

社会保障審議会障害者部会
委員各位

全国自立生活センター協議会
代表 平下 耕三

障害者総合支援法の施行後3年を目途とした見直しについて(意見)

I. 重度訪問介護の拡充について

重度訪問介護は、常時介護を必要な障害者が地域生活をする上で欠くことのできない制度であり、後述のように施設や親元からの地域移行を推進していく上でも大変重要かつ有効なサービスである。これまで、対象者の拡大や病院での利用を可能にするなど徐々に前進がなされてきていることは評価しているが、重度訪問介護がもっと活用し易くなれば、常時介護を必要とする人の人生の選択肢と可能性が大きく広がっていく。

平成 24 年には、知的・精神障害者にも対象が拡大されたが、行動障害を伴う者に限定されており、障害児への拡大も含め、さらなる地域移行を進める上で行動障害のない知的・精神障害者への対象者拡大は、積み残しの課題となっている。また入院中の派遣も平成 30 年度に制度化されたが区分 6 に限定されており、区分 4、5 の者への拡大も積み残しの課題となっている。また、障害児への利用拡大を望む声も増えてきている。

さらに前回報告書にも指摘された通勤・就労中、通学・就学中の支援については、地域生活支援促進事業を活用した事業が制度化されたが、市町村の手挙げ方式であり、障害者の社会参加を促進するためには、通勤通学、学内等においても慣れたヘルパーがシームレスに重度訪問介護を使えることが必要である。

重度訪問介護は、1 回 8 時間連続勤務の常勤ヘルパーが、1 日 3 交代などで 24 時間のサービスを提供することを前提に制度設計されているために 1 時間あたりの単価は、身体介護の半分程度と低く設定されている。このため地方では、社会資源が少ないこともあり、介護保険の訪問介護ベースの事業所が、障害サービスを同時に行うケースが多いが、全国的にも訪問介護との単価差から派遣を受ける事業所が少なく、たとえ支給決定を受けてもサービスが使えない状況が広がっており、喀痰吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害者、過疎地の障害者は、さらにサービス事業所がない状況である。長時間介助に対応する常勤ヘルパーによるサービス提供が必要だが、同様に低い単価からその確保が厳しい現状におかれおり、人材の確保は、都市部においても地方においても共通の喫緊の課題となっている。

以上のことから以下の通り提言する。

1. 重度訪問介護の対象者の行動障害がない知的・精神障害者の対象拡大、障害児への適用を検討すべきである。
2. 重度訪問介護を通勤・就労中、通学・就学中でも使えるようにシームレス化すべきである。
3. 医療的ケアに取り組む事業所に対し大幅に評価を引き上げること。
4. 新人ヘルパーが研修に入る際、ベテラン OJT を行う同行支援を既に雇用されたヘルパーが新たな利用者に入る際も算定できる仕組みにすべきである。
5. 介護保険対象者の国庫負担基準は、障害程度区分に係わらず一律に低い基準が設定されており、これが現実には、介護保険対象者への支給量抑制になっているため、介護保険対象者の国庫負担基準の引き上げるべきである。
6. 全国どこでも安定的な事業所運営、人材確保ができるように重度訪問介護の基本的報酬を拡充すべきである。
7. 重度訪問介護の更なる見直し(積み残し課題の解決)に向けて、重度訪問介護等利用者を交えた検討会を設置すべきである。

II. 地域移行積極策の検討

令和 3 年報酬改定により、ピアサポート加算の新設、共同生活援助、および生活介護等への重度・高齢化への評価、地域生活支援拠点等の機能の充実を図られたが、地域移行の勢いは鈍化している。特に支援費制度以降(2006 年～2011 年)からの地域移行の勢いは、鈴木良准教授(同志社大学)の現存するデータに基づく調査によれば、【地域移行者数】46,866 名と比べ、【新規入所者数/推定】53,619 名と地域移行者より新規入所者数は、推定値ではあるが、多く存在しているとの報告がある。このことから当初掲げた地域移行は、ほぼ進んでおらず入所者数・待機者は増加傾向にあるため、地域移行は遠のいている。

障害者権利条約第 19 条の一般的意見第 5 号の paragraph 16 の(c)において「自立生活施設には、単に特定の建物あるいは環境に生活するというだけでなく、何よりも、ある特定の生活や生活環境を課されることによって個別の選択や自律性を喪失するということである。(中略)。脱施設化のための政策には、単なる施設化された環境の閉鎖というを超えて、構造的な変革が求められる」とある。また、paragraph 98 の(g)において、「特定の期間を設定し、十分な予算を確保した脱施設化のための明確且つ目的をもった戦略を採用し、障害者のあらゆる種類の孤立、隔離あるいは施設化の形態を解消しなければならない」とある。

以上のことから以下の通り提言する。

1. 新規入所者をゼロにし、施設や親元からの地域移行を推進するため、一人暮らしや共同生活援助(グループホーム)などにインセンティブが得られる予算的措置など、国及び自治体の責任でより踏み込んだ地域移行の戦略と具体的実行計画を策定し、予算措置も含め入所施設や病院からの地域生活への地域移行を計画的に実行すべきである。
2. グループホームについては、玄関を複数に分けることにより独立性が確保されれば最大で 20 名定員の大規模なグループホーム設置が可能だが、これでは、グループホームがミニ施設化の一途を辿り、地域移行とは真逆の流れになると考える。せめてこの方式を普及させないためにも「中規模施設」といった名称にするなどグループホームとの差別化を図るべきである。
3. 地域移行支援には、自立生活センター等が実施する自立生活プログラムを加え、地域移行を一層促進すべきである。
4. 地域移行支援の報酬については、当会の想定モデルで得られる報酬額は、半年間のうち 1 度だけ集中支援加算を取得し、地域移行が実現したと仮定すると 183,226 円(東京都八王子市の給地区分【3 級地】で算定)となる。2019 年度のデータを見ると 1 人あたり費用額は、36,795 円/月となり、単純に 12 か月を乗ずると 441,540 円と著しく低く設定されている。
5. 地域移行支援の対象として親元からの移行を含めるべきである。
6. 親元からの地域移行の際、家族会議を義務化し、必要に応じ福祉サービスのお試し利用等(家族への自立生活の理解促進プログラム)を検討する。また希望があれば両親、兄弟への相談支援なども実施し、家族支援も地域移行の重要な支援として評価対象とすべきである。

III. 意思決定支援の充実

1. 自治体の責任で入所者及び入所待機者への丁寧な意向調査とその調査に基づく支援策、必要なサービスの充実を講じるべきである。
2. 丁寧な意向調査とは、本人の意思形成に必要なさまざまな選択肢の提示と説明、及び障害に応じた配慮である。そのため、調査には相談支援事業所、地域移行支援事業所のピアサポーターに協力を求め、それが評価されるなどの仕組みを講じるべきである。特に精神科病院では、ピアサポーターの受け入れを拒否するケースがあります。地域移行や病院の透明性の確保のためにもすべての病院でピアサポート活動が容易に行えるようにすべきである。
3. 入所施設や病院は、意思決定支援ガイドラインの活用を義務にし、ピアサポーター等による調査に積極的に協力すべきである。
4. 重度訪問介護による見守りなどの活用が例示されていないので、意思決定支援ガイドラインを改訂し、具体的に明記すべきである。

IV. 障害の範囲について

1. 障害者総合支援法、第 4 条第 1 項を障害者基本法の定義に改正し、すべての難病患者(概念的には慢性疾患や難治性疾患をもつ人)が障害者の範囲に含まれるようにすべきである。

V. 介護保険法との適用関係について

1. いわゆる 65 歳問題については、障害福祉サービスと介護保険制度を併給する場合には、本人の意向を尊重し、介護保険の要介護度に捉われず支給決定すべきである。
2. 選択肢の 1 つとして、介護保険を選択しない仕組みを構築し、その際、国庫負担基準は、障害福祉サービスの基準を適用すべきである。
3. 介護保険自己負担分の償還払いについて平成 30 年 4 月 1 日から障害福祉サービス利用者が介護保険に移行した場合、介護保険の利用者負担を払い戻す制度が始まったが、1 年度分が一括して支払われ、最大 2 年遅れて自己負担分が返ってくるのが現状で、この負担が厳しいとの声が少ない。償還払いのあり方を再検討し、住宅改修費等で実施している受領委任払い等も選択できるようにすべきである。