

任用等の要件（福祉・介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

- 二 一に掲げる職位、職責、職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。
- 三 一及び二の内容について就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、全ての福祉・介護職員に周知していること。

ただし、常時雇用する者の数が10人未満の事業所等など、労働法規上の就業規則の作成義務がない事業所等においては、就業規則の代わりに内規等の整備・周知により上記三の要件を満たすこととしても差し支えない。また、令和6年度に限り、処遇改善計画書において令和7年3月末までに上記一及び二の定めを整備を行うことを誓約すれば、令和6年度当初からキャリアパス要件Ⅰを満たすものとして取り扱っても差し支えない。ただし、必ず令和7年3月末までに当該定めを整備を行い、実績報告書においてその旨を報告すること。

#### ④ キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）

次の一及び二を満たすこと。

- 一 福祉・介護職員の職務内容等を踏まえ、福祉・介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及びa又はbに掲げる事項に関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

a 資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等を実施（OJT、OFF-JT等）するとともに、福祉・介護職員の能力評価を行うこと。

b 資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。

- 二 一について、全ての福祉・介護職員に周知していること。

また、令和6年度に限り、処遇改善計画書において令和7年3月末までに上記一の計画を策定し、研修の実施又は研修機会の確保を行うことを誓約すれば、令和6年度当初からキャリアパス要件Ⅱを満たすものとして取り扱っても差し支えない。ただし、必ず令和7年3月末までに当該計画の策定等を行い、実績報告書においてその旨を報告すること。

#### ⑤ キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）

次の一及び二を満たすこと。

- 一 福祉・介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次のaからcまでのいずれかに該当する仕組みであること。

a 経験に応じて昇給する仕組み  
「勤続年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。

b 資格等に応じて昇給する仕組み  
介護福祉士等の資格の取得や実務者研修等の修了状況に応じて昇給する仕組みであること。ただし、別法人等で介護福祉士資格を取得した上で当該事業者や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組み

みであることを要する。

- o 一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み  
「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

- 二 一の内容について、就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、全ての福祉・介護職員に周知していること。

ただし、常時雇用する者の数が10人未満の事業所等など、労働法規上の就業規則の作成義務がない事業所等においては、就業規則の代わりに内規等の整備・周知により上記二の要件を満たすこととしても差し支えない。また、令和6年度に限り、処遇改善計画書において令和7年3月末までに上記一の仕組みの整備を行うことを誓約すれば、令和6年度当初からキャリアパス要件Ⅲを満たすものとして取り扱っても差し支えない。ただし、必ず令和7年3月末までに当該仕組みの整備を行い、実績報告書においてその旨を報告すること。

#### ⑥ キャリアパス要件Ⅳ（改善後の年額賃金要件）

経験・技能のある障害福祉人材のうち1人以上は、賃金改善後の賃金の見込額（新加算等を算定し実施される賃金改善の見込額を含む。）が年額440万円以上であること（新加算等による賃金改善以前の賃金が年額440万円以上である者を除く。）。ただし、以下の場合など、例外的に当該賃金改善が困難な場合であって、合理的な説明がある場合はこの限りではない。

- ・ 小規模事業所等で加算額全体が少額である場合
- ・ 職員全体の賃金水準が低い事業所などで、直ちに一人の賃金を引き上げることが困難な場合

さらに、令和6年度中は、賃金改善後の賃金の見込額が年額440万円以上の職員の代わりに、新加算の加算額のうち旧特定加算に相当する部分による賃金改善額が月額平均8万円（賃金改善実施期間における平均とする。）以上の職員を置くことにより、上記の要件を満たすこととしても差し支えない。

#### ⑦ キャリアパス要件Ⅴ（配置等要件）

福祉専門職員配置等加算（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護にあたっては特定事業所加算）の届出を行っていること。

※ 重度障害者等包括支援、施設入所支援、短期入所、就労定着支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援にあたっては配置等要件に関する加算が無いため、配置等要件は不要とする。

#### ⑧ 職場環境等要件

（令和7年度以降の要件）

令和7年度以降に新加算ⅠからⅣまでのいずれかを算定する場合は、別紙1表4-1に掲げる処遇改善の取組を実施すること。

その際、新加算Ⅰ又はⅡを算定する場合は、別紙1表4-1の「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、及び「やりがい・働きがいの醸成」の区分ごとに2以上の取組を実施し、新加算Ⅲ

# 福祉・介護職員等処遇改善加算

又はⅣを算定する場合は、上記の区分ごとに1以上を実施すること。

また、新加算Ⅰ又はⅡを算定する場合は、同表中「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」のうち3以上の取組（うち⑩は必須）を実施し、新加算Ⅲ又はⅣを算定する場合は「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」のうち2つ以上の取組を実施すること。

ただし、1法人あたり1の施設又は事業所のみを運営するような法人等の小規模事業者は、⑭の取組を実施していれば、「生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組」の要件を満たすものとする。

また、新加算Ⅰ又はⅡを算定する場合は、職場環境等の改善に係る取組について、ホームページへの掲載等により公表すること。具体的には、原則、障害福祉サービス等情報公表制度を活用し、新加算の算定状況を報告するとともに、職場環境等要件を満たすために実施した取組項目及びその具体的な取組内容を記載すること。

（令和6年度の経過措置）

上記の職場環境等要件の見直しについては、令和6年度中は適用を猶予する。したがって、令和6年度中の職場環境等要件としては、別紙1表4-2に掲げる職場環境等の改善に係る取組を実施し、その内容（別紙1表4-2参照）を全ての福祉・介護職員に周知すること。

その際、新加算Ⅰ又はⅡを算定する場合は、別紙1表4-2の「入職促進に向けた取組」、「資質の向上やキャリアアップに向けた支援」、「両立支援・多様な働き方の推進」、「腰痛を含む心身の健康管理」、「生産性の向上のための業務改善の取組」及び「やりがい・働きがいの醸成」の6つの区分から3つの区分を選択し、それぞれで1以上の取組を実施し、新加算Ⅲ又はⅣを算定する場合は、別紙1表4-2の取組のうち1以上を実施すること。

また、新加算Ⅰ又はⅡを算定する場合は、職場環境等の改善に係る取組について、ホームページへの掲載等により公表すること。具体的には、原則、障害福祉サービス等情報公表制度を活用し、職場環境等要件を満たすために実施した取組項目を選択すること。

- (2) 福祉・介護職員等特定処遇改善加算（旧処遇改善加算）の要件  
令和6年4月及び5月に旧処遇改善加算ⅠからⅢまでのいずれかを算定する場合の要件は、上記（1）に掲げる新加算の要件中、旧処遇改善加算の区分ごとに、それぞれ別紙1表2-1に掲げる要件とする。
- (3) 福祉・介護職員等特定処遇改善加算（旧特定加算）の要件  
令和6年4月及び5月に旧特定加算Ⅰ又はⅡを算定する場合の要件は、旧処遇改善加算ⅠからⅢまでのいずれかを算定していることに加えて、上記（1）に掲げる新加算の要件中、旧特定加算の区分ごとに、それぞれ別紙1表2-1に掲げる要件とする。
- (4) 福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算（旧ベースアップ等加算）の要件  
令和6年4月及び5月に旧ベースアップ等加算を算定する場合の要件は、旧処遇改善加算ⅠからⅢまでのいずれかを算定していることに加えて、別紙1表2-1に掲げる要件とする。具体的には、月額賃金改善要件Ⅲとして、次の要件を適用するものとする。

- ・ 月額賃金改善要件Ⅲ  
令和6年4月及び5月に旧ベースアップ等加算を算定する事業所は、当該事業所のサービス別に別紙1表1-1に掲げる旧ベースアップ等加算の加算率を乗じて算出した額の3分の2以上の基本給等の引上げを実施しなければならない。  
ただし、令和6年3月31日時点で旧ベースアップ等加算を算定している場合は、令和6年4月及び5月も同様の賃金改善を継続することを誓約することで、本要件に係る具体的な賃金改善額等の記載は不要とする。

## 4. 新加算等の算定に係る事務処理手順

令和6年度に新加算等を算定しようとする障害福祉サービス事業者等は、それぞれの期日までに以下の届出を行うこと。

### (1) 体制等状況一覧表等の届出（体制届出）

新加算等の算定に当たっては、障害福祉サービス事業所・施設等ごとに、介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表等の必要書類一式の提出（以下「体制届出」という。）を行うこと。

その際、算定を開始する月の前月15日までに、当該障害福祉サービス事業所等の所在する都道府県知事等（当該障害福祉サービス事業所等の指定等権者が都道府県知事である場合は都道府県知事とし、当該障害福祉サービス事業所等の指定等権者が市町村長（特別区長を含む。以下同じ。）である場合は市町村長とする。以下同じ。）に提出するものとする。

ただし、下記（2）のとおり、処遇改善計画書の届出期日が令和6年4月15日であることを踏まえ、都道府県知事等は旧3加算に係る体制届出の期日を令和6年4月15日としても差し支えない。

併せて、令和6年6月以降の新加算の算定に係る体制届出については、他の加算と同様に、令和6年5月15日を届出期日とするが、各障害福祉サービス事業者等が旧3加算に係る届出と同時に新加算の届出も行うことができるよう、都道府県知事等は、必要な対応を行うこと。ただし、下記（2）のとおり、新加算の算定に係る処遇改善計画書の変更が令和6年6月15日まで受け付けられることを踏まえ、令和6年6月15日までの間は、新加算に係る体制届出の変更を受け付ける等、柔軟な取扱いとすること。

### (2) 処遇改善計画書等の作成・提出

新加算等の算定に当たっては、「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等の一部を改正する告示」第9条による改正後の「こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める基準並びに厚生労働大臣が定める基準」（以下「大臣基準告示」という。）第4号イ（2）並びに令和6年4月大臣基準告示第2号イ（2）、第3号イ（2）及び第3号の2ロ等に規定する福祉・介護職員等処遇改善計画書、福祉・介護職員等特定処遇改善計画書、福祉・介護職員等特定処遇改善加算計画書及び福祉・介護職員等ベースアップ等支援計画書を、別紙様式2-1、別紙様式2-2、別紙様式2-3及び別紙様式2-4に定める様式により作成し、当該事業年度において初めて新加算等を算定する月の前々月の末日までに、新加算等を算定する障害福祉サービス事業所等の所在する都道府県知事等に対して

提出し、根拠資料と併せて2年間保存することとする。ただし、確認の事務に要する時間が十分確保できる場合等において、都道府県知事等は処遇改善計画書の提出期限を延長しても差し支えない。

ただし、令和6年4月及び5月の旧3加算の算定並びに令和6年6月以降の新加算の算定に係る処遇改善計画書の提出期日は、令和6年4月15日とする。なお、令和6年6月に算定する新加算に係る処遇改善計画書について、都道府県知事等は、令和6年6月15日まで、障害福祉サービス事業者等が行った変更を受け付けること。令和6年7月分以降の変更については、5（1）に規定する取扱いとすること。

### （3）実績報告書等の作成・提出

新加算等を算定した障害福祉サービス事業者等は、大臣基準告示第2号イ（4）並びに令和6年4月大臣基準告示第2号イ（4）、第3号イ（4）及び第3号の2二等に規定する実績の報告を、別紙様式3-1、3-2及び3-3に定める様式により作成の上、各事業年度における最終の加算の支払があった月の翌々月の末日までに、都道府県知事等に対して提出し、根拠資料と併せて2年間保存することとする。

このため、令和6年度の実績報告書の提出期日は、令和7年3月分の加算の支払が令和7年5月であることから、通常の場合、令和7年7月31日となる。

### （4）複数の障害福祉サービス事業所等を有する障害福祉サービス事業者等の特例

複数の障害福祉サービス事業所等を有する障害福祉サービス事業者等については、別紙様式2及び3の処遇改善計画書等について、事業者（法人）単位で一括して作成して差し支えない。

その際、処遇改善計画書等は、各障害福祉サービス事業所等の指定権者である都道府県知事等に対して、それぞれ上記（1）から（3）までに記載の期日までに、届出を行うこと。なお、各障害福祉サービス事業所等の指定権者に提出する処遇改善計画書等の記載事項は、「提出先」の項目以外は同一の内容で差し支えない。

### （5）処遇改善計画書・実績報告書等の様式の特例

障害福祉サービス事業者等の事務負担に配慮し、同一法人内の事業所数が10以下の障害福祉サービス事業者等については、別紙様式6により、大臣基準告示第2号イ（4）並びに令和6年4月大臣基準告示第2号イ（2）、第3号イ（4）及び第3号の2二等に規定する処遇改善計画書の作成及び提出を行うことができることとする。また、事務負担への配慮が特に必要な、令和6年3月時点で加算を未算定の事業所が、令和6年6月以降、新規に新加算Ⅲ又はⅣを算定する場合には、新加算Ⅲ又はⅣに対応する令和6年4月及び5月の旧3加算の区分の算定と併せて、別紙様式7-1により処遇改善計画書の作成及び提出を行うことができるとし、別紙様式7-2により、大臣基準告示第2号イ（4）並びに令和6年4月大臣基準告示第2号イ（4）、第3号イ（4）及び第3号の2二等に規定する実績の報告を行うことができることとする。

なお、処遇改善計画書を別紙様式6により作成した場合にあっては、実績報告書については、通常の場合と同様に、別紙様式3により作成及び提出

行うこと。

## 5. 都道府県知事等への変更等の届出

### （1）変更の届出

障害福祉サービス事業者等は、新加算を算定する際に提出した処遇改善計画書の内容に変更（次の①から⑤までのいずれかに該当する場合に限る。）があった場合には、次の①から⑤までに定める事項を記載した別紙様式4の変更に係る届出書（以下「変更届出書」という。）を届け出ること。

また、⑥に係る変更のみである場合には、実績報告書を提出する際に、⑥に定める事項を記載した変更届出書をあわせて届け出ること。

なお、届出の期日については、算定を開始する月の前月15日までに、当該障害福祉サービス事業所等の所在する都道府県知事等に提出するものとする。

- ① 会社法（平成17年法律第86号）の規定による吸収合併、新設合併等により、計画書の作成単位が変更となる場合は、変更届出書及び別紙様式2-1を提出すること。
- ② 複数の障害福祉サービス事業所等について一括して申請を行う事業者において、当該申請に係る障害福祉サービス事業所等に増減（新規指定、廃止等の事由による。）があった場合は、変更届出書及び以下に定める書類を提出すること。
  - ・ 旧処遇改善加算については、別紙様式2-1の2（1）及び別紙様式2-2
  - ・ 旧特定加算については、別紙様式2-1の2（1）及び3（6）並びに別紙様式2-2
  - ・ 旧ベースアップ等加算については、別紙様式2-1の2（1）及び3（3）並びに別紙様式2-2
  - ・ 新加算については、別紙様式2-1の2（1）、3（2）及び3（6）並びに別紙様式2-3及び2-4
- ③ キャリアパス要件ⅠからⅢまでに關する適合状況に変更（算定する旧処遇改善加算及び新加算の区分に変更が生じる場合に限る。）があった場合は、キャリアパス要件の変更に係る部分の内容を変更届出書に記載し、別紙様式2-1の2（1）及び3（4）から（7）まで並びに別紙様式2-2、2-3及び2-4を提出すること。
- ④ キャリアパス要件Ⅴ（配置等要件）に關する適合状況に変更があり、算定する加算の区分に変更が生じる場合は、配置等要件の変更の内容を変更届出書に記載し、別紙様式2-1の3（7）並びに別紙様式2-2、2-3及び2-4を提出すること。
  - また、喀痰吸引を必要とする利用者の割合についての要件等を満たせないことにより、特定事業所加算を算定できない状況が常態化し、3か月以上継続した場合も、同様に変更の届出を行うこと。
- ⑤ また、算定する新加算等の区分の変更を行う場合及び新加算等を新規に算定する場合には、変更届出書及び以下の様式を記載すること。
  - ・ 旧処遇改善加算、旧特定加算及び旧ベースアップ等加算については、別紙様式2-1及び2-2
  - ・ 新加算については、別紙様式2-1、2-3及び2-4

# 福祉・介護職員等処遇改善加算

- ⑥ 就業規則を改訂（福祉・介護職員の処遇に関する内容に限る。）した場合は、当該改訂の概要を変更届出書に記載すること。
- (2) 特別事情届出書  
事業の継続を図るために、職員の賃金水準（加算による賃金改善分を除く。以下この5において同じ。）を引き下げた上で賃金改善を行う場合には、以下の①から④までの事項を記載した別紙様式5の特別な事情に係る届出書（以下「特別事情届出書」という。）を届け出ること。なお、年度を超えて福祉・介護職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度の新加算を算定するために必要な届出を行う際に、特別事情届出書を再度提出する必要がある。
- ① 新加算等を算定している障害福祉サービス事業所等の法人の収支（障害福祉サービス事業による収支に限る。）について、サービス利用者数の大幅な減少等により経営が悪化し、一定期間にわたって収支が赤字である、資金繰りに支障が生じる等の状況にあることを示す内容
- ② 福祉・介護職員（その他の職種を賃金改善の対象としている障害福祉サービス事業所等については、その他の職種の職員を含む。以下この5において同じ。）の賃金水準の引き下げの内容
- ③ 当該法人の経営及び福祉・介護職員の賃金水準の改善の見込み
- ④ 福祉・介護職員の賃金水準を引き下げることについて適切に労使の合意を得ていること等の必要な手続きに関して、労使の合意の時期及び方法等
6. 届出内容を証明する資料の保管及び提示  
新加算等を算定しようとする障害福祉サービス事業者等は、処遇改善計画書の提出に当たり、処遇改善計画書のチェックリストを確認するとともに、記載内容の根拠となる資料及び以下の書類を適切に保管し、都道府県知事等から求めがあった場合には速やかに提示しなければならない。
- イ 労働基準法（昭和22年法律第49号）第89条に規定する就業規則等（賃金・退職手当・臨時の賃金等に関する規程、別紙様式2-1の3（4）のうちキャリアパス要件Ⅰに係る任用要件及び賃金体系に関する規程、別紙様式2-1の3（5）のうちキャリアパス要件Ⅲに係る昇給の仕組みに関する規程を就業規則と別に作成している場合には、それらの規程を含む。以下同じ。）
- ロ 労働保険に加入していることが確認できる書類（労働保険関係成立届、労働保険概算・確定保険料申告書等）
7. 新加算等の停止  
都道府県知事等は、新加算等を取得する障害福祉サービス事業者等が（1）又は（2）に該当する場合は、既に支給された新加算等の一部若しくは全部を不正受給として返還させること又は新加算等を取り消すことができる。
- なお、複数の障害福祉サービス事業所等を有する障害福祉サービス事業者等（法人である場合に限る。）であって一括して処遇改善計画書を作成している場合、当該障害福祉サービス事業所等の指定権者間において協議し、必要に応じて監査等を連携して実施すること。指定権者間の協議に当たっては、都道府県が調整をすることが望ましい。

- (1) 新加算等の算定額に相当する賃金改善が行われていない、賃金水準の引下げを行いながら5（2）の特別事情届出書の届出が行われていない等、大臣基準告示等及び本通知に記載の算定要件を満たさない場合
- (2) 虚偽又は不正の手段により加算を受けた場合
8. 新加算等の算定要件の周知・確認等について  
都道府県等は、新加算等を算定している障害福祉サービス事業所等が新加算等の算定要件を満たすことについて確認するとともに、適切な運用に努められたい。また、新加算等を算定する障害福祉サービス事業者等は、以下の点に努められたい。
- (1) 賃金改善方法の周知について  
新加算等を算定する障害福祉サービス事業者等は、当該事業所における賃金改善を行う方法等について処遇改善計画書を用いて職員に周知するとともに、就業規則等の内容についても福祉・介護職員等に周知すること。  
福祉・介護職員等から新加算等に係る賃金改善に関する照会があった場合は、当該職員についての賃金改善の内容について、書面を用いるなど分かりやすく回答すること。
- (2) 労働法規の順守について  
新加算等の目的や、令和6年4月大臣基準告示第2号イ（5）及び大臣基準告示第2号イ（5）等を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
9. その他  
(1) 障害福祉分野の文書に係る負担軽減に関する取組について  
新加算等の様式の取扱いについては以下の通りとすること。
- ① 別紙様式は、原則として、都道府県等において変更を加えないこと。
- ② 処遇改善計画書及び実績報告書の内容を証明する資料は、障害福祉サービス事業者等が適切に保管していることを確認し、都道府県等からの求めがあった場合には速やかに提出することを要件として、届出時に全ての障害福祉サービス事業者等から一律に添付を求めてはならないこと。
- ③ 別紙様式について押印は要しないこと。  
なお、更なる負担軽減を図る観点から、令和5年度分からは、これまで以上の様式の簡素化を行っている。
- (2) 新加算等の取得促進について  
障害福祉サービス事業者等における新加算等の新規取得や、より上位の区分の取得に向けた支援を行う「処遇改善加算等取得促進事業」を適宜活用されたい。また、国が当該事業を行うに当たっては、ご協力をお願いしたい。
- (3) 令和5年度の旧3加算に係る届出について  
本通知は令和6年度の旧3加算及び新加算に係る届出に適用することとし、令和5年度の旧3加算の届出は、「福祉・介護職員処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和5年3月10日障発0310第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）に基づき行うものとする。

以上

# 入院情報提供書

障発第 0328 第 2 号  
令和 6 年 3 月 28 日

都道府県  
各 指定都市 障害保健福祉主管部（局）長 殿  
中核市

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部障害福祉課長  
（公 印 省 略）

## 入院時支援連携加算に関する様式例の提示等について

令和 6 年度の障害福祉サービス等報酬改定により、「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）に、新たに、重度訪問介護において入院時支援連携加算が設けられたところである。

また、この入院時支援連携加算における入院前の事前調整の取扱いについては、「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等の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 18 年 10 月 31 日障発第 1031001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に示されているところであるが、入院前の事前調整の際に使用する入院時情報提供書の様式例等について、下記のとおりお示しするので御了知いただくとともに、貴管内市町村、関係団体、関係機関等にその周知を図られるようお願いする。

## 記

### 1. 入院時情報提供書の様式例について

入院時情報提供書の様式例を別添 1 のとおりお示しする。なお、記載にあたっては、別添 2 の記載例を参考にされたい。

### 2. 入院前の事前調整の内容について

重度訪問介護事業所の職員が医療機関を訪問し、入院前の事前調整を行う際には、様式例を参考に入院時情報提供書を作成し、本人及び家族の同意を得た上で医療機関に提供し、当該情報提供書の内容を踏まえて以下のような事項について、必要な調整を行われたい。

- (1) 障害者本人、障害福祉サービス等事業者から医療機関への伝達事項
  - ・入院する障害者の基本情報、利用している障害福祉サービス等
  - ・入院する障害者の障害特性等の伝達（障害の状態、介護方法（例：体位変換、食事、排泄）など）
  - ・障害者本人の入院中の生活・退院後の生活の希望
  - ・重度訪問介護の制度（目的、内容）
- (2) 医療機関から障害福祉サービス等事業者への伝達事項
  - ・医療機関の入院規則
  - ・感染対策（体温等の確認、マスク装着の徹底）
- (3) 医療機関と障害福祉サービス等の調整
  - ・看護師が行う業務と重度訪問介護従業者が行う業務の確認（コミュニケーション支援の範囲の確認）
  - ・障害特性を踏まえた病室等の環境調整や対応（ベッド等の配置など）
  - ・重度訪問介護従業者の人数、勤務時間、勤務体制
  - ・重度訪問介護従業者から医療機関への報告等の伝達方法

また、重度訪問介護の利用に当たって計画相談支援を利用している利用者については、入院に際しての事前調整についても計画相談支援事業所と適宜適切な連携を図るようお願いする。

なお、計画相談支援において、医療機関との情報連携を評価する入院時情報連携加算についても、重度訪問介護と同一の様式を示すこととしており、重度訪問介護を利用する者が入院する際には、重度訪問介護事業所と計画相談支援事業所が共同で医療機関への情報提供書を作成することも考えられる。

# 入院情報提供書

## 入院情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関） 記載例

記入日： 年 月 日 添付資料：  あり  なし

事業所名	〇〇重度訪問介護事業所	担当者名	〇〇	連絡先	03-0000-0000
------	-------------	------	----	-----	--------------

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

### 1. 基本情報

氏名	〇〇 〇〇	住所	東京都〇〇区〇〇
生年月日	〇〇年 〇月 〇日 (59歳)		
障害名・疾患名	筋萎縮性側索硬化症による両下肢機能障害(1級)、両上肢機能障害(1級)		
現病歴・既往歴	2003年8月 右足下車により発症、整形外科受診、〇〇大学病院を紹介され受診 2004年10月～ 下肢筋力低下 2005年1月～ 上肢筋力低下 2005年4月 ALS (筋萎縮性側索硬化症)と診断 2005年10月 呼吸器装着 2009年4月 胃ろう造設		
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(内容: (胃ろう、喀痰吸引(気管切開)))		
手帳の保有状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(身体(1)級、内容: <input type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他) 障害支援区分 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中		
障害名・疾患名に配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育( ) <input type="checkbox"/> 精神( )級 <input type="checkbox"/> あり(区分: (6))		

### 2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法等を記載してください ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載)  あり(添付資料を参照)  なし  本人・家族からの聴取を希望

ベッド上での体位は、両膝を1時間ごとに左右に傾ける(その際、両膝がぶつからないよう、間にタオルやクッション等を挟む)、両手は伸ばす(肘の下にタオルやクッション等を挟む)、腰骨に衣類のシワがよらないようにする。  
コミュニケーションには透明文字盤を使用(顔の向きは少し右に傾ける。左目の方が可動域が広い。簡単な質問はYesとNoを左右で確認)

①身体の状態やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 褥瘡ができやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起立動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ボータブル <input type="checkbox"/> オムツ/パット <input type="checkbox"/> その他

頻度高く、手足の位置等の細かなセッティングが必要。  
また、排泄については、尿意は本人より訴えあり。排便は1日おきに完腸を実施。排便は差込便器を使用(差込便器が尾骨、仙骨に当たるためタオルなどで保護)。

②コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難

メガネを使用しているが、透明文字盤が読取りにくくなるため、現在は使用していない。  
左目に補聴器を使用(顔を右に傾けるため)。  
基本的には透明文字盤を使用するが、夕方になり眼珠の動きが低下した際は口文字にてコミュニケーションをとる。

③行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例) 高音量を発音する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く

特になし

④その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

現在の身体機能を少しでも長く維持するため、眼の保護を定期的に行っている(眼珠が乾燥するため1日3回、目の下に軟膏を塗布。1日4回の点眼)。就寝時はまぶたを下ろす。

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載)  あり(添付資料を参照)  なし  本人・家族からの聴取を希望

退院前カンファレンスにおいて、入院前との状況の変化やケア内容を共有していただきたい。

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望  参加を希望する

### 3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性  あり(以下を記載)  なし

特別なコミュニケーション支援が必要な理由  
ご本人は、重度訪問介護従業者(ヘルパー)の介助を受けて日常生活を送っている。言葉を発することが難しい状態であり、透明文字盤・口文字での意思確認が必要である。透明文字盤・口文字でのコミュニケーションは慣れるまでに時間がかかること及びご自身ではナースコールを押さないことから、本人を熟知する重度訪問介護従業者が入院中に付添い、体位変換のタイミングや状態の変化などを意思確認し、医療従業者に伝える必要がある。

訪問の可能性のある事業所	事業所	〇〇ヘルパーステーション	担当者	〇〇	連絡先	03-0000-0000	営業時間	09:00 ~ 18:00
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	: ~ :
	事業所		担当者		連絡先		営業時間	: ~ :

訪問可能な時間帯  朝  昼  夜間  終日 一訪問可能な時間帯( : ~ : )

重度訪問介護従業者による支援内容  
ご本人の意思を透明文字盤や口文字で確認し、その時々状態や必要な支援を医療従業者にお伝えする。また、意思の確認の方法や自宅で行っていた介助方法(2. で記載したような体位変換、食事、排泄の方法等)もお伝えし、ご本人が安心して療養生活を送れるようにする。

### 4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。  
※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくり手手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

#### ①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成  単身  夫婦のみ  その他一世帯構成を記載(夫、本人、子どもの4人暮らし)

生活の場所  自宅  グループホーム  施設  その他( )

キーパーソン	氏名	山田 太郎	続柄	夫	連絡先	03-0000-0000
--------	----	-------	----	---	-----	--------------

家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等  
夫は土日仕事で、電話等が繋がりにくい。家族は介護疲れと常に他人が家に居ることへのストレスがあるように見える。

#### ②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

なし  障害福祉サービス・障害児支援  介護保険サービス  その他

利用中のサービス	サービス名	重度訪問介護	利用頻度	週7日	施設・事業所名	〇〇ヘルパーステーション
	サービス名	訪問看護	利用頻度	週3日	施設・事業所名	〇〇訪問看護ステーション
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	
	サービス名		利用頻度		施設・事業所名	

1日の生活の流れ・社会参加の状況  
月水金に訪問看護を利用。ヘルパーと2人で排便。  
1日の生活の流れは、添付資料を参照。

日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等  
子どもの仕事や学校の様子を知りたい、成長を見守りたいという意向がある。また、家族と過ごす時間の確保を希望している。

#### ③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)  なし  あり

医療機関名	〇〇大学病院	診療科	脳神経内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	年2回 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名	〇〇クリニック	診療科	呼吸器内科	連絡先	03-0000-0000	受診頻度	月2回 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	回 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問

服薬の有無  なし  あり 服薬管理  本人  家族  その他(訪問看護)

薬の名前  
ムコソール、シナール、ウルソデオキシコール酸 ※  
ジクアス点眼液、フラビタン眼軟膏

留意点・服薬介助のポイント  
※の3つはお湯で溶かし胃ろうから注入

アレルギー  なし  あり(内容: (花粉症))

# 入院情報提供書

入院情報提供書 (相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)																				
記入日:	年	月	日	限付資料:	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし														
申集所名				担当者名				連絡先												
以下の情報は本人及び申集の同意に基づいて提供しています。																				
1. 基本情報																				
氏名				住所																
生年月日	年	月	日( 歳)																	
障害者・扶養者																				
医療機関・病状																				
医療ケア	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(内容:)																		
手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )	種別:	<input type="checkbox"/> 療養	<input type="checkbox"/> 障害	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 知的	その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中									
申請中の内容は 障害者・病者名に記載	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 取消( )	<input type="checkbox"/> 精神( )	<input type="checkbox"/> 視覚																
2. 本人の状態、支援における留意点等																				
①サービス利用履歴、アセスメントシート、履歴等を添付することで、記載を省略することが可能です。																				
入院中の支援が希望してほしいこと ※支援のポイントや要請、入院による環境変化や治療で発生される本人の状態変化、その対応方法を記載してください ※任意が必要な項目があれば、項目にこだわらず自由に記載してください																				
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの取返を希望																				
②身体的状態やケアで支障が必要なこと、支援のポイントや対応等 ※1) 病室がしやすい体質であり、在宅では時間ごと同様のケアを実施																				
A D L	起床動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	洗面	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	家事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	交通	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
③コミュニケーションで支障が必要なこと、支援のポイントや対応等 ※1) 説明時には〇を囲いながらゆっくりと話す																				
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや減あり	<input type="checkbox"/> 弱視	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや減あり	<input type="checkbox"/> 弱聴	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや減あり	<input type="checkbox"/> 弱聴	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや減あり	<input type="checkbox"/> 弱聴					
④行動様式等で支障が必要なこと、支援のポイントや対応等 ※1) 集団を従わせる可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く																				
⑤その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載																				
医療に向けての本人・家族の希望、要望してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なことを記載してください																				
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの取返を希望																				
退院前カンファレンスへの申集所としての参加希望 <input type="checkbox"/> 参加を希望する																				

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援											
①重度訪問介護を利用している重度障害者、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の計画を熟知したヘルパーにより、入院等の準備と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。 ②重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護事業者の計画により実施される訪問介護サービスを受ける際の留意点を記入してください。											
特別なコミュニケーション支援の必要性 <input type="checkbox"/> あり(以下を記載) <input type="checkbox"/> なし											
特別なコミュニケーション支援が必要な理由											
訪問の可能な時間帯	申集所	担当者	連絡先	実施時間	:	-	:				
	申集所	担当者	連絡先	実施時間	:	-	:				
	申集所	担当者	連絡先	実施時間	:	-	:				
訪問可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 休日	→訪問可能な時間帯( )	:	-	:			
重度訪問介護従事者による支援内容											
4. その他											
①障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。 ②サービス利用履歴、アセスメントシート、履歴等を添付することで、記載を省略することが可能です。											
①家族・世帯の状況 <input type="checkbox"/> 限付資料を参照 <input type="checkbox"/> 本人・家族からの取返を希望											
世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載!								
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> その他( )							
キーパーソン	氏名			性別		連絡先					
家族・世帯支援の必要性、調整にあつての対応事項等											
②生活の状況 <input type="checkbox"/> 限付資料を参照 <input type="checkbox"/> 本人・家族からの取返を希望											
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス	<input type="checkbox"/> その他							
	サービス名		利用頻度		施設・申集所名						
	サービス名		利用頻度		施設・申集所名						
	サービス名		利用頻度		施設・申集所名						
1日の生活の流れ・社会参加の状況											
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等											
③受診・服薬の状況 <input type="checkbox"/> 限付資料を参照 <input type="checkbox"/> 本人・家族からの取返を希望											
かかりつけ医(受診受診中の医療機関) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり											
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 訪問
医療機関名		診療科		連絡先		受診頻度	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 週	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 外来	<input type="checkbox"/> 訪問
服薬状況											
服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	服薬管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他( )					
薬の名前											
処方・服薬の留意点											
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(内容:)									

様式  
ID:7990

# 参考様式 行動援護 支援計画シート

(参考1)

支援計画シート(例) 氏名(高崎のぞむ) 支援計画書(〇〇〇〇)		
インタビュー (情報の収集・整理)	アセスメント (評価)	プランニング (支援計画)
情報 (見たこと、聞いたこと、資料などから)	理解・解釈・仮説 (わかったこと、推測したこと)	対応・方針 (やろうと思うこと)
<p>・26歳男性 自閉症 重度知的障害 ・身長172センチ 体重105キロ ・高等部卒業後8年間で45キロ体重増加 ・高血圧(100-180) ・14歳の時に近所のコンビニで2歳の子を突き飛ばし怪我をさせている ・その後も学校や施設の外出中に幼児の方に向かっていく場面を数回制止している ・子どもの泣き声はテレビから聞こえても不機嫌 ・外出は、施設の送迎と父親がドライブに連れていく以外に外出経験なし</p> <p>・DVD カセットのセット作業や洗濯ばさみの装填作業など、単純な工程の仕事が可能 ・書類やチラシの封入等、手先の巧緻性が求められる作業は手順の学習は可能だが製品としての完成は難しい ・個別化された作業環境だと、一度に20分から日によっては1時間近く継続して作業に取り組むことが可能 ・休憩時間は他の利用者や職員の見えも環境だと落ち着かなくなるため、静養室のソファで横になっている場合が多い ・静養室での活動は特になく、長時間休憩が続くと不機嫌になり、頻りに静養室を出入りし、床を強く叩きはじめる ・写真を使った指示で活動がいくつか理解できている ・ときどき笑顔を見せ、支援員に近寄ってくることもあるが、しばらくしてから混乱状態になる場合もある</p> <p>・入浴や歯磨(うが)いが1時間以上たっても終わらないことが多く見られる ・2か月前、歯磨きの中止を指示した父親に、コップを投げつけ、目の上げがを食う(その後休日のドライブが行けいない)</p>	<p>生物的事由 (疾患や障害、気質など) ・中学生から強度行動障害の状態が続いている重度の知的障害のある自閉症 ・生活習慣病の対策が必要 ・健康・衛生に配慮した詳細な援助は行いづらい ・とっさに乳幼児を突き飛ばすリスクあり ・女性や子どもの早高い声は嫌い ・混乱し興奮すると数時間単位で不機嫌状態が続く、場合によっては周囲の人が怪我をするリスクあり</p> <p>心理的事由 (不安、葛藤、希望、感情など) ・一人で行う作業や自立課題は20分程度集中して取り組む ・とっさに何らかの慣れ親しんだ行動を取ろうとする時に静止すると混乱することが多い(大声・床を叩く・頭突き等に表れる) ・周囲の人のとっさの動きに反応し混乱することがある ・刺激が少ない場所でも、一人でいることを好むが、30分以上続けると混乱することがある ・笑顔や人とのかわり方を求める行動がかならずしも快適な状況の表現とは限らない ・歯磨きや入浴といった活動の終了が理解できない</p> <p>社会的要因 (家庭、施設・学校、地域資源など) ・両親は愛情をもって接しているが、今後も長期間この生活を続けることの困難さを感じている ・家庭以外での外出経験は15年以上経っていない ・2年を目処に複数箇所のケアホームの設置が検討されている(行動障害対応が可能か不確定)</p>	<p>① ダイエットと生活習慣病予防 ・昼食に満腹感を与える低カロリーメニュー ・日中活動に毎日散歩の時間を組み入れる(時間や歩行距離は計画的に増やす) ・休憩時間に個別に深呼吸の練習</p> <p>② 支援付きの外出手段の確保 ・相談支援事業と行動援護利用の調整(早急のサービス開始に向けて) ・行動援護事業所と具体的な支援方法の確認(支援員が複数回同行予定)</p> <p>③ 穏やかに日中活動の時間を過ごす ・1日に作業1種類、自立課題6種類を準備 ・1日単位の個別のスケジュールを当面固定 ・スケジュールの伝達方法を調整 ・スケジュールの提示場所は静養室 ・3つ程度の活動を写真・カードで提示 ・静養室の休憩時間の終わりはタイマー ・スケジュール変更時に家庭に連絡 ・家庭での影響を確認</p> <p>④ 定期的なショートステイの利用 ・月に2回(各1泊)生活介護事業所併設のショートステイを活用(要調整) ・曜日の固定 ・他の利用者との調整 ・宿泊時に必要なのを確認 ・夜間・早朝のスケジュール確認 ・最初の実施日</p>

(参考2)

支援手順書 業 記録用紙(例)							
利用者名	高崎のぞむ	サービス提供日	2013年10月24日(木)		作成者名	赤城あきら	
事業所名①	生活介護事業所あじさい	サービス名	生活介護	時間	9:30-15:00	提供者名	匿名障子
事業所名②		サービス名		時間		提供者名	
事業所名③		サービス名		時間		提供者名	

  

時間	活動	サービス手順	チェック	様子
9:30-10:00	来所	【スケジュール1:朝の準備】 静養室(スケジュール)→静養室(歯磨き)→静養室(休憩)→アラーム(9:50)→作業室		
10:00-10:45	個別活動	【スケジュール2:DVD組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム→トイレ静養室(スケジュール)→作業室(作業15分)		
10:45-11:00	お茶休憩	【スケジュール3:お茶休憩】 作業室→静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(お茶休憩)→アラーム→作業室		
11:00-11:45	個別活動	【スケジュール4:DVD組み立て×2回】 作業室(作業15分)→静養室(休憩10分)→アラーム→トイレ静養室(スケジュール)→作業室(作業15分)→静養室		
11:45-12:45	昼食 昼休み	【スケジュール5:昼食】 静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(スケジュール)→食堂(昼食)→静養室(休憩)		
12:45-13:30	散歩	【スケジュール6:散歩】 アラーム(12:45)→トイレ静養室(スケジュール)→玄関(靴の履き替え)→公園→玄関(靴の履き替え)→静養室(スケジュール)→手洗い→静養室(休憩)		
13:30-14:35	自立課題	【スケジュール7:自立課題×2回】 アラーム(13:30)→作業室(自立課題15分)→静養室(休憩15分)→アラーム→作業室(自立課題15分)→静養室(休憩20分)		
14:35-15:00	帰リ	【スケジュール8:帰宅】 アラーム(14:35)→トイレ静養室(スケジュール)→静養室(歯磨き)→玄関(靴の履き替え)→送迎		

  

【連絡事項】
<ul style="list-style-type: none"> <li>活動の切り替えは静養室で行います。原則として活動ごとにスケジュールを確認します。</li> <li>静養室での休憩の終わりはアラームで知らせます。</li> <li>ロッカーは静養室に移動しました。着替えは静養室で行ってください。</li> <li>熊谷さんと動線が重ならないように注意してください(特に朝、休憩時間)</li> <li>自立課題終了後、帰りの準備をするまでに20分間の休憩が入ります。</li> </ul>

  

【問い合わせ事項】

作成されていない場合、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定し、減算されます。

# 参考様式 サービス提供実績記録票

(様式1)

令和〇〇年4月分 居宅介護サービス提供実績記録票

旧様式からの変更点  
・様式変更なし

厚生 太郎 (厚生 花子)

事業所番号

事業所

日付	曜日	サービス内容	居宅介護計画		サービス提供時間		算定時間	緊急時対応加算	福祉専門職員等連携加算	利用者確認	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数	実施時間数					
1日	身体	10:00	11:30	1.5			1.5	1			
2月	通院(伴う)	10:00	11:00	1		10:00	11:00	1			
5日	家事	15:00	16:15	1.25							
5日	家事(連携)					15:00	16:15	1.25			
13日	乗降	18:00	18:30	1		18:00	18:30	1			
15日	① 身体	13:00	16:00	3		13:00	16:00	3			
15日	② 身体	14:00	15:00	1		14:00	15:00	1			
16日	① 身体	13:00	15:00	2		13:00	15:00	2			
16日	② 身体(連携)	14:00	16:00	2		14:00	16:00	2			
30日	身体(連携)	22:00	23:00	1		22:00	23:00	1			
3日	通院(伴う)	10:00	11:30	1		10:00	11:30	1			運転中10:15~10:45を除く
10日	身体	8:00	11:00	1.5		8:00	11:00	1.5			空き時間8:45から10:00/10:45から11:00
19日				2		8:00	10:00	2			

合計

居宅における身体介護	14	12	2	1	15
通院介護(身体介護を伴う)	2	3			3
家事援助	1.25	1.25			1.25
通院介護(身体介護を伴わない)					
通院等乗降介助	1	1			1

枚中 枚

令和〇〇年4月分 行動援護サービス提供実績記録票

旧様式からの変更点  
・様式変更なし

厚生 太郎 (厚生 花子)

事業所番号

事業所

日付	曜日	行動援護計画		サービス提供時間		算定時間	緊急時対応加算	行動障害支援連携加算	利用者確認	備考
		開始時間	終了時間	計画時間数	実施時間数					
2月		9:00	12:00	3		3	1	1		
5日	木	9:00	12:00	3		9:00	12:00	3	1	
7日	土	9:00	12:00	3		9:00	12:00	3		
9日	月	9:00	18:00	8		9:00	18:00	8	1	
12日	木					9:00	12:00	3	1	
18日	水	9:00	12:00	3		9:00	12:00	3	1	

合計

計画時間数計	20	算定時間数計	23	1	1	1
--------	----	--------	----	---	---	---

枚中 枚

【掲載場所】

算定構造・サービスコード表等 掲載箇所

URL: 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000044780.html>

\* 体制状況一覧表は、岡山市ホームページ掲載の様式を使用してください。厚生労働省に掲載している「体制状況一覧表」の様式は使用しないでください。

# 参考様式 サービス提供実績記録票

(様式3-1)

令和〇〇年4月分 重度訪問介護サービス提供実績記録票

厚生 太郎 事業所番号 〇〇事業所

事業者及びその事業所 〇〇事業所

日付	曜日	サービス提供の状況	重度訪問介護計画		サービス提供時間		算定時間数		初回加算	緊急時対応加算	行動障害支援加算	移動介護支援加算	制約事項	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間	時間数						
2月		入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院」と記載する。連続して90日を超える入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院(長期)」と記載する。												
		入院					2.5	2.5	1					初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
		入院	11:00	13:30			3	3	1					2時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る算定時間数は一人分の3時間とし、下の合計欄においては6時間を記載する。(3時間×2人=6時間)
5月	木	入院	6:00	9:00			3	3	1					1
		入院	11:00	14:00			3	3	2					1
		入院	20:00				3	3	1					1
7月	土	① 入院(長期)	0:00	23:00	23	4	0:00	23:00	23	4				1
		② 入院(長期)	13:00	16:00	3		13:00	16:00	3					1
							6:00	9:00	3					1
10月	火						6:00	9:00	3					1
13月	金						12:00	3						1
							12:00	3						1
移動介護分					9.5				12.5					
合計					48.5				58.5					1回 1回 1回

【旧様式からの変更点】  
 ・旧様式からの変更点  
 ・旧様式からの変更点  
 ・旧様式からの変更点

二人派遣で時間がずれた場合、2行に分けて記載する。二行目は全体の通算時間を記載する。二行目はヘルパーが重複している時間帯を記載する。派遣人数は行ごとに1と記載する。

移動介護加算を算定する時間数を記載する。「所要時間3時間以上の場合は」の単価を適用する場合は「4」を記載する。(例:実際の移動介護時間数が5時間の場合「4」を記入。)

移動介護緊急時支援加算を算定する場合、「1」を記載する。

緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。

行動障害支援加算を算定する場合、「1」を記載する。

緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。

移動介護緊急時支援加算を算定する場合、「1」を記載する。

当該ヘルパーが新任ヘルパーに同行してサービス提供を行った場合(単身支援区分の料率率に適用した場合)、「1」を記載する。当該ヘルパーが同行してサービス提供を行った場合(重度障害者等包括支援の対象者に支援した場合)、「2」を記載する。

初回加算を算定する場合、「1」を記載する。

緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。

1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)

当該従業者の資格(初任者等)(基礎等)(初任・通訳)(基礎・通訳)(通訳)を併記する。

同行援護を算定する時間数を記載する。

(様式19)

令和〇〇年4月分 同行援護サービス提供実績記録票

厚生 太郎 (厚生 花子) 事業所番号 〇〇事業所

事業者及びその事業所 〇〇事業所

日付	曜日	サービス内容	同行援護計画			サービス提供時間		算定時間数	初回加算	緊急時対応加算	利用者確認	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間					
3月		同行(初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1	1		初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
5月	水	同行(基礎等)	9:00	11:00	2	9:00	10:00	1	2			緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
7月	金	同行(初任者等)				9:00	10:00	1		1		緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
10月	月	同行(通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1			1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)
12月	水	同行(初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1			1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)
14月	金	同行(初任・通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1			1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)
17月	月	同行(基礎・通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1			1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)
移動介護分												
合計					16			9	6			1回 1回

【旧様式からの変更点】  
 ・旧様式からの変更点  
 ・旧様式からの変更点  
 ・旧様式からの変更点

同行援護を算定する時間数を記載する。

当該従業者の資格(初任者等)(基礎等)(初任・通訳)(基礎・通訳)(通訳)を併記する。

同行援護を算定する時間数を記載する。

算定時間数の内訳を集計する。

ヘルパーの資格により適用される単価ごとに算定時間を記載する。

【掲載場所】

算定構造・サービスコード表等 掲載箇所

URL: 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000044780.html>

\* 体制状況一覧表は、岡山市ホームページ掲載の様式を使用してください。厚生労働省に掲載している「体制状況一覧表」の様式は使用しないでください。