

広島市障害者（児）移動支援事業運営要領

（目的）

第1条 この要領は、広島市障害者（児）移動支援事業実施要綱（以下「要綱」という。）第21条の規定に基づき、広島市障害者（児）移動支援事業（以下「本事業」という。）の円滑な運営を図るために必要な実施細目を定めることを目的とする。

（医師の意見書）

第2条 要綱第3条に基づき定める医師の意見書は次の各号のとおりとする。

- (1) 知的障害、精神障害を有する者：様式第1号
- (2) 難病患者等：様式第2号

（障害児の利用）

第3条 障害児が本事業を利用することができる場合は、次の各号に掲げる場合とする。

- (1) その年齢の子どもが一般的に一人で外出できる場所への移動の支援
- (2) 障害の特性により、保護者のみではその子どもを目的地へ連れて行くことが困難な場合に、保護者の付添いに合わせてヘルパーが行う移動の支援
- (3) その他市長が適当と認めた外出

（サービスの起点又は終点について）

第4条 居宅又は学校をサービスの起点又は終点とせず、特定の場所（利用者が希望する任意の場所）を起点とし、特定の場所を終点とする支援ができる場合は、次の各号に掲げる場合とする。

- (1) 特定の場所と自宅の間であれば、障害者が自力で安全に移動が可能な場合
 - (2) 保護者等と事業者の間で安全に引継ぎが可能な場合（例：保護者の通勤先や通勤途上のバス停等）
- 2 前項の支援を行う場合は、事業者において適切にアセスメントの上、サービスの起点又は終点とする特定の場所を個別支援計画に記載しなければならない。
- 3 障害児が学校を起点又は終点として、居宅以外の場所から登校、又は居宅以外の場所へ下校する場合は、移動支援事業の利用について（様式第3号）を作成しなければならない。

（本事業の対象とならない外出）

第5条 次の各号のいずれかに該当する場合は、本事業の対象とならないものとする。

- (1) 経済活動に係る外出（例：通勤、営業活動等）
- (2) 通年かつ長期にわたる外出（例：通院、通学、通所、通園、学童保育への送迎）
ただし、通学又は通所については、広島市障害者（児）移動支援事業通学・通所利用申出書（様式第4号）により申し出て、市長が認めたときは、本事業の対象とすることができる。
- (3) 社会通念上本事業を利用することが適当でないと認められる外出
- (4) 外出の主たる目的地を事業所として「預かり行為」等を行う場合
- (5) 目的地を定めない外出

(移動支援給付費の支給対象とならない内容)

第6条 次の各号のいずれかに該当する場合は、移動支援給付費の支給の対象とならないものとする。

(1) 病院での診療中の時間

ただし、コミュニケーションに支障がある場合や行動障害がある場合で、院内スタッフによる対応が困難であり、ヘルパーによる支援がなければ、診療に支障を来たす場合については、支給の対象とすることができる。

(2) 支援を行っていない場合

(3) 主催者が支援を行うべきものである場合 (例：通学している学校や利用中の施設における行事や有料の教室事業等)

ただし、有料の教室事業に参加中の時間については、利用者の障害特性による支援に専門的な技能や知識が必要となる場合で、主宰者による対応が困難な場合については、移動支援事業利用計画書(様式第5号)を作成した上で、支給の対象とすることができる。

(4) ヘルパーが利用者の遊び相手をしている場合、ヘルパーが利用者のスポーツの相手をしていて支援をしていない場合

(行動上の困難を有する者の調査について)

第7条 知的障害者(児)又は精神障害者(児)から要綱第6条第1項の申請があった場合は、行動上の困難状況調査票(様式第6号)により調査を行い、要綱第17条第2項ただし書きの行動上の困難を有する者に該当するかどうかを判断するものとする。

(支給決定について)

第8条 市長は、要綱第6条第2項の支給決定を行うにあたり、前条の調査の結果、行動上の困難を有する者と認められる場合は移動支援ⅠCの支給決定を、その他の場合は移動支援ⅠAの支給決定を行うものとする。

附則

この要領は、平成28年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和5年3月30日から施行する。

移動支援事業等の申請に係る主治医意見書

申請者名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
申請者住所	広島市 区		
病 名	主たる精神障害 I C D カテゴリー（ ）		
	身体合併症		
サービス利用に かかる留意事項	外出時における移動支援の要・不要及び利用に際しての留意事項 ☐ 要 ☐ 不要 [留意事項]		
	（※以下は必要に応じて記載して下さい） 障害福祉サービス（ホームヘルプ・ショートステイ等）の要・不要及び利用に際しての留意事項 ☐ 要 ☐ 不要 [留意事項]		
	障害児通所支援の要・不要 ☐ 療育の観点から個別療育、集団療育を行う必要があると認められる。 ☐ 療育の観点から個別療育、集団療育を行う必要があると認められない。		

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 （医療機関名）

（電話番号）

（医師氏名）

※ I C D カテゴリーは、F 0 ～ F 9 のいずれかを記載してください。ただし、精神症状のないてんかんについては G コードを使用してください。

移動支援事業（難病患者等）の申請に係る主治医意見書

申請者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）
申請者住所	広島市 区		
疾患名	1. _____（No. _____）発症時期（ 年 月 日） 2. _____（No. _____）発症時期（ 年 月 日） 3. _____（No. _____）発症時期（ 年 月 日） ※No.には別紙（対象疾病一覧）の対象疾患の数字を記入してください。		
主な症状			
屋外での移動が困難な者であるか	屋外での移動が困難である場合の理由を記載してください。 理 由		
サービス利用にかかる留意事項	移動支援事業の要・不要及び利用に際しての留意事項 ☐ 要 ☐ 不要 留意事項		

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日 （医療機関名）

（電話番号）

（診療担当科名）

（医師氏名）

移動支援事業の利用について

移動支援事業の内容

1 利用者等		
氏 名		
学 年 ・ 組	年 組	
保 護 者		
2 事業所		
名 称		
所 在 地		
代 表 者		
3 支援の内容等		
区 分	☐ 次の場所からの登校時 ☐ 次の場所への下校時	
場 所		
施設名等	☐ 祖父母の自宅 ☐ 保護者の勤務先 ☐ 放課後等デイサービス 〔名称： 〕 ☐ その他 〔 〕	
所 在 地		
実施の日(曜日等)		

上記の内容について確認します。

利用者（記載日：令和 年 月 日）
氏名等 _____（ 年 組）
保護者 _____

事業者（記載日：令和 年 月 日）
名 称 _____
所在地 _____
代表者 _____

学 校（記載日：令和 年 月 日）
学校名 _____
学校長 _____

移動支援事業 通学・通所利用申出書

移動支援事業に係る通学・通所利用について、次のとおり申し出ます。

※太い枠線の中に必要事項を記入して下さい。

通学・通所者	フリガナ			区分	☐ 通学（学年_____） ☐ 通所	
	氏 名	(歳)				
	自宅の住所 (注1)	区				
通学・通所先	学校・施設等の名称			学校・施設等の種類		
	学校・施設等の所在地 (注1)	(電話_____)		自宅からの道のり	約_____ k m	
希望内容	時間数	月 _____ . _____ 時間		利用のめやす	週 回 ☐ 往路 _____分 (午 _____ : _____ ~) ☐ 復路 _____分 (午 _____ : _____ ~) (曜日 _____)	
	利用期間 (注2)	令和____年____月から 令和____年____月まで				
	希望理由	次の事由により、家族による付き添いができず、他の支援も得られないため。 ☐ 保護者等の疾病 (医師の診断書のとおり) ☐ 保護者等の就労 (就労に関する証明書のとおり) ☐ その他やむを得ない事由 (_____)			家族の状況	※概略を記入してください。

(注1) 町名（○丁目まで）又は大字名までとし、地番は省略してもかまいません。

(注2) 期間を特定しない場合は、支給決定期間の範囲内（原則として次の9月まで）として下さい。

(注3) 事由の区分により、医師の診断書又は就労に関する証明書（又は申立書）を添付して下さい。

(広島市記入欄) ※以下には記入しないでください。

聞取欄	(聞取内容)		聞取日	_____ . _____
			聞取りの相手方	
			通学・通所者との関係	
			区担当者	
決定内容	時間数	月 _____ . _____ 時間	(特記事項その他)	
	利用期間	令和____年____月から 令和____年____月まで		

就労に係る証明書（在職証明書）
（移動支援事業 通学・通所利用申請書 添付用）

次の者については、次のとおり本事業所に在職していることを証明します。

勤務者	フリガナ		通学・通所 者との関係	
	氏 名			
	住 所		生年月日	年 月 日

勤務内容	雇用形態	正規 ・ パート その他（ ）	勤務 日 数	週平均 _____日	勤務時間	午_____：____ ~ 午_____：____
	雇用期間 （注）	年____月から 年____月まで	勤務 日	曜日		
	職務内容					

（注）雇用期間の終期は、雇用契約に定めがない場合、記入の必要はありません。

令和 年 月 日

（あて先） 広 島 市 長

事業所所在地

事業所名称

代表者職名・氏名

（電話番号）

就労に係る申立書（自営業者用）
（移動支援事業 通学・通所利用申請書 添付用）

次のとおり就労しているので、申し立てます。

事業所	名 称			業種			
	所在地						
家族内の就労者	①	氏 名		就労日	曜日	就労時間	午_____：____ ~ 午_____：____
		通学・通所者との関係					
	②	氏 名		就労日	曜日	就労時間	午_____：____ ~ 午_____：____
		通学・通所者との関係					
	③	氏 名		就労日	曜日	就労時間	午_____：____ ~ 午_____：____
		通学・通所者との関係					
	④	氏 名		就労日	曜日	就労時間	午_____：____ ~ 午_____：____
		通学・通所者との関係					

令和 年 月 日

（あて先） 広 島 市 長

申 立 者 住 所
 （事業所
 の名称）
 氏 名
 （電 話 番 号）

移動支援事業利用計画書

利用計画

1 利用者	
氏 名	
保 護 者	
住 所	
2 移動支援事業所	
名 称	
所 在 地	
管 理 者	
3 有料教室	
名 称	
所 在 地	
責 任 者	
事 業 内 容	
4 利用者の教室参加中の支援について教室事業者による対応が困難な理由	
障害者差別解消法の趣旨や合理的配慮の提供の必要性をご理解いただいた上で、指導に当たって、<u>利用者の障害特性のため教室事業者に専門的な技能や知識を有するヘルパーによる支援が必要となる理由</u>を記載してください。 ※ 専門的な技能や知識がなくても実施可能な支援については、教室事業者において実施する必要があります。 ※ ヘルパーが介護の範囲を超え、教室事業者が行う指導の補助を行うことはできません。	
対応が困難な理由	

上記の内容について確認します。

利用者（記載日：令和 年 月 日）

氏 名 _____

保護者 _____

事業者（記載日：令和 年 月 日）

名 称 _____

所在地 _____

代表者 _____

有料教室（記載日：令和 年 月 日）

教室名 _____

代表者 _____