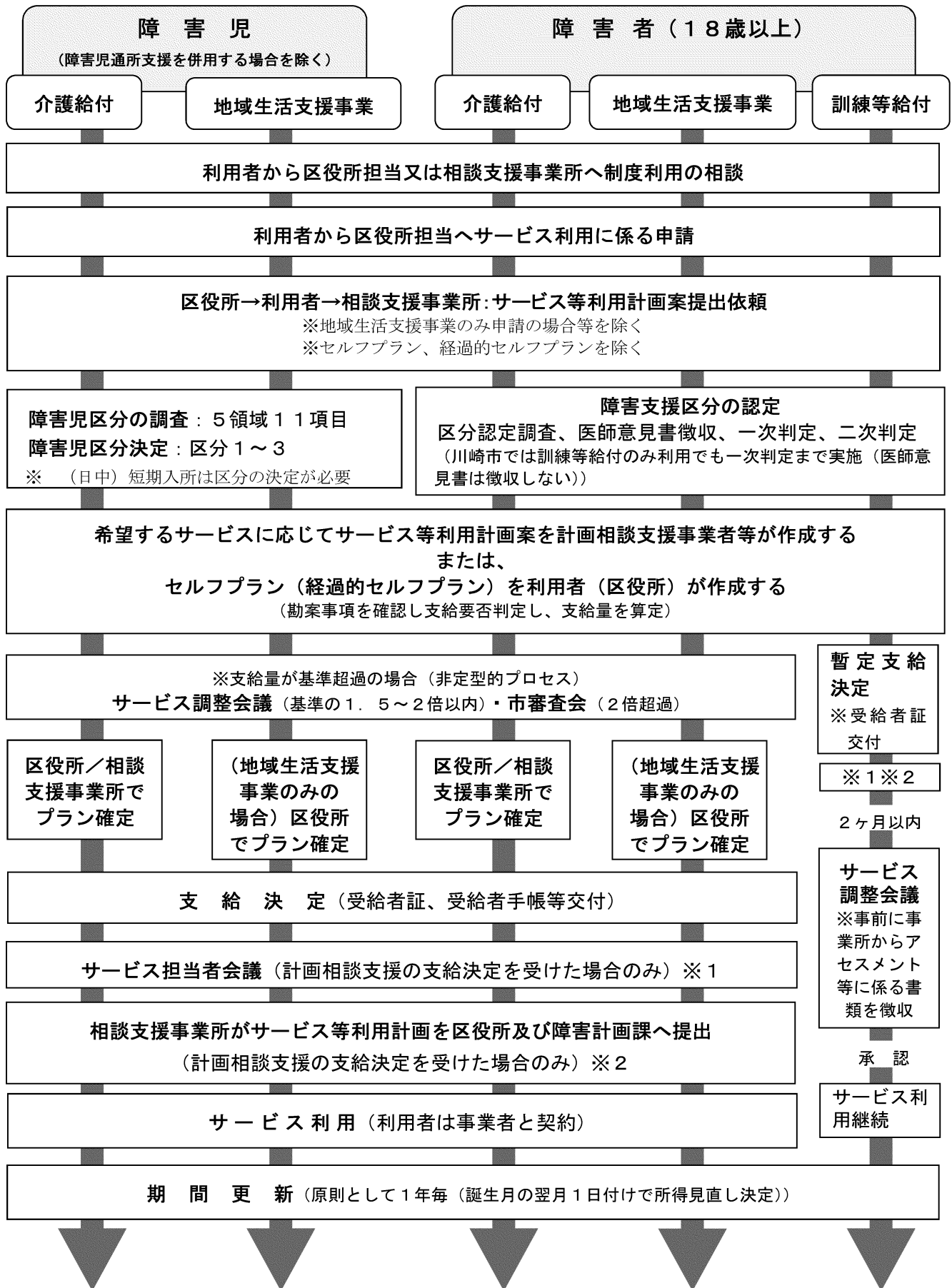


障害者の日常生活及び社会生活を総合的に
支援するための法律業務マニュアル
【抜粋版】

第1章 支給決定

I. 支給決定の流れ（※詳細は「支給決定・相談支援関係業務の手引き」を参照）



※支給決定は障害者又は障害児の保護者から申請された種類の障害福祉サービス又は地域相談支援の利用について公費（介護給付費等及び地域相談支援給付費等）で助成をすることの要否を判断するものであり、特定の事業者又は施設からサービス提供を受けるべき旨を決定するものではない。

Ⅱ. 障害福祉サービスの対象

1. 対象者

(1) 身体障害者

- ・ 身体障害者手帳所持者

(2) 知的障害者

- ・ 療育手帳所持者
- ・ 療育手帳を所持していないが、障害者更生相談所や児童相談所又は地域療育センターで知的障害があると判定や評価を受けた者(既に知的障害がないと判定等されている者を除く)

(3) 精神障害者

- ・ 精神障害者保健福祉手帳所持者
- ・ 精神障害を事由とする年金・特別障害給付金を現に受けている者
- ・ 自立支援医療(精神通院医療に限る)受給者
- ・ 精神障害の診断を受けた者(国際疾病分類 ICD-10コードの精神障害が基本。高次脳機能障害を含む)
- ・ 発達障害の診断を受けた者(知的障害がない場合は、精神障害として扱う)

(4) 難病等対象者

- ・ 医師の診断書や特定疾患医療受給者証等によって、「平成 30 年厚生労働省告示第 73 号」に定める特殊な疾病(359 疾病:対象疾病については 4～5 ページ参照)があることが確認でき、当該疾病により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者であって、障害支援区分の認定を受けた者

※ 訓練等給付であっても、難病等については障害支援区分の認定が必須

(5) 障害児(18歳未満)

- ① 障害者手帳所持者
- ② 特別児童扶養手当等を受給している者
- ③ 手帳を有しない又は手当等を受給していない場合は、市町村(保健福祉センターを含む)が対象となる障害を有するか否かを確認するか、児童相談所、療育センター等に意見を求めて確認し障害が有ると認められる者
- ④ 精神障害又は発達障害の診断を受けた者
- ⑤ 上記(4)と同様

※ふれあいガイド企画型においては、療育センターや特別支援学級の在籍等で利用可。

2. 対象年齢

- (1) 身体介護・通院等介助・行動援護・同行援護・移動支援(通学・通所支援含む)・あんしんサポート : 原則学齢児以上
- (2) 家事援助・重度訪問介護・生活サポート : 原則18歳以上
- (3) 短期入所・日中短期入所・障害児者一時預かり : 年齢は問わない(就学前でも可能)
- (4) 日中活動系・居住系 : 原則18歳以上(児童相談所の承認を得た者に限り15歳以上も可)

3. その他

(1) 生活保護受給者の介護保険

生活保護受給者についても介護保険対象者は、介護保険法による保険給付が法による給付に優先される。ただし、2号被保険者の疾病要件(特定16疾病)に該当する者であっても、医療保険加入の要件に該当しない場合は、法による給付が適用されることに注意する必要がある。(両法の適用関係についてはX. 参照)

(2) 公費負担の二重給付

児童福祉法に基づく措置を受けているもの、他法による入所等を利用しているもの、医療機関に入院(一時退院を除く)しているもの等、又は法による居住系サービス(施設入所支援、療養介護、共同生活援助)を利用している者は、1日を包括した公費(報酬)が給付されており、障害福祉サービス等を利用することは、いわゆる公費負担の二重給付にあたるため、支給決定することはできない。ただし、次の例示を除く。

- ・ 入退所日、入退院日に利用する場合

- ・ 施設入所支援及び共同生活援助利用者が日中活動系サービスを利用する場合
- ・ 共同生活援助利用者が外出に係るサービス(通院を目的としたものを除く。)を利用する場合
- ・ 入所又は入院中のものが共同生活援助の体験利用及び地域移行支援を利用する場合(それぞれ計画相談支援の併給可)
- ・ 居住系サービスの利用者が実家へ帰省中に居宅介護等を利用する場合で、居住系サービスに係る報酬が一切算定されない場合(第4章Ⅰ参照)
- ・ 同行援護、行動援護、重度訪問介護の対象となる障害者等が医療機関、療養介護事業所に入院するとき、入退院時や、入院中に医療機関から日帰りで外出する場合、1泊以上の外泊のため医療機関と外泊先を行き来する場合及び外泊先において移動の援護等を必要とする場合に、同行援護等を利用する場合。
ただし障害児入所施設については、入所する障害児に対して必要な日常生活上の支援を行うものであり、外出・外泊時に支援が必要な場合、原則として上記同行援護等を利用することはできない。ただし、特に必要と認められる場合には障害児入所施設に係る報酬が全く算定されない期間中に限り、上記同行援護等を利用することは差し支えない。
- ・ 市単独事業を利用する場合(陽光ホームで実施する共同生活援助の体験利用、桜の風もみの木ユニットで実施する体験宿泊) ※支給決定は要さない

(3) 障害福祉サービスの同時利用等

訪問系サービスは同時時間帯に複数種類を利用することはできない。また、同様に訪問系サービスを利用している時間帯に他のサービス(往診、訪問介護、訪問入浴サービス等)を利用することもできない。ただし、居宅介護等の複数人派遣の要件を満たす場合で、ヘルパーと訪問看護師の二人で対応する場合は可。

さらに、日中活動系サービスは(2)と同様の趣旨により同日に複数箇所利用することはできない(第3章Ⅱ.(5)参照)

(4) 疾病等によるサービス利用

障害福祉サービスは、「障害に起因する障壁や困難さを解消するための支援」であるため、疾病や怪我等に起因して必要となった支援に対して支給決定することはできない。

(5) 障害児のサービス利用

障害福祉サービスの一部には障害者のみを対象としたサービスがある(重度訪問介護、日中活動系サービス、居住系サービス等)。障害児は当該サービスを原則利用できないが、当該児が15歳以上である場合は、児童福祉法第63条の2及び第63条の3の規定に基づき、区が徴収する児童相談所長の意見書をもって利用できる。

平成30年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（359疾病）

※ 新たに対象となる疾病（1疾病）

△ 表記が変更された疾病（3疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

番号	疾病名	番号	疾病名	番号	疾病名
1	アイカルディ症候群	64	偽性副甲状腺機能低下症	127	鰓耳腎症候群
2	アイザックス症候群	65	ギャロウェイ・モフト症候群	128	再生不良性貧血
3	I g A腎症	66	急性壊死性脳症 ○	129	サイトメガロウィルス角膜炎 ○
4	I g G 4 関連疾患	67	急性網膜壊死 ○	130	再発性多発軟骨炎
5	亜急性硬化性全脳炎	68	球脊髄性筋萎縮症	131	左心低形成症候群
6	アジソン病	69	急速進行性糸球体腎炎	132	サルコイドーシス
7	アッシャー症候群	70	強直性脊椎炎	133	三尖弁閉鎖症
8	アトピー性骨髄炎	71	強皮症	134	三頭筋素欠損症
9	アペール症候群	72	巨細胞性動脈炎	135	CFC症候群
10	アミロイドーシス	73	巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）	136	シェーグレン症候群
11	アラジール症候群	74	巨大動脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）	137	色素性乾皮症
12	アルポート症候群	75	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症	138	自己食空腔性ミオパチー
13	アレキサンダー病	76	巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）	139	自己免疫性肝炎
14	アンジェルマン症候群	77	筋萎縮性側索硬化症	140	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
15	アントレー・ピクスラー症候群	78	筋型糖原病	141	自己免疫性溶血性貧血
16	イソ古草酸血症	79	筋ジストロフィー	142	四肢形成不全 ○
17	一次性ネフローゼ症候群	80	クッシング病	143	シトステロール血症
18	一次性膜性増殖性糸球体腎炎	81	クリオピリン関連周期熱症候群	144	シトリン欠損症
19	1 p 36欠失症候群	82	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群	145	紫斑病性腎炎
20	遺伝性自己炎症疾患	83	クルーゾン症候群	146	脂肪萎縮症
21	遺伝性ジストニア	84	グルコーストランスポーター 1 欠損症	147	若年性特発性関節炎 △
22	遺伝性周期性四肢麻痺	85	グルタル酸血症1型	148	若年性肺炎腫
23	遺伝性脾炎	86	グルタル酸血症2型	149	シャルコー・マリー・トウース病
24	遺伝性鉄芽球性貧血	87	クロウ・深癩症候群	150	重症筋無力症
25	ウィーバー症候群	88	クローン病	151	修正大血管転位症
26	ウィリアムズ症候群	89	クローンカイト・カナダ症候群	152	ジュベール症候群関連疾患 △
27	ウィルソン病	90	痙攣重積型（二相性）急性脳症	153	シュワルツ・ヤンベル症候群
28	ウエスト症候群	91	結節性硬化症	154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
29	ウェルナー症候群	92	結節性多発動脈炎	155	神経細胞移動異常症
30	ウォルフラム症候群	93	血栓性血小板減少性紫斑病	156	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
31	ウルリッヒ病	94	限局性皮膚異形成	157	神経線維腫症
32	HTLV-1 関連脊髄症	95	原発性局所多汗症 ○	158	神経フェリチン症
33	A T R-X 症候群	96	原発性硬化性胆管炎	159	神経有棘赤血球症
34	A D H 分泌異常症	97	原発性高脂血症	160	進行性核上性麻痺
35	エーラス・ダンロス症候群	98	原発性側索硬化症	161	進行性骨化性線維異形成症
36	エプスタイン症候群	99	原発性胆汁性胆管炎	162	進行性多巣性白質脳症
37	エプスタイン病	100	原発性免疫不全症候群	163	進行性白質脳症
38	エマヌエル症候群	101	顕微鏡的大腸炎 ○	164	進行性ミオクローヌスてんかん
39	遠位型ミオパチー	102	顕微鏡的多発血管炎	165	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
40	円錐角膜 ○	103	高 I g D 症候群	166	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
41	黄色靱帯骨化症	104	好酸球性消化管疾患	167	スタージ・ウェーバー症候群
42	黄斑ジストロフィー	105	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	168	スティーヴンス・ジョンソン症候群
43	大田原症候群	106	好酸球性副鼻腔炎	169	スミス・マギニス症候群
44	オクシピタル・ホーン症候群	107	抗糸球体基底膜腎炎	170	スモン ○
45	オスラー病	108	後縦靱帯骨化症	171	脆弱X症候群
46	カーニー複合	109	甲状腺ホルモン不応症	172	脆弱X症候群関連疾患
47	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	110	拘束型心筋症	173	正常圧水頭症 ○
48	潰瘍性大腸炎	111	高チロシン血症1型	174	成人スチル病
49	下垂体前葉機能低下症	112	高チロシン血症2型	175	成長ホルモン分泌亢進症
50	家族性地中海熱	113	高チロシン血症3型	176	脊髄空洞症
51	家族性良性慢性天疱瘡	114	後天性赤芽球病	177	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
52	カナバン病	115	広範脊髄管狭窄症	178	脊髄髄膜瘤
53	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群	116	抗リン脂質抗体症候群	179	脊髄性筋萎縮症
54	歌舞伎症候群	117	コケイン症候群	180	セピアブテリン還元酵素(SR)欠損症
55	カラクトース-1-リン酸ウリシルトランスフェラーゼ欠損症	118	コステロ症候群	181	前眼部形成異常
56	カルニチン回路異常症	119	骨形成不全症	182	全身性エリテマトーデス
57	加齢黄斑変性 ○	120	骨髄異形成症候群 ○	183	先天異常症候群
58	肝型糖原病	121	骨髄線維症 ○	184	先天性横隔膜ヘルニア
59	間質性膀胱炎（ハンナ型）	122	ゴナドトロピン分泌亢進症	185	先天性核上性球麻痺
60	環状20番染色体症候群	123	5 p 欠失症候群	186	先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症 △
61	関節リウマチ	124	コフィン・シリズ症候群	187	先天性魚鱗癬
62	完全大血管転位症	125	コフィン・ローリー症候群	188	先天性筋無力症候群
63	眼皮膚白皮症	126	混合性結合組織病	189	先天性グリコシルホスファチシルイノシトール（GPI）欠損症

平成30年4月1日からの障害者総合支援法の対象疾病一覧（359疾病）

※ 新たに対象となる疾病（1疾病）

△ 表記が変更された疾病（3疾病）

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病（29疾病）

番号	疾病名	番号	疾病名	番号	疾病名
190	先天性三尖弁狭窄症	249	那須・ハコラ病	308	ペリー症候群
191	先天性腎性尿崩症	250	軟骨無形成症	309	ペレーシド角膜辺縁変性症 ○
192	先天性赤血球形成異常性貧血	251	難治頻回部分発作重精型急性脳炎	310	ヘルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）
193	先天性僧帽弁狭窄症	252	22q11.2欠失症候群	311	片側巨脳症
194	先天性大脳白質形成不全症	253	乳幼児肝巨大血管腫	312	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
195	先天性肺静脈狭窄症	254	尿素サイクル異常症	313	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
196	先天性風疹症候群 ○	255	ヌーナン症候群	314	発作性夜間ヘモグロビン尿症
197	先天性副腎低形成症	256	ネイル/パテラ症候群（爪膝蓋角症候群）/LMX1B関連腎症	315	ポルフィリン症
198	先天性副腎皮質酵素欠損症	257	脳腱黄色腫症	316	マリネスコ・シェーグレン症候群
199	先天性ミオパチー	258	脳表ヘモジデリン沈着症	317	マルファン症候群
200	先天性無痛無汗症	259	膿疱性乾癬	318	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多発性運動ニューロパチー
201	先天性葉酸吸収不全	260	嚢胞性線維症	319	慢性血栓性肺高血圧症
202	前頭側頭葉変性症	261	パーキンソン病	320	慢性再発性多発性骨髄炎
203	早期ミオクロニー脳症	262	パージャー病	321	慢性肝炎 ○
204	総動脈幹遺残症	263	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症	322	慢性特発性偽性腸閉塞症
205	総排泄腔遺残	264	肺動脈性肺高血圧症	323	ミオクロニー欠てんかん
206	総排泄腔外反症	265	肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）	324	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
207	ソトス症候群	266	肺胞低換気症候群	325	ミトコンドリア病
208	ダイヤモンド・ブラックファン貧血	267	パッド・キアリ症候群	326	無虹彩症
209	第14番染色体父親性ダイソミー症候群	268	ハンチントン病	327	無脾症候群
210	大脳皮質基底核変性症	269	汎発性特発性骨増殖症 ○	328	無βリボタンパク血症
211	大理石骨病	270	P C D H 19関連症候群	329	メーブルシロップ尿症
212	ダウン症候群 ○	271	非ケトーシス型高グリシン血症	330	メチルグルタコン酸尿症
213	高安動脈炎	272	肥厚性皮膚骨膜炎	331	メチルマロン酸血症
214	多系統萎縮症	273	非ジストロフィー性ミオトニー症候群	332	メビウス症候群
215	タナトフォリック骨異形成症	274	皮膚下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈瘤症	333	メンケス病
216	多発血管炎性肉芽腫症	275	肥大型心筋症	334	網膜色素変性症
217	多発性硬化症／視神経脊髄炎	276	左肺動脈右肺動脈起始症	335	もやもや病
218	多発性軟骨性外骨腫症 ○	277	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症	336	モワット・ウィルソン症候群
219	多発性嚢胞腎	278	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症	337	薬剤性過敏症症候群 ○
220	多脾症候群	279	ピッカースタッフ脳幹脳炎	338	ヤング・シンブソン症候群
221	タンジール病	280	非典型溶血性尿毒症症候群	339	優性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○
222	単心室症	281	非特異性多発性小腸潰瘍症	340	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
223	弾性線維性仮性黄色腫	282	皮膚筋炎／多発性筋炎	341	4p欠失症候群
224	短腸症候群 ○	283	びまん性汎細気管支炎 ○	342	ライソゾーム病
225	胆道閉鎖症	284	肥満低換気症候群 ○	343	ラスムッセン脳炎
226	遅発性内リンパ水腫	285	表皮水疱症	344	ランゲルハンス細胞組織球症 ○
227	チャーン症候群	286	ヒルシュスブルグ病（全結腸型又は小腸型）	345	ランドウ・クレフナー症候群
228	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	287	VATER症候群	346	リジン尿性蛋白不耐症
229	中毒性表皮壊死症	288	ファイファー症候群	347	両側性小耳症・外耳道閉鎖症 ○
230	腸管神経節細胞減少症	289	ファロー四徴症	348	両大血管右室起始症
231	TSH分泌亢進症	290	ファンconi貧血	349	リンパ管腫症/ゴーハム病
232	TNF受容体関連周期性症候群	291	封入体筋炎	350	リンパ脈管筋腫症
233	低ホスファターゼ症	292	フェニルケトン尿症	351	類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）
234	天疱瘡	293	複合カルボキシラーゼ欠損症	352	ルビンシュタイン・ティビ症候群
235	禿頭と変形性骨症を伴う常染色体劣性白質脳症	294	副甲狀腺機能低下症	353	レーベル遺伝性視神経症
236	特発性拡張型心筋症	295	副腎白質ジストロフィー	354	レタチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
237	特発性間質性肺炎	296	副腎皮質刺激ホルモン不応症	355	劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○
238	特発性基底核石灰化症	297	ブラウ症候群	356	レット症候群
239	特発性血小板減少性紫斑病	298	ブラダー・ウィリ症候群	357	レノックス・ガストー症候群
240	特発性血症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）	299	プリオン病	358	ロスマンド・トムソン症候群
241	特発性後天性全身性無汗症	300	プロピオン酸血症	359	肋骨異常を伴う先天性側弯症
242	特発性大腿骨頭壊死症	301	PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症）		
243	特発性多中心性キャッスルマン病 ※	302	閉塞性細気管支炎		
244	特発性門脈圧亢進症	303	β-ケトチオラーゼ欠損症		
245	特発性両側性感音難聴	304	ベーチェット病		
246	突発性難聴 ○	305	ベスレムミオパチー		
247	ドラベ症候群	306	ヘパリン起因性血小板減少症 ○		
248	中條・西村症候群	307	ヘモクロマトーシス ○		

Ⅲ. 申請受理

1. 申請者

障害者：原則本人。後見人が選任されている場合は後見人。

障害児：保護者等。

※ 家族による代理や相談支援事業者又は共同生活援助事業所職員等による代行は可能

2. 新規申請時に必要な書類及び確認事項

(1) 申請時に必要な書類等

	書類名	内 容
①	介護給付費等支給決定申請書兼利用者負担減額・免除申請書	変更・更新・取消申請時と様式が異なるので注意。
②	課税状況等確認同意書兼収入等申告書	マイナンバーにより、収入等申告書については申請内容に応じて必要事項のみ記載が必要となる。 ※地域生活支援事業のみ利用希望の場合は必須
③	同意書	障害福祉サービス等や計画相談支援を利用するにあたっての個人情報の取り扱いに関する同意書。
④	サービス等利用計画案	申請後に必要。 ※地域生活支援事業のみ利用希望する場合は不要
⑤	その他	状況に応じて、(2)の書類等が必要。 セルフプラン希望時には「セルフプラン申出書」が必要。

※地域生活支援事業(第5章参照)のみの利用希望の場合、個人番号(マイナンバー)については法内サービスとは異なり対象外の事業であるため、①に個人番号の記載は求めない。

(2) 利用者負担認定のために必要な書類

	書類名	必要となる事由	備考
①	マイナンバー、住民税課税証明書等 (住民税の課税額が確認できる書類)	利用負担上限月額認定	以下の場合に限り提出が必要。 ・所得区分判定を行う課税年度の賦課基準日(例:平成30年度であれば、平成30年1月1日)時点で川崎市に居住しておらず、福祉システムから課税状況を取得できない場合で①申請書にマイナンバーの記載がない場合、②地域生活支援事業のみの申請をする場合 提出が必要な資料 ・市民税特別徴収税額の通知書、納税通知書の写しでも可。 ・非課税の場合は非課税証明書。 ・本人と配偶者の分が必要。児童の場合は住民票同一世帯の全員分が必要(扶養関係が確認できれば扶養者分のみで可。)
②	障害者の年金の種類と金額が確認できる書類(年金振込通知書等の写し)	低所得1又は2、特定障害者特別給付額(補足給付費)、医療型個別減免の認定、算定	以下の者が必要 ・(1)③の同意を拒む者 ・所得区分判定に用いる年度の基準日 (例:平成30年度であれば、平成30年1月1日現在)に本市に居住していない者 ・被扶養者による非課税者のため、市民税申告を行っていない者
③	源泉徴収票等収入額が確認できる書類(一般就労の場合)		

④	工賃証明		・施設入所支援における特定障害者特別給付額(補足給付費)の算定のみ必要
⑤	所得税等の租税・社会保険料の金額が確認できる書類(源泉徴収票、国民健康保険料納付証明書、等)		・施設入所支援における、特定障害者特別給付額(補足給付費)、医療型個別減免の算定のみ必要
⑥	国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証		・医療型個別減免の認定、算定のみ必要 ・健康保険証の内容については、マイナンバーで照会可能。
⑦	その他	その他必要書類については、適宜「障害福祉サービス・障害児通所支援等の利用者負担認定の手引き」(厚生労働省発出)を参照。	

3. 期間更新時に必要な書類及び事務手順

(1) 申請時に必要な書類等

	書類名	内 容
①	介護給付費等支給決定申請書兼利用者負担減額・免除変更申請書	新規申請時と様式が異なるので注意。
②	課税状況等確認同意書兼収入等申告書	以前に申請があり、マイナンバーにて確認できることから、同意書の状況が変わらなければ不要。
③	同意書	
④	サービス等利用計画案	申請後に必要。 ※サービスの新規追加(加算のみ追加は除く)・支給決定期間更新(加算のみ更新は除く)・支給量増決定、障害支援区分更新の場合以外は不要 ※地域生活支援事業のみ利用希望する場合は不要
⑤	その他	状況に応じて必要書類を徴収する。

(2) 利用者へ送付する書類

	書類名	内 容
①	介護給付費等支給決定申請書兼利用者負担減額・免除変更申請書	②、③については以前に申請があり、マイナンバーにて確認できることから、同意書の状況が変わらなければ不要。
②	課税状況・収入等申告書兼課税状況等確認同意書	
③	同意書	
④	障害福祉サービス利用期間等の満了に伴う手続きについて(お知らせ)	原則更新日の3か月前に福祉システムより出力。
⑤	(別紙) 申請手続き方法について	手続きに必要な書類を記載したもの。
⑥	サービス等利用計画・障害児支援利用計画のご案内	サービス等利用計画・障害児支援利用計画について記載したもの。

4. 変更申請時に必要な書類

申請時に必要な書類等

	書類名	内 容
①	介護給付費等支給決定申請書兼利用者負担減額・免除変更申請書	新規申請時と様式が異なるので注意。
②	サービス等利用計画案	申請後に必要。 ※サービスの新規追加(加算のみ追加は除く)・支給決定期間更新(加算のみ更新は除く)・支給量増決定、障害支援区分更新の場合以外は不要 ※地域生活支援事業のみ利用希望する場合は不要
③	その他	状況に応じて必要書類を徴収する。

※申請する内容に応じ、必要な書類等を徴収し、処理すること

5. 取消申請時に必要な書類

申請時に必要な書類等

	書類名	内 容
①	介護給付費等支給決定申請書兼利用者負担減額・免除変更申請書	新規申請時と様式が異なるので注意。

※全てのサービスを終了する(取消する)場合は、申請書を徴収する

6. マイナンバーの利用開始に伴い必要な書類

(1) 本人確認(本人が申請される場合): 番号確認と身元確認が必要

- ① 番号確認方法:「個人番号カード(写真つき)」または、「通知カード(写真なし)」で番号を確認する。
- ② 身元確認方法:通知カード提示の場合、次のいずれかの書類にて、身元確認を行う。

写真付きの書類の場合は1種類、写真なしの書類の場合は2種類の書類で確認を行う。

1種類(写真あり)	運転免許証、運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る)、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書
2種類(写真なし)	国民健康保険、健康保険、船員保険、後期高齢者医療若しくは介護保険の被保険者証、健康保険日雇特例被保険者手帳、国家公務員共済組合若しくは地方公務員共済組合の組合員証、私立学校教職員共済制度の加入者証、国民年金手帳、児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書、障害福祉サービス受給者証等

(2) 代理確認(代理人が申請される場合): 番号確認、代理権確認、代理人の身元確認が必要

- ① 番号確認方法:本人の「個人番号カード(写真つき)」の写し、または、「通知カード(写真なし)」の写しで番号を確認。
- ② 代理権の確認:次のいずれかの書類の提示が必要。

・委任状:法人の場合、当該法人の商号又は名称及び本店又は主たる事業所の所在地が記載されていること。

・委任者と代理人との関係が確認できる書類

③ 代理人の身元確認:次のいずれかの書類にて、代理人の身元確認を行う。

写真付きの書類の場合は1種類、写真なしの書類の場合は2種類の書類で確認を行う。

1種類(写真あり)	個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る)、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード又は特別永住者証明書
2種類(写真なし)	国民健康保険、健康保険、船員保険、後期高齢者医療若しくは介護保険の被保険者証、健康保険日雇特例被保険者手帳、国家公務員共済組合若しくは地方公務員共済組合の組合員証、私立学校教職員共済制度の加入者証、国民年金手帳、児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書、障害福祉サービス受給者証等

※代理人が法人の場合、上記に代わり「登記事項証明書その他の官公署から発行され、又は発給された書類及び現に個人番号の提供を行う者と当該法人との関係を証する書類(当該法人の商号又は名称及び本店又は主たる事業所の所在地の記載があるものに限る。)」の提示が必要。

7. 受給者証の返還について

受給資格の取消、喪失の場合には受給者証を返還する必要がある。

IV. 障害支援区分認定

1. 障害支援区分認定の要否(障害者)

サービスの種類			障害支援区分認定の要否・説明
介護給付			必要
地域生活 支援事業	移動支援事業		必要(区分1以上を要件とするため)
	日中一時支援事業	日中短期入所	必要(短期入所に準じて区分による報酬としているため)
		障害児者一時預かり	必ずしも必要ではない。ただし、他のサービスとの併用や、区分により介護給付利用の可能性、区分認定を必要とするサービス類型もあるため、明らかにそのみの利用である場合を除いて区分認定を行うことを原則とする。
	生活サポート事業		
訓練等給付※			

※ 共同生活援助は、身体介護サービスの必要性がある場合、区分認定を行う（詳細は第4章参照）

※ 難病等対象者については、区分認定を行う（Ⅱ. 参照）

2. 認定調査について

- ・ 障害支援区分認定に係る調査は、①概況調査、②区分認定調査(80項目)からなる。
- ・ 障害支援区分認定を行わない場合(明らかに訓練等給付のみの利用である場合等)においても、本人の心身の状況等を把握する必要があるため、調査だけは実施する。あくまでも、支給決定の可否判断のために行うものであるため、対外的な効力はない。

3. 認定有効期間(川崎市における考え方)

国は、認定有効期間は3年を基本とし、障害者の心身の状況から状態が変動しやすいと考えられる場合においては、市町村審査会の意見に基づいて3ヶ月以上3年未満の範囲で有効期間を短縮できることとしている。

川崎市においては、認定期間に誕生月ルール(誕生日が含まれる月の末日をもって有効期限を終了すること)を採用しているため、認定有効期間は次のとおり運用することと申し合わせた。また、事務の実施にあたっては「誕生月別認定期間早見表」を活用する。

(1) 審査会の期間についての意見は次の2通りとする

- ・ 短縮しない(原則通り3年間) : 「3年」と表現
- ・ 短縮する : 「1年」と表現

(2) 実際の期間設定は誕生月による

- ・ 3年 : 3回目の誕生月末
- ・ 1年 : 1回目の誕生月末 ※ただし、1回目の誕生月末では期間が6ヶ月以下になる場合は2回目の誕生月末とする

誕生月別認定期間早見表		
	3年(短縮しない)	1年(短縮する)
誕生月から開始 (例:1月生で1月から開始)	25ヶ月	13ヶ月
誕生月の翌月から開始 (例:1月生で2月から開始)	36ヶ月	12ヶ月
誕生月の2ヶ月後から開始 (例:1月生で3月から開始)	35ヶ月	11ヶ月
誕生月の3ヶ月後から開始 (例:1月生で4月から開始)	34ヶ月	10ヶ月
誕生月の4ヶ月後から開始 (例:1月生で5月から開始)	33ヶ月	9ヶ月
誕生月の5ヶ月後から開始 (例:1月生で6月から開始)	32ヶ月	8ヶ月
誕生月の6ヶ月後から開始 (例:1月生で7月から開始)	31ヶ月	7ヶ月
誕生月の7ヶ月後から開始 (例:1月生で8月から開始)	30ヶ月	18ヶ月
誕生月の8ヶ月後から開始 (例:1月生で9月から開始)	29ヶ月	17ヶ月
誕生月の9ヶ月後から開始 (例:1月生で10月から開始)	28ヶ月	16ヶ月
誕生月の10ヶ月後から開始 (例:1月生で11月から開始)	27ヶ月	15ヶ月
誕生月の11ヶ月後から開始 (例:1月生で12月から開始)	26ヶ月	14ヶ月

2回目誕生日

4. 障害支援区分の更新

- ・ 障害支援区分は有効期間満了日までに更新しなければならない。
- ・ 更新申請の始期に関しては明確な定めがないが、概ね3ヶ月前を目安とし、遠方等事情のある場合は6ヶ月程度の幅を持つこともやむを得ない。
- ・ 認定の手順については新規と同様。

5. 区分変更申請

有効期間満了日を待たずに、状態が変化し、区分の変更が必要な場合には、区分変更申請をすることができる。区分変更の相談があった場合は、具体的な状況を聞き取り、状態が変化したのか、単なる区分に対する不服等なのかを判断し対処する必要がある。

6. 転出入時における障害支援区分認定の取扱い

市町村間による転出入の場合、転入先市町村において、転出元市町村で決定した障害支援区分及び期間を引き継ぐことができる。

7. 障害児の取扱い

発達途上で障害の状況が変化すること等で障害支援区分は設けないが、障害の種類や程度の把握のために「5領域11項目」の項目の調査を行った上で、支給の要否及び支給量を決定する。短期入所、日中短期入所を利用の際は調査に基づいて障害児区分1～3を決定する。

(1) 障害児調査票(5領域11項目)

障害児の支給決定においても、障害者の支給決定と同様に勘案すべき事項(第2章-IV参照)を勘案して支給の要否、支給量を決定する。対象児童の障害の種類や程度は次の5領域11項目の調査により把握する。

この調査は保護者からの聞き取りにより行い、新規決定以外については、児童は加齢により状況の変化が著しくあるため、1年毎の更新時にも調査を行う。

	項目	区分	判断基準
①	食事	・全介助	全面的に介助を要する
		・一部介助	おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する
②	排せつ	・全介助	全面的に介助を要する
		・一部介助	便座に座らせてもらうなど一部介助を要する
③	入浴	・全介助	全面的に介助を要する
		・一部介助	身体を洗ってもらうなど一部介助を要する
④	移動	・全介助	全面的に介助を要する
		・一部介助	手を貸してもらうなど一部介助を要する
⑤	行動障害 及び 精神症状	・ほぼ毎日（週 5 日以上）支援や配慮等が必要	調査日前の 1 週間に週 5 日以上現れている場合、又は調査日前の 1 ヶ月間に 5 日以上現れている週が 2 週以上ある場合
		・週に 1 回以上の支援や配慮等が必要	調査日前の 1 ヶ月間に毎週 1 回以上現れている場合、又は調査日前の 1 ヶ月間に 2 回以上現れている週が 2 週以上ある場合
			（１）強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠ける行動。 （２）睡眠障害や食事・排せつに係る不適応行動（多飲水や過飲水を含む）。 （３）自分を叩いたり傷つけたり他人を叩いたり蹴ったり、器物を壊したりする行為。 （４）気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下したりする。 （５）再三の手洗いや繰り返しの確認のため日常動作に時間がかかる。 （６）他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加が出来ない。また、自室に閉じこもって何もしないでいる。 （７）学習障害のため、読み書きが困難。

※通常の発達において必要とされる介助等は除く。

（２）障害児区分

短期入所・日中短期入所は障害児区分の決定が必要である。障害児区分は次の基準により決定する。

区分 3	障害児調査票の①～④の項目のうち「全介助」が 3 項目以上、又は⑤の項目のうち「ほぼ毎日（週 5 日以上）支援や配慮等が必要」が 1 項目以上
区分 2	障害児調査票の①～④の項目のうち「全介助」若しくは「一部介助」が 3 項目以上、又は⑤の項目のうち「週に 1 回以上の支援や配慮等が必要」が 1 項目以上
区分 1	区分 3 又は区分 2 に該当しない児童で、障害児調査票の①～④の項目のうち「全介助」又は「一部介助」が 1 項目以上

V. 支給基準超過の取扱い(非定型的プロセス)

サービス等利用計画に基づく1ヶ月の支給量(時間)が支給基準を超過する場合は、必要性を一定の手続きにより審査し、支給決定の可否を決定する。これを「非定型的プロセス」とする。「非定型的プロセス」を適用するのは1ヶ月あたりの時間数で決定する訪問型のサービスで、具体的には居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、移動支援事業、生活サポート事業である。

1. 基準超過の判断

支給基準超過の判断は、サービス等利用計画における「週間利用量の4.5倍」量で支給基準と比較する。実際の支給量(4週+3日)との比較ではない点に注意。居宅介護・重度訪問介護・行動援護については単位数に換算して比較。同行援護・移動支援事業・生活サポート事業は時間そのまま取り扱う。

$$\text{「週間利用量の4.5倍」} = \text{「1週間の利用時間」} \times 4.5 + \text{「不定期利用時間」}$$

サービスの種類ごとに「4.5倍」時間を算出し、単位を掛け合わせ支給基準と比較する。

《サービスの種類ごとの単価》(1時間あたりの単位数)

※ 重度訪問介護の表示は 居宅内 / 移動分含む

身体介護	392 単位	家事援助	191 単位	通院等乗降介助	98 単位
通院(身介あり)	392 単位	通院(身介なし)	191 単位	行動援護	402 単位
重度訪問(基本)	184/284 単位	重度訪問(区分6)	200/300 単位	重度訪問(重度包括)	212/312 単位

《支給基準一覧表》(1ヶ月あたりの単位数) ※ 国庫負担基準を参考に設定 ※ 重度訪問介護の区分3は経過措置

サービス種類	支給基準条件	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	障害児	重度包括対象
居宅介護	介護保険対象	2,930単位	3,790単位	5,580単位	10,480単位	16,780単位	24,150単位	—	42,560単位
	共同生活援助利用	—	—	—	3,550単位	5,620単位	9,180単位	—	69,830単位
	日中活動利用	2,930単位	3,790単位	5,580単位	10,480単位	16,780単位	24,150単位	—	69,830単位
	条件なし	2,930単位	3,790単位	5,580単位	10,480単位	16,780単位	24,150単位	9,420単位	69,830単位
重度訪問介護	介護保険対象	—	—	—	16,020単位	16,020単位	16,020単位	—	42,560単位
	共同生活援助利用	—	—	—	8,060単位	10,340単位	16,370単位	—	69,830単位
	日中活動利用	—	—	11,690単位	15,100単位	19,350単位	26,720単位	—	69,830単位
	条件なし	—	—	21,500単位	26,920単位	33,740単位	48,110単位	—	69,830単位
行動援護	共同生活援助利用	—	—	2,440単位	2,440単位	2,440単位	2,440単位	—	69,830単位
	日中活動利用	—	—	11,290単位	14,690単位	18,660単位	22,490単位	—	69,830単位
	条件なし	—	—	14,790単位	19,930単位	26,500単位	34,440単位	18,820単位	69,830単位
GH受託居宅介護	—	—	150分	600分	900分	1,300分	1,900分	—	1,900分
同行援護	—	40時間(すべての区分に共通)							
移動支援	—	40時間(すべての区分に共通)							
通学・通所支援	—	46回(すべての区分に共通)							
あんしんサポート	—	23時間(すべての区分に共通)							
生活サポート	—	15時間(すべての区分に共通)							

※ 同サービス種類で複数の箇所に該当する場合は、表内でより右上の単位を採用する

2. 基準超過の手続き方法

(1) サービス調整会議

支給基準の1.5倍を超過する場合は、サービス調整会議に諮る。2倍以内の基準超過については、サービス調整会議の承認により決定可能。

(2) 市審査会

支給基準の2倍を超過する場合については、サービス調整会議の承認後、さらに市審査会に諮り承認を得る必要がある。市審査会は専門的な見地から計画の妥当性を審査し、意見を区に伝える。

(3) 変更・更新時における取扱い

- ① 変更 : さらに増量を要する場合は再度上記手順による承認が必要。時間帯変更、事業所変更等の支給量に影響のない変更や減量については非定型的プロセスの省略が可能。
- ② 更新 : 計画に変更がなくとも基準の1.5倍を超過する場合はサービス調整会議に諮る。

3. 事例

(1) 居宅介護を利用する場合の例(類型ごとに単位換算し、それらを合算した単位数と居宅介護の支給基準を比較する)

【事例1】 条件なし、区分5、身体介護2時間を毎日、家事援助1時間を週4回利用

〈計算〉 身体介護 2時間×7日×4.5×392単位=24,696単位、家事援助 1時間×4回×4.5×191単位=3,438単位

⇒ 24,696単位+3,438単位=28,134単位

〈判断〉 条件なし、区分5の居宅介護支給基準の1.5倍は、16,780単位×1.5=25,170単位、2倍は、16,780単位×2=33,560単位であるため、それぞれ24,696単位と比較した結果、サービス調整会議のみ必要となる(市審査会は不要)。

(2) 居宅介護・重度訪問介護・行動援護の併用がある場合の例(サービス種類ごとに支給基準と比較する)

【事例2】 日中活動系利用者、区分3、身体介護1.5時間を週5回、行動援護5時間を週2回

〈計算〉 身体介護 1.5時間×5日×4.5×392単位=13,230単位

行動援護 5時間×2回×4.5×402単位=18,090単位

〈判断〉 日中活動系利用者、区分3の支給基準の1.5倍及び2倍はそれぞれ、

身体介護 5,580単位×1.5=8,370単位、5,580単位×2=11,160単位

行動援護 11,290単位×1.5=16,935単位、11,290単位×2=22,580単位

となり、身体介護については2倍を、行動援護については1.5倍を超過する。この場合、ケースとして市審査会に諮ることとなる(サービスごとの支給量についての適否でなく、計画全体の適否を総合的に判断するため)。

(3) 同行援護、移動支援事業、生活サポート事業を利用する場合の例(単位換算せずに時間で扱う)

【事例3】 区分3 移動支援8時間:週2回、不定期3時間:月3回

〈計算〉 移動支援 8時間×2回×4.5+3時間×3回=81時間

〈判断〉 移動支援は基準(40時間)超過、2倍超えのためサービス調整会議と市審査会に諮る。

※ これらのサービスは区分にかかわらず基準は一定である。

(4) 共同生活援助の受託居宅介護を利用する場合は、分単位の時間により判断する。

(5) 介護保険への上乗せに係る基準超過についても本項に準じた取り扱いとする。ただし、介護保険サービスを対応する障害福祉サービスに換算し、上乗せ分と合算の上、基準超過の判断をする。(詳細はX. 参照)

(6) 短期入所における長期(連続)利用については、30日までを限度とする。また、年間利用日数については、1年の半分(180日)を目安にすること。

VI. 訓練等給付と暫定支給決定

1. 暫定支給決定について

訓練等給付は一定期間の訓練を行うサービスであるが、共同生活援助、就労継続支援B型、就労定着支援及び自立生活援助を除き、障害者本人の希望を尊重しつつ、その能力及び適性に応じ、より適切なサービスの利用を図る観点から、サービスの継続利用について利用者の最終的な希望を確認した上で、そのサービスの利用が適切か否かの客観的な判断を行うための期間（「暫定支給決定期間」という。）を設定した支給決定を行う。

暫定支給決定期間は2ヶ月（※）とする。実際の支給決定は、開始時に暫定期間を含む1年以内（就労継続支援A型は3年以内。いずれも通常の誕生月ルールに基づき期間設定）で支給決定し、2ヶ月以内にサービス調整会議において審議する。

2. 暫定支給決定対象サービスと標準利用期間

サービス名称	標準利用期間(原則、連続して利用出来る最長期間)
自立訓練(機能訓練)	18ヶ月(頸椎損傷による四肢麻痺又は類する場合は36ヶ月)
自立訓練(生活訓練)	24ヶ月(長期入院・入所等していたものは36ヶ月)
宿泊型自立訓練	24ヶ月(長期入院・入所等していたものは36ヶ月)
就労移行支援	24ヶ月
就労継続支援A型	なし

※ 訓練等給付のうち共同生活援助、就労継続支援B型、就労定着支援及び自立生活援助は暫定支給決定の対象外。

※ 長期入院は概ね1年を目安とするが、1年に満たない場合でも個別状況によって判断する(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課「平成24年度障害福祉サービス等報酬改定に関するQ&A(平成 24 年8月 31 日)」)

3. 訓練等給付・暫定支給決定の手順

(1) 訓練等給付の申請

明らかに訓練等給付のみの利用がはっきりしている場合、国の考えでは障害支援区分認定は不要(共同生活援助を除く)である(後述のとおり、一次判定のみを実施する)。申請書の障害支援区分認定の要否欄「不要」をチェック。主治医意見書も不要。

※ 訓練等給付であっても次の場合は障害支援区分認定が必要

- ・ 介護給付の利用がある場合、又は障害支援区分によっては介護給付になる可能性がある場合
- ・ 行動障害加算(市単独加算)を算定する可能性がある場合(障害支援区分3以上が要件)
- ・ 共同生活援助で介護を希望する場合
- ・ 難病等対象者の場合

(2) 調査

障害支援区分認定を行わない場合においても、本人の状況調査は認定調査の項目により行い、一次判定処理を実施しておく(川崎市独自の考えであるため、他都市の事業所を利用する際には強制できない)。

※ 受給者証には、支給決定期間のうち〇年〇月〇日から〇年〇月〇日までは暫定支給決定期間となります。暫定支給決定期間中のアセスメントにより、サービス利用の継続による改善効果が見込まれない場合は支給決定を取り消すことがあります。 と印字される。

※ 特に就労継続支援A型の事業において、暫定支給決定を伴わない場合に事業者が助成金を受けられる事業があり(平成 29 年 5 月以降は暫定支給決定を伴っていても助成金を受けられる場合あり【厚生労働省「就労移行支援事業、就労継続支援事業(A型、B型)における留意事項について」最終改正 平成 30 年 4 月 1 日】)、それを理由に暫定支給決定を行わない要望を受けることがあるが、次の理由により認めていない。

- ・ 暫定支給決定期間の確保により十分なアセスメント期間が確保されること
- ・ 市内利用者については一律に暫定支給決定を行っており、個別に要否を判断することは公平性に欠くこと

- ・ 支給決定前にアセスメントを行うということは、利用契約の状況に疑義が生じること
- ・ 障害福祉サービスに基づく支援として行われていないアセスメントが「同等」と判断できないこと
- ・ 事業所の利益のために利用者に不利益が生じる(本来受けられる給与や工賃が発生しない)ことは承認できないこと

(3) 事業者からの資料提出

区は利用開始から2ヶ月以内にサービス調整会議に諮ることを目途に、以下の資料の提出を事業所に求める。また、同様の資料を、当該利用者に指定計画相談支援を提供する指定特定相談支援事業者にも提出させるよう指導する。

- ① アセスメント内容
- ② 個別支援計画
- ③ 計画に基づく支援実績と評価結果

※ 「個別支援計画」と「アセスメント結果」についての様式はないので事業者使用のものでよいが、継続利用の可否について判断可能な内容でなければならない。判断可能でない内容の場合は、事業所に再提出を求めること

(4) サービス調整会議(暫定支給決定から本支給決定への移行)

区は利用者の利用意向を確認した上で、事業所からの提出資料をサービス調整会議に諮る。サービス調整会議は、訓練効果の見込みを含めた当該サービスの利用の適否を審議する。

「承認」⇒ 本支給決定へ移行する((3)で支給決定期間末まで決定しているため、新たなシステム処理は不要。ケース記録に記載するのみでよい。なお、本人及び事業所に連絡すること)。なお、指定特定相談支援事業者からのサービス等利用計画案の提出は不要。

「不承認」(訓練効果が見込まれない場合)⇒ 支給決定取消(支給決定期間の打ち切り)。取消にあたっては、市、サービス提供事業者、指定特定相談支援事業者及び利用者(必要に応じて家族や関係関連機関等関係者)による連絡調整会議を開催し、利用者にその旨を説明するとともに、今後のサービス利用について調整を行うこと。なお、「不承認」はサービスに対する適否であり、事業所に対するものではない。そのため、事業所を変更することで同サービスを改めて利用できるものではない。

また、この場合、本支給決定を行わないということになるため、暫定支給決定期間の満了日をもって終了決定すること。ただし、満了日前であっても通所しないことが明らかな場合は、最終通所日をもって終了決定することも差し支えない。

(5) 期間更新の取扱い(就労継続支援A型を除く。)

期間更新は、その都度事業所より「個別支援計画」と2ヶ月以内に作成した「アセスメント結果」の提出を受けて内容を検討し、利用開始からこの期間更新時までの間では訓練成果が十分に出ておらず、引き続きサービスを利用することで改善効果が具体的に認められると判断できるのであれば、1年以内かつ標準利用期間内で支給決定する。なお、判断がつかない場合はサービス調整会議に諮ること。

期間更新の類型は次の次々頁以降のとおり。

(6) 標準利用期間を超えた更新

標準利用期間を超えてさらに利用が必要な場合、サービス調整会議で必要性の承認を得た上で、1年以内の範囲で原則1回に限り期間更新ができる。

※ 1年間の範囲で必要な期間を決定するため、必ずしも全員が12ヶ月利用できる訳ではない(利用者の通所先確保目的ではない)。

(7) 複数回の利用

標準利用期間の定められた訓練系サービスは、その性質上、複数回の利用は原則できないが、当該複数回目の利用について「本人の希望であること」「訓練効果が見込まれること」「前回と今回の利用についての比較」等の精査を十分に行った上で、市が特に認める場合は利用可能である。

(8) その他

- ・ 利用者は、暫定支給決定期間経過後に、引き続き同一サービスの暫定支給決定を受けることはできない。
- ・ 利用者は、暫定支給決定期間経過後に、暫定支給決定期間中に利用した事業所以外の事業所を利用することができる。

標準利用期間及び期間更新の考え方（生活訓練、宿泊型自立訓練、就労移行支援）

サービス調整会議の個別審査（必須） （提出書類） ・アセスメント内容 ・支援実績			標準利用期間																								更新時のサービス調整会議の個別審査（必須） （提出書類） ・個別支援計画 ・アセスメント結果		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25～				
期間の別	暫定支給 決定期間		本支給決定期間																										
更新時の 書類提出要否			不要						必要																				
期間更新期間																													
開始から 1 ヶ月間	初回 決定		2 回目決定											3 回目決定															
	△																												
開始から 2 ヶ月間	初回決定		2 回目決定											3 回目決定															
開始から 3 ヶ月間	初回決定		2 回目決定											3 回目決定															
	△																												
開始から 4 ヶ月間	初回	決定	2 回目決定											3 回目決定															
	△																												
開始から 5 ヶ月間		初回決定	2 回目決定											3 回目決定															
	△																												
開始から 6 ヶ月間		初回決定	2 回目決定											3 回目決定															
開始から 9 ヶ月間		初回決定	2 回目決定											3 回目決定															
開始から 1 2 ヶ月間		初回決定	2 回目決定																										

▲

△：書類の提出不要

▲：書類の提出必要

△：書類の提出不要

▲：書類の提出必要

※宿泊型自立訓練で標準利用期間が3年以内の場合は、3回目決定と同様の取扱いで4回目決定を実施すること。

1 回目の更新について：

- ・開始から6ヶ月未満に誕生月の末日を迎える場合は、期間更新時に事業所から個別支援計画とアセスメント結果の提出を受ける必要はない
- ・開始から6ヶ月以降に誕生月の末日を迎える場合は、期間更新時に事業所から個別支援計画とアセスメント結果の提出を受ける必要がある

2 回目以降の更新について：

- ・更新は最長で1年間かつ標準利用期間の範囲内とすること
- ・標準利用期間を超えて期間更新を行う場合、サービス調整会議の承認を得た上で原則1回に限り可とし、利用期間の限度を原則1年間以内とする
- ・期間更新を行う毎に、個別支援計画とアセスメント結果の提出を事業所から受け、引き続きサービスを利用することで改善効果が具体的に認められるかどうか判断する

標準利用期間及び期間更新の考え方（機能訓練）

サービス調整会議の個別審査（必須） （提出書類） ・アセスメント内容 ・支援実績			更新時のサービス調整会議の個別審査（必須） （提出書類） ・個別支援計画 ・アセスメント結果																		
			標準利用期間																		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19～		
期間の別	暫定支給 決定期間		本支給決定期間																		
更新時の 書類提出要否			不要						必要												
期間更新期間																					
開始から 1 ヶ月間	初回 決定		2 回目決定											3 回目決定							
	△		▲																		
開始から 2 ヶ月間	初回決定		2 回目決定											3 回目決定							
			▲																		
開始から 3 ヶ月間	初回決定		2 回目決定											3 回目決定							
	△		▲																		
開始から 4 ヶ月間	初回	決定	2 回目決定											3 回目決定							
	△		▲																		
開始から 5 ヶ月間		初回決定	2 回目決定											3 回目 決定							
	△		▲																		
開始から 6 ヶ月間		初回決定	2 回目決定																		
			▲																		
開始から 9 ヶ月間		初回決定	2 回目決定																		
			▲																		
開始から 1 2 ヶ月間		初回決定	2 回目決定																		
			▲																		

△：書類の提出不要

▲：書類の提出必要

△：書類の提出不要

▲：書類の提出必要

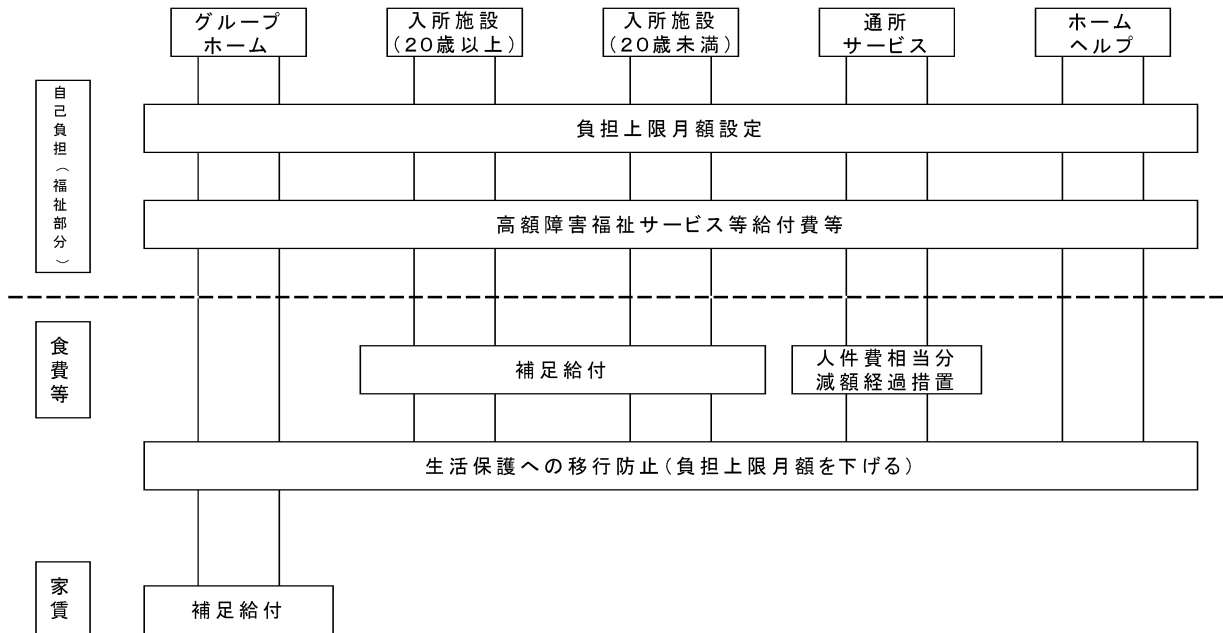
※で標準利用期間が 3 年以内の場合は、宿泊型自立訓練の例による

- 1 回目の更新について：
- ・開始から 6 ヶ月未満に誕生日の末日を迎える場合は、期間更新時に事業所から個別支援計画とアセスメント結果の提出を受ける必要はない
 - ・開始から 6 ヶ月以降に誕生日の末日を迎える場合は、期間更新時に事業所から個別支援計画とアセスメント結果の提出を受ける必要がある
- 2 回目以降の更新について：
- ・更新は最長で 1 年間かつ標準利用期間の範囲内とすること
 - ・標準利用期間を超えて期間更新を行う場合、サービス調整会議の承認を得た上で原則 1 回に限り可とし、利用期間の限度を原則 1 年間以内とする
 - ・期間更新を行う毎に、個別支援計画とアセスメント結果の提出を事業所から受け、引き続きサービスを利用することで改善効果が具体的に認められるかどうか判断する

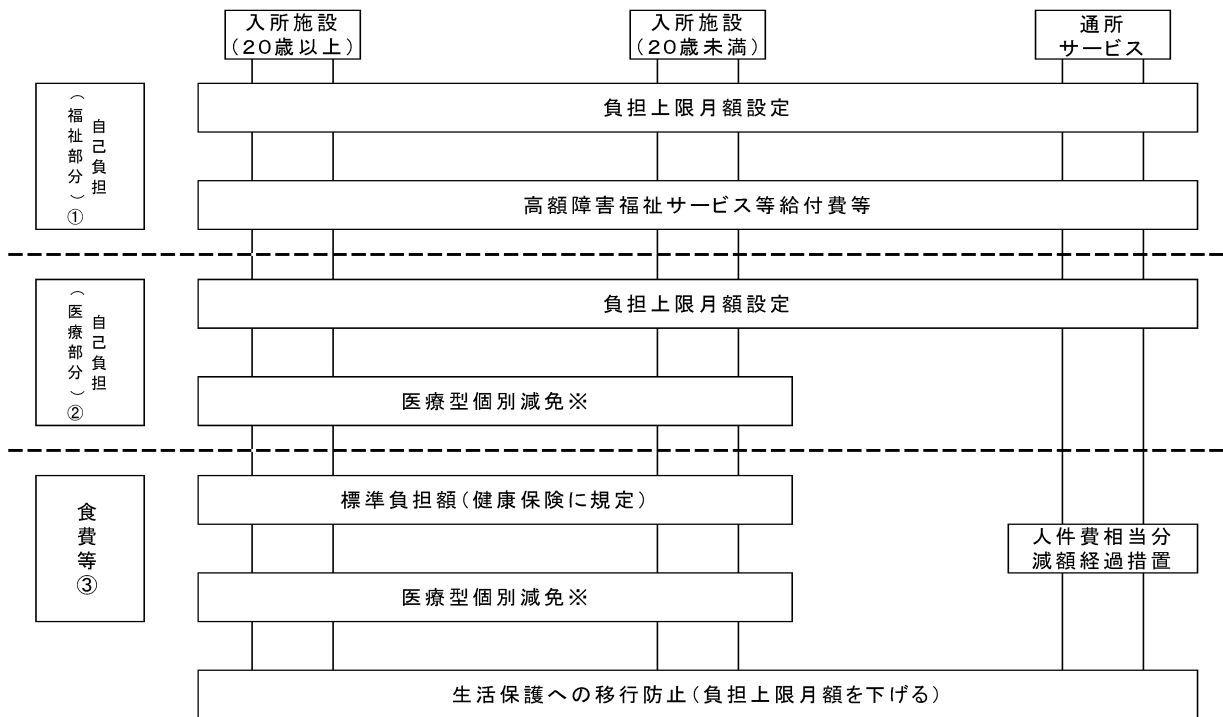
Ⅶ. 利用者負担の認定について 【障害福祉サービス・障害児通所支援等の利用者負担認定の手引き】

支給決定するには利用者負担の認定も必要である。障害者自立支援法施行当初は定率負担で非課税世帯も1割負担を求めているが、平成22年4月より、課税世帯以外の、非課税世帯・生活保護世帯については負担が0円となった。

利用者負担認定における軽減の適用イメージ（福祉型）



利用者負担における軽減の適用イメージ（医療型）



※20歳以上医療型個別減免の対象者(低所得1・2)の場合、③→①→②の順で軽減負担上限月額を算定する。
20歳未満医療型個別減免の対象者(全所得階層)の場合、①→②→③の順で軽減負担上限月額を算定する。

ここに示す負担上限額は、介護・訓練等給付を主な範囲とし、地域生活支援事業の利用料は、制度によっては別途事業ごとに定めがある。ただし、地域生活支援事業のみを利用する場合でも、負担上限額を決定する必要がある。また、負担上限額の認定は1年ごと(通常、誕生月末)に行う。

1. 負担上限月額の設定

(1) 負担上限月額：「世帯」の課税・収入状況に応じて以下の4区分に設定

所得区分		負担上限月額
生活保護		0円
低所得	低所得1	0円
	低所得2	
一般1	居宅で生活する障害児	4,600円
	居宅で生活する障害者及び 20歳未満の施設入所者	9,300円
一般2		37,200円

※「居宅」とは、共同生活援助における共同生活住居並びに宿泊型自立訓練、精神障害者退院支援施設利用型生活訓練及び精神障害者退院支援施設利用型就労移行支援事業所を除くもの。

※「施設入所者」とは、障害者支援施設又は療養介護の利用者をいう。

※「生活保護」「低所得1」「低所得2」は共に負担上限月額は0円で変わらないが、他の助成制度や加算の要件に係わるため、所得判定は行う必要がある。

※「一般1」に該当するのは、障害者は住民税の所得割額(世帯員の合計額。以下同じ。)が16万円未満の場合、障害児及び20歳未満の施設入所者は住民税の所得割額が28万円未満の場合である。「一般2」はそれぞれの額以上の場合が該当する。

(2) 「世帯」の範囲

- ・ 障害者(20歳未満の施設入所者を除く)は、同一の住民基本台帳上の本人と配偶者

※ 内縁や事実婚等であっても、同一の住民基本台帳に属する場合は、対象とする。

- ・ 障害児、20歳未満の施設入所者(療養介護利用者を含む)は、保護者(当該障害児を監護する者)の属する世帯員全員

※ 本人(障害児)と保護者が同一の住民票であるか否かは問わない(単身赴任等の場合も含める。)

(3) 「収入」について

次の合計を「収入」とする(確認に必要な添付書類はⅢ. 参照)

- ① 地方税法上の合計所得金額
- ② 所得税法上の公的年金等の収入額 ※ 厚生年金基金は公的年金に入れる。
- ③ その他厚生労働省で定める給付(障害基礎年金、遺族年金、特障手当、特児手当、等)

※ 負担上限月額設定時の「収入」には、扶養共済、傷病手当金、雇用保険失業給付金は入れない。

2. 補足給付

(1) 施設入所支援

生活保護・低所得者等にかかる食事・光熱水費の実費負担を軽減するもの。

	給付の名称	考え方
20歳以上	特定障害者特別給付費	支給決定時に20歳以上の入所者については、手元に一定額が残るよう、補足給付を支給する
20歳未満		地域で子供を養育するために通常要する程度の負担となるように給付

※ 障害児の入所については、特定入所障害児食費等給付費という。

対象：施設入所者のうち、生活保護世帯、低所得世帯(低所得1・低所得2)の者。ただし、20歳未満の者は課税世帯を含む。

(2) 共同生活援助

生活保護・低所得者にかかる家賃の実費負担を軽減する。

対象：共同生活援助利用者のうち、生活保護世帯、低所得世帯(低所得1・低所得2)の者。

3. 医療型個別減免(療養介護利用者)

- (1) 20歳以上の場合 : 療養介護の利用者で、非課税世帯(低所得1・低所得2)の者
- (2) 20歳未満の場合 : 医療型障害児施設、療養介護の利用者で、課税状況や収入、資産に対する要件はなく、すべての世帯が対象

4. 生活保護移行防止措置

【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規則第二十七条等の規定が適用される要保護者(境界層該当者)に対する保護の実施機関における取扱いについて(平成18年3月31日付け社援保発第0331007号 厚生労働省社会・援護局保護課長通知)】

2. や3. といった負担軽減策や高額障害福祉サービス費による自己負担額の返還等の措置を講じても、自己負担額や食費等実費を負担することにより、生活保護の対象となる場合には、生活保護の対象とならない額まで負担上限月額や食費等実費負担額を引き下げ(補足給付額を引き上げ)る。ただし、いずれも0円を下限とする。

5. 減免(災害・失業等)

【川崎市障害福祉サービス介護給付費等の額の特例に関する要綱(平成18年4月1日付け18川健障計第62号)】

市の定める一定の理由により収入が急激に減少した者からの申請があった場合、自己負担額を全額減免することができる。

(1) 災害による損失

- ①認定要件 : 支給決定障害者の世帯が震災、風水害、火災等によって住宅等の財産に3割以上の損失を受けていること
- ②その他 : 災害により生じた損害金額に対する災害保険等が支払われる場合は、これを考慮すること

(2) 所得の減少

- ・認定要件 : 以下のいずれにも該当すること
 - ・支給決定障害者の属する世帯の主たる生計維持者が失業等の理由により、申請日の属する年の見込み総所得金額が、前年の総所得金額の10分の7未満に減少
 - ・支給決定障害者の属する世帯の実収入見込月額が、その世帯で計算した基準生活費(生活保護法に規定する、第1類・第2類・障害者加算を合算した額)に100分の115を乗じて得た額に満たない)

Ⅷ. 利用者負担上限額管理

1. 上限額管理とは

支給決定者のうち、1月あたりの利用者負担額が負担上限月額を超過することが予測される場合であって、複数事業所からサービスを受ける場合に、利用負担額の合計が負担上限月額を超えないよう調整すること。

2. 対象者

次のいずれの条件にも該当する者を対象とする。

- ① 利用者負担額が、負担上限月額を超えると見込まれる(支給量変更やサービス種類の追加を行う際に注意すること)
- ② 複数の事業所のサービスを利用している(同一月において、1つのサービス種類を複数の事業所で利用する(通所事業所を月途中に変更する場合も含む)際に注意すること)

上限額管理の対象とするのは、法内のサービスであり、地域生活支援事業は上限額管理する必要はない。

なお、地域生活支援事業のうち、移動支援(グループ支援を含む)・生活サポート・障害児重度訪問支援・日中短期入所・障害児者一時預かりは、支払システムが法内サービスと上限額管理を自動的に行う。また、通学・通所支援・ふれあいガイド企画型・あんしんサポート・ファミリーサポートは独自に上限額を設けているため、上限額管理対象外である。

また、同一利用者(支給決定障害者等)が複数の事業所にて障害福祉サービスならびに地域生活支援事業を利用している場合、地域生活支援事業所の請求承認の後に、遅れて障害福祉サービス事業所の請求が行われた場合(返戻等による再請求の場合も含む)、請求システムにおいて再度の利用者負担上限月額調整が必要となり、地域生活支援事業所において過誤再請求する必要が生じる。

※なお、対応方法の詳細については、障害福祉サービス及び地域生活支援事業における上限額管理について(平成29年3月31日付け28川健障計第1567号)を参照のこと。

3. 上限額管理事業所の決定

(1) 上限額管理事業所の順序

利用者が提供を受けているサービス種類によって、以下の順序で決定する。

① 居住系サービス利用者

療養介護、施設入所支援、共同生活援助(介護サービス包括型・外部サービス利用型・日中サービス型のいずれも含む。ただし、いずれも体験利用者を除く)、自立訓練(宿泊型自立訓練及び精神障害者退院支援施設利用者に限る)、就労移行支援(精神障害者退院支援施設利用者に限る)を実施する事業所が上限額管理を行う。

② 計画相談支援支給決定者のうち、継続サービス利用支援の期間が「1月ごと」である者(①に該当する者を除く)

計画相談支援を実施する事業所が上限額管理を行う。これ以外の場合については、計画相談支援を実施する事業所は上限額管理を行わない。

③ 日中活動系サービス利用者(①、②に該当する者を除く)

生活介護、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・B型)を実施する事業所(共生型を含む)が上限額管理を行う。複数の事業所でサービス利用している場合は、原則として契約日数の多い事業所が行う(同一サービスにおいて、月途中で事業所を変更した場合は、月末で利用している事業所が上限額管理を行う)。

④ 訪問系サービス利用者(①～③に該当する者を除く)

居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援を実施する事業所(共生型を含む)が上限額管理を行う。複数の事業所でサービス利用している場合は、以下の優先順位で上限額管理事業所を決定する。

ア 利用者に同一事業所番号で複数の訪問系サービスを提供する事業所

イ 重度訪問介護事業所

ウ 居宅介護事業所

エ 同行援護事業所

オ 行動援護事業所

最も高い順位に複数の事業所が存在する場合は、原則として契約時間数の多い事業所が上限額管理を行う。

⑤ 就労定着支援利用者及び自立生活援助利用者(①～④に該当する者を除く)

⑥ 短期入所サービス利用者(①～⑤に該当する者を除く)

当該利用者に最後にサービスを提供した事業所が上限額管理を行う。

⑦ 共同生活援助サービスの体験利用者

当該利用者に最後にサービスを提供した事業所が上限額管理を行う。

(2) 決定時の留意事項

① 月途中で上限額管理者となる事業所が変更される場合(月途中で共同生活援助に入居、等)は、原則として月末時点で上限額管理事業所となる事業所が上限額管理を行う(月途中で施設入所支援を退所する、等の異動の状況によっては、事務を円滑に行うために、異動前の上限額管理事業所が上限額管理を行ってもよい)。

② 療養介護利用者が上限額管理の対象となるのは、

- ・月途中でサービスを利用開始又は終了し、かつ、同月中に他の障害福祉サービスを利用した場合
- ・月途中で他の療養介護事業所に異動した場合
- ・一時帰宅中に居宅介護等を利用した場合

に限る。

③ 地域移行支援事業所及び地域定着支援事業所は、利用者負担が発生しないため、上限額管理を行わない。

④ (1)①及び②の事業所は、利用者からの依頼がなくとも上限額管理事業所になることができる。

Ⅷ. 高額及び新高額障害福祉サービス費

【障害福祉サービス・障害児通所支援等の利用者負担認定の手引き(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課)、川崎市地域生活支援事業に係る高額サービス費支給実施要綱】

1. 高額障害福祉サービス費とは

高額障害福祉サービス費とは、同一世帯内(所得区分を認定した世帯員の範囲)で、①介護保険サービス(同一人が障害福祉サービスを利用している場合に限る)、②障害福祉サービス、③障害児入所・通所支援、④補装具(同一人が障害福祉サービスを利用している場合に限る)を併せて利用した際に、利用者負担月額合計が高額となった場合、基準額以上について償還により給付する仕組みのことである。

なお、川崎市では、地域生活支援事業のうち、移動支援(通学・通所支援を除く)・生活サポート(あんしんサポート、ファミリーサポートを除く)・日中短期入所・障害児者一時預かり、について当サービス費の償還に含めることとしている。

(1)対象者

①障害者

本人と配偶者の利用分

②障害児

① 障害児の保護者が障害福祉サービスを利用していない場合、住民票上の世帯員全員の利用分

② 障害児の保護者が障害福祉サービスを利用している場合、保護者とその配偶者と障害児の利用分

(2)高額障害福祉サービス費の合算対象

同一世帯の属する者が、同一月に受けたサービスにかかる、以下の①～④の利用者負担月額を合算し、利用しているすべての制度の中で最も高額の負担上限月額以上だった場合、償還基準額以上の額について償還する。ただし、①～④の利用者負担月額の合算額が、償還基準額を超えない者の利用者負担については、償還の対象とはならない。

① 法に基づく介護給付費、訓練等給付費、特例介護給付費、特例訓練等給付費に係る定率負担額

② 児童福祉法に基づく通所・入所給付費(高額障害児施設給付費として償還された費用を除く)

③ 介護保険の利用者負担額(高額介護サービス費により償還された費用を除く。ただし、当該者が、障害福祉サービスに基づく介護給付費等を受けた者である場合に限る)

④ 補装具費の利用者負担額(利用者負担額は市単減免されているため、10,000円を上限としているが、高額障害福祉サービス費の計算を行う場合の基準額は37,200円であるので注意すること)

※療養介護及び医療型障害児施設利用者に給付される療養介護医療費及び障害児施設医療費は、合算の対象とはならない。

(3)障害児の特例

1人の障害児が(2)の①と②を同月に利用した場合は、基準額を①②の負担上限月額の高い方とし、計算することが出来る。

(4)地域生活支援事業

地域生活支援事業を(2)①～④と同月に利用し、基準額を超える自己負担額を支払っている場合、高額地域生活支援事業サービス費の給付対象とする。

当該給付は市単独事業であるため、(2)に基づく計算がなされた後の自己負担額と調整を行う。

X. 介護保険との関連

1. 基本的な考え方 厚生労働省「障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」

(1) 介護保険の優先

法第7条の規定により、介護保険法による保険給付は、法による給付より優先して利用することとされている。そのため、介護保険の対象者は介護保険の要介護認定を受けてないことを理由に障害福祉サービスを利用することはできない。要介護認定を受けていない介護保険対象者から利用希望があった場合は、当該保険給付が優先である旨を丁寧に説明した上で介護保険認定申請を勧奨する。

(2) 介護保険対象者の障害福祉サービス利用についての考え方

前述のとおり、介護保険給付は法の給付に優先される。ただし、これは当該保険給付の利用のみに制限されることを意味するものではなく、次のような場合は、「上乘せ」や「横出し」等の手法により法の給付を併せて利用することができる。

- ・ 在宅の障害者で、必要な支援の量・内容が保険給付のみでは確保することができない場合。ただし、介護保険制度においてケアマネジメントが適切に行われ、限度額を有効かつ効率的に利用していることが前提となる。【上乘せ】
- ・ 利用可能な介護保険サービスに係る事業所や施設が身近にない、あっても空きがない、等の理由により実質的に介護保険サービスが利用できない場合、その状況が解消されるまでの間。
- ・ 要介護認定を受けた結果、非該当と判定された場合であって障害福祉サービスが必要と認められる場合。ただし、障害支援区分が認定された者に限る。(実質、介護保険対象外の者と同様の取り扱いとなる)。
- ・ 希望する支援に相当するサービスが介護保険にない場合。【横出し】
- ・ その他、障害福祉サービスの利用が必要と認められる者。

(3) 介護保険の被保険者とならない者について

次の1～11に掲げる施設（以下「介護保険適用除外施設」という。）から介護保険サービスに相当するサービスが提供されていること、当該施設に長期に継続して入所又は入院している実態があること等の理由から当分の間、介護保険の被保険者とはならない（介護保険法施行令第11条・同法施行規則第170条による）。

なお、上記に該当し被保険者に該当しなくなった場合には、介護保険料納付の義務はなくなるが、当該対象者が加入している医療保険者に対してその旨の申請が必要となることに注意されたい。

【介護保険適用除外施設】

	施設名	根拠法等
1	指定障害者支援施設（生活介護に限る）	法29条第1項に規定する指定障害者支援施設に入所している身体障害者
2	障害者支援施設（生活介護に限る）	身障法第18条第2項の規定により法第5条第11項に規定する障害者支援施設に入所している身体障害者
3	医療型障害児入所施設	児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
4	厚生労働大臣が指定する医療機関	児童福祉法第6条の2第3項の厚生労働大臣が指定する医療機関
5	重度知的障害者総合施設のぞみの園	独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第11条第1号の規定によりのぞみの園が設置する施設
6	ハンセン病療養所	ハンセン病問題の解決の促進に関する法律第2条第2項に規定するハンセン病療養所等
7	救護施設	生活保護法第38条第1項第1号に規定する救護施設
8	被災労働者施設	労働者災害補償保険法第29条第1項第2号に規定する被災労働者の受ける介護の援護を図るために必要な事業に係る施設
9	障害者支援施設	知的法第16条第1項第2号により法第5条第11項に規定する障害者支援施設に入所している知的障害者

10	指定障害者支援施設（生活介護に限る）	法２９条第１項に規定する指定障害者支援施設に入所している知的障害者及び精神障害者
11	療養介護	法２９条第１項に規定する指定療養介護

【平成１９年３月２８日付け「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に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」を参照】

2. 障害福祉サービスと介護保険サービスの対比

障 害 福 祉 サ ー ビ ス			相 当 す る 介 護 保 険 サ ー ビ ス
介護給付	居 宅 介 護	身 体 介 護	訪問介護(身体介護)
		家 事 援 助	訪問介護(生活援助)
		通 院 等 介 助	訪問介護(身体介護) ※ 行き先により不可の場合あり
		通院等乗降介助	訪問介護(通院等乗降介助) ※ 要介護の者に限る
	重 度 訪 問 介 護	居 宅	訪問介護(身体・生活) ※ 「見守り」は不可
		移 動	訪問介護(身体介護) ※ 通院、買い物等の日常生活の範囲に限る
	同 行 援 護		相当するサービスなし ※ 視覚的情報の提供を目的としない通院は訪問介護の対象となる場合あり
	行 動 援 護		相当するサービスなし
	生 活 介 護		通所介護・通所リハビリ等
訓練等給付	短 期 入 所		短期入所(生活介護・療養介護)
	機 能 訓 練		通所介護・通所リハビリ等
	生 活 訓 練		相当するサービスなし
	宿 泊 型 自 立 訓 練		相当するサービスなし
	就 労 移 行 支 援		相当するサービスなし
	就 労 継 続 支 援 A 型		相当するサービスなし
	就 労 継 続 支 援 B 型		相当するサービスなし
	就 労 定 着 支 援		相当するサービスなし
	自 立 生 活 援 助		相当するサービスなし
地域生活	共 同 生 活 援 助		認知症型共同生活介護等 ※ 認知症の者に限る
	移 動 支 援		訪問介護(身体介護) ※ 行き先により不可の場合あり
	あ ん し ん サ ポ ー ト (視覚障害者の代筆・代読に限る)		相当するサービスなし

※ 介護保険対象者を利用対象としていないサービス等、一部省略

※ 上表は一般的なサービス内容による機械的な分類であるため、相当するサービスが障害に起因する特有のニーズに対し、必ずしも適切に支援できるものではない

※ 訪問介護について、要支援の者は、介護予防訪問介護と読み替えること

※ 小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスについてもその利用が可能か確認すること

3. 介護保険への横出し

介護保険サービスに相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるサービスについては、介

護保険対象者であっても当該サービスについて法による給付をすることが可能である。

また、上表により固有のものと認められないサービスであっても、障害特有のニーズを介護保険サービスでは質的に確保ができない場合は、当該ニーズ、本人の心身の状況・置かれている環境、法の優先関係の趣旨、等を十分に精査した上で、法による給付をすることも差し支えない。(量的な確保は次項の「上乗せ」)。

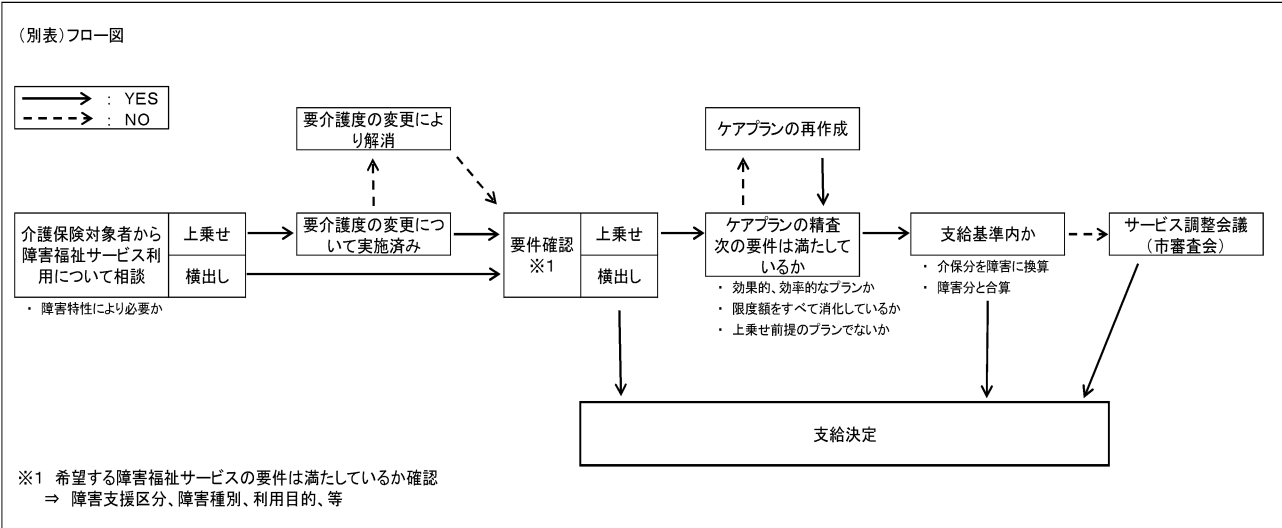
ただし、介護保険適用の施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、等)に入所している者及び小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護を利用している者は、日単位の包括的な報酬であることから、障害福祉サービスは一切利用できない。

4. 介護保険への上乗せ

介護保険を適切かつ効率的に利用してもなお、障害特性ゆえにサービスが不足する場合に限り、上乗せを検討できる。検討にあたっては、介護保険の支給限度額を有効かつ効率的に、すべて利用していることを前提条件とする。

(1) 上乗せに係る支給決定までの流れと確認事項等 (「(別表)フロー図」を参照)

- ① 介護保険対象者より障害福祉サービスの利用について相談
 - ・ 利用を希望するサービスについて、単に介護保険の単位数の不足や経済的な理由でなく、障害から起因して必要となるものか
 - ・ 介護保険対象となる前に障害福祉サービスを利用した経緯があるか
 - ・ 要介護度の変更について実施済みか
 - ・ 他の代替手段について検討したか
- ② 要介護認定の変更を勧奨(要介護度5を除く)
 - ・ 介護保険優先の考え方から、まずは介護保険内で調整する必要がある
- ③ ②で調整してもなお障害福祉サービスの利用希望あり
 - ・ 当該希望サービスについて、障害支援区分、障害種別、利用目的、等は要件を満たすか
 - ・ 介護保険対象者でない者が障害福祉サービスを利用する場合と同様の観点で確認する(V. 参照)
- ④ ケアプランの精査
 - ・ 効果的、効率的なプランが作成されているか
 - ・ 支給限度額をすべて利用しているか
 - ・ 上乗せを前提としたプランでないか(一義的には介護保険制度のみで支援が完結する必要がある)
 - ・ 意図的に通所や福祉用具等に偏ったケアプランでないか
- ⑤ 介護保険・障害福祉サービスの調整(割り振り)
 - ・ 自己負担の関係で障害側に単価の高い身体介護の配分が偏っていないか
 - ・ 障害側からの支給が本人の障害特性の部分を支援するためのサービスであるか
- ⑥ 障害福祉サービスの支給基準との比較((2) 参照)
 - ・ 支給基準と比較し超過する場合はサービス調整会議等の必要な手続きを行う
 - ・ 比較に当たっては、介護保険の(介護予防)訪問介護分を障害福祉サービスの単位に換算する
 - ・ 換算した単位数と上乗せ分の単位数を合計して支給基準と比較すること
- ⑦ 上乗せに係る支給決定
 - ・ 以後、更新等にあたっては上記の流れに沿って、状況を確認すること



(2) 基準超過について (V. 参照)

基準超過(非定型的过程が必要かどうか)の判断をするにあたっては、上乗せ分のみにより確認するのではなく、介護保険で給付される分を対応する障害福祉サービスの単位に換算したものを合算して確認する。

介護保険で利用中のサービスを障害福祉サービスの単位に換算する。換算にあたっては、左下表を参考に、上乗せする障害福祉サービスの種類に合わせて行う。

- ② ①で換算した単位と、上乗せする障害福祉サービスの単位(左下表を参考に計算)を合算する
 - ③ ②で算出した合計単位を支給基準(右下表を参照)と比較し、非定型的过程の要否を判断する
- ※ 支給基準と比較する換算した合計単位は、実際の支給量(4週+3日)ではなく、「週間利用量の4.5倍+不定期利用量」である。(VII. 参照)

<換算表> ※ 重度訪問介護の表記は、(居宅分/移動分含む)

介護保険サービス	障害福祉サービス		単位/時間
訪問介護 (身体介護)	居宅介護(身体介護)		388
	重度訪問介護	基本	184/284
		区分6 該当	200/300
		重度包括支援該当	212/312
	通院等介助	身介伴う	388
		身介伴わない	189
訪問介護 (生活援助)	居宅介護(家事援助)		189
	重度訪問介護	基本	183
		区分6 該当	199
		重度包括支援該当	210

<支給基準表>

サービス種類	区分	単位/月
居宅介護	区分1	2,900
	区分2	3,750
	区分3	5,520
	区分4	10,370
	区分5	16,600
	区分6	23,890
	重度包括対象	34,540
重度訪問介護	区分4~6	14,490
	重度包括対象	34,540

5. 留意事項及び事例

- (1) 介護保険対象者が障害福祉サービスを利用する場合、当該利用については当然、障害特性によるニーズに対応する支援である必要がある。よって、次のような例は一般的に認められない。
 - ・ 介護保険サービスの自己負担が払えない等の経済的理由によるもの
 - ・ 聴覚障害者に対して家事援助を上乗せする等、障害特性によるニーズとは言い難いもの
- (2) 難病等対象者についても、3障害同様に取り扱うこと。
- (3) 上乗せにおいて介護保険サービスを障害福祉サービスに単位換算するときは、上乗せする障害福祉サービスの種類に合わせて行うこと。
- (4) 居宅介護を上乗せする例(介護保険サービス分と上乗せ分をそれぞれ障害の単位数に換算して合算する)

【事例 1】 要介護 4、区分 5、訪問介護(身体)2 時間を毎日利用する者に、居宅介護(身体)2 時間を週 2 回上乗せする

〈換算〉 訪問介護(身体)を居宅介護(身体)に単位換算する $\Rightarrow 2 \text{ 時間} \times 7 \text{ 日} \times 4.5 \times 392 \text{ 単位} = 24,696 \text{ 単位}$

上乗せする居宅介護(身体)を単位換算する $\Rightarrow 2 \text{ 時間} \times 2 \text{ 回} \times 4.5 \times 392 \text{ 単位} = 7,056 \text{ 単位}$

換算後の合計単位数 $\Rightarrow 24,696 + 7,056 = 31,752 \text{ 単位}$

(判断) 区分 5 の居宅介護の支給基準の 1.5 倍は、 $16,780 \times 1.5 = 25,170 \text{ 単位}$ 、2 倍は、 $16,780 \times 2 = 33,560 \text{ 単位}$ であるため、それぞれ 31,752 単位と比較した結果、サービス調整会議のみ必要となる(市審査会は不要)。

(5) 重度訪問介護を上乗せする例(身体、生活の分け及び移動の支援に係る部分を考慮する)

【事例 2】 要介護 5、区分 6、重度包括対象、訪問介護(身体)4 時間を毎日と通院に係る利用 5 時間を月 3 回、訪問介護(生活)2 時間を毎日利用する者に、重度訪問介護(居宅)3 時間を毎日上乗せする

〈換算〉 訪問介護(身体)を重度訪問介護(居宅)に単位換算する $\Rightarrow 4 \text{ 時間} \times 7 \text{ 日} \times 4.5 \times 210 \text{ 単位} = 26,460 \text{ 単位}$

訪問介護(身体)の通院分を重度訪問介護(移動)に単位換算する $\Rightarrow 5 \text{ 時間} \times 3 \text{ 回} \times 310 \text{ 単位} = 4,650 \text{ 単位}$

訪問介護(生活)を重度訪問介護(居宅)に単位換算する $\Rightarrow 2 \text{ 時間} \times 7 \text{ 日} \times 4.5 \times 210 \text{ 単位} = 13,230 \text{ 単位}$

上乗せする重度訪問介護(居宅)を単位換算する $\Rightarrow 3 \text{ 時間} \times 7 \text{ 日} \times 4.5 \times 210 \text{ 単位} = 19,845 \text{ 単位}$

換算後の合計単位数 $\Rightarrow 26,460 + 4,650 + 13,230 + 19,845 = 64,185 \text{ 単位}$

(判断) 重度包括支援対象者の重度訪問介護の支給基準の 1.5 倍は、 $33,370 \times 1.5 = 50,055 \text{ 単位}$ 、2 倍は、 $33,370 \times 2 = 66,740 \text{ 単位}$ であるため、それぞれ 64,185 単位と比較した結果、サービス調整会議のみ必要となる(市審査会は不要)。

X I . 共生型サービスについて

1. 共生型サービスの主旨

障害者が65歳以上になっても、使い慣れた事業所においてサービスを利用しやすくする、地域の実情に合わせて(特に中山間地域など)限られた福祉人材を有効活用する、という観点から、同一の事業所で一体的に介護保険と障害福祉のサービスを提供することを目的としデイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイについて、高齢者や障害児者が共に利用できる「共生型サービス」が介護保険、障害福祉それぞれに位置付けられた。

法律上は、介護保険又は障害福祉のいずれかの指定を受けている事業所が、もう一方の制度の居宅・日中活動系サービスの指定も受けやすくする、「(共生型)居宅・日中活動系サービスの指定の特例」を設けている。

【現行制度】	障害福祉事業所	介護保険事業所	課題
障害児者が利用	○	△ (例外扱い)	・障害福祉の給付の対象とするか否かは、市町村長が個別に判断 ・障害支援区分に関わらない同一の報酬設定となっているため、重度者の報酬額が低い。加算もつかない。
高齢者が利用	△ (例外扱い)	○	・介護保険の給付の対象とするか否かは、市町村長が個別に判断。また、介護保険の「基準該当」は、障害福祉事業所としての指定を受けているというだけでは給付対象とすることができず、障害福祉の「基準該当」とは異なる。 ・障害者が65歳になって介護保険の被保険者となった際に、使い慣れた障害福祉事業所を利用できなくなる。

新たに共生型サービスを位置付け

【見直しの方向性】	障害福祉事業所	介護保険事業所	改善事項
障害児者が利用	○	◎ (本来的な給付対象)	・事業所が指定を受ければ、障害福祉の本来的な給付対象 ・報酬額の見直し(給付の改善(障害支援区分に応じた報酬設定等))
高齢者が利用	◎ (本来的な給付対象)	○	・事業所が指定を受ければ、介護保険の本来的な給付対象

2. 共生型サービスの対象サービス

介護保険サービス及び障害福祉サービスで共生型サービスの対象となる対応関係は以下のとおり。

	介護保険サービス	⇔	障害福祉サービス等
ホームヘルプサービス	訪問介護	⇔	居宅介護 重度訪問介護
デイサービス	通所介護 (地域密着型含む)	⇔	生活介護※1 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 児童発達支援※1 放課後等デイサービス※1 ※1:主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く
	療養通所介護	⇔	生活介護※2 児童発達支援※2 放課後等デイサービス※2 ※2:主として重症心身障害者を通わせる事業所に限る
ショートステイ	短期入所生活介護 (予防含む)	⇔	短期入所
「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組合せを一体的に提供するサービス※	(看護)小規模多機能型居宅介護(予防含む) ・通い	➡	生活介護※1 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 児童発達支援※1 放課後等デイサービス※1 ※1:主として重症心身障害者を通わせる事業所を除く
	・泊まり	➡	短期入所
	・訪問	➡	居宅介護 重度訪問介護

※障害福祉サービスには介護保険の小規模多機能型居宅介護と同様のサービスは無いが、障害福祉制度の現行の基準該当の仕組みにおいて、障害児者が(看護)小規模多機能型居宅介護に通ってサービスを受けた場合等に、障害福祉の給付対象となっている。