

令和7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）	P 1
(2) 契約書（共同生活援助）（短期入所）	P 18
(3) 個別支援計画（共同生活援助☆）	P 34
(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）	P 42
(5) サービス提供記録（共同生活援助用☆）	P 44
(6) 実績記録票（共同生活援助）（短期入所）（自立生活援助）	P 47
(7) 預り金等管理規程等（共同生活援助用☆）	P 51
(8) 研修議事録（共通）	P 61
(9) 秘密情報の保持に関する誓約書（共通）	P 62
(10) 個人情報使用同意書（共通）	P 63
(11) 相談・苦情受付等記録書（共通）	P 64
(12) 事故報告書（共通、事業所内部用）	P 66
(13) ヒヤリ・ハット報告書（共通）	P 68
(14) 地域連携推進会議参考様式	P 69
(15) バックアップ施設との連携協定書	P 71

※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) バックアップ施設通知文	P 72
(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	P 74
(3) 事故防止対策の徹底について	P 78
(3) ホームページ情報	P 81

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)」「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、本様式に最終ページ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 営業所の種類・数	○○○○事業 ○○○○事業 ○○○○事業 ○○○○事業 ○○○○事業 ○○○○事業	号 (○○年○○月○○日指定) 号 (○○年○○月○○日指定) 号 (○○年○○月○○日指定) 号 (○○年○○月○○日指定) 号 (○○年○○月○○日指定) 号 (○○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 132000000	
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・ 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		
職員への研修の実施 状況		
福祉サービス第三者 評価の実施状況	○年に一度実施しています。 (直近の実績) 年 月 日実施 評価機関 (評価機関の法人格及び名称を記載する) 評価結果 ○○にて公表 (公表方法や公表場所を記載する)	

地域連携推進会議の実施状況	1年に○回実施しています。事業の運営に係る状況を報告するとともに、必要な要望、助言等を聽きます。 (直近の実績) 年 月 日実施 参加者 利用者・家族、○○区市町村職員、民生委員等 (参加者の所属・役職等を記載する) 会議記録 ○○にて公表 (公表方法や公表場所を記載する)
---------------	--

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	○○m ²	○○m ²	

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 ○○：○○～○○：○○
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	・ ・
趣味活動	・ ・

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・介護職員待遇改善加算 (当事業所では職員の賃金等の待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 ※共用分、居室分を含みます。 ※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 ※朝食・夕食分です。 ※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。 ※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 ※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 ・個人用化粧品等 ※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。

精算は、費目ごとに行い、残額を返還します。ただし、不足がある場合、事前に利用者に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、費目間の調整を行うことや、不足額を追加でお支払いいただくことがあります。

※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、〇日までにお支払ください。

支払いは、原則として自動口座引き落としてお願いします。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

(1) 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。

(2) 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。 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。 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。

1 2 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	

1 3 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	

1 4 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	

1 5 事故発生時の対応

事故対応方針	事故防止対策を徹底します。その上で、事故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、原因を分析し、再発防止に取り組みます。
事故発生時の対応	別途定める「事故対応マニュアル」により対応します。
事故対応責任者	
事故報告先	保護者・〇〇区市町村□□担当・東京都福祉局障害者施策推進部地域生活支援課居住支援担当

1 6 非常災害時の対応

※利用者の受給者証を発行している各区市町村の事故報告先（障害福祉課等）を記載してください。

非常時の対応	別途定める「防災計画」による
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 ・ガス漏れ報知器

--	--

17 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

担当者	
電話番号	
受付時間	

※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。

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

18 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担当者を選任します。

虐待防止担当者名	
電話番号	
受付時間	

【虐待通報先】

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権利擁護センターを記載してください。

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)

(説明者)

所属

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。

氏名

印

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)

(続柄)

印

※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 営業所の種類・数	○○○○事業 ○○○○事業 ○○○○事業 ○○○○事業 ○○○○事業	号 (平成○○年○○月○○日指定) 号 (平成○○年○○月○○日指定) 号 (平成○○年○○月○○日指定) 号 (平成○○年○○月○○日指定) 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	1300000000 (年 月 日指定)
事業所が行っている他障 害福祉サービス	居宅介護	1300000000 (年 月 日指定) (→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	○年に一度実施しています。 (直近の実績) 年 月 日実施 評価機関 (評価機関の法人格及び名称を記載する) 評価結果 ○○にて公表 (公表方法や公表場所を記載する)	
職員への研修の実施状況		

3 事業所の職員体制 (○○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

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 (○○m ²)
居室 2	○人部屋 (○○m ²)
居室 3	○人部屋 (○○m ²)
居室 4	○人部屋 (○○m ²)
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

(1) 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(11.08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。

加算	単位数	要件
短期利用加算	〇〇〇／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	〇〇〇／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
	〇〇〇／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	〇〇〇／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
	〇〇〇／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	〇〇〇／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	〇〇〇／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、(1)から(3)までに適合する食事を提供した場合に加算 (1)管理栄養士又は栄養士が献立を確認している

		(2) 食事提供時に利用者ごとの摂取量を記録している (3) 利用者ごとの体重又は BMI を 6 月に 1 回記録している
送迎加算	〇〇〇／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
緊急短期入所体制確保加算	〇〇〇／日	緊急に短期入所を受ける必要がある者を受け入れるために利用定員の 100 分の 5 に相当する空床を確保している事業所に加算(届出を行う際に前 3 月における稼働率が 100 分の 90 以上であることが必要)
緊急短期入所受入加算	〇〇〇／日	福祉型短期入所で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
	〇〇〇／日	医療型短期入所で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
重度障害者支援加算	〇〇〇／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
	〇〇〇／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
医療連携体制加算	〇〇〇／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
	〇〇〇／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 名に対して看護を行った場合に加算
医療連携体制加算	〇〇〇／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
	〇〇〇／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
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 分の〇〇	当該事業所では、職員の処遇(賃金等)改善を図っています

(2) 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。

- | | |
|---|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ ご利用の前日までにご連絡いただいた場合 ・ ご利用の当日までにご連絡いただかなかった場合 | → 無料
→ 〇〇円 |
|---|---------------|

(食材料費相当分)

(3) その他

徴収する費用		費用
食費	朝食	〇〇〇円 (うち食材費〇〇円、人件費〇〇円)
	昼食	〇〇〇円 (うち食材費〇〇円、人件費〇〇円)
	夕食	〇〇〇円 (うち食材費〇〇円、人件費〇〇円)

※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	〇〇〇円
日用品費	実費
〇〇費	実費
その他	〇〇円

※送迎加算以外の送迎費（燃料費相当分のみ）又は行政手続き代行費、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。

(6) 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。

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〇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 事故発生時の対応

事故対応方針	事故防止対策を徹底します。その上で、事故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、原因を分析し、再発防止に取り組みます。
事故発生時の対応	別途定める「事故対応マニュアル」により対応します。
事故対応責任者	
事故報告先	保護者・〇〇区市町村□□担当・東京都福祉局障害者施策推進部地域生活支援課居住支援担当

※利用者の受給者証を発行している各区市町村の事故報告先（障害福祉課等）を記載してください。

12 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 ・ガス漏れ報知器

13 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

担当者	
電話番号	
受付時間	

※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。

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

1.4 虐待防止窓口

当事業所ご利用相談・窓口

虐待防止担当者	
電話番号	
受付時間	

【虐待通報先】

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権利擁護センターを記載してください。

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 モデル利用契約書

※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、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」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）

- 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。
- 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。
- 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）

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 事業者は、「契約書別紙」に定めるとおり、あらかじめ徴収した料金に残額が生じた場合は、返金します。

第8条（相談・苦情対応）

- 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。
- 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ることができます。
 - 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - 事業者が守秘義務に反した場合
 - 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）

- 利用者は、事業者に対して（30日間の予告期間において）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。
- 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。
- 次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して、30日間の予告期間に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。
 - 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
 - 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
 - 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
- 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）

- 1 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やむを得ない場合を除き、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。
- 2 事業者は、身体拘束の適正化を図るため、対策を検討する委員会の定期的開催、結果の従業者へ周知、指針の整備、従業者への研修実施等を行います。

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、虐待防止委員会を設置し、定期的な開催と結果の従業者への周知のほか、虐待防止担当者を設置し、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。

第14条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供に

※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。

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

契約者氏名

※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。

事業者

(事業者名)

(住所)

(代表者名)

印

利用者

(住所)

(氏名)

印

代理人又は立会人等

※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。

(住所)

(氏名)

(続柄)

印

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

(1) 居室「〇〇号室」・・・個室となります。

浴室、食堂、トイレ

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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。

(8) 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	667	616	583	697
区分5	552	500	467	582	
区分4	471	421	387	501	
区分3	381	331	298	411	
区分2	292	243	209	322	
区分1以下	243	198	170	272	

※ 単位 × 地域区分単価 ○○ 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 (共用分、居室分含む。3ヶ月ごとに精算)
食材料費	月額	円 (朝食・夕食分。3ヶ月ごとに精算)
日用品費	月額	円 (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。

精算は、費目ごとに行い、残額を返還します。ただし、不足がある場合、利用者に説明し、文書により利用者の同意を得た上で、費目間の調整を行うことや、不足額を追加でお支払いいただくことがあります。

＜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。

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)

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名)

(続柄)

※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。

印

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

印

【 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）

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、平成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、担当者を設置し、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）

- 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。
- 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。
- 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）

- 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。
- 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）

- 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。
- 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

契約者氏名

事業者

(事業者名)

(住所)

(代表者名)

※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。

印

利用者

(住所)

(氏名)

印

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名)

(続柄)

※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。

印

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。

- (1) 居室 ・・・ 個室となります。
浴室、食堂、トイレ・・・共用となります。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) その他
余暇活動支援等を行います。

2 利用料金

- (1) 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。

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。

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＞

障害福祉サービス利用者負担額		短期入所サービス費 I	短期入所サービス費 II	短期入所サービス費 III	短期入所サービス費 IV
	区分 6	892	582		
区分 5	758	510			
区分 4	626	307			
区分 3	563	232	758	510	
区分 2	492	166	595	269	
区分 1	492	166	492	166	

※／単位 × 地域区分単価 ○○ 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。

短期利用加算	○○○単位／日
単独型加算	○○○単位／日 ○○○単位／日 (サービス費 II・IVで日中の長時間の場合の加算)
栄養士配置加算	○○単位／日 ○○単位／日
利用者負担上限額管理加算	○○○単位／月
食事提供体制加算	○○単位／日
送迎加算	○○○単位／片道
緊急短期入所体制確保加算	○○単位／日
緊急短期入所受入加算	○○○単位／日 (入所した日のみ)
重度障害者支援加算	○○単位／日 ○○単位／日 (強度行動障害利用者への研修修了者支援)
医療連携体制加算	○○○単位／日 (1人の利用者) ○○○単位／日 (2人以上の利用者) ○○○単位／日 (喀痰吸引)

(2) 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 ○○ 円
食事に係る費用	朝食 ○○ 円 (うち食材料費○円・人件費○円) 昼食 ○○ 円 (うち食材料費○円・人件費○円) 夕食 ○○ 円 (うち食材料費○円・人件費○円) (食事提供体制加算算定者については食材料費のみ) その他、外食に関しては実費をいただきます。 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	1回 ○○○ 円 このほか、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	<p>＜片道＞</p> <p>5km ○○○ 円 10km ○○○ 円 (燃料費相当分) それ以上1km当たり ○○○ 円</p> <p>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。</p>

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。

- | | |
|--|-------------------|
| $\left\{ \begin{array}{l} \cdot \text{ご利用の前日までにご連絡いただいた場合} \\ \cdot \text{ご利用の当日までにご連絡いただかなかった場合} \end{array} \right.$ | →無料 |
| | →○○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。

※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

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名)

(続柄)

※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。

印

＜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。

フェースシート①

作成者：

作成日：令和 年 月 日

フリガナ			年齢	歳	
氏名	(性別：)		生年月日		
障害福祉サービス 援護の実施自治体			部署名 担当者名		
生活保護 援護の実施自治体			部署名 担当者名		
医療機関名・診療科			主治医氏名		
保護者／後見人 氏名・住所・連絡先					
障害者総合支援法	受給者証交付 年月日				
	障害種別				
	障害支援区分	区分	その後の変更		
	共同生活援助 支給決定期間	～			
	その他				
知的障害	手帳の有無			I Q	
	総合判定			判定年月日	
	原因				
精神障害	手帳の有無			手帳の有効期限	
	障害等級				
	診断名				
身体障害	手帳の有無			補装具	
	身体障害程度等級				
	障害名（部位）				
年金受給	() 年金		1級	2級	なし
要介護認定					
理解能力					
表現能力					
コミュニケーション手段					

【健康状態】		測定年月日 ()		
身長	cm	体重	kg	
最高		最低		
右		左		

疾病について	発症年月日	治癒年月日	病名	医療機関		
服薬	薬名		薬の種類（効能）	用法・用量		
				起床時	朝食	昼食
						夕食
						寝る前
						その他
留意点・特記事項	<ul style="list-style-type: none"> 飲酒 入院経験 これまで 通院頻度 週・月・年 服薬管理 要・不要 <ul style="list-style-type: none"> 喫煙 回 通算 回くらい <ul style="list-style-type: none"> 自殺企図 年くらい ・通院同行 要・不要 ・アレルギー 					

フェースシート②

作成者：

作成日：令和 年 月 日

氏名	
----	--

【性格・趣味】

性格		
障害・症状の受け止め方		
趣味		
嗜好	服装・髪型	
	飲食	
	娯楽	

【環境・条件】

家族構成			
利用している支援等	計画相談		
	日中活動		
	医療連携		
	その他の支援		
財産・所得	工賃：月平均	円前後	財産：

【入居前の状況・成育歴】

--	--	--	--

【本人・家族の要望・希望する生活と家族関係】

本人	どこで	昼間の活動
	誰と（パートナー） どうしたい	生活の場所
家族	どこで	昼間の活動
	誰と（パートナー） どうしたい	生活の場所
家族支援	支援の必要性	
所見		

その他

フェースシート③

作成者：

作成日：令和 年 月 日

氏名

【問題行動】

項目	日常的にする (ある)	頻繁にする (ある)	ときどきする (ある)	たまにする (ある)	しない (ない)
突然、場にそぐわない大きな声でしゃべったり、奇声を上げることがありますか					
破壊行為がありますか					
他傷行為がありますか					
自傷行為がありますか					
パニックを起こすことがありますか					
施設内や近所を徘徊しますか					
火遊びはしますか					
盗癖がありますか					
人に対する性的トラブルがありますか					
性的な関心が過度にありますか					
黙って外出や外泊することがありますか					
人との関わりを拒絶しますか					
過食がありますか					
拒食がありますか					
著しいこだわりや固執がありますか					
著しい偏食がありますか					
異食がありますか					
抑制の利かない多飲水がありますか					
睡眠の乱れがありますか					
著しい多動がありますか					
便こねがありますか					
脅迫的な排泄行為を繰り返しますか					
所見					
その他・特記事項					

アセスメントシート

利用者氏名：

作成日

作成者

【基本的生活習慣】

項目	全介助	多くを介助	一部介助	ほぼ自立	自立
① 洗面					
② 衣服の着脱					
③ 食事					
④ 排泄					
⑤ 移動（補装具使用可）					
⑥ 入浴					

【生活スキル】

① 自分の衣類を、畳んで分類して管理することができますか					
② 衣類の洗濯をして干すことができますか					
③ 配膳などの食事の準備ができますか					
④ 掃除機などを使用して、部屋の掃除が出来ますか					
⑤ ゴミを区別して捨てる事が出来ますか					
⑥ 自分の爪を切り、手入れすることができますか					
⑦ 季節に応じた衣服を着たり、整髪しますか					
⑧ 自分の薬について、管理したり飲んだり出来ますか					
⑨ みんなで利用する物を共同で管理したり利用できますか					
⑩ 自動販売機が利用できますか					

【社会スキル】

① 食べ過ぎ飲み過ぎに注意できますか					
② 運動、休息などコントロールできますか					
③ 体の怪我や、体調に気づき適切に対応できますか					
④ 計画的にお金を使ったり予算をたてられますか					
⑤ 社会的なルールやマナーを守ることができますか					
⑥ 交通ルールを理解し守れますか					
⑦ 危機的な状況で適切な判断が出来ますか					
⑧ 自分でスケジュールを立てそれに沿った行動がとれますか					
⑨ 新たな場面や状況に対応することができますか					
⑩ 余暇時間を適切に過ごせますか					

【社会参加】

① 医療機関を利用することができますか					
② 公共交通機関を利用することができますか					
③ 店やスーパーで買い物できますか					
④ レジャー やレクリエーションに参加できますか					
⑤ 地域の行事に参加できますか					
⑥ 作業に参加できますか					
⑦ 作業などに持続的に取り組めますか					
⑧ 道具や機械の危険性が理解できますか					
⑨ 就労に対する意欲を持つことができますか					

【コミュニケーション・対人関係】

① 必要なときに相談したり支援を求められますか					
② 异性と接するときマナーがやルールを守れますか					
③ 自分の考えを適切に主張できますか					
④ 自分に対する批判をきちんと聞くことができますか					
⑤ 他人と仲良くつきあえますか					

ご希望アセスメントシート

利用者氏名
作成日
作成者

グループホームではどんな暮らしがしたいですか

どんな仕事をしたいですか・どんな活動をしたいですか

休日は何をして過ごしたいですか

これから先はどんな生活を送りたいですか？

グループホームに望むことは何ですか

個人シート表

支援者がいつ、何の支援を行うのかを記載してください。…おおよその時刻・本人の行動(GHでの支援内容)

【朝】7:00起床(声掛け・身支度支援)、7:30朝食(提供・服薬確認)

書き方が本人の目標となるよう
に（その為には本人が納得して
前向きになる目標にしないとい
けない）

支援内容

取り組むこと	支えてもらうところ	いつ	どこで	誰が
自分が、がんばるところ、がんばりたいところ	支援員が手伝うこと。助けること。配慮すること。			
こと)				
どに関するこ				
どに関するこ				
と)				

＜個別支援計画作成のポイント＞

・グループホームで支援を行うに当たっては、医療機関や相談支援事業所と十分な連携が必要です。個別支援計画は、相談支援事業所にも交付しなければなりません。相談支援事業所に見てもらい、相談支援事業所とグループホームとで相互にチェックし、より良い支援につなげましょう。

・サービス等利用計画を受けて、グループホームでの支援について、具体的に掘り下げて計画を作成してください。

・「目標」⇒「取り組むこと」⇒「支えてもらうところ」その連動性がわかるように記載する必要があります。

・モニタリング時に達成状況が「お互い」にわかりやすい（評価できる）ように、いつ・どこで・誰が・何を・どのようにするのか、具体的に書きましょう。

×：「必要に応じて」「適時」「こまめに」→○：「毎朝」、「毎週水曜日に」

×：「金銭管理をサポートする」→○：「小遣い帳の記入を一緒に行い、毎月の収支を確認する。使い過ぎた時は、翌月収支を調整するお金の使い方と一緒に考える。」

＜報酬算定上、個別支援計画への位置づけが必須の事項及び記載事項＞

○基準附則第18条の2第2項の適用を受ける利用者（個人ホームヘルプ利用者）の基本報酬算定 … 居宅介護の利用

○体験利用者の基本報酬算定 … 繼続的な利用に移行するための課題、目標、体験期間及び留意事項等

○受託居宅介護サービス費の算定 … 具体的なサービス内容（区市町村の定める受託居宅介護サービスの支給量の範囲内）、受託居宅介護サービスに

要する時間

○（長期）入院時支援特別加算 … 病院又は診療所を訪問して行う、当該病院又は診療所との連絡調整及び被服等の準備その他日常生活上の支援の内容

（家族等からの支援を受けることが

困難な利用者のみ算定可）

○（長期）帰宅時支援加算 … 当該利用者の家族等の居宅等への外泊の予定及び帰省に伴う家族等との連絡調整、交通手段の確保等の支援内容

○夜間支援等体制加算（I） … 夜間支援の内容（個々の利用者ごと）

○日中支援加算（I）（II） … 日中に行う支援

○地域生活移行個別支援特別加算

… 本人や関係者からの聞き取りや経過記録、行動観察等によるアセスメントに基づき、犯罪行為等に至った要因を理解し、これを誘発しないような環境

調整と必要な専門的支援（教育又は訓練）

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		
	※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		
受 領 日	令和 年 月 日		
代理受領金額 (A)−(B)+(C)	(A)	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	金	円
	利用者負担額 (B)	金	円
	特定障害者特別給付 費 (C) (補足給付)	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		
※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)	(A)	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	金	円
	(B)	金	円
	(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

○○ホーム サービス提供記録

(△△ユニット)

西暦 年

利用者名 さん

<行事・予定>

月 日 (月曜日)			<本日の様子>	
食事	朝	完食・1/2・1/3		
	昼	完食・1/2・1/3		
	夜	完食・1/2・1/3		
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	完食・1/2・1/3		
	昼	完食・1/2・1/3		
	夜	完食・1/2・1/3		
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	完食・1/2・1/3		
	昼	完食・1/2・1/3		
	夜	完食・1/2・1/3		
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	完食・1/2・1/3		
	昼	完食・1/2・1/3		
	夜	完食・1/2・1/3		
健康状態		良 要観察		
昼間の活動等				記入者

月 日 (金曜日)			<本日の様子>							
食事	朝	完食・1/2・1/3								
	昼	完食・1/2・1/3								
	夜	完食・1/2・1/3								
健康状態		良 要観察								
昼間の活動等				記入者						
月 日 (土曜日)			<本日の様子>							
食事	朝	完食・1/2・1/3								
	昼	完食・1/2・1/3								
	夜	完食・1/2・1/3								
健康状態		良 要観察								
昼間の活動等				記入者						
月 日 (日曜日)			<本日の様子>							
食事	朝	完食・1/2・1/3								
	昼	完食・1/2・1/3								
	夜	完食・1/2・1/3								
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>										
<table border="1"> <tr> <td>管理者</td> <td>サービス 管理責任 者</td> <td>利用者 (保護者)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					管理者	サービス 管理責任 者	利用者 (保護者)			
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	回		

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

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	

令和 年 月分

短期入所サービス提供実績記録票

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	

○○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られる場合

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	(記号番号)	事由	管理開始				
福祉年金	(記号番号)						
厚生年金	(記号番号)	管理責任者					
共済年金	(記号番号)	確認者					
その他	(記号番号)	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。

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〔

管理責任者	副管理責任者

樣式2(預貯金)

預り金等個人別台帳（預貯金）

利用者氏名「

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

金融機関名	口座番号
-------	------

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

研修テーマ						
開催日時	令和 年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分					
開催場所						
研修参加者	<p style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">※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、<u>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。</u> 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。</p>					
研修内容 (具体的に)	<p style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">※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。</p>					
意見・感想	<p style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">※研修を受けた人の反応等を記載してください。 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。</p>					
チェック欄	管理者		サービス提供責任者		記録者	

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

個人情報使用同意書

※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。

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、實際
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
氏名 _____ 続柄

【家 族 代 表 者】住所
氏名 _____ 続柄

相談・苦情受付等記録書

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

参考様式(8)

想定原因	<input type="checkbox"/> 説明・情報提供不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他 ()
対応経過	
解 決 策	
結 果	

様式例

令和 年 月 日

東京都福祉局

障害者施策推進部○○○○課長 殿

法 人 名

施設（事業所）名

施設長（管理者）名

施設（事業所）利用者事故等報告書

施設（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・ユニット名	
	サービス種別	
	施設所在地	
	施設管理者名	
	担当者名 連絡先	

利用者氏名 (性別)	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 (該当の箇所に ☑)	<input type="checkbox"/> 死亡事故 <input type="checkbox"/> 入院を要した事故（持病による入院等は除く） <input type="checkbox"/> 医療機関での治療を要する負傷や疾病を伴う事故 <input type="checkbox"/> 薬の誤与薬 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 感染症の発生 <input type="checkbox"/> 事件性のあるもの（職員による暴力事件等） <input type="checkbox"/> 保護者や関係者とのトラブル <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 虐待通報（通告）が判明した <input type="checkbox"/> 送迎車両等への置き去り事故 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ ）		

原因・経緯・状況										
関係機関への連絡	家族	さん (続柄)	へ	月	日	時	分頃			
	実施機関	福祉事務所へ					月	日	時	分頃
	その他 (病院・警察等)	() へ					月	日	時	分頃
		() へ					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。

ヒヤリ・ハット報告書

報告者			記入年月日		年 月 日 (曜日)	
利用者 (イニシャル)			年齢		ホーム名 (ユニット名)	
日 時	令和 年 月 日 () 時 分					
発生場所						
ヒヤリ・ハット の種類	<input type="checkbox"/> 転倒・転落・つまづき・() <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤与薬 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 暴力行為 () <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
ヒヤリとした 内容 (具体的に)						
ヒヤリ・ハット 時の対応						
再発(未然)防 止のための改善 策						
チェック欄	管理者		サービス 管理責任者		安全管理 責任者	

令和 年 月 日

○○ ○○ 様

○○○○事業所 管理者 ○○ ○○

地域連携推進会議へのご参画のお願い

平素より、当事業所の運営にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、共同生活援助（グループホーム）及び障害者支援施設（以下「施設等」といいます）の運営に当たっては、地域と施設等が連携することにより、利用者と地域との関係づくりや、地域の方への施設等や利用者に関する理解の促進等を目的として、施設等の外部の方を構成員とした「地域連携推進会議」を定期的に開催することが義務付けられています。当事業所も、地域の一員であることを意識しながら、地域の皆様と連携し合う関係をつくることが大切であると考えています。

つきましては、ご多忙のところ恐縮ですが、下記の趣旨等をご確認いただいた上で、地域連携推進会議への参画についてご協力いただけますと幸いです。ご承諾いただける場合は、お手数をおかけいたしますが、別紙「地域連携推進会議 参加承諾書」を○月○日までにご提出くださいますようお願い申し上げます。

記

地域連携推進会議の趣旨	以下を目的に、事業所において、地域の方等の外部の方を構成員とした会議体を設置し、会議の開催・構成員による施設訪問を実施します。 <ul style="list-style-type: none">利用者と地域との関係づくり地域の人への施設等や利用者に関する理解の促進施設等やサービスの透明性・質の確保利用者の権利擁護
会議の構成員	以下のなかから事業所が選定し、構成員に就任いただきます。 <ul style="list-style-type: none">利用者利用者の家族地域の関係者福祉に知見のある人経営に知見のある人市町村の障害福祉担当者等
構成員の役割	地域連携推進会議の構成員として、以下にご参加いただきます。 <ul style="list-style-type: none">地域連携推進会議への出席施設等への訪問 <p>※ 会議・施設訪問の実施日時、会場等については別途調整の上、ご連絡差し上げます。</p>
利用者の個人情報の取り扱いに関する留意事項	会議・施設訪問にご参加いただく中で、利用者の個人情報に触れる可能性があります。利用者やそのご家族の中には、障害があることや、障害福祉サービスを利用していることを他者に知られたくない方もいらっしゃいます。利用者の権利擁護のため、地域連携推進会議で知り得た利用者の個人情報は、外部に漏らすことがないよう、格別のご高配をお願いいたします。
担当・連絡先	○○○○事業所 管理者 ○○ ○○ TEL : ○○○-○○○-○○○ FAX : ○○○-○○○-○○○ E-mail : ○○○○@○○○.jp

(別紙)

地域連携推進会議 参加承諾書

〇〇〇〇事業所

管理者 〇〇 〇〇 宛て

令和 年 月 日

貴事業所の地域連携推進会議への参加を承諾します。

なお、地域連携推進会議で知り得た利用者の個人情報を、外部に漏らさないことを約束します。

所属

役職

氏名

参考例

支援体制確保のための連携協定書

○○（指定共同生活援助事業所の設置者名）（以下「甲」という。）と☆☆（障害福祉サービス事業所の設置者名）（以下「乙」という。）は、甲が設置経営する●●（指定共同生活援助事業所名）と乙が設置経営する★★（障害福祉サービス事業所名）について、次のとおり支援体制確保のための連携に関する協定を締結する。

（緊急時等の連携）

第1条 乙が設置経営する★★（障害福祉サービス事業所名）を甲が設置経営する●●（指定共同生活援助事業所名）のバックアップ施設と定める。

2 ●●（指定共同生活援助事業所名）が、夜間の緊急時等に支援を必要とする場合は、★★（障害福祉サービス事業所名）の職員の派遣等を要請するため、甲は乙に連絡をとる。これに対して乙は、やむを得ない事情のある場合を除き、迅速に適切な対応をとるものとする。

（協定期間）

第2条 この協定の期間は、令和△年△月△日から令和▽年▽月▽日までとする。

2 前項の期間が満了する1か月前までに、甲又は乙が別段の意思表示をしなかったときは、この協定は1年間延長されるものとし、以後も同様とする。

（疑義等の決定）

第3条 この協定について疑義が生じたとき又はこの協定に定めのない事項については、甲乙協議の上、決定する。

この協定を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自1通を保有する。

令和 年 月 日

住所

甲 ○○

代表者 理事長 ○ ○ ○ ○ 印

住所

乙 ☆☆

代表者 ○○ ○ ○ ○ ○ 印

注 この協定書はあくまで参考例であり、形式並びに各条項の記載の内容及び方法等については、各事業所の実情等に応じて作成してください。ただし、緊急時の対応等を適切に行うことを確認したものでなければなりません。

6福祉障地第479号
令和6年7月26日

各障害者グループホーム事業所管理者 殿

東京都福祉局障害者施策推進部地域生活支援課長
(公印省略)

障害者グループホームの支援体制の確保に係る留意事項等について

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

障害者グループホームについては、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（平成17年法律第123号）に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）において、利用者の身体及び精神の状況に応じた必要な支援を行うことができるよう、他の障害福祉サービス事業を行う者その他の関係機関との連携その他の適切な支援体制（バックアップ施設）を確保しなければならないことされております。

また、東京都指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営の基準に関する条例（平成24年東京都条例第155号）においても同等の基準が定められているところです。

バックアップ施設は、都知事への届出が必要な事項となり、東京都障害者サービス情報にも、事業所情報として掲載・公表しております。

今般、バックアップ施設の設置に関するトラブルが非常に多くなっております。近くのグループホームにバックアップ施設として勝手に名前を使われている、口頭で緊急時の支援を依頼したはずの施設から覚えがないと言われてしまった等、緊急時等の支援体制を確保できていない事態が発覚した場合は、早急に是正いただいております。

今後このようなトラブルをなくすため、バックアップ施設の設置に当たっては、支援内容について、障害者グループホームとバックアップ施設の双方が合意していることを明確にすることを目的とし、文書を取り交わしていただきますよう、お願ひいたします。現在、文書を取り交わしていない事業所におかれましては、速やかに御対応願います。

なお、取り交わした文書については、東京都が事業所を訪問する際等に、御提示いただけるよう、事業所への備え付けをお願いします。

【問合せ先】
東京都福祉局障害者施策推進部
地域生活支援課居住支援担当
TEL : 03-5320-4151
E-Mail:S1140702@section.metro.tokyo.jp

(参考資料)

参照条文

○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の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第百七十一号）（抄）

（支援体制の確保）

第二百十二条の二 指定共同生活援助事業者は、利用者の身体及び精神の状況に応じた必要な支援を行うことができるよう、他の障害福祉サービス事業を行う者その他の関係機関との連携その他の適切な支援体制を確保しなければならない。

○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の事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成 18 年 12 月 6 日障発第 1206001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）

第十五 共同生活援助

3 運営に関する基準

（1）～（8）（略）

（9）支援体制の確保（基準第 212 条の 2）

指定共同生活援助事業所は、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のため、地方公共団体や社会福祉法人等であって、障害福祉サービス等を経営する者や他の関係施設の機能を活用すること等により、支援体制が確立できると見込まれる者との間の連携及び支援の体制を整えなければならない旨を規定したものである。

（10）～（13）（略）

○東京都指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営の基準に関する条例
(平成 24 年東京都条例第 155 号)（抄）

（支援体制の確保）

第二百九十七条の二 指定共同生活援助事業者は、利用者の心身の状況に応じた必要な支援を行うことができるよう、他の障害福祉サービス事業を行う者その他の関係機関との連携その他の適切な支援の体制を確保しなければならない。

7福祉障施第222号
令和7年4月24日

各施設・事業所管理者 殿

東京都福祉局障害者施策推進部長
梶 野 京 子
(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。都においては、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ると同時に、身体拘束の適正化の推進が義務付けられています（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、下記事項は、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）、虐待防止の担当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、受講させること

※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。

障害者虐待防止法では、施設や事業所の中で障害者虐待の疑いのある事案が起きたときには「通報義務」があり「通報しない」選択肢はありません。区市町村虐待防止センターに通報し、区市町村、都道府県の事実確認をうけることが必要です。

- ※ 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、児童相談所もしくは区市町村子供家庭支援センターに通告します。
- ※ 児者一体で運営されている施設においては、児童福祉法に基づく給付を受けている場合は児童福祉法、障害者総合支援法に基づく給付を受けている場合は障害者虐待防止法の対象となります。
- ※ 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。
- ※ 各施設・事業所におかれましては、区市町村へ通報後、事故報告書を作成いただき、事故報告フォームより、各担当宛に提出してください。

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

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るとともに、令和6年度報酬改定において、新たな減算規定の創設及び減算額の増額など制度改正されておりますので、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担当者の設置

※ 虐待防止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）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。

7 参考資料

以下の厚生労働省ホームページのリンク先に掲載されている、障害者の虐待防止に係る通知及び手引き等についてもご確認願います。

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/index.html

<担当>東京都福祉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

【都立施設・民間移譲施設（旧都立施設）】

施設サービス支援課 福祉施設運営担当

電話 03-5320-4157 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

7 福祉障施第221号
令和7年4月24日

各施設・事業所管理者 殿

東京都福祉局障害者施策推進部長
梶 野 京 子
(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、利用者の障害特性に起因した事故、職員の過失、施設・事業所の過失などによる事故は後を絶たない状況にあります。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報告をお願いします。

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
- ⑥ 感染症の発生
- ⑦ 送迎車両の車内への利用者の置き去り事故
- ⑧ 事件性のあるもの（職員による暴力事件等）
- ⑨ 保護者や関係者とのトラブル発生が予想されるもの
- ⑩ 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）
- ⑪ 区市町村に虐待通報をした場合（通報した内容等）
- ⑫ 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（障害児入所施設は児童相談所

もしくは区市町村子供家庭支援センター）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

事故報告書の提出は、事故報告書提出フォームによる報告を原則としますが、**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想定される事故等については、発生後直ちに各所管宛電話による報告**をお願いします。

また、その後、可能な限り速やかに別紙様式例を参考に各所管提出フォームに事故報告書（第1報）の御提出をいただいた上で、その後続報を提出してください。

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 事故報告書のファイル名を「【事故報告】施設・事業所名（サービス種別＊）第〇報」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）第1報

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います。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します。

また、施設・事業所の建物の損壊や人的被害が発生した場合には、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します。

4 令和6年度報酬改定に伴う運営の適正化について

令和6年度報酬改定により、別紙1に記載する各事項が未実施の場合等、新たに減算の創設又は見直しが行われているとともに、運営基準の改正も行われておりますので、改めて御確認願います。

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2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

【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://logoform.jp/form/tmgform/826020>

【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://logoform.jp/form/tmgform/827929>

【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://logoform.jp/form/tmgform/829775>

【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://logoform.jp/form/tmgform/702093>

【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://logoform.jp/form/tmgform/830433>

【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://logoform.jp/form/tmgform/835126>

【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://logoform.jp/form/tmgform/1002061>

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 ・検査基準	https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kiban/shidoukensa/youkoutou/sidoukijyun.html
	・指導検査結果	https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kiban/shidoukensa/houjinshisetuzaitakujoho.html
	東京都障害者サービス情報 ・届出等の案内 ・各様式 ・事業者向け通知、情報 ・基準、通知等 ・集団指導資料	https://www.shougaifukushi.metro.tokyo.lg.jp/
	東京都感染症対策 ・感染症対策に関する情報、通知関係	https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/index.html
厚生労働省	厚生労働省法令等データベースサービス ・法令、通知等	https://www.mhlw.go.jp/hourei/
	障害福祉サービス等情報	障害福祉サービス事業所検索 - WAM NET
東京都社会福祉協議会	運営適正化委員会事業 事業（苦情対応）	運営適正化委員会事業 東京都社会福祉協議会