

第3章 今後のあり方 ～ その人らしさを支え続けるために ～

1 介護保険サービスと障害福祉サービスの整理

高齢障害者の支援において、その人らしさを支え続けるためには、介護保険サービスと障害福祉サービスの共通点・相違点を適切に理解したうえで、支援のためのサービスの組み合わせを考えることが必要となる。

ここでは、国通知（※）が例示するサービスだけでなく、施設入所支援を除く全ての障害福祉サービスについて、①介護保険に相当するサービスがあるか、②相当するサービスは障害福祉サービスと完全一致かそれとも部分一致か、等の点で整理を行っている。

※ 「障害者自立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（平成24年3月30日一部改正））

※ 「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」（平成27年2月18日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課・障害福祉課事務連絡）

サービス種別等	区分			区分整理の根拠等
	1	2	3	
居宅介護			○	両制度の所管範囲等から見て部分一致
重度訪問介護			○	外出を含めた包括支援、対象が重度障害者
同行援護	○			外出（社会参加）の支援は介護保険にはない
行動援護	○			外出時の危険回避の支援は介護保険にはない
療養介護	○			重心施設等の年齢超過児等に対する支援
生活介護			○	生産活動が中心となる場合など一部において異なる
短期入所			○	重度障害者に対する支援
重度障害者等包括支援		○		基本は訪問、対象は著しく重度の障害者に限定
自立訓練		○		医学的管理の有無等及び生活リハビリテーション等の内容・対象等
就労移行支援	○			就労に関する支援は介護保険にはない
就労継続支援	○			就労に関する支援は介護保険にはない
共同生活援助		○		支援時間や目的等において異なる
補装具	○			補装具という“考え方”自体が介護保険にはない※
日常生活用具			○	品目において介護保険と一部相違
移動支援事業	○			外出（社会参加）の支援は介護保険にはない

※ただし「車いす」「歩行器」「歩行補助つえ」は、「用具」として介護保険で対応できる場合がある

区分1：介護保険に相当するサービスがないことが明らかなもの

区分2：介護保険に外見上類似すると思われるサービスがあるが内容として異なるもの

区分3：一定の共通点があるが、障害の状況等によっては異なる支援が含まれるもの

【区分2に該当するもの】

▶重度障害者等包括支援

小規模多機能型居宅介護は、通い・泊まり・訪問を組み合わせ必要なサービスを必要とだけ届けるサービスであり、要支援1から要介護5まで、利用者像は広範囲にわたる。

重度障害者等包括支援は、「訪問（居宅介護）」その他の支援を包括的に行うものであり、利用者は極めて重度の障害者に限定されている。全てとは言えないものの、小規模多機能型居宅介護の利用がふさわしいものではない。

▶自立訓練

介護保険の通所リハビリテーションは老人保健施設や医療機関における支援であり、あくまでも医学的管理のもとでのリハビリテーションとなる。これに対し自立訓練の場合は、一部（身体障害者で機能回復が必要な場合）において共通するものの、それ以外の部分（知的障害者等への生活訓練等や身体障害者に対するストレングスの視点からの訓練等）は介護保険にはないものである。

ただし、中途障害特に65歳直近の障害等の場合や、それまで家族のみの支援を受けてきた者が高齢期になって支援につながった場合等を除き、自立訓練を高齢期前後から開始し、65歳に到達するという状況があるとするならば、当該地域における障害支援のあり方そのものが問われかねない場合もある。

▶共同生活援助

認知症対応型共同生活介護は、日中から夜間にわたり連続して支援を受けるものである。

これに対し、共同生活援助は夜間及び休日の支援のみであり、日中帯は利用者がそれぞれの活動を当該住居以外の場で行っている。

認知症の症状がある障害者であっても、本人の意向を踏まえずに共同生活援助から認知症対応型共同生活介護へ移行させることは、単にサービス移行ということにとどまらず、当該障害者の日中活動の場を奪い、認知症対応型共同生活介護内での生活を強いることとなる。

【区分3に該当するもの】

▶居宅介護

居宅介護は日常生活だけでなく社会生活上に必要な支援を含む点において訪問介護の提供範囲とは異なる場合がある（居宅において行われる日常生活以外の社会生活上の支援とは何かを明確にする必要はある）。居宅介護の家事援助の要件の有無についても整理する必要がある（訪問介護において明記されている家族等の状態が、居宅介護における「その置かれている環境」に含まれるか等）。

項目	居宅介護	訪問介護
給付目的	基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な給付を行う。(法第1条)	尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な給付を行う。(法第1条)
支援内容	居宅において入浴、排せつ又は食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助(法第5条第2項、下線部は施行規則第1条の3)	居宅において行われる入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事(居宅要介護者が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。)、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の世話(法第8条第2項、下線部は施行規則第5条)
基本方針	利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助(指定基準第4条)	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助(指定基準第4条)

- ▷法・施行規則・指定基準では、支援内容は共通である。(入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談・助言、その他の生活全般にわたる援助)
- ▷家事に関しては、訪問介護の場合は条件が設定されている。(単身の世帯又は同居家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事)
- ▷訪問介護は「能力に応じた」自立(居宅介護は能力を問わない自立)
- ▷居宅介護は、「利用者の心身状況、置かれている環境に応じて」提供
- ▷給付目的は、訪問介護は自立した「日常生活」、居宅介護は自立した「日常生活又は社会生活」
- ※「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号)
- ▷**当該通知は、訪問介護だけに留まらず、市町村における居宅介護の支給決定や事業者の提供時の方針等にも影響を及ぼしている(いくつかの市町村の支給決定基準等より)。**
- ▷居宅介護の行為ごとの区分にかかる通知が存在しないことも課題の一つであるが、当該通知が訪問介護・居宅介護共通のものとして捉えられた場合には、以下の課題が生じることとなる。
 - ①訪問介護の身体介護の提供目的の法令との齟齬として、法令では「日常生活」であるが、当該通知では「日常生活・社会生活上のためのサービス」となっている。
 - ②身体介護のうち、「利用者の日常生活動作能力(ADL)や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援のためのサービス」が掲げられている。特に「1-6 自立生活支援のための見守り的援助」では、自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等が例示されているが、前段の自立支援はともかく、ADL向上のための見守りという概念は、障害の内容によってはそぐわない場合がある。

以上から、介護保険法の訪問介護を利用する場合においても、それまでの居宅介護において受けていた支援内容・目的・時間を十分に勘案するとともに、当該内容を提供できない場合には居宅介護の継続もあり得るものである。

▶重度訪問介護

居宅内での介護には一定の共通部分があるが、重度訪問介護は外出時の移動支援を含めその範囲は広く、また食事介助や家事等の個々の行為に焦点化して行われる訪問介護とは異なり、長時間の連続支援を基本とするものであることなど、全てを訪問介護で代替できるものではない。

▶生活介護

法の規定は「入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供」等である。介護保険における通所介護と共通するものもあるが、生産活動の機会の提供という考え方は介護保険にはない。従って生産活動を主としている事業所の利用を希望する場合にあつては、一律に通所介護へ移行することは適切とは言えない。

一方で、障害者である前に一人の“高齢者”としてとらえるべきという考え方からは、「いつまで生産活動に従事すべきか、本人が希望するならば年齢に関係なくいつまでも当該事業所を利用できると考えて良いのか」という点を検討しなければならない。社会通念として、またわが国の社会保障の構造から見ると、高齢期の就労は青壮年期の就労とは異なるものであり、

- ① やむを得ず就労せざるを得ない場合（低年金の場合等）、
- ② 社会や企業等が当該高齢者の能力を期待し、本人も希望する場合、

以外の就労はあくまでも“生きがい対策”の側面が強く、生活保障の主軸となるものではない。このことから、65歳到達時の一律の移行はふさわしくないものの、時間をかけて本人の理解を求める等により、障害者である前に高齢者としてのふさわしい生活及び生活支援への移行を求めることが望まれる。

▶短期入所

福祉型の短期入所については、ほぼ共通した内容であるが、医療型（病院・診療所・介護老人保健施設）の対象者のうち、遷延性意識障害者、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者及び重症心身障害者等に対する支援は短期入所療養介護では困難な場合がある。

▶日常生活用具

介護・訓練支援用具・自立生活支援用具等については共通部分が多い（ただし車椅子・歩行器・歩行補助つえは補装具）が、情報・意思疎通支援用具ほかにおいては、介護保険制度における福祉用具貸与・購入の対象品目でないものが少なくない。

※なお、上記の車椅子を例にとると、介護保険では福祉“用具”として、障害福祉では“身体機能の一部”として捉えていることに留意が必要

2 制度適用にかかる基本的な考え方

前節における介護保険サービスと障害福祉サービスの整理をふまえ、障害のある者が 65 歳に到達した際に、いずれの制度からのサービスをどのように利用してその人らしい生活を継続していくかについては、相談支援専門員・介護支援専門員の共通理解・相互理解が必要である。しかしながら、例えこれらの理解が得られたとしても、制度の運営主体たる市町のスタンスの差により、実際のサービス利用が不可能な地域もある。

このような地域差は看過されるべきものではなく、また、財政事情その他の市町の説明は制度の趣旨に照らしても合理性を欠くものである。近年の訴訟にかかる判決においても、1990 年代以前とは大きく方向が異なってきており、まず勘案されるべきものとしてニーズがあり、この時点では誰がこのニーズ支援を行うかは問題ではない。このニーズの測定に基づき、誰がこれを行うかを判断し、自助・共助のみでこのニーズが充足されない場合には公的支援がこれを担うべきという順序である。このことから明らかなように、最も重要な要素は「支援の必要性・必要量」であり、次に「支援の担い手」を考えるが、その結果としてなお残る支援が必要な部分については、公的支援が担うこととなり、行政が財政事情等を理由としてこれを拒むことは裁量権の逸脱にあたることとなる。

高齢化が進む今日において、高齢障害者に対する制度適用にかかる基本的な考え方を明示する必要は、以上のような裁量権の逸脱を防止し、県下市町の制度解釈その他の地域差をなくすことで、いずれの地域においてもその人らしい暮らしを実現することにある。

前節に掲げる国通知から合理的に考えると、介護保険サービスと障害福祉サービスの適用関係のうち、障害福祉サービスの支給については以下の考え方に基づくべきこととなる。

【通知の要点】

- ① 介護保険に“相当する”サービスがある場合は介護保険優先が基本（相当するサービスがない場合は障害福祉サービスの利用は可能）
- ② 障害福祉サービス支給量が区分支給限度基準額を上回る場合は可能
- ③ 心身状況や理由は多様であり、“一律の”優先適用や判断は不可。支給決定基準を設けている場合でも、一律の判断ではなく聴き取り等により適切に判断
- ④ 介護保険利用前後でサービス量が大きく変化することは一般的には考えにくい



要点①

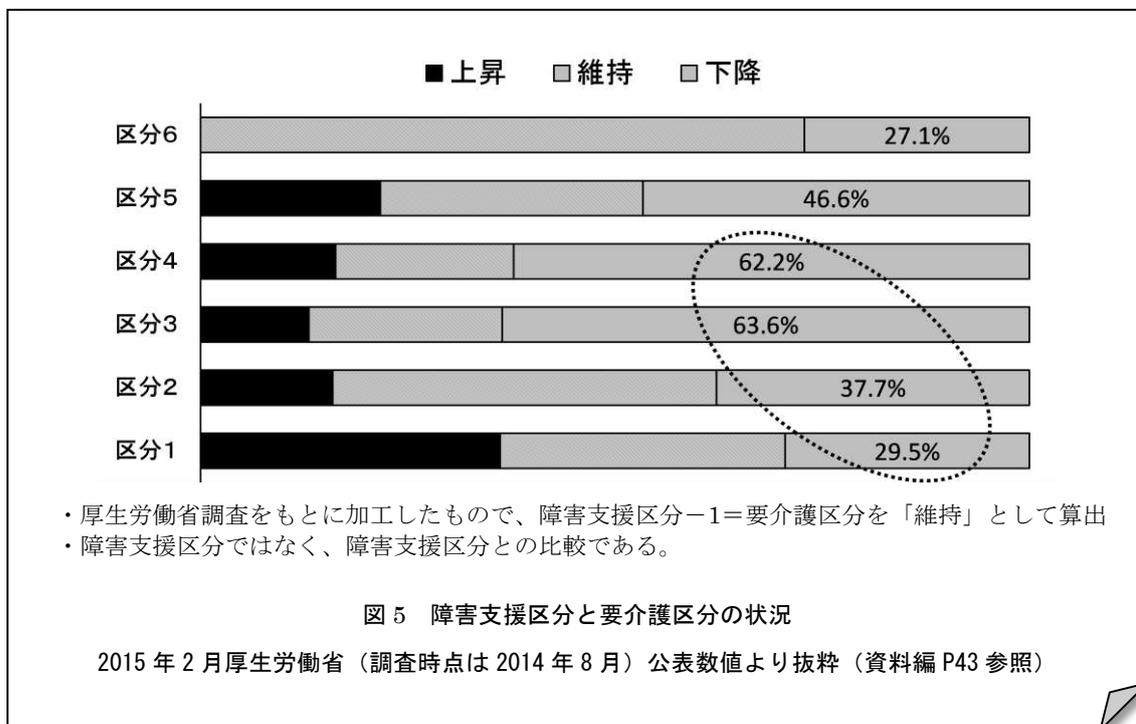
前節「サービスの整理」のとおり

要点②

国通知の「区分支給限度基準額を上回る場合」という規定は、「最重度（要介護 5）の区分支給限度基準額」という意味ではない。従って、市町の支給決定基準等において障害福祉サービスの併用が認められるものとして、要介護区分・要支援区分を特定することは許されない。このような（要介護区分を特定した）支給決定基準は裁量権の逸脱にあたる。

要点③

全てのケースに“一律に”対応可能な支給決定基準は存在しない。例外的なケースの場合には、これを無理に基準にあてはめるのではなく、個々に柔軟に対応した決定を行うとともに、基準の適宜改定を行うなどの取組みが求められる。



要点④

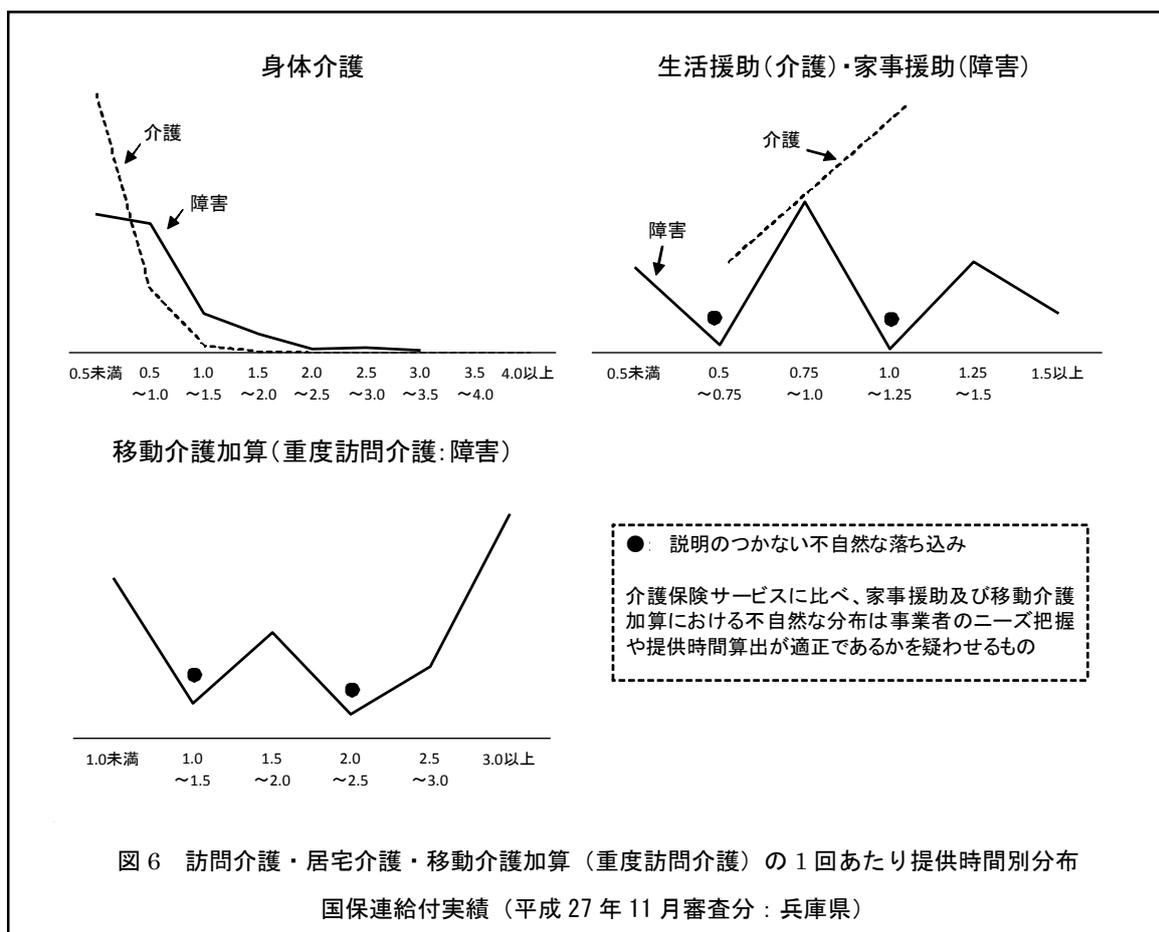
「介護保険利用前後でサービス量が大きく変化することは一般的には考えにくい」という記述は極めて大きな意味を持つものである。

障害福祉サービスの支給決定が正しいとするならば、介護保険へ移行した際にサービス量が大きく下降することは当然に考えられないものであり、介護保険に相当するサービスがない部分を引き続き障害福祉サービスで支援すべきことは言うまでもない。

しかしながら、仮に居宅介護のみを利用していた者の支給量が、訪問介護へ移行した際に大きく減少した場合には、2つの原因が考えられる。

- ① 居宅介護では、訪問介護の支援範囲外となる部分（相当しない部分）を含め支援していたことに起因するサービス量の減少（障害福祉サービス量の決定は適正である）
- ② 居宅介護の支給決定量が過剰であったことに起因するサービス量の減少（訪問介護の支援範囲内で支援が可能であり、障害福祉サービス量の決定が不適正である）

制度施行当初から、介護支援専門員が関与しサービス提供が行われてきた介護保険制度とは異なり、障害福祉サービスの提供に相談支援専門員がサービス等利用計画において関与することとなったのは近年のことである。居宅介護の提供状況を見ても、極めて不自然な分布を示すなど、障害福祉サービスの提供について、相談支援専門員が客観的なニーズ把握のもとに見直すべき部分は少なからず存在する。



⇒資料編 P42 「障害支援区分認定者の要介護度認定状況」参照

3 65歳到達前からの支援方法

障害のある者が高齢期を迎え、介護保険サービスを利用する際には、相談支援専門員から介護支援専門員に対し、本人情報の丁寧な引き継ぎが必要となる。

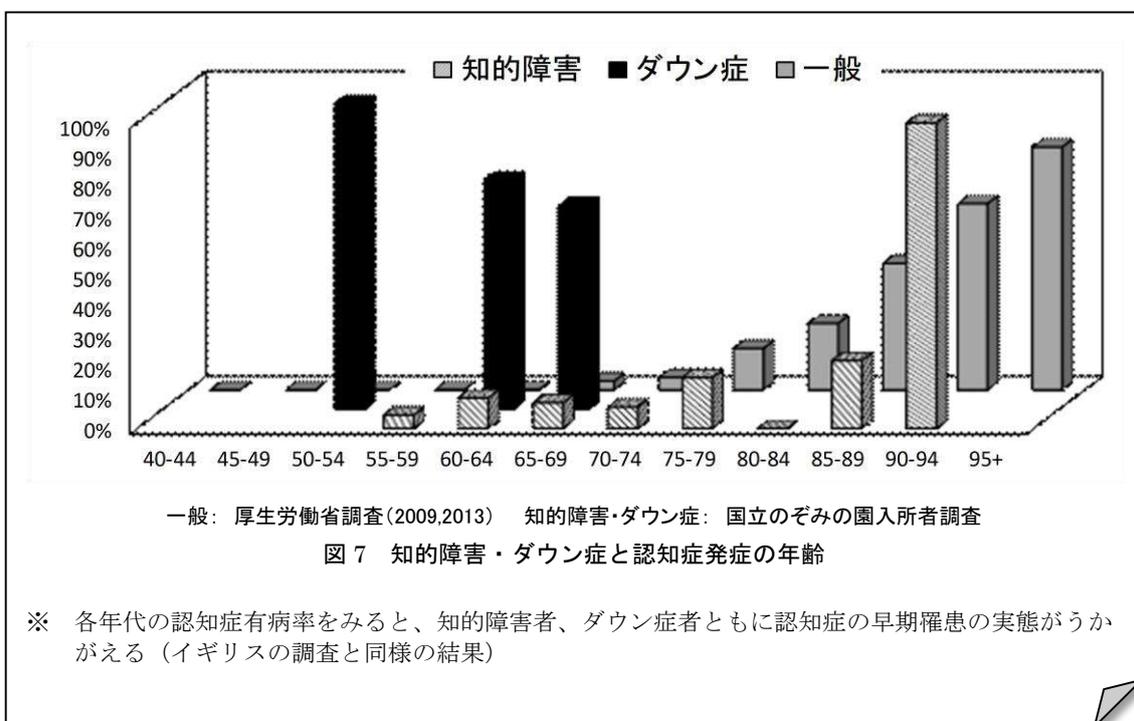
相談支援専門員からの引継ぎ内容は、65歳までに情報整理を行い、65歳以降の本人の望む暮らしを本人とともに記載しておく必要がある。また、支援方針も明確にしておき、本人への説明を十分にし、介護支援専門員と情報を交換しながら、65歳までに移行の準備を進めたいうで、サービス移行時にはサービス等利用計画に記載している内容の他に、様々な本人の基本情報を介護支援専門員に引き継ぐ。なお、本人が障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する場合はもとより、介護保険サービスのみを利用することとなる場合においても、介護支援専門員に引き継いだことで支援が終わるのではなく、当面の間はモ

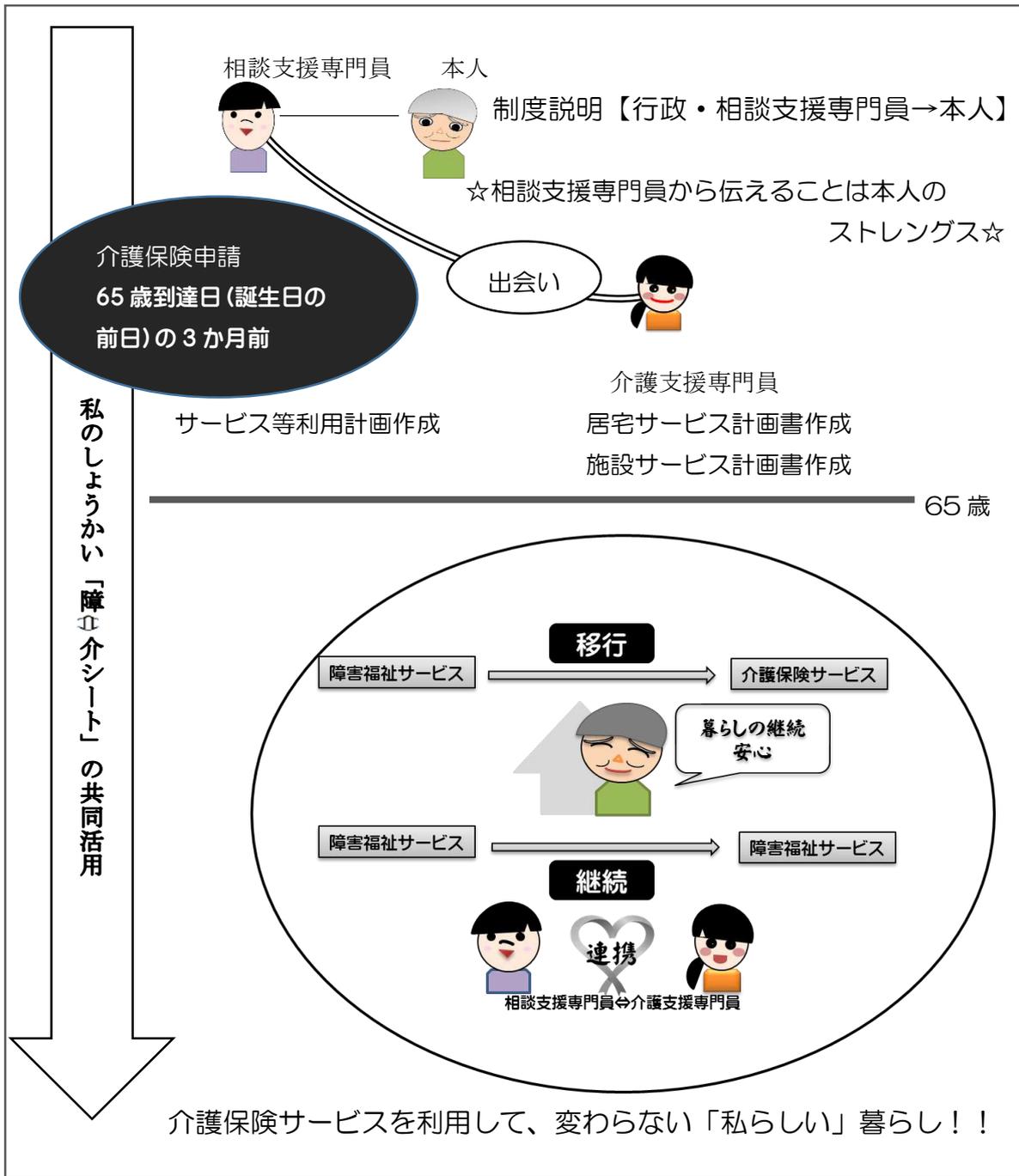
ニタリング等を通じて、継続して関与することが望ましい。

さらに言えば、65歳到達前の準備をいつから行うかについては、相談支援専門員の注意深い観察と的確な判断が求められる。単に制度間の移行という点から見れば、厚生労働省や兵庫県の示す「65歳到達の概ね3か月前には要介護認定の申請が可能となるよう、それ以前からの準備をしておくこと」が適切であるが、障害の種別やその障害の要因によっては早期の老化が見られるなど、65歳以前からの移行を視野に入れるべき例もある。

第2号被保険者には、第1号被保険者とは異なる制約条件があるが、これらについても相談支援専門員は理解しておく必要があるとともに、一律に65歳という生物学的な年齢で捉えるのではなく、個別の状況に応じた的確な判断と支援が求められる。

※第2号被保険者：40-65歳未満の16の特定疾病に該当する者。





その人らしさを支え続けるための「相談支援専門員」と「介護支援専門員」の連携イメージ