

# 資料3

高齢の障害者に対する支援の在り方について

## 介護保険制度との関係について

### <現状>

- 社会保障制度の原則である保険優先の考え方の下、サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、原則介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることになり、65歳以降は介護保険制度に移行することとなる(障害者総合支援法第7条)。
- 障害者総合支援法第7条に基づき、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、介護保険サービスに係る保険給付が優先されることとなるため、国庫負担基準においても、介護保険給付対象者については、介護保険では給付対象となっていないサービスに係る費用について設定されている。
- 障害福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するに当たっては、障害者が適切なサービスを受けられるよう、相談支援専門員と介護支援専門員が連携を行うことについて事務連絡で周知している。

### <ヒアリングにおける主な意見>

- 介護保険優先原則に関する総合支援法第7条の見直し。
- 障害者が65歳(特定疾患では40歳)に達した際に介護保険サービスを利用するか否かについては、選択制とすべき。(きょうされん、全国社会就労センター協議会、全国肢体不自由児者父母の会連合会、全国身体障害者施設協議会、全国「精神病」者集団、全国脊髄損傷者連合会、日本筋ジストロフィー協会、日本身体障害者団体連合会、日本重症心身障害福祉協会、日本相談支援専門員協会、日本ALS協会)
- 65歳を超えて障害となった場合でも障害の特性に応じた支援が必要であり、障害福祉サービスを受給できるようにして欲しい。(全国社会就労センター協議会、日本盲人会連合)
- 障害福祉サービスを現に利用している者の自己決定を尊重し、市町村が介護保険優先だからと支給停止することのないようにして欲しい。(日本グループホーム学会、日本自閉症協会、日本相談支援専門員協会)
- 65歳以降も障害福祉サービスの利用が可能である旨を全自治体に徹底周知すべき。(日本精神科看護協会、日本脳外傷友の会)
- 障害者グループホームを利用しながら日中は通所系の介護保険サービスを利用するなど、障害福祉サービスと介護保険サービスを柔軟に併用できることが必要。また、利用料の負担格差の是正も必要。(日本精神保健福祉士協会)
- 施設入所の障害者が介護保険サービスを利用する場合、3ヶ月以内の退所を条件に施設入所支援事業所の所在地で要介護認定を受けることができるが、待機者が多く3ヶ月は厳しいため、条件を見直すべき。(日本グループホーム学会)
- 介護保険ではサービス量が足りない、移動支援がないため、障害福祉サービスの利用に流れこんでいる実態がある。国庫負担基準の見直しを含め、高齢障害者が増加することを真剣に考慮したサービス体系と財政基盤の確立が必要。(全国自立生活センター協議会)

## 介護保険制度との関係について

### <ヒアリングにおける主な意見>

- 65歳以上の介護保険対応について、①車いす・ベッドの規格が個人使用ではなく一律貸与であること②費用負担の1割が発生することについて改善を求める。また、家族同居で地域生活している高齢障害者の家族の高齢支援対策も同時（一緒）に講じる必要がある。（全国肢体不自由児者父母の会連合会）
- 介護保険ヘルパーに対する失語症に係る研修の実施等、介護保険サービスを実行化するために必要な措置を検討して欲しい。（日本失語症協議会）
- 高齢の障害者の生活を支える上で、サービス等利用計画が果たす役割が重要であり、サービス等利用計画をベースに選択できる制度の構築が必要。障害者権利条約の諸原則にもとづいて障害福祉施策を再構築する必要がある。（日本相談支援専門員協会）
- 高齢精神障害者には、必要に応じて障害福祉サービスと介護サービスを組み合わせた計画が立てられるようにするため、福祉、介護、医療など、複数制度の包括的な支援計画の立案や、事業者等が一体的なサービス提供ができる制度の創設を検討して欲しい。（日本精神科看護協会）
- 介護保険併給の場合は、国庫負担基準が極端に低く設定されているため、改めることが必要。（DPI日本会議）

### <作業チームにおける主な意見>

#### （利用者負担について）

- 低所得者については利用料の減免に関する公費負担制度を新たに創設できるのかといった話になるかと思うが、通常の高齢者はお金払うが、障害の人が高齢者になった時に減免というのは不公平感があるので整理が必要。
- 低所得の方には減免して普遍的な介護保険サービスへのアクセスというのも十分に考えられる。
- 一般の高齢者との関係は、高齢者として介護保険に該当するなら利用者負担は公平性の観点からありうるが、低所得の人への援助はまた別に考えること。

#### （国庫負担基準について）

- 市長村において、どの程度負担になるかといったことも踏まえて議論する必要がある。
- 国庫負担基準については、広範囲のほうが効率的で理にかなっているのではないか。例えば都道府県レベルでの調整のほうが調整しやすいとか。
- 市町村においてどんなサービスが必要か、ケアマネジメントをどこまでやっているのか、というところまで考えてこの問題は議論する必要がある。

## 介護保険制度との関係について

<作業チームにおける主な意見>

(介護保険サービスの利用について)

- ケアマネジャー、相談支援専門員、地域包括支援センター、基幹相談支援センターの連携や法人内の人事交流や研修等、高齢・障害一緒の人材がお互い学び合っていくことにより橋渡しができる。
- 各事業所の苦手分野に適切なスーパーバイズを受けられるとかコーディネートをどうするかということと、困った時に相談できるような体制があることが必要。
- 介護事業所についても障害を受け入れるインセンティブを与えられるような仕組みを考えるべきではないか。
- 和光市では地域ケア会議として、地域包括支援センターや相談支援専門員等が集まって、ケアプランを基に、どのようなサービスを提供するか精査し、障害から介護への引き継ぎはケア会議の中で行っている。
- 地域包括ケアシステムについて、高齢者だけでなく、障害や児童も含めてというのが当初の理想であり、障害がどのように実質的にのっていかかが課題。

(65歳到達以後に自立支援給付を受けることについて)

- 自治体によっては、例えば認知症高齢者の方が精神保健福祉手帳をとり、重度訪問介護等の障害福祉サービスの申請がされ、対応に苦慮するといった事例がある。
- 少なくとも利用者負担と切り離せない問題だと思うが、基本的には介護保険優先を原則とするのではないか。
- 負担のことだけで議論するとモラルハザードで制度そのものが崩れてしまう。ガイドライン的なものをもつべきかと思う。
- 介護保険で照らし合わせると良いサービスはなく、はじめてサービスを受ける場合でも障害福祉サービスが適切という人も数は少ないがいる。あまりそこはきっちり切るわけではないのかなということはある。
- 障害年金の発病主義と同様に、高齢者特有の病気ではなく65歳以前に発病だったかどうか、といった発想もあり得るか。

(障害者総合支援法第7条の見直しについて)

- 一般論として、一般化されたサービスである介護保険を原則とするのは合理性があるかと思う。
- 一般化された、地域で支えるというのができていくのであれば、原則として65歳以上で介護保険があるということは残していく、必要があれば個別の状況をきちんと判断するというではないか。
- 高齢福祉について、保険にしたということは、起こりうる事故について準備していこうということ。保険制度ではない障害福祉と選択制というのは理論的に成り立つのか。
- 一般的な普遍的なものが先で、個別で足りないものがあればカバーするというのは多くの人を受け入れる妥当な考えだと思う。個別の方が先にあると、社会の中で人と人を分断するような話になるのでは。権利条約の個別配慮の話も重要である。

## 介護保険制度との関係について

<作業チームにおける主な意見>

(障害者総合支援法第7条の見直しについて(続き))

- 63万人の障害者が雇用されて社会保険料を払っており、また、この数は間違いなく増えていくなか65歳以上だけを考えるのではなく、65歳以下の人も含めて考えると、一般論を崩すのはあまりよくない。
- 基本的には介護保険優先というのは、ノーマライゼーションというか、公平性の観点から原則であろう。保険を積み立ててきたものは必要になったら使うというのが一般的であり、これを崩してしまうと、どこまでは障害者なのかというところの定義も今後変わってしまうのではないか。
- 介護保険優先は原則だが、障害者の固有性とか合理的配慮とかを守りながら考えていくのは大事。

## 介護保険制度との関係について

### <今後議論いただきたい事項(案)>

- 障害福祉サービスの利用者が介護保険サービスへ移行する際の利用者負担について、どう考えるか。
  - ・ 低所得者の負担への配慮
  - ・ 一般の高齢者等との公平性
  
- 介護保険給付対象者の国庫負担基準額について、どう考えるか。
  - ・ 相当する介護保険の訪問系サービスとの関係
  - ・ 財政影響
  - ・ 国庫負担基準全体の在り方
  
- 介護保険サービス事業所において、65歳以降の障害者が円滑に適切な支援が受けられるようにするため、どのような対応が考えられるか。
  - ・ ケアの質の低下が生じないよう、介護保険サービス及び障害福祉サービスが適切に提供されるための両制度の適切な利用を橋渡しする仕組み(例:障害福祉制度及び介護保険制度双方をコーディネートする相談支援専門員やケアマネージャー等の人材育成、両制度に関わる関係者が連携する機関の構築、障害福祉サービス事業者や介護保険サービス事業者が適切な障害者ケアや高齢者ケアを学ぶための研修、介護保険サービスを行う法人と障害福祉サービスを行う法人の連携など)
  
- 65歳前までに自立支援給付を受けてこなかった者が65歳以降に自立支援給付を受けることについてどのように考えるか。
  - ・ 介護保険にはない障害福祉独自サービス(同行援護、行動援護等)の取扱い
  - ・ 65歳前より障害を有していたが、65歳まで手帳等をとらずにいた障害者や、65歳以降に障害を有するに至った者の取扱い
  
- 障害者総合支援法第7条における介護保険優先原則について、どう考えるか。
  - ・ 障害を持って高齢期に至った高齢障害者の特性
  - ・ ノーマライゼーションや一般の高齢者等との公平性
  - ・ 社会保険制度である介護保険制度と公費負担による障害福祉制度の関係

## 心身機能が低下した高齢障害者の障害福祉サービス事業等の対応について

### <現状>

- 障害者支援施設にグループホーム等から入所する知的障害者の入所理由として、機能低下や疾病等に対応困難なことが挙げられている。(2013のぞみの園調査より)
- 特別養護老人ホームに障害者支援施設から入所する知的障害者の入所理由として、日常生活に介助が必要になったこと等や若年層と同一の生活空間が危険との理由が挙げられている。(2013のぞみの園調査より)
- 障害者支援施設やグループホームについては、手厚い支援体制や医療体制を評価する加算を設けている。
- 平成27年度においては、新たな加算として、視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(施設入所支援)や常勤看護職員等配置加算(生活介護)を設けている。

### <ヒアリングにおける主な意見>

- 高齢障害者が継続して在宅生活を送るためのハード面・ソフト面での在宅支援の充実や地域での移動の保障等が重要。
- 障害者の高齢化・重度化に対する支援として、介護保険とは別の障害者に特化したサービス体系の構築が重要。
- 高齢障がい者を支援する観点から、①夜間支援の人員強化、②居住環境のユニット化、③グループホームでも日中支援を実施できるような体制強化、④医療との連携を図るための看護師の配置と財政面での支援、⑤365日24時間の相談対応が可能な体制の整備の5機能を備えた居住支援の場が必要。また障害者総合支援法の附帯決議にある小規模入所施設(協会案は「地域小規模多機能施設」)等、ユニット形式や昼夜問わない支援が可能な新たな施策が必要。(以上、日本知的障害者福祉協会)
- もともと障害がある者が高齢になった場合を想定したサービスとして、グループホームでの日中支援の充実やホームヘルプの利用の拡充等が必要。(全国自立生活センター協議会)
- 高齢障害者については特別養護老人ホーム等への入所は相当に困難であり、さらにそれぞれの障害特性を勘案すると、障害福祉サービスの中で「最後まで」暮らし続けることができる仕組みが必要。日中活動に通えなくなった高齢かつ重度の方、行動障害や重症心身障害者等への居住支援として、新たな多機能居住支援類型の創設を検討して欲しい。また、補助単価の大幅な引き上げが必要。(全国地域生活支援ネットワーク)
- グループホーム、施設入所支援、日中活動とも、高齢化に向けた人員配置を検討すべき。(日本グループホーム学会)
- 身体合併症も含めた医療的ケアや見守り機能を強化したグループホームや居住の場の創設が必要。(日本精神保健福祉士協会)
- 高齢化に伴い、精神症状は安定したものの、生活障害が目立ち要介護状態にある精神障害者の受け入れに係る課題の解消に向けて、グループホームにおける専門職員の配置が可能となるような財政的措置が必要。(日本精神科病院協会)
- グループホーム、生活介護等を高齢対応にするため、設備バリアフリー、活動内容見直し、医療的介護、身体介護ヘルパーの活用等が必要。(日本自閉症協会)

## 心身機能が低下した高齢障害者の障害福祉サービス事業等の対応について

### <ヒアリングにおける主な意見(続き)>

- 肢体不自由者の老後の施設として、老人施設と併設した新しい居住態勢の構築を図られたい。(全国肢体不自由児者父母の会連合会)
- 要介護度に障害の重さが反映されず介護保険サービスの対象となりにくい高齢精神障害者には、養護老人ホームやサービス付き高齢者住宅も居住の場の選択肢となり得るが、相談支援専門員、精神保健福祉士等による職員へのコンサルテーションや利用者への定期的な訪問が可能となる仕組みが必要。(日本精神保健福祉士協会)
- 高齢化、機能低下により医療が必要となっても、医療の提供が受けられないことも考えられることから、様々な特性のある障害者に対しては将来安定した生活が送れるよう配慮していただきたい。(日本重症心身障害者福祉協会)

### <作業チームにおける主な意見>

#### (障害者の高齢化に伴う障害福祉サービス事業所の課題について)

- 施設機能そのものをどう考えるか。高齢になって介護が必要になった人達についても、支援をするところなのかどうかを含めて議論をしなければならない。
- 施設はある程度集団処遇でやってきたが、高齢の方については食事や排泄も個人対応となるため、受け入れる施設はユニット化か小規模化が必要と思う。高齢に対応した、介護度が今までと違う人のものが確実に必要なのだと思う。
- 障害福祉は元気な人を中心とした体制であり、通院や緊急対応等の対応が難しい。施設運営の問題も含め、ある程度規模がないと厳しいのではないか。介護保険との絡みでどのようなバランスにするかもある。
- 一般的には医療的ケアの体制はできていない。医療的ケアの体制、通院が頻繁となると多くの人員が必要となる。
- 高齢障害者の受け皿として多機能拠点の機能を強化していくというのが良いのではないか。
- 予防ということも含め、心身機能が低下しないよう、どのように支援しながら高齢期を迎えるかという視点も大事。

#### (高齢障害者の日中活動について)

- 日中活動ができず職員が張り付いてしまうと、人員配置があわなくなる。基本的に元気な人を基本にした人員配置であるため手当が必要。
- アメリカ等では高齢者用のGHというのがあり、プログラムも異なっている。
- GHについては、日中活動を利用する者としめない者に対して併せてサービス提供を行うことが人員的に厳しいとなると、若年者と異なる活動を行う高齢者GHというのも一つ選択肢。
- 制度の問題だけではなくて、介護と障害福祉合わせてしっかりとマネジメントの問題を意見交換しながら、状態に合わせてこののを新しく考えていかなければいけない。障害者支援施設の高齢化は本当に進んでおり、50歳以上が半分以上であり、どこが施設入所支援で、どこか生活介護なのかがあいまいになりつつある。

## 心身機能が低下した高齢障害者の障害福祉サービス事業等の対応について

### <今後議論いただきたい事項(案)>

- 心身機能が低下した高齢障害者について、障害福祉サービス事業所で十分なケアが行えなくなっていることについて、どのような対応が考えられるか。
  - ・ 予防の観点も含めた早期の心身機能の低下に対応するケアマネジメント
  - ・ 障害福祉サービス事業所における、介護技術・知識の向上、マンパワーの充足、医療との連携による医療的ケアの充実、バリアフリー対応等の設備上の課題への対応
  - ・ 心身機能の低下した高齢障害者に対する障害者支援施設等やグループホームの位置づけ
  - ・ 介護保険事業者等との連携や地域生活支援拠点の活用や在り方
  - ・ グループホームや障害者支援施設等の入所者等に対する日中支援活動の在り方

## いわゆる「親亡き後」について

### <現状>

- 65歳未満の知的障害児・者の親との同居率は約91%(精神障害者は約66%、身体障害児・者は約41%)であり、夫婦で暮らしている知的障害者の割合は約5%(精神障害者は約25%、身体障害者は約60%)である。(平成23年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)より)
- 知的障害者が高齢化し、親等の支援者が亡くなった場合には、財産管理、身上監護、日常の金銭管理等の支援機能を喪失することとなるケースがある。(第1回作業チーム志賀構成員提出資料より)

### <ヒアリングにおける主な意見>

- 親が担っていた役割を、各サービス提供事業所、成年後見人、相談支援事業所等でどのように分担するのかが、責任の在り方を含めて問題になる。(全国重症心身障害者日中活動支援協議会)
- 高齢障害者が継続して在宅生活を送るためのハード面・ソフト面での在宅支援の充実や地域での移動の保障等が重要。(日本知的障害者福祉協会)【再掲】
- 高齢化、機能低下により医療が必要となっても、医療の提供が受けられないことも考えられることから、様々な特性のある障害者に対しては将来安定した生活が送れるよう配慮していただきたい。(日本重症心身障害者福祉協会)【再掲】

### <作業チームにおける主な意見>

- 親が自宅で障害者を抱えてしまっているケースがあり、親が抱えずに障害福祉サービスを使える体制を作っておく必要。親が高齢化してはじめて障害福祉サービスということもあるため、早めに障害福祉サービスを受けられるような相談しやすい体制などを作る必要がある。
- 地域における相談支援体制により、身近な誰かが相談支援することによって乗り切ることができれば家族にとってもいいこと。
- サービスに委ねてしまうと、うまくマネジメントする人材が必要であり、また、サービスに委ねてしまって、もう少しエンパワメントできるはずなのにできてないこともある。潜在的能力があるのであれば、エンパワメントを通じて将来に備えられるかなと思う。自分でできることを増やしていくことも必要。ある時から何でもやれというのは話も違うのではないか。
- 高齢化した障害者がボリュームゾーンになり、ある程度障害を持った方が家庭を支えると言ったことが増えてくるのは間違いない。本人の権利を考えながら、どうやってその人の人生を考えていくのか、あるいは家族の中で将来について意見の対立があった時にどうしていくか考えていく仕組み必要も必要。

## いわゆる「親亡き後」について

### <作業チームにおける主な意見(続き)>

- ケア会議の中では、必ず5年後、10年後はどうしていくか、親が亡くなったときにどうしていくのかというような視点も含めて権利擁護の体制を準備していこうということで必ず聞く。プランの中にも、成年後見人をつけていくように支援することを付け加えている。
- 「親亡き後」の生活をどのように組み立てていけば良いのか、本人はどう思っているのかというすり合わせは、周りがある程度支えながら行う必要がある。
- 高齢になっても、社会参加できる機会が作られることは大切である。
- 親や家族へのアプローチも考慮していると思うが、親自体へのアプローチを早めにするのが重要である。
- 善意からだとしても意思決定する機会が奪われてしまっていることがある。家族がいなくなって、急に意思決定が課されるのは酷であり、準備や経験が必要。

### <今後議論いただきたい事項(案)>

- いわゆる「親亡き後」と言われるような、支援者の高齢化や死亡などの支援機能の喪失後もできるだけ地域において安心して日常生活を送るために、どのような対応が考えられるか。
  - ・ 支援機能の喪失前からの「親亡き後」の準備(例:成年後見人や住まいの選定、障害福祉サービスの体験利用、インフォーマルサービスも含めた地域における関係づくり等)
  - ・ 支援者の支援機能の喪失後を見据えた、中長期的なケアマネジメント
  - ・ 支援者の支援機能の喪失後の自立のため、障害者自身や親をはじめとする支援者がそれぞれ担うべき役割とそれを支援する体制の構築

# 參考資料

# 障害者の高齢化について

○ 障害者数全体は増加傾向にあり、また障害者の高齢化が進んでいる。

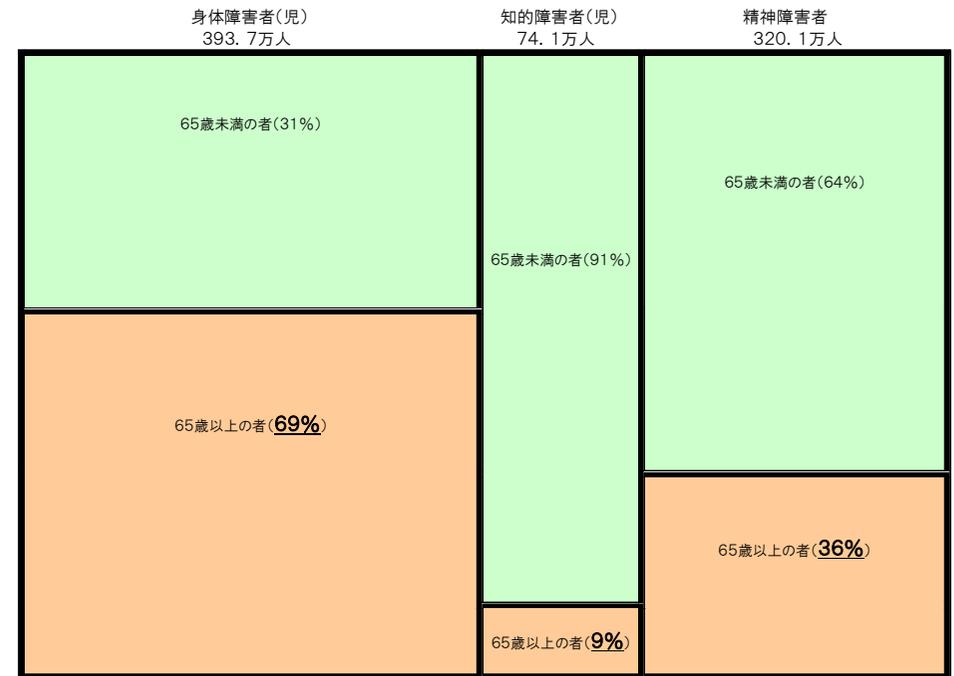
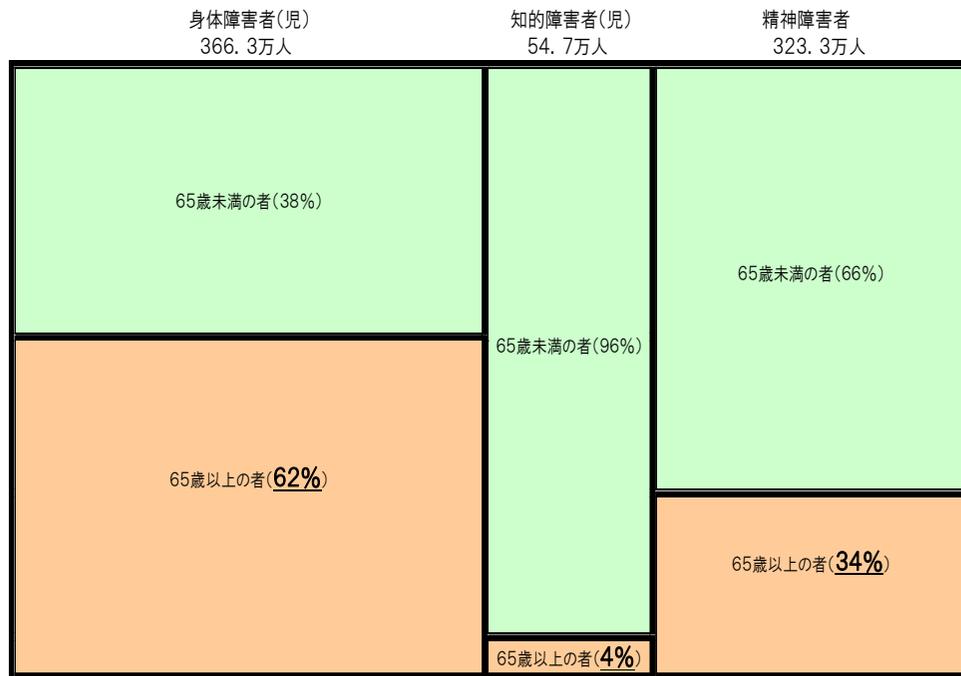
65歳以上の障害者の割合	46%→50%	
うち身体障害者の割合	62%→69%	(平成18年→平成21年(在宅)23年(施設))
うち知的障害者の割合	4%→9%	(平成17年→平成23年)
うち精神障害者の割合	34%→36%	(平成20年→平成23年)

障害者総数 744.2万人(人口の約5.8%)

うち65歳未満 54%  
うち65歳以上 46%

障害者総数 787.9万人(人口の約6.2%)

うち65歳未満 50%  
うち65歳以上 50%



※身体障害者(児)数は平成18年の調査等、知的障害者(児)数は平成17年の調査等、精神障害者数は平成20年の調査等による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。

※身体障害者(児)数は平成23年(在宅)、平成21年(施設)の調査等、知的障害者(児)数は平成23年の調査、精神障害者数は平成23年の調査による推計。なお、身体障害者(児)には高齢者施設に入所している身体障害者は含まれていない。  
※平成23年の調査における身体障害者(児)数(在宅)及び知的障害者(児)数(在宅)は岩手県、宮城県、福島県、仙台市、盛岡市、郡山市、いわき市及び大阪府を除いた数値である。知的障害者(児)数(施設)は、宮城県、福島県の一部市町村を除いた数値である。  
※平成23年の調査における精神障害者数は宮城県の石巻医療圏及び気仙沼医療圏並びに福島県を除いた数値である。

障害者の重度化・高齢化や「親亡き後」を見据え、各地域の抱える課題に応じて、**居住支援のための機能（相談、体験の機会・場、緊急時の受け入れ・対応、専門性、地域の体制づくり）**を地域に整備していく手法としては、① これらの機能を集約して整備する「**多機能拠点整備型**」（グループホーム併設型、単独型）、② 地域において機能を分担して担う「**面的整備型**」等が考えられる。

## （参考）居住支援のための機能強化の整備手法のイメージ

各地域のニーズ、既存のサービスの整備状況など各地域の個別の状況に応じ、関係者や障害当事者が参画して検討



### 1の建物における共同生活住居の設置数に関する特例

都市部など土地の取得が困難な地域等においても、各都道府県の判断で地域の居住支援体制を柔軟に整備できるよう、次のいずれにも該当するものとして都道府県が認めた場合は、1の建物の中に複数の共同生活住居の設置を認めることとする。

- ① 地域で生活している障害者等との常時の連絡体制の確保、緊急一時的な宿泊の場の提供など地域で暮らしている障害者等を支援するための事業や地域の関係機関と連絡調整を行うコーディネート事業を行うこと
- ② ①の機能をグループホームに付加的に集約して整備することが障害福祉計画に地域居住支援の一環として位置づけられていること
- ③ 1つの建物であっても、入り口(玄関)が別になっているなど建物構造上、共同生活住居ごとの独立性が確保されていること
- ④ 1つの建物に設置する共同生活住居の入居定員の合計数が20人以下(短期入所(空床利用型を除く。))を行う場合、当該短期入所の利用定員数を含む。)であること

# 障害者に対する支援（共同生活介護の共同生活援助への一元化）

（ケアホーム）

（グループホーム）

共同生活を行う住居でのケアが柔軟にできるよう、共同生活介護（ケアホーム）を共同生活援助（グループホーム）に統合。

【平成26年4月1日施行】

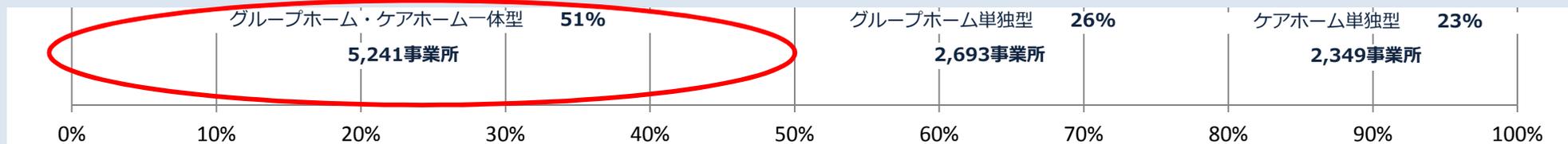
➡ 障害者の地域移行を促進するために、地域生活の基盤となる住まいの場の確保を促進。

## 《背景》

- ★ 今後、障害者の高齢化・重度化が進むことを背景として、介護が必要な障害者のグループホームの新規入居や、グループホーム入居後に介護が必要となるケースが増加することが見込まれる。
- ★ 現行、介護が必要な人と必要のない人を一緒に受け入れる場合、グループホーム、ケアホームの2つのタイプの事業所指定が必要。
- ★ 現にグループホーム・ケアホーム一体型の事業所が半数以上。

地域における住まいの選択肢のさらなる拡大・事務手続きの簡素化等の観点から**ケアホームをグループホームに一元化**。グループホームにおいて、日常生活上の相談に加えて、**入浴、排せつ又は食事の介護**その他の日常生活上の援助を提供。

## （参考）事業所の指定状況



（出典）障害福祉課調べ（H22.3）

◎ グループホームへの一元化に併せて、次の運用上の見直しを行う

## 外部サービス利用規制の見直し

個々の利用者の状態像に応じて柔軟かつ効率的なサービス提供が可能となるよう、グループホームの新たな支援形態の1つとして、**外部の居宅介護事業者と連携すること等により利用者の状態に応じた柔軟なサービス提供を行う事業所形態**を創設。

## サテライト型住居の創設

共同生活を営むというグループホームの趣旨を踏まえ、1人で暮らしたいというニーズにも応えつつ、地域における多様な住まいの場を増やしていく観点から、**本体住居との連携を前提とした『サテライト型住居』の仕組み**を創設。

# 介護保険と障害福祉の適用関係

社会保障制度の原則である保険優先の考え方の下、サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、原則介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることになる。



一律に介護保険サービスを優先的に利用するものではなく、申請者の個別の状況に応じ、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能かを判断

## (2) 介護給付費等と介護保険制度との適用関係

市町村は、介護保険の被保険者(受給者)である障害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、個別のケースに応じて、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により適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付を受けることが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

### ② 介護保険サービス優先の捉え方

ア サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、基本的には、この介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることとなる。しかしながら、障害者が同様のサービスを希望する場合でも、そ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り、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。

したがって、市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容(利用意向)を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること。

「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(平成19年通知)」

市町村が適当と認める支給量が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等には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能

### ③ 具体的な運用

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、基本的には介護給付費等を支給することはできないが、以下のとおり、当該サービスの利用について介護保険法の規定による保険給付が受けられない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能である。

ア 在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、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町村が認める場合（当該事情が解消するまでの間に限る。）。

「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（平成19年通知）」

状態の変化によりサービスの必要量が増減する場合があるが、介護保険利用前に必要とされていたサービスが、介護保険利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいことから、個々の実態に即した適切な運用をお願いしたい。

「平成26年3月障害保健福祉関係主管課長会議」

障害福祉サービス固有のサービスと認められるものを利用する場合には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能

イ サービス内容や機能から、介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、当該障害福祉サービスに係る介護給付費等を支給する。

「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（平成19年通知）」

# 国庫負担基準について

## 国庫負担基準の設定の考え方

障害者総合支援法では国の費用負担を「義務化」することで財源の裏付けを強化する一方で、「義務化」といっても無条件ですべて負担することは困難であり、障害福祉に関する国と地方自治体間の役割分担を前提に、限りある国費を公平に配分し、市町村間のサービスのばらつきをなくすために、市町村に対する国庫負担(精算基準)の上限を定めたもの。

これは個人のサービスの上限ではなく、市町村に対する国庫負担(精算基準)の上限であり、介護の必要度が高い者が多い市町村にはその人数に応じて国庫負担を行える仕組みであるとともに、同じ市町村の中でサービスの利用が少ない方から多い方に回すことが可能という柔軟な仕組みにしている。

なお、重度障害者の割合が一定以上であること等により、訪問系サービスの支給額が国庫負担基準を超過している市町村については、地域生活支援事業により助成を行うとともに、国庫負担基準をなお超過する市町村には、障害者総合支援事業費補助金による重度訪問介護等の利用促進に係る市町村支援事業<sup>(※)</sup>により、財政支援を行っている。

(※) 指定都市・中核市は除く

## 平成26年度国庫負担基準

### 居宅介護利用者

	通院等介助なし
区分1	2,690単位
区分2	3,480単位
区分3	5,120単位
区分4	9,640単位
区分5	15,430単位
区分6	22,200単位
障害児	8,660単位

※別途通院等介助ありを設ける

### 重度訪問介護利用者

区分3※	19,890単位
区分4	24,900単位
区分5	31,220単位
区分6	44,230単位

※区分3は経過規定

介護保険対象者	13,600単位
---------	----------

### 同行援護利用者

区分に関わらず	11,330単位
---------	----------

### 行動援護利用者

区分3	12,590単位
区分4	16,960単位
区分5	22,550単位
区分6	29,300単位
障害児	16,010単位

介護保険対象者	7,520単位
---------	---------

### 重度障害者等 包括支援利用者

区分6	83,660単位
-----	----------

介護保険対象者	33,200単位
---------	----------

重度障害者等包括支援対象者であって重度障害者等包括支援を利用しておらず、居宅介護、行動援護又は重度訪問介護を利用する者

区分6	63,870単位
-----	----------

介護保険対象者	32,290単位
---------	----------

(注) 各区分の国庫負担基準額(一人当たり月額)は、表の「単位数」に級地区分ごとに設定する「1単位当たり単価」及び「各市町村の給付率」を乗じた額となる。  
平成26年度は、消費税率引き上げに伴う障害福祉サービスの基本報酬見直しと併せて、国庫負担基準についても改定を行った。

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の適用関係等についての  
運用等実態調査結果

平成 27 年 2 月

厚生労働省 社会・援護局  
障害保健福祉部 障害福祉課

## 調査の概要

### 【調査の目的】

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自立支援給付と介護保険制度との適用関係については、その基本的な考え方、優先される介護保険サービス、介護保険サービス優先の捉え方、具体的な運用等について「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 日障企発第 0328002 号 障障発第 0328002 号）にて市町村へ通知しているところであるが、その運用等の実態を把握することを目的とする。

### 【調査内容】

- ・ 65 歳以上で介護保険サービスと障害福祉サービスの併給をしている者、障害福祉サービスのみを利用している者の割合
- ・ 65 歳に到達する障害福祉サービス利用者の介護保険制度利用にあたっての運用について
- ・ 介護保険被保険者に対する障害福祉サービスの支給決定について 等

### 【調査対象・調査数】

対象	調査方法	調査対象数	抽出方法
全指定都市 (20)、 全中核市 (43) 及び 右記抽出方法 にて抽出された 市区町村 (222)	質問紙による調査	285	都道府県ごとに下記方法により市町村を抽出 ・ 各都道府県内の市（特別区を含む）から人口規模の大きい順に 2 市を抽出（指定都市、中核市を除く） ・ 各都道府県内の町から人口規模の大きい順に 2 町を抽出 ・ 各都道府県内で人口規模が最も大きい村を 1 抽出（村のない場合を除く）

### 【調査実施時期】

平成 26 年 8 月

### 【回答状況】

回答数：計 259（内訳：政令市 20・中核市 34・その他市区町村 205）

回答率：90.9%

### 【その他】

構成割合（%）は、小数点第 2 位を四捨五入しているため、内訳の合計値が 100%に合わない場合がある。

## 調 査 結 果

### 1. サービス利用状況等実態

#### (1) 65歳以上の者についてのサービス利用状況

区分	人数	構成割合
障害福祉サービス利用人数（65歳未満も含む全体）	350,205	—
障害福祉サービス利用人数（65歳以上）	34,400 <sup>※1</sup>	9.8%
併給（介護保険・障害福祉）人数	12,198	[35.7%] <sup>※4</sup>
併給（介護保険・障害福祉）人数 介護保険サービスに係る保険給付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障害福祉サービスを上乗せしている人数	5,575	—
障害福祉サービスのみ利用人数	21,953 <sup>※2</sup>	[64.3%] <sup>※4</sup>
要介護認定等の結果非該当となったため	1,374	—
介護保険サービスでは適切な支援は困難と判断したため	1,705	—
障害福祉サービス固有のもの（行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援）であるため	6,514	—
要介護認定等の申請をしていない等その他の理由 <sup>※3</sup>	11,291	—

※<sup>1</sup> 「障害福祉サービス利用人数（65歳以上）」欄の記載はあるが、そのうちの「併給（介護保険・障害福祉）人数」や「障害福祉サービスのみ利用人数」について不明としている自治体があることにより、「併給（介護保険・障害福祉）人数」欄と「障害福祉サービスのみ利用人数」欄を合算した数値が「障害福祉サービス利用人数（65歳以上）」欄の人数と一致しない。

※<sup>2</sup> 「障害福祉サービスのみ利用人数」欄の記載はあるが、その理由ごとの内訳人数が不明と回答している自治体があるなどにより、「要介護認定等の結果非該当」欄から「要介護認定等の申請をしていない等その他の理由」欄までを合算した数値が「障害福祉サービスのみ利用人数」欄の人数と一致しない。

※<sup>3</sup> 「介護保険被保険適用除外施設（障害者支援施設等）入所中」の場合等。

※<sup>4</sup> 「併給（介護保険・障害福祉）人数」欄と「障害福祉サービスのみ利用人数」欄の人数を合算した数値を基にした場合の構成割合

(2) 65歳以上の併給者（介護保険・障害福祉）のサービス併用状況

区分	人数	構成割合
併給（介護保険・障害福祉）人数	12,198	100.0%
併給者のうち居宅介護（障害福祉）を利用している者の人数	5,297	43.4%
居宅介護（障害福祉）と併用している介護保険サービスが訪問介護のみとなっている者の人数	1,297	[24.5%]
居宅介護（障害福祉）と併用している介護保険サービスが訪問介護及び訪問介護以外のサービスとなっている者の人数	3,476	[65.6%]
居宅介護（障害福祉）と併用している介護保険サービスが訪問介護以外のサービスとなっている者の人数	524	[9.9%]
併給者のうち重度訪問介護（障害福祉）を利用している者の人数	1,351	11.1%
重度訪問介護（障害福祉）と併用している介護保険サービスが訪問介護のみとなっている者の人数	161	[11.9%]
重度訪問介護（障害福祉）と併用している介護保険サービスが訪問介護及び訪問介護以外のサービスとなっている者の人数	1,136	[84.1%]
重度訪問介護（障害福祉）と併用している介護保険サービスが訪問介護以外のサービスとなっている者の人数	54	[4.0%]

※ 併給人数の回答のみでその内訳人数が不明としている自治体があるため、「併給人数」から「併給者のうち居宅介護を利用している者の人数」及び「併給者のうち重度訪問介護を利用している者の人数」を除いた人数が、居宅介護と重度訪問介護以外の障害福祉サービスを利用している併給者の人数となるわけではない。

(3) 障害程度区分認定者の要介護状態区分等

障害程度区分認定者の要介護状態区分等*									
障害程度区分	人数	要介護状態区分等	人数	構成割合	障害程度区分	人数	要介護状態区分等	人数	構成割合
区分6	461	要介護5	336	72.9%	区分3	934	要介護5	11	1.2%
		要介護4	74	16.1%			要介護4	29	3.1%
		要介護3	25	5.4%			要介護3	82	8.8%
		要介護2	15	3.3%			要介護2	218	23.3%
		要介護1	7	1.5%			要介護1	208	22.3%
		要支援2	2	0.4%			要支援2	183	19.6%
		要支援1	2	0.4%			要支援1	136	14.6%
		自立	0	0.0%			自立	67	7.2%
区分5	341	要介護5	74	21.7%	区分2	1,129	要介護5	12	1.1%
		要介護4	108	31.7%			要介護4	18	1.6%
		要介護3	71	20.8%			要介護3	29	2.6%
		要介護2	51	15.0%			要介護2	121	10.7%
		要介護1	14	4.1%			要介護1	232	20.5%
		要支援2	18	5.3%			要支援2	291	25.8%
		要支援1	5	1.5%			要支援1	283	25.1%
		自立	0	0.0%			自立	143	12.7%
区分4	442	要介護5	20	4.5%	区分1	387	要介護5	4	1.0%
		要介護4	52	11.8%			要介護4	1	0.3%
		要介護3	95	21.5%			要介護3	7	1.8%
		要介護2	118	26.7%			要介護2	17	4.4%
		要介護1	93	21.0%			要介護1	48	12.4%
		要支援2	37	8.4%			要支援2	63	16.3%
		要支援1	16	3.6%			要支援1	133	34.4%
		自立	11	2.5%			自立	114	29.5%

※ 平成25年度中に65歳に到達した障害福祉サービス利用者が対象。

## 2. 市町村の制度運用

### (1) 65歳到達による介護保険移行について

#### ア. 介護保険制度への移行の案内を行っているか

	自治体数	構成割合
行っている	225	86.9%
65歳の6ヶ月前までに案内	17	[ 7.6%]
65歳の5ヶ月前までに案内	0	[ 0.0%]
65歳の4ヶ月前までに案内	6	[ 2.7%]
65歳の3ヶ月前までに案内	44	[19.6%]
65歳の2か月前までに案内	51	[22.7%]
65歳の1か月前までに案内	38	[16.9%]
案内を行っているが、上記以外	69	[30.7%]
行っていない	34	13.1%
合計	259	100.0%

※ 「行っていない」との回答の中には、「介護保険制度の対象者がいないため」、「介護保険適用除外施設入所者若しくは障害福祉固有のサービスの利用者であるため」、「障害福祉サービスの支給決定の更新時に説明しているため」等も含む。

#### イ. 介護保険制度への移行の案内はどのような方法で行っているか

	自治体数（複数回答可）
電話で説明	100
お知らせの送付	89
自治体窓口や利用者宅訪問等により直接説明	129
その他	32

#### ウ. 介護保険サービスと障害福祉サービスの併給が可能な旨を障害福祉サービス利用者へ事前案内しているか

	自治体数	構成割合
している	101	39.0%
事例によってはしている	108	41.7%
していない	20	7.7%
未回答	30	11.6%
合計	259	100.0%

エ. 介護保険サービスと障害福祉サービスの併給が可能な旨を住民へ周知しているか

	自治体数	構成割合
している	49	18.9%
広報誌で案内	3	[ 6.1%]
ホームページで案内	9	[18.4%]
その他の方法で案内	37	[75.5%]
していない	209	80.7%
未回答	1	0.4%
合計	259	100.0%

オ. 65歳に到達する者の障害福祉サービス支給決定の有効期限の設定について

	自治体数	構成割合
65歳に到達する者についてもそれ以外の者と同じ取扱としており、介護保険移行を考慮した期限の設定はしていない	105	40.5%
65歳到達月（誕生日）の月末までの期限としている	85	32.8%
65歳到達月（誕生日）の翌月末までの期限としている	6	2.3%
65歳到達月（誕生日）の翌々月末までの期限としている	5	1.9%
65歳到達月（誕生日）の3ヶ月後の月末までの期限としている	6	2.3%
その他	48	18.5%
未回答	4	1.5%
合計	259	100.0%

(2) 申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケースの有無

	自治体数	構成割合
ある（複数回答可）	94	36.3%
自己負担の発生	60	—
馴染みの支援者を希望	38	—
現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため	40	—
介護保険優先適用の考え方が理解不能	44	—
その他	10	—
ない	163	62.9%
未回答	2	0.8%
合計	259	100.0%

(3) 要介護認定等の申請勧奨に応じないまま、65歳到達後も継続して障害福祉サービスの利用申請があった場合どのように対応しているか

	自治体数	構成割合
障害福祉サービスの支給決定を行い、引き続き申請勧奨を行う	63	67.0%
障害福祉サービスの支給決定期限を通常より短くして決定し、引き続き申請勧奨を行う	15	16.0%
障害福祉サービスの利用申請を却下する	6	6.4%
申請勧奨に応じず障害福祉サービスの利用申請を行うまでに至ったケースはない	5	5.3%
その他	5	5.3%
合計	94	100.0%

※ 2. (2)において、「申請勧奨に応じず、要介護認定等を申請していないケース」が「ある」と回答した自治体を対象とした質問

(4) 介護保険被保険者に対する障害福祉サービスの上乗せ支給について

ア. 障害福祉サービスの上乗せ利用の要件

	自治体数	構成割合
通知1-(2)-③-アを要件としている <sup>※1</sup>	176	68.0%
上記に加えて要件を追加している <sup>※2</sup>	74	28.6%
未回答	9	3.5%
合計	259	100.0%

※1 「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日障企発第0328002号・障障発第0328002号）1-(2)-③-アは以下の通り。

- ・在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、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。

※2 上乗せ要件追加例

- ・要介護4ないし5以上であること。
- ・身体障害者（両上下肢機能障害など）であること。
- ・訪問系サービスの上乗せについては、介護保険サービスの訪問介護を居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の5割以上利用していること。

イ. 上乗せ利用の要件を満たさない場合であっても個別の状況に応じて上乗せ支給を行っているか

	自治体数	構成割合
行っている	23	31.1%
行っていない	51	68.9%
合計	74	100.0%

※ 2.(4)ア.において、「通知1-(2)-③-アの要件に加えて要件を追加している」と回答した自治体を対象とした質問

※ 「行っていない」と回答している場合には、支給申請事例がなかった場合や、②障害福祉サービスの上乗せ利用の要件に「個別の状況に応じて検討する」ことを盛り込んでいる場合等が含まれている。

(5) 障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの特定について

障害福祉サービスの利用者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かについてどのように判断しているか

	自治体数	構成割合
全てのケースで具体的な意向を聴き取り、判断している	128	49.4%
判断が困難なケースで具体的な意向を聴き取り、判断している	96	37.1%
具体的な意向は聴き取らずサービス内容、機能のみで判断している	24	9.3%
その他	8	3.1%
未回答	3	1.2%
合計	259	100.0%

(6) 移動支援（地域生活支援事業）について介護保険給付との併給調整の対象とし、給付調整を行っているか

	自治体数	構成割合
行っている	95	36.7%
行っていない	162	62.5%
未回答	2	0.8%
合計	259	100.0%

### 3. 不服審査及び訴訟

#### (1) 障害福祉サービスに関する審査請求件数

(対象期間：平成 24 年度以降、平成 26 年 8 月 1 日現在まで)

総件数	84	総件数のうち、65 歳以上の者が請求した件数	15
総件数のうち、相談支援専門員がサービス等利用計画を作成していた件数	12	左の件数のうち、請求時に 65 歳以上だった件数	1
総件数のうち、セルフプランを作成していた件数	5	左の件数のうち、請求時に 65 歳以上だった件数	0

#### (2) 介護保険給付と併給調整規定に基づく障害福祉サービスに係る支給決定処分に対する審査請求件数等 (対象期間：平成 24 年度以降、平成 26 年 8 月 1 日現在まで)

年度	審査請求件数
24	3
25	5
26	3

審査請求における論点	件数
介護保険移行による利用者負担の増加	3
介護保険サービスで適切な支援を受けられるかどうかについての市町村の運用	6
その他	5

※ 1 件の審査請求について複数の論点があると回答した自治体がある

#### (3) 介護保険給付との併給調整規定に基づく障害福祉サービスに係る支給決定処分に対する訴訟件数

(対象期間：平成 24 年度以降、平成 26 年 8 月 1 日現在まで)

年度	訴訟件数
24	0
25	1
26	0

訴訟における論点	件数
介護保険移行による利用者負担の増加	1

#### 4. 自治体意見

自治体からの主な意見（全体 96 件）

意見	件数	構成割合
介護保険移行に伴う利用者負担の発生及び増大が理解を得にくい	33	34.4%
介護保険との併給について国が一定の指針や明確な基準を示してほしい	33	34.4%
介護保険対象者に対する居宅介護の国庫負担基準を設定してほしい	13	13.5%

事 務 連 絡  
平成 27 年 2 月 18 日

各 

都道府県
指定都市
中核市

 障害保健福祉部（局） 御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企 画 課  
障害福祉課

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の適用関係等に係る留意事項等について

標記については、「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。以下「適用関係通知」という。）でお示しするとともに、障害保健福祉関係主管課長会議において適切な運用に努めていただくよう周知しているところである。

しかしながら、その運用に関して障害者の個々の実態に即したものとなっていない等の声も寄せられていることを踏まえ、各市町村における具体的な運用等についての実態調査を実施したところである。

本調査結果は別添のとおりであるが、自立支援給付と介護保険制度との適用関係に係る留意事項を下記のとおりまとめたので、御了知の上、管内市町村、関係機関に周知徹底いただくとともに、その運用に遺漏なきようお願いしたい。

なお、本事務連絡については、老健局とも協議済みであることを念のため申し添える。介護保険担当課室へも本事務連絡を情報提供し、適宜、連携を図るようお願いしたい。

## 記

### 1. 介護給付費等と介護保険制度との適用関係について

#### (1) 障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの特定について

適用関係通知において、市町村は、介護保険の被保険者である障害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、個別のケースに応じて、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か等について、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、適切に判断することとしているが、改めて各市町村においては、適切な運用をお願いしたい。

#### (2) 具体的な運用について

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であっても、当該サービスの利用について介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付が受けられない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能であることとしている。市町村においては、当該介護給付費等を支給する場合の基準を設けている場合であっても、当該基準によって一律に判断するのではなく、介護保険サービスの支給量・内容では十分なサービスが受けられない場合には、介護給付費等を支給するなど、適切な運用に努められたい。

また、障害福祉サービス利用者が要介護認定等を受けた結果、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の範囲内では、利用可能なサービス量が減少することも考えられる。しかし、介護保険利用前に必要とされていたサービス量が、介護保険利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいことから、個々の実態に即した適切な運用をお願いしたい。

### 2. 介護保険制度の円滑な利用に当たっての留意点

#### (1) 障害福祉サービス利用者への介護保険制度の案内について

要介護認定等の申請は、申請に係る者の状態について大きな変更が生ずることが見込まれないということから、65歳到達日（誕生日の前日）、特定疾病に該当する者の40歳到達日（誕生日の前日）又は適用除外施設退所日（以下「65歳到達日等」という。）の3か月前以内に

要介護認定等申請を受理し、65歳到達日等に認定することを運用上の対応として可能としている。

そのため、障害福祉サービス利用者の介護保険制度の円滑な利用に向け、要介護認定等の申請から認定結果通知にかかる期間を考慮して65歳到達日等前の適切な時期から要介護認定等に係る申請の案内を行うこと。

その際には、単に案内を郵送するだけでなく、市町村職員から、又は、(3)にお示しする相談支援専門員から直接、介護保険制度について説明を行うことが望ましい。

(2) 障害福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内について

介護保険法の規定による保険給付が優先されることが、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解を障害福祉サービス利用者にも与えることのないよう、適用関係通知(2)②の場合や③の場合については介護給付費等の支給が可能な旨、利用者及び関係者へ適切に案内を行うこと。

(3) 指定特定相談支援事業者と指定居宅介護支援事業者等との連携について

障害福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するに当たっては、障害者が適切なサービスを受けられるよう

- ・ 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（平成17年法律第123号）における指定特定相談支援事業所の相談支援専門員がモニタリングを通じて、必要な介護保険サービスを円滑に利用できるよう利用者に対し、介護保険制度に関する案内を行うことや、介護保険サービスの利用に際しては、本人に了解の上、利用する指定居宅介護支援事業所等に対し、利用者の状態や障害福祉サービスの利用状況等サービス等利用計画に記載されている情報を提供するよう適切に引継ぎを行うこと
- ・ 介護保険サービス利用開始後も引き続き障害福祉サービスを利用する場合は、サービス担当者会議等を活用して相談支援専門員と介護支援専門員が随時情報共有を図ること

等必要な案内や連携を行うこと等の周知をお願いしたい。

※なお、ここでいう「指定居宅介護支援事業者等」とは、小規模多機能型居宅介護や介護老人福祉施設のように、人員配置基準において

介護支援専門員の配置が義務づけられている事業者を含むものである。

### 3. 要介護認定等の申請について

介護保険の被保険者である障害者については、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により適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る介護保険給付を受けることが可能か否か等について判断するためにも、障害者の生活に急激な変化が生じないように配慮しつつ、まずは、要介護認定等申請を行っていただいた上で介護保険制度からどのようなサービスをどの程度受けられるかを把握することが適当である。

したがって、要介護認定等の申請を行わない障害者に対しては、申請をしない理由や事情を十分に聴き取るとともに、継続して制度の説明を行い、申請について理解を得られるよう働きかけること。

### 4. 指定障害者支援施設等入所者の要介護認定等について

介護保険適用除外施設である指定障害者支援施設等入所者は、介護保険サービスに相当する介護サービスが提供されていること等の理由から、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされている。一方で、個々の事情に応じて介護保険適用除外施設を退所又は退院することもあり得るが、その場合には介護保険の被保険者となり、介護保険法に基づく要介護認定等を受けることにより、これに応じた介護保険サービスを利用することが可能となる。

この点、例えば、介護保険適用除外施設からの退所者が介護老人福祉施設等へ入所しようとする場合には、通常、一定の期間を要することから、指定障害者支援施設等の退所日と要介護認定申請の時期の兼ね合いで必要な手続きや調整が円滑に行われにくいという指摘があるが、介護保険サービスの利用を円滑に進めるために、関係者間での密な情報共有や連携を図ることにより、柔軟に対応願いたい。

# 施設入所支援

## ○対象者

夜間において、介護が必要な者、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められるもの又は通所が困難である自立訓練又は就労移行支援の利用者

- ① 生活介護利用者のうち、区分4以上の者(50歳以上の場合は、区分3以上)
- ② 自立訓練又は就労移行支援の利用者のうち、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められる者又は通所によって訓練を受けることが困難な者
- ③ 生活介護利用者のうち、①に該当しないが、市町村がサービス等利用計画案に基づき必要と認める区分1以上の者
- ④ 就労継続支援B型の利用者のうち、市町村がサービス等利用計画案に基づき必要と認める者

## ○サービス内容

- 夜間における入浴、排せつ等の介護や日常生活上の相談支援等を実施
- 生活介護の利用者は、利用期間の制限なし  
自立訓練及び就労移行支援の利用者は、当該サービスの利用期間に限定

## ○主な人員配置

- サービス管理責任者
- 休日等の職員配置  
→利用者の状況に応じ、必要な支援を行うための勤務体制を確保
- 生活支援員 利用者数 60人以下の場合、1人以上

## ○報酬単価 (平成26年4月～)

### ■基本報酬

基本単位数は、事業者ごとに利用者の①利用定員の合計数及び②障害支援区分に応じ所定単位数を算定。

■ 定員40人以下の場合	(区分6)	(区分5)	(区分4)	(区分3)	(区分2以下)※未判定の者を含む
	451単位	380単位	307単位	231単位	167単位

### ■主な加算

#### 重度障害者支援加算

- (I) 特別な医療を受けている利用者[28単位]  
→区分6であって、次に該当する者が2人以上の場合は更に22単位
- ①気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者
  - ②重症心身障害者
- (II) 強度行動障害者[10単位～735単位]

#### 夜勤職員配置体制加算

- 夜勤職員の勤務体制を手厚くしている場合
- ・利用定員が21人以上40人以下の場合[49単位]
  - ・利用定員が41人以上60人以下の場合[41単位]
  - ・利用定員が61人以上の場合[36単位]

○事業所数 2,624(国保連平成26年11月実績)

○利用者数 132,519(国保連平成26年11月実績)

# 共同生活援助(グループホーム)

## ○対象者

地域において自立した日常生活を営む上で、相談、入浴、排泄又は食事の介護その他日常生活上の援助を必要とする障害者(身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。)

## ○サービス内容

- 主として夜間において、共同生活を営むべき住居において入浴、排せつ又は食事の介護等を行う
- 日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関と連絡調整を実施

## ○主な人員配置

- サービス管理責任者
- 世話人 6:1以上
- 生活支援員 2.5:1 ~ 9:1

## ○報酬単価(平成26年4月~)

### ■基本報酬

世話人4:1・障害支援区分6の場合[645単位]

体験利用の場合[675単位~287単位]

世話人6:1・障害支援区分1以下の場合[181単位]

### ■主な加算

#### 夜間支援体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)

- (Ⅰ)夜勤を配置し、利用者に対して夜間に介護等を行うための体制等を確保する場合 336単位~54単位
- (Ⅱ)宿直を配置し、利用者に対して夜間に居室の巡回や緊急時の支援等を行うための体制を確保する場合112単位~18単位
- (Ⅲ)夜間及び深夜の時間帯において、利用者の緊急事態等に対応するための常時の連絡体制又は防災体制を確保する場合 10単位

#### 日中支援加算

- (Ⅰ)高齢又は重度(65歳以上又は障害支援区分4以上)の利用者が住居の外で過ごすことが困難であるときに、当該利用者に対して日中に支援を行った場合 539単位~270単位
- (Ⅱ)利用者が心身の状況等により日中活動サービス等を利用することができないときに、当該利用者に対し、日中に支援を行った場合 539単位~135単位

#### 重度障害者支援加算

- 区分6であつて重度障害者等包括支援の対象者2人以上であり、より手厚いサービスを提供する場合 45単位

#### 医療連携体制加算(V)

- 医療機関との連携等により看護師による、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合 39単位

○事業所数 5,016(国保連平成26年11月実績)

○利用者数 77,720(国保連平成26年11月実績)

# 外部サービス利用型共同生活援助

## ○対象者

地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助が必要な障害者（身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。）

## ○サービス内容

- 主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行う
- 日常生活上の相談支援や日中活動の利用を支援するため、就労移行支援事業所等の関係機関と連絡調整を実施
- 利用者の個々のニーズに対応した食事や入浴、排せつ等の介護を併せて提供（外部の居宅介護事業所に委託）

## ○主な人員配置

- サービス管理責任者
  - 世話人 6:1以上（当分の間は10:1以上）
- ※介護の提供は受託居宅介護事業所が行う

## ○報酬単価（平成26年4月～）

### ■基本報酬

世話人 4:1 [257単位]～世話人10:1 [120単位] 体験利用の場合[287単位]  
※利用者に対し受託居宅介護サービスを行った場合は、サービスに要する標準的な時間に応じて受託介護サービス費を併せて算定[99単位～]

### ■主な加算

#### 夜間支援体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)

- (Ⅰ)夜勤を配置し、利用者に対して夜間に介護等を行うための体制等を確保する場合 336単位～54単位
- (Ⅱ)宿直を配置し、利用者に対して夜間に居室の巡回や緊急時の支援等を行うための体制を確保する場合112単位～18単位
- (Ⅲ)夜間及び深夜の時間帯において、利用者の緊急事態等に対応するための常時の連絡体制又は防災体制を確保する場合 10単位

#### 福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)

- 世話人又は生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士又は精神保健福祉士の割合が100分の25以上である場合 7単位

#### 日中支援加算

- (Ⅰ)高齢又は重度(65歳以上又は障害支援区分4以上)の利用者が住居の外で過ごすことが困難であるときに、当該利用者に対して日中に支援を行った場合 539単位～270単位
- (Ⅱ)利用者が心身の状況等により日中活動サービス等を利用することができないときに、当該利用者に対し、日中に支援を行った場合 539単位～135単位

#### 医療連携体制加算(Ⅴ)

- 医療機関との連携等により看護師による、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している場合 39単位

○事業所数 1,514(国保連平成26年11月実績)

○利用者数 16,010(国保連平成26年11月実績)

# 手厚い支援体制及び医療体制を評価する加算について

## ●介護量や事務量の増加に対する加算

### 【障害者支援施設】

#### ○施設入所支援

- ・夜勤職員配置体制加算（36単位から49単位／日）  
夜勤職員の勤務体制を手厚くしている場合に算定。
- ・重度障害者支援加算（28単位又は7単位＋180単位／日）  
重度障害者に対する手厚い支援体制がとられている場合に算定。
- ・入院時支援特別加算（30単位／月）  
利用者が入院した際、病院等との連絡調整や入院期間中の被服の準備等一定の支援を行った場合、月に1回算定。
- ・入院・外泊時加算（Ⅰ）（Ⅱ）（147単位から320単位／日）  
利用者が病院等に入院した場合や居宅へ外泊した場合等に、入院による空床を補填するため、所定単位数に代えて算定。
- ・視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（平成27年度新規加算）（41単位／日）  
視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が一定数以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数以上配置されている場合に算定。

#### ○生活介護

- ・人員配置体制加算（Ⅰ）～（Ⅲ）（33単位から265単位／日）  
手厚い人員配置体制をとっている事業所によるサービスについて加算。
- ・視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（41単位／日）  
視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が一定数以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数以上配置されている場合に算定。

### 【共同生活援助】

- ・重度障害者支援加算（360単位／日）  
障害支援区分6であって、重度障害者等包括支援の対象となる者に対して、通常の介護体制に加えてより手厚い職員配置等を行った事業所で支援した場合に算定。
- ・日中支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（135単位から539単位／日）  
65歳以上又は障害支援区分4以上の障害者であって、日中をGHの外で過ごすことが困難な利用者や、日中活動サービスを利用することとなっている日に当該サービスを利用することができない利用者に対して日中に必要な支援を行った場合に算定。
- ・夜間支援等体制加算（Ⅰ）～（Ⅲ）（10単位から336単位／日）  
夜間及び深夜の時間帯において、夜間職員を配置した場合や、常時の連絡体制又は防災体制が確保されている場合に算定。
- ・入院時支援特別加算（561単位から1,122単位／月）  
利用者が入院した際、病院等との連絡調整や入院期間中の被服の準備等一定の支援を行った場合、月に1回算定。
- ・長期入院時支援特別加算（76単位から122単位／日）  
入院期間が3日以上の場合に、病院又は診療所を概ね1回以上訪問し、病院等との連絡調整や入院期間中の被服の準備等一定の支援を行った場合に1日ごとに算定。

## ●医療体制に対する加算

### 【障害者支援施設】

#### ○施設入所支援

- ・夜間看護体制加算（60単位／日）  
施設入所支援を提供する時間帯を通じ、看護職員を1以上配置する体制を確保している場合に、昼間生活介護を受けている利用者について算定。
- ・栄養マネジメント加算（12単位／日）  
常勤の管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成して栄養管理を行っている場合に算定。
- ・経口移行加算（28単位／日）  
医師の指示に基づき経口移行計画を作成し、計画に従って経口による食事摂取を進めるための特別の管理を行った場合に算定。
- ・経口維持加算（5単位又は28単位）  
医師又は歯科医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、計画に沿って継続して経口による食事摂取を進めるための特別の管理を行った場合に算定。
- ・療養食加算（23単位／日）  
栄養士が配置されている施設において療養食を提供した場合に算定。

#### ○生活介護

- ・常勤看護職員等配置加算(平成27年度新規加算)(6単位から28単位)  
看護職員を常勤換算で1以上配置している場合に算定。

### 【共同生活援助】

#### ・医療連携体制加算

- (Ⅰ、Ⅱ)看護職員が事業所を訪問して利用者に対して看護を行った場合（250単位から500単位／日）
- (Ⅲ)看護職員が介護職員等に痰の吸引等に係る指導のみを行った場合（500単位／日）
- (Ⅳ)研修を受けた介護職員等が痰の吸引等を実施した場合（100単位／日）
- (Ⅴ)日常的な健康管理、医療ニーズへの適切な対応がとれる等の体制を整備している場合(24時間看護師と連絡できる体制を確保)（39単位／日）

# 各サービス利用者に占める65歳以上の者の割合

平成22年5月（国保連データより）

サービス種類	利用者数(人)						
	計	40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上	65歳以上の割合
居宅介護	107,136	32,453	17,943	27,952	19,867	8,921	8.3%
重度訪問介護	7,767	2,665	1,471	1,668	780	1,183	15.2%
行動援護	5,015	4,771	191	39	9	5	0.1%
重度包括	24	19	2	1	1	1	4.2%
療養介護	2,097	855	314	364	203	361	17.2%
生活介護	131,913	64,259	22,986	21,020	11,398	12,250	9.3%
短期入所	26,941	20,680	2,874	2,040	1,032	315	1.2%
共同生活介護	37,944	15,990	8,452	7,531	3,258	2,713	7.2%
共同生活援助	20,970	7,234	4,338	5,125	2,331	1,942	9.3%
(共同生活介護と共同生活援助合計)	58,914	23,224	12,790	12,656	5,589	4,655	7.9%
施設入所支援	65,074	19,067	14,069	14,478	7,590	9,870	15.2%
自立訓練(機能訓練)	2,401	562	520	733	389	197	8.2%
自立訓練(生活訓練)	8,867	5,075	1,521	1,372	544	355	4.0%
宿泊型自立訓練	674	336	127	135	51	25	3.7%
就労移行支援	20,064	14,988	3,211	1,534	330	1	0.0%
就労移行支援(養成施設)	221	103	64	45	9	0	0.0%
就労継続支援A型	10,128	5,949	2,280	1,487	369	43	0.4%
就労継続支援B型	91,183	49,612	18,600	14,236	5,132	3,603	4.0%
旧身体入所更生	1,676	210	230	470	373	393	23.4%
旧身体通所更生	208	45	30	62	41	30	14.4%
旧身体入所療護	11,353	1,231	1,683	3,198	2,212	3,029	26.7%
旧身体通所療護	471	264	67	83	35	22	4.7%
旧身体入所授産	3,643	616	724	1,015	649	639	17.5%
旧身体通所授産	3,658	1,617	789	670	289	293	8.0%
旧知的入所更生	48,169	16,864	10,920	10,128	4,497	5,760	12.0%
旧知的通所更生	11,163	8,417	1,474	758	262	252	2.3%
旧知的入所授産	7,049	2,718	1,505	1,553	675	598	8.5%
旧知的通所授産	31,533	21,785	5,422	2,856	947	523	1.7%
旧知的通勤寮	1,726	1,152	255	232	60	27	1.6%
(施設入所支援と旧入所合計)	152,464	51,049	31,491	32,415	16,623	20,886	13.7%

# 各サービス利用者に占める65歳以上の者の割合

平成26年11月（国保連データより）

サービス種類	利用者数(人)						
	計	40歳未満	40歳以上 50歳未満	50歳以上 60歳未満	60歳以上 65歳未満	65歳以上	65歳以上の割合
居宅介護	152,946	40,726	30,124	38,879	27,446	15,771	10.3%
重度訪問介護	9,956	2,860	1,853	2,018	1,089	2,136	21.5%
行動援護	8,223	7,392	645	131	28	27	0.3%
重度包括	29	23	4	1	0	1	3.4%
同行援護	22,356	1,262	1,629	3,047	2,933	13,485	60.3%
療養介護	19,452	7,051	5,227	4,325	1,382	1,467	7.5%
生活介護	258,619	107,458	54,862	41,611	23,170	31,518	12.2%
短期入所	42,591	31,771	5,982	2,968	1,362	508	1.2%
施設入所支援	132,519	30,748	31,665	28,314	15,771	26,021	19.6%
共同生活援助(介護サービス包括型)	77,720	27,855	19,277	15,230	7,507	7,851	10.1%
共同生活援助(外部サービス利用型)	16,010	4,415	3,358	3,771	2,168	2,298	14.4%
(共同生活援助合計)	93,730	32,270	22,635	19,001	9,675	10,149	10.8%
自立訓練(機能訓練)	2,439	541	591	733	386	188	7.7%
自立訓練(生活訓練)	12,245	5,988	2,593	2,144	907	613	5.0%
宿泊型自立訓練	3,934	1,543	844	832	398	317	8.1%
就労移行支援	28,621	20,583	5,467	2,205	348	18	0.1%
就労移行支援(養成施設)	187	91	49	34	13	0	0.0%
就労継続支援A型	44,410	22,098	11,530	7,689	2,685	408	0.9%
就労継続支援B型	189,972	91,703	44,754	30,362	12,434	10,719	5.6%

# 成年後見制度の概要

○ 認知症、知的障害、精神障害などにより物事を判断する能力が十分でない方について、本人の権利を守る援助者（「成年後見人」等）を選ぶことで、本人を法律的に支援する制度。

## 【制度の種類】

### ○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度。

### ○法定後見制度

家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人等（成年後見人・保佐人・補助人）が選ばれる制度。本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。

## 法定後見制度の3種類

		後見	保佐	補助
対象となる方		判断能力が全くない方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が不十分な方
申立てができる方		本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	●財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活に関する行為を除く）	●特定の事項（※1）についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く）	—
	申立てにより与えられる権限	—	●特定の事項（※1）以外の事項についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権	●特定の事項（※1）の一部についての同意権（※2）、取消権（日常生活に関する行為を除く） ●特定の法律行為（※3）についての代理権
制度を利用した場合の資格などの制限		●医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど	●医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど	—

※1 民法13条1項に掲げられている借金、訴訟行為、相続の承認や放棄、新築や増改築などの事項をいいます。ただし、日用品の購入など日常生活に関する行為は除かれます。

※2 本人が特定の行為を行う際に、その内容が本人に不利益でないか検討して、問題がない場合に同意（了承）する権限です。保佐人、補助人は、この同意がない本人の行為を取り消すことができます。

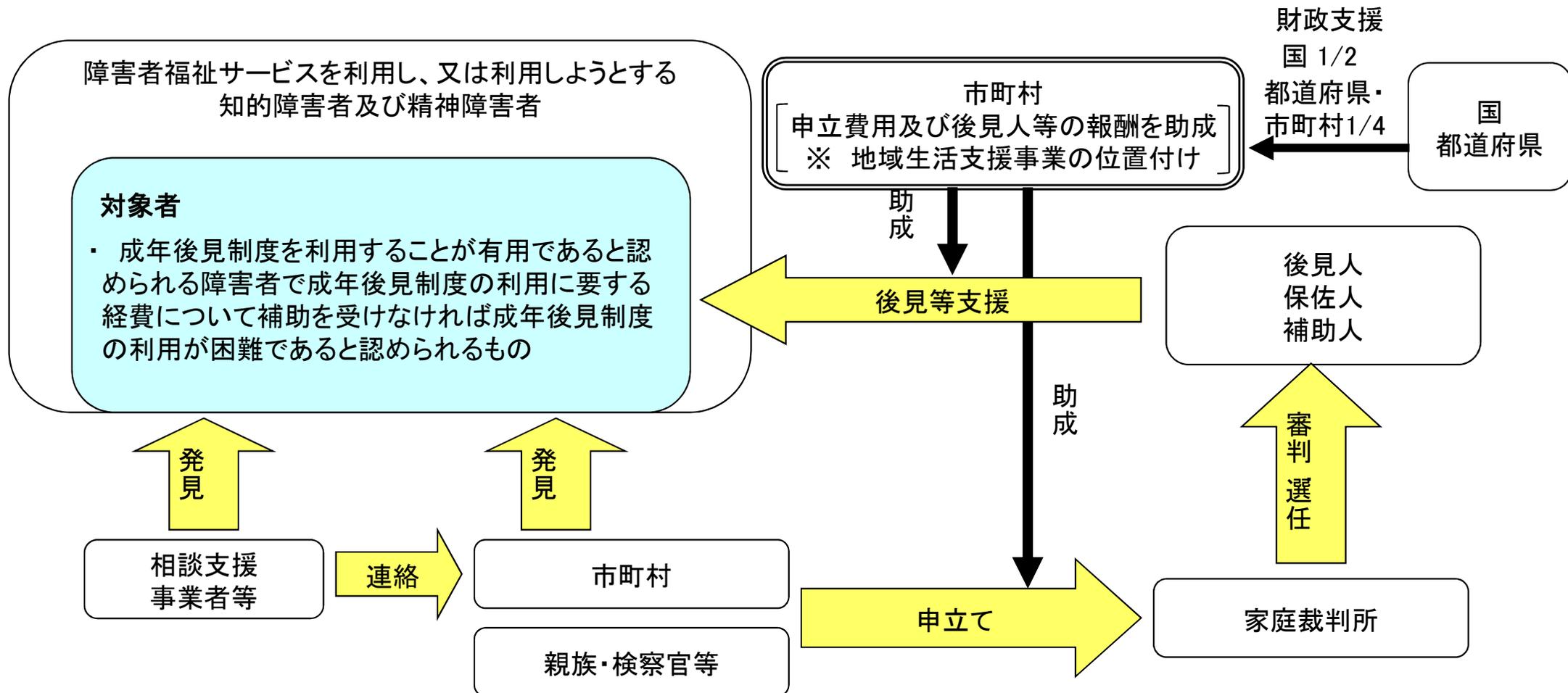
※3 民法13条1項に挙げられている同意を要する行為に限定されません。

# 成年後見制度利用支援事業の必須事業化

対象者は、障害福祉サービスの利用の観点から成年後見制度を利用することが有用であると認められる障害者で成年後見制度の利用に要する費用について補助を受けなければ成年後見制度の利用が困難であると認められるもの。

→ 助成費用(厚生労働省令で定める費用)は、成年後見制度の申立てに要する経費(登記手数料、鑑定費用等)及び後見人等の報酬の全部又は一部とする。

※ 平成24年度より、地域生活支援事業費補助金において、成年後見制度利用支援事業を国庫補助の対象としている。



# 市民後見人を活用した法人後見への支援

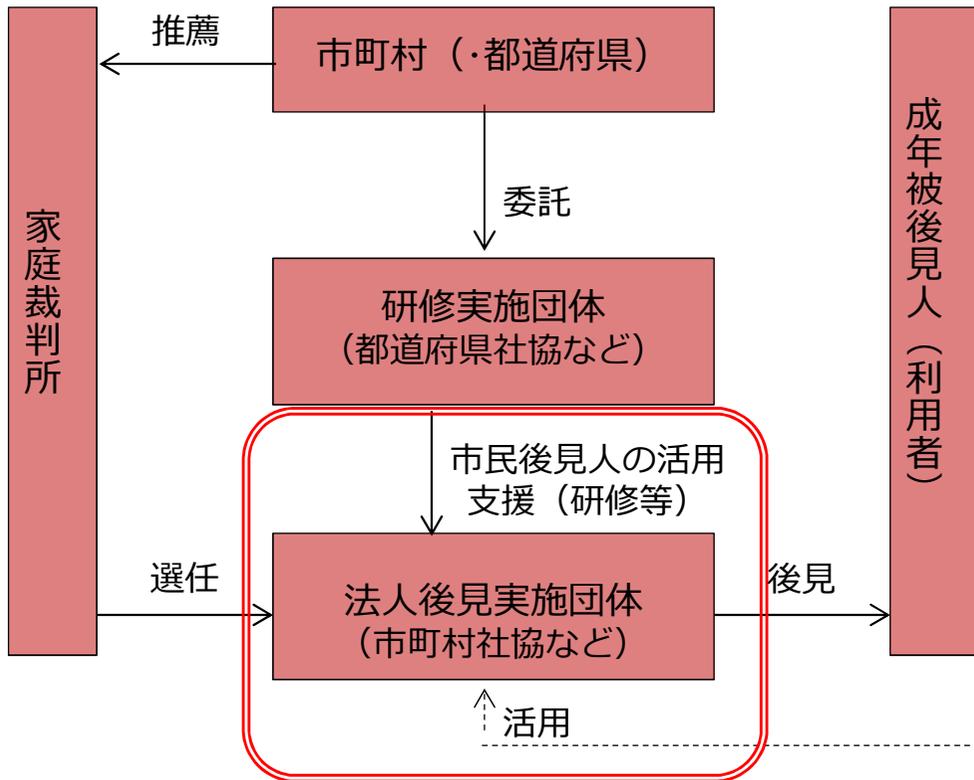
## ● 障害者総合支援法（平成25年4月1日施行）

第七十七条（市町村の地域生活支援事業）

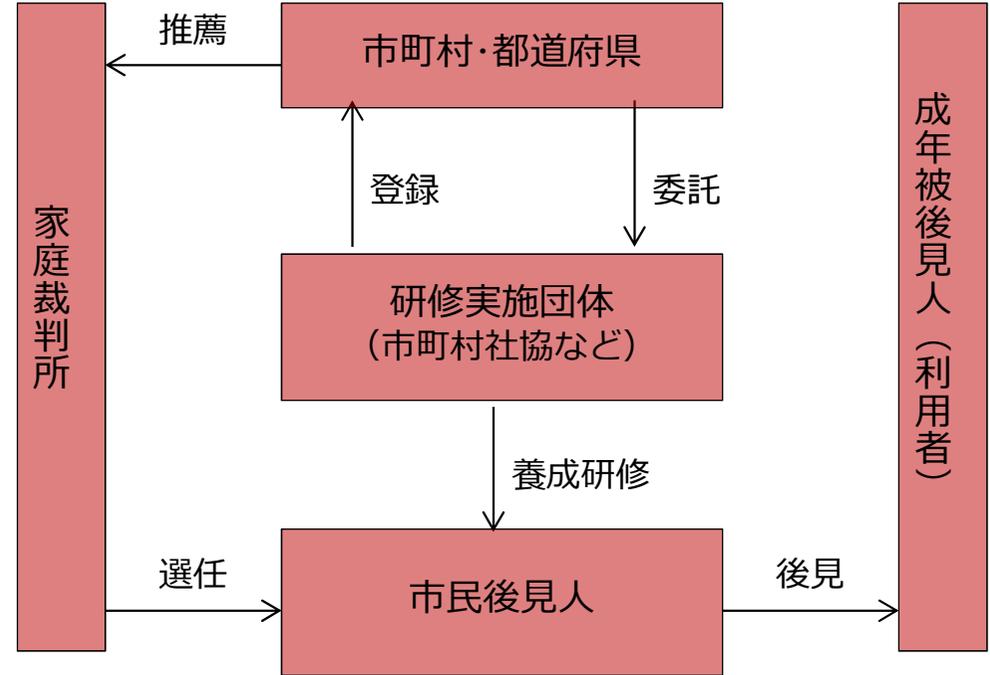
市町村は、厚生労働省令で定めるところにより、地域生活支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

五 障害者の民法（明治二十九年法律第八十九号）に規定する後見、補佐及び補助の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るための研修を行う事業。

### 【法人後見への支援】



### （参考）



### 成年後見制度法人後見支援事業

成年後見制度における後見等の業務を適切に行うことができる法人を確保できる体制を整備するとともに、市民後見人の活用も含めた法人後見の活動を支援することで、障害者の権利擁護を図る。

## 論点整理にむけて

前回の検討チームにおける議論から主にA～Cのテーマに分けられるのではないか。各テーマについて、さらに議論を深めてはどうか。

### A 介護保険制度への移行について

#### ○ 利用者負担

65歳前から障害福祉サービスを利用していた者の利用者負担についてどう考えるか。仮に利用者負担を低所得者については、発生させないとする、どのような課題が考えられるか。

#### ○ サービス支給量の減少

介護保険サービスの支給量・内容では十分なサービスが受けられない場合には、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはせず、市町村において、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断することとなっており、自治体の運用については、先日事務連絡を発出したとのこと。一方、自治体が障害福祉サービスを上乘せする場合、国庫負担基準の課題あるとの指摘がある。

- ・ 介護保険対象者の国庫負担基準を見直すと、どのような課題が考えられるか。

#### ○ 介護保険事業者による障害者ケア

高齢者人口が増加する中で、一般高齢者施策における社会資源、医療基盤や医療人材を地域で共有することは一定の合理性があると考えられる。

- ・ 高齢障害者を介護保険事業所がケアする上で、事業者及び利用者はそれぞれどのような課題を抱えていると考えられるか。
- ・ 介護保険制度と障害福祉制度をどのように結びつけていけば、事業者及び利用者が効果的なサービスを受けられると考えられるか。

#### ○ 65歳まで障害福祉サービスを利用していなかった者が65歳以降に障害福祉サービスを利用することについてどう考えるか。

- ・ 障害福祉独自のサービス（同行援護等）については留意するとして、介護保険法で対応すべき者についても障害福祉サービスを利用すべきことについてどう考えるか。

例：グループホームは、その対象者について「身体障害者にあつては、65歳未満の者又は65歳に達する日の前日までに障害福祉サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る」こととしている。

○ 上記問題を考えるに当たって、介護保険優先原則（第7条）の見直しを行い、選択制にすることについて、どう考えるか。仮に選択制とすると、どのような課題があるか。

B 障害者の心身機能の低下による障害福祉サービス事業が抱える課題について

○ 高齢化などにより、重度化している障害者について、対応しきれていないとの指摘があるが、既存の事業所ではどのような課題があるのか。対応できない高齢障害者の状態像はどのような人なのか。

○ 高齢者の日中支援活動

- ・ 高齢者で日中支援活動への参加が難しくなっているとの指摘や支援施設やGHで日中支援活動ができずに、職員が張り付きになり、日中支援活動の人繰りができないとの指摘がある。高齢者の日中支援活動のあり方についてどのように考えるか。

C いわゆる「親なき後」について

- ・ 「親なき後」若しくは親の高齢化により、どのような問題が生じるのか。
- どのような準備・環境作りが必要と考えるか。障害者自身、親などの支援者、行政はそれぞれどのような役割を果たすべきか。