

平成24年3月29日

指定障害児・者一時預かり事業所 各位

健康福祉局障害保健福祉部障害計画課長

障害児・者一時預かり事業の平成24年度改正点について

平素より、本市の障害保健福祉行政の推進に格別のご理解ご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、平成24年度より地域生活支援事業（障害児・者一時預かり事業）の報酬等を含めて改正がございますので、改正内容を踏まえ、ご対応いただきますようよろしくお願いいたします。

**報酬改定点**

① 初期加算 30単位／回

算定要件：指定障害児者一時預かり事業者において、事業を行った場合に、指定障害児者一時預かりの利用を開始した日から起算して30日以内の期間について、1日につき所定単位数を算定する。

② 家庭連携加算 1時間未満 187単位

1時間以上 280単位

利用児童と保護者と事前に日程調整をした上で、職員が家庭を訪問し、利用児童や家庭への支援・指導を行った場合（同一日に本体報酬との重複は不可）

③ 行動障害加算 2,610円／回

別添行動関連項目シートにおいて2点以上の者

（各サービス提供事業所において認定）

④ 指導員加配加算 10人以下 193単位

10人以上 129単位

常時見守りが必要な障害児への支援や障害児の保護者に対する支援方法を行う等支援強化を図るために、1日の受け入れ可能な員数に対し、指導員又は保育士を1名以上配置（常勤

換算による算定) しているものとして川崎市長に届け出た施設について加算を算定する。

地域区分の見直しについて

現行 10.60 円から平成 24 年度については 10.63 円になる予定です。

(障害計画課自立支援係 担当 戸兵)

電話 200-2927 (庁内 33612)

FAX 200-3932 (庁内 33799)

E-mail 35syokei@city.kawasaki.jp

# 障害児者一時預かり利用時における行動関連項目調書

障害児者一時預かり事業に関する行動関連項目の評価をしたところ、次の児童について該当したので提出をいたします。

ふりがな  
 児童氏名 \_\_\_\_\_ 利用している事業所名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_ 実施地区 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

障害児タイムケアモデル事業に関する行動関連項目

			ゼロ点	0.5点	1点	項目別点数
I	多動または行動の停止	ない	○		ほぼ毎回ある	0
II	パニック	ない	○	時々ある	ほぼ毎回ある	0
III	自ら叩く等の行為	ない	○	時々ある	ほぼ毎回ある	0
IV	叩く、物を壊す等の行為	ない	○	時々ある	ほぼ毎回ある	0
V	突発的な行動がある	ない	○	時々ある	ほぼ毎回ある	0

合計 0.0 点

障害児者一時預かり管理者記名押印

上記の内容について相違ありません。 \_\_\_\_\_ 印

\* 2. 0以上の児童について調書原本を提出してください。

## 行動関連項目記入における判断指標

### 1 行動障害加算

知的障害のある児童が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護や、外出時における移動中の介護等の便宜を供与する事業者の負担を考慮し、条件に該当する場合につき基本委託料に上乘せするもの。なお、重複障害加算対象となる場合は除く。

### 2 選択肢の判断基準について

#### 「ない」

- (1) その行動上の障害が、過去一度も現れたことがない場合や3ヶ月に一度以上の頻度では現れない場合をいう。
- (2) 対象者の状況から、その行動上の障害が現れる可能性がほとんど無い場合も含まれる。

#### 「時々ある」

- (1) その行動上の障害が、3ヶ月に一度以上の頻度で現れる場合をいう。
- (2) 二つ以上の状況を例示している選択肢について、いずれか一つでもある場合も含まれる。

#### 「ほぼ毎回ある」

- (1) その行動上の障害が、毎回の頻度で現れる場合をいう。
- (2) 二つ以上の状況を例示している選択肢について、いずれか一つでもある場合も含まれる。

### 3 各項目によって評価すること

#### 項目Ⅰ

知的障害や自閉症等の行動障害で特定の物や人に対する興味関心が強く、思うとおりにならないと落ち着かなくなり多動になったり、その対象(対象が明確でない場合も含む)にこだわって動かなくなってしまう場合をいう。

#### 項目Ⅱ

知的障害や自閉症等の行動障害で予定や手続きの変更が受け入れられず大声を出して泣き叫ぶ等のパニックや行動が不安定になる場合をいう。

#### 項目Ⅲ

知的障害や自閉症等の行動障害で自ら傷跡が残るほど自分の体に傷をつけたりするような行為がある場合をいう。

#### 項目Ⅳ

知的障害や自閉症等の行動障害で他人を叩く、髪の毛を引っ張る、蹴る等の行為や壁を壊したりガラスを割ったりするなどの行為がある場合をいう。

#### 項目Ⅴ

知的障害や自閉症等の行動障害で興味や関心が優先したり、適切な意思表示ができないなどにより突発的な行為をする場合をいう。

指導員加配加算確認シート（障害児者一時預かり）

事業所名	
サービス種類	
サービス提供単位番号	

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
			開所日																												
			提供時間数																												
			障害児の数																												
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
合計			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
指定基準上の必要職員																															
人員基準の適合																															
これより下は、指定基準より多く配置している職員のサービス提供時間中の勤務時間数を記載してください。																															
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
指導員等の加配																															

注 1 複数のサービス提供単位がある場合には、単位ごとに作成してください。

注 2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、勤務した日に「○」を記入してください。

注 3 「障害児の数」欄は、当該開所日に当該児童デイサービスの単位において受け入れる障害児の数を記入してください。

指定基準上の人員基準 への適合状況	
指導員加配加算への適 合状況①	