

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ありますが、昨年度も、常勤職員・非常勤職員問わず、支援員による利用者の行動を制止するために過度な有形力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、障害者虐待防止について、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させていただきますようお願いいたします。

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/shougaihashukushi/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

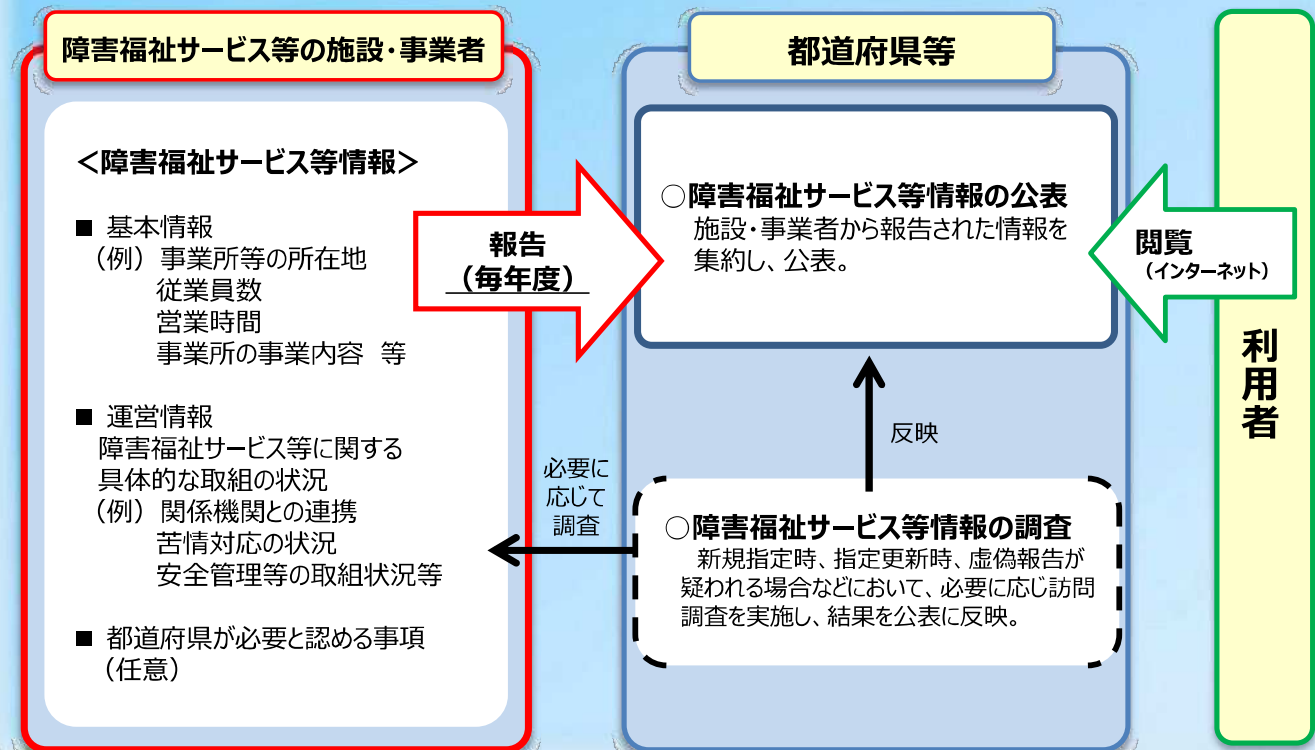
電話 03-5320-4376 FAX 03-5388-1407

障害福祉サービス等情報公表制度に係る更新手続きのご案内

平成30年4月に障害福祉サービス等情報公表制度が施行されました。

- 障害福祉サービス等を提供する事業所数が増加する中、利用者が個々のニーズに応じて良質なサービスを選択できるようにするとともに、事業者によるサービスの質の向上が重要な課題となっていました。
- このため、利用者による個々のニーズに応じた良質なサービスの選択に資することを目的として、平成28年5月に成立した障害者総合支援法及び児童福祉法の一部を改正する法律において、① 事業者に対して障害福祉サービスの内容等を都道府県知事等へ報告することを求めるとともに、② 都道府県知事が報告された内容を公表する仕組みを創設しました。

障害福祉サービス等情報を都道府県等に**毎年度5月～7月に報告する義務**があります！
 (内容に変更がない場合も毎年度報告が必要です。)
 ※なお、障害福祉サービス等情報に変更が生じた都度、報告する必要があります。



○ 下記サービス（基準該当サービスは除く）の指定を受けている事業者及び当年度中に新規指定を受けてサービスを提供しようとする事業者が報告の対象となります。

1. 居宅介護	6. 生活介護	11. 自立訓練（生活訓練）	16. 就労定着支援	21. 地域相談支援（定着）	26. 放課後等デイサービス
2. 重度訪問介護	7. 短期入所	12. 宿泊型自立訓練	17. 自立生活援助	22. 福祉型障害児入所施設	27. 居宅訪問型児童発達支援
3. 同行援護	8. 重度障害者等包括支援	13. 就労移行支援	18. 共同生活援助	23. 医療型障害児入所施設	28. 保育所等訪問支援
4. 行動援護	9. 施設入所支援	14. 就労継続支援 A 型	19. 計画相談支援	24. 児童発達支援	29. 障害児相談支援
5. 療養介護	10. 自立訓練（機能訓練）	15. 就労継続支援 B 型	20. 地域相談支援（移行）	25. 医療型児童発達支援	

～はじまります！～

事業所向け

NEW

「災害時情報共有システム」概要と利用方法

1) 災害時情報共有システムとは

災害発生時に、事業所の被災状況を事業所と自治体、国（厚生労働省）の間で情報共有するためのシステムです。国を通じて被災状況の報告を求められた際に、事業所のパソコンやスタッフのスマートフォンを使って、事業所の被害状況を的確に、簡単に知らせることができます。

自治体・国では、事業所から報告された被災状況を速やかに確認・把握した上で、必要な支援につないでいくことができます。

2) 災害時の利用の流れ



3) システムの特徴

1. 災害が発生すると、災害の規模などから必要に応じ国(厚生労働省)が被災状況の報告を求めます。国は都道府県（政令市・中核市）を通じ、事業所の皆さまへ報告を依頼しますが、その際、事前に登録いただいた連絡先に専用のURLが送られますので、システムにアクセスし、被災情報の報告を行っていただきます。（アクセスの際にID、PWは不要です。）

※送信いただいた情報は、都道府県（政令市・中核市）のほか、市町村、国（厚生労働省）でも即座に状況が確認できます。

2. 被災状況報告は、同じURLから複数回登録が可能ですので、状況変化に応じて、報告内容を随時更新できます。

事務連絡
令和6年8月20日

都内医療機関 御中

東京都福祉局障害者施策推進部地域生活支援課

特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の
入院時における支援者の付添いの受入れについて

日頃から東京都の障害福祉施策の推進に御協力いただき、誠にありがとうございます。
重度障害者等の入院時のヘルパーの付添いにつきましては、令和5年12月14日付けの当課事務連絡「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」【R5事務連絡】にて、お知らせさせていただいたところです。

このたび、厚生労働省では令和6年度障害福祉サービスの報酬改定において、利用者が病院に入院する際の情報提供が円滑に行われるよう、重度訪問介護事業所が作成する入院時情報提供書の様式例【R6別紙1】が示されるとともに、付添いに関して事業所が報酬を算定できる対象者も拡大【R6別紙2】されました。

つきましては、重度の障害者等が入院に当たって支援者の付添いが認められていること等、改めて病院等の職員（医師、看護師等）に対し制度を周知いただくとともに、付添いの受入れについて積極的に検討をお願い申し上げます。

（高度治療室、集中治療室等も対象範囲内です）

なお、病院等に入院又は入所中の利用者への重度訪問介護の提供に当たっては、具体的にどのような支援を行うかについて、個々の利用者の症状等に応じて、病院等で提供される治療等の療養の給付等に影響がないように重度訪問介護事業者等の職員と十分に調整する必要があるため、当該調整等について御理解、御協力をお願い申し上げます。

<添付資料>

【R5事務連絡】令和5年12月14日付け東京都福祉保健局障害者施策推進部地域生活支援課長事務連絡「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」

【担当】

東京都福祉局障害者施策推進部
地域生活支援課在宅支援担当
電話：03-5320-4325（直通）

入院時情報提供書（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 添付資料： あり なし

事業所名	担当者名	連絡先
------	------	-----

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			住所							
生年月日	年	月	日(歳)							
障害名・疾患名										
現病歴・既往歴										
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()									
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体()級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<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
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 療育()	<input type="checkbox"/> 精神()級					<input type="checkbox"/> あり→区分()		

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																																										
<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・家族からの聴取を希望																																									
<p>①身体の状況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)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">A D L</td> <td>起居動作</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td>移乗</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>歩行</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td>更衣・整容</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td>※食事形態:</td> <td><input type="checkbox"/> 普通</td> <td><input type="checkbox"/> 嚥下食</td> <td><input type="checkbox"/> 経管栄養</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td>※排泄方法:</td> <td><input type="checkbox"/> トイレ</td> <td><input type="checkbox"/> ボータブル</td> <td><input type="checkbox"/> オムツ・パット</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>		A D L	起居動作	<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 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"/> 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	※食事形態:	<input 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 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
A D L	起居動作		<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 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"/> 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	※食事形態:	<input 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 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																																
<p>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</p> <table border="1"> <tr> <td>視力</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input type="checkbox"/> 困難</td> <td>聴力</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input type="checkbox"/> 困難</td> </tr> <tr> <td>言語</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input type="checkbox"/> 困難</td> <td>意思伝達</td> <td><input type="checkbox"/> 問題なし</td> <td><input type="checkbox"/> やや難あり</td> <td><input type="checkbox"/> 困難</td> </tr> </table>		視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難																									
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難																																			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難																																			
<p>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)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く</p>																																										
<p>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</p>																																										
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																																										
<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・家族からの聴取を希望																																									
退院前カンファレンスへの事業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

※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		<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					
訪問の可能性のある事業所	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	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 終日 → 訪問可能な時間帯(: ~ :)			
重度訪問介護従業者による支援内容					

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、おくすり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	<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	続柄	連絡先		
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等					

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

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・事業所名		
	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		
	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					
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 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)		<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 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	
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			
	留意点・服薬介助のポイント			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()			

入院時情報提供書（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 右足下垂により発症、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 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体 (1) 級、内容： <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 申請中		
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育 () <input type="checkbox"/> 精神 () 級		<input checked="" 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	
<input checked="" type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> なし <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）、腸骨に衣服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)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施	
A D L	起居動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態： <input 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法： <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <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日おきに浣腸を実施。排泄は差込便器を使用（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 type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input 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。 左耳に補聴器を使用（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、夕方になり眼球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)点滴を抜管する可能性がある、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、眼の保温を定期的に行っている（眼球が乾燥するため1日3回、瞼の下に軟膏を塗布。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	
<input checked="" 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	<input checked="" 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

※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		<input checked="" 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		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せないことから、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、医療従事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 → 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、その時々々の状態や必要な支援を医療従事者にお伝える。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、ご本人が安心した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、おくすり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	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:(夫、本人、子どもの4人暮らし)				
生活の場所	<input checked="" 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	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	夫は土日も仕事で、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

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 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
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)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 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
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 服薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他(訪問看護)			
	薬の名前	ムコサル、シナル、ウルソデオキシコール酸 ※ シクアス点眼液、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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり→内容:(花粉症)				

重度障害者が入院した際の特別なコミュニケーション支援の充実

①入院中の重度訪問介護利用の対象拡大

入院中に特別なコミュニケーション支援を行うための重度訪問介護の利用（現行は、障害支援区分6の利用者のみ）について、特別なコミュニケーション支援を必要とする障害支援区分4及び5の利用者も対象とする。

【現行】

- ・重度訪問介護利用者で特別なコミュニケーション支援を必要とする障害支援区分6の障害者



【見直し後】

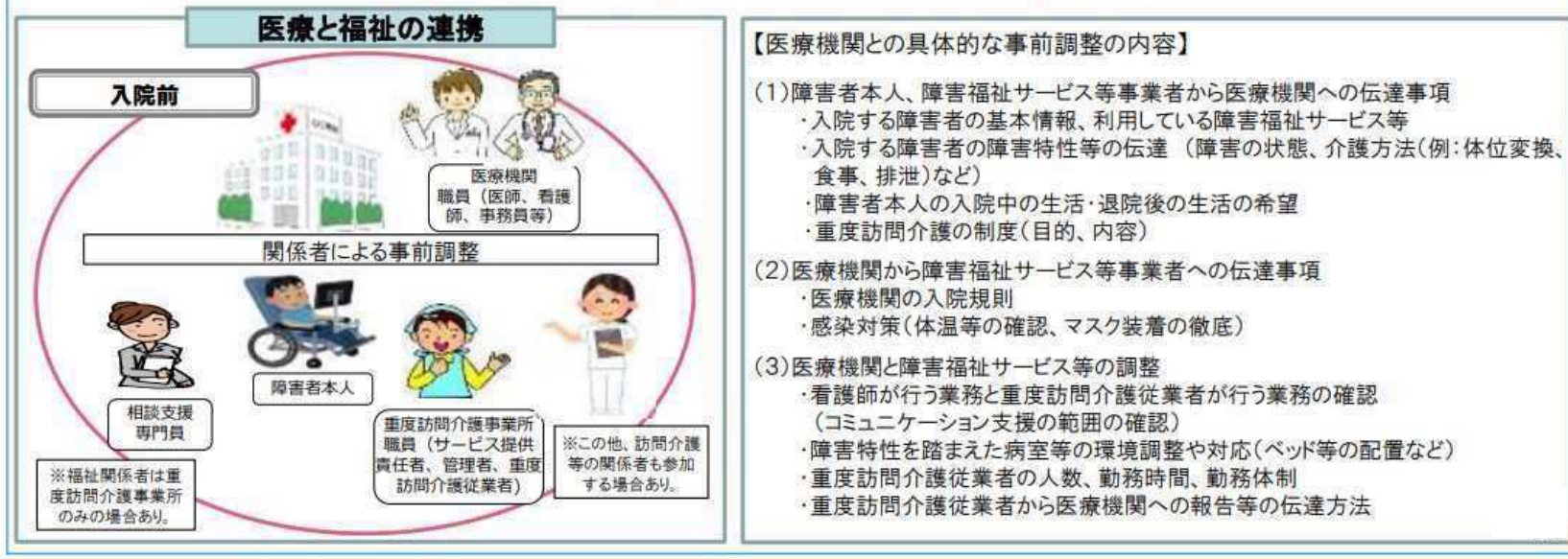
- ・重度訪問介護利用者で特別なコミュニケーション支援を必要とする障害支援区分4・5・6の障害者

②入院中の重度訪問介護利用における入院前の医療と障害福祉の連携した支援への評価

重度訪問介護利用者が重度訪問介護従業者の付添いにより入院する際、その入院前に、重度訪問介護事業所の職員と医療機関の職員が事前調整を行った場合、当該重度訪問介護事業所が医療機関と連携した支援について評価する。

【新設】入院時支援連携加算 300単位を加算（入院前に1回を限度）

入院中の重度訪問介護利用における医療と福祉の連携（イメージ）



事務連絡
令和5年12月14日

都内医療機関管理者 殿

東京都福祉局障害者施策推進部
地域生活支援課長 東條 左絵子

特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の
入院時における支援者の付添いの受入れについて

日頃から東京都の障害福祉施策の推進に御協力いただき、誠にありがとうございます。

重度障害者等の入院時のヘルパーの付添いにつきましては、令和4年11月15日付けの当課事務連絡「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」【別紙1】にて、お知らせさせていただいたところです。

このたび、厚生労働省が支援者の付添いの受入れを実際に行った医療機関にヒアリングを行い、「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」（令和5年11月20日付厚生労働省事務連絡）【別紙2】において、医療機関や医療従事者への周知等に活用するための資料を取りまとめるとともに、コミュニケーションに特別な支援が必要な障害児者の入院に当たっては、その支援者が医療従事者と意思疎通する上で極めて重要な役割を担っていることが、再度周知されております。

つきましては、重度の障害者等が入院に当たって支援者の付添いが認められないことによつて必要な医療を受けられないことのないよう、改めて病院等の職員（医師、看護師等）に対し制度を周知いただくとともに、付添いの受入れについて積極的に検討をお願い申し上げます。

なお、病院等に入院又は入所中の利用者への重度訪問介護の提供に当たっては、具体的にどのような支援を行うかについて、個々の利用者の症状等に応じて、病院等で提供される治療等の療養の給付等に影響がないように重度訪問介護事業者等の職員と十分に調整する必要があるため、当該調整等について御理解、御協力をお願い申し上げます。

<添付資料>

- 【別紙1】 令和4年11月15日付け東京都福祉保健局障害者施策推進部地域生活支援課長事務連絡「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」
- 【別紙2】 令和5年11月20日付け厚生労働省保険局医政局地域医療計画課等事務連絡「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」

【担当】
東京都福祉局障害者施策推進部
地域生活支援課在宅支援担当
電話：03-5320-4325（直通）

事務連絡
令和4年11月15日

都内医療機関管理者 殿

東京都福祉保健局障害者施策推進部
地域生活支援課長 東條 左絵子

特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の
入院時における支援者の付添いの受入れについて

日頃から東京都の障害福祉施策の推進に御協力いただき、誠にありがとうございます。

平成30年4月から、重度訪問介護を利用する障害支援区分6の者については、入院又は入所中の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院及び助産所（以下「病院等」という。）においても重度訪問介護を利用できることとされ、【別紙1】令和元年7月1日付けの当課の事務連絡にて、お知らせさせていただいたところです。

しかし、入院中に支援者が必要な場合に重度の障害者が入院できなかつたり、入院時に支援者の利用を認めてもらえないといった事例があるとの声や、入院が必要な場合に受入れ先が決まらず、受入れ先の調整に時間を要してしまうことは、体力の低下や病状の悪化を招くといった意見も寄せられています。

特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについては、【別紙2】の別添1「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」（平成28年6月28日付け保医発0628第2号厚生労働省保険局医療課長通知）により、「看護に当たり、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者の入院において、入院前から支援を行っている等、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者が、当該患者の負担により、その入院中に付き添うことは差し支えない」とされているところです。

特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者が新型コロナウイルスに罹患し入院が必要となる場合においても、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者が付き添うことは可能であり、また、【別紙2】「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」（令和4年11月9日付け厚生労働省医政局地域医療計画課、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部等事務連絡）及び【別紙2】の別添3において、障害児者が新型コロナウイルス感染症で入院する際の支援者の受入れについての対応例も示されております。

重度の障害者等が入院に当たってヘルパーの付添いが認められないことによって、必要な医療を受けられないことのないよう、改めて病院等の職員（医師、看護師等）へ制度を周知いただくとともに、障害児者が新型コロナウイルス感染症に罹患している場合も含めて、院内感染対策に配慮しつつ、可能な限り支援者の付添いを受け入れることについて積極的に検討をお願い申し上げます。

なお、病院等に入院又は入所中の利用者への重度訪問介護の提供に当たっては、具体的にどのような支援を行うかについて、個々の利用者の症状等に応じて、病院等で提供される治療等の療養の給付等に影響がないように重度訪問介護事業者等の職員と十分に調整する必要があるため、当該調整等への御理解、御協力をお願い申し上げます。

<添付資料>

- 【別紙1】令和元年7月1日付け東京都福祉保健局障害者施策推進部地域生活支援課長事務連絡
「病院等における重度訪問介護の提供に係る取扱い等について」
- 【別紙2】令和4年11月9日付け厚生労働省医政局地域医療計画課、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部等事務連絡
「特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについて」
- 別添1 平成28年6月28日付け保医発0628第2号厚生労働省保険局医療課長通知
「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」
- 別添2 入院中の重度訪問介護の利用について
- 別添3 特別なコミュニケーション支援が必要な障害児者の入院時における支援者の付添いの受入れについての対応例

【担当】

東京都福祉保健局障害者施策推進部
地域生活支援課在宅支援担当
電話：03-5320-4325（直通）