

平成27年10月13日

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部長 藤井 康弘 様

公益社団法人全国背髄損傷者連合会
代表理事 妻屋 明

障害者総合支援法の施行後3年の見直しにあたって（要望）

1. 法改正にあたっての基本的な考え方

- 今回の法改正にあたっては、重度障害者の生命を守る取り組みに重点を置いた、メリハリのある内容としていただきたい。

2. 高齢の障害者に対する支援の在り方について

- 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については、選択制としていただきたい。

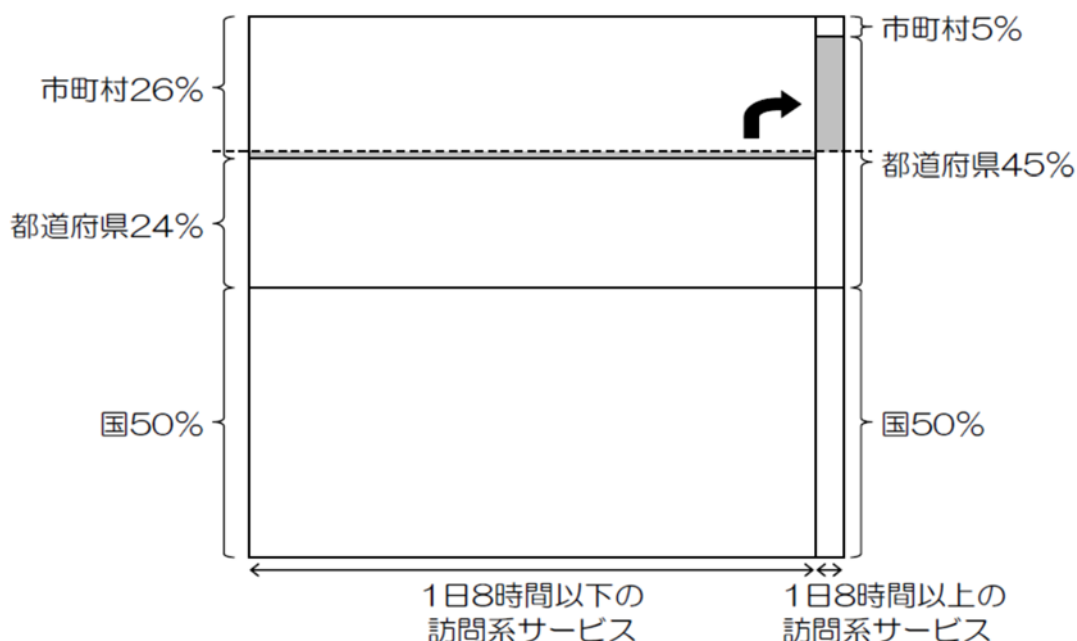
3. 訪問系サービスの費用負担と支給決定について

（1）国庫負担基準について

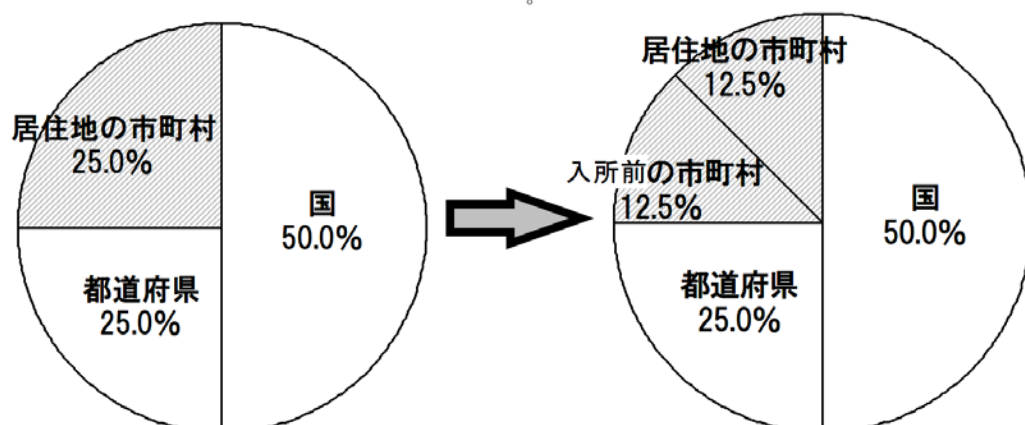
- ① 訪問系サービスの国庫負担基準を廃止し、総費用額の全額を国（50%）と都道府県（25%）の負担の対象としていただきたい。
- ② 上記①が実現するまでの間は、当面の措置として、国庫負担基準の設定水準を、全国1,700市町村の90%カバーから100%カバーに引き上げていただきたい。
- ③ 上記①が実現するまでの間は、当面の措置として、国庫負担基準の合算を、現行の市町村単位から、福祉圏域単位または都道府県単位に拡大していただきたい。

（2）費用負担の割合について

- ① 1日8時間以上の訪問系サービスに対する市町村負担を25%から5%へ低減するように改正していただきたい。



- ② 障害者が入所施設から地域移行したあとも、施設入所支援などの費用を負担してきた入所前の出身地市町村が、引き続き障害福祉サービスの費用の半分を負担するように改正していただきたい（病院や親元からの地域移行も同様に）。



4. 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方について

- ① 重度全身性障害者が入院した場合には、病室でも、その障害者に特有の介護方法を習熟したヘルパーが、入院前の支給決定時間数の範囲内で、自宅と同様に重度訪問介護として介護できるようにしていただきたい。
- ② 通勤中、通学中、就業中（職場や自宅勤務）、学校内（授業中やその他の滞在時間）についても、その障害者に特有の介護方法を習熟したヘルパーが、自宅と同様に重度訪問介護として介護できるように、基準を改正していただきたい。
- ③ 自家用車などに乗る重度全身性障害者などが、排泄、水分補給、上着の着脱、体位調整など突如として介護が必要になっても、即座に停車して対応できるよう見守りながら運転する場合であれば、ヘルパーが障害者の自家用車などを運転している時間帯についても、重度訪問介護の見守りの要件を満たしているので報酬算定の対象としていただきたい。

表題の件については、上記の内容で、平成27年9月16日開催の

- ・自由民主党の厚生労働部会障害福祉委員会（高鳥修一委員長）と障害児者問題調査会（衛藤晟一会長）の合同会議
- ・公明党の障がい者福祉委員会（高木美智代委員長）

のヒアリングにおいて、それぞれ要望しています。

2. 高齢の障害者に対する支援の在り方について

○ 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、選択制としていただきたい。

【理由】

障害福祉サービスは、「障害者の自立した日常生活または社会生活」を目的として、これまで整備されてきた。また、その「自立」の考え方は、インクルーシブな社会参加を志向したものである。

一方、介護保険は、「介護の社会化」を標榜し、家族介護の負担軽減を目的として制度化された。また、介護保険での「自立」はADL自立の維持を志向し、介護予防的なりハビリテーションの視点に重点を置いている。

このように、根底にある理念や成立の経緯がまったく異なる両者を、無理やり一定年齢で繋ぎ合わせようとする介護保険優先原則は、根本的な矛盾を孕んでいる。

また、障害支援区分6でない障害者総合支援法での上乗せ支給を認めない、などの市町村も存在する。特に1人暮らしなどの場合は、介護保険よりも障害者総合支援法の方がホームヘルプの支給水準が高いので、障害支援区分が重いか軽いかに関係なく、介護保険の適用を受けると支給決定時間数が減らされてしまうという問題も生じている。

【参考】

国連障害者権利条約第19条（b）

※川島聡と長瀬修による仮訳（2008年5月30日付）

障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するために並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（パーソナル・アシスタンスを含む。）にアクセスすること。

障害者総合支援法第2条第1項第1号

市町村（特別区を含む。…）は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

一 障害者が自ら選択した場所に居住し、…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、…必要な自立支援給付…を行うこと。

3. 訪問系サービスの費用負担と支給決定について

【参考】

衆議院厚生労働委員会附帯決議（平成24年4月18日）第10項

参議院厚生労働委員会附帯決議（平成24年6月19日）第9項

常時介護を要する障害者等に対する支援その他の障害福祉サービスの在り方等の検討に当たっては、国と地方公共団体との役割分担を考慮しつつ、重度訪問介護等、長時間サービスを必要とする者に対して適切な支給決定がなされるよう、市町村に対する支援等の在り方についても、十分に検討を行い、その結果に基づいて、所要の措置を講ずること。

(1) 国庫負担基準について

① 訪問系サービスの国庫負担基準を廃止し、総費用額の全額を国（50%）と都道府県（25%）の負担の対象としていただきたい。

【理由】

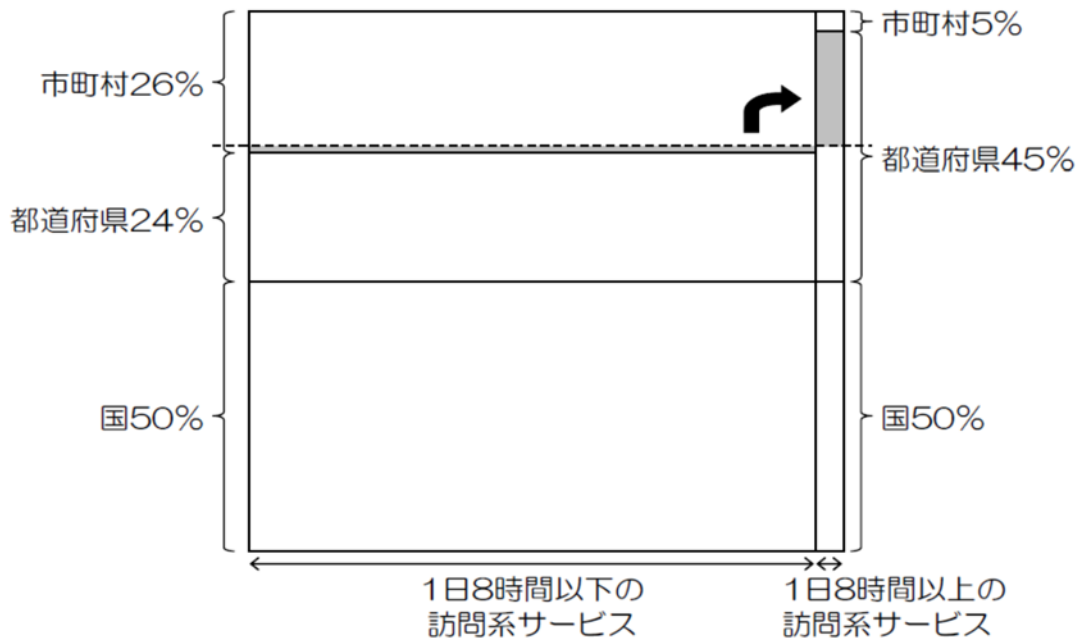
特に小規模市町村などでは、訪問系サービスの利用者が2~3人ということもあり、人工呼吸器を利用する高位頸髄損傷者やALS患者などが1人いるだけで国庫負担基準を超過してしまう。

② 上記①が実現するまでの間は、当面の措置として、国庫負担基準の設定水準を、全国1,700市町村の90%カバーから100%カバーに引き上げていただきたい。

③ 上記①が実現するまでの間は、当面の措置として、国庫負担基準の合算を、現行の市町村単位から、福祉圏域単位または都道府県単位に拡大していただきたい。

(2) 費用負担の割合について

① 1日8時間以上の訪問系サービスに対する市町村負担を25%から5%へ低減するように改正していただきたい。



【理由】

頸髄の受傷、ALSの発病や進行などで、突然、重度障害者に長時間介護の必要が生じても、小規模な市町村では25%の費用負担が重く、必要な時間数を支

給決定できない。また、このような地域では、近隣の市町村でも、長時間の訪問系サービスを利用する重度障害者がまったくいないことが多い。

しかし、この問題はどの市町村でも起こり得る。したがって、各都道府県で市町村負担の1%分を持ち寄ってプールし、長時間介護に対する費用負担に充てることで、市町村負担を現行の25%から5%程度に引き下げるべきである。これによって、どんなに重度な障害者であっても必要なサービスを受けることができるようになり、心中事件などを防ぐこともできる。

【参考】

「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の骨格提言」（平成23年8月30日）

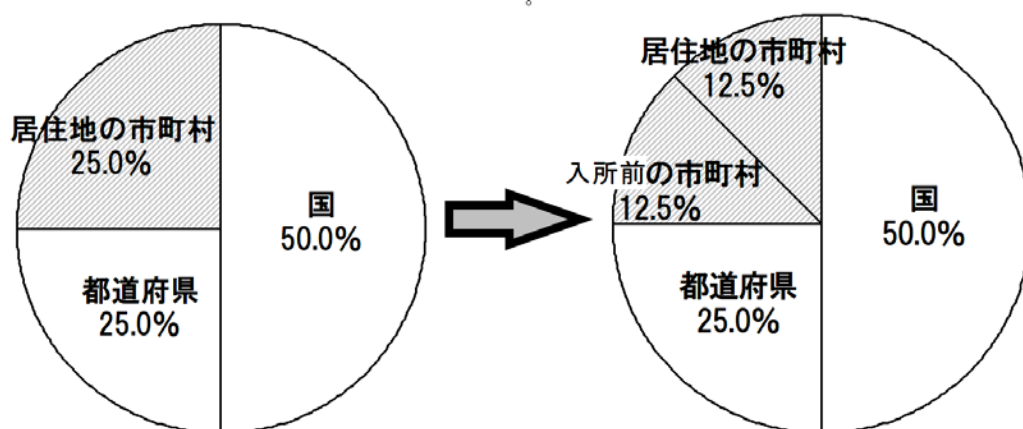
② 障害者が入所施設から地域移行したあとも、施設入所支援などの費用を負担してきた入所前の出身地市町村が、引き続き障害福祉サービスの費用の半分を負担するように改正していただきたい（病院や親元からの地域移行も同様に）。

【理由】

施設入所中は居住地特例として入所前の市町村が施設入所支援などの費用を負担している。また、たとえばグループホームへ地域移行した場合は、引き続き居住地特例が適用される。これは、入所施設や国立病院筋ジス病棟には県内全域から障害者が集まるが、地域移行するときは多くが施設や病院の近くに移住するため、居住地市町村に費用負担が集中するのを避けるためである。

しかし、グループホームではなく、訪問系サービスを利用しながらアパートなどで地域生活する場合は、居住地特例が適用されない。このような制度間の矛盾を解消し、入所前の市町村が自ら地域移行を行わなかった場合でも居住地市町村が費用負担の全額を押しつけられずに済むように、訪問系サービスについても入所前の市町村が費用負担を継続すべきである。

ただし、訪問系サービスの場合は1人1人の支給量が異なり、その調査を身近な市町村が行う必要がある。したがって、支給決定は新しい居住地市町村が行い、市町村負担の半額を入所前の市町村が負担する制度とすべきである。同様の理由で、病院や親元から地域移行する障害者についても、入院前や親元の市町村が市町村負担の半額を負担すべきである。



【参考】

「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の骨格提言」（平成23年8月30日）

4. 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方について

- ① 重度全身性障害者が入院した場合には、病室でも、その障害者に特有の介護方法を習熟したヘルパーが、入院前の支給決定時間数の範囲内で、自宅と同様に重度訪問介護として介護できるようにしていただきたい。

【理由】

重度全身性障害者にとって肺炎などは生命に関わる事態である。

しかし、病院の看護師はその障害者に特有の介護方法がわからないので、たとえ日本一の腕前の看護師であっても、障害者は十分な睡眠が取れなくなり、体力低下で死亡してしまう。

このため、重度全身性障害者のなかには、入院すると病状がかえって悪化して死んでしまうので、生命に関わる肺炎などで入院が必要であっても、入院できずに、自宅での服薬と療養を余儀なくされている者も少なくない。

したがって、介護方法が特殊な重度全身性障害者は、肺炎などで入院したときでも、病室でいつものベテランヘルパーによるコミュニケーション介助や体位交換などを受けることが不可欠である。

【参考】

平成26年3月5日保医発0305第1号

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

- 完全看護が原則。
- ただし、「患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない」。この「知的障害を有する患者等」について、厚生労働省医政局は「全身性障害者も含まれる」と回答。
- これを踏まえて、厚生労働省障害保健福祉部は、普段から言語障害のある障害者や、肺炎などのときに発話ができなくなる障害者などを対象に、障害者総合支援法に基づく市町村地域生活支援事業のコミュニケーション支援事業として、ヘルパーによる入院中の支援を実施することを認めている。

平成23年7月1日保医発0701第1号

「重度のALS患者の入院におけるコミュニケーションに係る支援について」

- 特にALS患者については、厚生労働省保険局医療課も、入院中の文字盤や口文字などでのコミュニケーション支援を認める通知を発出している。

- ② 通勤中、通学中、就業中（職場や自宅勤務）、学校内（授業中やその他の滞在時間）についても、その障害者に特有の介護方法を習熟したヘルパーが、自宅と同様に重度訪問介護として介護できるように、基準を改正していただきたい。

【理由】

居宅でも外出中でも介護を必要とする重度障害者で、毎日朝9時から夜10時まで重度訪問介護を利用している場合、家に篋っていても、外出して社会参加しても、どちらも必要な予算は変わらない。それならば、支給時間数を変更しないことを条件に現行の規制を撤廃することで、多くの重度障害者が仕事を得て働いて納税することが可能になり、生活保護費も削減することができる。

【参考】

「障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の骨格提言」（平成23年8月30日）

- 重度訪問介護をパーソナルアシスタンス制度に発展的に改組して「決定された支給量の範囲内であれば、通勤、通学、入院、1日の範囲を越える外出、運転介助にも利用できるようにする」。

「障害者政策委員会差別禁止部会の部会意見」（平成24年9月14日）

- 「通学支援」や「通勤支援等」が、合理的配慮によって提供されるべきか、行政による福祉サービスによって提供されるべきかについて、「政府において引き続き検討することが求められる」。

- ③ 自家用車などに乗る重度全身性障害者などが、排泄、水分補給、上着の着脱、体位調整など突如として介護が必要になっても、即座に停車して対応できるよう見守りながら運転する場合であれば、ヘルパーが障害者の自家用車などを運転している時間帯についても、重度訪問介護の見守りの要件を満たしているので報酬算定の対象としていただきたい。

【理由】

ヘルパーが、障害者の自家用車や障害者が借りてきたレンタカーを運転することは、道路運送法の規制の対象外であるが、重度訪問介護の報酬算定の対象とはなっていない。特に公共交通機関が整備されていない農村部では、障害者の日常生活でも社会参加でも、自動車によるガイドヘルプは不可欠である。

措置制度時代のガイドヘルパー制度では、過疎地の多くの市町村で運転介助中も制度の対象となっていた。また、諸外国では運転中もヘルパーの仕事として認められている。しかし、平成12年に介護保険がスタートすると、制度を悪用するタクシー会社が参入したため、厚生労働省老健局が「運転中は介護と言えないので報酬算定できない」という通知を発出した。このため、その後の障害福祉サービスでも制度の対象外となってしまった。

したがって、タクシー会社などによる制度の悪用を排除したうえで、1日の長時間介護の一部としての運転であれば、重度訪問介護の対象に戻すべきである。