

徳島市障害福祉サービス等支給決定基準

～障害福祉サービス等・障害児通所支援等・地域生活支援事業～



徳島市イメージアップキャラクター「トクシイ」

令和7年4月

徳島市健康福祉部障害福祉課

余 白

目 次

はじめに～概要～	1
Ⅰ 徳島市障害福祉サービス等支給決定基準について	2
Ⅱ サービスの体系	3
Ⅲ 障害福祉サービス等の申請に係るマイナンバーの取扱いについて	4
障害福祉サービス等支給決定ガイドライン	6
Ⅰ 障害福祉サービス等の支給決定について	7
Ⅱ 居宅介護等（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護）支給決定ガイドライン	10
Ⅲ 重度障害者等包括支援支給決定ガイドライン	17
Ⅳ 短期入所（ショートステイ）支給決定ガイドライン	19
Ⅴ 日中活動系サービス（生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援）支給決定ガイドライン	22
Ⅵ 居住系サービス（療養介護・施設入所支援・宿泊型自立訓練・共同生活援助・就労定着支援・自立生活援助）支給決定ガイドライン	28
Ⅶ 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）支給決定ガイドライン	33
Ⅷ 計画相談支援支給決定ガイドライン	34
Ⅸ 障害福祉サービスに係るやむを得ない事由による措置	38
Ⅹ 障害者・障害児区分別障害福祉サービス対象者整理表	40
障害児通所支援等支給決定ガイドライン	41
Ⅰ 障害児通所支援等の支給決定について	43
Ⅱ 障害児通所支援支給決定ガイドライン	45
Ⅲ 障害児相談支援支給決定ガイドライン	51
Ⅳ 障害児通所支援に係るやむを得ない事由による措置	51
地域生活支援事業支給決定ガイドライン	52
Ⅰ 地域生活支援事業支給決定ガイドライン	54
障害福祉サービス等の利用者負担	57
Ⅰ 障害福祉サービス・障害児通所支援の利用者負担について	59
Ⅱ 障害福祉サービス等の利用者負担上限額管理について	61
資料・様式等	63

余 白

はじめに～概要～

I 徳島市障害福祉サービス等支給決定基準について

1 目的

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律(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等及び地域生活支援事業、児童福祉法における障害児通所支援の支給決定の透明化・明確化を図るため、支給の要否及び支給量の決定について支給決定基準を定め、サービスの支給決定を行う。

なお、支給決定基準中、特段の定めが無い場合は、各法律、規則、省令、事務処理要領等に準ずる取扱いとするが、本市における特段の定めが必要である場合はこれを優先する。

2 支給決定基準で定めるもの

(1) 障害福祉サービス

支給決定にあたっての基本的な考え方及び支給決定の方法、支給基準、介護保険制度等他法の給付及び地域生活支援事業との併給関係について

(2) 障害児通所支援

支給決定にあたっての基本的な考え方及び支給決定の方法、支給基準、障害福祉サービス及び地域生活支援事業との併給関係について

(3) 地域生活支援事業(移動支援事業、日中一時支援事業、福祉ホーム、身体障害者訪問入浴サービス事業)

障害福祉サービス、障害児通所支援、介護保険制度等他法の給付等との併給関係について

3 支給決定基準(ガイドライン)について

サービスの支給決定は、障害支援区分の他、サービスの利用意向、家族等の介護者の状況、社会参加の状況など聴き取り調査の内容、サービス等利用計画案等を勘案して、サービスの種類や量について、支給決定を行う。

この支給決定を行うにあたり、支給決定の透明化・明確化を図るため、支給量の決定等に関し支給決定基準を設定し、これに基づく支給決定を行う。

4 支給決定基準作成にあたって

この支給決定基準における支給量については、本市の実情等を考慮し、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。

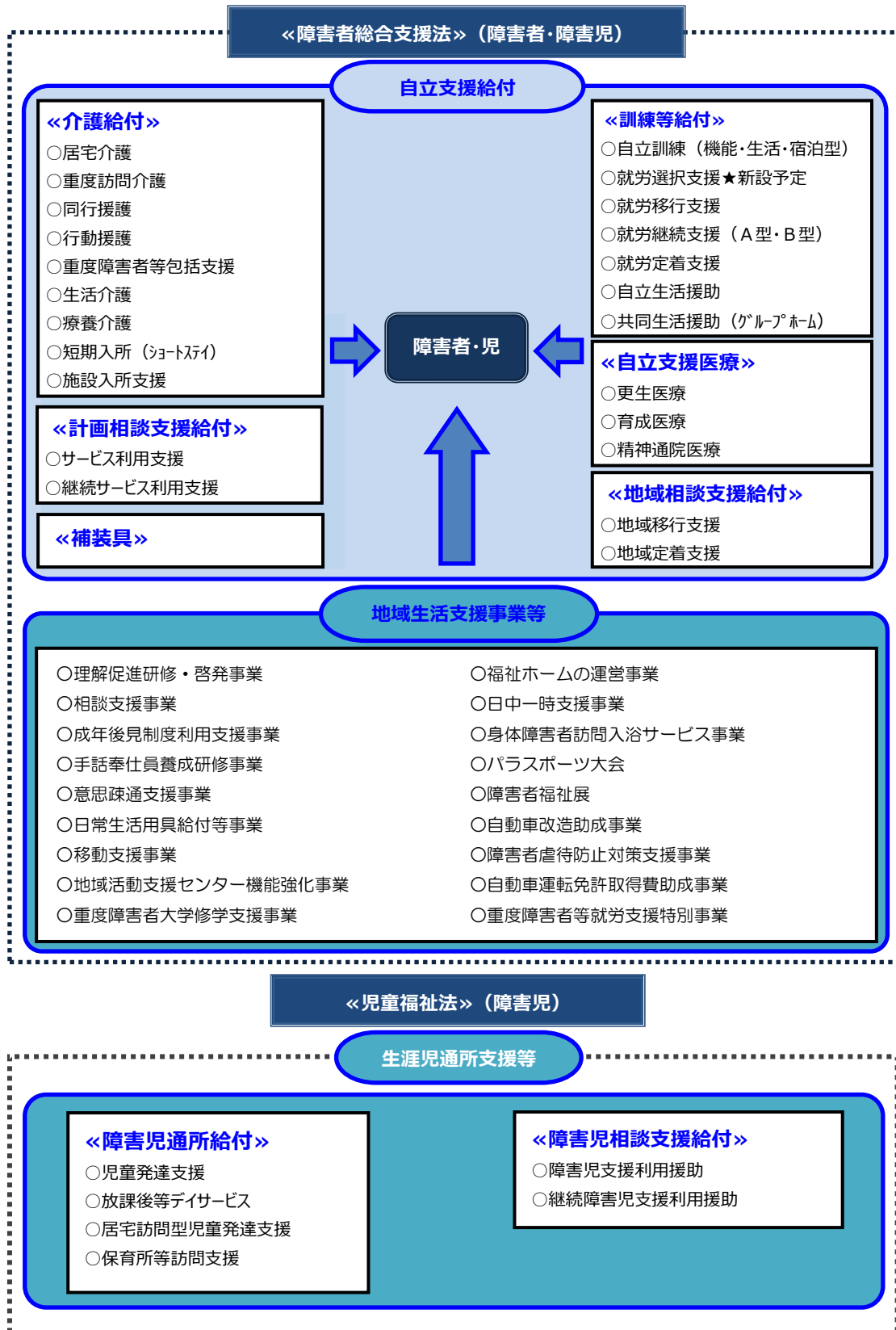
この支給基準は現段階での状況により設定するもので、今後の財政状況や制度変更により適宜見直しを行うことがある。

なお、この支給決定基準で定めるもののほか、支給決定に関する必要な事項は別に定める。

II サービスの体系

障害者総合支援法による障害福祉サービス等の体系は、個々の障害者の支援の必要度や生活の実情等を踏まえて、個別に支給決定が行われる障害福祉サービスと市町村の創意工夫により、利用者の状況に応じて柔軟に実施できる地域生活支援事業で構成されている。

また、障害者総合支援法による障害福祉サービス等の体系とは別に、障害児に対しては、児童福祉法に基づく、障害児通所支援等がある。



Ⅲ 障害福祉サービス等の申請に係るマイナンバーの取扱いについて

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴い、下記の要領で障害福祉サービス等の申請時に本人確認(個人番号確認と身元確認)を行う。

1 [本人が手続を行う場合] 本人確認(番号確認と身元確認)に必要な書類

【番号確認と身元確認両方可能なもの】	
・マイナンバーカード(個人番号カード) ※交付には申請が必要	

【番号確認のみ可能で、身元確認のために確認書類が必要なもの】	
番号確認書類 (右記のいずれか)	<ul style="list-style-type: none"> ・通知カード(平成27年10月以降に書留郵便で届いた紙のカード) ・個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書
身元確認書類	<p>次のものは、いずれか1点提示が必要 (官公署発行の顔写真つき証明)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害者手帳(身体障害者・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳) ・運転免許証・運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る。) ・旅券(パスポート)・在留カード又は特別永住者証明書 ・国又は地方公共団体の機関が発行した写真付き証明書 等
	<p>次のものであれば、いずれか2点提示が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害福祉サービス受給者証・通所受給者証・地域生活支援事業受給者証・自立支援医療受給者証・重度心身障害者医療費受給者証 ・国民健康保険・健康保険・後期高齢者医療・介護保険の被保険者証 ・国民年金手帳 ・児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書 等

(注) 郵送の場合は、書類又はその写しの提出が必要

2 [代理人が手続を行う場合] 本人確認(番号確認と身元確認)に必要な書類

下記のそれぞれの項目ごとにいずれか1点ずつ必要		
代理権の確認	代理人の身元の確認	本人の番号確認
後見人等法定代理人の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・戸籍謄本 ・登記事項証明書等 	以下の代理人の書類 <ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカード(個人番号カード) ・運転免許証・運転経歴証明書 ・旅券(パスポート) ・障害者手帳 ・国又は地方公共団体の機関が発行した写真付き証明書 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人のマイナンバーカード(個人番号カード)又はその写し ・本人の通知カード又はその写し ・本人の個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書又はその写し
家族、その他の任意代理人の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・委任状又は本人との関係がわかる書類等 ・本人に限り所持している書類等(表面[本人が手続を行う場合]の表中に記載している書類)の提示等 		

(注) 郵送の場合は、書類又はその写しの提出が必要

余 白

障害福祉サービス等支給決定ガイドライン

I 障害福祉サービス等の支給決定について

1 対象となる障害者等

障害者総合支援法における障害者及び障害児とは、下記の身体障害、知的障害、精神障害の3障害に加え、難病等対象者に該当する者をいう。

(1)障害者

ア 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者

イ 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

ウ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障害者(発達障害者支援法第2条第2項に規定する発達障害者を含み、知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。)のうち18歳以上である者

エ 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主務大臣が定める程度である者であって18歳以上である者(難病等対象者)

(2)障害児

児童福祉法第4条第2項に規定する障害児

2 対象となる障害者又は障害児の確認方法

支給申請があった場合は、以下の書類等により、申請者又はその児童が給付の対象となる障害者又は障害児であるかどうかを確認する。

(1)身体障害者

身体障害者手帳

(2)知的障害者

ア 療育手帳

イ 療育手帳を有しない場合は、市町村が必要に応じて知的障害者更生相談所に意見を求めて確認する。

(3)精神障害者

ア 精神障害者保健福祉手帳

イ 精神障害を事由とする年金を現に受けていることを証明する書類(国民年金、厚生年金などの年金証書等)

ウ 精神障害を事由とする特別障害給付金を現に受けていることを証明する書類

エ 自立支援医療受給者証(精神通院医療)

オ 医師の診断書(国際疾病分類 ICD-10 コードを記載した精神障害者であることが確認できる内容のもの)等

(4)難病等対象者(別表1)

医師の診断書、特定医療費(指定難病)受給者証、登録者証(指定難病)、指定難病に罹患していることが記載されている難病医療費助成の却下通知等

(5)障害児

ア 障害者手帳

イ 特別児童扶養手当等の受給証書

ウ 徳島県中央こども女性相談センター等の意見書等

エ 医師の診断書等

3 他法との給付調整について

自立支援給付は、障害者総合支援法第7条の規定により、介護保険法の規定による介護給付、健康保険法の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付又は事業であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受け、又は利用することができるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付又は事業以外の給付であって国又は地方公共団体の負担において自立支援給付に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。

政令で定める事業例（障害者総合支援法施行令第2条抜粋）

（法第七条の政令で定める給付等）

- ・健康保険法、国民健康保険法、国家公務員・地方公務員共済組合法、高齢者の医療の確保に関する法律等の規定による療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、移送費等
- ・労働基準法等の規定による療養補償、労働者災害補償保険法等の規定による療養給付等
- ・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
- ・介護保険法の規定による地域支援事業（第一号事業に限る。） など

4 介護保険制度との適用関係

自立支援給付の介護給付費と介護保険法における介護保険給付及び地域支援事業との適用関係については、介護保険法における介護保険給付（地域密着型サービスを含む）又は地域支援事業が優先される。

なお、介護保険給付の対象となる者は、以下に該当する者である。

- (1) 第1号被保険者（65歳以上の者）
- (2) 第2号被保険者（40歳以上65歳未満の者）で、以下の特定疾病に該当する者

【特定疾病】

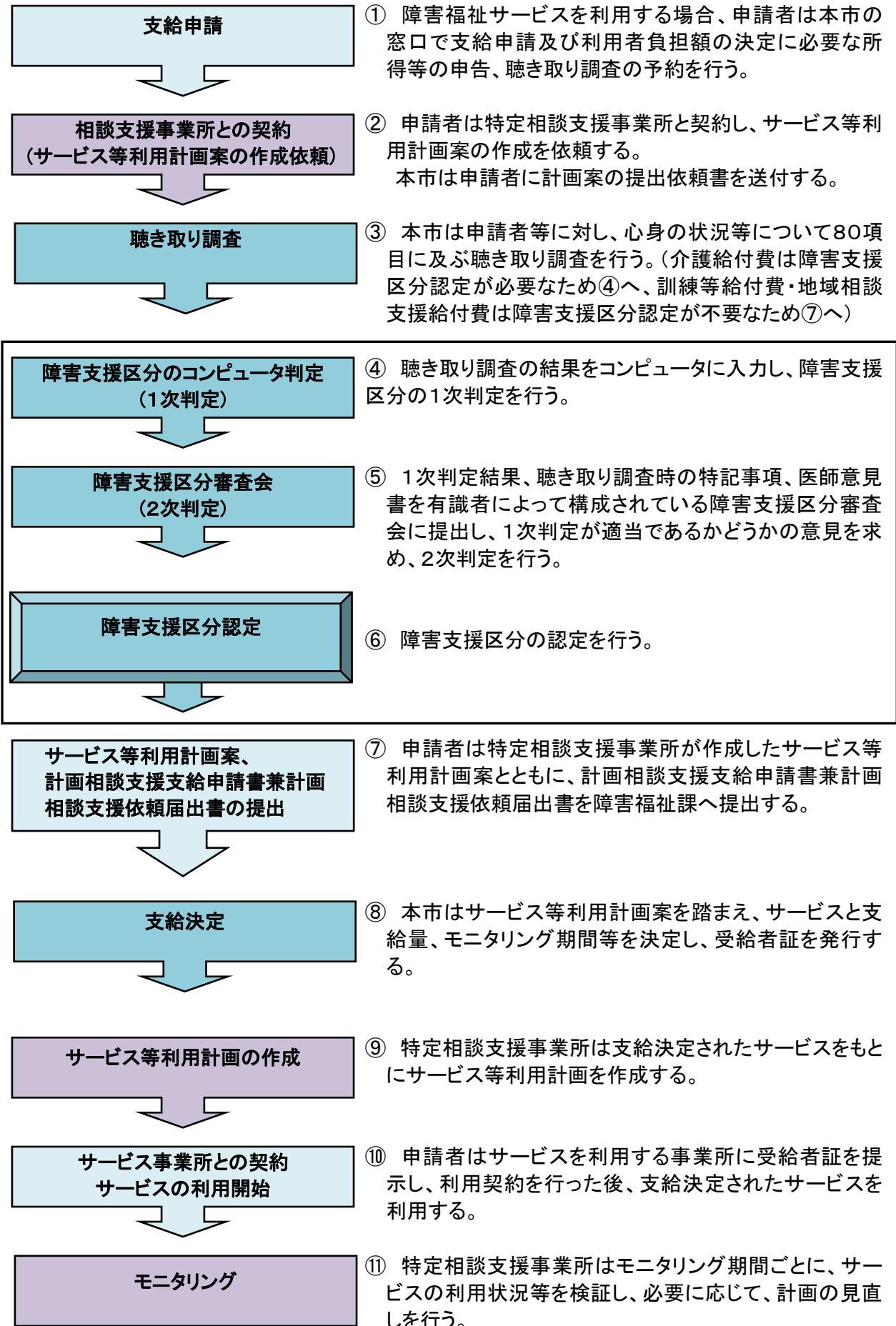
- ①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- ②関節リウマチ
- ③筋萎縮性側索硬化症
- ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨脊柱管狭窄症
- ⑩早老症
- ⑪多系統萎縮症
- ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患
- ⑭閉塞性動脈硬化症
- ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

なお、40歳以上65歳未満の医療保険未加入者であって、特定疾病により要介護又は要支援の状態にある生活保護受給者に係る介護扶助と障害者総合支援法の介護給付費等及び地域生活支援事業の一環として実施される訪問入浴サービス事業との適用関係については、生活保護制度における補足性の原理により、障害者総合支援法の介護給付費等及び訪問入浴サービス事業が介護扶助に優先される。

5 障害福祉サービスの申請から利用までのながれ

障害福祉サービスの申請から利用までのながれについては、次項のとおり。

障害福祉サービスの申請から利用までのながれ



Ⅱ 居宅介護等（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護）支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
介護給付	居宅介護 (ホームヘルプ)	居宅で入浴、排せつ又は食事の介護等を行います。【身体介護・家事援助・通院等介助・通院等乗降介助】	区分1以上の障害者及びこれに相当する障害児(下記「対象者について」参照)
	重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害者若しくは精神障害者であって常時介護を要する障害者に、居宅における入浴、排せつ又は食事の介護等及び外出時における移動中の介護を総合的に行うとともに、病院等に入院等している障害者に、意思疎通支援その他必要な支援を行います。	区分4以上で以下のいずれかに該当する障害者 ①二肢以上に麻痺等かつ「歩行」「移乗」「排尿」「排便」が全て「支援が不要」以外に該当する障害者 ②行動関連項目(最高24点)中合計10点以上の障害者
	同行援護	視覚障害により移動に著しい困難がある人に対し、外出時に同行し、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外出する際の必要な援助を行います。	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点以上の視覚障害者(児)
	行動援護	知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有し、常時介護を要する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等を行います。	区分3以上で行動関連項目(最高24点)中合計10点以上の知的障害者又は精神障害者及びこれに相当する障害児
基準支給量／支給決定期間		居宅介護等ガイドラインを参照	1年以内

1 対象者について

【居宅介護】

(1) 障害者の支給決定方法

障害支援区分が区分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

※通院等介助(身体介護を伴う場合)は下記ア・イのいずれにも該当する者

ア 区分2以上に該当していること。

イ 障害支援区分の認定調査項目のうち、それぞれ①から⑤に掲げる状態のいずれか一つ以上に認定されていること。

- ①「歩行」「全面的な支援が必要」
- ②「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」
- ③「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」
- ④「排尿」「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
- ⑤「排便」「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

(2) 障害児に係る支給決定の方法

居宅介護の申請があった場合、障害の種類や程度の把握のために、5領域11項目(別表2)の調査を行った上で支給の要否を決定する。

居宅介護のうち障害児に係る通院等介助(身体介護を伴う場合)の対象者については、5領域11項目の調査を行った上で、障害児に係る通院等介助(身体介護を伴う場合)の判断基準に準じ、日常生活において身体介護が必要な障害児であって、かつ、通院等介助のサービス提供時において、「歩行」、「移乗」、「移動」、「排尿」及び「排便」について支援が必要と想定されるかどうかによって判断する。

【重度訪問介護】

障害支援区分が区分4以上であって、下記(1)から(2)のいずれかに該当する者

- (1) 二肢以上に麻痺等があり、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。
- (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)(別表3)の合計点数が10点以上である者(行動援護事業者等によるアセスメント等が必要)

なお、重度訪問介護サービス費の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。

ア 100分の8.5 区分6に該当する者

イ 100分の15 (1)に該当する者であって、重度障害者等包括支援の対象となる者

※15歳以上の障害児が重度訪問介護を申請する場合は、児童福祉法附則第63条の2又は第63条の3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、市町村長に通知した場合、障害者とみなし、障害者の手続に沿って支給の要否を決定することから、徳島県中央こども女性相談センターに意見書の作成を求め、その意見書に基づき、支給の対象とどうかを判断するものとする。

【同行援護】

同行援護アセスメント調査票(別表4)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。

なお、同行援護サービス費の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) 100分の20 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)
- (2) 100分の40 区分4以上に該当する者(障害児にあつてはこれに相当する支援の度合)
- (3) 100分の25 盲ろう者(対象者であり、聴覚障害6級に相当する者。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。)

※ (1)及び(3)又は、(2)及び(3)の要件を満たす者は、それぞれの加算を算定できる。

【行動援護】

障害支援区分が区分3以上であって、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(別表3)。

障害児の場合は、5領域11項目(別表2)の調査を行い、上記12項目の行動関連項目の調査等を行った結果、障害者の場合と同様に10点以上が対象となる(てんかん発作について医師意見書は不要)。

2 支給量について

各サービスの支給量については、基準支給量の範囲内で障害支援区分やサービス内容及び介護者の状況に応じて、必要な時間数(通院等乗降介助は回数)の決定を行う。

また、居宅介護においては、支給決定の際に1回あたり利用可能時間を併せて決定する。利用可能時間については、1回あたりの原則利用時間(身体介護及び通院介助(身体介護を伴う):3時間、家事援助及び通院介助(身体介護を伴わない:1.5時間以内)が設定されているが、やむを得ない理由のため原則利用時間を超える支援が必要な場合は、その具体的な理由と必要とする時間数を記載した理由書(別紙1)又はサービス等利用計画案の記載内容を勘案し、本市が特に必要であるとみなす場合には、原則利用時間を超過した時間数で決定することができる。

3 支給決定における勘案項目について

下記(1)から(3)に該当する者については、サービス等利用計画、意見書、その他の書類等により支援の必要性を勘案し、一定の支給量の追加を行うことができる。

(1)単身世帯等で介護者の支援がない者又はこれに準ずる者

原則、障害者本人のみの単身世帯で、介護できる者がいない場合や同居者等(近所に居住している者を含む)がいるが、その者が障害者・高齢者・疾病等を有する者等であって、介護や家事等を行うことが期待できない場合が該当する。

これに準ずる者とは、現に介護を行っている同居者等がいるが、同居者等が就労しており、昼間の介護が全く望めない場合、又は同居者等が障害者・高齢者・疾病等を有する者等のみで、一定の介助能力は期待できるが、対象者の介護を行うことは体力的にほとんど期待できない場合等、何らかの理由により介護にあたることができる時間や能力が大きく制限される場合が該当する。

(2)2人介護対象者

入浴・排泄時の移乗・その他のサービスを行う場合、本人の身体的理由(体格・体重)、粗暴行為・迷惑行為、その他の理由により、サービス等利用計画に2人派遣が想定される場合が該当する(次項「4 2人介護について」参照)。

(3)地域移行者

長期(概ね1年以上)に及ぶ施設入所や入院から退所又は退院する場合、もしくは事故・病気等により入院し、障害者となって退院する場合。退院・退所時を起点として3ヶ月単位で加算を反映した支給決定を行い、3ヶ月経過後に再度利用状況等を確認し、必要に応じて加算を行う期間を最大3ヶ月延長する。

(4)意思伝達に配慮が必要な者

ア 文字盤や指文字、手話、ワープロ利用など物理的に時間を要するコミュニケーション支援が必要な者

イ 知的障害等で特別なコミュニケーション手段(独自のジェスチャーや絵カードなど)を用いなければ意志の疎通ができないなどにより、通常に較べてコミュニケーションに大幅に時間を要する者

4 2人介護について

厚生労働大臣が定める要件(平成18年厚生労働省告示第546号)により2人介護の条件は次のとおりです。

- (1) 障害者等の身体的理由により一人の従業者による介護が困難と認められる場合
- (2) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損等が認められる場合
- (3) その他障害者等の状況等から判断して、上記(1)(2)に準ずると認められる場合

また、2人介護については、理由書(別紙1)又はサービス等利用計画等により上記に該当すると認められる場合に適用できる。

なお、上記(1)から(3)に該当する場合で、やむを得ない事由により、利用者の保護者等と事業所のヘルパーの2人で介護を行う場合についても同様の取扱いとする。

5 重度訪問介護と居宅介護の併給について

重度訪問介護は、身体介護や家事援助等の援助が断続的に行われることを総合的に評価して設定しており、同一の事業者がこれに加えて身体介護及び家事援助等の居宅介護サービス費を算定することはできない。ただし、当該者にサービスを提供している事業所が利用者の希望する時間帯にサービスを提供することが困難である場合であって、他の事業者が身体介護等を提供する場合にあつては、この限りでない。

6 行動援護、同行援護、重度訪問介護と移動支援事業の併給について

外出時の支援である行動援護、同行援護、重度訪問介護は移動支援事業に優先するため、各サービスの対象となる者は移動支援事業の利用はできない。(別紙2『徳島市移動支援事業(個別支援型)ガイドライン』を参照のこと。)

7 その他の障害福祉サービスとの併給について

(1) 共同生活援助(グループホーム)入居者の居宅介護について

グループホーム入居者(体験的な利用を行う者を含む。)は、入居中は、居宅介護及び重度訪問介護を利用することはできない(区分4以上で重度訪問介護・行動援護対象者、区分4以上の入居者、経過的居宅介護型共同生活援助事業所の利用者を除く)。

ただし、下記に該当する場合は居宅介護等の併給が可能である。

ア 区分1以上で、かつ、慢性疾患等の障害者であつて、医師の指示により、定期的に通院を必要とする者で、通院介助が個別支援計画に位置付けられている者

グループホーム入居者の通院介助については、基本的に日常生活上の支援の一環として、当該事業者が対応することになるが、慢性疾患の利用者がいる場合、定期的に通院を必要とし、世話人等が個別に対応することが困難な場合があることから、上記の要件のもと、通院介助(ホームヘルプ)の利用を認める(2回/月を限度とする)。

イ グループホーム入居者が一時帰宅する場合

グループホーム入居者が一時帰宅する場合は、通常、受け入れ体制が確保されていることが想定されるが、本市が特に必要と認める場合においては、共同生活援助に係る報酬が全く算定されない期間中に限り、居宅介護又は重度訪問介護について支給決定を行うことは可能である。

(2) 施設入所者の居宅介護の利用について

施設入所支援を受ける障害者については、施設入所支援以外の日中系サービスを併せて支給決定を行うこととなるが、当該日中活動系サービス以外の障害福祉サービスについては、原則として利用することはできない。

ただし、障害者支援施設に入所する者が一時帰宅する場合は、通常、受け入れ体制が確保されていることが想定されるが、本市が特に必要と認める場合においては、施設入所支援に係る報酬が全く算定されない期間中に限り、居宅介護等について支給決定を行うことは可能である。

8 介護保険との併用関係について

介護保険との併用については、原則、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(平成 19 年3月 28 日障企発第 0328002 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名 通知)に則った取扱いとするが、本市における介護保険サービス利用者の居宅介護等支給対象者の標準的な範囲については下記のとおりとする。

(1) 介護保険認定で非該当となった者

(2) 全身性障害者(両上肢・両下肢(各2級以上)のいずれにも障害が認められる肢体不自由1級の者及びこれに準ずる者であると本市が認める者)のうち、介護保険サービスを限度額まで利用しても、なおサービスの利用が必要とされる者であって、本市が障害福祉サービスの支給が特に必要と認める者

(3) 介護保険にはないサービス(行動援護、同行援護等)の利用を希望する者

(4) 介護予防サービス対象者(要支援1・2)又は総合事業対象者で、介護保険サービスで利用することができない通院等介助及び通院等乗降介助の利用を希望する者

9 居宅介護等の支給決定基準について

居宅介護等の支給決定基準支給量は次に定めるとおり。

10 非定型による支給決定

なお、支給量について、本市が支給決定基準を超える支給決定を行うことが特に必要と認める場合は、支給決定に当たり、徳島市障害支援区分審査会の意見を聴いた上で個別に支給量を決定することができるものとする。

11 居宅介護等支給決定基準(単位:時間・回)

表中の支給量は各サービスを単独で支給する場合の支給量を示しているため、身体介護と家事援助など、複数のサービスを組み合わせる場合は別表(別表5~6)を参照のこと。

◆居宅介護等支給決定基準支給量(基本)

(単位:時間・回)

サービス名		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
家事援助 通院等介助(身体伴わない)	基本	22	28	42	53	76	110	43
	勘案対象者	26	34	50	64	85	122	48
身体介護 通院等介助(身体伴う)	基本	9 <small>身体介護のみ</small>	12	18	23	32	47	20
	勘案対象者	11 <small>身体介護のみ</small>	14	22	28	36	52	22
通院等乗降介助	基本	33	41	62	78	112	162	63
	勘案対象者	40	49	74	94	125	180	71
重度訪問介護	基本				111	139	172	
	勘案対象者				122	153	189	
行動援護	基本			31	42	56	72	40
	勘案対象者			34	46	62	79	44
同行援護	基本	35	35	35	35	35	35	35

◆居宅介護等支給決定基準支給量(日中活動系サービス支給決定者)

(単位:時間・回)

サービス名		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
家事援助 通院等介助(身体伴わない)	基本	22	28	42	53	76	96	43
	勘案対象者	26	34	50	64	85	107	48
身体介護 通院等介助(身体伴う)	基本	9 <small>身体介護のみ</small>	12	18	23	32	41	20
	勘案対象者	11 <small>身体介護のみ</small>	14	22	28	36	46	22
通院等乗降介助	基本	33	41	62	78	112	141	63
	勘案対象者	40	49	74	94	125	158	71
重度訪問介護	基本				62	80	96	
	勘案対象者				68	88	106	
行動援護	基本			24	31	39	47	40
	勘案対象者			26	34	43	52	44
同行援護	基本	35	35	35	35	35	35	35

◆居宅介護等支給決定基準支給量(介護保険要介護認定者)

(単位:時間・回)

サービス名	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
家事援助・通院等介助(身体伴わない)	22	28	42	53	76	110	
身体介護・通院等介助(身体伴う)	9 <small>身体介護のみ</small>	12	18	23	32	47	
通院等乗降介助	33	41	62	78	112	162	
重度訪問介護				63	63	63	
行動援護				19	19	19	
同行援護	35	35	35	35	35	35	

◆居宅介護等支給決定基準支給量(介護保険要支援認定者)

(単位:時間・回)

サービス名	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
通院等介助(身体伴わない)	15	19	28	28	28	28	
通院等介助(身体伴う)		8	12	12	12	12	
通院等乗降介助	22	28	41	41	41	41	
重度訪問介護							
行動援護				19	19	19	
同行援護	35	35	35	35	35	35	

※居宅介護を申請する者で、区分4以上の者は介護保険の再認定が必要

◆居宅介護等支給決定基準支給量(共同生活援助利用者)

(単位:時間)

サービス名	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
居宅介護(行動援護対象者)				13	17	25	
居宅介護(重度訪問介護対象者)				16	20	28	
居宅介護(上記以外で区分4以上の者)				8	12	20	
居宅介護(介護保険対象者)				17	17	17	
重度訪問介護対象者				33	43	59	
重度訪問介護対象者(介護保険給付対象者)				17	17	17	
通院等介助(身体伴わない)	12	12	12	12	12	12	
通院等介助(身体伴う)		5	5	5	5	5	

◆居宅介護等支給決定基準支給量(共同生活援助受託居宅介護利用者)

(単位:時間)

サービス名	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
サービス共通		2.5	10	15	21.5	31.5	

◆居宅介護等支給決定基準支給量(施設入所者が一時帰宅する場合) (単位:時間・回)

サービス名	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児
家事援助・通院等介助(身体伴わない)	7	8	12	15	22	32	
身体介護・通院等介助(身体伴う)	3 <small>身体介護のみ</small>	3	5	6	9	13	
通院等乗降介助	9	12	18	22	32	46	

※施設入所者は共同生活援助(グループホーム)を含む。

Ⅲ 重度障害者等包括支援支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
介護給付	重度障害者等包括支援	常時介護を要し、その介護の必要の程度が著しく高い障害者等に、居宅介護等の障害福祉サービスを包括的に提供します。	区分6の障害者及びこれに相当する障害児で意思疎通が著しく困難であり、以下の要件に該当する障害者(児) ①重度訪問介護対象者で四肢全てに麻痺等があり、寝たきり状態であって、次のいずれかに該当する者 ・人工呼吸器で呼吸管理を行っている者 ・最重度知的障害者 ②認定調査項目の行動関連項目等の合計点数が10点以上の者
基準支給量／支給決定期間		重度訪問介護260時間以内／月 利用するサービスに応じて決定する	

1 対象者について

区分6(障害児にあつては、これに相当する支援の度合い)に該当し、意思疎通を図ることに著しい支援がある者であつて、次の(一)又は(二)のいずれかに該当すること。

類型	状態像
(一) 重度訪問介護の対象であつて、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	ア 人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者(Ⅰ類型)
	イ 最重度知的障害者(Ⅱ類型)
(二) 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

(1) I 類型

ア 障害支援区分6の「重度訪問介護」対象者

イ 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。

ウ 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

エ 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

オ 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

(2) II 類型

ア 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認

イ 障害支援区分6の「重度訪問介護」対象者

ウ 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。

エ 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

オ 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) III 類型

ア 障害支援区分6の「行動援護」対象者

イ 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

ウ 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 (別表3)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

2 重度障害者等包括支援の取扱いについて

重度障害者等包括支援の取扱いについては、平成30年3月30日付け事務連絡「平成30年4月以降の重度障害者等包括支援の取扱いについて」に基づいて取り扱うものとする。

IV 短期入所(ショートステイ)支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
介護給付	短期入所(ショートステイ)	居宅でその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設等への短期間の入所を必要とする障害者等に、夜間も含め施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ又は食事の介護等を行います。	区分1以上の障害者及び障害児調査票により区分1以上に該当する障害児
基準支給量/支給決定期間		7日/月以内	1年以内

1 対象者について(支給決定の種類)

(1) 福祉型短期入所サービス費

障害者 区分1以上に該当する障害者

障害児 区分1以上(厚生労働大臣が定める区分)に該当する障害児

(2) 医療型短期入所サービス費Ⅰ・Ⅱ

障害者

医療型(療養介護)

ア 障害支援区分6に該当し、気管切開に伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている

イ 障害支援区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は障害支援区分5以上に該当する重症心身障害者(※)

障害児

医療型(重心):重症心身障害児(※)

(3) 医療型短期入所サービス費Ⅲ

障害者

医療型(その他)

ア 障害支援区分1以上に該当し、かつ、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者(上記(2)に掲げる基準に該当しない重症心身障害者(※)等)

イ 障害支援区分1以上に該当し、かつ、医師により筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有すると診断された者

障害児

医療型(重心) 重症心身障害児

(※) 重症心身障害者(児)とは、重度の肢体不自由(1・2級)及び重度の知的障害(A判定)が重複している者(略称:重心)とする。

2 障害児の支給決定について

障害児の場合は、5領域11項目の調査(別表2)を行い、現行の単価基準に準じて、次のとおり

単価区分を適用する。

短期入所の単価区分

【区分3】①～④の項目のうち「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

【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1回以上」が1項目以上

【区分1】区分3又は2に該当しない障害児で、①～④の項目のうち「一部介助」又は「全介助」が1項目以上

3 支給量について

サービスの支給量については、月7日の範囲内で支給決定を行う。ただし、利用者の心身の状況・生活環境等を勘案し、特に必要と認められる場合は、必要な日数で支給決定をすることができるものとする。

なお、長期(連続)利用日数については、30日を限度とする。

また、年間利用日数については、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所を利用する日数が年間180日を超えないようにしなければならない。

4 支給決定における勘案等について

やむを得ない理由等がある者で支給量の追加が必要と認められる場合に限り、申請により一時的に支給量を増やすことができる。

この場合、サービス等利用計画案及び理由書(別紙1)に必要な支給量や具体的な理由を記載のうえ提出する。

<変更理由の例>

社会的理由 : 疾病、出産、事故、災害、失踪、出張、転勤、看護、冠婚葬祭、学校等の公的行事への参加

その他の理由 : 旅行、休息、生活訓練等でサービス等利用計画、意見書、その他の書類等により、支援が必要と認められる場合は、その理由を勘案し、支給決定を行う。

5 他の障害福祉サービスとの併給について

施設入所者又は共同生活援助を行う住居に入所(入居)する者は、入所(入居)中は原則として短期入所を利用することはできない。

ただし、入所(入居)者が、一時帰宅中において、短期入所が必要な事情が生じた場合には、通常、入所施設又は共同生活援助を行う住居に戻って必要な支援を受けることが想定されるが、一時帰宅中の施設入所支援等の報酬(帰宅時支援加算は含まない。)が算定されない期間においては、帰宅先における介護者の一時的な事情により必要な介護を受けることが困難で、かつ、帰宅先と入所施設又は共同生活援助を行う住居とが遠隔地であるため直ちに入所施設又は共同生活援助を行う住居に戻ることも困難である場合等、本市が特に必要と認める場合は、支給決定を行うことは可能である。

6 介護保険との併用関係について

介護保険との併用については、原則、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する

ための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(平成 19 年3月 28 日障企発第 0328002 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名 通知)に則った取扱いとし、介護保険サービスにおいて、当該サービスが利用できる場合は、介護保険サービスが障害福祉サービスに優先するため、障害福祉サービスの短期入所の利用はできない。



V 日中活動系サービス(生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援)支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
介護給付	生活介護	常時介護を要する障害者に、主として昼間、障害者支援施設等において行われる入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供等を行います。	<ul style="list-style-type: none"> ・区分3以上の障害者(50歳未満)【入所者は区分4以上】等 ・区分2以上の障害者(50歳以上)【入所者は区分3以上】等
基準支給量／支給決定期間		各月の日数－8日／月	3年以内
訓練等給付	自立訓練 (機能訓練・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練等を行います。	機能訓練:身体障害者 生活訓練:知的障害者及び精神障害者
基準支給量／支給決定期間		各月の日数－8日／月	1年以内
訓練等給付	就労移行支援	通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる障害者に、一定期間、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等を行います。	就労を希望し就労が見込まれる障害者等
基準支給量／支給決定期間		各月の日数－8日／月	1年以内
訓練等給付	就労継続支援 (A型・B型)	通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に、就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練等を行います。	A型:雇用契約に基づく就労が可能な障害者 B型:雇用に結びつかない人や一定年齢に達している障害者等
基準支給量／支給決定期間		各月の日数－8日／月	1年以内(B型50歳未満の者) 3年以内

1 対象者について

【生活介護】

- (1) 障害支援区分が区分3(障害者支援施設に入所する場合は区分4)以上である者
- (2) 年齢が50歳以上の場合は、障害支援区分が区分2(障害者支援施設に入所する場合は区分3)以上である者
- (3) 障害者支援施設に入所する者であって障害支援区分4(50歳以上の場合は障害支援区分

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の手続を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者

【自立訓練(機能訓練)】

- (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
- (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

【自立訓練(生活訓練)】

- (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
- (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

【就労移行支援】

- (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者
- (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、就労を希望する者

※65歳以上の者は、65歳に達する前5年間（入院等の期間を除く）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けており、65歳に達する前日に就労移行支援の支給決定を受けていた者に限る。

※本市では、障害者雇用もしくはアルバイト等を含む一般就労との併用を原則認めていない。

【就労継続支援A型】

- (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
- (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
- (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

※65歳以上の者は、65歳に達する前5年間（入院等の期間を除く）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けており、65歳に達する前日に就労継続支援A型の支給決定を受けていた者に限る。

※本市では、障害者雇用もしくはアルバイト等を含む一般就労との併用を原則認めていない。

【就労継続支援B型】

- (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
- (2)50歳に達している者又は障害基礎年金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

(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、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者。

※本市では、障害者雇用もしくはアルバイト等を含む一般就労との併用を原則認めていない。

2 支給量について

サービスの支給量については、原則、各月の日数－8日(原則の日数)で支給決定を行う。

3 支給決定における勘案等について

原則として一人の障害者が一月に利用できる日数(支給量)は、「原則の日数」を上限とすることを基本とする。ただし、次の場合には、「原則の日数」を超える支給量を定めることが可能なものとする。

(1) 日中活動サービスの事業運営上の理由から、「原則の日数」を超える支援が必要となる場合は、都道府県に届け出ることにより、当該施設が特定する3か月以上1年以内の期間(以下、「対象期間」という。)において、利用日数の合計が「原則の日数」の総和の範囲内であれば利用することができるものとする。

(2) (1)に該当しない場合であっても、心身の状態が不安定である、介護者が不在で特に支援の必要があるなど、利用者の状態等に鑑み、本市が必要と判断した場合には、「原則の日数」を超えて利用することができるものとする。

4 暫定支給決定の取扱いについて

訓練等給付に係る障害福祉サービスは、障害者本人の希望を尊重し、より適切なサービス利用を図る観点から、希望するサービスの継続利用についての利用者の最終的な意向の確認及びサービスの利用が適切かどうかの客観的な判断を行うための期間(暫定支給決定期間)を設定した短期間の支給決定(暫定支給決定)を行うこととしている。

ただし、暫定支給決定の対象サービスに係る支給申請のあった障害者について、すでに暫定支給決定期間中に行うアセスメントと同等と認められるアセスメントが行われており、改めて暫定支給決定によるアセスメントを要しないものと本市が認めるときは、暫定支給決定は行わなくても差し支えないものとする。

なお、就労継続支援A型については、以下の①又は②のような場合に暫定支給決定期間中に行うアセスメントと同等と認められるアセスメントが行われているものとする。

- ① 現在、就労継続支援A型を利用している障害者が、他の市町村に転居する場合であって、転居後の市町村においても引き続き就労継続支援A型の利用を希望する場合に、転居前に利用していた就労継続支援A型事業所から転居後に利用する予定の就労継続支援A型事業所にアセスメント情報が引き継がれており、かつ、当該アセスメント情報の内容から、改めて暫定支給決定を要しないと市町村が判断できる場合。
- ② 就労移行支援を利用していたが、一般企業に就職できなかった障害者が、就労継続支援A型の利用を希望する場合に、当該就労移行支援事業所から利用予定の就労継続支援A型事業所にアセスメント情報の内容から、改めて暫定支給決定を要しないと市町村が判断できる場合。

(1) 暫定支給決定の対象サービス

- ア 自立訓練(機能訓練、生活訓練、宿泊型自立訓練)
- イ 就労移行支援
- ウ 就労継続支援A型

(2) 暫定支給決定期間

暫定支給決定期間については、支給決定を行った日から当該日が属する月の末日までの期間と翌月までの期間を合算した期間とする。ただし、支給決定又は地域相談支援給付決定を行った日が月の初日である場合は、2か月間とする。

(3) 暫定支給決定期間のみの支給決定を行う方法

ア 本市は、2か月間を支給決定期間の上限として暫定支給決定を行う。

※支給決定日の属する月の翌月の末日(支給決定日が月の初日である場合は支給決定日の属する月若しくはその翌月の末日)を暫定支給決定の有効期間の満了日とする。

イ 暫定支給決定期間の満了日までには本支給決定の要否が決定できるよう、利用者が利用するサービス提供事業者からアセスメント結果等の提出を受ける(指定特定相談支援事業者にも提出)。指定事業所は別紙3～5及び9の様式に基づいてアセスメントを行うものとする。

ウ 利用者がサービス利用の継続を希望して支給申請をした場合、本市は、暫定支給決定期間が満了するまでに、本支給決定の要否決定を行う。

※ 本支給決定を行う場合の有効期間は、暫定支給決定期間を含めて最長1年間(就労継続支援A型の場合は3年間。暫定支給決定の有効期間の初日が月途中の場合は、1年間(3年間)に当該月の末日までの期間を加えた期間)とする。

5 自立訓練・就労移行支援・就労継続支援のサービス更新について

自立訓練・就労移行支援については、標準利用期間が設定されており、就労継続支援については、一般就労が困難な障害者を想定したサービスであるため、支給決定の更新時には、サービス管理責任者によるアセスメント(評価)を踏まえ、他のサービスの利用や一般就労の可能性を検討し、更新の要否を判断するものとする。

なお、指定事業所は下記の様式に基づいてアセスメントを行うものとする。

(1) 就労継続支援A型・就労継続支援B型…別紙8～10

(2) 標準利用期間設定サービス(自立訓練・就労移行支援)…別紙11～13

6 自立訓練・就労移行支援の標準利用期間について

自立訓練・就労移行支援については、サービスの長期化を回避するため、2年間の標準利用期間を設定するとともに、支給決定期間は1年間までとしている。この1年間の利用期間では、十分な成果が得られず、かつ、引き続きサービスを提供することによる改善効果が具体的に見込まれる場合には、標準利用期間の範囲内で、1年ごとに支給決定期間の更新が可能である。

なお、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年間の更新が可能である(原則1回)。

この場合の更新の際には、指定事業所は前記6の別紙11、13及び別紙14、15に基づいてアセスメントを行うものとする。

【標準利用期間】

(1) 自立訓練(機能訓練)

1年6か月間(頸髄損傷による四肢の麻痺等は3年間)

(2) 自立訓練(生活訓練)

2年間(長期間入院していた等は3年間)

(3) 就労移行支援

2年間(あん摩マッサージ師、はり・きゅう師等の資格取得目的で養成施設を利用する場合は、3年間又は5年間)

7 自立訓練・就労移行支援の再支給決定について

国の資料においては、就労移行支援・自立訓練は生涯一度のみの利用が原則ではなく、再支給決定が可能としているため、以下に該当する者で、就労移行支援・自立訓練の再申請を希望する者については、サービス利用の必要性があるとみなし、再度支給決定を行うことができるものとする。

(1) 一般就労等を経て、その後離職等により生活環境の変化等があった者

(2) 標準利用期間の間に利用者の傷病等により支援の中断又は他のサービスに変更せざるを得なくなった場合

上記(1)(2)に該当する者についての支給決定は下記のとおり行う。

ア 申請者が再度就労移行支援等の利用を希望する場合、サービスの再申請の理由、下記②に該当する者は以前利用していたサービスの中断等をした理由を記載した理由書又は意見書、サービス等利用計画又は利用予定事業所のアセスメント及び個別支援計画の提出を求め、サービス利用の必要性等を勘案した上で支給決定を行う。

① 新たに別の事業所を利用する場合

訓練のメニュー等が以前の事業所とは異なり、一定期間の訓練が必要と想定されるため、1年間の支給決定期間で支給決定を行う。

② 以前利用していた事業所と同一事業所を利用する場合

以前の訓練の続きとして訓練を継続することが想定されるため、原則、前回の標準利用期間の残存期間で支給決定を行う。ただし、残存期間が短期間であり、訓練期間が短いことにより成果が期待できない等、サービス利用計画等により短期間でサービスの利用が適当でないとみなされる場合については、1年以内の支給決定期間で支給決定を行うことができるものとする。

イ 同一事業所において、就労移行支援→就労継続支援B型→就労移行支援というような単にサービスを切り換えて継続していくような利用のしかたは適正でないため、上記の対象になるかどうか判断する際は、十分に検証を行ったうえで、支給決定する。

8 就労移行支援・就労継続支援を在宅において利用する場合の支援について

就労移行支援又は就労継続支援において、通所利用が困難であり、在宅による支援がやむを得ないと本市が判断した利用者に対して就労移行支援又は就労継続支援を提供する場合の取扱いは「就労移行支援及び就労継続支援の取扱いについて」(別紙16)のとおりとする。

9 他の障害福祉サービスとの併給について

施設入所支援受給者が、共同生活援助を体験的に利用する場合には、その間、共同生活援助の利用が可能となるとともに、併せてその期間中の日中活動サービスの利用も可能である。

日中活動サービスについては、その効果的な支援を図る観点から、通常、同一種類のサービスを継続して利用することが一般的であると考えられるが、障害者の効果的な支援を行う上で本市が特に必要と認める場合には、複数の日中活動サービスを組合せて支給決定を行うことは可能である。

なお、複数の日中活動サービスの支給決定を受けている場合でも、日中活動サービスに係る報酬は一日単位で算定されることから、同一日に複数の日中活動サービスを利用することはできない(同一日に同一サービスを異なる事業所で利用した場合を含め、同一日においては、一の事業所以外は報酬を算定できない。)。ただし、本市が日中活動サービスの利用と併せて宿泊型自立訓練が特に必要と認めた場合を除く。

10 介護保険との併用関係について

介護保険との併用については、原則、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(平成19年3月28日障企発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知)に則った取扱いとし、介護保険サービスにおいて、当該サービスが利用できる場合は、介護保険サービスが障害福祉サービスに優先する。

【生活介護】

介護保険サービスには生活介護と類似する通所介護があるが、本人の心身の状況、障害特性やサービスを必要とする理由により、介護保険サービスの通所介護等で適切な支援を受けることができない場合であって、本市が生活介護の利用が適当と認める場合は、介護保険対象者でも支給決定は可能である。

この場合、介護保険のケアマネージャー又は指定特定相談支援事業所の相談支援専門員と連携を図ることとし、本人の心身等の状況、障害特性、サービスを必要とする理由を記載したケアプラン又はサービス等利用計画等を勘案し、本市が特に必要と認めた場合に支給決定を行うことができる。

【就労移行支援・就労継続支援】

サービスの内容や趣旨から、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ものと認められるものであるため、本市がサービスの内容、利用目的や申請者の状態から、サービスを利用することが必要と認める場合は、支給決定を行うことができる。

VI 居住系サービス(療養介護・施設入所支援・宿泊型自立訓練・共同生活援助・就労定着支援・自立生活援助)支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
介護給付	療養介護	医療と常時介護を要する障害者に、主として昼間において、病院等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います。	<ul style="list-style-type: none"> ・区分6で気管切開を伴う人工呼吸器で管理を行っている障害者 ・区分5で進行性筋萎縮症患者又は重症心身障害者等
基準支給量／支給決定期間		各月の日数／月	3年以内
介護給付	施設入所支援	施設に入所する障害者に、夜間や休日に、入浴、排せつ又は食事の介護等を行います。	<p>【生活介護受給者】区分4以上の障害者(50歳以上は区分3以上)等</p> <p>【自立訓練・就労移行支援受給者】訓練等が必要かつ効果的である・通所により訓練等が困難な障害者等</p>
基準支給量／支給決定期間		各月の日数／月	3年以内
訓練等給付	宿泊型自立訓練	居室その他の設備を利用し、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います。	日中、一般就労や障害福祉サービスを利用している知的障害者、精神障害者
基準支給量／支給決定期間		各月の日数／月	1年以内
訓練等給付	共同生活援助 (グループホーム)	障害者に、夜間や休日に、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います。	身体障害者 知的障害者 精神障害者
基準支給量／支給決定期間		各月の日数／月	3年以内

訓練等給付	就労定着支援	就労移行支援等を利用して、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います。	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月以上3年6月未満の障害者(病気や障害により通常の事業所を休職し、就労移行支援等を利用した後、復職した障害者であって、就労を継続している期間が6月以上3年6月未満の障害者も含む。)
基準支給量／支給決定期間		各月の日数／月	1年以内
訓練等給付	自立生活援助	居宅における自立した日常生活を営む上での問題について、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環境整備に必要な援助を行います。	障害者支援施設若しくは共同生活援助を利用していた障害者又は居宅で単身若しくは障害や疾病等のある家族等と同居しているため日常生活を営む上で問題に対する支援が見込めない状況にある障害者
基準支給量／支給決定期間		各月の日数／月	1年以内

1 対象者について

【療養介護】

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

【施設入所支援】

- (1) 生活介護を受けている者であって障害支援区分が区分4(50歳以上の者にあつては区分3)以上である者
- (2) 自立訓練又は就労移行支援を受けている者であって、入所させながら支援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、通所によって支援等を受けることが困難な者
- (3) 生活介護を受けている者であって障害支援区分4(50歳以上の場合は障害支援区分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の手続を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者
- (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の手続を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者

【宿泊型自立訓練】

自立訓練(生活訓練)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知的障害者・精神障害者

【共同生活援助(グループホーム)】

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。)

なお、共同生活援助の利用対象者とする身体障害者の範囲については、施設からの地域移行の推進などの趣旨を踏まえ、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。

【就労定着支援】

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つて、就労を継続している期間が6月以上3年6月未満の障害者(病気や障害により通常の事業所を休職し、就労移行支援等を利用した後、復職した障害者であつて、就労を継続している期間が6月以上3年6月未満の障害者も含む。)

【自立生活援助】

障害者支援施設若しくは共同生活援助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下記の障害者等。

- (1) 障害者支援施設、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等に入所していた障害者(児童福祉施設に入所していた18歳以上の者、障害者支援施設等に入所していた15歳以上の障害者みなしの者も含む)。
- (2) 共同生活援助(グループホーム)又は福祉ホームに入居していた障害者
- (3) 精神科病院に入院していた精神障害者
- (4) 救護施設又は更生施設に入所していた障害者
- (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
- (6) 更生保護施設に入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
- (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つて、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

2 宿泊型自立訓練の標準利用期間について

標準利用期間は、原則2年間(長期間入院していた者等は3年間)とし、利用開始から1年ごとに利用継続の必要性について確認し、支給決定の更新を行う。

なお、標準利用期間を超えて支給決定の更新を行おうとする場合には、市町村審査会の意見

を聴くものとする。

3 共同生活援助における地域移行支援型ホームの標準利用期間について

地域移行支援型ホームは、地域生活への移行プロセスを支える経過的な共同生活住居と位置付け、以下の条件等を満たす場合に利用を限定している。

- ・経過的な利用とする(原則2年間)
- ・地域住民との交わりを確保する
- ・居住の場としてふさわしい環境を確保する
- ・地域のサービス整備量が十分でない場合に限る
- ・指定特定相談支援事業所がサービス等利用計画を作成した長期入院精神障害者に限る

このため、2年間を超えて支給決定の更新の申請があった場合には、市町村審査会の意見を聴き、真に必要やむを得ない事情があるかどうかを十分に確認し、真にやむを得ない場合に限り必要最小限の有効期間でサービスの更新を行う。

4 就労定着支援・自立生活援助の標準利用期間について

標準利用期間は、就労定着支援が3年間、自立生活援助が1年間とし、利用開始から1年ごとに利用継続の必要性について確認し、支給決定の更新を行う。

なお、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年間の更新が可能である(原則1回。ただし、自立生活援助については、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は回数制限なく更新が可能。)が、就労定着支援については3年間の標準利用期間を超えて更新することはできない。

5 他の障害福祉サービスとの併給について

(1)グループホーム入居者の居宅介護について

グループホーム入居者(体験的な利用を行う者を含む。)は、入居中は、居宅介護及び重度訪問介護を利用することはできない(区分4以上で重度訪問介護・行動援護対象者、区分4以上の入居者、経過的居宅介護型共同生活援助事業所の利用者を除く)。

ただし、下記に該当する場合は併給可能である

ア 区分1以上で、かつ、慢性疾患等の障害者であって、医師の指示により、定期的に通院を必要とする者であって、通院介助が個別支援計画に位置付けられている者

グループホーム入居者の通院介助については、基本的に日常生活上の支援の一環として、当該事業者が対応することになるが、慢性疾患の利用者がいる場合、定期的に通院を必要とし、世話人等が個別に対応することが困難な場合があることから、上記の要件のもと、通院介助(ホームヘルプ)の利用を認める(2回/月を限度とする)。

イ グループホーム入居者が一時帰宅する場合

グループホーム入居者が一時帰宅する場合は、通常、受け入れ体制が確保されていることが想定されるが、本市が特に必要と認める場合においては、共同生活援助に係る報酬が全く算定されない期間中に限り、居宅介護又は重度訪問介護について支給決定を行うことは可能である。

(2) 施設入所者の居宅介護の利用について

施設入所支援を受ける障害者については、施設入所支援以外の日中系サービスを併せて支給決定を行うこととなるが、当該日中活動系サービス以外の障害福祉サービスについては、原則として利用することはできない。

ただし、障害者支援施設に入所する者が一時帰宅する場合は、通常、受け入れ体制が確保されていることが想定されるが、本市が特に必要と認める場合においては、施設入所支援に係る報酬が全く算定されない期間中に限り、訪問系サービスについて支給決定を行うことは可能である。

(3) 施設入所支援利用者のグループホーム利用について

施設入所支援受給者が、共同生活援助を体験的に利用する場合には、その間、共同生活援助の利用が可能となるとともに、併せてその期間中の日中活動サービスの利用も可能である（年50日以内かつ1回につき30日以内の利用制限あり）。

(4) グループホーム入居者・施設入所支援利用者の短期入所利用について

施設入所者又は共同生活援助を行う住居に入所（入居）する者は、入所（入居）中は原則として短期入所を利用することはできない。

ただし、入所（入居）者が、一時帰宅中において、短期入所が必要な事情が生じた場合には、通常、入所施設又は共同生活援助を行う住居に戻って必要な支援を受けることが想定されるが、一時帰宅中の施設入所支援等の報酬（帰宅時支援加算は含まない。）が算定されない期間においては、帰宅先における介護者の一時的な事情により必要な介護を受けることが困難で、かつ、帰宅先と入所施設又は共同生活援助を行う住居とが遠隔地であるため直ちに入所施設又は共同生活援助を行う住居に戻ることも困難である場合等、本市が特に必要と認める場合は、支給決定を行うことは可能である。

(5) 就労定着支援と自立生活援助又は自立訓練との併給について

就労定着支援は、障害者が新たに雇用された通常の事業所で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、指導及び助言等の支援を行うものであり、自立生活援助の支援内容を包含するため、自立生活援助との併給はできない。

また、就労定着支援を利用する障害者は、一般企業に6月以上就労が継続している障害者であり、新たに生活に関する訓練を行うことは想定されないため、自立訓練（生活訓練）との併給はできない。

(6) 自立生活援助と地域定着支援との併給について

自立生活援助は、障害者が自立した地域生活を営む上での各般の問題に対し、居宅への訪問や随時の相談対応等により当該障害者の状況を把握し、必要な情報提供や助言、連絡調整等の支援を行うものであり、地域定着支援の支援内容を包含するため、地域定着支援との併給はできない。

6 介護保険との併用関係について

介護保険との併用については、原則、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成19年3月28日障企発第0328002号通知）に則った取扱いとし、介護保険サービスにおいて、当該サービスが利用できる場合は、介護保険サービスが障害福祉サービスに優先する。

Ⅶ 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
地域相談支援給付	地域移行支援	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等に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います。	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者支援施設、児童福祉施設又は療養介護を行う病院等に入所している障害者 ・精神科病院に入院している精神障害者 ・救護施設又は更生施設等に入所している障害者
	地域定着支援	居宅において単身等で生活する障害者に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、緊急訪問その他必要な支援を行います。	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅において単身で生活している障害者 ・同居している家族等が疾病等により緊急時の支援が受けられない障害者
基準支給量／支給決定期間		各月の日数／月	地域移行支援 6か月以内 地域定着支援 1年以内

1 対象者について

【地域移行支援】

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(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含む)。
- (2) 精神科病院に入院している精神障害者
- (3) 救護施設又は更生施設に入所している障害者
- (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害者
- (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

【地域定着支援】

- (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害者であっても、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(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。)

2 他の障害福祉サービスとの併給等について

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、地域定着支援の対象とならない。

Ⅷ 計画相談支援支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
計画相談支援給付	サービス利用支援	利用者の状況等を勘案し、サービス等を利用するための利用計画を作成します。	サービスの申請・変更申請を行った障害者
	継続サービス利用支援	サービス等利用計画等が適切かどうか検証し、必要に応じ計画を見直し、計画の変更等を行います。	サービス等利用計画が作成された支給決定者
基準支給量／支給決定期間		—	サービスの支給決定期間

1 対象者について

障害福祉サービス又は障害児通所支援(以下「障害福祉サービス等」という。)の申請若しくは変更の申請に係る障害者若しくは障害児の保護者。

介護保険該当者については、介護保険のケアプランの作成対象者となるため、原則、計画相談支援の対象外とするが、本市が特に必要と認める場合については、この限りではない。(下記7の「サービス等利用計画における介護保険対象者の取扱いについて」を参照のこと。)

2 計画相談支援・障害児相談支援支給の流れ

(1)本市が障害福祉サービス等の申請者に対し、サービス等利用計画案又は障害児支援利用計画案(以下「利用計画案」という。)の提出を依頼する(申請のあった者に本市よりサービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書(以下「提出依頼書」という。))。

(2)申請者が指定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所(以下「指定事業所」という。)と計画相談支援又は障害児相談支援について利用契約を締結する(本市が送付した提出依頼書を確認)。

(3)指定事業所が、利用計画案を作成し、申請者に交付。

(4)申請者が本市に対し、以下の書類を提出。

ア 指定事業所が作成した利用計画案

イ 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書兼計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

(5)本市が障害福祉サービス等の支給(却下)決定と併せて、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給(却下)通知を送付。併せて、障害福祉サービス受給者証又は地域相談支援受給者証若しくは通所受給者証(障害児)を申請者に交付。

(6)指定事業所は、利用計画等(本計画)を作成し、申請者に交付。

(7)サービス利用開始

(8)モニタリング

3 計画相談支援・障害児相談支援の支援内容について

(1) サービス利用支援・障害児支援利用援助のサービス内容

サービス利用支援及び障害児相談支援とは、以下の支援のいずれも行うものをいう。

ア 障害福祉サービス等の申請若しくは変更の申請に係る障害者若しくは障害児及びその保護者の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービス等の種類及び内容その他の主務省令で定める事項を記載した利用計画案を作成する。

【利用計画案の記載事項】

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間

イ 支給決定若しくは支給決定の変更の決定後に、指定障害福祉サービス事業所、指定一般相談支援事業所等との連絡調整等の便宜を供与するとともに、支給決定に係るサービスの種類及び内容、担当者その他の主務省令で定める事項を記載した利用計画等を作成する。

【利用計画等の記載事項】

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ② 総合的な援助の方針
- ③ 生活全般の解決すべき課題
- ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
- ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
- ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
- ⑦ モニタリング期間
- ⑧ 福祉サービス等の利用料
- ⑨ 福祉サービス等の担当者

(2) 継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助のサービス内容

継続サービス利用支援及び継続障害児支援利用援助とは、支給決定障害者等が、支給決定の有効期間内において、当該者に係る利用計画等が適切であるかどうかにつき、主務省令で定める期間(モニタリング期間)ごとに、障害福祉サービス等の利用状況を検証し、その結果及び心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用計画等の見直しを行い、その結果に基づき、次のいずれかの便宜の供与を行うことをいう。

ア 利用計画等を変更するとともに、関係者との連絡調整等の便宜を供与。

イ 新たな支給決定若しくは支給決定の変更の決定が必要と認められる場合において、当該支給決定障害者等に対し、当該申請の勧奨を行う。

4 モニタリング期間について

モニタリングの標準的な期間については、以下のとおりとする。

ただし、障害者等の心身の状況や置かれている環境等の変化により、本市がモニタリング期間の変更が特に必要と認める場合はこの限りでない。(相談支援専門員が障害者等の障害及び生活状況等を勘案し、モニタリング期間の変更が適当と判断する場合、継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助(変更)提案書(別紙16)を以て提案することができる)

期 間		対 象 者
I	1月(毎月)ごと	(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 (2) 障害福祉サービス(施設入所支援・療養介護・重度障害者等包括支援を除く)・障害児通所支援・地域定着支援利用者のうち以下に該当する者 (1)該当者を除く ① 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 ② 単身世帯、同居している家族等の障害・疾病等のため、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 ③ 重度障害者等包括支援に係る支給決定が可能である者
II	3月ごと	(1) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所(支給量が7日を超える者)、就労移行支援、自立訓練(機能訓練・生活訓練・宿泊型)を利用する者 (2) 生活介護、就労継続支援、共同生活援助(日中サービス支援型を除く)、地域移行支援、地域定着支援を利用する者のうち、65歳以上で介護保険のケアマネージメントを受けていない者 (3) 就労定着支援、自立生活援助又は共同生活援助(日中サービス支援型に限る。)を利用する者
III	6月ごと	(1) 療養介護、重度障害者等包括支援、施設入所支援を利用する者 (2) 生活介護、就労継続支援、共同生活援助(日中サービス支援型を除く)、地域移行支援、地域定着支援を利用する者(II(3)を除く) (3) 障害児通所支援
IV	1年ごと	短期入所(II(2)を除く)
	備 考	(1) 障害福祉サービスの新規申請者については、支給決定日から起算して1月、3月、6月とする。ただし、障害児通所支援の新規申請者については、支給決定日から起算して3月とする。 (2) 支給量の変更があった者については、変更のあった月から1月のみとする(I(1)該当者を除く) (3) 障害児通所支援若しくは障害福祉サービスを利用している障害児が新たなサービスの支給を受けた場合は、支給決定日から1月のみとする (4) II～IVに係わらず、サービスの有効期限が異なる等の理由により、モニタリング期間の調整を行うことがある (5) 上記以外のモニタリング期間が特に必要と認められる場合は、この限りではない

5 モニタリング等に係る留意事項

サービス提供事業所の職員と兼務する相談支援専門員(地域相談支援に係る指定一般相談支援事業所と兼務する場合は除く。)については、サービス提供事業所との中立性の確保や、サービス提供事業所と異なる視点での検討が欠如しかねないことから、以下のやむを得ない場合を除き、モニタリングや支給決定の更新又は支給決定の変更に係るサービス利用支援については、当該サービス提供事業所と兼務しない相談支援専門員が実施することを基本とする。

(1) 身近な地域に指定特定相談支援事業者がない場合

(2) 支給決定又は支給決定の変更によりサービス内容に著しく変動があった者のうち、当該支給決定等から概ね3ヶ月以内の場合(サービス利用支援とその直後の継続サービス利用支援は一体的な業務であること、また、指定特定相談支援事業者の変更に当たっては利用者が別の事業者と契約を締結し直すことが必要となるため、一定期間を猶予。)

(3) その他市町村がやむを得ないと認める場合

6 セルフプランについて

障害者総合支援法第22条第5項及び児童福祉法第21条の5の7第5項では、市区町村からサービス等利用計画案等の提出を求められた障害者又は障害児の保護者は、相談支援事業所以外において作成されるサービス等利用計画案等(セルフプラン)を提出することができるものとされている。

セルフプランは、障害者総合支援法施行規則第12条の4及び児童福祉法施行規則第18条の14の規定により「身近な地域に指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者がない場合又は申請者が希望する場合」に申請者が市区町村に提出できるものである。

このため、セルフプランを提出する場合は、申請者にセルフプランの提出について(別紙17)を提出させるものとする。

また、セルフプランの内容については、サービス等利用計画と同様に当事者の意向や生活全般の解決すべき課題、目標達成時期、サービスの種類・内容・量等省令で示している項目について記載することとする。

なお、セルフプランは自ら計画の見直しを行えるものと判断されるため、指定事業所が行うモニタリングは必要ない。

7 サービス等利用計画における介護保険対象者の取扱いについて

本市における介護保険対象者のサービス等利用計画については、下記の取扱いとする。

介護保険のケアプラン作成者については、原則、障害福祉サービスを含めたケアプランの提出を依頼することとする。

ただし、以下に該当する場合は、障害者総合支援法におけるサービス等利用計画の対象者とすることができる。

(1) 障害福祉サービス固有の行動援護、同行援護、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援等の申請者であって、障害福祉の観点から、本市がサービス等利用計画の作成が特に必要と認める者

(2) 施設入所支援、共同生活援助、生活介護等で障害特性等により介護保険施設における対応ができない等の理由により障害福祉サービスの申請を行う者で、障害福祉の観点から、本市がサービス等利用計画の作成が特に必要と認める者

(3) 介護保険の要介護認定の結果、非該当と判定された場合等で、介護保険サービスを利用できない者

(4) 介護保険の要介護認定を受けているが、介護保険サービスの利用がなく、ケアプランが作成されていない者

【備考】

1. 上記の(1)及び(2)に該当する場合においても、介護保険のケアプラン作成対象者については、障害福祉サービスを含めたケアプランの提出を優先し、それが困難である場合にのみ適用すること。

2. 65歳未満で特定疾病により介護保険及び介護扶助を受給者している者についてもこの取扱いに準ずる。

Ⅸ 障害福祉サービスに係るやむを得ない事由による措置

やむを得ない事由により障害福祉サービスを利用することが著しく困難であると認める者については、『徳島市障害福祉サービス及び障害児通所支援に係るやむを得ない事由による措置要綱』（別紙18）に基づいて、障害福祉サービスの措置を行うことができる。



X 障害者・障害児区分別障害福祉サービス対象者整理表

区分	障害者	障害児	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
介護 給付費	居宅介護	○	○		通院(身体伴う)不可				
	重度訪問介護	○	×						
	同行援護	○	○	アセスメント該当者のみ					
	行動援護	○	○						
	重度障害者等包括支援	○	×						
	短期入所	○	○						
	生活介護	○	×			50歳以上			
	療養介護	○	×						
	施設入所支援	○	×				50歳以上		
訓練等 給付費	自立訓練	○	×						
	宿泊型自立訓練	○	×						
	就労移行支援	○	×						
	就労継続支援	○	×						
	共同生活援助	○	×						
	就労定着支援	○	×						
	自立生活援助	○	×						
地域相談支援 給付費	地域移行支援	○	×						
	地域定着支援	○	×						

※1 共同生活援助の利用を希望する障害者のうち、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する障害者は障害支援区分の認定が必要となる。

※2 児童福祉法附則第63条の2及び第63条の3の規定に基づき15歳以上の障害児が障害者のみを対象とするサービスを利用する場合、徳島県中央こども女性相談センターの意見書により、障害者のみを対象とするサービスの利用が適当とみなされる場合は、当該障害児が障害者とみなされることから、当該障害児本人が申請を行うことができる。

なお、当該障害児が障害児を対象とするサービスについても併せて利用する場合は、当該サービスについても障害者とみなして扱う。

障害児通所支援等支給決定ガイドライン

余 白

I 障害児通所支援等の支給決定について

1 対象者となる障害児

- (1) 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を有している児童
- (2) 特別児童扶養手当、自立支援医療(精神通院医療)、小児慢性特定疾病医療を受給している児童
- (3) 医師の診断書等により、発達障害等の障害又は小児慢性特定疾病等の難病の状態及び療育・訓練の必要性が認められる児童
- (4) 上記(1)～(3)に該当しないが、徳島県中央こども女性相談センターまたは徳島市子ども健康課等の作成する意見書において、療育・訓練を必要性が認められる児童

2 意見書について

(1) 障害者手帳を取得していない児童又は特別児童扶養手当等を受給していない児童については、徳島市子ども健康課(未就学児のみ)、徳島県中央こども女性相談センター、徳島県発達障がい者総合支援センター等の意見書(判定結果)又は医師の診断書(意見書可)において、障害の有無等を確認し、支給決定の可否を行う。

また、支給決定において、重症心身障害児及び難聴児の判断が必要な場合で、身体障害者手帳及び療育手帳により判断できない時には、徳島県中央こども女性相談センターに当該対象障害児となるかどうか意見書に記載を求めることとする。

(2) 意見書の作成を徳島市子ども健康課、徳島県中央こども女性相談センター又は徳島県発達障がい者総合支援センターから意見書の提出にあたっては、保護者から同意書(別紙20-1・20-2・20-3)及び児童通所支援・障害福祉サービス(意見書)における基礎資料(別紙21-22)の提出を求めるものとする。

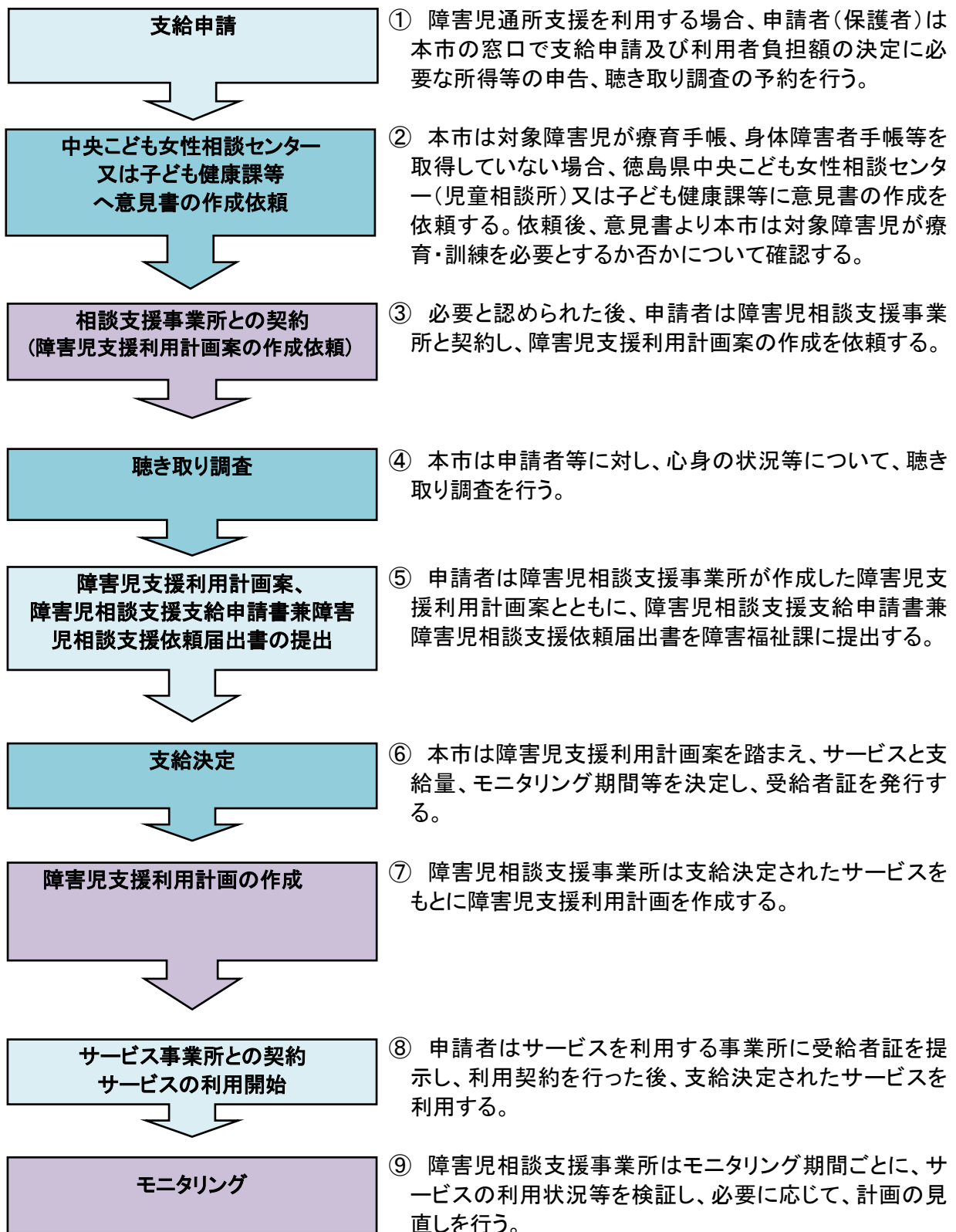
また、各機関に意見書作成を依頼する際は、各機関における相談歴について確認することとする。相談した時期が不明の場合や相談して長期間経過している場合は、保護者から各機関に現在の相談記録で意見書の作成が可能かどうか確認を求める。

(3) 医師の診断書もしくは意見書にかかる費用は申請者もしくは利用者の自己負担とする。

3 障害児通所支援の申請から利用までのながれ

障害児通所支援の申請から利用までのながれについては、次頁のとおり。

障害児通所支援の申請から利用までのながれ



○保育所等訪問支援について

サービスの申請をする者は、上記の手続き以外に訪問先の保育所等の承認等の手続きが必要である。

II 障害児通所支援支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
障害児通所給付	児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	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います。	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未就学の障害児
	児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	児童発達支援及び治療を行います。	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な障害児
	基準支給量／支給決定期間	各月の日数－8日以内	1年以内
	放課後等デイサービス	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います。	学校に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要な障害児
	基準支給量／支給決定期間	15日／月以内	1年以内
	居宅訪問型児童発達支援	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います。	重症心身障害児等であって、障害児通所支援を受けるために外出することが著しく困難な障害児
	基準支給量／支給決定期間	8日／月以内	1年以内
	保育所等訪問支援	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います。	保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校等に通う障害児又は乳児院、児童養護施設等に入所する障害児であって、施設において、専門的な支援が必要な障害児
基準支給量／支給決定期間	2日／月以内	1年以内	

1 対象者について

【児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）】

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の障害児

【児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）】

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

【放課後等デイサービス】

学校教育法第1条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)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

【居宅訪問型児童発達支援】

重度の障害の状態その他これに準ずるものとして内閣府令で定める状態にあり、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

※その他これに準ずるものとは下記の状態とする。

- (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
- (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

【保育所等訪問支援】

保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、認定こども園等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、市町村が認めた施設に入所する障害児

2 支給量について

前頁表のとおり。ただし、支給量については、障害児の発達支援の状況等を踏まえ、各種手帳の所持又は医師の診断書等により、障害又は難病を有するとみなされる場合等、特に支援が必要とみなされる場合は、原則日数を超えて利用を必要とする理由を記載した理由書(別紙28)の内容を勘案し、基準支給量を超える支給量を支給できる。

3 通所給付決定の際の勘案事項

支給申請が行われたときは、次に掲げる事項を勘案して支給の要否を決定する。

- (1)当該申請に係る障害児の障害の種類及び程度その他の心身の状態、介助の必要性や障害の程度の把握のために、5領域20項目(別表7)の調査を行う。
- (2)当該申請に係る障害児の介護を行う者の状況
- (3)当該申請に係る障害児の保護者に関する障害児通所給付費等の受給の状況
- (4)当該申請に係る障害児の保護者に関する障害児入所給付費の受給の状況
- (5)当該申請に係る障害児の保護者に関する介護給付費等の受給の状況
- (6)当該申請に係る障害児に関する保健医療サービス又は福祉サービス等の利用の状況
- ((3)～(5)を除く)
- (7)当該申請に係る障害児又は障害児の保護者の障害児通所支援の利用に関する意向の具体的内容
- (8)当該申請に係る障害児の置かれている環境
- (9)当該申請に係る障害児通所支援の提供体制の整備の状況

4 支給決定事項等

通所給付決定の際に、指定通所支援に係る報酬の算定上確認等が必要な事項等について、併せて決定等を行う。

(1)「重症心身障害」及び「難聴」対象児

重症心身障害児については、身体障害者手帳の肢体不自由に関して1級又は2級の交付、かつ、療育手帳A判定を受けている障害児。なお、当該手帳により判断ができない場合は、徳島県中央こども女性相談センターより当該対象障害児と判定を受けた障害児とする。

(2)「個別サポート加算(Ⅰ)」及び「個別サポート加算(Ⅰ)(重度)」対象児

ア 児童発達支援に係る「個別サポート加算(Ⅰ)」

下記の(ア)～(エ)のいずれかに該当する障害児

(ア)重症心身障害児対象児

(イ)身体障害者手帳1級・2級の交付を受けている障害児

(ウ)療育手帳を交付されており、最重度又は重度であると判定されている障害児

(エ)1級の精神障害者保健福祉手帳を交付されている障害児

イ 放課後等デイサービスに係る「個別サポート加算(Ⅰ)」

平成24年厚生労働省告示第270号第8の4の表(別表8)から算出した点数の合計が、13点以上である障害児。

ウ 放課後等デイサービスに係る「個別サポート加算(Ⅰ)(重度)」

「障害児の調査項目(5領域20項目)」(別表7)の「食事」、「排せつ」、「入浴」及び「移動」のうち3つ以上の項目について「常に支援が必要である」又は「一人で歩くことが難しい」の区分に該当する障害児。

(3)「強度行動障害児支援加算」対象児

「強度行動障害判定基準表」(平成24年厚生労働省告示第270号)に係る調査において、合計20点以上に該当する障害児。

(4)「視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算」の支給決定に係る対象児

下記の(ア)～(ウ)のいずれかに該当する障害児

(ア)視覚に重度の障害を有する障害児(視覚障害に関して1級又は2級の身体障害者手帳の交付を受けている障害児)

(イ)聴覚に重度の障害を有する障害児(聴覚障害に関して2級の身体障害者手帳の交付を受けている障害児)

(ウ)言語機能に重度の障害を有する障害児(言語機能に関して3級の身体障害者手帳の交付を受けている障害児)

(5)「医療的ケア児」対象児

「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)」(令和3年3月23日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 事務連絡「令和3年度報酬改定における医療的ケア児に係る報酬(児童発達支援及び放課後等デイサービス)の取扱い等について」の別紙1)において、基本スコア及び見守りスコアを合算して算出した点数が、3点以上の障害児。※支給決定を希望する場合は、上記判定スコアを1年に1回本市に提出すること。

5 個別サポート加算(Ⅱ)の算定について

本加算は、要保護児童又は要支援児童を受け入れた場合において、家庭との関わりや、心理的に不安定な児童へのケア、支援に必要な関係機関と連携が必要となることを考慮し、児童相談所やこども家庭センター等の公的機関、要保護児童対策地域協議会、医師と連携して指定児童発達支援及び指定放課後等デイサービスを行う場合に算定できる。

なお、算定可否については、個別支援計画に基づいて判断する。※算定を行う場合は、個別支援計画を作成(見直し)の毎に本市に提出すること。

6 個別サポート加算(Ⅲ)の算定について

本加算は、不登校の状態にある障害児に対して、学校及び家族等と緊密に連携を図りながら、指定放課後等デイサービスを行う場合に算定できる。本加算の対象となる児童とは、「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、登校しないあるいはしたくてもできない状況にあるため、長期的継続的もしくは断続的に欠席している児童(病気や経済的な理由による者は除く。)」であって、あらかじめ保護者の同意を得た上で、学校と情報共有を行い、事業所と学校との間で、緊密な連携を図りながら支援を行うことが必要である」と判断された障害児を対象とする。

なお、算定可否については、「個別サポート加算(Ⅲ)算定に係る報告書」(別紙23)及び個別支援計画に基づいて判断する。※算定を行う場合は、上記報告書及び個別支援計画を作成(見直し)の毎に本市に提出すること。

7 支給決定期間について

支給決定期間は通常1年以内であるが、同一世帯にサービスを利用する障害児が複数いる場合(以下「複数障害児」という。))や障害児が18歳到達等の状況により支給決定期間を短縮させる場合がある。

支給決定日から1年以内に18歳に到達する場合、支給決定終了日は誕生日月の末日までとする(1日が誕生日の場合は誕生日の前月末まで)。

また、サービスを申請した障害児が、他に障害福祉サービス又は地域生活支援事業を利用している場合や申請の結果、複数障害児となる場合は、保護者の申請手続きの負担軽減のため、原則、利用中のサービス又は同一世帯の他の障害児の支給終了日と期間を合わせるものとする。

なお、児童発達支援の支給決定期間については、対象障害児が次年度において就学する場合は、支給決定期間を3月31日までとする(放課後等デイサービスを希望する者は、再度支給決定を行う)。

8 複数障害児について

複数障害児の利用者負担については、同一の保護者が支給決定を受けている場合は、一の負担上限月額となる。

利用者負担額が上限額を超える見込みのある者は上限管理が必要となるが、この場合、受給者証の特記事項欄に「上限管理対象者(複数障害児)」と記載する。

9 放課後等デイサービスの利用年齢に関する特例

放課後等デイサービスについては、18歳未満の障害児を対象としているが、18歳到達後も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と認めるときは、20歳に達するまで利用することができる特例を設けている。

(1) 支給決定の手順について

支給決定に当たって、利用年齢の特例を必要とするか否かについて判断が困難な場合には、徳島県中央子ども女性相談センターに意見を求めるものとする。

(2)この特例による放課後等デイサービスを希望する申請者(対象者本人)は、特例措置が必要となる理由について記載した理由書(別紙29)等を本市に提出し、本市において、支給決定要件を満たすかどうか勘案したうえでサービスの支給の可否を決定する。

なお、申請者が生活介護その他の支援を利用できる場合は、通所給付決定は行わない。

(3) 支給決定者について

支給決定者は、障害者本人とする。

(4) 支給決定期間について

支給決定期間は最大1年間とし、継続して利用を希望する場合はあらかじめ上記の必要書類をもとめた上で支給決定するものとする。特別支援学校等在学中の障害者については、卒業する月末までの決定とし、引き続き利用を希望する場合は、申請を受けて卒業後必要な理由をあらかじめ勘案した上で支給決定を行うこととする。

(5) 利用者負担について

サービス利用にかかる負担金については、障害児の負担金の算定方法により決定する。

(6)特例の要件である生活介護その他の支援が受けられない状況かどうかについては、保護者からの理由書等(状況により個別会議による協議等)により判断する。特別支援学校等在学中については、生活介護等の通所等の利用が困難なため、在学している事を理由とする。

(7)聴き取り調査については、障害児の聴き取り調査票で行う。ただし、障害福祉サービスを利用するため、80項目の聴き取り調査を行う場合は重複しては行わない。なお、聴き取り調査は原則として申請がある都度行うものとする。

10 乳児院又は児童養護施設に入所している障害児への障害児通所支援の支給決定について

乳児院児院又は児童養護施設に入所している障害児については、児童福祉法第27条第1項第3号に規定する措置によるものであることから、障害児通所支援の提供についても、児童福祉法第21条の6の規定及び「里親に委託されている児童が保育所へ入所する場合等の取扱いについて(平成11年8月30日付け児家第50号通知)」に基づき、やむを得ない事由による措置として市町村が支援の提供を委託する。

※『徳島市障害福祉サービス及び障害児通所支援に係るやむを得ない事由による措置要綱』(別紙19)参照

11 他のサービスとの併給等について

原則として、併給できないサービスの組み合わせは特定せず、報酬が重複しない利用形態であるならば、本市が支給決定時にサービスの必要性について適切に判断し、特に必要と認める場合は併給を妨げない。

なお、複数の障害児通所支援の通所給付決定を受けている場合でも、障害児通所支援に係る報酬は一日単位で算定されることから、同一日に複数の障害児通所支援を利用することはできない(同一日に同一サービスを異なる事業所で利用した場合を含め、同一日においては、一の事業所以外の報酬は算定できない。)

(1) 保育所等訪問支援について

本市が特に必要と認める場合には、児童発達支援(医療型児童発達支援を含む。)又は放課後等デイサービスと保育所等訪問支援を組み合わせる支給決定を行うことができる。

なお、同一時間帯での支援の提供でない限りにおいて、児童発達支援、放課後等デイサービス等と同一日であっても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者総合支援法に基づく障害福祉サービス(居宅介護を除く。)と同一日に算定することはできない。

(2) 居宅訪問型児童発達支援について

対象者が、児童発達支援、放課後等デイサービス等を利用するために外出することが著しく困難であると認められる障害児であることから、児童発達支援等と組み合わせる通所給付決定を行うことは、原則として想定されないものであるが、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差し支えない。

Ⅲ 障害児相談支援支給決定ガイドライン

給付種類	サービス名	内容	対象者
障害児相談支援給付	障害児支援利用援助	利用者の状況等を勘案し、サービス等を利用するための利用計画を作成します。	サービスの申請・変更申請を行った障害児の保護者
	継続障害児支援利用援助	障害児支援利用計画が適切かどうか検証し、必要に応じ計画を見直し、計画の変更等を行います。	障害児支援利用計画が作成された支給決定者等
基準支給量／支給決定期間		—	サービスの支給決定期間

障害児相談支援給付支給決定ガイドラインについては、障害福祉サービスの「Ⅷ 計画相談支援給付支給決定ガイドライン」を参照のこと。

Ⅳ 障害児通所支援に係るやむを得ない事由による措置

やむを得ない事由により障害児通所支援を利用することが著しく困難であると認める者については、『徳島市障害福祉サービス及び障害児通所支援に係るやむを得ない事由による措置要綱』（別紙19）に基づいて障害児通所支援の措置を行うことができる。



地域生活支援事業支給決定ガイドライン

余 白

I 地域生活支援事業支給決定ガイドライン

サービス名	内容	対象者
移動支援事業 (個別支援型)	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を行う際のホームヘルプサービスです。ただし、通院や通学、通勤、施設通所には利用ができません。	視覚障害者(児)、全身性障害者(児)(両上肢及び両下肢障害があり身体障害者手帳1級)、知的障害者(児)、精神障害者(児)
基準支給量/ 支給決定期間	30時間/月	1年以内
日中一時支援事業	日中、短期入所(ショートステイ)事業所等において、知的障害者及び障害児に活動の場を提供し、見守り、社会に適応するための日常的な訓練等を行います。	知的障害者・障害児(日中において監護する者がいないため、一時的に見守り等の支援が必要な場合)
基準支給量/ 支給決定期間	2日/月	1年以内
福祉ホーム事業	住居を必要としている人に、低額な料金で、居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。	身体障害者、知的障害者、精神障害者(ただし、常に介護や医療が必要な人を除きます)
基準支給量/ 支給決定期間	各月の日数/月	3年以内
身体障害者訪問入浴サービス事業	在宅や施設での入浴が困難な重度の身体障害者を対象に、看護師又は准看護師若しくは介護職員が、身体障害者の居宅を訪問し、浴槽を提供して入浴の介護を行います。	肢体不自由又は体幹機能障害を有する身体障害者手帳1級又は2級の身体障害者で、医師の診断により入浴を許可されており、居宅での家族等又はヘルパーの介助による入浴が困難であり、かつ、障害福祉サービスにおける生活介護等の利用が困難である人 ※介護保険給付対象者を除く
基準支給量/ 支給決定期間	1回/週	1年以内
重度障害者入院時コミュニケーション支援事業	意思疎通が困難な重度身体障害者が医療機関に入院する際にコミュニケーション支援員を派遣し医師や看護師等との円滑な意思疎通を支援します。	重度訪問介護対象者であって、居宅介護又は重度訪問介護利用者で発語困難等により意思表示が困難な単身世帯等の身体障害者
基準支給量/ 支給決定期間	150時間/月(8時間/日までで1回の入院につき30日以内)	1年以内

重度障害者大学修学支援事業	重度障害者が修学するために必要な支援体制を大学等が構築できるまでの間、重度障害者に対して必要な支援をします。	重度訪問介護の対象者であって、居宅介護又は重度訪問介護利用者(※大学等の要件あり)
基準支給量／支給決定期間	165時間／月(7.2時間／日まで)	10カ月以内
重度障害者等就労支援特別事業	重度障害者等の通勤や職場等における排せつ、食事、通勤・外出及び代筆・代読等のコミュニケーション等の支援をします。	重度訪問介護、同行援護又は行動援護の支給決定を受けている者であって、1週間の所定労働時間が10時間以上である者。
基準支給量／支給決定期間	160時間／月(8時間／日まで)	1年以内

※大学等の要件①障害のある学生支援について協議・検討や意思決定を行う委員会及び障害のある支援業務を行う部署・相談窓口が設置されていること。②重度障害者に対する支援体制の構築に向けた計画が立てられ、着実に大学等による支援がすすめられていること。

1 対象者について

上記表のとおり。

2 支給量について

【移動支援事業】 30時間／月以内

【日中一時支援事業】 2日／月

【福祉ホーム事業】 各月の日数／月

【身体障害者訪問入浴サービス事業】 1回／週

【重度障害者入院時コミュニケーション支援事業】 150時間／月(8時間／日までで1回の入院につき30日以内)

【重度障害者大学修学支援事業】 165時間／月(7.2時間／日までで年間10カ月以内)

【重度障害者等就労支援特別事業】 160時間／月(8時間／日まで)

3 支給決定における勘案等について

【移動支援事業】

やむを得ない事由により、本市が特に必要と認める場合は、支給量の追加ができる。

【日中一時支援事業】

下記(1)～(3)に該当する場合、支給量の追加ができる。

(1) 下記アからウに該当する場合、支給量を5日／月まで支給できる。

ア 保護者が就労のため、日中に必要な支援が見込めない者(この場合、1年ごとに保護者の就労を証明する書類の提出が必要)

イ 全身性障害者(児)又は重度心身障害者(児)であって、日中の支援の必要性が高いとみなされる者

ウ 単身であるため、必要な支援が見込めない状況にある者又は家族等と同居しているが、当該家族等が障害、疾病等のため必要な支援が見込めない者

(2) 就学児の夏期休暇である8月中のみ最大10日／月まで支給量の変更をすることができる。

(3) 上記に定めるもののほか、本市が特に支援が必要と認めた場合、支給量の変更をすることができる。

4 障害福祉サービス等との併給について

移動支援事業、日中一時支援事業、身体障害者訪問入浴サービス事業は、在宅生活者(児)を対象としている。このため、在宅生活者(児)で障害福祉サービス又は障害児通所支援を利用している者のサービスの併給は可能である。しかし、施設入所支援受給者が利用することができない。

身体障害者訪問入浴サービス事業については、居宅での家族等又はヘルパーの介助による入浴が困難であり、かつ、障害福祉サービスにおける生活介護等の利用が困難である者が対象となることから、支給決定の際、居宅介護等及び生活介護等の利用状況を勘案して支給決定を行う。

5 行動援護、同行援護、重度訪問介護と移動支援事業の併給について

外出時の支援である行動援護、同行援護、重度訪問介護は移動支援事業に優先するため、各サービスの対象となる者は移動支援事業の利用はできない。

また、重度訪問介護利用者のうち障害支援区分6の身体障害者については、重度訪問介護による入院中の意思疎通支援等が重度障害者入院時コミュニケーション支援事業に優先する。

6 介護保険との併用関係について

訪問入浴サービスについては、介護保険給付対象者は対象外とする。その他の事業については、介護保険との併用について、介護保険に該当するサービスがないかどうかを検討してから支給決定を行う。

7 その他

移動支援事業については、『徳島市移動支援事業(個別支援型)ガイドライン』(別紙2)を参照のこと。

障害福祉サービス等の利用者負担

余 白

I 障害福祉サービス・障害児通所支援の利用者負担について

障害福祉サービス及び障害児通所支援の利用者が負担する金額は、所得に応じて負担上限月額を設定する。サービスに係る費用の1割相当額が負担上限月額より低い場合は、サービスに係る費用の1割相当額の負担となる(計画相談支援、地域相談支援及び障害児相談支援については、利用者負担は不要)。

負担上限月額については、利用者本人(支給決定保護者)の属する世帯の収入等に応じて、下記の5区分に設定する。

なお、世帯については、原則、住民基本台帳上、同一世帯であるかどうかにより判断することとするが、障害児で親が単身赴任しているような場合については、単身赴任している親も同一世帯であるとみなして認定する。

1 障害福祉サービスの利用者負担区分

所得区分		負担上限月額
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯のうち、本人又は保護者の年収が80万円以下	
低所得2	市町村民税非課税世帯(低所得1に該当しない)	
一般1	市町村民税課税世帯(市町村民税所得割額が16万円(障害児及び20歳未満の施設入所者にあつては28万円未満)	【施設等入所者以外】 障害者…9,300円 障害児…4,600円 【20歳未満の施設等入所者】 9,300円
一般2	市町村民税課税世帯(一般1に該当しない)	37,200円

【所得区分(負担上限月額)の決定にあたる世帯の範囲】

- ・障害者…本人及び配偶者
- ・障害児…本人及び保護者世帯全員

2 障害福祉サービスの負担軽減措置等

軽減措置等の種類	内容
食費・光熱水費等の軽減	施設でサービスを利用する場合の食費や光熱水費は全額自己負担となるが、所得の低い人はその負担が軽減される。
療養介護の医療費・食事療養費の軽減	療養介護を利用する場合、所得の低い人は、医療費や食事療養費の負担が軽減される。
グループホームの家賃助成	グループホームの利用者で所得の低い人には、利用者1人あたり月額1万円を上限として家賃の助成が行われる。
高額障害福祉サービス等給付費	同じ世帯に障害福祉サービスを利用する人が複数いる場合や、障害児通所支援や介護保険を併用している人がいる場合や補装具費を支払った場合は、合算した金額が基準額(利用者負担上限額)を超えた金額が申請により払い戻される。

新高額障害福祉サービス等給付費	65歳になるまでに5年以上、特定の障害福祉サービス(居宅介護・重度訪問介護・生活介護・短期入所)を利用して、一定の要件を満たす場合は、介護保険移行後に利用した相当する介護保険サービスの利用者負担が償還される。
-----------------	--

3 障害児通所支援の利用者負担区分

所得区分		負担上限月額
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯のうち、保護者の年収が80万円以下	
低所得2	市町村民税非課税世帯(低所得1に該当しない)	
一般1	市町村民税課税世帯(所得割額28万円未満)	4,600円
一般2	市町村民税課税世帯(一般1に該当しない)	37,200円

【所得区分(負担上限月額)の決定にあたる世帯の範囲】 保護者の属する世帯全員

4 障害児通所支援の負担軽減措置等

軽減措置等の種類	内容
食費・光熱水費等の軽減	施設でサービスを利用する場合の食費や光熱水費は全額自己負担となるが、所得の低い人はその負担が軽減される。
高額障害児通所給付費	同じ世帯に障害児通所支援と、障害福祉サービスを併用している人がいる場合や補装具費を支払った場合は、合算した金額が基準額(利用者負担上限額)を超えた金額が申請により払い戻される。
未就学児の多子軽減措置	小学校就学前の児童が2人以上いる場合で、第1子目が幼稚園・保育所等(※)、または障害児通所支援に通っている場合、第2子目の障害児通所支援の利用者負担額は半額、第3子目以降は無償となる。 また、年収約360万円未満相当世帯で、第1子(未就学児に限らず)が保護者と生計を一にしている場合、第2子目の障害児通所支援の利用者負担額は半額、第3子目以降は無償となる。ただし、いずれも上記の負担上限月額と比較して低い額を負担上限月額とみなす。 ※幼稚園、特別支援学校の幼稚部、保育所、情緒障害児短期治療施設、認定こども園
就学前障害児の発達支援の無償化	就学前の障害児を支援するため、「満3歳になって初めての4月1日から3年間」については、児童発達支援等のサービスの利用者負担を無料とする。 ※受給者証には所得区分に応じた負担上限月額を記載し、特記事項欄に無償化対象児童であることを記載する。

5 障害福祉サービス等の負担上限月額算定の取り扱いについて

(1) 負担上限月額の認定時において、市町村民税所得割額の算定に当たっては、「住宅借入金等特別税額控除」(地方税法附則第5条の4及び第5条の4の2)及び「(ふるさと納税制度による) 寄附金税額控除」(地方税法第314条の7)による税額控除前の所得割額で判定を行うこととする。

(2) 障害福祉サービス等の負担上限月額等の算定に当たって用いる市町村民税の所得割の額については、年少扶養親族(16歳未満)及び特定扶養親族(16歳以上19歳未満)の扶養控除が適用された場合と同様のものとなるよう算出する。

(3) 負担上限月額等の決定の基礎となる市町村民税所得割の額の算定において、未婚のひとり親についても、寡婦控除等が適用された場合と同等の控除が得られるようにする。

(4) 市長村民税の課税年度については、障害福祉サービス等の支給を受ける日の属する年度(4月から6月までは前年度)の地方税法の規定による市長村民税の課税状況により算定する。

6 地域生活支援事業の利用者負担区分

地域生活支援事業においても、利用者負担金は、障害福祉サービス等と同様に所得に応じて利用者負担額が設定されるが、負担上限月額や高額給付費等の規定は設けていない。また、施設でサービス利用にともなう食費や光熱水費等は全額自己負担となる。

なお、移動支援事業(車両移送型)については、利用者負担を無料としている。

所得区分	負担額
生活保護世帯 市町村民税非課税世帯	0円
市町村民税課税世帯	サービス基準額の1割

II 障害福祉サービス等の利用者負担上限額管理について

1 利用者負担上限額管理対象者について

障害福祉サービス等の利用者負担には上限額が設定されているが、負担上限月額を超えて負担額を支払わないように、負担額の上限管理を行うこととしている。下記の利用者で、利用者負担額が負担上限月額を超過することが予測される者については、利用するいずれかの事業所に上限管理を依頼する。(複数の事業所を利用しない場合は依頼の必要はない。)

- (1) 居住系サービス事業所(施設入所支援、療養介護、共同生活援助、短期入所、宿泊型自立訓練)の利用者で、他事業所の障害福祉サービスを利用する者
- (2) 在宅の障害福祉サービス等利用者で複数の障害福祉サービス事業所を利用する者
- (3) 障害児通所支援利用者で複数の障害児通所支援事業所を利用する者

2 利用者負担上限額管理の届出について

上限管理が必要な者は受給者証の裏面の「利用者負担に関する事項」欄の「利用者負担上限額管理対象者該当の有無」の欄に「該当」と記載する。

利用者は、上限管理を依頼する事業所に利用者負担上限額管理依頼(変更)届出書、障害児通所支援利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書(別紙25、26)を提出し、事業所の承諾を受けたうえで、本市に届出書と受給者証を提出し、受給者証に上限額管理事業所名の記載を受ける。

また、同一世帯にサービスを利用する障害児が複数いる場合で同一の保護者が支給決定を受けている場合、その保護者については、同一の負担上限月額が設定されることから、受給者証の特記事項欄に「上限額管理対象者(複数障害児)」と記載し、合算の対象となる障害児氏名と受給者証番号を記載する。この場合、利用者は、上限管理を依頼する事業所に、複数児童用利用者負担上限額管理依頼(変更)届出書(別紙27)を提出し、事業所の承諾を受けたうえで、本市に届出書と受給者証を提出し、受給者証に上限額管理事業所名の記載を受ける。

なお、上限管理を行う事業所の優先順序は、下記のとおりとするので、支給決定者等は利用するサービスの内容に応じて、事業所に上限管理の依頼を行う。

【障害福祉サービス】

- (1) 居住系サービス事業所(施設入所支援、療養介護、共同生活援助、宿泊型自立訓練等)
- (2) 特定相談支援事業所(計画相談支援支給対象者のうちモニタリング期間が「毎月ごと」の場合のみ)
- (3) 日中活動系サービス事業所(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援等のうち契約日数の多い事業所)
- (4) 訪問系サービス(ホームヘルプ事業所のうち契約時間数が多い事業所)
- (5) 短期入所サービス(短期入所のみの利用者)
- (6) 共同生活援助の体験利用者

【障害児通所支援】

- (1) 障害児相談支援事業所(障害児相談支援支給対象者のうちモニタリング期間が「毎月ごと」の場合のみ)
- (2) (1)に該当する者以外(児童発達支援事業所、医療型児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所、保育所等訪問支援事業所のうち契約日数の多い事業所)

※これまでに上限額管理対象者となっていて、既に上限管理事業所の届出をしている者で、上限管理事業所の変更がない場合は、新たに届出する必要はない。



資料・様式等

別表 1	難病等対象疾病一覧
別表 2	障害児の調査項目
別表 3	行動援護及び重度障害者等包括支援の判断基準票
別表 4	同行援護のアセスメント調査票
別表 5	居宅介護支給決定基準早見表（基本・勘案追加）
別表 6	居宅介護支給決定基準早見表（日中活動系サービス支給決定者）
別表 7	放課後等デイサービスの「乳幼児等サポート調査留意事項」
別表 8	放課後等デイサービスの「就学児サポート調査（行動関連項目 16 項目）」
別紙 1	理由書
別紙 2	徳島市移動支援事業（個別支援型）ガイドライン
別紙 3	暫定支給決定期間にかかる訓練等給付事業評価結果報告書
別紙 4	暫定支給期間アセスメントシート（就労移行支援事業・就労継続支援 A 型）
別紙 5	暫定支給期間アセスメントシート（生活訓練事業・機能訓練事業）
別紙 6	就労継続支援 A 型事業に係るアセスメント実施報告書
別紙 7	障害者就労アセスメント票
別紙 8	アセスメントシート（就労継続支援 A 型・就労継続支援 B 型）
別紙 9	アセスメント票（就労系）
別紙 10	就労支援のための日常生活チェック票
別紙 11	支給決定の更新にかかる評価結果報告書（標準利用期間設定サービス）
別紙 12	アセスメントシート（標準利用期間設定サービス）
別紙 13	利用者に対する支援の内容
別紙 14	標準利用期間を超える更新決定の取扱いについて
別紙 15	アセスメントシート（標準利用期間を超える支給決定）
別紙 16	就労移行支援及び就労継続支援に係る在宅就労支援の取扱いについて
別紙 17	継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助（変更）提案書
別紙 18	セルフプランの提出について
別紙 19	徳島市障害福祉サービス及び障害児通所支援に係るやむを得ない事由による措置要綱
別紙 20-1	同意書（子ども健康課）
別紙 20-2	同意書（徳島県中央こども女性相談センター）
別紙 20-3	同意書（徳島県発達障害者総合支援センター）
別紙 21	児童通所支援・障害福祉サービス（意見書）における基礎資料（子ども健康課）
別紙 22	児童通所支援・障害福祉サービス（意見書）における基礎資料（徳島県中央こども女性相談センター）
別紙 23	個別サポート加算（Ⅲ）算定に係る報告書
別紙 24	利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

別紙 2 5	障害児通所支援利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書
別紙 2 6	利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書（複数児童用）
別紙 2 7	理由書（児童通所支援を原則の日数を超えて利用する場合）
別紙 2 8	理由書（放課後等デイサービスの特例措置）

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376疾病）

- ※ 新たに対象となる疾病（7疾病）
- △ 表記が変更された疾病（2疾病）
- 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

番号	疾病名	番号	疾病名
1	アイカルティ症候群	51	潰瘍性大腸炎
2	アイザックス症候群	52	下垂体前葉機能低下症
3	I g A腎症	53	家族性地中海熱
4	I g G 4 関連疾患	54	家族性低βリポタンパク血症 1(ホモ接合体)
5	亜急性硬化性全脳炎	55	家族性良性慢性天疱瘡
6	アジソン病	56	カナバン病
7	アッシャー症候群	57	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
8	アトピー性脊髄炎	58	歌舞伎症候群
9	アペール症候群	59	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
10	アミロイドーシス	60	カルニチン回路異常症
11	アラジール症候群	61	加齢黄斑変性 ○
12	アルボート症候群	62	肝型糖原病
13	アレキサンター病	63	間質性膀胱炎（ハンナ型）
14	アンジェルマン症候群	64	環状 20 番染色体症候群
15	アントレー・ビクスラー症候群	65	関節リウマチ
16	イソ吉草酸血症	66	完全大血管転位症
17	一次性不フローセ症候群	67	眼皮膚白皮症
18	一次性膜性増殖性糸球体腎炎	68	偽性副甲状腺機能低下症
19	1 p 36 欠失症候群	69	キャロウェイ・モフト症候群
20	遺伝性自己炎症疾患	70	急性壊死性脳症 ○
21	遺伝性ジストニア	71	急性網膜壊死 ○
22	遺伝性周期性四肢麻痺	72	球脊髄性筋萎縮症
23	遺伝性肺炎	73	急速進行性糸球体腎炎
24	遺伝性鉄芽球性貧血	74	強直性脊椎炎
25	ウィーバー症候群	75	巨細胞性動脈炎
26	ウィリアムズ症候群	76	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）
27	ワイルソン病	77	巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）
28	ウエスト症候群	78	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
29	ウェルナー症候群	79	巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）
30	ウォルフラム症候群	80	筋萎縮性側索硬化症
31	ウルリッヒ病	81	筋型糖原病
32	HTRA1 関連脳小血管病	82	筋ジストロフィー
33	HTLV-1 関連脊髄症	83	クッシング病
34	A T R - X 症候群	84	クリオヒリン関連周期熱症候群
35	A D H 分泌異常症	85	クリッパル・トレノネー・ウェーバー症候群
36	エーラス・タンロス症候群	86	クルーソン症候群
37	エフスタイン症候群	87	グルコーストランスポーター 1 欠損症
38	エフスタイン病	88	クルタル酸血症 1 型
39	エマヌエル症候群	89	クルタル酸血症 2 型
40	MECP2 重複症候群	90	クロー・深瀬症候群
41	LMNB1 関連大脳白質脳症 ※	91	クローン病
42	遠位型ミオパチー	92	クローンカイト・カナタ症候群
43	円錐角膜 ○	93	痙攣重積型（二相性）急性脳症
44	黄色靂帯骨化症	94	結節性硬化症
45	黄斑ジストロフィー	95	結節性多発動脈炎
46	大田原症候群	96	血栓性血小板減少性紫斑病
47	オクシタル・ホーン症候群	97	限局性皮膚異形成
48	オスラー病	98	原発性肘外門脈閉塞症 ※
49	カーニー複合	99	原発性局所多汗症 ○
50	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	100	原発性硬化性胆管炎

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376 疾病）

※ 新たに対象となる疾病（7 疾病）

△ 表記が変更された疾病（2 疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29 疾病）

番号	疾病名	番号	疾病名
101	原発性高脂血症	151	紫斑病性腎炎
102	原発性側索硬化症	152	脂肪萎縮症
103	原発性胆汁性胆管炎	153	若年性特発性関節炎
104	原発性免疫不全症候群	154	若年性肺気腫
105	顕微鏡的大腸炎 ○	155	シャルコー・マリー・トゥース病
106	顕微鏡的多発血管炎	156	重症筋無力症
107	高IgD症候群	157	修正大血管転位症
108	好酸球性消化管疾患	158	出血性緑溶異常症 ※
109	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	159	ジュベール症候群関連疾患
110	好酸球性副鼻腔炎	160	シュワルツ・ヤンベル症候群
111	抗糸球体基底膜腎炎	161	神経細胞移動異常症
112	後縦韧带骨化症	162	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性ひまん性白質脳症
113	甲状腺ホルモン不応症	163	神経線維腫症
114	拘束型心筋症	164	神経有棘赤血球症
115	高チロシン血症 1 型	165	進行性核上性麻痺
116	高チロシン血症 2 型	166	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
117	高チロシン血症 3 型	167	進行性骨化性線維異形成症
118	後天性赤芽球癆	168	進行性多巣性白質脳症
119	広範脊柱管狭窄症	169	進行性白質脳症
120	膠様滴状角膜ジストロフィー	170	進行性ミオクローヌスてんかん
121	抗リン脂質抗体症候群	171	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
122	極長鎖アシル-CoA 脱水素酵素欠損症 ※	172	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
123	コケイン症候群	173	睡眠時棘徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症及びてんかん性脳症 △
124	コステロ症候群	174	スタージ・ウェーバー症候群
125	骨形成不全症	175	スティーワンス・ジョンソン症候群
126	骨髄異形成症候群 ○	176	スミス・マギニス症候群
127	骨髄線維症 ○	177	スモン ○
128	ゴナドトロピン分泌亢進症	178	脆弱 X 症候群
129	5p 欠失症候群	179	脆弱 X 症候群関連疾患
130	コフィン・シリス症候群	180	成人発症スチル病
131	コフィン・ローリー症候群	181	成長ホルモン分泌亢進症
132	混合性結合組織病	182	脊髄空洞症
133	鯉耳腎症候群	183	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
134	再生不良性貧血	184	脊髄髄膜瘤
135	サイトメガロウイルス角膜炎内皮炎 ○	185	脊髄性筋萎縮症
136	再発性多発軟骨炎	186	セビアフテリン還元酵素 (SR) 欠損症
137	左心低形成症候群	187	前眼部形成異常
138	サルコイドーシス	188	全身性エリテマトーデス
139	三尖弁閉鎖症	189	全身性強皮症
140	三頭酵素欠損症	190	先天異常症候群
141	CFC 症候群	191	先天性横隔膜ヘルニア
142	シェーグレン症候群	192	先天性核上性球麻痺
143	色素性乾皮症	193	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
144	自己食空胞性ミオパチー	194	先天性魚鱗癬
145	自己免疫性肝炎	195	先天性筋無力症候群
146	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	196	先天性クリコシルホスファチジルイノシトール (GPI) 欠損症
147	自己免疫性溶血性貧血	197	先天性三尖弁狭窄症
148	四肢形成不全 ○	198	先天性腎性尿崩症
149	シトステロール血症	199	先天性赤血球形成異常性貧血
150	シトリン欠損症	200	先天性僧帽弁狭窄症

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376 疾病）

※ 新たに対象となる疾病（7 疾病）

△ 表記が変更された疾病（2 疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29 疾病）

番号	疾病名	番号	疾病名
201	先天性大脳白質形成不全症	251	特発性門脈圧亢進症
202	先天性肺静脈狭窄症	252	特発性向側性感音難聴
203	先天性風疹症候群 ○	253	突発性難聴 ○
204	先天性副腎低形成症	254	ドラヘ症候群
205	先天性副腎皮質酵素欠損症	255	中條・西村症候群
206	先天性ミオハチー	256	那須・ハコヲ病
207	先天性無痛無汗症	257	軟骨無形成症
208	先天性葉酸吸収不全	258	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
209	前頭側頭葉変性症	259	22q11.2 欠失症候群
210	緑毛機能不全症候群（カルタナー（Kartagener）症候群を含む。）	260	乳児発症 STING 関連血管炎 ※
211	早期ミオクローニ-脳症	261	乳幼児肝巨大血管腫
212	総動脈幹遺残症	262	尿素サイクル異常症
213	総排泄腔遺残	263	ヌーナン症候群
214	総排泄腔外反症	264	ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B 関連腎症
215	ソトス症候群	265	ネフロン癆
216	タイアモンド・フラックファン貧血	266	脳クレアチン欠乏症候群
217	第14番染色体父親性タイソミー症候群	267	脳腱黄色腫症
218	大脳皮質基底核変性症	268	脳内鉄沈着神経変性症
219	大理石骨病	269	脳表ヘモジテリン沈着症
220	タウン症候群 ○	270	膿泡性乾癬
221	高安動脈炎	271	嚢泡性線維症
222	多系統萎縮症	272	パーキンソン病
223	タナトフォリック骨異形成症	273	ハージャー病
224	多発血管炎性肉芽腫症	274	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
225	多発性硬化症／視神経脊髄炎	275	肺動脈性肺高血圧症
226	多発性軟骨性外骨腫症 ○	276	肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）
227	多発性嚢胞腎	277	肺胞低換気症候群
228	多脾症候群	278	ハッチンソン・キルフォード症候群
229	タンジール病	279	バッド・キアリ症候群
230	単心室症	280	ハンチントン病
231	弾性線維性仮性黄色腫	281	汎発性特発性骨増殖症 ○
232	短腸症候群 ○	282	P C D H 19 関連症候群
233	胆道閉鎖症	283	P U R A 関連神経発達異常症 ※
234	遅発性内リンパ水腫	284	非ケトosis型高グリシン血症
235	チャーシ症候群	285	肥厚性皮膚骨膜炎
236	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	286	非ジストロフィー性ミトニー症候群
237	中毒性表皮壊死症	287	皮膚下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
238	腸管神経節細胞減少症	288	肥大型心筋症
239	TRPV4 異常症	289	左肺動脈右肺動脈起始症
240	TSH 分泌亢進症	290	ビタミン D 依存性くる病/骨軟化症
241	TNF 受容体関連周期性症候群	291	ビタミン D 抵抗性くる病/骨軟化症
242	低ホスファターゼ症	292	ピッカースタッフ脳幹脳炎
243	天疱瘡	293	非典型型溶血性尿毒症症候群
244	特発性拡張型心筋症	294	非特異性多発性小腸潰瘍症
245	特発性間質性肺炎	295	皮膚筋炎／多発性筋炎
246	特発性基底核石灰化症	296	びまん性汎細気管支炎 ○
247	特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）	297	肥満低換気症候群 ○
248	特発性後天性全身性無汗症	298	表皮水疱症
249	特発性大腿骨頭壊死症	299	ヒルシュスブルク病（全結腸型又は小腸型）
250	特発性多中心性キャッスルマン病	300	VATER 症候群

令和7年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（376疾病）

※ 新たに対象となる疾病（7疾病）

△ 表記が変更された疾病（2疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

番号	疾病名	番号	疾病名
301	ファイファー症候群	351	もやもや病
302	ファロー四徴症	352	モワット・ワイルソン症候群
303	ファンコニ貧血 ○	353	薬剤性過敏症症候群 ○
304	封人体筋炎	354	ヤンク・シンフソン症候群
305	フェニルケトン尿症	355	優性遺伝形式をとる遺伝性難聴
306	フォンタン術後症候群	356	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
307	複合カルボキシラーゼ欠損症	357	4p欠失症候群
308	副甲状腺機能低下症	358	ライソソーム病
309	副腎白質ジストロフィー	359	ラスムッセン脳炎
310	副腎皮質刺激ホルモン不応症	360	ランゲルハンス細胞組織球症 ※
311	フラウ症候群	361	ランドウ・クレファナー症候群
312	フラター・ワイリ症候群	362	リジン尿性蛋白不耐症
313	プリオン病	363	両側性小耳症・外耳道閉鎖症
314	プロピオン酸血症	364	両大血管右室起始症
315	PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症）	365	リンパ管腫症/ゴーム病
316	閉塞性細気管支炎	366	リンパ脈管筋腫症
317	β-ケトチオラーゼ欠損症	367	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）
318	ペーチェット病	368	ルヒンシュタイン・テイヒ症候群
319	ペスレムミオパチー	369	レーベル遺伝性視神経症
320	ヘパリン起因性血小板減少症 ○	370	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
321	ヘモクロマトーシス	371	劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴
322	ペリー病	372	レット症候群
323	ペルーシド角膜辺縁変性症	373	レノックス・カストー症候群
324	ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）	374	ロウ症候群
325	片側巨脳症	375	ロスモンド・トムソン症候群
326	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群 ○	376	肋骨異常を伴う先天性側弯症
327	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症		
328	発作性夜間ヘモクロビン尿症		
329	ホモシチン尿症		
330	ホルフィン症		
331	マリネスコ・シェーグレン症候群		
332	マルファン症候群/ロイス・ティーツ症候群 ○		
333	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー		
334	慢性血栓栓性肺高血圧症		
335	慢性再発性多発性脊髄炎		
336	慢性痔炎		
337	慢性特発性偽性腸閉塞症		
338	ミオクロニー欠伸てんかん		
339	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん		
340	ミトコンドリア病		
341	無虹彩症		
342	無脾症候群		
343	無βリポタンパク血症		
344	メーフルシロップ尿症		
345	メチルグルタコン酸尿症		
346	メチルマロン酸血症		
347	メビウス症候群		
348	免疫性血小板減少症		
349	メンケス病		
350	網膜色素変性症		

障害児の調査項目(5領域11項目)

	項目	区分	判断基準
①	食事	・全介助 ・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	・全介助 ・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	・全介助 ・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	・全介助 ・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 及び精神 症状	・ほぼ毎日(週 5日以上) 支援や配慮 等が必要 ・週に1回以上 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。 (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。 (2) 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)。 (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。 (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。 (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。 (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ないでいる。 (7) 学習障害のため、読み書きが困難。

行動援護及び重度障害者等包括支援の判定基準票

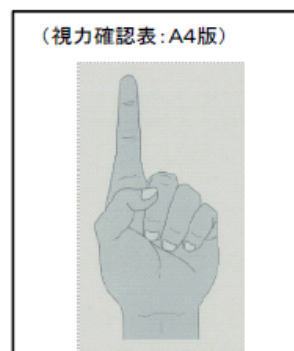
行動関連項目	0点			1点		2点	
コミュニケーション	日常生活に支障がない			特定の者	会話以外の方法	独自の方法	コミュニケーションできない
説明の理解	理解できる			理解できない		理解できているか判断できない	
大声・奇声を出す	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	
異食行動	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	
多動・行動停止	支援が不要	希に支援が必要	月に1回以上	週1回以上の支援が必要		ほぼ毎日（週5日以上）の支援が必要	
不安定な行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

同行援護のアセスメント調査票

	調査項目	0点	1点	2点	特記事項	備考
視力障害	視力	1. 普通（日常生活に支障がない。）	2. 約1m離れた視力確認表の図は見るができるが、目の前に置いた場合は見るができない。 3. 目の前に置いた視力確認表の図は見るができるが、遠ざかると見るができない。	4. ほとんど見えない。 5. 見えているのか判断不能である。		矯正視力による測定とする。
視野障害	視野	1. 視野障害がない。 2. 視野障害の1点又は2点の事項に該当しない。	3. 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による損失率が90%以上である。	4. 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による損失率が95%以上である。	視力障害の1点又は2点の事項に該当せず、視野に障害がある場合に評価する。	
夜盲	網膜色素変性症等による夜盲等	1. 網膜色素変性症等による夜盲等がない。 2. 夜盲の1点の事項に該当しない。	3. 暗い場所や夜間等の移動の際、慣れた場所以外では歩行できない程度の視野、視力等の能力の低下がある。	—	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来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場合に「歩行できる」と判断する。
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	1. 慣れていない場所であっても歩行ができる。	2. 慣れた場所での歩行のみできる。	3. 慣れた場所であっても歩行ができない。	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る。	人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能な場合に「歩行できる」と判断する。

注1. 「夜盲等」の「等」については、網膜色素変性症、^{すい}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。

注2. 「歩行」については、車いす等による移動手段を含む。



居宅介護支給決定基準支給量早見表(基本・勘案追加)

Main table grid showing service standards across 6 districts (区分1-6). Each district contains columns for '家事' (Household) and '身体' (Physical), with sub-columns for '0時間', '1時間', '2時間', and '合計'. A summary box at the bottom center provides additional service details.

◎障害者
家事援助・通院等介助(身体伴わない) 153単位
身体介護・通院等介助(身体伴う) 360単位
◎障害児
家事援助・通院等介助(身体伴わない) 150単位
身体介護・通院等介助(身体伴う) 327単位
で算定しています。
◎通院等乗降介助は104単位
で算定してください

居宅介護支給決定基準支給量早見表(日中活動系サービス支給決定者)

Main table with 6 columns (区分1-6) and multiple rows (0-11 hours). It includes sub-sections for '障害者' (Disabled), '障害児' (Disabled Children), and '児童' (Children). The table lists '家事' (Housework) and '身体' (Body) support units and their corresponding service hours.

◎障害者
家事援助・通院等介助(身体伴わない)153単位
身体介護・通院等介助(身体伴う)360単位
◎障害児
家事援助・通院等介助(身体伴わない)150単位
身体介護・通院等介助(身体伴う)327単位
で算定しています。
◎通院等乗降介助は104単位
で算定してください

別表7

障害児の調査票(調査項目:5領域20項目)

ふりがな		調査日：令和 年 月 日
児童氏名		

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

領域	項目	以下に該当の番号を記入	判断項目(支援度合)			
コミュニケーション	(21)コミュニケーション(言葉遣い)		① 適切な言葉遣いや態度で表現することができる	② 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる	③ ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	④ 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22)コミュニケーション(やり取り)		① やり取りをすることができる	② 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	③ やり取りをすることが難しい	
	(23)コミュニケーション(集団適応力)		① 参加することができる	② たまに参加することができる	③ ほとんど参加することがない	④ 参加することが難しい

別表8

	支援頻度				具体例
	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	他者に対する自分の意思の伝達に、どの程度の支援を必要とするか。
説明の理解	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	他者からの説明の理解に、どの程度の支援を必要とするか。
大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	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。 物などを使って周囲に不快な音を立てる。
異食行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	食べられないものを口に入れたり、飲み込んだりする異食行動がある。 異食行動を防ぐため、異食しそうなものを周囲に置かないなど配慮が必要。
多動・行動停止	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	特定の物や人(対象が明確でない場合も含む)に対する興味関心が強く、思うとおりにならないと多動になったり、その対象にこだわって動かなくなってしまう。
不安定な行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	予定や手続き、日頃から慣れている支援者や状況等が変わることが受け入れられず、突然大声を出したり、興奮する等のパニック状態になる等、行動が不安定になる。
自ら傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	自分の体を叩いたり、頭を床に打ち付けたり等、自分の体を傷つける行為がある。
他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	他人を叩く、髪を引っ張る等、他人を傷つける行為がある。相手への侮辱等、心理的に相手を傷つける行為がある。 壁を壊したり、物を投げたりする等、他人を傷つける危険性がある。
不適切な行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	興味や関心が優先し適切な意思表示ができなかったり、判断能力が不十分であること等により、不適切な行為がある。 不適切な行為の例) 急に他人に抱きつく、断りもなく物をもってきこまう、他人をのぞき込む、急に他人に接近する等。
突発的な行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	関心が強い物や人を見つけたら、突然気になる方へ走って行ってしまふ等、突発的な行動がある。 危険の認識が弱く、道路への飛び出しや自分の身体能力を超えた高さから飛び降りる等の行為がある。
過食・反すう等	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	過食や過飲、拒食、反すう等、食に関する行動上の問題がある。
てんかん	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 経過観察あり	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	〔診断あり〕てんかんの診断がある。(薬で発作を予防している場合も含む。) 〔経過観察あり〕服薬対応までしていないが、てんかんの経過観察を行っている。
そううつ状態	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 経過観察あり	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	気分が憂鬱で悲観的になる、抑鬱気分のため思考力が低下し考えがまとまらず、日常生活に支障をきたす。 気分の高揚により行動的になるが、注意力が散漫であるため、結果は失敗に終わり社会生活に影響を及ぼす。
反復的行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 経過観察あり	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	ある考えに固執し、特定の行為を反復したり、儀式的な行為にとられる等により、動作に時間がかかり日常生活に支障が生じる。
対人面の不安緊張 集団への不適応	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 経過観察あり	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	人との関係で緊張状態になり、集団生活の場面に参加できなかったり、参加しても行動に移せないことがある。 緊張状態が強く、身体症状が出ている。
読み書き	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 支援が必要な場合がある	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上～ほぼ毎日	文字や文章を読むこと、書くことについて、どの程度の支援を必要とするか。

理 由 書

(兼 申 立 書)

年 月 日

徳島市長 様

住 所

氏 名

印

障害福祉サービス等に係る本人の状況等については下記のとおりです。

受 給 者	受給者証番号																			
	受給者住所																			
	受給者氏名																			
	児童氏名																			
(内 容)																				
(理 由)																				

徳島市移動支援事業（個別支援型）ガイドライン

1. 事業の目的・内容

移動支援事業は、屋外において単独での移動が困難な障害者（児）に対し、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出が円滑にできるよう、ガイドヘルパーを派遣して、外出時に必要となる移動の介助及び外出に伴って必要となる介護を行うサービスです。

2. 対象者

下記に該当する障害者（児）であって、市長が外出時に支援が必要と認めた人。ただし、同行援護、行動援護、重度訪問介護利用者、施設入所者を除きます。

- (1) 屋外での移動に制限のある視覚障害者・児
- (2) 全身性障害者・児（身体障害者手帳1級であり、かつ両上肢・両下肢に障害を有する人（おおむね2級以上）又はこれに準ずると徳島市が認めた人）
- (3) 知的障害者・児
- (4) 一人での外出に困難のある精神障害者・児

3. 移動支援事業の対象となる外出

社会生活上必要不可欠な外出

- ・ 公的機関等での手続（官公署・金融機関等）
- ・ 冠婚葬祭・病院へのお見舞い
- ・ 散髪、美容室等への外出
- ・ その他日常生活上必要不可欠な外出

余暇活動等社会参加のための外出

- ・ 買い物
- ・ 公園・遊園地等での遊興目的の外出
- ・ 映画・美術館・演劇観賞等の外出
- ・ スポーツ、プールへの外出
- ・ サークル活動、ボランティア活動等への参加
- ・ 地域等での行事への参加
- ・ その他趣味・娯楽に係る外出

4. 移動支援事業の対象とならない外出

移動支援事業で利用できないもの

- ・ 通年かつ長期にわたる外出（施設等への通所・学校等への通学等）
- ・ 営業活動・経済活動（通勤、会社・店舗での仕事のための外出等）
- ・ 社会通念上不適当な外出（ギャンブル等を目的とした公序良俗に反する目的の外出）
- ・ 政治活動・布教活動
- ・ 用務を一日で終えない外出（宿泊を伴う旅行等）
- ・ 通院（障害福祉サービス・介護保険サービスを利用してください）
- ・ 目的地のみでの介護

・目的地での介助が行われない外出（実質送迎のみになっているもの）

5. 移動支援事業のサービス提供についての基本的な取扱い

1対1のサービス

移動支援事業の個別支援型サービスは、利用者1人につきヘルパー1人が介護するマンツーマンのサービスであるため、1人のヘルパーが複数の利用者を介護することを認めておりません。

1回あたりのサービス提供時間

移動支援事業には1回のサービス提供時間に制限はありません。但し、1日の範囲内で用務を終えるものに限ります。また、1日に複数回の利用も可能です。

サービス提供の起点・終点

サービスの起点と終点は、原則として自宅となります。

自宅以外の場所が起点・終点となる場合はその都度理由書を作成し、請求時にはサービス提供記録と共に提出していただきます。

帰りは家族が迎えに行くことが可能な場合など、状況によっては片道の算定も可能ですが、学校や施設、会社などの帰宅途中からサービスを開始することはできません。また、病院の帰宅途中に通院等介助等から移動支援にサービスを切り替えることはできません。

また、目的地での介助がなく、目的地まで送り届け、用事が終わる頃に迎えに行くといった利用は出来ません。

学校・施設への送迎

学校、施設への送迎は通年かつ長期の外出となるため、原則として移動支援事業対象外です。また、家の近くのバス停までの送迎や一旦学校や施設から自宅に帰らずに、外出先で待ち合わせて自宅まで送迎することも通学・通所の送迎の範囲となるため対象外です。

但し、通学についてのみ、保護者の疾病等の緊急時において、徳島市が特に必要と認めた場合に限り、一時的に通学の送迎に利用可能です（1ヶ月に4回（片道1回）まで。事前又は事後に理由書の提出が必要です）。

なお、施設への送迎は上記に係わらずサービス対象外です。

プール、銭湯等での支援

単にプールサイド等で見守るだけでは算定の対象とはなりません。衣服の着替え、排泄等実際に介護を行う場合や、プール内（水中）や銭湯内（浴槽内）に一緒に入り介助や安全確保等を行う場合は移動支援の算定対象となります。

ヘルパーの運転による自動車等でのサービス提供

移動支援事業は、原則バスなどの公共交通機関での移動を想定していますが、移動支援事業所又はヘルパー等の車を使用して利用者を移送する場合は、移動に係る費用の収受の有無により、道路運送法上の許可等が必要となります。

具体的には、利用者から運賃等の運送サービスの提供に対する反対給付を徴する場合（ガソリン代ほか実費負担を除く。）は、道路運送法第4条第1項の一般乗用旅客自動車運送事業の許可及び、事

業所やヘルパー等の自家用自動車を使用して移送する場合はこれに加えて道路運送法第78条第3号の自家用自動車有償運送の許可（ぶらさがり許可）が必要となります。

これら道路運送法上の許可を受けずに車両移送でサービス提供をした場合は、移動支援事業の算定対象となりません。

なお、運転するヘルパーは、事業用自動車（緑ナンバー又は黒ナンバーの車）を使用して車両移送に従事するヘルパーは二種免許が、自家用自動車を使用して車両移送に従事するヘルパーは二種免許又は福祉有償運送運転者講習修了等の資格を得たうえで、この自家用自動車有償運送の許可（ぶらさがり許可）が必要となります。

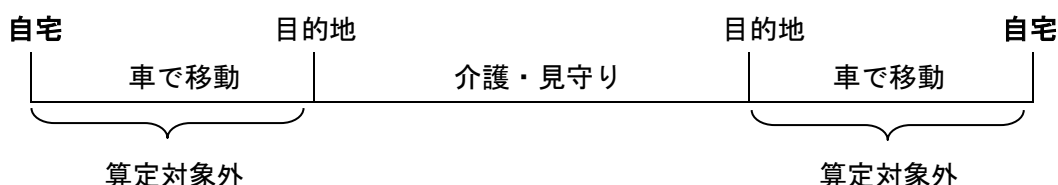
一方、道路運送法の法制度上、利用者から運賃等の運送サービスに対する報酬が支払われていないと扱われるものは、有償の運送には該当しないため、道路運送法における許可又は登録は要しない運送とされています。ただし、これまで運送について同法の許可又は登録をうけている場合は、それらの廃止届や返納を行なわないと、この許可又は登録を要しない運送とは扱わないことにご注意ください。

移動支援事業の算定対象時間

道路運送法上の許可等を取得している事業所がヘルパーの運転により利用者を外出先へ移送する場合、ヘルパーが運転している時間は利用者を介護できる状態ではないため、移動支援事業の算定対象外となります。ヘルパーが利用者の自宅を訪問するための移動時間も算定対象外です。なお、自動車での目的地までの送迎のみは対象外であるため、目的地での介護の外、外出前後の衣服の着替え、排泄等何らかの介護が伴った場合のみ算定可能です。

また、ヘルパーが食事を摂っている時間や別室等で待機している時間等利用者に常時付き添っていない時間は算定対象外となりますので、サービス提供時間から控除して算定します。

（例）ヘルパーの運転で移動支援を行う場合



1日に複数回利用する場合の算定

1日に複数回サービスを利用する場合は、その間隔を2時間以上空けなければ、1回のサービスとして算定できません。サービスの間隔が2時間未満であるときは、各サービス提供時間を通算した時間数を算定します。

開始時間 ~ 終了時間	提供時間数	算定時間数
① 10:00 ~ 11:00 (間隔 1.0時間)	(1.0)	3.0時間
② 12:00 ~ 14:00 (間隔 3.0時間)	(2.0)	
③ 17:00 ~ 19:00 (間隔 0.5時間)	(2.0)	3.5時間
④ 19:30 ~ 21:00	(1.5)	

※サービスの間隔が2時間未満の場合、利用時間数を通算。

提供時間に対する算定時間

所要時間30分未満（最初の30分）で算定する場合の所要時間は20分以上になります。

（例） 開始時間 ～ 終了時間 提供時間数 算定時間数

① 12:00～12:15 15分 所要時間20分未満のため算定不可。

最初の30分を過ぎてからの請求は、15分以上サービスを提供してください。

※1時間で請求する場合は45分以上のサービス提供になります。

ヘルパー2人派遣

あらかじめ本市に理由書を提出し、身体面・行動面で2人介護が必要であると認められた場合（受給者証に2人介護の記載をします）にのみ算定可能です。

なお、2人介護はヘルパー1人につき算定されますので、ヘルパーが2人介護している間は2倍の時間・利用者負担が算定されます。

交通費等実費負担

移動支援事業のサービス提供中の実費負担について、交通費及び入場料はヘルパーの分も含めて利用者の負担となります。食事代については、会食等で利用者が一緒に食べることを希望する場合等を除き、原則としてヘルパーの分は利用者の実費負担に含めないものと考えますが、あらかじめ事業所と利用者の契約及び重要事項説明書等で説明・協議を行い、双方の合意により対応してください。

支援を行っている間のヘルパーの食事については、業務中はサービスに専念すべきであるため、サービス提供時間が長時間に及ぶ場合等やむを得ない場合を除いて、支援を行っている間は食事を控えてください。やむを得ず食事を摂る場合は、食事の間の利用者の安全を確保するように配慮してください。なお、ヘルパーは業務中であることを理由に食事を辞退することができます。

障害福祉サービスとの関係

病院への通院については、障害福祉サービスの通院等乗降介助、通院等介助等を利用していただきますので、移動支援事業での通院はできません。

また、同行援護、行動援護、重度訪問介護、療養介護、宿泊型自立訓練、施設入所支援の利用者は移動支援事業を利用できません。

入院中の利用

入院中の外出や外泊時の自宅への送迎には利用できません。

介護保険サービスとの関係

介護保険の認定を受けている人で、病院への通院については、介護保険サービスの通院等乗降介助、身体介護を利用していただきますので、移動支援事業での通院はできません。なお、介護保険の認定で要支援となり介護保険サービスでの通院ができない人は、障害福祉サービスで障害程度区分が1以上に認定され、通院の必要性があると認められる場合には、障害福祉サービスの通院等乗降介助等の利用が可能です。

事業所の発案・企画した旅行・行事等への参加

移動支援事業は、利用者の発意・提案による外出が原則であるため、事業所が主催した旅行や行事への参加等については、本人の主体的な活動を支援する移動支援事業の趣旨に該当しないため対象外です。

また、障害福祉サービス及び他の地域生活支援事業に係る報酬・補助等が算定される場合も移動支援事業の対象外です。

複数事業所利用

支給量の範囲内であれば、複数の事業所を利用できます。移動支援事業の契約時に支給量の範囲内で契約してください。

(例1) 支給量30時間

○ : A事業所20時間+B事業所10時間 = 合計30時間

× : A事業所20時間+B事業所15時間 = 合計35時間 (支給量超過)

(例2) 支給量30時間

A事業所30時間で契約中

A事業所以外にB事業所で10時間利用したい

→A事業所の契約時間を20時間以内に変更し、B事業所と10時間で契約

6. サービス実施事業所・サービス提供者の資格要件

移動支援事業を行うことができる事業所は、徳島市と業務契約を締結した事業所で、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第29条第1項の指定のうち、居宅介護、重度訪問介護、同行援護又は行動援護の徳島県知事による指定を受けている事業所です。

また、サービス提供者の資格要件は、次の研修の課程を終了し、研修を終了した旨の証明書の交付を受けたヘルパーです。

類型	視覚障害者 (児)	全身性障害者 (児)	知的障害者 (児)	精神障害者 (児)
研修課程等				
介護福祉士			○	○
看護師・准看護師			○	○
障害1～3級			○	○
居宅介護職員初任者研修			○	○
居宅介護従業者基礎研修			○	○
移動(視覚)	○			
移動(全身性)		○		
移動(知的)			○	
日常生活支援(全身性)		○		
行動援護			○	○
強度行動障害支援者養成研修			○	○

類 型 研修課程等	視覚障害者 (児)	全身性障害者 (児)	知的障害者 (児)	精神障害者 (児)
重度訪問介護		○		
同行援護	○			
訪問介護員 1・2級			○	○
介護職員基礎研修			○	○
介護職員初任者研修			○	○
介護職員実務者研修			○	○

7. 利用者負担

サービスの利用者負担は市民税非課税世帯は無料、市民税課税世帯はサービス基準額の一割負担です。

算定時間	30分以下	30分を超え 1時間以下	1時間を超え 1時間30分以下	1時間30分を超え 2時間以下	2時間を超え 2時間30分以下	2時間30分を超え 3時間以下	以後 30分
負担額	150円	270円	400円	480円	560円	630円	80円

※上記の費用に交通費は含まれていません。ヘルパーの運転する自動車等で移動する場合は、上記の費用とは別に運賃が必要ですのでご注意ください。

8. 移動支援事業契約事業所の運営について

利用契約書・重要事項説明書

移動支援事業者は、利用者に対しサービス提供を行う場合は、事前に利用契約書及び重要事項説明書を作成し、利用者到手渡してください。

また、利用者と契約を行ったら、受給者証の事業者記入欄へ契約内容を記入し、事業者確認印の欄に押印をしてください（終了時も同様）。その後、徳島市へ契約内容報告書を提出してください。報告書の提出が必要となるのは、新規契約・変更・終了時となります。受給者証については、写しをとり、事業所で保管してください。

なお、サービス提供にあたる前に、このガイドラインを踏まえ、サービス提供内容や利用者負担、運賃等実費負担分等について、十分協議を行ったうえでサービス提供を行ってください。

9. 請求関係

請求の手順等

移動支援事業に係る費用の請求は、事業所による代理受領となり、事業所から徳島市へ下記の要領で請求を行います。

- (1) 移動支援事業者はサービス提供を行った翌月10日（土・日・祝日の場合にはその翌日）までに市に請求書を提出してください。
- (2) 請求書に、請求明細書、移動支援サービス提供実績記録票の写しを添付してください。実績記録票には行き先、内容について記載してください。（サービス提供時間は実際の提供時間で記載してください。）
- (3) 徳島市で請求内容の審査を行い、請求書提出日の属する月末日までに支払いを行います。（ただし、請求に不備等があった場合は、この限りではありません。）
- (4) 事業者は移動支援費の支払いを受けたら、利用者に対し「代理受領通知」を交付してください。

サービス提供記録・領収書等

移動支援の提供を行った場合は、提供実績記録票にサービス提供内容を記載し、利用者へ確認を行いサービス提供者印と利用者確認印を押印してください。また、原本は事業所で保管し、写しを利用者へ渡して下さい。

また、利用者負担や運賃等実費負担がある場合は、利用者に対し必ず領収書を交付してください。

調査及び指導調査

移動支援事業の適正な事業運営を図るために、請求に関する事項等について調査を行ないますので、請求に係る書類（請求関係書類一式、契約書、支援計画、サービス提供記録、従業者出勤記録、領収書等）は請求月から5年間保存してください。また、年に一回は自主点検表（別表1）に基づいて自主点検を行い、適切な運営・管理に努めて下さい。

費用の返還・契約の取り消し

移動支援事業に係る費用の請求において、誤り、偽りその他不正の手段により移動支援費の利用が認められる場合は、その事項に該当する費用の全部又は一部を返還していただきます。

また、事業所への調査等により、下記に該当する場合は、事業者の登録を取り消すことがあります。

- (1) 正当な理由がなく移動支援事業の契約を履行しないとき。
- (2) 移動支援事業の契約の履行について不正の行為があったとき。
- (3) 移動支援事業の契約の履行に際し、本市係員の指示に従わず、又はその職務を妨害したとき。
- (4) 法令違反があったとき。

なお、以上の取り扱いは、制度改正やその他の障害者施策の動向などから判断し、変更することがあります。

附 則

このガイドラインは、平成25年4月1日から施行する。

附 則

このガイドラインは、平成26年4月1日から施行する。

附 則

このガイドラインは、平成27年4月1日から施行する。

附 則

このガイドラインは、平成28年4月1日から施行する。

附 則

このガイドラインは、平成29年10月1日から施行する。

附 則

このガイドラインは、令和2年4月1日から施行する。

附 則

このガイドラインは、令和6年4月1日から施行する。

暫定支給決定期間にかかる訓練等給付事業評価結果報告書

提出年月日 年 月 日

徳島市長 殿

届出者 所在地

事業者名

代表者名

印

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる評価結果を報告します。

受給者証番号																		支給決定 障害者氏名	
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 就労移行支援		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型）		<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）		<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）												
暫定支給 決定期間	年 月 日～			年 月 日															
契約事業所番号																		契約事業所名	
評価実施者 (サービス管理責任者)																			
評価結果	当該サービスの継続利用に係る適否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 (理由)																		
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 アセスメントシート <input type="checkbox"/> 2 個別支援計画 <input type="checkbox"/> 3 アセスメント票																		
																		※2・3は事業所の任意様式で	

注 この報告は暫定支給決定期間の終期3週間前までに提出すること。

暫定支給期間アセスメントシート

別紙4

(就労移行支援事業 ・ 就労継続支援A型)

記入日 年 月 日

利用者の氏名		性別 (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳)
暫定期間	年 月 日～ 年 月 日	事業所との契約日	年 月 日
事業所名		評価実施者 (サービス管理責任者)	
既に取得している資格等			
.			
.			
利用者の希望する就労形態・職種等 (職歴含)			
.			
.			
暫定期間中の個別支援計画に基づく支援実績(支援した仕事の内容・習熟度・暫定計画の評価等)			
【仕事の内容】			
.			
【習熟度】			
.			
【暫定計画の評価】			
.			
今後支給期間内に支援していく内容と方向性 (取得予定の資格・基礎訓練内容・企業実習・就職先との調整等)			
【取得予定の資格】			
.			
【基礎訓練内容】			
.			
【企業実習】			
.			
【就職先との調整】			
.			
最終的な本人のサービス利用意向 (確認日 年 月 日)			
.			
.			
.			

利用実績	月	/	日	月	/	日
------	---	---	---	---	---	---

次回 () 月 1 日からの () のサービスを申請します。

利用者氏名印 _____ (印)

上記記載内容に相違ないことを証します。

サービス管理責任者氏名印 _____ (印)

暫定支給期間アセスメントシート
 生活訓練事業 ・ 機能訓練事業)

別紙5

記入日 年 月 日

利用者の氏名		性別 (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳)
暫定期間	年 月 日～ 年 月 日	事業所との契約日	年 月 日
事業所名		評価実施者 (サービス管理責任者)	
利用者の希望する地域生活			
・			
・			
利用者の希望する地域生活に移行するための課題(地域生活への移行を図る上で必要な生活能力等)			
・			
・			
暫定期間中の個別支援計画に基づく支援実績(支援した内容・達成度・暫定計画の評価等)			
【支援の内容】			
【達成度】			
【暫定計画の評価】			
今後支給期間内に支援していく内容と方向性			
【内容】			
【方向性】			
最終的な本人のサービス利用意向 (確認日 年 月 日)			

利用実績	月	/	日	月	/	日
------	---	---	---	---	---	---

次回 () 月 1 日からの () のサービスを申請します。
利用者氏名印 _____ (印)

上記記載内容に相違ないことを証します。
サービス管理責任者氏名印 _____ (印)

就労継続支援A型事業に係るアセスメント実施報告書

年 月 日

(あて先) 徳島市長

届出者 所在地

事業者名

代表者名

印

下記の者については、このたび当事業所（就労継続支援A型（雇用有））の採用に際しアセスメント（選考）を実施し、正式に雇用することを決定しました。つきましては、就労継続支援A型（雇用有）の支給申請にあたり関係書類を添えて下記のとおり報告します。

採用対象者	氏名			
	住所			
採用予定年月日	年 月 日			
事業所番号		事業所名		
評価実施者 (サービス管理責任者)	(連絡先:)			
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・採用通知書（写し）（雇用期間が明記されていること） ・個別支援計画 ・アセスメント票 			

留意事項

- ・この報告書は対象者の訓練等給付費支給の申請時に必要となりますので、それまでに、採用対象者に交付するようにしてください。
- ・暫定支給決定を希望する場合は、本報告書の提出は不要です。

※徳島市処理欄

暫定支給決定の可否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
-----------	--

障害者就労アセスメント票

		作成日	年 月 日	
事業所名		担当者氏名		
事業所名住所	〒			
電話番号		FAX番号		
Eメール		ホームページ		
支援担当者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

基本情報	本人確認欄 (本人署名・印)				印
氏名		性別		年齢	
住所					
電話		携帯電話			
Eメール					
障害区分	<input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 知的・ <input type="checkbox"/> 精神・ <input type="checkbox"/> 腎臓・ <input type="checkbox"/> 難病・ <input type="checkbox"/> 発達・ <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他()				
手帳区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・ <input type="checkbox"/> 療育手帳・ <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳・ <input type="checkbox"/> 主治医の意見書 等級 級				
障害名					
障害原因	<input type="checkbox"/> 事故・ <input type="checkbox"/> 疾病・ <input type="checkbox"/> その他()				
発症年月	年 月	発作の有無	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし		
社会保障	障害年金 万円/2ヶ月・生活保護 万円/月・その他()				
医療機関		電話		通院周期	
保護者		続柄()		続柄()	
連絡先		FAX		携帯電話	
家族構成					

ハローワーク関係	(障害者登録の有無: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)		(一般登録の有無: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)		
ハローワーク名		住所			
電話番号		FAX番号		担当	

就労に関する事項													
勤務時間	時 分 ~ 時 分 又は 時 分 ~ 時 分の間の 時間												
休 日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 祝	<input type="checkbox"/> 不問	勤務日	週	~	日
加入保険	<input type="checkbox"/> 雇用保険 ・ <input type="checkbox"/> 健康保険 ・ <input type="checkbox"/> 厚生年金 ・ <input type="checkbox"/> 不問												
通勤方法	<input type="checkbox"/> 電車 ・ <input type="checkbox"/> バス ・ <input type="checkbox"/> マイカー ・ <input type="checkbox"/> バイク ・ <input type="checkbox"/> 自転車 ・ <input type="checkbox"/> 徒歩												
就労働機													
障害特性													
配慮事項													
得意な所													
苦手な所													
免許・資格													
就労に向けた課題													
医師の意見													
事業所所感													
ハローワーク所感													

履歴関係

学 歴	
就学期間	学校名
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	
年 月 ~ 年 月	

職 歴					
1	就労期間	年 月 ~ 年 月	勤務年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	職種				
	仕事内容				
	退職理由				
2	就労期間	年 月 ~ 年 月	勤務年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	職種				
	仕事内容				
	退職理由				
3	就労期間	年 月 ~ 年 月	勤務年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	職種				
	仕事内容				
	退職理由				
4	就労期間	年 月 ~ 年 月	勤務年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	職種				
	仕事内容				
	退職理由				
5	就労期間	年 月 ~ 年 月	勤務年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	職種				
	仕事内容				
	退職理由				
6	就労期間	年 月 ~ 年 月	勤務年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	職種				
	仕事内容				
	退職理由				

職業訓練歴

訓練期間	訓練施設名	科目
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

事業所利用歴

1	利用期間	年 月 ~ 年 月	利用年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	事業区分				
	作業内容				
	退所理由				
2	利用期間	年 月 ~ 年 月	利用年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	事業区分				
	作業内容				
	退所理由				
3	利用期間	年 月 ~ 年 月	利用年数	年 ヶ月	
	事業所名				
	事業区分				
	作業内容				
	退所理由				

実習歴

1	実習期間	年 月 ~ 年 月	職種	
	事業所名			
	実習内容			
	同行者の評価			
2	実習期間	年 月 ~ 年 月	職種	
	事業所名			
	実習内容			
	同行者の評価			
3	実習期間	年 月 ~ 年 月	職種	
	事業所名			
	実習内容			
	同行者の評価			

アセスメントチェック票

○記入方法（評価欄に次の数字を記入する）

4	・・・できる	十分できる。
3	・・・ややできる	だいたいできるが、少し課題がある。
2	・・・ややできない	もう少し課題がある。
1	・・・できない	まだまだ課題が多くある。

評価作業の種類

領域	チェック項目	評価	所見等
I・ 基礎的 日常生活	1 日常生活のリズム		
	2 健康状態		
	3 感情の安定性		
	4 身だしなみ		
	5 電話等の利用		
	6 金銭管理		
	7 交通機関の利用		
	8 出席・出勤状況		
	9 ルールの理解・遵守		
	10 就労能力の自覚		

領域	チェック項目	評価	所見等
II・ 対人 関係	1 挨拶・返事・言葉遣い		
	2 コミュニケーション		
	3 意思表示		
	4 協調性		

領域	チェック項目	評価	所見等
Ⅲ・作業力	1 体力		
	2 就労意欲		
	3 指示内容の理解・遵守		
	4 正確性・確実性		
	5 判別力		
	6 修正力		
	7 巧敏性・器用さ		
	8 器具・道具の使用		
	9 作業速度		
	10 作業能率		
	11 習熟		
	12 適応性		
	13 危険への対処		

領域	チェック項目	評価	所見等
Ⅳ・作業態度	1 質問・報告・連絡・相談		
	2 時間の遵守		
	3 準備・片付け・整理整頓		
	4 作業意欲・積極性		
	5 持続力・集中力		

	6	責任感		
	7	共同作業		

領域	チェック項目		評価	所見等
V・その他	1	援助の依頼		
	2	服薬管理		
	3	体調不良時の対処		
	4	荷物の運搬		
	5	作業遂行の自立		
	6	単独の移動範囲		
	7	文字		
	8	数量・計算		
	9	パソコンスキル		
	10	迷惑になる言動		
	11	余暇スキル		
	12	家族からの援助		
	13	共有スペースの利用		

障害者就労アセスメント票 アセスメントチェック票評価基準表

氏名		評価者			
所属		評価日			評価作業の種類

領域	チェック項目	内容	4.(できる・ある)	3.(だいたいできる・だいたいある)	2.(あまりできない・あまりない)	1.(できない・ない)
I・基礎的日常生活	1 日常生活のリズム	起床、食事、睡眠などの生活リズムは規則正しい。	起床、食事、睡眠など、規則正しい生活が自分でできる。	規則正しい生活がだいたいできる。家族等の支援でできる。	規則正しい生活があまりできない。家族等の支援でもあまりできない。	規則正しい生活ができない。
	2 健康状態	健康に気をつけ、良好な体調を保っている。	健康状態は良い。	健康状態はだいたい良い。家族等の支援により、概ね健康状態を保っている。	健康状態はあまり良くない。家族等の支援でもあまり良くない。	健康状態は悪い。
	3 感情の安定性	感情のコントロールができ、安定している。	自己コントロールを含め、感情は安定している。	右記の行動がたまにあるが、自分で安定させることができる。	右記の行動が時々見られるが、周囲の助言で安定する。	大声を出す、泣く、暴れる、反抗的になる、沈み込むなどの行動が頻繁にある。
	4 身だしなみ	場に合った服装をしている。整容ができ、清潔を保っている。	場に応じた身だしなみはいつもきちんとしている。	身だしなみはだいたいきちんとしている。	身だしなみをあまり気にしない。指摘されれば改める。	常に指摘や支援が必要である。
	5 電話等の利用	用件を伝えるのに電話、メール、FAXを利用できる。	状況に応じた電話等の利用ができる。	電話等で簡単な内容であれば連絡、応対ができる。	電話等での連絡、応対は要領を得ない。	電話等を使って連絡、応対はできない。
	6 金銭管理	小遣い、給与等を計画的に使う。必要な物を買う、保管するなど金銭管理ができる。	小遣い、給与等お金を計画的に使うことができる。	お金を計画的に使うことがだいたいできる。時々赤字を出す。	お金を計画的に使うことがあまりできない。赤字を出すことが多い。	お金をすぐに使ってしまう。お金を大事にしない。
	7 交通機関の利用	通学(通所、通勤)に交通機関を一人で利用できる。	通勤、通学時に交通機関を一人で利用できる。不測の事態に対処できる。	交通機関を2～3回の練習で利用できる。想定される不測の事態に対処できる。	迷いやすく、自分の間は付き添いが必要である。不測に事態に対処できない。	交通機関を一人で利用できない。
	8 出席・出勤状況	正当な理由(通院、病気、電車の遅れ等)のない遅刻、早退、欠席、欠勤がなく、安定した作業ができる。	遅刻・早退・欠席・欠勤がない。作業中の不調はない。	遅刻・早退・欠席・欠勤が月1～2回ある。または作業中に不調を訴えることがたまにある。	遅刻・早退・欠席・欠勤が月3～4回ある。または作業中に不調を訴えることが多い。	遅刻・早退・欠席・欠勤が月5回以上ある。作業中に不調を訴えることが多い。
	9 ルールの理解・遵守	規則や、決められた事を守る。	所属する社会の規則やルールを理解し、守ることができる。	ルールを理解しているが、たまに守らないことがある。	ルールをあまり守らないが、指摘されれば修正できる。	ルールを理解できず、守ることができない。指摘されても修正が難しい。
	10 就労能力の自覚	自身の障害や症状を理解し、自分にあう職域、作業内容、作業時間、作業量のレベルなどを理解している。	自身の障害や症状を理解し、自分にあう職域、作業内容、作業時間、作業量のレベルなどを理解している。	自身の障害や症状をだいたい理解し、自分の得意な職域や作業内容を理解している。	自身を過大評価し、自分の得意な職域や作業内容をあまり理解していない。	自身の障害や症状を理解していない。自分の得意な職域や作業内容を理解していない。

II・対人関係	1 挨拶・返事・言葉遣い	相手や場に応じた挨拶・返事・言葉遣いができる。	相手や場に応じた挨拶・返事・言葉遣いができる。	きまった挨拶・返事はできる。	相手から挨拶されれば応じることはできる。	挨拶・返事・言葉遣いができない。
	2 コミュニケーション	会話に参加したり、意思疎通ができる。話について行くことができる。	その場に応じた会話ができる。	会話に入るが、話がかみ合わないことがたまにある。	話しかけられれば答えるが、自分からは話しかけない。	会話ができない。会話に入ろうとしない。
	3 意思表示	自分の意思(質問や意見、体調悪化、トイレなど)を相手に伝えることができる。	質問や意見、体調悪化、トイレなど、意思表示が適切にできる。	意思表示がだいたいできる。	相手や内容によっては意思表示ができない。	意思表示ができない。
	4 協調性	お互いの個性を認めあい、他人と力を合わせて助け合うことができる。	協調性はある。	協調性は普通である。	協調性はあまりない。共同や分担がスムーズにできない。	協調性はない。他人とのトラブルが多く、個別の対応が必要である。

III・作業力	1 体力	1日(7～8時間)を通して作業ができる体力がある。	体を使う作業を続けて7～8時間できる。	体を使う作業を続けて6時間程度できるが、時々疲れた様子が見せる。	体を使う作業は半日(3～4時間)できる。	体を使う作業はほとんどできない(3～4時間以下である)。
	2 就労意欲	社会に出て働く意欲がある。	働く意欲があり、そのためにやるべきことを理解し、必要な努力をしている。	働く意欲はかなりあり、助言や支援により必要な努力をしようとしている。	就労意欲はあまりない。	就労意欲はない。
	3 指示内容の理解・遵守	指示通りに作業する。	口頭指示を理解し、守ることができる。理解したことは忘れない。	口頭指示を理解し、だいたい守る。手順書やメモがあれば指示を忘れることはない。	モデリングで手順を示せば理解できるが、時々確認が必要である。	手添えで繰り返し指示をしてもなかなか理解できず、すぐに忘れる。
	4 正確性・確実性	正確な手順で、確実な作業をする。	正確な手順で、ミスなく確実な作業ができる。規格を維持できる。	正確度80%程度である	正確度70%程度である	正確度70%以下である
	5 判別力	不良品等を判別する。	部品や不良品の判別能力が高い。	部品や不良品の判別は平均的である。	部品や不良品の判別があまりできない。	部品や不良品の判別ができない。
	6 修正力	不具合に気づき、修正する。	自分で間違いに気づき、修正できる。	時々気づかないことがあるが、指摘を受けると自分で間違いを修正できる。	具体的な指示があれば、自分で間違いを修正できる。	自分で間違いを修正できない。
	7 巧緻性・器用さ	器用に作業する。	細かい作業ができ、作業の質、量とも高く、支援者と同等程度である。	作業の質、量は概ね高く、支援者の80%程度である。	あまり器用ではなく、質を目標とする量が少なくなる。支援者の60%程度である。	器用とはいえず、質にバラつきがある。
	8 器具・道具の使用	作業機器や道具類を教えられた通りに正しく使える。	機器・道具を正しく使える。	機器・道具をだいたい正しく使える。手順書やメモがあれば使える。	機器・道具をあまり正しく使えず、見守り、助言を要す。	機器・道具を正しく使えない。
	9 作業速度	必要とされる作業速度(支援者の作業速度)がこなせる。	支援者の80%程度である。	支援者の60%程度である。	支援者の40%程度である。	支援者の20%程度である。

10	作業能率	作業能率が向上する。	慣れるにつれ、作業能率は著しく向上する。	慣れるにつれ、作業能率は向上する。	作業能率はあまり向上しない。	作業能率は上がらず、低下することもある。
11	習熟	作業に習熟する。	どの作業も習熟できる。	どの作業もだいたい習熟できる。	特定の作業であれば、時間はかかるが習熟できる。	習熟はなかなかしない。
12	適応性	作業の環境、内容、手順等の変化に対応できる。	急な作業、環境の変更に対応できる。	予告すれば作業、環境の変更に対応できる。	作業、環境の変更には抵抗感があり、なかなか対応できない。	作業、環境の変更が理解できず、作業ができなくなる。
13	危険への対処	危険と教えられたことをせず、自身の安全を考えて行動する。	危険を認識し、身を処せる。危なくないように作業ができる。	危険な状況を理解しているが、時々守れないことがある。	危険な状況をあまり理解できず、安全な行動ができない。	危険な状況が判断できない。禁止事項を理解できない。禁止事項が守れない。

IV・作業態度	1	質問・報告・連絡・相談	必要な時に適切な質問・報告(作業の終了・失敗等)・連絡・相談ができる。	質問、報告、連絡、相談が適切なタイミングにできる。	質問・報告・連絡・相談は概ねできるが、たまに忘れることがある。	忘れることが多く、促しを要す。必要以上にすることがある。	自分からはできない。
	2	時間の遵守	時間(作業開始時間、締め切り等)を守る。	作業時間、納期など時間を意識した作業ができる。	時間を守れないのは月1~2回程度である。	時間を守れないのは月3~4回程度である。	時間を守ることを意識できない。時間を守れない。
	3	準備・片付け・整理整頓	作業場の準備、整理整頓ができる。	物を大切に。準備、片付け、整理が、自発的にできる。	だいたいできるが、時に不十分なことがある。	言われないとできない。	できない。常に支援が必要である。
	4	作業意欲・積極性	作業に自分から積極的に取り組む。	どんな作業にも、自ら積極的に取り組む。	好きな作業は積極的に取り組む。嫌いな作業も取り組むが積極的ではない。	あきらめが早い。その都度動機付けを要す。	作業意欲は低く、最後までやり遂げようとはしない。
	5	持続性・集中力	作業への持続性・集中力はある。	1日、周囲の状況に左右されず、集中し、安定した作業ができる。	だいたい持続性・集中力は継続するが、1日の作業の中で、1回程度右舵の行動がある。	持続性・集中力は弱く、一日の作業の中で、2回以上右舵の行動がある。	たびたび、飽きて手休め、おしゃべり、離席などがある。
	6	責任感	与えられた作業や当番などを最後までやり遂げる。	与えられた作業や当番などを最後までやり遂げる。	声かけがあれば作業や当番などを最後までできる。	作業や当番などい加減にしたがり、ムラがある。	作業や当番など最後までやらず、注意しても改めない。
	7	共同作業	人と共同して作業ができる。	役割を理解し、人と共同して作業ができる。	共同作業はだいたいできるが、たまに相手の動きに合わせるができない。	特定の人、特定の作業であればできるが、落ち着かない態度や和を乱すことが多い。	共同作業はできない。

V・その他	1	援助の依頼	困ったことがあると、援助の依頼ができる。	困ったことがあると、知らない人でも援助の依頼ができる。	慣れた環境であれば、援助の依頼ができる。	特定の人であれば、援助の依頼ができる。	自発的な援助の依頼はできない。
	2	服薬管理	決められたとおりに、適切な内服ができる。	適切な医療機関の受診、定時薬、臨時薬の服薬、管理が一人で行える。	セットされていれば、一人で決められたとおりに服用することができる。	声掛け、見守りがあれば服薬できる。	服薬管理はできない。
	3	体調不良時の対処	病気の予防や、医療機関への受診ができる。	うがいなど、病気の予防をすることができる。応急処置や受診などの対応ができる。	だいたい体調不良時に対処できる。	周囲に相談することはできる。	体調不良に気づかない。周囲に伝えるとはできない。
	4	荷物の運搬	安全に荷物を運搬することができる。	40kg程度の荷物を、安全に運搬することができる。	20kg程度の荷物を、安全に運搬することができる。	10kg程度の荷物を、安全に運搬することができる。	10kg程度の荷物を運搬することはできない。
	5	作業遂行の自立	作業を一人でやり遂げることができる。	指示内容を理解し、作業を遂行することができる。能率が向上するよう、工夫できる。	だいたい指示通りに作業を遂行することができる。	単純、反復作業は遂行できるが、確認を要す。	援助がなければ作業を遂行できない。
	6	単独の移動範囲	単独で迷うことなく、目的地へ行き、帰ってくるができる。	一人で知らない所へ行くことができ、帰ってくるができる。	慣れた場所であれば一人で移動することはできる。	単独の移動範囲は自宅周辺であるが、迷ってしまうこともある。	単独の移動範囲は自宅・職場(施設)内である。
	7	文字	文字を正しく読み、書くことができる。	文章を読み、理解することはできる。文章を書くことができる。	短い文章を読むことはできる。伝票、申込書、届などの記入はできる。	ひらがなで読むことはできる。手本があれば、書き写すことができる。	文字は読めない。文字は書けない。
	8	数量・計算	数字を理解している。計算ができる。	暗算もしくは電卓を使用して、正確に四則計算ができる。時計やカレンダーを理解している。	簡単な計算はできる。重さを計ったり、数をそろえることはできる。	数字の読み書き、数をそろえることはあまりできない。	数の概念がない。簡単な計算はできない。
	9	パソコンスキル	パソコンの操作ができる。	ワード、エクセルなど、パソコン技能に関する資格を取得している。	資格は有していないが、簡単なワード、エクセル操作ができる。	パソコンを立ち上げ、打ち込みはできる。	パソコンは使用できない。経験がない。
	10	迷惑になる言動	迷惑になる言動はない。	迷惑になる言動はない。	周囲に影響を及ぼすような言動が月に1~2回ある。	周囲に影響を及ぼすような言動が週に1~3回以上ある。	周囲に影響を及ぼすような言動がほとんど毎日ある。
	11	余暇スキル	余暇を過ごすことができる。	一人で余暇の過ごし方を組み立て、実施することができる。	一人で余暇時間を過ごすことができる。	支援があれば、余暇時間を過ごすことができる。	一人で余暇を過ごせない。余暇の過ごし方が分からない。
	12	家族からの援助	就労に向けた家族からの援助はある。	家族からの積極的な援助・理解は得ている。	家族からの援助・理解をだいたい得ている。	積極的な援助はあまり期待できない(手続き・身元引受程度の援助はある)。	家族からの援助は期待できない。
	13	共有スペースの利用	共有スペースの利用はできる。	周囲に配慮ができ、適切に利用することができる。	多少こだわりはあるが、トラブルになることもなく利用することができる。	援助があれば、利用することができる。	混乱が見られ、共有スペースの利用はできない。

- 評価尺度を参考に、4段階で評価してください。
- 評価尺度にあてはまらないことや、特記事項があれば所見等に記入してください。
- 評価基準、比較対象が分からない場合は、支援者(職業指導員等)の能力を基準としてください。

年 月分

実績記録票

利用者氏名		事業所番号	
利用者住所		事業者及びその事業所	

日付	曜日	作業実績				利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間	時間数	作業内容		
合計				日	時間	当月 日 累計 日/30日	

利用開始日	年 月 日		枚中		枚
-------	-------	--	----	--	---

障害者就労アセスメント票の記入方法について

アセスメント票

【基本情報】

できるだけ詳細に記載してください。
家族構成欄には、相関図などを記載してください。

【ハローワーク関係】

必要事項を記載してください。

【就労に関する事項】

記述欄には、なるべく具体的に記載してください。
※医師の意見は、医師からの指示があるときのみ記載してください。

履歴関係

【職歴】

わかる範囲で記載してください。

【職業訓練歴】

能力開発校などが主催する職業訓練などの受講歴を記載してください。

【支援機関利用歴】

就労移行支援や就労継続支援などの支援機関利用歴を記載してください。

【実習歴】

わかる範囲で記載してください。

アセスメントチェック票

このシートは、別紙評価基準を参考にして評価を行なってください。
評価作業の種類については、どのような作業において評価したか記載してください。
所見については、どのような課題が見られるのか具体的に記載してください。
また、その課題に対してどのような対応を行い、結果がどうであるかを記載してください。 ※聴覚障害者の方は、領域Ⅱ-2について点数の記入は不要です。

☆注意事項

このシートには、多くの個人情報が含まれています。ご本人の同意なく複製をしたり情報を提供したりしないでください。

アセスメントシート (就労継続支援A型・就労継続支援B型)

作成年月日 年 月 日

徳島市長 殿

事業所名	
代表者名	
作成者 (サービス管理責任者)	
連絡先	Tel :

次のとおり就労継続支援給付費の支給決定の更新について当事業所の評価票を提出します。

受給者番号		支給決定者氏名		年齢	
サービス種類	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型				
1. 現在の支給決定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
2. 別添「個別支援計画(写)」において設定した目標・課題の達成度					
3. 残った課題もしくは新たな課題					
4. 今後、課題解決や目標達成に向けて必要な支援内容					
5. 一般就労や他の事業の利用移行の可能性及びその理由					
6. 担当者評価	<input type="checkbox"/> 一般就労の可能性があると認められる。 <input type="checkbox"/> 将来的に一般就労の可能性があると認められるため、継続しての就労支援が必要である。 <input type="checkbox"/> 将来的にも一般就労の可能性は低いと認められる。 <input type="checkbox"/> その他 ()				

※欄が不足するときは適宜追紙のこと

7. 利用実績 (利用状況) ※最近一年間の利用実績

月	月	月	月	月	月	月	月	月
日	日	日	日	日	日	日	日	日
月	月	月	月	年間利用実績		※各月の利用日数及び年間の利用可能日数に対する利用日数を記載して下さい。		
日	日	日	日	日 / 日				

上記の内容を確認しました。引き続き () のサービスの受給を希望します。

利用者氏名印 _____ (印)

上記記載内容に相違ないことを証します。サービス管理責任者氏名印 _____ (印)

※添付書類 ①アセスメント票 ②個別支援計画(写)(それぞれ直近に作成したもの)

参考

アセスメント票（就労系）

別紙9

作成年月日 年 月 日

対象者				作成者	
ふりがな 氏名				事業所名	
性別	年齢	歳		職名	
生年月日	年	月	日	電話番号	
障害種別	判定			ふりがな 氏名	

評価項目	評価結果				アセスメント特記事項
	できない	←→		できる	
① 日常生活 (主に就労B利用に係る適正を判断)	1	2	3	4	※①の評価基準に関しては別紙「日常生活チェック票」を参考にすること
1、起床					
2、生活リズム					
3、食事					
4、服薬管理					
5、外来通院					
6、体調不良時の対処					
7、身だしなみ					
8、金銭管理					
9、自分の障害や症状の理解					
10、援助の要請(★)					
11、社会性					
② 働く場での対人関係 (主に就労移行、就労Aに係る適正を判断)	1	2	3	4	
1、あいさつ(★)					
2、会話					
3、言葉遣い					
4、協調性					
5、感情のコントロール(★)					
6、意思表示					
③ 働く場での行動・態度 (主に就労移行、就労Aに係る適正を判断)	1	2	3	4	作業内容()
1、一般就労への意欲					
2、作業意欲					
3、就労能力の自覚					
4、働く場のルール理解(★)					
5、仕事の報告(★)					
6、欠勤等の連絡(★)					
7、作業に取り組む態度					
8、持続力					
9、作業能率の向上					
10、指示内容の理解					
11、作業の正確性					
12、危険への対処(★)					
④ その他	1	2	3	4	
1、家族の理解(協力)					
2、交通機関等の利用					

■自由記載欄【上記項目以外の障害特性、実習での気になった点、環境的(ハード)な面の配慮等を記載】

<評価基準>

- 灰色部に○がある → 「就労継続支援B型」の利用が妥当である
- (★) 灰色部に○がなく星印項目が「できる」以上(3 or 4) → 「就労移行支援」の利用が適切である

<総合判断>

アセスメントの結果 事業の利用が適切と判断する。

就労支援のための日常生活チェック票

チェック項目		評価指標	特記事項欄
I-1 起床	(自発的に) ①出来る ②出来ない	①自分で決まった時間に起きられる ②自分でだいたい決まった時間に起きられる ③他者の支援があれば起きられる ④他者の支援があっても起きられない	出来ない場合、家族の協力等があれば出来る場合はその旨記載する。
I-2 生活リズム	(自発的に) ①整っている ②整えられない	①自分で意識して規則正しい生活が出来ている ②自分で意識してだいたい規則正しい生活が出来ている ③他者の支援を受けて規則正しい生活が出来ている ④他者の支援があっても生活リズムが整えられない	整えられない場合、家族の協力等があれば出来る場合はその旨記載する。
I-3 食事 (規則正しく食事摂取が出来るか評価する)	①出来る ②出来ない	①自分で意識して規則正しく食事が取れている ②自分で意識してだいたい規則正しく食事が取れている ③他者の支援を受けて規則正しく食事が取れている ④他者の支援があっても規則正しく食事は取れていない	出来ない理由を記載(例)食事自体が嫌い。お菓子を食べ過ぎて食事が取れない。家族が食事を作らない。など
I-4 服薬管理	①出来る ②出来ない	①自分で意識して決められたとおりに服薬できている ②自分で意識してだいたい決められたとおりに服薬できている ③他者の支援を受けて決められたとおりに服薬できている ④他者の支援があっても決められたとおりに服薬していない	出来ない理由を記載するが、他者の支援があれば出来る場合は、その旨記載する。
I-5 通院	①出来る ②出来ない	①自分で意識してきちんと通院できている ②自分で意識してだいたい通院できている ③他者の支援を受けて通院できている ④他者の支援があっても通院できていない	出来ない理由を記載するが、条件付きで出来る場合は、その旨記載する。
I-6 体調不良時の対処	①出来る ②出来ない	①自分で体調不良時の対処もできているし、予防もできる ②自分で体調不良時の対処に対処できる ③他者の支援を受けて体調不良時の対処ができる ④他者の支援があっても体調不良時の対処ができない	体調が悪いことに気づかない、体調不良であることを他者に伝えられない場合も出来ないとする。
I-7 身だしなみ	①出来る ②出来ない	①自分で意識して身だしなみがきちんとできる ②自分で意識してだいたい身だしなみがきちんとできる ③他者の支援を受けて身だしなみがきちんとできる ④他者の支援があっても身だしなみがきちんとできない	出来ない理由や内容を記載するが、他者の支援があれば出来る場合は、その旨記載する。

チェック項目		評価指標	特記事項欄
I-8 金銭管理	①出来る ②出来ない	①自分で計画的にお金を使うことができる ②他者の支援があれば計画的にお金を使うことができる ④他者の支援があってもば計画的にお金を使うことができない	出来ない理由を記載するが、条件付きで出来る場合は、その旨記載する。 例)日常生活自立支援事業の利用等
I-9 自分の障害症状の理解	①理解している ②理解できていない	①できている(自身の障害について答えられる) ②できていない	理解できていない場合は、そのように判断した理由を記載する。
I-10 援助の要請	①出来る ②出来ない	①自発的にできる(ジェスチャーでも可) ②できない	自閉症などで自発的な発語がないような場合も「出来ない」とする。また、条件付き(例:視覚支援カードなどの利用)で出来る場合は、その旨記載する。
I-11 社会性	①ある ②ない	①社会的な常識がある ②社会的な常識がない	他人のものを無断借用したり、虚言が多かったり、悪いことをしている自覚がなかったり等を評価する。

支給決定の更新にかかる評価結果報告書（標準利用期間設定サービス）

 自立訓練（機能訓練）・ 自立訓練（生活訓練）・ 就労移行支援

年 月 日

徳島市長 殿

届出者 所在地

事業者名

代表者名

下記のとおり評価結果について報告します。

記

1 報告対象者

受給者証番号	
支給決定者氏名	
支給決定期間 (初回更新の場合、 暫定期間含)	年 月 日 ～ 年 月 日

2 添付書類（※任意様式）

支援実績	<input type="checkbox"/> アセスメント票 <input type="checkbox"/> 個別支援計画
------	---

3 提出書類

評価	<input type="checkbox"/> アセスメントシート <input type="checkbox"/> 別紙1（就労移行支援の場合のみ必要）
----	---

4 結果

評価年月日	年 月 日
評価担当者（職・氏名）	
評価結果	<input type="checkbox"/> 1 今後とも訓練効果が見込まれるため、サービス利用の継続が適当
	<input type="checkbox"/> 2 訓練効果が見込まれないため、サービス利用の継続は不適当
特記事項	

アセスメントシート（標準利用期間設定サービス）

記入日 年 月 日

事業者番号																				
事業者の名称 及び 代表者の氏名																				
記入者の職・氏名 及び連絡先	TEL																			

下記のとおり、標準利用期間の更新（標準利用期間内）について、本事業所の意見を提出します。

受給者証番号																				
利用者氏名												生年月日	年 月 日（ 歳）							
利用サービスの種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）			<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）			<input type="checkbox"/> 就労移行支援													
事業所との契約日	年 月 日						契約支給量						日／月							

1 更新（標準利用期間内）を行う必要性の有無

再更新についての事業者の意見	①	継続してサービスを利用することで改善が見込まれるため、サービスの利用の継続が適当
	②	十分な訓練効果が見込まれないため、サービスの利用の継続は不適当 ⇒利用が適当と思われるサービス ()
	③	訓練による十分な効果が得られたため、サービスの利用の継続は不要
	④	その他 ()

2 1の意見（②～④）の理由 ※①のサービス利用継続妥当の場合は、以下「3」～へ記入

--

（1で①サービス利用継続妥当の場合は、以下「3」～を記入）

3 支給決定の更新期間において設定した課題・目標・支援内容（1年目）

○1年目の課題・目標
○1年目の支援内容
○1年目の達成度

4 2年目の課題・目標・支援内容・達成度（※長期入院者等、標準利用期間が3年の場合のみ記入）

○2年目の課題・目標
○2年目の支援内容
○2年目の達成度

5 今回の利用期間終了時において残った課題

--

6 当該サービスを更新利用することで5の課題を改善する事は可能か。

※「課題が解消されていないため」という理由だけではなく、更新することで何の改善が見込めるかを具体的に記入。

(改善できると見込む生活能力・就労能力及び改善が見込める理由)

7 5の課題を改善するための支援スケジュール・見通し・具体的方策（6で可能と考える具体策）

--

受給者 確認欄	上記の内容を確認しました。引き続き（就労移行支援・自立訓練（機能訓練） ・自立訓練（生活訓練））のサービスの受給を希望します。 年 月 日 受給者氏名 _____ 印
------------	--

※欄が不足するときは適宜追紙のこと

※添付書類

アセスメント票、個別支援計画（写し）（それぞれ直近に作成したもの）
（就労移行支援事業のみ別紙1も提出して下さい。）

利用者に対する支援の内容

1. 職場実習 職場実習の有無（有・無）

	実習先	実習期間	実習内容	評価
1		年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間		
2		年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間		
3		年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間		
		年 月 日 ～ 年 月 日 通算 日間		

⇒「無」の場合はその理由を記載

--

2. 求職活動

ハローワークへの求職登録有無（有・無） 相談回数（ 回）

⇒「無」の場合はその理由を記載

--

3. 就職活動内容 企業への就職活動支援の有無（有・無）

	応募先	応募結果	評価

※応募先にはトライアル雇用も含むものとする。

⇒「無」の場合はその理由を記載

--

標準利用期間を超える更新決定の取扱いについて

1 標準利用期間について

○ 障害福祉サービス事業のうち、自立訓練（生活訓練）、自立訓練（機能訓練）、就労移行支援事業については、サービスの長期化を回避するため、標準利用期間が設定されています。

自立訓練（機能訓練）	1年6ヶ月間
自立訓練（生活訓練）	2年間（長期入院（概ね1年））又は施設入所していた方については3年）
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と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）

○ 利用者のサービスの利用については、原則、上記の標準利用期間内となります。

○ ただし、標準利用期間では、十分な成果が得られず、かつ引き続きサービスを提供することによる改善効果が具体的に見込まれる場合に限り、標準利用期間を超えて最大1年間の更新（原則1回）をすることができることになっています。

2 標準利用期間を超えてサービス提供が必要な場合

○ 更新の理由が、「日中に通所する場所が必要」「利用者相互のかかわりが必要」といった日中活動サービス全般に共通するような理由ではなく、当該サービスを継続して受けなければならない固有の理由が必要となります。

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）	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、もしくは現在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、現在、職場実習中である、今後具体的な職場実習の予定があるなど）

○ なお、既に一般就労している方で短時間就労等の理由により、上記のサービスを利用している場合は、標準利用期間を超える更新はできません。

3 更新期間

○ 更新の必要性が審査会にて認められた場合、更新期間は1年間となります。なお、更新は原則1回限りです。

4 記載上の注意点

（再更新を行う必要性の有無）

・ そのサービスを引き続き継続することの必要性について該当するものに○を付けてください。通所先が必要等といった日中活動サービス全般に係る必要性は認められません。

(現在までの課題・目標、支援内容、達成度等について)

- ・ 契約してから現在までの支援においての設定した課題・目標。それに対する支援内容及び達成度・残った課題など、経過についての概要を具体的に記載してください。
- ・ 就労移行支援事業所においては、上記に加え、職場実習の実習先、実施期間、職業安定所（ハローワーク）での求職登録等について具体的に記録してください。

(標準利用期間を終えて残った課題)

- ・ 前記の支援経過を踏まえて残った課題を具体的に記載してください。

(課題改善のための支援スケジュール・見通し・具体的方策)

- ・ 更新後の具体的な支援スケジュール、見通し・その具体的方策について記載してください。就労移行支援は、具体的な就労までにいたるスケジュールを、自立訓練は訓練終了後の生活を見据えたスケジュールを記載してください。

(添付書類)

(1) 更新後の個別支援計画（案）

- ・ 更新した場合の個別支援計画（案）を添付してください。様式は事業所の作成している任意の様式で結構です。

(2) 医師の意見書（自立訓練（機能訓練）のみ）

- ・ 更新後も、リハビリや機能訓練の継続の必要性がある場合は、医師の意見書を添付してください。

(受給者確認欄)

- ・ アセスメントシートは事業所に作成していただくものですが、支給期間の更新決定は受給者に対して行うものですので、記載内容について受給者の方に説明をいただき、また、受給者の方もサービス継続を希望する旨の署名（記名押印）をもらってください

アセスメントシート（標準利用期間を超える支給決定）

記入日 年 月 日

事業所番号																				
事業者の名称 及び 代表者の氏名																				
記入者の職・氏名 及び連絡先	TEL																			

下記のとおり、標準利用期間を超える支給決定について、本事業所の意見を提出します。

受給者証番号																				
利用者氏名												生年月日	年 月 日（ 歳）							
利用サービスの種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援																			
事業所との契約日	年 月 日											契約支給量	日／月							

1 標準利用期間を超えて再更新を行う必要性の有無

再更新についての事業者の意見	①	継続してサービスを利用することで改善が見込まれるため、サービスの利用の継続が適当（就労移行支援＝就職が見込まれるため）
	②	十分な訓練効果が見込まれないため、サービスの利用の継続は不適当 ⇒利用が適当と思われるサービス ()
	③	訓練による十分な効果が得られたため、サービスの利用の継続は不要
	④	その他 ()

2 1の意見（②～④）の理由 ※①のサービス利用継続妥当の場合は、以下「3」～へ記入

以上

（1で①サービス利用継続妥当の場合は、以下「3」～を記入）

3 支給決定の更新期間において設定した課題・目標・支援内容（1年目）

○1年目の課題・目標
○1年目の支援内容
○1年目の達成度・残った課題

4 2年目の課題・目標・支援内容・達成度

○2年目の課題・目標
○2年目の支援内容
○2年目の達成度

5 標準利用期間を終えて残った課題

--

6 標準利用期間を超えて当該サービスを利用することで5の課題を改善する事は可能か。

※「課題が解消されていないため」という理由だけではなく、更新することで何の改善が見込めるかを具体的に記入。また、これまでの訓練で改善しなかったにも関わらず、延長更新すれば改善が見込まれるとした理由を記入。

(改善できると見込む生活能力・就労能力及び改善できるとしたその理由等)

--

7 5の課題を改善するための支援スケジュール・見通し・具体的方策(6で可能と考える具体策)

--

受給者 確認欄	上記の内容を確認しました。引き続き（就労移行支援・自立訓練（機能訓練） ・自立訓練（生活訓練））のサービスの受給を希望します。 年 月 日 受給者氏名 印
------------	--

※欄が不足するときは適宜追紙のこと

※添付書類 アセスメント票、個別支援計画（写）（それぞれ直近に作成したもの）
（就労移行支援事業のみ別紙1も提出して下さい。）

就労移行支援及び就労継続支援に係る在宅就労支援の取扱いについて

1 基本的な考え方

在宅就労支援は、個々のライフスタイルやニーズに柔軟に応じた就労形態であり、利用者の障害特性等を踏まえ、利用者からの希望があり、同意を得たうえで、その支援効果が認められる場合に行われるものです。そのため、事業所においては利用者の希望がない状態で一方的に在宅就労支援を行い、利用者への説明や同意が不十分なまま報酬請求を行うといったことがないよう留意してください。また、報酬請求後も、不適切な報酬算定が認められた場合は、返還請求や行政指導の対象となりますので、十分に留意してください。

2 対象者

在宅就労支援を希望する者であって、事業所によるアセスメントの結果、在宅就労支援による具体的な支援効果が認められると本市が判断した者。

3 事業所における必要な対応

在宅就労支援を行う場合は、下記のとおり対応し、所定の様式にて記録を残すとともに、本市へ報告してください。

(1) 利用者からの申出とアセスメント等の実施

利用者から在宅就労支援を希望する申出があった場合に、その希望理由を確認し、通常のアセスメントに加えて、在宅就労支援を行うにあたり必要と考えられる利用者自身の自己管理能力等を確認するという観点から「在宅就労アセスメントシート（様式1）」により在宅就労支援を行う妥当性を判断するためのアセスメントを行ってください。

(2) 利用者の同意

在宅就労支援について、具体的な支援内容及び支援効果を利用者に説明し、その支援を受けることに利用者から同意を得てください。

(3) 書類の整備と提出

① 「就労移行支援、就労継続支援（A型・B型）における在宅就労支援のための届出書（様式2）」及び在宅就労支援による具体的な訓練目標と取組内容が明記された個別支援計画の作成をしてください。

② 在宅就労支援に関する書類一式（「在宅就労アセスメントシート（様式1）」、「就労移行支援、就労継続支援（A型・B型）における在宅就労支援のための届出書（様式2）」を申請時に障害福祉課に提出してください。なお、必要書類を提出したことで必ずしも在宅就労支援が認められるわけではありません。在宅就労支援による具体的な支援効果が認められると本市が判断した場合は、障害福祉サービス受給者証の（四）予備欄へ「支給決定期間に限り在宅就労可」を記載します。

(4) 支援の提供と記録

① 在宅就労支援の実施日ごとに「在宅就労における支援記録（様式3）」を作成してください。（（様式3）と同様の内容を含む形であれば、各事業所の様式で支援記録を作成することも可能です。）

② 実績記録票については、通常に通所による支援と同様、在宅就労における支援時間等を記入し、支援時間等に誤りがないかを必ず対面時に双方で確認してください。また、備考欄には「在宅就

労」と記載してください。

(5) 利用者との支援内容等の確認

月に1回以上、事業所職員の訪問又は利用者の通所にて、「在宅就労における達成度評価シート(様式4)」により、利用者と1ヶ月の訓練目標の達成度の評価と振り返りを行い、その内容について確認してください。(様式4)と同様の内容を含む形であれば、各事業所の様式で評価シートを作成することも可能です。)

(6) 実施報告

支援を行った月の翌月15日までに「対象者及び在宅就労支援実施一覧表(様式5)」において、月ごとに対象者を一覧にまとめ、障害福祉課に提出してください。

4 在宅就労支援における報酬算定の要件

上記2の対象者要件を満たす者であって、下記の(1)~(7)の要件をすべて満たし、かつ、上記3の本市が求める書類を提出して在宅就労支援が認められた場合に算定できます。

- (1) 在宅就労支援を提供する場合には、運営規程において、在宅で実施する訓練内容及び支援内容等を明記していること。
- (2) 在宅において作業を行うことができる環境が整えられたうえで、通常の通所による作業と同等程度であり、在宅での作業が適正と認められる作業活動、訓練等のメニューと、効果的な支援方法が確保されていること。
- (3) 1日に2回以上、連絡、助言又は進捗状況の確認等の必要な支援を行うこと。そのうち、作業開始時における開始時間と作業内容の確認、作業終了時における終了時間と成果内容の確認は必ず行うこと。
- (4) 1週間に1回以上、事業所職員による訪問、利用者の通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用により評価等を行い、その結果を記録として残すこと。
- (5) 原則として、月の利用日数のうち1日以上、事業所職員による訪問又は利用者の通所により事業所内又は利用者の居宅において支援目標に対する達成度の評価を行うこと。
- (6) 事業所において、通常の通所による利用者への支援を行う人員体制に加え、在宅就労を行う利用者が作業を行うにあたり、随時連絡が取れる体制を整備し、かつ、緊急対応が必要となった場合も、訪問等による対応が可能な人員体制を確保していること。
- (7) 上記以外については、国の留意事項通知における「在宅において利用する場合の支援について」の内容を確認し、その取扱いを遵守すること。

5 留意事項

- (1) 本取扱いの対象者は、本市で支給決定を受けている利用者に限ります。また、本市への提出書類についても、本市の利用者についてのみ記載してください。
- (2) 作成した記録等の保存期間は、サービスを提供した日から5年間としてください。また、在宅就労の支援記録や達成度の評価の振り返りを行った記録等については、本市から提出を求める場合がありますので、速やかに提出できるよう整備しておいてください。
- (3) 在宅就労支援につきましては、報酬算定上、通常の通所による支援の考え方と同じであるため、在宅就労支援中の時間帯に別の障害福祉サービスを同時に受けることはできません。
- (4) 在宅就労と通所を組み合わせることも可能ですが、その日の利用者の体調や事業所の都合等により自由に変更するものではありません。事前に個別支援計画に位置づけ、計画的に利

用してください。利用当日に利用者及び事業所の都合等により通所利用から在宅就労支援に変更することは認められません。

- (5) 利用者が計画相談支援事業所又は居宅介護支援事業所を利用して、サービス等利用計画又はケアプランを作成している場合には、計画相談事業所又は居宅介護事業所と連携の上、支援内容を情報共有してください。
- (6) 将来的に一般就労への移行を見据えた支援を行う場合は、通所することも訓練の一環であることを踏まえ、アセスメント等において在宅就労支援の適否を慎重に検討し判断してください。

6 様式

(様式1) 在宅就労アセスメントシート

(様式2) 就労移行支援、就労継続支援（A型・B型）における在宅就労支援のための届出書

(様式3) 在宅就労における支援記録

(様式4) 在宅就労における達成度評価シート

(様式5) 対象者及び在宅就労支援実施一覧表

7 適用日

令和7年4月1日から適用します。

8 本通知前に在宅就労支援を提供中の利用者がいる場合の留意事項

既に、在宅就労支援を本市に認められている利用者につきましては、適用日令和7年4月1日以降において、「3事業所における必要な対応」(4)及び(5)を整備してください。また、令和7年5月15日までに(様式5)対象者及び在宅就労支援実施一覧表を提出してください。なお、障害福祉サービス受給者証に「支給決定期間に限り在宅就労可」の記載については、次回の障害福祉サービス受給者証更新時に行います。

(様式1)

在宅就労アセスメントシート

年 月 日

利用者名		受給者証番号	
------	--	--------	--

在宅就労支援の妥当性

(生活面)

- | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|-----------|
| ・起床や食事等、自ら生活リズムを作ることができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・時間の管理ができ、予定を立てることができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・自分の障害や症状の理解ができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・体調不良時に自ら対処することができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・服薬管理ができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・場にあった服装やきちんとした身なりができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・洗顔や歯磨き等の清潔保持ができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・感情のコントロールができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・自ら意思表示ができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・相手や場に応じたあいさつ・返事・言葉遣いができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |

<「できない」又は「支援があればできる」とした項目における具体的対処方針>

(作業面)

- | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|-----------|
| ・自分の就労能力の理解ができている | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・作業意欲が強く、積極的に取り組むことができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・集中力が途切れず、最後までやり遂げることができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・作業と休憩の区別ができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・電話等の手段による指示内容を理解できる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・指示に従い、指示通りに対応することができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |
| ・休み等の連絡や必要に応じた報告・相談ができる | <input type="checkbox"/> | できる | <input type="checkbox"/> | できない | <input type="checkbox"/> | 支援があればできる |

<「できない」又は「支援があればできる」とした項目における具体的対処方針>

(環境面)

- ・作業環境の変化に対応することができる できる できない 支援があればできる
- ・自宅において、決められた作業場所がある ある ない
- ・通信手段、ネットワーク環境等が整備されている ある ない
- ・同居家族がいる場合、家族の理解・支援がある ある ない 同居家族がいない
- ・月1回、対面による達成度評価を行うことができる できる できない

<「できない」、「ない」又は「支援があればできる」とした項目における具体的対処方針>

記録者	
-----	--

(様式2)

就労移行支援，就労継続支援（A型・B型）における在宅就労支援のための届出書

(宛先) 徳島市長

次のとおり届出します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成	年	月	日
	居住地	電話番号					

下記の理由により，【就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型】における在宅就労支援を希望します。

事業所名	名称	
	所在地	
	連絡先	
	サービス種別	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型

本人記入欄

(在宅就労支援を希望する理由)

事業所記入欄

(1)想定される具体的な支援内容

(2)期待される具体的な支援効果

市町村記入欄

妥当性の判断
提出された在宅就労支援アセスメントシートおよび届出書に基づき，在宅就労支援の妥当性を判断した結果， 利用希望者の在宅就労支援を <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 とする。

在宅ワーク提供要件チェックリスト（全て満たす必要があります）

- （ア）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。
- （イ）1日2回の連絡、助言または進捗状況の確認、日報作成を行うこと。作業活動、訓練等の内容等に応じ、1日2回を超えた対応を行うこと。
- （ウ）緊急時の対応ができること。
- （エ）疑義照会等に対し、随時、訪問や連絡等による必要な支援が提供できる体制を確保すること。
- （オ）事業所職員による訪問、利用者の通所または電話・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。
- （カ）原則として月の利用日数のうち1日は事務所職員による訪問または利用者による通所により、事業所内において訓練目標に対する達成度の評価等を行うこと。
※オが通所により行われた場合には、あわせてカの評価を行うことも差し支えない。
- （キ）相談支援専門員と連携し、在宅サービスを行うことがサービス等利用計画および個別支援計画へ明記してあること。
※在宅と通所による支援を組み合わせることも可能。

備考

(様式3)

在宅就労における支援記録

利用者名		受給者証番号	
実施年月日	年 月 日	実施時間	～
作業・訓練内容			
支援内容 (1日2回以上)	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()		
	対応職員		
利用者の 心身の状況 (助言内容)			
評価内容 (1週間ごと)	評価実施日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他()
	評価対象日	年 月 日	～ 月 日 作業分
	※作業・訓練内容の評価については、1週間以内に実施すること。 ※評価内容は、サービス管理責任者が必ずその内容を確認すること。		前回評価日 月 日
記録者		確認者 (サービス管理責任者)	

(様式4)

年 月 分

在宅就労における達成度評価シート

利用者名		受給者証番号	
実施年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 訪問
訓練目標			
取組内容			
訓練目標に対する達成度			
課題			
今後における課題の改善方針			
健康・体調面での留意事項			
その他特記事項			
在宅就労継続の妥当性			
評価実施者		前回の達成度評価日	月 日

上記内容について確認し、評価実施者と共有いたしました。

利用者署名

(様式第17-2号)

継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助(変更)提案書

徳島市長 様

次のとおり提案します

提出年月日 年 月 日

事業所名				
相談支援専門員氏名				
事業所住所		〒 電話番号		
提案に係る申請者	申請者氏名 (児童氏名)		受給者証番号	
	居住地	〒 電話番号		
モニタリング期間	現在の期間			
	提案する期間			
上記のモニタリング期間を提案する理由				

	課長	課長補佐	係長	係
徳島市処理欄				

セルフプランの提出について

徳島市長 殿

私は、障害福祉サービス又は児童通所支援を利用するにあたり、サービスの支給決定において
勘案される「サービス等利用計画（案）」又は「児童支援利用計画（案）」について、相談支援
事業所に依頼するのではなく、自分の意思において、いわゆる「セルフプラン」による提出を
希望します。

※セルフプラン提出に関しては、自らサービス調整を図ることや、相談支援事業者からモニタリ
ングが実施されないなど、制度の内容を理解し、あるいは十分な説明等を受けています。

年 月 日

自署記名 _____ 印

代筆者 _____ 印

徳島市障害福祉サービス及び障害児通所支援に係るやむを得ない事由による措置要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「身障法」という。）第18条第1項若しくは第2項、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号。以下「知障法」という。）第15条の4第1項又は第16条第1項第2号又は児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「児福法」という。）第21条の6の規定に基づき、やむを得ない事由による措置（以下「措置」という。）を行うために必要な事項を定めるものとする。

(対象者等)

第2条 前条に規定する措置の対象者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) やむを得ない事由により障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第5条第1項に規定する障害福祉サービス又は児福法第6条の2の2第1項に規定する障害児通所支援を利用することが著しく困難であると認める者。

(2) 「里親に委託されている児童が保育所へ入所する場合等の取扱いについて（平成11年8月30日付け児家第50号通知）」により、障害福祉サービス又は障害児通所支援を利用することが必要であると認められた障害児。

2 前項第1号のやむを得ない事由とは、次の各号に該当する場合とする。

(1) 障害者総合支援法の規定により当該措置に相当する障害福祉サービスに係る給付を受けることができる障害者又は障害児の保護者が、事業者と契約をして障害福祉サービスを利用し、又はその前提となる支給申請を期待しがたいことにより障害福祉サービスを利用することが著しく困難であると認められる場合

(2) 児福法の規定により当該措置に相当する障害児通所支援に係る給付を受けることができる障害児の保護者が、事業者と契約をして障害児通所支援を利用し、又はその前提となる支給申請を期待しがたいことにより障害児通所支援を利用することが著しく困難であると認められる場合

(3) 家族等の介護者から虐待を受け、当該介護者による虐待から保護される必要があると認められる場合

(4) その他、福祉事務所長がやむを得ない事由と認める場合

(措置の決定等)

第3条 福祉事務所長は、対象者であると見込まれるものを発見し、又は関係機関等から通報を受けたときは、当該者の状況を調査しなければならない。

2 福祉事務所長は、前項に規定する状況調査、次に掲げる事項を総合的に考慮して措置の決定を行う。

ただし、身障法第18条第1項及び第2項、知障法第15条の4第1項及び第16条第1項第2号の規定に基づく場合であって、医学的及び心理学的判定を必要とする場合には、徳島市身体障害者福祉法施行細則第5条第1項及び徳島市知的障害者福祉法施行細則第3条第1項の規定に基づき、あらかじめ、徳島県障害者支援センターの判定を求めなければならない。

(1) 対象者の意思と尊厳

(2) 対象者及び家族等の身体及び精神の状況並びに置かれている環境

(3) その他対象者及び家族等の福祉を図るために必要な事情

3 福祉事務所長は、前項の措置の決定を行ったときは、措置決定通知書（第1号様式）により当該者に対し通知するものとする。

4 福祉事務所長は、措置を決定した後、必要な調査及び指導その他必要な援助を行うものとする。

(事業の委託)

第4条 福祉事務所長は、障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設若しくはのぞみの園又は指定医療機関の設置者又は児福法に規定する指定障害児通所支援事業者（以下「事業者等」という。）にサービスを提供することを委託するものとする。

2 福祉事務所長は、前項の規定による委託を行う場合は、措置委託通知書（第2号様式）により、当該委託する事業者等に対し通知するものとする。

(費用の支弁)

第5条 措置に要する費用は、市が負担するものとし、その額については次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 「やむを得ない事由による措置を行った場合の単価等の取扱いについて（平成18年11月17日付け障障発第1117002号通知）」

(2) 「やむを得ない事由による措置（障害児通所支援）を行った場合の単価等の取扱いについて（平成24年6月25日付け障障発0625第1号通知）」

(3) 「里親に委託されている児童が保育所へ入所する場合等の取扱いについて（平成11年8月30日付け児家第50号通知）」

(費用の請求)

第6条 事業者は、措置に要する費用について、請求書（第3号様式）により市長に請求するものとする。

(費用の徴収)

第7条 福祉事務所長は、前条の規定により費用を支弁した場合は、第5条の各号に基づき、当該措置を受けた者又はその扶養義務者から、利用者負担金を徴収するものとする。

(利用者負担金の減免)

第8条 福祉事務所長は、災害、疾病その他の理由により費用を負担することが困難であると認められる者に対して、前条に規定する利用者負担金の全部又は一部を免除することができる。

2 前項の規定により利用者負担金の減免を受けようとする者は、福祉事務所長に障害福祉サービス等措置に係る利用者負担金減免申請書（第4号様式）を提出しなければならない。

(措置の変更及び解除)

第9条 福祉事務所長は、措置を変更、解除したときは、当該措置を受けた者に対しては措置解除（変更）通知書（第5号様式）により、当該事業者に対しては措置委託解除（変更）通知書（第6号様式）により、それぞれ通知するものとする。

(成年後見制度の活用)

第10条 福祉事務所長及び事業者等は、措置を受けた者が障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの利用に関する契約を行うことができるようにするため特に必要があると認めるときは、知障法第28条に規定する審判の請求等を行い、当該措置に係る者が民法（明治29年法律第89号）に基づく成年後見制度等を活用できるよう援助するものとする。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年3月1日から施行する。

同意書

子ども健康課長 様

児童氏名： _____

生年月日 平成・令和 年 月 日

子ども健康課の判定に基づいて作成された

- 1 就学意見書
- ② 障害児通所支援及び障害福祉サービス等意見書
- 3 心理判定所見
- 4 その他 ()

理由

- 1 市町村就学指導委員会協議
- ② 障害児通所支援及び障害福祉サービス等申請
- 3 加配適用（保育所・幼稚園・学童保育）申請 のため
- 4 情報提供
- 5 その他 ()

提出先

- ① 市町村
- 2 医療機関
- 3 その他 ()

へ提出することに同意します。

令和 年 月 日

住 所： _____

保護者氏名： _____

※記名押印に代えて署名することができます

中央こども女性相談センターに意見書を依頼される場合は、同意書および基礎資料（両面）をご記入の上、提出してください。

同意書

児童氏名： _____

生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

徳島県中央こども女性相談センターの判定に基づいて作成された

- 1 就学意見書
- ② 障害児通所支援及び障害福祉サービス等意見書 を
- 3 心理判定所見
- 4 その他 (_____)

理由

- 1 市町村就学指導委員会協議
- ② 障害児通所支援及び障害福祉サービス等申請
- 3 加配適用（保育所・幼稚園・学童保育）申請 のため
- 4 情報提供
- 5 その他 (_____)

提出先

- ① 市町村
- 2 医療機関 _____ へ提出することに同意します。
- 3 その他 (_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所： _____

保護者氏名： _____

※記名押印に代えて署名することができます

徳島県中央こども女性相談センター所長 殿

同意書

児童氏名： _____

生年月日 平成・令和 年 月 日

徳島県発達障がい者総合支援センターの判定に基づいて作成された

- 1 就学意見書
- 2 障害児通所支援及び障害福祉サービス等意見書 を
- 3 心理判定所見
- 4 その他 ()

理 由

- 1 市町村就学指導委員会協議
- 2 障害児通所支援及び障害福祉サービス等申請
- 3 加配適用（保育所・幼稚園・学童保育）申請 のため
- 4 情報提供
- 5 その他 ()

提出先

- 1 市町村
- 2 医療機関 へ提出することに同意します。
- 3 その他 ()

令和 年 月 日

住 所： _____

保護者氏名： _____

※記名押印に代えて署名することができます

徳島県発達障がい者総合支援センター 殿

児童通所支援・障害福祉サービス（意見書）における基礎資料

* 該当の箇所にチェック☑又はご記入ください

1	ふりがな 児氏名				生年月日	H・R . .
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	電話	
2	現住所					
3	保育所名等	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 (H・R 年 月～) ()				
4	児童通所支援を 申請した経緯	<input type="checkbox"/> 保健師・相談員から <input type="checkbox"/> 主治医から <input type="checkbox"/> 保育士等から <input type="checkbox"/> 知人から <input type="checkbox"/> インターネット等で知って <input type="checkbox"/> その他 ()				
5	病院受診歴	受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		病院名				
		疑われる障害・ 診断名等				
		知能/発達検査 結果等	IQ・DQ =			
			検査名：	実施日：		
		身体疾患や 合併症等				
		聴力検査の実施	<input type="checkbox"/> 無	結果：異常無し・難聴の疑い・難聴と診断		
	<input type="checkbox"/> 有	補聴器：使用 / 不要				
視力検査の実施	<input type="checkbox"/> 無	結果：異常無し・有り（内容：)				
	<input type="checkbox"/> 有	眼鏡：使用 / 不要				
6	健診等での 指摘事項	1歳6ヶ月児健診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未受診 指摘事項 ()			
		3歳児健診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未受診 指摘事項 ()			
7	福祉施設等 利用状況 (利用予定含む)	<input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		施設・事業所名				

8	出生時の様子	妊娠期間 (週) 体重 (g)	
		生まれた病院	
		特記事項 (異常や処置があれば)	
9	運動面の発達状況	現在の移動能力	<input type="checkbox"/> 普通に歩ける <input type="checkbox"/> 不安定ながら何とか歩ける <input type="checkbox"/> 一人で移動困難 (伝い歩き はいはい 座位可能 座位も不可) ⇨ 歩き始め _____ ヶ月
		移動運動	<input type="checkbox"/> 一人で階段を一段毎に足をそろえて昇る <input type="checkbox"/> 足を交互に出して階段を昇る <input type="checkbox"/> その場で両足をそろえてジャンプをする <input type="checkbox"/> 片足立ちでバランスを保つ <input type="checkbox"/> ケンケンをする <input type="checkbox"/> ブランコで立ち乗りをしてこぐ
		手の運動	<input type="checkbox"/> なぐり書きをする <input type="checkbox"/> 鉛筆でぐるぐるまるを描く <input type="checkbox"/> マネをし て○を描く <input type="checkbox"/> 服のボタンを自分ではめておく <input type="checkbox"/> ハサミを使って紙を直線にそって切る <input type="checkbox"/> 投げられたボールをキャッチする (* 出来ること全てに☑)
		心配な事 (不器用・よく転ぶなど)	
10	言語面の発達状況	表現	<input type="checkbox"/> 発語なし (喃語:有・無) <input type="checkbox"/> 単語 (語い数:) <input type="checkbox"/> 2語文程度 <input type="checkbox"/> 3語文以上 ⇨ 初語(マンマ・パパ等) _____ ヶ月 <input type="checkbox"/> 助詞を含めた文章で喋る <input type="checkbox"/> 相手に分かるように説明する
		理解	<input type="checkbox"/> ジェスチャーや実物をみて理解できる <input type="checkbox"/> 簡単なことばが分かる <input type="checkbox"/> 質問や指示の意味を正しく理解できる
		心配な事 (発音不明瞭・オウム返し・吃音など)	
	対人関係	対人関心	<input type="checkbox"/> 身振りのマネをする <input type="checkbox"/> 褒められると同じ動作を繰り返す <input type="checkbox"/> 興味をもったものを指さしなどで他者に伝えようとする <input type="checkbox"/> 他者と関わる時、適度に視線を合わせたり、相手に応じた表情をする <input type="checkbox"/> 他者の表情やその場の状況から、相手の気持ちを理解できる <input type="checkbox"/> 他者の気持ちに配慮して関わる
		やりとり	<input type="checkbox"/> 一人で遊ぶ <input type="checkbox"/> 友達と別の遊びをするが、同じ場所で過ごす <input type="checkbox"/> 友達と玩具の貸し借りが出来る <input type="checkbox"/> 友達と会話や玩具でやりとりをして関わり合いながら遊ぶ <input type="checkbox"/> 簡単なルールを理解して、やりとりしながら遊ぶ (* 出来ること全てに☑)
11	身辺処理能力	①食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 自立
		②着脱衣	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 自立
		③排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 自立
		補足事項	

12. 保育所等を利用している方はお答えください。

・以下の質問について、児の現在の様子に最も当てはまる番号をそれぞれ選び、ご記入ください

- () 集団での遊びや活動のルールを理解し、それに沿って取り組む
- () 集団生活上のスケジュール、予定されている活動、日課などをこなす
- () 与えられた役割（日直、リーダー、お手伝い）を行う
- () 集団での遊びや活動に参加し、楽しむ
- () 運動会や発表会などの練習や本番を上手くこなす

- ①指示・説明を聞いて出来る（個別の配慮は必要なし）
- ②周りの様子を見て出来る
- ③個別の配慮が必要

・その他、保育所等での配慮点や問題点などがあればご記入下さい

()

13. 現在の児の様子について、「よく見られる」ものに○、「時々見られる」ものに△をご記入ください

- () 不安や緊張が強い
- () 寝つきが悪かったり、睡眠が不規則である
- () 感覚が非常に過敏（大きい音におびえる等）・あるいは鈍感（無反応）
- () 食事の好き嫌いが激しい
- () 食べ物でないものを食べたり口に入れたりする
- () 気分のむらが大きく、よくかんしゃくを起こす
- () 自分の体を噛んだり、頭を床に打ち付けたりする
- () 友達に手が出る
- () こだわりがつよい
- () 気持ちの切り替えが苦手
- () 普段の手順が変わると混乱する
- () 興味や関心の幅が限定されている
- () 慣れている相手であっても、視線が合いにくい
- () 落ち着きなく、常に動き回っている
- () いったん思い付くと待ってられず、順番や約束事が守れない
- () 興味に移りやすく、他者のしていることに気を取られやすい
- () 集中力がなく、気が散りやすく、遊びがすぐに変わっていく
- () 活発で動きは乱雑。物の扱いが乱暴で玩具などをすぐに壊してしまう

14. その他、ご家庭で気になっている行動等があれば、具体的にご記入ください。

()

15	利用施設・ 事業所に 期待する事	<input type="checkbox"/> ことばの遅れを改善させたい <input type="checkbox"/> 集団生活に適応させたい <input type="checkbox"/> 能力全般を高めたい <input type="checkbox"/> 気になる行為を軽減させたい (具体的に) <input type="checkbox"/> その他 ()			
		続柄	氏名	年齢	職業など参考事項
16	同居の 家族 状況				

児童通所支援及び障害福祉サービス等意見書を作成するために、この資料を子ども健康課へ提出することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____
(署名又は記名押印)

障害福祉課記入欄

新規・更新の区別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新			
記入日	令和	年	月	日
記入者	所属		氏名	

児童通所支援・障害福祉サービス（意見書）における基礎資料

※該当がある箇所にチェック又は記入してください。

1	児童氏名 ふりがな				生年 月日	H・R . .
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	電話	
2	現住所					
3	保育所名・ 学校名等	〔 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 学校（ <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通級指導教室 <input type="checkbox"/> 適応指導教室）				
		学校等での配慮点や問題点（加配や不登校傾向等、あれば具体的に記入）				
4	児童通所支 援等を申請 した経緯	<input type="checkbox"/> 保健師から <input type="checkbox"/> 主治医から <input type="checkbox"/> 保育士・教員等から <input type="checkbox"/> 相談支援員等から <input type="checkbox"/> 知人から <input type="checkbox"/> インターネット等で知った <input type="checkbox"/> その他（ ）				
5	病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		病院名				
		診断名				
		疑われる障害等				
		知能発達検査結果等 （わかれば記入して ください）	I Q =			
	D Q =					
		実施した検査名				
		実施日				
		身体疾患や合併症等				
6	健診などで の指摘事項	1歳6ヶ月 健診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(指摘事項を記入)		
		3歳児健診	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(指摘事項を記入)		
		その他（就 学前の状況 など）				

10	対人面	<input type="checkbox"/> 対人関係をほとんど保てない <input type="checkbox"/> 家族や特定の人以外は保てない <input type="checkbox"/> 友だち関係が少しは保てる <input type="checkbox"/> 対人関係がある程度保てる (特記事項があれば具体的に記入)
11	社会性	<input type="checkbox"/> 飛び出しや衝動性があり全く目が離せない <input type="checkbox"/> 外出時は常に手をつないでいる <input type="checkbox"/> 外出時、手はつながないが、声かけ等は必要で目離しはできない <input type="checkbox"/> 一人で外出はさせていないが外出時に特に問題はない <input type="checkbox"/> 近くの決まった場所であれば一人で行ける <input type="checkbox"/> 近所の店で買い物ができる (特記事項があれば具体的に記入)
12	行動特性	<input type="checkbox"/> 言葉の問題 (<input type="checkbox"/> 緘黙 <input type="checkbox"/> 吃音) <input type="checkbox"/> 落ち着きがない (多動) <input type="checkbox"/> 集中力に欠ける <input type="checkbox"/> 興奮しやすい (パニック) <input type="checkbox"/> 不安や緊張が強い <input type="checkbox"/> 感覚が非常に過敏 (大きい音におびえる等) ・あるいは鈍感 (無反応) <input type="checkbox"/> 読み書きができない (学習障害) <input type="checkbox"/> 強いこだわり (具体的に) <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 (具体的に) <input type="checkbox"/> 自傷行為 (具体的に) <input type="checkbox"/> 特異な動作 (具体的に) <input type="checkbox"/> その他 ()
13	利用する施設・事業所に期待すること	<input type="checkbox"/> 言葉の遅れを改善させたい <input type="checkbox"/> 集団生活に適応させたい <input type="checkbox"/> 能力全般を高めたい <input type="checkbox"/> 気になる行為を軽減させたい (具体的に) <input type="checkbox"/> その他 ()

14	児童相談所 (中央こども女性相談センター) に希望すること	(あれば記入)			
15	保護者氏名				
16	同居の家族 状況	続柄	氏名	年齢	職業など参考事項

児童通所支援及び障害福祉サービス等意見書を作成するために、この資料を徳島県中央こども女性相談センターへ提供することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

徳島市長 殿
徳島県中央こども女性相談センター所長 殿

障害福祉課記入欄

新規・更新の区別	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新			
記入日	令和 年 月 日			
記入者	所属		氏名	

個別サポート加算（Ⅲ）算定に係る報告書

作成日 令和 年 月 日

事業所番号			
事業所名			
作成者氏名			
受給者番号			
受給者氏名		児童氏名	
児童在籍校			

学校との 情報共有日	令和 年 月 日		
児童の状況			
対象児と判 断した理由			
個別支援計画作成日	令和 年 月 日		
支援内容			
在籍校同意欄 <small>※在籍校担当教員が記入</small>	令和 年 月 日	在籍校名	印
保護者同意欄 <small>※保護者が記入</small>	令和 年 月 日	保護者氏名	

※この報告書は、個別支援計画の作成（見直し）毎に提出してください。

※個別支援計画の写しと共に提出してください。

※提出先は徳島市障害福祉課障害者支援係（徳島市役所南館1階 ⑫番窓口）です。

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者等氏名		受給者証番号	
フリガナ			
		生年月日	
		年 月 日	
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
<p>上記の者から利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、____年__月__日から責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p style="text-align: right;">印</p>			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	
		年 月 日	
<p>※事業所を変更する場合は必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡(□済 □未)</p>			
(提出先)			
徳島市長 様			
<p>上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。</p> <p>また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p>			
市町村 確認欄			

- 1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、徳島市へ提出してください。
- 2 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、徳島市へ提出してください。
- 3 この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

(様式1)

児童通所支援利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定者等氏名		受給者証番号	
フリガナ			
□		生年月日	
児童氏名()		年 月 日	
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
<p>上記の者から依頼があった利用者負担上限額管理につきましては、____年 ____月 ____日から責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p>事業所番号 () 印</p>			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	
		年 月 日	
<p>※事業所を変更する場合は必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡(□済 □未)</p>			
(提出先)			
徳島市長 様			
<p>上記の事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。</p> <p>また、利用者負担の上限額管理のために、私に支援を提供した事業所が上記届出事業所に支援利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住 所</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p>氏 名</p>			
市町村 確認欄			

- 1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、徳島市へ提出してください。
- 2 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、徳島市へ提出してください。
- 3 この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

別紙26

複数児童用

支給決定保護者氏名		上限管理事業者名		
フリガナ				
対象児	受給者証番号①	児童氏名①	受給者証番号②	児童氏名②
		(年 月 日生)		(年 月 日生)
	受給者証番号③	児童氏名③	受給者証番号④	児童氏名④
		(年 月 日生)		(年 月 日生)
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者				
<p>上記の者より、令和 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所事業所番号 上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p>事業所番号 () 印</p>				
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	令和 年 月 日	
<p>※事業所を変更する場合は必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)</p>				
(提出先)				
<p>徳島市長 様</p> <p>上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。 また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p>氏名</p>				
市町村 確認欄				

- 1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、徳島市へ提出して下さい。
- 2 利用者負担の上限管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、徳島市へ提出して下さい。
- 3 この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

理 由 書

別紙27

令和 年 月 日

児童通所支援に係る本人の状況等については下記のとおりです。

受 給 者	受給者証番号									
	受給者住所									
	受給者氏名									
	児童氏名									
(内 容)		児童通所支援を原則の日数を超えて利用する								
(理 由)		通所先の事業所における療育の内容とそれに要する時間（日数）、対象児童及び家族の障害・疾病の状況、他の制度の利用状況などを踏まえて記載してください。								
		(※家族の就労支援や日常的に介護している家族の一時的な休息を目的として福祉サービスを利用する場合は、日中一時支援事業等他の制度を利用してください。)								

理由書

別紙28

年 月 日

放課後等デイサービスの特例措置に係る本人の状況等、および、原則の日数を超えて利用しなければならない理由は下記の通りです。

申請者	申請者住所	
	申請者氏名	

放課後等デイサービスの特例措置、および、原則日数を超えての利用が必要である理由を具体的に記入してください。

利用予定事業所名

申請者の利用希望期間中の日中活動等

※いずれかに○印を付け、必要事項を記入してください。

- 1 学校在学中 学校名 () () 年生
- 2 その他 (具体的に記入)
(例) 高校卒業に向けて、引き続き訓練を受けるため。

※特例措置…18歳到達後も引き続き放課後等デイサービスが利用できる措置。

※原則日数を超える(月15日以上)利用に係る理由については、該当者のみ。

余 白



徳島市障害福祉サービス等支給決定基準

<発行>

令和7年4月改定版

徳島市健康福祉部障害福祉課

〒770-8571 徳島市幸町2丁目5番地

電話 (088)621-5171