

兵庫県高齢障害者ケアマネジメント 専門職連携ガイドブック

～ 私のしょうかい（障⇔介）シートを活用した連携 ～

令和 8(2026)年 3 月



一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワーク

はじめに

障害福祉サービスを利用していた人が 65 歳を迎え、介護保険サービスを利用するにあたっては、現在もなお様々な課題が見られています。

これまで、社会保障審議会障害者部会（厚生労働省）においては、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（以下「障害者総合支援法」という。）の見直しについて議論が重ねられてきました。その中でも、高齢障害者支援のあり方は、引き続き大切なテーマの一つとなっています。兵庫県においても、障害のある人が 65 歳を迎えた後も、その人らしい暮らしを続けていくことができるよう、切れ目のない支援の仕組みづくりが求められています。「その人らしい暮らし」を支えていくためには、一人ひとりが大切にされ、自分の思いや希望を表現できることが大切です。「誰とどこで暮らしたいか」「どのような暮らしを送りたいか」といった思いに寄り添いながら支援を行う、本人中心のケアマネジメントの広がり期待されています。また、こうした支援の考え方や制度の運用について、地域ごとに解釈の違いが生じている現状についても、少しずつ整えていく必要があります。

本ガイドブックは、平成 28 年 3 月の作成以降の制度改正や社会状況の変化、そして現場での実践の積み重ねをふまえ、令和 8 年 3 月に改訂を行いました。今回の改訂では、支援に関わるすべての方が、より本人中心の視点で関わるできるよう、特に 65 歳を迎えた時の介護保険サービスの利用の考え方や、障害福祉サービスとの併用のあり方について、あらためて整理しています。

このガイドブックが、高齢障害者の支援に携わる皆さまにとって、日々の実践の一助となり、それぞれの地域でのよりよい支援につながっていくことを願っています。

令和 8（2026）年 3 月
一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワーク
代表 玉木 幸則

目次

第1章 本書作成（改訂）の概要	1 ページ
1. 背景と目的	1 ページ
2. 本書作成（改訂）の方法	1 ページ
3. 検討委員会の構成	2 ページ
第2章 現状と課題	3 ページ
1. 高齢化の現状	3 ページ
2. 高齢障害者をとりまく諸課題 – 制度適用を中心に –	4 ページ
3. 専門職連携における諸課題（アンケート結果より）	7 ページ
第3章 制度利用時の視点 ～ その人らしさを支え続けるために ～	16 ページ
1. 介護保険サービスと障害福祉サービスの整理	16 ページ
2. 制度適用にかかる基本的な考え方	19 ページ
3. 65 歳到達前からの支援方法	21 ページ
4. 自治体の運用事例	23 ページ
第4章 相談支援専門員と介護支援専門員の連携のためのシート	24 ページ
1. 「私のしょうかい（障⇔介）シート」活用目的	24 ページ
2. 「私のしょうかい（障⇔介）シート」の5つの視点	24 ページ
3. 「私のしょうかい（障⇔介）シート」の概要	24 ページ
4. 「私のしょうかい（障⇔介）シート」の活用方法	25 ページ
むすびにかえて	39 ページ
資料編	
資料1：（様式）わたしのしょうかい（障⇔介）シート	42 ページ
資料2： 障害－介護領域の連携事例①	50 ページ
資料3： 障害－介護領域の連携事例②	54 ページ
資料4： 障害－介護領域の連携事例③	58 ページ
資料5： 障害－介護領域の連携事例④	66 ページ
資料6： 介護保険サービスの利用について（専門職説明用資料）	69 ページ
資料7： 申請からサービス利用までの流れ	71 ページ
資料8： 障害支援区分認定と要介護認定のしくみ	72 ページ
資料9： 支給（利用）のしくみ等	73 ページ
資料10： 用具給付事業種目（一覧）	76 ページ

第1章 本書作成（改訂）の概要

1. 背景と目的

高齢化の進展とともに、障害のある人の高齢化も進み、いわゆる高齢障害者は増加の一途を辿っている。それとともに、高齢障害者およびその家族が直面する生活課題についても喫緊の対応が必要となっている。いわゆる「親亡き後（親がいる間を含む）」の地域における生活のしづらさだけでなく、これを支える地域資源・制度が抱える諸課題等について、いかに対応していくかが問われていると考えて良い。

このうち、制度をいかに活用して自分らしく生きていくについては、専門職特に相談支援に携わる者との関わりが重要であるが、高齢障害者については、相談支援専門員と介護支援専門員という、異なる制度の専門職との関わりが生じる場合がある。

双方の専門職が連携し、それぞれの制度からの支援が重層的に行われる場合はともかく、この連携が十分でない場合には、高齢期に移行する際に生活が激変することも想定されるところであり、相談支援専門員・介護支援専門員の連携をいかに確保していくかは極めて重要な課題である。

上記背景をふまえ、2015年度に兵庫県から「兵庫県高齢障害者ケアマネジメント充実強化事業」の委託を受け、本書を作成した。

その後、本書をベースとして、相談支援専門員・介護支援専門員の連携を図るための研修（「つなぐ」研修）を県内の各圏域で毎年順次開催するなどの取り組みを行ってきた。

しかしながら、策定当初から10年を経過し、その間、障害者権利条約の批准に向けた法制度の改正や、共生型サービスおよび高額障害福祉サービス費の対象拡充など、高齢障害者および家族をとりまく状況に変化が見られるなど、内容の見直しが必要となる部分も生じてきたところである。

これをふまえ、約10年ぶりに本書の内容を再点検し、直近の状況に合わせた改訂を行うこととなった。改訂はいくつかの技術的な部分、特に制度面の現状との整合性を中心としているが、目的は当初のままとした。以下は、当初において掲げた目的である。

「本調査研究においては、高齢障害者のケアマネジメントの充実・強化を図るためにどのような方策が考えられるかを検討し、具体的なあり方を提示することで、「年齢による切れ目のない支援」の実現に資することを目的とするものである。」

2. 本書作成（改訂）の方法

検討に際しては、高齢・障害それぞれの分野の専門職、制度の運営主体である市町職員及び技術的助言の立場としての県職員、学識経験を有する者で検討委員会を構成し、論点を整理するとともに県下市町の状況を把握し、論点ごとに検討を行い、今後のあり方を提言することとした。

回	月日	検討内容等
1	2025年 12月22日	・障害・高齢分野それぞれのケアマネジメント現状把握 ・改訂ポイントの整理
2	2026年 1月26日	・改訂案に対する意見交換 ・修正ポイントの整理
3	2月27日	・修正部分の確認 ・報告書最終校正

3. 検討委員会の構成

検討委員会の構成は以下のとおりである。

(2025年12月現在 敬称略・五十音順・○：委員長)

氏名	所属等
市場 大輔	兵庫県介護支援専門員協会 副会長
荻野 悦代	丹波市福祉部障がい福祉課
神谷 宣	一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワーク 理事
川本 美紀	たるみ障害者相談支援センター 拠点コーディネーター
谷口 泰司	関西福祉大学 社会福祉学部 教授
○玉木 幸則	一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワーク 代表理事
西田 小百合	川西市福祉部介護保険課 主査
オブザーバー	
井川 善博	兵庫県福祉部障害福祉課障害政策班 班長
久留島 達也	兵庫県福祉部障害福祉課障害政策班 主任
事務局	
小椋 智子	一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワーク 理事
濱口 直哉	一般社団法人 兵庫県相談支援ネットワーク 事務局長

第 2 章 現状と課題

1. 高齢化の現状

わが国の総人口は、令和 6(2024) 年 10 月 1 日現在で 1 億 2,380 万人で前年に比べ 55 万人の減少となり、14 年連続で減少している。一方で 65 歳以上人口は過去最高の 3,624 万人、総人口の 29.3%で過去最高となっている。

総人口が減少する中であっても高齢者数は増加していく。高齢者人口は 2050 年近くまで増加を続け、2060 年には総人口の 37.9%を占めることが推測されている。また同年には 75 歳以上人口が総人口の 25.3%となり、4 人に 1 人が 75 歳以上となるものと見込まれている。

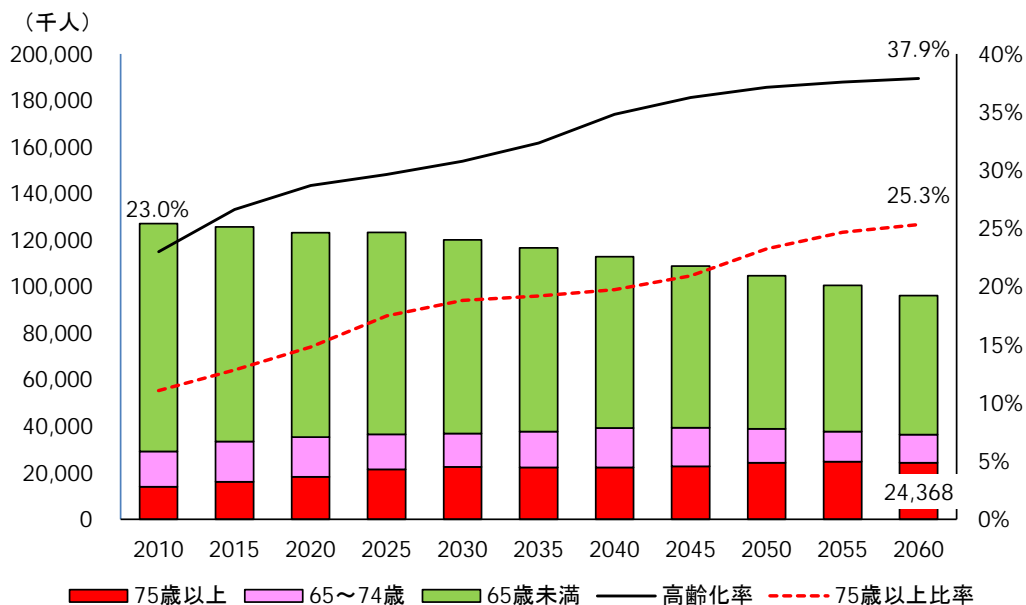


図 1 将来人口推計

国立社会保障・人口問題研究所「年齢 4 区分別人口（出生中位・死亡中位）推計」

一方の障害者数も増加傾向にあり、その高齢化も着実に進んでいる状態である。平成 23（2011）年と令和 4（2022）年を比較すると、身体障害分野では、総数で 394 万人から 404 万人、65 歳以上比率は 69%から 73%へ、知的障害分野では、総数で 74 万人から 112 万人、65 歳以上比率は 9%から 15%へ、精神障害分野では、総数で 320 万人から 615 万人、65 歳以上比率は 36%と変化はない。このうち、特に高齢者の増加が著しいのは知的障害及び精神障害であり、高齢期にある知的障害者は 2011-22 年で 6.6 万人から 16.7 万人、精神障害者は 115.2 万人から 221.2 万人に増加している。特に知的障害者については、「生活のしづらさ調査」の同居区分の結果からも、家族を含めた高齢化への対応の難しさに直面しているものと推測される。

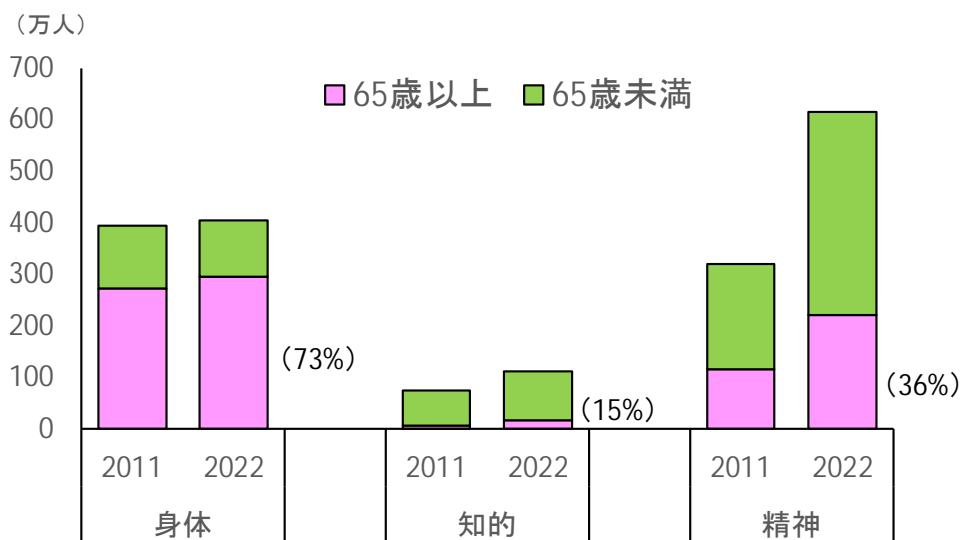


図2 障害者数（平成23年令和4年推計）
厚生労働省「生活のしづらさ調査」（平成23年・令和4年）より

2. 高齢障害者をとりまく諸課題 - 制度適用を中心に -

障害者が高齢期を迎えるにあたり、介護保険サービスと障害福祉サービスの適用が問題となることがある。相談支援専門員および介護支援専門員は、65歳到達時に生じる可能性のある制度課題についても理解しておくことが求められる。

(1) 自治体の制度適用にかかる課題

詳細は後述となるが、65歳以降（65歳未満で特性疾病の場合を含む。）は、介護保険サービスと障害福祉サービスの併用となる場合がある。しかしながら、65歳到達と同時に、障害福祉サービスから介護保険サービスに全面的に移行してしまうケースが少なくはない。もとより、その全てが不適切というわけではないが、「介護保険サービスの利用上限（支給限度基準額）を上回る場合の障害福祉サービスの利用」及び「介護保険サービスにはない障害福祉サービスの利用」は可能である。このことを適切に理解し、利用者の生活に影響を及ぼさない（最小限に抑える）ように配慮していくことが必要となる。

(2) 障害特性と介護支援技術にかかる課題

障害者が高齢期となり、介護保険サービスを利用するにあたり、介護サービス事業所の従事者に求められることとして、障害特性を適切に理解したサービス提供が必要となる。一方で、高齢期になっても障害福祉サービスの利用を継続する場合、特に介護ニーズが高まった障害者に対する支援では、障害福祉サービス事業所の従事者が、介護支援にかかる技術を習得しておく必要がある。これらが不足している場合には、介護・障害のいずれの支援現場においても、利用者の満足が得られることとはならない。

なお、65歳到達時に、障害福祉サービス事業所から介護保険サービス事業所に移った際の混乱を回

避するとともに、サービス基盤の少ない地域における資源の有効活用等を目的として、2018（平成 30）年の制度改正により、「共生型サービス」が創設された。このことにより、65 歳到達による事業所（サービス）の変更という事態は回避されることとなったが、共生型サービスの運営に際しては細心の配慮が必要となる。

端的に表現するならば、共生型サービスと共生社会は、「共生」の持つ意味が異なるということである。例えば通所形態の共生型サービスは、「障害」者と「要介護」高齢者が同じ空間で支援を受けるというものであり、共生社会とは、障害の有無により分け隔てられることなく住み慣れた地域で暮らすというものである。共生型サービス事業所の運営に際しては、地域交流スペースなどを有効に活用しない限り、上記のように「支援を必要とする」者のみによる空間となるが、これはかつての「混合収容・隔離収容」の再現となる可能性がある。

（3）高額障害福祉サービス等給付費にかかる課題

サービス利用時の負担は、保険制度と福祉制度では大きく異なっている。障害福祉サービス利用時の負担は「応能」、介護保険サービス利用時の負担は「定率」負担を原則としている。2018（平成 30）年以前は、一定の所得以下の障害者の場合、65 歳到達により介護保険サービスを利用することとなった場合、新たに定率「1 割」負担が生じることとなっていた。このことの課題に対応するため、2018 年の法改正により、障害者総合支援法の高額障害福祉サービス等給付費の対象が拡充され、介護保険サービス利用時の定率負担分を高額障害福祉サービス費の支給により対応することとなり、実質的に負担面の変動が生じない仕組みとなった。

しかしながら、当該高額障害福祉サービス等給付費の支給要件を適切に理解しておくことが、特に相談支援専門員及び自治体職員に求められるものであり、利用者及び家族に対する丁寧な説明と理解が必須となっている。要件は次のとおりである。

- | |
|--|
| 市町村民税非課税世帯又は被保護者若しくは要保護者で境界層該当者であって、次の全ての要件を満たす者 |
| ① 65 歳到達前の 5 年間、介護保険相当障害福祉サービスに係る支給決定を受けていた者 |
| ② 65 歳到達前日において障害支援区分 2 以上である者 |
| ③ 65 歳に達するまでに介護保険法による保険給付を受けていないこと。 |

上記は、既に障害福祉サービスのうち介護保険相当のサービスを利用している場合には課題となることは少ないと考えられるが、以下のような場合には、高額障害福祉サービスの対象とはならない。

- ・ 65 歳以前のサービス利用がない。
- ・ 65 歳以前の障害福祉サービスが介護保険に相当するものがない（就労系など）。
- ・ 65 歳直前に利用を開始した。

これらに該当する典型的な例は、家族のみによる支援を受けていた場合である。家族の中には「できる間は自分が頑張って支援する。」と考えていることがあるが、その頑張りがあだとなり、上記の要件（特に①）を満たさないこととなる。その結果、家族がより高齢となって支援の限界を迎え、新たに介護保険サービスを利用しようとなった時、介護保険の定率負担が生じるというものである。

相談支援専門員や自治体の職員においては、65歳到達以前の相当前から、65歳到達時に生じる課題について、障害者及び特に家族に対する丁寧な説明を行うことが求められる。

介護保険サービス及び障害福祉サービスの目的は、利用者本人の尊厳の保持と自己実現にあることは言うまでもないが、一方では、介護・障害支援の「社会化」にあることを忘れてはならない。つまりは、本人だけでなく、家族の自己実現の支援も視野に入れたものであり、伝統的な価値観（家族が面倒を見ることが当たり前）からの昇華を目指すものでもある。

【コラム：高額障害福祉サービス等給付費にかかる留意点 ～制度の周知と申請勧奨～】

高額障害福祉サービス等給付費の対象が拡充されたことについては、利用者はもとより、専門職においても浸透しているとは言い難い。本文にも記載し、また、兵庫県においても繰り返し説明を行ってきたように、市町から、利用者に対する制度の周知と申請の勧奨が必要である。

しかしながら、この「申請」について誤った認識を持つ市町の担当課・担当者が皆無であるとは言えない現状がある。時として「ホームページに掲載しているから」「福祉は申請主義だから」として、利用者が申請してくるまで何も働きかけがない場合などである。

福祉サービスの利用等が申請主義をとっている真の理由は、サービスを利用する・しないという「権利（請求権）」を住民に付与するためのものであって、決して市町を「受動的」「消極的」立場に置くものではない。また、これらの権利を行使する・しないという選択は、十分な情報が保障されてはじめて成り立つものである。

上記の解釈については、本検討委員会の見解ではなく、既に75年も前の昭和25（1950）年に厚生省から発出されたものを参考にしている（「生活保護法の施行に関する件」(昭和25年5月20日発社第46号（各都道府県知事あて厚生事務次官通達））。

時代の流れとともに、特に社会福祉基礎構造改革により、措置から契約へと制度の利用方式が転換した際に、上記の申請の真の背景が埋もれてしまい、極端には誤解した運用となっている市町がある一方で、これを適切に理解し、受け身ではなく積極的な勧奨に努める市町があるが、このような地域格差は決して容認できるものではない。

また、問題は市町だけにとどまらない。介護支援専門員および相談支援専門員は、一義的にはケアプラン・サービス等利用計画の作成を担うものであるが、利用に伴う負担（自己負担）の仕組みについて、これを利用者にもれなく、かつわかりやすく説明する責任があることは言うまでもない。本書の改訂にあたっては、資料編に「資料6：介護保険サービスの利用について」を掲げ、その中で高額障害福祉サービス等給付費にも言及しているが、これは、専門職がわかりやすく説明を行う際の一助となる事を期待して作成したものである。

(4) 介護保険料にかかる課題

65 歳到達により、適用除外施設に入所している者を除き、等しく第 1 号被保険者となるが、そのことは新たに介護保険料が賦課されることを意味する。介護保険が相互扶助の理念に基づくものであることを考えると妥当であるが、サービス利用をあわせ考えた場合、第 1 号被保険者となる障害者及び連帯納付の義務を負う扶養義務者に対する説明が必要となる。

障害福祉サービスは、障害者総合支援法に基づくものであり、利用に際して、あらかじめの拠出が求められてはいない。しかしながら介護保険法は、保険料の拠出を前提としたものであるため、この保険料を本人または連帯納付義務者（世帯主・配偶者の一方）が滞納した場合には、その期間等に応じて一定のペナルティ（給付制限等）が課せられることとなる。

滞納 1 年以上	サービス利用時に、一旦その全額を負担（償還払い化）
滞納 1 年 6 か月以上	上記に加え、保険給付の一部又は全部差し止め
滞納 2 年以上	未納期間に応じ給付率の引き下げ（1 割負担が 2～3 割等）

障害者及び家族の中には経済的な環境として必ずしも十分とは言えない場合がある。このような場合には、介護保険料の新たな賦課の影響が小さいとは言えないため、相談支援専門員及び介護支援専門員においては、サービスの調整・計画策定に加えて、場合によっては生活困窮者自立支援法や生活保護法の担当課とも協議をするなど、経済的な状況にも目を配ることが必要な場合がある。

3. 専門職連携における諸課題（アンケート結果より）

障害福祉サービスを利用してきた者が 65 歳に到達し、介護保険サービスに移行する場合や介護保険サービスと障害福祉サービスを併用する場合に留意すべきことは「生活の激変」を避けることである。一般的に考えて、65 歳を境として支援を受けるサービス量が大きく変化することはありえない。65 歳以前の障害福祉サービスの利用状況が適切であるならば、65 歳以降についても当面の間（心身状況や利用意向に大きな変化がない間）は、それまでのサービス利用量とサービスを利用した生活の質が担保されなければならない。

しかしながら、行政がこれらのことを理解しサービス量を確保したとしても、前述のとおり事業者の変更によって生活状況が変わることも少なくはない。支援環境を量だけでなく質的にも担保し、それまでの暮らしを継続していくためには、相談支援専門員と介護支援専門員の連携が不可欠である。

そこで、今回の改訂にあたり、県内の専門職協会等で役職にある介護支援専門員及び相談支援専門員に対し、制度併用や専門職連携等に関するアンケートを実施した（介護支援専門員 13 名・相談支援専門員 26 名）。その結果は以下のとおりである。

(1) 介護保険移行（併用）後の生活の質（QOL）やサービス量の変化

相談支援専門員の方が、サービス低下をより深刻に捉えている傾向がある。

自由記述では、認定（要介護認定）の結果や居宅支給限度基準額に起因するサービス量の減少や、環境の変化に関する回答が見受けられる。

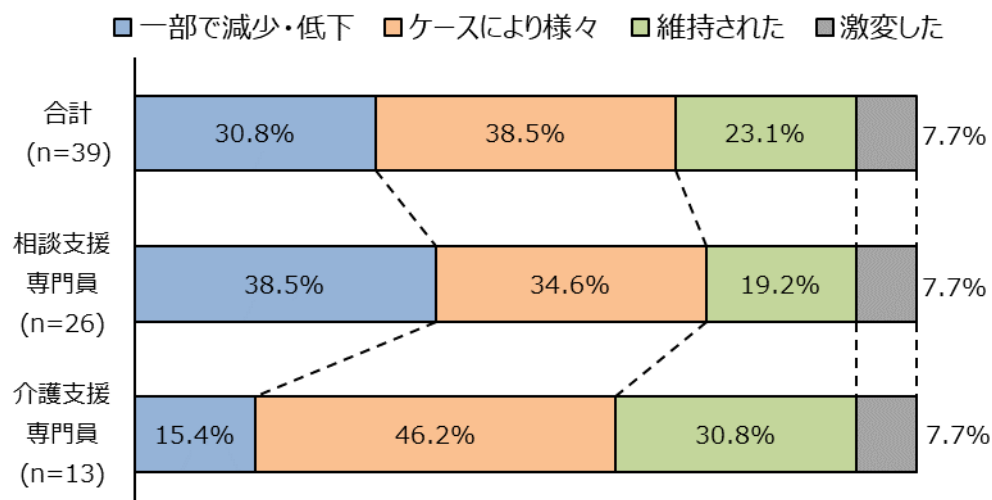


図3 介護保険移行（併用）後の生活の質（QOL）やサービス量の変化

（自由記述）

介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 要介護認定の結果、ヘルパーの訪問時間が減少し、掃除箇所を複数回に分けることになった。 要支援認定でヘルパーの回数がかかり減った。 ヘルパーによる支援が大幅に減ったこと（60分や45分制限）への本人の不満が大きかった。 飲食店への持ち帰り弁当購入など、遠方への同行を求められたが対応できなかった。
相談支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 障害では1時間入れていた支援が、介護保険では45分になった（単位数と時間数の違い）。 毎日入浴していた時間をなくし、デイサービスでの週3回入浴に変更、調理時間の確保も困難で宅配弁当に変更した。 老人ホームに入居後、画一的な支援となり、整容や余暇の充実が図れなくなった。 78歳まで視覚障害の同行援護と家事援助を受けていたが、ADL低下でサ高住に入り介護保険に移行後、生活が変わりすぎてしまった。

(2) 専門職間の連携における「認識のズレ・理解の難しさ」(複数回答)

双方が「費用」「サービス名」の壁を感じているが、特に相談支援専門員は「認定基準(アセスメント視点)の違い」に強いストレスを感じている。

自由記述では、グループホームや「障害」といった用語に関する認識の違いのほか、利用者・家族との関わりの中での意思疎通等に関する回答が見受けられる。

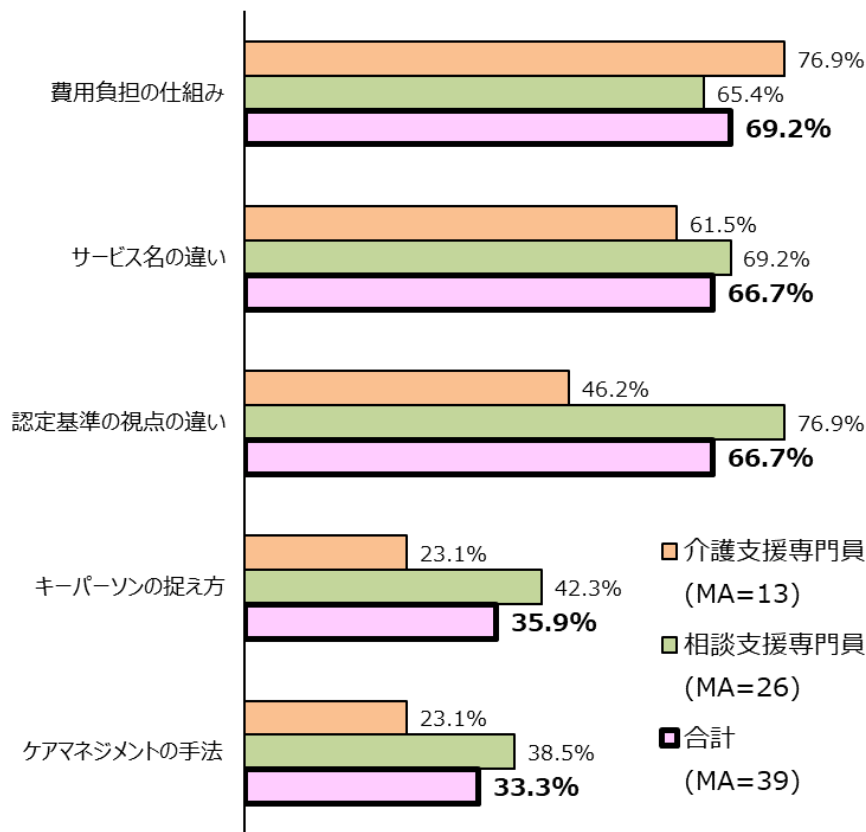


図4 専門職間の連携における「認識のズレ・理解の難しさ」

(自由記述)

介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> グループホームと言っても、障害と介護保険では機能が全く違う。 「障害」という言葉のイメージが、高齢分野と障害分野でそもそも違う。 利用者本人が「教える必要がない」と思い込み、移行直前まで障害サービスの利用を黙っていたため、手続きが遅れて混乱した。 一割負担分が発生することは利用者にとって理解しがたい部分であった。
相談支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 認定基準が違うことで、障害区分は高く出ている人が介護認定で要支援判定になったりする。 重度訪問介護は時間数、介護保険は単位数での調整になるため、プラン作成に困ってしまうケアマネジャーがいる。 母(要介護)の支援者から、母の困り感を(娘の)障害福祉サービスでカバーすると言われるなど、本人中心の視点でよいのか悩んだ。 介護保険では給付管理が大切な仕事のように、相談支援専門員との認識の違いを感じた。

(3) 連携を開始するのが望ましい時期

介護・障害の専門員ともに、3カ月前とする回答が多い。

自由記述では、事前の専門職連携のための会議の必要性や、情報の共有に関する意見が見受けられる。

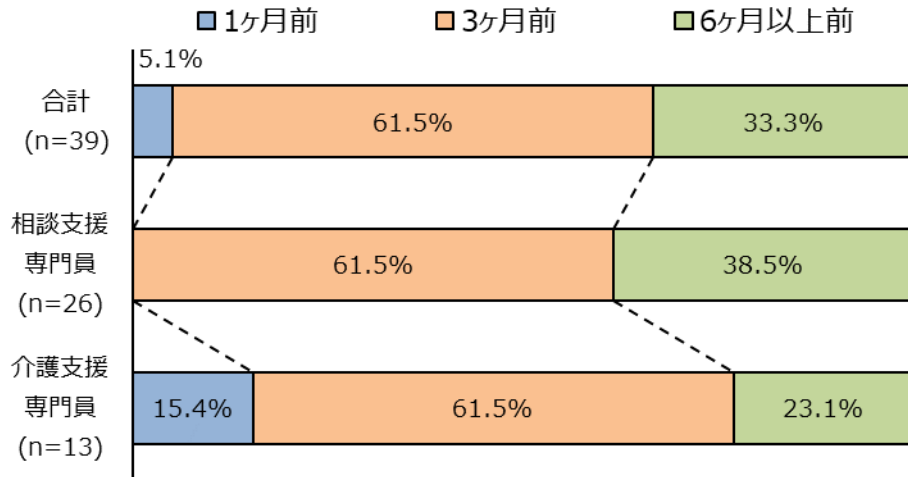


図5 連携を開始するのが望ましい時期

(自由記述)

介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 介護認定には時間がかかるため一か月前に介護保険認定が出てからでは準備が足りない。 障害認定を受けられた経緯や家族関係・病状など詳細な基本情報は提供して欲しい。 移行により「できること」と「できないこと」を事前に理解してもらう必要がある。
相談支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関でカンファレンスののち、みんなで本人とサービス担当者会議を行う（6ヶ月以上前）。 移行がどれだけ早くてもエピソードが少ないとズレが起こる。その人のこれまでの人生や今のエピソード（人物像や情報）がたくさんあることが重要。 相談支援専門員とヘルパー事業所、ケアマネジャーとで事前に集まり、調整内容や役割分担を事前に行うことでスムーズになった。

(4) 障害特性などの情報共有は十分できているか

介護・障害の専門員ともに、「あまりできていない」とする回答が最多である。

自由記述では、障害分野に精通した相談支援専門員からの積極的な情報提供と共有が有効であることが示唆される結果となっている。

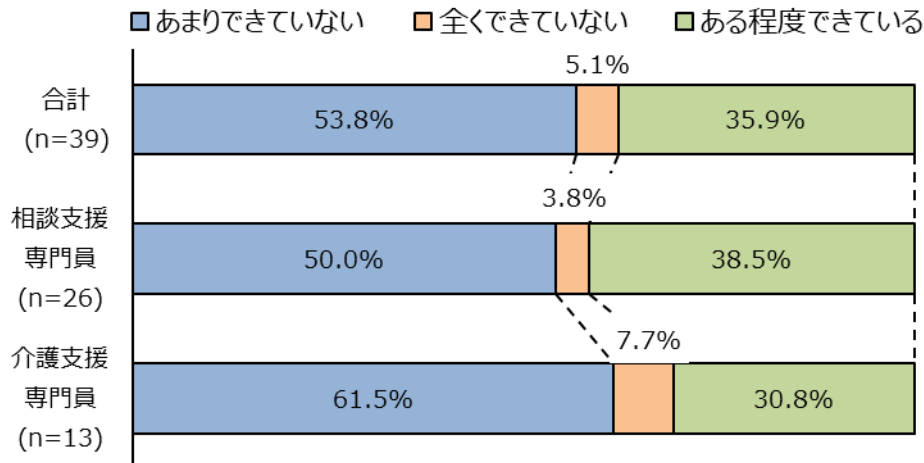


図6 障害特性などの情報共有は十分できているか

(自由記述)

介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 精神的な状態が悪化していた時のエピソードなどは有効であると感じた。 本人が嫌がったり落ち着かなくなる行動の背景になるところを教えてほしい。
相談支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> 本人が苦手としている人や言葉遣い、態度等に配慮してもらえよう共有したおかげで、支援者交代の苦情が一度もなかった。 生活歴など、ご本人の生き立ちや大事にしている事柄 シンプルに介護が必要な人ということではなく、その人自身の歴史や人物像を知っていただければ問題ない。

(5) 連携ツール「私のしょうかい（障⇔介）シート」の活用意向

介護支援専門員の活用意向が高い一方で、相談支援専門員では記入負担を懸念する回答が見受けられる。先の設問（4）と併せ、65歳到達前後の専門職連携においては、より多くの情報等を有する障害福祉の側（相談支援専門員）からの働きかけと本人が同意した情報の積極的な提供が不可欠であるとともに、連携ツールに詳細を記入し、介護支援専門員との連携を円滑に進めることが何よりも重要であると考えられる。

回答項目	介護支援専門員 (n=13)	相談支援専門員 (n=26名)
あれば使いたい/有効	10名 (76.9%)	15名 (57.6%)
記入の負担が心配	2名 (15.4%)	10名 (38.5%)

(6) 行政や他職種への要望（自由記述まとめ）

自由記述の結果からは、制度および運用面において、なお検討を要するものがあることがうかがえる。

（自由記述）

介護支援 専門員	<p>【報酬（シャドワーク）の問題】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 居宅のケアマネジャーはサービス利用がないと報酬が発生しない。移行前の半年～1年前からの連携は「タダ働き」になるため、負担が生じない仕組みの検討が必要・ 移行時に介護保険の『初回加算』以外の加算があるとよい。 <p>【認定の迅速化】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 障害から切り替わる時、速やか（1ヶ月以内）に認定結果が出るようにしてほしい。
相談支援 専門員	<p>【並走期間の制度化】</p> <ul style="list-style-type: none">・ ケアマネジャーと相談支援専門員がともに取り組む（並走する）期間の目安やシステムを行政から示してほしい。・ 移行後1年は両者がともに取り組むシステムがあれば安心 <p>【認定調査の質向上】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 認定調査員（特に介護保険）の態度が高齢者向きで、精神障害者に対して不適切な発言が見られた。専門的な研修をしてほしい。 <p>【理念の共有】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 障害福祉サービスと介護保険を分けずに、一人の人間として考えていく必要がある。・ 制度の優先や移行ではなく、併用という形で完全に別物として捉えて進められれば、認識のズレがあってもやっていけると思う。

(7) 自由記述の整理結果（上記(1)～(6)一部再掲）

自由記述をカテゴリーごとに集約・整理した結果は以下のとおりである。

① サービス量・生活の変化に関する課題

介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none">・ 要介護認定の結果、ヘルパーの訪問時間が減少し、掃除する箇所を複数回に分けることとなった。・ 要支援認定で、ヘルパーの回数が減った。・ ヘルパーの回数がかかり減った。・ ヘルパーによる支援が大幅に減ったこと（60分や45分制限）への本人の不満が大きかった。・ 飲食店に持ち帰りのお弁当を遠方にも関わらず購入をヘルパーに求めるなど（介護保険では対応不可の要望）。
相談支援 専門員	<ul style="list-style-type: none">・ 障害では1時間入れていた支援が、介護保険では45分になった（単位数と時間数の違い）。・ 食事も時間をかけたら食べられるのに介助になったり、訪問回数が減り、以前ほど本人の細かい様子が見られなくなった。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害区分 5 だった方が要支援 2 判定になり、サービス量が補えなかった。毎日入浴していた時間をなくし、デイサービスでの週 3 回入浴に変更、調理時間の確保も困難で宅配弁当に変更した。 ・ 今まで出来ていたサービスが介護保険では無いものが多く不便になる。 ・ 老人ホームに入居後、画一的な支援となり、整容や余暇の充実が図れなくなった。 ・ 78 歳まで視覚障害の同行援護と家事援助を受けていたが、ADL 低下でサ高住に入り介護保険に移行後、生活が変わりすぎてしまった。 ・ 介護認定を受けた時点で、暮らしの場が変わることになった方がいた。 ・ 医療面での対応が十分にフォローしてもらえない。不安感から情緒が安定しない部分を放置される。 ・ 要支援判定で 1 回当たりの時間数と回数が減った。要支援判定で複数事業所を 1 か所にする必要が出てきた。介護力の期待できない家族であっても同居していることから支援内容を一部打ち切られた。費用負担の発生によりヘルパー支援を辞めるまたは減らす人があった。 ・ 認定基準の視点が違うため本人に必要な支援をまかなえるほどの介護認定が出ない。同居しているだけで家族を介護者と捉えられる。
--	--

② 費用負担・制度理解の壁

介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度理解はあるものの、1 回あたりのサービスに対し、1 割の自己負担が生じることに不満が生じた。 ・ 一割負担分が発生することは利用者にとって理解しがたい部分であった。 ・ サービスの量が減ったことに対して利用者が理解されない。 ・ 介護保険のサービス内容はとても狭いので移行後、利用者に理解してもらうのが難しい。
相談支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 割負担への抵抗感（高額障害福祉サービス費で還付はされるが一旦支払う負担感）。 ・ 費用負担の上限がなくなることへの不安 ・ 介護保険サービスを受けると 1 割負担となるため、費用負担が気になり調査自体を拒むケースがある。

③ コミュニケーション・文化・アセスメントのズレ

介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・ グループホームと言っても、障害と介護保険では機能が全く違う。言葉の意味が違ったまま話をするとは、連携の妨げとなる。 ・ 「障害」という言葉のイメージが、高齢分野と障害分野でそもそも違う。 ・ 障害福祉サービスを全く知らないケアマネジャーはプラン作成に困ってしまう。 ・ 利用者本人が「教える必要がない」と思い込み、移行直前まで障害サービスの利用を黙っていたため、手続きが遅れて混乱した。 ・ 障害からのサービス事業者が、介護保険制度を無視して、本人との長年の関係性から支援を行ってしまうことがあった。
-------------	--

<p>相談支援 専門員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認定基準が違うことで、障害区分は高く出ている人が介護認定で要支援判定になったりする。 ・ 「障害特性がわからない、コミュニケーションがとれない、希望がわからないから対応できない」と伝えられた。 ・ 母（要介護）の支援者から、母の困り感を（娘の）障害福祉サービスでカバーすると言われるなど、本人中心の視点でよいのか悩んだ。 ・ 介護保険では給付管理が大切な仕事のように、相談支援専門員との認識の違いを感じた。 ・ 就労に対する意向が汲み取られない。 ・ 障害福祉サービス入所は金銭管理などするが、介護入所は出来ないのでは見人をつけた。 ・ 障害福祉の仕組みがわかるケアマネジャーが少ない。
---------------------	---

④ 連携のタイミングと共有すべき情報

<p>介護支援 専門員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護認定には時間がかかるため一か月前に介護保険認定が出てからでは準備が足りない。 ・ 障害認定を受けられた経緯や家族関係・病状など詳細な基本情報は提供して欲しい。 ・ 特に精神的な状態が悪化していた時のエピソードなどは有効であると感じた。 ・ 本人が嫌がったり落ち着かなくなる行動の背景になるところを教えてほしい。 ・ 移行前に、利用者へどのような説明をしたのか不明で、利用者側より移行後に「そんな事は聞いていない」ということがある。
<p>相談支援 専門員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関でカンファレンスののち、みんなで本人とサービス担当者会議を行う（6ヶ月以上前）。 ・ 移行がどれだけ早くてもエピソードが少ないと何かしらのズレが起こる。その人のこれまでの人生や今のエピソード（人物像や情報）がたくさんあることが重要 ・ 1年前から「65歳になると介護保険適用になる」ことを伝え、半年ほど前に障害福祉課に制度説明をしてもらう。 ・ 相談支援専門員とヘルパー事業所、ケアマネジャーとで事前に集まり、調整内容や役割分担を事前に行うことでスムーズになった。 ・ 本人が苦手としている人や言葉遣い、態度等に配慮してもらえよう共有したおかげで、支援者交代の苦情が一度もなかった。 ・ 生活歴など、ご本人の生い立ちや大事にしている事柄を共有したい。 ・ 利用者とのマッチングは重要なので、利用者様がどんな傾向の人を好むのか。 ・ 移行時期の1～2ヶ月前までに要介護認定の結果を出してもらえると、ケアマネが決まったりサービス量の目安が分かったりするため助かる。3ヶ月前申請をあんしんすこやかセンターに依頼しても申請代行の訪問や調査に日数がかかってギリギリになる。本人の混乱が生じやすい場合は同行する訪問日の調整にも時間がかかる。 ・ ありきたりな文章やサービスだけのプランでなく、障害特性を踏まえた個別性のあるプランを作成してもらえよう、本人の生活歴や支援の工夫・配慮などを具体的に共有している。

⑤ 行政や制度への要望

<p>介護支援 専門員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 報酬の問題：居宅のケアマネジャーはサービス利用がないと報酬が発生しない。移行前の半年～1年前からの連携は「タダ働き（シャドーワーク）」になるため、負担が生じない仕組みの検討が必要 ・ ケアマネが障害福祉サービスの調整をするときには労力を要するので、移行時に介護保険の加算が「初回加算」以外であるとよい。 ・ 障害から切り替わる時、速やか（1ヶ月以内）に認定結果が出るようにしてほしい。
<p>相談支援 専門員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 並走の仕組み化：ケアマネジャーと相談支援専門員がともに取り組む（並走する）期間の目安やシステムを行政から示してほしい。 ・ 移行後1年は両者がともに取り組むシステムがあれば安心 ・ 認定調査の質：認定調査員（特に介護保険）の態度が高齢者向きで、精神障害者に対して不適切な発言が見られた。専門的な研修をしてほしい。 ・ 理念：障害福祉サービスと介護保険を分けずに、一人の人間として考えていく必要がある。 ・ 制度の優先や移行ではなく、併用という形で完全に別物として捉えて進められれば、認識のズレがあってもやっていけると思う。 ・ 身体障害者の利用要件がかなり厳しく、進行性の病気の人もいるため、要件の緩和をお願いしたい。 ・ 行政が協力的であり、上乘せ支給や移行時期の柔軟な対応をしてくれているので、引き続きお願いをしたい。65歳到達時の介護申請の時期を早めてほしい。

第3章 制度利用時の視点 ～ 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

障害福祉サービスを利用してきた者が 65 歳を迎えるにあたり、大きな関心と不安を感じるものの一つが、65 歳到達以降の介護保険サービスの利用である。障害者総合支援法に規定するサービスと介護保険法に規定するサービスのいずれを利用することになるのかについては、相談支援専門員及び介護支援専門員が、利用者及びその家族に的確に説明を行うという観点から、利用者以上に理解しておく必要があり、さらには、制度の運営主体である市町村職員についても同様の理解が求められる。

(他の法令による給付等との調整)

第7条 自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法（略）の規定による介護給付（略）のうち自立支援給付に相当するものを受け、又は利用することができるときは政令で定める限度に（略）行わない。

上記規定で重要な点は、介護保険サービスと障害福祉サービスで共通するもの（「相当するもの」）については、介護保険からの給付が優先するというものである（調整規定）。従って、障害者が 65 歳となり、要介護認定を受けた場合には、共通するサービスは介護保険サービスの利用となり、その範囲においては障害福祉サービスの利用はできない。

しかしながら、ここで留意すべきことは、「相当するもの」とは何か、ということの適切な理解であって、これを画一的に解釈したり、必要以上にその範囲を拡大解釈した運用があってはならないということである。

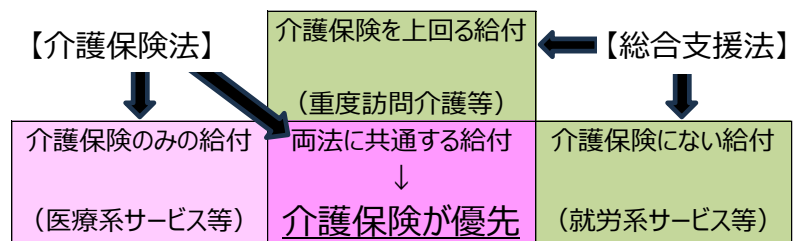


図7 介護保険サービスと障害福祉サービスの併用イメージ

高齢期において、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。

以下は、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。

(※ 国通知)

- ・「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（平成 27 年 3 月 31 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に係る留意事項及び運用の具体例等について」（令和 5 年 6 月 30 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）

【本書における考え方】

整理区分 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

整理区分 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

整理区分 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

サービス種別等	整理区分			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等の内容・対象等
就労移行支援・就労継続支援・就労定着支援・就労選択支援	○			就労に関する支援は介護保険にはない
地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助	○			地域移行・自立生活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。

【整理区分 2 に該当するもの】

▶ 重度障害者等包括支援

介護保険の小規模多機能型居宅介護は、基本的に「通い」を中心としたものであり、また、要支援 1 から要介護 5 まで、その利用者像は広範囲にわたる。一方で重度障害者等包括支援の対象は極めて重度の障害者に限定されており、状態像から見て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困難な場合が少なくはない。

▶ 自立訓練・生活訓練

介護保険の通所リハは老人保健施設や医療機関における支援であり、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）において共通する部分もあるが、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）は介護保険の通所リハビリテーションとは異なるものがある。

▶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が、共同生活援助は日中サービス支援型を除き、基本的に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ないサービス移行は、当該障害者の日中活動の場を奪うことになりかねない。

【整理区分 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。

項目	居宅介護	訪問介護
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）

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併用もあり得る。

▶重度訪問介護

居宅内での介護部分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があるが、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っては、一律に通所介護へ移行することは適切とは言えない。

▶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（ただし車いす、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、上記の車いすを例にとると、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歳以降もその人らしい生活が継続できるよう支援していくためには、相談支援専門員・介護支援専門員の共通理解・相互理解とともに、市町村の制度併用に関する適切な運用が必要である。以下は、国通知の要点を整理したものである。

「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及び運用の具体例等について」（令和5年6月30日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課・障害福祉課連名事務連絡）

【制度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

- ・ 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、具体的な内容を聴き取りにより把握した上で、適切に判断 → 従前の適用関係通知の再確認と徹底
- ・ 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、保険給付が受けられない場合や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、適切な運用に努める。
- ・ その際、障害福祉サービスの利用を認める要件として、画一的な基準のみに基づき判断することは適切ではない。
→ 画一的な基準として、「要介護5以上でかつ障害支援区分4以上」「上肢・下肢の機能の全廃」「一月に利用する介護保険サービスの単位数に占める訪問介護の単位数が一定以上」等があげられる。
- ・ 介護保険サービスへの移行を検討する際には、個々の障害者の障害特性を考慮し、必要な支援が受けられるかどうかという観点についても検討した上で、支給決定を行うこと。

(2) 具体的な運用の例について

各市町村においては、本事務連絡も参考として、自らの運用を確認

(居宅介護・重度訪問介護)

- ・ 介護保険の訪問介護の支給限度額では必要な支給量が不足する場合に、当該不足分について利用を認める。
- ・ 介護保険の訪問介護の支給対象とならない支援内容や時間（例えば、家事援助として認められる範囲の違いや、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守りなど）が必要と認められる場合に、介護保険の訪問介護の支給とは別に利用を認める。

(自立訓練（機能訓練）)

- ・ 介護保険の通所介護等では提供できない支援内容（例えば、白杖を用いた歩行訓練や意思疎通に困難を生じた場合の訓練等）が必要と認められる場合には、65歳以降も引き続き利用を認める。

(共同生活援助)

- ・ 個々の障害者の状況等から見て必要と認められる場合には、65歳以降も引き続き共同生活援助の利用を認める。
- ・ なお、当該障害者の要介護度等に応じて、認知症グループホームや特別養護老人ホーム等への入居・入所を検討することが望ましい場合も想定される。

【支給決定時の留意点】

(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

- ・ 65歳到達日等の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。
- ・ 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、市町村職員又は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。
- ・ また、介護保険制度を利用することによる利用者負担への配慮として、新高額障害福祉サービス等給付費について、丁寧な説明を行うとともに、個別に勧奨通知等を送付することが望ましい。

(2) 介護保険制度との併給が可能な旨の案内について

- ・ 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与えることのないよう、適用関係通知の1の(2)の②及び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。

【適用関係通知 1 - (2) - ②・③の要点】

② 介護保険サービス優先の捉え方

ア 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せず、具体的な内容を聴き取りにより把握した上で適切に判断すること。

イ 介護保険にないサービスについては利用可能

③ 具体的な運用

保険給付が受けられない場合等では、介護給付費等を支給することが可能

ア 区分支給限度基準額の制約により必要なサービスを確保することができない場合

イ 介護保険サービス事業所等が身近にない、利用定員に空きがないなどの場合

ウ 要介護認定等を受けた結果、非該当と判定されたなどの場合

(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その他の介護分野との連携について

- ・ 本人に了解を得た上で、指定居宅介護支援事業所等に対し、サービス等利用計画の記載情報を提供するなど、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、サービス担当者会議に相談支援専門員が参加する等して、相談支援専門員と介護支援専門員が情報共有や丁寧な引継ぎを実施すること。

(居宅介護支援事業所等連携加算)

障害福祉サービス等の利用終了後6月以内において、相談支援専門員が文書による情報提供により居宅サービス計画の作成等に協力した場合、月2回以上利用者の居宅を訪問して面接を行った場合、介護支援専門員等が主催した会議に参加した場合等において算定

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継ぎが必要となる。

相談支援専門員からの引き継ぎ内容は、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うえで、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情報を「基本情報シート」に記載し、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、継続して関わることが望ましい。

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。

65歳未満の場合には被保険者資格の問題や特定疾病に該当するかといった、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。

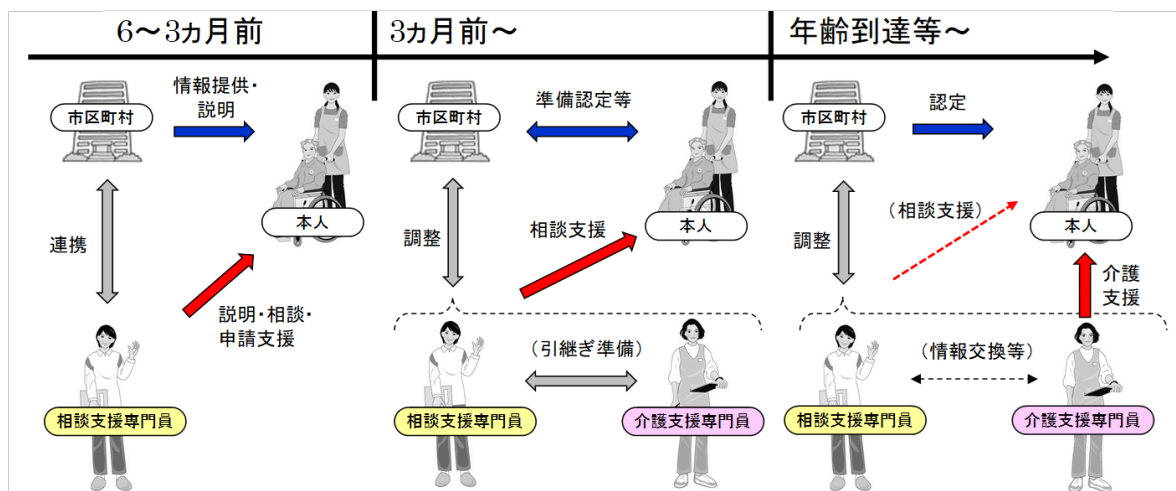


図8 65歳到達前後における専門職連携のイメージ

【コラム：連携時に必要な定義・用語等の共通理解】

専門職連携のための協議の際、用語に対する理解の齟齬が生じることがある。同じ用語であっても、専門領域で異なる捉え方をしている場合がある。そのため、事前に用語のイメージ・捉え方について確認しておくことが望ましい。代表的なものとして、以下の用語がある。

① 高齢障害者

「高齢期になって生じた障害（白内障・老人性難聴等）」と「障害者が高齢期を迎えた」では、同じ高齢障害者でもその背景や現状が大きく異なる場合がある。

② 自立

介護保険領域における自立は、介護を要しない状態まで回復する、いわゆる「身辺自立」として用いられることが少なくはない。一方で、本来の自立及び障害福祉領域における自立とは「自らのことを自ら決める」ことであり、介護・福祉サービスを利用しているか否かは問題ではない。

③ 入所施設

介護老人福祉施設は（例外もあるが）基本的に「生活施設（終の棲家）」であり、生活空間としての環境が重視されている。一方で、障害者支援施設については、これまで生活施設として位置付けられたことはなく、「通過施設」としての役割を担うべきものとされている。

4. 自治体の運用事例

65 歳到達前後の制度運用において、利用者（家族）及び専門職の不安や混乱を回避すべく、様々な配慮を行っている県下自治体（X 市）の事例を以下に紹介する。各市町において、地域特性をふまえつつ、工夫が可能なものについて柔軟に取りくむことが望ましい。

(1) 事前周知

- ・ 市内の各相談支援専門員に対し、1 年前から介護保険サービスへの移行について説明を行うよう依頼
- ・ 特に相談支援専門員→介護支援専門員に変更になること（人が変わる、ということに不安を感じる人が多い傾向）については、丁寧に説明するように依頼
- ・ 前もって介護支援専門員のめどをつけておくことによって、認定ができるまでに顔つなぎを進めていく場合もある。

(2) 支給決定についての工夫（支給決定の有効期間）

- ・ X 市は支給決定を 65 歳の誕生日でいったん期間を切っている。
 - ⇒ 65 歳で支給決定をいったん有効期限にすることで、介護保険移行の時期に気が付ける。
 - ⇒ 障害支援区分の有効期限は切らない。切ってしまったら、65 歳を超えて障害福祉サービスを併給や上乗せで使用する時に困る。

(3) 改正後の高額障害福祉サービス等給付費（いわゆる「新高額」）に関する運用

- ・ 電算システムで新高額対象者をリストアップし、対象者に個別通知
（参考：人口約 50,000～99,999 人規模、新高額対象者 11～12 人）
- ※ 高額障害福祉サービス等給付費等と高額介護（予防）サービス費【年額】及び高額医療合算介護サービス費との併給調整があるため、その処理期間との関係で 1 年遅れなどの処理となる。

第4章 相談支援専門員と介護支援専門員の連携のためのシート

連携を深めるためには、情報を共有し、本人を中心に暮らしをマネジメントするためのツールが効果的であると思われる。「私のしょうかい（障⇔介）シート」は、本人のストレングスを中心に相談支援専門員が介護支援専門員に「紹介」することを主な目的としている。65歳を迎え人生の終盤を迎える障害者が、制度の移行により「生活の激変」なく、切れ目なく支援を受けられるために活用をしていただきたい。

1. 「私のしょうかい（障⇔介）シート」活用の目的

- ① 相談支援専門員から介護支援専門員に、本人中心に展開してきた支援の情報を伝え、障害者が高齢期を迎えても、本人が望む生活をおくることができる。
- ② 相談支援専門員と介護支援専門員が、本人の状態・制度・サービス・環境等を共通理解することで、本人の権利を擁護しつつ多様な支援を展開することができる。
- ③ 連携のためのシートの活用により、本人の思いを的確に引き継ぐことで、移行時のQOLの低下を防ぐことができる。
- ④ 移行後のモニタリングを通じて相談支援専門員が関与を継続することで、高齢障害者自身の安心感に寄与することができる。

2. 「私のしょうかい（障⇔介）シート」の5つの視点

- ① その人らしい暮らしの継続
- ② その人が安心して暮らすことの継続
- ③ その人自らの意思の主張の継続
- ④ なじみの環境での暮らしの継続
- ⑤ スtrenグスに基づくケアマネジメント

3. 「私のしょうかい（障⇔介）シート」の概要

① アセスメントシートとの違い

障害のある人が65歳になり、介護保険サービスに移行する際、相談支援専門員から介護支援専門員に「その人の持つ力」を伝えるためのシートである。障害のある人の「できないこと」をアセスメントするためのシートではない。「障害」の種別や程度に関わらず、人が直面する「生きにくさ」は、その人の周囲の状況（人間関係・社会環境）に左右される。「障害＝本人の特性」として捉えるのではなく、「生きにくさ」と捉え、その生きにくさに対し必要な支援を必要なだけ届けるという視点が大切である。「私のしょうかい（障⇔介）シート」は、対象になる人の生きる力を肯定的に捉え、その人の高齢期が充実した日々となるための情報提供シート・情報共有シートである。

② ストレングスの視点

障害のある人の「できないこと」に目を向けた時、そのアセスメントはいわゆる問題行動の羅列になり、その人の行動そのものを制限することになりかねない。

相談支援専門員や介護支援専門員は支援課題をとらえていこうとする時に、「強さ」や「能力」に焦点を当て「豊かな感情・活力・知恵・望み・可能性」等、これまで本人の努力により身に付けてきた「生きる力」を高齢期に引き継いでいくという視点が必要である。

③ 作成時の留意点

相談支援専門員・介護支援専門員共に各所属でアセスメントツールを使用している。しかし、それらは高齢期へ支援をつなぐためのアセスメントツールではない。

「私のしょうかい（障⇔介）シート」は作成目的が従来のアセスメントとは基本的に異なるということを理解しておいて欲しいと考えている。障害のある人の有する能力を最大限に活かし、豊かな高齢期を生きるために必要な支援を提供するために作成していただきたい。

4 「私のしょうかい（障⇔介）シート」の活用方法

活用時期	必要な情報	ポイント
65 歳到達の 3 ヶ月前から	<p>基本情報</p> <p>【私のこと①】</p> <p>氏名・性別・生年月日 住所（住民票住所）・連絡先・家族構成 担当相談支援専門員 担当介護支援専門員</p> <p>【私のこと②】</p> <p>障害の情報（手帳・既往歴・障害支援区分等） 介護保険申請日 経済状況 サービス利用状況（利用事業所・支援者情報）</p> <p>【私の 1 週間】</p> <p>・1 週間の暮らし方 ・サービスの利用状況 ・介護保険で使えるようなサービス ・介護保険で使えなさそうなサービス ・サービス利用に関しての本人の気持ち</p>	<p>・ 行政より本人に介護保険の利用に関する案内があり、相談支援専門員が今後のことを説明し、シートの作成を本人と一緒に進行</p> <p>【本人を中心に考えて記載していくため、シートの主語は「わたし（本人）」である】</p> <p>【<u>介護保険の申請が 65 歳の誕生日の 3 か月前ではあるが早い段階（65 歳の 6 か月前くらい）から準備を進めることが望ましい</u>】</p> <p>・1 週間の暮らしを記載 ※サービス等利用計画別紙 3 の様式を参照</p> <p>・サービス等利用計画の情報整理 ・介護保険では使えないサービスを明記</p>

	<p>【生活歴】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでのできごと <p>【社会資源】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉・医療 ・フォーマル ・インフォーマル ・行政 <p>【ストレングス・望み】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体・生活・仕事 ・対人関係 ・余暇・趣味 他 <p>【合理的配慮】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・嫌な事・苦手な事 ・生きづらさ ・必要な支援 <p>【ニーズ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・想い・願い ・したいこと ・してほしいこと ・不安 	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでの暮らしや、家族歴を記載 一般の高齢者との違いを分かりやすく！ ・家族環境やキーパーソン等において、一般の高齢者と異なる場合については、留意点等を記入 障害のある高齢者の場合は「キーパーソン」がない場合があることに留意！ ・障害特性についてわかりやすく記載 <u>【障害＝できない】とならないように注意！</u> ・知的障害や精神障害の特性や配慮すべき点については詳細に記入 <u>移行後に環境の変化、関わる人の変化で「できていたことができなくなる」ということを想定し、できることを伝える！</u> ・本人の願いを伝える ・できることを中心に伝える ・安心して暮らしを継続できる
65歳以降	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでできていたこと ・これまでの暮らし 	<ul style="list-style-type: none"> ・環境が変わることで、これまでできていたことができなくなったり、話せなくなったりする場合がある。 ・<u>一般高齢者との違いで支援に困難を感じた時は、相談支援専門員に連絡を！！</u>

【「私のしょうかい（障⇔介）シート」の実際（事例）】



Aさん： 自閉症 知的障害 療育手帳B1 障害支援区分4

住み慣れたこの家でずっと暮らしたい・・・
働くことが好きなのでこれからも作業所で作業を頑張っていきたい・・・



B 相談支援専門員

相談支援専門員になって7年目。Aさんとは入職当初からの関わりです。



C 介護支援専門員

介護支援専門員になって10年目。制度併用ケースは初めて担当します。

【現在の状況】

- ・ Aさん（64歳）は、就労継続支援B型事業所で仕事をしながら一人暮らしをしている。
- ・ 日常生活は居宅介護、通院等介助、移動支援、地域定着支援を利用している。
- ・ 障害基礎年金（2級）と作業工賃から月々6万円を使い生活をしている。
- ・ 金銭管理は自己管理が難しく、成年後見人が管理している。

【障害状況・性格・暮らし】

- ・ 45歳の時、自閉症・知的障害の診断を受け、療育手帳（B1）を取得。それまで、勤めていた工場を辞め就労継続支援B型事業所で、箱折り等の軽作業をしている。
- ・ 真面目で、コツコツと仕事に取り組んでいる。新しいことを覚えることや、複雑な作業は苦手で、自ら何かを取り組むことはないが、丁寧に説明し、覚えることができると丁寧に作業ができる。
- ・ 人とのコミュニケーションは苦手で、特に、早口でたくさん喋る人に話しかけられると、パニックを起こすことがある。
- ・ 家事全般は、ヘルパーに手伝ってもらっている。掃除、洗濯、片づけは苦手で、ヘルパーの声かけと手伝いがないとできない。
- ・ 食事は、ヘルパーに作ってもらい、ヘルパーが来ない日は、弁当か惣菜を買ってきている。買い物に行くと、お菓子やパンを買い過ぎたりするので、相談支援専門員や就労継続支援B型事業所のサービス管理責任者と「買い物についての約束事」を決めている。
- ・ 休みの日は、テレビを見て一日家で静かに過ごしていることが多い。

65 歳到達の概ね 3 か月前



B 相談支援専門員が話をしに来ると言っていたけど・・・
半年前にも介護保険の話をしに来てくれたけど・・・

A さん、もうすぐ 65 歳ですね、65 歳になったら、介護
保険のサービスを申請するのですよ



どうしたらいいですか？
今のサービスが使えなくなるんですか・・・

65 歳を迎えようとする A さんに、行政から介護保険の申請をするように通知が来る前に、B 相談支援専門員は話を始めようとしたのですが、A さんは不安でいっぱいです。

B 相談支援専門員は、居住する自治体が発行しているリーフレットなどを用いて、お金のこと、サービスのことなどの制度について、A さんに一つひとつ丁寧に説明をしました。

【コラム：介護保険サービスの申請について】

介護保険のサービスを申請は、65 歳到達の 3 ヶ月前から可能である。障害福祉サービスを受給している場合でも、65 歳からは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、基本的には、介護保険のサービスの利用が優先される。相談支援専門員は利用者が 65 歳になる前から、介護保険サービス移行時に本人が困らない様に準備を進めておく必要がある。

介護保険制度に関するリーフレットなどを用いて、本人（家族）に対し、丁寧な制度説明を行い、不安を少しでも払拭するように努めることが必要である。



介護支援専門員ってどんな人だろう・・・
想いがきちんと伝わるといいのだけれど・・・

介護保険サービスを受けることになったら、これまでの暮らしが続けられるのか不安でいっぱいの A さんに「私のしょうかい（障⇔介）シート」のことを説明しました。



「私のしょうかい（障⇔介）シート」を一緒に作って、C 介護支援専門員に A さんのことをわかってもらいましょう。

作成日 2000 (令和0) 年 0月 0日

ふりがな	〇〇	相談支援専門員 (事業所)	B (相談支援事業所〇〇)			
氏名	A					
性別	男	介護支援専門員 (事業所)	(決まり次第記入)			
生年月日(年齢)	〇年〇月〇日(64歳)					
現住所(住民票)	〒〇〇 兵庫県〇市〇〇 (住民票) 同左					
TEL/FAX/E-Mail	TEL 〇〇	FAX 〇〇	E-Mail 〇〇 @ 〇〇			
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業	同居/別居	備考
	姉	〇〇	75	無職	<input type="checkbox"/> 同/ <input checked="" type="checkbox"/> 別	介護老人福祉施設〇〇入所
					<input type="checkbox"/> 同/ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同/ <input type="checkbox"/> 別	
連絡先	区分)	成年後見人			私の家族	
	氏名)	〇〇				
	関係性)	後見人				
	連絡先)	〇〇				
	区分)					
	氏名)					
	関係性)					
	連絡先)					
備考	<ul style="list-style-type: none"> 母は〇年〇月死亡、父は母と離別(〇年)後は連絡が取れず 姉は介護老人福祉施設入所(〇年〇月～)、配偶者とは死別、子どもがいるが連絡はとれない 					

障害名	知的障害	既往歴	自閉症 高脂血症
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (更生・精神通院) <input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳 (B1級) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) 【医療保険種別】 ()		
障害支援区分	区分4	要介護度	〇月〇日申請
経済状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害基礎年金： 2級 (〇〇円/月) ・ 工賃収入： 〇〇円/月 ・ 資産： 〇〇万円 (相続遺産) 		
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活費は月〇万円程度、お菓子を買いすぎてしまうことがある。 ・ 金銭は成年後見人の〇〇が管理している。預貯金額は本人も理解している。 ・ 60歳過ぎより、年々医療費がかさんできている。 ・ 介護保険サービス利用時の負担を心配 (預貯金取り崩しに対する不安) 		

公的支援の状況 (障害福祉サービス・介護保険サービス・その他の支援等)

名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
就労継続支援B型	〇〇B型事業所 サービス管理責任者 〇〇	箱折等の軽作業 日常生活のサポート	週5日
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
移動支援	〇〇ヘルパーステーション サービス提供責任者 〇〇	社会参加のための外出	月3回 (1回2時間程度)
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護 (通院等介助)	〇〇ヘルパーステーション サービス提供責任者 〇〇	通院時の送迎・受診手続	月1回 (5時間)
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護 (家事援助)	〇〇ヘルパーステーション サービス提供責任者 〇〇	食事準備・掃除・選択・片付け	週4回 (1回1時間)
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
相談支援	相談支援事業所〇〇 相談支援専門員 B	サービス等利用計画作成	随時
備考			



これらのシートは客観的な事実・現状が中心となります。

Aさんの想いや願いについては、これ以降のシート等で記入していくこととなりますが、意思を推定することは極力避け、Aさんの意思を引き出すことに心がけることが必要です。

要介護認定通知

B 相談支援専門員が A さんと一緒に「私のことシート①」「私のことシート②」を作成してまもなく、〇市から要介護認定の通知（要介護 2）が届きました。B 相談支援専門員が〇市地域包括支援センターに相談し、市内の居宅介護事業所を A さんと一緒に探しました。

事業所に連絡



65 歳になる A さんのケアプラン作成をお願いしたいです。A さんは知的障害と自閉症があります。今度「私のしょうかいシート」をもって伺いますのでご検討いただけますか。



知的障害、自閉症・・・どんなことに気をつければいいのかな・・・



※ 障害福祉・介護保険両制度の申請からサービス利用までの流れについては資料編参照

【コラム： ストレングスの視点】

障害がある方が、その人生において獲得してきた「自立」した暮らしの継続はサービス受給なしでは継続できない。しかし、介護保険優先の原則により生活水準や質を引き下げてしまうことが現実には起こりうる可能性がある。

障害がある人が社会生活を推進するためのケアマネジメントは、「ストレングス」に基盤を置いたニーズの把握が重要である。障害者の「できないこと」に着目し、「できないこと」をサービスで補うのではなく、「できること」を支え高齢期を迎えても、障害者自身が主体的に意思決定できなければならない。また、これまでの暮らしを、なじみの環境で安心して暮らせるように、マネジメントする必要がある。



介護支援専門員の皆様へ

「障害」に関する先入観にとらわれず、ストレングスに着目するとともに、何よりもまず、本人の意思を汲み取り、その思い受け止めてください。

障害のある方は「できないこと」が多いのではなく、「お手伝いすればできる」ことが少なくはありません。

相談支援専門員の皆様へ

一人ひとりの「できること」「これまで頑張ってきたこと」「これからどうしていきたいか」について、また、ご本人の不安なことなどを詳しく教えてください。



現在の生活状況等を共有

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<ul style="list-style-type: none"> 平日はB型事業所に通所 夕食後はTV鑑賞が多い。 食事はヘルパーが準備するが、居宅介護を利用しない日は自宅近くの〇〇に自分で買いに行っている。
7:00								
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
9:00	B型通所	B型通所	B型通所	B型通所	B型通所	外出	昼食	
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00	週単位以外のサービス							
15:00	<ul style="list-style-type: none"> 移動支援は主に土曜日 通院等介助は受診等の手続きも関わっている。 							
16:00	居宅介護		居宅介護	居宅介護	居宅介護			
17:00								
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
19:00								
20:00	TV鑑賞等	TV鑑賞等	TV鑑賞等	TV鑑賞等	TV鑑賞等	TV鑑賞等	TV鑑賞等	医療機関等
21:00								<ul style="list-style-type: none"> 〇〇クリニック（月1回） 〇〇内科（随時） 〇〇耳鼻科（月1回）
22:00								
23:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								

使っているサービス	介護保険で使えるサービス	私の気持ち（利用サービスに関して）
<ul style="list-style-type: none"> 就労継続支援B型 居宅介護（家事援助） 居宅介護（通院等介助） 移動支援 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護 ※ 初診時にパニック等への対応を検討 	<ul style="list-style-type: none"> 住み慣れた自宅での生活の継続を希望しています。 そのためには、家事を手伝ってほしいし、困ったときには相談に乗ってほしいです。 また、働くことが好きなので、今後も今のB型事業所で仕事を頑張っていきたいです。
	<p>介護保険にはないサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> 就労継続支援B型 移動支援 	

これまでの生活歴等を共有



私がこれまでに生きてきた中であった様々なことをわかってほしい。
障害があることで、生活のしづらさもあったけれど、色々な人に支えられ、励まされて今日までできました。

これまでのことをたくさん教えてください。



もちろんです。

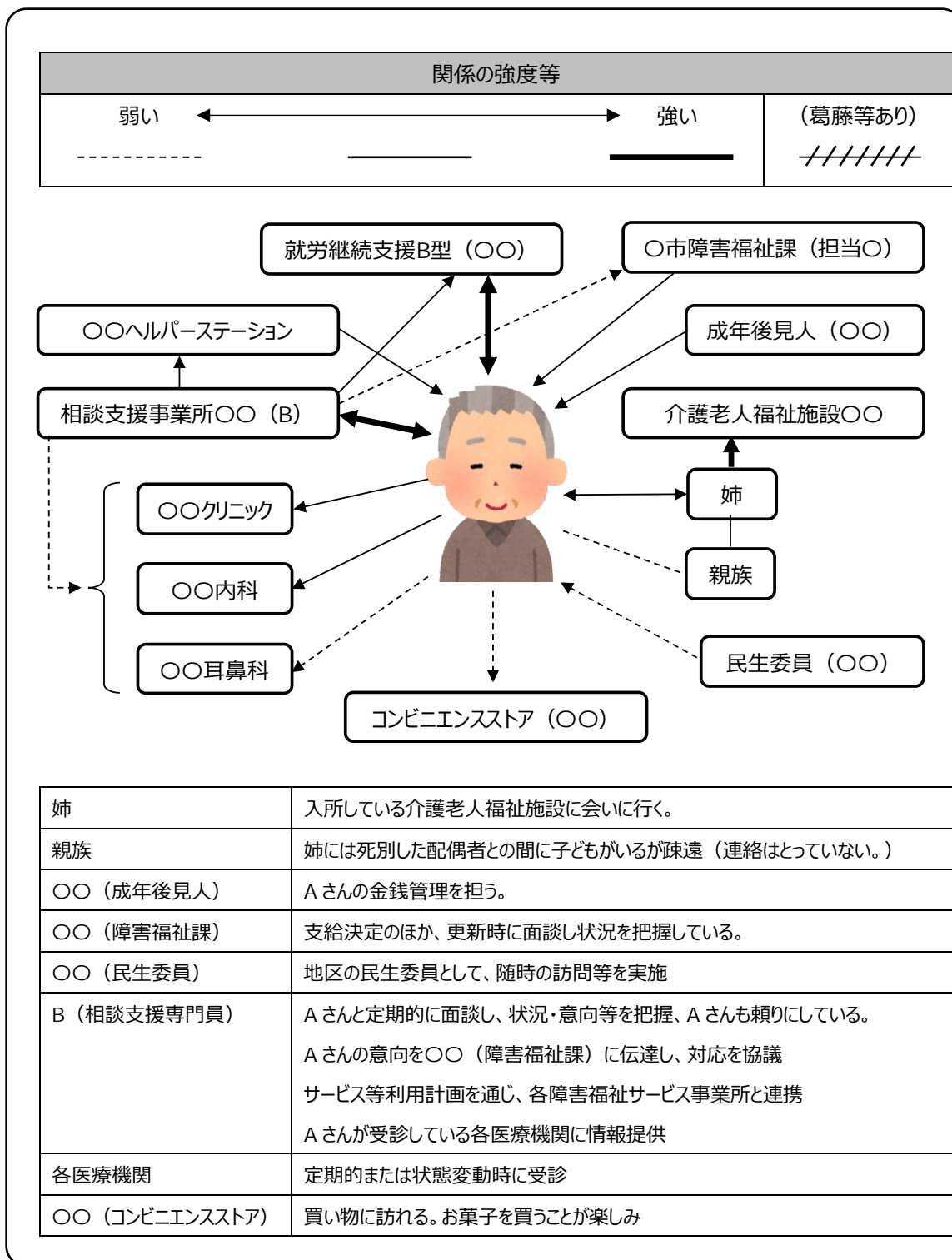
私の「これまであった主な出来事」(生活歴)

出生	・ 岡山県の助産院で長男として産まれる。
保育園	・ 岡山県の実家近くの保育園で過ごす。なかなか集団になじめず一人で遊ぶことが多かった。
6 歳	・ 父の転勤に伴い兵庫県〇〇市に引っ越す。小学校の 6 年間なかなか学校になじむことができなかった。
12 歳	・ 中学時代にイジメにあい、3 年生の時に初めて病院で薬を処方される。 (この時に知的障害があることがわかる。)
15 歳	・ 中学卒業後は地元にある製紙工場に勤務。真面目に仕事に取り組んでいたが上司からの注意がきっかけに仕事を休むことがあった。
45 歳	・ 工場でパニックになり通院。 ・ 初めて自閉症と診断を受ける。診断を機に会社を退職し、家から 30 分の距離にある作業所(現就労継続支援 B 型)へ通うことになる。
57 歳	・ 作業所が就労継続支援 B 型となる。
64 歳	・ 65 歳間近であるが、働き続けたいと思い毎日自転車で通勤している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 両親は 15 歳の時に離婚。お母さんとお姉さんと 3 人で暮らしてきました。 ・ 姉さんは 24 歳で結婚し、37 歳でご主人と死別しました。子どもがいますが連絡は取っていません。 ・ お母さんと 2 人で暮らしていましたが、癌で亡くなりました。お母さんが亡くなった時「一人暮らしは寂しい」と思ってグループホームに行きたいと思いましたが、行けませんでした。その時に、B 相談支援専門員と出会いました。 ・ 姉さんは 70 歳でアルツハイマー病を発症し、今は介護老人福祉施設に入所しています。時々、会いたくなるので会いに行きます。会いに行ったら喜んでくれます。 	

エコマップの作成

エコマップとは、本人を中心として、その周辺にある社会資源(家族、兄弟姉妹、友人、近隣住民、医師、各種介護関連機関など)との相関関係を、ネットワークとして表現した地図のことです。

エコマップを使って、家族関係や社会資源との関わりを図式化しておけば、複雑な生活上の困難を抱えていても伝えやすくなります。



今後も福祉・介護サービスや医療機関以外につながりを増やしていきたいものです。

ここに介護保険関連の事業所等を加えていきます。



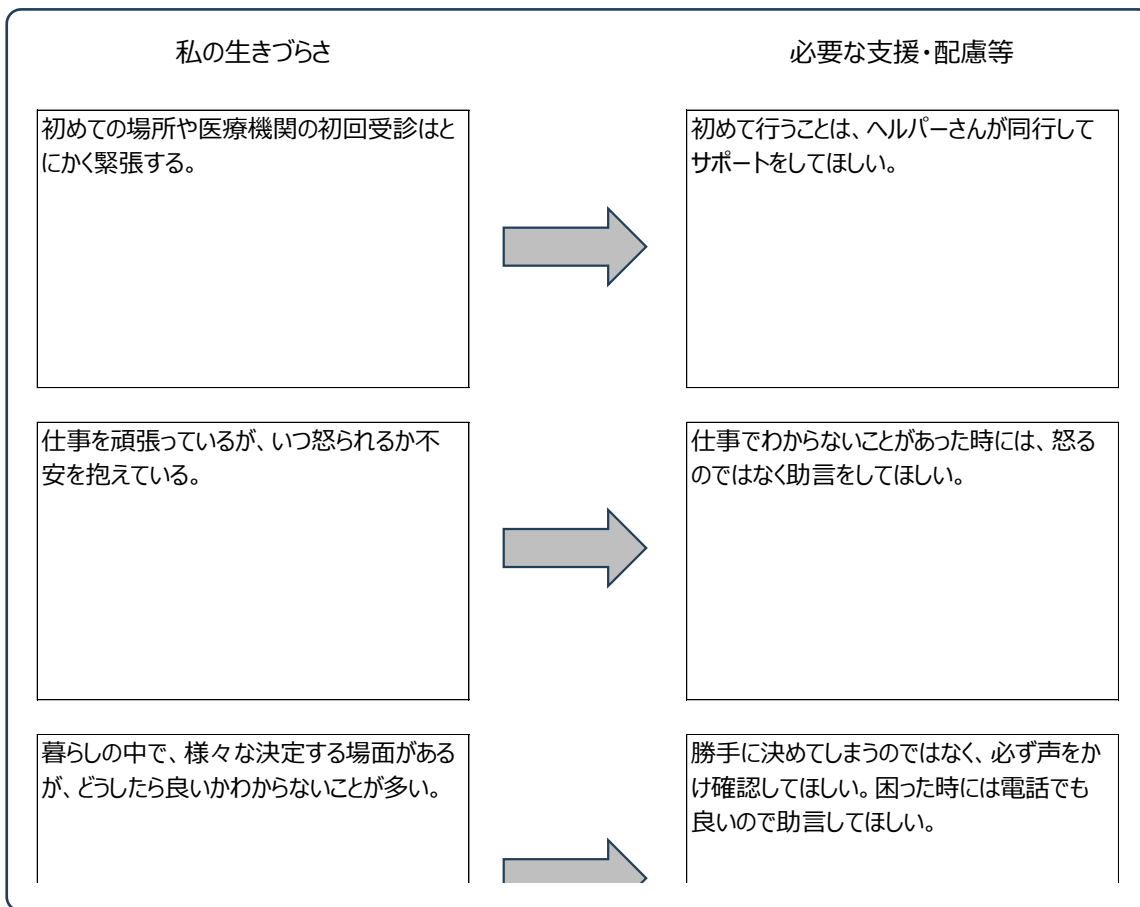
Aさん自身の状況と意向等

私の望むこと・ストレングス	私の嫌なこと（苦手なこと）
<p>お弁当やお惣菜、パンなどは自分で買うことができる。</p>	<p>【生活のこと】 生活用具、衣類などのサイズに関する買い物などは手伝ってほしい。</p>
<p>洗濯は自分で毎日できる。</p>	<p>【生活のこと】 掃除は苦手である。拭き掃除も拭いた場所が分かりにくいので苦手である。</p>
<p>自分で切符を買って電車に乗ることができる。</p>	<p>【乗り物のこと】 電車に乗ることはできるが、不安が強い時がある。遠方に行く時は手伝ってほしい。</p>

家事でも得意なものと苦手なことがあります。
気分の上がり下がり、できたりできなったりすることもあるので、ゆっくり付き合ってください。

【コラム： 本人の状態と能力、意欲について】

本人の「状態像」の把握は、本人の申告と観察による。これはセルフケアの現状（できること）を把握する事である。このセルフケアの「現状」は様々な要素が相互作用して生じる。現状で「していない」生活活動がある場合、「できる」か「できない」かの判断は、専門職の客観的な判断が必要となる。その判断をする際に、本人の「意欲」を把握しておく必要があり、信頼関係が未熟なうちにわかるものではない。とりわけ、障害がある人の場合は、本人の状態がその人の能力（できること）と乖離していることがあるので、その人がどのような状態かを客観的に捉える際に、「私のしょうかい（障⇔介）シート」の活用は効果的なものとなる。



Aさんの状況や意向等について書き込んでみました。私たちは、Aさんの生きづらさに向き合いながらこれまで支援をしてきました。

まだAさんのお話しを聞く機会は多くはないですが、これらの情報をもとに対話を積み重ね、Aさんの高齢期の生活を介護面からサポートできればと思います。



障害があることを時に不便に思うことはありますが、必要な支援があれば困りごとは少なくなります。これからも“私らしく”生きるためのお手伝いをお願いします。

【コラム： 合理的配慮について】

「障害者差別解消法」では、合理的配慮を提供することが求められている。合理的配慮とは、社会的障壁を取り除いていくことにほかならない。この社会的障壁とは、「障害のある人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のもの」（障害者基本法）とされている。

障害のある方と行政機関・事業者の「理に合った工夫の積み重ね」は、共生社会の実現に向けた大事な要素となる。

私の願い

住み慣れたこの家で生活を続けたいです。そのためには家事を手伝ってほしいし、困った時には相談に乗ってほしいです。

働くことが好きなので、今後も事業所での仕事を頑張っていきたいです。

私がしたいこと

できる限り自分のことは自分でしたいです。また、この家で住み続けたいです。

〇〇のコンサートに行きたい、ファンクラブにも入りたいです。

自転車ですら自由に散歩したいです。また、電気屋さんでウィンドウショッピングを試みたいです。

私がしてほしいこと

勝手に決めてしまわず、必ず声をかけて確認してほしいです。

暮らしの中でどうしたら良いかわからない時など、電話をしたときには助言をしてほしいです。

その他に想うこと

お姉さんにたまに会いたいです。

最近腰の痛みが増えています。

将来を考えると、これからどうなっていくのか不安に思うことがあります。



A さんの大まかな情報は以上となりますが、これまでの関わりから、他にもお伝えできることもあります。支援の場面等で悩むことやわからないことが出てくればいつでも連絡をください。これからは一緒に考えていきましょう。

A さんの意外な一面や、様々な想いと直面する生きづらさがよくわかりました。障害の特性など、まだまだわからないこともありますが、B さんに気軽に相談できることは頼もしい限りです。



65 歳到達後の連携について

障害がある人が高齢期を迎え、それまでの障害福祉サービスから介護保険サービスに全面的に移行する場合には、これまで関わってきた障害福祉サービス事業者や相談支援専門員から、介護保険サービス事業者や介護支援専門員への引継ぎ等が生じる。また、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用していく場合であっても、双方の情報共有や連携が不十分な場合には、生活環境や支援環境に負の影響が生じる場合も想定される。

環境変化に適応しづらい障害者であれば、介護保険サービスへ移行する時に ADL/QOL が低下し、その人らしい暮らしが分断される可能性がある。このようなことを避け、その人がその人らしく暮らし続けるために、介護支援専門員と相談支援専門員は連携していくことが非常に重要である。

本人中心のための連携ツール

記入例からもわかるように、このシートは、本人の思い・願いを支援者間で共有するための有効なツールであるが、この「思い」「願い」を共有することが最も重要なことである。

このツールの活用を通じて、あらためて本人を中心に据えた支援が展開されていくことの大事さを支援者間で理解してもらうことが大事である。

また、今日では、障害福祉・介護保険の双方において、「意思決定支援」が重視されている。意思のありかを徹底的にくみとろうとする関わりは、障害のある方や高齢期で判断能力が低下した方だけでなく、私たち全てに関わる大事な視点である。「自分の思いをくみとってくれない、わかってもらえない」という状況は、全ての人にとって、存在そのものを否定されかねないものである。意思決定支援については、分野を問わず取り組まれているところであるが、「この世の中に意思のない人は誰一人いない」「意思がないと推定することは、意思を汲み取ることを断念している、または意思を汲み取るスキルが不足している」という認識のもと、諦めることなく、本人に向き合うことが求められている。

本ツールは、意思決定支援のためのツールとして有効なものとなる。

むすびにかえて

本書の改訂に際しては、介護保険制度および障害者総合支援制度の最新の動向を踏まえたものとする一方で、「支援に関わるものすべてが本人中心のケアマネジメントを展開」できるようにという、初版作成時の想いを引き継ぐことを心がけました。利用する制度が変わろうとも、「本人中心の支援」は変わらない、「私のしょうかい（障⇔介）シート」にその想いが凝縮していると思います。

障害のある方が高齢期を迎えるに際し、制度が変わる、あるいは複数の制度を併用することになるということは、本人や家族にとって戸惑いとなることもあるかと思います。そのため、それぞれの制度で相談支援に従事する専門職が、互いの制度に精通し、連携しつつ支援にあたること、「制度をつなぐ」ことはとても大事なことです。

しかしながら、それ以上に大事な視点は、その人の「想いをつなぐ」ことにあると思います。「想いをつなぐために制度をつないでいく」というスタンスで、それぞれの制度の専門職が関わっていくことができれば、そしてその際に本書に掲げる連携シートが活用されることを願ってやみません。

本編の中では、連携シートのそれぞれの項目ごとに留意すべき点を紹介しています。項目ごとに「なぜこれが必要となるのか」を考えてみることで、想いをつなぐことの大切さにふれていただければ願っています。

また、本書では「意思決定支援」を取り上げたものではありませんが、想いをつなぐためには、想いを探り、その想いを汲み取るということが大前提となります。近年では、障害・高齢それぞれの分野で意思決定支援の重要性がうたわれていますが、連携シートの各項目に留意した関わりを通じて、その根底にある意思決定支援と、その支援を通じた本人中心支援が展開されることが大事であると考えています。

最後になりましたが、本書の改訂にあたり、多角的な見地からご助言をいただいた施設・事業所の皆さま、当事者およびご家族の皆さま、行政機関の皆さまに、この場をかりて厚くお礼を申し上げますとともに、一人ひとりが「自分らしく」地域で生き活きと生活ができる社会、互いに違いを認め合いつつ、共に暮らすことができる社会の実現を心より願う次第です。

令和8（2026）年3月
検討委員会 委員一同

本文参考文献・引用文献

- ・ 「年齢4区分別人口（出生中位・死亡中位）推計」（国立社会保障・人口問題研究所, https://www.jpss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/db_zenkoku2023/db_r5_suikeikekka_1.html, 2025.11.10.閲覧)
- ・ 「平成23年生活のしづらさに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）
- ・ 「令和4年生活のしづらさに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）
- ・ 「つなぐ研修」資料（一般社団法人兵庫県相談支援ネットワーク（2025））
- ・ 「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（平成27年3月31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及び運用の具体例等について」（令和5年6月30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）
- ・ 白澤政和編（2007）『ストレングスマodelによる介護予防ケアマネジメント』介護予防研究会監修.中央法規.
- ・ 埼玉県相談支援専門員協会編（2015）『ストレングスマodelに基づく障害者ケアマネジメントマニュアル』小澤 温監修.中央法規.
- ・ 特定非営利法人北海道ケアマネジメントネットワーク『北海道地域ケアマネジメントネットワーク CM ツール』

資料編

資料 1： (様式) わたしのしょうかい (障⇔介) シート	42 ページ
資料 2： 障害－介護領域の連携事例①	50 ページ
資料 3： 障害－介護領域の連携事例②	54 ページ
資料 4： 障害－介護領域の連携事例③	58 ページ
資料 5： 障害－介護領域の連携事例④	66 ページ
資料 6： 介護保険サービスの利用について (専門職説明用資料)	69 ページ
資料 7： 申請からサービス利用までの流れ	71 ページ
資料 8： 障害支援区分認定と要介護認定のしくみ	72 ページ
資料 9： 支給 (利用) のしくみ等	73 ページ
資料 10： 用具給付事業種目 (一覧)	76 ページ

※ 上記資料はいずれも令和 8 (2026) 年 3 月 31 日時点のものです。

資料1：(様式) わたしのしょうかい (障⇔介) シート

一般社団法人兵庫県相談支援ネットワークのHPでダウンロードできます。

(<https://hyougo-soudan-net.jp/>) トップページから「提言書・報告書」をクリック

私の基本情報①

作成日 年 月 日

ふりがな		相談支援専門員 (事業所)	()			
氏名						
性別		介護支援専門員 (事業所)	()			
生年月日(年齢)						
現住所(住民票)	〒 (住民票)					
TEL/FAX/E-Mail	TEL	FAX	E-Mail @			
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業	同居/別居	備考
					<input type="checkbox"/> 同/ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同/ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同/ <input type="checkbox"/> 別	
連絡先	区分)				私の家族	
	氏名)					
	関係性)					
	連絡先)					
	区分)					
	氏名)					
	関係性)					
	連絡先)					
備考						

資料 1 : (様式) わたしのしょうかい (障⇔介) シート

私の 1 週間

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								
								週単位以外のサービス

使っているサービス	介護保険で使えるサービス	私の気持ち (利用サービスに関して)
	介護保険にはないサービス	

資料 1 : (様式) わたしのしょうかい (障⇔介) シート

私の「これまであった主なできごと」(生活歴)

年月日 (年齢)	できごと
コメント	

資料 1 : (様式) わたしのしょうかい (障⇔介) シート

私のまわりのこと (エコマップ)

関係の強度等																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 弱い ← → 強い </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> ----- ————— ————— </div>	(葛藤等あり) ++++++																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td style="width: 30%; height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> </tbody> </table>																	

資料 1 : (様式) わたしのしょうかい (障⇔介) シート

私のできること

私の望むこと・ストレングス

私の嫌なこと (苦手なこと)

--

【

】

--

--

【

】

--

--

【

】

--

--

【

】

--

--

【


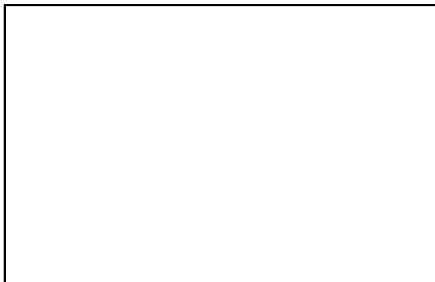
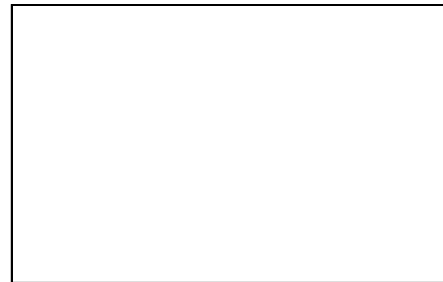
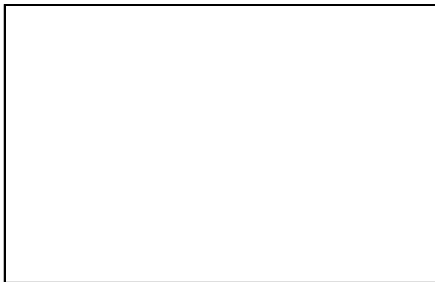
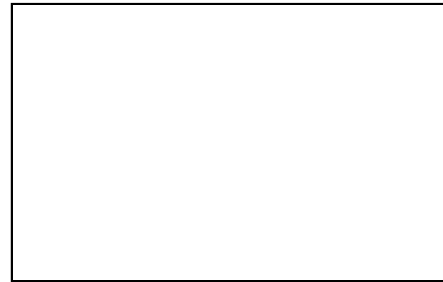
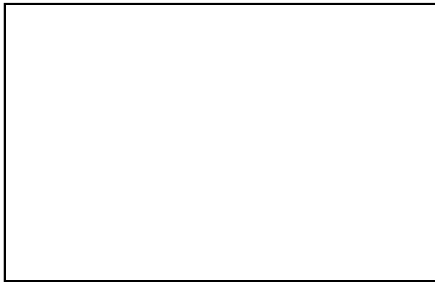
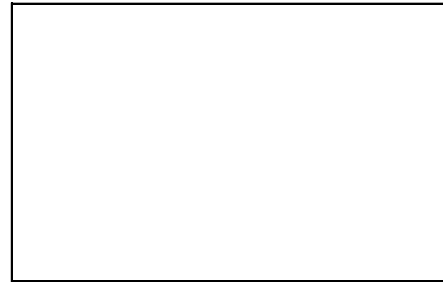
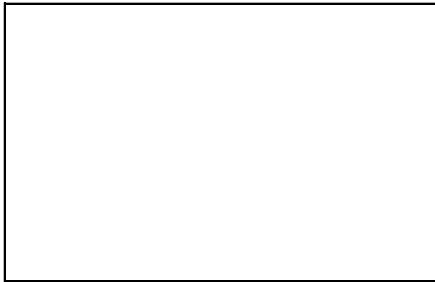
】

--

資料1：（様式）わたしのしょうかい（障⇔介）シート

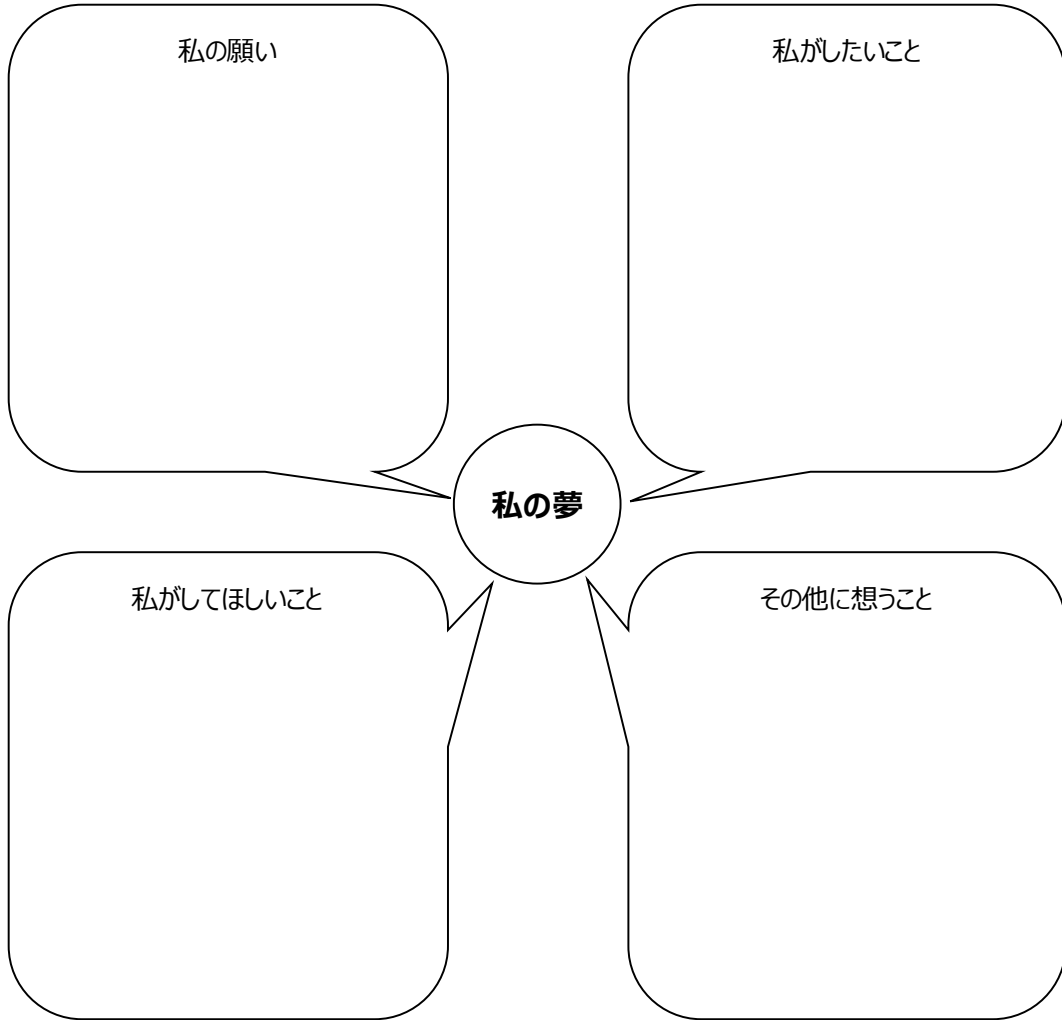
私の生きづらさ

必要な支援・配慮等



資料 1 : (様式) わたしのしょうかい (障⇔介) シート

私の想い



コメント

資料 2 : 障害 – 介護領域の連携事例①

1. 対象者の概要

A さん : 女性 (障害福祉サービスと介護保険サービスを併用して利用)

- ・ 48 歳の時、発熱が続き、その後、四肢麻痺が進行し呼吸停止となる。
 - ・ ○○脳神経外科病院から、○○大学付属病院へ転移搬送しすぐに手術を行う。
 - ・ 徐々に自発呼吸は回復したが、四肢麻痺は残る。
 - ・ 2 年間の入院の後、自宅へと戻る。
 - ・ 自宅では、月曜から金曜まで 9 時から 17 時までヘルパーを利用して生活を送る。
-
- ・ 64 歳の時 (65 歳の誕生日 6 ヶ月前)、65 歳になり介護保険サービスを利用した場合、現在のヘルパーの利用時間が減ってしまうことが心配になり、夫が相談支援事業所へ相談に行く。
 - ・ 相談支援専門員が A さんの想いを確認するために自宅へ訪問する。
 - ・ 利用している○○居宅介護事業所 (ヘルパー事業所) が、障害福祉サービスの重度訪問介護と介護保険サービスの居宅介護支援事業所 (ケアマネ事業所) を併設していたため、A さんと夫と相談支援専門員と介護支援専門員が 65 歳以降の生活について相談を始める。そして、行政も交えて何度も話し合いの場を持つ。
 - ・ 65 歳の誕生日 3 ヶ月前、介護保険サービスを利用したとしても、介護保険サービスで足りない部分は引き続き障害福祉サービスの利用を継続しヘルパーの利用時間が変わらないことが決まる。同時に要介護申請を行う。
 - ・ 65 歳の誕生日 1 ヶ月前、要介護度 5 が決まり、相談支援専門員と介護支援専門員がサービスの調整を行う。
 - ・ A さんは 65 歳の誕生日を迎えた後も、今までと変わらない生活を送っている。

A さんと夫の想い : 最後まで自宅で暮らし続けていきたい。

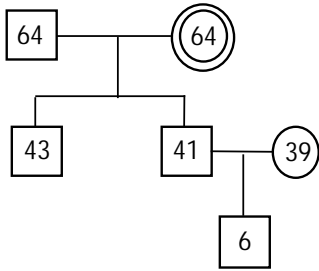
2. 事例のポイント

- ① 65 歳を迎える障害があるかたは、今後の生活に不安を持っている。
- ② 本人、家族が心配になり相談支援事業所に相談に来るところから始まる。
- ③ 相談支援専門員と介護支援専門員が協力することで、スムーズにサービス調整ができる。

介護保険サービスは申請しないと受けられないという制度設計である。障害がある人が 65 歳を迎え介護保険サービスに移行する際、本人や家族は、制度の事がわからず、今後の生活に不安を持つことは当然である。当ケースでは、相談支援事業所にご本人、家族が相談できたので、早くからの調整が可能になったが、自身で相談できにくい人の場合は、私たち支援者が特段の配慮を持って、早くから移行の準備を進めていく必要がある。

資料 2 : 障害 - 介護領域の連携事例①

作成日 2000 (令和0) 年 0月 0日

ふりがな	〇〇		相談支援専門員 (事業所)	E (相談支援事業所〇)		
氏名	A					
性別	女		介護支援専門員 (事業所)	F (居宅介護支援事業所〇)		
生年月日 (年齢)	〇年〇月〇日 (64歳)					
現住所 (住民票)	〒〇〇 兵庫県〇市〇〇 (住民票) 同左					
TEL/FAX/E-Mail	TEL 〇〇		FAX 〇〇		E-Mail 〇〇 @ 〇〇	
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業	同居/別居	備考
	夫	P	64	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> 同/ <input type="checkbox"/> 別	
	長男	Q	43	会社員	<input type="checkbox"/> 同/ <input checked="" type="checkbox"/> 別	県外 (遠方) に居住
	次男	R	41	会社員	<input type="checkbox"/> 同/ <input checked="" type="checkbox"/> 別	近隣に居住
連絡先	区分)	家族				私の家族 
	氏名)	P				
	関係性)	夫				
	連絡先)	〇〇				
	区分)	家族				
	氏名)	R				
	関係性)	次男				
	連絡先)	〇〇				
備考	・ 次男家族が近隣に住んでおり、孫がよく遊びに来ている。					

【Aさんの事例を通して】(B相談支援専門員より)

65歳になる半年前から、本人を中心として、ご家族、相談支援専門員、介護支援専門員、行政担当者が何度も話し合えたことが、安心して65歳を迎える一番の要因でした。

話し合いは「最期まで自宅で暮らし続けていきたい」という想いを共有するところから始まりました。

「私のしょうかい (障⇔介) シート」にある項目を、関係者の共通認識とすることが重要です。

資料 2 : 障害 - 介護領域の連携事例①

障害名	身体障害（四肢麻痺）	現病・既往歴	脊椎硬膜外腫瘍術後の麻痺
手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳（1級） <input type="checkbox"/> 自立支援医療（更生・精神通院） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ 級） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ 級） 【医療保険種別】健康保険（被扶養者）		
障害支援区分	区分6	要介護度	要介護5（〇月〇日～）
経済状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害基礎年金：1級（〇〇円/月） ・ P（夫）が会社員であり経済的には安定している。 ・ 家屋は自己所有（一軒家）で、現在は夫婦二人で住んでいる。 		
備考			

公的支援の状況（障害福祉サービス・介護保険サービス・その他の支援等）

名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
重度訪問介護	〇〇居宅介護事業所 サービス提供責任者 〇〇	ADL全般の介助 家事援助等	週5日
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
重度訪問介護	〇〇ヘルパーステーション サービス提供責任者 〇〇	ADL全般の介助 家事援助等	週1回
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
相談支援	相談支援事業所〇 担当相談支援専門員 E	サービス等利用計画作成・相談対応	随時
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護支援	居宅介護支援事業所〇 担当介護支援専門員 F	居宅介護サービス計画作成・相談対応	月1回・随時
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
備考			

資料 2 : 障害 - 介護領域の連携事例①

私の一週間

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<ul style="list-style-type: none"> ・ 日中はテレビを観たり新聞を読んだりして過ごしている。 ・ ヘルパーさんと過ごすことが多い。
7:00	起床	起床	起床	起床	起床			
8:00								週単位以外のサービス
9:00	重度訪問介護 (入浴)	重度訪問介護 (入浴)	重度訪問介護 (入浴)	重度訪問介護 (入浴)	重度訪問介護 (入浴)	起床	起床	
10:00								
11:00								
12:00								
13:00	(昼食)	(昼食) 訪問リハビリ	(昼食)	(昼食)	(昼食)	昼食	昼食	
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
20:00								医療機関等 ・ 医療機関は全て往診してくれている。
21:00								
22:00								
23:00								
0:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								

使っているサービス	介護保険で使えるサービス	私の気持ち (利用サービスに関して)
	介護保険ではないサービス	
	介護保険にはないサービス	

資料 3： 障害－介護領域の連携事例②

1. 対象者の概要

Bさん： 男性（障害福祉サービスと介護保険サービスの決定自治体が異なる場合）

- ・ 統合失調症 精神障害者保健福祉手帳 2 級 障害支援区分 3
- ・ 住民票は X 市の実家。10 年以上前から Y 市で暮らしているので、Y 市で障害福祉サービス受給者証を交付。

2. 事例の経緯

【現在の状況】

- ・ Bさん（64 歳）は、10 年以上前から Y 市で一人暮らしをしているが、X 市の実家（空き家）に住民票があり、時々実家の様子を確認しに行くとともに、X 市の精神科病院に通院している。
- ・ 自立支援医療の受給者証や、精神障害者保健福祉手帳は X 市からでているが、障害福祉サービス受給者証は居住地が Y 市であることから Y 市からでている。
- ・ 5 年ほど前（60 歳頃）から、保佐人の勧めで居宅介護を利用するようになった。
- ・ 障害基礎年金（2 級）と預貯金を使い生活をしている。
- ・ 金銭管理は自己管理が難しく、保佐人が管理している。

【障害状況・性格・暮らし】

- ・ 大学時代から調子を崩し、精神科病院への入退院を繰り返す。統合失調症の診断。精神障害者保健福祉手帳（2 級）を取得。30 歳頃には少し病状が安定し、仕事を転々とした。45 歳までは X 市の実家に両親と一緒に暮らしていたが、その後、両親が亡くなり、すでに他界している祖父母の家であった Y 市の家で暮らすようになった。
- ・ 本やバイクが好きで、実家（空き家）には、趣味である観賞用のバイクや、本をたくさん置いたままにしており、時々、実家に戻り本やバイクを楽しんでいる。
- ・ 人とのコミュニケーションは苦手で、物静かである。病状が悪化すると人に会いたくない気持ちが強くなり、保佐人や支援者であっても訪問の時に家を開けてくれない等の状況もある。何度か安否が確認できない時があり、警察や消防署にお世話になり、対応協力いただいた。
- ・ 一方で、プライドを傷つけられたと感じると、その時だけは過剰に激昂する。
- ・ 家事全般は、ヘルパーに手伝ってもらっている。掃除、洗濯、片づけは特に苦手で、ヘルパーが来ても「お願いします」という感じで一緒にしようとはしない。
- ・ 食事は、ヘルパーに作ってもらい、ヘルパーが来ない日は、外食をするか惣菜を買ってきている。
- ・ 自分で電車にのって X 市の精神科病院を受診している。「若いころから自分のことを分かっている先生」と信頼していたが、その医師が高齢になり 3 年前から主治医が変わってしまった。変わって間もなくは病状に揺れもみられたが、医師と B 相談支援専門員が前もって医師変更についての調整を行っていたこともあり早く回復した。

資料 3： 障害－介護領域の連携事例②



住み慣れた Y 市のこの家でずっと暮らしたい・・・
慣れ親しんだヘルパーの支援を受けたい・・・
通院は、引き続き X 市の医療機関に行きたい
時々、実家（空き家）においている趣味のバイクを眺めたり、草引きをする
ために X 市に行きたい。

G 相談支援専門員



相談支援専門員になって 10 年以上。B さんとは障害福祉サービス利用当初
（B さんが 60 歳の時）から担当させてもらっています。

H 介護支援専門員



介護支援専門員になって 10 年目以上。障害福祉サービスから介護保険に
移行されるケースは前にも担当したことがあります。

65 歳到達の概ね 3 か月前



G 相談支援専門員と保佐人が話をしに来ると言ってい
たけど・・・。昨年から 65 歳になったら介護保険を利用
しないといけないから、といていたそのことかな。

B さん、もうすぐ 65 歳ですね、65 歳になったら、介護保
険のサービスを申請するのですよ

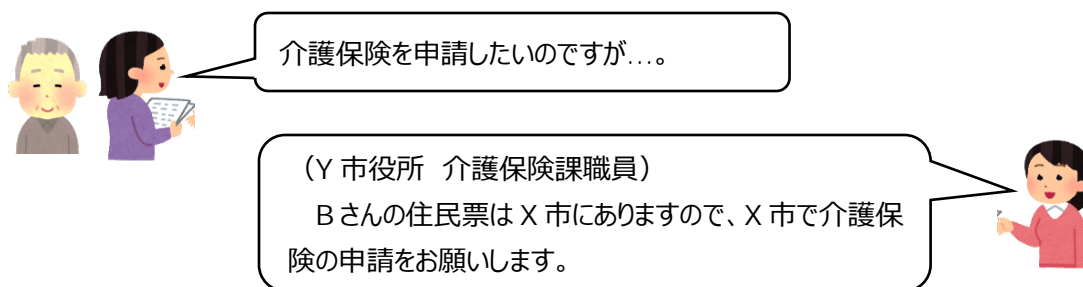


前から言っていたでしたね。
市役所に介護保険の申請をすればいいと聞いていたの
で、保佐人と一緒に行ってきます。

65 歳を迎えようとする B さんに、G 相談支援専門員は 1 年前から介護保険に移行することを丁寧に説明をしていました。B さんも、いよいよ介護保険の申請に行くのだと分かってくれていて、とてもスムーズに申請がすすむかのように見えました。

しかしながら、ここで問題が発生します。B さんの現住地は T 市であるものの、住民票が X 市にあるため、介護保険と障害福祉の決定自治体が異なるという事態が発生します。

資料 3： 障害－介護領域の連携事例②



問題の所在： 障害福祉サービスは、住民票に関わらず居住地で支援が受けられることから、G相談支援専門員も保佐人も同じようにY市に介護保険の申請をするのだと思っていました。(X市とY市の距離は車で1時間半)

X市役所から申請書を取り寄せ、保佐人が書類作成や申請をなんとか進めましたが、やりとりにかなり時間がかかり、ようやく65歳を迎える寸前に「要支援1」の認定ができました。

要支援1の認定が出たので、Y市の地域包括支援センターの介護支援専門員が担当することになりました。

しかし、X市から、「X市の介護保険を申請しているのでY市の地域包括支援センターでは担当してもらえません。Y市の居宅介護事業所をX市で登録することになります。」と連絡がありました。

他にも、利用する訪問介護（ヘルパー）なども、X市の登録を受けないといけないなど、様々な手続きが生じることがわかり、予定よりも時間がかかり、65歳の誕生日を1か月程度超えたのち、ようやく介護保険制度への移行ができました。

(事例が示唆するもの)

介護保険のサービスの申請は、65歳到達の3ヶ月前からできます。障害福祉サービスを受給している場合でも、65歳からは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、基本的には、介護保険のサービスの利用が優先されます。相談支援専門員は利用者が65歳になる前から、介護保険サービス移行時にご本人が困らない様にかなり前から準備を進めています。

このケースのように、住民票が別の市にある等、一般的でない事情のある方の場合は、手続きの方法など制度についても細かく調べておく必要がありました。

また、このように一般的でない事情がある場合は手続きにかなり時間がかかるため、通常のケースよりも早期に手続きにとりかかる必要があります。

資料 3： 障害－介護領域の連携事例②

現在の状況

- ・ 要支援 1 で、週 3 回のヘルパー利用ができています。
- ・ ヘルパーの事業所も、障害福祉サービス利用時の 2 か所が、介護保険サービスでの訪問介護の事業所でもあり、引き続き同じ事業所の利用ができています。
- ・ これは、60 歳からヘルパーの利用を開始した B さんが、5 年後は介護保険制度に移行しないといけないことを見越して、J 相談支援専門員が、障害福祉サービスと介護保険サービスの両方を提供している事業所を選定してくれていたからである。
- ・ 移行後も、変わらず馴染のヘルパーが来てくれていることは、B さんにとって安心した暮らしの継続につながっている。
- ・ 要支援 1 では、ヘルパーの利用できる時間数が不足するため、障害福祉サービスから 12.5 時間 / 月、ヘルパーの支給決定をしている。
- ・ 介護認定の手続きに時間がかかったので、G 相談支援専門員と H 介護支援専門員との間で B さん自身のかかわり方など支援の細かい点についての共有の時間が限られました。
- ・ しかし、障⇔介シートを前もって作成していたこともあり、一緒に確認しながら、移行後もしばらく B さん、G 相談支援専門員、H 介護支援専門員が顔を合わせる機会ももちながら、B さんにもつながっている様子が見える形をとり、安心していただくことができました。

移行の手続きに時間がかかって大変だと聞きましたが、G 相談支援専門員が関わりを開始された時から、介護保険への移行を見越してヘルパー事業所を選んだり、障⇔介シートを作成されたりしていたので、手続き移行はとてもスムーズに進み安心しました。

介護保険サービスは X 市、障害福祉サービスは Y 市と、とてもイレギュラーなケースになってしまい、今後も双方への手続きなどが生じることもありますが、制度を理解しながらすすめていこうと思っています。



資料 4 : 障害－介護領域の連携事例③

1. 対象者の概要

C さん： 女性（障害福祉サービスと介護保険サービスを併用して利用）

- ・ 17 歳で統合失調症を発症して以降、精神科病院での入退院を何度も繰り返す。
- ・ 父が亡くなり、精神疾患のある母が C さんとその兄（精神疾患あり）の世話が困難となる。
- ・ 母は高齢者施設へ入居となり、家族だけでは生活バランスが取れなくなり、〇〇精神科病院で 3 年間入院。
- ・ 退院後は居宅介護のサービス利用をしながら在宅生活を送る（週 3 回 1 時間で、調理、買い物、掃除でヘルパーに利用をする。）。
- ・ 就労継続支援（B 型）事業所にも週 1 回ペースで通所をする。

- ・ 64 歳時（65 歳の誕生日の 6 ヶ月前）、65 歳になると介護保険の利用の手続きが必要となることから、介護保険の申請をしていくことの確認を C さんに行う。
- ・ C さんには、介護保険へ移行をしたとしてもヘルパーの利用はできることも説明する。
- ・ 行政にも C さんが今年の誕生月に 65 歳になることを伝え、手続きを進めていくことを確認する。
- ・ 65 歳の誕生月 3 ヶ月前に、C さんに同行し、介護保険の申請を行う。また介護保険の認定調査時も同席し、C さんが伝えにくい部分を説明し、サポートをする。
- ・ 65 歳の誕生月 1 カ月前に、要支援 2 の認定となり、担当エリアの介護支援専門員に連絡をし、C さんの自宅で顔合わせを行い、サービスの調整を行う。
- ・ 関係機関にも介護保険へ移行をすることの説明を行う。
- ・ C さんは 65 歳の誕生日を迎えた後も、時々相談支援専門員に連絡があるものの、今までと変わりがなくサービスの利用ができ穏やかに生活をしている。

（C さんの想い）

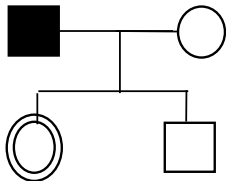
- ・ 自分の家で、大きな変化がなく生活をしたい。
- ・ 困った時に自分の話をきいてアドバイスしてほしい。

2. 事例のポイント

- ① 65 歳を迎えるかたは、今後自分の利用するサービスに変化があるのかないのかで不安を思っている。
- ② 本人がイメージしやすい言葉で制度の説明をすることが必要である。
- ③ 介護支援専門員に本人の希望していること、どのようにサポートをすると不安を改善しやすいか等の説明を丁寧にすることで、本人への理解が深まる。
- ④ 移行後も本人や介護支援専門員への後方支援があればスムーズである。

資料4： 障害－介護領域の連携事例③

作成日 2000（令和0）年 〇月 〇日

ふりがな	〇〇	相談支援専門員 （事業所）	J （相談支援事業所〇）			
氏名	C					
性別	女	介護支援専門員 （事業所）	K （居宅介護支援事業所〇）			
生年月日（年齢）	64					
現住所（住民票）	〒〇〇 兵庫県〇市〇〇					（住民票） 同左
TEL/FAX/E-Mail	TEL 〇〇	FAX 〇〇	E-Mail 〇〇 @ 〇〇			
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業	同居/別居	備考
	兄	S	66	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 同/ <input type="checkbox"/> 別	
	後見人	T			<input type="checkbox"/> 同/ <input checked="" type="checkbox"/> 別	
	叔母	U	70	無職	<input type="checkbox"/> 同/ <input checked="" type="checkbox"/> 別	
連絡先	区分)	後見人				私の家族 
	氏名)	T				
	関係性)	後見人				
	連絡先)	〇〇				
	区分)	親族				
	氏名)	U				
	関係性)	叔母				
連絡先)	〇〇					
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 父は〇年〇月死亡。 ・ 母は特別養護老人ホーム入所（〇年〇月～）。本人は時々面会に行っている。 ・ 兄との同居（精神保健福祉手帳所持。就労継続支援B型と居宅介護を利用）。 ・ 後見人が金銭管理や福祉サービス等の手続きをサポートしている。 ・ 叔母がいるが、他府県に住んでおり高齢であるため、全面的なサポートは難しい。 					

【Cさんの事例を通して】（J相談支援専門員より）

65歳になる半年前に計画相談のモニタリングを行い、その際、本人や家族、後見人に対して、介護保険制度の説明を行いました。誕生月の3ヶ月前にも再度介護保険の手続きの流れを本人に説明し、一つ一つ本人と一緒に手続きを行いました。そうすることで、見通しの立たないことへの本人の不安を解消できました。また、介護保険の結果（要支援認定）が早めに分かったことから、K介護支援専門員との引継ぎもスムーズに行うことができました。

資料4： 障害－介護領域の連携事例③

障害名	統合失調症	現病・既往歴	特になし
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 (更生・精神通院) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (級) <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (2級) 【医療保険種別】健康保険 (被扶養者)		
障害支援区分	区分4	要介護度	要支援2
経済状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害基礎年金なし。 ・ 不動産収入のみ。 ・ 自宅は母親名義の一軒家 		
備考			

公的支援の状況 (障害福祉サービス・介護保険サービス・その他の支援等)

名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護 (家事援助)	〇〇居宅介護事業所 サービス提供責任者〇〇	調理・買い物・掃除	週3日
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護 (通院等介助)	〇〇居宅介護事業所 サービス提供責任者〇〇	通院の付き添い	月1回
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
相談支援	相談支援事業所〇〇 担当相談支援専門員 J	サービス等利用計画作成・相談支援	随時
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
移動支援	移動支援事業所〇〇 担当〇〇	急な通院等の同行、役所での手続き	随時
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
居宅介護支援	居宅介護支援事業所〇〇 介護支援専門員 K	居宅介護サービス計画作成	月1回
備考			
名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度
就労継続支援B型	就労継続支援B型事業所〇〇 サービス管理責任者 K	生産活動の支援・助言等	月1～2回
備考			

資料4： 障害－介護領域の連携事例③

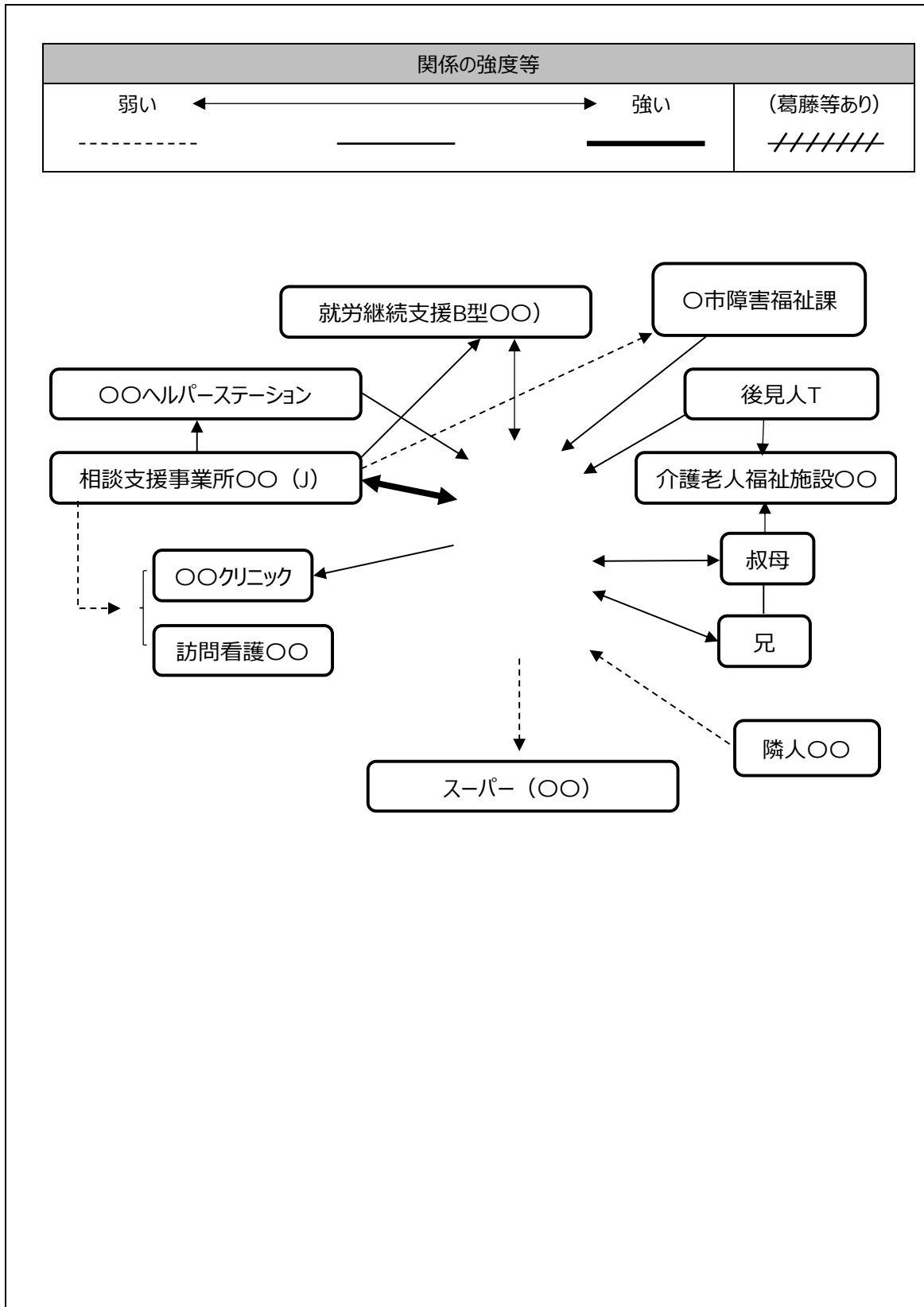
私の1週間

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								<ul style="list-style-type: none"> ・ B型事業所に登録はあるが、月1～2回程度の通所。 ・ 家で寝ていることが多い。 ・ 食事や掃除・片付け、買い物はヘルパーが対応する。居宅介護を利用しない日は自宅近くの〇〇に自分で買いに行っている。
7:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床	
8:00							居宅介護	
9:00	居宅介護							
10:00								
11:00								
12:00	昼食	昼食	B型通所	昼食	昼食	昼食	昼食	
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								

使っているサービス	介護保険で使えるサービス	私の気持ち（利用サービスに関して）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労継続支援B型 ・ 居宅介護（家事援助） ・ 居宅介護（通院等介助） ・ 移動支援 ・ 訪問看護（精神） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ・ 就労継続支援B型・居宅介護（通院等介助） ・ 移動支援 ・ 訪問看護（精神） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 私の生活ペースの継続を希望しています。 ・ 買物や片付けが苦手だから、家事を手伝ってほしいです。料理は朝食くらいしか作れないです。 ・ B型の作業は集中して作業に取り組みなくたってきたので、利用をやめたい。

資料4： 障害－介護領域の連携事例③

私のまわりのこと（エコマップ）



資料4： 障害－介護領域の連携事例③

私のできること

私の望むこと・ストレングス

簡単な朝食なら料理ができる。

洗濯機の操作はできる。

自分にわかる説明やアドバイスをしてくれれば、物事を決めることができる。

人とお話しをすることは好き。

【生活のこと】

【生活のこと】

【物事の判断】

【対人関係】

【 】

私の嫌なこと（苦手なこと）

買い物に行って、レジで支払いをする時に店員さんとやりとりをするのが苦手なので、手伝ってほしい。セルフレジの使い方もわからない。

物の片づけ、床の掃除とかは苦手。どのように片づけるのがよいかわからない。

幻聴があって、事実かどうかわからなくなるので、不安が大きくなって決められない。

初めてやりとりをする人は緊張する。特に男性は緊張する。

資料4： 障害－介護領域の連携事例③

私の生きづらさ

初めての場所や急な通院、役所での手続きは見通しが見つからないので不安になる。



必要な支援・配慮等

初めて行くことや急な出来事については、ヘルパーさんの同行をお願いしたい。文字にしてポイントをまとめて、次の行動がわかるようにしてほしい。

色々な手続きがあるが、幻聴があるので物事を正しく決めにくい。どうしたら良いのかわからないので、不安になって電話をしてしまう。



適切な判断ができるように、アドバイスを丁寧にしてほしい。また、選択肢があると決めやすい。



資料4： 障害－介護領域の連携事例③

私の思い

私の願い

- * 私は、住み慣れた場所で 生活をしたいです。そのためには掃除や料理を手伝ってほしいです。
- * 役所での手続きは複雑で苦手です。困った時には相談に乗ってほしいです。

私がしたいこと

- * 自分か理解して物事を決めたい。
- * できるだけ自宅で暮らしたい。

私がしてほしいこと

- * 私の言っていることを信じて、最後まで話を聞いてほしい。(幻聴があるから間違えていると思わないで。)
- * どうしたらいいかわからない時は、電話をするので相談に乗ってほしい。

その他に想うこと

- * お母さんに面会に行きたい。
- * お兄さんと一緒に暮らしていけるのか、お金が心配。

コメント

資料 5 : 障害 – 介護領域の連携事例④

1. 対象者の概要

D さん : 男性 (65 歳 障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行事例)

- ・ 要介護 2
- ・ 障害高齢者の日常生活自立度 A2、認知症高齢者の日常生活自立度 I
- ・ 60 歳の時、市の障害福祉担当課から L 相談支援事業所を紹介されたとのことで D さんから連絡 (L 相談支援事業所との初回面談時の情報)
- ・ 精神障害保健福祉者手帳 3 級、うつ病、不眠症、脅迫神経症。月 1 回
- ・ ○○メンタルクリニック通院中。
- ・ 2 階建ての長屋住宅にて単身生活中。両親は他界しており、既婚歴なく親族との交流無。
- ・ 生活保護受給中。担当ケースワーカーとは相性が悪い。

(主訴)

- ・ 「ヘルパーに掃除を手伝ってほしい。食事は自らで用意出来ている。」
- ・ 初回訪問時、1 階部分の居室 (昼夜とも過ごしている居住スペース) は、荷物やスーパーの袋が散乱し、食後のラーメン鉢もテーブル上に置きっぱなしの状態であった。

2. 事例の経緯

支援開始前

- ・ 65 歳になる 3 か月前に、L 相談支援事業所から M 地域包括支援センターへ引継ぎ目的での連携開始。
- ・ 身体機能、精神状態等から要介護 1 以上の認定が出る可能性を考慮し、N 地域包括支援センター担当者から M 居宅介護支援事業所・介護支援専門員へ担当依頼。
- ・ 初回訪問時、地域包括支援センター・担当者、居宅介護支援事業所・(担当予定の) 介護支援専門員にて訪問するが、一度に複数の支援者が訪問したことや、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の役割が不明確であったため、D さんが混乱する結果となった。
- ・ 初回面談時、介護認定の手続きについて、地域包括支援センターの担当者から本人へ説明し、その後、身体面、生活面等について簡単な聞き取りを N 地域包括支援センターの担当者と M 居宅支援事業所の介護支援専門員が行った。後日、認定調査員が D さんに連絡したところ、「以前に 2 名の職員が自宅まで来て、様々な聞き取りがあった。何度も同じ話を聞かれるのは負担が大きい。」と、D さんが調査員の訪問を拒否することがあった。

【支援開始までのポイント】

- ・ 初回面談に向け、L 相談支援事業所、N 地域包括支援センター、M 居宅介護支援事業所の担

資料 5 : 障害－介護領域の連携事例④

当者間では、D さんの基本情報（名前・住所・連絡先・既往歴・サービス利用状況・家族構成・経済状況等）は共有していたが、初回面談時の目的や当日の役割分担までは共有が不十分であった。

（訪問時の目的明確化）

支援担当者の自己紹介、契約書等による介護保険制度等の説明、介護保険の申請、アセスメント、サービス調整等、どこまでの内容を、誰が担うかを事前に擦り合わせしておく。

- ・ D さんの状態に応じて、訪問を複数回に分けるかどうかも擦り合わせしておく。
- ・ D さんの状態に応じて、どのタイミングで、どの内容を訪問の目的とするかによって、障害と高齢の連携開始時期を調整しておく

- ・ 生活歴や既往歴、家族構成や経済状況等、事前に収集できる情報は支援者間で書面等にて共有し、認定調査やホームヘルプサービス事業所との契約面談時等も含めて、D さんに何度も同じ質問が生じないように工夫しておく。

支援開始後

- ・ 介護保険でのホームヘルプサービスにて生活援助開始。（主に掃除・居室の整頓）
 - 障害サービス提供時同様、週 2 回、同じ曜日・開始時間でのサービス提供ながら、提供時間減少及び費用負担が生じることに、D さんから不満の訴えあり。
- ・ 「以前はもっと会話をしながら、ゆとりを持ってヘルパーさんは接してくれていた。今のヘルパーさんは、作業優先で慌ただしい。サービスの質が低下したにも関わらず費用が発生するなんて。」と、D さんから不満の訴えあり。同様にホームヘルパーからも、介護保険では提供できない窓のガラス拭き等を何度も要望され、対応に苦慮しているとの訴えあり。
- ・ M 居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員より、N 地域包括支援センターへ、支援開始後、地域内に、障害者支援について学ぶ機会や相談できる機関がないとの訴えあり。

【支援開始後のポイント】

- ・ 事前にサービス提供時間の減少や費用負担が生じることを説明していた場合でも、実際に支援が開始され、提供時間減少を D さんが実感することで、様々な不満が生じることを想定しておく。

（サービス提供開始直後のモニタリング強化）

サービス提供開始直後、介護支援専門員は、月 1 回の定期訪問以外も、D さんの訴えに対し、ホームヘルプサービス担当者と密に連携し、D さんやサービス事業所への不満がエスカレートしないように、その都度、対応していくことを心がけておく。

資料5： 障害－介護領域の連携事例④

- ・ 介護支援専門員やホームヘルプサービス担当者だけで、Dさんからの訴えを全て受け止め、課題解決を図るのではなく、Dさんを取り巻く支援関係者のネットワークを構築していくことを意識しておく。

(Dさんを取り巻く支援者ネットワーク)

- ・ 介護保険課 ・ 障害福祉課 ・ 生活保護担当課
- ・ 主治医 ・ ○○ホームヘルプステーション ・ L相談支援事業所
- ・ N地域包括支援センター（今後、地域ケア会議等を通じて地域の社会資源活用を検討）

介護支援専門員の所感

- ・ 障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する際および引継ぎに際しては、
 - ① どの程度の助走期間を要するか。
 - ② どのような課題が想定されるか。
 - ③ 本人の状態に応じた支援体制をどのように構築していくか。などが課題となることが少なくはない。
- ・ これらの課題への対応はもとより、課題を生じさせない（円滑に移行する）ためにも、相談支援専門員による「わたしのしょうかいシート」への詳細な情報の記入と有効活用は、専門職連携において極めて有効であると思われる。
- ・ また、「わたしのしょうかいシート」をベースにした専門職連携は、支援者側のメリット以上に、何をおいても本人の安心と尊厳の保持に有効であると思われる。

資料6： 介護保険サービスの利用について（専門職説明用資料）

介護保険サービスの利用について ～ 65歳を迎えるにあたって ～

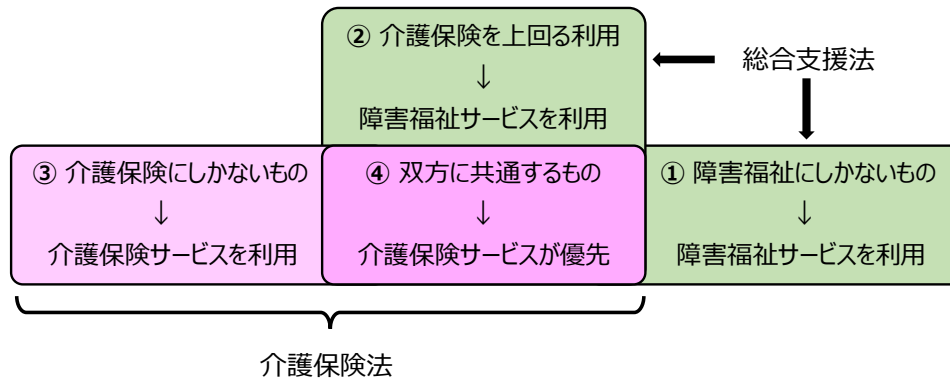
障害の有無やサービス利用の有無を問わず、65歳を迎えると、原則として介護保険の第1号被保険者となります。介護保険制度では、第1号被保険者は介護保険料を納付する義務があります。また、介護保険サービスを利用するためには、お住いの自治体（市町）に要介護認定の申請を行い、認定を受けなければなりません。65歳を迎えるにあたり、障害福祉サービスおよび介護保険サービスについてわかりにくいと思うことや、不安に感じることもあるかと思えます。

- 1) 65歳になると今利用している障害福祉サービスはどうなるのか
- 2) 費用負担はどうなるのか

これらのことについて、以下に大まかな点を見ていくこととします。

【介護保険サービスと障害福祉サービスの関係】

介護保険サービスと障害福祉サービスでは、双方に共通するものもあれば、片方にしかないものもあります。その上で、**双方に共通するサービスについては、介護保険サービスが優先**します。



区分	該当するサービス（主なもの）
①	障害福祉にしかない（≒介護保険にはない）サービスについては、65歳以降も引き続き障害福祉サービスを利用することができます。 （サービス例） 就労系（就労移行・就労継続支援など）、外出時の支援（同行援護・行動援護など）ほか
②	介護保険の限度額以上にサービスが必要となる場合には、65歳以降も引き続き障害福祉サービスを利用することができます。 （サービス例） 重度訪問介護
③	介護保険にしかない（≒障害福祉にはない）サービスについては、要介護認定を受けたうえで介護保険サービスを利用することができます。 （サービス例） 医療系（訪問看護・通所リハビリテーションなど）ほか
④	双方に共通するサービスについては、原則として介護保険サービスが優先されることとなり、その範囲内において障害福祉サービスを利用することはできません。 （サービス例） ホームヘルプ（訪問介護・居宅介護）、短期入所ほか

※ ④であっても、例えば、「要介護認定で非該当となった」「近くに利用可能な介護保険サービス事業所がない」などの場合には、障害福祉サービスの利用が可能となる場合があります。

※ 上記サービス例にないものの取り扱いについては、市町担当課に問い合わせることが適切です。

資料6： 介護保険サービスの利用について（専門職説明用資料）

【介護保険料・サービス利用時の負担上限と高額障害福祉サービス等給付費】

(1) 保険料について

- ・ 介護保険の第一号被保険者（65歳以上）については、介護保険料を納付する義務があります。（適用除外施設入所中を除き、全ての65歳以上の方が該当します。サービス利用の有無は問いません。）

(2) サービス利用時の自己負担と負担上限について

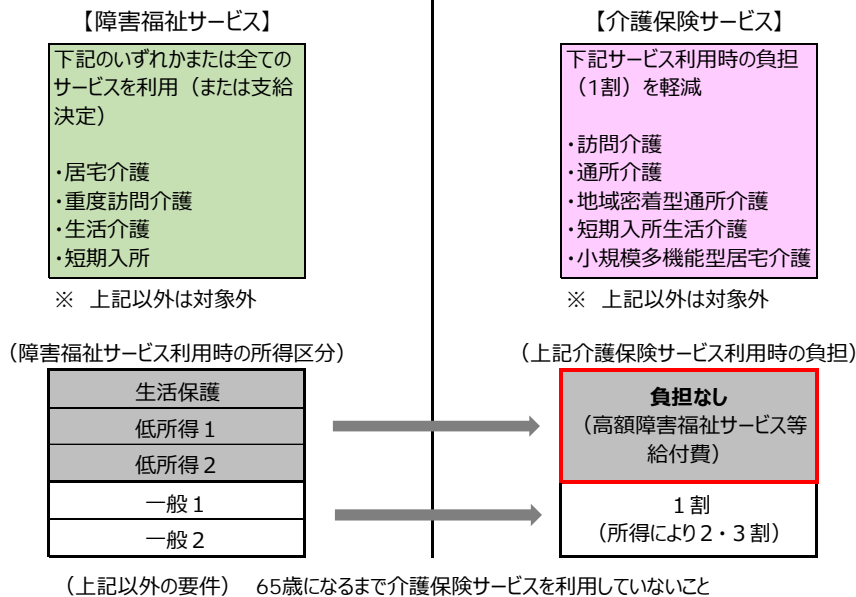
- ・ 介護保険サービス利用時の自己負担は定率負担（原則「1割」で所得が高い場合には「2割」「3割」）。（負担が高額となる場合は、1月当たりの負担上限を超えた額について高額介護サービス費が給付されます。）
- ・ 障害福祉サービス費の自己負担および負担上限は、本人の課税状況等により異なります。（負担上限を超えた額については、高額障害福祉サービス等給付費が給付されます。）

障害				介護			
収入状況		区分	上限額	収入状況		上限額	
生活保護		生活保護	0円	生活保護		15,000円	
市町村民税非課税世帯		低所得		市町村民税非課税世帯	前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額の合計が80.9万円以下の者等 ※生保以外はすべて「世帯」	個人	24,600円
				上記以外	世帯		
市町村民税課税世帯	所得割16万円未満 (収入が概ね670万円以下)	一般1	9,300円	市町村民税課税世帯	課税所得380万円未満	世帯	44,400円
	上記以外の世帯	一般2		37,200円	市町村民税課税世帯	課税所得380万円～690万円未満	世帯
					市町村民税課税世帯	課税所得690万円以上	世帯

(3) 障害福祉サービスから介護保険サービスへの利用移行に伴う高額障害福祉サービス等給付費

- ・ 2018年法改正に伴い、65歳以前において障害福祉サービスを利用していた方が、65歳到達とともに新たに介護保険サービスを利用することとなった場合の自己負担が軽減される場合があります。
- ・ ただし、全ての障害福祉サービスや介護保険サービスの利用が対象となるわけではありません（下記参照）。

-----（65歳前の5年間）-----▶ 65歳



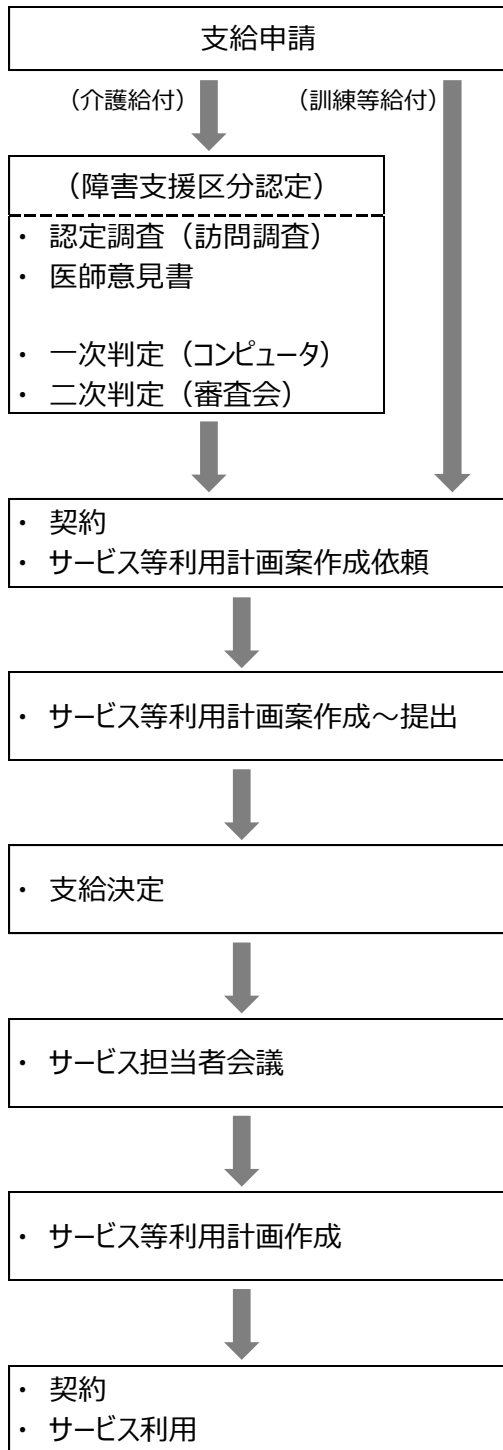
厚生労働省および兵庫県では、高齢障害者（特に申請対象者）への制度周知について丁寧の説明を自治体に求めています。→ HPや広報に掲載しただけで申請を待つ等の受動的・消極的な姿勢は適切とは言えません。

また、65歳に達する障害者が上記介護保険サービスの利用の有無について、介護保険担当部局とも連携し、把握に努めるべきとしています。→ 市町は利用実績から対象となるか否かを把握し、申請動奨に努めることが求められます。

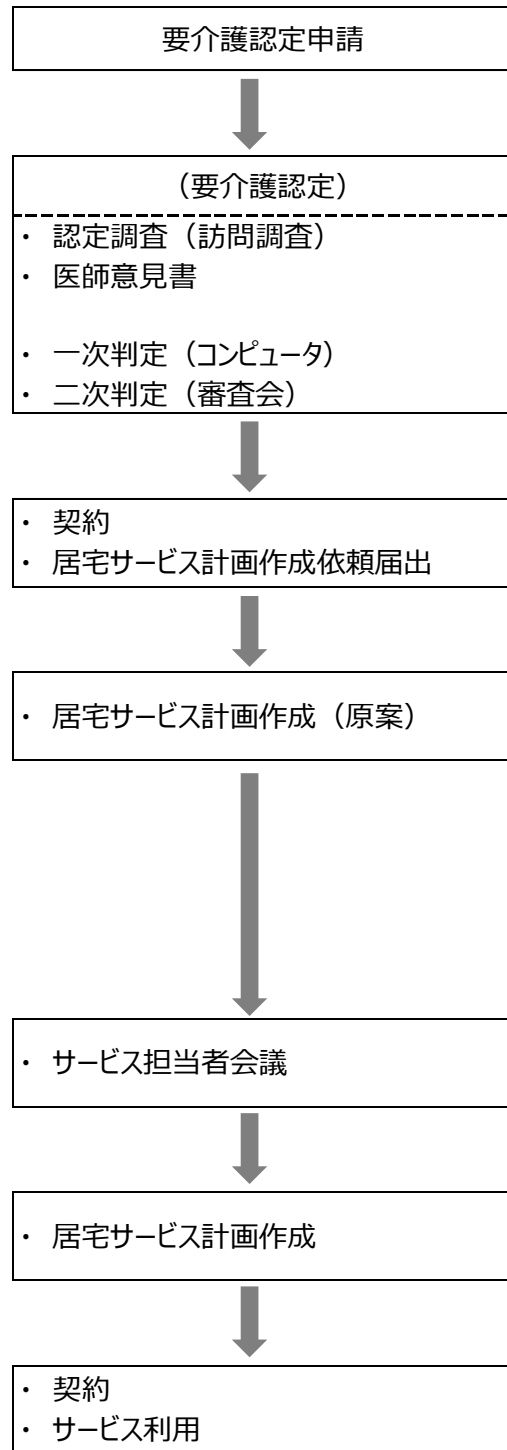
※ 下線部は兵庫県相談支援ネットワークによる注

資料 7 : 申請からサービス利用までの流れ

【障害福祉サービス】



【介護保険サービス】



資料 8 : 障害支援区分と要介護認定のしくみ

区分		障害支援区分	要介護認定
一次判定 (コンピュータ判定)	認定調査項目	全80項目 ①移動や動作等 (12) ②身の回りの世話や日常生活等 (16) ③意思疎通等 (6) ④行動障害 (34) ⑤特別な医療 (12)	全74項目 ①身体機能・起居動作 (20) ②生活機能 (12) ③認知機能 (9) ④精神・行動障害 (15) ⑤社会生活への適応 (6) ⑥その他(特別な医療) (12)
	判断基準	「できたりできなかつたりする場合」は 「できない状況」に基づき判断 「障害の状態や難病等の症状に変化がある場合」は 「支援が必要な状態」に基づき判断	「できたりできなかつたりする場合」は 「より頻回な状況」に基づき判断 「障害の状態や難病等の症状に変化がある場合」も 「より頻回な状態」に基づき判断
	特記事項欄への記載事項	上記「判断基準」のような場合、その頻度や支援の詳細な状況 認定調査員が判断に迷った場合、その内容及び判断に迷った原因	調査対象者や介護者からの聴き取り内容や選択根拠等。介護の手間、頻度。 調査項目の定義に当てはまらない、選択基準に含まれない場合、選択根拠、介護の手間、頻度 (ただし、審査会の一次判定の修正・確定に委ねる)
		「思い込み、勘違い等」「妄想や幻覚の有無」「犯罪行為の繰り返し」「性的な問題行動」等に対する支援に関すること	日頃の状況、用具の使用状況等
	医師意見書	24項目 ①麻痺 (5) ②関節の拘縮 (9) ③精神症状・能力障害二軸評価 (2) ④生活障害評価 (7) ⑤てんかん (1)	・ 2号被保険者の「特定疾病」に関する確認 ・ 認知症高齢者の日常生活自立度
二次判定 (審査会)	審査事項	①認定調査票 特記事項 ②医師意見書 一次判定で評価した項目以外の項目	①認定調査票 特記事項 ②医師意見書 全項目
	二次判定のステップ	①一次判定の修正・確定 ②審査対象者の全体像の把握 ③支援の必要度合いの検討 ④一次判定結果の検証 ⑤障害支援区分判定 (二次判定) ⑥市町審査会として付する意見	① 2号被保険者の「特定疾病」に関する確認 ②一次判定の修正・確定 ③介護の手間にかかる審査判定 ④状態の維持・改善可能性に係る審査判定 ⑤要介護認定 (二次判定) ⑥介護認定審査会として付する意見
審査請求	審査請求先	兵庫県知事	兵庫県介護保険審査会
	審査機関	兵庫県障害福祉審議会不服審査部会	
	裁決庁	兵庫県知事	

資料9：支給（利用）のしくみ等

区分	障害福祉サービス	介護保険サービス
支給決定・認定	市町が支給決定（サービスごと）	市町が要介護認定（総枠）
（障害） 支給量 （介護） 支給限度 基準額	訪問系サービス： 時間／月（30分単位） 短期入所： 日／月（利用必要日数） 重度障害者等包括支援： 単位／月 日中活動系サービス： 日／月（各月の日数－8日） 居住系サービス： 日／月（各月の暦日数）	要支援1： 5,032単位 要支援2： 10,531単位 要介護1： 16,765単位 要介護2： 19,705単位 要介護3： 27,048単位 要介護4： 30,938単位 要介護5： 36,217単位 ※ 1単位当たり10～12円
支給決定期間・認定期間	障害支援区分認定期間： 上限3年 （支給決定期間） 療養介護・生活介護・施設入所支援・就労継続支援・共同生活援助 → 3年 就労移行支援（養成施設） → 5年 上記以外 → 1年	新規申請： 3か月～12か月 区分変更申請： 3か月～12か月 更新申請） 要支援→要支援： 3か月～48か月 要支援→要介護： 3か月～36か月 要介護→要支援： 3か月～36か月 要介護→要介護： 3か月～48か月 ※ 更新認定は前回有効期間満了日の翌日から有効
支給決定・認定の効力発生日	介護給付費等支給決定日	要介護認定申請日
計画作成	市町が決定した支給量の範囲内で、相談支援専門員がサービス等利用計画を作成 → 日数又は時間数で管理が基本	支給限度額の範囲内で、介護支援専門員が居宅サービス計画を作成（単位数で管理） ※ 介護予防サービス計画は地域包括支援センターで作成
利用可能サービス	障害支援区分により利用できないサービスあり（詳細別紙）	要介護度により利用できないサービスあり（詳細別紙）

【サービス利用要件等（障害福祉サービス）】

サービス区分		障害種別	障害支援区分	その他利用者に係る要件
居宅介護	通院等介助 （身体介護を伴う場合）	-	区分2以上	認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「移動」「排尿」「排便」のいずれかが一定以上に認定
	上記以外		区分1以上	
重度訪問介護		肢体不自由	区分4以上	① 二肢以上に麻痺等 ② 認定調査項目の「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「支援不要」以外に認定
		知的・精神		認定調査項目のうち「行動関連項目等（12項目）」の合計点数が10点以上
同行援護	身体介護を伴わない場合	視覚障害	不要	① 同行援護アセスメント調査票による調査項目中「視力障害」「視野障害」「夜盲」のいずれかが1点以上 ② 同項目中「移動障害」が1点以上
	身体介護を伴う場合		区分2以上	上記①、②に加え、 ③ 認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「移動」「排尿」「排便」のいずれかが一定以上に認定
行動援護		知的・精神	区分3以上	認定調査項目のうち「行動関連項目等（12項目）」の合計点数が10点以上

資料9：支給（利用）のしくみ等

サービス区分		障害種別	障害支援区分	その他利用者に係る要件	
重度障害者等包括支援		身体	区分6	① 重度訪問介護の対象で、四肢全てに麻痺等があり、寝たきり状態 ② 人工呼吸器による呼吸管理	
		知的障害		上記①に加え、 ② 最重度知的障害者	
		知的・精神		認定調査項目のうち「行動関連項目等（12項目）」の合計点数が10点以上	
短期入所	福祉型	-	区分1以上		
	医療型	短期入所サービス費（Ⅰ）（Ⅱ）	-	区分6	① 気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者
		特定短期入所サービス費（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅳ）（Ⅴ）	-	区分5以上	② 進行性筋萎縮症に罹患している者 ③ 重症心身障害者
		上記以外	-	区分1以上	④ 遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（上記①～③に該当しない者） ⑤ 医師によりALS等の運動ニューロン疾患の分類に属すると診断された者
療養介護		-	区分6	ALS等気管切開を伴う人工呼吸管理を行っている者	
			区分5以上	筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者	
生活介護	日中活動として生活介護のみ利用する場合		区分3以上		
			区分2以上	50歳以上の者の場合	
	障害者支援施設に入所する場合		区分4以上		
			区分3以上	50歳以上の者の場合	
自立訓練	機能訓練	身体障害又は難病等	身体・難病等	不要	
	生活訓練	知的・精神	知的・精神	不要	
共同生活援助		-	区分4以上	個人単位で居宅介護等を利用する場合（平成30年3月31日までの特例措置）	

資料9：支給（利用）のしくみ等

【サービス利用要件等（介護保険サービス）】

サービス区分		要介護度	その他利用に係る要件
訪問介護	通院等乗降介助	要介護1以上	
	身体介護	要介護1以上	介護予防・日常生活支援総合事業実施市町のみ
	生活援助		
通所介護		要介護1以上	介護予防・日常生活支援総合事業実施市町のみ
福祉用具貸与		要支援1以上	① 手すり（工事を伴わないもの） ② スロープ（工事を伴わないもの） ③ 歩行器 ④ 歩行補助つえ ⑤ 自動排泄処理装置（尿のみを吸引するものに限る） ※ ②③④については、特定福祉用具販売との選択が可能
		原則として 要介護2以上	上記①から⑤に加え、 ⑥ 車いす及び車いす付属品 ⑦ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ⑧ 床ずれ防止用具 ⑨ 体位変換器 ⑩ 認知症老人徘徊感知機器 ⑪ 移動用リフト（つり具を除く）
		原則として 要介護4以上	上記①から④、⑥から⑩に加え、 ⑫ 自動排泄処理装置（尿または便が自動的に吸引されるもの）
認知症対応型共同生活介護		要支援2以上	
夜間対応型訪問介護		要介護1以上	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		要介護1以上	
介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設		原則として 要介護3以上	
介護老人保健施設		要介護1以上	
介護医療院		要介護1以上	

資料 10： 用具給付事業種目（一覧）

補装具 (用具購入費の一部助成)	日常生活用具 (用具購入費の一部助成又は貸与)
① 義肢	① 介護・訓練支援用具 特殊寝台、マット、尿器 体位変換器、移動用リフト 等
② 装具	
③ 姿勢保持装置	
④ 車椅子	② 自立生活支援用具 入浴補助用具、便器、特殊便器 火災報知器、電磁調理器 等
⑤ 電動車椅子	
⑥ 視覚障害者安全つえ	
⑦ 義眼	③ 在宅療養等支援用具 ネプライザー、電気式たん吸引器 盲人用体温計、体重計 等
⑧ 眼鏡	
⑨ 補聴器	
⑩ 車載用姿勢保持装置	④ 情報・意思疎通支援用具 点字器、聴覚障害者用通信装置 等 福祉電話、ファックスのみ貸与
⑪ 規律保持具（障害児のみ）	
⑫ 歩行器	
⑬ 排便補助具（障害児のみ）	⑤ 排泄管理支援用具 ストーマ、紙おむつ、収尿器
⑭ 歩行補助つえ	
⑮ 重度障害者用意思伝達装置	⑥ 居宅生活動作補助用具 住宅改修費
⑯ 人工内耳	

※ 日常生活用具は、地域生活支援事業による制度のため、市町により取り扱い品目に違いがある場合があります。

（参考： 介護保険制度における用具（貸与・販売）の一覧）

福祉用具貸与 (用具の貸与)	特定福祉用具販売 (用具購入費の一部助成)
① 手すり（工事を伴わないもの）	① 腰掛便座
② スロープ（工事を伴わないもの）	② 自動排泄処理装置の交換可能部分
③ 歩行器	③ 入浴補助用具
④ 歩行補助つえ	④ 簡易浴槽
⑤ 自動排泄処理装置	⑤ 移動用リフトのつり具部分
⑥ 車いす（付属品を含む）	⑥ 排泄予測支援機器
⑦ 特殊寝台（付属品を含む）	※ スロープ（左記②）・歩行器（同③）・歩行補助つえ（同④）については、貸与と販売の選択が可能
⑧ 床ずれ防止用具	
⑨ 体位変換器	
⑩ 認知症老人徘徊感知機器	
⑪ 移動用リフト（つり具を除く）	