



神奈川県

# 医療型短期入所事業所の 開設及び運営等に関する手引き

【 令和5年6月版 】

当手引きは、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に基づく指定短期入所事業所（医療型）を、新規で開設し運営する事業者の皆様向けに作成したものです。

ご不明な点は、下記問合せ先までお問合せ下さい。なお、担当者との相談を希望される場合には、事前にお電話等にて日時を調整してからご来庁下さい。

<問合せ先>

神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部  
障害福祉課 地域生活支援グループ

TEL : 045-210-4713 / FAX : 045-201-2051

E-mail : [chiikiseikatsu.shien@pref.kanagawa.lg.jp](mailto:chiikiseikatsu.shien@pref.kanagawa.lg.jp)

## 目 次

<b>I. はじめに</b>	
1. 当該資料作成の目的	1
2. 県内の現状	1
<b>II. 障害福祉の制度概要</b>	
1. 障害福祉の制度について	4
2. 障害福祉サービス利用の仕組み	8
3. 医療型短期入所の概要	9
<b>III. 指定申請</b>	
1. 指定までの流れ	14
2. 定款変更	16
3. 指定窓口と指定申請書の提出	17
<b>IV. 指定基準等</b>	
1. 指定基準	19
2. 各種加算と算定要件	21
3. 他法令の遵守	27
<b>V. サービス提供の流れと運営基準</b>	
1. 利用者との契約	28
2. 利用期間の調整	32
3. 利用受入（サービス提供）	33
4. 個別支援計画	34
5. サービス提供記録	34
6. 窓口負担費用	35
7. 虐待の防止に関する措置	36
8. その他の運営基準	36
9. 身体拘束の廃止に向けて	39
10. 変更届及び廃止・休止・再開の届出	41
11. 事故報告	41
12. 実地指導及び監査	42

<b>VI. 報酬の請求</b>	
1. 報酬の考え方	44
2. 請求の流れ	44
3. 返戻	48
4. 過誤申立て及び再請求	49
5. 利用者負担額	50
6. 事業所収入シミュレーション	51
<b>VII. よくあるQ &amp; A</b>	53
<b>VIII. 参考資料</b>	
1. 各種法令	59
2. 障害福祉情報サービスかながわ	61
3. 指定申請書及び添付書類の準備	62
4. 運営規程の作成例	90
5. 契約書と重要事項説明書の作成例	96
6. 総合支援法対象疾病	108

## I. はじめに

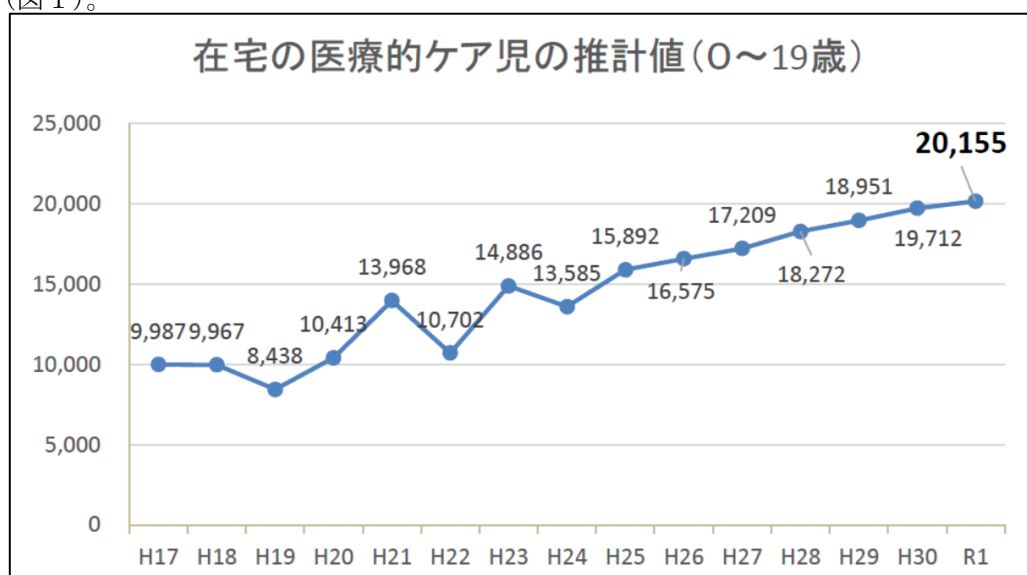
### 1. 当該資料作成の目的

当手引きは、医療的ケアを必要とする障害児者が全国的にも増加するなか、その在宅生活を支える重要な資源の一つである医療型短期入所事業所の開設を県として促進するため、本事業について情報を収集され、又は参入を検討いただいている事業者の皆様に向けて作成しました。

実際の開設や運営に向けて、より詳細な情報を御希望される場合には、ご遠慮なく神奈川県障害サービス課（原則として指定都市及び中核市内を除く。）までお問合せください。

### 2. 県内の現状

近年、医療技術の進歩により小児の救命率が向上したことにより、NICU<sup>1</sup>から退院し地域で生活しているものの、喀痰吸引をはじめとする医療的ケア<sup>2</sup>を必要とする小児が増加しています。このような医療的ケア児数の増加傾向は全国的にみられ、小児はいずれ成人になっていくことから、今後も重症心身障害児者（重度の肢体不自由及び重度の知的障害がある障害児者。）をはじめとする医療的ケア児者は増加していくと見込まれています（図1）。



<図1：在宅の医療的ケア児者数の推計値>

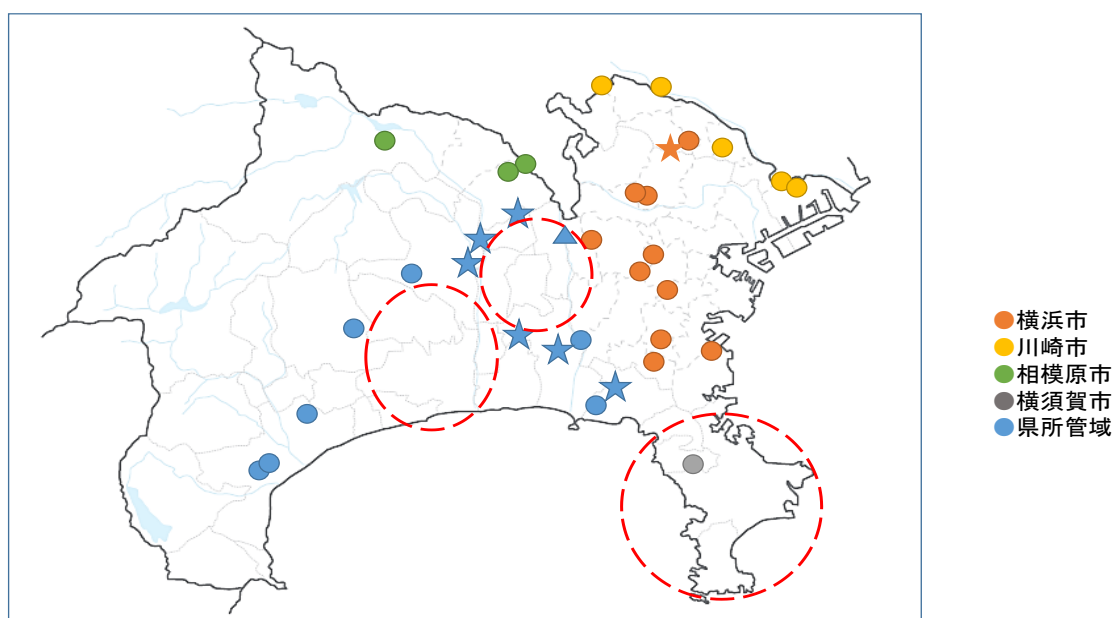
（出典：厚生労働省科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の協力のもと障害児・発達障害者支援室作成（一部加筆）

<sup>1</sup> NICU：新生児集中治療管理室（Neonatal Intensive Care Unit）の略で、身体機能の未熟な低出生体重児等、集中治療を必要とする新生児を対象に、高度な専門医療を24時間体制で提供する治療室のこと。

<sup>2</sup> たんの吸引や鼻などから管を通して栄養剤を流し込む経管栄養など、在宅で家族が日常的に行う医療的介助行為を医師法上の「医療行為」と区別して「医療的ケア」と呼んでいる。（出典：朝日新聞掲載「キーワード」）

神奈川県が県立こども医療センターへの委託により令和3年に実施した実数調査では、県内の小児科研修指定病院を対象に、在宅療養指導管理料を算定している18歳以下の患者を抽出していただいた上でアンケート調査を実施したところ、39医療機関の回答から1,130例が報告されました。ただし、調査対象は県内かつ回答のあった病院をかかりつけ医とする小児に限られており、特に県境に在住する場合には、近隣都県の病院で在宅療養指導管理料を算定しているケースがあることが分かっていることから、実際の対象者数はこれより多いこととなります。

こうした医療的ケア児者が在宅生活を送る上で課題となっていることの一つとして、介護者のレスパイトにあたり重要な資源である短期入所先が不足していることが挙げられています。図2に神奈川県内の立地状況を示していますが、特に破線で囲った地域については、人口に対して受入事業所が不足していることが分かります。



<図2：神奈川県内の医療型短期入所事業所の立地状況>

(令和5年5月1日時点。図中の△は日帰りのみの受入。(令和5年9月まで休止中)  
☆は本県が実施している医療型短期入所事業所開設促進事業において新規開設した事業所)

令和5年5月1日時点で、神奈川県内に所在する医療型の短期入所事業所は35事業所、その定員は122床でした(空床型は26事業所)。

県所管域(指定都市及び中核市を除く。)では13業所(この他、横浜市内に所在する県立こども医療センターでも2事業所として実施。)で、その定員は13床(うち、宿泊不可のベッド10床。)と少なく、利用希望の相談に対して満床のために利用を断らざるを得ない状況が確認されました。

県所管域の市町村に対する調査結果<sup>3</sup>では、短期入所（福祉型・医療型問わず）を支給決定している利用者の中で医療型の利用対象になり得る人数が 539 人であるのに対して、医療型の短期入所を過去 1 年間に実際に利用した人数は 365 人に過ぎず、150 人以上が利用対象であるにも関わらず利用が無いという状況が明らかとなりました。

なお、全国的にもこの不足の傾向は同様であり、全国都道府県の状況を調査した結果、回答のあった 43 自治体のうち 30 自治体（約 7 割）で医療型短期入所事業所が不足していると感じているとの回答がありました。

---

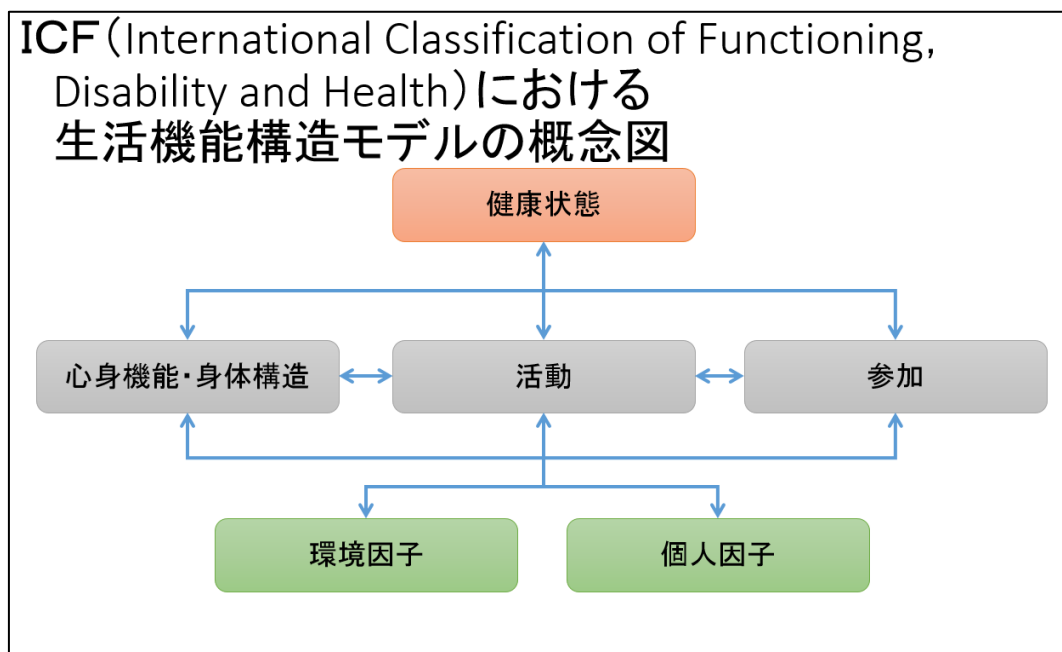
<sup>3</sup> 平成 29 年 6 月、県所管域の 29 市町村に対する調査結果。

## Ⅱ. 障害福祉の制度概要

### 1. 障害福祉の制度について

世界保健機関（以下「WHO」という。）では従来、ICD（国際疾病分類）によって病気や死因などを分析し、医療分野の効果測定を行ってききましたが、1980年にはICIDH（国際障害分類）を発表し、疾病だけでなく障害についても分類を行うこととしました。しかし、この考え方では病気や変調が機能障害を経て、能力障害や社会的不利につながるというマイナス面の関連しか示していませんでした。2001年には、この改訂版であるICF（国際生活機能分類）が発表され、ここでは、障害だけの分類ではなく生活機能全体の分類として、健康状態を頂点としたこれまでと異なるモデルが提示されました。

（図3）



<図3：ICFにおける生活機能構造モデルの概念図>

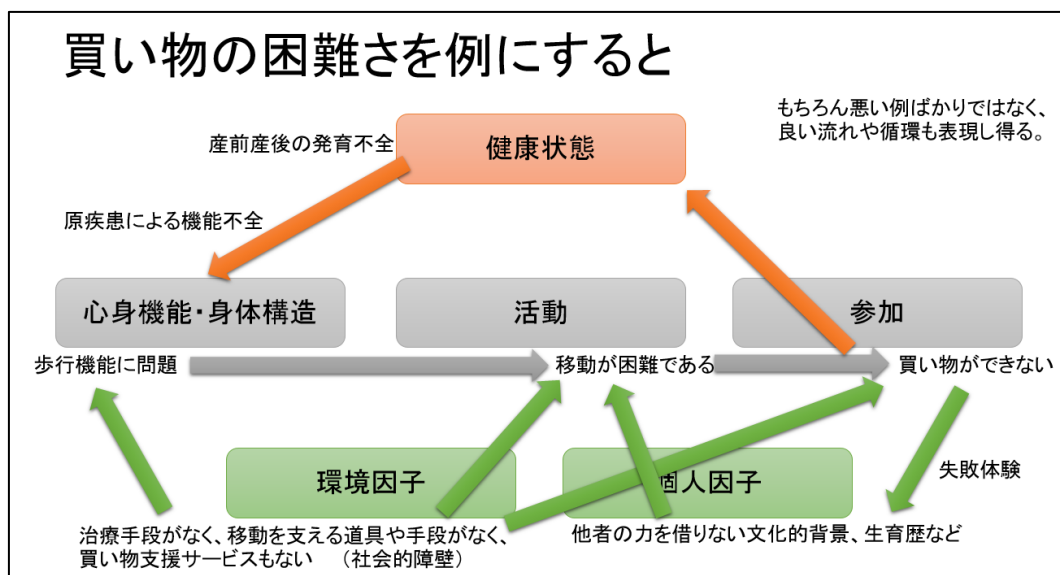
ここでは、心身機能が単に社会参加に影響し障害として現れるというだけではなく、心身機能や身体構造における課題に対して、影響を与える環境因子や個人因子を受けてこのモデル上で何らかの問題を生じた状態を障害ということとしています。

具体的な例で図示すると、図4のようなイメージになります。

仮に、産前産後の発育不全という健康状態から当てはめると、そこで抱えた原疾患により歩行機能の問題といった機能不全を生じることが考えられます。これに対して治療可能であれば次の問題にはつながりませんが、それが無いと移動が困難という活動面の問題につながります。そこでも、移動を支える道具（車いすなど）やバリアフリー施設といったものがないという環境因子、又はそうしたサービスがあっても他者の力を借りないといった個人因子を受けると、買い物ができないという社会参加の問題までつながって

しまうことが考えられます。

障害福祉では、このモデルのどこかに良い影響を与える環境因子を用意するということが、一つの重要な考え方といえます。



<図4：ICFに買い物の困難さを当てはめた事例>

これに対して、サービス等を提供するための法律である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（以下「総合支援法」という。）や児童福祉法ではそれぞれ障害者・障害児について定義していますが、あくまでもICFのモデルでいうところの心身機能・身体構造に視点をおいた定義となっています。これにより、各利用者が、環境側からそれぞれ必要なサービスを受けることができるようにしているのです。

障害児の定義は児童福祉法第4条に規定されています。ここで、「児童とは、満18歳に満たない者をいう」、「障害児とは、身体に障害のある児童、知的障害のある児童、精神に障害のある児童（発達障害児を含む。）又は難病の（＝総合支援法対象疾病）児童をいう。」と規定されています。（斜体は本資料作成者による簡略記載です。）

この記載以上に「身体に障害のある」や「知的障害のある」といった部分の規定はされていないことから、何らかの診断や判定はあるものの、児童福祉法に基づく障害児のサービスを受けるには、各種手帳を持っているか否かには限定されません<sup>4</sup>。

障害者については、総合支援法第4条に規定されています。ここで、『障害者』とは、身体障害者福祉法（略）に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者のうち18歳以上である者及び精神保健福祉法（略）に規定する精神障害者（発達障害者を含

<sup>4</sup> 「手帳が取れないのでサービスが使えない」という声を耳にすることがありますが、そのような前提条件はありませんので、各市町村窓口への相談を促してください。



み、知的障害者を除く。)のうち18歳以上である者並びに難病の者であって18歳以上であるものをいう。」と規定されています。(斜体は本資料作成者による簡略記載です。)

ここで身体障害者福祉法を参照すると、『身体障害者』とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう。」とされ、身体障害者か否かは手帳の所持が基準となります。

また、先に簡略記載した精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)では、『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」と規定されており、これは手帳の有無には限らず、当該診断の有無をもとにすることになります。

最後に知的障害ですが、「知的障害者福祉法に規定する」ではなく「知的障害者福祉法にいう」となっているとおり、知的障害者福祉法に知的障害者の定義はありません。このことから、知的障害の有無については診断や判定に基づくということになります。なお、全国で一般的に療育手帳制度があります(東京都や横浜市では「愛の手帳」と呼ばれるなど、名称が異なることがあります。)が、これは国の通知に基づいて都道府県及び指定都市が行っているもので、その区分は概ね軽度から最重度までの4段階に区分することとなっていますが、自治体によっては4段階でなかったり、段階の名称が異なったりしています。よって、知的障害者か否かの判断基準についても、手帳の有無には限られません。

障害児と障害者の定義のうちで難病・総合支援法対象疾病と記載しましたが、いわゆる3障害(身体障害・知的障害・精神障害)に該当しなくても、前の項目で述べた医療的ケア児者も含め、この対象疾病(令和元年7月1日以降は361疾病。Ⅷ参考資料-6)のいずれかに該当すると診断された方は、障害児又は障害者としてサービスを受けることができることとされています。

児童福祉法及び総合支援法に基づいて障害児又は障害者が受けることができる支援には様々なものがあります(図5)。相談支援のほか、通所や入所により支援を行うサービス、特定の医療費の自己負担の軽減、生活を支える補装具の給付などがあります。

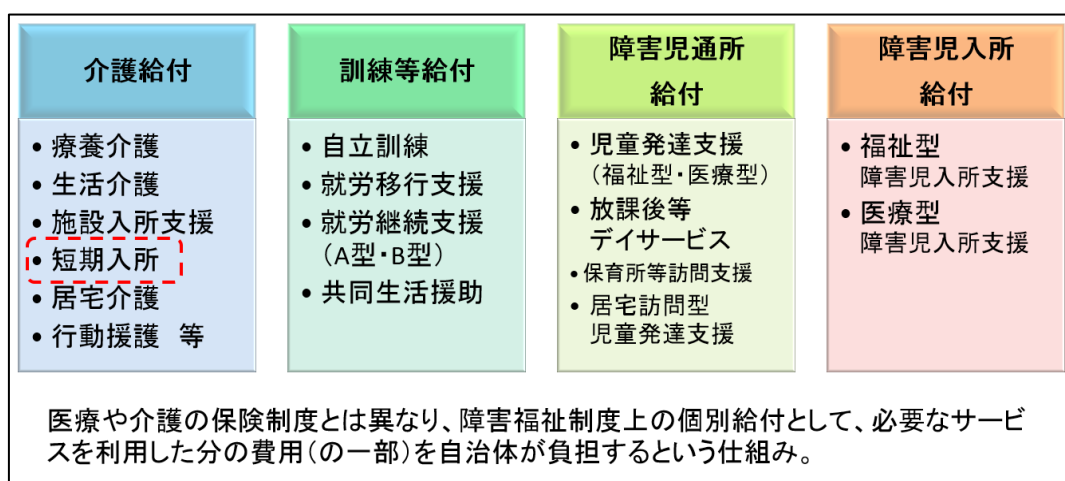


<図5：障害福祉サービス等の体系①>

特に通所や入所により支援を行うサービスは、図6のとおりで、短期入所はこのうち総合支援法に基づく障害福祉サービスのうち、介護給付に位置付けられています。この図のうち、障害児通所と障害児入所は児童福祉法に基づくサービスであり、本資料では、これらをまとめて「障害福祉サービス等」と記載します。

医療や介護の保険制度では、税金による一部下支えはあるものの、被保険者が納付する保険料をもとに成り立っている制度になっていますが、障害福祉サービス等は保険ではなく給付制度であり、給付される額の全額が税金により賄われています。

また、利用者の自己負担金額についても原則として、医療保険では年齢に応じて1割から3割、介護保険では所得に応じて1割から3割ですが、障害福祉サービス等は1割となっており、さらに所得に応じて自己負担に月ごとの上限額が設けられています。



<図6：障害福祉サービス等の体系②>

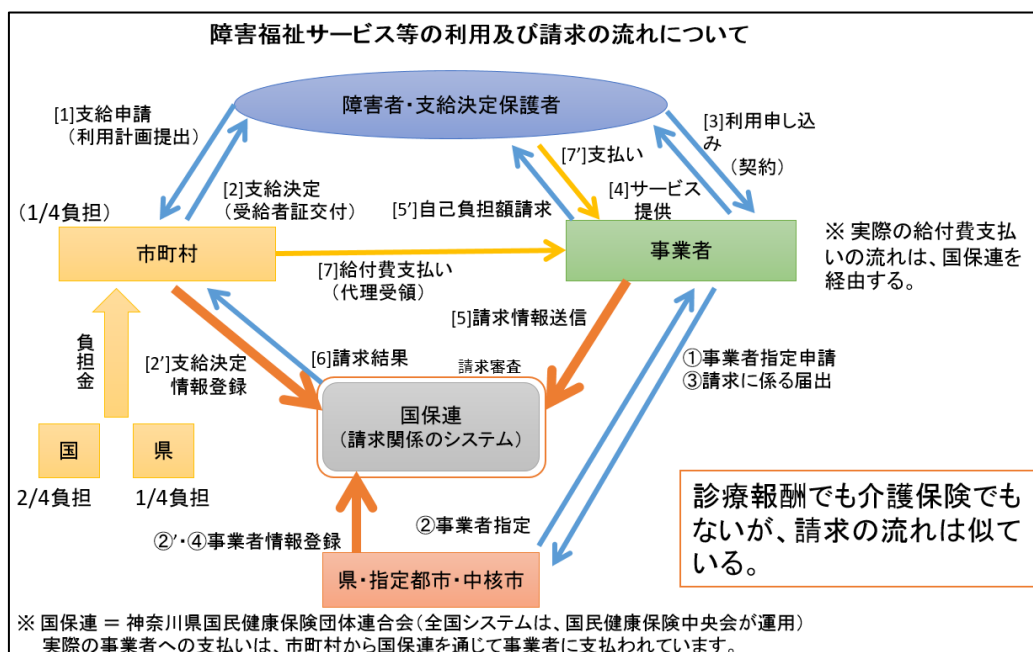
## 2. 障害福祉サービス利用の仕組み

障害福祉サービス（以下、障害児支援でも概ね同様。）の利用から請求までの流れを図示すると、図7のようになります。

まず、給付の対象となるサービスを行おうとする事業者は、都道府県知事又は指定都市若しくは中核市の長（以下「都道府県知事等」という。）による事業者指定を受ける必要があり、指定申請<sup>①</sup>と併せて保険医療機関でいう施設基準に相当するものとして、報酬の算定に係る体制の届出<sup>③</sup>を行います<sup>5</sup>。都道府県知事等は、申請及び届出された内容を審査し事業者の指定<sup>②</sup>を行い、台帳に登録<sup>②'</sup>・<sup>④</sup>します。

次に、サービスを受けようとする場合の流れですが、障害児の保護者又は障害者は、市町村の窓口で、サービスを受けることを希望する旨や障害児又は障害者に該当する旨について申請<sup>①</sup>します。このとき併せて、どのようなサービスをどの程度の量ずつ組み合わせで生活していくかという利用計画を提出することになりますが、この計画（サービス等利用計画又は障害児支援利用計画。介護保険でいうところのケアプランに相当するもの。）の作成にあたっては、別途、相談支援という事業を利用して相談支援専門員（介護保険でいうケアマネジャーに相当する。）の支援を受けることが可能です。ただし、介護保険と異なり、この相談支援専門員が全ての利用者についているわけではありません。

障害児の保護者又は障害者から申請を受けた市町村では、その必要性やサービス量を勘案した上で、給付費を支給する決定<sup>②</sup>をし、台帳に登録<sup>②'</sup>します。また、その決定された内容は「受給者証」に記載されて利用者（決定された障害児の保護者又は障害者）に交付されます。



<図7：障害福祉サービス等の利用の流れ>

<sup>5</sup> 医療機関の場合、開設は都道府県知事等に、保険医療機関としての届出は地方厚生局に行うこととされていますが、障害福祉サービスではいずれも都道府県知事等になります。

支給決定を受けられた利用者は、各々その決定された範囲内でサービスを使うことが認められており、該当するサービスを提供する事業者の中から希望する事業所を選択し、契約を交わして<sup>[3]</sup>サービスを利用<sup>[4]</sup>します。なお、事業者においては、利用契約を申し込んだ利用者の受給者証を確認し、必要な決定を受けており、かつ他事業者を既に契約を結んでいないこと等を確認します。（事業者における具体的な流れについては、本資料のVで解説します。）

1ヶ月ごとに、事業者では前月の実績を取りまとめて国民健康保険団体連合会（国保連）経由で、各利用者に支給決定した市町村あて公費部分を請求<sup>[5]</sup>します。また、利用者自己負担分がある場合については、その額を利用者に対して請求<sup>[5]</sup>します。国保連に集まった請求内容は市町村に送られ、内容を審査の上、基準に沿っていると認められたものについて給付費が支払われます<sup>[7]</sup>。これは本来、利用者に対してサービス利用に要する経費の一部負担として支払われる給付ですが、法律の規定に従い市町村から事業者に対して支払うことをもって、利用者に対する給付があったこととみなされるようになっており、これを代理受領と言います。

なお、こうした利用者の決定から代理受領までの流れは、支給決定する市町村を保険者と読み替え、受給者証の交付を被保険者に対する保険証の交付と読み替えれば、医療保険や介護保険の流れと似ており、あまり差はありません。

### 3. 医療型短期入所の概要

先ほどⅡ-1で御説明したとおり、障害福祉サービスの中に短期入所が位置付けられています。さらに、その短期入所は報酬の区分で大きく3つに分けられており、平成30年4月1日以降、福祉型・福祉型強化・医療型の3つになっています。

総合支援法における短期入所の定義は、「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厚生労働省令で定める施設への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ又は食事の介護その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう」とされています。また、ここで「厚生労働省令で定める施設」とは、「<sup>①</sup>障害者支援施設、児童福祉法第七条第一項に規定する<sup>②</sup>児童福祉施設<sup>③</sup>その他の次条に定める便宜（入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援）の供与を適切に行うことができる施設」となっています。

このうち、その他の施設に病院や診療所、介護老人保健施設、介護医療院などが含まれ、短期入所の医療型については、病院又は診療所若しくは介護老人保健施設又は介護医療院でのみ実施可能な事業とされています。

医療型短期入所の対象となる利用者は、表1のとおりとなっており、このA又はBのいずれに該当するかによって事業所が算定できる報酬の区分が異なります。（算定できる報酬の詳細については、本資料のIVで解説します。）

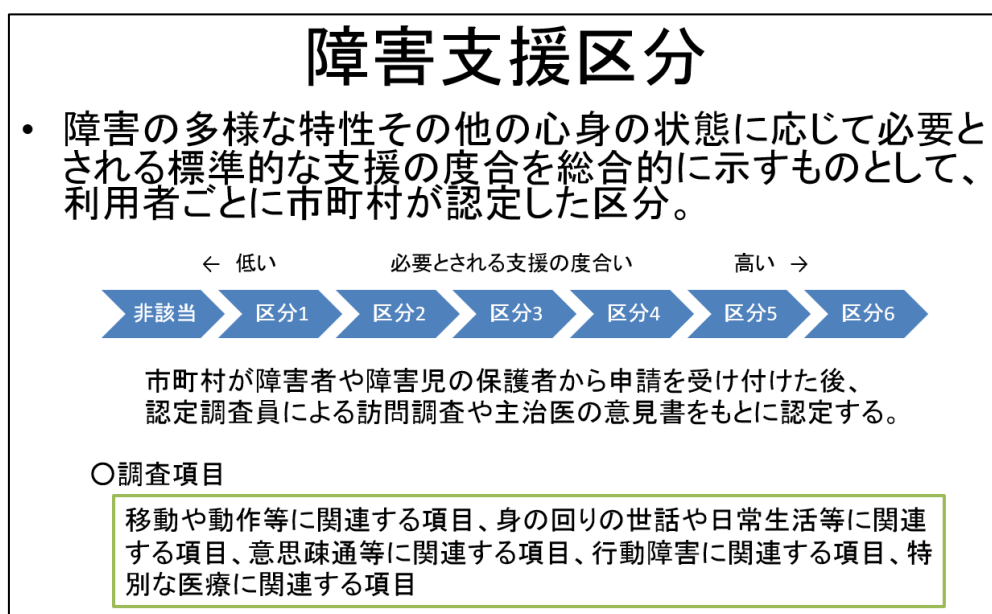
<表 1：医療型短期入所の利用対象者>

区分	対象者の定義	受給者証の記載
A	A1 遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（総合支援法対象疾病を有する者のうち、常時医学的管理を必要とする者）	医療型 (その他)
	A2 医師により筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属すると診断された者	
	A3 障害支援区分 1～4 の重症心身障害者	医療型 (重心)
B	B1 障害支援区分 6 で、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	医療型 (療養介護) ※療養介護対象者
	B2 障害支援区分 5 以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者若しくは区分 5 以上に該当する重症心身障害者	
	B3 障害支援区分 5 以上に該当し、医療的ケアスコアが 16 点以上の者	
	B4 障害支援区分 5 以上に該当し、認定調査等における行動関連項目の点数が 10 点以上でかつ医療的ケアスコアが 8 点以上の者	
	B5 障害支援区分 5 以上の遷延性意識障害者であって医療的ケアスコアが 8 点以上の者	
	B6 その他これらに準ずる状態と市町村が認めた療養介護の対象者	
	B7 重症心身障害児	医療型 (重心)
	B8 医療的ケアスコアが 16 点以上である障害児	

このうち、仮に障害児であれば A1、A2、B7 又は B8 のいずれかに該当する場合、医療型短期入所の対象になるということになります。なお、対象であるか、また、医療型のうちいずれの報酬区分を算定するかについては、受給者証に記載されます。

ここで出てきた障害支援区分とは、図8に記載のとおり、利用者ごとに、その必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示す区分で、市町村が認定します（介護保険の要支援・要介護度に近いイメージのものです）。また、この障害支援区分の認定は、認定調査員による訪問調査や主治医の意見書をもとに行われます。

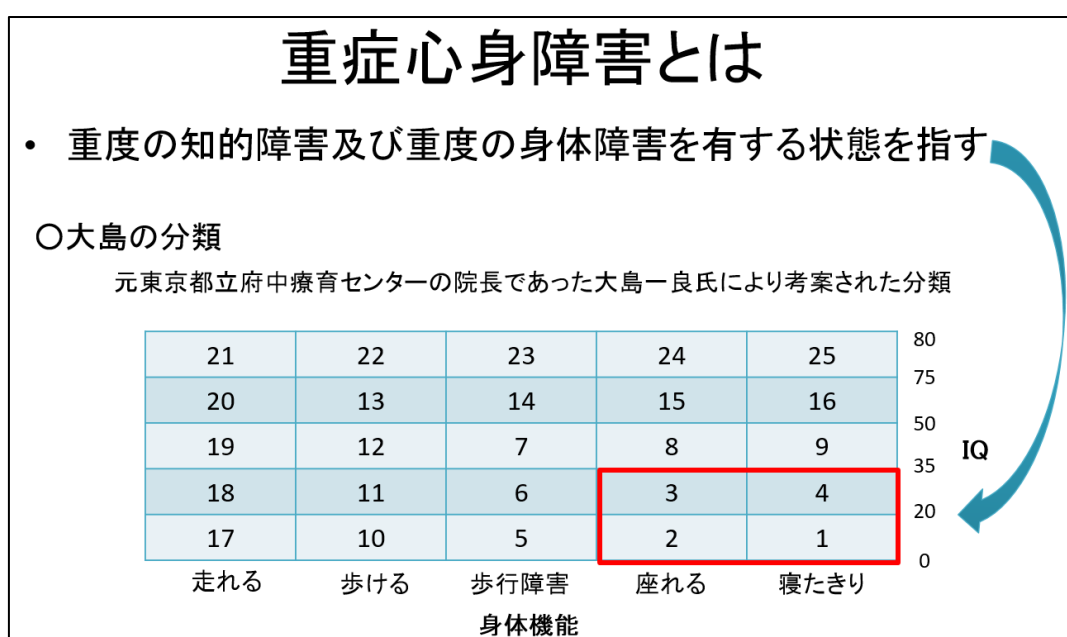
調査項目については、図の下部に記載のとおりです。



<図8：障害支援区分とは>

また、重症心身障害児とは、児童福祉法第7条第2項で、「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童」と規定されており、重症心身障害者について法律上の定義はありませんが、同様の状態がある障害者のことを指しています。前述の定義のとおり、特定の障害を指す名称というわけではなく、全国的に一律の基準があるわけではありません。

この重症心身障害にあたるか否かの判断は、それぞれ支給決定する際に市町村が行うこととなりますが、神奈川県内では、専門的に重症心身障害の状態を判定し、「重心認定」を行う制度がありますので、ある程度の方は「重心認定」があることをもって重症心身障害であると判断することができます。(他方、「重心認定」がなくても重症心身障害である場合もあります。)



<図9：重症心身障害とは>

こちら（図9）は定義ではありませんが、「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している」状態を判断するためのスケールとして、全国的に比較的多く用いられている基準で、大島の分類と呼ばれています。縦軸にIQ（知能指数）、横軸に身体機能を取り、知能指数が概ね35以下で、身体機能も座位が保持できる程度までという状態を重複している児童（図の番号で1～4まで）を重症心身障害と判断するというものです。

医療的ケアスコアとは表2に記載された医療的ケア児者を評価する判定スコアになります。令和3年度報酬改定にて点数の変更や追加項目が設定されています。

<表2：医療的ケアの判定スコア>

		■ 点数変更（要件変更を含む）	■ 追加項目			
新		基本スコア	見守りスコア			
			高	中	低	
	人工呼吸器（NPPV、ネイザルハイフロー、パーカッ 1 ションベンチレーター、排痰補助装置、高頻度胸壁 振動装置を含む）	10	2 <sup>1)</sup>	1	0	
	2 気管切開	8	2 <sup>2)</sup>		0	
	3 鼻咽頭エアウェイ	5	1		0	
	4 酸素療法	8	1		0	
	5 吸引 口鼻腔・気管内吸引	8	1		0	
	6 利用時間中のネブライザー使用・薬液吸入	3		0		
	7 経管栄養 経鼻胃管、胃瘻	8	2		0	
	経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻	8	2		0	
	持続経管注入ポンプ使用	3	1		0	
	8 中心静脈カテーテル 中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など	8	2		0	
	9 その他の注射管理 皮下注射（インスリン、麻薬など）	5	1		0	
	持続皮下注射ポンプ使用	3	1		0	
	10 血糖測定 <sup>3)</sup> 利用時間中の観血的血糖測定器	3		0		
	埋め込み式血糖測定器による血糖測定 <sup>4)</sup>	3	1		0	
	11 継続する透析（血液透析、腹膜透析を含む）	8	2		0	
	12 排尿管理 <sup>3)</sup> 利用時間中の間欠的導尿	5		0		
	持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎 瘻、尿道ストーマ）	3	1		0	
	13 排便管理 <sup>3)</sup> 消化管ストーマ	5	1		0	
	利用時間中の摘便、浣腸	5		0		
	利用時間中の浣腸	3		0		
	14 痙攣時の管理 座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置 の作動など	3	2		0	

※見守りスコアは医師が判定する

※新スコアの注意事項

- (ア) 人工呼吸器の見守りスコアについては、人工呼吸器回路が外れた場合、自発呼吸がないため直ちに対応する必要がある場合は「高」2点、ただちにではないが、概ね15分以内に対応する必要がある場合は、「中」1点、それ以外の場合は「低」0点と分類する。
- (イ) 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。
- (ウ) 10 血糖測定、12 排尿管理、13 排便管理については、複数項目のいずれか一つを選択する。
- (エ) インスリン持続皮下注射ポンプと埋め込み式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。



### Ⅲ. 指定申請

※以下の章は、県所管域（指定都市及び中核市を除く。）に限る内容です。

#### 1. 指定までの流れ

指定を受けようとする事業者は、遅くとも指定を受けようとする日（毎月1日）の2か月前の1日までに事業担当者との事前相談を開始してください。

（例）令和5年7月1日に指定を受けようとする場合：令和5年5月1日。

申請書類は、指定を希望する日（毎月1日付けになります。）の前月上旬を目安に作成を完了し、前月15日にまでに差し替え・修正の無いよう整えた上で提出してください。

最終提出の締切日は、原則毎月15日を締切とし、必要書類が整っており基準を満たしている場合に限り、翌月1日に指定します。

<表3：指定申請に係るスケジュールの目安（4月1日に事業を開始する場合）>

目安時期	事業者	福祉部 障害福祉課	法人所轄庁
1月上旬	○事業を行う旨の決定 ○法人定款変更の手続き (必要な場合)		○定款審査
2月1日 (事業開始の 2か月前)	○事前相談の開始 (事前相談資料の提出) ○市町村窓口へ挨拶 (ニーズ聴取など)	○内容の確認、web等による 面談緒実施。	
2月中旬	○当事業担当者と面談及び 書類作成 ○事前確認表の提出 (2/15までに提出)	(必要に応じて質疑対応、 書類作成支援)	○定款認証
3月上旬 (事業開始の 前月)	○完成した申請書を提出 (必要に応じて差替え)	○書類の確認を行いつつ、 必要に応じて電話等で書類補正依頼。 ○提出書類受付。審査。	
3月15日 まで	○補正等を行った申請書を 提出。	○事業所指定	
4月1日	○事業開始 ○市町村窓口や相談支援 事業所等への周知		

#### (1) 事前相談（電話）

申請書類の提出前に、どの地域で、どのサービス種別のこういった内容（対象者・活動内容等）の事業を行う予定であるか等について、遅くとも指定を受けようとする日（毎月1日）の2か月前の1日までに事業担当者との事前相談を開始してください。

事前相談にあたっては設備概要の分かるもの（平面図）、周辺環境、最寄り駅からの位置関係が分かるもの（地図）を御用意ください。

#### (2) 申請書類準備と事前確認表の提出

様式ファイルをダウンロードしていただき、各種添付書類と合わせて申請書一式を準備いただきます。

また、指定を受けようとする日の2か月前の15日までに「障害福祉サービス事業者等及び指定障害児通所支援事業者等指定申請等に係る事前確認表」を郵送で提出してください。

当開設促進事業においては、この申請書類の準備段階でもメール等いただいたり、事業担当者が訪問したりといった形でご支援することも可能ですので、随時ご相談ください。

（開設促進事業の窓口と指定申請の窓口は電話番号が異なりますので、御注意ください。転送をお申し出いただければ、お繋ぎできます。）

#### (3) 面談

正式な書類提出前に、申請を前提として書類を相互に確認しながらのお打合せができれば書類作成がスムーズに進みます。正式な審査に入る前に、事業担当者や指定担当者が対面で質問させていただきながら書類の整い具合などを確認いたします。

また、この場で実際の図面や人員配置状況などをもとにして、基準上の御質問などを承ることもできます。

ただし、この面談による書類作成の支援は当開設促進事業独自の支援になります。

#### (4) 受理及び審査

作成した申請書類を、指定を受けようとする前月の1日までにメール等で事業担当者へ送付してください。書類を確認し必要に応じて書類補正等の依頼を電話やメール等にて行います。その後、指定を受けようとする前月の15日までに、申請書類の本提出を行います。

申請書類及び添付資料は2部作成し、正本を当課に提出、副本は控えとして事業所でお持ちいただくことをお勧めしております。また、併せて様式ファイルの電子データを入れたCD-Rや、指定書送付用のレターパックライト（事業所住所記載あり）などが必要になりますので、提出書類一覧などをよく御確認いただくようお願いします。

指定を受けようとする前月15日までに提出いただいたものについて、その後の概ね2週間で審査させていただき、指定の可否をお知らせします。なお、審査中に軽微な書類補正が必要となった場合には、随時ご連絡させていただくことがありますので、御了承ください。

## (5) 事業所指定

審査の結果、基準を満たすことが確認された事業所については、原則としてその確認された翌月 1 日付けで指定されます。指定後は、利用者の紹介を受けるためにも、近隣の市町村窓口や相談支援事業所等に案内されることをお勧めします。

なお、利用者を受け入れることが可能となるのは指定後になりますので、指定を受ける前（申請手続き中）の利用者の募集にあたっては、審査の結果として指定されないか又は先送りになる可能性等も含めて御説明ください。

★具体的な申請書類の記載・準備にあたっては、記載例等を参考資料に掲載しておりますので、ご覧ください。

## 2. 定款変更

障害福祉サービス事業者等としての指定を受ける際には、提出いただく定款及び登記事項全部証明書（※）に、申請に係る事業についての記載が必要です。下記の例を参考に記載案を作成してください。なお、定款等の変更にあたっては、必ず予め（理事会等に諮る前に）法人所轄庁まで御相談いただきますようお願いいたします。

<表 4：法人種別ごとの定款記載例>

医療法人	社会福祉法人等
・ 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の法律に基づく短期入所事業（〇〇病院短期入所事業所 神奈川県〇〇市〇〇〇〇）	・ 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に基づく障害福祉サービス事業の経営

※単に「〇〇病院」や「介護老人保健施設〇〇」等とせず、事業種別を掲げて別事業所名とする（本体施設の名称とは区分する。）ことが基本になります。

※障害福祉サービスの指定申請にあたっては、こちらの定款に掲げた事業所名称で申請し、指定を受けることになります。

### 3. 指定窓口と指定申請書の提出

ご相談やご不明な点等ありましたら、下記問合せ先までお問合せ下さい。なお、担当者との相談を希望される場合には、事前にお電話等にて日時を調整してから御来庁下さい。

横浜市、川崎市、相模原市又は横須賀市に所在する事業所の場合は、各市の長から指定を受ける必要があります。（基準も各市が条例で定めています。）

#### 【 指定申請窓口 】（指定都市及び中核市を除く。）

神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部

障害サービス課 事業支援グループ

電話：045-210-4732／ファクシミリ：045-201-2051

〒231-8588 横浜市中区日本大通 1

（建物）東庁舎 3階

（郵送時は、郵便番号と課名及び担当者名だけでも到達します。）

（参考）以下の各市で開設する場合は、それぞれの担当までお問合せください。

#### ○横浜市

横浜市健康福祉局障害福祉部障害施策推進課

電話 045-671-3601

ファクシミリ 045-671-3566

#### ○川崎市

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課

電話 044-200-2927

ファクシミリ 044-200-3932

#### ○相模原市

相模原市健康福祉局地域包括ケア推進部福祉基盤課

電話 042-707-7046

ファクシミリ 042-759-4395

#### ○横須賀市

横須賀市福祉部指導監査課

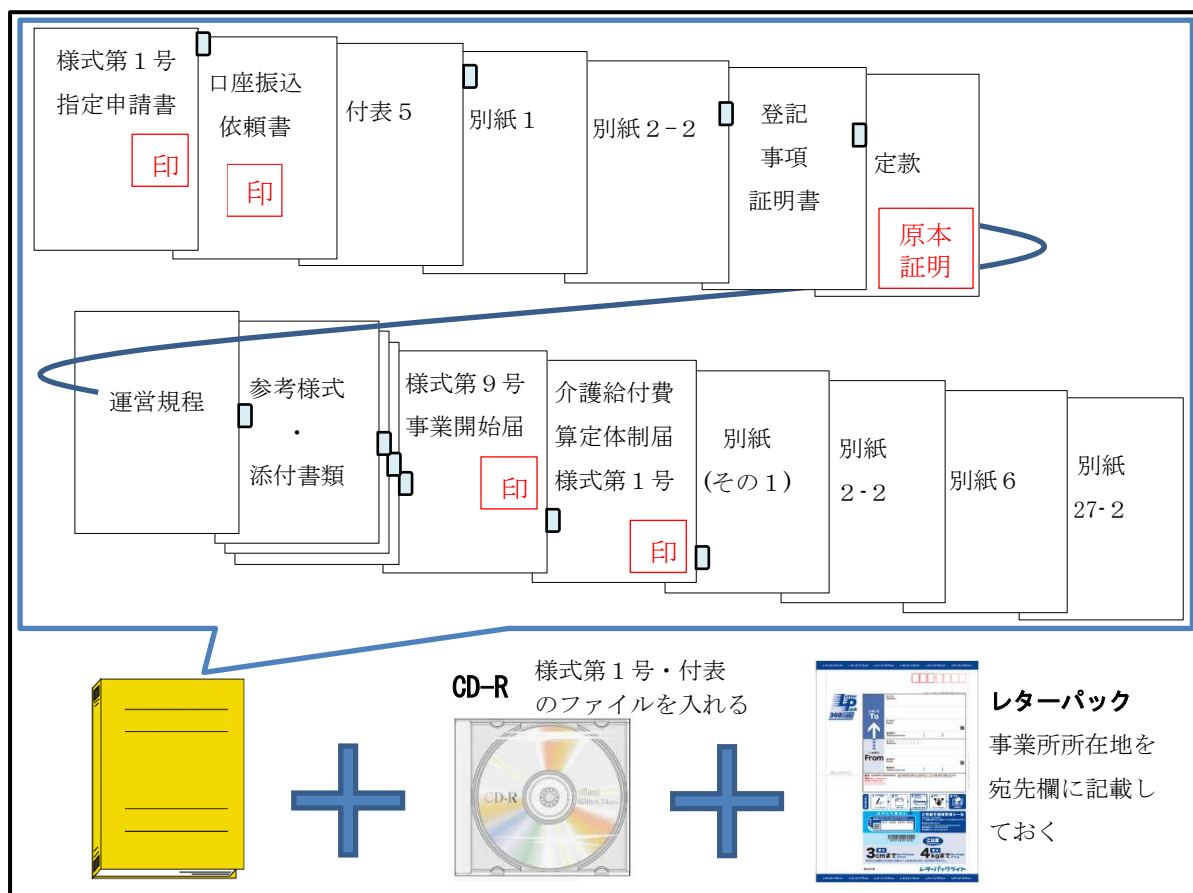
電話 046-822-8411

ファクシミリ 046-827-0566

○書類の提出方法（お願い）

指定申請書類一式を可能な限り二穴式 A4 版のフラットファイル（紙製）に綴じ込み、提出してください。

また、ファイルに書類を綴じ込む順序は、図 12 のようにしてください。また、表 5 のようにインデックスを付けていただけますと、審査がスムーズです。



<図 10：書類の綴じ方と提出物>

※事業内容等により異なる場合がありますので、初回面談時に御確認ください。

※定款の写しには原本証明を行い、登記事項全部証明書は原本を提出してください。

<表 5：インデックスの付け方>

指定申請書	平面図
付表 5	管理者等経歴書
別紙 2-2 人員体制	誓約書・役員名簿
登記・定款（登記事項証明に付ける）	事業開始届
運営規程	体制届

## IV. 指定基準等

### 1. 指定基準

医療型短期入所は、障害福祉サービスの短期入所事業所として指定を受ける必要があります。その基準は、次に記載されています。

- ・ **指定基準条例**（都道府県、指定都市又は中核市が定めます。）

指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 25 年神奈川県条例第 9 号）（以下「指定基準条例」という。）

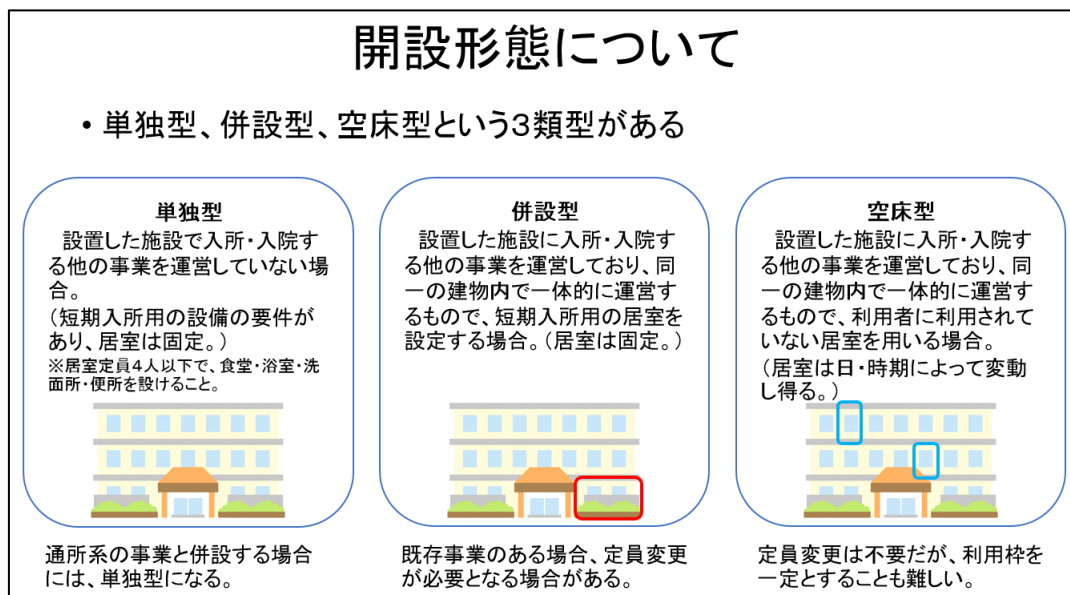
- ・ 厚生労働省令（参考）

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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号）

- ・ **厚生労働省通知**（解釈通知）

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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成 19 年 1 月 26 日障発第 0126001 号）

まず、短期入所事業所には開設形態が 3 類型（単独型、併設型、空床利用型）あり、それぞれについて設備基準等が設けられています（図 11）。既存施設の状況等に応じ、このうち、どの形態で行うかについて検討してください。



<図 11：短期入所事業所の開設形態>

短期入所を既存の医療提供施設で行う場合、通常は空床利用型か併設型になります。開設の形態ごとの指定基準は、表 6 のとおりですが、空床利用型又は併設型の場合、施設全

体の利用定員の範囲内で短期入所利用者を受入れ、それら全体の利用定員に応じた人員及び設備の基準（本体施設としての基準）を満たしていれば、支障ありません。

また、「医療型」とそれ以外（福祉型・福祉型強化）の短期入所事業所とで指定基準に差はありませんので、事業所としての指定の上では同一の扱いになります。

ただし、医療型とそれ以外との区分は報酬上で行われ、病院又は診療所若しくは介護老人保健施設又は介護医療院でなければ、医療型の報酬を算定することはできません。

※併せて、利用対象者も決められていますので、Ⅱ－３「医療型短期入所の概要」を必ずご確認ください。

<表 6：短期入所事業所の人員基準及び設備基準>

人員基準	従業者	空床型	・空床利用型事業所の利用者を当該入所施設等の利用者とみなした場合において、当該入所施設等として必要とされる数以上
		併設型	・当該併設事業所の利用者を当該入所施設等の利用者とみなした場合において、当該入所施設等として必要とされる数以上
		単独型	・日ごとに、(当該日の利用者の数÷6)を行い、小数点未満の端数を切り上げた数以上の生活支援員又はこれに準ずる従業者
	管理者	・(当該法人において)常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの(管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務が可能) ※本体施設の管理者と同一にすることが基本。	
設備基準	居室	空床型 ・併設型	・本体施設の居室で、他の利用者に利用されていないベッドを用いる
		単独型	・1室の定員は4人以下 ・地階に設けてはならない ・利用者1人あたりの床面積は、収納設備等を除き8㎡以上 ・寝台又はこれに代わる設備を設ける ・ブザー又はこれに代わる設備を設ける
		設備	・食堂：食事の提供に支障がない広さで、必要な物品を備える ・浴室：利用者の特性に応じたもの ・洗面所、便所：居室のある階ごとに、利用者の特性に応じて設ける
	設備	空床型	・本体施設として必要とされる設備を有すること
		併設型	・当該併設事業所及び当該併設事業所と同一の敷地内にある併設本体施設の効率的な運営が可能であり、かつ、当該併設本体施設の利用者の支援に支障がないときは、当該併設本体施設の設備(居室を除く。)を指定短期入所の事業の用に供することができる。 ※居室は、併設型の事業所として固定したものになる。
		単独型	・食堂：食事の提供に支障がない広さで、必要な物品を備える ・浴室：利用者の特性に応じたもの ・洗面所、便所：居室のある階ごとに、利用者の特性に応じて設ける

## 2. 各種加算と算定要件

医療型短期入所事業所への報酬は、これまでに記載のとおり病院又は診療所若しくは介護老人保健施設又は介護医療院で行うことの他、その看護体制や利用対象者の状態等によって報酬が異なります。その基準は次に規定されています。

- 厚生労働省告示（**報酬告示**）

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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号）

- 厚生労働省通知（**留意事項通知**）

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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年10月31日障発第1031001号）

算定方法は、報酬告示で定められた単位数に、地域ごとの1単位単価を乗じて算定する仕組みになっています。1単位単価は10円を基本として、事業所が所在する地域とサービスの種類により、少しずつ差が設けられています。（表7）

- 厚生労働省告示（**単価告示**）

厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年9月29日厚生労働省告示第539号）

<表7：短期入所に係る単位数単価（地域区分別の級地単価）>

地域区分	市町村（県内）	単位数単価
1級地	-	-
2級地	横浜市、川崎市	10.96円
3級地	鎌倉市	10.90円
4級地	相模原市、藤沢市、逗子市、厚木市、海老名市	10.72円
5級地	横須賀市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、大和市、伊勢原市、座間市、綾瀬市、寒川町、愛川町	10.60円
6級地	三浦市、秦野市、葉山町、大磯町、二宮町、清川村	10.36円
7級地	箱根町、山北町	10.18円
その他	南足柄市、中井町、大井町、松田町、開成町、真鶴町、湯河原町	10円



## ■基本報酬

基本報酬は短期入所1日ごとに算定する単価で、例えば日帰りの場合は1日分、1泊2日の場合は2日分を算定することになりますが、利用者の利用形態、利用者の状態及び施設基準により、事業所において算定可能な区分が異なります。

なお、表8対象者欄に記載しているA・Bの別は、Ⅱ-3「医療型短期入所の概要」に掲載している表1における利用者の状態別の区分に対応しています。

<表8：医療型短期入所の基本報酬>

区分・名称	単位数	要件等	対象者
宿泊を伴う利用で、利用者が日中に他の障害福祉サービス等を利用していない場合			
医療型短期入所サービス費（Ⅰ）	3,010	・7：1看護の病院	B
医療型短期入所サービス費（Ⅱ）	2,762	・上記以外の病院、有床診療所、老健又は介護医療院	B
医療型短期入所サービス費（Ⅲ）	1,747	・病院、有床診療所、老健又は介護医療院	A
宿泊を伴わない（日帰りの）利用の場合 ※滞在時間に関わらない			
医療型特定短期入所サービス費（Ⅰ）	2,835	・7：1看護の病院	B
医療型特定短期入所サービス費（Ⅱ）	2,636	・上記以外の病院、診療所、老健又は介護医療院	B
医療型特定短期入所サービス費（Ⅲ）	1,646	・病院、診療所、老健又は介護医療院	A
宿泊を伴う利用で、利用者が日中に他の障害福祉サービス等も使った（使う）場合			
医療型特定短期入所サービス費（Ⅳ）	2,070	・7：1看護の病院	B
医療型特定短期入所サービス費（Ⅴ）	1,943	・上記以外の病院、有床診療所、老健又は介護医療院	B
医療型特定短期入所サービス費（Ⅵ）	1,266	・病院、有床診療所、老健又は介護医療院	A

※人員基準に満たない場合や身体拘束の記録を残していない等規定された運営基準を満たしていない場合には、別途減算基準があります（身体拘束廃止未実施減算等）。

※このうち、日ごとにいずれか該当する項目の基本報酬を算定します。（一連の利用であっても、日によって算定する項目が異なることがあります。（例えば1泊2日だが、初日は医療型特定Ⅳで、退所日は医療型Ⅰになる場合など。））

## ■各種加算

基本報酬に加えて、利用者の状態・状況や施設が満たす基準などにより、該当する項目の加算を算定することができます。短期入所で算定可能な加算は多くありますが、ここで

は、医療型で算定可能な項目に限定して掲載します。

<表 9：医療型短期入所の各種加算>

区分・名称	単位数	要件等
食事提供体制加算	48／日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体制に関する事前の届出が必要</li> <li>・低所得世帯等の利用者に対し、原則として施設内調理により食事を提供</li> </ul>
短期利用加算	30／日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1年間に施設ごとに30日まで算定可能</li> </ul>
緊急短期入所受入加算	270／日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者の急病等で、利用の前々日、前日又は当日に利用の連絡があり、緊急的に受け入れた場合</li> <li>・原則として7日（やむを得ない事情がある場合は、14日）まで算定可能</li> </ul>
定員超過特例加算	50／日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記の緊急受入で、運営規程に定める利用定員を上回った場合、利用者全員について算定</li> <li>・緊急的な利用者があり、かつ定員超過している間、10日を限度として算定可能</li> </ul>
利用者負担上限額管理加算	150／月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担額合計額の管理を行った場合（上限額管理についてはVI-5を参照）</li> </ul>
送迎加算	186／片道	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅等との送迎を実施した場合</li> </ul>
福祉・介護職員処遇改善加算、同 特別加算	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当するキャリアパス区分に応じ、請求する単位数に一定の割合を乗じた単位数</li> </ul>
日中活動支援加算	200／日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療型短期入所事業所での日中活動が必要とされる場合であって、保育士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者が共同して日中活動実施計画を作成し、日中活動支援を実施した場合（利用者の状態を定期的に記録し、日中活動実施計画の定期的な評価及び見直しを行っていること）</li> </ul>
特別重度支援加算Ⅰ	610／日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・表10各項目に規定する状態が6ヶ月以上※継続する場合に、それぞれのスコアを合算し、25点以上となる利用者（平常時の状態で判断）</li> <li>※NICUを退院し症状増悪等のない児は、当該状態が1ヶ月以上継続する場合</li> </ul>
特別重度支援加算Ⅱ	297／日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・表10各項目に規定する状態が6ヶ月以上※継続する場合に、それぞれのスコアを合算し、10点以上となる利用者（平常時の状態で判断）</li> </ul>

特別重度支援加算Ⅲ	120/日	・特別重度支援加算Ⅰ及びⅡを算定しておらず、表11の左欄に掲げる状態が右欄に掲げる一定の期間や頻度で継続している利用者 ※当該医学的管理の内容を記録すること。
-----------	-------	------------------------------------------------------------------------------------

<表10：特別重度支援加算Ⅰ・Ⅱの判定スコア>

状態	スコア	
レスピレーター管理（毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどを含む。）	10	
気管内挿管、気管切開	8	
鼻咽頭エアウェイ	5	
O <sub>2</sub> 吸入 又は spO <sub>2</sub> 90 パーセント以下の状態が10パーセント以上	5	
1回/時間以上の頻回の吸引	いずれか高い方を算定	8
6回/日以上以上の頻回の吸引		3
ネブライザー6回/日以上 又は 継続使用	3	
IVH（中心静脈栄養）	10	
経口摂取（全介助）	いずれか高い方を算定	3
経管（経鼻・胃ろう含む。）		5
腸ろう・腸管栄養		8
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	3	
手術・服薬でも改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	3	
継続する透析（腹膜灌流を含む。）	10	
定期導尿3回/日以上（人工膀胱を含む。）	5	
人工肛門	5	
体位交換6回/日以上	3	

<表11：特別重度支援加算Ⅲに該当する状態>

状態	期間や頻度等
常時頻回の喀痰吸引を実施している状態	当該月において1日当たり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超える場合
呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態	当該月において1週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること
中心静脈注射を実施している状態	中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者

<p>人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態</p>	<p>人工腎臓を各週2日以上実施しているものであり、かつ、下記に掲げるいずれかの合併症をもつもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病</li> <li>b 常時低血圧（収縮期血圧が90mmHg 以下）</li> <li>c 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの</li> <li>d 出血性消化器病変を有するもの</li> <li>e 骨折を伴う2次性副甲状腺機能亢進症のもの</li> <li>f うっ血性心不全（NYHA III度以上）のもの</li> </ul>
<p>重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態</p>	<p>持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90mmHg 以下が持続する状態、又は酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度が90%以下の状態で、常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること</p>
<p>膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマ処置を実施している状態</p>	<p>当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合</p>
<p>経鼻胃管や胃ろう等の経管栄養が行われている状態</p>	<p>経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合</p>
<p>褥瘡に対する治療を実施している状態</p>	<p>以下の分類で第三度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合</p> <p>第一度：皮膚の発赤が持続している部分があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）</p> <p>第二度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）</p> <p>第三度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある</p> <p>第四度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している</p>
<p>気管切開が行われている状態</p>	<p>気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合</p>

■処置料の算定（医療保険）

在宅療養指導管理料が算定されているため、医療型短期入所中に入院医療管理料等の診療報酬を算定することは原則としてできませんが、一部の処置料等については、診療報酬の算定が認められています。（なお、体調急変時に医療型入所を終了し、入院医療に切り替える場合については、この限りではありません。）

<表 12：医療型短期入所において診療報酬を算定可能な処置>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定</li> <li>・ D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定</li> <li>・ G005 中心静脈注射</li> <li>・ G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射</li> <li>・ J026-2 鼻マスク式補助換気法</li> <li>・ J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療</li> <li>・ J045 人工呼吸</li> <li>・ J060 膀胱洗浄</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ J060-2 後部尿道洗浄</li> <li>・ J063 留置カテーテル設置</li> <li>・ J064 導尿</li> <li>・ J118 介達牽引</li> <li>・ J118-2 矯正固定</li> <li>・ J118-3 変形機械矯正術</li> <li>・ J119 消炎鎮痛等処置</li> <li>・ J119-2 腰部又は胸部固定帯固定</li> <li>・ J119-3 低出力レーザー照射</li> <li>・ J120 鼻腔栄養</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※短期入所中は、診療報酬上では入院ではなく外来扱いになりますが、上記記載はあくまでも在宅療養指導管理料を算定している患者について本来算定できない処置等のうち、医療型短期入所の利用中は例外的に算定可能とされているものが明示されているだけであり、その他併用可能な診療報酬の算定を制限する主旨ではありません。

### 3. 他法令の遵守

障害福祉サービス事業所として指定を受けるには、これらの基準だけでなく、他の法令も遵守されている必要があります。（これら他法令の順守状況について、申請書類では確認しませんが、事業者の責務として遵守していることが必要です。）

#### ■医療法

医療提供施設として求められる基準や保険医療機関として求められる基準は遵守していただく必要があります。医療型短期入所事業が実施可能なのは、診療所（宿泊を受け入れる場合は有床診療所）、病院、介護老人保健施設又は介護医療院です。

なお、短期入所事業は第二種社会福祉事業であり、医療法人（社会医療法人でない）であっても本事業を行うことが可能です。

#### ■消防法

既存施設の基準に従い、原則として、消火器、スプリンクラー設備、自動火災報知設備（消防機関へ通報する火災報知設備と連動）の設置は必要です。また、病院の延床面積が 1,000 m<sup>2</sup>以上の場合には屋内消火栓設備の設置も義務となっています。（2025 年までの経過措置があります。）

#### ■建築基準法

医療提供施設が主たる用途であることから変更されませんので、原則として特段の手続きは不要と考えられますが、違反のないよう念のためご確認ください。

既存物件の場合、いわゆる「既存不適格」という場合もあろうかと思われそうですが、基本的には耐震化基準やアスベスト規制など利用者の安全に関わる項目については可能な限り速やかに御対応いただき、適切に対応くださるようお願いいたします。

#### ■都市計画法

増築等の工事を要せず、かつ主たる用途から変更はないものの、事業所が市街化調整区域に所在する場合には、所轄庁（県土木事務所又は市の建築・まちづくり所管課）から許可を得なければならない場合がありますので、予め確認しておいてください。

#### ■労働関係法令（労働契約法、労働基準法、労働保険徴収法（略称）ほか）

利用者が深夜も滞在することになる場合、夜勤等が必要になります。既に病院等を運営されている場合は必要な体制を整えていただいていることと思いますが、必要な労働契約や労使協定の締結等について遺漏の無いよう、改めて御確認ください。

## V. サービス提供の流れと運営基準

### 1. 利用者との契約

障害福祉サービスは、各利用者に対して市町村等がその費用の一部又は全部を（利用上限の範囲内で）支給することについて決定しますが、利用者と事業者の間では一定の基準の範囲で、自由契約によりサービスを利用していただくことになります。

#### (1) 重要事項の説明

サービス提供の開始に際し（契約前に）、あらかじめ、利用申込者に対し、事業所の運営規定の概要、従業員の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、利用者の障害特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所からサービスの提供の開始について、利用申込者の同意を得なければなりません。（指定基準条例第 110 条において準用する第 10 条ほか）

基本的には、重要事項説明書を作成し、2部を事業者（担当者）と利用申込者で読み合わせた後、このうち1部の最終頁などに同意する旨の利用者署名等を受け、当該同意署名等のある1部を事業者保管、他の1部を利用者に渡すことにより行います。

#### (2) 受給者証の確認

利用申込者の受給者証には、その障害児者が受けられるサービス種類や支給量（月間の最大利用回数等）、報酬の算定区分や対象となる加算項目が記載されています。（図 11-1～11-5）なお、支給決定の内容に変更が生じた場合、受給者証への追記又は新規受給者証による差替が行われます。このため、事業所では、契約時にはもちろんのこと、利用の都度、支給決定内容に変更が無い（特に、提供するサービス（短期入所・医療型）の決定が有効期間内であるか。）確認する必要があります。

また、利用に際しては、月ごとの支給量（最大利用日数）を超えた利用になってしまわないよう、事業者記載欄を必ず確認し、決定支給量の範囲内で利用できることを確認する必要があります。（指定基準条例第 110 条において準用する第 15 条）

#### (3) 契約書の締結

利用申込者が重要事項に同意し、事業者から利用申込者へのサービス提供が支障なく行える場合（運営規程に記載された内容の範囲内で受け入れられる場合。）、契約書を取り交わします。なお、運営規程に記載された内容以外のことを理由として、利用希望を拒否することはできません。（指定基準条例第 110 条において準用する第 12 条）

短期入所の利用契約にあたっては、一定期間の包括的な契約締結とし、その期間の範囲内で入退所する利用期間については、個別に利用調整を行った上ですることになります。（利用ごとに契約を結ぶわけではありません。）

契約書は2部作成し、両方に署名又は押印の上、双方で1部ずつ保持します。

(一) 障害福祉サービス受給者証		(二) 介護給付費の支給決定内容		(三) サービス種別
受給者証番号	0000000000	障害支援区分	区分6	
支給決定障害者等	居住地	神奈川県〇〇市 □□□1-1-1 △△△△マンション101	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	フリガナ	カナガワ タロウ	サービス種別	生活介護
	氏名	神奈川 太郎	支給量等	23日/月 〇〇加算 該当
生年月日	平成3年 1月 1日	支給決定期間	R2年7月1日からR3年6月30日まで	
児童	フリガナ		サービス種別	短期入所
	氏名		支給量等	14日/月 医療型(重心)
	生年月日	年 月 日	支給決定期間	R2年7月1日からR3年6月30日まで
障害種別	1 2 3 4 5	サービス種別		
交付年月日	令和2年 7月 1日	支給量等		
支給市町村名及び印	神奈川県〇〇市 〇〇市長 ×× ×× 〇〇市長之印	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		予備権		

障害児の場合、ここに区分1~3の記載がありますが、これは障害支援区分とは異なり、福祉型事業所に限る確認項目のため、無視していただいて構いません。

原則として、

- ・医療型(療養介護)
- ・医療型(重心)
- ・医療型(その他)

のいずれかが対象です。  
これ以外の場合は、市町村に確認してください。

<図 11-1 : 受給者証の記載イメージ>

(四) 訓練等給付費の支給決定内容	(五) 計画相談支援給付費の支給内容	(六) 利用者負担に関する事項
障害支援区分	支給期間	負担上限月額
認定有効期間	R2年7月1日からR3年6月30日まで	適用期間
サービス種別	指定特定相談支援事業所名 ☆☆☆障害者相談センター	食事提供体制加算対象者
支給量等	モニタリング期間 6ヶ月	該当
支給決定期間	予備権	適用期間
サービス種別	特定障害者特別給付費の支給内容	R2年7月1日からR3年6月30日まで
支給量等	施設入所支援	利用者負担上限額管理対象者該当の有無
支給決定期間	支給額	該当
サービス種別	適用期間	利用者負担上限額管理事業所名
支給量等	共同生活援助又は重度障害者等包括支援	☆☆☆生活介護事業所
支給決定期間	支給額	特記事項欄
予備権	適用期間	
	予備権	予備権

<図 11-2 : 受給者証の記載イメージ>



(七) 訪問系サービス事業者記入欄				(八) 訪問系サービス事業者記入欄				(九) 短期入所事業者実績記入欄								
1	事業者及びその事業所の名称			4	事業者及びその事業所の名称			番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日 月 累計	事業者 確認印				
	サービス内容	事業者確認印			サービス内容	事業者確認印			1	ショートステイ☆☆	R2年7月5日から R2年7月8日まで	4	4	印		
	契約支給量	月	時間		分	契約支給量	月		時間	分	2	ショートステイ☆☆	R2年8月9日から R2年8月15日まで	7	7	印
	契約日	年	月		日	契約日	年		月	日	3	〇〇療育センター	R2年8月15日から R2年8月19日まで	5	12	印
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月		日	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年		月	日	4	ショートステイ☆☆	R2年8月6日から R2年8月9日まで	4	4	印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				サービス提供終了月中の終了日までの既提供量					5		年 月 日から 年 月 日まで					
事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称			6		年 月 日から 年 月 日まで					
サービス内容	事業者確認印		サービス内容	事業者確認印		サービス内容	事業者確認印		7		年 月 日から 年 月 日まで					
契約支給量	月	時間	分	契約支給量	月	時間	分		8		年 月 日から 年 月 日まで					
契約日	年	月	日	契約日	年	月	日		9		年 月 日から 年 月 日まで					
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日		10		年 月 日から 年 月 日まで					
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				サービス提供終了月中の終了日までの既提供量					11		年 月 日から 年 月 日まで					
事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称			12		年 月 日から 年 月 日まで					
サービス内容	事業者確認印		サービス内容	事業者確認印		サービス内容	事業者確認印									
契約支給量	月	時間	分	契約支給量	月	時間	分									
契約日	年	月	日	契約日	年	月	日									
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日									
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				サービス提供終了月中の終了日までの既提供量												

＜図 11-3：受給者証の記載イメージ＞

(十) 生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄				(十一) 療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄				(十二) 就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄				
1	事業者及びその事業所の名称	NPO法人かながわ ☆☆生活介護事業所		番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日	事業者 確認印	番号	事業者及びその事業所の名称	利用開始日	事業者 確認印	
	サービス内容	生活介護			事業者確認印	1	入所(居)日		年 月 日	1	契約日	年 月 日
	契約支給量(ノ月)	2.3日			印	退所(居)日	年 月 日		サービス提供終了日	年 月 日		
	契約日	R2年7月1日				2	入所(居)日		年 月 日	2	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月		日	事業者確認印	退所(居)日		年 月 日	サービス提供終了日	年 月 日	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				予備欄	予備欄	予備欄		予備欄				
事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称			事業者及びその事業所の名称			
サービス内容	事業者確認印		サービス内容	事業者確認印		サービス内容	事業者確認印		サービス内容	事業者確認印		
契約支給量(ノ月)	日		契約支給量(ノ月)	日		契約支給量(ノ月)	日		契約支給量(ノ月)	日		
契約日	年	月	日	契約日	年	月	日	契約日	年	月	日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				

＜図 11-4：受給者証の記載イメージ＞

(十三) 注意事項欄	(十四) 注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っててください。</p> <p>2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。</p> <p>4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります（個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は、市町村の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。</p> <p>6 支給決定期間を経過したときは、介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p>	<p>7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。）</p> <p>8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。</p> <p>10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</p> <p>12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p> <p>13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。</p>

< 図 11-5 : 受給者証の記載イメージ >

## 2. 利用期間の調整

契約締結により利用者は当該事業所を利用できるようになりますが、実際の短期入所受入にあたっては、定員の範囲内で個別に利用調整が必要になります。

短期入所は、居宅において介護を行う者の疾病その他の理由により施設等への短期間の入所を必要とする者を対象に提供されるものですが、いたずらに長期間利用することが無いよう、客観的な利用者の生活状況等を踏まえ、適切な入所期間とする必要があります。(指定基準条例第 103 条)

### (1) 利用希望期間の聞き取り（予約受付）

主として介護者のレスパイトとして実施する場合、サービス提供の前（前月や前々月など）に利用を希望する期間の聞き取りを行います。契約者が複数あり、利用希望が重複する可能性がある場合については、公平性の観点から予約開始する日時を設定しておくことが好ましいと考えられます。

### (2) 利用期間の調整

本体施設として入院等の見込みや、利用希望者の希望日程を勘案して、利用期間を調整します。単なる先着順とするだけでなく、その重要度や非代替性などに応じて調整することが考えられます。

なお、利用期間内の行事や日課が通常と異なる場合などについては、予め情報提供してください。

### (3) 緊急的な受入

これら、事前に利用期間を定めている利用のほかに、介護者の葬儀出席や病気等により、緊急的な利用希望が寄せられる場合があります。2 営業日以内の利用申込があり、受け入れていただいた場合には、緊急短期入所受入加算（表 9：270 単位／日）が算定できます。また、緊急性への対応に鑑み、事業所としての定員を超過して受け入れた場合、定員超過特例加算（表 9：50 単位／日）を当該緊急利用者に支援提供しかつ定員超過している間、全利用者について算定できます。

なお、短期入所する当事者の体調不良等に伴う緊急時は、本来、救急車の利用を含め医療機関の受診が想定される場所ですので、あくまでもこうした緊急時の利用については、介護者が不在になってしまうといった事態が想定されています。

医療機関としての基準に反しない範囲で、可能な限りそうした介護者の緊急的な事情に対応した短期入所についても御協力くださるようお願いいたします。

### (4) サービス提供が困難なとき

定員の満床、感染症の流行といった事情のほか、送迎を実施する場合で通常サービスを提供する範囲を逸脱する場合など、当該事業所でサービスを提供することが困難な場合には、適当な他の事業所を紹介します。なお、その他の事業所でも受入が困難な可能性も想定されますので、必要に応じて相談支援事業者や市町村のケースワーカーと連携してください。(指定基準条例第 110 条において準用する第 14 条及び第 18 条)

### 3. 利用受入（サービス提供）

利用者の受入れにあたっては、短期入所に特有の報酬の算定区分等の観点から、入退所の都度、確認が必要な点があります。

#### (1) 事前診察等（契約後の初回利用時又は契約前など）

事業所にとって、全く状態像の分からない利用者を受け入れることは高いリスクにつながります。これは決して必須ではありませんが、初めて当該事業所を利用する利用者については、初回利用時又は契約前など実際に短期入所を開始するより前の段階で、外来により診察を受けていただく等の対応が考えられます。

もちろん、往診によることや、主治医からの診療情報提供書をもって事前の状態把握とすることも想定されますが、特に医療的な処置を必要とする利用者を受け入れる際には、カルテ起票の点からも1回受診いただくと双方安心できることと思われま

#### (2) 体調確認（利用開始都度。以下同じ。）

契約時や前回利用時から体調に変わった点が無いか、平常時と変わった点が無いか、また、服薬内容や栄養摂取に変更が無いかなどの体調面を必ず確認します。（指定基準条例第110条において準用する第17条）

#### (3) 受給者証の確認と記載（一部再掲）

利用申込者の受給者証には、その障害児者が受けられるサービス種類や支給量（月間の最大利用回数等）、報酬の算定区分や対象となる加算項目が記載されています。このため、事業所では、利用の都度、支給決定内容に変更が無いか（特に、提供するサービス（短期入所・医療型）の決定が有効期間内であるか。）確認する必要があります。

利用に際しては、月ごとの支給量（最大利用日数）を超えた利用になってしまわないよう、事業者記載欄（市町村によっては受給者証とは別冊になっている場合があります。）を必ず確認し、決定支給量の範囲内で利用できることを確認する必要があります。

（指定基準条例第110条において準用する第15条）

また、利用者の入所に際しては、当該受給者証の事業者記載欄に事業所の名称、入所年月日その他の必要な事項を記載します。（指定基準条例第104条第1項）

#### (4) その他のサービス提供基準

事業者は、他の指定障害福祉サービス事業者その他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より、利用者が短期入所を終了し退所した後も、継続的に必要な支援等を利用することができるように努めてください。（指定基準条例第103条第2項）

サービス提供にあたっては、利用者の家庭環境等を十分踏まえ、自立している機能の低下が起きないようにするとともに、残存機能の維持又は向上が図られるよう、適切な技術をもって支援してください。また、重度の障害がある方にあつては意思表示が困難な場合もありますが、利用者の人格にも十分に配慮し、目線や表情、呼吸等による意思決定の支援にも努めてください。（指定基準条例第107条第1項）

清潔の保持については、利用者の心身の状況を踏まえ、適切な方法により、入浴又は清拭を行ってください。(指定基準条例第 107 条第 2 項)

短期入所のサービス提供にあたっては、利用者の負担により、当該事業所でない者からの支援(病院等における自費付き添いなど。)を受けさせてはいけません。(指定基準条例第 107 条第 3 項)

食事の提供にあたっては、提供する手段によらず、年齢や障害の特性に応じて、適切な栄養量及び内容の食事を確保するため、栄養士等による栄養管理が行われる必要があるほか、次の点に留意して行います。

- ・利用者の嗜好、年齢や障害の特性に配慮するとともに、できるだけ変化に富み、栄養のバランスに配慮したものであること。
- ・調理はあらかじめ作成された献立に従って行うとともに、その実施状況を明らかにしておくこと。
- ・適切な衛生管理がなされていること。

なお、食事の提供に際して外部委託することは可能ですが、受託事業者に対し上記の点が守られ、利用者の嗜好や特性等が食事の内容に反映されるよう、定期的に調整を行う必要があります。(指定基準条例第 107 条第 4 項及び第 5 項)

#### 4. 個別支援計画

通常の障害福祉サービスでは、介護保険サービスでいうところの個別介護計画に相当する「個別支援計画」の作成が求められますが、短期入所は介護者等の休養を主な目的としたものであることから、計画の作成は不要です。

また、サービス全体の利用についての計画であるサービス等利用計画(介護保険サービスでいうところのケアプラン)も制度上存在しますが、介護保険制度と異なり、ケアマネージャー(介護支援専門員)に相当する相談支援専門員(相談支援事業者に所属している。)が全員に必ず付いているとは限りません。相談支援専門員がサービス等利用計画を作成していない場合は、本人や介護者が作成する計画(セルフプラン)に基づいて支援が組み立てられています。

個別支援計画の作成は不要ではありますが、利用者の在宅生活の延長線上であるということに鑑み、相談支援事業者がついているケースについてはサービス等利用計画を取り寄せたり、そうでないケースについては介護者と面談を行ったりする等により、利用者の生活全体のうち一部を支援するという視点を欠かさないようにしてください。(指定基準条例第 110 条において準用する第 18 条)

#### 5. サービス提供記録

利用者にサービスの提供を行った場合は、サービス提供日や支援の具体的内容等を記録し、記録はサービスを提供した日から 5 年間保存します。なお、電子カルテを導入している場合は、そのまま電子カルテに提供内容を記録するなど、形態は現場のやりやすい形に合わせていただいて差し支えありません。(指定基準条例第 110 条において準用する第 20 条及び第 43 条)

請求の根拠となる記録として、前述の診療録や看護記録等だけでなく、サービス提供実

績記録票（Ⅵ-2-(3)で紹介します。）を作成・記載する必要があります。この実績記録票は利用者ごと・月ごとに1枚を作成し、退所する際に利用者から確認印（又は確認署名）を受けることになります。特に送迎を行う場合にあっては、この書類を持参する必要がありますと思われるので、御注意ください。

なお、利用者から利用量の把握等のために実績記録票の写しの交付を求められる可能性がありますので、そうした希望には可能な範囲で応じてください。また、実績記録票に記載された事項を訂正する場合にあっては、利用者から訂正の認印又は署名を受けてください。

## 6. 窓口負担費用

事業者は、国で定められた報酬額のほか、指定短期入所として提供される便宜に要する費用のうち次に掲げる費用の支払を受けることができます。（指定基準条例第105条）

（国で定められた報酬部分の請求については後ほど記載しています。）

- (1) 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理等に係る費用に相当する額を基本とし、低所得世帯等（食事提供体制加算の対象者として、受給者証に記載があります。）は食材料費に相当する額。）
- (2) 光熱水費（光熱水費に相当する額。）
- (3) 日用品費（通常のサービス提供に要するものを除く。）
- (4) 前3号に掲げるもののほか、指定短期入所として提供される便宜に要する費用のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、支給決定障害者等に負担させることが適当と認められるもの

※例えば、利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なもの（当該事業所においてではなく家庭でも必要なもの。）を事業者が提供する場合の費用、教養娯楽として日常生活に必要なもの（個人で視聴するテレビやインターネット等）を事業者が提供する場合や、利用者の希望によって事業者が送迎する際に送迎加算の額を超えて必要な燃料費等の実費が挙げられます。すべての利用者に対して一律に提供されるものの費用を徴収することは認められません。

これらの費用の徴収にあたっては、契約にあたり文書により説明し及び同意を得る必要があります。また、運営規程に記載するとともに、事業所の見やすい場所に掲示する必要があります。

なお、室料や差額ベッド代に相当するものは徴収できませんのでご注意ください。また、低所得世帯等の調理等に係る費用は報酬に上乘せ（表9：食事提供体制加算）されます。

また、短期入所は、在宅生活の延長線として支援を行うため、医療的ケアの処置に要する医療材料等については、原則として自宅で使用しているものを短期入所事業所へ持参することになります。

これら利用者から支払を受ける費用は、運営規程に明記され、都道府県知事が認めたものであるとともに、あらかじめ利用者に対して説明し、同意を得なければなりません。

## 7. 虐待の防止に関する措置

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待お防止等のため、次の措置を講じなければなりません。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及のための研修の実施（研修方法や研修計画など）
- (5) 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置に関すること

なお、外部の研修等についても積極的に参加し、障害者虐待を未然に防止するための対策や虐待が発生した場合の対応について、事業所内で周知を図ってください。なお、当該虐待の防止に関する措置については運営規定の記載事項となっています。

## 8. その他の運営基準

事業者は、その運営にあたって、これらの点についても留意し、基準を順守していただく必要があります。

### ・管理者の責務

事業所の管理者は、従業者及び業務その他の管理を一元的に行わなければなりません。また、事業所の従業者にこれら運営基準を順守させるため、必要な指揮命令を行う必要があります。

### ・勤務体制の確保等

事業者は、利用者に対し、適切な支援が提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めなければなりません。（組織体制を定めるとともに、いわゆるシフト勤務体制を整えることを指します。）

また、利用者の支援に直接影響を及ぼさない業務を除き、当該事業所の従業者によって支援を行わなければなりません。

つまり、上記の一元的な管理及び指揮命令と合わせて、業務委託により外部組織の職員に業務を行わせることが一定制限されています。具体的には、事業者が直接雇用する従業者はもちろんのこと、受け入れた派遣職員についても指揮命令が可能であり、これらは当該事業所の従業者と言えますが、業務委託先に対しての指揮命令は仕様書に基づくほかは行えず、当然ながら受託事業者の職員に対する直接的な指揮命令権はありませんから、利用者に対する直接的な支援提供を受託事業者に委ねることは認められません。

### ・研修の機会の確保

事業者は、従業者の資質の向上のため、研修の機会を確保する必要があります。なお、当該研修の確保については運営規程の記載事項となっています。

- ・業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する障害福祉サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し必要な措置を講じなければなりません。また従業者に対する業務継続計画の周知と必要な研修の実施、定期的な見直しを行うことが義務付けられています。（令和6年3月末までは努力義務。）

- ・非常災害対策

事業者は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的な計画（火災及び地震・津波だけでなく、洪水などによる浸水、暴風による施設設備の破損や長時間の停電、地滑りやがけ崩れ等を含みます。）を定め、非常災害時における関係機関への通報体制及び関係機関との連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知しなければなりません。

また、非常災害に備えるため、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行わなければなりません。

併せて、利用者の安全を守るための防犯対策についても、可能な限り検討してください。

- ・健康管理、衛生管理等

事業者は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置を講じなければなりません。

また、利用者の使用する設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、及び衛生上必要な措置を講ずるとともに、健康管理等に必要となる機械器具等の管理を適正に行わなければなりません。

事業所において感染症又は食中毒が発生し、又は蔓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りません。

- ・掲示

事業者は、運営規定の概要等、利用者（申込者）のサービスの選択に資すると認められる重要事項を事業所の見やすい場所に掲示するか、当該重要事項を記載した書面を事業所の見やすい場所に備え付け、いつでも関係者が自由に閲覧できるようにしてください。（条例第36条等）

また、「指定書」についても事業所内の見やすい場所に標示する必要があります。（法施行細則（平成18年神奈川県規則第49号）第4条）

- ・秘密保持等

事業所の従業者及び管理者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはなりません。また、従業者及び管理者であった者がそうした秘密を漏らすことのないよう、退職後もそうした義務が継続することについて、雇用契約書等に明記する等により必要な措置を講じる必要があります。



なお、他の医療機関や障害福祉サービス事業者等に対してこれらの個人情報を提供するときは、あらかじめ文書により利用者又はその家族の同意を得る必要があります。

ケースカンファレンスや主治医とのやり取り等のため、個人情報の受け渡しをすることが想定されますので、基本的には契約時にあらかじめ包括的な同意を得ておくとともに、やり取りが生じる（生じた）時点で随時報告するといった運用が望ましいと考えられます。

#### ・ 広告等

事業者は、その実施する事業の内容に関する情報提供を行うよう努めなければなりません。より具体的には、運営規程に記載されているような事業内容が分かるチラシや簡単なパンフレットを用意したり、WEBサイトに情報を掲載したりといったこと等が考えられます。

なお、障害福祉サービスにおいては平成30年度より情報公表制度が開始されており、全国の事業所の情報をまとめて掲載するシステムが稼働していますので、適切に当該情報を最新のものに更新するよう留意してください。

また、広告をする場合には、その内容を虚偽又は誇大なものとはなりません。

ましてや、相談支援事業者等を通じて利用者を紹介してもらうこと等の代償として金品その他の財産上の利益を授受することなどがあってはなりません。

#### ・ 苦情処理

事業者は、利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付けるための窓口の設置等、必要な措置を講じる必要があります。この窓口は、既存施設のものと同様に共用していただいても構いませんが、苦情を真摯に受け止め、組織的に対応できるものとしてください。

具体的な基準として、次のような点が定められています。

- ・ 苦情を受け付けた場合には、その内容等を記録しなければなりません。
- ・ 市町村若しくは市町村長又は知事（以下、本項目で「市町村等」という。）が行う質問や検査等に応じ、苦情について市町村等が行う調査に協力するとともに、市町村等からの指導や助言に従って必要な改善を行わなければなりません。また、この改善の内容について報告の求めがあった場合には、その改善の内容を報告しなければなりません。
- ・ 運営適正化委員会が社会福祉法の規定により行う調査又はあっせんに、できる限り協力しなければなりません。

#### ・ 地域との連携等

事業者は、その事業の運営に当たっては、地域住民、地域において自発的な活動を行うもの等との連携、協力等により地域との交流に努めてください。

#### ・ 会計の区分

「事業所ごとに経理を区分」とするとともに、指定短期入所の事業の会計を「その他の

事業の会計と区分」しなければなりません。つまり、経理処理においては、事業所単位で行い、会計帳簿上は拠点区分別に行う等により、例えば医療事業や介護保険事業の会計と区分されたものとしていただく必要があります。

なお、共用部分に係る費用については、実際の経理手続きは一体的に行われることになると想定されますが、定員や実利用数等で按分する等によって、会計が区分されるようにしてください。

#### ・記録の整備

事業者は、サービス提供記録や苦情・事故に関する記録はもちろんのこと、従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しなければなりません。それらの記録の整備は、指定基準や報酬の算定に係る基準を順守していることの確認のために必要となることから、サービス提供した日から5年間は必ず保存してください。

なお、それらの記録は必要に応じて確認が可能となるよう整理して保管し、市町村や県知事等からの求めに応じて提供する必要が生じる可能性があることに留意してください。

また、これらの記録が存在しなかった場合で、これにより基準を満たしていることが確認できない場合にあつては、当該確認できない期間の請求内容について、最5年間まで遡って返還を求めることがありますので、御注意ください。

#### ・協力医療機関

短期入所事業者は、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ協力医療機関を定めることとされていますが、医療型の短期入所事業にあつては、運営する事業所そのものが医療法上の医療提供施設に位置付けられていることから、病状の急変時の一時的な対応を併設する病院等に入院させることで可能となる場合にあつては、特段の定めをする必要はありません。

しかしながら、特に在宅で医療的なケアを必要とする利用者にあつては、主治医が在宅療養指導管理を行っているケースがあるため、受入にあつては当該主治医との連携を密にし、状態に応じて救急搬送（転院）等が柔軟にできる体制としておくように努めてください。

## 9. 身体拘束の廃止に向けて

障害者虐待防止法では、「正当な理由なく障害者の身体を拘束すること」は身体的虐待に該当する行為とされています。身体拘束の廃止は、虐待防止において欠くことのできない取組といえます。

「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に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」等には、緊急やむを得ない場合を除き身体拘束等を行ってはならないとされています。さらに、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録しなければならないとされています。

緊急やむを得ない場合とは、支援の工夫のみでは十分に対応できないような、一時的な

事態に限定されます。当然のことながら、安易に緊急やむを得ないものとして身体拘束を行わないように、慎重に判断することが求められます。具体的には「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 2001年3月）に基づき切迫性、非代替性及び一時性の3要件（表14）に沿って検討する方法等が考えられます。

なお、この3要件の全てに当てはまる場合であっても、身体拘束を行う判断は組織的にかつ慎重に行うものであって、「要件に合致するから行って良い」という主旨では決してなく、「真に緊急やむを得ず、解除の見通しがある場合」に限るべきです。

令和3年度障害福祉サービス等報酬改定においても、障害者虐待防止の更なる推進、身体拘束等の適正化の推進のため、運営基準において事業所が取り組むべき事項の追加や身体拘束廃止未実施減算の適用について明確化されました。具体的には以下の表13の内容が運営基準の規定として追加されます。

<表13：令和3年度報酬改定において追記された運営基準の規定>

<p>運営基準</p> <p>① 身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録すること。</p> <p>② 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。</p> <p>③ 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p> <p>④ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること。</p> <p>※①については令和3年4月より義務化。②③④については令和4年度より義務化。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>減算の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営基準の①から④を満たしていない場合に、基本報酬を減算します。（身体拘束廃止未実施減算5単位/日）</li> <li>・ただし②から④については令和5年4月から適用されます。</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

より広義である行動制限には、身体拘束だけでなく、自発的な活動能力を低下させる精神科薬を服用（常用・頓服を問わない）させることや、職員の発言や態度により利用者の活動範囲等を制限することも含まれます。（当然ながら、発言等によっては心理的虐待等に当たる懸念もあります。）

<表14：やむを得ず身体拘束を行う場合の3要件>

切迫性	<p><u>利用者本人又は他の利用者等の生命、身体、権利が危険にさらされる可能性が著しく高いことが要件となります。切迫性を判断する場合には、身体拘束を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体拘束を行うことが必要な程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを確認する必要があります。</u></p>
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

非代替性	<u>身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する方法がないことが要件</u> となります。非代替性を判断する場合には、まず <u>身体拘束を行わずに支援する全ての方法の可能性を検討</u> し、利用者本人等の生命又は身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを複数職員で確認する必要があります。また、拘束の方法についても、利用者本人の状態像等に応じて最も制限の少ない方法を選択する必要があります。
一時性	<u>身体拘束その他の行動制限が一時的であることが要件</u> となります。一時性を判断する場合には、本人の状態像等に応じて <u>必要とされる最も短い拘束時間を想定</u> する必要があります。

## 10. 変更届及び廃止・休止・再開の届出

管理者の変更等、指定申請時に提出した申請書の内容に変更があった場合は、変更の手続きが必要です。変更の内容により、提出期日が異なりますので事前に指定権者にお問い合わせください。（原則として、指定基準に関わる変更は変更後 10 日以内、加算の増額に関わる変更は変更する月の前月 15 日まで。）

変更の届出が必要な事項や必要な書類は「障害福祉情報サービスかながわ」の「書式ライブラリ」に掲載されています。随時、様式等の変更がありますので、必ず最新の様式をダウンロードしてください。

なお、指定権者に提出した書類は必ず写しをとり、保管してください。実地指導のときに確認する場合があります。

事業を休止する場合は、休止する 1 か月前までに指定権者あてに休止届を提出する必要があります。また、事前に利用者のサービス提供に支障のないように調整をする必要があります。

休止期間は最長 6 か月としてください。期間が終わった後、継続して休止する場合は、再度指定権者あてに届け出る必要があります。なお、休止していた事業所を再開場合は、再開後 10 日以内に指定権者あてに再開届を提出する必要があります。

事業を廃止する場合は、廃止する 1 か月前までに指定権者あてに廃止届の提出、指定書（廃止後、速やかに）の返却が必要です。また、廃止をする前に市町村にも相談いただくとともに、事前に利用者のサービス提供に支障のないように調整をする必要があります。

## 11. 事故報告等

サービス提供中に事故が発生した場合には、その応急対応を取るほか、代替職員の配置など安全確保を最優先にさせていただいた上で、利用者の家族等、県、支給決定市区町村、事業所が所在する市町村に連絡をするとともに、損害賠償など必要な措置を講じる必要があります。また、この際に行った処置について記録をとる必要があります。（指定基準条例第 110 条において準用する第 41 条）

まず、第一報として上記各所に電話連絡していただき、その後、対応や一定の再発防止策等を検討していただき、県・市区町村に事故報告書を提出してください。事故報告書の

参考様式は、「障害福祉情報サービスかながわ」の「書式ライブラリ」に掲載してあります。

第一報の連絡先：神奈川県障害サービス課監査グループ 電話 045-210-4736

また、事故の状況及び当該事故に際して採った処置についての記録は、その経緯や職員の動き、時刻が分かるものとし、場合によっては写真等を用いるなど、検証可能なものとしてください。そして、当該事故に対する緊急一時的な対応が落ち着いた後は、速やかに状況や経緯を分析し、事業所として検証を行うとともに再発防止策を講じてください。

## 12. 実地指導及び監査

総合支援法第10条第1項、第11条第2項、第48条、第51条の3第1項、第81条を根拠とし、利用者に対するサービス提供内容の質の確保及び介護給付費等の請求等の適正化を図ること等を目的に、指定権者である県や支給決定市町村は実地指導等を行います。なお、実地指導は、あくまでも運営状況を確認させていただき、より適切な運営に繋がっていただくために行うものですので、御協力くださるようお願いいたします。

さらに実地指導において不正等が疑われる場合や、苦情又は家族・利用者からの通報等によって監査を実施することがあります。監査においては、当該監査を必要とする点について集中的に確認させていただき、事実確認し、問題がある場合には勧告や命令等により、その運営を改善することを目的としています。

指定事業者の皆様への指導等の形態には、次のようなものがあります。

### (1) 集団指導

講習、研修、説明会として実施しており、機会をとらえて随時行います。

### (2) 自己点検チェックシート

1年に一回事業所の運営状況について、自己点検を実施していただきます。(6月中の実績状況を7月に点検)点検の結果、基準違反等が確認された場合は自主的に改善を行ってください。自己点検を実施したシートは、実地指導、監査実施時の提出資料になりますので、必ず印刷をして事業所内に保管してください。(通知の掲載「障害福祉情報サービスかながわ」)

### (3) 実地指導

障害福祉サービス事業所等は原則として3年に1回、事業所現地にて個別相談、各書類の確認等を行います。継続して状況確認、指導等が必要と認められる場合は、毎年実施することもあります。

### (4) 監査

重大な事故が生じた等のほか、苦情通報、届出書類や実地指導の確認内容等から不正請求が疑われる場合などについては、監査を実施することがあります。監査における調査対象は、事業所だけでなく、利用者その他の関係先も含み、事実確認と問題点の解消

が主眼に置かれることとなります。

例えば、先に記載した事故報告など利用者等とのトラブルについて、事業所から自発的に報告がなされない場合等については、隠蔽の懸念が高まり監査対象となることもあり得ますので、ご注意ください。

(5) 勧告（行政指導）

基準に従って適正な指定障害福祉サービス事業の運営をしていないと認めるときは、当該事業者に対し、期限を定めて、基準を遵守すべきことを勧告することがあります。

（法第 49 条第 1 項及び第 51 条の 28 第 1 項）

期限内に勧告に従わなかったときは、その旨を公表することがあります。（法第 49 条第 3 項及び第 51 条の 28 第 3 項）

(6) 命令（行政処分①）

勧告を受けた事業者が、正当な理由がなくその勧告に係る措置をとらなかったときは、当該事業者に対し、期間を定めて改善命令を発することもあります。（法第 49 条第 4 項及び第 51 条の 28 第 4 項）

上記命令を発したときは、その旨を公示します。（法第 49 条第 5 項及び第 51 条の 28 第 5 項）

(7) 効力停止・指定取消等（行政処分②）

度重なる勧告や改善命令に従わない場合のほか、不正や事故を生じる体制が早急に改善されない場合等については、期間を定めて事業の効力停止等（新規受入の禁止やサービス提供の禁止等）の処分を行うことがあります。

さらに改善が図られない場合や、不正に介護給付費等を請求しているなど重大な場合においては、指定の取消し等を行うこともあります。（法第 50 条第 1 項及び第 51 条の 29 第 1 項）

## VI. 報酬の請求

### 1. 報酬の考え方

これまでに記載してきたとおり、事業所は指定権者から基準を満たす旨の指定を受け、障害福祉サービス等を提供します。また、障害福祉サービス等に対する介護給付費の算定に必要な事業所の体制の状況についても、あらかじめ指定権者に届け出ます。（障害福祉サービスにおける請求等の流れについては、図7をご覧ください。）

そして、事業所は給付費等を月単位で、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）を通じて、利用者に支給決定した市町村に対して請求します。請求に対しては、国保連による一次審査（基準上あり得ないなど明らかな誤請求を弾き、またシステムだけでは確認しきれない要注意の請求に対して警告を付して市町村等に送付すること。）が行われ、続いて市町村等による二次審査（主に警告が付された請求内容について、基準に従ってその支払可否を判断し回答すること。）が行われ、審査結果に応じて給付費等の支払が行われます。

支給決定市町村に対する請求は利用者単位で行い、月ごとの請求額の算定式は概ね次のような形になります。

1日の 報酬単位	×	1ヵ月の 利用日数	×	単位を円に 換算 (約10 円)	=	利用者 1人あたりの報酬 (ヵ月あたり)
-------------	---	--------------	---	---------------------------	---	----------------------------

※あくまでも概略です。

### 2. 請求の流れ

#### (1) 電子請求システム

国保連への請求は、電子請求受付システムを利用して行うことになります。事業所として指定を受けると、指定月の概ね2～3週目に国保連からユーザーIDとパスワードが送付されますので、それらを用いて必要なシステムの設定等を行います。（正当な請求者として証明するため、電子証明書等の発行が必要です。）

電子請求受付システムに送信する請求情報の作成にあたっては、市販の請求ソフト等を用いるほか、国保連から提供されている簡易入力システムが御利用いただけます。

なお、既に医療保険制度における電子レセプトや介護保険制度における請求ソフト等を大手ベンダーから導入されている場合には、それら既存のシステムにオプション（有料）で障害福祉サービスにも対応させることが可能な場合がありますので、ベンダーに確認されることをお勧めします。（県としても数社、把握しているところはございます。）

## (2) 体制届と加算の算定

基本報酬の区分や各種加算のうち、事業所として一定の基準を満たしていることが基準となっているものについては、毎月 15 日までに県に届出されたものについては翌月初日のサービス提供分から、16 日以降の場合には翌々月の初日から適用されることとなります。

なお、当然ながら、予定していた人員配置等であっても、サービス提供するその日やその月に届け出ていた体制が取れなくなってしまう場合には、その日や月の単位で加算等を算定できなくなります。(届出は事前に予定されている体制を記載しますが、加算等の要件はあくまでもサービス提供するその時点で満たさなければなりません。)

加算等が算定されなくなり、又はその区分等が下がる体制となってしまう場合には、上記の考え方に則り、その事実が発生した日や月から算定できません。その場合の届出は、前月というルールはありませんので、速やかに行ってください。

## (3) 実績の確認と請求情報の作成

事業所では、サービス提供に係る記録として、日誌等における記録だけでなく、サービス提供実績記録票(図 12)を作成します。(V-5でも記載。)なお、実績記録票の様式は請求システムから出力できるほか、厚生労働省の WEB ページからダウンロードしていただくこともできます。

実績記録票には、V-5でも記載したとおり、利用の都度(原則として退所時に)、利用者から押印又は署名を受けることになり、これが請求の一義的な根拠となります。毎月上旬に前月の利用実績を締める際、まず利用実績とこの記録票の記載が正しいものとなっているか必ず確認し、訂正が必要な場合には利用者の訂正確認印又は署名を受けてください。

この実績記録票(押印・署名を受けたもの。)に記載された内容をシステムに転記・入力し、そこから明細書(利用者ごとに1枚として、報酬区分や加算ごとに1ヶ月にどれだけ利用し、請求額がいくらとなるか計算された表。)や請求書(支給決定した市町村単位で給付費(全体の報酬額から利用者負担額を除いた市町村負担額。)を請求する書類。)を作成します。(簡易入力システムで作成が可能です。)

ただし、請求にあたっては、次項目の上限額管理を必要とする場合がありますので、必ずご確認ください。



令和〇〇年4月分

短期入所サービス提供実績記録票

受給者証 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0										支給決定障害者等氏名		厚生 太郎		事業所番号					
<p>日中のみ利用の場合、「日中のみ」を記載する。          その他サービスと併給して利用した場合、「他サービス併給」を記載する。</p>												事業者及びその事業所		〇〇事業所					
日付	曜日	算定日数	サービス提供の状況	送迎加算 往 復	食事提供加算	医療連携体制加算	緊急短期入所受入加算	重度障害者支援加算 (研修修了者)	定員超過特例加算	利用者確認欄	備考								
2	月	1	他サービス併給	1	1														
3	火	1			1	1													
4	水				1														
5	木				1														
9	月	1		1	1														
10	火	1			1														
11	水																		
16	月																		
17	火																		
18	水	1			1						単独型加算(18時間以上)								
19	木	1																	
20	金	1																	
23	月	1		1	1														
24	火	1						1											
25	水	1									日中活動支援加算								
28	土	1																	
29	日	1			1				1		介護を行う者の急病等								
30	月	1		1	1														
<p>■旧様式からの変更点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス提供の状況 欄及び[重度障害者支援加算(研修修了者)] 欄を追加</li> <li>・ [医療連携体制加算] 欄の吹き出しを変更</li> <li>・ [利用者確認] 欄を [利用者確認欄] 欄に変更</li> <li>・ [備考] 欄から [重度障害者支援加算(研修修了者)] の記載を削除</li> <li>・ [備考] 欄に [日中活動支援加算] の記載を追加</li> </ul>																			
合計		18日		10回	18回	1回	1回	1回	1回										

< 図 12 : 短期入所における実績記録表の例 >

#### (4) 上限額管理

障害福祉サービスの利用者には、世帯の所得区分に応じた負担上限月額が設定されているため、利用者負担額は原則として請求額の1割とされているものの、負担上限月額を超えて利用者負担額を支払う必要はなく、当該超過した額は公費から給付されます。このため、複数のサービス提供事業所からサービスを受け、1月あたりの利用者負担額が負担上限月額を超過することが予測される利用者（上限額管理対象者）については、事業所間を通じてこの利用者負担額の調整を行う必要があることから、上限額の管理が行われます。（この上限額管理の事務は市町村ではなく、いずれかのサービス提供事業所が行います。）

<表 15：世帯の収入等の状況と利用者負担上限月額>

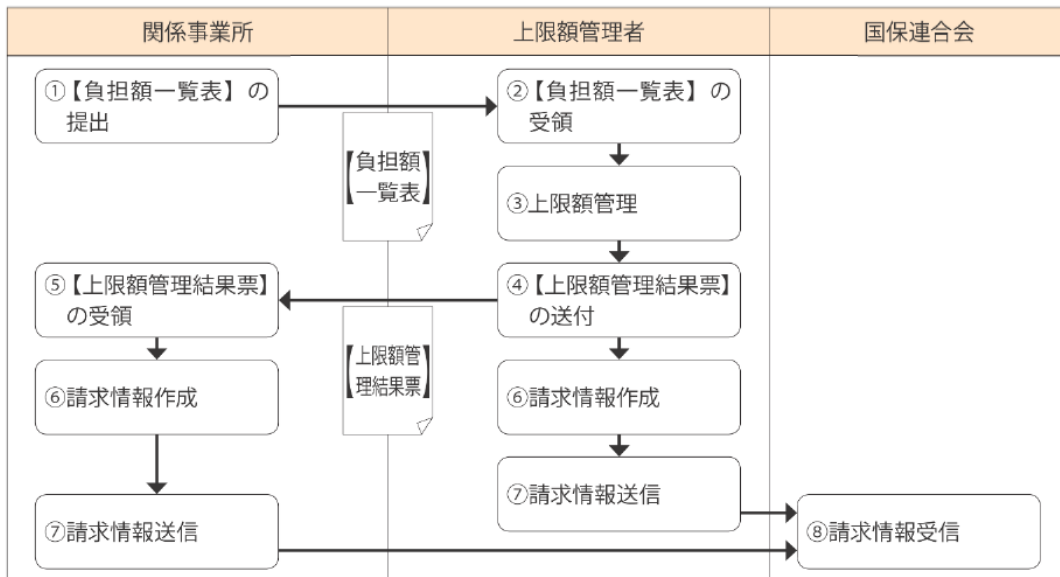
区分	世帯の収入状況等		負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯		0円
低所得	市町村民税非課税者（障害者又は障害児の保護者の収入が年間80万円以下である者は低所得1）		0円
一般1	市町村民税課税世帯に属する者のうち、市町村民税所得割額が16万円未満のもの	居宅で生活する障害児	4,600円
		居宅で生活する障害者	9,300円
一般2	市町村民税課税世帯に属する者のうち、上記以外		37,200円

上限額管理対象者は、利用者負担の上限額管理を行う事業所（上限額管理者）が決まると、「利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書」に受給者証を添えて市町村等に届け出て、上限額管理者となる事業所が受給者証に記載されます。

原則として、この上限額管理者は、一月の利用が最も多くなると見込まれる事業所で行うこととなりますので、継続的に日中活動先へ通所している利用者や自宅で居宅介護（ヘルパー）を受けている利用者の場合には、当該日中を継続支援している事業所となっていることが一般的です。

しかし、短期入所だけを利用し、複数の短期入所事業所と契約している利用者の場合、いずれか頻回に利用する事業所でこの上限額管理を行うこととなります。

上限額管理の流れは、図13のとおりとなっています。



<図 13：上限額管理の流れ>

上限額管理は、上限額管理者が、毎月上旬にその他の事業所（関係する障害福祉サービス等事業所）から利用者負担額一覧表による情報提供を受けて行います。つまり、自事業所が上限額管理者でない場合にあっても、速やかに前月の利用状況を取りまとめて確認し、利用者負担額一覧表を上限額管理者に送付しなければなりません。

上限額管理者は、当該事業所における利用により利用者負担額が上限に達しているか等の判断の結果、関係する全事業所を通じて利用者に請求する利用者負担額の合計が上限額以下となるよう調整して上限額管理結果票を作成し、関係事業所ではその管理結果に基づいて請求情報を作成します。

上限額管理者は、当該事業所の請求情報とともに、上限額管理結果票を併せて国保連合会に送信します。

### 3. 返戻

請求内容が不適切であるなど不備があった場合に、審査結果として「エラー」となった請求情報が、支払われることなく請求者である事業所に差し戻されることをいいます。事業所が支払いを受けられるようにするには、請求内容のほか届出内容などを確認していただいた上で、差し戻された請求情報等の修正・再請求を行う必要があります。

#### 4. 過誤申立て及び再請求

請求内容が返戻されず、誤って実際の内容と異なる請求をしてしまったり、サービス提供時に必要な体制を満たしていなかったりした等の誤りが支払い後（審査後）に判明した場合には、実績を取り下げたものとして「過誤」の処理が必要になります。

なお、事業所の請求期間中に誤りが判明した場合には請求取下が可能なほか、市町村等の審査期間中に判明した場合には、市町村等から当該請求内容を返戻とする等の対応が可能ですので、誤りが見つかったときは速やかに支給決定市町村へご連絡ください。

つまり「過誤」をすることは、既に行った請求の内容一式（利用者・月単位）を取り下げる（取下意思を表明することは「過誤申立」という。）ことをいい、取下と同時に請求された修正を行うか否かによって次のように呼び方が分かれています。

- ・ 通常過誤

過誤を行った翌月以降に、修正後の請求内容を提出するか、又は過誤により取下のみを行い、再請求が生じないものを指す。

- ・ 同月過誤

過誤を行った同月の請求で、当該過誤対象について修正した後の請求を改めて行う（再請求が同月に生じる）ものを指す。

#### ※過誤・再請求における注意事項

- ・ 未調整過誤

過誤調整がある場合、その月に事業所へ支払われる額は、その月の決定額（過誤申立てと同月に請求・再請求したもののうち、決定された額。）から過誤処理による調整額を差し引いた額として相殺されて支払われます。

例えば、A事業所がB市に対して請求したもののうち、ある月の決定額が10万円であったものの、1万円の過誤調整があった場合、差額の9万円がその月に支払われることとなります。しかし、過誤調整により差額がマイナスとなってしまった場合（前述の例では、過誤調整額が10万円を上回ったとき。）には、そのマイナスとなった額が未調整過誤の額となります。

この未調整過誤が生じた場合には、本来のルールでは返金が必要ということになり、事業所・市町村・国保連の3者で対応を協議する必要があります。ついては、可能な限り未調整過誤を生じることの無いよう、翌利用月の請求と同月に過誤を行う等の処理に努めてください。

- ・ 重複エラー

市町村に対して過誤を行っていないか、又は市町村が過誤処理を行っていない段階で再請求を行ってしまうと、先に確定している請求内容が取り下げられていないため、この「重複エラー」が生じ、返戻となります。二重請求となってしまうことの無いよう、時期等についてもよく調整した上で行ってください。

## 5. 利用者負担額

障害福祉サービスを提供した際は、運営基準の項目でも記載したとおり、サービス提供として便宜を提供するものに要したうち、特定の費用（食費、光熱水費、日用品費等。以下「利用者特定費用」という。）について、運営規程に定める範囲で利用者から支払いを受けることができます。

また、障害福祉サービスの報酬のうちでも、いわゆる利用者負担部分である原則1割（月額上限がある。以下「利用者負担額」という。）については、原則として窓口払いとして事業所が利用者から支払いを受け取ることになります。

これらのうち、利用者特定費用については、当該事業所の1回ごとの利用が終了し、退所する時点で利用金額を確定させることが可能と考えられますので、退所日や退所月の末日で締める等により請求することが考えられます。

しかし、利用者負担額にあつては、当該利用者が同月に他の事業所を利用するかどうか等により、上限額管理がなされた上で請求しなければなりません。そのため、利用者負担額の請求を行う時点はサービス提供の翌々月（請求額について市町村等が審査を完了した後。）ということになります。

なお、市町村等から給付費部分の支払いを受けた際は、あくまでも市町村が支給決定した利用者に対して給付する額を代理として事業所が受け取ったこととなりますので、「代理受領通知」を行う必要があります。一般的には、利用者負担額の請求と代理受領通知を併せて行うことがあります。

<表 17：届出、サービス提供から請求及び収入までの流れ>

月	前月	サービス提供月	翌月	翌々月
時期	15日まで	1日から末日	1日から10日	中旬頃
事業所	体制等の届出	サービス提供	上限額管理・請求	代理受領通知・利用者負担請求
利用者	契約・利用予約	利用	(実績記録確認)	利用者負担支払
市町村	(支給決定等)		(下旬) 請求審査	決定額支払い
県	届出内容審査	台帳に登録	(月上旬) 台帳確認	

## 6. 事業所収入シミュレーション

例1) 藤沢市所在の7:1看護の病院で、重症心身障害の準超重症児・者を受入れた場合(1泊2日の場合)

単位数			利用日数		サービス単位数		
医療型短期入所 サービス費Ⅰ	3,010 単位	×	2 日	=	6,020 単位		
短期利用加算	30 単位	×	2 日	=	60 単位		
特別重度支援 加算Ⅰ	610 単位	×	2 日	=	1,220 単位		
合計	3,650 単位	×	2 日	×	10.72 円 (4 級地)	=	78,256 円

※上記のほか、外来診療として処置(鼻腔栄養や人工呼吸を含むが、喀痰吸引は含まない)に要する費用は診療報酬を算定。

例2) 藤沢市所在の介護老人保健施設(又は介護医療院)で、重症心身障害の準超重症児・者を受入れた場合(1泊2日の場合)

単位数			利用日数		サービス単位数		
医療型短期入所 サービス費Ⅱ	2,762 単位	×	2 日	=	5,524 単位		
短期利用加算	30 単位	×	2 日	=	60 単位		
特別重度支援 加算Ⅰ	610 単位	×	2 日	=	1,220 単位		
合計	3,402 単位	×	2 日	×	10.72 円 (4 級地)	=	72,938 円

※上記のほか、外来診療として処置(鼻腔栄養や人工呼吸を含むが、喀痰吸引は含まない)に要する費用は診療報酬を算定。

例3) 藤沢市所在の7:1看護以外の病院で、重症心身障害の準超重症児・者を受入れた場合(1泊2日で、利用前後に他の障害福祉サービスを利用した場合)

4月1日の午前中に生活介護を利用し、午後に短期入所利用。一泊して4月2日の午前中に退所し、午後に居宅介護を利用することを想定。

単位数			1ヵ月の 利用日数		サービス単位数		
医療型特定短期 入所サービス費 V	1,943 単位	×	2 日	=	3,886 単位		
短期利用加算	30 単位	×	2 日	=	60 単位		
特別重度支援 加算 I	610 単位	×	2 日	=	1,220 単位		
合計	2,583 単位	×	2 日	×	10.72 円 (4 級地)	=	55,379 円

※上記のほか、外来診療として処置(鼻腔栄養や人工呼吸を含むが、喀痰吸引は含まない)に要する費用は診療報酬を算定。

## Ⅶ. よくあるQ&A

### ①開設に向けた手続きの流れについて教えてください

法人の定款又は寄付行為に目的として「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に基づく障害福祉サービス事業」を記載してください。（短期入所は第二種社会福祉事業であり、医療法人でも実施可能です。）

空床型又は併設型のいずれで行うか、どのような対象者（医療型のみか、児童のみか等）で行うか等を決めた後、指定権者の窓口にて事前相談を行ってください。その後、所定の様式に必要事項を記載いただき、「事業者指定申請」をしていただきます。

### ②サービスの対象を小児に限定することはできますか

制度上短期入所サービスの対象者は児童から成人(介護保険対象者になる前までの者)ですが、施設の実情により障害児のみ（18歳未満）・障害者のみ等の限定は可能です。医療保険制度上の入院や介護保険制度上の入所ではありませんので、病棟等による制限はありません。事業所の実情や安全性等に配慮して受け入れ先ベッドを調整してください。（例えば小児病床で15歳未満とは限らない。）

但し、対象者を限定する場合は運営規程に明記し、指定権者の審査を受けてください。

### ③応諾義務はありますか。また、本業との優先順位はどうなりますか

運営規程に定めた対象者にあたる限り、応諾義務が生じます。

受入を断ることができるのは、例えば定員が満床の場合、運営規程に定める対象者でない場合、送迎を行う場合で事業者が定める区域外の場合などになります。なお、上記事由に該当する場合でも、個別に受け入れることは差し支えありません。

空床型の場合、あくまでも本体施設が空床である限り受け入れる制度のため、本体施設が優先されます。既に利用開始している利用者の利用中止は困難ですが、感染症の流行や緊急入院等、やむを得ない事由により利用予約をキャンセルすることは当然に想定されます。

また、特定時期に本体施設の利用による満床が高確率で予想される場合などに、予約を受け付けない期間を設けることも想定されますが、契約（希望）者へ周知してください。



④障がい者の状態像から利用ニーズに応じられない場合、サービスの提供を断ることはできますか。

例えば「人工呼吸器装着者は同時に〇名まで」「酸素療養者は〇名まで」等、受入の限界から取り決めを設けることは想定されます。

医療設備や人員体制等の理由で応じられない場合は、他機関も紹介するなど、必要な対応を対応を行っていただいた上でお断りを伝えてください。

⑤短期入所の利用者は入院患者数として計上しますか

医療機関においては、0時時点での入院者数に計上されるとともに、人員配置基準は短期入所者も含めた患者数に対応した配置である必要があります。介護保険施設（介護老人保健施設・介護医療院）の人員配置基準において同様です。

しかし、平均在院日数、在宅復帰率等、障害福祉制度以外の入院者・入所者を対象とする計算上では分母・分子ともに反映されません。

⑥「短期」とは概ねどの程度の期間でしょうか

制度上の上限は、日帰り（医療型特定短期入所）から連続30日、年間180日までとされています。

通常、短期入所の希望は介護者のレスパイトが主になることから、長くても7日間程度までであることが一般的です。

⑦介護老人保健施設（老健）の場合、ケアプランは必要ですか

通常の障害福祉サービスでは、ケアプランに相当する「個別支援計画」の作成が求められますが、短期入所は介護者等の休養を主な目的としたものであることから、計画の作成は不要です。

⑧利用の相談はどのように行うのでしょうか

市町村のケースワーカーや相談支援事業所の相談支援専門員を通じて利用の相談が寄せられる場合のほか、利用者から直接相談のある場合もあります。

電話等で相談を受けて頂いた後、面談や外来診療・健康診断等を受けて頂いた上で利用契約を行い、予約というのが一般的です。

⑨サービスはどのような内容を提供しますか

当該施設で通常提供しているサービスの延長線上で受け入れることが基本です。

ただし、自発的に要求出来ない方も多いため、障害の特性に応じ、リハビリや遊びの提供などを行って頂くほか、自宅では難しい入浴などはご家族からも要望の多い点です。

⑩送迎はどちらが行いますか

家族等が行うこともあります。移動にも人手を要することが多いため、送迎を希望されるケースは少なくありません。

事業者が送迎した場合には、送迎加算が算定できるほか、市町村により上乗せで補助を受けられる可能性もあります。

⑪利用者を受入れる病棟・病床に決まりはありますか

指定を受けた施設内において空床型で実施する場合には、どの病棟で行っても構いませんが、その病棟の看護師の配置区分等により、算定可能な報酬区分が決まってしまうことがあります。

⑫医療材料や日用品は事業所が準備するのですか

日用品については、運営規程に基づき、実費に限って利用者の自己負担として請求することができます。

様々な医療的ケアの処置に要する医療材料については、原則として自宅で使用しているものを短期入所事業所へ持参することになります。

⑬診療録（カルテ）等は必要ですか

診療録（カルテ）は必要ありませんが、本体施設と同様又は準じた形で記録を残すことが必要です。

ただし、当該記録は診療報酬や介護保険の請求根拠ではなく（一部の診療報酬を除く）、障害福祉サービスの報酬請求根拠です。

⑭横浜市や厚木市で行っているメディカルショートステイとは異なりますか

近年実施されているメディカルショートステイは複数ありますが、これらは原則として入院で対応（医療保険）ということになっています。

医療型短期入所は障害福祉サービスとして行うもので、入院基本料に相当する部分は診療報酬ではなく、障害福祉サービス報酬で請求することになります。

⑮神奈川県が行っている在宅難病患者受入れ病床確保事業とは異なりますか

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課が実施している在宅難病患者受入れ病床確保事業は県内の9つの協力病院にて実施していますが、こちらも入院での対応（医療保険）ということになっています。

ただし、介護保険のショートステイや障害福祉サービスの短期入所等、他の制度や事業を利用できる場合は、それらが優先されます。

⑩現場職員側で受入に不安があります

県では、医療型短期入所事業の対象となる障害児者等への理解を深めていただくための研修を毎年10月頃から開催しております。医療型短期入所を行う予定の有無に関わらず、ご参加いただけます。

上記研修は座学ですが、実技面での不安がある場合には、県立こども医療センターで実施している医療職向けの研修もあります。

⑪状態急変時はどうするのですか

保険医療機関にあっては、ご家族等へ説明の上で医療保険上の入院に切り替えることができます。介護老人保健施設等でのサービス利用では、救急搬送のほか、短期入所の利用中止となりご家族等に迎えに来ていただく対応としている場合もあります。

⑫徘徊したり、大声を出す方はいますか

個人の状態に大きく左右されますが、主な対象者のなかに徘徊できる方はほとんどおらず、しかし、声上げされる方はいらっしゃいます。

全ての方が同一の状態ではないため、医療的ケアの有無も含めて、個人差が大きいことから、事前に面談や診察を行ってから利用の調整をすることが望ましいでしょう。

⑬介護保険施設での実施事例はありますか

神奈川県内での老健での開設は一事業所のみ横浜市にございます。他県では兵庫県・福岡県・宮城県などで事例があります。

県内の医療・介護の事業者の皆様には、障害福祉のサービスを行うことができるということがあまり知られていないため、こうした取組を始めたところです。

⑩利用者は主にどのくらいの年齢層ですか

主な対象者層は幼児から 65 歳手前までになります。

ただし、重度の方でありつつ、在宅で生活されている方が対象になることから、多い年齢層は比較的若く、学齢期から 30・40 代程度までと想定されます。

⑪短期入所で利用する病床は、許可病床数の内数として取り扱うのですか

空床型で実施する場合は、入院の病床として使われることもあるため、許可病床数への影響はありません。ただし、併設型で行う場合にあっては、念のため保健所又は医療所管課にご確認ください。

⑫短期入所の指定申請に係る手続きを知りたい

指定申請は事業を開始する前月の 15 日までに申請書類を県障害サービス課へ提出してください。

例えば 4 月 1 日に指定を受ける場合、3 月 1 日に書類一式を提出していただき、3 月 15 日までに修正等を終え、必要書類がすべて整っている必要があります。書類の作成等に時間を要するため、指定を受けようとする 2 か月前くらいまでに余裕を持ってご相談ください。

## VIII. 参考資料

### 1. 各種法令

#### 【基本法令】

<b>根拠法</b> 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
<b>政令</b> 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施行令
<b>省令</b> 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施行規則
<b>指定基準省令</b> 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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号）
<b>指定基準条例</b> 指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 25 年神奈川県条例第 9 号）
<b>報酬告示</b> 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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示第 523 号）
<b>単価告示</b> 厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示第 539 号）
<b>障害児区分 ※福祉型短期入所に限る</b> 障害児に係る厚生労働大臣が定める区分（平成 18 年 9 月 29 日厚生労働省告示第 572 号）

#### 【基準に係る通知類】

<b>解釈通知</b> 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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成 19 年 1 月 26 日障発第 0126001 号）
食事の提供に要する費用、光熱水費及び居室の提供に要する費用に係る利用料等に関する指針（平成 18 年厚生労働省告示第 545 号）
障害福祉サービス等における日常生活に要する費用の取扱いについて（平成 18 年 12 月 6 日障発第 1206002 号）
障害者（児）施設における虐待の防止について（平成 17 年 10 月 20 日障発第 1020001 号）

## 【報酬に係る通知類】

### 留意事項通知

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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年 10 月 31 日障発第 1031001 号）

### 処遇改善加算通知

福祉・介護職員処遇改善加算及び福祉・介護職員処遇改善特別加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和 3 年 3 月 25 日障障発 0325 第 1 号）

### Q&A（事務連絡）

- ・令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A（Vol. 1～5）
- ・平成 30 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A（Vol. 1～3）
- ・平成 27 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A（Vol. 1～3）
- ・児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準の一部改正に係る Q & A について（平成 27 年 2 月 20 日）
- ・平成 26 年度障害福祉サービス等制度改正に関する Q & A
- ・相談支援に係る Q & A について（平成 25 年 2 月 22 日）
- ・平成 24 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A（平成 24 年 8 月 31 日最終）
- ・平成 21 年度障害福祉サービス報酬改定に係る Q & A（Vol. 1～3、3-1）
- ・障害福祉サービスに係る Q & A（指定基準・報酬関係）（Vol. 1～3）（平成 19 年度）

※上記 Q & A のみ、短期入所に限らないものを含めて記載しています。

※地域の実情に応じ、一部 Q & A とは異なる取扱となっている場合があります。

※支給決定や利用者負担額等についても各種通知・Q & A がありますが、こちらには掲載しませんので、必要に応じて市町村等へ御確認ください。

※ 上記法令や通知は、厚生労働省の WEB ページ等でご確認いただけます。  
適宜、改正がなされていますので、常に最新のものをご確認ください。

- ・厚生労働省法令等データベースサービス：<https://www.mhlw.go.jp/hourei/>
- ・神奈川県例規集：[https://en3-jg.d1-law.com/cgi-bin/kanagawa-ken/dlw\\_startup.exe](https://en3-jg.d1-law.com/cgi-bin/kanagawa-ken/dlw_startup.exe)

## 2. 障害福祉情報サービスかながわ

各種書式のダウンロードや県などからのお知らせについては、「障害福祉情報サービスかながわ（通称：らくらく）」をご確認ください。各種様式のほか、法令・通知や研修等のチラシなど、こちらの「書式ライブラリ」に掲載しています。

なお、「事業所をさがす」からは、地域やサービス種類などから事業所を検索することが可能です。

<https://rakuraku.or.jp/shienhi/>



障害福祉 かながわ

検索

県からの公示や通知は、こちらに掲載することをもって行いますので、必ず、少なくとも一週間に1度はこのサイトのお知らせ欄をご確認ください。

特別な場合を除き、郵送等で行うことはありません。法令等は改正されることがあり、また、一斉の報告徴収を行う場合もありますが、それらの通知等はこちらに掲載することになります。

なお、事業者としてメールアドレスを登録することで、自動配信サービスを受けることができますので、可能な限り御利用ください。

## 3. 指定申請書及び添付書類の準備



■ 様式等のダウンロード

前述の「障害福祉情報サービスかながわ」の「書式ライブラリ」から、「1.神奈川県からのお知らせ」を開いてください。

そこで、「2.事業所新規指定申請様式等（障害者総合支援法関係）」を開いていただくと、各種様式等がございます。次の文書をダウンロードし保存してください。

文書名	本資料への内容掲載
6 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業所等のサービス種別事業所指定申請必要書類一覧	あり
7 障害福祉サービス事業等の共生型サービス事業所指定申請必要書類一覧	なし
8 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式 (EXCEL2007/2010 版)	様式
9 【記載例】指定障害福祉サービス事業者等指定申請書	あり
10 【記載例】口座変更依頼書様式	あり
11 指定申請添付書類・参考資料様式等	様式
12 【記載例】添付書類・参考資料様式等	あり
19 障害福祉サービス事業者指定基準	あり
30 短期入所運営規程作成例 (V122. 03)	あり
管理者の心得	あり

※ファイル名称は、令和5年4月現在のものです。

※体制届に限り、暫定的に、「6.お知らせ（県内共通）」→「4.令和3年度体制届に関するお知らせ」から、「届出様式①」及び「届出様式②」を用いてください。

■ 必要書類一覧

書類名	ファイル名	備考
様式第1号（指定申請書）	3-1 申請書様式	指定のエクセルファイルで作成。法人印は不要。
口座振込依頼書	3-1 申請書様式	通帳の表紙と裏表紙の写し（番号や名義の確認のため。）を添付するか、取引金融機関の確認印が必要。給付費の振込先口座名義が施設長や院長となっている場合、法人代表者から当該施設長等への委任について記載・押印等が必要。
付表5（短期入所）	3-1 申請書様式	指定のエクセルファイルで作成。
別紙1（他法指定事業等）	4-1 添付書類・参考様式	法人全体のものが必要。ただし多すぎてしまう場合には、例えば医療機関としてみなし指定を受けているも

	等	のは除いても可。
別紙2（勤務形態）	4-1 添付書類・参考様式等	既存資料でも構わないが、基準を満たし、かつシフトを組んで配置していく形が見えるものにする可。
法人登記事項全部証明書	★	法務局で取得したもの。
法人定款又は寄附行為の写し	★	定款認証前の場合、その見込等の確認が必須。原本証明が必要。
運営規程	7-6 運営規程作成例	記載例をもとに作成。
参考様式1（平面図）	4-1 添付書類・参考様式等	「別紙のとおり」と記載して別紙添付することも可。特定箇所で行う場合は、どこで行うか分かるように囲んだり着色したりすること。また、写真でどこを撮影したか分かるよう図中に書き入れること。
参考様式2（室別面積表）	4-1 〃	短期入所を行う単位で作成。
参考様式3（設備・備品）	4-1 〃	設備基準、運営基準に沿った設備・備品を記載。
参考様式4（経歴書）	4-1 〃	管理者のものを作成してください。可能であれば資格証を添付。
参考様式6（苦情解決）	4-1 〃	法人の内規等があれば可能な範囲で写しを添付。
参考様式7（組織体制図）	4-1 〃	既存の体制図があればその写しでも可。
参考様式8（主たる対象者）	4-1 〃	主たる対象を限定する場合には、運営規程への記載と併せて必須。
参考様式9-1（誓約書）	4-1 〃	短期入所は9-1を用いる。
参考様式9別紙（役員名簿）	4-1 〃	法人の役員一覧を作成。押印・署名は不要。
参考様式10（協力医療機関）	4-1 〃	病院の場合には原則として不要。
管理者誓約書	4-1 〃	短期入所は（障害福祉サービス事業者用）を用いる。
資産の状況	★	過去1年以内かつ直近の財産目録又は決算書を添付。
事業計画書	4-2 添付書類・参考様式等（記載例）	任意様式で、記載例を参考に作成してください。年間事業計画を記載し添付。利用者数の見込は必須。
収支予算書	★	任意様式で、当該事業に限った収支予算を作成。あくまでも見込。
非常災害対策計画書（地震防災応急計画）	★	地震や火災など、作成されているものを添付。全てでは分厚くなってしまう場合、概要が分かるもので代えても可。
社会保険等確認票	4-1 添付書類・参考様式等	リーフレットと併せて確認し記載。厚労省に提供する場合あり。
事業所内の写真	★	建物、入口や受付、居室、リビング、食堂、その他設

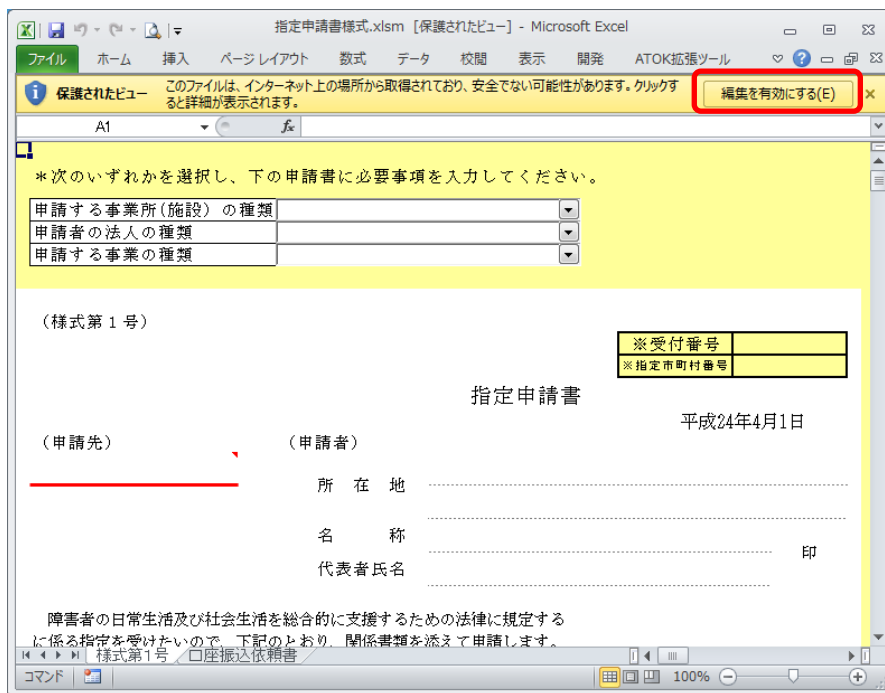
		備用品など
本体施設の開設許可書等	★	病院又は診療所の開設許可若しくは介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可を証する書類の写しを添付。要、原本証明。
体制届 様式第1号 届出書	届出様式①	名称等は指定申請書と併せて記載。事業所番号は空欄。
同 別紙1（その1） 一覧	届出様式①	ページ数が多いが、短期入所の部分だけで○を付ければよい。
同 別紙2-2 勤務表	届出様式①	指定申請に係る別紙2と同一のものでよい。
同 別紙6（食事提供体制）	届出様式②	原則、こちらは必ず作成。
同 別紙25-2（送迎加算）	届出様式②	居宅等との送迎を行い、加算を算定する場合のみ作成。
処遇改善加算関係様式	※別途様式を掲載。	福祉・介護職員処遇改善加算等を算定する場合には、必須。

※契約書や重要事項説明書は申請時の提出対象ではありません。

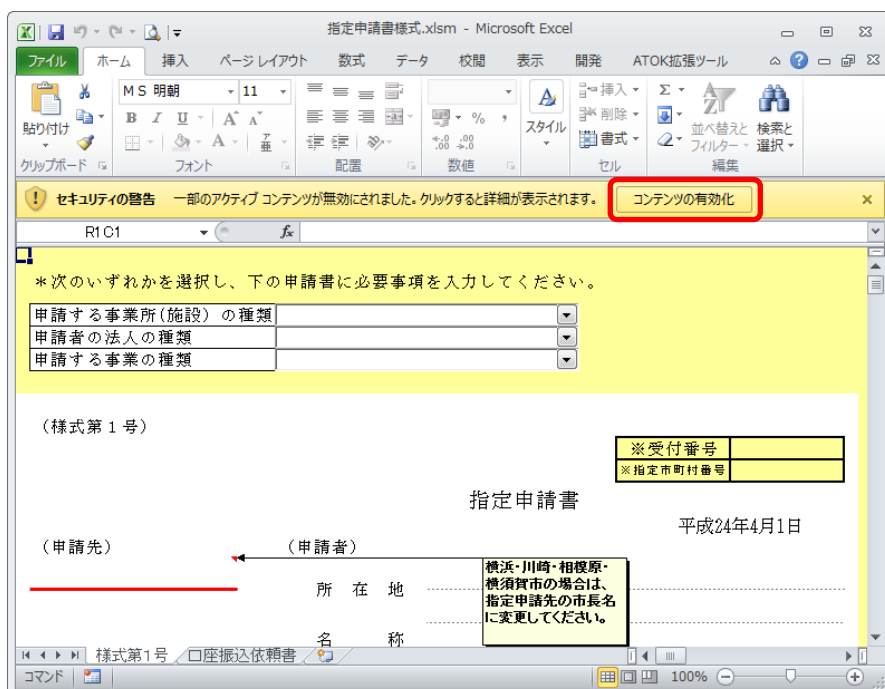
※「ファイル名」欄が「★」となっているものは、様式や記載例など特にありませんので、各事業者において既存のもの等を適宜用いてください。

## ■ 申請書等の記載例

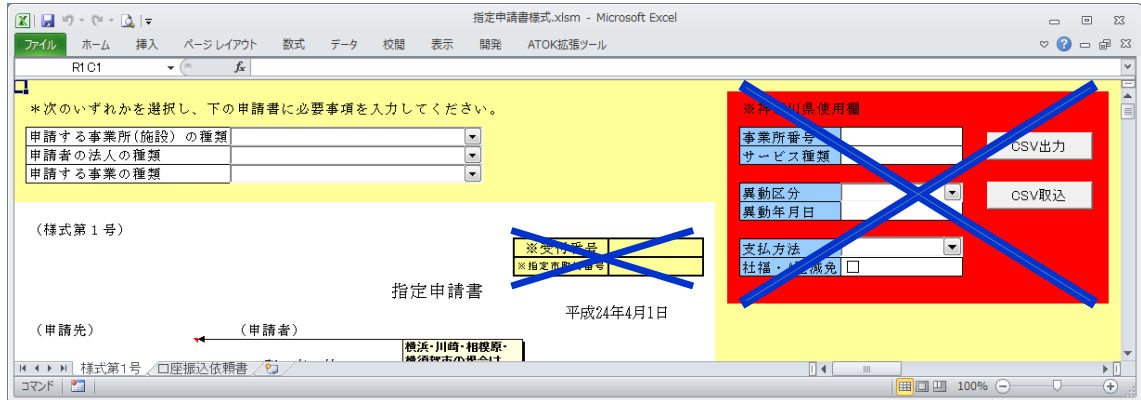
### (1) 指定申請書様式ファイルの操作



「保護されたビュー」として開かれた場合、ファイルに記載し保存できるようにするため、画面上部の「編集を有効にする」というボタンをクリックしてください。



また、マクロを用いる必要があるため、「セキュリティの警告」が表示されていると思われるますが、「コンテンツの有効化」をクリックしてください。



画面右側の神奈川県使用欄や、様式中にクリーム色で着色されているセルは、データで提出いただいた後に県が記入する箇所になりますので、入力等しないでください。

まず、欄外上部で、「申請する事業所（施設）の種類」を選択します。

\*次のいずれかを選択し、下の申請書に必要な事項を入力してください。

申請する事業所(施設)の種類	指定障害福祉サービス事業所
申請者の法人の種類	指定障害者支援施設
申請する事業の種類	指定一般相談支援事業所

(様式第1号)

指定申請書

「指定障害福祉サービス事業所」を選んでください。

\*次のいずれかを選択し、下の申請書に必要な事項を入力してください。

申請する事業所(施設)の種類	指定障害福祉サービス事業所
申請者の法人の種類	社会福祉法人(社協以外)
申請する事業の種類	社会福祉法人(社協)
	医療法人
	民法法人(社団・財団)
	福利法人
	非営利法人(NPO)
	農協
	生協
	その他法人
	地方公共団体(都道府県)
	地方公共団体(市町村)
	地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)
	非法人
	国立施設
	その他

(様式第1号)

指定障害福祉サービス事業所

(申請先)

次に、「申請者の法人の種類」の欄から、該当する法人種別を選んでください。

\* 次のいずれかを選択し、下の申請書に必要な事項を入力してください。

申請する事業所(施設)の種類	指定障害福祉サービス事業所
申請者の法人の種類	医療法人
申請する事業の種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅介護</li> <li>重度訪問介護</li> <li>行動援護</li> <li>同行援護</li> <li>療養介護</li> <li>生活介護</li> <li><b>短期入所</b></li> <li>重度障害者等包括支援</li> <li>共同生活援助</li> <li>共同生活援助(地域移行型)</li> <li>自立訓練(機能訓練)</li> </ul>

(様式第1号)

指定障害福祉サービス事業所

最後に、「申請する事業の種類」欄で、「短期入所」を選んでください。

指定申請書様式.xlsx - Microsoft Excel

R1C1

\* 次のいずれかを選択し、下の申請書に必要な事項を入力してください。

申請する事業所(施設)の種類	指定障害福祉サービス事業所
申請者の法人の種類	医療法人
申請する事業の種類	短期入所

(様式第1号)

※受付番号

※指定市町村番号

指定障害福祉サービス事業所 指定申請書

平成24年4月1日

(申請先) ← (申請者)

所在地

名 称

横浜・川崎・相模原・  
横浜市の場合は、  
指定申請先の市長名  
に変更してください。

付表5 / 付表13その1 / 付表13その2

すると、非表示だったシート「付表5」、「付表13その1」、「付表13その2」のタブが表示されます。

これら表示されているシートのうち、使用するのは原則として「様式第1号」、「口座振込依頼書」、「付表5」の3点になります。

これ以下、順に様式ごとの記載例を掲載しますので、参考にしてください。

(付表5より後のものは、別のファイルになります。)

(2) 申請に係る各種様式の記載例

(様式第1号)

※受付番号	
※指定市町村番号	

指定申請書

令和5年4月1日

(申請先) ← (申請者)

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

横浜・川崎・相模原・横須賀市の場合は、指定申請先の市長名に変更してください

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に規定に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者(設置者)	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください	
	連絡先	電話番号		FAX番号
	法人の種類			法人所轄庁
代表者	役職			
	氏名			
	住所	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください	
事業所・施設の種類の指定を受けようとする	フリガナ			
	事業所(施設)の所在地	〒	※事業所(施設)所在地市町村番号	※級地区分
	事業等の種類			
			指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	付表
主たる事業所名称				
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類		事業所番号	
	事業所名称			
指定有効開始年月日		指定有効終了年月日		
指定更新申請中区分	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※地域生活支援拠点等区分	<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当	
効力停止開始年月		効力停止終了年月		
※指定管理者制度適用区分	<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当	※支所コード		
事業変更年月日				

(備考)

- 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「営利法人」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の指定」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県内において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

Ver. 110

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

令和	年	月	日
----	---	---	---

申請者 (債権者)	法人名称 (開設者)											届出印		
	郵便番号	〒												
	事業所在地													
	代表者氏名													
	事業所名称													
	事業所番号													☎連絡先電話番号
	対象事業名													

振込先	金融機関名						金融機関コード					
	支店名						支店コード					
	口座番号						預金種目	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座				
	口座名義人	フリガナ										
	氏名											

受領委任状	申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。										
	令和	年	月	日							
	委任者										印

※振込エラー防止のためどちらか一方にチェックをお願いします。  
 取扱金融機関の確認を以下に明記します。     2枚目に通帳のコピーを添付します。

金融機関記載欄	上記口座が存在することを確認しました。										
	金融機関名										
	確認年月日										



付表5 短期入所事業所の指定に係る記載事項

										※受付番号				
事業所	フリガナ	ホスピタル・ウイング・ニューション・キョウジョ												
	名称	☆☆病院短期入所事業所												
	所在地	〒 251-8601		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください										
			神奈川県藤沢市朝日町1-1											
連絡先		電話番号	0466-00-0000			FAX番号	0466-00-0001							
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等												定款 第2条		
管理者	フリガナ	カガワ タロウ												
	氏名	神奈川 太郎												
	住所	〒 231-0001		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください										
			神奈川県横浜市中区新港1-1 赤レンガマンション1010											
当該短期入所事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）										病院長				
他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）										事業所等の名称				
										兼務する職種				
										勤務時間				
事業所の種別		<input type="checkbox"/> 併設型		<input checked="" type="checkbox"/> 空床型				<input type="checkbox"/> 単独型						
併設（本体）施設		利用定員（人）												
		前年度の平均入所者数（人）												
		名称		☆☆病院										
		施設種別等		病院										
		入所者の定員		160										
単独事業所の居室		1室の最大定員												
		入所者1人あたりの最小床面積												
従業者の職種・員数	(単位：人)		サービス管理責任者		医師		看護職員						心理判定員	
			専従	兼務	専従	兼務	合計	保健師	看護師	准看護師	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤			2	1	16			12		4		
		非常勤					3			10		2		
			常勤換算後の人数		4.2									
			※基準上の必要人数											
	(単位：人)		職能判定員		理学療法士等						あんまマッサージ指圧師		生活支援員	
			専従	兼務	合計	理学療法士	作業療法士	機能訓練指導員	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤			1		1							
		非常勤			4		2		2					
			常勤換算後の人数											
			※基準上の必要人数											
(単位：人)		職業訓練員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤					8								
	非常勤					2								
		常勤換算後の人数												
		※基準上の必要人数												
主な揭示事項	主たる対象者		<input type="checkbox"/> 特定なし		<input type="checkbox"/> 身体障害者		<input type="checkbox"/> 知的障害者		<input checked="" type="checkbox"/> 障害児		<input type="checkbox"/> 精神障害者			
	利用料		法令及び報酬告示に定める額											
	その他費用		運営規程に定める額											
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		<input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無							
			苦情解決の措置概要		窓口（連絡先）		0466-00-0002							
			担当者		医療福祉相談室 室長 ○○ ○○									
協力医療機関		名称		主診療科名										
		名称		主診療科名										
		名称		主診療科名										
※加算等	利用定員超過減算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		職員欠如減算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		食事提供体制加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	施設等の区分		医療型		<input type="checkbox"/> 単独型加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無							
	栄養士配置加算		<input type="checkbox"/> 常勤管理栄養士		<input type="checkbox"/> 常勤栄養士		<input type="checkbox"/> その他栄養士		<input checked="" type="checkbox"/> 無					
	緊急短期入所体制確保加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		送迎加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無							
	処遇改善加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		処遇改善加算		キャリアパス区分							
	特定処遇改善加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		特定処遇改善加算区分									
	処遇改善特別加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		主たる事業所サービス種類コード1		処遇改善（特別）加算なし							
	主たる事業所施設区分		共同生活援助以外		重度障害者（児）支援加算（強度行動障害）		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無							
	常勤看護職員等配置加算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		医療連携体制加算（V）		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無							
	共生型サービス対象区分		<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当		福祉専門職員配置等の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II							
大規模減算		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無												
(備考)														
1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。														
2. 事業所の名称・所在地については、様式第1号から転記されます。														
3. 新設の場合には、「前年度の平均入所者数」欄は推定数を記入してください。														
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。														
5. 「従業者の職種・員数」欄には、併設型の場合に本体施設の職員配置を記載して下さい。														
6. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。														





# 記載例

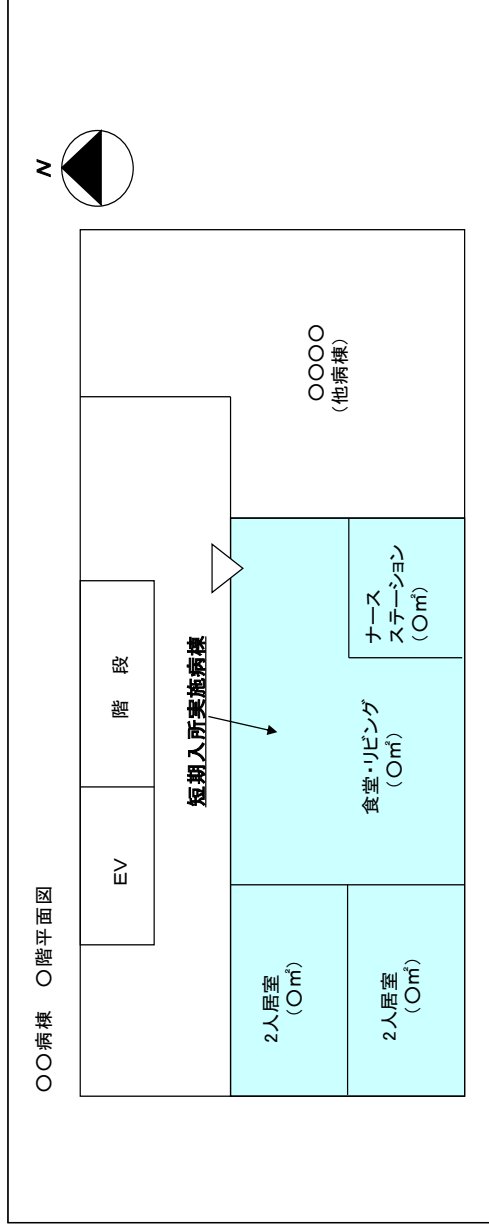
同一又は隣接した場所での他のサービスを実施している場合は、それぞれの配置がわかる位置図等を添付してください。

参考様式 1

## 事業所・施設の平面図

事業所の名称	☆☆病院短期入所事業所
--------	-------------

建物の名称	○○病棟 (建物、施設等の名称)
構造概要	○造○階建 ○階
事業所の共用の有無	○階○○病棟



- (備考)
- 1 各室、区画の用途及び面積を記載し、他の事業や施設と共用する場合は、その旨を記載し色分けする等わかりやすく表示してください。
  - 2 既製の平面図がある場合にはそれを添付してください。(その場合、A3に縮尺の上、折り込んでください。)
  - 3 療養介護事業所、共同生活援助、短期入所事業所、障害者支援施設においては既製の平面図を添付して下さい。短期入所事業所で、併設事業所の場合は、本体施設の平面図を添付してください。
  - 4 事業所の外観及び内部(各室、区画)の写真を添付してください。
  - 5 多機能型、従たる事業所や複数の共同生活住居がある場合は、それぞれの位置関係がわかる地図等を添付してください。

# 記載例

参考様式 2

居室面積等一覧表

事業所の名称 ☆☆病院短期入所事業所	短期入所
サービスの種類	

種類	設置階		1 階		2 階		3 階		階		合計	
	居室数	面積	備考	一人あたり	居室数	面積	備考	一人あたり	居室数	面積	備考	面積
居室	1室の定員											
2人部屋A	2人	( )		21㎡ (20.5㎡)	2			( )				2
2人部屋B	2人	( )		25㎡ (22.5㎡)	5			( )				5
		( )		( )				( )				125㎡
		( )		( )				( )				
		( )		( )				( )				
		( )		( )				( )				
		( )		( )				( )				
		( )		( )				( )				
居室以外												
食堂					1		共用					
特別浴室	1		共用									
一般浴室					1		共用					
洗面所					1		共用					
便所					2		共用					
訓練・作業室	1		共用									
相談室					1		共用					
多目的室					1		共用					
片廊下幅		(最も狭い箇所)	1.55	m		(最も狭い箇所)	1.55	m		(最も狭い箇所)	m	
中廊下幅			1.9	m			1.9	m			m	
共用する事業所・施設名												

備考 1 設備基準で定められた設備等について、設置階ごとに記載してください。  
 2 居室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも面積に異なる居室がある場合には、それぞれの居室ごとに分けて記入してください。  
 3 「1人あたりの面積」の算出が必要な設備は、面積欄の( )内に記入してください。(算出にあたっては小数点以下第二位を切捨て)  
 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数、面積を記入してください。  
 5 他の事業所、施設と共用がある場合は、備考欄に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。  
 6 同一の事業所又は施設の他の設備と兼用している場合は「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記載してください。  
 7 施設入所支援の場合は昼間実施するサービスとあわせて記載してください。

# 記 載 例

参考様式 3

## 事業所の設備・備品等一覧表

事業所の名称	☆☆病院短期入所事業所
サービスの種類	短期入所

設備の概要	設備基準上適合すべき項目についての状況	備品の品名及び数量	適合の可否
・相談室	・室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切りを設けている。	机 1、いす 4、パーテーション 2	
・事務室	・個人情報の漏えいを防ぐため、鍵付きの書庫を設置している。	鍵付き書庫 2	
・感染症予防	・事業所入口及び洗面所に手指消毒を設置	ウェルパス 2	
・消火設備	・消防法に適合したものを備えている。	・消火器 10、スプリンクラー	
事業所がある地域を所管する消防署に相談し、必要な設備、備品等を備えてください。			
・居室設備	・介護度の高い利用者の滞在に必要な設備を備えている。	・ベッド 20 ・ストレッチャー 3 ・医療配管 全居室	

備考 1 申請するサービスの種類に関して、基準条例で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」(参考様式2)に記載された項目以外の事項について記載してください。

2 「適合の可否」欄には何も記載しないでください。

# 記 載 例

参考様式 4

管 理 者

サービス管理責任者  
サービス提供責任者  
相談支援専門員  
指定地域移行支援従事者  
指定地域定着支援従事者

経 歴 書

事業所の名称	☆☆病院短期入所事業所		
サービスの種類	短期入所		
(管理又は従事する事業所が複数の場合はその全てを記載してください。)			
事業の名称			
サービスの種類			
フリガナ	かがわいけい	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
氏 名	かがわ 一郎		
住 所 (自宅)	(〒231-****) 神奈川県平塚市〇〇-〇〇		
電話番号 (自宅)	0463-〇〇-〇〇〇〇		
主な職歴			
期間	勤務先	職務内容	
昭和〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	○△□総合病院	医師・小児科医長 (退職時)	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	○△大学病院	小児科部長	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	☆☆病院	院長	
職務に関する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
医師	平成〇〇年〇月〇日		
★ 資格を証する書類の写しを添付してください。			
備考 (研修等の受講の状況等)			
特段記載しなくても構いません。			
備考	管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者、指定地域定着支援従事者のいずれかを○印で囲ってください。それぞれ別葉で提出してください。		

# 記 載 例

参考様式 6      利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所の名称	☆☆病院短期入所事業所
サービスの種類	短期入所

## 措置の概要

1      利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）、担当

・相談、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。また、担当者不在の場合、事業所の誰もが対応可能なように相談苦情管理対応シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。常設窓口(電話番号)〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇担当  
者 〇〇 〇〇(又は〇〇 〇〇)※利用者には、この内容を印刷物で配布し、周知している。

・利用者からの苦情に適切に対処するため、当事業所関係者及び利用者以外の中立・公正な「第三者委員」を設置し、双方の間に入って助言を行い、話し合いに立ち会うなど、積極的な役割を果たしてもらっている。「第三者委員」氏名 〇〇 〇〇(弁護士)氏名 〇〇 〇〇(〇〇法人〇〇  
監事)

2      円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

・苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。  
・相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、対応を決定する。  
・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。)

※ 具体的な対応方針を記載すること。

3      その他参考事項

当事業所において、処理し得ない内容についても、適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

備考      上記は例示であるので、これに関わらず、適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

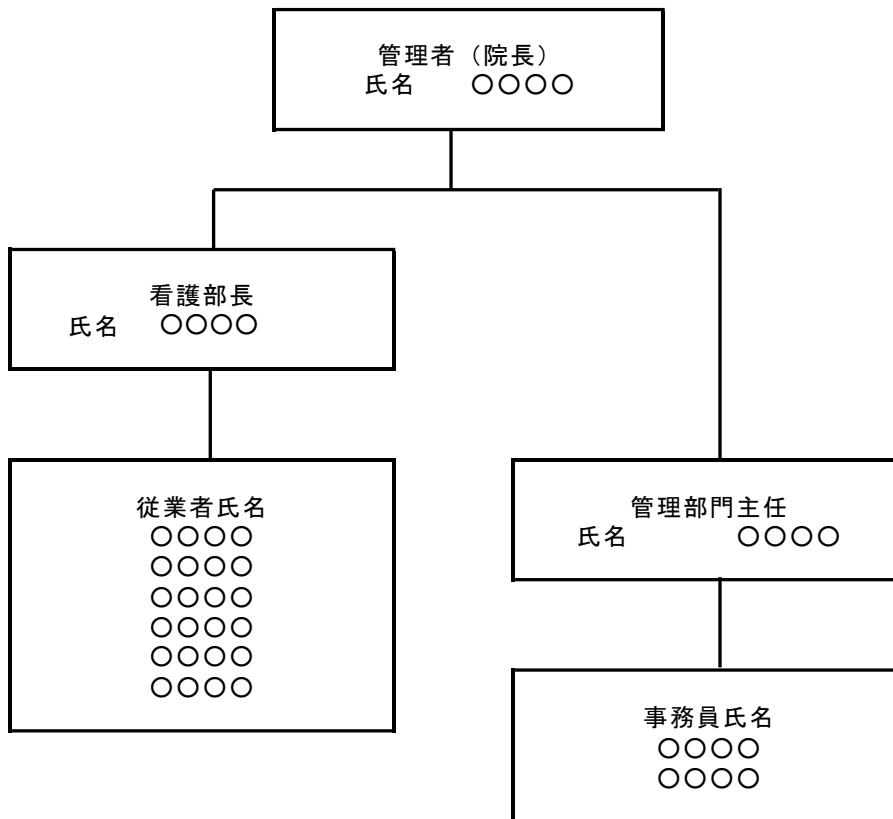


# 記載例

参考様式 7

## 組織体制図

事業所の名称	☆☆病院短期入所事業所
サービスの種類	短期入所



\*既存の組織体制図がある場合は、その写しの添付で  
かまいません。

備考 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	☆☆病院短期入所事業所
サービスの種類	短期入所

1 申請に係るサービスの主たる対象者

※該当するものを○で囲むこと。

【重度訪問介護を除く訪問系・短期入所・共同生活援助・一般相談支援】

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ○ 障害児

【重度訪問介護】

重度肢体不自由者 ・ 行動障害者

【上記のサービス以外】

身体障害者（肢体不自由 ・ 視覚障害 ・ 聴覚言語障害 ・ 内部障害）  
知的障害者 ・ 精神障害者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

短期入所を実施する病棟として小児科病棟を用いることから、小児以外の利用に対して、設備上の課題や医学的管理の事情等から適切な看護等を提供することが困難であるため。

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり ・ ○ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

現時点で拡充の予定はないが、必要性によっては、系列他院での受け入れについて検討する。

# 記載例

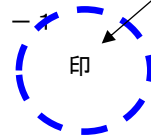
## 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための 法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

この誓約書は「欠格事由に該当しない旨の誓約書」です。

令和 〇〇年 〇月 〇日

神奈川県知事 様

申請者	所在地	神奈川県横浜市中区日本大通 1
	名称	医療法人社団☆☆会
代表者	住所	神奈川県横浜市中区新港 1-1
	氏名	神奈川 花子



法人印を押印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる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第36条第3項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

### 記

#### 【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第36条第3項各号の規定】 （一部要約）

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第43条第1項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第43条第2項の都道府県の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  
\* 児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、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、子ども・子育て支援法、国家戦略特別区域法（第12条の4第15項及び第17項から第19項までの規定に限る）、公認心理師法、（療養介護を提供するものにあつては、このほか医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、難病の患者に対する医療等に関する法律）。
- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの[\*]により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

※2 ページ目省略

# 記載例

参考様式9別紙

## 役員等名簿

申請者（法人）名 （社会福祉法人かながわ福祉会）

(ふりがな) 氏名	生年月日	(ふりがな) 住所	
	役職名・呼称	TEL	FAX
かながわ いちろう かながわ一郎	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけんひらつかし 神奈川県平塚市〇〇-〇〇	
	理事長	0463-xx-xxxxxx	0463-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	理事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	理事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	理事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	理事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	理事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	理事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	理事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	監事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	監事	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇	
	管理者	xx-xx-xxxxxx	xx-xx-xxxxxx

注 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入してください。

# 記 載 例

参考様式10

## 協力医療機関との契約の内容

事業所の名称	☆☆病院短期入所事業所
サービスの種類	短期入所
協力医療機関の名称	医療法人〇〇会 〇〇〇病院
所在地	神奈川県〇〇市△△町〇丁目〇〇番
診療科目	〇〇科、〇〇科、〇〇科
事業所・施設からの距離	〇〇 km (徒歩 〇〇分 車 〇〇分)
契約の内容	<p>(例) 協力病院と以下のような契約を結び、緊急時等に対する体制を整えている。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 入居者の緊急な医学的治療を要する際には、迅速に入院、往診の処置を行う。</li> <li>2 日祝日並びに夜間についても、入居者の緊急な医学的治療を要する場合は、直ちに医学的処遇を行うため万全の体制を確保する。</li> <li>3 相互に疑義を生じたときは、双方誠実に協議善処するものとする。</li> </ol> <p style="text-align: right;">等</p> <div style="border: 2px dashed blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">* 契約書の写しを添付してもかまいません。</p> </div>
備考	「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。

**記載例**

**指定障害福祉サービス事業所管理者誓約書**

この誓約書は「事業所の管理者が規定に従い管理者の責務を適正に果たす旨の誓約書」です。

「指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年神奈川県条例第9号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定障害福祉サービス事業所の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

令和 年 月 日

神奈川県知事 様

事業者名（開設法人名）

法人代表者印を押印してください。

代表者氏名

印

事業所名

管理者氏名

印

管理者の個人印（認印）を押印してください

指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例【抜粋】

**■指定居宅介護事業所の場合**

（管理者及びサービス提供責任者の責務）

第31条 指定居宅介護事業所の管理者は、当該指定居宅介護事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定居宅介護事業所の管理者は、当該指定居宅介護事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

\*第31条は、重度訪問介護、同行援護及び行動援護事業所に係る指定障害福祉サービスの事業について準用されています。

**■指定居宅介護事業所以外の指定障害福祉サービス事業所の場合**

（管理者の責務）

第68条 指定療養介護事業所の管理者は、当該指定療養介護事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定療養介護事業所の管理者は、当該指定療養介護事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

\*第68条は、以下の指定障害福祉サービスの事業について準用されています。

生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、自立訓練（機能訓練）

自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、共同生活援助。

## 事業計画書

事業所名又は施設名	☆☆病院短期入所事業所
サービスの種類	短期入所

1. 事業の目的

※運営規程等を参考に記載してください。

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、短期間の入所が必要な者(遷延性意識障害児、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する児童及び重症心身障害児等)に対し、短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を行うことを目的とする。

2. 事業開始日

令和 2 年 ○ 月 ○ 日

3. 年間利用見込数

延べ 128 人

4. 月別状況一覧表

令和 2 年 10 月 ~ 令和 3 年 9 月

項目	月													合計	月平均	
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	人		人	
実人数(人)	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	26	人	2.2	人
延日数(日)	4	4	5	10	10	10	10	15	15	15	15	15	128	人	10.7	人
その他 (行事・研修の実施等)	人権研修	学会派遣			看護技術研修		初任者研修 人権研修			看護技術研修		人権研修				

※事業開始月から12ヶ月分で作成してください。

※人員見込数は、管理者を含め従業員の人数を記載してください。

※その他は概要を簡潔に記載してください。

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

【令和4年4月適用版】

令和 5年 4月 1日

神奈川県知事 殿

届出者所在地  
(法人) 事業者名  
代表者名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者 (法人)	フリガナ	イリホクジノシヤクンホクホカイ					
	名称	医療法人社団☆☆会					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 231-8588 ) 神奈川県横浜市日本大通1					
	連絡先	電話番号	045-000-0000	FAX番号	045-000-0001		
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	神奈川 花子		
事業所・施設 の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 251-8601 ) 神奈川県藤沢市朝日町1-1					
	事業所番号		サービス種類			短期入所	
	多機能型の有無	無・有	(	多機能型の他のサービス種類 :	)		
	従たる事業所の有無	無・有	(	従たる事業所の名称 :	)		
	事業所名	☆☆病院短期入所事業所					
	連絡先	電話番号	0466-00-0000	FAX番号	0466-00-0001		
	管理者氏名	氏名	神奈川 太郎				
変更の概要	令和4年3月サービス提供分(4月請求分)から令和4年4月サービス提供分(5月請求分)の報酬算定(加算及び区分)について変更の有無をチェックしてください。	指定年月日			年	月	日
		変更年月日 [加算算定適用年月日]	令和		年	月	日
	無 ・ 有	終了年月日	令和		年	月	日
	変更前	変更後					
記載例	福祉専門職員等配置加算 無 食事提供体制加算 有	福祉専門職員等配置加算(Ⅲ) 食事提供体制加算 無					

注 届出書類はサービス種類ごとに提出してください。



別紙 1 (その 1)

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

当該事業所の地域区分		3 級地		事業所名	☆☆病院短期入所事業所						
提供サービス	定員	定員規模 (多機能型の場合は他のサービスの定員を含めた総定員)	施設区分・サービス費	該当する体制等					適用開始日		
居宅介護	/	/	/	特定事業所加算	1	なし	2 (I)	3 (II)	4 (III)	5 (IV)	
重度訪問介護	/	/	/	特定事業所加算	1	なし	2 (I)	3 (II)	4 (III)		
行動援護	/	/	/	特定事業所加算	1	なし	2 (I)	3 (II)	4 (III)	5 (IV)	
同行援護	/	/	/	特定事業所加算	1	なし	2 (I)	3 (II)	4 (III)	5 (IV)	

~~~~~ 途中省略 ~~~~~

|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |       |        |     |     |      |  |
|-------------------|--------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|--------|-----|-----|------|--|
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5. V (キャリアパス要件 I、キャリアパス要件 II、職場環境等要件のいずれも満たさない)                                                                                                                                                                                                                           |    |    |       |        |     |     |      |  |
| 短期入所              | 定員名 (空床型を除く) | 1 福祉型<br>② 医療型<br>3 福祉型(強化) | 福祉型サービス費 (I)<br>福祉型サービス費 (II)<br>福祉型サービス費 (III)<br>福祉型サービス費 (IV)<br>医療型サービス費 (I)<br>医療型サービス費 (II)<br>医療型サービス費 (III)<br>医療型特定サービス費 (I)<br>医療型特定サービス費 (II)<br>医療型特定サービス費 (III)<br>医療型特定サービス費 (IV)<br>医療型特定サービス費 (V)<br>医療型特定サービス費 (VI)<br>基準該当サービス費 (I)<br>基準該当サービス費 (II) | 職員欠削減                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 大規模事業所減算                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 常勤看護職員等配置加算                                                                                                                                                                                                                                                               | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 定員超過減算                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 食事提供体制加算                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1  | なし | ②     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 栄養士配置加算                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1  | なし | 2 (I) | 3 (II) |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 単独型加算                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 医療連携体制加算 (V)                                                                                                                                                                                                                                                              | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 緊急短期入所体制確保加算                                                                                                                                                                                                                                                              | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 送迎加算                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1  | なし | ②     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 重度障害者支援加算 (強度行動障害)                                                                                                                                                                                                                                                        | 1  | なし | 2     | あり     |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |       | /      |     |     |      |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 指定管理者制度適用区分                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |       | 1      | 非該当 | 2   | 該当   |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 共生型サービス対象区分 (共生型サービス事業所のみ記載)                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |       | 1      | 該当  | 2   | 非該当  |  |
|                   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 福祉専門職員配置等 (共生型サービス事業所のみ記載)                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |       | 1      | なし  | 2 I | 3 II |  |
| 地域生活支援拠点等         |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                         | 該当 | 3  | 非該当   |        |     |     |      |  |
| 福祉・介護職員処遇改善加算対象   |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし | 2  | あり    |        |     |     |      |  |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算対象 |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                                                                                                                                                                                                                                                                         | なし | 2  | あり    |        |     |     |      |  |
| キャリアパス区分          |              |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1. I (キャリアパス要件 I、キャリアパス要件 II、キャリアパス要件 III、職場環境等要件の全てを満たす)<br>2. II (キャリアパス要件 I、キャリアパス要件 II、職場環境等要件の全てを満たす)<br>3. III (キャリアパス要件 I、キャリアパス要件 II のいずれかと、職場環境等要件を満たす)<br>4. IV (キャリアパス要件 I、キャリアパス要件 II、職場環境等要件のいずれか 1つを満たす)<br>5. V (キャリアパス要件 I、キャリアパス要件 II、職場環境等要件のいずれも満たさない) |    |    |       |        |     |     |      |  |

~~~~~ 以後省略 ~~~~~



食事提供体制加算に係る体制

|         |             |
|---------|-------------|
| 事業所名    | ☆☆病院短期入所事業所 |
| サービスの種類 | 短期入所        |

※色つきのセルを入力

|                                 |              |                                  |              |    |   |   |     |   |   |  |
|---------------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|----|---|---|-----|---|---|--|
| 食<br>事<br>の<br>提<br>供<br>体<br>制 | 事業所内の調理器具の場合 | 食事提供に係る人員配置                      | 管理栄養士        | 常勤 | 1 | 人 | 非常勤 |   | 人 |  |
|                                 |              |                                  | 栄養士          | 常勤 |   | 人 | 非常勤 | 1 | 人 |  |
|                                 |              |                                  | 調理員          | 常勤 | 2 | 人 | 非常勤 | 3 | 人 |  |
|                                 |              |                                  | その他( )       | 常勤 |   | 人 | 非常勤 |   | 人 |  |
|                                 |              |                                  | 調理業者へ委託(委託先) |    |   |   |     |   |   |  |
| 提<br>供<br>体<br>制                | 事業所外で調理の場合   | 業務外部委託先                          |              |    |   |   |     |   |   |  |
|                                 |              | 調理・提供方法<br>(右のいずれかの方法に○をお付けください) | ・クックチル       |    |   |   |     |   |   |  |
|                                 |              |                                  | ・クックフリーズ     |    |   |   |     |   |   |  |
|                                 |              |                                  | ・真空調理(真空パック) |    |   |   |     |   |   |  |
|                                 |              |                                  | ・クックサーブ      |    |   |   |     |   |   |  |
| 業務委託内容<br>(適切な食事提供の確保方策)        |              |                                  |              |    |   |   |     |   |   |  |

注1 業務委託を行っている場合の人員配置は、事業所・施設で適切な食事提供が行われるための管理等に関わる職員の状況を記入してください。

注2 外部委託を行う場合の適切な食事提供の確保方策欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される供体制に相当するものへの対応の概略を記入してください。

注3 調理業者へ委託(委託先)に記載していて、事業所で管理栄養士等を直接雇用していない場合、食に係る人員配置欄の管理栄養士等の人数の記載は不要です。

【加算の要件となる食事提供体制】

(1) 事業所内の調理設備を使用して食事を提供する場合

- ・調理担当者が配置されていること。(常勤、非常勤職員の配置又は調理業者への委託)
- ・主食、主菜、副菜等全ての食事を調理し、提供すること。

(2) 事業所外で調理された食事を提供する場合

- ・市販の弁当の購入及び一般飲食店からの配達は不可。(栄養管理等の関わりがあっても同様)
- ・食事の提供方法は、クックチル、クックフリーズ、真空調理、クックサーブに限る
- ・調理業務の委託先と契約を交わすこと。
- ・運搬手段等について衛生上適切な措置がなされていること。

## 送迎加算に関する届出書(短期入所)

|         |                                                              |    |
|---------|--------------------------------------------------------------|----|
| 事業所番号   |                                                              |    |
| 事業所の名称  | ☆☆病院短期入所事業所                                                  |    |
| 送迎の状況   | 当該事業所において行われる居宅等の利用につき、利用者の送迎を行っている                          |    |
|         | <input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し |    |
| 算定可能な加算 | 送迎加算                                                         | 該当 |

#### 4. 運営規程の作成例

##### 〇〇〇事業所運営規程

(事業の目的)

第1条 〇〇法人〇〇が開設する〇〇〇〇 (以下「事業所」という。)が行う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 (以下「法」という。)に基づく指定短期入所事業 (以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関することを定め、事業所の従業者が、支給決定を受けた障害者又は障害児 (以下「利用者」という。)に対し、適正な指定短期入所を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 この事業所が実施する事業は、利用者の身体その他の状況及び置かれている環境に応じて入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な保護を適切かつ効果的に行うものとする。

2 事業の実施に当たっては、利用者又は障害児の保護者の意思及び人格を尊重して、常に利用者又は障害児の保護者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

3 サービスの提供に当たっては、地域及び家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者等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るものとする。

4 事業の実施に当たっては、自ら提供する指定短期入所の事業の質の評価を行い、常にその改善に努めるものとする。

5 事業の実施に当たっては、前4項のほか、関係法令等を遵守する。

※ 共生型短期入所の場合には、上記3項の次に次の4項の内容を加え、4項を5項とし、5項を6項としてください。

4 サービスの提供に当たっては、利用者に適切なサービスが提供できるよう、指定短期入所事業所その他の関係施設から必要な技術的支援を受けるものとする。

※ 市町村等により地域生活支援拠点に位置づけられている場合、上記4項の次に次の5項の内容を加え、5項を6項としてください。

5 〇〇市町村 (圏域) の地域支援拠点等として、市町村等により次の機能を位置づけられていることを踏まえ、広く地域の障害児者の支援に努めるものとする。

① 地域支援拠点として、市町村等により位置付けられた機能を記載。

②

(事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

1 名称 〇〇〇〇〇〇

2 所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

(職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は、次のとおりとする。

| 職種    | 雇用区分                                                                                                                                                 |    |     |    | 職務内容                                                           |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|----------------------------------------------------------------|
|       | 常勤                                                                                                                                                   |    | 非常勤 |    |                                                                |
|       | 専従                                                                                                                                                   | 兼務 | 専従  | 兼務 |                                                                |
| 管理者   |                                                                                                                                                      |    |     |    | 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。 |
| 看護職員  | <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">                     本体施設と兼務する従業者は<br/>                     全て兼務欄に記載のこと。                 </div> |    |     |    |                                                                |
| 生活指導員 |                                                                                                                                                      |    |     |    | 利用者に対する日常生活上の支援、相談、介護を行う                                       |
| 介護職員  |                                                                                                                                                      |    |     |    | 利用者に対する必要な介護を行う                                                |
|       |                                                                                                                                                      |    |     |    |                                                                |
| 調理職員  |                                                                                                                                                      |    |     |    | 利用者に対する食事の提供を行う                                                |
| (その他) |                                                                                                                                                      |    |     |    | (理学療法士、送迎運転員等)                                                 |

(指定短期入所の事業の種類)

※単独型の場合

第5条 「単独事業所」として指定短期入所事業を行う。

※併設型の場合

第5条 「併設事業所」として指定短期入所事業を行う。

※空床利用型の場合

第5条 入所者に利用されていない居室を利用して指定短期入所事業を行う。

(主たる対象者) \*主たる対象者を特定して事業を実施する場合には、記載してください。

第6条 事業所の主たる対象者は、以下のとおりとする。

- 身体障害者
- 知的障害者
- 精神障害者
- 難病等対象者
- 障害児

(短期入所の定員)

※単独型及び併設型の場合

第7条 事業所の短期入所の定員は、○人とする。

2 前項の定員を遵守する。

ただし、災害、虐待その他のやむを得ない事情がある場合には、定員を超えて利用者を受け入れることができるものとする。

(サービスの提供)

第8条 指定短期入所の提供に当たっては、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行うものとする。

2 適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清拭を行うものとする。

3 その利用者に対して、利用者の負担により、当該事業所の従業者以外の者による保護を受けさせてはならないものとする。

4 利用者の食事は、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に提供するものとする。

(支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者から受領する費用の額等)

第9条 指定短期入所を提供したときは、支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者(以下「利用者等」という。)から、市町村が定める負担上限月額範囲内において利用者負担額の支払を受けるものとする。

2 法定代理受領を行わない指定短期入所を提供したときは、利用者等から厚生労働省が定める費用の額の支払を受けるものとする。

3 前2項の支払を受ける額のほか、指定短期入所として提供される便宜に要する費用のうち、食事の提供に要する費用、光熱水費、日用品費その他の日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者が負担することが適当と認められるものの支払を利用者等から受け取ることができるものとする。この場合の利用料金については別表に定める。

4 前3項の費用の額の支払を受けた場合には、当該費用の受領に係る領収証を当該費用の額を支払った利用者等に対し交付するものとする。

5 第3項の費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者等に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者等の同意を得るものとする。

(通常の送迎の実施地域)

第10条 通常の送迎の実施地域は、次のとおりとする。

○○市全域

△△町全域

※ 市町村の一部とする場合は、その町名まで記載してください。

(サービス利用に当たっての留意事項)

第 11 条 サービスを利用するに当たって、利用者は宗教活動や営利を目的とした勧誘、暴力行為その他、他の利用者に迷惑を及ぼす言動を行ってはならないものとする。

(緊急時等における対応方法)

第 12 条 従業者は、指定短期入所の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要があると認める場合には、速やかに医療機関への連絡その他必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。

(非常災害対策)

第 13 条 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的な計画を定め、非常災害時における関係機関への通報体制及び関係機関との連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するものとする。

2 非常災害に備えるため、定期的に避難訓練・救出訓練その他必要な訓練を行うものとする。

(苦情への対応等)

第 14 条 提供した指定短期入所に関する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、苦情を受け付けるための窓口の設置その他必要な措置を講ずるものとする。

2 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する。

3 提供した指定短期入所に関し、法の定めるところにより、市町村が行う報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示の命令又は当該職員からの質問若しくは事業所の設備若しくは帳簿書類その他の物件の検査に応じ、及び利用者又はその家族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には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

4 提供した指定短期入所に関し、法の定めるところにより、知事が行う報告若しくは指定短期入所の提供の記録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示の命令又は当該職員からの質問に応じ、及び利用者又はその家族からの苦情に関して知事が行う調査に協力するとともに、知事から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。

5 社会福祉法第 83 条に規定する運営適正化委員会が同法第 85 条の規定により行う調査又はあっせんに協力するものとする。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第 15 条 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとする。

(1) 虐待の防止に関する責任者の選定及び設置

(2) 成年後見制度の利用支援

(3) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果の従業員



への周知

(感染症対策に関する事項)

第16条 事業所において感染症が発生し又はまん延しないように、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果についての従業者への周知
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対する感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の定期的な実施

(業務継続計画の策定に関する事項)

第17条 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する必要なサービス提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、必要な措置を講ずるものとする。

- 2 従事者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行うものとする。
- 3 定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

(その他運営に関する重要事項)

第18条 従業者の資質向上のため研修（前条に規定する利用者の人権の擁護、虐待の防止等の内容を含む。）の機会を次のとおり設けるものとし、また、勤務体制を整備する。

- ① 採用時研修 採用後○か月以内
- ② 継続研修 年○回
- 2 職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 3 職員であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。
- 4 職員、設備、備品及び会計に関する記録を整備するとともに、当該記録を当該指定短期入所を提供した日から5年間保存する。
- 5 利用者に対する指定短期入所の提供に関する記録を整備し、当該指定短期入所を提供した日から5年間保存する。
- 6 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は○○法人と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、令和○年○月○日から施行する。

別表（第9条第3項関係）

| 費目                  | 金額                                             |       |       |       |
|---------------------|------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| 食費                  | 種別                                             | 一般食   | 流動食   | 特別食   |
|                     | 食事提供体制<br>加算なし                                 | 640 円 | 575 円 | 716 円 |
|                     | 食事提供体制<br>加算あり                                 | 460 円 | 395 円 | 536 円 |
| 光熱水費                | 一日 〇〇円（入浴実施日のみ）                                |       |       |       |
| おやつ代                | 実費（基本〇〇円）（希望者のみ）                               |       |       |       |
| テレビ<br>レンタル料        | 一日 〇〇円（希望者のみ）                                  |       |       |       |
| 寝間着・おむつ<br>・肌着等     | 希望者は、別途委託会社と契約。<br>（当事業所では扱いません。）              |       |       |       |
| 診療報酬（処置<br>料・医療材料等） | 処置料、酸素、医療材料等を必要とする場合には、別途、病院と<br>して診療報酬を算定します。 |       |       |       |

## 5. 契約書と重要事項説明書の作成例

### ■利用契約書例

#### 障害福祉サービス（医療型短期入所）利用契約書

法人名： \_\_\_\_\_

施設名： \_\_\_\_\_

（事業所番号： 1 4 0 0 0 0 0 0 0 0）

\_\_\_\_\_（以下「利用者」という。）と \_\_\_\_\_（法人名） 理事長 \_\_\_\_\_（理事長氏名） \_\_\_\_\_（以下「事業者」という。）とは、事業者が利用者に対し \_\_\_\_\_（事業所名） \_\_\_\_\_において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（以下「法」という。）第5条に基づく障害福祉サービスとして短期入所（以下「本サービス」という。）を提供し、また利用者がその利用料金を事業者に支払うことについて、次のとおり契約を締結する。

#### （目的）

第1条 この契約は、利用者が、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短期入所を利用するに際し、事業者の提供する本サービスを円滑に利用するために必要な事項を定める。

#### （期間）

第2条 この契約の期間は、令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日又は利用者が市町村から交付された障害福祉サービス受給者証の短期入所（医療型）の支給決定期間の末日のいずれか早い日までとする。

2 前項の規定おける契約期間の末日を迎えたとき、当該支給決定期間の翌日以降に引き続き短期入所（医療型）の支給決定がなされている場合には、この契約は自動的に更新されるものとし、前項の期間は当該引き続きなされた支給決定期間の末日までとする。ただし、予め協議の上、契約を自動更新しない旨の取り決めがなされた場合は、この限りでない。

3 第1項による契約期間中の利用期間（契約期間の範囲内で別途定める期間であつて、事業者が利用者に対して現に本サービスを提供するものをいう。以下同じ。）は、利用者からの申し出に基づき別途定める。

#### （本サービスの内容）

第3条 事業者は、法令及び事業所の運営規程に基づき、次の各号に定める内容の支援を本サービスにおいて提供する。なお、その詳細は別紙「重要事項説明書」に定める。

- 一 日常生活（食事、排泄、更衣、洗面、入浴、移動等）における支援
- 二 食事の提供

- 三 日常の健康管理（病状の急変等により治療を要する場合を除く。）
- 四 療育又はレクリエーション等の余暇活動
- 五 相談支援

#### （利用料）

第4条 利用者は、本サービスの利用の対価として、市町村が決定した内容に基づき、運営規程に基づく利用料（詳細は重要事項説明書に記載。）を事業者を支払う。ただし、法第29条第4項の規定に基づき事業者が市町村から介護給付費等を代理受領する場合には、当該代理受領額を差し引いた後の利用者負担額及び自己負担額に限る。

- 2 事業者は、利用者が本サービスを利用した月の概ね翌々月末日までに、前項に基づく利用料を請求（法定代理受領したものについては、代理受領額を通知）する。
- 3 事業者は、利用者がやむを得ない事由によらず期日までに前項の請求額を支払わなかった場合、その期間に応じ遅延にかかる利息を課することができる。
- 4 前項の利率は、その利息が課される請求があった時点の政府契約の支払遅延に対する遅延利息の率（昭和24年大蔵省告示第991号）を準用する。
- 5 事業者が利用者から過大な支払いを受けていた場合には、事業者は判明後速やかに利用者に対して当該過大となった額を返還する。なお、これが正当な理由なく遅延した場合の取扱いは第3項及び第4項の規定に準じることとし、第3項中「事業者は」を「利用者は」と、「利用者が」を「事業者が」と、「期日まで」を「速やか」と、「前項の請求額」を「事業者が過大に受領したことが明らかとなった額」と、第4項中「請求があった時点」を「過大受領額が明らかとなった時点」と読み替える。

#### （受給者証の提示等）

第5条 利用者は、本サービスの利用ごとに、障害福祉サービス受給者証を事業者に提示する。

- 2 利用者は、障害福祉サービス受給者証の記載事項の変更又は障害福祉サービス受給者証の返還等の事実があったときは、速やかにその内容を事業者に報告する。
- 3 事業者は、前項の報告がなく本サービスの提供に支障がある場合には、その利用を断り、又はこの契約を解除することができる。

#### （利用手続き）

第6条 利用者は、原則として予め事業者に対して希望する利用期間又は日数等の申込みを行い、利用期間について協議し決定する。

- 2 利用者は、前項により決定した利用期間の開始前に本サービスの利用を中止又は変更することを希望する場合には、利用期間開始日から起算して事業者の2営業日前の終業時刻までに申し出ることとする。ただし、利用者又はその監護する児童の体調不良等やむを得ない事由があるときは、この限りでない。
- 3 事業者は、第1項により決定した利用期間に影響を及ぼす事情（緊急入院による

満床等)が認められたときは、速やかに利用者に申し出る。

4 前2項による申出を受けた者は、当該利用期間の変更等について協議する。

#### (事業者の基本姿勢)

第7条 事業者は、本サービスの提供にあたり、利用者等(利用者の監護する児童等の現に事業者の支援を受ける者を含む。以下同じ。)の生命、身体及び財産の安全確保に努める。

2 事業者は、利用者の能力に配慮しつつ、当該利用者等に対する適切な情報提供を行い、意見の聴取、同意、確認の上で本サービスを提供する。

3 事業者は、業務上知り得た利用者等の情報について、正当な理由なく第三者に開示しない。これは、この契約期間の終了後も同様とする。

4 事業者は、利用者等又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ず一時的に行う場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。なお、やむを得ず実施する場合には、その態様及び時間等を記録し、予め又は利用期間の終了時まで利用者に承諾を得る。

5 事業者は、本サービスの提供に関する記録を整備し、サービス提供の日から5年間保存する。利用者は、事業者が別に定める窓口業務時間において、利用者等に係る記録を閲覧し、又は実費を負担して謄写することができる。

#### (事故と損害賠償)

第8条 事業者は、本サービスの提供に際して事故が発生した場合は、速やかに利用者及びその後見人等の身元引受人並びに関係する地方自治体に連絡し、必要な措置を講じる。

2 事業者は、前項の場合において、事業者の故意又は過失により利用者に損害を与えた場合は、速やかにその損害を賠償する。ただし、事業者の安全配慮義務が十分に履行されていた場合にあっては、この限りでない。

3 利用者等は、故意又は過失により事業者に損害を与え、又は無断で設備及び備品等の形状を変更したときは、その損害を弁償し、又は原状に復する義務を負う。

#### (契約の終了事由)

第9条 この契約は、次の各号のいずれかに該当したときに終了する。

一 利用者等が死亡したとき。

二 利用者が本サービスの利用に係る市町村からの支給決定を取り消されたとき。

三 事業者が解散命令を受けたとき又は破産したとき。

四 事業者がその事業の指定を取り消され、又は廃止したとき。

五 事業者が有する施設の重大な毀損により、本サービスの提供が不可能と判断されたとき。

六 第2条第1項の規定による契約期間が満了し、更新されなかったとき。

七 第5条第3項の規定に基づきこの契約が解除されたとき。

八 第10条又は第11条の規定に基づき、解約又は解除されたとき。

(解約の申出)

第 10 条 利用者は、この契約の有効期間中、事業者申し出てこの契約を解約することができる。

2 前項の解約は、契約終了を希望する日の前日までの申出により行う。

(契約解除)

第 11 条 利用者は、事業者が次の各号に該当する行為を行った場合は、ただちにこの契約を解除することができる。

一 事業者が正当な理由なく、この契約の規定に従わず、また本サービスを提供しないとき。(第 7 条第 1 項から第 5 項までの規定に反した場合を含む。)

二 事業者の故意又は過失によって、利用者等の生命、身体、財産又は信用を毀損し、この契約を継続しがたい重大な事情が認められたとき。

三 他の利用者等が、利用者等の生命、身体又は財産等を侵害し、又はその恐れがある場合にも関わらず、事業者が適切な対応をとらない場合。

2 事業者は、利用者等が次の各号に該当する行為を行った場合は、ただちにこの契約を解除することができる。

一 利用者が、契約締結時又は利用に際して利用者等の心身の状況又は病歴などの重要事項について故意にこの全部若しくは一部を告げず、又は虚偽の申告を行ったことにより、この契約を継続しがたい重大な事情を生じたとき。

二 利用者が、正当な理由なく、第 4 条第 2 項の請求に応じず、相当の期間を定めて催告をしたにも関わらず支払わないとき。

三 利用者等が、正当な理由なく、他の利用者等の生命、身体又は財産等を侵害することによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じ、その改善が見込めないと認められたとき。

四 利用者等が、正当な理由なく、事業者及びその従業員の生命、身体、財産又は信用を毀損することによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じ、その改善が見込めないと認められたとき。

(体調悪化時の対応)

第 12 条 現に支援を受ける利用者又は利用者の児童につき、その体調悪化等により本サービスの継続が困難と判断されたときは、予め協議により定められたことのほかは、次に従う。

一 利用者又はその後見人等が引き受けることが可能なときは、利用を中止し帰宅する。

二 前号の規定による帰宅が困難な場合又は緊急の場合には、緊急搬送等(病院内で行う場合に入院に切り替えるものを含む。)を行う。

(苦情解決)

第 13 条 事業者は、本サービスに係る利用者等からの苦情に対して、法令をはじめ

とする規則に基づき、重要事項説明書に記載のとおり苦情受付窓口及び責任者を設け、適切に対処する。

- 2 利用者等は、この契約に基づく本サービスの利用に関して、重要事項説明書に記載されている苦情受付窓口へ苦情を申し立てることができる。
- 3 前項のほか、利用者等は、事業者が選任した第三者委員や神奈川県社会福祉協議会に設けられた運営適正化委員会に苦情を申し立てることができる。
- 4 事業者は、利用者等が苦情を申し立てたことを理由に、当該利用者等に対して一切の不利益な取扱いをせず、必要な調査を行い、誠意を持って対処する。

(契約に定めのない事項)

第 14 条 この契約に定められていない事項について疑義が生じたときは、利用者と事業者はともに法令及び各種規定に定められたところに従い、相互に誠意を持って協議する。

この契約の成立を証するため、本書を 2 通作成し、利用者及び事業者が記名押印の上、各 1 通を保有する。

令和〇年〇月〇日

利用者住所

利用者氏名

印

(代理の場合) 代理人氏名

(代理の場合) 利用者との関係

(児童の場合) 児童氏名

事業者所在地

法人名

代表者 役職 氏名

(事業所名 )

■ 重要事項説明書

指定短期入所事業（医療型）重要事項説明書

この重要事項説明書は、医療法人〇〇〇〇 〇〇病院短期入所事業所（以下「事業所」という）へ指定短期入所事業（医療型）（以下「事業」という）の利用契約を申し込まれた方に対し、当事業所の概要、内容について説明し交付するものです。

文面はすべて記載例です。

各事業所に応じて所要の内容に修正してください。

1 事業者の概要

|           |              |
|-----------|--------------|
| 開設法人名     | 医療法人〇〇〇〇     |
| 主たる事務所所在地 | 〇〇県〇〇市〇〇〇〇   |
| 法人代表者     | 理事長 〇〇 〇〇    |
| 電話番号      | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

2 事業の目的と運営方針等

|                      |                                                                                                                                              |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の種類                | 指定短期入所事業（医療型）                                                                                                                                |
| 事業の目的                | 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に基づく重症心身障害者等の生活支援及び医学管理                                                                                          |
| 事業所名                 | 〇〇病院短期入所事業所                                                                                                                                  |
| 管理者氏名                | 院長 〇〇 〇〇                                                                                                                                     |
| 事業所所在地               | 神奈川県〇〇市〇〇〇〇                                                                                                                                  |
| 電話番号                 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                                                                                                                                 |
| 事業の運営方針              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の個々の心身の状況を把握し、必要な医療や健康管理を行います。</li> <li>・利用者及びそのご家族が当事業所を利用することで安心して過ごすことが出来るように努力します。</li> </ul> |
| 指定年月日                | 令和〇年〇月〇日                                                                                                                                     |
| 入所定員                 | 空床利用                                                                                                                                         |
| 法人が行う他の業務            | 〇〇〇〇〇〇〇〇                                                                                                                                     |
| 福祉サービスに係る<br>第三者評価受審 | 無し・有り（受審年月日 年 月 日）                                                                                                                           |
|                      | 評価機関名称 〇〇法人〇〇〇〇                                                                                                                              |
|                      | 結果開示状況 非開示・開示（ホームページ・県社協）                                                                                                                    |



### 3 主な施設の概要

|          |                    |                    |                          |
|----------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| 本体施設名    | 〇〇病院               |                    |                          |
| 総定員      | 〇〇名                |                    |                          |
| 病棟名      | 〇〇病棟 (〇階)          | 〇〇病棟 (〇階)          | 〇〇病棟 (〇階)                |
|          |                    | この病棟では短期入所は実施しません。 |                          |
| 定員       | 〇〇名                | 〇〇名                | 〇〇名                      |
| 居室       | 4人部屋 (〇室)          | 4人部屋 (〇室)          | 4人部屋 (〇室)                |
|          | 2人部屋 (〇室)          | 2人部屋 (〇室)          | 3人部屋 (〇室)                |
|          | 個室 (〇室)            | 個室 (〇室)            | 2人部屋 (〇室)                |
|          |                    |                    | 個室 (〇室)                  |
| 浴室       | 特殊浴槽               | 特殊浴槽               | 一般浴槽                     |
| 食堂・談話室   | 談話室                | 食堂・談話室             | 食堂・談話室                   |
| トイレ      | 男女別洋式トイレ<br>車いすトイレ | 男女別洋式トイレ<br>車いすトイレ | 男女別<br>洋・和式トイレ<br>車いすトイレ |
| 機能訓練室    | 〇階                 |                    |                          |
| 放射線室・検査室 | 〇階                 |                    |                          |
| 薬剤室      | 〇階                 |                    |                          |
| 厨房・配膳室   | 〇階                 |                    |                          |

### 4 職員の配置状況

※配置される職員数に関しては、当事業利用者と施設本体事業の利用者を合算した利用者数に対して必要な基準を満たした職員数を配置しています。

※以下、短期入所を実施する病棟に限って記載しています。

| 職種           | 配置数         |             |
|--------------|-------------|-------------|
| 管理者 (医師)     | 〇名          | 常勤兼務        |
| 医師           | 〇名以上        | 常勤〇名を含む常勤換算 |
| 看護師 (准看護師含む) | 〇名以上        | 〇%以上看護師     |
| 介護職員         | 〇名以上        | 介護福祉士を含む    |
| 社会福祉士        | 〇名以上        |             |
| 理学療法士        | 〇名以上        |             |
| 薬剤師          | 〇名以上        |             |
| 管理栄養士        | 〇名以上        |             |
| 医療事務         | 〇名以上        |             |
| 一般事務職員       | 管理者が必要と認める数 |             |

## 5 主な職員の勤務体制

| 職種                  | 勤務体制                              |
|---------------------|-----------------------------------|
| 医師                  | 日勤 ○：〇〇～〇：〇〇 ほか〇形態                |
| 看護師                 | 夜勤 ○：〇〇～〇：〇〇 ほか〇形態                |
| 相談員                 | 日勤 ○：〇〇～〇：〇〇<br>(土曜・日曜・祝日・年末年始休み) |
| その他メディカルスタッフ<br>事務員 | 日勤 ○：〇〇～〇：〇〇<br>(日曜・祝日・年末年始休み)    |

## 6 サービスの概要

| 種類   | 内容                                                                                                                         |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事   | <p>・管理栄養士が作成する献立表により、栄養と嚥下機能、摂取状況に応じた食事を提供します。</p> <p>食事時間</p> <p>朝食 ○：〇〇～〇：〇〇</p> <p>昼食 ○：〇〇～〇：〇〇</p> <p>夕食 ○：〇〇～〇：〇〇</p> |
| 排泄   | 利用者の状況に応じて、適切な排泄援助を行います。                                                                                                   |
| 入浴   | 週〇回の入浴を行います。<br>但し、健康状態に応じてシャワー浴、足浴等部分浴、清拭となる場合があります。                                                                      |
| 睡眠   | 規則正しい睡眠が確保されるように支援します。                                                                                                     |
| 整容   | 洗顔、口腔ケア、整髪等個性に配慮し支援します。                                                                                                    |
| 医療処置 | 個別に必要な医療処置の継続と管理を行います。                                                                                                     |
| 服薬管理 | 服薬管理をおこない、体調の維持に努めます。                                                                                                      |

## 7 サービス利用料金

### 1) 障害福祉サービス費

利用サービス費の1割を基準とした利用者負担額を事業者にお支払いいただき、残りは公費を請求します。

- ・負担上限月額 市町村は世帯単位とした所得に応じてそれぞれ上限額を設定します。月単位で障害福祉サービスにかかる負担額は、原則この範囲内になります。

### 2) 上記1) 以外の利用料金

- ・食事サービス利用費

料金はあくまでも例ですが、食事療養費の考え方、加算の考え方を踏まえて算出しています。

| 種別             | 一般食   | 流動食   | 特別食   |
|----------------|-------|-------|-------|
| 食事提供体制<br>加算なし | 640 円 | 575 円 | 716 円 |
| 食事提供体制<br>加算あり | 460 円 | 395 円 | 536 円 |

- ・光熱水費 一日 〇〇円
- ・おやつ 実費相当 約〇〇円（希望者のみ）
- ・テレビレンタル料 一日 〇〇円（希望者のみ）
- ・希望者は、寝間着・おむつ・肌着・日用品の利用は別途委託会社（〇〇〇〇株式会社）との契約によります。
- ・利用にあたり、診療報酬を算定可能とされている一部の処置が必要となった場合、医療保険の適用にて診療費用をご負担いただきます。
- ・利用中に緊急で診療または治療が必要な状況に至った場合、当事業所の医師による外来診療として受診していただく事があります。この場合医療保険の適用にて診療費用をご負担いただきます。

### 3) 支払方法

前記1) の自己負担額を除き、退所時に会計窓口でお支払いください。引き落とし、振込を希望される場合は入所時に必要な手続きを行ってください。

前記1) の自己負担額は、負担上限月額の前計算等がなされた後に請求します。

## 8 苦情・相談窓口

|         |                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 苦情・相談窓口 | <p>〇〇〇〇室 相談員 〇〇 〇〇<br/>相談員 〇〇 〇〇</p> <p>ご利用時間 〇 : 〇〇 ~ 〇 : 〇〇<br/>(土曜・日曜・祝日・年末年始を除く)</p> <p>電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (直通)<br/>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (代表)</p> <p>*施設入口、各病棟に「ご意見箱」を設置しておりますのでご利用ください。</p>                            |
| 苦情解決体制  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・上記窓口寄せられた苦情は、事実確認と申し立て者の意向を踏まえ施設管理者に報告されます。</li> <li>・報告された内容により、担当者、管理者等必要な職員で解決策を決定します。</li> <li>・決定された解決策の内容を申し立て者に報告します。</li> <li>・苦情の申し立てから改善策の報告までは速やかに</li> </ul> |

行い、決定に時間を要する場合は、その旨を申し立て者に伝えます。

仮の記載です。

## 9 個人情報の提供に関する同意等について

サービスの質の向上を目的として行う関係機関とのカンファレンス、サービス担当者会議、または、急な病状の変化による他院受診時には、必要最小限の個人情報を当該関係機関に提供することがありますのでご了承ください。

初回利用時及び、一年以上利用が無かった場合、大きな病状の変化や治療方針、処置内容が変更された場合は、事前に利用予定者の主治医に記載いただいた診断書の提出をお願いします。（診断書は6カ月以内のものを提出してください）

在宅で訪問看護等の医療系サービスを利用の方は、利用内容や状況のわかる「看護サマリー」等の提出もお願いします。

事業者は、関係法令に基づいて利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

（保管期間は5年間です。開示に際しては「〇〇病院 個人情報保護マニュアル」による手順により行います）

## 10 非常災害対策

|           |                                                |
|-----------|------------------------------------------------|
| 非常時の対応    | 別途定める「〇〇病院災害対応マニュアル」に沿って対応します。                 |
| 平常時の防災訓練等 | 別途定める「〇〇病院消防計画」に沿って、年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。 |
| 防災設備      | 自動火災報知機・スプリンクラー・誘導灯・非常通報装置<br>室内消火栓・消火器        |
| 防災管理者     | 〇〇長 〇〇 〇〇                                      |

## 11 サービス利用の留意事項

### 1) お申込み

- ・お申し込みは〇〇〇〇室にて電話で受け付けます。利用者又は代理の方に必要な書類の説明、施設の見学をして頂き、ご意向を確認いたします。
- ・2か月前から予約を受け付けます。
- ・利用者の状況や感染症の流行などにより、予定の居室と異なる場合や、利用の途中で居室を変更する場合があります。
- ・利用者の体調不良時は利用できません。キャンセルや予定の変更は早めにご連

絡ください。

- ・利用料金の滞納がある場合は、次回の予約を受け付けられない場合があります。
- ・当事業所では送迎サービスを行っておりません。入退所の日時を確認の上で必要な方は介護タクシー等の手配をお願いします。

## 2) 入所時に必要な物

サービス受給者証     医療保険証     限度額認定証（お持ちの方）

各種公費負担医療の受診券・医療証（お持ちの方）

当院診察券（お持ちの方）     その他必要な証明書類     印鑑

入所期間分の常用薬、頓服薬、外用薬    お薬手帳

医療材料（交換用カテーテル、ガーゼ類等必要な方）

医療機器（移動用酸素、吸入器、呼吸器等必要な方）

経腸栄養剤と必要な物品（必要な方）

個々に必要と思われるもの

- ・当事業所はコインランドリー等の設備はありません。

衣類は多めにご用意頂くか、委託業者のレンタルをご利用ください。

- ・使い慣れた自具

- ・イヤホン（テレビをレンタルする方）

\* 貴重品や危険物は持ち込めません。紛失や破損に一切の責任を負いかねます。

## 3) 入所中のご案内

- ・院内での携帯電話のご使用はご遠慮ください。

- ・通常的面会時間は〇：〇〇～〇：〇〇です。

面会時は各病棟に備え付けの【面会カード】に必要事項をご記入のうえ、カードホルダーに入れ携行ください。お帰りの際はカード返却箱に入れてください。ちいさなお子様や、体調の悪い方のご面会をご遠慮ください。

- ・夜間等の付き添いは出来ません。面会時間内をお願いします。

- ・消灯時間は〇〇時とさせていただきます。

## 4) 急変時等の対応

- ・利用中に体調不良となった場合は、原則、退所いただき「かかりつけ医」の受診をお願いします。但し、状況によりご家族と相談のうえ、当院外来受診や入院への切り替え対応、他院へ救急搬送する場合があります。

令和 年 月 日

(事業者)

指定短期入所サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明いたしました。

所在地： 神奈川県〇〇市〇〇 〇-〇-〇

名称： 医療法人〇〇〇〇 〇〇病院短期入所事業所

説明者： \_\_\_\_\_ 印

(利用者)

私は、この説明書により指定短期入所サービスに関する重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

利用者住所： \_\_\_\_\_

利用者氏名： \_\_\_\_\_ 印

代理人住所（利用者と異なる場合記載）： \_\_\_\_\_

代理人氏名： \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

令和3年11月1日  
から適用

## 障害者総合支援法の 対象となる難病が 追加されます


- ・ 家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）
- ・ 自己免疫性後天性凝固第X因子欠乏症（※）
- ・ 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
- ・ ネフロン癆
- ・ 脳クレアチン欠乏症候群
- ・ ホモシスチン尿症

※自己免疫性後天性凝固第X因子欠乏症は、障害者総合支援法の対象疾病（自己免疫性後天性凝固因子欠乏症）に統合

障害福祉サービス等の対象となる難病が、361疾病から366疾病へと見直しが行われます。対象となる方は、障害者手帳※をお持ちでなくても、必要と認められた支援が受けられます。


※ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳

対象疾病の一覧は厚生労働省のホームページでご確認いただけます。



### 手続き

- ◆対象疾病に罹患していることがわかる証明書（診断書など）を持参し、お住まいの市区町村の担当窓口にてサービスの利用を申請してください。
- ◆障害支援区分の認定や支給決定などの手続き後、必要と認められたサービスを利用できます。（訓練系・就労系サービス等は障害支援区分の認定を受ける必要はありません）
- ◆詳しいサービスの内容や手続き方法については、お住まいの市区町村の担当窓口にお問い合わせください。

 **厚生労働省**

## 令和3年11月からの障害者総合支援法の対象疾病一覧(366疾病)

● 新たに対象となる疾病 (6疾病)

○ 障害者総合支援法独自の対象疾病 (29疾病)

| 番号  | 疾病名                        | 番号  | 疾病名                           | 番号  | 疾病名                    |
|-----|----------------------------|-----|-------------------------------|-----|------------------------|
| 1   | アイカディ症候群                   | 41  | 黄色粘帯骨化症                       | 81  | クリオピリン関連発熱症候群          |
| 2   | アイザックス症候群                  | 42  | 黄斑ジストロフィー                     | 82  | クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群   |
| 3   | I g A腎症                    | 43  | 大田原症候群                        | 83  | クルーゾー症候群               |
| 4   | I g G4関連疾患                 | 44  | オクシピタル・ホーン症候群                 | 84  | グルコーストランスポーター1欠損症      |
| 5   | 亜急性硬化性全脳炎                  | 45  | オスラー病                         | 85  | グルタル酸血症1型              |
| 6   | アジソン病                      | 46  | カーニ-組合                        | 86  | グルタル酸血症2型              |
| 7   | アッシャー症候群                   | 47  | 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん              | 87  | クロウ・保満症候群              |
| 8   | アトピー性骨髄炎                   | 48  | 瀉腸性大腸炎                        | 88  | クローン病                  |
| 9   | アペル症候群                     | 49  | 下歯体前葉機能低下症                    | 89  | クロンカイト・カナダ症候群          |
| 10  | アミロイドーシス                   | 50  | 家族性地中海熱                       | 90  | 瘤寧虚構型(二相性)急性脳症         |
| 11  | アラジール症候群                   | 51  | 家族性βリポタンパク血症(ホモ接合体)           | 91  | 結節性硬化症                 |
| 12  | アルポート症候群                   | 52  | 家族性良性嚙性天疱瘡                    | 92  | 結節性多発動脈炎               |
| 13  | アレキサンダー病                   | 53  | カナパン病                         | 93  | 血性性血小板減少性紫斑病           |
| 14  | アンジエリマン症候群                 | 54  | 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群       | 94  | 限局性皮膚形成                |
| 15  | アントレー・ピクスラー症候群             | 55  | 歌舞伎症候群                        | 95  | 原発性局所多汗症               |
| 16  | イン吉原脳血症                    | 56  | カラクトース-1-リン酸グリシルトランスフェラーゼ欠損症  | 96  | 原発性硬化性胎胎管炎             |
| 17  | 一次性ネフローゼ症候群                | 57  | カルニチン回路異常症                    | 97  | 原発性高脂血症                |
| 18  | 一次性慢性増殖性糸球体腎炎              | 58  | 加齢黄斑変性                        | 98  | 原発性網膜硬化症               |
| 19  | 1 p 36欠損症候群                | 59  | 肝型糖尿病                         | 99  | 原発性胆汁性胎胎管炎             |
| 20  | 遺伝性自己炎症疾患                  | 60  | 間質性膀胱炎(ハンナ型)                  | 100 | 原発性免疫不全症候群             |
| 21  | 遺伝性シストニア                   | 61  | 環状20番染色体症候群                   | 101 | 顕微鏡的大腸炎                |
| 22  | 遺伝性周期性四肢麻痺                 | 62  | 関節リウマチ                        | 102 | 顕微鏡的多発血管炎              |
| 23  | 遺伝性肺炎                      | 63  | 完全大血管転位症                      | 103 | 高IgD症候群                |
| 24  | 遺伝性鉄身球性貧血                  | 64  | 膿皮病白皮症                        | 104 | 好酸球性消化管疾患              |
| 25  | ウィーバー症候群                   | 65  | 偽性副甲状腺機能低下症                   | 105 | 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症         |
| 26  | ウィリアムズ症候群                  | 66  | ギヤロウェイ・モット症候群                 | 106 | 好酸球性副鼻腔炎               |
| 27  | ウィルソン病                     | 67  | 急性壊死性脳症                       | 107 | 抗糸球体基底膜腎炎              |
| 28  | ウエスト症候群                    | 68  | 急性網膜壊死                        | 108 | 後縦筋骨化症                 |
| 29  | ウェルナー症候群                   | 69  | 球腎性筋萎縮症                       | 109 | 甲状腺ホルモン不応症             |
| 30  | ウォルフラム症候群                  | 70  | 急速進行性糸球体腎炎                    | 110 | 拘束型心筋症                 |
| 31  | ウルリッヒ病                     | 71  | 強直性脊椎炎                        | 111 | 高チロシン血症1型              |
| 32  | HTLV-1関連脊髄症                | 72  | 巨細胞性動脈炎                       | 112 | 高チロシン血症2型              |
| 33  | A T R-X症候群                 | 73  | 巨大静脈奇形(顔面口唇咽頭びまん性病変)          | 113 | 高チロシン血症3型              |
| 34  | A D H分泌異常症                 | 74  | 巨大静脈奇形(顔面腫又は四肢病変)             | 114 | 後天性赤芽球病                |
| 35  | エーラス・タンロス症候群               | 75  | 巨大膀胱短小結腸腸管運動不全症               | 115 | 広範骨性骨質芽症               |
| 36  | エプスタイン症候群                  | 76  | 巨大リンパ管奇形(顔面腫病変)               | 116 | 膠様満状角質ジストロフィー          |
| 37  | エプスタイン病                    | 77  | 筋萎縮性側索硬化症                     | 117 | 抗リン脂質抗体症候群             |
| 38  | エマヌエル症候群                   | 78  | 胎型糖尿病                         | 118 | コケイン症候群                |
| 39  | 遠位型ミオパチー                   | 79  | 筋ジストロフィー                      | 119 | コステロ症候群                |
| 40  | 円錐角膜                       | 80  | クッシング病                        | 120 | 骨形成不全症                 |
| 121 | 骨髄異形成症候群                   | 161 | 進行性核上性麻痺                      | 201 | 先天性ミオパチー               |
| 122 | 骨髄線維症                      | 162 | 進行性家族性前内腔汁っ漏症                 | 202 | 先天性無痛無汗症               |
| 123 | ゴナドトロピン分泌亢進症               | 163 | 進行性消化性線維形成症                   | 203 | 先天性薬液吸収不全              |
| 124 | 5 p欠損症候群                   | 164 | 進行性多巣性白質脳症                    | 204 | 前頭前頭葉変性症               |
| 125 | コフィン・シリウス症候群               | 165 | 進行性白質脳症                       | 205 | 早期ミオクローニ-脳症            |
| 126 | コフィン・ローリー症候群               | 166 | 進行性ミオクローニ-ヌズてんかん              | 206 | 総動脈幹遠隔症                |
| 127 | 混合性結合組織病                   | 167 | 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症               | 207 | 総排泄腔瘻                  |
| 128 | 聴覚腎症候群                     | 168 | 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症             | 208 | 総排泄腔外反症                |
| 129 | 再生不良性貧血                    | 169 | スタージ・ウェーバー症候群                 | 209 | ソドス症候群                 |
| 130 | サイトメガロウイルス角膜炎              | 170 | ステイ・ワグス・ジョンソン症候群              | 210 | ダイアモンド・ブラックファン貧血       |
| 131 | 再発性多発軟骨炎                   | 171 | スミス・マズニエ症候群                   | 211 | 第14番染色体父親性ダイソミー症候群     |
| 132 | 左心低形成症候群                   | 172 | スモン                           | 212 | 大脳皮質基底核変性症             |
| 133 | サルコイドーシス                   | 173 | 脆弱X症候群                        | 213 | 大理石骨病                  |
| 134 | 三尖弁閉鎖症                     | 174 | 脆弱X症候群関連疾患                    | 214 | ダウン症候群                 |
| 135 | 三頭筋欠損症                     | 175 | 成人スチル病                        | 215 | 高安動脈炎                  |
| 136 | CFC症候群                     | 176 | 成長ホルモン分泌亢進症                   | 216 | 多系統萎縮症                 |
| 137 | シェーグレン症候群                  | 177 | 脊髄空洞症                         | 217 | タナトフォリック骨質形成症          |
| 138 | 色素性乾皮症                     | 178 | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)           | 218 | 多発血管炎性肉芽腫症             |
| 139 | 自己食食空腸性ミオパチー               | 179 | 脊髄腫瘍                          | 219 | 多発性硬化症/視神経脊髄炎          |
| 140 | 自己免疫性肝炎                    | 180 | 脊髄性筋萎縮症                       | 220 | 多発性軟骨性外骨腫症             |
| 141 | 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症(※)         | 181 | セピアテリン還元酵素(SR)欠損症             | 221 | 多発性囊胞腎                 |
| 142 | 自己免疫性溶血性貧血                 | 182 | 前眼形成異常                        | 222 | 多脚症候群                  |
| 143 | 四肢形成不全                     | 183 | 全身性エリテマトーデス                   | 223 | タンジール病                 |
| 144 | シトステロール血症                  | 184 | 全身性強皮症                        | 224 | 単心室症                   |
| 145 | シトリン欠損症                    | 185 | 先天異常症候群                       | 225 | 弾性線維性仮性黄色腫             |
| 146 | 紫斑病性腎炎                     | 186 | 先天性横隔膜ヘルニア                    | 226 | 短腸症候群                  |
| 147 | 脂肪萎縮症                      | 187 | 先天性核上性球麻痺                     | 227 | 胎道閉鎖症                  |
| 148 | 若年性特発性関節炎                  | 188 | 先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症            | 228 | 遅発性内リンパ腫               |
| 149 | 若年性肺気腫                     | 189 | 先天性魚鱗病                        | 229 | チャージ症候群                |
| 150 | シャルコー・マリー・トゥース病            | 190 | 先天性筋無力症候群                     | 230 | 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群    |
| 151 | 産産筋無力症                     | 191 | 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症 | 231 | 中毒性表皮壊死症               |
| 152 | 修正大血管転位症                   | 192 | 先天性三尖弁狭窄症                     | 232 | 腸管神経節細胞減少症             |
| 153 | ジュベール症候群関連疾患               | 193 | 先天性腎性尿崩症                      | 233 | TSH分泌亢進症               |
| 154 | シュワルツ・ヤンベル症候群              | 194 | 先天性赤血球形成異常性貧血                 | 234 | TNF受容体関連周期性症候群         |
| 155 | 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症      | 195 | 先天性嚔弁狭窄症                      | 235 | 低ホスファターゼ症              |
| 156 | 神経細胞移動異常症                  | 196 | 先天性大脳白質形成不全症                  | 236 | 天疱瘡                    |
| 157 | 神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症 | 197 | 先天性肺静脈狭窄症                     | 237 | 禿頭と変形性脊椎症を伴う染色体体劣性白質脳症 |
| 158 | 神経線維腫症                     | 198 | 先天性風疹症候群                      | 238 | 特発性拡張型心筋症              |
| 159 | 神経フェリチン症                   | 199 | 先天性副腎低形成症                     | 239 | 特発性間質性肺炎               |
| 160 | 神経有棘赤血球症                   | 200 | 先天性副腎皮質酵素欠損症                  | 240 | 特発性基底核石灰化症             |

(※) 新たに対象となる自己免疫性後天性凝固因子欠乏症は、対象疾病番号141(自己免疫性後天性凝固因子欠乏症)に統合



|     |                                 |     |                             |     |                            |
|-----|---------------------------------|-----|-----------------------------|-----|----------------------------|
| 241 | 特発性血小板減少性紫斑病                    | 283 | ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症            | 325 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多単性運動ニューロパチー |
| 242 | 特発性血栓症 (遺伝性血栓性素因によるものに限る。)      | 284 | ピルカースタッフ脳幹脳炎                | 326 | 慢性血栓性肺高血圧症                 |
| 243 | 特発性後天性全身性無汗症                    | 285 | 非典型性溶血性尿毒症症候群               | 327 | 慢性再発性多発性骨髄炎                |
| 244 | 特発性大腿骨頭壊死症                      | 286 | 非特異性多発性小脳萎縮症                | 328 | 慢性肺炎 ○                     |
| 245 | 特発性多中心性キャスルマン病                  | 287 | 皮膚筋炎/多発性筋炎                  | 329 | 慢性特発性肉性胸閉塞症                |
| 246 | 特発性門脈圧亢進症                       | 288 | びまん性汎細気管支炎                  | 330 | ミオクロニー欠伸てんかん               |
| 247 | 特発性両側性感音聾                       | 289 | 肥満低換気症候群                    | 331 | ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん          |
| 248 | 突発性難聴 ○                         | 290 | 表皮水疱症                       | 332 | ミトコンドリア病                   |
| 249 | トラヘ症候群                          | 291 | ヒルシウスブルンク病 (全結腸型又は小腸型)      | 333 | 無虹彩症                       |
| 250 | 中核・西村症候群                        | 292 | VATER症候群                    | 334 | 無脾症候群                      |
| 251 | 那須・ハコラ病                         | 293 | ファイファー症候群                   | 335 | 無βリボタンパク血症                 |
| 252 | 軟骨無形成症                          | 294 | ファロー-四徴症                    | 336 | メーブルシロップ尿症                 |
| 253 | 難治頻回部分発作重積型急性脳炎                 | 295 | ファンconi貧血                   | 337 | メチルグルタコン酸尿症                |
| 254 | 22q11.2欠失症候群                    | 296 | 封入体筋炎                       | 338 | メチルマロン酸血症                  |
| 255 | 乳幼児肝巨大血管腫                       | 297 | フェニコケン尿症                    | 339 | メビウス症候群                    |
| 256 | 尿素サイクル異常症                       | 298 | フォンタン術後症候群 ○                | 340 | メンケス病                      |
| 257 | ヌーナン症候群                         | 299 | 複合カルボキシラーゼ欠損症               | 341 | 網膜色素変性症                    |
| 258 | ネイル/パテラ症候群 (爪棘蓋骨症候群) / LMX1B関連症 | 300 | 副甲状腺機能低下症                   | 342 | もやもや病                      |
| 259 | ネフロン病 ●                         | 301 | 副腎白質ジストロフィー                 | 343 | モックト・ウイルスン症候群              |
| 260 | 脳クレンジン欠乏症候群 ●                   | 302 | 副腎皮質刺激ホルモン不応症               | 344 | 薬剤性過敏症候群 ○                 |
| 261 | 脳黄変性症                           | 303 | ブラウ症候群                      | 345 | ヤング・シンゾン症候群                |
| 262 | 脳表ヘモシテリン沈着症                     | 304 | ブラダー・ウィリアムズ症候群              | 346 | 優性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○           |
| 263 | 膿瘍性乾癬                           | 305 | ブリオ病                        | 347 | 逆走性焦急発作を伴う乳児てんかん           |
| 264 | 膿瘍性線維症                          | 306 | プロピオン酸血症                    | 348 | 4p欠失症候群                    |
| 265 | パーキンソン病                         | 307 | PRL分泌亢進症 (高プロラクチン血症)        | 349 | ライソゾーム病                    |
| 266 | パーシャー病                          | 308 | 閉塞性細気管支炎                    | 350 | ラスムッセン脳炎                   |
| 267 | 肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症                  | 309 | β-ケトチオラーゼ欠損症                | 351 | ランゲルハンス細胞組織球症 ○            |
| 268 | 肺動脈性肺高血圧症                       | 310 | ペーチェット病                     | 352 | ランドウ・クレフナー症候群              |
| 269 | 肺胞蛋白症 (自己免疫性又は先天性)              | 311 | ペスレミアオパチー                   | 353 | リシン尿性蛋白不耐症                 |
| 270 | 肺胞低換気症候群                        | 312 | ペリリン起因性血小板減少症 ○             | 354 | 両側性小耳症・外耳道閉鎖症 ○            |
| 271 | ハッチンソン・ギルフォード症候群                | 313 | ヘモクロマトーシス                   | 355 | 両大血管右室起始部                  |
| 272 | バッド・キアリ症候群                      | 314 | ペリー症候群                      | 356 | リンパ管腫症/ゴーム病                |
| 273 | ハンチントン病                         | 315 | ペルーシド角膜辺縁変性症 ○              | 357 | リンパ管腫症                     |
| 274 | 乳発性特発性骨増殖症 ○                    | 316 | ペルオキシソーム病 (副腎白質ジストロフィーを除く。) | 358 | 類天疱瘡 (後天性表皮水疱症を含む。)        |
| 275 | P C D H19関連症候群                  | 317 | 片側巨脳症                       | 359 | ルビッシュタイン・ティビ症候群            |
| 276 | 非ケトーシス型高グリシ血症                   | 318 | 片側痲痺・片麻痺・てんかん症候群            | 360 | レーベル遺伝性視神経症                |
| 277 | 肥厚性皮膚腺症                         | 319 | 芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症           | 361 | レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症 |
| 278 | 非ジストロフィー性ミオトニー症候群               | 320 | 発作性夜間ヘモグロビン尿症               | 362 | 劣性遺伝形式をとる遺伝性難聴 ○           |
| 279 | 皮膚下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈瘤症        | 321 | ホモシチン尿症 ●                   | 363 | レット症候群                     |
| 280 | 肥大型心筋症                          | 322 | ポリファイリン症                    | 364 | レノックス・ガストー症候群              |
| 281 | 左肺動脈右肺動脈起始症                     | 323 | マリネスコ・シェーグレン症候群             | 365 | ロスムンド・トムソン症候群              |
| 282 | ビタミンD依存性くる病/骨軟化症                | 324 | マルファン症候群                    | 366 | 肋骨異常を伴う先天性側弯症              |

参考資料6 P.3

## 経過的に対象となっている疾病

- 下表の疾病については、障害者総合支援法の対象外となりましたが、対象外となる前日までにすでに障害福祉サービス等※の支給決定等を受けたことがある方は、引き続き利用可能です。

※障害福祉サービス・相談支援・補装具及び地域生活支援事業  
(障害児の場合は、障害児通所支援と障害児入所支援も含む)

### ① 平成27年1月1日以降に対象外になった疾病

| 疾病名    |
|--------|
| 劇症肝炎   |
| 重症急性膵炎 |

### ② 平成27年7月1日以降に対象外になった疾病

| 疾病名          | 疾病名        |
|--------------|------------|
| 肝外門脈閉塞症      | 視神経症       |
| 肝内結石症        | 神経性過食症     |
| 偽性低アルドステロン症  | 神経性食欲不振症   |
| ギラン・バレ症候群    | 先天性QT延長症候群 |
| グルココルチコイド抵抗症 | TSH受容体異常症  |
| 原発性アルドステロン症  | 特発性血栓症     |
| 硬化性萎縮性苔癬     | フィッシャー症候群  |
| 好酸球性筋膜炎      | メニエール病     |

### ③ 令和元年7月1日以降に対象外になった疾病

| 疾病名    |
|--------|
| 正常圧水頭症 |

## 指定難病と障害者総合支援法対象疾病の疾病名の相違

- 難病法に基づく指定難病は、障害者総合支援法の対象疾病に全て含まれておりますが、下表の疾病については、異なる疾病名を用いているためご注意ください。

| 障害者総合支援法の対象疾病       | 難病法の指定難病                 |
|---------------------|--------------------------|
| アミロイドーシス            | 全身性アミロイドーシス              |
| ADH分泌異常症            | 下垂体性ADH分泌異常症             |
| 関節リウマチ              | 悪性関節リウマチ                 |
| 原発性高脂血症             | 家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）     |
|                     | 原発性高カイロミクロン血症            |
| 抗リン脂質抗体症候群          | 原発性抗リン脂質抗体症候群            |
| ゴナドトロピン分泌亢進症        | 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症         |
| 若年性肺気腫              | $\alpha 1$ - アンチトリプシン欠乏症 |
| 成長ホルモン分泌亢進症         | 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症          |
| TSH分泌亢進症            | 下垂体性TSH分泌亢進症             |
| 特発性両側性感音難聴          | 若年発症型両側性感音難聴             |
| 膿疱性乾癬               | 膿疱性乾癬（汎発型）               |
| PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症） | 下垂体性PRL分泌亢進症             |

## 疾病名の表記を変更したもの（新旧対照表）

### ① 平成27年1月1日に表記を変更した疾病

| 【旧】<br>平成26年12月31日までの疾病名 | 【新】<br>平成27年1月1日以降の疾病名     |
|--------------------------|----------------------------|
| アミロイド症                   | アミロイドーシス                   |
| アレルギー性肉芽腫性血管炎            | 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症             |
| ウェグナー肉芽腫症                | 多発血管炎性肉芽腫症                 |
| ADH不適合分泌症候群              | ADH分泌異常症                   |
| 中枢性尿崩症                   |                            |
| 結節性動脈周囲炎                 | 結節性多発動脈炎                   |
|                          | 顕微鏡的多発血管炎                  |
| 高プロラクチン血症                | PRL分泌亢進症（高プロラクチン血症）        |
| ゴナドトロピン分泌過剰症             | ゴナドトロピン分泌亢進症               |
| 脊髄小脳変性症                  | 脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)        |
| 先端巨大症                    | 成長ホルモン分泌亢進症                |
| 側頭動脈炎                    | 巨細胞性動脈炎                    |
| 大動脈炎症候群                  | 高安動脈炎                      |
| 多巣性運動ニューロパチー             | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー |
| 慢性炎症性脱髄性多発神経炎            |                            |
| 多発筋炎                     | 皮膚筋炎／多発性筋炎                 |
| 皮膚筋炎                     |                            |
| 多発性硬化症                   | 多発性硬化症／視神経脊髄炎              |
| TSH産生下垂体腺腫               | TSH分泌亢進症                   |
| 特発性大腿骨頭壊死                | 特発性大腿骨頭壊死症                 |
| 有棘赤血球舞蹈病                 | 神経有棘赤血球症                   |
| リソソーム病                   | ライソソーム病                    |
| リンパ管筋腫症                  | リンパ脈管筋腫症                   |
| レフェトフ症候群                 | 甲状腺ホルモン不応症                 |

## 疾病名の表記を変更したもの（新旧対照表）

### ② 平成27年7月1日に表記変更した疾病

| 【旧】<br>平成27年6月30日までの疾病名 | 【新】<br>平成27年7月1日以降の疾病名     |
|-------------------------|----------------------------|
| 難治性ネフローゼ症候群             | 一次性ネフローゼ症候群                |
| 加齢性黄斑変性症                | 加齢黄斑変性                     |
| 進行性骨化性線維形成異常症           | 進行性骨化性線維異形成症               |
| 先天性魚鱗癬様紅皮症              | 先天性魚鱗癬                     |
| ビタミンD依存症二型              | ビタミンD依存性くる病/骨軟化症           |
| ペルオキシソーム病               | 副腎白質ジストロフィー                |
|                         | ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。） |

### ③ 平成29年4月1日に表記を変更した疾病

| 【旧】<br>平成29年3月31日までの疾病名 | 【新】<br>平成29年4月1日以降の疾病名 |
|-------------------------|------------------------|
| 原発性胆汁性肝硬変               | 原発性胆汁性胆管炎              |
| 自己免疫性出血病ⅩⅢ              | 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症        |

### ④ 平成30年4月1日に表記を変更した疾病

| 【旧】<br>平成30年3月31日までの疾病名 | 【新】<br>平成30年4月1日以降の疾病名 |
|-------------------------|------------------------|
| 有馬症候群                   | シュベール症候群関連疾患           |
| 全身型若年性特発性関節炎            | 若年性特発性関節炎              |
| 先天性気管狭窄症                | 先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症     |

### ⑤ 令和元年7月1日に表記を変更した疾病

| 【旧】<br>令和元年6月30日までの疾病名 | 【新】<br>令和元年7月1日以降の疾病名 |
|------------------------|-----------------------|
| 強皮症                    | 全身性強皮症                |

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害福祉課

初版：平成31年3月28日

第2版：令和5年6月1日

※本資料に記載の内容はあくまでも作成時点のもので、最新の法令や解釈等については、各指定権者に御確認ください。