

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	<input type="checkbox"/> できない
移乗	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助
排尿	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助
排便	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助
移動	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助
排泄	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助
入浴	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助
移動	<input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 一部介助