ふくろうくん研修

介護保険制度と障害者施策との関係

平成 26 年 10 月 29 日　社会福祉士　小 湊 純 一。

特定非営利活動法人
ふくし@ＪＭＩ（ＮＰＯふくし）
981-1505 宮城県角田市角田字栄町 22
TEL 0224-61-1266　FAX 0224-61-1277
Eﾒｰﾙ mail@npojmi.com
ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ http://www.npojmi.com

～事業～

居宅介護支援（ケアマネジャー）
福祉の総合相談（社会福祉士，介護福祉士）
高齢者障害者権利擁護・成年後見（法人後見）
福祉人材育成，福祉研究　等

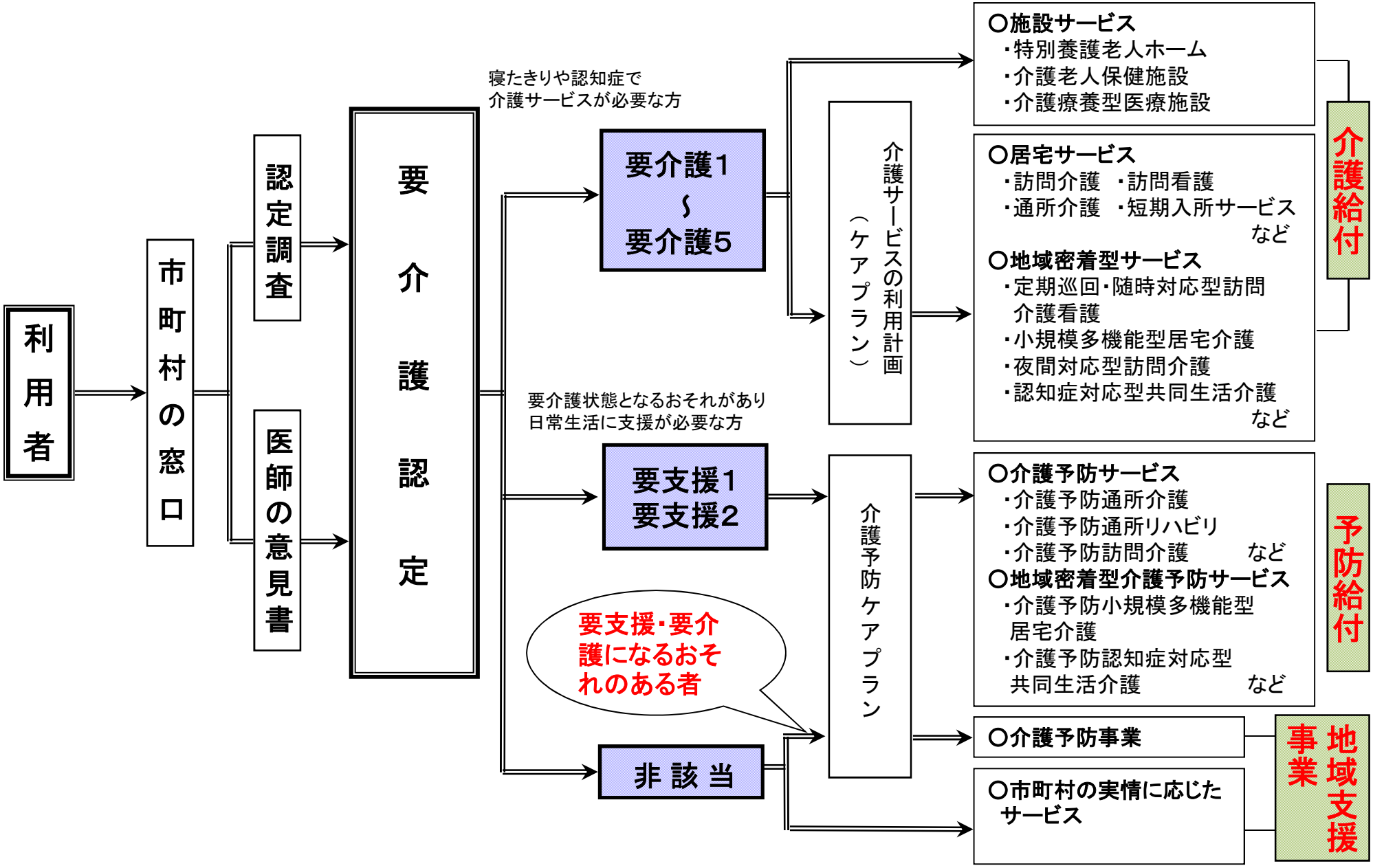
目　次

介護保険制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ｐ01
介護保険施設サービス利用料・・・・・・・・・・・・・ｐ08
介護保険施設サービスの内容・・・・・・・・・・・・・ｐ11

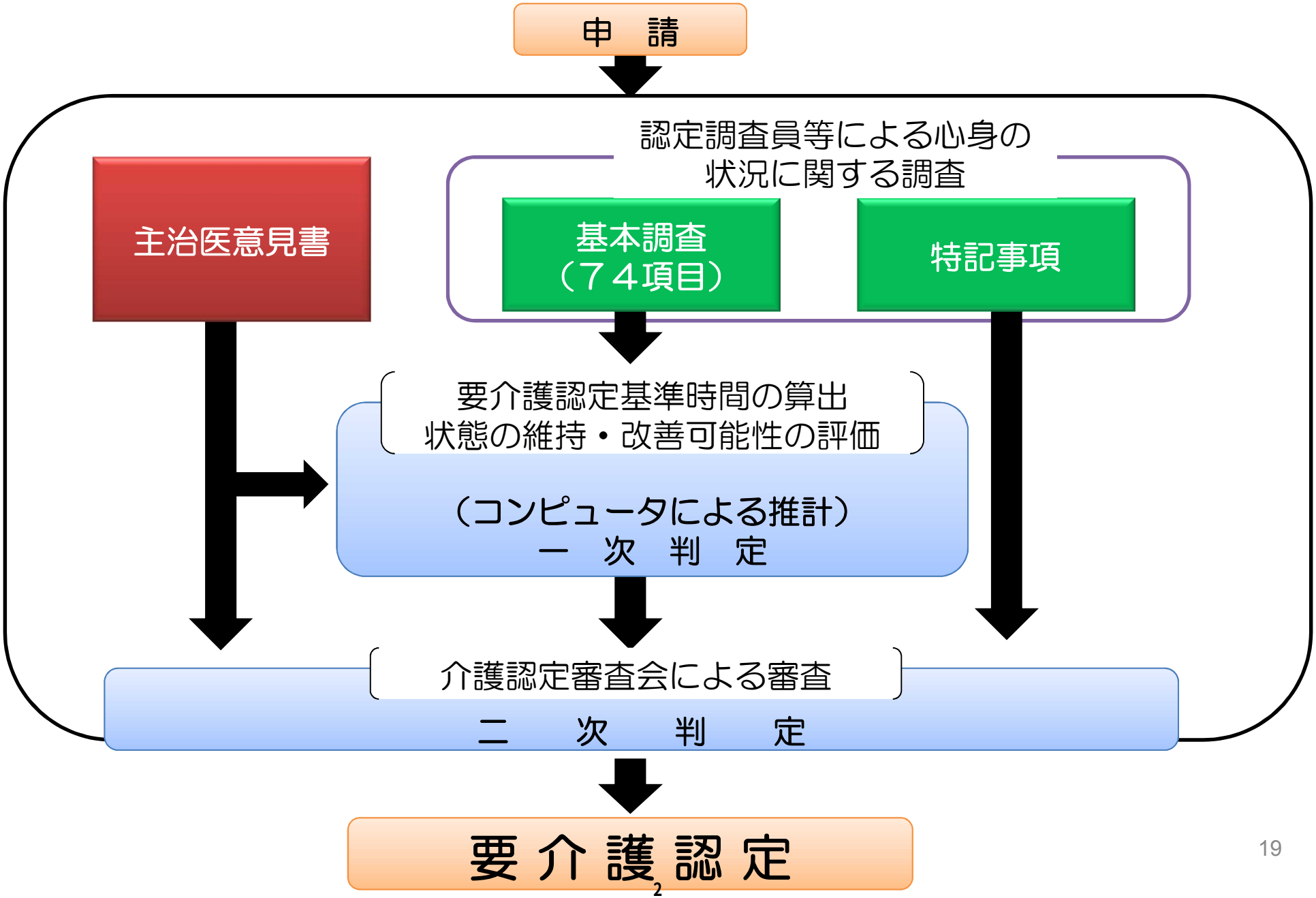
障害者総合支援サービスの利用・・・・・・・・・・・ｐ18
精神保健福祉手帳・・・・・・・・・・・・・・・・・・ｐ35

認知障害（高次脳機能障害）の理解・・・・・・・・・ｐ46

介護サービスの利用の手続き



要介護認定の流れ


申　請
認定調査員等による心身の
状況に関する調査
主治医意見書
基本調査
（７４項目）
特記事項
要介護認定基準時間の算出
状態の維持・改善可能性の評価
（コンピュータによる推計）
一　次　判　定
介護認定審査会による審査
二　次　判　定
要 介 護 認 定

介護サービスの種類

介護給付を行うサービス

◎地域密着型サービス
- ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ○夜間対応型訪問介護
- ○認知症対応型通所介護
- ○小規模多機能型居宅介護
- ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ○地域密着型特定施設入居者生活介護
- ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ○複合型サービス

◎居宅サービス

【訪問サービス】
- ○訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ）
- ○訪問入浴介護
- ○訪問看護
- ○訪問リハビリテーション
- ○居宅療養管理指導

【通所サービス】
- ○通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）
- ○通所リハビリテーション

【短期入所サービス】
- ○短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｲ）
- ○短期入所療養介護

- ○特定施設入居者生活介護
- ○特定福祉用具販売
- ○福祉用具貸与

◎居宅介護支援

◎施設サービス
- ○介護老人福祉施設
- ○介護老人保健施設
- ○介護療養型医療施設

予防給付を行うサービス

◎地域密着型介護予防サービス
- ○介護予防認知症対応型通所介護
- ○介護予防小規模多機能型居宅介護
- ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

◎介護予防支援

◎介護予防サービス

【訪問サービス】
- ○介護予防訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟｻｰﾋﾞｽ）
- ○介護予防訪問入浴介護
- ○介護予防訪問看護
- ○介護予防訪問リハビリテーション
- ○介護予防居宅療養管理指導

【通所サービス】
- ○介護予防通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）
- ○介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】
- ○介護予防短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｲ）
- ○介護予防短期入所療養介護

- ○介護予防特定施設入居者生活介護
- ○特定介護予防福祉用具販売
- ○介護予防福祉用具貸与

市町村が指定・監督を行うサービス

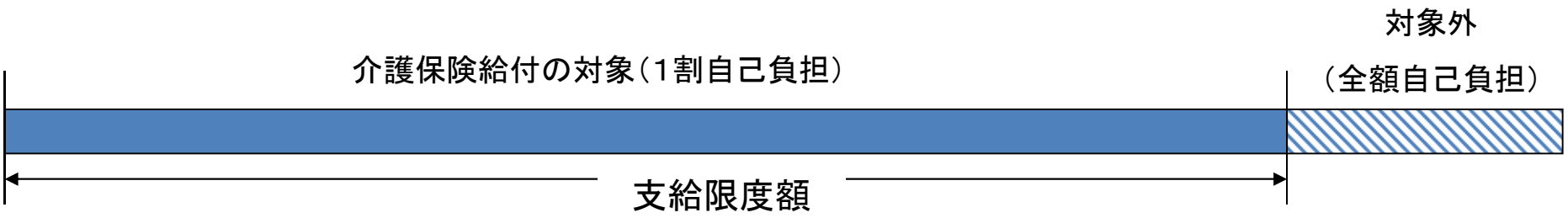
都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

20

区分支給限度基準額

○　在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。

→　支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担



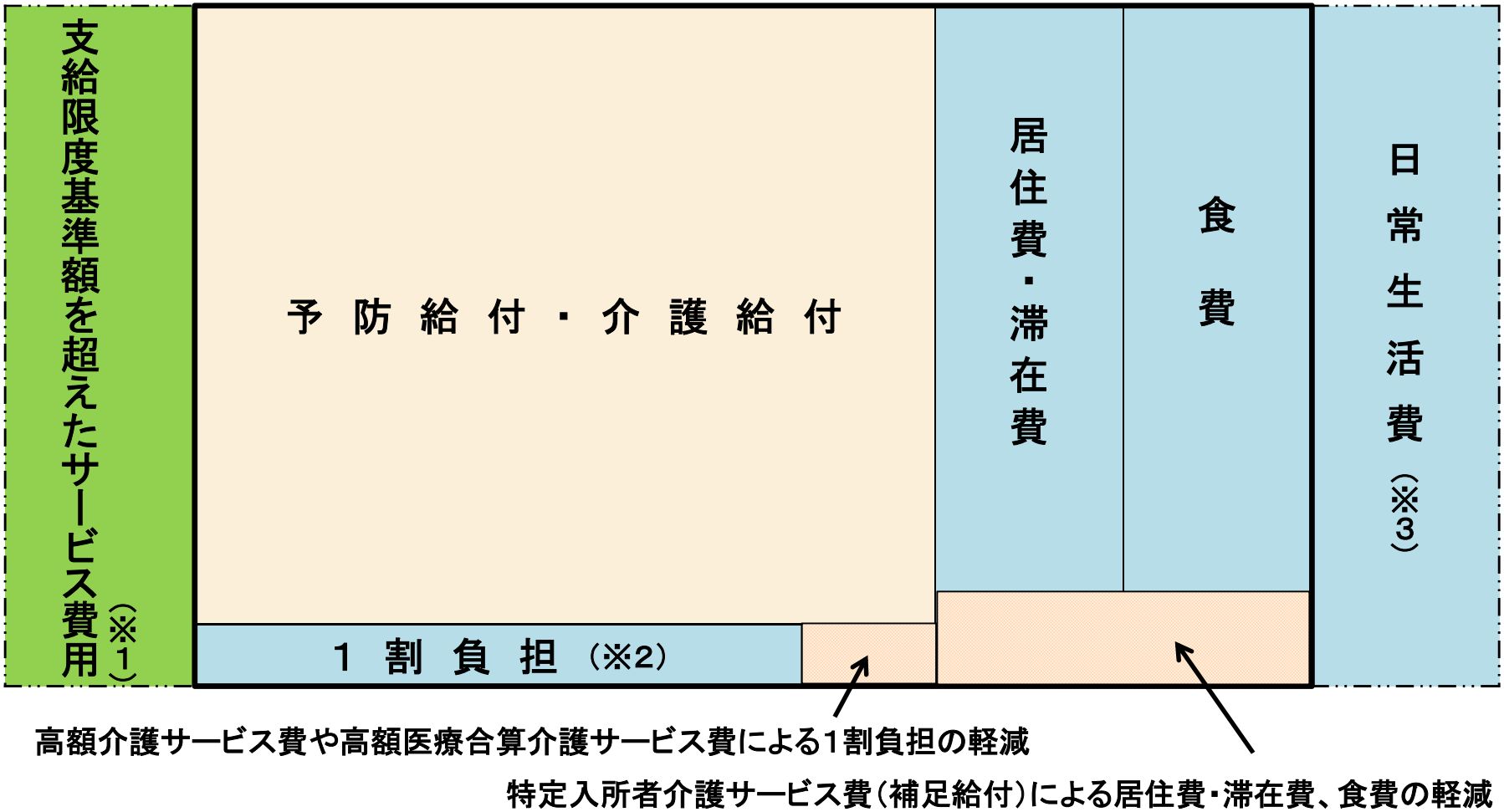
○　要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

	支給限度額	受給者1人当たり平均費用額	支給限度額に占める割合
要支援1	49,700（円）	23,240（円）	46.8%
要支援2	104,000（円）	42,020（円）	40.4%
要介護1	165,800（円）	74,240（円）	44.8%
要介護2	194,800（円）	101,680（円）	52.2%
要介護3	267,500（円）	151,180（円）	56.5%
要介護4	306,000（円）	184,380（円）	60.3%
要介護5	358,300（円）	225,220（円）	62.9%

※　平成24年介護給付費実態調査（4月審査分）を基に作成

（注）額は介護報酬の1単位を10円として計算。

利用者の自己負担



※1　在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額（保険対象費用の上限）が設定されている。
※2　居宅介護支援は全額が保険給付される。
※3　日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。
（例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など）

高額介護（介護予防）サービス費

月々の介護サービス費の１割の負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で[公的年金等収入金額＋合計所得金額] が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	上記のいずれに該当しない者	世帯37,200円

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

$$（利用者負担世帯合算額－世帯の上限額）\times \frac{個人の利用者負担合算額}{利用者負担世帯合算額}$$

※上記計算の結果、個人単位の負担上限額を超える場合は、負担が15,000円になるように適用される。

低所得者の食費・居住費の負担軽減（補足給付）の仕組み

○　食費・居住費について、利用者負担第１～第３段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
○　標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	対象者の例
第１段階	・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者
第２段階	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の方
第３段階	市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外の方
第４段階	・市町村民税本人非課税者 ・市町村民税本人課税者

			基準費用額（日額(月額)）	負担限度額（日額(月額)）		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円（4.2万円）	300円（0.9万円）	390円（1.2万円）	650円（2.0万円）
居住費	多床室		320円（1.0万円）	0円（　0万円）	320円（1.0万円）	320円（1.0万円）
	従来型個室	特養等	1,150円（3.5万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）
		老健・療養等	1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型準個室		1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型個室		1,970円（6.0万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）

１　介護保険料

月額 4,950 円（角田市：平成 24 年度～26 年度）
月額 4,610 円（亘理町：平成 24 年度～26 年度）

第 5 期(平成 24 年度から平成 26 年度)介護保険料			
段階	対象者	算定方法	保険料 (年額)
第 1 段階	生活保護を受給している方 老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市町村民税非課税の方	基準額×0.5	2,305 円
第 2 段階	世帯全員が市町村民税非課税で、合計所得金額と課税年金収入の合計が 80 万円以下の方	基準額×0.5	2,305 円
第 3 段階	世帯全員が市町村民税非課税で、上記に該当しない方	基準額×0.75	3,456 円
第 4 段階	本人が市町村民税非課税で、世帯のだれかが市町村民税を課税されている方	基準額×1.0	4,610 円
第 5 段階	本人が市町村民税を課税されていて、前年の合計所得金額が 200 万円未満の方	基準額×1.25	5,763 円
第 6 段階	本人が市町村民税を課税されていて、前年の合計所得金額が 200 万円以上の方	基準額×1.5	6,915 円

２　利用料金

特別養護老人ホーム（要介護５）

４段階

従来型多床室１ヶ月（３０日）　　約　７９，５００円
従来型個室　　約１０３，０００円
ユニット型個室　　約１３０，０００円

２段階

従来型多床室　１ヶ月（３０日）　約　５０，０００円
従来型個室　　約　５１，５００円
ユニット型個室　　約　６６，０００円

利用料金（自己負担分）

平成24年4月1日改正

《デイサービス》 ※1日あたり（5時間以上7時間未満の場合）

単位：円

介護度	利用料	入浴介助	サービス強化加算Ⅰ	食費	管理費	合計	介処加算
要支援1	404	50	12	650	250	1,366	+14
要支援2	427	50	12	650	250	1,389	+14
要介護1	436	50	12	650	250	1,398	+14
要介護2	451	50	12	650	250	1,413	+15
要介護3	467	50	12	650	250	1,429	+15
要介護4	483	50	12	650	250	1,445	+16
要介護5	499	50	12	650	250	1,461	+16

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ☐ の部分の利用総額に対して2.9%が加算されます。

《入居》 ※31日分

単位：円

介護度	利用料	サービス強化加算Ⅰ	認知症専門ケア加算Ⅰ	家賃	食費	水道光熱費	合計	介処加算
要支援2	24,738	372	93	43,500	35,000	20,000	123,703	+983
要介護1	24,862	372	93	43,500	35,000	20,000	123,827	+988
要介護2	26,040	372	93	43,500	35,000	20,000	125,005	+1034
要介護3	26,815	372	93	43,500	35,000	20,000	125,780	+1063
要介護4	27,342	372	93	43,500	35,000	20,000	126,307	+1084
要介護5	27,900	372	93	43,500	35,000	20,000	126,865	+1106

※ただし、入居後30日間に限って、初期加算として上記利用料に1日30円加算されます。
※介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ☐ の部分の利用総額に対して3.9%が加算されます。

《ショート》 ※1日あたり（30日までご利用できます）

単位：円

介護度	利用料	サービス強化加算Ⅰ	家賃	食費	管理費	合計	介処加算
要支援2	828	12	1,450	1,200	660	4,150	+33
要介護1	832	12	1,450	1,200	660	4,154	+33
要介護2	870	12	1,450	1,200	660	4,192	+34
要介護3	895	12	1,450	1,200	660	4,217	+35
要介護4	912	12	1,450	1,200	660	4,234	+36
要介護5	930	12	1,450	1,200	660	4,252	+37

※介護職員処遇改善加算（ ） ☐ の部分の利用総額に対して3.9%が加算されます。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

○○ホーム　　利用者負担金一覧表

（単位：円）

	負担限度額区分	介護費	居住費	食事費	栄養ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ加算	ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算	日　額	月　額（30日）
要介護1	第1段階	659	820	300	14	6	1,799	53,970
	第2段階		820	390			1,889	56,670
	第3段階		1,310	650			2,639	79,170
	第4段階		1,970	1,380			4,029	120,870
要介護2	第1段階	729	820	300	14	6	1,869	56,070
	第2段階		820	390			1,959	58,770
	第3段階		1,310	650			2,059	61,770
	第4段階		1,970	1,380			4,099	122,970
要介護3	第1段階	802	820	300	14	6	1,942	58,260
	第2段階		820	390			2,032	60,960
	第3段階		1,310	650			2,782	83,460
	第4段階		1,970	1,380			4,172	125,160
要介護4	第1段階	872	820	300	14	6	2,012	60,360
	第2段階		820	390			2,102	63,060
	第3段階		1,310	650			2,852	85,560
	第4段階		1,970	1,380			4,242	127,260
要介護5	第1段階	941	820	300	14	6	2,081	62,430
	第2段階		820	390			2,171	65,130
	第3段階		1,310	650			2,921	87,630
	第4段階		1,970	1,380			4,311	129,330

その他加算	日額
療養食加算	23
初期加算（入所日又は退院後30日間）	30
外泊時加算（1ヶ月最長6日間）	246
テレビ持込み使用料	20
冷蔵庫持込み使用料	40

食費・居住（滞在）費の負担限度額区分（1～3段階は市町村民税世帯非課税）

第1段階：　老齢福祉年金受給者（生活保護受給者は小規模生活単位型施設を利用できない場合があります）

第2段階：　合計所得金額＋課税年金収入額（障害者年金・遺族年金を除く）が年額で80万円以下

第3段階：　合計所得金額＋課税年金収入額が年額で80万円超（年金収入だけの場合は266万円以下）

第4段階：　上記以外

◆1～4段階について、その他特例扱いもあります。実際の区分認定は市町村が行います。

介護保険施設サービスの内容

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（抜粋）

（基本方針）
第一条　指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものでなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。
３　指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。
（提供拒否の禁止）
第四条の二　指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではならない。
（サービス提供困難時の対応）
第四条の三　指定介護老人福祉施設は、入所申込者が入院治療を必要とする場合その他入所申込者に対し自ら適切な便宜を提供することが困難である場合は、適切な病院若しくは診療所又は介護老人保健施設を紹介する等の適切な措置を速やかに講じなければならない。
（サービスの提供の記録）
第八条　指定介護老人福祉施設は、入所に際しては入所の年月日並びに入所している介護保険施設の種類及び名称を、退所に際しては退所の年月日を、当該者の被保険者証に記載しなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければならない。
（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）
第十一条　指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。
２　指定介護福祉施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
３　指定介護老人福祉施設の従業者は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、

懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
４　指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
５　指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
６　指定介護老人福祉施設は、自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。
（施設サービス計画の作成）
第十二条　指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
２　施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
３　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
４　計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
５　計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
６　計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
７　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

８　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
９　計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
１０　計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
一　定期的に入所者に面接すること。
二　定期的にモニタリングの結果を記録すること。
１１　計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
一　入所者が要介護更新認定を受けた場合
二　入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
１２　第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。
（介護）
第十三条　介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行われなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、一週間に二回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきしなければならない。
３　指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
４　指定介護老人福祉施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
５　指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、前各項に規定するもののほか、離床、着替え、整容等の介護を適切に行わなければならない。
６　指定介護老人福祉施設は、常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。
７　指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その負担により、当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。
（食事）
第十四条　指定介護老人福祉施設は、栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜し好を考慮した食事を、適切な時間に提供しなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、入所者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支

援しなければならない。

（相談及び援助）

第十五条　指定介護老人福祉施設は、常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行わなければならない。

（社会生活上の便宜の提供等）

第十六条　指定介護老人福祉施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は、入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、その者又はその家族において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。

３　指定介護老人福祉施設は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は、入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない。

（機能訓練）

第十七条　指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行わなければならない。

（健康管理）

第十八条　指定介護老人福祉施設の医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

２　指定介護老人福祉施設の医師は、その行った健康管理に関し、入所者の健康手帳に必要な事項を記載しなければならない。ただし、健康手帳を有しない者については、この限りでない。

（入所者の入院期間中の取扱い）

第十九条　指定介護老人福祉施設は、入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後おおむね三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしなければならない。

（計画担当介護支援専門員の責務）

第二十二条の二　計画担当介護支援専門員は、第十二条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

一　入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。

二　入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常

生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること。
三　その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと。
四　入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
五　身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
六　苦情の内容等を記録すること。
七　事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

（非常災害対策）

第二十六条　指定介護老人福祉施設は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

（衛生管理等）

第二十七条　指定介護老人福祉施設は、入所者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、当該指定介護老人福祉施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

（協力病院等）

第二十八条　指定介護老人福祉施設は、入院治療を必要とする入所者のために、あらかじめ、協力病院を定めておかなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。

（秘密保持等）

第三十条　指定介護老人福祉施設の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
２　指定介護老人福祉施設は、従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。
３　指定介護老人福祉施設は、居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかなければならない。

（苦情処理）

第三十三条　指定介護老人福祉施設は、その提供した指定介護福祉施設サービスに関する

入所者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
３　指定介護老人福祉施設は、提供した指定介護福祉施設サービスに関し、法第二十三条の規定による市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、入所者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
４　指定介護老人福祉施設は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
５　指定介護老人福祉施設は、提供した指定介護福祉施設サービスに関する入所者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第百七十六条第一項第二号の規定による調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
６　指定介護老人福祉施設は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

（地域との連携等）

第三十四条　指定介護老人福祉施設は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、その運営に当たっては、提供した指定介護福祉施設サービスに関する入所者からの苦情に関して、市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

（事故発生時の対応）

第三十五条　指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
３　指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

（記録の整備）

第三十七条　指定介護老人福祉施設は、従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。
２　指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

一　施設サービス計画
二　提供した具体的なサービスの内容等の記録
三　身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
四　市町村への通知に係る記録
五　苦情の内容等の記録
六　事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

障害福祉サービスの利用について

平成26年
4月版

全国社会福祉協議会

障害者総合支援法
地域社会における共生の実現に向けて ―障害者 の日常生活及び社会生活の総合的な支援を図ります―

障害福祉施策の流れ

障害保健福祉施策は、平成15年度からノーマライゼーションの理念に基づいて導入された支援費制度により充実が図られました。しかし、
①身体・知的・精神という障害種別ごとでわかりにくく使いにくい
②サービスの提供において地方公共団体間の格差が大きい
③費用負担の財源を確保することが困難
などの理由により、平成18年度からは障害者自立支援法が施行されました。

その後、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、障害者（児）を権利の主体と位置づけた基本理念を定め、制度の谷間を埋めるために障害児については児童福祉法を根拠法に整理しなおすとともに、難病を対象とするなどの改正を行い、平成25年4月に障害者総合支援法に法律の題名も変更されて施行されました。

障害者総合支援法について

障害者総合支援法は、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずる」ことを趣旨として、障害者自立支援法を改正する形で創設されました。

よって、法律の題名は障害者総合支援法に変更されましたが、法律の基本的な構造は障害者自立支援法と同じです。なお、法改正に伴い次のよう改正が行われています。

（1）目的の改正

法の目的で「障害者及び障害児が自立した日常生活又は社会生活を営む」との表記を「障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営む」とするとともに、「地域生活支援事業」による支援を含めた総合的な支援を行うことが明記されました。

（2）基本理念の創設

第1条の２に新たに「基本理念」を創設され、
①全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されること
②全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現すること
③全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられること
④社会参加の機会が確保されること
⑤どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと
⑥障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資すること
が掲げられました。

（3）障害者・障害児の範囲の見直し

法が対象とする障害者の範囲について、これまで示されていた身体障害者、知的障害者、精神障害者（発達障害者を含む）に、制度の谷間となって支援の充実が求められていた難病等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者）が加えられました。（P4 参照）

（4）障害支援区分の創設

これまでの「障害程度区分」について、名称を「障害支援区分」に改めるとともに、区分の認定が障害の多様な特性や心身の状態に応じて適切に行われるよう、認定調査項目や各項目の判断基準等の見直しが行われました。

（5）障害者に対する支援の拡充

①重度訪問介護の対象拡大

これまで「重度の肢体不自由者であって常時介護を要する障害者」とされてきた対象を「重度の肢体不自由者その他の障害者であって常時介護を要するものとして厚生労働省令で定めるもの」に改正され、重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者に対象が拡大されました。

②ケアホームとグループホームの一元化

共同生活を行う住居における介護サービスが柔軟に提供できるよう、ケアホーム（共同生活介護）とグループホーム（共同生活援助）がグループホームに一元化され、地域生活の基盤となる住まいの場の確保の促進が図られました。また、１人で暮らしたいというニーズに応えていく観点から、グループホームと連携した「サテライト型住居」が創設されました。

③地域移行支援の対象拡大

住居の確保や障害福祉サービスの体験利用・体験宿泊のサポートなど地域生活へ移行するための支援を内容とする「地域移行支援」の対象（障害者支援施設等に入所している障害者、精神科病院に入院している精神障害者）に保護施設、矯正施設等に入所している障害者が加えられました。

④地域生活支援事業の拡大

障害者に対する理解を深めるため、
①研修や啓発を行う事業、
②意思疎通支援を行う者を養成する事業等
が市町村と都道府県の事業に追加されました。

【市町村】
ア）障害者に対する理解を深めるための研修・啓発
イ）障害者やその家族、地域住民等が自発的に行う活動に対する支援
ウ）市民後見人等の人材の育成・活用を図るための研修
エ）意思疎通支援を行う者の養成

【都道府県】
ア）意思疎通支援を行う者のうち、特に専門性の高い者の養成、派遣
イ）意思疎通支援を行う者の派遣に係る市町村相互間の連絡調整等広域的な対応が必要な事業

（6）サービス基盤の計画的整備

①障害福祉計画に「サービスの提供体制の確保に係る目標」等を必ず定める事項として追加
②基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化
③市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化
④自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

また、法の施行後3年を目途として次のことを検討することとなっています。
①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

障害者総合支援法では支援の充実が求められていた難病等が対象に加えられました

障害者総合支援法では、これまで障害者自立支援法で対象となっていた身体障害者、知的障害者、精神障害者（発達障害者を含む）に、制度の谷間となって支援の充実が求められていた難病等が加えられました。

■障害者総合支援法の対象疾患一覧

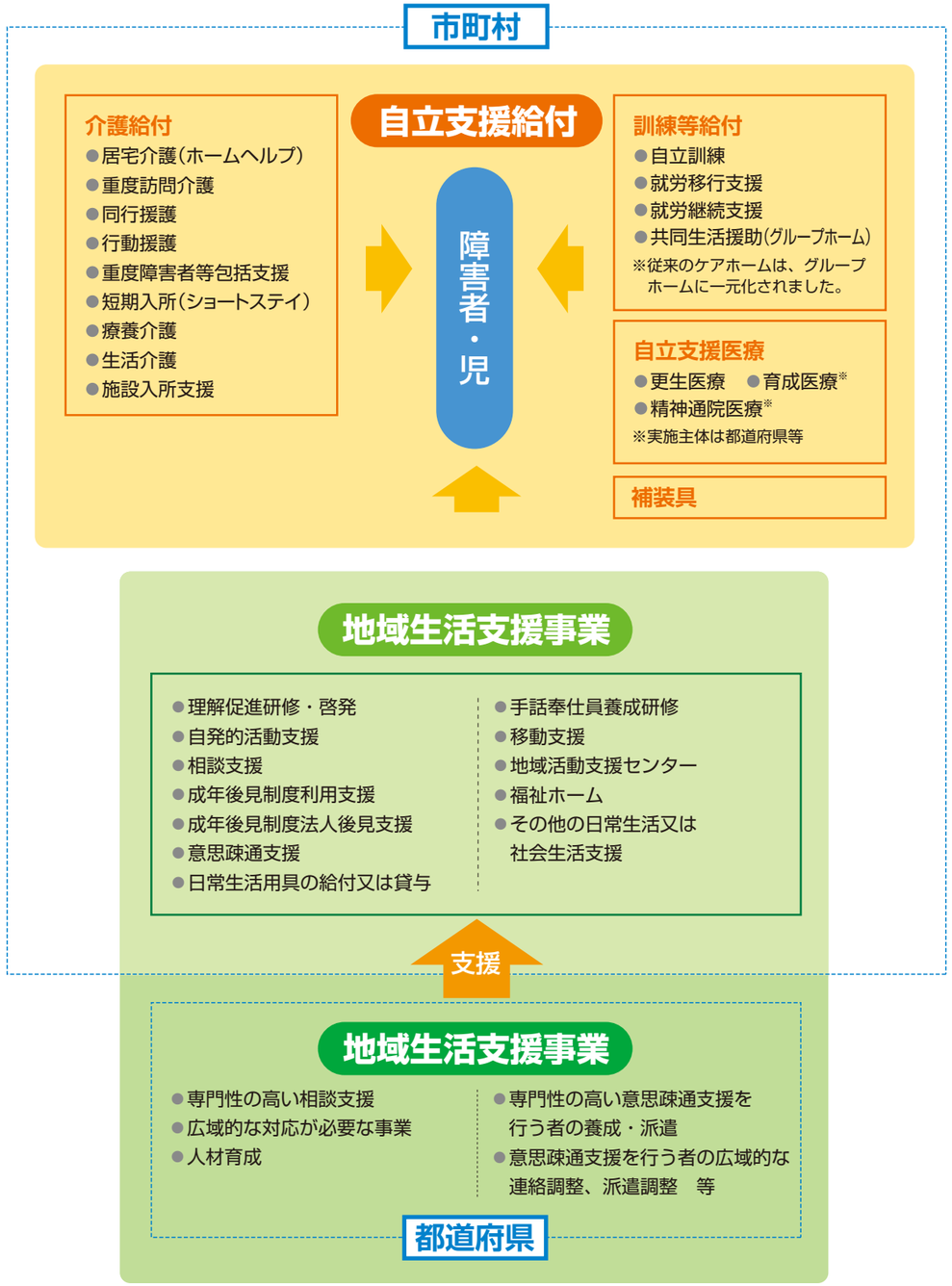
1	IgA腎症	45	骨髄線維症	89	天疱瘡
2	亜急性硬化性全脳炎	46	ゴナドトロピン分泌過剰症	90	特発性拡張型心筋症
3	アジソン病	47	混合性結合組織病	91	特発性間質性肺炎
4	アミロイド症	48	再生不良性貧血	92	特発性血小板減少性紫斑病
5	アレルギー性肉芽腫性血管炎	49	サルコイドーシス	93	特発性血栓症
6	ウェゲナー肉芽腫症	50	シェーグレン症候群	94	特発性大腿骨頭壊死
7	HTLV－１関連脊髄症	51	色素性乾皮症	95	特発性門脈圧亢進症
8	ADH不適合分泌症候群	52	自己免疫性肝炎	96	特発性両側性感音難聴
9	黄色靭帯骨化症	53	自己免疫性溶血性貧血	97	突発性難聴
10	潰瘍性大腸炎	54	視神経症	98	難治性ネフローゼ症候群
11	下垂体前葉機能低下症	55	若年性肺気腫	99	膿疱性乾癬
12	加齢性黄斑変性症	56	重症急性膵炎	100	嚢胞性線維症
13	肝外門脈閉塞症	57	重症筋無力症	101	パーキンソン病
14	関節リウマチ	58	神経性過食症	102	バージャー病
15	肝内結石症	59	神経性食欲不振症	103	肺動脈性肺高血圧症
16	偽性低アルドステロン症	60	神経線維腫症	104	肺胞低換気症候群
17	偽性副甲状腺機能低下症	61	進行性核上性麻痺	105	バッド・キアリ症候群
18	球脊髄性筋萎縮症	62	進行性骨化性線維形成異常症	106	ハンチントン病
19	急速進行性糸球体腎炎	63	進行性多巣性白質脳症	107	汎発性特発性骨増殖症
20	強皮症	64	スティーヴンス・ジョンソン症候群	108	肥大型心筋症
21	ギラン・バレ症候群	65	スモン	109	ビタミンD依存症二型
22	筋萎縮性側索硬化症	66	正常圧水頭症	110	皮膚筋炎
23	クッシング病	67	成人スチル病	111	びまん性汎細気管支炎
24	グルココルチコイド抵抗症	68	脊髄空洞症	112	肥満低換気症候群
25	クロウ・深瀬症候群	69	脊髄小脳変性症	113	表皮水疱症
26	クローン病	70	脊髄性筋萎縮症	114	フィッシャー症候群
27	劇症肝炎	71	全身性エリテマトーデス	115	プリオン病
28	結節性硬化症	72	先端巨大症	116	ベーチェット病
29	結節性動脈周囲炎	73	先天性QT延長症候群	117	ペルオキシソーム病
30	血栓性血小板減少性紫斑病	74	先天性魚鱗癬様紅皮症	118	発作性夜間ヘモグロビン尿症
31	原発性アルドステロン症	75	先天性副腎皮質酵素欠損症	119	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
32	原発性硬化性胆管炎	76	側頭動脈炎	120	慢性血栓塞栓性肺高血圧症
33	原発性高脂血症	77	大動脈炎症候群	121	慢性膵炎
34	原発性側索硬化症	78	大脳皮質基底核変性症	122	ミトコンドリア病
35	原発性胆汁性肝硬変	79	多系統萎縮症	123	メニエール病
36	原発性免疫不全症候群	80	多巣性運動ニューロパチー	124	網膜色素変性症
37	硬化性萎縮性苔癬	81	多発筋炎	125	もやもや病
38	好酸球性筋膜炎	82	多発性硬化症	126	有棘赤血球舞踏病
39	後縦靭帯骨化症	83	多発性嚢胞腎	127	ランゲルハンス細胞組織球症
40	拘束型心筋症	84	遅発性内リンパ水腫	128	リソソーム病
41	広範脊柱管狭窄症	85	中枢性尿崩症	129	リンパ管筋腫症
42	高プロラクチン血症	86	中毒性表皮壊死症	130	レフェトフ症候群
43	抗リン脂質抗体症候群	87	TSH産生下垂体腺腫		
44	骨髄異形成症候群	88	TSH受容体異常症		

※上記に示した対象疾患は、現在国の「障害者総合支援法対象疾病検討会」において拡大する方向で検討されており、今後平成27年1月以降に第1次の追加が実施され、平成27年夏以降に第2次の追加がなされる見込みです。

1 障害者を対象としたサービス

障害者総合支援法による総合的な支援は、自立支援給付と地域生活支援事業で構成されています。

※障害児に関するサービスは平成24年4月より大きく再編されました。また、すべて児童福祉法に位置づけられました。詳しくは、8～9ページを参照してください。



「障害福祉サービス」は、勘案すべき事項（障害の種類や程度、介護者、居住の状況、サービスの利用に関する意向等）及びサービス等利用計画案をふまえ、個々に支給決定が行われる「障害福祉サービス」「地域相談支援」と、市町村の創意工夫により、利用者の方々の状況に応じて柔軟にサービスを行う「地域生活支援事業」に大別されます。

サービスは、介護の支援を受ける場合には「介護給付」、訓練等の支援を受ける場合は「訓練等給付」に位置付けられ、それぞれ、利用のプロセスが異なります。

※サービスには期限のあるものと、期限のないものがありますが、有期限であっても、必要に応じて支給決定の更新（延長）は一定程度、可能となります。

■福祉サービスに係る自立支援給付等の体系

1 介護給付

① 居宅介護（ホームヘルプ）	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
② 重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により、行動上著しい困難を有する人で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。
③ 同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供（代筆・代読を含む）、移動の援護等の外出支援を行います。
④ 行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援や外出支援を行います。
⑤ 重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います。
⑥ 短期入所（ショートステイ）	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。
⑦ 療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の支援を行います。
⑧ 生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。
⑨ 障害者支援施設での夜間ケア等（施設入所支援）	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。

※平成24年4月から障害児支援が強化され、児童デイサービスは障害児通所支援に再編されました。障害児に関するサービスは8~9ページを参照してください。

2 訓練等給付

① 自立訓練	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。機能訓練と生活訓練があります。
② 就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
③ 就労継続支援（A型＝雇用型、B型＝非雇用型）	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。 雇用契約を結ぶA型と、雇用契約を結ばないB型があります。
④ 共同生活援助（グループホーム）	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。また、入浴、排せつ、食事の介護等の必要性が認定されている方にはサービスも提供します。 さらに、入居者間の交流を保ちながら一人で暮らしたいというニーズに応えるためにサテライト型住居があります。※ ＊平成26年4月1日から共同生活介護（ケアホーム）はグループホームに一元化されました。

※サテライト型住居については、早期に単身等での生活が可能であると認められる者の利用が基本となっています。

3 地域生活支援

① 移動支援	円滑に外出できるよう、移動を支援します。
② 地域活動支援センター	創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等を行う施設です。
③ 福祉ホーム	住居を必要としている人に、低額な料金で、居室等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。

■日中活動と住まいの場の組み合わせ

入所施設のサービスを、昼のサービス（日中活動事業）と夜のサービス（居住支援事業）に分けることにより、サービスの組み合わせを選択できます。

利用者一人ひとりの個別支援計画を作成して、利用目的にかなったサービスが提供されます。

日中活動の場

以下から1ないし複数の事業を選択

- 療養介護※
- 生活介護
- 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
- 就労移行支援
- 就労継続支援（A型＝雇用型、B型＝非雇用型）
- 地域活動支援センター（地域生活支援事業）

＋（プラス）

住まいの場

- 障害者支援施設の施設入所支援

又は

- 居住支援（グループホーム、福祉ホームの機能）

※療養介護については、医療機関への入院とあわせて実施

2 障害児を対象としたサービス

障害児を対象とした施設・事業は、施設入所等は児童福祉法、児童デイサービス等の事業関係は障害者自立支援法、重症心身障害児(者)通園事業は予算事業として実施されてきましたが、平成24年4月より児童福祉法に根拠規定が一本化され、体系も再編されました。

障害児通所支援を利用する保護者は、市町村に障害支援区分の認定について申請を行い、サービス等利用計画を経て、支給決定を受けた後、利用する施設と契約を結びます。障害児入所支援を利用する場合は、児童相談所に申請します。

なお、「重症心身障害児（者）通園事業」が「児童発達支援」として法定化されたことにともない、18歳以上の障害者が引き続き利用するためには、新たに支給決定を受けることが必要となっていますが、本人の申出により障害支援区分の判定等の手続きを省略して支給決定を行う経過措置(*) が設けられています。

(*) 経過措置期間は平成27年3月末まで。

■「児童福祉法」による障害児を対象としたサービスの概要

■障害児施設

障害種別で分かれていた障害児施設は、通所による支援（「障害児通所支援（児童発達支援等）」、入所による支援（「障害児入所支援（障害児入所施設）」）の2つに大別されています。

■居宅サービスと通所サービスの一体的利用

通所サービスの実施主体が平成24年より市町村に移行されたことにより、居宅サービスと通所サービスが一体的に利用できます。

■放課後等デイサービス、保育所等訪問支援

学齢児を対象とした放課後支援が充実されるとともに、障害があっても保育所等の利用ができるよう訪問サービスが創設されています。

■在園期間の延長措置の見直し

18歳以上の障害児施設入所者には障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスが提供されます。なお、現に入所している方が退所させられないよう配慮されます。

■市町村・都道府県における障害児を対象としたサービス

市　町　村

障害児通所支援	児童発達支援 医療型児童発達支援	児童福祉施設として位置づけられる児童発達支援センターと児童発達支援事業の２類型に大別されます。 様々な障害があっても身近な地域で適切な支援が受けられます。 **①児童発達支援センター** 通所支援のほか、身近な地域の障害児支援の拠点として、「地域で生活する障害児や家族への支援」、「地域の障害児を預かる施設に対する支援」を実施するなどの地域支援を実施します。 **②児童発達支援事業** 通所利用の障害児に対する支援を行う身近な療育の場です。
	放課後等デイサービス	学校就学中の障害児に対して、放課後や夏休み等の長期休暇中において、生活能力向上のための訓練等を継続的に提供します。 学校教育と相まって障害児の自立を促進するとともに、放課後等の居場所づくりを推進します。
	保育所等訪問支援	保育所等を現在利用中の障害児、今後利用する予定の障害児に対して、訪問により、保育所等における集団生活の適応のための専門的な支援を提供し、保育所等の安定した利用を促進します。

都　道　府　県

障害児入所支援	福祉型障害児入所施設 医療型障害児入所施設	従来の障害種別の施設と同等の支援を確保するとともに、主たる対象とする障害以外の障害を受け入れた場合に、その障害に応じた適切な支援を提供します。また、医療型は、このほか医療も提供します。 18歳以上の障害児施設入所者には、自立（地域生活への移行等）を目指した支援を提供します。 ＊重症心身障害児施設は、重症心身障害の特性を踏まえ児者一貫した支援の継続を可能とします。 ＊現に入所していた者が退所させられないように配慮されます。また、引き続き、入所支援を受けなければその福祉を損なうおそれがあると認めるときは、満20歳に達するまで利用することができます。

3 相談支援

平成24年4月の支給決定プロセスの見直しにより、計画相談支援の対象が原則として障害福祉サービスを申請した障害者等へと大幅に拡大されています。また、地域移行・地域定着支援は個別給付化が図られました。

地域における相談支援の拠点として、基幹相談支援センターを市町村が設置できることとなり、相談支援体制の強化が行われました。さらに、地域支援体制づくりに重要な役割を果たす自立支援協議会が法律上位置付けられました。

事業名	内　容
計画相談支援	●**サービス利用支援** 障害福祉サービス等の申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画の作成を行います。 ●**継続サービス利用支援** 支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。
地域相談支援	●**地域移行支援** 障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設等を退所する障害者、児童福祉施設を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行います。 ●**地域定着支援** 居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行います。
障害児相談支援	●**障害児支援利用援助** 障害児通所支援の申請に係る支給決定前に、障害児支援利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、障害児支援利用計画の作成を行います。 ●**継続障害児支援利用援助** 支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。

※障害児の居宅サービスについては、指定特定相談支援事業者がサービス利用支援・継続サービス利用支援を行います。障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児相談支援の対象とはなりません。

「障害者」の相談支援体系

サービス等利用計画	**指定特定相談支援事業者（計画作成担当）** ※事業者指定は、市町村長が行う。	●計画相談支援（個別給付） ・サービス利用支援　・継続サービス利用支援 ●基本相談支援 （障害者・障害児等からの相談）
地域移行支援・地域定着支援	**指定一般相談支援事業者** ※事業者指定は、都道府県知事、指定都市市長及び中核市市長等が行う。	●地域相談支援（個別給付） ・地域移行支援 （地域生活の準備のための外出への同行支援・入居支援等） ・地域定着支援（24時間の相談支援体制等） ●基本相談支援 （障害者・障害児等からの相談）

「障害児」の相談支援体系

サービス等利用計画等	居宅サービス	**指定特定相談支援事業者** ※事業者指定は、市町村長が行う。	●計画相談支援（個別給付） ・サービス利用支援　・継続サービス利用支援 ●基本相談支援 （障害児や障害児の保護者等からの相談）
	通所サービス	**障害児相談支援事業者** 児童福祉法に基づき設置 ※事業者指定は、市町村長が行う。	●障害児相談支援（個別給付） ・障害児支援利用援助　・継続障害児支援利用援助

※障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児相談支援の対象とはなりません。

4 地域生活支援事業

障害のある人が、その有する能力や適性に応じ自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、住民に最も身近な市町村を中心として以下の事業が実施されます。

市町村及び都道府県は、地域で生活する障害のある人のニーズを踏まえ、地域の実情に応じた柔軟な事業形態での実施が可能となるよう、自治体の創意工夫により事業の詳細を決定し、効率的・効果的な取り組みを行います。

なお、対象者、利用料など事業内容の詳細については、最寄りの市町村又は都道府県窓口にお尋ねください。

市町村事業

	内　　容
相 談 支 援	●**相談支援** 障害のある人、その保護者、介護者などからの相談に応じ、必要な情報提供等の支援を行うとともに、虐待の防止や権利擁護のために必要な援助を行います。また、（自立支援）協議会を設置し、地域の相談支援体制やネットワークの構築を行います。 ●**市町村に基幹相談支援センターの設置** 地域における相談支援の中核的役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談体制の強化の取り組み等を行います。
成年後見制度利用支援	補助を受けなければ成年後見制度の利用が困難である人を対象に、費用を助成します。 また、法人後見の研修等を行います。
意思疎通支援	聴覚、言語機能、音声機能、視覚等の障害のため、意思疎通を図ることに支障がある人とその他の人の意思疎通を仲介するために、手話通訳や要約筆記、点訳等を行う者の派遣などを行います。 また、意思疎通支援を行う者（手話奉仕員を想定）を養成します。
日常生活用具給付等	重度障害のある人等に対し、自立生活支援用具等日常生活用具の給付又は貸与を行います。
移 動 支 援	屋外での移動が困難な障害のある人について、外出のための支援を行います。
地域活動支援センター	障害のある人が通い、創作的活動又は生産活動の提供、社会との交流の促進等の便宜を図ります。
理解促進研修・啓発	障害者に対する理解を深めるための研修や啓発事業を行います。
自発的活動支援	障害者やその家族、地域住民等が自発的に行う活動を支援します。
そ　の　他	市町村の判断により、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業を行います。 たとえば、福祉ホーム事業、訪問入浴サービス事業、日中一時支援事業、社会参加促進事業などがあります。

都道府県事業

	内　　容
専門性の高い相談支援	発達障害、高次脳機能障害など専門性の高い障害について、相談に応じ、必要な情報提供等を行います。
広域的な支援	都道府県相談支援体制整備事業や精神障害者地域生活支援広域調整等事業など、市町村域を超える広域的な支援が必要な事業を行います。
専門性の高い意思疎通支援を行う者の養成・派遣	意思疎通支援を行う者のうち、特に専門性の高い者の養成、又は派遣する事業を行います。（手話通訳者、要約筆記者、触手話及び指点字を行う者の養成又は派遣を想定）
そ　の　他（研修事業を含む）	都道府県の判断により、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業を行います。 たとえば、福祉ホーム事業、情報支援等事業、障害者IT総合推進事業、社会参加促進事業などがあります。 また、サービス・相談支援者、指導者などへの研修事業等を行います。

5 利用の手続き

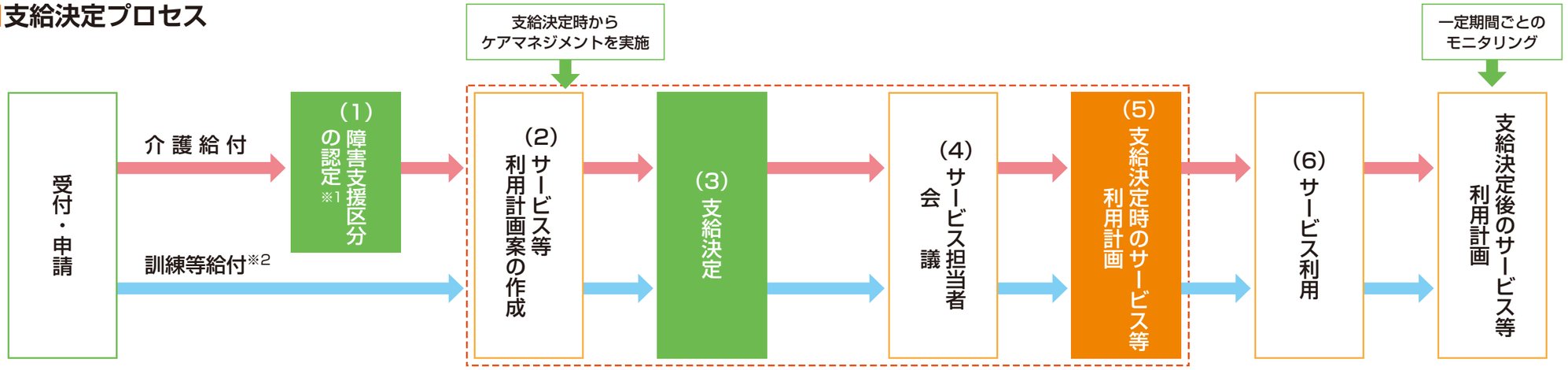
■サービス利用までの流れ

（1）サービスの利用を希望する方は、市町村の窓口に申請し障害支援区分の認定を受けます。
（2）市町村は、サービスの利用の申請をした方（利用者）に、「指定特定相談支援事業者」が作成する「サービス等利用計画案」の提出を求めます。
利用者は「サービス等利用計画案」を「指定特定相談支援事業者」で作成し、市町村に提出します。
（3）市町村は、提出された計画案や勘案すべき事項をふまえ、支給決定します。
（4）「指定特定相談支援事業者」は、支給決定された後にサービス担当者会議を開催します。
（5）サービス事業者等との連絡調整を行い、実際に利用する「サービス等利用計画」を作成します。
（6）サービス利用が開始されます。

サービス利用に関する留意事項

1. 障害児については、居宅サービスの利用にあたっては、障害者総合支援法に基づく「指定特定相談支援事業者」が「サービス等利用計画案」を作成し、通所サービスの利用にあたっては、児童福祉法に基づく「指定障害児相談支援事業者」が「障害児支援利用計画案」を作成します。
2. 障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため障害児支援利用計画の作成は必要ありません。
3. 施設入所支援と就労継続支援または生活介護の利用（障害支援区分3以下）を組み合わせたサービスを新規に利用する方は、サービス等利用計画の策定が必須となります。
4. 指定特定相談支援事業者以外の者が作成したサービス等利用計画案（セルフプラン）を提出することもできます。

■支給決定プロセス



※詳細は16～17ページ参照

※1　同行援護の利用申請の場合
障害支援区分の調査に加えて同行援護アセスメント票によるアセスメントを行います。ただし、身体介護を伴わない場合は、心身の状況に関するアセスメント、障害支援区分の一次判定、二次判定（審査会）及び障害支援区分の認定は行わないものとします。
※2　共同生活援助の利用申請のうち、一定の場合は障害支援区分の認定が必要です。

＊障害支援区分とは

障害支援区分とは、障害の多様な特性や心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを表す6段階の区分（区分1～6：区分6の方が必要とされる支援の度合いが高い）です。必要とされる支援の度合いに応じて適切なサービスが利用できるように導入されています。

調査項目は、
①移動や動作等に関連する項目（12項目）
②身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（16項目）
③意思疎通等に関連する項目（6項目）
④行動障害に関連する項目（34項目）
⑤特別な医療に関連する項目（12項目）
の80項目となっており、各市町村に設置される審査会において、この調査結果や医師の意見書の内容を総合的に勘案した審査判定が行われ、その結果を踏まえて市町村が認定します。

障害支援区分の調査項目

1 移動や動作等に関連する項目［12項目］
1 寝返り
2 起き上がり
3 座位保持
4 移乗
5 立ち上がり
6 両足での立位保持
7 片足での立位保持
8 歩行
9 移動
10 衣服の着脱
11 じょくそう
12 えん下

2 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目［16項目］
1 食事
2 口腔清潔
3 入浴
4 排尿
5 排便
6 健康・栄養管理
7 薬の管理
8 金銭の管理
9 電話等の利用
10 日常の意思決定
11 危険の認識
12 調理
13 掃除
14 洗濯
15 買い物
16 交通手段の利用

3 意思疎通等に関連する項目［6項目］
1 視力
2 聴力
3 コミュニケーション
4 説明の理解
5 読み書き
6 感覚過敏・感覚鈍麻

4 行動障害に関連する項目［34項目］
1 被害的・拒否的
2 作話
3 感情が不安定
4 昼夜逆転
5 暴言暴行
6 同じ話をする
7 大声・奇声を出す
8 支援の拒否
9 徘徊
10 落ち着きがない
11 外出して戻れない
12 1人で出たがる
13 収集癖
14 物や衣類を壊す
15 不潔行為
16 異食行動
17 ひどい物忘れ
18 こだわり
19 多動・行動停止
20 不安定な行動
21 自らを傷つける行為
22 他人を傷つける行為
23 不適切な行為
24 突発的な行動
25 過食・反すう等
26 そううつ状態
27 反復的行動
28 対人面の不安緊張
29 意欲が乏しい
30 話がまとまらない
31 集中力が続かない
32 自己の過大評価
33 集団への不適応
34 多飲水・過飲水

5 特別な医療に関連する項目［12項目］
1 点滴の管理
2 中心静脈栄養
3 透析
4 ストーマの処置
5 酸素療法
6 レスピレーター
7 気管切開の処置
8 疼痛の看護
9 経管栄養
10 モニター測定
11 じょくそうの処置
12 カテーテル

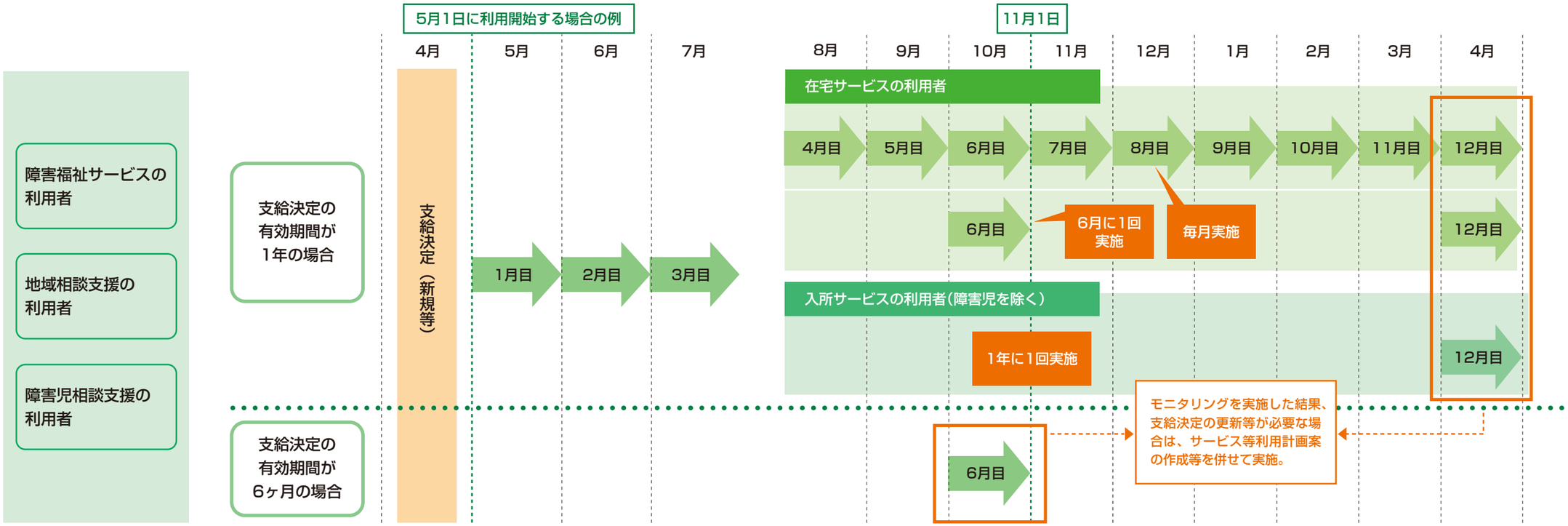
モニタリング

継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助

サービス等の利用状況の検証と計画の見直しのために一定期間を定めて「モニタリング」（サービス等利用計画の見直し）が実施されます。

※モニタリング実施期間は、利用者の状況や利用しているサービスの内容等によって市町村が定める期間ごとに行われ、少なくとも1年に1回以上は実施されます。
※セルフプランによるサービス利用者は、モニタリングは実施されません。

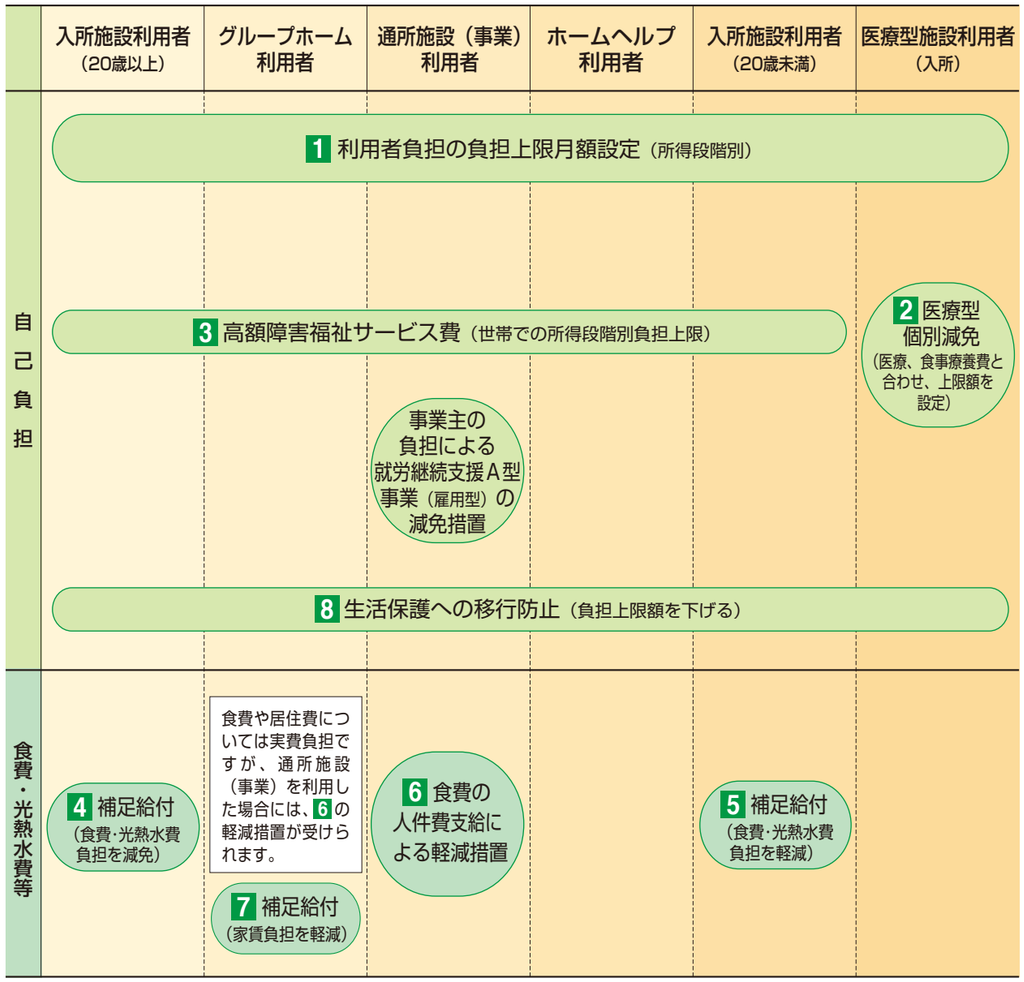
■モニタリングの標準期間のイメージ



6 利用者負担の仕組みと軽減措置

利用者負担はサービス量と所得に着目した負担の仕組みとされ、その負担は所得等に配慮した負担（応能負担）とされています。

■利用者負担に関する軽減措置



1 ～ 8 についての詳細は「障害者」19～20ページ、「障害児」21～22ページをご覧ください。

6-1 障害者の利用者負担

1 月ごとの利用者負担には上限があります

●障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

区　分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯（注1）	0円
一般1	市町村民税課税世帯（所得割16万円（注2）未満） ※入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム利用者を除きます（注3）。	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

（注1）3人世帯で障害基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。
（注2）収入が概ね600万円以下の世帯が対象となります。
（注3）入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般2」となります。

●所得を判断する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

種　別	世帯の範囲
18歳以上の障害者（施設に入所する18、19歳を除く）	障害のある方とその配偶者
障害児（施設に入所する18、19歳を含む）	保護者の属する住民基本台帳での世帯

※障害児の利用者負担は21ページに記載してあります。

2 療養介護を利用する場合、医療費と食費の減免があります

医療型個別減免

●療養介護を利用する方は、従前の福祉部分負担相当額と医療費、食事療養費を合算して、上限額を設定します。

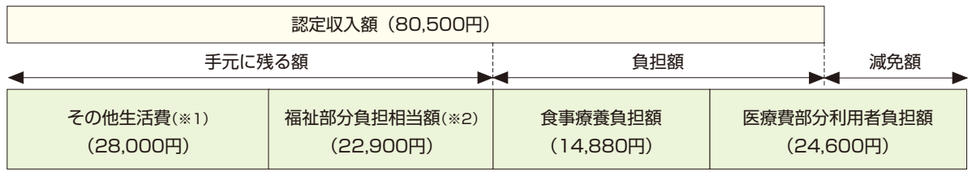
（20歳以上の入所者の場合）

●低所得の方は、少なくとも25,000円が手元に残るように、利用者負担額が減免されます。

※市町村民税非課税世帯が対象です。

【例】療養介護利用者（平均事業費：福祉22.9万円、医療41.4万円）、障害基礎年金1級受給者（年金月額80,500円）の場合

20歳以上施設入所者等の医療型個別減免



※1　その他生活費
①②に該当しない方…25,000円
②障害基礎年金1級受給者、60～64歳の方、65歳以上で療養介護を利用する方…28,000円
※2　計算上は、事業費（福祉）の1割とする。

6 利用者負担の仕組みと軽減措置

4 5 6 食費等実費負担についても、減免措置があります

（20歳以上の入所者の場合）

●入所施設の食費・光熱水費の実費負担については、58,000円を限度として施設ごとに額が設定されることとなりますが、低所得者に対する給付については、費用の基準額を58,000円として設定し、食費・光熱水費の実費負担をしても、少なくとも手元に25,000円が残るように補足給付が行われます。

　なお、就労等により得た収入については、24,000円までは収入として認定しません。また、24,000円を超える額についても、超える額の30%は収入として認定しません。

※市町村民税非課税世帯が対象です。

【例】入所施設利用者（障害基礎年金１級受給者（年金月額80,500円、事業費350,000円の場合））

20歳以上入所者の補足給付

手元に残る額		実費負担	
自己負担額（※2）6,916円	その他生活費（※1）28,000円	食費、光熱水費 45,584円	補足給付 12,416円
障害基礎年金収入（80,500円）＋補足給付（12,416円）			

※1 障害基礎年金１級の者はその他生活費（25,000円）に3,000円加算して計算
※2（80,500円−66,667円）×50%

（通所施設の場合）

●通所施設等では、低所得、一般1（グループホーム利用者（所得割16万円未満）を含む。）の場合、食材料費のみの負担となるため、実際にかかる額のおおよそ3分の1の負担となります（月22日利用の場合、約5,100円程度）。なお、食材料費は、施設ごとに額が設定されます。

7 グループホームの利用者に家賃助成があります

●グループホーム（重度障害者等包括支援の一環として提供される場合を含む。）の利用者（生活保護又は低所得の世帯）が負担する家賃を対象として、利用者1人あたり月額1万円を上限に補足給付が行われます。

※市町村民税非課税世帯が対象です。

家　賃	補足給付額
1万円未満の場合	実　費
1万円以上の場合	1万円

8 生活保護への移行防止策が講じられます

●こうした負担軽減策を講じても、自己負担や食費等実費を負担することにより、生活保護の対象となる場合には、生活保護の対象とならない額まで自己負担の負担上限月額や食費等実費負担額を引き下げます。

6-2 障害児(※)の利用者負担

※20歳未満の入所施設利用者を含む。

1 月ごとの利用者負担には上限があります

●障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

●所得を判断する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

種　別	世帯の範囲
18歳以上の障害者（施設に入所する18、19歳を除く）	障害のある方とその配偶者
障害児（施設に入所する18、19歳を含む）	保護者の属する住民基本台帳での世帯

※障害者の利用者負担は19ページに記載してあります。

区　分	世帯の収入状況		負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯		0円
低 所 得	市町村民税非課税世帯		0円
一 般 1	市町村民税課税世帯（所得割28万円(注)未満）	通所施設、ホームヘルプ利用の場合	4,600円
		入所施設利用の場合	9,300円
一 般 2	上記以外		37,200円

（注）収入が概ね890万円以下の世帯が対象となります。

2 医療型障害児入所施設を利用する場合、医療費と食費の減免があります

医療型個別減免

●医療型施設に入所する方や療養介護を利用する方は、従前の福祉部分負担相当額と医療費、食事療養費を合算して、上限額を設定します。

（20歳未満の入所者の場合）

●地域で子供を養育する世帯と同程度の負担となるよう、負担限度額を設定し、限度額を上回る額について減免を行います。※所得要件はありません。

【例】医療型障害児入所施設利用者（平均事業費：福祉22.9万円、医療41.4万円）、一般1の場合

20歳未満施設入所者等の医療型個別減免

※1 低所得世帯、一般1は、5万円　一般2は、7.9万円
※2 18歳以上は25,000円、18歳未満は34,000円
※3 計算上は、事業費（福祉）の1割とし、15,000円を超える場合は15,000円として計算する。

地域で子供を育てるために通常必要な費用(※1)（50,000円）

負担額　減免額

その他生活費(※2)（34,000円）	福祉部分負担相当額(※3)（22,900円→15,000円）	医療費部分利用者負担額（40,200円）	食事療養負担額（24,180円）

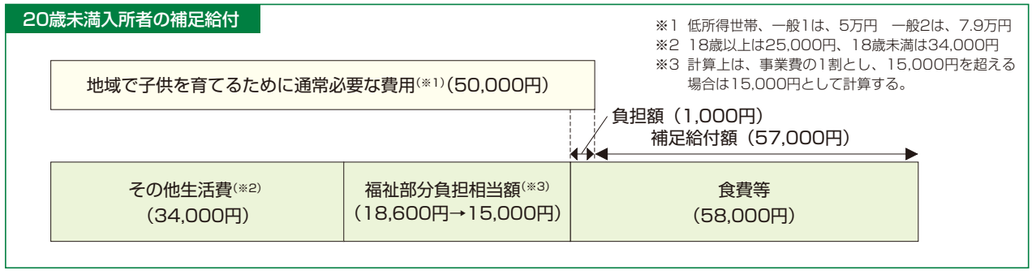
6 利用者負担の仕組みと軽減措置

5 福祉型障害児入所支援施設を利用する場合、食費の減免があります

（20歳未満の入所者の場合）

●地域で子供を養育する費用（低所得世帯、一般1は5万円、一般2は7.9万円）と同様の負担となるように補足給付が行われます。※所得要件はありません。

【例】福祉型障害児入所支援施設利用者（平均事業費：18.6万円）、一般１の場合



6 障害児通所支援＜児童発達支援、医療型児童発達支援＞を利用する場合、食費の負担が軽減されます

●障害児通所支援については、低所得世帯と一般１は食費の負担が軽減されます。具体的には次のとおりとなります。

所得階層	食　費
低 所 得	1,540円
一 般 1	5,060円
一 般 2	14,300円 ※軽減なし

※月22日利用の場合。なお、実際の食材料費は施設により設定されます。

児童発達支援の利用者負担

事業費14.4万円	利用者負担	食費等
低 所 得	0円	1,540円
一 般 1	4,600円	5,060円
一 般 2	14,400円	14,300円

医療型児童発達支援の利用者負担

事業費(福祉)4.9万円			
事業費(医療)4.5万円	福祉部分	医療部分	食費等
低 所 得	0円	4,500円	1,540円
一 般 1	4,600円	4,500円	5,060円
一 般 2	4,900円	4,500円	14,300円

6-3 高額障害福祉サービス費（世帯単位の軽減措置）

3 世帯での合算額が基準額を上回る場合は、高額障害福祉サービス等給付費が支給されます

●障害者の場合は、障害者と配偶者の世帯で、障害福祉サービスの負担額（介護保険も併せて利用している場合は、介護保険の負担額も含む。）の合算額が基準額を超える場合は、高額障害福祉サービス等給付費が支給されます（償還払いの方法によります）。

●障害児が障害者自立支援法と児童福祉法のサービスを併せて利用している場合は、利用者負担額の合算が、それぞれのいずれか高い額を超えた部分について、高額障害福祉サービス等給付費等が支給されます（償還払いの方法によります）。※世帯に障害児が複数いる場合でも、合算した負担額が一人分の負担額と同様になるように軽減します。

●平成24年4月1日より補装具に係る利用者負担も合算軽減が図られています。

●同一の世帯に障害福祉サービスを利用する障害者等が複数いる場合、障害福祉サービスと介護保険法に基づく居宅サービス等を併用する障害者等がいる場合などで、利用者負担の合計額が一定の額を超える場合には、高額障害福祉サービス等給付費等を支給され負担が軽減されます。

●ただし、自立支援医療、療養介護医療、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療に係る利用者負担については、合算の対象外とされています。

具体例

前　提

父親Ａさん、母親Ｂさん（障害者）、子どもＣさん（障害児）の３人家族で、Ｃさんが障害児通所支援を利用（Ａさんが通所給付決定保護者）し、Ｂさんが障害福祉サービス及び補装具を利用（Ｂさんが支給決定障害者等及び補装具費支給対象障害者等）する場合であって、世帯の高額費算定基準額Ｘが37,200円である場合。

合算の仕組み

高額費は、利用者負担世帯合算額と高額費算定基準額の差額を支給対象とする。

利用者負担世帯合算額Ｙ　80,000円（①＋②＋③）

①障害児通所支援に係る利用者負担　30,000円	②障害福祉サービスに係る利用者負担　20,000円	③補装具に係る利用者負担　30,000円

※この事例における改正後の高額費支給対象額は42,800円（Ｙ－Ｘ）

支給額

Ａさん又はＢさんに対する支給額は、高額費支給対象額を通所給付決定保護者按分率、支給決定障害者等按分率（Ａさん、Ｂさんに係る利用者負担を利用者負担世帯合算額でそれぞれ除して得た率）で按分した額とする。

Ａさんに支給される高額障害児通所給付費	42,800円×①／Ｙ＝16,050円
Ｂさんに支給される高額障害福祉サービス等給付費	42,800円×（②＋③）／Ｙ＝26,750円

※高額費算定基準額は、従来と同様、市町村民税課税世帯は37,200円、それ以外は0円とする。

※一人の障害児の保護者が障害福祉サービス、障害児通所支援又は指定入所支援のうちいずれか２つ以上のサービスを利用する場合、その負担上限月額は利用するサービスの負担上限月額のうち最も高い額とする特例を設ける。

7 障害に係る自立支援医療

自立支援医療制度は、心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度で、次の３つに大別されます。

	対　　象　　者
精神通院医療	精神保健福祉法第5条に規定する統合失調症などの精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者
更 生 医 療	身体障害者福祉法に基づき身体障害者手帳の交付を受けた者で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者（18歳以上）
育 成 医 療	身体に障害を有する児童で、その障害を除去・軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者（18歳未満）

詳しくは、厚労省のホームページをご覧ください。

▶ http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/jiritsu/index.html

■自立支援医療の利用者負担と軽減措置

- ●所得に応じ、月ごとに負担上限額が設定されています。ただし、この負担上限額がひと月あたりの医療費の１割を超える場合は、自己負担は１割となります。なお、一定の負担能力があっても、継続的に相当額の医療費負担が生じる人（高額治療継続者〈いわゆる「重度かつ継続」〉）にもひと月当たりの負担に上限額を設定するなどの負担軽減策があります。
- ●世帯の単位は、住民票上の家族ではなく、同じ医療保険に加入している家族を同一世帯とします。ただし、同じ医療保険に加入している場合であっても、配偶者以外であれば、税制と医療保険のいずれにおいても障害者を扶養しないことにした場合は、別の世帯とみなすことが可能となる場合もあります。
- ●入院時の食事療養費又は生活療養費（いずれも標準負担額相当）については、入院と通院の公平を図る視点から原則自己負担となります。

■自立支援医療の対象者、自己負担の概要

1. 対 象 者

従来の精神通院医療、育成医療、更生医療の対象となる方と同様の疾病を有する者（一定所得以上の者を除く）。

2. 給 付 水 準

世帯の所得水準等に応じてひと月当たりの負担に上限額を設定。（これに満たない場合は1割）
また、入院時の食事療養費又は生活療養費（いずれも標準負担額相当）については原則自己負担。

一定所得以下			中間所得層		一定所得以上
生活保護世帯	市町村民税非課税 本人収入≦80万	市町村民税非課税 本人収入>80万	市町村民税<3.3万（所得割）	3.3万≦市町村民税<23.5万（所得割）	23.5万≦市町村民税（所得割）
生活保護 負担0円	低所得1 負担上限月額 2,500円	低所得2 負担上限月額 5,000円	中間所得 負担上限月額：医療保険の自己負担限度		一定所得以上 公費負担の対象外 医療保険の負担割合・負担限度額
			育成医療の経過措置※2 負担上限月額 5,000円	負担上限月額 10,000円	
			高額治療継続者（「重度かつ継続」）※1 中間所得層1 負担上限月額 5,000円	中間所得層2 負担上限月額 10,000円	一定所得以上（重継）※2 負担上限月額 20,000円

※１　高額治療継続者（「重度かつ継続」）の範囲については、以下のとおりです。
①疾病、症状等から対象となる者。
●更生医療・育成医療　腎臓機能、小腸機能、免疫機能、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る／肝臓機能障害は平成22年4月に追加されました）。
●精神通院医療　統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害若しくは薬物関連障害（依存症等）の者又は集中・継続的な医療を要する者として精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者。
②疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者
医療保険の多数該当の者。

※２　育成医療の経過措置及び「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置があります。

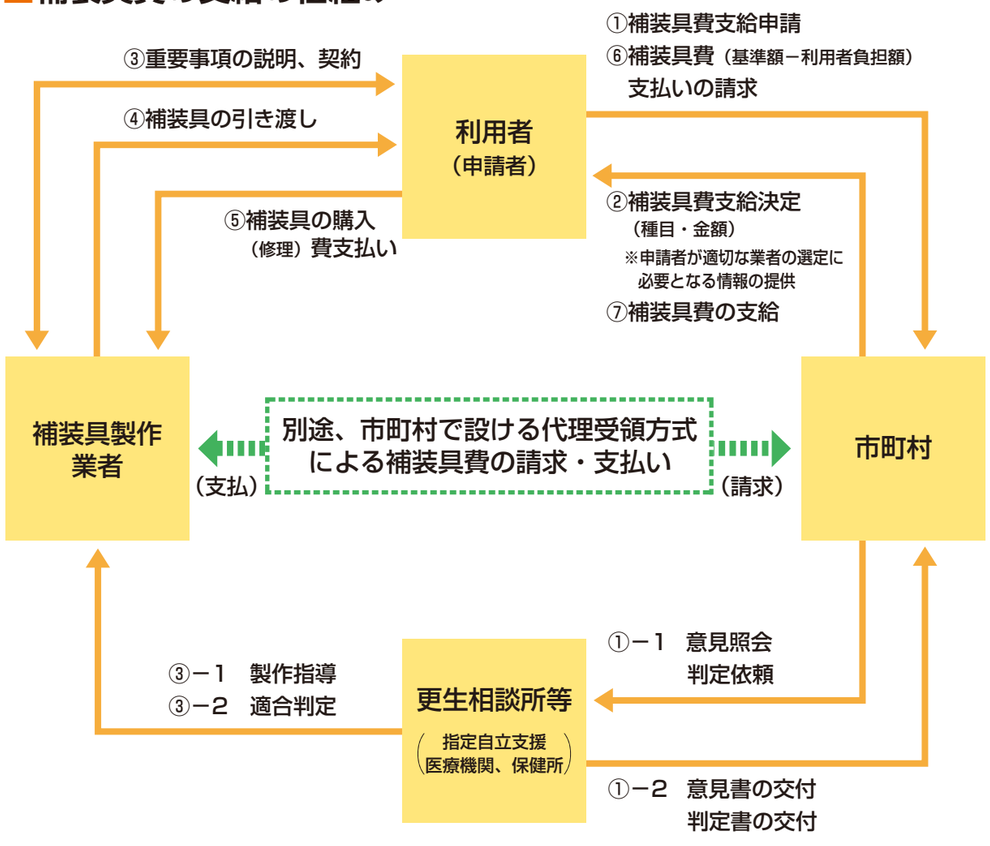
8 補装具の制度

補　装　具	障害者等の身体機能を補完し、又は代替し、かつ、長期間にわたり継続して使用されるもの等。義肢、装具、車いす等

補装具費の支給

●補装具を購入する費用を支給する制度です。利用者負担については所得等に配慮した負担となっています。
●支給決定は、障害者又は障害児の保護者からの申請に基づき、市町村が行います。

■補装具費の支給の仕組み



補装具費支給制度の利用者負担

●補装具費支給制度の利用者負担は、所得等に配慮した負担となっています。
なお、世帯の所得に応じて次の区分の負担上限月額が設定されます。
障害福祉サービスと介護保険法に基づく居宅サービス等に関わる利用者負担と補装具に係る利用者負担を合算したうえで利用者負担の軽減が図られるようになっています。

区　　分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低 所 得	市町村民税非課税世帯(※)	0円
一　　般	市町村民税課税世帯	37,200円

※市町村民税非課税世帯
　例）3人世帯で障害基礎年金1級受給の場合、概ね300万円以下の収入

●所得を判断する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

種　別	世帯の範囲
18歳以上の障害者	障害のある方とその配偶者
障害児	保護者の属する住民基本台帳での世帯

　また、こうした負担軽減措置を講じても、自己負担をすることにより、生活保護の対象となる場合には、生活保護の対象とならない額まで自己負担の負担上限月額を引き下げます。
　なお、世帯の中に市町村民税所得割額が46万円以上の方がいる場合は、公費負担の対象外となります。

障害者総合支援法の概要

（平成24年6月20日 成立・同年6月27日 公布）

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の概要

1 趣　旨

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。

2 概　要

1 題　名	「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」とする。
2 基本理念	法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。
3 障害者の範囲（障害児の範囲も同様に対応。）	「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。
4 障害支援区分の創設	「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。 ※障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。
5 障害者に対する支援	①重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする） ②共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化 ③地域移行支援の対象拡大（地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える） ④地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等）
6 サービス基盤の計画的整備	①障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定 ②基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化 ③市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握等を行うことを努力義務化 ④自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者や家族の参画を明確化

3 施行期日

平成25年4月1日（ただし、4. 及び5. ①～③については、平成26年4月1日）

4 検討規定

（障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討）

①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方
※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。

障害者虐待防止法の概要

（平成24年10月1日施行）

障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律の概要

1 目　的

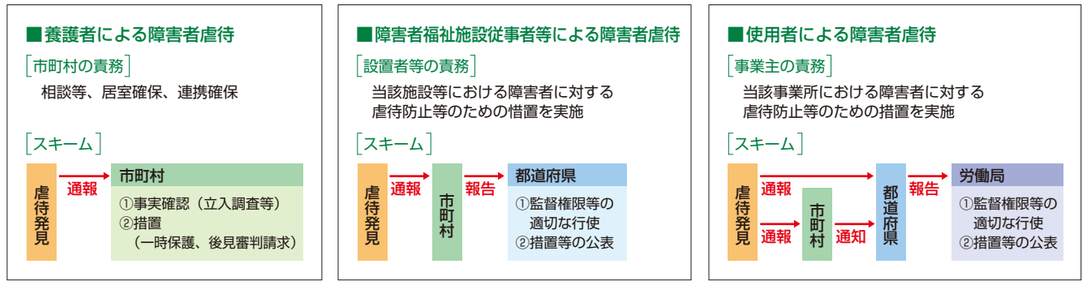
障害者に対する虐待が障害者の尊厳を害するものであり、障害者の自立及び社会参加にとって障害者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等に鑑み、障害者に対する虐待の禁止、国等の責務、障害者虐待を受けた障害者に対する保護及び自立の支援のための措置、養護者に対する支援のための措置等を定めることにより、障害者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって障害者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

2 定　義

1 「障害者」とは、身体・知的・精神障害その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活・社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう（改正後障害者基本法2条1号）。
2 「障害者虐待」とは、①養護者による障害者虐待、②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待、③使用者による障害者虐待をいう。
3 障害者虐待の類型は、①身体的虐待、②性的虐待、③心理的虐待、④放棄・放置、⑤経済的虐待の5つ。

3 虐待防止施策

1 何人も障害者を虐待してはならない旨の規定、障害者虐待を受けたと思われる障害者を発見した者の通報義務、障害者の虐待の防止に係る国等の責務規定、障害者虐待の早期発見の努力義務規定を置く。
2 「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務づけるとともに、障害者虐待防止等に係る具体的スキームを定める。



3 就学する障害者、保育所等に通う障害者及び医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止等のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務付ける。

4 そ の 他

1 市町村・都道府県の部局又は施設に、障害者虐待対応の窓口等となる「市町村障害者虐待防止センター」・「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たさせる。
2 市町村・都道府県は、障害者虐待の防止等を適切に実施するため、福祉事務所その他の関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。
3 国及び地方公共団体は、財産上の不当取引による障害者の被害の防止・救済を図るため、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずる。
4 政府は、障害者虐待の防止等に関する制度について、この法律の施行後3年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。

※虐待防止スキームについては、家庭の障害児には児童虐待防止法を、施設入所等障害者には施設等の種類（障害者施設等、児童養護施設等、養介護施設等）に応じてこの法律、児童福祉法又は高齢者虐待防止法を、家庭の高齢障害者にはこの法律及び高齢者虐待防止法を、それぞれ適用。

障害者権利条約について

2014年1月20日に日本は「障害者の権利に関する条約」を締結しました。

1 障害者権利条約とは

「障害者権利条約」は、障害者の人権や基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進するため、障害者の権利を実現するための措置等を規定しています。

2014年1月20日現在、日本を含む140か国・1地域機関（EU）が条約を締結しています。

2 障害者権利条約が定める内容

- 障害に基づくあらゆる差別（合理的配慮の否定※を含む。）を禁止
- 障害者が社会に参加し、包容されることを促進
- 条約の実施を監視する枠組みを設置、等

※過度の負担ではないにもかかわらず、障害者の権利の確保のために必要・適当な調整等（例：スロープの設置）を行わないことを指します。

3 障害者権利条約締結までの経緯

2006年12月　国連総会で条約が採択されました。
2007年 9 月　日本が条約に署名しました。
2008年 5 月　条約が発効しました。

条約締結に先立ち、障害当事者の意見も聴きながら、国内法令の整備を推進してきました。

2011年 8 月　障害者基本法が改正されました。
2012年 6 月　障害者総合支援法が成立しました。
2013年 6 月　障害者差別解消法が成立し、障害者雇用促進法が改正されました。

これらの法整備をうけて

2013年11月19日　衆議院本会議、12月４日の参議院本会議において全会一致で締結を承認。

2014年 1 月20日　条約を締結しました。

4 条約を締結するとどうなるの

■我が国において、障害者の権利の実現に向けた取組が一層強化されます。
（障害者の身体の自由や表現の自由等の権利、教育や労働等の権利が促進されます。）
（条約の実施を監視する枠組みや、国連への報告義務などによって、我が国の取組が後押しされます。）
■人権尊重についての国際協力が一層推進されます。

障害者権利条約 条文構成

平成26年1月30日

前　文
第１条：目　　的
第２条：定　　義
第３条：一　般　原　則
第４条：一 般 的 義 務
第５条：平等及び無差別
第６条：障害のある女子
第７条：障害のある児童
第８条：意 識 の 向 上
第９条：施設及びサービス等の利用の容易さ
第10条：生命に対する権利
第11条：危険な状況及び人道上の緊急事態
第12条：法律の前にひとしく認められる権利
第13条：司法手続の利用の機会
第14条：身体の自由及び安全
第15条：拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由
第16条：搾取、暴力及び虐待からの自由
第17条：個人をそのままの状態で保護すること
第18条：移動の自由及び国籍についての権利
第19条：自立した生活及び地域社会への包容
第20条：個人の移動を容易にすること
第21条：表現及び意見の自由並びに情報の利用の機会
第22条：プライバシーの尊重
第23条：家庭及び家族の尊重
第24条：教　　育
第25条：健　　康
第26条：ハビリテーション（適応のための技術の習得）及びリハビリテーション
第27条：労 働 及 び 雇 用
第28条：相当な生活水準及び社会的な保障
第29条：政治的及び公的活動への参加
第30条：文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加
第31条：統計及び資料の収集
第32条：国　際　協　力
第33条：国内における実施及び監視
第34条：障害者の権利に関する委員会
第35条：締約国による報告
第36条：報 告 の 検 討
第37条：締約国と委員会との間の協力
第38条：委員会と他の機関との関係
第39条：委 員 会 の 報 告
第40条：締 約 国 会 議
第41条：寄　　託　　者
第42条：署　　名
第43条：拘束されることについての同意
第44条：地域的な統合のための機関
第45条：効　力　発　生
第46条：留　　保
第47条：改　　正
第48条：廃　　棄
第49条：利用しやすい様式
第50条：正　　文
末　文

詳しくはこちらをご覧ください ▶ http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html

障害福祉サービスの
利用について

（平成26年4月版）

（別紙）

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、(1)精神疾患の存在の確認、(2)精神疾患（機能障害）の状態の確認、(3)能力障害（活動制限）の状態の確認、(4)精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる。障害の状態の判定に当たっての障害等級の判定基準を下表に示す。

なお、判定に際しては、診断書に記載された精神疾患（機能障害）の状態及び能力障害（活動制限）の状態について十分な審査を行い、対応すること。

また、精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明（別添１）、障害等級の基本的な考え方（別添２）を参照のこと。

障害等級	障害の状態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害（活動制限）の状態
１級（精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの）	1　統合失調症によるものにあっては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの 2　気分（感情）障害によるものにあっては、高度の気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの 3　非定型精神病によるものにあっては、残遺状態又は病状が前記１、２に準ずるもの 4　てんかんによるものにあっては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状が高度であるもの 5　中毒精神病によるものにあっては、認知症その他の精神神経症状が高度のもの 6　器質性精神障害によるものにあっては、記憶障害、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害のいずれかがあり、そのうちひとつ以上が高度	1　調和のとれた適切な食事摂取ができない。 2　洗面、入浴、更衣、清掃等の身辺の清潔保持ができない。 3　金銭管理能力がなく、計画的で適切な買物ができない。 4　通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。 5　家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協調的な対人　関係を作れない。 6　身辺の安全を保持したり、危機的状況に適切に対応できない。 7　社会的手続をしたり、一般の公共施設を利用することができない。 8　社会情勢や趣味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。 （上記１～８のうちいくつかに該当するもの）

	のもの 7　発達障害によるものにあっては、その主症状とその他の精神神経症状が高度のもの 8　その他の精神疾患によるものにあっては、上記の１～７に準ずるもの	
２級（精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの）	1　統合失調症によるものにあっては、残遺状態又は病状があるため、人格変化、思考障害、その他の妄想幻覚等の異常体験があるもの 2　気分（感情）障害によるものにあっては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの 3　非定型精神病によるものにあっては、残遺状態又は病状が前記１、２に準ずるもの 4　てんかんによるものにあっては、ひんぱんに繰り返す発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの 5　中毒精神病によるものにあっては、認知症その他の精神神経症状があるもの 6　器質性精神障害によるものにあっては、記憶障害、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害のいずれかがあり、そのうちひとつ以上が中等度のもの 7　発達障害によるものにあっては、その主症状が高度であり、その他の精神神経症状があるもの 8　その他の精神疾患によるものにあっては、上記の１～７に準ずるもの	1　調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。 2　洗面、入浴、更衣、清掃等の身辺の清潔保持は援助なしにはできない。 3　金銭管理や計画的で適切な買物は援助なしにはできない。 4　通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。 5　家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。 6　身辺の安全保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。 7　社会的手続や一般の公共施設の利用は援助なしにはできない。 8　社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。 （上記１～８のうちいくつかに該当するもの）
３級（精神障害であって、日常生	1　統合失調症によるものにあっては、残遺状態又は病状があり、人格変化の程度は著しくはないが、思考障害、その他の妄想・幻覚等の異常体	1　調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。 2　洗面、入浴、更衣、清掃等の身

活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの）	験があるもの 2　気分（感情）障害によるものにあっては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、その症状は著しくはないが、これを持続したり、ひんぱんに繰り返すもの 3　非定型精神病によるものにあっては、残遺状態又は病状が前記１、２に準ずるもの 4　てんかんによるものにあっては、発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの 5　中毒精神病によるものにあっては、認知症は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの 6　器質性精神障害によるものにあっては、記憶障害、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害のいずれかがあり、いずれも軽度のもの 7　発達障害によるものにあっては、その主症状とその他の精神神経症状があるもの 8　その他の精神疾患によるものにあっては、上記の１～７に準ずるもの	辺の清潔保持は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。 3　金銭管理や計画的で適切な買物はおおむねできるがなお援助を必要とする。 4　規則的な通院・服薬はおおむねできるがなお援助を必要とする。 5　家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいえず不安定である。 6　身辺の安全保持や危機的状況での対応はおおむね適切であるが、なお援助を必要とする。 7　社会的手続や一般の公共施設の利用はおおむねできるが、なお援助を必要とする。 8　社会情勢や趣味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいえず援助を必要とする。 （上記１～８のうちいくつかに該当するもの）

（別添１）

精神障害者保健福祉手帳等級判定基準の説明

精神障害の判定基準は、「精神疾患（機能障害）の状態」及び「能力障害（活動制限）の状態」により構成しており、その適用に当たっては、総合判定により等級を判定する。

(1)　精神疾患（機能障害）の状態

精神疾患（機能障害）の状態は、「統合失調症」、「気分（感情）障害）」、「非定型精神病」、「てんかん」、「中毒精神病」、「器質性精神障害」、「発達障害」及び「その他の精神疾患」のそれぞれについて精神疾患（機能障害）の状態について判断するためのものであって、「能力障害（活動制限）の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

①　統合失調症

統合失調症は、障害状態をもたらす精神疾患の中で頻度が高く、多くの場合思春期前後に発症する疾患である。幻覚等の知覚障害、妄想や思考伝播等の思考の障害、感情の平板化等の感情の障害、無関心等の意志の障害、興奮や昏迷等の精神運動性の障害等が見られる。意識の障害、知能の障害は通常見られない。急激に発症するものから、緩徐な発症のために発病の時期が不明確なものまである。経過も変化に富み、慢性化しない経過をとる場合もあり、障害状態も変化することがある。しかしながら、統合失調症の障害は外見や行動や固定的な一場面だけからでは捉えられないことも多く、障害状態の判断は主観症状や多様な生活場面を考慮して注意深く行う必要がある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a)　残遺状態

興奮や昏迷を伴う症状は一過性に経過することが多く急性期症状と呼ばれる。これに対し、急性期を経過した後に、精神運動の緩慢、活動性の低下（無為）、感情平板化、受動性と自発性欠如、会話量とその内容の貧困、非言語的コミュニケーションの乏しさ、自己管理と社会的役割遂行能力の低下といった症状からなる陰性症状が支配的になった状態を残遺状態という。これらは決して非可逆的というわけではないが、長期間持続する。

(b)　病状

「精神疾患（機能障害）の状態」の記述中に使用されている「病状」という用語は残遺状態に現れる陰性症状と対比的に使用される陽性症状を指している。陽性症状は、幻覚等の知覚の障害、妄想や思考伝播、思考奪取等の思考の障害、興奮や昏迷、緊張等の精神運動性の障害等のように目立ちやすい症状からなる。陽性症状は残遺状態や陰性症状に伴って生じる場合もある。

(c)　人格変化

陰性症状や陽性症状が慢性的に持続すると、連合弛緩のような持続的な思考過程の障害や言語的コミュニケーションの障害が生じ、その人らしさが失われたり変化したりする場合がある。これを統合失調症性人格変化という。

(d)　思考障害

思考の障害は、思考の様式や思路の障害と内容の障害に分けられる。様式の障害には、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声等の統合失調症に特有な障害の他に強迫思考等がある。思路の障害には、観念奔逸、思考制止、粘着思考、思考保続、滅裂思考、連合弛緩等がある。内容の障害は、主に妄想を指すが、その他に思考内容の貧困、支配観念等も含まれる。単に思考障害といった場合は妄想等の思考内容の障害は含まず、主に思考様式の障害を指す。

(e)　異常体験

幻覚、妄想、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声等の陽性症状を指している。

②　気分（感情）障害

ICD－10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回改正）では気分（感情）障害と呼ばれ、気分及び感情の変動によって特徴づけられる疾患である。主な病相期がそう状態のみであるものをそう病、うつ状態のみであるものをうつ病、そう状態とうつ状態の２つの病相期を持つものをそううつ病という。病相期以外の期間は精神症状が無いことが多いが、頻回の病相期を繰り返す場合には人格変化を来す場合もある。病相期は数か月で終了するものが多い。病相期を繰り返す頻度は様々で、一生に１回しかない場合から、年間に十数回繰り返す場合もある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a)　気分の障害

気分とは持続的な基底をなす感情のことであり、情動のような強い短期的感情とは区別する。気分の障害には、病的爽快さである爽快気分と、抑うつ気分がある。

(b)　意欲・行動の障害

そう状態では、自我感情の亢進のため行動の抑制ができない状態（行為心迫）、うつ状態では、おっくうで何も手につかず、何もできない状態（行動抑制）である。

(c)　思考障害

思考の障害については統合失調症の記載を参照のこと。そうやうつの場合には、観念奔逸や思考制止等の思考過程の障害や、思考内容の障害である妄想が出現しやすい。

また、そうまたはうつの病状がある病相期は、長期にわたる場合もあれば短期間で回復し、安定化する場合もある。病相期の持続期間は、間欠期に障害を残さないことが多いそううつ病の障害状態の持続期間である。間欠期にも障害状態を持つ場合は病相期の持続期間のみが障害状態であることにはならない。一般にそううつ病の病相期は数か月で軽快することが多い。

病相期が短期間であっても、頻回に繰り返せば、障害状態がより重くなる。1 年間に 1 回以上の病相期が存在すれば、病相期がひんぱんに繰り返し、通常の社会生活は送りにくいというべきだろう。

③　非定型精神病

非定型精神病の発病は急激で、多くは周期性の経過を示し、予後が良い。病像は意識障害（錯乱状態、夢幻状態）、情動障害、精神運動性障害を主とし、幻覚は感覚性が著しく妄想は浮動的、非体系的なものが多い。発病にさいして精神的あるいは身体的誘因が認められることが多い。経過が周期的で欠陥を残す傾向が少ない点は、統合失調症よりもそううつ病に近い。

なお、ICD－10 では F25 統合失調感情障害にほぼあたる。この統合失調感情障害とは、統合失調性の症状とそううつの気分障害の症状の両者が同程度に同時に存在する疾患群を指す。

④　てんかん

てんかんは反復する発作を主徴とする慢性の大脳疾患であり、特発性および症候性てんかんに二大分される。症候性てんかんの発作ならびに精神神経学的予後は、特発性てんかんにくらべて不良のことが多い。てんかんの大半は小児期に年齢依存性に発病し、発作をもったまま青年・成人期をむかえる。

てんかん発作は一般に激烈な精神神経症状を呈する。多くの場合、発作の持続時間は短いが、時に反復・遷延することがある。発作は予期せずに突然起き、患者自身は発作中の出来事を想起できないことが多い。姿勢が保てなくなる発作、意識が曇る発作では、身体的外傷の危険をともなう。

発作に加えててんかんには、発作間欠期の精神神経症状を伴うことがある。脳器質性障害としての知的機能の障害や、知覚・注意・情動・気分・思考・言語等の精神機能、および行為や運動の障害がみられる。発作間欠期の障害は小児から成人に至る発達の途上で深甚な修飾をこうむる。それは精神生活の脆弱性や社会適応能力の劣化を引き起こし、学習・作業能力さらに行動のコントロールや日常生活の管理にも障害が現れる。てんかん患者は発作寛解に至るまで長期にわたり薬物治療を継続する必要がある。なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a)　発作

てんかんにおける障害の程度を判定する観点から、てんかんの発作を次のように分類する。

イ　意識障害はないが、随意運動が失われる発作

ロ　意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作

ハ　意識障害の有無を問わず、転倒する発作

ニ　意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

(b)　知能障害

知能や記憶等の知的機能の障害の程度は、器質性精神障害の認知症の判定基準に準じて判定する。

(c)　その他の精神神経症状

その他の精神神経症状とは、注意障害、情動制御の障害、気分障害、思考障害（緩慢・迂遠等）、幻覚・妄想等の病的体験、知覚や言語の障害、対人関係・行動パターンの障害、あるいは脳器質症状としての行為や運動の障害（たとえば高

度の不器用、失調等）を指す。

⑤　中毒精神病

精神作用物質の摂取によって引き起こされる精神および行動の障害を指す。有機溶剤等の産業化合物、アルコール等の嗜好品、麻薬、覚醒剤、コカイン、向精神薬等の医薬品が含まれる。これらの中には依存を生じる化学物質が含まれ、また法的に使用が制限されている物質も含まれる。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、以下のとおりである。

(a)　認知症、その他の精神神経症状

中毒精神病に現れる残遺及び遅発性精神病性障害には、フラッシュバック、パーソナリティ障害、気分障害、認知症等がある。

⑥　器質性精神障害（高次脳機能障害を含む）

器質性精神障害とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中毒（一酸化炭素中毒、有機水銀中毒）、中枢神経の感染症、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる精神疾患であって、従来、症状精神病として区別されていた疾患を含む概念である。ただしここでは、中毒精神病、精神遅滞を除外する。

脳に急性の器質性異常が生じると、その病因によらず、急性器質性症状群（AOS）と呼ばれる一群の神経症状が見られる。AOS は多彩な意識障害を主体とし、可逆的な症状である場合が多い。AOS の消退後、または、潜在性が進行した器質異常の結果生じるのが慢性器質性症状群（COS）である。COS は、知的能力の低下（認知症）と性格変化に代表され、多くの場合非可逆的である。COS には、病因によらず、脳の広範な障害によって生じる非特異的な症状と、病因や障害部位によって異なる特異的症状とがある。巣症状等の神経症状、幻覚、妄想、気分の障害等、多彩な精神症状が合併しうる。

初老期、老年期に発症する認知症も器質性精神症状として理解される。これらのうち代表的なアルツハイマー型認知症と血管性認知症を例にとると、血管性認知症は、様々な原因で AOS（せん妄等）を起こし、そのたびに COS の一症状としての認知症が段階的に進行する。アルツハイマー型認知症では、急性に器質性変化が起こることはないので、AOS を見る頻度は比較的少なく、COS としての認知症が潜在的に発現し、スロープを降りるように徐々に進行する。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a)　認知症

慢性器質性精神症状の代表的な症状の一つは、記憶、記銘力、知能等の知的機能の障害である。これらは記憶、記銘力検査、知能検査等で量的評価が可能である。

(b)　高次脳機能障害

高次脳機能障害とは、1)脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認され、2)日常生活または社会生活に制約があり、その主たる

原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害等の認知障害であるものをいう。ICD－10コードでF04、F06、F07に該当する。

F04：器質性健忘症候群（記憶障害が主体となる病態を呈する症例）

F06：他の器質性精神障害（記憶障害が主体でない症例、遂行機能障害、注意障害が主体となる病態を呈する症例）

F07：器質性パーソナリティおよび行動の障害（人格や行動の障害が主体となる病態を呈する症例）

⑦　発達障害（心理的発達の障害、小児（児童）期及び青年期に生じる行動及び情緒の障害）

発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が、通常低年齢において発現するものである。ICD－10ではF80からF89，F90からF98に当たる。「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については以下の通りである。

(a)　知能・記憶・学習・注意の障害

＜学習の困難、遂行機能障害、注意障害＞

知的障害や認知症、意識障害及びその他の記憶障害、過去の学習の機会欠如を原因としない学習（読みや書き、算数に関すること）に関する著しい困難さ、遂行機能（計画を立てる、見通しを持つ、実行する、計画を変更する柔軟性を持つこと）に関する著しい困難さ、注意保持（注意の時間的な持続、注意を安定的に対象に向ける）に関する著しい困難さを持つ場合が該当する。

(b)　広汎性発達障害関連症状

＜相互的な社会関係の質的障害＞

社会的場面で発達水準にふさわしい他者との関わり方ができず孤立しがちである、本人は意図していないが周囲に気まずい思いをさせてしまうことが多い、特に同年代の仲間関係が持てない等の特性が顕著に見られる場合が該当する。

＜コミュニケーションのパターンにおける質的障害＞

一方通行の会話が目立つ、冗談や皮肉の理解ができない、身振りや視線等によるコミュニケーションが苦手等の特性が顕著に見られる場合が該当する。

＜限定した常同的で反復的な関心と活動＞

決まったおもちゃや道具等以外を使うように促しても拒否する、他者と共有しない個人収集に没頭する等の限定的な関心や、おもちゃを一列に並べる、映像の同じ場面だけを繰り返し見る等の反復的な活動が顕著に見られる場合が該当する。

(c)　その他の精神神経症状

周囲からはわからないが、本人の感じている知覚過敏や知覚平板化、手先の不器用があるために、著しく生活範囲が狭められている場合も該当する。また、軽度の瞬目、咳払い等の一般的なチックではなく、より重症な多発性チックを伴う場合（トゥレット症候群）も該当する。

⑧　その他の精神疾患

その他の精神疾患にはICD－10に従えば、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「成人のパーソナリティおよび行動の障害」、「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」等を含んでいる。

(2)　能力障害（活動制限）の状態

「能力障害（活動制限）の状態」は、精神疾患（機能障害）による日常生活あるいは社会生活の支障の程度について判断するものであって、「精神疾患（機能障害）の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。なお、年齢相応の能力と比較の上で判断する。

この場合、日常生活あるいは社会生括において必要な「援助」とは、助言、指導、介助等をいう。

①　適切な食事摂取や身辺の清潔保持、規則正しい生活

洗面、洗髪、排泄後の衛生、入浴等身体の衛生の保持、更衣（清潔な身なりをする）清掃等の清潔の保特について、あるいは、食物摂取（栄養のバランスを考え、自ら準備して食べる）の判断等についての能力障害（活動制限）の有無を判断する。これらについて、意志の発動性という観点から、自発的に適切に行うことができるかどうか、援助が必要であるかどうか判断する。

②　金銭管理と買い物

金銭を独力で適切に管理し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要であるかどうか判断する。（金銭の認知、買い物への意欲、買い物に伴う対人関係処理能力に着目する。）

③　通院と服薬

自発的に規則的に通院と（服薬が必要な場合は）服薬を行い、病状や副作用等についてうまく主治医に伝えることができるか、援助が必要であるか判断する。

④　他人との意思伝達・対人関係

他人の話を聞き取り、自分の意思を相手に伝えるコミュニケーション能力、他人と適切につきあう能力に着目する。

⑤　身辺の安全保持・危機対応

自傷や危険から身を守る能力があるか､危機的状況でパニックにならずに他人に援助を求める等適切に対応ができるかどうか判断する。

⑥　社会的手続や公共施設の利用

各種の申請等社会的手続を行ったり、銀行や福祉事務所、保健所等の公共施設を適切に利用できるかどうか判断する。

⑦　趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

新聞、テレビ、趣味、娯楽、余暇活動に関心を持ち、地域の講演会やイベント等に参加しているか、これらが適切であって援助を必要としないかどうか判断する。

（別添 2）

障害等級の基本的なとらえ方

障害等級を判定基準に照らして判定する際の各障害等級の基本的なとらえ方を参考として示すと、おおむね以下のとおりである。

(1)　1 級

精神障害が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの。この日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の援助を受けなければ、ほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものである。

例えば、入院患者においては、院内での生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出を自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付け等の家事や身辺の清潔保持も自発的には行えず、常時援助を必要とする。

親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

(2)　2 級

精神障害の状態が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものである。この日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は困難な程度のものである。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行く等の習慣化された外出はできる。また、デイケア、障害者自立支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援事業や就労継続支援事業等を利用することができる。食事をバランス良く用意する等の家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

(3)　3 級

精神障害の状態が、日常生活又は社会生活に制限を受けるか、日常生活又は社会生活に制限を加えることを必要とする程度のものである。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。デイケア、障害者自立支援法に基づく自立訓練（生活訓練）、就労移行支援事業や就労継続支援事業等を利用する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じてくることもある。清潔保持は困難

が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自主的な行動や、社会生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理はおおむねできる。社会生活の中で不適当な行動をとってしまうことは少ない。

認知障害の理解

認知障害

認知障害は，最近や昔の出来事を忘れる，錯乱する，言葉を探したり，話を理解するのが困難になる，社会生活に適応できなくなるなど，生活のほとんどすべてに影響します。

～認知症～

後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい，「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。

以前，治らない場合に使用されていましたが，近年，正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。

単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や，統合失調症などによる判断力の低下は，認知症には含まれません。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。

～認知症の分類～

１　血管性認知症

脳血管性認知症では，障害された部位によって症状は異なり，めまい，しびれ，言語障害，知的能力の低下等にはむらがあります。

症状が突然出現したり，階段状に悪化したり，変動したりすることがしばしばみられます。また，脳血管障害にかかったた経験があったり，高血圧，糖尿病，心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に，歩行障害，手足の麻痺，呂律が回りにくい，パーキンソン症状，転びやすい，排尿障害（頻尿、尿失禁など），抑うつ，感情失禁（感情をコントロールできず，ちょっとしたことで泣いたり，怒ったりする），夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。

（１）多発梗塞性認知症広範虚血型
（２）多発脳梗塞型
（３）限局性脳梗塞型
（４）遺伝性血管性認知症

２　変性性認知症

（１）アルツハイマー型認知症

症状は，徐々に進行する認知障害（記憶障害，見当識障害，学習の障害，注意の障害，空間認知機能，問題解決能力の障害など）であり，社会的に適応できなくな

る。重度になると摂食や着替え，意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりになる。

階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症と異なり，徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で，被害妄想や幻覚（とくに幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周辺症状）が見られることもあり，介護上大きな困難を伴う。

（２）前頭側頭葉変性症

①前頭側頭型認知症（ピック病）

これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など），常同行動（同じ行動を繰り返す），時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。

②意味性認知症

症状は言葉や物の意味語議がわからなくなる意味記憶障害で、話していることがちぐはぐになり会話がうまくできなくなる。

進行すると、前頭側頭型認知症と同じような精神行動障害（無為や常同行動、脱抑制など）が目立つようになり、日常生活をする上で支障をきたすようになる。

③進行性非流暢型失語

意味性認知症の精神症状を伴わない症状。

（３）レビー小体病

認知機能障害を必須に，具体的な幻視（子供が周りを走っている，小動物が走り回っているなど），パーキンソン症状，変動する認知機能障害などの症状が見られる。

（４）パーキンソン病

（５）ハンチントン病

３　感染

（１）クロイツフェルト・ヤコブ病

（２）ＨＩＶ関連認知症

４　治療可能なもの

（１）慢性硬膜下血腫

（２）正常圧水頭症

（３）甲状腺機能低下症

～せん妄～

急性の錯乱状態は，急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり，支離滅裂な思考や短期記憶の障害，睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常，感染症，薬剤の副作用，脱水その他の急性期の症状です。

※　早急に専門医に紹介する必要があります。

～認知症の基礎知識～

1　中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。

（1）記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。
（2）見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。
（3）知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語
（4）実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかっても修正できない。

2　周辺症状

周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行動がみられたりすることがあります。

（1）妄想
しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせをするために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れている」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということもあります。

（2）幻覚
認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られることもあります。

（3）不安
自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今までできたことができなくなる、今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対して防衛的な反応として妄想がみられることもあります。

（4）依存
不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

（5）徘徊
認知症の初期には、新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明になったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くはありません。

（６）攻撃的行動

特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二次的に生じる場合もあります。

（７）睡眠障害

認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

（８）介護への抵抗

理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。

（９）異食・過食

食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、石けん、アイスノンの中身までさまざまです。

（１０）抑うつ状態

意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えることは少ないです。

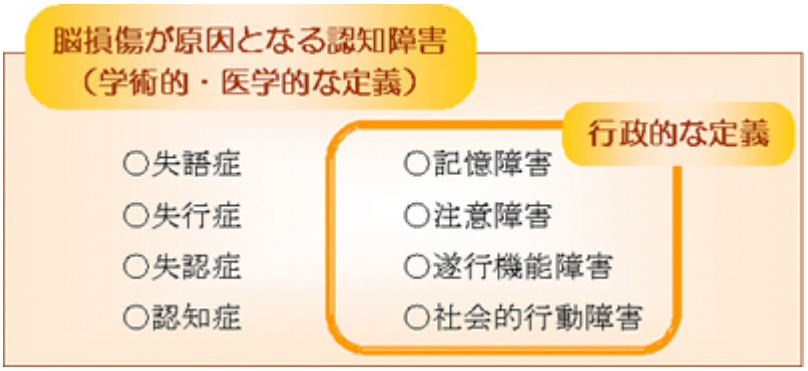
高次脳機能障害

交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると、記憶能力の障害、集中力や考える力の障害、行動の異常、言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を『高次脳機能障害』と言います。

これまで、医学的、学術的な定義では、高次脳機能障害は、脳損傷に起因する認知（記憶・注意・行動・言語・感情など）の障害全般をさしていました。例えば、言語の障害である「失語症」や道具が上手く使えなくなる「失行症」、知的な働きや記憶などの働きが低下する「認知症」のほか、「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」などが含まれます。

一方で、厚生労働省が平成 13 年から開始した「高次脳機能障害支援モデル事業」では、身体の障害がなかったり、その程度が軽いにもかかわらず、特に「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」といった認知の障害が原因となって、日常の生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることが解りました。

この方々に対する、診断やリハビリテーション、社会資源サービスの不足が問題となっていることから、この方たちが示す認知の障害を『高次脳機能障害』と呼ぶ「行政的な」定義が設けられました。



脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など）

もっとも多いのは脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など）です。脳の血管が詰まったり、出血を起こすことで、脳の機能を損なうものです。

外傷性脳損傷

次いで多いのは、外傷性脳損傷(脳外傷、頭部外傷)です。交通事故や転落事故などの際に頭に強い衝撃が加わることで、脳が傷ついたり（脳挫傷）、脳の神経線維が傷ついたり（びまん性軸索損傷）するものです。

その他の原因

脳炎、低酸素脳症など

高次脳機能障害の主要な症状

交通事故や脳卒中などの後で、次のような症状があり、それが原因となって、対人関係に問題があったり、生活への適応が難しくなっている場合、高次脳機能障害が疑われます。

記憶障害

記憶障害とは、事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなったり、新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。

・今日の日付がわからない、自分のいる場所がわからない
・物の置き場所を忘れたり、新しい出来事が覚えられない
・何度も同じことを繰り返し質問する
・一日の予定を覚えられない
・自分のしたことを忘れてしまう
・作業中に声をかけられると、何をしていたか忘れてしまう
・人の名前や作業の手順が覚えられない

注意障害（半側空間無視を含む）

注意障害とは、周囲からの刺激に対し、必要なものに意識を向けたり、重要なものに意識を集中させたりすることが、上手くできなくなった状態をいいます。

・気が散りやすい
・長時間一つのことに集中できない
・ぼんやりしていて、何かするとミスばかりする
・一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する
・周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする
・言われていることに、興味を示さない
・片側にあるものだけを見落とす

遂行機能障害

遂行機能障害とは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推察し、そして、行動するといったことができない。また、自分のした行動を評価したり、分析したりすることができない状態をいいます。

・自分で計画を立てられない
・指示してもらわないと何もできない
・物事の優先順位をつけられない
・いきあたりばったりの行動をする
・仕事が決まったとおりに仕上がらない
・効率よく仕事ができない
・間違いを次に生かせない

社会的行動障害

社会的行動障害は、行動や感情を場面や状況にあわせて、適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

・すぐ怒ったり、笑ったり、感情のコントロールができない
・無制限に食べたり、お金を使ったり、欲求が抑えられない
・態度や行動が子供っぽくなる

・すぐ親や周囲の人に頼る
・場違いな行動や発言をしてしまう
・じっとしていられない

その他の症状

自己認識の低下（病識欠如）
・自分が障害を持っていることに対する認識がうまくできない
・上手くいかないのは相手のせいだと考えている
・困っていることは何も無いと言う
・自分自身の障害の存在を否定する
・必要なリハビリや治療などを拒否する

失行症
・道具が上手く使えない
・日常の動作がぎこちなくなる
・普段している動作であっても、指示されるとできなくなる

失認症
・物の形や色、触っているものが何かわからない
・触っているものが何かわからない
・人の顔が判別できない

失語症
・自分の話したいことを上手く言葉にできなかったり、滑らかに話せない
・相手の話が理解できない
・文字を読んだり、書いたりすることが出来ない

身体の障害として
・片麻痺、運動失調など