

障がい福祉サービスにかかる参考資料等

令和4年2月

池田市・箕面市・豊能町・能勢町  
広域福祉課

## 【 目 次 】

- モデル重要事項説明書（居宅介護用）【参考様式】…………… 1
- 契約書についての留意事項（1）（2）……………15
- 相談受付表（様式・記入例）【参考様式】……………17
- 利用者調査表 1、2（様式・記入例）【参考様式】……………19
- 居宅介護計画書（様式・記入例）【参考様式】……………23
- 個別支援計画書案【参考様式】……………27
- 契約内容報告書【参考様式】……………28
- 介護（訓練等）給付の受領通知【参考様式】……………29
- 勤務予定表【参考様式】……………30
- 個人情報使用同意書【参考様式】……………31
- 事故・ひやりはっと報告書……………32
- 苦情（相談）対応記録……………34
- 苦情解決及び事故発生時の対応……………36
- 障害福祉サービス事業所等での事故発生時の報告等の取扱い……………38
- 事業運営に必要な書類一覧……………41

令和3年度版は現在、改定中です。  
改定しましたら、大阪府の事業者様式  
ライブラリに掲載されます。

## 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「大阪府指定障害福祉サービス事業者の指定並びに指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例第107号）」第10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)
法人設立年月日	(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歳未満の身体障がい者及び18歳未満の知的障がい者) 精神障がい者 難病等対象者	
大阪府指定 事業所番号	居宅介護	号(〇〇〇〇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実施地域を記載する)	
事業所が行なう 他の指定障がい 福祉サービス	重度訪問介護	号(〇〇〇〇年〇〇月〇〇日指定)
	同行援護	号(〇〇〇〇年〇〇月〇〇日指定)
	行動援護	号(〇〇〇〇年〇〇月〇〇日指定)
	移動支援事業	号(〇〇〇〇年〇〇月〇〇日指定)
	重度障害者等包括支援	号(〇〇〇〇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

管理者	(氏名を記載する)
-----	-----------

職種	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。</li> <li>2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> </ol>	常勤 人
サービス提供責任者	<ol style="list-style-type: none"> <li>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、障がい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、援助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。</li> <li>2 利用者又は障がい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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	常勤 人 非常勤 人
ヘルパー	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>	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相談支援事業所への移動（公的手続又は障がい福祉サービスの利用に係る相談のために利用する場合に限る）のための屋内外における移動等の介助又は通院先等での受診等の手続、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、移動等の介助を行います。 (移送に係る運賃は別途必要となります。)

(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利用者の居宅での飲酒、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。利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ 障がい福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、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。

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

利用料金は、次表のとおりです。

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	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 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		
	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
	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 30分毎に加算			
通院等 介助(身体 介護を伴う 場合)	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		
	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 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		
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
	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 30分毎に加算					
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
	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 30分毎に加算					
提供時間 内容	利用料	利用者負担額	片道1回あたり					
	円	円						
ない場合 通院等介 護(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	利用料	利用者負担額	片道1回あたり					
提供時間 内容	円	円						

(メモ)

「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。

- ※ 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、市町村が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、「通院等介助(身体介護を伴う場合)」を算定します。
- ※ 「通院等介助(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。

【加算項目】

- ① サービス提供の時間帯により下表のとおり料金が加算されます。(円未満の端数は四捨五入)

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

- ② 事業所のとっている体制又は、対応の内容等により、下表のとおり料金が加算されます。(円未満の端数は四捨五入)

加算項目	利用料	利用者負担額	算定回数等
特定事業所加算(Ⅰ)	所定単位数の 20/100	左記の1割	
特定事業所加算(Ⅱ)	所定単位数の 10/100	左記の1割	
特定事業所加算(Ⅲ)	所定単位数の 10/100	左記の1割	
特定事業所加算(Ⅳ)	所定単位数の 5/100	左記の1割	

加算項目	利用料	利用者負担額	算定回数等
緊急時対応加算	円	円	身体介護又は通院等介助(身体介護を伴う場合)に限る。 1回の要請につき1回、利用者1人に対し、1月に2回を限度とする
初回加算	円	円	初回月、1回のみ
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

(メモ)

特定事業所加算については、体制をとっている事業所として府に届けている事業所について、該当する区分を記載してください。

特別地域加算については、受給者証の支給決定内容欄に当該加算対象である旨の記載がある利用者が対象となります。

※ 緊急時対応加算は、利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が居宅介護計画の変更を行い、ヘルパーが居宅介護計画において計画的に訪問することとなっていないサービスを緊急に行った場合に加算します(対象となるサービスは、身体介護及び通院等介助(身体介護を伴う場合)に限ります)。

※ 初回加算は、新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回のサービス提供と同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行う場合又は他のヘルパーがサービス提供を行う際に同行した場合に加算します。

※ 特別地域加算は、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します。

なお、本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。

③ 利用者の依頼により、利用者の負担上限月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	円	円	1月あたり

#### 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、利用者の病状の急変や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 ④ 通院等介助等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費	利用者(お客様)の別途負担となります。	

(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 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

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>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、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、受領通知をお渡ししますので、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。	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)

※ 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、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にしています。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・利用者負担上限月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

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「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いたします。

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、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、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する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「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」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等で使用する等、他の障がい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 緊急時の対応方法について

① 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。

- ② 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先：電話番号 \_\_\_\_\_ (対応可能時間 〇〇：〇〇～〇〇：〇〇)

#### 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、府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 他の指定障がい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、他の指定障がい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、当該箇所は削除してください。選任については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。

(ロ)

- 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。

Table with 2 columns: Window Name (事業者の窓口, 市町村の窓口, 公的団体の窓口) and Contact Information (所在地, 電話番号, ファックス番号, 受付時間).

19 第三者評価の実施状況

Table with 2 columns: 実施している and 実施していない. Includes fields for implementation date and evaluation organization name.

20 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
-----------------	---	---	---

21 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、「大阪府指定障害福祉サービス事業者の指定並びに指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 107 号）」第 10 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	

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	

代理人	住所	
	氏名	

(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します。

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。

なお手指の障がいなどで、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	大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏 名	大 阪 太 郎

大阪府〇〇市△△町1丁目1番1号

上記署名は 浪速 花子 (子)

が代行しました。

(メモ)

重要事項説明書にあたっては、利用者の障がいの特性に応じ、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、点字版・拡大文字版・録音版・ルビ版・絵文字版・ビデオテープ版・手話通訳による説明など利用者の障がいの特性に応じて作成してください。

## 契約書についての留意事項（１）

### 1. 未成年者の場合の注意事項

未成年者が契約をする場合は、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）※未成年者が結婚を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、利用者（契約の相手方）は保護者になります。

### ○未成年者との契約書の参考記載例

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。

〇〇〇〇年〇月〇日

事業者 住所  
事業者名  
代表者氏名 印

利用者 住所  
氏名 印

法定代理人として、利用者〇〇 〇〇が契約を締結することを同意します。

法定代理人 住所  
氏名 印

### ○主たるサービスの対象者が児童の場合の契約書の記載例

〇〇〇〇（以下「利用者」という。）と□□□□（以下「事業者」という。）は、△△△△が事業者から提供されるサービスを受け、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。

※〇〇〇〇は保護者氏名、□□□□は事業者名（法人）、△△△△は児童の氏名  
<中略>

〇〇〇〇年〇月〇日

事業者 住所  
事業者名  
代表者氏名 印

利用者 住所  
氏名 保護者名 印  
併記（児童名）

## 契約書についての留意事項（２）

障在 第 1525号  
平成15年8月1日

指定事業者（施設）代表者 様

大阪府健康福祉部障害保健福祉室長

支援費制度における利用者(障害者)の意思を尊重した  
契約手続きやサービスの実行等について(通知)

《中略》

(1) 支援費制度においては、利用者が自らの意思でサービスを選択し、事業者と対等な立場で、契約によりサービスを利用する仕組みとなっています。利用者の自己決定を尊重したサービス提供を実現するためには、利用者本人が契約当事者になり、利用者の主体的な意思に基づいた契約が締結されなければなりません。

そのためには、利用者本人の意思の尊重と確認が重要であり、重要事項説明書や契約書の内容を説明する際には、あらかじめ利用者が望むコミュニケーション手段を聞きとり、その準備を整えた上で対応してください。

- 視覚障害者の場合は、点字版、拡大文字版、テープ版の資料をあらかじめ用意の上、説明を行い、重要事項説明書及び契約書（契約書別紙も含む）の写しの点字版、拡大文字版、テープ版など利用者が希望するものを交付してください。
- 聴覚障害者の場合は、重要事項の説明や契約締結時には、手話通訳者を準備して説明を行ってください。
- 知的障害者の場合は、利用申込者が理解しやすいよう平易な表現を心がけ、ひらがなやルビ、絵文字を使用したパンフレットやビデオをあらかじめ用意の上、説明を行い、ひらがなやルビを使用した重要事項説明書や契約書（契約書別紙も含む）を交付してください。

《以下省略》

## 相談受付票

相談日 年 月 日

受付 No.					相談方法		
ふりがな					( 来所 ・ 電話 ・ 文書 ・ ファクシミリ ・ 訪問 )		
氏名					経由機関	担当者名	
手帳		種	級	年齢	歳	(生年月日： 年 月 日)	
住所	〒 -				TEL :	( )	
					FAX :	( )	
障がい名							
相談者氏名					利用者との関係		
相談者住所	〒 -				TEL :	( )	
					FAX :	( )	
その他の連絡先	氏名			住所	TEL : ( )		
					FAX : ( )		
家族	続柄	氏名	年齢	同居別居	特記事項		
相談内容				家族構成			
				<input type="radio"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 死亡			
現在受けているサービス（居宅介護、日中活動サービス、相談支援事業等）							
対応者所見・その他の情報				対応状況			
				<input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先 )			
				訪問対応予定 年 月 日			
				再来所予定 年 月 日			

# 相談受付票

相談日 20 年 ○ 月 × 日

受付 No.	15		相談方法		
ふりがな	おおさか はなこ		( <input checked="" type="radio"/> 来所 ) 電話・文書・ファクシミリ・訪問		
氏名	大阪 花子		経由機関	担当者名 難波 広子	
身体障害者 手帳 1 種 1 級			年齢	23 歳 (生年月日: S59年 ○月 ×日)	
住所	〒 5××-×××× D市○○町 ×丁目×番×号		TEL: △△△ (△△△) △△△△ FAX: △△△ (△△△) △△△△		
障がい名	体幹機能障がい、呼吸器機能障がい、音声機能喪失				
相談者氏名	大阪 花子		利用者との関係	本人	
相談者住所	〒 - 同上		TEL: ( ) FAX: ( )		
その他の連絡先	氏名		住所	TEL: ( ) FAX: ( )	
家族	続柄	氏名	年齢	同居別居	特記事項
	父	大阪 一郎	50歳	同居	
	母	大阪 良子	48歳	同居	
	本人	大阪 花子	23歳		就労移行支援利用中
ケースの状態を把握する(知りたい情報は最小限にとどめる)					
相談内容			家族構成		
いろいろと出かけたが、一人では不安			<p>○ 女性 □ 男性 ● ■ 死亡</p>		
主訴をつかむ(緊急性の有無)			情報を提供 課題を整理しながら、解決に役立ちそうな情報を提供し、求めている援助を具体化していく		
現在受けているサービス (居宅介護、日中活動サービス) 居宅介護 支給量 (身体) 40時間…まったく使っていない			対応者所見・その他の情報 吸引器使用などの配慮 (体力的な問題) 筆談を交えながらコミュニケーションをする		
			対応状況 <input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先 )		
			訪問対応予定 年 月 日 再来所予定 20 年 ○ 月 × 日		

## 利用者調査表 1

受給者証番号				調査日： 年 月 日	
ふりがな			性別	生年月日	
氏名				年 月 日 ( 歳)	
ふりがな			援護の実施者		
住所	〒 -		電話： ( )		
			FAX： ( )		
			携帯： ( )	電話： ( )	
緊急連絡先	ふりがな			続柄	住所
	氏名				電話： ( )
	医療機関 (主治医等)				電話： ( )
身体障がい者 手帳	種 級			障がい名	
療育手帳	A	B1	B2		
支給量			時間/月	利用者負担額	
			時間/月	負担上限月額	上限管理
			時間/月	低所得1 低所得2 一般	円
			時間/月	上限額管理事業所	
			時間/月	(事業所名 )	
主たる 介護者 の状況	ふりがな			続柄	状況
	氏名				
他のサービス等 の利用の状況	1. 日中活動サービス (事業所名 )		2. ショートステイ (事業所名 )		
	3. グループホーム (事業所名 )		4. 児童発達支援 (事業所名 )		
	5. 一般・特定相談支援事業 (事業所名 )		6. その他 ( )		
			( )		
			( )		
			( )		
サービス提供時の希望及び注意事項					

## 利用者調査表 2

	項 目	状 況	特記事項
身体 の 状 況	視 覚	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	聴 覚	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	言 語	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	座位保持	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	コミュニケーション の状況		
	そ の 他		
日 常 生 活 状 況	歩行（屋内）	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	歩行（屋外）	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	食 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	入 浴	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	着 脱 衣	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	排 泄	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	炊 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	洗 濯	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	金 銭 管 理	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	買 い 物	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	服 薬 管 理	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
		そ の 他	
住 宅 状 況	住居形態		【住居の状況】
	ト イ レ	和式・洋式・その他（ ）	
	浴 室	実用可 ・ 不可	
	寝 具	布団 ・ ベッド	
	手 す り	あり ・ なし	
	住環境の 留 意 点		
医 療 機 関 利 用 状 況			
障 が い 経 過			
家 族 状 況	氏 名	続 柄	備 考
備 考			

## 利用者調査表 1

受給者証番号		1234567890		調査日： 19 年 ○ 月 × 日	
ふりがな	おおさか はなこ		性別	生年月日	
氏名	大阪 花子		女	S 5 9 年 ○ 月 × 日 ( 2 3 歳 )	
ふりがな				援護の実施者	
住所	〒5××-××××			D市	
	D市○○町×丁目×番×号			電話：△△△(△△△)△△△△ FAX：△△△(△△△)△△△△ 携帯：△△△(△△△)△△△△	
緊急連絡先	ふりがな	おおさか よしこ		続柄	住所
	氏名	大阪 良子		母	同上
	医療機関 (主治医等)	□□病院 (主治医：△△)			電話：△△△(×××)××××
身体障がい者 手帳	1 種		障がい名		
療育手帳	A	B1	B2	体幹機能障がい (座位不能) 1 級	
支給量	身体介護		20時間/月	利用者負担額	
	家事援助		20時間/月	負担上限月額	上限管理
			時間/月	低所得1 低所得2 一般	円
			時間/月	上限額管理事業所	
		時間/月	(事業所名)		
		あり・なし			
主たる 介護者 の状況	ふりがな	おおさか よしこ		続柄	状況
	氏名	大阪 良子		母	
他のサービス等 の利用の状況	1. 日中活動サービス (事業所名)		2. ショートステイ (事業所名)		
	3. グループホーム (事業所名)		4. 児童発達支援 (事業所名)		
5. 一般・特定相談支援事業 (事業所名)		6. その他 ( )			
サービス提供時の希望及び注意事項					
両親は、現在の生活について不安を抱えている。					
できる限り自立した生活ができるよう、手助けしてほしい。					

## 利用者調査表 2

	項目	状況	特記事項								
身体 の 状況	視 覚	<input checked="" type="radio"/> ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限									
	聴 覚	<input checked="" type="radio"/> ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限									
	言 語	ア. 制限なし ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	言語障がいがある。聞き慣れれば理解できる								
	座位保持	ア. 制限なし ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限									
	コミュニケーションの状況										
	そ の 他										
日 常 生 活 状 況	歩行（屋内）	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	伝い歩きは数歩可。支え要。電動車椅子を使用すれば自力								
	歩行（屋外）	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	電動車椅子を使用して移動。段差などは介助要								
	食 事	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	調理により1～2cm角に刻む必要								
	入 浴	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> ウ. 全部介助	洗顔は自力								
	着 脱 衣	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	ズボンなどは介助要								
	排 泄	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	立ち上がりには介助要								
	炊 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> ウ. 代行	経験なし								
	洗 濯	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> ウ. 代行	経験なし								
	金 銭 管 理	<input checked="" type="radio"/> ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行									
	買 い 物	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	コンビニなら一人で行ける								
	服 薬 管 理	<input checked="" type="radio"/> ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行									
		そ の 他									
住 宅 状 況	住居形態	2階建て・戸建住宅	【住居の状況】 1F <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20%;">浴室</td><td style="width: 10%;">脱衣所</td><td style="width: 10%;">トイレ</td><td style="width: 10%;">玄関</td></tr><tr><td>台所</td><td>居間</td><td colspan="2">本人の部屋</td></tr></table>	浴室	脱衣所	トイレ	玄関	台所	居間	本人の部屋	
	浴室	脱衣所		トイレ	玄関						
	台所	居間		本人の部屋							
	トイレル	和式・ <input checked="" type="radio"/> 洋式・その他( )									
	浴室	実用可 ・ <input checked="" type="radio"/> 不可									
	寝 具	布団 ・ <input checked="" type="radio"/> ベッド									
手 す り	あり ・ <input checked="" type="radio"/> なし										
住環境の留意点	家の中は伝い歩き。手すりがあればと思っている。										
医 療 機 関 利 用 状 況	*□□病院 カニューレ交換 1/2W										
	*△△病院 リハビリ 1/1M										
	*××歯科 2/1Y										
	母親と通院している										
障 が い 経 過	筋ジストロフィーのため幼少より病院にかかっていた。										
	気管を切開しているため、会話は難しいが、慣れれば聞き取れる部分もある。										
家 族 状 況	氏 名	続 柄	備 考								
	大阪 一郎	父									
	大阪 良子	母									
	大阪 花子	本人									
備 考	地域の高校を卒業後、大学に入学した。学校には母親が送迎。大学では友人にトイレ介助を頼んでいた。卒業後も交友を深めている。地域のサークルにも参加し友人は多い。										

# 居宅介護計画書

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

本人(家族)の希望	

援助の方向性 援助目標	

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

## 【計画予定表】

時間	月	火	水	木	金	土	日	備考
0:00								【担当する従業員の氏名と種別】
2:00								
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								

交付日	年 月 日	利用者確認印	(印)
-----	-------	--------	-----

【サービス内容】以下の方法で、居宅介護サービスを提供していきます。

サービス 1	所要時間	サービスの内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族に やっていただくこと
種類等	<input type="checkbox"/> 身体介護（時間 分） <input type="checkbox"/> 家事援助（時間 分） <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助（時間 分） <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし)(時間 分) <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)(時間 分)			
サービス 2	所要時間	サービスの内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族に やっていただくこと
種類等	<input type="checkbox"/> 身体介護（時間 分） <input type="checkbox"/> 家事援助（時間 分） <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助（時間 分） <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし)(時間 分) <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)(時間 分)			

# 居宅介護計画書

作成日	H16年1月7日	作成者	難波 広子
利用者名	大阪 花子 様		

●本人(家族)の希望  
利用者本人・家族の希望、要望を反映すること

●作成年月日・計画作成担当者  
いつ、誰が作成したかを明確に

本人(家族)の希望	半身麻痺により入浴が困難であるため、定期的に入浴し、清潔に過ごしたい
-----------	------------------------------------

●援助の方向性や目標  
ヘルパーが「何のための派遣か」を意識できるよう援助の方向性を決めた上で、援助目標を記入

援助の方向性 援助目標	(援助の方向性) 清潔に過ごせるよう援助していく (援助目標) 定期的に入浴する
----------------	---

サービス内容	<input checked="" type="checkbox"/> 身体介護	10時間	<input type="checkbox"/> 家事援助	時間	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	時間
	<input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護あり)		●サービス内容 契約支給時間を記入			時間

## 【計画予定表】

	月	火	水	木	金	土	日	備考
8:00								●情報提供 自分でできることはどんなことか等サービス提供に関わる情報を記入
10:00								
12:00								●派遣される従業者の種別により所定単位数が異なる場合があるため、担当する従業者の氏名、種別を記入
14:00								
16:00								【担当する従業者の氏名と種別】 ・箕面 ゆず子(介護福祉士)
18:00	サービス1 身体介護				サービス1 身体介護			
20:00								●確認印 利用者に計画書を説明後確認印をもらう

交付日	H16年1月10日	利用者確認印	大阪 花子	(印)
-----	-----------	--------	-------	-----

●交付年月日を記入

●サービスの内容ごとに当該内容のサービスを提供するのに要する標準的な時間数を記入

●サービスの内容ごとに手順、留意事項、等を入力

【サービス提供の方法】以下の方法で、居宅介護サービスを提供いたします。

所要時間	サービスの内容	手順・留意事項・観察ポイント	本人・家族に やっていただくこと
10分	(業務のすすめかた) 体調確認	体調確認 → トイレ介助 → 入浴(清拭・足浴) → 体調確認 * 口頭での質問、おでこに手を当ててみる。食事の摂取量確認の中で、体調の確認を進める。必要な場合はバイタルを確認する。 体調確認の後に浴室の用意をする。 本人又は家族に確認のうえ、着替え(上着、ズボン、下着・パット)とバスタオル、タオルなど用意する。	●サービス提供にあたって、利用者本人若しくは家族にやっていただくことをあらかじめ決めておき、これを記入 家族にお風呂の湯をためてもらつ
	排せつ介助 移動介助 更衣介助	入浴前にトイレへ行ってもらえるよう声かけする。 * 移動時、立位時に見守り及び一部介助 脱衣所、浴室にイスを用意する。浴室内が寒くないよう温める。 * できるところはしてもらうよう声かけ、見守りをする。 汚れている衣類は一つにまとめておく。	歩行器でトイレに移動 トイレで排せつ 歩行器で浴室に移動 イスに座り衣服を脱ぐ
30分	入浴介助	浴室内でイスに腰掛けお湯の温度が適温か確認する。 * 本人にも確認してもらう。冬は手・足が冷えているので注意する。 かけ湯をし、先に浴槽に入るか洗身するかを確認し決めてもらう。 洗身はできるところは行ってもらい、できない部分の背中や足先等を洗うのを介助する。 * 陰臀部を洗う時は手すりにつかまり立ってもらって洗う。 浴槽をまたぐ時や浴槽内の移動は手すりをしっかり持ってもらいながら、腰付近を支え、介助する。 洗髪はシャンプーハットを使用する。 着衣は、脱衣所のイスに腰掛けて行う。 洗髪した時はドライヤーをかけ、身だしなみを整える。 居間に戻り、安楽な姿勢で座位を確保して、水分の補給と状態確認をする。	お湯の温度を確認 できるところは、自分で体を洗う 家族に飲み物を用意してもらう
種類等	<input checked="" type="checkbox"/> 身体介護 (1時間00分) <input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 通院介助(身体介護なし)( 時間 分) <input type="checkbox"/> 通院介助 ●該当するサービスをチェックし、サービス提供の合計時間(30分単位)を記入		

○ 上記は身体介護のうち、入浴介助の計画例です。

○ 家事援助の場合は、次のことに留意して計画の作成とサービス提供を行ってください。

【共通事項】 訪問時、まずは、体調に変化がないかを確認する。

【調理】 ・利用者に食事のメニュー、味付けに制限がある場合は注意して調理する。

・利用者のそしゃく能力(入れ歯の有無等を含む)考え、食べ物の大きさ、やわらかさに注意する。

・調理の前に石鹸での手洗いをきちんとする。

・食中毒防止のため、使用するまな板、包丁等の調理器具、食器の消毒(洗剤で洗い、熱湯消毒)を使用前後にきちんと行う。

・まな板を使用する場合、肉・魚を切る面と、野菜を切る面を区別する。

・作り置きをする場合、保管方法には十分注意する。利用者に声かけしておく。

【買い物】 ・たのまれた物をまず本人の前でメモに記入する。

・お金を預かる時、利用者の前で預かったお金の金額を確認する。

・買い物から帰ってきたら、メモと買い物してきた品物、レシートを本人の前でらしあわせ、確認する。

・お釣りがある場合、レシートを見せ、お釣りを確認してもらう。その後レシートは連絡ノートに貼り付け、預かった金額、お釣りの金額をきっちりと記入する。

【掃除】 ・どんな小さなものでも動かすときは、本人に確認のうえ動かし、掃除が終わった後、元に戻しておく。

・ゴミを捨てる時、ゴミだと思いついて捨てる時、いちおう、捨ててもいいものかどうかを、本人に確認する。知的障害や認知症のある方の場合、特に注意が必要。本人に確認がとりにくい時は、まとめておいて、ご家族に確認をとってからにする方がよい。

・空気の入替えもかねて、窓を開けて換気をするように声かけしてみる。

# 個別支援計画書(案)

利用者氏名		障害支援区分		サービスの種類		
計画案作成日		計画期間		計画作成者氏名	サービス管理責任者:	
利用者及びその家族の生活に対する意向						
総合的な支援の方針						
	長期目標	期間				
	短期目標					
優先順位	生活全般の質を向上させるための課題	課題解決のための 本人の目標	課題解決のための 支援の内容	課題解決のための 本人の役割(取組み内容等)	その他 留意事項	達成時期 (目標)

当事業所は、様への障害福祉サービスの提供にあたり、本個別支援計画書(案)を協議した上で、ご本人への提示と説明を行いました。

年 月 日

計画作成担当者  
サービス管理責任者 \_\_\_\_\_

私は、この個別支援計画書(案)の説明を受けて、同意しました。

私は、この個別支援計画書を受領しました。

年 月 日

ご本人氏名 \_\_\_\_\_  
代筆者氏名 \_\_\_\_\_  
(代理人氏名) \_\_\_\_\_

【参考様式】

障がい福祉サービス（居宅介護・行動援護・重度訪問介護）  
 契約内容（障がい福祉サービス受給者証記載事項）報告書

年 月 日

〒000-0000  
 ○○市（町・村）  
 ○○市（町村）長 様

事業者番号	27
事業者及びその事業所の名称代表者	〒 ー 大阪府

下記のとおり当事業者との契約内容（障がい福祉サービス受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

障がい福祉サービス受給者証番号	
支給決定障がい者（保護者）氏名	支給決定に係る児童氏名

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した日)	理由
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更

【参考様式】

＜介護(訓練等)給付の受領通知(通知文の例)＞

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇 〇〇 様

株式会社 □□□□□□  
△△△△△〇〇〇〇〇〇〇〇  
代表取締役 〇〇 〇〇 印  
電話番号 000(000)0000  
FAX 000(000)0000

介護(訓練等)給付受領のお知らせ

あなたに提供した下記のサービスに要した費用について、市町村から下記のとお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、当法人もしくは受給者証に記載された市町村にお問い合わせください。

記

1 サービス提供年月	〇〇〇〇年〇〇月	
2 受領した自立支援給付名	介護給付費(居宅介護)	
3 受領日	〇〇〇〇年△△月▽▽日	
4 受領金額	金〇〇〇, 〇〇〇円	
5 内 訳	サービスに要した費用の全体の額 (A)	金〇〇〇, 〇〇〇円 (別紙明細書のとおり) ※もしくは、計算過程を記入
	利用者負担額 (B)	金〇〇〇, 〇〇〇円
	報酬額 (A) - (B)	金〇〇〇, 〇〇〇円

<参考様式>

## 年 月分 勤務予定(実績)一覧表

サービスの種類 ( )

職 種	勤務 区分	氏 名	日付	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	31	備 考 (資格等)			
			曜日																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			

【参考様式】

A:常勤 9:00~18:00、B:非常勤:13:00~17:00、C:非常勤:9:00~12:00 予定欄に記号、実績欄は時間を記入  
 なお、登録ヘルパー等については、確実に勤務できる時間を明記すること。

## 利用契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するとお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、障がい者自立支援制度に関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、担当者会議において、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 使用にあたっての条件

①個人情報の提供は、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。

②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

#### 3 個人情報の内容(例示)

・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを提供するために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報

・その他の情報

※ 「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

○○○○年○○月○○日

○○○○○ 事業所 ○○ ○○ 様

(利用者) 住所 ○○○○○

氏名 ○○ ○○

※代筆の場合、代筆者の住所・氏名を併記すること。

(代理人) 住所 ○○○○○

氏名 ○○ ○○

(利用者家族)住所 ○○○○○

氏名 ○○ ○○ (続柄: )

(利用者家族)住所 ○○○○○

氏名 ○○ ○○ (続柄: )

## 事故・ひやりはっと 報告書 ( いずれかに○をすること )

	記入者		記入日	年 月 日( )				
事業所名				サービス種別				
利用者	(フリガナ) 氏名	年齢	受給者証番号					
	住所			電話番号	- -			
行政機関	利用者の支給決定市町村 (担当課・担当者名)			報告日	年 月 日( )			
	事業所所在地の指定権者 (担当課・担当者名)			報告日	年 月 日( )			
事故等の概要	日時	年 月 日( ) 時 分		(状況図)				
	発生場所							
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )						
	対応窓口 (担当者)							
	事故等の内容 (具体的に)							
発見時の状況	第一発見者							
	発見時の状況	【 <input type="checkbox"/> 支援中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 外出中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他( )】						
事故時の対応	応急処置の概要 (対応者・時間等を明確に)							
	治療等を行った医療機関等			診断結果				
	治療・処置内容							
	連絡した障がい福祉事業者・関係機関			連絡日時	年 月 日( ) 時 分			
				連絡日時	年 月 日( ) 時 分			
				連絡日時	年 月 日( ) 時 分			
家族等への説明状況								
損害賠償の発生状況								

その後の経過	その後の経過	
	顛末（結果）	
再発・未然防止のための取り組み	事故等が発生した要因分析	
	再発（未然）防止のための改善策	
	改善策の実践状況	
（備考）		

# 苦情(相談)対応記録

受付日	年 月 日( ) 時 分	記入者 (担当者)									
利用者	(フリガナ) 氏 名		被保険者 番 号								
申立人	(フリガナ) 氏 名		利用者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 子( ) <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> その他( )							
	住 所			電話番号	— —						
区分	<input type="checkbox"/> サービス内容に関する事項 <input type="checkbox"/> 利用料・保険給付に関する事項 <input type="checkbox"/> 施設・設備等に関する事項 <input type="checkbox"/> 制度等に関する事項 <input type="checkbox"/> 要介護認定に関する事項 <input type="checkbox"/> その他( )										
苦情等の内容											
	申立人の要望	<input type="checkbox"/> 改善してほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 回答してほしい <input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 弁償してほしい <input type="checkbox"/> 提言 <input type="checkbox"/> その他( )									
事実確認の状況											
対応状況											

第 三 者 委 員 ・ 関 係 機 関 等	第 三 者 委 員	第 三 者 委 員 へ の 報 告			□要 □否 (理由: )		
		話 し 合 い へ の 第 三 者 委 員 の 立 会 等			□要 □否 (理由: )		
	市 町 村 へ の 報 告	□有 □無	市 町 村 名		担 当 課 ・ 担 当 者 名		
	国 保 連 へ の 申 立	□有 □無			担 当 課 ・ 担 当 者 名		
	大 阪 府 ほ か 関 係 機 関 等 へ の 申 立	□有 □無	申 立 先		担 当 課 ・ 担 当 者 名		
	関 係 機 関 等 と の 対 応 状 況						
そ の 後 の 経 過	そ の 後 の 経 過						
	申 立 人 へ の 報 告	年 月 日 ( ) 時 分			方 法 等		
	顛 末 ( 結 果 )						
再 発 防 止 の た め の 取 組 み	苦 情 等 が 発 生 し た 要 因 分 析	原 因	□説明不足 □職員の態度・対応 □サービス内容 □サービス量 □管理体制 □権利侵害 □その他( )				
		具 体 的 要 因					
	再 発 防 止 の た め の 改 善 策						
	改 善 策 の 実 践 状 況						
( 備 考 )							

## 苦情解決及び事故発生時の対応

### (1) 苦情解決への取り組み

**事業者等は、利用者本位のサービス提供に努めるとともに、利用者からの苦情に対しては、迅速かつ適切な対応を行わなければなりません。**

苦情解決に向けては、苦情対応窓口を必ず設置し、担当者を決め、契約時に当該窓口を利用者に周知しなければなりません。また、以下の点に留意のうえ、対応方法をマニュアル化し従業員に周知徹底してください。

#### ① 苦情内容の把握

利用者からの申し立てに適切に対処するには、申立者の真意の把握に努めるとともに、その苦情が何に起因するものであるか等、苦情内容を正確に把握する必要があります。

#### ② 内容に応じた苦情対応

- 苦情が申立者の誤解によるものと認められる場合  
⇒必要な資料を提供するなど、申立者への説明を行い理解を求める
- サービス内容に対する不満・苦情の場合  
⇒事実の確認を行うとともに、改善に向けた今後の取り組み方針、具体的なスケジュール等についての説明を行う。
- 支給決定内容に関する苦情の場合  
⇒利用者本人の意向を確認し、必要に応じて、支給量の変更申請等の支援を行う。

#### ③ 申立者への結果報告

対処した経過及び結果について、申立者に報告する。

大阪府では、利用者保護の観点から、苦情が多発し改善が認められないなど、悪質な事業者等に対しては、随時、指導監査を実施します。

また、利用者や市町村、事業者等から明白な指定基準違反又は人権侵害があるとの通知や連絡を受けた場合は、関係機関と連携し、事実確認を行います。

事実確認に応じない、又は指定基準違反等が確認され、指導を受けたにもかかわらず、なお改善が認められないときには、指定の取消し等を視野に入れた強い指導を行います。

### **【社会福祉法】**

#### **第 82 条（社会福祉事業の経営者による苦情の解決）**

**社会福祉事業の経営者は、常に、その提供する福祉サービスについて、利用者等からの苦情の適切な解決に努めなければならない。**

## (2) 事故発生時の対応

- 事業者等は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければなりません。
- 事業者等は、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければなりません。

事故が発生してしまった場合は、事故の責任がある、無いということよりも、利用者本人や家族の気持ちを考え、誠意ある態度で対応することが必要になります。事故によって大きな苦痛を被るのは、利用者であり、その家族であることを十分念頭におかなければなりません。

事故対応の原則としては、以下の事項に留意してください。

### ①「組織としての対応」ができているかどうか。

関係した従業者のみで対応するのではなく、組織として責任ある対応をする必要があります。

### ②事実の把握と十分な説明

事故の知らせを受けた家族が一番初めに思うことは、「事実を知りたい」ということです。

事故が発生した場合には、できるだけ早いうちに関係した従業者等から事情を聞き、迅速かつ正確に事実を把握しなければなりません。そして、調査した結果に基づいて、家族等に事故の発生状況やその後の対応について、十分に説明しなければなりません。

### ③改善策の検討

発生した事故の要因分析を行い、具体的な再発防止を検討・実践していくことが求められます。当然のことながら、検討した結果について、家族等に説明をし、納得を得ることが重要です。

### ④事故の発生に備えて

事故が発生した直後の対応としては、利用者の救命や安全確保を最優先にしつつ、医療機関との連携、家族等に対する連絡という2つの対応を的確かつ迅速に行うことが求められます。

そのため、各事業所においては、事故発生直後の初期対応の手順の明確化や、必要となる連絡先リストの作成等の備えが必要です。特に事故発生後は、従業員も慌てやすく、日頃の備えが十分でないと迅速な対応ができなくなってしまいます。

事故が発生した場合、医療機関との連携をどう図るのか、連携体制はどのようにとるのか、などについて、あらかじめ明文化しておき、全ての従業員に周知徹底してください。

※ 事故が発生した場合は、当該利用者の援護の実施者である市町村及び事業所所在地の市町村に報告してください。

また、利用者が複数の事業者等からサービスの提供を受けている場合には、事故の拡大を防ぐため、速やかに事故の情報を他のサービス提供事業者等に報告してください。(ただし、その場合利用者のプライバシーの保護に留意してください)

※ 苦情や事故の再発を防止し、より良いサービスを提供していくためには、その内容や処理経過等を明確に記録する必要があります。

## 大阪府が所管する障がい福祉サービス事業所等での事故発生時の報告等の取扱い

### 1 主 旨

障がい福祉サービス事業者（以下、「事業者」という。）は、障がい福祉サービス事業所において、事故が発生した場合は、利用者の家族や市町村に報告等を行うことが大阪府条例で定められている。

本取り扱いは、大阪府が所管する事業所又は施設において事故が発生した場合、事業者による市町村（広域連合）への事故の報告が適切になされるよう、報告すべき事故等の範囲、報告の手順、報告事項等を定めるものである。

### 2 報告すべき事故の対象

報告すべき事故は、事業者が行う障がい福祉サービス（以下、「サービス」という。）提供中の利用者、入所（入院）者（以下、「利用者等」という。）の事故及びサービス提供に関連する利用者等の事故とする。

### 3 報告すべき事故の種類

(1) サービス提供中における死亡事故及び負傷等（送迎、通院やレクリエーション等での外出時の事故も含む。）

死亡事故については、事故死の他、自殺を含むものとする。

負傷等については、概ね骨折や出血等により縫合が必要な外傷、またはそれ以上に重篤な事故とする。

(2) その他サービス提供に関連して発生したと認められる事故で報告が必要と判断されるもの。

①震災、風水害及び火災等の災害により、サービスの提供に影響するもの。

②食中毒、感染症及び結核については保健所へ届け出たもののうち、緊急性・重大性の高いもの。

③職員（従業者）の法令違反・不祥事等のうち、利用者の処遇に影響があるもの。

④その他報告が必要と判断されるもの。

(食中毒、感染症及び結核が発生した場合の届出等について)

1) 食中毒、感染症及び結核が発生した場合の届出等について、結核、感染症（「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定める一類感染症、二類感染症、三類感染症並びに四類感染症）の患者が発生した場合は、診断した医師は速やかに所管の保健所へ届出を行うとともに、事業者は大阪府へ報告する。

2) 事業者は、その他感染症（食中毒を含む。）で、患者が集団発生した場合は、速やかに大阪府及び所管の保健所へ報告する。

#### 4 報告すべき事故の範囲

- (1) 事業者側の過失の有無は問わない。(利用者の自己過失による負傷等であっても、上記3に該当する場合は報告する。)
- (2) 事故の程度については、入院及び医療機関で受診を要したもの(施設内の医療処置を含む。)とするが、それ以外においても家族等との間でトラブルが生じているか、あるいは生じる可能性があるかと判断されるものについては報告する。
- (3) 利用者等が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のある場合(家族等と紛争が生じる可能性のある場合)は報告する。
- (4) その他報告が必要と判断される場合。

#### 5 報告事項等

##### (1) 報告事項

報告事項は、下記のとおりとする。

- ① 報告者：事業所名(事業者名)、記入者、記入年月日
- ② サービスの種別
- ③ 利用者(対象者)：氏名、年齢、住所、電話番号、被保険者番号
- ④ 保険者名(事業所所在地の保険者も)
- ⑤ 事故等の概要：発生年月日、発生場所、事故等の種類、事故等の内容(発見時の内容及び経緯を記載)
- ⑥ 発見時・事故時の対応：発見時の状況、応急処置の概要、治療等を行った医療機関名、治療等の内容(診断結果も含めて)
- ⑦ 事故後の対応：家族等への報告・説明(家族等の氏名、利用者との続柄、住所、報告日時、対応状況、家族等の理解)、損害賠償に関する状況
- ⑧ 再発防止に向けての今後の対応：事故等が発生した要因分析、再発防止のための改善策、改善策の実施状況
- ⑨ その他の特記事項

##### (2) 報告様式

市町村(広域連合)が報告様式を定めている場合は、当該様式で報告するものとし、報告様式を定めていない場合は、別紙様式(本資料 **33** ページ・**34** ページ参照)で報告するものとする。

ただし、上記(1)に掲げる報告事項が記載されていれば、事業者独自の様式で報告して差し支えないものとする。

## 6 報告先

事業者は、事故発生に対し、本取り扱いに従い、当該利用者等の保険者である市町村（広域連合）に報告する。

なお、事業所所在の市町村（広域連合）への報告については、事故の緊急性、重大性等から、必要に応じ、当該市町村（広域連合）に報告するものとする。

## 7 報告の時期・手順

(1) 事業者は、事故等の発生後、速やかに市町村（広域連合）へ報告を行う。

なお、緊急性・重大性の高い事故については、直ちに市町村（広域連合）へ電話等により報告を行い、その後文書により報告を行う。

(2) 事業者は、事故の解決が長期に及ぶ場合は、必要に応じ適宜経過報告を行い、解決した時点で文書により結果等の報告を行う。

## 8 その他事業者の対応

事業者は、事故発生時に適切な対応を行うための事故対応マニュアルを整備し、職員（従業員）に周知徹底する。

事業者は、発生した事故について原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるとともに、確認等を求められた場合は、再度報告を行う等、市町村（広域連合）の指示に従う。

## 9 大阪府への報告が必要な場合

事業者は、緊急性、重大性の高い事故及び利用者等との間でトラブルが発生又はその恐れがあると判断されるものについて報告し、報告は、市町村（広域連合）への報告に準じて行う。

事業運営に必要な書類一覧

		資料	資料頁	留意事項
利用者へ交付する書類	<input type="checkbox"/>	重要事項説明書・契約書	1	ルビ版、拡大文字版等用意。運営規程と内容を一致させておくこと。
	<input type="checkbox"/>	個別支援計画書	27	アセスメント表、利用者調査票、モニタリング票を作成しておくこと。
	<input type="checkbox"/>	介護（訓練等）給付の受領通知	29	
	<input type="checkbox"/>	個人情報使用同意書	31	
	<input type="checkbox"/>	利用に関する請求書・領収書		
勤務体制	<input type="checkbox"/>	勤務体制実績一覧表	30	
	<input type="checkbox"/>	タイムカード又は出勤簿		
	<input type="checkbox"/>	雇用契約書		
	<input type="checkbox"/>	健康診断受診確認		
	<input type="checkbox"/>	従業者の秘密保持		就業規則、雇用契約書に定めているかを確認しておくこと。
	<input type="checkbox"/>	職員の身分証（訪問系）		
マニュアル・計画等	<input type="checkbox"/>	緊急時対応マニュアル		
	<input type="checkbox"/>	事故対応マニュアル		
	<input type="checkbox"/>	苦情対応マニュアル		
	<input type="checkbox"/>	感染症対応マニュアル		
	<input type="checkbox"/>	地震・災害時の対策マニュアル		
	<input type="checkbox"/>	業務継続計画（感染症、災害）		策定すること
	<input type="checkbox"/>	ハラスメント防止の方針		明確化すること
	<input type="checkbox"/>	感染症の予防及びまん延防止指針		策定すること
	<input type="checkbox"/>	身体拘束適正化指針		策定すること
記録等	<input type="checkbox"/>	事故・ひやりはつと報告	32	
	<input type="checkbox"/>	苦情（相談）記録	34	
	<input type="checkbox"/>	送迎記録		
	<input type="checkbox"/>	研修記録		人権、支援技術等、虐待防止、身体拘束適正化、感染症対策、業務継続（感染症、災害）、外部研修等
	<input type="checkbox"/>	訓練記録		避難訓練、業務継続（感染症、災害）、感染症対策
	<input type="checkbox"/>	会議・委員会開催記録		感染対策検討委員会、虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会
請求等	<input type="checkbox"/>	契約内容報告書	28	
	<input type="checkbox"/>	サービス提供実績記録票		
	<input type="checkbox"/>	サービス提供記録		