

## 4. 障害福祉サービス支給に関する ガイドライン(入所系サービス)

1 療養介護 .....	2
2 短期入所 .....	3
3 施設入所支援 .....	11
4 共同生活援助 .....	13
5 日中活動サービス及び居住系サービスの支給量の定め方 ...	22

令和6年10月  
神戸市

# 1 療養介護

## 1. 事業内容

病院において医療的ケアを必要とする障害のある方のうち常に介護を必要とする方に対して、主に昼間において病院で行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話をを行う。

また、療養介護のうち医療にかかわるものを療養介護医療として提供する。

このサービスでは、医療機関において医療的ケアと福祉サービスを併せて提供する。

## 2. サービス内容

病院などの医療機関に入院している方に対して、次のようなサービスを行う。

機能訓練、療養上の管理、看護

食事、入浴、排せつ、着替えなどの介助

日常生活上の相談や支援

## 3. 対象者

病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者として次に掲げる者

- ① 筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害支援区分が区分6の者
- ② 障害支援区分が区分5以上の者のうち、次の（ア）から（エ）にいずれかに該当する者
  - （ア）重症心身障害者又は進行性筋萎縮症患者
  - （イ）医療的ケアの判定スコアが16点以上の者
  - （ウ）障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上である者であって、医療的ケアスコアが8点以上の者
  - （エ）遷延性意識障害者であって、医療的ケアの判定スコアが8点以上の者
- ③ ①及び②に準ずる者として市町村が認める者
- ④ 旧重症心身障害児施設（改正前の児童福祉法（以下「旧児童福祉法」という。）第43条の4に規定する重症心身障害児施設をいう。）に入所した者又は指定医療機関（旧児童福祉法第7条第6項に規定する指定医療機関をいう。）に入院した者であって、平成24年4月1日以降指定療養介護事業所を利用する①～③以外の者

※医療的ケアスコアによる支給決定を行う場合は、スコア表（医師が作成）の提出を求める。

## 4. 支給量

支給量は「支給期間に含まれる日数」

## 障害福祉サービス等利用における医療的ケア判定スコア（医師用）

医療的ケア判定スコアは、医療的ケアを必要とする者が障害福祉サービス等（通所サービスや（短期）入所施設等）を利用するにあたり、どの程度の看護職員の配置を必要とするか等を判断するためのスコアです。患者が必要とする医療的ケア等について、下部の記載要領に沿って記載をお願いします。

医療機関名	医療機関 住所地	〒	—
	連絡先 電話番号		

患者氏名	患者生年月日	年	月	日	
初回判定年月日 (初回記入欄)	年	月	日	医師氏名	(ふりがな)
					連絡先電話番号
					—

NICU等から退院した児童の保護者の負担軽減の必要性	有	無
----------------------------	---	---

※ NICU等から退院して間もない（若しくは退院する予定の）児童の場合に限りチェックを付けてください。

※ 在宅における児童の養育に係る負担が著しく、ホームヘルパーやショートステイ等の必要性があると思われる場合に「有」に○を付けてください。そうでない場合は「無」に○を付けてください。

更新 時 用	①更新判定 (2回目記入欄)	判定年月日	年	月	日	医師氏名	(ふりがな)	連絡先電話番号
								—
	②再更新判定 (3回目記入欄)	判定年月日	年	月	日	医師氏名	(ふりがな)	連絡先電話番号
								—

※ 障害福祉サービス等は1年に1回程度（サービスによっては3年に1回程度）更新が必要です。更新時に裏面の医療的ケアスコアの内容に変更がない場合、上記の①更新判定（または②再更新判定）の欄に、判定年月日、医師氏名、連絡先電話番号のみ記載して、申請者に提供してください。医療的ケアの内容に変更があった場合は、新たに判定スコアを作成してください。

## 裏面の医療的ケア判定スコア 記載要領

## 【基本スコア】

申請者が日中及び夜間※においてそれぞれ必要とする医療的ケア（診療の補助行為）について、該当する行為に☑を付けてください。

※ 「日中」とは障害児者が通所サービス事業所を利用する時間帯（朝～夕方）、「夜間」とは障害児者が（短期）入所施設を利用する深夜帯を含めた全時間帯を指します。

## 【見守りスコア】

いわゆる「動ける医療的ケア児者」が、自発運動等により装着されている医療機器の作動等を妨げる可能性があるかどうかを評価します。該当する医療的ケアがある場合に、見守りスコアの基準（目安）を参考に該当する見守りの程度のうちいずれか一つに☑を付けてください。

障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア(医師用)

医療的ケア(診療の補助行為)	基本スコア		基本スコア	見守りスコア			見守りスコアの基準(目安)		
	日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。	<input type="checkbox"/>		10点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに 対応する必要がある場合(2点)	直ちにはないがおおむね15分 以内に対応する必要がある場合 (1点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。 (人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0~2点+気管切開8点)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちに 対応する必要がある場合(2点)		それ以外の場合
3 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>		5点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちに 対応する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
4 酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がも たらされる場合(1点)		それ以外の場合
5 吸引(口鼻腔+気管内吸引)	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点)		それ以外の場合
6 ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	/					
7 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、 食道瘻		<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
	(2) 持続経管注入ポンプ使用		<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
9 皮下注射 注)いずれか一つを選択	(1) 皮下注射(インスリン、麻薬など)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)	それ以外の場合
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を 加点しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	<input type="checkbox"/>		8点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
12 導尿 注)いずれか一つを選択	(1) 利用時間中の間欠的導尿		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	/			
	(2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎 瘻、尿路ストーマ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
13 排便管理 注)いずれか一つを選択	(1) 消化管ストーマ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合(1点)	それ以外の場合
	(2) 排便、洗腸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	/			
	(3) 浣腸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	/			
14 痙攣時の坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注)医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場 合	<input type="checkbox"/>		3点	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	痙攣が10分以上重積する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が 高い場合(2点)		それ以外の場合

(a)基本スコア合計

<日中>	<夜間>
------	------

(b)見守りスコア合計

--

(a)+(b)判定スコア

<日中>	<夜間>
------	------

## 2 短期入所（ショートステイ）

### 1. サービス内容

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設その他の施設へ短期間の入所を必要とする障害者（児）に対し、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護やその他日常生活上の支援を提供する。

### 2. 対象者

- ① 障害支援区分が区分1以上である障害者
- ② 障害児に必要とされる支援の度合いに応じて定める区分における区分1以上に該当する障害児

### 3. 短期入所事業所の種類

福祉型	障害者支援施設、児童福祉施設等において実施
医療型	医療機関等において実施

### 4. 児童の支給決定について

児童では障害支援区分の調査は行われませんが、5領域11項目（20項目）の調査により支援区分を判定した上で、標準支給量（[表9／利用理由]、[表10／標準支給期間・支給量]）、概況調査結果、利用調整結果等により、必要なサービス量を個々ケースで判断・支給決定する。

※5領域20項目の調査は、5領域11項目の調査項目をカバーできるよう定めていることから、障害児通所支援の決定において既に5領域20項目の調査を行っている児童には、短期入所の調査においてもこの結果を活用できる。

☞【参考資料1】5領域11項目、【参考資料2】5領域20項目

※短期入所に係る障害児支援区分の適用方法については以下のとおり。

	障害児通所給付（5領域20項目）	介護給付（5領域11項目）
区分3	「1. 健康・生活の（1）～（3）」及び「2. 感覚・運動の（9）」の4項目のうち判断項目④が3項目以上 又は 5領域11項目の⑤の項目と関連性を示す各項目のうち判断項目④（※）が1項目以上 ※ 判断項目が3項目しかない場合には③	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」が1項目以上
区分2	「1. 健康・生活の（1）～（3）」及び「2. 感覚・運動の（9）」の4項目のうち判断項目③若しくは④が3項目以上 又は 5領域11項目の⑤の項目と関連性を示す各項目のうち判断項目③（※）が1項目以上 ※ 判断項目が3項目しかない場合には②	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」が1項目以上
区分1	区分3又は2に該当しない児童で、「1. 健康・生活の（1）～（3）」及び「2. 感覚・運動の（9）」の4項目のうち判断項目③又は④が1項目以上	区分3又は2に該当しない児童で、①～④の項目のうち「一部介助」又は「全介助」が1項目以上

## ※乳幼児期の医療的ケア児について

NICU 等での集中治療を経て退院した直後である場合をはじめ、5領域 11 項目の調査だけでは支給の要否及び支給量の決定が難しい乳幼児期（特に0歳から2歳）の医療的ケア児（以下「乳幼児期の医療的ケア児」という。）については、5領域 11 項目の調査に加えて医療的ケアの判定スコアの調査における医師の判断を踏まえて、スコアの調査項目欄に規定するいずれかの医療行為を必要とする状態である場合は、通常の発達を超える介助等を要するものとして支給決定を行うこととして差し支えない。

ただし、支給決定を行う保護者が判定スコアの調査を望まない場合は、これを省略できるものとする。障害の種類及び程度の勘案に際しては、当該障害者等の身体障害者手帳や療育手帳等に記載されている障害の状況のみに着目するのではなく、障害があるがゆえに日常生活を営むのに支障をきたしている状況等を含めて勘案する。

☞【参考資料6】医療的ケアの判定スコア

## 5. 支給量の審査について

利用者の意向を基に、標準支給量、概況調査票等を踏まえ、必要なサービス量を個々のケースで判断・支給決定する。

(1) 標準支給量の算出 ※標準支給量は絶対的なものではないが、公平性の観点から参考にしていく。

申請者から聞き取った利用理由を「表9」にあてはめ、該当する理由の標準支給量を「表10」から導き出す。理由が複数ある場合は、当該理由ごとの標準支給量を合算した日数を基準として決定支給量を検討する。支給量は、1か月あたりの利用日数で決定する。

☞【参考資料7】「表9」、【参考資料8】「表10」

例) 10月に「介護疲れ」と「11月の3日間の出張」を理由に支給申請があった場合、介護疲れの標準支給量は1か月あたり7日間なので、「支給期間：10月から1年、支給量：月7日（11月のみ月10日）」という支給決定が可能

### 【注意事項】

(ア) 標準支給量は絶対的なものではなく、概況調査票の内容に応じた必要な支給量の決定を妨げるものではない。その支給量の必要性が客観的に認められ、受け入れる事業所に空床があれば、標準支給量を超えた決定も可能である（逆に下回る決定も可）。

(イ) ケアマネジメント従事者によりケアプランが作成されている利用者などに関しては、当該プランに沿った支給量決定を行っても差し支えない。

## (2) 検討すべき項目

- ① 65 歳以上（特定疾病による場合は 40 歳以上）の障害者が、要介護（要支援）状態となったときは、介護保険給付による短期入所生活介護を受けることになる。ただし、障害者が、自立支援給付による短期入所サービスの利用を希望し、かつ、身近に介護保険の短期入所の事業所がない場合や、障害固有のサービスを提供することが必要と認められる場合などやむを得ない事情がある場合には、自立支援給付による短期入所サービスを利用できるものとする。
- ② 原則として連続利用は 30 日まで、年間利用日数は 180 日を目安とするが、下記のいずれかの要件に該当すると認められる場合においてはこの限りではない。
  - (ア) 介護者が急病や事故等により、長期入院することとなった場合。
  - (イ) 介護者等からの暴力やネグレクト等の虐待により、本人の身体や生命に危険があり、継続的に施設での保護が必要な場合。
  - (ウ) 主たる介護者が高齢化等の事情により居宅での生活が困難である場合。  
ただしこの場合は、本人が施設入所を希望している、もしくは、本人に強い行動障害があるなど本人における居宅での生活が困難な事由も必要とする。要件に該当するか否かについては、『ロングショート利用に関する勘案整理票（チェックシート）』にて確認するとともに、必要に応じて本人もしくは介護者から挙証資料の提出を求め、状況の確認を行う。
- ☞【参考資料 3】ロングショート利用に関する勘案整理票（チェックシート）
- ③ 連続して 30 日利用した後、1 日以上利用しない期間があれば、再度連続した 30 日以内の利用は可能とするが、短期利用加算は年間利用日数の初期の 30 日のみ算定を認める。
- ④ 過去に原則を超える支給量の決定がなされたが、利用実績が連続利用 30 日まで、年間利用日数 180 日以内に収まっている場合は、実態に見合った適正な支給量になるよう更新時に十分な確認を行う。

### ●精神障害者の基本的な考え方

- ① 原則 1 回 7 日以内とする。やむをえない理由で延長する場合でも最大 7 日とする。
- ② 利用回数に制限は無いが、短期入所の趣旨に鑑み、利用日数の原則がなし崩しにならないようにする。

### 《セルフプラン利用者について》

連続・長期利用については、計画相談を利用することを原則とするが、相談支援事業所の引き受け先がないなどの場合は例外として認める。ただし受給者証更新時に、利用者、家族の状況について、計画相談のモニタリングに準じ、区において訪問または面談もしくは電話等により利用者、保護者等の状況について十分な状況把握を行う。また、セルフプラン解消に向けて利用が可能な計画相談事業所の提案を行うなど、利用者、家族等に計画相談導入の働きかけを行う。

## 6. 重度障害者支援加算

### (1) 対象者と受給者証上の記載

★は R6 より新設

重度障害者支援加算 (I)		50 単位/日
対象者	重度障害者等包括支援の対象者	
受給者証上の記載	「短期入所加算重度 I」	
<b>+行動関連項目点数 10 点以上の加算★</b>		100 単位/日
対象者	重度障害者支援加算 (I) の対象者のうち、行動関連項目合計点数が 10 点以上 (Ⅲ類型) (障害児にあつては障害児支援区分 3 かつ強度行動障害判定基準表の点数合計が 20 点以上)	
受給者証上の記載	「短期入所加算重度 I」 + 「短期入所加算重度支援 II」	行動関連項目合計点数が 10 点以上→ 「短期入所加算重度支援 II」も記載
<b>+行動関連項目点数 18 点以上の加算★</b>		50 単位/日
対象者	重度障害者支援加算 (I) の対象者のうち、行動関連項目合計点数が 18 点以上 (障害児にあつては障害児支援区分 3 かつ強度行動障害判定基準表の点数合計が 30 点以上)	
受給者証上の記載	「短期入所加算重度 I」 + 「短期入所加算重度支援 II」 + 「短期入所加算重度 1 8 点以上」	

重度障害者支援加算 (II) ★		30 単位/日
対象者	障害支援区分 4 以上かつ行動関連項目 10 点以上の者 (障害児にあつては障害児支援区分 2 以上かつ強度行動障害判定基準表の点数合計が 20 点以上)	
受給者証上の記載	「短期入所加算重度支援 II」	
<b>+行動関連項目点数 10 点以上の加算</b>		70 単位/日
対象者	上記、重度障害者支援加算 (II) の対象者	
受給者証上の記載	「短期入所加算重度支援 II」	
<b>+行動関連項目点数 18 点以上の加算</b>		50 単位/日
対象者	重度障害者支援加算 (II) の対象者のうち、行動関連項目合計点数が 18 点以上 (障害児にあつては障害児支援区分 2 以上かつ強度行動障害判定基準表の点数合計が 30 点以上)	
受給者証上の記載	「短期入所加算重度支援 II」 + 「短期入所加算重度 1 8 点以上」	

☞【参考資料 5】行動関連項目

### (2) 必要な事務

重度障害者支援加算 (I) の対象となる「重度障害者等包括支援の対象者」のうち I 類型と II 類型については、認定を希望する利用者が「重度障害者支援加算対象者認定申請書」を区福祉事務所に提出し、加算対象者であることの認定を受ける。

☞【参考資料 4】短期入所にかかる重度障害者支援加算対象者認定申請書

I ~ III 類型の判定基準については【参考資料 4】の下部を参照

## 7. 医療連携体制加算（VI）

対象者	福祉型短期入所（サービス区分が「障害者」「障害児」）を利用する者であって、スコア表（※）に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態であり、スコア表のそれぞれの項目に係る基本スコア及び見守りスコアの合計が16点以上である者
受給者証上の記載	「短期入所加算医療連携」

（注）医療連携体制加算（VI）対象者であることの認定を希望する利用者は、医師が作成したスコア表を各区役所・支所の保健福祉課に提出し、加算対象者であることの認定を受ける。加算対象者については原則、支給決定時に判断することになる。

☞【参考資料6】障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア

## 8. 地域生活支援加算の医ケア等追加加算（★R6 見直し）

対象者	地域生活支援拠点等として指定されている短期入所事業所を利用する者であって、医療的ケアが必要な児者、重症心身障害児者又は強度行動障害（行動関連合計点数が10点以上、障害児にあつては、強度行動障害判定基準表の点数の合計が20点以上）を有する児者
受給者証上の記載	「短期入所加算地域生活」

※加算を請求する場合には、区保健福祉課あてに申し出を行ってください。

## 9. 日中活動系サービスとの同一日の利用に関する取り扱いについて

普段日中活動系サービスを利用していない障害者が、短期入所を利用する際に併せて日中活動系サービスを利用する場合、同一日の利用は原則として認めない。ただし、短期入所の利用にあたっては、サービス等利用計画の作成が義務付けられるようになったことから、当該短期入所がいわゆるロングショートになっている場合に、当該短期入所にかかるサービス等利用計画のモニタリングを通じてロングショートの解消が見込まれるときには、同一日の利用を認めるものとする。

また、一時的に短期入所を利用する場合においても、別途日中活動系サービスを利用することが当該短期入所を利用する障害者を支援するために必要であると判断できる場合についても同様に、同一日の利用を認めるものとする。

【参考資料1】障害児の調査項目（5領域11項目）

	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。	
		・介助なし		
②	排せつ	・全介助	全面的に介助を要する。	
		・一部介助	便器に座らせてもらうなど一部介助を要する。	
		・介助なし		
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。	
		・介助なし		
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。	
		・介助なし		
⑤	行動障害および精神症状	(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。	・ほぼ毎日（週5日以上）の支援や配慮等が必要  ・週に1回以上の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か月間に5日以上現れている週が2週以上ある場合。  調査日前の1か月間に毎週1回以上現れている場合又は調査日前の1か月間に2回以上現れている週が2週以上ある場合。
		(3)自分を叩いたり傷つい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する。		
		(5)再三の手洗いや繰り返し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できない。また、自室に閉じこもって何もしていない。		
		(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。

【参考資料2】障害児の調査項目（5領域20項目）

領域	項目	手引き頁	判断項目			
1 健康・生活	(1)食事	1	① 一人で食べることができる	② 見守りや声かけがあれば食べることができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である
	(2)排便	2	① 一人でトイレに移動して排便することができる	② 見守りや声かけがあればトイレに移動して排便することができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である
	(3)入浴	3	① 一人で入浴することができる	② 見守りや声かけがあれば入浴することができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である
	(4)衣服の着脱	4	① 一人で衣服の着脱ができる	② 見守りや声かけがあれば衣服の着脱ができる	③ 一部支援が必要である	④ 常に支援が必要である
2 感覚・運動	(5)感覚器官(聞こえ)	5	① 特に問題がなく聞こえる	② 補聴器などの補助装置があれば聞こえる	③ 聞き取りにくい音がある/視聴等で補助装置が必要である	④ 音や声を聞き取ることが難しい
	(6)感覚器官(口唇機能)	6	① 噛んで飲み込むことができる	② 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる	③ 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる	④ 補乳瓶などを使用している/口から食べることが難しい
	(7)姿勢の保持(座る)	7	① 一人で座り、手を抜いて遊ぶことができる	② 手で支えて座ることができる	③ 身体の一部を支える必要と座ることができる	④ 座るために全身を支える必要がある
	(8)運動の基本技術(目と足の協調)	8	① ケンケンが3回以上できる	② 交互に足を出して階段を昇り降りできる	③ 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる	④ 階段は両足を一歩に上げて昇る
	(9)運動の基本技術(移動)	9	① 一人で歩くことができる	② 一人で歩くことはできるが近くの見守りが必要である	③ 一人で歩くことができるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護棒などの補助装置が必要	④ 一人で歩くことが難しい
3 認知・行動	(10)危険回避行動	10	① 自発的に危険を回避することができる	② 声かけ等があれば危険を回避することができる	③ 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である	
	(11)注意力	11	① 集中して取り組むことができる	② 部分的に集中して取り組むことができる	③ 集中して取り組むことが難しい	
	(12)見通し(手順理解)	12	① 見通しを立てて行動することができる	② 声かけがあれば見通しを立てて行動することができる	③ 視覚的な情報があれば行動することができる	④ その他の工夫が必要
	(13)見通し(急な変化対応)	13	① 急な予定変更でも問題ない	② 声かけがあれば対応できる	③ 視覚的な手掛かりがあれば対応できる	④ その他の工夫やサポートが必要
	(14)その他	14	① 乱暴な言動はほとんどみられない	② 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある	③ 乱暴な言動がみられ、対処方法も無い	
4 言語・コミュニケーション	(15)2項関係(人対人)	15	① 目が合い、微笑むことや、嬉しそうなお顔をみせる	② 折えている(要求する)時は目が合う	③ あまり目が合わない/会っても持続しない	④ ほとんど目が合わない
	(16)表情(意思の表出)	16	① 言葉を発して伝えることができる	② 身振りで伝えることができる	③ 泣いたり怒ったりして伝える	④ 意思表示が難しい
	(17)読み書き	17	① 支援が不要	② 支援が必要な場合がある	③ 常に支援が必要	
5 人間関係・社会性	(18)人との関わり(他者への関心興味)	18	① 自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する	② ごく限られた人であれば反応する	③ 自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある	④ 適切に反応する、または全く反応しない
	(19)遊びや活動(トラブル対応)	19	① ほとんどないが、あっても自分たちで解決できる	② トラブルがあっても、大人の手助けがあれば解決できる	③ 支援があっても、解決できる場面とできない場面がある	④ トラブルが頻発に起き、解決することも難しい
	(20)集団への参加(集団参加状況)	20	① 指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる	② 興味がある内容であれば部分的に参加できる	③ 支援があればその場にはいられる	④ 参加することが難しい

以下、中学生・高校生のみ対象

領域	項目	頁	判断項目			
コミュニケーション	(21)コミュニケーション(言葉遣い)	21	① 適切な言葉遣いや態度で表現することができる	② 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる	③ ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい	④ 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい
	(22)コミュニケーション(やり取り)	22	① やり取りをすることができる	② 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする	③ やり取りをすることが難しい	
	(23)コミュニケーション(集団参加)	23	① 参加することができる	② たまに参加することができる	③ ほとんど参加することがない	④ 参加することが難しい

【参考資料3】

ロングショート利用に関する勘案整理票(チェックシート)

福祉事務所確認日			
福祉事務所担当者			
氏名		生年月日	
手帳の状況		受給証番号	
障害支援区分		認定期間	
申請期間			
認定期間			

計画相談利用者

調査実施日	年 月 日	調査担当者	
-------	-------	-------	--

セルフプラン

計画相談が 利用できない理由	
-------------------	--

該当する□にチェックを入れる

<介護者の状況>

急病や事故により、長期入院することになった もしくは長期入院中

入院先(病院名)	
入院期間	

暴力や虐待・ネグレクトが認められる

(虐待の状況)

高齢や心身の状況により介護が困難

介護者名		年齢	
要介護度		認定期間	
障害支援区分		認定期間	

介護者名		年齢	
要介護度		認定期間	
障害支援区分		認定期間	

次ページに続く

(介護者の具体的な状況)

<本人の状況> ※「高齢や心身等の状況により介護が困難」にチェックが入っている場合は必ず記入

施設入所を希望している

申請の有無                      有                      ・                      無

行動障害など障害特性から、地域での生活が困難

(行動障害などの具体的な状況)

その他

短期入所にかかる重度障害者支援加算対象者認定申請書

令和 年 月 日

神戸市 福祉事務所長 様

みだしの加算の対象者であることの認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
	居住地	〒	電話番号	
	障害福祉サービス受給者証番号			
	類型 (いずれかに○をつける)	I 類型 ・ II 類型 (III 類型は申請不要)		
届出者	フリガナ		申請者との関係 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> 代理人	
	氏名		連絡先	TEL
施設の名称				
住所連絡先		TEL		

(重度障害者支援加算対象者要件)

区分6 (障害児にあっては、これに相当する支援の度合) に該当し、意思疎通を図ることに著しい支障がある者であって、次の(一)又は(二)に該当すること。なお、対象者の判断基準は下表のとおりとする。

(一) 重度訪問介護の対象 (『二肢以上に麻痺等がある者であって、調査項目のうち「歩行」、「移乗」、「排尿」、「排便」のいずれもが「支援が不要」以外に認定されているもの』) に相当する支援の度合にある者であって、四肢すべてに麻痺等があり、かつ、寝たきりの状態にある者のうち、次のア又はイのいずれかに該当すること。

ア 人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 (I 類型)

イ 最重度の知的障害のある者 (II 類型)

(二) 行動援護基準の別表に掲げる行動関連項目の合計点数が10点以上である者 (III 類型)

類型	判定基準
I 類型	① 区分6の「重度訪問介護」対象者 ② 医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定 (軽、中、重のいずれかにチェックされていること) ※医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の硬縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。 ③ 認定調査項目「1群 起居動作」のうち、「寝返り」、「起き上がり」又は「座位保持」において「全面的な支援が必要」と認定 ④ 認定調査項目「10群 特別な医療 レスピレーター」において「ある」と認定 ⑤ 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定
II 類型	① 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認 ② 区分6の「重度訪問介護」対象者 ③ 医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定 (軽、中、重のいずれかにチェックされていること) ※医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の硬縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。 ④ 認定調査項目「1群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定 ⑤ 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定
III 類型	① 区分6の「行動援護」対象者 ② 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定 ③ 「行動援護項目得点」が「10点以上」と認定

【参考資料5】行動関連項目

●行動援護基準及び重度障害者等包括支援の別表に掲げる行動関連項目

行動関連項目	0点			1点	2点
コミュニケーション (3-3)	1. 日常生活に支障がない			2. 特定の者であればコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる
				3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	5. コミュニケーションできない
説明の理解 (3-4)	1. 理解できる			2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す (4-7)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
異食行動 (4-16)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
多動・行動の停止 (4-19)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不安定な行動 (4-20)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
自らを傷つけるなどの行為 (4-21)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為 (4-22)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為 (4-23)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行動 (4-24)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等 (4-25)	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん発作	年1回以上	月1回以上	週1回以上	月1回以上	週1回以上

【参考資料6】 障害福祉サービス等利用における医療的ケアの判定スコア

医療的ケア(診療の補助行為)	基本スコア		基本スコア	見守りスコア			見守りスコアの基準(目安)		
	日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び経管内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。	<input type="checkbox"/>		10点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに対応する必要がある場合(2点)	直ちにはないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。(人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0~2点+気管切開8点)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちにに対応する必要がある場合(2点)		それ以外の場合
3 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>		5点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちにに対応する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
4 酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素投与中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がもたらされる場合(1点)		それ以外の場合
5 吸引(口鼻腔・気管内吸引)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点)		それ以外の場合
6 ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点						
7 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃腸腸管、腸瘻、食道瘻		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
	(2) 持続経管注入ポンプ使用		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、結高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
9 皮下注射 注)いずれか一つを選択	(1) 皮下注射(インスリン、麻薬など)		5点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)		それ以外の場合
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定項目を加点しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	<input type="checkbox"/>		8点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
12 導尿 注)いずれか一つを選択	(1) 利用時間中の間欠的導尿		5点						
	(2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ)		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
13 排便管理 注)いずれか一つを選択	(1) 消化管ストーマ		5点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
	(2) 排便、洗腸		5点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	(3) 洗腸		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14 痙攣時の坐列挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注)医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場合	<input type="checkbox"/>		3点		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痙攣が10分以上重複する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が高い場合(2点)		それ以外の場合

(a)基本スコア合計

<日中>	<夜間>
------	------

(b)見守りスコア合計

--

(a)+(b)判定スコア

<日中>
------

(a)+(b)判定スコア

<夜間>
------

【参考資料7】

〔表9／利用理由〕

【社会的理由】 保護者又は家族が、下記の理由により障害者を介護できないとき	
疾病	保護者自身が疾病のため介護できないとき
冠婚葬祭	保護者が冠婚葬祭のため介護できないとき
出産	保護者自身又はその家族の出産のため、介護できないとき
看護	保護者が、配偶者等の疾病のため、その看護にあたる時
事故	保護者自身が事故により傷害等を負ったため介護できないとき
公的行事	保護者が、入学式、運動会など学校や自治会等の行事に参加するとき
災害、被災	地震、水害、火災などにより介護できないとき
転勤	保護者の一時的な転勤・単身赴任のため、介護する者がいないとき (短期間で神戸に戻ってくる事が確実な場合に限る)
失踪	保護者が失踪したため、介護する者がいないとき
出張	保護者が、出張のため介護できないとき
介護人不在	上記のほか、社会的な止むを得ない理由による保護者外出等のため、障害者を介護することができないとき(理由が余暇の場合は私的理由)
介護疲れ	障害者を日常的に介護している保護者が、月に数日程度の休息をとる場合
入所準備	入所決定した障害者が、当該施設に入所日までショートステイする場合(但し、1か月以内であること) 当該施設に体験入所するとき(繰り返し同一施設で体験入所することは不適切であり、その場合は私的理由「生活訓練」扱いとする)
居住地なし	障害者を介護する者がおらず居住地もないとき
その他社会的理由	上記のほか、社会的な理由により保護者が介護できないとき (例:親族の危篤 等)
【私的理由】 保護者が休養等の私的な理由により障害者を介護できないとき	
生活訓練	施設において、地域生活のための養育指導や生活訓練をうける時
旅行、リフレッシュ	保護者が、余暇としての旅行等により、介護ができないとき
交流・行事	社会的理由の公的行事と異なり、余暇として行事等に参加するとき
引越準備	障害者が居住する家庭が、引越準備のため、介護できないとき
結婚準備	保護者が結婚準備のため介護できないとき(結婚式であれば社会的利用の冠婚葬祭)
家事・進学準備	保護者が、受験勉強又は家事都合により、介護できないとき
その他私的理由	上記のほか、休養等の私的な理由により、保護者が介護できないとき (例:身元不明者の一時利用 など)

※保護者とは、障害児(者)を日常生活において介護している父母、兄弟姉妹、その他の者

【参考資料8】

〔表10／標準支給期間及び支給量〕

	理 由	当該事由が1回限りの場合		当該事由が継続的に生じる場合	
社会的理由	出産	1か月	14日程度		
	居住地なし、 入所準備	1か月	31日	3か月	3か月×31日
	疾病、看護、 事故、公的行事	1か月	当該事由が止むまでに必要な日数	1年以内	月数×1か月あたりに必要な日数
	冠婚葬祭	1か月	7日程度	1年以内	月数×7日
	災害、被災、 失踪、転勤	当該状況に応じて判断 (障害者支援課と協議)		当該状況に応じて判断 (障害者支援課と協議)	
	介護人不在、 出張	1か月	当該事由が止むまでに必要な日数	1年以内	月数×1か月あたりに必要な日数
	介護疲れ	1か月	7日程度	1年以内	月数×7日
	その他 社会的理由	1か月	当該事由が止むまでに必要な日数	1年以内	月数×1か月あたりに必要な日数
	介護者病気等に 備えた予備的な 申請	1か月	2日	1年以内	月数×2日
私的理由	リフレッシュ	1か月	7日程度	1年以内	月数×7日
	生活訓練	1か月	7日程度	1年以内	月数×7日
	旅行、交流・行事、 引越・結婚準備、 家事・進学準備、 その他私的理由	1か月	当該事由が止むまでに必要な日数	1年以内	月数×1か月あたりに必要な日数

### 3 施設入所支援

#### 1. サービス内容

その施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行う。

#### 2. 対象者

- ① 生活介護を受けている者であって障害支援区分が区分4（50歳以上の者にあっては区分3）以上である者
  - ② 自立訓練又は就労移行支援（以下この条において「訓練等」という。）を受けている者であって、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められるもの又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によって訓練等を受けることが困難なもの
  - ③ 生活介護を受けている者であって障害支援区分4（50歳以上の場合は障害支援区分3）より低い者のうち、指定特定相談事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、福祉事務所が利用の組み合わせの必要性を認めた者
  - ④ 就労継続支援B型を受けている者のうち、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の手続きを経た上で、福祉事務所が利用の組み合わせの必要性を認めた者
- ③又は④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、施設入所支援の利用を認めて差し支えない。
- ・法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
  - ・法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者
  - ・平成24年4月の児童福祉法改正の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む）に入所している者

#### 3. 支給量 ※「日中活動サービス及び居住系サービスの支給量の定め方」を参照

支給量は「支給期間に含まれる日数」と決定する。

#### 4. 重度障害者支援加算対象者

施設入所支援利用者については一定の要件を満たす場合には重度障害者支援加算の対象者となる。重度障害者支援加算（Ⅰ）対象者であることの認定を希望する利用者は「重度障害者支援加算（Ⅰ）対象者認定申請書」を区福祉事務所に提出し、加算対象者であることの認定を受ける。

なお、「行動関連項目10点以上」に該当する者は申請書を不要とする。

（1）重度障害者支援加算（Ⅰ）対象者要件 ※①②の要件のいずれかに該当するもの

- ① 医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者又はこれに準ずる者(注)
- ② 区分6かつ気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者

(注) 「医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者」とは、医師意見書における特別な医療に係る項目(当分の間は、「褥瘡の処置」及び「疼痛の看護」を含める取り扱いとする。)中、いずれか1つ以上に該当する者。なお、「これに準ずる者」とは、「医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者」以外で、経管栄養(腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養に限る)を必要とする者である。

(2) 重度障害者支援加算(Ⅱ) 対象者要件

障害支援区分6かつ行動関連項目10点以上である者

※行動関連項目が18点以上の場合は、「重度障害者支援加算(行動関連項目18点以上)」を上乗せして加算。

(3) 重度障害者支援加算(Ⅲ) 対象者要件

障害支援区分4以上かつ行動関連項目10点以上である者

※行動関連項目が18点以上の場合は、「重度障害者支援加算(行動関連項目18点以上)」を上乗せして加算。

## 5. 地域生活移行個別支援特別加算対象者

地域生活移行個別支援特別加算の対象者は、医療観察法に基づく通院による医療を受ける者または刑務所等からの退所等に伴い関係機関からの受入依頼を受けた者であって、通院決定、退所等から3年を経過していない者又はこれに準ずる者。

加算対象者に対し、地域で生活するために必要な相談援助や個別支援等を行った場合に算定できる。

※事業者も対象要件あり、市への届出を要する。

施設入所支援にかかる重度障害者支援加算（Ⅰ）対象者認定申請書

令和 年 月 日

神戸市 福祉事務所長 様

みだしの加算の対象者であることの認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大 年 月 日 昭・平・令
	居住地	〒 電話番号		
	障害福祉サービス受給者証番号			
届出者	フリガナ		申請者との関係 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> 代理人	
	氏名		連絡先	TEL

施設の名称	
住所 連絡先	TEL

（重度障害者支援加算（Ⅰ）の対象者要件）

施設入所支援利用者で、以下の要件のいずれかに該当するものが、施設入所支援にかかる重度障害者支援加算対象者となりますので、該当するものにチェックを入れてください。

- 医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者(注) 又は腸ろうによる経管栄養若しくは経鼻経管栄養が必要とされる者
- 区分6に該当し、かつ、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障害者

(注) 「医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者」とは、医師意見書における特別な医療に係る項目（当分の間は、「褥瘡の処置」及び「疼痛の看護」を含める取り扱いとします。）中、いずれか1つ以上に該当する者です。

## 4 共同生活援助（グループホーム）

### 1. サービス内容

障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談、入浴、排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を行い、又はこれに併せて、居宅における自立した日常生活への移行を希望する利用者につき、当該日常生活への移行及び移行後の定着に関する相談その他の援助を行う。

GHの種類	介護が必要な人への対応
介護サービス包括型	事業所のスタッフが対応
外部サービス利用型	外部の居宅介護事業所に委託
日中サービス支援型	事業所のスタッフにより常時対応

### 2. 対象者

障害者（身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。）

（注1）「準ずるもの」とは、障害者に対して支援等を行う事業であつて国若しくは地方公共団体の負担若しくは補助により実施される事業をいい、身体障害者手帳の交付、国民年金法に基づく障害基礎年金の支給等を含むものとする。

グループホーム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きを要しない。ただし、日中サービス支援型グループホームの利用を希望する障害者については、障害支援区分の認定手続きが必要。

なお、申請者がグループホームにおける介護の提供内容等について認識がないことも考えられることから、単に申請者の希望のみによって判断するのではなく、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た上で、障害支援区分の認定手続きの要否を判断すること。

### 3. 支給量審査基準

#### （1）支給期間

ア 基本

「3年」

イ 体験利用を行う場合

「1年」（報酬告示により年50日以内・連続30日以内の利用制限）

ウ 地域移行支援型ホーム

「2年」（指定運営基準に規定）

エ 退居後共同生活援助

「3ヶ月」

## (2) 支給量

「支給期間に含まれる日数」と決定する。

ただし、共同生活援助において体験的な利用を行う場合、各月における暦日数を上限として、必要な日数を定めるものとする。

## (3) 受託居宅介護サービスの支給決定基準

ア 障害支援区分ごとに以下に掲げる市町村が決定を行うに当たって参酌すべき受託介護サービスの支給標準時間（分/月）（以下「支給標準時間」という。）の範囲内で決定する。

イ 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

ウ 「非定型」の判断基準

以下の（ア）又は（イ）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支給量が確保されないと認められる場合には、当該支給決定基準を超える支給決定を行うこととして差し支えない。この場合、支給決定に当たっては、審査会の意見を聴くものとする。

（ア）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

（イ）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認められる場合

## 4. 支給決定期間について留意が必要なケース

### (1) 共同生活援助における地域移行支援型ホーム

地域移行支援型ホームは、入所・入院（精神科病院）から地域生活への移行プロセスを支える経過的な利用施設（共同生活住居）と位置付け、以下の条件を満たす場合に利用が限定している。

- ・経過的な利用とする（原則2年間）
- ・地域住民との交わりを確保する
- ・居住の場としてふさわしい環境を確保する
- ・地域のサービス整備量が十分でない場合に限る
- ・指定特定相談支援事業所がサービス等利用計画を作成した長期入院精神障害者に限る

したがって、2年間を超えて支給決定の更新の申請があった場合には、審査会の意見を聴き、真に必要なやむを得ない事情があるかどうかを十分に確認し、真にやむを得ない場合に限って必要最小限の有効期間で更新するとともに、できるだけ早期に本来の地域移行ができるよう必要な調整を行うこと。

## (2) 共同生活援助におけるサテライト型住居の利用

共同生活援助におけるサテライト型住居は、地域において単身等で生活をしたいという明確な目的意識を持った障害者の利用期間の長期化を回避する観点から、当該サテライト型住居に入居してから原則として3年の間に一般住宅等へ移行できるよう、他の障害福祉サービス事業者等との十分な連携を図りつつ、計画的な支援を行うものとしている。

したがって、入居から3年を超える支給決定の更新の申請があった場合には、審査会の個別審査を経て必要性が認められた場合に限り、支給決定を更新し、サテライト型住居において共同生活援助の提供を行うことが可能である。なお、サテライト型住居の利用継続の必要性が認められない場合であっても、支給決定を更新し、サテライト型住居以外の共同生活住居において共同生活援助の提供を行うことは可能である。

※サテライト型住居：単身での生活に向けて、複数人で暮らす本体のGHと連携しながら、本体住居とは少しはなれたアパート等で一人暮らしに近い形態のサービスを提供するもの。

## (3) 共同生活援助における移行支援住居の利用

共同生活援助における移行支援住居は、共同生活援助の利用前から、一人暮らし等をするための支援を希望する者に対して集中的な支援を実施する観点から、当該移行支援住居に入居してから原則として3年の間に一人暮らし等へ移行できるよう、他の障害福祉サービス事業者等との十分な連携を図りつつ、計画的な支援を行うものとしている。

なお、移行支援住居への入居から3年が経過した者から、再度支給決定の更新の申請があった際には、市町村審査会の個別審査を経て必要性が認められた場合に限り、支給決定を更新し、引き続き、移行支援住居において共同生活援助の提供を行うことが可能である。また、移行支援住居の利用継続の必要性が認められない場合であっても、支給決定を更新し、移行支援住居以外の共同生活住居において共同生活援助の提供を行うことは可能である。

※移行支援住居：退居後に一人暮らし等へ移行することを目的とした住居

## (4) 共同生活援助における退居後共同生活援助サービス費の利用

### (介護サービス包括型、外部サービス利用型のみ)

共同生活援助における退居後共同生活援助サービス費は、退居後の支援として、本人への相談支援や新しい住居における在宅の支援チームへの引継ぎ等を行うことを目的として共同生活住居を退居した日の属する月から原則として3月の間に限り算定を可能としている。

ただし、利用期間の満了時に引継ぎを行うべき障害福祉サービス事業者等と引き続き調整が必要な場合など、市町村審査会の意見を聴き、3月を超えて引き続き支援が必要であると認めた場合に限り、支給決定の更新（1回）が可能である。

## 5. 加算について

### (1) 重度障害者支援加算

#### 重度障害者支援加算Ⅰ

対象者：重度障害者等包括支援の対象者（下記のⅠ類型からⅢ類型のいずれかに該当する者）

（注）Ⅰ類型とⅡ類型については、認定を希望する利用者が「重度障害者支援加算対象者認定申請書」を区福祉事務所に提出し、加算対象者であることの認定を受ける。

類 型	判 定 基 準
	障害支援区分
Ⅰ類型	① 区分6の「重度訪問介護」対象者 ② 医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること） ※医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の硬縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。 ③ 認定調査項目「1群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定 ④ 認定調査項目「10群 特別な医療 レスピレーター」において「ある」と認定 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定
Ⅱ類型	① 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認 ② 区分6の「重度訪問介護」対象者 ③ 医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること） ※医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の硬縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。 ④ 認定調査項目「1群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定
Ⅲ類型	① 区分6の「行動援護」対象者 ② 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定 ③ 「行動援護項目得点」が「10点以上」と認定

#### 重度障害者支援加算Ⅱ

対象者：障害支援区分4以上かつ行動関連項目 10点以上の者

#### 行動関連項目 18点以上加算（Ⅰ・Ⅱともに適用）

対象者：障害支援区分4以上かつ行動関連項目 18点以上の者

#### 【受給者証の表記】

対象となる利用者の受給者証へ、下記の通り記載します。

加算名称	受給者証の記載内容
重度障害者支援加算Ⅰ	共同生活援助加算重度
重度障害者支援加算Ⅱ	共同生活援助加算強度重度
行動関連項目 18点以上加算	共同生活援助重度 18点以上

共同生活援助にかかる重度障害者支援加算Ⅰ対象者（Ⅰ類型またはⅡ類型）認定申請書

令和 年 月 日

神戸市 福祉事務所長 様

みだしの加算の対象者であることの認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大 年 月 日 昭・平・令
	居住地	〒 電話番号		
	障害福祉サービス受給者証番号			
届出者	フリガナ		申請者との関係 <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> 代理人	
	氏名		連絡先	TEL

施設の名	
住所 連絡先	TEL

(重度障害者支援加算対象者Ⅰ Ⅰ類型・Ⅱ類型 要件)

該当するものにチェックを入れてください。

類型	判定基準	チェック
	障害支援区分	
Ⅰ類型	⑤ 区分6の「重度訪問介護」対象者 ⑥ 医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること） ※医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の硬縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。 ⑦ 認定調査項目「1群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定 ⑧ 認定調査項目「10群 特別な医療 レスピレーター」において「ある」と認定 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定	<input type="checkbox"/>
Ⅱ類型	⑤ 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認 ⑥ 区分6の「重度訪問介護」対象者 ⑦ 医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定（軽、中、重のいずれかにチェックされていること） ※医師意見書「2. 身体の状態に関する意見」の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の硬縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。 ⑧ 認定調査項目「1群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定 認定調査項目「6群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定	<input type="checkbox"/>

## (2) 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の対象者は、医療観察法に基づく通院による医療を受ける者または刑務所等からの退所等に伴い関係機関からの受入依頼を受けた者であって、通院決定、退所等から3年を経過していない者又はこれに準ずる者。加算対象者に対し、地域で生活するために必要な相談援助や個別支援等を行った場合に算定できる。通院決定日もしくは退所日の確認が必要。

☞受給者証の表記：「共同生活援助加算地域移行」

## (3) 精神障害者地域移行特別加算

精神科病院等に1年以上入院していた精神障害者に対して、地域で生活するために必要な相談援助や個別支援等を行った場合に算定できる。算定できるのは退院後1年間のみなので、入院期間及び退院日の確認が必要。

☞受給者証の表記：「共同生活援助加算精神障害」

## (4) 強度行動障害者地域移行特別加算

以下のすべての要件に該当する者

- ・障害者支援区分認定調査の結果に基づき、行動関連項目10点以上の者
- ・指定障害者支援施設等又は指定障害児入所施設等に1年以上入所していた者のうち、退所してから1年以内の者

☆退所後一定期間居宅等で生活した後、共同生活援助を受けることになった強度行動障害を有する者であっても、退所から1年以内について加算計上できる。

☞受給者証の表記：「共同生活援助加算強度行動」

## (5) 医療的ケア対応支援加算

医療的ケアに係る申出書（共同生活援助）の提出があり、申出書の1～14のいずれか一つ以上にチェックのある者。

☞受給者証の表記：「共同生活援助加算医療的ケア」

医療的ケアに係る申出書  
(共同生活援助関係)

記入年月日: 令和 年 月 日

利用者氏名	(ふりがな)
	明・大・昭・平・令 年 月 日生( 歳)

共同生活援助事業所での必要な医療的ケア(診療の補助行為)を、以下の1~14の中から選択して☑を付けてください。

医療的ケア(診療の補助行為)		該当
1	人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間欠的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理	<input type="checkbox"/>
2	気管切開の管理	<input type="checkbox"/>
3	鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>
4	酸素療法	<input type="checkbox"/>
5	吸引(口鼻腔・気管内吸引)	<input type="checkbox"/>
6	ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>
7	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻	<input type="checkbox"/>
	(2) 持続経管注入ポンプ使用	<input type="checkbox"/>
8	中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>
9	(1) 皮下注射(インスリン、麻薬など)	<input type="checkbox"/>
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用	<input type="checkbox"/>
10	血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む)	<input type="checkbox"/>
11	継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	<input type="checkbox"/>
12	(1) 間欠的導尿	<input type="checkbox"/>
	(2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ)	<input type="checkbox"/>
13	(1) 消化管ストーマ	<input type="checkbox"/>
	(2) 排便又は洗腸	<input type="checkbox"/>
	(3) 浣腸(注)	<input type="checkbox"/>
14	痙攣時における坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注)医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場合	<input type="checkbox"/>

(注)「13 排便管理」における「(3) 浣腸」は、市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器(挿入部の長さがおおむね5センチメートル以上6センチメートル以下のものであって、グリセリンの濃度が50%程度であり、かつ、容量が、成人を対象とする場合にあってはおおむね40グラム以下、6歳以上12歳未満の小児を対象とする場合にあってはおおむね20グラム以下、1歳以上6歳未満の幼児を対象とする場合にあってはおおむね10グラム以下、0歳の乳児を対象とする場合にあってはおおむね5グラム以下のものをいう。)を用いて浣腸を施す場合を除く。

記入者	(住所)
	(氏名) (利用者との関係)

※本申出書については、利用者や家族等が確認の上記入すること。  
記入者が本人の場合は、記入者欄の記載は不要です。

## 6. ホームヘルプサービスとの併給について

### 原則

共同生活援助を行う住居に入居する者（体験的な利用を行う者を含む。）は、入居中は、居宅介護及び重度訪問介護を利用することはできない。

### 例外

#### ① 通院等介助の利用

グループホーム利用者の通院介助については、基本的に日常生活上の支援の一環として、当該事業者が対応することとなるが、慢性疾患の利用者がいる場合、定期的に通院を必要とし、世話人等が個別に対応することが困難な場合があることから、以下の要件のもと、通院等介助（ホームヘルプ）の利用が認められる（平成19年4月から）。ただし、20年4月からの公的手続きまたは相談のために官公署を訪れる場合の対象範囲の拡大は、適用されない。（指定基準により、「事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て代わって行わなければならない。」と規定されているため）

- (ア) 対象者…区分1以上、かつ、慢性疾患等の障害者であって、医師の指示により、定期的に通院を必要とする者。
- イ) 個別支援計画に位置付けられていること。
- ウ) 通院等介助の対象回数は、2回/月を限度とする。

#### ② ホームヘルプサービスの利用（令和9年3月末までの経過措置）

重度の障害者（障害支援区分4以上）が利用するグループホームにおいて、食事や入浴、排せつ時に複数の支援員による対応が必要な場合など、一時的に職員の加配が必要となる場合が考えられることから、以下の(1)(2)いずれかに該当する対象者の場合、個人単位でホームヘルプの利用が認められる。

	(1)	(2)
対象者	障害支援区分4以上、かつ、重度訪問介護、同行援護又は行動援護の対象者	障害支援区分4以上で身体介護の個別支援が必要となる場合 で、次の①及び②の要件をいずれも満たす者 ① GHの個別支援計画に居宅介護の利用が位置付けられていること ② GHでの居宅介護の利用について市町村が必要を認めていること
利用可能サービス	居宅介護→○ 重度訪問介護→○	居宅介護→○ (入浴、食事、排せつ、衣服着脱等の身体介護のスポット支援のみ) 重度訪問介護→×

※ホームヘルプの支給決定にあたっては、必要に応じて、市町村審査会又は地域自立支援協議会に意見を聞くことができる。

※グループホームの報酬については、居宅介護等を利用した日について、障害支援区分（区分4～6）等によって、定められた報酬単価（270～565単位/日）が適用される。なお、居宅介護等を利用していない日については、通常の報酬単位が適用される。

※現時点で令和8年度末には経過措置が終了することを踏まえ、ホームヘルプサービス利用に際しては、計画相談支援を導入のうえ相談支援員が、施設職員と共に終了後の利用者に対する対応について協議し、検討しておくことが必要になる。

### ③ 一時帰宅時の利用について

入居者が一時帰宅する場合においては、通常受け入れ体制が確保されていることが想定されるが、市町村が特に必要と認める場合においては、共同生活住居の利用に係る報酬が全く算定されない期間中に限り、居宅介護又は重度訪問介護について支給決定を行うことは可能である。

※事業所の運営上の都合により、居宅におけるホームヘルプを利用することは認められない。

※「報酬が全く算定されない」とは、事業者からの報酬請求の有無にかかわらず、報酬算定が（加算のみでも）可能であるかで判断する。

## 7. 短期入所との併給について

- ・障害者支援施設、のぞみの園又は共同生活住居に入所（入居）する者は、入所（入居）中は原則として短期入所を利用することはできない。ただし、これらの入所（入居）者が、一時帰宅中において、短期入所が必要な事情が生じた場合には、通常、これらの入所施設又は共同生活住居に戻って必要な支援を受けることが想定されるが、一時帰宅中の施設入所支援等の報酬（帰宅時支援加算は含まない。）が算定されない期間においては、帰宅先における介護者の一時的な事情により必要な介護を受けることが困難で、かつ、帰宅先と入所施設又は共同生活住居とが遠隔地であるため直ちに入所施設又は共同生活住居に戻ることも困難である場合等、市町村が特に必要と認める場合は、支給決定を行うことは可能である。

## 8. 体験利用について

長期間の入所・入院から地域生活に移行する場合や、家族と同居しているが将来的にグループホーム等への入居を検討している場合等に、継続的な利用に移行するための課題、目標、体験期間及び留意事項等を記載した共同生活援助計画に位置付けて、短期間の体験利用が可能。【平成21年4月から】

また、障害児施設入所の児童が18歳到達後に共同生活援助に移行することを念頭に体験利用する場合も、こども家庭センターが認めた場合、対象となる(障害児施設は、外泊扱い)。

〈サービス利用条件〉

- ・利用には、通常の利用と同様に支給決定等の手続きが必要。
- ・一時的な利用として、1回あたり連続30日以内かつ年50日以内に限る。
- ・事業所は定員の範囲内で実施することとなり、通常の利用者の入院・帰宅中に、当該利用者の居室を体験入居に供することはできない。

※ 体験利用の支給決定には、連続して利用可能な日数と年間で利用可能な日数を併せて決定する。

※ 体験利用中も、「【ホームヘルプサービスとの併給について】」の対象要件を満たす場合は、居宅介護の支給決定が可能。

※ 強度行動障害者体験利用加算

対象：行動関連項目10点以上の体験利用者

☞受給者証の表記：「共同生活援助加算強度体験」

## 5 日中活動サービス及び居住系サービスの支給量の定め方

### 1. 日中活動サービス（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）の支給量の定め方について

平成18年4月から利用実績払い（日額報酬）を導入したことに伴い、日中活動サービスについては、原則として一人の障害者が一月に利用できる日数（支給量）は、各月の日数から8日を控除した日数（以下「原則の日数」という。）を上限とすることを基本とし支給決定をしてください。ただし、次の場合には、「原則の日数」を超える支給量で決定することも可能です。

- ① 日中活動サービスの事業運営上の理由から、「原則の日数」を超える支援が必要となる場合は、市に届け出ることにより、当該施設が特定する3か月以上1年以内の期間（以下、「対象期間」という。）において、利用日数の合計が「原則の日数」の総和の範囲内であれば利用することができるものとする。
- ② ①に該当しない場合であっても、心身の状態が不安定である、介護者が不在で特に支援の必要があるなど、利用者の状態等に鑑み、市町村が必要と判断した場合には、「原則の日数」を超えて利用することができるものとする。

### 2. 居住系サービス（療養介護、施設入所支援、宿泊型自立訓練、共同生活援助）の支給量の定め方について

支給決定の有効期間中における各月における暦日数を支給量として定める。

ただし、共同生活援助において体験的な利用を行う場合、各月における暦日数を上限として、必要な日数を定めるものとする。

### 3. 日中活動と施設入所支援の支給決定について

施設入所支援においては、土日における入所者への支援に要する費用も含めて報酬を設定していることから、日中活動部分については、1か月の日数から8を除いた日数の範囲内で支給決定することとなります。