

事 務 連 絡

令和 3 年 6 月 24 日

各指定特定相談支援事業所 管理者 様
各指定障がい児相談支援事業所 管理者 様

福祉局障がい者施策部
障がい福祉課長
障がい支援課長

居宅介護及び重度訪問介護の支給決定基準について

平素は、本市福祉行政の推進にご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

標題について、現在、障がいのある方を取り巻く環境は、障がいの重度化・高齢化など、福祉課題の複雑化・多様化・深刻化に加え、災害や感染症の影響により在宅時間が長くなることで、支給量の増加などの申請が多数寄せられているところです。

つきましては、本市では介護給付費等の支給決定を公平かつ適切に行うために支給決定基準を定めているところですが、このたび居宅介護及び重度訪問介護の支給決定基準の見直しを行いましたので、その内容及び今後の基準についてお知らせします。ご確認の上、サービス等利用計画案の作成の際にご活用くださいますようお願いいたします。

記

1 1か月あたりの支給量の算出方法について

週単位でサービスを利用する場合において、現行では週あたりの時間数に4.3 を乗じて1か月あたりの支給量を算出していましたが、1か月を31日とした場合の週数である4.5 を乗じて算出することに改めます。

(同行援護、行動援護、移動支援事業においても同様です。)

2 区分別基本時間について

上記1の算出方法見直しに伴い、居宅介護及び重度訪問介護における区分別基本時間を改めます。新たに居宅介護及び重度訪問介護のサービス等利用計画案の作成を行う際には、【別添】支給決定基準表の内容を参酌して作成してください。

3 加算項目の追加について

現行では、支給基準時間数の算出にあたり、基本的なサービスとして想定されないような内容の介護が必要な場合に、その介護を基本時間数のみで対応することが困難であると考えられる場合を想定し、加算時間数の算出を行っているところですが、今回、週間計画表上に反映できない必要時間数に対応するための加算を新たに追加します。この新しい加算（補足加算）については、従来のように評価点によって算出するものではなく、該当する場合に所定の時間数を加算する取扱いとします。

(1) 加算内容

区分4以上の単身生活者または単身生活者に準ずる者で、日中活動の場へ通所もしくは就労しているが、体調不良や祝日等の影響により通所もしくは通勤ができなくなった際等に、支給決定時間数が足りず生活が困難になると申し出があった者に算定。

(2) 加算時間

本加算内容に該当する場合は、居宅介護は月6時間以内、重度訪問介護は月8時間以内に必要な時間数を加えます。本加算時間は日中活動（就労含む）に2日程度通所できなかった際の対応を想定しているため、加算時間数は当該利用者の日中活動（就労含む）2日分の利用時間数を超えない範囲で決定するものとします。

また、サービス等利用計画案作成にあたっては、計画案Ⅱの「週間計画に反映させにくい項目」欄に必要となる加算時間を記載するとともに、「その他特記事項」欄に加算算定が必要となる具体的な状況や理由等を明記して、各区保健福祉センター担当者へご提出ください。

4 本取扱いの適用開始について

本取扱いについては、令和3年7月1日以降に支給決定を行うものから適用します。なお、6月30日以前に支給決定を行っている利用者について、本基準を適用しなおすすめものではありません。

5 添付資料について

本取扱いあたって、サービス等利用計画案及びサービス等利用計画の様式の変更を行いましたので、添付します。

〈お問い合わせ先〉

○計画相談支援について

福祉局障がい者施策部障がい福祉課（電話：06-6208-7999）

○居宅・重度訪問介護の支給決定について

福祉局障がい者施策部障がい支援課（電話：06-6208-8245）

支給決定基準整理票

居宅介護支給量基準（障がい者）

【基本時間数の算出】

| 介護力の の大小 障がい支援区分 | A | | | B | | | C | | |
|----------------------------|-------------------------------------|----|----|--------------------------------|----|----|---------------------------------|----|----|
| | 単身又はこれに準ずる世帯で日常の家事・介護能力に欠ける場合（介護力小） | | | 介護者がいるが、介護能力に一定の困難を生じる場合（介護力中） | | | 介護者がおり、日常の家事・介護能力に問題がない場合（介護力大） | | |
| | 身体 | 家事 | 合計 | 身体 | 家事 | 合計 | 身体 | 家事 | 合計 |
| 区分6 | 57 | 23 | 80 | 47 | 16 | 63 | 37 | 9 | 46 |
| 区分5 | 49 | | 72 | 40 | | 56 | 31 | | 40 |
| 区分4 | 37 | | 60 | 30 | | 46 | 24 | | 33 |
| 区分3 | 26 | | 49 | 21 | | 37 | 17 | | 26 |
| 区分2 | 14 | | 37 | 12 | | 28 | 9 | | 18 |
| 区分1 | 9 | | 32 | 6 | | 22 | 6 | | 15 |

※ 支給決定にあたっては合計時間数部分を用いて行う。（上記表の身体介護・家事援助の時間数による支給決定の制限は設けない）

※ 障がい児の支給量については、区保健福祉センターと個別にご相談ください。

【加算時間数の算出】

| 加算項目 | 項目の評価点数 | |
|---|---------|------|
| 居住の状況・世帯の状況に関すること | 身体介護 | 家事援助 |
| ① 住居内の状況として車椅子による移動が不可能であり、常に抱えての移動が必要となる（車椅子利用者に限る） | 1 | / |
| ② 自宅に風呂が無く、訪問入浴サービスも利用できない住環境にあり、入浴に非常に手間がかかる（ただし、サービス等利用計画案に入浴が含まれる場合） | 1 | / |
| ③ 長期間の入所・入院状態から退所・退院するにあたり、一時的に多くの支給量が必要（基本6ヶ月までとし、3ヶ月ごとに状況確認。） | 2 | 3 |
| ④ 単身生活を始めたばかりで生活に慣れるまで一時的に多くの支給量が必要（基本6ヶ月までとし、3ヶ月ごとに状況確認。③該当以外の場合にのみ適用） | 2 | 3 |
| 本人の身体の状況に関すること | | |
| ⑤ 時間を要するコミュニケーション支援が必要である | 2 | 2 |
| ⑥ 医療的な介護（単なる服薬管理は含まない）が必要 | 1 | / |
| ⑦ 嚥下が困難となっており、食事に時間を要する（ただし、サービス等利用計画案に食事介護が含まれる場合） | 1 | / |
| ⑧ 嚥下が困難等のため、きざみ食やミキサー食等が必要であり、物理的に調理行為に時間を要する（ただし、サービス等利用計画案に調理が含まれる場合） | / | 1 |
| ⑨ 体重・体格・麻痺等の状況から、移乗等に際して1人での対応が困難であり、2人介護の必要がある（ただし、サービス等利用計画案に二人介護が含まれる場合） | 1 | / |
| ⑩ 行動援護の対象者となっており、居宅内においても介護を実施する必要性が著しく高い | 3 | 3 |
| 加算項目の合計評価点数 | 点 | 点 |

支給決定基準整理票

居宅介護の加算時間数

| | 基本時間数 | 加算割合 | 加算時間数 |
|--|-------|-------|---------|
| 【身体介護の加算】 | | | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 1～2 点の場合 | | × 5% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 3～4 点の場合 | | × 10% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 5 点～の場合 | | × 15% | |
| 【家事援助の加算】 | | | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 1 点の場合 | | × 5% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 2 点の場合 | | × 10% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 3 点～の場合 | | × 15% | |
| 合計時間数 | | | _____時間 |

※身体介護及び家事援助の加算時間数を合算後、端数を切り上げ

| 補足加算項目 | 補足加算時間 |
|---|----------|
| 区分 4 以上の単身生活者または単身生活者に準ずる者で、日中活動の場へ通所もしくは就労しているが、体調不良や祝日等の影響により通所もしくは通勤ができなくなった際等に、支給決定時間数が足りず生活が困難になると申し出があった者 | 月 6 時間以内 |

※上記時間内で必要時間数を算出する。

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------|---|--------------|---------|---|----------------|---------|
| 基本時間数 | _____時間 | + | 加算時間数 | _____時間 | + | 補足加算時間数 | _____時間 |
| = 支給基準時間数 _____時間 | | | | | | | |

※ただし、介護保険で訪問介護を利用している場合等についてはその分を減算する。

支給決定基準整理票

重度訪問介護支給量基準

【基本時間数の算出】

| 介護力の の大小 障がい支援区分 | | A | B | C |
|----------------------------|----|---|--|---|
| | | 単身又はこれに準ずる 世帯で日常の家事・介護 能力に欠ける場合 (介護力小) | 介護者がいるが、介護能 力に一定の困難を生じ る場合 (介護力中) | 介護者がおり、日常の家 事・介護能力に問題がな い場合 (介護力大) |
| 区分6 | ア※ | 242 | 201 | 161 |
| | イ | 195 | 163 | 130 |
| 区分5 | | 177 | 148 | 119 |
| 区分4 | | 157 | 131 | 105 |

※ 区分6の該当者のうち、①肢体不自由者については、認定調査項目の「移乗」が部分的な支援が必要以上となっている場合には、区分6アに該当する者とし、②知的・精神障がい者については、行動関連項目の合計点数が17点以上となっている場合には区分6アに該当する者とし、それ以外は区分6イに該当する者とする。

※ 上表に記す時間数のうち、移動介護加算に相当する時間数は、51時間/月までの範囲とする。

【加算時間数の算出】

| 加算項目 | 加算点数 |
|---|------|
| 居住の状況・世帯の状況に関すること | |
| ① 住居内の状況として車椅子による移動が不可能であり、常に抱えての移動が必要となる場合（車椅子利用者に限る） | 1 |
| ② 自宅に風呂が無く、訪問入浴サービスも利用できない住環境にあり、入浴に非常に手間がかかる（ただし、サービス等利用計画案に入浴が含まれる場合） | 1 |
| ③ 長期間の入所・入院状態から退所・退院するにあたり、一時的に多くの支給量が必要（基本6ヶ月までとし、3ヶ月ごとに状況確認） | 5 |
| ④ 単身生活を始めたばかりで生活に慣れるまで一時的に多くの支給量が必要（基本6ヶ月までとし、3ヶ月ごとに状況確認。③該当以外の場合にのみ適用） | 5 |
| 本人の身体の状況に関すること | |
| ⑤ 時間を要するコミュニケーション支援が必要である | 4 |
| ⑥ 排泄介護・水分補給・体位変換等のため、夜間介護（就寝時間帯）が必要 | 5 |
| ⑦ 医療的な介護（単なる服薬管理は含まない）が常時必要 | 6 |
| ⑧ 常時ではないが医療的な介護（単なる服薬管理は含まない）が必要 | 1 |
| ⑨ 嚥下が困難であったり、知的障がいのため食事の促しに時間を要する等の理由により、食事に時間を要する（ただし、サービス等利用計画案に食事介護が含まれる場合） | 1 |
| ⑩ 嚥下が困難等のため、きざみ食やミキサー食等が必要であり、物理的に調理行為に時間を要する（ただし、サービス等利用計画案に調理が含まれる場合） | 1 |
| ⑪ 体重・体格・麻痺・行動障がい等の状況から、移乗等に際して1人での対応が困難であり、2人介護の必要がある（ただし、サービス等利用計画案に二人介護が含まれる場合） | 1 |
| 加算項目の合計評価点数 | 点 |

支給決定基準整理票

重度訪問介護の加算時間数

| | 基本時間数 | 加算割合 | 加算時間数 |
|---|-------|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 1～2 点の場合 | | × 5% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 3～4 点の場合 | | × 10% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 5～6 点の場合 | | × 15% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 7～8 点の場合 | | × 20% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 9～10 点の場合 | | × 25% | |
| <input type="checkbox"/> 評価点数の合計が 11 点～の場合 | | × 30% | |
| 合計時間数 | | | _____ 時間 |

※端数は切り上げ

| 補足加算項目 | 補足加算時間 |
|---|----------|
| 区分 4 以上の単身生活者または単身生活者に準ずる者で、日中活動の場へ通所もしくは就労しているが、体調不良や祝日等の影響により通所もしくは通勤ができなくなった際等に、支給決定時間数が足りず生活が困難になると申し出があった者 | 月 8 時間以内 |

※上記時間内で必要時間数を算出する。

| |
|---|
| 基本時間数 _____ 時間 + 加算時間数 _____ 時間 + 補足加算時間数 _____ 時間 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">= 支給基準時間数 _____ 時間</div> |
|---|

※ ただし、介護保険で訪問介護を利用している場合等についてはその分を減算する。