＞

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652773494182

**【居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援】**

地域生活支援課　在宅支援担当　電話　03-5320-4325

＜提出先＞

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652765652394

**【障害児入所施設・児童発達支援・放課後等デイサービス・居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援】**

施設サービス支援課　児童福祉施設担当　電話　03-5320-4374

＜提出先＞

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652351668998

**【重症心身障害児（者）通所事業】**

施設サービス支援課　療育担当　電話　03-5320-4376

＜提出先＞

https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652351668998

自立生活援助事業用

令和４年４月改訂版

様式例

令和　　年　　月　　日

東京都福祉保健局
障害者施策推進部地域生活支援課長　殿

法 人 名
事業所名
管理者名

# 事業所利用者事故等報告書

事業所利用者の事故がありましたので下記のとおり報告します。

| | | |
|---|---|---|
| 事業所情報 | 事業所名 | |
| | サービス種別 | |
| | 事業所所在地 | |
| | 事業所管理者名 | |
| | 担当者名<br>連絡先 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者氏名<br>（ｲﾆｼｬﾙ） | さん（　男・女　）（障害支援区分　　） | | |
| 生年月日等 | 年　　月　　日　　（　　歳） | | |
| 障害状況等 | 愛の手帳（療育手帳）　　度 | 身体障害者手帳　　種　　級 | |
| | 精神障害者手帳　　級 | 障害特性 | |
| 事故の概要 | 発生年月日 | 年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分　　頃 | |
| | 発生場所 | | |
| | 事故種別<br>（該当の箇所に<br>） | 死亡事故　　入院を要した事故（持病による入院等は除く）<br>医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故　　薬の誤与薬<br>無断外出　　感染症の発生　　事件性のあるもの（職員による暴力事件等）　　保護者や関係者とのトラブル　　施設運営上の事故の発生（不正会計処理・送迎中の交通事故・個人情報の流出等）<br>その他（　　） | |

| | | |
|---|---|---|
| | 原因・経緯・状況 | |
| 関係機関への連絡 | 家族 | さん（続柄　　）へ<br>月　日　時　分頃 |
| | 実施機関 | 福祉事務所へ<br>月　日　時　分頃 |
| | その他（病院・警察等） | （　　）へ<br>月　日　時　分頃 |
| | | （　　）へ<br>月　日　時　分頃 |
| 事故後の対応 | 事故後の利用者の現況 | |
| | 保護者等からの意見 | |
| | 再発防止に向けての今後の対応 | |
| その他特記事項 | | |

※不足する場合は、別紙を添付してください。

【報告方法】

令和４年度より、事故報告書は入力フォームによる提出に変更となりました。

入力フォームによる提出が難しい場合は、メールまたはＦＡＸによりご提出ください。

【報 告 先】

東京都福祉保健局障害者施策推進部　地域生活支援課　在宅支援担当

◎フォーム https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/uketsuke/form.do?id=1652765652394

・メール　S0410818@section.metro.tokyo.jp

（※メールで送信する場合は、メール件名・ファイル名を「【事故報告】事業所名（サービス種別＊）」としてください。＊複数のサービスの指定を受けている場合は事故に係るサービス種別を記載）

（例）【事故報告】自立生活援助事業所○○（自立生活援助）

・ＦＡＸ　０３－５３８８－１４０８

４福保障施第６５３号
令和４年５月２６日

各施設・事業所管理者　殿

東京都福祉保健局障害者施策推進部長
中　川　　一　典
（公印省略）

施設・事業所における虐待防止体制の整備の徹底について（通知）

平素から東京都の障害者福祉施策の推進に御協力いただき、ありがとうございます。

都は、施設・事業所に対し、利用者の人権擁護、虐待防止に取り組むようお願いしてきたところでありますが、昨年度も、常勤職員・非常勤職員問わず、支援員による利用者の行動を制止するために過度な有形力を行使した身体的虐待、支援員の乱暴な言葉かけによる心理的虐待、支援員による利用者からの預り金の着服といった経済的虐待等の事案が発生しております。

利用者に対する虐待及び不適切な支援は、利用者の身体及び人格を傷つける行為であるとともに、都における障害者（児）施設や居宅介護等の障害福祉サービス及びこれらを運営する法人に対する社会的信用を大きく損なうものであり、誠に遺憾であります。

都においては、障害者虐待について、個々の案件に応じて区市町村と連携して対応するとともに、障害者虐待防止・権利擁護研修を実施する等、障害者虐待防止に向けた取組を行っているところです。

障害者総合支援法に基づく運営基準及び障害者虐待防止法では、各施設・事業所の責務として、虐待防止等のための措置を講じることとされています。さらに、令和３年度報酬改定に伴う運営基準の改正において、障害者虐待防止の更なる推進と身体拘束の適正化の推進のため施設・事業所が取り組むべき事項が追加されています（下記６参照）。

各施設・事業所におかれましては、日頃より、利用者の人権擁護、虐待防止に取り組まれていることと存じますが、下記のとおり改めて確認、徹底していただきますようよろしくお願いいたします。

また、別紙は、施設及び事業所が虐待防止体制を整備するにあたり、特に留意していただきたい事項をまとめたものです。上記取組の実施にあたっては十分参考にしていただきますよう併せてお願いいたします。

記

## 1　利用者の人権擁護・虐待防止のための体制について

（1） 運営規程への定めと全職種の職員への周知

（2） 虐待防止委員会（年１回以上)、虐待防止の責任者を設置する等の体制整備

**◇虐待防止委員会の役割（運営基準等解釈通知より）**

・虐待防止のための計画づくり（虐待防止の研修、労働環境・条件を確認・改善するための実施計画づくり、指針の作成）

・虐待防止のチェックとモニタリング（虐待が起こりやすい職場環境の確認等）

・虐待発生後の検証と再発防止策の検討（虐待やその疑いが生じた場合、事案検証の上、再発防止策を検討、実行）

（3） 倫理綱領・行動指針等の制定、虐待防止のための指針・虐待防止マニュアルの作成、及び虐待防止啓発掲示物や相談・通報・届出先掲示物等の周知徹底　など

**◇虐待防止のための指針に規定する項目例（運営基準等解釈通知より）**

・事業所における虐待防止に関する基本的な考え方

・虐待防止委員会その他施設内の組織に関する事項

・虐待防止のための職員研修に関する基本方針

・施設内で発生した虐待の報告方法等の方策に関する基本方針

・虐待発生時の対応に関する基本方針

・利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針

・その他虐待防止の適正化の推進のために必要な基本方針

## 2　人権意識、知識や技術向上のための研修の実施について

（1） 全職種の職員を対象にした虐待防止や人権意識を高めるための研修

（2） 障害特性を理解し適切に支援ができるような知識と技術を獲得するための研修

（3） 事例検討

※虐待防止のための研修は、年１回以上（新規採用時には必ず）実施すること

※研修対象者については、常勤・非常勤に関わらず、また、福祉職の職員に限らず事務員・調理員・運転手等、全職種の職員について、受講の必要性を考慮すること

※職場内研修のみならず、職場外研修の充実化も図ること

## 3　虐待を防止するための取組について

（1） 管理者による日常的な支援場面の把握、風通しの良い職場づくり

（2） 非常勤職員を含めた全職種の職員に対する虐待防止マニュアルの周知徹底

（3） 全職種の職員に対する、定期的な虐待防止チェックリストの実施とその活用

## 4　通報義務について

障害者虐待（疑いを含む。）については、障害者虐待防止法に基づき区市町村（実施機関）へ通報する義務がありますので、必ず区市町村に通報した上で行政と連携して対応し

てください。

※　障害児入所施設に入所する児童への虐待については、児童福祉法に基づき、通報先は児童相談所や少子社会対策部計画課等となります。

※　また、虐待等を発見した職員が、直接区市町村等へ通報する場合、通報した職員は通報したことを理由に解雇その他不利益な取り扱いを受けないこととされています。各施設・事業所におかれましては、通報先や通報者の保護について日頃から職員に周知し、障害者虐待防止法に対する理解を深めてください。

## 5　身体拘束の禁止について

障害者総合支援法に基づく運営基準では、サービス提供にあたり、利用者又は他の利用者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き、身体拘束等を行ってはならないとされています。やむを得ず身体拘束等を行うときは所定の手続き（①組織による決定と個別支援計画への記載、②本人・家族への十分な説明、③必要な事項の記録）を経るようご留意ください（詳細は「７　参考資料」記載の手引き参照）。

なお、身体拘束の要件に該当しなくなった場合においては、速やかに解除することについても御留意願います。

## 6　運営基準の改正による取組の強化について

令和３年度報酬改定に伴う運営基準の改正により、虐待防止の更なる推進と身体拘束の適正化の推進のため以下のとおり施設・事業所の取組が令和４年度より義務化されています。以上の取組とあわせ、運営基準・解釈通知等も必ず御確認ください。

（１）虐待防止について

① 虐待防止委員会の定期的な開催と委員会での検討結果の従業者への周知徹底

② 従業者への定期的な研修の実施

③ 虐待の防止等のための責任者の設置

（２）身体拘束の適正化について

① 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。

② 身体拘束等の適正化のための対策を検討するための委員会の定期的な開催と委員会での検討結果の従業者への周知徹底

③ 身体拘束等の適正化のための指針の整備

④ 従業者への定期的な研修の実施

※身体拘束の適正化に係る上記運営基準を満たしていない場合は、基本報酬が減算となります（②～④（訪問系サービスは①～④）は令和５年４月から）。

## 7　参考資料

（１）「障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き」（「施設・事業所従業者向けマニュアル」）

厚生労働省ホームページリンク先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/gyakutaiboushi/tsuuchi.html

（２）運営基準、解釈通知、留意事項通知等について

厚生労働省ホームページリンク先

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000202214_00007.html

担当：東京都福祉保健局障害者施策推進部

【障害者支援施設・生活介護・自立訓練】
施設サービス支援課　障害者支援施設担当
電話　03-5320-4156　　FAX　03-5388-1407

【就労移行支援・就労継続支援Ａ型、Ｂ型・就労定着支援】
地域生活支援課　就労支援担当
電話　03-5320-4158　　FAX　03-5388-1408

【共同生活援助（GH）・短期入所】
地域生活支援課　居住支援担当
電話　03-5320-4151　　FAX　03-5388-1408

【居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援】
地域生活支援課　在宅支援担当
電話　03-5320-4325　　FAX　03-5388-1408

【障害児入所施設・児童発達支援・放課後等デイサービス・居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援】
施設サービス支援課　児童福祉施設担当
電話　03-5320-4374　　FAX　03-5388-1407

【重症心身障害児（者）通所事業】
施設サービス支援課　療育担当
電話　03-5320-4376　　FAX　03-5388-1407

（別紙）

（１）虐待防止のための体制の整備に際しては下記の点に留意すること。

ア　利用者の意思及び人格を尊重した権利擁護の体制の確立

イ　利用者の行動の背景にある障害特性と環境要因の分析と良質な支援の確保

ウ　やむを得ず身体拘束を行う場合の手続きの明確化

エ　虐待の防止に関する施設の理念、ガイドライン等の策定

オ　管理者一元化を含む適切な運営体制の確立

カ　職員間のコミュニケーション円滑化に向けた取組み

キ　メンタルヘルスを含む労務管理の適正化

ク　ボランティアを含む外部からの監督体制の整備

ケ　虐待の防止、専門知識・支援技術の獲得及び向上を目的とする研修の充実化

コ　虐待や事故が発生した場合の報告体制の整備、報告手続のマニュアル化及び職員への周知

（２）現場の支援員の人選

現場の支援員には、障害者福祉の知識と経験を有する者を配置すること。

（３）外部アドバイザーの導入

法人経営及び支援に関する外部アドバイザーとして採用すること。

（４）オンブズマンの導入

法人に利害関係の無い者からオンブズマンを選任すること。

《主な重大事故の事例》

**【事例①】　異食による窒息死亡事故**

**《事故の概要》**

尿取りパッド内の吸水ポリマーを口に詰まらせ、窒息死した。

**《原因》**

○　入所後間もない利用者に対して、十分なアセスメントが出来ていなかった。

○　以前にも異食したケースがあったが、施設内で十分な再発防止策が講じられていなかった。

○　キャリアの浅い職員が増え、従来のやり方が機能しなくなっていた。

**《再発防止策》**

○　新規入所者に対して、毎月アセスメントシートの見直しを半年間実施する。

○　毎月のリスクマネジメント会議でヒヤリハットを報告し、職員間で情報共有を徹底する。

○　0JT として、毎週水曜日に職場内研修会を実施し、支援力向の上に努める。

**【事例②】　誤薬による事故**

**《事故の概要》**

服薬介助時の名前の確認が不十分で、別の利用者の薬を飲ませてしまった。

**《原因》**

○　服薬の手順に関するマニュアルが作成されていなかった。

○　Wチェックのルールが守られていなかった。

○　同じ姓の利用者の薬袋が同じケースに入っていた。

**《再発防止策》**

○　写真入りで分かりやすいマニュアルを作成し共有した。

○　勤務時間と職員配置を見直し服薬時に必ず複数対応できるようにするとともに、服薬時は、担当者が専念するよう徹底した。

○　同じ姓の利用者は名前を目立たせるよう表示の記載や色を見直した。

**【事例③】　窒息による死亡事故**

**《事故の概要》**

**ベッド上でうつ伏せになり顔が埋もれた状態なったことにより、窒息死してしまった。**

**《原因》**

○　新人職員のポジショニングに関する知識が不足していた。

○　介助業務に不安を感じていた新人職員に対するフォローができていなかった。

○　個々の利用者のポジショニングに関する情報共有が適切になされていなかった。

**《再発防止策》**

○　各利用者のポジショニングマニュアルを作成し、専門職による定期的な見直しも行った。

○　新人職員に対する声掛けや注意事項の作成等、新人職員に対するフォローアップを強化した。

○　利用者ごとのケース記録、連絡帳等の情報を整理し運用方法を見直した。

# 指定障害福祉サービス事業者向けホームページ情報

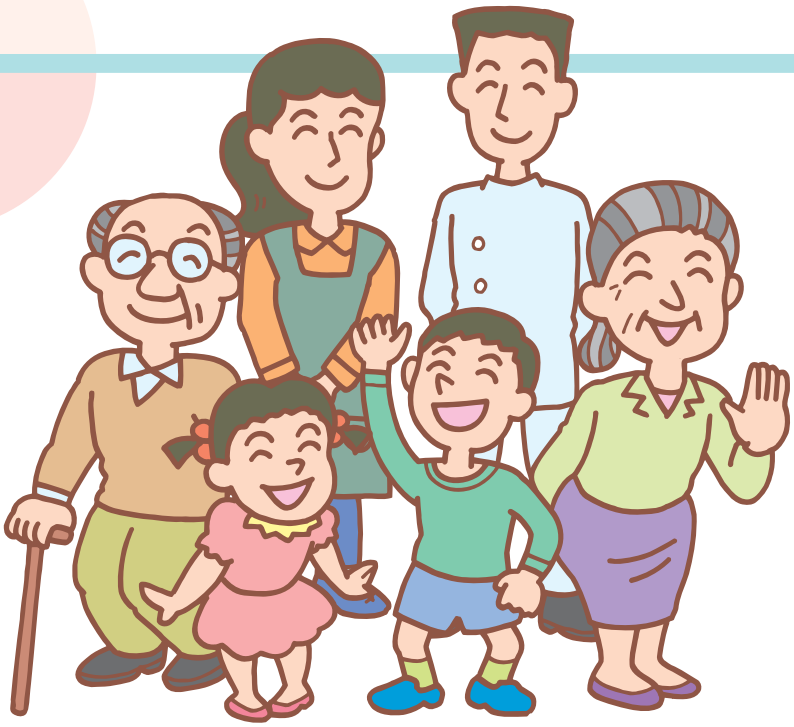
| 場所 | 情報内容 | リンク先 |
|---|---|---|
| 東京都 | 東京都における指導監査部情報<br>・検査基準 | https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/shidoukensa/youkoutou/sidoukijyun.html |
| | ・指導検査結果 | https://www2.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/houjin/zaitaku.htm |
| | 東京都障害者サービス情報<br>・届出等の案内<br>・各様式<br>・事業者向け通知、情報<br>・基準、通知等<br>・集団指導資料 | https://www.shougaifukushi.metro.tokyo.lg.jp/ |
| | 東京都感染症対策<br>・感染症対策に関する情報、通知関係 | https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kansen/ |
| 厚生労働省 | 厚生労働省法令等データベースサービス<br>・法令、通知等 | https://www.mhlw.go.jp/hourei/ |
| | 障害福祉サービス等情報 | https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/index.html |
| 東京都社会福祉協議会 | 運営適正化委員会事業（苦情対応） | https://www.tcsw.tvac.or.jp/activity/tekiseika/ |

# 社会福祉施設等における感染症予防チェックリスト

福祉施設は多くの人々が利用し集団生活を営むことから、いろいろな感染症が持ち込まれやすく、施設内での拡がりやすさも併せて持ち合わせています。したがって、福祉施設における感染症対策は、「日常時からの予防対策」と、感染症が発生した時の「発生時の拡大防止対策」が基本になります。

このチェックリストは、施設での感染症の発生が防げるよう、基本的な予防策をポイントに各施設の自主管理をすすめてもらうために作成したものです。

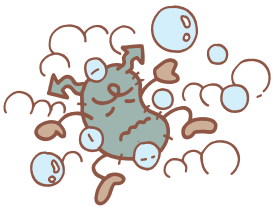
各施設の状況に応じて定期的な自己点検を行い、施設での対応マニュアル等の作成時にご活用いただければ幸いです。



東京都福祉保健局

## 参考 1 手洗いの徹底

**感染症に対して有効な予防方法は「手洗い」です。正しい手洗いの習慣を身につけましょう。**



**手洗い前のチェックポイント**

◎爪は短く切っていますか？
◎時計や指輪をはずしていますか？

**1** 流水でよく手をぬらした後、石けんをつけ、手のひらをよくこすります。

**2** 手の甲をのばすようにこすります。

**3** 指先・爪の間を念入りにこすります。

**4** 指の間を洗います。

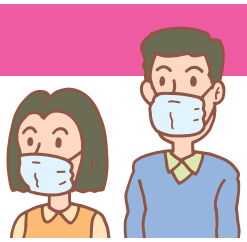
**5** 親指と手のひらをねじり洗いします。

**6** 手首も忘れずに洗います。

＊①～⑥で30秒が目安です。

**⑦その後、十分に水で流しペーパータオルや清潔なタオルでよく拭き取って乾かします。**

## 参考 2 咳作法（せきエチケット）の心得3か条



1. せき・くしゃみの症状がある時は、マスクをする。
2. せき・くしゃみをする時は、口と鼻をティッシュで覆う。
3. せき・くしゃみをする時は、周りの人から顔をそむける。

# 感染症予防のポイント

## 感染症対策の基本

感染のしくみには、下の図のように①感染源、②感染経路、③感受性のある人（感染を受ける可能性のある人）、3要素が必要になります。したがって、感染拡大防止にはこの3要素のつながりを断ち切れば、感染症予防の徹底が図られることになります。

## 感染のしくみと予防対策

①感染源

**感染源とは、細菌、ウイルスなどを持つ物や人のことで、食品、患者等をいいます。**

**対 応** 発病者の早期発見と治療、定期的な清掃による清潔保持、適切な消毒など、感染源を持ち込まない・増やさない対策を！

②感染経路

**感染経路とは、細菌、ウイルスなどを体内に運ぶ経路のことで、手を介す接触感染、咳を介す飛沫感染等があります。**

**対 応** 手洗いを徹底すること、患者の血液、便、おう吐物等の排泄物には直接触れないことなどの標準予防策等の徹底により、感染症を施設で拡げない・持ち出さない！

③感受性のある人

**感受性のある人とは、感染を受ける可能性のある人をいい、特に抵抗力の弱い人（高齢者・こども）のことをいいます。**

**対 応** 抵抗力をつけるためには健康の保持・増進、予防接種や手洗い等の個人の対応が必要！

**感染しないためにはこの“①感染源”“②感染経路”“③感受性のある人”のいずれかの段階で対応をとることが大切です。**

## 感染症予防の基本的な対応として、標準予防策（スタンダードプリコーション）が大切です

標準予防策とは、「誰もが何らかの感染症を持っている可能性がある」と考えて、すべての利用者に対しての「感染の可能性のあるもの」への接触を最小限にすることで、利用者・スタッフ双方の感染の危険を少なくする方法です。

「感染の可能性のあるもの」として扱う必要のあるものとは、「血液、体液（精液、膣分泌液）、汗を除く分泌液（痰、唾液、鼻水、目やに、母乳）、排泄物（尿、便、吐物）、傷や湿疹などがある皮膚、粘膜（口・鼻の中、肛門、陰部）などがあります。

| 具体的な対応時 | 項　目 |
|---|---|
| ・「感染の可能性のあるもの」に触れた後<br>・手袋を外した後<br>・他の患者に接する前 | 手洗い |
| ・「感染の可能性のあるもの」に触れる時<br>・便・おう吐物等の処理後、ドアノブ・手すり等の環境面に触る前、他の患者のところに行く時は手袋を外し、手洗いをする。 | 使い捨て手袋 |
| ・咳や痰の多い利用者を介護（保育）、処置を行う時<br>・便やおう吐物等が飛び散って、目、鼻、口を汚染しそうな時<br>・職員に咳・くしゃみのある時 | マスク |
| ・衣類が汚染しそうな時<br>・汚れたガウンはすぐに脱ぎ、手洗いをする | ガウン |
| ・環境を汚染させるおそれのある利用者は個室対応とする | 利用者の配置 |

# 感染症予防チェックリスト

このチェックリストは、施設内の感染予防が十分かどうかを自己チェックできるものです。
**感染症対策の充実にお役立てください。**

## 1 健康状態の把握

- □ 利用者が接種した予防接種について確認を行っている
- □ 利用者の健康診断の結果を記録している
- □ 利用者の毎日の健康観察を実施している
- □ 利用者の体調が悪い場合には、医療機関へ受診させている
- □ 利用者に咳症状がある場合、マスクの着用等をうながし、周囲への飛散予防を行っている
- □ 職員の健康診断を定期的に実施している
- □ 職員の体調が悪い場合には、医療機関へ受診させている
- □ 施設内に出入りするパート職員やボランティア等の健康状態を確認している
- □ 施設内に出入りする実習生の健康診断の結果の提出をさせている

/9項目

## 2 手洗い

- □ 手洗いは、石鹸と流水で、15秒～30秒以上行っている
- □ 職員は1ケアごとに手洗いをしている
- □ 使い捨ての手袋をはずした後に手洗いをしている
- □ 手拭は使い捨てのペーパータオルか個人用のタオルを使用している（共用タオルは置いていない）
- □ 利用者へ手洗いの指導をしている
- □ 来訪者に手洗いを勧めている

/6項目

## 3 排泄時のケア（おむつ交換を含む）

- □ 排泄時ケアの必要物品（使い捨て手袋、ガウン、お尻拭きの布、消毒薬、ビニール袋、専用マット、等）が揃えてある
- □ 排泄時のケアの際に使い捨て手袋を着用し、1回ごとに手袋を交換している
- □ 使用後のおむつ等はビニール袋等に密閉して移動している
- □ 排泄時ケアの交換の手技が統一されている

/4項目

## 4 吐物処理

- □ 吐物処理の物品（使い捨て手袋、マスク、ガウン、拭き取りの布、消毒薬、ビニール袋、専用バケツ等）が備えてある
- □ 吐物を処理する際に、使い捨て手袋、マスク、ガウンを着用している
- □ 衣類が汚染した場合は、吐物を取り除いた後、消毒している
- □ 床が汚染した場合は、吐物を取り除いた後、消毒している
- □ 吐物処理をしているときに換気をしている
- □ おう吐があった場合、吐物を処理する職員と、利用者が吐物に触れないように利用者を担当する職員が役割分担されている
- □ 吐物処理の手技が統一されている

/7項目

## 5 環境整備・ゾーニング（清潔区域と不潔区域の区分け）

- □ 施設内の清掃を定期的に行っている〔ドアノブ・手すり・ベッド柵等利用者が触れる可能性がある場所の清拭、床清掃、水周り（手洗い場、流し台、汚物処理室、浴室等）の清掃〕
- □ 汚物を触った手で触れたところは消毒液を含ませた布で消毒している
- □ 清潔区域（調理室、調乳室、給湯室等）と、汚染区域（トイレ、手洗い場、汚物処理室等）を分けている
- □ 排泄物の処理は汚染処理専用の場所で行っている
- □ 汚染されたものは、清潔な区域（食堂、プレールーム等）と交わらない

/5項目

## 6 研　修

- □ 職員に対する感染症の研修を、年一回以上、施設内で実施（または施設外の研修へ派遣）している
- □ 感染症の研修の後に、他の職員にも情報共有できるように報告している

/2項目

## 7 マニュアル

- □ 施設独自の感染症対策マニュアルがある
- □ 感染症対策委員会（又は感染管理担当者）の役割が記載されている
- □ 感染症対策マニュアルには、施設内感染を疑った際の職員からの報告・連絡方法が記載されている（夜間・休日含む）
- □ 感染症対策マニュアルには、日常行うべき予防対策、発生時の対応策が盛り込まれている
- □ 感染症マニュアルはスタッフ全員が目を通している
- □ 定期的にマニュアルを見直している

/6項目

## 参考 3 汚染物、場所を消毒する時は・・・

**次亜塩素酸ナトリウムは多くの細菌、ウイルスに有効です。**（結核菌や一部の真菌では無効。）

☆次亜塩素酸ナトリウム（市販の漂白剤:塩素濃度約5％の場合）の希釈方法

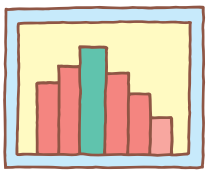
| 消毒対象 | 濃度（希釈倍率） | 希釈方法 |
|---|---|---|
| 便や吐ぶつが付着した床等<br>衣類などの浸け置き | 0.1％<br>（1000ppm） | 500mlのペットボトル1本の水に10ml（ペットボトルのキャップ2杯） |
| 食器などの浸け置き<br>トイレの便座やドアノブ、手すり、床等 | 0.02％<br>（200ppm） | 500mlのペットボトル1本の水に2ml（ペットボトルのキャップ半杯） |

# 感染症が発生したら…

（施設において、感染症が疑われる事例が発生した時には、感染の拡大を防止するため、感染管理担当者を中心に次のような対策をとる必要があります。）

## 1 発生状況の把握

（1）症状の確認：下痢・おう吐・発熱、その他の症状について確認します。
（2）施設全体の状況の把握
①日時別、棟・フロア・部屋別の発症状況（担当職員を含む）を把握します。
②受診状況、診断名、検査結果及び治療内容の確認をします。
③普段の有症者数（下痢、おう吐等の胃腸炎症状、発熱等）と比較します。



## 2 感染拡大の防止

（1）職員への周知：施設管理者は感染症等の発生状況を関係職員に周知し、対応の徹底を図ります。日ごろから連絡方法を整備してください。
（2）感染拡大防止策
①手洗い、排泄物・おう吐物の処理方法を徹底して実行します。
②消毒の頻度を増やすなど、発生状況に対応した施設内消毒を実施します。

## 3 関係機関等への連絡

（1）施設医への連絡：重篤化を防ぐため、適切な医療及び指示を受けます。
（2）利用者家族への連絡
発生状況を説明し、健康調査や二次感染予防について協力を依頼します。
（3）保健所、区市町村等の社会福祉施設等主管部への報告
感染症が疑われる場合は、保健所及び区市町村等の社会福祉施設等主管部に連絡して、対応について指示を受けてください。報告の基準は下記のとおりです。

**社会福祉施設等における感染症等発生時に係る報告について　平成17年2月22日発　一部抜粋**

**ア　同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合**
**イ　同一の感染症若しくは食中毒の患者又はそれらが疑われる者が10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合**
**ウ　ア及びイに該当しない場合であっても、おう吐や下痢症状のある者が通常の数を上回る場合**

**管轄保健所：　　保健所　　電話**
**夜間・休日連絡先：東京都保健医療情報センター　電話　03－5272－0303**

**発行：東京都福祉保健局健康安全部感染症対策課**　登録番号（20）145　R70 古紙配合率70%再生紙を使用しています