

東大阪市

障害福祉サービス支給決定 ガイドライン



令和3年3月1日（第2版）

改正履歴

◎平成 31 年 4 月 1 日（初版）

◎令和 3 年 3 月 1 日（2 版）

もくじ

| | |
|---|----|
| はじめに..... | 1 |
| 1 支給決定基準の考え方..... | 1 |
| 2 障害福祉サービスの支給決定の性質..... | 1 |
| 第1章 支給決定の基本的な取扱い..... | 1 |
| 1 実施主体と居住地特例..... | 1 |
| 2 対象となる障害者等について..... | 1 |
| 3 障害福祉サービスの申請から支給決定までの流れ（図1）..... | 2 |
| 4 障害支援区分認定調査..... | 2 |
| （図1） 障害福祉サービスの申請から支給決定までの流れ..... | 3 |
| 5 東大阪市障害支援区分認定審査会による障害支援区分の判定と支給決定について.. | 4 |
| 6 障害支援区分と利用できる障害福祉サービスとの関係..... | 5 |
| 7 支給決定に関する有効期間..... | 6 |
| 6月末所得更新について..... | 7 |
| Q1 障害福祉サービスの支給決定有効期間内に更新申請を忘れた場合は、どうなりますか。..... | 7 |
| 8 支給決定の有効期間の開始日..... | 8 |
| 9 支給決定基準に基づく支給量について..... | 9 |
| （表1）支給決定基準に基づく支給量について..... | 9 |
| Q2 原則日数を超えるサービス利用が必要な場合において、「計画相談支援の支給決定を受けているもしくは受ける方」が条件となっていますが、セルフプランは可能ですか。..... | 10 |
| Q3 生活介護事業と就労継続支援 B 型の併給は可能ですか。その際にはどんなことに注意すれば良いですか。..... | 10 |
| 10 支給決定の取消しについて..... | 12 |
| 11 転入時の取扱いについて..... | 12 |
| 12 転出時の取扱いについて..... | 13 |
| 第2章 障害福祉サービス等の種類・内容・対象者..... | 14 |
| （1）居宅介護..... | 14 |
| Q4 育児をする親が十分に子どもの世話ができないような障害者である場合の、居宅介護（家事援助）及び重度訪問介護の業務に含まれる「育児支援」にはどのような支援が想定されていますか。..... | 14 |
| Q5 障害児に対して居宅介護を決定する場合とはどのようなときですか。..... | 15 |

| | | |
|------------|--|----|
| Q6 | 居宅介護サービスの内容について対象とならないサービスとはどんなものですか。 | 15 |
| Q7 | 清潔保持を目的で銭湯・スーパー銭湯に行く時に身体介護で請求はできますか。 | 16 |
| Q8 | 精神障害者のホームヘルプサービスにおける家事支援の考え方はどうなりますか。 また他の障害はどのように考えれば良いですか。..... | 16 |
| Q9 | 精神障害者と一緒に行き物に行く場合は身体介護で算定できますか。..... | 16 |
| Q10 | 通院等介助は、医療機関内での支援も算定として認められますか。..... | 17 |
| Q11 | 通院等介助が使える対象機関にはどのようなものがありますか。..... | 17 |
| Q12 | 通院等介助の支援では、支援者が運転して通院を行うことができますか。.... | 17 |
| Q13 | 移動支援事業と通院等介助の併用ができる組み合わせは。..... | 18 |
| Q14 | 同時に 2 人の居宅介護従事者からサービスの提供を受ける場合の要件は何ですか。 | 18 |
| Q15 | 居宅介護の申請をするときには、事前に利用する事業所の確保ができていなければいけませんか。..... | 20 |
| Q16 | 身内に対して、事業として居宅介護や移動支援事業の提供はできますか。.... | 20 |
| Q17 | 居宅介護の「2 時間ルール」とはなんですか。..... | 20 |
| (2) | 重度訪問介護..... | 20 |
| (表 2) | 重度訪問介護、行動援護及び重度障害者等包括支援の判定基準票..... | 22 |
| Q18 | 重度訪問介護の移動加算はどんな場面で使えますか。..... | 23 |
| Q19 | 重度訪問介護を入院時利用する際、気をつける点はどこですか。..... | 23 |
| Q20 | 障害支援区分が区分 6 で重度訪問介護の決定を持っていますが、地域生活支援事業の入院時コミュニケーション支援事業を併用して利用できますか。..... | 23 |
| (3) | 同行援護..... | 23 |
| Q21 | 同行援護で通院はできますか。通勤、通学、通所は利用できますか。..... | 24 |
| (4) | 行動援護..... | 24 |
| Q22 | 移動支援事業と行動援護は併給支給できますか。..... | 24 |
| (5) | 療養介護..... | 25 |
| (6) | 生活介護..... | 25 |
| (7) | 短期入所..... | 26 |
| Q23 | 基準の支給日数を超える短期入所の利用希望があった時はどのように決定しますか。..... | 26 |
| Q24 | 1 年以上、基準の支給日数を超える短期入所の更新を繰り返している場合で引き続き同じ支給量で更新を希望されるときは、どのように決定しますか。..... | 26 |
| Q25 | 短期入所を、長期に連続して利用する場合、利用日数に上限はありますか。..... | 26 |
| Q26 | 入院中に短期入所を体験利用できますか。..... | 27 |

| | |
|--|----|
| Q27 短期入所時、やむを得ない事情で通院が必要となった場合に通院等介助の利用は可能ですか。 | 27 |
| (8) 重度障害者等包括支援 | 27 |
| (9) 施設入所支援 | 29 |
| (10) 自立訓練（機能訓練） | 29 |
| (11) 自立訓練（生活訓練） | 30 |
| (12) 宿泊型自立訓練 | 30 |
| (13) 就労移行支援 | 30 |
| Q28 就労移行支援を2年間利用したあと、一度就職しましたが退職しました。再度就労移行支援のサービスを利用することは可能ですか。 | 31 |
| Q29 就労移行支援の利用を経て、一般就労した後、引き続き就労移行支援を利用できますか。 | 31 |
| Q30 大学在学中の卒業年度に、就労移行支援を利用することができますか。 | 32 |
| (14) 就労継続支援A型 | 32 |
| (15) 就労継続支援B型 | 33 |
| Q31 就労移行支援の支給決定を受けて利用をしないと、アセスメントを受けたことにはなりません。 | 35 |
| (16) 就労定着支援 | 35 |
| Q32 就労定着支援のサービス利用申請にあたり、どのような書類が必要ですか。 | 35 |
| (17) 自立生活援助 | 35 |
| (18) 共同生活援助 | 36 |
| Q33 グループホームを利用している人が、帰省で実家に戻っている間、移動支援事業や行動援護は利用できますか。 | 37 |
| Q34 グループホーム（施設入所を含む）を利用している障害支援区分1以上の人が、帰省中に居宅介護サービスを利用することは可能ですか。 | 37 |
| Q35 グループホームを利用している障害支援区分1以上の人が、居宅介護サービスの通院等介助を利用することは可能ですか。 | 37 |
| Q36 身体障害者の場合、65歳に達する日の前日までに障害福祉サービスもしくはこれに準ずるものを利用していることがグループホーム利用の要件ですが、知的障害者・精神障害者についても同様の扱いになりますか。 | 37 |
| (19) 地域移行支援 | 37 |
| Q37 地域移行支援の支給決定期間について教えてください。 | 38 |
| (20) 地域定着支援 | 38 |
| 第3章 支給決定に関する運用上の注意 | 39 |
| 1 非定型の支給量の支給決定 | 39 |
| Q38 非定型ケースの支給量の申請はどのようにすれば良いですか。 | 39 |

| | | |
|---|--|----|
| 2 | 介護保険制度との適用関係..... | 40 |
| | Q39 65歳を超えて、新たに就労継続支援B型を利用することが出来ますか。..... | 44 |
| | Q40 特定疾病が原因となって介護が必要な40歳から64歳の方（第2号被保険者） から障害福祉サービスの申請があった場合、どうすればいいですか。..... | 44 |
| | Q41 介護保険サービスによる入所・入居時は、障害福祉サービスが利用できますか。 | 44 |
| 3 | 18歳未満（障害児）への障害福祉サービスの支給決定について..... | 46 |
| | Q42 障害児から障害者になる18歳の誕生月に提出する書類は何ですか。利用者 負担額は18歳到達で申請したら変わりますか。..... | 47 |
| 4 | 計画相談支援・モニタリング..... | 47 |
| | (表3) モニタリング実施標準期間（計画相談支援）..... | 48 |
| | Q43 サービス等利用計画（本計画）はいつのタイミングで提出すれば良いですか。 | 49 |
| | Q44 サービス担当者会議の開催の仕方や頻度について教えてください。..... | 49 |
| | Q45 モニタリング報告書に提出期限はありますか。サービス更新月でないモニタリ ング月に報告書は必要ですか。..... | 49 |
| | Q46 モニタリングが、本人や家族から状況を聞き取れず出来なかった場合、翌月にな ってもかまいませんか。..... | 49 |
| | Q47 新たに計画相談支援事業所として関わることになった利用者の、支給決定等に かかる情報について、利用者本人の同意を得た上であれば、開示してもらうこと は可能ですか。..... | 49 |
| 5 | 特別加算について..... | 50 |
| 6 | 特例介護給付費・特例訓練等給付費について..... | 51 |
| 7 | 暫定支給決定について..... | 51 |
| 8 | 標準利用期間について..... | 52 |
| | (表4) 必要書類まとめ（チェックリスト）..... | 54 |
| | (図2) 支給決定とサービス利用計画の流れ..... | 56 |
| | 様式集..... | 57 |

<様式一覧>

- ① 様式第1号「支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書兼届出書」
- ② 様式第24号「世帯状況・収入等申告書（裏面同意書）」
- ③ 申請内容変更届出書
- ④ 受給者証等再交付申請書
- ⑤ 様式第17号「計画相談支援給付費支給申請書」
- ⑥ 様式第18号「計画相談支援依頼（変更）届出書」
- ⑦ 別紙1「申請者の現状（基本情報）」
- ⑧ 別紙2「申請者の現状（基本情報）【現在の生活】」
- ⑨ 「サービス等利用計画案」
- ⑩ 「サービス等利用計画案【週間計画表】」
- ⑪ 「サービス等利用計画」
- ⑫ 「サービス等利用計画【週間計画表】」
- ⑬ 「サービス等利用計画案(セルフプラン①)」
（裏面「サービス等利用計画案(セルフプラン②)【週間計画表】」）
- ⑭ 「モニタリング報告書（継続サービス利用支援）」
- ⑮ 「継続サービス等利用計画【週間計画表】」
- ⑯ 児の居宅介護サービス支援機関意見書
- ⑰ 就労アセスメント結果表
- ⑱-1 非定型ケースに関する審査会資料（概況報告票）
- ⑱-2 非定型ケースに関する審査会資料（重度訪問介護等に関する審査会資料）
- ⑲ 標準利用期間満了後の更新聴き取り票
- ⑳-1 就労継続支援A型事業の暫定支給決定に代わる事前アセスメント報告書（別紙1）
- ⑳-2 事前アセスメント日報（別紙2）
- ㉑ 「原則の日数」を超える支給決定が必要な理由書
- ★ 様式共-1「地域生活支援事業利用(変更)申請書兼利用者負担上限額減額・免除(変更)」

（引用法令名の略記方法）

法：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

令：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令

則：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則

東大阪市障害福祉サービス支給決定ガイドライン（支給決定基準）

はじめに

1 支給決定基準の考え方

本ガイドライン（支給決定基準）は、国の事務連絡「介護給付費等に係る支給決定事務等について（以下、「事務処理要領」という。）」に基づき東大阪市（以下、「市」という。）が定めるものです。ここに示されていない事項は、国の事務処理要領に準拠してください。

2 障害福祉サービスの支給決定の性質

支給決定は、障害者又は障害児の保護者から申請された種類の障害福祉サービスの利用について公費で助成することの可否を判断するものであり、特定の事業者又は施設からサービス提供を受けるべき旨を決定するものではありません。

第1章 支給決定の基本的な取扱い

1 実施主体と居住地特例

自立支援給付は、原則として申請者である障害者又は障害児の保護者の居住地の市町村が行います。ただし、居住地を有しない、あるいは明らかでない場合は、その者の現在地の市町村となります。

例外として、一定の施設等の入所・入居者については、入所等する前に居住地を有していた市町村を自立支援給付の実施主体とします（居住地特例）。

※居住地とは、住民票の所在の有無ではなく、将来にわたり起居を継続することが社会通念上期待できる場所です。生活の本拠と一致するものとなります。

【居住地特例の対象】

- ① 障害者支援施設
- ② のぞみの園
- ③ 児童福祉施設（法第5条第1項の厚生労働省令で定める施設）
- ④ 療養介護を行う病院（法第5条第6項の厚生労働省令で定める施設）
- ⑤ 生活保護法第30条第1項ただし書きの施設
- ⑥ 共同生活援助を行う住居（当分の間の経過措置）

2 対象となる障害者等について

支給決定の対象となる障害者又は障害児とは、身体障害、知的障害又は精神障害の3障害

に該当するもの、又は難病患者をいいます。

対象であることの確認は以下の証書類で行います。

| 種別 | 確認証書類 |
|--------|--|
| 身体障害者 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 |
| 知的障害者 | <input type="checkbox"/> 療育手帳 (手帳の判定機関で判定された判定書でも受付可能な場合あり。) |
| 精神障害者 | 以下のいずれかの証書類 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害を事由とする年金証書等（特別障害給付金を含む） <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証（精神通院医療に限る） <input type="checkbox"/> 医師の診断書（主治医記載で国際疾病分類 ICD-10 コードを記載するなど精神障害者であることを確認できる内容であること）等 |
| 難病等対象者 | <input type="checkbox"/> 医師の診断書、特定医療費（指定難病）受給者証、指定難病に罹患していることが記載されている難病医療費助成の却下通知等いずれか。 |
| 障害児 | 以下のいずれかの証書類 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 手帳を有しない又は手当等を受給していない場合は、市が対象となる障害を有するか否かを主治医の診断書等で確認するか、必要に応じて児童相談所等に意見を求めて確認します。 |

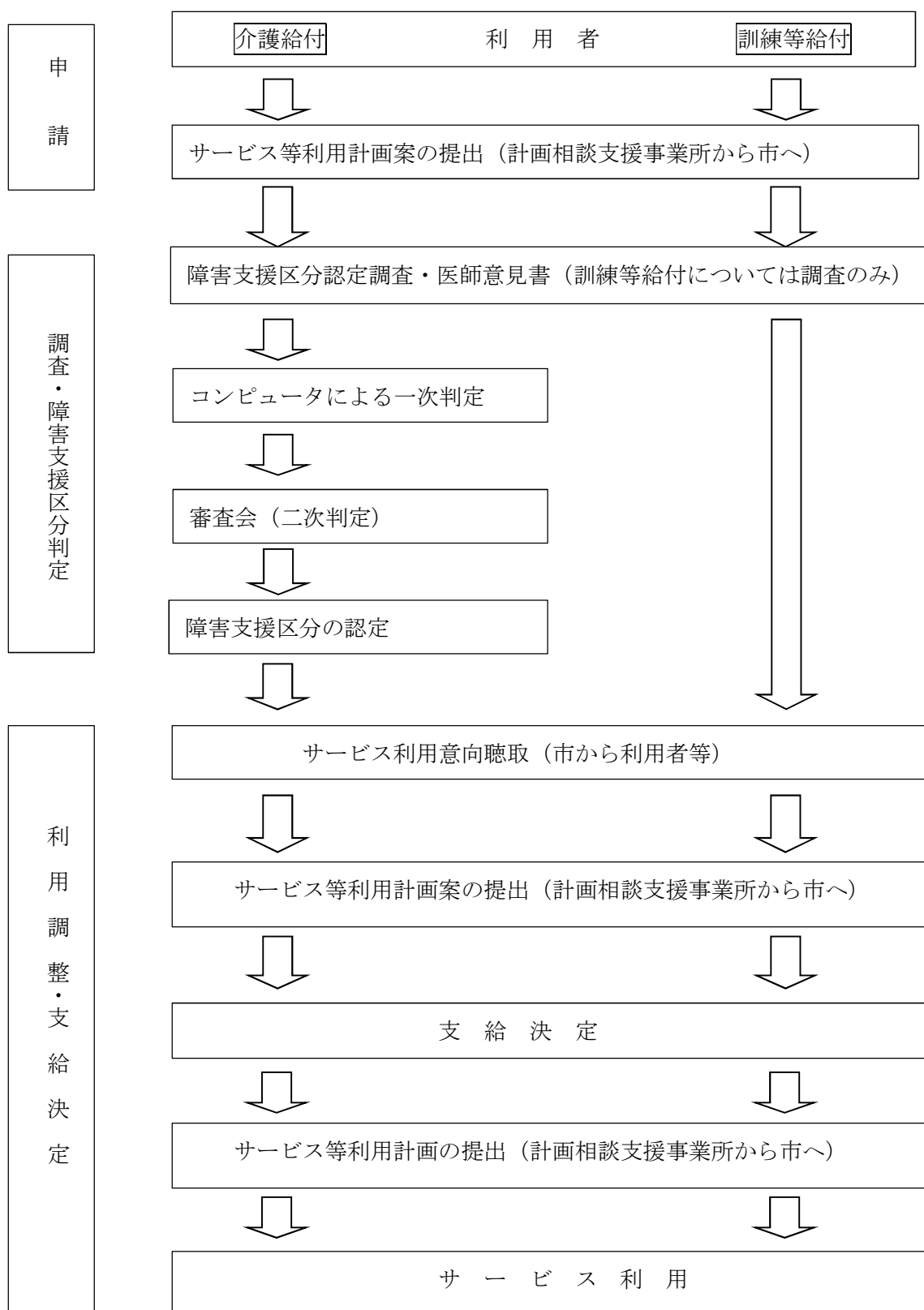
3 障害福祉サービスの申請から支給決定までの流れ（図1）

市では、障害福祉サービスの申請から支給決定まで、現行は約75日要しています。なお、サービスの利用開始については必要な連絡をいたします。

4 障害支援区分認定調査

障害福祉サービスの利用について、その支給を受けるためには、（図1）の流れで決定されます。障害福祉サービスの支給の可否や種類、支給量を決めていく上で障害支援区分認定が必要となります。障害支援区分の判定等のため、市の認定調査員が申請のあった本人及び保護者等と面接をし、認定調査を行います。

(図1) 障害福祉サービスの申請から支給決定までの流れ



5 東大阪市障害支援区分認定審査会による障害支援区分の判定と支給決定について

市は、認定調査と医師意見書を基に、コンピュータによる一次判定を行います。この一次判定結果を原案として、特記事項と医師意見書の内容を総合的に勘案して、審査会による二次判定を行い、障害支援区分を判定します。このように、支給申請が行われたときは、申請者の障害支援区分又は障害の種類及び程度、障害者等の介護を行う者の状況、障害者又は障害児の保護者の介護給付費等の受給の状況、サービス等利用計画案その他の厚生労働省令で定める事項等、以下に示す勘案事項を踏まえて、支給の可否を決定します。また、支給決定を行う場合には、支給決定の有効期間及び障害福祉サービスの種類ごとに月を単位として厚生労働省令で定める期間において介護給付費等を支給する障害福祉サービスの量（以下「支給量」という。）を定めます。

【勘案事項】

- 1 障害者等の障害支援区分又は障害の種類及び程度その他の心身の状況
- 2 障害者等の介護を行う者の状況
- 3 障害者等に関する介護給付費等の受給の状況
- 4 申請にかかる障害児が現に障害児通所支援又は指定入所支援を利用している場合にはその利用状況
- 5 申請にかかる障害者が現に介護保険法の規定による保険給付に係る居宅サービスを利用している場合には、その利用状況
- 6 当該障害者等に関する保健医療サービス又は福祉サービス等（3から5までを除く）の利用の状況
- 7 当該障害者等又は障害児の保護者の障害福祉サービスの利用に関する意向の具体的内容
- 8 当該障害者等が置かれている環境
- 9 当該申請にかかる障害福祉サービスの提供体制の整備の状況

6 障害支援区分と利用できる障害福祉サービスとの関係

障害支援区分認定の有効期間は3年間を基本としています。ただし、障害者の心身の状況から状態が変動しやすいと考えられる場合等においては、審査会の意見に基づいて3ヶ月以上3年未満の範囲の有効期間となる場合があります。それぞれの障害福祉サービスを受けるには色付けした障害支援区分の認定が必要です。

| 障害福祉サービス | 非該当 | 区分1 | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 居宅介護 | | | | | | | |
| 重度訪問介護 | | | | | | | |
| 同行援護 | | | | | | | |
| 行動援護 | | | | | | | |
| 療養介護 | | | | | | ※1 | |
| 生活介護 | | | ※2 | | | | |
| 短期入所 | | | | | | | |
| 重度障害者等包括支援 | | | | | | | |
| 施設入所 | | | | ※3 | | | |
| 共同生活援助※4 | | | | | | | |

※1 筋ジストロフィー患者または重症心身障害者は障害支援区分5以上

※2 50歳以上の方は障害支援区分2以上

※3 50歳以上の方は障害支援区分3以上

※4 入浴、排せつ又は食事等の介護を伴う場合は、障害支援区分の認定（非該当～障害支援区分6）が必要です。

◆ 上記の表にない障害福祉サービスは、障害支援区分なしで決定できます。

◆ 同行援護は、障害支援区分なしで決定できます。ただし、障害支援区分3以上の人は加算がつきます。

7 支給決定に関する有効期間

支給決定に関して、以下の決定についてはそれぞれに有効期間が存在します。

- 障害支援区分（障害支援区分が不要なサービスもあります）
- サービス及び支給量
- 利用者負担（所得の確認があります）
- モニタリング実施期間（実施月）※計画相談支援を受けている場合

| 決定内容 | 有効期間 |
|---|---|
| 障害支援区分 | 3年 |
| 生活介護・療養介護・施設入所・共同生活援助・就労継続支援A型、就労継続支援B型の50歳以上 | 3年 |
| 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・短期入所・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援B型の50歳未満・就労定着支援・自立生活援助、地域定着支援 | 1年 |
| 地域移行支援 | 6ヶ月 |
| 利用者負担（上限月額） | 3年決定のサービスのみを受けている方 →毎年6月末日まで決定 1年決定のサービスを受けている方 →サービスの末日まで決定 |
| 計画相談支援 | 原則 サービスの末日まで 例外 毎月モニタリングの場合は1年決定 |
| 地域生活支援事業（移動支援事業など） | 毎年6月末日まで決定 |

※引き続き支給決定を受けるには、それぞれの有効期間内に更新の申請が必要です。

※年齢やサービスの組み合わせにより、有効期間が異なる場合もあります。

また、65歳到達など年齢によって上記表より有効期間が短いケースもあります。

6月末所得更新について

障害福祉サービス及び地域生活支援事業（移動支援事業など）については、サービスの利用料自己負担上限額を定める所得区分を設定するために、毎年6月末までに更新の手続きをお願いしています。その際、6月末にサービスの有効期間や障害支援区分の有効期間が終了する方については、それらについても合わせて更新の手続きをお願いしています。計画相談支援事業所及び障害福祉サービス提供事業所等においては、更新忘れが生じないように留意してください。

※65歳到達など、年齢により有効期間が短いケースもあります。

※モニタリング実施月の決定について

例) 計画相談支援（有効期間） 平成29年1月1日～12月31日

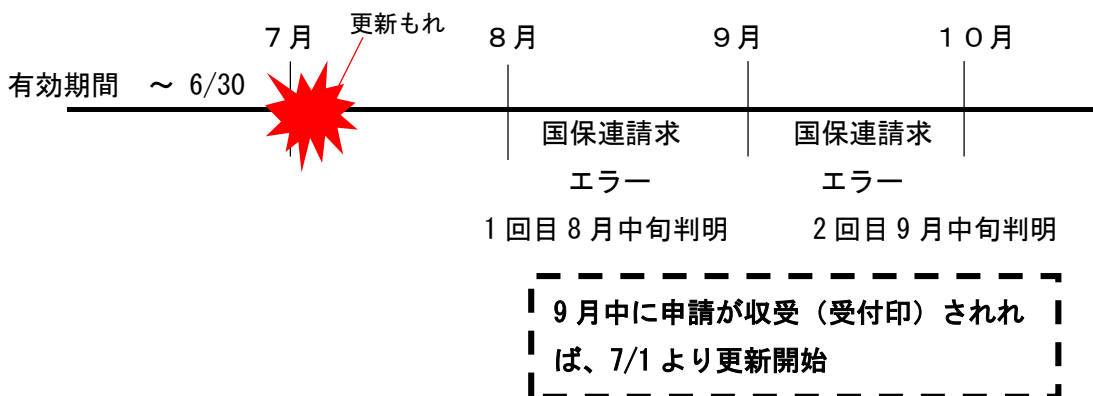
モニタリング実施期間 3カ月毎（3月、6月、9月、12月）

→モニタリング実施月には、事業者は、本人のサービスの利用状況を検証し、サービスを受けた結果や本人の心身の状況・環境・意向その他を勘案し、計画の見直し等を行います。（P47 第3章「4 計画相談支援・モニタリング」を参照）

Q1 障害福祉サービスの支給決定有効期間内に更新申請を忘れた場合は、どうなりますか。

回答 障害福祉サービス及び地域生活支援事業の一部（移動支援事業など）は、障害支援区分の認定期間や支給決定の有効期間が定まっており、更新がなされなかった時は、障害福祉サービスを利用することができません。障害福祉サービス事業所等においては、サービス利用者の受給者証によって、障害支援区分の認定期間、支給決定の有無、支給決定の有効期間、支給量等の受給資格の確認を必ず行い、有効期間内の更新申請をお願いいたします。

なお、市では、特例的に有効期間終了日から3ヶ月を経過する日の属する月の末日までに当市で収受（受付印が押されること）していれば、有効期間終了日の翌日から開始を可とする対応を行っています。それ以降の申請については、収受（受付日）の属する月の1日からの有効期間開始としています。



8 支給決定の有効期間の開始日

支給決定については、申請の種類によって原則、以下のとおりとなります。

<有効期間の開始日>

| 申請の種類 | 支給決定の有効期間の開始日 | |
|-------|--|--|
| 新規 | 障害支援区分 | 認定審査会の日以降（2人派遣等は除く） |
| | 障害福祉サービス 地域移行支援、地域定着支援 地域生活支援事業 | 受付日から7日以降の希望の日 （2人派遣等は除く） 例）受付日：2月1日（金） 開始日：2月8日（金） |
| | 計画相談支援、就労定着支援 | 受付日から （ただし、受付日以降で様式18号に希望の日の記載がある場合は、希望日から） |
| | （障害児）障害福祉サービス | 受付日から7日以降の日（要訪問調査） |
| 変更 | 障害福祉サービス （計画相談支援含む） 地域生活支援事業 | 受付日の属する月の翌月1日、または受付月の1日から （2人派遣等は除く） <例外> 短期入所の日数変更は受付月から変更可能 |
| 追加 | 居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援、短期入所 | 受付日から7日以降の希望の日 （2人派遣等は除く） |
| | 生活介護、療養介護、施設入所、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）、共同生活援助、自立生活援助、地域移行支援、地域定着支援 | 受付日から7日以降の希望の日 （ただし、事業所の受入れが可能な場合のみ） |
| | 計画相談支援、就労定着支援 | 受付日から （ただし、受付日以降で様式18号に希望の日の記載がある場合は、希望日から） |

【注意】

ただし、訪問調査等の結果、上記表のとおりとならない場合があります。

9 支給決定基準に基づく支給量について

障害支援区分やサービスの種類によって、支給決定時間の上限が決まっています(表1)。本上限のもと、サービス利用計画の作成にあってください。

なお、個々の状況を勘案した支給量の決定(P 3 9 「Q 3 8 非定型ケースの支給量」、P 4 0 「2 介護保険制度との適用関係」) もご参考ください。

(表1) 支給決定基準に基づく支給量について

| | 障害支援区分 | 居宅介護 | 重度訪問介護 | うち移動加算 | 行動援護 |
|-----|--------|------|--------|--------|------|
| 障害者 | 区分1 | 20時間 | | | |
| | 区分2 | 28時間 | | | |
| | 区分3 | 36時間 | | | |
| | 区分4 | 44時間 | 127時間 | 50時間 | 60時間 |
| | 区分5 | 52時間 | 184時間 | | |
| | 区分6 | 60時間 | 230時間 | | |
| 障害児 | 区分1 | 44時間 | 127時間 | 50時間 | 50時間 |
| | 区分2 | | 184時間 | | |
| | 区分3 | | 230時間 | | |

| | | |
|---------|------|------|
| 視覚障害者・児 | 同行援護 | 80時間 |
|---------|------|------|

| | | |
|-------|--------|------|
| 介護上乗せ | 居宅介護 | 20時間 |
| | 重度訪問介護 | 50時間 |

(グループホーム入居者関係)

| | |
|------------|------|
| 行動援護 | 50時間 |
| 帰省中の居宅介護 | 10時間 |
| 通院等介助(月2回) | 16時間 |

【日中活動サービスの支給決定日数(原則日数)について】

日中活動サービス等の支給決定日数は、各月の日数から8日を控除した日数(以下「原則の日数」と言う。)を上限としています。

*対象サービス・・・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(A型・B型)

【原則の日数の具体例】

- ・月の日数が30日の月(4月や6月など)・・・1ヶ月あたりの上限日数は22日
- ・月の日数が31日の月(1月や3月など)・・・1ヶ月あたりの上限日数は23日

【例外1】

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

【例外2】

2つ以上の日中活動サービス等の決定を持ち、2ヶ所以上の事業所への通所を行っている利用者については、各々のサービス事業所へ通所する利用日が固定的である場合に限り、日中活動サービス等の支給決定日数の総計の上限を25日までとします。

(例) 生活訓練と就労継続支援B型の支給決定がある利用者が次のように通所する場合

- ・生活訓練への通所 月曜日・水曜日・金曜日（週に3日）
- ・就労継続支援B型への通所 火曜日・木曜日（週2日）

このような場合、支給決定は次のようになり、合計が1ヶ月あたり25日になります
が認められます。

- ・生活訓練 1ヶ月あたり15日（3日×5週で計算）
- ・就労継続支援B型 1ヶ月あたり10日（2日×5週で計算）

【例外3】

利用者の状態が、「心身の状態が不安定である」、「介護者が不在で特に支援の必要がある」などの理由で、本市が必要と判断した利用者については、「原則の日数」を超える支給決定を行います。ただし、この決定を行う利用者については、計画相談支援の支給決定を受けているもしくは受ける方であり、市が必要と判断するための資料として「理由書」の提出が必要です。

Q2 原則日数を超えるサービス利用が必要な場合において、「計画相談支援の支給決定を受けているもしくは受ける方」が条件となっていますが、セルフプランは可能ですか。

回答 現時点では、計画相談支援の支給決定を受けている（受ける）方となります。

Q3 生活介護事業と就労継続支援B型の併給は可能ですか。その際にはどんなことに注意すれば良いですか。

回答 併給は可能です。ただし、同一法人の事業所を利用すること及び2つの事業の通所日が重複することは認められていません。また原則日数のルールにも気をつけてください。

日中活動事業の併給の可否について、原則は以下の表のとおりです。

| | 自立訓練 | 就労移行支援 | 就労継続支援 A 型 | 就労継続支援 B 型 | 生活介護 | 一般就労企業等での雇用 |
|------------|------|--------|------------|------------|------|-------------|
| 自立訓練 | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 就労移行支援 | | | × | × | ○ | × ※2 |
| 就労継続支援 A 型 | | | | ○ | ○ | × ※1 |
| 就労継続支援 B 型 | | | | | ○ | × ※1 |
| 生活介護 | | | | | | ○ |

※1 就労継続支援は、一般就労が困難な方に対し必要な訓練を行う支援です。しかし、一般就労を短時間・短期間からフルタイムへと伸ばしていくためや、継続していくという目的を持って、そのために訓練や体力づくりを必要とするのであれば、就労継続支援をどのように活用し、いつごろをめどに目的達成に持っていくのかを計画（セルフプランを含む）の中で明確にしてください。漫然と長期にわたって決定することは認めていません。

一方で、一般就労を継続していくための日常的な相談や生活支援、日常生活能力の訓練については、自立訓練や生活介護という形で、一般就労との併給を認めています。

※2 利用者が就労支援の利用を経て就労した後は、引き続き当該就労支援を利用し就労移行支援サービス費を算定することはできない（施設外支援の対象となるトライアル雇用の期間を除く）。ただし、利用者の状態によって、就労移行支援事業所で引き続き訓練を受けながら働くことが、勤務時間や労働日数を増やすことにつながる場合や、新たな職種への就職を希望しており、就労移行支援の利用が必要である場合などもあることから、市が、利用者が就職したことを把握した上で、就労中の就労移行支援の必要性が認められると判断し、**改めて就労移行支援の利用について支給決定を行った場合に限り**、就職した後も**新たに就労移行支援を利用**することを可能とします。（令和元年 11 月 5 日付け障障発 1105 第 1 号障害福祉課長通知）

＜支給決定を行うにあたり、勘案する事項＞

- ①就労移行支援を利用することにより、勤務時間や労働日数を増やすこと、又は新たな職種へ就職することにつながるか否か。
- ②働きながら就労移行支援を利用することが利用者の加重的な負担にならないか。
- ③他のサービスや支援機関ではなく、就労移行支援を利用することが適当であるか否か。

【参考】障害福祉サービスに係る Q&A（指定基準・報酬関係）（VOL.2）（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡平成19年12月19日）

「問8 一般就労に移行した利用者が、当該就労を行わない日に日中活動サービスを利用することができるか。

（答）

1. 基本的に、障害福祉サービス事業所等の利用者が一般就労へと移行した場合、その後は日中活動サービスを利用しないことが想定されている。
2. しかし、現実としては非常勤のような形態によって一般就労する利用者もおり、このような利用者については、一般就労を行わない日又は時間に日中活動サービスを利用する必要がある場合も考えられることから、以下の条件を満たした場合には、日中活動サービスの支給決定を行って差し支えないこととする。
 - ①一般就労先の企業の中で、他の事業所等に通うことが認められている場合
 - ②当該利用者が日中活動サービスを受ける必要があると市町村が認めた場合
3. この件については、特に日中活動サービスを受ける必要のない者もいると考えられることから、各市町村は利用者の状態によって、その必要性について精査した上で、決定しなければならない。

10 支給決定の取消しについて

以下に該当する場合、市は支給決定を取り消すことができます。

- ①サービスを利用する必要がなくなったとき
- ②他の市町村に住所を有することとなったとき（居住地特例が適用される場合を除く。）
- ③障害者が支給要否決定に必要な調査に応じないとき
- ④支給決定の申請又は支給決定の変更の際に、虚偽の申請をしたとき

11 転入時の取扱いについて

①障害支援区分認定の取扱い

他市町村で障害支援区分の認定を受けている方は、東大阪市に転入してから14日以内に、障害支援区分認定証明書を添えて支給申請をお願いします。原則、証明書の内容を

もって障害支援区分を認定し、転出元市町村で認定された有効期間の満了日までを有効とします。

②支給決定の取扱い

転入者は、転入後14日以内に、東大阪市の住民基本台帳担当窓口に入居届を行うとともに、転出元市町村から交付を受けた関係書類を添えて障害福祉認定給付課へ支給申請をしてください。実際に転入した14日以内に支給申請があれば、サービス利用の継続に支障がないよう、支給決定を行います。それ以降の支給申請の場合は、受付日からの支給決定を行います。

支給決定の実施主体が、転出元市町村から東大阪市に変更となります。(居住地特例は、除く。)

例) 12月1日に転入届を提出した時は、12月15日までが14日以内となります。

12 転出時の取扱いについて

転出者は、実際に転出する何日か前までに東大阪市の住民基本台帳担当窓口に入居届を行うとともに、障害福祉認定給付課に転出する旨の申請(様式1号)をお願いします。

※注意

居宅介護など市町村によって支給決定基準等が異なるサービスを利用している場合、市町村で必ずしも同様の支給決定がなされるものではありません。

詳細は、転入出先の市町村へご確認をお願いします。

第2章 障害福祉サービス等の種類・内容・対象者

(1) 居宅介護

【サービスの内容】

障害者等につき、居宅において入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行う。

【対象者】

障害支援区分が区分1以上である者。ただし、通院等介助（身体介護を伴う場合）にあつては、下記のいずれにも該当するもの。

- ① 区分2以上に該当していること。
- ② 障害支援区分の認定調査項目のうち、それぞれ(ア)から(オ)までに掲げる状態のいずれか一つ以上に認定されていること。
 - (ア)「歩行」 「全面的な支援が必要」
 - (イ)「移乗」 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
 - (ウ)「移動」 「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
 - (エ)「排尿」 「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
 - (オ)「排便」 「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

Q4 育児をする親が十分に子どもの世話ができないような障害者である場合の、居宅介護（家事援助）及び重度訪問介護の業務に含まれる「育児支援」にはどのような支援が想定されていますか。

回答 育児支援の観点から行う「沐浴や授乳等」であり、具体的には、乳児の健康把握の補助、児童の健康な発達、特に言語発達を促進する視点からの支援、保育所・学校等からの連絡帳の手話代読、助言、保育所・学校等への連絡援助を想定しています。その他利用者である親へのサービスと一体的に行う子ども分の掃除・洗濯・調理、利用者である親の子どもが通院する場合の付き添い及び通園（保育所・幼稚園）する場合の送迎が含まれます。

これらは、利用者である親が本来家庭で行うべき養育を代替するものであり、次の

①～③全てに該当する場合に必要な応じて対象範囲に含めます。

- 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
- ②利用者（親）の子どもが一人では対応できない場合
- ③他の家族等による支援が受けられない場合

Q5 障害児に対して居宅介護を決定する場合とはどのようなときですか。

回答 ヘルパーの派遣の対象は、重度の障害児の属する家庭であって、障害児又はその家族が障害児の入浴等の介護、家事等の便宜を必要とする場合であり、以下のような場合が想定されます。

- ① 児童が多動（常時の見守りを要する程度）であったり身体が大きいために、入浴時にヘルパーの手伝いが必要。
- ② 概ね中学生年齢以上の児童に対して入浴時に同性介助が望ましい場合。
- ③ 医療的ケアが必要で家族だけでは介助できないために、入浴時にヘルパーの手伝いが必要。
- ④ 医療的ケアが必要な障害児などで、介護を行っている保護者の介護時間を確保するための家事援助（保護者が医療的ケアの必要な障害児を介護している間、代わって買い物等の家事援助を行う場合など）
- ⑤ 保護者自身に障害や疾病があること等により、当該障害児の養育が困難な状態にある場合の介護・家事援助など（手帳・診断書等の確認が必要）
- ⑥ 保護者が毎週通院するため、その数時間の間、障害児の介護を行う場合（要診断書等）
- ⑦ 家庭に障害児が2人おり、保護者が1人を病院や訓練等に連れて行く間、もう1人の介護を居宅で行う場合
- ⑧ 家庭における養育力が欠如している場合（家庭児童相談室が支援に関わっているケースの場合がこれに当たる。支援の一環として居宅介護の支給決定を必要とする場合、支援機関のカンファレンス結果を別途提出（様式集⑩）。）

Q6 居宅介護サービスの内容について対象とならないサービスとはどんなものですか。

回答 I 商品の販売・農作業など正業の援助的な行為

II 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為。

- ① 利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ② 主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ③ 来客の応接（お茶、食事の手配等）
- ④ 自家用車の洗車、清掃 等

III 「日常生活の援助」に該当しない行為

- ① ヘルパーが行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為
草むしり 花木の水やり 犬の散歩等ペットの世話 等
- ② 日常的に行われる家事の範囲を超える行為
 - ・ 家具や電気器具等の移動、修繕、模様替え
 - ・ 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
 - ・ 室内外家屋の修理、ペンキ塗り

- 植木の剪定等の園芸
- 正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

Q7 清潔保持を目的で銭湯・スーパー銭湯に行く時に身体介護で請求はできますか。

回答 自宅にお風呂がないかそれに類する状況（故障等）、また自宅にお風呂はあるもののヘルパーが支援をするには十分でない状況がある（以下に具体例を示します）等やむを得ない事由があるときは身体介護で自宅外での入浴支援が可能です。なお、居住地を1か所と定めるため、居住地となりえる他の場所での居宅介護サービスは利用できません。

余暇活動として銭湯・スーパー銭湯で入浴を行うときは移動支援事業の対象となります。その際は実績記録票に「余暇活動」等、目的の記載が必要です。

※居宅内に入浴設備はあるものの支援するには十分ではないと考えられる状況

- 浴室に入るにあたって、利用者が壁・扉などに頭をぶつける等、利用者が怪我をする恐れがある場合。
- 浴室において、座位保持が出来ないような利用者が、壁・扉などに頭をぶつける等怪我をする恐れがある場合。
- 浴室において、越えるのが難しい段差があるなど、利用者に転倒の危険がある場合。
- 浴室が狭く、支援者が安全に支援を行うことが出来ない場合。
- その他、支援を安全に行うことが出来ないとして市において判断された場合。

Q8 精神障害者のホームヘルプサービスにおける家事支援の考え方はどうなりますか。また他の障害はどのように考えれば良いですか。

回答 国のQ&Aによると「一緒に家事を行うと言っても、ただ傍らに立って見守っているだけであれば家事援助になるだろうし、ヘルパーが利用者に手を添えて家事と一緒にを行うということであれば身体介護とみなすことが可能である」となっています。支給決定においては対象者の状況に十分配慮し、支援目的と照らし合わせてどういう業務（関わり）が中心になるかで判断することとなります。精神障害者以外に行う家事支援は、家事援助とみなします。

Q9 精神障害者と一緒に買物に行く場合は身体介護で算定できますか。

回答 基本的に買物・外出は身体介護ではありません。精神障害者の場合も、一緒に買物に行く場合であっても家事援助での算定となります。

Q10 通院等介助は、医療機関内での支援も算定として認められますか。

回答 医療機関内での移動等の介助は、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものですが、障害の状態や特性等から院内での支援を必要とする場合は算定対象として認めています。適切なアセスメント等を行った上で、①院内スタッフ等による対応が難しく、②利用者が介助を必要とする心身の状態であること等、以下の例が考えられます。

例)・院内の移動に介助が必要な場合

- ・知的、行動障害等のため見守りが必要な場合
- ・排泄介助を必要とする場合

また、通院の介助は、同行援護や行動援護により行うことも可能です。

Q11 通院等介助が使える対象機関にはどのようなものがありますか。

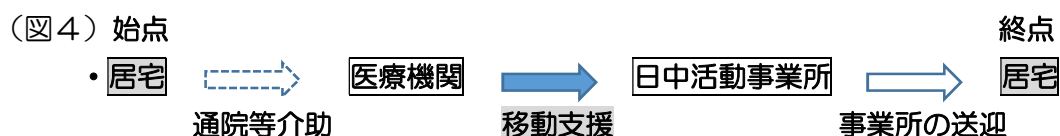
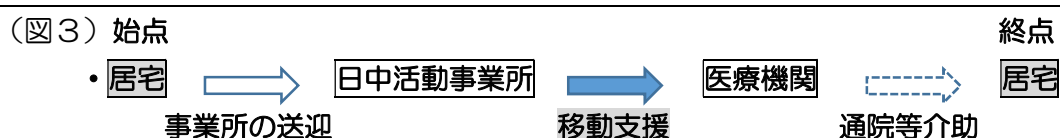
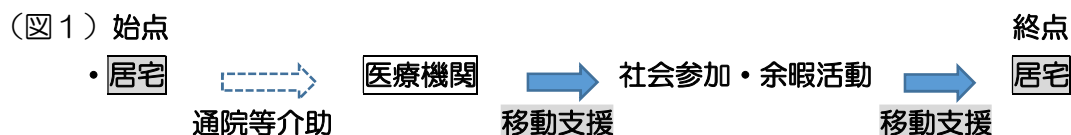
回答 医療保険点数（保険治療）で請求可能な医療機関が対象となります。例えば、精神科のデイケアや整骨院・接骨院・鍼灸院（保険治療部分）も保険適用となるので該当しますが、民間療法（施療院、サロン等）は該当しません。また、公的手続又は相談のために官公署を訪れる場合も含まれます。具体的には、国、都道府県、市町村、外国公館の各機関、さらに相談のために指定相談支援事業所を訪れる場合及び相談の結果、見学のために紹介された指定障害福祉サービス事業所を訪れる場合も含まれます。

Q12 通院等介助の支援では、支援者が運転して通院を行うことができますか。

回答 支援者自身が運転する場合、運転中は支援できないので算定できません。なお、支援者が従事する事業所関連の車両を利用する場合は、事故時の対応を考慮してサービス適用はふさわしくありません。タクシーや福祉有償車両は適用可能です。

Q13 移動支援事業と通院等介助の併用ができる組み合わせは。

回答 居宅介護（通院等介助）は、自宅発着が原則のサービスですが、以下の組み合わせについてのみ例外的に認めています。



Q14 同時に2人の居宅介護従事者からサービスの提供を受ける場合の要件は何ですか。

回答 利用者の同意を得ている場合であって、次の1～3までのいずれかに該当する場合があります。

- ①障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合
- ②自傷他害行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③その他障害者や家族等の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合

事例としては、「体重が重たい利用者に入浴介助等の重介護を内容とする居宅介護を提供する場合」や「エレベーターのない建物の2階以上の居室から歩行困難な利用者を外出させる場合」が該当します。また、ヘルパー複数派遣の支給決定は、障害の要件を満たし、事業所及び介護者等からの理由書（次ページ参照）の提出が行われ、市が認めた場合となります。また、2人派遣で決定した時間は原則2人派遣で対応して下さい（急遽ヘルパーが用意できない事態が発生した場合はこの限りではありません）。

【対象となる障害福祉サービス】

居宅介護、重度訪問介護、重度訪問介護加算移動、行動援護、同行援護、移動支援

「ヘルパー複数派遣にかかる理由書」作成上の留意点

同時に2人の居宅介護等従業者からサービスの提供を受ける場合の要件は以下のとおりです。
利用者・介護者の同意を得ている場合であって、次の1から3までのいずれかに該当する場合となります。

- 1 障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難と認められる場合
- 2 自傷他害行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- 3 その他障害者等の状況等から判断して、1または2に準ずると認められる場合

事例としては、「体重が重たい利用者に入浴介助等の重介護を内容とする居宅介護を提供する場合」や「エレベーターのない建物の2階以上の居室から歩行困難な利用者を外出させる場合」となります。

ヘルパー複数派遣の支給は、障害の要件を満たし、事業所及び介護者等からの理由書提出が行われ、市が認めた場合に決定されます。理由書は作成留意事項を参照のうえ作成し、変更申請書とともに提出が必要です。また、支給決定後のサービス提供は、ヘルパー複数派遣時間分は原則として、2人での介護を行うことが必要となります。

作成留意事項

〔事業所提出分〕

- 作成日 事業所所在地 事業所名（印）
- 管理者（施設長）名またはサービス提供責任者名（印）
- 問合せ担当者名と連絡先
- 利用対象者氏名及び生年月日（年齢）・性別
- 障害手帳： 身体障害者手帳：種別○種 総合等級○級 手帳障害名（級）
療育手帳：A B1 B2 精神保健福祉手帳：1 2 3級
※申請理由にかかる主たる障害者手帳（写）を添付のこと
- 障害支援区分：区分○
- 生活の場所：□自宅 □GH □入所施設 □その他（ ）
- 複数派遣が必要なサービス
 - 居宅介護（身体介護） □居宅介護（通院等介助） □重度訪問介護
 - 重度訪問介護加算移動 □行動援護 □同行援護 □移動支援
- 利用対象者の身体の状態：身長 体重 四肢・体幹・関節機能
- 障害の状態像（生活面 コミュニケーション面 行動面 その他配慮を要すること）
- 居住事情に起因する介護状況（バリアフリーの状況）
- 複数派遣提供時の具体的支援内容（入浴介助、通院等介助、遠距離の移動等）とその期間
- 介護者・家族の有無とその状況（介護者の年齢・健康状態）

〔本人または
介護者提出分〕

- 作成者氏名（印）及び利用対象者氏名と続柄
- 利用対象者の状態像（概要）
- 複数派遣が必要となる場面とその期間
- これまでの介護状況

Q15 居宅介護の申請をするときには、事前に利用する事業所の確保ができていなければいけませんか。

回答 居宅介護は、需要と供給の関係が一定確保されているので、事業所確保の確認は不要です。一方で、生活介護等の通所事業所や行動援護、8日を越える短期入所などの場合は、事業所側の受け入れ体制確保が必要なことから事前の受け入れ調整が必要です。

Q16 身内に対して、事業として居宅介護や移動支援事業の提供はできますか。

回答 自立支援給付事業では、同居家族（配偶者、2親等以内の親族、2親等以内の姻族）に対する支援は認めていません。一方、地域生活支援事業の移動支援事業については、同居、別居を問わず、家族（配偶者、2親等以内の親族、2親等以内の姻族）に対する支援を認めていません。＊2親等以内の親族・姻族とは、配偶者、子、（義理）両親、（義理）兄弟姉妹、（義理）祖父母などです。

Q17 居宅介護の「2時間ルール」とはなんですか。

回答 居宅介護（身体介護、家事援助）は、概ね2時間以上の間隔があいた場合（例えば、身体30分—空白2時間30分—身体2時間、家事1時間—空白2時間—家事1時間30分）に、支援が可能です。なお、身体の状態等により、短時間の間隔で短時間の滞在により複数回の訪問を行わなければならない場合や、別の事業者の提供する居宅介護との間隔が2時間未満である場合はこの限りではありません。

（2）重度訪問介護

【サービスの内容】

重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって、常時介護を要するものにつき、居宅において入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行うとともに、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設又は介護医療院（以下「病院等」と言う。）に入院又は入所している障害者に対して、意思疎通の支援その他の必要な支援を行う。

【対象者】

障害支援区分4以上（病院等に入院又は入所中のものが利用する場合は区分6以上）であって、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する者。

(ア) 次の(一)及び(二)のいずれにも該当していること。

(一) 二肢以上に麻痺があること。

(二) 障害支援区分の認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「支援が不要」以外と認定されていること。

(イ) 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10

点以上である者（[表2参照](#)）。

ただし、現行の日常生活支援の利用者のサービス水準の激変緩和を図る観点から、以下の経過措置を設ける。

平成18年9月末現在において日常生活支援の支給決定を受けている者であって、上記の対象者要件に該当しない者のうち、

- ① 障害支援区分が区分3以上で、
- ② 日常生活支援及び外出介護の月の支給決定時間の合計が125時間を超える者については、当該者の障害支援区分の有効期間に限り、重度訪問介護の対象とする。

なお、重度訪問介護サービス費の加算対象者については、それぞれ下記の要件を満たす者とする。

- ① 100分の8.5 区分6に該当する者
- ② 100分の15 (ア)に該当する者であって、重度障害者等包括支援の対象となる者。

(表2) 重度訪問介護、行動援護及び重度障害者等包括支援の判定基準票

| 行動関連 項目 | 0点 | | | 1点 | | 2点 | |
|------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------|-----------------------|---|
| | 日常生活に支障がない | | | 特 定 の 者 | 会 話 以 外 の 方 法 | 独 自 の 方 法 | コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン で き な い |
| コミュニケーション | 日常生活に支障がない | | | 特 定 の 者 | 会 話 以 外 の 方 法 | 独 自 の 方 法 | コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン で き な い |
| 説明の理解 | 理解できる | | | 理解できない | | 理解できているか判断できない | |
| 大声・奇声を出す | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 異食行動 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 多動・行動停止 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 不安定な行動 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 自らを傷つける行為 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 他人を傷つける行為 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 不適切な行為 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 突発的な行動 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| 過食・反すう等 | 支 援 が 不 要 | 希 に 支 援 が 必 要 | 月 に 1 回 以 上 | 週1回以上の支援が必要 | | ほぼ毎日(週5日以上の)支援が必要 | |
| てんかん | 年1回以上 | | | 月に1回以上 | | 週1回以上 | |

Q18 重度訪問介護の移動加算はどんな場面で使えますか。

回答 決まりは特にありません。日常のスーパーでの買物、通院、舞洲スポーツセンター等の余暇活動など、どれにも当てはまります。利用者の希望に沿ったプラン立てが必要です。

Q19 重度訪問介護を入院時利用する際、気をつける点はどこですか。

回答 病院等に入院・入所する前から重度訪問介護を利用している障害支援区分6の方が対象となります。入院中の利用者が病院等の職員と意思疎通を図る上で必要な支援等を基本としますが、意思疎通の支援の一環として、例えば、適切な体位交換の方法を病院等の職員に伝えるため、重度訪問介護従事者が病院等の職員と一緒に直接支援を行うことも想定されています。なお、喀痰吸引等の医療的ケアは支援には入りません。

Q20 障害支援区分が区分6で重度訪問介護の決定を持っていますが、地域生活支援事業の入院時コミュニケーション支援事業を併用して利用できますか。

回答 重度訪問介護と入院時コミュニケーション支援事業との併用を妨げるものではありません。ただし、重度訪問介護については、在宅での支援に必要なサービス量を決定しています。在宅から入院・入所が変わったことで必要な支給量が大きく変わることは考えにくく、併用の必要性については事情をお聞きした上で慎重に検討させていただきます。

(3) 同行援護

【サービスの内容】

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の当該障害者等が外出する際の必要な援助を行う。

【対象者】

同行援護調査アセスメント調査票による、調査項目中「視力障害」、「視野障害」及び「夜盲」のいずれかが1点以上であり、かつ、「移動障害」の点数が1点以上の者。

*障害支援区分の認定を必要としないものとする。

なお、同行援護サービス費の加算対象者については、それぞれ下記の要件を満たす者とする。

- ① 100分の20 区分3に該当する者
- ② 100分の40 区分4以上に該当する者
- ③ 100分の25 盲ろう者

Q21 同行援護で通院はできますか。通勤、通学、通所は利用できますか。

回答 同行援護のサービス内容には通院等介助や宿泊時支援を含み、サービスの始点・終点は居宅以外でも利用可能です。しかし「経済活動に係る外出」や「通年かつ長期にわたる外出」（通勤、通学、通所等）については、利用できません。行動援護も同様の取扱いになります。

(4) 行動援護

【サービスの内容】

知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排泄及び食事等の介護その他の当該障害者等が行動する際の必要な援助を行う。

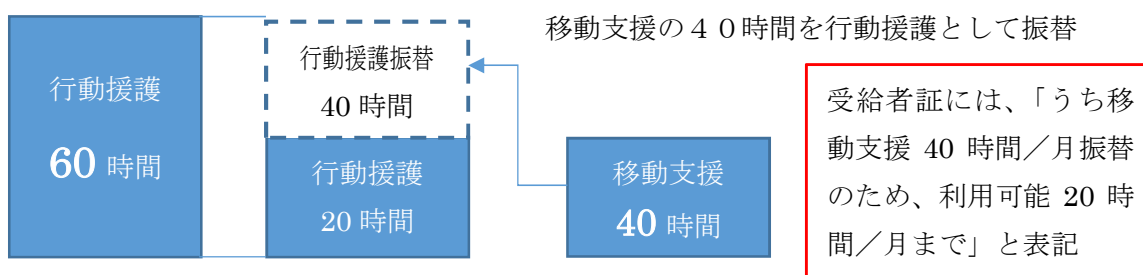
【対象者】

障害支援区分が区分3以上であって、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上である者。

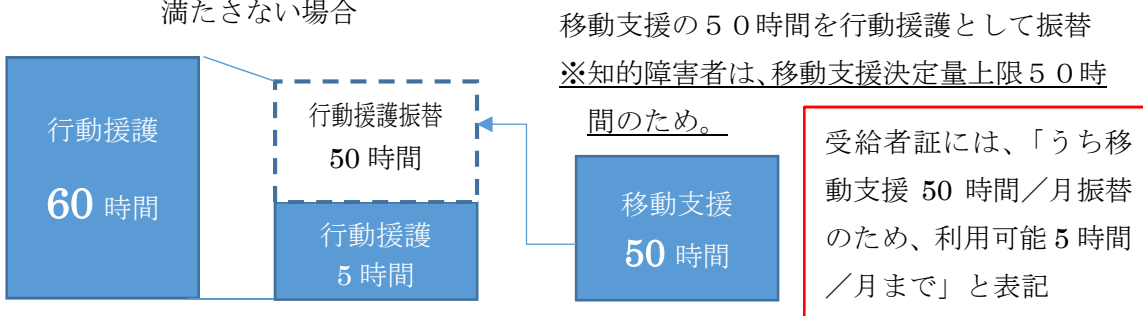
Q22 移動支援事業と行動援護は併給支給できますか。

回答 行動援護と移動支援の併給は出来ません。どちらかの支給決定しか持つことが出来ません。しかしながら、行動援護従業者数が限られていることからどうしても支給量を満たすことができない場合のみ、残りの時間を移動支援ヘルパーで振り替えて契約をすることは可能です<ケース1>。ただし、移動支援の支給決定基準に基づく支給量を超えての振替はできません<ケース2>。

<ケース1> 行動援護60時間（知的障害者）の決定支給量の場合で40時間支給量満たさない場合



<ケース2> 行動援護60時間（知的障害者）の決定支給量の場合で55時間支給量満たさない場合



(5) 療養介護

【サービスの内容】

病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障害者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を行う。また療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。

【対象者】

病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者として次に掲げるもの。

- ① 筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害支援区分が区分6の者。
- ② 筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害支援区分が区分5以上の者。

(6) 生活介護

【サービスの内容】

障害者支援施設その他の以下に掲げる便宜を適切に供与することができる施設において、入浴、排泄及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他必要な援助を要する障害者であって、常時介護を要するものにつき、主として昼間において、入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行う。

【対象者】

地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要なものとして次に掲げる者。

- ① 障害支援区分が区分3（障害者支援施設に入所する場合は区分4）以上である者。
- ② 年齢が50歳以上の場合は、障害支援区分が区分2（障害者支援施設に入所する場合は区分3）以上である者。
- ③ 障害者支援施設に入所するものであって障害支援区分4（50歳以上の場合は障害支援区分3）より低い者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者。

【留意事項】

重度の身体障害や精神障害等、障害特性等に起因するやむを得ない理由により5時間未満の利用になってしまう利用者について、5時間未満の利用がやむを得ない理由をサービス等利用計画の備考欄等に明記してください。セルフプランにおいても、5時間未満の利用がやむを得ない理由を利用者等に記入してもらってください。

(例)

- ・精神科病院を退院したばかりであり、今後入退院を繰り返さずに済むよう、本人の体調に合わせ、短時間の支援を実施する必要がある。
- ・身体障害による過度の筋緊張のため、一日車椅子を利用することが困難であり、短時間の支援を実施する必要がある。など。

(7) 短期入所

【サービスの内容】

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設、児童福祉施設その他以下に掲げる便宜を適切に行うことができる施設への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排泄及び食事の介護その他の必要な支援を行う。

【対象者】

- ① 障害支援区分の区分1以上である障害者
- ② 障害児に必要とされる支援の度合に応じて厚生労働大臣が定める区分における区分1以上に該当する障害児

Q23 基準の支給日数を超える短期入所の利用希望があった時はどのように決定しますか。

回答 短期入所の基準日数は8日以内で、1年間の継続した決定をします。8日を超える支給については、利用者、家族、支援者、事業所等からの聴取を踏まえ、必要性を勘案して支給量を決定します。

Q24 1年以上、基準の支給日数を超える短期入所の更新を繰り返している場合で引き続き同じ支給量で更新を希望されるときは、どのように決定しますか。

回答 1年以上短期入所の更新を繰り返した実績がある場合は申請によって同じ支給量で1年間の決定を可能とします。ただし、更新の際には利用実績の確認を必要とし、利用実績等を勘案した上で、支給決定します。

Q25 短期入所を、長期に連続して利用する場合、利用日数に上限はありますか。

回答 短期入所を長期に連続して利用する場合は、30日までを限度とします。なお、連続して30日利用した後、1日以上利用しない期間があれば、再度連続した30日以内の利用は可能です。また、年間利用日数については、最初に短期入所を利用した日から起算して1年のうち、半分(180日)を目安にして下さい。

長期におよぶ短期入所(連続30日や年間利用180日)の利用にあっては、計画相談支援の決定が必要となります。利用者にとって生活の維持につながるよう十分に留意する必要があり、計画相談支援専門員が利用者の心身の状況及び本人、家族等の意

向に照らし、この目安を越えて短期入所の利用が特に必要と認められる時に限り、利用できる場合があります。

Q26 入院中に短期入所を体験利用できますか。

回答 入院中の短期入所の体験利用はできません。退院すれば利用ができます。
※グループホームは入院中でも体験利用ができます。

Q27 短期入所時、やむを得ない事情で通院が必要となった場合に通院等介助の利用は可能ですか。

回答 短期入所中の通院等介助は認められていません。

(8) 重度障害者等包括支援

【サービスの内容】

常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有するものうち、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助及び共同生活援助を包括的に提供する。

【対象者】

障害支援区分が区分6に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有する者であって、以下のいずれかに該当する者。

| 類 型 | | 状態像 |
|---|--|---------------------------------------|
| 重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者 | 人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者 I 類型 | ・筋ジストロフィー ・脊椎損傷 ・ALS ・遷延性意識障害 等 |
| | 最重度知的障害者 II 類型 | ・重症心身障害者 等 |
| 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者 III 類型 | | ・強度行動障害 等 |

I 類型

- (1) 障害支援区分6の「重度訪問介護」対象者であって
- (2) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること）
なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。
- (3) 認定調査項目「1群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定
- (4) 認定調査項目「10群 特別な医療 レスピレーター」において「ある」と認定
- (5) 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定

II 類型

- (1) 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認
- (2) 障害支援区分6の「重度訪問介護」対象者であって
- (3) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること）
なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。
- (4) 認定調査項目「1群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定
- (5) 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定

III 類型

- (1) 障害支援区分6の「行動援護」対象者であって
- (2) 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定
- (3) 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上（障害児にあってはこれに相当する支援の割合）である者。

(9) 施設入所支援

【サービスの内容】

その施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排泄及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行う。

【対象者】

- ① 生活介護を受けている者であって障害支援区分が区分4（50歳以上の者にあつては区分3）以上である者
- ② 自立訓練又は就労移行支援（以下この②において「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もの又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によって訓練等を受けることが困難なもの
- ③ 生活介護を受けている者であって障害支援区分4（50歳以上の場合は障害支援区分3）より低い者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の経路を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者
- ④ 就労継続支援B型を受けている者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の経路を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者

※ ③又は④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成24年4月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、施設入所支援の利用を認めて差し支えない。

- ・ 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者
- ・ 平成24年4月の児童福祉法改正の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む）に入所している者

※ 障害者支援施設及びのぞみの園が行う施設障害福祉サービス（法第5条第1項に規定する施設障害福祉サービスをいう。以下同じ。）は、施設入所支援のほか、生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援B型とする。

(10) 自立訓練（機能訓練）

【サービスの内容】

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して行う理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【対象者】

地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 等

(11) 自立訓練（生活訓練）

【サービスの内容】

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して行う入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【対象者】

地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者 等

(12) 宿泊型自立訓練

【サービスの内容】

障害者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【対象者】

上記（11）の【対象者】に掲げる者のうち、日中、一般就労や障害福祉サービスを利用している者等であって、地域移行に向けて一定期間、居住の場を提供して帰宅後における生活能力等の維持・向上のための訓練その他の支援が必要な障害者。

(13) 就労移行支援

【サービスの内容】

就労を希望する65歳未満の障害者又は65歳以上の障害者（65歳に達する前5年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであ

って、65歳に達する前日において就労移行支援に係る支給決定を受けていた障害者に限る。)であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるものにつき、生産活動、職場体験その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援、その適性に応じた職場の開拓、就職後における職場への定着のために必要な相談その他の必要な支援を行う。

【対象者】

① 就労を希望する者であって、単独で就労することが困難であるため、就労に必要な知識及び技術の習得若しくは就労先の紹介その他の支援が必要な65歳未満の者又は65歳以上の者

② あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゅう師免許を取得することにより、65歳以上の者を含む就労を希望する者

※ ただし、65歳以上の者は、65歳に達する前5年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65歳に達する前日において就労移行支援に係る支給決定を受けていた者に限る。

Q28 就労移行支援を2年間利用したあと、一度就職しましたが退職しました。再度就労移行支援のサービスを利用することは可能ですか。

回答 退職及び離職を証する書類（離職票、雇用保険や健康保険の資格喪失証など）を添えて申請すれば可能です。ただし、就労移行支援事業所による適切なアセスメントがなされている場合に限りです。

Q29 就労移行支援の利用を経て、一般就労した後、引き続き就労移行支援を利用できますか。

回答 利用することはできません。一般就労した場合には、市へ必ず適時報告をしてください。ただし、利用者の状態によって、就労支援事業所で引き続き訓練を受けながら働くことが、勤務時間や労働日数を増やすことにつながる場合や、新たな職種への就職を希望しており、就労移行支援の利用が必要である場合なども考えられます。市が、利用者が就職したことを把握した上で、就労中の就労移行支援の必要性が認められると判断し、以下の3点の勘案時効を踏まえ、改めて就労移行支援の利用について、支給決定を行った場合に限り、就職した後も新たに就労移行支援を利用することを可能とします。(参考P11)

<支給決定を行うにあたり、勘案する事項>

①就労移行支援を利用することにより、勤務時間や労働日数を増やすこと、又は新たな職種へ就職することにつながるか否か。

②働きながら就労移行支援を利用することが利用者の加重的負担にならないか。

③他のサービスや支援機関ではなく、就労移行支援を利用することが適当であるか否か。

Q30 大学在学中の卒業年度に、就労移行支援を利用することができますか。

回答 大学（4年生大学のほか、短期大学、大学院、高等専門学校を含む。以下同じ）在学中の就労移行の利用については、以下の条件をいずれも満たす場合に支給決定し、利用することができます。

- ①大学や地域における就労支援機関等による就職支援の実施が見込めない場合、または困難である場合
- ②大学卒業年度であって、卒業に必要な単位取得が見込まれており、スクーリングの頻度等から就労移行支援の利用に支障がないもの
- ③本人が就労移行支援の利用を希望し、就労移行支援の利用により効果的かつ確実に就職につなげることが可能であると市が判断した場合

(14) 就労継続支援 A 型

【サービスの内容】

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち適切な支援により雇用契約等に基づき就労する者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

【対象者】

企業等に就労することが困難な者であって、雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な65歳未満の者又は65歳以上の者（65歳に達する前5年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65歳に達する前日において就労継続支援A型に係る支給決定を受けていた者に限る。）。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ③ 企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係がない者

【特例】

(ア) 特例の考え方

法においては、障害者の一般就労を進める観点から、就労継続支援A型事業を創設し、福祉における雇用の場の拡大をめざしているところである。一方、障害者によっては直ちに雇用契約を結ぶことは難しいが、将来的には雇用関係へ移行することが期待できる者も多いことから、就労継続支援事業A型においては、(イ)の要件により雇用によらない者の利用を可能とし、雇用関係への移行を進める。

(イ) 要件

- ① 雇用契約を締結する利用者に係る利用定員の数が10人以上であること。
- ② 雇用契約を締結しない利用者に係る利用定員の数が、利用定員の半数及び9人を超えることができないこと。
- ③ 雇用契約を締結する利用者と雇用契約を締結しない利用者の作業場所、及び作業内容を明確に区分すること（別棟であることや、施設の別の場所で別の作業を実施していること、勤務表、シフト表は別々に管理すること、誰が見ても明確に区分されている状態であること）。

(15) 就労継続支援B型

【サービスの内容】

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち通常の事業所に雇用されていた障害者であってその年齢、心身の状態その他の事情により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者、就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者につき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

【対象者】

就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者。具体的には次のような者が挙げられる。

- ① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者（就労継続支援A型、アルバイトも就労経験とみなします）
- ② 50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者
- ③ ①及び②のいずれにも該当しない者であって、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者
- ④ 障害者支援施設に入所する者については、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の経路上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者。

※ ④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成24年4月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、就労継続支援B型の利用を認めて差し支えない。

- ・ 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者

※ 支給決定期間は、支給決定時に50歳未満のものは1年間、50歳以上のもの

は3年間の決定とする。

【支援学校卒業後にすぐに就労継続支援B型を利用したい場合の手続き】

- ①就労移行支援事業者等によるアセスメントを受けることが必要になるので、在学中に就労移行支援事業の申請をし、支給決定を受ける。
※18歳未満の方で、就労移行支援の支給決定を行うには、児童福祉法63条の2及び第63条の3の規定による通知が必要
- ②就労移行支援事業を利用のうえ、アセスメントを行う。
※アセスメントの結果、就労面に係る課題等が把握される。
- ③アセスメント結果を元に、卒業後において利用するのは一般就労か就労継続支援B型利用かなどを相談支援事業所や支援学校進路担当と検討する。
- ④検討の結果、就労継続支援B型で進路が決まれば、受け入れ先事業所を決めた上で申請し、就労継続支援B型の支給決定を受ける。

※1 計画相談支援との関係について

障害児のサービスを受けている方は、障害児の計画相談支援を受けているので、①の決定を行う際に、就労移行支援の利用についてのサービス利用計画（案）の提出を求めます。

障害児のサービスを受けていない方は、セルフプランで受付可能です。

※2 在学中の障害支援区分認定申請時期について

支援学校卒業後の進路について、生活介護など障害支援区分認定の必要な方で、誕生日が遅い等のために進路選択に支障を生じる方については、障害支援区分認定のみ先に決定することが可能です。申請可能時期は、18歳到達年度の4月からとなります。サービス利用期間は翌4月1日での決定となりますが、18歳到達年度の1月～2月に受け入れ先サービス事業所を決定の上、再度申請をしてください。

支援学校の進路担当者にご相談ください。

Q31 就労移行支援の支給決定を受けて利用をしないと、アセスメントを受けたことにはなりません。

回答 平成 29 年度から、特別支援学校等の高等部等の在学中に、一般企業や就労移行支援事業所における実習が行われ、特別支援学校から本人、保護者、自治体や相談支援事業所にアセスメント結果が提供された場合、就労アセスメントを受けたとみなすことが出来るようになりました（文部科学省初等中等教育局特別支援教育課・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 平成 29 年 4 月 25 日事務連絡）。
これに基づき、上記のとおり適切な時期に実習が行われ、学校が、利用者等や相談支援事業所及び就労支援機関等を参集してアセスメントに関する会議を開催し、その検討結果を踏まえてアセスメント結果表（様式集⑪）を提出いただければ、就労アセスメントを受けたとみなします。

(16) 就労定着支援

【サービスの内容】

生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援（以下「就労移行支援等」という。）を利用して、通常の事業所に新たに雇用された障害者の就労の継続を図るため、企業、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整を行うとともに、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言等の必要な支援を行う。

【対象者】

就労移行支援等を利用した後、通常の事業所に新たに雇用された障害者であって、就労を継続している期間が 6 月を経過した障害者（病気や障害により通常の事業所を休職し、就労移行支援等を利用した後、復職した障害者であって、就労を継続している期間が 6 月を経過した障害者も含む。）

Q32 就労定着支援のサービス利用申請にあたり、どのような書類が必要ですか。

回答 通常の事業所に新たに雇用されたことがわかる①雇用契約書の写し（雇用日がわかるもの）、②申請時の直近の給料明細書（現在の雇用状況がわかるもの）が必要です。

(17) 自立生活援助

【サービスの内容】

居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、定期的な巡回又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、障害者の状況を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むための環境整備に必要な援助を行う。

【対象者】

障害者支援施設若しくは共同生活援助を行う住居等を利用していた障害者又は居宅において単身であるため若しくはその家族と同居している場合であっても、当該家族等が障害や疾病等のため居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある障害者であって、前記【サービスの内容】に記載された支援を要する者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 障害者支援施設、のぞみの園、指定宿泊型自立訓練を行う自立訓練（生活訓練）事業所、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所していた障害者
※ 児童福祉施設に入所していた18歳以上の者、障害者支援施設等に入所していた15歳以上の障害者みなしの者も対象。
- ② 共同生活援助を行う住居又は福祉ホームに入居していた障害者
- ③ 精神科病院に入院していた精神障害者
- ④ 救護施設又は更生施設に入所していた障害者
- ⑤ 刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）、少年院に収容されていた障害者
- ⑥ 更生保護施設に入所していた障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊していた障害者
- ⑦ 現に地域において一人暮らしをしている障害者又は同居する家族が障害、疾病等により当該家族による支援が見込めないため実質的に一人暮らしと同等の状況にある障害者であって、当該障害者を取り巻く人間関係、生活環境又は心身の状態等の変化により、自立した地域生活を継続することが困難と認められる者

(18) 共同生活援助

【サービスの内容】

障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を行う。

【対象者】

障害者（身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。）

なお、身体障害者が共同生活援助を利用するに当たっては、

- ① 在宅の障害者が、本人の意に反して共同生活援助の利用を勧められることのないよう、徹底を図ること
- ② 共同生活援助の利用対象者とする身体障害者の範囲については、施設からの地域移行の推進などの趣旨を踏まえ、65歳に達した以降に身体障害者となった者については新規利用の対象としないことに留意されたい。

Q33 グループホームを利用している人が、帰省で実家に戻っている間、移動支援事業や行動援護は利用できますか。

回答 実家も利用者の自宅とみなしますので、支給決定量の範囲内で利用できます。

Q34 グループホーム（施設入所を含む）を利用している障害支援区分1以上の人が、帰省中に居宅介護サービスを利用することは可能ですか。

回答 身体介護及び家事援助の利用が可能です。ただし、支給量限度は、主に入浴支援で身体介護10時間（1回当たり2時間）、家事援助10時間（1回当たり1～1.5時間）です。家事援助は視覚障害者等、身体介護を要しない障害者が対象となります。また、共同生活援助の利用に係る報酬が全く算定されない期間中に限り、居宅介護の算定が可能となります。

Q35 グループホームを利用している障害支援区分1以上の人が、居宅介護サービスの通院等介助を利用することは可能ですか。

回答 医師により定期的な通院が必要と判断された場合、国の通知（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課「ケアホームにおける重度障害者への支援等について」平成19年2月16日事務連絡）に基づき、通院等介助が月2回（上限16時間）に限って利用が可能です。申請には医師の指示がわかるもの、例えば、医師の診断書や医師が記載した医師意見書などの書類が必要です。また、医療機関は複数でも可能（医療機関ごとに診断書等が必要）ですが、1回の利用は1医療機関に限られます。

Q36 身体障害者の場合、65歳に達する日の前日までに障害福祉サービスもしくはこれに準ずるものを利用していることがグループホーム利用の要件ですが、知的障害者・精神障害者についても同様の扱いになりますか。

回答 知的障害者・精神障害者にはそのような要件はありません。原則、介護保険優先となりますが、障害の特性により、グループホームの利用を市が適当と認めた場合は、支給決定します。65歳到達については、第3章「2 介護保険制度との適用関係」[\(P40\)](#)を参照してください。

(19) 地域移行支援

【サービスの内容】

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。

【対象者】

以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者

- ① 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障害者
※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設等に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。
- ② 精神科病院に入院している精神障害者
※ 地域移行支援の対象となる精神科病院には、医療観察法第2条第4項の指定医療機関も含まれており、医療観察法の対象となる者に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。
- ③ 救護施設又は更生施設に入所している障害者
- ④ 刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）、少年院に収容されている障害者
※ 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、特別調整の対象となった障害者（「高齢又は障害により特に自立が困難な矯正施設収容中の者の社会復帰に向けた保護、生活環境の調整等について（通達）」（平成21年4月17日法務省保観第244号。法務省矯正局長、保護局長連名通知。）に基づき、特別調整対象者に選定された障害者をいう。）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障害者を対象とする。
- ⑤ 更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊している障害者

Q37 地域移行支援の支給決定期間について教えてください。

回答 サービスを申請後、80項目の認定調査等を行い、6ヶ月の期間で支給決定します。この期間で十分な効果が得られず、かつ引き続き地域移行支援を提供することによる地域生活への移行が具体的に見込まれる場合には、6ヶ月間の範囲内で給付決定期間の更新が可能となります。

(20) 地域定着支援

【サービスの内容】

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

【対象者】

- ① 居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある者

- ② 居宅において家族と同居している障害者であっても、当該家族等が障害、疾病等のため、障害者に対し、当該家族等による緊急時の支援が見込めない状況にある者
 なお、障害者支援施設等や精神科病院から退所・退院した者の他、家族との同居から一人暮らしに移行した者や地域生活が不安定な者等も含む。
- ※ 共同生活援助、宿泊型自立訓練の入居者に係る常時の連絡体制の整備、緊急時の支援等については、通常、当該事業所の世話人等が対応することとなるため、対象外。
- ※ 上記①又は②の者のうち医療観察法の対象となる者に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。

第3章 支給決定に関する運用上の注意

1 非定型の支給量の支給決定

個々の障害のある人の事情によって、支給決定基準に基づく支給量では、実際に必要とするサービスとの間に乖離がある場合は、非定型ケースとして審査会に意見を聴いた上で、個別に適切な支給量を決定します。審査会にかける際には、利用者や家族、サービス提供事業者、委託相談もしくは相談支援事業所及び障害福祉認定給付課担当職員とでカンファレンスを行い、その必要性及び必要量が資料として必要となります。(様式集⑬-1、⑬-2)

【非定型ケースとして審査に該当する状態像】

- ① 重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複したいわゆる重症心身障害の場合
- ② 常時医療的ケアが必要な場合
- ③ 単身又はそれに準ずる状態で家族の介護を全く受けることができず、かつ日中活動系サービスをほとんど利用していない場合
- ④ 65歳を超え、介護保険制度だけではこれまでの生活が維持できないあるいは困難となる場合
- ⑤ 就寝中に排泄、体位変換等の介助が必要な場合
- ⑥ 上記のほか、特に市長が必要と認める場合

Q38 非定型ケースの支給量の申請はどのようにすれば良いですか。

回答 支給決定基準に基づく支給量（P9 第1章「9 支給決定基準に基づく支給量について」）及び特別加算（P50 第3章「5 特別加算」）を適用してもなお支給量が適当でないと認められる場合、上記の【非定型ケースとして審査に該当する状態像】に該当し、個々の障害の程度や生活実態等を総合的に鑑みて、市が非定型ケースとして審査会に意見を聴き、適切な支給量を決定することが出来ます。
 まずは、市に相談をした上で、支給量についての変更申請を提出します。
 次に利用者等を含み、利用者に関わる支援機関及び市担当者が集まり個別支援会議を

開催し、その会議結果を基に審査会資料（様式集⑩-1、⑩-2）と支給量を変更した場合のサービス等利用計画案を作成します。

以上の書類を基に審査会に諮り、適切な支給量を決定します。

2 介護保険制度との適用関係

65歳以上の介護保険の被保険者である障害者（介護保険2号被保険者を含む）から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、介護保険給付又は地域支援事業が優先となります。ただし、以下の場合は障害福祉サービスの支給決定を行います。

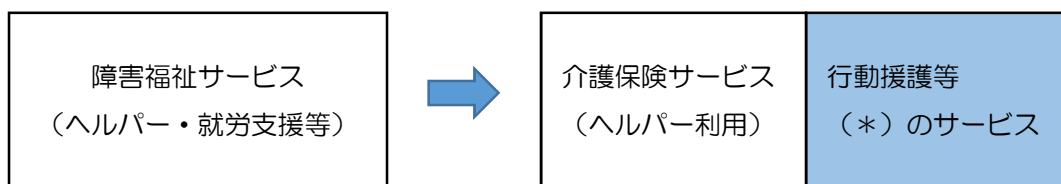
*「介護保険優先＝介護保険サービスのみで障害福祉サービスは使えない」ということではありません。一律的に介護保険サービスに移行させるのではなく、利用者の利用意向を聴き取って十分に把握し、場合によっては審査会に諮るなど、その利用者に必要な支援が介護保険サービスで提供することが可能かどうかを適切に判断することとしています。計画相談支援事業所の相談支援専門員には、利用者の円滑な介護保険移行を図れるよう、制度の説明や適切なサービス利用について利用者と調整し、引継ぎを行い、また、引き続き障害福祉サービスを利用する場合は、介護保険サービスの介護支援専門員と随時情報共有を行ってください。

※転出、転入に際し、市町村によって支給決定基準等が異なるサービスを利用している場合、同様の支給決定がなされないことがあります。

①介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のサービス（*）と認められるものが必要な場合。

（*）行動援護、同行援護、自立訓練の生活訓練、就労移行支援、就労継続支援A型・B型、就労定着支援、自立生活援助、移動支援事業などの地域生活支援事業について利用が可能です。

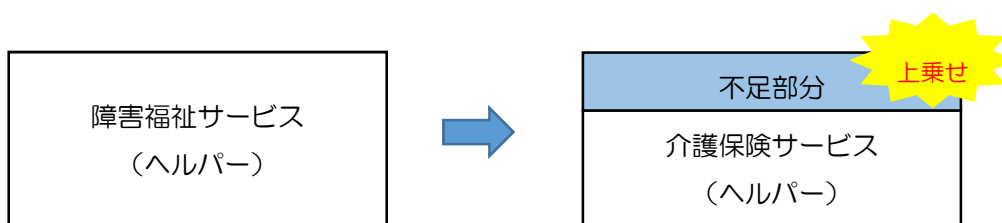
（就労移行支援、就労継続支援A型は、一定の要件があります。[P30、32参照](#)）



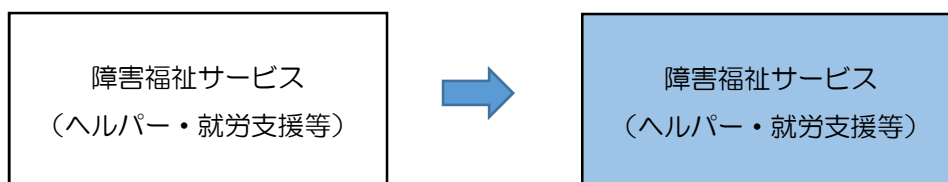
②介護保険サービス相当があっても、障害福祉サービスでの支給量が、介護保険サービスでは区分限度額の制約から確保できない場合は、障害福祉サービスを支給することが可能です（上乘せ）。本市では、次の要件のすべてを満たす方を対象者相当と考えています。

- 四肢全てに障害がある（全身性障害）方で、身体障害者手帳の総合等級が1級の方
- 介護保険が要介護4または5の方
- 介護保険で自己負担が発生している方（直近の実績等で確認します）
- 介護保険で訪問系のサービスを5割以上利用している方
- 居宅介護または重度訪問介護の対象となる方

※身体障害者手帳の要件を満たしていない方は、受付できませんのでご注意ください。



③介護保険の要介護認定が「非該当」の場合、障害福祉サービスでの利用が可能です。ただし、サービス更新の度に介護認定を受け「非該当」の決定を受けていただくことが必要です。



④ 65歳到達前にサービスを受けていた場合、引き続き受けられるサービスがあります。

| サービス | 障害福祉サービスの決定 |
|---|--|
| 居宅介護・重度訪問介護 | 65歳の誕生日の属する月の2か月後の末日まで有効 (2か月の間に介護保険に移行していただきます) ただし、次の方は介護上乘せ(前記②)の決定が可能 <ul style="list-style-type: none"> ● 障害支援区分6で200時間を超えて支給決定を受けている方 ● 介護保険の要介護4または5 ● 介護保険で訪問系サービスが5割超えの方 |
| 生活介護 | 65歳の誕生日の属する月の2か月後の末日まで有効 (2か月の間に介護保険に移行していただきます) |
| 短期入所・共同生活援助 (生活介護) (介護保険適用除外施設に入所中の)施設入所・療養介護 | 介護保険サービスに相当する場合であっても、利用者の障害特性や支援の程度(医療的ケアなど)によっては介護保険施設等での対応が困難な場合が想定されます。その場合には、65歳到達後も継続して障害福祉サービスの利用が可能な場合があります。 |

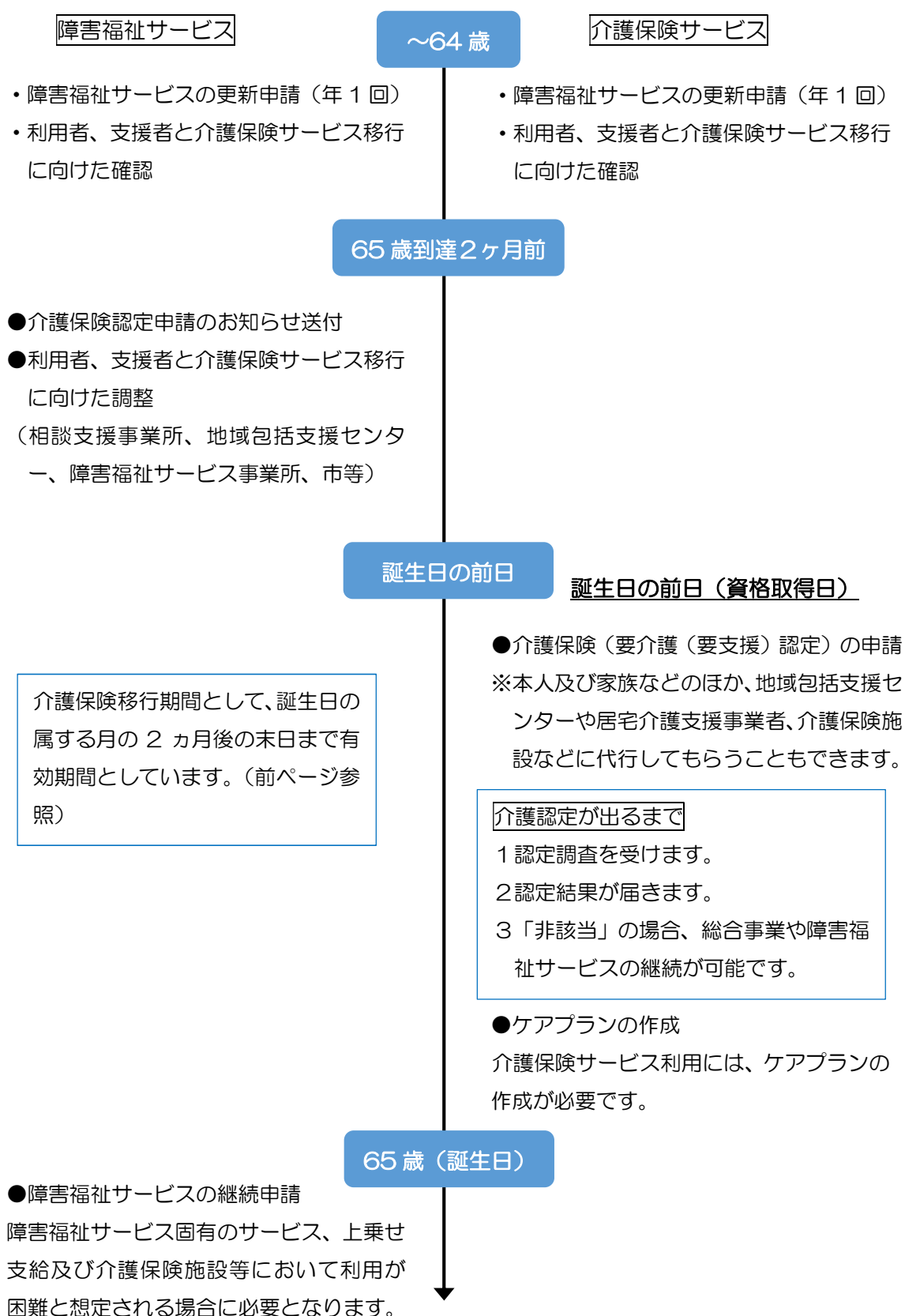
⑤利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがない等、申請者が実際に申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市が認める場合は、必要な障害福祉サービスを支給します。ただし、当該事情が解消されるまでの間に限ります。

【障害福祉サービスと介護扶助費】

- 65歳以上の方については、生活保護受給者も介護保険が適用されます。
- 40～64歳の方(注1)(2号みなし)については、生活保護制度の他法優先により、原則、障害福祉サービスが優先となります。ただし、障害福祉サービスで提供できないサービス(訪問看護、福祉用具貸与等)は、介護扶助費が支給される場合があります。

※(注1)2号みなし:介護保険に定められた特定疾病(P44Q40を参照)に該当する40～64歳までの方は、介護保険制度上第2号被保険者といわれますが、その介護保険と同等のサービスを受ける40歳～64歳の生活保護受給者を2号みなしといいます。

介護保険サービス移行に向けてのフローチャート



Q39 65歳を超えて、新たに就労継続支援B型を利用することが出来ますか。

回答 就労継続支援B型は、介護保険サービスには相当するものがない、障害福祉サービス固有のサービスとなるので新たに利用することは可能です。その他にも、行動援護、同行援護、自立訓練の生活訓練、就労定着支援、自立生活援助、移動支援事業などの地域生活支援事業について利用が可能です。また、一定の要件を満たす方は、就労移行支援、就労継続支援A型の利用が可能です。(P30、32参照)

Q40 特定疾病が原因となって介護が必要な40歳から64歳の方(第2号被保険者)から障害福祉サービスの申請があった場合、どうすればいいですか。

回答 介護保険サービスが優先となります(生活保護受給者を除く)。介護保険(要介護認定)の申請を勧め、障害福祉サービスの申請は原則取り下げとなります。なお、特定疾病とは次の16疾病です(うち、障害福祉サービスの対象となる難病の特定疾病は網掛け部分)。

【特定疾病】

①がん末期 ②関節リウマチ ③筋委縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症
⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症 ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患 ⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

Q41 介護保険サービスによる入所・入居時は、障害福祉サービスが利用できますか。

回答 介護保険によって入所・入居しているサービスの内容により変わります。

- ・特定施設入居者生活介護(養護老人ホーム、ケアハウス、介護付有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅(*特定施設入居者生活介護として大阪府の指定を受けている))については、介護保険サービスと障害福祉サービスの居宅介護の併給はできませんが、居宅介護の上乗せ20時間又は重度訪問介護の上乗せ50時間の利用、同行援護及び行動援護の利用の可能性があります。ただし、2号みなしの方が、特定施設入居者生活介護として大阪府の指定を受けていない施設に入居している場合は、障害の居宅介護・重度訪問介護の決定が可能です。
 - ・介護保険グループホームで、障害福祉サービスは利用できません。
 - ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、介護老人保健施設(老人保健施設)、介護療養型医療施設については、障害福祉サービスは利用できません。
- 詳細は、次ページの表をご覧ください。

障害福祉サービスの在宅サービス（居宅介護・重度訪問介護等）利用の可否について

| | 併給 | 備考 | |
|--------------------|------------------------|----|--|
| 介護保険サービスによる入所・入居形態 | ①養護老人ホーム | × | ・介護保険サービスでは支給量を確保できない場合、上乘せ（居宅介護20時間・重度訪問介護50時間）の可能性あり ・必要性が認められる場合については、同行援護及び行動援護の利用可能性あり |
| | ②ケアハウス | × | |
| | ③介護付有料老人ホーム | × | |
| | ④サービス付高齢者向け住宅 | × | |
| | ⑤上記①～④で大阪府の指定を受けていない施設 | △ | 2号みなし（※注1）であれば介護保険の対象外となるので利用が可能 |
| | ⑥介護保険グループホーム | × | |
| | ⑦特別養護老人ホーム | × | |
| | ⑧老人保健施設 | × | |
| | ⑨介護療養型医療施設 | × | |

3 18歳未満（障害児）への障害福祉サービスの支給決定について

18歳未満（障害児）のサービスとしては、児童発達支援や放課後等デイサービスがありますが、次のような一部の障害福祉サービスや地域生活支援事業は利用可能です。

障害福祉サービス

- 短期入所
- 居宅介護（保護者が支援できない特段の事情があると認められた場合に限る）

地域生活支援事業

- 移動支援事業（5歳以上）
- 日中短期入所事業

障害福祉サービス及び地域生活支援事業については、18歳に到達した場合、一旦支給決定を取消し、新たに障害者として支給決定を行います。その際に必要に応じ障害支援区分の認定も行います。

Q42 障害児から障害者になる18歳の誕生月に提出する書類は何ですか。利用者負担額は18歳到達で申請したら変わりますか。

回答 障害福祉サービス及び地域生活支援事業については、18歳に到達した場合いったん支給決定を取消し、新たに障害者として支給決定を行います。提出書類は、新規申請と同じ手続きとなります。18歳到達で新たに申請する際は、保護者ではなく本人が申請者となるので、申請者(及び配偶者)の所得に応じた利用者負担額で決定します。ただし、放課後等デイサービスは、除きます。

4 計画相談支援・モニタリング

障害福祉サービスを利用するにあたっては、サービス等利用計画を作成する必要があります。計画相談支援は、障害福祉サービスが利用者にとって効果的かどうか、適切かどうかを検証するためのものであり、サービスが利用されていない間は原則として計画相談支援も利用されないこととなります。

また、支給決定された有効期間内において、サービス等利用計画が適切であるかどうかを、定められた期間(モニタリング期間)ごとに、そのサービスの利用状況、結果及び心身の状況、置かれている環境、サービス利用に関する意向その他事情を勘案してサービス等利用計画の見直しを行うことが必要とされています。

標準のモニタリング期間は次のとおりです。

(表3) モニタリング実施標準期間 (計画相談支援)

| 対象者 | | 見直し後 | |
|---|--|---------------------|---|
| | | 30年度～ | 31年度～ |
| 新規・変更サービス利用者 | | 1月間 ※利用開始から3ヶ月のみ | |
| 在宅の障害福祉サービス | 集中的支援が必要な者 | 1月間 | |
| | 【新サービス】就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助 | 3月間 | |
| | 居宅介護、行動援護、同行援護、重度訪問介護、短期入所、就労移行支援、自立訓練 | 6月間 | 3月間 |
| | 生活介護、就労継続支援、共同生活援助(日中支援型を除く)、地域移行支援、地域定着支援 | 6月間 | 6月間 ※65歳以上で介護保険のケアマネジメントを受けていない者は3月間 |
| 【施設入所等】障害者支援施設、のぞみの園、療養介護入所者、重度障害者等包括支援 | | 6月間 | |

利用者の状態に応じて、標準期間が6ヶ月毎であっても3ヶ月ごとにしても構いません。また以下の場合には、標準期間よりも短く設定することが望ましいとしています。

- ・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
- ・利用するサービス事業者の頻繁な変更やそのおそれのある者

なお、【新サービス】利用者については平成30年4月1日以降の支給決定日又は更新日から開始とし、それ以外については平成31年4月1日以降の支給決定日又は更新日から開始とします。

以上を踏まえながら、相談支援事業所は「サービス等利用計画」を作成・提出しなければなりません。

Q43 サービス等利用計画（本計画）はいつのタイミングで提出すれば良いですか。

回答 サービス等利用計画案の提出後、支給決定がされます。そのため、提出が遅れると支給決定が遅くなります。サービス等利用計画（本計画）は、支給決定後、サービス等利用計画案を基にサービス担当者会議を経て、作成・提出いただくものです（P56 [図2](#)「[支給決定とサービス利用計画の流れ](#)」参照）。提出する本計画の日付については、その作成した日付を記入してください。

Q44 サービス担当者会議の開催の仕方や頻度について教えてください。

回答 サービス担当者会議は、相談支援専門員が支給決定の内容を踏まえて、サービス等利用計画案を提示し、利用者の了解を得て、利用するサービス提供事業所や関係機関等の担当者が集まり、当面の課題解決に向けた支援の内容やそれぞれの役割、今後の支援の方向性を確認する会議です。サービス担当者会議の開催は、新規・更新・変更申請時の支給決定後に必要となります。

Q45 モニタリング報告書に提出期限はありますか。サービス更新月でないモニタリング月に報告書は必要ですか。

回答 モニタリング報告書は、サービスの更新、追加、変更、一部取消、廃止に伴って必要となる書類であり、提出がないと支給決定が遅れます。申請書類と一緒に速やかに提出してください。以下の場合、市へモニタリングの提出が必要となります。

- ①支給決定の更新や追加、変更、一部取消、廃止が必要となる場合
- ②対象者の生活状況の変化からモニタリング期間の変更が必要な場合
- ③モニタリング期間を設定し直す必要がある場合（モニタリング月の変更）

Q46 モニタリングが、本人や家族から状況を聞き取れず出来なかった場合、翌月になってもかまいませんか。

回答 対象者が不在等やむを得ない事情がある場合については、翌月でも認めています。その際は、事前に障害福祉認定給付課まで電話連絡が必要です。

Q47 新たに計画相談支援事業所として関わることになった利用者の、支給決定等にかかる情報について、利用者本人の同意を得た上であれば、開示してもらうことは可能ですか。

回答 本人の同意を得た上での情報提供は可能ですが、計画相談支援事業所が利用者の生育歴や生活状況、これまでのサービス利用状況や本人の意向等を聴取することで、アセスメントを行い計画が立てられるものだと考えます。利用者本人の心身の状態や緊急時等やむを得ない場合以外は、本人から直接情報を得ていただきたいと考えます。

5 特別加算について

重度訪問介護及び重度障害者等包括支援の対象者（介護保険サービスに上乗せで支給を受けている人は除く）で、単身等でより多くの介護力が必要なため「支給決定基準に基づく支給量」を上回る時間が必要と認める場合には、以下の表に示す評価をもって、「支給決定基準に基づく支給量」に特別加算を行うことができます。表に示す評価による合計得点が1点以上になる場合に特別加算を行い、その加算後の「支給決定基準に基づく支給量」は、表に定める時間及び単位とします。

【特別加算】

| | | |
|-------------------------|--|----|
| ①介護力の評価（複数不可） | 単身者またはこれに準ずる状態で家族の介護を全く受けることができない場合 | 3点 |
| | 家族が就労等により昼間独居となるなど十分な介護を受けることができない場合 | 2点 |
| | 介護者自身に疾病・障害等がある場合 | 2点 |
| | 同一世帯内に他に介護を要する者がある場合 | 2点 |
| ②単身者等への夜間介護の評価（複数不可） | 単身者等で夜間において排尿・排便について支援がないと転倒や骨折の危険がある場合 | 1点 |
| | 単身者等で夜間においておむつ交換や体位変換の支援が必要と認められる場合 | 1点 |
| ③一時的に支給量が必要な場合の評価（複数不可） | 長期間の入所・入院状態から退所・退院する場合（3ヶ月） | 3点 |
| | 単身生活を始めるにあたり、生活に慣れるまでの間（3ヶ月） | 3点 |
| | 家族が病気で入院するなど介護力が一時的に落ちる場合（事由に応じて一定の期間を定める） | 3点 |
| | じょくそうができる等、医者の指示により一時的に手厚い介護（あるいは通院）が必要な場合（事由に応じて一定期間） | 3点 |

| ①～③の合計点 | | 1・2点 | | 3点 | |
|------------|--------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| 対象者 | 障害支援区分 | 重度訪問介護（h/月） | | 重度訪問介護（h/月） | |
| | | | 移動加算（h/月） | | 移動加算（h/月） |
| 重度訪問介護対象者 | 区分4 | 138 | 50 | 165 | 50 |
| 重度訪問介護対象者 | 区分5 | 200 | 50 | 240 | 50 |
| 重度訪問介護対象者 | 区分6 | 250 | 50 | 300 | 50 |
| 重度障害者等包括支援 | 区分6 | 56,900単位 | | 68,300単位 | |

6 特例介護給付費・特例訓練等給付費について

支給決定障害者等が、支給申請をした日から当該支給決定の効力が生じた日（審査会で障害支援区分認定が行われた日）の前日までの間に、緊急その他やむを得ない理由により障害福祉サービスを受けたときには、そのサービスに要した費用について特例介護給付費・特例訓練等給付費として支給されます。その利用できる支給量は、審査会後に支給決定された支給量の範囲内となりますので、その範囲を超えないよう気をつけてください。支給についてトラブルとならないよう、支給決定前にサービス利用が必要な場合は、あらかじめ事業所や障害福祉認定給付課にご相談ください。

※障害支援区分が支給申請に係る障害福祉サービスの利用要件を満たさないなど、支給申請が却下された場合は、特例介護給付費等は支給されません。

7 暫定支給決定について

【対象サービス】

自立訓練（機能訓練、生活訓練、宿泊型自立訓練）

就労移行支援

就労継続支援A型（※注1）

暫定支給決定とは、訓練等給付にかかる障害福祉サービスにおいて行う支給決定で、通常2か月間を暫定支給決定期間とし、その間に事業者は次のことを行います。

- ① 当該事業の継続利用についての利用者の最終的な意向確認
- ② 当該事業の利用が適切かどうかの客観的な判断を行う
- ③ ①②について評価（アセスメント）を行う

*本市では暫定支給決定期間を含んだ支給決定を行っています。

例) 就労移行支援 平成29年8月1日から平成30年7月31日

うち平成29年8月1日から平成29年9月30日までは暫定支給決定期間とする。暫定支給決定期間内にアセスメントをして本決定をしています。本決定後、同一のサービスで事業所を変更する場合、暫定支給決定を終えていれば再度の申請は必要ありません。ただし、以下の場合には再度の申請が必要となります。

- ①事業所変更が同一サービスではない場合
- ②同一サービスでも暫定支給決定期間（2ヶ月間）を終えていない場合
- ③一定期間通所できず頻繁に転々としている場合
- ④長期入院等で本人の状態が変化した状態で支給決定期間が終了した場合

（※注1）

就労継続支援A型については、暫定支給決定を受けることが原則ですが、支給申請前に暫定支給決定と同等と認められる事前アセスメントがあれば、暫定支給決定がなくて

も支給決定を受けることができます。

事前アセスメントの条件としては以下の2点です。

- ①アセスメント期間が2週間以上の期間内で8日以上の実習等を行うこと。
- ②一日あたりの作業時間及び作業内容が雇用後と同等のものであること。

暫定支給決定を経ないで就労継続支援A型の支給決定を希望する場合は、支給申請時に以下の書類を添付してください。

- ・就労継続支援A型事業の暫定支給決定に代わる事前アセスメント報告書(様式集⑳-1)
- ・事前アセスメント日報(アセスメント期間中のものすべて)(様式集⑳-2)
- ・事前アセスメント評価結果(任意様式)
- ・事前アセスメント期間に係る個別支援計画(任意様式)
- ・採用通知書等の就労継続支援A型事業への採用予定の確認できる書類(任意様式)

8 標準利用期間について

自立訓練等のサービスについては、そのサービスの長期化を回避するため、利用継続の必要性について十分な評価を行うこととし、標準的な利用期間を設定し、当初支給決定期間は1年間までとしています。この1年間の利用期間では、十分な成果が得られず、かつ、引き続きサービスを提供することによる改善効果が具体的に見込まれる場合には、以下の標準利用期間の範囲内で、1年ごとに支給決定期間の更新が可能です。

なお、標準利用期間を超えて、さらにサービスの利用が必要な場合については、審査会の個別審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新を1回可能としています。(様式集⑱を提出のこと)

なお、就労定着支援については3年間の標準利用期間を超えて更新することはできません。

- ①自立訓練(機能訓練) 1年6ヶ月間
(頰椎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年間)
- ②自立訓練(生活訓練) 2年間
(長期間入院していた又はこれに類する事由のある障害者にあつては3年間)
- ③就労移行支援 2年間
(あん摩マッサージ指圧師、はり師またはきゅう師の資格取得を目的とする養成施設を利用する場合は3年間又は5年間)
- ④就労定着支援 3年間
- ⑤自立生活援助 1年間
- ⑥宿泊型自立訓練 2年間
(長期間入院していた又はこれに類する事由のある障害者にあつては3年間)。利用開始から1年ごとに利用継続の必要性について確認し支給決定の更新を行う。

* 「長期間入院していた又はこれに類する事由のある障害者」とは、長期間、障害者支援施設等の入所施設に入所又は精神科病院等に入院していた者、長期間のひきこもり等により社会生活の経験が乏しいと認められる者や発達障害のある者、など2年間の利用期間では十分な成果が得られないと認められる者と考えます。

【地域相談支援の更新についての考え方】

地域移行支援

給付期間を6ヶ月間までとし、この期間で十分な成果が得られず、かつ、引き続き地域移行支援を提供することによる地域生活への移行が具体的に見込まれる場合には、6ヶ月間の範囲内で更新が可能です。その上で更なる更新を必要とする場合は、審査会の個別審査に諮った上で決定します。

地域定着支援

給付決定期間は1年間までです。ただし、引き続き地域生活を継続していくための緊急時の支援体制が必要と見込まれる場合には、1年間の範囲内で給付期間の更新が可能です。その上で更なる更新を必要とする場合は、審査会の個別審査に諮った上で決定します。

(表4) 必要書類まとめ (チェックリスト)

| 申請種類 | 計画相談支援を受ける方、または受けている方 | | セルフプランの方 |
|--------------------|-----------------------|--|---|
| 新規 | 障害福祉※1 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 <input type="checkbox"/> 様式第24号 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 <input type="checkbox"/> 様式第24号 |
| | ※1 計画相談※1 | <input type="checkbox"/> 様式第17号 <input type="checkbox"/> 様式第18号 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】 <input type="checkbox"/> 別紙1 <input type="checkbox"/> 別紙2 | <input type="checkbox"/> セルフプラン |
| 追加 変更 一部取消 | 障害福祉 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 <input type="checkbox"/> 様式第24号 (利用者負担の適用期間が変わる場合) | <input type="checkbox"/> 様式第1号 |
| | 計画相談 | <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】 <input type="checkbox"/> 直近のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】 <input type="checkbox"/> 様式第17号 (計画相談の支給期間が変わる場合) | <input type="checkbox"/> セルフプラン |
| 更新 | 障害福祉 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 <input type="checkbox"/> 様式第24号 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 <input type="checkbox"/> 様式第24号 |
| | 計画相談 | <input type="checkbox"/> 様式第17号 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】 <input type="checkbox"/> 直近のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】 | <input type="checkbox"/> セルフプラン |
| 支給決定後 | 計画相談 | <input type="checkbox"/> サービス等利用計画 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画【週間計画表】 | |
| 利用者負担の 変更 (更新) | 障害福祉 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 <input type="checkbox"/> 様式第24号 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 <input type="checkbox"/> 様式第24号 |
| 廃止 (全部取消) | 障害福祉 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 |
| | 計画相談 | <input type="checkbox"/> 様式第17号 <input type="checkbox"/> 最終のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】 | |
| モニタリ ング月の 変更 | 計画相談 | <input type="checkbox"/> 様式17号 <input type="checkbox"/> 直近のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】 | |
| 計画相談事業 所変更 | 計画相談 | <input type="checkbox"/> 様式18号 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】 <input type="checkbox"/> 別紙1 <input type="checkbox"/> 別紙2 | |

※1 表中「障害福祉」は、障害福祉サービス、「計画相談」とは、計画相談支援サービスの申請のこと。

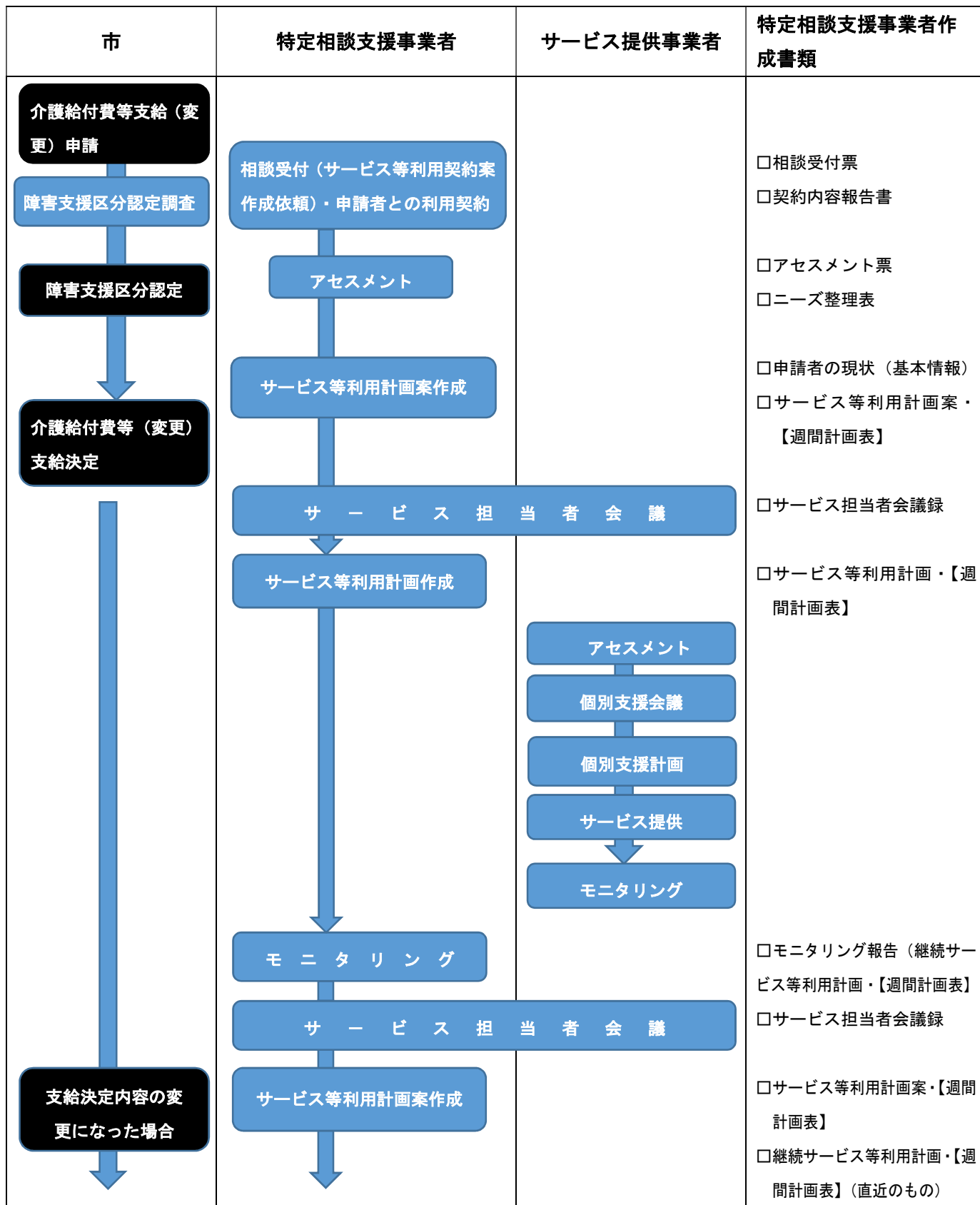
次の方の計画相談支援関係書類は、表のとおりです。

| | |
|--------------------------------------|---|
| <p>65歳以上の方等で 介護保険サービスを受けている方</p> | <p>障害福祉サービス固有のものと認められるサービスの利用を希望する場合、障害福祉サービスの利用を確認するために、以下の①～③の書類のいずれかの提出を必要とします。</p> <p>①障害福祉サービス利用を含む介護保険ケアプラン ②サービス等利用計画案（計画相談） ③セルフプラン</p> |
| <p>障害児通所支援を受けている方</p> | <p>障害児支援利用計画の写しを提出してください。</p> |

※様式の名称（雛形は様式集を参考にしてください）

- 様式第1号「支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書兼届出書」
- 様式第24号「世帯状況・収入等申告書（裏面同意書）」
- 様式第17号「計画相談支援給付費支給申請書」
- 様式第18号「計画相談支援依頼（変更）届出書」
- 別紙1「申請者の現状（基本情報）」
- 別紙2「申請者の現状（基本情報）【現在の生活】」
- 「サービス等利用計画案およびサービス等利用計画案【週間計画表】」
- 「モニタリング報告書（継続サービス等利用計画書）および【週間表】」
- 「サービス等利用計画およびサービス等利用計画【週間計画表】」
- 「サービス等利用計画案(セルフプラン①)」
(裏面「サービス等利用計画案(セルフプラン②)【週間計画表】」)

(図2) 支給決定とサービス利用計画の流れ



様式集

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書兼届出書

(宛先) 東大阪市長

次のとおり(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)を申請します。

□新規 □追加 □変更 □更新 □取消

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|---|------|-------|-------------------|---------------|-------|
| 申請者 もししくは 保護者 | フリガナ | | 生年月日 | □明治 □大正 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | □昭和 □平成 | |
| | 個人番号 | | 日中連絡のとれる電話(Fax)番号 | | |
| | 居住地 | 〒 — — | — — | | |
| フリガナ | | | 生年月日 | □平成 □令和 年 月 日 | |
| 18歳未満の申請者氏名 | | | 個人番号 | | 続柄 |
| 身体障害者手帳番号 | | | 療育手帳番号 | | |
| 精神保健福祉手帳番号 | | | 疾病名(難病の方) | | |
| 被保険者証の記号及び番号(※) | | | 保険者名及び番号(※) | | |
| 障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。) | | | | | □有 □無 |

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

| | | | | | | |
|-----------|-----------------|-----------|-------|--------------------|-----------|-------|
| サービス利用の状況 | 障害福祉関係サービス | 障害支援区分の認定 | □有 □無 | 区分 1 2 3 4 5 6 非該当 | 有効期間 | 年 月 日 |
| | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 要支援()・要介護 | 1 2 3 4 5 | |
| | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |

変更の理由

| 申請するサービス | 区分 | サービスの種類 | | 申請に係る具体的内容 |
|----------|-------------|--------------------|--------|-------------------------|
| | | 介護給付費 | 訓練等給付費 | |
| 訪問系・その他 | □居宅介護 | □就労定着支援 □自立生活援助 | | 連絡先事業所 電話番号： 担当者： |
| | □重度訪問介護 | | | |
| | □同行援護 | | | |
| | □行動援護 | | | |
| | □短期入所 | | | |
| | □重度障害者等包括支援 | | | |
| 日中活動系 | □療養介護 | □自立訓練(機能訓練) | | |
| | □生活介護 | □自立訓練(生活訓練) | | |
| | | □宿泊型自立訓練 | | |
| | | □就労移行支援 | | |
| 居住系 | □施設入所支援 | □就労移行支援(養成施設) | | |
| | | □就労継続支援A型 | | |
| | | □就労継続支援B型 | | |
| 地域相談支援 | □地域移行支援 | □共同生活援助(グループホーム) | | |
| | □地域定着支援 | | | |

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示すること、また転入時は、転入前の市町村に照会することに同意します。

申請者氏名

受付者：

| | | | | |
|------------|--------|---------|-------|---------------|
| 主治医 (※) | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 _____ | | 電話番号 _____ |

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

| | | | |
|-----------|---|---|---------------|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） | | |
| | 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者 | | |
| | <input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 対象：療養介護を希望される方 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 （注）年金・手当て等、工賃等収入、社会保険料の領収証等を添付してください。 | | |
| | <20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者 | <20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること（年令 才） | |
| | <input type="checkbox"/> III 施設入所者（※）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 対象：施設入所支援を希望される方 ※共同生活援助（グループホーム）・宿泊型自立訓練を希望される方は対象外です 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）年金・手当て等、工賃等収入、社会保険料の領収証等を添付してください。 | | |
| | <20歳以上の方> 1. 施設入所者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 | <20歳未満の方> 1. 施設入所者であること（年令 才） | |
| | <input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）事業所が発行する家賃額証明書の添付が必要となります。 | | |
| | <input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。 | | |
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| 氏名 | | 申請者との関係 又は 事業所名 | |
| 住所 | 〒 _____ | | 電話番号 _____ |

世帯状況・収入等申告書(裏面同意書)

(宛先) 東大阪市長

申告年月日 令和 年 月 日

申告者(児童の場合は保護者) 住所 _____

(児童の場合は保護者) 氏名 _____

(個人番号: _____)

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

| | 氏名 | 生年月日 | 本人との関係 | 市町村民税の状況 | |
|-----|----|------|--------|-----------------------------|------------------------------|
| 申請者 | | | | <input type="checkbox"/> 課税 | <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 世帯主 | | | | <input type="checkbox"/> 課税 | <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 世帯員 | | | | <input type="checkbox"/> 課税 | <input type="checkbox"/> 非課税 |

2 申請者の収入の状況について

以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(申請する減免の種類Ⅱ・Ⅲ)を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

| | | |
|--------|---|---|
| 合計所得金額 | 円 | ① |
|--------|---|---|

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

| 区分 | 種類 | 収入額 |
|-------|--|-----|
| 稼得等収入 | 障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)(②) | ② 円 |
| | 特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)(③) | ③ 円 |
| | 工賃等収入 | 円 |
| | その他の収入() | 円 |
| その他 | 仕送り収入 | 円 |
| | 不動産等による家賃収入 | 円 |
| | その他の収入() | 円 |

必要経費(B)

| 種類 | 内容 | 金額 |
|-------|----|----|
| 租税 | | 円 |
| | | 円 |
| 社会保険料 | | 円 |
| | | 円 |

| | | | |
|--------|---|---------|------------|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| フリガナ | | 申請者との関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 _____ | | 電話番号 _____ |

(記入上の注意)

R4-03版

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

(裏面に続く)

調査の同意書

障害福祉サービスの利用者負担額の決定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の収入の状況について、貴職が下記の事項について報告を求めることに同意します。

記

照会先 東大阪市税務担当課、東大阪市生活保護担当課

照会事項 障害福祉サービスの利用者負担額の決定又は実施に必要な事項

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

住 所 _____

本人氏名 _____

世帯主 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

申請内容変更届出書

(宛先) 東大阪市長

次のとおり届け出ます。

届出年月日 令和 年 月 日

| | |
|--|---|
| 届出事由 | 【 障害福祉サービス ・ 地域相談支援 ・ 地域生活支援事業】 |
| 【 】の対象の事業に○該当する□にチェック 転居の場合は、市内・市外のいずれかを○ | <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 保護者変更(児童の支給決定の場合) <input type="checkbox"/> 転居 (市内転居・市外転出) <input type="checkbox"/> 居住地変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 |

| | | | | | |
|--------|------|------|----------|-------|-------|
| 受給者証番号 | 障害福祉 | 地域相談 | 地域生活支援事業 | 異動年月日 | 年 月 日 |
|--------|------|------|----------|-------|-------|

| | | | | | | |
|--------------|------------------------|-------|--|------|-------|--|
| 変更前 | | | | | | |
| 支給決定障害者(保護者) | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 児童氏名 (受給者が18歳未満の場合) | 個人番号: | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | 電話番号 | | |
| | 送付先 | 〒 | | 電話番号 | | |

| | | | | | | |
|--------------------------|------|---|--|-------------|--|--|
| 変更後(変更のあった箇所のみ記入) | | | | | | |
| 支給決定障害者(保護者) | フリガナ | | | 支給決定に係る児童氏名 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | 電話番号 | | |
| | 送付先 | 〒 | | 電話番号 | | |

| | | | |
|--------|--|----------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入) | | |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | 申請者との関係 | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 () | |

受給者証の交付を受けた支給決定障害者(障害児の場合は、居宅支給決定保護者)が支給決定期間内において、氏名を変更したとき、居住地を移したとき(本人の転居又は出身世帯の転居)は、14日以内に受給者証を添えて、氏名変更・転居届を提出してください。

受給者証等再交付申請書

(宛先) 東大阪市長

令和 年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

| | | | |
|---------|---|--------|--|
| 受給者証の種類 | 1 障害福祉サービス受給者証 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証 4 地域生活支援事業 (決定通知書 ・ 契約内容表) | 受給者証番号 | |
|---------|---|--------|--|

| | | | | | | |
|---------------------------|------------|----------|----------------|-------|---|-----|
| フリガナ 支給決定者 (保護者) 氏名 | 個人番号: | 生年 月日 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 居住地 | 〒 電話番号 () | | | | | |
| フリガナ 支給決定に係る 児童氏名 | 個人番号: | 続柄 | 生年 月日 | 平成・令和 | 年 | 月 日 |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| フリガナ 氏名 | 申請者との関係 | | |
| 住所 | 〒 電話番号 () | | |

※**支給決定者以外**が申請する時は、支給決定者の署名をお願いします。

| | |
|-------------|--|
| 支給決定者 署名 | |
|-------------|--|

| | |
|-------|--|
| 申請の理由 | 1 汚損 2 紛失 3 その他(下欄へ記載してください。) 具体的な状況 () |
|-------|--|

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

計画相談支援給付費支給申請書

(宛先) 東大阪市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|---------------|------|-------|------|----------------|-------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | 氏名 | 個人番号: | | | |
| | 居住地 | 〒 | | | |
| | | 電話番号 | | | |
| 申請に係る 児童氏名 | フリガナ | | 生年月日 | 平成・令和 | 年 月 日 |
| | 氏名 | 個人番号: | | 続柄 | |

| | | | |
|--------|---|-------------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) | | |
| フリガナ | | 申請者 との関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |

※児童の通所サービスを利用されている場合は、障害児相談支援で一体的に支援することになりますので、計画相談支援の支給決定は行いません。

計画相談支援依頼（変更）届出書

（宛先）東大阪市長

次のとおり届け出します。

届出年月日 令和 年 月 日

| | |
|----|-------|
| 区分 | 新規・変更 |
|----|-------|

| | | | | | | | |
|-----|---------------|---|------|----------------|------|---|---|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | | 電話番号 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 申請に係る 児童氏名 | | 続柄 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|--|--|------|--|--|--|--|--|
| 計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | |

| |
|------------------------------|
| 指定特定相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載） |
| |

変更年月日 年 月 日

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

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 | | | | | |

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 | |

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|--|
| 6:00 | | | | | | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">週単位以外のサービス</div> |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |

サービス等利用計画案

| 利用者氏名(児童氏名) | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------|------|---------------------------|-------------------|------|---------|
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 利用者負担上限額 | | 計画作成担当者 | | | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | 通所受給者証番号 | | | | | |
| 計画案作成日 | | モニタリング期間(開始年月) | | 利用者同意署名欄 | | | |
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(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(本人のニーズ) | 支援目標 | 達成時期 | 福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間) | 課題解決のための 本人の役割 | 評価時期 | その他留意事項 |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |

サービス等利用計画案【週間計画表】

| | | | | | |
|----------------|--|----------|--|----------|--|
| 利用者氏名(児童氏名) | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 利用者負担上限額 | | 計画作成担当者 | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | 通所受給者証番号 | | | |

計画開始年月

| | 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 | | | | | | | | 週単位以外のサービス |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |

サービス提供によって実現する生活の全体像

サービス等利用計画

| | | | | | |
|----------------|--|----------|--|----------|--|
| 利用者氏名(児童氏名) | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 利用者負担上限額 | | 計画作成担当者 | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | 通所受給者証番号 | | | |

| | | | | | |
|-------|--|----------------|--|----------|--|
| 計画作成日 | | モニタリング期間(開始年月) | | 利用者同意署名欄 | |
|-------|--|----------------|--|----------|--|

| | |
|----------------------------|--|
| 利用者及びその家族の生活に対する意向(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(本人のニーズ) | 支援目標 | 達成時期 | 福祉サービス等 | | 課題解決のための本人の役割 | 評価時期 | その他留意事項 |
|------|-----------------|------|------|----------------|-----------------|---------------|------|---------|
| | | | | 種類・内容・量(頻度・時間) | 提供事業者名(担当者名・電話) | | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |

サービス等利用計画【週間計画表】

| | | | | | |
|----------------|--|----------|--|----------|--|
| 利用者氏名(児童氏名) | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 利用者負担上限額 | | 計画作成担当者 | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | 通所受給者証番号 | | | |

計画開始年月

| | 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 | | | | | | | | 週単位以外のサービス |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |

サービス提供によって実現する生活の全体像

サービス等利用計画案（セルフプラン①）

| | | | | | | | |
|-------|--|------------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 利用者氏名 | | 障害支援 区分 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 | 電話番号 | () |
| 受給者番号 | | | 計画作成日 | 令和 | 年 月 日 | 作成補助者 | 利用者との関係 () |

○あなたが希望する生活や目標、現在の生活で困っていることを記入してください。

| | |
|-----------|-----------------|
| 希望する生活・目標 | 困っていること・解決したいこと |
| | |

○「あなたが希望する生活や困っていることの解決」を実現するために必要なサービスについて記入してください。

| | サービス名 | 利用意向 | 希望する利用時間数等 | 利用する事業所名（担当者・電話） |
|---------------------------------|--|------------------|------------------|------------------|
| 訪問系サービス | <input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護) | (継続・新規・変更・取消) | () 時間 / 月 | 事業所名() |
| | <input type="checkbox"/> 居宅介護(家事援助) | (継続・新規・変更・取消) | () 時間 / 月 | 担当者() |
| | <input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等介助) | (継続・新規・変更・取消) | () 時間 / 月 | 電話番号() |
| | <input type="checkbox"/> 居宅介護(通院等乗降介助) | (継続・新規・変更・取消) | () 回 / 月 | |
| | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | (継続・新規・変更・取消) | () 時間 / 月 | 事業所名() |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護・行動援護 | (継続・新規・変更・取消) | () 時間 / 月 | 担当者() |
| | <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | (継続・新規・変更・取消) | () 単位 / 月 | 電話番号() |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所 | (継続・新規・変更・取消) | () 単位 / 月 | |
| | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | (継続・新規・変更・取消) | 当該月の日数・() 日 / 月 | |
| <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | (継続・新規・変更・取消) | 当該月の日数・() 日 / 月 | | |
| 日中活動 | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 | (継続・新規・変更・取消) | 原則の日数・() 日 / 月 | 事業所名() |
| | <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型) | (継続・新規・変更・取消) | 原則の日数・() 日 / 月 | 担当者() |
| | <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練・機能訓練) | (継続・新規・変更・取消) | 原則の日数・() 日 / 月 | 電話番号() |
| | <input type="checkbox"/> 生活介護 | (継続・新規・変更・取消) | 原則の日数・() 日 / 月 | |
| | <input type="checkbox"/> 療養介護 | (継続・新規・変更・取消) | 当該月の日数・() 日 / 月 | |
| 居住系 | <input type="checkbox"/> 共同生活援助・施設入所支援 | (継続・新規・変更・取消) | 当該月の日数・() 日 / 月 | 事業所名() |
| | <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 | (継続・新規・変更・取消) | 当該月の日数・() 日 / 月 | 担当者() 電話番号() |

○他に利用しているサービス、これから利用したいサービスを記入してください。

| | サービス名 | 希望する利用時間数等 | その他留意事項 |
|-----|-------|------------|---------|
| その他 | | | |

※この様式に準じた様式を使用することもできます。

サービス等利用計画案（セルフプラン②）

しゅうかんけい かくひょう
週間計画表

セルフプラン①と併せて提出してください。

| | げつ 月 | か 火 | すい 水 | もく 木 | きん 金 | ど 土 | にち 日 | おも 主に日常生活上の活動 にちじょうせいかつじょう かつどう |
|-------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|------------------------------------|
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | しゅうたんいがい 週単位以外のサービス |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | |

かんけいしゃ
関係者に知って
おいて欲しいこと
（留意事項）
りゅういじこう

モニタリング報告書(継続 サービス利用支援)

| | | | | | |
|----------------|--|-----------|--|----------|--|
| 利用者氏名(児童氏名) | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 利用者負担上限額 | | 計画作成担当者 | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | 通所受給者証番号 | | | |
| 計画作成日 | | モニタリング実施日 | | 利用者同意署名欄 | |

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

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

継続サービス等利用計画【週間計画表】

| | | | | | |
|----------------|--|----------|--|----------|--|
| 利用者氏名(児童氏名) | | 障害支援区分 | | 相談支援事業者名 | |
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 利用者負担上限額 | | 計画作成担当者 | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | 通所受給者証番号 | | | |

| | |
|--------|--|
| 計画開始年月 | |
|--------|--|

| | 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

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

支援機関のカンファレンス結果

令和 年 月 日

(宛先) 福祉部障害者支援室
障害福祉認定給付課

支援機関

下記の者について、以下のとおり居宅介護サービスの支給を必要と考えます。

| | |
|---|-------------------------------|
| (ふりがな) 本人氏名 | 男・女 年 月 日生 (歳) |
| (ふりがな) 保護者氏名 | (続柄) |
| 希望するサービス | 家事援助 身体介護 通院等介助 通院等乗降介助 |
| 希望するサービスを 必要とする期間 | (例1) 令和元年6月～8月まで (例2) 3ヶ月間 |
| 上記の期間、居宅介 護を希望する理由 (本人及び保護者の 状況、養育環境、必 要とする問題状況 等) | |

〇〇〇第〇〇号
〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 東大阪市 障害福祉認定給付課長

〇〇学校
校長 〇〇 〇〇

就労アセスメント結果について

本校生徒について、就労アセスメントに替わる実習を別紙のとおり実施いたしました。

については「就労系障害福祉サービスにおける教育と福祉の連携の一層の推進について」(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 平成 29 年 4 月 25 日事務連絡)に基づき、就労アセスメント結果として提出いたします。

尚、本校にて作成しています基本情報を合わせて提出いたします。

担当者

<就労アセスメント結果表>

作成者 ○○学校 ○○ ○○

| | | | |
|---------------------------|--|------|--|
| 対象者氏名 | | 生年月日 | |
| 住所 | | | |
| 実習実施機関 | | | |
| 実習機関住所 | | | |
| 実習実施日 (期間) | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | | |
| 実習内容及び 評価 | <p>【作業・訓練内容等】</p> <p>【評価】</p> <p>○生活面</p> <p>○作業面（作業能力・就労意欲・作業態度）</p> <p>○対人関係面</p> <p>●就労準備性の総合的評価</p> <p>1 就労準備性が非常に高い 2 就労準備性が高い 3 普通</p> <p>4 若干の改善が必要 5 大幅な改善が必要</p> | | |
| 実習に基づく アセスメント 会議の開催 | <p>【会議実施日】</p> <p>【会議メンバー】</p> | | |
| 以上の実習結 果に基づく本 校の見解 | <p>（記入例）卒業後は就労継続支援 B 型事業所で、就労準備性を高めた上で就労をめざすことが適当と考える。</p> | | |

*添付書類（対象者の基本情報）

H31-04 版

概況報告票

令和 年 月 日作成

| | | | |
|---------|--|-------|------------|
| 報告票作成者 | | 事業所名 | |
| 支給決定対象者 | | 身長・体重 | cm kg 年齢 歳 |

I. 認定を受けている各種障害等等級

| | |
|-----------------|--|
| 身体障害者等級 | 種 級 |
| 身体障害の種類 (詳細) | <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 脳性まひ () |
| 療育手帳等級 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 |
| 精神障害者保健福祉手帳等級 | |
| 生活保護の受給 | <input type="checkbox"/> 有 (他人介護料あり) <input type="checkbox"/> 有 (他人介護料なし: 申請予定) <input type="checkbox"/> 無 |

II. 日中活動関連について (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

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

III. 介護者関連について (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

| | |
|--------|---|
| 介護者の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 介護者の健康状況等特記すべきこと |
|--------|---|

IV. 居住関連について (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

| | |
|-------|--|
| 生活の場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 (単身) <input type="checkbox"/> 自宅 (家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 居住環境 | |

V. その他 (サービスの種類や量に関することを中心に記入)

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

標準利用期間満了後の更新聴き取り票

| | | |
|--|---|--|
| | 調査日 | |
| | 調査者 | |
| 支給決定対象者・氏名 | 歳 手帳 | |
| 受給者番号 | | |
| サービス内容 | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練 ・ 生活訓練） <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | |
| 事業所名 担当者名 | 担当 () ー | |
| 標準利用期間満了日 | 令和 年 月末 | |
| 必要性の確認 | <input type="checkbox"/> | |
| 標準利用期間において、設定した課題や目標 (記載) | | |
| 課題や目標の達成度合と具体的な残課題 (記載) | | |
| 残課題への具体的方策 (事業所として) (記載) | | |
| (利用者として) (記載) | | |
| 〔障害者支援室の意見〕 更新の必要性の有無と理由 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | | |
| ※審査会意見 <input type="checkbox"/> 本件適当と認める <input type="checkbox"/> 本件適当と認めない 令和 年 月 日 第 合議体 | | |

就労継続支援A型事業の暫定支給決定に代わる事前アセスメント 報告書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市障害福祉認定給付課長

届出者 所在地
法人名
代表者の
職名・氏名

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

| | | | |
|----------------------|---|------|--|
| 事業所番号 | 〒 | 事業所名 | |
| 採用対象者 | 氏名 | | |
| | 住所 | 東大阪市 | |
| 採用予定年月日 | 年 月 日 | | |
| 評価実施者 (サービス管理責任者) | | | |
| 添付書類 | <ul style="list-style-type: none"> ・事前アセスメント日報（アセスメント期間中のもの全て）（別紙2） ・事前アセスメント評価結果 ・事前アセスメント期間に係る個別支援計画 ・採用通知書等の採用予定の確認できる書類 | | |
| 担当者 | | 連絡先 | |

留意事項

- ・暫定支給決定を希望する場合は、本報告書の提出は不要です。

※東大阪市処理欄（届出者は記入しないでください）

| | | | | |
|----|---|---------|--|--|
| 課長 | 総括主幹 | 支給決定担当者 | | |
| | 暫定支給決定 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | | | |

事前アセスメント日報

| | |
|-------|--|
| 対象者氏名 | |
|-------|--|

| | | | |
|---------|---|-----------|--|
| 実施日 | 令和 年 月 日 () (アセスメント 日目) | 担当職員名 | |
| 作業時間 | 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分間) | サービス管理責任者 | |
| 作業内容 | | | |
| 作業中の状況 | (作業中の対象者の状況を、客観的かつ具体的に記載してください) _____ _____ _____ _____ _____ | | |
| 対象者の感想等 | (対象者本人の感想や、それに対して行ったフィードバック等について記載してください) _____ _____ _____ _____ | | |
| その他 | | | |

| | | | |
|---------|---|-----------|--|
| 実施日 | 令和 年 月 日 () (アセスメント 日目) | 担当職員名 | |
| 作業時間 | 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分間) | サービス管理責任者 | |
| 作業内容 | | | |
| 作業中の状況 | (作業中の対象者の状況を、客観的かつ具体的に記載してください) _____ _____ _____ _____ _____ | | |
| 対象者の感想等 | (対象者本人の感想や、それに対して行ったフィードバック等について記載してください) _____ _____ _____ _____ | | |
| その他 | | | |

地域生活支援事業利用(変更)申請書兼利用者負担上限額減額・免除(変更)申請書

(宛先) 東大阪市長

新規 変更 追加

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------|--------------------------|------|---------|---|--|---|--|--|--|--|--|
| 申請者 | フリガナ | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 居住地 | 〒 ー | | | 受給者番号 | | | | | | | |
| | | 日中連絡のとれる電話(Fax)番号 ー ー | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 | | | | | | | |
| 支給申請に係る児童氏名 | | | | | <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | 級(視覚 聴覚 音声言語 肢体 内部) | | 療育手帳 | A B1 B2 | 精神障害者保健福祉手帳 | | 級 | | | | | |
| 変更の理由 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|-------------|-----|---|----------------------|
| 申請するサービスの種類等 | サービス利用の状況 | 居宅 | | 障害支援区分 | |
| | | 施設サービス | | | |
| | 介護保険 | 要介護認定 | 有 無 | 要介護度 | 要支援()・要介護 1 2 3 4 5 |
| | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | |
| 申請するサービスの種類 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 移動支援 | | 時間/月 | | <input type="checkbox"/> 日中短期入所 | |
| <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型(回/月) | | | | <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型(回/月) | |
| 利用予定施設名称〔 〕 | | 利用予定施設名称〔 〕 | | | |
| 所得区分 | <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護 | | | | |

| | | | | | |
|--------|---|--|------|---------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) | | | | |
| フリガナ | | | | 申請者との関係 | |
| 氏名 | | | | | |
| 住所 | 〒 ー | | 電話番号 | ー ー | |

※裏面に同意書があります

受付者:

調 査 の 同 意 書

地域生活支援事業の利用者負担額の決定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の収入の状況について、貴職が下記の事項について報告を求めることに同意します。

記

照 会 先

東大阪市税務担当課、東大阪市生活保護担当課

照 会 事 項

地域生活支援事業の利用者負担額の決定又は実施に必要な事項

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

住 所 _____

本人氏名 _____

世帯主 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

※この同意書は、申請のあった日の属する年度分の市町村民税が東大阪市中で課税されている方のみご記入ください。

市外からの転入等、市中で課税情報が確認できない方は、「世帯全員の当該年度分の市町村民税の課税額（利用の申請した月が4月から6月までの場合は、前年度分）を証明する書類」または「生活保護受給の証明」を申請書に添付してください。

R4-03 版

東大阪市障害福祉サービス支給決定ガイドライン（第2版）

令和3年3月1日発行

（発行） 東大阪市福祉部 障害者支援室 障害福祉認定給付課

〒577-8521 東大阪市荒本北一丁目1番1号

TEL 06-4309-3184 FAX 06-4309-3813