

令和 7 年 4 月 1 日
福祉部長決定

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援事業実施要綱

（目的）

第 1 条 この要綱は、重度障がい者が修学するために必要な支援体制を大学等が構築できるまでの間において、重度障がい者に対して修学に必要な身体介護等を提供することで、障がい者の社会参加を促進することを目的とする。

（実施主体）

第 2 条 本事業の実施主体は、加古川市とする。

（定義）

第 3 条 この要綱において「支援員」とは、第 16 条第 1 項に規定する要件に該当する者とする。

2 この要綱において「支援給付費」とは、第 8 条に規定するサービス提供費から第 17 条に規定する利用者負担額を控除した費用をいう。

（対象者）

第 4 条 本事業の対象者は、加古川市内に居住し、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- （1）障害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。以下「障害者総合支援法」という。）に基づく重度訪問介護の対象者で、重度訪問介護を利用している者又はそれに準ずる者
- （2）入学後に停学その他の処分を受けていない者
- （3）学修の意欲があり、病気や留学等のやむを得ないと認められる特別な事由による場合を除き、適切に単位を修得する者

（大学等の要件）

第 5 条 本事業の対象となる「大学等」とは、学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）に基づく大学等（大学（大学院及び短期大学を含む。）、高等専門学校、専修学校及び各種学校）とし、以下の要件を満たすこととする。

- （1）障がいのある学生の支援について協議・検討や意思決定等を行う委員会及び障がいのある学生の支援業務を行う部署・相談窓口が設置されていること。
- （2）大学等において、常時介護を要するような重度の障がい者に対する支援体制の構築に向けた計画が立てられ、着実に大学等による支援が進められていること。

（事業内容）

第6条 本事業は、第4条の要件に該当する者に対して、事業者から派遣される支援員によって提供される、大学等への通学や学校内の活動（排泄や食事等）における支援に要する費用（以下「サービス提供費」という。）について、毎年度、予算の範囲内で実施することとする。

（派遣時間）

第7条 支援員の派遣の時間は、30分を単位とする。

2 派遣する時間は、自宅から大学等までの通学時間及び大学等の授業日程等から、必要な時間を月単位で決定する。

（事業に要する費用）

第8条 サービス提供費は、派遣時間が年間500時間を超える者については、別表第一に定めるとおりとする。

2 派遣時間が年間500時間以内の者については、サービス提供費は別表第二に定めるとおりとする。ただし、この場合のサービスの提供費の上限は年間116万円とする。

3 年間の派遣時間が500時間以内と計画していた支給決定障がい者（第10条第2項の規定により支給の決定を受けた者をいう。以下同じ。）が、年度途中で500時間を超えた場合は、支給開始日に遡って、別表第一のサービス提供費の額を適用する。

（支給の申請）

第9条 この要綱の規定により支援給付費の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給申請書（様式第1号）に、次の各号に掲げる関係書類を添えて、市長に申請しなければならない。

（1）加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援事業利用計画書（様式第2号）

（2）大学等に在籍し、又は在籍することが決定していることを証する書類

（3）加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援事業承諾書（様式第3号）

（4）大学等が作成した、障がいのある学生の支援について協議・検討や意思決定等を行う委員会及び障がいのある学生の支援業務を行う部署・相談窓口の運営規定並びに大学等の支援体制の構築に向けた計画及び進捗状況が分かる書類

（支給決定）

第10条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、当該申請者が修学する大学等について、次に掲げる事項を確認するものとする。

（1）第5条各号に規定する要件を満たしていること。

- (2) 支給決定障がい者が前年度に引き続き本事業を利用する場合にあっては、過去1年間における支援体制の構築の進捗状況等
- 2 市長は、申請の内容を審査し、支給が適当であると認める場合は、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給決定（変更）通知書（様式第4号）により、申請者に対し、その旨を通知するものとする。
- 3 市長は、支給が不適当であると認められる場合は、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支援却下決定通知書（様式第5号）により、申請者に対し、その旨を通知するものとする。
- 4 支給申請を受けた場合において、給付費の支給を決定する際の支給決定期間は、支給決定の際に定める支給期間の開始日から直近の3月末日又は当該大学等の支援体制が構築されると見込まれる期間のうちいずれか早い期間とする。ただし、当該支給決定期間の終了をもって大学等における必要な支援体制の構築が十分でないと市長が認めた場合は、更新することができるものとする。
- 5 前条及び本条第1項から第3項までの規定は、前項のただし書の規定による更新の申請及び当該申請に係る支給決定について準用する。

（支給決定の変更）

- 第11条 支給決定障がい者は、住所その他の登録した事項の変更を希望するとき又は変更があったときは、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給決定事項変更申請（届出）書（様式第6号）により、市長に申請し、又は届出なければならない。
- 2 前項の規定による申請又は届出の区分については、現に受けている支給量等の支給決定に係る事項の変更にあっては申請とし、居住地等の軽易な事項の変更にあっては届出とする。
- 3 第9条及び前条第1項から第3項までの規定は、第1項の規定による申請に添えるべき書類及び当該申請に係る支給決定について準用する。

（支給決定の取消し）

- 第12条 市長は、支給決定障がい者が次の各号のいずれかに該当すると認められるときは、支給決定を取り消すことができる。この場合において、支給決定障がい者が第4号に該当するときは、給付費の返還を命ずるものとする。
- (1) 死亡又は転居により本市の障害福祉サービスの支給対象外となるとき。
- (2) 大学等を卒業又は退学したとき。
- (3) 第4条に規定する対象者の要件に該当しなくなったとき。
- (4) 不正その他偽りの申請により支給決定を受けたとき。
- (5) その他市長が不適当と認めたとき。

- 2 市長は、前項の規定により支給決定を取り消したときは、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給取消通知書（様式第7号）により当該取消しに係る支給決定障がい者に対してその旨を通知するものとする。

（利用終了の届出）

第13条 支給決定障がい者が、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給終了届（様式第8号）を、市長に提出しなければならない。

- （1）転居により本市の障害福祉サービスの支給対象外となるとき。
- （2）停学その他の処分を受けたとき。
- （3）大学等を卒業又は退学したとき。
- （4）大学等を休学したとき。
- （5）第4条に規定する対象者の要件に該当しなくなったとき。
- （6）本事業の利用を辞退するとき。

（派遣契約）

第14条 支給決定障がい者は、事業所に支援員の派遣を依頼するときは、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給決定（変更）通知書（様式第4号）を当該事業所に提示し、当該事業者と支援員の派遣について契約を締結しなければならない。

（事業者）

第15条 本事業は、障害者総合支援法上の居宅介護又は重度訪問介護の事業者として指定を受けている事業者であって、第10条第2項の規定により支給決定障がい者に通知された者が行うものとする。

- 2 事業所は、大学等及び市等の関係機関との緊密な連携を図ることにより、支援を適切かつ効果的に行うものとする。
- 3 事業者は、支給決定障がい者に対して支援員を派遣したときは、支援内容等について支援記録を作成し、これを5年間保存しなければならない。
- 4 事業者は、支援員が派遣に従事する時間について、労働基準法等の関係法令に従い、適切なものとなるよう留意しなければならない。

（支援員）

第16条 支援員は、事業者に雇用されている者のうち居宅介護又は重度訪問介護に従事している者であって、当該支給決定障がい者の命の危険回避のための支援を行うことができる者でなければならない。

- 2 支援員は、派遣に従事する際には大学等の指示に従うとともに、その身分を示す証明

書を携行し、支給決定障がい者又は大学等から提示を求められたときは、これを掲示しなければならない。

3 支援員は、定められた活動時間中は、その業務に専念しなければならない。

4 支援員は、活動時間中に物品のあっせん、販売その他本事業に支障を来す行為をしてはならない。

（利用者負担）

第17条 本事業の利用者負担額は、第8条に定めるサービス提供費の額の1割とする。

ただし、利用者負担上限月額として、障害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施行令（平成18年政令第10号）第17条に規定する額を準用する。

（利用者負担額の受領）

第18条 事業者は、支給決定障がい者に対して支援員の派遣を行ったときは、当該支給決定障がい者から前条の規定により算定した利用者負担額の支払を受けるものとする。

（領収証の交付）

第19条 事業者は、前項の規定により支給決定障がい者から利用者負担額の支払を受けたときは、当該支給決定障がい者に対して、領収証を発行しなければならない。

（支払請求）

第20条 事業者は、支給決定障がい者に対してサービス提供を行ったときは、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費請求書（様式第9号）に、次の各号に掲げる書類を添えて、サービス提供月の翌月10日までに市長に提出しなければならない。

（1）加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費明細書（様式第10号）

（2）加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援サービス提供実績記録票（様式第11号）

2 市長は、事業者から前項の規定による請求があったときは、その内容を審査した上で、適当と認められるときは、当該支給決定を受けている者に代わり、請求月の翌月末までに支援給付費を支払うものとする。

（不正利得の徴収）

第21条 市長は、障害者総合支援法第8条第1項の規定に準じ、偽りその他不正の手段により支援給付費の支給を受けた者があるときは、その者から、当該支援給付費の額に相当する金額の全部又は一部を徴収することができる。

2 市長は、障害者総合支援法第8条第2項の規定に準じ、事業者が偽りその他不正の行為により支援給付費の支給を受けたときは、当該事業者に対し、その支払った額につき

返還させることができる。

（秘密の保持）

第22条 事業者の職員及び管理者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た支給決定障がい者及び当該支給決定障がい者の家族の秘密を漏らしてはならない。

2 事業者は、職員及び管理者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た支給決定障がい者及び当該支給家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

（調査等）

第23条 市長は、適正を期するため必要があるときは、支給決定障がい者又は事業者に対して報告をさせ、又は職員に関係書類その他の物件を調査させることができる。

（その他）

第24条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関して必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

別表第一（第8条関係）

所要時間	サービス提供費
30分以上1時間未満	1,160円
1時間以上1時間30分未満	2,320円
1時間30分以上2時間未満	3,480円
2時間以上2時間30分未満	4,640円
2時間30分以上3時間未満	5,800円
以後30分ごとに加算	1,160円

別表第二（第8条関係）

所要時間	サービス提供費
30分以上1時間未満	1,985円
1時間以上1時間30分未満	3,970円
1時間30分以上2時間未満	5,955円
2時間以上2時間30分未満	7,940円
2時間30分以上3時間未満	9,925円
以後30分ごとに加算	1,985円

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給申請書

(あて先) 加古川市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日: 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地	〒 (電話番号) (Eメール) @		
身体障害者手帳	(障害名)	級	難病等	(疾患名)
療育手帳	判定	精神障害者保健福祉手帳	級	障害支援区分

○ 障害福祉サービス等の利用状況等				
利用者負担上限月額	円	有効期間	年 月 日 ~	年 月 日
☐ 居宅介護		支給期間	年 月 日 ~	年 月 日
☐ 重度訪問介護		支給期間	年 月 日 ~	年 月 日
☐ 移動支援		支給期間	年 月 日 ~	年 月 日

○ 利用要件等	
☐ ① 重度訪問介護を利用する者又はそれに準ずる者	
☐ ② 入学後に停学その他の処分を受けていない者	
☐ ③ 学修の意欲に欠けると認められる状況にない者	
☐ ④ 在籍する又は在籍予定の大学等から支援員の立ち入りを承諾されている者	

○ 年間利用予定時間 (年間=4月1日~3月31日の間)	時間
---------------------------------	----

○ 希望するサービス提供事業者等	
事業者及びその事業所	(電話番号)
事業者及びその事業所	(電話番号)
事業者及びその事業所	(電話番号)

代理申請時記入欄(※)	フリガナ		申請者との関係
	氏 名		
	居住地	〒 (電話番号)	
	本人委任欄	私は、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給申請を上記の者に委任します。 (申請者名)	

※ 本人が申請する場合は記入不要です。

※ 自筆による署名又は記名・捺印をお願いします。

同意書	本申請に係る事務を行うため、所得額確認のため、私の個人情報(住民基本台帳情報、税情報等)を利用することに同意します。また、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書等について、加古川市が調査することに同意します。
	※ 自筆による署名又は記名・捺印をお願いします。
	本人同意欄(署名・捺印)

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援事業利用計画書

年度	利用者氏名		通学先	
----	-------	--	-----	--

1 身体介護等の内容

--

2 週間利用計画（主たるパターン）

※ 大学側の対応により行われる介護と、本事業による介護の別がわかるように記載してください。

	月	火	水	木	金	土	日
6:00							
8:00							
10:00							
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							
備考							

3 年間利用予定時間

月	時間数	内 訳	
4月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
5月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
6月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
7月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
8月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
9月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
10月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
11月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
12月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
1月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
2月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
3月	時間	大学等における身体介護	時間
		通学の支援	時間
合計	時間		

※本事業は、大学等における修学に係る支援を対象とするものであることから、大学等からの帰宅途中における余暇活動等、修学に関わらない活動への支援については対象外となることにご留意ください。

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援事業承諾書

(あて先) 加古川市長 様

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援事業の利用を希望する学生より依頼がありましたサービス提供の従業者の受入れを承諾します。 また、入学後に加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援事業の利用を希望する学生については、併せて、以下のことを証明します。	
対象学生は、 入学後に停学その他の処分を受けていない。 入学後に病気や留学等のやむを得ないと認められる特別な事由なく前年度の修得単位数が皆無又は極めて少ないなど、学修の意欲に欠ける者ではない。 年 月 日 学校名 印	
対 象 学 生 名	
入 学 (予 定) 日	年 月 日
卒 業 予 定	年 月

障がいのある学生の支援について協議・検討や意思決定等を行う委員会等の名称
障がいのある学生の支援業務を行う部署・相談窓口等の名称

学校連絡先	電話番号		Eメール	@
-------	------	--	------	---

【本書と併せて以下の書類をご提出ください。 ※ 書式は問いません。】

- 1 障がいのある学生の支援について協議・検討や意思決定等を行う委員会及び障がいのある学生の支援業務を行う部署・相談窓口について、運営規程など活動内容が具体的に分かるもの
- 2 本事業の対象となるような、常時介護を要するような重度の障がいのある学生に対する支援体制の構築に向けた計画が立てられて、着実に大学等による支援が進められていることが分かるもの

※ 対象学生が初めて本事業を利用する場合については、年度途中の提出でも構いませんが、下記に提出予定年月をご記入ください。

■ 提出予定 (年 月)

- 3 対象学生が前年度から継続して本事業を利用している場合は、前年度に提出した支援体制の構築に向けた計画について、過去1年間の進捗状況が分かるもの

年 月 日

様

加古川市長

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給決定（変更）通知書

先に申請のあった加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費の支給及び負担額について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障がい者氏名		支給決定年月日	年 月 日
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	年 月 日～ 年 月 日

○ 支給内容等

大学等（学校）名	
下記の支給期間における支給量	時間
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日

○ サービス提供事業者等

事業者及びその事業所	
事業者及びその事業所	
事業者及びその事業所	
備考	

（問合せ先）

年 月 日

様

加古川市長

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給却下決定通知書

先に申請のあった加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費の支給及び負担額について、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

申 請 者 氏 名	
1 申請事項	
2 却下の理由	

(問合せ先)

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給決定事項変更申請（届出）書

（あて先） 加古川市長 様

次のとおり申請し、又は届け出ます。 申請（届出）年月日： 年 月 日

申請 （届出） 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒 (電話番号) (Eメール) @		

○ 変更事項（※）	変 更 前	変 更 後
氏 名		
居 住 地		
修学する大学等		
支 給 量		
サービス提供事業者等		
市 町 村 民 税 課 税 状 況	生活保護・非課税・課税（所得割16万円未満）・課税（所得割16万円以上）	生活保護・非課税・課税（所得割16万円未満）・課税（所得割16万円以上）
そ の 他		

※ 表中、変更部分のみ記入してください。
※ 生活保護とは、生活保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による支援給付をいいます。
※ 支給量等の支給決定に係る事項の変更にあつては申請とし、居住地等の軽易な事項の変更にあつては届出とします。

代理 申請 （届出） 時記入欄 （※）	フリガナ		申請（届出）者との関係
	氏 名		
	居 住 地	〒 (電話番号)	
	本人委任欄	私は、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給決定事項変更申請（届出）を上記の者に委任します。 (申請（届出）者名)	

※ 本人が申請する、又は届け出る場合は記入不要です。
※ 自筆による署名又は捺印をお願いします。

年 月 日

様

加古川市長

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給取消通知書

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費の支給について、下記のとおり決定を取り消しましたので通知します。

記

支給決定障がい者氏名		支給決定取消年月日	年 月 日
------------	--	-----------	-------

○ 支給内容等

大学等（学校）名	
下記の支給期間における 支給量	時間
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日

○ サービス提供事業者等

事業者及び その事業所	
事業者及び その事業所	
事業者及び その事業所	
備考	

取消理由	
------	--

（問合せ先）

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給終了届

(あて先) 加古川市長 様

次のとおり届け出ます。

届出年月日： 年 月 日

届 出 者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名			年	月	日
	居 住 地	〒 (電話番号) (Eメール) @				

○ 大学等(学校)について

大 学 等 (学 校) 名	(電話番号)
終 了 日	年 月 日

○ 利用終了理由

- ☐ 転居により加古川市の障害福祉サービスの支給対象外となるため。
- ☐ 停学その他の処分を受けたため。
- ☐ 大学等を卒業又は退学したため。
- ☐ 大学等を休学したため。
- ☐ 本事業の対象者の要件に該当しなくなったため。
- ☐ 本事業の利用を辞退するため。

代理 届出 者 記入 欄 (※)	フリガナ		届出者との関係
	氏 名		
	居 住 地	〒 (電話番号)	
	本人委任欄	私は、加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費支給終了届を上記の者に委任します。 (届出者名)	

※ 本人が届け出る場合は記入不要です。

※ 自筆による署名又は捺印をお願いします。

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費請求書

年 月 日

(あ て 先)

加古川市長 様

請求事業者	事業所番号												
	住所 (所在地)												
	電話番号												
	名称												
	職・氏名												

債権者登録番号													
口座振替金融機関名等				銀行・金庫 支店									
預金種目	1. 普通 2. 当座		口座番号										
口座名義(ｶﾅ)													

下記のとおり請求します。

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

件数	
----	--

請求金額		円
------	--	---

加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援給付費明細書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

支給決定障がい者氏名	
------------	--

請求事業者	事業所番号											
	事業者及びその事業所の名称											

利用者負担上限月額 ①					
-------------	--	--	--	--	--

給付費明細欄	日付	算定時間数		報酬単価 (1時間)	回数		費用額				摘要
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								
		時間	分								

請求額集計欄	サービス利用日数			日
	総費用額			
	1割相当額			
	利用者負担額②			
	上限月額調整(①②の内少ない数)			
	上限額管理後利用者負担額			
	決定利用者負担額			
	請求額 給付費			

	枚中		枚目
--	----	--	----

年 月 日 加古川市重度訪問介護利用者等大学等修学支援サービス提供実績記録票

フリガナ 支給決定障がい者氏名		利用者負担 上限月額	円
サービス提供期間	年 月 日 ~ 年 月 日	サービス 総提供時間	時間 分
事業者及びその事業所		事業者番号	

日付	曜日	サービス提供時間		算定 時間数	サービス 提供者 確認欄	利用者 確認欄	業 務 内 容
		開始時間	終了時間				
		:	:				
							☐ 登校準備及び登校 ☐ 学校内の移動介助
							☐ 授業準備及び授業に関する介助 ☐ 下校及び帰宅後の後片付け
							☐ 食事介助 ☐ トイレ介助 ☐ その他介助 ()
		:	:				
							☐ 登校準備及び登校 ☐ 学校内の移動介助
							☐ 授業準備及び授業に関する介助 ☐ 下校及び帰宅後の後片付け
							☐ 食事介助 ☐ トイレ介助 ☐ その他介助 ()
		:	:				
							☐ 登校準備及び登校 ☐ 学校内の移動介助
							☐ 授業準備及び授業に関する介助 ☐ 下校及び帰宅後の後片付け
							☐ 食事介助 ☐ トイレ介助 ☐ その他介助 ()
		:	:				
							☐ 登校準備及び登校 ☐ 学校内の移動介助
							☐ 授業準備及び授業に関する介助 ☐ 下校及び帰宅後の後片付け
							☐ 食事介助 ☐ トイレ介助 ☐ その他介助 ()
		:	:				
							☐ 登校準備及び登校 ☐ 学校内の移動介助
							☐ 授業準備及び授業に関する介助 ☐ 下校及び帰宅後の後片付け
							☐ 食事介助 ☐ トイレ介助 ☐ その他介助 ()
		:	:				
							☐ 登校準備及び登校 ☐ 学校内の移動介助
							☐ 授業準備及び授業に関する介助 ☐ 下校及び帰宅後の後片付け
							☐ 食事介助 ☐ トイレ介助 ☐ その他介助 ()