

会津若松市

障がい福祉サービス支給決定基準

平成30年9月

会津若松市

## 目次

第1 会津若松市障がい福祉サービス支給決定基準の概要	1
I はじめに	1
II 支給決定についての基本的な考え方	2
第2 障がい福祉サービスの内容について	4
I 介護給付の種類と内容	4
II 訓練等給付の種類と内容	5
III 障害児通所支援の種類と内容	6
IV 地域相談支援の種類と内容	6
V 計画相談支援・障がい児相談支援の内容	6
VI 地域生活支援事業の種類と内容	7
第3 障がい者福祉サービスについて	8
I 介護給付	8
II 訓練等給付	24
III 複数の障がい福祉サービス等の支給	31
第4 障がい児支援について	32
I 障害児通所支援	32
II 障がい児の自立支援給付	39
III 障がい児支援	42
IV 複数の障害児通所支援及び障がい福祉サービスの支給	42
第5 計画相談支援・障害児相談支援について	43
I 計画相談支援給付・障害児相談支援給付	43
第6 地域相談支援について	46
I 地域相談支援給付	46
第7 地域生活支援事業	48
I 地域生活支援事業	48
別紙様式	51

# 第1 会津若松市障がい福祉サービス支給決定基準の概要

## I はじめに

### 1. 目的

支給決定基準(以下「基準」という。)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(以下「障害者総合支援法」という。)及び児童福祉法における介護給付費等の支給決定を公平かつ適正に行うために設定する。

### 2. 基準の視点

基準には、障害者総合支援法第22条及び児童福祉法第21条の5の7に規定する支給の要否の決定や地域生活支援事業の運用等にあたり、本市の実情等を考慮し、必要な事項を定める。

### 3. 基準として定めるもの

以下の項目に関し、支給決定にあたっての基本的な考え方、支給決定の方法、支給量、併給関係等について定める。

#### (1) 障がい福祉サービス

##### ○ 介護給付

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、施設入所支援

##### ○ 訓練等給付

自立訓練(機能訓練・生活訓練)、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労定着支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、共同生活援助(体験利用を含む。)、自立生活援助

##### ○ 障害児通所支援

児童発達支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援

#### (2) 計画相談支援・障害児相談支援

#### (3) 地域相談支援

地域移行支援、地域定着支援

#### (4) 地域生活支援事業

ガイドヘルパー派遣事業、生活サポート事業、訪問入浴サービス事業、タイムケア事業、地域活動支援センター、福祉ホーム、緊急時入所事業、地域生活体験事業

### 4. その他

(1) 支給決定は、障害者総合支援法、障害者総合支援法施行令、障害者総合支援法施行規則、介護給付費等に係る支給決定事務等について(事務処理要領)、児童福祉法、児童福祉法施行令、児童福祉法施行規則、障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について及び基準に基づいて行うものとする。

(2) 支給決定に際して勘案すべき事項は、障害者総合支援法第22条、障害者総合支援法施行規則第12条、児童福祉法第21条の5の7及び児童福祉法施行規則第18条の10で示された事項を基本とする。

## II 支給決定についての基本的な考え方

1. サービスを支給決定するにあたっては、実際にサービスの利用見込みがある場合を原則とし、障がい種別や障がい程度により、どのような支援を要するのかを十分に勘案するものとする。
2. 支給決定にあたっては、次の考えに基づき、サービス利用計画書(別紙2)を作成するものとする。
  - (1) 全般的事項
    - ① サービス内容において、目的等が同様であるものについての併給は不可とする。
    - ② 同一時間帯における複数サービス利用は不可とする。
  - (2) 訪問系サービス(居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護)
    - ① 身体介護は24時間利用可とする。
    - ② 1回あたりの標準利用可能時間数は、身体介護は3時間以内、家事援助は1.5時間以内を基本とする。
    - ③ 支給量の計算にあたっては、別紙3「訪問系サービスの基準時間及び基準回数」に基づき、支給量計算シート(別紙4又は5)により算定する。
    - ④ 月5週として支給量を計算するが、月により過不足が生じる場合は回数に当てはめて計算する。
    - ⑤ 家事等の作業を利用者と一緒に行う場合等においては、支給量計算シートによる計算途上での時間調整を行うことができる。
    - ⑥ 児童の家事援助は、家族(主たる介護者)が疾病等により家事が困難な場合とする。
    - ⑦ 共同生活援助を行う住居に入居する者(体験利用者を含む。)は、原則として居宅介護・重度訪問介護の利用は不可とする。
  - (3) 日中活動系サービス
    - ① 同一時間帯の他サービス利用(例:日中活動系サービス利用中に、居宅介護(家事援助)を利用する等)は、不可とする。
    - ② 同一日に、複数の日中活動系サービスを利用することは、不可とする。
    - ③ 日中活動系サービスを複数利用することがより効果的であるなど、併給することについて合理的な理由がある場合については、複数の日中活動系サービスを併給することができる。
  - (4) 居住系サービス
    - ① 原則として毎日利用することとする。
    - ② 原則として短期入所との併給は不可とする。
    - ③ 原則として居住系サービス間での併給は不可とする。しかし、共同生活援助を行う住居を体験的に利用することを希望する場合に限り、他の居住系サービスとの併給を可とする。(ただし、療養介護は除く。)
    - ④ 共同生活援助の利用を希望する者のうち、入浴、排せつ又は食事の介護の提供を希望しない利用者については、障害支援区分の認定を必ずしも必要としないものとする。ただし、アセスメント及びマネジメントの結果、利用者の意向、障がいの種類及び程度その他心身の状況を勘案して障害支援区分の認定手続の要否を判断するものとする。

(5) 計画相談支援及び障害児相談支援

原則として障がい福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援を利用する障がい者等を対象とする。

(6) 地域相談支援

① 地域移行支援

障がい者支援施設等に入所、精神科病院に入院している者等につき、地域生活への移行に支援が必要な者に支給決定する。

② 地域定着支援

単身等で緊急時の支援が見込めない状況にあり、支援が必要な者に支給決定する。

3. 介護保険等対象者については、次の考えを基本とする。

介護保険法の規定による介護給付、予防給付及び市町村特別給付等は、障害者総合支援法自立支援給付に優先する。(障害者総合支援法施行令第2条)

(1) 障がい福祉サービスを利用している者が、介護保険による同種のサービスを利用する事となった場合においては、当該障がい福祉サービスの利用は、誕生日が月の初日の場合は当該誕生月の前月まで、誕生日が2日以降の場合は誕生日の属する月までとする。

(2) 介護保険等に相当するものがない障がい福祉サービス固有のサービスと認められる行動援護、同行援護、自立訓練(生活訓練)、自立訓練(機能訓練)、就労移行支援、就労継続支援については支援の必要性に応じて障がい福祉サービスから支給する。

(3) 介護保険サービス対象者については、介護保険によるケアプランを基本とする。

(4) 支給決定に際し、介護保険等から給付を受けられる部分については支給量から除く。

(5) 障がい固有の事由により介護保険等の限度額を超える分について、基準の範囲内において支給する。

(6) 介護保険等によるサービスより障がい福祉サービスの方が本人の自立を支援すると認められる場合は、障がい福祉サービスを支給する。

(7) 介護保険対象者であるが要介護認定を受けていない等の場合は申請勧奨するものとする。

## 第2 障がい福祉サービスの内容について

### I 介護給付の種類と内容

支援の種類	支援内容
居宅介護	居宅において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行う。
重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は知的障がい若しくは精神障がいにより行動上著しい困難を有する障がい者であって、常時介護を要する方に、居宅において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行う。
同行援護	視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する障がい者等につき、外出時において、当該障がい者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障がい者等が外出する際に必要な援助を適切かつ効果的に行う。
行動援護	障がい者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他行動する際に必要な援助を行う。
療養介護	病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障がい者であって常時介護を要する者につき、主として昼間において、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を行う。
生活介護	常時介護を要する者につき、主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行う。
短期入所	居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、短期間の入所を必要とする障がい者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事その他の必要な支援を行う。
重度障害者等包括支援	重度の障がい者等に対し、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援及び共同生活援助を包括的に提供する。
施設入所支援	施設に入所する障がい者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行う。

## II 訓練等給付の種類と内容

支援の種類	支援内容
自立訓練 (機能訓練)	身体機能・生活能力の維持・向上等のため支援が必要な障がい者につき、施設若しくはサービス事業所において、又は居宅を訪問することによって、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。
自立訓練 (生活訓練)	生活能力の維持・向上等のため支援が必要な障がい者につき、施設若しくはサービス事業所において、又は居宅を訪問することによって、入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。
宿泊型自立訓練	生活能力の維持・向上等のため支援が必要な障がい者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。
就労移行支援	就労を希望する 65 歳未満の障がい者であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者につき、生産活動、職場体験その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援、その適性に応じた職場の開拓、就職後における職場への定着のために必要な相談その他の必要な支援を行う。
就労定着支援	就労移行支援等の利用を経て一般就労へ移行した障がい者について、就労に伴う生活面の課題に対し、就労の継続を図るために企業・自宅等への訪問等により必要な連絡調整や指導・助言等の支援を行う。
就労継続支援 A 型	企業等に就労することが困難な者につき、雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な 65 歳未満の者に対し、生産活動その他の活動の機会の提供、その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。
就労継続支援 B 型	就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者、その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者につき、生産活動その他の活動の機会の提供、その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。
共同生活援助 (グループホーム)	地域で共同生活を営むのに支障がない障がい者につき、入浴、排せつ又は食事等の介護や、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行う。
自立生活援助	障がい者支援施設やグループホーム等から一人暮らしをする障がい者につき、定期的な巡回訪問、相談助言等の支援を行う。

### Ⅲ 障害児通所支援の種類と内容

支援の種類	支援内容
児童発達支援	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。
医療型児童発達支援	児童発達支援及び治療を行う。
居宅訪問型児童発達支援	児童発達支援、医療型児童発達支援又は放課後等デイサービスを受けるために外出することが著しく困難な障がい児につき、居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与等の支援を行う。
放課後等デイサービス	学校の終了後又は休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行う。
保育所等訪問支援	保育所その他の集団生活を営む施設において、集団生活への適応のための支援を行う。

### Ⅳ 地域相談支援の種類と内容

支援の種類	支援内容
地域移行支援	障がい者支援施設等に入所している障がい者又は精神科病院に入院している精神障がい者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。
地域定着支援	居宅において単身等で生活する障がい者につき、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他の必要な支援を行う。

### Ⅴ 計画相談支援・障がい児相談支援の内容

支援の種類	支援内容
計画相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス利用支援：障がい福祉サービス又は地域相談支援の申請に係る障がい者の心身の状況、環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障がい福祉サービス等の種類及び内容等を記載したサービス等利用計画を作成する。</li> <li>・継続サービス利用支援：モニタリング期間ごとサービス等利用計画が適切であるか検証し、見直しを行う。</li> </ul>
障害児相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害児支援利用援助：障害児通所支援の申請に係る障がい児の心身の状況、環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害児通所支援の種類及び内容等を記載した障害児支援利用計画を作成する。</li> <li>・継続障害児支援利用援助：モニタリング期間ごとに障害児支援利用計画が適切であるか検証し、見直しを行う。</li> </ul>



## VI 地域生活支援事業の種類と内容

支援の種類	支援内容
ガイドヘルパー 派遣事業	屋外での移動が困難な障がい児・者に外出のための支援を行う。
生活サポート 事業	軽度の障がいのある方に家事などの日常生活に関する支援を行う。
訪問入浴サービス 事業	日常生活を営むのに支障のある重度の障がい者宅を訪問し、入浴介助のサービスを行う。
タイムケア事業	障がいのある方に、時間制で日中活動の場を提供するとともに、その家族の就労支援や休息の確保を図る。
地域活動 支援センター	障がいのある方に、通所による活動の場を提供する。
福祉ホーム	一定程度、自活能力があり、家庭環境、住宅事情等の理由により、住居の確保が困難な障がいのある方に、居住の場を提供する。
緊急時入所事業	居宅においてその介護を行う者の疾病等緊急的な理由により、障がい者等が入所し、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を受けることを目的とする。
地域生活体験 事業	地域における生活を体験できる共同生活を営むべき住居において、障がい者等が相談、食事の提供その他の日常生活の支援を体験することを目的とする。

### 第3 障がい福祉サービスについて

#### I 介護給付

##### 1. 介護給付の種類と対象者

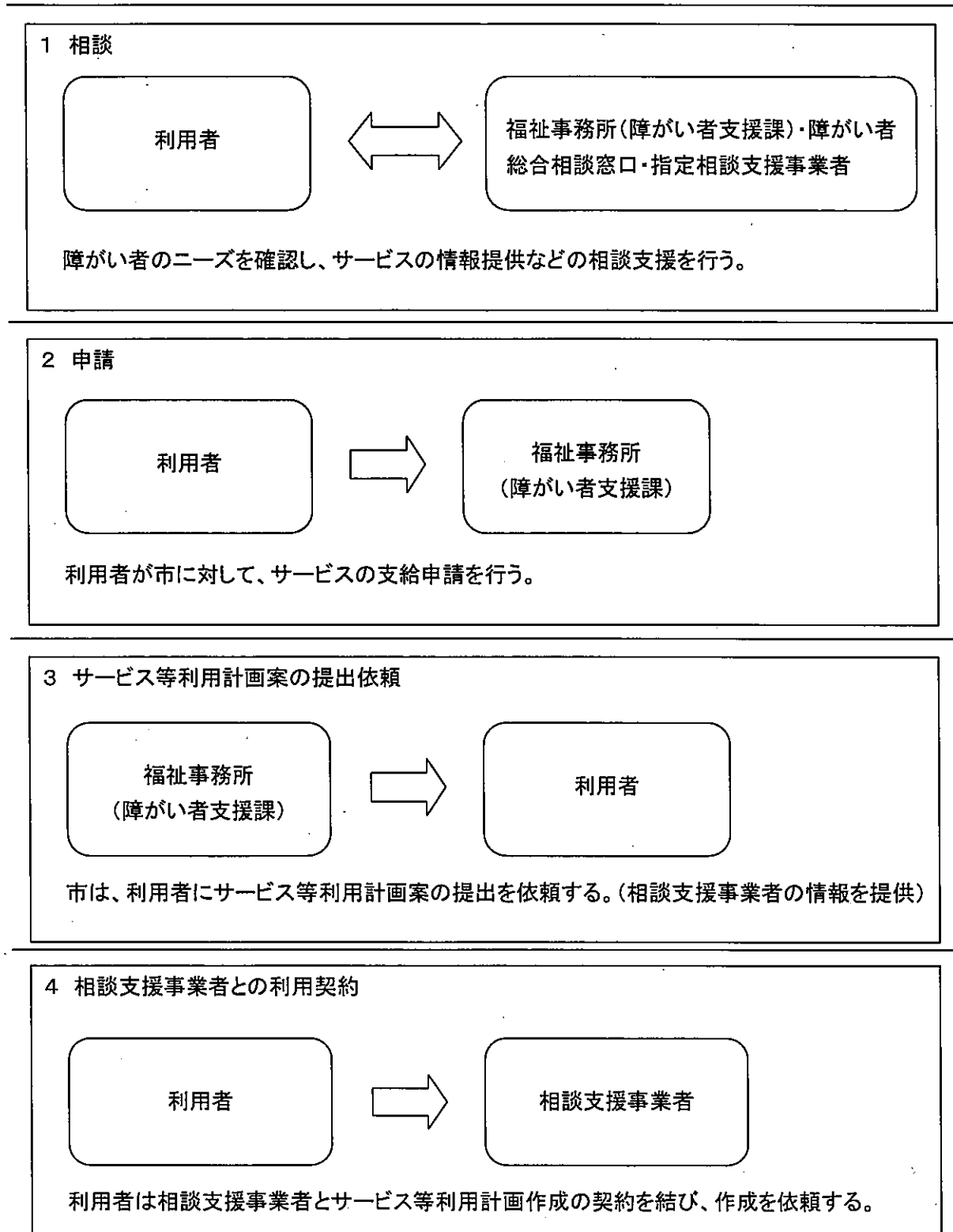
介護給付の各障がい福祉サービスの利用可能対象者の要件として、次のとおり障害支援区分等を設定する。

種類	対象要件
居宅介護	区分1以上。ただし、身体介護を伴う通院等介助については区分2以上、なおかつ「歩行」が「全面的な支援が必要」か「移乗」「移動」「排尿」「排便」のいずれかが「支援が不要」以外で認定されていること。
重度訪問介護	区分4以上であって、次の①、②の両方に該当するか、③に該当する者 ① 二肢以上に麻痺があること。 ② 認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「支援が不要」以外で認定されていること。 ③ 判定基準票(別紙17)による行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上の者
同行援護	同行援護アセスメント票(別紙6-1)による調査項目中「視力障害」、「視野障害」及び「夜盲」のいずれか1点以上であり、かつ「移動障害」の点数が1点以上の者。
行動援護	区分3以上であって、判定基準票(別紙17)による行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者
療養介護	○気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって区分6の者 ○筋ジストロフィー患者又は重症心身障がい者であって区分5以上の者
生活介護	○区分3(施設へ入所する場合は区分4)以上である者 ○年齢が50歳以上の場合は区分2(施設へ入所する場合は区分3)以上である者 ○障がい者支援施設に入所し、区分4(50歳以上の場合は区分3)より低い者のうち、指定特定相談支援事業所によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、利用の組み合わせの必要性があると認められる者(P22参照)
短期入所	区分1以上の者(単身世帯者については、本人の心身の状況等から特に必要と認められる場合に限り、必要期間・必要量を支給決定する。)
重度障害者等 包括支援	区分6に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有する者であって次に掲げる者 ① 重度訪問介護の対象者であって、四肢全てに麻痺があり、寝たきり状態にある障がい者のうち、次のア、イのいずれかに該当する者 (ア) 人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障がい者 (イ) 最重度知的障がい者 ② 判定基準票(別紙17)による行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者
施設入所支援	○生活介護利用者のうち、区分4(50歳以上の場合は区分3)以上の者 ○自立訓練又は就労移行支援の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は地域における障がい福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によって訓練等を受けることが困難で

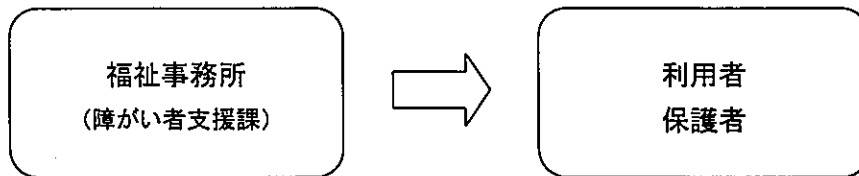
	<p>ある者</p> <p>○就労継続支援B型利用者又は生活介護利用者で障害支援区分が4(50歳以上のものは3)よりも低い者で、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、利用の組み合わせの必要性が認められる者(P22 参照)</p>
--	--

## 2. 介護給付支給決定までの流れ

### (1) 介護給付(同行援護及び行動援護を除く)

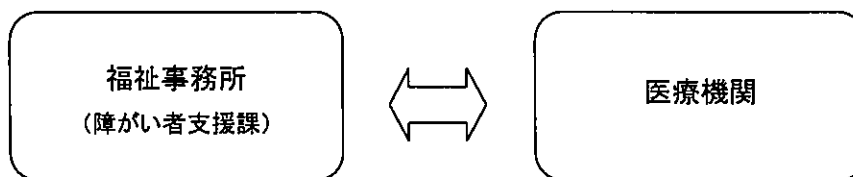


## 5 認定調査・概況調査



障害支援区分を判定するために、利用者及び保護者等と面接をし、認定調査を行う。概況調査もあわせて行う。[認定調査票、概況調査票]

## 6 医師意見書の作成依頼

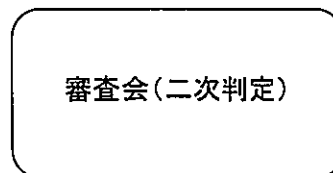


一次判定や審査会(二次判定)において使用するため、市から医療機関に対し医師意見書の作成を依頼する。

## 7 一次判定

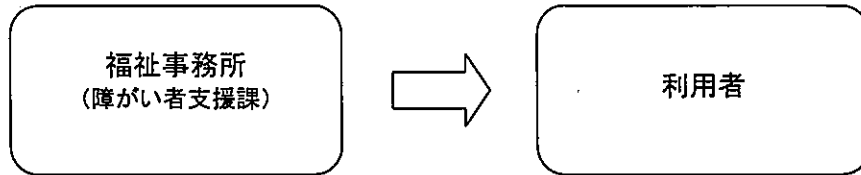
コンピューター入力により行う。(医師意見書も一部反映)

## 8 障害支援区分の認定審査



障害支援区分の認定が必要な場合、審査会により障害支援区分を認定する。

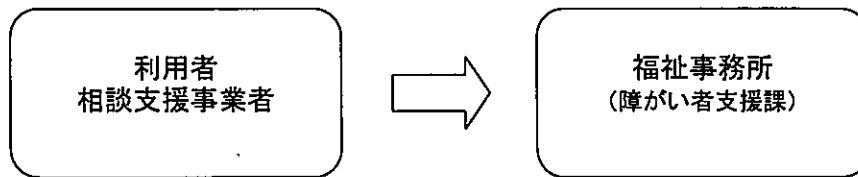
9 サービス利用意向聴取



市が利用者にサービスの利用意向を聴取する。

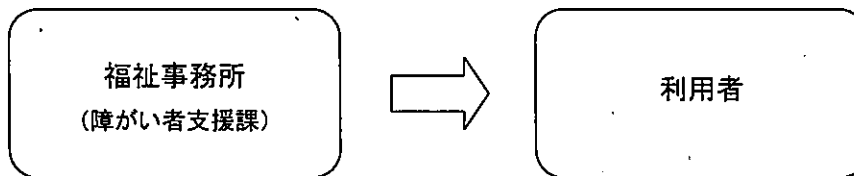
[勘案事項整理票(別紙1-1)、サービス利用計画書(別紙2)]

10 サービス等利用計画案の提出



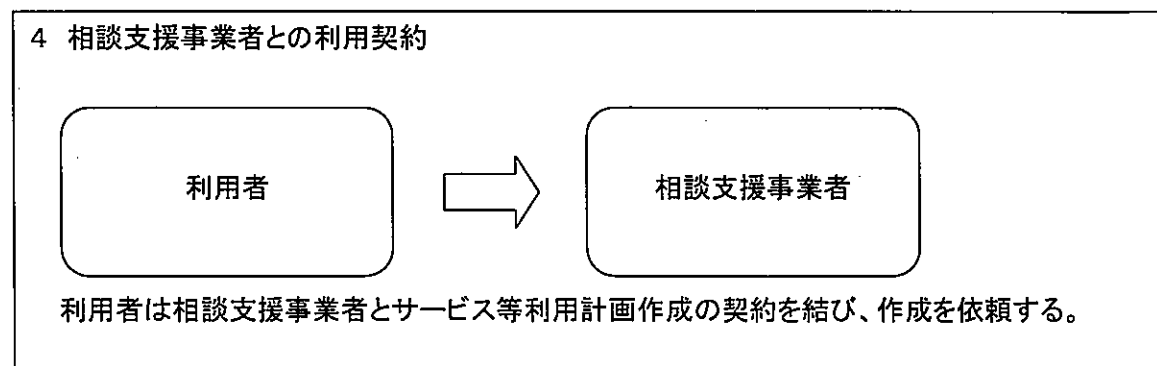
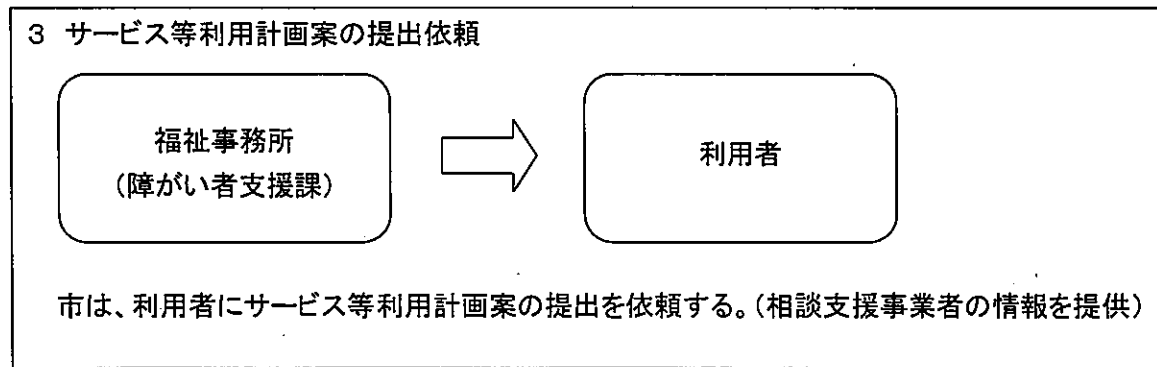
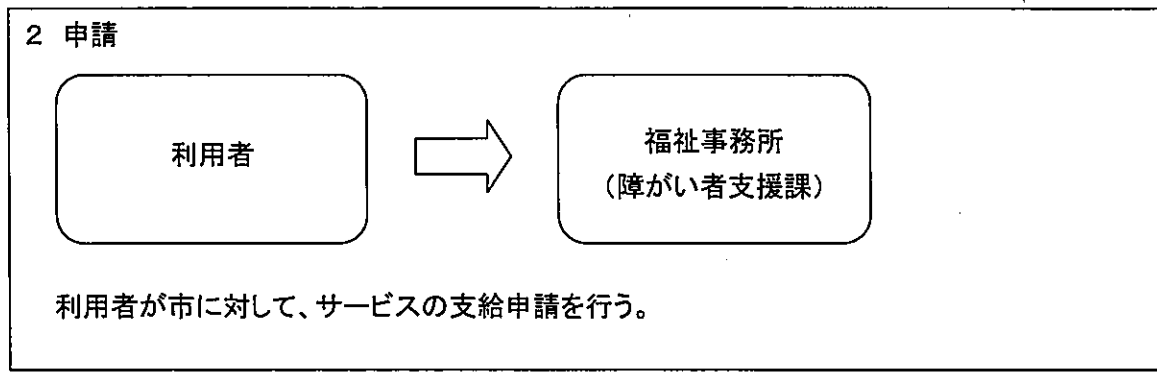
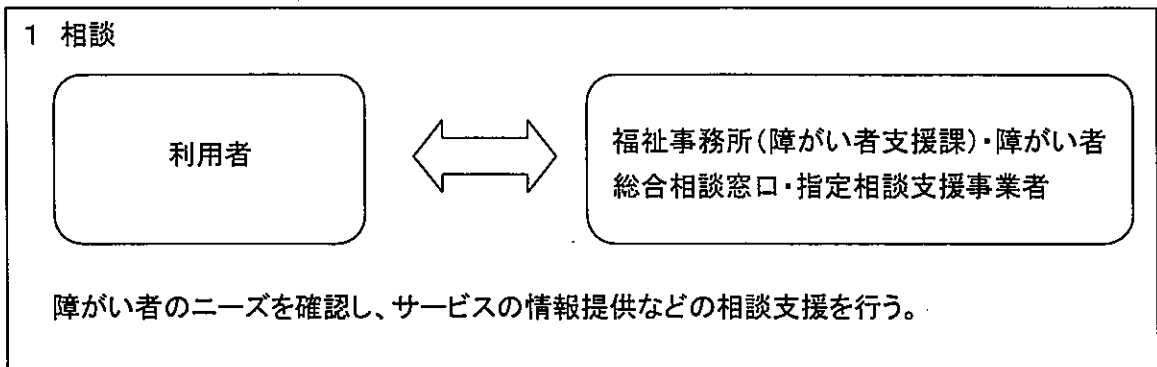
利用者と契約を締結した相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案と計画相談支援支給申請書兼届出書を市に提出する。

11 サービスの支給決定

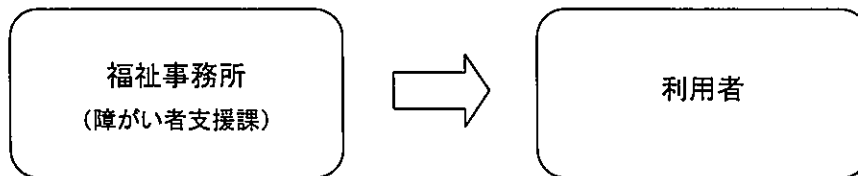


利用意向、サービス等利用計画案を勘案しサービスの支給決定をする。

(2) 同行援護

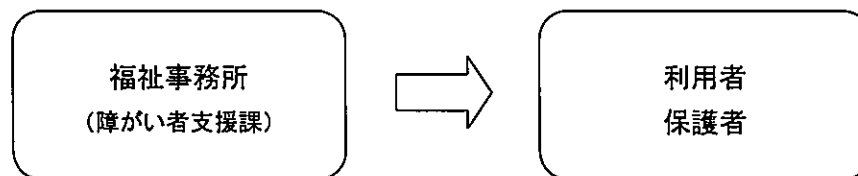


### 5 同行援護アセスメント票により調査



同行援護アセスメント票(別紙6-1)により、同行援護の対象者と成り得るか調査を行う。

### 6 認定調査・概況調査

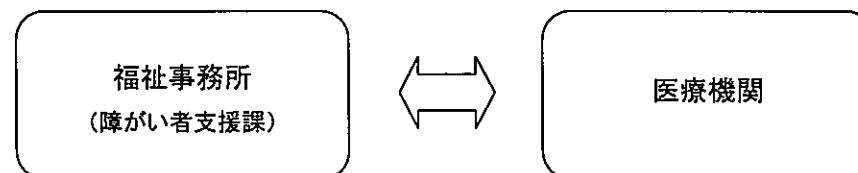


障害支援区分を判定するために、利用者及び保護者等と面接をし、認定調査を行う。

概況調査もあわせて行う[認定調査票、概況調査票]。

同行援護以外の介護給付の各障がい福祉サービスを希望しない場合で、障がい支援区分3以上に該当しないと見込まれる場合は、以下7～9までは不要。

### 7 医師意見書の作成依頼



一次判定や審査会(二次判定)において使用するため、市から医療機関に対し医師意見書の作成を依頼する。

### 8 一次判定

コンピューター入力により行う。(医師意見書も一部反映)



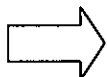
## 9 障害支援区分の認定審査

審査会(二次判定)

障害支援区分の認定が必要な場合、審査会により障害支援区分を認定する。

## 10 サービス利用意向聴取

福祉事務所  
(障がい者支援課)



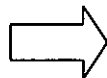
利用者

市が利用者にサービスの利用意向を聴取する。

[勘案事項整理票(別紙 1-1)、サービス利用計画書(別紙 2)]

## 11 サービス等利用計画書の提出

利用者  
相談支援事業者

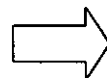


福祉事務所  
(障がい者支援課)

利用者と契約を締結した相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案と計画相談支援支給申請書兼届出書を市に提出する。

## 12 サービスの支給決定

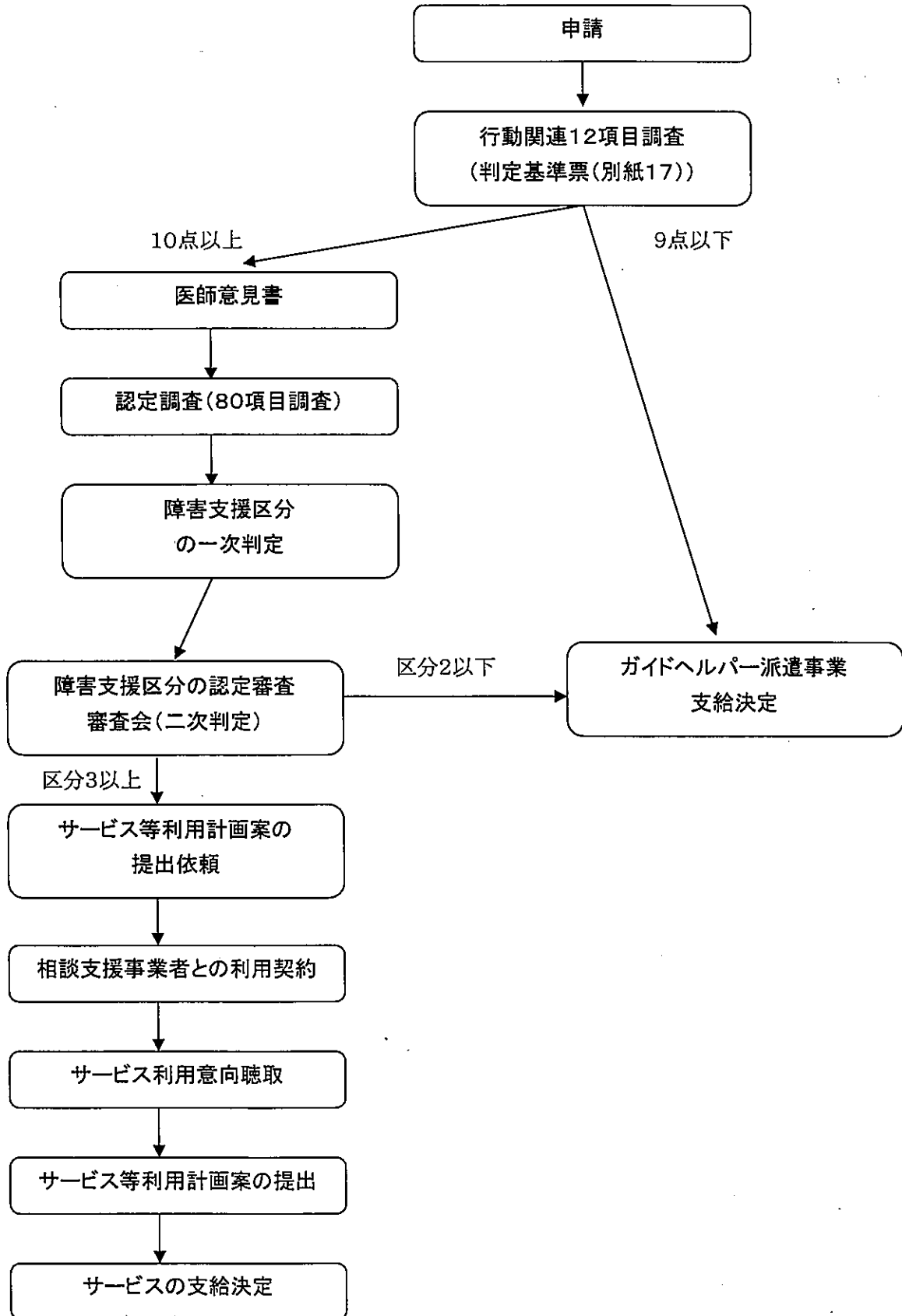
福祉事務所  
(障がい者支援課)



利用者

利用意向、サービス等利用計画案を勘案しサービスの支給決定をする。

(3) 行動援護



### 3. 居宅介護における通院等介助の取り扱い

#### (1) 基本的な考え方

①「通院等」の範囲は、次のとおりとする。

- ア 病院等に通院する場合
- イ 官公署又は指定相談支援事業所を訪れる場合
- ウ 指定相談支援事業所における相談の結果、見学のために紹介された指定障がい福祉サービス事業所を訪れる場合

② 支給決定区分は、次のとおりとする。

- ア 通院等介助(身体介護を伴う場合)…身体介護
- イ 通院等介助(身体介護を伴わない場合)…家事援助
- ウ 通院等乗降介助  
通院等乗降介助については、居宅から病院等までを1回、病院等から居宅に戻るまでを1回として決定する。

#### (2) 支給要件

① 通院等介助(身体介護を伴う場合)

通院等に伴う移動介護が必要な者で、以下のいずれにも該当する者とする。

- i) 障害支援区分が2以上の者
- ii) 障害支援区分の認定調査項目において、次のいずれか1つ以上に認定されている者
  - ア 「歩行」:「全面的な支援が必要」
  - イ 「移乗」:「見守り等の支援が必要」「部分的な支援が必要」「全面的な支援が必要」
  - ウ 「排尿」:「部分的な支援が必要」「全面的な支援が必要」
  - エ 「排便」:「部分的な支援が必要」「全面的な支援が必要」
  - オ 「移動」:「見守り等の支援が必要」「部分的な支援が必要」「全面的な支援が必要」

② 通院等介助(身体介護を伴わない場合)及び通院等乗降介助は、障害支援区分が1以上である者

③ 通院等乗降介助

i) 通院等の乗降介助が必要な者で、以下のいずれにも該当する者

- ア ヘルパー自らの運転する車両への乗車又は降車の介助が必要な者
- イ 乗車前もしくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助が必要な者

ii) 「乗車前介助」及び「降車後介助」とは、乗車・降車の介助を行うことの前後に連続して行われる外出に直接関連する身体介護をいう。

④ 病院等内の移動等の介助は、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により支援対象とする。

#### 4. 居宅介護における育児支援の取り扱い

##### (1) 基本的な考え方

「育児支援」の範囲は次のとおりとする。

- ① 沐浴
- ② 授乳
- ③ 乳児の健康把握の補助
- ④ 児童の健康な発達、特に言語発達を促進する視点からの支援
- ⑤ 保育所・学校等からの連絡帳の手話代読、助言、保育所・学校等への連絡援助
- ⑥ 利用者(親)へのサービスと一体的に行う子ども分の掃除、洗濯、調理
- ⑦ 利用者(親)の子どもが通院する場合の付き添い
- ⑧ 利用者(親)の子どもが保育所(場合によっては幼稚園)へ通園する場合の送迎

##### (2) 支給要件

次の①から③のすべてに該当する場合であって、個々の利用者(親)、子ども、家族等の状況を勘案し、必要に応じて支給するものとする。

- ① 利用者(親)が障がいによって家事や付き添いが困難な場合
- ② 利用者(親)の子どもが1人では対応できない場合
- ③ 他の家族等による支援が受けられない場合

#### 5. 療養介護について

##### (1) 基本的な考え方

療養介護の支給決定者にかかる利用者負担限度額については、福祉サービス利用における利用者負担額と医療型個別減免(食費、福祉部分の負担額・医療部分の負担額の上限月額についての減免)の決定を行う。

医療型個別減免の算定を行う際、医療保険から発行されている「限度額適用・標準負担額減額認定証」の有無と適用区分を以下について改めて確認する。

国民健康保険加入者 毎年8月1日以降(年1回の更新が必要)。

社会保険加入者 「限度額適用・標準負担額減額認定証」が発行されたことを確認した時点(各種健康保険組合により対象であることを確認する手段・基準日・期間が異なる。)

##### (2) 療養介護の支給決定にかかる障害支援区分の事務取扱について

国民健康保険加入者は「限度額適用・標準負担額減額認定証」は毎年8月1日以降に更新手続きが必要であることに伴い、療養介護の支給決定期間と障害支援区分認定有効期間を合わせることにより、申請者の事務手続きを同一の期間で行うことができる。

また、社会保険加入者については、各種健康保険組合により対象であることを確認する手段・基準日・期間が異なるため、その都度の確認を行う。

以上のことから、「障害支援区分・有効期間の認定を受けた療養介護支給決定者であり、国民健康保険加入者は、障害支援区分・有効期間認定を受けた期間内の最終の7月31日まで短縮した月数を有効期間とする(その他の医療保険者は除く)。」

## 6. 基準支給量

介護給付の基準支給量は、次のとおりとする。

### (1) 訪問系サービス

#### ア 障がい者(一般)

(時間数/月)

サービスの種類		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
居宅介護	基準	14	18	27	50	79	114
	単身・介護加算	12	17	24	37	55	82
重度訪問介護	基準				138	172	244
	単身・介護加算				90	107	279
行動援護	基準			32	43	57	74
	単身・介護加算			17	26	38	57
同行援護	基準	58					
	単身・介護加算	10					
重度障害者等包括支援	基準						国庫負担基準単位に準ずる

#### イ 在宅で生活する者のうち、他制度・他のサービスを利用する場合

##### ○ 介護保険等対象の障がい者

(時間数/月)

サービスの種類		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
居宅介護	基準	9	12	17	32	51	73
	単身・介護加算						
重度訪問介護	基準				75	75	75
	単身・介護加算						
行動援護	基準			19	19	19	19
	単身・介護加算						
同行援護	基準	58					
	単身・介護加算	10					
重度障害者等包括支援	基準						国庫負担基準単位に準ずる

※単身・介護加算は、次の者に対して訪問系サービスの支給決定を行う場合に、基準支給量に加算して支給量の上限を設定するために用いる。

- ① 共同生活援助を利用していない者で単身生活をしている者
- ② 家庭内において、介護者が疾病や高齢等により介護力が低下している世帯に属する者

ウ 共同生活援助の利用者

(時間数等/月)

	対象者		サービスの種類	時間数等
① 共同生活住居内	(1)	区分4以上で、同行援護又は行動援護支給対象者	居宅介護	16
	(2)	重度訪問介護支給対象者	重度訪問介護又は居宅介護	24
	(3)	区分4以上で、個別支援計画に居宅介護の利用が位置づけられており、市が必要性を認める者	居宅介護(身体介護に限る)	16
② 通院	(4)	区分1以上かつ慢性疾患等を有する障がい者であって、医師の指示により定期的な通院が必要であり、個別支援計画に通院時の支援が位置づけられている者	通院等介助(行先は医療機関に限る)	6 (月2回までの合計時間)
	(5)	(4)に同じ	通院等乗降介助(行先は医療機関に限る)	4回

※①、②ともそれぞれ一つまで、必要に応じて支給する。

※①については、介護サービス包括型共同生活援助及び日中サービス支援型共同生活援助利用者を対象とする。

(2) 日中活動系、居住系サービス等

サービスの種類	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
療養介護					各月の日数	
生活介護	各月の日数から8を差し引いた日数以内					
短期入所	10日以内					
施設入所支援	各月の日数					

7. 基準支給量を超えた支給決定

サービスの種類		支給上限
居宅介護	加算なし	
重度訪問介護		
行動援護		
同行援護	加算あり	
重度障害者等包括支援		
生活介護	各月の日数から4を差し引いた日数	
短期入所	当該月日数	

## 8. 基準支給量を超える場合の決定方法

(1) 基準支給量を超えて決定する場合においては、次の資料を添えて審査会の意見を聴取し、支給決定するものとする。

- ①直近の二次判定結果(審査会意見等様式・審査会資料・医師意見書・認定調査票・概況調査票)
- ②勘案事項整理票(別紙1-1)
- ③サービス利用計画書(別紙2)
- ④訪問系サービス(居宅介護・重度訪問介護)の支給量計算シート(別紙4)
- ⑤対象者に計画相談支援又は障害児相談支援が支給決定されている場合は、サービス等利用計画案又は障害児支援利用計画案

(2) 支給量が、基準支給量を超えるか又は既に基準支給量を超えた支給となっている場合において、決定を受けている支給量が直近の審査会までに不足することが明らかで、次の要件のいずれも満たすときは、審査会で審議することなく支給量の変更を決定し、直近の審査会に報告するものとする。

### ①切迫性

利用者又は介護を行う者の状況等が疾病等による体調の変化、又は就労、葬祭等による環境の変化などの要因により、支給決定における勘案事項調査時と変化が生じ、支給量を変化しなければ利用者が日常生活に支障をきたすことが明らかな場合

### ②非代替性

現に使っているサービス以外の障がい福祉サービスやその他の方法による支援を検討した上で、それでもなおサービス支給量の拡大以外に代替する支援の方法がない場合

(3) (2)の取り扱いをするにあたっては、利用者及び家族の意向、状態等を調査し、サービス利用計画書を作成し、福祉事務所における所内会議を経た上で判断するものとする。

(4) 短期入所について、基準支給量を超えて支給決定する場合(介護者の疾病等による)は、次の手続きにより行うものとする。

### ① 利用者からの相談

### ② 相談支援専門員による聴き取り・サービス等利用計画案の提出

対象者に計画相談支援(または障害児相談支援)が支給決定されている場合は、相談支援専

門員による本人及び医療機関等への聴き取りを実施し、必要な支給期間を提案する。

### ③ サービス等利用計画案及び変更申請書の提出

### ④ 市担当ケースワーカーによる聴き取り

i)本人、家族への聴き取り

ii)医療機関への聴き取り

聞き取った内容については、「介護者の状況について(短期入所の基準支給量を超える場合)」(別紙24)に記載する。診療情報提供書や計画案等で確認できている場合は、

i)のみ行う。

### ⑤ 所内会議

聴き取りの結果を踏まえ、支給決定案について協議する。

⑥ 審査会の意見聴取

審査会への提出資料

- i) 直近の二次判定結果(審査会意見等様式・審査会資料・医師意見書・認定調査票・概況調査票)
- ii) 勘案事項整理票(別紙1-1又は別紙1-2)
- iii) サービス利用計画書(別紙2)
- iv) 「介護者の状況について(短期入所の基準支給量を超える場合)」(別紙24)

⑦ 支給決定

9. 支給決定期間

	支給決定期間	
	最短	最長
居宅介護	1ヶ月	1年
重度訪問介護		
行動援護		
同行援護		
重度障害者等包括支援		
短期入所		
療養介護	3年	
生活介護		
施設入所支援		

※ 表中の期間に支給決定日の属する月の末日までの期間が加わる。

※支給決定期間は、上の表における最長の期間内で利用者の誕生日の属する月の末日までを原則とする。ただし、療養介護、居住地特例該当者を除く。

※療養介護の支給決定期間は、障害支援区分・有効期間と同様に認定を受けた期間の最終の7月31日までの期間とする。(国民健康保険加入者)

10. 施設入所支援と就労継続支援B型及び施設入所支援と生活介護で障害支援区分が4(50歳以上の者は3)よりも低い者の利用の組み合わせについて

(1) 対象者

本人が施設入所を希望しており、以下の要件のいずれも満たす者とする。

ア 単身生活が困難な者

- ① 本人が他者に対し意思表示出来ないなど、不測の事態に対応できない場合
- ② 症状の急変がある、火の扱いに問題がある、他害・自傷行為があるなど、常時の見守りが必要である場合

イ 家族との同居が困難(家族との分離が必要)な者

- ① 家族の高齢化、虐待など家族による支援が困難な場合
- ② 本人の家族に対する暴力行為などがある場合
- ③ 介護負担の増大により家族の心身に影響が出た場合、またはそれにより本人への支援が困難となった場合

ウ グループホームでの生活が困難な者

- ① 本人が生活を希望する地域のグループホームに空きがない場合



② 体験利用をしたが、心身状態の悪化や利用中断などにより適応できない場合

※ア～ウの複合的な要因により、地域生活が困難な状況にある者を対象者とし、同時に本人が施設入所に同意している場合とする。

※明確な意思疎通は困難だが、行動等で明らかに施設を拒否している場合は、対象者とはしないものとする。

(2) 支給決定

ア 新規決定の場合

次の資料を添えて審査会の意見を聴取し、当該組み合わせが妥当と判断される場合は、支給決定するものとする。

- ① 対象者該当理由書(別紙 14)
- ② 単身フォーマット(別紙 15)
- ③ 共同生活援助の体験利用の際の個別利用計画及びモニタリング結果(※注)
- ④ 相談支援専門員の作成したサービス等利用計画案
- ⑤ 勘案事項整理票(別紙1-1)

(※注) 体験利用を行っていない場合、共同生活援助の体験利用の際の個別利用計画及びモニタリング結果は不要

イ サービス更新の場合

事務処理要領に基づき、更新時にサービス等利用計画の作成を求めた上で、当該組み合わせが妥当と判断される場合は、引き続き利用を認める。

11. 短期入所の重度障害者支援加算について

(1) 短期入所の重度障害者支援加算の決定に際して、本加算対象者となる可能性がある者については、下記の資料を添えて審査会の意見を聴取したうえで決定するものとする。

- ① 重度障害者等包括支援該当者確認表(別紙 21)
- ② 勘案事項整理票 (別紙 1-1)
- ③ サービス利用計画書 (別紙 2)

(2) ただし、(1)の審査会において、「障害支援(程度)区分認定有効期間内において、心身の状態が区分認定時と変わらない場合、次回の区分更新時まで審査会の承認を得ることなく、加算の算定をしても良い」との承認を得た場合は、次回のサービス支給更新時には、(1)の手続きを省略することができる。

## Ⅱ 訓練等給付

### 1. 訓練等給付の種類

訓練等給付は、障がいのある方が地域で生活するために、一定期間提供される訓練的支援である。訓練等給付の支給決定は、次に掲げるサービスの種類ごとに行うこととする。

- (1) 自立訓練(機能訓練)
- (2) 自立訓練(生活訓練)
- (3) 宿泊型自立訓練
- (4) 就労移行支援
- (5) 就労定着支援
- (6) 就労継続支援(A型)
- (7) 就労継続支援(B型)
- (8) 共同生活援助(体験利用、サテライト型住居及び地域移行型ホームを含む。)
- (9) 自立生活援助

### 2. 支給決定等について

○訓練等給付(共同生活援助、就労継続支援B型及び就労定着支援を除く。)については、明らかにサービス内容に適合しない場合を除き、暫定支給決定の対象とする。

○新規にサービスを利用する場合及びサービスの種類を変更する場合は、アセスメントのため、障害支援区分の認定調査票を用いた調査を行い、支給決定する。

○自立訓練事業に限り、利用希望者が定員枠を超えるような場合には、訓練等給付に関連する項目の調査結果をスコア化し(別紙 16)、暫定支給決定の優先順位を考慮する際の参考として用いる。

○就労継続支援A型については、選考試験がある場合、合格者に対して支給決定する。

○就労継続支援A型・B型については、支給決定の更新時に、相談支援事業者及びサービス提供事業者による評価等を踏まえ、一般就労や他の事業の利用の可能性を検討し、総合所見(別紙 9)により更新の要否を判断するものとする。なお、この場合においては、サービス提供事業者から以下の資料の提出を求めるものとする。

① 訓練等給付支給決定更新に係る事業所評価票・チェックシート(別紙 10)・(別紙 11)

② 更新申請時までの支援経過のわかるもの

○共同生活援助の利用を希望する者のうち、障害支援区分 2 以上の者で、入浴、排せつ又は食事の介護等身体介護を希望する者については、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案に基づいて、受託居宅介護サービスを次の基準支給量の範囲内で支給決定する。(ただし、外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の利用を希望する者に限る。)

受託居宅介護サービス基準支給量

障害支援区分	基準支給量
区分2	2.5 時間／月
区分3	10 時間／月
区分4	15 時間／月
区分5	21.5 時間／月
区分6	31.5 時間／月

○共同生活援助の受託居宅介護サービスにおいて、以下の者については、審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、基準支給量を超えて支給決定する。

(ア)当該支給申請を行う者が利用しようとする外部サービス利用型指定共同生活援助を行う事業所に、当該支給申請を行う者以外に受託居宅介護サービスの提供を現に受けている、若しくは、希望する利用者がいない場合又は受託居宅介護サービスを受けている、若しくは希望する利用者のすべてが障害支援区分2以下である場合。

(イ)障害支援区分4以上であって、指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、基準支給量を越えた支給決定が必要であると福祉事務所が認めた場合。

上記(ア)又は(イ)に該当する者で、基準支給量を超えて受託居宅介護サービスの利用を希望する者は、以下の資料により審査会の意見を聴取する。

- ① 直近の二次判定結果(審査会意見等様式・審査会資料・医師意見書・認定調査票・概況調査票)
- ② 勘案事項整理票(別紙 1-1)
- ③ 訪問系サービス(居宅介護・重度訪問介護)の支給量計算シート(別紙 4)
- ④ 指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案

### 3. 支給決定期間等

サービスの種類	支給決定期間			標準利用期間等
	最短	最長	暫定支給期間	
自立訓練(機能訓練)	1ヶ月	1年	最長2ヶ月	1年6ヶ月以内(ただし、頸髄損傷による四肢の麻痺等の場合は3年以内)
自立訓練(生活訓練)				2年以内(ただし、長期入院等の事由がある場合は3年以内)
宿泊型自立訓練				2年以内(ただし、養成施設は3年間又は5年間)
就労移行支援				
就労定着支援			なし	3年以内
就労移行支援(養成施設)	3年又は5年		なし	3年又は5年
就労継続支援(A型)	1ヶ月	3年	最長2ヶ月	利用期間の制限なし
就労継続支援(B型)		・50歳に達している者(3年) ・上記以外の者(1年)	なし	
共同生活援助		3年		・共同生活援助におけるサテライト型住居の利用者(原則として3年間) ・共同生活援助における地域移行型ホームの利用者(原則として2年間)
共同生活援助(体験利用)		1年		利用期間の制限なし
自立生活援助		1年		1年以内

※表中の期間に、支給決定日の属する月の末日までの期間が加わる。

※支給決定期間は、上の表における最長の期間内で利用者の誕生日の属する月の末日までを原則とする。ただし、居住地特例該当者、自立訓練、就労移行支援、就労定着支援、共同生活援助(体験利用・サテライト型住居・地域移行型ホーム)、自立生活援助を除く。

※暫定支給決定の期間は、支給決定期間を含むものとする。

※標準利用期間等とは、自立訓練(機能訓練・生活訓練)、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労定着支援、共同生活援助(サテライト型住居及び地域移行型ホームに入居している場合に限る。)、自立生活援助の利用期間をいう。

#### 4. 標準利用期間等延長に係る手続き

標準利用期間の設定のある事業及び共同生活援助(サテライト型住居及び地域移行ホーム)における支給期間(以下「期間」という。)の、期間を超えてサービスの利用及び更新が必要な場合には、審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、更新ができるものとする。

##### (1) 対象となる事業

- ア 自立訓練(機能訓練・生活訓練)
- イ 宿泊型自立訓練
- ウ 就労移行支援
- エ 共同生活援助(サテライト型住居利用者及び地域移行型ホーム利用者に限る。)
- オ 自立生活援助

##### (2) 延長できる期間

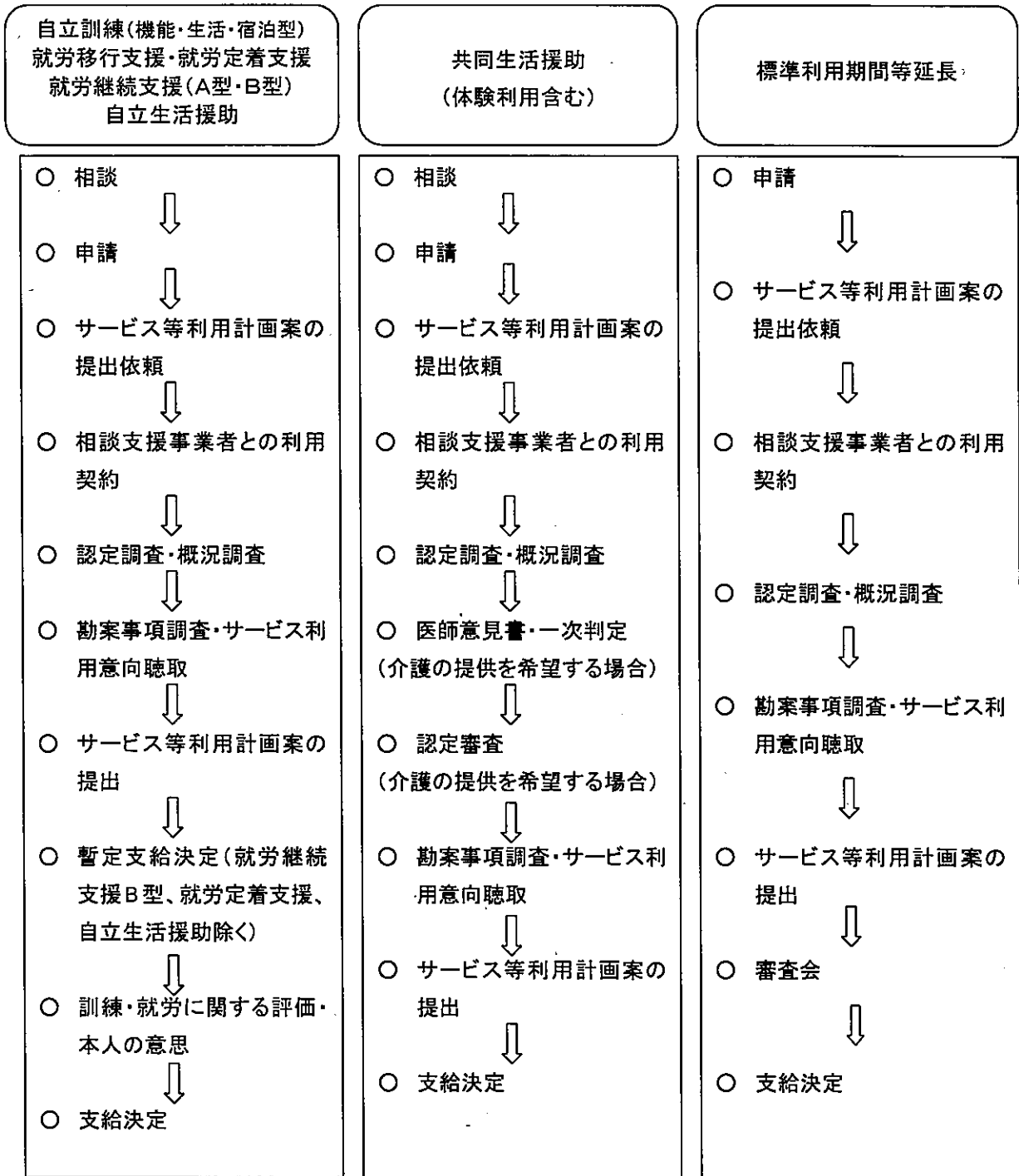
サービスの種類	延長できる期間
自立訓練(機能訓練・生活訓練) 宿泊型自立訓練 就労移行支援	最大1年間(原則1回)
共同生活援助(サテライト型住居利用時)	単身生活移行に必要な期間
共同生活援助(地域移行型ホーム利用時)	地域移行のために必要最小限の期間
自立生活援助	自立生活のために必要な期間

※上記サービスは、期間延長の手続きにより、審査会において延長及び更新の必要性が認められた場合、再度更新することができる。

##### (3) 手続き

- ア 対象となる事業のサービス利用者から、期間延長の申請があった時は、認定調査・概況調査及び勘案事項調査を行うとともに、相談支援事業者によるサービス等利用計画案及びサービス利用者が利用する事業所から以下の資料の提出を求めるものとする。
  - ・ 訓練等給付支給決定更新に係る事業所評価票・チェックシート(別紙10)・(別紙11)
  - ・ 標準利用期間での支援計画総括表(別紙13)
  - ・ サービス利用時におけるアセスメント票
  - ・ 利用期間延長にかかる支援計画票(別紙12)
- イ 審査会には、アにより事業所から提出された資料及び以下の資料を提出するものとする。
  - ・ 認定調査票・概況調査票(当該事業申請時の調査票及び期間延長申請に伴い調査した際の調査票)
  - ・ 勘案事項整理票(別紙1-1)

5. 訓練等給付支給決定の流れ



※認定調査時に勘案事項並びにサービス利用意向の調査を行うことも可能とする。

## 6. 基準支給量

訓練等給付の基準支給量は、次のとおりとする。

サービスの種類	基準支給量
自立訓練(機能訓練)	各月の日数から8を差し引いた日数
自立訓練(生活訓練)	
宿泊型自立訓練	各月の日数
就労移行支援	各月の日数から8を差し引いた日数
就労継続支援(A型)	
就労継続支援(B型)	
就労定着支援	各月の日数
共同生活援助	各月の日数
共同生活援助(体験利用)	連続30日以内かつ年50日以内
自立生活援助	各月の日数

## 7. 基準支給量を超えた支給決定

サービスの種類	支給上限
自立訓練(機能訓練)	各月の日数から4を差し引いた日数以内
自立訓練(生活訓練)	
就労移行支援	
就労継続支援(A型)	
就労継続支援(B型)	

※基準支給量を超えて決定する場合には、次の資料を添えて審査会の意見を聴取し、支給決定するものとする。

- ① 勘案事項整理票(別紙1-1)
- ② サービス利用計画書(別紙2)

## 8. 就労継続支援B型の支給決定について

### (1) 就労継続支援B型の支給決定に関する考え方

就労継続支援B型については、以下の対象者について、支給決定するものとする。

- ① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で、一般企業に雇用されることが困難となった者  
※「就労経験がある者」…正規社員・臨時社員・パート・アルバイト経験がある者又は自営業経営若しくは自営業で、給料の支払を受けて働いていたことのある者とする。  
〔自営業で雇用形態を取らない家事手伝いは除く。〕
- ② 就労移行支援事業を利用し(暫定支給決定による利用含む。)、就労移行支援事業所の評価で、就労継続支援B型の利用が適当である(一般就労が困難である。)と判断された者
- ③ ①、②に該当しない者で、50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者
- ④ 障がい者支援施設に入所し、指定特定相談支援事業所によるサービス等利用計画の作成の手続きを経た上で、施設入所支援と就労継続支援B型の組み合わせの必要性があると認められる者  
※非常勤のような形態によって一般就労する利用者もおり、一般就労を行わない日又は時間に日中活動サービスを利用する必要性がある場合も考えられることから以下の条件を満たした場合には、日中活動サービスの支給決定を行うことが出来るものとする。  
ア. 一般就労先の企業の中で、他の事業所等に通うことが認められている場合  
イ. 当該利用者が日中活動サービスを受ける必要があると市が認めた場合

### (2) 就労移行支援事業を利用する場合について〔上記(1)の②〕

#### ① 支給決定期間・暫定支給決定期間等について

- ・ 暫定支給決定期間は2ヶ月間とし、支給決定期間(1年間)に含むものとする。
- ・ 暫定支給決定期間は、アセスメント期間と位置づけられていることから、アセスメントに要する期間も、原則、2ヶ月間とする。
- ・ ただし、暫定支給決定期間(アセスメントに要する期間)の満了日前に、就労移行支援事業所からのアセスメント結果等により、明らかに一般就労、就労移行支援事業の利用が困難であり、就労継続支援B型等の利用が適当と判断された場合は、原則の2ヶ月間を待たずに、サービス調整会議を開催することができることとする。

#### ② 特別支援学校在校生に関する特例

- ・ 特別支援学校の在校生が、進路決定に際してのアセスメントのために利用する場合、支給決定期間・暫定支給決定期間とも、2ヶ月間とするが、アセスメントに要する期間は、原則、2週間とする。
- ・ ただし、アセスメントに要する期間(2週間)の満了日前に、就労移行支援事業所からのアセスメント結果等により、明らかに一般就労、就労移行支援事業の利用が困難であり、就労継続支援B型等の利用が適当と判断された場合は、原則の2週間を待たずに、サービス調整会議を開催することができることとする。



Ⅲ 複数の障がい福祉サービス等の支給

支給量の調整・併給を考えるにあたっては、各障がい福祉サービス等の性格に着目し、下表により取り扱うこととする。

		訪問系						日中系						居住系				その他							
		自立支援給付			地域生活支援			自立支援給付				地域生活支援		自立支援給付		地域生活支援		自立支援給付							
		居宅介護	行動援護	同行援護	重度訪問介護	ガイドヘルパー派遣事業	生活サポート事業	訪問入浴サービス事業	生活介護	自立訓練(機能訓練)	自立訓練(生活訓練)	就労移行支援	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)	地域活動支援センター	タイムケア事業	施設入所支援	共同生活援助	療養介護	宿泊型自立訓練	福祉ホーム	就労定着支援	自立生活援助	短期入所	重度障害者等包括支援
訪問系	自立支援給付	居宅介護	◇	◇	※	◇	×	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	※	※	×	※	×	◇	○	◇	×
		行動援護	◇	◇	×	×	×	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	※	○	○	※	×	◇	○	◇	×
		同行援護	◇	×	◇	※	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	※	○	○	※	×	◇	○	◇	×
		重度訪問介護	※	×	×	◇	×	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	※	※	○	※	×	◇	○	◇	×
	地域生活支援	ガイドヘルパー派遣事業	◇	×	※	×	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	※	○	×	×	○	◇	○	◇	×
		生活サポート事業	×	×	◇	×	◇	×	×	◇	◇	◇	◇	◇	◇	×	×	×	※	×	◇	○	×	×	
訪問入浴サービス事業		◇	◇	◇	◇	×	※	×	×	×	×	×	×	×	◇	※	×	×	×	×	○	◇	◇		
日中系	自立支援給付	生活介護	◇	◇	◇	◇	×	※	△	△	△	△	△	△	△	◇	○	○	×	○	×	○	◇	×	
		自立訓練(機能訓練)	◇	◇	◇	◇	◇	×	△	△	△	△	△	△	△	◇	○	○	×	○	○	×	○	◇	×
		自立訓練(生活訓練)	◇	◇	◇	◇	◇	×	△	△	△	△	△	△	△	◇	○	○	×	○	○	×	○	◇	×
		就労移行支援	◇	◇	◇	◇	◇	×	△	△	△	△	△	△	△	◇	○	○	×	○	○	×	○	◇	×
		就労継続支援(A型)	◇	◇	◇	◇	◇	×	△	△	△	△	△	△	△	◇	○	○	×	○	○	×	○	◇	×
		就労継続支援(B型)	◇	◇	◇	◇	◇	×	△	△	△	△	△	△	△	◇	○	○	×	○	○	×	○	◇	×
地域生活支援	地域活動支援センター	◇	◇	◇	◇	◇	×	△	△	△	×	×	△	◇	◇	○	×	○	○	○	△	○	◇	×	
	タイムケア事業	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	※	×	×	×	×	◇	○	◇	◇	
居住系	自立支援給付	施設入所支援	※	※	※	※	×	※	○	○	○	○	○	○	◇	※	※	×	×	×	×	×	※	×	
		共同生活援助	※	○	○	※	○	×	×	○	○	○	○	○	○	×	※	×	※	※	○	×	※	×	
		療養介護	×	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
		宿泊型自立訓練	※	※	※	※	×	※	×	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×
地域生活支援	福祉ホーム	×	×	×	×	○	×	×	×	○	○	○	○	○	×	×	※	×	×	○	×	×	×		
その他	自立支援給付	就労定着支援	◇	◇	◇	◇	◇	×	×	×	×	×	×	×	△	◇	×	○	×	○	○	×	◇	×	
		自立生活援助	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	※	×
		短期入所	◇	◇	◇	◇	×	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	※	※	×	×	×	◇	※	×	×
		重度障害者等包括支援	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	◇	×	×	×	×	×	×	×	×	×

各事業の支給要件については、障害者総合支援法及び法関係通知の定めによることを基本とする。

- 併用可
- △ 同一日利用不可
- ◇ 同一時間帯利用不可
- ×
- ※ 原則不可。ただし、特例あり。

## 第4 障がい児支援について

### I 障害児通所支援

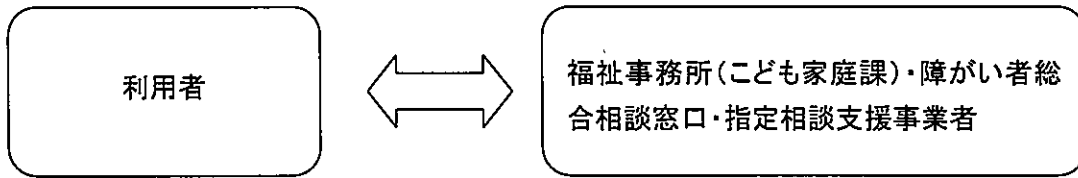
#### 1. 障害児通所支援の種類と対象者

支援の種類	対象者
児童発達支援	療育の観点から集団療育及び個別療育を行なう必要があると認められる未就学の障がい児。又、学校教育法第1条に規定する学校に就学していない18歳未満の障がい児を含む。
医療型児童発達支援	肢体不自由があり、理学療法等の機能訓練又は医療的管理下での支援が必要であると認められた障がい児
居宅訪問型児童発達支援	次の①又は②のいずれかに該当する障がい児であって、児童発達支援等を受けるために外出することが著しく困難なもの ① 重度の障がいの状態である場合（各種手帳の重度判定を基本とし、重度の精神障がいの状態にあり自発的な外出ができない場合や強度行動障がいの状態にあり集団生活が著しく困難な障がい児） ② 次のいずれかの状態である場合 ア) 人工呼吸器を装着している状態その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある場合 イ) 重い疾病のため感染症にかかるおそれがある状態にある場合
放課後等デイサービス	学校教育法第1条に規定する学校(幼稚園及び大学を除く。)に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた18歳未満の障がい児。ただし、代替サービスが無く、引き続き放課後等デイサービスを受けなければその福祉を損なうおそれがある場合は、20歳に達するまで支給を認める。
保育所等訪問支援	保育所その他の児童が集団生活を営む施設として厚生労働省令で定めるものに通う障がい児であって、当該施設を訪問し、専門的な支援が必要と認められた障がい児 ※ なお、厚生労働省令で定めるものとは、保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、認定子ども園、乳児院、児童養護施設その他市が必要と認めるもの。

※居宅訪問型児童発達支援を利用する場合は、障害児相談支援の利用を必須とする。

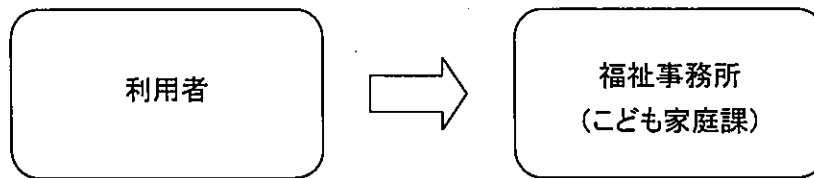
2. 障害児通所給付費支給決定までの流れ

1 相談



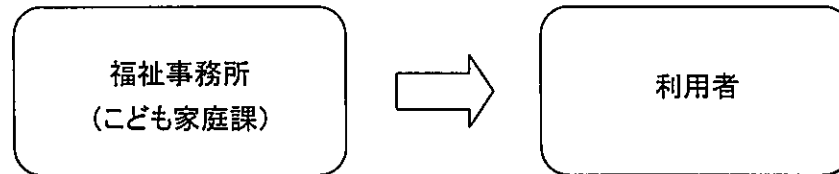
障がい児のニーズを確認し、支援に関する情報提供などの相談支援を行う。

2 申請



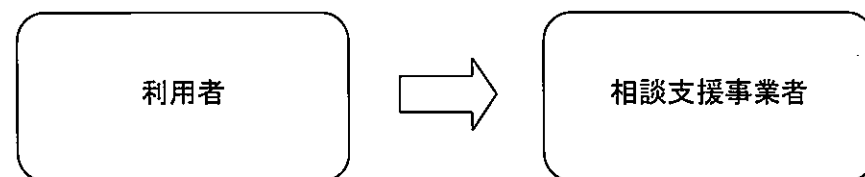
利用者が市に対して、障害児通所給付費の支給申請を行う。

3 障害児支援等利用計画案の提出依頼



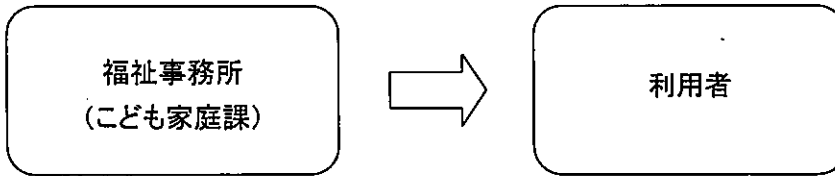
市は利用者に障害児支援等利用計画案の提出を依頼する。(相談支援事業者の情報を提供)

4 相談支援事業者との利用契約



利用者は相談支援事業者と障害児支援等利用計画作成の契約を結び、作成を依頼する。

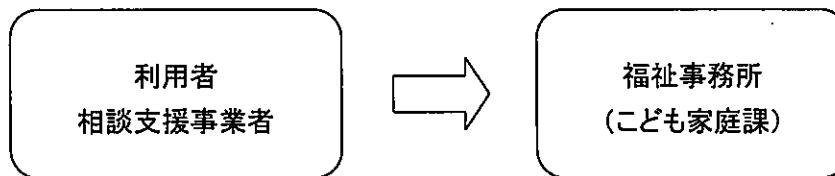
5 障がい児支援利用意向聴取



市が利用者に障がい児支援の利用意向を聴取する。

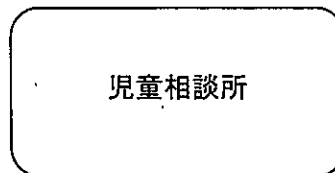
勤案事項整理票(別紙 1-2)、サービス利用計画書(別紙 2)、障がい児チェックシート 1(別紙 7)及び放課後等デイサービス基本報酬チェックシート(別紙 25)

6 障害児支援等利用計画案の提出



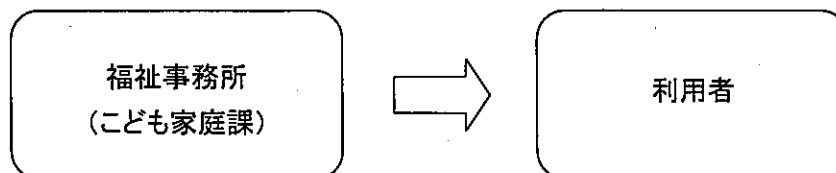
利用者と契約を締結した相談支援事業者が作成した障害児支援等利用計画案と計画相談支援支給申請書兼届出書を市に提出する。

7 児童相談所等の意見聴取



必要に応じて、児童相談所等の意見を聴く。

8 障害児通所給付費の支給決定



利用意向、障害児支援等利用計画案を勘案し支援の支給決定をする。

### 3. 支給量等

障害児通所支援及び障がい児の自立支援給付にかかる基準支給量は、次のとおりとする。

表1 基準支給量及び支給決定期間

支援の種類		支給量	支給決定期間	
		上限	最短	最長
居宅介護	基準	45 時間/月	1ヶ月	1年
	加算	17 時間/月		
重度訪問介護	基準	138 時間/月		
	加算	90 時間/月		
同行援護		58 時間/月		
行動援護		41 時間/月		
重度障害者等包括支援		83,040 単位/月		
短期入所		10 日/月		
児童発達支援		各月の日数から 8 日を差し引いた日数		
医療型児童発達支援				
居宅訪問型児童発達支援				
放課後等デイサービス				
保育所等訪問支援				

(留意点)

- ①支給量については、表 2「支給量に関する算出根拠」に基づき、決定するものとする。
- ②他サービスとの併給においては、複数のサービスを合わせた支給量が適切な量となるよう設定するものとする。
- ③支給決定期間は、上の表における最長の期間内で利用者の誕生日の属する月の末日までを原則とする。
- ④居宅訪問型児童発達支援は、外出が著しく困難な障がい児を対象としたサービスであることから、支給決定日数は週2日を目安とする。ただし、障害児通所支援の集団生活に移行していくための支援として集中的に支援を提供する場合はこの限りでない。

表2 支給量に関する算出根拠

サービスの種類	希望量	最大値	算出根拠
児童発達支援 (医療型、居宅訪問型 含む。)	1回/週	5日/月	1回×5週(切り上げ)
	2回/週	10日/月	2回×5週(切り上げ)
	3回/週	15日/月	3回×5週(切り上げ)
放課後等デイサービス	4回/週	20日/月	4回×5週(切り上げ)
保育所等訪問支援	5回以上/週	支給上限 各月の日数から8日を差し引いた日数	

4. 基準支給量を超えた支給決定

サービスの種類		支給上限
居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 重度障害者等包括支援	加算なし   加算あり	-
短期入所		当該月日数
児童発達支援(医療型・居宅訪問型含む) 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援		当該月日数

5. 基準支給量を超える場合の決定方法

(1) 基準支給量を超えて決定する場合においては、次の資料を添えて審査会の意見を聴取し、支給決定するものとする。

- ① 勘案事項整理票(別紙1-2)
- ② サービス利用計画書(別紙2)
- ③ 障がい児チェックシート1又は2(別紙7又は8)
- ④ 放課後等デイサービス基本報酬チェックシート(別紙 25)(放課後等デイサービスの支給決定対象者である場合)

(2) 支給量が、基準支給量を超えるか又は既に基準支給量を超えた支給となっている場合において、決定を受けている支給量が直近の審査会までに不足することが明らかで、次の要件のいずれも満たすときは、審査会で審議することなく支給量の変更を決定し、直近の審査会に報告するものとする。

① 切迫性

利用者又は介護を行う者の状況等が疾病等による体調の変化、又は就労、葬祭等による環境の変化などの要因により、支給決定における勘案事項調査時と変化が生じ、支給量を変化しなければ利用者が日常生活に支障をきたすことが明らかな場合

## ②非代替性

現に使っているサービス以外の障がい福祉サービスやその他の方法による支援を検討した上で、それでもなおサービス支給量の拡大以外に代替する支援の方法がない場合

(3) (2)の取り扱いをするにあたっては、利用者及び家族の意向、状態等を調査し、サービス利用計画書を作成し、福祉事務所における所内会議を経た上で判断するものとする。

(4) 短期入所について、基準支給量を超えて支給決定する場合(介護者の疾病等による)は、次の手続きにより行うものとする。

### ①利用者からの相談

### ②相談支援専門員による聴き取り・サービス等利用計画案の提出

対象者に計画相談支援(または障害児相談支援)が支給決定されている場合は、相談支援専門員による本人及び医療機関等への聴き取りを実施し、必要な支給期間を提案する。

### ③サービス等利用計画案及び変更申請書の提出

### ④市担当ケースワーカーによる聴き取り

i)本人、家族への聴き取り

ii)医療機関への聴き取り

医療機関への聴き取りは、②の時点で相談員が行うこととなるが、計画相談支援(または障害児相談支援)が入っていない者については、市担当ケースワーカーが聴き取りを行う。

聴き取った内容については、「勘案事項整理票」(別紙 1-2)に記載する。

### ⑤所内会議

聴き取りの結果を踏まえ、支給決定案について協議する。

### ⑥審査会の意見聴取

審査会への提出資料

i)直近の二次判定結果(審査会意見等様式・審査会資料・医師意見書・認定調査票・概況調査票)

ii)勘案事項整理票(別紙 1-2)

iii)サービス利用計画書(別紙 2)

### ⑦支給決定

## 6. 支給決定期間

障害児通所支援及び障がい児の自立支援給付、地域生活支援事業の支給決定期間は、最短を1か月、最長を1年とする。この場合において、次に掲げる者を除き、これらのサービスを利用する障がい児の誕生日ごとに更新が行われるよう、支給決定期間を調整するものとする。

### ① 多子軽減対象児童

・多子軽減措置の対象児童については、3月31日を終期の基準とする。

・多子軽減対象世帯に障害児通所支援を利用している児童が複数いる場合は、その世帯の障がい児全員の終期を3月31日とする。

### ② 児童発達支援から放課後等デイサービスに切り替わる児童

・児童発達支援(未就学児対象)から引き続き、放課後等デイサービス(就学児対象)の支給決定を行う場合は、児童発達支援の終期を3月31日とし、その後の放課後等デイサービスの終期を誕生日に合わせる。

③ 同一世帯の兄弟姉妹でサービスを利用する児童

- ・兄弟など同一世帯の児童に障害児通所支援の支給決定を行う場合は、その支給決定日の前後に関わらず、年齢が一番上の児童の誕生日を基準とし、年齢が下の児童のサービス支給期間の終期を合わせる。

④ 就労アセスメントを行うため、就労移行支援の支給決定を行う児童



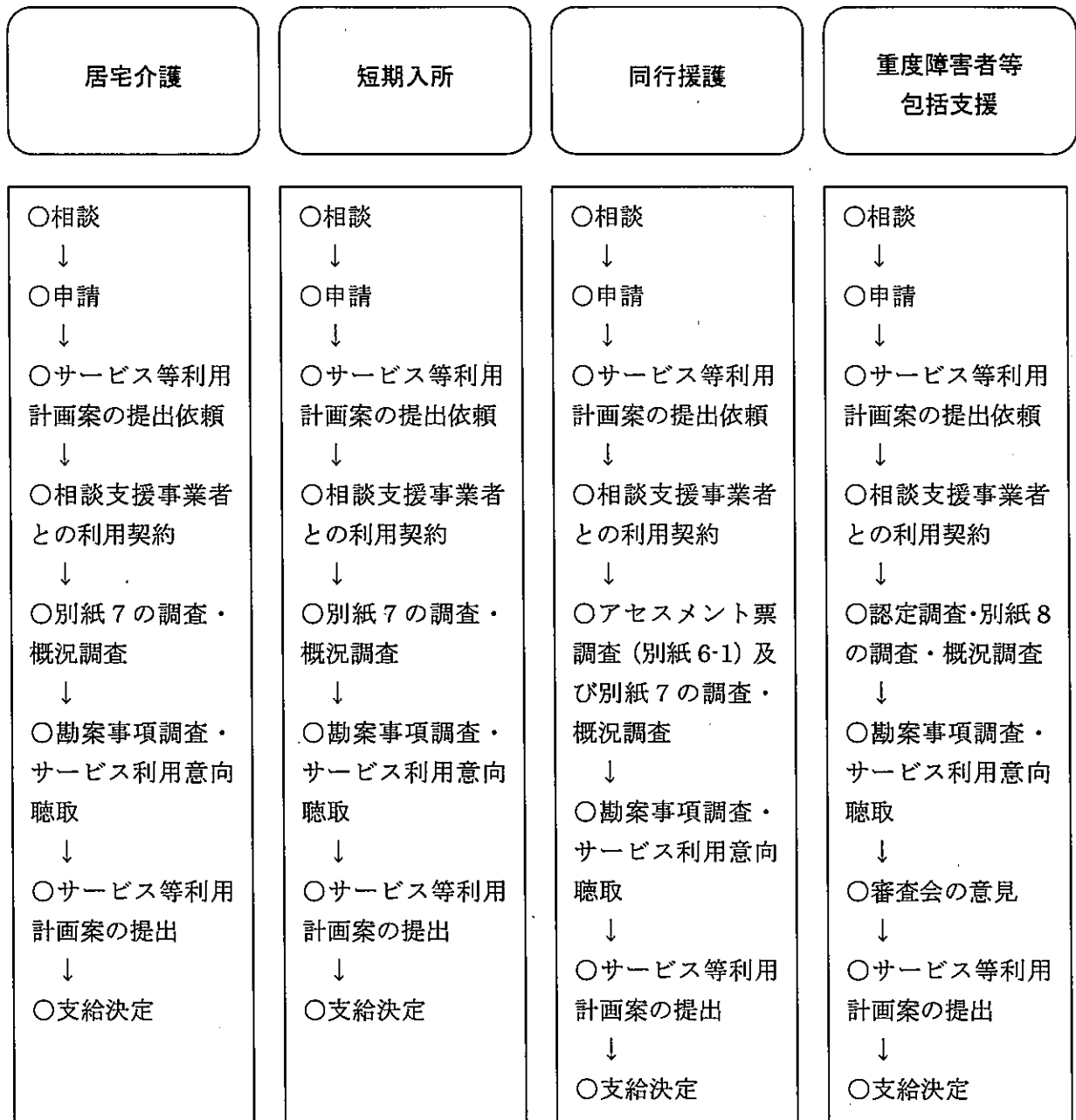
## II 障がい児の自立支援給付

### 1. 障がい児の自立支援給付の種類と対象者

支援の種類	対象者
居宅介護	障がい児チェックシート1(別紙 7)による調査を行い、支給の要否及び支給量を決定する。必要に応じ児童相談所、又は保健所(以下「児童相談所等」という。)の意見を求めることができる。
短期入所	障がい児チェックシート1(別紙 7)による調査を行い、以下により区分認定を行う。 【区分1】 区分3又は2に該当しない児童で①～④項目のうち「一部介助」又は「全介助」が1項目以上 【区分2】 ①～④の項目のうち「全介助」若しくは「一部介助」が3項目以上又は⑤の項目のうち「週に一回以上」が1項目以上 【区分3】 ①～④項目のうち「全介助」が3項目以上又は⑤の項目のうち「ほぼ毎日」が1項目以上
同行援護	【身体介護を伴わない場合】同行援護アセスメント票(別紙 6-1)による調査を行い、「視力障害」、「視野障害」及び「夜盲」のいずれかが1点以上 【身体介護を伴う場合】上記に加え、障がい児チェックシート1(別紙 7)による調査を行い支給の要否を決定する。
行動援護	障がい児チェックシート2(別紙 8)による調査で10点以上
重度障害者等包括支援	認定調査(80項目調査)と障がい児チェックシート2(別紙 8)による調査を行い、審査会に重度障害者等包括支援の対象となることが相当であるかの意見を聞いたうえで支給の要否を決定する。
重度訪問介護	15歳以上で児童福祉法63条の4の規定により児童相談所長が重度訪問介護を利用することが適当であると認め、市長に通知した場合、障がい者と同じ手続きで対象となるかを判定する。

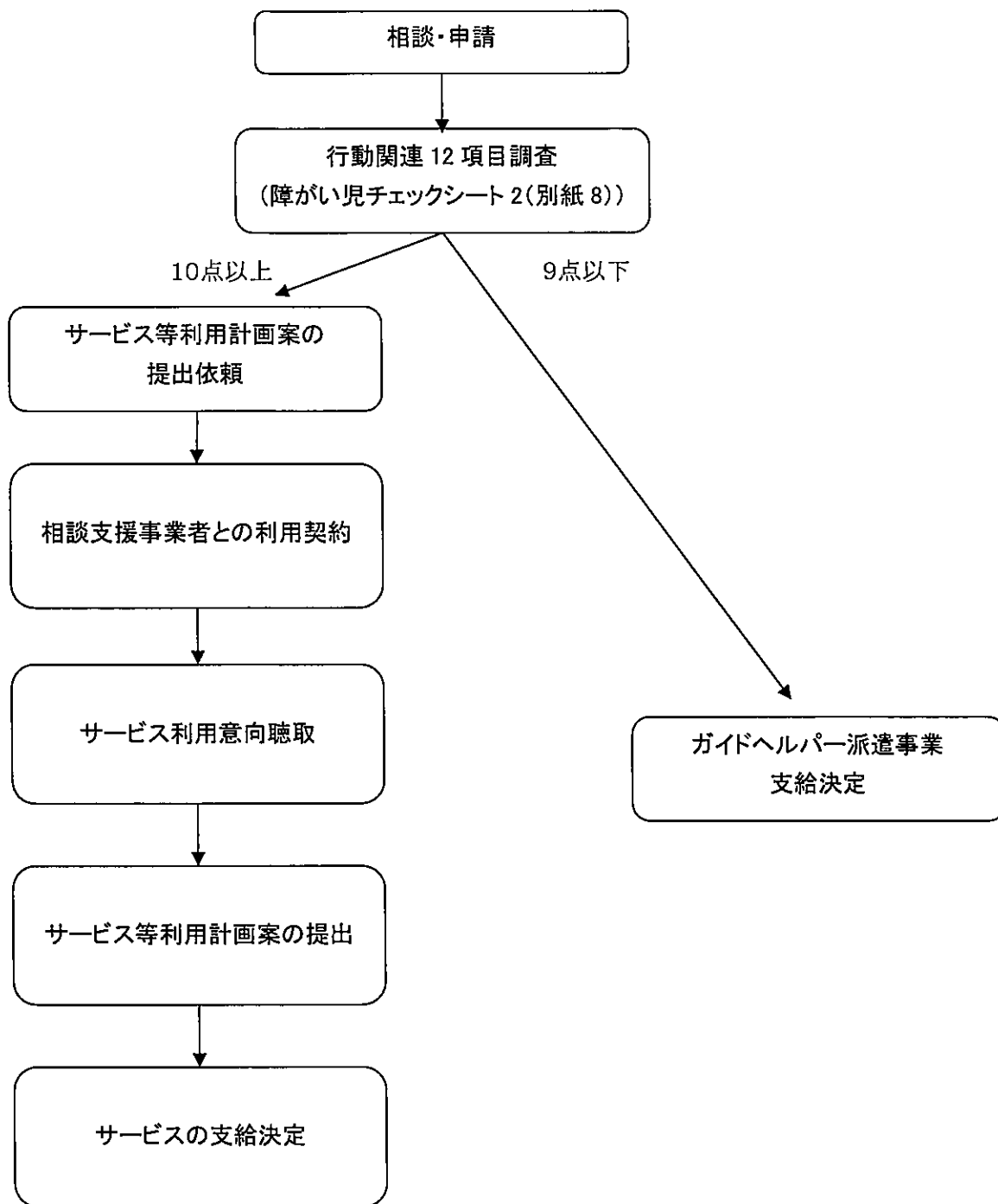
※短期入所の重度障害者支援加算の決定に際して、本加算対象者となる可能性がある者については、支給決定時ごとに児童相談所の判断を受けて決定する。

2. 支給決定の流れ



※重度訪問介護(児童福祉法63条の4の規定に基づき児童相談所長から通知を受けた場合)は、  
障がい者の支給決定プロセスへ

### 3. 支給決定の流れ(行動援護)



### 4. 支給決定にかかる考え方

- (1) 通院介助については、保護者の代理ではないため、保護者が疾病等により付き添えない場合においてのみ、中学生以上を対象とする。
- (2) 家事援助については、保護者・家族の疾病・障がいにより継続的に支障がある場合等、真にやむを得ない場合についてのみ、対象とすることができる。
- (3) 保護者の就労等により不在となる理由をもって加算の取り扱いを行わない。  
ただし、母子家庭又は父子家庭等により、保護者が就労しないと生活保護になる場合については、保護者の状況及び障がい児の障がい状況を勘案して支給決定を行うことができる。
- (4) 兄弟姉妹が障がい児の場合も加算対象とする。



## 第5 計画相談支援・障害児相談支援について

### I 計画相談支援給付・障害児相談支援給付

#### 1. 支給対象者

障がい福祉サービス又は障害児通所支援の申請若しくは変更の申請に係る障がい者若しくは障がい児の保護者又は地域相談支援の申請に係る障がい者

#### 2. 計画相談支援給付費・障害児相談支援費の支給期間

##### (1) 支給期間の開始月

- ① 新規に計画相談支援給付費の対象となる者  
サービス利用支援を実施する月(サービス等利用計画を作成する月)
- ② 既に計画相談支援給付費の対象となっている者  
更新前の支給期間の翌月

##### (2) 支給期間の終期月

利用する障がい福祉サービスのうち、最長の有効期間の終期月とする。

#### 3. 継続サービス利用支援(モニタリング)

##### (1) 継続サービス利用支援(モニタリング)の期間

継続サービス利用支援(モニタリング)の期間は、相談支援事業者からモニタリング期間設定整理票(者:別紙様式19、児:別紙様式20)による提案を踏まえ、下記勘案事項、標準モニタリング期間を勘案し、個別の対象者ごとに定める。

##### ・勘案する事項

障がい者等の心身の状況、障がい者等の置かれている環境(地域移行や住環境、生活環境の変化、家庭環境の変化、ライフステージの変化等)、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及び達成時期、提供されるサービスの種類・内容・量、サービスを提供するうえでの留意事項

○標準モニタリング期間

(計画相談支援モニタリング標準期間 障がい者総合支援法施行規則第6条の16)

(1) 支給決定又は支給決定の変更によりサービスの種類、内容又は量に著しく変動があった者	1月ごと(サービス利用開始から3カ月のみ)
(2) 障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者	1月ごと
(3) 単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者	1月ごと
(4) 重度障害者等包括支援に係る支給決定を受けることができる者	1月ごと
(5) 療養介護、重度障害者等包括支援及び施設入所支援を除く障がい福祉サービスを利用する者若しくは地域定着支援を利用する者(いずれも前4号に掲げる者を除く。)又は地域移行支援を利用する者	6か月ごと
(6) 療養介護、重度障害者等包括支援又は施設入所支援を利用する者	6か月ごと
(7) 就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助を利用する者	3か月ごと

(障がい児相談支援モニタリング標準期間 児童福祉法施行規則第1条の2の5)

(1) 下記に掲げる者以外のもの	6月ごと
(2) 障害児入所施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者	1月ごと
(3) 同居している家族等の障害、疾病等のため、指定障害児通所支援事業者等との連絡調整を行うことが困難である者	1月ごと
(4) 通所給付決定又は通所給付決定の変更により障害児通所支援の種類、内容又は量に著しく変動があった者	1月ごと(サービス利用開始から3カ月のみ)

ただし、障害児通所支援を利用する児童等が次に掲げる状況その他のモニタリング期間を短期に設定することが適切な状況であるときは、その状況に応じて上記の表(1)に掲げる期間よりも短いモニタリング期間を設定することができる。

・障害児通所支援等を利用する児童であって、学齢期の長期休暇等により、心身の状態が変化するおそれのあるとき

・障害児通所支援等を利用する児童の保護者であって、児童の状態や支援方法に関して不安の軽減・解消を図る必要があるとき

(2)モニタリング期間に係る開始月と終期月

① モニタリング期間に係る継続サービス利用支援の開始月

継続サービス利用支援の開始月については、障がい福祉サービスの支給決定等の有効期間の終期月において継続サービス利用支援を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して設定。

② モニタリング期間に係る継続サービス利用支援の終期月

計画相談支援給付費の支給期間の終期月と同じとする。

ただし、モニタリング期間が1月(毎月)ごとの者については、継続サービス利用支援の開始月を含め最長1年以内で終期月を設定する。

4. 決定から3か月以内に更新決定を行う者のサービス等利用計画案等及び報酬算定の取り扱い

サービス等利用計画案を提出して支給決定を受けた後、3か月以内にその利用状況に変更を伴わず更新決定を行う場合の取り扱いは、次のとおりとする。

- ・新たなサービス等利用計画案等の提出は不要とする。
- ・支給期間の終期月のモニタリングは実施する。
- ・この場合、相談支援事業所はサービス利用支援の一連の行為を行わないため、サービス利用支援費の算定は行わず、継続サービス利用支援費の算定のみ行う。
- ・この取り扱いは、サービスの支給期間の開始日から起算して3か月以内に更新を行う場合に適用する。

(例)3月10日 → 計画案を提出

4月1日 サービスの支給期間の開始日(起算点)

5月1日

6月1日 → 6月末更新分までは、計画案の提出は不要。

7月末更新分から、計画案の提出が必要。

・ただし、上記のように3か月以内の更新決定を行うであっても、そのサービスの利用状況に変更がある場合は、相談支援事業所は通常どおり計画案の提出をはじめとするサービス利用支援の一連の支援を行い、サービス利用支援費の算定を行う。

## 第6 地域相談支援について

### I 地域相談支援給付

#### 1. 地域移行支援

##### (1) サービスの内容

障がい者支援施設等に入所、刑事施設に収容、又は精神科病院に入院している障がい者が、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談。

※ 地域移行支援については、支給対象者の状況を把握するため障害支援区分認定調査を行う。

##### (2) 支給対象者

以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者。

①障がい者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障がい者

※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障がい者支援施設等に入所する15歳以上の障がい者みなしの者も対象とする。

②精神科病院に入院している精神障がい者

・直近の入院期間が1年以上の者

・措置入院及び医療保護入院の者

・その他、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者

③救護施設、更生施設に入所している障がい者

④刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘置所)、少年院に収容されている障がい者

⑤更生保護施設に入所している障がい者、自立更生促進センター、就業支援センター、自立準備ホームに宿泊している障がい者

##### (3) 支給決定期間

6ヶ月

※ この期間では十分な成果が得られずかつ引き続き地域移行支援を提供することにより、地域生活への移行が具体的に見込まれる場合には6ヶ月間の範囲内で更新できる。更なる更新については、次の資料を添えて審査会の意見を聴取し、支給決定するものとする。

① 勘案事項整理票(別紙 1-1)

② サービス利用計画書(別紙2)

③ サービス等利用計画案(指定特定相談支援事業者が作成したもの)

④ 利用期間延長にかかる支援計画票(別紙 12)

⑤ 標準利用期間での支援計画総括表(別紙 13)

#### 2. 地域定着支援

##### (1) サービスの内容

居宅において単身等で生活する障がい者につき、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談、緊急訪問その他必要な支援を行う。

※ 地域定着支援については、支給対象者の状況を把握するため障害支援区分認定調査を行う。



(2) 支給対象者

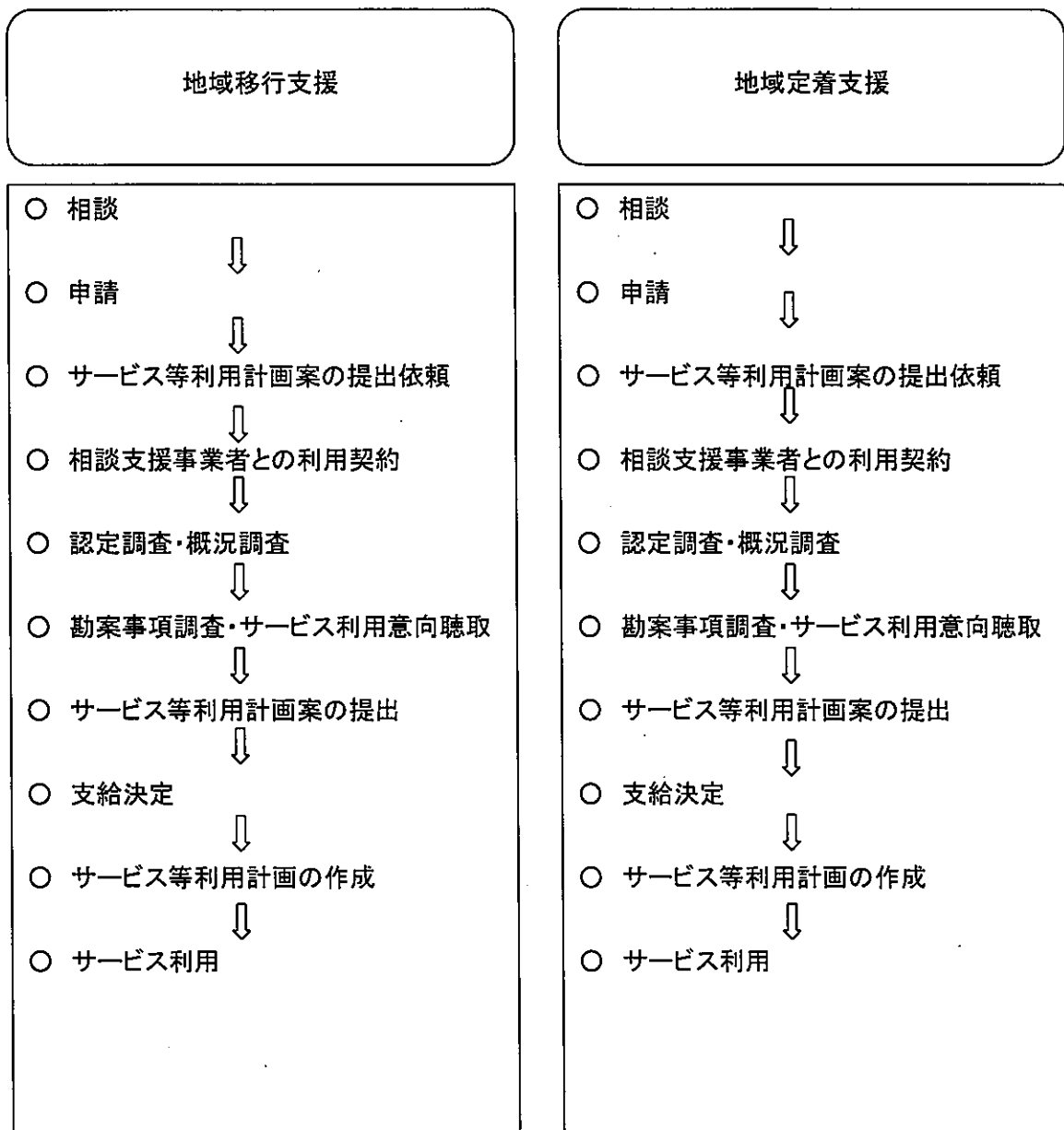
- ① 居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある者
- ② 居宅において家族と同居している障がい者であっても当該家族等が障がい、疾病等のため、障がい者に対し、当該家族等による緊急時の支援が見込めない状況にある者

(3) 支給決定期間

1年

※ 対象者や同居する家族等の心身の状況や生活状況、緊急時支援の実績等を踏まえ、引き続き地域生活を継続していくための緊急時の支援体制が必要と見込まれる場合には、1年間の範囲内で更新が可能とする。更なる更新についても必要性が認められる場合には更新可能とする。

3. 支給決定の流れ



## 第7 地域生活支援事業

### I 地域生活支援事業

#### 1. 地域生活支援事業の種類と対象者及び支給量

事業名	対象者	支給量(月あたり)	加算等
ガイドヘルパー 派遣事業	<p>●障がい者及び障がい児のうち、判定基準票(別紙23)定める判定基準に該当する者 ※身体障がい者は、下肢に係る障がい等級が2級以上の者または視覚障がいの認定を受けている者(ただし、同行援護の支給決定を受けている者はグループ支援のみ利用可)、または補装具として車いすの交付を受けている者のうち、判定基準票(別紙23)に該当する者。</p> <p>●障害者総合支援法に定める疾病に罹患している者のうち、会津若松市地域生活支援事業の利用料に関する条例(平成18年会津若松市条例第27号)別表第1に定める区分Aに該当する者。</p>	上限 63 時間	—
生活サポート事業	障害支援区分認定において「非該当」となった障がい者であり、日常生活に関する支援が必要と認められる単身又はこれに準ずる世帯の障がい者及び主たる介護者が疾病等により家事が困難となった障がい児	上限 7 時間	—
訪問入浴サービス 事業	在宅で入浴が困難な障がい者及び障がい児 ※(別紙18)に該当する者	—	—
タイムケア事業	障がい者及び障がい児	5 日 ※	早朝支援 (就学児のみ)
地域活動支援センター		当該月日数-8日	—
福祉ホーム	<p>●一定程度の自活能力がある者</p> <p>●家庭環境、住宅事情等の理由により居住の確保が困難な者</p>	当該月日数	—
緊急時入所事業	介護者の疾病等のため、居宅にて支援の受けられない障がい者等	10 日	—
地域生活体験事業	親亡き後や親元からの自立に向けた支援が必要な障がい者等	10 日	—

※タイムケアの支給量加算の条件;基準支給量を超えた支給決定をしなければ利用者世帯の生活状況(生計)の維持が困難になると認められる場合は、必要最低限の範囲で基準支給量を超えた支給を認める。この場合、「タイムケア事業支給量計算シート」(別紙 22)を用いて必要となる支給量を算出するものとする。

## 2. 地域生活支援事業の支給決定にかかる基本的な考え方

### (1) ガイドヘルパー派遣事業

- ①講習会等で講師謝礼等(交通費を含む)がある場合は、対象外とする。
- ②サークル活動等において委員報酬等(交通費を含む)がある場合は、対象外とする。
- ③サークル活動等において、広告募集や営利目的の活動については対象外とする。
- ④通学や通勤、通所等長期的かつ継続的な利用については、対象外とする。

### (2) 生活サポート事業

- ①支援内容は「家事援助」とする。
- ②児童の家事援助は、主たる介護者等が疾病等により家事が困難な場合とする。
- ③区分認定「非該当」後、3年毎に改めて障害支援区分の認定を受けるものとする。

### (3) 訪問入浴サービス事業

- ①サービス利用者が必要とする回数を、支給量とする。
- ②サービス利用者は必要に応じ医師の診察を受け、入浴の指導を受けるものとする。

### (4) タイムケア事業

- ①日中、法定サービスが利用できる場合は、その利用を優先する。
- ②早朝支援を利用する場合は、在職証明書等を提出しなければならない。

### (5) 地域活動支援センター

- ①申請のあった日数とし、各月の日数から8を差し引いた日数を上限とする。
- ②他の日中活動系サービスとの併給は原則不可とする。しかし、日中活動系サービスを複数利用することがより効果的であるなど、併給することについて合理的な理由がある場合については併給することができる(ただし、就労移行支援及び就労継続支援A型との併給は除く)。

### (6) 福祉ホーム

利用期間を超えるサービス利用については、主治医の意見書により必要と認められる場合に限り、期間延長ができるものとする。

### (7) 緊急時入所事業

- ①原則として、事前に支給決定が必要とする。
- ②利用の際は、原則として、地域生活支援コーディネーターが利用調整するものとする。
- ③緊急時入所事業を利用している時間帯は、原則として、他の障がい福祉サービスを利用できないものとする。

(8) 地域生活体験事業

- ①利用の際は、原則として、地域生活支援コーディネーターが体験する上で必要な支援の頻度、程度及び日中活動等の調整を行うものとする。

3. 地域生活支援事業の支給決定期間及び利用期間

事業名	支給決定期間		利用期間の制限	利用期間の延長
	最短	最長		
ガイドヘルパー派遣事業	1ヶ月	1年	利用期間の制限なし	-
生活サポート事業				
訪問入浴サービス事業				
タイムケア事業				
地域活動支援センター				
福祉ホーム		2年まで(利用期間を延長した場合は3年まで)	1年以内	
緊急時入所事業		当該年度内	支給決定日の属する年度の末日を利用期間の終期とする。	-
地域生活体験事業				

※表中の期間に支給決定日の属する月の末日までの期間が加わる。

※支給決定期間は、上の表における最長の期間内で利用者の誕生日の属する月の末日までを原則とする。

4. 利用料の負担上限月額

- (1) 地域生活支援事業の利用料にかかる負担上限月額は、「会津若松市地域生活支援事業の利用料に関する条例」によるものとする。
- (2) 日常生活用具の月額上限額については、「会津若松市日常生活用具費の助成に関する要綱」によるものとする。

勘案事項整理票 (障がい者)

新規・変更・追加・更新・取消 (介護給付・訓練等給付・地域相談・地域生活支援事業)

1. 調査実施者 (記入者)

実施日時	平成 年 月 日 ( ) 時~	実施場所	自宅内・自宅外 ( )		
ふりがな		所属機関	会津若松市	調査時間	分
記入者氏名					

2 当該申請に係る障がい者

ふりがな		性別	男・女	年齢	( ) 歳
氏名				生年月日	
現住所				電話	
家族等連絡先	〒 - 氏名 ( ) 調査対象者との関係 ( )			電話	

3. 認定を受けている各種の障害等級等 (該当する項目に記載又は○をつけてください)

(1) 身体障害者手帳等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級				
(2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 ( )				
(3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重度	A	A2	2度	
	中度	B	B1	3度	
	軽度	C	B2	4度	
(4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
(5) 難病等疾病名					
(6) 障害基礎年金等級	1級・2級				
(7) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
(8) 生活保護の受給	有 (他人介護料有り)・有 (他人介護料無し)・無				

4. 地域生活関連 (サービスの種類や量に関することを中心に記入してください)

(1) 外出の頻度 (過去1ヶ月間の回数)	( ) 回程度
(2) 社会活動の参加状況	( )
(3) 過去2年間の入所歴の有無	
□無 □有→入所期間	年 月~ 年 月 施設の種類 ( )
	年 月~ 年 月 施設の種類 ( )
(4) 過去2年間の入院歴の有無	
□無 □有→入院期間	年 月~ 年 月 原因となった病名 ( )
	年 月~ 年 月 原因となった病名 ( )
(5) その他	

5. 就労関連（サービスの種類や量に関することを中心に記入してください）

(1) 就労状況	<input type="checkbox"/> 一般就労	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト
	<input type="checkbox"/> 就労していない	<input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 就労経験の有無	一般就労やパート・アルバイトの経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	最近1年間の就労の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	中断の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(3) 就労希望の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	具体的に	

6. 日中活動関連（サービスの種類や量に関することを中心に記入してください）

主に活動している場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他（ ）
------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

7. 介護者(支援者)関連（サービスの種類や量に関することを中心に記入してください）

(1) 介護者(支援者)の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
(2) 介護者(支援者)の健康状況等特記すべきこと	

8. 居住関連（サービスの種類や量に関することを中心に記入してください）

(1) 生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅（単身）	<input type="checkbox"/> 自宅（家族等と同居）	<input type="checkbox"/> グループホーム
	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> その他（ ）
(2) 居住環境			

9. 障害支援区分・障がい名及び疾病名等

障がい支援区分	障害支援区分（ ）平成 年 月 日～平成 年 月 日
障がい名及び主疾患名；	
医療機関 (主治医)；( ) 医院・HP ( ) 科 ( ) Dr ( ) 医院・HP ( ) 科 ( ) Dr	
通院状況； 定期 回/月 ・ 不定期（具体的に )	
内服状況； 無 ・ 有（具体的に )	
自立支援医療受給 有 ・ 無	

10. 介護保険給付の利用状況等

- (1) 介護保険対象の有無 有・無  
 (2) 要介護度 非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5  
 (3) 利用している介護保険サービス ( )  
 (4) ケアマネージャー ( )

11. 家族状況

家族	氏名	続柄	職業	年齢	同居 別居	主たる 介護者	従たる 介護者	主たる 生計者

12. サービスの受給状況（保健・福祉・医療サービス等も含めて記入してください）

	サービスの種類	支給量	提供事業所	支給決定期間	
				開始日	終了日
1				年 月 日	年 月 日
2				年 月 日	年 月 日
3				年 月 日	年 月 日
4				年 月 日	年 月 日

13. 申請サービスに関する意向の具体的内容（※印は、新規及び変更時のみ）

申請サービスの種類（※）	
利用目的（※）	
利用予定事業者（※）	
【備考】本人及び家族の意向について具体的に記入してください。	

14. ケア計画案

援助の全体目標			
ニーズ	援助目標	サービス内容・頻度・時間	提供先・担当者

(それぞれ欄が足りない場合は追加して記入してください)

15. 特別地域加算の該当 (居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援地域移行支援、地域定着支援、計画相談支援、障害児相談支援)

特別地域加算	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
--------	---

※加算該当の場合は必ずシステム入力すること。

16. 障害基礎年金1級の該当 (就労継続支援A型・就労継続支援B型)

障害基礎年金1級	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
----------	---

※障害基礎年金1級受給者で就労継続支援A型又は就労継続支援B型支給決定者は必ずシステム入力すること。

17. 訪問系サービス利用者の重度障害者等包括支援の該当 (居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援)、又は重度障害者支援加算の該当 (短期入所)

訪問系サービスの重度障害者等包括支援対象者又は短期入所の重度障害者支援加算	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援に該当 (居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援) <input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算に該当 (短期入所) <input type="checkbox"/> 非該当 ※該当するのは「区分6 (障がい児にあっては区分6に相当する支援の度合) かつ意思疎通に著しい困難を有する者であって、以下の(1)、(2)のいずれかに該当する者」。(1) 四肢すべてに麻痺等があり、かつ、寝たきりの状態にある者のうち (一) 人工呼吸器による呼吸管理を行っている者または (二) 最重度の知的障がいのある者。(2) 行動関連項目等の合計が10点以上である者。
---------------------------------------	--

※該当の場合は各々について必ずシステム入力すること。



18. 重度訪問介護における加算の該当

重度訪問介護サービス費加算	<input type="checkbox"/> 8.5%加算に該当：障害支援区分6の者 <input type="checkbox"/> 15%加算に該当：重度障害者等包括支援の対象となる者 <input type="checkbox"/> 非該当
---------------	---

※加算該当の場合は必ずシステム入力すること。

19. 施設入所支援における重度障害者支援加算の該当

重度障害者支援加算	<input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算Ⅰ（基本）に該当 （障害支援区分の医師の意見書にある「4. 特別な医療」又は経管栄養（腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養）に該当する者） <input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算Ⅰ（重度）に該当 （区分6に該当し、かつ、気管切開を伴う呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者） <input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算Ⅱに該当 （重度障害者等包括支援該当者確認表でⅢ類型に該当する者） <input type="checkbox"/> 非該当
-----------	--

※ 該当の場合は各々について必ずシステム入力すること。

※ 区分6に該当するものは重度障害者等包括支援該当者確認表をつける。

20. 生活介護（施設入所支援利用者を除く）における重度障害者支援加算の該当

重度障害者支援加算	<input type="checkbox"/> 該当 （重度障害者等包括支援該当者確認表でⅢ類型に該当する者） <input type="checkbox"/> 非該当
-----------	---

※ 該当の場合は必ずシステム入力すること。

※ 区分6に該当するものは重度障害者等包括支援該当者確認表をつける。

(別紙1-1)

### 20. サービスの利用状況票

利用者氏名

月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00							
6:00							
8:00							
10:00							
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
24:00							
2:00							
4:00							

週単位以外  
のサービス

勘案事項整理票（障がい児）

新規・変更・追加・更新・取消（障害児通所給付・介護給付・訓練等給付・地域生活支援事業）

1 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日 ( ) 時	実施場所	自宅内・自宅外 ( )		
ふりがな		所属機関	会津若松市	調査時間	分
記入者氏名					

2 当該申請に係る障がい児

ふりがな		性別	男・女	年齢	( ) 歳
氏名				生年月日	平成 年 月 日生
現住所	〒965- 会津若松市		電話		
家族等 連絡先	〒 - 氏名 ( ) 調査対象者との関係 ( )		電話		

3 認定を受けている各種の障害等級等

障がい種別	等級および程度区分				
(1) 身体障害者手帳等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級				
(2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 ( )				
(3) 療育手帳等級	最重度	A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
(4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
(5) 難病等疾病名					

4 障がい及び疾病名等

障がい名及び主疾患名；					
医療機関					
(主治医)；( ) 医院・HP ( ) 科 ( ) Dr					
( ) 医院・HP ( ) 科 ( ) Dr					
通院状況； 定期 回/月 ・ 不定期 (具体的に )					
内服状況； 無 ・ 有 (具体的に )					

5 家族状況

家族	氏名	続柄	職業	年齢	同居 別居	主たる 介護者	従たる 介護者	主たる 生計者

6 当該障がい児に係る地域生活関連

(1) 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数） ( ) 回程度

(2) 社会活動の参加状況 ( )

(3) 過去2年間の入所歴の有無  
無 有→入所期間 年 月～ 年 月 施設の種類 ( )  
 年 月～ 年 月 施設の種類 ( )

(4) 過去2年間の入院歴の有無  
無 有→入院期間 年 月～ 年 月 原因となった病名 ( )  
 年 月～ 年 月 原因となった病名 ( )

(5) その他

7 当該障がい児に係る日中活動関連

・主に活動している場所：自宅 学校 施設 病院 その他 ( )

8 生活状況（普通の一日の流れ）

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5

9 介護を行なう者の状況について

介護者の有無：なし あり

介護者の健康状況・就労状況等	健康状態	良好・不良 ( ) ※不良の場合、受診状況 ( )
	経済的問題	無・有 ( )
	生活状況	
	その他	

10 居住関連

・ 生活の場所：  自宅（単身）  自宅（家族等と同居）  グループホーム  ケアホーム  病院  
 入所施設  その他（ ）

・ 居住環境

11 障害児通所給付費、介護給付費等の受給状況（他の保健医療サービス等も含めて記入してください）

	サービスの種類	支給量	関係機関	支給決定期間	
				開始日	終了日
1				年 月 日	年 月 日
2				年 月 日	年 月 日
3				年 月 日	年 月 日
4				年 月 日	年 月 日

12 申請サービスに関する意向の具体的内容（※印は、新規及び変更時のみ）

申請サービスの種類（※）	
利用目的（※）	
利用予定事業者（※）	
【備考】 本人及び家族の意向について具体的に記入してください。	

13 ケア計画案

援助の全体目標			
ニーズ	援助目標	サービス内容・頻度・時間	提供先・担当者

（それぞれ欄が足りない場合は追加して記入してください）

14 特別地域加算の該当（居宅介護・重度訪問介護・行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援  
地域移行支援、地域定着支援、計画相談支援、障害児相談支援）

特別地域加算	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
--------	---

※特別地域加算該当の場合は必ずシステム入力すること

15 訪問系サービス利用者の重度障害者等包括支援の該当（居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、  
重度障害者等包括支援）、又は重度障害者支援加算の該当（短期入所）

訪問系サービスの重 度障害者等包括支援 対象者又は短期入所 の重度障害者支援加 算	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援に該当（居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、 重度障害者等包括支援） <input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算に該当（短期入所） <input type="checkbox"/> 非該当 ※該当するのは「区分6（障がい児にあっては区分6に相当する支援の度合）かつ 意思疎通に著しい困難を有する者であって、以下の（1）、（2）のいずれかに該当 する者」。（1）四肢すべてに麻痺等があり、かつ、寝たきりの状態にある者のうち （一）人工呼吸器による呼吸管理を行っている者または（二）最重度の知的障がい のある者。（2）行動関連項目等の合計が10点以上である者。
---	--

※該当の場合は各々について必ずシステム入力すること。

氏名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

1. 支援の具体的内容

支援内容	支援内容	
	支給量	
支援内容	利用事業所	
	備考	
支援内容	支援内容	
	支給量	
支援内容	利用事業所	
	備考	

2. 現行の週間予定

月	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	
火																								
水																								
木																								
金																								
土																								
日																								

3. サービスの利用希望

月	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	
火																								
水																								
木																								
金																								
土																								
日																								

週単位以外のサービス

区分( )	家事援助	通院等介助	身体介護
基準時間① 時間	時間 × 回/週 × 週/月 = 時間/月	時間 × 回/週 × 週/月 = 時間/月	時間 × 回/週 × 週/月 = 時間/月
加算時間② 時間	時間 × 回/週 × 週/月 = 時間/月	時間 × 回/週 × 週/月 = 時間/月	時間 × 回/週 × 週/月 = 時間/月
合計③(①+②) 時間	時間/④	時間/月※	時間/月※
	*計画時間合計 時間/④ *合計時間-計画時間(③-④) 時間/月※ ※がマイナスの場合、審査会へ		

## 訪問系サービスの基準時間及び基準回数

## 家事援助項目

項目	基準時間(分)	基準回数
調理（食器洗い等片付け含む）	40	1日3回
食器洗い	10	1日3回
掃除	60	週2回
浴室掃除	15	週3回
整理整頓	10	週2回
洗濯（洗う）	10	週3回
洗濯（干す）	10	週3回
洗濯（たたむ）	10	週3回
ごみ出し	10	週3回
シーツ交換 ベッドメイキング 布団干し	15	週1回
買物	60	週2回
薬取り代行	必要な時間	必要な回数
手続支援	必要な時間	必要な回数
代筆代読	30	1回30分

## 家事援助(育児支援)項目

沐浴（準備、更衣も含む）	45	1日1回
授乳（準備も含む）	20	必要に応じて
通院付添	必要な時間	必要な回数
通園送迎	必要な時間	必要な回数

※通園については、通年対応も含む

## 身体介護項目

寝返り	5	必要な回数
起き上がり	5	必要な回数
座位保持	5	必要な回数
車椅子等への移乗	5	必要な回数
外出準備・ （帰宅時支援含む）	20	必要に応じて
更衣	15	必要に応じて
食事	30	必要な回数
口腔衛生	5	必要な回数
入浴	60	週3回
シャワー浴	60	週3回
足浴	15	週3回
清拭	30	週3回
洗髪	30	週3回
洗顔保清	10	1日1回
排泄 オムツ交換	10	必要な回数
ポータブル介助	20	必要な回数
トイレ介助	10	必要な回数
陰部洗浄	10	必要に応じて
服薬	5	必要な回数
整髪	10	1日1回
髭剃り支援	10	1日1回
爪切り支援	10	週1回

塗り薬支援それぞれ5分

一連の動作  
誘導、見守り 10分  
移乗15分、処理 5分

湿布等、点眼、内服

## 通院等介助項目

通院等介助	必要な時間	必要な回数
通院等乗降介助	-	必要な回数

## 移動介護【行動援護、同行援護、重度訪問介護(移動部分)】

移動（屋外）	必要な時間	必要に応じて
--------	-------	--------

## 行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援

見守り（屋外）	必要な時間	必要に応じて
見守り（屋内）	必要な時間	必要に応じて

- ・家事援助・身体介護・通院等介助・移動介護等、それぞれのトータルごとで時間を算定する。
- ・基準時間、基準回数に基づき、必要な支援時間を別紙4、5「訪問系サービスの支給量計算シート」に記載する。



別紙4

訪問系サービス（居宅介護 重度訪問介護）の支給量計算シート

支給合計

対象者氏名 \_\_\_\_\_

身体介護	分	換算	時間/月
家事援助	分	換算	時間/月
通院等介助（介護あり）	分	換算	時間/月
通院等介助（介護なし）	分	換算	時間/月
通院等乗降介助			回/月
重度訪問介護	分	換算	時間/月
（うち移動中介護			時間）

身体介護	分
------	---

項目	支援状態			時間/1回 (分)	回数/1日 (回)	回数/1週 (回)	回数/1月 (回)	特記事項 有/無	備考	時間/月 (分)
	全面的 支援	部分的 支援	見守り 等							
寝返り				分	回	回	回	有/無		分
起き上がり				分	回	回	回	有/無		分
座位保持				分	回	回	回	有/無		分
車椅子等への 移乗				分	回	回	回	有/無		分
屋内移動				分	回	回	回	有/無		分
屋外移動				分	回	回	回	有/無		分
外出準備 帰宅時含む				分	回	回	回	有/無		分
更衣				分	回	回	回	有/無		分
食事				分	回	回	回	有/無		分
口腔衛生				分	回	回	回	有/無		分
入浴				分	回	回	回	有/無		分
シャワー浴				分	回	回	回	有/無		分
足浴				分	回	回	回	有/無		分
清拭				分	回	回	回	有/無		分
洗髪				分	回	回	回	有/無		分
洗顔保清				分	回	回	回	有/無		分
オムツ交換				分	回	回	回	有/無		分
ポータブルト イレ介助				分	回	回	回	有/無		分
トイレ介助				分	回	回	回	有/無		分
陰部洗浄				分	回	回	回	有/無		分
服薬				分	回	回	回	有/無		分
整髪				分	回	回	回	有/無		分
髭剃り支援				分	回	回	回	有/無		分
爪切り支援				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
特記事項									(合計)	分
(理由、内容)									算定時間	分

別紙 4

家事援助	分
------	---

項目	支援状態			時間/1回 (分)	回数/1日 (回)	回数/1週 (回)	回数/1月 (回)	特記事項 有/無	備考	時間/月 (分)
	全面的支援	部分的支援	見守り等							
調理				分	回	回	回	有/無		分
後片付け含										
食器洗い				分	回	回	回	有/無		分
掃除				分	回	回	回	有/無		分
浴室掃除				分	回	回	回	有/無		分
整理整頓				分	回	回	回	有/無		分
洗濯				分	回	回	回	有/無		分
干す、たたむも含む										
ゴミ出し				分	回	回	回	有/無		分
シーツ交換、ベッド メーカーキング、布団干し				分	回	回	回	有/無		分
買物				分	回	回	回	有/無		分
薬取り代行				分	回	回	回	有/無		分
手続支援				分	回	回	回	有/無		分
代筆代読				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
(育児支援)										
沐浴				分	回	回	回	有/無		分
準備、更衣も含む										
授乳				分	回	回	回	有/無		分
準備も含む										
通院付添				分	回	回	回	有/無		分
通園送迎				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
特記事項 (理由、内容)									(合計)	分
									算定時間	分

別紙 4

通院等介助（※居宅介護の場合）	分
-----------------	---

A. 国支給決定事務処理要領に定める通院等介助（身体介護を伴う）の要件

調査項目	該当する		該当しない
i：障がい支援区分が2以上	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ii-ア：「歩行」が「全面的な支援が必要」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii-イ：「移乗」が「支援が不要」以外	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ii-ウ：「排尿」が「部分的な支援が必要」か「全面的な支援が必要」	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ii-エ：「排便」が「部分的な支援が必要」か「全面的な支援が必要」	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ii-オ：「移動」が「支援が不要」以外	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

B. 外出時の身体介護の必要性

外出中において付添者が単に促し等の声かけ等ではなく、身体を支えたり転倒防止等のため介助の手をすぐに出せる態勢が常時必要な場合に下記にチェックすること。

調査項目	該当する		該当しない
ii-ア：「歩行」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii-イ：「移乗」	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ii-ウ：「排尿」	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ii-エ：「排便」	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ii-オ：「移動」	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

身体介護の必要性がある場合は以下に具体的な内容を記入

具体的な支援内容	
----------	--

身体介護の有無	上記AかつBを満たす場合は「介護あり」を選択。	介護あり <input type="checkbox"/>	介護なし <input type="checkbox"/>
---------	-------------------------	----------------------------------	----------------------------------

項目	支援状態			時間／1回 (分)	回数／1日 (回)	回数／1週 (回)	回数／1月 (回)	特記事項 有/無	備考	時間／月 (分)
	全面的支援	部分的支援	見守り等							
通院等				分	回	回	回	有/無		分
特記事項 (理由、内容)										

通院等乗降介助 (※居宅介護の場合)	回
-----------------------	---

項目	支援状態			回数／1月 (回)	特記事項 有/無	備考	合計回数／月 (回)
	全面的支援	部分的支援	見守り等				
通院等乗降介助				回	有/無		回
特記事項 (理由、内容)							

別紙 4

移動中介護 (※重度訪問介護の場合)	分
-----------------------	---

項目	支援状態			時間/1回 (分)	回数/1日 (回)	回数/1週 (回)	回数/1月 (回)	特記事項 有/無	備考	時間/月 (分)
	全面的支援	部分的支援	見守り等							
サークル活動				分	回	回	回	有/無		分
講座等				分	回	回	回	有/無		分
会議				分	回	回	回	有/無		分
買物				分	回	回	回	有/無		分
地域行事への参加				分	回	回	回	有/無		分
スポーツ観戦				分	回	回	回	有/無		分
スポーツの実施				分	回	回	回	有/無		分
観劇、音楽鑑賞等				分	回	回	回	有/無		分
気分転換の為の外出				分	回	回	回	有/無		分
通院				分	回	回	回	有/無		分
金融機関				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
				分	回	回	回	有/無		分
特記事項 (理由、内容)									(合計)	分
									算定時間	分

## 訪問系サービス（ 行動援護 同行援護 ）の支給量計算シート

支給合計

対象者氏名

行動援護	分	換算	時間/月
同行援護	分	換算	時間/月
( 身体介護を 伴う 伴わない )			

項目	時間/1回 (分)	回数/1日 (回)	回数/1週 (回)	回数/1月 (回)	特記事項 有/無	備考	時間/月 (分)	
サークル活動	分	回	回	回	有/無		分	
講座等	分	回	回	回	有/無		分	
会議	分	回	回	回	有/無		分	
買物	分	回	回	回	有/無		分	
地域行事への参加	分	回	回	回	有/無		分	
スポーツ観戦	分	回	回	回	有/無		分	
スポーツの実施	分	回	回	回	有/無		分	
観劇、音楽鑑賞等	分	回	回	回	有/無		分	
気分転換の為の外出	分	回	回	回	有/無		分	
通院	分	回	回	回	有/無		分	
金融機関	分	回	回	回	有/無		分	
	分	回	回	回	有/無		分	
	分	回	回	回	有/無		分	
	分	回	回	回	有/無		分	
特記事項							(合計)	分
(理由、内容)							算定時間	分

同行援護アセスメント票

利用者氏名

アセスメント項目中、「1」から「3」のいずれかが「1点以上」であり、かつ、「4」の点数が「1点以上」の者は、必要に応じて支給決定することが出来ることとする。

アセスメント項目

No.	調査項目	2点			特記事項	備考
		1点	0点	見えていないか判断不能である。		
1	視力障害	約1m離れた視力確認表の図が見える。	約1m離れた視力確認表の図が見える。	ほとんど見えない。	障害支援区分認定調査項目「3-1」に相当する内容。	矯正視力による測定とする。
2	視野障害	両眼の視野がそれぞれ10度以内であり、かつ、両眼による視野について視能率が90%以上(身体障害者手帳3級に相当)	両眼の視野がそれぞれ10度以内であり、かつ、両眼による視野について視能率が90%以上(身体障害者手帳3級に相当)	両眼の視野がそれぞれ10度以内、かつ、両眼による視野について視能率が95%以上(身体障害者手帳2級に相当)	視力障害の1点又は2点の事項に該当し、かつ、視野に障害がある場合に評価する。必要に応じて医師意見書を添付する。	
3	夜盲	網膜色素変性症等による夜盲等がない、又は夜盲の1点の事項に該当しない。	網膜色素変性症等による夜盲等がない、又は夜盲の1点の事項に該当しない。	—	視力障害又は視野障害の1点又は2点の事項に該当せず、夜盲等の症状により移動に著しく困難をきたしたものである場合に評価する。必要に応じて医師意見書を添付する。	人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能なる場合」と判断する。

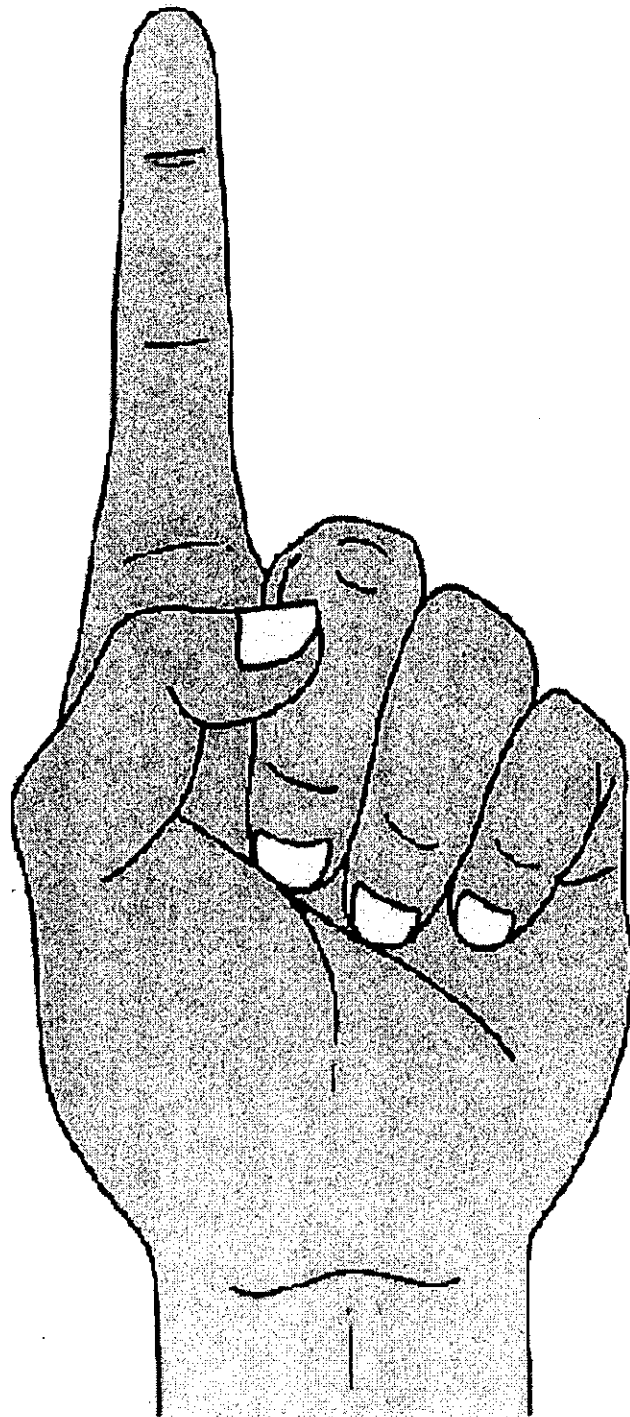
4	移動障害	慣れない場所であっても歩行ができる。	慣れない場所であっても歩行ができる。	慣れた場所であっても歩行できない。	夜盲による移動障害の場合は、夜間や照明が不十分な場所等を想定したものとす	人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能なる場合」と判断する。
---	------	--------------------	--------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

【留意事項】

※「夜盲等」の「等」については、網膜色素変性症、錐体ジストロフィー、白子症等による「過度の羞明」等をいう。

※「歩行」については、車椅子操作等による移動手段を含む。

視力確認表



別紙7  
障がい児チェックシート1(障害児通所給付・介護給付)

①食事		備考
食事についての判断基準		
(ア)全介助 つききりで介助等の支援が必要 ※摂食行為を中心に判断する ひとくぼす。食事の準備から後片付けまで、つききりで支援や介助が必要 (全面的に介護を要する)	(イ)一部介助 常に見守りの支援が必要  繰り返し声かけ確認が必要。一人で食べられるが、準備や後片付けに支援が必要 (おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する。)	(ウ)ア、イに該当しない  一人で食べられる。配膳・後片付けは、簡単な声かけでできる
②排泄		備考
排泄や失禁の後始末についての支援		
(ア)全介助 つききりで全介助等の支援が必要 ※トイレまでの移動に関する支援は含まない。 尿意・便意の訴えがない、失禁しても教えない、時間誘導等により、排泄や失禁の後始末につききりで介助が必要。常時オムツを使用。	(イ)一部介助 常に見守りの支援が必要  声かけにより一人で行くが後始末が不十分。下着が汚れている。外出時等必要ときにオムツを使用。時間で誘導すれば一人でできるが、誘導しないと失禁する。 (便器に座らせてもらうなど一部介助を要する。)	(ウ)ア、イに該当しない  場所さえわかれば自ら行き、用を足し、後始末もできる。
③入浴		備考
洗身、洗髪、浴槽の出入りについての支援		
(ア)全介助 つききりで全介助等の支援が必要 ※脱衣所、洗い場、浴槽間の移動を含む。洗身、洗髪を中心に判断する。 ※浴室までの移動や衣服の着脱に関する支援は含まない。 身体や髪を洗えない、浴槽に入れない、着替え・タオルの用意等ができない等、つききりで支援や介助が必要 (全面的に介護を要する)	(イ)一部介助 常に見守りの支援が必要  部分的に洗えるが、不十分のため一部介助。一人で洗えるが、浴槽の出入りに介助が必要 (身体を洗ってもらうなど一部介助を要する)	(ウ)ア・イに該当しない。  声かけで一人で入浴し、特に介助を要しない。
④移動		備考
(ア)全介助 つききりで全介助等の支援が必要	(イ)一部介助 常に見守りの支援が必要	(ウ)ア・イに該当しない。
※屋内(トイレ、風呂場、食堂等)・屋外(学校、通所施設等)での移動について判断する。 ※交通機関の利用に関する支援は含まない。 目的の場所がわからず、手を引く等付き添いが必要。家のトイレの場所もわからない。  (全面的に介護を要する)	見守り、繰り返し声かけ、方向を指し示す等の介助が必要 (手を貸してもらうなど一部介助を要する)	慣れた場所であれば一人でできる。
⑤行動障がい及び精神症状		備考
(1)強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠ける行動。	ア	イ
(2)睡眠障害や食事・排泄に係る不適応行動(多飲水や過飲水を含む。)	ア	イ
(3)自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。	ア	イ
(4)気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する。	ア	イ
(5)再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。	ア	イ
(6)他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。 また、自室に閉じこもって何もしていない。	ア	イ
(7)学習障害のため、読み書きが困難。	ア	イ
【⑤の判断区分】		
(ア)ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要。 ※調査日前の1週間に週5日以上現れている場合又は調査日前の1ヶ月間に5日以上現れている週が2週以上ある場合。	(イ)週に1回以上の支援や配慮等が必要 ※調査日前の1か月に毎週1回以上現れている場合又は調査日前の1か月に2回以上現れている週が2週以上ある場合。	(ウ)ア・イに該当しない
(1)~(7)のような行動への対応の頻度で判断する。 ※通常の発達において必要とされる介助等は除く。		

区分3:①~④に(ア)が3つ以上、若しくは⑤で(ア)が1項目以上該当  
区分2:①~④に(ア)または(イ)が3つ以上、若しくは⑤で(イ)が1項目以上該当  
区分1:区分2及び区分3に該当しない児童で、①~④に(ア)または(イ)が1項目以上該当

※短期入所の単価区分  
区分3・区分2・区分1・該当なし



障がい児チェックシート2(行動援護及び重度障害者等包括支援の判定基準票)

0点	1点	2点	備考
<b>①コミュニケーション</b>			
・日常生活に支障がない	・特定の者となら可 ・会話以外の方法が必要	・独自の方法でなら可 ・コミュニケーションできない	
<b>②説明の理解</b>			
・理解できる	・理解できない	・理解できているか判断できない	
<b>③大声・奇声を出す</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>④異食行動</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑤多動・行動停止</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑥不安定な行動</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑦自らを傷つける行為</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑧他人を傷つける行為</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑨不適切な行為</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑩突発的な行動</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑪過食・反すう等</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑫てんかん発作</b>			
・年1回以上	・月に1回以上	・週1回以上	

※判断基準  
可(行動援護支給対象者)⇒10点以上該当  
否(移動支援支給対象者)⇒9点以下

合計 点

支給  
可・否

総 合 所 見

※福祉事務所記入欄

本人の希望 (勘案事項等)											
事業所評価 (モニタリング結果)											
調査員評価 (チェックシート等)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">チェックシートでの評価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">日常生活</td> <td style="text-align: right;">20</td> </tr> <tr> <td>対人関係</td> <td style="text-align: right;">20</td> </tr> <tr> <td>働く場での行動・態度</td> <td style="text-align: right;">45</td> </tr> </tbody> </table>			チェックシートでの評価		日常生活	20	対人関係	20	働く場での行動・態度	45
チェックシートでの評価											
日常生活	20										
対人関係	20										
働く場での行動・態度	45										

福祉事務所長所見	
更新の必要性の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

### 訓練等給付支給決定更新に係る事業所評価票

提出年月日                      年    月    日

(あて先) 会津若松市福祉事務所長

事業所名	
担当者名 及び 連絡先	

下記のとおり訓練等給付に係る支援結果を提出します。

受給者証番号		支給決定 障がい者名	
サービスの 種類	1-1 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型      1-2 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
現在の支給決定有効期間	平成    年    月    日    ~    平成    年    月    日		
(1)当初又は現在設定 した課題・目標 及び訓練内容			
(2)課題、目標の達成度 (上記について具体的に 記入)			

<p>(3)残った(新しい) 課題・目標</p>	
<p>(4)課題の解決や目標達成に向けた具体的な訓練内容</p>	
<p>留意すべき事項 (問題行動等)</p>	
<p>(5)更新の必要性の有無とその理由</p>	<p><input type="checkbox"/>必要    <input type="checkbox"/>不要 (他サービス等の利用： )</p> <p>理由：</p>

※添付資料 個別支援計画書、モニタリング表等訓練目標及び結果がわかるもの

別紙11

訓練等給付支給決定更新に係るチェックシート

以下の各チェック項目について、最もよくはまるもの1つに○をつけて下さい。

I 日常生活

チェック項目	自由記述欄
<p>I-1. 生活リズム</p> <p>⑤規則正しい生活ができる ④だいたい規則正しい生活ができる ③規則正しい生活があまりできない ②規則正しい生活がほとんどできない ①規則正しい生活ができない</p>	
<p>I-2. 病気等への対応</p> <p>⑤体調不良時に対処できる ④だいたい体調不良時に対処できる ③体調不良時にあまり対処できない ②体調不良時にほとんど対処できない ①体調不良時に対処できない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>a. 体調が悪いときにきちんと休まず、回復が遅れたり悪化させたりする b. 怪我などの応急処置ができない c. 体温などを自分で測ることができない d. 体調が悪いことに気づかない e. 体調が悪いことを周囲に伝えられない</p>
<p>I-3. 身だしなみ</p> <p>⑤身だしなみがきちんとしている ④だいたい身だしなみがきちんとしている ③身だしなみがあまりきちんとしていない ②身だしなみがきちんとしていないことが多い ①身だしなみがきちんとしていない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>a. 服装が場に合っていない b. 服装がきちんとしていない c. 髪、爪、ひげなどが清潔でない d. 化粧や髪型が場に合っていない e. 洗顔、歯みがきなどが不十分である</p>
<p>I-4. 金銭管理</p> <p>⑤金銭管理ができる ④だいたい金銭管理ができる ③金銭管理があまりできない ②金銭管理がほとんどできない ①金銭管理ができない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>a. 計画的にお金を使うことができない b. 毎月赤字を出す c. お金を大事に使わない d. 金種がわからない e. 一人で買い物ができない</p>

判断の前提

利用者が一人でどの程度達成しているかを判断してください。

判断の目安

だいたいできる＝8割程度

あまりできない＝半分程度

ほとんどできない＝2割程度

## Ⅱ 対人関係

チェック項目	自由記述欄
Ⅱ-1. あいさつ ⑤あいさつができる ④だいたいあいさつができる ③あいさつがあまりできない ②あいさつがほとんどできない ①あいさつができない	
Ⅱ-2. 会話や言葉遣い ⑤その場に応じた会話ができる ④その場に応じた会話等がだいたいできる ③その場に応じた会話等があまりできない ②その場に応じた会話等がほとんどできない ①その場に応じた会話等ができない	
Ⅱ-3. 意思表示 ⑤意思表示ができる ④意思表示がだいたいできる ③意思表示があまりできない ②意思表示がほとんどできない ①意思表示ができない	
Ⅱ-4. 共同作業 ⑥人と共同して仕事ができる ①人と共同して仕事ができない	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">           ①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける         </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 落ち着かない態度を見せる</li> <li>b. 和を乱す</li> <li>c. 他人に話しかけるなどしてしまう</li> <li>d. 特定の人としか共同作業ができない</li> <li>e. 特定の作業でないとできない</li> <li>f. 相手の動きに合わせるできない</li> </ul>

判断の前提  
判断の目安

利用者が一人でどの程度達成しているかを判断してください。  
 だいたいできる=8割程度  
 あまりできない=半分程度  
 ほとんどできない=2割程度

### Ⅲ 働く場での行動・態度

チェック項目	自由記述欄
<p>Ⅲ-1. 一般就労への意欲</p> <p>⑤就労意欲が強い ④就労意欲はおおむねある ③就労意欲はあまりない ②就労意欲はほとんどない ①就労意欲はない</p>	
<p>Ⅲ-2. 作業意欲</p> <p>⑤作業意欲が強い ④作業意欲はおおむねある ③作業意欲はあまりない ②作業意欲はほとんどない ①作業意欲はない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>a. 分担した仕事を上手にやり遂げようとしていない b. 分担した仕事を最後までやり遂げようとしていない c. 分担した責任を果たすことの重要性がわかっていない d. 自分の作業をあきらめている e. 責任が理解できていない</p>
<p>Ⅲ-3. 働く場のルールを理解</p> <p>⑤働く場のルールを理解している ④働く場のルールをだいたい理解している ③働く場のルールをあまり理解していない ②働く場のルールをほとんど理解していない ①働く場のルールを理解していない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>a. 就業規則を理解していない b. 仕事の命令系統を理解していない c. 変則勤務などがあることを理解していない d. 勤務時間内に勝手な行動をする</p>
<p>Ⅲ-4. 仕事の報告</p> <p>⑤仕事の報告ができる ④仕事の報告がだいたいできる ③仕事の報告があまりできない ②仕事の報告がほとんどできない ①仕事の報告ができない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>a. 次の作業の指示をもらいに来ない b. 仕事が終わっても報告をしない c. 仕事が終わると勝手に持ち場を離れる d. 作業内容が分からなくても質問しない e. 必要以上に報告する</p>
<p>Ⅲ-5. 欠勤等の連絡</p> <p>⑥欠勤、遅刻、早退がない ④欠勤、遅刻、早退などが月に1～2度ある ③欠勤、遅刻、早退などが1週間に1度ある ②欠勤、遅刻、早退などが週に2～3度ある ①欠勤、遅刻、早退などがほとんど毎日ある</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>a. 連絡できない b. 家族などに連絡を頼むことができない c. 連絡することを思いつかない d. 電話がかかけられない</p>

<p>Ⅲ-6. 作業に取り組む態度</p> <p>⑤積極的に作業に取り組む  ④言われたとおりに作業に取り組む  ③指示どおりの作業ができない  ②作業に集中できない  ①指示に従わない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> ③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける </div> <p>a. 工作中に騒ぐ  b. 勝手に動き回る  c. 作業の準備をしない  d. 後片付けをしない  e. 作業への取り掛かりが遅い  f. 手休めをしたり居眠りをする</p>
<p>Ⅲ-7. 継続性</p> <p>⑤1日6時間以上勤務ができる  ④1日6時間勤務ができる(一日勤務)  ③1日3時間勤務ができる(半日勤務)  ②1日1時間勤務ができる  ①1日1時間勤務が難しい</p>	
<p>Ⅲ-8. 指示内容の理解</p> <p>⑤指示内容を口頭や文書で理解できる  ④指示内容を口頭や文書でだいたい理解できる  ③指示内容を口頭や文書では理解できない  ②指示内容を絵や図、仕草や見本を示せば理解できる  ①指示内容を理解できない</p>	
<p>Ⅲ-9. 危険への対処</p> <p>⑤危険に対処できる  ④だいたい危険に対処できる  ③あまり危険に対処できない  ②ほとんど危険に対処できない  ①危険に対処できない</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> ③～①に回答した場合、以下のうち当てはまるものすべてに○をつける </div> <p>a. 危険な状況が判断できない  b. 危険の表示や合図が分からない  c. 危険について知っているが正しい手順で行わない  d. 禁止事項を理解できない  e. 禁止事項を守れない</p>

判断の前提 利用者が一人でどの程度達成しているかを判断してください。  
判断の目安 だいたいできる=8割程度  
あまりできない=半分程度  
ほとんどできない=2割程度



別紙12 利用期間延長にかかる支援計画票

別紙12

(長期目標)

目標達成のための  
具体的な支援内容

具体的到達目標 支援内容	具体的到達目標 支援内容	具体的到達目標 支援内容	具体的到達目標 支援内容
評価:A B C D (理由)	評価:A B C D (理由)	評価:A B C D (理由)	評価:A B C D (理由)

標準利用期間終了時  
評価とその理由

評価基準  
 A:達成(100%)  
 B:概ね達成(75%)  
 C:少し達成(25%)

期間延長の理由

自立訓練(生活訓練)

新たなニーズ

(平成 年 月)

サービス終了後の

生活像

(平成 年 月)

生活場所 日中活動	福祉サービス その他
--------------	---------------

新たなニーズや生活を具現化するための具体的到達目標、支援内容及びスケジュール(案)

具体的到達目標	平成 年度のスケジュール											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
①	[具体的な支援内容を記入]											
②	[具体的な支援内容を記入]											
③	[具体的な支援内容を記入]											
④	[具体的な支援内容を記入]											
⑤	[具体的な支援内容を記入]											
⑥	[具体的な支援内容を記入]											

## 標準利用期間での支援計画総括表

評価時期	2か月後〇	か月後〇	か月後〇	か月後〇	か月後〇	か月後〇
長期目標						
長期目標に対する 修正内容						
評価						

短期目標						
短期目標に対する 修正内容						
評価						

具体的到達目標						
支援内容						
評価						

## 対象者該当理由書

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 所持手帳: \_\_\_\_\_

○希望しているサービス

- 施設入所支援＋就労継続支援
- 施設入所支援＋生活介護（障害程度区分 \_\_\_\_\_）

○対象要件

①単身生活が困難である

- 本人が他者に意思表示出来ないなど、不測の事態に対応できない
- 症状の急変がある、火の扱いに問題がある、他害・自傷行為があるなど、常時の見守りが必要

上記の具体的内容（別紙「単身生活チェックフォーマット」参照）

②家族との同居が困難（家族との分離が必要）である

- 家族の高齢化、虐待など家族支援が不十分である
- 本人の家族に対する暴力行為などがある
- 介護負担の増大により家族の心身に影響が出ている、またはそれにより本人への支援が不十分である

上記の具体的内容（別紙「単身生活フォーマット」参照）

③グループホーム、ケアホームでの生活が困難である

- 本人が生活を希望する地域のグループホーム、ケアホームに空きがない
- グループホーム、ケアホームの共同生活に適応できない

上記の具体的理由（GH・CH体験利用時のモニタリング結果等参照）

[ここに入力]

項目		現状	課題	課題への対応	役割分担
★	症状の急変				
★	意思表示				
★	問題行動				
★	火の始末				
身の回り	住居				
	保証人				
	食事				
	日中活動				
	清潔保持				
	金銭管理				
健康管理	症状				
	服薬				
	体調管理				
	ストレス				
	外来通院				
	余暇の過ごし方				
社会資源	交通機関				
	公共・金融機関				
	電話				

単身フォーマット

家事能力	洗濯				
	買い物				
	調理				
	掃除				
	入浴準備				
身体	歩行				
	入浴				
	排尿・排便				
家族関係	具体的支援				
	訪問頻度				
	トラブル				
	その他				

【別紙16】

自立訓練スコア表(H26国支給決定事務処理要領71頁から)

応用日常生活動作項目スコア表

	できる 0	部分的な支援 が必要 0.5	全面的な支援 が必要 1
調理			
掃除			
洗濯			
買物			
交通手段の利用			
点数	0	0	0

生活機能・認知機能項目スコア表

	できる 0	部分的な支援 が必要 0.5	全面的な支援 が必要 1
入浴			
口腔清潔			
衣服の着脱			
健康・栄養管理			
薬の内服			
金銭の管理			
電話等の利用			
点数	0	0	0

別紙17

重度訪問介護、行動援護及び重度障害者等包括支援の判定基準票

行動関連項目	0点			1点		2点		点数
3-3. コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定の者	3. 会話以外の方法	4. 独自の方法	5. コミュニケーションできない	
3-4. 説明の理解	1. 理解できる			2. 理解できない		3. 理解できているか判断できない		
4-7. 大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-16. 異食行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-19. 多動・行動停止	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-20. 不安定な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-21. 自らを傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-22. 他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-23. 不適切な行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-24. 突発的な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
4-25. 過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上	4. 週1回以上の支援が必要		5. ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要		
医師意見書3-5. てんかん	年に1回以上			月に1回以上		週1回以上		
							合計	
							基準（10点以上）	該当・非該当

訪問入浴サービス事業判定基準票

会津若松市訪問入浴サービス事業実施要綱第2条第1号の対象者基準は、居宅で入浴することが困難な障がい者・児、難病患者等で、原則として下記の基準に該当する者とする。

項目		判断基準	該当	非該当
重度障がいであること	麻痺等	四肢の麻痺・拘縮・筋力低下等により、一人で動くことができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	座位保持困難	背もたれや支援者等の手で支えても座位の保持ができない。常に両側面や前面から支える必要がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排泄困難	留置カテーテル・オムツ使用等により一連の行為の全てを自分で行う事ができないため、全面的に支援が必要。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	洗身困難	入浴に関する一連の行為の全てを自分で行う事ができないため、全面的に支援が必要。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴環境	居宅に入浴設備がないか、あっても家族やヘルパー、訪問看護等の入浴介助が困難な環境である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
他法優先	介護保険その他の制度の該当者ではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
通所困難	生活介護等の通所が出来ない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※上記7項目全てに該当した場合利用可。

○通所困難の項目のみが「非該当」の場合、以下の基準のいずれかに該当する者は利用可能とする。

項目	判断基準	該当	非該当
特別な医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レスピレーターを装着している。</li> <li>・気管切開をしている。</li> <li>・たん吸引が毎日必要。</li> <li>・褥瘡の処置をしている。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 【者】モニタリング期間設定整理票

対象者名  
作成日

号	類型	○を選択
1	支給決定又は支給決定の変更によりサービスの種類、内容又は量に著しく変動があった者	
イ	障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者	
ロ	単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者	
ハ	常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しく支障がある者のうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にある者若しくは知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する者で重度障害者等包括支援の支給決定を受けていない者	
3	療養介護、重度障害者等包括支援及び施設入所支援を除く障がい福祉サービスを利用する者若しくは地域定着支援を利用する者(いずれも前二号に掲げる者を除く。)又は地域移行支援を利用する者	
4	障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者、重度障害者等包括支援を利用する者	
5	就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助を利用する者	

標準モニタリング期間

○を入力してください

提案する  
モニタリング期間

提案するモニタリング期間を選択してください

標準利用期間と異なる期間を提案する理由を記入してください

標準利用期間と異なるモニタリング期間を提案する理由

提案する理由は以下の点を勘案し、ご記入ください。

- ・障がい者等の心身の状況
- ・障がい者等の置かれている環境
- ・総合的な援助の方針
- ・生活全般の解決すべき課題
- ・提供されるサービスの目標及び達成時期
- ・提供されるサービスの種類、内容及び量
- ・サービスを提供する上での留意事項

※以下市記入欄

今回設定するモニタリング期間

## 【児】モニタリング期間設定整理票

対象児名

作成日

号	類型	○を選択
1	次号及び第三号に掲げる者以外のもの	
2	イ	障害児入所施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者
	ロ	同居している家族等の障害、疾病等のため、指定障害児通所支援事業者等(法第二十一条の五の三第一項に規定する指定障害児通所支援事業者等をいう。以下同じ。)との連絡調整を行うことが困難である者
3	通所給付決定(法第二十一条の五の五第一項に規定する通所給付決定をいう。以下同じ。)又は通所給付決定の変更により障害児通所支援の種類、内容又は量に著しく変動があった者	

標準モニタリング期間

○を入力してください

提案する  
モニタリング期間

提案するモニタリング期間を選択してください

標準利用期間と異なる期間を提案する理由を記入してください

標準利用期間と異なるモニタリング期間を提案する理由

提案する理由は以下の点を勘案し、ご記入ください。

- ・障がい者等の心身の状況
- ・障がい者等の置かれている環境
- ・総合的な援助の方針
- ・生活全般の解決すべき課題
- ・提供されるサービスの目標及び達成時期
- ・提供されるサービスの種類、内容及び量
- ・サービスを提供する上での留意事項

※以下市記入欄

今回設定するモニタリング期間

重度障害者等包括支援該当者確認表

※要件について  
「重度障害者等包括支援」の利用者の心身の状態に相当する心身の状態にあるもの。

「重度障害者等包括支援」の該当者とする心身の状態は、これに相当する心身の状態（区分6（障がい児にあっては、これに相当する者であつて、意思疎通を図ることにより、または（一）人工呼吸器等により呼吸管理を行なっている者または（二）重度の知的障がいのある者。または（2）行動関連項目等の合計が10点以上である者。（H26年4月現在）））にある者である。

対象者：

項目	該当	非該当
障がい者：障害支援区分が区分6である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障がい児：単価区分が区分3である (障がい児子チェックシート1にて確認)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

障害支援区分版

記載日：平成 年 月 日

調査担当：

I 類型		II 類型		III 類型	
項目	該当	項目	該当	項目	該当
① 「5 特別な医療」で「レスピレーター装着あり」	<input type="checkbox"/>	障がい児において知的障がいの程度が「最重度」(※療育手帳で判断すること)	<input type="checkbox"/>	0点 1 日常生活に支障がない 2 理解できる 3 月に1回以上 4 週1回以上の支援が必要	1点 2 特定の者となら可 3 会話以外の方法が必要 2 理解できない 4 週1回以上の支援が必要
② 「1-1 寝返り」で「全般的な支援が必要」	<input type="checkbox"/>	※障がい児の場合、麻痺等の有無の確認については、身体障害者手帳、医師の診断書または聞き取り等により確認する。 重度訪問介護の対象要件	1 支援が不要 2 月に1回以上 3 月に1回以上	4 独自の方法でなら可 5 コミュニケーションできない 3 理解できない 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	2点 4 独自の方法でなら可 5 コミュニケーションできない 3 理解できない 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
③ 「1-4 移乗」が「支援が不要」以外	<input type="checkbox"/>		1 支援が不要 2 月に1回以上 3 月に1回以上	4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要	5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
④ 「1-8 歩行」が「支援が不要」以外	<input type="checkbox"/>		1 支援が不要 2 月に1回以上 3 月に1回以上	4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要	5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑤ 「2-4 排尿」が「支援が不要」以外	<input type="checkbox"/>		1 支援が不要 2 月に1回以上 3 月に1回以上	4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要	5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑥ 「2-5 排便」が「支援が不要」以外	<input type="checkbox"/>		1 支援が不要 2 月に1回以上 3 月に1回以上	4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要	5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑦ 四肢すべてに麻痺等がある(※麻痺等とは、医師意見書において、麻痺、四肢欠損、筋力の低下、関節の拘縮のこと)	<input type="checkbox"/>		1 支援が不要 2 月に1回以上 3 月に1回以上	4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要 4 週1回以上の支援が必要	5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要 5 ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑧ 「3-3 コミュニケーション」で「日常生活に支障がない」以外	<input type="checkbox"/>		1 年に1回以上 2 月に1回以上	2 月に1回以上	3 週に1回以上

○訪問系サービス利用者については、電算システムに該当の有無を入力すること。  
○短期入所重度障害者加算該当者については、【障がい者の場合は審査会】へ、【障がい児の場合は児童相談所】へ意見を求めたうえで決定すること。

重度障害者包括支援の該当要件について  
 I 類型に該当する  II 類型に該当する  III 類型に該当する  該当しない  
 (※「I 類型～III 類型に該当する」とは、各類型の太枠内項目が全て該当する場合のこと)  
 ※ III 類型に該当した場合は、施設入所支援 重度障害者支援加算 II 対象となる。  
 ※ I 類型、II 類型は施設入所支援 重度障害者支援加算 II の対象外

# タイムケア事業 支給量計算シート

利用者氏名	
受給者番号	
調査員	

作成日

## 1. 家族・保護者の勤務状況

氏名	続柄																				備考	
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20							

## 2. 利用者(児)のタイムケア利用状況

利用時間・利用単位	
1時間未満	1/4日
1時間以上4時間未満	2/4日
4時間以上8時間未満	4/4日
8時間以上	6/4日
4時間未満	2/4日
4時間以上8時間未満	4/4日
8時間以上	6/4日

氏名	曜日																				利用支給量/日	
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20							
月																						0/4
火																						0/4
水																						0/4
木																						0/4
金																						0/4
土																						0/4
日																						0/4

利用支給量/週	0	日
利用支給量/月	0	日

※月4.5週とす

## 3. タイムケア事業の支給量について

H28年度基本支給量	5	日/月
------------	---	-----

加算支給量	-5	日/月
-------	----	-----

決定支給量	0	日/月
-------	---	-----

を支給決定する。

# ガイドヘルパー派遣事業判定基準票(障害支援区分認定調査項目から抜粋)

## 認定調査項目

項目名		認定
1-9 移動	見守り等の支援が必要	
	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-1 食事	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-4 排尿	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-5 排便	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-8 金銭の管理	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-10 日常の意思決定	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-11 危険の認識	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-15 買い物	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
2-16 交通機関の利用	部分的な支援が必要	
	全面的な支援が必要	
3-4 説明の理解	理解できない	
	理解できているか判断できない	
4-10 落ち着きがない	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-11 外出して戻れない	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-12 1人で出たがる	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-18 こだわり	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-19 多動・行動停止	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-22 他人を傷つける行為	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-23 不適切な行為	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-24 突発的な行動	希に支援が必要	
	月に1回以上の支援が必要	
	週に1回以上の支援が必要	
	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

●いずれかが一つ以上認定されている。→該当

●いずれも認定なし。→非該当

結果	
該当	非該当

# ◆ガイドヘルパー派遣支給量計算シート

対象者氏名 \_\_\_\_\_ 様 支給合計 \_\_\_\_\_ 分 換算 ( \_\_\_\_\_ ) 時間

項 目	時間/1回	回数/1日	回数/1週	回数/1月	特記の有無	備 考	1月の時間
サークル活動	分	回	回	回	有/無		分
講座参加等	分	回	回	回	有/無		分
会 議	分	回	回	回	有/無		分
デパート等での買物	分	回	回	回	有/無		分
地域行事への参加	分	回	回	回	有/無		分
スポーツ観戦	分	回	回	回	有/無		分
スポーツ実施	分	回	回	回	有/無		分
観劇、音楽鑑賞等	分	回	回	回	有/無		分
気分転換の為の 外出	分	回	回	回	有/無		分
	分	回	回	回	有/無		分
	分	回	回	回	有/無		分
	分	回	回	回	有/無		分
追加時間 有 無 (理由、内容)	小計時間	分	回	回	有/無		分 = H

ガイドヘルパー派遣事業に係る障がいの程度による単価の区分の判断基準

認定調査票から要否を判定する。なお、障がいの種別ごとの判断基準は、次のとおりとする。

■ 個別支援型

障がいの程度による単価の区分の内容

区 分	障がいの程度
区分A	・ 食事行為、排泄行為、衣類着脱、車への乗降のうち、2つ以上の日常生活動作について支援を必要とする程度、又はこれに準ずる程度
	・ 意思伝達、金銭管理及び行動障害のうち1つ以上について一部支援を必要とする程度、又はこれに準ずる程度
区分B	・ 区分Aに該当しない程度

ア) 日常生活動作についての支援度合の判断基準

項 目	判 断 基 準	区 分
食事行為	・ 介護なしに自分で摂取するが、ひっくり返す等の注意を要するため、声かけ見守りが必要	一部介助
	・ 他人の食事に手を出したりしないよう、声かけ見守りが必要	一部介助
排泄行為	・ トイレまでの移動・一連の行為に見守り介助が必要	一部介助
衣類の着脱	・ 着脱に手を貸してもらおう等の支援を要する	一部介助
車等への移乗	・ 車両への乗車又は降車の際、一定の所要時間（10～20分）を要し、かつ手間のかかる身体介護を行う	一部介助

イ) 意思伝達、行動等についての支援の度合いの判定基準

項 目	判 断 基 準	
意思伝達	・ 言葉や、言葉以外の方法により行動できる	一部介助
金銭管理	・ 金銭の出し入れに何らかの介助が必要	一部介助
行動障害	・ こだわり、パニック等の不安定な行動がみられる	一部介助

■ グループ支援型

□ 複数障がい者の利用形態の定義

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 複数の障がい者への同時支援は、グループ代表者の申請により決定する</li> <li>・ 同一目的地・イベント等への複数参加支援は、障害区分によらないため、負担金の上限管理は行わない</li> </ul>
--

(別紙24)

介護者の状況について（短期入所の基準支給量を超える場合）

介護者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（具体的に _____ ）	
介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ※不良の場合、受信状況及び入院・療養棟に係る必要な期間などを以下に記入すること。	
	■医療機関名	
	■主治医	
	■担当 SW 等	
	■病名	
	■入院期間等	
	■現状	
生活状況		
経済状況		
本人への支援状況		
その他		



放課後等デイサービス基本報酬チェックシート

0点	1点	2点	備考
<b>①コミュニケーション</b>			
・日常生活に支障がない	・特定の者となら可 ・会話以外の方法が必要	・独自の方法でなら可 ・コミュニケーションできない	
<b>②説明の理解</b>			
・理解できる	・理解できない	・理解できているか判断できない	
<b>③大声・奇声を出す</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>④異食行動</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑤多動・行動停止</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑥不安定な行動</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑦自らを傷つける行為</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑧他人を傷つける行為</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑨不適切な行為</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑩突発的な行動</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑪過食・反すう等</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑫てんかん発作</b>			
・年1回以上	・月に1回以上	・週1回以上	
<b>⑬そううつ状態</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑭反復的行動</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑮対人面の不安緊張、集団生活への不適応</b>			
・支援が不要 ・稀に支援が必要 ・月に1回以上	・週1回以上の支援が必要	・ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要	
<b>⑯読み書き</b>			
・支援が不要	・部分的な支援が必要	・全面的な支援が必要	

※判断基準  
13点以上 ⇒ 区分1算定対象児

合計 点

基本報酬区分1  
対象 ・ 対象外