

## 障害福祉サービスの在り方に関する論点整理のためのワーキンググループ ヒアリングにおける意見書

平成 27 年 2 月 2 日

一般社団法人 全国肢体不自由児者父母の会連合会  
会 長 清 水 誠 一

障害児者と家族への支援は、その人の生涯を通じた継続的、一体的な支援が必要です。私たち、肢体不自由を中心とする肢体不自由児者とその家族は、障害の程度、暮らしている地域、ライフステージに関わらず、障害者総合支援法に基づく日常生活・社会生活の支援が、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、一日も早く総合的かつ計画的に行われることを願っています。

今般の障害者総合支援法施行後 3 年を目途とした見直しについて、下記事項に対する意見書並びに要望事項を提出します。

### ◆附則第 3 条「検討規定」に関して

障害者等の支援に関する施策を段階的に講ずるため、この法律の施行後 3 年を目途として、

① 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、

② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方、

③ 障害者の意思決定支援の在り方、

④ 障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方、

⑤ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方、

⑥ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずるものとする。

また、検討に当たっては、障害者等及びその家族その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする。

### (1) 常時介護を要する障害者等に対する支援について

- ・ 常時介護を要する障害者（特に医療的ケアを要する者）は、介護者の確保が難しくなっています。例えば、居宅介護サービスを受けるにしても、食事介助や入浴介助など行うにはかなりの経験や知識が必要となります。人材を確保するために、報酬体系やスキルアップのための研修制度・内容の検討が必要と考えます。医療的ケアについては、訪問看護師派遣事業を拡大し、居宅だけでなく、通所施設や日中一時支援、短期入所先への派遣検討が必要と考えます。
- ・ 見直しにおいても、障害支援区分による区分ごとの利用の指針がありません。しかるに、国庫負担基準では、区分ごとの上限が示されています。

例えば、区分4では24,900単位が上限、これを報酬単価に置き換えると、毎日8時間利用すると、16日分で上限となります(24,900÷1,491)。区分の低い障害者では利用継続が困難となります。

- ・「重度訪問介護の適正な支給決定について(平成19年2月16日付け厚労省障害福祉課事務連絡)」では、重度訪問介護の要件に該当する者であっても、サービスの利用形態によっては、重度訪問介護ではなく居宅介護の支給決定を行うことが適切であるとされています。しかし病院や施設などから自宅に戻って地域で生活を行う場合、そのニーズは障害の特性によって多種多様であり、使い勝手が悪いものとなっている現実もあります。

対象者の利用希望内容で連続8時間を希望しない場合は、自ずと居宅介護を利用するケースが多くなっています。

「希望しない場合」とは例えば、市町によっては、朝に2時間、昼に2時間、夕に2時間の支援を受けた場合、合わせて6時間なので重度訪問介護にしてください。それならば、毎日であっても上限内で利用できます。と、誤った誘導を仕掛けるケースがあります。明らかに、安い単価でお世話をさせようとしているとしか考えられません。

## (2)手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方について

- ・老人での視覚障害(糖尿病性網膜症等)で、同行援護を必要とされる方も多いが、この場合に認定調査が必要であろうか。視力障害の医師診断だけで同行援護を認めても良いと考えます。認定調査、審査が形骸化しており、不要な調査と思えます。

## (3)高齢の障害者に対する支援の在り方について

- ・65歳以上の介護保険対応について ①車いす・ベッドの規格が個人仕様でなく一律貸与であること②費用負担の1割が発生すること、について改善を求めます。また、家族同居で地域生活している高齢障害者の家族の高齢支援対策も同時(一緒に)講じる必要があると考えます。
- ・この3年間においても市町の担当者の理解が足りないことが多々あります。平成19年通知の「一律に・・・優先的に利用するものとはしない」とあるのに、「とりあえず一度介護保険サービスを使ってほしい」との誘導が多いのが現状です。特に、若年での脳梗塞後遺症での肢体不自由者にその誘導傾向が強くなります。
- ・65歳でサービス利用が変わることにより、在宅生活の維持が無理と判断(自分で)し、地域を離れることになると地域社会との関わりが減少する、高齢になってからの社会参加は、本人の意思で出ていくことが難しくなる、高齢になると若い障害者との交流が難しくなるのでは、などとする意見が寄せられています。行動援護や同行援護、重度訪問介護の移動加算を使って外出し、様々な地域の行事などに参加していますが、介護保険ではどの項目にこれらが該当するのか、また補えるのか不安が寄せられています。また、地域社会の包容力がないと関わりが薄くなる事を不安に感じています。

今般の作業チームの中での議論は当面、上記3項目となっていますが、ワーキンググループにおいて関係者や当事者の意見を聴きながら議論する事となっている5項目に関連する意見として、別途下記の通り意見書を提出いたします。

#### (4)障害者等の移動の支援について

- ・移動支援に関し「通勤」は対象外となっています。車いす利用者にとって通勤手段がない（ステップバスが無い、バス停まで遠い）等、困難なケースは多種多様です。対象外となっている通勤にも、就労機会や就学機会の確保の観点から、移動支援は「福祉サービスで行うのではなく」、「就労支援」で対象にすることが必要であると考えます。
- ・在宅の肢体不自由者はその移動について家族である親が運転をして支援を行っているのが大多数です。本人の高齢化に伴う障害の重度化や二次障害に加え、家族の高齢化による介護力の著しい低下によって、自主的な「免許証の返上」という事例も生じてきており、家族による移動支援が困難になっている現実もあります。
- ・医療の進歩や科学技術の進歩により、今まで自宅から出ることができなかった障害者が、学校に通い、地域に出かけて社会活動ができるようになってきました。従前の医療、看護、介護の考え方ではなく、あらゆる障害者が様々な社会生活を送れるよう、移動支援の再構築を考えるべきです。
- ・行政側の受け取り方、障害の特性に対する理解や、予算規模によって線引きが荒くなるなど、地域間格差が生じてきています。例えば通院介助や外出介護等で支援はされていますが、重度障害者の場合でも保護者あるいは家族の同乗が認められていません。特に医療的ケアを要する人の移動支援の場合、常に看護師が同乗できる確証はなく、家族の同乗を要する場面も多々ありますが、保護者同乗を認めるケースは稀です。認めない理由としては、タクシー代わりに使用されては困るとの認識があるようですが、障害種別による困り感の違いと本質を行政担当者にも理解が進むことを望みます。
- ・医療的ケアや常時介護が必要な障害者がホームヘルパー等を利用する場合、その移動については必ず車輛を利用する事が不可欠となります。移動支援を保障するためには公共交通機関だけでなく自家用車の利用など車輛の利用を望みます。

#### (5)障害者の就労の支援について

- ・就労の場の確保と定着を図るには、受け入れ企業側に働く場をコーディネートする就労支援センターを設け、企業全体で受け入れる仕組み作りを促し、支援する制度が必要です。就労支援センターを設けている企業では定着が図られつつあります。
- ・就労支援に携わる関係者の長年に渡る取り組みにも限界があり、健常者と比較しての生産性を作業所などに求めても、また一般企業への就労を試みても、現在の日本の状況においては大きな障壁を感じます。

また事業者側の問題として、重度障害者だから何もできないと勝手に決めつけるのではなく、障害者の意欲向上につながり、目的をもった人生を送るため知恵と工夫も必要であると考えます。

#### (6)障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方について

- ・重度訪問介護を利用できる対象者を別枠で設定する事には違和感があります。支援区分で既に区分が大きい方は医療的支援や行動障害も加味された区分であるため、新たに区分4以上でかつ二肢以上の麻痺や行動関連項目の点数を加味する事に違和感があります。
- ・重度訪問介護を利用する場合には概ね3時間以上の連続利用が基本となっています。キャンセルや時短など利用者の都合で2時間や1時間で利用終了する場合があります。この場合は、突然の利用減なのである意味いたし方ありませんが、この場合の報酬単価が居宅介護と比べると相当低くなっています。事業所としては3時間未満になる利用形態が想定される場合は、初めから居宅介護で請求する方が利益率が上がります。このような状況もあり、重度訪問介護を利用出来なくなる場合があります。重度訪問介護を利用しても、短時間利用となる場合に、居宅介護程度の報酬単価があれば、利用が増えるのではないのでしょうか。重度訪問介護利用者でも、突然の事態が生じた場合は、その利用者の重度分を加味し、居宅介護相当の報酬単価に切り替えられるシステムとする事を望みます。

#### (7)障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方について

- ・支給決定プロセスに関し、サービス等利用計画案が作成され支給決定となっていますが、必ずしも計画案通りに成らない仕組みであると考えます。モニタリングもされることから、利用計画案を尊重すべきです。
- ・意思疎通障害内容は障害種別により千差万別ですし、近年はそれぞれに適した補足機器等が開発されています。そういった機器の存在を把握し有効活用することにより、支援がスムーズに出来るように環境も改善されてきました。しかし意思疎通が出来ず難しい場合は、日常生活の中で本人が言わんとすることを表情や動作で読み取る訓練、注意力を養う等により支援していく事が必要です。なお意思疎通支援については、ほとんど家族(親)の判断で行ってきた現状から、改善策が見いだせていない現状にあります。
- ・現行の成年後見制度は、権利擁護という視点から本人の身上監護に重点を置いて運用がされていますが、高齢者と比べ障害者の方が対象者の年齢が幅広き範囲にわたり、また必然的に成年後見人等のほうが本人より年長者になるケースが多く、加えて支援が長期にわたることが必至です。また支援の期間が長いことから、本人の状態に合わせ支援内容を変えて、高齢者に比べ、より身上監護の重要性が高いと言えます。同制度については、在り方を検討する一方、広く意思決定支援の仕組みを検討することが必要と思います。

## 障害福祉サービスの在り方に関する論点整理のためのワーキンググループに 検討していただきたい要望事項

- 医療的ケアの必要な重度障害児者を支援するために、日常生活の場に「訪問看護サービス」が利用できるような範囲の拡大を図られたい。
- 見守りが必要な障害児者またはコミュニケーションの取れない重症者の入院時のヘルパーは重要である。病院への配置ではなく、個別の介護給付の対象とするよう図られたい。
- 療養介護（医療型）（旧重症心身障害児施設）は、「昼夜分離せず施設内完結型サービス」を原則としているため、日中活動の場の選択と利用、即ち施設内の福祉サービス、施設外で受ける福祉サービスを選択できるように図られたい。
- 医療的ケアが必要な障害児者に必要な医療機器用電源装置の購入時の補助、若しくは無償配備を図られたい。
- 身体障害者手帳の障害名記載においては、複数の障害を持っていても、一つの等級が重度となると（特に1級）手帳には総合等級として記載され、各々の障害名並びに等級が記載されない場合があるので、総合等級ならびに各障害別等級の記載を義務付けるよう図られたい。
- 障害認定、支援区分に関して、日々体調の変化が激しくその対応には医師、看護師を必要とする障害児者がいる。見守りや医師、看護師の必要性を勘案した認定を図られたい。
- 移動支援に関して、移動支援の範囲に通勤、通学に拡充し、地域生活支援事業から「個別給付」とし、自治体間の支援格差の解消を図られたい。
- 短期入所先からの日中活動の場への移動を地域生活支援事業の移動支援に盛りこむよう図られたい。
- 入所施設利用者が社会参加や通院などのための外出支援を可能にするよう移動支援の拡充を図られたい。
- 成年後見制度を障害者の日常生活の質を高めるために抜本的に見直し、身上監護、医療同意に法的な位置付けを図られたい。
- 障害者総合支援法にパーソナルアシスタンス制度の導入を図られたい。
- 肢体不自由者の老後の施設として、老人施設と併設した新しい居住態勢の構築を図られたい。
- 介護保険の優先を外し、介護保険対象年齢（65歳）になった後でも、従来から受けていた支援を原則として継続されることを図られたい。