

第4章 介護保険との併給関係

第1節 介護保険対象となるかた

障害福祉サービスの利用対象者であっても、介護保険対象となるかたで介護保険が利用できるかたは介護保険の利用が優先される。具体的には以下のとおり。

- ・ 65 歳以上の人（第1号被保険者）
 - ・ 40 歳以上 65 歳未満で老化が原因とされる病気（特定疾病）対象者（第2号被保険者）
- ※第2号被保険者の場合、生活保護受給中のかたは障害福祉サービスが優先となる。

特定疾病

○ がん【末期】

医師が一般に認められている医学的知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る

- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 初老期における認知症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

第 2 節 基本的な取扱い

介護保険制度の対象となる 65 歳以上の者及び特定疾病(16 疾病)による 40 歳以上 65 歳未満の者については原則として介護保険制度での訪問介護等を利用することになる。介護保険のサービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合には、基本的に介護保険制度にて受けられるサービスと同じ支援内容である障害福祉サービスの居宅介護等を支給することはできない。

- (1) 介護保険対象者が障害福祉サービスの利用を認められる場合
 - ① 介護保険には相当するものがない障害福祉サービス固有のサービス
(同行援護、行動援護、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援)
 - ② 在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて市が適当と認める支給量が、介護保険サービスに係る支給限度基準額の制約から、介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合。
 - ③ 利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど、当該障害者が実際に申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市が認める場合(当該事情が解消するまでの間に限ります)。
 - ④ 介護認定を受けた結果、非該当と判定された場合など、介護保険サービスを利用できない場合であって、障害福祉サービスによる支援が必要と市が認める場合。
 - ⑤ 施設入所支援・療養介護・生活介護(入所)を利用している者については、居住場所に影響を及ぼすことから介護保険対象者になっても障害福祉サービスの継続が可能。
 - ⑥ グループホームを利用している者については、居住場所に影響を及ぼすことから、介護保険対象者になっても障害福祉サービスの継続が可能。また、グループホームを利用している者の日中の通所サービスについては、介護保険対象者になる前に利用していた事業所については障害福祉サービスの利用の継続が可能であるが、障害特性に応じて、段階的に介護保険サービスに移行すること。なお、介護保険の通所を利用している場合は、障害福祉サービスの就労継続支援 B 型以外の日中系サービスは原則併給不可。

(2) 併給一覧表

(○…併給可、△…条件付き併給可、×…併給不可)

サービス名	障害から 介護へ移行する 場合	介護対象者が新規で障害 福祉サービス利用希望の 場合		備考
		40～64 歳	65 歳以上	
居宅介護	△	△	△	原則介護優先。ただし、介護 保険の単位数上限を超える 支給が必要で、一定の上乗せ 基準を満たしているかたは、 障害福祉サービスにより上 乗せ可。
重度訪問介護	△	△	△	
同行援護	○	○	○	介護保険対象のかたも利用 可。 ただし、通院や日用品の買物 など介護保険で受けられる 場合は介護保険を優先。
行動援護	○	○	○	
療養介護	△	×	×	介護保険対象となる前から 療養介護施設に入所してい るかたは引き続き利用可。
生活介護	△	× (※1)	× (※1)	(※2) 介護保険対象となる前から 施設入所しているかたは引 き続き利用可。
短期入所	△	△	△	療養型のみ利用可。 その他は(※1)
施設入所支援	△	×	×	介護保険対象となる前から 施設入所しているかたは引 き続き利用可。
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・宿泊型自立訓練）	○	○	○	(※2)
就労移行	△	○	×	支給決定時に 65 歳未満のか たに限る。
就労継続支援 A 型	△	○	×	
就労継続支援 B 型	○	○	○	(※2)
共同生活援助	△	× (※1)	× (※1)	介護保険対象者となる前か ら共同生活援助を利用して いるかたは引き続き利用可。

※1 原則不可。ただし、特段の事情がある場合は支給の必要を個別判断。

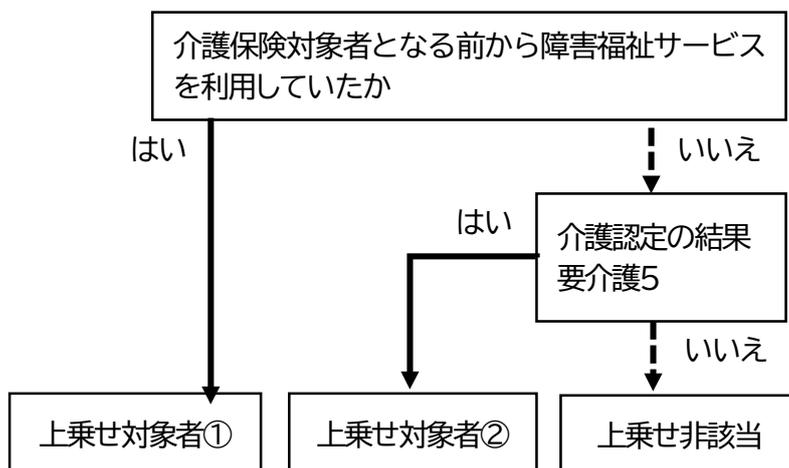
※2 介護保険の通所サービスと合わせて原則日数（当該月の日数－8日）までとする。ただし、原則日数を超える特段の事情がある場合は支給の必要を個別判断。

第3節 上乗せ基準

居宅介護、重度訪問介護の併給（上乗せ）基準は以下のとおり。

(1) 対象者

上乗せ対象者かどうかは以下のフローチャート及び(2)の要件によって判断します。



(2) 上乗せ要件

① 上乗せ対象者①

介護保険の支給限度基準額までサービスを利用している（要支援1、2及び総合事業の事業対象者は、総合事業の訪問型サービスで受けることが可能な時間のすべてを利用して）場合、介護保険移行前に受けていた基準まで上乗せ可能。

② 上乗せ対象者②

以下の要件を満たしている場合に、上乗せ可能。

ア) 両上肢・両下肢（又は体幹）のいずれにも障害が認められる身体障害者手帳1・2級の者であること。なお、申請段階で、身体障害者手帳を申請中であること等の状況をもって、同等のサービスが必要と認められるかたも対象となる。

イ) 要介護5で介護保険の支給限度基準額までサービスを利用しており、かつ介護保険の利用サービスのうち支給限度基準額の概ね5割以上を訪問介護で利用していること。

※介護保険の単位の大部分を通所サービスに利用した上で、障害福祉サービスの居宅介護を上乗せするという利用の仕方はできない。

ウ) 総合支援法における障害支援区分の認定を受け、障害支援区分1以上であること。

※支給決定は障害支援区分の認定後、ケアプランの提出を経てからとなる。

介護保険とは異なり、申請日まで遡ってサービス利用を認める制度がないことに留意すること。

(3) 標準支給量・非定型基準

居宅介護、重度訪問介護の上乗せ対象者にかかる障害福祉サービスの標準支給量及び非定型基準の判断については、介護保険サービスの訪問介護の時間数と障害福祉サービスの時間数の合計時間数で判断するものとする。介護保険サービスの訪問介護の時間数と障害福祉サービスの居宅介護又は重度訪問介護の時間数の合計時間数が非定型基準を超える場合は、審査会に諮り意見を聴いた上で、支給量を決定するものとする。

◆例 要介護5、障害支援区分6、日中活動ありの単身生活者の場合

介護保険サービスの訪問介護の時間数	A 時間/月
障害福祉サービスの重度訪問介護の時間数	B 時間/月

非定型基準	146 時間/月
-------	----------

(A + B) 時間/月 > 146 時間/月の場合は、審査会に諮る。

第4節 具体的な手続き

介護保険対象者の障害福祉サービス併給にかかる支給決定の手順は、通常の実給決定の流れと同じである。ただし、計画相談支援事業所によるサービス等利用計画の作成に替えて、ケアマネジャーによるケアプランにより支給決定を行うものとする。

ケアマネジャーは、介護保険で作成するケアプランに障害福祉サービスの利用を追加した上で、障害福祉室に提出すること。

(ケアプラン作成時の注意点)

- ・介護保険対象者は、基本的には介護保険給付の範囲内でサービスを決定すべきものである。障害福祉サービスで上乗せを検討する前に、介護保険給付の範囲内で支給決定できないか検討を行うこと。
また、利用者の状態を鑑みて介護保険給付の範囲では収まらない場合、要介護認定の見直しが必要な可能性が考えられる。こうした場合は、障害福祉サービスの申請をする前に、要介護認定の区分変更申請を検討すること。
- ・市に提出するケアプランの書類は、①居宅サービス計画書(1)(2)、②週間サービス計画表、③直近3ヶ月のサービス利用票及び利用票別表である。その際に、②週間サービス計画表に障害福祉サービスで利用する時間が分かるように記載するとともに、③サービス利用票に介護保険で不足する単位数が分かるように記載すること。
※ 介護保険と障害福祉サービスの区分けが分からないものや、単位数が何単位不足するの記載がない場合は、上乗せ時間の計算ができない。
- ・通院等介助、同行援護、行動援護の外出系サービスは、1ヶ月に利用する時間数が何時間か分かるように①居宅サービス計画書に記載すること。
- ・ケアマネジャーには、介護保険に限らずあらゆる社会資源を用いたケアプランを作成することが期待されている。1人に対して一つのケアプランであることが望ましいことから、基本的には介護保険制度のケアプラン作成対象者は、障害福祉サービスの計画相談の実給決定はしない。
ただし、ケアマネジャーだけでプランを作成するのが困難な場合で、サービス等利用計画案の作成が必要と市が認める場合は、計画相談支援事業所が作成するサービス等利用計画により支給決定を行うものとする。