

# 障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について

令和5年4月作成

## 1. 介護保険の被保険者に対する自立支援給付について

### 1 基本的な考え方

原則として、障害者総合支援法第7条に定める他の法令による給付との調整規定(以下「調整規定」という。)に基づき、介護保険法が優先適用され、介護保険法で給付を受けられるサービスについては、その限度において、自立支援給付を行わないこととされている。

しかし、利用者の心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であることから、介護保険の被保険者である障がい者(※)から、障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、障害福祉サービス利用に関する利用意向を聴き取り、必要としている支援を介護保険サービスにより受けることができるかを確認したうえで、支給決定を行うことができるものとする。

なお、介護保険サービスが利用可能な障がい者が、介護保険法に基づく要介護認定等を申請していない場合等は、介護保険サービスの利用が優先される旨を説明し、申請及び利用の勧奨を行う。また、障害福祉サービスの支給決定を行った場合でも、更新時等には、介護保険サービスが優先される旨を説明のうえ、申請及び利用の勧奨を継続的に行い、障害福祉サービスの必要性についてその都度、慎重に検討を行う。

(※) 65歳以上の者及び特定の疾病により介護が必要と認定された40歳以上65歳未満の医療保険加入者のこと。介護保険の被保険者とならない者の範囲については、参考資料「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自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」を参照すること。

#### (1) 必要とする支援を介護サービスにより受けられる場合

基本的には自立支援給付を行わないが、以下の場合には、自立支援給付を行う。

ア 在宅の障がい者で、申請に係る障害福祉サービスについて各区保健福祉課

において適當と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において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ものと認められる場合。

イ 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、当該障がい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各区保健福祉課が認める場合(当該事情が解消するまでの間に限る。)。

ウ 介護保険サービスによる支援が可能な障がい者が、介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合など、当該介護保険サービスを利用できない場合であって、なお申請に係る障害福祉サービスによる支援が必要と各区保健福祉課が認める場合(介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限る。)。

## (2) 必要とする支援を介護サービスにより受けられない場合

利用者の障がい特性上、必要な支援が介護保険サービスによりやむを得ず受けことができないと認められる場合には、その限りにおいて、支給決定を行う。

## 2 障害福祉サービスの取扱い

### (1) 居宅介護、重度訪問介護（以下、「居宅介護等」という。）

ア 要介護1～5の認定を受けている者

原則、「2. ホームヘルプサービス（居宅介護・重度訪問介護）の上乗せについて」に基づき上乗せによる支給決定を行う。

イ 要支援1～2の認定を受けている者

介護予防給付又は介護予防・生活支援サービスは、ひと月に利用できるホームヘルプサービスの回数に上限は設けられておらず、必要に応じて支援回数を増やすことができるため、原則、上乗せにより支給決定することや介護保険サービスを使わずに必要なホームヘルプサービスをすべて居宅介護等で決定

することはできない。

ウ 要介護認定において「非該当」の認定を受けた者及び要介護認定を受けていない者

介護保険サービスの利用ができないことから、居宅介護等の支給要件に該当する場合は、必要な支援を居宅介護等で支給決定することができる。なお、要介護認定を受けていない者に対しては、介護保険サービスの利用が優先される旨を説明し、申請及び利用の勧奨を行うものとする。

## (2) 生活介護、自立訓練（機能訓練）、短期入所等

相当する支援が介護保険サービスにより受けることができるとされている障害福祉サービスは、基本的に支給決定を行わないが、事業所の利用定員に空きがない等で介護保険サービスを利用することができ困難な場合や要介護認定において「非該当」の認定を受けた場合等には、支給決定を行う。

また、利用者の障がい特性上、必要な支援が介護保険サービスによりやむを得ず受けることができないと認められる場合にも支給決定することができる。

## (3) 同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援等

サービス内容や機能から障害福祉サービス固有のものとされているサービスは、通常の支給決定と同様に、必要性を確認のうえ支給決定することができる。

## 3 移動支援の取扱い

障害福祉サービスと異なり、法令上、調整規定の適用はないが、原則、①介護保険サービス、②障害福祉サービスの順で優先して利用するものとし、そのうえで不足する場合は、不足分について移動支援の支給決定をする。ただし、グループ支援等の移動支援固有の支援を希望する場合は、通常の支給決定と同様に、必要性を確認のうえ支給決定することができる。

#### **4 日常生活用具の取扱い**

---

自立支援給付と異なり、法令上、調整規定の適用はないが、「札幌市重度障がい者（児）等日常生活用具給付事業実施要綱」第5条で給付の制限について定めているとおり、調整規定と同様に取り扱うものとする。

#### **5 参考**

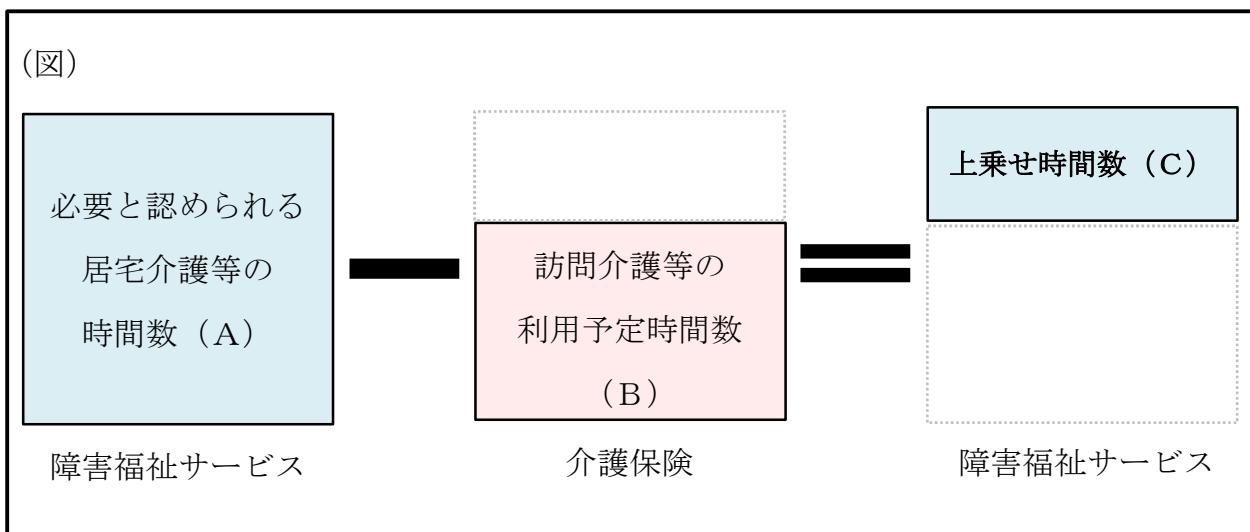
---

- 「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自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成19年3月28日付け障企発第0328002号、障障発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長連名通知）

## 2. ホームヘルプサービス（居宅介護・重度訪問介護）の上乗せについて

### 1 上乗せの基本的な考え方

在宅の障がい者で、障害福祉サービスで必要と認められる居宅介護等の時間数が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの支給限度基準額の制約から、介護保険サービス計画書（以下「ケアプラン」という。）における身体介護、生活援助及び通院等のための乗降又は降車の介助（以下「訪問介護等」という。）の利用時間数によって確保することができないと認められる場合に、居宅介護等を上乗せして決定することとする。



### 2 障害福祉サービスと相当する介護保険サービス

障害福祉サービス（図のA）	介護保険サービス（図のB）
・身体介護（居宅介護）	・身体介護
・家事援助（居宅介護）	・生活援助
・通院等介助（居宅介護）	・通院等のための乗車又は降車の介助
・通院等乗降介助（居宅介護）	
・重度訪問介護	・身体介護 ・生活援助 ・通院等のための乗車又は降車の介助

### **3 上乗せで支給決定できる障害福祉サービス**

上乗せ時間数（図のC）を、居宅介護（身体・家事・通院）又は重度訪問介護として、支給決定することができる。

### **4 上乗せ対象者**

以下の要件をすべて満たす者を対象者とする。

- (1) 居宅介護等の対象となる障がい者であること。
- (2) 要介護 1～5 の認定を受けていること。
- (3) 介護保険サービスを支給限度基準額の 95%以上利用する予定であって、必要な時間数の不足が見込まれること。

### **5 上乗せによる支給決定の標準的な事務の流れ**

- (1) 障害福祉サービスの上乗せ希望があった場合は、居宅介護等の支給申請に併せて、介護保険サービスにおける直近月のケアプランの写しの提出を受ける。
- (2) 提出を受けたケアプランから、介護保険サービスを支給限度基準額の 95%以上利用する予定であることを確認する。

#### **●支給限度基準額の確認方法●**

サービス利用票別表（第7表）において、「給付管理単位数」の合計（支給限度額の対象にならないものを除く）を、「区分支給限度基準額（単位）」で除した値が 0.95 以上であれば、支給限度基準額の 95%以上利用する予定であると判断する。

○例○ 要介護 3 の認定を受けており、サービス利用票別表（第7表）の区分支給限度基準内単位数の合計が 26,500 単位の場合の確認方法。

$$\Rightarrow 26,500 \text{ 単位} \div 27,048 \text{ 単位} (\text{要介護 3 の支給限度基準額}) = 0.979\cdots = 95\% \text{ 以上}$$

- (3) 申請者について勘案事項調査や障害支援区分認定を行い、支給申請を受けた居宅介護等で必要と認められる時間数を算出する。なお、必要時間数算出にあたっては、併給制限等、通常の支給決定と同様に取り扱う。
- (4) 提出を受けたケアプランから、申請を受けた障害福祉サービスに相当する訪問介護等の利用予定時間数を確認する。

## ●訪問介護等の利用予定時間数の確認方法●

訪問介護等の利用予定時間の算出にあたっては、サービス利用票・提供票（第6表）の「サービス内容」等から相当する障害福祉サービスを判断し、「提供時間帯」及び「月間のサービス計画及び実績の記録」等をもとに実際の利用予定時間数を確認する。利用予定時間数算出にあたって必要な情報がケアプランから読み取れない場合は、介護支援専門員に確認する。

○例○ 下記、ケアプランの提出を受けた場合の確認方法。なお、2人体制によるサービス提供がないものとする。

$$\Rightarrow \text{身体介護: } \{(1 + 0.5) \text{ 時間} \times 19 \text{ 日間}\} + (0.5 \text{ 時間} \times 12 \text{ 日間}) = 34.5 \text{ 時間}$$

生活援助：1時間×19日間=19時間

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	日付	1	30	21	合計回数
			曜日	予定			
9:30～15:00	通所介護 I 33	○○デイサービス	実績	予定			12
10:00～11:00	生活援助1	○○ケアセンター	実績	予定			19
12:00～12:30	身体介護1	○○ケアセンター	実績	予定			19
16:00～17:00	身体介護2	○○ケアセンター	実績	予定			19
20:00～20:30	身体介護1	○○ケアセンター	実績	予定			12
	福祉用具貸与	○○貸与事業所	実績	予定			
	特殊寝台貸与	○○貸与事業所	実績	予定			
	特殊寝台付属品 貸与	○○貸与事業所	実績	予定			
			予定				
			実績				

(4) 各区保健福祉課は、(3)の居宅介護等の時間数から(4)の訪問介護等の利用時間数を引いたもの（小数点以下切り上げ）を支給決定時間数とし、居宅介護等の支給決定を行い、申請者に対して障害福祉サービス受給者証を交付する。

○例○ (3)にて、身体介護 50 時間、家事援助 30 時間の必要性が認められ、また、訪問介護等の利用予定時間数が身体介護 34.5 時間、身体介護 19 時間だった場合

$$\Rightarrow 50 \text{ 時間 (身体介護)} - 34.5 \text{ 時間} = 15.5 \text{ 時間} \div 16 \text{ 時間}$$

30 時間（家事援助）-19 時間=11 時間

⇒ 身体介護を16時間、家事援助を11時間として支給決定を行う。

## 6 よくある質問と回答

Q 1

要介護 1～5 の認定を受けて訪問介護等を利用している障がい者から、居宅介護等の上乗せによる支給申請を受けた。ADL や IADL の低下が著しく、要介護度の変更が見込まれる場合でも上乗せによる支給決定をすることはできますか。

A. まず、要介護度の変更を行ってください。要介護度の変更をしても、必要な支援が不足する場合は、上乗せによる支給決定について検討を行ってください。

Q 2

外出支援のみを希望するとして、重度訪問介護の上乗せによる支給申請を受けたが、要件を満たす場合、支給決定はできますか。

A. できません。外出支援のみを希望する場合は、まず、行動援護及び同行援護、次に移動支援の利用を検討してください。

Q 3

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に入居している人に対し、上乗せによる支給決定はできますか。

A. 介護保険施設入所者への上乗せによる支給決定は、以下 2 点を満たす場合に可能です。

- (1) 居宅介護の対象者要件である「居宅」に含まれる施設で生活していること
- (2) 利用している訪問介護等の利用回数／月に上限があること

○参考○

- ※ 居宅介護の対象者要件である「居宅」に含まれない介護保険施設の例
  - ・・・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設等
- ※ ひと月に利用できる回数に上限がないホームヘルプサービスの例
  - ・・・小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護等

Q 4

訪問介護等の利用予定時間数について、2 人介護で 60 分間支援している場合、利用予定時間数は 60 分ですか。

A. 必要な時間数と利用予定時間数を比較する必要があるため、120 分（60 分×2 人）で算出してください。

**Q 5** ケアプランが変更になった場合、上乗せしている支給量の変更も必要ですか。

A. ケアプランの内容及び本人の状態像が大きく変化しているのであれば、それに併せて、上乗せの支給量も変更が必要か検討を行ってください。

**Q 6** 必要な居宅介護等の時間数から、訪問介護等の利用時間数を引いたところ、マイナスとなった場合、支給決定はできますか。

A. できません。介護保険サービスで必要な支援が確保できていると判断できるためです。

**Q 7** 上乗せ対象者で、障害福祉サービス（居宅介護等を除く。）又は地域相談支援の利用がない場合は、計画相談支援に係るサービス等利用計画（案）の作成は必要ですか。

A. 不要です。

第6表

## 別紙

認定済・申請中

## 年 月 分 サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)

### 居家介護支援事業者⇒利用者

保険者番号							保険者名		居宅介護支援事業者事業所名担当者名		作成年月日	年月日				
												年月日				
被保険者番号							フリガナ				届出年月日	年月日				
生年月日	明・大・昭 年月日			性別	男・女	要介護状態区分	1 2 3 4 5	区分支給限度基準額	単位／月	限度額適用期間	年月から年月まで	前月までの短期入所利用日数	日			
						変更後要介護状態区分	1 2 3 4 5									
						変更日	年月日									

### サービス利用票別表

區分支給限度管理・利用者負擔計算

## 種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

#### 要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数