

障害者総合支援法に基づく介護給付費等と介護保険との適用関係 (神戸市の取扱い基準)

1. 考え方

(1) 障害者総合支援法における給付調整規定

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)(以下「法」という。)における介護給付費等の支給については、障害者(法第 4 条第 1 項に規定する障害者をいう。以下、同じ)が 65 歳に到達する等して介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)の規定による保険給付等を受けることができるようになった場合、法第 7 条の「他の法令による給付との調整規定」に基づき、介護保険法の規定による保険給付等が優先される。

(2) この取り扱い基準の考え方

障害福祉サービスの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額の範囲内では、利用可能なサービス量が減少することが考えられる。しかし、介護保険制度適用前に必要とされていたサービス量が、介護保険制度適用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、利用可能なサービス量が介護保険制度に基づき支援を受ける前後で大きく変化することがないように、介護保険制度に基づく保険給付(介護給付、予防給付、市町村特別給付)及び地域支援事業(1号事業)の利用によって支援を受けることが可能か否かについて、介護保険担当課や当該障害者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも連携して把握のうえ、支給要否及び支給量を判断し決定することとする。

2. 障害者総合支援法に基づく介護給付費等の支給について

(1) 65歳到達時点で障害者である場合の取り扱い

65歳到達時点(第2号被保険者の場合は特定疾病に基づき要介護状態になった時点)で障害者(身体障害者、知的障害者、精神障害者、難病患者)の場合は、以下の要件を満たしたうえで、福祉事務所長が必要と認める場合には法に基づく居宅介護又は重度訪問介護の支給決定を行う。

【要件】

- 介護保険の居宅介護サービス費等区分支給限度額までサービスを利用すること(介護保険の要介護認定結果が非該当である場合を除く)
- 介護保険の居宅サービス計画及び同別表を提出すること(介護保険の要介護認定結果が非該当である場合を除く)
- 介護保険の要介護認定結果が非該当である場合は「要介護認定・要支援認定等結果通知書」等の非該当であることを証する書類を提出すること

【支給量】(法に基づき決定すべき居宅介護等の支給時間数)－(介護保険制度に基づき給付(利用)される予定の訪問介護の時間数)＝居宅介護又は重度訪問介護の支給決定時間

但し、要支援認定を受けた者が通院等介助（最大 20 時間/月）のみの利用を希望する場合には、以下を要件として、通院等介助の利用を可能とする。

【要件】

- 要支援 1・2
- 原則として、介護保険の訪問介護を利用すること
- 介護保険の居宅サービス計画及び同別表を提出すること

【支給量】

原則として、最大 20 時間/月を限度とする。

（２） 65 歳到達時点で障害者でない場合の取り扱い

65 歳到達時点で障害者（身体障害者、知的障害者、精神障害者、難病患者）ではないが、この基準の適用を受けるために申請を行なった時点で障害者である場合は、以下の通りとする。

ア. 申請者が要介護認定を受けている場合

①居宅介護又は重度訪問介護を上乗せ支給できる場合

以下の要件を満たしたうえで、福祉事務所長が必要と認める場合、居宅介護又は重度訪問介護の支給決定を行う。

【要件】

- 身体障害者手帳：上肢 2 級以上かつ下肢 2 級以上又は体幹障害 2 級以上で総合等級 1 級または、脳原性による上肢機能 2 級以上かつ移動機能 2 級以上で、総合等級 1 級
- 要介護認定 4 以上
- 介護保険の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額までサービスを利用すること
- 介護保険の利用サービスのうち 50%以上、訪問介護を利用すること
- 介護保険の居宅サービス計画及び同別表を提出すること

【支給量】

（法に基づき決定すべき居宅介護等の支給時間数）－（介護保険制度に基づき給付（利用）される予定の訪問介護の時間数）＝居宅介護又は重度訪問介護の支給決定時間

②通院等介助のみを上乗せ支給できる場合

以下の要件を満たしたうえで福祉事務所長が必要と認める場合、通院等介助の支給決定を行う。但し、最大 20 時間/月を限度とする。

【要件】

- 身体障害者手帳：腎臓機能障害 1 級に加え、上肢 3 級以上かつ下肢または体幹障害 3 級以上で、総合等級 1 級または、脳原性の上肢機能 3 級以上かつ移動機能 3 級以上で、総合等級 1 級
- 要介護認定 3 以上
- 人工透析のため定期的な通院の必要があること
- 介護保険の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額までサービスを利用すること
- 介護保険の利用サービスのうち 50%以上、訪問介護を利用すること
- 介護保険の居宅サービス計画及び同別表を提出すること

【支給量】

(法に基づき決定すべき通院等介助に要する時間数) - (介護保険制度に基づき給付される予定の通院等介助の時間数) = 通院等介助の支給決定時間 (最大 20 時間/月まで)

イ. 申請者が要支援認定を受けている場合

①通院等介助のみを上乗せ支給できる場合

以下の要件を満たしたうえで福祉事務所長が必要と認める場合、通院等介助を支給可能とする。但し、最大 20 時間/月を限度とする。

【要件】

- 要支援 1・2
- 原則として、視覚障害者、知的障害者、精神障害者
- 原則として、介護保険の訪問介護を利用すること
- 介護保険の居宅サービス計画及び同別表を提出すること

【支給量】

(法に基づき決定すべき通院等介助に要する時間数) - (介護保険制度に基づき給付される予定の通院等介助の時間数) = 通院等介助の支給決定時間 (最大 20 時間/月まで)

ウ. 申請者が要介護認定申請を行った結果、非該当認定を受けている場合

以下の要件を満たしたうえで福祉事務所長が必要と認める場合、居宅介護を支給決定を行う。但し、最大 20 時間/月を限度とする。

【要件】

- 原則として、視覚障害者、知的障害者、精神障害者
- 「要介護認定・要支援認定等結果通知書」等非該当であることを証する書類を提出すること

【支給量】

原則として、最大 20 時間/月を限度とする。

3. この基準の適用を開始する日

この基準は平成 29 年 2 月 1 日から適用を開始する。