

障害支援区分への見直しについて

1 制度改正の概要

(1) 障害者自立支援法における障害程度区分の課題

平成 18 年 4 月に施行した障害者自立支援法では、支給決定手続きの透明性・公平性を図る観点から、市町村がサービスの種類や量などを決定するための判断材料の一つとして、障害福祉サービスの必要性を明らかにするために障害者の心身の状態を総合的に表す「障害程度区分」が設けられた。

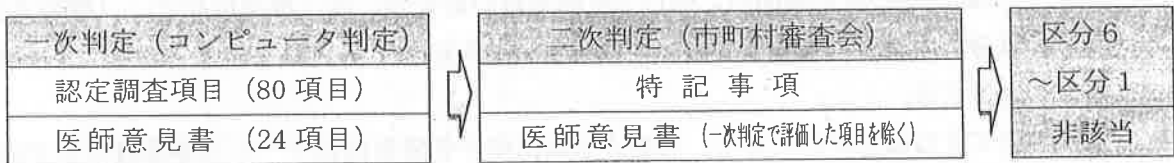
しかし、施行後の状況は、特に知的障害者や精神障害者について、コンピュータによる一次判定で低く判定される傾向があり、市町村審査会による二次判定で引き上げられている割合が高く、その特性を反映できていないのではないか、等の課題が指摘されていた。

そのため、平成 24 年 6 月に成立した障害者総合支援法において、

- ・ 名称を「障害支援区分」に改め
- ・ 定義を「障害者等の障害の多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すもの」とするとともに
- ・ 「障害支援区分」の認定が、知的障害者や精神障害者の特性に応じて適切に行われるよう必要な措置を講じた上で、平成 26 年 4 月から施行することとされた。

(2) 障害支援区分の審査判定プロセス

- 障害支援区分は、2つのプロセス（一次判定及び二次判定）を経て判定される。



【一次判定（コンピュータ判定）】

認定調査の結果及び医師意見書の一部項目を踏まえ、区分省令の内容が組み込まれた一次判定用ソフト（障害支援区分判定ソフト 2014）を活用した一次判定処理を行う。

※ 一次判定（コンピュータ判定）で活用する医師意見書の一部項目（24項目）

- ・ 麻痺（左右：上肢、左右：下肢、その他）
- ・ 関節の拘縮（左右：肩・肘・股・膝関節、その他）
- ・ 精神症状・能力障害二軸評価（精神症状評価・能力障害評価）
- ・ 生活障害評価（食事、生活リズム、保清、金銭管理、服薬管理、対人関係、社会的適応を妨げる行動）
- ・ てんかん

【二次判定（市町村審査会）】

一次判定の結果を原案として、「特記事項」及び「医師意見書（一次判定で評価した項目を除く）」の内容を総合的に勘案した審査判定を行う。

2 平成26年4月以降の事務手続きの主な変更点

i) 認定調査における様式の変更

平成26年4月1日以降に申請のあった者から順次、新たな調査項目による認定調査が開始される。新様式については別紙1を参照。

医師意見書について、平成26年3月末までに申請のあった事例において、医師による記載が平成26年4月以降になり、新様式で記載された医師意見書が届く場合が想定される。

今回の医師意見書の見直しは、知的障害や精神障害、難病等の特性を考慮した項目の追加や項目順の入れ替え等を行ったものであり、新様式でも従来（障害程度区分）の審査判定は可能であることから、様式が異なることのみをもって医師意見書を記載した医師に対し、再提出を求める必要はないものとする。

ii) 障害福祉サービス受給者証の取扱い

障害支援区分への見直しに伴い、平成26年4月以降に交付する受給者証には、「障害支援区分」の認定状況を記載することとなるが、

- ・平成26年3月までの申請に伴い、平成26年4月以降に「障害程度区分」の認定を行う場合や
- ・支給決定の有効期間内における受給者証の紛失等に伴う再交付など、「障害支援区分」の欄に「障害程度区分」の認定状況を記載した受給者証を交付すべき事案も生じる。

このような場合においても、各地方公共団体や各障害福祉サービス事業者等が正確な情報を把握できるよう、平成26年4月以降に交付する受給者証は、

- ・様式上の欄は「障害支援区分」に統一するとともに
- ・記載すべき区分が「障害程度区分」の場合には、受給者証の予備欄に「従前の障害程度区分の認定を受けた者」である旨を記載することとし、システムによる出力が可能となるよう対応する予定である。

新受給者証については、平成26年4月上旬になる予定であることから、その間は旧受給者証での対応となる。平成26年4月1日以降に旧受給者証での発行が発生する場合は障害者支援課認定支払係に連絡すること。

iii) 施行当初における市町村審査会の運営

障害支援区分の認定は、平成26年4月以降に申請のあった者から順次、新たな調査項目による認定調査や市町村審査会による審査判定が開始されるが、施行当初においては、障害程度区分と障害支援区分の認定調査及び市町村審査会による審査判

定が混在する可能性がある。

その場合、同日の市町村審査会において、障害程度区分と障害支援区分の審査判定が混在することも想定されるが、障害程度区分と障害支援区分では、認定調査における「できたりできなかつたりする場合」の判断基準が異なるなど、一次判定結果（コンピュータ判定の結果）の前提が異なっている。

障害程度区分と障害支援区分の審査判定が混在するような場合には、審査案件ごとに、障害程度区分と障害支援区分のいずれの審査判定を行う案件であるかを審査会委員に説明するなど、適切な審査判定を実施するために必要な確認作業の徹底に努めるものとする。（障害程度区分と障害支援区分が混在する場合、資料の組み方に注意）

3 その他

i) 認定調査員証の様式変更

現在発行されている「名古屋市障害程度区分認定調査員証」については、平成 26 年度以降も引き続き使用できるよう要綱上の取扱いを変更したが、今後「名古屋市障害支援区分認定調査員証」への差し替えを予定している。

ii) 審査会端末への審査判定ソフト 2006 及び 2014 のインストール（区役所のみ）

Windows XP のサポート終了に伴いシステム会社の担当者が判定ソフトを新端末にインストールするために各区役所にて作業を行う。今後の日程については別紙 2 を参照。スキャナ読み取りソフトについても判定ソフトインストール作業の時に更新する予定。

iii) 消費税増税に伴う医師意見書作成料の改定

医師意見書の作成依頼日が平成 26 年 4 月 1 日以降のものについては、医師意見書作成依頼に増税後の請求額が印字される。（別紙 3）

※平成 26 年 3 月末までの依頼分について作成日が平成 26 年 4 月 1 日以降になるケースの取扱いについては、現在愛知県と愛知県国民健康保険団体連合会と調整中。（介護保険と同様の取扱いとする予定）

iv) 診療報酬改定に伴う主治医紹介制度にかかる認定審査等事務費（診察料）の改定

平成 26 年 4 月 1 日以降診察分より改定後の診察料の適用となる。

新様式については後日送付する。

v) フォントファイルのインストール（区役所・支所・保健所とも）

障害支援区分の認定調査に関する調査票の出力に関して、チェックボックスがつぶれたかたちでしか出力されない事象が確認された。（対象の帳票は認定調査票、概況調査票、医師意見書）

この事象を解決するためには、職員の端末にフォントファイルをインストールする必要がある。フォントファイルがインストールされるまでは、白紙の認定調査票、概況調査票、医師意見書に必要事項（対象者氏名、調査員コード、調査対象者コード、申請年月日、性別、生年月日、年齢、住所）を記載した上で調査を行う。

（※出力が出来ないだけであるため福祉総合情報システムへの登録はこれまで通り行う。調査終了後の調査項目の登録も可能。ただし、スキヤナの読み取りによる調査項目の登録はフォントファイルがインストールされるまでは不可。）

フォントファイルのインストール作業の日程については、4月上旬以降を予定している。

認定調査票 (基本調査①)

調査員	000002	所属機関	
対象者氏名	アイネス17099015		

市町村番号
調査対象者コード
申請年月日

2	3	2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	3	4	2	5	6	3	0
2	0	1	4	年	0	4	月	0	1

1. 移動や動作等に関連する項目			
1	寝返り	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
2	起き上がり	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
3	座位保持	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
4	移乗	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
5	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
6	両足での立位保持	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
7	片足での立位保持	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
8	歩行	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
9	移動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
10	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
11	じょくそう	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
12	えん下	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 見守り等
2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目			
1	食事	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
2	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
3	入浴	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
4	排尿	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
5	排便	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
6	健康・栄養管理	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
7	薬の管理	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
8	金銭の管理	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
9	電話等の利用	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
10	H常の意思決定	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
11	危険の認識	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
12	調理	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
13	掃除	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
14	洗濯	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
15	買い物	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
16	交通手段の利用	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 部分支援
3. 意思疎通等に関連する項目			
1	視力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 1m先が見える
2	聴力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> やっと聞き取れる
3	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 特定の者なら可

認定調査票 (基本調査②)

調査員	000002	所属機関	
対象者氏名	アイネス17099015		

市町村番号
 調査対象者コード
 申請年月日

2	3	2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	3	4	2	5	6	3	0
2	0	1	4	年	0	4	月	0	1

3. 意思疎通等に関連する項目

- 4 説明の理解 理解できる 理解できない 判断不能
- 5 読み書き 支援不要 部分支援 全面支援
- 6 感覚過敏・感覚鈍麻 ない ある

4. 行動障害に関連する項目

- | | | | | | | |
|----|----------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 被害的・拒否的 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 2 | 作話 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 3 | 感情が不安定 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 4 | 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 5 | 暴言暴行 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 6 | 同じ話をする | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 7 | 大声・奇声を出す | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 8 | 支援の拒否 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 9 | 徘徊 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 10 | 落ち着きがない | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 11 | 外出して戻れない | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 12 | 1人で出たがる | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 13 | 収集癖 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 14 | 物や衣類を壊す | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 15 | 不潔行為 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 16 | 異食行動 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 17 | ひどい物忘れ | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 18 | こだわり | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 19 | 多動・行動停止 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |
| 20 | 不安定な行動 | <input type="checkbox"/> 支援不要 | <input type="checkbox"/> 希に支援 | <input type="checkbox"/> 月に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> 週に1回以上支援 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援 |

認定調査票 (基本調査③)

市町村番号

2	3	2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	3	4	2	5	6	3	0
2	0	1	4	年	0	4	月	0	1

調査対象者コード

申請年月日

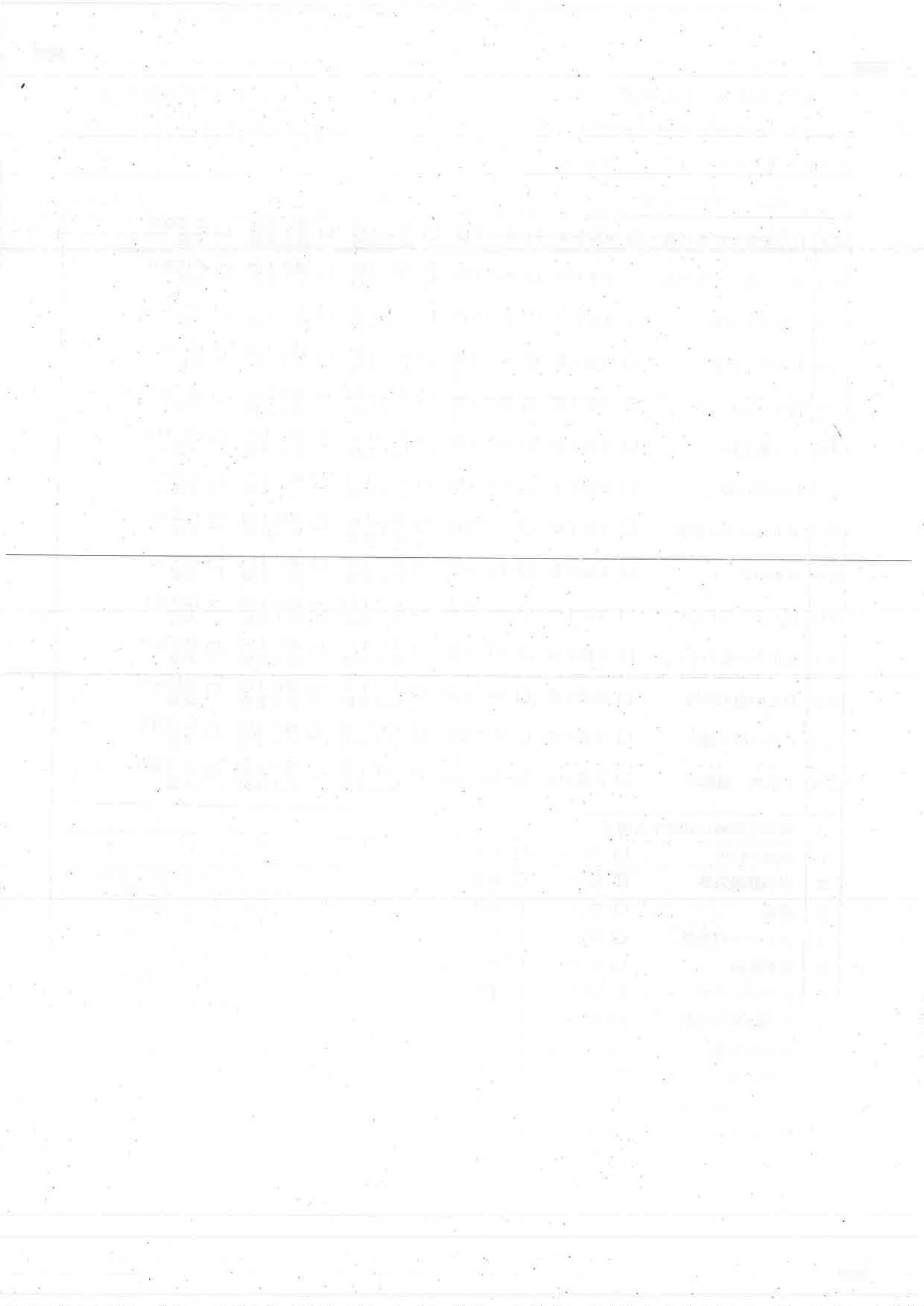
調査員	000002	所属機関	
対象者氏名	アイネス17099015		

4. 行動障害に関連する項目

21	白らを傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
22	他人を傷つける行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
23	不適切な行為	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
24	突発的な行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
25	過食・反すう等	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
26	そう鬱状態	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
27	反復的行動	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
28	対人面の不安緊張	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
29	意欲が乏しい	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
30	話がまとまらない	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
31	集中力が続かない	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
32	自己の過大評価	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
33	集団への不適応	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援
34	多飲水・過飲水	<input type="checkbox"/> 支援不要	<input type="checkbox"/> 希に支援	<input type="checkbox"/> 月に1回以上支援	<input type="checkbox"/> 週に1回以上支援	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援

5. 特別な医療に関連する項目

1	点滴の管理	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
2	中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
3	透析	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
4	ストーマの処置	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
5	酸素療法	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
6	レスピレーター	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
7	気管切開の処置	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
8	疼痛の看護	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
9	経管栄養	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
10	モニター測定	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
11	じょくそうの処置	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
12	カテーテル	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある



概況調査票①

調査員	000002	所属機関	
対象者氏名	アイネス17099015		

市町村番号

2	3	2	0	3	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

調査対象者コード

0	0	0	3	4	2	5	6	3	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

申請年月日

2	0	1	4	年	0	4	月	0	1	日
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

調査実施日

				年			月			日
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1. 調査実施者（記入者）

ふりがな		調査時間	
記入者氏名			
実施場所	自宅内・自宅外 999-9999 アイネス市アイネス町1丁目12番地 アイネスマンション121号		

2. 調査対象者

ふりがな	アイネス17099015	性別	男	年齢	(20歳)
対象者氏名	アイネス17099015			生年月日	平成5年12月10日
現住所	999-9999 アイネス市アイネス町1丁目12番地 アイネスマンション121号			電話	
家族等連絡先	〒 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	

3. 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に記載又はチェックをつけてください）

身体障害者等級	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級
身体障害の種類	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
療育手帳等級	<input type="checkbox"/> 最重度 <input type="checkbox"/> OA <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 重 度 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 中 度 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> 3度 <input type="checkbox"/> 軽 度 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> 4度					
精神障害者保健福祉手帳等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級					
難病等疾病名						
障害基礎年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級					
その他の障害年金等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級					
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 (他人介護料あり) <input type="checkbox"/> 有 (他人介護料なし) <input type="checkbox"/> 無					

4. 現在受けているサービスの状況（別紙「サービスの利用状況票」に記入してください）

5. 地域生活関連（サービスの種類や量に関するを中心に記入してください）

外出の頻度	(過去1ヶ月間の回数) _____ 回程度
社会活動の参加の状況	
過去2年間の入所歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 入所期間 年 月 ~ 年 月 施設の種類 () 年 月 ~ 年 月 施設の種類 ()
過去2年間の入院歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 入院期間 年 月 ~ 年 月 原因となった病名 () 年 月 ~ 年 月 原因となった病名 ()
その他	

概況調査票②

調査員	000002	所属機関	
対象者氏名	アイネス17099015		

市町村番号
 調査対象者コード
 申請年月日

2	3	2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	3	4	2	5	6	3	0
2	0	1	4	年	0	4	月	0	1
									日

6. 就労関連 (サービスの種類や量に関するを中心に記入してください)

就労状況	<input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> その他 ()	
就労経験の有無	一般就労やパート・アルバイトの経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	最近1年間の就労の経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	中断の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
就労希望の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 具体的に	

7. 日中活動関連 (サービスの種類や量に関するを中心に記入してください)

主に活動している場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
------------	---

8. 介護者 (支援者) 関連 (サービスの種類や量に関するを中心に記入してください)

介護者 (支援者) の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護者 (支援者) の健康状況等特記すべきこと
---------------	--

9. 居住関連 (サービスの種類や量に関するを中心に記入してください)

生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身) <input type="checkbox"/> 自宅 (家族等と同居) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
居住環境	

10. その他 (サービスの種類や量に関するを中心に記入してください)

--

医師意見書②

市町村番号

2	3	2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	3	4	2	5	6	3	0
2	0	1	4	年	0	4	月	0	1

対象者氏名 アイネス17099015

調査対象者コード

申請年月日

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害
 昼夜逆転 暴言 自傷 他害 支援への抵抗 徘徊
 危険の認識が困難 不潔行為 異食 性的逸脱行為 その他 ()

(2) 精神症状・能力障害二軸評価 <判定時期 平成 年 月>
 精神症状評価 1 2 3 4 5 6
 能力障害評価 1 2 3 4 5

(3) 生活障害評価 <判断時期 平成 年 月>
 食事 1 2 3 4 5 生活リズム 1 2 3 4 5
 保清 1 2 3 4 5 金銭管理 1 2 3 4 5
 服薬管理 1 2 3 4 5 対人関係 1 2 3 4 5
 社会的適応を妨げる行動 1 2 3 4 5

(4) 精神・神経症状
 意識障害 記憶障害 注意障害 遂行機能障害
 社会的行動障害 その他の認知機能障害 気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)
 睡眠障害 幻覚 妄想 その他 ()
 専門科受診の有無 有 () 無

(5) てんかん
 ない 週1回以上 月1回以上 年1回以上

4. 特別な医療 (現在、定期的あるいは頻回に受けている医療)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置
 酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の管理
 経管栄養 (胃ろう) 喀痰吸引処置 (回数 回/日) 間歇的導尿

特別な対応 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

5. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
 尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞
 易感染性 心肺機能の低下 疼痛 脱水 行動障害 精神症状の増悪
 けいれん発作 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項
 血圧について ())
 嚥下について ())
 摂食について ())
 移動について ())
 行動障害について ())
 精神症状について ())
 その他 ())

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)
 有 () 無 不明

6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的など意見等をご記載してください。
 なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。
 (情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

医師意見書①

対象者氏名 アイネス17099015

市町村番号
調査対象者コード
申請年月日

2	3	2	0	3	0	0	0	0	0
0	0	0	3	4	2	5	6	3	0
2	0	1	4	年	0	4	月	0	1

記入日	年	月	日
申請者	アイネス17099015		
性別	男	〒999-9999	
生年月日	平成5年12月10日	アイネス市アイネス町1丁目12番地	
	女	連絡先 アイネスマンション121号	

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として本意見書がサービス等利用計画の作成に当たって利用されることに
 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____
医療機関名 アイネス病院2 電話 222-222-2222 FAX 222-222-2223
医療機関所在地 アイネス市アイネス町1-1-112345678912345678912345678 アイネス方書

(1) 最終診察日 平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数 初回 2回目以上
(3) 他科受診 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

入院歴 (直近の入院歴を記入)
1. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名:)
2. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名:)

(2) 症状としての安定性 (不安定である場合、具体的な状況を記入。特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。)

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容

2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報 利き腕 (右 左)
身長 = cm 体重 = kg (過去6ヵ月の体重の変化 増加 維持 減少)

(2) 四肢欠損 (部位: _____)

(3) 麻痺 右上肢 (程度: ない 軽 中 重) 左上肢 (程度: ない 軽 中 重)
右下肢 (程度: ない 軽 中 重) 左下肢 (程度: ない 軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度: ない 軽 中 重)

(4) 筋力の低下 (部位: _____ 程度: ない 軽 中 重)
(過去6ヵ月の症状の変動 改善 維持 増悪)

(5) 関節の拘縮 肩関節 右 (程度: ない 軽 中 重) 左 (程度: ない 軽 中 重)
肘関節 右 (程度: ない 軽 中 重) 左 (程度: ない 軽 中 重)
股関節 右 (程度: ない 軽 中 重) 左 (程度: ない 軽 中 重)
膝関節 右 (程度: ない 軽 中 重) 左 (程度: ない 軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度: ない 軽 中 重)

(6) 関節の痛み (部位: _____ 程度: ない 軽 中 重)
(過去6ヵ月の症状の変動 改善 維持 増悪)

(7) 失調・不随意運動 上肢 右 (程度: ない 軽 中 重) 左 (程度: ない 軽 中 重)
体幹 (程度: ない 軽 中 重)
下肢 右 (程度: ない 軽 中 重) 左 (程度: ない 軽 中 重)

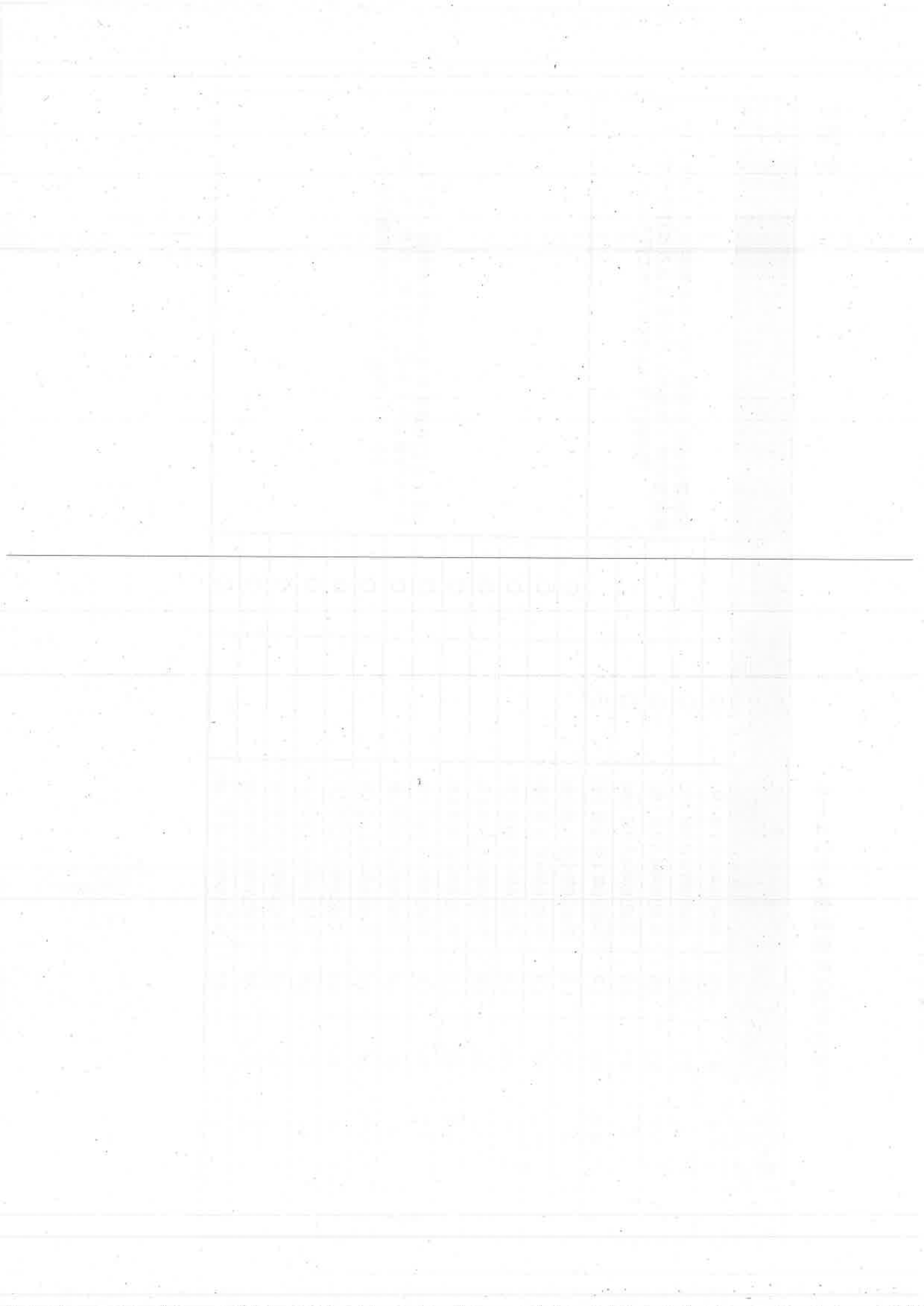
(8) 褥瘡 (部位: _____ 程度: ない 軽 中 重)

(9) その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ない 軽 中 重)

平成26年度4月審査会スケジュール

別紙2

通番	区コード	ブロック	開催月	開催年月日	審査会で使用する端末		備考
					旧(WindowsXP)	新(Windows7)	
1	15 名東	第1	4月	平成26年4月7日(月)	○		初回審査会は旧端末(XP)の旧判定ソフトにて対応。 審査会端末(旧端末)への取り込みはXPのサポート期間が終了する4月8日までにを行うこと。
2	03 北	第2	4月	平成26年4月8日(火)	○		
3	05 中村	第3	4月	平成26年4月9日(水)	○		
4	06 中	第2	4月	平成26年4月9日(水)	○		
5	08 瑞穂	第4	4月	平成26年4月10日(木)	○		
6	10 中川	第3	4月	平成26年4月11日(金)		○	4月上旬以降順次新端末への新旧判定ソフトのインスト トール作業を行う予定。(名東、中村、中、瑞穂、熱 田においても順次インストール作業を行う。)
7	13 守山	第1	4月	平成26年4月11日(金)		○	
8	12 南	第4	4月	平成26年4月14日(月)		○	
9	04 西	第2	4月	平成26年4月14日(月)		○	
10	01 千種	第1	4月	平成26年4月16日(水)		○	
11	16 天白	第4	4月	平成26年4月18日(金)		○	
12	02 東	第1	4月	平成26年4月18日(金)		○	
13	07 昭和	第2	4月	平成26年4月21日(月)		○	
14	03 北	第2	4月	平成26年4月22日(火)		○	
15	14 緑	第4	4月	平成26年4月23日(水)		○	
16	10 中川	第3	4月	平成26年4月25日(金)		○	
17	11 港	第3	4月	平成26年4月25日(金)		○	
18	13 守山	第1	4月	平成26年4月25日(金)		○	



別紙3

平成26年度 医師意見書作成料(税込)

	在宅	施設
新規	5,400円	4,320円
継続	4,320円	3,240円

平成25年度 医師意見書作成料(税込)(参考)

	在宅	施設
新規	5,250円	4,200円
継続	4,200円	3,150円

共同生活介護と共同生活援助の一元化にかかる支給決定の方法について

1 制度改正の概要

(1) 趣旨

平成 24 年に成立した地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（平成 24 年法律第 51 号、以下「整備法」という）は平成 25 年 4 月と平成 26 年 4 月の 2 段階施行となっており、平成 26 年 4 月施行に共同生活介護と共同生活援助の一元化が含まれている。

今回の改正で、障害者の高齢化・重度化に対応して、介護が必要になっても、本人の希望によりグループホームを利用し続けることができるよう、ケアホームとグループホームを一元化することとなった。

(2) 介護サービスの提供形態

グループホームで提供する支援を「基本サービス（日常生活上の援助、個別支援計画の作成等）」と「利用者の個々のニーズに対応した介護サービス」の 2 階建て構造とし、介護サービスの提供については、以下のいずれかの形態を事業者が選択できる仕組みとする。

- ① グループホーム事業者が自ら行う「介護サービス包括型」（現行のケアホーム型、基準上の名称は「指定共同生活援助事業所」という）

※なお、現行平成 27 年 3 月 31 日まで経過的に認められている重度者の個人単位のホームヘルプ利用については、引き続き、新規の場合も含め、「介護サービス包括型」事業所にて利用可能。

- ② グループホーム事業者はアレンジメント（手配）のみを行い、外部の居宅介護事業者に介護サービス（受託居宅介護サービス）を委託する「外部サービス利用型」（基準上の名称は「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」という）

（受託居宅介護サービスに関する基本的な考え方）

外部サービス利用型グループホームにおいては、グループホーム事業者が、居宅介護事業者（以下「受託居宅介護サービス事業者」という。）との間で文書により委託契約を締結し、サービス等利用計画案を勘案した市町村の支給決定を踏まえたグループホームの個別支援計画に基づき介護サービスを手配することにより、介護サービスの提供に係る責任の所在を明確にする。

(3) サテライト型住居の基準等について

①サテライト型住居の創設の趣旨

地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも単身での生活を望む人もいる。

このため、共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたいというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、本体住居との密接な連携を前提として、1人暮らしに近い形態の「サテライト型住居」を創設する。

②利用対象者について

利用対象者は、グループホームの支給決定を受けた者のうち、早期に単身等での生活が可能であると認められる者を基本とする。

③支給決定の内容

サテライト型住居での利用の場合でも、支給決定上の区別はないため、通常通りの決定を行う。

2 支給決定について

(1) みなし支給決定について

整備法附則第5条により、平成26年4月1日において、現に共同生活介護に係る介護給付費の支給決定を受けている利用者は、支給決定の有効期間の残存期間の間は、共同生活援助の支給決定を受けているものとみなされる。

【みなし支給決定が適用されないケース】

⇒外部サービス利用型のGH事業所を利用する者

(2) 一元化後の共同生活援助に係る訓練等給付費の支給決定業務について

①基本的な取扱い

共同生活援助に係る支給申請において、申請者が指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所のいずれの事業所の利用を希望する場合であっても、「共同生活援助」の支給決定を行うものとする。なお、「共同生活援助」の支給量や有効期間の考え方は、後述する外部サービス利用型指定共同生活援助事業所において受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いを除き、基本的に現行の共同生活介護及び共同生活援助と同様のものである。

②障害支援区分の認定手続について

共同生活援助の利用を希望する障害者のうち、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者については、必ずしも障害支援区分の認定手続を要しないものとする（下表参照）。その際、適切なアセスメント及びマネジメントにより、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続の要否を判断する。

なお、障害支援区分の認定手続を受けずに指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所を利用する場合は、当該利用者の障害支援区分を「非該当」とみなして基準を適用するものとする。

※ 平成26年4月以降の訓練等給付費の支給申請書の様式については、共同生活援助（グループホーム）の支給申請を行う場合には、「申請するサービス」欄の「申請に関する具体的内容」欄に①希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び②入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かを記載するよう、対応する予定である。

	認定手続が必要な者	認定手続が不要な者
指定共同生活援助(介護サービス包括型)事業所	入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する障害者	入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを <u>希望しない</u> 障害者であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、 <u>障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者</u>
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	日常生活上の援助など基本サービスに加えて、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者	日常生活上の援助など基本サービスのみを受ける障害者(受託居宅介護サービスの提供を受けることを <u>希望しない</u> 障害者)であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、 <u>障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者</u>

③受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いについて

外部サービス利用型指定共同生活援助事業所に入居し、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者からの支給申請を受理した場合は、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成手続を経た上で、共同生活住居の支給量として、各月における『日数(暦日数)／月』に加えて『受託居宅介護サービスの支給量(時間(15分単位)／月)』を決定するものとする。なお、体験利用の場合の取扱いも同様とする。

ア 受託居宅介護サービスの対象者

指定居宅介護事業所と受託居宅介護サービスの提供に関する業務を委託する契約を締結し、受託居宅介護サービスの提供体制を整えている外部サービス利用型指定共同生活援助事業所を利用する障害者(障害支援区分2以上に該当する障害者に限る。)については、市町村が決定する受託居宅介護サービスの支給量の範囲内で、受託居宅介護サービスの提供を受けることができるものとする。

イ 受託居宅介護サービスの種類

受託居宅介護サービス事業者が提供する受託居宅介護サービスの種類は、指定障害福祉サービス基準第213条の10第3項に規定のとおり、指定居宅介護(身体介護を伴う場合に限る。)とする。

ウ 受託居宅介護サービスの支給量の決定

受託居宅介護サービスの支給量の決定に当たっては、指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、下記の参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間(分／月)の範囲内で支給量を決定することを基本とする。

ただし、以下に掲げる場合であって、支給標準時間の範囲内では必要な受託居宅介護サービスの支給量が確保されないと認められる場合には、各区、支所、保健所より障害者支援課へ協議のうえ、支給標準時間を超える支給量の決定を行うこととするが、支給標準時間は介護サービス包括型グループホームの報酬水準等を勘案のうえ設定されているものであるため、原則として当該標準時間内で決定を行うものとする。

- ①当該支給申請を行う者が利用する外部サービス利用型指定共同生活援助を行う事業所に、当該支給申請を行う者以外に受託居宅介護サービスの提供を現に受けている、若しくは、希望する利用者がいない場合又は受託居宅介護サービスを受けている、若しくは、希望する利用者のすべてが障害支援区分2以下である場合
- ②障害支援区分4以上であって、指定特定相談支援事業者等が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、支給標準時間を超えた支給決定が必要であると市町村が認めた場合

【参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間】

障害支援区分	支給標準時間
区分2	150分/月
区分3	600分/月
区分4	900分/月
区分5	1,300分/月
区分6	1,900分/月

エ 支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証

受託居宅介護サービスの支給量については、支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証に記載する必要がある。この場合、指定居宅介護のように1回当たり利用可能時間数の記載は必要ない。

【受給者証の表記】 (案)

共同生活援助受託居宅介護サービス費対象者	15時間/月
----------------------	--------

④その他の支給決定内容

【サービス区分一覧】 (案)

改正前	改正後
共同生活介護基本	共同生活援助基本
共同生活援助基本	
共同生活介護経過居宅	共同生活援助経過居宅
共同生活介護重度居宅	共同生活援助重度居宅

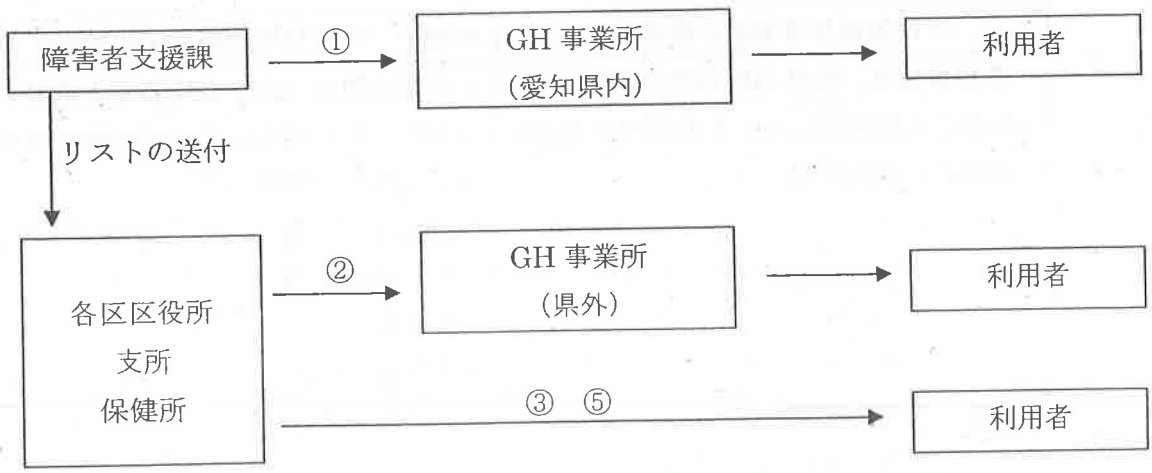
共同生活介護加算重度 (重度障害者支援加算)	共同生活援助加重加算重度 ただし、対象者要件に一部変更あり
共同生活介護加算自立 (自立生活支援加算)	(表記しない) 要件変更により、個別支援計画の市町村の承認要件が不要となるため、 <u>受給者証上での決定は行わなくなる。(加算自体は存続)</u> (変更後の加算要件) 退居する利用者に対し、退居後の居住の場の確保、在宅サービスの利用調整を行った場合に、退居前、退去後各1回500単位算定。
地域生活移行個別支援特別加算	地域生活移行個別支援特別加算(名称変更なし)

(3) 利用者への支給決定についての対応方針

- ・みなし支給決定の規定に基づき、受給者証の差替えは行わず、当該決定の通知を GH 事業所を通じて案内する。
- ・受託居宅介護サービスの希望者については、支給決定を行う必要がある。GH 事業者が外部サービス利用型を選択する場合には、GH 事業者が利用者に対して受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望するか確認し、希望する場合には申請を事業者が取りまとめて、提出を行う。
- ・体験型の利用者については、一旦 GH 基本で決定するが、現在体験利用中の GH 事業所を通じ、申請がある場合には、必要な決定を行う。

3 平成 26 年 3 月 31 日までに必要となる事務について

(1) 事務の流れ



①CHの支給を受けている者で愛知県内の事業所を利用するもの

障害者支援課より各事業所に通知文を発送。事業所を通じて利用者の方へ制度説明等必要な対応を行ってもらう(詳細は事業所あて通知文を参照)。

一方、現在 GH の決定を受けている者については、事業所が外部サービス利用型を選択し、利用者が受託居宅介護サービス利用を行う場合は、通知文において、申請（障害程度区分認定の申請を含む）を行うよう案内がしてある。

【対象者】

愛知県県内に所在地を有する事業所の CH 利用者

【送付物】

- ・通知文（事業者向け）
- ・事業所別の利用者リスト
- ・みなし支給決定についての案内文（利用者向け）【帳票 A】
- ・受託居宅介護サービス申請者あて説明文【帳票 B】
- ・申請書（受託居宅介護サービスを希望する場合）
- ・申請書記載例

【事業者あて発送】（予定）

3月17日（月）

【外部サービス利用型の場合】

事業者に、申請書、およびサービス等利用計画案を利用者全員分とりまとめ、障害者支援課へ提出してもらう。その後各区へ送付する（詳細は事業者向け通知文参照）。

②CHの支給を受けている者で愛知「県外」の事業所を利用するもの

各区役所、支所、保健所より案内を行う。事業所に対して、事前に連絡を行い、事業所の運営形態を確認する。その後、運営形態ごとに、下記書類を郵送する。なお、福祉総合情報システム上の県外の事業者データは最新のデータではないため、あて先は事前に事業所から直接確認を行うこと。

【対象事業者】

県外に所在地を有する事業所の CH 利用者

【送付物】

介護包括型事業所の場合	外部サービス利用型事業所の場合
<ul style="list-style-type: none"> ・事務依頼文（県外 GH 包括型向け） ・みなし支給決定についての案内文（利用者向け）【帳票 A】 	<ul style="list-style-type: none"> ・事務依頼文（県外 GH 事業者向け） ・みなし支給決定についての案内文（利用者向け）【帳票 A】 ・受託居宅介護サービス申請者あて説明文【帳票 C】 ・申請書 ・申請書記載例

【事業者への連絡期限】

3月20日（木）を目途として実施する。

【外部サービス利用型の場合】

申請書およびサービス等利用計画案を各区役所、支所、保健所へ提出してもらう。

③ 4月1日更新の対象者について

各区において、利用先事業者に4月以降のGH事業所の事業形態を確認し、支給決定を行う。「共同生活援助基本」で決定する対象者については、すみやかに決定を行う。

④ GHの支給決定者の場合

支給決定内容に変更はないため、事務は生じない。ただし、利用先の事業者が外部サービス利用型を選択し、当該申請があった場合には、適宜必要な決定を行う。

⑤ 利用実績が確認できない支給決定者について

対象者のリストは、下記条件で作成しているため、利用実績が確認できない対象者については、個別に対象者へ確認する必要がある。

確認を行い、現在利用がない、もしくは利用先事業所が介護サービス包括型の場合は、みなし支給決定の対象者とし、案内文のみを対象者あてに送付する。利用先の事業者が外部サービス利用型の場合は、事業所が対象者へ申請の説明を行うよう依頼し、事業者あてに申請書を送付する。

【対象者リストの抽出方法】

平成26年3月6日現在の支給決定情報をもとに、平成25年12月および平成26年1月のGHCHの利用実績データを突合させている。

⑥ リスト作成後の対象者について

リスト作成時点の平成26年3月6日以降にシステム入力した新規の決定者について、リストに反映されていないため、各所管において、個別に対応する。

(2) 対象者の人数

別紙のリストを参照。

4 福祉総合情報システムの入力について（区役所、支所、保健所）

(1) みなし支給決定者の支給決定履歴の作成（国保連対応用）

みなし支給決定される者についても、国保連への受給者異動情報の登録の必要上、「共同生活援助基本」の国保連へのデータ送信が必要であるため、障害者支援課でバッチ処理にて一括で履歴を作成する（4月中を予定）。その際、処理結果の確認および一括処理されない対象者の入力等で、区役所、支所、保健所にて処理が必要となるが、詳細については追って連絡する。

(2) 制度改正に対応した福祉総合情報システムについて

現在、制度改正後の支給決定内容に対応したシステムについては、国からの詳細が届いていないため、対応できていない状況にある。受託居宅介護サービスの支給決定が必要な対象者については、3月中にシステム対応する予定であるため、3月31日までに支給決定通知および受給者証の交付を行う。



事業所数 県内 149 事業所
 県外 30 事業所

データの個数 / 事務処理		事務処理内容詳細					支援課 事務 ①	各区 事務 ②③⑤	総計	
区支所	福祉事務所コード	区	①県内CH 決定者(課 ⇒事)	②県外CH 決定者(各 区⇒事)	③26年4月 更新の対 象者	④県内GH 決定者(勸 奨なし)				⑤CH利用 実績なし (利用者へ 確認)
0	23101	千種	55		2		1	55	3	58
	23102	東	32	1		1		32	1	34
	23103	北	81	3	6	2	6	81	15	98
	23104	西	30		1	1		30	1	32
	23105	中村	56	1	2	1	4	56	7	64
	23106	中	15				1	15	1	16
	23107	昭和	40	1	2	2	1	40	4	46
	23108	瑞穂	38	3	1		2	38	6	44
	23109	熱田	32	4	2		3	32	9	41
	23110	中川	67	3	4	2	11	67	18	87
	23111	港	79		7	2	20	79	27	108
	23112	南	99		9	1	4	99	13	113
	23113	守山	56	4	3		2	56	9	65
	23114	緑	55	3			17	55	20	75
	23115	名東	44		1	3	4	44	5	52
	23116	天白	63	2	2		2	63	6	69
0 集計			842	25	42	15	78	842	145	1002
1	23103	楠	15		1		1	15	2	17
	23104	山田	19	1		1		19	1	21
	23110	富田	34		1		4	34	5	39
	23111	南陽	17		1		9	17	10	27
	23113	志段味	10		1			10	1	11
	23114	徳重	36		2		12	36	14	50
1 集計			131	1	6	1	26	131	33	165
9	23101	千種	8		1	3	5	8	6	17
	23102	東	3	1		1	2	3	3	7
	23103	北	12	1	1	11	3	12	5	28
	23104	西	14	2	1	1		14	3	18
	23105	中村	27		1	6	9	27	10	43
	23106	中	1			2	2	1	2	5
	23107	昭和	7	1		1		7	1	9
	23108	瑞穂	5			2		5	0	7
	23109	熱田	3			2		3	0	5
	23110	中川	14		2	5	1	14	3	22
	23111	港	9	1		4	1	9	2	15
	23112	南	4		1	17	2	4	3	24
	23113	守山	19	1		1	2	19	3	23
	23114	緑	4	1	5	7	1	4	7	18
	23115	名東	12			2	1	12	1	15
	23116	天白	5			6	1	5	1	12
9 集計			147	8	12	71	30	147	50	268
総計			1120	34	60	87	134	1120	228	1435

平成26年3月 日

各
共同生活介護事業者
共同生活援助事業者
運営法人代表者様

名古屋市健康福祉局障害福祉部
障害者支援課長

【参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間】

障害支援区分	支給標準時間
区分2	150分/月
区分3	600分/月
区分4	900分/月
区分5	1,300分/月
区分6	1,900分/月

共同生活介護と共同生活援助の一元化にかかる支給決定について

平素より本市障害福祉行政にご理解とご協力をいただきありがとうございます。
標記の件について、障害者総合支援法の改正に伴い、共同生活介護と共同生活援助の一元化が行われます。

つきましてはお忙しいところ大変恐縮ですが、貴法人の運営するグループホーム等の利用者および職員に周知いただくとともに、平成26年4月以降「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」として運営されるグループホームにおかれましては、申請に必要な書類の作成について、利用者に必要な便宜を図っていただきますようお願いいたします。

記

1 改正の内容

(1) 概要

別添の資料をご参照ください。

(2) 外部サービス利用型における受託居宅介護サービスの支給量の決定について
受託居宅介護サービスの支給量の決定に当たっては、指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、下記の参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間の範囲内で支給量を決定することを基本とします。詳細は別添の資料をご参照ください。

2 送付した書類

- ・ 本連絡通知
 - ・ 対象者リスト
 - ・ 利用者あて通知文 (帳票 A)
 - ・ 受託居宅介護サービス申請者あて説明文 (帳票 B)
 - ・ 障害福祉サービス支給申請書
- } 外部サービス利用型の場合のみ利用

3 必要な手続きについて

法の規定により、平成26年4月1日において、現に共同生活介護に係る介護給付費の支給決定を受けている利用者は、支給決定の有効期間の残存期間の間は、共同生活援助の支給決定を受けているものとみなされます。このため、利用者あての通知文 (帳票 A) をお渡しいただき、利用者および保護者の方へご説明いただきますようお願いいたします。ただし、事業所が「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」として運営される場合には、別途申請手続きが必要となる場合があります。

(1) 事業所が「指定共同生活援助事業所 (介護サービス包括型)」の場合

- ・ 平成26年3月31日までに、帳票 A を用いて、みなし支給決定がなされる旨を利用者および保護者の方へご説明ください。
- ・ その他の手続はありません。
- ・ 次回の利用者負担額の更新の際などに改正後の支給決定内容が記載された受給者証を発行します。

(2) 事業所が「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」の場合

- ア 利用者が外部サービス (受託居宅介護サービス) を希望しない場合または障害程度区分が区分1の場合
 - ・ (1) 介護サービス包括型事業所と同様です。

イ 利用者が外部サービス (受託居宅介護サービス) を希望する場合

共同生活介護と共同生活援助の一元化について

1 制度改正の概要

(1) 趣旨

平成24年に成立した地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（平成24年法律第51号、以下「整備法」という）は平成25年4月と平成26年4月の2段階施行となっており、平成26年4月施行に共同生活介護と共同生活援助の一元化が含まれている。

今回の改正で、障害者の高齢化・重度化に対応して、介護が必要になっても、本人の希望によりグループホームを利用し続けられることができるよう、ケアホームとグループホームを一元化することとなった。

(2) 介護サービスの提供形態

グループホームで提供する支援を「基本サービス（日常生活上の援助、個別支援計画の作成等）」と「利用者の個々のニーズに対応した介護サービス」の2階建て構造とし、介護サービスの提供については、以下のいずれかの形態を事業者が選択できる仕組みとする。

① グループホーム事業者が自ら行う「介護サービス包括型」（現行のケアホーム型、基準上の名称は「指定共同生活援助事業所」という）

※なお、現行平成27年8月31日まで経過的に認められている重度者の個人単位のホームヘルプ利用については、引き続き、新規の場合も含め、「介護サービス包括型」事業所にて利用可能。

② グループホーム事業者はアレンジメント（手配）のみを行い、外部の居宅介護事業者に介護サービス（受託居宅介護サービス）を委託する「外部サービス利用型」（基準上の名称は「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」という）

（受託居宅介護サービスに関する基本的な考え方）

外部サービス利用型グループホームにおいては、グループホーム事業者が、居宅介護事業者（以下「受託居宅介護サービス事業者」という。）との間で文書により委託契約を締結し、サービス等利用計画案を勘案した市町村の支給決定を踏まえたグループホームの個別支援計画に基づき介護サービスを手配することにより、介護サービスの提供に係る責任の所在を明確にする。

(3) サテライト型住居の基準等について

① サテライト型住居の創設の趣旨

地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同生活よりも単身での生活を望む人もいる。

このため、共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、本体

・ 受託居宅介護サービス利用のための申請が必要となります。障害程度区分の認定がない場合は、あわせて区分の認定手続きが必要です。

・ 本市の支給決定者全員について、帳票B（適宜対象者分コピーしていただき）を用いてご説明いただき、下記の書類を取りまとめいただき、下記提出先へご提出ください。

【提出いただく書類】

先に提出していただくもの

① 障害福祉サービス支給申請書

② 対象者リスト

作成ができ次第、提出していただくもの

③ 受託居宅介護サービスの内容が記載されたサービス等利用計画案

・ 計画相談未実施の場合は下記提出先までご相談ください。

【申請書の提出期限】

平成26年3月31日

* 日にちが短くなっていますが、利用者への手続きの配慮をお願いします。

【提出先】

名古屋市役所障害者支援課認定支払係（下記宛先へお願いします）

【提出先】

T 460 - 8508

名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

名古屋市障害者支援課認定支払係

Tel ; 052 - 972 - 2639 Fax ; 052 - 972 - 4149

E-mail ; a2639@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp

具体的内容、欄に①希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び②入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かを記載するよう、対応する予定である。

指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所	認定手続が必要な者 入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する障害者	認定手続が不要な者 入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者であつて、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	日常生活上の援助など基本サービスに加えて、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者	日常生活上の援助など基本サービスのみを受ける障害者（受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望しない障害者）であつて、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者

③受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いについて
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所に入居し、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者からの支給申請を受理した場合は、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画書の作成手続を踏まえて、共同生活住居の支給量として、各月における『日数（曜日数）/月』に加えて『受託居宅介護サービスの支給量（時間（15分単位）/月）』を決定するものとする。なお、体験利用の場合の取扱いも同様とする。

ア 受託居宅介護サービスの対象者
指定居宅介護事業所と受託居宅介護サービスの提供に関する業務を委託する契約を締結し、受託居宅介護サービスの提供体制を整えている外部サービス利用型指定共同生活援助事業所を利用する障害者（障害支援区分2以上に該当する障害者に限る。）については、市町村が決定する受託居宅介護サービスの支給量の範囲内で、受託居宅介護サービスの提供を受けることができるものとする。

イ 受託居宅介護サービスの種類
受託居宅介護サービス事業者が提供する受託居宅介護サービスの種類は、指定障害福祉サ

住居との密接な連携を前提として、1人暮らしに近い形態の「サテライト型住居」を創設する。

②利用対象者について
利用対象者は、グループホームの支給決定を受けた者のうち、早期に出身等での生活が可能であると認められる者を基本とする。

③支給決定の内容
サテライト型住居での利用の場合でも、支給決定上の区別はないため、通常通りの決定を行う。

2 支給決定について

(1) みなし支給決定について
整備法附則第5条により、平成26年4月1日において、現に共同生活介護に係る介護給付費の支給決定を受けている利用者は、支給決定の有効期間の残存期間の間は、共同生活援助の支給決定を受けているものとみなされる。

【みなし支給決定が適用されないケース】
⇒外部サービス利用型のGH事業所を利用する者

(2) 一元化後の共同生活援助に係る訓練等給付費の支給決定業務について

①基本的な取扱い
共同生活援助に係る支給申請において、申請者が指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所のいずれの事業所の利用を希望する場合であっても、「共同生活援助」の支給決定を行うものとする。なお、「共同生活援助」の支給量や有効期間の考え方は、後述する外部サービス利用型指定共同生活援助事業所において受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いを除き、基本的に現行の共同生活介護及び共同生活援助と同様のものである。

②障害支援区分の認定手続について
共同生活援助の利用を希望する障害者のうち、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者については、必ずしも障害支援区分の認定手続を要しないものとする（下表参照）。その際、適切なアセスメント及びマネジメントにより、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続の要否を判断する。

なお、障害支援区分の認定手続を受けずに指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所を利用する場合は、当該利用者の障害支援区分を「非該当」とみなして基準を適用するものとする。

※ 平成26年4月以降の訓練等給付費の支給申請書の様式については、共同生活援助（グループホーム）の支給申請を行う場合には、「申請するサービス」欄の「申請に関する

サービス基準第218条の10第3項に規定のとおり、指定居宅介護(身体介護を伴う場合に限る。)とする。

ウ 受託居宅介護サービスの支給量の決定

受託居宅介護サービスの支給量の決定に当たっては、指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画を勘案した上で、下記の参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間(分/月)の範囲内で支給量を決定することを基本とする。

ただし、以下に掲げる場合であって、支給標準時間の範囲内では必要な受託居宅介護サービスの支給量が確保されないと認められる場合には、各区、支所、保健所より障害者支援課へ協議のうえ、支給標準時間を超える支給量の決定を行うこととするが、支給標準時間は介護サービス包括型グループホームの報酬水準等を勘案のうえ設定されているものであるため、原則として当該標準時間内で決定を行うものとする。

- ①当該支給申請を行う者が利用する外部サービス利用型指定共同生活援助を行う事業所に、当該支給申請を行う者以外に受託居宅介護サービスの提供を現に受けている、若しくは、希望する利用者がいない場合又は受託居宅介護サービスを受けている、若しくは、希望する利用者のすべてが障害支援区分2以下である場合
- ②障害支援区分4以上であって、指定特定相談支援事業者等が作成したサービス等利用計画を勘案した上で、支給標準時間を超えた支給決定が必要であると市町村が認めた場合

【参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間】

障害支援区分	支給標準時間
区分2	150分/月
区分3	600分/月
区分4	900分/月
区分5	1,300分/月
区分6	1,900分/月

エ 支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証

受託居宅介護サービスの支給量については、支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証に記載する必要がある。この場合、指定居宅介護のように1回当たり利用可能時間数の記載は必要ない。

【受給者証の表記】(案)

共同生活援助受託居宅介護サービス費対象者	150分/月
----------------------	--------

④その他の支給決定内容
【サービス区分一覧】(案)

改正前	改正後
共同生活介護基本	共同生活援助基本
共同生活介護基本	共同生活援助基本
共同生活介護経過居宅	共同生活援助経過居宅
要居宅	共同生活援助経過居宅
共同生活介護重加算重度(重度障害者支援加算)	共同生活援助重加算重度 ただし、対象者要件に一部変更あり
	〔(表記しない)〕 要件変更により、個別支援計画の市町村の承認要件が不要となるため、受給者証上での決定は行わなくなる。(加算自体は存続) (変更後の加算要件) 退居する利用者に対し、退去後の居住の場の確保、在宅サービスの利用調整を行った場合に、退居前、退去後各1回500単に算定。
共同生活介護重加算自立(自立生活支援加算)	共同生活援助重加算自立 (自立生活支援加算)
地域生活移行個別支援特別加算	地域生活移行個別支援特別加算(名称変更なし)

平成26年3月 日

共同生活介護と共同生活援助の一元化について

共同生活介護事業者 運営法人代表者様
各 共同生活援助事業者

共同生活介護と共同生活援助の一元化にかかる支給決定について

平素より本市障害福祉行政にご理解とご協力とご協力をいただきありがとうございます。
標記の件について、障害者総合支援法の改正に伴い、共同生活介護と共同生活援助の一元化が行われます。

つきましてはお忙しいところ大変恐縮ですが、貴法人の運営するグループホーム等の利用者および職員に周知いた度とともに、利用者に必要な便宜を図っていただきますようお願いいたします。

記

1 改正の内容

別添の資料をご参照ください。

2 送付した書類

- ・本連絡通知
- ・利用者あて通知文（帳票A）

3 必要な手続きについて

法の規定により、平成26年4月1日において、現に共同生活介護に係る介護給付費の支給決定を受けている利用者は、支給決定の有効期間の残存期間の間は、共同生活援助の支給決定を受けているものとみなされます。

このため、利用者あての通知文（帳票A）をお渡しいただき、利用者および保護者の方へご説明いただきますようお願いいたします。その他の手続きはありません。なお、次回の利用者負担額の更新の際などに改正後の支給決定内容が記載された受給者証を発行します。

1 制度改正の概要

(1) 趣旨

平成24年に成立した地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（平成24年法律第51号、以下「整備法」という）は平成25年4月と平成26年4月の2段階施行となっており、平成26年4月施行に共同生活介護と共同生活援助の一元化が含まれている。

今回の改正で、障害者の高齢化・重度化に対応して、介護が必要になっても、本人の希望によりグループホームを利用し続けることができるよう、ケアホームとグループホームを一元化することとなった。

(2) 介護サービスの提供形態

グループホームで提供する支援を「基本サービス（日常生活上の援助、個別支援計画の作成等）」と「利用者の個々のニーズに対応した介護サービス」の2階建て構造とし、介護サービスの提供については、以下のいずれかの形態を事業者が選択できる仕組みとする。

- ① グループホーム事業者が自ら行う「介護サービス包括型」（現行のケアホーム型、基準上の名称は「指定共同生活援助事業所」という）

※なお、現行平成27年3月31日まで経過的に認められている重度者の個人単位のホームヘルプ利用については、引き続き、新規の場合も含め、「介護サービス包括型」事業所にて利用可能。

- ② グループホーム事業者はアレンジメント（手配）のみを行い、外部の居宅介護事業者に介護サービス（受託居宅介護サービス）を委託する「外部サービス利用型」（基準上の名称は「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」という）

（受託居宅介護サービスに関する基本的な考え方）
外部サービス利用型グループホームにおいては、グループホーム事業者が、居宅介護事業者（以下「受託居宅介護サービス事業者」という。）との間で文書により委託契約を締結し、サービス等利用計画案を提案した市町村の支給決定を踏まえたグループホームの個別支援計画に基づき介護サービスを手配することにより、介護サービスの提供に係る責任の所在を明確にする。

(3) サテライト型住居の基準等について

① サテライト型住居の創設の趣旨

地域生活への移行を目指す障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも単身での生活を望む人もいる。

このため、共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたいというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、本体住居との密接な連携を前提として、1人暮らしに近い形態の「サテライト型住居」を創設

利用型指定共同生活援助事業所の別) 及び②入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かを記載するよう、対応する予定である。

指定共同生活援助(介護サービス包括型) 事業所	認定手続が必要な者	認定手続が不要な者
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	日常生活上の援助など基本サービスに加えて、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者	入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、 <u>障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者</u>
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	日常生活上の援助など基本サービスに加えて、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者	日常生活上の援助など基本サービスののみを受ける障害者(受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望しない障害者)であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、 <u>障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者</u>

する。
 ②利用対象者について
 利用対象者は、グループホームの支給決定を受けた者のうち、早期に単身等での生活が可能であると認められる者を基本とする。
 ③支給決定の内容
 サテライト型住居での利用の場合でも、支給決定上の区別はないため、通常通りの決定を行う。

2 支給決定について
 (1) みなし支給決定について
 整備法附則第5条により、平成26年4月1日において、現に共同生活介護に係る介護給付費の支給決定を受けている利用者は、支給決定の有効期間の残存期間の間は、共同生活援助の支給決定を受けているものとみなされる。
 【みなし支給決定が適用されないケース】
 ⇒外部サービス利用型のGH事業所を利用する者

(2) 一元化後の共同生活援助に係る訓練等給付費の支給決定業務について
 ①基本的な取扱い
 共同生活援助に係る支給申請において、申請者が指定共同生活援助(介護サービス包括型)事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所のいずれの事業所の利用を希望する場合であっても、「共同生活援助」の支給決定を行うものとする。なお、「共同生活援助」の支給量や有効期間の考え方は、後述する外部サービス利用型指定共同生活援助事業所において受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いを除き、基本的に現行の共同生活援助及び共同生活援助と同様のものである。

②障害支援区分の認定手続について
 共同生活援助の利用を希望する障害者のうち、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者については、必ずしも障害支援区分の認定手続を要しないものとする(下表参照)。その際、適切なアセスメント及びマネジメントにより、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続の可否を判断する。
 なお、障害支援区分の認定手続を受けずに指定共同生活援助(介護サービス包括型)事業所を利用する場合は、当該利用者の障害支援区分を「非該当」とみなして基準を適用するものとする。

※ 平成26年4月以降の訓練等給付費の支給申請書の様式については、共同生活援助(グループホーム)の支給申請を行う場合には、「申請するサービス」欄の「申請に関する具体的な内容」欄に①希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所と外部サービス

③受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いについて
 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所に入居し、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者からの支給申請を受理した場合は、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画書の作成手続を極上で、共同生活住居の支給量として、各月における『日数(暦日数)／月』に加えて『受託居宅介護サービスの支給量(時間(15分単位)／月)』を決定するものとする。なお、体験利用の場合の取扱いも同様とする。
 ア 受託居宅介護サービスの対象者
 指定居宅介護事業所と受託居宅介護サービスの提供に関する業務を委託する契約を締結し、受託居宅介護サービスの提供体制を整えている外部サービス利用型指定共同生活援助事業所を利用する障害者(障害支援区分2以上に該当する障害者に限る。)については、市町村が決定する受託居宅介護サービスの支給量の範囲内で、受託居宅介護サービスの提供を受けることができるものとする。

イ 受託居宅介護サービスの種類
 受託居宅介護サービス事業者が提供する受託居宅介護サービスの種類は、指定障害福祉サービス基準第213条の10第3項に規定のとおり、指定居宅介護(身体介護を伴う場合に限る。)

とする。

ウ 受託居宅介護サービス量の決定

受託居宅介護サービスの支給量の決定に当たっては、指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、下記の参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間(分/月)の範囲内で支給量を決定することを基本とする。

ただし、以下に掲げる場合であって、支給標準時間の範囲内では必要な受託居宅介護サービスの支給量が確保されないと認められる場合には、各区、支所、保健所より監査者支援への協議のうえ、支給標準時間を超える支給量の決定を行うこととするが、支給標準時間は介護サービス包括型グループホームの報酬水準等を勘案のうえ設定されているものであるため、原則として当該標準時間内で決定を行うものとする。

- ①当該支給申請を行う者が利用する外部サービス利用型指定共同生活援助を行う事業所に、当該支給申請を行う者以外に受託居宅介護サービスの提供を理に受けている、若しくは、希望する利用者がいない場合又は受託居宅介護サービスを要している、若しくは、希望する利用者のすべてが障害支援区分2以下である場合
- ②障害支援区分4以上であって、指定特定相談支援事業者等が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、支給標準時間を超えた支給決定が必要であると市町村が認められた場合

【参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間】

障害支援区分	支給標準時間
区分2	150分/月
区分3	600分/月
区分4	900分/月
区分5	1,300分/月
区分6	1,900分/月

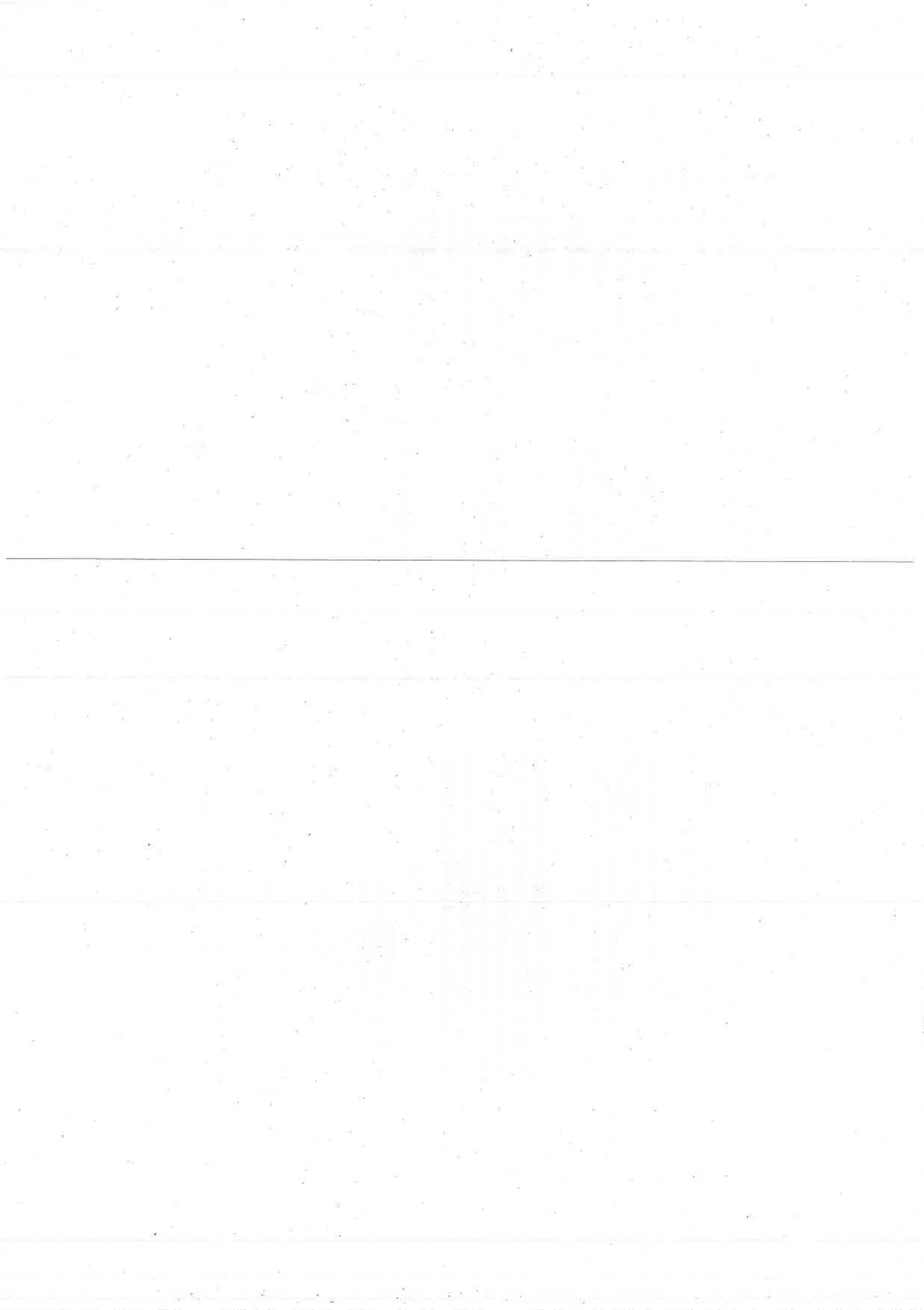
エ 支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証
受託居宅介護サービスの支給量については、支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証に記載する必要がある。この場合、指定居宅介護のように1回当たり利用可能時間数の記載は必要ない。

【受給者証の表記】(案)

共同生活援助受託居宅介護サービス費対象者	150分/月
----------------------	--------

④その他の支給決定内容
【サービス区分一覧】(案)

改正前	改正後
共同生活介護基本	共同生活援助基本
共同生活援助基本	
共同生活介護超過居宅 度居宅	共同生活援助超過居宅 度居宅
共同生活介護重加算重度 (重度障害者支援加算)	共同生活援助重加算重度 ただし、対象者要件に一部変更あり (表記しない)
共同生活介護重加算自立 (自立生活支援加算)	要件変更により、個別支援計画の市町村の 承認要件が不要となるため、受給者証上での 決定は行わなくなる。(加算自体は存続) (変更後の加算要件) 退居する利用者に対し、退去後の居住の場の 確保、在宅サービスの利用調整を行った場合 に、退居前、退去後各1回500単に算定。
地域生活移行個別支援特別加算	地域生活移行個別支援特別加算(名称変更なし)



平成 26 年 3 月 日

各 共同生活介護事業者 運営法人代表者様
共同生活援助事業者

2 送付した書類

- ・ 本連絡通知
- ・ 利用者あて通知文 (帳票 A)
- ・ 受託居宅介護サービス申請者あて説明文 (帳票 C)
- ・ 障害福祉サービス支給申請書
- ・ 申請書記載例

共同生活介護と共同生活援助の一元化にかかる支給決定について

平素より本市障害福祉行政にご理解とご協力をいただきありがとうございます。
標記の件について、障害者総合支援法の改正に伴い、共同生活介護と共同生活援助の一元化が行われます。
つきましてはお忙しいところ大変恐縮ですが、貴法人の運営するグループホーム等の利用者および職員に周知いただくとともに、申請に必要な書類の作成について、利用者に必要な便宜を図っていただきますようお願いいたします。

記

1 改正の内容

(1) 概要

別添の資料をご参照ください。

(2) 外部サービス利用型における受託居宅介護サービスの支給量の決定について
受託居宅介護サービスの支給量の決定に当たっては、指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、下記の参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間の範囲内で支給量を決定することを基本とします。詳細は別添の資料をご参照ください。

【参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間】

障害支援区分	支給標準時間
区分 2	150 分/月
区分 3	600 分/月
区分 4	900 分/月
区分 5	1,300 分/月
区分 6	1,900 分/月

3 必要な手続きについて

法の規定により、平成 26 年 4 月 1 日において、現に共同生活介護に係る介護給付費の支給決定を受けている利用者は、支給決定の有効期間の残存期間の間は、共同生活援助の支給決定を受けているものとみなされますが、事業所が「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」として運営される場合には、別途申請手続きが必要となる場合があります。

(1) 利用者において、外部サービス(受託居宅介護サービス)を必要としない場合

みなし支給決定の対象となるため、利用者あての通知文(帳票 A)をお渡しいただき、利用者および保護者の方へご説明いただきますようお願いいたします。その他の手続きはありません。なお、次回の利用者負担額の更新の際などに改正後の支給決定内容が記載された受給者証を発行します。

(2) 利用者が外部サービス(受託居宅介護サービス)を希望しない場合は障害程度区分が区分 1 の場合

- ・ 受託居宅介護サービス利用のための申請が必要となります。障害程度区分の認定がない場合は、あわせて区分の認定手続きが必要です。
- ・ 本市の支給決定者全員について、帳票 C を用いてご説明いただき、下記の書類を取りまとめいただきます。申請窓口へお送りください。

【提出いただく書類】

先に提出していただくもの

- ① 障害福祉サービス支給申請書
- ② 対象者リスト

作成ができ次第、提出していただくもの

- ③ 受託居宅介護サービスの内容が記載されたサービス等利用計画案
 - ・ 計画相談未実施の場合は認定支払係までご相談ください。

【申請書の提出期限】

平成 26 年 3 月 31 日

* 日にちが短くなっていますが、利用者への手続きの配慮をお願いします。

共同生活介護と共同生活援助の一元化について

1 制度改正の概要

(1) 趣旨

平成 24 年に成立した地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（平成 24 年法律第 51 号、以下「整備法」という）は平成 25 年 4 月と平成 26 年 4 月の 2 段階施行となっており、平成 26 年 4 月施行に共同生活介護と共同生活援助の一元化が含まれている。

今回の改正で、障害者の高齢化・重度化に対応して、介護が必要になっても、本人の希望によりグループホームを利用し続けることができるよう、ケアホームとグループホームを一元化することとなった。

(2) 介護サービスの提供形態

グループホームで提供する支援を「基本サービス（日常生活上の援助、個別支援計画の作成等）」と「利用者の個々のニーズに対応した介護サービス」の 2 階建て構造とし、介護サービスの提供については、以下のいずれかの形態を事業者が選択できる仕組みとする。

① グループホーム事業者が自ら行う「介護サービス包括型」（現行のケアホーム型、基準上の名称は「指定共同生活援助事業所」という）

※なお、現行平成 27 年 3 月 31 日まで経過的に認められている重度者の個人単位のホームヘルプ利用については、引き続き、新規の場合も含め、「介護サービス包括型」事業所にて利用可能。

② グループホーム事業者はアレンジメント（手配）のみを行い、外部の居宅介護事業者に介護サービス（受託居宅介護サービス）を委託する「外部サービス利用型」（基準上の名称は「外部サービス利用型指定共同生活援助事業所」という）

（受託居宅介護サービスに関する基本的な考え方）

外部サービス利用型グループホームにおいては、グループホーム事業者が、居宅介護事業者（以下「受託居宅介護サービス事業者」という。）との間で文書により委託契約を締結し、サービス等利用計画を御案した市町村の支給決定を踏まえたグループホームの個別支援計画に基づき介護サービスを手配することにより、介護サービスの提供に係る責任の所在を明確にする。

(3) サテライト型住居の基準等について

① サテライト型住居の創設の趣旨

地域生活への移行を目指している障害者や現にグループホームを利用している障害者の中には、共同住居よりも単身での生活を望む人もいる。

このため、共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえつつ、1人で暮らしたというニーズにも応え、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、本住居との密接な連携を前提として、1人暮らしに近い形態の「サテライト型住居」を創設する。

② 利用対象者について

利用対象者は、グループホームの支給決定を受けた者のうち、早期に単身等での生活が可能であると認められる者を基本とする。

③ 支給決定の内容

サテライト型住居での利用の場合でも、支給決定上の区別はないため、通常通りの決定を行う。

2 支給決定について

(1) みなし支給決定について

整備法附則第 5 条により、平成 26 年 4 月 1 日において、現に共同生活介護に係る介護給付費の支給決定を受けている利用者は、支給決定の有効期間の残存期間の間は、共同生活援助の支給決定を受けているものとみなされる。

【みなし支給決定が適用されないケース】

⇒ 外部サービス利用型の GH 事業所を利用する者

(2) 一元化後の共同生活援助に係る訓練等給付費の支給決定業務について

① 基本的な取扱い

共同生活援助に係る支給申請において、申請者が指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所のいずれの事業所の利用を希望する場合であっても、「共同生活援助」の支給決定を行うものとする。なお、「共同生活援助」の支給量や有効期間の考え方は、後述する外部サービス利用型指定共同生活援助事業所において受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いを除き、基本的に現行の共同生活介護及び共同生活援助と同様のものである。

② 障害支援区分の認定手続について

共同生活援助の利用を希望する障害者のうち、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者については、必ずしも障害支援区分の認定手続を要しないものとする（下表参照）。その際、適切なアセスメント及びマネジメントにより、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続の要否を判断する。

なお、障害支援区分の認定手続を受けずに指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所を利用する場合は、当該利用者の障害支援区分を「非該当」とみなして基準を適用するものとする。

※ 平成 26 年 4 月以降の訓練等給付費の支給申請書の様式については、共同生活援助（グループホーム）の支給申請を行う場合には、「申請するサービス」欄の「申請に関する具体的内容」欄に①希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び②入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かを記載するよう、対応する予定である。

指定共同生活援助(介護サービス包括型)事業所	認定手続が必要な者 入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する障害者	認定手続が不要な者 入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望しない障害者であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	日常生活上の援助など基本サービスのみに加えて、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者	日常生活上の援助など基本サービスのみのみを受け、受託居宅介護サービスの提供を受けること、希望しない障害者)であって、申請者本人の意向や障害の種類及び程度その他の心身の状況等を勘案して、障害支援区分の認定手続は不要であると判断された障害者

③受託居宅介護サービスの提供を受ける場合の取扱いについて
外部サービス利用型指定共同生活援助事業所に入居し、受託居宅介護サービスの提供を受けることを希望する障害者からの支給申請を受理した場合は、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成手続を経た上で、共同生活住居の支給量として、各月における『日数(暦日数) / 月』に加えて『受託居宅介護サービスの支給量(時間(15分単位) / 月)]』を決定するものとする。なお、体験利用の場合の取扱いも同様とする。

ア 受託居宅介護サービスの対象者
指定居宅介護事業所と受託居宅介護サービスの提供に関する契約を締結し、受託居宅介護サービスの提供体制を整えている外部サービス利用型指定共同生活援助事業所を利用する障害者(障害支援区分2以上に該当する障害者に限る。)については、市町村が決定する受託居宅介護サービスの支給量の範囲内で、受託居宅介護サービスの提供を受けることができるものとする。

イ 受託居宅介護サービスの種類
受託居宅介護サービス事業者が提供する受託居宅介護サービスの種類は、指定障害福祉サービス基準第213条の10第3項に規定のとおり、指定居宅介護(身体介護を伴う場合に限る。)とする。

ウ 受託居宅介護サービスの支給量の決定
受託居宅介護サービスの支給量の決定に当たっては、指定特定相談支援事業者が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、下記の参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準

時間(分/月)の範囲内で支給量を決定することを基本とする。

ただし、以下に掲げる場合であって、支給標準時間の範囲内では必要な受託居宅介護サービスの支給量が確保されないと認められる場合には、各区、支所、保健所より障害者支援課へ協議のうえ、支給標準時間を超える支給量の決定を行うこととするが、支給標準時間は介護サービス包括型グループホームの報酬水準等を勘案のうえ設定されているものであるため、原則として当該標準時間内で決定を行うものとする。

- ①当該支給申請を行う者が利用する外部サービス利用型指定共同生活援助を行う事業所に、当該支給申請を行う者以外に受託居宅介護サービスの提供を現に受けている、若しくは、希望する利用者がいない場合又は受託居宅介護サービスを受けている、若しくは、希望する利用者のすべてが障害支援区分2以下である場合
②障害支援区分4以上であって、指定特定相談支援事業者等が作成したサービス等利用計画案を勘案した上で、支給標準時間を超えた支給決定が必要であると市町村が認められた場合

【参酌すべき受託居宅介護サービスの支給標準時間】

障害支援区分	支給標準時間
区分2	150分/月
区分3	600分/月
区分4	900分/月
区分5	1,300分/月
区分6	1,900分/月

エ 支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証
受託居宅介護サービスの支給量については、支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証に記載する必要がある。この場合、指定居宅介護のように1回当たり利用可能時間数の記載は必要ない。

【受給者証の表記】(案)

共同生活援助受託居宅介護サービス費対象者	150分/月
----------------------	--------

④その他の支給決定内容

【サービス区分一覧】(案)

改正前	改正後
共同生活介護基本	共同生活援助基本
共同生活援助基本	

共同生活介護経過居室	共同生活援助経過居室
成居室	共同生活援助重度居室
共同生活介護重加算重度 (重度障害者支援加算)	共同生活援助重加算重度 ただし、対象者要件に一部変更あり (表記しない)
共同生活介護重加算自立 (自立生活支援加算)	要件変更により、個別支援計画の市町村の承認要件が不要となるため、受給者証上での決定は行わなくなる。(加算自体は存続) (変更後の加算要件) 退居する利用者に対し、退去後の居住の場の確保、在宅サービスの利用調整を行った場合に、退居前、退去後各 1 回 500 単に算定。
地域生活移行個別支援特別加算	地域生活移行個別支援特別加算 (名称変更なし)

平成26年3月

ケアホームの利用者の方へ

名古屋市からのお知らせ

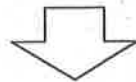
グループホーム・ケアホームの制度改正のご案内

平成26年4月1日より、制度改正により、グループホームとケアホームが一元化されます。法律の規定により、現在ケアホームの支給決定を受けている方は、グループホームの支給決定を受けている方とみなされます。

【みなし支給決定される内容】

(現在お持ちの受給者証の決定内容)

サービス種別	共同生活介護基本
--------	----------



(制度改正でみなし支給決定される内容)

サービス種別	共同生活援助基本
--------	----------

※現在利用されているサービスの実際の内容には特に変更はありません。引き続き、現在のサービスを利用していただくことができます。

※今回の改正にあたり、必要な申請等の手続きはございません。

※次の更新の際に、みなし支給決定された内容の受給者証を交付します。

【お問い合わせ先】

受給者証に記載されている問い合わせ先

1. 研究の目的と意義

本研究は、日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

本研究は、戦後日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

本研究は、戦後日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

本研究は、戦後日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

研究の目的



研究の意義

研究の目的

研究の意義

本研究は、戦後日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

本研究は、戦後日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

本研究は、戦後日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

本研究は、戦後日本の経済成長と社会変革の歴史を、戦後から現在までの変遷を通じて、経済政策と社会政策の相互作用を明らかにすることを目的とする。

研究の目的

研究の意義

平成26年3月

ケアホームの利用者の方へ

名古屋市からのお知らせ

グループホーム・ケアホームの制度改正のご案内

平成26年4月1日より、制度改正により、グループホームとケアホームが一元化されます。現在利用されているグループホームの運営形態が外部サービス（居宅介護ヘルパー）を利用する形態に変更することとなったため、介護サービスを希望する方は、新たに支給申請が必要となります。

【必要書類】 下記書類を事業所に提出してください。

- ① 介護給付費等支給申請書（記載例を参考にしてください）
- ② サービス等利用計画案

・ 担当する特定相談支援事業所がある場合は、依頼してください。

・ 上記事業所がない場合またはセルフプランの場合は、利用しているグループホームの職員にご相談ください。

【外部サービスの利用にあたって】

外部のヘルパー事業所への委託は、利用中のグループホーム事業所が行います。利用者の方が自らヘルパー事業所を探す必要はありません。

【お問い合わせ先】

名古屋市役所障害者支援課認定支払係

電話 052-972-2639

1. 關於「中華民國」之定義，下列何者正確？

へいせい ねん がつ
平成26年3月

ケアホームの利用者の方へ

なごやし
名古屋市からのお知らせ

グループホーム・ケアホームの制度改正のご案内

へいせい ねん がつ にち
平成26年4月1日より、制度改正により、グループホームとケアホームが
いちげんか げんざいりよう
一元化されます。現在利用されているグループホームの運営形態が外部サービ
うんえいけいたい がいぶ
ス（居宅介護ヘルパー）を利用する形態に変更することとなったため、介護サ
きょたくかいご
ス（居宅介護ヘルパー）を利用する形態に変更することとなったため、介護サ
サービス（居宅介護ヘルパー）を利用する形態に変更することとなったため、介護サ
サービス（居宅介護ヘルパー）を利用する形態に変更することとなったため、介護サ
サービスを希望する方は、新たに支給申請が必要となります。

ひつようしよるい
【必要書類】 下記書類を事業所に提出してください。

① 介護給付費等支給申請書（記載例を参考にしてください）

② サービス等利用計画案

たんとう とくていそうだんしえんじぎょうしよ
・ 担当する特定相談支援事業所がある場合は、依頼してください。

じようきじぎょうしよ ばあい
・ 上記事業所がない場合またはセルフプランの場合は、利用している

グループホームの職員にご相談ください。

がいぶサービス
【外部サービスの利用にあたって】

がいぶ じぎょうしよ いたく りようちゆう じぎょうしよ おこな
外部のヘルパー事業所への委託は、利用中のグループホーム事業所が行

います。利用者の方が自らヘルパー事業所を探す必要はありません。

と あわ さき
【お問い合わせ先】

じゆきゆうしやしよ きさい と あわ さき
受給者証に記載されている問い合わせ先

内容五和五類要圖の註一水穴也一註一水穴一註一水穴

(様式第4号)

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費支給変更申請書 兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書 兼 名古屋市障害者介護給付費等利用者負担軽減加算支給申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市 区長

次のとおり申請します。

なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料(必要に応じ世帯分を含む。)及び生活保護受給状況について確認されることに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成	
	氏名			年	月 日
	居住地		電話番号		
	フリガナ		生年月日	平成 年	申請者から見た続柄
	支給申請に係る児童氏名		月 日		
	身体障害者手帳番号	愛護手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		
	障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)				有・無
	被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号		

「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入してください。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害程度区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護 1 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等				
変更の理由	平成26年4月改正より外部サービス利用型指定共同生活援助事業所を利用し、受託介護サービスの提供を希望するため。					

区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容	
	介護給付費	訓練等給付費		
訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	【希望する事業所の種類】 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護			
	<input type="checkbox"/> 同行援護			
	<input type="checkbox"/> 行動援護			
	<input type="checkbox"/> 短期入所			
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	あわせて受託居宅介護サービスの提供を希望	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)		
	/			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練
				<input type="checkbox"/> 就労移行支援
				<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)
				<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)			
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			

介護給付費を申請する場合は下記の主治医欄を記入してください。

主治医	氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

次のとおり利用者負担額の減免を申請します。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します(あてはまるものに○をつけてください。いずれにもあてはまらない場合は空欄としてください。) (1) 生活保護受給世帯 (2) 市民税非課税世帯に属する者であって、療養介護利用者以外のもの (3) 市民税非課税世帯に属する者であって、療養介護利用者のうちアまたはイに該当するもの ア 合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの イ 合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円を超えるもの (4) 市民税課税世帯に属する者であって、市民税所得割額の世帯の合計額が46万円未満であるもの (5) 市民税課税世帯に属する者であって、16～18歳の扶養親族者(人)がいるもの	
	<input type="checkbox"/> 2 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	(20歳以上の場合)	(20歳未満の場合)
	(1) 療養介護利用者であること(年齢 歳)。 (2) 市民税非課税世帯であること。	(1) 療養介護利用者であること(年齢 歳)。
	<input type="checkbox"/> 3 施設入所者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食事等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
(20歳以上の場合)	(20歳未満の場合)	
(1) 施設入所者であること(年齢 歳)。 (2) 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯であること。	(1) 施設入所者であること(年齢 歳)。	
<input type="checkbox"/> 4 共同生活介護(ケアホーム)又は共同生活援助(グループホーム)の利用者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
(1) 共同生活介護(ケアホーム)又は共同生活援助(グループホーム)の利用者であること。 (2) 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯であること。		
<input type="checkbox"/> 5 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置・特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付)を申請します。		

注1 該当する□の中にレ印をつけてください。

2 施設入所者とは、障害者支援施設に入所している者をいいます。

3 18歳以上(施設入所者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は「障害者及び同一の世帯に属する配偶者」となります。

4 いずれも事実関係を確認できる書類を添えてください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	電話番号		

備考1 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を必要とする状態にある者が申請する場合の申請書の様式は、この様式を準用する。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

介護給付費・訓練等給付費・特別
負担額減額・免除等変更申請書

記載例

介護医療費支給変更申請書 兼 利用者
費等利用者負担軽減加算支給申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市 区長

次のとおり申請します。

なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料(必要に応じ世帯分を含む。)及び

生活保護受給状況について確認されることに同意します。

申請者	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成	
	氏名	年 月 日	年	月 日
	居住地	電話番号		
	フリガナ	生年月日	平成 年 月 日	申請者から見た続柄
	支給申請に係る児童氏名			
	身体障害者手帳番号	愛護手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	
	障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)			有・無
	被保険者証の記号及び番号	保険者名及び番号		

「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入してください。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害程度区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度 要支援()・要介護 1 2 3 4 5
		利用中のサービスの種類と内容等		
変更の理由	平成26年4月改正より外部サービス利用型指定共同生活援助事業所を利用し、受託介護サービスの提供を希望するため。			

必要事項を記載してください

区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	介護給付費	訓練等給付費	
申請するサービス 訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	【希望する事業所の種類】 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所 あわせて受託居宅介護サービスの提供を希望
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	

介護給付費を申請する場合は下記の主治医欄を記入してください。

主治医	氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

次のとおり利用者負担額の減免を申請します。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します(あてはまるものに○をつけてください。あてはまらない場合は空欄としてください。)
	(1) 生活保護受給世帯 (2) 市民税非課税世帯に属するもの (3) 市民税非課税世帯に属するもの ア 合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円を超えるもの イ 合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円を超えるもの (4) 市民税課税世帯に属する者であって、市民税所得割額の世帯の合計額が46万円未満であるもの (5) 市民税課税世帯に属する者であって、16～18歳の扶養親族者（ 人）がいるもの
	<input type="checkbox"/> 2 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。
	(20歳以上の場合) (1) 療養介護利用者であること(年齢 歳)。 (2) 市民税非課税世帯であること。
	(20歳未満の場合) (1) 療養介護利用者であること(年齢 歳)。
<input type="checkbox"/> 3 施設入所者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
(20歳以上の場合) (1) 施設入所者であること（年齢 歳）。 (2) 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯であること。	
(20歳未満の場合) (1) 施設入所者であること（年齢 歳）。	
<input type="checkbox"/> 4 共同生活介護（ケアホーム）又は共同生活援助（グループホーム）の利用者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
(1) 共同生活介護（ケアホーム）又は共同生活援助（グループホーム）の利用者であること。 (2) 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯であること。	
<input type="checkbox"/> 5 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置・特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □特例補足給付)を申請します。	

障害程度区分認定がない場合は記載してください。

注1 該当する□の中にレ印をつけてください。

- 2 施設入所者とは、障害者支援施設等に入所している者を指します。
- 3 18歳以上（施設入所者は20歳以上）の「生活保護受給者又は生活保護を受ける配偶者」となります。
- 4 いずれも事実関係を確認できる書類を添えてください。

必要事項を記載してください

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

備考1 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を必要とする状態にある者が申請する場合の申請書の様式は、この様式を準用する。

2 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。