野田市移動支援事業に係る「身体介護を伴う」の判断基準及びチェックリスト

１．障がい者であり、次の（１）、（２）のいずれかに該当する者

□（１） 障害福祉サービスにおける居宅介護の通院等介助（身体介護を伴う）の対象者

□（２） 移動中の行程における状況を想定して確認を行った結果、次のいずれか一つに

該当すると認められたもの。

|  |  |
| --- | --- |
| **行動関連項目** | **支援の程度** |
| 歩行 | □できない |
| 移乗 | □全介助・□一部介助 |
| 排尿 | □全介助・□一部介助 |
| 排便 | □全介助・□一部介助 |
| 移動 | □全介助・□一部介助 |

２．障がい児であり、次に該当する者

□（１） 移動中の行程における状況を想定して確認を行った結果、次のいずれか一つに

該当すると認められたもの。

|  |  |
| --- | --- |
| **行動関連項目** | **支援の程度** |
| 食事 | □全介助・□一部介助 |
| 排泄 | □全介助・□一部介助 |
| 入浴 | □全介助・□一部介助 |
| 移動 | □全介助・□一部介助 |