

## 福井県強度行動障がい児者への集中的支援 募集案内

### 1 目的

強度行動障がい児者が、安心して日常生活や社会生活を送れるよう、事業所等に対し集中的支援を実施することで、状態の悪化した強度行動障がいを有する児者の状態の軽減を図るとともに、地域においてここの障がい特性に応じた支援が受けられる体制を構築することを目的とします。

### 2 用語の定義

この案内において、次に掲げる用語の定義は、次のとおりとします。

- (1) 強度行動障がいを有する児者 障がい児にあっては、強度行動障がい判定表 20 点以上である児、障がい者にあっては、行動関連項目 10 点以上である者をいう。
- (2) 広域的支援人材 福井県（以下「県」という。）が「広域的支援人材登録名簿」（以下「登録名簿」という。）（別紙様式 1-1）に登録した者をいう。
- (3) 障がい者福祉サービス事業所等 県および福井市が指定する指定障がい者福祉サービス事業所等であり、対象サービスは療養介護、生活介護、短期入所、施設入所支援、共同生活援助、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、児童発達支援、放課後等デイ サービス、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設とする。
- (4) 支給決定自治体 本事業の対象児者に対し、障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 19 条、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 21 条の 5 の 5 または同法第 24 条の 2、3 に基づく支給の決定を行っている自治体とする。
- (5) 集中的支援 広域的支援人材を派遣するもの（以下、「事業所訪問型」という。）と、集中的な支援を提供できる体制を備えている事業者での受入れ（以下、「居住支援活用型」という。）をいう。

### 3 事業内容

#### (1) 対象者

本事業の対象者は、障がい者福祉サービス事業所等（以下「事業所等」という。）において対象サービスを利用する強度行動障がいを有する児者であり、かつ、状態が悪化したことにより事業所等において現状の障がい福祉サービス等の利用や生活を維持することが難しくなったと支給自治体が認めた児者とします。

#### (2) 事業期間

令和 9 年 3 月 31 日（水）まで

#### (3) 事業募集数

3 事業所程度

#### (4) 内容

##### (i) 集中的支援実施計画の策定

高度行動障がい児者の状態が悪化したことにより、事業所等において現状の障がい福祉サービス等の利用や生活を維持することが難しくなった事業所を訪問し、アセスメントを実施し、広域的支援人材が集中的支援実施計画（別紙様式 4）を策定します。

集中的支援を実施する中で実施計画を変更する必要が発生した場合は、関係者との協議

の上、集中的支援実施計画書を変更します。

(ii) 集中的支援の実施

広域的支援人材は、集中的支援実施計画に基づき、集中的支援を実施します。なお、集中的支援の方法は、アセスメント結果に基づき、事業所訪問型を実施するものとします。また、1月4回を限度に支援を実施します。

4 費用負担

- (1) 事業所等は、広域的支援人材（または所属する事業所等）に対して、集中的支援加算を踏まえた適切な額の派遣に係る費用（人件費、旅費等）の負担を行うこととします。なお、負担額については、事業所等と広域支援人材双方協議の上定めることとし、県および支給決定自治体は関与しません。
- (2) 派遣に係る費用の負担に対して、一部支援を行います。

5 応募

(1) 応募者

(2) 実施申請書の提出

①提出期間	令和8年11月13日（金） ※事業所等はこの日までに支給決定自治体に書類を提出 令和8年11月27日（金） ※支給決定自治体はこの日までに県に書類を提出
②提出方法	持参、郵送、メールのいずれか
③提出部数	1部
④提出先	対象者の支給決定自治体 ※支給決定自治体を通じて県に提出していただきます。
⑤提出書類	集中的支援の実施申請書（様式2） 基本情報シート（別紙1） 強度行動障がい判定表または行動関連項目 ※支給決定自治体作成 サービス等利用計画書 受給者証の写し

6 事業所の選定までの流れ

- (1) 事業所等は、集中的支援の実施申請書（別紙様式2）により支給決定自治体に申請を行います。
- (2) 申請を受けた支給決定自治体は、集中的支援の必要性が認められると判断した場合には、様式2の下段に必要事項を記載の上、福井県に対して集中的支援の実施を依頼します。
- (3) 福井県は依頼に基づき、対象者および広域的支援人材の状況等を考慮し、集中的支援の実施の判断をします。申請があった支給決定自治体に対して結果について連絡を行います。
- (4) 福井県は別紙様式3により広域的支援人材へ派遣の要請を行います。その際、支給決定自治体および申請を行った事業所等に対して、対象者の状況等の確認を行うことがあります。
- (5) 実施の依頼を行った支給決定自治体に対して、別紙様式3の複写を送付することで、広域的支援人材の派遣について連絡を行います。

## 7 報告等

広域的支援人材は、集中的支援実施計画に基づきコンサルテーション（助言援助等）を行い、集中的支援の終了後、集中的支援実施報告書（別紙様式5）を作成します。支給決定自治体に対して、実施報告書の共有を行います。

## 8 集中的支援の実施、利用に当たっての留意事項

申請を行う事業所等は、以下に示す内容に留意してください。

- (1) 広域的支援人材、実施事業所等、支給決定自治体等の関係機関および当該利用者の家族が一体となって緊密に連携して対応すること。
- (2) 主たる支援実践者は、実施事業者等の従業者であること。
- (3) 強度行動障害支援者養成研修（基礎・実践）において推奨する標準的支援を行うこと。
- (4) 支援を受けるチームに係わらない実施事業所等の管理者や従業者、実施事業所の設置法人責任者が、コンサルテーション（助言援助等）を受けることにつき理解し、協力すること。
- (5) 実施事業所等の管理者は、従業者の資質の向上のために広域的支援人材等による研修機会を設けるとともに、支援提供体制の整備、支援状況の検証を行うこと。
- (6) 広域的支援人材の助言援助等により、支援者の支援力向上を目指すものであり、必ずしも本人の行動障がいが発現が抑制できるものではないこと。

## 9 その他

### (1) 秘密の保持

広域的支援人材は、事業の実施にあたり、正当な理由なく、その業務上知り得た秘密を漏らしてはならないこととします。また、本業務から離れた後にも適用します。

### (2) 個人情報の共有

強度行動障がいを有する児者の個人情報等（アセスメントシートや事業所内動画等）を共有する場合は、高度行動障がいを有する児者および保護者等の承諾を得ることとします。

### (3) その他

事業実施に際しては、「状態の悪化した強度行動障害を有する児者への集中的支援の実施に係る事務手続等について」（令和6年3月19日付け こ支障第75号、障障発0319第1号）を参照するものとします。

## 10 問い合わせ先

〒910-8580 福井市大手3丁目17番1号

福井県健康福祉部障がい福祉課

メール：syogai@pref.fukui.lg.jp

様式1-1

### 広域的支援人材登録名簿

自治体名【     】

作成日 令和   年   月   日

	氏名	所属		該当要件			登録年・月
		法人	事業所	①	②	③	
1							
2							
3							
4							
5							

\*以下の広域的支援人材の該当要件にあたる番号を記入する

- ① 中核的人材養成研修の講師等(ディレクター・トレーナー)である者
- ② 発達障害者支援体制整備事業による発達障害者支援地域支援マネージャーである者
- ③ 強度行動障害を有する児者への支援に知見を有すると都道府県等が認める者

居住支援活用型の集中的支援を実施する施設等の登録名簿

自治体名【           】

作成日 令和   年   月   日

	事業所名	事業種別	所在地 連絡先(電話番号) (Mail)	該当要件 ①、②、③	登録 年・月
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

\*以下の居住支援活用型の集中的支援を実施する施設の該当要件にあたる番号を記入する

- ① 施設入所支援においては、重度障害者支援加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)、共同生活援助・短期入所においては、重度障害者支援加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定できる体制があること。障害児入所施設においては、強度行動障害児特別支援加算(Ⅰ)を算定できる体制があること
- ② 強度行動障害を有する児者への標準的支援についての外部専門家を活用したコンサルテーションを継続的に受けていること
- ③ 都道府県が実施している強度行動障害支援者養成研修への講師・ファシリテーター等の派遣に協力していること



様式 3

集中的支援の実施要請書

(広域的支援人材氏名)様

都道府県等

集中的支援の実施申請に基づき、集中的支援の実施を要請します。

集中的支援の実施対象者氏名	
支給決定自治体名	

(添付資料)

・集中的支援の実施申請書(様式 2)

・(必要に応じて記載)

様式 4

福井県知事 様

集中的支援実施計画(案)

広域的支援人材

氏名

①当該児者の基礎情報			
氏名			
年齢		性別	
診断名		区分	
その他	手帳の種別・等級		
②当該児者の強度行動障害の状態			
<input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害 <input type="checkbox"/> 器物 <input type="checkbox"/> こだわり(人) <input type="checkbox"/> こだわり(人以外) 具体例:  			
③身体拘束・行動制限等の状況について			
( 有 ・ 無 ) *有の場合は要件や理由を記載する			
④当該児者への支援状況			
事業所名(事業種)	支援状況(役割・利用頻度等)		
⑤居住支援活用型の集中的支援を実施する施設等			

集中的支援の実施計画(最長3ヶ月)

内容	実施 予定日	実施場所	類型	支援計画
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">                     アセス メント                 </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">                     環境調整の 実施                 </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;">                     フォロー アップ                 </div>			<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 居住  <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 居住  <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 居住	

様式 5:

福井県知事 様

集中的支援実施報告書

広域的支援人材  
氏名

集中的支援の記録（月に1回程度に記入する）	
① 年 月 日	
実施テーマ	
<input type="checkbox"/> 順調に進んでいる <input type="checkbox"/> 進捗に課題ある <input type="checkbox"/> 未実施	
アセスメントや環境調整の実施	
② 年 月 日	
実施テーマ	
<input type="checkbox"/> 順調に進んでいる <input type="checkbox"/> 進捗に課題ある <input type="checkbox"/> 未実施	
アセスメントや環境調整の実施	
③ 年 月 日	
実施テーマ	
<input type="checkbox"/> 順調に進んでいる <input type="checkbox"/> 進捗に課題ある <input type="checkbox"/> 未実施	
アセスメントや環境調整の実施	

支援方法の整理 ※引継ぎ情報	
基本となる環境調整(写真の添付や説明)	
場所の工夫(刺激の整理等)	時間の工夫(生活の見通し)
方法の工夫	見え方の工夫(視覚的指示、明瞭さ、整理の方法)
やりとりの工夫(コミュニケーション)	楽しみに期待をもてる工夫(動機付け)
本人の変化(身体拘束の程度、1日のスケジュールなど)	
今後のプランやコメント	

必要に応じて添付

- ・冰山モデルシート
- ・特性確認シート
- ・戦略シート
- ・強み確認シート
- ・支援計画シート(支援手順書)