

**長崎市の障害福祉サービス等の手続き
(相談支援事業所向け)**

令和6年6月

長崎市障害者自立支援協議会

相談支援部会

【 目 次 】

内容

1. はじめに.....	2
2. 障害福祉サービスとは.....	3
3. 障害福祉サービスの概要及び対象者要件.....	4
4. 地域生活支援事業の内容.....	9
5. その他在宅支援.....	11
6. 障害を有することの確認について.....	12
7. 介護保険制度との関係について.....	13
8. 子育て支援制度との関係について.....	17
9. 施設入所について（入所までの流れ、申請等）.....	18
10. 支給決定プロセス.....	19
11. 市へ提出する様式.....	21
12. 障害福祉サービスの支給量の基準について.....	25
13. 利用者負担額について.....	27
14. 補装具・日常生活用具等.....	30
15. 加算.....	31
16. 相談支援専門員の要件について.....	53
17. 参考資料.....	54

1. はじめに

平成 24 年 4 月の障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）・児童福祉法の一部改正により、障害福祉サービス・障害児通所支援の支給決定に際し、サービスを利用するすべての方に「サービス等利用計画」（又は障害児支援利用計画）を作成していただくことになりました。

障害のある人が住み慣れた地域で安心して豊かに暮らし続けていくためには、さまざまなサービスを上手に利用し、関係を調整しながら生活していくことが必要となりますが、障害のある方が地域で生活しているとさまざまな困難に直面します。特に、地域ではサービスが広く散在しているため、自分が利用できるサービスについて情報を得て、自分で利用の手続きを行っていくことは至難の業です。更に、病院や入所施設等から地域生活へと移行し、生活し続けることができるようにするためには、地域住民の障害への理解が欠かせません。

これらの困難を考えると、障害福祉サービスなどの情報を広く提供し、活用できるサービスについて懇切丁寧に説明し、必要なニーズをアセスメントし、ケア計画にそって複数のサービスを調整し、一体的・総合的に提供してくれる「システム」とそれを担う「人」が不可欠です。いつでも、どんな相談にも乗ってくれる相談支援専門員が常駐する相談窓口が地域にあることが、障害のある人の地域生活を可能にするのではないのでしょうか。相談支援専門員は単にサービスを調整するだけではなく、障害のある人の置かれている立場を代弁する権利擁護の観点に立って、利用者の意思決定を支援していく役割も担っているのです。

「長崎市の障害福祉サービス等の手続き」は、相談支援専門員として働く仲間がより働きやすくなるようにと長崎市自立支援協議会相談支援部会において平成 28 年に作成し適宜改定しています。

このしおりを手にとってくださった方々が、障害者とともに社会に参画する機会を持ち、それぞれの経験や能力、考え方が認められ活かされている地域を作るために、役立つ一冊となることを願っております。

令和 6 年 6 月 11 日
長崎市自立支援協議会相談支援部会
メンバー一同

※この資料は長崎市障害者自立支援協議会相談支援部会で作成しました。参考資料ですので、ご不明な点は長崎市障害福祉課へ直接お聞きください。

2. 障害福祉サービスとは

障害者総合支援法によるサービスは、自立支援給付費（全国共通の制度）と地域生活支援事業（市町村ごとの制度）で構成されています。さらに、自立支援給付費は、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能を身に付ける「訓練等給付」、「地域相談支援」、「計画相談支援」、「補装具」及び「自立支援医療」に分けられています。「介護給付」、「訓練等給付」「地域相談支援」及び「地域生活支援事業」のサービスを利用するためには、長崎市役所へ申請して発行される「受給者証」が必要です。

【受給者証の種類とサービス内容】

サービス等利用計画書が必要	【障害者】 障害福祉サービス（水色）	
	介護給付（区分認定が必要）	訓練等給付
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 療養介護 ・ 短期入所 ・ 生活介護 ・ 施設入所支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立生活援助 ・ 共同生活援助 （グループホーム） ・ 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） ・ 就労定着支援
【障害児】 通所受給者証（黄色）		
<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・ 児童発達支援 <li style="width: 50%;">・ 居宅訪問型児童発達支援 <li style="width: 33%;">・ 医療型児童発達支援 <li style="width: 33%;">・ 放課後等デイサービス <li style="width: 33%;">・ 保育所等訪問支援 		
地域相談支援受給者証（黄色）		
<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・ 地域移行支援 <li style="width: 50%;">・ 地域定着支援 		
サービス等利用計画書は不要	地域生活支援事業受給者証（ピンク）	
	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">・ 移動支援 <li style="width: 33%;">・ 日中一時支援 <li style="width: 33%;">・ 訪問入浴 	
	上記以外の在宅サービス（市の調査後、利用決定） ※全て【障害者】のみ	
	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">・ ふれあい訪問収集 <li style="width: 33%;">・ 配食サービス <li style="width: 33%;">・ 移送支援 	
	用具の給付・住宅改修	
	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・ 日常生活用具の給付 <li style="width: 50%;">・ 補装具 	

3. 障害福祉サービスの概要及び対象者要件

	サービスの種類	サービスの概要	対象者要件
介護給付	居宅介護(者・児)	自宅での入浴や排せつ、食事の介護等を行う。 ○身体介護(食事、排泄、入浴等) ○家事援助(食事準備、掃除、洗濯等) ○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	区分1以上の方 ※児童にあっては、これに相当する心身の状態である者
	重度訪問介護(者)	重度の肢体不自由を有する方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方で常に介護が必要な方に、自宅での介護から外出時の移動支援まで総合的に行う。(移動支援、通院の介護含む)	区分4以上で、2肢以上に麻痺があつて歩行、移乗、移動、排尿、排便のいずれも支援が必要な方で長時間のサービスが必要な方 ※児童の場合は、15歳以上18歳未満で児童相談所長が重度訪問介護を利用する事が適当であると認め、市町村長に通知した場合、障害者とみなし、障害者の手続きに沿って支援の要否を決定する。
	同行援護(者・児)	視覚障害により移動に著しい困難を有する方に外出時において同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の外出する際の必要な援助を行う。	同行援護アセスメント調査票により援助が必要と認められる方 ※同行援護のサービスのみを利用する場合、障害福祉課窓口か相談支援専門員が調査票の聞き取りを行う。 ※新規申請の方は区分申請が基本必要です。
	行動援護(者・児)	知的障害又は精神障害により行動が著しく困難で、常に介護が必要な方に外出時の移動の支援、行動の際に生じる危険や極端な行動などを予防・制御する対応、排泄、食事、外出前後の衣服着脱の介助を行う。	区分3以上で、認定調査項目のうち行動関連項目において一定の要件をみたす方 ※児童にあっては、これに相当する心身の状態である者
	重度障害者等包括支援(者・児)	常に介護を必要とする方の中でも介護の必要性が特に高い方に、居宅介護や短期入所などの複数の障害福祉サービスを包括的に提供します。(家事援助や入浴、排泄、食事などの介助や外出時の移動支援等も含む)	区分6以上、意志疎通に著しい困難を有する方のうち、寝たきりや強度行動障害など一定の要件をみたす方 ※児童の場合は、15歳以上18歳未満で認定調査を行い、重度障害者等包括支援の対象と認められる方

	<p>短期入所(者・児) (福祉型)</p>	<p>自宅で介護を行う方が病気などの場合に、短期の入所による入浴、排泄、食事の介護などを行う。</p>	<p>区分1以上の方 ※児童にあっては、これに相当する心身の状態である者</p>
	<p>短期入所(者・児) (医療型)</p>	<p>医療と介護が必要な方に、病院において主に日中に病院で機能訓練、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を行う。</p>	<p>重症心身障害者・児、医療的ケアスコアが16点以上の障害者・児を対象。</p>
	<p>療養介護(者)</p>	<p>医療と介護が必要な方に、病院において主に日中に病院で機能訓練、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を行う。</p>	<p>病院等への長期入院により医学的な対応に加え、常に介護を必要とする、次の①、②に該当する方 ①区分6で気管切開に伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ②区分5以上で次のイからロまでのいずれかに該当する者 イ、重症心身障害者又は進行性筋萎縮症患者 ロ、医療的ケアスコアが16点以上の者 ハ、行動関連項目の合計点数が10点以上かつ医療的ケアスコアが8点以上の者 ニ、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</p>
	<p>生活介護(者)</p>	<p>常に介護が必要な方におもに日中に障害者支援施設で入浴、排泄、食事等の介護や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、生産活動の機会の提供等を行う。</p>	<p>区分3以上の方 50歳以上は区分2以上 ※児童の場合は、15歳以上18歳未満で児童相談所長が生活介護を利用する事が適当であると認め、市町村長に通知した場合、障害者とみなし、障害者の手続きに沿って支援の要否を決定する。</p>

介護給付	施設入所支援(者)	<p>日中、生活介護を受けている方や自立訓練又は就労移行支援のサービスを利用している方で通所が困難な方に居住の場を提供し、夜間における日常生活上の支援を行う。</p> <p>※施設入所の流れについては18ページも参照</p>	<p>次のいずれかに該当する方</p> <p>①生活介護を受けている方で、区分4以上(50歳以上の方は区分3以上)</p> <p>②自立訓練又は就労移行支援を受けている方で入所しながら訓練等を受ける事が必要かつ効果的であると認められる方又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により通所によって訓練等を受ける事が困難な方</p> <p>③生活介護を受けている方で区分4(50歳以上の方は区分3)より低い方で、相談支援事業所によりサービス等利用計画の作成手続きを得た上で、市が利用の組み合わせの必要性を認めた方</p> <p>④就労継続支援B型を受けている方のうち、相談支援事業所によりサービス等利用計画の作成手続きを得た上で、市が利用の組み合わせの必要性を認めた方</p>
	サービスの種類	サービスの概要	対象者要件
訓練等給付	自立生活援助	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を一定期間(P10※1)の支援計画に基づき行う。	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方
	共同生活援助(者) (グループホーム) *共同生活援助体験利用も含む	主として夜間において、共同生活を行う住居で相談その他の日常生活上の援助を行う。	障害のある方
	自立訓練(機能訓練) (者)	自立した日常生活や社会生活ができるよう、身体機能や生活能力向上のための訓練を一定期間(P10※1)の支援計画に基づき行う。	地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上のため一定の支援が必要な障害者
	自立訓練(生活訓練) (者)		
	宿泊型自立訓練	居室その他の設備を提供し家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。	日中、一般就労や外部の障害福祉サービスを利用している方で、地域移行に向けて一定期間、居住の場の提供を受け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

	就労移行支援 (者)	就労を希望する方に就労に必要な知識や能力の向上のための訓練や職場実習などを一定期間(P10 ※1)の支援計画に基づき行う。	①就労を希望する方であって、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、就労先の紹介、その他の支援が必要な65歳未満の方 ②あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許、きゅう師免許を取得し、就労を希望する方
	就労継続支援A型 雇用型(者)		企業等に就労することが困難な方で、原則雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な65歳未満の方
	就労継続支援B型 非雇用型(者)	一般企業等で雇用されることが困難な方に、働く場の提供や就労に必要な知識や能力の向上の訓練を行う。	就労移行支援を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない方や一定年齢に達している方であって、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維持が期待される方
	就労定着支援	障害者との相談を通じて生活面の課題を把握するとともに、企業や関係機関等との連絡調整やそれに伴う課題解決に向けて必要な支援を一定期間(P10※1)の支援計画に基づき行う。	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障害者で就労に伴う環境変化により生活面の課題が生じている方
児童 通所 支援	児童発達支援	主として未就学児に対し、児童発達センター等において日常生活における基本的な動作の指導や集団生活への適応訓練等を行う。	身体障害、知的障害、精神障害のある児童(発達障害児を含む)
	医療型児童発達支援	医療型児童発達支援センターにおいて日常生活動作や運動機能訓練及び治療を行う。	肢体不自由があり、理学療法等の機能訓練又は医療的管理下での支援が必要な障害児
	居宅訪問型 児童発達支援	障害児の居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与等の支援を実施する。	重症心身障害児等の重度の障害児等であって、児童発達支援等の障害児通所支援を受けるために外出することが著しく困難な障害児
	放課後等 デイサービス	就学児に対し、放課後や休業日に施設において、生活能力の向上のための必要な訓練や社会との交流の促進等を行う。	学校教育法に規定する学校(幼稚園、大学を除く)に就学している障害児
	保育所等訪問支援	保育士等が保育所等を訪問し、障害児に対する訓練やスタッフに対する指導を行う。	保育所等の児童が集団生活を営む施設に通う障害児

	サービスの種類	サービスの概要	対象者要件
指定 一般 相談 地域 相談 支援	地域移行支援 (者)	障害者支援施設に入所している障害者の方又は精神科病院に入院している精神障害者の方の住居の確保、地域生活移行のための相談等を行う。 (P10※2 期間が定められている)	次のいずれかに該当する者 ・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 ・精神科病院に入院している者 ・救護施設又は更生施設に入所している者 ・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 ・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 (者)	地域において単身等で生活する障害者と常時、連絡をとる体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等について相談等を行う。(P10※2 期間が定められている)	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

4. 地域生活支援事業の内容

サービスの種類		サービスの概要	対象者要件
地域生活支援事業	移動支援 (者・児)	<p>屋外での移動に著しい制限のある方の外出時の介助を行う。外出先での移動、食事、排泄等の介助、視覚に障害のある方の代筆、代読等を含む。</p> <p>外出の目的は1日の範囲で用務を終える次の内容となる。</p> <p>○社会生活上必要不可欠な外出 目的：公的機関等への手続、相談、金融機関の利用など</p> <p>○余暇活動等社会参加の外出 目的：買物、映画鑑賞、理美容等</p> <p>下記の目的の外出は不可</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院又は入退院の外出 ・通勤、営業活動等経済活動 ・通学、通園等通年かつ長期外出 ・ギャンブル、飲酒等社会通念上適当でないと思われる外出 	<p>屋外での移動に著しい制限があり、次の要件のいずれかにあてはまる方。ただし、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援の支給決定者を除く。</p> <p>○全身性障害児(者)両上下肢に障害があり、その程度が1級</p> <p>○知的障害児(者)又は精神障害児(者)で、外出時の移動の支援を必要と認められる方</p> <p>※「個別支援型」と「グループ支援型」があります。詳細は障害福祉課へお問い合わせください</p>
	訪問入浴 (者・児)	<p>浴槽を運搬して利用者の自宅を訪問し、衣類の着脱、洗髪、洗体、洗顔の介助や入浴、清拭に関する指導等を行う。</p>	<p>この事業の利用を図らなければ入浴が困難な身体障害者で医師から入浴許可された65歳未満の方</p> <p>※介護保険対象者(65歳以上。特定疾病に該当する場合は40歳以上)の方は、介護保険へ移行する。</p>
	日中一時支援	<p>日帰り短期入所 (者・児)</p> <p>障害者施設等で日中の預かりを行う。</p>	<p>疾病、出産、冠婚葬祭、災害、出張、看護、旅行、学校等への公的行事への参加など介護者の事情により介護を受ける事が出来ない知的障害児(者)</p> <p>※介護保険対象者(65歳以上。特定疾病に該当する場合は40歳以上)を除く。</p>
	タイムケア (小～高校生)	<p>学校の空き教室等において活動の場を提供し見守り、社会に適應するための日常的な訓練等を行う。</p>	<p>放課後や夏休み等長期休暇中の活動場所が必要な障害児</p>

(※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ヶ月 （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）
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	一般就労7か月目から決定可能で、一般就労後最大3年間
自立生活援助	1年

(※2) 地域相談支援の利用期間

サービスの種類	利用期間
地域移行支援	6ヶ月、但し6ヶ月の範囲内で更新可能（更なる更新については審査会で判断）
地域定着支援	1年、引き続き緊急時支援が必要と見込まれる場合には1年の範囲内で更新可能

5. その他在宅支援

	サービスの種類	サービスの概要	対象者要件
その 他 在 宅 支 援	ふれあい訪問収集 (者)	ごみステーションへゴミ出しが、本人の心身の状態及び住居の構造や立地条件により常に困難な次の対象者について自宅へ訪問し戸別収集を行い、併せて希望する方に安否確認の声掛けを行う。	①～②の方のみの世帯の方 ①身体障害者手帳の交付を受けている方 ②特定疾患医療受給者証の交付を受けている方または総合支援法の対象疾病の診断を受けている方 ※65歳以上の高齢者が同居している場合は、地域の地域包括支援センターへ相談してください。
	配食サービス (者)	障害及び傷病等の理由により食事の調理が困難な方に対して、配食サービスを行う。	65歳未満の身体障害者 1日(昼・夜)2回 1食：自己負担400円
	移送支援サービス (者)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険の給付を受けられない方で斜面地等に居住する方が外出する時、居宅から自力で移動が可能な場所まで移送を行う。 ・月16回まで。ただし、週3回の通院を要する透析患者にあつては月24回まで。 ・1回(片道30分以内)あたりの自己負担100円 <p>※斜面地等とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・概ね20段以上の階段がある場所 ・概ね100m以上の距離があり、かつ乗用車等が通行できない道路周辺にお住まいの方 ・エレベーターのない中高層建物の2階以上にお住まいの方 	①～②の方のみの世帯の方 ①身体障害者手帳の交付を受けている方 ②特定疾患医療受給者証の交付を受けている方または総合支援法の対象疾病の診断を受けている方 ※65歳以上の高齢者が同居している場合は、地域の地域包括支援センターへ相談してください。

6. 障害を有することの確認について

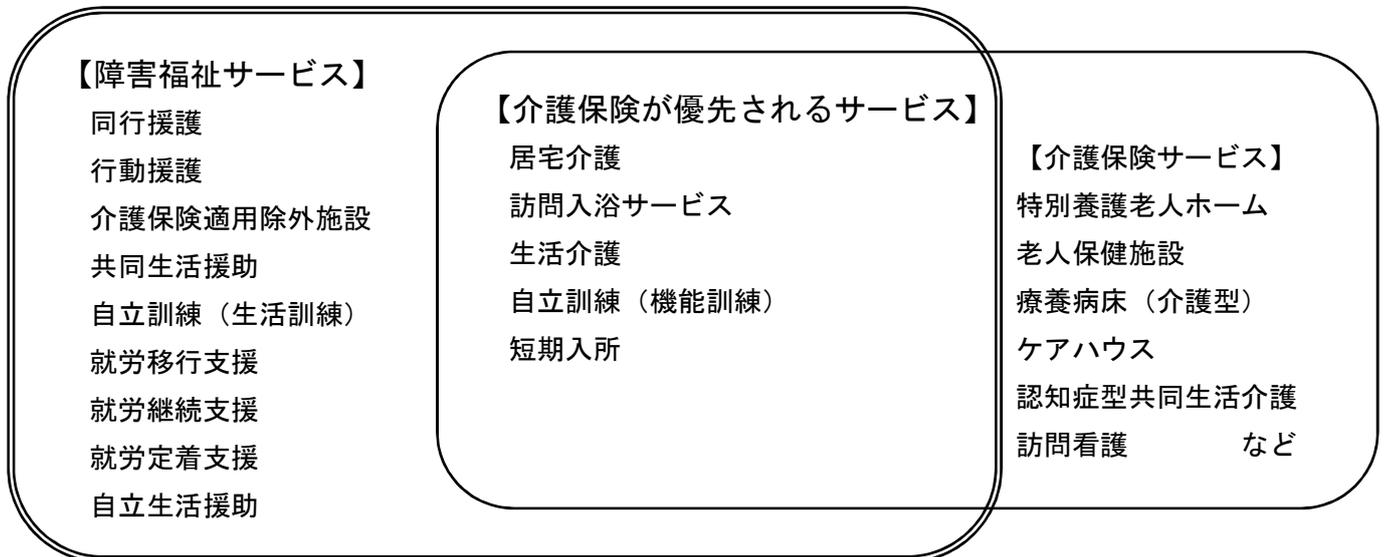
* 障害サービス利用には障害を有することの確認が必要

	障害種別	確認方法
障害者	身体	・ 身体障害者手帳 (※身体障害者手帳の取得には指定医の診断書が必要です)
	知的	・ 療育手帳 ・ 知的障害者更生相談所より知的障害が認められること
	精神	・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 精神障害を事由とする年金を現に受けていることの証書 ・ 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の証書 ・ 自立支援医療(精神通院医療)受給者証 ・ 医師の診断書又は意見書(精神科医が I C D 1 0 コード等を記載すること)
	難病	・ 特定疾患医療費受給者証 ・ 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
障害児	身体	・ 身体障害者手帳 (※身体障害者手帳の取得には指定医の診断書が必要です)
	知的	・ 療育手帳 ・ 知的障害者更生相談所より知的障害が認められること
	精神	・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 自立支援医療(精神通院医療)受給者証 ・ 医師の診断書又は意見書(精神科医が I C D 1 0 コード等を記載すること)
	難病	・ 特定疾患医療費受給者証 ・ 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
	その他	【未就学児】 医師意見書 【就学児】 診断書又は特別支援学級等の在籍証明書 ※他にも方法がありますので、障害福祉課へ確認してください。

7. 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、介護保険サービスが優先される考え方が示されています。

但し、障害福祉サービス特有のものは障害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などについては、介護保険の対象者であっても支給を受けることができます。



(1) 基本的な考え方

サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合、基本的には、介護保険サービスの利用が優先されます。ただし、介護保険に相当するものがない障害福祉サービス固有のものとして認められるものについては、状況に応じて利用することができます。具体的には、下記のとおりとなります。

○介護保険には相当するものがない障害福祉サービス固有のものとして認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練、（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、障害福祉サービスを支給する。

○介護保険を利用しながら障害福祉サービス固有のサービスを利用する場合、ケアマネジャーや包括支援センターが作成する「サービス利用票」「サービス利用別表」や基本チェックリスト等の写しを**計画案と一緒に**市障害福祉課へ提出する。

○介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合等、介護保険サービスを利用できない場合であって、なお障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合は、必要な障害福祉サービスを支給する。（介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限り。また非該当となった通知文書の写し、もしくは基本チェックリスト等の**非該当を証明できる書類**を市障害福祉課へ提出する）

○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、介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合は、必要な障害福祉サービスを支給する。（当該事情が解消されるまでの間に限り）

(2) 具体的な適用

① 障害福祉サービスの支給決定を受けている者が介護保険適用年齢等に達した場合

障害福祉サービスの支給決定を受けている者が、介護保険対象者になる場合としては、以下の場合が想定されます。

- ・ 65 歳となる場合 * 65 歳誕生日の 60 日前から介護保険の申請可能
- ・ 16 疾病※該当者で 40 歳となる場合
- ・ 16 疾病※該当者（40～64 歳）であって、生活保護受給者の生活保護が廃止された場合
 ※生活保護受給中は保険適用されないが、生活保護廃止に伴って適用される

※特定疾病（加齢と関係がある 16 疾病）

- | | | |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| ○がん（末期） | ○パーキンソン病関連疾患 | ○糖尿病性神経障害 |
| ○関節リウマチ | ○脊髄小脳変性症 | 糖尿病性腎症 |
| ○筋萎縮性側索硬化症 | ○脊柱管狭窄症 | 糖尿病性網膜症 |
| ○後縦靭帯骨化症 | ○早老症 | ○脳血管疾患 |
| ○閉塞性動脈硬化症 | ○慢性閉塞性肺疾患 | ○骨折を伴う骨粗しょう症 |
| ○多系統萎縮症 | ○初老期における認知症 | |
| ○両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形症関節症 | | |

○障害福祉サービスの支給決定を受けている者が介護保険対象となった時に優先されるサービス

サービス内容		更新時に優先されるサービス
居宅介護・重度訪問介護・重度障害者等包括支援		介護（※1）
同行援護		障害（※2）
行動援護		障害（※2）
短期入所		介護
生活介護	通所	介護（※5）
	入所	介護（※3）
療養介護		介護（※3）
施設入所支援		介護（※3）
自立生活援助		障害
共同生活援助		介護（※3）
宿泊型自立訓練		障害（※4）
自立訓練	生活訓練	障害（※4）
	機能訓練	介護
就労移行支援		障害
就労継続支援	A 型	障害
	B 型	障害
就労定着支援		障害
地域移行支援・地域定着支援		障害
地域活動支援センター	Ⅱ型	介護（※1）（※5）
	Ⅲ型	障害
移動支援（余暇）		障害

日中一時支援	介護
訪問等入浴サービス	介護

※1 要介護5の者は、所定の適用条件を満たす場合、介護保険サービスを利用した上で障害福祉サービスの上乗せ支給が可能。→【その他の取り扱い】参照

※2 行動援護は、通院等に係る支援及び社会生活上必要不可欠な外出（生活必需品の買い物等）に係る支援を要するものは、介護保険サービスを優先する。同行援護については、社会生活上必要不可欠な外出を理由とした支援は、原則介護保険サービスを優先としていましたが、同支援については同行援護サービスの利用を可能としました。（別途資料 障福第275号 平成28年5月18日通知を参照）

※3 居住場所に影響を及ぼすため、介護保険適用年齢等に達する以前より支給決定を行っていた場合、継続して支給する。

※4 障害福祉サービスの更新は可能であるが、標準利用期間が設定されているサービスであるため、所定の期限内において継続して支給する。

※5 介護保険優先であるが、40～64歳の者で、年齢的な要因から障害福祉サービスを希望しており、市が適当と認めた場合は障害福祉サービスの利用が可能。

② すでに介護保険適用年齢等の者が新たに障害福祉サービスの利用を希望した場合

○申請時の年齢による障害福祉サービスの適用

△は原則介護保険優先だが要相談

サービス内容		申請時の年齢	
		40～64歳（16疾病）	65歳以上
居宅介護・重度訪問介護・重度障害者等包括支援		×（※1）	
同行援護		○（※2）	○（※2）
行動援護		○（※2）	○（※2）
短期入所		×（※3）	×（※3）
生活介護	通所	△	×
	入所	△	×（※3）
療養介護		△	×
施設入所支援		△	×（※3）
自立生活援助		○	×
共同生活援助		△	×（※4）
宿泊型自立訓練		○	×
自立訓練	生活訓練	○	○（※5）
	機能訓練	△	×
就労移行支援		○	×
就労継続支援	A型	○	×
	B型	○	○（※5）
就労定着支援		○	×
地域移行支援・地域定着支援		○	○
地域活動支援センター	Ⅱ型	○	×
	Ⅲ型	○	×
移動支援（余暇）		○	○

日中一時支援	×（※3）	×（※3）
訪問等入浴サービス	×	×

※1 要介護5の者は、所定の適用条件を満たす場合、介護保険サービスを利用した上で障害福祉サービスの上乗せ支給が可能。→【その他の取り扱い】参照

※2 行動援護は、退院等に係る支援及び社会生活上必要不可欠な外出（生活必需品の買い物等）に係る支援を要するものは、介護保険サービスを優先する。同行援護については、社会生活上必要不可欠な外出を理由とした支援は、原則介護保険サービスを優先としていましたが、同支援については同行援護サービスの利用を可能としました。（別途資料 障福第275号 平成28年5月18日通知を参照）

※3 原則介護保険優先であるが、精神疾患や知的障害等、障害の特性により、障害福祉サービスの利用が適当と市が認めた場合は、障害福祉サービスを支給することができる。

※4 基本的に申請できないが、地域の高齢者施設に断られ続ける等のやむを得ない理由がある場合、申請が可能となる場合がある。（認知症の方は不可）

※5 申請は可能であるが、要件があるため障害福祉課へ要相談。

③ その他の取り扱い：障害福祉サービスを上乗せできる場合

○障害福祉サービスにおいて市町村が適当と認める支給量が、介護保険移行後、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができないと認められたものについては、以下の①～④のすべてを満たす場合、居宅介護（主に身体介護）または重度訪問介護を併用できる。

- ①全身性障害（身体障害者手帳における肢体不自由の程度が1級に該当し、かつ両上下肢の障害等級がそれぞれ1級もしくは2級の機能障害を有する又はそれらと同等の状態にある者（身体障害者手帳にて確認※必要時、診断書内容も確認する）
- ②介護保険の認定区分が要介護5である者
- ③介護保険の1か月あたりの支給限度額まで介護保険サービスを利用し、かつ、ホームヘルプサービスの利用がその基準額の概ね5割以上である者（ケアマネジャーが作成する『サービス利用票』の実績にて確認）
- ④ケアマネジャーの作成するケアプラン上、必要と認められた者

○コミュニケーション援助等の固有のニーズに基づくサービスが必要と認められる聴覚障害及び視覚障害者並びに知的障害者や精神障害者、または通院介助等の固有のニーズに基づくサービスが必要と認められる内部障害者については、介護保険サービスで充当後、市が特に必要と認める場合は、必要なサービスを併用できる。

(4) 要介護認定の申請勧奨

○本来、介護保険サービスを優先適用すべき者が、介護保険非該当により障害福祉サービスのみ支給されている場合は、その者の障害福祉サービス更新時または障害支援区分の有効期間の終期に再度要介護認定を受けるよう勧奨しています。

○障害特性等の理由により障害福祉サービスと介護保険サービスを併用している者が、障害福祉サービス支給量の増加を希望する場合は、その状況に応じて要介護認定の再申請を求める場合があります。（要介護5の者を除く）

※本人の状態変化等により迅速なサービス利用が必要な場合については、要介護認定の結果が出るまでの期間において障害福祉サービスの支給を行うことを検討します。

(5) 介護扶助費との関連性

【介護扶助費の概要】

○生活保護法による扶助費の一つであるため、同法における他法優先が適用されます。

○40～64歳の介護保険の被保険者ではない生活保護受給者は、介護保険が適用されないため、介護保険による給付ではなく、介護扶助費となります。

※生活保護受給者であって、65歳以上の介護保険1号被保険者は、介護保険が適用され1割負担分に対し介護扶助費が支給されます。

【障害福祉サービスと介護扶助費】

○65歳以上の者については、介護保険が適用されるため、生活保護受給者以外の者と同じ取り扱いとします。

○40～64歳の者については、生活保護の他法優先により、基本的には障害福祉サービスを優先します。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）については、介護扶助費が支給されている場合があります。

(6) 介護保険への移行について

○介護保険へケースを引き継ぐ場合、「サービス等利用計画」や「アセスメントシート」等、本人の情報や利用しているサービスがわかる書類を引き継ぐ予定のケアマネジャーへ渡す。必要に応じ同行訪問も実施。引継ぎに伴い加算も発生する。（詳しくはP46参照）

8. 子育て支援制度との関係について

○育児をする親が十分に子供の世話ができないような障害者である場合の「育児支援」は、障害者総合支援法上の居宅介護（家事援助）、重度訪問介護のサービスの対象範囲に含まれる。

「沐浴や授乳等」

例）・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

（その他対象範囲に含まれる業務）

- ・利用者（親）へのサービスと一体的に行う子ども分の掃除、洗濯、調理
- ・利用者（親）の子どもが保育所（場合によっては幼稚園）へ通園する場合の送迎

○18歳到達に伴う児童から者への移行について

- ・18歳誕生日前日から障害福祉サービス（水色）と地域生活支援事業（ピンク）は、者の扱いとなる。
- ・約2か月前に障害福祉課より申請書等が郵送される。障害福祉サービス（水色）を更新される場合、認定調査を受ける必要がある。（長崎市の場合）
- ・18歳以降も引き続きサービスを利用する場合、サービス等利用計画書の提出が必要。
- ・受給者証番号や自己負担額が変更になる場合がある。

9. 施設入所について(入所までの流れ、申請等)

○施設入所支援相当の区分が決定したら、希望の施設に問い合わせ見学をお願いします。見学した結果、入所を希望された場合 5号様式(施設入所支援にチェック、具体的内容欄に「待機希望」と記入)、「サービス利用申込書」(様式 2-1:長崎市のホームページでダウンロードできる「施設入所待機・辞退登録」)を障害福祉課に提出する。

※訓練等給付と施設入所支援の組み合わせの場合は、区分の必要なし。

【施設利用待機者登録における注意点】

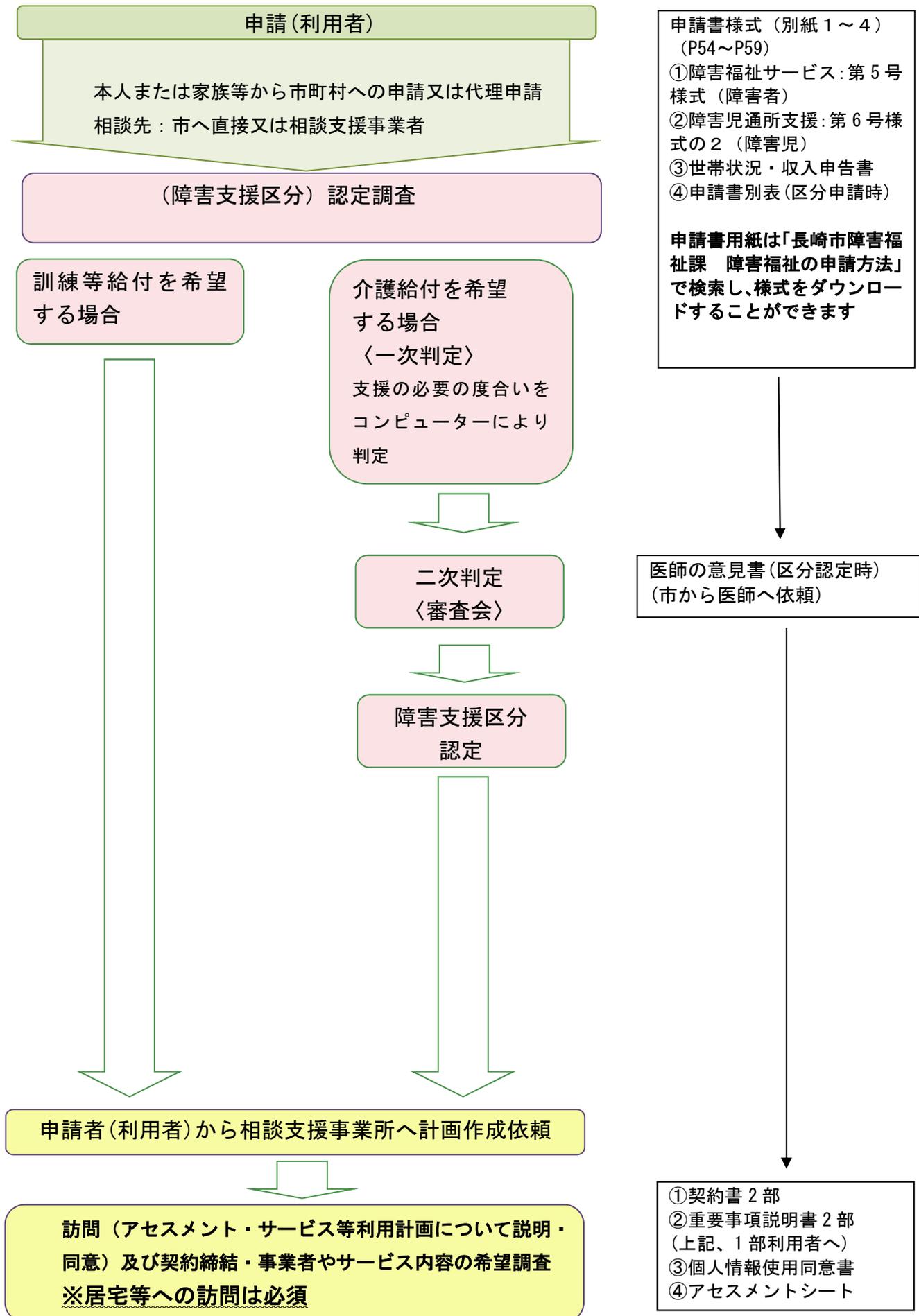
○障害支援区分の有効期間内に施設入所できず(待機の状態)、障害支援区分の更新申請が必要となった場合、5号様式と「サービス利用申込書」を障害福祉課に提出する必要がある。

○施設入所の順番がきたら、5号様式、サービス等利用計画案(いつから入所なのか記載する)、前年(1月1日～12月31日)の年金等の収入及び税金・保険料の支払額が分かるもの(年金が振り込まれた通帳の写しや工賃額がわかるもの等)を障害福祉課に提出する。

○2つの施設に待機登録している場合で、いずれかの施設を利用できることとなった場合は、入所に至らなかった施設について「サービス利用辞退届(様式 6-1:市のホームページでダウンロードできる「施設入所待機・辞退登録」)を障害福祉課に提出する。

10. 支給決定プロセス

必要な事務・書類



調整（サービス等利用計画原案作成・サービス調整・担当者会議の日程調整と今後の流れについて）

サービス等利用計画案説明・同意・署名・交付

※担当者会議は計画案説明時に開催も可能。

※計画案作成後の本人同意や説明は電話やメール等でも可能だが、署名は本人（または保護者）の自署となる。

- ①サービス事業者選定作業（連絡調整）
- ②内諾事業所に情報提供書

市へ下記書類提出

- ① 基本情報（別紙 6-1）（P64）
- ② 申請者の現状（別紙 6-2）（P65）
- ③ サービス等利用計画案（別紙 7）（P66）
- ④ 週間計画表（別紙 8）（P67）
- ⑤ 計画相談支援・障害児相談支援依頼届出書（別紙 5）（P60）

**サービスの支給決定
障害福祉サービス受給者証の交付**

受給者証は利用者の同意にて市より直接事業所へ郵送も可能

サービス担当者会議の開催

サービス等利用計画説明・協議の上同意を頂き署名を頂く

※会議開催場所は事業所や公共施設でも可能

- ⑥本計画書（別紙 10）（P68）
- ⑦週間計画表（別紙 11）（P69）

サービス利用開始

市へ本計画のコピーと週間予定表を提出
※本計画書を提出、市の受理を得ていない場合は請求出来ない。

継続利用

翌月の10日までに国保連へサービス利用支援費を請求

訪問 モニタリング ※居宅等（グループホーム、入所施設）への訪問は必須

モニタリング報告書説明・同意・署名

モニタリングの期間は（P19※3）の判断基準を参照

相談支援専門員の判断で設定。最終決定は市が行う

モニタリング期間の変更は市へ事前に相談し、承諾を得てモニタリング報告書へ変更理由及び期間を記載し、受給者証と

モニタリング報告書（別紙 12）（P70）
週間計画表（別紙 13）（P71）
結果次第でプラン見直し

利用終了

市へモニタリング報告書のコピーを翌月7日までに提出

訪問 または担当者会議・モニタリング
終結モニタリング報告書説明・同意・署名
市へ報告 必要時5号様式に必要取り下げ意向記入し提出

翌月の10日までに国保連へサービス利用支援費を請求

11. 市へ提出する様式

支給決定プロセス	サービス等利用計画の様式								介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(第5号)	世帯状況・収入申告書	サービス等利用計画作成依頼届出書	申請書別表	介護給付費等支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書(第11号)	受給者証
	計画案				計画		モニタリング							
	サービス等利用計画案	サービス等利用計画案(週間)	申請者の状況(基本情報)	申請者の状況(週間)	サービス等利用計画	サービス等利用計画(週間)	モニタリング報告書	モニタリング報告書(週間)						
①支給決定前	● △	● △	● △	● △			△	△	● △	● △	●	▲		△
②支給決定後					● △	● △								
③モニタリング	障害福祉サービスの支給量に変更となる場合	●	●	●	●	●	●	●					●	●
	曜日や時間帯、事業者が変更になる場合			○	○			●	●					
	特に変更がない場合							●	●					

●必須提出 ○必要に応じて提出 △更新時提出 ▲区分必要時提出

※従来からサービスを利用しており、新規にサービス等利用計画を作成する場合においても①の●と同様に扱う。

【計画相談支援の留意点】

①計画相談の給付期間が他の福祉サービス支給期間より長い場合であって、且つ他の福祉サービスの支給期限である場合は、モニタリング報告書及び介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(第5号)、障害福祉サービス受給者証を提出し、支給期限である他の福祉サービスを更新します。(計画案は不要です)

(例) 計画相談の給付期間 (令和5年4月1日～令和8年3月31日)

居宅介護(令和5年4月1日～令和6年3月31日)

↑モニタリング報告書に更新の必要性を記載し、必要書類を揃えて更新手続きを行います。

②計画作成とモニタリングを同一の月で実施する場合(更新又は変更時)は、計画相談支援給付費のみ請求します。モニタリングの請求は出来ません。

③介護保険におけるケアプランの作成対象者のうち、障害福祉サービス固有のものにより特に計画が必要と認める者は計画対象となります。

④地域生活支援事業のみの利用者は、計画作成対象外となります。

※障害福祉サービスと地域生活支援事業の併給の場合は、計画作成の対象となり、指定特定相談支援事業所が一体的に計画を作成します。

⑤利用中のサービス支給量変更を行う場合は、11号様式とサービス等利用計画案の提出が必要になります（支給決定にサービス等利用計画を提出）。支給量の変更は障害福祉課に上記書類を提出した翌月からの変更になります。

⑥セルフプランについて

- ・指定特定相談支援事業所以外の者（本人、家族、支援者）が作る計画をセルフプラン（別紙14）といいます。
- ・セルフプラン利用者については、サービス等利用計画、担当者会議、モニタリングは行いません。書面によるセルフプランの作成及び提出が必要です。この場合、報酬の対象とはなりません。又、セルフプランを作成する場合は必ず事前に市の承諾が必要です。

【就労アセスメントについて（就労移行支援）】

特別支援学校高等部卒業後すぐに就労継続支援B型の利用を希望する場合は、特別支援学校等在学中に就労アセスメントを受ける必要があります。

①目的

就労継続支援B型の支給決定の適否を判断する

②内容

軽作業を中心としたプログラムの中で職業評価・訓練を行います。

③期間

5日から2週間程度

④留意点

- ・就労アセスメントを受けるために、就労移行支援を利用するかたちをとるため、相談支援事業所との契約や相談支援専門員が作成するサービス等利用計画が必要になります。
- ・就労アセスメントを実施する時期による、障害福祉課による調査が必要になる場合があります。
- ・就労継続支援B型利用を希望する者で、就労経験がない50歳未満の者、就労経験がない障害基礎年金1級を受給していない者は就労アセスメントを受ける必要があります。

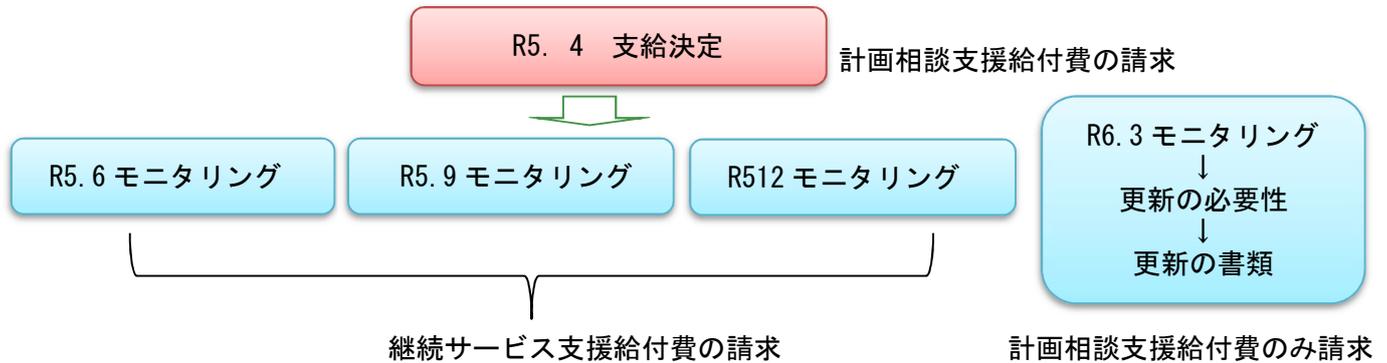
(※3) モニタリング期間の判断基準

判断基準	具体例	期間
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"> ・障害福祉サービス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 ・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 	当初3月毎月 + 4月目以降は下記
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 ※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ものは3月ごと
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"> ・施設や病院等からの退院、地域移行者 ・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 ・虐待等の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 ※1年以内など期間設定の適宜補記する。	
②単身世帯又は同居家族等の障害、疾病等のため、サービス事業所等との連絡調整を行うことが困難である者 ※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"> ・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 ・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 	
③重度障害者等包括支援の対象者 ※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"> ・四肢全麻痺+寝たきり+人工呼吸器 ・四肢全麻痺+最重度知的(重症心身障害者) ・行動援護対象者 	
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	
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、就労定着支援、自立生活援助、日中サービス支援型共同生活援助を利用する者		3月ごと
65歳以上の者で介護保険におけるケアマネジメントを受けていない者		
障害者支援施設、療養介護入所者、重度障害者等包括支援、就労継続支援の利用者		6月ごと
地域移行支援、地域定着支援		

○モニタリングの実施月の例

例 1) サービスの支給決定（更新）の有効期間が令和 5 年 4 月 1 日～令和 6 年 3 月 31 日、モニタリング期間を 3 月毎とする場合

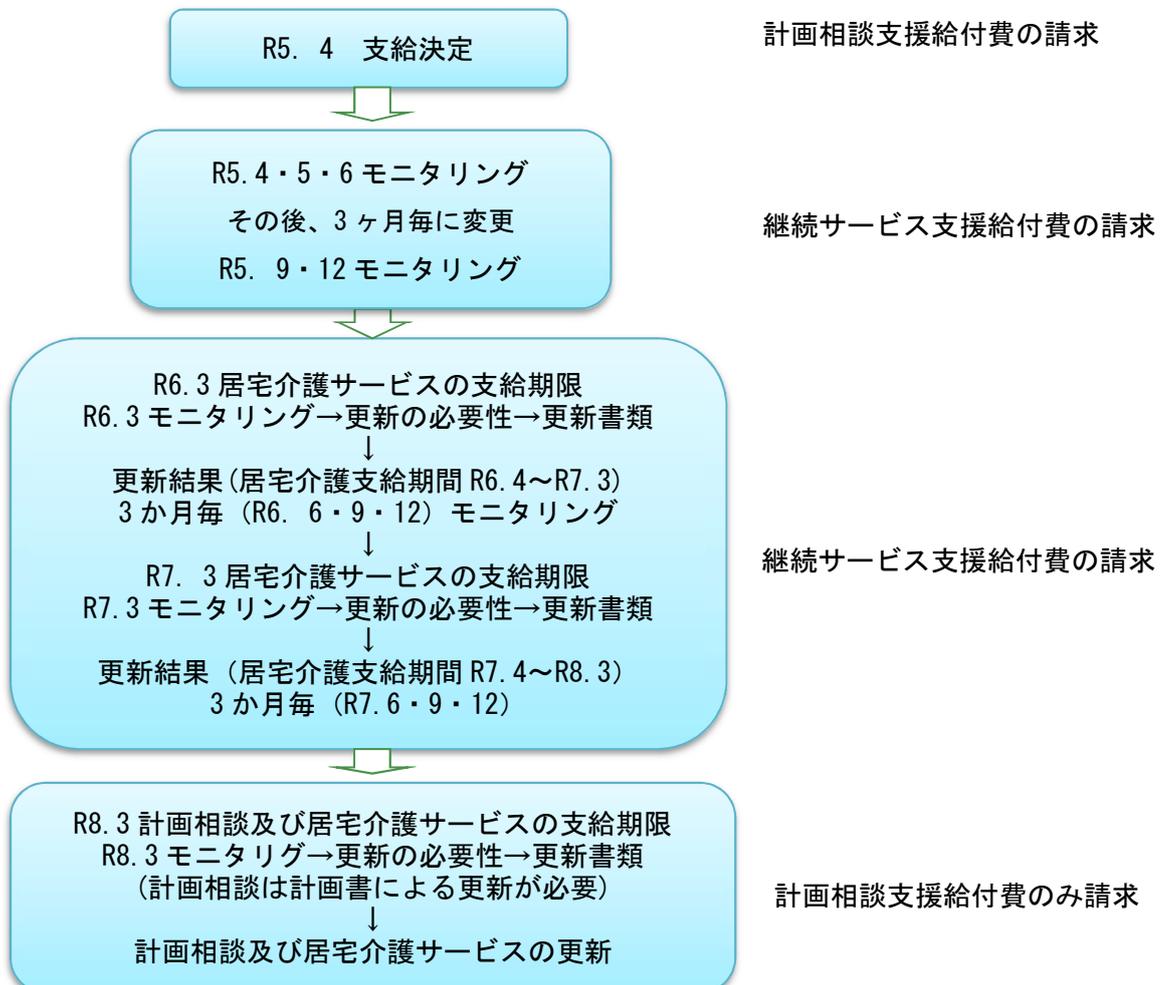
- ① 計画相談支援給付費等の支給期間 令和 5 年 4 月～令和 6 年 3 月
- ② 受給者証のモニタリング期間の記載 3 月ごと（令和 5 年 6 月～令和 6 年 3 月）



例 2) 居宅介護のサービス支給決定（新規）の有効期間が令和 5 年 4 月 1 日～令和 6 年 3 月 31 日で、モニタリング期間を毎月（利用開始から 3 ヶ月間）とする場合。

- ① 計画相談支援給付費等の支給期間 令和 5 年 4 月（計画作成月）～令和 8 年 3 月
- ② 受給者証のモニタリング期間の記載
※63 ページ参照

- ① 計画相談支援給付費等の支給期間 上記から変更なし
- ② 受給者証のモニタリング期間の記載 3 月ごと（令和 5 年 9 月～令和 8 年 3 月）



12. 障害福祉サービスの支給量の基準について

○居宅介護

※これはあくまでも上限の基準量です。その方の実態に合わせて時間数は組み立ててください。

障害支援区分	算定の根拠	月の時間
区分 1	身体介護 0 時間/週 家事援助 4.5 時間/週 1.5 時間×週 3 回	身体 0 時間/月 家事 21 時間/月
区分 2	身体介護 2 時間/週 (入浴介助 1 時間×週 2 回) = 2 時間/週 家事援助 4.5 時間/週	身体 10 時間/月 家事 21 時間/月
区分 3	身体介護 4.5 時間/週 (入浴介助 1 時間×週 3 回) = 3 時間/週 (日中支援 0.5 時間×週 3 回) = 1.5 時間/週	身体 21 時間/月 家事 27 時間/月
区分 4	身体介護 13.5 時間/週 (入浴介助 1 時間×週 3 回) = 3 時間/週 (起床介助 0.5 時間×週 7 回) = 3.5 時間/週 (日中支援 0.5 時間×週 7 回) = 3.5 時間/週 (就寝介助 0.5 時間×週 7 回) = 3.5 時間/週 家事援助 6 時間/週 1.5 時間×週 4 回	身体 61 時間/月 家事 27 時間/月
区分 5	身体介護 24 時間/週 (入浴介助 1 時間×週 3 回) = 3 時間/週 (起床介助 1 時間×週 7 回) = 7 時間/週 (日中支援 1 時間×週 7 回) = 7 時間/週 (就寝介助 1 時間×週 7 回) = 7 時間/週 家事援助 10.5 時間/週 1.5 時間×週 7 回	身体 108 時間/月 家事 47.5 時間/月
区分 6	身体介護 27.5 時間/週 (入浴介助 1 時間×週 3 回) = 3 時間/週 (起床介助 1 時間×週 7 回) = 7 時間/週 (日中支援 1 時間×週 7 回) = 7 時間/週 (就寝介助 1 時間×週 7 回) = 7 時間/週 (夜間の体位変換 0.5 時間×週 7 回) = 3.5 時間/週 家事援助 10.5 時間/週 1.5 時間×週 7 回	身体 124 時間/月 家事 47.5 時間/月

○通院等介助

区分による支給量の上限はない。1 月また 1 回あたりの支給量の上限はない。必要な支給量を理由とともに申請書へ記入する。身体介護の有無は、市の調査により決定する。

○重度訪問介護

24 時間、月 31 日の利用が想定されるため上限は 744 時間/月となる。上限内でサービス等利用計画に記載された必要量を支給する。

○生活介護、就労継続支援(A型・B型)、就労移行支援、自立訓練(機能訓練・生活訓練)の支給量
週5日利用の場合→「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する。

月の日数	原則の日数	月の日数	原則の日数
31日の月	上限 23 日	5日/週	23 日
30日の月		4日/週	19 日
29日の月		3日/週	14 日
28日の月		1日~2日/週	5日~10 日

※特段の事情がある場合、支給量の特例あり。

○同行援護、行動援護、移動支援の支給量

サービスの種類	支給量
同行援護	60時間/月を上限とし、必要な量を支給
行動援護	
移動支援	* 申請書やサービス等利用計画に必要な量を記入

○支給決定期間

サービスの種類	支給決定期間
居宅介護	月を単位として最長1年の範囲内 ※就労継続支援B型は50歳以上3年可
重度訪問介護	
同行援護	
行動援護	
重度障害者等包括支援	
就労継続支援B型	
短期入所	特に希望ない場合は7日
療養介護	各月における暦日数
施設入所支援	
共同生活援助体験利用	年間利用可能50日連続利用可能30日
共同生活援助	月を単位として、最長3年の範囲内
生活介護	
就労継続支援A型	
就労移行支援、自立訓練、就労定着支援、自立生活援助、地域移行・地域定着はP9参照	

*二人介助について

居宅介護(身体・通院介助)、重度訪問介護、同行援護、行動援護、移動支援については、個々の状況(重度の身体障害の方、知的障害で突発的な行動がある方等)に応じて二人介助が可能です。この場合時間数は倍になりますが、支援者一人一人が使える上限は変わりません。

(例) 同行援護を二人介助にて(ヘルパー二人で)支援した場合(上限60時間/月)

受給者証上は120時間/月となりますが、支援者一人の上限は60時間/月のままです。

13. 利用者負担額について

障害福祉サービス、児童通所支援、地域生活支援事業を利用する方は、サービスにかかる費用の1割を利用者負担として支払うこととなる。但し、所得に応じて月ごとの利用者負担の上限が決められていて、負担が重くなりすぎないようにしています。

(1) 18歳以上の通所施設・在宅サービス、地域生活支援事業利用者

【月ごとの利用者負担額の上限(食費、光熱水費は除く)】

所得状況による月ごとの利用者負担額上限		
所得区分	所得状況	上限月額
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得	利用者と配偶者が住民税非課税の方	0円
一般1	利用者又は配偶者が住民税課税で、市民税所得割の合計額が16万円未満の方	9,300円
一般2	利用者又は配偶者が住民税課税で、一般1に該当しない方	37,200円

※所得割の額は、利用者+利用者の配偶者の合計額となり、住宅借入金等特別控除及びふるさと納税制度による寄附金税控除前の所得割額で計算することとなります。

【食費等実費負担の軽減について 食事提供体制加算】

通所で施設を利用される方の食費(人件費+食材料費)のうち、人件費分が軽減されます。食材費については、施設ごとに額が設定されます。

対象者・日中活動系サービス、短期入所、宿泊型自立訓練利用者で、所得区分が生活保護、低所得、一般1の方
 ・日中一時支援(地域生活支援事業)、利用者の場合は、所得区分が生活保護、低所得の方

(2) 20歳以上の施設入所者、グループホーム、ケアホーム利用者

【月ごとの利用者負担額の上限(食費、光熱水費は除く)】

所得状況による月ごとの利用者負担額上限		
所得区分	所得状況	上限月額
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得	利用者と配偶者が住民税非課税の方	0円
一般	利用者又は配偶者のどちらかが住民税課税の方	37,200円

※所得割の額は、住民票上の世帯員の合計額となり、住宅借入金等特別控除及びふるさと納税制度による寄附金税控除前の所得割額で計算することとなります。

【食費等の実費負担の軽減について 補足給付】

食費、光熱水費、家賃等は利用者の実費負担となりますが、次のような軽減措置があります。

①補足給付(食費等軽減措置)

食費、光熱水費の実費負担額は施設ごとに設定されますが、これらの実費負担をしても手元に一定額が残るよう、補足給付が行われます。

対象者 施設入所支援の利用者で、次のいずれかにも該当する方

- ・利用者負担額上限の所得区分が生活保護又は低所得の方
- ・住民票を入所している施設に移していること又は施設に移していない場合は、配偶者が同一の住民票上にいないこと

②補足給付(家賃軽減措置)

グループホーム等の家賃について、月1万円を上限として補足給付が行われます。

対象者 グループホーム、ケアホームの入居者で、利用者負担額上限の所得区分が生活保護又は低所得の方

* グループホーム等から市障害福祉課へ家賃証明の提出が必要。

* グループホームを共同生活援助体験利用で利用する場合も補足給付を希望する際は家賃証明の提出が必要。

(3) 児童の利用者(通所支援、地域生活支援事業)、20歳未満の施設入所者

【月ごとの利用者負担額上限(食費、光熱水費は除く)】

所得状況による月ごとの利用者負担額上限		
所得区分	所得状況	上限月額
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得	住民税非課税世帯の方	0円
一般1	市民税課税世帯で、市民税所得割の世帯合計額が28万円未満の方	4,600円 (20歳未満の入所施設利用者は、9,300円)
一般2	住民税課税世帯で、一般1に該当しない方	37,200円

※所得割の額は、同一世帯全員の合計額となり、住宅借入金等特別控除及びふるさと納税制度による寄附金税控除前の所得割額で計算することとなる。

●20歳未満の施設入所者は、出身世帯の課税状況により判断します。

【食費等実費負担の軽減について 補足給付・食事提供体制加算】

食費や光熱水費については利用者の実費負担となるが、次のような軽減措置があります。

①補足給付(食費等軽減措置・20歳未満の場合)

食費、光熱水費の実費負担額は施設ごとに設定されますが、これらの実費負担をしても手元に一定額が残り、地域で子どもを養育する世帯と同様の負担となるように補足給付が行われます。

対象者 施設入所支援の利用者

②食事提供体制加算

通所で施設を利用される方の食費(人件費+食材料費)のうち、人件費分が軽減されます。食材料費については、施設ごとに額が設定されます。

対象者 ・短期入所、児童通所支援の利用者で、所得区分が生活保護、低所得、一般1の方

- ・日中一時支援(地域生活支援)の利用者で、生活保護、低所得の方

(4) 共通

【生活保護・境界層対象者に対する負担軽減】

障害福祉サービスの利用者負担を支払うことで、利用者が生活保護の適用対象となる場合は、生活保護の適用対象でなくなるまで利用者負担上限月額を減額することができます。又、入所施設利用者が食事等の実費負担が重いことにより、生活保護の受給対象となる場合も、利用者負担上限月額と併せ食事等実費負担を一定額まで軽減することができます。

※対象となる方は、別途手続きが必要となるため、市障害福祉課へご相談下さい。

【その他負担軽減】

災害により財産に著しい損害を受けた場合や失業等で前年に比べ著しく収入が減少した場合等に利用者負担を軽減できる場合があるため、対象となる方は市障害福祉課へご相談下さい。

【利用者負担上限管理について】

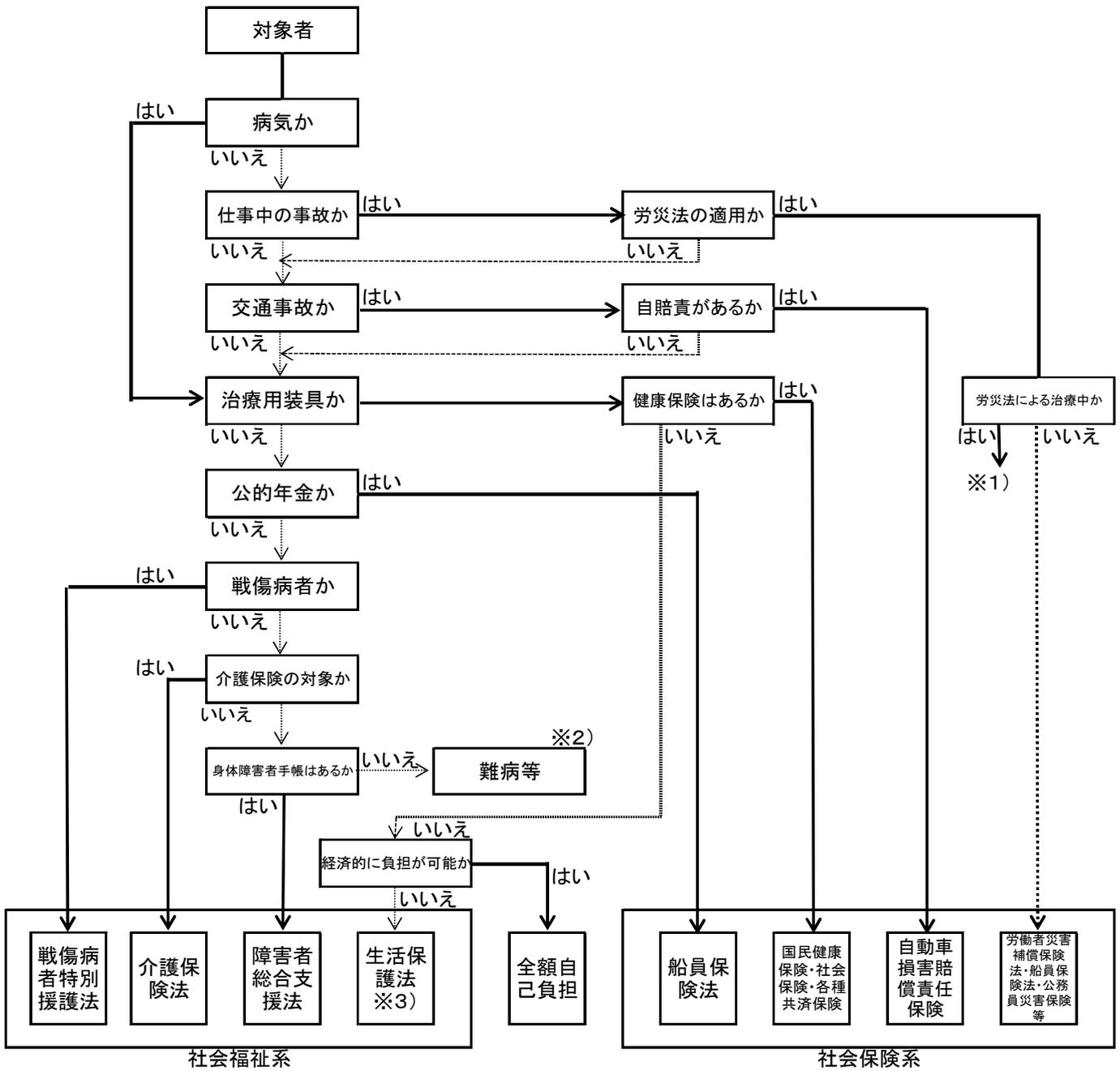
障害福祉サービス及び児童通所支援を利用されている方で、それぞれ2か所以上の事業所を利用する場合、一月の利用者負担額が利用者負担上限額を超えて支払うことがないようにするために、現に利用している事業所に上限額管理を依頼することができます。依頼する場合には、利用者負担上限額管理事務依頼届出書の提出が必要となります。

【高額障害福祉サービス費、高額障害児通所給付費、高額地域生活支援給付費について】

同一世帯に障害福祉サービス等の利用者が複数いる場合等に、償還払い方式によって世帯の負担が重くなりすぎないようにする軽減措置があります。

14. 補装具・日常生活用具等

福祉用具支給制度選択チャート



注) 制度による支給可能種目について

福祉用具を選択する場合、対象者が使える制度の優先性を考慮することも大切ですが、制度によって支給可能な種目が限られていることも念頭に置く必要があります。

例えば各種健康保険による治療用装具では、義肢、装具は作成可能ですが車椅子、電動車椅子、座位保持装置等は治療が目的でないため作成できません。

●補装具一覧

種目				耐用年数	18歳以上			18歳未満			
					意見書	処方箋	理由書	意見書	処方箋	理由書	
義肢 (上下肢、体幹機能障害)	骨格構造 ※	パイプ (チューブ・アダプター)		5	-	-	-	○	○	-	
		継手類		3	-	-	-	○	○	-	
		リストメタル		3	-	-	-	○	○	-	
		手部		3	-	-	-	○	○	-	
		ターンテーブル		3	-	-	-	○	○	-	
		手袋・足部		1.5	-	-	-	○	○	-	
		フォームカバー (義手用)		1.5	-	-	-	○	○	-	
		フォームカバー (義手用)		0.5	-	-	-	○	○	-	
		その他の小部品 (消耗品)		1	-	-	-	○	○	-	
	殻構造	義手	上腕義手	装飾用	4	○	○	-	○	○	-
				作業用	3	○	○	-	○	○	-
				能動式	3	○	○	-	○	○	-
			肩義手	装飾用	4	○	○	-	○	○	-
				作業用	3	○	○	-	○	○	-
				能動式	3	○	○	-	○	○	-
			肘義手		3	○	○	-	○	○	-
			前腕義手		3	○	○	-	○	○	-
			手義手		3	○	○	-	○	○	-
			手部義手	装飾用	1	○	○	-	○	○	-
作業用				2	○	○	-	○	○	-	
手指義手			装飾用	1	○	○	-	○	○	-	
		作業用	2	○	○	-	○	○	-		
義足		股義足		4	○	○	-	○	○	-	
		大腿義足	常用	3	○	○	-	○	○	-	
			吸着式	5	○	○	-	○	○	-	
			作業用	3	○	○	-	○	○	-	
		膝義足	常用	3	○	○	-	○	○	-	
			作業用	2	○	○	-	○	○	-	
	下腿義足		2	○	○	-	○	○	-		
	果義足		2	○	○	-	○	○	-		
	足根中足義足	鋼板入り	2	○	○	-	○	○	-		
足袋型		1	○	○	-	○	○	-			
足指義足		1	○	○	-	○	○	-			
装具	下肢装具	股装具	金属製・硬性	3	○	○	-	○	○	-	

(下肢、体幹機能障害)		軟性		2	○	○	-	○	○	-	
	長下肢装具			3	○	○	-	○	○	-	
	膝装具	両側支柱		3	○	○	-	○	○	-	
		硬性		3	○	○	-	○	○	-	
		スウェーデン式		2	○	○	-	○	○	-	
		軟性		2	○	○	-	○	○	-	
	短下肢装具	両側支柱		3	○	○	-	○	○	-	
		片側支柱		3	○	○	-	○	○	-	
		S型支柱		3	○	○	-	○	○	-	
		鋼線支柱		3	○	○	-	○	○	-	
		板ばね		3	○	○	-	○	○	-	
		硬性(支柱あり)		3	○	○	-	○	○	-	
		硬性(支柱なし)		1.5	○	○	-	○	○	-	
		軟性		2	○	○	-	○	○	-	
ツイスター	軟性		2	○	○	-	○	○	-		
	鋼索		3	○	○	-	○	○	-		
足底装具			1.5	○	○	-	○	○	-		
靴型装具			1.5	○	○	-	○	○	-		
装具 (上下肢、体幹機能障害)	体幹装具	頸椎装具	金属枠		3	○	○	-	○	○	-
			硬性		2	○	○	-	○	○	-
			カラー		2	○	○	-	○	○	-
		胸椎装具	金属枠		3	○	○	-	○	○	-
			硬性		2	○	○	-	○	○	-
			軟性		1.5	○	○	-	○	○	-
		腰椎装具	金属枠		3	○	○	-	○	○	-
			硬性		2	○	○	-	○	○	-
			軟性		1.5	○	○	-	○	○	-
		仙腸装具	金属枠		3	○	○	-	○	○	-
			硬性		2	○	○	-	○	○	-
			軟性		1.5	○	○	-	○	○	-
	骨盤帯			2	○	○	-	○	○	-	
	側彎矯正装具	ミルウォーキープ्रेस		2	○	○	-	○	○	-	
		金属枠		2	○	○	-	○	○	-	
		硬性		1	○	○	-	○	○	-	
		軟性		1	○	○	-	○	○	-	
	上肢装具	肩装具			3	○	○	-	○	○	-
		肘装具	両側支柱		3	○	○	-	○	○	-
			硬性		3	○	○	-	○	○	-
軟性				2	○	○	-	○	○	-	
他の上肢				3	○	○	-	○	○	-	

		装具											
座位保持装置 (上下肢・体幹機能障害) ※					3	-	-	-	○	○	-		
車椅子	レディメイド	手押し型	下肢(体幹)障害 1,2 級 (3,4級は理由書)		6	-	-	△	-	-	△		
		手押し型 以外		6	○	○	△	○	○	△			
	オーダーメイド	6		○	○	△	○	○	△				
	電動車椅子 ※	上肢、下肢(体幹)障害ともに 1,2 級		6	-	-	-	○	○	-			
歩行器(下肢・体幹機能障害)					5	○	-	-	○	-	-		
歩行補助つえ (下肢・体幹機能 障害)	松葉つえ	木材			2	-	-	-	-	-	-		
		軽金属			4	-	-	-	-	-	-		
	多点杖				4	-	-	-	-	-	-		
	カナディアン クラッチ				4	-	-	-	-	-	-		
	ロフストラ ンドクラッチ				4	-	-	-	-	-	-		
座位保持いす				3	申請不可			○	-	-			
起立保持具				3				○	-	-			
頭部保持具				3				○	-	-			
排便補助具				2				○	-	-			
視覚障害者安全 つえ(視覚障害)	普通用	グラスフ アイバー			2	-	-	-	-	-	-		
		木材			2	-	-	-	-	-	-		
		軽金属			5	-	-	-	-	-	-		
	携帯用	グラスフ アイバー				2	-	-	-	-	-	-	
		木材				2	-	-	-	-	-	-	
		軽金属				4	-	-	-	-	-	-	
義眼(普通・特殊・コンタクト) (視覚障害)					2	○	-	-	○	-	-		
眼鏡 (視覚障害)	矯正眼鏡・遮 光眼鏡・コンタ クトレンズ・弱視眼 鏡				4	○	-	-	○	-	-		
補聴器 (聴覚障害)	耳掛け型				5	○	-	-	○	-	-		
	耳あな型・骨 導式・FM型・ カチューシャ型・眼 鏡型				5	○	-	○	○	-	○		

重度障害者用意思伝達装置 (両上下肢機能全廃及び言語機能喪失)		5	○	-	-	○	-	-
------------------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---

※骨格構造の義肢、座位保持装置、電動車椅子の申請で18歳以上の者は、県こども・女性・障害者支援センターの直接判定を受けることとなるため、意見書・処方箋は不要です。

種目			耐用年数	18歳以上			18歳未満			
				意見書	処方箋	理由書	意見書	処方箋	理由書	
義肢（上下肢、体幹機能障害）	骨格構造 ※	パイプ（チューブアダプター）	5	-	-	-	○	○	-	
		継手類	3	-	-	-	○	○	-	
		リストメタル	3	-	-	-	○	○	-	
		手部	3	-	-	-	○	○	-	
		ターンテーブル	3	-	-	-	○	○	-	
		手袋・足部	1.5	-	-	-	○	○	-	
		フォームカバー（義手用）	1.5	-	-	-	○	○	-	
		フォームカバー（義手用）	0.5	-	-	-	○	○	-	
		その他の小部品（消耗品）	1	-	-	-	○	○	-	
	殻構造	義手	上腕 義手 装飾用	4	○	○	-	○	○	-
			作業用	3	○	○	-	○	○	-
			能動式	3	○	○	-	○	○	-
		肩義手	装飾用	4	○	○	-	○	○	-
			作業用	3	○	○	-	○	○	-
			能動式	3	○	○	-	○	○	-
肘義手			3	○	○	-	○	○	-	
前腕義手			3	○	○	-	○	○	-	
手義手			3	○	○	-	○	○	-	

			手部 義手	装飾 用	1	○	○	-	○	○	-	
				作業 用	2	○	○	-	○	○	-	
			手指 義手	装飾 用	1	○	○	-	○	○	-	
				作業 用	2	○	○	-	○	○	-	
		義足	大腿 義足	股義 足		4	○	○	-	○	○	-
				常用	3	○	○	-	○	○	-	
					吸着 式	5	○	○	-	○	○	-
			作業 用	3	○	○	-	○	○	-		
			膝義 足	常用	3	○	○	-	○	○	-	
				作業 用	2	○	○	-	○	○	-	
			下腿義足		2	○	○	-	○	○	-	
			果義 足	2	○	○	-	○	○	-		
			足根 中足 義足	鋼板 入り	2	○	○	-	○	○	-	
				足袋 型	1	○	○	-	○	○	-	
足指義足		1	○	○	-	○	○	-				
装具（下肢、体 幹機能障害）	下肢装具	股装具	金属製・硬性	3	○	○	-	○	○	-		
			軟性	2	○	○	-	○	○	-		
		長下肢装具		3	○	○	-	○	○	-		
		膝装具	両側支柱		3	○	○	-	○	○	-	
			硬性	3	○	○	-	○	○	-		
			スウェーデン 式		2	○	○	-	○	○	-	
			軟性	2	○	○	-	○	○	-		
		短下肢装具	両側支柱		3	○	○	-	○	○	-	
			片側支柱		3	○	○	-	○	○	-	
			S型支柱		3	○	○	-	○	○	-	
			鋼線支柱		3	○	○	-	○	○	-	
			板ば ね	3	○	○	-	○	○	-		

			硬性（支柱あり）	3	○	○	-	○	○	-		
			硬性（支柱なし）	1.5	○	○	-	○	○	-		
			軟性	2	○	○	-	○	○	-		
		ツイスター	軟性	2	○	○	-	○	○	-		
			鋼索	3	○	○	-	○	○	-		
		足底装具			1.5	○	○	-	○	○	-	
		靴型装具			1.5	○	○	-	○	○	-	
		装具（上下肢、 体幹機能障害）	体幹装具	頸椎装具	金属 棒	3	○	○	-	○	○	-
					硬性	2	○	○	-	○	○	-
					カラー	2	○	○	-	○	○	-
胸椎装具	金属 棒			3	○	○	-	○	○	-		
	硬性			2	○	○	-	○	○	-		
	軟性			1.5	○	○	-	○	○	-		
腰椎装具	金属 棒			3	○	○	-	○	○	-		
	硬性			2	○	○	-	○	○	-		
	軟性			1.5	○	○	-	○	○	-		
仙腸装具	金属 棒			3	○	○	-	○	○	-		
	硬性			2	○	○	-	○	○	-		
	軟性			1.5	○	○	-	○	○	-		
	骨盤 帯			2	○	○	-	○	○	-		
側彎矯正装具	ミルウォークブレイス			2	○	○	-	○	○	-		
	金属 棒			2	○	○	-	○	○	-		
	硬性			1	○	○	-	○	○	-		
	軟性			1	○	○	-	○	○	-		
上肢装具	肩装具				3	○	○	-	○	○	-	
				肘装具	両側支柱	3	○	○	-	○	○	-
				硬性	3	○	○	-	○	○	-	

			軟性		2	○	○	-	○	○	-
			他の上肢装具		3	○	○	-	○	○	-
座位保持装置（上下肢・体幹機能障害） ※					3	-	-	-	○	○	-
車椅子	レディメイド	手押し型	下肢(体幹)障害 1,2 級 (3,4 級は理由書)		6	-	-	△	-	-	△
		手押し型以外			6	○	○	△	○	○	△
	オーダーメイド			6	○	○	△	○	○	△	
	電動車椅子 ※	上肢、下肢(体幹)障害ともに 1,2 級			6	-	-	-	○	○	-
歩行器（下肢・体幹機能障害）					5	○	-	-	○	-	-
歩行補助つえ （下肢・体幹機能障害）	松葉つえ	木材			2	-	-	-	-	-	-
		軽金属			4	-	-	-	-	-	-
	多点杖				4	-	-	-	-	-	-
	カナディアンクラッチ				4	-	-	-	-	-	-
	ロフストランドクラッチ				4	-	-	-	-	-	-
座位保持いす				3	申請不可			○	-	-	
起立保持具				3				○	-	-	
頭部保持具				3				○	-	-	
排便補助具				2				○	-	-	
視覚障害者安全つえ（視覚障害）	普通用	グラスファイバー			2	-	-	-	-	-	-
		木材			2	-	-	-	-	-	-
		軽金属			5	-	-	-	-	-	-
	携帯用	グラスファイバー			2	-	-	-	-	-	-
		木材			2	-	-	-	-	-	-
		軽金属			4	-	-	-	-	-	-
義眼（普通・特殊・コンタクト）（視覚障害）					2	○	-	-	○	-	-
眼鏡（視覚障害）	矯正眼鏡・遮光眼鏡・コンタクトレンズ [※] ・弱視眼鏡				4	○	-	-	○	-	-
補聴器（聴覚障害）	耳掛け型				5	○	-	-	○	-	-
	耳あな型・骨導式・FM型・チャーンヤ型・眼鏡型				5	○	-	○	○	-	○
重度障害者用意思伝達装置（両上下肢機能全廃及び言語機能喪失）					5	○	-	-	○	-	-

※網掛け・・・骨格構造の義肢、座位保持装置、電動車椅子の申請で18歳以上の者は、県こども・女性・障害者支援センターの直接判定を受けることとなるため、意見書・処方箋は不要です。

●日常生活用具一覧

【表第1（第2条、第3条、第7条、第9条関係）】

区分	種目	対象者	性能等	耐用年数	基準額（円）
介護・訓練支援用具	特殊寝台	下肢又は体幹機能障害2級以上で学齢児以上の者	腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの	8年	154,000
	特殊マット	・下肢又は体幹機能障害1級で常時介護を要する18歳以上の者 ・3歳以上、18歳未満の者で下肢、体幹機能障害2級以上又は重度知的障害児	褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの	5年	19,600
	特殊尿器	・下肢又は体幹機能障害1級で常時介護を要する学齢児以上の者 ・重度の知的障害者	尿が自動的に吸引されるもので、障害者又は介助者が容易に使用し得るもの	5年	67,000
	入浴担架	下肢又は体幹機能障害2級以上で入浴に当たって家族等の他人の介助を要する3歳以上の者	障害者を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるもの	5年	82,400
	体位変換器	下肢又は体幹機能障害2級以上で下着交換等に当たって、家族等の他人の介助を要する学齢児以上の者	介助者が障害者の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの	5年	15,000
	移動用リフト	下肢又は体幹機能障害2級以上で3歳以上の者	介護者が重度身体障害者を移動させるにあたって、容易に使用し得るもの。ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く。	4年	159,000
	訓練いす（児のみ）	下肢又は体幹機能障害2級以上で3歳以上18歳未満の者	原則として付属のテーブルをつけるものとする。	5年	33,100

	訓練用ベット (児のみ)	下肢又は体幹機能障害 2 級以上で学齢児以上の者	腕又は脚の訓練ができる器具を備えたもの	8 年	159,200
自立生活支援用具	入浴補助用具	下肢又は体幹機能障害 4 級以上で入浴に介助を必要とする 3 歳以上の者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、障害者又は介助者が容易に使用し得るもの	8 年	90,000
	便器	下肢又は体幹機能障害 2 級以上で学齢児以上の者	障害者が容易に使用し得るもの(手すりをつけることができる。)	8 年	便器 4,450 手すり 5,400 便器(手すりを含む。) 9,850
	特殊便器	上肢障害 2 級以上の者重度の知的障害者	足踏みペダルにて温水温風を出し得るもの(普通のウオシュレット可)	8 年	151,200
	T 字杖・棒状つえ	平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害	つえ 主体—木材(十分な強度を有するもの) 外装—ニス塗装 (夜光材付とした場合は 410 円(全面夜光材付とした場合は 1,200 円)増しとする。価格は 1 本当たりの価格。外装に白色又は黄色ラッカーを使用した場合は 260 円増しとする。) つえ 主体—軽金属 外装—塗装なし (夜光材付とした場合は 410 円(全面夜光材付とした場合は 1,200 円)増しとする。価格は 1 本当たりの価格。外装に白色又は黄色ラッカーを使用した場合は 260 円増しとする。)	3 年	2,310
				3 年	3,150

移動・移乗支援用具	平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害４級以上で家庭内の移動等において介助を必要とする３歳以上の者	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ等であること ア 障害者の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの イ 転倒防止、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助段差解消等の用具とする	８年	60,000
頭部保護帽	知的障害児者又は身体障害児者（肢体不自由）で、障害の程度が重度又は最重度であるもので、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者（オーダーメイド型は医師の意見書が必要）	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの 標準型（既製品）オーダーメイド型 Ａ スポンジ、革を主材料に製作したもの Ｂ スポンジ、革、プラスチックを主材料に製作したもの	３年	標準型 12,525 オーダーメイド型（A15,656、B37,853）
火災警報器	火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯	室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの（１世帯２台を限度とする）	８年	15,500
自動消火器	同上	屋内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し初期火災を消火し得るもの	８年	28,700
電磁調理器	・視覚障害２級以上の者（盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯）（１８歳以上） ・重度の知的障害者で家族が日中仕事でいない世帯に属するもの	視覚障害者が容易に使用し得るもの	６年	41,000
歩行時間延長信号機用小型送信機	視覚障害２級以上で学齢児以上の者	視覚障害者が容易に使用し得るもの	１０年	7,000
聴覚障害者用屋内信号装置	聴覚障害２級以上の１８歳以上の者で聴覚障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯で日常生活上必要と認められる世帯に属するもの	音、音声等を視覚、触覚等により知覚できるもの （サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む。）	１０年	87,400

在宅療養等支援用具	透析液加温器	腎臓機能障害3級以上で自己連続携行式腹膜灌流法（CAPD）による透析療法を行う3歳以上の者	透析液を加温し、一定温度に保つもの	5年	51,500
	ネブライザー（吸入器）	呼吸器機能障害3級以上又は同程度の身体障害者（児）であって必要と認められる学齢児以上の者（なお、医師の意見書があれば肢体2級以上、音声障害も対象）	障害者が容易に使用し得るもの	5年	36,000
	電気式たん吸引器	呼吸器機能障害3級以上又は同程度の身体障害者（児）であって必要と認められる者（学齢児以上）（なお、医師の意見書があれば肢体2級以上、音声障害も対象）	障害者が容易に使用し得るもの	5年	56,400
	酸素ボンベ運搬車	医療保険における在宅酸素療法を行う者	障害者が容易に使用し得るもの	10年	17,000
	盲人用体温計（音声式）	視覚障害2級以上で学齢児以上の者（盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯）	視覚障害者が容易に使用し得るもの	5年	9,000
	盲人用体重計	視覚障害2級以上で18歳以上の者（盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯）	視覚障害者が容易に使用し得るもの	5年	18,000
	携帯用会話補助装置	音声・言語機能障害者又は肢体不自由者であって発声・発語に著しい障害を有する学齢児以上の者	携帯式で、ことばを音声又は文章に変換する機能を有し、障害者が容易に使用し得るもの	5年	98,800
情報・通信支援用具	上肢機能障害2級又は視覚障害2級以上の者（現行、障害者情報バリアフリー化支援事業）	障害者向けのパーソナルコンピュータ周辺機器や、アプリケーションソフト	5年	100,000	

点字ディスプレイ	視覚障害 2 級以上であって、必要と認められる 18 歳以上の者	文字等のコンピュータの画面情報を点字等により示すことのできるもの	6 年	383,500
点字器	視覚障害であって必要と認められる者	標準型 A 32 マス 18 行、両面書真鍮板製 (付属品点筆) B 32 マス 18 行、両面書プラスチック製 (付属品 点筆)	7 年	標準型 (A10,712 円、 B6,798 円)
		携帯型 A 32 マス 4 行、片面書アルミニウム製 (付属品 点筆) B 32 マス 12 行、片面書プラスチック製 (付属品 点筆)	5 年	携帯用 (A7,416 円、 B1,700 円)
点字タイプライター	視覚障害 2 級以上で本人が就学若しくは就労しているか又は就労が見込まれる者	視覚障害者が容易に使用し得るもの	5 年	63,100
視覚障害者用ポータブルレコーダー	視覚障害 2 級以上で学齢児以上の者	①音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、かつ、DAISY方式(Digital Accessible Information System デジタル音声システム)による録音並びに当該方式により記録された図書の再生が可能な製品であって、視覚障害者が容易に使用し得るもの。 または ②音声等により操作ボタンが知覚又は認識でき、DAISY方式により記録された図書の再生が可能な製品であって、視覚障害者が容易に使用し得るもの。	6 年	85,000
				35,000
視覚障害者用活字文書読上げ装置	視覚障害 2 級以上の者	文字情報と同一紙面上に掲載された、当該文字情報を暗号化した情報を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、視覚障害者が容易に使用し得るもの	6 年	99,800

視覚障害者用 拡大読書器	視覚障害者であって、本装置により文字等を読むことが可能になる学齢児以上の者（3級以下は医師の意見書があれば可）	画像入力装置を読みたいもの（印刷物等）の上に置くことで、簡単に拡大された画像（文字等）をモニターに映し出せるもの	8年	198,000
盲人用時計	視覚障害2級以上で18歳以上の者（音声時計は手指の触覚に障害がある等のため、触読式時計の使用が困難な者を原則とする。）	視覚障害者が容易に使用し得るもの	10年	13,300
聴覚障害者用 通信装置	聴覚障害者又は発声・発語に著しい障害を有する者であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる学齢児以上の者	一般の電話に接続することができ、音声の代わりに、文字等により通信が可能な機器であり、障害者が容易に使用できるもの	5年	71,000
聴覚障害者用 情報受信装置	聴覚障害者であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる者	字幕及び手話通訳付きの聴覚障害者用番組並びにテレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを画面に出力する機能を有し、かつ、災害時の聴覚障害者向け緊急信号を受信するもので、聴覚障害者が容易に使用し得るもの。（取付工事費等、機器の設置に当たって派生的に発生する周辺経費は、原則、自己負担。）	6年	88,900
人工喉頭	音声・言語機能障害のある者（人工鼻及び人工鼻装着用シールにあつては、常時埋込型の人工喉頭を装着した者に限る。）	笛式 呼気によりゴム等の膜を振動させ、ビニール等の管を通じて音源を口腔内に導き構音化するもの。（付属品 気管カニューレ）	4年	笛式 5,150
		電動式 顎下部等にあてた電動板を駆動させ、経皮的に音源を口腔内に導き構音化するもの。	5年	電動式 72,203

			人工鼻及び人工鼻装着用シール 気管孔に取り付けることで発声が可能となり、容易に使用し得るもの。	—	23,760
排泄管理支援用具	ストーマ装具 (消化器系) (尿路系)	ストーマ造設者高度の排便機能障害、脳原性運動機能障害かつ意思表示困難者高度の排尿機能障害者 (※紙おむつ等については、医師の意見書を受けた者に限る。)	ストーマ装具(消化器系)(低刺激性の粘着剤を使用した密封型又は下部開放型の収納袋)	—	8,858
			ストーマ装具(尿路系)(低刺激性の粘着剤を使用した密封型の収納袋で尿処理用のキャップ付のもの)		11,639
			紙おむつ		12,000
	紙おむつ等 (紙おむつ) (洗腸用具、サ ラシ、ガーゼ 等衛生用品)				
	収尿器	高度の排尿機能障害者	男性用(採尿器とストーマ装具(尿路系)で構成し、尿の逆流防止装置がついているもの) 女性用 普通型(耐久性ゴム製採尿袋を有するもの) 簡易型(ポリエチレン製の採尿袋導尿ゴム管付のもの)	1年	男性用 (普通型 7,931 円、 簡易型 5,871 円) 女性用 (普通型 8,755 円、 簡易型 6,077 円)

種目	対象者	性能等	基準額
居宅生活動作補助用具	下肢、体幹機能障害又は乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害(移動機能障害に限る。)を有する者であって、障害程度等級3級以上の者(特殊便器への取替えをする場合にあっては、上肢障害2級以上の者)	障害者の移動等を円滑にする用具で、設置に小規模な住宅改修を伴うもの	200,000 円

(注)

- 1 基準額については、消費税及び地方消費税相当額を含む。
- 2 居宅生活動作補助用具の給付に要した費用が基準額に満たないときは、当該基準額に達するまでは、居宅生活動作補助用具の給付の対象とする。

種目		対象者	性能等	基準額
居宅生活動作補助用具	住宅改修	下肢又は体幹機能に障害のある者	難病患者等の移動等を円滑にする用具で設置に小規模な住宅改修を伴うもの。	200,000円

住宅改修については、施工前に申請が必要です。詳しくは障害福祉課へお問い合わせください。

15. 加算

体制加算	単位	算定要件
機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ） 機能強化型障害児支援利用援助（Ⅰ）	2014 2201	<p>①常勤かつ専従の相談支援専門員を4名以上配置し、そのうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了している。</p> <p>②24時間連絡体制を確保し、必要に応じ相談に対応する体制を確保している。</p> <p>③下記その他の要件</p> <ul style="list-style-type: none"> * 常勤専従の相談支援専門員1名を必須としたうえで、地域生活支援拠点を構成する複数の指定相談支援事業所で人員配置条件が満たされていることや24時間の連絡体制が確保されていることをもって要件を満たすことが可能。 ・ <u>協議会に定期的に参画し、関係機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施していること</u> ・ <u>基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画していること</u> ・ <u>運営規定において、市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていること又は地域生活拠点等に係る関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画していること</u>（複数事業所が協働で体制を確保する場合の要件に選択肢を追加） <p>経過措置として、改正前に機能強化型障害児支援利用援助費を算定していた事業所においては、令和7年3月31日までの間は、上記①及び②の要件を満たしているものとみなす</p> <p>令和9年3月31日までの間は、以下のとおり取り扱う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記②の要件について、令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合においては、地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定相談支援事業所等が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画していることとする。 ・ 上記③の要件について、令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合には、地域生活支援拠点等に係る関係機関と連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りるものとする <p>特別地域加算の対象地域に所在する事業所のうち、従業員の確保が著しく困難な地域に所在する指定障害児相談支援事業所においては、都道府県と連携した上で市町村が認める場合、配置される常勤の相談支援専門員のうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了しえちることに代えて、当該相談支援事業所以外に配置される主任相談支援専門員等により一定の指導及び助言が行われる体制が確保されていることで足りるものとする。</p>
機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ）	1914	<p>①常勤かつ専従の相談支援専門員を3名以上配置し、そのうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了している。</p> <p>②24時間連絡体制を確保し、必要に応じ相談に対応する体制を確保している。</p>

<p>機能強化型障害児支援 利用援助（Ⅱ）</p>	<p>2101</p>	<p>③下記その他の要件</p> <p>* 常勤専従の相談支援専門員 1 名を必須としたうえで、地域生活支援拠点を構成する複数の指定相談支援事業所で人員配置条件が満たされていることや 24 時間の連絡体制が確保されていることをもって要件を満たすことが可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>協議会に定期的に参画し、関係機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施していること</u> ・ <u>基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画していること</u> ・ 運営規定において、市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていること <u>又は地域生活拠点等に係る関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画していること</u>（複数事業所が協働で体制を確保する場合の要件に選択肢を追加） <p>経過措置として、改正前に機能強化型障害児支援利用援助費を算定していた事業所においては、令和 7 年 3 月 31 日までの間は、上記①及び②の要件を満たしているものとみなす</p> <p>令和 9 年 3 月 31 日までの間は、以下のとおり取り扱う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記②の要件について、令和 9 年 3 月 31 日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合においては、地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定相談支援事業所等が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画していることとする <p>上記③の要件について、令和 9 年 3 月 31 日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合には、地域生活支援拠点等に係る関係機関と連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りるものとする</p> <p>特別地域加算の対象地域に所在する事業所のうち、従業員の確保が著しく困難な地域に所在する指定障害児相談支援事業所においては、都道府県と連携した上で市町村が認める場合、配置される常勤の相談支援専門員のうち 1 名以上が相談支援従事者現任研修を修了しえちることに代えて、当該相談支援事業所以外に配置される主任相談支援専門員等により一定の指導及び助言が行われる体制が確保されていることで足りるものとする。</p>
<p>機能強化型サービス利用 支援費（Ⅲ）</p>	<p>1822</p>	<p>①常勤かつ専従の相談支援専門員を 2 名以上配置し、そのうち 1 名以上が相談支援従事者現任研修を修了している。</p> <p>②24 時間連絡体制を確保し、必要に応じ相談に対応する体制を確保している。</p>
<p>機能強化型障害児支援 利用援助（Ⅲ）</p>	<p>2016</p>	<p>③下記その他の要件</p> <p>* 常勤専従の相談支援専門員 1 名を必須としたうえで、地域生活支援拠点を構成する複数の指定相談支援事業所で人員配置条件が満たされていることや 24 時間の連絡体制が確保されていることをもって要件を満たすことが可能。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>協議会に定期的に参画し、関係機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施していること</u> ・ <u>基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画して</u>

		<p><u>いること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営規定において、市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていること又は地域生活拠点等に係る関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画していること（複数事業所が協働で体制を確保する場合の要件に選択肢を追加） <p>経過措置として、改正前に機能強化型障害児支援利用援助費を算定していた事業所においては、令和7年3月31日までの間は、上記①及び②の要件を満たしているものとみなす</p> <p>令和9年3月31日までの間は、以下のとおり取り扱う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・上記②の要件について、令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合においては、地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定相談支援事業所等が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画していることとする 上記③の要件について、令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合には、地域生活支援拠点等に係る関係機関と連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りるものとする <p>特別地域加算の対象地域に所在する事業所のうち、従業員の確保が著しく困難な地域に所在する指定障害児相談支援事業所においては、都道府県と連携した上で市町村が認める場合、配置される常勤の相談支援専門員のうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了しえちることに代えて、当該相談支援事業所以外に配置される主任相談支援専門員等により一定の指導及び助言が行われる体制が確保されていることで足りるものとする。</p>
機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ）	1672	①専従の相談支援専門員を2名以上配置し、そのうち1名以上が常勤専従かつ相談支援従事者現任研修を修了している。
機能強化型障害児支援利用援助（Ⅳ）	1866	③ 下記その他の要件

【その他の要件】

- ・利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的（概ね週1回以上）に開催
- ・基幹相談支援センター、委託相談支援事業所又は協議会から支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該事例に係る者に指定計画相談支援を提供。
- ・基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加
- ・新たに採用したすべての相談支援専門員に対し、現任研修修了者の同行による研修を実施
- ・相談支援専門員1人あたりの1月間における取り扱い件数が40件未満

* 「機能強化型サービス利用支援費」含む体制整備加算は市への届け出が必要

体制整備加	単位	算定要件概要
行動障害支援体制加算（Ⅰ）	60	強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表しており、かつ、当該相談支援専門員により、強度行動障害を有する児（児基準 20 点以上）者に対して現に指定障害児相談支援を行っている場合に加算する。
行動障害支援体制加算（Ⅱ）	30	強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算する。
要医療児者支援体制加算（Ⅰ）	60	医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表しており、かつ、当該相談支援専門員により、要医療児者を有する児者に対して現に指定障害児相談支援を行っている場合に加算する。
要医療児者支援体制加算（Ⅱ）	30	医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算する。
精神障害者支援体制加算（Ⅰ）	60	※以下のいずれも満たす場合に加算する。 ・地域生活支援事業者による精神障害者支援の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合。 ・精神疾患を有する患者であって、重点的な支援を要するものに対して支援を行う病院等又は訪問看護ステーション等であって、障害児が通院又は利用するものの保健師、看護師又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されており、かつ、当該相談支援専門員により、精神に障害のある児に対して現に指定障害児相談支援を行っている場合。
精神障害者支援体制加算（Ⅱ）	30	地域生活支援事業者による精神障害者支援の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算する。
高次脳機能強化型体制加算（Ⅰ）	60	高次脳機能障害者養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表しており、かつ、当該相談支援専門員により、高次脳機能障害を有する利用者に対して現に指定計画相談支援を行っている場合に加算する。
高次脳機能強化型体制加算（Ⅱ）	30	高次脳機能障害者養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算する。
主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ）	300	地域の相談支援の中核的な役割を担う指定障害者児相談支援事業所等であって、主任相談支援専門員を当該事業所に配置した上で、当該主任相談支援専門員が、当該事業所の従業者及びその他の相談支援事業所の従事者に対し、その資質の向上のため指導・助言を実施している場合に加算する。
主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）	100	主任相談支援専門員を事業所に配置した上で、当該主任支援専門員が、当該事業所又はその他の相談支援事業所の従事者に対し、その資質の向上のために研修を実施した場合に加算する。
ピアサポート体制加算	100	利用者と同じ目線に立った相談・助言等を行うために必要な人員の配置等が行われている場合。

☆高次脳機能強化型体制加算については、長崎県で指定研修が行われていないため令和 6 年度は加算取得なし。

* 実施加算は長崎市への届け出・記録の提出は不要です。(記録の作成は必要。基準省令で定める記録等に記載・保管することで可。例：相談支援台帳・サービス等利用計画)

他市町に関しては記録の提出を求められる場合もありますので、各市町へお尋ねください。

* ★印がついた加算については、加算単独での請求も可能な場合があります。

実施加算	単位	算定要件概要
初回加算	300/者 500/児	1 新規にサービス等利用計画を作成 2 前6月に障害福祉サービス、地域相談支援利用なし (契約の締結から障害者時支援利用計画案を交付するまでの期間が3ヵ月を超える場合であって、4ヵ月目以降に月2回以上、利用者の居宅に訪問し面接を行った場合は、上記単位数にさらに児500単位、者300単位に当該月数(3を上限)を乗じて得た単位数を加算)
★入院時情報連携加算 I	300	入院時に(入院するにあたり)医療機関が求める利用者の情報を訪問して提供
★入院時情報連携加算 II	150	入院時に(入院するにあたり)医療機関が求める利用者の情報を訪問以外の方法で提供。*入院時情報提供書(別紙18参照)を作成し、医療機関に提供することが前提。入院時情報提供書の記載については、必要な情報が記載されているサービス等利用計画やアセスメントシート等の添付によって、 <u>一部を省略して差し支えない。</u>
★居宅介護支援事業所等連携加算・保育教育等移行支援加算	150 又は 300	介護サービス利用へ移行又は就学・進学・就職等に伴い障害福祉サービスを終了する者で、一定期間を要するもので①～③のいずれかを行った場合(障害福祉サービス等の利用期間において、それぞれ2回を限度。利用終了後6ヵ月以内においてはそれぞれ月1回を限度。合算した単位数を加算) ①月2回以上、居宅等(児は居宅に限る)を訪問し面接(テレビ電話装置等を活用して面接した場合を含む。ただし、月に1回は障害児の居宅を訪問し、面接することを要する)(300単位) ②他機関主催する支援内容に関する会議への参加(300単位) ③情報提供を文書により実施(150単位)
★サービス提供時 モニタリング加算	100	モニタリング時、居宅等訪問をしたうえで、事業所、サービス提供場所を訪問し、サービス提供場面を直接確認した場合に加算。 モニタリング月以外の月でも上記内容を満たせば算定可能。
退院・退所時加算	300	サービス等利用計画作成に併せて多職種から情報収集カンファレンス参加
医療・保育・教育機関等連携加算	300	モニタリング時においても算定を可能とする。また利用者の通院に同行し障害児者の状況を情報提供する場合や、関係機関等からの求めに応じて、障害児者の状況を情報提供する場合も加算対象とするとともに、これらの場合について一定の上限を設けた上で複数回の算定を可能とする。さらに連携の対象に訪問看護の事業所を加える。 ・福祉サービス等提供機関の職員等と面談又は会議を行い、障害児等に関する必要な情報の提供を受けた上で、指定継続障害児支援利用援助(モニタリング)を行った場合 ★ ・障害児者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報

		提供した場合 * 通院同行については令和 6 年度より新設
	200	福祉サービス等提供機関の職員等と面談又は会議を行い、障害児等に関する必要な情報の提供を受けた上で、指定障害児支援利用援助（計画作成）を行った場合
	150	★ 福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に関して障害児に関する必要な情報を提供した場合 * 令和 6 年度より新設
サービス担当者会議 実施加算	100	継続サービス利用支援時に居宅訪問し面接するとともに、会議を実施し、計画の変更等を検討 * 医療・保育・教育機関等連携加算との同時請求は不可
★ 集中支援加算	300	計画決定月・モニタリング対象月以外において下記のいずれかの業務を行った場合に加算。 ・障害福祉サービス等の利用に関して、障害児の保護者等の求めに応じ、月に 2 回以上、障害児の居宅等を訪問し、障害児及び家族に面接する場合（テレビ電話装置等を利用し面接した場合を含む。ただし、月に 1 回は障害児者の居宅を訪問し、面接することを要する。） ・担当者会議の開催 ・他機関主催する会議への参加 ・障害児者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して利用者の心身の状況、生活環境等の障害児者に係る必要な情報を提供した場合（算定回数については、月 3 回、同一の病院については月 1 回を限度とする。） * 通院同行については令和 6 年度より新設
	150	障害福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供期間に対して障害児に関する必要な情報を提供した場合（病院及び訪問看護の事業所又はそれ以外の福祉サービス提供機関の区分ごとに、それぞれ月 1 回を限度とする。） * 令和 6 年度より新設
地域生活支援拠点等相談強化加算	700	地域生活支援拠点等である障害児相談支援事業所の相談支援専門員がコーディネーターの役割を担うものとして相談を受け、連携する短期入所事業所へ緊急時の受け入れ対応を行った場合（短期入所事業所への受け入れ実施（回数）に応じて、月 4 回を限度）
地域体制強化共同支援加算	2000	地域生活支援拠点等である障害児相談支援事業所の相談支援専門員が支援困難事例についての課題検討を通じ、情報共有等を行い、他の福祉サービス等の事業者と共同で対応し、協議会に報告した場合。 地域生活支援拠点等に係る関係機関との連携体制を確保した上で協議会に定期的に参画すること。 ※事業所の要件として、運営規定において、市町村より地域生活支援拠点等として位置付けられていることを定めていること又は地域生活支援拠点等に係る関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画していること。※令和 9 年 3 月 31 日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、地域生活支援拠点等に係る関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等に係る関係機関との連携体制を確保することに加えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りるものとする。

【地域移行支援・地域定着支援での加算】

地域移行支援	単位	算定要件概要
1 障害福祉サービス体験利用加算	500 又は 250	障害福祉サービス事業の体験的な利用支援を行った場合 * 加算額は日数により変化します。
2 体験宿泊加算	300 又は 700	一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合 * 加算額は日数や夜間・深夜の支援実施等により変化します。
3 居住支援連携加算	35	居住支援法人や居住支援協議会と連携し、住宅確保及び居住支援に係る必要な情報共有を行う。
4 地域居住支援体制強化推進加算	500	居住支援法人と共同し、在宅での療養上必要な説明および指導を行ったうえで、自立支援協議会や精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る協議の場に対し、住宅の確保及び居住支援に係る課題を報告した場合。(月1回を限度)
地域定着支援		
日常生活支援情報提供加算	100	精神科病院等に通院する利用者について、あらかじめ本人の同意を得て、当該利用者日常生活を維持する上で必要な情報提供を精神科病院等に対して行った場合。
* 上記 3・4 は地域定着支援でも請求可能		上記 3・4 を参照

【遠隔地加算について】

特別地域加算の対象区域に所在し、かつ、指定特定相談支援事業所との間に一定の距離がある利用者の居宅等、病院等その他機関を訪問して、以下の加算を算定する場合に、これらの加算の算定回数に応じて加算する。一定の距離については、合理的経路かつ最短時間となる移動方法を選択した場合であり、利用者の居宅その他機関への訪問に概ね片道1時間を要する距離とする。また、当該時間については、交通機関の運行頻度が少ない等による待機時間も含む。

- ・ 初回加算（契約日から3月を経過する日以降に、月2回以上、利用者の居宅等を訪問して面接した場合に限る。当該面接をした月数に応じて加算する。）
- ・ 入院時情報連携加算（病院等への訪問による情報提供に限る。）
- ・ 退院・退所加算 ・ 居宅介護支援事業所等連携加算（利用者の居宅等への訪問により面接する場合に限る。）
- ・ 保育・教育等移行支援加算（利用者の居宅等への訪問により面接する場合に限る。）
- ・ 医療・保育教育機関等連携加算（福祉サービス等提供機関への訪問により情報提供を受ける場合、利用者が病院等に通院するに当たり、病院等への訪問により情報提供する場合に限る。）
- ・ 集中支援加算（利用者の居宅等への訪問により面接する場合、利用者が病院等に通院するに当たり、病院等への訪問により情報提供する場合に限る。）

* 時間の考え方例 *

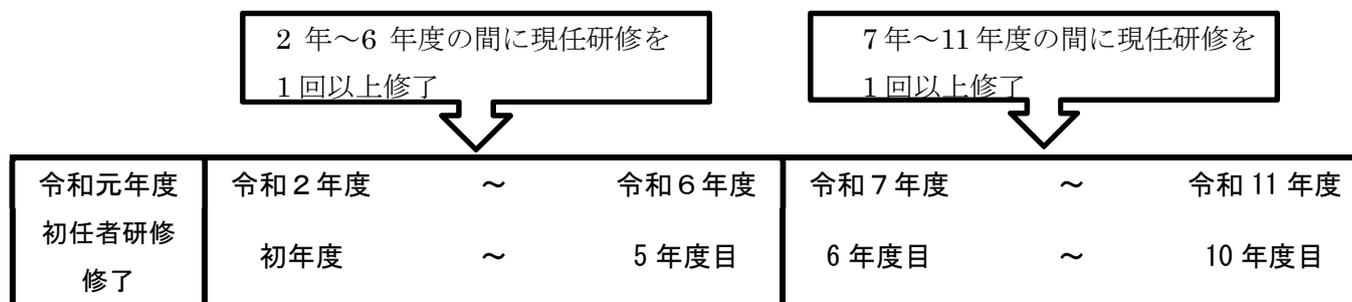
- ・ 車を利用し、片道の所要時間が一般道で1時間20分程だが、高速道路利用で50分になる（算定不可）
→合理的経路かつ最短時間となる移動方法を選択するため
- ・ 船を利用し、片道30分で着くが、次の船まで3時間の待ち時間が生じる（算定可能）
→交通機関の運行頻度が少ない等による待機時間も含むため

16. 相談支援専門員の要件について

相談支援専門員は、次の①及び②のいずれも満たすことが要件となっています。

①実務経験者であること。（「相談支援専門員の要件となる実務経験」参照）

②相談支援従事者初任者研修を修了し、当該研修を修了した日の属する年度の翌年度を初年度として、5年度ごとに1回相談支援従事者現任研修を修了していること。



研修を受講するための実務経験の要件

(a) 過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある。

(b) 現に相談支援業務に従事している。

※現任研修は (a)、更新研修は (a) または (b) のいずれかに該当

第5号様式(第16条関係)

(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 計画相談支援給付費 療養介護医療費)支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先)長崎市福祉事務所長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日		年月日
	氏名	(個人番号)			
申請	居住地	〒			
		電話番号			
申請	フリガナ		生年月日		年月日
	支給申請に係る障害児氏名	(個人番号)	続柄		
	身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保険福祉手帳番号		疾病名
	被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び保険者番号(※)		
	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ものに限る。)				有・無

※「被保険者の記号及び番号」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に記入すること。

サービス利用状況	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	有効期間
	介護サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
		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	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		
申請	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		※居宅介護申請時は、時間数の記載だけでなく、身体介護・家事援助・通院等介助など種別についても記載する
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
<input type="checkbox"/> 同行支援					
<input type="checkbox"/> 行動支援					
<input type="checkbox"/> 短期入所					
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					
申請	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)		【施設名】 ※新規で就労系サービスを申請する時は、就労経験の有無についても記載する(例:「就労経験あり、接客業5年」)
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練			
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援			
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)			
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型			
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型				
申請	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		
	計画相談支援	<input type="checkbox"/> 計画相談支援			
申請	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援			

サービス利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、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、長崎市福祉事務所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者に提示することに同意します。

申請者氏名

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 ②①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 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 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px dotted black; padding: 2px;"> <20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者 </td> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <20歳未満の方> 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) </td> </tr> </table>	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 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(年齢 歳)
	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 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(年齢 歳)		
	<input type="checkbox"/>	III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定 (入所施設の食事費等軽減措置) 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。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-right: 1px dotted black; padding: 2px;"> <20歳以上の方> 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 </td> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <20歳未満の方> 1 施設入所者であること(年齢 歳) </td> </tr> </table>	<20歳以上の方> 1 施設入所者であること(年齢 歳) 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(年齢 歳)
	<20歳以上の方> 1 施設入所者であること(年齢 歳) 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(年齢 歳)		
<input type="checkbox"/>	IV グループホーム等入居者(注)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。			
<input type="checkbox"/>	V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(□定率負担減免措置、□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。			

※ 計画案の提出が必要でない場合(計画相談は支給期間内でサービスのみ更新する場合)
障害福祉サービス受給者証の送付先を相談支援事業所に変更する場合、この申請書の中にご本人から同意、ご署名をいただいております。署名がなければ、ご本人に送付されます。
(記入例: 支給決定通知及び受給者証については、○○相談支援事業所へ送付することに同意します。
利用者署名: ○○○○)

※ 申請書は、長崎市ホームページ、障害者支援の申請書ダウンロードから印刷することができます。
記入例も掲載されています。

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	
住所	〒		
	電話番号		

者用

世帯状況・収入申告書

(あて先)長崎市福祉事務所長

年 月 日

住 所		
	電話番号	
フリガナ		
申請者氏名		

障害福祉サービス及び地域生活支援事業に係る利用者負担額減額・免除について、次のとおり申請及び申告します。

また、利用者負担の上限月額のため、申請者及び配偶者の住民基本台帳、課税・所得状況、生活保護受給状況、各種手当受給状況について確認することに同意します。

◎世帯の状況等について 申請者及び同居している配偶者の状況を記載。

	氏名	生年月日	本人との関係	個人番号 (マイナンバー)	課税・非課税 の別	☆市記入欄
						所得割額(円)
申請者			本人		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	
配偶者					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	
						計

◎生活保護を受給中または申請されている方は右欄にチェックしてください。 →

◎共同生活援助(グループホーム)を利用されるかたで、補足給付(家賃補助)の申請をされる場合は、家賃額の分かる書類を添付してください。

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		

(注意)

1. 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。
2. 利用者負担等の軽減申請をされる方は、本様式を提出していただければ、長崎市で調査することができますので、課税証明の提出書類は不要です。なお、長崎市が個人番号を使用して各種状況を確認することに同意いただけない場合は、申請者及び配偶者の市・県民税(所得・課税)証明書又は市・県民税特別徴収税額の通知書等を提出してください。

また、この際に本来、所得申告すべき収入があるにも関わらず、申告されていない方については、その事実が判明した際に遡り利用者負担を徴収する場合があります。

申請書別表

新規・更新・変更

(障害支援区分認定関係)

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請日 年 月 日

●訪問調査は原則として平日の10時から16時までの間に行います。都合が悪い場合は長崎市障害福祉課支援係へご相談ください。

調査対象者	調査先住所 ※調査を実施する場所が申請書住所と異なる場合にお書き下さい。施設・病院等に入院中の方は点線の下欄に記載し、病床の詳細がある場合には病棟名、階、号室まで記入をお願いします。	〒		電話番号 () -
		施設・病院名		
	認定を受けている各種の障害等等級（該当する項目に○印をつけてください。）			
	身体障害者等級	1・2・3・4・5・6級		
	身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他（ ）		
	療育手帳の障害の程度	A1・A2・B1・B2		
	精神保健福祉手帳等級	1・2・3級		
	前回の支援区分の結果等	障害支援区分 1・2・3・4・5・6		
		認定年月日	年	月 日
	変更申請の理由	※新規・更新申請時の記載は不要です。		

訪問調査の際、なるべくご家族等で利用者の状況がわかる方の同席をお願いいたします。同席いただける方の氏名、連絡先を記載して下さい。

同席者	ふりがな 氏 名	対象者との関係（ ）	
	住 所	電話番号 () -	

※介護給付費の申請をされる方は以下をご記入ください。

障害支援区分認定を受ける方（本人）の主治医又は主治医が複数いる場合は、心身の状態を一番よく把握している医師を記入して下さい。※主治医がいない方は、長崎市障害福祉課支援係へご相談ください。

主治医	医療機関名			
	診療科目		主治医	
	所在地	〒	電話番号 () -	

第6号様式の2(第4条の4関係)

(障害児通所給付費 肢体不自由児通所医療費 障害児相談支援給付費)

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先)長崎市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日		年 月 日	
	氏名	(個人番号)				
	居住地	〒				
			電話番号			
	フリガナ		生年月日		年 月 日	
	支給申請に係る障害児氏名	(個人番号)	続柄			
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保険福祉手帳番号	疾病名
	被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び保険者番号(※)			

※「被保険者の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合に記入すること。

サービス利用状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	
	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、長崎市福祉事務所から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

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	
住所	〒		
	電話番号		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
		電話番号		

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 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。) 1 第2子に該当するもの 2 第3子以降に該当するもの ※在園証明等が必要になります。
	<input type="checkbox"/> III 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(□自己負担減免措置、□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。

負担上限月額の決定のため、次の表の申請者及び支給申請に係る児童の属する世帯の世帯全員の課税・所得状況について確認することに同意します。

◎世帯の状況等について 申請者及び同居している配偶者の状況を記載。

氏名	氏名	生年月日	本人との関係	個人番号 (マイナンバー)	課税・非課税 の別	☆市記入欄
						所得割額(円)
申請者					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 □未申告	
障害児					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 □未申告	
世帯員					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 □未申告	
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 □未申告	
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 □未申告	
						計

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

(あて先) 長崎市福祉事務所長

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

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

フリガナ										
申請に係る										
児童氏名										
			生年月日	平成		年		月		日
			続柄							

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名										
フリガナ										
事業所名										

住所										
〒										
電話番号										

指定特定相談支援事業所・指定障害児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

【障害福祉サービス受給者証の見方】

(一)

障害福祉サービス受給者証		
受給者証番号		400012345
支給決定障害者等	居住地	〒852 - 長崎市〇〇町
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日
障害児等	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		1 2 3
交付年月日		令和4年〇月〇日
支給市町村名及び印	長崎市福祉事務所 422011 印	

「4」で始まる番号。
児童が18歳に到達すると
番号が変わる。

児童の場合、保護者名を表示
「障害児」欄に児童名を表

身体は1
知的は2
精神は3
難病等は5

長崎市の市町村番号は
「422011」
支給決定している市町村名
が表示される。

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	区分〇
認定有効期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
サービス種別	居宅介護
支給量等	家事援助 ○時間/月(1回当たり：○時間) 身体介護 ○時間/月(1回当たり：○時間) 通院等介助 ○時間/月(1回当たり：○時間)
支給決定期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
サービス種別	重度訪問介護
支給量等	○時間/月
支給決定期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
サービス種別	生活介護
支給量等	生活介護 ○日/月
支給決定期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
交付年月日	
予備欄	

区分は1から6まで。
児童もしくは訓練等給付のみ
受給者で区分のない場合は
未表示

【行動援護】
①支給量
②二人介護有の場合その旨
を表示。

【施設入所支援】
支給量
当該月の日数

【居宅介護】
①支給量
②1回当たりの利用可能時間
③二人介護有の場合その旨
を表示

【重度訪問介護】
①支給量
②移動加算(支給量の内訳)
③加算等
④二人介護有の場合その旨を
表示

【生活介護】
支給量(日数)
当該月の日数から8日控除
した日数が原則の支給量と
なる。

(三)

【短期入所】
①支給量
②支給決定内容

サービス種別	短期入所
支給量等	〇日/月
支給決定期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	
予備欄	

【短期入所】
短期入所障害者と障害者医療型（療養介護）がありません。

(四)

【共同生活援助】
ケアホームと一元化
支給量(当該月の日数)

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	共同生活援助(グループホーム)
支給量等	当該月の日数
支給決定期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
サービス種別	就労移行支援
支給量等	当該月の日数
支給決定期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	
予備欄	

【就労移行】
【就労継続】
【自立訓練(機能訓練／
生活訓練)】
支給量(日数)
当該月の日数から8日控
除した日数が原則の支給
量となる。

(五)

【計画相談】

- ①支給期間
 - ②事業所名
 - ③モニタリング期間
- ※モニタリング期間に表示されている月をモニタリングとする。

【新規の場合】

当初3か月は毎月（令和〇年〇、〇、〇月）と記載。

【特定障害者特別給付費(補足給付)】

下記のいずれかに該当の場合、金額を表示。

- ・施設入所支援利用の場合
 - ↓
 - 食費や光熱水費の補助
- ・共同生活介護、共同生活援助利用の場合
 - ↓
 - 住居費の補助

計画相談支援給付費の支援内容

支給期間	令和4年4月1日～令和〇年〇月〇日
指定特定相談支援事業所名	〇〇支援センター
モニタリング期間	3月ごと(令和4年4月～令和〇年〇月)
予備欄	当初3か月は毎月(令和4年〇、〇、〇月)

特定障害者特別給付費の支給内容

施設入所支援	支給額	円/日
	適用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
共同生活介護 又は 共同生活援助	支給額	10,000円/月
	適用期間	令和4年4月1日から 令和〇年〇月〇日まで
予備欄		

【特別地域加算】

中山間地域等に居住している者に対してサービスを提供した場合に該当となる。

【食事提供体制加算対象者】

加算の該当・非該当を表示。施設入所支援利用者で特定障害者特別給付費の該当者の場合、非該当となる

(六)

利用者負担に関する事項

負担上限月額	〇 円
適用期間	令和4年4月1日から令和〇年〇月〇日
食事提供体制加算対象者	
軽減適用期間	令和4年4月1日から令和〇年〇月〇日
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	

【利用者負担上限額管理】

- ①該当・非該当の表示
利用者負担が上限に達する見込みとなる方であって、複数事業所(事業所番号が異なる事業所)を利用している場合、利用事業者のうち一事業者(優先順位有)が上限額を管理する。
- ②管理事業者の表示
「該当」の表示をしていて、かつ複数の事業者(事業者番号が同じ場合は同じ事業所と見なす)を利用している場合のみ、上限管理の対象となるため、上限管理事業者を設定する。

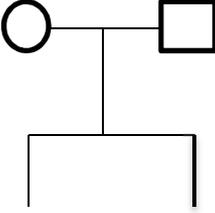
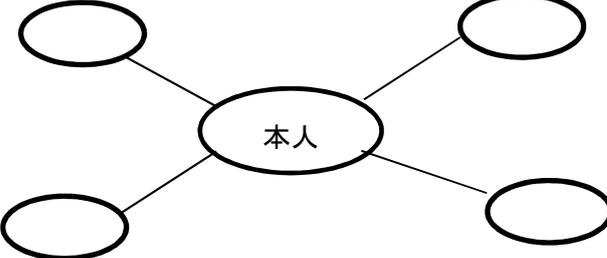
申請者の現状(基本情報)

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)

サービス等利用計画作成方法は日本相談支援専門員協会
発行の『サービス等利用計画作成サポートブック』をご参
照下さい。

2. 利用者の状況

氏名					
住所	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			電話番号	
				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							主な日常生活上の活動 週単位以外のサービス
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・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)	障害程度区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	通所受給者証番号	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号	新規申請	利用者同意署名欄
計画作成日	モニタリング期間(開始年月) ○月○日(ただし当初3か月は○、○、○月行う)	

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							

※この文面は一例です。このような文面で本人の署名が計画案のどこかに盛り込まれて入れれば可。同意の署名がない分については本人宛てに送付する。

年 月 日

支給決定通知及び受給者証については、当該相談支援事業所(事業所名)へ送付することに同意します。 利用者署名:

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【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		通所受給者証番号		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号					
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								週単位以外のサービス
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
 による生活の
 全体像

サービス等利用計画・障害児支援利用計画

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・障害児支援利用計画【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								週単位以外のサービス
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

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

別紙 12

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
							サービスの種類の変更	サービスの量の変更	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・継続障害児支援利用計画【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								週単位以外のサービス
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

【記載例】

申請者の現状（基本情報）

別紙 14

◎利用者の状況

氏名	〇〇 〇郎	生年月日		性別	男	女	年齢				
保護者氏名		本人との続柄									
住所	長崎市〇〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇〇〇アパート〇〇〇号										
障害種別	「持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他（ <u>身体</u> ）」										
介護保険サービス	要介護認定	有・無	疾患名	心肺機能障害	要支援（ ）	要介護	1	2	3	4	5
家族構成	※年齢、職業、主たる介護者等を記入										

父：〇〇 〇幸（68歳） 長崎市在住 同居
 母：〇〇 〇子（65歳） 長崎市在住 同居
 兄：〇〇 〇茂（42歳） 〇〇県在住
 姉：〇〇 〇美（37歳） 〇〇市在住

生活歴

昭和 〇〇年〇月 〇〇高校卒業
 昭和 〇〇年〇月 〇〇商店就職
 平成 〇〇年〇月 上記商店を退職、現在に至る

医療の状況（受診歴を含む）

※受診科目、頻度、主治医、服薬状況等

〇〇病院・・・H〇〇年〇月から〇年〇月まで入院
 △△病院・・・月2回
 □□病院・・・月1回

備考

緊急時連絡先 〇〇〇男（続柄）
 095-〇〇〇-〇〇〇〇

【記載例】 サービス等利用計画・障害児支援利用計画（セルフプラン②）

◎週間計画表

月	火	水	木	金	土	日	週単位以外のサービス
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00							
0:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							

家族と過ごす
(外出等)

就労支援センター△△

就労支援センター△△

就労支援センター△△

就労支援センター△△

移動支援（月10時間、ヘルパーと買い物に出かける。）

家事援助

家事援助

(第1片 表面)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 療養介護医療費)

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

(あて先)長崎市福祉事務所長 次のとおり申請します。

申請日 令和5年 8月 1日

申請者	フリガナ	かがせ 太郎	生年月日	平成元年4月1日
	氏名	長崎 太郎 (個人番号)		
居住地	〒123-4567	電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	長崎市〇〇町〇番〇号			

フリガナ	生年月日	年 月 日
支給申請に係る障害児氏名 (個人番号)	続柄	

身体障害者手帳番号	123	療育手帳番号	456	精神障害者保健福祉手帳番号	
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び保険者番号()		

黄色の欄は
18歳未満の方の申請をする際はご記入ください。

※「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

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	有効期間
	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				

緑色の欄は
該当者の方のみご記入ください。

変更の理由 状態が以前より悪くなり、より支援が必要となったため。

変更を申請するサービス	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 □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	□就労定着支援	□就労移行支援 □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	身体介護 20H→30H	
		□自立生活援助			
		□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
		□就労移行支援(養成施設)			□就労継続支援A型
日中活動系	□施設入所支援	□共同生活援助(グループホーム)	【施設名】		

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必要があるときは、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、長崎市福祉事務所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に同意します。

申請者氏名 長崎 太郎

(裏面)

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。 (当てはまるものに○を付ける。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の当てはまる方にも○を付ける。 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 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。		
	<table border="1"> <tr> <td> <20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者 </td> <td> <20歳未満の方> 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳) </td> </tr> </table>	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳) 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。(年齢 歳)
	<20歳以上の方> 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳) 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。(年齢 歳)	
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食事費等減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注)対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)		
<table border="1"> <tr> <td> <20歳以上の方> 1 施設入所者であること。(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者 </td> <td> <20歳未満の方> 1 施設入所者であること。(年齢 歳) </td> </tr> </table>	<20歳以上の方> 1 施設入所者であること。(年齢 歳) 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。(年齢 歳)	
<20歳以上の方> 1 施設入所者であること。(年齢 歳) 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。(年齢 歳)		
<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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。			
<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(□自己負担減免措置、□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。			

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請者以外の方が記入される際はご記入ください。

申請書提出者	<input checked="" 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	
住所	〒		
	電話番号		

障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア（医師用）

別紙 16

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

医療機関名	医療機関 住所地	〒	—
	連絡先 電話番号		

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

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

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

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

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

裏面の医療的ケア判定スコア 記載要領

【基本スコア】

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

【見守りスコア】

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

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア（医師用）

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

障害児の調査項目（5領域20項目）

別紙17

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

以下、中学生・高校生のみ対象

領域	項目	手引き頁	判断項目			
コミュニケーション	(21) コミュニケーション（言葉遣い）	21	①適切な言葉遣いや態度で表現することができる	②時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる	③ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	④適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22) コミュニケーション（やり取り）	22	①やり取りをすることができる	②配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	③やり取りをすることが難しい	
	(23) コミュニケーション（集団適応力）	23	①参加することができる	②たまたま参加することができる	③ほとんど参加することがない	④参加することが難しい

入院時情報提供書（相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関）

別紙 18

記入日： 年 月 日 添付資料： あり なし

事業所名 担当者名 連絡先

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名				住所						
生年月日	年	月	日(歳)							
障害名・疾患名										
現病歴・既往歴										
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり→内容:()								
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 身体()級、内容:	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 内部	<input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 療育()	<input type="checkbox"/> 精神()級				<input type="checkbox"/> あり→区分()			

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

入院中の支援で留意してほしいこと ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法を記載してください

※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

① 身体の状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※食事形態:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 嚥下食	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	※排泄方法:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホータブル	<input type="checkbox"/> オムツ・パット	<input type="checkbox"/> その他

② コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	意思伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難

③ 行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く

④ その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性がある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 終日 →訪問可能な時間帯(: ~ :)			
重度訪問介護従業者による支援内容					

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況		<input type="checkbox"/> 添付資料を参照		<input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> その他→世帯構成を記載:()				
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()				
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先		
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等					
②生活の状況		<input type="checkbox"/> 添付資料を参照		<input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望	
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他				
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名		
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名		
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名		
1日の生活の流れ・社会参加の状況					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等					
③受診・服薬の状況		<input type="checkbox"/> 添付資料を参照		<input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望	
かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度	回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度	回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度	回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
服薬状況	服薬の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 服薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()				
	薬の名前				
	留意点・服薬介助のポイント				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()				