

障害保健福祉関係主管課長会議（平成18年8月24日）資料一覧

- 資料1 障害程度区分認定状況調査における障害程度区分の分布状況
- 資料2 障害程度区分・二次判定参考資料の作成について
- 資料3 重度訪問介護対象者の経過措置について
- 資料4-1 障害児施設の利用者負担の見直しについて
- 資料4-2 医療型障害児施設（療養介護）の利用者負担の認定について
(6月26日主管課長会議配付資料訂正版)
- 資料4-3 障害児支援関係
- 資料5 グループホーム・ケアホームについて
- 資料6 就労支援関係
- 資料7 通所サービス関係
- 資料8 居住支援関係・その他
- 資料9-1 地域生活支援事業の施行に向けて
- 資料9-2 地域生活支援事業の事業実施例
- 資料10 補装具費について
- 資料11 国立更生援護施設等の入所事務等について
- 資料12-1 精神保健福祉法改正関係について
- 資料12-2 様式（案）集
 - 参考資料① 障害者自立支援法関係Q&A
 - 参考資料② 相談支援事業について
 - 参考資料③ 市町村における多様な相談支援体制の整備について
 - 参考資料④ 就労支援事業会計処理基準の創設について
 - 参考資料⑤ 障害者自立支援法の円滑施行に向けて
 - 参考資料⑥ 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等の基準・報酬に関する事項（3/1 主管課長会議からの変更・追加）

障害程度区分認定状況調査における障害程度区分の分布状況

平成17年度障害程度区分判定等試行事業自治体に、6月末までの判定結果として報告いただいた6,845件について、速報データとして結果をとりまとめました。

■全体	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
	0.4%	10.8%	23.1%	23.4%	14.6%	11.3%	16.4%	33.2%
■身体	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
	0.4%	10.5%	22.0%	18.5%	10.6%	12.6%	25.4%	20.0%
■知的	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
	0.3%	5.7%	15.0%	26.0%	21.3%	14.2%	17.6%	43.0%
■精神	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率
	0.7%	19.6%	39.8%	28.3%	8.6%	2.1%	0.9%	52.9%

(参考資料)

※ 重複障害の場合、各障害に計上されているため、3障害を足した数と全体の数は一致しない。

■全体

2次判定 1次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
非該当	22	78	5	3	0	0	0	108
区分1	7	646	310	61	10	4	0	1038
区分2	0	12	1259	655	108	20	1	2055
区分3	0	0	5	883	543	94	13	1538
区分4	0	0	0	1	337	212	15	565
区分5	0	0	0	0	3	436	143	582
区分6	0	0	0	0	0	7	952	959
	29	736	1579	1603	1001	773	1124	6845
	0.4%	10.8%	23.1%	23.4%	14.6%	11.3%	16.4%	100.0%

上位区分変更率 33.2%

■身体

2次判定 1次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
非該当	11	54	1	1	0	0	0	67
区分1	3	348	109	10	1	0	0	471
区分2	0	6	742	195	23	8	0	974
区分3	0	0	3	513	148	20	3	687
区分4	0	0	0	1	237	98	5	341
区分5	0	0	0	0	3	358	101	462
区分6	0	0	0	0	0	5	878	883
	14	408	855	720	412	489	987	3885
	0.4%	10.5%	22.0%	18.5%	10.6%	12.6%	25.4%	100.0%

上位区分変更率 20.0%

■知的

2次判定 1次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
非該当	5	8	0	1	0	0	0	14
区分1	4	162	79	19	3	1	0	268
区分2	0	3	376	343	63	9	1	795
区分3	0	0	2	431	436	80	11	960
区分4	0	0	0	0	147	157	10	314
区分5	0	0	0	0	0	183	91	274
区分6	0	0	0	0	0	3	423	426
	9	173	457	794	649	433	536	3051
	0.3%	5.7%	15.0%	26.0%	21.3%	14.2%	17.6%	100.0%

上位区分変更率 43.0%

■精神

2次判定 1次判定	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
非該当	6	18	4	1	0	0	0	29
区分1	0	150	138	37	8	3	0	336
区分2	0	4	207	179	35	7	0	432
区分3	0	0	0	31	26	3	0	60
区分4	0	0	0	0	6	1	3	10
区分5	0	0	0	0	0	3	0	3
区分6	0	0	0	0	0	1	5	6
	6	172	349	248	75	18	8	876
	0.7%	19.6%	39.8%	28.3%	8.6%	2.1%	0.9%	100.0%

上位区分変更率 52.9%

障害程度区分・二次判定参考資料の作成について

障害程度区分判定は、本年4月から各市町村において行われているところであるが、今般、昨年の障害程度区分判定等試行事業の実施自治体（協力自治体）から実際に判定が行われた事例を収集し、今後の二次判定の参考となるよう、下記のとおり参考資料としてとりまとめたので、情報提供する。

- ① 一次判定結果と二次判定結果が一致した事例をとりまとめたもの
「障害程度区分状態像の例」：各障害程度区分ごとの認定調査項目（106項目）のチェック状況の例
協力自治体において最終的に区分判定がなされた事例について、統計学的処理を用いてチェック状況に共通性のある事例をグループ化し、その中から典型的な例を抽出した。
- ② 二次判定において区分が上方修正された事例をとりまとめたもの
「二次判定変更事例集」：二次判定において区分が上方修正された事例
協力自治体から収集した事例のうち二次判定において区分が上方修正されたケースの中から、専門家の意見を聞きつつ、次の視点から選定した。
 - ・ 二次判定において、一次判定では考慮されていない、①特記事項、②医師意見書記載内容、③一次判定で考慮していない項目群の内容から、妥当性があると判断される理由をもって障害程度区分基準時間をより長く要すると判断される事例
 - ・ 試行事業の結果から作成し、既に公表している「区分変更の例」にない事例
 - ・ 自治体等から「判断が困難である」等の指摘がなされている事例
＜身体障害＞聴覚障害、内部障害 等
＜知的障害＞行動障害、自閉症 等
＜精神障害＞症状の不安定例、統合失調症陰性症状例 等

※ なお、この参考資料は、実際に判定された事例を掲載したものであり、記載内容が必ずしも十分でない場合等も含めて情報提供していることに留意されたい。

また、現時点で収集できたデータに基づく資料であり、今後、さらにデータ収集等を進めていくこととしている。

<障害程度区分状態像の例の掲載内容について>

- 事例番号は、障害種別、二次判定区分ごとに、A、B と番号を振っている。
例：身体○A、身体○B
- 事例番号の下には、二次判定区分、プロセスⅡ区分、プロセスⅠ区分を表示している。
- 区分の下には、プロセスⅠにかかる障害程度区分基準時間を表示している。
- 障害程度区分基準時間の下には、106 の認定調査項目について、群ごとに、チェック状況及び中間評価項目点数を載せている。

検査程度区分状態像の別

区分1

検査項目と項目数表

検査項目ごとの得点分布表

検査項目と項目数表 (1-1)

検査項目ごとの得点分布表 (1-1)

検査項目と項目数表 (2-1)

検査項目ごとの得点分布表 (2-1)

検査項目と項目数表 (3-1)

検査項目ごとの得点分布表 (3-1)

検査項目と項目数表 (4-1)

検査項目ごとの得点分布表 (4-1)

検査項目と項目数表 (5-1)

検査項目ごとの得点分布表 (5-1)

検査項目と項目数表 (6-1)

検査項目ごとの得点分布表 (6-1)

検査項目と項目数表 (7-1)

検査項目ごとの得点分布表 (7-1)

検査項目と項目数表 (8-1)

検査項目ごとの得点分布表 (8-1)

検査項目と項目数表 (9-1)

検査項目ごとの得点分布表 (9-1)

検査項目と項目数表 (10-1)

検査項目ごとの得点分布表 (10-1)

障害程度区分状態の例

事例番号
2次初文
プロセシ
プロセシ

区分3

身体3A
身体3B
知的3A
精神3A
精神3B

家庭内障
1-1
1-2

あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ

中核評価項目点数
2-1
2-2
2-3
2-4
2-5
2-6
2-7

できない
できない
あまが必置
あまが必置
あまが必置
あまが必置
あまが必置
あまが必置
あまが必置
あまが必置

中核評価項目点数
2-1
2-2
2-3

できない
できない
あまが必置
あまが必置
あまが必置
あまが必置

特別介護
4-1
4-2
4-3
4-4
4-5
4-6

あ
あ
あ
あ
あ
あ

身の廻り
5-1
5-2
5-3
5-4
5-5
5-6

あ
あ
あ
あ
あ
あ

障害評価項目点数
6-1
6-2
6-3
6-4
6-5
6-6
6-7
6-8
6-9
6-10
6-11
6-12

あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ

行動
7-1
7-2
7-3
7-4
7-5
7-6
7-7
7-8
7-9
7-10
7-11
7-12

あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ

特別介護
8-1
8-2
8-3
8-4
8-5
8-6
8-7
8-8
8-9
8-10
8-11
8-12

あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ

B1項目
9-1
9-2
9-3
9-4
9-5
9-6
9-7

あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ

C2項目
10-1
10-2
10-3
10-4
10-5
10-6
10-7

あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ

C3項目
11-1
11-2
11-3
11-4
11-5
11-6
11-7
11-8
11-9

あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ
あ

障害程度区分状態像の例

区分6

項目		身体6A		身体6B		知的6A		知的6B	
		区分6	区分6	区分6	区分6	区分6	区分6	区分6	区分6
身体機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
知的機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
社会的機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
生活機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
総合評価		歩行		歩行		歩行		歩行	
合計		100.0		100.0		100.0		100.0	
身体機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
知的機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
社会的機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
生活機能		歩行		歩行		歩行		歩行	
総合評価		歩行		歩行		歩行		歩行	
合計		100.0		100.0		100.0		100.0	

<二次判定変更事例集の掲載内容について>

- 事例番号は、二次判定区分ごとに、番号を振っている。
例：区分○事例○
- 各事例の最初のページ（事例番号が大きく書かれているページ）には、事例の概要を載せている。
 - プロセスⅡ区分 → 二次判定区分
 - 障害程度区分の有効期間
 - 審査及び判定の概要（障害の概要、二次判定での判断の概要）
- 各事例の市町村審査会資料、特記事項、医師意見書、概況調査票を載せている。
- 市町村審査会資料の左下には、IADL スコア、行動障害スコアも表示している。（算出方法は次ページ）

IADLのスコア、行動障害のスコアの算出

表1 IADLスコア表

調理(献立を含む)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
食事の配膳・下膳(運ぶこと)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
掃除(整理整頓を含む)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
洗濯	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
入浴の準備と後片付け	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
買い物	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
交通手段の利用	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0

※各項目の点数を総計した点数について、7点満点(全項目が全介助)を6点満点に置き直して再計算した結果値をスコアとする。

表2 行動障害スコア表

泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
暴言や暴行	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
大声をだす	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
助言や介護に抵抗する	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
目的もなく動き回る	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
「家に帰る」等と言い落ち着きがない	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
1人で外に出たがり目が離せない	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
物や衣類を壊したり、破いたりする	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
特定の物や人に対する強いこだわり	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
多動または行動の停止	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
パニックや不安定な行動	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
自分の体を叩いたり傷つけるなどの行為	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくる	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
環境の変化により、突発的に通常と違う声を出す	ない	0	希にある	0.25	週に1回以上	0.5	日に1回以上	0.75	日に頻回	1.0
突然走っていなくなるような突発的行動	ない	0	希にある	0.25	週に1回以上	0.5	日に1回以上	0.75	日に頻回	1.0
再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				

※各項目の点数を総計した点数について、19点満点(全項目が最高点)を6点満点に置き直して再計算した結果値をスコアとする。

障害程度区分二次判定変更事例集（平成18年8月24日）目次

事例番号	概要	プロセスI	プロセスII	2次判定	変更事由	ページ
区分2 事例1	<ul style="list-style-type: none"> 統合失調症を発症し、強迫観念がある事例。 強迫症状が強く家事等日常生活面で支障が生じており、同症状により行動がスムーズに行えず買い物や家中の清潔などに日常生活に関する支援に加え、強迫観念に伴う頻回の同様の行動への対応等介護に時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。 	1	1	2	特記事項 医師意見書	15
区分2 事例2	<ul style="list-style-type: none"> 統合失調症を発症した事例。 幻覚・妄想、意思疎通性に乏しい、判断能力に乏しい等の残遺症状があり、身辺整理、清潔の保持等が困難であることを、また、判断能力に乏しいことや環境刺激で状態が不安定になることから、日常生活維持のための支援や自発的行動が可能な際の促しとフォロー、判断が困難な際のサポートなど介護時間を長く要することを特記事項及び医師意見書から確認し、区分2に変更した。 	1	1	2	特記事項 医師意見書	23
区分2 事例3	<ul style="list-style-type: none"> 統合失調症を発症し、糖尿病を合併した事例。 下着を1週間交換しないなど日常生活面での支障があることに加え、糖尿病の管理が不良で、摂食上の注意等合併症に伴う支障が必要であることなどを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。さらに精神症状と糖尿病の不安定性から有効期間を1年とした。 	1	1	2	特記事項 医師意見書	31
区分3 事例1	<ul style="list-style-type: none"> 重度の知的障害に聴覚障害を併せ持つ事例。 難聴と知的障害のためコミュニケーションに重い障害があり、また、日々の生活の中の様々な場面でこだわりが認められ見守りや促しが必要である等、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。 	1	2	3	B2・C項目群	38
区分3 事例2	<ul style="list-style-type: none"> 重度の知的障害で、ほぼ毎日夕食後、3時間程度不安定になり、自傷、奇声など行動障害が見られる事例。 飲水量が多く、過食傾向もある。あわせて、聴覚過敏もあり、支援に配慮が必要なことから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。 	2	2	3	特記事項 医師意見書 B2・C項目	46
区分3 事例3	<ul style="list-style-type: none"> 中度の知的障害、広汎性発達障害で、統合失調症を併発している事例。 横音障害、吃音のコミュニケーションに障害があり、そのため被害妄想を抱くなど精神症状も不安定で介護を拒む場面もみられる。これらに対応することから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。 	2	2	3	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	54
区分3 事例4	<ul style="list-style-type: none"> パニック障害とアルコール依存症の事例。 現在断酒を続けているが、アルコールに対する精神依存が引き続きみられることに伴う対応を要すること、対人恐怖が強く、頻回に動悸、胸苦、過呼吸を伴うパニック発作が出現し、外出困難となること、しばしば食事摂取も困難となるなど、状態悪化時のサポートを要すること、身辺の世話の必要な時に援助を求めることが困難であり、指示や声かけ、見守りなどを要し、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分3に変更した。 	2	2	3	特記事項 医師意見書	61
区分3 事例5	<ul style="list-style-type: none"> 気分変動症を発症した事例。 特記事項及び医師意見書から症状の不安定性があり、入浴は自らの決意では10日に一度がやっとであるなど日常生活面での支障が大きいこと、昼夜逆転がみられ、夜間における支障を要すること、不安定な状態になると暴言や大声を出すなど行動上の障害も顕著であり、こうした状況への対応が必要なこと、また、希死念慮もみられ、こうした状況下での対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。 	1	1	3	特記事項 医師意見書	69
区分4 事例1	<ul style="list-style-type: none"> 重度の知的障害と心因反応症状のある事例。 あせりや脅迫的な状態にあるとき興奮し物を投げたり奇声を発したり蹴ったりする。スケジュールや支援者に対する強いこだわりなどもあることから、介護に時間が長くなると判断し、区分4に変更した。 	3	3	4	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	76
区分4 事例2	<ul style="list-style-type: none"> 中度の知的障害、反復性うつ病で、不快気分が著しい時に易怒的で興奮状態となる事例。 グループホームで、世話人のちょっとした話しかけを曲解したり、自分の思いが受容されないと包丁を振り回したり、謝るまで許さないため、世話人が何人も退職する状況があり、さらに昼夜逆転による引きこもりも月1回程度ある。これらに対応し、また本人の訴えを傾聴し本人に分かりやすい支援を行う必要があることから、介護時間が長くなると判断し、区分4に変更した。 	2	2	4	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	84

事例番号	概要	プロセスⅠ	プロセスⅡ	2次判定	変更事由	ページ
区分4 事例3	<p>■統合失調症を発症した事例。</p> <p>■部屋から一歩も出ることができない、風呂に何年も入っていないなど身の回りのことは全くできない(姉が実施)など、日常生活面での積極的な支援を要すること、行動上の障害も著しく、粗暴行為もみられる。こうした状態への支援を要することなど、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分4に変更した。</p>	3	3	4	特記事項 医師意見書	91
区分4 事例4	<p>■当初うつ病と診断され、後に統合失調症と診断された事例。</p> <p>■B2・C項目群、特記事項、医師意見書から引きこもり状態であり、また、洗髪、歯磨きなど身の回りのことが全くできていないなど身の世話に関する対応に加え、飲酒、過食が著しく飲食面での管理に関する支援を要すること、ほぼ毎日一日中泣いている等情緒不安定がみられ、こうした状況へのサポートを要すること、昼夜逆転もあり夜間対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分4に変更した。</p>	2	2	4	B2・C項目群、特記事項、医師意見書	98
区分5 事例1	<p>■四肢の麻痺に重度の知的障害を併せ持つ事例。</p> <p>■排便排便や清潔保持等が全介助であることに加えて、ほぼ毎日ある不安定な行動や過食、てんかん発作の頻発等、介護により長い時間を要すると判断し、区分5に変更した。</p>	3	3	5	B2・C項目群	106
区分5 事例2	<p>■最重度の知的障害で、先天性甲状腺機能低下症、重積のてんかん発作がある事例。</p> <p>■頻回に他害、異食、自傷、危険な行動があり、行動障害、精神症状に関する介助項目が多く、介護の手間がかかると特記事項、医師意見書から判断し、区分5に変更した。</p>	4	4	5	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	114
区分5 事例3	<p>■重度の知的障害で、周期性の興奮、不眠状態がある事例。</p> <p>■排便時に排泄物を壁になすりつけたり、薬を口に入れるなどの異常行為、奇声、暴行(母親の髪を引っ張る)、破衣等の行動障害がみられることから、これらに対応するため、介護時間が長くなると判断し、区分5に変更した。</p>	3	3	5	B2・C項目群	122
区分6 事例1	<p>■脳内出血による左片麻痺、視覚障害、高次脳機能障害の事例。</p> <p>■排便排便時にも人に知らせることができず、清潔保持を含めて全介助の状態である。また、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害があつて、日常生活では全面的に要介護の状態であり、より長い介護時間を要すると判断し、区分6に変更した。</p>	5	5	6	C項目群 特記事項 医師意見書	129
区分6 事例2	<p>■聴覚障害、重度の知的障害によりコミュニケーションが十分にとれず精神的に不安定になることが多い事例。</p> <p>■このため、施設通所がほとんどできない。さらに、拒食(偏食)、興奮が頻回にあり、排便排便のコントロールができず、おむつを着用するなど、日常生活において全面的に介護が必要なことから、介護時間が長くなると判断し、区分6に変更した。</p>	5	5	6	特記事項 医師意見書 B2・C項目群	137

区分2 事例1

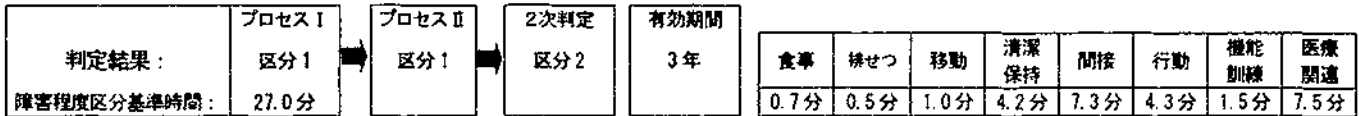
区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症し、強迫観念がある事例。
- 強迫症状が強く家事等日常生活面で支障が生じており、同症状により行動がスムーズに行えず買い物や家中の清潔などに日常生活に関する支援に加え、強迫観念に伴う頻回の同様の行動への対応等介護に時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左上肢)	
	麻痺(右上肢)	
	麻痺(左下肢)	
	麻痺(右下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
拘縮(その他)		
移動		
2-1	搬送り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1ア.	じょくそう	
4-1イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	
5-1イ.	洗髪	
5-1ウ.	髪髪	
5-1エ.	つめ切り	
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	一部介助
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	ときどきできる
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の目標を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	
6-5カ.	場所の理解	

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	
7エ	感情が不安定	
7オ	昼夜逆転	ときどきある
7カ	暴言暴行	ある
7キ	同じ話をする	ときどきある
7ク	大声を出す	
7ケ	介護に抵抗	
7コ	常時の徘徊	
7サ	落ち着きなし	
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収集癖	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	調査行動	
7テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の管理	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	
9-2	食事の配下種	
9-3	掃除	
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助
B2項目群		
7ト	こだわり	ときどきある
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	ときどきある
C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	興奮で感情的	ある
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	ときどきある
7ム	話がまとまらない	ときどきある
7メ	集中力が続かない	
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ときどきある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	87.3	94.4	90.7

IADL	行動障害
0.42点	1.02点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 日常生活に支障となる麻痺や筋力の低下は見られない。作業所に徒歩や自転車で一人で通っている。

(1-2) 上下肢とも自由に動かせ、支障はない。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-1, 2) つかまらず行える。

(2-3, 4) 支えなく保持できる。

(2-5) 作業所まで片道10分を雨の日は歩いて、晴れの日には自転車で通っている。

(2-6) 支障なく行える。

(2-7) 作業所は一人で通えているが、本屋には他人の視線が気になり1人で行けない。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-1, 2) 支障なく行える。

(3-3) 1日1回、1人でシャワー浴している。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) 皮膚疾患なし。

(4-2) 支障なくできる。

(4-3) 箸を使用し、1人で食べられる。作業所にはお弁当(冷凍食品)を持って行って食べている。

(4-4) 自分で飲みたい時に飲んでいる。

(4-5) 支障なくできる。

(4-6) 便秘あり。下剤を飲んでいて、1日1回排便がある。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. イ. 流して1日2回(朝・夜)自分で行っている。

(5-1) エ. 手足とも自分で切っている。

(5-2) 支障なく行える。

(5-3) 4週間分もらってきた薬を1週間分ずつ母親にケースに分けて入れてもらっている。飲むのは自立。

(5-4) 年金の中から母親に月の小遣いをもらい、小額のみ自己管理している。

(5-5, 6) 作業所を休む時には自分で電話できる。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-1, 2) 日常生活に支障はない。

(6-3) 問いかけに対して答えられるが、自分が言ったことに対して他人がどう思うか等、先のことを考えてしまい、意思を伝達できないことがある。

(6-4) 特に支障はない。

(6-5) ア. 作業所には忘れずに通えている。

(6-5) イ. 即答できる。

(6-5) ウ. 「テレビを見ていた」と正答。

(6-5) エ. カ. 正確に答える。

(6-5) オ. 「〇月、春」と答える。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (7~ヤまで)

(オ) 月1回くらい、朝方の1時間くらいしか眠れないことがある。

(カ、ネ) 週1回くらい、母親の腕を叩いて、翌日母親の手があがらなくなることがある。

(キ) こたわり、同じことを何度も言ったりする。

(ソ) 家の鍵を1箇所かければいいのに、2箇所かけないと気がすまない。使った時に何度も火を消したかどうか確認する。

(ト) いつものヘルパーでないと、気持ちが不安定になってしまう。

(ヘ) 「殺される」という不安があり、先週1週間、外が怖くて出られなかった。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() 医療は受けていない。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) カレーの材料を買ってきて調理する。

(9-2) 料理の盛りつけ、配膳、下膳はする。食器洗いはやればできるが、母親の役割なのでやっていない。

(9-3) 自分の部屋は、週1~2回掃除機をかけている。布団も自分で干している。

(9-4) 1日1回洗濯機で洗濯している。

(9-5) 入浴はほとんどシャワー浴。風呂場の後片づけは父親の役割なのでやったことがない。

(9-6) 父親が網膜色素変性症による視力障害あり身障2級、母親が脊髄性小児麻痺による両下肢機能障害の身障1級のため、体調が良い時は、1日1回近所のスーパーに1人で買い物に行っている。他人の視線は気になるが、決められた物は買いに行くことができる。

(9-7) 他人の視線が気になることと、電車・バスなど乗り方が分からないので1人では乗れない。人が一斉に自分のことを見ていると思ってしまう。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 統合失調症	発症年月日	(昭和・平成) 4年 月 日頃)	
2.	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃)	
3.	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃)	
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成) 7年 10月～ 7年 11月	(傷病名: 統合失調症)		
2. 昭和・平成) 12年 12月～ 13年 6月	(傷病名: 統合失調症)		
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 強迫症状、被害関係妄想、不安があり病感はあるが、病識はない。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 中学校不登校。平成4年8月〇〇日受診していたが、平成15年11月〇日当院に紹介になり初診。その後入院4回くり返し、平成13年6月〇日退院後は定期的に外来通院している。症状は強迫症状、被害関係妄想、対人関係疎通性の欠如、それによる不安感である。治療は薬物療法、精神療法を行っている。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> -時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (強迫行為)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 統合失調症)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行	
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害	
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (強迫行為)	
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇病院) <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=155.3cm 体重=46.0kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(2) 介護サービス(ホームヘルプサービス等)の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり (_____)
 ・嚥下について 特になし あり (_____)
 ・摂食について 特になし あり (_____)
 ・移動について 特になし あり (_____)
 ・その他 (_____)

(3) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

有 (_____) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

強迫症状による行動。被害的に常に他者にどう思われているかを気にしている。何度も財布の中を確認し、ドアノブにも触れず、また、今どう思っているか他者に確認したくなる。金銭感覚は乏しく、計算能力も欠けている。家中ではどうにか生活出来るが、買物などは他者が気になり、また強迫行為があり、スムーズに行動できない。両親と同居しているが、両親とも病弱なため、買物の手助けや家中の清潔に援助してもらいたい。

(精神障害の機能評価)

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状: 4 能力障害: 3) (判定時期 平成○年○月)
 ○生活障害評価: (食事: 3 生活リズム: 2 保清: 2 金銭管理: 4 服薬管理: 2
 対人関係: 4 社会的適応を妨げる行動: 1) (判断時期 平成○年○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所属機関		調査時間
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -	
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -	

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・ <u>2級</u> ・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・ <u>2級</u>				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>23</u> 回程度（受診は2週間に1回、買物や友人と会う）
・ 社会活動の参加の状況 ()
・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類 ()
年 月～ 年 月 入所した施設の種類 ()
・ 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ()
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ()
・ その他
自動車の運転は医師から禁止されているため、普段は自転車で行動している。

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 人間関係をうまくやっていく自信がないので働けない。

VII 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してください。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 火・水は9：00～15：00、木は9：00～12：00を作業所で過ごしている。交通手段は主に自転車。昼食はお弁当（冷凍食品）を持って行っている。他の日は、買い物に行ったり、友人と会ったり、電話したり、自室でCDを聴いて過ごしている。

VIII 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してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 父・母・本人の3人暮らし。父は身障（網膜色素変性症による視野障害）2級、母も身障（脊髄性小児麻痺による両下肢機能障害）1級を持っている。本人が通院の時は、母親が運転して連れて行っている。父母とも障害はあるが、自立して生活している。
 ヘルパーは週1回2日、月曜日に利用し、調理を一緒に行っている。

IX 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してください。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 自宅で2階建て住居。居間は片づいている。本人は在宅している時は、2階の自室で過ごしていることが多い。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

区分2 事例2

区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 2年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症した事例。
- 幻覚・妄想、意思疎通性に乏しい、判断能力に乏しい等の残遺症状があり、身辺整理、清潔の保持等が困難であることを、また、判断能力に乏しいことや環境刺激で状態が不安定になることから、日常生活維持のための支援や自発的行動が可能な際の促しとフォロー、判断が困難な際のサポートなど介護時間を長く要することを特記事項及び医師意見書から確認し、区分2に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間： 27.7分	プロセスⅠ 区分1	プロセスⅡ 区分1	2次判定 区分2	有効期間 2年	食事 0.7分	排せつ 0.5分	移動 1.0分	清潔 保持 4.2分	間接 7.3分	行動 0.4分	機能 訓練 3.2分	医療 関連 0.4分
----------------------------	--------------	--------------	-------------	------------	------------	-------------	------------	------------------	------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	
	麻痺(右-上肢)	
	麻痺(左-下肢)	
	麻痺(右-下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1ア.	じょくそう	
4-1イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	
5-1イ.	洗頭	
5-1ウ.	整髪	
5-1エ.	つめ切り	一部介助
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	
5-4	金銭の管理	一部介助
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	
6-4ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	
6-5カ.	場所の理解	

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	ある
7エ	感情が不安定	
7オ	昼夜逆転	
7カ	暴言暴行	
7キ	同じ話を繰り返す	
7ク	大声を出す	
7ケ	介護に抵抗	
7コ	茶時の徘徊	
7サ	落ち着きなし	
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収束癖	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	異常行動	
7テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	ある

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	逃走、反すう等	
7ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	ときどきある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	88.2	100.0	95.1

IADL	行動障害
1.71点	0.31点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-5) 薬の副作用もあり、歩くのはつらいとのこと。足腰を鍛えなくてはという思いがあり、なるべくバイクでなく自転車移動している。

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-5) トイレが近いと話す。緊張もあってか、調査時も約1時間の間に2回トイレで席を立った。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 入れ歯を自分で洗浄している。

(5-1) エ. 腰痛がある時は足のつめは切れないのでヘルパーに切ってもらう。

(5-3) 薬箱なども使用せず管理できているが、自己判断で服薬を中断したりすることがあり、訪問看護師が1回/週来訪し、本人の状況を確認している(本人は掃除のために来ていると思っている)。自分では、ちゃんと飲めていると話す。

(5-4) 社協の金銭管理援助事業を利用し、家賃を引いた食費と小遣いを月二回に分けて渡してもらう。その中でやりくりはできている。

(5-5) 電話がかかってくることに對して恐怖感があり使用したくないが、施設に連絡をする際に必要なので利用している。

(5-6) 気になると、しつこく相談してしまう面がある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外的手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(ア) 自分の不調を他者のせいにしてしまうようなこともある。

(ウ) ひとりである時に幻聴が聞こえるため音楽やテレビでまぎらわしている。

(サ、ヘ、マ、ミ) 平成17年12月自宅にいるにもかかわらず、自宅が他にあるような気がして場所が分からなくなり1ヶ月任意入院した。背景として、一人で頑張らなくてはその決意でヘルパー支援を控え無理をしすぎたことと、自己判断で服薬を中断するといったことがあった。現在は、外出したり人と会ったりすることがしんどい日もあるが、自宅で寝込んでしまうと入院につながってしまうとの思いから、日に1回は必ず、精神障害者地域生活支援センターに顔を出している。体調次第で、30分程度しかいられない日も

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに		<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日					
1. 統合失調症	発症年月日	(昭和・平成)	50年	1月	日頃)
2. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成)	18年	1月	〇日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)					
1. 昭和・平成	17年 12月～	18年	1月	(傷病名: 統合失調症)	
2. 昭和・平成	10年 7月～	11年	1月	(傷病名: 統合失調症)	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明					
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)					
情動の不安定性、意欲の亢進と低下や困惑状態出没など病状が全体として安定しない。					
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容					
(精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)					
昭和50年1月幻覚・妄想状態にて発症。昭和50年1月～約1年間入院加療し、その後外来通院を続け、平成7年6月〇日～平成7年12月〇日、平成10年7月〇日～平成11年1月〇日と金銭管理困難、日常生活破綻のために再入院している。病状は幻聴が持続し関係妄想など陽性症状に加え、無為・好褥・だらしなきなど残遺症状も著しく経過。平成11年2月より訪問看護、地域生活支援センターの援助を受けつつ、かろうじて在宅療養していたが、病状は不安定なままであった。平成17年12月〇日数日不眠で急に「家に帰る道が分からない」と警察に保護され、困惑状態著しいため入院となった。薬物調整により在宅療養可能なまでに回復したが、社会適応力に乏しく、身辺整理を含めた日常生活維持は医療スタッフ、介護支援スタッフの適切な援助が不可欠な状況にある。連合弛緩著しく、判断能力は十分と云えず、環境刺激で情動不安定、困惑状態出没するなど安定しない。					

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的)	<input type="checkbox"/> 継続的)			
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等) (ラバーシーツの利用)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (判断力低下、現実検討力低下)					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 幻覚・妄想・残遺症状・連合弛緩) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=163 cm 体重=63 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・ 血圧について 特になし あり (高血圧症)

・ 嚥下について 特になし あり ()

・ 摂食について 特になし あり (メニュー選択、調理に際し本人意向と協働の視点を尊重する必要あり)

・ 移動について 特になし あり ()

・ その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

表情はしかめ顔で思考障害として連合弛緩が著しい。疎通性は表面的で、応答は保たれているが、判断力が充分とは言えず、現実検討力も乏しい。そのため不要な物を買ってしまい、金銭的に困窮する事態になったり、他者にだまされたり、うまく利用されてしまうことがある。しかし本人はそうのように判断できず、自分の言動を良しとし、スタッフの助言を受け入れず、自己中心的になることがある。身辺整理、清潔の保持が困難で、スタッフの援助なしには日常生活維持が不能と考えられる。無為・自閉傾向にあり、社会適応のためには医療従事者の適切な援助が不可欠である。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 1 対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 2) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所属機関		調査時間
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	-	-
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	-	-

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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（ ）				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	①級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・②級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）③有（他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 30 回程度 社会活動の参加の状況（通院1/4W。毎日、支援センターへ顔出ししている。 ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成17年12月～平成18年 1月 入院の原因となった病名（統合失調症 ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 自転車や原付バイクを運転し、毎日のように外出している。
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 就労状況：□一般就労 □パート・アルバイト 就労していない □その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり □なし
 最近1年間の就労の経験 □あり なし
 中断の有無 □あり なし

・ 就労希望の有無：□あり なし
 具体的に
 製造業1年→呉服営業1年→収集業務1年

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 □病院 □その他（ ）
 家でひきこもったり、他者との交流を避けていると、不調となって入院に至るという思いから、1日1回は、必ず自転車で20分くらいの支援センターへ顔を出している。

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 介護者の有無：なし □あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 家族とは、関わりを持っていない。
 母親の遺影を部屋に飾っている。

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） □自宅（家族等と同居） □グループホーム □ケアホーム □病院
 □入所施設 □その他（ ）

・ 居住環境
 ワンルームタイプのアパート1F、角部屋。日当たりもよく、周囲は田畑。民家やアパートも徒歩圏内にある。

X その他、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

統合失調症（1回/4W通院、1回/W訪問介護、2回/W家事援助）。
 1人身で「自分でがんばらなくてはならない」思いが強く、バイクから自転車へ移動手段をうつして足腰を鍛えようとしたり、ヘルパー利用を控えたりとがんばりすぎ、昨年12月入院に至った経緯あり。また、自己判断で服薬の中断をすることもある。

区分2 事例3

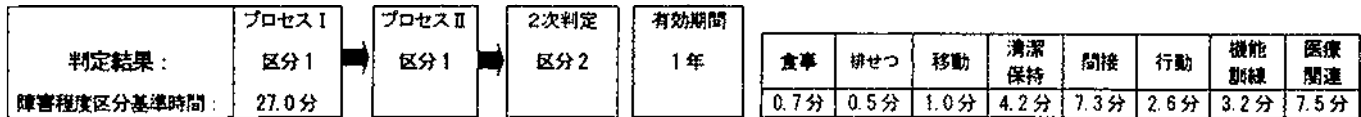
区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症し、糖尿病を合併した事例。
- 下着を1週間交換しないなど日常生活面での支障があることに加え、糖尿病の管理が不良で、摂食上の注意等合併症に伴う支援が必要であることなどを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。さらに精神症状と糖尿病の不安定性から有効期間を1年とした。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	
	麻痺(右-上肢)	
	麻痺(左-下肢)	
	麻痺(右-下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	ある
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	つかまれば可
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1ア	じょくそう	
4-1イ	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1ア	口腔清潔	
5-1イ	洗髪	
5-1ウ	整髪	
5-1エ	つめ切り	一部介助
5-2ア	上衣の着脱	
5-2イ	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	一部介助
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	
6-4ア	指示への反応	
6-5ア	毎日の日課を理解	
6-5イ	生年月日をいう	
6-5ウ	短期記憶	できない
6-5エ	自分の名前をいう	
6-5オ	今の季節を理解	
6-5カ	場所の理解	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
89.5	100.0	69.6	100.0	81.5	94.0	95.6

IADL	行動障害
2.14点	0.15点

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	
7エ	感情が不安定	
7オ	昼夜逆転	
7カ	暴言暴行	
7キ	同じ話をする	
7ク	大声を出す	
7ケ	介護に抵抗	
7コ	常時の徘徊	ときどきある
7サ	落ち着きなし	
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	取棄癖	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	異食行動	
7テ	ひどい物忘れ	ときどきある
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の種類	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下補	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	憂鬱で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	ときどきある
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	ときどきある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-2) 起床時、膝が痛くて立ちづらいことがある。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 環返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-2) 糖尿病のため低血糖になりがらで、起き上がるときには、横に向き手をつかないと起き上がれない。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-1) 糖尿病のため低血糖になりがらで、ふらついて転倒することもあるため、壁につかまって立ち上がっている。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-2) むせて咳が出ることがある。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) エ、握力がなく、足の爪切りができていないため、ヘルパーに依頼する予定である。

(5-3) 処方された薬を飲みすぎたため、ボーとしたり、ふらつくため、主治医から注意されている。

(5-4) 自分では調理せず、外食したり弁当を買ったりするため(購入時の支払いはできる)、赤字になり借金することがある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-5) ウ、調査の直前に何をしていたか忘れて思い出せない。

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~7まで)

(オ) 眠剤を毎日内服している。

(コ) いらいらして落ち着かなくなると自転車に乗り、出かけてまぎらわしている。

(ソ) 昔、放火して家が燃えてしまった。

(チ) 排泄物にさわることはないが、着替えはあまりしない。

(テ) 臀部への筋肉注射をしているが、左右どちらにしたか聞かれても覚えていない。

(ミ) 薬が切れると動けなくなるため、横になって過ごすことがある。

(メ) やる気が起こらず、本や新聞を読んだり、何かしていても集中できず、途中でやめてしまう。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 糖尿病の食事療法が必要であるが、調理しようという意欲や能力がなく、外食や弁当を買って食べている。

(9-3) 自分で掃除や片付けする意欲や能力がなく、ヘルパーに任せている。

(9-4) 着替えをあまりしないため、洗濯はあまりしていない。

(9-5) 自分で風呂にお湯を入れられるが、掃除はできないため、ヘルパーにしてもらっている。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。				
主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに			<input type="checkbox"/> 同意する。	<input type="checkbox"/> 同意しない。
医師氏名				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日					
1. 統合失調症	発症年月日	(昭和)・平成	60年	月	日頃)
2. 糖尿病	発症年月日	(昭和) (平成)	16年	月	日頃)
3.	発症年月日	(昭和)・平成	年	月	日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)					
1. 昭和 (平成) 17年	12月~平成18年	1月	(傷病名: 統合失調症、糖尿病)		
2. 昭和 (平成) 17年	5月~平成17年	6月	(傷病名: 統合失調症、糖尿病)		
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明					
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 糖尿病のコントロールが不良で精神症状にも波がある。					
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)					
昭和60年頃より言動にまとまりがなく家で興奮し、母に暴力をふるうようになった。					
昭和60年から平成9年まで3回、〇〇に入院している。退院後も他者への暴行などの、行動上の障害があった。平成13年3月~1ヶ月入院した。その後平成13年5月~9月に2回目の入院、退院後は外来通院を続けていた。平成15年6月〇〇を紹介され外来通院し、糖尿病合併や精神症状の悪化などにより、平成17年に2回短期間〇〇へ入院した。その後も糖尿病で精神症状の不安定さをくり返しなが現在服薬外来で治療中。					

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数	回/日, <input type="checkbox"/> 時的	<input type="checkbox"/> 継続的)		
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input checked="" type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (無為)					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所属機関		調査時間
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -				電話	- -
家族等連絡先	〒 -				電話	- -
	氏名 () 調査対象者との関係 ()					

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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（ ）				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・ <u>2級</u> ・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・ <u>有</u> （他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>30</u> 回程度（食事（外食）、精神科月2回受診。首・肩・腰・背中・足の痛みがあるため、整形外科へ月の半分程度受診している）
・ 社会活動の参加の状況（なし）
・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 17年12月～ 18年 1月 入院の原因となった病名（統合失調症）
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ）
・ その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 就職先があれば、半日くらいの仕事がしたい。

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 午前中、リハビリのために〇〇へ受診し、首のけん引等を実施している。
 自宅では、TVを見たり音楽を聴いて過ごしている。

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 市内に兄が居住していて、時々連絡している。

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 市営住宅5階建ての2階に居住。
 4～5年前から居住（自宅は火事のため消失）。
 3DK。

X その他、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

居宅介護 家事援助 8時間/月。(週1回水曜日13:30～15:00)
 短期入所 7日/月 まだ利用していない。
 1回に1泊2日程度だが、1ヶ月に2回利用することもある。

区分3 事例1

区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害に聴覚障害を併せ持つ事例。
- 難聴と知的障害のためコミュニケーションに重い障害があり、また、日々の生活の中の様々な場面でこだわりの認められ見守りや促しが必要である等、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等

判定結果:	プロセスⅠ 区分1	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分3	有効期間 3年	食事	排せつ	移動	清潔保持	間接	行動	機能訓練	医療関連
障害程度区分基準時間:	30.9分				0.7分	2.4分	2.7分	4.2分	7.3分	2.6分	1.9分	9.1分

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	
	麻痺(右-上肢)	
	麻痺(左-下肢)	
	麻痺(右-下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1ア.	じょくそう	
4-1イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	見守り等
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	見守り等
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	一部介助
5-1イ.	洗顔	一部介助
5-1ウ.	髪髪	全介助
5-1エ.	つめ切り	一部介助
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	一部介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	特別な場合以外可
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	ほとんど聞えず
6-3ア.	意思の伝達	ほとんど不可
6-4ア.	指示への反応	ときどき通じる
6-5ア.	毎日の日課を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	できない
6-5ウ.	短期記憶	できない
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	できない
6-5カ.	場所の理解	

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	
7エ	感情が不安定	
7オ	昼夜逆転	ときどきある
7カ	暴言暴行	
7キ	同じ話をする	
7ク	大声を出す	
7ケ	介護に抵抗	
7コ	常時の徘徊	ときどきある
7サ	落ち着きなし	
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収薬癖	ある
7ソ	火の不始末	ときどきある
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	異食行動	ときどきある
7テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストーマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の管理	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	見守り、一部介助
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	ある
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	月に1回以上
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	ときどきある

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ほとんど不可
7フ	過食、反すう等	希にある
7ヘ	憂鬱で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	80.9	48.9	46.6	85.3

IADL	行動障害
3.00点	1.10点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-7) 作業所からの滞路、長時間、除草などにこだわり、帰宅が夜7時ごろになることがある。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 一人でできるが洗い残しがある。声かけをしないと1~2時間かかり(→洗身のみでなく入浴全体に時間がかかっている)、声かけによる促しが必要。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 注意して見ていないと、好きな副食は他の人の物まで食べたり、店舗(自営)の食べ物まで持ってきて食べる。

(4-6) ズボンを便所の外で全部脱いで入ろうとするので注意と見守りが必要。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. しないことがよくあり、声かけが必要。磨きだしたらいつまでも磨いているが、歯の表面だけ。

(5-1) イ. 促さないと洗わない。

(5-1) ウ. 鏡を見ても無関心で母が介助。

(5-1) エ. 爪が伸びても無関心。促すと切るが、深爪になるので母親が見守る。

(5-2) ア. 着るものは母親が用意。寒いときに1枚多く着ることができない。

(5-3) 用意すると自分で飲むが、何の薬かは理解していない。

(5-4) 財布の中に常に千円を入れている。ジュースなどは自分で買う。財布の中身は母親が確認して補充している。

(5-5) 聞こえないので電話として機能していない。

(5-6) こだわりのあることについては本人の意思を感じるが、他のことでは困難。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-2) 感音性難聴のため、音は鮮明に聞こえにくい(76db)。音声は聞こえておらず、太鼓のような振動音は可。

聴覚障害によるコミュニケーション障害が、人間関係や行動面での課題を顕在化している。

(6-3-ア, 1) お腹がすいたときなど母親の顔をのぞきこむ程度。

(6-4) 絵カード、独自の身振りで通じる。文字は認識できない。

(6-5) ア. 絵カードなどを使って理解する。時間は分からない。

(6-5) イ~オ. 音声言語、書き言葉がないため、概念形成ができていなかったり、できていたとしても答えられない。

(6-5) カ. 家と作業所の区別はついていると思われるが、それ以外の場所はよく理解できていない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア~ヤまで)

(オ) 週に1~2日は、夜の2時まで起きている。

(コ) 自宅近くのバス停から10分程度の距離を1時間半以上うろうろして帰っている。

(セ) ネジ、釘、虫の死骸。

(ソ) 使い捨てライターで火遊びをしていて警察に補導されて、注意している。

(ツ) ネジや釘を口に含む。砂を吸い込む。

(ト) ネジ、釘など。道ばたの草の除草。

(ヌ) 小学校2年頃までは自分の顔を壁に打ち付けていた。

- (ノ) 言葉の問題もあると思われるが、作業所の事務所に入ってきて物品を持ち出す。
- (フ) 夕食をおなかいっぱい食べても、店で出す食品を食べてしまう。
- (ホ) 手洗いで石けんを泡立てて遊ぶので洗い終わるまでに時間がかかる。作業所で、玄関から更衣室までの間に確認したい場所があり、10分以上かかる。シーツの小さなゴミなどを取り除かないと眠れない。
- (メ) 作業中、突然立ち上がってこだわりに関する行動がみられる。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理、9-2 配下膳、9-3 掃除、9-4 洗濯、9-5 入浴準備、9-6 買物、9-7 交通手段、9-8 文字の視覚的認識使用

- (9-1) 冷凍食品を電子レンジにかける程度。
- (9-3) 声かけをすると掃除機を使う。
- (9-4) 洗濯機は使わせていない。干すことはできる。タオルはたためるが服はたためない。
- (9-5) 着替えの準備は母親がする。湯加減はできない。長時間入浴するため冷めて風邪をひくことがある。
- (9-6) 近くのコンビニなら店員に頼んであるので、お菓子を買いに行くことはできる。お金が足りなければ、家族宛に電話をもらうことになっている。
- (9-7) 通所に使っているバスは1回分だけの運賃を渡している。バス停でバスを選んで乗ることはできない。〇〇からの帰りは、同じ方面に帰る仲間と一緒にバスを利用。一人では公共交通機関は利用できない。
- (9-8) 自分の名前は、形で識別できているようだ。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日					
1. 知的障害	発症年月日	(昭和)・平成	54年	5月	○日頃)
2. 聴覚障害	発症年月日	(昭和)・平成	54年	5月	○日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)					
1. 昭和・平成	年	月	～	年	月 (傷病名:)
2. 昭和・平成	年	月	～	年	月 (傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)					
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 障害は固定した状態で、投薬などはしていません。					

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=174.2cm 体重=75.7 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(2) 介護サービス(ホームヘルプサービス等)の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり (_____)
 ・嚥下について 特になし あり (_____)
 ・摂食について 特になし あり (_____)
 ・移動について 特になし あり (_____)
 ・その他 (_____)

(3) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

有 (_____) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

聴力障害 障害4級。

知的障害 重度A。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価:(精神症状; 能力障害; _____) (判定時期 平成 _____年 _____月)

○生活障害評価:(食事; 生活リズム; 保済; 金銭管理; 服薬管理;

対人関係; 社会的適応を妨げる行動; _____) (判断時期 平成 _____年 _____月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな					
記入者氏名		所属機関		調査時間	

II 調査対象者

ふりがな				年齢	() 歳
対象者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名 ()		調査対象者との関係 ()		

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・ 4 ・5・6				
2) 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 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	<input type="radio"/> A	A1	1度	
	重 度	<input checked="" type="radio"/> A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	<input checked="" type="radio"/> 1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <input checked="" type="radio"/> 無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）：3~4 回程度（作業所通所を除く） 社会活動の参加の状況（青年学級 1回/2ヶ月） 過去2年間の入所歴：□なし □あり あり⇒ 入所期間：2001年 6月~ 年 月 入所した施設の種類の種類（知的障害者通所授産施設） 年 月~ 年 月 入所した施設の種類の種類（ ） 過去2年間の入院歴：□なし □あり あり⇒ 入院期間： 年 月~ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月~ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：□一般就労 □パート・アルバイト 就労していない □その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり □なし
 最近1年間の就労の経験 □あり なし
 中断の有無 □あり なし

・ 就労希望の有無：□あり なし

具体的に
 卒業後の3年間弱、経営者の理解があつてリネン会社で働いていたが、コミュニケーションの問題など、本人を受け止めるのに周囲の人が苦勞している様子が本人と家族に伝わり、心苦しくなって退職した。家族としては、できれば就労してほしいが、困難だと思っている。

VII 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してください。

・ 主に活動している場所：□自宅 施設 □病院 □その他（ ）
 社会就労センター〇〇。母の仕事の都合で午前11時ごろに本人を送ってくる。
 土・日は母の自営（スナック）の後片付けの手伝いを少し手伝うようだが、無為に過ごすことが多い。

VIII 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してください。

・ 介護者の有無：□なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 母子家庭。深夜までの仕事もあり、疲れがとれない。店の関係で就寝が午前3時ごろになるため、身辺処理の細部への介助等、本人に関わる時間がなかなかとれない。自分で起きて作業所へ通所してくれればよいと感じている。母は病気等はないが、本人が病気になって入院した場合等、店を閉めなければならず、収入減に直結する。新しい介護者（ヘルパーなど）では本人が受け入れてくれない可能性が大きく、どうすればいいか対応に苦慮することになる。

IX 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してください。

・ 生活の場所：□自宅（単身） 自宅（家族等と同居） □グループホーム □ケアホーム □病院
 □入所施設 □その他（ ）

・ 居住環境
 店舗付き住宅で、本人は店舗にも出入りしている。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

（現在、新しい受給者証を発行してもらっていて、手元にないため母の記憶）
 ホームヘルプ 18時間 ショートステイ 7日（従来3日。受給量を増やしてもらっている）
 ホームヘルプ 青年学級参加への支援に利用。
 ショートステイ 昨年度、〇〇（施設）で何回か利用。

区分3 事例2

区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害で、ほぼ毎日夕食後、3時間程度不安定になり、自傷、奇声など行動障害が見られる事例。
- 飲水量が多く、過食傾向もある。あわせて、聴覚過敏もあり、支援に配慮が必要なことなどから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等

判定結果:	プロセスⅠ 区分2	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分3	有効期間 3年	食事 0.7分	排せつ 2.4分	移動 1.0分	清潔 保持 14.0分	間接 3.2分	行動 10.5分	機能 訓練 1.5分	医療 関連 7.5分
障害程度区分基準時間:	40.8分											

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺(左-上肢)		
	麻痺(右-上肢)		
	麻痺(左-下肢)		
	麻痺(右-下肢)		
	麻痺(その他)		
1-2	拘縮(肩関節)		
	拘縮(肘関節)		
	拘縮(股関節)		
	拘縮(膝関節)		
	拘縮(足関節)		
拘縮(その他)			
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1ア	じょくそう		
4-1イ	皮膚疾患		ある
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		一部介助
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1ア	口腔清潔		
5-1イ	洗顔		
5-1ウ	梳髪		
5-1エ	つめ切り		全介助
5-2ア	上衣の着脱		
5-2イ	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		全介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		
意思疎通			
6-1	復力		
6-2	聴力		
6-3ア	意思の伝達		
6-4ア	指示への反応		
6-5ア	毎日の日課を理解		
6-5イ	生年月日をいう		
6-5ウ	短期記憶		
6-5エ	自分の名前をいう		
6-5オ	今の季節を理解		できない
6-5カ	場所の理解		
B1項目群			
9-1	調理		全介助
9-2	食事の配下補		見守り、一部介助
9-3	掃除		全介助
9-4	洗濯		見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け		見守り、一部介助
9-6	買い物		全介助
9-7	交通手段の利用		見守り、一部介助
B2項目群			
7ト	こだわり		
7ナ	多動・行動停止		ほぼ毎日
7ニ	不安定な行動		ほぼ毎日
7ス	自ら叩く等の行為		ほぼ毎日
7ホ	他を叩く等の行為		
7ノ	興味等による行動		
7ハ	通常と違う声		希にある
7ヒ	突発的行動		
7ホ	反復的行動		
C項目群			
6-3-イ	独自の意思伝達		
6-4-イ	説明の理解		
7フ	過食、反すう等		ほぼ毎日
7ヘ	楽観で悲観的		
7マ	対人面の不安緊張		ある
7ミ	意欲が乏しい		
7ム	話がまとまらない		
7メ	集中力が続かない		ある
7モ	自己の過大評価		
7ヤ	疑い深く拒否的		
9-8	文字の視覚的認識		
行動		調査結果	
7ア	被害的		
7イ	作話		
7ウ	幻視幻聴		
7エ	感情が不安定		ある
7オ	昼夜逆転		
7カ	暴言暴行		
7キ	同じ話を繰り返す		ある
7ク	大声を出す		ある
7ケ	介護に抵抗		
7コ	常時の徘徊		ある
7サ	落ち着きなし		ある
7シ	外出して戻れない		
7ス	1人で出たがる		
7セ	吸葉癖		
7ソ	火の不始末		
7タ	物や衣類を壊す		ある
7チ	不潔行為		ある
7ツ	異常行動		
7テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		
B項目群			
7ト	こだわり		
7ナ	多動・行動停止		ほぼ毎日
7ニ	不安定な行動		ほぼ毎日
7ス	自ら叩く等の行為		ほぼ毎日
7ホ	他を叩く等の行為		
7ノ	興味等による行動		
7ハ	通常と違う声		希にある
7ヒ	突発的行動		
7ホ	反復的行動		
C項目群			
6-3-イ	独自の意思伝達		
6-4-イ	説明の理解		
7フ	過食、反すう等		ほぼ毎日
7ヘ	楽観で悲観的		
7マ	対人面の不安緊張		ある
7ミ	意欲が乏しい		
7ム	話がまとまらない		
7メ	集中力が続かない		ある
7モ	自己の過大評価		
7ヤ	疑い深く拒否的		
9-8	文字の視覚的認識		

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	84.1	69.3	93.2	61.5

IADL	行動障害
4.28点	2.92点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り、2-2 起き上がり、2-3 座位保持、2-4 両足での立位保持、2-5 歩行、2-6 移乗、2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり、3-2 片足での立位保持、3-3 洗身

4 身の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無、4-2 えん下、4-3 食事摂取、4-4 飲水、4-5 排尿、4-6 排便

(4-1) イ。手、足の爪を噛む行為が日常的にあるため化膿している。

(4-4) 一回の飲水量が多いため声かけが必要。

5 身の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔、5-2 衣服着脱、5-3 薬の内服、5-4 金銭の管理、5-5 電話の利用、5-6 日常の意思決定

(5-1) エ。手足の爪、自分で噛んでしまう特異行動あり。切る必要性がない。

(5-3) 自分で時間になると飲むことはできるが見守りは欠かせない。情緒不安定時の頓服は、服薬拒否あり。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力、6-2 聴力、6-3-7 意思の伝達、6-3-イ 本人独自の表現方法、6-4-7 介護者の指示への反応、6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解、6-5 記憶・理解

(6-3-ア) 本人の要求について、口頭にて単語程度の会話にて意思の表現をする程度。

(6-5) オ。衣類が季節毎に選べないことからできないものと思われる。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(ウ) 部屋の片隅をじっと見つめることが多くあるが、幻覚が見えているかは判断がつかない。

(オ) 睡眠薬服用にて夜間は眠れている。服薬し忘れると不眠となる。

(エ、ク、ニ、ヌ) 平成18年4月頃より、ほぼ毎日、夕食後から3時間程情緒不安定。表情険しく自分の腕を噛む自傷行為、奇声(大声でのうなり声)がある。

(キ) 日常的に同じことを繰り返して聞き返すことがある。

(コ、サ) 日常的に徘徊あり(目的の有無は不明)。

(ク) テレビのリモコン等を噛んで壊す。

(チ) 約1年前に便を手でこねる行為があった。現在、唾、痰、鼻汁を手でこねる行為あり。

(ナ) 日常的に多動で落ち着きがない。

(ヌ) 自分の手、指の皮を剥き血を出す。

(ネ) 壊すほどではないが床を踏み鳴らしたり、壁を叩く行為が、ほぼ毎日夕食後より3時間ほどある。

(ノ) 好意を抱いている人に対しては、顔や体を触る。

(ハ) 人混みや高い声、音に対して大声をあげることもあるため、介助者が配慮をしている。

(フ) 毎食過食傾向のため声かけにより適正量の調整を行っている。

(マ) 基本的に他者との関わりを好まないため、介助者が配慮をしている。

(メ) 日中作業所では、作業に全く集中できないため支援者がマンツーマンで対応している。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理、9-2 配下膳、9-3 掃除、9-4 洗濯、9-5 入浴準備、9-6 買物、9-7 交通手段、9-8 文字の視覚的認識使用

(9-2) 配膳、下膳は声かけの指示にてできる。自分から食器を洗うことも稀にあり。

(9-3、5) 声かけの指示によりできる。

(9-4) 洗濯機のスイッチ操作は介助者が行う。畳み方が雑なため、介助が必要。

(9-7) 以前はバスを乗り換えて一人で授産所に通うことができていたが、現在の状況は不明。電車は経験がないため介
助が必要。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日						
1. 精神遅滞	発症年月日	(昭和)	平成	54年	月	日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)	
3.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)	
入院歴 (直近の入院歴を記入)						
1. 昭和・平成	年	月	～	年	月	(傷病名:)
2. 昭和・平成	年	月	～	年	月	(傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明						
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)						
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 精神遅滞あり。自傷行為、精神運動興奮みられ、平成11年より、当院にて治療。						

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> ・時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)						
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊						
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮、自傷)						
(2) 精神・神経症状の有無						
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 精神遅滞) <input type="checkbox"/> 無						
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行						
<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害						
<input type="checkbox"/> その他 ()						
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科) <input type="checkbox"/> 無						

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所属機関	調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -	
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -	

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重度	A	Ⓐ2	2度	
	中度	B	B1	3度	
	軽度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	Ⓐ1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）Ⓒ無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 頻 回程度（買物、通所施設） 社会活動の参加の状況（特になし） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：□一般就労 □パート・アルバイト 就労していない □その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 □あり なし
最近1年間の就労の経験 □あり なし
中断の有無 □あり なし
- ・ 就労希望の有無：□あり なし
具体的に

VII 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してください。

- ・ 主に活動している場所：□自宅 施設 □病院 □その他（ ）
月～金9：00～16：00通所施設にて木工作業を主として行う。
作業に集中できないため支援員とマンツーマンでの活動。
送迎は事業所送迎バス利用。

VIII 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してください。

- ・ 介護者の有無：□なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
主たる介護者は母親。健康状態は良好。

IX 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してください。

- ・ 生活の場所：□自宅（単身） 自宅（家族等と同居） □グループホーム □ケアホーム □病院
□入所施設 □その他（ ）
- ・ 居住環境
父母、弟と同居。
生活上等に不便はないとのこと。
本人が騒いだ時に、近隣の目が気になる。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

自閉的傾向強く、意思表示は本人の要求を口頭にて単語程度で伝えるだけで、会話は成立しない。
平成〇年〇月頃より、ほぼ毎日、夕食後から3時間程度表情険しく奇声（うなり声）、自傷行為（腕を噛む）の特異行動がある。頓服、服薬拒否あり、放っておくしかない状態。原因不明。
自宅内でも落ち着きなく終始動き回っている。食べ物の要求がかなり多い。

区分3 事例3

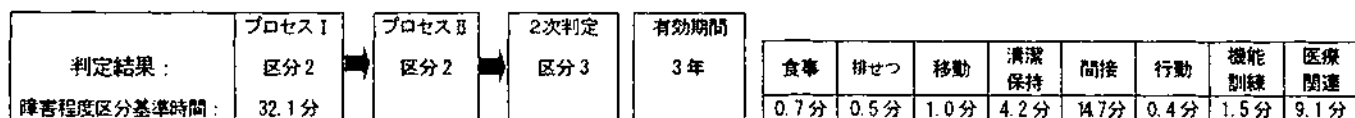
区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 中度の知的障害、広汎性発達障害で、統合失調症を併発している事例。
- 構音障害、吃音のコミュニケーションに障害があり、そのため被害妄想を抱くなど精神症状も不安定で介護を拒む場面もみられる。これらに対応することから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	
	麻痺(右-上肢)	
	麻痺(左-下肢)	
	麻痺(右-下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	行っていない
特別介護		
4-1ア	じょくそう	
4-1イ	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1ア	口腔清潔	
5-1イ	洗顔	
5-1ウ	髪髪	
5-1エ	つめ切り	
5-2ア	上衣の着脱	
5-2イ	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	一部介助
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	特別な場合以外可
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3-ア	意思の伝達	ときどきできる
6-4-ア	指示への反応	
6-5ア	毎日の日課を理解	
6-5イ	生年月日をいう	
6-5ウ	短期記憶	
6-5エ	自分の名前をいう	
6-5オ	今の季節を理解	
6-5カ	場所を理解	

行動	調査結果	
7ア	被害的	ときどきある
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	ときどきある
7エ	感情が不安定	ときどきある
7オ	昼夜逆転	
7カ	暴言暴行	ときどきある
7キ	同じ話をする	
7ク	大声を出す	ときどきある
7ケ	介護に抵抗	ときどきある
7コ	常時の徘徊	
7サ	落ち着きなし	
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収束癖	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	興奮行動	
7テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の管理	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	月に1回以上
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	ときどきある
7ム	話がまとまらない	ときどきある
7メ	集中力が続かない	ときどきある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ときどきある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	71.3	100.0	82.9	94.4	86.4

IADL	行動障害
2.57点	0.78点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 入浴を拒否し、ほとんど入浴をしていない。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

()

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-2) 衣服は着脱は自分で行えるが、衣類の用意は介護者がしないと着ない。

(5-3) 飲み忘れがあり、確認が必要。

(5-4) 少額の使用及び管理のみ可能。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-3-1) 意思表示はするが、言語が不明瞭(構音障害)で吃音があるため、伝えようとしているが、なかなか聞き取れない。

(6-4-ア) 指示は通じて、従わないことも多い。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(ア) 言語が不明瞭なため、伝わらなかった人に対して、被害妄想をいだくことがある。

(カ) 介護者に対し、威圧的な言動を行うことがある(薬でよくなってきているとのこと)。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() ○○病院に定期通院。月に1度。

() 以前長期に入院していたが、その時の疾病名はわからないとのこと。統合失調症と推測される。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-3) 掃除は、言われれば行うが、同じ所ばかり掃除をしている。そのため、いつもやり直しを介護者がする。

(9-4) 洗濯は全く行うことはない。自分がすることではないと決めている様子。

(9-5) 入浴をしていない様子ではあるが、推測すると自分では用意できないが、用意するものを指示するとできるのでは。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男・女	〒 -
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 広汎性発達障害	発症年月日	昭和・平成	30年 5月 ○日頃)
2. 統合失調症	発症年月日	昭和・平成	51年 ○月 ○日頃)
3. 精神遅滞(中度)	発症年月日	昭和・平成	30年 5月 ○日頃)
入院歴(直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成 53年 3月~	54年 8月	(傷病名: 統合失調症))
2. 昭和・平成 55年 7月~平成7年	1月	(傷病名: 統合失調症))
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 構音障害が著しく、会話は困難で、常同行為がめだつ。 パターン化した生活を続けていて、望んでいないことがあると母親を責めたり叩いたりする。不自然な行動が目立ち、対人関係は作れず、孤立している。 生活能力も低く、母の介護を受けて生活しているが、母が入院して一人になり生活が困難となって施設にショートステイした。			

2. 特別な医療(現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置(回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 上記の通り)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害(短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(上記の通り)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=165 cm 体重=80 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり (_____)

・嚥下について 特になし あり (_____)

・摂食について 特になし あり (_____)

・移動について 特になし あり (_____)

・その他 (_____)

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 (_____) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

中度の精神遅滞を伴う、広汎性発達障害があり、生活能力はきわめて低く、一人暮らしが困難である。社会性の障害とコミュニケーション能力の障害のため適切に援助を求められないうえ、被害的となりやすく、援助を拒むこともある。訪問看護とホームヘルプサービスによる在宅支援が必要であり、それでも生活を維持できない。時々、グループホーム等への入所も考える必要がある。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 5 能力障害; 3) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 4 保清; 4 金銭管理; 4 服薬管理; 4 対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 2) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所 属 機 関	調 査 時 間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電 話	-	-
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電 話	-	-

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6			
2) 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（ ）			
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度
	重 度	A	A2	2度
	中 度	ⓑ	B1	3度
	軽 度	C	B2	4度
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級			
5) 障害基礎年金等級	1級・ⓐ2級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	ⓐ有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）：<u>2日に1回程度</u> 社会活動の参加の状況（なし ） 過去2年間の入所歴：<input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴：<input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成18年 5月～ 18年 6月 入院の原因となった病名（統合失調症？） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 労働に対する意欲はみられない。

VII 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してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 特にサービスは受けていない。自宅で何もせずに過ごしている。

VIII 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してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 介護者の母親は要介護1とのこと。ヘルパーを週2回利用しているが、断ることも多い。他人が家に入ることを嫌う傾向がある。また、認知症やうつ病もあるとのこと。介護者の家事能力は低く、同じものを何日も食べたりしているとのこと。
 上記は、〇〇さんの姉より聞き取りした内容である。

IX 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してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 2DKの部屋に母親と2人で生活。かなり古いアパートである。本人は用事がない限り外出しないし、母親の手伝いも殆どしない。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

母親の介護や健康状態を考えると、母親や姉は入所施設を希望している。しかし、本人は入所施設には行きたくないと話している。
 しかし、高齢の母親と2人で生活は限界にきているように感じる。訪問したときは20分くらいずっとひげそりをしている。
 言葉は不明瞭でかつ吃音があるため、意思は伝えにくく、聞いていてもよくわからない。

区分3 事例4

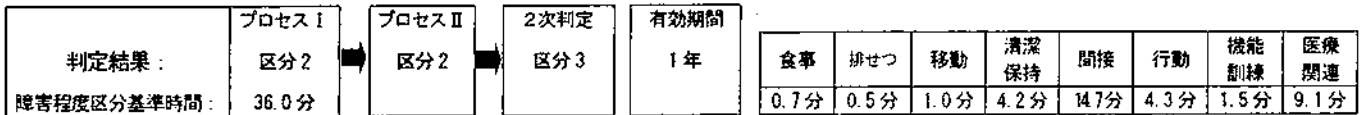
区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- パニック障害とアルコール依存症の事例。
- 現在断酒を続けているが、アルコールに対する精神依存が引き続きみられることに伴う対応を要すること、対人恐怖が強く、頻回に動悸、胸苦、過呼吸を伴うパニック発作が出現し、外出困難となること、しばしば食事摂取も困難となるなど、状態悪化時のサポートを要すること、身辺の世話の必要な時に援助を求めることが困難であり、指示や声かけ、見守りなどを要し、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺(左-上肢)		
	麻痺(右-上肢)		
	麻痺(左-下肢)		
	麻痺(右-下肢)		
	麻痺(その他)		ある
1-2	拘縮(肩関節)		
	拘縮(肘関節)		
	拘縮(股関節)		
	拘縮(膝関節)		
	拘縮(足関節)		
	拘縮(その他)		
移動			
2-1	環返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1ア	じょくそう		
4-1イ	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1ア	口腔清潔		
5-1イ	洗髪		
5-1ウ	整髪		
5-1エ	つめ切り		
5-2ア	上衣の着脱		
5-2イ	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		全介助
5-4	金銭の管理		
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		特別な場合以外可
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3ア	意思の伝達		
6-4ア	指示への反応		
6-5ア	毎日の日課を理解		
6-5イ	生年月日をいう		
6-5ウ	短期記憶		
6-5エ	自分の名前をいう		
6-5オ	今の季節を理解		
6-5カ	場所の理解		

行動		調査結果	
7ア	被害的		ある
7イ	作話		
7ウ	幻視幻聴		ある
7エ	感情が不安定		ある
7オ	昼夜逆転		ある
7カ	暴言暴行		
7キ	同じ話をする		
7ク	大声を出す		
7ケ	介護に抵抗		
7コ	常時の徘徊		
7サ	落ち着きなし		
7シ	外出して戻れない		
7ス	1人で出たがる		
7セ	収集癖		
7ソ	火の不始末		
7タ	物や衣類を壊す		
7チ	不潔行為		
7ツ	異食行動		
7テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下機	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助

B2項目群		
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7ヌ	自ら叩く等の行為	希にある
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過激、反すう等	
7ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	ときどきある
7メ	集中力が続かない	
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	84.2	100.0	82.5

IADL	行動障害
2.14点	0.71点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 長期にわたって飲酒を続けた結果として手の震え、足の重さを感じる。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-3) 大量服薬してしまうことがある。大量服薬を防ぐために薬を飲まないことがある。常に残薬量の不安が頭にある。このため、常に主治医やケースワーカーなどから気をつけるように言われている。飲む量が一定しない。

(5-6) 必要時に援助を求めることが困難である。例えば、病状が思わしくない場合、診療予約日を変更して早目に受診するといった判断が有り得るが、予約日までひたすら我慢してしまう。ワーカーの指示のもと、はじめて変更の連絡を病院へ入れることができる。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(ア) 病状が悪い時は、周囲に自分は嫌われていると思いがちになり、被害的となる。敵に思えてくる。

(ウ) 室内のエアコン付近に虫が見える(幻覚)。特に調査日より1週間ほど前から毎日である。

(エ) 自分は若いのに1日中ボーッと過ごしてしまうことに自責の念を持ち、ふと泣いてしまい、感情が不安定となる。感情失禁してしまいがち。

(オ) 寝ている時間は長いですが、ぐっすり眠った気がしない。途中で目が覚める。

(ニ) 対人恐怖により過呼吸発作をおこす。動悸、大量服薬あり。

(ヘ) (エ)に同じ。気分が憂うつで悲観的になると、周囲が話しかけても思考が中断しがちで、会話が途切れる。

(マ) 決まった場所、慣れている場所にしか、外出ができない。対人恐怖により、近くの商店街(アーケード)は歩くこともできず、出入りできる店は近くのコンビニのみである。このため、服は、施設を退所してから5年以上買い足していない。買い物したくないため、食事は夜に一度コンビニ食である。

(ミ) 断酒会にはかろうじて行くが、それ以外はずっと一日中横になっている。何も無い日は1日家において、なるべく外出しない。

(ム) (ヘ)に同じ。話にまとまりがなくなる。話題が広がってしまう。

(ヤ) (ア)に同じ。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

.....
(9-1) 献立を立てることができない。1つ1つの段どりは指示があればできる。
.....

(9-3) 室内の書類整理はヘルパーと共に行う。
.....

(9-6) 7-マに同じ。
.....

(9-7) 地下鉄に乗ると電車に吸い込まれそうな感覚になる。乗車時は対人恐怖。
.....

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. パニック障害	発症年月日	昭和・平成	50年	月	日頃)
2. アルコール依存症	発症年月日	昭和・平成	〇年	月	日頃)
3. _____	発症年月日	昭和・平成	年	月	日頃)

入院歴 (直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名: _____)
2. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名: _____)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
 パニック発作。

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)
 幼少時より、パニック発作の出現をみた。平成3年~平成6年通院。徐々に外出困難となり退職。飲酒量増大し、コントロール喪失。診療所の紹介で、平成14年12月〇日当院初診。以後、外来通院。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無
 (有の場合) → 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無

有 (症状名 パニック発作) 無
 (有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
 認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
 その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ()

・嚥下について 特になし あり ()

・摂食について 特になし あり ()

・移動について 特になし あり ()

・その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

対人恐怖強く、頻回に、動悸、胸苦、過呼吸などのパニック発作が出現し、外出も困難な状態。
 食事摂取も、しばしば困難となる。
 アルコールに対する精神依存は認めるが、現在、断酒を続けている。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) (判定時期 平成○年○月)

○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 4 保潔; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 2 対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) (判断時期 平成○年○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6			
2) 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 ()			
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度
	重 度	A	A2	2度
	中 度	B	B1	3度
	軽 度	C	B2	4度
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・ <u>2級</u> ・3級			
5) 障害基礎年金等級	1級・2級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・ <u>有</u> （他人介護料無し）・無			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>24</u> 回程度
・ 社会活動の参加の状況（週6日断酒会などのミーティングに参加している。） ()
・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類 ()
年 月～ 年 月 入所した施設の種類 ()
・ 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ()
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 ()
・ その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし

具体的に
 以前の就労経験を活かし、プログラマー、SEなど。

VII 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してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ミーティング ）

・ 日中は、〇〇の仲間から依頼された書類づくりを主に行っている。夜間は週6日のミーティングに通っている。

・ 土曜日は2時間ホームヘルプを利用している。

VIII 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してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 親兄弟は市内在住だが、5年以上疎遠となっている。

IX 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してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 駅から平坦な道を歩いて5分程度のところに自宅がある。周囲は、昔の商店街の名残があり、自宅のそばには、クリニックや商店などが点在する。バスも通るが比較的静かな環境である。自宅は階段を昇った3階にあり、ワンルームである。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ ミーティングには、どんなに体調・病状がすぐれなくても週6日通いつけている。酒・薬を断つために「命より大事」とくり返し自分に言い聞かせている。

区分3 事例5

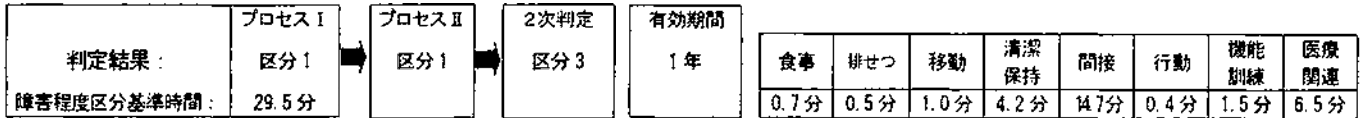
区分変更: 区分1 → 区分3

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 気分変調症を発症した事例。
- 特記事項及び医師意見書から症状の不安定性があり、入浴は自らの決意では10日に一度がやっとであるなど日常生活面での支障が大きいこと、昼夜逆転がみられ、夜間における支援を要すること、不安定な状態になると暴言や大声を出すなど行動上の障害も顕著であり、こうした状況への対応が必要なこと、また、希死念慮もみられ、こうした状況下での対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺（左-上肢）		
	麻痺（右-上肢）		
	麻痺（左-下肢）		
	麻痺（右-下肢）		
	麻痺（その他）		
1-2	拘縮（肩関節）		
	拘縮（肘関節）		
	拘縮（股関節）		
	拘縮（膝関節）		
	拘縮（足関節）		
	拘縮（その他）		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1ア	じょくそう		
4-1イ	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1ア	口腔清潔		
5-1イ	洗髪		
5-1ウ	髪髪		
5-1エ	つめ切り		
5-2ア	上衣の着脱		
5-2イ	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		
5-4	金銭の管理		
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3-ア	意思の伝達		
6-4-ア	指示への反応		
6-5ア	毎日の日課を理解		
6-5イ	生年月日をいう		
6-5ウ	短期記憶		
6-5エ	自分の名前をいう		
6-5オ	今の季節を理解		
6-5カ	場所の理解		

行動		調査結果	
7ア	被害的		
7イ	作話		
7ウ	幻視幻聴		
7エ	感情が不安定		ある
7オ	昼夜逆転		
7カ	暴言暴行		ときどきある
7キ	同じ話をする		
7ク	大声を出す		ときどきある
7ケ	介護に抵抗		ときどきある
7コ	常時の徘徊		
7サ	落ち着きなし		
7シ	外出して戻れない		
7ス	1人で出たがる		
7セ	収束癖		
7ソ	火の不始末		
7タ	物や衣類を壊す		
7チ	不潔行為		
7ツ	異食行動		
7テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の管理		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		調査結果	
9-1	調理		
9-2	食事の配下雑		
9-3	掃除		見守り、一部介助
9-4	洗濯		
9-5	入浴の準備片付け		
9-6	買い物		見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用		
B2項目群			
7ト	こだわり		ある
7ナ	多動・行動停止		
7ニ	不安定な行動		
7ヌ	自ら叩く等の行為		
7ネ	他を叩く等の行為		
7ノ	興味等による行動		
7ハ	通常と違う声		
7ヒ	突発的行動		
7ホ	反復的行動		
C項目群			
6-3-イ	独自の意思伝達		
6-4-イ	説明の理解		
7フ	過食、反すう等		
7ヘ	羞恥で悲観的		ある
7マ	対人面の不安緊張		ときどきある
7ミ	意欲が乏しい		
7ム	話がまとまらない		
7メ	集中力が続かない		
7モ	自己の過大評価		
7ヤ	疑い深く拒否的		
9-8	文字の視覚的認識		

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0	89.7

IADL	行動障害
0.85点	1.10点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 入浴ができない。10日に1度入るのがやっと。入浴するのに決心が必要とのこと。洗身は可能。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 食欲不振。内容の偏りがあり栄養バランスが悪い。食材選びのアドバイス等が必要。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

()

()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(エ) 不安定な状態になるとマイナス思考で悲観的になり、身体的にも低下する。

(カ) 感情的になり暴言や大声を出すことがある。

(ケ) 助言等は聞いてはおり、その場では納得するが、自分の考えから抜け出せない。

(ト) 自分の意に添わずトラブルのあった人に対して執拗に執着して攻撃的になる。

(ヘ) 悲観的になり陸橋に立ち自殺未遂の行動をとったことがあった。

(マ) 多くの人の集まる場所や買い物等に行く時に緊張が強くなり、ひとりで行動できない時がある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) おそばを作る、魚を焼くくらいで、あとはレトルト食品ですませる。包丁等を使う調理は、ほとんどしない。

(9-3) 週1回のホームヘルプサービス利用時に一緒に行く。ひとりではできない。やらなければと思うほど身体が動かなくなるとのこと。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 気分変調症	発症年月日	(昭和・平成) 4年 6月 日頃)	
2.	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃)	
3.	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃)	
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成 17年 4月～	17年 5月	(傷病名: 反応性精神病、自殺未遂)	
2. 昭和・平成 17年 7月～	17年 8月	(傷病名: 反応性精神病)	
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 精神状態が非常に不安定で、自殺念慮が出没する。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 平成4年6月頃より食欲不振、抑うつ気分、不眠で〇〇病院受診。同年10月～11月入院。 以後、数回の入退院を繰り返している。自殺未遂、自殺念慮で消耗している。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 抑うつ、自殺念慮、不眠)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科) <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
 → 対処方針 (見守りを要す。)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ()
 ・嚥下について 特になし あり ()
 ・摂食について 特になし あり (栄養指導を要す。)
 ・移動について 特になし あり ()
 ・その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

障害基礎年金診断書の写しから抑うつ気分、希死念慮、不眠等があることを確認。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 4 保清; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 2

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 3) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所 属 機 関	調 査 時 間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢 生年月日	（ ） 歳		
対象者氏名						年	月	日
現住所	〒 -			電 話	-	-		
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）			電 話	-	-		

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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（ ）				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・ <u>3級</u>				
5) 障害基礎年金等級	1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・ <u>3級</u>				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <u>無</u>				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>15</u> 回程度 ・ 社会活動の参加の状況（デイケア2回/W ） ・ 過去2年間の入所歴：<input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） <li style="padding-left: 100px;">年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） ・ 過去2年間の入院歴：<input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：17年 7月～17年 5月 入院の原因となった病名（飛び降り自殺を図ろうとした） <li style="padding-left: 100px;">17年 7月～17年 8月 入院の原因となった病名（病状悪化、食欲不振、抑うつ感等） ・ その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 経済的理由もあり就労は希望しているが、通勤ができないので、自宅での仕事を探している。

VII 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してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 デイケアに週2回 ホームヘルプ週1回利用。
 ひとりて買い物ができない。掃除ができない。

VIII 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してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 母は特養入所中。
 妹は海外在住。
 単身生活。

IX 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してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 アパート単身生活。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

デイケアに通所するようになり、ひとりでの外出もできるようになってきた。通院も定期的に行けるようになってきているが、精神面の躁鬱の波が激しい。依存傾向もあるので、関係者の統一した対応が必要。

区分4 事例1

区分変更: 区分3 → 区分4

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害と心因反応症状のある事例。
- あせりや脅迫的な状態にあるとき興奮し物を投げたり奇声を発したり蹴ったりする。スケジュールや支援者に対する強いこだわりなどもあることから、介護に時間が長くなると判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間： 54.9分	プロセスⅠ 区分3	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分4	有効期間 3年	食事 0.7分	排せつ 8.7分	移動 5.5分	清潔 保持 9.2分	間接 14.7分	行動 7.6分	機能 訓練 2.8分	医療 関連 5.7分
----------------------------	--------------	--------------	-------------	------------	------------	-------------	------------	------------------	-------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	
	麻痺(右-上肢)	
	麻痺(左-下肢)	
	麻痺(右-下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	復返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	見守り等
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	一部介助
特別介護		
4-1ア	じょくそう	
4-1イ	皮膚疾患	ある
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	見守り等
4-4	飲水	見守り等
4-5	排尿	見守り等
4-6	排便	見守り等
身の回り		
5-1ア	口腔清潔	一部介助
5-1イ	洗頭	一部介助
5-1ウ	髪髻	一部介助
5-1エ	つめ切り	一部介助
5-2ア	上衣の着脱	見守り等
5-2イ	ズボン等の着脱	見守り等
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	一部介助
5-6	日常の意思決定	特別な場合以外可
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	ときどきできる
6-4ア	指示への反応	
6-5ア	毎日の日課を理解	できない
6-5イ	生年月日をいう	
6-5ウ	短期記憶	できない
6-5エ	自分の名前をいう	
6-5オ	今の季節を理解	できない
6-5カ	場所の理解	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	90.8	100.0	59.9	45.5	75.7	40.3

IADL	行動障害
6.00点	4.97点

行動	調査結果	
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	
7 エ	感情が不安定	ある
7 オ	昼夜逆転	ある
7 カ	暴言暴行	ある
7 キ	同じ話をする	ある
7 ク	大声を出す	ある
7 ケ	介護に抵抗	ときどきある
7 コ	常時の徘徊	ある
7 サ	落ち着きなし	ある
7 シ	外出して戻れない	ある
7 ス	1人で出たがる	ときどきある
7 セ	収集癖	ときどきある
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	ある
7 チ	不潔行為	ある
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の管理	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群	調査結果	
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	ほぼ毎日
7 ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7 ス	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7 ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7 ノ	興味等による行動	月に1回以上
7 ハ	通常と違う声	日に1回以上
7 ヒ	突発的行動	希にある
7 ホ	反復的行動	ある

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	ときどきできる
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	暴言で悲観的	ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	
7 ム	話がまとまらない	ある
7 メ	集中力が続かない	ある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-3) 座位保持は可能だが、精神的に落ち着きがない時等、じっと座ってられないことが多い。

(2-7) 通所場面で時折、バスを乗りつき登所が遅れる等あり。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) イ、精神的に不安定な時等、できた傷が気になり、さわり続け悪化させてしまうことが多い。

(4-3) 食べこぼしや、適量など見守り必要。

(4-5) 尿意に応じて適切に対応できず、失敗がよくみられるため、声かけが必要。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ウ、髪にくしは通せるが、こざれいに整えることはできない。

(5-1) エ、つめを切ることは可能でも、角なく適切に始末はできない。

(5-2) ア、イ、共に前後逆、2枚ばき等、確認できず着てしまい、そのことに気づかずにいることが多く、見守り必要。

(5-3) 時間・量等適切に判断できない。

(5-4) 金銭価値等理解できておらず、管理できない。

(5-5) 携帯電話で、特定の人(親)への連絡(かける・うける)は可能。

(5-6) 日常場面においても、まわりの人の意見に流され、本意でない決定をしてしまうことも多い。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-1, 2) 機能的には問題なし。ただし、注意して見る・聞く等については、難しく、見えない・聞こえない等のことが多い。

(6-3-ア、イ) 意思伝達は言語でまれに本意を伝えることができるが、表現できないことが多く、靴を投げたり、奇声を発したりする。

(6-4-イ) より正確な理解や注意を得るためにカード使用することがある。

(6-5) ア、スケジュール表の提示をしても、何度もくり返し聞きに来たりすることが多い。

(6-5) ウ、時間の流れを正確に理解し振り返ることは難しく、適切に答えられない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(エ、カ、キ、ク、コ、サ) 精神的に①あせりや、②強迫的な状態、③嫌な作業をしている時等。特に①②の状況が多く

反社会的な行動(物投げ、奇声、ける)等に出る。落ち着いて座ることもままならず、トイレ等頻繁に動きまわってしまう。

(シ、ス、ソ) 単独で行動することの経験がない。また火元などに近づけないようにしている。

(チ) 鼻をつねにはじっている。

(ト) スケジュールやその日の対応、職員が誰であるかについて自閉症特有の強いこだわりがある。1回に数えられないほど聞いてくる。

(ヘ、ホ) 時々不安が高まり、泣いてしまったり、起きることができないことがある。また、活動に支障があることも多い(歩きまわる、頻尿、意欲低下などがみられる)。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 精神発達遅滞	発症年月日	(昭和)・平成	51年 11月 日頃)
2. 心因反応	発症年月日	(昭和)・(平成)	18年 2月 〇日頃)
3.	発症年月日	(昭和)・平成	年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成	年 月～	年 月	(傷病名:)
2. 昭和・平成	年 月～	年 月	(傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) ささいなストレスで、情緒不安定となる。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 作業所通所中であるが、対人関係などのストレスで情緒不安定、奇異な行動、強迫行動等が出現する。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 心因反応) <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ()

・嚥下について 特になし あり ()

・摂食について 特になし あり ()

・移動について 特になし あり ()

・その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

精神発達遅滞を認め、社会生活機能障害があるため、通時、支援、保護を要する状態である。

(精神障害の機能評価)

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 3) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 2 生活リズム; 3 保清; 4 金銭管理; 4 服薬管理; 4

対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 4) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな					
記入者氏名		所属機関		調査時間	

II 調査対象者

ふりがな				年齢	() 歳
対象者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6			
2) 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 ()			
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度
	重 度	Ⓐ	A2	2度
	中 度	B	B1	3度
	軽 度	C	B2	4度
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級			
5) 障害基礎年金等級	1級・2級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ Ⓓ			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 8 回程度 社会活動の参加の状況（現在なし） () 過去2年間の入所歴：□なし □あり あり⇒ 入所期間：平成9年4月～ 年 月 入所した施設の種類（知的障害者通所授産施設） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類 () 過去2年間の入院歴：□なし □あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 () 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名 () その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労状況：<input type="checkbox"/>一般就労 <input type="checkbox"/>パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/>就労していない <input type="checkbox"/>その他（ ） ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし 最近1年間の就労の経験 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし 中断の有無 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし ・ 就労希望の有無：<input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし 具体的に

VII 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してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 主に活動している場所：<input type="checkbox"/>自宅 <input checked="" type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>病院 <input type="checkbox"/>その他（ ） 知的障害者通所授産施設を月～金の日中利用。土・日は、ヘルパーとのプールや、両親（特に母と買物等）と出かけている。月～金は昼は施設給食。
--

VIII 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してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護者の有無：<input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと

IX 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してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活の場所：<input type="checkbox"/>自宅（単身） <input checked="" type="checkbox"/>自宅（家族等と同居） <input type="checkbox"/>グループホーム <input type="checkbox"/>ケアホーム <input type="checkbox"/>病院 <input type="checkbox"/>入所施設 <input type="checkbox"/>その他（ ） ・ 居住環境
--

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 言語性が優位であるが、その理解力は低く、抽象的な概念理解や、先の予定など、言葉には出してもその内容は伴っていないことが多い。 ・ 注意力が散漫で、物事への集中が続きにくい。 ・ 環境の変化に弱く、不安が高まる。また、気になることがあると、同じことでも繰り返し聞いてしまう。
--

区分4 事例2

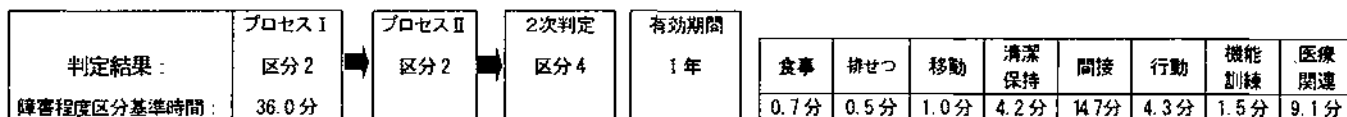
区分変更: 区分2 → 区分4

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 中度の知的障害、反復性うつ病で、不快気分が著しい時に易怒的で興奮状態となる事例。
- グループホームで、世話人のちょっとした話しかけを曲解したり、自分の思いが受容されないと包丁を振り回したり、謝るまで許さないため、世話人が何人も退職する状況があり、さらに昼夜逆転による引きこもりも月1回程度ある。これらに対応し、また本人の訴えを傾聴し本人に分かりやすい支援を行う必要があることから、介護時間が長くなると判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左一上肢)		
	麻痺 (右一上肢)		
	麻痺 (左一下肢)		
	麻痺 (右一下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
拘縮 (その他)			
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1ア.	じょくそう		
4-1イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1ア.	口腔清潔		
5-1イ.	洗顔		
5-1ウ.	髣髴		
5-1エ.	つめ切り		
5-2ア.	上衣の着脱		
5-2イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服	一部介助	
5-4	金銭の管理	一部介助	
5-5	電話の利用	一部介助	
5-6	日常の意思決定	特別な場合以外可	
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3ア	意思の伝達	ときどきできる	
6-4ア	指示への反応		
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		
6-5ウ.	短期記憶		
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7ア	被害的		ときどきある
7イ	作話		
7ウ	幻聴幻視		
7エ	感情が不安定		ある
7オ	昼夜逆転		ある
7カ	暴言暴行		ときどきある
7キ	同じ話をする		ある
7ク	大声を出す		ときどきある
7ケ	介護に抵抗		ある
7コ	常時の徘徊		
7サ	落ち着きなし		ある
7シ	外出して戻れない		
7ス	1人で出たがる		
7セ	収集癖		
7ソ	火の不始末		
7タ	物や衣類を壊す		ときどきある
7チ	不潔行為		
7ツ	異食行動		
7テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の管理		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		
7ト	こだわり	ある
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	週に1回以上
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	希にある
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	希にある
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	ときどきある

C項目群		
6-3-1イ	独自の意思伝達	ときどきできる
6-4-1イ	説明の理解	ときどきできる
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	ときどきある
7メ	集中力が続かない	ときどきある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	77.7	94.4	68.9

IADL	行動障害
0.85点	2.60点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう (床ずれ) 等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-3) 精神的に不安定になると、眠剤をくれるよう夜間世話入室に何度もくる。薬が少なくなるとそのこと自体が不安定の要因となっているようだ。

(5-4) 小遣いは自己管理しているが、年金やホームの負担金の銀行からの出し入れは困難で、世話人が代行。

(5-5) 電話は使えるが、不安定になると、夜遅くからでも話を聞いてもらいたくて、リタイアした担当医などに長時間電話をする。このため、迷惑になることやグループホームの業務に差し支えることを話し制限する必要がある。そのことが世話人との軋轢になる。

(5-6) 不安定になると、世話人への依存が高まり、選択を委ねる。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-ア, 1) 言語によらないで、相手を威圧するような表情や行動で意思を表現し、伝える。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (7~ヤまで)

(ア) 仲間に金品を盗まれたといつまでも訴え続けたり、世話人が他の利用者と会話していると、必ず介入し話を自分の方に持って行こうとする。待つようにいうと、自分はのけ者にされていると強い調子で不満をなげかけたりする。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 土・日はインスタントラーメンを作っている。日常は声かけて、できることもあると思われるが、些細なことにひっかかり、トラブルとなるため、声をかけられない。

(9-3) 部屋の中は真っ暗で散らかっており、声かけてできることもあると思われるが、9-1と同じ理由で、できていない。

() 毎月2~3回の精神的不安定が行動面で様々な問題を顕在化させている。グループホームでは、世話人のちょっとした話しかけを曲解したり、自分の思いを全面受容されない場合、それが許せなく過去には包丁を振り回したり、最近でも食器を投げつけたりの行動が見られ、謝るまで許さない(それ以降も、その問題をことある毎に持ち出したりする)。そのため世話人が何人か退職せざるをえなくなった状況がある。障害が重いホームの仲間に対しては、気に掛けるという一面もあるが、それ以外の仲間に対してはほとんど世話人と同じ対応がみられる。そうした反面、自分の着る衣類も選べないなど世話人への極度の依存もある。そうした周期には、昼夜逆転し、朝起きられず、作業所へ通所できなくなり、自室への引きこもり状態になる。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. うつ病 (反復性)	発症年月日	(昭和・平成) 16年 5月	<input type="radio"/> 日頃)
2. 知的障害	発症年月日	(昭和・平成) 16年 5月	<input type="radio"/> 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃)	
入院歴 (直近の入院歴を記入) (非定型精神病 (S53年12月〇日開始) の診断は上記のように、H〇年〇月〇日に変更した)			
1. 昭和 (平成) 11年 6月～ 11年 〇月	(傷病名: 非定型精神病)		
2. 昭和 (平成) 16年 11月～ 17年 1月	(傷病名: うつ病 (反復性))		
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
〔「不安定」とした場合、具体的な状況を記入〕 主として対人関係の障害から気分は不安定となり、抑うつ的となったり易怒的となったりする。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 知的障害に基づく理解の悪さに加え、対人関係の障害等から、気分が変動し、その結果、抑うつ気分や不安を呈し、不眠が生じる。特に不安が著しい場合は、易怒的となり、時に興奮状態となる。気分障害が認められる時期には、作業所やグループホームへ適応困難となる。 このため、薬物療法ならびに傾聴を主体とし、適時生活指導を与えるといった形の精神療法を継続している。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 抑うつ気分、不快気分 (時に易怒性))	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=154 cm 体重=44 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり (_____)
 ・嚥下について 特になし あり (_____)
 ・摂食について 特になし あり (_____)
 ・移動について 特になし あり (_____)
 ・その他 (_____)

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 (_____) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的ご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

対人関係の障害を改善する目的で、まず本人の訴えを傾聴し、必要に応じて、わかり易い生活上のアドバイスを与えることが望ましい。
 加えて、病院・作業所・グループホームの職員ならびに本人との相互理解を適正に行う必要性が高いので、適時、関係者をまじえた面談が必要となる。

(精神障害の機能評価)

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 3 能力障害; 3) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 2 生活リズム; 3 保清; 4 金銭管理; 4 服薬管理; 3

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな					
記入者氏名		所属機関		調査時間	

II 調査対象者

ふりがな				年齢	() 歳
対象者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	⊙B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・⊙2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・⊙有（他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 2 回程度（作業所通所は除く） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（○○作業所） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（○○作業所） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 16年 11月～ 年 月 入院の原因となった病名（不眠・精神症状3週間） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 共同作業所へ通所しているが、精神的に不安定な状態になると、通所できなくなり、グループホームの自室で日中でもうたた寝して過ごす。

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり （グループホーム世話人）
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境

X その他、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

ホームヘルプ 身体介護 11時間 外出（身体を伴わない） 8時間。

ショートステイ 7日。

共同生活援助

精神的に安定している時は、〇〇の利用をすることはあるが、不安定になると、依頼しても部屋にヘルパーを入れなかったり、部屋から出てこないことがある。通院時は利用。

区分4 事例3

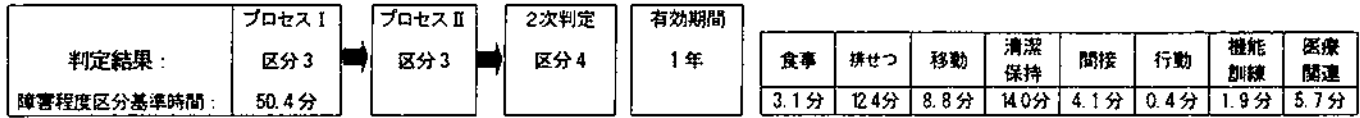
区分変更: 区分3 → 区分4

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症した事例。
- 部屋から一歩も出ることができない、風呂に何年も入っていないなど身の回りのことは全くできない（姉が実施）など、日常生活面での積極的な支援を要すること、行動上の障害も著しく、粗暴行為もみられる、こうした状態への支援を要することなど、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	
	麻痺(右-上肢)	
	麻痺(左-下肢)	
	麻痺(右-下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	行っていない
特別介護		
4-1ア	じょくそう	
4-1イ	皮膚疾患	ある
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	一部介助
4-6	排便	一部介助
身の回り		
5-1ア	口腔清潔	全介助
5-1イ	洗顔	全介助
5-1ウ	整髪	全介助
5-1エ	つめ切り	全介助
5-2ア	上衣の着脱	
5-2イ	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	日常的に困難
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	
6-4ア	指示への反応	
6-5ア	毎日の日課を理解	
6-5イ	生年月日をいう	できない
6-5ウ	短期記憶	できない
6-5エ	自分の名前をいう	できない
6-5オ	今の季節を理解	できない
6-5カ	場所の理解	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	77.1	76.2	24.3	68.4	88.2

IADL	行動障害
5.14点	0.47点

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	ある
7エ	感情が不安定	
7オ	昼夜逆転	
7カ	暴言暴行	ときどきある
7キ	同じ話をする	
7ク	大声を出す	
7ケ	介護に抵抗	ある
7コ	常時の徘徊	
7サ	落ち着きなし	
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収薬癖	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	異食行動	
7テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の管理	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下掃	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	ときどきできる
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	憂鬱で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 精神的理由により、部屋から出ることができないため何年も入浴できていない。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) イ. 入浴していないため、毛穴から菌が入り右足首に水や膿がたまり腫れている。往診で2日に1回消毒し、水や膿を抜いている。

(4-5, 6) 排尿、排便は自分でできるが、トイレが共同で部屋の外にあるため、ポータブルトイレを使用。後始末に介助が必要である。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) 精神的理由により自分では全くする意思がなく、すべて姉が行っている。

(5-3) 服薬に抵抗があり、姉がお茶に混ぜて飲ませている。

(5-6) 殆どのことに対して拒否的であり、妥当でない意思決定判断をすることがある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-3-1) 「わかった」「了解」の時は手を挙げる。「嫌なとき」は手を叩くことがある。

(6-5) イ〜オ. 質問されたことに対して反応がない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (7〜ヤまで)

(ウ) 毎日、目の前に何かがあるかのようになぐる真似をする。

(カ) 嫌なことを言われたとき等、殴り掛かろうとすることがある。

(ケ) 清拭や入浴など促すと、殴りかかろうとし抵抗する。

(ソ) 本人は火を使うことが全くない。

() 部屋から一歩も出ることができない。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-3, 4) 掃除や洗濯は全くしようとせず、言葉かけにも応じようとはしない。

(9-6, 7) 部屋から出ることができず、一連の行為はできない。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 -
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに		<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 統合失調症	発症年月日	(昭和)・平成	40年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成 15年 5月～ 15年 7月 (傷病名: 統合失調症)			
2. 昭和・平成 年 月～ 年 月 (傷病名:)			
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 服薬不規則にて、情緒不安定(易怒的となりうる)。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)			
高校中退後、自閉的生活を続けていた。平成4年に被害妄想から、女子学生への他害行為があり、初回入院。 以後、平成15年まで入退院をくり返していたが、その後、外来通院を拒み、病院からの訪問看護にて抗精神病等を中心とする薬物療法を継続していた。同居する母が高齢、病弱となりサポート体制が減弱している。そのため、服薬が不規則となり人格水準が顕著に低下している。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置(回数 回/日, <input type="checkbox"/> ・時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 精神科)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行	
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害(短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当科) <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ()

・嚥下について 特になし あり ()

・摂食について 特になし あり ()

・移動について 特になし あり ()

・その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

(精神障害の機能評価)

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 5 能力障害; 5) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 5 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 5

対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 4) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・ <u>その他</u> （精神通院）				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	<u>1級</u> ・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <u>無</u>				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>0</u> 回程度 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 平成4年から平成15年まで入退院を20回ほど繰り返している。（○医療センター）
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に

VII 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してください。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 自宅ではテレビを一日中視聴する。

VIII 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してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 母との二人暮らし。
 母親は○歳で介護認定を受けている。肺炎を患っており目も不自由なため、介護できる状態ではない。
 姉が近くに住んでおり、毎日様子を見に来ている。

IX 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してください。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 1階建てのアパート。かなり古く、お風呂はついていない。トイレは共同。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

お風呂に何年も入っていないので、清拭に身体介護を利用したい。

区分4 事例4

区分変更: 区分2 → 区分4

有効期間: 2年間

療養及び判定の概要:

- 当初うつ病と診断され、後に統合失調症と診断された事例。
- B2・C項目群、特記事項、医師意見書から引きこもり状態であり、また、洗髪、歯磨きなど身の回りのことが全くできていないなど身の世話に関する対応に加え、飲酒、過食が著しく飲食面での管理に関する支援を要すること、ほぼ毎日一日中泣いている等情緒不安定がみられ、こうした状況へのサポートを要すること、昼夜逆転もあり夜間対応を要することなど、より長い介護時間を要すると判断し、区分4に変更した。

1 一次判定等

判定結果:	プロセスⅠ 区分2	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分4	有効期間 2年	食事	排せつ	移動	清潔保持	間接	行動	機能訓練	医療関連
障害程度区分基準時間:	38.6分				0.7分	2.4分	1.0分	4.2分	14.7分	5.0分	1.5分	9.1分

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺(左-上肢)		
	麻痺(右-上肢)		
	麻痺(左-下肢)		
	麻痺(右-下肢)		
	麻痺(その他)		
1-2	拘縮(肩関節)		
	拘縮(肘関節)		
	拘縮(股関節)		
	拘縮(膝関節)		
	拘縮(足関節)		
	拘縮(その他)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1ア	じよくそう		
4-1イ	皮膚疾患	ある	
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1ア	口腔清潔		一部介助
5-1イ	洗顔		一部介助
5-1ウ	整髪		一部介助
5-1エ	つめ切り		
5-2ア	上衣の着脱		
5-2イ	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		日常的に困難
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3ア	意思の伝達		
6-4ア	指示への反応		
6-5ア	毎日の日課を理解		
6-5イ	生年月日をいう		
6-5ウ	短期記憶		
6-5エ	自分の名前をいう		
6-5オ	今の季節を理解		
6-5カ	場所を理解		

行動		調査結果	
7ア	被害的		ある
7イ	作話		
7ウ	幻視幻聴		ある
7エ	感情が不安定		ある
7オ	昼夜逆転		
7カ	暴言暴行		
7キ	同じ話を繰り返す		
7ク	大声を出す		
7ケ	介護に抵抗		
7コ	常時の徘徊		
7サ	落ち着きなし		ときどきある
7シ	外出して戻れない		
7ス	1人で出たがる		
7セ	収束癖		
7ソ	火の不始末		
7タ	物や衣類を壊す		
7チ	不潔行為		
7ツ	異常行動		
7テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じよくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	週に1回以上
7ヌ	自ら叩く等の行為	週に1回以上
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	ときどきある
7メ	集中力が続かない	ある
7モ	自己の過大評価	ある
7ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	98.1	65.9	100.0	83.7

IADL	行動障害
2.57点	0.94点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-2) 右ひざに痛みあり。正座をすともたない。

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-7) ごく近所に毎日タバコを買いに行くが、その短距離の往復でも疲労する。

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう (床ずれ) 等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-1) イ。湿疹のかきむしりをくり返しており、治癒しない(7-ヌにも記載)。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア。イ。歯みがきは、しなければと分かっているのだが、みがけない。ヘルパーが来る、通院するなど人に会うとき、努力して何とかみがく。単身生活なので助言・指示する人はいない。一部介助に相当。洗面も全く同じ。

(5-1) ウ。整髪は全くしていない。レベルとしては歯みがき、洗髪と同レベルと判断。

(5-3) 薬は飲んでいるが、頓服のまとめのみを故意にしてしまうという問題あり。同上で一部介助と判断(7-ヌにも記載)。

(5-4) 預金で生活。生活保護をいずれ受けられればと思っているが、そのためには今の家賃より安いところに転居しなければと分かっているのに引越せない。お惣菜を買込むのをやめなければと思っているのに通院の折まとめ買いしてしまう。よって自分は管理能力がないと悩んでいる。

(5-6) 適切な判断をして生活できない。最低限しなければならぬ保済ができないと悩みながら生活している。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動 (7~ヤまで)

(ア、ウ) バスで言われているはずのない悪口を言われていると感じる。実際に聞こえてしまう。週1回以上起こる。

抗精神薬を飲んでいる。

(エ) 自分の状況がつかなくて毎日2-3回は泣き続けている。

(サ) 作業所では必ず家に帰りたくなり、いてもたってもいられない思いがする。(1回/月)。

(タ) 物を壊してしまうことは昨夏の通院先で起きた。このところは「ない」

(ニ) 毎日泣いているが(7-エ) そのうち1-2回/週は泣き続けるのが止まらなくなり、収拾がつかなくなる。

(ヌ) 湿疹をかきむしることが自分で止められない。また、肝機能が悪いことが分かっているのに、頓服をまとめ飲みしてしまう。不安になるとしてしまうとのこと。

(フ) 買い込んだ惣菜や冷凍食品を食べ過ぎることが、1ヶ月前は殊にひどかった。1年で10kg増えた後、さらにこ

の2ヶ月で7kg体重増。

(マ、ミ) 通院日とヘルパーに会える日を除いては、ひたすら他者が恐ろしく、外出できずひきこもっている(往復5分のタバコ買いはしている)。5日/週。

(ム) 話が支離滅裂になってしまうことが通院時、特におきる。1回/週。

(オ) 以前不眠に悩んだが、今は睡眠薬で眠っている(飲まなければ眠れない)。

(メ) 集中が続かず、何もかも中途半端であると感じている(毎日)。

(ヤ) 基本的に他者を受け入れることは恐ろしく、耐えがたい。認定調査もかなり抵抗があった様子で、慣れたヘルパーの来訪日に合わせることで可能になった(毎日)。

(モ) 過大評価ではなく、過小評価があると感じられる。金銭管理・日常の意思決定の項目で自分は全く駄目であると評価するが、見受けるところ簡素に生活するレベルは保っており(体重増加量から考えるに食物の買い過ぎは本当らしい)、ズボン等が太ることで全て買替えたと言っても、衣類はわずかしか持っていない。過小評価が「ある」と判断。毎日のことで悩んでいるので頻度は「毎日」。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理、9-2 配下膳、9-3 掃除、9-4 洗濯、9-5 入浴準備、9-6 買物、9-7 交通手段、9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 調理では、冷凍食品を冷蔵庫から出しレンジで温めることは「できる」が、他の調理は一切できない(精神的に取り組めない)。ヘルパーさんに作ってもらったものを食べている。「一部介助」と判断。

(9-3) 掃除は精神的に取り組めない。

(9-5) 入浴はシャワーしか使わず、片付けも全くしていない。掃除もヘルパーに頼んでいない、とのこと。レベルとしては9-3と同レベルと判断。

(9-6) 買物はできるが、2ヶ月で7kg太ってしまう程の調理済食品を買いこんでしまうとのことなので「見守り、一部介助」と判断。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. うつ病	発症年月日	(昭和・平成)	10年 2月 日頃)
2. 統合失調症	発症年月日	(昭和・平成)	14年 4月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成)	年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成	年 月	年 月	(傷病名:)
2. 昭和・平成	年 月	年 月	(傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 情緒不安定でひきこもりから、泣いてばかりいることがある。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 平成18年1月に友人が急死してから、1日中泣いてばかりいて、ほとんど外に出ず、飲酒、過食、昼夜逆転、過量服薬を認め、まったく作業所に通所できない状態。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)					
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 抑うつ状態 妄想) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=159 cm 体重=67 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 湿疹 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・ 血圧について 特になし あり (_____)
 ・ 嚥下について 特になし あり (_____)
 ・ 摂食について 特になし あり (_____)
 ・ 移動について 特になし あり (_____)
 ・ その他 (_____)

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 (_____) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 5 能力障害; 3) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 4 保清; 4 金銭管理; 1 服薬管理; 2
 対人関係; 2 社会的適応を妨げる行動; 1) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・③級				
5) 障害基礎年金等級	1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・③級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し） ④無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 30 回程度（1/週精神科通院、1/月作業所、1/日たばこを買う（歩5分）） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類の（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類の（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名の（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名の（ ） その他 作業所へは無理せず行ける範囲で行っている（1ヶ月に1回のみ）。ひきこもりと自覚。

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし

具体的に
 軽作業のような、対人関係の少ない仕事をしたい。

VII 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してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）

TVを見る、音楽をきく。
 友だちとTelで話す（家族・友人・作業所で知り合った人）。

VIII 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してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 家族としては母・姉がいるが、Telで話す程度。介護者はいない。
 母・姉→つらいときに話し相手、相談・助言をしてくれる存在である。

IX 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してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 1K。簡素に生活。室内は物が少なく片付いている。本人の話では掃除にはどうしても取りくめない。きれいになっているのはヘルパーのおかげとのこと。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 担当のMSWが変わった。MSWと今の悩み（社会資源に行けていない現状をどうしたらよいか）について話をもっとしたいと考えている。

・ 現状のひきこもりに自身悩むだけでなく、急速に肥満が進んでいることも問題と本人が自覚。特に胴囲が増大している。

区分5 事例1

区分変更: 区分3 → 区分5

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 四肢の麻痺に重度の知的障害を併せ持つ事例。
- 排尿排便や清潔保持等が全介助であることに加えて、ほぼ毎日ある不安定な行動や過食、てんかん発作の頻発等、介護により長い時間を要すると判断し、区分5に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分3 69.4分	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分5	有効期間 1年	食事 14.6分	排せつ 17.7分	移動 8.8分	清潔 保持 11.4分	間接 3.2分	行動 5.7分	機能 訓練 5.7分	医療 関連 3.3分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	-------------	--------------	------------	-------------------	------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	ある
	麻痺(右-上肢)	ある
	麻痺(左-下肢)	ある
	麻痺(右-下肢)	ある
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
拘縮(その他)		
移動		
2-1	復返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	できない
3-3	洗身	全介助
特別介護		
4-1ア.	じょくそう	
4-1イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	一部介助
4-4	飲水	一部介助
4-5	排泄	全介助
4-6	排便	全介助
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	全介助
5-1イ.	洗顔	全介助
5-1ウ.	整髪	全介助
5-1エ.	つめ切り	全介助
5-2ア.	上衣の着脱	見守り等
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	日常的に困難
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	ほとんど不可
6-4ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	できない
6-5イ.	生年月日をいう	できない
6-5ウ.	短期記憶	できない
6-5エ.	自分の名前をいう	できない
6-5オ.	今の季節を理解	できない
6-5カ.	場所の理解	できない

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
84.0	100.0	45.3	45.5	19.1	45.0	64.5

IADL	行動障害
6.00点	3.47点

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	
7エ	感情が不安定	ある
7オ	反夜逆転	ある
7カ	暴言暴行	ときどきある
7キ	同じ話をする	
7ク	大声を出す	ある
7ケ	介護に抵抗	ときどきある
7コ	常時の徘徊	
7サ	落ち着きなし	
7シ	外出して戻れない	ある
7ス	1人で出たがる	ときどきある
7セ	収集癖	ある
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	ときどきある
7チ	不潔行為	ときどきある
7ツ	異食行動	
7テ	ひどい物忘れ	

特別な医療	調査結果	
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の管理	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	ある
7ナ	多動・行動停止	週に1回以上
7ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7ヌ	自ら叩く等の行為	希にある
7ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7ノ	興味等による行動	週に1回以上
7ハ	通常と違う声	日に頻回
7ヒ	突発的行動	週に1回以上
7ホ	反復的行動	

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7フ	過食、反ずう等	ほぼ毎日
7ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	
7ム	話がまとまらない	ある
7メ	集中力が続かない	ときどきある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 軽い麻痺、しびれあり、力が入らない。

(1-2) 骨折した右肩と股関節は固い。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-1) てんかん発作後は、自分では動けない。

(2-7) 保護帽着用、転倒に備える。発作もあるため、外出中は車イスを持参して歩く。長時間は歩けない(手押し型車イス)。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) はし練習中。スプーン、フォークは使えるが、介護者が口元まで運んでいる。

(4-4) 自分で飲むことができるが、介護者が口元まで運ぶ必要がある。

(4-5) 便座に座っている。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 手洗すと、口に入れるところまでできる。みがくのは介助が必要。

(5-1) ウ. 髪をとかされるのは嫌がるため、短くして普段必要ないようにしている。

(5-2) ア. ボタンの服は着られない。Tシャツを前後確認して渡すと、自分で着られる。

(5-2) イ. スポンを持ち上げられないときがある。

(5-3) 朝夕、4種類服薬している。

(5-6) 好きな物を選んだり、嫌という様子を見せることはある。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-3-ア) ハイ、イヤ、チィ、ネンネ、バイバイ、エッチ、オッパイの発語のみ。エッチ、オッパイと言うと周囲が嫌がるのが分かる様子。

(6-4-ア) 発作でダメージが残ったり、気分がのらない時はほとんど反応しない。

(6-4-イ) 絵カードを使っている。

(6-5) ア. 作業所のスケジュールは慣れている。

(6-5) ウ. 表現できない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(イ) できない。

(ウ) よく起こる。

(エ) てんかん発作で、昼夜逆転がよくある。居眠りある。

(カ) 意にそぐわない時、自分の思いと違う時、缶コーヒーなど自分の飲み物を持っていかれた時。

(ク) エッチと大声をあげる。

(ケ) 気分がのらない時。

(シ) 1人では外出しないが、バスを降りた時、「帰宅したくない」と動かない。

(ス) 施設内では1人にさせないようにしているが、玄関へ行きたがる様子をする。

(セ) お金や缶ジュース。財布を手にして出かけるふりをする。

(タ) 葉や物を投げる。

(チ) つばをつける。

(テ) 記憶力については、判断が困難。

(ト) 自販機が好きで、抱きつく。

(ナ) 日に2回位発作があり、停止することがある。

(ニ) 作業所では週1回位だが、家では毎日父への暴力がある。

(ヌ) アトピーがあり、かきむしるのをやめられない。その防止のため、施設では本人に記録ノートを常に持たせるようにしている。

(ネ) 施設では週1回、家では毎日ある。

(ハ) 嫌がる行為がよくある。

(ヒ) 施設内で、玄関まで向かう。

(フ) あればあるだけ食べてしまう。

(ミ) 発作後は、動けず寝ている。

(ム) 話ができない。

(メ) 月1回位、1時間位の集中ができることがある。

(ヤ) 父への拒否あり。物を取り合うなど、子どものようなケンカがある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理、9-2 配下膳、9-3 掃除、9-4 洗濯、9-5 入浴準備、9-6 買物、9-7 交通手段、9-8 文字の視覚的認識使用

(9-2) 足元が不安定なため、持たせない。

(9-6) 店で、カゴの中に好きな物を入れる。

(9-8) 自分の名前の漢字はわかる様子。施設では自分の記録ノートを選び、持ってくることはできる。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 -
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. てんかん	発症年月日	(昭和・平成)	51年	4月	日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)

入院歴 (直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成 2年 2月～	2年 8月 (傷病名: てんかん)
2. 昭和・平成 年 月～	年 月 (傷病名:)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
(精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)
生後8ヶ月よりけいれんが出現。薬物治療にもかかわらず、発作は週単位からときに日単位の頻度で、なお続いている。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日、 <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
有 無
(有の場合) → 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重=61 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 (移動には車イスを用いるなどの配慮が必要。)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ()

・嚥下について 特になし あり ()

・摂食について 特になし あり ()

・移動について 特になし あり (転倒に注意。)

・その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

抗てんかん薬の血中濃度が上昇しすぎると、アテトーゼ様の不随意運動はより強くなる。一方、抗てんかん薬の血中濃度が低下すると不随意運動は軽減するが、強直して倒れるてんかん発作が日単位に頻発する。

(精神障害の機能評価)

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 能力障害;) (判定時期 平成 年 月)

○生活障害評価: (食事; 生活リズム; 保清; 金銭管理; 服薬管理;

対人関係; 社会的適応を妨げる行動;) (判断時期 平成 年 月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな					
記入者氏名		所属機関		調査時間	

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	①・2・3・4・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・ <u>肢体不自由</u> ・内部障害・その他 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	②度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	①級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・③無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 2 回程度（買い物、ドライブ（家族の運転による）） 社会活動の参加の状況（困難） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に

VII 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してください。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 通所更生施設。

VIII 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してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 父母と兄と同居。
 月1回くらいある夜の発作時は、その後一晩中眠れない。

IX 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してください。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 マンション3階。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

脳性麻痺による脳原性両上肢機能障害1級、脳原性移動機能障害4級。

区分5 事例2

区分変更: 区分4 → 区分5

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

■最重度の知的障害で、先天性甲状腺機能低下症、重積のてんかん発作がある事例。

■頻回に他害、異食、自傷、危険な行動があり、行動障害、精神症状に関する介助項目が多く、介護の手間がかかると特記事項、医師意見書から判断し、区分5に変更した。

1 一次判定等

判定結果：	プロセスⅠ 区分4	プロセスⅡ 区分4	2次判定 区分5	有効期間 3年	食事	排せつ	移動	清潔 保持	間接	行動	機能 訓練	医療 関連
障害程度区分基準時間：	84.8分				19.9分	17.7分	13.8分	17.1分	3.2分	7.6分	2.2分	3.3分

2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)		
	拘縮 (足関節)		
移動			
2-1	復返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		支えが必要
3-3	洗身		全介助
特別介護			
4-1ア.	じょくそう		
4-1イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		一部介助
4-4	飲水		一部介助
4-5	排尿		全介助
4-6	排便		全介助
身の回り			
5-1ア.	口腔清潔		全介助
5-1イ.	洗顔		全介助
5-1ウ.	整髪		全介助
5-1エ.	つめ切り		全介助
5-2ア.	上衣の着脱		全介助
5-2イ.	ズボン等の着脱		一部介助
5-3	薬の内服		全介助
5-4	金銭の管理		全介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		日常的に困難
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3ア	意思の伝達		ほとんど不可
6-4ア	指示への反応		ときどき通じる
6-5ア.	毎日の日課を理解		できない
6-5イ.	生年月日をいう		できない
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		できない
6-5オ.	今の季節を理解		できない
6-5カ.	場所の理解		できない

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	51.3	45.5	7.1	36.9	50.9

IADL	行動障害
6.00点	3.71点

行動		調査結果	
7ア	被害的		
7イ	作話		
7ウ	幻視幻聴		
7エ	感情が不安定		ときどきある
7オ	昼夜逆転		
7カ	暴言暴行		ときどきある
7キ	同じ話をする		
7ク	大声を出す		ある
7ケ	介護に抵抗		ときどきある
7コ	常時の徘徊		ある
7サ	落ち着きなし		ときどきある
7シ	外出して戻れない		ある
7ス	1人で出たがる		ある
7セ	収集癖		
7ソ	火の不始末		
7タ	物や衣類を壊す		ある
7チ	不潔行為		ときどきある
7ツ	興奮行動		週に1回以上
7テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の管理		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下雑	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	重い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助
B2項目群		
7ト	ごだわり	
7ナ	多動・行動停止	ほぼ毎日
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7ネ	他を叩く等の行為	ほぼ毎日
7ノ	興味等による行動	毎日 (外出のたび)
7ハ	通常と違う声	日に1回以上
7ヒ	突発的行動	日に頻回
7ホ	反復的行動	
C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7ヘ	豪鬱で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	
7ム	話がまとまらない	ある
7メ	集中力が続かない	ある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 清潔保持への関心が乏しい。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) そしゃくしないで丸飲みしてしまうため、荒刻みにしている。食べこぼしの後始末に介助を要す。

(4-4) やかんやペットボトルを飲み干してしまう。1~2回/月は洗面所で水を飲むなど多飲。けいれんをおこすこと有。

(4-5) 自分からの訴えなく、1~1.5時間おきに誘導するが、タイミングが難しくパットに出ることが多い。

(4-6) 表情で察しての誘導。パットに出ている訴えなく、弄便していることもある。促されればズボンの上げ下ろし

はするが、性器が出ているような状態のため要介助。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) 清潔保持への関心が乏しい。介助も嫌がる。流涎用のタオルを肩からゴムで斜めがけしているが、自分で拭きと

ることはない。

(5-2) ア. 首を通してもらえれば腕をぬくことは可。暑い時、入浴したい時は自分で脱ぐが、着替のための指示では

脱がない。

(5-2) イ. ズボン・パンツ→トイレ時など、促されれば上げ下げを行うが、やり直しを要す。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-3-ア, イ) 嫌な時に、自分の頭をたたいたり、相手を押しのける。何かをしたい時は、相手の手を引っ張ってその

物に触れさせたりしている。それを見て、介護者が推測している状況。

(6-4-ア) 生活上の知っている言葉(風呂・ごはん)に反応しているが、「トイレに行ってから風呂」などと言われる

と、どちらかしかできない。

(6-4-イ) 実物が有効な場合あり。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(カ, ヌ) 毎日、制止をされるなど思い通りにならない時、母へ手が出たり、壁に頭を打ちつける、指を噛む等の行為あり。

(コ, シ, ス, ヒ) 家の中は、かまひに手をかけ、机や出窓を渡り歩く。すぐに外に出ようとするため、防犯用のロックを

したり、窓の前に柵などを置いている。早朝に1人で出て、どこかで服を脱ぎ、裸で団地内を歩いで

たこと有。

(ツ, フ) 異食があり、部品などいろいろなものが便に混じっている。また、あめなどを見つけると、1度に全て口に入れ

てしまう。

(ク) 物を壊そうという意識ではないが、物を投げてその音を楽しむため、2階から蛍光灯を投げて割ったりする。聴きど

り時も、しばらくなめていたおもちゃを突然机に投げたり、机の上を歩いて、陶器の小物入れを割ったりした。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() 重積発作のための入院が多く、薬でのコントロール。甲状腺機能低下症で、ホルモン薬服用中。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1, 2) 台所にも施設されており、本人は関わっていない。配下膳も、途中で膳から手を離してしまう。

(9-6) 目に入った物を、その場で開けて飲んでしまうため、全面的な支援を要す。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。				
主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに			<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名			電話 ()	
医療機関名			FAX ()	
医療機関所在地				
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日					
1. 先天性甲状腺機能低下症	発症年月日	(昭和・平成)	63年	10月	○日頃)
2. 精神運動発達遅滞	発症年月日	(昭和・平成)	6年	10月	日頃)
3. てんかん	発症年月日	(昭和・平成)	6年	10月	日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)					
1. 昭和・平成	17年	2月～	17年	8月	(傷病名: けいれん重積)
2. 昭和・平成	13年	7月～	13年	7月	(傷病名: 気管支炎)
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明					
〔「不安定」とした場合、具体的な状況を記入〕					
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)					
先天性甲状腺機能低下症にて甲状腺ホルモンの補充を続けている。熱性けいれんは何回か起こしていたが、平成6年○月○日にけいれん重積で入院後てんかんと診断。現在3種類の抗けいれん剤を内服中。けいれんは完全には消えておらず、時々短時間のけいれんはあり。精神運動発達遅滞も認め日常生活にも介助が必要。					

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 失見当識 <input checked="" type="checkbox"/> 失認 <input checked="" type="checkbox"/> 失行					
<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	<u>A1</u>	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・ <u>2級</u>				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 25 回程度（ドライブ、通学） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成17年7月～ 年 月 入院の原因となった病名 (発作種なってICUに3日間、計11日間の入院) 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 発作（けいれん）のための入院は10回以上。発熱で2回入院。
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし

具体的に
 卒業後、授産やデイサービスの通所を検討中。

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（学校 ）

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 父～洗身、添寝。
 母～体を拭く、スクールバスまでの送迎、家事。

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 団地の一番奥まった所。
 すぐを外に出たがる、物を投げる（壊れる音を楽しむ）ため、いたるところに防犯用ロックがされ、窓から出られないよう柵などが置いてある。障子も本人に破られている。

X その他、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

現在、養護学校高等部〇年生。
 ADL全般に介助を要する。自分の興味が優先し、制止を嫌う。
 外に出たがり目が離せない状況。
 言葉の理解も難しいようで、知っている単語に反応し、促されて行動している。

区分5 事例3

区分変更: 区分3 → 区分5

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害で周期性の興奮、不眠状態がある事例。
- 排便時に排泄物を壁になすりつけたり、葉を口に入れるなどの異食行為、奇声、暴行（母親の髪を引っ張る）、破衣等の行動障害がみられることから、これらに対応するため、介護時間が長くなると判断し、区分5に変更した。

1 一次判定等

判定結果:	プロセスⅠ 区分3	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分5	有効期間 3年	食事 3.1分	排せつ 10.5分	移動 13.7分	清潔 保持 15.8分	間接 5.7分	行動 4.3分	機能 訓練 2.2分	医療 関連 3.3分
障害程度区分基準時間:	58.6分											

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	
	麻痺(右-上肢)	
	麻痺(左-下肢)	
	麻痺(右-下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	見守り等
2-7	移動	見守り等
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	全介助
特別介護		
4-1ア	じょくそう	
4-1イ	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	見守り等
4-4	飲水	見守り等
4-5	排尿	見守り等
4-6	排便	一部介助
身の回り		
5-1ア	口腔清潔	一部介助
5-1イ	洗顔	一部介助
5-1ウ	整髪	一部介助
5-1エ	つめ切り	全介助
5-2ア	上衣の着脱	見守り等
5-2イ	ズボン等の着脱	見守り等
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	できない
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	ほとんど不可
6-4ア	指示への反応	ときどき通じる
6-5ア	毎日の日課を理解	できない
6-5イ	生年月日をいう	できない
6-5ウ	短期記憶	できない
6-5エ	自分の名前をいう	できない
6-5オ	今の季節を理解	できない
6-5カ	場所の理解	できない

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	
7エ	感情が不安定	ある
7オ	昼夜逆転	ときどきある
7カ	暴言暴行	ときどきある
7キ	同じ話をする	
7ク	大声を出す	ある
7ケ	介護に抵抗	
7コ	常時の徘徊	ある
7サ	落ち着きなし	ある
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収束癖	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣服を壊す	ときどきある
7チ	不潔行為	ときどきある
7ツ	異食行動	ほぼ毎日
7テ	ひどい物忘れ	ある
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の管理	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下補	見守り、一部介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	ある
7ナ	多動・行動停止	ほぼ毎日
7ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7ヌ	自ら印く等の行為	ほぼ毎日
7ネ	他を印く等の行為	ほぼ毎日
7ノ	興味等による行動	毎日(外出のため)
7ハ	通常と違う声	日に1回以上
7ヒ	突発的行動	日に1回以上
7ホ	反復的行動	ある

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	驚嚇で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	ときどきある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	全介助

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	82.5	77.0	60.3	29.7	36.9	61.7

IADL	行動障害
5.57点	4.26点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 関節の動く範囲の制限の有無

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り、2-2 起き上がり、2-3 座位保持、2-4 両足での立位保持、2-5 歩行、2-6 移乗、2-7 移動

(2-6、7) 移動や移乗の際に声かけがないと行動できないことや歩道から車道に飛び出してしまう行動も見られるため、見守りが必要と判断。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり、3-2 片足での立位保持、3-3 洗身

(3-3) 介助者が声かけをしても手で体を撫でる程度の洗身しかできていないため全介助と判断。

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無、4-2 えん下、4-3 食事摂取、4-4 飲水、4-5 排尿、4-6 排便

(4-3) 介助者が声をかけないと食事が進まない。手が止まってしまうなどの様子が見られる。

(4-4) 介助者が声をかけないと適量以上の水分を摂取してしまうため、見守りが必要と判断。

(4-5、6) 介助者が声をかけないと便器の外に排尿してしまったり、おしりを拭く行為をしなないことがあるため、見守り、一部介助が必要と判断。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔、5-2 衣服着脱、5-3 薬の内服、5-4 金銭の管理、5-5 電話の利用、5-6 日常の意思決定

(5-1) 歯ブラシは手に持って口の中に入れる程度、洗顔は水で軽く顔を濡らす程度のため、一部介助と判断。

(5-2) 表裏反対に着てしまうことなどがあるため、見守りが必要と判断。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力、6-2 聴力、6-3-7 意思の伝達、6-3-1 本人独自の表現方法、6-4-7 介護者の指示への反応、6-4-1 言葉以外の手段を用いた説明の理解、6-5 記憶・理解

(6-3-ア) 「ア」「ウー」などの発声が見られるが、意図していることが分からないことが多い。

(6-4-ア) 介助者からの指示に対しては、何度も繰り返す中で反応される時とそうでない時がある。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(カ、ク、ネ) はほぼ毎日自分の思い通りにならない時に大きな声を出したり、母親の髪の毛を引っ張るなどの行為が見られる。

(コ、サ) 日中自宅にいる際には、常時部屋の中を動き回ったり、部屋の隅の方に行き座るなどの行動を繰り返している。

(チ) 排便後、排泄物を壁などになすりつけるなどの行為がある。

(ツ) 外出時に、葉っぱなどをむしり取って口に入れてしまう行為がある(外出時は常に)。

(ホ、ト) 広告チラシを細かくちぎってゴミ箱に入れる。それを繰り返し行っている。破って良い物、悪い物の判断はできない。

(ニ、ヒ) 着替えをすることが好きなため、わざと排尿を失敗して着替えをする行為が見られる。自宅に置いてあった塗料用のシンナーを飲んでしまったこともある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() ※てんかん発作あり。服薬もあり(精神安定剤もあり)。

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理、9-2 配下膳、9-3 掃除、9-4 洗濯、9-5 入浴準備、9-6 買物、9-7 交通手段、9-8 文字の視覚的認識使用

() 一連の行為において上記のような行動が見られるため、すべてにおいて見守り、介助が必要と判断。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. てんかん	発症年月日	(昭和・平成)	44年 月 日頃)
2. 精神発育遅滞	発症年月日	(昭和・平成)	〇年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成)	年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成	年 月	年 月	(傷病名:)
2. 昭和・平成	年 月	年 月	(傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) ほぼ1ヶ月周期で精神運動興奮、不眠を来す。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)			
てんかんはコントロール良好、発作を認めていない。 周期性の興奮時には服薬で対応。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 _____) <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (不穏、興奮、不眠)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院 _____) <input type="checkbox"/> 無	

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所属機関		調査時間
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -				電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係（ ）				電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 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（ ）				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	⊙A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	⊙1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・⊙無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： _____ 回程度
・ 社会活動の参加の状況（ _____ ）
・ 過去2年間の入所歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ _____ ）
年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ _____ ）
・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ _____ ）
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ _____ ）
・ その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に

VII 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してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 月～金 第2、3、4土曜日。○○。

VIII 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してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 母親は高血圧（服薬などはなし）。

IX 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してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

外出介護 54時間/月。
 ショートステイ 7日/月。
 ○○を利用予定。

区分6 事例1

区分変更: 区分5 → 区分6

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 脳内出血による左片麻痺、視覚障害、高次脳機能障害の事例。
- 排尿排便時にも人に知らせることができず、清潔保持を含めて全介助の状態である。また、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害があつて、日常生活では全面的に要介護の状態で、より長い介護時間を要すると判断し、区分6に変更した。

1 一次判定等

判定結果:	プロセスⅠ 区分5	プロセスⅡ 区分5	2次判定 区分6	有効期間 3年	食事 16.0分	排せつ 21.9分	移動 17.8分	清潔 保持 24.6分	間接 6.2分	行動 4.7分	機能 訓練 2.5分	医療 関連 4.3分
障害程度区分基準時間:	97.8分											

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左上肢)	ある
	麻痺(右上肢)	
	麻痺(左下肢)	ある
	麻痺(右下肢)	
	麻痺(その他)	ある
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	ある
	拘縮(膝関節)	ある
	拘縮(足関節)	ある
	拘縮(その他)	ある
移動		
2-1	寝返り	つかまれば可
2-2	起き上がり	できない
2-3	座位保持	支えが必要
2-4	両足での立位	できない
2-5	歩行	できない
2-6	移乗	全介助
2-7	移動	全介助
複雑動作		
3-1	立ち上がり	できない
3-2	片足での立位	できない
3-3	洗身	全介助
特別介護		
4-1ア	じょくそう	
4-1イ	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	一部介助
4-4	飲水	一部介助
4-5	排尿	全介助
4-6	排便	全介助
身の回り		
5-1ア	口腔清潔	一部介助
5-1イ	洗頭	全介助
5-1ウ	整髪	全介助
5-1エ	つめ切り	全介助
5-2ア	上衣の着脱	全介助
5-2イ	ズボン等の着脱	全介助
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	日常的に困難
意思疎通		
6-1	視力	判断不能
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	ほとんど不可
6-4ア	指示への反応	
6-5ア	毎日の日課を理解	できない
6-5イ	生年月日をいう	
6-5ウ	短期記憶	できない
6-5エ	自分の名前をいう	
6-5オ	今の季節を理解	
6-5カ	場所の理解	できない

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	
7エ	感情が不安定	ある
7オ	昼夜逆転	ある
7カ	暴言暴行	ある
7キ	同じ話をする	
7ク	大声を出す	ときどきある
7ケ	介護に抵抗	ときどきある
7コ	常時の徘徊	
7サ	落ち着きなし	あり
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収棄癖	
7ソ	火の不始末	あり
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	異食行動	
7テ	ひどい物忘れ	ある
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の種類	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	ほぼ毎日
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	寝癖で悲観的	ある
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ときどきある
9-8	文字の視覚的認識	全介助

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
41.2	7.8	5.9	49.8	9.3	56.9	80.3

IADL	行動障害
6.00点	1.57点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 手指・足の指にも麻痺有。

(1-2) 股関節は、可動域に制限有。足全体の筋力そのものも低下。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-2) 介助なければ不可能。

(2-7) バリアフリー部分なら車いすで移動できるが、外には出たがらず、ダイサービスなどに行くときは、介助必要。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 食事の行為は行えるが、食事中に食事をしていることを忘れるため、常に声かけなど必要。量の調整も必要。

(4-4) 用意してもらえば自分で可能。

(4-5) 尿意感じない。オムツをしているが、排尿しても知らせない。

(4-6) 排便しても知らせることができない(便意ない)。不快感もないようだとのこと。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. はみがき、歯ブラシ・歯みがき粉・コップ等用意すれば自分で行える。

(5-1) イ. 洗顔は手指に麻痺もあり、洗うのも困難。本人も洗おうとしない。

(5-1) ウ. 洗髪、整髪、共に介助必要(やる意欲もみられない)。

(5-3) 飲むたびに「何の薬?」と確認する。

(5-5) 電話をとろうとしない。

(5-6) 排尿・排便時のように、必要なときに援助を求めることが困難。

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-1) 脳の伝達にもダメージがあるため、見えていないのか、見えていても認知判断できていないのか、判断できないが、医師の診断によると視覚障害有。

(6-3) こちらが話しかければ答えることはできるが、本人から何かを言ったりすることは一切ない。

(6-5) ウ. 短期記憶→その日食べたものも覚えていない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(エ) 脳の状態による。攻撃的になったりする。

(オ) 夜も目をあけていたりする。日中、寝たいときに寝ている。ほぼ毎日。

(カ) 同じことを2回聞くだけで攻撃的になる。不意に突然に壁をたたき、音をたてる等有。毎日。

(ク) 攻撃的になったとき→きさいなことで攻撃的になる。例: 同じことを2回聞いたりするだけで怒り出す。

(ケ) 支障はないが拒否はいつもある。

(テ) 15秒前でも忘れている。

(ト) 常に悲観的に感じられるが、生命の危険と隣合わせのものでもない。

(マ) 判断できない。自分から、話しかけたりもしないので。

(ミ) 家族が見ている限り、意欲は全くないように感じられる。自発的に何もしようとしない。

(メ) 集中力そのものがないように思われる。

(ヤ) 頻度は、そのときどきで違うが、拒否的である。

(ネ) 手加減がない。不機嫌になるとすぐたたいたりする。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理、9-2 配下膳、9-3 掃除、9-4 洗濯、9-5 入浴準備、9-6 買物、9-7 交通手段、9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 立位不可能なうえ、気力も無く、視力にも障害がある。

(9-2) できない、やろうとする気力も無い。

(9-6) 買い物に連れて行っても、色も分からないので、選択もできない。

(9-7) 介助者が全て付き添わないと無理と思われる。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. くも膜下出血後遺症	発症年月日	(昭和 平成) 15年 9月 〇日頃
2. 二次性てんかん	発症年月日	(昭和 平成) 15年 9月 日頃
3. _____	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃

入院歴 (直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成 15年 3月～	16年 6月 (傷病名: くも膜下出血)
2. 昭和・平成 年 月～	年 月 (傷病名:)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)
 高次脳機能障害。体幹失調あり、手すりがないと動けない。

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)
有 無
 (有の場合) → 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食 性的行動障害 その他 (無為)

(2) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行
認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害
その他 ()
 ・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = _____ cm 体重 = 58.1 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (_____)

→ 対処方針 (オムツ _____)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり (_____)

・嚥下について 特になし あり (_____)

・摂食について 特になし あり (_____)

・移動について 特になし あり (_____)

・その他 (_____)

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 (_____) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

意欲低下、著明な記憶障害、易怒性あり。
 日常生活全介助に近い。外へ出ようとしたがらない。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 5 能力障害; 5) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 5 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 5 対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 1) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 -			電話	- -
	氏名 ()			調査対象者との関係 ()	

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	①・2・3・4・5・6			
2) 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 ()			
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度
	重 度	A	A2	2度
	中 度	B	B1	3度
	軽 度	C	B2	4度
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級			
5) 障害基礎年金等級	1級・②級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・③無			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 月 4 回程度 （デイサービスのみ）
・ 社会活動の参加の状況（ ）
・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
・ 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ）
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ）
・ その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 母と夫と同居。

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
 入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
 一戸建て（2F建て）。

X その他、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

実母・夫・子供2人と計5人で同居しているが、夫も仕事（出張あり）、実母は飲食店経営のため、デイサービスへの送迎が難しいので、外出介護の申請をし週3日程デイサービスを利用できるようにしたい、とのこと。
 ※病後、何に対しても無気力・意欲もなく、自発的に行動もしないため、デイサービスには通わせて、外の空気を吸わせたいとのご家族のご要望です。

区分6 事例2

区分変更: 区分5 → 区分6

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 聴覚障害、重度の知的障害によりコミュニケーションが十分にとれず精神的に不安定になることが多い事例。
- このため、施設通所がほとんどできない。さらに、拒食（偏食）、興奮が頻回にあり、排尿排便のコントロールができず、おむつを着用するなど、日常生活において全面的に介護が必要なことから、介護時間が長くなると判断し、区分6に変更した。

1 一次判定等

判定結果:	プロセスⅠ 区分5	プロセスⅡ 区分5	2次判定 区分6	有効期間 3年	食事	初せつ	移動	清潔 保持	間接	行動	機能 訓練	医療 関連
障害程度区分基準時間:	92.5分				15.7分	22.6分	13.8分	10.4分	13.7分	4.3分	1.9分	10.1分

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺 (左-上肢)	
	麻痺 (右-上肢)	
	麻痺 (左-下肢)	
	麻痺 (右-下肢)	
	麻痺 (その他)	
1-2	拘縮 (肩関節)	
	拘縮 (肘関節)	
	拘縮 (股関節)	
	拘縮 (膝関節)	
	拘縮 (足関節)	
	拘縮 (その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	全介助
特別介護		
4-1ア	じょくそう	
4-1イ	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	一部介助
4-4	飲水	一部介助
4-5	排尿	全介助
4-6	排便	全介助
身の回り		
5-1ア	口腔清潔	全介助
5-1イ	洗顔	全介助
5-1ウ	整髪	全介助
5-1エ	つめ切り	全介助
5-2ア	上衣の着脱	見守り等
5-2イ	ズボン等の着脱	見守り等
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	できない
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	大声が聞こえる
6-3ア	意思の伝達	ときどきできる
6-4ア	指示への反応	ときどき通じる
6-5ア	毎日の日課を理解	
6-5イ	生年月日をいう	できない
6-5ウ	短期記憶	できない
6-5エ	自分の名前をいう	
6-5オ	今の季節を理解	
6-5カ	場所の理解	

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	ときどきある
7エ	感情が不安定	ある
7オ	昼夜逆転	ある
7カ	暴言暴行	ある
7キ	同じ話をする	ある
7ク	大声を出す	ある
7ケ	介護に抵抗	ある
7コ	常時の徘徊	
7サ	落ち着きなし	ある
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収集癖	ある
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
7ツ	異食行動	
7テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	ある
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	週に1回以上
7ヌ	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7ノ	興味等による行動	月に1回以上
7ハ	通常と違う声	希にある
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	ある

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ほとんど不可
7フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7ヘ	握拳で悲観的	ある
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	ある
7メ	集中力が続かない	ある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	77.0	45.5	10.8	58.9	58.6

IADL	行動障害
6.00点	3.86点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-4) 飲水は拒食のため、ほとんどなし。

(4-3) 拒食症状があり、母が声かけや介護をしないと食べようとしない。また、食事前にこだわりの確認行為をくりかえし、しないと食事できない。

(4-5) 精神不安定のため排尿のコントロールできず失禁があるため、昨年秋から紙オムツ使用。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-3) 薬の飲み方も本人のこだわりの手順があり、その通りに母が飲ませなければいけない。

(5-6) 自分の意思はあるが、うまく表現できないので、伝えられない。状況を判断して決めることはできず母がすることになる。

()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3) 意思伝達は母でも分からないことは多い(キュードスピーチや筆談も併用するが)。自分の思いを、伝えるように表現できず、母が伝えたいこともうまく伝わらない。

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~7まで)

() 精神状態が不安定なためにイライラやこだわりが強い。要求が通らないとエスカレートし、暴力もある。日常生活すべてにこだわりがあり、その通りにならないとパニックになる。母はそれに従わなければならない、精神的負担が大きい。作業所へ行くたびにこだわりの物を無断でもちかえる。一人では外出できない。室内、外出時も基本的には母と一緒にいないとより不安定になり、母の精神的負担は大きい。

()

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

()

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに		<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名		電話 ()	
医療機関名		FAX ()	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 知的障害	発症年月日	(昭和)・平成	52年 5月 ○日頃
2. 適応障害	発症年月日	(昭和)・(平成)	17年 1月 ○日頃
3. 難聴、白内障術後	発症年月日	(昭和)・平成	52年 5月 日頃
入院歴(直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成	年 月～	年 月	(傷病名:)
2. 昭和・平成	年 月～	年 月	(傷病名:)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 食事摂取が全くできず、点滴等を要することが数ヶ月に1回ある。			
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 聴力障害、発語や歩きはじめの遅滞あり、聾学校を卒業し、〇〇作業所に通所した。 平成17年1月、特に物事へのこだわりが強くなり、収集癖や偏食が強くなった。家族の援助に拒否的になり興奮するため当院を初診。以後、薬物療法と関わりの工夫に関する助言が継続的に必要である。			

2. 特別な医療(現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置(回数 回/日, <input type="checkbox"/> ・時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(拒食、強度の強迫行為)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 重度適応障害、知的障害)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害(短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(強迫行為)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇病院) <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 両手指を常に強く握りしめている。)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 (興奮、拒食)

→ 対処方針 (関わりの工夫。)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ()

・嚥下について 特になし あり ()

・摂食について 特になし あり (本人の好みに合う食事の工夫。)

・移動について 特になし あり ()

・その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

知能検査を試みたが、検査の意味が理解できず施行不能であった。

行動障害は強度で、公共の場(店)などで強迫行為が出現し、周囲の者が応じないと大声を出し興奮するため、常に援助や対処行動の強化が必要である。抗精神病薬の投与も必要である。家族の介護負担は、大変大きい状態が続いている。

(精神障害の機能評価)

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 5 能力障害; 4) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保済; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 4

対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 5) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分			
1) 身体障害者等級	1・②・3・4・5・6			
2) 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（言語 ）			
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度
	重 度	Ⓐ	A2	2度
	中 度	B	B1	3度
	軽 度	C	B2	4度
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級			
5) 障害基礎年金等級	①級・2級			
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級			
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・③無			

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 5 回程度（散歩週3回ヘルパー同行。1人での外出は無理。（精神状態により断る日も多い） 社会活動の参加の状況（月3日くらい○作業所通所。） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成16年5月～16年 5月 入院の原因となった病名（白内障手術） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に

VII 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してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）

・ ○○作業所に在籍しているが、気分がムラがあり、通えるのは月によって差が大きいですが、ほとんど行けない。○月は3日間のみ。

・ 週3回ヘルパー利用により外出支援となっているが精神状態により利用できない日も多い。

VIII 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してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと

・ ほとんど母から離れることができない。そのため母の精神的負担は大きい。

・ 腰が悪い。

IX 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してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 場所についてのこだわりもあり、本人は居間で過ごすことが多い。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 聴覚障害と知的障害、精神障害があることで、他者とのコミュニケーションはあいさつ程度のみ可。

・ 母とのコミュニケーションが一番できるが、母でも伝えられないことや理解できないことは大きい。

・ 話していることがどの程度伝わったか分かりにくい。また、精神障害のため、受け止め方がゆがんだり、表現がうまくできない。

・ 本人が気に入っている職員やヘルパーにのみ心を開く。

重度訪問介護対象者の経過措置について

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こととする。

【経過措置】

平成18年9月末日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、重度訪問介護の対象者要件に該当しない者のうち、

- ① 障害程度区分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、当該者の障害程度区分の有効期間に限り、重度訪問介護の対象とする。

※ 当該経過措置対象者のうち、区分3の者に係る取扱い

報 酬 : 区分4に適用される額とする。

国庫負担基準 : 15,220単位とする。

障害児施設の利用者負担 の見直しについて

障害児施設利用者負担の見直し(平成18年10月から実施)

- 平成18年10月から定率負担、実費負担が導入される障害児施設の利用者負担について、障害児を養育する世帯は若い世帯が多いこと、早期療育促進等の観点から以下のとおり見直し。

入所施設利用者

- 障害児を養育する世帯については他の世代に比べて若い世帯が多いことに特に配慮し、育成医療の負担軽減措置を踏まえ、市町村民税所得割額2万円未満世帯まで、食費・光熱水費の軽減措置を拡大。
 - ・ 所得割2万円未満世帯の負担額: 45,000円/月 → 19,600円/月 に軽減。

通所施設利用者

- 障害児施設の利用者負担は本人ではなく、保護者が行うことから、特に若い世帯の多い学齢期前の障害児に係る通所施設につき、一般の子育て世帯との均衡から、保育所の保育料程度の負担水準となるよう食費負担軽減措置を拡大。
 - ・ 低所得者世帯の負担額: 12,600円/月 → 9,040円/月に軽減
 - ・ 所得割2万円未満世帯負担額: 28,700円/月 → 20,500円/月に軽減

障害者・児の利用者負担の見直し等について

※平成18年10月施行分

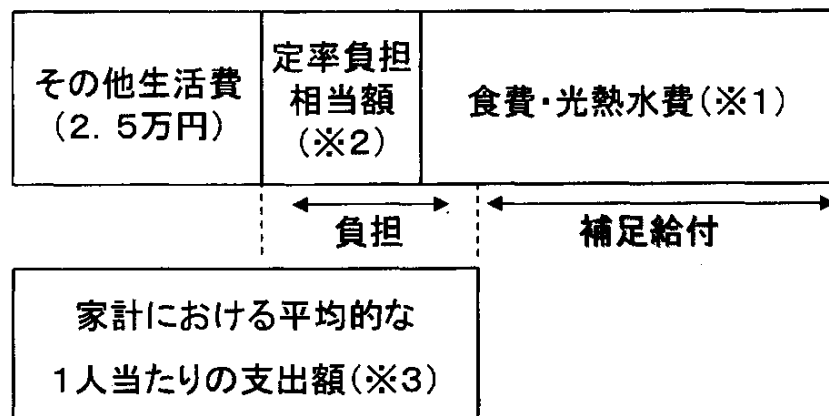
サービス区分	18年4月	18年10月	施行・見直し内容
在宅・通所サービス (障害者自立支援法)	施行	現行どおり	(20歳以上の障害者と同様)
施設入所サービス (障害者自立支援法)	福祉型	施行	<u>見直し</u>
	療養介護	—	施行
児童福祉施設・入所 (児童福祉法)	—	施行	20歳未満の一般世帯(所得割2万円未満世帯)について食費等の軽減措置を拡大(当初案からの変更) → 別添2(福祉型)、別添4(医療型) 20歳以上は、障害者施設入所者と同様 → 医療型については別添5
児童福祉施設・通所 (児童福祉法)	—	施行	学齢期前の障害児の利用者負担について、保育所の保育料程度とする → 別添3(福祉型)、別添6(医療型)

20歳未満の障害者施設(福祉型)入所者の負担軽減措置の見直し

(別添1)

○ 20歳未満の障害者施設入所者のうち、一般世帯(所得割2万円未満世帯)の実費負担について、障害児施設の負担軽減措置の見直し等とあわせ、低所得世帯と同様の負担となるよう、補足給付の額を拡大する(平成18年10月から実施)。

【見直し後の20歳未満の利用者負担】



(※1) 食費・光熱水費

5.8万円(食費4.8万円、光熱水費1.0万円)

※ 食費等の実態に応じ、3年ごとに見直す

(※2) 定率負担相当額

生活保護、低所得1、低所得2、一般世帯(所得割2万円未満世帯)・・・1.5万円

一般世帯(所得割2万円以上世帯)・・・単価/日×30.4×0.1

(※3) 家計における平均的な一人当たりの支出額

生活保護、低所得1、低所得2、一般世帯(所得割2万円未満世帯)・・・5.0万円

一般世帯(所得割2万円以上)・・・7.9万円

(例) 事業費19万円、食費等実費負担額5.8万円の場合

【低所得1、2、一般世帯(所得割2万円未満世帯)】

補足給付額4.8万 = (2.5 + 1.5 + 5.8) - 5.0

実費負担額 = 1.0万円 = 5.8 - 4.8

利用者負担計 = 実費負担額(1.0) + 定率負担額

低所得1: 1.0 + 1.5 = 2.5 低所得2・上記の一般世帯: 1.0 + 1.9 = 2.9

【一般世帯(所得割2万円以上世帯)】

補足給付額 = 2.3万 = (2.5 + 1.9 + 5.8) - 7.9

実費負担額 = 3.5万円 = 5.8 - 2.3

利用者負担計 = 実費負担額(3.5) + 定率負担(1.9) = 5.4

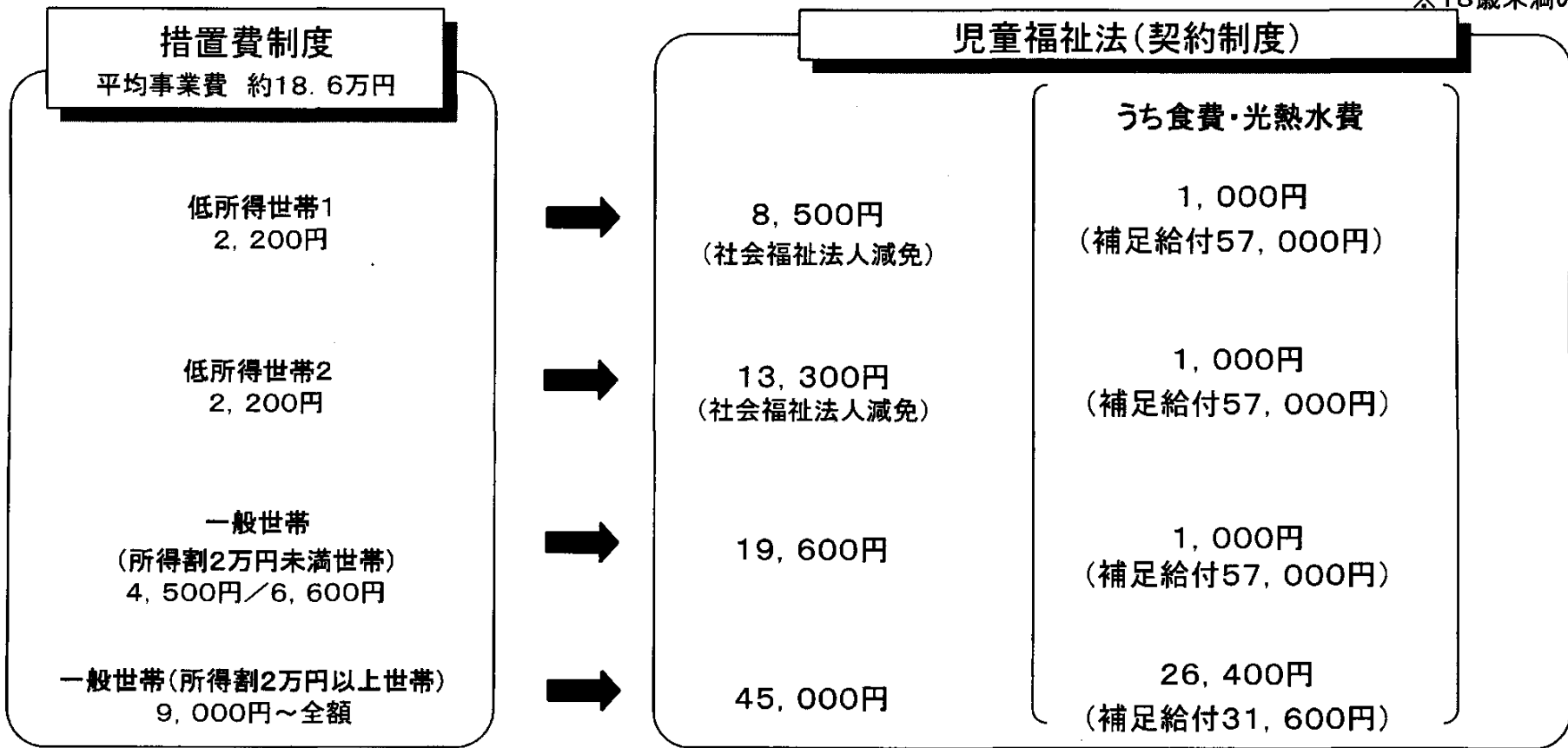
※数字は端数を丸めて計算しており、実際の数値とは異なる。(実際は1円単位で計算)

(別添2)

20歳未満の児童福祉施設(福祉型)入所者の利用者負担

○ 児童福祉施設に入所する20歳未満の障害者の食費・光熱水費の負担(詳細は次頁)について、「育成医療」における負担軽減措置の対象と同様、一般課税世帯のうち、市町村民税額(所得割)が2万円未満の世帯について、低所得者と同様の負担となるよう軽減措置を拡充する。

※18歳未満の場合

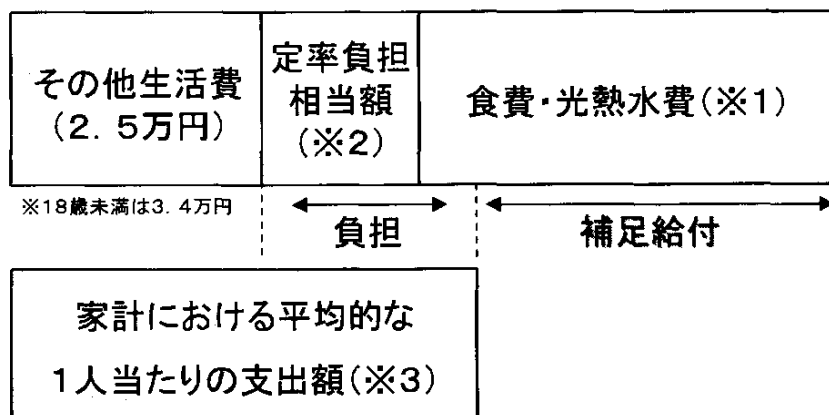


20歳未満の児童福祉施設(福祉型)入所者の負担軽減措置

○ 20歳未満の児童福祉施設入所者の実費負担について、子どもを養育する一般世帯において通常要する程度の負担(収入階層別の家計における平均的な一人あたり支出)となるよう、補足給付を行う。

※20歳未満の一般世帯(所得割2万円未満世帯)の実費負担について、障害児施設の負担軽減措置の見直し等とあわせて低所得世帯と同様の負担となるよう、補足給付の額を拡大する。(当初案からの変更)

【費用尺度】



(※1) 食費・光熱水費

5.8万円(食費4.8万円、光熱水費1.0万円)

※ 食費等の実態に応じ、3年ごとに見直す

(※2) 定率負担相当額

生活保護、低所得1、低所得2、一般世帯(所得割2万円未満世帯)・・・1.5万円

一般世帯(所得割2万円以上世帯)・・・単価/日×30.4×0.1

(※3) 家計における平均的な一人当たりの支出額

生活保護、低所得1、低所得2、一般世帯(所得割2万円未満世帯)・・・5.0万円

一般世帯(所得割2万円以上)・・・7.9万円

(例) 事業費19万円、食費等実費負担額5.8万円の場合

【低所得1、2、一般世帯(所得割2万円未満世帯)】

補足給付額4.8万 = (2.5 + 1.5 + 5.8) - 5.0

実費負担額 = 1.0万円 = 5.8 - 4.8

利用者負担計 = 実費負担額(1.0) + 定率負担額

低所得1: 1.0 + 1.5 = 2.5 低所得2・上記の一般世帯: 1.0 + 1.9 = 2.9

※ 18歳未満の場合は、2.5万円に0.9万円を加えて計算

【一般世帯(所得割2万円以上世帯)】

補足給付額 = 2.3万 = (2.5 + 1.9 + 5.8) - 7.9

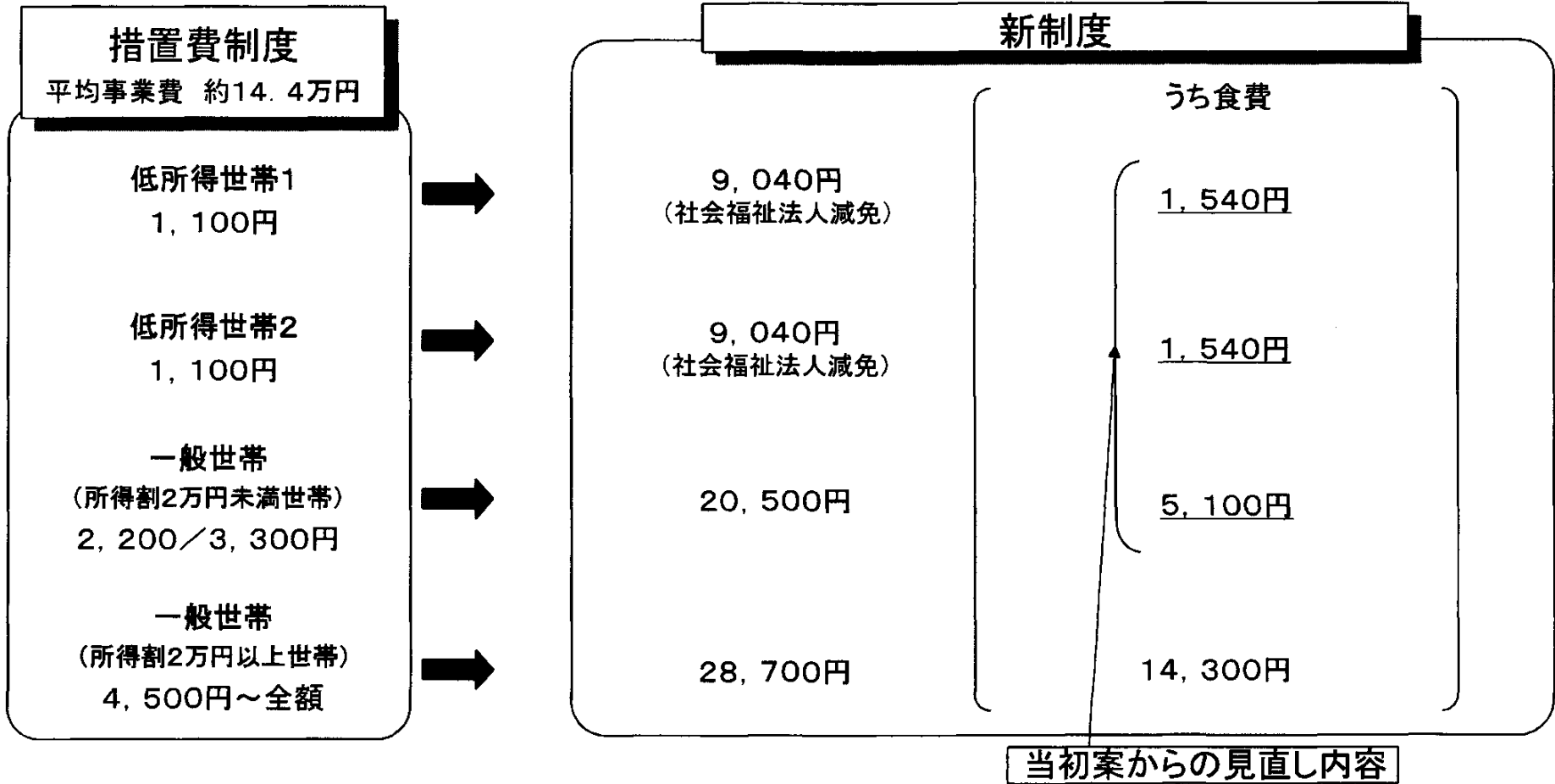
実費負担額 = 3.5万円 = 5.8 - 2.3

利用者負担計 = 実費負担額(3.5) + 定率負担(1.9) = 5.4

※数字は端数を丸めて計算しており、実際の数値とは異なる。(実際は1円単位で計算)

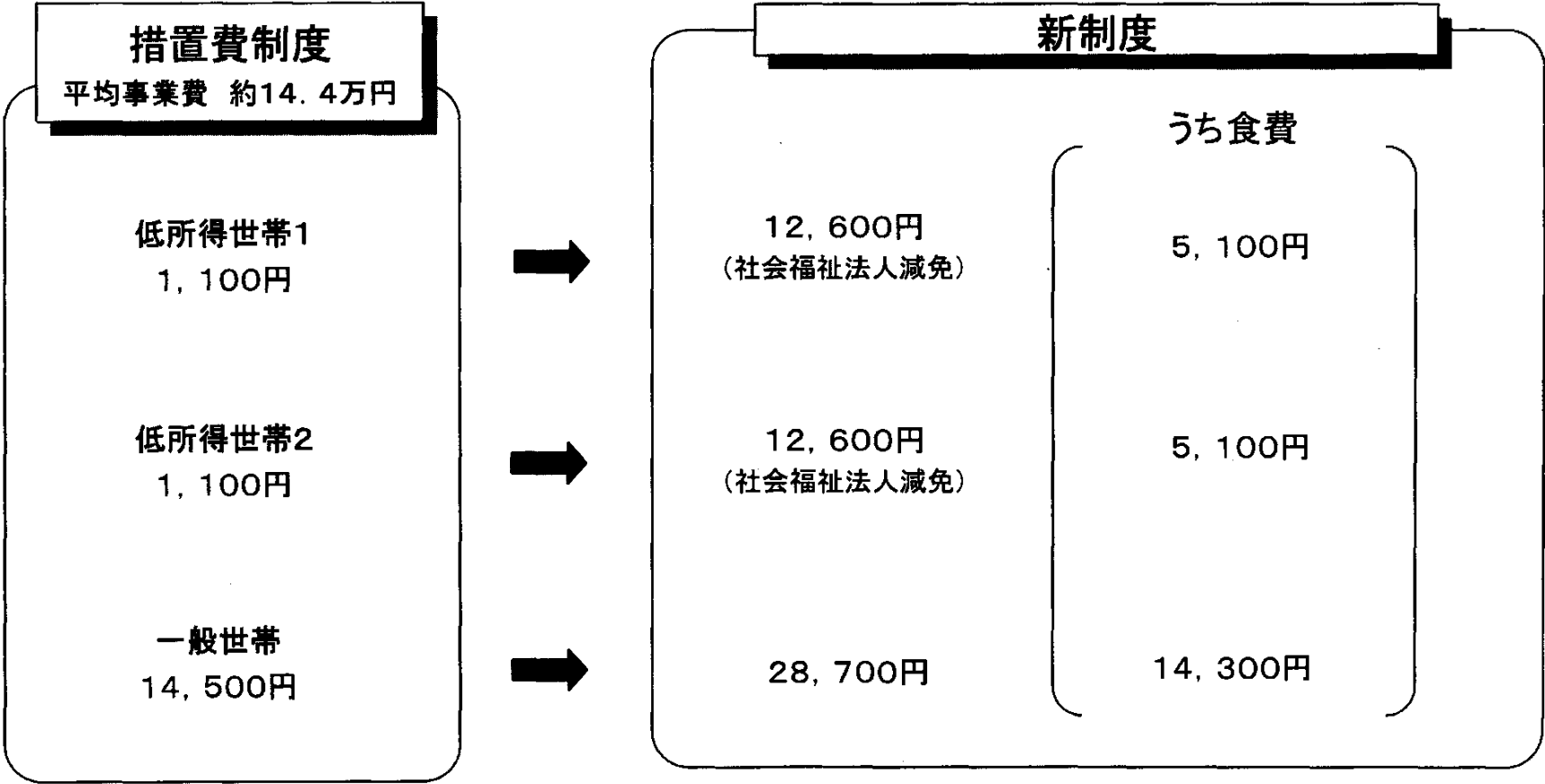
学齢期前の児童福祉施設(福祉型)通所者の利用者負担

○ 学齢期前の障害児に係る通所施設の食費の負担を軽減することにより、障害児の通所施設の利用者負担を一般の子育て世帯との均衡から、保育所の保育料程度の負担水準に抑える。



学齡期(20歳未満)の児童福祉施設(福祉型)通所者の利用者負担

※ 既にお示している内容から変更なし。



20歳未満の児童福祉施設(医療型)入所者/18、19歳の療養介護利用者の利用者負担(10月施行)

	福祉部分の利用者負担上限額	医療部分の利用者負担上限額	食費(標準負担額)
月額負担上限額等	○福祉型の利用者負担と同額 ・生活保護 0円 ・低所得Ⅰ 15,000円 ・低所得Ⅱ 24,600円 ・一般 37,200円	○老人保健制度の上限額を参考に設定 ・生活保護 0円 ・低所得Ⅰ 15,000円 ・低所得Ⅱ 24,600円 ・一般 40,200円	○健康保険の標準負担額
負担軽減措置(入所施設) 20歳未満	<p>○福祉部分の定率負担、医療部分の定率負担及び食費負担並びにその他生活費の合計が、地域で子どもを育てるために必要な費用と同程度の負担となるよう、医療部分の定率負担及び食費負担の軽減を行う。</p> <p>※一定収入・預貯金額以下の者については、社会福祉法人等減免の適用有り。</p> <p>→福祉型の児童福祉施設において、恒久的な措置として、地域で暮らす場合にかかる費用と同様の費用となるよう、食費負担の軽減措置を講じていることを踏まえた措置。</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>I. 減免額=その他生活費*+福祉部分利用者負担額**+医療部分利用者負担額+食費の標準負担額-5万円*** (低所得Ⅰ、Ⅱ、一般世帯(所得割2万円未満世帯)の場合) *18歳以上の場合は、2.5万円、18歳未満は3.4万円 **低所得Ⅱ及び一般世帯(所得割2万円未満世帯)の場合には、1.5万円が上限 ***一般世帯(所得割2万円以上世帯)の場合には、7.9万円</p> <p>II. Iにより計算された負担額(①+②+③)が利用者負担額</p> <p>A 食費の標準負担額>減免額の場合 ①福祉部分利用者負担額 ②医療部分利用者負担額 ③減免後食費負担額=食費の標準負担額-減免額</p> <p>B 食費の標準負担額≤減免額の場合 ①福祉部分利用者負担額 ②減免後医療部分利用者負担額=医療部分利用者負担額+食費の標準負担額-減免額 ③減免後食費負担額=0円</p>		

児施設
(医療型)

肢体不自由児施設入所者の例(20歳未満)

(平均事業費(福祉)6.7万円、(医療)46.5万円)

※18歳未満の場合

(現行)	合計
一般 (所得割2万円以上)	19,600円*
一般 (所得割2万円未満)	4,500円/ 6,600円
低所得Ⅱ	2,200円
低所得Ⅰ	2,200円

*課税世帯の平均徴収額



合計	福祉部分 利用者負担額	医療部分 利用者負担額	食費(標準負担額)
45,000円	6,700円	38,300円	0円(@0円)
16,000円	6,700円	9,300円	0円(@0円)
16,000円	6,700円	9,300円	0円(@0円)
16,000円	6,700円	9,300円	0円(@0円)

**児施設
(医療型)**

重症心身障害児施設入所者の例(20歳未満)

(平均事業費(福祉)22.9万円、(医療)41.4万円)

※18歳未満の場合

(現行)	合計
一般 (所得割2万円以上)	19,600円*
一般 (所得割2万円未満)	4,500円/ 6,600円
低所得Ⅱ	2,200円
低所得Ⅰ	2,200円

*課税世帯の平均徴収額



合計	福祉部分 利用者負担額	医療部分 利用者負担額	食費(標準負担額)
45,000円	22,900円	22,100円	0円(@0円)
23,900円	22,900円	1,000円	0円(@0円)
23,900円 ↓ 【13,300円】	22,900円 ↓ 【12,300円】	1,000円	0円(@0円)
16,000円 ↓ 【8,500円】	15,000円 ↓ 【7,500円】	1,000円	0円(@0円)

【 】内は社会福祉法人減免後の額

児施設
(医療型)

第1種自閉症児施設入所者の例(20歳未満)

(平均事業費(福祉)12.1万円、(医療)20.2万円)

※18歳未満の場合

(現行)	合計
一般 (所得割2万円以上)	19,600円*
一般 (所得割2万円未満)	4,500円/ 6,600円
低所得Ⅱ	2,200円
低所得Ⅰ	2,200円

*課税世帯の平均徴収額



合計	福祉部分 利用者負担額	医療部分 利用者負担額	食費(標準負担額)
45,000円	12,100円	20,200円	12,700円(@780円)
16,000円	12,100円	3,900円	0円(@0円)
16,000円	12,100円	3,900円	0円(@0円)
16,000円 ↓ 【11,400円】	12,100円 ↓ 【7,500円】	3,900円	0円(@0円)

【 】内は社会福祉法人減免後の額

(別添5)

20歳以上の児童福祉施設(医療型)入所者／20歳以上の療養介護利用者の利用者負担(10月施行)

※ 既にお示している内容から変更なし。

	福祉部分の利用者負担上限額	医療部分の利用者負担上限額	食費(標準負担額)
月額負担上限額等	○ 福祉型の利用者負担と同額 ・ 生活保護 0円 ・ 低所得Ⅰ 15,000円 ・ 低所得Ⅱ 24,600円 ・ 一般 37,200円	○ 老人保健制度の上限額を参考に設定 ・ 生活保護 0円 ・ 低所得Ⅰ 15,000円 ・ 低所得Ⅱ 24,600円 ・ 一般 40,200円	○ 健康保険の標準負担額
負担軽減措置(入所施設)	○ 資産が少ないなど負担能力の乏しい者について、福祉部分及び医療部分の定率負担並びに食費負担をした場合において、その他生活費として一定額が手元に残るよう、その負担を減免(3年間の経過措置)。 → 障害者施設において、3年間の経過措置として、定率負担部分を減免していることを踏まえ、児童福祉施設においても、福祉部分及び医療部分の定率負担について、個々の障害者の収入状況に応じ、負担軽減措置を実施。		
	<div style="text-align: center;"> </div> <p>I. 減免額=その他生活費+食費の標準負担額+福祉部分利用者負担額+医療部分利用者負担額-認定収入 *その他生活費は、2.5万円</p> <p>II. Iにより計算された負担額(①+②+③)が利用者負担額</p> <p>A 医療部分利用者負担額>減免額の場合 ①食事の標準負担額 ②福祉部分利用者負担額 ③減免後医療部分利用者負担額=医療部分利用者負担額-減免額</p> <p>B 医療部分利用者負担額≤減免額の場合 ①食事の標準負担額 ②減免後福祉部分利用者負担額=医療部分利用者負担額+福祉部分利用者負担額-減免額 ③減免後医療部分利用者負担額=0円</p>		

児施設 (医療型)

児童福祉施設(医療型)入所者の例(20歳以上)

重症心身障害児施設 平均事業費(福祉)22.9万円、(医療)41.4万円

(現行)	合計	合計	福祉部分 利用者負担額	医療部分 利用者負担額	食費(標準負担額)
一般	90,000円*	87,280円	22,900円	40,200円	24,180円(@780円)
低所得Ⅱ (年金1級)	49,800円	55,000円 (62,380円)	22,900円 (22,900円)	17,220円 (24,600円)	14,880円(@480円)
低所得Ⅰ (年金2級)	39,800円	41,000円 (44,880円)	15,000円 (15,000円)	11,120円 (15,000円)	14,880円(@480円)

*負担上限額

()内は個別減免が無い場合の額

第1種自閉症児施設 平均事業費(福祉)12.1万円、(医療)20.2万円

(現行)	合計	合計	福祉部分 利用者負担額	医療部分 利用者負担額	食費(標準負担額)
一般	50,000円*	56,480円	12,100円	20,200円	24,180円(@780円)
低所得Ⅱ (年金1級)	49,800円	47,180円	12,100円 (個別減免不要)	20,200円 (個別減免不要)	14,880円(@480円)
低所得Ⅰ (年金2級)	39,800円	41,000円 (41,980円)	12,100円 (12,100円)	14,020円 (15,000円)	14,880円(@480円)

*負担上限額

20歳未満の児童福祉施設(医療型)通所者の利用者負担(10月施行)

(別添6)

- 学齢期前(肢体不自由児通園施設:平均事業費(福祉)4.9万円、(医療)4.5万円)

(現行)	合計
一般 (所得割2万円以上)	18,700円*
一般 (所得割2万円未満)	2,200円
低所得Ⅱ	1,100円
低所得Ⅰ	1,100円



合計	福祉部分 利用者負担	医療部分 利用者負担	食費(実費)
23,700円	4,900円	4,500円	14,300円
15,500円	5,900円	4,500円	5,100円
12,240円	6,200円	4,500円	1,540円
12,240円	6,200円	4,500円	1,540円

*課税世帯の平均徴収額

- 学齢期(20歳未満)(肢体不自由児通園施設:平均事業費(福祉)4.9万円、(医療)4.5万円)

(現行)	合計
一般	18,700円*
低所得Ⅱ	1,100円
低所得Ⅰ	1,100円



合計	福祉部分 利用者負担	医療部分 利用者負担	食費(実費)
23,700円	4,900円	4,500円	14,300円
15,500円	5,900円	4,500円	5,100円
15,500円	5,900円	4,500円	5,100円

*課税世帯の平均徴収額

平成18年10月施行分利用者負担に係る事務取扱上の留意事項について

1 20歳未満(施設入所者)の利用者負担見直しについて

- 一般世帯のうち、所得割2万円以下の世帯について補足給付額を拡大したことに伴う所得の認定については、障害者施設については、18年4月に利用者負担の見直しを行っていることから、18年4月認定時の申請資料(16年收入に基づく課税状況資料)に基づき行うことも差し支えないこととする。

2 障害児の通所施設における利用者負担について

- 通所施設利用者については、申請者が一般世帯(所得割2万円未満世帯)該当である場合には、食費負担軽減措置が適用されることから、該当世帯については、受給者証の特記事項の欄に「食事提供体制加算対象」と記載すること。

負担の軽減措置 生活保護への移行予防措置(医療型障害児施設(入所)・療養介護 20歳以上)

<減免方法>

① 定率負担(医療)の減免措置

医療部分の定率負担を負担しなければ、生活保護の適用対象でなくなる場合には、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。

負担上限額 40,200円 → 24,600円 → 15,000円 → 0円

※「高額療養費及び老人医療の高額療養費等の生活保護法における取扱いについて」(平成14年9月30日社援保発第0930001号厚生労働省社会・援護局保護課長通知)に定める医療保険等の自己負担限度額の減額措置をまず適用すること。

② 定率負担(福祉)の減免措置

施設入所者について、①の措置を講じた上で、福祉部分の定率負担を負担すると、生活保護の適用対象でなくなる場合には、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。

負担上限額 37,200円 → 24,600円 → 15,000円 → 0円

③ ①及び②の措置を講じた上で、一般世帯について、食事の標準負担額を負担しなければ、生活保護の適用対象でなくなる場合には、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。(入所施設に限る。)

負担上限額 24,180円(260円×3食×31日) → 14,880円(160円×3食×31日)

④ ①～③の措置を受けても食費の実費負担により、生活保護の対象となる者について、施設が、社会福祉法人減免制度により、食費の実費負担を0円に減免した場合に、生活保護の対象でなくなる者については、食費の実費負担を0円とし、減免した施設に対し、減免額の一部を公費助成する。(入所施設に限る。)

		低所得世帯	一般世帯
①	定率負担(医療)	24,600→15,000→0	40,200→24,600→15,000→0
②	定率負担(福祉)	24,600→15,000→0	37,200→24,600→15,000→0
③	食事療養に係る標準負担額	14,880	24,180→14,880

福祉型障害児施設と同じ額まで負担

負担の軽減措置 生活保護への移行予防措置(医療型障害児施設(入所)・療養介護 20歳未満)

<減免方法>

- ① 食事療養に係る標準負担額を負担しなければ、生活保護の適用対象でなくなる場合には、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。

負担上限額 24,180円(260円×3食×31日)→14,880円(160円×3食×31日)→0円

- ② 定率負担(医療)の減免措置

施設入所者について、①の措置を講じた上で医療部分の定率負担を負担すると生活保護の適用対象となる者については、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。

負担上限額 40,200円 → 24,600円 → 15,000円 → 10,000(1,000)円*

※「高額療養費及び老人医療の高額療養費等の生活保護法における取扱いについて」(平成14年9月30日社援保発第0930001号厚生労働省社会・援護局保護課長通知)に定める医療保険等の自己負担限度額の減額措置をまず適用すること。

- ③ 定率負担(福祉)の減免措置

①及び②の措置を受けても福祉部分の定率負担を負担すると、生活保護の適用対象となる場合には、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。

負担上限額 37,200円 → 24,600円 → 15,000円 → 0円

		低所得世帯	一般世帯
①	食事療養に係る標準負担額	14,880→0	24,180→14,880→0
②	定率負担(医療)	24,600→15,000→10,000 (1,000)	40,200→24,600→15,000→10,000 (1,000)
③	定率負担(福祉)	24,600→15,000→0	37,200→24,600→15,000→0

福祉型障害児施設と同じ額まで負担

※18歳未満1,000円
18・19歳10,000円

負担の軽減措置 生活保護への移行予防措置(医療型障害児施設(通所))

<減免方法>

① 定率負担(医療)の減免措置

施設入所者について、①の措置を講じた上で医療部分の定率負担を負担すると生活保護の適用対象となる者については、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。

負担上限額 40,200円 → 24,600円 → 15,000円 → 0円

※ 「高額療養費及び老人医療の高額療養費等の生活保護法における取扱いについて」(平成14年9月30日社援保発第0930001号厚生労働省社会・援護局保護課長通知)に定める医療保険等の自己負担限度額の減額措置をまず適用するものであること。

② 定率負担(福祉)の減免措置

①及び②の措置を受けても福祉部分の定率負担を負担すると、生活保護の適用対象となる場合には、生活保護の適用対象でなくなるまで月額負担上限額の区分を下げる。

負担上限額 37,200円 → 24,600円 → 15,000円 → 0円

		低所得世帯	一般世帯
①	定率負担(医療)	24,600→15,000→0	40,200→24,600→15,000→0
②	定率負担(福祉)	24,600→15,000→0	37,200→24,600→15,000→0

福祉型障害児施設と同じ額まで負担

生活保護への移行予防措置(療養介護)

<具体的な手続き>

○ 利用者は福祉事務所に生活保護の申請を行う。

① 20歳以上

- 1 療養介護定率負担の減免措置のみを行えば生活保護の対象者とならない場合
福祉事務所は保護を却下し、却下通知書に「療養介護定率負担(医療)減額相当」であること又は「療養介護定率負担(医療及び福祉)減額相当」であること、軽減すべき負担上限額を記載する。
- 2 1の措置に加え、療養介護医療に係る食費の実費負担を減額すれば、保護を要しなくなる場合
福祉事務所は、保護を却下し、却下通知書に、
 - ・「療養介護医療食事療養費軽減対象」
 - ・生活保護において認定した額及びその世帯に適用される生活保護の最低生活費の額を記載する。
- 3 2を講じても生活保護の対象となる場合であって、社会福祉法人等が、食費等実費負担額減免制度により、食事療養費を減免した場合に、生活保護の対象でなくなる場合については、食事療養費の負担を0円とし、減免した施設に対し、減免額の一部を公費助成する。

② 20歳未満

- 1 食費の実費負担額を減額すれば、保護を要しなくなる場合
福祉事務所は、保護を却下し、却下通知書に、
 - ・「療養介護医療食事療養費軽減対象」と記載する。
- 2 1の措置に加え、療養介護定率負担減額措置を行えば保護を要しなくなる場合
福祉事務所は保護を却下し、却下通知書に
 - ・「療養介護定率負担(医療)減額相当」であること又は「療養介護定率負担(医療及び福祉)減額相当」であること、軽減すべき負担上限額を記載する
 - ・生活保護において認定した額及びその世帯に適用される生活保護の最低生活費の額を記載する。

○ 利用者は療養介護定率負担の減免の申請書に保護の却下通知書を添えて都道府県等に減免の申請をする。
都道府県等は、保護の却下通知書に記載された情報を元に、月額負担上限額を決定する。

生活保護への移行予防措置(医療型障害児施設)

<具体的な手続き>

- 利用者は福祉事務所に生活保護の申請を行う。
 - ① 20歳以上
 - 1 定率負担の減免措置のみを行えば生活保護の対象とならない場合
福祉事務所は保護を却下し、却下通知書に「障害児施設支援定率負担(医療)減額認定相当」であること又は「障害児施設支援定率負担(医療及び福祉)減額認定相当」であること、軽減すべき負担上限額を記載する。
 - 2 施設入所者については、1の措置に加え、障害児施設医療に係る食費の実費負担額を減額すれば、生活保護の対象とならない場合
福祉事務所は、保護を却下し、却下通知書に、
 - ・ 「障害児施設医療食事療養費軽減対象者」
 - ・ 生活保護において認定した収入額、その者に適用される生活保護の最低生活費の額を記載する。
 - 3 2を講じても生活保護の対象となる場合であって、社会福祉法人等が、食費等実費負担額減免制度により、食事療養費を減免した場合に、生活保護の対象でなくなる場合については、食事療養費の負担を0円とし、減免した施設に対し、減免額の一部を公費助成する。
 - ② 20歳未満
 - 1 食費の実費負担額を減額すれば、生活保護の対象とならない場合(入所施設のみ)
福祉事務所は、保護を却下し、却下通知書に、
 - ・ 「障害児施設医療食事療養費軽減対象者」を記載する。
 - 2 1の措置に加え、定率負担減額措置を行えば生活保護の対象とならない場合
福祉事務所は保護を却下し、却下通知書に
 - ・ 「障害児施設支援定率負担(医療)減額相当」であること又は「障害児施設支援定率負担(医療及び福祉)減額相当」であること、軽減すべき負担上限額を記載する
 - ・ 生活保護において認定した収入額、その者に適用される生活保護の最低生活費の額を記載する。
- 利用者は障害児施設支援定率負担の減免の申請書に保護の却下通知書を添えて都道府県等に減免の申請をする。
都道府県等は、保護の却下通知書に記載された情報を元に、月額負担上限額を決定する。

医療型障害児施設（療養介護）の利用者負担の認定について

（6月26日主管課長会議配付資料訂正版）

- ※ 障害児施設（福祉型）については、2以降を除き、既にお示ししている「利用者負担について」に基づき取り扱われたい。
- ※ 通所型の医療型障害児施設については、福祉型の障害児施設と同様に取り扱われたい。

1 所得区分、個別減免の認定方法について

- (1) 負担上限額を定める際の所得区分の設定について
→既にお示ししている「利用者負担について」を参照
- (2) 医療型個別減免*の収入、資産等の認定について

*「医療型個別減免」：医療型障害児施設（通所の医療型障害児施設を除き、療養介護を含む。以下「医療型障害児施設等」という。）の利用者負担については、福祉型の障害児施設と同様の負担となるよう負担上限月額を設定している。（平成17年12月26日障害保健福祉関係主管課長会議）

医療型障害児施設等においては、食事に係る負担については、食事療養に係る標準負担額として実費を徴収されるものであり、福祉型障害児施設と異なり、特定入所障害児食費等給付費（補足給付）は給付されない。

このため、福祉部分定率負担分と医療部分定率負担部分及び食事療養に係る標準負担額について一体的に減免を行うこととし、この減免制度を「医療型個別減免」と整理する。

従って医療型障害児施設等については、「補足給付」制度の適用はなく、20歳未満、20歳以上に関わらず、「医療型個別減免」により負担軽減を行うものである。

<20歳以上の場合の入所者の場合>

【手続き等】

障害者の申請により、障害者の収入額、資産を都道府県又は市町村（「都道府県等」*という。以下同じ。）が認定する。（申請がなければ、個別減免は行わない。）

* 療養介護事業については、実施主体が市町村である。

【対象者】

→「利用者負担について ②個別減免の収入、資産等の認定について」

の【個別減免の対象者】と同様

【添付種類等】

→「利用者負担について ②個別減免の収入、資産等の認定について」
の【添付書類等】と同様

【収入の認定方法】

○ 医療型障害児施設等に係る収入額の認定については、収入を2種類に分類することとする。

具体的には、障害児施設支援を受ける日の属する前年（障害児施設支援を受ける日が1月～6月である場合にあっては、前々年）の収入の合計額を12で除した額（端数については切り捨て）をもとに算出する（年間の収入、前年の収入を把握することが困難な場合は、平均的な月収として都道府県等が認める額とする。）

その際、障害児施設支援のあった月の属する前年（障害児施設支援のあった月が1月～6月である場合にあっては、前々年）にかかる必要経費を12で除した額（端数については切り捨て）を控除した上で算定すること。

ア) 負担をとらない収入

○ 特定目的収入・国、地方公共団体等から特定の目的に充てるために支給されるもの

- ・ 地方公共団体から医療費の自己負担分として支給される手当
- ・ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律により支給される医療特別手当及び特別手当のうち、生活保護基準の放射線障害者加算に相当する額
- ・ 児童手当法により支給される児童手当等利用者本人の生活費以外の用途に充てることとされている金銭
- ・ 生活保護法において収入として認定されないこととされている収入（「利用者負担について」において、稼得収入として明記されているものを除く）

イ) 負担を取る収入 ア)を除く収入

ウ) 必要経費とするもの

- ・ 租税の課税額
- ・ 社会保険料（65歳以上の施設入所者については、介護保険料を除く。）

【具体的な計算方法】

I 負担限度額の算定方法

イ)からウ)を差し引いた額を12で除した数(端数については、切り捨て。以下、認定収入額という。)

負担限度額(月額) = 認定収入額 - その他生活費

※ その他生活費の額

a b及びc以外の者 2. 5万円

b 障害基礎年金1級受給者、60~64歳の者、65歳以上で重症心身障害児施設入所者、療養介護利用者 2. 8万円

c 65歳以上(重症心身障害児施設入所者、療養介護利用者を除く。) 3. 0万円

II 各部分ごとの負担上限額の算出内訳

①食費②福祉部分の定率負担、③医療部分の定率負担の合計額がIで算出した負担限度額となるよう①→②→③の各部分ごとの順番で限度額を設定していく。(端数については切り捨て)

① 食費負担限度額の決定

食費負担限度額(月額) = 食事療養に係る標準負担額 × 3130.4日

② 医療型個別減免後福祉部分負担限度額の決定

ア 福祉部分の1割負担額と(1)で決定した所得区分に応じた福祉部分の負担上限額を比較し、小さい額を選定する。

(低所得2であれば、 $\text{日月額単位} \times 10 \text{円} \times 30.4 \text{日} \times 0.1$ と24,600円を比較する。)

※ 利用する施設に応じ、平均単位数をあらかじめ設定する。

☆ケース1 ①で決定した食費負担限度額 + ②アで選定した福祉部分の負担限度額 + その他生活費 > 認定収入額となる場合

②イ 医療型個別減免後福祉部分負担限度額 =

認定収入額 - (その他生活費 + ①)

③ 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定

医療型個別減免後医療部分利用者負担限度額 = 0円

☆ケース2 ①で決定した食費負担限度額 + ②アで選定した福祉部分の利用者負担限度額 + その他生活費 < 認定収入額となる場合

②' イ 医療型個別減免後福祉部分負担限度額

=②アで選定した額

③' 医療型個別減免後医療部分負担限度額

※ 医療部分の1割負担額と(1)で決定した所得区分に応じた医療部分の負担限度額を比較し、小さい額を選定する。……A

※ 医療部分の1割負担額については、利用施設等の平均医療費等で設定

医療型個別減免後医療部分利用者負担限度額

=認定収入額 - (その他費用 + ① + ②' イ) ……B

もし、 $B > A$ であるならば、Aの額が医療型個別減免後医療部分負担限度額

○ 受給者証には、決定した食費負担限度額、医療型個別減免後福祉部分限度額、個別減免後医療部分負担限度額を記載する。

○ なお、個別減免によって当初の負担上限額から負担限度が引き下げられた額については、

- ・ 医療部分：障害児施設医療費※
 - ・ 福祉部分：障害児施設給付費※
- により給付されることになる。

※ 療養介護については、「障害児施設医療費」は「療養介護医療費」に、「障害児施設給付費」は「介護給付費」にそれぞれ置き直すものとする。以下同じ。）

計算例1 低所得2で負担限度額が55,000円 医療費の1割負担額50,000円で重症心身障害児施設利用の場合862単位
(認定収入額83,000円)

① 食費について

低所得2の場合 480円(1日あたり) × 3130.4日 =
14,88014,592円

② 医療型個別減免後福祉部分負担限度額の決定

$$862 \text{ 単位} \times 10 \text{ 円} \times 30.4 \text{ 日} \times 0.1 = 26,204 \text{ 円}$$

上記により計算した金額と福祉部分負担上限月額 $24,600$ 円を比較し、低い金額を選定。この場合は、 $24,600$ 円となる。

$$14,88014,592 \text{ 円} + 24,600 \text{ 円} + 28,000 \text{ 円} < 83,000 \text{ 円} \rightarrow \text{ケース 2}$$

よって、医療型個別減免後福祉部分負担限度額は、 $24,600$ 円

③ 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定

医療費の1割 $50,000$ 円と医療費負担上限額 $24,600$ 円を比較し、 $24,600$ 円を選定……A

$$83,000 \text{ 円} - (28,000 \text{ 円} + 14,88014,592 \text{ 円} + 24,600 \text{ 円}) = 15,52015,808 \text{ 円} \cdots B$$

A > B のため、 $15,52015,808$ 円

医療型個別減免後福祉部分負担限度額	24,600 円
医療型個別減免後医療部分負担限度額	<u>15,52015,808 円</u>
食事負担額	<u>14,88014,592 円</u>
計	55,000 円 となる。

計算例 2 低所得 1 で負担限度額が $41,000$ 円 医療費の1割負担額 $50,000$ 円 重症心身障害児施設利用の場合 862 単位 (認定収入額 $66,000$ 円)

① 食費について

$$\text{低所得 1 の場合 } 480 \text{ 円 (1 日あたり)} \times 3130.4 \text{ 日} = 14,88014,592$$

円

② 医療型個別減免後福祉部分負担限度額の決定

$$862 \text{ 単位} \times 10 \text{ 円} \times 30.4 \text{ 日} \times 0.1 = 26,204 \text{ 円}$$

上記により計算した金額と福祉部分負担上限月額の $15,000$ 円を比較し、低い金額を選定。この場合は、 $15,000$ 円となる。

14,88014,592円+15,000円+25,000円<66,000円 → ケース2

よって、医療型個別減免後福祉部分負担限度額は、15,000円

③ 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定

医療費の1割 50,000円と医療費負担上限額 15,000円を
比較し、15,000円を選定……A

66,000円-(25,000円+14,88014,592円+15,000円)=11,12011,408
円…B

A>Bのため、11,12011,408円

医療型個別減免後福祉部分負担限度額	15,000円
医療型個別減免後医療部分負担限度額	<u>11,120</u> <u>11,408</u> 円
食事負担額	<u>14,880</u> <u>14,592</u> 円
計	41,000円 となる。

<20歳未満の場合の入所者の場合>

【手続き等】

障害者又は障害児の保護者（以下「障害者等」という。）の申請により、
都道府県等が認定する。

このため、申請がなければ、個別減免は行わない。

なお、18、19歳の障害者については、民法上、保護者に障害者を監
護する義務があることを考慮し、保護者等の障害者を監護する者の属する
世帯の所得区分を認定して、決定する。

【対象者】

→全ての所得区分の者が対象

※なお、一般世帯については、市町村民税所得割の額が年間2万円以上の
世帯と市町村民税所得割の額が年間2万円未満の世帯に分ける。

【添付書類等】

20歳未満の障害者が利用する場合については、20歳以上と異なり、
資産要件がないため、所得区分の設定に係る資料（(1)の設定に必要な資
料）のみを提出すればよい。

【具体的な計算方法】

I 負担限度額の算定方法

地域で子どもを育てるために通常必要な費用から、その他生活費を差し引いた額とする。

負担限度額（月額）＝地域で子どもを育てるために通常必要な費用－その他生活費

※ 地域で子どもを育てるために通常必要な費用

一般世帯（市町村民税所得割の額が年間2万円以上の方）

79,000円

低所得1 50,000円

低所得2、一般世帯（市町村民税所得割の額が年間2万円未満の方）

は、計算上 50,000円とし、実際には79,000～50,000円

※ その他生活費の額

18・19歳 25,000円 18歳未満 34,000円

II 各部分ごとの負担限度額の算出内訳

①福祉部分の定率負担②医療部分の定率負担③食費の合計額がIで算出した負担限度額となるよう①→②→③の各部分ごとの順番で限度額を設定していく。（端数については切り捨て）

① 医療型個別減免後福祉部分負担限度額の決定

福祉部分の1割負担額と（1）で決定した所得区分に応じた福祉部分の負担上限額を比較し、小さい額を選定する。

（低所得2、一般世帯（市町村民税所得割の額が年間2万円未満の方）であれば、 $\text{月額単位} \times 10 \text{円} \times 30.4 \text{日} \times 0.1$ と15,000円*を比較する。）

* 低所得2、一般世帯（市町村民税所得割の額が年間2万円未満の方）の場合も、②以降の算出上15,000円（15,000円を下回る場合は、福祉部分の1割負担額）で計算する。最終的な医療型個別減免後福祉部分負担限度額算出の比較においては、24,600円（一般世帯（市町村民税所得割の額が年間2万円未満の方）については、37,200円）と福祉部分の1割負担額の比較となる。

②ア 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定

医療費の1割負担額*と（1）で決定した所得区分に応じた医療部

分の負担上限額を比較し、小さい額を選定する。

※ 医療部分の1割負担額については、利用施設等の平均医療費等で設定

☆ケース1 ①で決定した福祉部分負担限度額+②アで選定した医療部分の負担限度額+その他生活費>地域で子どもを育てるために通常必要な費用となる場合

②イ 医療型個別減免後医療部分負担限度額
=地域で子どもを育てるために通常必要な費用-(その他生活費+①)

③ 食事療養に係る標準負担額 0円

☆ケース2 ①で決定した福祉部分負担限度額+②アで選定した医療部分の負担限度額+その他生活費<地域で子どもを育てるために通常必要な費用となる場合

②' イ 医療型個別減免後医療部分負担限度額 = ②ア

③' 食事療養に係る標準負担額……A

食事療養に係る標準負担額
=地域で子どもを育てるために通常必要な費用-(その他費用+①+②' イ)……B

もし、 $B > A$ であるならば、通常どおり食事療養に係る標準負担額を負担することになる。

もし、 $A > B$ であるならば、Bの額が食費の負担限度額となる。

なお、社会福祉法人軽減制度の適用となる場合については、上記計算の結果、算出された福祉部分負担限度額を社会福祉法人等による利用負担軽減制度適用後の負担限度額に置き換えるものとする。

* 社会福祉法人負担軽減については、「利用者負担について」の4社会福祉法人等による利用者負担軽減制度を参照のこと。

- 受給者証には、決定した医療型個別減免後福祉部分負担限度額、個別減免後医療部分負担限度額、食費負担限度額を記載する。
- なお、個別減免によって当初の負担上限額から負担限度が引き下げられた額については、
 - ・ 医療部分：障害児施設医療費※
 - ・ 食事負担額：障害児施設医療費※
 により給付されることになる。

※計算例1 17歳で重症心身障害児施設に入所 低所得2 862単位
医療費の1割負担額 60,000円

- ① 医療型個別減免後福祉部分負担限度額の決定
 $862 \text{ 単位} \times 10 \text{ 円} \times 30.4 \text{ 日} \times 0.1 = 26,204 \text{ 円}$
 上記により計算した金額と負担上限月額15,000円を比較し、低い金額をこの後の計算に用いる。実際の負担金額は、24,600円と26,204円を比較し、小さい額である24,600円となる。
- ②ア 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定
 60,000円と24,600円(負担上限月額)を比較し、24,600円を選定。
 $15,000 \text{ 円} + 24,600 \text{ 円} + 34,000 \text{ 円} > 50,000 \text{ 円}$ → ケース1
- ②イ 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定
 $50,000 \text{ 円} - (34,000 \text{ 円} + 15,000 \text{ 円}) = 1,000 \text{ 円}$
- ③ 食事療養に係る標準負担額 0円

福祉部分利用者負担額 24,600円
 医療部分利用者負担額 1,000円
 食事負担額 0円
 計 25,600円となる。

※計算例2 17歳で肢体不自由児施設に入所
 一般世帯(市町村民税所得割の額が年間2万円以上の方) 136単位
 医療費の1割負担額 60,000円

- ① 医療型個別減免後福祉部分負担限度額の決定
 $136 \text{ 単位} \times 10 \text{ 円} \times 30.4 \text{ 日} \times 0.1 = 4,134 \text{ 円}$
 上記により計算した金額と負担上限月額37,200円を比較し、低

い金額である4,134円に決定

②ア 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定

60,000円と40,200円(負担上限月額)を比較し、40,200円を選定。

4,134円+40,200円+34,000円<79,000円 →ケース2

②'イ 医療型個別減免後医療部分負担限度額の決定

40,200円

③' 食事療養に係る標準負担額

食事療養に係る標準負担額

=79,000円-(34,000円+4,134円+40,200円)・・・B

=666円

福祉部分利用者負担額 4,134円

医療部分利用者負担額 40,200円

食事負担額 666円

計 45,000円となる。

<参考 医療型障害児施設通所者の場合>

通所者については、個別減免及び補足給付は適用されないため、福祉部分と医療部分についての負担上限月額のみ適用される。

※ 食費についても、医療保険制度の適用にならないため、福祉型施設と同様に低所得者に対する食費の軽減措置が適用される。

なお、社会福祉法人軽減制度の適用となる場合については、算出された福祉部分利用者負担額を社会福祉法人等による利用負担軽減制度の適用後の利用者負担額とする。

2 生活保護・境界層対象者に対する負担軽減措置について

「障害者自立支援法における境界層対象者に対する負担軽減措置の取扱いについて」によることとする。(詳細については、別途お示しする)

3 高額障害児施設給付費について

同一世帯に障害児施設サービスを利用する者が、複数いる場合等に、世帯の負担を軽減する観点から、償還払い方式により、世帯における利用者負担を月額上限額まで軽減を図る。

なお、18歳未満の兄弟で障害児施設に入所している場合など、障害児施設支援を受ける障害児が同一の世帯に複数いる場合の利用者負担額については、

施設支給決定保護者は一人であるものと考え、当該保護者について負担上限月額が適用され、高額障害児施設給付費によって償還が行われるものではない。

また、同一世帯に障害福祉サービス費と障害児施設給付費を受けている者がいる場合には、各法における高額費による償還がなされるものである。(いずれかの法律でまとめて償還することはしない。)この場合に合算の対象とする費用は、各法による高額費の償還前の利用者負担額であることに留意されたい。

医療部分(食事療養に係る標準負担額を含む。)に係る利用者負担額については、高額療養費として償還されるものであり、高額障害児施設給付費による償還の対象とならないことに留意されたい。

(1) 支給額

- ・ 1人当たり支給額＝利用者負担世帯合算額(世帯全体の(2)①～③)－高額障害児施設給付費算定基準額((3)①～④の額)×施設給付決定保護者等按分率

(端数が生じた場合は世帯での負担額が高額障害児施設給付費算定基準額と同額になるよう、適宜割り振って端数を処理するものとする。)

- ・ 施設給付決定保護者等按分率＝施設給付決定保護者利用者負担合算額(1人当たりの(2)①～③の負担額)／利用者負担世帯合算額(支給決定障害者等按分率を算定する際には、端数処理しない。)

※ 高額障害福祉サービス費と高額障害児施設給付費が併給される場合の高額障害福祉サービス費についても同様の計算方法により算定される。

(2) 合算の対象とする費用

- ① 障害者自立支援法に基づく介護給付費、訓練等給付費、特例介護給付費、特例訓練等給付費(以下「介護給付費等」という。)対象サービスに係る定率負担額
- ② 児童福祉法に基づく障害児施設給付費対象サービスに係る定率負担額
- ③ 介護保険の利用者負担額(高額介護サービス費により償還された費用を除く。)ただし、当該者が、障害福祉サービスを利用している者である場合に限る。※)

※ 当該者が児童福祉法に基づく施設給付決定保護者であるが、障害福祉サービスを利用していない場合は合算の対象としない。

※ ①～③につき、

ア) 社会福祉法人減免

イ) 災害等による利用者負担減免

が講じられた場合は、講じた後の利用者負担額を合算する。

(3) 償還基準額

一人あたりの負担上限額が、償還基準額を超えた世帯合算負担額(上記①～③を合算したもの)を個人の負担額の割合で按分した額となるよう、高額障害児施設給付費を支払う。

(償還基準額)

① 市町村民税課税世帯に属する者(一般)・・・37,200円

② 市町村民税非課税世帯に属する者(低所得1(③の者を除く)、低所得2)・・・24,600円

③ 低所得1のうち、世帯での1①及び②の合算額が24,600円に満たないが、個人での合算額が15,000円を超える場合・・・15,000円

④ 生活保護世帯・・・0円

※ それぞれ、生活保護への移行予防措置の適用を受けている者については、当該額とする。

(4) 高額障害福祉サービス費と高額障害児施設給付費が併給される場合の事務手続きについて

高額障害福祉サービス費と高額障害児施設給付費が併給される場合については、事務処理を行う実施主体が市町村と都道府県等に分かれることがありうるが、その場合における事務手続きの流れについては、別紙2を参考とされたい。

4 社会福祉法人軽減について

福祉サービスと同様の考え方である。(医療部分については、減免の対象とはしない。)

ケース③ 高額障害児施設給付費及び高額障害福祉サービス費

A、B及びCの高額障害福祉サービス費及び
高額障害児施設給付費算定基準額 24,600円

A 母親

障害福祉サービスの負担額15,000円

高額障害福祉サービス費
 $(52,500円 - 24,600円) \times 15,000円$
 $\div 52,500円 = 7,972円$

B 子ども

障害児施設サービスの負担額 7,500円

高額障害児施設給付費
 $(52,500円 - 24,600円) \times 7,500円$
 $\div 52,500円 = 3,985円$

C 祖母

償還後
介護保険サービスの負担額15,000円
障害福祉サービスの負担額15,000円

高額障害福祉サービス費
 $(52,500円 - 24,600円)$
 $\times 30,000円 \div 52,500円 = 15,943円$

※下線を引いた部分が訂正

ケース④ 高額障害児施設給付費及び高額障害福祉サービス費

A、B及びCの高額障害福祉サービス費及び
高額障害児施設給付費算定基準額 24,600円

A 母親
障害福祉サービスの負担額15,000円

高額障害福祉サービス費
 $(45,000円 - 24,600円) \times 15,000円$
 $\div 45,000円 = 6,800円$

B 子ども
障害児施設サービスの負担額 7,500円
障害福祉サービス費の負担額 7,500円

高額障害児施設給付費
 $(45,000円 - 24,600円) \times 7,500円$
 $\div 45,000円 = 3,400円$

高額障害福祉サービス費
 $(45,000円 - 24,600円) \times 7,500円$
 $\div 45,000円 = 3,400円$

C 祖母
障害福祉サービスの負担額15,000円

高額障害福祉サービス費
 $(45,000円 - 24,600円)$
 $\times 15,000円 \div 45,000円 = 6,800円$

※下線を引いた部分が訂正

障 害 児

障害保健福祉関係主管課長会議

H18. 8. 24

資料4-3

支 援 関 係

目 次

1 障害児入所施設における入院・帰省時の取り扱い	1
2 定員超過利用減算の見直しについて	2
3 利用日数率の低い障害児施設に対する激変緩和の加算措置(経過措置)	3
4 障害児通園施設における相互利用制度の取扱いについて	6
5 家庭訪問による支援について(障害児通所施設・児童デイサービス)	8
6-1 児童デイサービスの見直しに伴う指定基準の扱いについて	10
6-2 児童デイサービスの見直しに伴う報酬の扱いについて	11

1 障害児入所施設における入院・帰省時の取り扱い

障害児入所施設における入院・帰省時の扱い

- 障害児入所施設については、学校の夏季休暇等において障害児を帰省させることが親子関係の維持に必要であるという障害児の特殊事情を踏まえ、下記の報酬を設定する。

1月につき、 6日までは320単位(障害者と同様の扱い)
7日から12日までは160単位(障害児のみ)

※ 医療型施設については、診療報酬において、外泊期間中の報酬が算定されていることから、入院・外泊時の措置の対象外とする。(下記の入院時支援加算についても同様)

入院時支援加算

- 入院・外泊により本体報酬が算定できない日数が12日を超える場合に、当該12日を超えて入院により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、家族等の支援を受けることが困難で、施設職員が家族等に代わって入院期間中の支援を行う必要があり、本人又は保護者の同意の下、個別支援計画に基づき、入院期間中、入院先を訪問し、入院先との調整、被服等の準備その他の支援を行ったときは、次のとおり報酬を加算(月1回算定)。

6日までの場合	561単位
7日以上の場合	1,122単位

2 定員超過利用減算の見直しについて

施設の利用率を向上させ、事業運営の安定化を図る観点から、定員と実際の利用者数の取扱いを更に柔軟化し、

- ① 通所施設等の定員超過利用減算の基準を105%から110%に緩和
- ② 30人未満の通所施設等においても、毎日3人の定員超過利用が可能とすることを、平成19年度末までの経過措置として実施する。

	見直し前	見直し後
障害児施設の 通所施設 又は 児童デイサービス	<p>・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の20%①を、定員が50人を超える場合は当該定員から50を差し引いた員数の10%②を①に加えた数を、それぞれ超過しているとき → 基本単位数の70%を算定</p>	<p>・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の20%①を、定員が50人を超える場合は当該定員から50を差し引いた員数の10%②を①に加えた数を、それぞれ超過しているとき <u>ただし、定員15人未満の施設にあっては、1日当たりの利用者数が、定員の数に3を加えた数を超過している場合</u> → 基本単位数の70%を算定</p>
	<p>・過去3か月間の平均利用人員が、定員の105%を超過している場合 → 基本単位数の70%を算定</p>	<p>・過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に110%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合 <u>ただし、定員30人未満の施設にあっては、過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に3を加えた数に開所日数を乗じた数を超過している場合</u> → 基本単位数の70%を算定</p>
障害児施設の 入所施設	<p>・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の10%①を、定員が50人を超える場合は当該定員から50を差し引いた員数の5%②を①に加えた数を、それぞれ超過している場合 → 基本単位数の70%を算定</p>	<p>・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の10%①を、定員が50人を超える場合は当該定員から50を差し引いた員数の5%②を①に加えた数を、それぞれ超過している場合 → 基本単位数の70%を算定</p>
	<p>・過去3か月間の平均利用人員が、定員の105%を超過している場合 → 基本単位数の70%を算定</p>	<p>・過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に105%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合 → 基本単位数の70%を算定</p>

3 利用日数率の低い障害児施設に対する激変緩和の加算措置(経過措置)

<各施設共通>

- 著しく利用日数率の低い施設の救済措置として、3年間の加算制度を設ける。

<福祉型施設>

- 福祉型障害児施設については、平成18年9月初日の定員×30.4(22)日の80%を加算算定ラインと設定し、1月の実利用延日数が加算算定ラインを下回る施設に対し、加算算定ラインと1月の実利用延日数の差分を報酬として加算する。
- 暫定定員を設定していた施設は、定員を暫定定員と読み替える。

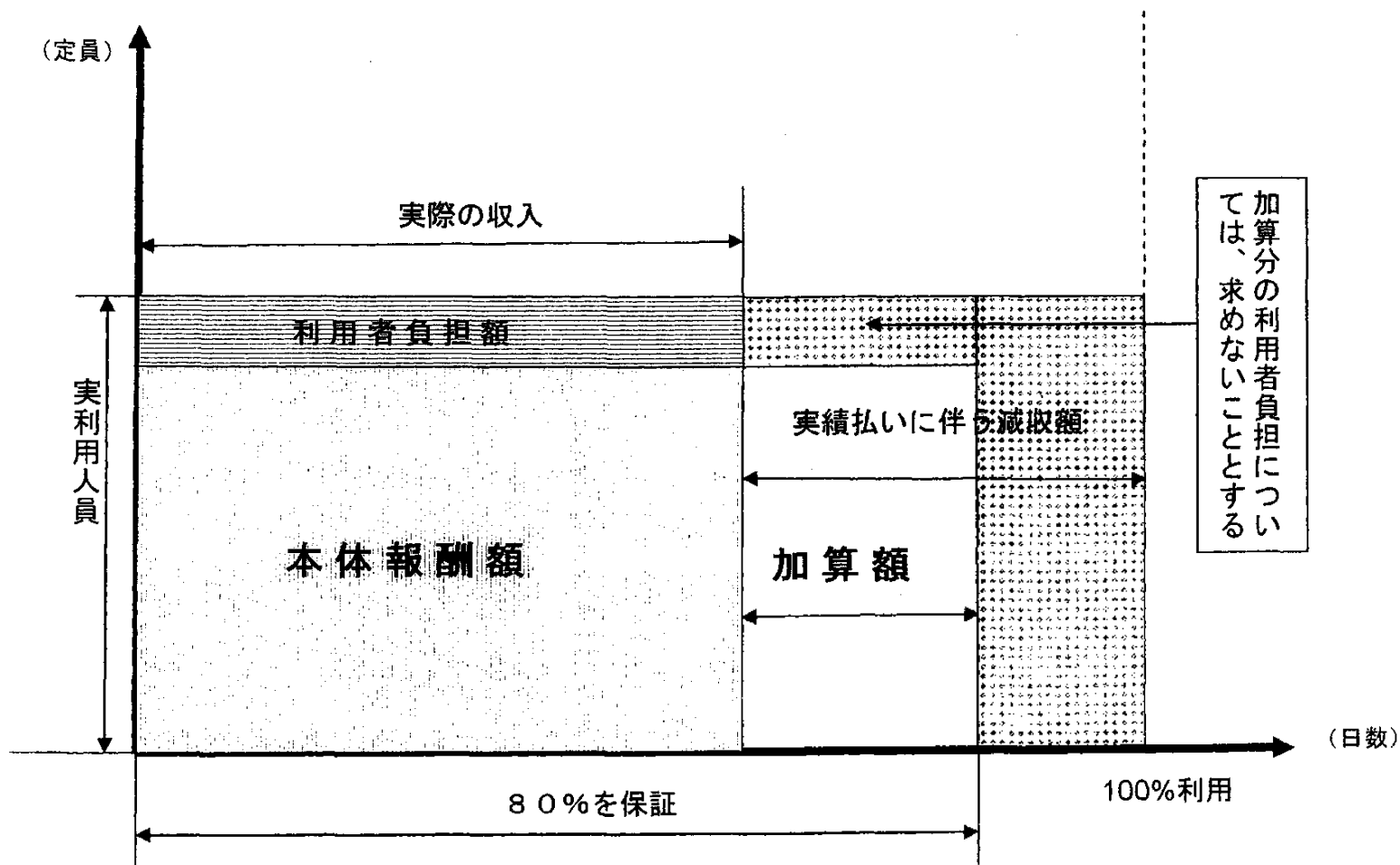
※ 加算措置の適用に当たっては、各月初日における措置入所者については、実際の利用日数の算定から除く。また、平成18年9月初日の定員(暫定定員)数から当該措置入所者数を控除した数で加算措置の適用を判断する。

<医療型施設>

- 医療型障害児施設については、平成18年9月初日の措置児童数の80%を加算算定ラインに設定し、1月の実利用延日数が加算算定ラインを下回る施設に対し、加算算定ラインと実利用延日数の差分を報酬として加算する。

※ 加算措置の適用に当たっては、各月初日における措置入所者については、実際の利用日数の算定から除く。また、平成18年9月初日の措置児童数から当該措置入所者数を控除した数で加算措置の適用を判断するものとする。

利用日数率の低い障害児施設に対する激変緩和(概念図)



激変緩和加算の算定例

<ケース1> 知的障害児施設(定員60人) 9月の定員:60人 利用率:70% 全員契約児の場合 告示単位:527単位

激変緩和加算の算定式 (報酬告示上の算定式に当てはめる)

$$\left(\underbrace{60 \text{人}}_{\substack{\text{18年9月の定員} \\ \rightarrow \text{全員が契約児のため、9月の定員そのまま。}}} \times 30.4 \times 0.8 - \underbrace{1,276 \text{人日}}_{\substack{\text{入所児童の利用} \\ \text{日数を積み上げる。}}} \right) \times 1.0 \times \frac{527 \text{単位}}{\text{所定単位数}} \div \frac{1,276 \text{人日}}{\text{実利用延べ日数}} = \boxed{\text{激変緩和加算} \\ 75 \text{単位}}$$

加算算定基準数 > 実利用延べ日数

月額報酬(100/100) (527単位+75単位)×1,276人日×10円=7,681,520円 ≒ 7,689,984円(8割報酬)

<ケース2> 知的障害児施設(定員60人) 9月の定員:60人 利用率:70% 10人措置児童がいる場合 告示単位:527単位

激変緩和加算の算定式 (報酬告示上の算定式に当てはめる)

$$\left(\underbrace{50 \text{人}}_{\substack{\text{18年9月の定員} \\ \rightarrow \text{10人措置児がいるため、9月の定員から減じる。}}} \times 30.4 \times 0.8 - \underbrace{972 \text{人日}}_{\substack{\text{入所児童の利用} \\ \text{日数を積み上げる。}}} \right) \times 1.0 \times \frac{527 \text{単位}}{\text{所定単位数}} \div \frac{972 \text{人日}}{\text{実利用延べ日数}} = \boxed{\text{激変緩和加算} \\ 132 \text{単位}}$$

加算算定基準数 > 実利用延べ日数

注:措置児童については、実利用延べ日数に算定しない。

月額報酬(100/100) (527単位+132単位)×972人日×10円=6,405,480円 ≒ 6,408,320円(8割報酬)

4 障害児通園施設における相互利用制度の取扱いについて

10月以降の取扱い

現在「障害児通園施設の相互利用制度について(平成10年8月11日障第477号)」によりそれぞれの施設の本来の目的を損なわない範囲内で、障害種別の異なる就学前の障害児を受け入れ、指導・訓練を実施できる体制を整備し、地域の療育体制の充実を図ってきたところである。



利用契約制度導入後も引き続き障害種別の異なる就学前の障害児を受け入れることを認めるとともに、それぞれの施設の本来の目的を損なわないことを前提に定員枠の2割としていた限度を撤廃し、定員枠の空きの範囲内で受け入れることを可能とする。

なお、相互利用児童も利用人員に含まれるものである。

利用手続き及び基準について

○ 利用手続きについて

- 1 利用者は、都道府県等に障害児施設給付費の支給申請を行う。
- 2 都道府県等は、障害児通園施設を利用させる必要があると認めた場合には、受給者証に利用する施設の支給決定を行うとともに()書き等で本来利用すべき施設支援名を記載するものとする。
- 3 利用申込みを受けた施設は、受給者証を確認した上で、利用者と契約を結ぶ。

○ 職員配置及び設備基準について

- ・ 障害児通園施設は、障害種別の異なる障害児を受け入れた場合においてもその児童数を含めた上で最低基準(指定基準)を満たすこと。
- ・ 肢体不自由児通園施設において他障害の子どもを受け入れた場合は、受け入れた乳児又は幼児の数を4で除した数以上の職員配置を満たさなければならないこと。

報酬単価について

報酬単価については次のとおりとする。

利用を希望する施設	利用児童の障害種別	適用される報酬
知的障害児通園施設	難聴幼児	難聴幼児通園施設
	肢体不自由児	知的障害児通園施設
肢体不自由児通園施設	知的障害児	知的障害児通園施設
	難聴幼児	難聴幼児通園施設
難聴幼児通園施設	知的障害児	知的障害児通園施設
	肢体不自由児	知的障害児通園施設

(算定が認められる加算の種類)

- ・ 幼児加算(知的障害児通園施設の幼児加算単価を適用 知的障害児・肢体不自由児のみ)
- ・ 家庭連携加算
- ・ 訪問支援特別加算
- ・ 栄養管理体制加算
- ・ 食事提供体制加算
- ・ 利用者負担額上限管理加算

5 家庭訪問による支援について(障害児通所施設・児童デイサービス)

(1) 家庭連携加算

乳幼児の保護者に対し、障害児の健全育成を図る観点から、サービス利用計画に位置づけ、保護者の了解を得て、事前に日程調整した上で職員が家庭を訪問し、利用児童や家族への支援・指導を行った場合に算定を可能とする。(なお、同日に通所し、本体報酬が算定される場合においては、同報酬の重複算定はされないものとする。)

- **対象施設** 障害児通園施設(知的障害児通園施設、肢体不自由児通園施設、難聴幼児通園施設)、児童デイサービス事業所
- **報酬** 月2回を限度として、家庭訪問を行った場合に1時間までは187単位、1時間を超える場合は280単位を算定する。

(2) 訪問支援特別加算

通所利用児童で常時サービスを利用しているが、5日以上連続して利用がなかった場合、その児童の居宅を訪問して、家庭の状況を確認し、保護者の同意の上で支援を行った場合に報酬の算定を可能とする。

加算の算定にあたっては、保護者の了解を得た上で、①引き続き現行のサービスを利用するための動機付け、②再アセスメントに基づくサービス利用計画の見直し、③相談支援事業者等へのあっせん・連絡調整のいずれかを行うことが必要である(なお、同日に通所し、本体報酬が算定される場合においては、同報酬の重複算定はされないものとする。)

○ 対象施設 障害児通園施設(知的障害児通園施設、肢体不自由児通園施設、難聴幼児通園施設)、児童デイサービス事業所

○ 報酬 月2回を限度として、家庭訪問を行った場合に1時間までは187単位、1時間を超える場合は280単位を算定する。

6-1 児童デイサービスの見直しに伴う指定基準の扱いについて

指定基準の要件

- ア 開所日において利用定員10人を満たす
- イ サービス管理責任者の配置
- ウ 保育士又は指導員をクラスごとに最低2名配置(10:2の職員配置)

指定基準適用の考え方

- ・ 1日の利用定員の合計を最低10名としなければならない。なお、同日に複数クラスを実施する場合にはクラス定員数の合計が10名であれば可とする。
 - ・ イ及びウの要件については、クラス単位で満たさなければならないこととする。
- ※ 児童デイサービス(経過措置事業所を含む。)についても多機能型を認めることとし、利用定員は5名以上、サービス管理責任者の配置、保育士又は指導員について2名の配置が必要である。ただし、サービス管理責任者は児童デイサービスの提供に支障がない限りにおいて他の一体的に運営する事業のサービス管理責任者と兼務を可能とする。



9月30日に児童デイサービスを実施している事業者の経過措置

- ・ 18年9月30日段階で児童デイサービス事業を実施している児童デイサービス事業所については、保育士又は指導員をクラスごとに最低2名(15:2の職員配置)を満たせば、事業者指定を受けることが可能。

6-2 児童デイサービスの見直しに伴う報酬の扱いについて

児童デイサービス I の報酬設定の考え方

児童デイサービス I の算定要件

- ・ サービス管理責任者の配置
- ・ 保育士又は指導員をクラスごとに最低2名配置(10:2の職員配置)
- ・ 事業所の利用実績において、就学前児童の割合が7割を満たしている



- ・ 上記条件を満たすクラスがあれば、そのクラスにつき、児童デイサービス I の算定が可能(就学前児童の7割要件は、クラスごとの利用実績(別紙参照)とする。なお、事業所全体の利用実績で7割を満たせばクラスごとに7割を満たさなくても可)
- ・ 上記条件を満たさない場合は、児童デイサービス II の適用となる。

※ 定員設定によって、報酬単価の取扱いの違いは生じない。

報酬単価

	1日当たり平均利用人員(事業所全体で算定)			送迎加算(片道につき)
	10人以下	11人~20人	21人以上	
児童デイサービス I	754単位	508単位	396単位	54単位
児童デイサービス II	407単位	283単位	231単位	

算定が認められる加算(減算)

- ・ 家庭連携加算
- ・ 利用者負担上限額管理加算
- ・ サービス提供職員欠如減算(児童デイサービス II は15:2)
- ・ 個別支援計画未作成減算(児童デイサービス I のみ)
- ・ 訪問支援特別加算
- ・ 定員超過利用減算
- ・ サービス管理責任者欠如減算(児童デイサービス I のみ)

就学前児童7割の報酬単価の決定について

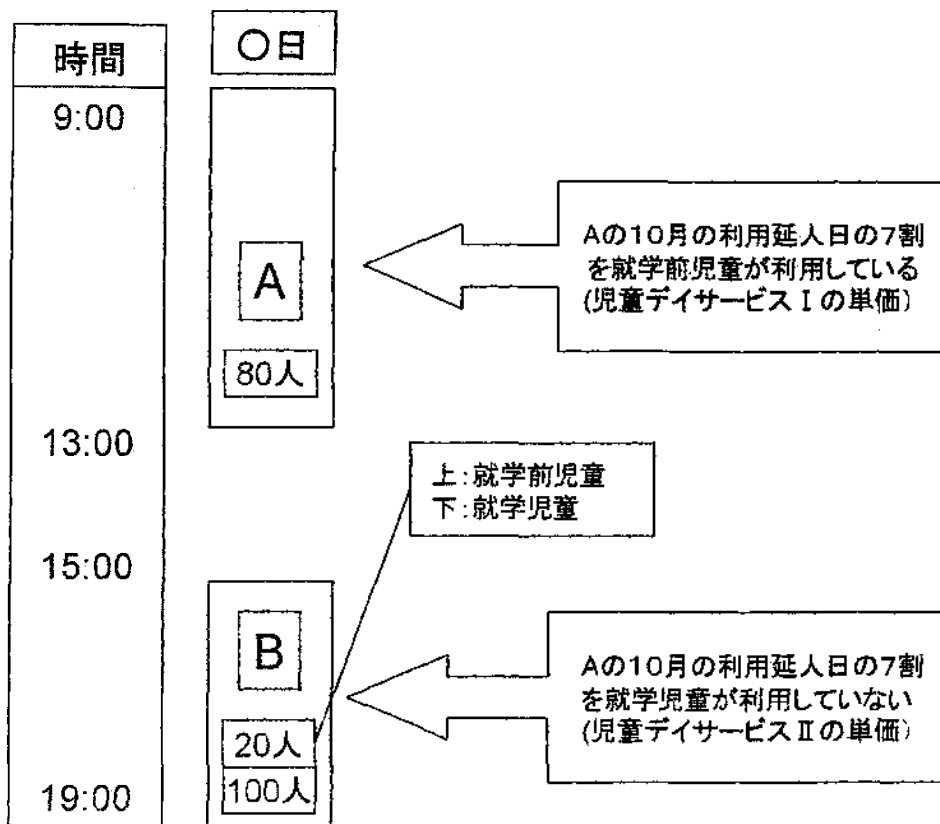
○ 前年10月における延べ利用実績により、1年間の報酬単価を設定する。

当該年度の前年度の10月における利用延人日に対して、就学前児童の利用が7割となっている場合には、児童デイサービスⅠの単価を適用とする。

1 施設全体で計算してこの条件を満たす場合 → 全ての単位において、児童デイサービスⅠの単価とする。

2 1以外の場合であって、クラスごとに条件を満たす場合 → 満たすクラスは、児童デイサービスⅠの単価とする。

※ なお、18年度については、事業所が就学前児童7割要件を満たす旨の申請があり、都道府県が適当と認めた場合には、児童デイサービスⅠの単価設定を可能とする。



例

定員設定 Aクラス:5名 Bクラス:10名
Aの利用実績が80人(うち就学前児童が80人)
Bの利用実績が120人(うち就学前児童が20人)

結果

1 施設全体では、就学前の延べ利用児童200人に対して、就学前児童が100人のため、就学前児童7割要件を満たさない。

2 クラスごとにみた場合、Aは就学児童の7割要件を満たすため、児童デイサービスⅠの報酬単価となる。一方でBについては、就学児童の7割要件を満たしていないため、児童デイサービスⅡの単価となる。

グループホーム・ケアホームについて

グループホーム・ケアホームの見直しのポイント

1. 入院・外泊時における支援の評価



- 利用者の入院・外泊に対応した加算措置を新たに創設
※ 入院時支援加算 と 帰宅時支援加算

2. ケアホームの夜間支援体制の強化



- 夜間支援体制の対象をケアホーム対象者全体(区分2以上)に拡大
(当初案では区分4以上に限定)

3. 小規模のグループホーム・ケアホームへの配慮措置



【世話人の確保】

- 経過措置の対象を5人規模のグループホーム・ケアホームにも拡大
(当初案では4人規模に限定)
- 近隣に同一法人が経営するグループホーム・ケアホームがある場合でも、専任の世話人を配置している場合には、平成19年度末まで経過的に加算の対象とする

【サービス管理責任者】

- 定員10人未満の事業者について、サービス管理責任者の配置を猶予

グループホーム・ケアホームにおける入院・帰省時の取り扱い

- グループホーム・ケアホームについて、利用者の入院時に支援を行った場合や帰省時の支援を行った場合に、入院時支援加算及び帰省時支援加算を創設する。

【入院時支援加算】

- 入院により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、家族等の支援を受けることが困難で、施設職員が家族等に代わって入院期間中の支援を行う必要がある、本人又は保護者の同意の下、個別支援計画に基づき、入院期間中、入院先を訪問し、入院先との調整、被服等の準備その他の支援を行ったときは、次のとおり報酬を加算(月1回算定)。

3～6日の場合	561単位
7日以上の場合	1,122単位

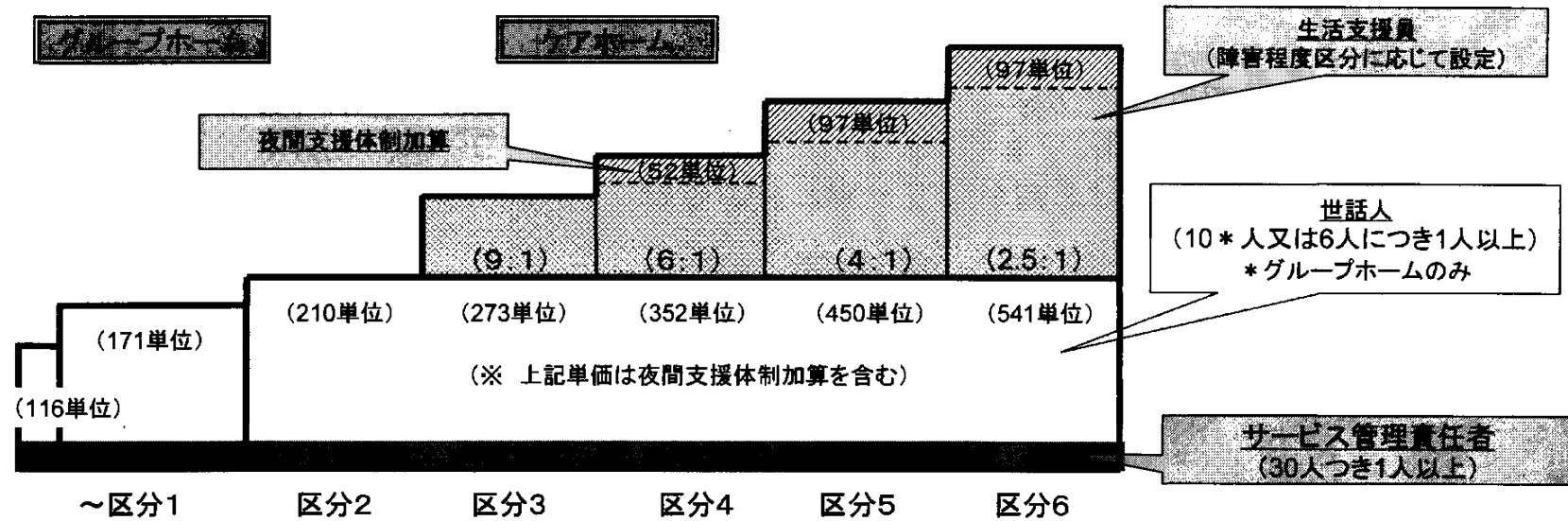
【帰省時支援加算】

- 帰省により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、個別支援計画に基づき帰省の支援を行ったときは、次のとおり報酬を加算(月1回算定)。

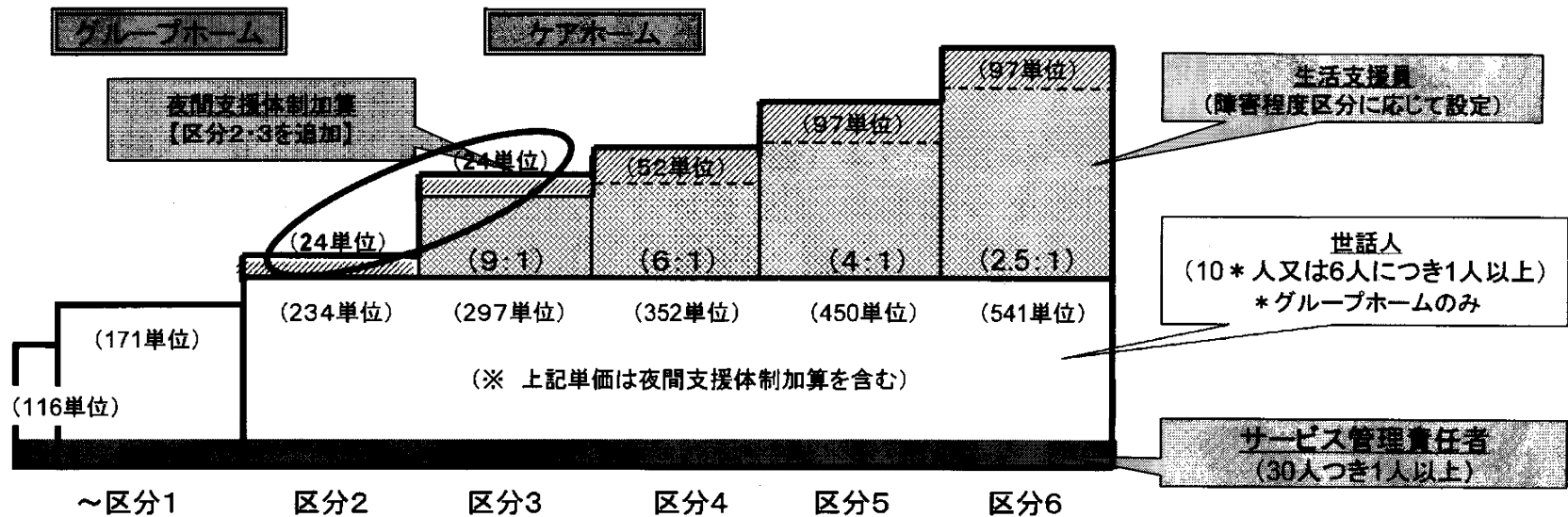
3～6日の場合	187単位
7日以上の場合	374単位

夜間支援体制の見直し

【当初(案)】



【見直し(案)】



夜間支援体制加算について

○ ケアホームについては、区分4以上の者が入居しているなど入居者の状況から夜間支援体制の確保が必要なために下記の要件を満たす体制を確保していると都道府県知事が認めた場合については、当該ケアホームに入居している区分2以上の者について、夜間支援体制加算を算定できることとする。

(1) 夜間支援従事者の配置

○ 夜間支援従事者の配置場所はケアホームであること。ただし、都道府県知事がケアホームに配置することが困難な事情があると認め、かつ、その配置場所が夜間支援を確実に実施できる場所(世話人や施設職員等の自宅は算定の対象外)であると認めた場合はこの限りではないこと。

○ 夜間支援従事者は複数のケアホームの夜間支援を行っている場合には、配置場所はケアホームから概ね10分以内にかかけつけることができる地理的条件にあり、かつ、入居者からの支援要請を速やかに把握できるよう、配置場所とケアホームとの間で特別な連絡体制(非常通報装置、携帯電話等)が確保されていること。

○ 夜間支援体制加算の算定に当たり、複数のケアホームの夜間支援を行っている場合、一名の夜間支援従事者が支援することができる人数は、20名までとする(住居数は5箇所まで)。
また、1箇所のケアホームの夜間支援を行っている場合、一名の夜間支援従事者が支援することができる人数は、30名までとする。

(2) 夜間支援従事者の勤務内容・勤務形態

○ 夜間支援従事者は、入居者の状況に応じて、就寝準備の確認、寝返りや排泄の支援などのほか、緊急時の対応を行うこととし、夜間支援の内容については、個々の入居者の個別支援計画に位置付けられていること。

○ 夜間支援従事者は専従であること(夜間支援を行うケアホームの入居者の就寝前から翌朝の起床後まで)。

○ 夜間支援従事者が配置されているケアホーム以外のケアホームの夜間支援体制を行う場合には、一晩につき一回以上は当該ケアホームを巡回すること。

※ 夜間支援従事者は常勤、非常勤を問わず、また、委託された者であっても差し支えないものとする。

※ 確実なケアホームの夜間支援体制を確保するため、入所施設や病院の夜勤・宿直業務と兼務している場合には加算の対象外とするほか、地域移行型ホームについては、ケアホーム内に専従の従事者が配置されている場合にのみ加算の対象とする。

(3) 夜間支援体制の加算額

○ 1名の夜間支援従事者が支援するケアホーム対象者数に応じて単価を設定

	10人以下	11人	12人	13人	14人	15人	16人	17人	18人	19人	20人	21~30人
区分5・6	97単位/日	85単位/日	83単位/日	79単位/日	72単位/日	71単位/日	71単位/日	68単位/日	63単位/日	62単位/日	61単位/日	56単位/日
区分4	52単位/日	40単位/日	38単位/日	34単位/日	27単位/日	26単位/日	26単位/日	23単位/日	18単位/日	17単位/日	16単位/日	11単位/日
区分2・3	24単位/日	20単位/日	17単位/日	15単位/日	13単位/日	11単位/日	9単位/日	8単位/日	7単位/日	6単位/日	5単位/日	1単位/日

小規模事業者に対する経過措置

○ 小規模事業加算(グループホーム・ケアホーム):世話人を確保するための加算

【当初(案)】

- 平成18年9月30日現在実施している事業所であって、定員4人の事業の場合、報酬上加算。
… 37単位/日(4人定員)
- 複数の住居から構成されている事業所における住居間の距離が下記の場合は、それぞれの住居ごとに加算を算定。
・世話人が概ね10分程度で移動できる範囲を超えている場合
- 3年間に限定(平成18~20年度まで毎年1/3ずつ縮小)

【見直し(案)】

- 平成18年9月30日現在実施している事業所であって、定員4人又は5人の事業の場合、報酬上加算。
… 37単位/日(4人定員)、14単位/日(5人定員)
- 複数の住居から構成されている事業所における住居間の距離が下記の場合は、それぞれの住居ごとに加算を算定。
・世話人が概ね10分程度で移動できる範囲を超えている場合
・世話人が概ね10分程度で移動できる範囲内である場合
(平成19年度末まで)
- 3年間に限定(平成20年度は1/2に縮小)

○ 小規模事業夜間支援体制加算 (ケアホーム):夜間支援体制を確保するための加算

【当初(案)】

- 平成18年9月30日現在既に夜勤体制を確保している事業所であって、定員4~10人の事業の場合、夜勤を確保できるよう報酬上加算
… 116~20単位/日(定員に応じて設定)
- 障害程度区分4以上の利用者が2人以上いる場合
- 3年間に限定(平成18~20年度まで毎年1/3ずつ縮小)

【見直し(案)】

- 平成18年4月1日現在既に夜間支援体制を確保している事業所(※)であって、定員4~9人の事業の場合、引き続き夜間支援体制が確保できるよう報酬上加算
… 127~3単位/日
(利用者及び障害程度区分に応じて設定)
- ※ 平成18年4月1日より後に開設した事業所については、開設時以降、夜間支援体制を確保していた事業所。
- 障害程度区分2以上の利用者(ケアホーム対象者)
- 3年間に限定(平成20年度は1/2に縮小)

小規模事業加算(経過措置)について

○ 既にグループホームを実施している事業所であって、小規模な事業所については、世話を引き続き確保できるよう、3年間の経過措置を講じる。

(1) 加算の対象

- ・ 平成18年9月30日現在、グループホームを実施している事業所であって、定員4人又は5人の事業所(グループホーム又はケアホーム)。
- ・ なお、複数の住居から構成されている事業所であっても、個々の住居(定員4人又は5人)ごとに専任の世話人が配置されている場合は、それぞれの住居ごとに加算を算定することができることとする。
- ・ ただし、複数の住居から構成されている事業所については、各住居間の距離が、入居者の日常生活上の支援を行う上で支障がないと認められる位置関係(世話人の業務に着目し、世話人が概ね10分程度で移動することができる距離)の範囲内である場合は、19年度末までの経過措置とする。

(2) 加算額

- ・ 住居の規模別(4人又は5人)に単価を設定。
- ・ 4人定員・・・37単位/日、5人定員・・・14単位/日

(注) 平成20年度の加算額は、上記単価の1/2とする。

小規模事業夜間支援体制加算(経過措置)について

- 既にグループホームを実施している事業所であって、小規模な事業所については、夜間支援体制を引き続き確保できるよう、3年間の経過措置を講じる。

(1)加算の対象

- 小規模事業夜間支援体制加算

- ・ 平成18年4月1日現在で既に夜間支援体制(夜間支援体制加算の要件を満たす場合)を確保していた事業所であって、小規模な事業所(ケアホーム)。
- ・ なお、平成18年4月1日より後に開設した事業所については、開設時以降、夜間支援体制を継続的に確保している事業所。
- ・ 対象となる利用者は、当該事業所に入居しているケアホーム対象者(障害程度区分2以上)

(2)加算額

- 小規模事業夜間支援体制加算

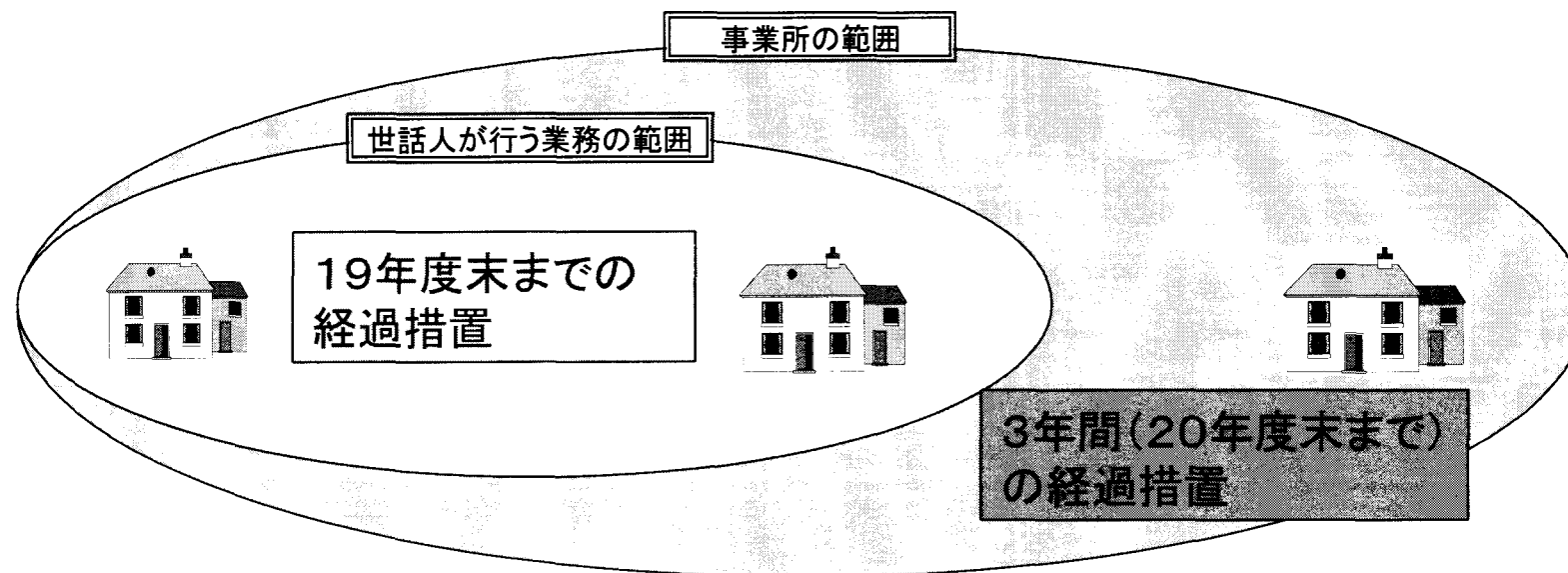
- ・ 1名の夜間支援従事者が支援するケアホーム対象者数(4~9人)に応じて単価を設定。
- ・ ただし、支援するケアホーム対象者数が4人以下の場合には、4人の単価を適用。

	4人	5人	6人	7人	8人	9人
区分5・6	127単位/日	98単位/日	73単位/日	57単位/日	42単位/日	32単位/日
区分4	65単位/日	46単位/日	33単位/日	19単位/日	12単位/日	5単位/日
区分2・3	26単位/日	22単位/日	18単位/日	11単位/日	8単位/日	3単位/日

(注) 平成20年度の加算額は、上記単価の1/2とする。

小規模事業加算の対象範囲の見直しについて

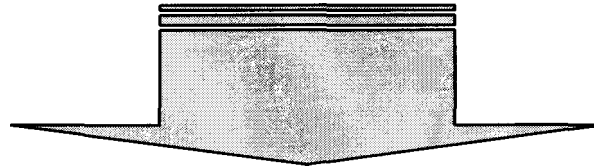
- 定員4～5名(当初案では4名のみ)の事業の場合、世話人1人分を確保できるよう、3年間の経過措置として、報酬上加算(小規模事業加算)。
- 当初案では、近隣に同一法人が経営するグループホームがある場合、加算の対象外としていたが、円滑な移行を図る観点から、近隣のグループホーム・ケアホームでも、それぞれの住居ごとに世話人を配置する場合、19年度末まで小規模事業加算の算定対象とする。



グループホーム・ケアホームのサービス管理責任者の経過措置について

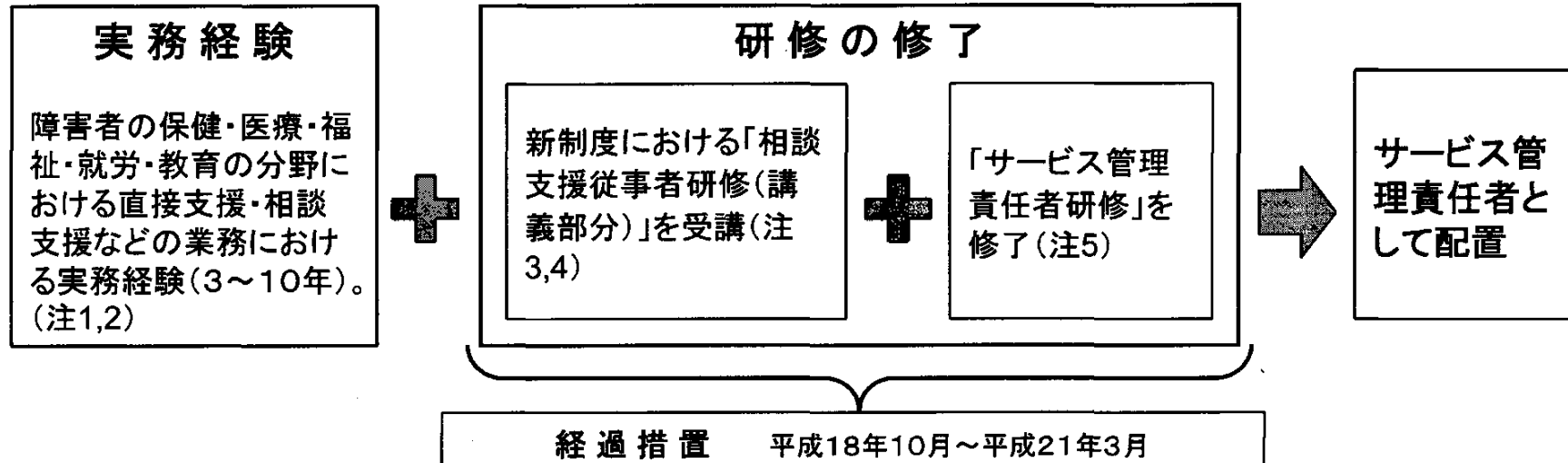
- グループホーム・ケアホームにおけるサービス管理責任者の要件については、現にサービス提供を実施している事業者において、実務経験を満たす人材を確保できない場合に限り、平成19年度末までに「サービス管理責任者研修」等を受講・修了することを条件として、3年以上の実務経験をもって暫定的にサービス管理責任者として配置できることとしているところ。
- しかしながら、NPO法人などが実施している小規模な事業者については、スタッフは事実上世話人のみの事業者も多く、人材を確保することが困難な場合や、3年の実務経験を満たすことができない場合があります、平成18年10月以降も引き続き、事業を実施するためには、何らかの配慮措置が必要であることから、以下のとおり要件を緩和することとする。

【要件緩和(案)】



- 小規模(定員10人未満)の事業者については、平成20年度末まで、サービス管理責任者の配置を猶予することとする(新規事業者も含む)。
- その場合であっても、計画作成担当者を特定し、個別支援計画の作成、日中活動サービス事業所との連絡調整等の業務を行うこととする。

「サービス管理責任者」の要件 (修正版)



実務経験の要件を満たしていれば、平成21年3月までの間に「相談支援従事者研修(講義部分)」を受講し、かつ「サービス管理責任者研修」を修了することを条件として、これらの研修を受講・修了していない場合であっても、暫定的にサービス管理責任者として配置できることとする。

- (注1) 実務経験については、別に定める。
- (注2) グループホーム、ケアホーム、児童デイサービスについては、現にサービス提供を実施している事業者において、実務経験を満たす人材を確保できない場合に限り、平成19年度末までに「相談支援従事者研修(講義部分)」と「サービス管理責任者研修」を受講・修了することを条件として、3年以上の実務経験をもって暫定的にサービス管理責任者として配置できることとする。なお、グループホームとケアホームにおいて、この措置をもってサービス管理責任者の配置が困難な小規模(定員10人未満)の事業者の場合に限り、経過措置期間中(平成20年度末まで)はサービス管理責任者の配置を猶予できることとする(新規事業者も含む)。
- (注3) 「相談支援従事者研修(講義部分)」とは、同研修のカリキュラムのうち、別に定める講義部分(2日間程度)をいう。
- (注4) 過去の「障害者ケアマネジメント研修」の修了者については、平成18年度以降、経過措置終了までの間に「相談支援従事者初任者研修」(1日)を受講した場合、新制度における「相談支援従事者研修」を修了したものと見なす。
- (注5) 多機能型の運営において複数種類の事業のサービス管理責任者を兼務する場合は、「サービス管理責任者研修」のうち、該当する種類の事業に係るすべてのカリキュラムを修了することが必要。ただし、事業開始後3年間は、少なくとも一つの種類の事業に係る研修を修了していればよいこととする。

就 労 支 援 関 係

目 次

- 就労継続支援A型事業の特例について……………1
- 障害者自立支援法の施行に伴う最低賃金適用除外許可手続きの基本的方向について(案)……………2
- 就労継続支援A型事業における障害者以外の者の雇用割合について……………6
- 目標工賃の設定、実績報告、公表の手続きの流れについて……………7
- 就労継続支援事業の利用に関する取り扱い……………9
- 社会事業授産・生活保護授産の報酬について……………10
- 「就労移行支援のためのチェックリスト」記者発表資料……………11

就労継続支援A型事業の特例について

障害者自立支援法においては、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、単独型、多機能型いずれにおいても、下記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こととしたところ。

【要件】

下記要件を満たすA型事業者において、就労継続支援(A型)として、雇用によらない利用を可能とする。

- ① 雇用による利用者に係る利用定員の数が10人以上であること。
- ② 雇用によらない利用者に係る利用定員の数が、雇用による利用者に係る利用定員の半数未満であること。
ただし、当該利用者は10人を超えることができないこと。
- ③ 雇用による利用者と雇用によら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等、誰が見ても明確に区分されている状態であること)。

【その他】

- ① 当該特例の対象となる事業所の利用定員数は、雇用による利用者の利用定員数と雇用によらない利用者の定員数を合算した数とする。
- ② 障害者以外に雇用可能な者の数は、雇用による利用者に係る利用定員数に応じて設定する。
- ③ 工賃等実績の算定については、雇用による利用者に対して支払われる賃金のみを対象とする
(雇用によらない利用者に対する工賃は算定対象外)。

【参考:雇用によらない利用者がある場合の利用定員】

雇用による利用者の利用定員	10人	11人	12人	13人	14人	15人	16人	17人	18人	19人	20人以上
雇用によらない利用者の利用定員	1~4人	1~5人	1~5人	1~6人	1~6人	1~7人	1~7人	1~8人	1~8人	1~9人	1~9人
利用定員計	11~14人	12~16人	13~17人	14~19人	15~20人	16~22人	17~23人	18~25人	19~26人	20~28人	21人以上

平成18年8月24日

**障害者自立支援法の施行に伴う最低賃金
適用除外許可手続の基本的方向について(案)**

- 1 障害者自立支援法においては、障害福祉計画により福祉施設における雇用の場(就労継続支援A型事業)を平成23年度までに36,000人に引き上げることとしている。
- 2 これに伴い、最低賃金適用除外件数も増加することが考えられることから、今般、労働基準局との間で、当該申請における事務手続の簡素化について協議しているところである。
- 3 その方法として、就労継続支援事業(A型)の対象労働者について、障害により著しく労働能力が低いことを理由として行われる最賃適用除外許可申請用の添付資料として、「障害者自立支援法に基づく就労継続支援(A型)利用者における最低賃金適用除外許可 作業実績、作業能力に関する資料(案)」(別添)を作成し、様式の統一化を図る方向で検討を進めている。
- 4 なお、上記3の資料を添付して申請が行われた場合には、実地調査において、例えば一部の被申請労働者について抽出調査を行い、一定の客観性が確保されていると認められる場合には他の被申請労働者に係る実地調査を省略しても差し支えないこととするなど、実地調査を簡略化すること等により、事務処理の迅速化・効率化を図ることも併せて検討している。
- 5 最低賃金は、雇用労働者に対する賃金の最低保障額であって、原則これを遵守しなければならないものであり、最低賃金適用除外はあくまで特例的な措置である。
また、本件により簡素化されるのはあくまでも適用除外に係る事務手続であって、最低賃金適用除外許可基準は従来どおりである。
なお、労働者保護の観点から、申請された適用除外割合が著しく低い場合においては事務手続の簡素化を行わないこととしていることを申し添える。

障害者自立支援法に基づく就労継続支援(A型)利用者における
最低賃金適用除外許可 作業実績、作業能力に関する資料(案)

事業所名	
被申請労働者氏名	

作業実績、作業能力に関すること

	評価に基づく割合等
作業実績の評価	%
作業能力の評価(※) (必要に応じて記入)	%

※ 最低賃金の適用除外割合は原則として「作業実績の評価」によって決定されます。ただし、具体的な賃金の支払いに当たって、「作業能力」についても評価している場合は、必要に応じて「作業能力の評価に基づく割合」を当該欄に記入してください。

被申請労働者に関すること

保護者(保証人)の氏名(続柄)	()
被申請労働者に関する今後の賃金支払い方針	
その他特記事項	

※ この他、本申請に関する被申請労働者(必要に応じ保護者(保証人))の同意書を添付してください。

II 作業能力に関する評価

1 労働能力評価表

項 目	具体的な評価項目	評価点	前回申請時
基本的なルール	遅刻・早退・無断欠勤等の有無・頻度、休暇の連絡	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	作業に適した身なり、清潔感	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	明示された規則や社会上のルールの理解・遵守	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	健康管理(自己管理)の状況	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	精神的な状態に左右されない自己統制力	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
作業態度	作業時間と休憩時間の区別	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	作業上の報告・連絡・相談	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	指示内容の理解・遵守	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	自主的な行動や意識	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	仕事に対する興味	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
作業遂行力	正確性	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	安定性(作業ミスの頻度、作業量等)	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	集中力の維持	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	体力(勤務時間中の持久力)	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	危険回避行動	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
社会生活	挨拶・返事	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	会話・言葉遣い	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	感謝・謝罪	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	協調性	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
	役割の意識・責任感	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1

以上の評価項目(20項目)以外に、事業所独自の項目を加えても差し支えない。

事業所独自項目		5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
		5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
		5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
		5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
		5 4 3 2 1	5 4 3 2 1

※初回の申請の場合、前回申請時欄は記入不要

評 点 合 計 点		点
評価点平均	評点合計 点÷評価項目数	点

※ 評価は5点満点で行う。(評価基準は、概ね以下のとおりとする。)

- 5、比較対象労働者と同程度のレベルで行うことができ、問題はない。
- 4、比較対象労働者とほぼ同程度のレベルであり、問題はほとんど認められない。
- 3、比較対象労働者の半分程度のレベルであり、時々(週数回程度)問題が認められる。
- 2、比較対象労働者の2～3割程度のレベルであり、しばしば問題が認められる。
- 1、当該事項については、行うことができない。または、頻繁に問題が認められる。

2 労働能力の評価について

5点=100%、4点=75%、3点=50%、2点=25%、1点=0%、とし、次の算式により評価する。

[(評価点平均-1.0) × 25]

労働能力に対する評価...②

%

就労継続支援(A型)における障害者以外の者の雇用割合について

【従来案】

- 就労継続支援事業は、一般企業で雇用されることが困難な障害者に対し働く場を提供する福祉サービス事業であり、当該福祉サービスに対し報酬が支払われることから、その従業員は障害者であることが基本である。
- しかし、営業活動の実施などに当たっては、障害者のみでは十分な生産性が確保できないケースも想定されることから、この要件を緩和し、従来案では障害者以外の者の雇用割合を定員の2割以下としたところ。

【見直し案】

- 地域や施設の実情を踏まえ以下のとおりとする。

- | | |
|------------------|----------------------|
| ① 利用定員10人以上20人以下 | 利用定員の5割以下 |
| ② 利用定員21人以上30人以下 | 10人又は利用定員の4割のいずれか多い数 |
| ③ 利用定員31人以上 | 12人又は利用定員の3割のいずれか多い数 |

※ 既存の福祉工場のうち、上記の割合を超えている場合については、経過措置として、移行時点の障害者以外の者の雇用割合を上限とし、併せて改善計画を都道府県知事に提出することとする。

目標工賃の設定、実績報告・公表の手続きの流れについて

利用者がより適切な就労関係事業を選択することができるよう、以下の施設に対し工賃(賃金)実績の提出を求めるとし、都道府県は、当該実績を事業者情報として幅広く公表することとする。

【工賃実績報告及び公表について】

1 工賃実績報告対象事業(施設)

- ① 就労継続支援事業(A型、B型とも)
- ② 身体・知的・精神障害者入所・通所授産施設(小規模通所授産施設を含む)、福祉工場

2 工賃(賃金)実績の報告内容

- ① 前年度の工賃(賃金)実績の平均額(時給、日給、月給から選択)
- ② 1日及び1か月あたり平均労働時間を都道府県に報告。

3 申請時期及び申請先

- ① 毎年4月に、各事業者は、都道府県に対し前年度の工賃(賃金)実績を報告。
- ② 平成18年度においては、18年10月からの6ヶ月間の工賃(賃金)実績について平成19年4月に都道府県に対し報告。

4 工賃実績の公表方法

都道府県は、提出された工賃(賃金)実績及び都道府県全体又は圏域全体の平均工賃(賃金)額を、広報紙、ホームページ、WAMネット等により幅広く公表する。

【目標工賃達成加算について】

1 対象事業 就労継続支援(B型)事業

2 目標工賃の設定及び届出(B型のみ)

- ① 当該目標とする年度の前年度の実績額以上の額で設定する。
- ② 時給、日給、月給の中から事業者が選択し、提出する。
- ③ 目標工賃については、目標工賃達成加算の要件(地域の最賃の1/3以上)を満たさない額でも設定できることとする。
(目標工賃達成加算の要件は変わらず)

3 工賃実績報告の提出

前年度の工賃の平均額を、目標工賃の設定に合わせた工賃の支払い体系(時給、日給、月給)で報告。

4 申請時期及び申請先

- ① 加算に関する申請と同時に、当該年度の目標工賃及び前年度の工賃実績を都道府県に対し提出。
- ② 平成18年度においては、
 - ア 事業者は、事業者指定時に、17年度の工賃実績を報告するとともに、当該指定時から19年3月までの目標工賃を提出し、19年4月において、当該指定時からの18年度における工賃実績及び平成19年度の目標工賃を提出する。
 - イ 都道府県は、工賃実績、目標工賃を下記の方法で公表するとともに、18年度の目標工賃、工賃実績及び17年度の工賃実績を元に、19年度の目標工賃達成加算の判定を行う。

5 目標工賃額、工賃実績額の公表方法

都道府県は、提出された目標工賃額及び工賃実績額及び都道府県全体又は圏域全体の平均工賃額について、広報紙、ホームページ、WAMネット等により広く公表する。

6 目標工賃達成加算の要件

- ① 前年度の調整後の工賃実績(※1)が目標工賃以上であること。
- ② 原則前年度の調整後の工賃実績が前々年度の調整後の工賃実績以上であること(経済状況等により低下する場合(※2)を除く)。
- ③ 前年度の調整後の工賃実績が地域の最低賃金の1/3(※3)以上であること。

※1 調整後の工賃実績...①新規利用者において、利用開始から1年に達するまでの間、工賃実績から除外することを可能とする。

②月の途中からの利用開始・終了における当該月の工賃は、工賃実績から除外する。

※2 同一都道府県内の8割のB型事業所の工賃実績が低下した場合は、同一都道府県内全ての事業者についてこの規定は適用しない。なお、これ以外の場合においても、個別の事業者にとって、原油価格、為替相場の変動が直接影響することにより、年間の直接経費が10%以上上昇した場合等著しい変動があった場合で、都道府県がやむを得ないものとして認めた場合はこの規定を適用しない。

※3 地域の最低賃金の1/3として、下記のいずれかの要件を満たすことが必要である。

①時給の場合...調整後の工賃実績が前年度の各都道府県の最低賃金の1/3(円未満四捨五入)以上

②日給の場合...調整後の日給工賃実績を5(時間)で除した額が、前年度の各都道府県の最低賃金の1/3以上
(1日あたりの利用時間が3時間以下の工賃は、工賃実績から除外する。)

③月給の場合...調整後の日給工賃実績を110(5時間×22日)で除した額が前年度の各都道府県の最低賃金の1/3以上

就労継続支援事業の利用に関する取り扱い

- 就労継続支援(B型)事業の対象者については、一般雇用ないしはA型での雇用が困難な者としているところであるが、具体的には、下記のとおり、①利用者本人の状況と②利用者本人以外の状況を勘案のうえ設定することとする。

【利用対象者】

- ① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者
- ② 就労移行支援事業を利用(暫定支給決定における利用を含む)した結果、B型の利用が適当と判断された者
- ③ ①、②に該当しない者であって、50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者
- ④ ①、②、③に該当しない者であって、地域に一般就労の場やA型の事業所による雇用の場が乏しく、雇用されること又は就労移行支援事業者が少なく、利用することが困難と市町村が判断した者(平成20年度末までの経過措置)
なお、経過措置対象者(旧支援費施設利用者)については、上記①～④にかかわらず、経過措置期間中はB型の利用が可能。

【就労継続支援事業の更新時の取扱】

- ① 就労継続支援事業の対象者は、「通常の事業所に雇用されることが困難な障害者」とされていることから、本事業利用者(A型、B型とも)の支給決定更新の段階で、地域自立支援協議会や障害者雇用支援合同会議等において、それまでの利用実績、サービス管理責任者による評価等を踏まえ、一般就労や他の事業の利用の可能性を検討し、更新の要否を判断することとする。
- ② 支給期間については、下記のとおり設定する。
 - ア A型利用者...3年
 - イ B型利用者
 - ・ 50歳に達している者...3年
 - ・ 上記以外の者...1年

社会事業授産・生活保護授産の報酬について

○基準該当サービス事業所(B型)の報酬について

「現状の措置費単価に基づく額」に、サービス管理責任者兼務分23単位を加えた額とし、B型の報酬単価を上限とする。なお、激変緩和(8割保障)を適用する。

※1現状の措置費単価に基づく額...生保授産の措置費対象者の月額を22日で除した額を利用率(94.5%)で除した額を報酬単価とし、当該単価に対し対象者の利用日数分を乗じた額

【例1】保護単価月額80,000円の場合の報酬額... $80,000円 \div 22日 \div 94.5\% = 385単位 + 23単位 = 408単位$

【例2】保護単価月額100,000円の場合の報酬額... $100,000円 \div 22日 \div 94.5\% = 481単位 (>460単位)$ よって460単位

※2激変緩和は、平成18年9月の措置費単価に、特例措置対象者数を乗じた額を100%とし、当該額の80%(旧体系・報酬の取り扱いと同様とする)を保障することとする。

○加算・減算について

サービス管理責任者の業務を報酬上評価していることから、これに関連する加算・減算を適用する。

- ① 初期加算
- ② サービス管理責任者欠如減算
- ③ 個別支援計画未作成減算
- ④ 食事提供加算

厚生労働省発表
平成18年8月23日

職業安定局高齢・障害者雇用対策部
障害者雇用対策課
課長 土屋喜久
調査官 深田聡
課長補佐 矢田玲湖
電話03-5253-1111(内線5837, 5854)
03-3595-1173(夜間直通)
社会・援護局障害保健福祉部
障害福祉課
課長 藤木則夫
課長補佐 田仲敦泰
電話03-5253-1111(内線3041, 3045)
03-3595-2528(夜間直通)
独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構
障害者職業総合センター
企画部長 塚田滋
企画調整室長 大塚守
電話043-297-9023(ダイヤルイン)

「就労移行支援のためのチェックリスト」が完成しました！

～障害者の一般就労へ向けた支援を円滑に行うための共通のツール～

改正障害者雇用促進法及び障害者自立支援法の施行により、障害者の一般就労に向けた支援の強化が図られる中、労働関係機関と福祉関係機関がそれぞれ持っている障害者雇用に関する各種情報やノウハウを共有し、密接に連携しながら、それぞれの役割を果たしていくことが求められています。また、障害者自立支援法における就労移行支援事業者等においては、支援対象者の状態に応

「就労移行支援のためのチェックリスト」の概要

1 背景

障害者自立支援法の施行により、就労移行支援事業者等には、支援対象者が適切な就労支援サービスを受けることができるよう、個別支援計画を作成しこれに基づき支援していくことが要請されている。

このような背景のもと、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構の障害者職業総合センターにおいては、厚生労働省の依頼を受け、これまでの研究成果等を活用して、就労移行支援事業者等において支援対象者が就労支援サービスを受ける諸段階の状態を把握するためのチェックリストを作成することとした。

2 目的と性格

- (1) チェックリストは、就労移行支援事業者等が個別支援計画を作成し支援を進めていくに当たって、対象者の現状を把握することにより、支援方法の検討に資することを目的としている。このため、このチェックリストを使用するには、一定期間の観察が必要となる。
- (2) チェックリストは、以下のような性格を有している。

① 個別支援計画を作成し推進するための資料となるものである。

チェックリストは、対象者の就労の可否や就労移行可能性の高低を評価するためのものではなく、就労移行支援事業者等が把握した対象者の現状を改善するための支援方法を考え、実行していく資料となるものである。

② 対象者の現状を把握するための1つのツールである。

就労支援の方策は総合的に判断されるべきものであり、チェックリスト以外に、面接、検査等が併用されることが必要である。すなわち、対象者の就労支援に当たって、チェックリストで把握された状況は、対象者の障害状況、作業能力、性格等、他の面接や検査等で把握された事項とあわせて使用するものである。

(2) 「必須チェック項目」は、次のイ～ハの3つの分野における34項目についての段階チェック(5段階(注)または2段階)とし、さらに、項目によっては低い達成段階の場合に具体的な状態をチェックする。

イ 日常生活 (11項目)

ロ 働く場での対人関係 (8項目)

ハ 働く場での行動・態度 (15項目)

(注) 5段階チェックにおける各段階の達成の目安は、次のとおり。

① 90～100%

② 70～80%程度

③ 50～60%程度

④ 30～40%程度

⑤ 20%以下

(3) 「参考チェック項目」は、9項目からなっている。それ以外に特記する事項がある場合には、「その他」の欄に記載する。

(4) 「必須チェック項目」について、その経過を見るために、3回分の結果を記録できる「チェックリスト経過記録表」を活用する。

表1 「必須チェック項目」一覧

日常生活	<ul style="list-style-type: none"> ・起床 ・生活リズム ・食事 ・服薬管理 ・外来通院 ・体調不良時の対処 ・身だしなみ ・金銭管理 ・自分の障害や症状の理解 ・援助の要請 ・社会性
働く場での対人関係	<ul style="list-style-type: none"> ・あいさつ ・会話 ・言葉遣い ・非言語的コミュニケーション ・協調性 ・感情のコントロール ・意思表示 ・共同作業
働く場での行動・態度	<ul style="list-style-type: none"> ・一般就労への意欲 ・作業意欲

4 利用方法と効果

(1) チェックリストは、個別支援計画を作成し、就労支援サービスを進めていく中で、使用する。また、支援期間中の諸段階において使用することにより、対象者の変化、支援の効果等を見ることができる。

(2) 利用方法と効果としては、次のものが考えられる。

① 個別支援計画を作成する

- ・ 生活全般の状態を把握できる。
- ・ 見落としがちな項目を把握することができる。
- ・ 対象者の特性・特徴を知ることができる。
- ・ 短時間で支援対象者の細かな所を客観的に見ることができる。
- ・ チェックリストから浮かび上がってくる状態像に配慮することで、より適切な個別支援計画が作成できる。

② 個別支援計画を進める

- ・ 支援対象者の状態を具体的に把握し、就労に向けての課題が具体化されることで、支援ポイントをつかみやすい。
- ・ 就労のための訓練等で、次の目標を立てるのに役立つ。
- ・ 職場実習に向けて、本人の状態を把握できる。
- ・ 実習先に、ポイントを絞って本人の状態を伝達できる。
- ・ 実習中の訓練生の課題の整理や再確認ができる。

(別添)

- 1 「就労移行支援のためのチェックリスト」のご利用に当たって
- 2 就労移行支援のためのチェックリスト
- 3 チェックリスト経過記録表
- 4 活用の手引き

「就労移行支援のためのチェックリスト」のご利用に当たって

1. 就労移行支援事業者等における利用に当たって

支援開始時における計画の作成段階から、繰り返し利用することにより、支援対象者の状態の変化等を継続的に把握することができます。

(1) 個別支援計画の作成段階

就労移行支援事業者等において、支援対象者に対する就労支援のポイント(どのような内容や期間の支援プログラムがよいか等)を把握し、的確な計画を作成するためにご利用ください。

(2) 訓練等の実施段階

就労移行支援事業者等において、個別支援計画の進捗状況を把握し、対象者の現在の状態に合わせて支援内容を見直すためにご利用ください。

2. 利用に当たっての留意事項

チェックリストのご利用に当たっては、以下の点にご留意ください。

- 支援対象者の状態の変化を継続的に把握する際には、同一期間に同一人(サービスマネジメント責任者等)がチェックする等、評価にばらつきが出ないようにすることが望ましいこと。

- 支援対象者の就労移行支援のための就労支援機関(就労移行支援センター)との連携を

就労移行支援のためのチェックリスト

支援対象者		記入年月日	年 月 日
ふりがな 氏名	男女	生年月日	年 月 日(歳)
種番名		利用開始年月日	年 月 日

記入者

ふりがな 氏名		所属施設	
------------	--	------	--

目的

このチェックリストは、就労移行支援事業者が、支援対象者（以下「対象者」という。）について個別支援計画を作成し、支援を進めていく中で使用します。これにより、対象者の就労移行についての現状を把握するとともに、対象者の変化、支援の効果等を見ることができます。すなわち、このチェックリストは、就労移行の可能性の高低を評価するものではなく、就労移行支援事業者等において支援すべき事項を明らかにするためのものです。

構成

- ① 対象者が就労に移行するための現状を把握するために、“必須チェック項目”（個別支援計画を策定するに当たって重視すべき項目）と、“参考チェック項目”（就労移行支援をよりよく進めるために参考となる項目）があります。
- ② “必須チェック項目”では、対象者が就労に移行するための項目として、日常生活（11項目）、働く場での対人関係（8項目）、働く場での行動・態度（15項目）の3つの分野における34項目についての段階チェックがあり、さらに、項目によっては、低い達成段階の場合に、具体的状態についてチェックします。
- ③ “参考チェック項目”は、9項目からなっています。それ以外に特記する事項がある場合には、「その他」の欄に、自由に記載して追加します。
- ④ “必須チェック項目”についてその経過を見るために、3回分の結果を記録できる“チェックリスト経過記録表”があります。

記載要領

（1）留意事項

記載に当たっては、次の点に留意して下さい。

- ① 就労移行支援事業者等において、作業場面や休憩時間等の様子に基づいて記載して下さい。
- ② ひととおり支援者が記載した後に対象者と十分な話し合いをして理解を得る、あるいは

⑤ 20%以下

- ② 段階チェックで、①及び②（Ⅰ-11とⅡ-8においては①）に該当する項目については、就労移行のために特別な支援の必要がない状態と考えられます。段階チェックで、③～⑤（Ⅰ-11とⅡ-8においては②）に該当する項目については、支援が必要と考えられます。
- ③ 項目によっては、段階チェックのほかに、状態チェックが設けられています。段階チェックで、③～⑤（Ⅰ-11とⅡ-8においては②）に該当し、状態チェックが設けられている場合には、状態チェックに準み、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

(3) 参考チェック項目

- ① 各項目とも、あてはまるものすべてに○をつけて下さい。
- ② 9項目以外に特記する事項がある場合には、「(10) その他」の欄に、自由に記載して下さい。

チェックリストの記載に当たっては、「就労移行支援のためのチェックリスト活用の手引き」をお読み下さい。

必須チェック項目

以下の各チェック項目について、最もよくあてはまるもの1つに○をつけて下さい。

I 日常生活

チェック項目	自由記述欄
<p>I-1. 起床</p> <p>①決まった時間に起きられる</p> <p>②だいたい決まった時間に起きられる</p> <p>③決まった時間にあまり起きられない</p> <p>④決まった時間にほとんど起きられない</p> <p>⑤決まった時間に起きられない</p>	
<p>I-2. 生活リズム</p> <p>①規則正しい生活ができる</p> <p>②だいたい規則正しい生活ができる</p> <p>③規則正しい生活があまりできない</p> <p>④規則正しい生活がほとんどできない</p> <p>⑤規則正しい生活ができない</p>	
<p>I-3. 食事</p> <p>①規則正しく食事をとることができる</p> <p>②だいたい規則正しく食事をとることができる</p> <p>③規則正しく食事をとることがあまりできない</p> <p>④規則正しく食事をとることがほとんどできない</p> <p>⑤規則正しく食事をとることができない</p>	
<p>I-4. 服薬管理（定期的服薬をしている人のみ回答）</p> <p>①決められたとおりに服薬している</p> <p>②だいたい決められたとおりに服薬している</p> <p>③決められたとおりにあまり服薬していない</p> <p>④決められたとおりにほとんど服薬していない</p> <p>⑤決められたとおりに服薬していない</p>	
<p>I-5. 外来通院（定期的通院をしている人のみ回答）</p> <p>①きちんと通院している</p> <p>②だいたいきちんと通院している</p> <p>③あまり通院していない</p> <p>④ほとんど通院していない</p> <p>⑤通院していない</p>	

<p>I-6. 体調不良時の対処</p> <p>①体調不良時に対処できる</p> <p>②だいたい体調不良時に対処できる</p> <p>③体調不良時にあまり対処できない</p> <p>④体調不良時にほとんど対処できない</p> <p>⑤体調不良時に対処できない</p> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうちあてはまるものすべてに○をつける</p> <p>↓</p> <p>a. うがいや衣服の調整などをして病気の予防をすることができない</p> <p>b. 体調が悪いときにきちんと養生せず、回復が遅れたり悪化させたりする</p> <p>c. 怪我などの応急処置ができない</p> <p>d. 体温などを自分で測ることができない</p> <p>e. 体調が悪いことに気づかない</p> <p>f. 体調が悪いことを家族などに伝えられない</p>	
<p>I-7. 身だしなみ</p> <p>①身だしなみがきちんとしている</p> <p>②だいたい身だしなみがきちんとしている</p> <p>③身だしなみがあまりきちんとしていない</p> <p>④身だしなみがきちんとしていないことが多い</p> <p>⑤身だしなみがきちんとしていない</p> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうちあてはまるものすべてに○をつける</p> <p>↓</p> <p>a. 服装が場に合っていない</p> <p>b. 服装がきちんとしていない</p> <p>c. 髪、爪、ひげなどが清潔でない</p> <p>d. 化粧や髪型が場に合っていない</p> <p>e. 洗顔、歯みがきなどが不十分である</p>	

<p>I-8. 金銭管理</p> <p>①金銭管理ができる ②だいたい金銭管理ができる ③金銭管理があまりできない ④金銭管理がほとんどできない ⑤金銭管理ができない</p> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうち あてはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>↓</p> <p>a. 計画的にお金を使うことができない b. 毎月赤字を出す c. お金を大事に使わない d. 金種がわからない e. 一人で買い物ができない</p>	
<p>I-9. 自分の障害や症状の理解</p> <p>①自分の障害や症状を理解している ②自分の障害や症状をだいたい理解している ③自分の障害や症状をあまり理解していない ④自分の障害や症状をほとんど理解していない ⑤自分の障害や症状を理解していない</p>	
<p>I-10. 援助の要請</p> <p>①援助を求めることができる ②だいたい援助を求めることができる ③援助をあまり求めることができない ④援助をほとんど求めることができない ⑤援助を求めることができない</p>	

II 働く場での対人関係

チェック項目	自由記述欄
II-1. あいさつ ①あいさつができる ②だいたいあいさつができる ③あいさつがあまりできない ④あいさつがほとんどできない ⑤あいさつができない	
II-2. 会話 ①その場に応じた会話ができる ②その場に応じた会話がだいたいできる ③その場に応じた会話があまりできない ④その場に応じた会話がほとんどできない ⑤その場に応じた会話ができない	
II-3. 言葉遣い ①相手や場に応じた言葉遣いができる ②相手や場に応じた言葉遣いがだいたいできる ③相手や場に応じた言葉遣いがあまりできない ④相手や場に応じた言葉遣いがほとんどできない ⑤相手や場に応じた言葉遣いがない	
II-4. 非言語的コミュニケーション ①表情、ジェスチャー等で、コミュニケーションができる ②表情、ジェスチャー等で、コミュニケーションがだいたいできる ③表情、ジェスチャー等で、コミュニケーションがあまりできない ④表情、ジェスチャー等で、コミュニケーションがほとんどできない ⑤表情、ジェスチャー等で、コミュニケーションがない	
③～⑤に回答した場合、以下のうち あてはまるものをすべてに○をつける	

<p>a. 表情の意味がわからない b. ジェスチャーの意味がわからない c. 声の調子の意味がわからない</p>	
<p>II-5. 協調性</p> <p>①他人と協調できる ②だいたい他人と協調できる ③あまり他人と協調できない ④ほとんど他人と協調できない ⑤他人と協調できない</p> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうち あてはまるものすべてに○をつける</p> </div> <p>↓</p> <p>a. 共同や分担がスムーズにできない b. 同僚の手伝いを受けられない c. 同僚の仕事を手伝おうとしない d. 話しかけすぎる e. 仕事以外での話ができない f. 他人とのトラブルが多い</p>	
<p>II-6. 感情のコントロール</p> <p>①感情が安定している ②だいたい感情が安定している ③あまり感情が安定していない ④ほとんど感情が安定していない</p>	

<p>II-7. 意思表示</p> <ul style="list-style-type: none">①意思表示ができる②意思表示がだいたいできる③意思表示があまりできない④意思表示がほとんどできない⑤意思表示ができない	
<p>II-8. 共同作業</p> <ul style="list-style-type: none">①人と共同して仕事ができる②人と共同して仕事ができない <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"><p>②に回答した場合、以下のうち あてはまるもの<u>すべて</u>に○をつける</p></div> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none">a. 落ち着かない態度を見せるb. 和を乱すc. 他人に話しかけるなどしてしまうd. 特定の人としか共同作業ができないe. 特定の作業でないとできないf. 相手の動きに合わせるができない	

Ⅲ 働く場での行動・態度

チェック項目	自由記述欄
<p>Ⅲ-1. 一般就労への意欲</p> <p>①就労意欲が強い</p> <p>②就労意欲はおおむねある</p> <p>③就労意欲はあまりない</p> <p>④就労意欲はほとんどない</p> <p>⑤就労意欲はない</p>	
<p>Ⅲ-2. 作業意欲</p> <p>①作業意欲が強い</p> <p>②作業意欲はおおむねある</p> <p>③作業意欲はあまりない</p> <p>④作業意欲はほとんどない</p> <p>⑤作業意欲はない</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうち あてはまるもの<u>すべて</u>に○をつける</p> </div> <p>↓</p> <p>a. 分担した仕事を上手にやり遂げようとしていない</p> <p>b. 分担した仕事を最後までやり遂げようとしていない</p> <p>c. 分担した責任を果たすことの重要性がわかっていない</p> <p>d. 自分の作業をあきらめている</p> <p>e. 責任が理解できていない</p>	

<p>Ⅲ-3. 就労能力の自覚</p> <p>①自分の就労能力がわかっている ②就労能力がだいたいわかっている ③就労能力があまりわかっていない ④就労能力がほとんどわかっていない ⑤就労能力がわかっていない</p> <p>↓</p> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうちあてはまるもの<u>すべて</u>に○をつける</p> <p>↓</p> <p>a. 自分に適する作業内容がわかっていない b. 自分の作業量のレベルがわかっていない c. 自分に合う1日の勤務時間がわかっていない d. 自分に合う週の勤務日数がわかっていない</p>	
<p>Ⅲ-4. 働く場のルールの理解</p> <p>①働く場のルールを理解している ②働く場のルールをだいたい理解している ③働く場のルールをあまり理解していない ④働く場のルールをほとんど理解していない ⑤職場のルールを理解していない</p> <p>↓</p> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうちあてはまるもの<u>すべて</u>に○をつける</p> <p>↓</p> <p>a. 就業規則を理解していない b. 仕事の命令系統を理解していない c. 突則勤務などがあることを理解していない d. 勤務時間内に勝手な行動をする</p>	

<p>Ⅲ-5. 仕事の報告</p> <ul style="list-style-type: none">①仕事の報告ができる②仕事の報告がだいたいできる③仕事の報告があまりできない④仕事の報告がほとんどできない⑤仕事の報告ができない <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"><p>③～⑤に回答した場合、以下のうち あてはまるもの<u>すべて</u>に○をつける</p></div> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none">a. 次の作業の指示をもらいに来ないb. 仕事が終わっても報告をしないc. 仕事が終わると勝手に持ち場を離れるd. 作業内容が分からなくても質問しないe. 必要以上に報告する	
<p>Ⅲ-6. 欠勤等の連絡</p> <ul style="list-style-type: none">①欠勤、遅刻などを連絡できる②欠勤、遅刻などをだいたい連絡できる③欠勤、遅刻などをあまり連絡できない④欠勤、遅刻などをほとんど連絡できない⑤欠勤、遅刻などを連絡できない <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"><p>③～⑤に回答した場合、以下のうち あてはまるもの<u>すべて</u>に○をつける</p></div> <p>↓</p>	

<p>Ⅲ-8. 作業に取り組む態度</p> <p>①積極的に作業に取り組む ②言われたとおりに作業に取り組む ③指示どおりの作業ができない ④作業に集中できない ⑤指示に従わない</p> <p>↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうち あてはまるもの<u>すべて</u>に○をつける</p> </div> <p>↓</p> <p>a. 仕事に騒ぐ b. 勝手に動き回る c. 作業の準備をしない d. 後片付けをしない e. 作業への取り掛かりが遅い f. 手休めをしたり居眠りをする</p>	
<p>Ⅲ-9. 持続力</p> <p>①1日7～8時間勤務ができています ②1日6時間勤務ができています ③1日4時間勤務ができています ④1日3時間勤務ができています ⑤1日3時間勤務が難しい</p>	
<p>Ⅲ-10. 作業速度</p> <p>①期待されている速度である ②期待されている速度の8～9割である ③期待されている速度の6～7割である ④期待されている速度の5割程度である ⑤期待されている速度の5割以下である</p>	
<p>Ⅲ-11. 作業能率の向上</p> <p>①慣れるに従い、作業能率は著しく上昇する ②慣れるに従い、作業能率の向上が見られる</p>	

<p>Ⅲ-12. 指示内容の理解</p> <p>①指示内容を理解できる ②指示内容をだいたい理解できる ③指示内容をあまり理解できない ④指示内容をほとんど理解できない ⑤指示内容を理解できない</p> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうちあてはまるものすべてに○をつける</p> <p>a. 指示の細かい点について言葉で理解できない b. 自分の考えと違う指示は受け入れない c. 時間が経つと忘れてしまう d. 何度も繰り返さないと理解できない e. 一度に複数の指示を出されると理解できない</p>	
<p>Ⅲ-13. 作業の正確性</p> <p>①ミスなくできる ②だいたいミスなくできる ③ときどきミスがある ④ミスがあることが多い ⑤ほとんどミスがある</p>	
<p>Ⅲ-14. 危険への対処</p> <p>①危険に対処できる ②だいたい危険に対処できる ③あまり危険に対処できない ④ほとんど危険に対処できない ⑤危険に対処できない</p> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうちあてはまるものすべてに○をつける</p> <p>a. 危険な状況が判断できない b. 危険の表示や合図が分からない c. 危険について知っているが正しい手順で行わない d. 禁止事項を理解できない e. 禁止事項を守れない</p>	

<p>Ⅲ-15. 作業環境の変化への対応</p> <p>①作業環境の変化に対応できる ②だいたい作業環境の変化に対応できる ③作業環境の変化にあまり対応できない ④作業環境の変化にほとんど対応できない ⑤作業環境の変化に対応できない</p> <p>③～⑤に回答した場合、以下のうちあてはまるものすべてに○をつける</p> <p>a. 作業手順の変化に対応できない b. 作業の種類の変更に对应できない c. 上司の交代に対応できない</p>	
--	--

参考チェック項目

チェック項目は9項目からなっていますが、それ以外に特記する事項がある場合には、「(10)その他」の欄に、自由に記載して追加して下さい。

各チェック項目のうちあてはまるものすべてに○をつける	自由記述欄
(1) 仕事の自発性 a. 自分からいろいろなことを知ろうとする b. もつとうまくやれる方法を考え、工夫する c. うまくできないことを練習する d. 気分が乗らないと能率があがらない e. うまくできないとあきらめている	
(2) 仕事の準備と後片付け a. 道具や材料の管理、手入れができる b. 整理整頓ができる c. 材料の準備、後片付けができる d. 道具を使っても、元の所に返さない e. 作業後の片づけをしない	
(3) 巧緻性 a. 非常に器用で、作業の量も質も高い b. かなり器用で、作業の質が高いほうである c. 質、量ともに平均的 d. 器用とは言えず、質を目指す量が少なくなる e. 作業の質にバラツキが出る	
(4) 労働福祉的知識 a. 健康保険や年金などが理解できている	

<p>(6) 交通機関の利用</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 路線図を理解して知らない所へも交通機関が利用できる b. 交通機関を利用して不測の事態に対処できた経験がある c. 交通機関を利用して遠距離から来られる d. 通勤の指導があれば交通機関の利用はできる e. 交通機関の利用は難しい 	
<p>(7) 指示系統の理解</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 聞かれたことにしっかり答える b. 上司からの指示にいつもよく従う c. 特定の人からの指示にしか従わない d. 嫌なことは指示されてもなかなかやらない e. 注意されると感情的に反発したり、ふてくされる 	
<p>(8) 数量、計算</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 時計やカレンダーを利用して、時間や日数の計算ができる b. 重さを計ったり、個数をそろえたりすることができる c. 簡単な計算(加減乗除)ができる d. 数字を読んだり書いたりできる 	
<p>(9) 文字</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 伝票、申込書、届けなどの記入ができる b. 履歴書など、手本を見て書き写せる c. 簡単なメモが取れる d. 短い文を正しく読める e. 短い文を正しく書ける f. ひらがなや簡単な漢字を読める g. ひらがなや簡単な漢字を書ける 	
<p>(10) その他</p>	

チェックリスト経過記録表 支援対象者名 _____

実施回数、記入者名、実施した日付を記入し、各項目の結果に○をつけて下さい。

3回分記入できます。さらに実施する場合には、この用紙をコピーしてご使用下さい。

	項目	第 回 _____	第 回 _____	第 回 _____
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
I 日常生活	1. 起床	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	2. 生活リズム	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	3. 食事	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	4. 服薬管理(定期的服薬)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	5. 外来通院(定期的通院)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	6. 体調不良時の対処	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	7. 身だしなみ	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	8. 金銭管理	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	9. 自分の障害や症状の理解	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	10. 援助の要請	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	11. 社会性	1 2	1 2	1 2
II 働く場での対人関係	1. あいさつ	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	2. 会話	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	3. 言葉遣い	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	4. 非言語的コミュニケーション	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	5. 協調性	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	6. 感情のコントロール	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	7. 意思表示	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	8. 共同作業	1 2	1 2	1 2
III	1. 一般就労への意欲	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	2. 作業意欲	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	3. 就労能力の自覚	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	4. 働く場のルールを理解	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	5. 仕事の報告	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

就労移行支援のためのチェックリスト 活用の手引き

はじめに

障害者自立支援法の施行により、就労移行支援事業者には、支援対象者が適切な就労支援サービスが受けられるよう、個別支援計画を作成し、これに基づき支援していくことが要請されている。このたび、当センターにおいて、支援対象者の就労移行にかかる現状を把握するための「就労移行支援のためのチェックリスト」を作成した。

チェックリストの作成に当たっては、当センターの研究成果等を活用して、外部の学識経験者、実践者等のご意見を聞きながら素案を作成し、就労支援に取り組んでいる福祉施設等で試行してもらい、その結果を基に、必要な改訂を行い、最終版を作成した。今後、就労移行支援事業者等で実際に使用して、チェックリストによって把握された支援対象者の状態に対する効果的な支援方法や、就労移行後の状態との関連性等について、事例を収集し分析していくことによって、チェックリストが現場での有効なツールになっていくことを期待している。

本書は、チェックリストを活用するに当たって知っておくべきこととして、チェックリストの目的や活用方法、記載要領等についてまとめたものである。本書を参考にし、実践の場でチェックリストを活用され、一人でも多くの障害者が、希望する事業所で働くことができるよう願っている。

おわりに、チェックリストの作成にご尽力いただいた検討会議及びワーキンググループの各委員の方々、試行にご協力いただいた福祉施設等の方々に深く感謝申し上げます。

目次

- 1 作成の経緯
- 2 目的と性格
- 3 構成
- 4 利用方法と効果
- 5 チェックリスト記載要領

別添1 「検討会議」及び「ワーキンググループ」委員名簿

別添2 研究の経過

1 作成の経緯

障害者自立支援法の施行により、就労移行支援事業者には、支援対象者（以下「対象者」という。）が適切な就労支援サービスを受けることができるよう、個別支援計画を作成し、これに基づき支援していくことが要請されている。このような背景のもと、障害者職業総合センターにおいては、厚生労働省の依頼を受け、これまでの研究成果等を活用して、就労移行支援事業者等において対象者が就労支援サービスを受ける諸段階の状態を把握するためのチェックリストを作成することとした。

作成に当たっては、障害者職業総合センターの研究員が担当して、障害者職業総合センターの研究成果等を活用するとともに、検討会議及びワーキンググループを設置して、外部の学識経験者、実践者等の意見を聞きながら進めた。また、チェックリストの使い勝手等を調査するために、就労支援に取り組んでいる18カ所の福祉施設等において、102名の支援担当者により247名を対象にチェックリスト（案）を試行してもらい、その結果に基づいて必要な改訂を行い、最終版を作成した。（別添1、別添2参照）

2 目的と性格

(1) チェックリストは、就労移行支援事業者等が個別支援計画を作成し支援を進めていくに当たって、対象者の現状を把握することにより、支援方法の検討に資することを目的としている。このため、このチェックリストを使用するには、一定期間の観察が必要となる。

(2) チェックリストは、以下のような性格を有している。

① 個別支援計画を作成し推進するための資料となるものである。

チェックリストは、対象者の就労の可否や就労移行可能性の高低を評価するためのものでなく、就労移行支援事業者等が把握した対象者の現状を改善するための支援方法を考え、実行していくための資料となるものである。

② 対象者の現状を把握するための1つのツールである。

就労支援の方策は総合的に判断されるべきものであり、チェックリスト以外に、面接、検査等が併用されることが必要である。すなわち、対象者の就労支援に当たって、チェックリストで把握された状態は、対象者の障害状況、作業能力、性格等、他の面接や検査等で把握された事項とあわせて使用するものである。

3 構成

チェックリストは、次のような構成になっている。

① 対象者の就労移行についての現状を把握するために、「必須チェック項目」（個別支援計画を策定するに当たって重視すべき項目）と、「参考チェック項目」（就労移行支援をよりよく進めるために参考となる項目）を設けた。

② 「必須チェック項目」では、対象者の就労移行に関する項目として、日常生活（11項目）、働く場での対人関係（8項目）、働く場での行動・態度（15項目）の3つの分

野における34項目についての段階チェックとし、さらに、項目によっては、具体的状態についての項目を設け、低い達成段階の場合にチェックする。

③ 「参考チェック項目」は、9項目からなっている。それ以外に特記する事項がある場合には、「その他」の欄に、自由に記載する。

④ 「必須チェック項目」についてその経過を見るために、3回分の結果を記録できる「チェックリスト経過記録表」を設けた。

表1 必須チェック項目一覧

日常生活	起床 生活リズム 食事 服薬管理（定期的服薬） 外来通院（定期的通院） 体調不良時の対処 身だしなみ 金銭管理 自分の障害や症状の理解 援助の要請 社会性
働く場での対人関係	あいさつ 会話 言葉遣い 非言語的コミュニケーション 協調性 感情のコントロール 意思表示 共同作業
働く場での行動・態度	一般就労への意欲 作業意欲 就労能力の自覚 働く場のルールの理解 仕事の報告 欠勤等の連絡 出勤状況 作業に取り組む態度

	持続力 作業速度 作業能率の向上 指示内容の理解 作業の正確性 危険への対処 作業環境の変化への対応
--	--

表2 参考チェック項目一覧

仕事の自発性 仕事の準備と後片付け 巧緻性 労働福祉的知識 家族の理解 交通機関の利用 指示系統の理解 数量、計算 文字 その他（自由記述）

4 利用方法と効果

チェックリストは、個別支援計画を作成し、就労支援サービスを進めていく中で、使用する。また、支援期間中の諸段階において使用することにより、対象者の変化、支援の効果等を見ることができる。

その利用方法と効果としては、次のものが考えられる。

(1) 個別支援計画を作成する

- ・ 生活全般の状態を把握することができる。
- ・ 見落としがちな項目を把握することができる。

- ・ 就労のための訓練等で、次の目標を立てるのに役立つ。
- ・ 職場実習に向けて、本人の状態を把握できる。
- ・ 実習先に、ポイントを絞って本人の状態を伝達できる。
- ・ 実習中の訓練生の課題の整理や再確認ができる。

5 チェックリスト記載要領

(1) 留意事項

チェックリストの記載に当たっては、次の点に留意すること。

- ① 就労移行支援事業者等において、作業場面や休憩時間等の様子に基づいて記載する。
- ② ひととおり支援者が記載した後に対象者と十分な話し合いをして理解を得る、あるいは、対象者とともに話し合いながら記載する等、対象者の現状等についての認識を共有するために、対象者や、場合によっては、家族の参加を前提とする。
- ③ 該当する答えがない場合、あるいは、補足することがある場合には、対象者の状態を自由記述欄に記載する。

(2) 必須チェック項目

- ① 各項目には、段階チェックがある。あてはまるもの1つに○をつける。

5段階チェックにおける各段階の達成の目安は、次のとおりである。

- ① 90～100%
- ② 70～80%程度
- ③ 50～60%程度
- ④ 30～40%程度
- ⑤ 20%以下

- ② 段階チェックで、①及び②（Ⅰ-11 とⅡ-8 においては①）に該当する項目については、就労移行のために特別な支援の必要がない状態と考えられる。段階チェックで、③～⑤（Ⅰ-11 とⅡ-8 においては②）に該当する該項目については、支援が必要と考えられる。

I-2 生活リズム

規則正しい生活ができるか。

家族の支援のできる場合でも可。その場合には、自由記述欄に家族の支援が必要と記載する。

夜更かしをする等、生活習慣上の特記事項については、自由記述欄に記載する。

I-3 食事

規則正しく食事をとることができるか。

家族の支援のできる場合でも可。その場合には、自由記述欄に家族の支援が必要と記載する。

偏食、食べすぎ、少食、間食が多い等の場合、その旨を自由記述欄に記載する。

I-4 服薬管理（定期的服薬を要する人のみ回答）

薬の内容や量、時間、回数等、医師に決められたとおりに服薬しているか。

家族の支援のできる場合でも可。その場合には、自由記述欄に家族の支援が必要と記載する。

どんなときに飲み忘れをするか、服薬しない頻度、一度に多量に飲んでしまう等については、自由記述欄に記載する。

I-5 外来通院（定期的通院を要する人のみ回答）

医師に指示されたとおりにきちんと通院しているか。

家族の支援のできる場合でも可。その場合には、自由記述欄に家族の支援が必要と記載する。

I-6 体調不良時の対処

体調不良時に対処できるか。

家族の支援のできる場合でも可。その場合には、自由記述欄に家族の支援が必要と記載する。

I-7 身だしなみ

身だしなみがきちんとしているか。

身だしなみがきちんとしているとは、場（TPO）等に合った身なりをしていること、体

自分の障害や症状を理解しているか。

自分の障害や症状を理解しているが受容していない場合は、その旨を自由記述欄に記載する。その他、精神障害者の場合には症状理解等、特記することがあれば、自由記述欄に記載する。

場合によっては、直接本人に聞くのではなく、支援者が、対象者の日常の言動から判断する。

I-10 援助の要請

援助を求めることができるか。

言葉で求めることができなくても、表情、ジェスチャー、アイコンタクト、声の調子等、言葉に代わるもので求めることができる場合にも可。その場合には、自由記述欄にその旨を記載する。

I-11 社会性

反社会的行動や非社会的行動等があるか。

直接本人に聞くのではなく、支援者が、対象者の日常の言動から判断する。

II 働く場での対人関係

II-1 あいさつ

あいさつができるか。

その場に応じたあいさつができること、あいさつする時の声の大きさ、視線（相手の顔を見て）や表情（笑顔で）などが適切であること等から判断する。

問題があれば、自由記述欄に記載する。

II-2 会話

その場に応じた会話ができるか。

自らは話しかけない等の特記事項があれば、自由記述欄に記載する。

II-3 言葉遣い

相手や場に応じた言葉遣いができるか。

II-4 非言語的コミュニケーション

非言語的コミュニケーションができるか。

非言語的コミュニケーションとは、本人又は相手の表情、ジェスチャー、アイコンタクト、声の調子等の言語によらない方法によって、自分の気持ちや考えを伝えたり、相手の気持ちや考えを理解することを指す。

II-5 協調性

協調性があるか。

II-6 感情のコントロール

自分の意思（仕事上の質問や意見、体調悪化、トイレ休憩をとりたい等）を相手に伝えられるか。

言語による方法ではできなくても、なんらかの方法でできる場合には、自由記述欄に記載する。

II-8 共同作業

共同で物を運ぶ、ペアで作業を行う、流れ作業等の、共同作業ができるか。

共同で物を運ぶのはできないが流れ作業はできる、好きな人とはできるが嫌いの人とはできない等の特記事項があれば、自由記述欄に記載する。

III 働く場での行動・態度

III-1 一般就労への意欲

一般就労への意欲が強いか。

対象者の日常の言動などから判断する。

III-2 作業意欲

作業意欲が強いか。

作業場面等における対象者の言動などから判断する。

III-3 就労能力の自覚

自分の能力からみて、どのような作業内容、勤務時間、勤務日数等が合っているかがわかっているか。

III-4 働く場のルールを理解

作業場面等において働く場のルールを理解しているか。

III-5 仕事の報告

作業場面等において仕事の報告ができるか。

慣れた環境とはじめての環境で異なる場合、報告するときのタイミング、声の大きさ、内容等について問題がある場合には、自由記述欄に記載する。

III-6 欠勤等の連絡

欠勤、遅刻などを連絡できるか。

家族の支援でできる場合でも可。その場合には、自由記述欄に家族の支援が必要と記載

作業場面等における対象者の言動などから判断する。

1日6時間勤務はできるが1日おきにしかできない等、特記事項があれば、自由記述欄に記載する。

Ⅲ-10 作業速度

期待されている作業速度と比べてどの程度か。

作業場面等において、各対象者に対して期待されている作業速度と比べてどの程度かを判断する。

Ⅲ-11 作業能率の向上

作業能率の向上がみられるか。

最初のチェックから一定期間経過後に、チェックする項目である。

Ⅲ-12 指示内容の理解

指示内容を理解できるか。

言葉で理解できなくても、その他の方法で可能な場合には、自由記述欄に記載する。

理解できても実行できない、実行しない等、問題がある場合には、自由記述欄に記載する。

Ⅲ-13 作業の正確性

作業をミスなくできるか。

ミスとは、不良品の発生、手順を間違える、作業中に注意を受ける等、作業上のミスを指す。

ミスをした時の反応（ミスを改善できる、ミスに気づくが報告できない、ごまかす等）については、自由記述欄に記載する。

Ⅲ-14 危険への対処

危険な場所に立ち入らない、動いている機械に手を入れない等、危険に対処できるか。

Ⅲ-15 作業環境の変化への対応

作業手順の変化、作業の種類の変更、上司の交代等の作業環境の変化に対応できるか。

(3) 参考チェック項目

① 各項目とも、あてはまるものすべてに○をつける。

別添1

別添2

「検討会議」及び「ワーキンググループ」委員名簿

検討会議

(50音順)

- 天野聖子 社会福祉法人多摩棕櫚亭協会理事
- 倉知延章 九州ルーテル学院大学人文学部心理臨床学科教授
- 鈴木清寛 全国社会就労センター協議会副会長
- 藤田 顕 株式会社ビジネス・チャレンジ取締役業務第二部長
- 道脇正夫 職業能力開発総合大学校名誉教授(座長)
- 宮武秀信 世田谷区立知的障害者就労支援センター・すきっぷ施設長
- 吉光 清 九州看護福祉大学看護福祉学部社会福祉学科教授
(オブザーバー)
- 厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
- 障害者職業総合センター職業リハビリテーション部指導課

ワーキンググループ

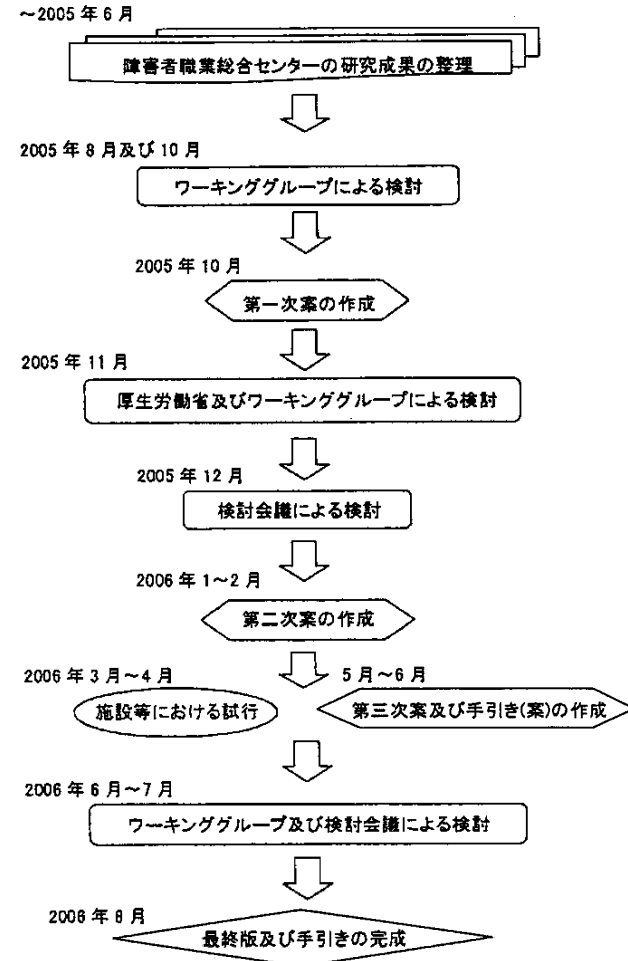
(外部：50音順)

- 岩本浩治 社会福祉法人治誠会「阿蘇くんの里」統括施設長(理事)
- 倉知延章 九州ルーテル学院大学人文学部心理臨床学科教授
- 立石宏昭 広島文教女子大学人間科学部人間福祉学科助教授
- 姫野建二 九州看護福祉大学看護福祉学部社会福祉学科専任講師
- 村上 清 長崎ウェスレヤン大学現代社会学部社会福祉学科助教授
- 吉光 清 九州看護福祉大学看護福祉学部社会福祉学科教授

(内部：研究担当者)

- 藤澤達雄 障害者職業総合センター統括研究員
- 谷 素子 障害者職業総合センター特別研究員

研究の経過



通所サービス関係

目 次

○授産施設における相互利用等の10月以降の取扱いについて	1
○自立訓練（生活訓練）事業における「宿泊型」の新設について	4
○高齢者デイサービスにおける障害者（児）デイサービスの10月移行の取扱いについて	8
○施設外支援に係る報酬算定の取扱いについて	9
○定員超過利用減算の見直しについて	10

授産施設における相互利用等の10月以降の取扱いについて

1 概要

障害者自立支援法の施行に伴い、三障害共通のサービス提供体制の構築を図るため、従前の授産施設における相互利用に加え、地域に必要な障害福祉サービスがない場合などの例外的な取扱いとして、障害種別に関わらず地域の社会資源を活用できる仕組みを設けることとする。

2 対象施設サービス

従前の相互利用対象施設に旧法支援施設（通所及び分場）を加え、次のとおり変更する。

平成18年4月～9月		平成18年10月以降	
相互利用	身体障害者福祉工場 知的障害者福祉工場 精神障害者通所授産施設	相互利用	身体障害者福祉工場(注1) 知的障害者福祉工場(注1) 精神障害者福祉工場(注2) 精神障害者通所授産施設
	身体障害者授産施設(通所及び分場) 身体障害者通所授産施設(分場含む) 知的障害者入所授産施設(通所及び分場) 知的障害者通所授産施設(分場含む)		身体障害者授産施設(通所及び分場) 身体障害者通所授産施設(分場含む) 知的障害者入所授産施設(通所及び分場) 知的障害者通所授産施設(分場含む) 身体障害者通所更生施設(注3) 身体障害者通所療護施設(注3) 知的障害者通所更生施設(注3)
		旧法施設支援	

注1：身体障害者福祉工場、知的障害者福祉工場については、精神障害者の利用を可とする。

注2：精神障害者福祉工場については、10月以降相互利用の対象施設に加える。

注3：通所施設には、入所施設の通所部と分場を含むこととする。

3 旧法支援施設に係る支給決定

旧法支援施設の利用にあたっては、自立支援法に基づく支給決定手続を行うこととする。

異なる障害種別に係る通所施設の利用については、障害者にとって相応しいサービスを提供する事業所が地域内にない場合に認められる措置であることを踏まえ、市町村は、

- ① 障害者が利用を希望する施設が、実際に適したサービス提供を行えるか否かについて、構造設備や人員配置の体制等を確認の上判断し、
- ② 適当と認めた場合には、利用する施設の種別に応じて申請者に適用する報酬単価（区分）を決定することとする。

4 報酬単価の適用方法

①旧法支援施設（旧支援費施設）

旧法支援施設を利用する場合の報酬単価については、利用する施設の種別に応じて、利用者の障害種別及び区分に応じた報酬単価を適用する。

②福祉工場、精神障害者通所授産施設

- ・ 福祉工場については、今回新たに対象となる精神障害者福祉工場を含め、従前の取扱いどおり、補助金額の算定について相互利用により受け入れた他の障害種別の者を当該施設の利用者とみなして、みなした利用者を含めた利用者総数に応じて定員規模別等の補助単価を適用する。
- ・ 精神障害者通所授産施設を利用する場合の報酬単価については、利用者の障害種別及び区分に応じた報酬単価を適用する。

5 他障害者を受け入れる場合の利用者数の上限設定

当該施設の利用定員内で他障害の者を受け入れることとする。

なお、受け入れる他障害の者の割合については、利用定員の2割を上限とする。

ただし、従前より相互利用を行ってきた施設において利用定員の2割を超えて受け入れていた施設については、従前の利用者数の範囲内で他障害の者の受入を可能とする。

(別紙)

I 旧法支援施設の報酬単価

知的障害者、精神障害者が身体障害者療護施設（通所）を利用する場合

知的障害者	区分A	939単位	区分B	865単位	区分C	791単位
精神障害者	420単位					

知的障害者、精神障害者が身体障害者更生施設（通所）を利用する場合

知的障害者	区分A	551単位	区分B	514単位	区分C	477単位
精神障害者	420単位					

知的障害者、精神障害者が身体障害者授産施設（通所・分場）を利用する場合

知的障害者	区分A	551単位	区分B	514単位	区分C	477単位
精神障害者	420単位					

知的障害者、精神障害者が身体障害者通所授産施設を利用する場合

知的障害者						
小規模	区分A	939単位	区分B	865単位	区分C	791単位
標準1	区分A	727単位	区分B	677単位	区分C	628単位
標準2	区分A	601単位	区分B	571単位	区分C	542単位
大規模	区分A	508単位	区分B	487単位	区分C	466単位
精神障害者	420単位					

身体障害者、精神障害者が知的障害者更生施設（通所・分場）を利用する場合

身体障害者						
通所	区分A	403単位	区分B	394単位	区分C	384単位
分場	区分A	514単位	区分B	475単位	区分C	436単位
精神障害者	420単位					

身体障害者、精神障害者が知的障害者授産施設（通所・分場）を利用する場合

身体障害者						
通所	区分A	403単位	区分B	394単位	区分C	384単位
分場	区分A	514単位	区分B	475単位	区分C	436単位
精神障害者	420単位					

身体障害者、精神障害者が知的障害者通所授産施設を利用する場合

身体障害者						
小規模	区分A	693単位	区分B	656単位	区分C	579単位
標準1	区分A	543単位	区分B	519単位	区分C	494単位
標準2	区分A	433単位	区分B	418単位	区分C	387単位
大規模	区分A	373単位	区分B	362単位	区分C	340単位
精神障害者	420単位					

II 適用する加算・減算

- 入所時特別支援加算
- 退所時特別支援加算
- 重度・重複障害者に対する加算
- 栄養管理体制加算
- 食事提供体制加算
- 利用者負担上限管理加算

※利用率の低い施設に対する激変緩和措置

- 利用定員超過減算

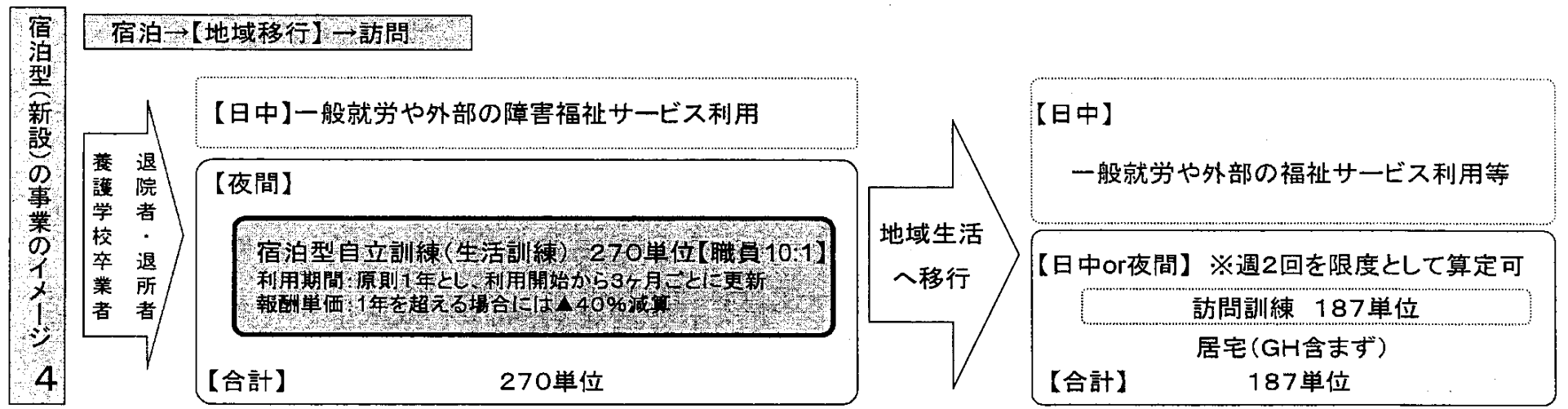
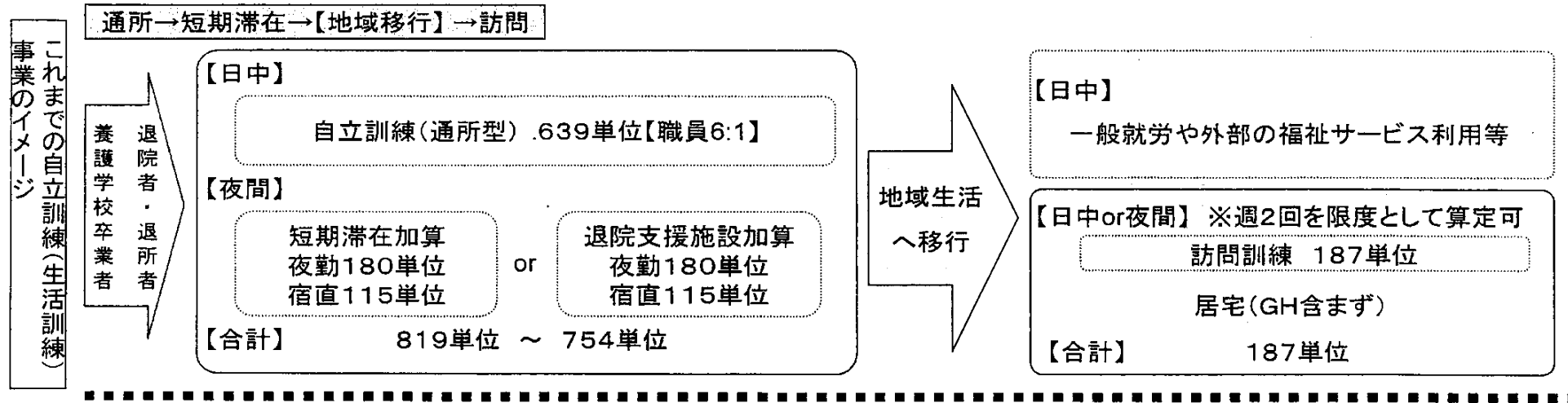
III 身体障害者、知的障害者が精神障害者通所授産施設を利用する場合

身体障害者
 区分A：693単位
 区分B：656単位
 区分C：579単位

知的障害者
 区分A：939単位
 区分B：865単位
 区分C：791単位

自立訓練(生活訓練)事業における「宿泊型」の新設について

自立訓練(生活訓練)事業については、当初案において通所による利用を基本としつつ、短期滞在や訪問による訓練を組み合わせ、地域移行に向けた生活能力の向上を図ることを基本モデルとして事業設計したところ。
 今般、現行制度における精神障害者生活訓練施設等の機能を踏まえ、日中、一般就労や障害福祉サービスを利用している者に対し、自立訓練(生活訓練)として、一定期間、夜間の居住の場を提供し、帰宅後に生活能力等の維持・向上のための訓練を行う事業の類型として「宿泊型」を設けることとした。



自立訓練(生活訓練)事業における「宿泊型」について

1. 事業の位置付け

現行制度における精神障害者生活訓練施設等の機能を踏まえ、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者を対象として、一定期間、夜間の居住の場を提供し、帰宅後に生活能力等の維持・向上のための訓練を行うとともに、地域移行に向けた関係機関との連絡調整等を行い、積極的な地域移行の促進を図る。

2. 事業実施の要件

自立訓練(生活訓練)事業における「宿泊型」は、以下の要件を満たした場合に実施可能とする。

【実施可能事業所等】

イ 宿泊型のみ行う自立訓練(生活訓練)事業所として行う場合

- ① 障害者就業・生活支援センターに併設して行う場合
- ② 現行の精神障害者生活訓練施設、精神障害者入所授産施設、精神障害者福祉ホーム(B型)、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所授産施設、知的障害者通勤寮が転換して行う場合

ロ 通所型の自立訓練(生活訓練)の事業所の一部として行う場合 自立訓練(生活訓練)事業所

【人員配置】

- サービス管理責任者 60:1 ※通所型事業所の一部として行う場合には、通所型の利用者との合算により算出する。
- 生活支援員 10:1以上(うち1人以上常勤)
- 地域移行支援員 15:1以上 ※障害の福祉又は就労に関し専門的知識及び実務経験を有する者

【設備基準】

- 定員規模
 - ① 宿泊型のみ行う自立訓練(生活訓練)事業所:20人以上
 - ② 通所型の自立訓練(生活訓練)の事業所の一部として行う場合:10人以上ただし、宿泊型の定員とは別に通所型事業所の定員規模は20人以上であり、また、多機能型事業所である通所型事業所の一部として行う場合は、多機能型事業所の定員の合計が20人以上であること。

※詳細別紙

- 居室の定員 原則個室 ※ 現行の施設(2人以下、4人以下)からの移行については、経過措置を講ずる。
- 居室面積 7.43㎡ ※ 居室面積が、6.6㎡以上である通所寮及び居室面積が4.4㎡である精神障害者生活訓練施設が移行する場合については経過措置を講ずる。
- 相談室・多目的室(兼用可)
- 食堂
- 浴室、洗面所、便所

3. 利用期間

原則1年間とし、利用開始から3ヶ月ごとに更新 ※ 市町村は、利用継続の必要性について確認し、更新支給決定を行

- 6 1年を超える場合には、市町村審査会の意見を聴くものとする。

宿泊型の自立訓練(生活訓練)事業所の定員規模について(例示) (別紙)

1 宿泊型のみ行う自立訓練(生活訓練)事業所

- 宿泊型自立訓練(生活訓練) 利用定員 20人以上

2 自立訓練(生活訓練)事業所の一部として行う場合

【実施可能な場合】

通所型の自立訓練(生活訓練)事業所(利用定員20人以上)との実施

- 自立訓練(生活訓練)通所型 利用定員20人以上
- 宿泊型自立訓練(生活訓練) 利用定員 10人以上

多機能型(自立訓練(生活訓練)通所型あり)との実施

- 就労移行支援 利用定員 6人
- 就労継続支援 利用定員 12人
- 自立訓練(生活訓練)通所型 利用定員 6人
- 宿泊型自立訓練(生活訓練) 利用定員 10人以上

【実施不可の場合】

通所型の自立訓練(生活訓練)事業所(利用定員が20人未満)との実施

- × 自立訓練(生活訓練)通所型 利用定員10人
- × 宿泊型自立訓練(生活訓練) 利用定員 10人以上

通所型の自立訓練(生活訓練)事業所以外との実施

- × 生活介護 利用定員20人以上
- × 宿泊型自立訓練(生活訓練) 利用定員 10人以上

多機能型(通所型の自立訓練(生活訓練)事業所なし)との実施

- × 就労移行支援 利用定員 6人
- × 就労継続支援 利用定員 12人
- × 生活介護 利用定員 6人
- × 宿泊型自立訓練(生活訓練) 利用定員 10人以上

7

高齢者デイサービスにおける障害者(児)デイサービスの10月以降の取扱い

1 現行の取扱い

介護保険法における指定通所介護事業（高齢者デイサービス）を障害者（児）が利用した場合の現行の取扱いは次のとおり。

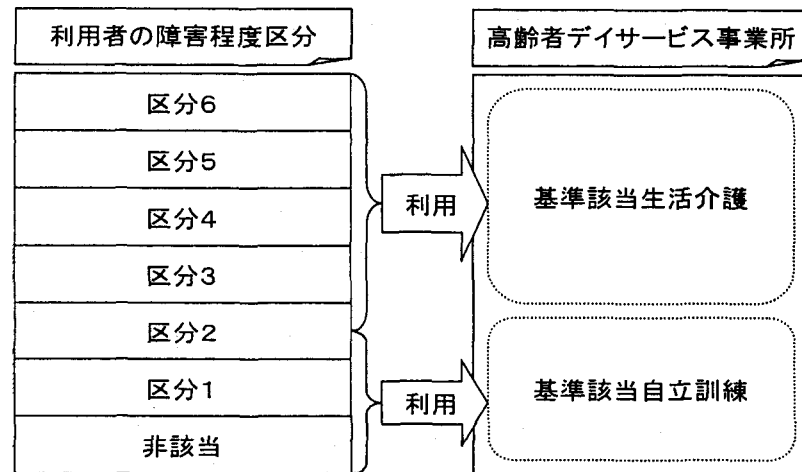
- ・ 身体障害者が利用する場合には、基準該当障害者デイサービスとして利用が可能。
- ・ 知的障害者及び障害児については、特区の認定による特定地域においてのみ利用が可能。
- ・ 精神障害者については、高齢者デイサービスの利用が認められていない。

2 対応

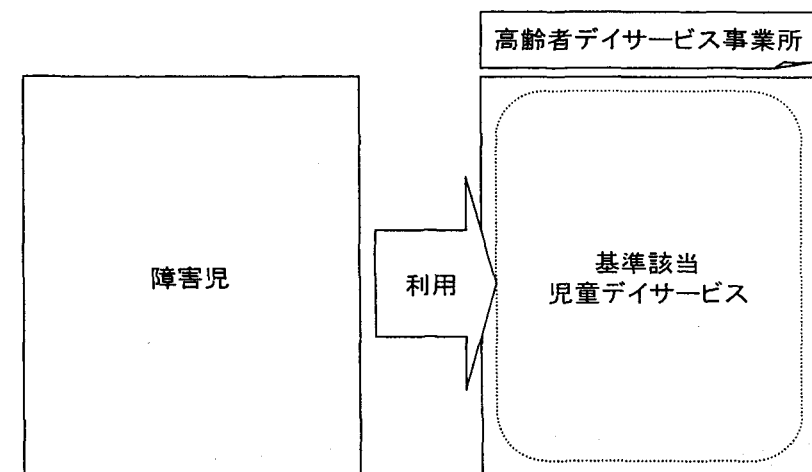
本年10月以降、障害者（児）が高齢者デイサービスを利用する場合の取扱いについては、次のとおりとする。

- ① 障害者（大人）の利用については、障害程度区分等に応じて、基準該当生活介護及び基準該当自立訓練（機能訓練・生活訓練）とする。（図1参照）
- ② 障害児の利用については、基準該当児童デイサービスとする。（図2参照）

【図1】障害者が高齢者デイを利用する場合



【図2】障害児が高齢者デイを利用する場合



施設外支援に係る報酬算定の取扱いについて

サービスの種類	全事業共通	授産施設 就労移行支援事業、就労継続支援事業
施設外支援の内容	通所施設を一定期間以上利用しない者に対する訪問支援	職場実習、求職活動、トライアル雇用、在宅就労 等
報酬算定の対象となる支援の要件	<p>通所施設利用者であって、常時サービスを利用している者が、心身の状況の変化等により、5日以上連続して利用がなかった場合、その者の居宅を訪問して利用者の状況を確認し、利用者の同意の上で次の支援を行った場合には、月2回を限度として、報酬を算定することができる。</p> <p><u>1 支援内容</u></p> <p>① 引き続き現行のサービスを利用するための動機付け</p> <p>② 再アセスメントに基づく個別支援計画の見直し</p> <p>③ 相談支援事業者等へのあっせん・連絡調整</p> <p><u>2 報酬単価</u></p> <p>月2回を限度として、1回あたり</p> <p>1時間まで 187単位</p> <p>1時間を超えた場合 280単位</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 次のような場合には報酬算定の対象とならない</p> <p>① 運営規程に位置づけられていないもの</p> <p>② 個別支援計画に事前に定めていないもの</p> <p>③ 当該サービスや施設利用を欠席した場合の電話対応</p> </div>	<p>1 次の要件を満たす日については、通所した場合に認められる報酬額の算定を認める。</p> <p>① 施設外のサービス提供が、当該施設の運営規程に位置付けられていること。</p> <p>② 施設外のサービス提供を含めた個別支援計画が事前に作成（施設外サービス提供時は1週間毎）され、その支援により、就労能力や工賃の向上及び一般就労への移行が認められること。</p> <p>③ 当該サービス提供期間中の対象者の状況について、対象者や実習先事業者から当該サービスの状況を聞き取るにより日報を作成すること</p> <p>④ 在宅就労においては、上記の他、事業者が定期的（週1回程度）に訪問し、直接支援を行うこと。</p> <p>⑤ 緊急時の対応ができること。</p> <p>2 当該事業に係る報酬の支給対象期間は、就職の前日までである。</p> <p>3 施設外でのサービス提供期間は、延べ180日を限度とする。 なお、在宅就労においてはこの限りでない。</p>

定員超過利用減算の見直しについて

資料7 P10 差し替え

施設の利用率を向上させ、事業運営の安定化を図る観点から、定員と実際の利用者数の取扱いを更に柔軟化し、

- ① 日中活動支援又は通所施設等の定員超過利用減算の基準を105%から110%に緩和
- ② 30人未満の日中活動支援又は通所施設等においても、毎日3人の定員超過利用が可能とすることを、平成19年度末までの経過措置として実施する。

斜線ゴシックが修正部分

	見直し前	見直し後
新事業体系の 日中活動支援 又は 経過措置施設 の通所施設 又は 障害児施設の 通所施設 又は 児童デイサービ ス	・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の120%を、定員が50人を超える場合は 当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の10%を加えた数に10 を加えた数を、それぞれ超過しているとき → 基本単位数の70%を算定	・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の120%を、定員が50人を超える場合は 当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の10%を加えた数に10 を加えた数を、それぞれ超過しているとき <u>ただし、定員15人未満の施設にあっては、1日当たりの利用者数が、定員の数に3を加えた数を超過している場合</u> → 基本単位数の70%を算定
	・過去3か月間の平均利用人員が、定員の105%を超過している場合 → 基本単位数の70%を算定	・過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に110%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合 <u>ただし、定員30人未満の施設にあっては、過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に3を加えた数に開所日数を乗じた数を超過している場合</u> → 基本単位数の70%を算定
新事業体系の 施設入所支援 又は 経過措置施設 の入所施設 又は 障害児施設の 入所施設	・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の110%を、定員が50人を超える場合は 当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の5%を加えた数に5 を加えた数を、それぞれ超過している場合 → 基本単位数の70%を算定	・1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の110%を、定員が50人を超える場合は 当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の5%を加えた数に5 を加えた数を、それぞれ超過している場合 → 基本単位数の70%を算定
	・過去3か月間の平均利用人員が、定員の105%を超過している場合 → 基本単位数の70%を算定	・過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に105%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合 → 基本単位数の70%を算定

居住支援関係・その他

資 料 目 次

<居住支援関係>

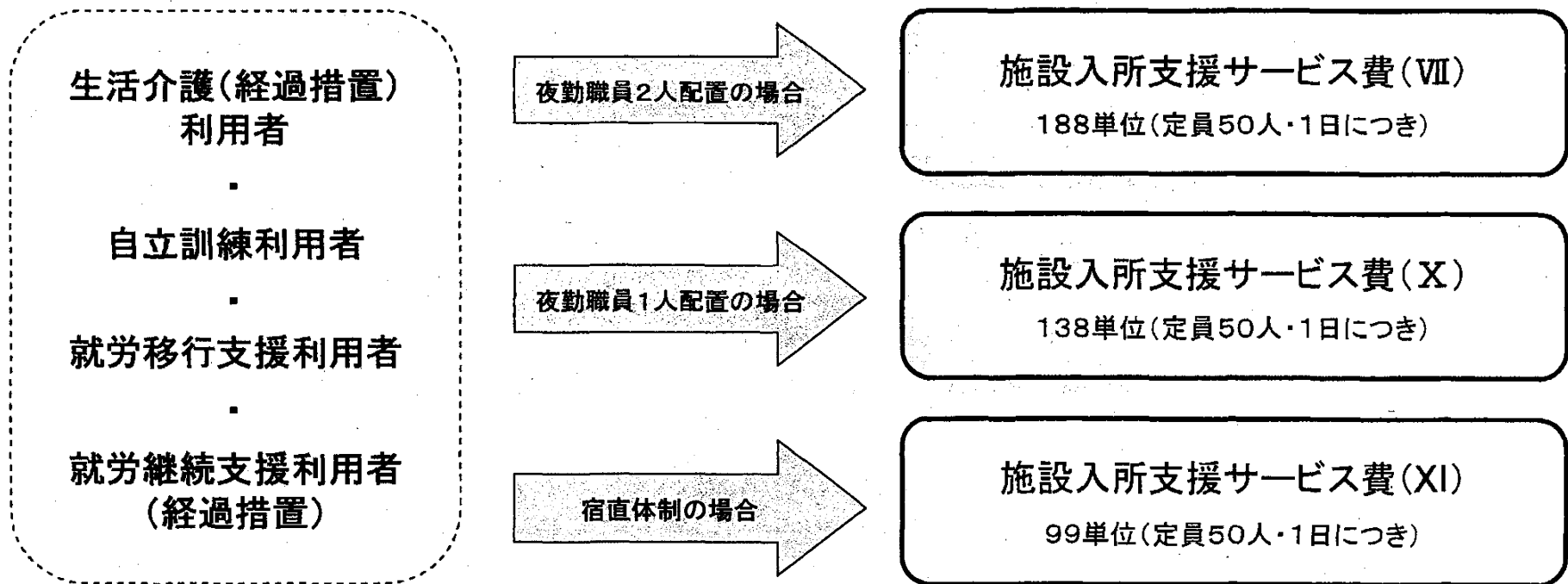
	頁
○ 入所施設の夜間支援体制の見直し -----	1
○ 重度障害者支援体制加算の見直し -----	2
○ 生活介護・施設入所支援に係る報酬算定要件の見直し -----	5
○ 平均障害程度区分が変動した場合の取扱い -----	7
○ 平均障害程度区分等の求め方 -----	8
○ 入所施設（障害児施設を除く）における入院時の取扱い -----	11

<その他>

○ 介護給付・訓練等給付費及び障害児施設給付費の支払期日について -----	13
--	----

入所施設の夜間支援体制の見直し

○ 自立訓練又は就労移行支援の利用者及び特定旧法受給者(経過措置によって施設へ入所している者)であって生活介護又は就労継続支援の利用者について、夜間の支援体制に応じて、報酬が算定される仕組みとする。



※ 自立訓練等の訓練等給付事業と生活介護を組み合わせる多機能型で実施する施設にあつては、施設入所支援に係る平均障害程度区分の算定対象から自立訓練等の利用者を除外することとする。

重度障害者支援体制加算の見直し

- 重度障害者支援体制加算のうち、強度行動障害に関する加算措置について、こうした障害者が多数入所する施設について、その実態に適した内容となるよう見直しを行う。

1. 現行制度における強度行動障害加算

- 現行の強度行動障害加算については、個人単位で強度行動障害者1名につき、1月14.6万円(区分Aの場合)が加算される仕組みとなっている。

【加算の算定要件】

- 強度行動障害者が1名以上いる場合。
- 強度行動障害者1名に対して、2人以上職員を配置。

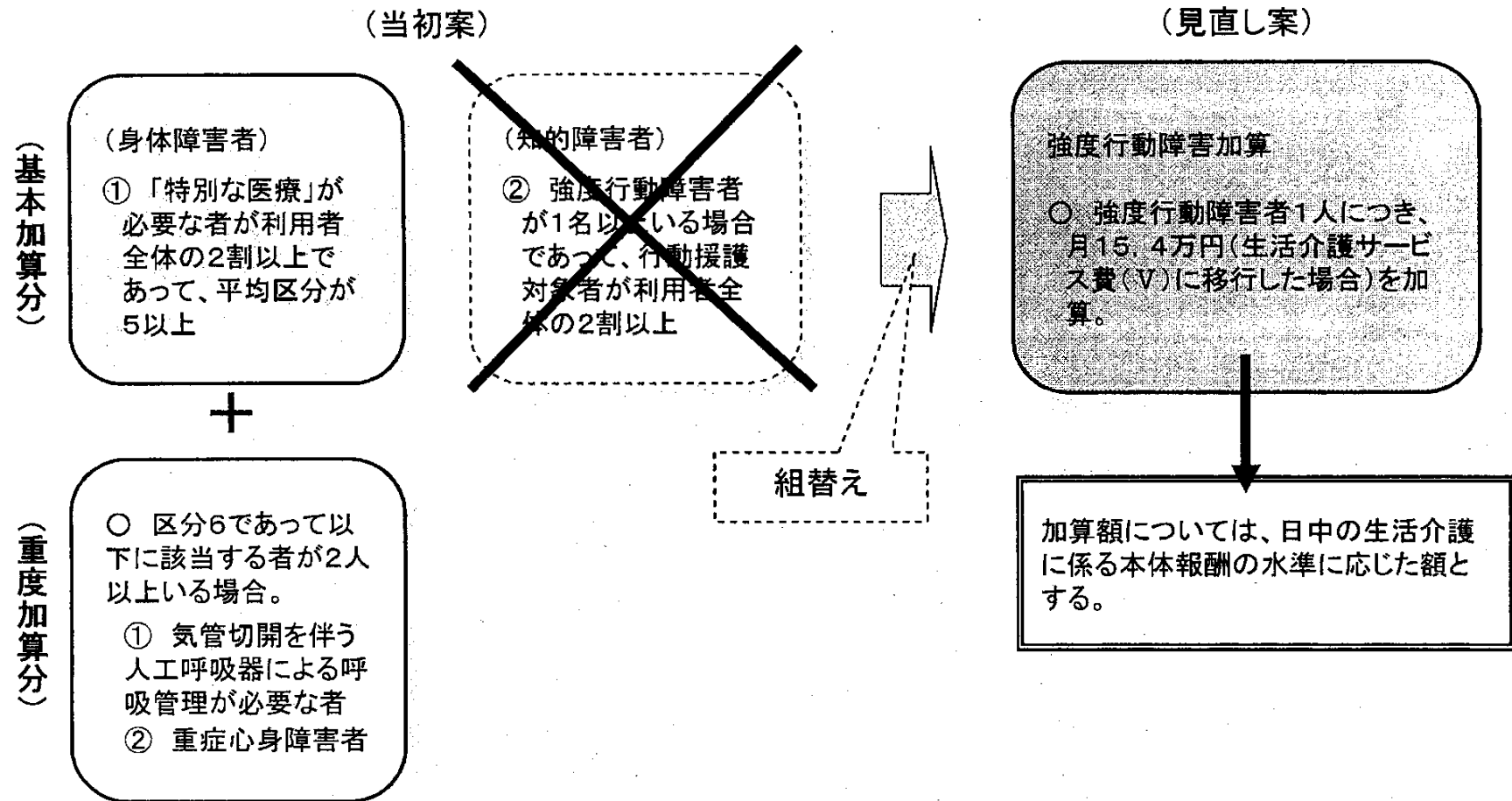


【加算額】

- 強度行動障害者1名につき、1日あたり以下を加算。
 - ・ 区分A 1日:481単位(1月:14.6万円)
 - ・ 区分B 1日:565単位(1月:17.2万円)
 - ・ 区分C 1日:722単位(1月:21.9万円)

2. 見直しの内容

- 知的障害者については、当初案を見直し、現行制度と同様に、強度行動障害者の人数に応じた評価を行う仕組みに改めることとする。



3. 具体的な単価案

区分	報酬単価(日額)	人員配置	施設入所支援の費用区分	
重度障害者加算(Ⅰ)	40単位	0.5人加配	施設入所支援サービス費(Ⅰ)	1.7:1
重度障害者加算(Ⅱ)	164単位		施設入所支援サービス費(Ⅱ)	2:1
重度障害者加算(Ⅲ)	306単位		施設入所支援サービス費(Ⅲ)	2.5:1
重度障害者加算(Ⅳ)	435単位	1.0人加配	施設入所支援サービス費(Ⅳ)	3:1
重度障害者加算(Ⅴ)	505単位		施設入所支援サービス費(Ⅴ)	3.5:1
重度障害者加算(Ⅵ)	563単位		施設入所支援サービス費(Ⅵ)	4:1
重度障害者加算(Ⅶ)	605単位		施設入所支援サービス費(Ⅶ)	4.5:1
重度障害者加算(Ⅷ)	676単位	1.5人加配	施設入所支援サービス費(Ⅷ)	5:1
重度障害者加算(Ⅸ)	704単位		施設入所支援サービス費(Ⅸ)	5.5:1
重度障害者加算(Ⅹ)	730単位		施設入所支援サービス費(Ⅹ)	6:1
重度障害者加算(Ⅺ)	799単位		施設入所支援サービス費(Ⅺ)	経過措置

生活介護・施設入所支援に係る報酬算定要件の見直し

○ 生活介護及び施設入所支援については、①平均障害程度区分、②重度障害者の割合、③人員配置等に応じた報酬区分を設定していたところであるが、今般、新体系への移行促進の観点から、より柔軟な運用が可能となるよう、必要な人員が確保されていることを前提に、

- ① 平均障害程度区分及び重度障害者の割合に応じた報酬区分
 - ② 平均障害程度区分に応じた報酬区分
- の2つを設定し、事業者においては、いずれかの選択が可能な取扱いとする。

【生活介護】

区分	報酬単価				サービス提供職員 配置基準(常勤換算)	サービス管理責任者 配置基準	平均障害程度(※)		
	定員40人以下	定員41人以上60人以下	定員61人以上80人以下	定員81人以上			平均区分5.5以上	又は	区分6の者が60%以上
生活介護サービス費(I)	1,262単位	1,232単位	1,177単位	1,162単位	1.7:1以上	利用者60人以下 1人以上 (以降40人又はその 端数を増すごとに1人 を加えて得た数以上)	平均区分5.3以上5.5未満		平均区分5.0以上	区分6の者が50%以上
生活介護サービス費(II)	1,119単位	1,088単位	1,043単位	1,029単位	2:1以上		平均区分5.1以上5.3未満	区分6の者が40%以上	
生活介護サービス費(III)	955単位	924単位	891単位	877単位	2.5:1以上		平均区分4.9以上5.1未満	区分5・6の者が50%以上	
生活介護サービス費(IV)	846単位	817単位	789単位	776単位	3:1以上		平均区分4.7以上4.8未満	平均区分4.5以上	区分5・6の者が40%以上
生活介護サービス費(V)	770単位	736単位	718単位	704単位	3.5:1以上		平均区分4.4以上4.7未満		区分5・6の者が40%以上
生活介護サービス費(VI)	696単位	667単位	645単位	633単位	4:1以上		平均区分4.1以上4.4未満	平均区分4.0以上	区分5・6の者が30%以上
生活介護サービス費(VII)	650単位	618単位	601単位	588単位	4.5:1以上		平均区分3.8以上4.1未満		区分5・6の者が30%以上
生活介護サービス費(VIII)	606単位	578単位	564単位	551単位	5:1以上		平均区分3.5以上3.8未満	平均区分4.0未満	区分5・6の者が20%以上
生活介護サービス費(IX)	577単位	546単位	533単位	522単位	5.5:1以上		平均区分3.5未満		
生活介護サービス費(X)	547単位	515単位	510単位	496単位	6:1以上				
生活介護サービス費(XI)	502単位	473単位	460単位	446単位	10:1以上				

経過措置利用者

いずれかを選択

【施設入所支援】

区分	報酬単価				夜間職員 配置基準	平均障害程度			
	定員40人以下	定員41人以上60人以下	定員61人以上80人以下	定員81人以上					
施設入所支援サービス費(I)	400単位	309単位	255単位	231単位	利用者60人以下 夜勤職員3人以上 (以降40人を増すごとに1 人を加えて得た数以上)	平均区分5.5以上	又は	平均区分5.0以上	区分6の者が60%以上
施設入所支援サービス費(II)	381単位	289単位	238単位	214単位		平均区分5.3以上5.5未満			区分6の者が50%以上
施設入所支援サービス費(III)	359単位	266単位	219単位	195単位		平均区分5.1以上5.3未満			区分6の者が40%以上
施設入所支援サービス費(IV)	281単位	214単位	179単位	162単位	平均区分4.9以上5.1未満	平均区分4.5以上		区分5・6の者が50%以上	
施設入所支援サービス費(V)	270単位	203単位	170単位	153単位	平均区分4.7以上4.9未満			区分5・6の者が40%以上	
施設入所支援サービス費(VI)	262単位	195単位	163単位	146単位	平均区分4.4以上4.7未満			区分5・6の者が40%以上	
施設入所支援サービス費(VII)	256単位	188単位	158単位	141単位	平均区分4.1以上4.4未満	平均区分4.0以上		区分5・6の者が30%以上	
施設入所支援サービス費(VIII)	188単位	146単位	127単位	115単位	平均区分3.8以上4.1未満			区分5・6の者が30%以上	
施設入所支援サービス費(IX)	184単位	141単位	124単位	112単位	(以降40人を増すごとに1 人を加えて得た数以上)	平均区分3.5以上3.8未満		平均区分4.0未満	区分5・6の者が20%以上
施設入所支援サービス費(X)	180単位	138単位	121単位	109単位		平均区分3.5未満			
施設入所支援サービス費(XI)	115単位	99単位	92単位	88単位	宿直職員1人以上	経過措置入所者			

いずれかを選択

平均障害程度区分が変動した場合の取扱い

- 生活介護においては、前年度利用者の平均障害程度区分等に応じ、適用される人員配置や報酬単価が決定する仕組みとしているが、入退所の状況によっては、報酬単価区分が低い区分となった場合に、収入額に大きな変動が見込まれるケースも想定されるところ。
- こうした大きな変動を回避するため、前年度実績によって低い報酬単価区分となる場合でも、人員配置要件を満たしている場合には、6ヶ月間の猶予期間を設ける。

【具体的な取り扱いのイメージ】

	平成18年度	平成19年度	平成20年度		
			4月～9月	10月～3月	
平均障害程度区分	5.3	5.0		4月～9月の平均区分が5.3以上であった場合	4月～9月の平均区分が5.3未満であった場合
報酬単価	32.7万円	32.7万円	32.7万円	32.7万円	28.4万円

前年度の実績によって、翌年度の報酬単価が決定

↓
本来、28.4万円となるところ、6ヶ月間猶予。

平均障害程度区分等の求め方

1. 原則の取扱い

- 生活介護及び施設入所支援については、前年度の平均障害程度区分等に応じて、人員配置や報酬単価が決定する仕組みとしているが、当該前年度の平均障害程度区分等については、以下の算式により求めることとする。

(平均障害程度区分)

- ・ $(\text{区分2に該当する前年度の延べ利用者数} \times 2 + \text{区分3に該当する前年度の延べ利用者数} \times 3 + \text{区分4に該当する前年度の延べ利用者数} \times 4 + \text{区分5に該当する前年度の延べ利用者数} \times 5 + \text{区分6に該当する前年度の延べ利用者数} \times 6) / \text{総延べ利用者数}$

※ 算出結果については、小数点第2位を四捨五入することとする。

(区分5・6の者の割合)

- ・ 平均区分5.0以上の場合： $(\text{区分6に該当する前年度の延べ利用者数}) / \text{総延べ利用者数}$
- ・ 平均区分5.0未満の場合： $(\text{区分5に該当する前年度の延べ利用者数} + \text{区分6の前年度の延べ利用者数}) / \text{総延べ利用者数}$

※ 算出結果については、小数点第1位を四捨五入することとする。

(注) 上記「総延べ利用者数」については、経過措置による生活介護の利用者、自立訓練等の利用者を除く。

【具体的なイメージ】

利用者	障害程度区分(a)	月	火	水	木	金	延べ利用者数(b)	(a) × (b)
A	5	○		○	○	○	4人	20
B	4	○	○	○	○	○	5人	20
C	3		○	○	○	○	4人	12
D	6	○		○		○	3人	18
E	4	○	○	○	○	○	5人	20
合計		4人	3人	5人	4人	5人	21人	90



- ・平均障害程度区分： $90 \div 21 \text{人} = 4.28 \rightarrow 4.3$ （小数点第2位四捨五入）
- ・区分5・6の者の割合： $(\text{区分}5 : 4\text{人} + \text{区分}6 : 3\text{人}) \div 21 \text{人} = 33.3\% \rightarrow 33\%$ （小数点第1位四捨五入）

2. 旧支援費施設が新体系へ移行する場合の取扱い

- 旧支援費施設が新体系へ移行する場合の平均障害程度区分等の算定については、新体系への移行を申請した日の前日から直近1ヶ月の平均障害程度区分等によって求めることとする。
- なお、申請段階における平均障害程度区分については、移行後3ヶ月間の実績により、見直すことができることとする(以降、毎年度4月1日を基準に見直し。)

3. 新規事業者が新体系へ参入する場合の取扱い

- 新体系へ新規参入する事業者の平均障害程度区分等の算定については、登録人員の障害程度区分などから推計した平均障害程度区分等を、移行後3ヶ月間、暫定的に適用する。
- なお、申請段階における平均障害程度区分については、移行後3ヶ月間の実績により、見直しを行うものとする(以降、毎年度4月1日を基準に見直し。)

入所施設(障害児施設を除く)における入院時の取り扱い

○ 新体系及び旧体系の入所施設(障害児施設を除く)については、現在、入院・外泊時の措置として、1月に6日を限度に320単位を算定することとされているが、この期間を超えて、入所施設において入院時の支援を行った場合について、入院時支援加算を創設する。

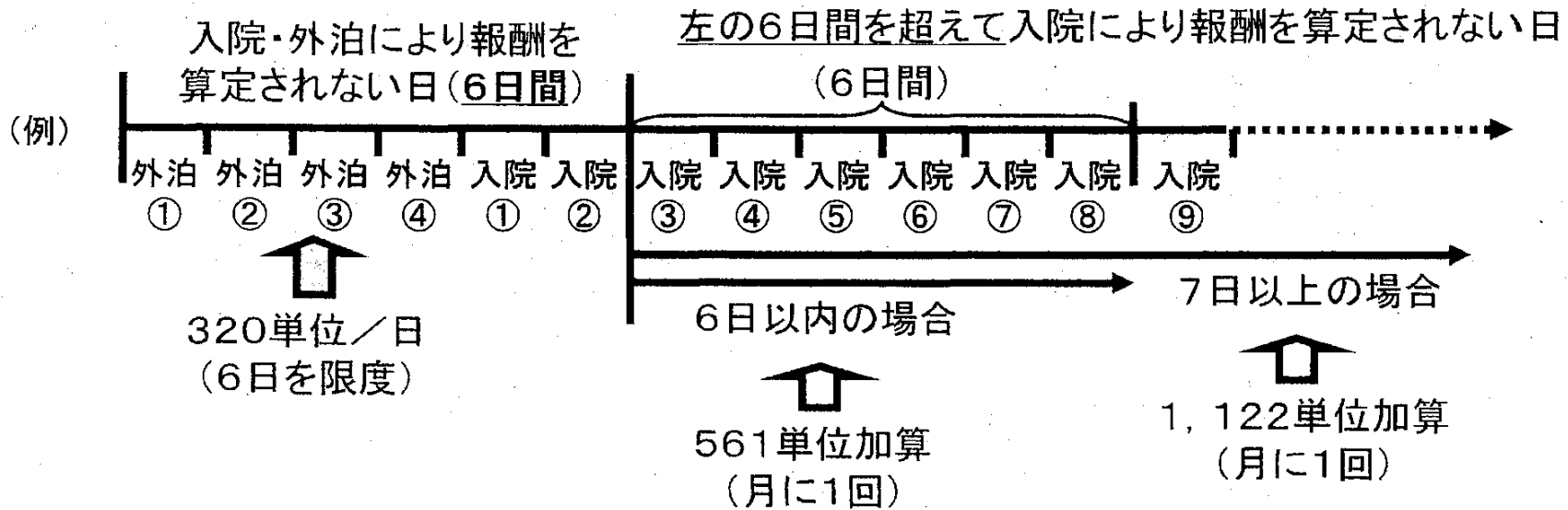
【入院時支援加算】

○ 入院・外泊により本体報酬を算定されない日数が月6日を超える場合であって、当該6日を超えて入院により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、家族等の支援を受けることが困難で、施設職員が家族等に代わって入院期間中の支援を行う必要があり、本人又は保護者の同意の下、個別支援計画に基づき、入院期間中、入院先を訪問し、入院先との調整、被服等の準備その他の支援を行ったときは、次のとおり報酬を加算(月1回算定)。

6日までの場合	561単位
7日以上の場合	1,122単位

【入所施設における入院時支援加算の算定(例)】

＜入所施設(障害児施設を除く)の場合＞



(注)入院日数は連続している必要はない

介護給付・訓練等給付費及び障害児施設給付費の支払期日について

- 障害者自立支援法が施行され平成18年10月から施設・事業体系の見直しが行われることに伴い、市町村等における介護給付・訓練等給付費及び障害児施設給付費の支払期日については、審査事務等の期間を考慮し、請求月の翌月末として、差し支えない。
- なお、給付費の支払いが、請求月の翌月末となることにより、事業者において施設運営に要する経営資金（つなぎ資金）が必要となる場合には、別添のとおり、独立行政法人福祉医療機構において同経営資金の貸し付けを行うこととしているところであるが、その際、既に独立行政法人福祉医療機構からも通知しているとおり、
 1. 管内の対象施設及び事業者に対する周知・指導
 2. 都道府県知事（指定都市及び児童相談所設置市の市長を含む。）の意見等について遺漏のないようお願いする。

障害者自立支援法の施行に伴う経営資金（つなぎ資金）貸付要綱

第1 目的

障害者自立支援法の施行等に伴い、平成18年10月以降、障害者関連施設については、新たなサービス体系に移行することとなるが、新制度による障害福祉サービス費等が最初に支払われるまでに相当の日時を要することから、この間の経営資金（つなぎ資金）を融資することにより事業の安定的な運営を支援し、あわせて新制度への円滑な移行に資することを目的とする。

第2 貸付けの対象

- 1 平成18年9月現在、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神障害者社会復帰施設、身体障害者福祉法に基づく身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設（小規模通所授産施設、福祉工場を含む。）、知的障害者福祉法に基づく知的障害者更生施設、知的障害者授産施設（小規模通所授産施設、福祉工場を含む。）、知的障害者通勤寮を行っていた法人であって、引き続き同年10月以降、障害者自立支援法に基づく指定障害者福祉サービス事業者又は指定障害者支援施設（旧法施設施設を含む。）として、介護給付費（療養介護、生活介護、共同生活介護、施設入所支援に限る。）、訓練等給付費の対象となる施設・事業を行う法人
- 2 平成18年9月現在、児童福祉法に基づく知的障害児施設、知的障害児通園施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設を行っていた法人であって、引き続き同年10月以降、障害児施設給付費等の対象となる施設・事業を行う法人

第3 貸付金額

- 1 施設・事業の経営に必要な資金として都道府県知事（指定都市又は児童相談所設置市の市長を含む。）が認めた額の範囲内において法人が希望する額とする。
ただし、担保による貸付けについてはその担保評価額の100分の80を限度とする。
- 2 貸付金額は10万円単位とし、希望額が100万円未満のときは貸付けしないものとする。

第4 貸付利率

金銭消費貸借契約時における現行の経営資金の利率と同様とする。

第5 償還期間及び据置期間

償還期間は5年以内とし、1年以内の据置期間を設けることとする。

第6 償還方法及び利息の支払方法

元金は3か月毎の均等償還とし、利息は年4回の後払いとする。

第7 担保

- 1 担保は、法人単位に貸付金額に相応するものを徴するものとする。
ただし、貸付金額が1,000万円以下の場合は原則として担保を徴しないものとする。
- 2 担保は、登記、登録等第三者対抗要件を具備することが容易であって、それにより確実に貸付金債権を担保することができるものに限ることとする。
- 3 担保評価は、次のいずれかによるものとする。
 - ① 不動産の鑑定評価に関する法律による不動産鑑定士又は不動産鑑定士補の鑑定評価書
 - ② 都道府県社会福祉協議会の評価委員会が行った評価証明書で機構が認めたもの
 - ③ 地方公共団体の長の発行した固定資産評価証明書
 - ④ 銀行等が不動産鑑定士又は不動産鑑定士補の評価方法に準じて評価を行ったもの
 - ⑤ 機構の融資対象とした建物又は土地については、担保物件評価認定申請書（様式4）に基づき機構が認定した額
 - ⑥ 地価公示法に定める土地鑑定委員会の公示価格、国土利用計画法施行令に定める基準地の標準価格等
 - ⑦ 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第59条の規定に基づき所轄庁に届け出た社会福祉法人現況報告書に記載された土地又は建物の評価額（建物については、減価償却が確実になされていることが確認できる場合に限る。）

第8 連帯保証人

原則として、法人代表者を含め2名以上の連帯保証人を立てさせるものとする。

第9 延滞損害金

元金の償還が延滞したときは、年14.5%の割合による延滞損害金を徴収するものとする。ただし、機構が特に認めたときは減免することが出来るものとする。

第10 違約金

法人が貸付金をその目的以外の用途に使用したことが明らかとなったときは、貸付金の全部又は一部につき年14.5%から約定利率を控除した率を乗じた額を違約金として徴収するものとする。

第11 弁済補償金

借入者の申し出により期限前に貸付金の全部又は一部の償還を受けるときは、別に定めるところにより弁済補償金を徴収するものとする。

第12 借入の申込み

- この資金の借入れを希望する法人は、法人の主たる事務所の所在地の都道府県知事（指定都市又は児童相談所設置市の市長を含む。）を経由して「経営資金（つなぎ資金）借入申込書」（別紙様式）を提出するものとする。
- 都道府県知事（指定都市又は児童相談所設置市の市長を含む。）は、借入申込書の提出にあたり必要な意見を付すものとする。

第13 制度の適用期間

平成18年10月1日から障害者自立支援法附則第1条第3号に規定する平成24年3月31日までの政令で定める日以後、3か月経過した日までとする。

第14 その他

上記のほか、経営資金の貸付けについては、「独立行政法人福祉医療機構直接貸付事務取扱要領」等の定めるところによるものとする。

経営資金（つなぎ資金）借入申込に関する意見等

◇ 施設・事業別の借入申込額

法人の名称						
区分	施設・事業の種別	施設等の名称	定員	移行時期	所要金額	借入申込額 (10万円単位)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
合 計						

（注）法人所在地以外の都道府県（指定都市又は児童相談所設置市を含む。）で施設・事業を行っており、これを含めて借入申込みをするときは、法人において同様式をコピーのうえ、当該施設・事業を所轄する都道府県知事（指定都市又は児童相談所設置市の市長を含む。）に下欄の証明を依頼してください。なお、証明後は法人所在地の都道府県に提出してください。

【ここから先については法人が記載しないでください。】

◇ 都道府県知事（指定都市又は児童相談所設置市の市長を含む。）の意見等

区 分	都道府県知事 が認めた額	左 欄 の 説 明
上記区分1の事業・施設		
上記区分2の事業・施設		
上記区分3の事業・施設		
上記区分4の事業・施設		
上記区分5の事業・施設		
上記区分6の事業・施設		
上記区分7の事業・施設		
上記区分8の事業・施設		
上記区分9の事業・施設		
上記区分10の事業・施設		
合 計		

各事業・施設の経営に必要な資金であることを証明します。

平成 年 月 日

〇〇県知事（市長）

印

独立行政法人福祉医療機構理事長 殿

「経営資金（つなぎ資金）借入申込に関する意見等」の記入方法

1 施設・事業別の借入申込額

(1) 借入申込者である法人が記入してください。

(2) 各施設・事業ごとに種別、名称、定員及び所要金額を記入してください。
なお、所要金額については、各施設・事業において法人が希望する経営資金（つなぎ資金）の金額を記入してください。

(3) 借入申込額については、各施設・事業ごとにおける所要金額の合計額を10万円単位（万円以下切捨て）として記入してください。

2 都道府県知事（指定都市又は児童相談所設置市の市長を含む。）の意見等

(1) 各施設・事業を所轄する都道府県市が記入してください。

(2) 各施設・事業ごとに都道府県知事が認めた額及びその額の説明を記入してください。

なお、都道府県知事が認めた額については、【別添】「事務の手引き」の都道府県等をお願いしたい事項をご参照の上、記入してください。

3 貸付金額の算定方法

貸付金額は、「施設・事業の経営に必要な資金として都道府県知事（指定都市又は児童相談所設置市の市長を含む。）が認めた額の範囲内において法

地域生活支援事業の施行に向けて

障害保健福祉部企画課地域生活支援室

地域生活支援事業の施行に向けて

1. 地域生活支援事業の10月施行に向けた取組について

(1) 地域生活支援事業の効率的・効果的な事業の実施について

ア 地域生活支援事業の実施に当たっては、地域の特性や個々の利用者の状況やニーズに応じた柔軟な事業形態による効率的・効果的な実施を期待しており、次の点に特段の配慮をお願いする。

- ・ 障害者の地域生活を支援するために必要不可欠な事業の確実な実施
- ・ 現行サービス水準の低下を招かないような取組み
- ・ 地域における社会資源、ボランティアの活用などの効率的・効果的な取組み
- ・ 手話通訳等の派遣など既存事業についても、従来の取扱いや事業の連続性を考慮した取組み

イ 都道府県と市町村間における調整は、地域生活支援事業の枠組みを決定するうえで大変重要である。都道府県においては、市町村が事業を円滑に実施できるよう必要な助言、情報提供及び調整に積極的な支援をお願いする。

- ・ 大都市特例の廃止に伴う県市間の調整
- ・ 県事業から市町村事業への移行する事業のフォローアップ
- ・ 複数の市町村が連携し、広域的に実施できるような助言指導
- ・ 県が市町村に代わって事業を実施（代行事業）するなどの調整

(2) 福祉ホームの安定運営について

地域生活支援事業において、福祉ホームは県及び市町村が実施することができる事業として位置付けられているものの、利用者の居住を支援する重要な役割を果たしている事業であることに鑑み、利用者が引続き安心して、居住の場として利用できるよう財政的な支援も含め、特段の配慮方を願います。

地域活動支援センター及び福祉ホーム省令案の概要

省令案の概要として、8月24日から、パブリックコメントとして掲載。
現段階における案としてお示しするものであり、今後、変更もあり得る。

1 地域活動支援センターに関する基準について

(1) 規模

10人以上の人員が利用できる規模とする。

(2) 設備

以下の設備を設けること。ただし、他の社会福祉施設等の設備を利用できる場合等については、設備の一部を設けないことができる。

① 創作的活動、生産活動の機会の提供及び社会との交流の促進等ができる場所

② 便所

※ ①については、必要な設備及び備品等を備えること。

このほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けなければならない。

(3) 従業員の配置

以下の従業員を置くこと。

- ① 施設長 1人(②と兼務可)
- ② 指導員 2人以上

(4) 運営規程

運営規程に以下の事項を定めなければならない。

- ① 施設の目的及び運営の方針
- ② 従業員の職種、員数及び職務の内容
- ③ 利用定員
- ④ 利用者に対して行う支援の内容及び利用者から受領する費用の額
- ⑤ 施設の利用にあたっての留意事項
- ⑥ 非常災害対策
- ⑦ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑧ その他施設の運営に関する重要事項

(5) その他必要な事項を定める。

2 福祉ホームに関する基準について

(1) 規模

5人以上の人員が利用できる規模とする。

(2) 設備

以下の設備を設けること。ただし、他の社会福祉施設等の設備を利用できる場合等については、設備の一部を設けないことができる。

① 居室

② 浴室

③ 便所、管理人室、共用室

※ ①については、個室にするとともに、一人当たりの床面積は、原則として、収納設備を除き
9.9平方メートル以上とすること。（経過措置有り）

このほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けなければならない。

(3) 従業員の配置

管理人を置くこと。

(4) 運営規程

運営規程に以下の事項を定めなければならない。

- ① 施設の目的及び運営の方針
- ② 従業者の職種、員数及び職務の内容
- ③ 利用定員
- ④ 利用者に対して行う支援の内容及び利用者から受領する費用の額
- ⑤ 施設の利用にあたっての留意事項
- ⑥ 非常災害対策
- ⑦ 虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑧ その他施設の運営に関する重要事項

(5) その他必要な事項を定める。

地域生活支援事業に係るQ&A

問1 地域活動支援センターにおいて、財源が交付税措置される『基礎的事業』とは具体的に何を行う事業なのか。

(答) 基礎的事業とは、利用者を通わせ、創作的活動、生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等を図るとともに、日常生活に必要な便宜を供与することをいうものである。

なお、地域活動支援センターの基礎的事業のみを行い機能強化事業を行わない事業所であっても、以下の要件を満たせば地域活動支援センターとして認められる。

① 地域活動支援センターの設備及び運営に関する基準を満たすこと

※ 「地域活動支援センターに関する基準」(省令案)について

は、現在検討中であるが、

・ 「10人以上の人員が利用できる規模とする。」

・ 施設長1名及び指導員2名の配置(施設長は指導員を兼務することが可能)を盛り込むこととしている。

② 都道府県知事(指定都市市長、中核市市長)に第二種社会福祉事業の届出を行うこと

また、市町村が定める地域活動支援センター機能強化事業を行い、国庫補助の対象とするためには、以下の要件が必要となるので留意されたい。

① 法人格を有すること

② 地方自治体の一般財源で実施される(基礎的事業)以上の体制で実施すること

※ なお、基礎的事業は、自治体の一般財源で実施されるものであり、当該部分は国庫補助対象外なので留意されたい。

問2 地域活動支援センターに係る交付税措置の状況はどのようになっているのか。

(答) 地域活動支援センターに係る交付税措置(基準財政需要額)については、総務省からは別添1のように措置されると聞いているところ。なお、基準財政需要額については、18年4月から通年ベースで市町村に積算されているとのことであるが、小規模作業所の継続的・安定的な運営の確保が図られ、10月から地域活動支援センターに円滑に移行が図られるよう、都道府県及び市町村において、特段のご配慮をお願いする。

問3 実利用定員5人以上10人未満の小規模作業所が、地域活動支援センターへの移行計画を策定した場合に、国庫補助の対象となるとされていたが、どのような取扱いとなるのか。

(答) 実利用人員が5人以上10人未満の小規模作業所が、地域活動支援センターへの移行計画(実利用人員の増加等地域活動支援センターの要件を満たすための移行計画)を作成し、市町村障害福祉計画に盛り込んだ場合に、平成18年度に限り、地域生活支援事業の1事業として実施して差し支えない。
なお、当該事業は、市町村地域生活支援事業の「その他事業」の「(11)社会参加推進事業」の「(カ)その他社会参加促進事業」として取り扱われたい。

問4 地域生活支援事業に係る障害福祉計画の策定にあたり、各事業の量の見込みにおいて、「利用見込み者数」を明記する場合、利用人数又は延べ利用人数のいずれを明記すればいいのか。

(答) 「利用見込み者数」は、実利用見込み者数を明記されたい。(1人のものが複数回利用する場合でも、1名として記載する。)

問5 日常生活用具の種目、品目の選定はどのような観点から行えばよいか。

(答) 日常生活用具給付等事業の対象となる用具の種目は、別に定める告示で規定する6種の用具である。品目の選定に当たっては、別添2「日常生活用具参考例」や、福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律（平成5年法律第38号）第7条第1項の規定に基づき指定を受けた指定法人（（財）テクノエイド協会）が提供している情報（ホームページ等）を参考にされたい。

問6 地域生活支援事業について、前回の課長会議で、「社会福祉法人等が行う事業に対し補助する事業」の実施を可能とする旨の説明を受けたが、日常生活用具給付等事業についても同様の実施は可能なのか。

(答) 「社会福祉法人等が行う事業に対し補助する事業」として実施する場合は、市町村地域生活支援事業の「その他」（障害者自立支援法第77条第3項）事業の中で位置付けることとなる。

問7 障害者自立支援法における補装具費の支給と同様に、日常生活用具費支給事業として、現物給付ではなく費用の支給とすることは可能であるか。

(答) 日常生活用具給付等事業の趣旨としては、障害者自立支援法第77条第2項「日常生活上の便宜を図るための用具であって厚生労働大臣が定めるものの給付又は貸与」であるため、日常生活用具の購入に要する費用の支給をする場合は、市町村地域生活支援事業の「その他」（障害者自立支援法第77条第3項）事業の中で位置付けることとなる。

問8 日常生活用具参考例の排泄管理支援用具に、ストーマ装具（ストーマ用品、洗腸用品）と記載されているが、ストーマ用品とは具体的にどのようなものを想定しているのか。

（答） ストーマ用品とは、皮膚の保護・排泄物の漏れ防止・皮膚への装具密着などのために使用する各種用品であり、例えば皮膚保護ペースト、皮膚保護パテ、皮膚保護パウダー、皮膚保護ウエハー等が考えられる。

(別添1) 地域活動支援センターに係る交付税措置 (基準財政需要額) について

従来、小規模作業所分として計上されていた基準財政需要額については、平成18年4月から市町村分の地域活動支援センター分として集約され、総額としては平成17年度と同水準の約380億円が措置されている。

【平成17年】

●都道府県分 行政規模 1,700,000人

社会福祉共通費
社会福祉単独事業費 128,831千円

- うち身体障害者の小規模作業所分 52,152千円
- うち知的障害者の小規模作業所分 52,152千円

精神保健費
精神障害者小規模作業所運営費補助 52,152千円

●市町村分 行政規模 100,000人

社会福祉共通費
社会福祉単独費 26,827千円

衛生諸費
精神障害者小規模作業所運営費補助 6,520千円

身体障害者福祉費
身体障害者施設訓練等支援費
身体障害者福祉単独事業 6,520千円

知的障害者福祉費
知的障害者共通費
知的障害者福祉単独事業 6,520千円

【平成18年4月～】

●都道府県分 行政規模 1,700,000人

該当なし。

●市町村分 行政規模 100,000人

→ 標準団体規模自治体への基準財政需要額：29,637千円

社会福祉共通費
社会福祉単独費 40,307千円

- うち都道府県分からの移管 10,056千円
※ 都道府県分の身体・知的・精神障害者の小規模作業所分から移管
- うち精神障害者小規模作業所 6,527千円
※ 市町村分の精神障害者小規模作業所運営費補助から移管

身体障害者福祉費
身体障害者施設訓練等支援費
身体障害者福祉単独事業 6,527千円

知的障害者福祉費
知的障害者共通費
知的障害者福祉単独事業 6,527千円

(別添2)

日常生活用具参考例

種目	品目	対象要件
介護・訓練 支援用具	特殊寝台	下肢又は体幹機能障害
	特殊マット	
	特殊尿器	
	入浴担架	
	体位変換器	
	移動用リフト	
	訓練いす(児のみ)	
	訓練用ベッド(児のみ)	
自立生活 支援用具	入浴補助用具	下肢又は体幹機能障害
	便器	
	頭部保護帽	平衡機能又は下肢もしくは体幹機能障害
	T字杖・棒杖のつえ	
	歩行支援用具→移動・移乗支援用具(名称変更)	
	特殊便器	上肢機能障害
	火災警報機	障害種別に関わらず火災発生の感知・避難が困難
	自動消火器	
	電磁調理器	視覚障害
	歩行時間延長信号機用小型送信機	
聴覚障害者用屋内信号装置	聴覚障害	
在宅療養等 支援用具	透析液加温器	腎臓機能障害等
	ネブライザー(吸入器)	呼吸器機能障害等
	電気式たん吸引器	呼吸器機能障害等
	酸素ボンベ運搬車	在宅酸素療法
	盲人用体温計(音声式)	視覚障害
	盲人用体重計	
情報・意思疎通 支援用具	携帯用会話補助装置	音声言語機能障害
	情報・通信支援用具※	上肢機能障害又は視覚障害
	点字ディスプレイ	盲ろう、視覚障害
	点字器	視覚障害
	点字タイプライター	
	視覚障害者用ポータブルレコーダー	
	視覚障害者用活字文書読上げ装置	
	視覚障害者用拡大読書器	
	盲人用時計	
	聴覚障害者用通話装置	聴覚障害
	聴覚障害者用情報受信装置	
	人工喉頭	喉頭摘出
	福祉電話(貸与)	聴覚障害又は外出困難
	ファックス(貸与)	聴覚又は音声機能若しくは言語機能障害で、電話では意思疎通困難
	視覚障害者用ワードプロセッサ(共同利用)	視覚障害
点字図書		
排泄管理 支援用具	ストーマ装具(ストーマ用品、洗滌用具) 紙おむつ等(紙おむつ、サラシ・ガーゼ等衛生用品) 収尿器	ストーマ造設 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 高度の排泄機能障害
住宅改修費	居宅生活動作補助用具	下肢、体幹機能障害又は乳幼児期非進行性脳病変

※ 情報・通信支援用具とは、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等をいう。

地域生活支援事業の事業実施例

※ 資料は提供時点での案であり、今後、変更があり得るものである。

事業実施例資料一覧

○埼玉県

事例1 コミュニケーション支援事業の進め方について (P2~P5)

○神奈川県

事例2 移動支援事業について (案) (P6~P20)

○神奈川県川崎市

事例3-1 移動支援事業・生活サポート事業実施案
(P21~P38)

事例3-2 移動支援事業における提供体制確保のための措置
について (P39)

事例3-3 他事業の施行準備状況について (P40)

事例3-4 川崎市緊急手話通訳者派遣事業実施要綱
(P41~P44)

○千葉県印西市

事例4-1 地域生活支援事業関係規則 (案) (P45~P64)

事例4-2 地域生活支援事業教示文 (案) (P65)

事例4-3 地域生活支援事業様式集 (案) (P66~P78)

事例4-4 印西市移動支援事業委託契約書 (案) (P79~P82)

事例4-5 地域活動支援センター事業委託契約書 (案)
(P83~P86)

事例4-6 印西市日中一時支援事業委託契約書 (案)
(P87~P90)

事例4-7 印西市地域生活支援事業実施規則の制定について
(案) (P91~P97)

○岐阜県多治見市

事例5 多治見市障害者自立支援条例 (案)
(P98~P104)

○〇〇県〇〇市

事例6-1 〇〇市相談支援事業実施要綱 (案)
(P105~P107)

事例6-2 〇〇市成年後見制度利用支援事業実施
要綱 (P108~P110)

事例6-3 〇〇市障害者移動支援事業実施要綱
(案) (P111~P114)

事例6-4 〇〇市日中一時支援事業実施要綱 (案)
(P115~P117)

事例6-5 相談支援事業委託契約書 (案)
(P118~P120)

事例6-6 移動介護事業委託契約書 (案)
(P121~P123)

事例6-7 日中一時支援事業委託契約書 (案)
(P124~P126)

事例6-8 障害者相談支援体制 (案) (P127)

事例6-9 地域活動支援センター整備図 (案)
(P128)

事例1

H18.6.15 埼玉県市町村障害福祉計画担当係長会議

コミュニケーション支援事業の進め方について

コミュニケーション支援事業の進め方について

平成18年6月15日
埼玉県障害者福祉課
社会参加推進担当

1 コミュニケーション支援事業とは(障害者自立支援法第77条により市町村に義務化)

- (1) 手話通訳者派遣事業
- (2) 要約筆記奉仕員派遣事業
- (3) 手話通訳者設置事業(手話通訳者を福祉事務所等の公的機関に設置する事業)

2 基本的な考え方

- 利用者の生活実態等を把握した上できめ細かなコミュニケーション支援を行うためには、聴覚障害者に身近な市町村が自ら派遣事業等を実施するのが原則である。
- ただし、事業の立ち上げには聴覚障害者をはじめとする関係者間で意見調整をするために相当の時間がかかるのが通例であるため、準備が整うまでの当分の間、専門の機関等に委託することもやむを得ない。

3 実施形態

(1) 自ら実施する場合(市町村社会福祉協議会等に委託する場合を含む)

- 派遣事業をコーディネートするための手話通訳ができる人材を配置する。
- 専任又は登録の手話通訳者及び要約筆記奉仕員を派遣する。

(参 考)

ア 県内での実施状況(平成18年4月1日現在)

- ① 手話通訳者派遣事業(30市町村)
- ② 要約筆記奉仕員派遣事業(2市)

イ 市町村障害者社会参加促進事業(国庫補助事業)でコミュニケーション支援関係事業を実施した18市の平均事業費(平成16年度実績)

→ 11,340千円(1か所当たり)

ウ 本庄郡市地域のように、複数の市町村で連携し広域的に実施している例もある。

(2) 埼玉聴覚障害者情報センター(※)に委託する場合

- 各市町村が個別に埼玉聴覚障害者情報センターと業務委託契約を締結し、委託料を支払うことにより、同センターから手話通訳者、要約筆記奉仕員の派遣を受けるもの。
 - 希望する市町村は、必要な委託料を用意する。
 - おおよその費用の目安(利用回数により大きく変動する。)
 - ① 手話通訳者・要約筆記奉仕員の派遣を受ける場合(100～250万円程度)
 - ② 要約筆記奉仕員のみ派遣を受ける場合(50～100万円程度)
- ★ 委託料は、人口規模に応じた事務費(年間一定額)と派遣件数に応じて変動する派遣費用の二本立てで構成される予定。

※ 埼玉聴覚障害者情報センターとは

社会福祉法人 埼玉聴覚障害者福祉会が設置する身体障害者福祉法第34条に定める聴覚障害者情報提供施設で、県が手話通訳者等の派遣・養成事業等を委託している。埼玉県浦和地方庁舎別館内に所在。

4 重要な留意点

(1) 調整組織の設置

派遣事業は利用者(聴覚障害者)の声を反映し、真に利用しやすい仕組みにすることが重要。

このため事業の準備、実施に当たっては、地域の聴覚障害者(団体)の代表者、手話通訳者(手話サークルのメンバー)や要約筆記奉仕員の代表者、市町村の担当者等からなる準備委員会・運営委員会等の調整組織を設置し、十分な時間をかけて望ましい派遣事業のしくみを検討・準備し、事業を円滑に準備・運営できるようにすること。

(2) 利用者負担について

コミュニケーション支援事業は、聴覚障害者への情報保障であり有料化にはなじまない性質のものであるため、派遣にあたっては、従前どおり利用者負担を求めない形(無料)で実施されたい。

5 実施方法

平成18年10月1日から市町村で義務化されるため、平成19年度から県の代行事業は廃止する。それまでには、上記4－(1)、(2)に留意し、次のいずれかの方法で必ず各市町村で事業が実施できるよう準備すること。

- ① 市町村が直接実施する場合
必ず上記4－(1)の手順を踏み、事業の実施に必要な経費を予算措置すること。
- ② 市町村社会福祉協議会等に委託する場合
①に準ずる体制で準備に努めるよう市町村が調整し、所要額を予算措置して社会福祉協議会等と委託契約を締結すること。
- ③ 埼玉聴覚障害者情報センターに委託する場合
所要額を予算措置して、同センターと委託契約を締結すること。

6 その他

- 市町村における奉仕員の養成について
 - ・ 国の地域生活支援事業実施要綱(案)では、市町村地域生活支援事業の「その他の事業」の中で手話奉仕員等の養成研修事業が位置づけられているので、特に手話奉仕員については各市町村で養成研修を行うこと。
 - ・ 県では、市町村で養成された奉仕員を基礎にして、さらにこれらの人材のレベルアップを図るために手話通訳者養成講習を行い、養成後、手話通訳者としてこれらの人材を再び地域に戻し、市町村での派遣事業を担う人材として活躍していただくことを考えている。
 - ・ なお、各市町村ごとに希望者を募集しても、人数が少なすぎて養成研修会ができないところもあるという実態も承知しているため、埼玉聴覚障害者情報センターがこれらの地域の希望者を取りまとめ、広域で奉仕員の養成研修事業(市町村からの委託事業)を実施することも検討している。

事例2

H18.7.5 神奈川県障害者自立支援法施行推進会議

移動支援事業について (H18・10～)

～検討案～

1. 10月以降の移動支援について

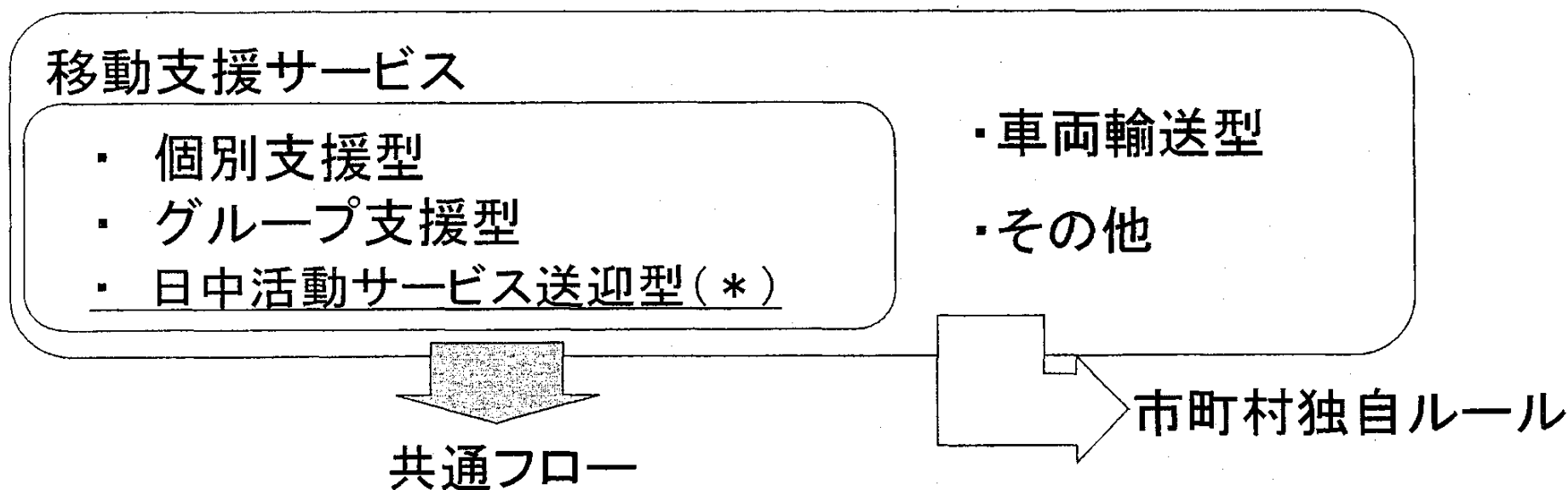
(1) 背景

- 現行の外出介護サービスは、9月末日で廃止される。
- 10月からは移動支援として市町村地域生活支援事業(必須事業)に位置付けられる。

移動サービスの種類	外出介護(4~9月)	移動支援(10月~) *原則
実施主体	市町村	市町村
給付の形態	個別給付(自立支援給付)	原則委託料 (市町村地域生活支援事業)
単価(丙地)	介護なし 30分~ 800円~ 例:2H 3,000円 介護あり 30分 2,300円~ 例:2H 6,620円	市町村の定めによる
支給決定	有	無(市町村の定めにより利用決定)
受給者証発行	有	無(市町村の定めにより利用決定通知)
利用契約	必要	不要
利用者負担	有(上限あり)	市町村の定めによる
事業者指定	有:都道府県知事の指定	無:市町村長との委託契約等
財源	国1/2、県1/4(負担金)	国1/2、県1/4(統合補助金)

(2) 基本的な考え方(案)

- ・ 個別給付の形態の継続が望まれる対象については、現行の個別給付に準じた仕組みを創設する。(実施については市町村の判断)
- ・ 個別給付に準じる仕組みは、広範囲で実施することでスケールメリットが生じることから、神奈川県内市町村の共通フローを設定する。
- ・ 柔軟な委託形態が望まれる対象については、新たに各市町村ごとに地域の実情の応じた仕組みを創設する。

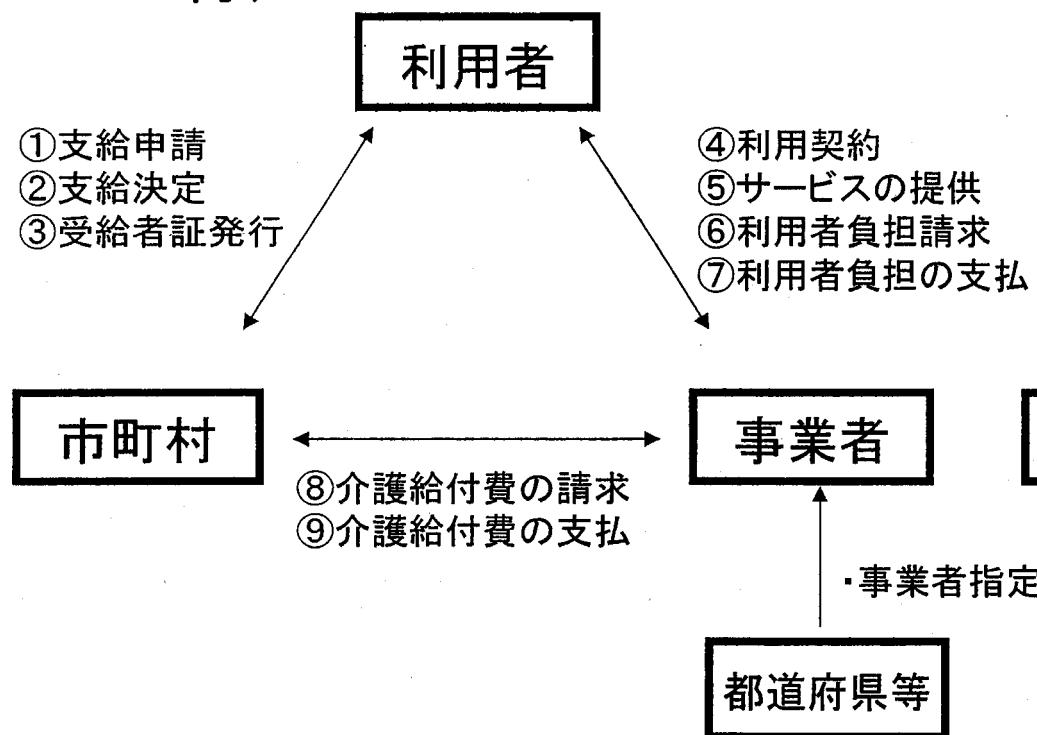


※日中活動サービス送迎型

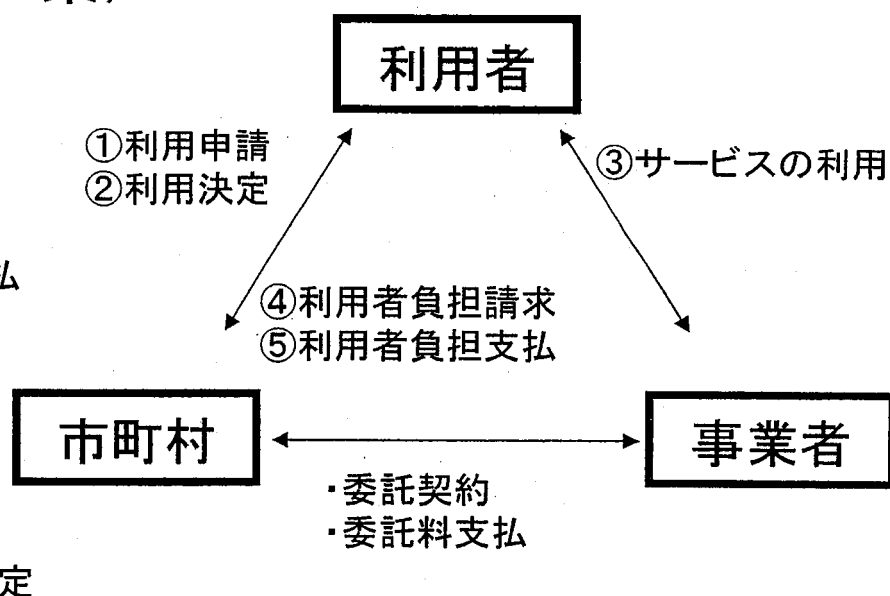
・ H18.10以降、日中活動系サービス(児童デーサービスを除く)には送迎に係る加算が報酬上設定されていない。(H18.3.1全国課長会議資料1-2参照、)

・ 従来、デイサービス事業、短期入所事業には送迎加算(それぞれ54単位、184単位:片道)が設定されていることから、これらを市町村事業として位置付ける必要があるという意見がある。

外出介護(自立支援給付) (4~9月)



移動支援(地域生活支援事業) (10月~) *原則



※利用者負担の支払い方法については、別途検討

○主なメリット
○事業者を選択しやすい
○個別給付であるため利用者の権利が明確
○国報酬基準により事業者が事業に参画し易い
×主なデメリット
×個別給付であるためヘルパー1対利用者1が原則
×国制度の告示により利用目的を限定

○主なメリット
○市町村裁量によりヘルパー1対利用者複数が可能
○市町村裁量により利用目的の拡大が可能
×主なデメリット
×個別事業者ごとに委託契約が必要
×市町村委託であるため利用者の権利が不明確
×市町村ごとに単価が異なるため事業者が参画しにくい

2. ガイドライン案

(1) サービスの対象者の特定

対象者	キーワード
①視覚障害児者、全身性障害児者	○障害程度区分による限定 ○身体障害者手帳等級による限定 ○その他
②知的障害児者	○障害程度区分による限定 ○療育手帳等級による限定 ○その他
③精神障害児者	○障害程度区分による限定 ○精神保健福祉手帳等級による限定 ○その他
④その他の身体障害児者 (現行制度では対象外)	○障害程度区分による限定 ○身体障害者手帳等級による限定 ○その他

※対象者は各市町村において給付基準を設けることにより柔軟に設定可能

(2) サービスの適用範囲を設定

ア 社会生活上必要不可欠な外出

(官公庁や金融機関への外出、公的行事への参加、生活必需品の買物、冠婚葬祭等)

イ 余暇活動等社会参加のための外出

(レクリエーション等)

※適用範囲は各市町村において支給決定基準を設けることにより柔軟に設定可能

(3) サービスの種類及び単価

ア 個別支援 → ガイドヘルパー「1」:利用者「1」

時間	移動支援算定単位(案)	
	身体介護あり	身体介護なし
~0.5	***	***
~1.0	*** (+**)	*** (+**)
~1.5	*** (+**)	*** (+**)
~2.0	*** (+**)	以後 (+**/0.5H)
~2.5	*** (+**)	
~3.0	*** (+**)	
~3.5	以後 (+**/0.5H)	
~4.0		
~4.5		
~5.0		
5.0~		

(参考:介護給付費)		
身体介護	家事援助	行動援護
230	80	230
400(+170)	150(+ 70)	400(+170)
580(+180)	225(+ 75)	580(+180)
655(+ 75)	以後 (+70/0.5H)	728(+148)
730(+ 75)		876(+148)
805(+ 75)		1024(+148)
以後 (+70/0.5H)		1172(+148)
		1320(+148)
	1468(+148)	
	1616(+148)	

- 単価水準をどのように設定するか。(市町村別の設定は可能)
- 利用目的(サービスに適用範囲ごとに報酬水準を設定するか。)
- 一日あたりの利用上限を設定するか。

イ グループ支援

$$= \text{〇〇} * 1/2 * 1.2$$

$$= \text{〇〇} * 1/3 * 1.3$$

$$= \text{〇〇} * 1/4 * 1.4$$

$$= \text{〇〇} * 1/5 * 1.5$$

時間	移動支援算定単位(案)			
	1:2	1:3	1:4	1:5
~0.5	***	***	***	***
~1.0	***	***	***	***
~1.5	***	***	***	***
~2.0	***	***	***	***
~2.5	***	***	***	***
~3.0	***	***	***	***
~3.5
~4.0
~4.5
~5.5				
5.5~				

※基準単位 ÷ グループ員数 × 係数

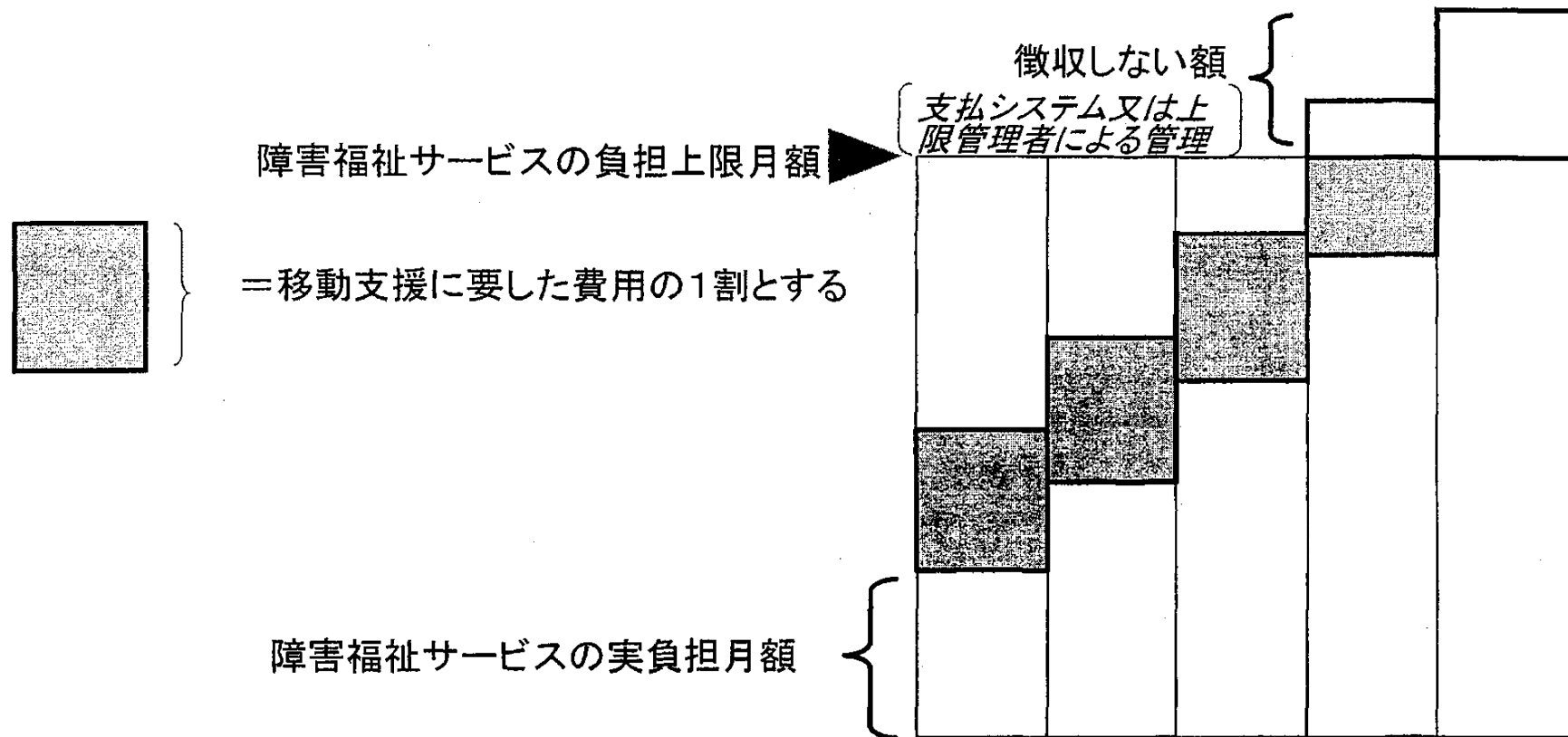
ウ 日中活動サービス送迎型

サービス種類	片道(回)
療養介護	●●単位
生活介護	●●単位
自立訓練	●●単位
就労移行支援	●●単位
就労継続支援	●●単位
地域活動支援センター	●●単位
短期入所	××単位

4. 利用者負担

(1) 自立支援給付費と併せて上限管理するパターン

- 9月までの制度経過及び自立支援給付との整合性を図るため、利用者負担は原則として徴収する。(報酬額の1割)
- ただし、移動支援利用者は、障害福祉サービスを併用している者が多いことから、障害福祉サービスの利用における利用者負担制度との整合性を図る。



(2) 上限管理を行なわないパターン

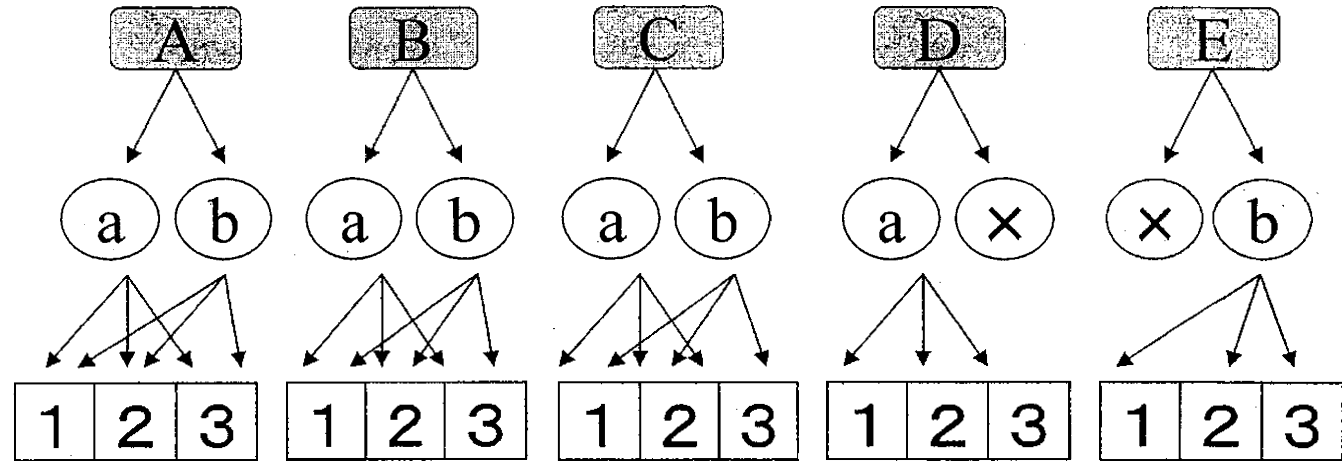
- ・ 報酬額の一定割合を利用者が負担する。
- ・ 自立支援給付との上限管理は行なわない。
- ・ 負担の割合は、1%～任意の割合まで、市町村が定める割合を設定する。

◆ 各市町村の移動支援実施要綱検討フロー

サービスの対象者を特定 (注1)

サービスの適用範囲を設定 (注2)

サービスの類型及び単価 (注3)



利用者負担

徴収しない

徴収する

定率

定額

上限突合有

上限突合無

上限突合有

上限突合無

● 支払システム又は上限管理者によるサービス別定率負担額算出
 + 上限管理

● 支払システム又は上限管理者によるサービス別定率負担額算出

注1) 2(1)による対象者の設定を想定

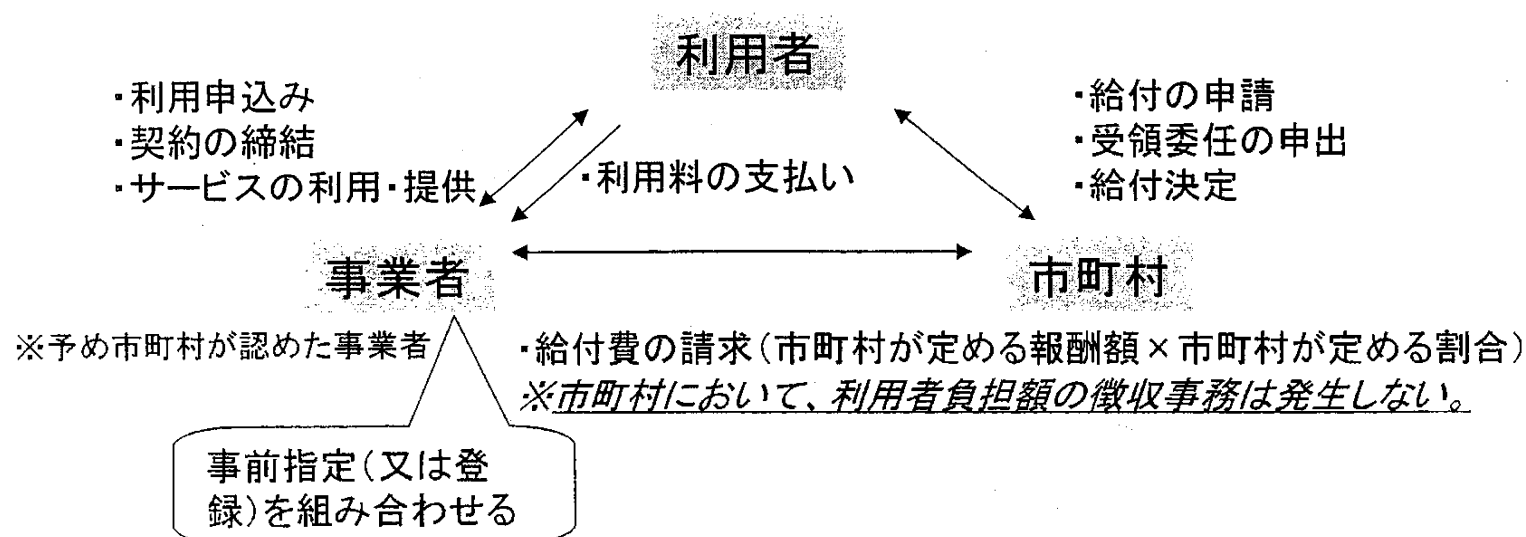
注2) 2(2)によるサービスの適用範囲を想定

注3) 2(3)によるサービスの類型及び単価を設定

5. 利用者負担額の負担・支払方法

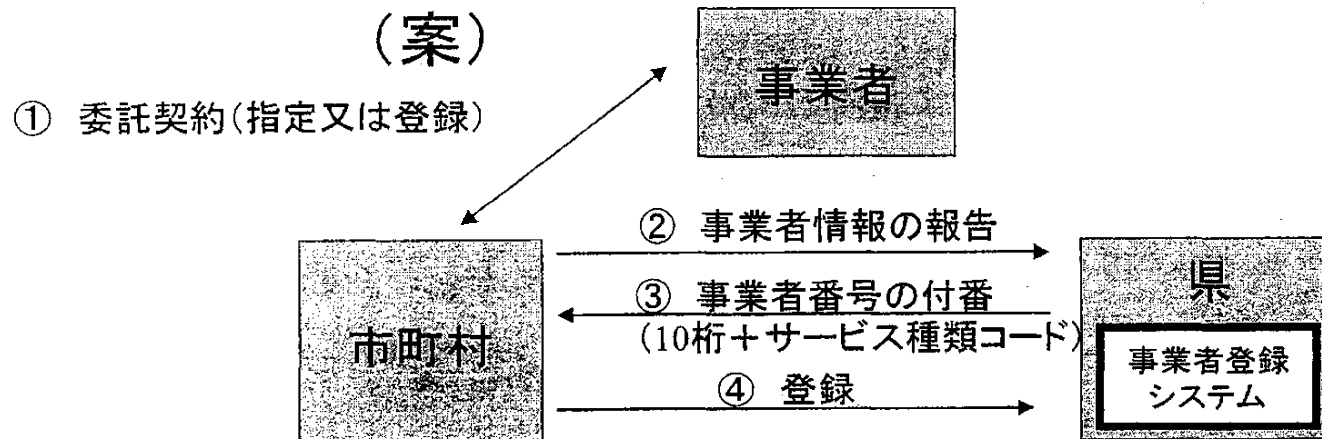
(案: 利用料助成方式)

- 移動支援サービスは、利用者⇔事業者の個別の契約によるサービス利用と位置付ける。
- 市町村は、当該市町村の実施要綱等の基準により必要と認めた利用者のサービスの利用に対し、当該市町村の定める基準の範囲内で、費用の給付を行なう事業(=移動支援事業)を実施する。
- サービスを提供した事業者は、市町村が定める費用の額(支弁基準額)から市町村が定める利用者負担額を控除した額を市町村に請求する。
- 市町村は、当該請求に基づき、事業者に費用の支払いを行う。
(=受領委任方式: 利用料助成: 扶助費)

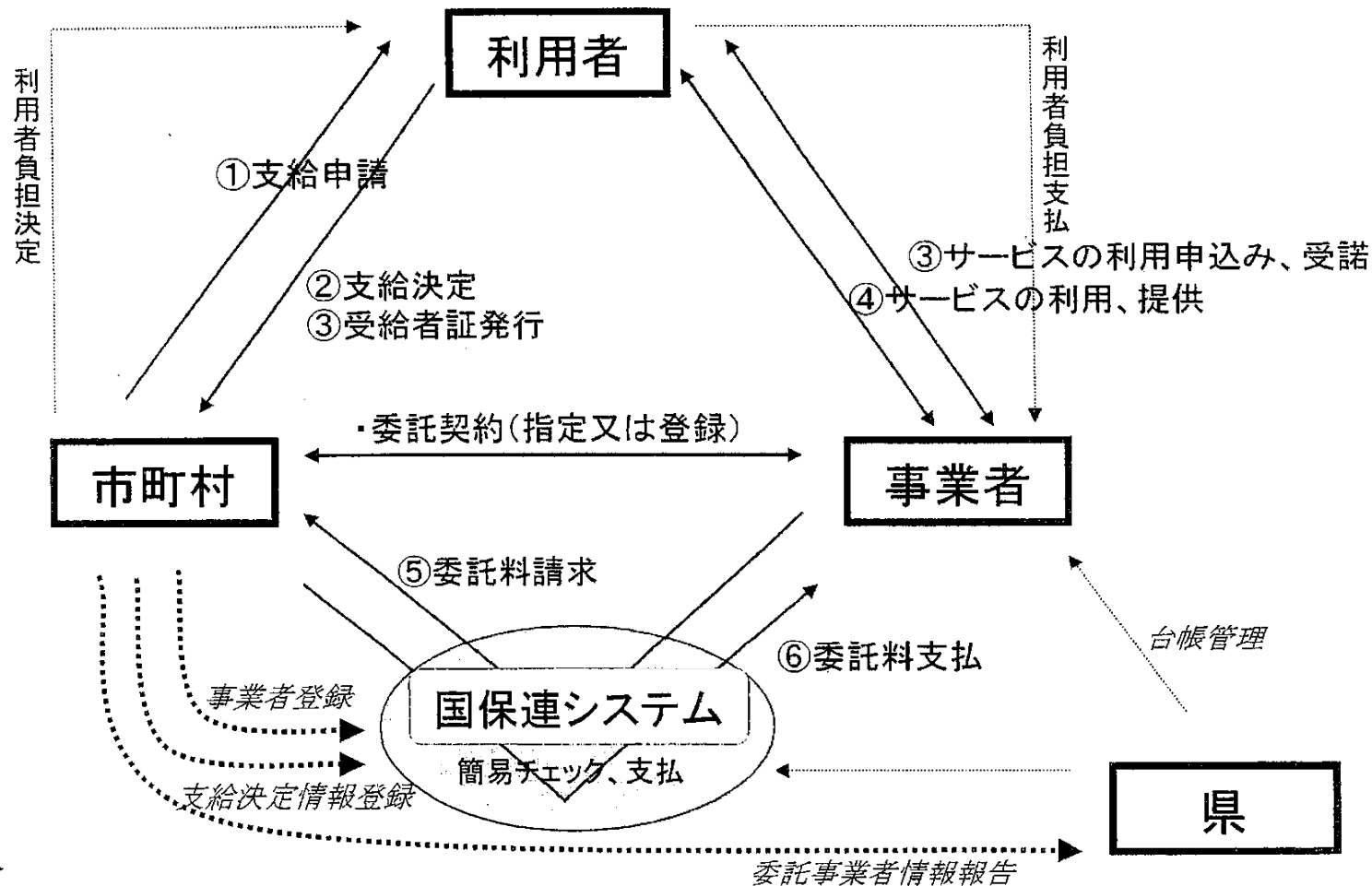


6. 移動支援事業を実施する事業者の登録について

- 平成18年4月1日現在、神奈川県内で外出介護に係る指定事業者は692事業者あり、地域のサービス提供主体として定着している。
- 外出介護は、10月以降、市町村の地域生活支援事業(移動支援事業)に移行することから、県下35市町村とこれらの事業者の間には、委託契約又は指定(登録)といった手続きが必要となるが、これら事業を実施する事業所の情報を広く共有化し、多くの市町村で多くの事業者と委託契約等が締結され、結果的に利用者の選択に資するような取り組みが必要である。
- また、支払システムを活用する上では、事業者番号の管理等、市町村域を超えた一元的な管理が必要となる。
- このため、県下統ルールを設定し、当該事業者の一元的な管理を行なう。



◆個別給付に準じる仕組みがふさわしい対象の事務フロー案



<市町村の役割>

- ・支給決定
- ・受給証の発行
- ・委託料の国保連への支払委託
- ・事業者との委託契約(指定又は登録)

<県の役割>

- ・委託事業者の台帳管理
- ※県内市町村が委託契約(指定又は登録)した事業者を県(事業者登録システム)で一元管理(固定の事業者番号を付番)

移動支援事業・生活サポート事業 実施案

現時点での案であり、今後、施行準備状況によっては変更があり得るものである。

健康福祉局障害保健福祉部

平成18年7月

移動支援事業の概要

基本的な考え方

屋外での移動に困難がある障害者・児について、外出のための支援を行うことにより、地域での自立生活及び社会参加を促すことを目的とする。

また、移動支援事業を柔軟かつ効率的に運用する観点から、介護給付における利用条件等の緩和を図りつつ、報酬単価と利用者負担の適正化を図ることとする。

対象者

重度の視覚障害児者、車イス常用身体障害者、知的障害児者、精神障害者であって、障害程度区分1以上の者を対象とする。※障害児は、障害程度区分は問わない。

対象となる外出

- ① 社会生活上必要不可欠な外出
(官公庁や金融機関への外出、公的行事への参加、生活必需品の買い物(本人同伴)、冠婚葬祭 等)
- ② 余暇活動等社会参加のための外出
(外食、レジャー・レクリエーション、映画鑑賞・観劇 等)

適用順位

行動援護、重度訪問介護、重度障害者等支援対象者は、介護給付を優先する。

なお、介護保険対象者も介護給付によることが原則であるが、利用状況によっては要件に該当しないため、その場合は移動支援の利用することができる。ただし、重度訪問介護は二肢麻痺以上で利用可能であるが、移動支援は全身性障害のみを対象者とし、二肢麻痺等を対象外とする。

移動支援事業のサービス類型

個別支援

個別的支援が必要な場合のマンツーマンでの支援

(職員1:利用者1)

グループ支援

複数の障害者に対する同時支援

(職員1:利用者2~6)

※身体介護を実施する場合は、職員2人以上でサービスを提供すること。この場合、職員2:利用者6以内とする。

通所・通学支援

通所通学のための支援が必要な場合のマンツーマンでの支援

(職員1:利用者1)

移動支援事業の算定基準 ① 社会生活上必要不可欠な外出

個別支援

～1時間	150単位
～2時間	300単位
～3時間	450単位
～4時間	600単位
～5時間	750単位
5時間以上	750単位

※身体介護を実施した場合、実績に基づき2時間まで100単位/時間 加算可

グループ支援

	1:2	1:3	1:4	1:5または6
～1時間	90単位	70単位	60単位	50単位
～2時間	180単位	140単位	120単位	100単位
～3時間	270単位	210単位	180単位	150単位
～4時間	360単位	280単位	240単位	200単位
～5時間	450単位	350単位	300単位	250単位
5時間以上	450単位	350単位	300単位	250単位

※身体介護を実施した場合、実績に基づき2時間まで60単位/時間 加算可

移動支援事業の算定基準 ②余暇活動等社会参加のための外出

個別支援

～1時間	100単位
～2時間	200単位
～3時間	300単位
～4時間	400単位
～5時間	500単位
5時間以上	500単位

※身体介護を実施した場合、実績に基づき2時間まで70単位/時間 加算可
 ※初期加算として、50単位/回 加算可

グループ支援

	1:2	1:3	1:4	1:5または6
～1時間	60単位	50単位	45単位	40単位
～2時間	120単位	100単位	90単位	80単位
～3時間	180単位	150単位	135単位	120単位
～4時間	240単位	200単位	180単位	160単位
～5時間	300単位	250単位	225単位	200単位
5時間以上	300単位	250単位	225単位	200単位

※身体介護を実施した場合、実績に基づき2時間まで40単位/時間 加算可
 ※初期加算として、50単位/回 加算可

移動支援事業の算定基準②

通所・通学支援

- 通所・通学とも 100単位／回（1日2回まで）
※身体介護を実施した場合も同額

※通所・通学支援を利用後、連続して他の移動支援を利用することはできない。

算定方法

- 各算定基準 × 各基準ごと総算定時間 = 報酬基準単位
- 総報酬基準単位 × 10.6円 = 報酬基準額(端数小数点以下切り捨て)
- 報酬基準額 × 0.9 = 報酬額
- 利用者負担額 = 報酬基準額 - 報酬額

提供体制強化加算

社会生活上必要不可欠な外出と余暇活動等社会参加のための外出の総提供時間が、月500時間以上の事業者に対して10万円／月、月1,000時間以上の事業者に対して20万円／月、月1,500時間以上の事業者に対して30万円／月加算する。

※利用者負担なし

移動支援事業の利用者負担

個別支援

※身体介護を実施された場合も同様

- ① 社会生活上必要不可欠な外出 3%
- ② 余暇活動等社会参加のための外出 8%

グループ支援

※身体介護を実施された場合も同様

- ① 社会生活上必要不可欠な外出 3%
- ② 余暇活動等社会参加のための外出 8%

通所・通学支援

- 通所・通学とも 10% (条件外利用の場合は50%)

移動支援事業の利用方法

利用の原則

- あらかじめ利用を予定しているものについては、サービス利用計画に位置づけ、当該計画に基づいて利用する。
- やむを得ず緊急に利用する必要性が生じた場合は、臨時的に利用単位数を増やして対応し、当該利用が終了し次第、すみやかに利用量を元の時間数に戻す。

利用の方法

- ① 保健福祉センター・健康福祉ステーションにおいて、サービス利用計画案により、「①社会生活上必要不可欠な外出」と「②余暇活動等社会参加のための外出」それぞれの必要時間を算定する。
※通所・通学は、回数により支給決定する。
- ② 利用決定し、支給量を表示した利用者証と利用者手帳(利用実績管理表)を交付する。
- ③ 支給量の範囲において、直接事業者を利用申し込みを行い、サービスを利用する。利用者負担の支払いの時期は、原則として、利用月の翌月下旬に一括して事業者を支払う。
- ④ 臨時的に利用する場合は、保健福祉センター・健康福祉ステーションにおいて、利用時間数の増量を行い、終了し次第、すみやかに利用量を元の時間数に戻す。(相談支援事業者による代行申請等可)

利用の上限

- 1ヶ月あたりの上限は、「社会生活上必要不可欠な外出」が10時間、「余暇活動等社会参加のための外出」が20時間とする。
- 上記上限を超える場合は、移動支援内訳書によりサービスの利用状況に関する内訳を申告し、審査を受ける。
- 通所・通学は、別に1ヶ月あたり46回まで認める。

移動支援事業の提供・利用要件

《全体事項》

- サービス提供時間は、宿泊を伴わない場合は8時から21時まで、宿泊を伴う場合は開始及び終了時間が8時から21時までの間を原則とする。
- 利用開始場所及び終了場所は、利用者の安全が確保され、かつ家族または次の介護者等からの引受け及び引渡しが確実に行うことができる範囲であれば、居宅でなくてもよい。
この場合事業者は、自宅か利用開始場所、利用終了場所から自宅までの回送にかかる交通費を利用者に負担させることができる。(利用中の事業者分の交通費は、利用者負担とする。)
- 移動に伴う交通費、チケット代、入場料等は、利用者に負担を求めることができる。ただし、事業者分の食事代は、利用者に負担させることは、原則としてできない。(席料や飲食を伴うことを必須とする状況における支援を要する場合、利用者の了解の下に負担を求めることができる。)
- 宿泊を伴う利用については、利用決定された利用時間の範囲内において認める。
- サービスの提供は、ホームヘルパー2級以上の有資格者または研修を修了した者が提供にあたることとする。
- 身体介護を実施する場合、ホームヘルプ2級以上の資格を有する者が提供にあたることとし、資格を有しない者が実施したとき、身体介護の実施加算は基準額の50%を算定する。

《余暇活動等社会参加のための外出》

- スキー・スケート、水泳、、ゴルフ・テニス・野球・サッカー等の球技、登山や自転車競技等危険を伴う活動については、ホームヘルプ2級以上の資格を有する者であれば、移動先で利用者と共に活動できる。ただし、この場合のサービス提供は、あくまで移動支援の一環としてであって、活動に対する支援としては位置づけないことから、別途の報酬の算定は行わない。(実施責任に関する事項について、安全確保義務と保険加入義務を課すが、それ以上の個別事項は利用者との契約による。)

《通所・通学》

- 保護者等の疾病等のため、通所・通学の手段が他にない場合であって、単独で通所・通学することが困難である場合に利用できる。なお、保護者の就労等保護者の都合による利用の場合、負担割合は50%とする。
- 通所については、当該施設・事業所が送迎を実施している場合、当該施設・事業所による送迎を利用することとする。
- 通所・通学支援利用後、連続して他の移動支援を利用することはできない。

《入所施設利用者等の移動支援利用》

- サービス利用計画上、サービス提供予定時間に施設からサービス提供を受けないこととしている時間帯(一時帰宅中等)において利用できる。
- 地域移行するための支援の一環として、地域の日中活動系サービスを利用する場合は、6ヶ月の範囲内で通所サービスを利用することができる。

加算対象の身体介護の例

原則として、下記のものに限定する。

- 排せつ介護
- 食事介護
- 衣類着脱
- 入浴介護

通所・通学支援の利用条件

【利用者負担率10%の例】

- 他の支援が得られない状況であって、保護者の疾病・障害等やむを得ない事情により障害児者の通所・通学につき添うことができない場合（医師の診断書が必要）
- 他の支援が得られない状況であって、冠婚葬祭等社会的にやむを得ない事情により障害児者の通所・通学につき添うことができない場合（事由証明は必要ないが、臨時的に4回分まで支給決定することができる。）

【利用者負担率50%の例】

- 他の支援が得られない状況であって、保護者の就労等保護者の都合上障害児者の通所・通学につき添うことができない場合（就労に関する証明書が必要）

提供実績の管理

- 提供実績記録表に提供時間、目的地を記載し、利用者から確認の押印を受ける。
- 事業者は、目的地に行ったことを証明する物件を5年間保存することとし、県市の職員等関係者に当該物件の閲覧を求められた場合、これを提示しなければならない。（日時がわかるものによること。）

車両運送を伴う移動支援事業

車両輸送型移動支援

- 福祉バス
 - 福祉キャブ
 - 福祉有償運送
- 現行事業の実施枠組みを継続する。

他の移動支援との関係

- 他の移動支援と組み合わせて利用することができる。
例)・福祉バスを利用しながら、集団支援を利用する
・福祉キャブを利用しながら、個別支援やグループ支援を利用する。
- 他の移動支援と組み合わせて利用する場合、報酬、利用者負担は、それぞれに対して算定する。

生活サポート事業の概要

基本的な考え方

介護給付支給決定者以外の者について、日常生活に関する支援・家事に対する必要な支援を行うことにより、障害者の地域での自立した生活の推進を図る。

対象者

生活支援は、障害程度区分は問わない。ただし、重度訪問介護、重度障害者等包括支援対象者は除く。
家事援助は、障害程度区分非該当の者を対象とする。

対象となる支援

- ① 生活支援 : 相談支援、見守り・声かけ等
- ② 家事援助 : 居宅介護の家事援助と同様(調理、衣類の洗濯・補修、掃除・整理整頓、生活必需品の買い物、関係機関との連絡等)

適用順位

重度訪問介護、重度障害者等支援対象者は、介護給付を優先するため、原則として生活サポートを利用できない。

生活サポート事業のサービス類型

生活支援

- 居宅における相談支援、声かけ・見守り
- 居宅周辺における身体介護を伴わない声かけ・見守り
- 居宅近辺における、明確な目的のない散歩等（公園での日向ぼっこ、ウィンドウショッピング等）

家事援助

- 居宅における調理、衣類の洗濯・補修、掃除・整理整頓、生活必需品の買い物、関係機関との連絡等
- ※ 障害程度区分非該当の者のみ対象

生活サポート事業の報酬単価

生活支援

～1時間	100単位
～2時間	200単位
～3時間	300単位
3時間以上	300単位

家事援助

- 150単位／時間（1日450単位まで）

算定方法

- 各算定基準 × 各基準ごと総算定時間 = 報酬基準単位
- 総報酬基準単位 × 10.6円 = 報酬基準額(端数小数点以下切り捨て)
- 報酬基準額 × 0.9 = 報酬額
- 利用者負担額 = 報酬基準額 - 報酬額

生活サポート事業の利用者負担

生活支援

○ 5%

家事援助

○ 10%

生活サポート事業の利用方法

利用の原則

- あらかじめ利用を予定しているものについては、サービス利用計画に位置づけ、当該計画に基づいて利用する。
- やむを得ず緊急に利用する必要性が生じた場合は、臨時的に利用時間数を増やして対応し、当該利用が終了し次第、すみやかに利用量を元の時間数に戻す。

利用の方法

- ① 保健福祉センター・健康福祉ステーションにおいて、サービス利用計画案により必要時間を算定する。
- ② 利用決定し、支給量を表示した利用者証と利用者手帳(利用実績管理表)を交付する。
- ③ 支給量の範囲において、直接事業者を利用申し込みを行い、サービスを利用する。利用者負担の支払いの時期は、原則として、利用月の翌月下旬に一括して事業者を支払う。
- ④ 臨時的に利用する場合は、保健福祉センター・健康福祉ステーションにおいて、利用時間数の増量を行い、終了し次第、すみやかに利用量を元の時間数に戻す。(相談支援事業者による代行申請等可)

利用の上限

- 1ヶ月あたりの上限は、「生活支援」が23時間、「家事援助」が15時間とする
- 上記上限を超える場合は、生活サポート内訳書によりサービスの利用状況に関する内訳を申告し、審査を受ける。

生活サポート事業の提供・利用要件

《全体事項》

- サービス提供時間は、6時から22時までの間とする。
- 利用場所は、居宅とする。ただし、生活支援は、散歩、日向ぼっこ、公園での遊び等目的のない居宅近辺への外出は可能である。
- 生活支援、家事援助サービスの提供は、ホームヘルパー2級以上の有資格者または所定の研修を修了した者が提供にあたることとする。

《居宅周辺での外出について》

- テニス・野球・サッカー等の球技等危険を伴う活動については、ホームヘルプ2級以上の資格を有する者であれば、居宅内または公園等危険のない場所において利用者と共に活動できる。ただし、この場合のサービス提供は、あくまで見守り・声かけの一環としてであって、活動に対する支援としては位置づけないことから、別途の報酬の算定は行わない。(実施責任に関する事項について、安全確保義務と保険加入義務を課すが、それ以上の個別事項は利用者との契約による。)

《通所・通学支援利用後の利用》

- 通所・通学支援利用後、連続して生活支援を利用することは可能である。(家事援助は不可)

《入所施設利用者等の生活サポート利用》

- 生活支援は、サービス利用計画上、サービス提供予定時間に施設からサービス提供を受けないこととしている時間帯(一時帰宅中等)において利用できる。(家事援助は不可)

障害児の居宅サービス(地域生活支援事業含む)利用要件

【原則】

一般的な育児・養育を代替するものではなく、障害を事由として発生するニーズに対応するサービスであることから、保護者を伴っての利用とする。

【例外①】(小学1年～)

保護者等の就労等により障害児を養育できない時間帯であって、障害児タイムケア事業等を利用できない場合、移動支援または生活サポートを利用できる。

【例外②】(小学1年～)

保護者等の疾病等により障害児に付き添ってサービスを利用することができない場合、移動支援または生活サポートを利用できる。原則3ヶ月に1回の更新制とする。

※例外の場合は、事業者は応諾義務を負わない。したがって、サービス提供が可能な範囲での利用とし、障害の状況によっては利用できない場合がある。

※例外の場合は、保護者の就労状況や疾病状況に関する証明書類の提出を要する。

移動支援における提供体制確保のための措置について

事例3-2

施行準備スケジュール上、移動支援については7月に制度説明をせざるを得ない状況であったため、制度細部の調整が終わらないまま政策調整会議に報告せざるを得なかったが、最終調整を行う中で、次のような措置が必要であるとの結論に至った。

現行の地域生活サポート事業においても、コーディネーター設置費等を支払っている。

- 当面のサービス供給量を激減をさせるわけにはいかない。
- NPO・ボランティア組織であっても、一定以上のサービスを提供する場合は、ヘルパーと利用者の利用調整を行う必要がある。

【現行サポート事業】
コーディネーター設置費 2,052千円／年
通信費 360千円／年
事務手数料 1,315千円／年
計 3,727千円／年

移動支援・1ヶ月あたり総提供時間500時間以上	100,000円／月
1,000時間以上	200,000円／月
1,500時間以上	300,000円／月

※現行事業者の実績を考慮し、大規模事業者にコーディネーター一人を配置できるよう配慮(300,000円加算)するとともに、中規模事業者に対しても、時間数に応じて応分の加算を行うこととする。

【見込額：12,000千円】
100千円×6ヶ月×3ヶ所＝1,800千円
200千円×6ヶ月×1ヶ所＝1,200千円
300千円×6ヶ月×5ヶ所＝9,000千円

※今年度執行見込みに基づく移動支援費予算残額(事業費ベース):126,919千円

他事業の施行準備状況について

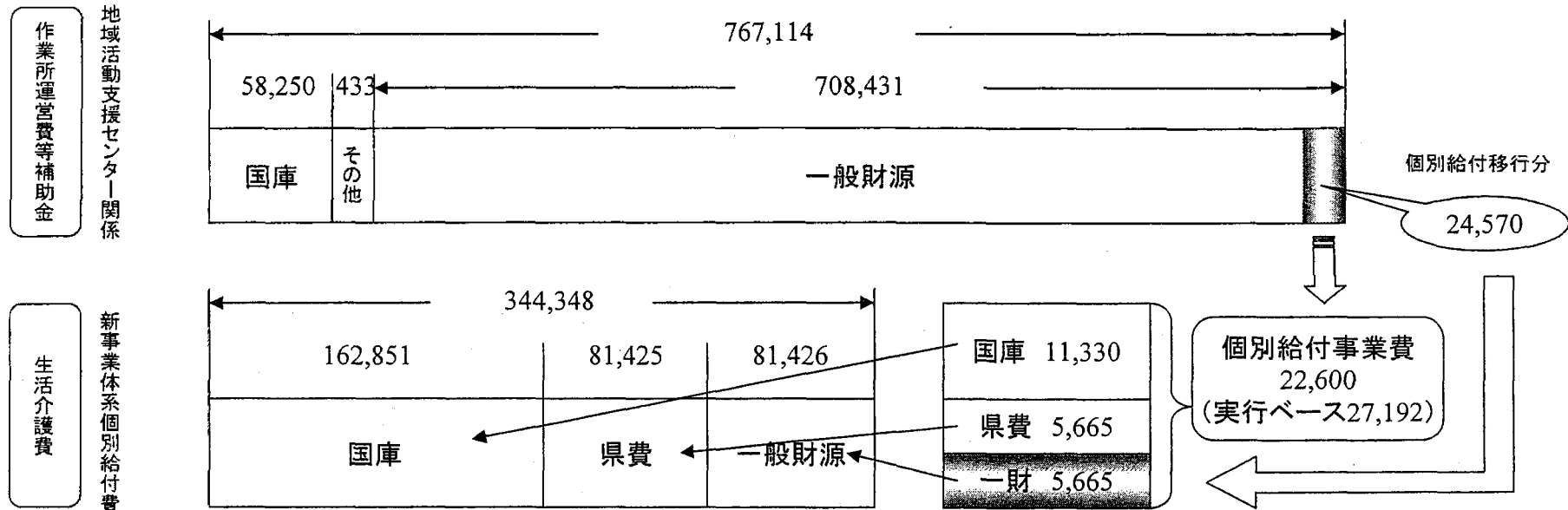
事例3-3

地域活動支援センターに移行することが想定されている地域作業所に対し、個別給付に移行するように打診中である。



【現在4ヶ所・41人分の作業所が、個別給付に移行する方向で調整中】
 現在の補助額(全額一般財源) 約24,570千円(半年分)
 個別給付移行後事業費 約22,660千円(5ヶ月分・支払ベース) ※1か月分(4,532千円)は貸付
 (生活介護20人:12,034千円、就労継続B21人:10,626千円)
 (一般財源ベース) 約5,665千円
 差額 ▲約18,905千円

(この他、さらに2ヶ所・26人分に打診中)



川崎市緊急手話通訳者派遣事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、聴覚障害者及び音声又は言語機能障害者（以下「聴覚障害者等」という。）が夜間等に疾病等のため医療機関への緊急の受診が必要となった場合において、「川崎市手話通訳者派遣事業実施要綱（以下「手話通訳者派遣事業実施要綱」という。）」に基づく手話通訳者の派遣が受けられないときに、予め登録された手話通訳者を医療機関等に派遣し、適切な意思伝達の手段を確保することを目的として実施する。

(実施主体)

第2条 この事業は、川崎市が実施する。ただし、事業の実施を社会福祉法人川崎市社会福祉協議会（以下「社会福祉協議会」という。）に委託することができる。

(手話通訳者)

第3条 この事業における手話通訳者とは、手話通訳者派遣事業実施要綱第5条の規定に基づき登録を行った手話通訳者のうち、川崎市緊急手話通訳者派遣事業登録申請書（様式第1号）により登録申請を行い登録を受けた者（以下「手話通訳者」という。）をいう。

(派遣の対象)

第4条 本事業の派遣対象は、次に掲げる各号の要件を全て満たすものとする。

- (1) 市内に居住している聴覚障害者等に対する派遣であること。
- (2) 疾病等により緊急に医療機関に受診が必要な場合の派遣であること。
- (3) 手話通訳者派遣事業実施要綱に基づく手話通訳者の派遣を受けられない場合の派遣であること。
- (4) 聴覚障害者等が川崎市消防局救急隊員等（以下「救急隊員等」という。）を通じて要請した派遣であること。

2 前項の規定に準ずる派遣であり、市長が特に必要と認めるもの

(派遣の要請)

第5条 聴覚障害者等は、救急隊員等を通じて、手話通訳者に対し派遣の要請を行うものとする。

2 前項の派遣の要請を受けた手話通訳者は、可能な限り当該要請を受けるものとする。

(派遣の報告)

第6条 前条の派遣要請を受け手話通訳を行った手話通訳者は、当該活動の実施結果について、予め定められた様式により社会福祉協議会の長あてに報告するものとする。

(派遣費及び交通費)

第7条 社会福祉協議会の長は、前条の報告の提出を受けたときは、その内容を審査の上、次に掲げる派遣費及び交通費を当該手話通訳者に支払うものとする。

(1) 派遣費 1時間当たり、2,300円を支払うものとする。(1時間に満たない場合は、1時間当たりの金額を支払うものとする。また、1時間を越え、かつ、1時間未満の端数が生ずる場合には、その端数が30分以下のときは1,150円を、それ以外の場合は1時間当たりの金額を支払うものとする。)

(2) 交通費 必要に応じ電車、バス、タクシー等の代金の実費を支払うものとする。

(遵守事項)

第8条 手話通訳者は、業務の遂行に当たっては、次の各号を厳格に遵守しなければならない。

- (1) 聴覚障害者の人権を尊重すること。
- (2) 業務上知り得た秘密を他に漏らさないこと。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、健康福祉局長が定める。

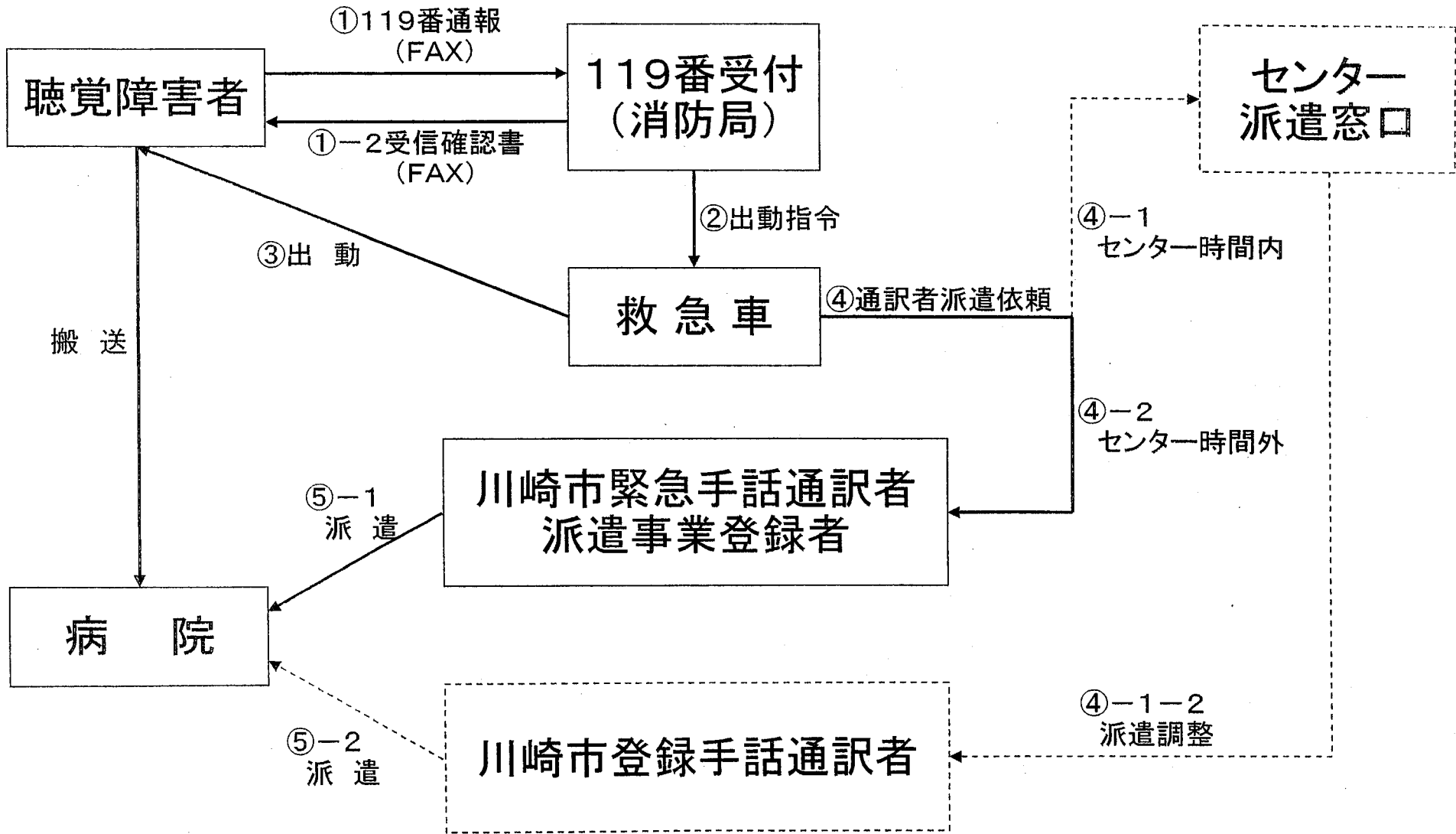
附 則

この要綱は、平成17年3月30日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

川崎市緊急手話通訳者派遣事業




FAX 119 番 緊 急 通 報 書

送信先FAX番号 1 1 9

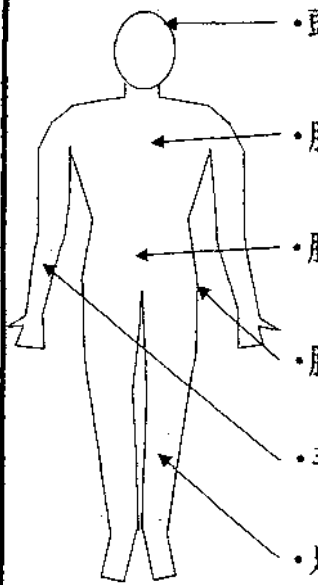
川崎市消防局消防指令センター

あなたの住所	区	町	丁目	番	号	
	※アパート・マンションの名称 ()				階	号室
あなたの名前					男・女	歳
FAX番号	-	-	-	-	番	
いつも通院している病院等	病院などの名称					
	診 療 科 目		病 名			
	電 話 番 号		-	-	番	
手話通訳	・希望する		・必要なし		どちらですか？○でかこんでください	

※あらかじめ正確に記入しておきましょう。

<h2 style="margin: 0;">火事です</h2>	<p>どちらですか？</p> <p>○でかこんでください。</p>	<h2 style="margin: 0;">救急です</h2>
	<ul style="list-style-type: none"> ・自 宅 ・ご近所 	<ul style="list-style-type: none"> ・急病人です ・ケガ人です ・患者の年齢 _____ 歳 ・男性 ・女性
	<p>病人・ケガ人は</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・私本人 ・家族 ・友人・知人 ・()

返 信 欄
<p>・119番を受信しました</p> <p>・救急車 ・消防車</p> <p>が向かっています。</p>
<p>メモ欄</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<p>受信者 119番 担当 ()</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・頭 ・ケガ ・胸 ・痛い ・腹 ・息苦しい ・腰 ・気分が悪い ・() ・手 ・足
--	---

川崎市消防局警防部指令課

(参 考 資 料)

この規則は、平成18年10月1日から施行される地域生活支援事業に係る関係規則を便宜上1つに統合して作成した規則です。

この規則を各自治体において地域生活支援事業に係る関係規則の新規制定及び一部改正等を行う際の参考にして頂ければ幸いです。

平成18年8月10日

〒270-1396 千葉県印西市大森2364番地2

印西市 保健福祉部 社会福祉課 障害福祉班

電 話：0476-42-5111

F A X：0476-42-0381

メ ー ル：syafukuka@ml.city.inzai.chiba.jp

地域生活支援事業実施規則（参考）

目次

- 第1章 総則（第〇条—第〇条）
- 第2章 相談支援事業（第〇条）
- 第3章 コミュニケーション支援事業（第〇条—第〇条）
- 第4章 日常生活用具給付事業
 - 第1節 日常生活用具給付事業（第〇条—第〇条）
 - 第2節 住宅改造費助成事業（第〇条—第〇条）
 - 第3節 点字図書給付事業（第〇条—第〇条）
- 第5章 移動支援事業
 - 第1節 移動支援事業（第〇条—第〇条）
 - 第2節 視覚障害者ガイドヘルパー派遣事業（第〇条—第〇条）
- 第6章 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業（第〇条—第〇条）
- 第7章 訪問入浴サービス事業（第〇条—第〇条）
- 第8章 更生訓練費給付事業（第〇条—第〇条）
- 第9章 知的障害者職親委託制度事業（第〇条—第〇条）
- 第10章 日中一時支援事業（第〇条—第〇条）
- 第11章 芸術・文化講座開催等事業（第〇条—第〇条）
- 第12章 点字・声の広報等発行事業（第〇条—第〇条）
- 第13章 自動車運転免許証取得・改造事業
 - 第1節 障害者自動車運転免許取得費助成事業（第〇条—第〇条）
 - 第2節 身体障害者用自動車改造費助成事業（第〇条—第〇条）
- 第14章 雑則（第〇条—第〇条）

第1章 総則

(目的)

第1条 この規則は、障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を効率的かつ効果的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図ることを目的とし、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第77条の規定による地域生活支援事業の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(事業内容)

第2条 市長は、厚生労働大臣が定める地域生活支援事業実施要綱（平成18年厚生労働省令第 号。以下「要綱」という。）に基づき市長の判断により、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業を行うものとし、次の各号に掲げる事業を行うものとする。

- (1) 要綱に基づく相談支援事業
- (2) 要綱に基づくコミュニケーション支援事業
- (3) 要綱に基づく日常生活用具給付事業
- (4) 要綱に基づく移動支援事業
- (5) 要綱に基づく地域活動支援センター及び同センター機能強化事業
- (6) 要綱に基づく訪問入浴サービス事業
- (7) 要綱に基づく更生訓練費給付事業
- (8) 要綱に基づく知的障害者職親委託制度事業
- (9) 要綱に基づく日中一時支援事業
- (10) 要綱に基づく芸術・文化講座開催等事業
- (11) 要綱に基づく点字・声の広報等発行事業
- (12) 要綱に基づく自動車運転免許証取得・改造事業

2 市長は、前項に掲げる事業の全部若しくは一部を団体等に委託又は社会福祉法人等に補助することができるものとする。

第2章 相談支援事業

(目的)

第3条 相談支援事業は、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者などからの相談に応じ、必要な情報の提供等の便宜を供与することや、権利擁護のために必要な援助を行うことにより、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができることを目的とする。

第3章 コミュニケーション支援事業

(目的)

第4条 コミュニケーション支援事業は、聴覚、言語機能、音声機能、その他の障害のため、意思疎通を図ることに支障がある聴覚障害者等に、手話通訳及び要約筆記（以下「手話通訳等」という。）の方法により、聴覚障害者等とその他の者の意思疎通を仲介する手話通訳者等の派遣を行い、意思疎通の円滑化により、聴覚障害者

(参 考 資 料)

等の社会生活上の利便を図り、もって聴覚障害者等の福祉の向上を図ることを目的とする。

(定義)

第5条 この章において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 聴覚障害者等 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者のうち、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表5号に定める聴覚又は音声機能若しくは言語機能の障害を有するものをいう。

(2) 手話通訳者等 聴覚障害者等の福祉に理解と熱意を有し、聴覚障害者等に手話通訳及び要約筆記を行う者で第8条第2項の登録を受けた者をいう。

(派遣対象者)

第6条 手話通訳者等の派遣を受けることができる者は、市内に居住地を有する聴覚障害者等で、手話通訳者等がいなければ、健聴者との円滑な意志の疎通を図ることが困難なものとする。

(派遣事業)

第7条 手話通訳者等の派遣は、聴覚障害者等が外出の際に意志の疎通が円滑に行えないことにより、社会生活上支障があると認められた場合に行い、派遣時間は午前9時から午後5時までとする。ただし、市長が必要であると認めるときは、この限りでない。

2 手話通訳者等の派遣区域は、千葉県及び近隣都県とし、宿泊を伴う場合は派遣しない。

(手話通訳者等の登録)

第8条 手話通訳者等の登録を希望する者は、手話通訳者等登録申請書（別記第〇号様式）により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請があった者のうち、手話通訳者等として適当と認められる者を手話通訳者等登録台帳（別記第〇号様式）に登録するとともに、手話通訳者等登録決定・却下通知書（別記第〇号様式）及び手話通訳者等登録証（別記第〇号様式）を交付するものとする。

(派遣の申請)

第9条 手話通訳者等の派遣を受けようとする聴覚障害者等（以下この章において「申請者」という。）は、手話通訳者等派遣申請書（別記第〇号様式）を所長に提出しなければならない。ただし、市長が特に必要と認める時は、ファクシミリにより申請することができる。

2 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査し、手話通訳者等派遣の可否を決定し、担当の手話通訳者等を選定のうえ、手話通訳者等派遣可否決定通知書（別記第〇号様式）により、申請者に通知するものとする。

3 市長は、前項の手話通訳者等を選定したときは、手話通訳者等依頼書（別記第〇号様式）により、その者に手話通訳等の依頼を行うものとする。

(参 考 資 料)

(報告)

第10条 手話通訳者等は、派遣された日の属する月の翌月10日までに当該月分の手話通訳等の活動の内容を手話通訳者等活動報告書(別記第〇号様式)により、市長に報告しなければならない。

2 市長は、前項の報告を受けた日の属する月の翌月末日までに、別に定めるところにより算定した賃金及び交通費を手話通訳者等に支払うものとする。

(費用の負担)

第12条 手話通訳者等の派遣に要する費用の負担は、無料とする。

(損害保険への加入)

第13条 第8条第2項の登録をうけた手話通訳者等は、市の負担により傷害保険に加入するものとする。

(遵守事項)

第14条 手話通訳者等は手話通訳等の活動を行うに当たっては、常に聴覚障害者の人権を尊重し、誠意をもって活動するとともに、手話通訳等の活動上知り得た秘密を守らなければならない。

第4章 日常生活用具給付事業

第1節 日常生活用具給付事業

(目的)

第15条 日常生活用具給付事業は、重度障害者等に対し、日常生活用具(以下この節において「用具」という。)を給付又は貸与(以下この節において「給付等」という。)することにより、日常生活の便宜を図り、もって重度障害者等の福祉の増進に資することを目的とする。

(定義)

第16条 この節において「重度障害者等」とは、市内に居住地を有する障害者等とする。

(用具の種目及び給付等の対象者)

第17条 給付等の対象となる用具及びその対象者は、次の各号に掲げるものとする。ただし、介護保険法(平成9年法律第123号)により、給付等の対象となる用具の貸与又は購入費の支給を受けられる者は対象者から除く。

(1) 給付等の対象となる用具の種目は、別表の「種目」欄に掲げる用具とし、その対象者は、同表の「対象者」欄に掲げる重度障害者等とする。

(2) 用具の貸与の対象者は、前号掲げる重度障害者等であつて、所得税非課税世帯に属する者とする。

(申請)

第18条 用具の給付等及びその取付工事に要する費用の助成を受けようとする者(以下この節において「申請者」という。)は、重度障害者等日常生活用具給付(貸与)申請書(別記第〇号様式)を市長に提出しなければならない。

(調査)

第19条 市長は、前条の規定による申請があつたときは、必要な調査等を行い、重

(参 考 資 料)

度障害者等日常生活用具給付（貸与）調査書（別記第〇号様式）を作成し、給付等の要否を決定しなければならない。

（決定）

第20条 市長は、前条の調査により用具の給付等を決定したときには、重度障害者等日常生活用具給付（貸与）決定通知書（別記第〇号様式）により、給付等を却下したときは、重度障害者等日常生活用具給付（貸与）却下通知書（別記第〇号様式）により、それぞれ申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により用具の給付等を決定したときは、重度障害者等日常生活用具給付（貸与）券（別記第〇号様式。以下この節において「給付券」という。）を申請者に交付するものとする。

（用具の給付）

第21条 前条第1項の規定により用具の給付の決定を受けた者（以下この節において「給付等決定者」という。）は、用具納入業者（以下「業者」という。）に給付券を提出して用具の給付を受けるものとする。

（用具の貸与）

第22条 用具の貸与の決定を受けた者は、市長と貸借の契約を締結し、用具の貸与を受けるものとする。

2 用具の貸与の期間は、貸与決定の日からその日の属する年度の末日までとする。ただし、貸与期間が満了する日までに市長が貸与取消しの決定を行わないときは、1年間その期間を延長するものとし、その後において期間が満了するときもまた同様とする。

（費用の負担）

第23条 給付等決定者又はこの者を扶養する者（以下この節において「納入義務者」という。）は、当該用具の給付等に要する費用の一部を業者に直接支払わなければならない。

2 前項の規定により支払うべき額（以下この節において「自己負担額」という。）は、障害者自立支援法（平成18年法律第123号）に基づく補装具費の支給の例による。

（業者への支払い）

第24条 市長は、業者から用具の給付等に係る費用の請求があったとき（給付の場合は、給付券を添付して）は、当該用具の給付等に要した費用から前条の規定により納入義務者が業者に支払った額を控除した額を支払うものとする。この場合において、用具の給付に要した費用は、別表の「基準額」の欄に定める額の範囲内とする。

（貸与の取消し）

第25条 市長は、用具の貸与を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、貸与を取り消すものとする。

- (1) 死亡したとき。
- (2) 市内に居住地を有しなくなったとき。

(参 考 資 料)

(3) 重度身体障害者等でなくなったとき。

(4) 用具の貸与を必要としなくなったとき。

(譲渡等の禁止)

第26条 給付等決定者は、当該用具を給付等の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない。

(費用及び用具の返還)

第27条 市長は、虚偽その他不正な手段により用具の給付等若しくは用具に係る取付工事費の助成を受けた者があるとき、又は用具の給付等を受けた者が前条の規定に反したときは、当該用具の給付等に要した費用の全部若しくは一部又は当該用具を返還させることができる。

(取付工事費用の助成)

第28条 市長は、用具の取付工事を要する種目については、1件につき〇万円を限度として、取付工事費用の助成を行うものとする。

(排泄管理支援用具の特例)

第29条 市長は、重度障害者等の申請の手続きの利便を考慮し、排泄管理支援用具については、次のとおり給付券を一括交付することができるものとする。

(1) 暦月を単位として2ヶ月ごとに給付券1枚を交付すること

(2) 別表の基準額(月額)の範囲内で1ヶ月に必要とする排泄管理支援用具に相当する額の2倍(2カ月分)の額を給付券1枚に記載して交付すること

(3) 給付券は、申請1回につき3枚(半年分)まで一括交付すること

(4) 第23条に規定する費用の負担については、給付券1枚に記載された数量に相当する給付額について行うこと

(台帳の整備)

第30条 市長は、用具の給付等の状況を明確にするため、重度障害者等日常生活用具給付(貸与)台帳(別記第〇号様式)を整備するものとする。

第2節 住宅改造費助成事業

(目的)

第31条 日常生活を営むのに著しく支障のある在宅の重度障害者が段差解消など住環境の改善を行う場合、居宅生活動作補助用具の購入費及び改修工事費(以下「住宅改修費」という。)を給付することにより地域における自立の支援を図り、その福祉の増進に資することを目的とする。

(対象者)

第32条 住宅改造費助成事業の対象者は、市内に居住し、下肢、体幹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)を有する身体障害者であって障害程度等級3級以上の者(ただし、特殊便器への取替えについては上肢障害2級以上の者)とする。

(住宅改修費の範囲)

第33条 住宅改修費の対象となる住宅改修の範囲は、次に掲げる居宅生活動作補助用具の購入費及び改修工事費とする。

(参 考 資 料)

- (1) 手すりの取付け
- (2) 段差の解消
- (3) 滑り防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
- (4) 引き戸等への扉の取替え
- (5) 洋式便器等への便器の取替え
- (6) その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

(住宅改修費の給付要件)

第34条 住宅改修費の給付は、障害者等が現に居住する住宅について行われるもの(借家の場合は家主の承諾を必要とする。)であり、かつ身体の状態、住宅の状態等を勘案して市長が必要と認める場合に給付するものとする。

(申請)

第35条 住宅改修費の給付を受けようとする者(以下この節において「申請者」という。)は、住宅改修費給付申請書(別記第〇号様式)を市長に提出しなければならない。

(調査)

第36条 市長は、前条の規定による申請があったときは、必要な調査等を行い、住宅改修費給付調査書(別記第〇号様式)を作成し、住宅改修費の給付の要否を決定しなければならない。

(決定)

第37条 市長は、前条の調査により住宅改修費の給付を決定したときには、住宅改修費給付決定通知書(別記第〇号様式)により、住宅改修費の給付を却下したときは、住宅改修費給付却下通知書(別記第〇号様式)により、それぞれ申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により住宅改修費の給付を決定したときは、住宅改修費給付券(別記第〇号様式。以下「給付券」という。)を申請者に交付するものとする。

(住宅改修費の給付)

第38条 前条第1項の規定により住宅改修費の給付の決定を受けた者(以下「この節において「給付決定者」という。）」は、住宅改修業者(以下この節において「業者」という。)に給付券を提出して住宅改修費の給付を受けるものとする。

(費用の負担)

第39条 給付決定者又はこの者を扶養する者(以下この節において「納入義務者」という。)は、当該給付に要する費用の一部を業者に直接支払わなければならない。

2 前項の規定により支払うべき額(以下この節において「自己負担額」という。)は、障害者自立支援法(平成18年法律第123号)に基づく補装具費の支給の例による。

(業者への支払い)

第40条 市長は、業者から住宅改修費の給付に係る費用の請求があったときは、当該給付に要した費用から前条の規定により納入義務者が業者に支払った額を控除した額を支払うものとする。この場合において、住宅改修費の給付に要した費用は、

(参 考 資 料)

20万円を範囲内とする。

(費用の返還)

第41条 市長は、虚偽その他不正な手段により住宅改修の給付を受けた者がいるときは、当該住宅改修費の給付に要した費用の全部若しくは一部を返還させることができる。

第2節 点字図書給付事業

(目的)

第42条 点字図書給付事業は、視覚障害者にとって重要な情報入手手段である点字図書を給付することにより、点字図書による情報入手を容易にし、もって障害者福祉の増進を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第43条 この節において、次に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 視覚障害者 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定による身体障害者手帳の交付を受けた視覚障害者をいう。
- (2) 点字図書 月刊や週刊で発行される雑誌類を除く点字の図書をいう。
- (3) 点字出版施設 点字図書給付対象出版施設をいう。

(対象者)

第44条 点字図書給付の対象者（以下この節において「対象者」という。）は、市内に居住地を有する視覚障害者で、情報の入手を点字によっている者とする。

(給付の限度)

第45条 点字図書の給付は、対象者1人につき、6タイトル又は、24巻を限度とする。ただし、辞書等一括して購入しなければならないものを除く。

(申請等)

第46条 点字図書の給付を受けようとする者（以下この節において「申請者」という。）は、点字図書給付申請書（別記第〇号様式）に点字出版施設が発行する点字図書発行証明書（別記第〇号様式。以下「証明書」という。）を添えて市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査のうえ適当と認めるときは、点字図書給付台帳（別記第〇号様式）に所定の事項を記載し、証明書に証明印を押印し、申請者に交付するものとする。

(給付の方法)

第47条 証明書の交付を受けた者（以下この節において「受給者」という。）は、証明書に自己負担金を添えて点字出版施設に点字図書の発行を申し込み、給付を受けるものとする。

(自己負担金)

第48条 前条に規定する自己負担金は、点字翻訳する以前の一般図書の購入価格相当額とする。

(費用の請求)

(参 考 資 料)

第49条 点字出版施設は、点字図書の場合から自己負担金を控除した額を市長に請求するものとする。

(返還)

第50条 市長は、受給者が、偽り、その他不正な手段により点字図書の給付を受けたときは、点字図書の給付に要した費用の全部又は一部を返還させることができる。

第5章 移動支援事業

第1節 移動支援事業

(目的)

第51条 移動支援事業（以下この章において「事業」という。）は、屋外での移動が困難な障害者等に対して、外出のための支援を行うことにより、地域における自立生活及び社会参加の促進を図ることを目的とする。

(実施方法)

第52条 市長は、障害者等に対し地域の特性及び当該障害者等の利用の状況に応じ、次の各号に掲げる支援を行うものとする。

- (1) 個別支援型 個別的支援が必要な障害者等に対するマンツーマンによる支援
- (2) グループ支援型 屋外でのグループワーク並びに同一目的地及び同一イベントへの参加等の複数人同時支援
- (3) 車両移送型 公共施設等障害者等の利便を考慮し経路を定めた運行及び各種行事への参加のための運行等車両による支援

(対象者)

第53条 事業の対象者は、市内に居住地を有する障害者等であつて、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出（通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。）に移動の支援の必要があると市長が認めた者とする。

(申請)

第54条 事業を利用しようとする障害者等（以下この章において「申請者」という。）は、移動支援事業利用申請書（別記第〇号様式）を市長に提出するものとする。

(決定)

第55条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、利用の可否を決定し、その旨を移動支援事業利用決定（却下）通知書（別記第〇号様式）により当該申請者に通知するものとする。

(費用の負担)

第56条 前条の規定により利用の決定を受けた障害者等は、事業の利用に要する経費の1割の額を市長又は市長から事業の委託を受けた団体等に支払うものとする。

第2節 視覚障害者ガイドヘルパー派遣事業

(目的)

第57条 視覚障害者ガイドヘルパー派遣事業は、外出及び社会参加が困難な視覚障害者に対し、視覚障害者ガイドヘルパー（以下「ガイドヘルパー」という。）を派

(参 考 資 料)

遣することにより視覚障害者の社会活動の参加等を促進し、もって視覚障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第58条 この節において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 視覚障害者 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者で、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号身体障害者障害程度等級表に定める1級から5級までの視覚障害のあるものをいう。

(2) 視覚障害者ガイドヘルパー 視覚障害者が外出するときに当該視覚障害者に付き添うため市から派遣された者をいう。

(ガイドヘルパーの派遣)

第59条 市長は、市内に居住地を有する視覚障害者が次の各号のいずれかに該当する場合にガイドヘルパーを派遣するものとする。

(1) 公的機関又は医療機関に赴く等社会生活上外出が必要なとき。

(2) その他所長が必要と認める外出をするとき。

2 ガイドヘルパーの派遣時間は午前9時から午後5時までとする。ただし、市長が必要であると認めるときは、この限りでない。

3 ガイドヘルパーの派遣区域は、千葉県及び近隣都県とし、宿泊を伴う場合は派遣しないものとする。

(ガイドヘルパーの登録)

第60条 ガイドヘルパーの登録を希望する者は、ガイドヘルパー登録申請書（別記第〇号様式）により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請があった者のうち、ガイドヘルパーとして適当と認められる者をガイドヘルパー登録台帳（別記第〇号様式）に登録するとともに、ガイドヘルパー登録決定・却下通知書（別記第〇号様式）及びガイドヘルパー登録証（別記第〇号様式）を交付するものとする。

(申請)

第61条 ガイドヘルパーの派遣をうけようとする視覚障害者は、視覚障害者ガイドヘルパー派遣申請書（別記第〇号様式）により、市長に申請をするものとする。ただし、市長が特に必要と認めたときは、口頭により申請することができるものとする。

2 市長は、前項ただし書の規定により、口頭による申請を受けたときは、視覚障害者ガイドヘルパー派遣申請事項記録書（別記第〇号様式）に当該申請内容を記録しておくものとする。

(派遣の決定)

第62条 市長は、前条の規定による申請があったときは、ガイドヘルパーの派遣の可否を決定し、視覚障害者ガイドヘルパー派遣決定・却下通知書（別記第〇号様式）により、当該視覚障害者に通知するものとする。ただし、同項ただし書の規定によ

(参 考 資 料)

る申請の場合は、口頭で通知することができるものとする。

(費用の負担)

第63条 ガイドヘルパーの派遣に要する費用の負担は、無料とする。

(報告等)

第64条 ガイドヘルパーは、派遣された日の属する月の翌月10日までに当該月分の活動内容の報告を視覚障害者ガイドヘルパー活動報告書(別記第〇号様式)により、市長に報告しなければならない。

2 市長は、前項の報告を受けた日の属する月の翌月末日までに、別に定めるところにより算定した賃金及び交通費をガイドヘルパーに支払うものとする。

(保険への加入)

第65条 第60条第2項の登録をうけたガイドヘルパーは、市の負担により傷害保険に加入するものとする。

(遵守事項)

第66条 ガイドヘルパーは、常に視覚障害者等の人権を尊重し、誠意をもって活動するとともに、職務上知り得た秘密を守らなければならない。

第3章 地域活動支援センター事業及び同センター機能強化事業

(目的)

第67条 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業(以下この章において「事業」という。)は、障害者等の地域の実情に応じ、創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等の便宜を供与することにより、障害者等の地域生活支援の促進を図ることを目的とする。

(対象者)

第68条 事業の対象者は、市内に居住地を有する障害者等とする。

(申請)

第69条 事業を利用しようとする障害者等(以下「申請者」という。)は、地域活動支援センター利用申請書(別記第〇号様式)を市長に提出するものとする。

(決定)

第70条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、利用の可否を決定し、その旨を地域活動支援センター利用決定(却下)通知書(別記第〇号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(費用の負担)

第71条 事業に要する費用の負担は、無料とする。

第7章 訪問入浴サービス事業

(目的)

第72条 訪問入浴サービス事業(以下この章において「事業」という。)は、身体障害者の生活を支援するため、訪問により居宅において入浴サービスを提供し、身体障害者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図り、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

(参 考 資 料)

第 7 3 条 この章において「身体障害者」とは、居宅において常に臥床し、自宅で入浴することが困難な 6 5 歳未満の身体障害者をいう。

(対象者)

第 7 4 条 訪問入浴サービスの利用対象者は、次の各号に該当する身体障害者で、介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）に基づく訪問入浴介護を受けることができない者とする。

- (1) 市内に居住している者
- (2) 医師が入浴可能と認めた者
- (3) 健康上入浴に支障がない者

(事業内容)

第 7 5 条 訪問入浴サービス事業（以下「事業」という。）の内容は、次のとおりとする。

- (1) 入浴、清拭及び洗髪等
- (2) 血圧、脈はく及び体温等の測定による健康管理
- (3) 健康相談、助言指導及びその他必要な処置

2 入浴の回数は、対象者の希望により週 2 回までとする。

(申請)

第 7 6 条 訪問入浴サービスを受けようとする者（以下「申請者」という。）は、訪問入浴サービス利用申請書（別記第〇号様式）とともに訪問入浴サービス利用診断書（別記第〇号様式）及び訪問入浴サービス利用誓約書（別記第〇号様式）を添付して利用を希望する 7 日前までに市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の訪問入浴サービス利用申請書を受理したときは、その内容を審査し、派遣の可否を決定して、訪問入浴サービス決定（却下）通知書（別記第〇号様式）により申請者に通知するとともに、訪問入浴サービス利用者名簿（別記第〇号様式）に記録するものとする。

(届出及び意見書更新の義務)

第 7 7 条 前条第 2 項による決定の通知を受けた者又はその家族（以下「利用者等」という。）は、利用者等の状況に変更が生じた場合、訪問入浴サービス利用状況変更届（別記第〇号様式）により、速やかに市長に届け出なければならない。

(遵守事項)

第 7 8 条 利用者等は、入浴に際して次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 入浴をするときは、1 名以上の付添人を付け入浴に立会うこと。
- (2) 入浴する者は、入浴前に入浴の可否を意思表示し、付添人がこれを確認すること。
- (3) 係員の指示に従うこと。

(入浴の停止又は廃止)

第 7 9 条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、入浴を停止又は廃止することができる。

(参 考 資 料)

- (1) 入浴により心身に悪影響を及ぼすおそれがあるとき。
- (2) 前条各号のいずれかに反する行為があったとき。
- (3) 事業実施上支障のある行為があったとき。
- (4) 死亡、転出又は病院に入院し、若しくは施設に入所したとき。
- (5) その他訪問入浴サービスの必要がなくなったと認められるとき。

2 市長は前項の規定により、入浴を停止又は廃止した場合は、訪問入浴サービス利用停止・廃止通知書（別記第〇号様式）により申請者に通知するものとする。

（事業の委託）

第80条 市長は、この事業の目的を達成するため、事業を団体等に委託することができる。

（委託を受けた者の責務）

第81条 前条の規定により委託を受けた者（以下「委託事業者」という。）は、この事業の趣旨を常に念頭に置き、事業を実施するとともに、その職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

（費用の負担）

第82条 利用者等は、事業の利用に係る経費の1割の額を市長又は委託事業者に支払うものとする。

第8章 更生訓練費給付事業

（目的）

第83条 更生訓練費給付事業（以下この章において「事業」という。）は、法に基づく就労移行支援事業又は自立訓練事業を利用している者及び法附則第41条第1項に規定する身体障害者更生援護施設（身体障害者療護施設を除く。）に入所している者に更生訓練費を支給し、社会復帰の促進を図ることを目的とする。

（対象者）

第84条 事業の対象者は、法第19条第1項に規定する本市による支給決定障害者のうち就労移行支援事業又は自立訓練事業を利用している者及び法附則第21条第1項に規定する指定旧法施設支援を受けている支給決定障害者である身体障害者のうち更生訓練を受けている者又は身体障害者福祉法第18条第2項の規定により施設に入所の措置若しくは入所の委託をされ更生訓練を受けている障害者等とする。ただし、法に基づく利用者負担額の生じない者に限る。

（支給額）

第85条 更生訓練費の支給額は、訓練の内容等を勘案して必要と認められた経費及び通所のための経費を合算し市長が認めた額とする。

（申請）

第86条 事業を利用しようとする障害者等（以下この章において「申請者」という。）は、更生訓練費支給申請書（別記第〇号様式）を市長に提出するものとする。

（決定）

第87条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、利用の可否を決定し、その旨を更生訓練費支給決定（却下）通知書（別記第〇号様式）

(参 考 資 料)

により当該申請者に通知するものとする。

(代理受領等)

第 8 8 条 前条の規定により支給の決定を受けた者（以下「支給決定者」という。）は、更生訓練費の支給申請手続及びその受領を更生訓練を行う施設の長（以下この章において施設長）という。）に委任することができるものとする。この場合施設長は、支給決定者から支給申請手続及び受領に関する委任状を徴収しなければならない。

2 前項の規定による申請は、更生訓練費支給申請書（施設用）（別記第〇号様式）により行うものとする。

第 9 章 知的障害者職親委託制度事業

(目的)

第 8 9 条 知的障害者職親委託制度事業は、知的障害者の自立更生を図るため、知的障害者を一定期間、知的障害者の更生援護に熱意を有する事業経営者等の私人（以下「職親」という。）に預け、生活指導及び技能習得訓練等を行うことによつて、就職に必要な素地を与えるとともに雇用の促進と職場における定着を高め、もつて知的障害者の福祉の向上を図ることを目的とする。

(職親の申請等)

第 9 0 条 職親になることを希望する者（以下「申請者」という。）は、知的障害者職親申請書（別記第〇号様式）により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受領したときは、知的障害者職親者調査書（別記第〇号様式）に基づき内容を審査し、決定の可否を知的障害者職親決定（却下）通知書（別記第〇号様式）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、前項の規定により申請者を職親とすることを決定したときは、知的障害者職親登録簿（別記第〇号様式）に登録し、知的障害者職親台帳（別記第〇号様式）を備え、職親について必要な事項を記載しなければならない。

(職親委託の申請)

第 9 1 条 市内に居住地を有する知的障害者又はその保護者（配偶者、親権を行う者、後見人その他の者で知的障害者を現に保護する者をいう。以下「知的障害者等」という。）で、職親へ委託を希望する者は、知的障害者職親委託申請書（別記第〇号様式）を市長に提出するものとする。

(職親委託の決定等)

第 9 2 条 市長は、知的障害者福祉法（昭和 3 5 年法律第 3 7 号）第 1 6 条第 2 項の規定による判定の結果、職親委託の可否を、知的障害者職親委託決定（却下）通知書（別記第〇号様式）により当該知的障害者等に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により職親に委託することを決定したときは、知的障害者職親委託通知書（別記第〇号様式）を当該知的障害者を委託する職親に通知するものとする。

(職親委託期間)

第 9 3 条 市長は、知的障害者を職親に委託するときは、1 年以内の期間（更新を妨

(参 考 資 料)

げない。)を定めて委託するものとし、当該期間内に職親委託の目的が達成され、一般雇用関係への切り換え又は新たに就職できるよう努めるものとする。

(委託後の指導)

第94条 市長は、職親に知的障害者を委託するときは、知的障害者福祉司又は社会福祉主事に職親の家庭又は事業所を訪問させ、必要な連絡及び指導を行わせるものとする。

(委託費の支払等)

第95条 市長は、委託をした職親に対し委託費を支払うものとする。ただし、委託費の額は職親が知的障害者に対し行う生活指導及び技能習得訓練等の内容を勘案して市長が必要と認めた額とする。

2 委託を受けた職親は、9月及び3月の2期ごとに知的障害者職親委託請求書(別記第○号様式)に知的障害者職親委託明細書(別記第○号様式)を添えて市長に提出するものとする。

3 市長は、委託費の支払を、当該年度の9月及び3月の2期に、それぞれ当該月分までを支払うものとし、支払日は当該支払月の翌月末日までとする。

(職親の義務)

第96条 知的障害者を自己の下に預かり監督する職親は、民法(明治29年法律第89号)の規定に従い監督者としての責任を負うものとする。この場合において、当該知的障害者は、民法上の賠償の責任を負わない。

2 職親又はその家族は、次の各号のいずれかに該当する場合は、市長に遅滞なく通知しなければならない。

(1) 委託を受けた知的障害者に身体的又は精神的な変化が認められたとき。

(2) 委託を受けた知的障害者が事故等により1週間以上職親の監督から離れたとき。

(3) 委託を受けた知的障害者の保護及び更生指導が困難となったとき。

(4) 事業の内容を変更し、又は廃止し、若しくは移転しようとするとき。

(5) 職親が死亡したとき。

(知的障害者及びその保護者の義務)

第97条 知的障害者は、職親の指示及び指導に従うとともに、自ら生活指導及び職業、技能等の訓練に努力するとともに保護者もこれに協力しなければならない。

2 保護者は、当該知的障害者を職親に委託している理由をもって職親に賃金、給与その他の名目で金品を要求してはならない。

3 保護者は、次の各号のいずれかに該当するときは速やかに市長にその旨を報告し、その指示を受けなければならない。

(1) 保護者が住所を変更したとき。

(2) 当該知的障害者が理由なく職親の下を離れ帰宅したとき。

(3) 当該知的障害者に身体的又は精神的変化が認められたとき。

(4) 当該知的障害者が家事の都合又は事故等により引き続き1週間以上職親から離れなければならないとなったとき。

(参 考 資 料)

(職親の解除)

第98条 委託の決定をした市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、職親に対し委託を解除することができる。

- (1) 当該知的障害者又は職親が事故等により委託が不可能と認められるとき。
- (2) 当該知的障害者又は職親が義務を履行しないとき。
- (3) 虚偽の報告など不正な行為があったとき。
- (4) その他委託の措置が不相当と認められたとき。

(委託の解除)

第99条 市長は、職親委託を解除しようとするときは、知的障害者職親委託解除通知書(別記第〇号様式)により当該職親に、知的障害者職親委託決定解除通知書(別記第〇号様式)により当該知的障害者等に通知するものとする。

第10章 日中一時支援事業

(目的)

第100条 日中一時支援事業(以下この章において「事業」という。)は、障害者等の日中における活動の場を確保し、障害者等の家族の就労支援及び日常介護している家族の一時的な負担軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第101条 事業の対象者は、市内に居住地を有する障害者等とする。

(申請)

第102条 事業を利用しようとする障害者等(以下この章において「申請者」という。)は、日中活動支援事業利用申請書(別記第〇号様式)を市長に提出するものとする。

(決定)

第103条 市長は、前項に規定する申請を受理したときは、その内容を審査し、利用の可否を決定し、その旨を日中一時支援事業利用決定(却下)通知書(別記第〇号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(費用の負担)

第104条 前条の規定により利用の決定を受けた者(以下この章において「利用者」という。)は、事業の利用に要する経費の1割の額を市長又は市長から事業の委託を受けた団体等に支払うものとする。

(利用定員及び職員等の配置)

第105条 事業の実施に伴う利用定員及び職員等の配置等については、市長が別に定めるものとする。

第11章 芸術・文化講座開催等事業

(目的)

第106条 芸術・文化講座開催等事業は、芸術文化活動等を行うことにより、障害者等の社会参加を促進することを目的とする。

(事業内容)

第107条 市長は、障害者等の芸術・文化活動を振興するため、障害者の作品展や

(参 考 資 料)

音楽会など芸術・文化活動の発表の場を設けるとともに、障害者等の創作意欲を助長するための環境の整備や必要な支援を行う。

(留意事項)

第108条 市長は、芸術・文化活動を行っている障害者等を把握し、その名簿を作成するとともに、民間活動の情報を収集し、障害者等に芸術・文化活動の発表の場の情報提供を行う等の支援を行うこと。

第12章 点字・声の広報等発行事業

(目的)

第109条 点字・声の広報等発行事業は、文字による情報入手が困難な障害者等のために、点訳、音訳その他障害者にわかりやすい方法により、地方公共団体等の広報、視覚障害者等障害者関係事業の紹介、生活情報、その他障害者等が地域生活をするうえで必要度の高い情報などを定期的に障害者に提供する。

第13章 自動車運転免許証取得・改造事業

第1節 障害者自動車運転免許取得費助成事業

(目的)

第110条 障害者自動車運転免許取得費助成事業は、障害者に対して自動車運転免許(道路交通法第84条の規定による公安委員会の運転免許(仮免許を除く。))をいう。以下「免許」という。)の取得に要する費用の一部を助成し、障害者の就労等社会活動への参加を促進することを目的とする。

(助成対象者)

第111条 自動車運転免許取得費の助成を受けることができる者(以下この節において「対象者」という。)は、市内に居住地を有する者で、道路交通法第96条の規定による運転免許試験の受験資格を有し、かつ、就労等社会活動への参加のため免許を取得しようとする者であって次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条の規定による身体障害者手帳の交付を受け、その障害の程度が1級から4級までの者
- (2) 千葉県療育手帳制度実施要綱(昭和62年1月6日障第329号)による療育手帳の交付を受けた者

(助成金の額)

第112条 助成金の額は、免許取得に要した費用(入所料、教材費、適性検査料、教習料、検定料、仮免許申請料、その他必要な経費をいう。)の3分の2を上限とする額とする。ただし、1人当たり〇万円を限度とする。

(申請)

第113条 助成金の支給を受けようとする対象者(以下「申請者」という。)は、免許の取得前又は取得後6か月以内に障害者自動車運転免許取得助費助成申請書(別記第〇号様式)に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 身体障害者手帳の写し
- (2) 療育手帳の写し

(決定等)

(参 考 資 料)

第114条 市長は、申請内容を審査し、支給の可否を障害者自動車運転免許取得費助成決定（却下）通知書（別記第〇号様式）により申請者に通知するものとする。
（変更及び取下）

第115条 前項の規定により支給決定の通知を受けた者（以下「決定者」という。）が、申請の内容を変更し、又は取下げをする場合は障害者自動車運転免許取得費助成変更（取下）届出書（別記第〇号様式）により市長に届け出るものとする。
（請求）

第116条 決定者は、免許取得後速やかに障害者自動車運転免許取得費助成請求書（別記第〇号様式）に免許証の写し及び免許取得に直接要した費用の額が明らかとなる領収書を添えて市長に提出するものとする。

2 市長は前項の規定による請求書の提出を受けたときは、請求内容を審査し、速やかに助成金を支払うものとする。
（助成金の返還）

第117条 市長は、決定者が申請等に当たり虚偽その他不正な行為を行ったと認めるときは、助成金の全部又は一部を返還させることができる。
（台帳）

第118条 市長は、決定者に係る障害者自動車運転免許取得費助成受給者台帳（別記第〇号様式）を整備するものとする。

第2節 身体障害者用自動車改造費助成事業

（目的）

第119条 身体障害者用自動車改造費助成事業は、重度身体障害者が自立した生活、社会活動への参加及び就労（以下「就労等」という。）に伴い、自らが所有し運転する自動車を改造する場合に、改造に要する経費を助成することにより、重度身体障害者の社会復帰の促進を図り、もって福祉の増進に資することを目的とする。

（助成対象者）

第120条 自動車改造費の助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、市内に居住地を有する者で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条の規定による身体障害者手帳の交付を受け、その障害の程度が上肢機能障害、下肢機能障害又は体幹機能障害の1級又は2級の者

(2) 自動車運転免許（道路交通法第84条の規定による公安委員会の運転免許（仮免許を除く。）をいう。以下同じ。）証（以下「運転免許証」という。）を有する者

(3) 就労等に伴い、自ら所有し運転する自動車の操向装置（ハンドルをいう。）、駆動装置（アクセル及びブレーキをいう。）等の一部を改造する必要がある者

(4) 助成金を支給する月の属する年の前年の所得金額（各種所得控除後の額）が、当該月の特別障害者手当の所得制限限度額を超えない者

（助成金の額）

第121条 この規則による助成金の額は、操向装置、駆動装置等の改造に要する経

(参 考 資 料)

費として、1件当たり〇万円を限度とし、1車両1回限りとする。

(申請)

第122条 助成金の支給を受けようとする対象者(以下「申請者」という。)は、自動車の改造前又は改造後の6か月以内に身体障害者用自動車改造費助成申請書(別記第〇号様式)に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 対象者の身体障害者手帳の写し
- (2) 運転免許証の写し
- (3) 対象者の属する世帯の前年分所得金額が確認できる書類(住民票謄本及び世帯全員の市区町村発行所得証明書)
- (4) 車検証の写し
- (5) 改造を行う業者の見積書(自動車の改造箇所及び改造経費を明らかにしたもの)
(決定等)

第123条 市長は、申請内容を審査し、支給の可否を身体障害者用自動車改造費助成決定(却下)通知書(別記第〇号様式)により申請者に通知するものとする。

(支払)

第124条 前項の規定により支給決定の通知を受けた者(以下「決定者」という。)は、市長の指定する期日までに身体障害者用自動車改造費助成請求書(別記第〇号様式)に自動車改造に要した費用の額が明らかとなる領収書を添えて市長に提出するものとする。

2 市長は前項の規定による請求書の提出を受けたときは、請求内容を審査し、速やかに助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第125条 市長は、決定者が申請等に当たり虚偽その他不正な行為を行ったと認めるときは、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(台帳)

第126条 市長は、決定者に係る身体障害者用自動車改造費助成受給者台帳(別記第〇号様式)を整備するものとする。

第6章 雑則

(変更の届出)

第127条 第8条第2項、第55条、第60条第2項、第70条、第87条又は第103条の規定により決定の通知を受けた者(以下この章において「決定者」という。)は、第8条第1項、第54条、第60条第1項、第69条、第86条又は第102条の規定にする申請の内容に変更が生じたときは地域生活支援事業利用変更届(別記第〇号様式)を市長に提出するものとする。

(決定の取消)

第128条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、第8条第2項、第55条、第60条第2項、第70条、第87条又は第103条の規定による決定を取り消すことができる。

- (1) 53条、第68条、第84条又は第101条に規定する対象者でなくなった

(参 考 資 料)

とき。

(2) 死亡したとき。

(3) その他利用申請に際し虚偽の申請をした等不正行為が認められたとき。

2 市長は、前項の規定による取消しを行うときは、地域生活支援事業決定取消通知書（第〇号様式）により利用者又はその家族等に通知するものとする。

（費用負担額の減免）

第129条 市長は、災害その他特別な事由があると認めたときは、第2条第1項各号に掲げる事業のうち費用負担の生じる事業についてその費用負担を減額し、又は免除することができるものとする。

2 前項の規定による費用負担額の減免を受けようとする利用者は、印西市地域生活支援事業費用負担減免申請書（別記第〇号様式）市長に提出するものとする。

3 市長は、前項の申請を受理したときは、その内容を審査し、減額又は免除の可否を決定し、地域生活事業費用負担減免決定（却下）通知書（別記第〇号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（補則）

第130条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

首長権限で地域生活支援事業を行う場合

教示

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に印西市長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、印西市を被告として（訴訟において印西市を代表する者は印西市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。
- 3 この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

福祉事務所長に権限を委任して地域生活支援事業を行う場合

教示

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に印西市長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、印西市長に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する判決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に印西市を被告として（訴訟において印西市を代表する者は印西市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する判決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても判決がないとき。
 - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3) その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

年 月 日

第〇号様式 (第〇条)

印西市移動支援事業利用申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地		電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る児童氏名		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

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の種類・内容	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				
申請する支援の種類・内容	種別	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型 <input type="checkbox"/> 車両移送型			<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し	
	内容					

印西市移動支援事業利用決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

決定者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地		電話番号	
決定に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
有効期間			費用負担	

支援の種類・内容	種類	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型 <input type="checkbox"/> 車両移送型	<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し
	内容		

注意事項	1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。 2 記載事項等に変更があったときには、印西市長にその旨を届出て下さい。
------	--

2 却下

却下理由	
------	--

第〇号様式（第〇条）

印西市地域活動支援センター事業利用申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地		電話番号	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			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

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の種類・内容	種別	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			
申請する支援の種類・内容	種別	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型				
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型				
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型				
内容						

印西市地域活動支援センター事業利用決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

決定者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	電話番号		
決定に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
有効期間		費用負担		

支援の種類・内容	種類	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型
	内容	

注意事項	1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。 2 記載事項等に変更があったときには、印西市長にその旨を届出て下さい。
------	--

2 却下

却下理由	
------	--

印西市更生訓練費支給申請書

年 月 日

印西市長 様

住 所
氏 名 ⑤

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、 年 月分の更生訓練費の支給について、次のとおり申請します。

更生訓練費支給申請額 金 円

内訳

訓練のための経費		通 所 の た め の 経 費			計
訓練日数	金 額	訓練日数	単 価	金 額	
日	円	日	円	円	円

上記訓練日数等については、事実と相違ないことを証明します。

印西市長 様

年 月 日

施設名
施設長 ⑤

印西市更生訓練費支給決定（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

印西市長 印

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、次のとおり 年 月分の更生訓練費の支給を決定（却下）したので通知します。

1 決定

更生訓練費支給額 金 円

内訳

訓練のための経費 円

通所のための経費 円

2 却下

理由

印西市更生訓練費支給申請書（施設用）

支給対象者名	訓練のための経費			通所のための経費			備考
	訓練日数	単価	金額	通所日数	単価	金額	
	日	円	円	日	円	円	
<p>更生訓練費支給申請額 円也 $\left(\begin{array}{l} \text{内訳 訓練のための経費計} \quad \text{円} \\ \text{通所のための経費計} \quad \text{円} \end{array} \right)$</p> <p>支給決定者からの委任に基づき 年 月分を上記のとおり申請する。</p> <p>なお、上記については事実と相違ないことを証明する。</p> <p>印西市長 様</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">施設長 印</p>							

印西市日中一時支援事業利用申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			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

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の内容	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				

印西市日中一時支援事業利用決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

決定者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
	居住地	電話番号	
決定に係る児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
		続 柄	
有効期間		費用負担	

支援の内容	
-------	--

注意事項	<p>1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。</p> <p>2 記載事項等に変更があったときには、印西市長にその旨を届出て下さい。</p>
------	---

2 却下

却下理由	
------	--

印西市地域生活支援事業利用変更届

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により下記のとおり届け出します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地		電話番号	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			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

種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	
変更事項	変更前	変更後
氏名等		
居住地		
その他		

印西市地域生活支援事業決定取消通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

決定者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	電話番号		
決定に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
	有効期間		費用負担	
種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業			

取消理由	
------	--

印西市地域生活支援事業費用負担減免申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
				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	

種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業
減免理由	

印西市地域生活支援事業費用負担減免決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

決定者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	居住地	電話番号		
決定に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続 柄	
種 別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業			

費用負担額	減 免 前	減 免 後

2 却下

却下理由	
------	--

印西市移動支援事業委託契約書

地域生活支援事業実施要綱(平成18年8月1日付障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知、以下「要綱」という。)及び印西市地域生活支援事業実施規則(平成18年規則第〇号)に基づいて実施する移動支援事業(以下「事業」という。)について印西市(以下「甲」という。)と社会福祉法人〇〇〇(以下「乙」という。)との間に次の契約を締結する。

(委託)

第1条 甲は、要綱及び規則(以下「要綱等」という。)に基づく事業を乙に委託し、乙は、これを受託するものとする。

(実施)

第2条 乙は、要綱等に基づき事業を適正かつ誠実に遂行するものとする。

(委託期間)

第3条 委託期間は平成18年10月1日から平成19年3月31日までとする。

(委託料)

第4条 甲は、事業の実施にかかる費用を乙に支払うものとし、その費用は、次の所定単価額から規則に基づく費用負担額を控除した額とする。ただし、この場合において、1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

1 個別支援型

ア 身体介護を伴う場合

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 所要時間30分未満の場合 | 230単位 |
| (2) 所要時間30分以上1時間未満 | 400単位 |
| (3) 所要時間1時間分以上 | 580単位に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに82単位を加算する。 |

イ 身体介護を伴わない場合

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 所要時間30分未満の場合 | 80単位 |
| (2) 所要時間30分以上1時間未満 | 150単位 |
| (3) 所要時間1時間分以上 | 225単位に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに75単位を加算する。 |

2 グループ支援型 未 定

3 車両移送支援型 未 定

4 甲が、規則に基づき決定した障害者等（以下「利用者」という。）に対して移動支援を行った場合に算定するものとし、現に移動支援に要した時間ではなく利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえ、具体的なサービスの内容等を記載した計画（以下「移動支援計画」という。）をあらかじめ作成し、その移動支援計画に基づいた標準的な時間で算定すること

5 次の各号に掲げる要件を満たす場合にあつて、同時に2人の乙の従業者（以下「移動支援従事者」という。）が1人の利用者に対して移動支援を行ったときは、それぞれの移動支援従事者が行う移動支援につき所定単位を算定する。

(1) 利用者の身体的理由により1人の移動支援従事者による移動支援が困難と認められる場合

(2) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

(3) その他利用者の状況等から判断して、第1号又は第2号に準ずると認められる場合

6 前項の規定による要件については、甲乙協議のうえ判断するものとする。

7 夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に移動支援を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の25に相当する単位数を加算し、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。）に移動支援を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の50に相当する単位数を加算する。

8 利用者が障害者福祉サービスを受けている間又は児童福祉施設に通所している間は、所定単位数を算定しないものとする。

9 所定単価額は、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス及び基準該当福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準に基づき厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第〇号）に定める単価の例による割合を所定単位数に乗じて得た額とする。

10 乙は、車両移送型についての所定単位数の算定については、道路運送法（昭和26年法律第183号）等の法令等に抵触しないよう十分に留意すること。

（委託料の請求）

第5条 乙は、委託料を請求しようとするときは、介護給付費及び訓練等給付費

の請求に関する省令（平成18年厚生労働省令第〇号）の例により行うものとし、様式等の技術的読み替えは甲が別に定めるものとする。

2 甲は、乙の請求により委託料を支払うものとする。

（報告及び調査）

第6条 甲は、この契約により乙が行う委託事業に関し、その適正を期するため必要と認めるときは、乙に対し報告を求め、又は調査することができる。

2 甲が委託事業について改善をする必要を認め、その改善事項を乙に指示したときには乙はこれに従わなければならない。

（権利義務の譲渡等の禁止）

第7条 乙は、この契約により生じた権利義務を第三者に譲渡し、担保に供し又は継承させてはならない。

（再委託の禁止）

第8条 乙は、受託した事業を第三者に再委託してはならない。

（委託の解除）

第9条 甲は、次のいずれかに該当するときは、この契約を解除することができる。この場合、乙は、前条の規定により甲が支払った委託料の全部又は一部を甲に返還しなければならない。

（1）乙がこの契約に違反したとき。

（2）乙の委託事業の実施につき甲が不相当と認めるとき。

（3）乙が正当な理由なく甲の指示に従わないとき。

2 乙は、前項の定めによる契約の解除により損害を受けた場合においても、甲に対してその補償を請求することができないものとする。

（秘密の保持）

第10条 乙は、この契約の履行に当たり、知り得た利用者等の秘密を他人に漏らしてはならない。

（損害賠償）

第11条 乙は、事業の実施に関して、乙の責めに帰すべき事由により甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

（疑義等の解決）

第12条 この契約に定めのない事項、又はこの契約の条項について疑義が生じた場合には、甲乙協議の上、解決するものとする。

この契約の締結を証するため、契約書を2通作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を所持するものとする。

平成18年10月1日

甲 千葉県印西市大森2364番地2

印 西 市

印西市長 ○○ ○○

乙

地域活動支援センター事業委託契約書

地域生活支援事業実施要綱(平成18年8月1日付障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知、以下「要綱」という。)及び印西市地域生活支援事業実施規則(平成18年規則第〇号)に基づいて実施する地域活動支援センター事業(以下「事業」という。)について印西市(以下「甲」という。)と社会福祉法人〇〇〇(以下「乙」という。)との間に次の契約を締結する。

(委託)

第1条 甲は、要綱及び規則(以下「要綱等」という。)に基づく事業を乙に委託し、乙は、これを受託するものとする。

(実施)

第2条 乙は、要綱等に基づき事業を適正かつ誠実に遂行するものとする。

2 乙は、次の施設において事業を行う。

〇〇施設 〇〇〇

(委託期間)

第3条 委託期間は平成19年4月1日から平成20年3月31日までとする。

(委託料)

第4条 甲は、事業の実施にかかる費用を乙に支払うものとし、その費用は、年額〇〇〇〇円とする。ただし、実支出額を限度とする。

2 前項の規定に基づく委託料の支払い方法は、年2回とし、上半期分については前金払いとし、4月30日までに、下半期分については概算払いとし、9月30日までに、それぞれ支払うものとする。ただし、下半期分については甲乙協議のうえ、2回に分けて支払うことができるものとする。

(委託の請求)

第5条 乙は、委託料を請求しようとするときは、地域活動支援センター事業委託料請求書(別記様式1)を甲に提出するものとする。

(委託料の経理)

第6条 乙は、前条の規定により支払いを受けた委託料については、明確な経理

を行い、受託事業以外に委託料を支出してはならない。

(実績報告)

第7条 乙は、委託事業が完了したときは、その完了した日から20日以内に地域活動支援センター事業実績報告書(別記様式2)を甲に提出しなければならない。

(委託料の返還)

第8条 乙は、前条に規定する実績報告書により、委託事業にかかる支出額が確定し、当該確定した支出額が第4条第1項に規定する委託料に満たない場合は、その差額を平成20年4月30日までに甲に返還しなければならない。

(報告及び調査)

第9条 甲は、この契約により乙が行う委託事業に関し、その適正を期すため必要と認めたときは、乙に対し報告を求め、又は調査することができる。

2 甲が委託事業について改善をする必要を認め、その改善事項を乙に指示したときには乙はこれに従わなければならない。

(権利義務の譲渡等の禁止)

第10条 乙は、この契約により生じた権利義務を第三者に譲渡し、担保に供し又は継承させてはならない。

(再委託の禁止)

第11条 乙は、受託した事業を第三者に再委託してはならない。

(委託の解除)

第12条 甲は、次のいずれかに該当するときは、この契約を解除することができる。この場合、乙は、前条の規定により甲が支払った委託料の全部又は一部を甲に返還しなければならない。

(1) 乙がこの契約に違反したとき。

(2) 乙の委託事業の実施につき甲が不相当と認めたとき。

(3) 乙が正当な理由なく甲の指示に従わないとき。

2 乙は、前項の定めによる契約の解除により損害を受けた場合においても、甲に対してその補償を請求することができないものとする。

(秘密の保持)

第13条 乙は、この契約の履行に当たり、知り得た利用者等の秘密を他人に漏

らしてはならない。

(損害賠償)

第14条 乙は、事業の実施に関して、乙の責めに帰すべき事由により甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(疑義等の解決)

第15条 この契約に定めのない事項、又はこの契約の条項について疑義が生じた場合には、甲乙協議の上、解決するものとする。

この契約の締結を証するため、契約書を2通作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を所持するものとする。

平成19年4月1日

甲 千葉県印西市大森2364番地2

印 西 市

印西市長 ○○ ○○

乙

地域活動支援センター事業変更委託契約書

1 委託内容 地域活動支援センター事業

2 委託場所 ○○施設 ○○○

3 変更事項

(1) 委託料

第4条第1項中「年額 〇〇〇〇〇 円」を「年額 〇〇〇〇〇 円」に改める。

原委託金	金	年額	円
変更委託金	金	年額	円
委託料増(減)額	金		円

(2) その他 原契約書契約条項のとおり

平成19年4月1日に締結した地域活動支援センター事業に関する委託契約は、上記のとおり変更する。

この変更契約の証として、この契約書2通を作成し、甲乙記名押印のうえ各自1通を原契約書とともに保有するものとする。

平成20年3月31日

甲 印西市大森2364番地2

印西市

印西市長 ○○ ○○

乙

印西市日中一時支援事業委託契約書

地域生活支援事業実施要綱(平成18年8月1日付障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知、以下「要綱」という。)及び印西市地域生活支援事業実施規則(平成18年規則第〇号)に基づいて実施する日中一時支援事業(以下「事業」という。)について印西市(以下「甲」という。)と社会福祉法人〇〇〇(以下「乙」という。)との間に次の契約を締結する。

(委託)

第1条 甲は、要綱及び規則(以下「要綱等」という。)に基づく事業を乙に委託し、乙は、これを受託するものとする。

(実施)

第2条 乙は、要綱等に基づき事業を適正かつ誠実に遂行するものとする。

2 乙は、次の施設において事業を行う。

〇〇施設 〇〇〇

(委託期間)

第3条 委託期間は平成18年10月1日から平成19年3月31日までとする。

(委託料)

第4条 甲は、事業の実施にかかる費用を乙に支払うものとし、その費用は、次の所定単価額から規則に基づく費用負担額を控除した額とする。ただし、この場合において、1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

- 1 所要時間4時間未満の場合 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス及び基準該当福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省令告示第〇号。以下「算定基準」という。)に規定する短期入所の例による算定単位数の100分の25を乗じた単位数を所定単位数とする。
- 2 所要時間4時間以上8時間未満の場合 算定基準に規定する短期入所の例による算定単位数の100分の50を乗じた単位数を所定単位数とする。
- 3 所要時間8時間以上の場合 算定基準に規定する短期入所の例による算定単位数の100分の75を乗じた単位数を所定単位数とする。

- 4 甲が、規則に基づき決定された障害者等（以下「利用者」という。）に対して日中一時支援を行った場合に算定するものとし、現に日中一時支援に要した時間ではなく利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した計画（以下「日中一時支援計画」という。）をあらかじめ作成し、その日中一時支援計画に基づいた標準的な時間で算定すること
- 5 食事の提供を行った場合は、1日につき42単位を所定単位数に加算する。
- 6 送迎を行った場合は、片道つき〇〇単位を所定単位数に加算する。ただし所定単位数の算定に当たっては、道路運送法（昭和26年法律第183号）等の法令等に抵触しないよう十分に留意すること。
- 7 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に基づく短期入所の支給決定を受けていない利用者の障害程度区分については、障害程度区分が一番軽度の区分を適用するものとする。
- 8 利用者が障害者福祉サービスを受けている間又は児童福祉施設に通所している間は、所定単位数を算定しないものとする。
- 9 所定単価額は、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス及び基準該当福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準に基づき厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第〇号）に定める単価の例による割合を所定単位数に乗じて得た額とする。

（委託料の請求）

第5条 乙は、委託料を請求しようとするときは、介護給付費及び訓練等給付費の請求に関する省令（平成18年厚生労働省令第〇号）の例により行うものとし、様式等の技術的読み替えは甲が別に定めるものとする。

2 甲は、乙の請求により委託料を支払うものとする。

（利用定員及び職員の配置等）

第6条 乙は、利用定員及び職員等の配置について、障害者自立支援法に基づく指定障害者サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第〇号）に規定する短期入所の例により甲が適切と認める利用定員及び職員等の配置を行うものとする。

（報告及び調査）

第7条 甲は、この契約により乙が行う委託事業に関し、その適正を期すため必要と認めるときは、乙に対し報告を求め、又は調査することができる。

2 甲が委託事業について改善をする必要を認め、その改善事項を乙に指示したときには乙はこれに従わなければならない。

(権利義務の譲渡等の禁止)

第8条 乙は、この契約により生じた権利義務を第三者に譲渡し、担保に供し又は継承させてはならない。

(再委託の禁止)

第9条 乙は、受託した事業を第三者に再委託してはならない。

(委託の解除)

第10条 甲は、次のいずれかに該当するときは、この契約を解除することができる。この場合、乙は、前条の規定により甲が支払った委託料の全部又は一部を甲に返還しなければならない。

(1) 乙がこの契約に違反したとき。

(2) 乙の委託事業の実施につき甲が不相当と認めたとき。

(3) 乙が正当な理由なく甲の指示に従わないとき。

2 乙は、前項の定めによる契約の解除により損害を受けた場合においても、甲に対してその補償を請求することができないものとする。

(秘密の保持)

第11条 乙は、この契約の履行に当たり、知り得た利用者等の秘密を他人に漏らしてはならない。

(損害賠償)

第12条 乙は、事業の実施に関して、乙の責めに帰すべき事由により甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(疑義等の解決)

第13条 この契約に定めのない事項、又はこの契約の条項について疑義が生じた場合には、甲乙協議の上、解決するものとする。

この契約の締結を証するため、契約書を2通作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を所持するものとする。

平成18年10月1日

甲 印西市大森2364番地2

印西市

印西市長 ○○ ○○

乙

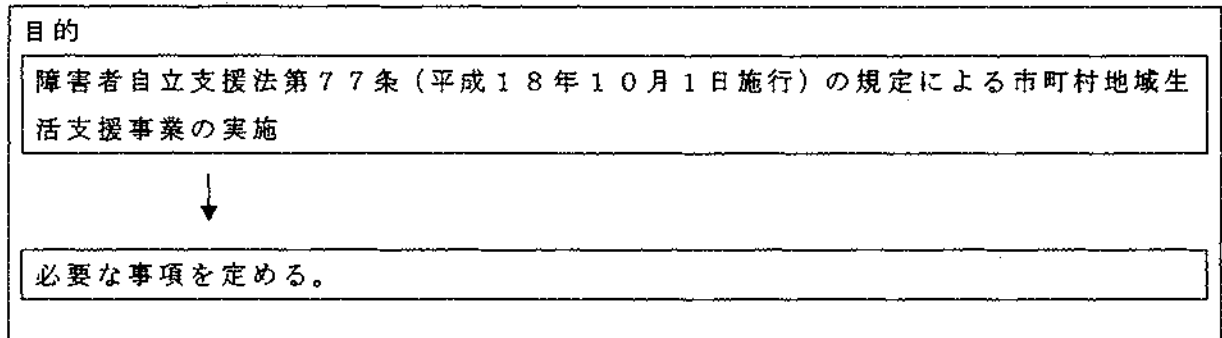
1 制定の要旨 ((制定の概要、背景、理由、目的、期待される効果等を記載します。))

障害者自立支援法(平成17年法律第123号)第77条の規定による市町村地域生活支援事業の施行に伴い当該規則を制定するものです。

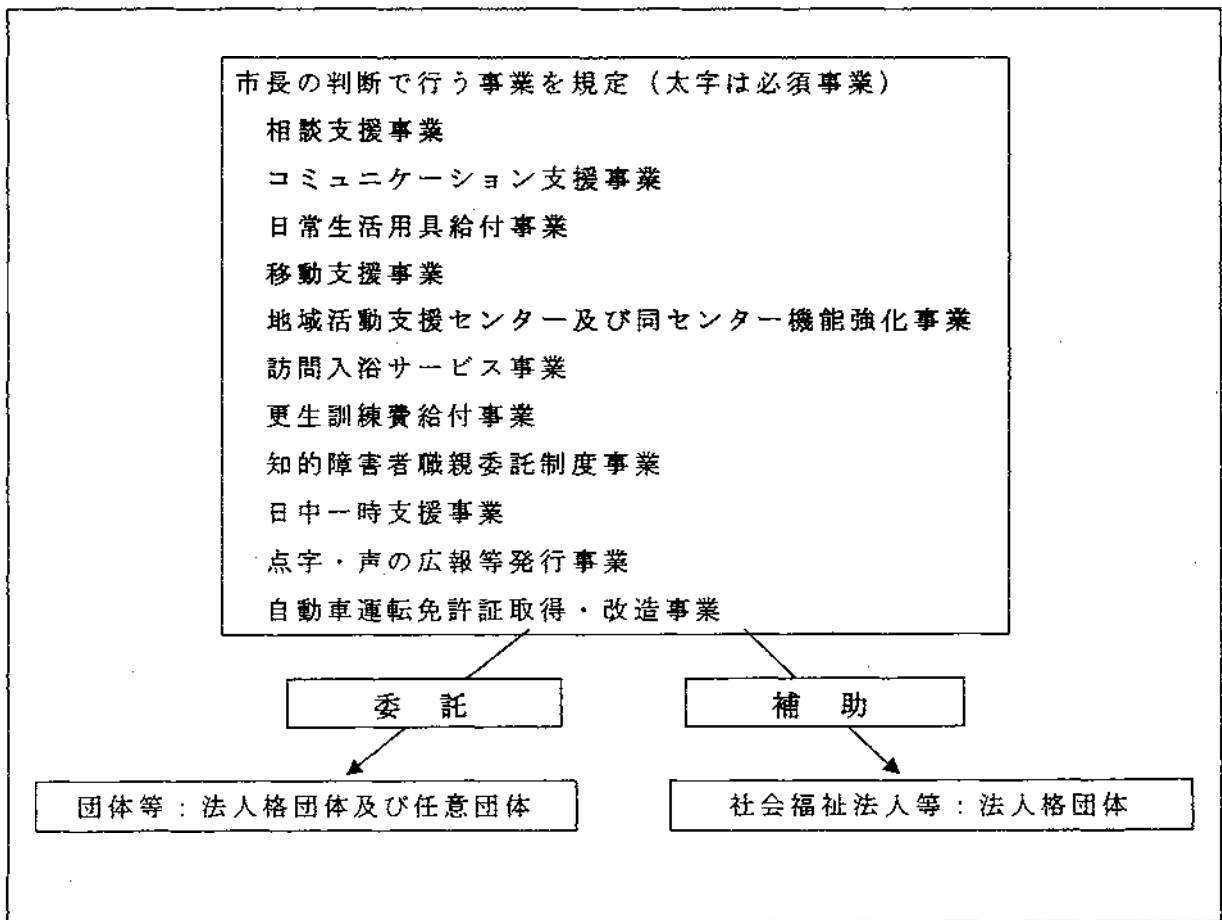
2 条文の内容

第1章 総則

(1) 目的(第1条)

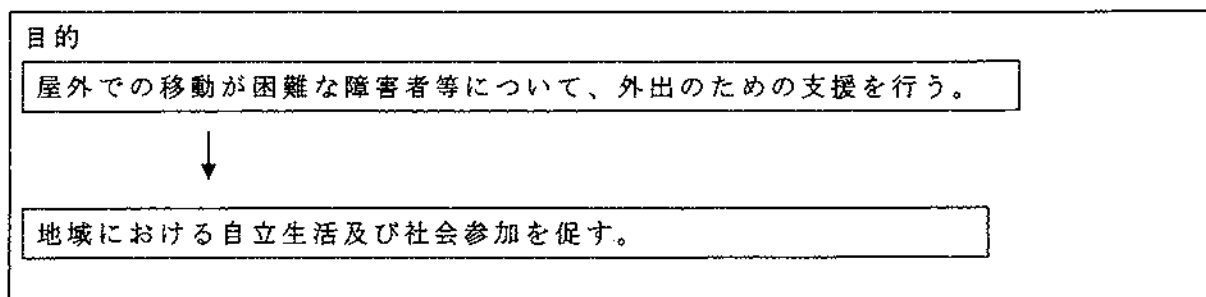


(2) 事業内容(第2条)

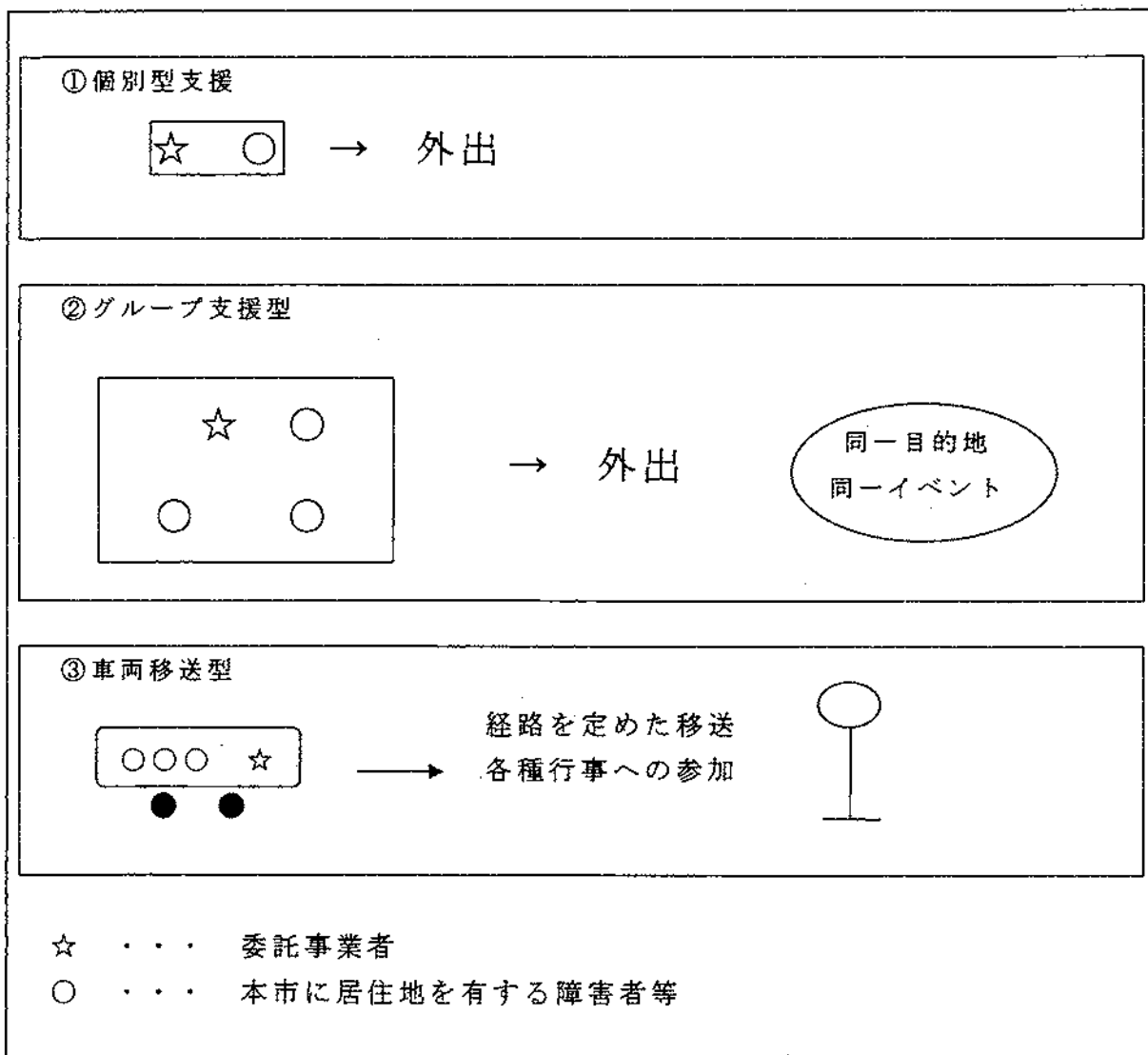


第2章 移動支援事業

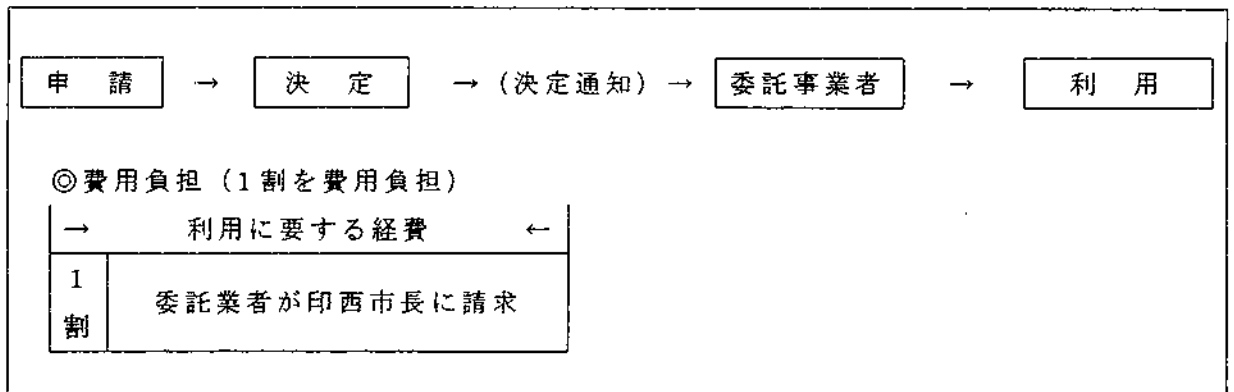
(2) 目的 (第3条)



(3) 実施方法及び対象者 (第4条-第5条)

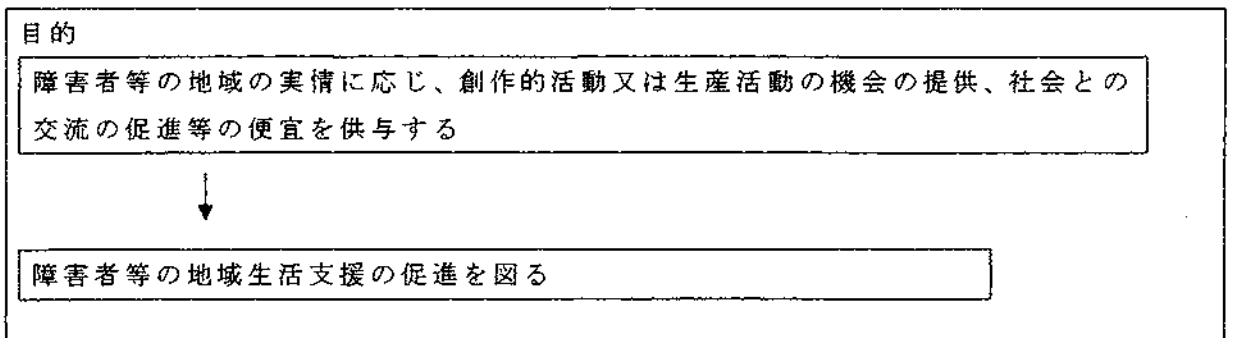


(4) 手続き (第6条—第8条)

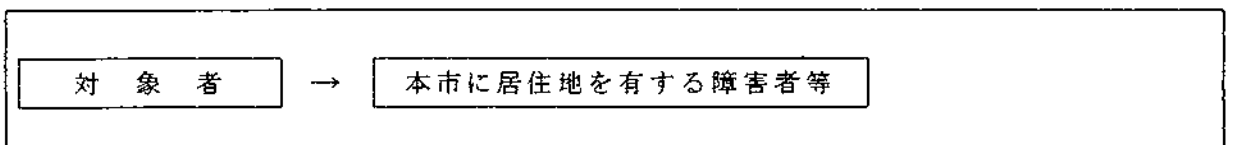


第3章 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業

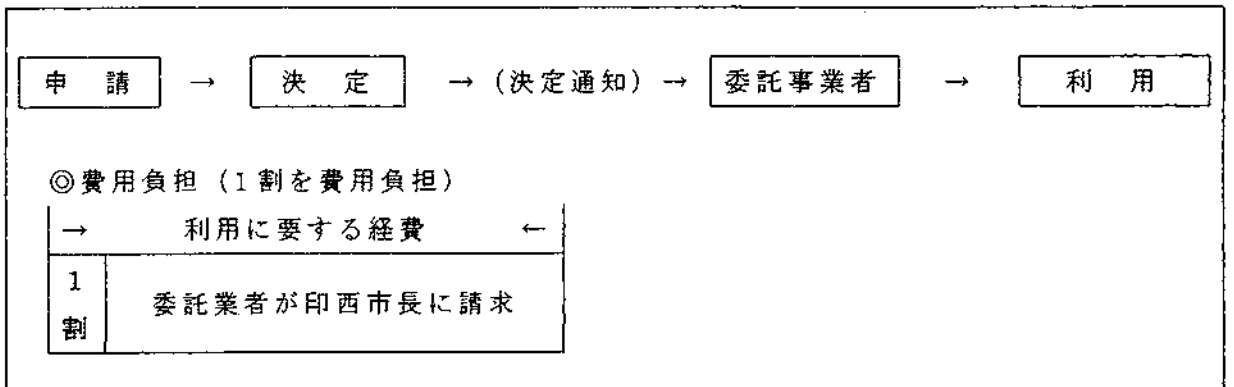
(4) 目的 (第9条)



(5) 対象者 (第10条)

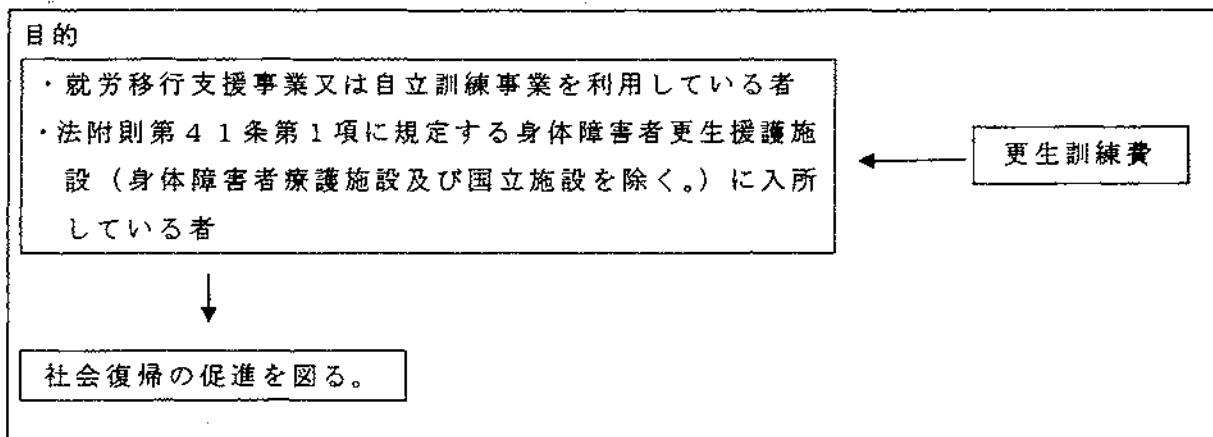


(6) 手続き (第11条—第13条)

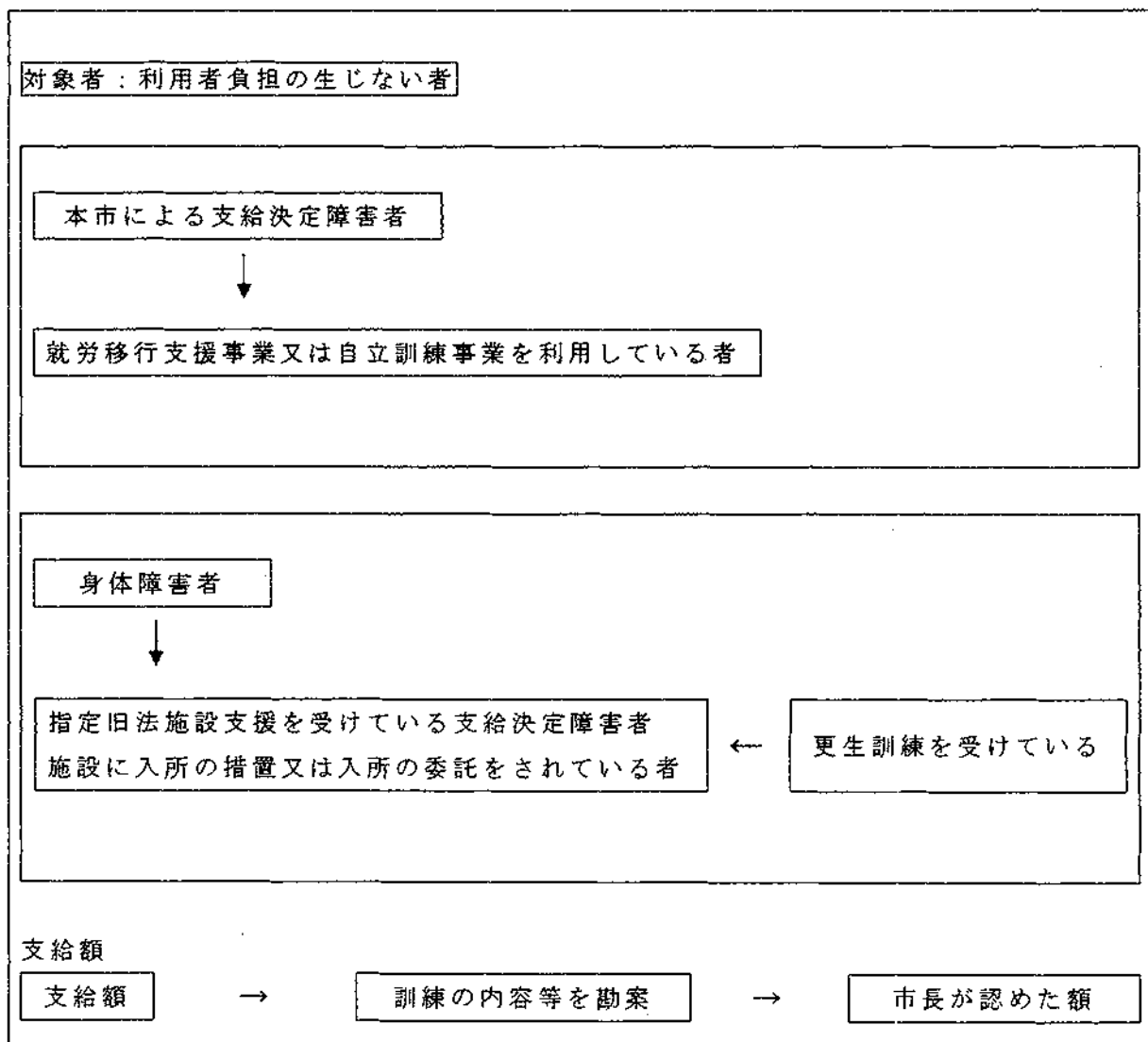


第4章 更生訓練費給付事業

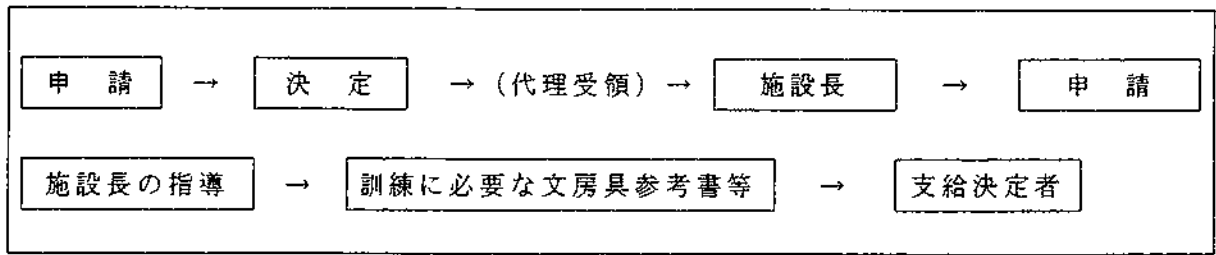
(7) 目的 (第14条)



(8) 対象者及び支給額 (第15条—第16条)

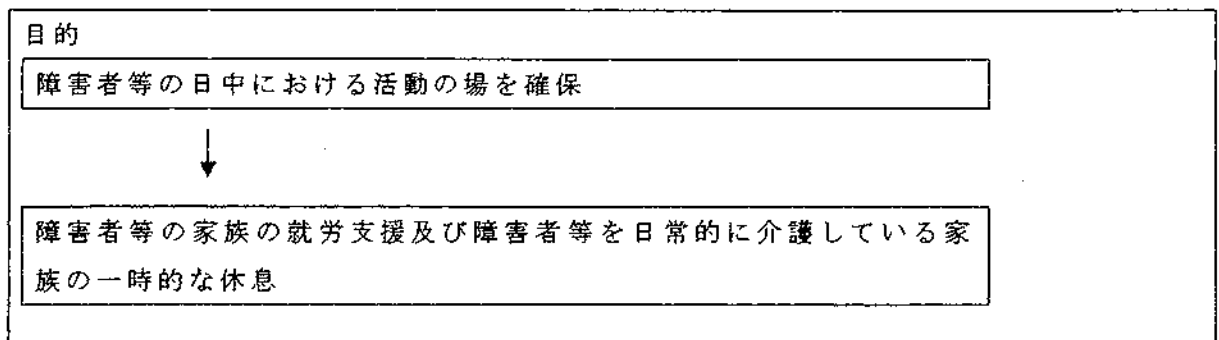


(9) 手続き (第17条—第19条)

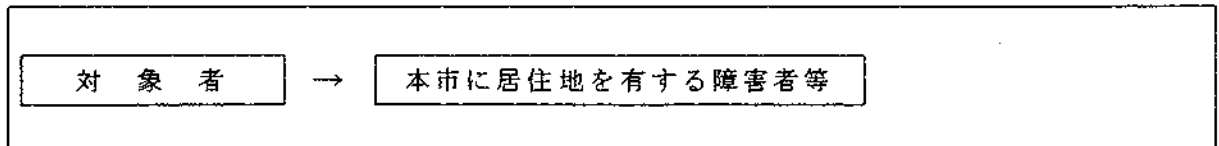


第5章 日中一時支援事業

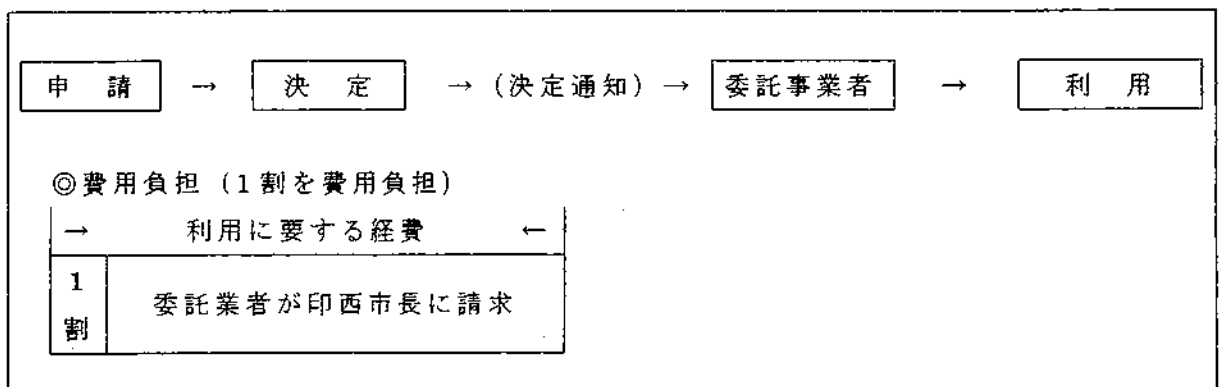
(10) 目的 (第20条)



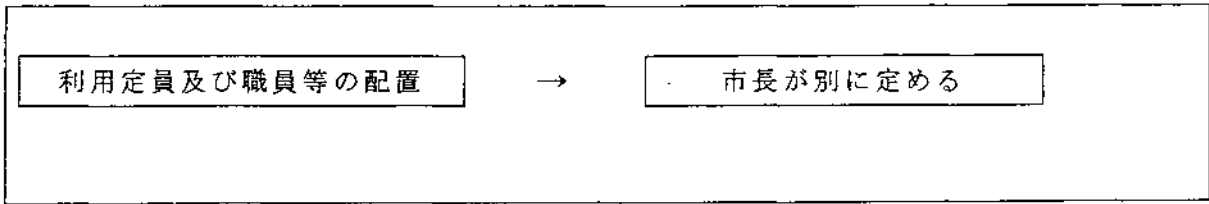
(11) 対象者 (第21条)



(12) 手続き (第22条—第24条)

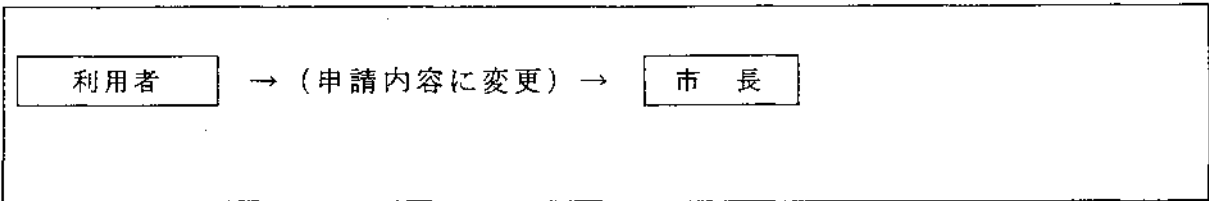


(13) 利用定員及び職員等の配置 (第25条)

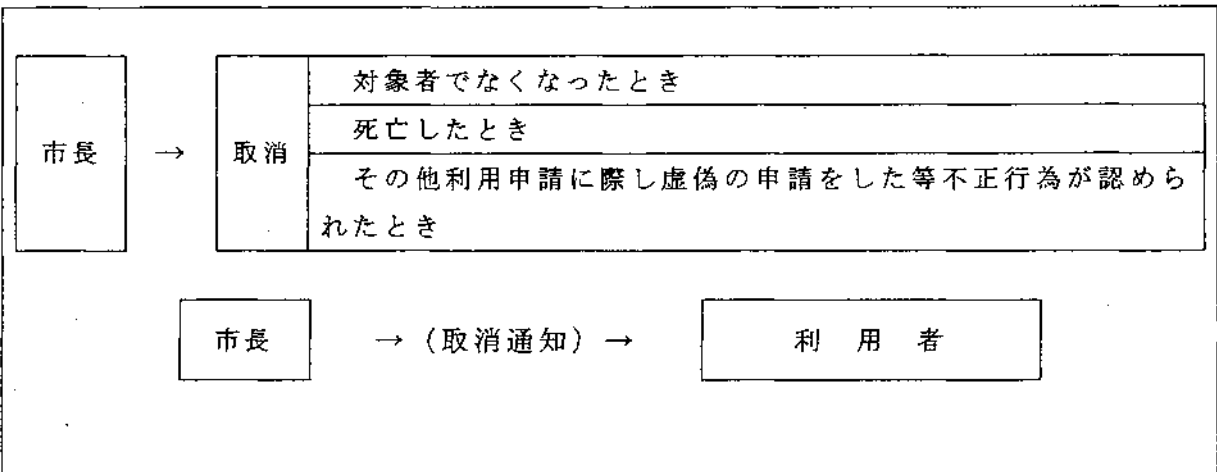


第6章 雑則

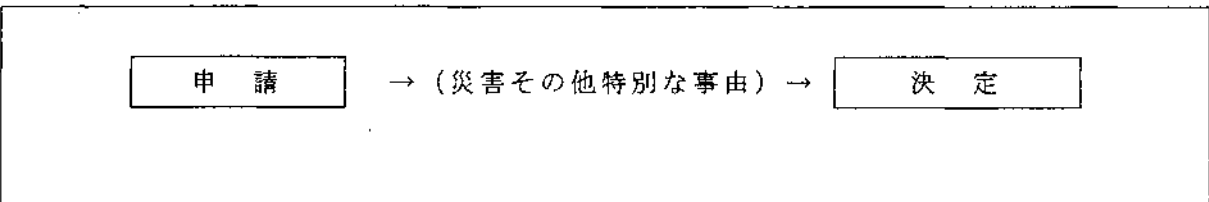
(14) 変更の届出 (第26条)



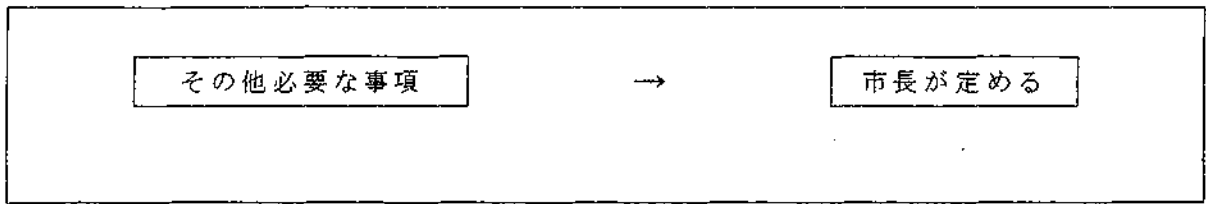
(15) 決定の取消 (第27条)



(16) 費用負担の減免



(17) 補則



3 附則

(1) 施行期日

平成18年10月1日から施行する。

多治見市条例第 号

多治見市障害者自立支援条例（案）

目次

- 第 1 章 総則（第 1 条・第 2 条）
- 第 2 章 審査会（第 3 条）
- 第 3 章 地域生活支援事業（第 4 条—第 16 条）
- 第 4 章 雑則（第 17 条）
- 第 5 章 罰則（第 18 条—第 21 条）
- 附則

第 1 章 総則

（趣旨）

第 1 条 本市における障害者自立支援については、障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）その他の法令に定めがあるもののほか、この条例に定めるところによる。

（用語の定義）

第 2 条 この条例における用語の意義は、法、障害者自立支援法施行令（平成 18 年政令第 10 号）及び障害者自立支援法施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）の例による。

第 2 章 審査会

（審査会）

第 3 条 法第 15 条の規定による審査会の名称は、多治見市障害程度区分判定審査会（以下「審査会」という。）とする。

2 審査会の委員の定数は、10 人とする。

第 3 章 地域生活支援事業

（市が行う地域生活支援事業）

第 4 条 市は、法第 77 条第 1 項の規定に基づく地域生活支援事業として、次に掲げ

る事業を行う。

- (1) 相談支援事業
- (2) コミュニケーション支援事業
- (3) 日常生活用具給付等事業
- (4) 移動支援事業
- (5) 地域活動支援センター事業（障害者デイサービス事業及び小規模作業所事業をいう。以下同じ。）

2 市は、法第 77 条第 3 項の規定に基づく地域生活支援事業として、次に掲げる事業を行う。

- (1) 訪問入浴サービス事業
- (2) 知的障害者職親支援事業
- (3) 日中一時支援事業
- (4) 生活サポート事業
- (5) 社会参加促進事業
（費用給付事業）

第 5 条 前条に規定する地域生活支援事業のうち日常生活用具給付等事業、移動支援事業、地域活動支援センター事業（市が自ら又は委託によりサービスを提供する場合を除く。）、訪問入浴サービス事業、日中一時支援事業及び生活サポート事業（以下「費用給付事業」という。）は、第 12 条の規定による地域生活支援給付をもって行う。

（費用助成等事業）

第 6 条 地域生活支援事業（費用給付事業を除く。）のうち規則で定める事業については、費用の助成又は経費の補助をもって行う。

（対象者）

第 7 条 地域生活支援事業の対象となる者は、次の各号のいずれかに該当する者でその者又はその者の保護者が市内に居住地（居住地を有しないとき、又は明らかでないときは、現在地。以下同じ。）を有するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 4 条に規定する身体障害者
- (2) 身体障害者福祉法第 15 条に規定する身体障害者手帳の交付を受けた児童
- (3) 県から療育手帳の交付を受けた者又は療育手帳の交付を受けていない児童で、

早期の療育が必要と市長が判断したもの

(4) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 45 条に規定する精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者

2 前項に規定するもののほか、同項各号のいずれかに該当する者で、法第 19 条第 3 項に規定する特定施設入所障害者であつて同項に規定する特定施設への入所前に有した居住地（同項に規定する継続入所障害者にあつては、最初に入所した特定施設への入所前に有した居住地。以下「住所地特例地」という。）が市内であるものは、地域生活支援事業の対象とする。

3 第 1 項の規定にかかわらず、住所地特例地が他の市町村の区域内である者は、地域生活支援事業の対象としない。

（利用の申請）

第 8 条 地域生活支援事業（知的障害者職親支援事業を除く。次条において同じ。）を利用しようとする者又はその保護者は、市長に申請をしなければならない。

2 前項に規定する申請に当たっては、前条第 1 項各号に規定する手帳等のいずれかを提示するものとする。ただし、療育手帳の交付を受けていない児童で、早期の療育が必要と市長が認めたものについては、この限りでない。

3 知的障害者職親支援事業に関する利用の手続等に関しては、別に規則で定める。

（利用の決定）

第 9 条 前条第 1 項の規定による申請があつたときは、市長は、地域生活支援事業の種類ごとに月又は年を単位として 12 箇月を超えない範囲において、地域生活支援事業のサービス（以下「地域生活支援サービス」という。）の量を定め、利用の決定（以下「利用決定」という。）を行うものとする。

2 市長は、利用決定に当たり、地域生活支援サービスの提供事業者及び提供場所を指定することができる。

（利用決定の変更）

第 10 条 利用決定を受けた者（以下「利用者」という。）又はその保護者は、現に受けている利用決定に係る地域生活支援事業の種類、サービスの量その他規則で定める事項を変更する必要があるときは、市長に対し、当該利用決定の変更の申請をすることができる。

2 市長は、前項の申請により、必要があると認めるときは、利用決定の変更の決定

を行うことができる。

(利用決定の取消し)

第 11 条 市長は、次に掲げる場合には、利用決定を取り消すものとする。

- (1) 利用者が地域生活支援サービスを受ける必要がなくなったと認められるとき。
- (2) 利用者が他の市町村の区域内に居住地を有するに至ったと認められるとき（住所特例地が市内であるときを除く。）。
- (3) その他規則で定めるとき。

(地域生活支援給付)

第 12 条 市長は、利用者が、当該利用決定に基づく費用給付事業に係るサービスを受けたときは、当該利用者又はその保護者に対し、当該費用給付事業に係るサービスに要した費用について、地域生活支援事業として、地域生活支援給付を支給する。

2 地域生活支援給付の額は、費用給付事業の種類ごとに費用給付事業に係るサービスに通常要する費用として、規則で定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該費用給付事業に係るサービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に当該費用給付事業に係るサービスに要した費用の額）の 100 分の 90 に相当する額とする。

3 利用者が費用給付事業を利用したときは、市長は、当該利用者又はその保護者が当該費用給付事業に係るサービスを提供した事業者等に支払うべき当該費用給付事業に係るサービスに要した費用について、地域生活支援給付として当該利用者又はその保護者に支給すべき額の限度において、当該利用者又はその保護者に代わり、当該事業者等に支払うことができる。

4 前項の規定による支払があったときは、利用者又はその保護者（以下「利用者等」という。）に対し地域生活支援給付の支給があったものとみなす。

(日常生活用具給付等事業に係る地域生活支援給付)

第 13 条 前条第 2 項の規定にかかわらず、利用者が同一の月に受けた日常生活用具給付等事業に係るサービスに要した費用の額の合計額から、同項の規定により算定した当該同一の月における当該日常生活用具給付等事業に係る地域生活支援給付の合計額を控除して得た額が、当該利用者等の家計に与える影響その他の事情をしん酌して規則で定める額を超えるときは、当該同一の月における当該日常生活用具給付等事業に係る地域生活支援給付の額は、同項の規定により算定した費用の額の

100 分の 90 に相当する額を超え、100 分の 100 に相当する額以下の範囲内において規則で定める額とする。

(高額地域生活支援給付)

第 14 条 利用者が同一の月に受けた地域生活支援サービス（日常生活用具給付等事業に係るサービスを除く。次項において同じ。）に要した費用の額の合計額から、第 12 条第 2 項の規定により算定した当該同一の月における地域生活支援給付（日常生活用具給付等事業に係る地域生活支援給付を除く。次項において同じ。）の合計額を控除して得た額が、規則で定める額を超えるときは、当該利用者等に対し、高額地域生活支援給付を支給する。

2 高額地域生活支援給付の支給要件、支給額その他支給に関し必要な事項は、地域生活支援サービスに要する費用の負担の家計に与える影響を考慮して、規則で定める。

(利用の契約)

第 15 条 利用者が障害者デイサービス事業又は小規模作業所事業（市が自ら又は委託によりサービスを提供する場合に限る。次条において同じ。）を利用しようとするときは、利用者等は、市と契約するものとする。

(利用者負担)

第 16 条 前条の規定に基づき、障害者デイサービス事業を利用した利用者等は、手数料として、別表に定める額を納入しなければならない。

2 前条の規定に基づき、小規模作業所事業を利用した利用者等は、手数料を納入しなければならない。

第 4 章 雑則

(委任)

第 17 条 この条例の施行に関し必要な事項は、市長が規則で定める。

第 5 章 罰則

第 18 条 本市は、障害者等、障害児の保護者、障害者等の配偶者若しくは障害者等の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらの者であった者が正当な理由なしに、法第 9 条第 1 項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による当該職員の質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をしたと

きは、10 万円以下の過料に処する。

第 19 条 本市は、自立支援給付に係る障害福祉サービス、相談支援、自立支援医療、療養介護医療若しくは補装具の販売若しくは修理を行う者若しくはこれらを使用する者又はこれらの者であった者が正当な理由なしに、法第 10 条第 1 項の規定による報告若しくは物件の提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告若しくは虚偽の物件の提出若しくは提示をし、又は同項の規定による当該職員の質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したときは、10 万円以下の過料に処する。

第 20 条 法第 24 条第 2 項又は法第 25 条第 2 項の規定による受給者証の提出又は返還を求められてこれに応じない者は、10 万円以下の過料に処する。

第 21 条 前 3 条の過料の額は、情状により、市長が定める。

2 前 3 条の過料を徴収する場合において発する納入通知書に指定すべき納期限は、その発行の日から起算して 10 日以上を経過した日とする。

附 則

(施行期日)

第 1 条 この条例は、平成 18 年 10 月 1 日（以下「施行日」という。）から施行する。

(多治見市障害者居宅生活支援条例の廃止)

第 2 条 多治見市障害者居宅生活支援条例（平成 15 年条例第 1 号）は、廃止する。

(多治見市障害程度区分判定審査会条例の廃止)

第 3 条 多治見市障害程度区分判定審査会条例（平成 18 年条例第 5 号）は、廃止する。

(多治見市障害程度区分判定審査会条例の廃止に伴う経過措置)

第 4 条 廃止前の多治見市障害程度区分判定審査会条例の規定による審査会は、第 3 条の規定による審査会とみなす。

(利用者負担の特例)

第 5 条 第 16 条第 2 項の規定にかかわらず、小規模作業所事業を利用した利用者等は、当分の間、手数料の支払いを要しないものとする。

(経過的障害者デイサービス事業の実施)

第 6 条 施行日から平成 19 年 3 月 31 日までの間については、第 4 条第 2 項中「次に

掲げる事業」とあるのは「次に掲げる事業及び経過的障害者デイサービス事業」と、第 5 条中「及び生活サポート事業」とあるのは「、生活サポート事業及び経過的障害者デイサービス事業」と読み替えるものとする。

(施行のための準備行為)

第 7 条 この条例の施行のために必要な準備行為は、この条例の施行日前においても行うことができる。

別表 (第 16 条関係)

提供単位	金額
4 時間未満	100 円
4 時間以上 8 時間未満	200 円

備考

送迎を利用した場合は、片道 100 円を加算する。

〇〇市相談支援事業実施要綱を次のように定める。

平成 年 月 日

〇〇市長 〇〇 〇〇

〇〇市相談支援事業実施要綱

(目的)

第1条 〇〇市相談支援事業（以下「事業」という。）は、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供等の便宜を供与することや、権利擁護のために必要な援助を行うことにより、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにすることを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、〇〇市とする。

2 市長は、この事業の全部又は一部を適切な事業運営を行なうことができる」と認める指定相談支援事業者に委託することができる。

(事業の内容)

第3条 この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 障害者相談支援事業
 - (2) 特別相談支援事業
 - (3) 住宅入居等支援事業
 - (4) 成年後見制度利用支援事業
- 2 障害者相談支援事業は、障害者等又はその保護者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等を行うものとして、次に掲げる業務を実施するものとする。
- (1) 福祉サービスの利用援助に関する業務
 - (2) 社会資源を活用するための支援に関する業務
 - (3) 社会生活力を高めるための支援に関する業務
 - (4) ピアカウンセリングに関する業務
 - (5) 権利の擁護のために必要な援助に関する業務
 - (6) 専門機関の紹介に関する業務
- 3 特別相談支援事業は、前項の障害者相談支援事業を円滑に実施するため特に必要と認められる能力を有する専門的職員を市に配置し、次に掲げる業務を実施するものとする。

- (1) 専門的な知識を必要とする困難ケース等への対応
 - (2) 地域自立支援協議会を構成する相談支援事業者等に対する専門的な指導、助言等に関する業務
 - (3) 市内の相談支援体制の整備状況、ニーズ等を勘案した相談支援事業実施計画の作成に関する業務
 - (4) 地域自立支援協議会の運営に関する業務
- 4 住宅入居等支援事業は、賃貸契約による一般住宅への入居を希望しているが保証人がいない等の理由により入居が困難な知的障害者又は精神障害者（共同生活援助又は共同生活介護を利用する者を除く。）に対し、入居に必要な調整等を行うものとして、次に掲げる業務を実施するものとする。
- (1) 不動産業者に対する物件斡旋依頼及び家主等との入居契約手続き支援に関する業務
 - (2) 利用者の生活上の課題に対し、緊急に対応が必要となる相談支援、関係機関との連絡・調整等に関する業務
- 5 成年後見制度利用支援事業の実施については、〇〇市成年後見制度利用支援事業実施要綱（平成17年〇〇市告示第671号）の規定によるものとする。
（配置職員等）

第4条 障害者相談支援事業者は、事業の実施にあたり、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、相談支援専門員又は介護支援専門員のいずれか（以下「ソーシャルワーカー」という。）1名以上を配置しなければならない。ただし、事業の実施に支障のない範囲で指定相談支援事業者関係業務に従事することができる。

- 2 障害者相談支援事業者は、特別な相談支援が必要なときは、ソーシャルワーカーに加えて、専門的な知識を有する者のうち特別な相談支援に対処できるものを従事させなければならない。
- 3 特別相談支援事業にあっては、障害者の相談・援助業務の経験があるソーシャルワーカーで〇〇市相談支援機能を強化するために必要と市長が認めたものとする。

（地域自立支援協議会）

第5条 市長は、相談支援事業の適切な運営及び地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的な役割を果たす定期的な協議の場として、〇〇市地域自立支援協議会（以下「自立支援協議会」という。）を設置する。

- 2 自立支援協議会の委員は、相談支援事業者、障害福祉サービス事業者等で構成し、必要に応じて保健・医療機関、教育・雇用関係機関、企業、学識経験者等の参加を求めることができる。
- 3 自立支援協議会に会長を置き、〇〇市福祉部生活支援課長をもってこれに充てる。

(遵守事項)

第6条 事業者は、利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務体制、職務環境、訪問手段等をさだめておかなければならない。

3 事業者は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

4 事業者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、市長及び家族等に速やかに連絡を行なうとともに、必要な措置を講じなければならない。

5 事業者は、従業者、会計、利用者へのサービス提供記録に関する諸記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存しなければならない。

6 事業者及び従業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者等に関する秘密を漏らしてはならない。

7 事業者は、事業を行う事務所を〇〇市内の交通利便の整った場所に設置しなければならない。

(利用料)

第7条 利用者は、無料とする。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

〇〇〇市成年後見制度利用支援事業実施要綱

〇〇市成年後見制度利用支援事業実施要綱

平成17年10月21日

告示第671号

改正 平成18年3月23日告示第186号

(趣旨)

第1条 この要綱は、判断能力が十分でない高齢者、知的障害者及び精神障害者の権利擁護の促進を目的として、成年後見制度利用支援事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(事業の内容)

第2条 市長は、予算の範囲内で、次に掲げる事業の実施に必要な経費の全部又は一部を負担又は補助することができる。

(1) 審判の請求

(2) 家事審判法（昭和22年法律第152号）第7条において準用する非訟事件手続法（明治31年法律第14号）第26条の規定により、審判の請求に係る費用（以下「審判請求費用」という。）の全部負担

(3) 民法（明治29年法律第89号）に規定する成年後見人、保佐人及び補助人（以下「成年後見人等」という。）の業務に係る報酬等に対する補助

(審判の請求)

第3条 市長は、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第32条、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第27条の3及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第51条の11の2の規定に基づき、当該各規定に定める者について、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、審判の請求を行うことができる。

(審判の対象者)

第4条 審判の対象者は、市に住所を有する（医療機関又は社会福祉施設等に住所を有する場合を除く。）又は市が実施する高齢者及び障害者福祉制度により扶助している高齢者、知的障害者及び精神障害者（以下「要支援者」という。）のうち、次に掲げる事項を総合的に考察した上で決定するものとする。

(1) 事理を弁識する能力の程度

(2) 三親等内の親族の存否、当該親族による審判の対象者保護の可能性及び当該親族が審判請求を行う見込み。ただし、三親等又は四親等の親族であって、審判請求のできる者の存在が明らかである場合は、この限りでない。

(3) 市又は関係機関が行う各種支援施策の活用の適否

(4) 生活、経済の状況及び要支援者の福祉を図るために必要な事項

(審判請求の要請)

第5条 次に掲げる者は、前条に定める要支援者が、後見開始等審判の請求を必要とする状態にある者と判断したときは、市長に対し審判の請求を要請することができる。

(1) 民生委員

(2) 要支援者の親族以外の者で当該要支援者の日常生活の援助者（社会福祉法人等の職員を含む。）

(3) 老人福祉法第5条の3に規定する老人福祉施設の職員

(4) 介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第19項に規定する介護保険施設の職員

(5) 知的障害者福祉法第5条第1項に規定する知的障害者援護施設の職員

(6) 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5に規定する病院又は診療所の職員

(7) 地域保健法（昭和22年法律第101号）第5条第1項に規定する保健所の職員

(8) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第50条の2に規定する精神障害者社会復帰施設の職員

2 前項の要請は、審判の請求要請書により行うものとする。

(要請者への回答)

第6条 市長は、前条第1項各号に掲げる者から後見開始等審判の請求の要請があった場合において、当該要請に対する対応を決定したときは、後見開始等審判の請求要請に対する回答書により、当該要請をした者に回答するものとする。

(審判の請求の種類)

第7条 市長が行うことができる審判請求の種類は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 民法第7条に規定する後見開始の審判
- (2) 民法第11条に規定する保佐開始の審判
- (3) 民法第13条第2項に規定する保佐人の同意権の範囲を拡張する審判
- (4) 民法第15条第1項に規定する補助開始の審判
- (5) 民法第17条第1項に規定する補助人に同意権を付与する審判
- (6) 民法第876条の4第1項に規定する保佐人に代理権を付与する審判
- (7) 民法第876条の9第1項に規定する補助人に代理権を付与する審判

(審判請求費用の求償)

第8条 市長は、審判請求費用に関し、審判の対象者又は当該関係者が負担すべきであると認めるときは、市が負担した審判請求費用の求償権を得るため、非訟事件手続法第28条の命令に関する職権発動を促す申立てを審判請求と同時に家庭裁判所に対して行うことができる。

(成年後見人等の支援対象者)

第9条 第2条第3号に規定する補助を受けることができる者は、要支援者のうち、民法に規定する成年被後見人、被保佐人又は被補助人とする。

(利用の申請)

第10条 前条に規定する者であって事業を利用しようとする者（以下「利用者」という。）又は当該利用者の成年後見人等で代理権を有するもの（以下「利用者に係る当該後見人等」という。）は、〇〇市成年後見人等の支援補助金交付申請書に後見等の開始の事実を明らかにする書類等を添えて市長に申請するものとする。

(利用の決定)

第11条 市長は、前条の申請を受理した場合において、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは〇〇市成年後見人等の支援補助金交付決定通知書により、いずれにも該当しないときは〇〇市成年後見人等の支援補助金交付却下通知書により、利用者又は当該利用者に係る成年後見人等に通知するものとする。

- (1) 第2条第3号の補助を受けなければ成年後見制度の利用が困難な状況にある者
- (2) 現に生活保護法（昭和25年法律第144号）に定める被保護者である者
- (3) 成年後見人等の報酬等を負担することで生活保護法による要保護者となる者

2 第2条第3号の補助の額は、家庭裁判所が決定する1月当たりの成年後見人等報酬に相当する額とし、社会福祉施設等に入所している者にあつては1万8千円を、その他の者にあつては2万8千円を限度とする。

(補助金の請求)

第12条 前条第1項の規定により補助金の交付決定を受けた利用者又は利用者に係る成年後見人等は、成年後見制度利用支援事業補助金請求書を市長に提出しなければならない。

2 前項に定める補助金請求は、費用を支払った日から起算して2月以内に申請しなければならない。

(成年後見人等の報告義務)

第13条 補助金の交付を受けた利用者に係る成年後見人等は、当該利用者の資産状況及び生活状況に変化があったときは、速やかに、市長に報告しなければならない。

(補助金の返還)

第14条 市長は、偽りその他不正な手段により補助金を受けた者があつたときは、その者に対して、その補助金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(補助の廃止等)

第15条 市長は、補助金の交付を受けた利用者の死亡又は資産状況若しくは生活状況の変化等により補助の理由が消滅し、又は著しく変化したと認めるときは、補助を廃止し、又は補助金額の増減を行うことができる。

(〇〇市成年後見審判申立審査会)

第16条 審判請求要請の適否及び審判の種類を審査するため、〇〇市成年後見審判申立審査会(以下「審査会」という。)を設置する。

2 審査会の委員は、次に掲げる者とする。

- (1) 福祉部長
- (2) 福祉部介護保険課長
- (3) 福祉部生活支援課長
- (4) 福祉部社会福祉課長

3 審査会の会長は、福祉部長をもって充てる。

4 会長は、会務を掌理し、審査会を代表する。

5 会長に事故があるときは、あらかじめ会長が指名した者がその職務を行う。

(審査会の議事)

第17条 審査会の会議は、委員の要請により会長が招集する。

2 会議は、委員の4分の3以上の出席がなければ開くことができない。

3 審査会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは会長の決するところによる。

4 会長が必要と認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、説明又は意見を述べさせることができる。

(庶務)

第18条 審査会の庶務は、福祉部生活支援課において処理する。

(その他)

第19条 この要綱に定めるもののほか、事業実施に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成18年3月23日告示第186号)

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

〇〇市障害者移動支援事業実施要綱を次のように定める。

平成 年 月 日

〇〇市長 〇〇 〇〇

〇〇市障害者移動支援事業実施要綱

(目的)

第1条 〇〇市障害者移動支援事業実施要綱（以下「事業」という。）は、屋外での移動に困難がある障害者・児（以下「障害者等」という。）について、外出のための支援を行なうことにより、障害者等の地域での自立生活及び社会参加を促すことを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、〇〇市とする。

2 市長は、この事業の全部又は一部を適切な事業運営を行なうことができると認める社会福祉法人等に委託することができる。

(事業の内容)

第3条 この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 個別移動支援 障害者等の外出における個別への移動支援
 - (2) グループ移動支援 複数の障害者等からなるグループの外出における集団への移動支援
- 2 サービス提供範囲は、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。

(対象者)

第4条 この事業の対象者は、次の各号のいずれかに該当するものであって、市長が外出時に支援が必要と認めた者とする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者
- (2) 療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知）に基づく療育手帳の交付を受けている者
- (3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者

(利用の申請)

第5条 事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、移動支援事業利用登録申請書を市長に提出するものとする。

（利用の承認決定等）

第6条 市長は、前条に規定する申請があったときは、速やかに内容を審査し、利用の可否を決定したときは、移動支援事業利用承認・不承認決定通知書（以下「決定通知書」という。）により申請者に通知するとともに、承認をした障害者等を移動支援事業利用登録者名簿に登載するものとする。

（利用登録の有効期限及び更新申請）

第7条 前条の規定による承認決定の認定期間は、承認を行なった日から起算して、最初に到達する6月30日までとする。

2 利用者が、認定期間満了後も引き続き利用しようとするときは、認定期間満了日までの1月以内に第5条に規定する申請を行わなければならない。

（利用の変更及び廃止）

第8条 利用者の保護者は、次に掲げる事項に該当するときは、移動支援事業登録変更（廃止）届により、速やかに市長に届け出なければならない。

- （1） 利用者の住所等を変更した場合
- （2） 利用者の心身状況に大きな変化があった場合
- （3） 利用の中止をしようとする場合

（利用の取消し）

第9条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、第6条の規定による利用決定を取り消すことができる。

- （1） この事業の対象者でなくなった場合
- （2） 不正又は虚偽の申請により利用決定を受けた場合
- （3） その他市長が利用を不相当と認めた場合

（利用の方法）

第10条 利用者がこの事業を利用しようとするときは、決定通知書を事業所に提示し、事業所に直接依頼するものとする。

（利用料）

第11条 利用者は、利用料として次の各号に掲げる金額を事業者に支払うものとする。ただし、有料道路及び有料駐車場等を使用したときは、利用料とは別に当該実費を負担しなければならない。

- （1） 個別移動支援にあつては、30分あたり〇円
- （2） グループ移動支援にあつては、次に掲げる額とする。
 - ア 1グループを構成する障害者等が3名以下の場合、1グループにつき30分あたり〇円
 - イ 1グループを構成する障害者等が4名以上9名以下の場合、1グループにつき30分あたり〇円

ウ 1グループを構成する障害者等が10名以上の場合、1グループにつき30分あたり〇円

(利用料の減免又は免除)

第12条 市長は、利用者及びその属する世帯が次のいずれかに該当するときは、前条に規定する利用料を減免することができる。

(1) 生活保護法(昭和24年法律第144号)に基づく生活扶助を受けている世帯にあつては、利用料の全額を免除する。

(2) 世帯主及び世帯員の当該年度(4月から6月までの間の利用については、前々年度とする。)の市民税が非課税である世帯にあつては、利用料の2分の1に相当する金額を減免する。

(委託料)

第13条 第2条第2項の規定により事業を委託する場合の委託料は、次に掲げる費用から第11条に規定する利用者負担金を差し引いた金額を事業者に対して支払うものとする。

(1) 個別移動支援にあつては、次に掲げる額とする。

ア 身体介護を伴う移動支援の場合、30分あたり2,000円とする。

イ 身体介護を伴わない移動支援の場合、30分あたり750円とする。

(2) グループ移動支援にあつては、30分あたりサービス利用人員に250円を乗じた金額とサービス提供人員に500円乗じて得た金額の合算とする。この算定におけるサービス提供人員は、サービス利用人員の数を限度とする。

(3) 1回のサービス提供時間が3時間を越える場合には、前号に掲げる金額とは別に3時間を越えたときから30分につき700円を加算する。

2 事業者は、サービスを提供した月の翌月10日までに、市長に対し、当該月に係る委託料を一括して請求するものとする。

3 市長は、前項の請求のあつた日から30日以内に内容を確認のうえ委託料を支払うものとする。

(遵守事項)

第14条 事業者は、利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務の体制をさだめておかなければならない。

3 事業者は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

4 事業者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、市長及び家族等に速やかに連絡を行なうとともに、必要な措置を講じなければならない。

5 事業者は、従業者、会計、利用者へのサービス提供記録に関する諸記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存しなければならない。

6 事業者及び従業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者等に関する秘

密を漏らしてはならない。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

〇〇市日中一時支援事業実施要綱を次のように定める。

平成 年 月 日

〇〇市長 〇〇 〇〇

〇〇市日中一時支援事業実施要綱

(目的)

第1条 〇〇市日中一時支援事業（以下「事業」という。）は、障害者等を一時的に預かることにより、障害者等に日中活動の場を提供し、見守り及び社会に適應するための日常的な訓練等を行うことを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、〇〇市とする。

2 市長は、この事業の全部又は一部を適切な事業運営を行なうことができると認める社会福祉法人等に委託することができる。

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、障害者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者

(2) 療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知）に基づく療育手帳の交付を受けている者

(3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者

(利用の申請)

第4条 事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、日中一時支援事業利用登録申請書を市長に提出するものとする。

(利用の承認決定等)

第5条 市長は、前条に規定する申請があったときは、速やかに内容を審査し、利用の可否を決定したときは、日中一時支援事業利用承認・不承認決定通知書（以下「決定通知書」という。）により申請者に通知するとともに、承認した障害児を日中一時支援事業利用登録者名簿（以下「登録名簿」という。）に登載するものとする。

(利用登録の有効期限及び更新申請)

第6条 前条の規定による承認決定の認定期間は、承認を行なった日から起算して、最初に到達する6月30日までとする。ただし、承認決定を受けた障害児（以下「利用者」という。）が、承認を受けた日において18歳である者については、当該年度の属する3月31日までとする。

2 利用者が、認定期間満了後も引続き利用しようとするときは、認定期間満了日までの1月以内に第5条に規定する申請を行わなければならない。

(利用の変更及び廃止)

第7条 利用者の保護者は、次に掲げる事項に該当するときは、日中一時支援事業利用登録変更（廃止）届により、速やかに市長に届け出なければならない。

- (1) 利用者の住所等を変更した場合
- (2) 利用者の心身状況に大きな変化があった場合
- (3) 利用の中止をしようとする場合

(利用の取消し)

第8条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、第6条の規定による利用決定を取り消すことができる。

- (1) この事業の対象者でなくなった場合
- (2) 不正又は虚偽の申請により利用決定を受けた場合
- (3) その他市長が利用を不相当と認めた場合

(利用の方法)

第9条 利用者がこの事業を利用しようとするときは、決定通知書を事業所に提示し、事業所に直接依頼するものとする。

(利用料)

第10条 利用者は、利用料として次の各号に掲げる金額の合算をした額を事業者に支払うものとする。

- (1) 基本料にあつては、利用者1人につき4時間まで〇円、4時間以上は〇円とする。
- (2) 送迎サービスを利用したときは、1回につき〇円とする。

(利用料の減免又は免除)

第11条 市長は、利用者及びその属する世帯が次のいずれかに該当するときは、前条に規定する利用料を減免することができる。

- (1) 生活保護法（昭和24年法律第144号）に基づく生活扶助を受けている世帯にあつては、利用料の全額を免除する。
- (2) 世帯主及び世帯員の当該年度（4月から6月までの間の利用については、前々年度とする。）の市民税が非課税である世帯にあつては、利用料の2分の1に相当する金額を減免する。

(委託料)

第12条 第2条第2項の規定により事業を委託する場合の委託料は、次の各号に掲げる費用から〇〇市障害者自立支援条例（平成18年〇〇市条例第17号）第4条に規定する利用者負担金を差し引いた金額を事業者に対して支払うものとする。

(1) 基本事業にあつては、利用者1人に対して1日につき4時間まで2,000円、4時間以上は4,000円とする。

(2) 送迎サービスを提供したときは、基本事業とは別に送迎1回につき540円を基本事業に加算するものとする。

2 事業者は、サービスを提供した月の翌月10日までに、市長に対し、当該月に係る委託料を一括して請求するものとする。

3 市長は、前項の請求のあった日から30日以内に内容を確認のうえ委託料を支払うものとする。

(遵守事項)

第13条 事業者は、受け入れることが可能な障害種別及び年齢層について、利用者に対して事前説明を行わなければならない。

2 事業者は、利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業員の勤務の体制をさだめておかななければならない。

3 事業者は、従業員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

4 事業者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、市長及び家族等に速やかに連絡を行なうとともに、必要な措置を講じなければならない。

5 事業者は、従業員、会計、利用者へのサービス提供記録に関する諸記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存しなければならない。

6 事業者及び従業員は、正当な理由なく業務上知り得た利用者等に関する秘密を漏らしてはならない。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

事例 6-5

相談支援事業委託契約書（案）

〇〇市（以下「甲」という。）と（以下「乙」という。）とは、相談支援事業の実施について、次のとおり委託契約を締結する。

（目的）

第1条 甲は、〇〇市地域生活支援事業実施要綱（平成18年〇〇市告示第 号）第3条に規定する障害者の相談支援事業（以下「委託事業」という。）の実施を乙に委託し、乙はこれを受託する。

（委託業務）

第2条 甲が乙に委託する業務は、次の各号に定めるものとする。乙はケアマネジメントの手法を使いこれに従事するものとする。

（1） 障害者相談支援事業

- ア 福祉サービスの利用援助
- イ 社会資源を活用するための支援
- ウ 社会生活力を高めるための支援
- エ ピアカウンセリング
- オ 権利の擁護のために必要な援助
- カ 専門機関の紹介

（2） 居住サポート事業

- ア 不動産業者に対する物件斡旋依頼及び家主等との入居契約手続き支援
- イ 生活上の課題への緊急時における相談支援及び関係機関の調整

2 乙は、前項の業務を遂行するために、必要に応じて関係機関を集めた検討会を主催するものとする。

（実施体制）

第3条 乙は、委託事業の実施にあたり、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、相談支援専門員又は介護支援専門員のいずれか（以下「ソーシャルワーカー」という。）1名以上を配置しなければならない。ただし、委託事業の実施に支障のない範囲で指定相談支援事業者関係業務に従事することができる。

2 乙は、甲に対し、配置したソーシャルワーカーの資格、経歴、兼務する業務の内容等について報告しなければならない。

3 乙は、ソーシャルワーカーが相談支援に専念できるよう勤務体制、職務環境、訪問手段等を整えなければならない。

4 乙は、支援技術の向上を図るため、ソーシャルワーカーに必要な研修を実施しなければならない。

5 乙は、特別な相談支援が必要なときは、ソーシャルワーカーに加えて、専門的な知識を有する者のうち特別な相談支援に対処できるものを従事させなければならない。

6 乙は、委託事業を行う事務所を〇〇市内の交通利便の整った場所に設置しなければならない。

(委託期間)

第4条 この契約の期間は、契約締結の日から平成19年3月31日までとする。

(委託料)

第5条 甲は下表により算定した額を委託料として乙に支払う。

種別	金額	備考
障害者相談支援事業及び居住サポート事業分	円/年	消費税及び地方消費税を含む。

(契約保証金)

第6条 契約保証金は、これを免除する。

(委託料の支払い)

第7条 甲は、乙の請求に基づき、半年ごとにその2分の1ずつ支払う。ただし、年度中途の契約締結のときは、契約締結日の属する月分から月額相当額を支払う。

2 前項の委託料の支払いにおいて、円未満の端数が生じたときは切捨てとする。

(実績報告)

第8条 乙は、委託事業が終了したときは、委託事業の成果を記載した実績報告書及び収支決算書を委託事業終了の日から起算して10日以内に甲に提出しなければならない。

2 乙は、初回調査を実施したときは、所定の調査書に調査内容を記載の上、速やかに甲に提出しなければならない。

(遵守事項)

第9条 乙は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 秘密の保持 委託事業の実施によって知り得た事実を第三者に漏らしてはならない。

(2) 個人情報の保護 委託事業を実施するにあたっては、個人情報保護の重要性を認識し、個人の権利利益の保護に十分注意して実施するよう努めること。

(3) 個人情報の収集制限 委託事業を行うため個人情報を収集するときは、委託事業の目的を達成するために必要な範囲内で行うこと。

(4) 個人情報の目的外使用の禁止 委託事業を実施するため収集又は作成した個人情報は、その目的以外に使用してはならない。

(5) 個人情報その他委託事業にかかる事故報告 個人情報について第三者への漏えいその他の事故が発生したときは速やかに甲に報告すること。

2 乙は、この契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、又は承継させてはならない。

3 乙は、委託事業の全部若しくは一部を第三者に委託してはならない。

(帳簿等)

第10条 乙は、委託事業に係る経費について、必要な帳簿を備え、収入支出の額を記載し、金銭の出納を明らかにしておかなければならない。

2 乙は、前項に関する帳簿及び書類等は委託事業終了の日から5年間保存するものとする。

(経理)

第11条 乙は、委託事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分しておかなければならない。

(損害賠償責任)

第12条 乙は、委託事業の実施に関し、その責に帰する理由により、甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(実地調査等)

第13条 乙は、甲から委託事業の実施に関し報告を求められたときは、速やかに甲に報告しなければならない。

2 甲は、必要があると認めるときは、乙の帳簿又は書類その他の記録及び委託事業の状況について実地に調査できる。

(改善の指示等)

第14条 甲は、委託事業の実施について改善する必要を認めたときは、その改善事項を乙に指示することができる。

(契約の解除)

第15条 甲は、乙が次のいずれかに該当するときは、契約を解除し、乙に対して委託料の全部若しくは一部の返還を命ずることができる。

- (1) 指定相談支援事業者でなくなったとき
- (2) この契約の条項に違反したとき
- (3) この事業を遂行することが困難であると認めたとき
- (4) 重大な過失又は背信行為があったとき

(契約外事項の協議)

第16条 この契約に定めのない事項及び委託事業実施上疑義を生じた事項に関しては、必要の都度甲、乙協議して定める。

この契約の証として、本書を2通作成し、甲乙記名押印の上各自1通を所有するものとする。

平成18年10月1日

甲 兵庫県〇〇市氷上町成松字甲賀1番地
〇〇市長 〇〇 〇〇

乙

事例 6 - 6

移動介護事業委託契約書

〇〇市（以下「甲」という。）と（以下「乙」という。）とは、移動介護事業の実施について、次のとおり委託契約を締結する。

（委託事業）

第1条 甲は〇〇市地域生活支援事業実施要綱（平成18年〇〇市告示第〇号。以下「実施要綱」という。）第3条に規定する移動支援事業のうち移動介護事業（以下「委託事業」という。）の実施を乙に委託し、乙はこれを受託する。

（実施体制）

第2条 乙は、委託事業の実施にあたり、介護福祉士、ホームヘルパー、ガイドヘルパー（指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成18年3月31日厚生労働省告示第209号）に規定する研修の「外出介護従業者養成研修課程」を修了した者）等の適切に委託事業に従事できる人員（以下「従事者」という。）を配置しなければならない。ただし、委託事業の実施に支障のない範囲で他の職務に従事することができる。

- 2 乙は、支援技術の向上を図るため、従事者に必要な研修を実施しなければならない。
- 3 従業者は委託事業に従事するたびに、従事した内容を乙に報告しなければならない。

（委託期間）

第3条 この契約の期間は、契約締結の日から平成19年3月31日までとする。

（委託料）

第4条 甲は下表により算定した額を委託料として乙に支払う。

種別	単位	算出方法		備考
グループ支援型	1 グループあたりの30分単価	利用人員×250円＋従事者×500円		消費税及び地方消費税を含む。 グループ支援型については、従事者の人数が利用者を超えないものとする。
個別支援型	身体介護を伴う利用者への30分単価	2,000円	ただし、3時間以上連続の提供となる場合、3時間を経過したときから30分ごとに700円を加算する。	
	身体介護を伴わない利用者への30分単価	750円		

（契約保証金）

第5条 契約保証金は、これを免除する。

（委託料の支払い）

第6条 乙は、第4条により算定した委託料から、実施要綱に定める利用料を差引いた額を甲に請求する。

- 2 甲は、乙の請求に基づき、毎月精算払いする。
- 3 前項の委託料の支払いにおいて、円未満の端数が生じたときは切捨てとする。

（実績報告）

第7条 乙は、委託事業が終了したときは、委託事業の成果を記載した実績報告書及び収支決算書を委託事業終了の日から起算して10日以内に甲に提出しなければならない。

(遵守事項)

第8条 乙は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 秘密の保持 委託事業の実施によって知り得た事実を第三者に漏らしてはならない。
- (2) 個人情報の保護 委託事業を実施するにあたっては、個人情報保護の重要性を認識し、個人の権利利益の保護に十分注意して実施するよう努めること。
- (3) 個人情報の収集制限 委託事業を行うため個人情報を収集するときは、委託事業の目的を達成するために必要な範囲内で行うこと。
- (4) 個人情報の目的外使用の禁止 委託事業を実施するため収集又は作成した個人情報は、その目的以外に使用してはならない。
- (5) 個人情報その他委託事業にかかる事故報告 個人情報について第三者への漏えいその他の事故が発生したときは速やかに甲に報告すること。

2 乙は、この契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、又は承継させてはならない。

3 乙は、委託事業の全部若しくは一部を第三者に委託してはならない。

(帳簿等)

第8条 乙は、委託事業に係る経費について、必要な帳簿を備え、収入支出の額を記載し、金銭の出納を明らかにしておかなければならない。

2 乙は、前項に関する帳簿及び書類等は委託事業終了の日から5年間保存するものとする。

(経理)

第9条 乙は、委託事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分しておかなければならない。

(損害賠償責任)

第10条 乙は、委託事業の実施に関し、その責に帰する理由により、甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(実地調査等)

第11条 乙は、甲から委託事業の実施に関し報告を求められたときは、速やかに甲に報告しなければならない。

2 甲は、必要があると認めるときは、乙の帳簿又は書類その他の記録及び委託事業の状況について実地に調査できる。

(改善の指示等)

第12条 甲は、委託事業の実施について改善する必要を認めたときは、その改善事項を乙に指示することができる。

(契約の解除)

第13条 甲は、乙が次のいずれかに該当するときは、契約を解除し、乙に対して委託料の全部若しくは一部の変換を命ずることができる。

- (1) この契約の条項に違反したとき
- (2) この事業を遂行することが困難であると認めるとき

(契約外事項の協議)

第14条 この契約に定めのない事項及び委託事業実施上疑義を生じた事項に関しては、必要の都度甲、乙協議して定める。

この契約の証として、本書を2通作成し、甲乙記名押印の上各自1通を所有するものとする。

平成18年10月1日

甲 ○○県○○市○○町○○番地
○○市長 ○○ ○○

乙

事例 6-7

日中一時支援事業委託契約書

〇〇市（以下「甲」という。）と（以下「乙」という。）とは、日中一時支援事業の実施について、次のとおり委託契約を締結する。

（事業の委託）

第1条 甲は〇〇市地域生活支援事業実施要綱（平成18年〇〇市告示第 号。以下「実施要綱」という。）第3条に規定する日中一時支援事業（以下「委託事業」という。）の実施を乙に委託し、乙はこれを受託する。

（実施体制）

第2条 乙は、委託事業の実施にあたり、委託事業を適正に運営できるよう指導員1名以上を配置しなければならない。ただし、委託事業の実施に支障のない範囲で他の職務に従事することができる。

- 2 乙は、支援技術の向上を図るため、指導員に必要な研修を実施しなければならない。
- 3 乙は、指定障害福祉サービス事業に併設する（併設型）若しくは空き店舗等を利用する（単独型）など、利用環境を創意工夫しかつ安全に配慮された提供体制を整えなければならない。
- 4 乙は、委託事業を利用する障害者の年齢、障害特性又は利用目的を考慮し、必要に応じて提供場所を細別する等の処置をとらなければならない。

（委託期間）

第3条 この契約の期間は、契約締結の日から平成19年3月31日までとする。

（委託料）

第4条 甲は、利用者ごとに下表により算定した額を委託料として乙に支払う。

種別		金額	備考
基本事業	利用時間が4時間以上	一人につき4,000円/回	消費税及び地方消費税を含む。
	利用時間が4時間未満	一人につき1,500円/回	
入浴費用加算		500円/回	
送迎費用加算		270円/回	

2 甲は、運営種別又は利用者の障害程度等に応じて、下表に掲げるところにより前項の委託料を増額する。

増額要件	算出基準	備考
医療処置の必要な利用者が利用した場合	基本事業×3/2	増額は基本事業にかかる費用に限る。
乙が単独型で事業実施した場合	基本事業×5/4	

（契約保証金）

第5条 契約保証金は、これを免除する。

（委託料の支払い）

第6条 乙は、第4条第1項及び第2項により算定した委託料から、実施要綱に定める利用料を差引いた額を甲に請求する。

- 2 甲は、乙の請求に基づき、毎月精算払いする。
- 3 前項の委託料の支払いにおいて、円未満の端数が生じたときは切捨てとする。

(実績報告)

第7条 乙は、委託事業が終了したときは、委託事業の成果を記載した実績報告書及び収支決算書を委託事業終了の日から起算して10日以内に甲に提出しなければならない。

(遵守事項)

第8条 乙は、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 秘密の保持 委託事業の実施によって知り得た事実を第三者に漏らしてはならない。
 - (2) 個人情報の保護 委託事業を実施するにあたっては、個人情報保護の重要性を認識し、個人の権利利益の保護に十分注意して実施するよう努めること。
 - (3) 個人情報の収集制限 委託事業を行うため個人情報を収集するときは、委託事業の目的を達成するために必要な範囲内で行うこと。
 - (4) 個人情報の目的外使用の禁止 委託事業を実施するため収集又は作成した個人情報は、その目的以外に使用してはならない。
 - (5) 個人情報その他委託事業にかかる事故報告 個人情報について第三者への漏えいその他の事故が発生したときは速やかに甲に報告すること。
- 2 乙は、この契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、又は承継させてはならない。
- 3 乙は、委託事業の全部若しくは一部を第三者に委託してはならない。

(帳簿等)

第8条 乙は、委託事業に係る経費について、必要な帳簿を備え、収入支出の額を記載し、金銭の出納を明らかにしておかなければならない。

- 2 乙は、前項に関する帳簿及び書類等は委託事業終了の日から5年間保存するものとする。

(経理)

第9条 乙は、委託事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分しておかなければならない。

(損害賠償責任)

第10条 乙は、委託事業の実施に関し、その責に帰する理由により、甲又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償しなければならない。

(実地調査等)

第11条 乙は、甲から委託事業の実施に関し報告を求められたときは、速やかに甲に報告しなければならない。

- 2 甲は、必要があると認めるときは、乙の帳簿又は書類その他の記録及び委託事業の状況について実地に調査できる。

(改善の指示等)

第12条 甲は、委託事業の実施について改善する必要を認めたときは、その改善事項を乙に指示することができる。

(契約の解除)

第13条 甲は、乙が次のいずれかに該当するときは、契約を解除し、乙に対して委託料の全部若しくは一部の変換を命ずることができる。

- (1) この契約の条項に違反したとき
- (2) この事業を遂行することが困難であると認めるとき

(契約外事項の協議)

第14条 この契約に定めのない事項及び委託事業実施上疑義を生じた事項に関しては、必要の都度甲、乙協議して定める。

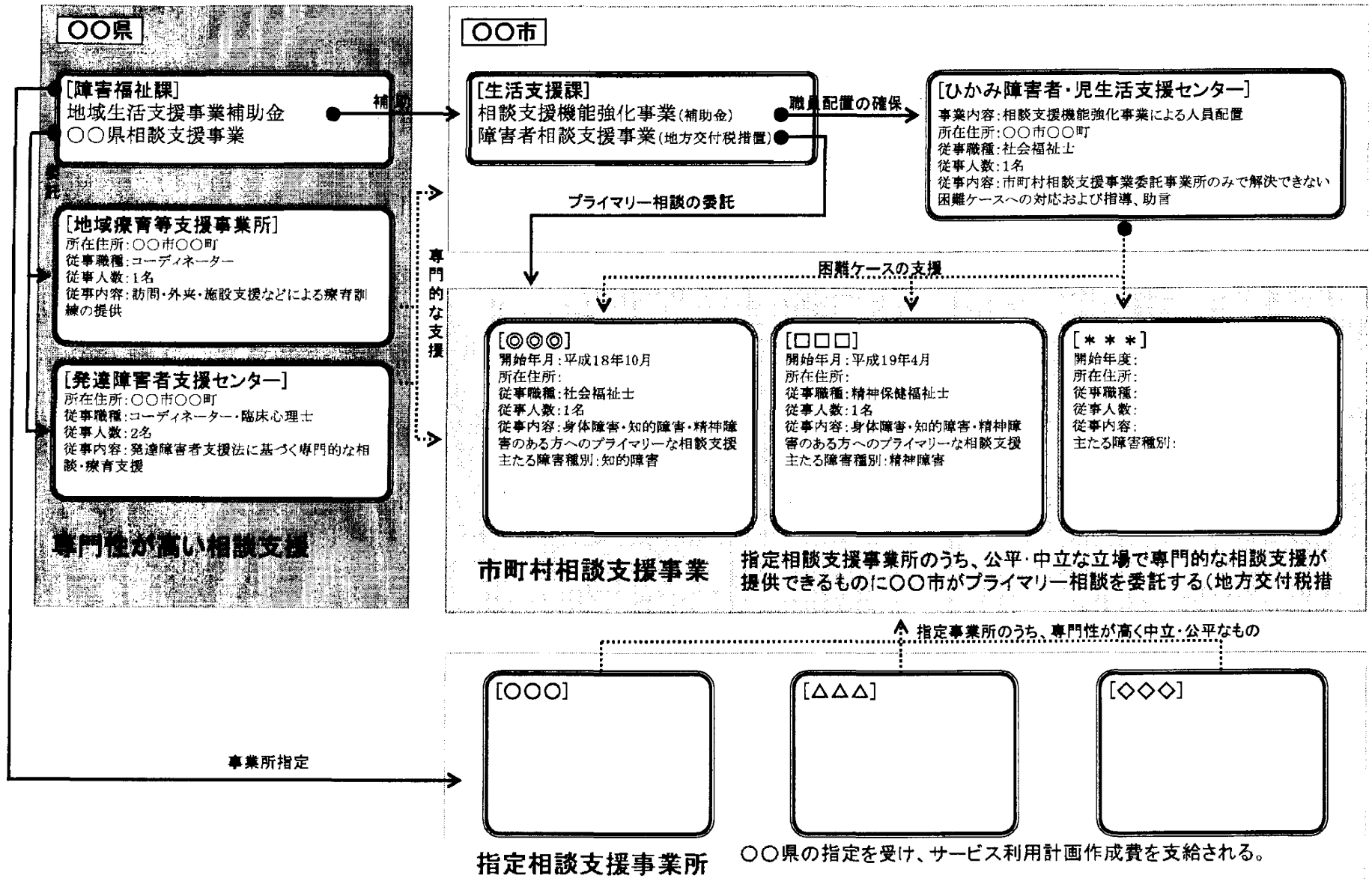
この契約の証として、本書を2通作成し、甲乙記名押印の上各自1通を所有するものとする。

平成18年10月1日

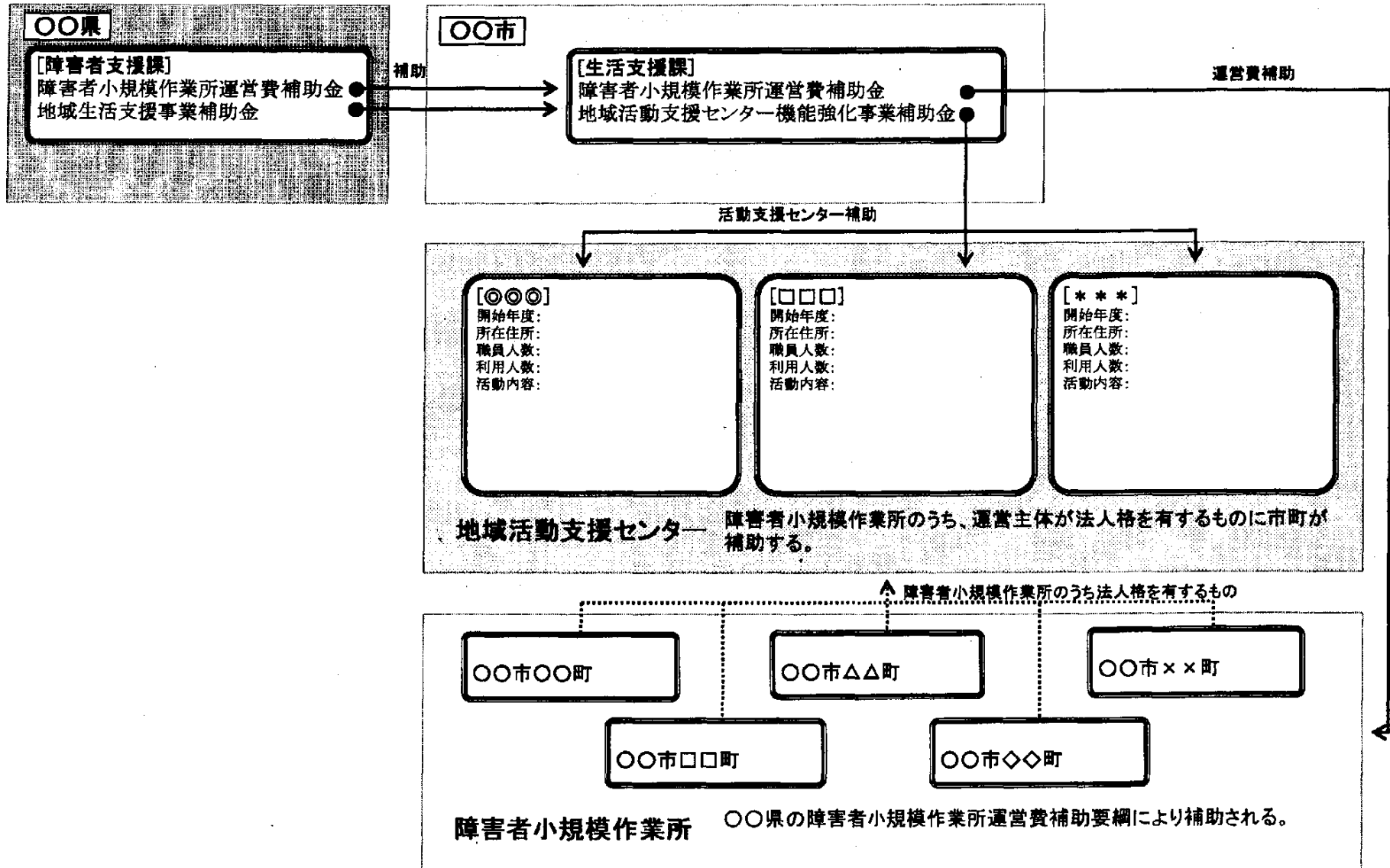
甲 ○○県○○市○○町○○番地
○○市長 ○○ ○○

乙

〇〇市における障害者相談支援体制(案)



〇〇市における地域活動支援センター整備図(案)



補装具費について

I. 補装具費に関する基準（案）について・・・P 1

II. 補装具費支給事務取扱指針（案）について・・・P 4

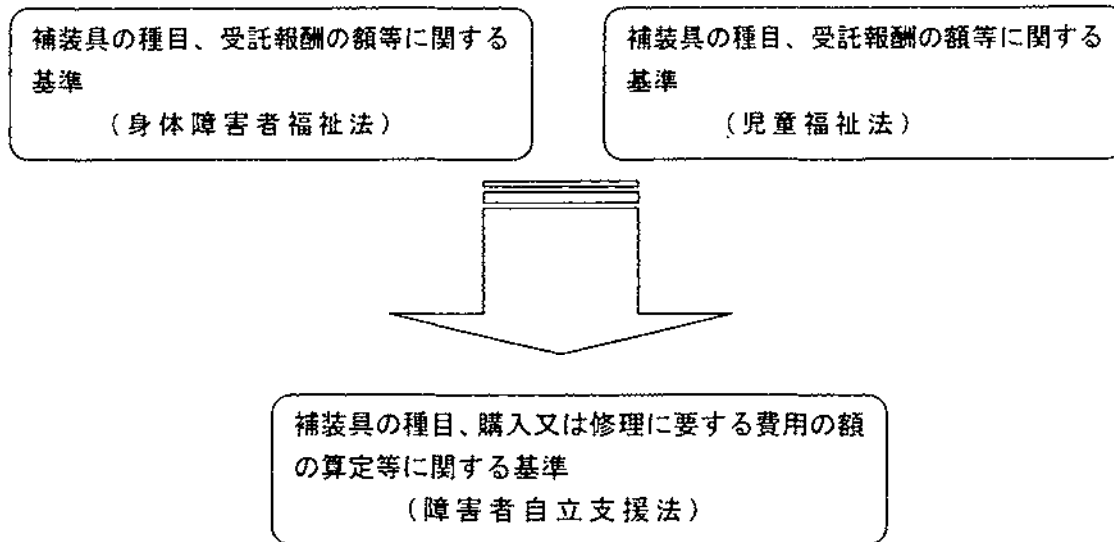
（別紙1） 補装具費支給事務取扱指針（案）・・・P 5

（別紙2） 様式例（案）・・・・・・・・・・・・・・P15

I. 補装具費に関する基準（案）について

1 補装具費に関する基準の位置づけ

現行においては身体障害者福祉法及び児童福祉法に基づき補装具の種目及び交付又は修理に係る受託報酬の額等に関する基準を定めていたが、平成18年10月より障害者自立支援法に基づき、補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準を定めるものとする。



2 補装具の種目の変更

(1) 現行の身体障害者及び身体障害児に対して交付又は修理の対象としている補装具の種目のうち、次に掲げるものを廃止する。

- ア 色めがね（種目名「眼鏡」のうち、名称「色めがね」の項目）
- イ 点字器
- ウ 人工喉頭
- エ 頭部保護帽
- オ 収尿器
- カ ストマ用装具
- キ つえ（種目名「歩行補助つえ」のうち、名称「つえ」の項目）

(2) 新たな補装具の種目として、次に掲げるものを加える。

- ア 重度障害者用意思伝達装置

3 補装具の購入又は修理に要する費用の額等に関する基準

- (1) 重度障害者用意思伝達装置の購入及び修理に要する費用の額等に関する基準は以下のとおりとする。

重度障害者用意思伝達装置

1 購入基準

種目	名称	基本構造	付属品	価格(円)	耐用年数	備考
重度障害者 用意思伝達 装置		ソフトウェアが組み込まれた専用パソコン	プリンタ	450,000	5年	ソフトウェアが組み込まれた専用のパソコン及びプリンタで構成されたもの、もしくは生体现象(脳の血液量等)を利用して「はい・いいえ」を判定するものであること。その他障害に応じた付属品を修理基準の中から加えて加算することができること。

2 修理基準

種目	型式	修理部位	価格(円)	備考
重度障害者 用意思 伝達装置		本体修理	50,000	触れる操作で信号入力可能なタッチセンサーコントローラー。別途必要なタッチ式入力装置は10,000円、ピンタッチ式先端部は6,300円加算すること。
		固定台(アーム式又はテーブル置き式)交換	30,000	
		入力装置固定具交換	30,000	
		呼び鈴交換	20,000	
		呼び鈴分岐装置交換	20,000	
		接点式入力装置(スイッチ)交換	10,000	
		帯電式入力装置(スイッチ)交換	40,000	
		筋電式入力装置(スイッチ)交換	80,000	
		光電式入力装置(スイッチ)交換	50,000	
		呼気式(吸気式)入力装置(スイッチ)交換	35,000	
	圧電素子式入力装置(スイッチ)交換	38,000		

(2) 現行制度において報酬基準の定めのない車いす及び電動車いす用付属品等について、以下のとおり、新たに修理基準及び購入基準を定める。

車いす及び電動車いす用等付属品

・修理基準

種目	型式	修理部位	価格(円)	備考
盲人安全つえ		マグネット付き石突交換	500	
車いす		ステッキホルダー(杖たて)交換	3,000	
		泥よけ交換	8,000	
		エアーキャスター交換	12,000	
		転倒防止用装置交換	6,000	
		滑り止めハンドリム交換	12,000	
		キャリパーブレーキ交換	15,000	
		フットブレーキ(介助者用)交換	10,000	
		携帯用会話補助装置搭載台交換	30,000	
		酸素ボンベ固定装置交換	13,000	
		人工呼吸器搭載台交換	25,000	
		栄養パック取り付け用ガートル架交換	9,000	
		点滴ポール交換	9,000	
電動車いす		ステッキホルダー(杖たて)交換	3,000	
		転倒防止用装置交換	6,000	
		クライマーセット(段差乗り越え補助装置)交換	18,200	
		フロントサブホイール(溝・脱輪防止装置)交換	11,800	
		携帯用会話補助装置搭載台交換	30,000	
		酸素ボンベ固定装置交換	13,000	
		人工呼吸器搭載台交換	25,000	
		栄養パック取り付け用ガートル架交換	9,000	
点滴ポール交換	9,000			
歩行補助つえ		凍結路面用滑り止め(非ゴム系)交換	1,000	

・購入基準

種目	名称	基本構造	付属品	価格(円)	耐用年数	備考
歩行補助つえ	プラットホーム杖	カナディア ン・クラッチ に準ずる。	夜光材	18,000	4年	

Ⅱ. 補装具費支給事務取扱指針（案）について

補装具の事務取扱に関する指針については、平成12年3月31日障第290号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「補装具給付事務の取扱いに関する指針について」の別紙「補装具給付事務取扱指針」により取り扱っているところであるが、今般、同指針を廃止し、別紙1のとおり通知する予定である。

1. 現行の事務取扱指針との主な変更点
 - (1) 補装具給付から補装具費支給に変更したことに伴う規定の整理
 - ・ 原則、償還払いとしたこと
 - ・ 代理受領方式を可能としたこと
 - ・ 市町村と補装具業者との委託契約に関する事項を削除したこと
 - ・ 利用者と補装具業者との契約に関する事項を追加したこと
 - (2) 基準外補装具を特例補装具に名称変更
 - (3) 一括交付等の取扱い規定の削除
2. 事務取扱指針の構成は以下のとおり。
 - 第1 基本的事項
 - 1 補装具費支給の目的について
 - 2 関係各法に基づく補装具費支給との適用関係について
 - 3 都道府県等の役割について
 - 第2 具体的事項
 - 1 補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準の運用について
 - 2 補装具費支給に係る事務処理について
 - 3 支給決定の時期等について
 - 4 関係帳簿について
 - 5 代理受領について
3. 様式例について（別紙2）

(案)

補装具費支給事務取扱指針

第1 基本的事項

1 補装具費支給の目的について

(1) 補装具は、身体障害者及び身体障害児（以下「身体障害者・児」という。）の失われた身体機能を補完又は代替する用具であり、身体障害者の職業その他日常生活の能率の向上を図ることを目的として、また、身体障害児については、将来、社会人として独立自活するための素地を育成・助長すること等を目的として使用されるものであり、市町村は、補装具を必要とする身体障害者・児に対し、補装具費の支給を行うものである。

このため、市町村は、補装具費の支給に当たり、医師、理学療法士、作業療法士、身体障害者福祉司等の専門職員及び補装具の製作又は販売を行う業者（以下「補装具業者」という。）との連携を図りながら、身体障害者・児の身体の状況、性別、年齢、職業、教育、生活環境等の諸条件を考慮して行うものとする。

なお、その際、身体障害児については、心身の発育過程の特殊性を十分考慮する必要があること。

(2) 補装具を必要とする身体障害者・児及び現に装着又は装用（以下「装着等」という。）している身体障害者・児の状況を常に的確に把握し、装着等状況の観察、装着等訓練の指導等の計画的な支援を積極的に行うこと。

2 関係各法に基づく補装具給付との適用関係について

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）以外の関係各法の規定に基づき補装具の給付等が受けられる者については、当該関係各法に基づく給付等を優先して受けるよう取り扱うものであること。

3 都道府県等の役割について

(1) 都道府県

各都道府県は、補装具費支給制度の運用に当たり、市町村間の連絡調整、市町村に対する情報提供その他必要な援助を行うとともに、各市町村の区域を超えた広域的な見地から実状の把握に努めること。

また、市町村の支援の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うものとする。

さらに、身体障害者福祉法第9条第5項に定める身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）が、補装具費支給制度の技術的中枢機関としての業務が遂行できるよう、必要な体制の整備に努めること。

(2) 更生相談所

更生相談所は、補装具費支給制度における技術的中枢機関及び市町村等の支援機関として、補装具の専門的な直接判定の他に、市町村への技術的支援、補装具費支給意見書を作成する医師に対する指導、補装具業者に対する指導及び障害者自立支援法施行令第1条第1項に定める医療を行う機関（以下「指定自立支援医療機関」という。）並びに児童福祉法第18条の3第3項の規定に基づく療育の指導等を実施する保健所（以下「保健所」という。）に対する技術的助言等を行うこと。

また、市町村担当職員、補装具費支給意見書を作成する医師及び補装具業者を育成等する観点から、研修等を実施することが望ましいこと。

さらに、新しい製作方法又は新しい素材等、補装具に関する新しい情報の把握に努めるとともに、市町村及び補装具業者と情報の共有を図ること。

なお、障害者等が自費で補装具の購入又は修理を行う場合（本人又は世帯員のうち市町村民税所得割の最多納税者の納税額が50万円以上の場合を含む）についても、適切な補装具の購入又は修理を行うことができるよう、身体障害者福祉法第10条に定める補装具の処方及び適合判定を行うこと。

(3) 市町村

市町村は、補装具費支給制度の実施主体として、補装具費の支給申請に対して適切に対応できるよう、補装具の種目、名称、型式及び基本構造等について十分に把握するとともに、申請者が適切な補装具業者を選定するに当たって必要となる情報の提供に努めること。

情報提供する際には、補装具業者の経歴や実績等を勘案し、安定的かつ継続的に給付の実施が可能であるか等について十分に検討の上行う必要があること。

特に、義肢及び装具に係る補装具業者の選定に当たっては、特殊な義足ソケットの採型等については複数の義肢装具士が必要なことから、複数の義肢装具士を配置していることが望ましいこと。

また、補装具業者の選定に当たっては、福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律（平成五年法律第三十八号）第七条第一項の規定に基づき指定を受けた指定法人（（財）テクノエイド協会）が提供している情報（ホームページ等）を活用することが考えられること。

さらに、新しい製作方法又は新しい素材等、補装具に関する新しい情報の把握に努めるとともに、更生相談所及び補装具業者と情報の共有を図ること。

なお、障害者等が自費で補装具の購入又は修理を行う場合（本人又は世帯員のうち市町村民税所得割の最多納税者の納税額が50万円以上の場合を含む）についても、適切な補装具の購入又は修理を行うために更生相談所等の意見を聴く必要がある場合には、当該障害者等に更生相談所等を紹介するなどの調整等を行うこと。

第2 具体的事項

1 補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準の運用について

(1) 購入又は修理に要する費用の額及び消費税の取扱い等について

補装具の種目、購入又は修理に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第〇〇号。以下「告示」という。）の別表に定める価格は、別表の主材料、工作法又は基本構造、付属品等によった場合における上限の価格として定められているものであり、支給決定に当たっては、各種目における型式等の機能の相違及び特性等を勘案のうえ、画一的な額の決定を行うことのないよう留意する必要があること。

なお、消費税法施行令第14条の4の規定に基づき厚生労働大臣が指定する身体障害者用物品及びその修理を定める件（平成3年厚生省告示第130号）に基づいて消費税が課税されない物品に係る補装具費の支給については、補装具業者が材料仕入時に負担した消費税相当分を考慮し、別表の価格の100分の103に相当する額をもって、購入又は修理に要する費用の額の上限としているものである。

また、消費税が課税される物品に係る補装具費の支給については、別表の価格の100分の105に相当する額をもって、購入又は修理に要する費用の額の上限としているものである。

(2) 特例補装具費の支給について

身体障害者・児の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、告示に定められた補装具の種目に該当するものであって、別表に定める名称、型式、基本構造等によることができない補装具（以下「特例補装具」という。）りとする。

ア 特例補装具費の支給の必要性及び当該補装具の購入又は修理に要する費用の額等については、更生相談所又は指定自立支援医療機関若しくは保健所（以下「更生相談所等」という。）の判定又は意見に基づき市町村が決定するものとする。

イ なお、身体障害児に係る特例補装具費の支給に当たっては、市町村は必要に応じ、補装具の構造、機能等に関する技術的助言を更生相談所に求めるものとする。

(3) 国等が設置する補装具製作施設と契約する場合の購入又は修理に要する費用の額について

購入又は修理に要する費用の額を告示本文第〇項又は第〇項に掲げる額の100分の95に相当する額とするものは、国、地方公共団体、日本赤十字社、

社会福祉法人又は民法（明治29年法律第89号）第34条の規定により設立された法人の設置する補装具製作施設が自ら製作した補装具（完成用部品に係る部分を除く。）についてのみ適用されるものであって、当該施設が民間業者の製作した補装具をあっせん又は取次販売する場合には適用されないこと。

(4) 補装具費の支給対象となる補装具の個数について

補装具費の支給対象となる補装具の個数は、原則として1種目につき1個であるが、身体障害者・児の障害の状況を勘案し、職業又は教育上等特に必要と認めた場合は、2個とすることができること。

この場合、当該種目について医学的判定を要しないと認める場合を除き、更生相談所等に助言を求めること。

(5) 耐用年数の取扱いについて

耐用年数は、通常の装着等状態において当該補装具が修理不能となるまでの予想年数が示されたものであり、補装具費の支給を受けた者の作業の種類又は障害の状況等によっては、その実耐用年数には相当の長短が予想されるので、再支給の際には実情に沿うよう十分配慮すること。

なお、災害等本人の責任に抛らない事情により亡失・毀損した場合は、新たに必要と認める補装具費を支給することができること。

また、骨格構造義肢については、必要に応じて部品の交換を行うことにより長期間の使用が可能であることから、耐用年数を規定していないところであるが、部品の交換のみによっては、その後の適正な使用が真に困難な場合又は部品の交換によることよりも再支給を行うことの方が真に合理的・効果的であると認められる場合にあっては、再支給を行って差し支えないこと。

(6) 修理基準に規定されていない修理の取扱いについて

修理基準の種目欄、名称欄、型式欄又は修理部位欄に定められていないものに係る修理が必要な場合には、他の類似種目の修理部位等を参考とし、又はそれらの個々について原価計算による見積り若しくは市場価格に基づく適正な額で修理に要する費用として支給することができること。

(7) 差額自己負担の取扱いについて

補装具費支給の必要性を認める補装具について、その種目、名称、型式、基本構造等は支給要件を満たすものであるが、使用者本人が希望するデザイン、素材等を選択することにより基準額を超えることとなる場合は、当該名称の補装具に係る基準額との差額を本人が負担することとして支給の対象とすることは、差し支えないこと。

(8) 介護保険による福祉用具貸与との適用関係について

65歳以上（介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3項第2号に

規定する特定疾病により、同条第1項に規定する要介護状態（以下「要介護状態」という。）又は同条第2項に規定する要介護状態となるおそれがある状態（以下「要支援状態」という。）に該当する者については、40歳以上65歳未満）の身体障害者であって要介護状態又は要支援状態に該当するものが、介護保険の福祉用具と共通する補装具を希望する場合には、介護保険による福祉用具の貸与が優先するため、原則として、本制度においては補装具費の支給をしない。

ただし、オーダーメイド等により個別に製作する必要があると判断される者である場合には、更生相談所の判定等に基づき、本制度により補装具費を支給して差し支えないこと。

2 補装具費支給に係る事務処理について

(1) 支給の申請及び判定

① 身体障害者の補装具費支給

ア 申請の受付

市町村は、身体障害者から障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「規則」という。）第〇条に基づく補装具費支給申請書（本事務取扱指針の別添様式例（以下「様式例」という。）第1号）の提出を受け、補装具費の支給に係る申請を受付けた場合には、様式例第2号の調査書を作成すること。

イ 更生相談所による判定

当該申請が、義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車いす（オーダーメイド）、電動車いす及び重度障害者用意思伝達装置の新規交付に係るものであるときには、更生相談所に対し、補装具費支給の要否について、様式例第3号の判定依頼書による判定依頼をするとともに、様式例第4号の判定通知書を身体障害者に送付すること。

判定依頼を受けた更生相談所は、申請があった身体障害者について、

(ア) 義肢、装具、座位保持装置及び電動車いすに係る申請の場合は、申請者の来所により、

(イ) 補聴器、車いす（オーダーメイド）及び重度障害者用意思伝達装置に係る申請で、補装具費支給申請書等により判定できる場合は、当該申請書等により、

医学的判定を行い、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。）別表第1号（別添様式1）の判定書により、判定結果を市町村に送付する。この場合、判定書には様式例第5号の補装具処方箋を添付することができる。

これらの種目については、再支給（軽微なものを除く。）に際しても、障害状況に変化のある場合、身体障害者本人が処方内容の変更を希望する場合、又は、それまで使用していた補装具から性能等が変更されている場合等は、同様の判定を行うこと。

ウ 更生相談所は、新規申請者に係る判定を行うときは、できる限り切断その他の医療措置を行った医師と緊密な連絡を取り判定に慎重を期すること。

エ 更生相談所の長は、補装具費の支給判定を行うに当たって、更生相談所に専任の医師又は適切な検査設備の置かれていないときは、身障法第15条第1項に基づく指定医又は障害者自立支援法施行令第1条第2項に基づく医療を行う機関において当該医療を主として担当する医師であって、所属医学会において認定されている専門医（平成14年厚生労働省告示第159号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師）に医学的判定を委嘱すること。

オ 市町村による決定

当該申請が、義眼、眼鏡（矯正眼鏡、遮光眼鏡、コンタクトレンズ、弱視眼鏡）、車いす（レディメイド）、歩行器、盲人安全つえ及び歩行補助つえ（一本つえを除く）に係るものであって、補装具費支給申請書等により判断できる場合は、更生相談所の判定を要せず、市町村が決定して差し支えないこと。

なお、身体障害者福祉法第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳によって当該申請に係る障害者が補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略させることができること。

カ 補装具費支給意見書の作成について

補装具費支給申請書等により更生相談所が判定又は市町村が判断のうえ決定する場合は、具体的には、医師が作成する様式例第6号の補装具費支給意見書により判定することとなる。

なお、補装具費支給意見書を作成する医師は、それぞれ、以下の要件を満たす者とする。

(ア) 補装具費支給意見書により更生相談所が判定する場合のこれを作成する医師は、エの要件を満たす専門医又は国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師であること。

(イ) 補装具費支給意見書により市町村が判断のうえ決定する場合のこれを作成する医師は、エ又はカのア)と同等と認められる医師であること。

キ 更生相談所の長は、重度の障害を持つ者又は遠隔地に住む者等の利便を考慮する必要があるときは、エ又はカのア)と同等と認められる医師に医学的判定を委嘱することができる。

ク 申請者が、補装具費支給意見書を提出することに代えて、更生相談所において

判定を受けることを希望する場合は、更生相談所において判定を行うこと。

② 身体障害児の補装具費支給

市町村は、身体障害児の保護者から様式例第6号の補装具費支給意見書を添付した様式例第1号の補装具費支給申請書の提出を受け、補装具費の支給に係る申請を受付た場合には、様式例第2号の調査書を作成する。

なお、身体障害者福祉法第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳によって当該申請に係る障害児が補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認することができるときは、補装具費支給意見書を省略させることができること。

補装具費支給意見書は、原則として指定自立支援医療機関又は保健所の医師の作成したものであること。

また、市町村における支給の決定に際し、補装具の構造、機能等に関することで技術的な助言を必要とする場合には、更生相談所に助言を求めること。

さらに、身体障害児に係る意見書及び補装具処方箋の様式は、①のイの様式に準じること。

(2) 支給の決定等

市町村は、(1)により補装具費の支給を決定したときは、申請者に対し、速やかに、様式例第7号の補装具費支給決定通知書及び様式例第8号の補装具費支給券を交付すること。

また、その申請を却下することの決定をしたときは、様式例第9号の却下決定通知書により、理由を附して申請者に交付すること。

(3) 契約

補装具費支給決定通知書の交付を受けた障害者又は障害児の保護者（以下、「補装具費支給対象障害者等」という。）は、補装具業者に補装具費支給券を提示し、契約を結んだうえで、補装具の購入又は修理を行うこと。

(4) 採型、仮合せ

義肢、装具及び座位保持装置の採型及び仮合せは、(1)に準じて専門医の指導のもとに実施すること。

(5) 適合判定

ア 補装具費の支給に当たっては、以下により適合判定を実施すること。

(ア)申請者の来所による更生相談所の判定に基づき市町村が決定するもの

更生相談所が適合判定を行い、市町村は適合判定が行われたことを確認する。

(イ)補装具費支給意見書による更生相談所の判定に基づき市町村が決定するもの

の

補装具費支給意見書を作成した医師が適合判定を行い、更生相談所は適合判定が適切に行われたことを確認する。最終的に、市町村は医師及び更生相談所による適合判定が行われたことを確認する。

(ウ)補装具費支給意見書により市町村が判断のうえ決定するもの

補装具費支給意見書を作成した医師が適合判定を行い、市町村は適合判定が適切に行われたことを確認する。

(エ)身体障害者手帳等により補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認することができるもの

市町村が確認する。

なお、指定自立支援医療機関又は保健所の医師が作成した補装具費支給意見書により市町村が決定する補装具費の支給に当たっては、指定自立支援医療機関又は保健所の医師は、必要に応じて更生相談所に助言を求めながら、適合判定を行うこと。

イ 適合判定を行う際は、補装具費の支給を受ける者、医師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、補装具業者、補装具担当職員及び身体障害者福祉司等の関係者の立会いのもとに実施すること。

ウ 義肢、装具及び座位保持装置の適合判定は、軸位及び切断端とソケットとの適合状況、又は固定、免荷、矯正等装具装着の目的に対する適合状況、安定した姿勢の保持状況、さらに使用材料、工作法、操作法の確実性について検査し、併せて外観、重量及び耐久力について考慮すること。

エ 義肢、装具及び座位保持装置以外の種目についても、ウに準じて検討し、当該補装具が申請書の使用目的に照らし、適合しているかどうかを判定すること。

オ 適合判定の結果、当該補装具が申請者に適合しないと認められた場合、処方箋どおりに製作されていないと判断された場合等については、補装具業者に対し不備な箇所の改善を指示し、改善がなされた後に補装具の引渡しを行わせること。

(6) 補装具費の支給手順について

ア 補装具の購入又は修理に要した費用の支払い

補装具費支給対象障害者等は、補装具の引渡しを受けた場合は、補装具業者に補装具の購入又は修理に要した費用を支払うこと。

イ 補装具費の支払い

市町村は、補装具費支給対象障害者等から、補装具費の請求があった場合は、補装具費の支払いを行うこと。

ウ 端数の取扱い

補装具費及び利用者負担額について、1円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。

(7) 装着訓練及び実地観察

ア 市町村は、更生相談所等と連携して、随時、装着訓練に必要な計画を立て実施すること。

イ 装着訓練に際しては、補装具の装着について熟達した者をモデルとして専門医指導のもとに実施指導を行うことが効果的であるので、実施に当たっては留意されたいこと。

ウ 市町村は、補装具費を支給した補装具について常に補装具担当職員、身体障害者福祉司等にその装用状況を観察させ、装着訓練を必要とする者を発見した場合は、速やかに適切な訓練を施すよう留意すること。

3 支給決定の時期等について

補装具費支給事務及び給付の迅速化を図るため、補装具費支給決定通知書及び補装具費支給券又は却下決定通知書の発行等については、次のとおり取扱うこと。

(1) 市町村は、原則として申請書の提出があった日の翌日から起算して2週間以内に可否を決定するなど、支給事務に係る標準処理期間を定めることとし、その迅速な対応に努めるとともに、速やかに補装具費支給決定通知書及び補装具費支給券又は却下決定通知書を発行し、申請者に交付すること。

4 関係帳簿について

市町村は、補装具費の支給に当たって、様式例第10号による補装具費支給決定簿を備え、必要な事項を記載しておくこと。

5 代理受領について

補装具費の支給手順については、原則として2の(6)の取扱いによることとなるが、補装具費支給対象障害者等の利便を考慮し、代理受領方式によることができること。

(1) 代理受領の前提条件

代理受領による補装具費の支払を行う場合には、次の取扱いによることが望ましいこと。

ア 補装具費支給対象障害者等が希望する補装具業者と、市町村との間で代理受領について、契約等に基づき合意していること。

なお、補装具業者と契約等により取り決めを行う場合には、次の事項を盛り

こむことが望ましいこと。

- ・ 補装具業者は、補装具費支給券に記載されている利用者負担額を受領し、補装具費の請求の際には、利用者負担額を受領したことを証する書類を添付すること。
- ・ 引渡し後、災害等による毀損、本人の過失による破損、生理的又は病理的变化により生じた不適合、目的外使用若しくは取扱不良等のために生じた破損又は不適合を除き、引渡し後9ヵ月以内に生じた破損又は不適合は、補装具業者の責任において改善すること。

ただし、修理基準に定める調整若しくは小部品の交換又は1の(6)に基づいた修理のうち軽微なものについて、補装具業者の責任において改善することとするものは、修理した部位について修理後3ヵ月以内に生じた不適合等（上記災害等により免責となる事由を除く。）であること。

イ 補装具費支給対象障害者等が、補装具業者に代理受領の委任をしていること。

(2) 補装具費の支給手順

ア 補装具費支給対象障害者等は補装具の購入又は修理に係る契約を業者とする際、補装具費支給券を補装具業者に提出すること。

イ 補装具業者は、補装具の引渡しの際には、補装具費支給対象障害者等から利用者負担額についての支払いを受け、領収書を発行すること。ただし、利用者負担額が0円と認定された補装具費支給対象障害者等については、領収書の発行を要しないこと。

ウ 補装具業者は、代理受領に係る補装具費請求書に、代理受領に対する委任状及び補装具費支給券を添えて、市町村に提出すること。

エ 市町村は、補装具業者から、ウに掲げる請求書等の提出があった場合は、審査のうえ、支払いを行うこと。

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日					
(あて先) 市町村長					
(申請者)					
住 所					
氏 名					
対象者との続柄					
電 話					
<p>下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。</p> <p>補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p>					
対 象 者	住 所				
	フリガナ 氏 名				
	生年月日	年 月 日	性 別		電 話
身 体 障 害 者 手 帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別			障害等級	
購入・修理を受ける補装具名					
判定予定日					
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称				
	所在地				
	電 話		FAX		
該当する所得区分		生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上			
世帯範囲の特例に関する認定		<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。			
生活保護への移行予防措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			

調 査 書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名			
対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年 月 日	性別		電話		
世帯員の 状況	氏 名		年 齢	対象者 との 続 柄	課 税 状 況		備 考
					課税区分	市 民 税 所 得 割	
	非課税世帯	氏名	所得	障害年金	手当	合計	
		円	円	円	円		
世帯区分	1. 生活保護 (2. 低所得1 3. 低所得2) 4. 一般 5. 一定所得以上						
基準額	見積額		利用者負担額		公費負担額		
円	円						
月額負担上限額				円		円	
円							
用 具 名	基準額	見積額	利用者負担	公費負担			
合 計							
上記のとおり確認しました。							
年 月 日							
調査者							

判定依頼書

第 号

年 月 日

身体障害者更生相談所長 殿

市町村長 印

下記の者に対する判定を依頼する。

記

氏名		年 月 日生	住所	
手帳	号	年 月 日交付	医療保険名	
長期給付の内容 (現在被保険者であればそれも含む)				
家族関係				
生育・職業歴				
障害に関する既往歴			最近5年間の補装具 交付・修理状況	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
現在受療中の医療機関名				
判定依頼事項			通所、巡回、在宅	

判定通知書

第 号
年 月 日
市 町 村 長 印

殿

先に申請のあった については、専門的判定の必要がありますので
年 月 日に 身体障害者更生相談所において判定を行うこ
とになりました。

なお、当日は本書を持参してください。

記

1. 身体障害者手帳番号
2. 判定依頼事項

判定書 (自立支援医療 (更生医療)・補装具)

第 号
年 月 日

殿

身体障害者更生相談所長 印

平成 年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定する。

記

氏 名				男女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
居 住 地	県	区 市 郡	町 村	丁 目 番 号 方			
判定年月日	平成 年 月 日						
障 害 名					程 度	級	
総 合 判 定							

医学的判定	障害状況	
	意見	
自立支援医療 (更生医療)	1 具体的内容 2 治療効果見込み 3 術後の等級 (級) 4 医療費概算額 円	
補装具	1 名称又は修理項目 2 使用効果見込 3 概算額	4 処方 (図 示)

別添様式例第 5 号 (1)

義手処方箋 (新規・再交付)

氏名	男・女	明大昭平	年	月	日生 () 歳
住所	Ⅷ	—	(具体的に) 職業		
切断部位 (右・左・両)					断端長 cm
医学的所見 (異常無・有)					
処方義手	肩	上腕	肘	前腕	手 手根中手 指
	装飾	作業	能動 (フック	ハンド	手部交換式)
	電動 ()		その他 ()		
ソケット	差込み式	顎上支持式 ()	吸着式		
	全面接着式	オープンエンド (一重ソケット)	その他 ()		
幹部	殻構造 (合成樹脂 木 アルミ)		骨格構造 ()		
	作業用 (旧型 新型 タンネンベルグ)		その他		
手先具	能動フック ()		能動ハンド ()		
	装飾手掌 作業用 ()		その他		
手継手	固定	固定回旋式	交換式 (ネジ	クイックチェンジ	屈曲
	回旋	その他)			
	能動ブロック ()		能動ヒンジ ()		
肘継手	単軸	倍動	多軸	たわみ	手動ロック・ブロック
	ロック・ヒンジ	骨格	手動		
肩継手	遊動	屈曲外転	隔板	ユニバーサル	外転
	その他				
ハーネス (材質)	8字	胸郭バンド	肩サドル	9字	上腕カフ
	三頭筋バンド	その他			
	布ベルト	皮革	ダクロン	その他	
特記事項 (指示)					
処方	年 月 日		仮合せ	年 月 日良・不良	
	年 月 日			年 月 日良・不良	
採型	年 月 日		適合判定		
	年 月 日		年 月 日		

別添様式例第 5 号 (2)

義足処方箋 (新規・再交付)

氏名	男・女	明大昭平	年	月	日生 () 歳
住所	〒	—	(具体的に) 職業		
切断部位 (右・左・両)	断端長				cm
医学的所見 (異常無・有)					
処方義足ソケット	股	大腿	膝	下腿	サイム 足根中足 足指
	在来式 カナダ式 その他	在来式 差込み式 吸着式 全面接触式 その他	在来式 2重ソケット その他	在来式 PTB PTS KBM その他	在来式 カナダ式 2重ソケット その他
内ソケット	(材質) 合成樹脂		アルミ	木	皮革 その他
幹部	有 (皮革・スポンジ・ピーライト・その他)				無
股継手	殻構造	骨格構造 ()			筋金 その他
膝継手	固定	遊動 ()			その他
	単軸	(前止め 横引き 固定 固定)	ヒンジ 遊動	ブロック 遊動	
	安全膝 ()	空油圧制御 ()			
	多軸 ()	その他 ()			
足継手	単軸 ()	多軸	固定	SACH	ドリッガー足 その他
懸垂方法	肩吊带	股吊	腰吊	骨盤帯	シレジアバンド
その他 (オプション)	大腿コルセット	その他			
	ターンテーブル	キャブシャフト	トルクアブソーバー		
	膝伸展補助装置 ()				
特記事項 (指示)					

処方	年 月 日			仮合せ	年 月 日良・不良
	年 月 日				年 月 日良・不良
採型	年 月 日			適合判定	年 月 日

別添様式例第5号 (3)

装具処方箋 (新規・再交付)

氏名	男・女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 () 歳	
住所	職 (具体的に)			
病名	医 (処方上重要な点) 学的所見			
処方	1. 上肢装具 a) 肩装具 b) 肘装具 c) 手背屈装具 d) 長対立装具 e) 短対立装具 f) 把握装具 g) MP屈曲 (伸展) 装具 h) 指装具 i) B. P. O 2. 下肢装具 a) 股装具 b) 長下肢装具 c) 膝装具 d) 短下肢装具 e) ツイスター f) 足底装具 3. 体幹装具 a) 頸椎装具 b) 胸椎装具 c) 腰椎装具 d) 仙腸装具 e) 側彎矯正装具 4. 靴型装具 a) 長靴 b) 半長靴 c) チャッカ靴 d) 短靴 5. その他			
装具	股	1. 形 a) 遊動 b) 伸展制限付 c) 内外転換番 d) 継手なし (全固定) ※角度指定時は備考欄に記入 2. ロック a) 輪止め b) その他 3. その他	足	1. 支柱との接続 a) あぶみ b) キャリパー c) その他 2. 靴 a) 短靴 b) 編上靴 c) その他 3. 開き a) 外科開き b) 外羽根 c) その他 4. 足板 a) 足袋型 b) 足底板 (皮革・プラスチック) c) その他 5. シューインサート・足底押板 (材質・形式指示) 6. ヒール a) 標準 b) SACH c) トーマス d) ウェッジ e) トルク (内・外) f) その他 7. ソール a) 標準 b) 中足パー c) ロッカー底 d) その他 (※補高 ヒール 外 <u> </u> cm, 内 <u> </u> cm ソール <u> </u> cm) 8. アーチ支え a) 縦のアーチ b) 横のアーチ 9. フレアー (ヒール・ソール) (寸法指示) 10. くさび (ヒール・ソール) (寸法指示) 11. 長い月形 (内・外) 12. ふまず金 a) 標準 b) 特別 (指示) 13. その他
	下	1. 軸 a) 単軸 b) 多軸 c) その他 2. 材質 a) 金属 b) プラスチック c) その他 3. 形 a) 遊動 b) 継手なし (全固定) c) オフセット d) 膝伸展制限付 e) 角度調節装置付 (ターン・バックル・ダイヤル・その他) (※可動域又は 屈曲 <u> </u> 度 固定角度 伸展 <u> </u> 度) 4. ロック a) 輪止め (内・外) b) スイス止め c) その他 d) ロックなし 5. 膝おさえ a) コーパッド b) その他 c) なし 6. 矯正パッド (内・外・その他) 7. プレティビアル・シェル 8. 反張膝用装具 (形式指示) 9. プラスチック膝装具 (形式指示) 10. 軟性膝装具 (形式指示) 11. その他	下	
	手		支	1. 支柱 a) 材質 (鉄・軽合金・その他) b) 両側 c) 1側 (内・外) 2. 支持部 a) 半月 b) モールド・コルセット (皮革・プラスチック・その他) c) その他 3. ツイスタ a) 両・右・左 b) ゴム・ケーブル c) 内装用・外装用 4. その他 (注) 半月の形・位置, コルセットの形状, 止めに用いるバンド, その他の特別な材料等については図示又は記述
	足	1. 材質 a) 金属 b) プラスチック c) その他 2. 形 a) 箱型 b) 二枚重ね c) 継手なし (全固定) d) クレンザック (正・逆・二重・挿入り) e) パネ又はコイル (内・外) f) その他 (※可動域又は 底屈 <u> </u> 度 固定角度 背屈 <u> </u> 度) 3. ストラップ (内・外・前おさえ・その他) 4. プラスチック短下肢装具 (形式指示) 5. 軟性短下肢装具 (形式指示) 6. その他	足	免 荷 装 置	1. 坐骨支持 (形式指示) 2. PTB式 3. 歩行あぶみ付 4. その他

骨盤帯	1 骨盤帯 a)一重 b)二重 c)その他	1 肩関節装具 a)肩外転装具 b)肩甲骨保持装具 c)その他
	2 バタフライ (両・右・左)		2 肘関節装具 a)保持装具 b)動的指示装具 c)その他
体幹装具	3 その他	3 手部・指装具 a)対立装具 (長・短) b)把持装具 (形式・駆動源指示) c)手背屈装具 (パネル・その他) d)トーマス形懸垂装具 e)オープンハイマー形装具 f)MP用装具 (ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・その他) g)指装具 (指用ナックルベンダ・逆ナックルベンダ・時計バネ装具・安全ピン装具・その他) h)手部 (含手関節) 固定用装具 i)その他
	1 基本構造 a)軟性 b)準硬性 c)硬性	4 特殊装具 (BFO・機能的上肢装具・その他)
	2 目的部位 (仙腸・腰・胸・頸)	5 その他の上肢装具 (詳細記述)
	3 コントロールの方向 (屈曲・伸展・側屈・回旋)	
	4 型 a)軟性コルセット b)ナイト c)テラー d)ナイト・テラー e)スタインドラー f)ジュウエット g)ウイリアムス h)モールドジャケット i)その他	
	5 側彎矯正装具 a)ミルウォーキ b)アンダーアーム (形式指示) c)その他	
	6 頸椎装具 a)カラー b)支柱つき c)モールド d)その他	
備考1	装具の略図を描き、必要に応じて説明をつける	追加・変更事項 (年月日記入)
2	その他にチェックした時は必ず処方の詳細を記述する	
3	パーツの寸法・材質・色等、特に指定する時は記述する	
指示事項		
	処方 年 月 日	仮合せⅠ 年 月 日
	採型 年 月 日	仮合せⅡ 年 月 日
	仮合せⅠ 年 月 日	適合判定 年 月 日

別添様式例第 5 号 (4)

車 椅 子 処 方 箋

氏名	男 女		明・大・昭・平		年	月	日生	歳	
住所	TEL ()								
病名			医学的 所見	体重	kg	車椅子への移乗能力	自立・介助		
職業(具体的に)									
種 類	1 後輪駆動式(普通型) 2 前輪駆動式(トラペラー)	ハ ン ド リ ム 駆 動 輪	1 径 a) 16 b) 19 c) 22 mm	キ ャ ス タ ー	1 径 5, 6, 7, 8 インチ 2 タイヤ a) ソリッド b) 空気入り				
	1 固定式 2 折りたたみ式 a) シングルブレース b) ダブルブレース		2 材質 a) 軽合金 b) 鉄 c) ステンレス d) その他		附 属 品 (オ プ シ ョ ン)	1 杖置き a) 右 b) 左 2 ポケット a) 背もたれ b) その他 3 車椅子用テーブル 4 腰受け(ヒールループ) 5 足部ストラップ 6 シートベルト 7 座板 8 シートクッション 材質 _____ 厚さ _____ mm			
	1 片手駆動式 a) 右 b) 左 2 簡易型 a) 中車輪付 b) グライダ c) パキ d) その他 3 主動チェーン式 4 その他		1 標準 2 ノブつき a) 水平 b) 垂直 c) 握り 4ケ, 6ケ, 8ケ, 10ケ 3 すべり止め a) ゴム b) 皮 c) その他 4 その他						
	1 径 a) 16 b) 19 c) 22 mm 2 材質 a) 鉄 b) ステンレス c) 軽合金		1 径 18, 20, 22, 24 インチ その他 2 ホイール材質 a) 鉄 b) 軽合金 c) ステンレス 3 タイヤ a) ソリッド b) 空気入(チューブあり チューブなし)			9 その他			
背(ハ ック レ ス ト れ)	1 固定式 2 着脱式 3 折りたたみ式 1 標準型 a) 右 b) 中 c) 左 2 後開き a) セミ b) フル 3 リクライニング a) 固定 b) 取外し 4 ヘッドレスト a) 固定 b) 取外し c) 不要 5 にぎり(ハンドル) a) 固定 b) 取外し c) 不要	測定寸法 測定値を()内に記入							
肘(ア ーム レ ス ト で)	1 標準型 1 固定式 2 デスク型 2 着脱式 3 その他 a) ボールロック b) ピンロック スカートガード a) 要 b) 不要 タイヤガード a) 要 b) 不要 a) 軟性パッド b) 硬性パッド c) パッドなし	指定寸法 測定値を()内に記入 — 内の値は参考値 ※印は必要な場合のみ記入							
フット レ ス ト	フット レ ス ト 1 固定式 2 伸縮式 3 開き式 (スイングアウト) 4 学上式 5 着脱式 レサ グ 1 両側兼用 2 片側独立	フット プ レ ス ト 1 固定式 2 取外し式 3 折りたたみ式 材 質 a) 軽合金 b) プラスチック c) ベルト トゥガード a) 右 b) 左	備考: 1 その他に印したときは、必ず処方内容を 記述すること。 2 色、材質、患者の希望事項などを記述す ること。						
ブレーキ	キャスターブレーキ 要 不要		シ ー ト 1 標準 2 切り込み板 a) 着脱式 b) 折りたたみ式 3 その他						
処方	年	月	日	適合判定	年	月	日	出来上がり重量 _____ kg	

別添様式例第 5 号 (5)

電 動 車 椅 子 処 方 箋

氏 名			男 女	明・大・昭・平 年 月 日 生 歳			
住 所	宛 () -						
病 名			医 学 的 所 見	体 重	kg	車椅子への移乗	自立 介助
職 業 (具体的に)							
主 な 使用場所	屋内・屋外 ()						
種 類	1. 標準型 2. リクライニング式 3. その他			車名			
車 体	1. 背もたれ傾斜角度調節 2. 背もたれ着脱 3. アームレスト着脱 4. フットレスト挙上式 5. 車体の折りたたみ 6. 手押し走行 7. 補助ブレーキ 8. その他						
	寸 法	1. メーカー標準 2. 指定		a) シート幅	_____cm	b) シート高	_____cm c) その他
バッテ リー	1. 一般自動車用 2. その他		充電器	1. 内蔵 2. 独立			
制 御 (シ ョ イ ス テ ィ ク)	操 作 源	1. 上肢 2. 頭部 (チン, マウス, 額) 3. 音声 4. その他					
	制 御 ボ ッ ク ス	1. 位 置	a) 右	b) 左	c) その他		
		a) 固定式	b) 調節式	c) 移動式			
	2. スイッチ	a) メーカー標準		b) 指定			
	3. レバーの形	a) メーカー標準		b) 指定			
	4. レバーの長さ	a) メーカー標準		b) 指定		cm	
	5. レバーの抵抗 (重さ)	a) メーカー標準		b) 指定 (現物で指定)			
附 属 品	1. シートベルト 2. バックミラー 3. 警笛 4. シートクッション 5. その他						
備考 (指定, その他の内容, 患者希望などを記入)							
処 方	年 月 日		適 合 判 定	年 月 日			

補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名	年 月 日 生 (歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害の状況 (下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する)	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称
	処 方
	使用効果見込み
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	

㊟

補装具費支給決定通知書

年 月 日							
(申請者) 様							
市町村長							
標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。							
対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年 月 日	性別		電話		
支給番号				支給決定日	年 月 日		
決定内容							
補装具業者	名称						
	所在地						
	電話						
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円					
月額負担上限額							
円				円		円	
教示事項							

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 決 定 日		年 月 日	
氏 名		生年月日		年 月 日	
住 所					
保 護 者 氏 名				続 柄	
補 装 具 の 名 称		修 理 部 位			
補 装 具 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額		見 積 額		利 用 者 負 担 額	
円		円		円	
月 額 負 担 上 限 額		円		円	
円		円		円	
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日					
市町村長					
判 定 検 査	判 定 年 月 日	平 成 年 月 日	判 定 員 職 氏 名	㊟	
受 領	受 領 年 月 日	平 成 年 月 日	受 領 者 氏 名	㊟	本 人 と の 関 係

却下決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市(町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

年 月 日に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇市町村長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇市町村長を被告として(訴訟において市町村を代表する者は市町村長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

補 装 具 費 支 給 申 請 決 定 簿

申請 受付 月日	ケース 番号	氏名	居住地	手帳 番号	購入・修 理の別	判定依頼 年月日 判定書受 付年月日	支給 決定 月日	支給 番号	補装具の 名称及び 修理部位	補装 具業 者名	基準 額	利用 者負 担額	世帯 区分	適合 判定 月日	引渡 月日	補装具 費支払 月日	支払 金額

国立更生援護施設等の入所事務等について

平成18年8月24日
障害福祉課施設管理室

1 国立更生援護施設

障害者支援施設の指定について

- 国立更生援護施設は、平成18年10月より障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設に位置付けられることから、施設所在地の道県知事に対して指定手続きを行うこととなるので、関係道県（北海道、栃木県、埼玉県、静岡県、兵庫県、福岡県、大分県）におかれては、円滑な指定が図られるよう特段のご配慮をお願いする。

施設利用者の支給決定等について

- 従来、国立更生援護施設の利用については、市町村の意見書に基づき行っていたが、平成18年10月以後においては、「市町村からの支給決定」を受け、市町村が交付する「受給者証」により行うこととなるとともに、自立支援給付についても市町村から給付を受けることになるので、関係市町村に対して周知方お願いする。
- なお、国立更生援護施設は事業者に関する経過措置がないため、平成18年10月以降引き続き施設を利用する現入所者については、速やかに支給決定手続きが行われるよう関係市町村に対して周知徹底方よろしくお願いする。

障害福祉計画の適切な反映について

- 国立更生援護施設への入所は全国の障害者を対象としており、現入所者についてみれば、その出身地は45都道府県373市町村に及んでいる。これら利用者について、各都道府県、市町村において策定する障害福祉計画のサービス見込み量等に適切に反映されるようお願いする。

1 国立更生援護施設の概要

施設名	所在地	現行事業内容等	
<p>国立身体障害者リハビリテーションセンター (更生訓練所・病院・研究所・学院)</p> <p>TEL 04-2995-3100 FAX 04-2995-3102 http://www.rehab.go.jp/</p> <p>我が国の身体障害者の中核的リハビリテーション施設として以下の事業等を実施。</p> <p>①身体障害者に対する総合的リハビリテーション ②リハビリテーション技術の研究と開発 ③リハビリテーション関係専門職員の養成・研修 ④リハビリテーションに関する情報の収集と提供 ⑤リハビリテーションに関する国際協力</p>	<p>埼玉県 所沢市</p>	<p>ア 一般リハビリテーション課程(就労移行支援を予定) 肢体不自由、聴覚言語障害、視覚障害等に対し、職業、職能訓練の実施</p> <p>イ 理療教育課程(就労移行支援(養成施設)を予定) 中途失明者等に対し、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師の養成のための教育訓練の実施 ・高卒3年課程 ・中卒5年課程</p> <p>ウ 生活訓練課程(自立訓練(機能訓練・生活訓練)を予定) 中途失明者等に対し、社会生活に適應させるために必要な歩行訓練、コミュニケーション訓練等の生活訓練の実施 また、高次脳機能障害者に対するコミュニケーション訓練等の生活訓練の実施</p>	
<p>国立 立 光 明 寮</p>	<p>国立函館視力障害センター TEL 0138-59-2751 FAX 0138-59-4383 http://www.hakodate-nhb.go.jp/</p>	<p>ア 理療教育課程(就労移行支援(養成施設)を予定) 中途失明者等に対し、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師の養成のための教育訓練の実施 ・高卒3年課程 ・中卒5年課程</p> <p>イ 生活訓練課程(自立訓練(機能訓練)を予定) 中途失明者等に対し、社会生活に適應させるために必要な歩行訓練、コミュニケーション訓練等の生活訓練の実施</p>	
	<p>国立塩原視力障害センター TEL 0287-32-2934 FAX 0287-32-2941 http://www.shiobara-nhb.go.jp/</p>		<p>北海道 函館市</p>
	<p>国立神戸視力障害センター TEL 078-923-4670 FAX 078-928-4122 http://www.kobe-nhb.go.jp/</p>		<p>栃木県 那須塩原市</p>
	<p>国立福岡視力障害センター TEL 092-806-1361 FAX 092-806-1365 http://www.fukuoka-nhb.go.jp/</p>		<p>兵庫県 神戸市</p>
<p>国立 立 保 養 所</p>	<p>国立伊東重度障害者センター TEL 0557-37-1308 FAX 0557-36-0571 http://www.ito-nrh.go.jp/</p>	<p>主に肢体不自由者で最重度といわれる「頸髄損傷」に対し以下の訓練を実施(自立訓練(機能訓練)を予定) ・理学療法・作業療法等の医学的リハビリテーションの実施 ・職能訓練 ・ケースワーク、心理判定等の社会的・心理的リハビリテーションの実施</p>	
	<p>国立別府重度障害者センター TEL 0977-21-0181 FAX 0977-21-2794 http://www.beppu-nrh.go.jp/</p>		<p>静岡県 伊東市</p> <p>大分県 別府市</p>
<p>国害 立 児 知 施 的 設 障</p>	<p>国立秩父学園 TEL 042-992-2839 FAX 042-995-2253 http://www.chichibu-gakuen.go.jp/</p>	<p>埼玉県 所沢市</p> <p>知的障害の程度が著しい児童または視覚等に障害のある知的障害児に対する保護・指導の実施 ※契約制度へ移行</p>	

2 国立更生援護施設入所者の出身市町村一覽

(平成18年8月17日現在)

	出身都道府県	出身市町村	利用者数
1	北海道	函館市	12
2		札幌市	9
3		旭川市	3
4		北見市	1
5		網走市	2
6		江別市	2
7		苫小牧市	1
9		岩見沢市	2
10		千歳市	1
11		名寄市	1
12		白老町	1
13		知内町	1
14		浜中町	1
15		北斗市	3
16		八雲町	2
17		上磯町	1
18		根室市	1
19		室蘭市	1
20		枝幸町	1
21		平取町	1
22		青森県	青森市	3
23	黒石市		1
24	十和田市		2
25	八戸市		2
26	板柳町		1
27	田子町		1
28	横浜町		1
29	五所川原市		1
30	階上町		1
31	東北町	1	
32	六ヶ所村	1	
33	岩手県	久慈市	2
34		盛岡市	2
35		陸前高田市	2
36		普代村	1
37		金ヶ崎町	1
38		滝沢村	1
39		二戸市	1
40		一関市	1
41		花巻市	1
42		矢巾町	1
43		宮古市	1
44	宮城県	仙台市	4
45		気仙沼市	3
46		東松島市	2
47		鳴子町	1
48		名取市	2
49	美里町	1	
50	登米市	1	
51	秋田県	鹿角市	1
52		北秋田市	1
53		横手市	1
54		美郷町	1
55	大仙市	1	
56	山形県	山形市	1
57		天童市	1
58	福島県	福島市	1
59		郡山市	1
60		いわき市	1
61		棚倉町	1
62		二本松市	1
63		東和町	1
64		郡山市	2
65		塩川町	1
66	茨城県	水戸市	1
67		土浦市	2
68		結城市	4

	出身都道府県	出身市町村	利用者数	
69	茨城県	筑西市	4	
70		日立市	3	
71		桜川市	2	
72		鹿嶋市	2	
73		石岡市	1	
74		牛久市	2	
75		古河市	1	
76		取手市	2	
77		龍ヶ崎市	1	
78		北茨城市	2	
79		常陸大宮市	1	
80		神栖町	1	
81		下館市	1	
82		茨城町	1	
83		栃木県	宇都宮市	2
84			今市市	1
85			大田原市	1
86			足利市	1
87			佐野市	2
88			栃木市	1
89			那須塩原市	3
90	那須町		1	
91	芳賀町		1	
92	益子町		1	
93	河内町		1	
94	大平町	2		
95	日光市	2		
96	真岡市	1		
97	群馬県	高崎市	3	
98		伊勢崎市	2	
99		桐生市	3	
100		沼田市	1	
101		前橋市	3	
102		渋川市	3	
103		富岡市	2	
104		太田市	1	
105		邑楽町	1	
106		大泉町	1	
107		安中市	1	
108	榛東村	1		
109	吉岡町	1		
110	月夜野町	1		
111	埼玉県	さいたま市	11	
112		ふじみ野市	1	
113		羽生市	2	
114		越谷市	3	
115		狭山市	5	
116		戸田市	1	
117		坂戸市	1	
118		三芳町	1	
119		所沢市	14	
120		小鹿野町	1	
121		松伏町	1	
122		菫蒲町	1	
123		上尾市	4	
124		朝霞市	1	
125	東松山市	1		
126	入間市	1		
127	八潮市	1		
128	北本市	2		
129	嵐山町	1		
130	蓮田市	2		
131	富士見市	1		
132	新座市	1		
133	鳩山町	1		
134	蕨市	1		
135	川越市	1		

	出身都道府県	出身市町村	利用者数	
136	埼玉県	川口市	6	
137		川島町	1	
138		草加市	1	
139		秩父市	2	
140		岡部町	1	
141		警宮町	2	
142		白岡町	1	
143		日高市	1	
144		三郷市	1	
145		千葉県	千葉市	4
146			流山市	2
147			船橋市	3
148			柏市	3
149			野田市	2
150	市原市		1	
151	成田市		1	
152	旭市		2	
153	袖ヶ浦市		2	
154	印西市		2	
155	鎌ヶ谷市		1	
156	いすみ市		1	
157	市川市		3	
158	松戸市		2	
159	木更津市	1		
160	東京都	あきる野市	1	
161		稲城市	1	
162		葛飾区	6	
163		江戸川区	3	
164		江東区	4	
165		渋谷区	2	
166		荒川区	3	
167		小平市	1	
168		新宿区	3	
169		杉並区	7	
170		世田谷区	3	
171		清瀬市	2	
172		足立区	3	
173		台東区	2	
174		練馬区	7	
175		大田区	4	
176		中野区	1	
177		町田市	1	
178		東久留米市	4	
179		東村山市	2	
180		板橋区	4	
181		豊島区	2	
182		府中市	2	
183		武蔵村山市	3	
184		武蔵野市	2	
185		文京区	2	
186		北区	2	
187		墨田区	2	
188		立川市	4	
189		昭島市	1	
190		日野市	1	
191		多摩市	1	
192		港区	1	
193		国分寺市	1	
194		西東京市	2	
195		調布市	1	
196		奥多摩町	1	
197		神奈川県	座間市	1
198			横浜市	5
199			川崎市	2
200			相模原市	1
201			大和市	1
202		厚木市	1	
203		新潟県	柏崎市	3
204			阿賀野市	1
205			新潟市	5
206			朝日村	1
207			長岡市	1
208			真野町	1
209	小須戸町		1	

	出身都道府県	出身市町村	利用者数	
211	富山県	小矢部市	1	
212		高岡市	1	
213	石川県	金沢市	1	
214	福井県	三国町	1	
215		敦賀市	1	
216	山梨県	富士河口湖町	1	
217		山梨市	1	
218		都留市	1	
219	長野県	上田市	1	
220		佐久市	1	
221	岐阜県	岐阜市	1	
222		岐南町	1	
223		下呂市	1	
224	静岡県	静岡市	5	
225		伊東市	1	
226		沼津市	6	
227		焼津市	1	
228		島田市	2	
229		熱海市	1	
230		函南町	2	
231		浜松市	2	
232		袋井市	1	
233		浜北市	1	
234		菊川市	1	
235		愛知県	名古屋市	9
236			豊田市	1
237			清須市	1
238	愛西市		1	
239	春日井市		1	
240	津島市		1	
241	稲沢市		1	
242	北名古屋市		1	
243	一宮市		1	
244	田原市		1	
245	西尾市		2	
246	三重県	桑名市	1	
247		伊勢市	1	
248		南伊勢町	1	
249	滋賀県	甲良町	1	
250		愛荘町	1	
251		守山市	1	
252	長浜市	1		
253	京都府	福知山市	1	
254		亀岡市	1	
255		舞鶴市	1	
256		久御山町	1	
257		綾部市	1	
258		大阪府	東大阪市	1
259	島本町		1	
260	大阪市		2	
261	柏原市		1	
262	茨木市		3	
263	兵庫県		神戸市	15
264			明石市	7
265			小野市	1
266			西宮市	3
267			姫路市	5
268		芦屋市	1	
269		三木市	1	
270		丹波市	2	
271		加古川市	3	
272		高砂市	1	
273	尼崎市	3		
274	宍粟市	1		
275	多可町	1		
276	上郡町	1		
277	淡路市	1		
278	奈良県	奈良市	1	
279	鳥取県	鳥取市	1	
280	島根県	松江市	1	
281	広島県	広島市	1	
282		東広島市	2	
283		呉市	2	
284		山口県	下関市	1

210	出身都道府県	出身市町村	利用者数
		川西町	1
286	山口県	美祿市	1
287	徳島県	徳島市	1
288		阿南市	1
289	香川県	観音寺市	1
290	愛媛県	伊予市	1
291		松山市	3
292		東温市	1
293		今治市	1
294	高知県	安芸市	1
295		高知市	1
296	福岡県	鞍手町	2
297		宇美町	1
298		うきは市	1
299		金田町	1
300		古賀市	2
301		行橋市	1
302		香春町	1
303		志免町	1
304		大牟田市	2
305		直方市	1
306		粕屋町	1
307		福岡市	21
308		北九州市	8
309		久留米市	2
310		筑紫野市	1
311		川崎町	1
312		大刀洗町	1
313		宗像市	1
314		みやこ町	1
315		田川市	2
316		飯塚市	4
317		大任町	1
318		柳川市	1
319		八女市	1
320		福津市	1
321	佐賀県	基山町	1
322		鳥栖市	2
323		唐津市	1
324		有田町	1
325		佐賀市	1
326		肥前町	1
327		嬉野市	1
328		みやき町	2
329	長崎県	佐世保市	3
330		苓崎市	1
331		南島原市	1
332		西海市	1
333		長崎市	4
334		諫早市	3
335		北有馬町	1
336		佐々町	1
337		大村市	1
338		玉之浦町	1
339	熊本県	熊本市	2
340		山鹿市	1
341		山都町	1
342		小国町	1
343		相良村	1
344		南小国町	1
345		水上村	1
346		益城町	1
347		蘇陽町	1
348		天草市	1
349		合志市	1
350	大分県	宇佐市	2
351		大分市	4
352		別府市	1
353		日田市	1
354		佐伯市	1
355		豊後大野市	1
356		国東市	1
357		津久見市	1
358	宮崎県	宮崎市	1

285	出身都道府県	出身市町村	利用者数
		防府市	1
359	宮崎県	延岡市	1
360		都城市	1
361		日南市	2
362		西都市	1
363	鹿児島県	鹿児島市	4
364		出水市	1
365		大崎町	1
366		枕崎市	1
367		奄美市	1
368	沖縄県	宜野湾市	1
369		那覇市	3
370		宮古島市	1
371		上野村	1
372		佐敷町	1
373		南城市	2

合計 45都道府県 373市町村

2 国立のぞみの園

のぞみの園の概要について

○独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園は、重度の知的障害者に対する自立のための先導的かつ総合的な支援の提供、並びに、調査及び研究等を行い、知的障害者の福祉の向上を図ることを目的とした法人である。

施設利用者の支給決定等について

- 平成18年10月以降において当施設へ入所する場合の手続きは、「市町村からの支給決定」を受け、市町村が交付する「受給者証」により行うこととなるとともに、自立支援給付についても市町村から給付を受けることになるので、関係市町村に対して周知方お願いします。
- なお、のぞみの園には事業者に関する経過措置がないため、平成18年10月以降、引続き施設を利用する現入所者については、市町村から新たな障害程度区分による支給決定を受ける必要があるため、この点についても関係市町村に対して、周知徹底方よろしくお願いします。

障害福祉計画の適切な反映について

○のぞみの園への入所は、全国を対象としており、現入所者についてみれば、その出身地は44都道府県265市区町村に及んでいるところであり、各都道府県、市区町村において策定する障害福祉計画においては、のぞみの園の入所者の地域移行を念頭に置きながら数値目標を設定する等サービス見込み量等について、当施設の利用者が適切に反映されるようお願いします。

3 独立行政法人のぞみの園施設入所者の出身市町村一覧

(平成18年8月17日現在)

	出身都道府県	出身市町村	利用者数
1	北海道	士幌町	1
2		釧路市	1
3		苫小牧市	1
4		札幌市	1
5		稚内市	1
6		北見市	1
7		江差市	1
8		伊達市	1
9		帯広市	1
10	岩手県	奥州市	1
11		大槌町	1
12		花巻市	1
13		北上市	1
14		一関市	1
15	宮城県	仙台市	1
16	秋田県	秋田市	1
17		五城目町	1
18	山形県	山形市	1
19		飯豊町	1
20		三川町	1
21		長井市	1
22	福島県	郡山市	2
23		相馬町	1
24		西郷村	1
25	茨城県	結城市	1
26		日立市	2
27		伊奈町	1
28		土浦市	2
29		水戸市	3
30		筑西市	3
31		常陸太田市	1
32		高萩市	1
33		古河市	1
34		栃木県	宇都宮市
35	栃木市		1
36	鹿沼市		1
37	足利市		2
38	小山市		2
39	岩舟町		1
40	大平町		1
41	河内町		2
42	那須町		1
43	大田原市		1
44	塩谷町		1
45	群馬県	渋川市	1
46		伊勢崎市	2

	出身都道府県	出身市町村	利用者数
47	群馬県	前橋市	8
48		下仁田町	1
49		榛名町	2
50		玉村町	1
51		高崎市	22
52		安中市	2
53		みどり市	1
54		太田市	3
55		東吾妻町	1
56		神流町	2
57		甘楽町	2
58		藤岡市	1
59		中之条町	1
60		富岡市	3
61	埼玉県	さいたま市	6
62		川口市	3
63		三芳町	1
64		熊谷市	1
65		川越市	2
66		宮代町	1
67		草加市	2
68		寄居町	1
69		狭山市	1
70		東松山市	1
71		吉川市	1
72		羽生市	2
73		鳩山町	1
74		坂戸市	1
75		ふじみ野市	1
76		小川町	2
77		深谷市	2
78		幸手市	1
79	鴻巣市	1	
80	春日部市	2	
81	上尾市	1	
82	入間市	2	
83	所沢市	1	
84	吉見町	1	
85	皆野町	1	
86	北本市	1	
87	三郷市	1	
88	東京都	港区	1
89		新宿区	2
90		文京区	1
91		台東区	2
92		墨田区	2

17

	出身都道府県	出身市町村	利用者数
93	東京都	江東区	2
94		品川区	3
95		目黒区	3
96		大田区	3
97		世田谷区	5
98		渋谷区	1
99		杉並区	2
100		豊島区	4
101		北区	5
102		荒川区	3
103		板橋区	4
104		練馬区	8
105		足立区	7
106		葛飾区	4
107		江戸川区	6
108		八王子市	3
109		立川市	1
110		武蔵野市	2
111		三鷹市	4
112		青梅市	2
113		府中市	1
114		昭島市	2
115	調布市	1	
116	小金井市	2	
117	日野市	1	
118	東村山市	1	
119	国分寺市	2	
120	東大和市	1	
121	東久留米市	3	
122	瑞穂町	1	
123	千葉県	船橋市	6
124		八千代市	3
125		浦安市	2
126		野田市	1
127		松戸市	2
128		市川市	6
129		匝瑳市	1
130		白子町	1
131		鴨川市	1
132		佐倉市	2
133		銚子市	2
134		南房総市	1
135		睦沢町	1
136		いすみ市	1
137		館山市	1
138		柏市	3
139		八街市	1
140		千葉市	9
141	神奈川県	相模原市	5

	出身都道府県	出身市町村	利用者数
142	神奈川県	南足柄市	1
143		小田原市	2
144		平塚市	1
145		川崎市	4
146		城山町	1
147		大和市	1
148		横須賀市	1
149		座間市	1
150		秦野市	1
151		厚木市	2
152		藤沢市	2
153		横浜市	12
154		新潟県	小千谷市	2
155	阿賀町		1
156	南魚沼市		3
157	栃尾市		1
158	佐渡市		1
159	川口町		2
160	田上町		1
161	魚沼市		1
162	長岡市		7
163	三条市		3
164	柏崎市	1	
165	新潟市	2	
166	燕市	1	
167	富山県	富山市	2
168		滑川市	2
169		入善町	1
170	石川県	金沢市	2
171		加賀市	1
172		七尾市	1
173	福井県	鯖江市	1
174	山梨県	甲府市	3
175		南部町	1
176		甲斐市	1
177		北杜市	1
178		大月市	1
179		増穂町	1
180	長野県	長野市	5
181		北相木村	1
182		佐久市	2
183		小諸市	1
184		上田市	1
185		南牧村	1
186	岐阜県	恵那市	1
187		郡上市	1
188		東白川村	1
189		岐阜市	2
190		多治見市	1

	出身都道府県	出身市町村	利用者数
191	静岡県	三島市	2
192		静岡市	2
193		伊豆の国市	1
194		川根本町	1
195		藤枝市	1
196		裾野市	1
197		浜松町	1
198		湖西市	1
199		掛川市	1
200		沼津市	1
201		森町	1
202	愛知県	小牧市	1
203		一宮市	2
204		豊橋市	1
205		弥富町	1
206		一色町	1
207		名古屋市	6
208		瀬戸市	2
209		阿久比町	1
210		豊田市	1
211		三重県	御浜町	1
212	伊勢市		1
213	滋賀県	東近江市	1
214		彦根市	1
215	京都府	福知山市	1
216		精華町	1
217		綾部市	1
218	大阪府	守口市	2
219		高槻市	1
220		大阪市	2
221		八尾市	1
222	兵庫県	播磨町	1
223		宝塚市	1
224		神戸市	4
225		西宮市	1
226		豊岡市	3
227		相生市	1
228		赤穂市	2
229	奈良県	天川村	1
230	和歌山県	和歌山市	1
231		紀の川市	1
232	鳥取県	八頭町	1
233		琴浦町	1
234		鳥取市	1
235	島根県	益田市	1
236		出雲市	2
237		雲南市	2
238		松江市	1

	出身都道府県	出身市町村	利用者数
239	岡山県	岡山市	1
240		瀬戸町	1
241		倉敷市	1
242	広島県	廿日市市	1
243		広島市	4
244		尾道市	1
245		北広島町	1
246		三原市	1
247		山口県	岩国市	1
248	周南市		1
249	徳島県	阿南市	1
250	香川県	小豆島市	1
251		丸亀市	2
252	愛媛県	今治市	1
253		伊方町	1
254		松山市	1
255	高知県	高知市	1
256		土佐町	1
257		土佐市	1
258	福岡県	北九州市	2
259		大牟田市	1
260	佐賀県	小城市	1
261	熊本県	山鹿市	1
262	大分県	大分市	2
263	宮崎県	高鍋町	1
264		宮崎市	3
265	鹿児島県	いちき串木野市	1

合計	44 都道府県
	265 市区町村

精神保健福祉法改正関係について

平成18年8月24日

目次

1 入院患者の処遇の改善

○定期病状報告制度の見直し

- ・任意入院患者に対する定期病状報告制度の導入 1
- ・医療保護入院患者の定期病状報告の様式の見直し 5
- ・措置入院患者の定期病状報告の頻度の見直し 5

○長期任意入院患者に同意の再確認を求める仕組みの導入 6

○隔離及び身体拘束等の行動制限について一覽性のある台帳の整備 7

○精神障害者の適切な処遇の確保 9

2 精神科救急医療体制の確立

○緊急時における入院等に係る診察の特例措置の導入 12

3 精神保健指定医の指定 23

1 入院患者の処遇の改善

定期病状報告制度の見直し

I 任意入院患者に対する定期病状報告制度の導入

(1) 改正ポイント

都道府県知事は、改善命令等を受けた精神科病院に入院する任意入院患者の適切な処遇を確保するため、条例に基づき、①一定の要件に該当する精神科病院の管理者に対し、②一定の要件に該当する任意入院患者について、③当該患者の病状等に関する報告を求めることができ、さらに、当該患者の処遇の妥当性について精神医療審査会に諮ることができる。

(2) 省令等で規定する内容

① 報告を求められることができる精神科病院の管理者の要件

改善命令等を受けた精神科病院の管理者であって、当該命令を受けた日から5年を経過しないもの及びこれに準ずる者(当該命令を受けた日から5年を経過してもなお改善されないと認められる者とする。)

② 報告を求められることができる任意入院患者の要件

現に任意入院している者であって、入院後1年以上経過している又は開放処遇の制限(隔離・拘束を含む)を受けている者。

「開放処遇の制限を受けている者」とは、入院時より6ヶ月の間に、本人の求めに応じて病院の自由な出入りを夜間を除いて制限されている者であること。

③ 報告の頻度

(ア) 入院後1年以上経過している者については、入院時から12ヶ月ごと

(イ) 開放処遇の制限を受けている者については、入院時から6ヶ月経過時を目途とすること。(1年以上経過している者については、(ア)で対応)

④ 報告を求められることができる内容

省令において報告事項を定めるとともに、通知において報告様式(別添1:P1)を提示する予定。

⑤ 報告後の処理

報告された者の処遇の妥当性について精神医療審査会に諮ることができる(現行の医療保護入院と同様に取り扱うことができる。)

(3) 条例で規定する内容

任意入院者に対する定期病状報告制度に関する条例を制定する。

- ・報告を求める手続き

(2)①の条件に該当する精神科病院の管理者は定期的(医療保護入院に係る定期病状報告と同様)に報告書を提出しなければならない。

- ・報告内容

(2)②の条件に該当する任意入院患者に係る病状等(報告様式については、通知で提示予定。(別添1:P1))

○関係条文

精神保健福祉法

(定期の報告等)

第三十八条の二 (略)

2 (略)

3 都道府県知事は、条例で定めるところにより、精神病院の管理者(第三十八条の七第一項、第二項又は第四項の規定による命令を受けた者であつて、当該命令を受けた日から起算して厚生労働省令で定める期間を経過しないものその他これに準ずる者として厚生労働省令で定めるものに限る。)に対し、当該精神病院に入院中の任意入院者(厚生労働省令で定める基準に該当する者に限る。)の症状その他厚生労働省令で定める事項について報告を求めることができる。

(定期の報告等による審査)

第三十八条の三(略)

2~4(略)

5 都道府県知事は、第一項に定めるもののほか、前条第三項の規定による報告を受けたときは、当該報告に係る入院中の者の症状その他厚生労働省令で定める事項を精神医療審査会に通知し、当該入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を求めることができる。

6 (略)

Ⅱ 医療保護入院患者の定期病状報告の様式の見直し

医療保護入院患者の病状を適切に確認し、早期に退院や任意入院への移行を促すよう、定期病状報告の様式を見直し、「任意入院に移行できない理由」「病識獲得の取組」等の欄を追加し、記載を求める(省令及び通知を改正)。(別添2:P4)

Ⅲ 措置入院患者の定期病状報告の頻度の見直し

措置入院患者の入院期間の短縮化等を踏まえ、従来の6ヶ月後以降の報告に加え、措置入院の3ヶ月後に定期病状報告を求めることとする(省令及び通知を改正)。報告事項は従来の6ヶ月以降の報告における報告事項と同様とする方向で検討。(別添3:P7)
(報告時期;3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後、18ヶ月後、24ヶ月後…)

長期任意入院患者に同意の再確認を求める仕組みの導入

長期間任意入院している患者の病状を適切に確認するとともに、入院目的や退院できるかどうかを再確認するため、任意入院患者について、入院後1年経過時及び以後2年ごと(1年後、3年後、5年後、7年後…)に同意書の提出を求め、書面によって入院に係る同意の再確認を行うものとする。(別添4:P10)

- ・同意書による再確認の時期は、入院後1年経過した日及び以後2年ごと経過した日の属する月の月末までとする。
- ・同意書については精神科病院の管理者が保存。
- ・都道府県への提出は不要であるが、同意の再確認を行っているか否かは指導監査において確認。

○関係条文

(任意入院)

第二十二條の三 精神病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。

隔離及び身体拘束等の行動制限について一覧性のある台帳の整備

精神科病院への入院患者に対する行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを病院・病棟内で常に確認できるよう、行動制限について一覧性のある台帳(行動制限を受けている患者や患者ごとの行動制限の期間を記載した台帳(様式は一律には定めないが、患者氏名、行動制限開始日、入院形態、行動制限内容(昭和63年4月8日厚生省告示第129号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限」に定める隔離・拘束については必須記載)について記載すること。))を整備する。

(意義)

- ①病院として行動制限を受けている患者をもれなく把握すること
- ②患者毎の行動制限の期間を視覚的に把握すること

- ・精神科病院の管理者が台帳を整備・管理。
- ・経時的変化を一覧するため、月毎に1枚とする。
- ・台帳への記入は、行動制限を行った際に直ちに記入。
- ・指導監査において台帳の整備・記載状況を確認。
- ・それぞれの行動制限の内容に関して詳細な記載は不要。
- ・病院単位でも病棟単位でも可。

なお、本取扱いは医療観察法においても対応する予定。

(別添様式)

行動制限に関する一覧性台帳(様式例)

〇〇〇〇病院

平成〇年〇月分

No	ID	患者氏名	入院開始日	入院形態	行動制限開始日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	1111	〇〇〇〇	H△.△.△	任	H〇.〇.〇	他	→	→	→	→	→	→	→	→	→	他解																								
2	2222	〇〇〇〇	H△.△.△	医保→18.8.7任	H〇.〇.〇	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3	3333	〇〇〇〇	H△.△.△	措	H〇.〇.〇	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4	4444	〇〇〇〇	H△.△.△	医保	H〇.〇.〇	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5	5555	〇〇〇〇	H△.△.△	特医保	H〇.〇.〇	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
11																																								
12																																								
13																																								
14																																								
15																																								
16																																								
18																																								
19																																								
20																																								

備考	開	任
隔 隔離	開 開始	任 任意入院
拘 拘束	継 継続(前月末から継続中)	医保 医療保護入院
他 その他の行動の制限(外出制限など)	解 解除	措 措置入院
	→ 行動制限の継続	応 応急入院
		緊 緊急措置入院
		特 特定医師の診察に基づく入院

精神障害者の適切な処遇の確保

(1)入院患者の通信面会について

従来より精神科病院における電話機の設置については、その徹底を都道府県の実地指導においてお願いしてきたところだが、いまだ設置されていない病院があるという実態に鑑み、平成10年3月3日障精第16号「精神病院に対する指導監督等の徹底について」において、下線部を確認事項として追加する。

◎確認事項(案)

- ・電話機は患者が自由に使える場所に設置されているか。
- ・閉鎖病棟内にも設置されているか。
- ・その際、硬貨収納式電話機(旧ピンク電話)等の設置や、状況に応じて携帯電話の活用を図っているか。

なお、本取扱いは医療観察法においても対応する予定。

(2) 任意入院患者に係る開放処遇の徹底

任意入院患者は原則として開放的な環境で処遇を受けるという原則(「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」(昭和63年4月8日厚生省告示第130号)及び平成10年3月3日障精第16号課長通知「精神病院に対する指導監督等の徹底について」を踏まえ、適切な指導方をお願いする。

(参考)

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」(昭和63年4月8日厚生省告示第130号)

第五 任意入院者の開放処遇の制限について

一 基本的な考え方

- (一) 任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇(本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。)を受けるものとする。
- (二) 任意入院者は開放処遇を受けることを、文書により、当該任意入院者に伝えるものとする。
- (三) 任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (四) 任意入院者の開放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、その後おおむね七十二時間以内に、精神保健指定医は、当該任意入院者の診察を行うものとする。また、精神保健指定医は、必要に応じて、積極的に診察を行うよう努めるものとする。
- (五) なお、任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させることもあり得るが、この場合には開放処遇の制限に当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得なければならないものとする。

二 対象となる任意入院者に関する事項

開放処遇の制限の対象となる任意入院者は、主として次のような場合に該当すると認められる任意入院者とする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合
- ウ ア又はイのほか、当該任意入院者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

三 遵守事項

- (一) 任意入院者の開放処遇の制限を行うに当たっては、当該任意入院者に対して開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせよう努めるとともに、開放処遇の制限を行った旨及びその理由並びに開放処遇の制限を始めた日時を診療録に記載するものとする。
- (二) 任意入院者の開放処遇の制限が漫然と行われることがないように、任意入院者の処遇状況及び処遇方針について、病院内における周知に努めるものとする。

平成10年3月3日障精第16号課長通知「精神病院に対する指導監督等の徹底について」

1 (9) 任意入院について

- カ 任意入院患者の開放処遇を制限する場合には、患者本人の医療及び保護を図る観点から、患者の症状からみて開放処遇を制限しなければ治療が確保できないと判断される場合に限り行われているか。
- キ 開放処遇の制限を制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われていないか。
- ク 開放処遇の制限が漫然と継続されることがないように処遇状況及び処遇方針について病院内での周知に努めているか。
- ケ 開放処遇の制限を行うに当たっては、医師は当該患者に対してその制限を行う理由を文書で知らせ理解を得るとともに、その制限を行った旨及びその理由並びにその制限を行った日時を診療録に記載しているか。
- コ 開放処遇の制限を行う場合には、医師の判断に基づくものか。
また、おおむね七十二時間以内に精神保健指定医による診察を行っているか。
さらに、精神保健指定医は、必要に応じて積極的に診察を行うように努めているか。
- サ 本人の意思によって開放処遇が制限される環境に入院する場合においても、本人の意思による開放処遇の制限である旨の書面を得ているか。
また、書面を得た後でも、本人の求めに応じていつでも開放処遇にしているか。
- シ 病院管理者は、当該患者がその制限について不服がある場合には、精神医療審査会等に処遇改善請求を行うことができる旨を院内の適切な場所に掲示しているか。

2 精神科救急医療体制の確立

緊急時における入院等に係る診察の特例措置の導入

(1)改正のポイント

精神科救急医療体制の整備に資するよう、医療機関及び診察する医師が一定の要件を満たしている場合に限り、緊急その他やむを得ない場合に12時間を限度として、精神保健指定医の診察がなくとも、任意入院患者に対する退院制限、医療保護入院又は応急入院を行うことができる仕組みを導入する。

- ①任意入院患者から退院の申出があった場合(法第22条の4)
 - ・通常:指定医が診察し、患者の症状により退院制限(72時間以内)
 - ・緊急時:特定医師が診察し、患者の症状により退院制限(12時間以内)
- ②医療保護入院(法第33条)
 - ・通常:指定医が診察し、保護者の同意で入院(期間制限なし)
 - ・緊急時:特定医師が診察し、保護者の同意で入院(12時間以内)
- ③応急入院(法33条の4)
 - ・通常:指定医が診察し、入院(72時間以内)
 - ・緊急時:特定医師が診察し、入院(12時間以内)

(2) 省令等で規定する内容

①「一定の要件を満たす医療機関(特定病院)」及び②「一定の要件を満たす医師(特定医師)」の要件を省令等において以下のとおり定める。なお、応急入院に係る特例措置の対象となる病院は、応急入院指定病院であることが必要。

① 特定病院の要件

(ア) 精神科救急医療への参画

- ・ 応急入院指定病院であること、または同指定を受けることを計画しており当該都道府県等がその必要性を認めていること(応急入院指定病院と同水準の体制)。
- ・ 輪番病院として地域の精神科救急システムに参画していること。
- ・ 夜間休日診療を受け入れていること。

(イ) 良質な精神医療の提供体制の確立

- ・ 当該医療機関に複数の指定医が常勤していること。
- ・ 当該患者を受け入れる病棟(看護配置3:1以上に限る(地域において指定基準に適合する複数の精神科病院が無い場合にあっては、基準を適用しないことができる))に常時空床を確保していること。

(ウ) 精神障害者の人権擁護に関する取り組みの実施

- ・ 緊急時における入院等(任意入院患者の退院制限、医療保護入院、応急入院)に係る診察の特例措置の判断の妥当性について検証する院内事後審査を行うための委員会(複数の職種により構成)を設置し、原則月1回以上開催すること。
- ・ 院内に行動制限のモニタリング及び最小化を促すための委員会を設置し、月一回以上開催していること。

② 特定医師の要件

- ・ 医籍登録後4年間以上を経過していること。
- ・ 2年間以上の精神科臨床の経験(精神科臨床として算定するに当たっての考え方は、精神保健指定医資格におけるそれと同様とする。)を有していること。
- ・ 精神科医療に従事する医師として著しく不適當な者でないこと。(精神保健指定医の取消し事由と同様)

(3) 都道府県知事による特定病院の認定の手続き

①精神科病院から次に掲げる書類を提出

- ・ (2)①(ア)～(ウ)に関する事項について記載した申請書(別添5:P11)
- ・ (2)②の特定医師の実務経験を証する書類(別添6:P15)

※ 特例措置を採る応急入院指定病院についても、書類の提出が必要

②都道府県において、

(ア)当該精神科病院が上記の要件を満たすこと、

(イ)当該精神科病院に上記の要件を満たす特定医師が配置されていること(認定後、申出時に届け出た特定医師に変更が生じた場合は、10日以内に都道府県知事に届け出ること)。

(※ 特定医師としての認定制度を設けるものではないが特定医師が配置されていることを特定病院の認定の際の要件としている)

を確認の上、認定し、認定書を発行。(別添7:P16)

(4) 認定の見直しについて

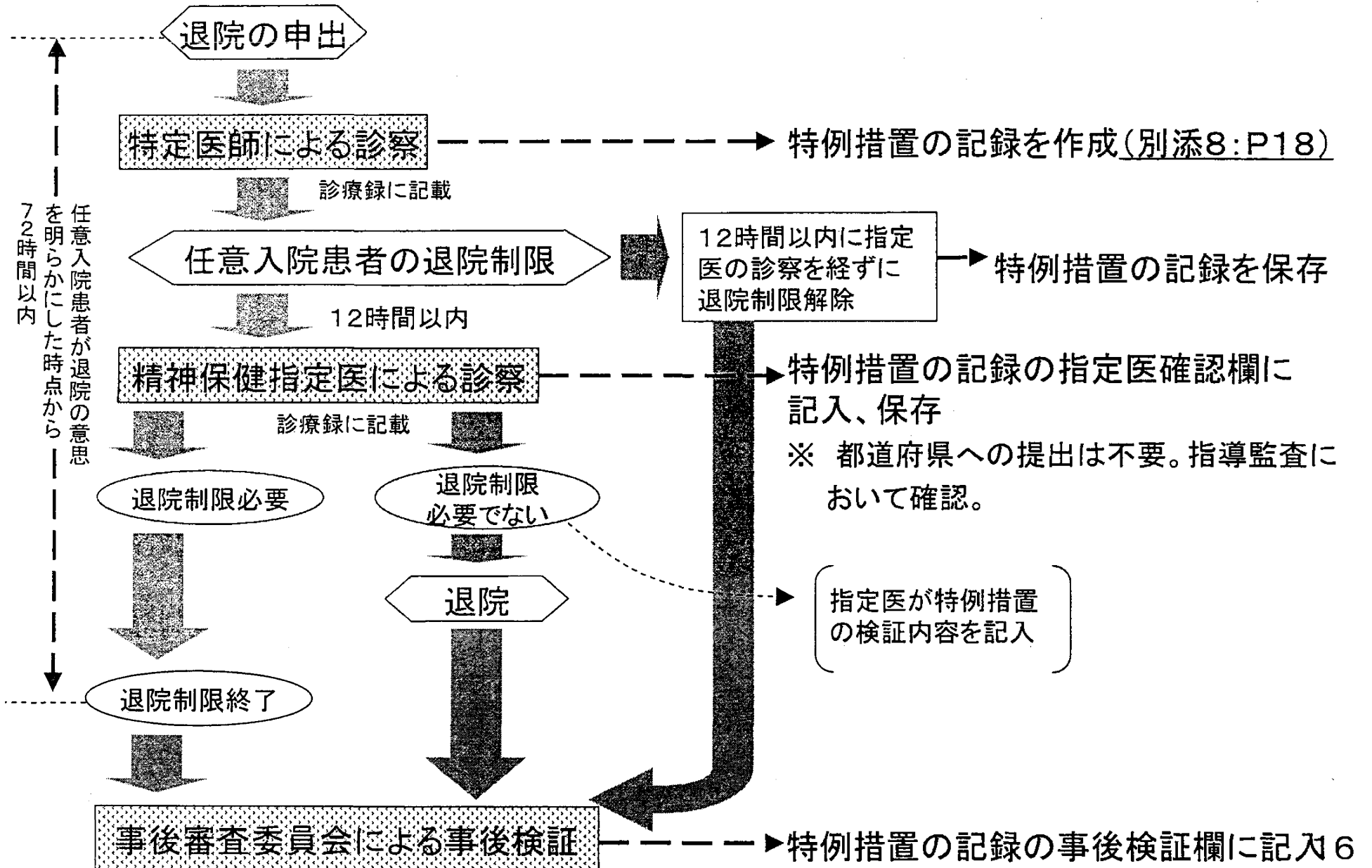
特定病院の認定は、原則として3年の期限を付して認定し、3年ごとに見直しを行い、更新すること。

(5) 認定の取消しについて

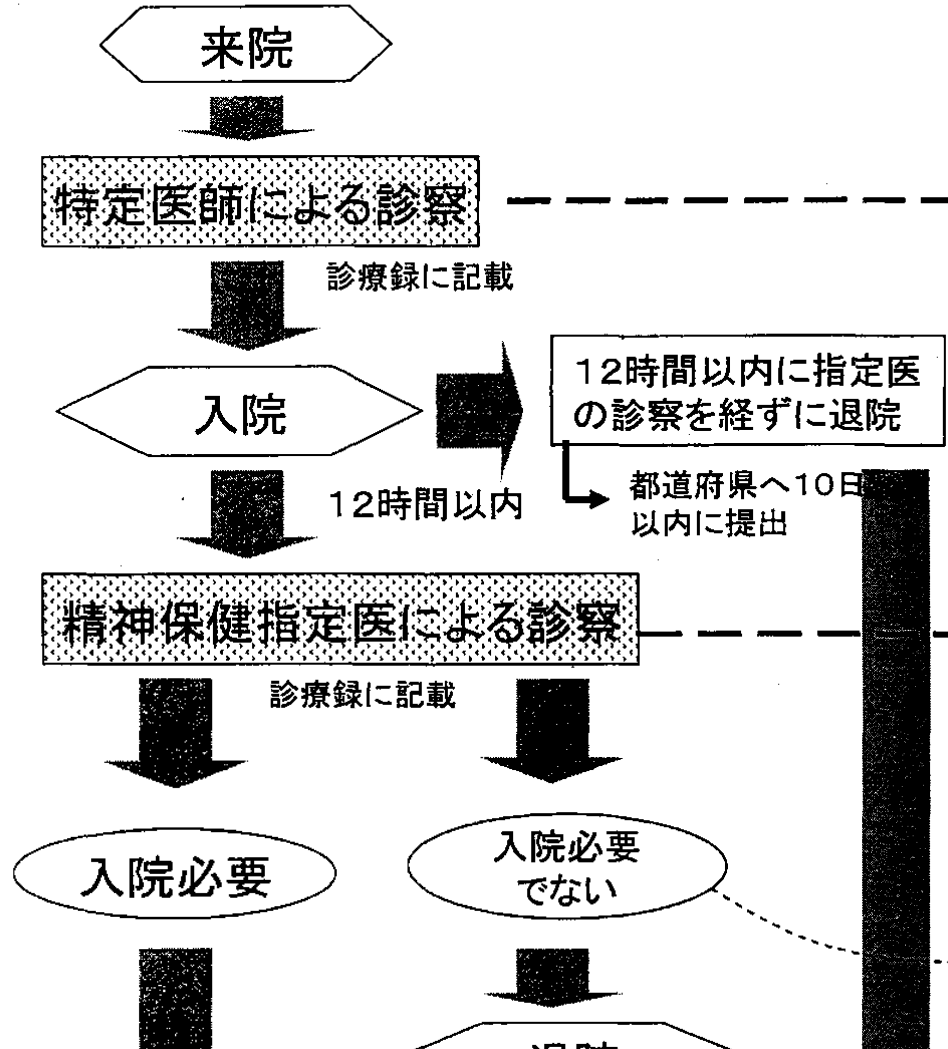
都道府県知事は、特定病院の認定を受けた精神科病院が上記の基準に適合しなくなったと認めるときは、その認定を取り消すことができる。

緊急時における入院等に係る診察の特例措置の手続き

① 任意入院患者の退院制限のケース



② 医療保護入院のケース



特定医師の入院届
(別添9,10:P21,
24)

➔ 作成

▶ 指定医の氏名及
び診察日時を記入

10日以内に
都道府県へ提出

指定医の入院届

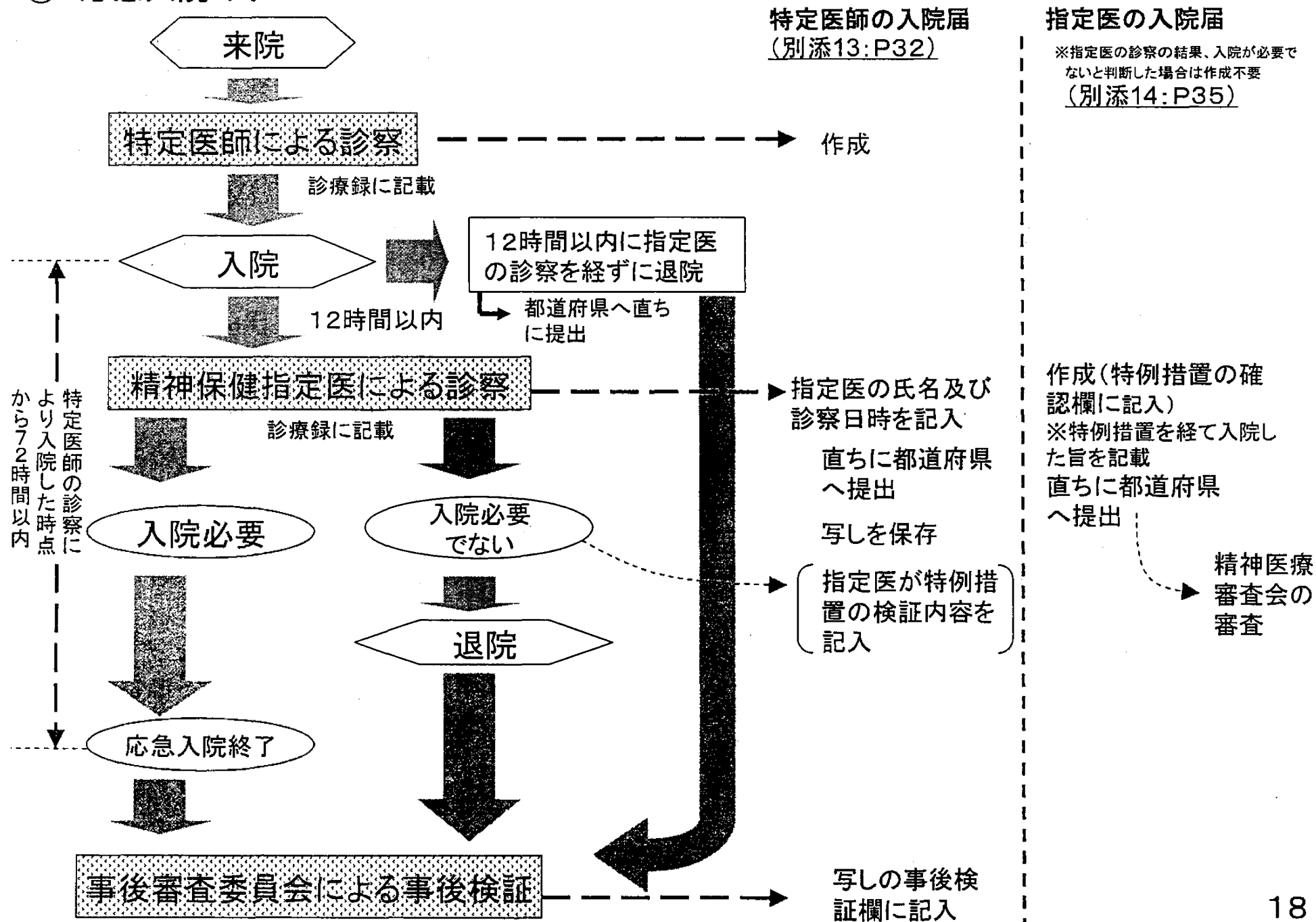
※指定医の診察の結果、入院が必要で
ないと判断した場合は作成不要

(別添11,12:P27,
30)

作成(特例措置の確
認欄に記入)
※特例措置を経て入
院した旨を記載

10日以内に

③ 応急入院のケース



◎特例措置の組み合わせが考えられる主なケース

- ・任意入院の退院制限 → 医療保護入院
- ・応急入院 → 医療保護入院

特例措置は、12時間以内に精神保健指定医の診察をすることを前提にしており、これらのケースの場合、特定医師の診察により、医療保護入院に係る特例措置への移行は可能だが、特定医師の診察により退院制限又は応急入院に係る特例措置が開始された時点から指定医の診察までは合計12時間以内とする。

既存の制度と特例措置の比較表

入院種別	任意入院	任意入院者の退院制限		医療保護入院		応急入院	
		指定医	特定医師	指定医	特定医師	指定医	特定医師
診察医	限定なし	指定医	特定医師	指定医	特定医師	指定医	特定医師
時間制限	なし	72時間	12時間	なし	12時間	72時間	12時間
自治体への届出	×(改善命令を受けた病院等の定期病状報告は○)	×	×	○(別添11,12)	○(別添9,10)	○(別添14)	○(別添13)
精神医療審査会の審査	×(改善命令を受けた病院等の定期病状報告は△)	×	×	○	×	○	×
事後審査委員会の事後検証	×	×	○	×	○	×	○
診療録記載	—	○	○	○	○	○	○
管理者の記録	—	×	○(別添8)	×	○(別添9,10)	×	○(別添13)
指導監査	○	○	○	○	○	○	○

○関係条文

精神保健福祉法

第二十二條の四（略）

- 2 精神病院の管理者は、自ら入院した精神障害者（以下「任意入院者」という。）から退院の申出があつた場合においては、その者を退院させなければならない。
- 3 （略）
- 4 前項に規定する場合において、精神病院（厚生労働省令で定める基準に適合すると都道府県知事が認めるものに限る。）の管理者は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて指定医以外の医師（医師法（昭和二十三年法律第二百一十号）第十六條の四第一項の規定による登録を受けていることその他厚生労働省令で定める基準に該当する者に限る。以下「特定医師」という。）に任意入院者の診察を行わせることができる。この場合において、診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めるときは、前二項の規定にかかわらず、十二時間を限り、その者を退院させないことができる。
- 5 第十九條の四の二の規定は、前項の規定により診察を行つた場合について準用する。この場合において、同条中「指定医は、前條第一項」とあるのは「第二十二條の四第四項に規定する特定医師は、同項」と、「当該指定医」とあるのは「当該特定医師」と読み替えるものとする。
- 6 精神病院の管理者は、第四項後段の規定による措置を採つたときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、当該措置に関する記録を作成し、これを保存しなければならない。
- 7 精神病院の管理者は、第三項又は第四項後段の規定による措置を採る場合においては、当該任意入院者に対し、当該措置を採る旨、第三十八條の四の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

（医療保護入院）

第三十三條（略）

2・3（略）

- 4 第一項又は第二項に規定する場合において、精神病院（厚生労働省令で定める基準に適合すると都道府県知事が認めるものに限る。）の管理者は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて特定医師に診察を行わせることができる。この場合において、診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害者のために第二十二條の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、第一項又は第二項の規定にかかわらず、本人の同意がなくても、十二時間を限り、その者を入院させることができる。
- 5 第十九條の四の二の規定は、前項の規定により診察を行つた場合について準用する。この場合において、同条中「指定医は、前條第一項」とあるのは「第二十二條の四第四項に規定する特定医師は、第三十三條第四項」と、「当該指定医」とあるのは「当該特定医師」と読み替えるものとする。
- 6 精神病院の管理者は、第四項後段の規定による措置を採つたときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、当該措置に関する記録を作成し、これを保存しなければならない。
- 7 精神病院の管理者は、第一項、第二項又は第四項後段の規定による措置を採つたときは、十日以内に、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を当該入院について同意をした者の同意書を添え、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

(応急入院)

第三十三条の四 (略)

- 2 前項に規定する場合において、同項に規定する精神病院の管理者は、緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて特定医師に同項の医療及び保護の依頼があつた者の診察を行わせることができる。この場合において、診察の結果、その者が、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であつて当該精神障害のために第二十二條の三の規定による入院が行われる状態にないと判定されたときは、同項の規定にかかわらず、本人の同意がなくても、十二時間を限り、その者を入院させることができる。
- 3 第十九條の四の二の規定は、前項の規定により診察を行つた場合について準用する。この場合において、同條中「指定医は、前條第一項」とあるのは「第二十二條の四第四項に規定する特定医師は、第三十三條の四第二項」と、「当該指定医」とあるのは「当該特定医師」と読み替えるものとする。
- 4 第一項に規定する精神病院の管理者は、第二項後段の規定による措置を採つたときは、遅滞なく、厚生労働省令で定めるところにより、当該措置に関する記録を作成し、これを保存しなければならない。
- 5 第一項に規定する精神病院の管理者は、同項又は第二項後段の規定による措置を採つたときは、直ちに、当該措置を採つた理由その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

6・7(略)

3 精神保健指定医の指定

精神保健指定医の指定について

(1) 改正のポイント

精神保健指定医が研修の受講の延期を申請する場合に提出すべき書類等を定める。

(2) 省令等で規定する内容

精神保健指定医が研修の受講の延期を申請する場合に提出すべき書類(例:被災証明、診断書、留学証明書等)を定める。受講の延期の申請は、原則事前申請とする(災害、急病等やむを得ない場合を除く)。(別添15:P37)

また、受講延期の期間は、原則として1年間とするが、海外渡航等事前に長期に渡って研修の受講が困難であることが判明している場合に限り、4年を限度として複数年にわたり延期申請を行うことも可能とする。

なお、延期された受講年度に受講した場合の次の回の研修は、本来の受講年度によるものであり、延期された受講年度を起算点とした5年後となるものではない。

○関係条文

精神保健福祉法

(政令及び省令への委任)

第十九条の六 この法律に規定するもののほか、指定医の指定に関して必要な事項は政令で、第十八条第一項第四号及び第十九条第一項の規定による研修に関して必要な事項は厚生労働省令で定める。

様式(案)集

平成18年8月24日

様式 22

任意入院患者の定期病状報告書

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

任意入院患者	フリガナ			明治		
	氏名	(男・女)		生年 月 日	大正	年 月 日生
	住所	都道府県	郡市区	昭和	年 月 日	
				平成	(満 歳)	
任意入院年月日 (第22条の3による 入院)	昭和 平成	年 月 日	今回の入 院年月日	昭和	年 月 日	
			入院形態			
前回の定期報告年月	平成 年 月 日					
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()				
生活歴及び現病歴	<p>推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること</p> <p>(陳 述 者 氏 名 続 柄)</p>					
初 回 入 院 期 間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日					
前 回 入 院 期 間	(入院形態)					
初回から前回までの 入 院 回 数	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日					
	(入院形態)					
過去12か月間の外泊 の 実 績	計 回					
	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位、 ii 数ヶ月単位、 iii 盆や正月)					
	3 なし					
過去12か月間の治療 の内容と、その結果 を記載すること(過 去12ヶ月間に行動制 限が行われた際はそ の必要性について)						
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向					

任意入院継続の必要性（通院へ変更ができない理由について具体的に説明すること）	
今後の退院へ向けた取り組み	
<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()</p> <p>II 知能(軽度、中等度、重度)</p> <p>III 記憶 1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他()</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他()</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁 5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()</p> <p>VII 意欲 1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止 6無為・無関心 7その他()</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他()</p> <p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存() 4その他()</p> <p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()</p> <p>1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態 4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態 7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態 10その他()</p>
本報告に係る診察年月日	平成 年 月 日
診断した主治医氏名	署名

審 査 会 意 見	
都 道 府 県 の 措 置	

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、主治医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。なお、複数の入院形態を経ている場合には（第33条第2項又は特例措置による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」又は「特例措置入院」と記載すること。）なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 入院時より6ヶ月の間に、開放処遇が制限された者の6ヶ月経過時の報告においては、「過去12ヶ月間」とあるのは「過去6ヶ月間」と読み替えること。
- 7 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 8 診断した主治医氏名の欄は、主治医自身が署名すること。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 21

医療保護入院者の定期病状報告書

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ			明治	年	月	日生
	氏名	(男・女)		生年	月	日	昭和
				平成	(満 歳)		
	住所	都道府県	郡市区	町村	区		
医療保護入院年月日 (第33条第1項による入院)	昭和 平成	年	月	日	今回の入院年月日	昭和	年
					入院形態	平成	月	日
前回の定期報告 年 月 日	平成 年 月 日						
病 名	1 主たる精神障害		2 従たる精神障害		3 身体合併症		
	ICDカテゴリー()		ICDカテゴリー()				
生活歴及び現病歴	<p>推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること</p> <p>(陳 述 者 氏 名 続 柄)</p>						
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)						
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)						
初回から前回までの入院回数	計 回						
過去12か月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位、ii 数ヶ月単位、iii 盆や正月) 3 なし						
過去12か月間の治療の内容と、その結果及び通院又は任意入院に変更できなかった理由を記載すること							
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向						

今後の治療方針を記載すること（患者本人の病識や治療への意欲を得るための取り組みについて）					
<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()</p> <p>II 知能(軽度、中等度、重度)</p> <p>III 記憶 1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他()</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他()</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁 5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()</p> <p>VII 意欲 1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止 6無為・無関心 7その他()</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他()</p> <p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存() 4その他()</p> <p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()</p> <p>1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態 4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態 7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態 10その他()</p>				
本報告に係る診察年月日	平成 年 月 日				
診断した精神保健指定医氏名	署名				
保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日生
(男・女)		続柄	明・大 昭・平 年 月 日生		

住所	都道府県	都市区	町村区
	都道府県	都市区	町村区
1後見人又は保佐人 2配偶者 3親権を行う者 4家庭裁判所が選任した者 5その他() 選任 昭和 年 月 日 年月日 平成			

審査会意見	
都道府県の措置	

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(第33条第2項又は特例措置による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」又は「特例措置入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。(第33条第2項による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載すること。)
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 9 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 10 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 20

措置入院者の定期病状報告書

平成 年 月 日

知事 殿

病院名
所在地
管理者名 印

措置入院者	フリガナ			生年 月日	明治	年 月 日生
	氏名	(男・女)			大正		(満 歳)
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	昭和	平成
措置年月日	昭和 平成	年 月 日	今回の入 院年月日	昭和 平成	年 月 日	入院形態
前回の定期報告 年 月 日	平成 年 月 日					
病 名	1 主たる精神障害		2 従たる精神障害		3 身体合併症	
	ICDカテゴリー()		ICDカテゴリー()			
生活歴及び現病歴	<p>推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること</p> <p>(陳 述 者 氏 名 続 柄)</p>					
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)					
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)					
初回から前回までの 入院回数	計 回					
過去6ヶ月間(措置入 院後3ヶ月の場合は3 ヶ月間)の仮退院の 実績	計 回 延日数 日					
過去6カ月間(措置入 院後3ヶ月の場合は3 ヶ月間)の治療の内 容とその結果を記載 すること	<p>問題行動を中心として記載すること</p>					

今後の治療方針（自傷他害の再発防止への対応含む）を記載すること		
処遇、看護及び指導の現状	隔離	i 多様 ii 時々 iii ほとんど不要
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要
	日常生活の介助指導 必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他()
重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後起こるおそれある行動）		現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。）
1 殺人	A B	<現在の精神症状>
2 放火	A B	I 意識
3 強盗	A B	1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()
4 強姦	A B	II 知能(軽度、中等度、重度)
5 強制わいせつ	A B	III 記憶
6 傷害	A B	1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()
7 暴行	A B	IV 知覚
8 恐喝	A B	1幻聴 2幻視 3その他()
9 脅迫	A B	V 思考
10 窃盗	A B	1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸
11 器物損壊	A B	6思考制止 7強迫観念 8その他()
12 弄火又は失火	A B	VI 感情・情動
13 家宅侵入	A B	1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()
15 自殺企図	A B	VII 意欲
16 自傷	A B	1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止
17 その他()	A B	6無為・無関心 7その他()
		VIII 自我意識
		1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()
		IX 食行動
		1拒食 2過食 3異食 4その他()
		<その他の重要な症状>
		1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存()
		4その他()
		<問題行動等>
		1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()
		<現在の状態像>
		1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態
		4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態
		7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態
		10その他()
診察時の特記事項		

本報告に係る 診察年月日	平成 年 月 日					
診察した 精神保健指定医氏名	署名					
保 護 者	氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生	
		(男・女)	続柄		明・大 昭・平 年 月 日生	
	住所	都道	郡市	町村		
		府県	区	区		
	都道	郡市	町村			
	府県	区	区			
1後見人又は保佐人 2配偶者 3親権を行う者 4家庭裁判所が選任した者 5その他() 選任 昭和 年 月 日 年月日 平成 年 月 日						

審査会意見	
都道府県の措置	

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(第33条第2項又は特例措置による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」又は「特例措置入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 問題行動の欄には、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 8 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 9 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 10 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 11 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式3

任意入院(継続)同意書

平成 年 月 日

〇 〇 病院長 殿

入院者本人 氏 名

生年月日

住 所

私は、「入院に際してのお知らせ」(入院時告知事項)を了承のうえ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の4第1項の規定により、貴院に引き続き入院することに同意いたします。

(様式1)

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

特定病院認定申請書

今般下記の精神病院につき精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第22条の4第4項後段及び第33条第4項後段の規定による特例措置を採ることができる精神病院として認定されるよう、精神病院の概要を添えて申請します。

記

申請する精神病院の概要

① 精神病院名		
② 所在地		
③ 開設者名		
④ 管理者名		
⑤ 許可病床数	(総 数)	床
	(うち精神病床)	床
⑥ うち措置指定病床数		床
⑦ 勤務医師数	(常 勤)	人
	(非常勤)	人
⑧ うち精神保健指定医数	(常 勤)	人
	(非常勤)	人
⑨ うち特定医師数	(常 勤)	人
	(非常勤)	人
⑩ 勤務看護師数	(常 勤)	人
	(非常勤)	人

⑪ 勤務看護助手数	(常 勤) 人 (非常勤) 人
⑫ 勤務精神保健福祉士数	(常 勤) 人 (非常勤) 人
⑬ 看護体制	(1) 看護師、准看護師及び看護補助者の合計 () 人 (2) 入院患者に対する上記 (1) の人員の比率 () 対1 (3) 入院患者の数を3で割りその端数を繰り上げた数 () (4) 上記 (3) に0.8を乗じた数 () (5) 看護師と准看護師の合計 () 人 (6) (4) と (5) を比較して大きい数 ()
⑭ 入院患者数	人 (平成 年 月 日現在)
⑮ うち措置入院者数	人
⑯ うち医療保護入院者数	人
⑰ 特例措置による入院者のために確保する病床数	床
⑱ 応急入院指定病院	指定 (されている・されていない)
⑲ 精神科救急医療施設	精神科救急医療施設 (である・ではない)
⑳ 夜間・救急受入件数	年間約 件

<p>㉑ 事後審査委員会</p>	<p>氏名 (職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>㉒ 行動制限最小化委員会</p>	<p>開催回数 () 回/月</p> <p>参加メンバー (職種)</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>・</p> <hr/> <p>行動制限最小化基本指針の作成日時</p> <p>平成 年 月 日作成</p> <hr/> <p>研修会の実施頻度</p> <p>開催回数 () 回/年</p>
<p>㉓ 特記事項</p>	

- (注)
- 1 特定医師に該当するか否かを証する書類については、様式2を添付すること。
 - 2 ㊸看護体制については、当該特例措置による患者を受け入れる病棟について記述すること。
 - 3 看護配置について、応急入院指定病院に係る指定基準第2号ただし書き中「やむを得ない事情」と同様の事情により申請する場合は、「㊸特記事項」の欄に、その旨を記載すること。
 - 4 「㊸看護体制(3)」中「3で割りその端数を繰り上げた数」は平成23年2月28日までの間は「4で割りその端数を繰り上げた数」とすることができる。

(様式 2)

特定医師実務経験証明書 (本人用)

平成 年 月 日

氏名	④		本籍地				
現住所							
生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別 男・女	
最終学歴及び年月	年 月 卒業・中退			医籍登録年月日及び番号	第	年 月 日号	
現在の勤務先	所在地						
	名称						
精神障害者の診断治療に從事した期間及び病院等名	従事した期間			従事した病院等の名称			
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	計			年	ヶ月		
その他の診断治療に從事した期間及び病院等名	従事した期間			従事した病院等の名称			
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	計			年	ヶ月		
合計			年	ヶ月			

(注) 記載上の留意事項

1. 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(様式3)

番 号
平成 年 月 日

〇 〇 〇 〇 病院長 殿

(都道府県知事名)

特定病院認定書

今般下記の精神病院につき精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第22条の4第4項後段及び第33条第4項後段の規定による特例措置を採ることができる精神病院として認定する。

なお、本条の特例措置を採る特定医師については、別添のとおりとする。

記

① 精神病院名	
② 認定年月日	平成 年 月 日
③ 所在地	
④ 管理者名	

(別添)

特 定 医 師 一 覧 表

特	定	医	師	氏	名

注) 記載事項に変更があった時は、届け出ること。

様式5

任意入院患者を退院制限した場合の記録

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

任意入院患者	フリガナ			生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)					
任意入院退院制限 年 月 日	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	今回の入 院年月日	昭和 平成	年 月 日
		平成 年 月 日 (午前・午後 時)			入院形態		
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害		3 身体合併症			
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()					
生活歴及び現病歴							
<p>〔推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること〕</p> <p>(陳 述 者 氏 名 続 柄)</p>							
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)						
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)						
初回から前回までの 入院回数	計 回						

<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()</p> <p>II 知能(軽度、中等度、重度)</p> <p>III 記憶 1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他()</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他()</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁 5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()</p> <p>VII 意欲 1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止 6無為・無関心 7その他()</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他()</p> <p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存() 4その他()</p> <p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()</p> <p>1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態 4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態 7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態 10その他()</p>										
<p>任意入院継続の 必 要 性</p>											
<p>入院の継続が必要と 認めた特定医師氏名</p>	<p>署名</p>										
<p>確 認 し た 精神保健指定医氏名</p>	<p>署名</p> <p>診察 平成 年 月 日 日時 (午前・午後 時)</p>										
<p>指定医が退院制限が 妥当でないと判断 した場合の理由</p>											
<p>保 護 者</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="534 1758 624 1854">氏名</td> <td data-bbox="628 1758 858 1854">(男・女)</td> <td data-bbox="863 1758 952 1854">続柄</td> <td data-bbox="957 1758 1046 1854">生年 月日</td> <td data-bbox="1051 1758 1358 1854">明・大 昭・平 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td data-bbox="534 1861 624 1957">氏名</td> <td data-bbox="628 1861 858 1957">(男・女)</td> <td data-bbox="863 1861 952 1957">続柄</td> <td data-bbox="957 1861 1046 1957">生年 月日</td> <td data-bbox="1051 1861 1358 1957">明・大 昭・平 年 月 日生</td> </tr> </table>	氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生	氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生
氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生							
氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平 年 月 日生							

住所	都道 府県	都市 区	町村 区
	都道 府県	都市 区	町村 区
1後見人又は保佐人 2配偶者 3親権を行う者 4家庭裁判所が選任した者 5その他() 選任 昭和 年 月 日 年月日 平成			

事後審査委員会意見	
-----------	--

記載上の留意事項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(第33条第2項又は特例措置による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」又は「特例措置入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 診断した特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 7 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 9 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 10 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 15

特定医師による医療保護入院者（第33条第1項・第4項）の入院届及び記録

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

医療保護入院者	フリガナ		生年 月 日	明治	年 月 日 生
	氏名	(男・女)		大正		(満 歳)
住所	都道府県	市区町村			
	都道府県	市区町村			
保護者の同意により 入院した年月日	平成 年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	昭和	年 月 日	
		入院形態	平成	年 月 日	
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()			
生活歴及び現病歴	<p>推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること</p> <p>(陳 述 者 氏 名 続 柄)</p>				
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)				
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)				
初回から前回までの 入院回数	計 回				

<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()</p> <p>II 知能(軽度、中等度、重度)</p> <p>III 記憶 1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他()</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他()</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁 5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()</p> <p>VII 意欲 1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止 6無為・無関心 7その他()</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他()</p> <p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存() 4その他()</p> <p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()</p> <p>1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態 4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態 7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態 10その他()</p>		
<p>医療保護入院の 必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)</p>			
<p>入院を必要と認めた 特定医師氏名</p>	署名		
<p>確認した 精神保健指定医氏名</p>	署名	診察 日時	平成 年 月 日 (午前・午後 時)
<p>指定医が入院 妥当でないと判断 した場合の理由</p>			

保 護 者	氏名	(男・女)	続柄	生年 月日	明・大 昭・平	年 月 日生	
		(男・女)	続柄		明・大 昭・平	年 月 日生	
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区			
		都道 府県	郡市 区	町村 区			
1後見人又は保佐人 2配偶者 3親権を行う者 4家庭裁判所が選任した者 5その他() 選任 昭和 年 月 日 年月日 平成							

事後審査委員会意見	
-----------	--

記載上の留意事項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(第33条第2項又は特例措置による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」又は「特例措置入院」と記載すること。) なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 7 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 9 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 10 事後審査委員会意見は病院保存分について記載すること。
- 11 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 16

特定医師による医療保護入院者（第33条第2項・第4項）の入院届及び記録

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

下記の者が特定医師の診察により医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年 月 日	明治	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)			大正	
	住所	都道府県	市区	町村		
保護者の同意により 入院した年月日	平成 年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入 院年月日	昭和	年 月 日		
		入院形態	平成			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()				
生活歴及び現病歴	(推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること) (陳述者氏名 続柄)					
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)					
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)					
初回から前回までの 入院回数	計 回					

<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()</p> <p>II 知能(軽度、中等度、重度)</p> <p>III 記憶 1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他()</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他()</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁 5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()</p> <p>VII 意欲 1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止 6無為・無関心 7その他()</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他()</p> <p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存() 4その他()</p> <p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()</p> <p>1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態 4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態 7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態 10その他()</p>		
<p>医療保護入院の 必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)</p>			
<p>入院を必要と認めた 特定医師氏名</p>	署名		
<p>確認した 精神保健指定医氏名</p>	署名	診察 日時	平成 年 月 日 (午前・午後 時)
<p>指定医が入院 妥当でないと判断 した場合の理由</p>			

同意者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生
	住所	都道 府県	都市 区	町村 区		
家庭裁判所への申請日 (予定日を含む)	平成 年 月 日					

事後審査委員会意見	
-----------	--

記載上の留意事項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特例措置による入院を含む。その場合は特例措置入院と記載すること。) なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 7 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 事後審査委員会意見は病院保存分について記載すること。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 13

医療保護入院者の入院届

平成 年 月 日

知事 殿

病院名
所在地
管理者名 印

医療保護入院者	フリガナ			生年 月 日	明治	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)			大正	
	住所	都道府県	郡市区	町村区	平成	
保護者の同意により 入院した年月日	平成 年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入 院年月日	昭和	年 月 日	平成	
		入院形態				
第34条による移送の 有 無	有り なし					
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()				
生活歴及び現病歴	<p>推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること</p> <p>(特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること)</p> <p>(陳 述 者 氏 名 続 柄)</p>					
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)					
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態)					
初回から前回までの 入院回数	計 回					

<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()</p> <p>II 知能(軽度、中等度、重度)</p> <p>III 記憶 1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他()</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他()</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁 5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()</p> <p>VII 意欲 1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止 6無為・無関心 7その他()</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他()</p> <p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存() 4その他()</p> <p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()</p> <p>1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態 4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態 7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態 10その他()</p>										
<p>医療保護入院の 必 要 性 (患者自身の病気に対 する理解の程度を含 め、任意入院が行わ れる状態にないと判 断した理由について 記載すること。)</p>											
<p>入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名</p>	<p>署名</p>										
<p>保 護 者</p>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">氏 名</td> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td rowspan="2">生年 月 日</td> <td>明・大 昭・平</td> <td>年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>(男・女)</td> <td>続柄</td> <td>明・大 昭・平</td> <td>年 月 日生</td> </tr> </table>	氏 名	(男・女)	続柄	生年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日生	(男・女)	続柄	明・大 昭・平	年 月 日生
氏 名	(男・女)		続柄	生年 月 日		明・大 昭・平	年 月 日生				
	(男・女)	続柄	明・大 昭・平		年 月 日生						

	住所	都道府県	都市区	町村区
		都道府県	都市区	町村区
	1後見人又は保佐人 2配偶者 3親権を行う者 4家庭裁判所が選任した者 5その他() 選任 昭和 年 月 日 年月日 平成			

審査会意見	
都道府県の措置	

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
ただし、第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がないこと。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(第33条第2項又は特例措置による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」又は「特例措置入院」と記載すること。)なお、複数の入院形態を経ている場合には、入院した年月日も併せて記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 7 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 8 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 14

医療保護入院者（第33条第2項）の入院届

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

下記の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)				
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区		
保護者の同意により 入院した年月日	平成 年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入 院年月日	昭和 平成	年 月 日		
		入院形態				
第34条による移送の 有 無	有 り な し					
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()				
医療保護入院の 必 要 性	<p>患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること</p> <p>(特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること)</p>					
病状または状態像の 概 要						
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名					

同意者	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生
	住所	都道府県	都市区	町村区		
家庭裁判所への申請日 (予定日を含む)	平成 年 月 日					

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
ただし、第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がないこと。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特例措置による入院を含む。その場合は特例措置入院と記載すること。) なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

様式 19

特定医師による応急入院（第33条の4第2項）届及び記録

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

応急入院者	フリガナ			生年	明治	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		月 日	大正	
	住所	都道府県	都市区	町村区	昭和	
依頼をした者の入院者との関係						
入院年月日	平成 年 月 日 (午前・午後 時)					
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()				
生活歴及び現病歴	<p>推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること</p> <p>(陳述者氏名 続柄)</p>					
応急入院の必要性	<p>患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。</p>					
初回入院期間	昭和・平成	年	月	日	～昭和・平成	年 月 日
前回入院期間	昭和・平成	年	月	日	～昭和・平成	年 月 日
初回から前回までの入院回数	計 回					

<p><現在の精神症状></p> <p><その他の重要な症状></p> <p><問題行動等></p> <p><現在の状態像></p>	<p>I 意識 1意識混濁 2せん妄 3もうろう 4その他()</p> <p>II 知能(軽度、中等度、重度)</p> <p>III 記憶 1記銘障害 2見当識障害 3健忘 4その他()</p> <p>IV 知覚 1幻聴 2幻視 3その他()</p> <p>V 思考 1妄想 2思考途絶 3連合弛緩 4滅裂思考 5思考奔逸 6思考制止 7強迫観念 8その他()</p> <p>VI 感情・情動 1感情平板化 2抑うつ気分 3高揚気分 4感情失禁 5焦燥・激越 6易怒性・被刺激性亢進 7その他()</p> <p>VII 意欲 1衝動行為 2行為心迫 3興奮 4昏迷 5精神運動制止 6無為・無関心 7その他()</p> <p>VIII 自我意識 1離人感 2させられ体験 3解離 4その他()</p> <p>IX 食行動 1拒食 2過食 3異食 4その他()</p> <p>1てんかん発作 2自殺念慮 3物質依存() 4その他()</p> <p>1暴言 2徘徊 3不潔行為 4その他()</p> <p>1幻覚妄想状態 2精神運動興奮状態 3昏迷状態 4統合失調症等残遺状態 5抑うつ状態 6躁状態 7せん妄状態 8もうろう状態 9認知症状態 10その他()</p>		
<p>応急入院を採った理由 (保護者等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること)</p>			
<p>入院を必要と認めた特定医師氏名</p>	<p>署名</p>		
<p>確認した精神保健指定医氏名</p>	<p>署名</p> <table border="1" data-bbox="925 1646 1361 1720"> <tr> <td data-bbox="925 1646 1021 1720">診察日時</td> <td data-bbox="1021 1646 1361 1720">平成 年 月 日 (午前・午後 時)</td> </tr> </table>	診察日時	平成 年 月 日 (午前・午後 時)
診察日時	平成 年 月 日 (午前・午後 時)		
<p>指定医が入院妥当でないと判断した場合の理由</p>			

事後審査委員会意見	
-----------	--

記載上の留意事項

- 1 内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 5 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 6 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 7 事後審査委員会意見は病院保存分について記載すること。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

様式 18

応 急 入 院 届

平成 年 月 日

知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

応 急 入 院 者	フリガナ			明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
	氏名	(男・女)		生 年 月 日	(満 歳)
	住所	都道 府県	郡市 区	町村 区	
依頼をした者の 入院者との関係					
入 院 年 月 日	平成 年 月 日 (午前・午後 時)				
第34条による移送の 有 無	有 り な し				
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー()	ICDカテゴリー()			
応急入院の必要性 患者自身の病気に対 する理解の程度を含 め、任意入院が行わ れる状態にないと判 断した理由について 記載すること (特定医師の診察に より入院した場合に は特定医師の採った 措置の妥当性につい て記載すること)					
病状または状態像の 概 要					
応 急 入 院 を 採 っ た 理 由 保護者等の同意を得 ることのできなかつ た理由を含め、応急 入院を採った理由に ついて記載すること					

入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名
------------------------	----

記 載 上 の 留 意 事 項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
ただし、第34条による移送が行われた場合には、この欄は、記載する必要がないこと。
- 2 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

別紙様式2

平成 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名 ㊦

生年月日 年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の規定による5年ごとの研修を本年度中に受けることができませんので、研修を受講すべき年度の延期及び精神保健指定医の証の有効期限の延長をお願いします。

1 研修を受講できない理由（具体的に記載すること）

2 受講できないやむを得ない理由を証するに足る書類（別添）

（被災証明書・診断書・留学証明書・その他（ ））

- | | | | |
|---|-----------------|----|-------|
| 3 | 受講できるようになる年度 | 平成 | 年度 |
| 4 | 精神保健指定医の証の番号 | 第 | 号 |
| 5 | 精神保健指定医の証の交付年月日 | 平成 | 年 月 日 |
| 6 | 精神保健指定医の証の有効期限 | 平成 | 年 月 日 |

障害者自立支援法関係Q & A

地方自治体から提出された主な質問事項等について、現段階の考え方を整理してまとめたもの。

分類	質問の内容	現段階の考え方
障害程度区分	<p>① 障害程度区分の認定の有効期間の開始日はどのように設定すればよいか。</p> <p>② 障害程度区分認定を受けた者が、他の市町村に転出した場合の取扱い如何。</p> <p>③ 転入先市町村における障害程度区分認定の有効期間はどうか。</p>	<p>① 障害程度区分の有効期間は、市町村審査会の意見を聴いたうえで、3か月以上3年（施行時の認定については3年6か月）以下の1か月単位で定めることとしているが、開始日及び終了日については、次のとおりとする。</p> <p>ア 有効期間の開始日は、原則として認定日とするが、支給決定期間の開始日と合わせることも可能とする。（18年10月1日の施行前の認定については、18年10月1日が有効期間の開始日となる）</p> <p>なお、障害程度区分を認定した結果、支給決定は却下となる場合でも、障害程度区分の認定自体は有効である。</p> <p>イ 具体的な有効期間の算定は、有効期間の開始日が属する月の末日までの期間と1か月単位で定める期間を合算して得た期間とする。</p> <p>ただし、有効期間の開始日が月の初日である場合にあっては、1か月単位で定める期間とする。</p> <p>② 障害程度区分認定を受けた者（以下「障害程度区分認定者」という。）が、他の市町村に転出した場合、転出先の市町村で新たに障害程度区分認定にかかる調査を受けることなく、転出元市町村で認定を受けた障害程度区分及び有効期間を引き続き有効にできることを基本とする。</p> <p>事務手続きは、以下のとおり。</p> <p>ア 障害程度区分認定者が転出する際、障害程度区分認定者は、障害福祉担当課に転出を届け出る。転出元市町村は、障害程度区分認定証明書（※様式例は別添）を交付する。</p> <p>イ 障害程度区分認定者は、転入先市町村に転入してから14日以内に、障害程度区分認定証明書を添えて支給申請を行う。</p> <p>ウ 転入先市町村は、あらかじめ認定調査及び市町村審査会における判定を経ることなく、証明書の内容をもって障害程度区分を認定する。</p> <p>エ なお、申請者は転入先市町村であらためて支給決定を受ける必要があることに留意する。</p> <p>③ 転出元市町村で認定された有効期間の満了日まで有効とする。</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
障害程度区分	<p>④ 介護給付費の新規申請を受けたが、障害程度区分認定調査前に転出した場合どうなるのか。</p> <p>⑤ 介護給付費の新規申請を受けたが、障害程度区分認定調査後に転出した場合どうなるのか。</p>	<p>④ 転出元市町村は、申請却下又は申請者に申請取下げの勧奨をするとともに、サービス利用希望者に対し、転入先市町村であらためて支給申請を行うよう指導する。</p> <p>ただし、申請者が、申請後緊急その他やむを得ない理由により申請に係るサービスを利用している場合で、市町村が特例介護給付費を支給しようとする場合は、申請者に対し、転入先市町村による障害程度区分認定後に障害程度区分認定証明書の交付を受けて提出するよう指導し、当該認定結果に基づき障害程度区分を認定することができるものとする。</p> <p>⑤ 次の手続により、障害程度区分を認定することを基本とする。</p> <p>ア 転出元市町村は、支給申請を受け、認定調査済みであることを付記した障害程度区分認定証明書を申請者に交付する。この場合、備考欄に「〇月〇日 認定調査済み」と記すこととする。</p> <p>イ サービス利用希望者は、転入先市町村に転入してから14日以内に、障害程度区分認定証明書を添えて支給申請を行う。</p> <p>ウ その後転出元市町村は、市町村審査会における判定まで行い、判定終了後、あらためて、判定結果を記入した障害程度区分認定証明書を申請者に交付する。</p> <p>エ 転入先市町村は、申請者から判定結果を記入した障害程度区分認定証明書の提出を受けて、当該判定結果に基づき障害程度区分を認定する。</p> <p>※以上の取扱いは、別途提示する事務処理要領に定める予定。</p>
支給決定関係	<p>① 平成18年9月中に障害程度区分の認定を終えることが困難な者について、9月中に、障害者自立支援法附則第6条の規定に基づき、「障害の種類及び程度」を勘案して、10月1日以降に効力を生じる支給決定を行うこととして差し支えないか。</p> <p>また、その場合、障害者自立支援法施行規則第15条の規定の適用は受けられないものと解するが如何か。</p>	<p>① 貴見のとおり。</p> <p>ただし、本取扱いは、平成18年10月1日の制度施行までの間に、やむを得ない理由により、障害程度区分の認定が間に合わない者についてのみ認められる特例的な取扱いであるので、可及的速やかに認定審査を終え、「障害程度区分」に基づく本来の支給決定を行うよう努められたい。なお、この方法による支給決定を行うに当たっては、以下の点に留意されたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村は、運用上、「障害の種類及び程度」のほか「一次判定の結果」や「現在のサービス利用状況」等を勘案のうえ、相当する「障害程度区分」をみなし（「みなし区分」の認定）たうえで支給決定を行うこと。 ○ その際、みなし区分とその後の実際の区分が必ずしも一致するものではないことを、事前に利用者へ説明しておくこと。 ○ 報酬については、みなし区分に応じた単価により支払うこととし、実際の区分がみなし区分と異なる区分であっても、既に支払った報酬との差額の精算等は必要ないこと。 ○ 本来の障害程度区分の認定が終了し、当該区分等に基づいて行われた本来の支給決定については、当該支給決定が行われた日の属する月の翌月から適用すること。 ○ 国庫負担基準については、みなし区分に基づく額を適用すること。

分類	質問の内容	現段階の考え方
居宅介護	<p>① 身体介護及び家事援助の報酬を算定するにあたっては、市町村が特に認める場合には3時間（家事援助は1.5時間）を超える部分につき、30分当たり70単位を算定することとされているが、市町村はどの段階で認め、どのような事務を行うのか。</p> <p>② ヘルパーを2人派遣する対象となる者について、どのような方法で認めればよいか。</p> <p>③ 一の事業者が居宅介護を行動援護又は重度訪問介護と併せて実施する場合、人員基準はどうなるのか。</p> <p>④ 現在、居宅介護を1日に複数回算定する場合にあっては、算定する時間の間隔は概ね2時間以上とされ、同じ類型のサービスの間隔が2時間未満となった場合には、原則として前後を1回として算定することとされているが、10月以降も同様か。</p>	<p>① 支給決定時において一月当たりの支給量に加え、一回当たりの最大利用可能時間数を決定の上、受給者証に記載する。</p> <p>② 支給決定時においてヘルパーの2人派遣が必要であることについて承認した上、受給者証に記載する。</p> <p>③ 居宅介護、行動援護、重度訪問介護を合わせて常勤換算2.5人以上とする。</p> <p>④ 貴見のとおり。ただし、別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には、これらを通算して1回と算定せず、事業者ごとにそれぞれ1回として算定する。</p>
行動援護	<p>① 行動援護と居宅介護の併給は認められるということによいか。</p> <p>② 行動援護についても現行の外出介護と同様、「経済活動に係る外出」や「通年かつ長期にわたる外出」は認められないと解してよいか。</p> <p>③ 障害児についても障害者と同様、てんかんの頻度について、医師の意見書をとらなければいけないのか。</p>	<p>① 貴見のとおり。</p> <p>② 貴見のとおり。</p> <p>③ 障害児の場合は、必ずしも医師の意見書をとる必要はなく、家族等からの申し出のみでよい。</p>
重度訪問介護	<p>① 重度訪問介護を1日に複数回実施した場合、どのように報酬算定するのか。</p> <p>② 重度訪問介護について、3時間未満の利用は可能か。</p> <p>③ 重度訪問介護の移動介護加算に関して時間数を決定する場合、重度訪問介護全体の時間数の内数となるのか。</p>	<p>① 重度訪問介護については、複数回であっても1日分を通算して報酬算定する。ただし、サービス提供が別事業者であればそれぞれ別々に算定する。</p> <p>② 同一箇所に長時間滞在し、サービス提供を行う形態である重度訪問介護の支給決定は1日3時間以上を基本とするが、請求は3時間未満でも可能である。</p> <p>③ 全体の時間数の内数となる。 なお、1日に複数回移動した場合であっても1日分を通算して報酬算定するが、別事業者であればそれぞれ別々に算定する。</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
<p>重度訪問介護</p>	<p>④ 重度訪問介護については、現行の日常生活支援と同様、「見守り介護」についてもサービス内容として含まれているということによいか。</p> <p>⑤ 重度訪問介護における移動についても、現行の外出介護と同様、「経済活動に係る外出」や「通年かつ長期にわたる外出」は認められないと解してよいか。</p> <p>⑥ 重度訪問介護と居宅介護の併給は認められるか。</p> <p>⑦ 重度訪問介護従業者養成研修の基礎研修だけを修了した者が加算対象者に対してサービス提供した場合、通常の報酬算定となるのか。</p> <p>⑧ 介護福祉士や居宅介護従業者養成研修修了者、日常生活支援従業者養成研修修了者についても重度訪問介護従業者養成研修の追加研修を受けなければ加算対象者に対してサービス提供できないのか。</p>	<p>④ 重度訪問介護は、支援費制度の下で別々のサービスとして提供されてきた日常生活支援と外出介護を、重度の肢体不自由者であって常時介護を要する者に対して総合的に提供するものであり、現行の日常生活支援に外出時の介護を加えたサービスとなっている。 したがって、「日常生活支援」の一部として提供されてきた「見守り介護」は「重度訪問介護」においてもサービス内容に含まれるものである。</p> <p>⑤ 貴見のとおり。</p> <p>⑥ 重度訪問介護とは、日常生活全般に常時の支援を要する重度の肢体不自由者に対して、身体介護、家事援助、見守り等の支援及び外出時における移動中の介護が比較的長時間にわたり、断続的に提供されるような支援をいう。 したがって、重度訪問介護については、従前の日常生活支援の取扱いと同様に、身体介護や家事援助等の援助が断続的に行われることを総合的に評価して設定しており、同一の事業者がこれに加えて身体介護及び家事援助等の居宅介護サービス費を算定することはできないものである。 ただし、当該者にサービスを提供している事業所が利用者の希望する時間帯にサービスを提供することが困難である場合であって、他の事業者が身体介護等を提供する場合にあっては、この限りでない。</p> <p>⑦ 基礎研修だけを修了した者は加算対象者に対してサービス提供することができない。(仮にサービス提供したとしても報酬算定できない。)</p> <p>⑧ ご質問の者については、追加研修を要しない。(追加研修の受講が必要となるのは、基礎研修のみを受講している者に限られる。)</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
重度訪問介護	<p>⑨ 重度訪問介護事業者が提供サービスを移動中の介護のみに特化することはできるか。</p> <p>⑩ 重度訪問介護の移動中の介護を行う場合、ヘルパーに特別の資格要件が必要となるか。</p> <p>⑪ 重度訪問介護において、介護保険の訪問介護員養成研修修了者は、居宅介護従業者養成研修修了者と同じ取扱いとしてよいか。</p>	<p>⑨ 重度訪問介護は移動中の介護も含めて総合的に提供する必要があるため、移動中の介護のみに特化してサービス提供することはできない。また、移動中の介護を行わないこともできない。</p> <p>⑩ 通常の重度訪問介護従業者の要件で足りる。</p> <p>⑪ 貴見のとおり。</p>
重度障害者等包括支援	<p>① 重度障害者等包括支援と他の障害福祉サービスとの併給は認められるか。</p> <p>② 重度障害者等包括支援において訪問系サービスを利用する場合、ヘルパーを2人派遣することはできるか。</p> <p>③ 支給量の決定は一月単位となっているが、重度障害者等包括支援の支給決定プランを一週間単位で作成した場合、支給量はどのように算出すればよいか。</p>	<p>① 重度障害者等包括支援は、障害福祉サービスを包括的に提供するものであるため、他の障害福祉サービスとの併給はできない。</p> <p>② ヘルパーの2人派遣も可能。その場合、支給決定する際には2人介護として積算して支給量を決定する。</p> <p>③ 市町村が作成する支給決定プランから一日分の平均単位を算定し、その値に当該月の暦の日数を乗じて算出する。</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
共同生活援助・共同生活介護	<p>① 障害程度区分2以上の者が、共同生活援助を利用することはできるか。</p> <p>② 共同生活援助を利用中の者が、共同生活住居内で居宅介護を利用することは可能か。</p> <p>③ 共同生活援助や共同生活介護を利用中の者が帰省中に居宅介護を利用することは可能か。</p>	<p>① 基本的には、共同生活援助の対象者は障害程度区分1又は非該当の方、共同生活介護の対象者は、障害程度区分2～6の方を想定している。 しかしながら、障害程度区分2以上の方であっても、あえて共同生活援助の利用を希望する場合、共同生活援助を利用することは可能である。 なお、その場合の報酬単価については、共同生活援助の報酬額を適用することになる。</p> <p>② 障害程度区分1の場合、居宅介護の対象となるが、共同生活援助の利用者については、共同生活住居内での必要な支援は世話人が行うこととなるため、居宅介護を利用することができない。</p> <p>③ 帰省により本体報酬が算定されない日数（月2日まで）に加え、月3日目以降の帰宅時支援加算の算定期間中であっても、当該加算は帰省した日ごとに算定される報酬ではないことから、市町村が必要と認める場合は、支給決定を受けて居宅介護を利用することは可能である。</p>
事業体系・サービス内容	<p>① 知的障害者入所更生施設など支援費施設に現に入所している者については、障害程度区分にかかわらず、5年間の経過措置として、当該施設を継続して利用できることとされているが、施設をいったん退所した場合には、再度、当該経過措置の適用を受けることはできないのか。</p>	<p>① 障害者自立支援法による新しい制度においては、</p> <p>(1) 身体機能の向上を図るためのリハビリテーションや家事等の日常生活を営む上で必要な能力を育むための支援を行う「自立訓練」</p> <p>(2) 一般就労をする上で必要な能力を育むための作業訓練や職業紹介、就労後の職場定着支援等を行う「就労移行支援」</p> <p>を新たに創設したところであり、こうした事業に積極的に取り組むことともに、地域における居住の場として、グループホームや福祉ホーム等の計画的な整備を進め、入所施設から地域生活や一般就労への移行を進めることが重要であると考えている。</p> <p>知的障害者入所更生施設などの支援費施設に現に入所している者については、法附則第22条において、平成23年度末までの経過措置として、障害程度区分にかかわらず、当該施設を継続して利用できることとしているが、これらの者が安心して地域移行に取り組むことができるよう、法施行後、自立訓練又は就労移行支援等を利用して施設を退所した者が、退所後の事情により地域生活の継続が困難となった場合には、平成23年度末までの間、障害程度区分にかかわらず、再入所（退所前に入所していた施設以外の施設への入所を含む。）が可能と考えている。</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
事業体系・サービス内容	<p>② 障害者デイサービスを18年9月末までに旧法指定施設の通所部に位置付けることを考えているが問題ないか。あくまでも新体系サービスへの移行を求めるのか。</p> <p>③ 小規模通所授産施設、精神障害者社会復帰施設や小規模作業所の利用者は、従前の施設の利用が可能な経過措置対象者となっていないが、これらの利用者は、就労移行支援の利用や就労経験が無ければ就労継続支援B型の利用はできないのか。</p>	<p>② 照会の件は、経過措置が設けられている本体施設に併設されている障害者デイサービス事業所が、単独では新体系事業に移行が困難であることから、本体施設の通所部として一旦位置づけ、当分は新体系事業に移行しない趣旨であると推察される。</p> <p>しかしながらこのような取扱いは、最終的には施設の指定を行う都道府県等の判断となるが、基本的考え方として、18年10月から新たなサービス体系に再編して、障害者の自立支援を図るという法の趣旨に照らして望ましくないものと考えられる。</p> <p>今回の制度改正に関しては、個別給付に移行する場合、本来は事業毎に定員20人以上の利用者数を確保することが必要であるが、複数種類の事業を一体的に組み合わせることにより、その合計の定員が20人以上であれば、多機能型として事業が実施できる取扱いとしたことや、施設併設の場合は、利用者数10人以上であれば、個別給付への移行を認める特例的な取扱いを設けたところ。また、地域生活支援事業として位置づけられる地域活動支援センターへの移行が困難な場合についても、経過的デイサービスセンターとして18年度中に限り、従前の事業を行うことができる経過措置も講じることとしたところであり、障害者自立支援法の理念に則って、これらの特例措置を活用しながらできる限り新体系への移行を図っていただきたい。</p> <p>なお、国庫補助を受けて整備されたデイサービスセンターが、新体系へ移行する場合は財産処分に係る所要の手続きを要しないが、敢えて旧法指定施設の通所部に位置付け直す場合にあっては、用途変更の財産処分の承認協議が必要となる。</p> <p>③ 就労継続支援B型の利用対象者は、原則として、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や、就労移行支援事業を利用（暫定支給決定における利用を含む）した結果、B型の利用が適当と判断された者としているところであるが、今般、平成20年度までの経過措置として、</p> <p>ア 地域に一般就労の場やA型の事業所による雇用の場が乏しいため雇用されることが困難である、</p> <p>イ 就労移行支援事業者が少ないため当該事業の利用が困難である</p> <p>と市町村が判断した者も利用を可能としたところであり、この経過措置により、小規模通所授産施設、精神障害者社会復帰施設及び小規模作業所の利用者においても、就労経験が無い場合であっても、地域の実情によりこの要件に該当すると判断される場合には、B型の利用が可能と考えている。</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
障害福祉計画	<p>① 障害福祉計画は来年3月までに作成することとなっているが、18年10月以降、事業者から、指定拒否の対象となる「生活介護」、「就労継続支援（B型）」、「施設入所支援」の指定申請が行われた場合に、障害福祉計画の作成前であっても、指定拒否を行うことができるか。</p>	<p>① 障害者自立支援法では、都道府県知事は、事業者から指定障害福祉サービス事業（又は障害者支援施設）の指定申請があった場合、都道府県障害福祉計画において定めるサービス見込み量（又は必要入所定員総数）に達しているか、又はこれを越える見込みであるとき、その他障害福祉計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認めるときは、障害福祉サービス基盤の整備を計画的に実施するため、当該指定をしないことができることとされている。</p> <p>したがって、原則として、指定拒否を行うためには、障害福祉計画が作成されていることが必要であるが、お尋ねのとおり、10月段階では障害福祉計画の作成が間に合っていない場合も考えられるところ。</p> <p>この場合、障害福祉計画作成前の段階であっても、その時点で把握しているサービスの将来見込みから、当該指定を行った場合に、障害福祉計画の達成に支障が生ずることが予想されると都道府県知事が判断する場合には、法に定める「その他障害福祉計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認めるとき」に該当するものとして、指定を行わないことができるものと考えている。</p>
補装具	<p>① 18.6.26の会議資料11-1『補装具の支給制度について』の表中に、「月額負担上限額は、個々の申請者ごとに認定」とあるが、申請者の定義は如何。</p> <p>② 補装具業者が、支給決定後に利用者負担分について値引きを行った場合の取扱いはどうなるのか。</p> <p>③ 所得区分を判断する際の市町村民税額（所得割）について、定率減税は適用するのか。</p>	<p>① 申請者とは、障害者自立支援法第76条第1項に規定する「障害者又は障害児の保護者」である。また、障害児とは、障害者自立支援法第4条第2項に規定する「児童福祉法第4条第2項に規定する障害児及び精神障害者のうち18歳未満のもの」であり、保護者とは同条第3項に規定する「児童福祉法第6条に規定する保護者」である。</p> <p>② 補装具業者が、支給決定後に利用者負担分について値引きを行った場合、当該値引き後の額が基準額となり支給決定のやり直しとなる。（仮に利用者負担分10%の全部について値引きを行う場合は、残りの90%を基準額とするため、補装具費が90%の90%（＝81%）となる。）</p> <p>③ 定率減税適用後の税額（賦課の実績値）によって判定されたい。</p>
障害児施設関係	<p>① 養護学校高等部3年生が年度途中で18歳に達した場合や就学免除により18歳を超えても養護学校在籍している場合の教育費9,000円の取扱いはどうなるか。</p> <p>② 兄弟（ともに18歳未満）で知的障害児施設に入所した場合の一般世帯の利用者負担額及び補足給付額如何。</p>	<p>① 教育的配慮から加算の継続を認める。</p> <p>② 二人で福祉サービス費の上限額37,200円を上回る場合</p> <p style="text-align: center;">(その他生活費+教育費) (福祉サービス費) (食費・光熱水費) (地域で子どもを養育する費用)</p> <p>補足給付費＝34,000円 + 37,200円 + 58,000円 × 2人 - 79,000円 ＝108,200円（一人当たり54,100円）</p> <p style="text-align: center;">(福祉サービス費) (食費等負担費)</p> <p>利用者負担額＝37,200円 + 7,800円 ＝45,000円</p>

分類	質問の内容	現段階の考え方
障害児施設関係	<p>③ 兄が児童養護施設へ措置入所し、弟が知的障害児施設に契約で入所している場合の利用者負担はどうか。</p> <p>④ 医療型入所施設における治療用装具はどのような請求手続きとなるのか。</p> <p>⑤ 医療型障害児施設（療養介護）にかかる食費について、一部が障害児施設医療費（療養介護医療費）の対象となる一方で自己負担が発生する場合の障害児施設医療費等の請求の取扱い如何。</p> <p>⑥ 医療型施設における食費負担限度額は、30.4日で計算されている（23,712円又は14,592円）が、実際に食費を支払う際、31日の月については、公費で一部負担することになるのか。</p> <p>⑦ 医療型障害児施設及び療養介護の法別番号は新たな番号となるのか。</p> <p>⑧ 6月26日の課長会議において、障害児施設の措置・契約の取扱いが示されたところであるが、児童デイサービスについて変更はないか。</p>	<p>③ 児童入所施設（児童養護施設を含む）及び障害児施設（知的障害児施設を含む）において、現在講じられている兄弟入所の減免措置を「契約」と「措置」の場合についても適用する。具体的には、児童入所施設に入所している児童の徴収金額を減免する扱いとする。（雇用均等・児童家庭局家庭福祉課と調整の上、取扱いについてお示しする。）</p> <p>④ 治療用装具は償還払いを原則としていることから、一旦利用者到自己負担をしていただき、保険者へは医療保険の療養費、自治体へは障害児施設医療費の支給申請をそれぞれしていただくことになる。この際、領収書が2通必要になることから写しを認める等適宜対応していただきたい。</p> <p>⑤ ご質問にある食費に「障害児施設医療費等」と「自己負担」が発生する場合の「障害児施設医療費等」の請求は、レセプトとは別に施設より自治体に直接請求していただくことになる。（具体的な請求方法は別途お示しする。） なお、全額自己負担となるケース又は全額障害児施設医療費等で対応するケースはレセプトによる請求のみで対応することとなる。</p> <p>⑥ 健康保険の標準負担額は、自己負担が原則であるため、食費負担限度額の計算において示している30.4日を31日に変更する。（詳しくは、本日の課長会議資料「医療型障害児施設（療養介護）の利用者負担認定について」を参照されたい。）</p> <p>⑦ 法別番号については、既に各自治体に情報提供したところである。今後正式な通知でお示しすることとしている。</p> <p>⑧ 児童デイサービスについても10月以降の新規利用者の取扱いについては6月26日の課長会議で示した基準に基づき、ご判断していただきたい。なお、この取扱いに伴い、「児童福祉法第21条の25第1項に規定するやむを得ない事由による措置により児童デイサービスを提供する場合の留意事項について（平成15年6月6日障第0606002号）」は廃止することとする。</p>

(表面)

障害程度区分認定証明書

障害程度区分認定者	申請番号	<input type="text"/>									
	フリガナ	<input type="text"/>									
	氏名	<input type="text"/>									
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生						男・女
	住所	<input type="text"/>									
	転出予定先 (市区町村名まで)	<input type="text"/>									
	異動予定日	平成	年	月	日						
<p>上記の者は、次のとおり本市(町村)において障害者自立支援法に基づく障害程度区分の認定を受けている者であることを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〇〇市町村長</p>											
				申請年月日	平成	年	月	日			
障害程度区分				認定年月日	平成	年	月	日			
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで有効										
市町村審査会の意見等	<input type="text"/>										
備考	<input type="text"/>										

※裏面に注意事項を記入。

注意事項

- 1 この障害程度区分認定証明書は、障害者自立支援法の障害程度区分認定について、転出先の市町村で、あらためて認定調査等を受けることなく障害程度区分認定を受けることが可能になるように〇〇市(町村)が交付したもので、障害程度区分認定結果等を通知するものではありません。したがって、この証で障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスの支給を受けることはできません。
- 2 住所を異動した際は、直ちに転入先の市(町村)の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して障害福祉サービスの利用の申請をしてください。
転入先の市町村で改めて支給決定を受けるまでは原則として転入後に利用した障害福祉サービスの給付は受けられません。緊急に利用が必要な場合は転入先市町村にご相談ください。
- 3 住所を異動した先の市(町村)が、新たに障害福祉サービスにかかる給付の実施主体となります。
- 4 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、異動予定日が過ぎてから住所を異動するまでに利用した障害福祉サービスの給付が一部受けられなくなることがありますので、予定が変わった場合は(転出前の市町村に)ご相談ください。

相談支援事業について

○指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

【6月26日会議からの主な変更点】

- ① 相談支援専門員の配置について(資料2・3頁)
- ② 相談支援専門員の実務経験について(資料6頁、Q&A2頁)

※ 変更点について斜体表示してあります。

○相談支援事業関係Q&A

指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

1. 指定相談支援事業の人員基準

- ① 従事者の員数
 - 事業所ごとに、専従の相談支援専門員を配置。ただし、事業所の管理に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。
- ② 管理者
 - 事業所ごとに専従の管理者を配置。ただし、事業所の管理に支障のない場合は、当該事業所の他の職務等に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

2. 相談支援専門員について

- ① 基本的な考え方
相談支援専門員は、障害特性や障害者の生活実態に関する詳細な知識と経験が必要であることから、実務経験（3年、5年、10年）と相談支援従事者研修の受講を要件とする。
なお、現任研修を5年に1回以上受講することとする。
- ② 実務経験の対象となる業務（別紙のとおり）
 - 障害者の保健、医療、福祉の分野における相談支援の業務及び介護等の業務
 - 障害者の就労、教育の分野における相談支援の業務
- ③ 研修の受講
実務経験を有する者は、都道府県の実施する相談支援従事者研修（初任者研修（5日程度））を受講し、相談支援専門員になることができる。
 - 過去に国又は都道府県の実施する障害者ケアマネジメント研修を受講したことがある者については、新制度における相談支援従事者研修（1日程度）を19年度末までに受講しなければならないものとする。
 - 現在、相談支援事業に従事し、実務経験の要件を満たす者のうち、これまでに上記研修を受講していない者については、平成19年度末までに都道府県の実施する相談支援従事者研修（初任者研修（5日程度））を受講することを要件として相談支援専門員の業務を行うことができる。

指定相談支援事業における相談支援専門員の配置について

○相談支援専門員の配置

- ・事業所ごとに専らその職務に従事する相談支援専門員を置かなければならない。
- ・指定相談支援の業務に支障がない場合は、同一事業所の他の職務に従事させ、又は他の事業所、施設等の職務に従事させることができる。

【具体的には】

- ①常勤、非常勤の別を問わない。
- ②相談支援に支障のない範囲で、
 - ・同一事業(当該指定相談支援事業所)の管理者、その他の従業者との兼務可
 - ・他の事業所の管理者、サービス管理責任者等との兼務可(関連図参照)

(※これまでの考え方：常勤換算方法で1以上の相談支援専門員を置かなければならない)

職員間の兼務の整理(指定相談支援事業)

	相談支援事業所		併設事業所		
	管	相	管	サ	直
管	/	○	○	○	○
相	○	/	○	○	※

(備考)

○:兼務可(業務に支障のない範囲で)

※:直接処遇職員が適用報酬基準以上配置されている場合、その限度において相談支援専門員の勤務時間に繰入れ可

管:管理者

相:相談支援専門員

サ:サービス管理責任者

直:直接処遇職員

○留意事項

市町村が実施する一般的な相談支援(障害者相談支援事業)について、常勤の相談支援専門員が配置されている指定相談支援事業者に委託して実施できる取扱いを変更するものではない。

3. 運営基準

- ① 相談支援専門員は生活全般に係る相談、サービス利用計画の作成に関する業務を担当する。
 - ② 利用者等に対してサービスの提供方法等について理解しやすいように説明するとともに、ピアカウンセリング等の支援を必要に応じて実施する。
 - ③ 地域のサービス事業者の情報を適正に利用者等に提供する。
 - ④ 利用者の居宅を訪問し、面接によるアセスメントを実施する。
 - ⑤ サービス利用計画の原案を作成する。
 - ⑥ サービス担当者会議を開催し、サービス利用計画の原案内容について意見を聴取する。
 - ⑦ サービス利用計画の原案を利用者等に説明し、文書により同意を得る。
 - ⑧ サービス利用計画を利用者等及び利用サービス等の担当者に交付するとともに、市町村へ写しを提出する。
 - ⑨ 月1回以上、利用者の居宅を訪問し、モニタリングする。
 - ⑩ 必要に応じ、サービス利用計画の変更を行う。
- 等

4. 指定申請について

- ① 指定申請
 - 指定申請書及び必要な書類を添付して都道府県知事に申請する。
 - ※ 相談支援専門員の経歴には、相談支援従事者研修会等の修了証書、実務経験を証する書類等を添付すること。
- ② 変更の届出
 - 事業所の名称及び所在地等の事項に変更があったときは都道府県知事に届け出る。
- ③ 指定の有効期間
 - 法における有効期間は6年であるが、平成18年10月の指定時においては、更新時期を平準化できるよう、3年から9年の範囲内で割り振ることができる。（経過措置）

(別紙)

相談支援専門員の要件となる実務経験等

○ 相談支援専門員の要件となる実務経験者

- ① 第1の期間が通算して3年以上である者
 - ② 第2、第3、第5及び第6の期間が通算して5年以上である者
 - ③ 第4の期間が通算して10年以上である者
 - ④ 第2から第6までの期間が通算して3年以上かつ第7の期間が通算して5年以上である者
- ※ 3年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が通算して3年以上であり、かつ当該業務に従事した日数が540日以上
- 3年以上(540日以上) ○ 5年以上(900日以上) ○ 10年以上(1800日以上)

○ 実務経験となる業務

第1 平成18年10月1日において現にイ又はロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、イ又はロに掲げる者として相談支援の業務(身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務)その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者

第2 イからニに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
- ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- ニ 保険医療機関の従業者(社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、又は第2のイからハに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に該当する者)

※1

第3 イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等が、介護等の業務(身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務)に従事した期間

イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通勤療、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者

ロ 障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従業者

ハ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者

第4 第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間

第5 次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間
障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者

第6 盲学校、聾学校及び養護学校その他これらに準ずる機関において、就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事した期間

第7 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む。)又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

※1 社会福祉主事任用資格者等

社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、保育士、
児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

相談支援事業関係Q & A

分類	質問の内容	現段階の考え方
サービス利用計画作成費	市町村において、サービス利用計画を作成した場合も国庫負担対象となるか。	市町村が、都道府県から指定相談支援事業者の指定を受けて行う指定相談支援については、国庫負担対象（サービス利用計画作成費）として差し支えない。
	サービス利用計画作成費の国庫負担基準額を算定する課程でサービス利用者の10%に相当する人数を算出するが、その端数処理についてどうすればよいか。	原則として、1人未満の端数については四捨五入とする。ただし、サービス利用者数が少なく、10%に相当する人数が1人未満の場合は1人とする。
	サービス利用計画の作成に関して、統一したアセスメント票やケア計画表等の様式が示されるのか。	今回、新たにサービス利用計画に関する統一した様式を示す予定はなく、各事業者ごとに、障害者ケアガイドラインの各種様式等を参考にそれぞれ作成されるべきものと考えている。
相談支援専門員	相談支援専門員の実務経験について、相談支援専門員として配置される時点で満たしていればよく、研修受講時に満たしている必要はないということでしょうか。	お見込みのとおり。
	相談支援専門員の要件となる実務経験に関して、社会福祉主事任用資格者等の場合、社会福祉主事任用資格等の資格取得以前の期間も含めて5年の実務経験があればよいのか。	お見込みのとおり。社会福祉主事任用資格等の資格を取得してから、あらためて5年間の実務経験が必要ということではない。
	相談支援専門員の要件となる実務経験に関して、児童指導員任用資格者が社会福祉主事任用資格者等とされているが、精神障害者社会復帰指導員任用資格者は含まれないのか。	精神障害者社会復帰指導員任用資格者についても、「社会福祉主事任用資格者等」に含まれることとする。
	相談支援専門員の実務経験等の具体的な確認方法はどのように考えているか。	現に勤務する施設等の長が業務内容や勤務日数を証明し、当該証明書を事業者指定の際に添付する相談支援専門員等の経歴書に添付することにより確認を行うことを想定している。過去に、その他の施設等に勤務した経験がある場合は、その施設等の長による証明書も併せて確認することになる。 また、国家資格等を確認する必要がある者については、併せて免許等の写しを添付すること。

分類	質問の内容	現段階の考え方
相談支援専門員	いわゆる小規模作業所の職員は、相談支援専門員及びサービス管理責任者の実務経験に含まれるか。	公的な補助金又は委託により運営されている小規模作業所であって、業務内容や勤務状況の記録が適正に整備されており、所属長等による実務経験の証明が可能であれば、実務経験に含まれるものとする。
相談支援事業（地域生活支援事業）	市町村相談支援機能強化事業により配置する専門的職員は常勤でなければならないのか。	専門的職員は、必ずしも常勤である必要はない。市町村内又は圏域内の相談支援体制の整備状況やニーズ等を勘案して、特に必要と認められる能力を有する専門的職員を常勤で配置したり、複数の専門的職員（非常勤）を組み合わせることで地域の多様なニーズに対応することも考えられる。 地域自立支援協議会において、本事業によって配置する専門的職員について協議し、実施計画を作成するとともに、都道府県自立支援協議会から当該実施計画に係る評価・助言を求めるなど、事業の適切な実施に努めること。
	相談支援事業に係る交付税措置の状況はどのようになっているか	相談支援事業に係る交付税措置（基準財政需要額）については、総務省から別添のとおり措置されると聞いているところ。なお、基準財政需要額については、平成18年4月から通年ベースで市町村又は都道府県それぞれに積算されているとのことであるが、相談支援事業の継続的・安定的な運営を図り、10月からの相談支援体制に円滑に移行が図られるよう、都道府県及び市町村において、特段のご配慮をお願いする。

【別添】

地域における相談支援事業に係る財政的措置等について

【平成18年4月～】

【財政的措置】

市
町
村

障害者相談支援事業

- ・ 3障害の一般的な相談支援
(※地域自立支援協議会の運営を含む)

標準団体規模(10万人)
10,491千円(年額)
(交付税)

市町村相談支援機能強化事業
住宅入居等支援事業 等

市町村
地域生活支援事業
(補助金)
国1/2 県1/4 市町村1/4

都
道
府
県

都道府県相談支援体制整備事業 等

都道府県地域生活支援事業
(補助金)
国1/2 県1/2

障害児等療育支援事業

- (実施主体：都道府県・指定都市・中核市)
- ・ 訪問による療育指導
- ・ 外来による専門的な療育相談 等
(※都道府県自立支援協議会の運営を含む)

標準団体規模(170万人)
53,053千円(年額)
(交付税)

相談支援事業にかかる交付税措置について

【平成17年度】

市町村障害者生活支援事業

財源：交付税（市町村分）

障害児（者）地域療育等支援事業

うち相談支援事業分

財源：交付税（道府県分）

精神障害者地域生活支援センター

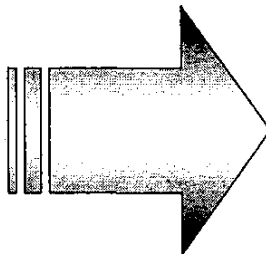
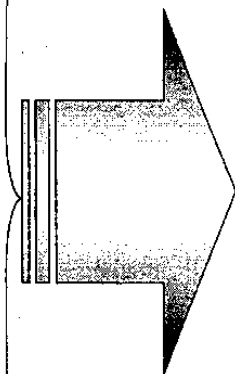
うち相談支援事業分

財源：補助金（県・政令市）

障害児（者）地域療育等支援事業

うち障害児等療育支援分

財源：交付税（道府県分）



【平成18年度】

障害者相談支援事業

（地域自立支援協議会の運営を含む）

財源：交付税（市町村分）

標準団体規模(10万人)

10,491千円(年額)

都道府県自立支援協議会

財源：交付税（道府県分）

標準団体規模(170万人)

53,053千円(年額)

障害児等療育支援事業

財源：交付税（道府県分）

(資料提供)

市町村における多様な相談支援体制の整備について

- 相談支援事業については、原則として平成18年10月から、障害種別にかかわらず市町村に一元化して実施されることとなっており、市町村においては、地域における相談支援体制の整備が急務である。
- 今回、全国の先進地における多様な相談支援体制に係る取組み事例を取りまとめたので、これらを参考として、地域自立支援協議会の設置を含めて、地域の実情に応じた相談支援体制の整備に努められたい。
- 都道府県においては、今後、市町村において、相談支援事業が適正かつ円滑に実施できるよう、広域における調整等、積極的な支援が重要である。

2006年8月24日

市町村における多様な相談支援体制のあり方(例)

- 1 障害種別に関わらず総合的拠点を設置
 - ① 宮古市(市人口約6万人規模 圏域約10万人規模)
 - ② 秦野市(市人口約17万人規模)

- 2 障害種別に応じて複数の拠点を設置し、相互に連携
 - ① 藤沢市(市人口約40万人規模)

- 3 地域包括支援センターとともに総合的な相談窓口を設置
 - ① 高浜市(市人口約4万人規模)
 - ② 東松山市(市人口約9万人規模、圏域約22万人規模)

- 4 その他
 - ① 長野市(地域のネットワーク構築 市人口約38万人規模)
 - ② 綾瀬市(相談支援体制のステップアップ 市人口約8万人)

例1-①

宮古地域の相談支援体制の概要

(3障害の総合相談窓口の設置、圏域5市町村共同設置)

○人口：圏域 約10万人(うち宮古市 約6万人)

○「障害者相談コーナー」の設置

・市内中心商店街のデパート内に設置

・開設日はデパート営業日と同じ(土・日も開設)

午前10時から午後7時開設

・宮古市社会福祉協議会に委託。(身体・知的・精神の3障害に対応)

・市社協の相談職員に加えて、地域の相談支援事業者から派遣されたコーディネーター等が相談に応じる。

○「宮古圏域障がい者福祉推進ネット(レインボーネット)」

・企業・産業団体・医療機関・施設・ボランティア団体・行政等100団体で構成

・障害者相談コーナーを支援

○モデル事業からのステップアップ

モデル事業からのステップアップ

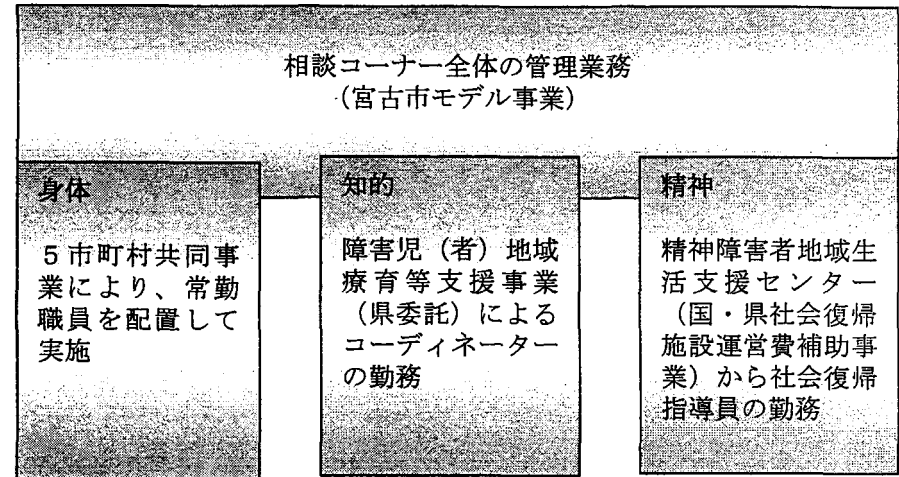
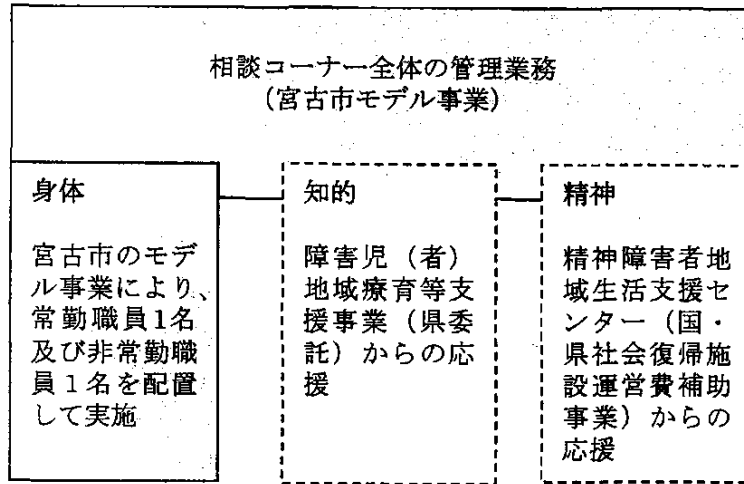
モデル事業 (H15・16年度実施)

圏域事業 (H17年度～)

不完全な
事業連携

ステップアップ

圏域5市町村の共同設置
知的・精神の相談支援職員の常駐



- 障害者福祉施設等の相談コーナーにおける相談事業
- 生活支援ワーカー等による相談コーナーの利用促進

- 障害者福祉施設等の相談コーナーにおける相談事業
- 障害者就業支援ワーカー・生活支援ワーカーによる相談事業

宮古圏域障がい者福祉推進ネット(レインボーネット)による相談事業の支援

共同実施
の
メリット

- ・各市町村の負担軽減による効率的事業実施
- ・専門的相談・サービス提供対応が充実
- ・町村の職員では対応に限界がある、障害の分野を超えた相談・コーディネート等にかかる対応が可能
- ・相談等にかかる機能分担による対応時間の縮減等による事務事業の効率化
- ・福祉政策に係る新たなアピールが可能

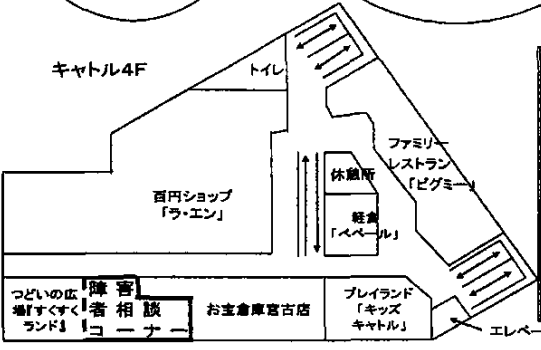
障害者相談コーナー キャトル4F 開設

サービスを受けるには？
手帳の交付申請は？
働きたいんだけどなあ～！

などなど、お気軽に
ご相談ください。

3障害（身体・知的・精神）に対応します。
町村への出前相談もします。

相談コーナー開設日・開設時間
【開設日】キャトル営業日と同じ（土・日も開設）
（年末年始は休み）
【開設時間】 午前10時～午後7時まで
相談コーナーでは、窓口、電話等によって相談に応じ、必要に応じて助言、情報提供及び専門機関等への紹介や利用あっせん等を行います。
☎ (0193) 71-1245
FAX (0193) 71-1246



障害者相談コーナーとは？
障害を持った方の社会参加を促進するため、宮古市・山田町・岩泉町・田野畑村・川井村の5市町村が負担金を出し合い、宮古市社会福祉協議会に事業を委託して相談支援事業を実施します。
【問合せ先】
宮古市福祉障者福祉係 ☎ 0193-62-2111
宮古市社会福祉協議会 ☎ 0193-64-5050

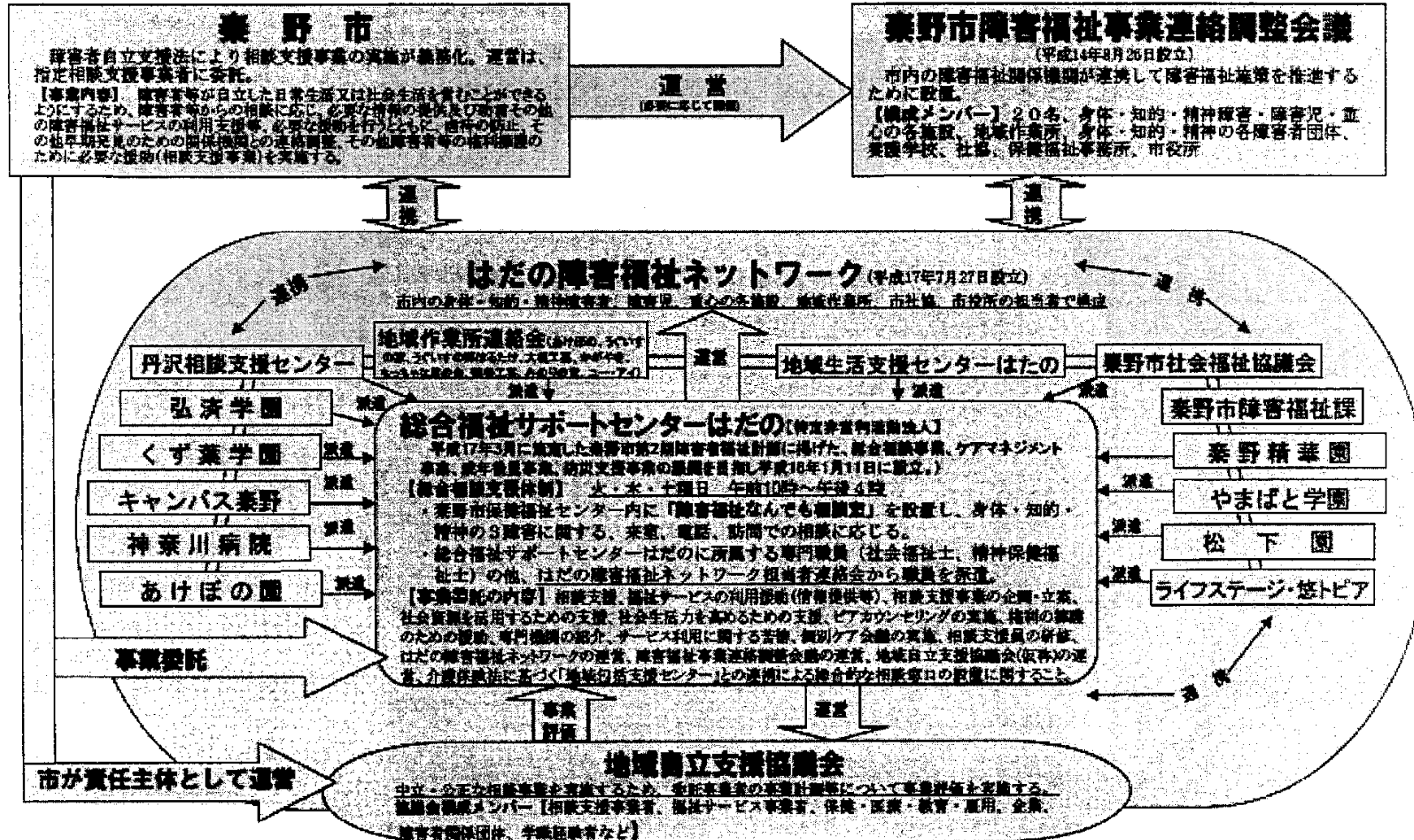
例1-② **秦野市障害福祉相談支援体制の概要**
(3障害の総合相談窓口の設置)

- 人口：168,481人(平成18年7月現在)
- 「障害福祉なんでも相談室」の設置
 - ・秦野市保健福祉センター内に設置
 - ・火・木・土曜日 午前10時から午後4時開設
 - ・NPO法人に委託。(身体・知的・精神の3障害に対応)
 - ・相談室の職員に加えて、地域の相談支援事業者、施設等から派遣された専門職員が相談に応じる。
 - ・10月以降の体制、開設日等を検討中。(ステップアップ)
- 「はだの障害福祉ネットワーク」
 - ・地域の施設・作業所・市社会福祉協議会・市等で構成
 - ・障害福祉なんでも相談室との連携
- 地域自立支援協議会
 - ・市が運営、相談室の中立公平性の確保
- 秦野市障害福祉事業連絡調整会議

秦野市障害福祉相談支援事業イメージ図

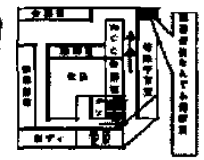
平成18年7月1日

障害のある人やその家族が抱える様々な問題について、安心して気軽に相談できる場を設置し、必要な情報を提供するため、次のとおり秦野市障害福祉相談支援事業を実施する。



保健福祉センター2階
に平成18年7月1日
オープン

無料



障害福祉なんでも相談室

身体・知的・精神などに障害のある方や、その家族などが抱える、さまざまな悩み、困りごとについて、相談や必要な情報の提供をする障害福祉なんでも相談室が保健福祉センター2階に平成18年7月1日オープン。
だれでも安心して相談できますので、気軽にご利用ください。



こんなとき、ご相談ください。

- ・障害があり困っているが、どうしていいかわからない
- ・障害のことを誰に相談すればいいかわからない
- ・障害があり、将来について悩んでいる
- ・子供の成長に不安がある
- ・市の障害福祉課の窓口では相談しづらい
- ・市役所や障害福祉課などへの相談を聞いてほしい
- ・障害者自立支援法について聞きたい
- ・障害福祉サービスについて聞きたい
- ・障害者への福祉手当てについて聞きたい
- ・障害者手帳を取得したい
- ・ホームヘルプ、ショートステイを利用したい
- ・発達障害について教えてほしい
- ・障害者施設に入所したい
- ・障害者を持っているが仕事をしたい
- ・成年後見制度について聞きたい、利用したい
- ・障害者に関係したボランティア活動をしたい
- ・障害者団体を紹介してほしい
- ・障害者スポーツに参加してみたい
- ・障害者のために公共施設などを建てしてほしい
- ・手話や点字を覚えたい
- ・介護保険について聞きたい

相談日 火・木・土曜日 (12:25-17:00)

時間 午前10時～午後4時

場所 保健福祉センター2階です。

※お電話で直接お申し込みが、電話、FAX、メールでも受け付けます。

営業中、一度ご連絡ください。

電話 0463-80-3294 (FAX専用) ハダノ ミニブック

メール nandemo-soudan@asahi.com.ne.jp

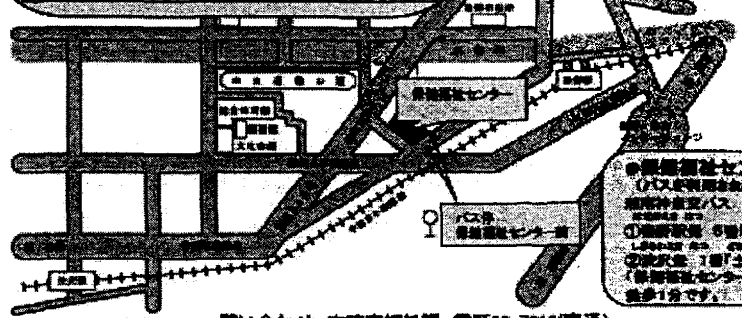
所在地 257-0054 熊野町熊野16番3号
熊野町保健福祉センター2階
「障害福祉なんでも相談室」

※一部の相談は、18歳以上、完全就労済みのサービス生などの対象外となります。

その他、障害福祉に関する事であれば、どんな事でも相談です。

その場で深くに解決できるかは、分かりませんが、少しでもお力になれたらと考えています。

「こんなふうに暮らしたい」といっしょに考えて、実現しましょう。

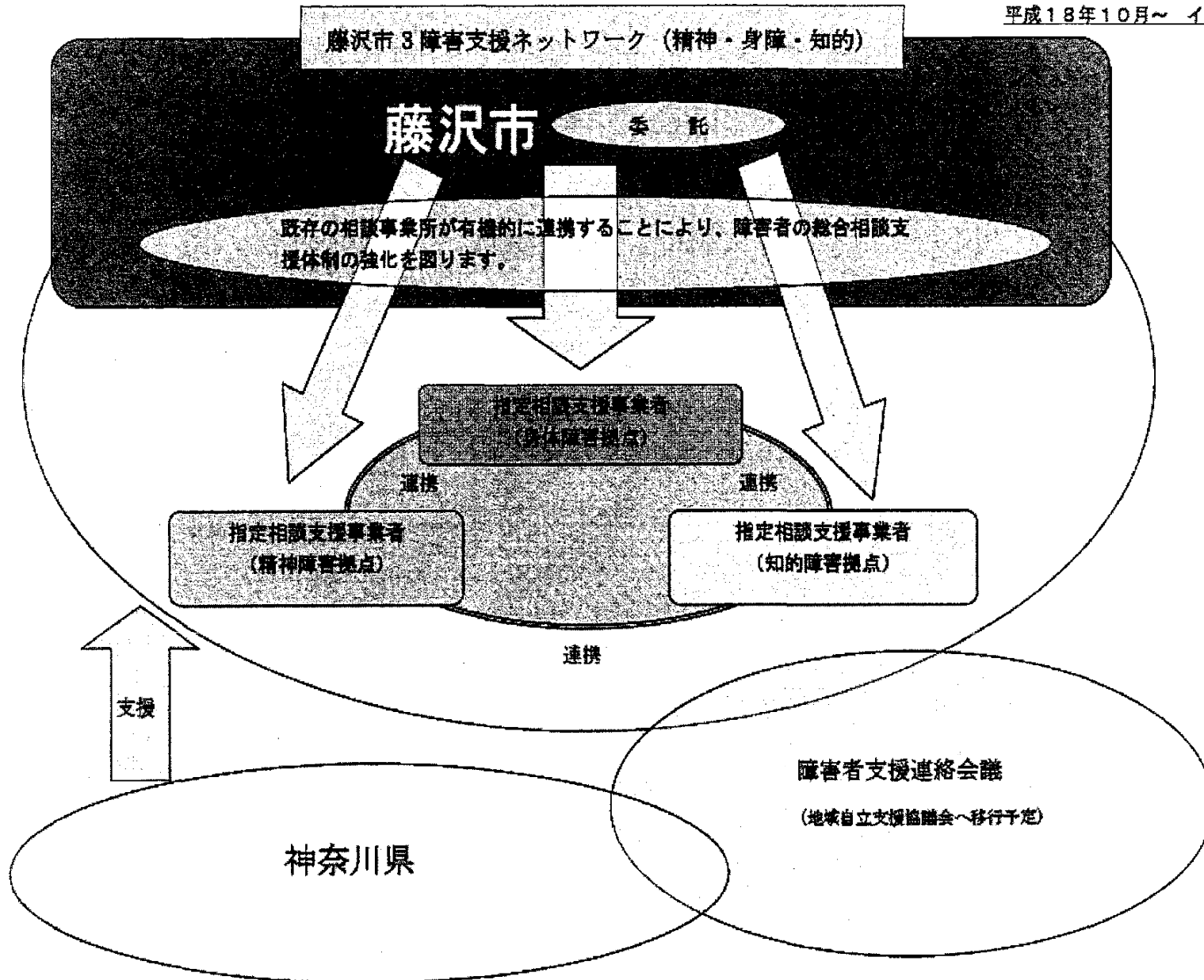


◎保健福祉センターへの交通のご案内
(バスを利用される場合)
熊野町駅バス
①熊野町駅 5番「土浦線由茨城県北口行」
②茨城県 1番「土浦線由熊野町行」
(保健福祉センター一階)バス停で下車してください。
徒歩1分です。

問い合わせ 市障害福祉課 電話82-7818(直通)

例2-① 藤沢市の相談支援体制の概要 (複数の拠点が相互に連携)

- 人口:397,698人(平成18年7月現在)
- 藤沢市相談支援ネットワーク(9月まで)
 - ・3相談支援事業者(身体、知的、精神)、県総合療育センター、市子供発達相談室、障害福祉課が連携して支援
 - ・月1回の定例連絡会で情報交換 等
- 障害者支援連絡会議(地域自立支援協議会へ移行予定)
 - ・ライフステージや地域に応じた課題の検討(事務局:市障害福祉課)
 - ・身障、知的・精神、児童、進路の4ワーキンググループに分かれて個別の課題や社会資源のあり方を検討(事業所の運営)
- 10月以降の相談支援体制
 - ・藤沢市3障害支援ネットワーク(別紙)
 - ・指定相談支援事業者による障害者総合相談窓口の設置(市障害福祉課内)



藤沢市3障害支援ネットワークとしては、こんなことを考えています。

直接相談

- ・ 障害への理解
- ・ やりたい事・困り事などの把握
- ・ サービス利用への援助
- ・ 生活相談、家族相談など全般
- ・ 制度利用などについての情報提供
- ・ ピアカウンセリング
- ・ ケアプランの作成援助
- ・ ケア会議などの調整と開催、

豊かな藤沢市を！
自分らしい生活作りを！
藤沢市3障害支援ネットワーク会議

啓発・啓蒙

- ・ マンパワーの育成（ヘルパー・ボランティア、ピアカウンセラーなどの研修会、講演会、勉強会など）
- ・ フォーラム
- ・ イベント（展示会、発表会など）の開催

ネットワーク作り

- ・ 相談事業所、サービス提供事業所、医療機関、教育機関、労働関係機関、専門機関との連携
- ・ 地域資源の活用（既存の社会資源、民生委員、児童相談員など）
- ・ 当事者団体、ボランティアなどとの連携

例3-①

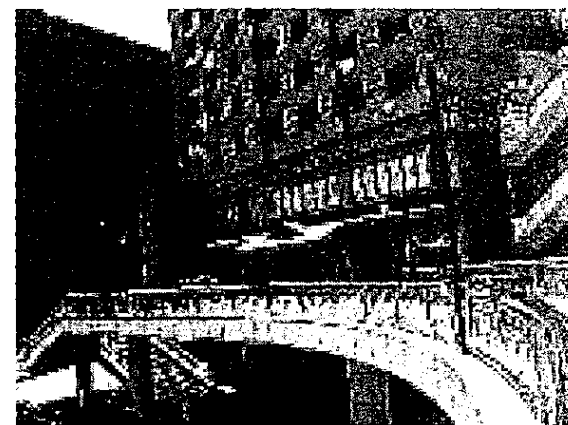
高浜市の相談支援体制の概要 (高齢者・障害者に対応する総合相談窓口)

○人口:42,480人(平成18年4月現在) 圏域人口:約22万人

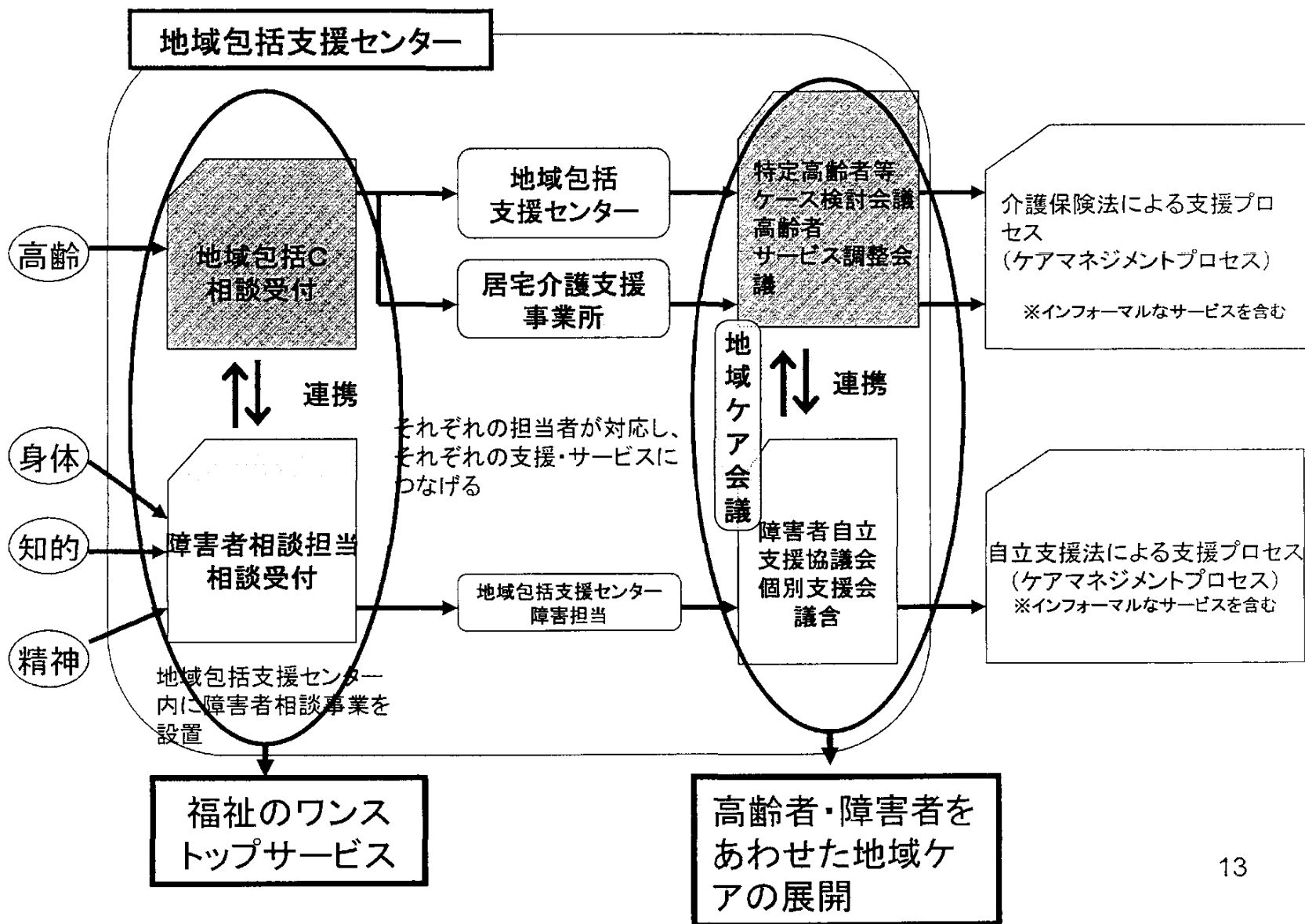
○3障害と高齢者の全てに対応

- ・福祉のワンストップサービスを目指して、名鉄三河線「三河高浜駅」前のビル2階に、福祉の拠点「高浜市いきいき広場」をオープン(平成8年4月)
- ・行政組織(地域福祉グループ、介護保険グループ等)、社会福祉協議会、地域包括支援センター(平成18年4月から)等を同一フロアに開設
- ・障害者相談支援については、地域包括支援センター内に障害者の相談支援担当職員を配置して対応(平成18年6月から)
- ・利用時間:平日午前8時30分～午後9時
土、日、祝祭日

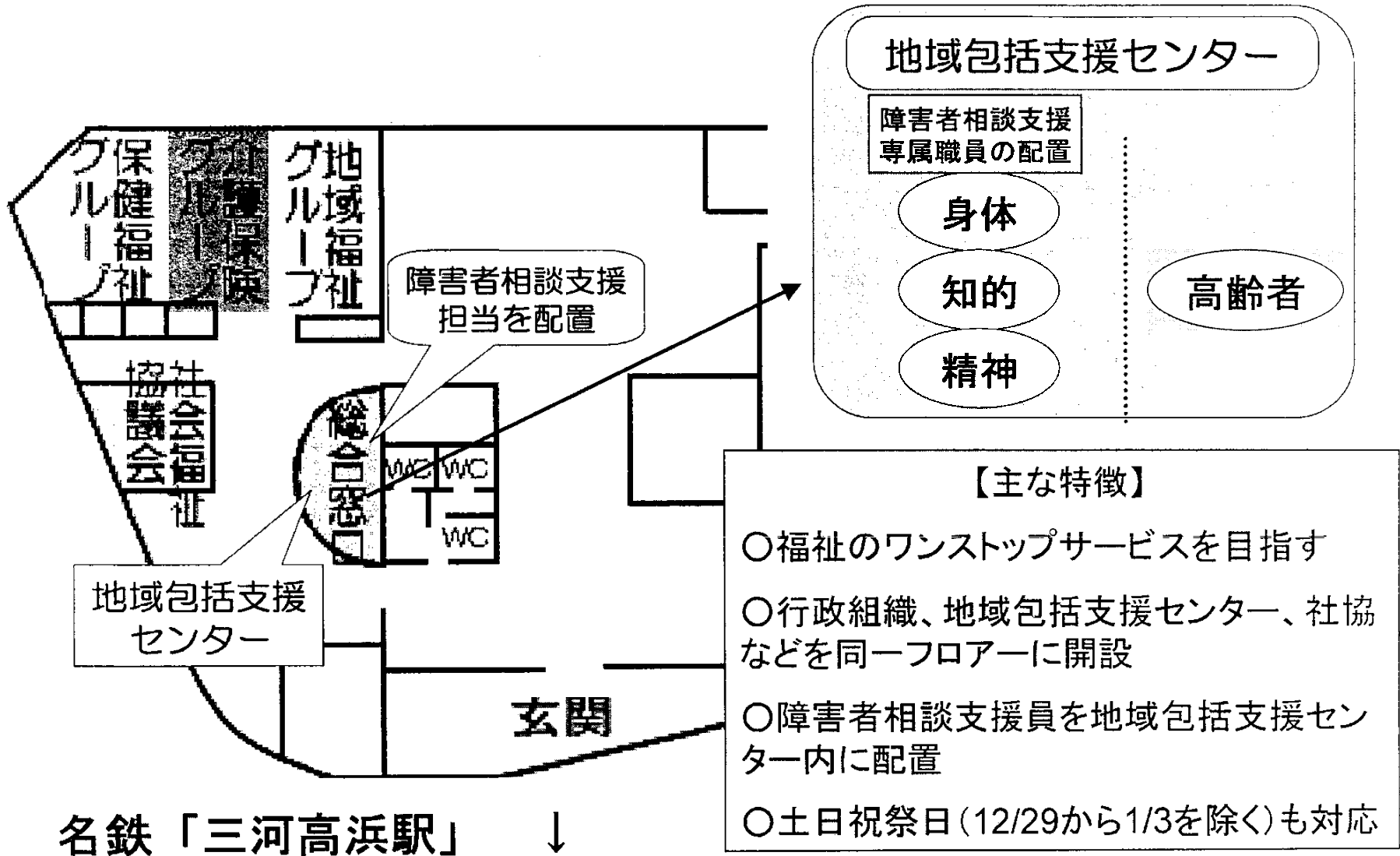
午前8時30分～午後5時15分



総合的ケアマネジメントの展開について—高浜市—



いきいき広場(高浜市)



地域包括支援センター

障害者相談支援
専属職員の配置

身体

知的

精神

高齢者

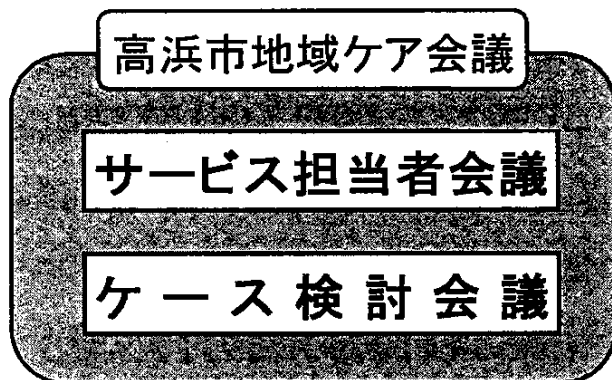
【主な特徴】

- 福祉のワンストップサービスを目指す
- 行政組織、地域包括支援センター、社協などを同一フロアに開設
- 障害者相談支援員を地域包括支援センター内に配置
- 土日祝祭日(12/29から1/3を除く)も対応

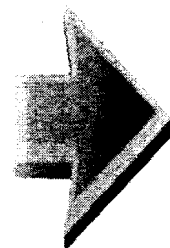
障害者自立支援協議会の対応（案）

【従 前】

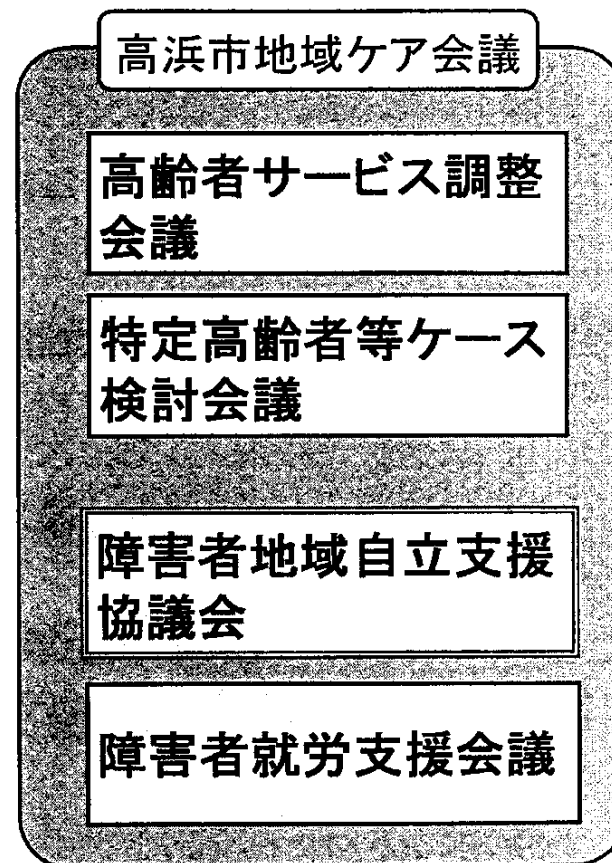
高齢者



障害者



【見直し後】



例3-②

東松山市の相談支援体制の概要 (高齢者・障害者に対応する総合相談窓口)

○人口：90,203人（平成18年6月現在） 圏域人口：約22万人

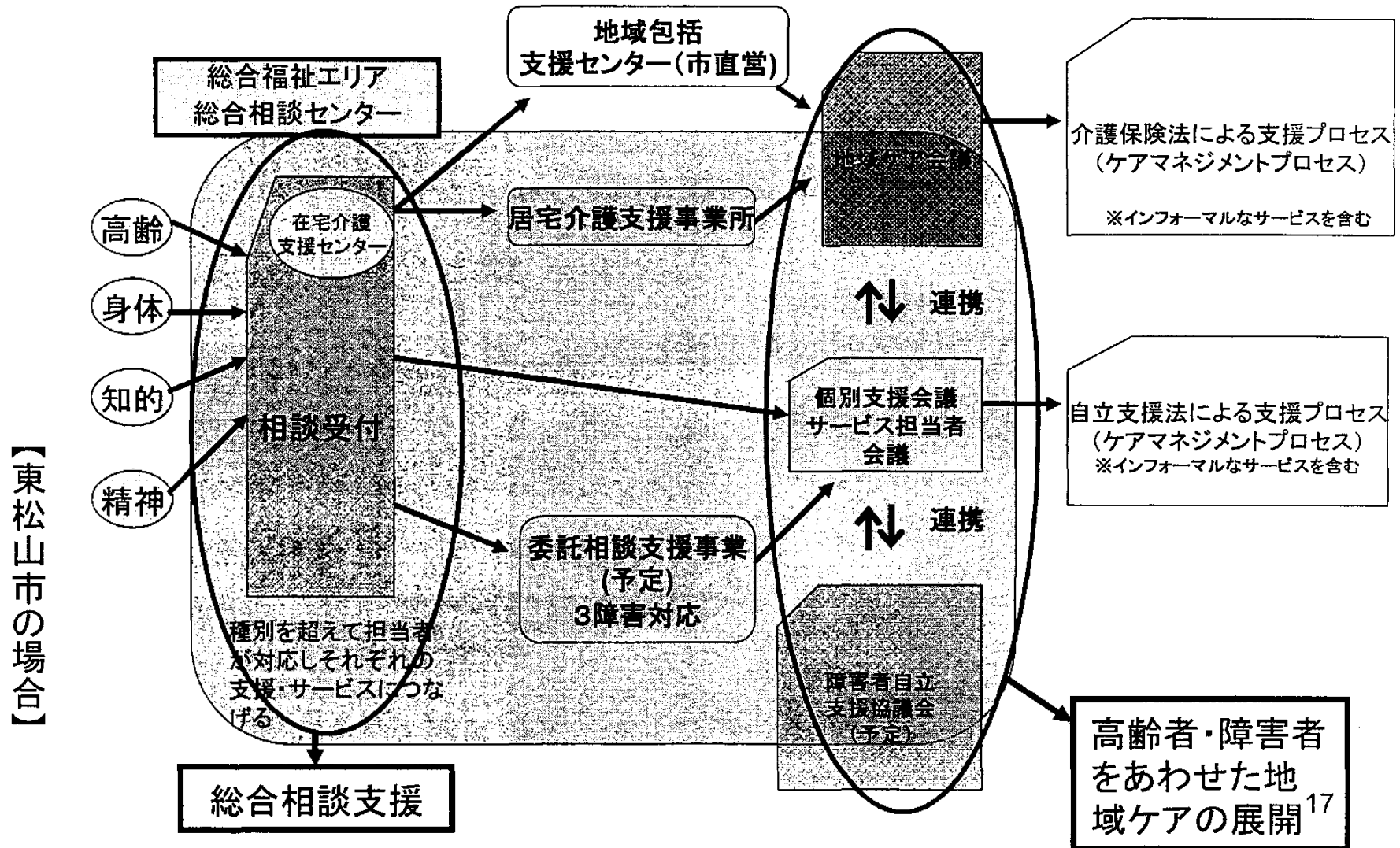
○3障害と高齢者の全てに対応

- ・「東松山市総合福祉エリア」内に、3障害と高齢者に対応できる総合相談センターを開設（平成12年10月）
- ・居宅介護支援事業所と同居、地域包括支援センターとも連携
- ・市社会福祉協議会に委託
- ・障害者の相談支援事業については、圏域8市町村の共同設置
- ・24時間365日の相談支援体制

○比企郡障害者生活支援事業運営協議会

- ・事業内容や実績等について協議会に方向・検討し、今後の事業計画等につなげる。

総合的ケアマネジメントの展開について—東松山市—



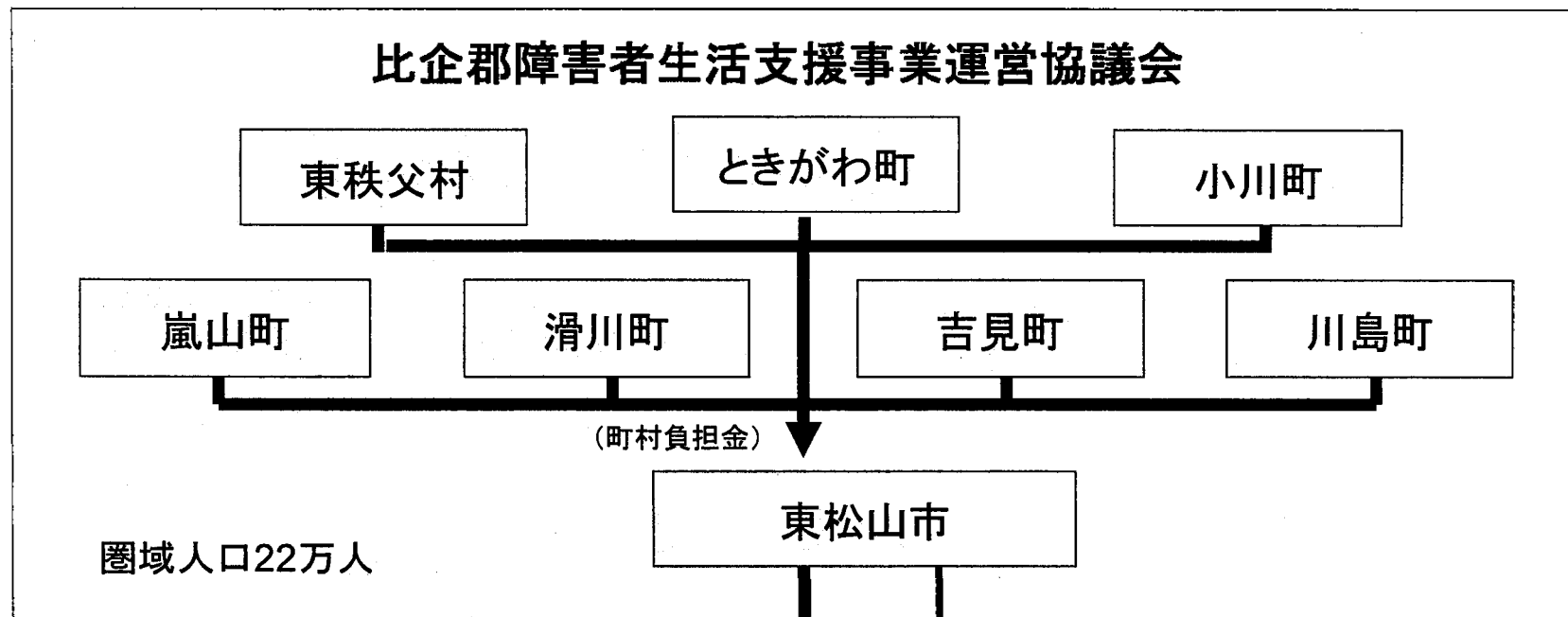
総合福祉エリア総合相談センター(東松山市)

【総合相談センターの事業】

- 精神障害者地域生活支援センター(精神障害者)
- 地域療育等支援事業(知的障害者・児童)
- 市町村障害者生活支援事業(身体障害者)
- 手話通訳派遣事業
- 在宅介護支援センター(高齢者)
- 居宅介護支援事業(介護保険)
- 訪問指導(保健師、歯科衛生士、栄養士)

【総合相談センターの主な特徴】

- 障害年齢を問わない総合相談センターを開設。
- 24時間365日の相談支援体制。
- 3障害、高齢者の相談に対応できる職員体制。
- 複数相談員(ソーシャルワーカー常勤8人、非常勤4人)を配置し処遇困難事例にも対応。



市町村と連携した
相談支援・ケアマネジメント

障害者相談支援事業の
8市町村共同委託

在宅介護支援センターの
東松山市単独委託

東松山市社会福祉協議会

東松山市総合福祉エリア 総合相談センター

(ソーシャルワーカー 常勤8人・非常勤4人)

※障害・年齢を問わない24時間365日の相談支援体制

実施事業：市町村障害者生活支援事業・地域療育等支援事業
精神障害者地域生活支援事業・在宅介護支援センター

事業内容や実績等について協議会に
報告検討し、事業計画につなげる

埼玉県東松山市及び比企郡の相談・ケアマネジメント体制

例4-①

長野市障害ふくしネットの概要 (自立支援協議会のイメージ)

○人口：382,862人(平成18年7月現在)

○長野市障害ふくしネット

- ・関係機関の情報共有、連携強化
- ・複合したニーズを有する具体的なケースに係る検討・支援の策定
- ・行政施策について研究・検討し、提言する。
- ・事務局は社会福祉法人に委託(市障害福祉課と協働)

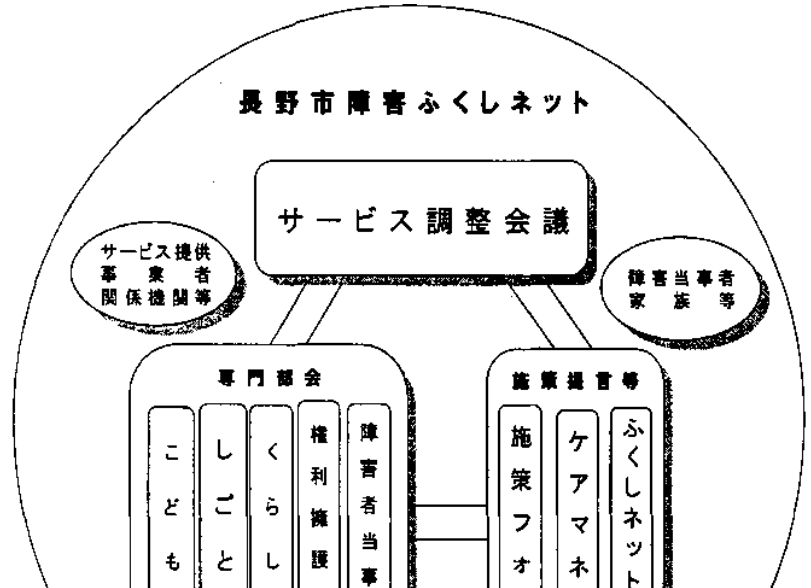
【そのための各種会議】

- ◎長野市障害児者サービス調整会議
- ◎専門部会の設置(こども部会、しごと部会、くらし部会、当事者部会、権利擁護)
- ◎施策フォーラム
- ◎ケアマネ連絡会
- ◎ふくしネット運営部会

○市内相談支援事業所も福祉ネットに参画

長野市ふくしネット概念図

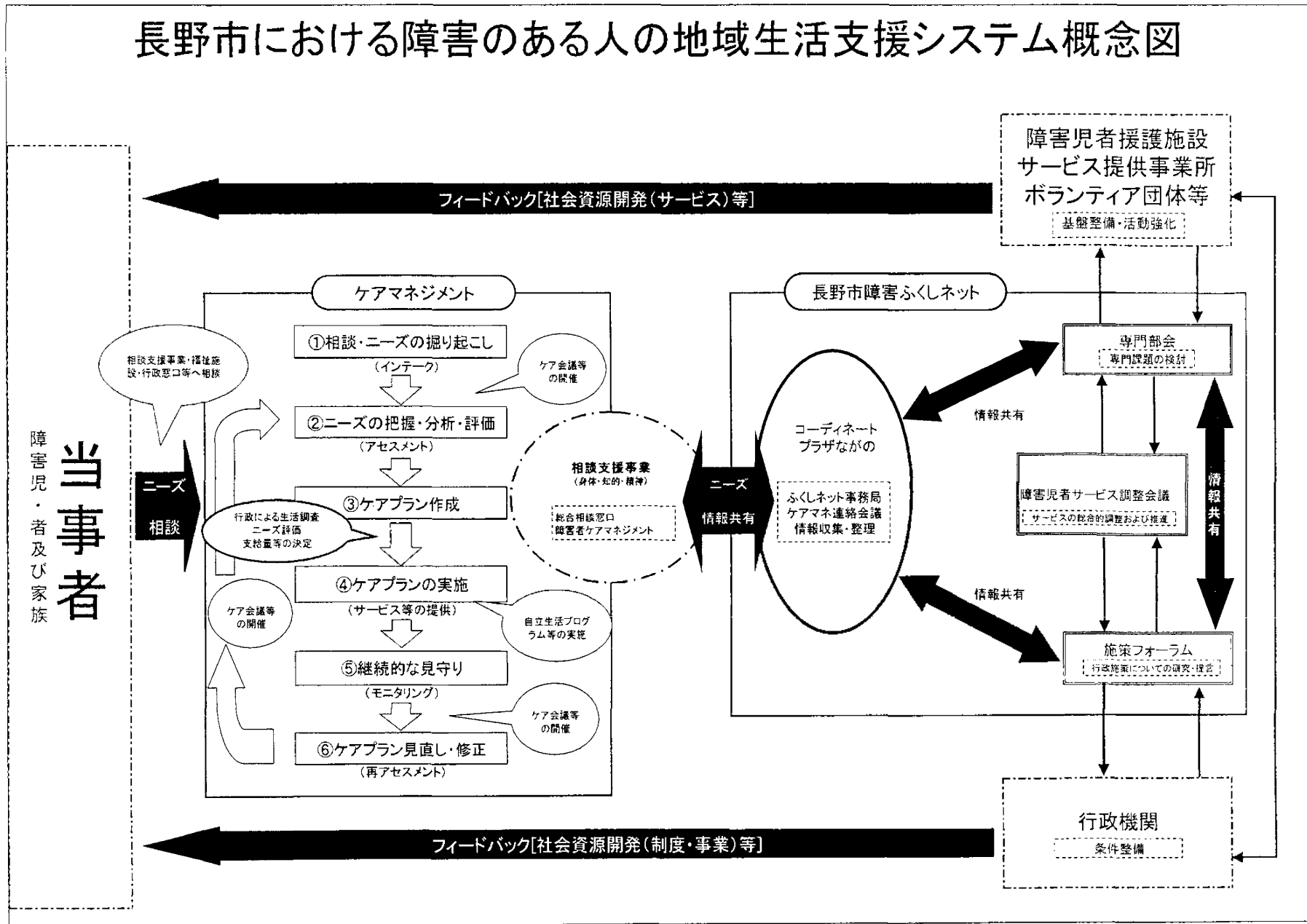
目的: 地域の独立した福祉資源等の連絡調整を行い、地域全体で障害者を支援する環境を整備する



平成17年度 長野市障害ふくしネット 議題内容一覧表

	ケアマネ連絡会	こども部会	精神障害者専門部会	当事者専門部会
4月	(1) サービス調整会議の報告 (2) ケース検討・情報交換 (3) 情報交換		(1) サービス調整会議の報告 (2) 他の部会からの報告 (3) 自立生活訓練事業について17年度の方針について (4) 17年度の体制について	(1) じぶんのことをはなす (2) 障害者(しよら)のサービスをする ① 交流にうつろいについて (3) ピチオづくりについて (4) 災害(さいがい)について
5月	(1) 総案について・ケアマネージメントアセスメントシートの検討・その後 (2) ケース検討・情報交換 (3) 情報交換		(1) 他の部会からの報告 (2) 自立生活訓練事業について (3) 17年度の方針について (4) その他	(1) じぶんのことをはなす (2) 交流について (3) 障害フォーラムへの報告について (4) ピチオづくりについて (5) 災害(さいがい)について
6月	(1) 障害者地区別定期行事についての予定される年度 ① 「特記事項」の記述方法 現在の調査書の記述例 障害福祉課 余健司 ② 医師の意見書 記入方法 診察書の料金 ③ アセスメントの所要時間 ④ 研修委員の決定 (2) ケース検討 (3) 情報交換		(1) 障害フォーラムの提案について (2) 自立生活訓練事業について	(1) 自分(じぶん)のことを話す(はなす) (2) 交流にうつろいについて ・これまでの話し合いのまとめ ・障害フォーラムへの提案についての報告 ・提案内容をもう少し具体化しよう (3) ピチオづくりについて (4) 災害(さいがい)について(貸付金)ぼうなどの準備はようこ
7月	(1) 市議会での福祉課議の内幕について (2) 障害者地区別定期調査についての中間報告と今後の予定 (3) ケース検討 (4) 長野福祉会の方針交換(読者・千曲市のケアプラン作成事業)	長野市障害ふくしネットについて こども部会設立の経緯について 自己紹介 (1) こども部会の正副会長選出について (2) 部会委員からよせられたテーマ・議題についての意見交換	(1) もんげん法についての運営について (2) 自立支援法についての状況報告	障害者自立支援法(じりつしえんほう)についての学習
8月	(1) 障害者会へのケアマネジメント事業(8月)のスタート状況報告 (2) 自立支援法施行(予定)変更にもなう市への要望事項 (3) ひよりぐらしをほむるあななへマニュアル作成 →「ふくし部会」で検討してほしい (4) 障害者コーディネーターの設置(サービス提供事業所の記者発表など) (5) ケース検討	(1) 経費報告 ・福利施設計画(長野福祉学校) ・児童手(付)一式(長野市の関係) ・社会福祉訓練事業(島と木) (2) 協働(支援)の引継ぎ・連携のシステム化に向けて ・乳幼児課 ・幼児課 ・学童部	(1) 障害福祉課より (2) 24時間の福祉支援体制について (3) 福祉免状更新の更新についての現状	(1) 自分(じぶん)のことを話す(はなす) (2) ピチオづくりについて(編成(へんせい)のしかた) (3) ふくしネットのほかの部会(ぶかい)について (4) 交流にうつろいについて(貸(か)りものと木(き)でののはなし)
9月	(1) ケアプラン作成事例についてー精神分野 (2) 部会交換について (3) 事例検討 (4) 情報交換 (5) ケース検討	(1) 長野市の乳幼児フォロー体制の現状 (2) 保護者の経歴(けいれき)はもの方 (3) 乳幼児期の支援システムについて	(1) 障害福祉課より (2) 24時間の福祉支援体制について (3) 福祉の受付料免除について	(1) 自分(じぶん)のことを話す (2) 「交流にうつろい」のこれから (3) 災害(さいがい)について (4) ピチオづくりについて (5) ふくしネットのほかの部会(ぶかい)について (6) 情報交換
10月	(1) 事例検討 (2) 福祉サービス利用の仕方について	(1) 自立支援法の説明(長野市障害福祉課) (2) 医療機関 長野市福祉センターから 医療機関での告知の障害児のサポート体制 現状と課題 ・福(ふく)井(い)総合病院産科課 ・長野市保健所 (3) 長野市の障害児療育・生活サポート体制(情報の整理をまとめて)	(1) 障害福祉課より (2) 福祉受付料割引について (3) 24時間支援体制について (4) 障害者選考特別企画について (5) その他	(1) じぶんのことをはなす (2) 「交流にうつろい」のこれから (3) 災害(さいがい)について (4) ピチオづくりについて (5) ふくしネットのほかの部会(ぶかい)について (6) しようほうこあん
11月	(1) 各部会の活動状況 (2) 障害者自立支援法案について (3) 事例検討 →ホームヘルプサービスの内容に応じた適切な関与とは (4) 来年度の事業について (2007年度障害フォーラムへの提案のその後) (5) 情報交換	(1) 乳幼児期の支援システムについて(～3才) ・障害のある新生児への対応についての新たな提案 ① 医療の医療機関の話を聞いて対話 ② 初期ケア会議の進め方について (2) 今年度内の案とあわせて (3) その他	(1) 障害福祉課より (2) 障害者選考特別企画・分科会について (3) 24時間の福祉支援体制について (4) 福祉受付料免除についての報告	障害者自立支援法説明会(しようほうこあん)について
12月	(1) 障害者自立支援法の説明(長野市障害福祉課) (2) ケース検討	(1) アンケートを奨めての提案 乳幼児期の福祉支援体制の現(げん)況(きわう)(～3才) (2) 今後の具体的な作業について		クリスマス会 会場: 西洋レストランりたろう

長野市における障害のある人の地域生活支援システム概念図



ふくしネット専門部会の構成メンバー

ふくしネット運営部会

部会の名称	想定されるテーマ	構成メンバー（施設の種別等）
こども支援部会	<ul style="list-style-type: none"> ○出生時からの継続した家族へのフォローアップ体制の構築 ○教育と福祉の連携 	障害児通園施設、児童デイサービス施設、保健所健康課、保健センター（保健師）、児童相談所、社適事業所、養護学校自立支援教育コーディネーター、療育コーディネーター（地域療育等支援事業）、長野市自律支援教育担任者会長、障害児保育関係者 他
しごと支援部会 Ⅰ	<ul style="list-style-type: none"> ○学校卒業後の進路の検討 ○作業工賃アップ ○授産活動の活性化 	身体授産、身体福祉工場、知的授産、精神授産、共同作業所、作業所、福祉工場、養護学校進路指導主事 他
しごと支援部会 Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ○就労支援ネットワークの構築 ○就労支援チーム ○福祉版ジョブコーチ 	就労移行授産、ハローワーク、障害者職業センター、企業、養護学校進路指導主事、生活支援ワーカー 他
くらし支援部会	<ul style="list-style-type: none"> ○施設入所者の地域移行 ○災害時の対策 ○福祉人材育成 ○サービスの改善、開発 	身体更生、知的更生、身障療護、重心施設、知的デイサービス事業所、知的グループホーム、精神グループホーム、生活寮、精神福祉ホーム、居宅サービス事業所 他
当事者部会	★当事者の視点から、現行の施策やサービス状況を検証する。	身体・知的・精神当事者
施策フォーラム	★各部会からの依頼により各機関への提言をまとめる。	メンバーは運営部会で依頼
ケアマネ連絡会	★相談ケースより潜在的ニーズを探り、ネットワークのエンジンとなる事務局会議	3 障害の相談支援事業、障害者ケアプランナー
権利擁護部会	★権利侵害防止のスローガン案作成や倫理綱領案作成、福祉オンブズマンの組織化	テーマ毎に部会を設定、メンバーは必要に応じて運営部会で依頼

就労支援事業会計処理基準の創設について

1. 基本的考え方（方向性）

- (1) 社会福祉事業の財源が、措置費から利用料へ転換されており、かつ、今時の新事業体系の施行により利用者の定率負担等が導入されることから、従来の単純消費会計方式から、発生主義をベースに費用・収益をキチンと対比させつつ把握していく企業会計方式へ転換することが必要。（経営状況の適切な把握）
- (2) また、目標工賃の導入等の関係から、工賃については、従来の授産事業に要請されていた「事業収入から事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払う」こと確保しつつ、簡単で分かりやすい会計方式とする必要。
- (3) 18年10月からの障害者自立支援法の全面施行によって事業運営主体の緩和され、NPO 法人等の参入が予定されていることから、社会福祉法人以外の法人についても適用可能な会計方式とする必要。

2. 会計処理基準の概要

- (1) 現行の社会福祉法人については、一つの法人に「社会福祉法人会計基準」と「授産施設会計基準」の複数の会計基準が適応されており、徒に会計処理を複雑にし混乱を招くおそれがあること、新規参入法人への適用においても種々の問題が存在することから、従来の授産施設会計基準は廃止。
- (2) 就労支援事業については、事業活動収支計算（損益計算）上の事業収益・事業費用に適切な勘定科目を用いて経理し、
 - ① 「製造原価計算」を導入し就労支援事業の直接経費（工賃等）を経理
 - ② 法人職員の人件費等については、共通経費として適切な配分基準に基づき全事業（または全施設）に割り掛けることにより、施設毎の就労支援事業と法人全体の費用・収益を適切に把握。
- (3) 社会福祉法人以外の法人については、税制上の特例措置等の関係から、就労支援事業を他の事業と区分して経理した上、セグメント別または特別な勘定としてそれぞれの事業の決算概要の明示を要請
- (4) 会計年度末に摩擦的に発生する未支給工賃については、翌期における確実な配布を担保するため、「未払金」経理を徹底。（費用は当期に計上し、支給は翌期）

障害者自立支援法の円滑施行に向けて

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

1 認定状況調査における障害程度区分の判定状況

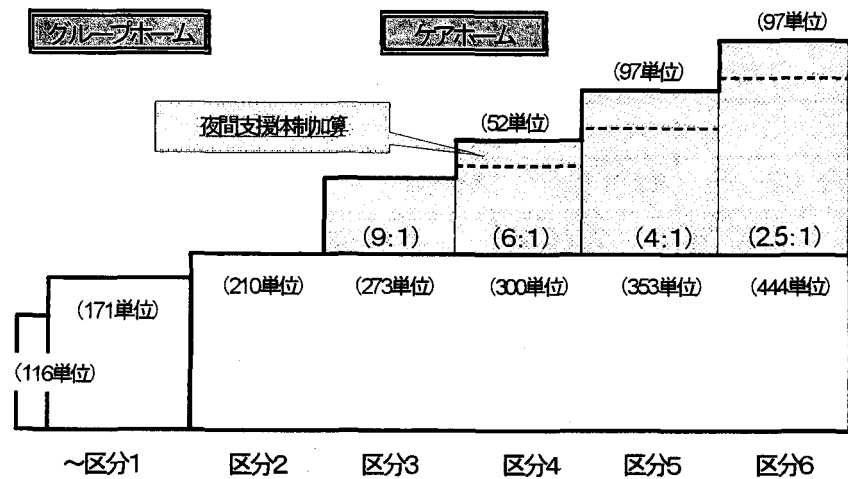
- 昨年、障害程度区分判定等試行事業を実施した自治体から、6月末までの判定結果報告を収集し、速報データとして結果を取りまとめた。
- 二次判定では約3分の1のケースで上位区分の変更が行われていた。
- 判定結果を踏まえ、自治体の参考となるよう「障害程度区分状態像の例」、「二次判定変更事例集」を作成した。

■ 全体	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率 33.2%
	0.4%	10.8%	23.1%	23.4%	14.6%	11.3%	16.4%	
■ 身体	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率 20.0%
	0.4%	10.5%	22.0%	18.5%	10.6%	12.6%	25.4%	
■ 知的	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率 43.0%
	0.3%	5.7%	15.0%	26.0%	21.3%	14.2%	17.6%	
■ 精神	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	二次判定上位区分変更率 52.9%
	0.7%	19.6%	39.8%	28.3%	8.6%	2.1%	0.9%	

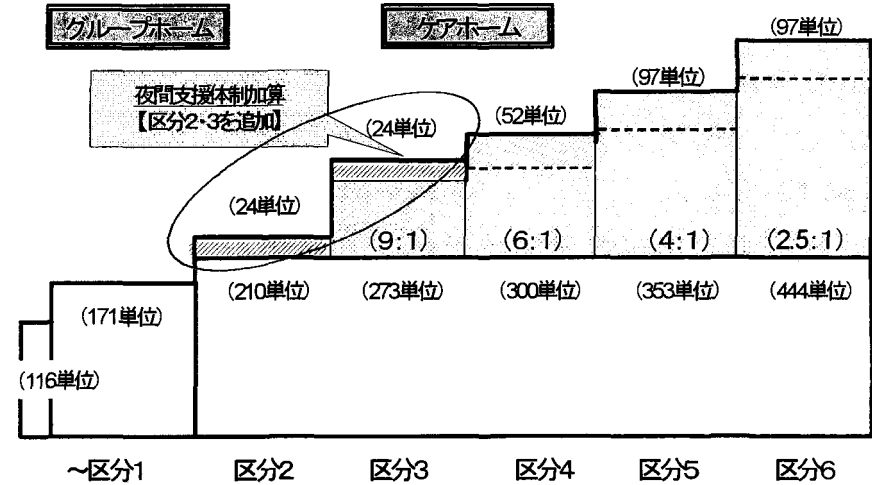
2 ケアホームの夜間支援体制等の強化

○ 現在のグループホームの実態を踏まえ、夜間支援体制を確保しているケアホームの対象者すべて（現在案では区分4以上に限定）について報酬上、加算措置を講じることとする。

【当初（案）】



【見直し（案）】



○ グループホーム利用者の入院・外泊に対応した加算措置を新たに創設する。

{	入院時支援加算	3日～6日	.....	561単位（月1回算定）
	"	7日以上	.....	1,122単位（"）
	帰宅時支援加算	3日～6日	.....	187単位（"）
	"	7日以上	.....	374単位（"）

3 入所施設の支援体制の強化

○ 障害の程度が比較的軽い障害者の夜間支援体制については、当初案は宿直分の評価しか行っていないが、実態を踏まえ、夜勤対応を行っている施設については夜勤分の評価を行う。

【一人当たり施設入所支援報酬額】

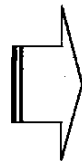
夜勤職員を2人配置した場合	.....	188単位/日	(定員50人規模)
夜勤職員を1人配置した場合	.....	138単位/日	(")
宿直職員のみの場合	.....	99単位/日	(")

○ 強度行動障害に関する加算措置について、こうした障害者が多数入所する施設について、その実態に適した内容となるよう見直しを行う。

(強度行動障害者一人につき一定額 (生活介護サービス費 (V) に移行した場合 : 15万円程度/月) を加算する方式に見直し)

【当初案】

○ 強度行動障害者が1名以上いる場合であって、行動援護対象者が利用者全体の2割以上いる場合、28単位/日を加算

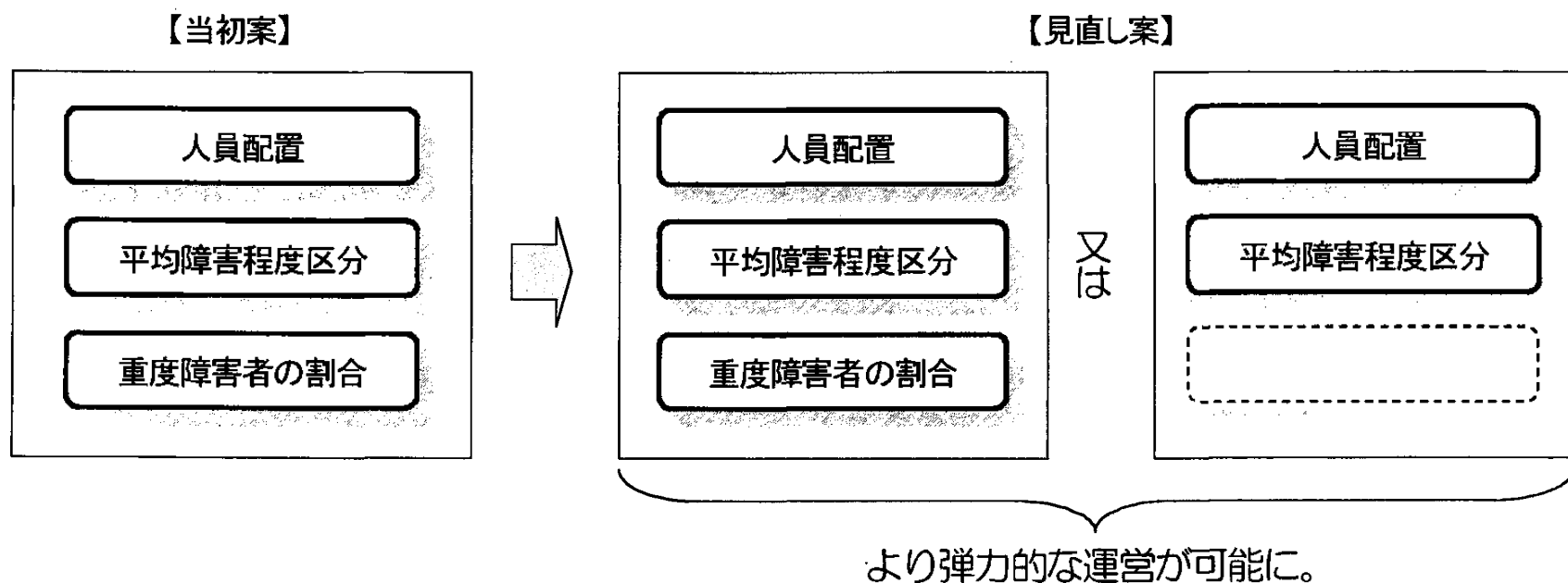


【改定案】

○ 強度行動障害者1人につき、505単位/日 (生活介護サービス費 (V) に移行した場合) を加算

4 生活介護・施設入所の報酬算定要件の緩和

- 新体系への移行を容易にする観点から、①人員配置、②平均障害程度区分、③重度障害者の割合の3つの要件で報酬区分が設定される仕組みに加えて、重度障害者の割合に関わらず、報酬区分を選択できる仕組みを導入する。



<生活介護の報酬単価>

【当初案】

区分	報酬単価				平均障害程度(※)	サービス提供職員 配置基準(常勤換算)	
	定員40人以下	定員41人以上50人以下	定員51人以上80人以下	定員81人以上			
生活介護サービス費(I)	1,262単位	1,232単位	1,177単位	1,162単位	平均区分5.0以上	区分6の者が60%以上	1.7:1以上
生活介護サービス費(II)	1,119単位	1,088単位	1,043単位	1,029単位		区分6の者が50%以上	2:1以上
生活介護サービス費(III)	955単位	924単位	891単位	877単位		区分6の者が40%以上	2.5:1以上
生活介護サービス費(IV)	846単位	817単位	789単位	776単位	平均区分4.5以上		3:1以上
生活介護サービス費(V)	770単位	736単位	718単位	704単位		区分5・6の者が50%以上	3:1以上
生活介護サービス費(VI)	696単位	667単位	645単位	633単位	平均区分4.0以上	区分5・6の者が40%以上	3.5:1以上
生活介護サービス費(VII)	650単位	618単位	601単位	588単位		区分5・6の者が30%以上	4.5:1以上
生活介護サービス費(VIII)	606単位	578単位	564単位	551単位	平均区分4.0未満		5:1以上
生活介護サービス費(IX)	577単位	546単位	533単位	522単位		区分5・6の者が30%以上	5:1以上
生活介護サービス費(X)	547単位	515単位	510単位	496単位		区分5・6の者が20%以上	5.5:1以上
生活介護サービス費(XI)	502単位	473単位	460単位	446単位	経過措置利用者		10:1以上



【改定案】

区分	報酬単価				サービス提供職員 配置基準(常勤換算)	サービス管理責任者 配置基準	平均障害程度(※)		
	定員40人以下	定員41人以上50人以下	定員51人以上80人以下	定員81人以上			平均区分5.0以上	平均区分4.5以上	平均区分4.0以上
生活介護サービス費(I)	1,262単位	1,232単位	1,177単位	1,162単位	1.7:1以上	利用者60人以下 1人以上 (以降40人又はその 端数を増すごとに1人 を加えて得た数以上)	平均区分5.0以上	平均区分5.5以上	区分6の者が60%以上
生活介護サービス費(II)	1,119単位	1,088単位	1,043単位	1,029単位	2:1以上			平均区分5.3以上5.5未満	区分6の者が50%以上
生活介護サービス費(III)	955単位	924単位	891単位	877単位	2.5:1以上			平均区分5.1以上5.3未満	区分6の者が40%以上
生活介護サービス費(IV)	846単位	817単位	789単位	776単位	3:1以上		平均区分4.9以上5.1未満	平均区分4.5以上	区分5・6の者が50%以上
生活介護サービス費(V)	770単位	736単位	718単位	704単位	3.5:1以上		平均区分4.7以上4.9未満		区分5・6の者が40%以上
生活介護サービス費(VI)	696単位	667単位	645単位	633単位	4:1以上		平均区分4.4以上4.7未満	平均区分4.0以上	区分5・6の者が40%以上
生活介護サービス費(VII)	650単位	618単位	601単位	588単位	4.5:1以上		平均区分4.1以上4.4未満		区分5・6の者が30%以上
生活介護サービス費(VIII)	606単位	578単位	564単位	551単位	5:1以上		平均区分3.8以上4.1未満	平均区分4.0未満	
生活介護サービス費(IX)	577単位	546単位	533単位	522単位	5.5:1以上		平均区分3.5以上3.8未満		区分5・6の者が30%以上
生活介護サービス費(X)	547単位	515単位	510単位	496単位	6:1以上		平均区分3.5未満		区分5・6の者が20%以上
生活介護サービス費(XI)	502単位	473単位	460単位	446単位	10:1以上		経過措置利用者		

いずれかを選択

5 報酬日額化導入に伴う影響緩和関係（既施行分への対応）

（1）入所施設の入院時の報酬上の評価

- 施設入所者が、身寄りがない等のために入院中の支援を受けた場合に、報酬上、加算措置を講じる。（障害児施設についても同様の措置を講じる。）

入院・外泊時には6日を限度に320単位／日が算定されていることから、この6日間を超えた下記の入院日数に応じて算定

6日以内の入院があった場合	……………	561単位（月1回算定）
7日以上入院があった場合	……………	1,122単位（月1回算定）

（2）通所施設が行う通所以外の支援（家庭訪問）の評価

- 利用者が継続して通所できない場合に、施設職員が家庭を訪問し、利用者又は家族へ必要な支援を行った場合に報酬上評価を行う。

（ 月2回を限度に1回当たり	……………	1時間まで187単位	）
	……………	1時間超 280単位	

（3）通所施設の定員規制の緩和

- 通所施設について、新たな利用者の受け入れを可能とする観点から、定員の1割増まで（現在は5%増まで）の利用を認める（平成19年度末までの経過措置）。

（4）激変緩和措置の取扱いの見直し

- 旧体系サービスに係る従前額の80%の最低保障措置について、来年度以降、保障水準を段階的に引き下げていくこととされているが、この取扱いについては凍結し、80%を維持する。

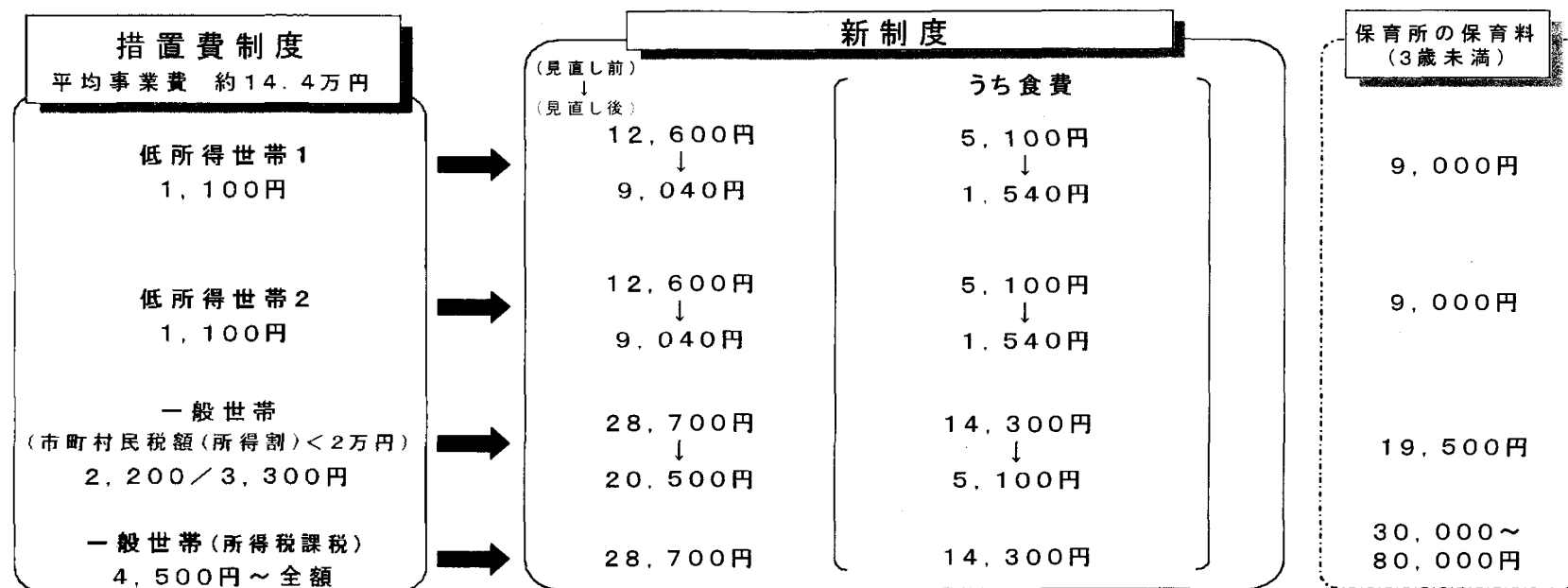
6 障害児施設関係（10月施行分への対応）

（1）利用者負担の見直し

- 学齢期前の障害児に係る通所施設の利用者負担を、保育所の保育料程度の負担水準に抑えるとともに、入所施設の利用者負担の軽減措置の対象範囲を市町村民税額（所得割）が2万円未満の世帯まで拡充する。（平成21年3月末までの経過措置）

<通所施設>

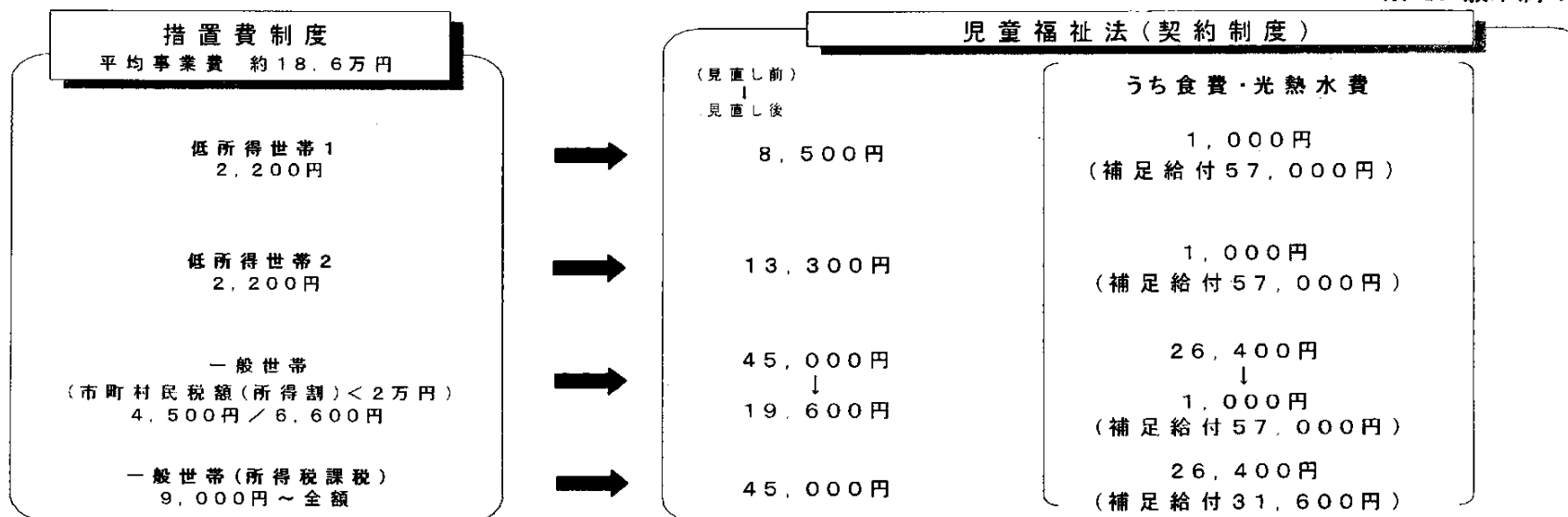
- ・ 学齢期前の障害児に係る通所施設につき、一般の子育て世帯との均衡から、保育所の保育料程度の負担水準となるよう食費負担軽減措置を拡大。



<入所施設>

- ・ 障害児を養育する世帯については他の世代に比べて若い世帯が多いことに特に配慮し、育成医療の負担軽減措置を踏まえ、市町村民税所得割額 2 万円未満世帯まで、食費・光熱水費の軽減措置を拡大。

※ 18 歳未満の場合

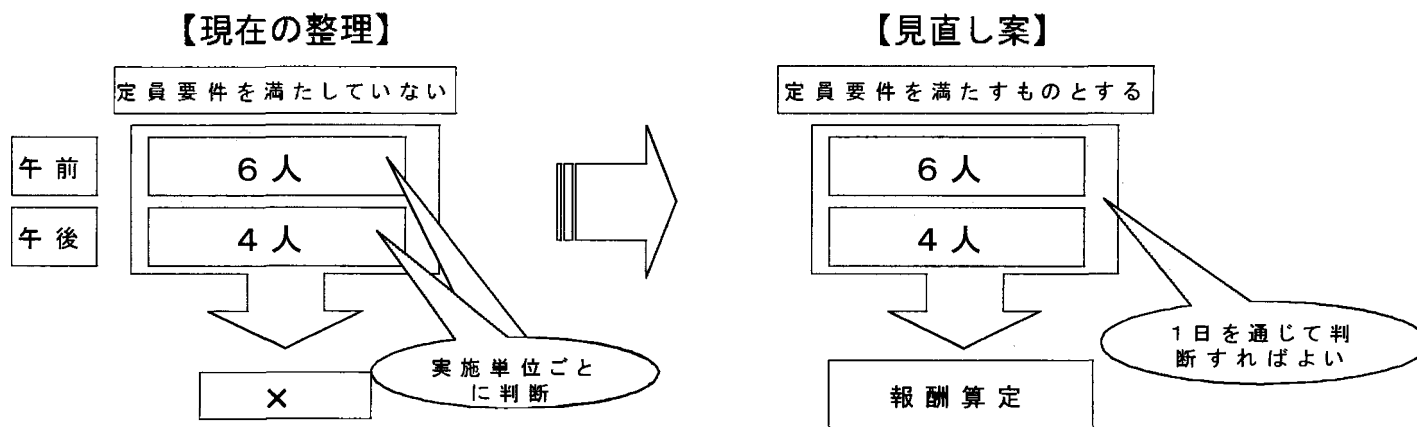


(2) 児童デイサービスの定員要件の緩和

- 地域において、発達障害児も含め充実した早期療育支援が実施しやすいように、少子化の影響を踏まえ、児童デイサービスの最低定員要件を緩和する。

<見直しの考え方>

- ・ 当初案では最低定員要件を各クラス毎に 10 人以上としていたが、これを 1 日の利用定員の合計数が 10 人以上で可とし、同日に複数クラスを実施する場合には、クラス定員数の合計が 10 人以上であれば可とする。



(3) 障害児入所施設における夏休み帰省時等の報酬上の評価

○ 障害児の入所施設における帰省時の報酬上の取扱いについて、学校の夏季休暇等において、障害児を帰省させることが親子関係の維持に必要であるという障害児の特殊事情を踏まえた措置を講じる。

- ◇ 1月につき、6日まで …………… 320単位/日（障害者と同様の扱い）
- 7日から12日まで …… 160単位/日（障害児のみ）

○ 乳幼児の保護者に対し、障害児の健全育成を図る観点から、サービス利用計画に位置づけ、職員が家庭を訪問し、利用児童や家族への支援・指導を行った場合に、家庭連携加算を算定することができることとする。

- ◇ 月2回を限度に1回当たり …………… 1時間まで187単位
- …………… 1時間超 280単位

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等の基準に関する事項

< 3/1 主管課長会議からの変更・追加 >

1 障害者等が指定通所介護事業所等を利用する場合の取扱い

- 障害者が介護保険における指定通所介護事業所を利用する場合については、障害程度区分等に応じて、基準該当生活介護又は基準該当自立訓練（機能訓練・生活訓練）とする。
- 障害児が生活介護事業所又は介護保険における指定通所介護事業所を利用する場合については、基準該当児童デイサービスとする。

2 サービス管理責任者について

- 日中活動事業（児童デイサービスを除く。）のサービス管理責任者の配置要件について、専従かつ常勤とする。
- 10人未満のグループホーム、ケアホームについては、サービス管理責任者の配置の義務付けを平成21年3月末までの間猶予する。

3 利用定員について

- 指定児童デイサービス事業の利用定員について、1日の利用定員の合計数が10人以上（多機能型で行う場合は5名以上）であることとする。
- 旧体系施設に併設されているデイサービス事業所、小規模通所授産施設及び精神障害者地域生活支援センターが個別給付対象事業に転換する場合、利用定員は10名以上とする。

4 就労継続支援（A型）の利用者等について

- 就労継続支援（A型）事業所の障害者以外の者の雇用割合について、以下のとおりとする。
 - ・ 利用定員10～20人 利用定員の5割以下
 - ・ 利用定員21～30人 10人又は利用定員の4割のいずれか多い人数以下
 - ・ 利用定員31人以上 12人又は利用定員の3割のいずれか多い人数以下

○ 下記の要件を満たす就労継続支援（A型）事業所において、雇用によらない利用を可能とする。

- ・ 雇用による利用者の利用定員が10人以上
- ・ 雇用によらない利用者の利用定員が、雇用による利用者の利用定員の半数未満（ただし、当該利用者は10人を越えることができない。）
- ・ 雇用による利用者と雇用によらない利用者の作業場所、作業内容を明確に区分すること

5 基準該当就労継続支援（B型）について

○ 社会事業授産及び生保授産事業所が、障害者を対象に事業を行う場合、基準該当就労継続支援（B型）事業とする。

6 自立訓練（生活訓練）事業における「宿泊訓練型」（仮称）の新設

（1）事業実施の要件

自立訓練（生活訓練）事業における宿泊型自立訓練は、以下の要件を満たした場合に実施可能とする。

【実施できる場合】

ア 宿泊訓練型のみ行う自立訓練（生活訓練）事業所として行う場合

- ① 障害者就業・生活支援センターに併設して行う場合
- ② 現行の精神障害者生活訓練施設、精神障害者入所授産施設、精神障害者福祉ホーム（B型）、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所授産施設、知的障害者通勤寮が転換して行う場合

イ 自立訓練（生活訓練）の通所型事業所の一部として行う場合

【人員配置】

- サービス管理責任者 60：1
※ 通所型事業所の一部として行う場合には、通所型の利用者との合算により算出する
- 生活支援員 10：1以上（うち1人以上常勤）
- 地域移行支援員 15：1以上
※ 障害の福祉又は就労に関し専門的知識及び実務経験を有する者

【設備基準】

- 定員規模
 - ① 宿泊訓練型のみ行う自立訓練（生活訓練）事業所：20人以上
 - ② 自立訓練（生活訓練）の通所型事業所の一部として行う場合：10人以上
※ ただし、宿泊型の定員とは別に通所型事業所の定員規模は20人以上であり、また、多機能型事業所である通所型事業所の一部として行う場合は、多機能型事業所の定員の合計が20人以上であること。
- 居室の定員 原則個室

※ 現行の施設（2人以下、4人以下）からの移行については、経過措置を設ける。

○ 居室面積 7.43㎡

※ 居室面積が6.6㎡以上である通勤寮及び居室面積が4.4㎡である精神障害者生活訓練施設が移行する場合には経過措置を講ずる。

○ 相談室・多目的室（兼用可）

○ 食堂

○ 浴室、洗面所、便所

(2) 利用期間

○ 原則1年間とする。3ヶ月ごとに更新（3回を限度とする）。市町村は、利用継続の必要性について確認し、更新支給決定を行う。

7 指定相談支援事業所の従事者要件について

○ 指定相談支援事業所ごとに専従の相談支援専門員を置かなければならないものとする。

8 障害福祉サービス事業の社会福祉事業における取扱い

○ 社会福祉事業の対象となる障害福祉サービス事業の利用定員については以下のとおりとする。

① 就労継続支援A型に係る障害福祉サービス事業の利用定員は10名以上とする。

② 過疎、離島地域等において、都道府県知事が利用者数の確保が困難と認めた場合の生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援（B型）（以下「生活介護等」という。）に係る障害福祉サービス事業を行う場合は、利用定員が10名以上であることとする。

③ 旧体系施設に併設されているデイサービス事業所、小規模通所授産施設及び精神障害者地域生活支援センターが生活介護等に係る障害福祉サービス事業に転換する場合、利用定員は10名以上とする。

9 その他

○ 従来から特別障害者手当等については、原則として在宅の障害者を対象としていることから、障害者支援施設に入所する障害者に対しては、特別障害者手当等を支給しないこととする。

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等の報酬に関する事項

< 3/1 主管課長会議からの変更・追加 >

1 居宅介護（通院介助）に係る報酬について

○ 居宅介護（通院介助）について、以下のとおり報酬を設定。

	居 宅 介 護		
	身体介護	家事援助等	通院等乗降介助
	①居宅における身体介護 ②通院介助（身体介護を伴う）	①家事援助 ②通院介助（身体介護を伴わない）	
～ 0.5	230単位	80単位	1回につき 99単位
～ 1.0	400単位	150単位	
～ 1.5	580単位	225単位	
～ 2.0	655単位	市町村が特に必要と認めた場合、 30分ごとに70単位	
～ 2.5	730単位		
～ 3.0	805単位		
～ 3.5	市町村が特に必要と認めた場合、 30分ごとに70単位		

2 重度訪問介護対象者の経過措置について

○ 平成18年9月末日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、重度訪問介護の対象者要件に該当しない者のうち、

- ① 障害程度区分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、当該者の障害程度区分の有効期間に限り、重度訪問介護の対象とする。

なお、当該経過措置対象者のうち、区分3の者に係る報酬は、区分4の者に適用される額と同額とし、国庫負担基準は15、220単位とする。

3 重度訪問介護従業者養成研修修了者が居宅介護に従事した場合の報酬単価

○ 市町村がやむを得ないと認める場合において、一定の実務経験を有する重度訪問介護従業者養成研修修了者が居宅介護に従事した場合に適用する報酬単価については、以下のとおりである。

- ① 「居宅における身体介護」又は「通院介助（身体介護を伴う場合）」を提供した場合は、重度訪問介護の報酬単価を適用
- ② 「家事援助」、「通院介助（身体介護を伴わない場合）」又は「通院等のための乗車又は降車の介助」を提供した場合は、それぞれの報酬単価に10%の減算を行った報酬単価を適用

4 自立訓練及び就労移行支援の報酬について

(1) 自立訓練（生活訓練）における「宿泊訓練型」の新設等に伴う見直し

【生活訓練サービス費】

	報酬単価				サービス提供職員 配置基準(常勤換算)
	定員40人以下	定員41人以上 60人以下	定員61人以上 80人以下	定員81人以上	
生活訓練サービス費(Ⅰ)	639単位	608単位	583単位	547単位	6:1以上
生活訓練サービス費(Ⅱ)	187単位				1人以上
生活訓練サービス費(Ⅲ)	270単位				10:1以上

※1：通所による訓練を行った場合には生活訓練サービス費(Ⅰ)を算定

※2：訪問による訓練を行った場合には生活訓練サービス費(Ⅱ)を算定(週2回を限度として算定)

※3：宿泊訓練型による場合には生活訓練サービス費(Ⅲ)を算定(利用期間が1年を超える場合には、
△40%減額)

【短期滞在加算】

短期滞在を行う事業所の勤務体制に応じた加算額(日額)を適用する。

宿直体制：115単位 夜勤体制：180単位

(2) 精神障害者退院支援施設加算について(実施時期を含めて検討)

○ 自立訓練(生活訓練)又は就労移行支援に係る精神障害者退院支援施設加算については、以下の要件を満たした場合に、算定を行うことが可能とする。

ア 加算が算定できる場合

精神障害者退院支援施設(精神科病棟の病床減少を行う形で設置した自立訓練(生活訓練)事業所又は就労移行支援事業所(この要件を満たしたものに限る。))

であって平成 23 年度末までに指定を受けたもの)において、精神科病院に概ね 1 年程度入院していた退院患者や入退院を繰り返している退院患者等であって、自立訓練(生活訓練)又は就労移行支援を利用している間の夜間の居住の場を提供した場合に算定

イ 精神障害者退院支援施設の人員、設備、運営基準

【病院設備を転用する場合】

- ・ 定員規模：20人以上60人以下
- ・ 設備要件：居室；1室当たり4人以下、1人当たり床面積6㎡以上
食堂、浴室、洗面設備、便所等
- ・ 人員配置：通常の自立訓練(生活訓練)事業又は就労移行支援事業の人員配置に加え、夜間における生活支援員1人以上
- ・ 運営基準：通常の生活訓練事業所又は就労移行支援事業所として満たすべき基準のほか、公共交通機関の利用、外部での活動等を組み合わせた個別支援計画の策定、地域の関係者等との連携等を通じ、地域活動等への参加を確保する。
- ・ 利用期間：自立訓練(生活訓練)の加算であるため原則として2年～3年

【外で設置する場合】

- ・ 定員規模：20人以上30人以下
- ・ 設備要件：居室；原則個室、1人当たり床面積8㎡以上
食堂、浴室、洗面設備、便所等
- ・ 人員配置／運営基準については、病院設備を転用する場合と同様
- ・ 利用期間：就労移行支援の加算であるため原則として2年～3年

5 基準該当生活介護／自立訓練の報酬について

①	介護保険における指定通所介護事業所において基準該当生活介護を提供した場合	日額 696単位
②	介護保険における指定通所介護事業所において基準該当自立訓練(生活訓練・機能訓練)を提供した場合	日額 639単位

6 基準該当就労継続支援(B型)の報酬について

- 社会事業授産施設及び生活保護授産施設が行う基準該当就労継続支援(B型)の報酬は、現状の当該施設における措置費単価に基づく額に23単位を加えた額とし、

就労継続支援（B型）の報酬単価を上限とする。

- 【適用される加減算】
- ・ サービス管理責任者欠如減算
 - ・ 個別支援計画未作成減算
 - ・ 食事提供体制加算
 - ・ 激変緩和加算

7 入院時又は帰宅時の支援費加算について

(1) 入所施設における入院時支援加算

- 入院・外泊により本体報酬を算定されない日数が月6日を超える場合であって、当該6日を超えて入院により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、家族等の支援を受けることが困難で、施設職員が家族に代わって入院期間中の支援を行う必要があり、本人又は保護者の同意の下、個別支援計画に基づき、入院期間中、入院先を訪問し、入院先との調整、被服等の準備その他の支援を行ったときは、次のとおり報酬を加算（月1回算定）。

6日までの場合	……………	561単位
7日以上の場合	……………	1,122単位

(2) グループホーム、ケアホームにおける入院時支援加算又は帰宅時支援加算

【入院時支援加算】

- 入院により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、上記と同様の支援を行ったときは、入院時支援加算を算定（月1回算定）。

3～6日の場合	……………	561単位
7日以上の場合	……………	1,122単位

【帰宅時支援加算】

- 帰省により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、個別支援計画に基づき帰省の支援を行ったときは、次のとおり報酬を加算（月1回算定）。

3～6日の場合	……………	187単位
7日以上の場合	……………	374単位

8 通所施設が行う通所以外の支援に係る評価について

- 通所施設利用者であって、常時サービスを利用している者が、心身の状況の変化等により、5日以上連続して利用がなかった場合、その者の居宅を訪問して利用者の状況を確認し、利用者の同意の上で次の支援を行った場合には、月2回を限度として、報酬を算定することができる。

- ① 引き続き現行のサービスを利用するための動機付け

- ② 再アセスメントに基づく個別支援計画の見直し
- ③ 相談支援事業者等へのあっせん・連絡調整

月2回を限度に1回当たり …… 1時間まで187単位
1時間超 280単位

- 児童デイサービス利用児童及びその保護者に対し、家庭訪問等を個別支援計画に位置付ける了解を得るとともに、事前に日程調整を行った上で家庭訪問等を実施し、指導・支援を行った場合には、月2回を限度として、報酬を算定することができる。

月2回を限度に1回当たり …… 1時間まで187単位
1時間超 280単位

9 生活介護及び施設入所支援の報酬算定について

- 新体系への移行を容易にする観点から、①人員配置、②平均障害程度区分、③重度障害者の割合の3つの要件で報酬区分が設定される仕組みに加えて、重度障害者の割合に関わらず、報酬区分を選択できる仕組みを導入する。

(15頁 別表参照)

10 入所施設における夜間の支援体制について

- 経過措置利用者及び訓練等給付受給者の入所施設における夜間支援体制について、実態を踏まえ、夜勤対応を行っている施設については夜勤分の評価を行う。

【一人当たり施設入所支援報酬額】

夜勤職員を2人配置した場合 …… 188単位/日 (定員50人の場合)
夜勤職員を1人配置した場合 …… 138単位/日 (定員50人の場合)
宿直職員のみの場合 …… 99単位/日 (定員50人の場合)

- 施設入所支援の報酬算定の要件について、40人以下の小規模施設の実態を踏まえ、夜勤職員の配置について、新たな基準を設ける。

	【定員規模】	【夜勤職員配置】
施設入所支援(Ⅰ)～(Ⅲ)	21～40人	夜勤2人以上
施設入所支援(Ⅰ)～(Ⅲ)	10～20人	夜勤1人以上
施設入所支援(Ⅳ)～(Ⅶ)	10～30人	夜勤1人以上

11 強度行動障害を有する者に対する支援について

- 強度行動障害に関する加算措置について、こうした障害者が多数入所する施設について、当初案の「重度障害者支援体制加算」を、その実態に適した内容となるよう見直しを行い、個人単位で加算する仕組みとする。

区分	報酬 (月額)	人員配置	施設入所支援の費用区分	
重度障害者加算 (I)	40 単位	0.5 人加配	施設入所支援サービス費 (I)	1.7 : 1
重度障害者加算 (II)	164 単位		施設入所支援サービス費 (II)	2 : 1
重度障害者加算 (III)	306 単位		施設入所支援サービス費 (III)	2.5 : 1
重度障害者加算 (IV)	435 単位	1.0 人加配	施設入所支援サービス費 (IV)	3 : 1
重度障害者加算 (V)	505 単位		施設入所支援サービス費 (V)	3.5 : 1
重度障害者加算 (VI)	563 単位		施設入所支援サービス費 (VI)	4 : 1
重度障害者加算 (VII)	605 単位		施設入所支援サービス費 (VII)	4.5 : 1
重度障害者加算 (VIII)	676 単位	1.5 人加配	施設入所支援サービス費 (VIII)	5 : 1
重度障害者加算 (IX)	704 単位		施設入所支援サービス費 (IX)	5.5 : 1
重度障害者加算 (X)	730 単位		施設入所支援サービス費 (X)	6 : 1
重度障害者加算 (X1)	799 単位		施設入所支援サービス費 (X1)	経過措置

1.2 ケアホームにおける夜間支援体制加算等について

- 現在のグループホームの実態を踏まえ、夜間支援体制を確保しているケアホームの対象者（区分2以上）すべて（現在案では区分4以上に限定）について報酬上、加算措置を講じることとする。

【夜間支援体制加算】

	10人 以下	11人	12人	13人	14人	15人	16人	17人	18人	19人	20人	21～ 30人
区分5・6	97単位 /日	85単位 /日	83単位 /日	79単位 /日	72単位 /日	71単位 /日	71単位 /日	68単位 /日	63単位 /日	62単位 /日	61単位 /日	56単位 /日
区分4	52単位 /日	40単位 /日	38単位 /日	34単位 /日	27単位 /日	26単位 /日	26単位 /日	23単位 /日	18単位 /日	17単位 /日	16単位 /日	11単位 /日
区分2・3	24単位 /日	20単位 /日	17単位 /日	15単位 /日	13単位 /日	11単位 /日	9単位 /日	8単位 /日	7単位 /日	6単位 /日	5単位 /日	1単位 /日

【小規模事業夜間支援体制加算（平成21年3月末までの経過措置）】

<加算の対象>

- 平成18年4月1日現在で既に夜間支援体制を確保していた事業所であって、小規模な事業所（ケアホーム）
- なお、4月1日より後に開設した事業所については、開設時以降、夜間支援体制

を確保していた事業所

- 対象となる利用者は、当該事業所に入居しているケアホーム対象者

	4人	5人	6人	7人	8人	9人
区分5・6	127単位/日	98単位/日	73単位/日	57単位/日	42単位/日	32単位/日
区分4	65単位/日	46単位/日	33単位/日	19単位/日	12単位/日	5単位/日
区分2・3	26単位/日	22単位/日	18単位/日	11単位/日	8単位/日	3単位/日

(注) 平成20年度の加算額は、上記単価の1/2とする。

【小規模事業加算（平成21年3月末までの経過措置）】

- 加算の対象を5人規模のグループホーム・ケアホーム（現在案では4人規模のみ）にも拡大する。

4人規模 …… 37単位/日
5人規模 …… 14単位/日

(注) 平成20年度の加算額は、上記単価の1/2とする。

1.3 旧支援費施設における他障害を受け入れた場合の報酬について

- 旧法支援施設を利用する場合の報酬単価については、利用する施設の種別に応じて、利用者の障害種別及び区分に応じた報酬単価を適用する。

【報酬単価】

身体障害者療護施設（通所）を利用する場合

知的障害者	区分A	939単位	区分B	865単位	区分C	791単位
精神障害者	420単位					

身体障害者更生施設（通所）を利用する場合

知的障害者	区分A	551単位	区分B	514単位	区分C	477単位
精神障害者	420単位					

身体障害者授産施設（通所・分場）を利用する場合

知的障害者	区分A	551単位	区分B	514単位	区分C	477単位
精神障害者	420単位					

身体障害者通所授産施設を利用する場合

知的障害者						
小規模	区分A	939単位	区分B	865単位	区分C	791単位
標準1	区分A	727単位	区分B	677単位	区分C	628単位
標準2	区分A	601単位	区分B	571単位	区分C	542単位
大規模	区分A	508単位	区分B	487単位	区分C	466単位
精神障害者	420単位					

知的障害者更生施設（通所・分場）を利用する場合

身体障害者						
通所	区分A	403単位	区分B	394単位	区分C	384単位
分場	区分A	514単位	区分B	475単位	区分C	436単位
精神障害者	420単位					

知的障害者授産施設（通所・分場）を利用する場合

身体障害者						
通所	区分A	403単位	区分B	394単位	区分C	384単位
分場	区分A	514単位	区分B	475単位	区分C	436単位
精神障害者	420単位					

知的障害者通所授産施設を利用する場合

身体障害者						
小規模	区分A	693単位	区分B	656単位	区分C	579単位
標準1	区分A	543単位	区分B	519単位	区分C	494単位
標準2	区分A	433単位	区分B	418単位	区分C	387単位
大規模	区分A	373単位	区分B	362単位	区分C	340単位
精神障害者	420単位					

【適用する加算・減算】

- 人所時特別支援加算、退所時特別支援加算、重度・重複障害者に対する加算、栄養管理体制加算、食事提供体制加算、利用者負担上限管理加算、利用率の低い施設に対する激変緩和措置、利用定員超過減算

1.4 激変緩和措置の取扱いの見直しについて

- 旧体系サービスに係る従前額の80%の最低保障措置について、来年度以降、保障水準を段階的に引き下げていくこととされているが、この取扱については凍結し、80%を維持する。

1.5 定員超過利用減算について

- (1) 新事業体系の日中活動支援又は経過措置施設の通所施設又は児童デイサービスについては、新たな利用者の受入を可能とする観点から、定員の1割増まで（現在は5%増まで）の利用を認めることとし、定員超過利用減算については以下のとおりとする（平成19年度末までの経過措置）。

ア 1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の120%を、定員が50人を超える場合は当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の10%を加えた数に10を加えた数を、それぞれ超過しているとき

ただし、定員15人未満の施設にあっては、1日当たりの利用者数が、当該定員の数に3を加えた数を超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

イ 過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に110%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合

ただし、定員30人未満の施設にあっては、過去3か月間の利用者の合計が、当該定員の数に3を加えた数に開所日数を乗じた数を超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

(2) 新事業体系の施設入所支援又は経過措置施設の入所施設の入所施設の定員超過利用減算については以下のとおりとする。

ア 1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の110%を、定員が50人を超える場合は当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の5%を加えた数に5を加えた数を、それぞれ超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

イ 過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に105%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

1.6 報酬請求方法について

- 平成19年10月以降、国民健康保険連合会に対して介護給付費等の請求を行う場合、インターネットを利用して行うものとする。

1.7 障害児施設に係る報酬について

(1) 入所施設における入院・外泊に係る報酬について

- 入所者が入院を要した場合又は外泊した場合は、1月に12日を限度として本体報酬に代えて1日につき次の報酬を算定する。

6日まで …………… 320単位
7日以降12日まで …………… 160単位

(2) 入所施設における入院時支援加算

- 入院・外泊により本体報酬を算定されない日数が月12日を超える場合であって、

当該12日を超えて入院により本体報酬が算定できない日数が下記日数の場合に、家族等の支援を受けることが困難で、施設職員が家族に代わって入院期間中の支援を行う必要があり、本人又は保護者の同意の下、サービス利用計画に基づき、入院期間中、入院先を訪問し、入院先との調整、被服等の準備その他の支援を行ったときは、次のとおり報酬を加算（月1回算定）。

6日までの場合 …………… 561単位
7日以上の場合 …………… 1,122単位

(3) 通所施設が行う通所以外の支援に係る評価について

- 通所施設利用児童及びその保護者に対し、家庭訪問等をサービス利用計画に位置付ける了解を得るとともに、事前に日程調整を行った上で家庭訪問等を実施し、指導・支援を行った場合には、月2回を限度として、報酬を算定することができる。

月2回を限度に1回当たり …… 1時間まで187単位
1時間超 280単位

- 通所施設利用児童であって、常時サービスを利用しているが、心身の状況の変化等により、5H以上連続して利用がなかった場合、その児童の居宅を訪問して利用児童の状況を確認し、保護者の同意の上で次の支援を行った場合には、月2回を限度として、報酬を算定することができる。

- ① 引き続き現行のサービスを利用するための動機付け
- ② 再アセスメントに基づく個別支援計画の見直し
- ③ 相談支援事業者等へのあっせん・連絡調整

月2回を限度に1回当たり …… 1時間まで187単位
1時間超 280単位

(4) 障害児通園施設における他障害を受け入れた場合の報酬について

- 原則として利用者の障害種別に応じた報酬単価を適用する。

利用施設	受入児童	適用する報酬単価区分
知的障害児通園施設	難聴幼児	難聴幼児通園施設
	肢体不自由児	知的障害児通園施設
肢体不自由児通園施設	知的障害児	知的障害児通園施設
	難聴幼児	難聴幼児通園施設
難聴幼児通園施設	知的障害児	知的障害児通園施設
	肢体不自由児	知的障害児通園施設

(5) 定員超過利用減算について

ア 障害児通所施設については、新たな利用者の受入を可能とする観点から、定員の1割増までの利用を認めることとし、定員超過利用減算について以下のとおりとする（平成19年度末までの経過措置）。

(ア) 1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の120%を、定員が50人を超える場合は当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の10%を加えた数に10を加えた数を、それぞれ超過しているとき

ただし、定員15人未満の施設にあっては、1日当たりの利用者数が、当該定員の数に3を加えた数を超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

(イ) 過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に110%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合

ただし、定員30人未満の施設にあっては、過去3か月間の利用者の合計が、当該定員の数に3を加えた数に開所日数を乗じた数を超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

イ 障害児入所施設の定員超過利用減算については以下のとおりとする。

(ア) 1日当たりの利用者数が、定員50人までの場合は当該定員の110%を、定員が50人を超える場合は当該定員の数に当該定員から50を差し引いた員数の5%を加えた数に5を加えた数を、それぞれ超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

(イ) 過去3か月間の利用者の利用日数の合計が、定員の数に105%を乗じた数に開所日数を乗じた数を超過している場合

→ 基本単位数の70%を算定

(6) 学齢期前の障害児に係る食事提供加算について

○ 通園施設を利用する学齢期前の障害児に係る食事提供加算については、以下のとおりとする。

低所得1, 低所得2	……………	58単位
市町村民税所得割2万円以下の世帯	………	42単位

(生活介護)

区分	施設規模				サービス提供施設 設置基準 ※1	サービス管理責任者 設置基準	平均障害程度			
	定員40人 以下	定員41人以上 60人以下	定員61人 以上80人 以下	定員81人 以上			平均区分 5.0以上	平均区分 4.5以上	平均区分 4.0以上	平均区分 4.0未満
生活介護サービス費(Ⅰ)	1,262 単位	1,232 単位	1,177 単位	1,162 単位	1.7以上	利用者60人以下 1人以上 (以降40人又はその 増数を増すごとに1 人を加えて得た数以上)					平均区分5.5以上	又は	区分6の者が60% 以上
生活介護サービス費(Ⅱ)	1,119 単位	1,088 単位	1,043 単位	1,029 単位	2.1以上		平均区分5.3以上 5.5未満	区分6の者が50% 以上		
生活介護サービス費(Ⅲ)	955 単位	924 単位	891 単位	877 単位	2.5以上		平均区分5.1以上 5.3未満	区分6の者が40% 以上		
生活介護サービス費(Ⅳ)	846 単位	817 単位	789 単位	776 単位	3.1以上		平均区分4.9以上 5.1未満	区分5・6の者が 50%以上		
生活介護サービス費(Ⅴ)	770 単位	736 単位	718 単位	704 単位	3.5以上		平均区分4.7以上 4.9未満	区分5・6の者が 40%以上		
生活介護サービス費(Ⅵ)	696 単位	667 単位	645 単位	633 単位	4.1以上		平均区分4.4以上 4.7未満	区分5・6の者が 40%以上		
生活介護サービス費(Ⅶ)	650 単位	618 単位	601 単位	588 単位	4.5以上		平均区分4.1以上 4.4未満	区分5・6の者が 30%以上		
生活介護サービス費(Ⅷ)	606 単位	578 単位	564 単位	551 単位	5.1以上		平均区分3.8以上 4.1未満	区分5・6の者が 30%以上		
生活介護サービス費(Ⅸ)	577 単位	546 単位	533 単位	522 単位	5.5以上		平均区分3.5以上 3.8未満	区分5・6の者が 20%以上		
生活介護サービス費(Ⅹ)	547 単位	515 単位	510 単位	496 単位	6.1以上		平均区分3.5未満			
生活介護サービス費(Ⅺ)	502 単位	473 単位	460 単位	446 単位	10以上	経過措置利用者				

(施設入所支援)

区分	施設規模				夜間職員 設置基準	平均障害程度			
	定員40人 以下	定員41人 以上60人 以下	定員61人 以上80人 以下	定員81人 以上		平均区分 5.0以上	平均区分 4.5以上	平均区分 4.0以上	平均区分 4.0未満
施設入所支援サービス費(Ⅰ)	400 単位	309 単位	255 単位	231 単位	利用者60人以下 夜勤職員3人以上 (以降40人を増すご とに1人を加えて得 た数以上)				
施設入所支援サービス費(Ⅱ)	381 単位	289 単位	238 単位	214 単位		平均区分5.3以上 5.5未満	区分6の者が50% 以上		
施設入所支援サービス費(Ⅲ)	359 単位	266 単位	219 単位	195 単位		平均区分5.1以上 5.3未満	区分6の者が40% 以上		
施設入所支援サービス費(Ⅳ)	281 単位	214 単位	179 単位	162 単位	利用者60人以下 夜勤職員2人以上 (以降40人を増すご とに1人を加えて得 た数以上)	平均区分4.9以上 5.1未満	又は	区分5・6の者が 50%以上	
施設入所支援サービス費(Ⅴ)	270 単位	203 単位	170 単位	153 単位		平均区分4.7以上 4.9未満		区分5・6の者が 40%以上	
施設入所支援サービス費(Ⅵ)	262 単位	195 単位	163 単位	146 単位		平均区分4.4以上 4.7未満		区分5・6の者が 40%以上	
施設入所支援サービス費(Ⅶ)	256 単位	188 単位	158 単位	141 単位		平均区分4.1以上 4.4未満		区分5・6の者が 30%以上	
施設入所支援サービス費(Ⅷ)	188 単位	146 単位	127 単位	115 単位	利用者60人以下 夜勤職員1人以上 (以降40人を増すご とに1人を加えて得 た数以上)	平均区分3.8以上 4.1未満	又は	区分5・6の者が 30%以上	
施設入所支援サービス費(Ⅸ)	184 単位	141 単位	124 単位	112 単位		平均区分3.5以上 3.8未満		区分5・6の者が 20%以上	
施設入所支援サービス費(Ⅹ)	180 単位	138 単位	121 単位	109 単位		平均区分3.5未満			
施設入所支援サービス費(Ⅺ)	115 単位	99 単位	92 単位	88 単位		経過措置入所者			