

# 参考資料

(訪問系、居住系、児童通所系、相談系)

# 目 次

ページ

## <訪問系サービス>

|   |                        |      |
|---|------------------------|------|
| 1 | サービス提供責任者の要件、ヘルパーの要件等  | 1～2  |
| 2 | 居宅介護計画                 | 3～4  |
| 3 | サービス提供記録               | 5～6  |
| 4 | 支援計画シート（行動援護）          | 7～8  |
| 5 | 江東区移動支援事業ガイドライン 令和6年4月 | 9～23 |

## <居住系サービス>

|   |                |       |
|---|----------------|-------|
| 1 | 個別支援計画         | 24    |
| 2 | サービス提供記録       | 25～26 |
| 3 | 預り金管理規程        | 27～29 |
| 4 | 預り金管理委託契約書     | 30～31 |
| 5 | 預り金管理台帳・個人別台帳等 | 32～37 |

## <児童通所系サービス>

|   |          |       |
|---|----------|-------|
| 1 | 個別支援計画   | 38～39 |
| 2 | サービス提供記録 | 40    |

## <相談系サービス>

|   |                                       |       |
|---|---------------------------------------|-------|
| 1 | 計画相談関係資料（基本情報、計画案、計画、モニタリング、別紙）「参考様式」 | 41～45 |
|---|---------------------------------------|-------|

障害者総合支援法におけるサービス提供責任者の要件等について（令和6年4月から）

・指定居宅介護事業所ごとに、常勤の従業員であって下記の資格を有し、専ら指定居宅介護の職務に従事する者のうち、事業の規模に応じて1人以上の者を配置する。  
（平成24年東京都条例第155号及び平成24年東京都規則第175号）

| サービス提供責任者<br><br>サービス種別 | 介護福祉士                     | 実務者研修修了者 | 養成研修修了者（各研修に相当する研修を含む）    |                           |               |               |          |                     |                    |                   |                                    |                 | その他       | 実務要件 | 経過措置 |
|-------------------------|---------------------------|----------|---------------------------|---------------------------|---------------|---------------|----------|---------------------|--------------------|-------------------|------------------------------------|-----------------|-----------|------|------|
|                         |                           |          | 居宅介護従業者<br>養成研修課程<br>（1級） | 居宅介護従業者<br>養成研修課程<br>（2級） | 訪問介護員<br>（1級） | 訪問介護員<br>（2級） | 介護職員基礎研修 | 行動援護従事者<br>養成研修（注1） | 実践（基礎研修及び実<br>践研修） | 強度行動障害支援<br>者養成研修 | 国立障害者リハビリ<br>テーションセンター<br>学院視覚障害学科 | 居宅介護職員初任者<br>研修 | 介護職員初任者研修 |      |      |
| 居宅介護                    | ○                         | ○        | ○                         |                           | ○             |               | ○        |                     |                    |                   |                                    |                 |           |      |      |
| 行動援護                    | 注4                        | 注4       | 注4                        | 注2<br>注4                  | 注4            | 注2<br>注4      | 注4       | 注3                  | 注3                 |                   |                                    | 注2<br>注4        | 注2<br>注4  | 注3   | 注4   |
| 重度訪問介護                  | ○                         | ○        | ○                         | 注2                        | ○             | 注2            | ○        |                     |                    |                   |                                    | 注2              | 注2        | 注5   |      |
| 同行援護                    | 注6                        | 注6       | 注6                        | 注2<br>注6                  | 注6            | 注2<br>注6      | 注6       |                     |                    |                   | ○                                  | 注2<br>注6        | 注2<br>注6  |      |      |
| 重度障害者等包括支援              | 相談支援専門員の資格を有し、3年の実務経験（注7） |          |                           |                           |               |               |          |                     |                    |                   |                                    |                 |           |      |      |

（注1）平成18年9月30日までの間に従前の知的障害者外出介護従事者養成研修課程を修了した者を含む。  
（注2）実務経験3年以上。  
なお、この取扱いは暫定的なものであることから、指定居宅介護事業者は、できる限り早期に、これに該当するサービス提供責任者に実務者研修を受講させ、又は介護福祉士の資格を取得させるよう努めなければならない。

（注3） 知的障害者（児）、精神障害者の直接支援業務に3年以上従事した者

（注4） 令和9年3月31日までの間は、令和3年3月31日において当該資格を有したうえで知的障害者（児）、精神障害者の直接支援業務に5年以上従事した者は、行動援護のサービス提供責任者要件を満たしているものとする。

（注5） サービス提供職員のうち相当の知識と経験を有する者

（注6） 同行援護従業者養成研修（一般課程・応用課程）の修了者

（注7） 重度障害者等包括支援の対象となる者に対する支援を行う事業所における実務経験が3年以上ある者

【配置基準】 ＊ 次のうち、いずれかの低い方の基準を適用します。

〔居宅介護・行動援護・同行援護〕

- ① 当該事業所の従業員数が10人又はその端数を増すごとに1人配置
- ② 当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が450時間又は450時間毎に1人配置
- ③ 当該事業所の利用者の数が40人又はその端数を増す毎に1人配置
- ④ ③の規定にかかわらず、常勤のサービス提供責任者を3人以上配置し、かつ、サービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置している当該事業所  
サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合にあっては、当該事業所の利用者の数が50人又はその端数を増す毎に1人配置

〔重度訪問介護〕

- ① 当該事業所の従業員数が20人又はその端数を増すごとに1人配置
- ② 当該事業所の月間の延べサービス提供時間（事業所における待機時間や移動時間を除く。）が1,000時間又は1,000時間毎に1人配置
- ③ 当該事業所の利用者の数が10人又はその端数を増すごとに1人配置

障害者総合支援法におけるホームヘルパー従事要件等について（令和6年4月から）

- ・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を定める件（平成18年9月29日厚生労働省告示第538号）
- ・厚生労働大臣が定める者を定める件（平成18年9月29日厚生労働省告示第548号）

| サービス提供者<br><br>サービス種別 |      | 介護福祉士               | 実務者研修修了者 | 養成研修修了者(各研修に相当する研修を含む)  |                       |             |               |          |                |                     |                               |                       |                 |                            |             |           | みなし証明者<br>(各サービスごと)<br>(注3) | 実務要件        | その他           | 経過措置                   |
|-----------------------|------|---------------------|----------|-------------------------|-----------------------|-------------|---------------|----------|----------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------|-------------|-----------|-----------------------------|-------------|---------------|------------------------|
|                       |      |                     |          | 居宅介護従業者養成研修課程<br>(1、2級) | 居宅介護従業者養成研修課程<br>(3級) | 訪問介護員(1、2級) | 訪問介護員(3級)     | 介護職員基礎研修 | 業者(旧)養成研修(注10) | 行動援護従事者養成研修<br>(注1) | 強度行動障害支援者養成研修<br>(基礎研修及び実践研修) | 重度訪問介護従事者養成研修<br>(注2) | 同行援護従業者養成研修一般課程 | 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科 | 居宅介護職員初任者研修 | 介護職員初任者研修 | 居宅介護従業者基礎研修                 | 生活援助従事者研修課程 |               |                        |
| 居宅介護                  | 身体介護 | ○                   | ○        | ○                       | 30%減算                 | ○           | 30%減算         | ○        |                |                     |                               | 重度訪問の単価<br>(注4)       |                 |                            | ○           | ○         | 30%減算                       |             |               | 通院等介助<br>30%減算<br>(注6) |
|                       | 家事援助 | ○                   | ○        | ○                       | 10%減算                 | ○           | 10%減算         | ○        |                |                     |                               | 10%減算                 |                 |                            | ○           | ○         | 10%減算                       | ○           | 10%減算         | 通院等介助<br>10%減算<br>(注6) |
|                       | 乗降介助 | ○                   | ○        | ○                       | 10%減算                 | ○           | 10%減算         | ○        |                |                     |                               | 10%減算                 |                 |                            | ○           | ○         | 10%減算                       |             | 10%減算         | 10%減算<br>(注6)          |
| 行動援護                  |      | 注7                  | 注7       | 注7                      |                       | 注7          |               | 注7       |                | 注5                  | 注5                            |                       |                 |                            | 注7          | 注7        |                             |             | 注5            | 注7                     |
| 重度訪問介護                |      | ○                   | ○        | ○                       | ○                     | ○           | ○             | ○        |                | ○                   |                               | ○                     |                 |                            | ○           | ○         | ○                           |             | ○             |                        |
| 同行援護                  |      | 注9                  | 注9       | 注9                      | 10%減算<br>(注9)         | 注9          | 10%減算<br>(注9) | 注9       | 注9             |                     |                               |                       | 注8              | ○                          | 注9          | 注9        | 10%減算<br>(注9)               |             | 10%減算<br>(注9) | 注11<br>10%減算           |
| 重度障害者等包括支援            |      | 家族介護を不可・資格要件は設定しない。 |          |                         |                       |             |               |          |                |                     |                               |                       |                 |                            |             |           |                             |             |               |                        |

- (注1) 平成18年9月30日までの間に従前の知的障害者外出介護従事者養成研修課程を修了した者を含む。
- (注2) 平成18年9月30日までの間に従前の日常生活支援従事者養成研修を修了した者を含む。居宅介護を行うことができるのは、区市町村がやむを得ないと認める場合
- (注3) 「みなし証明者」とは、支援費制度以前のサービス従事経験がある者で、必要な知識及び技術を有することを知事が証明した者
- (注4) 3時間以上の場合は、638単位に所要時間3時間から計算して所要時間30分を増すごとに86単位を加算した単位数
- (注5) 知的障害者(児)、精神障害者の直接支援業務に1年以上従事した者
- (注6) 平成18年9月30日において、従来の視覚障害者外出介護従業者養成研修、全身性障害者外出介護従業者養成研修、知的障害者外出介護従業者養成研修を修了した者
- (注7) 令和9年3月31日までの間は、令和3年3月31日において当該資格を有したうえで知的障害者(児)、精神障害者の直接支援業務に2年以上従事した者は、行動援護のヘルパー要件を満たしているものとする。  
なお、本経過措置は令和9年4月1日以後は廃止される。

- (注8) 同行援護従業者養成研修(一般課程)に相当すると知事が認めた次の研修の修了者を含む。(平成23年9月30日において研修課程を修了した者及び同日において受講中の者が終了した場合に限る。)
- ア 都が指定した事業者が実施する視覚障害者移動支援従業者養成研修(平成18年10月以降開講)
- イ 都内区市町村が実施する視覚障害者移動支援従業者養成研修
- ウ 当該養成研修を実施した区域の道府県において、「それに相当すると知事が認めた研修」とされている研修
- エ 視覚障害者移動支援事業従業者資質向上研修(障害者自立支援対策臨時特例交付金に基づく基金事業)(平成20年度以降開講)

- (注9) 視覚障害者・児の福祉に関する事業に直接処遇職員として1年以上従事した者。
- (注10) 都では「東京都重度視覚障害者ガイドヘルパー養成研修」(平成10～14年度)、「東京都視覚障害者移動介護従業者養成研修(平成15～18年度)」
- (注11) 「地域生活支援事業における盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業に従事する盲ろう者向け通訳・介助員」が従事する場合は、令和9年3月31日までの間、同行援護従業者養成研修(一般課程)を修了したとみなす。

10%減算

経過措置について、終期が示されたため、御留意ください。

## 居宅介護計画（１）

事業所名

※この計画は、居宅介護用の様式例です。居宅介護以外の各サービスについては、居宅介護の記載例を参考にして、重度訪問介護、同行援護、行動援護用にそれぞれの文言や内容を変更し、計画名を変更して使用してください

|                   |                                                                                                                                         |            |          |       |  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|-------|--|
|                   |                                                                                                                                         | 作成日        | 令和 年 月 日 | 作成者   |  |
| 利用者名              |                                                                                                                                         |            | 生年月日     |       |  |
| 住 所               |                                                                                                                                         |            | 電話       |       |  |
| 障害支援区分            |                                                                                                                                         | 受給者証認定有効期間 |          | 契約開始日 |  |
| サービス種別<br>(契約支給量) | <input type="checkbox"/> 居宅介護 時間( <input type="checkbox"/> 身体介護 時間 <input type="checkbox"/> 家事援助 時間 <input type="checkbox"/> 通院等介助 時間 ) |            |          |       |  |
|                   | ( <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 時間 )                                                                                                 |            |          |       |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 時間( <input type="checkbox"/> 移動介護加算 時間( 時間/回)                                                           |            |          |       |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 行動援護 時間 <input type="checkbox"/> 同行援護 時間                                                                       |            |          |       |  |
| 他事業所利用状況          |                                                                                                                                         |            |          |       |  |

|                |                                                                  |
|----------------|------------------------------------------------------------------|
| 本人(家族)の希望      |                                                                  |
| 課 題            |                                                                  |
| 援助の方向性・目標      |                                                                  |
| 家事援助中心型を算定する理由 | ①利用者が一人暮らし②家族が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合<br>③その他やむを得ない事情( ) |

## 【計画予定表】

| 時間    | 月 | 火     | 水 | 木 | 金                | 土 | 日 | 備 考                        |
|-------|---|-------|---|---|------------------|---|---|----------------------------|
| 0:00  |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 2:00  |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 4:00  |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 6:00  |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 8:00  |   | サービス1 |   |   | サービス3            |   |   | サービス3<br>月(第1、第3<br>○曜日)のみ |
|       |   | 身体介護  |   |   | 通院等介助<br>(身体介護有) |   |   |                            |
| 10:00 |   | 家事援助  |   |   |                  |   |   |                            |
|       |   | サービス2 |   |   |                  |   |   |                            |
| 12:00 |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 14:00 |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 16:00 |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 18:00 |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 20:00 |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 22:00 |   |       |   |   |                  |   |   |                            |
| 0:00  |   |       |   |   |                  |   |   |                            |

(記入例) ・ 9時～10時 身体介護  
 ・ 10時～11時 家事援助

※計画予定表には、サービス内容とサービス提供時間を記載してください。

(記入例)  
 9時～11時  
 通院等介助

居宅介護計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

説明同意日

令和 年 月 日

利用者名

※代筆の場合は、代筆者の氏名及び代筆理由を記載してください。  
 ※保護者は代理人又は立会人等欄に署名してください。

代理人又は立会人等  
 (続柄)

## 居宅介護計画（２）

作成日 令和 年 月 日

|       |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|-------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス１ | 身体介護（６０分）                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|       | 担当ヘルパー（所持資格） ☆× ○○（訪問介護員２級研修） |        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 開始時間  | 所要時間                          | サービス内容 | 具体的内容<br>（手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていただくこと等）                                                                                                                                                                                                                          |
| 9時    | ○○分                           | 健康チェック | 体温を……………                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10時   |                               | ○○介助   | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; background-color: #ffffcc;"> <p>※従業者向けに、本計画をベースとした手順書等を別に作成するなどの工夫をしてください。</p> <p>※１サービスごとに計画してください。</p> <p>※身体介護、家事援助が連続している場合は、身体介護の時間は、身体介護の内容、家事援助の時間は、家事援助の内容で計画してください。</p> </div> |
| サービス２ | 家事援助（６０分）                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|       | 担当ヘルパー（所持資格） ××（介護福祉士）        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 開始時間  | 所要時間                          | サービス内容 | 具体的内容（手順、利用者の動き、留意事項、家族に行っていただくこと等）                                                                                                                                                                                                                              |
| 10時   | ○○分                           | ○○     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|       | ○○分                           | ○○     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11時   |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                  |

様式例 ①居宅介護・重度訪問介護

サービス提供記録（障害福祉サービス）

|                                                                                                       |                                                                   |                                                                                   |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------|
| 利用者名                                                                                                  |                                                                   | サービス提供者名                                                                          |                                                     | 確認欄                                                             | 利用者                                                             | サービス提供者責任者 |
|                                                                                                       |                                                                   |                                                                                   |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| サービス日時                                                                                                |                                                                   | サービス区分・所要時間                                                                       |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| 年 月 日 ( )                                                                                             |                                                                   | <input type="checkbox"/> 身体介護( 時 分～ 時 分) <input type="checkbox"/> 家事援助( 時 分～ 時 分) |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| 時 分～ 時 分                                                                                              |                                                                   | <input type="checkbox"/> 通院等介助(身体有・無)( 時 分～ 時 分)                                  |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
|                                                                                                       |                                                                   | <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助( 時 分～ 時 分)                                       |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
|                                                                                                       |                                                                   | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護( 時 分～ 時 分)                                        |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| サービス内容                                                                                                | 身体介護                                                              |                                                                                   | 家事援助                                                |                                                                 | 通院等介助・通院等乗降介助                                                   |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 排泄介助(トイレ・おむつ・ポータブルトイレ利用)                 |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 掃除(居室・トイレ・浴室・その他( ))       |                                                                 | <input type="checkbox"/> 身体介護( 時 分～ 時 分)                        |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 食事介助(食事量 ) <input type="checkbox"/> 水分補給 |                                                                                   | <input type="checkbox"/> ゴミ出し                       |                                                                 | <input type="checkbox"/> 乗車前介助(外出に関連する身体介護)                     |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 清拭(全清拭・上半身・下半身・陰部清浄)                     |                                                                                   | <input type="checkbox"/> ベッド回りの片付け                  |                                                                 | <input type="checkbox"/> 乗車介助(バス、電車、( ))                        |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 入浴介助 (全介助・半介助・シャワー浴)                     |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し) |                                                                 | <input type="checkbox"/> 降車介助                                   |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 全身浴                                      |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し) |                                                                 | <input type="checkbox"/> 院内介助(※原則、算定対象外)                        |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 部分浴(手浴・足浴・洗髪・( ))                        |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し) |                                                                 | ( 時 分～ 時 分)                                                     |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 洗面等(洗面・歯磨き)                              |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し) |                                                                 | <input type="checkbox"/> 受診手続き <input type="checkbox"/> 薬の受け取り等 |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 身体整容(爪切・耳掃除・髭の手入れ・身だしなみ)                 |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し) |                                                                 | (病院、官公署名 )                                                      |            |
|                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 更衣介助                                     |                                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し) |                                                                 | ※外出先が複数ある場合は、下記欄に記載すること。                                        |            |
| <input type="checkbox"/> 体位変換 <input type="checkbox"/> 移乗介助 <input type="checkbox"/> 移動介助             |                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し)                               |                                                     | <input type="checkbox"/> 受診手続き <input type="checkbox"/> 薬の受け取り等 |                                                                 |            |
| <input type="checkbox"/> 起床介助 <input type="checkbox"/> 就寝介助                                           |                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し)                               |                                                     | <input type="checkbox"/> 乗車介助(バス・電車・( ))                        |                                                                 |            |
| <input type="checkbox"/> 服薬介助                                                                         |                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し)                               |                                                     | <input type="checkbox"/> 降車介助                                   |                                                                 |            |
| <input type="checkbox"/> 利用者とともに行う家事(掃除・洗濯・調理)                                                        |                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し)                               |                                                     | <input type="checkbox"/> 降車後介助(外出に関連する身体介護)                     |                                                                 |            |
| <input type="checkbox"/> その他( )                                                                       |                                                                   | <input type="checkbox"/> 洗濯(洗濯・取り入れ・収納・アイロンがけ・布団干し)                               |                                                     | <input type="checkbox"/> その他( )                                 |                                                                 |            |
| 重度訪問介護(※上記のチェック欄も使用)                                                                                  |                                                                   |                                                                                   |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| <input type="checkbox"/> コミュニケーション支援                                                                  |                                                                   | <input type="checkbox"/> 外出介助 ( 時 分～ 時 分)                                         |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| <input type="checkbox"/> 生活等に関する相談、助言                                                                 |                                                                   |                                                                                   |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| <input type="checkbox"/> 常時付添いを必要とする見守りの援助                                                            |                                                                   |                                                                                   |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| ■費用負担                                                                                                 |                                                                   | 円                                                                                 |                                                     | 利用者負担額 円                                                        |                                                                 |            |
| 〔内訳〕 <input type="checkbox"/> 入館料・入場料 円 <input type="checkbox"/> 交通費 円 <input type="checkbox"/> その他 円 |                                                                   |                                                                                   |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |
| ■預かり金 預かり金 円                                                                                          |                                                                   | 円                                                                                 |                                                     | おつり 円                                                           |                                                                 |            |
| 備考(利用者の状況や連絡事項)                                                                                       |                                                                   | ・利用者の体調、予定サービスをキャンセルした場合の中止理由、加算時の必要な記載、利用者に対する連絡事項等を記載する。                        |                                                     |                                                                 |                                                                 |            |

## 様式例 ②同行援護・行動援護

## サービス提供記録（障害福祉サービス）

|              |  |                |  |     |     |           |
|--------------|--|----------------|--|-----|-----|-----------|
| 利用者名 _____ 様 |  | サービス提供者名 _____ |  | 確認欄 | 利用者 | サービス提供責任者 |
|              |  |                |  |     |     |           |

| サービス日時                                                                                            | サービス内容及び外出先（※目的地が複数ある場合は、全部記載する。）             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| 年 月 日（曜日）                                                                                         | <input type="checkbox"/> 自宅・（ ） （ ） 時 分）<br>↓ |  |
| 時 分<br>～ 時 分                                                                                      | <input type="checkbox"/> 目的地（ ）<br>内容（ ）      |  |
| サービス区分                                                                                            | ↓                                             |  |
| <input type="checkbox"/> 行動援護<br><input type="checkbox"/> 同行援護<br><input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 目的地（ ）<br>内容（ ）<br>↓ |  |
|                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 自宅・（ ） （ ） 時 分）      |  |

|                         |                                                                                                       |          |                                    |  |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------|--|
| サービス内容                  | <input type="checkbox"/> 視覚的情報支援（代筆・代読・その他（ ））                                                        |          | <input type="checkbox"/> 排泄介助      |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 移動介護                                                                         |          | <input type="checkbox"/> 着脱介助      |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 食事介助                                                                         |          | <input type="checkbox"/> その他介助 [ ] |  |
|                         | <b>■費用負担</b>                                                                                          |          | <b>利用者負担額</b>                      |  |
|                         | [内訳] <input type="checkbox"/> 入館料・入場料 円 <input type="checkbox"/> 交通費 円 <input type="checkbox"/> その他 円 |          | 円                                  |  |
| <b>■預かり金</b> 預かり金 円－使用額 |                                                                                                       | 円＝ おつり 円 |                                    |  |

|                  |                                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 備考（利用者の状況や連絡事項等） | <div> ・利用者の体調、予定サービスをキャンセルした場合の中止理由、加算時の必要な記載、利用者に対する連絡事項等を記載する。 </div> |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|

## （行動援護） 支援計画シート

事業所名

|                           |  |                             |                    |                     |  |
|---------------------------|--|-----------------------------|--------------------|---------------------|--|
| 利用者名                      |  | 作成日                         | 年 月 日 （曜日）         | 作成者                 |  |
| インテーク<br>（情報の収集・整理）       |  | アセスメント<br>（評価）              |                    | プランニング<br>（支援計画）    |  |
| 情報<br>（見たこと、聴いたこと、資料などから） |  | 理解・解釈・仮説<br>（わかったこと、推測したこと） | 支援課題<br>（支援の必要なこと） | 対応・方針<br>（やろうと思うこと） |  |
|                           |  | 疾患や障害、気質など                  |                    |                     |  |
|                           |  |                             |                    |                     |  |
|                           |  | 心理的なこと<br>（不安、葛藤、希望、感情など）   |                    |                     |  |
|                           |  |                             |                    |                     |  |
|                           |  | 社会的なこと<br>（家庭、施設・学校、地域資源など） |                    |                     |  |
|                           |  |                             |                    |                     |  |

## （行動援護） 支援手順書 兼 記録用紙

事業所名

作成者名

|      |  |              |           |                  |  |
|------|--|--------------|-----------|------------------|--|
| 利用者名 |  | サービス<br>提供日時 | 年 月 日（曜日） | サービス<br>提供者<br>名 |  |
|      |  |              | 時 分～ 時 分  |                  |  |

| 時間 | 活動 | サービス手順    | チェック | 様子 |
|----|----|-----------|------|----|
| ：  |    | 【スケジュール1： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |
| ：  |    | 【スケジュール2： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |
| ：  |    | 【スケジュール3： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |
| ：  |    | 【スケジュール4： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |
| ：  |    | 【スケジュール5： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |
| ：  |    | 【スケジュール6： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |
| ：  |    | 【スケジュール7： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |
| ：  |    | 【スケジュール8： |      |    |
| ～  |    | 】         |      |    |

【連絡事項】

【問い合わせ事項】



# 江東区移動支援事業 ガイドライン

令和 6 年 4 月



最新の情報については区ホームページをご確認ください。

<https://www.city.koto.lg.jp/222030/fukushi/shogaisha/service/idou.html>

## 目 次

|   |                           |    |
|---|---------------------------|----|
| 1 | 事業目的・・・・・・・・・・・・・・・・      | 1  |
| 2 | 事業内容・・・・・・・・・・・・・・・・      | 1  |
| 3 | 事業者について・・・・・・・・・・         | 2  |
| 4 | 従事者（ヘルパー）について・・・・・・・・     | 2  |
| 5 | 利用者の負担上限月額及び実費負担額・・・・・・・・ | 2  |
| 6 | 移動支援に要する費用等・・・・・・・・       | 3  |
| 7 | Q&A・・・・・・・・・・・・・・・・       | 5  |
| 8 | 問い合わせ先・担当・・・・・・・・         | 13 |

## 1 事業目的

屋外での移動が困難な障害者（児）の外出を支援することにより、地域における自立生活及び社会参加を促進することを目的としています。

## 2 事業内容

### ① 対象者

屋外での移動が困難な身体（肢体不自由 1・2 級・視覚障害者総合支援法の規定による同行援護の対象者で〈Q25〉が必要な場合に限る。）・知的・精神障害者（児）・難病患者等で次のいずれかに該当する方です。

ア 区内に住所を有する方

イ 江東区において障害者総合支援法第 19 条に規定する介護給付費等の決定を受け、区外グループホーム等に居住している方  
（ただし、施設の行事にかかる利用はできません。）

ウ 区外施設に入所している方で、一時帰宅中に移動支援が必要となった方  
（区外施設と帰宅先の送迎にかかる利用はできません。）

※ ただし、障害者総合支援法の規定による行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援の利用をできる方は対象となりません。

### ② サービス内容

屋外での移動が困難な障害者（児）について、社会生活上必要不可欠な外出や、余暇活動等社会参加のための外出の際の移動を支援します。

ア 生活必需品の買い物、金融機関手続き等、社会生活上必要不可欠な外出

イ 余暇活動等社会参加のための外出（営利活動は除く。）

※ただし、次に掲げる外出については対象外とします。

- ・ 通年かつ長期にわたる外出は原則対象外  
（ただし、緊急かつ突発的な通院・通学・通所は対象）  
※特例利用として認められた場合は利用可能です。（Q25）
- ・ ギャンブル、飲酒等を目的とした外出は対象外
- ・ 1 日で用務の終わらない外出は対象外

### ③ サービス範囲

ア 外出の準備に伴う支援（健康状態のチェック、整容、更衣介助、手荷物の準備）

イ 移動に伴う支援（車への乗降介助、交通機関の利用補助等）

ウ 外出中やその外出の前後におけるコミュニケーションの支援（代読、代筆等）

エ 外出先での必要な支援（排泄介助、食事介助、更衣介助、姿勢保持、チケットの

購入等の支援等)

オ 外出から帰宅した直後の対応支援（更衣介助、荷物整理等）

④ 1月あたりの基準支給時間（下記を基準として区長が必要と定める時間数）

ア 障害者（18歳以上） 32時間

イ 障害児（18歳未満） 16時間

### 3 事業者について

障害者総合支援法に基づく、都道府県の指定居宅介護事業者等で、区に移動支援事業者の登録をした事業者とします。

### 4 従事者（ヘルパー）について

「6 移動支援に要する費用等 ②ヘルパー資格要件と報酬の減算」のとおり。

### 5 利用者の負担上限月額及び実費負担額

下表のとおり。実費負担上限額については、他のサービスとの上限額合算は行いません。

| 区分                       | 世帯(※)の収入状況                          | 負担上限月額                | 実費負担額      |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------|
| 一般<br>* 区民税<br>の課税<br>世帯 | 区民税所得割 16 万円以上<br>(障害児は 28 万円以上) の方 | 37,200 円              | 事業費の<br>5% |
|                          | 区民税所得割 16 万円未満<br>(障害児は 28 万円未満) の方 | 9,300 円<br>児童 4,600 円 |            |
| 低所得                      | 区民税の非課税世帯                           | 0 円                   | 0 円        |
| 生活保護                     | 生活保護受給世帯                            |                       |            |

※ 世帯の範囲は介護給付と同様に取り扱い、18 歳以上の障害者（施設入所の 18・19 歳除く）は障害者  
本人と配偶者まで、障害児（施設入所の 18・19 歳含む）は保護者の属する世帯とする。

## 6 移動支援に要する費用等

### ① 移動支援 報酬単価表

| 利用時間                 | 身体介護を伴う<br>(ヘルパー2人目も同額)                                           | 身体介護を伴わない        |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|
| ～30分                 | 2,867円                                                            | 1,187円           |
| ～1時間                 | 4,524円                                                            | 2,206円           |
| ～1時間30分              | 6,574円                                                            | 3,080円           |
| ～2時間                 | 7,492円                                                            | 以降30分ごとに約772円を加算 |
| ～2時間30分              | 8,444円                                                            |                  |
| ～3時間                 | 9,374円                                                            |                  |
| 3時間～                 | 以降30分ごとに約929円を加算                                                  |                  |
| 早朝加算・夜間加算<br>(30分ごと) | 716円                                                              | 302円             |
| 深夜加算(30分ごと)          | 1,433円                                                            | 593円             |
| 初回加算                 | 2,240円                                                            |                  |
| 利用者負担<br>上限額管理加算     | 1,680円                                                            |                  |
| 特定事業所加算<br>Ⅰ～Ⅳ       | サービスの提供に要した費用の額(初回加算、利用者負担上限額管理加算を除く)に対して、Ⅰは20%、Ⅱ・Ⅲは10%、Ⅳは5%の額を加算 |                  |

(R6.4 現在)

②ヘルパー資格要件と報酬の減算（通院等介助に準じます。）

| 区 分                                           | 身体障害者<br>(児)       | 知的障害者<br>(児) | 精神障害者<br>(児) |
|-----------------------------------------------|--------------------|--------------|--------------|
| 介護福祉士、看護師、准看護師                                | ○                  | ○            | ○            |
| 実務者研修修了者                                      | ○                  | ○            | ○            |
| 介護職員初任者研修・居宅介護職員初任者研修修了者                      | ○                  | ○            | ○            |
| 介護職員基礎研修修了者                                   | ○                  | ○            | ○            |
| 訪問介護員・居宅介護従業者養成研修(1級・2級)修了者                   | ○                  | ○            | ○            |
| 生活援助従事者研修(身体介護を伴わない場合のみ)修了者                   | ○                  | ○            | ○            |
| 障害者居宅介護従業者基礎研修修了者 ※注1・注2                      | ○                  | ○            | ×            |
| 訪問介護員・居宅介護員養成研修修了者(3級) ※注1・注2                 | ○                  | ○            | ×            |
| 重度訪問介護従業者養成研修修了者                              | ○<br>(全身性障害者(児)のみ) | ×            | ×            |
| 全身性障害者外出介護従業者養成研修修了者                          |                    |              |              |
| 全身性障害者移動支援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                              |                    |              |              |
| 同行援護従業者養成研修修了者                                | ○<br>(視覚障害者(児)のみ)  | ×            | ×            |
| 視覚障害者外出介護従業者養成研修修了者                           |                    |              |              |
| 視覚障害者移動支援従業者養成研修修了者                           |                    |              |              |
| 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害者学科の教科を履修した者又はこれに準ずる者 |                    |              |              |
| 知的障害者外出介護従業者養成研修修了者                           | ×                  | ○            | ×            |
| 知的障害者移動支援従業者養成研修修了者                           |                    |              |              |
| 行動援護従業者養成研修修了者                                | ×                  | ○            | ○            |
| 強度行動障害支援者養成研修修了者                              |                    |              |              |
| みなし証明者(各サービスごと) ※注1・注2                        | ○                  | ○            | ×            |

※注1・・・身体介護を伴う場合は30%減算 ※注2・・・身体介護を伴わない場合は10%減算  
(身体介護を伴う・伴わないについてはQ10参照)

## 7 Q&A

### 【申請・登録】

**Q1 移動支援事業を利用したいのですが、どのようにすればよいですか？【利用者】**

A1 ① 担当窓口（P13）にて申請



② 支給会議にて審査



③ 支給決定された場合は受給者証交付



④ 移動支援実施事業所との契約



⑤ サービス利用

**Q2 移動支援事業を実施したいのですが、どのようにすればよいですか？【事業者】**

A2 事前に江東区へ事業者登録する必要があります。詳細は区ホームページ（ホーム＞健康・福祉＞障害者福祉＞施設・事業者＞事業者のみなさまへ＞移動支援事業の登録・変更等について）をご覧ください。問い合わせ先(P13)までご連絡ください。

### 【移動支援の対象者】

**Q3 他の障害福祉サービスを利用している場合、移動支援を利用できないことがありますか？**

A3 移動支援と同種の障害福祉サービス(行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援)を利用している方は、利用できません。

**Q4 移動支援の利用にあたって、年齢による制限はありますか？**

A4 年齢による制限は設けておりません。

しかし、移動支援は、障害者（児）本人に対する外出支援を目的としており、保護者役割を代替するものではないことから、児童であって、障害の有無にかかわらず単独での外出が見込まれないもの（例えば、未就学児が単独でデパートや動物園に行く・一人で幼稚園や保育園に通所するといったことは通常想定されない。）・年齢による入場制限（〇〇歳以下は保護者同伴など）の設けられている施設を単独で利

用可能な年齢に達していない状況で利用する場合、移動支援の対象となりません。ただし、下記の場合は利用可能な場合がありますので事前に障害者支援課担当(P13)にご相談ください。

- ・家族などが一緒に外出する場合において、本人の障害状況により、家族のみでは介助が行えない場合
- ・介助する家族等の疾病等により移動時の介助ができない場合等やむを得ない事情がある場合

※障害の有無にかかわらず、本来保護者が連れて行くべきである児童の外出については、移動支援の利用は適当ではないとします。

**Q5 内部障害者は、移動支援事業は利用できないのですか？**

A5 利用できません。ただし、内部障害等で難病に該当する方は利用可能です。

**Q6 視覚障害者が移動支援の対象となるのはどのような場合ですか？**

A6 障害者総合支援法の規定による同行援護の対象者であるが、同行援護にないサービスが必要な場合（通学通所の特例利用〈Q25〉を想定）に移動支援の対象となります。

**Q7 介護保険の対象者ですが、移動支援も利用できますか？**

A7 介護保険の対象の方も移動支援事業をご利用いただける場合があります。介護保険の対象とならない社会参加のための外出などが利用の対象となります。ただし、利用者の状況等を介護保険のケアプランで確認し、支給決定された場合に限ります。

**Q8 高齢者向け施設等に入居中の方は移動支援の利用ができますか？**

A8 介護保険制度の訪問介護が利用できる施設については、利用可能な場合がありますので事前に障害者支援課担当(P13)までご相談ください。

**Q9 入院・施設入所中の方は移動支援の利用ができますか？**

A9 移動支援は自宅等で生活する障害者等を対象としているため、入院・施設入所中の方は対象外です。入院・施設入所中については病院・施設における外出支援が適当であるためです。

ただし、江東区において障害者総合支援法の介護給付費等の決定を受け、施設に入所している方が一時的に自宅等に戻っている期間については利用可能な場合がありますので事前に障害者支援課担当(P13)までご相談ください。

**Q10 身体介護を伴う・伴わないの判断基準はありますか？**

A10 歩行・移乗・移動・排尿・排便のいずれかに身体介護が必要かどうかで判断を行います。

**【利用料等の支払い】**

**Q11 移動支援を利用する場合、利用者がサービス利用料以外に負担する費用はありますか？**

A11 移動にかかる交通費や入場料等、利用者分とヘルパー分について利用者が負担することになります。利用者から受領する費用については重要事項説明書で十分に説明し、必ず同意を得てください。

**Q12 ヘルパーが事業所から自宅(待ち合わせ場所等)までに要する交通費を利用者から頂くことはできますか？**

A12 自宅等が、事業所の定める運営規程の「通常の事業実施地域」となっている場合は、利用者から交通費を頂くことはできません。「通常の事業実施地域」以外のヘルパー派遣については、あらかじめ利用者に対して説明を行い、同意を得ている場合のみ、交通費を請求することが可能です。

**Q13 自宅までヘルパーが迎えに行き、外出のための用意をしていたが、突然、利用者の具合が悪くなって、急なキャンセルとなった場合、キャンセル料を頂くことは可能ですか？また、このような場合、報酬は発生するのでしょうか？**

A13 支援が発生していないため、報酬算定の対象外となります。  
キャンセル料については、利用者との契約の範囲内で頂くこととなります。

**【利用の方法・ルール】**

**Q14 外出の前後に行う利用者の居宅内での支援は、移動支援として算定できますか？**

A14 移動支援のみを行う場合には、外出に付随する必要な援助として、持ち物の確認、戸締り、火気等の安全確認、車いす準備、購入したものをしまう、更衣介助等、外出のための準備と帰宅後に行う5分から15分程度の援助であれば、移動支援の一部として算定することができます。

**Q15 1回のサービス提供時間に制限はありますか？**

A15 1回のサービス提供時間に制限はありませんが、事業所ごとに利用者と契約している一月当たりの支給量を超えることはできません。

**Q16 現在A事業所で移動支援を利用していますが、他の事業所でも利用は可能ですか？**

A16 複数の事業所で利用することは可能ですが、決められた支給時間内で計画的にご利用ください。また、一月あたりの利用者負担額が負担上限月額を超過することが予想される場合、利用者負担の上限額の管理が必要となります。原則、契約支給量の多い事業所が上限管理を行います。上限管理を開始する際は申請が必要となりますので、障害者支援課担当（P13）にご連絡ください。

**Q17 ヘルパーが運転する車を利用して目的地まで移動した場合でも、移動支援は使えますか？**

A17 移動時の交通機関は、公共交通機関、タクシーを利用することが原則です。常時介護が行える状態で行う支援のため自転車・ヘルパーが運転する車での移動は移動支援の対象になりません。

**Q18 自宅以外の場所で待ち合わせをし、目的地までのサービスを提供することは可能でしょうか？**

A18 利用者の待ち合わせ場所までの安全性が確認でき、利用者の合意があれば可能です。ただし、終点が自宅等（利用者の生活の場所）である必要があります。  
※通学・通所の特例利用（Q25）が適用される場合には学校⇒放課後デイサービスなど自宅が始点・終点ではない場合も利用できることがあります。

**Q19 家族等が目的地まで送迎する場合に、事業者としては目的地のみの支援を行うこととなるが、目的地のみの支援をもって移動支援の利用は可能ですか？**

A19 単独で外出が困難な方への移動の支援のため、目的地のみでの利用はできません。始点か終点が自宅等（利用者の生活の場所）である必要があります。  
※通学・通所の特例利用（Q25）が適用される場合には学校⇒放課後デイサービスなど自宅が始点・終点ではない場合も利用できることがあります。

**Q20 ヘルパーの待ち時間はサービス時間に含まれますか？**

A20 具体的に支援を行う必要がない場合は含まれません。移動支援は常時介護ができる状況であることが必要です。単なる待ち時間や外出先において介護の必要がない時間は移動支援の対象となりません。

**Q21 グループ支援（ヘルパーが1人で複数人の移動を支援すること）は認められますか？**

A21 認められません。マンツーマンが原則です。

**Q22 ヘルパーの2人派遣は認められますか？**

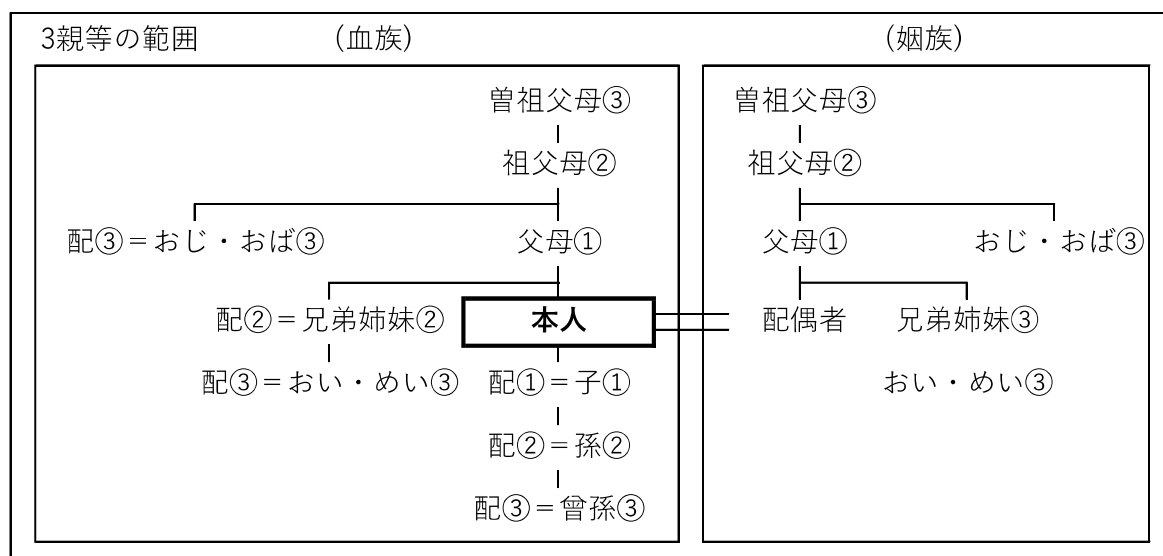
A22 マンツーマンでの支援が原則ですが、利用者の状況（強度の行動障害や身体的状況等）により「2人派遣」の支給決定を受けている場合（受給者証に記載あり）は認められます。

**Q23 1回の移動支援で複数の目的地に行くことは可能ですか？**

A23 可能です。ただし、一連の外出の中で、一ヶ所でも移動支援の対象とならない目的地が含まれる場合は、当該移動支援全体が算定の対象となりません。

**Q24 ヘルパーが自分の家族に対してサービス提供を行うことができますか？**

A24 同居家族である利用者に対しては、障害福祉サービスの居宅介護等と同様、認められません。また、別居の場合であっても、公的サービスとして望ましい状態ではないため、3親等以内の親族に対するサービス提供を禁止する取り扱いとします。



## 【外出の内容】

**Q25 通学・通所（※）の特例利用が認められる場合はどのような場合ですか？**

**A25** 下記の要件すべてがあてはまり、「特例による通学・通所（※1）通年利用可」の支給決定を受けている場合（受給者証に記載あり）は認められます。

- ・障害状況により単独で通学・通所が行えない
- ・家族に就労や疾病等で送迎が行えない理由がある
- ・通学、通所先に送迎サービスがなく、他に代替手段がない場合
- ・社会生活上必要不可欠な外出の場合

※通学・通所とは特別支援学校、小学校、中学校、高等学校、学童クラブ、障害児通所支援施設、福祉作業所等の通所施設を指します。また、通学・通所先の送迎バスストップと自宅・通学・通所先間の利用も可能です。

**Q26 通院に移動支援を利用できますか？**

**A26** 定期的な通院については障害福祉サービスにおける「居宅介護（通院介助）」に当たるため、移動支援の対象となりません。ただし、突発的な病気やけがなど一時的な利用であれば利用可能です。  
介護保険制度で通院介助が利用できる方は突発的な利用も含め介護保険制度の利用を優先してください。

**Q27 入退院に移動支援を利用できますか？**

**A27** 家族等による介助が困難な場合は自宅⇄病院間の移動についてのみ利用可能です。入退院の手続きについては本人又は家族等が行うものであり、ヘルパーの業務の範囲ではありません。

**Q28 事業所・学校が主催した遠足・懇親会等のレクリエーション活動に際して移動支援を利用することはできますか？**

**A28** 事業所・学校が主催した行事については、事業所・学校側が対応すべきものとなるため、原則移動支援の対象とはなりません。ただし、活動場所(事業所・学校等)までの送迎については利用が可能な場合がありますので事前に障害者支援課担当(P13)までご相談ください。

**Q29 地域生活支援センター・地域活動支援センターに行くのに利用できますか？**

**A29** 往復の送迎についてのみ利用可能です。

**Q30 短期入所先への送迎に利用できますか？**

A30 入所先に送迎サービスがなく、家族等による介助が困難な場合は自宅⇄入所先の移動についてのみ利用可能な場合がありますので事前に障害者支援課担当(P13)にご相談ください。

**Q31 短期入所利用中に移動支援は利用できますか？**

A31 原則利用できません。短期入所についてはあくまで短期間での利用が前提であり、余暇活動での外出を行うことは考えにくく、周辺散策であれば短期入所事業所による外出支援が適当であると考えられます。しかし、学校や福祉施設等生活上必要不可欠な外出であれば、移動支援の利用が認められる場合があります。この場合短期入所事業所が得られる報酬額(※)に影響が生じるため、障害者支援課担当(P13)・短期入所事業所に相談・調整した上でご利用ください。  
※短期入所利用中に日中活動サービス(通学含む)を利用する場合には日中の時間を除くサービスを提供する報酬で算定する必要があります。短期入所事業所が当該報酬での請求を承諾いただけない場合は移動支援の報酬は算定できません。

**Q32 外泊等に移動支援を利用することはできますか？**

A32 1日で用務を終える移動が移動支援の対象のため宿泊を伴う外出は移動支援対象外です。ただし、介護者の疾病等緊急やむを得ない事情で生活の場が変わると判断される際には自宅⇄変更後の生活の場までの送迎については利用可能な場合がありますので、事前に障害者支援課担当(P13)までお問い合わせください。

**Q33 プールの余暇を目的とした利用の場合、プール内や浴室内の支援を伴う介護を移動支援の対象として良いのでしょうか？**

A33 プールまでの移動、窓口での受付、更衣・食事・排泄介助、健康確認など利用可能です。しかし、プール内での遊泳介助はヘルパーの業務範囲ではないため対象外です。

**Q34 スーパー銭湯等の余暇を目的とした利用の場合、浴室内の支援を伴う介護を移動支援の対象として良いのでしょうか？**

A34 銭湯等までの移動、窓口での受付、更衣・食事・排泄介助、健康確認など利用可能です。浴室内の支援については水中事故・転倒等の恐れがあるため原則対象外です。

また、移動支援が対象とするのはヘルパーが通常の業務用の装備（服装等）で行えるものであり、支援中ヘルパーが更衣を要するもの、特別な装備を用意するような活動（登山、水泳、ダイビング、サーフィン等）は対象外です。

ただし、近年バリアフリー対応の銭湯が増えている現状から、下記の条件すべてに該当し、契約している事業所が支援を行うことを了承した際には利用可能な場合がありますので事前に障害者支援課担当(P13)までご相談ください。

- ・浴室内の支援について安全性が十分確保されている
- ・居宅での入浴介助と同程度の介助で入浴が可能
- ・移動支援（身体介護あり）の支給決定を受けている
- ・ヘルパー自身の更衣を行う必要がない

また、利用目的が余暇ではなく、居宅に浴室がない等の理由により、銭湯及び公衆浴場を日常的に利用される場合は、移動支援の対象となりません。

#### **Q35 習い事への往復に移動支援は利用できますか？**

A35 余暇活動であるため可能です。ただし児童については習い事への送迎は本来保護者が行うべきものであると考えられるため、Q4の要件を満たし、通学・通所の特例利用（Q25）が認められる場合のみ利用できます。

## 8 問い合わせ先・担当

### ○移動支援の申請・支給決定に関すること

障害者支援課身体障害相談係（身体障害者手帳をお持ちの方）

TEL03-3647-4953 FAX03-3647-4910

障害者支援課愛の手帳相談係（愛の手帳をお持ちの方）

TEL03-3647-4954 FAX03-3647-4910

障害者支援課相談支援担当（精神保健福祉手帳をお持ちの方）

TEL03-3647-4308 FAX03-3647-4910

障害者支援課在宅生活相談係（各種障害者手帳等をお持ちでかつ障害福祉サービス  
の居宅介護の決定を受けている方）

TEL03-3647-4308 FAX03-3647-4910

障害者支援課障害児支援係（児童）

TEL03-3647-7559 FAX03-3647-4910

最寄りの保健相談所（難病の方）

城東保健相談所 TEL03-3637-6521 FAX03-3637-6651

深川保健相談所 TEL03-3641-1181 FAX03-3641-5557

深川南部保健相談所 TEL03-5632-2291 FAX03-5632-2295

城東南部保健相談所 TEL03-5606-5001 FAX03-5606-5006

### ○移動支援の請求に関すること

障害者支援課在宅生活相談係

TEL03-3647-4308 FAX03-3647-4910

### ○移動支援の事業者登録に関すること

障害者施策課指導検査係

TEL03-3647-9350 FAX03-3699-0329

|                 |                  |      |       |      |           |
|-----------------|------------------|------|-------|------|-----------|
| 事業所名            |                  |      | ユニット名 |      |           |
| 利用者氏名           |                  |      | 作成者氏名 |      |           |
| 本人(家族)の生活に関する意向 | 作成者はサービス管理責任者です。 |      |       |      |           |
| 総合的な支援の方針       |                  |      |       |      |           |
|                 | 課題               | 支援目標 | 支援内容  | 達成時期 | 前回の目標達成状況 |
| 日常生活            |                  |      |       |      |           |
| 社会生活            |                  |      |       |      |           |
| 健康管理            |                  |      |       |      |           |
| 日中活動・就労         |                  |      |       |      |           |
| その他             |                  |      |       |      |           |

個別支援計画の内容を了承し、交付を受けました。 利用者確認

令和 年 月 日

代理(立会)人  
(続柄)

・代筆の場合は、代筆者の氏名及び利用者との続柄を記載してください。

※作成要領(下記内容等を参考に、課題、支援目標、支援内容等を具体的に記載)

|         |                                                                             |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 日常生活    | 起床、洗顔、着衣、食事、歯磨き、排泄、入浴、掃除、洗濯、整理整頓、身だしなみ など                                   |
| 社会生活    | 意思表示、コミュニケーション、外出時の行動、対人関係、買い物、金銭管理、交通機関の利用 など                              |
| 健康管理    | 健康管理、通院、薬の理解、服薬、運動・体力づくり など                                                 |
| 日中活動・就労 | 通所状況、技術習得、集団活動、出勤状況、就労意欲、就労態度、作業能力、職場の人間関係 など                               |
| その他     | 余暇の過ごし方、趣味、娯楽 など                                                            |
| 夜間支援    | 夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定する場合は、夜間支援の内容を記載する必要があります                                    |
| 〇〇支援    | (長期)帰宅時支援加算、(長期)入院時支援特別加算、日中支援加算、地域生活移行個別支援特別加算を算定する場合も、当該支援の内容を記載する必要があります |

※個別支援計画の作成にあたっては、各支援項目等における各利用者の現状把握のためのアセスメントシートの作成や利用者・家族からの支援に対する要望の確認等も必要となります。

※本様式はあくまでも一例です。各事業者において利用者支援を行ううえで効果的に活用できる様式としてください。

| <div> <div>〇〇ホーム サービス提供記録</div> <div> (△△ユニット) <div> <div>利用者名</div> <div>さん</div> </div> </div> </div> |                  |                          |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------|----------------|
| <div>&lt;行事・予定&gt;</div>                                                                                |                  |                          |                |
| <div> <div>月</div> <div>日</div> <div>(月曜日)</div> </div>                                                 |                  | <div>&lt;本日の様子&gt;</div> |                |
| <div>食事</div>                                                                                           | <div>朝 昼 夜</div> |                          |                |
| <div>健康状態</div>                                                                                         | <div>良 要観察</div> |                          |                |
| <div>昼間の活動等</div>                                                                                       |                  |                          | <div>記入者</div> |
| <div> <div>月</div> <div>日</div> <div>(火曜日)</div> </div>                                                 |                  | <div>&lt;本日の様子&gt;</div> |                |
| <div>食事</div>                                                                                           | <div>朝 昼 夜</div> |                          |                |
| <div>健康状態</div>                                                                                         | <div>良 要観察</div> |                          |                |
| <div>昼間の活動等</div>                                                                                       |                  |                          | <div>記入者</div> |
| <div> <div>月</div> <div>日</div> <div>(水曜日)</div> </div>                                                 |                  | <div>&lt;本日の様子&gt;</div> |                |
| <div>食事</div>                                                                                           | <div>朝 昼 夜</div> |                          |                |
| <div>健康状態</div>                                                                                         | <div>良 要観察</div> |                          |                |
| <div>昼間の活動等</div>                                                                                       |                  |                          | <div>記入者</div> |
| <div> <div>月</div> <div>日</div> <div>(木曜日)</div> </div>                                                 |                  | <div>&lt;本日の様子&gt;</div> |                |
| <div>食事</div>                                                                                           | <div>朝 昼 夜</div> |                          |                |
| <div>健康状態</div>                                                                                         | <div>良 要観察</div> |                          |                |
| <div>昼間の活動等</div>                                                                                       |                  |                          | <div>記入者</div> |

|              |       |         |  |     |
|--------------|-------|---------|--|-----|
| 月 日<br>(金曜日) |       | <本日の様子> |  |     |
| 食事           | 朝 昼 夜 |         |  |     |
| 健康状態         | 良 要観察 |         |  |     |
| 昼間の活動等       |       |         |  | 記入者 |

|              |       |         |  |     |
|--------------|-------|---------|--|-----|
| 月 日<br>(土曜日) |       | <本日の様子> |  |     |
| 食事           | 朝 昼 夜 |         |  |     |
| 健康状態         | 良 要観察 |         |  |     |
| 昼間の活動等       |       |         |  | 記入者 |

|              |       |         |  |     |
|--------------|-------|---------|--|-----|
| 月 日<br>(日曜日) |       | <本日の様子> |  |     |
| 食事           | 朝 昼 夜 |         |  |     |
| 健康状態         | 良 要観察 |         |  |     |
| 昼間の活動等       |       |         |  | 記入者 |

|                 |  |  |     |               |              |
|-----------------|--|--|-----|---------------|--------------|
| <今週の記録・引継ぎ事項など> |  |  |     |               |              |
|                 |  |  | 管理者 | サービス<br>管理責任者 | 利用者<br>(保護者) |
|                 |  |  |     |               |              |

※ 夜間支援等体制加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を算定する場合は、夜間支援について日々記録を取っておいてください

## 〇〇法人〇〇会△△ホーム利用者預り金等管理規程(参考例)

### (目的)

第1条 この規程は、△△ホームの利用者のうち、処遇上、財産の保護を特に必要とする者に代わって、△△ホーム管理者（以下「管理者」という。）がその者の所有する現金、各種預貯金の通帳及び印鑑（以下「預り金等」という。）の管理を行う場合の取り扱いを定めたものである。

### (管理の原則)

第2条 利用者が所有する金品等は、利用者又は保護者等が自ら管理することを原則とする。ただし、管理者は、利用者が次の各号に掲げる事由のいずれかに該当する場合には、利用者等に代わって、これを管理することができる。

- (1) 利用者又は成年後見人等より△△ホームに管理を依頼された場合
- (2) 心身の障害のため、自ら管理する事が困難であると認められる場合
- (3) その他、△△ホームにおいて管理することが利用者の処遇上、特に必要であると管理者が認める場合

2 利用者の判断能力が不十分又は判断能力がない場合は、前項にかかわらず、成年後見人等の選任がなされるよう△△ホームは努め、成年後見人等の依頼に基づき管理するものとする。

### (預り金等の範囲)

第3条 預り金等の範囲は次の各号のとおりとする。

- (1) 現金
- (2) 預金通帳
- (3) 印鑑、印鑑登録カード
- (4) 前各号に準ずるもので、管理者が特に必要と認めたもの

### (預り金等の管理事務の範囲)

第4条 前条に規定する預り金等の管理事務の範囲は、次の各号のとおりとする。

- (1) 現金の出納及び保管
- (2) 預貯金通帳の保管及び預貯金の預け入れ又は引き出し
- (3) 印鑑等の保管
- (4) その他管理者が必要と認める事務

### (管理責任者、副管理責任者)

第5条 預り金等の管理を適正に行うため、管理責任者及び副管理責任者を置くものとする。

- (1) 管理責任者には、管理者を充て、預り金等の適切な管理に努めるものとする。
- (2) 副管理責任者には、サービス管理責任者(管理者とサービス管理責任者が同一の場合はその他の従業者)を充て、預り金等の管理に際し管理責任者を補佐するものとする。

(保管方法)

第6条 現金、通帳、書類等の保管は施錠できる金庫等に、もっとも安全な方法で保管するものとする。

2 預り金等の管理のため、次の帳簿を備えるものとする。

(1) 預り金等管理台帳(様式1)

(2) 預り金等個人別台帳(預貯金・現金)(様式2)

(3) 印鑑預り台帳(様式3)

(預り金等の受け入れ)

第7条 利用者(又は成年後見人等)は第2条の規定に基づき、管理責任者に預り金等の管理を依頼するときは、「預かり金等管理委託契約書」を作成のうえ、管理責任者の承認を受けなければならない。

2 管理責任者は、利用者等より預り金等の管理の依頼を受けた場合は、預り金等の内容・金額を利用者等と相互に確認し「預り証」(様式4)を発行しなければならない。預り証の控えは管理責任者が保管しておくものとする。

(預り金等の引き出し)

第8条 利用者等からの依頼にもとづき現金の引き出しを行った場合は、その都度、管理責任者又は副管理責任者が「預り金等個人別台帳」(様式2)に所要事項を記入するものとする。

(印鑑の登録)

第9条 管理責任者は、利用者等より印鑑の管理依頼があったときは、「預り証」に所要事項を記入するほか、「印鑑預り台帳」(様式3)に預かる印鑑の材質、形状及び印影等必要と思われる事項を記入し、登録しておくものとする。

(預り金等の管理)

第10条 管理責任者又は副管理責任者は預り金等の在り高を定期的に確認し、「預り金等管理台帳」(様式1)に所要事項を記入するものとする。

2 預り金等に係る預金残高が著しく高額となった場合又は利用者が成年後見相当となった場合は、本人又は成年後見人等に対して、より安全な第三者(機関)への預託に変更するよう助言するものとする。

(預り金等の返還)

第11条 管理責任者は、利用者の預り金等について次の各号のいずれかに該当するにいたった場合は、すみやかに預り金等を返還しなければならない。

(1) 利用者より預り金等の返還の依頼があった場合

(2) 利用者が退所した場合

(3) 利用者が第2条に定める要件を欠くと認められた場合

(4) 利用者が死亡した場合

2 前項第1号、第2号、第3号に基づく利用者以外の者による返還請求人は、予め利用者が指定する預り金等受取人あるいは成年後見人等法定代理人に限るものとする。

3 前々項第4号に基づく返還請求人は、遺言執行者、予め利用者が指定する預り金等受取人の順とし、これらがいない場合は必要書類の提出があった場合の相続人に限るものとする。

4 預り金等の返還にあたっては、「受領証」（様式4）を徴するものとする。

（遺留金品の取り扱い）

第12条 身寄りのいない利用者に遺留金品がある時は、管理責任者は関係区市町村と協議の上、所要の引渡し等を行うものとする。

（帳簿の照合）

第13条 管理責任者は、取り扱った入金又は引き出しについて毎月1回以上預り金等管理台帳と伝票とを照合するとともに、毎月1回以上利用者又は成年後見人等の点検を受けなければならない。

（管理状況の確認及び通知）

第14条 管理責任者は、利用者又は成年後見人等から当該利用者の預貯金等の管理状況について開示を求められた場合は、関係書類を閲覧させるとともに、預貯金等の現在高について利用者又は成年後見人等の確認を受けるものとする。

（関係書類等の保存）

第15条 預り金等に係る関係帳簿類は、預り金等の返還後5年は保存するものとする。

（業務の相互確認）

第16条 管理責任者、副管理責任者は年2回以上相互に業務執行状況の確認を行うものとする。

（本人管理への便宜供与）

第17条 利用者が自ら管理する場合は、管理責任者は鍵のかかる保管場所の提供を行うこととする。

（虐待防止法遵守）

第18条 管理責任者は、利用者の家族等が利用者の財産を不当に処分し、あるいは利用者から不当に財産上の利益を得ていると思われるときは関係法令等にしがたい、速やかに区市町村に通報するものとする。

（その他）

第19条 この規程で定めるもののほか、〇〇法人〇〇会△△ホーム利用者預り金等の取り扱いについて必要な事項は利用者又は法定代理人等と協議のうえ管理責任者が定めるものとする。

附 則

1 この規程は、令和〇〇年〇月〇日から施行する。

# 預り金等管理委託契約書

甲（ご利用者）\_\_\_\_\_

乙（事業者）\_\_\_\_\_

甲の△△ホーム利用に際し、次のとおり、預り金等管理委託契約書を締結します。

## （目 的）

第1条 この契約書は、預り金等管理規程に基づき、自らの手による日常生活に必要な金銭の管理等が困難な方の財産の保全を適切にすることを目的として、締結するものです。

## （本契約の利用対象）

第2条 預り金等管理規程に定める預り金等の財産の管理（処分を含む）を対象とします。

## （預りの開始）

第3条 この契約の期間は、令和 年 月 日からとします。

2 契約の期間中であっても、預り金等管理規程第11条1項に該当する場合は、この契約は終了します。

## （保 管）

第4条 甲は、乙に対し、次の預り金等を預けることができます。この場合、乙は別紙の預り証を提出し、この預り証は契約の一部となります。

- （1） 現金
- （2） 預貯金通帳
- （3） 印鑑
- （4） その他乙が適当と認めたもの

2 前項の預り証は、預ける物の追加または変更のあるごとに作成します。

## （金銭出納）

第5条 甲は乙に対し、日常的な生活費用及び甲の申し出た事項に関する金銭出納管理を委託することができます。

- 2 金銭の管理体制は、預り金等管理規程に記載のとおりです。
- 3 甲は乙に対し、第1項の金銭出納管理をするに必要な代理権を与えるものとします。

- 4 甲及び保護者等は、乙に対し、いつでも金銭出納の記録の提示を求めることができ、乙は速やかに記録の提示をします。

(解 約)

第6条 甲は、いつでも、この契約を解除することができます。

- 2 乙は、甲及び保護者等から解約の申出があった場合は、甲の財産の保全、管理に不相当と認める特別の事情がない限り、預り金等管理規程に基づき速やかに保管物を返還します。
- 3 乙は、次の場合は、この契約を解約することができます。この場合、乙は甲の生活にふさわしい他の援助を利用できるように努めます。
- (1) 甲の意思が確認できず、乙が管理するのに不相当と認められるとき。
- (2) 甲が他の施設への入所が決まり、その施設の側で受入れることができる状態になったとき。
- 4 この契約が解除された場合は、乙は速やかに金銭出納の報告書を甲に提出します。

(損害賠償)

第7条 乙がこの契約に基づく管理を怠って甲に損害を与えた場合、速やかに損害を賠償します。ただし、乙が十分注意したにもかかわらず生じた損害については賠償しません。

(契約に定めのない事項)

第8条 この契約に定めのない事項については、利用契約書を援用するほか、乙は甲または保護者等と協議のうえ、誠実に対処します。

年 月 日

(甲)

私は、以上の契約につき△△ホームから説明を受け、理解しました。

住 所

氏 名

(保護者等)

私は、以上の契約内容につき△△ホームから説明を受け、理解しました。

住 所

氏 名

(乙)

△△ホームは、甲の依頼を受け、この契約書に定める財産保全及び管理のサービスを責任をもって行います。

住 所

法人名

法人代表

様式1号

〔利用者氏名

〕

利用者番号

## 預り金等管理台帳

| 手帳その他 |       | 確認日         |        | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 備考 |
|-------|-------|-------------|--------|-------|-------|-------|-------|----|
| 国民年金  | ( )   | 事由          |        | 管理開始  |       |       |       |    |
| 記号番号  |       |             |        |       |       |       |       |    |
| 福祉年金  | ( )   |             |        |       |       |       |       |    |
| 記号番号  |       |             |        |       |       |       |       |    |
| 厚生年金  | ( )   | 確<br>認<br>者 | 管理責任者  |       |       |       |       |    |
| 記号番号  |       |             |        |       |       |       |       |    |
| 共済年金  | ( )   |             | 副管理責任者 |       |       |       |       |    |
| 記号番号  |       |             |        |       |       |       |       |    |
| その他   | ( )   |             | 預入確認   |       |       |       |       |    |
|       |       |             | 利用者    |       |       |       |       |    |
| 種別    | 内容    | 記号番号        | 残高     | 残高    | 残高    | 残高    | 残高    |    |
| 1     | お小遣い  |             |        |       |       |       |       |    |
| 2     | その他現金 |             |        |       |       |       |       |    |
| 3     | 普通預金  | 〇〇銀行〇〇支店    |        |       |       |       |       |    |
| 4     |       |             |        |       |       |       |       |    |

- ※ 1 本表は、管理の開始時及び定期的な残高確認・利用者への返還時等に使用すること。
- 2 確認者は、必ず通帳や領収証等の証拠書類に基づき照合のうえ確認を行うこと。
- 3 確認者欄のうち利用者への返還の場合は必ず受領確認を得ること。

印鑑預り台帳

利用者名 \_\_\_\_\_

| 預り年月日 | 印 影 | 材 質・形 状 | 備 考 |
|-------|-----|---------|-----|
| ・ ・   |     |         |     |
| ・ ・   |     |         |     |
| ・ ・   |     |         |     |
| ・ ・   |     |         |     |

| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|-------|--------|
|       |        |



様式第4号

預り証兼受領証

利用者名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日付の依頼に基づき、次の金品を（お預かりします・返還します）

| 番号 | 品名    | 備考  |  |     |  |    |   |       |  |    |  |
|----|-------|-----|--|-----|--|----|---|-------|--|----|--|
| 1  | 現金    |     |  |     |  |    | 円 |       |  |    |  |
| 2  | 預金通帳  | 銀行名 |  | 店番号 |  | 番号 |   | 残高    |  |    |  |
| 3  | 預金通帳  | 銀行名 |  | 店番号 |  | 番号 |   | 残高    |  |    |  |
| 4  | 預金通帳  | 銀行名 |  | 番号  |  |    |   | 残高    |  |    |  |
| 5  | 年金証書  | 種類  |  | 記号  |  | 番号 |   | 発行年月日 |  |    |  |
| 6  | 保険証   | 種類  |  | 記号  |  | 番号 |   | 被保険者  |  | 続柄 |  |
| 7  | 医療証   | 種類  |  | 記号  |  | 番号 |   | 保険者   |  |    |  |
| 8  | 身障者手帳 | 種類  |  | 級   |  | 番号 |   |       |  |    |  |
| 9  | 印鑑    | 個数  |  | 印影  |  |    |   |       |  |    |  |
| 10 |       |     |  |     |  |    |   |       |  |    |  |
| 11 |       |     |  |     |  |    |   |       |  |    |  |
| 12 |       |     |  |     |  |    |   |       |  |    |  |

令和 年 月 日

△△ホーム管理者 ○○ ○○  
利用者 ○○ ○○

預り金等個人別台帳（現金）

令和 年 月 日～令和 年 月 日

利用者氏名〔 〕

| 月 日 | 摘 要  | 入金額 | 出金額 | 差引残高 | 確認欄 |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
|     | 期首残高 |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     | 期末残高 |     |     |      |     |

|       |        |
|-------|--------|
| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|       |        |

預り金等個人別台帳（預貯金）

利用者氏名〔                      令和    年    月    日～令和    年    月    日                      〕

|       |      |
|-------|------|
| 金融機関名 | 口座番号 |
|-------|------|

| 月 日 | 摘 要  | 入金額 | 出金額 | 差引残高 | 確認欄 |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
|     | 期首残高 |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     |      |     |     |      |     |
|     | 期末残高 |     |     |      |     |

|       |        |
|-------|--------|
| 管理責任者 | 副管理責任者 |
|       |        |

○支援目標及び具体的な支援内容等

|            |       |            |       |
|------------|-------|------------|-------|
| 送迎の実施      | 有 ・ 無 | 通所自立支援     | 有 ・ 無 |
| 支援が必要な理由など |       | 支援が必要な理由など |       |

|           |
|-----------|
| 評価及び今後の方針 |
|           |

本計画書に基づき支援の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

年 月 日 (保護者署名)  
(利用児童名)

押印廃止

## 個別支援計画

事業所名

|                  |  |      |                            |
|------------------|--|------|----------------------------|
| 作成日              |  | 作成者  |                            |
| 児童名              |  | 生年月日 |                            |
| 療育の希望            |  |      |                            |
| (1)本人の希望         |  |      |                            |
| (2)保護者の希望        |  |      |                            |
| 総合的な支援の方針        |  |      |                            |
|                  |  |      |                            |
| 長期目標<br>(内容・期間等) |  |      | 支援の標準的な提供時間等<br>(曜日・頻度、時間) |
| 短期目標<br>(内容・期間等) |  |      |                            |

○支援目標及び具体的な支援内容等

| 支援目標<br>(具体的な到達目標) |       | 支援内容<br>(内容・支援の提供上のポイント・5領域との関連性等)    |       | 達成時期 | 留意事項 | 優先<br>順位 |
|--------------------|-------|---------------------------------------|-------|------|------|----------|
|                    |       | <input type="checkbox"/> 健康・生活        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 運動・感覚        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 認知・行動        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーション |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 人間性・社会性      |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 健康・生活        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 運動・感覚        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 認知・行動        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーション |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 人間性・社会性      |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 健康・生活        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 運動・感覚        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 認知・行動        |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーション |       |      |      |          |
|                    |       | <input type="checkbox"/> 人間性・社会性      |       |      |      |          |
| 送迎の実施              | 有 ・ 無 | 通所自立支援                                | 有 ・ 無 |      |      |          |
| 支援が必要な理由など         |       | 支援が必要な理由など                            |       |      |      |          |

|    |
|----|
| 備考 |
|    |

|           |
|-----------|
| 評価及び今後の方針 |
|           |

提供する支援内容について、本計画書に基づき説明しました。

本計画書に基づき支援の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

児童発達支援管理責任者氏名：

年 月 日 (保護者署名)  
(利用児童名)

押印廢止

## サービス提供記録

利用児童名 \_\_\_\_\_ さん

|                                                   |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
|---------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| ＜今週の行事・予定＞                                        |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 月                                                 | 日       | ＜サービス提供内容及び本日の様子など＞                                                                                                                                                                                   |             |  |
| (曜日)                                              |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 時 分～ 時 分                                          |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 送迎                                                | 往路・復路・無 |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 昼食                                                | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| おやつ                                               | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 備考(保護者からの連絡事項等)                                   |         | 記入者                                                                                                                                                                                                   | 保護者確認欄      |  |
| 月                                                 | 日       | ＜サービス提供内容及び本日の様子など＞                                                                                                                                                                                   |             |  |
| (曜日)                                              |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 時 分～ 時 分                                          |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 送迎                                                | 往路・復路・無 |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 昼食                                                | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| おやつ                                               | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 備考(保護者からの連絡事項)                                    |         | 記入者                                                                                                                                                                                                   | 保護者確認欄      |  |
| ＜参考＞<br>放課後等デイサービスの場合は、「特別支援学校からの伝達事項」等を記載してください。 |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 月                                                 | 日       | ＜サービス提供内容及び本日の様子など＞                                                                                                                                                                                   |             |  |
| (曜日)                                              |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 時 分～ 時 分                                          |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 送迎                                                | 往路・復路・無 |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 昼食                                                | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| おやつ                                               | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 備考(保護者からの連絡事項)                                    |         | 記入者                                                                                                                                                                                                   | 保護者確認欄      |  |
|                                                   |         | ＜ポイント①＞<br>サービス提供記録には、事業者はサービスを提供した際には、当該サービスの具体的内容、利用者負担額等の利用者に伝達すべき必要な事項について記録すること「東京都指定障害児通所支援の事業等の人員、設備及び運営の基準に関する条例第25条」により規定されています。<br>また、上記の記録については、サービス提供に係る適切な手続きを確保する観点から保護者の確認を得なければなりません。 |             |  |
| 月                                                 | 日       | ＜本日の様子＞                                                                                                                                                                                               |             |  |
| (曜日)                                              |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 時 分～ 時 分                                          |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 送迎                                                | 往路・復路・無 |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 昼食                                                | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| おやつ                                               | 完食 未    |                                                                                                                                                                                                       |             |  |
| 備考(保護者からの連絡事項等)                                   |         | 記入者                                                                                                                                                                                                   | 保護者確認欄      |  |
|                                                   |         | ＜ポイント②＞<br>欠席時対応加算を算定する場合には、下記の事項を記載しておくようにしてください。<br>1) 利用中止の連絡を受けた日付<br>2) 欠席の理由<br>3) 利用児童の状況<br>4) 家族等との連絡調整・相談援助の内容                                                                              |             |  |
| (引継ぎ事項など)                                         |         | 管理者                                                                                                                                                                                                   | 児童発達支援管理責任者 |  |
|                                                   |         |                                                                                                                                                                                                       |             |  |

## 申請者の基本情報

|                   |  |                    |  |          |  |         |  |
|-------------------|--|--------------------|--|----------|--|---------|--|
| 作成日               |  | 相談支援事業者名           |  | 相談支援事業所名 |  | 計画作成担当者 |  |
| アセスメント<br>(面談)実施日 |  | アセスメント<br>(面談)実施場所 |  |          |  |         |  |

1. 概要(支援経過・現状と課題等)※申請者の現状(週間)については別紙参照

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

2. 利用者の状況

|                        |                                  |        |                              |       |     |
|------------------------|----------------------------------|--------|------------------------------|-------|-----|
| 氏 名                    |                                  | 生年月日   |                              | 年 齢   |     |
| 住 所                    |                                  |        |                              | 電話番号  |     |
|                        | [持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他] |        |                              | FAX番号 |     |
| 障害または疾患名               |                                  | 障害支援区分 |                              | 性別    | 男・女 |
| 家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入 |                                  |        | 社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)   |       |     |
| 生活歴 ※受診歴等含む            |                                  |        | 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等 |       |     |
|                        |                                  |        |                              |       |     |
| 本人の主訴(意向・希望)           |                                  |        | 家族の主訴(意向・希望)                 |       |     |
|                        |                                  |        |                              |       |     |

3. 支援の状況

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

サービス等利用計画<sup>案</sup>・障害児支援利用計画<sup>案</sup>

※週間計画表は別紙参照

|                   |  |                    |  |             |  |
|-------------------|--|--------------------|--|-------------|--|
| 利用者氏名（児童氏名）       |  | 障害支援区分             |  | 相談支援事業者名    |  |
| 障害福祉サービス受給者証番号    |  | 利用者負担上限額           |  | 相談支援事業所名    |  |
| 地域相談支援受給者証番号      |  | 通所受給者証番号           |  | 計画作成担当者     |  |
| アセスメント<br>（面談）実施日 |  | アセスメント<br>（面談）実施場所 |  | 計画作成日       |  |
| サービス担当者会議実施日      |  | モニタリング期間（開始年月日）    |  | 説明・同意・交付年月日 |  |
|                   |  |                    |  | 利用者同意署名欄    |  |

サービス等利用計画<sup>案</sup>・障害児支援利用計画<sup>案</sup>について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| 更新・変更前の計画に関する<br>モニタリング結果<br>※新規の場合は記載不要 |  |
| 利用者及びその家族の<br>生活に対する意向<br>（希望する生活）       |  |
| 総合的な援助の方針                                |  |
| 長期目標                                     |  |
| 短期目標                                     |  |

| 優先<br>順位 | 解決すべき課題<br>（本人のニーズ） | 支援目標 | 達成<br>時期 | 福祉サービス等            |                     | 課題解決のための<br>本人の役割 | 評価<br>時期 | その他留意事項 |
|----------|---------------------|------|----------|--------------------|---------------------|-------------------|----------|---------|
|          |                     |      |          | 種類・内容・量（頻度・時<br>間） | 提供事業者名<br>（担当者名・電話） |                   |          |         |
| 1        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 2        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 3        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 4        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 5        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 6        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |

## サービス等利用計画・障害児支援利用計画

※週間計画表は別紙参照

|                   |  |                    |  |             |  |
|-------------------|--|--------------------|--|-------------|--|
| 利用者氏名（児童氏名）       |  | 障害支援区分             |  | 相談支援事業者名    |  |
| 障害福祉サービス受給者証番号    |  | 利用者負担上限額           |  | 相談支援事業所名    |  |
| 地域相談支援受給者証番号      |  | 通所受給者証番号           |  | 計画作成担当者     |  |
| アセスメント<br>（面談）実施日 |  | アセスメント<br>（面談）実施場所 |  | 計画作成日       |  |
| サービス担当者会議実施日      |  | モニタリング期間（開始年月日）    |  | 説明・同意・交付年月日 |  |
|                   |  |                    |  | 利用者同意署名欄    |  |

サービス等利用計画・障害児支援利用計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| 更新・変更前の計画に関する<br>モニタリング結果<br>※新規の場合は記載不要 |  |
| 利用者及びその家族の<br>生活に対する意向<br>（希望する生活）       |  |
| 総合的な援助の方針                                |  |
| 長期目標                                     |  |
| 短期目標                                     |  |

| 優先<br>順位 | 解決すべき課題<br>（本人のニーズ） | 支援目標 | 達成<br>時期 | 福祉サービス等            |                     | 課題解決のための<br>本人の役割 | 評価<br>時期 | その他留意事項 |
|----------|---------------------|------|----------|--------------------|---------------------|-------------------|----------|---------|
|          |                     |      |          | 種類・内容・量（頻度・時<br>間） | 提供事業者名<br>（担当者名・電話） |                   |          |         |
| 1        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 2        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 3        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 4        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 5        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |
| 6        |                     |      |          |                    |                     |                   |          |         |

江東区

※週間計画表は別紙参照

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

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

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

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

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

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

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

週単位以外のサービス

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| サービス提供<br>によって実現<br>する生活の<br>全体像 |  |
|----------------------------------|--|