

寝屋川市

障害児通所給付

支給決定基準

第2版

作成者	寝屋川市福祉部障害福祉課
作成日	令和6年3月27日

はじめに

障害児通所給付の支給量や併用給付は、個々に基準を明確にし、公平かつ適正に支給決定が行われることが重要である。

そのため、寝屋川市における適正な障害児通所給付の支給決定に関する基準を定めた「寝屋川市障害児通所給付支給決定基準（以下、「支給決定基準」という）」を策定する。

なお、この支給決定基準は、運用の状況等を踏まえ、定期的に見直すこととし、サービス等報酬改定などが生じた際には可能な限り速やかに適宜加筆修正を行うが、加筆修正が完了するまでの間は国通知等を優先する。

また、本支給決定基準策定前からのサービス利用者で従前の支給決定量が、本支給決定基準の示す定型支給基準の支給量を上回っている場合は、本人の状況等を確認した上で必要だと判断できるときに限り、従前の支給決定量の継続支給を可能とする。

寝屋川市福祉部障害福祉課

目次

はじめに	2
第1章 基本的な考え方	4
第1節 支給決定の基本事項（障害児通所給付費を支給する実施主体）	4
第2節 障害児通所給付サービスの利用対象者について	4
第3節 支給決定基準を定める障害児通所給付サービスの種類	5
第4節 支給決定基準の取り扱い	5
第5節 支給決定までの流れ	6
第2章 障害児通所給付の利用者負担額について	7
第1節 負担上限月額について	7
第2節 負担上限月額の設定にかかる所得を判断する際の世帯の範囲	7
第3節 市町村民税の未申告者の取扱いについて	8
第4節 3歳児から5歳児までの障害児の発達支援の無償化	8
第5節 多子軽減措置	8
第6節 利用者負担上限額管理	9
第3章 支給決定基準について	11
第1節 児童発達支援（児童福祉法第6条の2の2第2項）	11
第2節 放課後等デイサービス（児童福祉法第6条の2の2第3項）	12
第3節 居宅訪問型児童発達支援（児童福祉法第6条の2の2第4項）	14
第4節 保育所等訪問支援（児童福祉法第6条の2の2第5項）	15
第4章 各種加算について	17
第1節 個別サポート加算（Ⅰ）	17
第2節 個別サポート加算（Ⅱ）	22
第3節 医療的ケア児加算	24
第4節 重症心身障害児支援加算	27
第5節 強度行動障害児支援加算	28
第6節 食事提供体制加算（※令和6年度報酬改定までは経過措置）	30
第7節 人工内耳装用児支援加算	30
第8節 難聴児加算	30

第1章 基本的な考え方

第1節 支給決定の基本事項（障害児通所給付費を支給する実施主体）

障害児通所給付費の支給決定については、申請者である障害児の保護者の居住地の市町村（居住地を有しないまたは不明の場合は現在地の市町村）が行う。

この支給決定を行う市町村が障害児通所給付費の実施主体となり、費用の支弁を行うこととなる。

第2節 障害児通所給付サービスの利用対象者について

障害児通所給付を利用する際は、各種手帳の交付がない場合でも、市が実施する発達検査等において、発達遅延が認められ、早期療育の必要性が認められた場合や当該児童に発達障害の疑いがあり、療育が必要との医師の意見書が提出された場合は、障害児に準じるものとして判断する。

障害種別	確認方法
身体	身体障害者手帳 特別児童扶養手当の受給証書等 児童相談所または更生相談所の意見書 医師診断書・意見書等
知的	療育手帳 特別児童扶養手当の受給証書等 児童相談所または更生相談所の意見書 医師診断書・意見書等
精神 (発達)	精神保健福祉手帳 特別児童扶養手当の受給証書等 自立支援医療受給者証（精神通院） 医師診断書・意見書等 精神保健福祉手帳又は自立支援医療の申請に添付する意見書
高次脳	精神保健福祉手帳 自立支援医療受給者証 医師診断書・意見書
難病	特定疾患医療費受給者証 対象疾患に罹患していることがわかる医師の診断書又は意見書
その他療育が必要 と分かるもの	公的機関からの意見書 「在学証明書+意見書」または「支援学級在籍証明書」

※ 障害児の場合は、医師診断書で、必ずしも確定した診断がなくても、障害を有しており、支援の必要性の判断が可能な状態等が記載されていることで判断する。

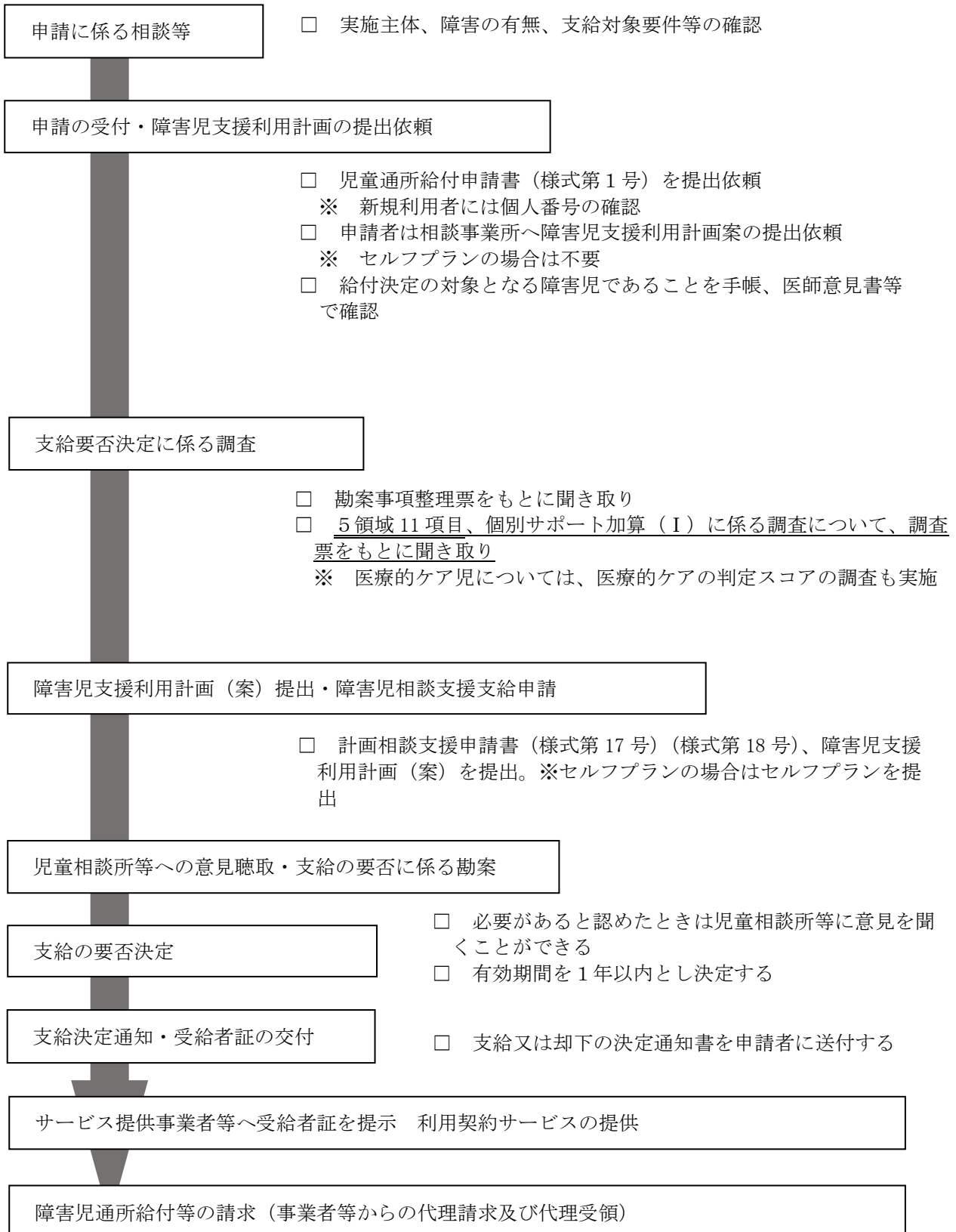
第3節 支給決定基準を定める障害児通所給付サービスの種類

- 1 児童発達支援
- 2 放課後等デイサービス
- 3 居宅訪問型児童発達支援
- 4 保育所等訪問支援

第4節 支給決定基準の取り扱い

- 1 支給決定基準は障害児通所給付費等の支給決定を公平かつ適正に行うために、あらかじめ支給の可否や支給量の決定についての運用の原則を示したものである。また、指定特定相談支援事業者等により、サービスの利用を希望する障害児の保護者（申請者）の心身の状況、その置かれている環境、サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案して作成された障害児支援利用計画案を申請者が提出し、サービスを利用することを適当と認めた場合に支給決定を行うものとする。
- 2 障害児通所給付サービス等の支給量は、特定相談支援事業者等が作成したサービス等利用計画案・障害児支援利用計画案に明記されている申請者本人の必要なサービス量や理由、算出根拠等を勘案し、原則として以降に定める「標準支給量」の範囲内で支給決定を行う。ただし、指定特定相談支援事業者等からの事前相談により、申請者等に特別な事情等があるため標準支給量を超える支給が認められた場合はこの限りではない。
- 3 申請者等に特別な事情等があるため、この支給決定基準に定める内容と大きく異なる支給決定を行おうとするときは、障害児の状態像等に鑑み、本市を含めた指定障害児相談支援事業所が主催するサービス調整会議により十分な検討がされ、かつ必要に応じて、関係機関に意見を伺い、市が必要と判断した場合は、上限の支給量を超えて支給を認める場合がある。
- 4 支給決定は恒久的なものではなく、通達資料、支給実績等を勘案し、必要に応じて改正を行う。

第5節 支給決定までの流れ



第2章 障害児通所給付の利用者負担額について

第1節 負担上限月額について

サービス利用者は障害児通所給付の利用料について、原則として1割の定率負担となるが、所得に応じて次の負担上限月額が設定され、同一月に利用したサービス量に関わらず、それ以上の負担は生じない。

なお、世帯員の構成等、世帯の状況が変化した場合は、世帯の状況が把握できる書類を添付の上、速やかに変更の届出を行うこと。負担上限月額の変更の必要があれば、翌月の初日から変更する。ただし、申請日が月の初日の場合は、当該月の初日からの変更とする。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯で、障害児の保護者の収入が年間80万円以下	0円
低所得2	市町村民税非課税世帯のうち低所得1以外	0円
一般1	世帯全員の市町村民税所得割額の合計が28万円未満	4,600円
一般2	上記以外	37,200円

※ 利用月の1割負担と負担上限月額（4,600円または37,200円）を比較し、安い方の金額が利用者負担となるため、場合によっては負担上限月額以下の金額となる。

第2節 負担上限月額の設定にかかる所得を判断する際の世帯の範囲

種別	世帯の範囲
18歳以上の障害者 (施設に入所する18、19歳を除く)	障害のある方とその配偶者
障害児 (18歳未満。ただし、施設に入所する18、19歳を含む。)	保護者の属する住民基本台帳での世帯

第3節 市町村民税の未申告者の取扱いについて

非課税であることから、申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告し、非課税の証明書を取り、提出すること。

なお、負担上限月額の設定に必要な申請がなされない場合、現状の負担上限月額が0円の区分であっても、基本的に一般2の世帯に該当するものとみなす。

第4節 3歳児から5歳児までの障害児の発達支援の無償化

令和元年10月1日から、3歳児から5歳児（いわゆる年少から年長）までの幼児教育・保育の費用の無償化の実施に伴い、障害児のための通所給付サービス（児童発達支援、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援）及び障害児入所支援の利用者負担が無償化となった。（放課後等デイサービスは対象外）

対象期間は満3歳になって初めての4月1日から3年間とする。無償化対象予定者には、利用者負担上限月額の適用期間の終期を満3歳になった3月31日とし、4月1日から無償化対象となる受給者証を交付する。受給者証には「無償化対象児童(対象期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日)」と記載される。

第5節 多子軽減措置

障害児通所給付のうち児童発達支援、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援を利用する就学前の児童がいる世帯で（市町村民税非課税世帯及び生活保護受給世帯を除く）、第2子以降の利用者負担額の軽減を行う多子軽減措置が平成26年4月から実施され、平成28年4月より一部対象範囲が拡大された。

対象児童

- (1) 年収約360万円以上相当世帯（市町村民税所得割額が77,101円以上の世帯）で兄、または姉が保育所等に通っている場合
なお、保育所等については、幼稚園、保育所、認定こども園、特別支援学校幼稚部、障害児通所給付事業所および情緒障害児短期治療施設、特例保育および家庭的保育事業等が対象となる。
- (2) 年収約360万円未満相当世帯（市町村民税所得割額が77,101円未満の世帯）で兄、または姉がいる場合（年齢は問わない）

※ 同居を要件とするものではなく、就学や療養のために別居していても、余暇に帰省をしたり、医療費や生活費等の送金をしている場合も含まれる。

認定方法

勘案調査時に、世帯構成要件を踏まえて軽減措置について保護者に確認を行ない支給決定する。1の(1)の場合、在園証明書等の届出が必要。受給者証には「第〇子軽減対象児童 発行当該年度に限り有効)」と記載される。

利用者負担

(1) 市町村民税所得割額77,101円以上の場合

子の年齢・学年	軽減後の利用者負担額	
小学1年生	カウントしない	
5歳	第1子	総費用額の100分の10
4歳	第2子(多子軽減対象児童)	総費用額の100分の5
3歳	第3子(多子軽減対象児童)	利用者負担なし

(2) 市町村民税所得割額77,101円未満の場合

子の年齢・学年	軽減後の利用者負担額	
小学1年生	第1子	
5歳	第2子	総費用額の100分の5
4歳	第3子(多子軽減対象児童)	利用者負担なし

第6節 利用者負担上限額管理

一人の児童が複数事業所を利用する場合の上限額管理

自己負担が発生する者(負担上限月額0円以外の者)であって、複数の事業所を利用しているなど、自己負担を複数の事業所から徴収された場合には負担上限月額を超過する可能性もあることから、あらかじめ負担上限月額を管理する事業所を定め、徴収する額を調整することによって負担の軽減を図るため上限額管理を行う。

児童	利用している事業所	上限額管理事業所
寝屋川 太郎	A(13日)・B(10日)	A

※ 原則として契約日数の多い事業所が上限額管理事業所となる

同一世帯に複数児童がいる場合の上限額管理

同一世帯に障害児通所給付を利用する児童が複数いる場合は、世帯で負担上限月額を超過しないように上限額管理を行う。

1 共通する事業所を利用している場合

児童	利用している事業所	上限額管理事業所
寝屋川 太郎 (兄)	A	A
寝屋川 花子 (妹)	A	

2 共通する事業所を利用していない場合

児童	利用している事業所	上限額管理事業所
寝屋川 太郎 (兄)	A	A or B
寝屋川 花子 (妹)	B	

※ きょうだいで共通する事業所を利用していない場合、A、Bいずれかの事業所が上限額管理を行なう場合のみ算定できる。

利用者負担上限額管理事務依頼 (変更) 届出書の提出

対象児童の保護者は、利用中 (予定) 事業所へ相談・依頼し、上限額管理事業所を決め、利用者負担上限額管理事務依頼 (変更) 届出書の記入を上限額管理事業所へ依頼する。

対象児童の保護者は、受給者証を添えて障害福祉課に提出する。(保護者と事業所が相談のうえ事業所が代理で提出することも可能)

なお、事業所に上限額管理を依頼していない場合は、一度すべての利用者負担を支払った後、利用者が市に申請書と対象月の領収書を提出することで還付を受けることができる。

ただし、無償化対象者の上限額管理は行わない。

第3章 支給決定基準について

第1節 児童発達支援（児童福祉法第6条の2の2第2項）

サービスの内容

日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他の必要な支援を行う。

対象者と要件等

療育の観点から、集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる、主に未就学の障害児で具体的な対象者は次のような例。

- (1) 市町村等が行う乳幼児健診で療育の必要性があると認められた児童
- (2) 保育所や幼稚園に在籍しているが、併せて、指定児童発達支援事業所において、専門的な療育・訓練を受ける必要があると認められた児童
- (3) 肢体不自由（上肢、下肢又は体幹の機能の障害）があり、理学療法等の機能訓練又は医療的管理下での支援が必要であると認められた児童 など

標準支給量

23日

支給量を定める単位

日／月

支給決定期間

1年以内

運用上の基本的な考え方

- 1 児童が6歳を超えてサービス利用を継続するとき、就学することを踏まえ、有効期間の終月を3月末とする。
- 2 対象者には、義務教育を終えた満16歳になる年の4月から満18歳になる年の3月までの期間を含む。

第2節 放課後等デイサービス（児童福祉法第6条の2の2第3項）

サービスの内容

学校授業終了後または休業日に、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進、その他必要な支援を行う。

対象者と要件等

学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園及び大学を除く。）に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた障害児。

ただし、学校教育法第124条に定める専修学校、及び同法134条に定める各種学校に通う児童は対象外。

学校教育法 第1条(昭和22年3月31日法律第26号)

この法律で、学校とは、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学及び高等専門学校とする。

標準支給量

23日

支給量を定める単位

日／月

支給決定期間

1年以内

運用上の基本的な考え方

- 1 障害児の状態等に鑑み、本市が必要と判断した場合には、標準支給量を超えて利用することができる。その場合には、支給決定前に、その必要性（支援の内容とそれに要する時間等）について、申請者、事業所等に十分確認した上で、必要な日数を決定すること。

2 放課後等デイサービスを受けている障害児については、年齢到達の理由だけをもって利用を中止することにより、その障害児の福祉を損なうおそれがあると認められ、かつ他に同等のサービスが受けられない場合に限り、以下の点に留意して、20歳に達するまで引き続き利用することを可能とする。

- (1) サービスの申請は、通所者本人が行う。
- (2) 通所給付決定の要否判断が困難な場合は、児童相談所等に意見を求めることができる。
- (3) 生活介護その他の支援を受けることができる場合は、通所給付決定は行わない。

第3節 居宅訪問型児童発達支援（児童福祉法第6条の2の2第4項）

サービスの内容

居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。

対象者と要件等

児童発達支援又は、放課後等デイサービスを受けるために外出することが著しく困難であると認められた障害児。

なお、重度の障害の状態その他これに準ずるものとして厚生労働省令で定める状態は以下のとおり。

- 1 人工呼吸器を装着している状態その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある場合
- 2 重い疾病のため感染症にかかるおそれがある状態にある場合
※ 公的機関からの意見書又は診断書で確認する

標準支給量

月2回（2週に1回）

支給量を定める単位

日／月

支給決定期間

1年以内

運用上の基本的な考え方

- 1 居宅訪問型児童発達支援については、障害児相談支援事業所が作成した障害児支援利用計画案が必須。障害児の保護者が作成する計画案（セルフプラン）は利用できない。
- 2 児童発達支援等と組み合わせて通所給付決定を行うことは、原則として想定されないものであるが、通所施設へ通うための移行期間として組み合わせることは差し支えない。
- 3 市が必要と判断した場合には、標準支給量を超えて利用することができるものとする。

第4節 保育所等訪問支援（児童福祉法第6条の2の2第5項）

サービスの内容

保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、認定子ども園等に通う障害児に、その施設を訪問し、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援その他必要な支援を行う。

対象者と要件等

集団生活を営む施設として厚生労働省令で定めるものに通う又は入所し、専門的な支援が必要と認められた障害児。

なお、厚生労働省令で定める施設とは、保育所、幼稚園、小学校（義務教育学校の前期課程を含む。）、特別支援学校、認定こども園、乳児院、児童養護施設その他児童が集団生活を営む施設として、市が認めた施設とする。

標準支給量

月2回（2週に1回）

支給量を定める単位

日／月

支給決定期間

1年以内

運用上の基本的な考え方

1 下記のいずれの条件にも該当する場合に限っては、標準支給量以上の支援を行うことが考えられる。なお、このような対応が必要な場合は、適切な支給量が得られるよう障害児相談支援事業所を利用した上で連携を密にすること。

- (1) 初回の利用で、障害児と訪問先との関係構築に時間を要する場合。
- (2) 環境の変化などにより、集団生活において障害児の状態が安定するまで継続して支援が必要と認められた場合。
- (3) 障害児の状態が不安定で、集団生活において不適応が生じているなど、緊急性が高く濃密に支援が必要な場合。

2 効果的な支援を行う上で、市町村が必要と認める場合には、児童発達支援又は、放課後等デイサービスとの併給は可能。

3 同一時間帯での支援の提供でない限りにおいて、児童発達支援、放課後等デイサービスと同一日であっても報酬の算定は可能であるが、保育所等訪問支援を同一日に複数回算定することや障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス（居宅介護を除く。）と同一日に算定することはできない。

第4章 各種加算について

第1節 個別サポート加算(Ⅰ)

児童発達支援および放課後等デイサービスにおいて、ケアニーズが高い障害児に支援を行なったときに算定可能。

判定方法

支給決定時に以下の調査票を用いて判定する。

更新時には保護者より調査票を提出してもらい、加算の可否を確認する。

- (1) 乳幼児等サポート調査票（別表「P. 20」参照） 【対象】 児童発達支援
- (2) 就学児サポート調査票（別表「P. 21」参照） 【対象】 放課後等デイサービス

対象児童

サービス	対象要件	
児童発達支援	3歳未満の場合	調査票（別表1）のA～Dのうち、『全介助』又は『一部介助』である項目が2以上
	3歳以上の場合	以下の1及び2に該当すること 1 乳幼児等サポート調査票のA～Dのうち、『全介助』又は『一部介助』である項目が1以上 2 乳幼児等サポート調査票のEのうち『ほぼ毎日』又は『週1回以上』である項目が1以上
放課後等デイサービス	以下の1または2に該当すること 1 就学児サポート調査票（別表）のA～Dのうち、3以上の日常生活動作について『全介助』を必要とするもの 2 就学児サポート調査票（別表）のE行動関連項目①～⑩の項目点数の合計が13点以上であるもの	

※ 「3歳未満の場合」については給付決定期間中に3歳に達した場合でも、次回の給付決定までに新たに「3歳以上の場合」の要件で決定し直す必要はない。

留意事項

- 1 給付決定時調査とは異なり、各項目を判定する上で「※通常の発達において必要とされる介助等は除く。」という考え方は用いず、通常の発達の範囲内かどうかを問わずに純粋に介助等の要否を付けるものとする。
- 2 「できる時とできない時がある場合」は「できない場合」に基づき判断する。
- 3 保護者や事業所など本人の状態をよく知っている者から聴取し、総合的に勘案することは差し支えない。
- 4 保護者のみで作成が困難な場合は事業所の支援を受けても良いとするが、事業所のみからの再調査依頼は原則受け付けない。
- 5 重症心身障害児の場合、非重心型事業所を利用した場合は算定対象となるが、重心型事業所を利用した場合には算定対象にはならない。
- 6 加算該当者は受給者証の利用サービスに続いて「加算 個別サポート加算（I）」と記載されるが、非該当者は何も記載されない。

別表1 障害児の調査項目 (5領域11項目)		調査日	令和	年	月	日
児童氏名		調査者				
※通常の発達において必要とされる介助等は除く。						
	項目	区分	判断基準			
①	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する。			
②	排せつ	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する。			
③	入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 身体を洗ってもらうなど一部介助を要する。			
④	移動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 一部介助	全面的に介助を要する。 手を貸してもらうなど一部介助を要する。			
⑤行動障害および精神症状						
	項目	区分				
(1)	強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠ける行動。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> ない				
(2)	睡眠障害や食事・排せつに係る不適応行動(多飲水や過飲水を含む)。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> ない				
(3)	自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> ない				
(4)	気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> ない				
(5)	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。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> ない				
(6)	他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない。また、自室に閉じこもって何もしないでいる。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> ない				
(7)	学習障害のため、読み書きが困難。	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> 週に1回以上の支援や配慮等が必要 <input type="checkbox"/> ない				
<⑤の判断基準>						
「ほぼ毎日(週5日以上)の支援や配慮等が必要」						
・・・調査日前の1週間に週5日以上現れている場合又は調査日前の1か月間に5日以上現れている週が2週以上ある場合。						
「週に1回以上の支援や配慮等が必要」						
・・・調査日前の1か月間に毎週1回以上現れている場合又は調査日前の1か月間に2回以上現れている週が2週以上ある場合。						
※通常の発達において必要とされる介助等は除く。						
<短期入所(児童)の単価区分>						
【区分3】 ①～④の項目のうち「全介助」が3項目以上又は⑤の項目のうち「ほぼ毎日」が1項目以上						
【区分2】 ①～④の項目のうち「全介助」若しくは「一部介助」が3項目以上又は⑤の項目のうち「週1回以上」が1項目以上						
【区分1】 区分3又は2に該当しない児童で、①～④の項目のうち「一部介助」又は「全介助」が1項目以上						

【寝屋川市 障害児通所給付 支給決定基準】(第2版)

記入日 _____ 幼師名・保育士名 _____

記入者氏名 _____ 障害氏名 _____

確認事項（次の行為で本人にあてはまるものがあれば、すべてにチェックをつけてください）			介助が必要な場合は、どのような介助をしていますか		
	介助なし	一部介助	全介助		
A 食事	□ 介助の必要なし	□ スプーン・フォークであれば食べられる	□ ロに運ぶ等全体的な介助が必要	○ (例) 食べやすくする（小さく切る・ほくす・とろみをつけるなど）・食器をもってあげる等	
		□ 食べこぼしがあるため後始末必要	□ 経管栄養（胃ろう・腸ろう）		
B 排泄	□ 介助の必要なし	□ 食べやすい形態で提供する必要がある	□ 中心静脈栄養	○ (例) 慣れない場所では見守りや声掛けが必要、排便時は心き取り必要、時間を決めてトイレへ促す、	
		□ 見守り・声掛けをしている	□ 本人が拭いた箇所も悉く拭き直し必要		
		□ トイレへの声掛け見守りが必要	□ 原意・便意を伝えられず漏らしてしまう		
		□ トイレへの移動・移乗介助必要	□ 常時オムツ使用		
C 入浴	□ 介助の必要なし	□ 顔の上げ下げに介助が必要	□ 尿カテーテル・集尿器や尿袋・留置袋	○ (例) 身体を洗い残しをやり直す必要がある・洗髪のみできず、介助者が行う必要がある・医療上禁止されている等	
		□ 夜寝のみオムツ使用	□ 人工透析		
		□ 濡らすことがあるため、尿取りパットを常用	□ 身体を自分で洗えないため介助必要		
		□ 拭き取りが十分ではないが拭き直しはしていない	□ 髪を自分で洗えないため介助必要		
D 移動	□ 介助の必要なし	□ 髪を自分で洗うが十分ではない	□ 清拭のみ	○ (例) 身体に洗いや拭きが必要	
		□ 身体や髪を拭く介助が必要			
		□ 介助者と一緒に入浴をする	□ 自分で移動できない（車いす等自走できない）		○ (例) 慣れた場所のみ一人で出かける・身体的に長距離は歩行できない等
		□ 身体を自分で洗うが十分ではない	□ 身体に触れる支援（指きかえさる・支える）が全体的に必要		
D 移動	□ 介助の必要なし	□ 一人で外出することはないが見守りがあれば可	□ 転倒防止・危険回避のため移動中は常に腕を組んだり、手を引っかく必要がある。		

※裏面に続く

E 行動障害項目	頻度	支援の状況（本人の状態や支援が必要となる状況、具体的にどのような支援をしているか記入ください）	
強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動又は危険の回避を欠く行動			
①大声・奇声を出す	周囲に迷惑となるぐらいの大声をあげたり、奇声を発し続けることがありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 時間帯と場所を避けて大声・奇声を出す。
②多動・行動停止	多動になったり、逆に行動が停止し動かなくなったりする場面はありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 常時走り回る、1か所に留まることが難しい、本人の意思とは関係なく、次の行動に移ることが難しい。
③不安定な行動	気持ち不安定になったり、パニックになったりする場合がありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) パニック、突然泣き出すことがある。突然の予定変更があると次の行動が出来なくなる。
④突発的な行動	関心が強い物や人を見つけたら、突然そちらへ走っていくことがある。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 危険の認識が弱く、突発的に道路に飛び出したり、熱い物など危険なものに手を出してしまう。
⑤てんかん	てんかんの症状はありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) てんかんの診断がある。（薬で発作を予防している場合を含む。）
経管栄養又は食事若しくは排泄に関する不適切な行動（多動及び過激を含む）			
⑥異食行動	食べられないものを口に入れてしまい、目を離せないことがありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 食べられないもの（例：石や砂、玩具類、腐った食べ物、地面に落ちて明らかに汚れている食べ物、造粒など）を口に入れる。
⑦過食・反すう等	明らかに食べ過ぎてしまうことや、吐いてしまうことはありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 過食、拒食（例：異常な量を食へる、環境の変化によって食べられなくなるなど）がある。嘔吐を繰り返す。
⑧昼夜逆転(睡眠)	睡眠リズムが乱れやすく、昼夜逆転がある。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 睡眠リズムが崩れやすく、昼夜逆転がある。朝方に途中で起きる。夜泣き、夜間への対応が必要である。
自分や他人の身体を叩いたり傷つけたりする行為又は器物損壊行為			
⑨自らを傷つける行為	傷跡が残るほど自分の体を叩いたり、傷つける。頭を強く叩く、手を切る、多量出血をすることがあります。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) パニック、興奮すると自分の頭を叩くため、保護帽をかぶっている。血が出るほど爪を剥くため手袋をつけている。
⑩他人を傷つける行為	他人を叩く、髪を引っ張る、罵ることがある。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) パニック、興奮すると周囲の人を叩くことがある。
⑪不適切な行為	一般的にその場にそぐわない行動（急に他人に抱き付く、店頭から商品を持ち出す等）をすることはありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 見知らぬ人に対し、過度に親しげな振る舞いをする。人のものを持ち帰ることがある。
気分がささることだ状態又は思考力が低下した状態			
⑫ささることだ状態	気持ちが落ち着かなくなり、落ち着かなくなったり、日常生活に影響があるような場面はありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 日常の活動への興味や意欲が感じられない。多動・多弁、過度な興奮状態になる。
反復的行動（再三の手洗い又は繰り返しの履物を着る）			
⑬反復的行動	反復的な行動をすることはありますか。	□ なし □ 週1回以上 □ ほぼ毎日	○ (例) 手を何度も洗う。電気のスイッチを繰り返す。服が脱ぎっぱなしのまま履物を履く。
対人面の不安緊張、感覚過敏、集団への不適切又は引きこもり			
⑭対人面の不安緊張、集団生活への不適切	対人面の緊張が強く、集団生活や外出等が難しい場面はありますか。	□ 支援が必要 □ 支援が必要な場合がある □ 常に支援が必要	○ (例) 脱ぎがらみで保護者や先生等と向き合える。全く若しくは短時間しか集団参加できず、個別に対応が必要。
⑮説明の理解	保護者や先生等、他者からの説明についてどのくらい理解ができますか。	□ 支援が必要 □ 支援が必要な場合がある □ 常に支援が必要	○ (例) 日常的な内容・指示であれば可能。絵や写真で示す必要がある。理解できているか判断できない等。
⑯コミュニケーション	人とのコミュニケーションは日常生活に支障がない範囲で可能ですか。	□ 支援が必要 □ 支援が必要な場合がある □ 常に支援が必要	○ (例) 特定の者（保護者や先生等）であれば可能。ジェスチャーであれば可能等。
読み書きが困難な状態(学習障害によるものを含む。)			
⑰読み書き	文章を読むことや書くことほどの程度可能ですか。	□ 支援が必要 □ 支援が必要な場合がある □ 常に支援が必要	○ (例) 絵や本に興味を示さない。学習障害の診断がある。

【寝屋川市 障害児通所給付 支給決定基準】(第2版)

就学児サポート調査票（放課後等デイサービス対象）

記入日 _____ 学校名 _____ (_____ 年 _____ 生)

記入者氏名 _____ 原簿氏名 _____

確認事項（次の行為で本人にあてはまるものがあれば、すべてにチェックをつけてください）			介助が必要な場合は、どのような介助をしていますか	
	介助なし	一部介助	全介助	
A 食事	<input type="checkbox"/> 介助の必要なし	<input type="checkbox"/> スプーン・フォークであれば食べられる <input type="checkbox"/> 食べこぼしがあるため後始末必要 <input type="checkbox"/> 食べやすい形態で提供する必要がある <input type="checkbox"/> 見守り・声掛けをしている	<input type="checkbox"/> 口に運ぶ等全面的な介助が必要 <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	(例) 食べやすくする（小さく切る・ほくす・とろみをつけるなど）、食器をもってあげる等
B 排泄	<input type="checkbox"/> 介助の必要なし	<input type="checkbox"/> トイレへの声掛け見守りが必要 <input type="checkbox"/> トイレへの移動・移乗介助必要 <input type="checkbox"/> 服の上げ下げに介助が必要 <input type="checkbox"/> 夜間のみオムツ使用 <input type="checkbox"/> 濡らすことがあるため、尿取りパットを着用 <input type="checkbox"/> 拭き取りが十分でないが拭き直しはしていない	<input type="checkbox"/> 本人が拭いた箇所も全て拭き直し必要 <input type="checkbox"/> 尿意・便意を伝えられず漏らしてしまう <input type="checkbox"/> 常時オムツ使用 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル・集尿器や尿袋・留置液 <input type="checkbox"/> 人工透析	(例) 慣れない場所では見守りや声掛けが必要、排便時はふき取り必要、時間を決めてトイレへ促す、
C 入浴	<input type="checkbox"/> 介助の必要なし	<input type="checkbox"/> 介助者と一緒に入浴をする <input type="checkbox"/> 身体を自分で洗うが十分ではない <input type="checkbox"/> 髪を自分で洗うが十分ではない <input type="checkbox"/> 身体や髪を拭く介助が必要	<input type="checkbox"/> 身体を自分で洗えないため介助必要 <input type="checkbox"/> 髪を自分で洗えないため介助必要 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	(例) 身体の洗い残しをやり直す必要がある・洗髪のみできず、介助者が行う必要がある・医療上禁止されている等
D 移動	<input type="checkbox"/> 介助の必要なし	<input type="checkbox"/> 慣れた場所であれば一人で外出できる。 <input type="checkbox"/> 一人で外出することはないが見守りがあれば可	<input type="checkbox"/> 自分で移動できない（車いす等自分でできない） <input type="checkbox"/> 身体に貼れる支援（指きかかえる・支える）が全面的に必要 <input type="checkbox"/> 転倒防止・危険回避のため移動中は常に腕を組んだり、手をつなぐ必要がある。	(例) 慣れた場所のみ一人で出かける・体力的に長距離は歩行できない等

※裏面に続く

E 行動関連項目	頻度	支援の状況（本人の状態や支援が必要となる状況、具体的にどのような支援をしているかご記入ください）
①コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 特定の者（保護者や先生等）であれば可能。ジェスチャーであれば可能等。
②説明の理解	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 日常的内容・指示であれば可能。絵や写真で示す必要がある。理解できているか判断できない等。
③大声・奇声を出す	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 初めての場所に行くとき不審になり声を上げることがある。テンションが上がると声をあげることがある。
④異食行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 火を通す必要があるものでも、勝手に冷蔵庫から出して食べることがある。調味料を飲んでしまうことがある。
⑤多動・行動停止	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 特定の物や人に対する興味関心が強く、思い通りにならないと多動になったり、こだわって動かなくなることがある。
⑥不安定な行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 予定変更や、慣れている支援者・状況の変化を受け入れられず、突然大声を出したりパニックになることがある。
⑦自らを傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) パニック、興奮すると自分の頭を叩くため、保護帽をかぶっている。血が出るほど爪を割くため手袋をつけている。
⑧他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) パニック、興奮すると周囲の人を叩くことがある。
⑨不適切な行為	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 人の顔を覗き込むことがある。人のものを持ち帰ることがある。
⑩突発的な行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 電車を見ると周囲の安全確認を十分にしないまま走り出すことがある。
⑪過食・反すう等	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 食べ物を過度に食べるため、分からない場所に置いておく。／食べ物を受け付けず、拒食のみである。
⑫てんかん	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 薬を服用しているため症状としては出ていない
⑬そううつ状態	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 日常の活動への興味や意欲が感じられない。多動・多弁、過度な興奮状態になる。
⑭反復的行動	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 手を何度も洗う。電気の消灯を繰り返す。扉が閉まっているか何度も確認をする。
⑮対人面の不安緊張、集団生活への不適応	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	(例) 促しがあっても学校に行くことを拒むことがある。全く若しくは短時間しか集団参加できず、個別に対処が必要。
⑯読み書き	<input type="checkbox"/> 支援が不要 <input type="checkbox"/> 支援が必要 <input type="checkbox"/> 常に支援が必要	ひらがな（読める 読めない・書ける 書けない） カタカナ（読める 読めない・書ける 書けない） 日付的な漢字（読める 読めない・書ける 書けない）

第2節 個別サポート加算(Ⅱ)

児童発達支援、放課後等デイサービスにおいて、要保護児童（児童福祉法第6条の3第8項に規定する要保護児童をいう。）又は、要支援児童（同法同条第5項に規定する要支援児童をいう。）を受け入れた場合に、児童相談所やその他の公的機関又は保護者や当該障害児の主治医と連携し、児童発達支援等を行う必要のあるものに対し支援を行ったときに算定可能。

判定方法

個別サポート加算(Ⅱ)の算定にあたっては、以下のすべての要件を満たす必要がある。

- 1 当該障害児に対して連携機関等と連携し、要支援児童等への支援の状況等を共有しながら支援すること。
- 2 支援の内容は事前に個別支援計画等に位置付け、保護者の同意を得ること。

算定する場合の手続き

個別サポート加算(Ⅱ)の請求が適切なものかを審査するために、書類で連携の状況等を確認する。また、加算を算定する場合は、以下の3点を年に1回、もしくは変更があったときに提出が必要。

- 1 個別支援計画の写し（任意様式）
- 2 個別サポート加算(Ⅱ)算定記録表（別紙「P.23」参照）
- 3 連携機関と情報共有を行った記録の写し（任意様式）

※ 個別サポート加算(Ⅱ)算定記録表は、個別支援計画を作成するごとに保護者の同意が必要。

※ 個別サポート加算(Ⅱ)は、基本となる支援の他に実施する特別な支援を評価するものであり、関係機関との連携が終了した、あるいは連携の継続を確認することができない状況になったときは加算できないと判断する。

個別サポート加算(Ⅱ)算定記録表			
		作成日 年 月 日	
事業所番号			
事業所名			
作成者氏名			
個別支援計画 対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
受給者番号		サービス種類	
受給者氏名		保護者氏名	
ケースの種類			
支援開始日	年 月 日	*最初にケースとして支援を開始した日にちとする	
ケース概要			
支援を連携する 公的機関名称等			
支援を連携する 医療機関名称等			
連携先機関等と の情報共有方法			
支援内容			
保護者同意		同意年月日	
<p>○この記録表は、個別支援計画を作成するごとに作成してください。</p> <p>○この記録表は、個別支援計画を作成するごとに保護者の同意をもらってください。</p> <p>○個別支援計画を作成した翌月10日までに、個別支援計画の写しと情報共有を行った文書の写しとともに提出してください。</p> <p>○提出先 〒572-8533 寝屋川市池田西町28番22号 寝屋川市福祉部 障害福祉課 宛</p>			

第3節 医療的ケア児加算

医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童に支援を行なったときに算定可能。

対象児童、判定方法

寝屋川市が通知した案内文、スコア表を参照（別紙「P. 25」参照）

別紙：医療的ケア児 案内文

福 障 第 1477 号

令和 3 年 7 月 21 日

障害児通所支援事業者担当者様

寝屋川市福祉部障害福祉課長

障害児通所支援における医療的ケア児に係る

基本報酬区分の設定について

平素は本市障害福祉施策にご尽力賜り、誠にありがとうございます。

令和3年度の報酬改定において、厚生労働省から障害児通所支援における医療的ケア児に係る基本報酬区分の設定についての取り扱いが示されています。

従前の取り扱いでは、医療的ケア児は状態に関わらず一般児と同じ報酬単価でしたが、今後は医療的ケア児の新判定スコアの点数に応じて段階的な基本報酬が設定されることとなりました。別紙、新判定スコアを参照の上、貴事業所に通所されている児童が基本スコアの対象となるかご確認ください。

対象児童については、状態に応じて、主治医による判定と新判定スコアの提出等が必要となりますので、障害福祉課の地区担当までご連絡いただきますようお願いいたします。

なお、一般事業所（非重心対象）が医療的ケア児に係る基本報酬を算定する場合、指定権者（指導監査課）への届け出が必要になりますので併せてご確認ください。

1 別紙

医療的ケア新判定スコア様式

2 参考

医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取り扱いについて

別紙 1

障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア (医師用)

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

医療機関名	医療機関 住所地	〒	—
	連絡先 電話番号		

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

NICU等から退院した児童の受療者の負担軽減の必要性

有 無

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

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

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

表面の医療的ケア判定スコア 記載要領

- 【基本スコア】
申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア(診療の補助行為)について、該当する行為に□を付けてください。
※「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯(朝～夕方)、「夜間」とは障害児者が(短期)入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。
- 【見守りスコア】
いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守りスコアの基準(目安)を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに□を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

医療的ケア(診療の補助行為)	基本スコア		基本スコア	見守りスコア			見守りスコアの基準(目安)		
	日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(マスクや補助換気法、ハイフローセラピー、閉鎖的陽圧吸入法、肺膨張補助装置、高周波肺膨張補助装置を含む)の管理 ※人工呼吸器及び換気装置の設置等のうち、いずれか一つに該当する場合は□にチェックする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がない等のために人工呼吸器等により呼吸を維持する必要がある場合(2点) 自発呼吸がほとんどない等のために人工呼吸器等により呼吸を維持する必要がある場合(1点)	自発呼吸がほとんどない等のために人工呼吸器等により呼吸を維持する必要がある場合(2点) 自発呼吸がほとんどない等のために人工呼吸器等により呼吸を維持する必要がある場合(1点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 ※人工呼吸器と気管切開の両方を併用する場合は、気管切開の見守りスコアを0点とし、(人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0点+気管切開0点)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がほとんどない等のために気管切開カニューレを除去して重傷に陥る可能性がある場合(2点)	自発呼吸がほとんどない等のために気管切開カニューレを除去して重傷に陥る可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
3 鼻呼吸エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上気道狭窄が著明なためにエアウェイを除去して重傷に陥る可能性がある場合(1点)	上気道狭窄が著明なためにエアウェイを除去して重傷に陥る可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
4 酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素投与が著明なために酸素療法を除去して重傷に陥る可能性がある場合(1点)	酸素投与が著明なために酸素療法を除去して重傷に陥る可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
5 吸引(口鼻吸引・気管内吸引)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により吸引の機能が阻害される場合(1点)	自発運動等により吸引の機能が阻害される場合(1点)	それ以外の場合
6 ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7 経管栄養 ① 経鼻経管、経口、経鼻経管、経胃経管、経腸、食道、経腸 ② 持続経管注入ポンプ使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により栄養管を除去する/損傷させる可能性がある場合(2点)	自発運動等により経管栄養ポンプを除去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧治療薬、利尿薬など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により中心静脈カテーテルを除去する可能性がある場合(2点)	自発運動等により中心静脈カテーテルを除去する可能性がある場合(2点)	それ以外の場合
9 皮下注射 ※いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)	それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) ※インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器が連動している場合は、血糖測定の項目を記載しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血糖測定とその後の対応が適切に必要になる可能性がある場合(1点)	血糖測定とその後の対応が適切に必要になる可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
11 経皮的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により透析カテーテルを除去する可能性がある場合(2点)	自発運動等により透析カテーテルを除去する可能性がある場合(2点)	それ以外の場合
12 導尿 ※いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により経皮的な導尿カテーテルを除去する可能性がある場合(1点)	自発運動等により経皮的な導尿カテーテルを除去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
13 排便管理 ※いずれか一つを選択	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により消化管ストーマを除去する可能性がある場合(1点)	自発運動等により消化管ストーマを除去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
14 虚脱時の薬剤投与、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 ※虚脱時に呼吸機が停止して上記処置の処置が、通常より15分以上発生する可能性がある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	虚脱が10分以上発生する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性がある場合(2点)	虚脱が10分以上発生する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性がある場合(2点)	それ以外の場合

(a)基本スコア合計 (b)見守りスコア合計 (a)+(b)判定スコア (a)+(b)判定スコア

第4節 重症心身障害児支援加算

重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している児童に支援を行なったときに算定可能。

対象児童、判定方法

下記の大島分類1～4に該当する心身状態を参考とし、医師の意見等を踏まえ判断する。

※ 寝屋川市では、現状「身体障害者手帳1級又は2級であって、療育手帳がA判定である児童」を対象としている。

大島分類						【知能能(IQ)】	
						80	
	21	22	23	24	25	70	境界
	20	13	14	15	16	50	軽度
	19	12	7	8	9	35	中度
	18	11	6	3	4	20	重度・最重度
	17	10	5	2	1		
【運動機能】	走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり		

第5節 強度行動障害児支援加算

強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した職員を配置し、強度行動障害を有する障害児に対して支援を行なったときに算定可能。

判定方法

保護者より障害児通所給付費変更申請書、強度行動障害児支援加算確認票（別紙）、受給者証を提出してもらい判断する。

加算は申請月の翌月から適用とし、受給者証への記載を行なう。

確認票の点数確認について、判定のために必要であれば、聞き取り調査や現認調査を行うこと。

対象児童

強度行動障害児支援加算確認票（別紙）の基準表のよる合計点数が20点以上になる児童。

留意事項

以下について事業所へ確認を行う。

- 1 強度行動障害支援者研修（基礎研修）を受講し、研修を修了した証明書の交付を受けた直接職員を配置していること。
- 2 対象となる児童の保護者へ、強度行動障害支援者研修を受講した職員によるこれまでの支援の内容と引き続き支援が必要であること、加算を算定することによる利用者負担額への影響等について説明を行ない、同意を得ていること。
- 3 強度行動障害児支援加算確認票（別紙「P. 29」参照）は対象児童および保護者と面談を実施して作成し、
写しを保護者へ渡すこと。

(別紙1)

強度行動障害児支援加算用確認表

事業所名	
対象児童	
受給者証番号	

上記の児童について、以下の基準表による合計点数が20点以上の場合は、強度行動障害児支援加算の対象になります。支援を担当する強度行動障害支援者養成研修修了者と面談を実施し、当てはまる項目に○をつけてください。

行動障害の内容	行動障害の目安の例	0点	1点	3点	5点
ひどく自分の体をたたいたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、爪をはぐなど	なし	週に1回以上	1日に1回以上	1日中
ひどくたたいたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪引き、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など	なし	週に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐ、外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの	なし	週に1回以上	1日に1回以上	1日に頻回
激しい器物損壊	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服を何としてでも破ってしまうなど	なし	月に1回以上	週に1回以上	1日に頻回
睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど	なし	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルをひっくり返す、食器ごと投げる、椅子に座っていられず、皆と一緒に食事できない、便や釘、石などを食べる異食、体に異常をきたしたことがある拒食、特定のものをしか食べず体に異常をきたした偏食など	なし	週に1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
排せつに関する強度の障害	便を手でこねたり、投げたり、壁面になすりつける、脅迫的に排尿排便行動を繰り返すなど	なし	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
著しい多動	身体、生命の危険につながる飛び出し、目を離すと一時も座れず走り回る、ベランダの上など高く危険なところに上るなど	なし	月に1回以上	週に1回以上	ほぼ毎日
通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行為	耐えられないような大声を出す、一度泣き始めると大泣きが何時間も続くなど	なし	ほぼ毎日	一日中	絶えず
パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとても抑えられず止められない状態を呈する	なし			あり
他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、関わっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある	なし			あり
	小計				
	合計				

面談実施日 _____ 年 月 日

事業所確認欄 _____

保護者確認欄 _____

第6節 食事提供体制加算（※令和6年度報酬改定までは経過措置）

児童発達支援を利用する障害児等の食費負担を軽減するため、児童発達支援センターが、食事を提供する場合に算定可能。

対象児童

利用者負担上限額の区分が、生活保護、低所得、一般1の世帯に属する児童。

留意事項

放課後等デイサービスは、この加算の対象外。

第7節 人工内耳装用児支援加算

難聴児を通わせる児童発達支援センターにおいて、人工内耳を装用している障害児に対して支援を行った場合に算定可能。

対象児童

勘案事項の聴き取り等により、人工内耳装用していることを確認した児童。

第8節 難聴児加算

勘案事項の聞き取りと医師意見書、検査結果などの書類提出を基に難聴であると判断した児童に支援を行なった場合に算定可能。

対象児童

勘案事項の聞き取りと医師意見書、検査結果などの書類提出を基に難聴であることを確認した児童。

更 新 履 歴		
第1版	平成18年12月28日 制定 平成25年7月1日 改正 平成26年4月1日 改正 平成26年9月1日 改正	寝屋川市における支給決定基準の初版として平成18年28日より制定後、軽微な改正を3回実施。
第2版	令和6年3月27日 改正	全部改正。一部は改正前の基準を継続。

