

1 障害者総合支援法のサービス

障害者総合支援法のサービスは、障害福祉サービスと地域生活支援事業にわかれます。

◆ 障害者総合支援法のサービスを利用できるかた

- 身体障害者手帳を持っているかた
 - 療育手帳を持っているかた、又は福祉相談センターや児童相談所で知的障がいの判定を受けているかた
 - 精神障害者保健福祉手帳を持っているかた、又は診断書等により精神障がいの診断を受けているかた
 - 障害者総合支援法の対象疾病（難病等）に罹患しているかた
- ※介護保険サービスが優先されます。

障害福祉サービス

介 護 系	訪 問 系	居宅介護 (ホームヘルプ)	自宅で入浴、排泄、食事の介護等を行います。
		重度訪問介護	重度の肢体不自由者等で常に介護を必要とするかたへのホームヘルプや、外出時の移動支援などを総合的に行います。
		同行援護	重度の視覚障害により移動が困難なかたに、外出時に同行して移動の支援を行います。
		行動援護★	知的、精神障がい者で、行動時の危険回避のための援護、外出時の移動中の介護を行います。
		重度障害者等包括支援★	介護の必要性がとて高いかたに、居宅介護など複数のサービスを包括的に行います。
給 付 系	日 中 活 動 系	短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護するかたが病気の場合などに、短期間、施設で入浴、排泄、食事の介護等を行います。
		生活介護	常時介護を要するかたに、食事、入浴、排泄の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
		療養介護	医療と常時介護を必要とするかたに、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護および日常生活の世話をを行います。
居 住 系	施設入所支援	施設に入所するかたに、夜間や休日、入浴、排泄、食事の介護等を行います。	

地域 相談 支援 給付	地域 相談	地域移行支援	障害者支援施設等に入所又は精神科病院に入院しているかたに、住居の確保やその他の地域における生活に移行するため、相談その他必要な支援を行います。
	地域 相談 支援	地域定着支援	居宅において単身等で生活するかたに、常時の連絡体制を確保し、障がいの特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行います。
訓練 等 給付	日 中 活動 系	自立訓練 (機能訓練 ・生活訓練)	自立した日常生活、社会生活ができるよう、一定期間、身体機能、生活能力の向上のために必要な訓練を行います。
		就労移行支援	就労に必要な、知識、能力の向上のために必要な訓練を一定期間行います。
	就労継続支援 (A型・B型)	通常の事業所雇用が困難なかたに働く場を提供するとともに、知識、能力の向上のために必要な訓練を行います。	
	居 住 系	共同生活援助 (グループホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排泄又は食事の介護、その他の日常生活上の援助を行います。
	訪 問 系	就労定着支援★	就労移行支援等を利用し、一般就労に移行したかたの就労に伴う生活上の支援ニーズに対応できるよう事業所、家族との連絡調整等の支援を一定の期間にわたり行います。
自立生活援助★		障害者支援施設等や精神科病院から、地域での一人暮らしに移行したかたの居宅を定期的に訪問し、生活に必要な情報提供や助言、医療機関等との連絡調整、相談、その他必要な支援を行います。	

★行動援護、重度障害者等包括支援、就労定着支援および自立生活援助について、令和6年4月1日時点において、秋田市で実施している事業者はありません。

※市内の事業者・施設一覧を、83～93ページに掲載しています。

地域生活支援事業

地 域 生 活 支 援 事 業	自発的活動支援事業	障がい者等やその家族、地域住民等が自発的に行う活動を支援します。
	相談支援事業	障がいのあるかたからの相談に応じ、サービスの利用代行手続等を行います。
	意思疎通支援事業	手話通訳者、要約筆記者の派遣を行います。
	日常生活用具給付事業	自立生活支援用具などの日常生活用具を給付、貸与します。
	移動支援事業	屋外での移動が困難な障がい児（者）に対し、余暇活動などの社会参加のための外出が安全かつ円滑にできるよう、移動についての支援を行います。
	地域活動支援センター	創作的活動、生産活動の機会の提供、社会との交流促進などを行います。
	日中一時支援事業 短期入所型	自宅で介護するかたが病気の場合などに、施設で一時的に介護します（宿泊を伴うものを除く。）。
	訪問入浴サービス事業	訪問による居宅での入浴サービスを行います。
	重度障がい者等入院時 意思疎通支援事業	在宅の意思疎通が困難な重度障がい者等が、入院時に家族などの介護が受けられないときなどに、医療機関で意思疎通を支援します。

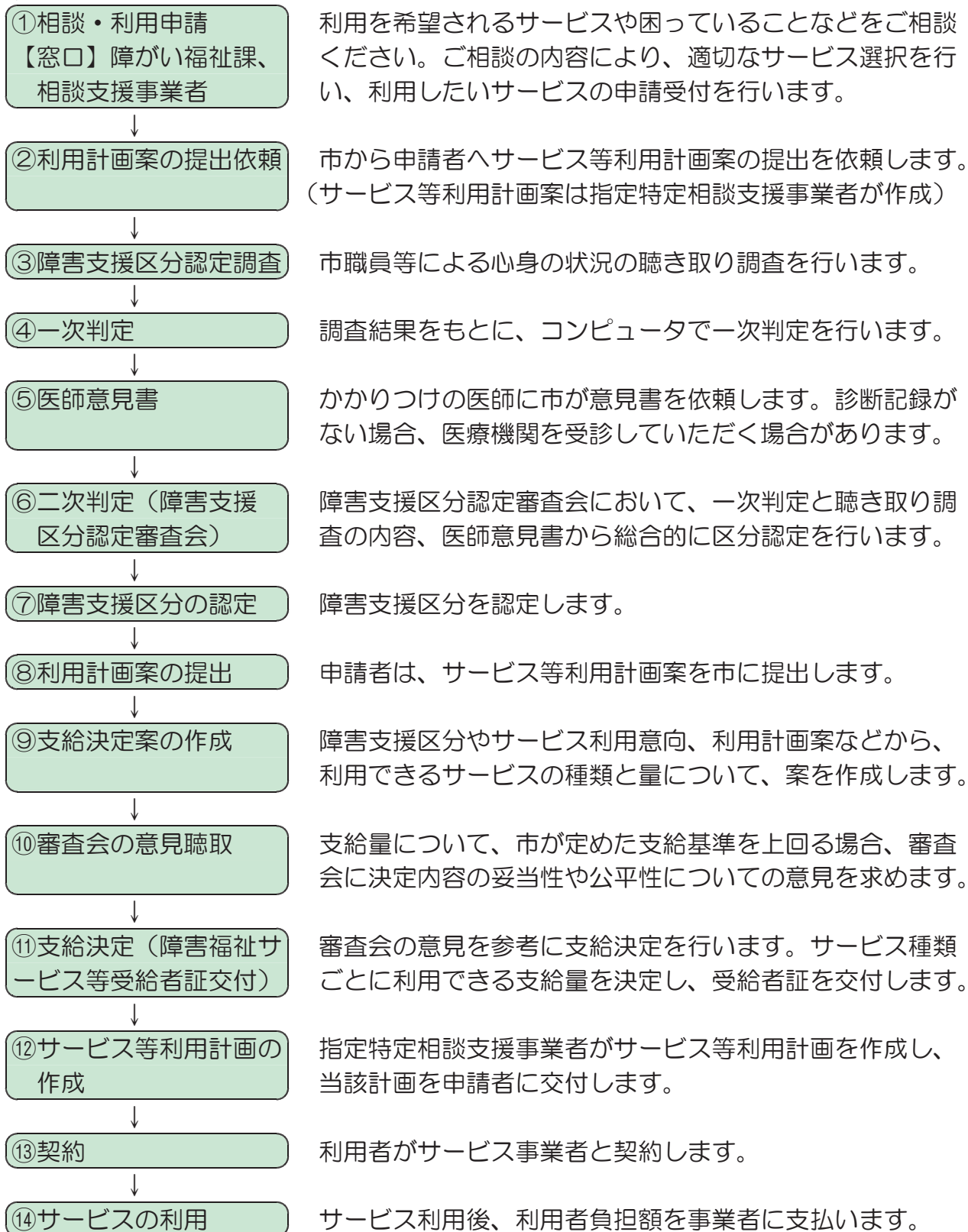
※主な事業を掲載しています。

障害福祉サービスの内容や手続について、ご不明な点などございましたら障がい福祉課までご相談ください。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課 TEL 888-5663 FAX 888-5664
e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

障害福祉サービス利用の手続き [介護給付の場合]



[訓練等給付の場合]

①→②→③→④→⑧→⑨→⑩→⑪→⑫→⑬→⑭

2 居宅介護

居宅介護（ホームヘルプ）

家事の援助や身体の介護などのために、ホームヘルパーを利用する費用を支給します。

◆ 対象者

身体、知的、精神に障がいのあるかたや難病に罹患し、在宅での日常生活に不便のあるかた（介護保険被保険者は介護保険制度が優先されます。）

◆ 利用料

政令で定める負担上限月額

ただし、負担上限月額よりも1割負担の方が低い場合は1割負担

◆ 支給時間数

障がいの程度や介護者の状況等を勘案し、決定します。

◆ 必要書類

○申請書

○同意書

○個人番号（マイナンバー）を確認できるもの

○本人確認書類（運転免許証等）

※代理人が申請する場合は、代理人の本人確認書類（運転免許証等）

○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等又は難病に罹患していることがわかる証明書

○非課税世帯の場合、収入が確認できる書類（年金振込通知書、通帳等）

申請書は、障がい福祉課の窓口にて備え付けています。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課

TEL 888-5663

FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

3 日中活動系のサービス

日中活動系サービス

身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者、難病に罹患しているかたを対象に指定事業所で、生活指導、日常動作訓練、就労に向けた知識および能力向上訓練などを行います。障害支援区分が必要なサービスと、必要でないサービスがあります。

◆ 利用料

政令で定める負担上限月額

ただし、負担上限月額よりも1割負担の方が低い場合は1割負担

◆ 利用回数

原則月23日以内

◆ 必要書類

○申請書

○同意書

○個人番号（マイナンバー）を確認できるもの

○本人確認書類（運転免許証等）

※代理人が申請する場合は、代理人の本人確認書類（運転免許証等）

○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等又は難病に罹患していることがわかる証明書

○非課税世帯の場合、収入が確認できる書類（年金証書、年金振込通知書、通帳等）

申請書は、障がい福祉課の窓口にて備え付けています。

◆ お問い合わせ先

障がい福祉課

TEL 888-5663

FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

4 ショートステイの利用

※事業所一覧を、91ページに掲載しています。

(1) ショートステイ（宿泊を伴う短期入所）

介護している家族のかたの病気などにより、在宅の身体障がい児（者）、知的障がい児（者）、精神障がい児（者）および難病に罹患しているかたの短期間入所が必要となった場合、施設で介護を提供します。

◆ 利用料

政令で定める負担上限月額

ただし、負担上限月額よりも1割負担の方が低い場合は1割負担

◆ 利用回数

原則月7日以内、必要に応じて延長します。

◆ 必要書類

○申請書 ○同意書 ○個人番号（マイナンバー）を確認できるもの

○本人確認書類（運転免許証等）

※代理人の場合は、代理人の本人確認書類（運転免許証等）

○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等又は難病に罹患していることがわかる証明書

○非課税世帯の場合、収入が確認できる書類（年金振込通知書、通帳等）

(2) 日帰りショートステイ（日中一時支援事業 短期入所型）

介護している家族のかたの病気などにより、在宅の身体障がい児（者）、知的障がい児（者）、精神障がい児（者）および難病に罹患しているかたの短期入所（日帰り）が必要となった場合、施設で介護を提供します。

◆ 利用料

利用時間に応じて負担していただきます。

◆ 利用回数

原則月6単位以内。必要に応じて延長可

4時間以下利用：1単位

4時間を超え8時間以下の利用：2単位

8時間を超える利用：3単位

◆ 必要書類

○申請書 ○身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等

○障害福祉サービス等受給者証（お持ちのかたのみ）

◆ お問合せ先

障がい福祉課 TEL 888-5663 FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

5 外出や意思疎通の支援

障がいにより支援が必要な方が外出する際にガイドヘルパーや手話通訳者などを利用できます。

(1) 移動支援 事業所一覧を、90ページに掲載しています。

◆ 対象者

社会参加などの移動の際、1人での外出が困難な方で、次のいずれかに該当するかた

- 脳性麻痺などの全身性障がいなどで身体障害者手帳が第1種のかた
 - 知的障がいのあるかたで療育手帳A又は同等の判定を受けているかた
 - 精神障がいのあるかたで精神障害者保健福祉手帳1級又は2級のかた
(通院については、ホームヘルパー又は介護保険をご利用ください。)
- ※重度の視覚障害のかたは、同行援護をご利用ください。

◆ 利用料

原則1割負担(課税世帯のみ)

本人や配偶者の課税状況等によって、負担額に上限があります。

◆ 必要書類

- 申請書 ○身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳等
 - 非課税世帯の場合、収入が確認できる書類(年金振込通知書、通帳等)
- ※申請書は、障がい福祉課の窓口に備え付けています。

◆ お問合せ先

障がい福祉課

TEL 888-5663 FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

(2) 手話通訳者

◆ 対象者 手話によるコミュニケーションが必要なかた

◆ 利用料 無料

◆ お問合せ先

障がい福祉課

TEL 888-5663 FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

秋田市社会福祉協議会

TEL 862-7445 FAX 863-6068

※夜間および休日、病気や事故により手話通訳が必要となった場合は、秋田市役所警備員室(FAX 888-5891)で受付します。

(3) 遠隔手話通訳サービス

タブレット端末やスマートフォンを活用して手話通訳を行う「遠隔手話通訳サービス」を実施しています。

- ◆ **対象者** 秋田市在住の手話通訳を必要とする聴覚障がい者等
- ◆ **利用時間** 午前8時30分から午後5時15分まで
(土曜日・日曜日・祝日・12月29日～1月3日を除く)
※駅東サービスセンターでの利用の場合は午前9時からとなります。
- ◆ **利用料** 無料
※利用者所有のタブレット端末等の通信料は利用者負担となります。
- ◆ **利用方法** 利用には予約が必要です。
- ◆ **お問合せ先**
障がい福祉課
TEL 888-5663 FAX 888-5664
e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

(4) 要約筆記者

- ◆ **対象者**
要約筆記による情報保障が必要なかた
※要約筆記とは、話し手の内容の要点をつかみ、筆記（手書き）やパソコンを活用して内容を伝達する聴覚障がい者の情報保障のひとつです。
- ◆ **利用料** 無料
- ◆ **お問合せ先**
障がい福祉課
TEL 888-5663 FAX 888-5664
e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

(5) 盲ろう者通訳・介助者

- ◆ **対象者**
視覚と聴覚に障がいがあるかたで、
身体障害者手帳1級又は2級のかた
- ◆ **利用料** 無料
- ◆ **お問合せ先**
秋田県聴覚障害者支援センター
TEL 874-8113
FAX 862-1820
e-mail akita-chokaku@fukinoto.or.jp



聞こえが不自由
なことを表す
「耳マーク」



視覚に障がい
があるかたの
マーク

6 月額利用者負担額の合算額が基準額を上回る場合

高額障害福祉サービス等給付費等について

同じ世帯に障害福祉サービス等を利用するかたが複数いる場合（介護保険も併せて利用している場合は、介護保険の負担額も含む。）や補装具の交付を受けた場合など、合算した負担額が基準額を超える場合は、高額障害福祉サービス等給付費、高額障害児通所給付費又は高額障害児入所給付費が支給されます。

◆ 必要書類

- 申請書 ○利用した障害福祉サービス等受給者証等
- 利用者負担額の領収書等、支払いを証明できる書類

新高額障害福祉サービス等給付費等について

高額障害福祉サービス費の支給対象者拡大に伴い、65歳に到達するまでの相当の期間にわたり障害福祉サービスを利用していたかたで、次の要件の全てに該当するかたに介護保険サービスで支払った平成30年4月分以降の利用者負担を申請により払い戻します。

◆ 必要となる要件

- ・65歳に達する日の前5年間にわたり、介護保険相当障害福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護、生活介護および短期入所）に係る支給決定を受けていたこと。
- ・本人と配偶者（同一世帯に限る）が、当該障がい者が65歳に達する日の前日の属する年度分の地方税法の規定による市町村民税を課されていないかたであったこと。
- ・65歳に達する日の前日において、障害支援区分2以上であること。
- ・65歳に達するまでに介護保険サービスを利用していないこと。

◆ 必要書類

- 申請書
- 必要となる要件に該当することが確認できる書類

◆ お問合せ先

障がい福祉課

TEL 888-5663 FAX 888-5664
e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

7 訪問入浴サービス

訪問入浴サービス

18歳以上で、歩行が困難であり、移送に耐えられない等の事情により通所が困難な在宅の身体障がいのあるかたおよび難病に罹患しているかたに入浴車を派遣し、入浴のお手伝いをします。

◆ 利用料

原則1割負担（課税世帯のみ）

本人や配偶者の課税状況等によって、負担割合が変わります。

◆ 利用回数

週1回（希望日を調整し、訪問します。）

◆ 必要書類

○申請書 ○診断書 ○身体障害者手帳

申請書および診断書は、障がい福祉課に備え付けています。

◆ お問合せ先

障がい福祉課

TEL 888-5663

FAX 888-5664

e-mail ro-wfsc@city.akita.lg.jp

1 障害児通所支援

児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援にわかれます。

◆ 障害児通所支援を利用できる児童

- 身体に障がいのある児童
- 知的障がいのある児童又は精神に障がいのある児童および治療方法が確立していない疾病、その他の特殊な疾病に罹患されている児童
ただし、医学的診断名又は障害者手帳を有することは必須条件ではなく療育を受けなければ福祉を損なうおそれのある児童を含みます。