

札 障 第 4985 号
平成 25 年（2013 年）2 月 4 日

移動支援事業所管理者 様

札幌市障がい福祉課
自立支援担当課長 高橋 みゆき

行動援護対象者の移動支援から行動援護への切り替えについて

平素は本市障がい福祉行政に御理解と御協力いただきありがとうございます。

このたび、新たに外出支援を希望される方のうち、障害者自立支援法に基づく「行動援護」の支給決定を受けることができる方については、平成 25 年 4 月 1 日以降は、原則として「行動援護」の支給決定を行うことといたしましたのでお知らせします。

同様に、既に移動支援の支給決定を受けている方におきましても、今後の支給決定更新において、適宜、行動援護への切り替えを行いますので、行動援護に係る事業者指定を受けていない事業者が、引き続き行動援護対象者に対してサービスを提供する場合は、行動援護の事業者指定を受ける必要があります。

この行動援護への切り替えに伴い、行動援護事業者指定に関する説明会を開催するとともに、貴事業所における今後の指定申請の意向について、別添調査票により確認いたしますので、行動援護の事業者指定を受けていない事業者におかれましては、調査票の提出をお願いいたします。

記

1 行動援護対象者

(1) 18 歳以上の場合

障害程度区分が 3 以上の者で、一定の行動障がい※のある者

(2) 18 歳未満の場合

一定の行動障がい※のある者

※ 知的、精神障がいのある方に、行動障がい、コミュニケーション、てんかんに関する調査を行います（別添「行動援護判定基準と認定調査項目」で 8 点以上が対象）。

2 移行時期（予定）

(1) 新規

平成 25 年 4 月 1 日以降に新規申請を行う者

(2) 更新

支給決定期間の始期が平成 25 年 7 月 1 日以降となる更新に合わせ、順次切替

3 行動援護指定申請の意向確認

(1) 調査票（既に行動援護の事業者指定を受けている場合は提出不要です）

別添のとおり

(2) 提出期限及び提出方法

2月8日（金）午前中までに E-mail にてご提出ください。

(3) その他

平成25年2月末から3月上旬にかけて、行動援護の事業者指定申請の受付を実施し、提出いただいた調査票を基に、申請日時を別途お知らせします（現時点で知的・精神障がいのある方に移動支援を提供している事業者は優先的に受付を実施予定）。

4 行動援護指定申請に関する説明会

(1) 日時

平成25年2月12日（火）18時30分から

(2) 場所

社会福祉総合センター4階大研修室

（札幌市中央区大通西19丁目1番1号）

(3) その他

出席を希望される事業所は、3の調査票によりお申込み願います。

また、会場の都合上、各事業所1名の出席で、公共交通機関によるご来場をお願いします。

5 指定基準

別紙のとおり

6 その他

(1) 行動援護の事業者指定申請においては、居宅介護等の申請に必要な書類に加え、サービス提供責任者及び介護職員の実務経験証明書が必要となります。従業者の前勤務先が作成する場合などは日数を要しますので、お早めにご対応願います。

(2) 移行に伴い、障害福祉サービスの利用者負担上限額が適用となりますが、移動支援に比べ基本報酬が増加する他、特定事業所加算等の各種加算も算定されることから、課税世帯の方については、利用状況により移動支援よりも利用者負担が増加する場合があります。利用者の方に対しては、契約時等にご説明いただくようお願いいたします。

(3) 所在地が札幌市外である移動支援事業者の行動援護指定申請につきましては、指定事務を所管する自治体にご相談ください。

〔お問い合わせ先〕

札幌市障がい福祉課 TEL211-2938 FAX218-5181

○報酬・支援に関する内容（給付管理係）

○指定基準に関する内容（事業者指定担当）

別添

行動援護判定基準と認定調査項目（抜粋）

項目	0点			1点	2点		(参考)
意思表示	意思表示できる			時々独自の 方法	常に独自の 方法	できない	調査票6-3- イ
説明理解	非日常的な場面では必要			時々必要	常に必要	できない	調査票6-4- イ
食べられないものを口に入れる行為	ない	時々ある		週に1回 以上	ほぼ毎日		調査票7-ツ
多動または行動の停止	ない	稀にある	月に一回 以上	週に一回 以上	ほぼ毎日		調査票7-ナ
パニックや不安定な行動	ない	稀にある	月に一回 以上	週に一回 以上	ほぼ毎日		調査票7-ニ
自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為	ない	稀にある	月に一回 以上	週に一回 以上	ほぼ毎日		調査票7-ヌ
他人を叩いたり器物を壊したりするなどの行為	ない	稀にある	月に一回 以上	週に一回 以上	ほぼ毎日		調査票7-ネ
不適切な行動	ない	稀にある	月に一回 以上	週に一回 以上	ほぼ毎日		調査票7-ノ
環境の変化により通常と違う声をあげる行為	ない	稀にある	週に一回 以上	日に一回 以上	日に頻回		調査票7-ハ
走っていないくなるなどの突発的行動	ない	稀にある	週に一回 以上	日に一回 以上	日に頻回		調査票7-ヒ
過食・反すう等の食事行動	ない	稀にある	月に一回 以上	週に一回 以上	ほぼ毎日		調査票7-フ
てんかん発作	ない	年に一回以上		月に一回 以上	週に一回以上		意見書等

行動援護事業者指定に関する意向調査票

移動支援事業所番号			
事業所名		担当者氏名	
電話番号		E-Mail	

質問1 貴事業所では、障害福祉サービスの行動援護の事業者指定を受けていますか

<input type="radio"/> いる	<input type="radio"/> いない
↓	↓ 質問2へ
調査票の提出は不要です。 ありがとうございました。	様式(Excel)をE-Mailで送付 しますので、事業所のメー ルアドレスをお知らせくださ

質問2 これまで行動援護の指定を受けなかった主な理由を教えてください(複数選択可)

<input type="checkbox"/> 知的・精神障がいのある方を主たる対象としていないため	
<input type="checkbox"/> サービス提供責任者の資格要件を満たす従業員がいないため	
<input type="checkbox"/> 資格要件を満たすヘルパーの人数が必要数に満たないため	
<input type="checkbox"/> 行動援護の支給決定を受けている利用者がおらず、指定を受ける必要がなかったため	
<input type="checkbox"/> 行動援護の制度がよくわからないため	
<input type="checkbox"/> 特になし	
<input type="checkbox"/> その他 → ・具体的には	
<input type="text"/>	

質問3 現在、知的又は精神障がいのある方※1(児童を含む)に、移動支援を提供しておりますか(※1 受給者証記載の障がい種別が、2又は3の者)

<input type="radio"/> いる	<input type="radio"/> いない
↓	
・知的、精神障がいのある利用契約者数	
<input type="text"/> 人	

質問4 札幌市では、通知のとおり、行動援護対象者要件※2を満たす移動支援支給決定者について、移動支援から行動援護への切り替えを予定しておりますが、行動援護の事業者指定を申請する考えはありますか

(※2 障害程度区分が3以上かつ障害程度区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(別添参照)の合計点数が8点以上。障がい児にあってはこれに相当する心身の状態)

<input type="radio"/> ある	<input type="radio"/> ない(又は未定)
↓ 質問5へ	↓
	・指定申請をしない又は未定の理由
	<input type="text"/>
	以上で質問は終了です。 本書をE-mailにて提出願います。

質問5 札幌市では、現在、知的又は精神障がいのある方に移動支援を行っている事業者のうち、平成25年4月1日付で行動援護の事業者指定を受けようとする事業者に対しては、下記の日程で指定申請の受付を優先的に実施する予定ですが、この日での指定申請を希望しますか

<input type="radio"/> 希望する	<input type="radio"/> 希望しない
----------------------------	-----------------------------

・申請時期（予定）
[] 年 [] 月頃

指定申請希望日を選択（ご希望に添えない場合もございますので、手続きが可能な日を複数選択してください）

<input type="checkbox"/> 2月28日（木）	<input type="checkbox"/> 3月1日（金）	<input type="checkbox"/> 3月4日（月）	<input type="checkbox"/> 3月6日（水）
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

質問6 行動援護の事業者指定に係る説明会（2/12 18：30～開催。通知参照）に出席されますか

<input type="radio"/> 出席する	<input type="radio"/> 出席しない
----------------------------	-----------------------------

・参加予定者氏名
[]

以上で質問は終了です。
調査票は、札幌市役所障がい福祉課（自立支援担当課）あて、2月8日（金）までに、E-mailにてご提出願います。

（自立支援担当課：sapporo.jiritsushien@city.sapporo.jp）

ご協力いただきありがとうございました。

サービス提供責任者 資格一覧

	居宅介護	重度訪問介護	行動援護	同行援護
介護福祉士	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
居宅介護従業者養成研修了者(1級)	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
居宅介護従業者養成研修了者(2級)	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験5年	△＋ 実務経験3年 同行援護従業者養成研修 (※)
行動援護従業者養成研修了者			△＋ 実務経験3年	
同行援護従業者養成課程了者 (一般課程及び応用課程に限る)				○
介護保険法介護職員基礎研修了者	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
介護保険法訪問介護員養成研修了者(1級)	○	○	△＋ 実務経験5年	○＋ 同行援護従業者養成研修 (※)
介護保険法訪問介護員養成研修了者(2級)	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験3年	△＋ 実務経験5年	△＋ 実務経験3年 同行援護従業者養成研修 (※)

※「一般課程」及び「応用課程」の両研修了者に限る。また、平成26年9月30日までの間は、資格要件を満たしていれば、研修了者とみなす。

居宅系事業 従業者受講資格一覧

	居宅介護				重度訪問介護	行動援護	同行援護 (※)
	身体介護	家事援助	通院(身体有)	通院(身体無)			
介護福祉士	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
居宅介護従業者養成研修修了者(1・2級)	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
居宅介護従業者養成研修修了者(3級)	○	○	○	○	●	△ + 実務経験2年	○ + 実務経験1年
重度訪問介護養成研修修了者(基礎)	●	●	●	●	● (区分4・5のみ算定可能)		△ + 実務経験1年
重度訪問介護養成研修修了者(追加)	●	●	●	●	●		△ + 実務経験1年
行動援護従業者養成研修修了者						△ + 実務経験2年	
同行援護従業者養成研修修了者							●
介護保険法 介護職員基礎研修修了者	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
介護保険法 訪問介護員養成研修修了者(1級・2級)	●	●	●	●	●	△ + 実務経験2年	△ + 実務経験1年
介護保険法 訪問介護員養成研修修了者(3級)	○	○	○	○	●		△ + 実務経験1年
移動支援従業者養成研修修了者(視覚)			○	○			●
移動支援従業者養成研修修了者(全身性)			○	○			

○:サービスの提供は可能だが、報酬は減算

※:平成26年9月30日までの間、居宅介護の従業者要件を満たす場合(3級ヘルパーを除く)、同行援護従業者養成研修(一般課程)の修了者とみなす