

# 石巻市障害福祉サービス等支給決定基準

～障害福祉サービス・障害児通所・地域生活支援事業～



石巻市イメージアップキャラクター「いしびよん・いしびい」

令和6年10月

石巻市保健福祉部障害福祉課

## <目次>

1	支給決定基準の趣旨	1
2	支給決定の対象となる障害者	1
3	障害サービスの種類	2
4	障害支援区分の認定	3
4-1	障害支援区分認定の対象者	
4-2	障害支援区分の審査判定プロセス	
4-3	障害支援区分の認定有効期間	
5	支給決定の有効期間	4
5-1	障害福祉サービス及び地域生活支援事業の支給決定の有効期間	
5-2	障害児通所の支給決定の有効期間	
5-3	訓練等給付に係る標準利用期間を超える支給決定の取り扱いについて	
5-4	標準利用期間延長の手続きについて	
5-5	訓練等給付における標準利用期間の考え方	
5-6	休職期間中における就労系障害福祉サービスの利用について	
5-7	就労系福祉サービスの在宅利用について	
6	介護保険制度との適用関係	8
6-1	介護保険優先の原則	
6-2	介護保険サービスへの上乗せ	
7	計画相談支援・障害児相談支援	9
7-1	サービスの支給対象者	
7-2	計画相談支援の種類	
7-3	モニタリング実施月	
7-4	サービス等利用計画と支給決定の流れ	
8	就労アセスメント	12
9	支給決定基準	13
	・家事援助	13
	・身体介護	14
	・通院等乗降介助	14
	・通院等介助	15
	・重度訪問介護	16
	・重度障害者包括支援	17
	・行動援護	18
	・同行援護	19
	・短期入所	20

・生活介護	2 1
・施設入所支援	2 2
・療養介護	2 3
・自立訓練（機能訓練）	2 4
・自立訓練（生活訓練）	2 5
・宿泊型自立訓練	2 6
・就労移行支援	2 7
・就労継続支援 A 型	2 8
・就労継続支援 B 型	2 9
・就労定着支援	3 0
・自立生活援助	3 1
・共同生活援助	3 2
・地域移行支	3 3
・地域定着支援	3 4
・（医療型）児童発達支援	3 5
・放課後等デイサービス	3 6
・居宅訪問方児童発達支援	3 7
・保育所等訪問支援	3 7
・地域活動支援センター	3 8
・移動支援	3 8
・日中一時	3 9
・訪問入浴	3 9
1 0 各種様式	4 0
・同行援護アセスメント調査票（表 1）	
・『行動援護』及び『重度障害者等包括支援』の判断基準表（表 2）	
・障害児調査票（表 3）	
・就学サポート調査票（表 4）	
・障害者調査票（表 5）	
・医療的ケア判定スコア（表 6）	
・在宅での就労系サービス利用に係る届出書（表 7）	

## 1 支給決定基準の趣旨

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。）における障害福祉サービス及び地域相談支援、地域生活支援事業の一部、児童福祉法における障害児通所支援サービスの支給決定を公平かつ適正に行うため、支給の要否や支給量の決定について、石巻市障害福祉サービス等支給決定基準（以下「支給決定基準」という。）を定める。

ただし、支給決定基準はあくまでも障害福祉サービス等の支給決定等を公平かつ適正に行うために定めるものであり、支給量の上限を定めるものではない。また、基準の範囲を著しく超えた支給量の決定を必要とする場合は、指定特定相談支援事業者等が作成したサービス等利用計画案をもとに、障害者の心身の状況や置かれている環境等を総合的に勘案し、適切な支給決定について個別に判断するものとする。

なお、支給決定基準のなかで特段の定めが無い場合は、厚生労働省の通知等又は「介護給付等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）」に準ずるものとする。

## 2 支給決定の対象となる障害者等

種別	内容	確認書類等
身体障害者	身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者	身体障害者手帳
知的障害者	知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち18歳以上である者	療育手帳
精神障害者	精神保健及び精神保健福祉に関する法律第5条に規定する精神障害者（発達障害者支援法にいう発達障害者を含み、知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。以下「精神障害者」という。）のうち18歳以上である者	①精神障害者保健福祉手帳 ②自立支援医療（精神通院）受給者証 ③医師の診断書 ④精神障害を事由とする年金を受給している証明書（年金証書等）
難病対象者	治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって18歳以上である者	①医師の診断書 ②特定医療費（指定難病）受給者証
障害児	児童福祉法第4条第2項に規定する障害児	①障害者手帳 ②特別児童扶養手当等を受給していることを証明する書類 ③医師の診断書等 ④総合相談センター家庭児童相談員との面談により、療育の必要性が認められた児童

### 3 障害サービスの種類

法律	サービスの種類			
障害者総合支援法	自立支援給付	介護給付	居宅介護	家事援助
				身体介護
				通院等介助
				通院等乗降介助
			重度訪問介護	
			重度障害者等包括支援	
			行動援護	
			同行援護	
			短期入所	
			生活介護	
			施設入所支援	
			療養介護	
			訓練等給付	自立訓練
		自立訓練（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		就労継続支援 A 型
				就労継続支援 B 型
		自立生活援助		
	共同生活援助			
	計画相談支援			
	地域相談支援	地域移行支援		
		地域定着支援		
	地域生活支援事業	地域活動支援センター		
		移動支援		
		日中一時支援		
訪問入浴				
児童福祉法	障害児通所給付	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		
	障害児相談支援			

#### 4 障害支援区分の認定

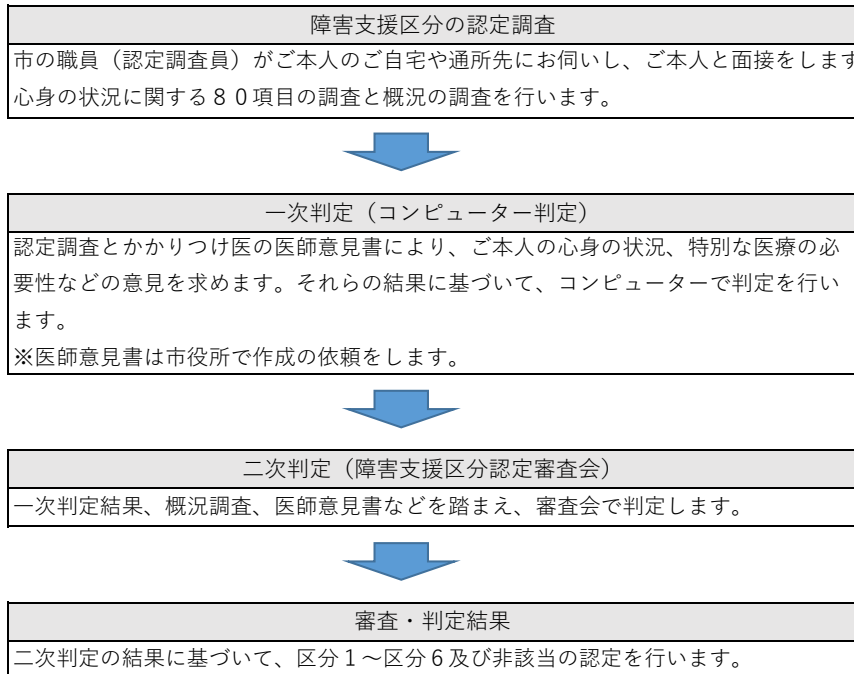
「障害支援区分」とは、支給決定手続の透明化・公平化を図る観点から、市町村がサービスの種類や支給量などを決定するための判断材料の一つとして、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を示すもので、障害者総合支援法において「区分1～6」及び「非該当」が定められています。

サービスの種類によって、障害支援区分の認定が必要となるサービスがあります。障害支援区分の認定を要する支給申請があったときは、障害支援区分認定審査会（以下「審査会」という。）の審査及び判定結果に基づき、障害者の障害支援区分の認定を行います。

##### 4-1 障害支援区分認定の対象者

障害支援区分の認定を必要とするサービスの支給決定を受けようとする18歳以上の障害者

##### 4-2 障害支援区分の審査判定プロセス



##### 4-3 障害支援区分の認定有効期間

障害支援区分の認定有効期間は、3年を基本とします。ただし、障害者の心身の状況から、状態が変動しやすいと考えられる場合等においては、審査会の意見に基づいて3か月以上3年未満の範囲で有効期間を調整し認定します。また、障害支援区分の認定有効期間の開始日は、原則として審査会の認定日とします。

## 5 支給決定の有効期間

### 5-1 障害福祉サービス及び地域生活支援事業の支給決定の有効期間

支給決定の有効期間は、原則として障害支援区分の有効期間と同一になりますが、サービスの種類によって支給決定が可能な最長期間が定められています。支給決定においては、利用者の障害状況やサービスの利用状況等を勘案し、支給決定が可能な最長期間の範囲内で有効期間を定めます。また、本市では、指定特定相談支援事業所によるサービス等利用計画作成時期やモニタリング実施月等の繁忙期・閑散期の平準化を図るため、サービスの有効期間は、原則、利用者の誕生月の前月末までとしています。ただし、以下に掲げるサービスについては、サービスの長期化を回避するため、標準利用期間が定められており、それぞれの標準利用期間を考慮し、個別に有効期間を設定します。

有効期間終了後、利用者が引き続きサービスの利用を希望するときは、利用者からの支給申請（更新申請）に基づき、サービスの利用継続の必要性を判断し、改めて支給決定を行います。

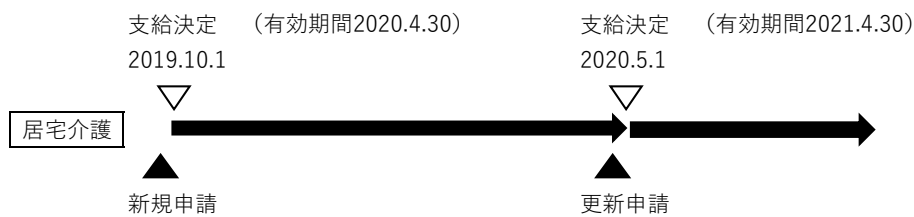
例) 誕生月が5月の者が障害福祉サービス（居宅介護）を10月1日から新規利用する場合

○初回有効期限

10月1日～翌年4月30日まで

●更新後有効期限

5月1日～翌年4月30日まで（以後1年間ごとに更新）



### 5-2 障害児通所の支給決定の有効期間

障害児通所の支給決定の有効期間は、障害福祉サービスと同様、障害児の誕生月の前月末までとしています。

ただし、障害児が到達した年齢により以下の制限があります。

障害児の年齢	有効期間
児童発達支援（医療型、居宅型を含む）を利用している障害児の年齢が6歳に到達したとき	6歳に達した年度の3月31日まで
放課後等デイサービスを利用している障害児の年齢が18歳に到達したとき	高等学校（特別支援学校高等部）卒業年度の3月31日まで

### 5-3 訓練等給付に係る標準利用期間を超える支給決定の取り扱いについて

標準利用期間が定められているサービスについては、やむを得ない事由により、標準利用期間を超えて支給決定が必要であると認められる場合を除き、標準利用期間終了後の更新決定を行いません。

標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用を希望する場合は、「標準利用期間を超える支給決定にかかる意見書」を事業所において作成し、市へ提出する必要があります。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、最大1年間の更新決定を行います。

#### 標準利用期間が定められている障害福祉サービス（支給決定の有効期間はいずれも最長1年間とする）

サービスの種類	標準利用期間
自立訓練（機能訓練）	1年6か月間（頸髄損傷による四肢麻痺その他これに類する状態にある場合は、3年間）
自立訓練（生活訓練）	2年間（長期入院していた又はこれに類する事由のある障害者にあつては、3年間）
就労移行支援※	2年間（あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格取得を目的とする養成施設を利用する場合は、3年間又は5年間）
就労定着支援	3年間
自立生活援助	1年間

※通常の事業所に雇用された後に労働時間の延長の際に必要な知識及び能力の向上のために一時的に必要とするものとして、引き続き利用する場合については、標準利用期間を通算しない。

※通常の事業所に雇用された後に労働時間の延長の際に必要な知識及び能力の向上のために一時的に必要とするものとして、利用する場合は「3か月から6か月間」とする。

※通所の事業所に雇用された後に休職からの復職の際に必要な知識及び能力の向上のために一時的に必要とするものとして、利用する場合は「企業が定める休職期間の終了までの期間（最大2年間）」とする。

### 5-4 標準利用期間延長の手続きについて

#### (1) 審査会に必要な書類

当該サービスが終了する月に開催する審査会の14日前までに、次の①～③の資料の提出が必要です。

- ①訓練等給付費に係る支給決定の更新に係る意見書（指定様式）
- ②個別支援計画（利用当初作成分）
- ③更新後の個別支援計画（案）

※審査会は月に3回開催されます。

#### (2) 意見書の作成について

サービス提供事業所による意見書の作成にあたっては、事前に当該ケースにおける延長の妥当性について協議が必要です。

#### (3) 審査会後のサービス支給決定について

審査会を経て、サービス更新の必要性が認められた場合については、サービスの更新申請に基づき支給決定を行います（原則1回限り）。また、審査会で付された意見等についてはサービス提供事業所へ書面でお知らせします。

#### 標準利用期間を超えての支給決定を必要とする場合の具体例

自立訓練（機能訓練）	リハビリや各種療法を実施しており、さらに継続する必要があること。地域・在宅生活に向けて、具体的な調整や支援が必要であること。
自立訓練（生活訓練） 宿泊型自立訓練	地域・在宅生活に向けて、具体的な社会生活上のスキルを学ぶ必要があること、若しくは訓練中でさらに継続が認められること。
就労移行支援	更新時点で一般就労への具体的な見通しがあること ・採用が内定している者 ・採用を前提とした職場実習中の者 ・今後、企業との面接や職場実習の具体的な予定がある者



## 5-5 訓練等給付における標準利用期間の考え方

訓練等給付における標準利用期間とは、実際の「利用期間」ではなく「支給決定期間」を指します。そのため、サービスの更新決定時における次回有効期間は、実際にサービスを利用しなかった期間の有無に関わらず、標準利用期間から前回支給決定期間を控除した期間となります。ただし、支給決定期間中、サービス利用休止期間（※）がある場合は、標準利用期間終了後、サービスの更新申請に基づき、当該休止期間に限り支給決定できます。

※体調不良や入院等、やむを得ない事由により本人が利用を継続（概ね1ヶ月以上）することが困難となった場合は、本人や相談支援専門員等からの相談により、通所が可能となるまでの期間は、サービス利用休止期間とします。

事例①	新規の支給決定を受け、A事業所を8ヶ月間利用。体調を崩したことにより通所が困難となり、相談支援専門員からの申し出によりサービス利用休止となった。3ヶ月間の利用休止期間を経て再度A事業所への通所を開始した場合
有効期間	新規支給決定から2年間とするが、2年間の到達後、サービス更新申請に基づき3ヶ月間の支給決定可能とする。
事例②	新規の支給決定を受け、A事業所を8ヶ月間利用したが退所した。その後、他事業所を探し、3ヵ月後にB事業所へ移行した場合
有効期間	A事業所の退所時点でサービス終結とする。次回サービス利用開始時は標準利用期間から8ヶ月間を控除した期間（16ヶ月間）を支給決定可能とする。
事例③	新規の支給決定を受け、A事業所を10ヶ月間利用し、一般就労に至った。就職から8ヶ月が経過した後、病気により離職となった。療養後に再度の就職を希望し、就労移行支援事業を利用する場合
有効期間	病気、就職先の倒産等のやむを得ない理由により離職した場合で、再度の支給決定により就労に結びつくことが見込まれる場合は、改めて新規の支給決定として扱い、2年間の支給決定を可能とする。

## 5-6 休職期間中における就労系障害福祉サービスの利用について

通常の事業所に雇用されている障害者が、休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とし、復職に必要な生活リズムの確立、体力や集中力の回復、主治医や産業医との連携等を通じ、円滑な職場復帰を目指す場合、以下の要件をいずれも満たす場合には就労系障害福祉サービスを利用できます。

- ・当該休職者を雇用する企業、地域における就労支援機関や医療機関等による復職支援の実施が見込めない場合、又は困難である場合
- ・休職中の障害者本人が復職を希望し、企業及び休職に係る診断をした主治医が、就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断している場合
- ・休職中の障害者にとって、就労系障害福祉サービスを実施することにより、より効果的に復職へつなげることが可能であると市が判断した場合

上記要件に該当するか確認するため、以下の書類の提出が必要です。

### ①雇用先企業

企業による復職支援の実施が困難であり、就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断していることを示す書類

### ②休職に係る診断をした主治医

主治医の属する医療機関による復職支援の実施が困難であり、就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断していることを示す書類

### ③相談支援事業所（申請者）

地域における就労支援機関である障害者職業センター等による復職支援の利用が困難であること、及び地域における医療機関による復職支援が見込めないことを示す書類

※①、②の書類は任意様式、③はサービス等利用計画（案）に記載

支給決定期間は1～6ヶ月の範囲で月を単位に決定します。

利用期間は企業の定める休職期間の終了までの期間（上限2年）とします。

## 5-7 就労系障害福祉サービスの在宅利用について

就労移行支援又は就労継続支援（A型・B型）の利用者で、在宅でのサービス利用を希望する者であって、市が在宅でのサービス利用による支援効果が認められると判断した場合に在宅利用が可能です。

利用希望の際は必要性の判断のため、別添「在宅での就労系サービス利用に係る届出書」を提出してください。

事業所においては下記の提供要件を全て満たす必要があります。

なお、運営規定において在宅で実施する訓練内容及び支援内容を明記すること。

- ① 在宅利用者が行う作業活動、訓練等のメニューが確保されていること。
- ② 1日2回の連絡、助言又は進捗状況の確認、日報が作成されていること。作業活動、訓練等の内容又は利用者の希望等に応じ、1日2回を超えた対応も行うこと。
- ③ 緊急時の対応ができること。
- ④ 作業活動、訓練等を行う上で疑義が生じた際の照会等に対し、随時、訪問や連絡による必要な支援が提供できる体制を確保すること。
- ⑤ 事業所職員による訪問、利用者における通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用により、評価等を1週間につき1回は行うこと。
- ⑥ 原則として月の利用日数のうち1日は事業所職員による訪問又は利用者による通所により、訓練目標に対する達成度の評価等を行うこと。
- ⑦ ⑤が通所により行われ、あわせて⑥の評価等も行われた場合、⑥による通所に置き換えて差し支えない。

※在宅と通所による支援を組み合わせることも可能。

## 6 介護保険制度との適用関係

### 6-1 介護保険優先の原則

65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の医療保険加入者で介護保険制度に定める特定疾病に該当する者は、原則介護保険サービスが優先となります。

ただし、以下の状況にある障害者については、個別のケースに応じて、障害福祉サービスの支給決定を行う場合があります。

- ①介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のサービス（行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）の利用の必要性が認められるもの
- ②利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど、当該障害者が実際に申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と認められる場合（※当該事情が解消するまでの間に限ります。）
- ③介護保険サービスによる支援が可能な障害者が、介護保険の要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合など、当該介護保険サービスを利用できない場合であって、障害福祉サービスによる支援が必要と認められる場合（介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限ります。）
- ④上記のほか、本人、サービス提供事業者、ケアマネージャー等への具体的な内容（利用意向）の聴き取りの結果、障害福祉サービスの支給による支援の必要性が認められたもの

### 6-2 介護保険サービスへの上乗せ

介護保険サービスの支給限度額上限までサービスの利用があり、障害特性や家族の介護状況等を総合的に勘案した結果、介護保険サービスのみによって市が適当と認める支給量を確保することができない場合は、その限りにおいて障害福祉サービス等を支給決定することができます。

## 7 計画相談支援・障害児相談支援

### 7-1 サービスの支給対象者

サービス等利用計画とは、指定特定相談支援事業所の相談支援専門員が、障害者の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向等を勘案し、総合的な援助の方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組合せ等について検討し、作成する計画のことです。対象となるのは障害福祉サービスの申請に係る障害者若しくは障害児の保護者又は地域相談支援の申請に係る障害者です（地域生活支援事業のみの申請に係る障害者及び障害児の保護者は支給対象外です）。ただし、当該障害者が、介護保険制度のサービスを利用する場合については、障害福祉サービス固有のものと認められる「行動援護」、「同行援護」、「自立訓練（生活訓練）」、「就労継続支援」等の利用を希望する場合であって、市がサービス等利用計画の作成が必要と認める場合に支給対象となります。

### 7-2 計画相談支援の種類

計画相談支援には、サービス等利用計画を作成する「サービス利用支援」と、サービス等利用計画に基づき提供される各サービスの利用状況を定期的にモニタリングする「継続サービス利用支援」とがあります。

計画相談支援	
1 サービス利用支援	2 継続サービス利用支援
①生活全般にわたる相談	①生活全般にわたる相談
②アセスメント	②モニタリング
③サービス等利用に関する情報提供	③再アセスメント
④サービス等利用計画案及び計画の作成	④サービスの更新手続き支援
⑤サービス等利用計画作成のための担当者会議の開催	⑤サービス等利用計画の変更に係る担当者会議の開催
⑥サービス事業者との連絡調整	⑥サービス事業者との連絡調整

障害児相談支援は計画相談支援と同様のサービス内容ですが、名称が異なります。また、障害児が障害福祉サービスと障害児通所支援の両方を利用する場合は、計画相談支援と障害児相談支援の対象となりますが、支給決定においては、障害児通所支援の支給決定期間において、障害児相談支援のみを支給します。

区分	サービス名称	計画作成に関する支援		モニタリングに関する支援の名称
		支援の名称	計画の名称	
障害福祉サービス	計画相談支援	サービス利用支援	サービス等利用計画	継続サービス利用支援
障害児通所支援	障害児相談支援	障害児支援利用援助	障害児支援利用計画	継続障害児支援利用援助

### 7-3 モニタリング実施月

モニタリング実施月は厚生労働省令に定めるモニタリング標準期間のほか、支給決定の状況により下記のとおりとします。また、アセスメントにより勘案すべき事項の状況を把握した相談支援専門員等の提案により、標準期間外のモニタリング実施の必要性が認められるときは、対象者ごと個別に必要なモニタリング期間を定めます。

対象者	モニタリング頻度	モニタリング期間
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規の支給決定を受けた者</li> <li>・サービス利用の終結後おおむね1年以上が経過し、再度サービスを利用する者</li> <li>・サービスの種類、内容又は支給量の著しい変更の支給決定を受けた者</li> </ul>	1か月ごと	支給決定月の翌月から3ヶ月間（その後は支給決定期間において実施）
上記以外の者	標準モニタリング期間ごと	支給決定期間

例) 誕生月が5月の者が障害福祉サービス（居宅介護）を10月1日から新規利用する場合

10月	11月	12月	1月	2月	3月
計画	モ	モ	モ		
	当初3ヶ月間のモニタリング				
4月	5月	6月	7月	8月	9月
モ再計画	更新		モ		
10月	11月	12月	1月	2月	3月
モ			モ		
4月	5月	6月	7月	8月	9月
モ再計画	更新				

※利用者の心身の状況や置かれている環境等の変化により、予定月以外のモニタリング実施の必要がある場合は、相談支援専門員等より事前に支給決定担当者へ連絡調整の上、モニタリング実施月の変更について了解を得ること。

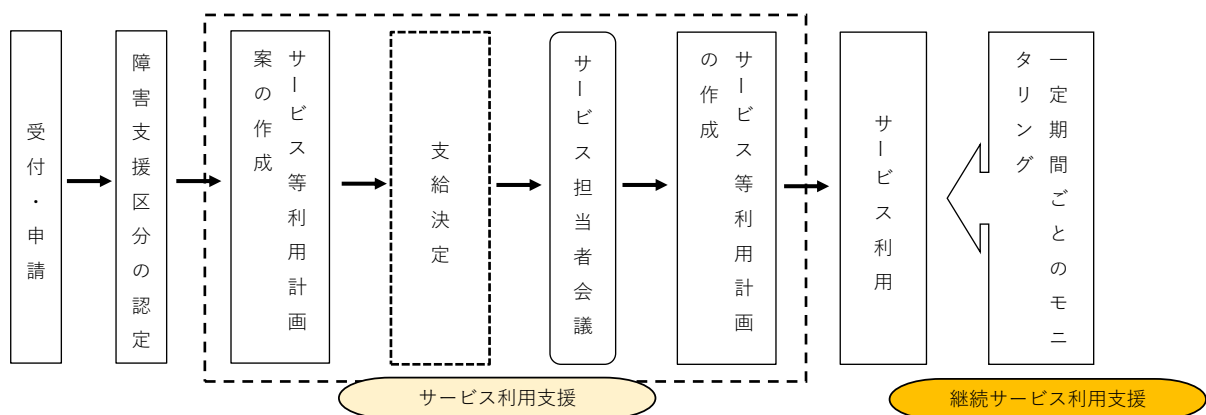
※サービス有効期間を対象者の誕生月で調整した場合や更新時期の直前に再計画を行った場合など、サービス等利用計画作成から次回更新までの期間が短い場合（おおむね3か月以内）は、対象者の障害状況やサービスの利用状況が安定しており、サービス等利用計画の内容に変更が無い場合に限り、更新時におけるサービス等利用計画案の提出は不要とします。

7-4 サービス等利用計画と支給決定の流れ

支給決定プロセス	「サービス等利用計画」の様式									
	様式 1-1	様式 1-2	別紙 1	別紙 2	様式 2-1	様式 2-2	様式 3-1	様式 3-2	任意様式	
	サービス等利用計画案	サービス等利用計画案（週間）	申請者の状況（基本情報）	申請者の状況（基本情報）（週間）	サービス等利用計画	サービス等利用計画（週間）	モニタリング報告書	継続サービス等利用計画（週間）	サービス担当者会議事録、アセスメントシート、ニーズ整理票	
①支給決定前	●	●	●	●						○
②支給決定後					●	●				
③ モニタリング	障害福祉サービス等の種類等が著しく変更になる場合		○	○			●			○
	支給量や利用時間帯、事業所が変更になる場合		○	○			●	●		○
	変更がない場合						●			○

●必須提出 ○必要に応じて提出

支給決定のプロセス



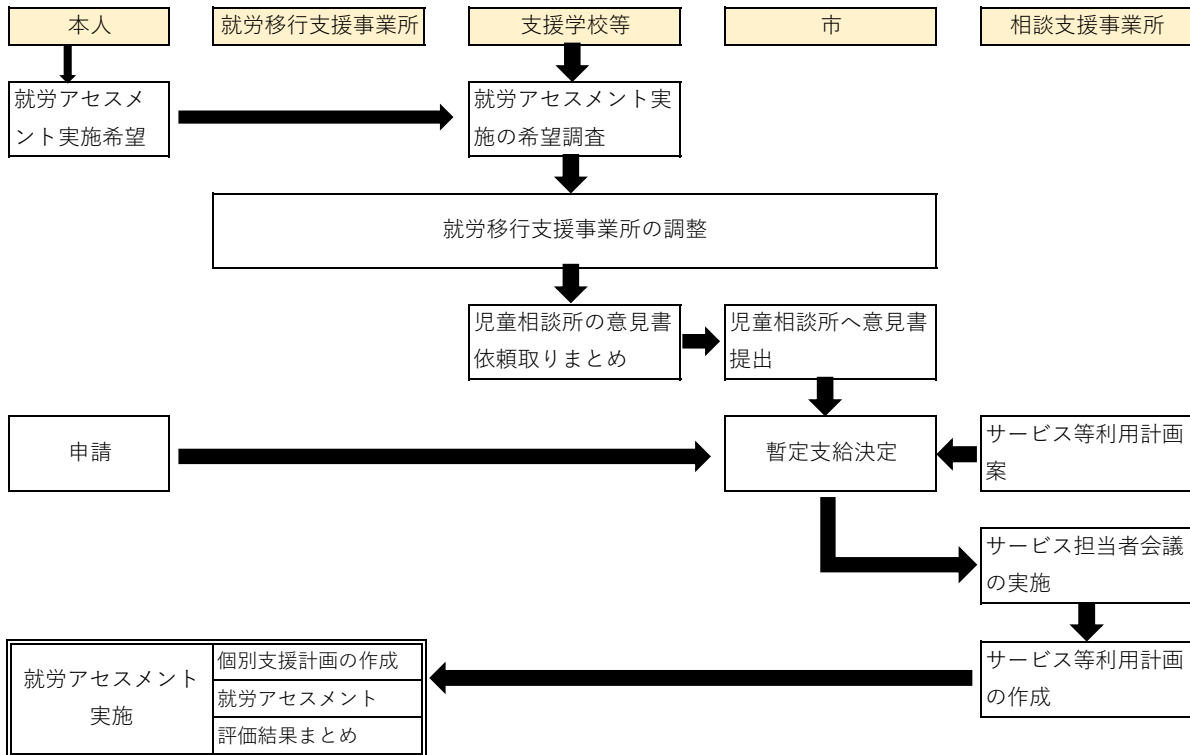
## 8 就労アセスメント

支援学校高等部又は高等学校の卒業後の進路として就労継続支援B型の利用を希望する場合は、就労移行支援事業所による就労アセスメントを受ける必要があります。

### 就労継続支援B型のサービスを利用できる方

- ① 就労経験がある方で、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方
- ② 50歳に達している方または障害基礎年金1級受給者
- ③ ①及び②のいずれにも該当しない方であって、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面にかかる課題等の把握が行われている方

### 就労アセスメント実施までの流れ



※就労アセスメントは、基本的に夏休み期間中に、連続で2週間行います。

※アセスメントを実施する事業所は市で調整します。

※今までに、障害福祉サービスや障害児童通所サービスを利用したことがない場合、サービス等利用計画を作成する相談支援事業所との契約が必要になります。

※アセスメントの結果は、就労継続支援B型の利用を決定するものではなく、卒業後の進路を考える際の参考資料となります。

### 卒業後のそれぞれの役割

卒業後、一般就労、就労継続支援A型・B型のサービス利用が困難になってきた場合でも、自立訓練や地域活動支援センターを利用しながら、本人に合った支援を再検討することができます。

支援学校	学校での生活や実習時の様子の情報提供
就労移行支援事業	就労アセスメント実施結果の情報提供
相談支援事業所	支援学校、就労移行支援事業所から情報提供を受け、適切なサービス利用に向けたサービス等利用計画を作成
石巻市	障害福祉サービス等の情報提供、支給決定等手続き、障害者手帳申請、その他の相談

## 9 支給決定基準

### メモ 居宅介護

#### ■二人介助について

当該障害者等の同意を得ている場合であって、次の（一）から（三）のいずれかの要件を満たす場合には二人介助を決定できる

- （一）障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合
- （二）暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- （三）その他障害者等の状況等から判断して、第1号又は前号に準ずると認められる場合

サービス名称	家事援助							
サービス内容	居宅における調理、洗濯、掃除等の家事の援助							
対象者	在宅の障害者のうち、単身の世帯に属する障害者又は家族若しくは親族と同居している障害者であって、家族等の障害、疾病等の理由により、当該障害者又は家族等が家事を行うことが困難である者							
障害支援区分	区分1以上（障害児にあってはこれに相当する支援の度合）である者							
支給量	(単位)	時間（30分単位）／月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	15	20	29	55	88	127	49
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								



サービス名称	身体介護							
サービス内容	居宅における入浴、排せつ、食事等の介護							
対象者	在宅の障害者のうち、単身の世帯に属する障害者又は家族若しくは親族と同居している障害者であって、家族等の障害、疾病等の理由により、当該障害者又は家族等が介護を行うことが困難である者							
障害支援区分	区分1以上（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合）である者							
支給量	(単位)	時間（30分単位）／月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	8	10	14	27	43	62	24
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								

サービス名称	通院等乗降介助							
サービス内容	指定居宅介護事業所等が、自らの運転する車両への乗車又は乗降の介助を行うとともに、併せて乗車前若しくは乗車後の屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続、移動等の介助を行う							
対象者	在宅の障害者のうち、単身の世帯に属する障害者又は家族若しくは親族と同居している障害者であって、家族等の障害、疾病等の理由により、当該障害者又は家族等が介護を行うことが困難である者							
障害支援区分	区分1以上（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合）である者							
支給量	(単位)	時間（30分単位）／月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	8	10	14	27	43	62	24
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								

サービス名称	通院等介助								
サービス内容	<p>通院等又は官公署（国、都道府県及び市町村の機関、外国公館）並びに指定特定相談支援及び指定障害児相談支援事業所への移動のための屋内外における移動等の介助又は通院先等での受診等の手続、移動等の介助を行う</p> <p>※病院への通院等を行う場合、公的手続又は障害福祉サービスの利用に係る相談のために官公署を訪れる場合、相談の結果、見学のために指定障害福祉サービス事業所を訪れる場合に限る</p>								
対象者	<p>在宅の障害者のうち、身体介護を伴う介助を必要とする場合は、次の（一）から（五）までに掲げる状態のいずれか一つに認定されていること。</p> <p>（一）歩行「全面的な支援が必要」</p> <p>（二）移乗「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p> <p>（三）移動「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p> <p>（四）排尿「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p> <p>（五）排便「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」</p>								
障害支援区分	身体介護を伴わない場合		区分1以上（障害児にあってはこれに相当する支援の割合）である者						
	身体介護を伴う場合		区分2以上（障害児にあってはこれに相当する支援の割合）である者						
支給量	(単位)		時間（30分単位）／月						
	障害支援区分		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	身体介護（無）	標準	32	36	46	71	104	143	66
	身体介護（有）	標準		18	22	35	51	70	32
標準モニタリング期間		3か月ごと							
支給決定期間		<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内</p> <p>（支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）</p>							
他制度との適用関係		介護保険制度優先							
留意事項		<p>・障害者等の病院等への通院等のための介助の具体的な取扱いは、「平成20年4月以降における通院等介助の取扱いについて」（平成20年4月25日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）によるものとする。</p>							

サービス名称	重度訪問介護							
サービス内容	<p>重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって、常時介護を要する障害者に、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とともに、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院又は入所している障害者に対して、意思疎通の支援その他の必要な支援を行う。</p>							
対象者	<p>次のいずれかに該当する者</p> <p>1 次の①及び②のいずれにも該当していること</p> <p>① 二肢以上に麻痺等があること</p> <p>② 障害支援区分の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」以外と認定されていること</p> <p>2 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上である者（表2参照）</p>							
障害支援区分	区分4以上（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院又は助産所に入院又は入所中の障害者がコミュニケーション支援等のために利用する場合は区分6以上）							
支給量	(単位)	時間（30分単位）／月 ※1日3時間以上						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準				147	184	262	
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内</p> <p>（支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）</p>							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のキャンセル等により1事業者における1日の利用時間が3時間未満である場合については、報酬請求は3時間未満でも可能とするが、「所要時間1時間未満の場合」で算定する場合の所要時間は概ね40分以上とする</li> <li>・原則、重度訪問介護を提供する事業者が、これに加え身体介護及び家事援助等の居宅介護サービス費は算定できない（外出時における行動援護サービスに費についてはこの限りでない）</li> <li>・入院又は入所中の病院等からの外出する場合の支援（他法給付と重複しないものに限る）についても重度訪問介護を利用できる</li> </ul>							

サービス名称	重度障害者包括支援							
サービス内容	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い支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに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ものにつき、居宅介護、重度訪問介護等を包括的に提供する。							
対象者	以下のいずれかに該当する者							
	類型				状態像			
	重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者				人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者		・筋ジストロフィー ・脊椎損傷・ALS ・遷延性意識障害等	
					I 類型			
					最重度知的障害者		・重症心身障害者等	
II 類型								
障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上である者				III 類型		・強度行動障害等		
【I～III類型の判定基準】								
(I 類型)								
(1) 障害支援区分6の「重度訪問介護」対象者であって								
(2) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること）なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。								
(3) 認定調査項目「1群 起居動作」のうち、「寝返り」「起き上がり」又は「座位保持」において「全面的な支援が必要」と認定								
(4) 認定調査項目「10群 特別な医療 レスピレーター」において「ある」と認定								
(5) 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定								
(II 類型)								
(1) 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認								
(2) 障害支援区分6の「重度訪問介護」対象者であって								
(3) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること）なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。								
(4) 認定調査項目「1群 起居動作」のうち、「寝返り」「起き上がり」又は「座位保持」において「全面的な支援が必要」と認定								
(5) 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定								
(III 類型)								
(1) 障害支援区分6の「行動援護」対象者であって								
(2) 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定								
(3) 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合）である者								
障害支援区分	区分6（障害児にあつては区分6に相当する支援の度合）に該当する者							
支給量	(単位)	単位/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準						86,000	
	介護保険認定者						58,650	
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
標準モニタリング期間	6ヶ月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								

サービス名称	行動援護							
サービス内容	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障害者等であって、常時介護を要するものにつき、当該障害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を行う。							
対象者	障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合）である者（表2参照）							
障害支援区分	区分3以上							
支給量	(単位)	時間（30分単位）／月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準			37	50	66	86	47
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項								

サービス名称	同行援護							
サービス内容	視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等に、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の当該障害者等が外出する際の必要な援助を行う。							
対象者	同行援護アセスメント調査票による、調査項目中「視力障害」、「視野障害」及び「夜盲」のいずれかが1点以上であり、かつ、「移動障害」の点数が1点以上の者（表1参照）							
障害支援区分	不要 ※なお、加算対象者についてはそれぞれ下記の要件を満たす者とする ①区分3に該当する者（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合） →100分の20 ②区分4に該当する者（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合） →100分の40 ③盲ろう者（対象者であり、聴覚障害6級に該当する者。なお、盲ろう者向け通訳・介助員が支援した場合のみ算定できる。） →100分の20							
支給量	(単位)	時間（30分単位）／月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	44	44	44	44	44	44	44
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項								

サービス名称	短期入所							
サービス内容	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、障害者支援施設、児童福祉施設等への短期間の入所を必要とする障害者等に、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を行う。							
対象者	障害者							
障害支援区分	区分1以上（障害児にあっては、別添「障害児の調査票」（5領域20項目）における区分1以上に該当する者）							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	7	7	7	7	7	7	7
	加算後	15	15	15	15	15	15	15
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期（連続）利用日数については、30日までを限度とする。なお、連続して30日利用した後、1日以上利用しない期間があれば、再度連続した30日以内の利用は可能とする。</li> <li>・年間利用日数については、180日を限度とする。</li> </ul> <p>※ただし、上記の長期（連続）利用日数や年間利用日数について、「介護者が急病や事故により、長期間入院することとなった場合」等のやむを得ない事情がある場合においては、例外的にこれらの日数を超えることを認める。</p>							

サービス名称	生活介護							
サービス内容	<p>障害者支援施設等において、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他必要な援助を要する障害者であって、常時介護を要する障害者に、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。</p>							
対象者	地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な者							
障害支援区分	<p>次のいずれかに該当する者</p> <p>①区分3（障害者支援施設に入所する場合は区分4）以上</p> <p>②年齢が50歳以上の場合は、区分2（障害者支援施設に入所する場合は区分3）以上</p> <p>③障害者支援施設に入所する者であって区分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者によるサービス等利用計画案の作成を経た上で、市長により利用の組合せの必要性が認められた者</p> <p>※③の者のうち以下の者（以下、「新規の入所希望者以外の者」という。）については、原則、平成24年4月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き生活介護の利用を認める。</p> <p>ア 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）</p> <p>イ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者</p> <p>ウ 平成24年4月の児童福祉法改正の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む）に入所している者</p>							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	原則の日数						
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+3年以内</p> <p>(支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から3年以内)</p>							
標準モニタリング期間	6か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								



サービス名称	施設入所支援							
サービス内容	施設に入所する障害者に対し、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。							
対象者	<p>① 生活介護を受けている者であって区分4（50歳以上の者にあつては区分3）以上である者</p> <p>② 自立訓練又は就労移行支援（以下この②において「訓練等」という）を受けている者であつて、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もの又は地域における障害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事が困難なもの</p> <p>③ 生活介護を受けている者であつて、区分4より低い者のうち、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を経た上で、市長により利用の組合せが認められた者</p> <p>④ 就労継続支援B型を受けている者のうち、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を経た上で、市長により利用の組合せの必要性を認められた者</p> <p>※③又は④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」（※「生活介護」対象者参照）については、原則平成24年4月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、施設入所支援の利用を認める。</p>							
障害支援区分	区分4（50歳以上の者にあつては区分3）以上							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	当該つきにおける日数						
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+3年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から3年以内)							
標準モニタリング期間	6か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								

サービス名称	療養介護							
サービス内容	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害者であって、常時介護を要する障害者に、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。また、療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。							
対象者	病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者として次に掲げる者 ① 筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等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、障害支援区分が区分6の者 ② 筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害支援区分が区分5以上の者 ③ 医療的ケア判定スコア16点以上の者であって、障害支援区分が区分5以上の者 ④ 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上、かつ、医療的ケア判定スコア8点以上の者であって、障害支援区分が区分5以上のもの ⑤ 遷延性意識障害者であり、医療的ケア判定スコア8点以上の者であって、障害支援区分が区分5以上のもの ⑥ 上記①～⑤に準ずるものとして市が認めた者							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準						当該月における日数	
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+3年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から3年以内)							
標準モニタリング期間	6か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								

サービス名称	自立訓練（機能訓練）							
サービス内容	障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該事業所又は当該障害者の居宅を訪問して行う理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、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。							
対象者	<p>地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。</p> <p>【具体例】</p> <p>① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者</p> <p>② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 等</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	原則の日数						
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内  （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）  ※新規利用の場合は、支給決定日から2か月間以内の暫定支給決定期間あり  ※標準利用期間（1年6か月間（※頸髄損傷による四肢麻痺その他これに類する状態にある場合は、3年間））を超えての更新は不可（ただし、標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用が必要な場合については、市町村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、最大1年間の更新が可能（原則1回））</p>							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項								

サービス名称	自立訓練（生活訓練）							
サービス内容	障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該事業所又は当該障害者の居宅を訪問して行う入浴、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。							
対象者	<p>地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。</p> <p>【具体例】</p> <p>① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者</p> <p>② 特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者 等</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	原則の日数						
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内  (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)  ※新規利用の場合は、支給決定日から2か月間以内の暫定支給決定期間あり  ※標準利用期間(2年間(※長期入院していた又はこれに類する事由のある障害者にあつては、3年間))を超えての更新は不可(ただし、標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用が必要な場合については、市町村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、最大1年間の更新が可能(原則1回))</p>							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項								

サービス名称		宿泊型自立訓練						
サービス内容		障害者に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。						
対象者		自立訓練（生活訓練）の対象者のうち、日中、一般就労や障害福祉サービスを利用している者等であって、地域移行に向けて一定期間、居住の場を提供して帰宅後における生活能力等の維持・向上のための訓練その他の支援が必要な障害者。						
障害支援区分		不要						
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	当該月における日数						
支給決定期間		<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内  (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)  ※新規利用の場合は、支給決定日から2か月間以内の暫定支給決定期間あり  ※標準利用期間(2年間(※長期間入院していた又はこれに類する事由のある障害者にあつては、3年間))を超えての更新は不可(ただし、標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用が必要な場合については、市町村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、最大1年間の更新が可能(原則1回))  ※上記「長期間入院していた又はこれに類する事由のある障害者」については、長期間、指定障害者支援施設等の入所施設に入所又は精神科病院等に入院していた者はもとより、長期間のひきこもり等により社会生活の経験が乏しいと認められる者や発達障害のある者など2年間の利用期間では十分な成果が得られないと認められる者等も含む</p>						
標準モニタリング期間		3か月ごと						
他制度との適用関係		-						
留意事項								

サービス名称		就労移行支援						
サービス内容		就労を希望する障害者であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるものにつき、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。						
対象者		<p>① 就労を希望する者であって、単独で就労することが困難であるため、就労に必要な知識及び技術の習得若しくは就労先の紹介その他の支援が必要な65歳未満の者又は65歳以上の者</p> <p>② あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゅう師免許を取得することにより、65歳以上の者を含む就労を希望する者</p> <p>③ 通常の事業所に雇用されている者であって、新たに雇用された後の労働時間の延長もしくは、求職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者</p> <p>※ ただし、65歳以上の者は、65歳に達する前5年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65歳に達する前日において就労移行支援に係る支給決定を受けていた者に限る。</p>						
障害支援区分		不要						
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	原則の日数						
支給決定期間		<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内  （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）  ※新規利用の場合は、支給決定日から2か月間以内の暫定支給決定期間あり  ※標準利用期間（2年間（※あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格取得を目的とする養成施設を利用する場合は、3年間又は5年間））を超えての更新は不可（ただし、標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用が必要な場合については、市町村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、最大1年間の更新が可能（原則1回））</p>						
標準モニタリング期間		3か月ごと						
他制度との適用関係		—						
留意事項								

サービス名称	就労継続支援 A 型							
サービス内容	通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち適切な支援により雇用契約等に基づき就労する者につき、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。							
対象者	<p>企業等に就労することが困難な者であって、雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な 65 歳未満の者又は 65 歳以上の者（65 歳に達する前 5 年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65 歳に達する前日において就労継続支援 A 型に係る支給決定を受けていた者に限る。）。</p> <p>【具体例】</p> <p>① 就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者</p> <p>② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者</p> <p>③ 企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係がない者</p> <p>④ 通常の事業所に雇用された後に、労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	障害児
	標準	原則の日数						
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間 + 1 年以内</p> <p>（支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から 1 年以内）</p> <p>※新規利用の場合は、支給決定日から 2 か月間以内の暫定支給決定期間あり</p>							
標準モニタリング期間	6 か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項	<p>【雇用によらない者の利用について】</p> <p>就労継続支援 A 型の利用においては、障害者と当該サービス提供事業者との雇用契約の締結が原則であるが、障害者によっては直ちに雇用契約を結ぶことは難しいが、将来的には雇用関係へ移行することが期待できる者も多いことから、次の要件により雇用によらない者の利用を可能とする。</p> <p>① 雇用契約を締結する利用者に係る利用定員の数が 10 人以上であること。</p> <p>② 雇用契約を締結しない利用者に係る利用定員の数が、利用定員の半数及び 9 人を超えることができないこと。</p> <p>③ 雇用契約を締結する利用者との雇用契約を締結しない利用者の作業場所、及び作業内容を明確に区分すること（別棟であることや、施設の別の場所で別の作業を実施していること、勤務表、シフト表は別々に管理すること、誰が見ても明確に区分されている状態であること）。</p>							

サービス名称	就労継続支援B型							
サービス内容	通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち通常の事業所に雇用されていた障害者であってその年齢、心身の状態その他の事情により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者、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。							
対象者	<p>就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者であり、次のいずれかに該当するもの。</p> <p>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</p> <p>② 50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者</p> <p>③ ①及び②のいずれにも該当しない者であって、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者</p> <p>④ 障害者支援施設に入所する者については、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続を経た上で、市長により利用の組合せの必要性を認められた者</p> <p>⑤ 通常の事業所に雇用されている者であって、新たに雇用された後の労働時間の延長もしくは、求職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者</p> <p>※④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成24年4月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、就労継続支援B型の利用を認める。</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	原則の日数						
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
標準モニタリング期間	6か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項								



サービス名称	就労定着支援							
サービス内容	生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援（以下「就労移行支援等」という。）を利用して、通常の事業所に新たに雇用された障害者の就労の継続を図るため、企業、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整を行うとともに、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言等の必要な支援を行う。							
対象者	<p>就労移行支援等を利用した後、通常の事業所に新たに雇用された障害者であって、就労を継続している期間が6月を経過した障害者</p> <p>※通常の事業所に雇用された後に労働時間の延長の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者として、就労移行支援等を利用した場合（労働時間延長支援型）は、当該就労移行支援等の終了日の翌日から起算して6月、休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者として、就労移行支援等を利用した場合（復職支援型）は、復職した日から起算して6月とする</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	当該月における日数						
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内  （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）  ※標準利用期間（3年間）を超えての更新は不可</p>							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項	<p>・就職後（労働時間延長支援型の場合は就労移行支援等の終了日の翌日、復職支援型は復職日から起算して）7月目の時点で障害者本人が就労定着支援の利用を希望しなかった場合又は支援途中で利用を希望しなくなった場合において、後刻、改めて就労に伴う環境の変化により生活面や就業面で困難さを実感し、就労定着支援の利用を希望する時には、3年6月から就労継続期間を除いた期間に限り支給決定を行う。</p>							

サービス名称	自立生活援助							
サービス内容	居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、定期的な巡回又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、障害者の状況を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むための環境整備に必要な援助を行う。							
対象者	<p>障害者支援施設若しくは共同生活援助を行う住居等を利用していた障害者又は居宅において単身であるため若しくはその家族と同居している場合であっても、当該家族等が障害や疾病等のため居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある障害者</p> <p>【具体例】</p> <p>① 障害者支援施設、のぞみの園、指定宿泊型自立訓練を行う自立訓練（生活訓練）事業所、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に在所していた障害者 ※ 児童福祉施設に在所していた18歳以上の者、障害者支援施設等に在所していた15歳以上の障害者みなしの者も対象。</p> <p>② 共同生活援助を行う住居又は福祉ホームに入居していた障害者</p> <p>③ 精神科病院に入院していた精神障害者</p> <p>④ 救護施設又は更生施設に在所していた障害者</p> <p>⑤ 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た障害者</p> <p>⑥ 更生保護施設に在所していた障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊していた障害者</p> <p>⑦ 現に地域において一人暮らしをしている障害者又は同居する家族が障害、疾病等により当該家族による支援が見込めないため実質的に一人暮らしと同等の状況にある障害者であって、当該障害者を取り巻く人間関係、生活環境又は心身の状態等の変化により、自立した地域生活を継続することが困難と認められる者</p> <p>⑧ 同居する家族に障害、疾病のない場合であっても、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者、強度行動障害や高次脳機能障害等の状態にある者等、地域生活を営むための支援を必要としている者</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	当該月における日数						
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)</p> <p>※標準利用期間(2年間)を超えての更新は不可(ただし、標準利用期間を超えて、更にサービスの利用が必要な場合については市町村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、最大1年間の更新が可能(原則1回))</p>							
標準モニタリング期間	3か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項	<p>・自立生活援助は、施設等から地域生活に移行した者である場合には、当該施設等を退所等した日から一年を経過した日の属する月までを有効期間とし、その後、支給開始から一年の期間の範囲で再度有効期間を定めるものとする。なお、それ以外の対象者については、対象者の状況に応じて適切に有効期間を設定することとする。</p>							

サービス名称	共同生活援助							
サービス内容	障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を行う。							
対象者	<p>障害者（身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。）</p> <p>※施設からの地域移行の推進等の趣旨を踏まえ、65歳に達した以降に身体障害者となった者については新規利用の対象としない</p>							
障害支援区分	区分1以上							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	<p>当該月における日数</p> <p>※体験利用にあつては、連続30日・年間50日以内の利用制限あり</p>						
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+3年以内</p> <p>(支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から3年以内)</p>							
標準モニタリング期間	6か月ごと							
他制度との適用関係	介護保険制度優先							
留意事項	<p>・共同生活援助に係る支給申請を行う障害者のうち受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者に対しては、障害支援区分ごとにあらかじめ定めた受託居宅介護サービスの支給決定基準に照らしつつ、障害の種類その他の勘案事項を踏まえて支給量を定める。</p>							

サービス名称	地域移行支援							
サービス内容	障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害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。							
対象者	<p>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</p> <p>① 障害者支援施設、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害者</p> <p>※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設等に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。</p> <p>② 精神科病院に入院している精神障害者</p> <p>③ 救護施設又は更生施設に入所している障害者</p> <p>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害者</p> <p>⑤ 更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊している障害者</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	当該月における日数						
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+6ヶ月以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から6ヶ月以内)							
標準モニタリング期間	6か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項	<p>・ 給付決定期間は6ヶ月間であるが、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る地域生活への以降が具体的に見込まれる場合には、6ヶ月間の範囲内で給付決定期間の更新ができる。</p> <p>なお、更なる更新については、必要に応じて市町村審査会の個別審査を経て判断する。</p>							

サービス名称	地域定着支援							
サービス内容	居宅において単身等で生活する障害者につき、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。							
対象者	<p>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</p> <p>② 居宅において家族と同居している障害者であって、当該家族等が障害、疾病等のため、障害者に対し、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</p> <p>※障害者支援施設等や精神科病院から退所・退院した者の他、家族との同居から一人暮らしに移行した者や地域生活が不安定な者等も含む。</p> <p>※共同生活援助、宿泊型自立訓練の入居者に係る常時の連絡体制の整備、緊急時の支援等については、通常、当該事業所の世話人等が対応することとなるため、対象外とする。</p> <p>※上記①又は②の者のうち医療観察法の対象となる者に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。</p>							
障害支援区分	不要							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	標準	当該月における日数						
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
標準モニタリング期間	6か月ごと							
他制度との適用関係	—							
留意事項	・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年間の範囲内で給付決定期間の更新が可能である。							

サービス名称	(医療型) 児童発達支援	
サービス内容	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。(医療型の場合は治療を含む)	
対象者	療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる主に未就学児の障害児 医療型の場合は、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害児 【具体例】 ①乳幼児健診等で療育の必要性があると認められた児童 ②保育所や幼稚園に在籍しているが、併せて、指定児童発達支援事業所において、専門的な療育・訓練を受ける必要があると認められた児童	
支給量	(単位)	日/月
	標準	1週における利用日数×5週(最大23日まで)
	加算後	必要と認められる量
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内) ※更新後の有効期間は、6歳に達した年度の3月31日までを最大とする。	
標準モニタリング期間	6か月ごと	
他制度との適用関係	併給サービスとの支給量調整有 (主として障害児の家族の就労支援又は障害児を日常的に介護している家族の一時的な休息を目的とする場合には、地域生活支援事業の日中一時支援を利用すること)	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支給決定においては「障害児の調査票」による保護者への聞き取りを行う。(表3参照)</li> <li>・医療的ケア区分の決定が必要な場合は「医療的ケア判定スコア」を市へ提出すること。※引き続き医療的ケア区分の決定が必要となる場合は更新時にも提出が必要です。(表6参照)</li> </ul>	

サービス名称	放課後等デイサービス	
サービス内容	生活能力向上のため必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行う。	
対象者	学校教育法に規定している学校（幼稚園及び大学を除く。）又は専修学校等（専修学校及び各種学校をいう）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障害児	
支給量	(単位)	日/月
	標準	1週における利用日数×5週（最大23日まで）
	加算後	必要と認められる量
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内） ※更新後の有効期間は、高等学校（特別支援学校高等部）卒業年度の3月31日までを最大とする。	
標準モニタリング期間	6か月ごと	
他制度との適用関係	併給サービスとの支給量調整有り	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支給決定においては、「就学時サポート調査票」及び「障害児の調査票」により、保護者への聴き取りを行い、個別サポート加算の該当有無を確認する。（表3・4参照）</li> <li>・医療的ケア区分の決定が必要な場合は「医療的ケア判定スコア」を市へ提出すること。※引き続き医療的ケア区分の決定が必要となる場合は更新時にも提出が必要です。（表6参照）</li> </ul>	

サービス名称	居宅訪問型児童発達支援	
サービス内容	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、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。	
対象者	<p>重度の障害の状態その他これに準ずるものとして以下のいずれかの状態にあり、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であると認められた障害児</p> <p>①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</p> <p>②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</p>	
支給量	(単位)	日/月
	標準	1週における利用日数×5週(最大23日まで)
	加算後	必要と認められる量
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内</p> <p>(支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)</p>	
他制度との適用関係	併給可	
留意事項		

サービス名称	保育所等訪問支援	
サービス内容	障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援その他必要な支援を行う。	
対象者	<p>保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、認定こども園に通う障害児又は乳児院、児童養護施設その他児童が集団生活を営む施設として市が認めた施設に入所する障害児であって、当該施設において、専門的な支援が必要と認められた障害児</p>	
支給量	(単位)	日/月
	標準	必要と認められる量(最大2日まで)
支給決定期間	<p>支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内</p> <p>(支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)</p>	
他制度との適用関係	併給可	
留意事項	<p>・児童発達支援(医療型含む)又は放課後等デイサービスと併給する場合は、同一時間帯での支援の提供でない限りにおいて、報酬の算定は可能であるが、保育所等訪問支援を同一日に複数回算定することや障害福祉サービス(居宅介護を除く。)と同一日に算定することはできない。</p>	



サービス名称	地域活動支援センター						
サービス内容	通所による創作的活動、生産活動及び社会との交流の機会を提供する。						
対象者	通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち、必要と認められるもの						
支給量	(単位)	日/月					
	標準	1週における利用日数×5週(最大23日まで)					
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)						
他制度との適用関係	訓練等給付サービス(共同生活援助を除く)との併給不可 (ただし、通所施設へ通うための移行期間として組み合わせることは可能。)						
留意事項	・支給決定においては「障害者の調査票」による聞き取りを行う。(表5参照)						

サービス名称	移動支援							
サービス内容	社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出(通勤、通学等の繰り返し継続される外出、営利活動のための外出、長期の外出及び社会通念上不適当な目的等のための外出を除く)に対し、個別移動支援及びグループ移動支援を提供する。							
対象者	屋外での移動に困難がある障害者等であって必要と認められるもの							
支給量	(単位)	日/月						
	障害支援区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
	身体介護(無)	標準	居宅介護(通院介助)の支給量に準ずる					
	身体介護(有)	標準						
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 (支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内)							
他制度との適用関係	併給可							
留意事項	・支給決定においては、「障害者の調査票」により(障害支援区分の認定を受けている者は、障害支援区分の値により)身体介護の有無の認定を行う。 (表5参照)							

サービス名称	日中一時支援	
サービス内容	施設等において、障害者等に日中活動の場を提供し、見守り、社会に適応するための日常的な訓練等を行う。	
対象者	在宅の障害者等	
支給量	(単位)	日／月
	標準	15日
	加算後	必要と認められる量（最大23日まで）
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）	
他制度との適用関係	併給サービスとの支給量調整有り	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支給決定においては、「障害者の調査票」により（障害支援区分の認定を受けている者は、障害支援区分の値により）利用区分（区分1～3及び重症心身障害児者）を認定を行う。（表5参照）</li> </ul>	

サービス名称	訪問入浴	
サービス内容	居宅での入浴が困難な在宅の重度障害者等に対し、訪問入浴車を派遣して入浴等の介護を提供する。	
対象者	在宅の障害者等であって、寝たきり状態にあるもの	
支給量	(単位)	回／月
	標準	5回
	加算後	必要と認められる回数（最大10回まで）
支給決定期間	支給決定日から当該月の末日までの期間+1年以内 （支給決定日が月の初日である場合は、支給決定日から1年以内）	
他制度との適用関係	介護保険制度優先	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規申請時は、意見書（訪問入浴サービス用）及び入浴承諾書の提出が必要（更新時は意見書のみ省略可）</li> <li>加算後の支給量については下記の事項を勘案し、支給量を決定する。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1 他のサービスでの入浴の可否について</li> <li>2 皮膚疾患や医師による指示の有無について</li> </ol> </li> </ul>	

## 同行援護アセスメント調査票

アセスメント項目中、「1～3」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		0点	1点	2点	特記事項	備考
1	視力障害	視力(6-1)	普通(日常生活に支障がない)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・約1m離れた視力確認表の図が見える。</li> <li>・目の前に置いた視力確認表の図が見える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ほとんど見えない</li> <li>・見えているのか判断不能</li> </ul>	障害程度区分認定調査項目「6-1」と同じ	矯正視力による測定とすること
2	視野障害	視野	ない 又は右記以外	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周辺視野角度(Ⅰ/四視標による。以下同じ。)の総和が左右眼それぞれ80度以下であり、かつ、両眼中心視野角度(Ⅰ/二視標による。以下同じ。)が56度以下である。</li> <li>・両眼開放視認点数が70点以下であり、かつ、両眼中心視野視認点数が40点以下である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下であり、かつ、両眼中心視野角度が28度以下である。</li> <li>・両眼開放視認点数が70点以下であり、かつ、両眼中心視野視認点数が20点以下である。</li> </ul>	視力に上記問題がなく、視野に障害がある場合に評価すること	
3	夜盲	網膜色素変性症による夜盲等	ない 又は右記以外		—	視力、視野に上記問題がなく、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こと 必要に応じて様式例による医師意見書を添付	人的支援なしに視覚情報により単独歩行が可能である場合に「歩行できる」と判断すること
4	移動障害	盲人安全つえ(又は盲導犬)の使用による単独歩行	慣れていない場所であっても歩行ができる	慣れた場所での歩行のみできる	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である場合に「歩行できる」と判断すること

### 【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」等が想定される。

※「歩行」については、「車いす操作」等の移動手段を含むこと。

## 『行動援護』及び『重度障害者等包括支援』の判定基準表

※外出時の支援を利用する場合

調査項目等		判定基準				
①	コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定の者であればコミュニケーションできる 3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる 5. コミュニケーションできない
②	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
③	大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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	異食行動	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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	多動・行動停止	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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
⑥	不安定な行動	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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
⑦	自らを傷つける行為	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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
⑧	他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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
⑨	不適切な行為	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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
⑩	突発的な行動	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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
⑪	過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 稀に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に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
⑫	てんかん	1. 年に1回以上			2. 月に1回以上	3. 週に1回以上
	得点	0点			1点	2点

合計	点
----	---

※『行動援護』：合計得点が10点以上

※『重度障害者等包括支援』：合計得点が10点以上

# 障害児の調査票（5領域20項目）

調査日：

（表3）

対象児童氏名：

児童生年月日：

保育所・幼稚園・学校名：

児童年齢：

利用施設・事業所名：

領域	項目	判断項目①		判断項目②		判断項目③		判断項目④		5-11 読替
		※各々の判断項目のうち、当てはまるもの1つに“○”を記入してください。								
1	健康・生活	(1)	食事	一人で食べることができる	見守りや声かけがあれば食べることができる	一部支援が必要である	常に支援が必要である	1	5	
		(2)	排せつ	一人でトイレに移動して排泄することができる	見守りや声かけがあればトイレに移動して排せつすることができる	一部支援が必要である	常に支援が必要である	2	5	
		(3)	入浴	一人で入浴することができる	見守りや声かけがあれば入浴することができる	一部支援が必要である	常に支援が必要である		3	
		(4)	衣類の着脱	一人で衣類の着脱ができる	見守りや声かけがあれば衣類の着脱ができる	一部支援が必要である	常に支援が必要である			
2	感覚・運動	(5)	感覚器官（聞こえ）	特に問題なく聞こえる	補聴器などの補助装置があれば聞こえる	聞き取りにくい音がある/過敏等で補助装置が必要である	音や声を聞き取ることが難しい			
		(6)	感覚器官（口腔機能）	嚙んで飲み込むことができる	柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる	介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる	哺乳瓶などを使用している/口から食べることが難しい			
		(7)	姿勢の保持（座る）	一人で座り、手を使って遊ぶことができる	手で支えて座ることができる	身体の一部を支えると座ることができる	座るために全身を支える必要がある			
		(8)	運動の基本技能（目と足の協応）	ケンケンが3回以上できる	交互に足を出して階段を昇り・降りできる	両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる	階段は同じ足を先に出して昇る			
		(9)	運動の基本的技能（移動）	一人で歩くことができる	一人で歩くことができるが、近くでの見守りが必要である	一人で歩くことができるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要	一人で歩くことが難しい	4		
3	認知・行動	(10)	危機回避行動	自発的に危機を回避することができる	声かけ等があれば危機を回避することができる	危機を回避するためには、支援者の介入が必要である			5	
		(11)	注意力	集中して取り組むことができる	部分的に集中して取り組むことができる	集中して取り組むことが難しい			5	
		(12)	見通し（予測理解）	見通しを立てて行動することができる	声かけがあれば見通しを立てて行動することができる	視覚的な情報があれば行動することができる	その他の工夫が必要	5		
		(13)	見通し（急な変化対応）	急な予定変更でも問題ない	声かけがあれば対応できる	視覚的な手掛かりがあれば対応できる	その他の工夫やサポートが必要	5		
		(14)	その他	乱暴な言動はほとんどみられない	乱暴な言動がみられるが、対処方法がある	乱暴な言動がみられ、対処時方法も特でない		5		
4	言語・コミュニケーション	(15)	2項関係（人対人）	目が合い、微笑むことや、嬉しそうなお表情をみせる	訴えている（要求する）時は目が合う	あまり目が合わない/合っても持続しない	ほとんど目が合わない	5		
		(16)	表出（意思の表出）	言葉を使って伝えることができる	身振りで伝えることができる	泣いたり怒ったりして伝える	意思表示が難しい			
		(17)	読み書き	支援が不要	支援が必要な場合がある	常に支援が必要		5		
5	人間関係・社会性	(18)	人との関わり（他者への関心・興味）	自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する	ごく限られた人であれば反応する	自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある	過剰に反応する、または全く反応しない	5		
		(19)	遊びや活動（トラブル頻度）	ほとんどないか、あっても自分たちで解決できる	トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる	支援があっても、解決できる場面とできない場面がある	トラブルが頻繁に起き、解決することも難しい	5		
		(20)	集団への参加（集団参加状況）	指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる	興味がある内容であれば部分的に参加できる	支援があればその場にいられる	参加することが難しい	5		

（裏面もあります）



# 就学児サポート調査票

(放課後等デイサービス・短期入所・行動援護を利用する方)

(表4)

受給者番号			
氏名		年齢	
通園・通学先			
利用事業所			

**《記入上の注意》**  
 ○太枠部分を記入してください。  
 ○判断に迷った場合は、備考欄にお子さんの状況を記入してください。  
 ○裏面もあります。

	項目	0点	1点	2点	備考
1	<b>【コミュニケーション】</b> 家族や支援者等と意思疎通ができる	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない	<input type="checkbox"/> 特定の者であればコミュニケーションできる <input type="checkbox"/> 会話以外の方法でコミュニケーションできる	<input type="checkbox"/> 手話や筆談、絵カード等を用いても、意思の伝達ができない <input type="checkbox"/> 自分の意思の伝達ができているかどうか判断ができない	
2	<b>【説明の理解】</b> 家族や支援者等からの説明を理解できるかどうか	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 簡単な口頭での説明をおおむね理解し反応できる	<input type="checkbox"/> 理解できないことが多く、説明に応じた行動ができない <input type="checkbox"/> 絵カード等を使うと、おおむね理解できる	<input type="checkbox"/> 理解できない <input type="checkbox"/> 理解できているか判断できない	
3	<b>【大声・奇声を出す】</b> 周囲が驚いたり、他者が迷惑となるような大声や奇声を出す、物などで周囲に不快な音を立てる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
4	<b>【異食行動】</b> 食べられないものを口に入れたり、飲み込んだりする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 希にある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
5	<b>【多動・行動停止】</b> 興味や関心が強く、多動になったり、その対象にこだわって動かなくなる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
6	<b>【不安定な行動】</b> 予定や状況等が変わることが受け入れられず、パニック状態になる等、行動が不安定になる場合	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
7	<b>【自らを傷つける行為】</b> 自分の体を叩く、傷つける、頭髪を抜くなどの行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 希にある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
8	<b>【他人を傷つける行為】</b> 他人を叩いたり蹴ったりする等、他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 希にある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
9	<b>【不適切な行為】</b> 興味、関心が優先し、判断能力が不十分等により、他人に抱きついたり、物を持ってきてしまう行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 希にある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
10	<b>【突発的な行動】</b> 突然走って行ってしまふような、突発的な行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 希にある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
11	<b>【過食・反すう等】</b> 過食、過飲、拒食、飲み込んだ食物を口の中に戻す等、食に関する行動上の問題がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 希にある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	

# 就学児サポート調査票

(放課後等デイサービス・短期入所・行動援護を利用する方)

	項目	0点	1点	2点	備考
12	<b>【てんかん発作】</b> てんかん発作があるか	<input type="checkbox"/> 過去にてんかん歴なし	<input type="checkbox"/> 経過観察あり（服薬なし）	<input type="checkbox"/> 診断あり <input type="checkbox"/> 服薬により発作を予防している <input type="checkbox"/> 月に1回以上 <input type="checkbox"/> 週に1回以上	
13	<b>【そううつ状態】</b> 気分の憂鬱や高揚により危険を防止するための支援が必要な場合	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 希にある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
14	<b>【反復的行動】</b> 特定の行為を反復する、儀式的な行為にとられる等により日常生活に支障がある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
15	<b>【対人面の不安緊張、集団生活への不適応】</b> 人に会うと緊張する、または不安になり外出等ができない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週に1回程度以上 <input type="checkbox"/> 日常的に支援が必要	
16	<b>【読み書き】</b> 文章の読み書きに支援が必要かどうか	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 理解できる部分もあるが、見守りや口頭で補足等が必要	<input type="checkbox"/> 文字の読み書き・理解に全面的な支援が必要	
	小計		項目×1点= 点	項目×2点= 点	

合計点数	点
------	---



## 障害者の調査票

訓練等給付費：(就労継続支援A型・就労継続支援B型・就労移行支援)

地域生活支援事業：(移動支援・日中一時支援・地域活動支援センター)

受給者番号		氏名	
-------	--	----	--

利用施設・事業所名： \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

	項目	区分	判断基準
①	食 事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する。
②	排せつ	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する。
③	入 浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 身体を洗ってもらうなど一部介助を要する。
④	移 動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 手を貸してもらうなど一部介助を要する。
⑤	行動障害 および 精神症状	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (週5日以上)の支援や 配慮等が必要  <input type="checkbox"/> 週に1回以上の 支援や配慮等が 必要  <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>ほぼ毎日</span> <span>項目</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>週に1回以上の 支援や配慮が必要</span> <span>項目</span> </div>	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か月間に5日以上現れている週が2週以上ある場合。  調査日前の1か月間に毎週1回以上現れている場合又は調査日前の1か月間に2回以上現れている週が2週以上ある場合。 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日           <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要         </div> <input type="checkbox"/> 睡眠障害や食事・排せつに係る不適応行動(多飲水や過飲水を含む)。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日           <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要         </div> <input type="checkbox"/> 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日           <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要         </div> <input type="checkbox"/> 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日           <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要         </div> <input type="checkbox"/> 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日           <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要         </div> <input type="checkbox"/> 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日           <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要         </div> <input type="checkbox"/> 学習障害のため、読み書きが困難 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> <input type="checkbox"/> ほぼ毎日           <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要         </div>

### 【区 分】

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(週5日以上)の支援や配慮等が必要」が1項目以上
区分2	①～④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1回以上の支援や配慮等が必要」が1項目以上
区分1	区分3又は区分2に該当しない者で、①～④項目のうち「一部介助」又は「全介助」が1項目以上

調査日：令和 年 月 日

調査員氏名： \_\_\_\_\_

## 障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア（医師用）

医療的ケア判定スコアは、医療的ケアを必要とする者が障害福祉サービス等（通所サービスや（短期）入所施設等）を利用するにあたり、どの程度の看護職員の配置を必要とするか等を判断するためのスコアです。患者が必要とする医療的ケア等について、下部の記載要領に沿って記載をお願いします。

医療機関名		医療機関 住所地	〒           —
		連絡先 電話番号	

患者氏名		患者生年月日	年    月    日	
初回判定年月日 （初回記入欄）	年    月    日	医師氏名	（ふりがな）	連絡先電話番号
				—           —

NICU等から退院した児童の保護者の負担軽減の必要性	有           ·           無
----------------------------	---------------------------

- ※ NICU等から退院して間もない（若しくは退院する予定の）児童の場合に限りチェックを付けてください。
- ※ 在宅における児童の養育に係る負担が著しく、ホームヘルパーやショートステイ等の必要性があると思われる場合に「有」に○を付けてください。そうでない場合は「無」に○を付けてください。

<b>更新 時 用</b>	①更新判定 （2回目記入欄）	判定年月日	年    月    日	医師氏名	（ふりがな）	連絡先電話番号
						—           —
	②再更新判定 （3回目記入欄）	判定年月日	年    月    日	医師氏名	（ふりがな）	連絡先電話番号
						—           —

- ※ 障害福祉サービス等は1年に1回程度（サービスによっては3年に1回程度）更新が必要です。更新時に裏面の医療的ケアスコアの内容に変更がない場合、上記の①更新判定（または②再更新判定）の欄に、判定年月日、医師氏名、連絡先電話番号のみ記載して、申請者に提供してください。医療的ケアの内容に変更があった場合は、新たに判定スコアを作成してください。

### 裏面の医療的ケア判定スコア 記載要領

**【基本スコア】**

申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア（診療の補助行為）について、該当する行為に☑を付けてください。  
 ※ 「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯（朝～夕方）、「夜間」とは障害児者が（短期）入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。

**【見守りスコア】**

いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守りスコアの基準（目安）を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに☑を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

医療的ケア(診療の補助行為)	基本スコア		基本スコア	見守りスコア			見守りスコアの基準(目安)		
	日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。	<input type="checkbox"/>		10点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がない等のために人工呼吸器除去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに 対応する必要がある場合(2点)	直ちにはないがおおむね15分以 内に対応する必要がある場合(1 点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。(人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0~2点+気管切開8点)	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ除去に対して直ちに 対応する必要がある場合(2点)		それ以外の場合
3 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>		5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ除去に対して直ちに 対応する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
4 酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響が たらされる場合(1点)		それ以外の場合
5 吸引(口鼻腔・気管内吸引)	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点)		それ以外の場合
6 ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	/					
7 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、 食道瘻		<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
	(2) 持続経管注入ポンプ使用		<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
9 皮下注射 注)いずれか一つを選択	(1) 皮下注射(インスリン、麻薬など)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)	それ以外の場合
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加 点しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
12 導尿 注)いずれか一つを選択	(1) 利用時間中の間欠的導尿		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	/			
	(2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎 瘻、尿路ストーマ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
13 排便管理 注)いずれか一つを選択	(1) 消化管ストーマ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
	(2) 摘便、洗腸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	/			
	(3) 洗腸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	/			
14 痙攣時の 坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注)医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場 合	<input type="checkbox"/>		3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痙攣が10分以上重積する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が 高い場合(2点)		それ以外の場合

(a)基本スコア合計

<日中>	<夜間>
------	------

(b)見守りスコア合計

--

(a)+(b)判定スコア

<日中>
------

(a)+(b)判定スコア

<夜間>
------

### 在宅での就労系サービス利用に係る届出書

年 月 日

事業所番号										
事業所名										
所在地										
担当者										
電話番号										

受給者番号										
利用者氏名										
サービス種類	就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型									

在宅サービスを提供する曜日・日時
月・火・水・木・金・土・日

在宅サービス提供内容（具体的に記載すること）

在宅サービス提供による支援効果（具体的に記載すること）

【在宅での就労系サービス利用における提供要件（全て満たす必要あり）】

- ① 在宅利用者が行う作業活動、訓練等のメニューが確保されていること。
- ② 1日2回の連絡、助言又は進捗状況の確認、日報が作成されていること。作業活動、訓練等の内容又は利用者の希望等に応じ、1日2回を超えた対応も行うこと。
- ③ 緊急時の対応ができること。
- ④ 作業活動、訓練等を行う上で疑義が生じた際の照会等に対し、随時、訪問や連絡による必要な支援が提供できる体制を確保すること。
- ⑤ 事業所職員による訪問、利用者における通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用により、評価等を1週間につき1回は行うこと。
- ⑥ 原則として月の利用日数のうち1日は事業所職員による訪問又は利用者による通所により、訓練目標に対する達成度の評価等を行うこと。
- ⑦ ⑤が通所により行われ、あわせて⑥の評価等も行われた場合、⑥による通所に置き換えて差し支えない。

※運営規定において、在宅で実施する訓練内容及び支援内容を明記すること。

※指定権者から求められた場合、訓練・支援内容及びに訓練・支援状況を提出できるようにしておくこと。



石巻市障害福祉サービス等支給決定基準

<発行>

令和6年10月

石巻市保健福祉部障害福祉課

〒986-8501 石巻市穀町14番1号

電話0225-95-1111