

別 紙

資料 7-2 別添 2 (訪問系)	H21. 9. 29 (午後)
障害福祉サービス等の取り扱い に係る事業者説明会	
千葉県障害者自立支援課	

障害福祉サービス及び地域生活支援給付における病院内の移動等の介助の取扱いについて

千葉県保健福祉局

高齢障害部障害者自立支援課

院内の介助については、居宅介護（通院介助及び身体介護）、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援及び移動支援の全てのサービスについて、以下 1，2 のいずれかの条件を満たす場合に算定可とする。

- 1 当該医療機関の院内の構造が、移動に一定の支援を要するものと判断され、（総合病院など受付から受診する場所等まで一定の距離がある等）当該医療機関において院内の移動の支援が期待できない。
- 2 1 に該当しない場合で、なお個別具体的な事情により院内の移動の支援が必要と認められ、当該医療機関に院内の移動の支援を要請し、対応できない旨の回答を得ている。

なお、上記に掲げる場合でも、以下に該当する場合は算定対象とならない場合がある。

- ( 1 ) 障害に起因しない専ら一時的な怪我、疾病などの事由により支援が必要である場合
- ( 2 ) 他の手段（院内のボランティアサービス等の、障害福祉サービス又は地域生活支援給付以外のサービス）を利用できる。

なお、具体的な事務取扱いは以下のとおりとする。

利用者が院内の介助を希望する場合は、区の担当者が上記内容について本人より事実を確認し、チェックリスト（別添 1）に記載すると共に、院内の介助に係る支給決定を行った場合は、当該リストの写しを決定月の翌月 1 日（閉庁日の場合は翌開庁日）までに障害者自立支援課あてに電子メール又は庁内メールで送付する。事業者は院内介助を行った場合は、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省令第 171 号）」第 19 条第 1 項の規定等に基づき、必ずその旨を記録し、当課は実地指導又は監査の場において適正に給付費が算定されているかどうかを検証し、不適切な給付費の算定があった場合は当該給付費を本市に返還させる。

上記 1 に該当する医療機関について、当課及び 6 区でリスト（別添 2）を共有し、各区で新たに当該条件にあてはまる医療機関を確認できた場合、当該医療機関名（場合によっては診療科名）、確認日時、本市確認者及び 2( 2 )に掲げる他サービスの有無その他の事項等を記載し随時更新する。

担当 自立推進係

TEL 043-245-5228 FAX 043-245-5549

病院内の移動等の介助に係るチェックシート

年 月 日 記入担当者 ( )

担当区	区	支給決定障害者等氏名	
受給者番号		支給決定対象児童氏名	
対象サービス ( で囲む )		身体介護 通院介助 行動援護 重度訪問介護 重度障害者等包括支援 移動支援	
1		医療機関の構造が一定の支援を要するものと判断され、院内の移動の支援が期待できない。 医療機関名 ( ) 診療科名 ( )	
2		1 に該当しない場合で、なお個別具体的な事情により支援が必要であり、医療機関に院内の支援を要請したが、対応できない。 医療機関名 ( ) 診療科名 ( ) 支援が必要な理由  ( ) 医療機関への要請 ・確認日 ( ) ・確認者 ( ) ・医療機関担当部署及び担当者名 ( )	
1 , 2 の場合の算定可能時間 ( ) 時間 / 月 支給決定期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
3		2 に該当せず、院内の介助を必要と認めない。 理 由 ( )	

1 及び 2 に該当し支給決定を行った場合、決定月の翌月 1 日 ( 閉庁日の場合は翌開庁日 ) までに、障害者自立支援課あて本紙の写しを送付してください。

