

## 障害者自立支援法の基準・報酬改定および法令改正にあたって

### 1. 訪問系サービスの適切な支給決定のために

#### (1) 国庫負担基準について

国庫負担基準は支援費制度スタート時から導入されており、障害者自立支援法に至っている。しかし、それまでは3区分だったのに対して、自立支援法の基準額が15区分にきめ細かく設定されたことから、それが個々の利用者に対する「支給量の目安」「支給量の上限」かのように作用してしまっている。

よって、

- ・ 自立支援法の理念に基づいて、個々の利用者が必要とするサービス量がきちんと見積もられ、きちんと支給決定されるように、
- ・ また、そのような適切な支給決定を市町村が行えるように、国も含めて「みんなで支えあう」ために、

訪問系サービスの国庫負担基準は撤廃すべきであると考えます。

しかし、国庫負担基準の撤廃に向けた十分な準備が進んでいないのも現状である。

短期的には、

- ・ 国庫負担基準の区分間合算の継続
- ・ 国庫負担基準額を全体的に大幅引き上げ  
設定水準（現在は平均9.5万円）がアップしないと意味がない
- ・ 1人暮らしの障害者については一般基準よりも高い基準（3倍額など）を適用などの改善を今回の基準改定で実施すべき。

中期的には、

- ・ 所要の予算を確保したうえで、平成24年度までに国庫負担基準を全廃に向けて、きちんと議論を進めていくべき。

#### (2) 国から市町村への財政支援

小規模の市町村では、1名の最重度障害者が訪問系サービスを利用するだけで国庫負担基準を超過してしまう。また、基準超過に至らなくとも、財政基盤が脆弱なため25%負担さえも重荷になる。

都市部でも、1人暮らしの重度障害者が転入してくることで給付費が増大していることから、特に国庫負担基準超過の場合は、財務部門からの指示で、

- ・ 新規利用者の訪問系サービスの支給量に4～6時間の上限を設ける
- ・ 既存の利用者でも、進行性の障害であるにもかかわらず、進行に応じた時間数の引き上げを行わない

などの対策を講じざるをえない区市も多い。

このように、町村部と都市部を通じて、障害者が適切な支給決定を受けられないため、地域で自立した生活を送ることができない状態となっている。

よって、国から市町村へ直接財政支援を行う仕組みが必要。

(3) 法律改正によって、必要なサービス量を支給決定することを明記

現行法では、第2条第1項において、

市町村（特別区を含む。以下同じ。）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、又は障害者若しくは障害児……がその有する能力及び適性に応じ、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及び地域生活支援事業を総合的かつ計画的に行うこと。

と規定されている。

特に訪問系サービスの支給量については、課長会議や事務連絡を通じて、

訪問サービスに係る支給決定事務について、……

支給決定基準の設定に当たっては、国庫負担基準が個々の利用者に対する支給量の上  
限となるものではないことに留意すること

支給決定に当たっては、申請のあった障害者等について、障害程度区分のみならず、  
すべての勘案事項に関する一人ひとりの事情を踏まえて適切に行うこと

また、特に日常生活に支障が生じる恐れがある場合には、……例えば、個別給付であれば、  
いわゆる「非定型ケース」……として、個別に市町村審査会の意見を聴取する等により、  
障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、地域において自立した日常生活を営  
むことができるよう適切な支給量を定めていただきたい。

（障害保健福祉関係主管課長会議（平成20年3月5日開催）資料）

と、厚労省が自治体に対して注意喚起を行っている。

しかし、厚労省の注意喚起は措置制度時代に比べると表現が大きく後退している。

1. 障害者プランの推進

(1) 在宅福祉施策の推進

訪問介護（ホームヘルプサービス）事業について

派遣決定を行う場合、サービス量について未だに上限を撤廃していない市町村が見受  
けられるが、これらに対しては直ちに撤廃させるよう【引用者：都道府県が市町村に  
対して】通知等により強力に指導する……こと

（障害保健福祉関係主管課長会議（平成11年3月1日開催）資料）

一方で、障害者権利条約第19条第2項では以下のように規定している。

地域社会における生活及び地域社会への受入れを支援し、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  
（人的支援を含む。）を障害者が利用することができること。

よって、措置制度時代のように、必要なサービス量をきちんと支給決定すべきことをさ  
らに強く打ち出すべきである。

それが通知等では不可能であるならば、今回の法改正において明示するべきである。

2. ケアホームの対象拡大

現行制度においても、訪問系サービスの支給量の不足についてその支給増を求めている障害者  
に対して、本人の意に反してショートステイや通所施設などの併用を市町村が強要する場合が  
多い。

このため、ケアホームの対象範囲が身体障害者にも拡大されれば、ケアホームに要する給付費

以上の訪問系サービスを必要とする身体障害者が、市町村からケアホームへの入居を強要される事例が生じることは、容易に想像される。たとえば、

- ・身体障害者むけのケアホーム事業が単独事業で実施されている市町村（大都市）で、24時間の介護が必要で、重度訪問介護を利用した在宅生活を希望している全身性障害者に対して、きちんとしたサービス量が支給決定されていない。
- ・海外においても、身体障害者むけのケアホームの制度化を契機に、訪問系サービスに1日4時間の支給上限が設けられた。

などの事例が挙げられる。

一方で、障害者権利条約第19条第1項では以下のように規定されている。

障害者が、他の者と平等に、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の居住施設で生活する義務を負わない( )こと。

( ) 英語の条約正文は

be not obliged to live in a particular living arrangement  
であり、川島聡氏と長瀬修氏の仮訳（2008年5月30日）では  
特定の生活様式で生活するよう義務づけられない  
と訳している。

よって、ケアホームの身体障害者への対象拡大にあたっては、

- ・本人の意向に反して市町村が事実上ケアホーム入居を事実上強要することが起こらないような仕組みをつくり、国は特に注目して監視するべきである。
- ・本人の意向に反して特定の生活様式（ケアホーム、入所施設、通所施設など）が強要されるべきではないことを法律に明示するべきである。

### 3. 相談支援および支給決定プロセスについて

#### (1) 支給決定に先立つ計画作成

障害者施策における相談支援については、

- ・あくまでもセルフマネジメントを基本とし、相談支援事業者による計画作成にあたっては、単なるケアマネジメントにとどまるのではなく、（たとえばセルフマネジメントが可能になるような）障害者本人のエンパワメントに資するものであるべき  
ということを念頭において検討されるべきだと考える。

さらに、市町村の支給決定に先立ってサービス利用計画を作成する仕組みを推進するにあたっては、その基本的な考え方として、

- ・たとえば障害者本人の意向が訪問系サービスの利用であるにもかかわらず、それに反して通所施設やショートステイなどを併用する計画を作成するようなことがあってはならないこと

が重要であると考えます。

また、相談支援事業の質と量の両面で拡充するために、

- ・各地域で相談支援をボランティアで行ってきた障害者が相談支援専門員として従事し、ボランティア団体が相談支援の事業所指定を受けられる制度にすること
- ・都道府県が実施する相談支援専門員養成研修と同等の研修が実施できる民間団体について、国もしくは県の指定によって養成研修を開講できるようにすること  
現在の都道府県が開講する研修では、市町村職員を優先しているため、民間からの受講希望者が選考から漏れる場合が多い。
- ・相談支援に係るボランティア活動なども、相談支援専門員としての実務経験年数に算入すること

などの措置を講じるべきである。

## (2) 危機的な状況に陥っているケースへの対応

最重度障害者の同居家族が入院した場合や、障害者がドメスティック・バイオレンスに遭っている場合などの緊急時への対応策が必要。

よって、

- ・ 非定型であっても、審査会に意見を照会する前に緊急で支給決定する。
- ・ 緊急に対応してくれる事業所を市町村が探す。
- ・ ヘルパーの求人費用や教育コストを補助する。

など、迅速な対応ができるような制度を構築するべきである。

## 4. 障害者権利条約との整合性について

### (1) 障害者部会での検討

権利条約との整合性について、上述のように、この部会においても議論すべきであると考えられる。

具体的には、前文e項、第1条(目的)、第2条(定義)、第3条(一般原則)、第4条(一般的義務)、第7条(障害のある児童)、第19条(自立した生活及び地域社会に受け入れられること)、第20条(個人的な移動を容易にすること)、第21条(表現及び意見の自由並びに情報の利用)、第25条(健康)、第26条(リハビリテーション)、第27条(労働及び雇用)、第28条(相当な生活水準及び社会的な保障)、第33条(国内における実施及び監視)など。

### (2) 例：自立支援法の対象範囲

権利条約の目的条項(第1条)では、

障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な障害を有する者であって、様々な障壁との相互作用により他の者と平等に社会に完全かつ効果的に参加することを妨げられることのあるものを含む。

としており、確かに長期的なimpairmentを前提としているものの、それが継続的なのか断続的なのかを超えて、むしろ社会モデルに基づいて捉えている。

一方で、たとえば難病患者の福祉サービスについては、難病患者等居宅生活支援事業の市町村実施率がきわめて低調であるなどの問題がある。ついて、以下の措置を講じることによって、身体障害者手帳という要件を課さずとも、適切に対象範囲を設定することが可能ではないか？

介護給付	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 支給決定プロセス(区分認定のコンピュータ判定、審議会での二次判定、医師意見書など)</li><li>・ 症状が変動しやすい難病であれば、支給決定の有効期間を短くして3ヵ月更新などによりフォローアップ(訪問系サービスでは通常1年更新)</li><li>・ 症状が変動しやすい難病であれば、自宅を引き払って居住系サービスを利用してしまつと、病状の変化によって居住系サービスが利用できなくなつて行き場がなくなると困るので、居住系サービスの対象としない、など</li></ul>
訓練等給付	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 支給決定プロセス(医師意見書など)</li><li>・ スコア化によって優先順位を設けるので、地域のサービス基盤以上に利用者がオーバーフローすることはない</li><li>・ たとえば障害者雇用促進法に基づく職業リハビリテーションの各制度(トライアル雇用、ジョブコーチ、障害者職業センターなど)はもっと柔軟</li></ul>
自立支援医療	<ul style="list-style-type: none"><li>・ (社会モデルではなくて)医療モデルに基づいて、旧更生医療のように、公費負担の対象となる治療内容などを限定することも可能</li></ul>
補装具費	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 支給決定プロセス(更生相談所など)</li></ul>