

# 京都市の障害福祉サービス等の概要 (相談支援事業者向け)

令和3年12月

京 都 市 保 健 福 祉 局

障 害 保 健 福 祉 推 進 室

# 目 次

## 第1章 障害福祉サービス等の利用にあたって

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1 はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・       | 1  |
| 2 障害を有することの確認について・・・・・・・・            | 9  |
| 3 介護保険制度との関係について・・・・・・・・             | 13 |
| 4 介護扶助との関係について・・・・・・・・               | 14 |
| 5 訪問系サービスとその他のサービスとの併給関係について・・・・・・・・ | 15 |
| 6 支給決定プロセスについて・・・・・・・・               | 17 |
| 京都市における計画相談支援の実施について・・・・・・・・         | 29 |
| 7 定型的な支給量基準について・・・・・・・・              | 50 |
| 8 支給決定、支給（量）の変更、支給の取消しについて・・・・・・・・   | 50 |
| 9 審査会の意見聴取について・・・・・・・・               | 50 |

## 第2章 障害福祉サービス等の概要

### I 障害福祉サービス

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 1 居宅介護・・・・・・・・・・・・・・・・   | 51 |
| 2 重度訪問介護・・・・・・・・         | 59 |
| 3 同行援護・・・・・・・・           | 63 |
| 4 行動援護・・・・・・・・           | 65 |
| 5 重度障害者等包括支援・・・・・・・・     | 67 |
| 6 短期入所・・・・・・・・           | 68 |
| 7 療養介護・・・・・・・・           | 68 |
| 8 生活介護・・・・・・・・           | 69 |
| 9 施設入所支援・・・・・・・・         | 70 |
| 10 共同生活援助・・・・・・・・        | 71 |
| 11 就労継続支援（A型、B型）・・・・・・・・ | 73 |
| 12 就労移行支援・・・・・・・・        | 74 |
| 13 就労定着支援・・・・・・・・        | 75 |
| 14 自立生活援助・・・・・・・・        | 76 |
| 15 自立訓練（機能訓練）・・・・・・・・    | 77 |
| 16 自立訓練（生活訓練）・・・・・・・・    | 78 |

### II 地域相談支援

|                  |    |
|------------------|----|
| 1 地域移行支援・・・・・・・・ | 81 |
| 2 地域定着支援・・・・・・・・ | 82 |

### Ⅲ 地域生活支援事業

|                      |    |
|----------------------|----|
| 1 地域活動支援センター         | 83 |
| 2 日中一時支援             | 84 |
| 3 移動支援, ほほえみネット      | 85 |
| 4 訪問入浴サービス           | 87 |
| 5 福祉ホーム              | 88 |
| 6 盲人ホーム              | 88 |
| ○医療行為との関係について        | 89 |
| ○家族による訪問系サービスの提供について | 91 |

### 第3章 障害福祉サービス等の利用者負担 92

## 第1章 障害福祉サービス等の利用にあたって

### 1 はじめに

#### ○ 障害福祉サービス等とは

障害者総合支援法によるサービスは、自立支援給付（全国共通の制度）と地域生活支援事業（市町村ごとの制度）で構成される。

さらに、自立支援給付は、日常生活に必要な支援を受けられる「介護給付」と、自立した生活に必要な知識や技術を身に付ける「訓練等給付」、「地域相談支援給付」、「計画相談支援給付」、「補装具」及び「自立支援医療」に分けられ、「介護給付」と「訓練等給付」を合わせて「障害福祉サービス」という。このマニュアルではそのうち「介護給付」、「訓練等給付」、「地域相談支援給付」、「計画相談支援給付」及び「地域生活支援事業」について説明を行う。

また、「介護給付」、「訓練等給付」、「地域相談支援給付」及び「地域生活支援事業」のサービスを利用するためには、区役所・支所へ申請して発行される「受給者証」が必要となる。

（利用するサービス毎に対象者要件が定められているため、注意が必要。）

| 自立支援給付のうち、サービス部分（全国共通の制度） ※ピンク色の受給者証が必要                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                            |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 介護給付                                                                                                                                                                            | 訓練等給付                                                                                                                                                                      | 地域相談支援給付                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"><li>・居宅介護</li><li>・重度訪問介護</li><li>・同行援護</li><li>・行動援護</li><li>・重度障害者等包括支援</li><li>・生活介護</li><li>・療養介護</li><li>・短期入所</li><li>・施設入所支援</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・自立訓練<br/>（機能訓練・生活訓練）</li><li>・就労移行支援</li><li>・就労継続支援（A型・B型）</li><li>・就労定着支援</li><li>・自立生活援助</li><li>・共同生活援助<br/>（グループホーム）</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・地域移行支援</li><li>・地域定着支援</li></ul> |

障害福祉サービスや地域相談支援を利用する場合には、**計画相談支援給付**としてサービス等利用計画を作成するサービスがある。

| 地域生活支援事業（市町村ごとの制度） ※黄色の受給者証が必要                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 移動支援、日中一時支援（日帰り短期入所）、訪問入浴サービス、地域活動支援センター（※ <sup>1</sup> ）、福祉ホーム（※ <sup>2</sup> ）、盲人ホーム（※ <sup>3</sup> ） |

（※<sup>1</sup>）地域活動支援センターⅢ型（精神）は、受給者証は発行されない。

（※<sup>2</sup>）、（※<sup>3</sup>）受給者証は発行されない。

なお、「第2章 障害福祉サービス等の概要」において、それぞれのサービスのタイトルは、次のとおり色分けしている。

訪問系サービス（※）等

※ 居宅介護，重度訪問介護，同行援護，行動援護

日中活動系サービス（※）等

※ 生活介護，自立訓練（機能訓練・生活訓練），就労移行支援，就労継続支援，就労定着支援，自立生活援助

居住系サービス

地域相談支援

地域生活支援事業

○ 障害福祉サービス等の種類

| サービス種類           |                       |                     | サービスの概要                                                                            |
|------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護給付（訪問系等）       | 居宅介護                  | 身体介護                | 居宅において入浴・排せつ・食事等の介護及び通院・官公署等訪問の介助を行う。<br><div>一般的なホームヘルプサービス</div>                 |
|                  |                       | 家事援助                | 居宅において調理・洗濯・掃除等の援助及び買物等の援助を行う。（精神障害者の共同実践を除き，利用者の家事を代行する援助）                        |
|                  |                       | 通院等介助（身体介護を伴う・伴わない） | 通院，官公署等訪問において，屋内外における移動等又は通院先での受診等の手続きの介助を行う。                                      |
|                  |                       | 通院等乗降介助             | 通院，官公署等訪問において，車両への乗車又は降車の介助と併せて，乗車前又は降車後における移動等又は受診等の手続きの介助を行う。                    |
|                  | 重度訪問介護                |                     | 居宅介護や日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り及び外出介護などを，比較的長時間にわたり総合的かつ断続的に行う。                   |
|                  | 同行援護                  |                     | 移動に著しい困難を有する視覚障害者について，外出時において，移動に必要な情報（代筆，代読等を含む）を提供するとともに，移動の援護その他外出する際の必要な援助を行う。 |
|                  | 行動援護                  |                     | 知的障害や精神障害により行動の際に生じ得る危険を回避するため，外出時の移動の介護等を行う。                                      |
|                  | 重度障害者等包括支援            |                     | 介護が必要な程度が非常に高いと認められた方に，居宅介護などの障害福祉サービスを包括的に行う。                                     |
| 介護給付（日中活動系等・居住系） | 生活介護                  |                     | 施設への通所により，食事・排せつ・入浴の介護等を行うとともに，創作的活動や生産活動の機会を提供する。                                 |
|                  | 療養介護                  |                     | 医療機関への入所により，機能訓練や療養上の管理，看護，介護や世話を行う。                                               |
|                  | 短期入所（ショートステイ）         |                     | 居宅において介護を行う者の疾病その他の理由による場合に，施設への短期的な入所により，食事・排せつ・入浴の介護等を行う。                        |
|                  | 施設入所支援                |                     | 施設への入所により，日中活動系サービスと併せて，夜間等における食事・排せつ・入浴の介護等を行う。                                   |
| 訓練等給付（日中活動系・居住系） | 共同生活援助（グループホーム）       |                     | 共同生活の住居で，入浴，排せつ又は食事の介護，相談や日常生活上の援助等を行う。                                            |
|                  | 就労継続支援（A型）<br>// （B型） |                     | 施設への通所により，働く場を提供するとともに，知識や能力の向上のために必要な訓練を行う。<br>（A型：原則，雇用契約による就労）（B型：雇用契約によらない就労）  |
|                  | 就労移行支援                |                     | 一定期間（※1），施設への通所により，就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行う。                                     |
|                  | 就労定着支援                |                     | 就労に向け，生活介護等を利用し，通常の事業所に新たに雇用された場合に，当該通常の事業所での就労の継続を図るための支援を行う。                     |
|                  | 自立生活援助                |                     | 施設等退所者が一人暮らし等を行う場合に，定期的な居宅訪問等を行い，必要な情報提供や助言等を行う。                                   |
|                  | 自立訓練（機能訓練）            |                     | 一定期間（※1），施設への通所により，身体機能や生活能力の向上のために必要な訓練を行う。                                       |
|                  | 自立訓練（生活訓練）            |                     | 一定期間（※1），施設への通所により，生活能力の向上のために必要な訓練を行う（宿泊型自立訓練もある。）。                               |

|          |            |                                                          |
|----------|------------|----------------------------------------------------------|
| 支援給付     | 地域移行支援     | 地域生活への移行のための相談やその他必要な支援を行う。(※2)                          |
|          | 地域定着支援     | 常時の連絡体制を確保し、緊急の事態等に相談やその他必要な支援を行う。(※2)                   |
| 地域生活支援事業 | 地域活動支援センター | 自立の促進・生活の質の向上等を図るため、施設への通所により、創作的活動・機能訓練・社会適応訓練を行う。      |
|          | 日中一時支援     | 介護者不在の場合、施設への日帰りの入所により、見守り及び社会に適應するための日常的な訓練等のサービスを提供する。 |
|          | 移動支援       | 社会参加や余暇活動等の外出の際にガイドヘルパーが移動の支援を行う。                        |
|          | 訪問入浴サービス   | 浴槽を搭載した入浴車で訪問し、入浴サービスを行う。                                |
|          | 福祉ホーム      | 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う。                       |
|          | 盲人ホーム      | あんま師免許、はり師免許又はきゅう師免許を有する視覚障害者に、施設の利用とともに、必要な技術の指導を行う。    |

(※1) 標準利用期間

| サービスの種類    | 標準利用期間                                                                       |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 就労移行支援     | 2年(あん摩・はり・きゅうの資格養成施設は3年又は5年)                                                 |
| 自立訓練(機能訓練) | 1年6箇月(頸髄損傷による四肢の麻痺その他これに類する状態にある場合は3年→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施行規則第6条の6) |
| 自立訓練(生活訓練) | 2年(長期入院又は入所していた者は3年)                                                         |
| 就労定着支援     | 3年(最長で就職後3年6箇月後まで)                                                           |
| 自立生活援助     | 1年                                                                           |

当初は最長1年間(暫定期間含む)の支給決定とし、標準利用期間の範囲内で1年ごとに更新を行う。

また、標準利用期間を超えて支給決定が必要な場合は、審査会の審査を経て、最大1年間の更新が可能(就労定着支援を除く)。

(※2) 地域相談支援の利用期間

| サービスの種類 | 標準利用期間                                                    |
|---------|-----------------------------------------------------------|
| 地域移行支援  | 6箇月、ただし6箇月の範囲内で更新可能(最長1年)<br>※1年を超える更なる更新については、支給決定機関に要相談 |
| 地域定着支援  | 1年、ただし、必要性が認められる場合については更新が可能                              |

○ 障害福祉サービス等の対象者要件

| サービス種類 |            |         | 障害支援区分     | 障害支援区分以外の該当要件                                                                                                                                                                                              |
|--------|------------|---------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護給付   | 居宅介護       | 身体介護    | 1～6        | 衣服着脱・食事飲水・歯みがき・洗顔洗髪・排せつ・移乗・座位保持・入浴・移動・寝返りの各行為について支援が必要な者                                                                                                                                                   |
|        |            | 家事援助    |            | 調理・掃除・洗濯・買物の各行為について支援が必要な者                                                                                                                                                                                 |
|        |            | 通院等介助   | 身体介護を伴う2～6 | 歩行・移乗・移動・排尿・排便のいずれかに支援が必要な者                                                                                                                                                                                |
|        |            |         | 伴わない1～6    | 身体介護、通院等介助（身体介護を伴う）、重度訪問介護の対象者要件に該当しない者                                                                                                                                                                    |
|        |            | 通院等乗降介助 | 1～6        | 通院等のため、車両の乗車又は降車の介助が必要な者                                                                                                                                                                                   |
|        | 重度訪問介護     |         | 4～6        | ①二肢以上に麻痺等があり、歩行・移乗・排尿・排便のいずれにも支援が必要な者 又は<br>②行動関連の11項目及び医師意見書の「てんかん」の項目について、合計10点以上に該当する者                                                                                                                  |
|        | 行動援護       |         | 3～6        | 行動関連の11項目及び医師意見書の「てんかん」の項目について、合計10点以上に該当する者                                                                                                                                                               |
|        | 同行援護       |         | 区分不要       | アセスメント調査票において視力障害、視野障害、夜盲のいずれかが1点以上かつ移動障害1点以上の者                                                                                                                                                            |
|        | 重度障害者等包括支援 |         | 6          | I 類型 筋ジストロフィー等の状態像である者<br>II 類型 重症心身障害者の状態像である者<br>III 類型 強度行動障害の状態像である者                                                                                                                                   |
|        | 生活介護       |         | 2～6        | 区分3（施設入所者は区分4）以上の者<br>50歳以上で、区分2（施設入所者は区分3）以上の者                                                                                                                                                            |
|        | 療養介護       |         | 5～6        | ①筋委縮性側索硬化症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、区分6 又は<br>②区分5以上に該当し、次のいずれかに該当する者<br>・重症心身障害者又は進行性筋萎縮症患者<br>・医療的ケアスコアが16点以上の者<br>・行動関連の11項目について10点以上かつ医療的ケアスコアが8点以上の者<br>・遷延性意識障害者であって、医療的ケアスコアが8点以上の者         |
|        | 短期入所       |         | 1～6        | —                                                                                                                                                                                                          |
|        | 施設入所支援     |         | 非該当～6      | ①生活介護を受けているものであって区分4（50歳以上は区分3）以上の者<br>②自立訓練又は就労移行支援（以下「訓練等」という。）を受けている者であって、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者 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、通所による訓練等を受けることが困難な者<br>③就労継続支援B型を受けている者のうち、指定特定相談 |

各類型の要件は59ページ



|  |  |  |                                               |
|--|--|--|-----------------------------------------------|
|  |  |  | 支援事業者によるサービス等利用計画の作成の手続を経たうえで、利用の組合せの必要性を認めた者 |
|--|--|--|-----------------------------------------------|

|          |                 |                   |                                                                                                                                                                                                                         |
|----------|-----------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訓練等給付    | 共同生活援助          | 非該当～区分6<br>(※)    | ①原則日中就労している者又は日中活動系サービスを利用している者等<br>②身体障害者は、65歳以上の者については、65歳となる前に障害福祉サービスを利用していた者に限る。                                                                                                                                   |
|          | 就労継続支援          | 区分不要<br>(認定調査は必要) | A型は65歳未満の者（利用開始時65歳未満の者）                                                                                                                                                                                                |
|          | 就労移行支援          |                   | 65歳未満の者（利用開始時65歳未満の者）                                                                                                                                                                                                   |
|          | 就労定着支援          |                   | 就労移行支援、就労継続支援、生活介護、自立訓練の利用を経て一般就労へ移行した者が対象。一般就労の後6箇月を経過した時点からサービスの利用を開始することができる。                                                                                                                                        |
|          | 自立生活援助          |                   | ①障害者支援施設や精神科病院、共同生活援助等から退所等をしてから1年以内の者又同居家族の死亡及びこれに準ずる理由として市町村が認める理由により単身生活を開始した日から1年以内の者。<br>②現に一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者<br>③障害、疾病等の家族と同居しており（障害者同士で結婚している場合を含む）、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様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者 |
|          | 自立訓練<br>(機能、生活) |                   | —                                                                                                                                                                                                                       |
| 地域相談支援給付 | 地域移行支援          | 区分不要<br>(認定調査は必要) | 次のいずれかに該当する者<br>・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者<br>・精神科病院に入院している者<br>・救護施設又は更生施設に入所している者<br>・刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘留所）、少年院に収容されている者<br>・更生保護施設に入所している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者                       |
|          | 地域定着支援          |                   | 居宅で生活しており、緊急時について、単身で支援が必要な者又は同居の家族等が障害、疾病等のため支援が見込めない者                                                                                                                                                                 |
| 地域生活支援   | 地域活動支援センター      | —                 | —                                                                                                                                                                                                                       |
|          | 日中一時支援          |                   | 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障害者等                                                                                                                                                                                   |
|          | 移動支援            |                   | ①全身性障害者、知的障害者、精神障害者（視覚障害者は原則として同行援護）<br>②難病患者であって、①と同等の状態にある者                                                                                                                                                           |

|  |          |  |                                             |
|--|----------|--|---------------------------------------------|
|  | 訪問入浴サービス |  | 介護保険対象者以外の者で、かつ、自宅浴槽や、通所施設等の特殊浴槽での入浴が困難である者 |
|  | 福祉ホーム    |  | —                                           |
|  | 盲人ホーム    |  | —                                           |

(※) 入浴、排せつ又は食事等の介護を伴わない場合は、認定調査（一次判定）のみ行う。区分は不要。



## 2 障害を有することの確認について

| 区分         | 種別 | 確認方法                                                                                                                                                                                                    |
|------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障害者        | 身体 | 身体障害者手帳                                                                                                                                                                                                 |
|            | 知的 | 下記のいずれかが必要<br>①療育手帳<br>②発達相談所又は第二児童福祉センターの意見により、知的障害が認められること                                                                                                                                            |
|            | 精神 | 下記のいずれかが必要<br>①精神障害者保健福祉手帳<br>②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<br>③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<br>④自立支援医療（精神通院医療）受給者証<br>⑤医師の診断書（原則として主治医（基本的に精神科医）が記載し、ICD10コードを記載することなど精神障害者であることが確認できる内容であること）等 |
|            | 難病 | 下記のいずれかが必要<br>①特定医療費（指定難病）受給者証<br>②対象疾患に罹患していることが分かる医師の診断書又は意見書 等                                                                                                                                       |
| 障害児<br>(※) | 身体 | 原則として身体障害者手帳                                                                                                                                                                                            |
|            | 知的 | 下記のいずれかが必要<br>①療育手帳<br>②発達相談所又は第二児童福祉センターの意見により、知的障害が認められること                                                                                                                                            |
|            | 精神 | 下記のいずれかが必要<br>①精神障害者保健福祉手帳<br>②自立支援医療（精神通院医療）受給者証<br>③医師の診断書（原則として主治医（基本的に精神科医）が記載し、ICD10コードを記載することなど精神障害があることが確認できる内容であること）等                                                                           |
|            | 難病 | 下記のいずれかが必要<br>①特定医療費（指定難病）受給者証<br>②対象疾患に罹患していることが分かる医師の診断書又は意見書 等                                                                                                                                       |

※ 上記に加え、「特別児童扶養手当等を受給していることを証明する書類」による確認も可

※ 新たに対象となる疾病（6 疾病）

△ 表記が変更された疾病（0 疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29 疾病）

## 障害福祉サービス等の対象となる対象疾病一覧（令和3年11月以降）※次頁あり

| 番号 | 疾病名              | 番号  | 疾病名                          | 番号  | 疾病名                  | 番号  | 疾病名                           |
|----|------------------|-----|------------------------------|-----|----------------------|-----|-------------------------------|
| 1  | アイカルディ症候群        | 51  | 家族性低βリボタンパク血症1(ホモ接合体) ※      | 101 | 顕微鏡的大腸炎 ○            | 151 | 重症筋無力症                        |
| 2  | アイザックス症候群        | 52  | 家族性良性慢性小疱瘡                   | 102 | 顕微鏡的多発血管炎            | 152 | 修正大血管転位症                      |
| 3  | I g A腎症          | 53  | カナバン病                        | 103 | 高IgD症候群              | 153 | ジュベール症候群関連疾患                  |
| 4  | I g G 4 関連疾患     | 54  | 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群      | 104 | 好酸球性消化管疾患            | 154 | シュワルツ・ヤンベル症候群                 |
| 5  | 亜急性硬化性全脳炎        | 55  | 歌舞伎症候群                       | 105 | 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症       | 155 | 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症         |
| 6  | アジソン病            | 56  | カラクトース-1-リン酸ウリシルトランスフェラーゼ欠損症 | 106 | 好酸球性副鼻腔炎             | 156 | 神経細胞移動異常症                     |
| 7  | アッシャー症候群         | 57  | カルニチン回路異常症                   | 107 | 抗糸球体基底膜腎炎            | 157 | 神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症    |
| 8  | アトピー性脊髄炎         | 58  | 加齢黄斑変性 ○                     | 108 | 後縦靭帯骨化症              | 158 | 神経線維腫症                        |
| 9  | アペール症候群          | 59  | 肝型膠原病                        | 109 | 甲状腺ホルモン不応症           | 159 | 神経フェリチン症                      |
| 10 | アミロイドーシス         | 60  | 間質性膀胱炎（ハンナ型）                 | 110 | 拘束型心筋症               | 160 | 神経有棘赤血球症                      |
| 11 | アラジール症候群         | 61  | 環状20番染色体症候群                  | 111 | 高チロシン血症1型            | 161 | 進行性核上性麻痺                      |
| 12 | アルポート症候群         | 62  | 関節リウマチ                       | 112 | 高チロシン血症2型            | 162 | 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症 ※              |
| 13 | アレキサンダー病         | 63  | 完全大血管転位症                     | 113 | 高チロシン血症3型            | 163 | 進行性骨化性線維異形成症                  |
| 14 | アンジェルマン症候群       | 64  | 眼皮膚白皮症                       | 114 | 後天性赤芽球病              | 164 | 進行性多量性白質脳症                    |
| 15 | アントレー・ピクスラー症候群   | 65  | 偽性副甲状腺機能低下症                  | 115 | 広範脊柱管狭窄症             | 165 | 進行性白質脳症                       |
| 16 | イソ吉草酸血症          | 66  | ギャロウェイ・モフト症候群                | 116 | 膠様滴状角膜シストロフィー        | 166 | 進行性ミオクローヌステんかん                |
| 17 | 一次性ネフローゼ症候群      | 67  | 急性壊死性脳症 ○                    | 117 | 抗リン脂質抗体症候群           | 167 | 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症               |
| 18 | 一次性膜性増殖性糸球体腎炎    | 68  | 急性網膜壊死 ○                     | 118 | コグैन症候群              | 168 | 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症             |
| 19 | I p 36欠失症候群      | 69  | 球脊髄性筋萎縮症                     | 119 | コステロ症候群              | 169 | スタージ・ウェーバー症候群                 |
| 20 | 遺伝性自己炎症疾患        | 70  | 急速進行性糸球体腎炎                   | 120 | 骨形成不全症               | 170 | スティーヴンス・ジョンソン症候群              |
| 21 | 遺伝性ジストニア         | 71  | 強直性脊椎炎                       | 121 | 骨髄異形成症候群 ○           | 171 | スミス・マギニス症候群                   |
| 22 | 遺伝性周期性四肢麻痺       | 72  | 巨細胞性動脈炎                      | 122 | 骨髄線維症 ○              | 172 | スモン ○                         |
| 23 | 遺伝性肝炎            | 73  | 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）         | 123 | ゴナドトロピン分泌亢進症         | 173 | 脆弱X症候群                        |
| 24 | 遺伝性鉄芽球形貧血        | 74  | 巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）          | 124 | Sp欠失症候群              | 174 | 脆弱X症候群関連疾患                    |
| 25 | ウィーバー症候群         | 75  | 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症              | 125 | コフィン・シリズ症候群          | 175 | 成人スチル病                        |
| 26 | ウィリアムズ症候群        | 76  | 巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）             | 126 | コフィン・ローリー症候群         | 176 | 成長ホルモン分泌亢進症                   |
| 27 | ウィルソン病           | 77  | 筋萎縮性側索硬化症                    | 127 | 混合性結合組織病             | 177 | 脊髄空洞症                         |
| 28 | ウエスト症候群          | 78  | 筋型膠原病                        | 128 | 聴耳腎症候群               | 178 | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)           |
| 29 | ウェルナー症候群         | 79  | 筋ジストロフィー                     | 129 | 再生不良性貧血              | 179 | 脊髄髄膜瘤                         |
| 30 | ウォルフラム症候群        | 80  | クッシング病                       | 130 | サイトメガロウイルス角膜炎皮炎 ○    | 180 | 脊髄性筋萎縮症                       |
| 31 | ウルリッヒ病           | 81  | クリオピリン関連周期熱症候群               | 131 | 再発性多発軟骨炎             | 181 | セピアブテリン還元酵素（SR）欠損症            |
| 32 | HTLV-1 関連脊髄症     | 82  | クリッペル・トレノナー・ウェーバー症候群         | 132 | 左心低形成症候群             | 182 | 前眼部形成異常                       |
| 33 | A T R - X 症候群    | 83  | クルーゾン症候群                     | 133 | サルコイドーシス             | 183 | 全身性エリテマトーデス                   |
| 34 | A D H 分泌異常症      | 84  | グルコーストランスporter 1 欠損症        | 134 | 三尖弁閉鎖症               | 184 | 全身性強皮症                        |
| 35 | エーラス・ダンロス症候群     | 85  | グルタル酸血症1型                    | 135 | 三頭筋欠損症               | 185 | 先天異常症候群                       |
| 36 | エプスタイン症候群        | 86  | グルタル酸血症2型                    | 136 | CFC症候群               | 186 | 先天性横隔膜ヘルニア                    |
| 37 | エプスタイン病          | 87  | クロウ・深瀬症候群                    | 137 | シェーグレン症候群            | 187 | 先天性核上性球麻痺                     |
| 38 | エマヌエル症候群         | 88  | クローン病                        | 138 | 色素性乾皮症               | 188 | 先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症            |
| 39 | 遠位型ミオパチー         | 89  | クロンカイト・カナダ症候群                | 139 | 自己食空腔性ミオパチー          | 189 | 先天性魚鱗癬                        |
| 40 | 円錐角膜 ○           | 90  | 痙攣重積型（二相性）急性脳症               | 140 | 自己免疫性肝炎              | 190 | 先天性筋無力症候群                     |
| 41 | 黄色靱帯骨化症          | 91  | 結節性硬化症                       | 141 | 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症(※) ※ | 191 | 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症 |
| 42 | 黄斑ジストロフィー        | 92  | 結節性多発動脈炎                     | 142 | 自己免疫性溶血性貧血           | 192 | 先天性三尖弁狭窄症                     |
| 43 | 大田原症候群           | 93  | 血栓性血小板減少性紫斑病                 | 143 | 四肢形成不全 ○             | 193 | 先天性腎性尿崩症                      |
| 44 | オクシタル・ホーン症候群     | 94  | 限局性皮膚異形成                     | 144 | シトステロール血症            | 194 | 先天性赤血球形成異常性貧血                 |
| 45 | オスラー病            | 95  | 原発性局所多汗症 ○                   | 145 | シトリン欠損症              | 195 | 先天性僧帽弁狭窄症                     |
| 46 | カーニー複合           | 96  | 原発性硬化性胆管炎                    | 146 | 紫斑病性腎炎               | 196 | 先天性大脳白質形成不全症                  |
| 47 | 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん | 97  | 原発性高脂血症                      | 147 | 脂肪萎縮症                | 197 | 先天性肺静脈狭窄症                     |
| 48 | 潰瘍性大腸炎           | 98  | 原発性側索硬化症                     | 148 | 若年性特発性関節炎            | 198 | 先天性風疹症候群 ○                    |
| 49 | 下垂体前葉機能低下症       | 99  | 原発性胆汁性胆管炎                    | 149 | 若年性肺気腫               | 199 | 先天性副腎低形成症                     |
| 50 | 家族性地中海熱          | 100 | 原発性免疫不全症候群                   | 150 | シャルコー・マリー・トゥース病      | 200 | 先天性副腎皮質酵素欠損症                  |

| 番号  | 疾病名                       | 番号  | 疾病名                           | 番号  | 疾病名                        | 番号  | 疾病名                        |
|-----|---------------------------|-----|-------------------------------|-----|----------------------------|-----|----------------------------|
| 201 | 先天性ミオパチー                  | 251 | 那須・ハコラ病                       | 301 | 副腎白質ジストロフィー                | 351 | ランゲルハンス細胞組織球症 ○            |
| 202 | 先天性無痛無汗症                  | 252 | 軟骨無形成症                        | 302 | 副腎皮質刺激ホルモン不応症              | 352 | ランドウ・クレファナー症候群             |
| 203 | 先天性葉酸吸収不全                 | 253 | 難治顔回部分発作重積型急性脳炎               | 303 | ブラウ症候群                     | 353 | リジン尿性蛋白不耐症                 |
| 204 | 前頭側頭葉変性症                  | 254 | 22q11.2欠失症候群                  | 304 | プラター・ウィリ症候群                | 354 | 両側性小耳症・外耳道閉鎖症 ○            |
| 205 | 早期ミオクロニー脳症                | 255 | 乳幼児肝巨大血管腫                     | 305 | ブリオン病                      | 355 | 両大血管右室起始症                  |
| 206 | 総動脈幹過剰症                   | 256 | 尿素サイクル異常症                     | 306 | プロピオン酸血症                   | 356 | リンパ管腫症/ゴーハム病               |
| 207 | 総排泄腔遺残                    | 257 | ヌーナン症候群                       | 307 | PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症）        | 357 | リンパ脈管筋腫症                   |
| 208 | 総排泄腔外反症                   | 258 | ネイル/パテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B関連腎症 | 308 | 閉塞性細気管支炎                   | 358 | 類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）         |
| 209 | ソトス症候群                    | 259 | ネフロシス ※                       | 309 | β-ケトチオラーゼ欠損症               | 359 | ルビンシュタイン・ティビ症候群            |
| 210 | ダイヤモンド・ブラックファン貧血          | 260 | 脳クレアチン欠乏症候群 ※                 | 310 | ベーチエット病                    | 360 | レーベル遺伝性視神経症                |
| 211 | 第14番染色体父親性ダイソミー症候群        | 261 | 脳健黄色腫症                        | 311 | ベスレムミオパチー                  | 361 | 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 |
| 212 | 大脳皮質基底核変性症                | 262 | 脳表ヘモジデリン沈着症                   | 312 | ヘパリン起因性血小板減少症 ○            | 362 | 劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○           |
| 213 | 大理石骨病                     | 263 | 膿疱性乾癬                         | 313 | ヘモクロマトーシス ○                | 363 | レット症候群                     |
| 214 | ダウン症候群 ○                  | 264 | 嚢胞性線維症                        | 314 | ヘリー症候群                     | 364 | レノックス・カスター症候群              |
| 215 | 高安静脈炎                     | 265 | パーキンソン病                       | 315 | ペレーシド角膜炎緑変性症 ○             | 365 | ロスムンド・トムソン症候群              |
| 216 | 多系統萎縮症                    | 266 | パージャー病                        | 316 | ペルオキシゾーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。） | 366 | 肋骨異常を伴う先天性側弯症              |
| 217 | タナトフォリック骨異形成症             | 267 | 肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症                | 317 | 片側巨脳症                      |     |                            |
| 218 | 多発血管炎性肉芽腫症                | 268 | 肺動脈性肺高血圧症                     | 318 | 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群           |     |                            |
| 219 | 多発性硬化症/視神経脊髄炎             | 269 | 肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）             | 319 | 芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症          |     |                            |
| 220 | 多発性軟骨性外骨腫症 ○              | 270 | 肺胞低換気症候群                      | 320 | 発作性夜間ヘモグロビン尿症              |     |                            |
| 221 | 多発性嚢胞腎                    | 271 | ハッチンソン・ギルフォード症候群              | 321 | ホモシスチン尿症 ※                 |     |                            |
| 222 | 多脾症候群                     | 272 | バッド・キアリ症候群                    | 322 | ボルフィリン症                    |     |                            |
| 223 | タンジール病                    | 273 | ハンチントン病                       | 323 | マリネスコ・シェーグレン症候群            |     |                            |
| 224 | 単心室症                      | 274 | 汎発性特異性骨増殖症 ○                  | 324 | マルファン症候群                   |     |                            |
| 225 | 弾性線維性仮性黄色腫                | 275 | P C D H 19関連症候群               | 325 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多発性運動ニューロパチー |     |                            |
| 226 | 短腸症候群 ○                   | 276 | 非ケトーシス型高グリシニン血症               | 326 | 慢性血栓性肺高血圧症                 |     |                            |
| 227 | 胆道閉鎖症                     | 277 | 肥厚性皮膚骨膜症                      | 327 | 慢性再発性多発性骨髄炎                |     |                            |
| 228 | 遅発性内リンパ水腫                 | 278 | 非ジストロフィー性ミオトニー症候群             | 328 | 慢性肝炎 ○                     |     |                            |
| 229 | チャージ症候群                   | 279 | 皮膚下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症       | 329 | 慢性特異性偽性腸閉塞症                |     |                            |
| 230 | 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群       | 280 | 肥大型心筋症                        | 330 | ミオクロニー欠伸てんかん               |     |                            |
| 231 | 中毒性表皮壊死症                  | 281 | 左肺動脈右肺動脈起始症                   | 331 | ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん          |     |                            |
| 232 | 腸管神経節細胞減少症                | 282 | ビタミンD依存性くる病/骨軟化症              | 332 | ミトコンドリア病                   |     |                            |
| 233 | TSH分泌亢進症                  | 283 | ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症              | 333 | 無虹彩症                       |     |                            |
| 234 | TNF受容体関連周期性症候群            | 284 | ピッカースタッフ脳幹脳炎                  | 334 | 無脾症候群                      |     |                            |
| 235 | 低ホスファターゼ症                 | 285 | 非典型溶血性尿毒症症候群                  | 335 | 無βリボタンパク血症                 |     |                            |
| 236 | 天疱瘡                       | 286 | 非特異性多発性小腸潰瘍症                  | 336 | メーブルシロップ尿症                 |     |                            |
| 237 | 禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症    | 287 | 皮膚筋炎/多発性筋炎                    | 337 | メチルグルタコン酸尿症                |     |                            |
| 238 | 特発性拡張型心筋症                 | 288 | びまん性汎細気管支炎 ○                  | 338 | メチルマロン酸血症                  |     |                            |
| 239 | 特発性間質性肺炎                  | 289 | 肥満低換気症候群 ○                    | 339 | メビウス症候群                    |     |                            |
| 240 | 特発性基底核石灰化症                | 290 | 表皮水疱症                         | 340 | メンケス病                      |     |                            |
| 241 | 特発性血小板減少性紫斑病              | 291 | ヒルシスブルング病（全結腸型又は小腸型）          | 341 | 網膜色素変性症                    |     |                            |
| 242 | 特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。） | 292 | VATER症候群                      | 342 | もやもや病                      |     |                            |
| 243 | 特発性後天性全身性無汗症              | 293 | ファイファー症候群                     | 343 | モウット・ウィルソン症候群              |     |                            |
| 244 | 特発性大腿骨頭壊死症                | 294 | ファロー四徴症                       | 344 | 薬剤性過敏症候群 ○                 |     |                            |
| 245 | 特発性多中心性キャッスルマン病           | 295 | ファンconi貧血                     | 345 | ヤング・シンブソン症候群               |     |                            |
| 246 | 特発性門脈圧亢進症                 | 296 | 封入体筋炎                         | 346 | 優性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○           |     |                            |
| 247 | 特発性両側性感音難聴                | 297 | フェニルケトン尿症                     | 347 | 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん           |     |                            |
| 248 | 突発性難聴 ○                   | 298 | フォンタン術後症候群 ○                  | 348 | 4p欠失症候群                    |     |                            |
| 249 | トラベ症候群                    | 299 | 複合カルボキシラーゼ欠損症                 | 349 | ライソゾーム病                    |     |                            |
| 250 | 中條・西村症候群                  | 300 | 副甲状腺機能低下症                     | 350 | ラスマッセン脳炎                   |     |                            |

（※）新たに対象となる自己免疫性後天性凝固第Ⅹ因子欠乏症は、対象疾病番号141（自己免疫性後天性凝固因子欠乏症）に統合

※対象外となった疾病について

- ① 平成 27 年 1 月以降に対象外となった疾病  
劇症肝炎，重症急性性肺炎
- ② 平成 27 年 7 月以降に対象外になった疾病  
肝外門脈閉塞症，肝内結石症，偽性低アルドステロン症，ギラン・バレー症候群，  
グルココルチコイド抵抗症，原発性アルドステロン症，硬化性萎縮性苔癬，好酸球性筋膜炎，  
視神経症，神経性過食症，神経性食欲不振症，先天性QT延長症候群，TSH受容体異常症，  
特発性血栓症，フィッシャー症候群，メニエール病
- ③ 令和元年7月1日以降に対象外となった疾病  
正常圧水頭症

これらの疾病については，障害者総合支援法の対象外となりましたが，対象外となった疾病により既に障害福祉サービス等の支給決定を受けたことがある方は引き続き利用可能。

- 上記①に記載の疾病について  
平成 27 年 1 月以降は対象外となるが，平成 26 年 12 月 31 日までに障害福祉サービス等の支給決定を受けたことがある方は引き続き利用可能。
- 上記②に記載の疾病について  
平成 27 年 7 月以降は対象外となるが，平成 27 年 6 月 30 日までに障害福祉サービス等の支給決定を受けたことがある方は引き続き利用可能。
- 上記③に記載の疾病について  
令和元年 7 月以降は対象外となるが，令和元年 6 月 30 日までに障害福祉サービス等の支給決定を受けたことがある方は引き続き利用可能。

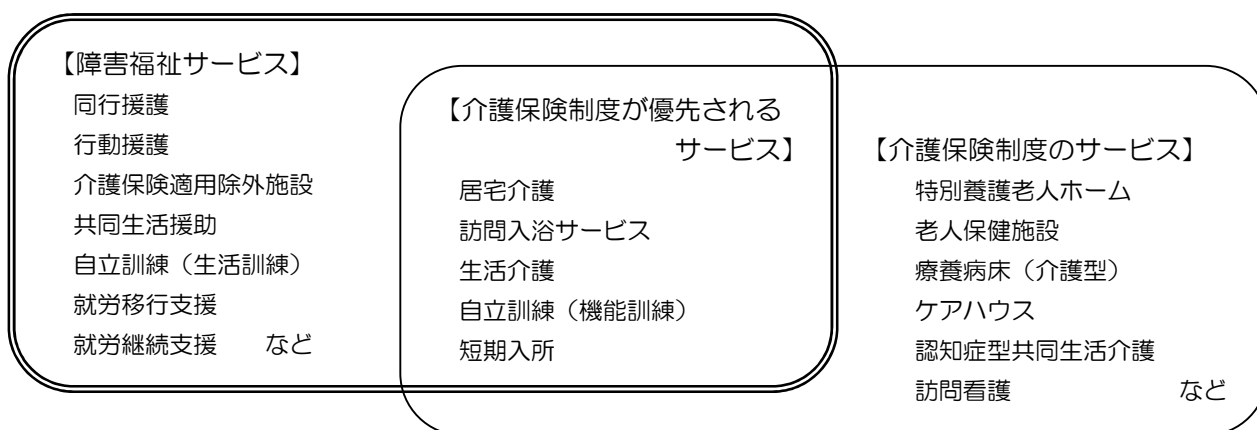
### 3 介護保険制度との関係について

障害福祉施策と介護保険制度（総合事業（※）を含む。以下同じ。）に共通するサービスの適用関係については、障害者総合支援法第7条等において、介護保険制度のサービスが優先される考え方が示されている。

ただし、障害福祉サービス特有のものは障害者福祉サービスを支給決定できるとされているため、同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援及び就労継続支援等については、介護保険の対象者であっても支給決定することができる。

※ 居宅介護、生活介護（施設入所支援又は共同生活援助との併給を除く。）及び自立訓練（機能訓練）については、総合事業のサービスに相当するサービスがある場合は、総合事業を優先して利用することとなる。

なお、総合事業のサービスは要介護認定の結果が非該当になった場合でも、総合事業対象者であれば総合事業のサービスを利用することができるため、65歳以上の介護保険の対象者については、要介護認定が非該当になった場合には総合事業対象であるかの判定を受ける必要がある。



上記のサービスの他、小規模多機能型居宅介護などの、地域密着型サービスの利用の可否も検討する必要があります。利用者が必要としている支援内容が、介護保険サービスにより受けることが可能か否かの判断に迷う場合は、「京都市介護認定給付事務センター」（708-7711）に問合わせてください。

なお、介護保険制度が優先されるサービスであっても、介護保険の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、障害福祉サービスを併用しないと支給量を確保することができない場合は、障害福祉サービスの支給についてご相談ください。なお、本市の支給決定基準については次頁(1)のとおりです。



## (1) 訪問系サービス

介護保険制度（総合事業を含む。）に同種のサービスがあるものについては、障害福祉サービスは支給決定しないが、本市が定める次の基準に該当する場合は支給決定できます。なお、基準に該当しなくとも65歳到達前から障害者であった方については、個別の状況を勘案し判断しますので、ご相談ください。

| 類型    | 種別            | 要件                                                                                                                                                                                                 |
|-------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体障害  | 肢体不自由<br>(※1) | 身体障害者手帳を所持し、以下のいずれにも該当<br>① 障害支援区分5以上で重度訪問介護対象の者<br>② 介護保険の支給単位数を限度額（※2）まで利用している者で、要介護5の者                                                                                                          |
|       | 内部障害          | 身体障害者手帳（内部障害に限る）を所持し、以下のいずれにも該当<br>① 身体障害者手帳において、内部障害の等級が1，2級又はこれに準ずるもの<br>② 介護保険の支給単位数を限度額（※2）まで利用している者（要介護度は問わない。）                                                                               |
|       | 視覚、聴覚障害       | 身体障害者手帳（視覚障害又は聴覚障害に限る）を所持し、以下のいずれにも該当<br>① 身体障害者手帳において、視覚又は聴覚障害の等級が1，2級又はこれに準ずるもの<br>② 介護保険の支給単位数を限度額（※2）まで利用している者（要介護度は問わない。）                                                                     |
| 知的障害  |               | 療育手帳を所持（知的障害者更生相談所で知的障害を有すると判定を受けた場合を含む）し、以下のいずれにも該当<br>① 障害支援区分5以上<br>② 介護保険の支給単位数を限度額（※2）まで利用している者（要介護度は問わない。）                                                                                   |
| 精神障害  |               | 精神保健福祉手帳、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、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、自立支援医療受給者証（精神通院医療に限る）のいずれかを所持している、又は、医師の診断書から確認できる場合で、以下のいずれにも該当<br>① 障害支援区分5以上<br>② 介護保険の支給単位数を限度額（※2）まで利用している者で、要介護5の者 |
| 難病患者等 |               | 以下のいずれにも該当<br>① 障害支援区分5以上<br>② 介護保険の支給単位数を限度額（※2）まで利用している者で、要介護5の者                                                                                                                                 |

※1 種別欄に該当する障害種別がない場合は、肢体不自由の要件で判断する。

※2 ケアプランにおいて、必要な訪問介護をもう一回入れると限度基準額（単位）を超過する状況であれば「支給単位数を限度額まで利用しているもの」の要件を満たすものとする。

## (2) 日中活動系サービス・短期入所・居住系サービス

以下の要件に該当する場合は、障害福祉サービスを支給決定できる。

- ① 介護保険適用除外施設（下記）に入所している場合
- ② サービスの内容や機能から、介護保険サービスに同様のものがないと認められる場合
- ③ 障害福祉サービスにおいて適当と認められる支給量が、介護保険サービスのみで確保することができない場合

＜介護保険適用除外施設＞

- a 障害者支援施設（日中活動が生活介護に限る）
- b のぞみの園
- c 療養介護 等

## 4 介護扶助との関係について

介護保険サービスが優先される適用関係と同様、介護扶助が障害福祉サービスに優先する。

ただし、生活保護受給者のうち、40歳以上65歳未満の医療保険未加入者であり、特定疾病により要介護又は要支援状態に該当する場合は、生活保護制度の補足性の原理により、障害福祉サービスが介護扶助に優先する。

## 5 訪問系サービスとその他のサービスとの併給関係について

| 対象者像                    | 訪問系サービスの支給 | 訪問系サービスの利用                                                                                                                  |
|-------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院中、療養介護入所者             | 基本的に不可     | 不可                                                                                                                          |
| 施設入所支援利用者               | 基本的に不可     | 本来、一時帰宅する際には受入れ体制が確保されているもの<br>ただし、施設入所支援の報酬が全く算定されない場合（日）に限りホームヘルプサービス・ガイドヘルプサービスともに可（同日算定不可）                              |
| 共同生活援助利用者               | 基本的に不可（※）  | 本来、一時帰宅する際には受入れ体制が確保されているもの<br>ただし、共同生活援助の報酬が全く算定されない場合（日）に限りホームヘルプサービス可（同日算定不可）<br>なお、ガイドヘルプサービスについては、一時帰宅中を含めグループホーム外に限り可 |
| 日中活動系サービス利用者<br>短期入所利用者 | 可          | 当該サービス利用中（対象者の身体が日中活動先・短期入所先にある間）は不可（同日算定は可）<br>なお、短期入所先を起点又は終点とする場合、日中活動先への送迎はガイドヘルプサービスにより可                               |

※ 共同生活援助における「個人単位のホームヘルプ」の取扱い（令和6年3月31日までの経過措置）

| 類型                                           | 介護サービス包括型（旧ケアホーム）                                     |                                                               | 外部サービス利用型 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| ホームヘルプサービスの対象者要件                             | 重度訪問介護対象者で<br>障害支援区分が4～6                              | 障害支援区分が4～6<br>（重度訪問介護の対象者以外）                                  | —         |
| 居宅介護＊<br>（ホームヘルプサービス）                        | 利用可                                                   | 利用可（個別支援計画に身体介護の利用が位置づけられ、支給決定機関が認めた場合に、ホーム内における一定の身体介護に限り可。） | 利用不可      |
| 重度訪問介護＊<br>（ホームヘルプサービス）                      | 利用可                                                   | 利用不可                                                          | 利用不可      |
| 重度訪問介護（移動中介護）・行動援護・同行援護・移動支援<br>（ガイドヘルプサービス） | 利用可<br>（ただし、共同生活援助を利用していない間（対象者の身体がグループホーム内にない間）に限る。） |                                                               |           |

＊ ただし、居宅介護及び重度訪問介護を利用する場合は、共同生活援助の報酬単価は減算になる。



## 6 支給決定プロセスについて

障害福祉サービスのうち、介護給付費（同行援護の場合は区分3以上支援加算の支給決定が必要と見込まれる場合）及び共同生活援助（入浴、排泄又は食事等の介護を伴う場合）の利用に当たっては、障害支援区分の認定（③）が必要となる（障害者のみ）。

居宅介護における共同実践を支給決定する場合は、点線四角囲み（④' と⑥'）のプロセスも必要となる。

### (1) サービスの利用開始まで

#### ① 相談・申請

利用者（児童の場合は保護者。以下同じ。）は、保健福祉センター等（※1）又は指定特定相談支援事業者に相談し、保健福祉センター等にサービスの支給申請を行う。

#### ② サービス等利用計画（※2）案の提出依頼

支給申請を受け付けた保健福祉センター等が、申請者にサービス等利用計画案提出依頼書「障害福祉サービスを利用される方へ サービス等利用計画案の提出のご依頼」（P22-23）等により指定特定相談支援事業者等が作成するサービス等利用計画案（セルフプラン（※3）を含む）の提出を求める。

#### ③ 障害支援区分の認定（※4）（介護給付費（同行援護の場合は区分3以上支援加算の支給決定が必要と見込まれる場合）及び共同生活援助（入浴、排泄又は食事等の介護を伴う場合）のサービスを希望する場合）

保健福祉センター等の調査員が利用希望者の居宅等を訪問し、聴き取り調査を実施する。

調査の内容及び医師意見書の記載からコンピュータ判定（1次判定）を行う。

市町村審査会において、意見聴取（2次判定）を行う。

#### ④ サービス等利用計画案の作成

依頼を受けた指定特定相談支援事業者は、利用者と計画相談支援に係る契約をし、利用者の居宅等への訪問面接によるアセスメントを実施したうえで利用者の意向、認定された障害支援区分等を踏まえてサービス等利用計画案を作成する。作成したサービス等利用計画案について利用者の同意を得て完成させる。

完成したサービス等利用計画案を保健福祉センター等に支給申請するサービスの支給開始予定日の14日前までに提出するとともに、利用者等に交付する。

なお、指定特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画案に代えて、利用者が希望する場合等はセルフプランを提出することもできる。

#### ④'（共同実践を支給決定する場合）課題整理等総括表（案）の作成

指定特定相談支援事業者は、アセスメントを実施のうえ、課題整理等総括表（案）を作成し、サービス等利用計画案とともに、支給決定機関へ提出する。

※ カンファレンスを実施していない場合は、課題整理等総括表（案・確定版）の「案」に○をつけ、「カンファレンス等開催日」の欄を空けておく。

※ カンファレンス実施済みの場合は、課題整理等総括表（案・確定版）の「確定版」に○をつけて提出する。（⑥'のプロセスは省略可能です。）

#### ⑤ 支給決定、受給者証等発行

保健福祉センター等は、提出されたサービス等利用計画案（セルフプランを含む）や勘案事項等を踏まえて支給決定を行い、利用者に支給決定通知書及び受給者証を送付する。

## ⑥ サービス等利用計画（確定版）の作成

指定特定相談支援事業者は、支給決定の内容を踏まえて必要に応じてサービス等利用計画<sup>案</sup>を変更し、サービス提供事業者等との連絡調整等とともにサービス担当者会議の開催等を行い、サービス等利用計画を作成する。作成したサービス等利用計画について利用者の同意を得て完成させる。

完成したサービス等利用計画を保健福祉センター等に提出するとともに、利用者等に交付する。

## ⑥'（共同実践を支給決定する場合）課題整理等総括表のカンファレンス

支援方法の共有のため、カンファレンスを実施し、必要に応じて課題整理等総括表の修正を行う。

完成した課題整理等総括表（確定版）は、サービス等利用計画の確定版とともに支給決定機関へ提出をする。

※ 必ず、課題整理等総括表（案・確定版）の「確定版」に○をつけ、「カンファレンス等開催日」の欄を記載しておくこと。

## ⑦ 契約・サービス利用開始

利用者は、サービス提供事業者と契約し、サービスを利用する。

## (2) サービス利用開始後

### ⑧ モニタリング

指定特定相談支援事業者が、一定の期間ごとに、利用者の居宅等への訪問面接によりサービス等利用計画が適切であるかについて、実施状況の把握・検証を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更・関係者との連絡調整等を行う（新たな支給申請や変更が必要な場合は、指定特定相談支援事業者は原則上記プロセスの④、⑥を行うことになる。）。モニタリング報告書を作成し、保健福祉センター等に提出する。

※ 1 保健福祉センター（右京区京北地域にお住まいの方は京北出張所）、発達相談所及び第二児童福祉センター

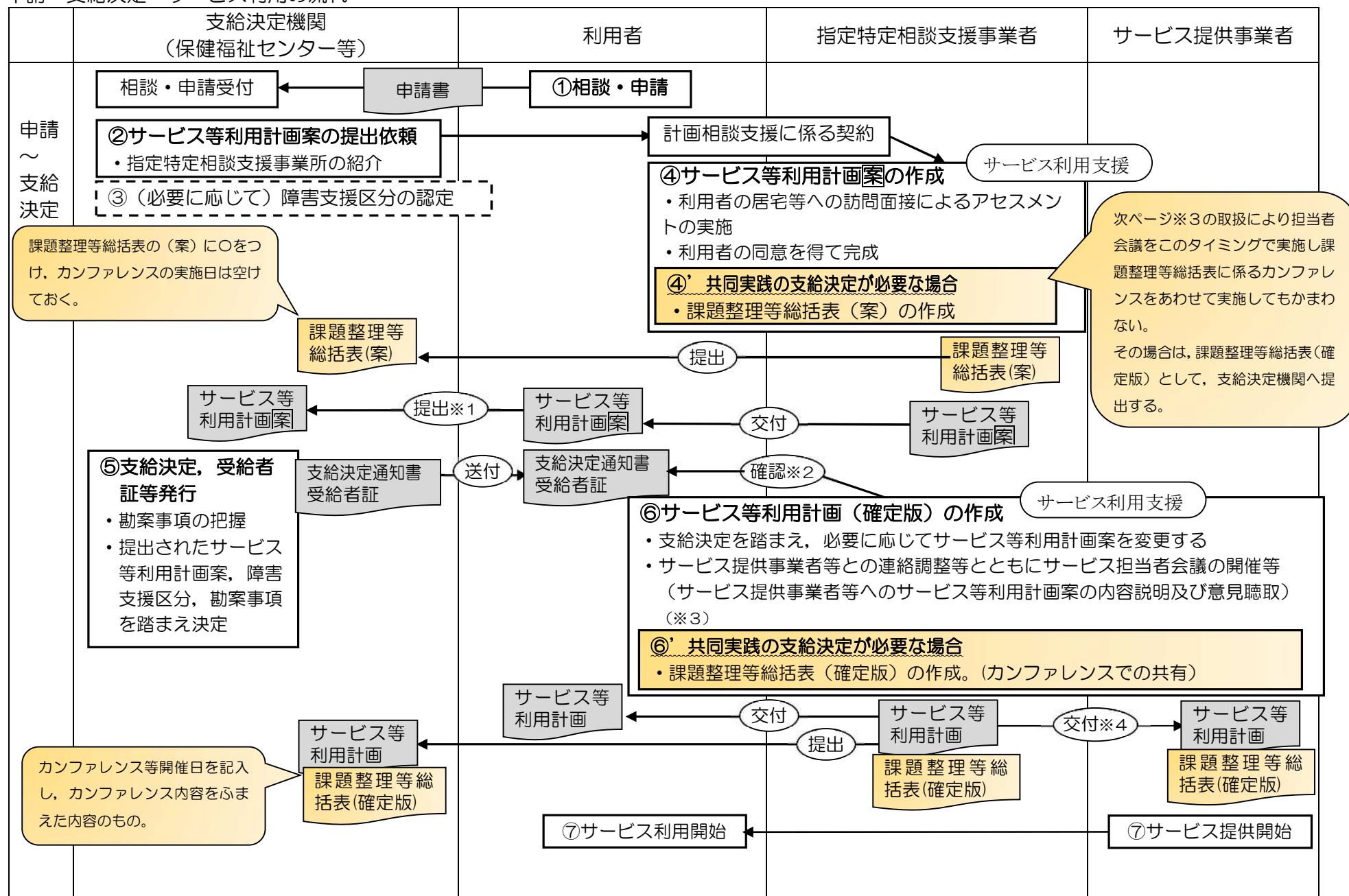
※ 2 障害福祉サービスや地域相談支援を計画的に利用し、生活の質をさらに向上させるため、生活全体の課題や目標を踏まえ、福祉、保健、医療、就労などの幅広い支援や、最も適切な障害福祉サービス等の組合せなどについて検討し、作成する総合的な計画

※ 3 身近な地域に指定特定相談支援事業者がない場合又は利用者が希望する場合に提出される、指定特定相談支援事業者以外の者（本人、家族、支援者等）が作成するサービス等利用計画案をセルフプランという。また、セルフプラン利用者については、上記プロセスの④のアセスメント等、⑥及び⑧は行わないが、書面によるセルフプランの作成は必要。なお、セルフプランには、一律、利用者からの申出書（P22）の添付が必要。

※ 4 本市においては、緊急やむをえない理由がある場合は、1次判定をもってみなし区分認定とし、支給決定を行うことができる（新規申請の場合のみ）。みなし区分については、それ自体が正式な区分であり、その後認定された障害支援区分の結果と異なる場合であっても、利用者負担や報酬の差額を精算することはできない。

○ 指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案を提出いただいた場合の支給決定等の流れ

申請～支給決定～サービス利用の流れ



- ※1 申請（新規・変更・更新）する障害福祉サービス又は地域相談支援の支給開始予定日の14日前までに提出（利用者同意のもと指定特定相談支援事業者から支給決定機関への提出可。）。また、新規申請の場合及びその他支給決定機関が求める場合には、支給決定機関へのアセスメント表の提出も必要（利用者への交付は不要）。
- ※2 利用者同意のもと指定特定相談支援事業者から支給決定機関への確認可。
- ※3 サービス担当者会議の開催等は「④サービス等利用計画案の作成」の際に実施することも可。ただし、「⑥サービス等利用計画（確定版）の作成」に当たり、サービス等利用計画案に変更がある場合（利用者等の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を除く）は、再度サービス担当者会議の開催等によりサービス提供事業者等へのサービス等利用計画案の内容説明及び意見聴取が必要。
- ※4 サービス担当者会議の開催等を「④サービス等利用計画案の作成」の際に実施した場合に、「⑥サービス等利用計画（確定版）の作成」に当たり、サービス等利用計画案から変更がない場合は交付を省略できる。ただし、サービス等利用計画案の内容で確定した旨をサービス担当者会議の参加者に連絡すること。また、利用者等の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）があった場合は、変更内容を反映したサービス等利用計画をサービス担当者会議の参加者にも交付すること。
- ※5 計画変更（利用者等の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を除く）に当たっては、上記のサービス利用支援に準じた手続（保健福祉センター等へのサービス等利用計画案の提出等を除くサービス利用支援の手続（サービス担当者会議、サービス等利用計画作成（利用者の同意要）等））が必要。
- ※6 新たな支給決定が必要な場合は、上記のサービス利用支援の手続が必要。





しょうがいふくし サービスを利用される方へ

# サービス等利用計画案の提出のご依頼

平成24年の制度改正により、障害福祉サービス（地域相談支援を含む。）を利用するすべての方に「サービス等利用計画」の作成が必要となりました。今後は、提出されたサービス等利用計画案を参考にしながら、障害福祉サービスの支給決定を行うこととなります。

京都市においては、障害福祉サービスの新規申請や更新・変更の時期に合わせて、サービスを利用する方全員にサービス等利用計画案の提出を依頼いたします。

## 1 サービス等利用計画とは

サービス等利用計画は、障害福祉サービスの支給決定を受けている方が、サービスを計画的に利用し生活の質をさらに向上させるため、福祉、保健、医療、就労などの幅広い支援や、最も適切な障害福祉サービスの組合せなどについて検討し、作成する総合的な支援計画です。

■サービス等利用計画は誰が作りますか？

計画は、市の指定する特定相談支援事業所の相談支援専門員が作成します。

※利用者本人や家族等が作成することもできます（セルフプラン）。

平成28年5月以降にセルフプランをご提出いただく場合は、セルフプランの提出を希望する旨の申出書の提出が必要です。

■計画作成に費用はかかりますか？

計画作成に利用者負担はありません（所得にかかわらず、すべての方が無料）。

## 2 計画作成の対象者

障害福祉サービスを利用するすべての障害のある方が対象となります。

新規や更新、変更の申請をする場合、「サービス等利用計画案の提出のご依頼

（本紙）を持参のうえ、特定相談支援事業所にご相談ください。

（裏面へ）

## ■ 計画作成の対象とならない方

- ・ 地域生活支援事業（移動支援、訪問入浴、日中一時支援、地域活動支援センター（デイサービス））のみの利用者
- ・ 介護保険でケアプランが作成されている方（必要に応じて、ご提出いただく場合があります。）

## ■ 計画作成できる特定相談支援事業所が見つからない等の場合

「4 お問い合わせ先」の相談窓口へご連絡ください。特定相談支援事業所をご紹介します。また、もし特定相談支援事業所が見つからない場合でも、引き続き現在のサービスを利用させていただくことができるよう相談・調整させていただきます。

## 3 モニタリングの実施

障害福祉サービスの利用開始後は、作成したサービス等利用計画が適切であるかどうかなど、特定相談支援事業所が一定期間ごとにサービス等の利用状況を把握・検証します（モニタリング）。その結果を踏まえ、必要に応じてサービス等の見直しを行います。

※ セルフプランの場合、特定相談支援事業所によるモニタリングは実施されません。

## 4 お問い合わせ先

京都市〇〇区保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課

電話 075-XXX-1111 FAX 075-XXX-2222

障害福祉サービス（又は地域相談支援）を申請される方へ

京都市

### サービス等利用計画案提出依頼書

障害者総合支援法の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、申請時に「サービス等利用計画案」をご提出いただきますようお願いいたします。

特定相談支援事業所に「サービス等利用計画案」の作成を依頼される場合は、

「障害福祉サービス利用申請書（介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費・計画

相談支援給付費・地域生活支援事業）支給申請兼利用者負担減額・免除等申請書）」にお

いて、「申請するサービス」の計画相談支援の申請欄に☑チェックを入れてください。

あてさき きょうとしちよう  
(宛先) 京都市長

せる ふ ぶ ら ん ていしゅつ  
セルフプランの提出について

わたし しょうがいふくし さーびすとう りよう さーびす しきゅう  
私は、障害福祉サービス等を利用するにあたり、サービスの支給  
けってい さんこう さーびすとうりようけいかく あん  
決定において参考にされる「サービス等利用計画(案)」につい  
て、指定特定相談支援事業者に依頼するのでなく、自分の意  
し 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。

※ せる ふ ぶ ら ん ていしゅつ していとくていそうだんし えん じぎょうしゃ  
セルフプランの提出に関しては、指定特定相談支援事業者  
も に た り ん ぐ じっし せいど ないよう りかい  
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。

ねん がつ にち  
年 月 日

しめい  
氏名

だいひつしゃ  
(代筆者)



# けいかくそうだんしえん りょう かた 計画相談支援を利用される方へ

## 1 けいかくそうだんしえん 計画相談支援って？

けいかくそうだんしえん とうりょうけいかく さくせい じっし  
計画相談支援は、サービス等利用計画の作成とモニタリングを実施します。

## 2 とうりょうけいかく サービス等利用計画

### ■ とうりょうけいかく もくてき サービス等利用計画の目的は？

サービス等利用計画は、障害福祉サービスを利用する時に、サービスを計画的に利用し生活の質をより良くするため、福祉、保健、医療、就労などの幅広い支援や、最も適切なサービスの組合せなどについて検討し、作成する総合的な支援計画です。

### ■ とうりょうけいかく だれ つく サービス等利用計画は誰が作りますか？

けいかく きょうとし してい とくていそうだんしえんじぎょうしょ そうだんしえんせんもんいん さくせい  
計画は、京都市の指定する特定相談支援事業所の相談支援専門員が作成します。

※ りょうしゃほんにん かそくとう さくせい ばあい けいかく い  
利用者本人や家族等が作成することもできます（この場合の計画をセルフプランと言います）。

### ■ いつ つく いつ作りますか？

サービス等利用計画は、新しく障害福祉サービスを利用する時や障害福祉サービスを更新する時、変更する時に必要となります。計画は、契約している事業所の相談支援専門員がご自宅を訪問し、利用者とその家族に面接し、作成します。

そうだんしえんせんもんいん さくせい けいかく りょうしゃ せつめい どうい けいかく  
相談支援専門員は、作成した計画について利用者に説明し、同意（計画にサインまたはハンコ）をもらいますので、計画の内容を相談支援専門員によく確認してください。相談支援専門員は同意された計画の写しを渡しますので、区役所・支所へ提出してください。（事業所から区役所・支所に提出することもできます。）

## ■計画作成に費用はかかりますか？

計画作成に利用者負担はありません(所得にかかわらず、すべての方が無料)。

### 3 モニタリング

#### ■モニタリングとは？

障害福祉サービスの利用開始後は、サービス等の利用状況について、**特定**相談支援事業所が一定期間ごとに必ず利用者と面接し、作成したサービス等利用計画が適切であるかどうかを確認します。これをモニタリングと言います。その結果を踏まえ、必要に応じてサービス等の見直しを行います。

#### ■いつモニタリングしますか？

障害福祉サービスの受給者証(ピンク色)に記載されている期間ごとに、**契約した事業所の相談支援専門員**がご自宅に訪問し、面接をします。

※ セルフプランの場合、**特定相談支援事業所**によるモニタリングはありません。

#### お問い合わせ先

##### ○計画相談支援の制度について聞きたいとき

⇒ 京都市〇〇区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課  
電話 075-XXX-1111 FAX 075-XXX-2222

##### ○利用しているサービスを変更したい・事業所を変更したいなど、利用しているサービスについて相談をしたい

⇒ ご契約している**特定相談支援事業所**へ

※ 障害福祉サービス(地域相談支援を含む。)を利用するすべての方に「サービス等利用計画」の作成は必要です。



## 京都市における計画相談支援の実施について

### (1) サービス内容

#### ア 基本相談支援

障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言、併せてこれらの者と市町村及び指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整等の他、必要な便宜を供与する支援を行う。

#### イ 計画相談支援（参考様式１～３（様式不問。ただし、参考様式２については必須項目（※）が盛り込まれている必要がある。）

次のサービス利用支援及び継続サービス利用支援を行う。

##### サービス利用支援（計画作成）

支給決定前に、指定特定相談支援事業者が利用者の居宅等への訪問面接によるアセスメントを行い、サービス等利用計画案を作成。サービス等利用計画案の審査（参考）による支給決定後に、指定特定相談支援事業者がサービス提供事業者等との連絡調整（サービス提供事業者探しを含む。）等とともにサービス担当学会議等を行いサービス等利用計画を作成する。

##### 継続サービス利用支援（モニタリング）

指定特定相談支援事業者が、一定の期間ごとに、利用者の居宅等への訪問面接によりサービス等利用計画が適切であるかについて、実施状況の把握・検証を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更・関係者との連絡調整等を行う。

※ 必須項目は以下のとおり。

- ・ 利用者及びその家族の生活に対する意向
- ・ 総合的な援助の方針
- ・ 生活全般の解決すべき課題
- ・ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期  
（提供される福祉サービス等について、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期）
- ・ 提供される福祉サービス等の種類、内容、量
- ・ 福祉サービス等を提供するうえでの留意事項
- ・ モニタリング期間

サービス等利用計画（確定版）には上記項目に加え、「福祉サービス等の利用料」「福祉サービス等の担当者」を記載。

### (2) 対象者要件

#### ア 障害福祉サービスの申請（新規・変更・更新）に係る障害者又は障害児の保護者

#### イ 地域相談支援の申請（新規・変更・更新）に係る障害者

##### 【留意点】

- ① 介護保険制度における居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成対象者は、原則としてサービス等利用計画作成対象外とし、サービス等利用計画案の作成を求めない。ただし、総合事業のサービスのみを利用する者は、介護予防ケアマネジメントと併せてサービス等利用計画の作成が必要となる。（総合事業のサービス＋介護予防給付の利用者は、介護予防サービス計画の作成対象者となるため、原則、サービス等利用計画の作成は不要。）

※ 障害福祉サービス固有のもの（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）により、特にサービス等利用計画が必要と市町村が認める場合はサービス等利用計画作成対象となる。



- ② 生活保護制度の介護扶助の受給者については、当該介護扶助で介護保険と類似のサービスが利用可能であり、中には障害福祉サービスや地域相談支援との併給もある。このように障害福祉サービスや地域相談支援を利用する場合でも、当該介護扶助でケアマネージャーが付いていれば、原則としてサービス等利用計画作成対象外とし、サービス等利用計画案の作成を求めない。
- ③ 地域生活支援事業（移動支援、訪問入浴、日中一時支援、地域活動支援センター（デイサービス））のみの利用者は、サービス等利用計画作成対象外とし、サービス等利用計画案の作成を求めない。

※ 障害福祉サービスや地域相談支援と地域生活支援事業の併給の場合は、サービス等利用計画作成の対象となり、指定特定相談支援事業者が一体的に計画を作成する。

- ④ 利用者が、指定特定相談支援事業者以外の者（本人、家族、支援者等）がサービス等利用計画案を作成する「セルフプラン（参考様式4）」を希望する場合には、当該セルフプランを勘案し、支給決定を行う（この場合、報酬の対象とはならず、モニタリングも不要。）。)
- ⑤ 児童福祉法に基づく障害児通所支援（放課後等デイサービス、児童発達支援等）と障害福祉サービスを併給する児童については、障害児相談支援と計画相談支援の両方の対象者となる。そのため、両方の指定を受けている事業者（指定障害児相談支援事業者かつ指定特定相談支援事業者）が、両方の計画を一体的に作成するとされている（1つの計画様式で可）。この場合には、報酬は障害児相談支援給付費のみ算定される（計画相談支援給付費は算定できない）とされているため、障害児相談支援のみ決定することになる。

（参考）児童における利用するサービスによる相談支援の種類の違い等

|     | 利用するサービス                          | 申請先<br>(計画案等の提出先)           | 相談支援の種類                | 支給の決定をする相談支援の種類<br>(支給決定機関)      |
|-----|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------------|
| ①   | 障害福祉サービス（短期入所を除く）                 | 保健福祉センター                    | 計画相談支援                 | 計画相談支援<br>(保健福祉センター)             |
| ②   | 短期入所                              | 発達相談所等(※1)                  | 計画相談支援                 | 計画相談支援<br>(発達相談所等(※1))           |
| ③   | 障害児通所支援                           | 発達相談所等                      | 障害児相談支援                | 障害児相談支援<br>(発達相談所等)              |
| ①+② | 障害福祉サービス（短期入所を除く）<br>＋<br>短期入所    | 保健福祉センター<br>＋<br>発達相談所等(※1) | 計画相談支援                 | 計画相談支援<br>(保健福祉センター又は発達相談所等(※2)) |
| ①+③ | 障害福祉サービス（短期入所を除く）<br>＋<br>障害児通所支援 | 保健福祉センター<br>＋<br>発達相談所等     | 計画相談支援<br>＋<br>障害児相談支援 | 障害児相談支援<br>(発達相談所等)              |
| ②+③ | 短期入所<br>＋<br>障害児通所支援              | 発達相談所等(※1)                  | 計画相談支援<br>＋<br>障害児相談支援 | 障害児相談支援<br>(発達相談所等)              |

保健福祉センター：京北出張所を含む

発達相談所等：発達相談所及び第二児童福祉センター

※1 精神障害又は難病の児童のうち、身体障害者手帳及び療育手帳を有しない者については、短期入所の申請先及び支給決定機関は保健福祉センター

※2 保健福祉センターにおいて計画相談支援の支給の決定を行う。ただし、短期入所とその他の障害福祉サービスの支給決定時期が異なり、短期入所のみを申請する場合において、計画相談支援を新規で決定する（セルフプランから計画相談支援に移行する）場合は、発達相談所等が計画相談支援の支給の決定を行う。

(3) 指定特定相談支援事業者から支給決定機関へ提出する書類

障害福祉サービス又は地域相談支援の申請（新規・変更・更新）に対する支給決定の前後及びモニタリング後には以下の表のとおり、支給決定機関へ必要書類（写し）の提出が必要。

| 必要書類     |                                                                                 | 参考様式1           | 参考様式2          |                    |                    |                    | 参考様式3     |                    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------|--------------------|
|          |                                                                                 | アセスメント表<br>（※1） | サービス等利用計画<br>案 |                    | サービス等利用計画<br>（確定版） |                    | モニタリング報告書 |                    |
|          |                                                                                 |                 | 参考様式2-1        | 参考様式2-2<br>（週間計画表） | 参考様式2-1            | 参考様式2-2<br>（週間計画表） | 参考様式3-1   | 参考様式3-2<br>（週間計画表） |
| ①支給決定前   | ア 新規・変更（③の場合を除く）<br>（※2）                                                        | ○               | ●              | ●                  |                    |                    |           |                    |
|          | イ 更新（※3）                                                                        | ○               | ●              | ●                  |                    |                    | ●         | ○（※5）              |
| ②支給決定後   |                                                                                 |                 |                |                    | ●                  | ●                  |           |                    |
| ③モニタリング後 | ア 特に変更がない場合                                                                     |                 |                |                    |                    |                    | ●         |                    |
|          | イ 曜日や時間帯、事業所のみが<br>変更となる場合                                                      |                 |                |                    |                    |                    | ●         | ●                  |
|          | ウ 障害福祉サービス・地域相談<br>支援の種類や量が変わる<br>場合（※4）                                        | ○               | ●              | ●                  |                    |                    | ●         | ○（※5）              |
|          | エ ウのうち変更内容が軽微であり<br>目標や生活課題等に大きな<br>変更がないためサービス等利<br>用計画案作成省略可と支給決<br>定機関が認めた場合 |                 |                |                    |                    |                    | ●         | ●                  |

●提出必須 ○提出省略可の場合あり

※1 新規申請の場合及びその他支給決定機関が求める場合を除きアセスメント表は提出不要。なお、前回の障害福祉サービス・地域相談支援の申請（新規・変更・更新）から期間が短い場合等で、アセスメントを実施した結果、アセスメント表の内容に変更がない場合は、モニタリング報告書等へその旨と前回アセスメント表作成日を記載したうえで、アセスメント表の作成・提出を省略できる。

※2 変更の場合（③の場合を除く）で、その変更内容が軽微であり目標や生活課題等に大きな変更がないためサービス等利用計画案作成省略可と支給決定機関が認めた場合は、各種書類の提出は不要。

※3 障害福祉サービス・地域相談支援の更新月（支給期間終了月）にはモニタリングを行い、その結果、障害福祉サービス・地域相談支援の申請（新規・変更・更新）をする場合は、サービス利用支援の手続が必要となり、①のイの書類を提出する。（報酬は継続サービス利用支援費は算定されずサービス利用支援費のみの算定となる（モニタリング実施月とサービス等利用計画の確定月が異なる（月をまたぐ）場合も同様）。）

また、直近（概ね3箇月以内）にサービス等利用計画案を提出し支給決定を受けたもののうち、障害福祉サービス・地域相談支援の更新月（支給期間終了月）のモニタリングの結果、利用状況（計画内容）に全く変更を伴わず更新決定を行う場合に、支給決定機関がサービス等利用計画案作成省略可と認めた場合は③のアと同様。（報酬は継続サービス利用支援費のみの算定となる。）

なお、障害福祉サービス・地域相談支援の更新時に計画相談支援を新規申請する場合は①のアと同様。

※4 モニタリングの結果、障害福祉サービス・地域相談支援の申請（新規・変更）をする場合は、改めてサービス利用支援の手続が必要となり、③のウの書類を提出する。（報酬は継続サービス利用支援費は算定されずサービス利用支援費のみの算定となる（モニタリング実施月とサービス等利用計画の確定月が異なる（月をまたぐ）場合も同様）。）なお、モニタリング以外のタイミングで発生した場合は、①のアと同様。

※5 新たなサービス等利用計画案の週間計画表と同内容の場合は省略することができる。

#### (4) モニタリング期間

モニタリング期間については、支給決定機関が、指定特定相談支援事業者の提案（サービス等利用計画案に記載されたモニタリング期間案）を踏まえて、以下の勘案事項及び判断基準・期間を勘案し決定する。福祉サービス等受給者証には、モニタリング期間が記載される。

##### ア 勘案事項

- ① 利用者等の心身の状況
- ② 利用者等の置かれている環境
- ③ 総合的な援助の方針（援助の全体目標）
- ④ 生活全般の解決すべき課題
- ⑤ 提供されるサービスの目標及び達成時期
- ⑥ 提供されるサービスの種類、内容及び量
- ⑦ サービスを提供するうえでの留意事項

（例）

- ・地域移行等による住環境や生活環境の変化
- ・家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化
- ・ライフステージ（乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等）の変化

##### イ 判断基準・期間

次頁の表に基づき、モニタリング期間を設定することとする。ただし、判断基準及び具体例に当てはまる者であっても、必ずしもその期間で設定しなければならないものではなく、利用者の状況に応じて適切な期間を設定するものとする。

例）他都市からの転入者（次頁アに該当）であるが、他都市において、利用する指定障害福祉サービス事業所を頻回に変更していたことから、転入後もその可能性が高く、集中的なモニタリングに加え、引き続き一定の支援が必要な者

⇒ モニタリング期間をサービス利用の開始当初から毎月（次頁イに該当）で設定

【モニタリング期間の判断基準表】

| 判断基準（対象者像） |                                                                                      | 具体例                                                                                                                                                      | 期間                                                      |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ア          | 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                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害福祉サービス等の変更により、サービスの種類、内容又は量に著しく変動があった者</li> <li>・ 転入や引越し等により、住環境や生活環境も含めた状況把握が必要な者</li> </ul>                 | 当初3箇月<br>毎月<br>＋<br>4箇月目以降はイ～エ                          |
| イ          | 障害福祉サービス等（施設入所支援、療養介護及び重度障害者等包括支援を除く。）の利用者のうち、次の①～④のいずれかに該当する者                       |                                                                                                                                                          | 毎月<br><br>※比較的状态が安定しており、毎月ごとのモニタリングが不要な者は <u>3月ごと</u>   |
|            | 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                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設や病院等からの退院、地域移行者</li> <li>・ 家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化があった者</li> <li>・ 虐待判定会議において、虐待事案又はその疑いがあると判断された者</li> </ul> |                                                         |
|            | ②単身世帯又は同居家族等の障害、疾病等のため、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<br>※近隣の家族等で連絡調整が可能な場合を除く。          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 知的障害や精神障害のため、自ら適切なサービス調整ができない者</li> <li>・ 極めて重度な身体障害（区分6）のため、サービス利用に必要な連絡調整ができない者</li> </ul>                    |                                                         |
|            | ③重度障害者等包括支援の対象者<br>※②と異なり、世帯状況は不問                                                    | 区分6かつ以下のいずれかに該当する者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 四肢全麻痺＋寝たきり＋人工呼吸器</li> <li>・ 四肢全麻痺＋最重度知的（重症心身障害者）</li> <li>・ 行動援護対象者</li> </ul>               |                                                         |
|            | ④その他、①～③に準ずるとして、必要と認められる者                                                            | 上記の各具体例に準ずる。                                                                                                                                             |                                                         |
| ウ          | 障害福祉サービス等（施設入所支援、療養介護及び重度障害者等包括支援を除く。）の利用者<br>※ア、イに該当する者を除く。                         | —                                                                                                                                                        | 3月ごと<br><br>※比較的状态が安定しており、3月ごとのモニタリングが不要な者は <u>6月ごと</u> |
|            | ⑤ 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、就労移行支援、自立訓練、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。 | —                                                                                                                                                        |                                                         |
|            | ⑥ ⑤以外で65歳以上の者。（介護保険における居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成対象者を除く。）                               | —                                                                                                                                                        |                                                         |
| エ          | 施設入所支援、療養介護及び                                                                        | —                                                                                                                                                        |                                                         |

|                                                                              |   |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------|
| 重度障害者等包括支援の利用者<br>※ア及び地域移行支援利用者を除く。                                          |   | 6 月ごと<br>※比較的状态が安定しており、6 月のモニタリングが不要な者は<br><u>1 年ごと</u> |
| 障害福祉サービス等（施設入所支援、療養介護及び重度障害者等包括支援を除く。）の利用者又は地域相談支援を利用する者<br>※ア、イ、ウに該当する者を除く。 | — |                                                         |

※ 表中「障害福祉サービス等」とは、障害福祉サービスと地域相談支援をいう。

※ 以下のような者については、標準期間よりもさらに短い期間で設定することが望ましい。

- ・ 生活習慣等を改善するための集中的な支援の提供後、引き続き一定の支援が必要である者
- ・ 利用する障害福祉サービス事業者の頻繁な変更、その可能性がある者
- ・ その他障害福祉サービス等を安定的に利用することに課題のある者
- ・ 障害福祉サービス等と医療機関等との連携が必要な者
- ・ 複数の障害福祉サービス等を利用している者
- ・ 家族や地域住民等との関係が不安定な者

※ 以下に掲げる者は、上記の状況に該当する場合が多いと考えられるため、モニタリング期間の設定に当たっては、特に留意して検討すること。

- ・ 単身者（単身生活を開始した者、開始しようとする者）
- ・ 複合的な課題を抱えた世帯に属する者
- ・ 医療観察法対象者
- ・ 医療的ケア児
- ・ 強度行動障害児者
- ・ 被虐待者又は、その恐れのある者（擁護者の障害理解の不足、介護疲れが見られる、養護者自身が支援を要する者、キーパーソンの不在や体調不良、死亡等の変化等）



## アセスメント表

## 1 調査実施者（記入者）

|       |   |      |   |
|-------|---|------|---|
| 実施日   | 年 | 月    | 日 |
| 記入者氏名 |   | 所属機関 |   |

## 2 調査対象者

|               |   |      |  |
|---------------|---|------|--|
| 対象者氏名<br>(性別) |   | 生年月日 |  |
| 現住所           | 府 | 市    |  |

## 3 障害手帳等級及び支援区分

|            |              |          |                 |
|------------|--------------|----------|-----------------|
| 手帳種別       | 身体 ・ 療育 ・ 精神 | 等級及び支援区分 | 種 級<br>判定<br>区分 |
| 障害名<br>疾病名 |              |          |                 |

## 4 本人の訴え（願い・困りごと）

|  |
|--|
|  |
|--|

## 5 本人のストレングス

|             |
|-------------|
| 【個人のストレングス】 |
|             |
| 【環境のストレングス】 |
|             |

## 6 アセスメント結果

## ①生活基盤に関する領域

| 項目   | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|------|---------|----|----|----------------------|------------------|
|      | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| 経済環境 |         |    |    |                      |                  |
| 住環境  |         |    |    |                      |                  |

## ②健康に関する領域

| 項目     | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|--------|---------|----|----|----------------------|------------------|
|        | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| 服薬管理   |         |    |    |                      |                  |
| 食事管理   |         |    |    |                      |                  |
| 病気への留意 |         |    |    |                      |                  |
| 体力     |         |    |    |                      |                  |

### ③日常生活に関する領域

| 項目                     | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|------------------------|---------|----|----|----------------------|------------------|
|                        | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| 寝返り                    |         |    |    |                      |                  |
| 起き上がり                  |         |    |    |                      |                  |
| 衣服着脱<br>(上衣)<br>(ズボン等) |         |    |    |                      |                  |
| 整容行為                   |         |    |    |                      |                  |
| 食事行為                   |         |    |    |                      |                  |
| 排泄行為<br>(排尿)<br>(排便)   |         |    |    |                      |                  |
| 入浴行為                   |         |    |    |                      |                  |
| ベッド移乗<br>(床)<br>(車いす等) |         |    |    |                      |                  |
| 屋内移動                   |         |    |    |                      |                  |
| 調理 (後かたづけを含む)          |         |    |    |                      |                  |
| 洗濯                     |         |    |    |                      |                  |
| 掃除                     |         |    |    |                      |                  |
| 整理・整頓                  |         |    |    |                      |                  |
| ベッドメイキング               |         |    |    |                      |                  |
| 書類の整理                  |         |    |    |                      |                  |
| 買い物                    |         |    |    |                      |                  |
| 衣類の補修                  |         |    |    |                      |                  |
| 育児                     |         |    |    |                      |                  |

### ④コミュニケーション・スキルに関する領域

| 項目           | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|--------------|---------|----|----|----------------------|------------------|
|              | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| 意思表示の手段      |         |    |    |                      |                  |
| 意思伝達の程度      |         |    |    |                      |                  |
| 他者からの意思伝達の理解 |         |    |    |                      |                  |
| 電話の使用        |         |    |    |                      |                  |
| FAXの使用       |         |    |    |                      |                  |
| パソコン         |         |    |    |                      |                  |
| ワープロ         |         |    |    |                      |                  |
| 筆記           |         |    |    |                      |                  |

### ⑤社会生活技能に関する領域

| 項目   | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|------|---------|----|----|----------------------|------------------|
|      | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| 対人関係 |         |    |    |                      |                  |
| 屋外移動 |         |    |    |                      |                  |



|      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| 金銭管理 |  |  |  |  |
| 危機管理 |  |  |  |  |

## ⑥社会参加に関する領域

| 項目       | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|----------|---------|----|----|----------------------|------------------|
|          | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| レクレーション等 |         |    |    |                      |                  |
| 趣味       |         |    |    |                      |                  |
| 旅行       |         |    |    |                      |                  |
| 当事者団体の活動 |         |    |    |                      |                  |
| 各種団体的活動  |         |    |    |                      |                  |

## ⑦教育・就労に関する領域

| 項目 | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|----|---------|----|----|----------------------|------------------|
|    | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| 教育 |         |    |    |                      |                  |
| 就労 |         |    |    |                      |                  |

## ⑧家族支援に関する領域

| 項目 | チェック項目  |    |    | 本人の能力と制限<br>環境の能力と制限 | 気づいたこと<br>気になること |
|----|---------|----|----|----------------------|------------------|
|    | 援助の要・不要 | 実態 | 希望 |                      |                  |
| 家族 |         |    |    |                      |                  |

## 7 関係機関からの情報

|  |
|--|
|  |
|--|

## 8 応対者所見（注目すべき点、気になる点を含む）

|  |
|--|
|  |
|--|



サービス等利用計画( 案 ・ 確定版 )

(平成30年4月改訂版)

|                                    |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
|------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------|---------|
| 利用者氏名(児童氏名)                        |                     | 保護者氏名(児童の場合)       |                                                                     | 続柄( )                                         | 相談支援事業者名           | 事業所番号( )                            |          |         |
| 障害福祉サービス受給者証番号                     |                     | 障害支援区分             |                                                                     | 利用者負担上限月額                                     |                    | 計画作成担当者名                            |          |         |
| 計画(案・確定版)作成日<br>【利用者同意日を記入】        | 年 月 日               | モニタリング期間<br>(開始年月) | ①当初3箇月毎月＋その後3箇月ごと<br>②〃＋その後6箇月ごと ③〃＋その後1年ごと<br>④毎月⑤3箇月ごと⑥6箇月ごと⑦1年ごと | 年 月                                           | 利用者同意欄<br>(押印又は署名) | サービス等利用計画について説明を受け、同意しました。<br>年 月 日 |          |         |
| 計画交付日                              | 年 月 日               |                    |                                                                     |                                               |                    | 氏 名: 印                              |          |         |
| 利用者及びその家族の<br>生活に対する意向<br>(希望する生活) |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 総合的な援助の方針                          |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 長期目標                               |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 短期目標                               |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 優先順位                               | 解決すべき課題<br>(本人のニーズ) | 支援目標               | 達成<br>時期                                                            | 福祉サービス等<br>種類・内容・量(頻度・時間) 提供事業者名<br>(担当者名・電話) |                    | 課題解決のための<br>本人の役割                   | 評価<br>時期 | その他留意事項 |
| 1                                  |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 2                                  |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 3                                  |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 4                                  |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 5                                  |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |
| 6                                  |                     |                    |                                                                     |                                               |                    |                                     |          |         |

サービス等利用計画( 案 ・ 確定版 )【週間計画表】

|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|----------------------------------|---|----------------|---|----------|----------|---|------------|------------|
| 利用者氏名(児童氏名)                      |   | 障害福祉サービス受給者証番号 |   | 相談支援事業者名 | 事業所番号( ) |   |            |            |
| 計画開始年月                           |   |                |   |          | 計画作成担当者名 |   |            |            |
|                                  | 月 | 火              | 水 | 木        | 金        | 土 | 日・祝        | 主な日常生活上の活動 |
| 6:00                             |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
|                                  |   |                |   |          |          |   |            |            |
| 16:00                            |   |                |   |          |          |   | 週単位以外のサービス |            |
| 18:00                            |   |                |   |          |          |   |            |            |
| 20:00                            |   |                |   |          |          |   |            |            |
| 22:00                            |   |                |   |          |          |   |            |            |
| 0:00                             |   |                |   |          |          |   |            |            |
| 2:00                             |   |                |   |          |          |   |            |            |
| 4:00                             |   |                |   |          |          |   |            |            |
| サービス提供<br>によって実現<br>する生活の<br>全体像 |   |                |   |          |          |   |            |            |

## モニタリング報告書

(平成27年9月1日 改訂版)

|                |       |              |       |                    |            |          |
|----------------|-------|--------------|-------|--------------------|------------|----------|
| 利用者氏名(児童氏名)    |       | 保護者氏名(児童の場合) |       | 続柄( )              | 相談支援事業者名   | 事業所番号( ) |
| 障害福祉サービス受給者証番号 |       | 障害支援区分       |       | 利用者負担上限月額          | モニタリング担当者名 |          |
| 計画作成日          | 年 月 日 | モニタリング実施日    | 年 月 日 | 利用者同意欄<br>(押印又は署名) |            |          |

| 総合的な援助の方針 | 全体の状況 |
|-----------|-------|
|           |       |

| 優先<br>順位 | 支援目標 | 達成<br>時期 | サービス提供状況<br>(事業者からの聞き取り) | 本人の感想・<br>満足度 | 支援目標の達成度<br>(ニーズの充足度) | 今後の課題・<br>解決方法 | 計画変更の必要性      |              |             | その他留意事項 |
|----------|------|----------|--------------------------|---------------|-----------------------|----------------|---------------|--------------|-------------|---------|
|          |      |          |                          |               |                       |                | サービス<br>種類の変更 | サービス<br>量の変更 | 週間計画の<br>変更 |         |
| 1        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 2        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 3        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 4        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 5        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |
| 6        |      |          |                          |               |                       |                | 有・無           | 有・無          | 有・無         |         |

アセスメント内容の変更(障害福祉サービス・地域相談支援の申請(新規・変更・更新)が必要な場合にのみ記載) 有・無(前回アセスメント表作成日 年 月 日) →「有」の場合はアセスメント表を改めて作成すること。  
「無」の場合は、アセスメント表の作成を省略できる。

サービス等利用計画(確定版)からの【週間計画表】の変更 有・無 →「有」の場合は(参考様式3-2)の【週間計画表】を改めて記載すること。「無」の場合は(参考様式3-2)の【週間計画表】の記載を省略できる。  
※モニタリングの結果、障害福祉サービス・地域相談支援の申請(新規・変更・更新)におけるサービス等利用計画案を提出する場合は、サービス等利用計画案の週間計画表と(参考様式3-2)の【週間計画表】が同じ内容であれば(参考様式3-2)の【週間計画表】の記載を省略できる。

(参考様式3-2)

## モニタリング報告書【週間計画表】

|             |  |  |                |  |  |            |          |  |
|-------------|--|--|----------------|--|--|------------|----------|--|
| 利用者氏名(児童氏名) |  |  | 障害福祉サービス受給者証番号 |  |  | 相談支援事業者名   | 事業所番号( ) |  |
| 計画開始年月      |  |  |                |  |  | モニタリング担当者名 |          |  |

|       | 月     | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |  |  |
|-------|-------|---|---|---|---|---|-----|------------|--|--|
| 6:00  |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 8:00  |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 10:00 |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 12:00 |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 14:00 |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 16:00 |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 18:00 |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       | 20:00 |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 22:00 |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       | 0:00  |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
| 2:00  |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       | 4:00  |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |
|       |       |   |   |   |   |   |     |            |  |  |

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| サービス提供によって実現する生活の全体像 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

※ 作成が必須のものではありません。

別紙1

申請者の現状(基本情報)

|     |  |          |  |          |  |
|-----|--|----------|--|----------|--|
| 作成日 |  | 相談支援事業者名 |  | 計画作成担当者名 |  |
|-----|--|----------|--|----------|--|

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

|  |
|--|
|  |
|--|

2. 利用者の状況

|          |                                  |        |  |       |       |
|----------|----------------------------------|--------|--|-------|-------|
| 氏 名      |                                  | 生年月日   |  | 年 齢   |       |
| 住 所      |                                  |        |  | 電話番号  |       |
|          | [持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他( )] |        |  | FAX番号 |       |
| 障害または疾患名 |                                  | 障害支援区分 |  | 性別    | 男 ・ 女 |

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

生活歴 ※受診歴等含む

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

3. 支援の状況

|                      | 名称 | 提供機関・提供者 | 支援内容 | 頻度 | 備考 |
|----------------------|----|----------|------|----|----|
| 公的支援(障害福祉サービス、介護保険等) |    |          |      |    |    |
| その他の支援               |    |          |      |    |    |

※ 作成が必須のものではありません。

別紙2

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

|       |  |        |  |          |  |          |  |
|-------|--|--------|--|----------|--|----------|--|
| 利用者氏名 |  | 障害支援区分 |  | 相談支援事業者名 |  | 計画作成担当者名 |  |
|-------|--|--------|--|----------|--|----------|--|

|       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|------------|
| 6:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 8:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 10:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 12:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 14:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 16:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 18:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 20:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 22:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 0:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 2:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 4:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |

週単位以外のサービス



# セルフプラン用

# サービス等利用計画案・児童支援利用計画案

(平成27年3月10日 改訂版)

|                               |  |                                         |  |                |  |        |  |           |  |
|-------------------------------|--|-----------------------------------------|--|----------------|--|--------|--|-----------|--|
| 利用者氏名<br>(児童氏名)               |  | 保護者氏名<br>(児童の場合)                        |  | 障害福祉サービス受給者証番号 |  | 計画案作成日 |  | ねん がつ 日にち |  |
| けいこくあんさくせい<br>計画案作成・<br>補助者氏名 |  | ①利用者との関係： 本人 ・ 家族( ) ・ その他( ) ②連絡先： — — |  |                |  |        |  |           |  |

希望する生活 および そのために必要な支援

困っていること・より良くしたいこと

提供される福祉サービスの利用により解決される・実現できる内容 および それまでの期間

困っていることを解決し、より良くするための具体的な方策(サービスの具体的な利用方法など) および それまでの期間

サービス提供事業者等に配慮してほしいこと(サービス提供するうえでの留意事項)

セルフプラン用 サービス等利用計画案・児童支援利用計画案【週間計画表】

| <small>しゅうかん よていひょう りよう</small><br>週間予定表は利用するサービスの[種類・内容・量(時間)]を記載する。 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | <small>しゅうかんよてい ひょう きさい</small><br>週間予定表に記載できないサービス |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                                       | <small>げつ 月</small> | <small>か 火</small> | <small>すい 水</small> | <small>もく 木</small> | <small>きん 金</small> | <small>ど 土</small> | <small>にち しゆく 日・祝</small> |                                                     |
| 6:00                                                                  |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | ①<br>種類                                             |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | 内容                                                  |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | 頻度・量                                                |
| 8:00                                                                  |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 10:00                                                                 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 12:00                                                                 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 14:00                                                                 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | ②<br>種類                                             |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | 内容                                                  |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | 頻度・量                                                |
| 16:00                                                                 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 18:00                                                                 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 20:00                                                                 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 22:00                                                                 |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | ③<br>種類                                             |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | 内容                                                  |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           | 頻度・量                                                |
| 0:00                                                                  |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 2:00                                                                  |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
| 4:00                                                                  |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |
|                                                                       |                     |                    |                     |                     |                     |                    |                           |                                                     |

※ サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や保健福祉センター（京北出張所を含む）・発達相談所・第二児童福祉センターでの聞き取りの内容を（2／2枚目）踏まえて決定されます。

|                               |                                                                                        |                              |  |                             |            |                        |   |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|------------|------------------------|---|
|                               |                                                                                        |                              |  | けいかくあんさくせい び<br>計画案作成日      |            | ねん がつ にち<br>〇〇年〇〇月〇〇日  |   |
| りようしゃ しめい<br>利用者氏名<br>(児童氏名)  | 京都 美子                                                                                  | ほごしゃ しめい<br>保護者氏名<br>(児童の場合) |  | しょうがい ふくし<br>障害福祉サービス受給者証番号 | 0000000000 | しょうがいしえん くぶん<br>障害支援区分 | 4 |
| けいかくあんさくせい<br>計画案作成・<br>補助者氏名 | 〇〇法人〇〇<br>〇〇デイセンター（職員氏名）         ①利用者との関係： 本人 ・ 家族（ ） ・ その他（生活介護職員） ②連絡先： 075-〇〇〇-〇〇〇〇 |                              |  |                             |            |                        |   |

きぼう せいかつ ひつよう しえん  
希望する生活 および そのために必要な支援

今の家にずっと住みたい。（家事援助、日常生活自立支援事業）  
 〇〇デイセンターの行事や活動を楽しみたい。（生活介護）  
 旅行に行きたい。買い物したい。（移動支援）

友達と仲良くしたい。  
 〇〇に通いたい。

こま  
困っていること・より良くしたいこと

旅行に行きたいので、お金をかしこく使って貯金がしたい。  
 一人暮らしなので、地震や火事のことや、町内の役割などが心配。  
 手続きや、病院の説明がわからないことがあるので、一緒に行ってほしい。

ていきよう ふくし りよう かいけつ じつげん ないよう きかん  
提供される福祉サービスの利用により解決される・実現できる内容 および それまでの期間

こま  
困っていることを解決し、より良くするための具体的な方策（サービスの具体的な利用方法など） および それまでの期間

- ・生活介護（〇〇デイセンター）・・・昼食を食べる。行事や活動に参加し、いろいろなことを経験する。
- ・家事援助（〇〇ヘルパーセンター）・・・食品・日用品の買物、調理・掃除・洗濯、入浴の準備（6ヵ月後に見直し、1人でできるようになった部分を確認する）
- ・通院等介助（〇〇ヘルパーステーション）・・・通院に同行する。
- ・移動支援（〇〇ヘルパーステーション）・・・毎月購読している雑誌を買いに行く。美容院へ行く。化粧品・服などの買物に行く。映画やカラオケなどの余暇活動をする。
- ・日常生活自立支援事業（〇〇区社協）・・・月1回銀行へ行き、お金をおろす。生活費・自治会費・お小遣い等の仕分けをする。（家賃・光熱水費は引き落とし）
- ・民生委員（〇〇さん）・・・町内の役割を説明してもらう。町内行事や避難訓練に誘ってもらう。

ていきようじぎょうしゃ はいりよ  
サービス提供事業者に配慮してほしいこと（サービス提供するうえでの留意事項）

失敗するのが怖いので、新しい物事に対して消極的になりがちです。丁寧に説明し、上手に誘って、体験の幅を広げてください。  
 因果関係が分かりにくく、叱られたと被害的に感じる場合があります。見通しが持てるように、文字や図を使って説明してもらえると、落ち着いて理解できます。

セルフプラン用 サービス等利用計画案・児童支援利用計画案【週間計画表】

| 週間予定表は利用するサービスの[種類・内容・量(時間)]を記載する。 |                                                                                                                                   |                        |                        |                    |                        |                        |                 | 週間予定表に記載できないサービス       |  |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|-----------------|------------------------|--|
|                                    | 月                                                                                                                                 | 火                      | 水                      | 木                  | 金                      | 土                      | 日・祝             |                        |  |
| 6:00                               | サービス提供事業者指定特定相談支援事業所を設置していただいていないなど、指定特定相談支援事業所がない場合の、サービス提供事業者のセルフプラン作成援助については、様式の表面に対する依頼であり、裏面に対する作成援助までお願いするものではありません。(下記は参考) |                        |                        |                    |                        |                        |                 | ①<br>種類                |  |
| 8:00                               |                                                                                                                                   |                        |                        |                    |                        |                        |                 | 日常生活自立支援事業             |  |
| 10:00                              | 生活介護<br>送迎、昼食、レクリエーション                                                                                                            | 生活介護<br>送迎、昼食、レクリエーション | 生活介護<br>送迎、昼食、レクリエーション | 移動支援<br>月1回(1回5時間) | 生活介護<br>送迎、昼食、レクリエーション | 生活介護<br>送迎、昼食、レクリエーション | 〇〇へ行く           | 銀行へ行く。生活費とお小遣い等を仕分けする。 |  |
| 12:00                              |                                                                                                                                   |                        |                        |                    |                        |                        | 頻度・量<br>月1回 1時間 |                        |  |
| 14:00                              | 家事援助<br>調理、洗濯等                                                                                                                    |                        | 家事援助<br>買物、掃除等         |                    | 家事援助<br>調理、洗濯等         |                        | 友達と遊びに行く        | ②<br>種類                |  |
| 16:00                              |                                                                                                                                   |                        |                        |                    |                        |                        | 通院等介助           |                        |  |
| 18:00                              | 歯医者など通院の同行                                                                                                                        |                        |                        |                    |                        |                        |                 |                        |  |
| 20:00                              | 頻度・量<br>月2回 1回2時間                                                                                                                 |                        |                        |                    |                        |                        |                 |                        |  |
| 22:00                              | ③<br>種類                                                                                                                           |                        |                        |                    |                        |                        |                 |                        |  |
| 0:00                               | 内容                                                                                                                                |                        |                        |                    |                        |                        |                 |                        |  |
| 2:00                               | 頻度・量                                                                                                                              |                        |                        |                    |                        |                        |                 |                        |  |
| 4:00                               |                                                                                                                                   |                        |                        |                    |                        |                        |                 |                        |  |

※ サービスの種類や支給量は、この利用計画案のほか、障害支援区分や保健福祉センター(京北出張所を含む)・発達相談所・第二児童福祉センターでの聞き取りの内容を(2/2枚目)踏まえて決定されます。

## 7 定型的な支給量基準について

障害者総合支援法において、支給決定の公平性や客観性を確保する観点から、市町村が支給決定基準を定めること、その基準を超える場合は審査会の意見を聞くことができることとされているため、本市においては定型的な支給量基準を定めている。

なお、例え同じ障害支援区分に該当する対象者であっても、その生活状況等（介護者の状況、居住環境等）により、支給量には相当な開き（差）があることが想定される。

ただし、介護保険制度のように区分に該当すれば基準の時間まで使える（制度として保障されている）という位置付けではなく、サービスの支給決定に当たっては、必要な援助内容を積み上げることにより、支給量は積算される。

## 8 支給決定、支給（量）の変更、支給の取消について

支給決定は、決定されたその日から効力を発生し、また、支給の取消が行われた場合は、その取消日の前日までその効力が存在する。

また、事業者の請求処理上、原則、支給量の減少及び支給の変更（通院等介助の「身体介護を伴わない」→「身体介護を伴う」への変更等）は、1日付で行うこととする（支給量の増量は1日以外でも可）。

## 9 審査会の意見聴取について

障害支援区分判定等審査会に意見を聴取する必要がある場合は、以下の5点である。

- ① 居宅介護、重度訪問介護（ホームヘルプ分）及び重度障害者等包括支援（ホームヘルプ分）において、それぞれの区分ごとに定める定型的な支給量基準を超える支給量で決定を行う場合
- ② 自立訓練、生活訓練及び就労移行支援において、2年を超えて支給決定を継続する場合
- ③ 共同生活援助（外部サービス利用型）において、受託介護サービスの基準量を超える支給量で決定を行う場合
- ④ 自立生活援助において、1年を超えて支給決定を継続する場合
- ⑤ 地域移行支援において、1年を超えて支給決定を継続する場合

※ なお、①に限り、介護者の疾病等一時的な定型的な支給量基準を超えての決定の場合、審査会での意見聴取を経ることなく支給決定を行うことができる。

ただしその場合、支給決定を行える期間は3か月以内とし、その間に支給量を定型量内に戻すか、審査会への意見聴取を行うこととする。

## 第2章 障害福祉サービス等の概要

### I 障害福祉サービス

#### 1 居宅介護

- ・身体介護
- ・家事援助
- ・通院等介助（身体介護を伴う・身体介護を伴わない）
- ・通院等乗降介助

#### (1) サービス内容

居宅において入浴、排せつ、食事等の介護、及び調理、洗濯、掃除等の援助並びに買物等の援助、通院、官公署等訪問の介助を行う。

#### (2) 対象者要件

| 区分  | 居宅介護の類型                     | 要件           |                                                                                                             |
|-----|-----------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                             | 要否           | 内容                                                                                                          |
| 障害者 | 居宅介護<br>（通院等介助（身体介護を伴う）を除く） | 必須           | 障害支援区分1以上                                                                                                   |
|     | 通院等介助（身体介護を伴う）              | 必須           | 障害支援区分2以上                                                                                                   |
|     |                             | ①②③<br>どれか必須 | ①1-4 移乗、1-9 移動<br>→いずれか「支援が不要」以外                                                                            |
|     |                             |              | ②2-4 排尿、2-5 排便<br>→いずれか「支援が不要」「見守り等の支援が必要」以外                                                                |
|     |                             |              | ③1-8 歩行<br>→「全面的な支援が必要」                                                                                     |
| 障害児 | 身体介護                        | 必須           | 保護者が介護を行う範囲において、さらに介護が必要であること                                                                               |
|     | 通院等乗降介助                     |              |                                                                                                             |
|     | 家事援助                        |              | 原則として支給対象外                                                                                                  |
|     | 通院等介助（身体介護を伴う）              | 必須           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保護者が介護を行う範囲において、さらに介護が必要であること</li> <li>・ その他、障害者の要件に準じる</li> </ul> |
|     | 通院等介助（身体介護を伴わない）            |              | 支給対象外                                                                                                       |

#### (3) 支給量の積算方法

- ア 身体介護…報酬単価の最小単位は30分（算定には概ね20分以上の支援が必要）以降、30分毎に支給量を積算。
- イ 家事援助…報酬単価の最小単位は30分（算定には概ね20分以上の支援が必要）以降、15分毎に支給量を積算。
- ウ 通院等介助…報酬単価の最小単位は30分（算定には概ね20分以上の支援が必要）以降、30分毎に支給量を積算。  
\*なお、共同生活援助入居者の場合は、支給決定できるのは月2回分である。
- エ 通院等乗降介助…算定単位は回数で設定されている。  
\*1つの移動先への移動を1回の介助として算定する。

(4) 定型的な支給量基準

| 対象者像           |             | 区分1                  | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |     |  |
|----------------|-------------|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 障害者<br><br>対象者 | 居宅介護        | 37                   | 39  | 44  | 56  | 71  | 83  |     |  |
|                | 重度訪問介護      |                      |     |     | 148 | 190 | 224 |     |  |
|                | 重度障害者等包括支援  |                      |     |     |     |     | 260 |     |  |
|                | 介護保険<br>対象者 | 居宅介護                 | 83  |     |     |     |     |     |  |
|                |             | 重度訪問介護               |     |     |     | 83  |     |     |  |
|                |             | 重度障害者等包括支援           |     |     |     |     |     | 153 |  |
| 障害児            | 居宅介護        | 28（障害児には区分認定の仕組みはない） |     |     |     |     |     |     |  |

※ 下記のア～ウのいずれかに該当し、かつ、対象者や保護者（障害児の場合等）の同意がある場合は、2人のヘルパーから支援を受けることができる。

- ア 対象者の身体的な理由により、1人のヘルパーによる介護が困難であると認める場合
- イ 暴力行為、著しい迷惑行為、又は、器物破損行為等があると認める場合
- ウ 対象者の状況等から判断して、上記のア又はイに準ずると認める場合

(5) 支給期間

月を単位として、最長1年の範囲内

(6) 具体的なサービス内容

ア 身体介護

居宅において、利用者の身体に直接触れながら行う必要な介助をいう。

|                  |                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 衣服着脱の介助          | 更衣に係る一連の動作の介助                                                                                                                                                                                                        |
| 食事の介助            | 配膳を含む食事摂取に係る一連の動作の介助、自助具の装着、食事姿勢の保持、食事を刻む等、及び嚥下の見守りの介助                                                                                                                                                               |
| はみがき、洗顔等の介助      | 口腔清潔、洗顔、整髪等に係る一連の動作の介助、またはその促し、後始末の介助                                                                                                                                                                                |
| 排せつの介助           | 促し、トイレへの移動及び排尿・排便動作、後始末の介助<br>オムツ、カテーテル、導尿、摘便に係る介助                                                                                                                                                                   |
| 移乗の介助            | 車椅子、ベッド間等の移乗の介助                                                                                                                                                                                                      |
| 入浴の介助            | 浴室への移動の介助、浴室内での一連の洗身及び移動の介助、部分的な洗身及び洗い直し、入浴後の必要な介護<br>※自宅に浴槽がない等の場合、銭湯や施設浴槽での入浴及び道中の移動の介護                                                                                                                            |
| 寝返りの介助           | じょくそう防止等のための体位の交換のための介助                                                                                                                                                                                              |
| 水分補給の介助          | 飲水の促し、適正な飲水量の調整、飲水に至る介助、嚥下の見守り及び必要な対応（服薬がある場合、薬の準備を含む）                                                                                                                                                               |
| 特段の専門的配慮をもって行う調理 | 介護保険制度の要件をいずれも満たす場合に身体介護として支給できる。<br>（※ 書面による確認は必須ではない）<br>1 調理の対象が特別食であること（医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、高脂血症食、痛風食、フェニールケトン尿症食、楓（かえで）糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流 |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <p>動食，無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）（平成27年3月23日厚生省告示第94号「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」より）等）</p> <p>2 利用者の心身の状況や生活状況等を勘案したうえで，熱量，蛋白質量及び脂質量等の食事内容について配慮を行う調理であること</p> <p>3 計画的な医学管理を行っている医師の具体的な指示に基づき，管理栄養士が利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画に沿った調理であること</p> |
| 共同実践 | <p>利用者の有する能力に応じ，社会復帰，自立，社会経済活動の参加等ができるよう，日常生活能力を向上させる視点に立ち，ヘルパーが，家事の代行ではなく，家事(家事援助における掃除・調理・洗濯・買い物等の支援)を対象者とともに行うもの</p> <p>※ <u>共同実践の支給決定に当たっては，指定特定相談支援事業所等が「課題整理等総括表」（次頁）を作成する必要がある。</u></p>                                                   |

★注意事項★

- ・ 利用者の支援目標に沿って，身体介護（共同実践）もしくは家事援助のどちらが適切かを判断し決定します。
- ・ 事業所側の都合で利用者に提供するサービスを定めることは適切ではありません。



# 課題整理等総括表

利用者

作成日 年 月 日

|                              |                |      |  |     |           |    |    |                  |       |
|------------------------------|----------------|------|--|-----|-----------|----|----|------------------|-------|
| 今後の見通し・目標                    |                |      |  |     |           |    |    | カンファレンス等開催日      |       |
|                              |                |      |  |     |           |    |    | 年 月 日            |       |
|                              |                |      |  |     |           |    |    | 次回開催予定           |       |
|                              |                |      |  |     |           |    |    | 年 月              |       |
| 具体的な行為等                      | 現在の状況（前回からの変化） |      |  | 要因※ | 改善・維持の可能性 |    |    | 課題解決に向けた具体的な支援内容 | 見直し時期 |
| 移動                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 衣服の着脱                        | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 食事                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 口腔清潔（はみがき等）                  | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 入浴                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 排尿                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 排便                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 薬の管理（服薬含む）                   | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 金銭の管理                        | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 電話等の利用                       | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 調理                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 掃除                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 洗濯                           | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 買い物                          | 支援不要           | 支援必要 |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 介護力（家族関係含む）                  | 支障なし           | 支障あり |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 居住環境                         | 支障なし           | 支障あり |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
|                              |                |      |  |     | 改善        | 維持 | 悪化 |                  | 年 月   |
| 自立した日常生活の阻害要因<br>（心身の状態，環境等） | ①              |      |  | ②   |           |    |    | ③                |       |
|                              | ④              |      |  | ⑤   |           |    |    | ⑥                |       |

※ 要因は、「支援不要」又は「支障なし」以外の場合に、表下段の「自立した日常生活の阻害要因」の番号を記載する。

## イ 家事援助

居宅において、日常生活上必要な家事等生活の援助をいう。ただし、援助内容は利用者本人に対するものであって、同居家族等の家事は含まれない。

また、対象者不在の居宅を訪問して行うサービスの形態はない。

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 調理の援助        | 献立、食材の準備、配膳、調理及び調理の後片付けの一連の介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 掃除・整理整頓の援助   | 生活上必要な居室内の清掃、整理整頓に関する一連の介助、ゴミ出しの介助、衣替え、衣服補修の介助（大掃除は除く）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 洗濯の援助        | 生活上必要な洗濯（洗濯機での洗濯、乾燥、取り入れ等）に関する一連の介助、アイロンかけの介助                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 買物の援助        | 買物内容の確認、商品の選定及び代金の支払いの介助（薬の受取（薬の受取に先立ち受診が必要となる場合を除く）の代行を含む）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| コミュニケーションの援助 | 郵便物、回覧板等生活上必要な書類の代読、申請書等の必要な書類の代筆、手話、要約筆記等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 育児支援         | <p>障害のある親が本来家庭内で行うべき育児に係る介助</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・沐浴、授乳、乳児の健康把握の補助、保育所・学校等からの連絡帳の手話代読、保育所や学校等への連絡援助</li> <li>・利用者（親）のサービスと一体的に行う子ども分の掃除、洗濯、調理、子どもの通院付き添い、保育所（幼稚園）への通園送迎</li> </ul> <p>＊支給に当たっては、以下の①～③全てに該当する場合に、利用者、子ども、家族等の状況を勘案し決定することとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①利用者（親）が障害によって家事や付き添いが困難な場合</li> <li>②利用者（親）の子どもが一人では対応できない場合</li> <li>③他の家族等による支援が受けられない場合</li> </ul> |

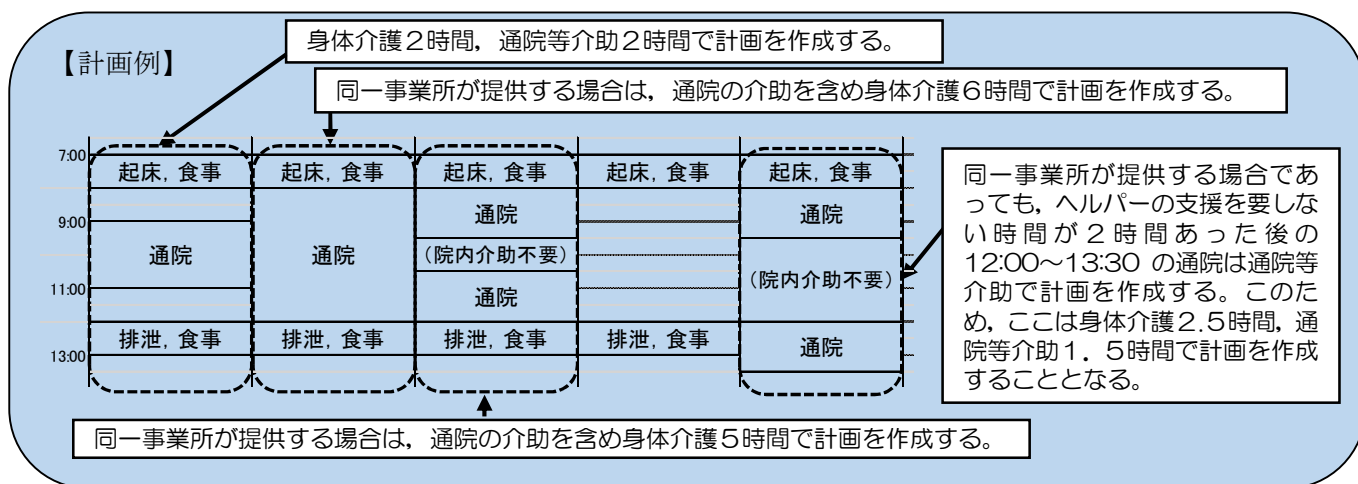
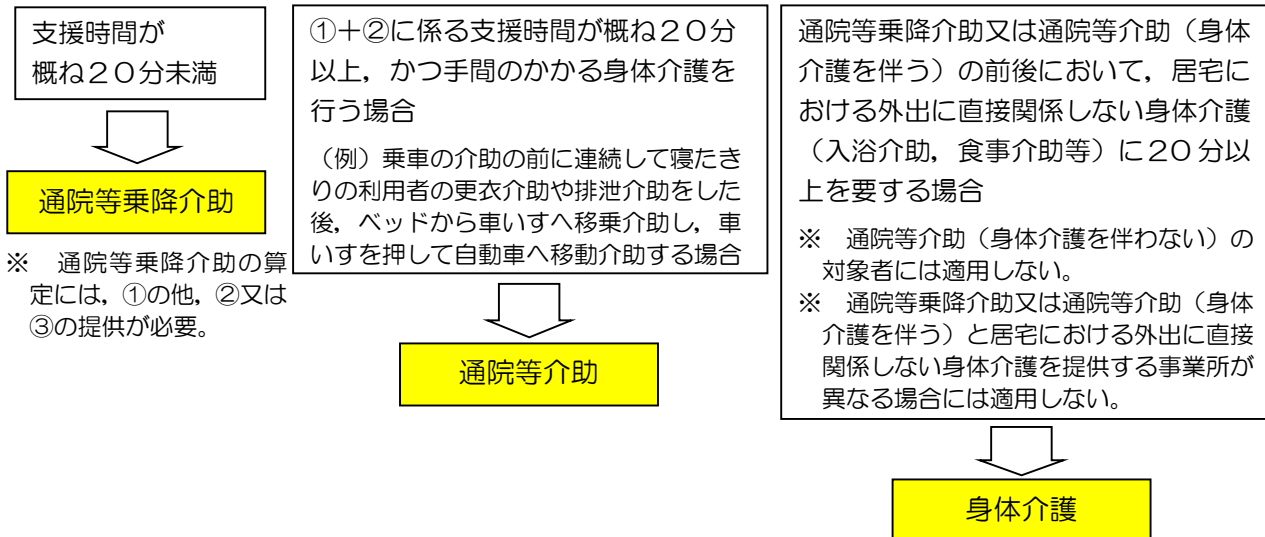
## ウ 通院等介助

|                |                                                                                                            |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 病院等への通院        | 医療機関に通院、入退院する場合の送迎の介助<br>（医療保険の対象となるリハビリ・デイケア及び療養介護、障害児（医療型）施設への入退所を含む。）                                   |
| 官公署等での手続       | 公的手続又は障害福祉サービスの利用に係る相談のため、官公署（国、都道府県、市町村の機関や外国公館（外国の大使館、公使館、領事館その他準ずる施設））、指定相談支援事業所を訪れる場合の送迎の介助（選挙の投票を含む。） |
| 障害福祉サービス事業所の見学 | 指定特定相談支援事業所における相談の結果、見学のため、紹介された指定障害福祉サービス事業所を訪れる場合の送迎の介助                                                  |

※ 院内の介助については、第一に病院等スタッフの対応を求めるが、①総合病院等、院内の移動距離が長い場合や②複数の診療科での診察又は③重度の障害により、病院のスタッフのみでは院内の介助に充分に対応できない場合等に、報酬算定の対象とできるとされている（単なる待ち時間は算定不可）。

○ 通院等乗降介助、通院等介助（身体介護を伴う）、身体介護の適用関係について

|             |                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 【支援内容の共通事項】 | ①通院等のための、車両への乗車又は降車の介助<br>②乗車前又は降車後の屋内外における移動等の介助<br>③医療機関の受診等の手続や移動等の介助 |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------|



(7) 支給決定の留意事項

- 原則，サービスの対象とならないものは以下のとおり。

**ア 直接的な援助に該当しないもの**

- (7) 対象者以外（家族等）のものに関する洗濯，調理，買物等
- (1) 主に対象者以外（家族等）が使用する居室，共用部分の掃除
- (9) 来客の応接（お茶，食事の手配等）

来客の応接は，ヘルパーが介護計画に基づく訪問中に対応することまで妨げるものではないが，この場合の報酬算定は，当初の介護計画に基づくものとなる。

- (1) 自家用車の洗車，掃除

**イ 日常生活の営みに支障がないもの**

- (7) 草むしり
- (1) 花木の水やり
- (9) ペットの世話，散歩等

盲導犬や介助犬（セラピードッグを除く。）の世話，散歩については，家事援助で行うことができる。（国から確認した事項）

**ウ 日常的な家事の範囲を超えるもの**

- (7) 家具，電気器具等の移動，修繕，模様替え
- (1) 大掃除，窓のガラス磨き，床のワックスがけ
- (9) 室内外家屋の修理，ペンキ塗り
- (1) 植木の剪定（せんてい）等の園芸
- (7) 正月や節句等のための特別な手間をかけて行う調理

**エ その他**

- (7) 支給決定者（障害児の場合は保護者）が不在の居宅の援助
- (1) 重度訪問介護，重度障害者等包括支援以外における比較的長時間の見守りの支援，主に見守りのみの支援
- (9) 経済活動に関する援助（通勤のための更衣介助等，送り出しの援助は可）
- (1) 居宅内で行うべき身体介護・家事援助の居宅外における支援

- 1回のサービス時間の目安は，身体介護3時間，家事援助1.5時間となる。それを超える場合は，基本的に重度訪問介護の支給決定を行う。
- 同一の事業者は，同一の対象者に，重度訪問介護と居宅介護の両方のサービス提供を行うことができない。
- 障害児に係るサービスについては，保護者が受給者となるため，原則として，保護者が行う介護等の範囲において，支給決定を行う。



## 2 重度訪問介護

### (1) サービス内容

比較的長時間にわたり、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守りの支援とともに、身体介護、家事援助、コミュニケーション支援や家電製品の操作等の援助、外出時の移動中の介護が、総合的かつ断続的に提供されるような支援を行う。

### (2) 対象者要件

| 区分  | 重度訪問介護<br>の種類   | 要件           |                                                                                     |
|-----|-----------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                 | 要否           | 内容                                                                                  |
| 障害者 | 下記以外の支援         | 必須           | 障害支援区分4以上                                                                           |
|     |                 | ①②いずれか<br>必須 | ①行動関連の11項目+てんかんの項目<br>→合計10点以上                                                      |
|     |                 |              | ②以下の全てに該当<br>・6-1～6-14 麻痺等*→二肢以上該当<br>・1-4 移乗, 1-8 歩行, 2-4 排尿, 2-5 排便→いずれも「支援が不要」以外 |
|     | 病院等への入院又は入所中の支援 | 必須           | 上記のうち障害支援区分6でかつ入院前から重度訪問介護を利用している者                                                  |
| 障害児 | 下記以外の支援         | 必須           | 障害支援区分4以上                                                                           |
|     |                 | 必須           | 15歳以上であり、児童相談所長の通知により、重度訪問介護の支給決定が適当であると認められること                                     |
|     |                 | ①②いずれか<br>必須 | ①行動関連の11項目+てんかんの項目<br>→合計10点以上                                                      |
|     |                 |              | ②以下の全てに該当<br>・6-1～6-14 麻痺等*→二肢以上該当<br>・1-4 移乗, 1-8 歩行, 2-4 排尿, 2-5 排便→いずれも「支援が不要」以外 |
|     | 病院等への入院又は入所中の支援 | 必須           | 上記のうち障害支援区分6でかつ入院前から重度訪問介護を利用している者                                                  |

\* 医師意見書の「四肢欠損」・「筋力の低下」・「関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる。

### (3) 支給量の積算方法

**居宅内介護**…報酬単価の最小単位は1時間（算定には概ね40分以上の支援が必要）

以降、30分毎に支給量を積み上げる。

**移動中介護**…ア) 余暇活動や社会参加の支給量 →原則月32時間で決定

イ) 通院等の支給量 →アとは別に、報酬単価の最小単位1時間+以降30分毎に支給量積算。

※ 移動中介護の時間数は、重度訪問介護全体の支給量の内数となる。

(例) 居宅内介護を105時間、通院のための介助を10時間、余暇活動等の支給量を32時間で決定する場合  
 105時間+10時間+32時間=147時間(うち移動介護加算42時間)となる。

下記のとおり、報酬の加算の有無を決定する。※加算欄の( )内は、受給者証上の表記。

| 対象者像 | A) 対象者要件②に該当する者のうち重度障害者等包括支援対象者 | B) A以外で区分6 | C) A, B以外 |
|------|---------------------------------|------------|-----------|
| 加算   | 15% (重訪Ⅰ)                       | 8.5% (重訪Ⅱ) | なし (重訪Ⅲ)  |

(4) 定型的な支給量基準

| 対象者像        |            | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|-------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 重度訪問介護      |            |     |     |     | 148 | 190 | 224 |
| 重度障害者等包括支援  |            |     |     |     |     |     | 260 |
| 対象者<br>介護保険 | 重度訪問介護     |     |     |     | 83  |     |     |
|             | 重度障害者等包括支援 |     |     |     |     |     | 153 |

※ 2人のヘルパーからの支援について

ア 対象者の同意を得られている場合であって、下記の(ｱ)～(㍑)のいずれかに該当する場合は可能。

- (ｱ) 対象者の身体的な理由により、1人のヘルパーによる介護が困難であると認める場合
- (ｲ) 暴力行為、著しい迷惑行為、又は、器物破損行為等があると認める場合
- (㍑) 対象者の状況等から判断して、上記のア又はイに準ずると認める場合

イ 障害支援区分6の利用者に対して、利用者への支援に熟練した指定重度訪問介護事業所等の従業員の同行が必要であると認められる場合で、下記の(ｱ)及び(ｲ)の全てに該当する場合は可能。ただし、新任従業員ごとに120時間を上限とし、原則として1人の利用者につき、年間で3人の従業員について算定できる。(同行支援を必要とする事業所から「重度訪問介護における同行支援計画書」及び利用者からの申請を受付け、指定特定相談支援事業所への情報提供を行ったうえで、支給決定が必要。)

- (ｱ) 指定重度訪問介護事業所等が新規に採用した従業員が当該利用者の支援に一年以上従事することが見込まれる場合
- (ｲ) 当該利用者への支援に熟練した指定重度訪問介護事業所等の従業員の同行が必要と認められる場合

(5) 支給期間

月を単位として、最長1年の範囲内

(6) 具体的なサービス内容

ア 居宅介護と同等の内容

イ 移動の介護

ウ ア及びイと一体的に行われる見守りの支援

※ 比較的長時間の見守りの支援や、主に見守りのみの支援の必要性については、特に以下の(ｱ)又は(ｲ)に該当するかについて検討し、支給量を積算する。

(ｱ) 生命維持の見守りであること

- a 昼夜逆転の生活等の場合で、かつ、行動障害(大声や他害行為等)がある場合について必要な見守りであること(重度知的・精神障害者を想定)

- b 頻繁なてんかん発作等、生命に直接影響する疾患を有しており、かつ、1人で救急時の連絡ができない場合の見守りであること
    - c 人工呼吸器の看視であること（重度肢体不自由者を想定）
- (4) 対象者の身体状況等において、特に必要があると認められる見守りであること

#### エ 病院等における意思疎通の支援

#### (7) 支給決定における留意事項

- 知的障害者及び精神障害者（麻痺等の要件に該当せず、行動関連項目の11項目＋てんかんの項目において10点以上に該当するもの）の利用に当たっては、事前に行動援護事業者等によるアセスメントが必要になる。
- 重度訪問介護の対象者であっても、短時間、集中的な支援（概ね身体介護3時間以内、家事援助1.5時間以内）が行われる時間帯（※）は、居宅介護を支給することができる。ただし、同一事業者は、同一対象者に重度訪問介護と居宅介護の両方のサービス提供を行うことができない。  
※ 計画上1回の支援内容が短時間、集中的である場合であり、サービス提供事業所ごとの支援時間ではない。
- 報酬算定における2時間ルールはなく、一日（0時～24時）の所要時間を通算する。



じゅうどほうもんかいご どうこうしえんけいかくしょ  
 重度訪問介護における同行支援計画書

さく せい び : とし 年 つき 月 ひ 日  
 作成日:

じぎょうしょめい  
 事業所名:

しよく しめい  
 職・氏名:

1. 利用者

し めい  
 氏 名:

じゅきゅうしゃしょうばんごう  
 受給者証番号:

2. 従事する者

しんにんへるばーしめい  
 新任ヘルパー氏名:

じゅくれんへるばーしめい  
 熟練ヘルパー氏名:

※熟練ヘルパーの所属先が違う場合は下記も記入してください。

じゅくれんへるばーしよぞくさき  
 熟練ヘルパー所属先:

3. 同行支援を要する月及び時間

| どうこう 同行する月   | つき 月   | つき 月   | つき 月   | つき 月   | つき 月   | つき 月   |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ひつようじかん 必要時間 | じかん 時間 | じかん 時間 | じかん 時間 | じかん 時間 | じかん 時間 | じかん 時間 |

※同行支援が必要な月とその月に必要な時間を記入してください。

4. 利用者の同意

じゅくれんへるばー わたし しえん じゅうぶん りかい てきせつ かいご ていきょう  
 熟練ヘルパーは私の支援について、十分に理解があり、適切な介護が提供できますの  
 しんにんへるばー ひきつぐ ひつよう しえんじかん どうい  
 で、新任ヘルパーに引き継ぐために必要な支援時間について同意します。

とし 年 つき 月 ひ 日

し めい 氏 名: いん 印

だいひつしゃ 代筆者: いん 印

しよめいまた きめいおよびおういん  
 ※署名又は記名及び押印

### 3 同行援護

#### (1) サービス内容

移動に著しい困難を有する視覚障害者について、外出時において、移動に必要な情報（代筆、代読を含む。）を提供するとともに、移動の援護その他外出する際の必要な援助を行う。

#### (2) 対象者要件

| 区分        | 要件                                                                       |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|
| 障害者・障害児共通 | 以下の両方に該当<br>・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<br>・「移動障害」の点数が1点以上 |

（参考）本市においては、身体障害者手帳の等級で、次のとおり判断する。

- ① 視力障害…手帳等級の「視力障害」1，2級→2点相当／3～6級→聴き取りにより0～1点
- ② 視野障害…手帳等級の「視野障害」2級→2点相当／3級→1点相当
- ③ 夜盲…身体障害者手帳又は障害支援区分認定医師意見書又は医師の診断書等により夜盲であるとの確認のうえ、聴き取りにより夜盲の症状による移動の困難性を確認し、1点相当とする。

#### (3) 支給量の積算方法

ア 余暇活動や社会参加の支給量（ヘルパー1人あたりの基準時間数）

| 対象者       | 区分なし                 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|-----------|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 同行援護（障害者） | 32～50                |     |     |     |     |     |     |
| 同行援護（障害児） | 32（障害児には区分認定の仕組みはない） |     |     |     |     |     |     |

イ 通院等の支給量 →アとは別に、報酬単価の最小単位が30分+以降30分毎に支給量を積算

※ 下記のア～ウのいずれかに該当し、かつ、対象者や保護者（障害児の場合等）の同意がある場合は、2人のヘルパーから支援を受けることができる。

- ア 対象者の身体的な理由により、1人のヘルパーによる介護が困難であると認める場合
- イ 暴力行為、著しい迷惑行為、又は、器物破損行為等があると認める場合
- ウ 対象者の状況等から判断して、上記のア又はイに準ずると認める場合

#### (4) 支給期間

月を単位として、最長1年の範囲内

#### (5) 支給決定における留意事項

- 通年かつ長期にわたる外出（通学、通所等）や経済活動の外出（通勤、営業等）に利用することはできない。
- 同行援護と移動支援においては、同行援護が優先される。ただし、大学等への通学やほほえみネット等、同行援護で対応できないサービスについては、移動支援を利用する。
- 「盲ろう者加算」の対象者（「両耳の聴力レベルが70デシベル以上のもの（40センチメートル以上の距離で発生された会話を理解し得ないもの）又は一側耳の聴覚レベルが90デシベル以上及び他側耳の聴覚レベルが50デシベル以上であること。」（聴覚障害の程度が身体障害者手帳6級相当以上）の者）については、電算の「盲ろう者」欄に支給量を入力する。

同行援護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。<br>3. 目の前に置いた視力確認表の図は見るができるが、遠ざかる見るができない。                                                  | 4. ほとんど見えない。<br>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。<br>2. 視野障害の1点又は2点の事項に該当しない。     | 3. 周辺視野角度（I / 4視標による、以下同じ。）の総和が左右眼それぞれ80度以下であり、かつ、両眼中心視野角度（I / 2視標による、以下同じ。）が56度以下である。<br>4. 両眼開放視認点数が70点以下であり、かつ、両眼中心視野視認点数が40点以下である。 | 5. 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下であり、かつ、両眼中心視野角度が28度以下である。<br>6. 両眼開放視認点数が70点以下であり、かつ、両眼中心視野視認点数が20点以下である。 | 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          | 1. 網膜色素変性症等による夜盲等がない。<br>2. 夜盲の1点の事項に該当しない。 | 3. 位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、視力等の濃色の低下がある。                                                                                     | —                                                                                                  | 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がある場合に評価する。 | 人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能な場合「歩行できる」と判断する。 |
| 移動障害 | 盲人安全杖（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。                                                                              |                                                                 | 人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能な場合「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、錐体ジストロフィー、白子症等による「過度の羞明」等を言う。

注2 「歩行」については、車いす等による移動手段を含む。

（視力確認表：A 4版）



## 4 行動援護

### (1) サービス内容

行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ、食事等の介護、その他の行動する際の必要な援助を行う。

### (2) 対象者要件

| 区分                        | 要件 |                               |
|---------------------------|----|-------------------------------|
|                           | 要否 | 内容                            |
| 障害者                       | 必須 | 障害支援区分3以上                     |
|                           | 必須 | 行動関連の11項目+てんかんの項目<br>→合計10点以上 |
| 障害者<br>(重度訪問介護と<br>併給の場合) | 必須 | 障害支援区分4以上                     |
|                           | 必須 | 行動関連の11項目+てんかんの項目<br>→合計17点以上 |
| 障害児                       | 必須 | 行動関連の11項目+てんかんの項目<br>→合計10点以上 |

### (3) 支給量の積算方法

特段の事情がない限り、定型的な支給量基準により支給量を積算する。

※ 原則として、行動援護は1日1回の外出とされているが、外出が複数にわたる場合には、一日の外出時間を合計した時間で報酬算定することができる。

※ また、報酬単価の設定は最大8時間であることに留意する。

### (4) 基準時間数（ヘルパー1人あたりの時間数）

| 対象者       | 区分1                  | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|-----------|----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 行動援護（障害者） |                      |     | 32  | 42  | 56  | 72  |
| 行動援護（障害児） | 32（障害児には区分認定の仕組みはない） |     |     |     |     |     |

※ 下記のア～ウのいずれかに該当し、かつ、対象者や保護者（障害児の場合等）の同意がある場合は、2人のヘルパーから支援を受けることができる。

- ア 対象者の身体的な理由により、1人のヘルパーによる介護が困難であると認める場合
- イ 暴力行為、著しい迷惑行為、又は、器物破損行為等があると認める場合
- ウ 対象者の状況等から判断して、上記のア又はイに準ずると認める場合

### (5) 支給決定期間

月を単位として、最長1年の範囲内

### (6) 支給決定における留意事項

- 通年かつ長期にわたる外出（通学、通所等）や経済活動の外出（通勤、営業等）に利用することはできない。
- 行動援護と移動支援においては、行動援護が優先される。ただし、大学等への通学やほほえみネット等、行動援護で対応できないサービスについては、移動支援を利用する。

行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援（Ⅲ類型）の判断基準表

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

※ 障害児については、家族等からの聴き取りにより判断する。

## 5 重度障害者等包括支援

### (1) サービス内容

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援及び自立生活援助を2つ以上組み合わせ、包括的に行う。

### (2) 対象者要件

| 区分         | 類型                                   | 要件   |                                             |
|------------|--------------------------------------|------|---------------------------------------------|
|            |                                      | 要否   | 内容                                          |
| 障害者<br>障害児 | 共通<br>Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ類型共通                      | 全て必須 | 障害支援区分6の重度訪問介護対象者（障害児にあっては区分6に相当する心身の状態）    |
|            |                                      |      | 3-3 コミュニケーション<br>→「日常生活に支障がない」以外            |
|            | Ⅰ類型<br>〔筋ジストロフィー<br>ALS<br>遷延性意識障害等〕 | 全て必須 | 6-1～6-14 麻痺等＊<br>→四肢のいずれにも「ある」              |
|            |                                      |      | 1-1 寝返り、1-2 起き上がり、1-3 座位保持→いずれかで「全面的な支援が必要」 |
|            |                                      |      | 5-6 レスピレーター→「あり」                            |
|            | Ⅱ類型<br>〔重症心身障害者等〕                    | 全て必須 | 6-1～6-14 麻痺等＊<br>→四肢のいずれにも「ある」              |
|            |                                      |      | 1-1 寝返り、1-2 起き上がり、1-3 座位保持→いずれかで「全面的な支援が必要」 |
|            |                                      |      | 知的障害の程度 →最重度<br>(本市手帳ではA a 1 又はA a 2)       |
|            | Ⅲ類型<br>〔強度行動障害等〕                     | 全て必須 | 行動関連の11項目+てんかんの項目<br>→合計10点以上               |
|            |                                      |      |                                             |

＊医師意見書の「四肢欠損」・「筋力の低下」・「関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる。

### (3) 支給量の積算方法

一月の支給量を一月のサービス利用に要する包括報酬の単位数として定めることから、サービス等利用計画案を踏まえ、下記の単位数に基づき一月ごとの支給量を定める。

ア 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援又は自立生活援助の場合

1時間未満の場合203単位、1時間以上12時間未満の場合303単位に1時間から計算して30分を増すごとに+100単位、12時間以上24時間未満の場合2,501単位に12時間から計算して30分を増すごとに+98単位（2人の従業者による場合、夜間若しくは早朝の場合（+25%）又は深夜の場合（+50%）の加算分も含む）

イ 短期入所の場合 953単位/1日

ウ 共同生活援助（外部サービス利用型を除く）の場合 1,003単位/1日

### (4) 定型的な支給量基準

アのうち居宅介護及び重度訪問介護の内容について時間数に換算し、重度訪問介護の定型的な支給量基準（対象者像：重度障害者等包括支援）を適用する。

### (5) 支給決定期間

月を単位として、最長1年の範囲内

## 6 短期入所

### (1) サービス内容

居宅において介護を行う者の疾病その他の理由による場合に、施設への短期的な入所により、食事・排せつ・入浴の介護等を行う。

### (2) 対象者要件

区分1～6

### (3) 支給量の積算方法

利用者の意向及びその必要性等を勘案して、必要な支給量とする。

特に希望がなければ7日とする（最大で31日）。

＊1泊2日の利用の場合、2日となる。

＊そのため、複数事業者を連続して利用するなどの場合、31日を超えての支給決定も有りうる。ただし、この場合、利用状況の把握に努め、必要がなくなれば速やかに支給量の見直しを行う。

### (4) 支給決定における留意事項

「福祉型」と「医療型」（京都府内には「麦の穂学園」「南京都病院」「花の木医療福祉センター」「府立医科大学付属北部医療センター」の4箇所のみ）の事業所があり、利用にはそれぞれの支給決定が必要

## 7 療養介護

### (1) サービス内容

医療機関への入所により、機能訓練・療養上の管理・看護・介護・日常生活の世話を行う。

### (2) 対象者要件（①②いずれか該当）

|     |                                                                                                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障害者 | 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、区分6の者                                                                                       |
|     | ②②区分5以上に該当し、次のいずれかに該当する者<br>・重症心身障害者又は進行性筋萎縮症患者<br>・医療的ケアスコアが16点以上の者<br>・行動関連11項目について10点以上かつ医療的ケアスコアが8点以上の者<br>・遷延性意識障害者であって、医療的ケアスコアが8点以上の者 |

### (3) 支給量の積算方法

各月における暦日数（受給者証上は31日）



## 8 生活介護

### (1) サービス内容

施設への通所により、食事・排せつ・入浴の介護等を行うとともに、創作的活動や生産活動の機会を提供する。

### (2) 対象者要件

|     |     |      |                 |
|-----|-----|------|-----------------|
| 障害者 | 入所者 | 施設   | ①区分4以上の者        |
|     |     |      | ②50歳以上で、区分3以上の者 |
|     | 者以外 | 施設入所 | ①区分3以上の者        |
|     |     |      | ②50歳以上で、区分2以上の者 |

### (3) 支給量の積算方法 \*支給量の特例あり

#### ア 週5日利用の場合

支給量「23日／月」として支給決定を行う。これは、週5日以内の利用を基本とし、原則の日数を1月あたりの支給量の上限とする。

実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

| 月の日数  | 原則の日数 |
|-------|-------|
| 31日の月 | 上限23日 |
| 30日の月 | 上限22日 |
| 29日の月 | 上限21日 |
| 28日の月 | 上限20日 |

#### イ 週5日未満の支給量の場合

複数のサービスを組み合わせて利用する場合など、週5日未満の日数で決定を行う場合は、次の表を目安に支給量を決定する。

| 利用予定日数 | 支給量の目安 |
|--------|--------|
| 5日／週   | 23日／月  |
| 4日／週   | 19日／月  |
| 3日／週   | 14日／月  |
| 2日／週   | 10日／月  |
| 1日／週   | 5日／月   |

支給量の合計が「23日／月」を超えて支給決定を行うこともありえる。ただし、この場合でも、実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

### (4) 支給決定期間

月を単位として、最長3年の範囲内



## 9 施設入所支援

### (1) サービス内容

施設への入所により、日中活動系サービスと併せて、夜間等における食事・排せつ・入浴の介護等を行う。

### (2) 対象者要件

|     |                              |        |                                                            |
|-----|------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|
| 障害者 | 生活介護を受けているもの                 | いずれか該当 | ①区分4以上                                                     |
|     |                              |        | ②50歳以上で、区分3以上                                              |
|     | 自立訓練又は就労移行支援（以下「訓練等」）を受けている者 | いずれか該当 | ①入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者                       |
|     |                              |        | ②地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によって訓練等を受けることが困難な者 |
|     | 就労継続支援B型を受けている者              | 必須     | 指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画の作成の手続きを経たうえで、利用の組み合わせの必要性を認めた者     |
|     |                              |        |                                                            |

### (3) 支給量の積算方法

各月における暦日数（受給者証上は31日）

## 10 共同生活援助

### (1) サービス内容

共同生活の住居で、入浴、排せつ又は食事の介護、相談や日常生活上の援助等を行う。

#### ア 介護サービス包括型

（「グループホーム事業所」自らが「介護サービス」を行う。）

#### イ 外部サービス利用型

（「グループホーム事業所」はアレンジメント（手配）のみ行う。

委託された外部の「居宅介護事業所」が「介護サービス」を行う。）

#### ウ サテライト住居

本体住居との密接な連携（入居者間の交流が可能）を前提としてユニットなど一定の設備基準を緩和した1人暮らしに近い形態

#### エ 日中サービス支援型

重度の障害者等に対して常時の支援体制を確保することを基本とする。

### (2) 対象者要件

|     |                                                                                    |                                          |                                                   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 障害者 | 基本事項<br>(いずれにも該当)                                                                  |                                          | ①原則、日中に就労している者又は日中活動系サービスを利用している者等                |
|     |  |                                          | ②身体障害者で、65歳以上の者については、65歳となる前に障害福祉サービスを利用していた者に限る。 |
|     | 入浴、排せつ又は食事等の介護を伴う場合                                                                | 包括型で介護が必要な場合<br>外部サービス利用型で、外部サービスを利用する場合 | 区分1以上<br>区分2以上                                    |

\* ただし、居宅介護及び重度訪問介護を利用する場合は、共同生活援助の報酬単価は減算になる。

### (3) 支給量の積算方法

#### ア 基本の支給量

各月における暦日数（受給者証上は31日）

#### イ 外部サービス利用型の受託介護サービス

報酬単価の最小単位は15分（算定には概ね10分以上の支援が必要）

以降、15分毎に支給量を積算する。

### (4) 定型的な支給量基準

#### ア 基本の支給量

31日

#### イ 外部サービス利用型の受託介護サービス

| 障害支援区分 | 支給量の目安      |
|--------|-------------|
| 区分2    | 2.5 時間／月以内  |
| 区分3    | 10 時間／月以内   |
| 区分4    | 15 時間／月以内   |
| 区分5    | 21.5 時間／月以内 |
| 区分6    | 31.5 時間／月以内 |

(5) 支給決定期間

月を単位として、最長３年の範囲内（体験利用は１年）

＊ サテライト入居の場合は３年を限度とし、その間に一般住宅等へ移行する。ただし、審査会の審査を経ると、更新が可能

(6) 体験利用

継続的な利用に移行するための課題、目標、体験期間及び留意事項等を共同生活介護計画に位置付けて、体験的な入居を行う場合のみ利用可能。

最大５０日／年（連続 最大３０日）の利用制限がある。

体験利用時も、入浴、排せつ又は食事等の介護が必要な場合は、障害支援区分が必要となる。

## 1.1 就労継続支援（A型、B型）

### (1) サービス内容

施設への通所により、働く場を提供するとともに、知識や能力の向上のために必要な訓練を行う。（A型：原則、雇用契約による就労 B型：雇用契約によらない就労）

### (2) 対象者要件 ＊認定調査のみ行う。障害支援区分認定は不要。

|     |    |        |                                            |
|-----|----|--------|--------------------------------------------|
| 障害者 | A型 | 必須     | 65歳未満の者（利用開始時65歳未満の者）                      |
|     | B型 | いずれか該当 | 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就労移行支援事業を利用した結果、本事業の利用が適当と判断された者          |
|     |    |        | ③①、②に該当しない者であって、50歳に達している者、又は障害基礎年金1級受給者   |

### (3) 支給量の積算方法 ＊支給量の特例あり

#### ア 週5日利用の場合

支給量「23日／月」として支給決定を行う。これは、週5日以内の利用を基本とし、原則の日数を1月あたりの支給量の上限とする。

実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

| 月の日数  | 原則の日数 |
|-------|-------|
| 31日の月 | 上限23日 |
| 30日の月 | 上限22日 |
| 29日の月 | 上限21日 |
| 28日の月 | 上限20日 |

#### イ 週5日未満の支給量の場合

複数のサービスを組み合わせて利用する場合など、週5日未満の日数で決定を行う場合は、次の表を目安に支給量を決定する。

| 利用予定日数 | 支給量の目安 |
|--------|--------|
| 5日／週   | 23日／月  |
| 4日／週   | 19日／月  |
| 3日／週   | 14日／月  |
| 2日／週   | 10日／月  |
| 1日／週   | 5日／月   |

支給量の合計が「23日／月」を超えて支給決定を行うこともありえる。ただし、この場合でも、実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

### (4) 支給決定期間

月を単位として、最長3年の範囲内

＊B型については、支給決定時に50歳未満の者は1年とする。

＊B型を利用する方については、就労移行支援事業所でのアセスメントが必要となる。

＊障害の特性や状態からアセスメントを受けること自体が適切でないと思われる方については、就労移行支援事業所での2次アセスメントを免除し、代わりに京都障害者就業・生活支援センターが書類による2次アセスメントを実施する。

## 12 就労移行支援

### (1) サービス内容

一定期間、施設への通所により、就労に必要な知識や能力の向上のために必要な訓練を行う。

### (2) 対象者要件

65歳未満の者（利用開始時65歳未満の者）

＊認定調査のみ行う。障害支援区分認定は不要。

### (3) 支給量の積算方法 ＊支給量の特例あり

#### ア 週5日利用の場合

支給量「23日／月」として支給決定を行う。これは、週5日以内の利用を基本とし、原則の日数を1月あたりの支給量の上限とする。

実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

| 月の日数  | 原則の日数 |
|-------|-------|
| 31日の月 | 上限23日 |
| 30日の月 | 上限22日 |
| 29日の月 | 上限21日 |
| 28日の月 | 上限20日 |

#### イ 週5日未満の支給量の場合

複数のサービスを組み合わせて利用する場合など、週5日未満の日数で決定を行う場合は、次の表を目安に支給量を決定する。

| 利用予定日数 | 支給量を目安 |
|--------|--------|
| 5日／週   | 23日／月  |
| 4日／週   | 19日／月  |
| 3日／週   | 14日／月  |
| 2日／週   | 10日／月  |
| 1日／週   | 5日／月   |

支給量の合計が「23日／月」を超えて支給決定を行うこともありえる。ただし、この場合でも、実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

### (4) 支給決定期間

月を単位として、最長1年の範囲内（ただし、標準利用期間内での更新）

＊標準利用期間…2年（あん摩・はり・きゅうの資格養成施設は3年又は5年）

＊標準利用期間を超えて支給決定が必要な場合は、審査会の審査を経て、最大1年間の更新が可能。

### 13 就労定着支援

#### (1) サービスの内容

企業・自宅等への訪問や施設への通所により，生活リズム，家計や体調の管理などに対する課題解決に向けて，必要な連絡調整や指導・助言等の支援を行う。

#### (2) 対象者要件

就労移行支援，就労継続支援（A型・B型），生活介護，自立訓練の利用を経て一般就労した者が対象。一般就労の後6箇月を経過した時点からサービスの利用を開始することができる。

＊障害者支援区分認定は不要

#### (3) 支給量の積算方法

各月における歴日数（受給者証は31日）

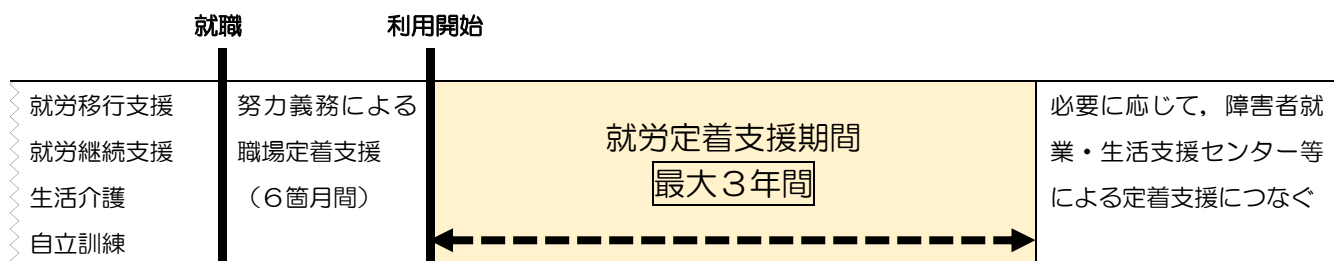
#### (4) 支給決定期間

月を単位として，最長1年の範囲内

＊標準利用期間内（最長3年）で更新することができる。

＊就労を継続している期間が6箇月以上3年6箇月未満の者が対象となるため，利用可能な期間は，雇用開始日から最長で3年6箇月までとなる。

#### <サービスの利用開始時期と定着支援のイメージ>



## 14 自立生活援助

### (1) サービスの内容

一人暮らしに必要な理解力と生活力を補うために、定期的な居宅訪問や随時の対応等により利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供や助言、関係機関との連絡調整等を行う。

### (2) 対象者要件

- ① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者又は、同居家族の死亡及びこれに準ずる理由として市町村が認める理由により単身生活を開始した日から1年以内の者
- ② 現に一人で暮らししており、自立生活援助による支援が必要な者（※）
- ③ 障害、疾病等の家族と同居しており（障害者同士で結婚している場合を含む）、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様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者（※）

※ 自立生活援助による支援が必要な者の例

- ・ 地域移行支援の対象要件に該当する障害者施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等であり、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
- ・ 人間関係や環境の変化等によって、一人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合（家族の死亡、入退院の繰返し等）
- ・ その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断したうえで適当と認められる場合

※ 認定調査のみ行う。障害支援区分認定は不要。

### (3) 支給量の積算方法

各月における暦日数（受給者証は31日）

### (4) 支給決定期間

1年間

※ 標準利用期間…1年

※ 標準利用期間を超えて支給決定が必要な場合は、審査会の審査を経て、最大1年間の更新が可能。

## 15 自立訓練（機能訓練）

### (1) サービス内容

一定期間、施設への通所により、身体機能や生活能力の向上のために必要な訓練を行う。

### (2) 対象者要件

なし

＊認定調査のみ行う。障害支援区分認定は不要。

### (2) 支給量の積算方法 ＊支給量の特例あり

#### ア 週5日利用の場合

支給量「23日／月」として支給決定を行う。これは、週5日以内の利用を基本とし、原則の日数を1月あたりの支給量の上限とする。

実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

| 月の日数  | 原則の日数 |
|-------|-------|
| 31日の月 | 上限23日 |
| 30日の月 | 上限22日 |
| 29日の月 | 上限21日 |
| 28日の月 | 上限20日 |

#### イ 週5日未満の支給量の場合

複数のサービスを組み合わせて利用する場合など、週5日未満の日数で決定を行う場合は、次の表を目安に支給量を決定する。

| 利用予定日数 | 支給量を目安 |
|--------|--------|
| 5日／週   | 23日／月  |
| 4日／週   | 19日／月  |
| 3日／週   | 14日／月  |
| 2日／週   | 10日／月  |
| 1日／週   | 5日／月   |

支給量の合計が「23日／月」を超えて支給決定を行うこともありえる。ただし、この場合でも、実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

### (4) 支給決定期間

月を単位として、最長1年の範囲内（ただし、標準利用期間内での更新）

＊標準利用期間…1年6か月

（頸髄損傷による四肢の麻痺その他これに類する状態にある場合は3年）

＊標準利用期間を超えて支給決定が必要な場合は、審査会の審査を経て、最大1年間の更新が可能。



## 16 自立訓練（生活訓練）

### (1) サービス内容

一定期間、施設への通所により、生活能力の向上のために必要な訓練を行う(宿泊型もある)。

### (2) 対象者要件

なし

\* 認定調査のみ行う。障害支援区分認定は不要。

### (3) 支給量の積算方法 \* 支給量の特例あり

#### ア 週5日利用の場合

支給量「23日/月」として支給決定を行う。これは、週5日以内の利用を基本とし、原則の日数を1月あたりの支給量の上限とする。

実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

| 月の日数  | 原則の日数 |
|-------|-------|
| 31日の月 | 上限23日 |
| 30日の月 | 上限22日 |
| 29日の月 | 上限21日 |
| 28日の月 | 上限20日 |

#### イ 週5日未満の支給量の場合

複数のサービスを組み合わせて利用する場合など、週5日未満の日数で決定を行う場合は、次の表を目安に支給量を決定する。

| 利用予定日数 | 支給量を目安 |
|--------|--------|
| 5日/週   | 23日/月  |
| 4日/週   | 19日/月  |
| 3日/週   | 14日/月  |
| 2日/週   | 10日/月  |
| 1日/週   | 5日/月   |

支給量の合計が「23日/月」を超えて支給決定を行うこともありえる。ただし、この場合でも、実際の利用については原則の日数を超えての利用はできない。

### (4) 支給決定期間

月を単位として、最長1年の範囲内（ただし、標準利用期間内での更新）

\* 標準利用期間…2年（長期入院又は入所していた者は3年）

\* 標準利用期間を超えて支給決定が必要な場合は、審査会の審査を経て、最大1年間の更新が可能。

○標準利用期間の特例の判定票について

標準利用期間を超えてサービスの利用を希望される際の判定票

(第6版)

年 月 日

|       |             |        |  |      |     |
|-------|-------------|--------|--|------|-----|
| 行政区   | 区<br>支所     | 受給者証番号 |  | 申請番号 |     |
| 対象者氏名 |             | 生年月日   |  | 性別   | 男・女 |
| 障害種別  | 身体/知的/精神/難病 | 利用開始日  |  |      |     |

以下、事業者記入欄

|                                       |                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 サービスの利用状況                           |                                                                                                                                                                                  |
| ・事業所名                                 | ( )                                                                                                                                                                              |
| ・利用サービス                               | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活)<br><input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(サテライト型住居) |
| ・サービス利用開始                             | 年 月 日                                                                                                                                                                            |
| ・利用者の従事(業務)内容                         | ( )                                                                                                                                                                              |
| 2 サービスの利用によって、「得られた効果」及び「今後の見込まれる効果等」 |                                                                                                                                                                                  |
| <得られた効果>                              |                                                                                                                                                                                  |
|                                       |                                                                                                                                                                                  |
| <今後の方針及び見込まれる効果>                      |                                                                                                                                                                                  |
|                                       |                                                                                                                                                                                  |
|                                       |                                                                                                                                                                                  |

以下、保健福祉センター記入欄

担当：

|                                 |                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 標準利用期間を超えて利用することの必要性          |                                                                                                                                                                                  |
| 支給期間の更新については ( 適当 ・ 不適当 ) と認める。 |                                                                                                                                                                                  |
| <理由>                            |                                                                                                                                                                                  |
|                                 |                                                                                                                                                                                  |
| 4 更新後のサービス利用計画                  |                                                                                                                                                                                  |
| 利用サービス                          | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活)<br><input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(サテライト型住居) |
| 利用予定                            | 日/週 ( 日/月 )                                                                                                                                                                      |

以下、審査会事務局記入欄

月 日 ( ) 第 合議体

審査会意見等

標準利用期間を超えてのサービス利用

妥当 ・ 不適当



## Ⅱ 地域相談支援

### 1 地域移行支援

#### (1) サービス内容

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者、その他地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者について、住居の確保や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や支援を行う。

具体的な支援内容として、指定一般相談支援事業者は、利用者に対し、対面による支援を月2回以上行うとともに、住居の確保その他地域生活へ移行するための活動に係る相談、外出の際の同行、障害福祉サービスの体験的な利用支援、体験的な宿泊支援等を提供する。

#### (2) 対象者要件

以下のいずれかに該当する者うち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者

ア 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歳以上で児童福祉法第63条の4及び第63条の5の規定に基づき障害者とみなされた者も対象。

イ 精神科病院に入院している精神障害者

ウ 救護施設又は更生施設に入所している障害者

エ 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

※ 保護観察所、地域生活定着支援センターが行う支援との重複を避け、役割分担を明確にする観点等から、特別調整となった障害者のうち、矯正施設から退所するまでの間に障害福祉サービスの体験利用や体験宿泊など矯正施設在所中に当該施設外で行う支援の提供が可能であると見込まれる場合など、指定一般相談支援事業者による効果的な支援が期待される者に限る。

オ 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

#### (3) 支給量の積算方法

各月における暦日数（受給者証上は31日）

#### (4) 支給決定期間

月を単位として、6箇月の範囲内

ただし、6箇月の範囲内で更新可能（最長1年以内）

更なる更新（1年超）については、支給決定機関へ要相談

## 2 地域定着支援

### (1) サービス内容

居宅において単身等で生活する障害者に対し、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や支援を行う。

具体的な支援内容として、指定一般相談支援事業者は、利用者やその家族との常時の連絡体制を確保するとともに、適宜居宅への訪問等を行う。また、利用者の障害の特性に起因して緊急の事態等が生じた場合には、速やかに利用者の居宅への訪問等による状況把握を行うとともに、家族や当該利用者が利用する障害福祉サービス事業者、医療機関との連絡調整、一時的な滞在による支援等を行う。

### (2) 対象者要件（以下のいずれかに該当）

ア 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

イ 居宅において家族と同居している障害者であっても、当該家族が障害、疾病等のため、当該家族等による緊急時の支援が見込めない状況にある者

### (3) 支給量の積算方法

各月における暦日数（受給者証上は31日）

### (4) 支給決定期間

月を単位として、1年の範囲内

### Ⅲ 地域生活支援事業

#### 1 地域活動支援センター

##### (1) サービス内容

自立の促進・生活の質の向上等を図るため、施設への通所により、創作的活動・機能訓練・社会適応訓練を行う。

##### (2) 対象者要件

障害支援区分は不要

##### (3) 支給量の積算方法

月の日数－8とする。

ただし、余暇型について同日に日中活動系サービスと併用して利用する場合は、原則として5日を限度とする。

| 月の日数  | 原則の日数 |
|-------|-------|
| 31日の月 | 上限23日 |
| 30日の月 | 上限22日 |
| 29日の月 | 上限21日 |
| 28日の月 | 上限20日 |

##### (4) 支給決定期間

月を単位として、最長3年の範囲内

## 2 日中一時支援

### (1) サービス内容

障害者等に，日中に活動の場を提供し，見守り及び社会に適應するための日常的な訓練等のサービスを提供する。

### (2) 対象者要件

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障害者等（障害支援区分認定は不要）

### (3) 支給量の積算方法

利用者の意向及びその必要性等を勘案して，必要な支給量とする。

＊特に希望がなければ7日とする（最大で月の日数－4とする。）。

### (4) 支給決定期間

月を単位として，最長3年の範囲内

### 3 移動支援、ほほえみネット

#### (1) サービス内容

| サービス種類          |                     | サービス概要                              |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------|
| 移動支援（身体介護を伴う）   |                     | 余暇活動や社会参加等を目的とした外出に、身体介護を伴う介助を行う。   |
| 移動支援（身体介護を伴わない） |                     | 余暇活動や社会参加等を目的とした外出に、身体介護を伴わない介助を行う。 |
| ほほえみネット         | 放課後支援（身体介護を伴う、伴わない） | ガイドヘルパーによる放課後の見守り                   |
|                 | 通学支援                | ガイドヘルパーによる通学時の送迎支援                  |

#### (2) 対象者要件

| 種別      | 区分        | 種別    | 内 容                                                                                                                                                                                           |
|---------|-----------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通常の移動支援 | 障害者・障害児共通 | 身体障害  | 身体障害者手帳の機能障害の状況、等級が全身性障害に該当すると認める者であること                                                                                                                                                       |
|         |           | 知的障害  | 知的障害を有すること                                                                                                                                                                                    |
|         |           | 精神障害  | 精神障害を有すること                                                                                                                                                                                    |
|         |           | 難病患者等 | 下記①②のいずれか必要<br>①障害支援区分認定調査項目中、下記（ア）～（ウ）の全てに該当すること<br>（ア）6-1～6-14（麻痺等*）→四肢のいずれにも「ある」<br>（イ）1-8（歩行）→「支援が不要」以外<br>（ウ）1-4（移乗）→「支援が不要」以外<br>②障害支援区分認定調査項目のうち、行動関連の11項目及びてんかんの点数について、合計10点以上に該当すること |



上記要件に加えて必要

|         |       |        |                                                                                                                 |
|---------|-------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ほほえみネット | 障害児のみ | 放課後支援型 | 保護者の就労、疾病等による昼間留守家庭となる小中高生<br>※ 学童クラブ事業、中高生のタイムケア事業、放課後等デイサービス等の利用が優先される。                                       |
|         |       | 通学支援型  | 下記①②のいずれか必要<br>①ひとり親家庭で、保護者の就労、疾病等により通学時の介助者がいない子ども<br>②医療的ケアが必要若しくは強度行動障害を有し、保護者が学校まで送迎する必要がある子ども（バス利用が困難な子ども） |

\* 医師意見書の「四肢欠損」・「筋力の低下」・「関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる。

（注1）「身体介護を伴う」場合、障害支援区分認定が行われている場合は、障害支援区分が2以上であることが必要となる。

（注2）難病患者等の場合、対象者要件となっている認定調査項目のみの調査を行う。



### (3) 支給量の積算方法

#### ア 通常の移動支援、放課後支援（支給量はパターン①）

特段の事情がない限り、原則としてヘルパー1人あたり月32時間の時間数で支給決定する。

※ 下記の（ア）～（ウ）のいずれかに該当し、かつ、対象者や保護者（障害児の場合等）の同意がある場合は、2人のヘルパーから支援を受けることができる。

- （ア） 対象者の身体的な理由により、1人のヘルパーによる介護が困難であると認める場合
- （イ） 暴力行為、著しい迷惑行為、又は、器物破損行為等があると認める場合
- （ウ） 対象者の状況等から判断して、上記のア又はイに準ずると認める場合

#### イ 通学支援

通学支援を支給しない場合

利用意向に基づき、以下の②～⑤のパターンのいずれかとする。

| パターン   |      | ①  | ②   | ③    | ④     | ⑤     |
|--------|------|----|-----|------|-------|-------|
| 通学利用時間 |      | 0  | 1～5 | 6～10 | 11～15 | 16～22 |
| 支給量    | 通学   | 0  | 5   | 10   | 15    | 22    |
|        | 社会参加 | 32 | 29  | 26   | 23    | 20    |
|        | 合計   | 32 | 34  | 36   | 38    | 42    |

#### (4) 支給決定期間

月を単位として最長3年の範囲内

#### (5) 支給決定における留意事項

- 移動支援（身体介護を伴わない）については、利用者負担が生じないサービスであるため、利用者負担上限月額を認定しない。
- 学齢期末満の児童は、原則として支給対象外となる。
- 通年かつ長期にわたる外出（ほほえみネット及び大学等への通学を除く通学、通所等）や経済活動の外出（通勤、営業等）、自転車での利用については利用することはできない。
- 障害福祉サービス（重度訪問介護（移動中介護）、同行援護及び行動援護）と移動支援においては、障害福祉サービスが優先される。ただし、大学等への通学やほほえみネット等、障害福祉サービスで対応できないものについては、移動支援を利用する。
- 障害福祉サービス（重度訪問介護（移動中介護）、同行援護及び行動援護）と移動支援の通学支援を併給する場合、社会参加の支給量は上記パターンとなる。
- ほほえみネットの支給決定に当たっては、保護者が不在であることの証明（就労証明書又は障害、疾病があることを確認できる書類）の提出が必要になる。

## 4 訪問入浴サービス

### (1) サービス内容

居宅での入浴や施設等での入浴サービスの利用が困難な重度の障害者等（知的障害者，精神障害者，知的障害のある児童及び精神に障害のある児童を除く。）を，浴槽を搭載した入浴車で訪問し，入浴サービスを行う。

### (2) 対象者要件

- 介護保険対象者でないこと
- 自宅浴槽や，通所施設等の特殊浴槽での入浴が困難であること

### (3) 支給量の積算方法

月10回の支給量で決定する。

### (4) 支給決定期間

月を単位として最長3年間の範囲内

### (5) 支給決定における留意事項

- 居宅介護を利用しての自宅浴槽での入浴や，通所施設等での入浴が可能な場合は，それらサービスの利用が優先する。
- 介護保険対象者の場合，介護保険サービスの訪問入浴介護を利用することとし，本事業の支給はできない。

## 5 福祉ホーム

### (1) サービス内容

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う。

### (2) 支給決定における留意事項

事業者へ直接利用の申し込みをする。（支給決定不要）

## 6 盲人ホーム

### (1) サービス内容

あんま師免許、はり師免許又はきゅう師免許を有する視覚障害者に、施設の利用とともに、必要な技術の指導を行う。

### (2) 支給決定における留意事項

事業者へ直接利用の申し込みをする。（支給決定不要）

## ○医療行為との関係について

医療行為は、医師、歯科医師、看護師等、医療資格者以外において行うことができない行為であり、これらに関する希望については、①訪問看護サービスの調整、②医療サービスと福祉サービスの適切な連携の確保、③在宅療養を支援する機器の活用、④家族の休息（レスパイト）の確保のためのサービスの調整等も踏まえ、個別具体的に検討する必要がある。

（参考）平成17年7月26日 医政発第0726005号 厚生労働省医政局長通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）」

### 1 医療行為ではない行為

- (1) 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- (2) 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- (3) 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- (4) 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）

※ 切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない。

- (5) 対象者の状態が以下のア～ウのいずれの要件も満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これら免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを対象者又は家族に伝えている場合に、事前の対象者又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導のうえ、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服（舌下錠の使用も含む。）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。

ア 対象者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

イ 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による継続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと

ウ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

- (6) 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること
- (7) 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- (8) 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く。）
- (9) ストマ装置のパウチにたまった排せつ物を捨てること（肌に接着したパウチの取り替えについては、肌への接着面に皮膚保護機能を有するストマ装置の場合に限る。）
- (10) 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- (11) 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること

※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50パーセント、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

## 2 医療行為であるが、一定の研修を受けた介護職員等が行える行為

平成24年4月から、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、一定の条件の下でたんの吸引及び経管栄養の行為等を実施できるようになった（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）による）。

### (1) 実施できる行為（特定行為）

ア 喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）

イ 経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）

### (2) 実施できる介護職員等（認定特定行為業務従事者）

ア 介護福祉士（平成29年1月以降の国家試験合格者であって実地研修を修了し、修了した喀痰吸引等行為の記載された登録証を交付された者 等）

イ 介護職員等であって、一定の研修（介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修）を修了し、都道府県知事から「認定特定行為業務従事者認定証」の交付を受けている者

- ・ 一号研修（不特定多数の利用者を対象とした、全ての特定行為が実施可能）
- ・ 二号研修（不特定多数の利用者を対象とした、一部の特定行為のみ実施可能）
- ・ 三号研修（特定の利用者を対象とした、必要な特定行為のみ実施可能）

※なお、上記研修については、京都府介護・地域福祉課が問合せ先となります。

### (3) 実施にあたっての手續

認定特定行為業務従事者が所属する事業所等が「登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）」として都道府県知事から登録を受けていることが必要となる。

## ○家族による訪問系サービスの提供について

### ＜家族による訪問系サービスの提供についての考え方＞

同居家族による訪問系サービスの提供については、障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省令第171号）第27条に次のような条文があります。

（同居家族に対するサービス提供の禁止）

第二十七条 指定居宅介護事業者は、従業者に、その同居の家族である利用者に対する居宅介護の提供をさせてはならない。

別居家族が行う訪問介護サービスの提供は明確に禁止されていませんが、家族として利用者と一緒に過ごす時間と、障害福祉サービスの提供時間との切り分けが難しく、また、別居家族の介護をサービス提供事業者が把握できずに、意図しない不適切な請求となる恐れがあります。

このため、別居家族への訪問系サービスの提供に当たっては、別居家族以外のヘルパーを調整する等の代替手段を検討していただき、できる限り、別居家族以外のヘルパーがサービス提供するように調整することが必要になります。

### 第3章 障害福祉サービス等の利用者負担

#### (1) 利用者負担

##### 【国の制度】

- 原則として、利用者負担上限月額又は利用したサービスの費用の1割のうち、低い方の額
- 世帯の範囲に含まれる者の所得割額の合計額に応じて、上限月額を設定（障害福祉サービス）
- 施設等の利用による食費や光熱水費などは、原則として実費負担となる。
- 補足給付（特定障害者特別給付費）
- 医療型個別減免
- 高額障害福祉サービス等給付費等（高額障害福祉サービス等給付費、高額児童通所給付費、高額児童入所給付費）

##### 【京都市独自軽減】

- 利用者負担上限月額の軽減  
共同生活援助・児童福祉施設の利用者負担額において、国基準より低い京都市基準を設けている。
- 特例上限制度  
障害福祉サービスと地域生活支援事業を併せて1つの上限月額で管理することにより、負担を軽減する。この場合の対象となる地域生活支援事業は、移動支援（身体介護を伴う）・地域活動支援センター（デイサービス）・日中一時支援・訪問入浴サービス。
- 総合上限制度  
在宅で生活する者が、福祉サービス・自立支援医療・補装具・日常生活用具のうち、いくつかを重複して利用した利用者負担額の全額が総合上限月額（別途設定）を超える場合に、超えた額を償還する。

#### (2) 所得を判断するときの世帯の範囲及び所得割額の算出方法

算出に用いられる「所得割額」、「住宅借入金等特別税額控除」、「寄付金税額控除」の額は、改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6％）で計算されたものです。

＜世帯の範囲＞

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| 18歳以上の障害者<br>（成人入所施設を利用する18、19歳を除く。） | 障害者（本人）とその配偶者     |
| 18歳未満の障害児                            | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |
| 成人入所施設を利用する18、19歳の障害者                |                   |

＜市民税課税者の所得割額の再計算＞※市民税非課税者については不要。

市民税課税者のうち、「住宅借入金等特別税額控除」や「寄付金税額控除」、18歳までの児童を扶養されている方については、所得割額の再計算を行う。

##### ア 「住宅借入金等特別税額控除」及び「寄付金税額控除」

市民税所得割額（最終通知額）に「住宅借入金等特別税額控除」と「寄付金税額控除」で控除されている金額を合算する。

##### イ 18歳までの児童の扶養控除

24年度に廃止された年少扶養控除及び16～18歳までの特定扶養控除上乘せ分については、控除があったものとみなし再計算を行う。

##### ウ 婚姻歴のないひとり親世帯への寡婦（夫）控除

寡婦（夫）控除の「夫（妻）と死別し、又は離婚した後婚姻していない人や夫（妻）の生

死が明らかでないもの」を「婚姻によらないで母（父）となり、現に婚姻していないもの」とした場合に、寡婦（夫）控除に該当とする場合は、寡婦（夫）控除があったものとみなし再計算を行う。

※ア、イ、ウに該当する方は、アの計算をした後にイ、ウの順に再計算を行う。

※ウについては、別途申請が必要となります。支給決定機関に御相談ください。

(3) 負担上限月額 ※      は…本市独自軽減策が適用されています。

＜訪問系サービス等・日中活動系サービス等の利用者＞ 所得割額：世帯に属する者の所得割額の合計額

| 所得区分     |       |           | 上限月額      |
|----------|-------|-----------|-----------|
| 生活保護受給世帯 |       |           | 0円        |
| 市民税非課税世帯 |       |           | (利用者負担なし) |
| 市民税課税世帯  | 18歳以上 | 所得割16万円未満 | 9,300円    |
|          | 18歳未満 | // 28万円未満 | 4,600円    |
|          | 18歳以上 | // 16万円以上 | 37,200円   |
|          | 18歳未満 | // 28万円以上 |           |

＜施設入所支援・療養介護の利用者＞（※） 所得割額：世帯に属する者の所得割額の合計額

| 所得区分     |                  |           | 上限月額      |
|----------|------------------|-----------|-----------|
| 生活保護受給世帯 |                  |           | 0円        |
| 市民税非課税世帯 |                  |           | (利用者負担なし) |
| 市民税課税世帯  | 20歳未満            | 所得割28万円未満 | 9,300円    |
|          | 20歳未満            | // 28万円以上 | 37,200円   |
|          | 20歳以上は所得割額にかかわらず |           |           |

（※）宿泊型自立訓練の利用者、並びに自立訓練（生活訓練）及び就労移行支援において、精神障害者退院支援施設加算を算定される利用者も同様の取扱い。

＜グループホームの利用者＞ 所得割額：世帯に属する者の所得割額の合計額

| 所得区分     |           |  | 上限月額      |
|----------|-----------|--|-----------|
| 生活保護受給世帯 |           |  | 0円        |
| 市民税非課税世帯 |           |  | (利用者負担なし) |
| 市民税課税世帯  | 所得割16万円未満 |  | 18,600円   |
|          | // 16万円以上 |  | 37,200円   |

＜移動支援（身体介護を伴わない）・地域相談支援・計画相談支援の利用者負担額＞

すべての方について、利用者負担はなし（無料）。

(4) サービス固有の負担軽減策

| 対象サービス             | 対象者            | 内容                                                                          |
|--------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 施設入所支援<br>（成人入所施設） | 20歳以上の生活保護受給世帯 | 食費・光熱水費の実費負担の軽減 <span style="border: 1px solid black;">補足給付</span>          |
|                    | 20歳以上の市民税非課税世帯 |                                                                             |
|                    | 20歳未満          |                                                                             |
| グループホーム            | 生活保護受給世帯       | 月額1万円を上限として家賃を補助 <span style="border: 1px solid black;">補足給付</span>         |
|                    | 市民税非課税世帯       |                                                                             |
| 療養介護               | 20歳以上の生活保護受給世帯 | 負担上限月額を超える部分について減免<br><span style="border: 1px solid black;">医療型個別減免</span> |
|                    | 20歳以上の市民税非課税世帯 |                                                                             |
|                    | 20歳未満          |                                                                             |

(5) 重複してサービスを利用される場合の負担軽減策

高額障害福祉サービス等給付費等

同一利用者又は同一世帯で、障害福祉サービスと補装具、障害児通所又は入所支援、介護保険法による居宅サービス等のいずれかを重複して利用した場合、利用者負担の合計額から算定



基準額を超えた額を償還する。

| 所得区分                 | 算定基準額      |
|----------------------|------------|
| 生活保護受給世帯<br>市民税非課税世帯 | 0円 ※1      |
| 市民税課税世帯              | 37,200円 ※2 |

※1 生活保護受給世帯及び市民税非課税世帯については制度の対象となりません。

※2 児童の場合、上記よりも低い算定基準額が適用される場合があります。

