

要 請 書

（第13回定期協議において回答を求める事項等）

厚生労働大臣 加藤 勝信 様

2022年11月28日
障害者自立支援法違憲訴訟団

本要請書は社会保障審議会障害者部会に資料として必ずご提供ください。

第一 基本合意・骨格提言の尊重

1 基本合意文書

2010年1月7日に締結され、同年4月21日までに全国14の地方裁判所で確認された、国（厚生労働省）と当訴訟団との基本合意文書を尊重して今後も障害者福祉法制を推進する方針であることを確認させてください。

2 骨格提言

国は障がい者制度改革推進会議総合福祉部会 2011年8月30日付骨格提言を今後の障害者福祉法制を推進するにあたり尊重することを改めて確認させて下さい。

第一の2 障害者権利条約と国連権利委員会からの日本への総括所見について

障害の医学モデル永続化への懸念

日本が批准している国連「障害者権利条約」の履行状況に関して、本年9月9日、国連障害者権利委員会からの総括所見が出されました。

まず、「A 一般原則と義務（1～4条）」7項（b）において、「**障害者の認定制度の法律が障害の医学モデルを永続化しており、障害者を社会参加から排除していることを懸念している**」旨指摘されています。

この点、基本合意文書でも、三「新法制定に当たっての論点 ④ 制度の谷間のない「障害」の範囲」について、しっかり検討して対応していくものとされています。

訴訟団が第1回～第12回までに提出してきた要請書においても、障害者総合支援法の対象となる難病者の範囲について、医学モデルに偏重していることの改善を求めてきました。

例えば第8回要請書第九において、

国（厚生労働省）は、骨格提言を段階的に実施する旨再三述べているところですから、骨格提言に従い、**障害福祉法における障害者の定義として障害者基本法に基づく社会モデルを採用すべきです。**

としているとおりです。

国連からの勧告は当訴訟団のこの意見の正しさを裏付けるものです。

身体障害者福祉法及び関係法令の定める身体障害者の認定は足が何度まで曲がるかなどの測定値に偏り過ぎているなど、極端に医学モデルだけに偏重しています。

日常生活社会生活における困難さなど社会モデル的視点を認定に適切に反映すべきです。そして、現在の障害者総合支援法の利用対象者は難病者の中で2021年11月1日時点で「338疾患」に過ぎません。

明らかに障害者基本法の障害者に該当するにもかかわらず、障害者福祉制度による公的支援を受けることの出来る人と出来ない人がいる現状は憲法第14条の保障する法の下での平等に反する違憲状態と言わざるを得ません。

国は速やかに国連の勧告に従って、障害者総合支援法の対象を障害者基本法の採用する社会モデルに基づく障害者とするべきです。

この点について、厚生労働大臣からは是非前向きな答弁を期待します。

第二 介護保険優先原則について

1 訴訟団の基本方針

訴訟団は、基本合意三条④号「介護保険優先原則（障害者自立支援法第7条）を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入をはかること。」を国に改めて強く求めます。

2 介護保険と障害者福祉の併用に関し、自治体が支給決定基準等で不当に制限している実態を改善すること

厚労省社会保障審議会障害者部会2022年5月27日に、竹下義樹委員からも同様の指摘をされていますが、障害者が障害者福祉と介護保険を併用する場合に関し、次のような規定をしている自治体が少なくありません。

併用は次のいずれかに該当することが必要である。

- ①要介護度が5以上で、かつ両上下肢全廃。
- ②行動援護対象者であり、かつ障害支援区分4以上である者。
- ③介護保険利用前から重度訪問介護を利用していた者であり、かつ障害支援区分4以上であるもの。
- ④介護保険の訪問介護サービスの利用量が基準額の5割以上であるもの。

このような不合理で過剰な規制を放置したままでは地域間格差は解消されません¹。

以上から

- ① 実態調査の実施
- ② 併用を不当に制限する支給決定基準を廃止するよう自治体を指導することを求めます。

¹ 和歌山地裁2021年10月26日判決参照

① 実態調査

かつて当訴訟団の要望もあり、国は介護保険と障害者福祉の利用に関する実態調査を2014年8月に実施し、2015年2月18日発表しました。

それから8年の歳月が経過しています。しかし、この時判明した65歳問題に関する理不尽な実態は改善されたとはいえず、上記のように平然と障害者の権利行使を妨げる誤った法運用が行われています。

今回の調査の切り口は前回の調査では視点になかった「支給決定基準」を調査して、この問題の実態を更に浮き彫りにしてもらうことを期待します。

② 自治体への指導

65歳問題に関しては、いわゆる平成19年課長通知及び上記の実態調査結果公表と同日に示された2015年2月18日付事務連絡があります。

しかしそれだけでは誤った運用の改善には効果がなかったことを歴史が証明しています。

実態調査結果を基に国は障害者が法に基づき行使できるはずの権利が不当に制限されないよう強い指導力を発揮して頂き、新たな通知等により、上記のような不当な制限が撤廃されるよう実効的な措置を発動して下さい。

第三 就労時ヘルパー利用について

1 前回定期協議の答弁

前回の第12回定期協議で、「雇用と福祉の連携」方式により、職場内ヘルパー利用が可能となった事例を教えてくださいとの質問に対する回答は

令和2年度の実施状況はさいたま市及び四日市市において8名の方が利用しています。

という、**2自治体、利用者8名**という結果でした。

補足として述べられた令和3年度の実施自治体に関しても

江東区、南箕輪村、伊豆市、四日市市、草津市、伊丹市、観音寺市、さいたま市、宇都宮市の**9市町村**

ということでした。

2022年1月1日現在、日本の市町村数は1724、特別区23を合計した基礎自治体数は**1747**です。

9/1747 は **0.5%** に過ぎません。

機能している制度とは到底思えません。

要するに全国の働きたい障害者のほとんどが使えない制度である以上、このような制度があるから問題ないなどという国の説明には説得力は皆無です。この制度が全国に浸透するには100年待たなければならないでしょう。

2 地域生活支援事業ではなく、自立支援給付として通勤等の利用を解禁して下さい。

就労時のヘルパー利用が地域生活支援事業に位置付けられている結果、そもそもこれを実施していない市町村があるほか、実施している市町村においても、計画相談支援ないしケアマネジャーの利用を必須とされており、障害や難病特性に応じた支援を提供できる計画相談支援事業所やケアマネジャーが見つからない結果、就労時のヘルパー利用ができないケースがあります。

3 2022年9月9日権利委員会から日本への勧告（総括所見）

本年9月9日に国連障害者権利条約権利委員会から日本へ勧告された総括所見のうち、本論点に関する事項として次の指摘があります。

8. 委員会は、締約国に勧告する。
(e) 移動支援、身体的支援、コミュニケーション支援など、地域社会で障害者に必要なサービスや支援を提供するための地域や自治体の格差をなくすために、必要な立法措置や予算措置を講じること。
- パーソナルモビリティ（第20条）
43. 当委員会は、次のことを懸念している。
(a) 法律上の制約から、通勤・通学などの目的で地域生活支援サービスを利用することはできない、また、長時間利用することはできない。
44. 委員会は、締約国に勧告する。
(a) 「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」に基づく制限を撤廃し、すべての地域において障害者の自由な身の回りの移動を確保すること。
58. 委員会は、持続可能な開発目標の目標 8.5 に沿って、締約国に勧告する。
d) 職場でより集中的な支援を必要とする人への個人的支援の利用を制限する法的規定を撤廃する。

4 そこで、改めて次の事項を強く求めます。

地域生活支援事業という自治体任せではなく、国の責任事業として重度訪問介護・居宅介護を職場・通勤・通学・学校内等で利用出来る運用として下さい。

5 就労時ヘルパー利用が出来ないことにより働くことの出来ない障害者の実態

本書末尾に、就労時ヘルパー等が禁止されていることにより働くことが出来ないなどの声を掲載しますので、厚労大臣においてよくお読みください。

第四 重度訪問介護等の支給決定の在り方について

「手待ち時間」問題について

前回の定期協議において、重度訪問介護ヘルパーの手待ち時間を報酬対象外とする自治体の問題を質問しました。

これに対する厚労省の答弁は

要請書にあるような、手待ち時間をサービス提供時間として適切に取り扱われていないという誤解が生じている場合には、厚生労働省において当該Q & Aの正しい解釈について自治体に対して周知してまいりたいと考えております。

という当訴訟団の指摘は正当であるというものでした。

この点の誤った運用の改善は、夜間帯及び昼間帯の継続的な重度訪問介護支給決定を拒否する自治体が少なくないことから、全国の障害者にとって切実な問題です。

ぜひ、この点の更なる改善・周知のために新たな事務連絡文書等を発出して下さい。

第五 入院時ヘルパー利用について

1 入院時ヘルパーの対象者拡大について

第10回～第12回定期協議にて、入院時の重度訪問介護の利用について、支援区分6以外の者や居宅介護等の他の介護施策での利用も可能にするように要請しました。

これに対して前回の定期協議で次の回答を得ました。

令和3年度障害者総合福祉推進事業において「入院中の重度障害者のコミュニケーション支援等に関する調査研究事業」を実施し、障害福祉サービス事業者等へのアンケートにより支援の実態や利用ニーズ等について調査を行っています。

こうした調査結果等も踏まえながら、入院中の重度障害者支援について必要な検討を行ってまいります。

これらの調査結果及び検討結果はどうなっていますでしょうか？

ただのリップサービスに終わらせずに真剣に対象拡大の道筋を具体的にお示しください。

2 90日で終了する自治体、新型コロナでの入院受け容れ拒否問題等

90日で終了する自治体の問題、新型コロナウイルス感染症の蔓延下における入院中の重度訪問介護の利用等を指摘しました。

この点について前回の定期協議で次の回答を得ました。

90日時点で支援の継続に必要性を確認することには一定の妥当性はあるものの

御指摘のとおり、90日を超えた入院中の重度訪問介護利用を一律に不可とする制度とはしておりません。そうした一律の規定を設けている自治体に対しては、制度趣旨についてお伝えしてまいります。

病院側の理解が不十分であるためにヘルパーの受入れが進んでいないという御指摘につきましては、平成28年の通知におきまして、「入院前から支援を行っている等、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者が、当該患者の負担により、その入院中に

付き添うことは差し支えない」としていることを前提に、新型コロナウイルス感染症の拡大時においても病院におけるヘルパーの受入れを促進するため、繰り返し事務連絡（令和2年6月19日、令和3年1月27日、同年9月1日）を発出したしまして周知に努めているところでございます。

このような事務連絡を繰り返し発出して頂いているとの対応は大変心強く思います。

ただ、それでも医療現場において、その点の理解が不十分で、入院出来ない等の被害の実態は依然としてあります。

ぜひ、引き続き、上記の点の周知徹底を宜しく申し上げます。

第六 食事提供加算と送迎加算について

第10回～第12回定期協議において、食事提供加算の継続・拡充を求めました。

国の回答は

平成30年度障害者総合福祉推進事業「食事提供体制加算等に関する実態調査」を実施しています。今後、次期報酬改定の見直しの中で障害者のニーズや事業者の実態等をしっかりと把握した上で、丁寧に議論してまいります。

というものでした。

基本合意3条は

「障害者の現在の生活実態やニーズなどに十分配慮した上で、権利条約の批准に向けた障害者の権利に関する議論や、「障害者自立支援法の施行前後における利用者の負担等に係る実態調査結果について」（平成21年11月26日公表）の結果も考慮し、しっかり検討を行い、対応していく。」としています。

これは食事提供加算の急激な削減は実態に即していないことを基本合意が確認していることを意味しています。

改めて、訴訟団として、食事提供加算の継続・拡充を繰り返し求めます。

第七 報酬支払い方式（日払い制度を骨格提言の採用する方式に）

第10回～第12回定期協議で「1 施設系の日払い報酬を骨格提言の採用する方式に早急に変更して下さい。」と要請しました。

国の回答は

第11回と第12回とほぼ同一で

障害のある方がその状況やニーズに応じていろいろなサービスを組み合わせて使うことができるよう、日々の利用実績に応じた日額払い方式により報酬が支払われる仕組みとしており、これは医療保険制度や介護保険制度も同様です。なお、日払い方式の導入に当たっては、利用者の急な欠席等に対応した際の評価として報酬で加算を設けています。

利用者がニーズに合ったサービスを選択できるようにするためには基本的に日払い方式を維持すべきと考えておりますが、引き続き、報酬の在り方につきまして、医療や介護などの他の制度の取組も参考としつつ、経営実態やサービスの利用実態等も踏まえ検討してまいります。

というものでした。

しかし、国は骨格提言を尊重するとしています。

そして、骨格提言は

施設系支援に掛かる報酬については、「利用者個別給付報酬」（利用者への個別支援に関する費用）と「事業運営報酬」（人件費・固定経費・一般管理費）に大別する。

前者を原則日払いとし、後者を原則月払いとする。

としています。

人件費・固定経費等の一般管理費は、月額払いを原則とせよとしています。

その上で

前者（利用者個別支援費）を2割、後者（事業運営報酬）を8割程度とする。

としています。

国のいう「日払い方式維持」は骨格提言と相違しています。

換言すると骨格提言も「2割程度の日払い方式維持」をしているものです。

また、在宅支援においては、日払い方式維持を提言しています。

つまり、国の指摘する「障害のある方がその状況やニーズに応じていろいろなサービスを組み合わせて使うことができる」は在宅サービスでは日払い方式として実現しており、他方、通所または入所施設サービスにおいて機械的に運用することの弊害を骨格提言は指摘しているものであり、骨格提言の方式への転換は無理だと頑なに拒否する姿勢を変え、制度の見直しを柔軟に考えてください。

第七の2 新型コロナが明らかにした現行報酬方式の欠陥

第11回～第12回定期協議で、コロナ禍のもと

【給与・工賃等減額補償制度の創設を】

求めました。

国の回答は

「生産活動活性化支援事業」「工賃向上計画支援等事業」等により新型コロナウイルス感染症により生産活動に大きな影響が出ている事業所を積極的に支援することとしております。

等というものでした。

国が一定の対応をしているとはいえ、コロナ禍で事業運営の根底が破壊されている状況の支えには遠く及びません。

労働者・利用者に不利益が生じないように【給与・工賃等減額補償制度】の創設を改めて求めます。

第七の3 2021年度（令和3年度）報酬改定の問題点

1 日中活動・就労支援事業への影響

第12回定期協議要請書において、

① 生活介護の全ての区分で減収になったこと

② 「重度障害者支援加算」は、ほとんどの生活介護事業所は対象とならず、基本報酬が削減されていること等を指摘しました。

これに対する回答は

生活介護では、経営実態等調査を踏まえ、基本報酬の見直し適正化を行い、重度障害者支援加算の見直し、常勤看護職員等配置加算の拡充により、重度障害者への支援の評価を行った。重度障害者支援加算の見直しは、新たな評価区分の創設のほかに、アセスメント期間の見直しによる加算算定期間の延長等も行っている。

というようなものですが、当方の指摘を受け止めた対応とは思えません。

「就労継続支援B型」では、重い障害をもった利用者、労働時間や労働日数その他で合理的配慮を必要とする精神障害のある人等を積極的に受け入れて支援している良心的な事業所ほど厳しい運営に追い込まれていることを指摘しました。

これに対する回答では

地域における多様な就労支援ニーズに対応する観点から、これまでの「平均工賃月額」に応じて評価する報酬体系に加え、新たに「利用者の就労や生産活動等への参加等」をもって一律に評価する報酬体系を設け、事業所ごとに選択する仕組みとしました。

とありました。

全国社会就労センターや全国精神障害者地域生活支援協議会などの協力を得て、2021年度の報酬改定直後（6～8月）にきょうされんが行なった「報酬改定の影響調査」では、回答のあった501カ所の就労継続支援B型のうち、「利用者の就労や生産活動等への参加等を

もって一律に評価する報酬体系」として新たに設けられた就労継続支援B型(Ⅲ、Ⅳ)は、わずか18カ所の3.6%にとどまったとのこと。その要因は、わずかな加算とともに**基本報酬の水準がきわめて低水準**であったことです。

2 グループホーム事業への影響

グループホームの報酬改定で**障害支援区分3以下は引き下げられ「生活のしづらさ」等が反映されず**日常の生活支援ニーズの高い利用者への対応に支障が出る旨指摘しました。

国の回答は

経営状況やサービスの質を反映したきめ細やかな報酬設定に努めてまいります。

これでは当方の指摘に対して誠実に回答、対応していないと言わざるを得ません。

3 コロナウイルス感染拡大や自然災害に伴う影響

コロナ禍での臨時的対応として日中支援の基本報酬単価は請求できたものの、その他の加算は請求できず多くの日中支援事業所は減収を余儀なくされ、グループホームは、感染を警戒した利用控えがあっても補填はなかった旨指摘しました。

これに対する国の回答は

新型コロナウイルス感染症による臨時的な取扱いは、基本報酬での取扱いのほか、加算についての影響も考慮している。

基準以上の人員配置や有資格者等の配置により算定可能となる加算について、新型コロナウイルス感染症への対応により、一時的に加算の要件を満たさなくなった場合であっても、利用者への支援に配慮した上で、新型コロナウイルス感染症への対応前の配置に基づいて算定を可能とするなどの対応をしている。

グループホームの利用控えによる減収への補填がないとの御指摘については、新型コロナウイルス感染症への対応のため、利用者が自宅に戻って生活する場合に、職員が訪問等によりできる限りの支援を行った場合にも報酬の対象とする臨時的取扱いを認めている。

というものでした。

重度障害者支援加算Ⅰは、常勤看護職員等配置加算Ⅲ(常勤換算で3人以上の看護師の配置)の取得しなければならぬなど対象要件が高く、地域で活動している小規模な生活介護等は、ほとんど対象になりませんでした。前述したきょうされんの「報酬改定の影響調査」では、常勤看護職員等配置加算Ⅲと重度障害者支援加算Ⅰの取得事業所は、生活介護327カ所中わずか7カ所(2.1%)だったとのこと。そのため、臨時的な取扱いは基本報酬の範囲にとどまりました。

また職員の人件費や車両の維持費などは継続して保障・負担しなければならないにもかかわらず、臨時的な取扱いでは、送迎加算や食事提供体制加算を請求することもできません。

さらに厚労省は、グループホームでも「利用者の自宅を訪問する」ことで臨時的な取扱いを認めているとしていますが、陽性者や濃厚接触者が生じたグループホームで、そう

した入居者の支援をしている職員が、感染防止のために自宅待機している利用者を尋ねることは不可能です。

通所事業やグループホームに対する報酬の日額払い制度を見直し、本要請書の「第七報酬支払い方式」にもとづく日額払い制度の大幅な改善が求められます。

4 障害者総合支援法の「定時改定」に伴う【グループホームの見直し】について

(1) 懸念される問題点

第12回定期協議では、グループホームを「一般型」と「地域生活移行支援型（仮称）」に分け、障害支援区分で分けし、後者では「標準利用期間」を定めるとしており、数年後にはグループホームの退去を余儀なくされる旨指摘しました。

この点の国の回答は

本人が希望により、新たな一人暮らし等を支援するグループホームか、現行のグループホームか選択できる制度とすること。

継続的な支援を希望する方は、これまでどおり継続的な支援を行うグループホームを利用できること。こうした点に留意して検討を深めていく

とのことでした。

社保審障害者部会の2022年6月13日付報告書「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」では、17頁で

グループホームにおける継続的な支援を希望する者については、これまで通り、継続的な支援を行うグループホームを利用できる仕組みとする必要がある。

とあります。

少なくとも本人の意に反して退去を強制されるような仕組みにならないよう釘を刺しておきます。

(2) 「骨格提言」で示された方向性の再確認！

第12回定期協議要請書では、骨格提言において「一人ひとりに必要なパーソナルな支援については個別生活支援を利用できるようにする。」とされていること等を指摘しました。

この点上記の社保審障害者部会報告書11頁では

また、令和5年度末までの経過措置とされているグループホームにおける重度障害者向けの個人単位の居宅介護等の利用について、令和3年度障害福祉サービス等報酬改定の影響や重度障害者に対する必要な支援を確保する観点から恒久化すべきとの意見等を踏まえつつ検討すべきである。

とあります。

ぜひ、今般の障害者総合支援法の改訂においては、経過措置ではなく、グループホーム内で障害者各自が居宅介護・重度訪問介護等の自立支援給付を利用できる基本的な仕組みにして下さい。

第八 家族の収入に依拠する利用者負担制度を廃止し、本人の収入額で算定する仕組みに転換を。

第1回～第12回協議で「利用者負担は本人だけの収入で算定する仕組みに転換」するよう要請してきました。

これは基本合意それ自体の実現であり、既に12年間以上その実現を求めている基本合意の履行の本質に関わる事項です。

この点の国の回答は判で押したように

医療や介護等の他制度の利用者負担とのバランス等を踏まえつつ、制度の持続可能性、障害福祉制度に対する国民の理解、納得を得られるかどうかという点

云々です。

基本合意三条は

「③ 収入認定は、配偶者を含む家族の収入を除外し、障害児者本人だけで認定すること。」
としています。

基本合意を実現してください。

第九 自立支援医療の利用者負担の低所得者無償化

この論点については、第1回～第12回協議まで一貫して強く要請しています。

この点の毎年毎年紋切型の次の回答は次のものです。

厳しい財政状況の中で実現に必要となる多額の恒久的な財源を確保することは困難であり、引き続き重要な課題として検討していく

日本の精神科病院の入院患者は約27万人であり世界で突出しています。

障害者権利委員会は日本に対して、これらの入院患者が退院し、地域で生活出来るように求めています。

遅々として進まない精神科入院患者の地域移行を進めるためにも少なくとも低所得者の精神科への通院費用負担を無償化することは不可欠な制度設計と思われます。

ぜひ、この点の実現を真剣に検討してください。

以上