

札幌第74号  
平成26年（2014年）4月2日

各指定特定相談支援事業所 管理者 様

札幌市保健福祉局障がい保健福祉部長  
嶋内 明

## 共同生活介護の共同生活援助への一元化について

平素より札幌市の障がい保健福祉行政にご理解とご協力いただき厚くお礼申し上げます。  
障害者総合支援法の改正に伴い、平成26年4月から、共同生活を行う住居でのケアが柔軟に提供できるよう共同生活介護が共同生活援助（以下「グループホーム」という。）に一元化されました。4月以降におけるグループホームの取扱いを下記のとおりとしますので、通知いたします。

### 記

#### 1 グループホーム一元化後の概要等

##### (1) サービスの概要

日常生活上の援助、相談等を行うとともに、障害支援区分に関わらず利用を可能とする。また、食事、排泄又は入浴等の介護について、利用者のニーズに応じ、以下(2)に掲げる事業所の形態によって提供を行う。

##### (2) 事業所の種類及び介護の提供形態

ア 指定共同生活援助事業所（以下「介護サービス包括型事業所」という。）

利用者に対し、事業者が自ら介護の提供を行う。

イ 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所（以下「外部サービス利用型事業所」という。）

利用者に対し、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委託し、介護の提供（以下「受託居宅介護」という。）を行う。

##### (3) サテライト型住居

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、本体住居との連携を前提とし、一般住宅等への移行を目的としたサテライト型住居の仕組みを創設。

#### 2 申請手続き等

##### (1) 申請書の記載事項について

ア 事業所の種類

指定共同生活援助事業所（以下「介護サービス包括型事業所」という。）又は外部

サービス利用型事業所の別を記載。

イ 介護又は受託居宅介護の提供

介護サービス包括型事業所は介護の提供の希望の有無を、外部サービス利用型事業所は受託居宅介護の希望の有無を記載。

(2) 障害支援区分について

区分認定の必要性の判断は以下のとおりとします。

ア 障害支援区分認定が必要

(ア) 介護サービス包括型事業所に入居し、介護の提供を希望する者

(イ) 外部サービス利用型事業所に入居し、受託居宅介護の提供を希望する者

イ 障害支援区分認定が不要

(ア) 介護サービス包括型事業所に入居し、介護の提供を希望しない者

(イ) 外部サービス利用型事業所に入居し、受託居宅介護の提供を希望しない者

(3) 受託居宅介護について

ア 対象者

外部サービス利用型事業所に入居し、障害支援区分2以上の者

イ サービス内容

居宅介護（身体介護に限る）と同様。

ウ サービス等利用計画案

受託居宅介護を申請する場合は、指定特定相談支援事業所が作成するサービス等利用計画案の提出が必要（セルフプランも可）。

エ 支給量

サービス等利用計画案を勘案した上で、国が示す標準時間数（以下「支給標準時間」という。下表参照。）に基づき、支給決定することを原則とします。

障害支援区分	支給標準時間
区分2	2.5時間／月以内
区分3	10時間／月以内
区分4	15時間／月以内
区分5	21.5時間／月以内
区分6	31.5時間／月以内

オ 支給標準時間を超える場合

以下に該当する者で、支給標準時間内で必要な支給量が確保されないと認められる場合は、下表の範囲内で特例的に支給決定を認めるものとします。

(ア) 区分3以下であって、利用する外部サービス利用型事業所において、申請者以外に受託居宅介護の提供を現に利用若しくは希望する者がいない場合又は受託居宅介護の提供を受けている若しくは希望する利用者全てが区分2以下の場合

(イ) 区分4以上であって、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保健福祉部長が認めた場合

※ 上記(イ)について、セルフプランによる提出があった場合は、審査会の意見を聴

取した上で、受託居宅介護の支給決定に係る要否を判断します。また、変更・更新の申請に係る取扱いも同様とします。

障害支援区分	特例支給量	加算	加算① 二人ヘルパー加算	加算② 重複加算					
区分2	10時間／月以内		障がい状況から1人での介護が困難な場合に加算	重度の肢体不自由と重度の知的障害を重複している場合に加算					
区分3	15時間／月以内								
区分4	25時間／月以内								
区分5	30時間／月以内								
区分6	35時間／月以内					区分4	15時間以内	区分4	7.5時間以内
						区分5	20時間以内	区分5	10時間以内
		区分6	30時間以内	区分6	15時間以内				

カ 支給決定通知及び障害福祉サービス受給者証

受託居宅介護の支給量について、決定通知書及び障害福祉サービス受給者証に記載します。

### 3 個人単位の居宅介護等の利用

重度者の個人単位の居宅介護（身体介護）・重度訪問介護について、介護サービス包括型事業所を利用する場合に限り、新規の場合も含めて利用を可能とします。ただし、利用にあたっては、あらかじめ居宅介護（身体介護）・重度訪問介護について支給決定を受ける必要があります。（平成27年3月までの経過措置）

### 4 通院等介助の取扱い

医師の指示により、定期的に通院を必要とする場合は、平成26年4月1日以降においても、引き続き、通院等介助の利用を可能とします。ただし、利用にあたっては、あらかじめ居宅介護（通院等介助）の支給決定を受ける必要があります。（月2回までが限度）

### 5 留意事項

- (1) 支給決定の際は、介護サービス包括型事業所又は外部サービス利用型事業所の別を判断せず、「共同生活援助」の支給決定を行うため、原則、転居等により事業所の種類を変更する場合は申請不要です。ただし、新たに受託居宅介護を受ける場合は別途、申請をする必要があります。
- (2) 本通知の取扱いについては、体験利用に係る場合も同様とします。
- (3) サテライト型住居の取扱いについては別途通知します。

### 6 添付資料

- (1) 介護給付費・訓練等給付費等支給申請書（別紙1）
- (2) 介護給付費・訓練等給付費等支給変更申請書（別紙2）

〒060-8611  
 札幌市中央区北1条西2丁目  
 札幌市障がい福祉課給付管理係  
 TEL011-211-2938 Fax 011-218-5181

介護給付費・訓練等給付費等支給申請書

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

次のとおり、介護給付費等の支給決定について申請します。

平成 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 札幌市 区		
身体障害者手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： 種 級 障害種別： 肢体・視覚・聴覚・言語・内部	
療育手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： A ・ B ・ B-	
精神障害者保健福祉手帳	有・無	年 月 日交付 第 号	障害程度： 1級 ・ 2級 ・ 3級	
難病等	疾患名：			

届出者（※申請者と同一の場合は記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
	氏名			
	住所	〒		

申請に係る障害福祉サービス等の種類

介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）	
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 同行援護（身体介護を伴う・身体介護を伴わない）
	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援
	<input type="checkbox"/> 療養介護 ※健康保険証の写しを併せてご提出ください。 （被保険者証の記号及び番号 保険者名及び番号）	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援 （該当するものにチェックをつけてください。） <b>【日中活動】</b> <input type="checkbox"/> 生活介護・自立訓練（ <input type="checkbox"/> 機能訓練・ <input type="checkbox"/> 生活訓練）・ <input type="checkbox"/> 就労移行支援 ・就労継続支援（ <input type="checkbox"/> A型・ <input type="checkbox"/> B型（特定旧法受給者のみ））	
訓練等給付費	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（ <input type="checkbox"/> 体験利用）	<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型（介護提供の希望 有・無） <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型（受託居宅介護の希望 有・無）
	※体験利用の場合に記載してください。	
	利用日数	日
	利用期間	（ 年 月 日 ～ 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練・生活訓練（宿泊型））	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設以外・養成施設）
<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型）	（障害基礎年金1級の受給 有・無）	
<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）	（障害基礎年金1級の受給 有・無）	
移動支援費	<input type="checkbox"/> 移動支援（ <input type="checkbox"/> 行動援護の支給決定要件を満たす場合、行動援護の支給申請とする。）	
地域相談支援給付費	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	

負担上限月額に関する認定（移動支援費及び地域相談支援給付費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。

所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「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」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） ※療養介護利用者で低所得に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 低所得1（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方） <input type="checkbox"/> 低所得2（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得1以外の方）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割16万円（20歳未満の施設入所者にあつては28万円）未満。ただし、20歳以上の施設入所者、共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 4 一般2（市町村民税課税世帯（一般1に該当する方を除く。））

特定障害者特別給付費に関する認定  
 下記に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。

【入所施設を利用する場合】	【共同生活援助を利用する場合】
<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 生活保護又は市町村民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯	

医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）  
 下記に該当するため、医療型個別減免の適用を申請します。  
 ・低所得（市町村民税非課税世帯）

生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。）。

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医師氏名		医療機関名称	
医療機関の所在地	電話番号		

障害福祉サービス等以外のサービス利用状況

施設サービス	利用中の施設の種類の種類と内容等 施設種類（ ） 施設（病院）名称（ ）			
介護保険	要介護認定	有・無	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5	
	利用中のサービスの種類と内容等			

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			

同意欄（同意する項目にチェックしてください。）

介護給付費又は訓練等給付費（共同生活援助において介護の提供又は受託居宅介護を希望する場合に限る。）の支給申請にあたり必要となる医師意見書の提出に代えて、保健福祉部長が医師意見書の作成を医療機関に依頼することに同意します。

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者に提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障害支援区分認定結果を提供することに同意します。

支給決定に際して、利用者負担上限月額の認定、利用者負担額減額・免除等の認定及び利用者負担額の認定のため、障害福祉サービス等を利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得額の状況について、保健福祉部長が調査することに同意します。

署名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
 （自筆による署名又は記名押印してください）



負担上限月額に関する認定（移動支援費及び地域相談支援給付費は除きます。）

負担上限月額の認定にあたり、次の所得区分の適用を申請します。

所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護（「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」による支援給付の受給世帯を含みます。）
	<input type="checkbox"/> 2 低所得（市町村民税非課税世帯） ※療養介護利用者で低所得に該当する方のみ、下記のいずれかにチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 低所得1（市町村民税非課税世帯に属し、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方） <input type="checkbox"/> 低所得2（市町村民税非課税世帯に属する方であって、低所得1以外の方）
	<input type="checkbox"/> 3 一般1（市町村民税所得割16万円（20歳未満の施設入所者にあつては28万円）未満。ただし、20歳以上の施設入所者、共同生活援助、宿泊型自立訓練利用者を除く。） ※下記に該当する方のみ、該当部分にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 市町村民税について住宅借入金等特別税額控除を受けているので申告します。 <input type="checkbox"/> 寄附金税額控除を受けているので申告します。
	<input type="checkbox"/> 4 一般2（市町村民税課税世帯（一般1に該当する方を除く。））

特定障害者特別給付費に関する認定  
 下記に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。

<b>【入所施設を利用する場合】</b>	<b>【共同生活援助を利用する場合】</b>
<input type="checkbox"/> 20歳未満	<input type="checkbox"/> 生活保護又は市町村民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 20歳以上で生活保護又は市町村民税非課税世帯	

医療型個別減免に関する認定（※療養介護利用者のみ）  
 下記に該当するため、医療型個別減免の適用を申請します。  
 ・低所得（市町村民税非課税世帯）

生活保護への移行予防措置の適用を申請します（ただし、生活保護の申請を却下され、境界層該当証明書が交付されている場合に限ります。）。

主治医に関すること（主治医がいる場合に記載してください。）

医師氏名		医療機関名称	
医療機関の所在地	電話番号		

サービスの利用状況（利用中のサービスの種類と内容等を記載してください。）

障害支援区分	区分	1	2	3	4	5	6	無	(いずれかに○をつける)
介護給付費	<input type="checkbox"/> 居宅介護（身体介護・通院等介助・通院等乗降介助・家事援助）								( )
	<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"/> 重度障害者等包括支援								( )
	<input type="checkbox"/> 療養介護								( )
	<input type="checkbox"/> 生活介護								( )
	<input type="checkbox"/> 短期入所								( )
訓練等給付費	<input type="checkbox"/> 施設入所支援								( )
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助								( )
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練・生活訓練・生活訓練（宿泊型））								( )
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設以外・養成施設）								( )
移動支援費	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型・B型）								( )
	<input type="checkbox"/> 移動支援								( )
介護保険	要介護認定	有・無	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5						
	利用中のサービスの種類と内容等								

緊急時の連絡先

氏名		電話番号	
住所			