

高齢の障害者に対する支援の在り方について

平成27年3月25日

介護保険制度との関係について

<現状>

- 社会保障制度の原則である保険優先の考え方の下、サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、原則介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることになり、65歳以降は介護保険制度に移行することとなる(障害者総合支援法第7条)。
- 障害者総合支援法第7条に基づき、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、介護保険サービスに係る保険給付が優先されることとなるため、国庫負担基準においても、介護保険対象者については、介護保険では給付対象となっていないサービスに係る費用について設定されている。
- 障害福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するに当たっては、障害者が適切なサービスを受けられるよう、相談支援専門員と介護支援専門員が連携を行うことについて事務連絡で周知している。

<ヒアリングにおける主な意見>

- 介護保険優先原則に関する総合支援法第7条の見直し。
- 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、選択制とすべき。(きょうされん、全国社会就労センター協議会、全国肢体不自由児者父母の会連合会、全国身体障害者施設協議会、全国「精神病」者集団、全国脊髄損傷者連合会、日本筋ジストロフィー協会、日本身体障害者団体連合会、日本重症心身障害福祉協会、日本相談支援専門員協会、日本ALS協会)
- 65歳を超えて障害となった場合でも障害の特性に応じた支援が必要であり、障害福祉サービスを受給できるようにして欲しい。(全国社会就労センター協議会、日本盲人会連合)
- 障害福祉サービスを現に利用している者の自己決定を尊重し、市町村が介護保険優先だからと支給停止することのないようにして欲しい。(日本グループホーム学会、日本自閉症協会、日本相談支援専門員協会)
- 65歳以降も障害福祉サービスの利用が可能である旨を全自治体に徹底周知すべき。(日本精神科看護協会、日本脳外傷友の会)
- 障害者グループホームを利用しながら日中は通所系の介護保険サービスを利用するなど、障害福祉サービスと介護保険サービスを柔軟に併用できることが必要。また、利用料の負担格差の是正も必要。(日本精神保健福祉士協会)
- 施設入所の障害者が介護保険サービスを利用する場合、3ヶ月以内の退所を条件に施設入所支援事業所の所在地で要介護認定を受けることができるが、待機者が多く3ヶ月は厳しいため、条件を見直すべき。(日本グループホーム学会)
- 介護保険ではサービス量が足りない、移動支援がないため、障害福祉サービスの利用に流れこんでいる実態がある。国庫負担基準の見直しを含め、高齢障害者が増加することを真剣に考慮したサービス体系と財政基盤の確立が必要。(全国自立生活センター協議会)

介護保険制度との関係について

<ヒアリングにおける主な意見>

- 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使用では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る。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。（全国肢体不自由児者父母の会連合会）
- 介護保険ヘルパーに対する失語症に係る研修の実施等、介護保険サービスを実行化するために必要な措置を検討して欲しい。（日本失語症協議会）
- 高齢の障害者の生活を支える上で、サービス等利用計画が果たす役割が重要であり、サービス等利用計画をベースに選択できる制度の構築が必要。障害者権利条約の諸原則にもとづいて障害福祉施策を再構築する必要がある。（日本相談支援専門員協会）
- 高齢精神障害者には、必要に応じて障害福祉サービスと介護サービスを組み合わせた計画が立てられるようにするため、福祉、介護、医療など、複数制度の包括的な支援計画の立案や、事業者等が一体的なサービス提供ができる制度の創設を検討して欲しい。（日本精神科看護協会）
- 介護保険併給の場合は、国庫負担基準が極端に低く設定されているため、改めることが必要。（DPI日本会議）

<作業チームにおける主な意見>

（利用者負担について）

- 低所得者については利用料の減免に関する公費負担制度を新たに創設できるのかといった話になるかと思うが、通常の高齢者はお金払うが、障害の人が高齢者になった時に減免というのは不公平感があるので整理が必要。
- 低所得の方には減免して普遍的な介護保険サービスへのアクセスというのも十分に考えられる。
- 一般の高齢者との関係は、高齢者として介護保険に該当するなら利用者負担は公平性の観点からありうるが、低所得の人への援助はまた別に考えること。

（国庫負担基準について）

- 市長村において、どの程度負担になるかといったことも踏まえて議論する必要がある。
- 国庫負担基準については、広範囲のほうが効率的で理にかなっているのではないか。例えば都道府県レベルでの調整のほうが調整しやすいとか。
- 市町村においてどんなサービスが必要か、ケアマネジメントをどこまでやっているのか、というところまで考えてこの問題は議論する必要がある。

介護保険制度との関係について

<作業チームにおける主な意見>

(介護保険サービスの利用について)

- ケアマネジャー、相談支援専門員、地域包括支援センター、基幹相談支援センターの連携や法人内の人事交流や研修等、高齢・障害一緒の人材がお互い学び合っていくことにより橋渡しができる。
- 各事業所の苦手分野に適切なスーパーバイズを受けられるとかコーディネートをどうするかということと、困った時に相談できるような体制があることが必要。
- 介護事業所についても障害を受け入れるインセンティブを与えられるような仕組みを考えるべきではないか。
- 和光市では地域ケア会議として、地域包括支援センターや相談支援専門員等が集まって、ケアプランを基に、どのようなサービスを提供するか精査し、障害から介護への引き継ぎはケア会議の中で行っている。

(65歳到達以後に自立支援給付を受けることについて)

- 自治体によっては、例えば65歳になって手帳をとり、精神障害者が重度訪問介護の申請をするなど、介護保険で対応すべきケースについて障害福祉サービスの申請がされ、自治体が対応に苦慮するといった事例がある。
- 少なくとも利用者負担と切り離せない問題だと思うが、基本的には介護保険優先を原則とするのではないか。
- 負担のことだけで議論するとモラルハザードで制度そのものが崩れてしまう。ガイドライン的なものをもつべきかと思う。
- 介護保険で照らし合わせると良いサービスはなく、はじめてサービスを受ける場合でも障害福祉サービスが適切という人も数は少ないがいる。あまりそこはきっちりと切るわけではないのかなということはある。
- 障害年金の発病主義と同様に、高齢者特有の病気ではなく65歳以前に発病だったかどうか、といった発想もあり得るか。

(障害者総合支援法第7条の見直しについて)

- 一般論として、一般化されたサービスである介護保険を原則とするのは合理性があるかと思う。
- 一般化された、地域で支えるというのができていくのであれば、原則として65歳以上で介護保険があるということは残していく、必要があれば個別の状況をきちんと判断するというではないか。
- 高齢福祉について、保険にしたということは、起こりうる事故について準備していこうということ。保険制度ではない障害福祉と選択制というのは理論的に成り立つのか。
- 一般的な普遍的なものが先で、個別で足りないものがあればカバーするというのは多くの人を受け入れる妥当な考えだと思う。個別の方が先にあると、社会の中で人と人を分断するような話になるのでは。権利条約の個別配慮の話も重要である。

介護保険制度との関係について

<作業チームにおける主な意見>

(障害者総合支援法第7条の見直しについて(続き))

- 63万人の障害者が雇用されて社会保険料を払っており、また、この数は間違いなく増えていくなか65歳以上だけを考えるのではなく、65歳以下の人も含めて考えると、一般論を崩すのはあまりよくない。
- 基本的には介護保険優先というのは、ノーマライゼーションというか、公平性の観点から原則であろう。保険を積み立ててきたものは必要になったら使うというのが一般的であり、これを崩してしまうと、どこまでは障害者なのかというところの定義も今後変わってしまうのではないか。

介護保険制度との関係について

<今後議論を深めるべき事項(案)>

- 障害福祉サービスの利用者が介護保険サービスへ移行する際の利用者負担について、どのように考えるか。
 - ・ 低所得者の負担への配慮
 - ・ 一般の高齢者等との公平性

- 介護保険対象者の国庫負担基準額について、どのように考えるか。
 - ・ 相当する介護保険の訪問系サービスとの関係
 - ・ 財政影響
 - ・ 国庫負担基準全体の在り方

- 介護保険サービス事業所において、65歳以降の障害者が円滑に適切な支援が受けられるようにするため、どのような対応が考えられるか。
 - ・ ケアの内容の変化・低下が生じないよう、介護保険サービス及び障害福祉サービスが適切に提供されるための両制度を橋渡しする仕組み(例:障害福祉制度及び介護保険制度双方をコーディネートする人材育成、両制度に関わる関係者が連携する機関の構築、介護保険事業所において障害者ケアが適切に行われるための研修、介護保険サービスを行う法人と障害福祉サービスを行う法人の連携など)

- 65歳前までに自立支援給付を受けてこなかった者が65歳以降に自立支援給付を受けることについてどのように考えるか。
 - ・ 介護保険にはない障害福祉独自サービス(同行援護、行動援護等)の取扱い
 - ・ 65歳前より障害を有していたが、65歳まで手帳等をとらずにいた障害者との公平性や65歳前より障害を有した者と65歳以降に障害を有した者との公平性

- 障害者総合支援法第7条における介護保険優先原則について、どう考えるか。
 - ・ ノーマライゼーションや一般の高齢者等との公平性
 - ・ 社会保険制度である介護保険制度と公費負担による障害福祉制度の関係

心身機能が低下した高齢障害者の障害福祉サービス事業等の対応について

<現状>

- 障害者支援施設にグループホーム等から入所する知的障害者の入所理由として、機能低下や疾病等に対応困難なことが挙げられている。(2013のぞみの園調査より)
- 特別養護老人ホームに障害者支援施設から入所する知的障害者の入所理由として、日常生活に介助が必要になったこと等や若年層と同一の生活空間が危険との理由が挙げられている。(2013のぞみの園調査より)
- 障害者支援施設やグループホームについては、手厚い支援体制や医療体制を評価する加算を設けている。
- 平成27年度においては、新たな加算として、視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(施設入所支援)や常勤看護職員等配置加算(生活介護)を設けている。

<ヒアリングにおける主な意見>

- 高齢障害者が継続して在宅生活を送るためのハード面・ソフト面での在宅支援の充実や地域での移動の保障等が重要。
- 障害者の高齢化・重度化に対する支援として、介護保険とは別の障害者に特化したサービス体系の構築が重要。
- 高齢障がい者を支援する観点から、①夜間支援の人員強化、②居住環境のユニット化、③グループホームでも日中支援を実施できるような体制強化、④医療との連携を図るための看護師の配置と財政面での支援、⑤365日24時間の相談対応が可能な体制の整備の5機能を備えた居住支援の場が必要。また障害者総合支援法の附帯決議にある小規模入所施設(協会案は「地域小規模多機能施設」)等、ユニット形式や昼夜問わない支援が可能な新たな施策が必要。(以上、日本知的障害者福祉協会)
- もともと障害がある者が高齢になった場合を想定したサービスとして、グループホームでの日中支援の充実やホームヘルプの利用の拡充等が必要。(全国自立生活センター協議会)
- 高齢障害者については特別養護老人ホーム等への入所は相当に困難であり、さらにそれぞれの障害特性を勘案すると、障害福祉サービスの中で「最後まで」暮らし続けることができる仕組みが必要。日中活動に通えなくなった高齢かつ重度の方、行動障害や重症心身障害者等への居住支援として、新たな多機能居住支援類型の創設を検討して欲しい。また、補助単価の大幅な引き上げが必要。(全国地域生活支援ネットワーク)
- グループホーム、施設入所支援、日中活動とも、高齢化に向けた人員配置を検討すべき。(日本グループホーム学会)
- 身体合併症も含めた医療的ケアや見守り機能を強化したグループホームや居住の場の創設が必要。(日本精神保健福祉士協会)
- 高齢化に伴い、精神症状は安定したものの、生活障害が目立ち要介護状態にある精神障害者の受け入れに係る課題の解消に向けて、グループホームにおける専門職員の配置が可能となるような財政的措置を必要。(日本精神科病院協会)
- グループホーム、生活介護等を高齢対応にするため、設備バリアフリー、活動内容見直し、医療的介護、身体介護ヘルパーの活用等が必要。(日本自閉症協会)

心身機能が低下した高齢障害者の障害福祉サービス事業等の対応について

<ヒアリングにおける主な意見(続き)>

- 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。(全国肢体不自由児者父母の会連合会)
- 要介護度に障害の重さが反映されず介護保険サービスの対象となりにくい高齢精神障害者には、養護老人ホームやサービス付き高齢者住宅も居住の場の選択肢となり得るが、相談支援専門員、精神保健福祉士等による職員へのコンサルテーションや利用者への定期的な訪問が可能となる仕組みが必要。(日本精神保健福祉士協会)
- 高齢化、機能低下により医療が必要となっても、医療の提供が受けられないことも考えられることから、様々な特性のある障害者に対しては将来安定した生活が送れるよう配慮していただきたい。(日本重症心身障害者福祉協会)

<作業チームにおける主な意見>

(障害者の高齢化に伴う障害福祉サービス事業所の課題について)

- 施設機能そのものをどう考えるか。高齢になって介護が必要になった人達についても、支援をするところなのかどうかを含めて議論をしなければならない。
- 施設はある程度集団処遇でやってきたが、高齢の方については食事や排泄も個人対応となるため、受け入れる施設はユニット化か小規模化が必要と思う。高齢に対応した、介護度が今までと違う人のものが確実に必要なのだと思う。
- 障害福祉は元気な人を中心とした体制であり、通院や緊急対応等の対応が難しい。施設運営の問題も含め、ある程度規模がないと厳しいのではないか。介護保険との絡みでどのようなバランスにするかもある。
- 一般的には医療的ケアの体制はできていない。医療的ケアの体制、通院が頻繁となると多くの人員が必要となる。
- 高齢障害者の受け皿として多機能拠点の機能を強化していくというのが良いのではないか。

(高齢障害者の日中活動について)

- 日中活動ができず職員が張り付いてしまうと、人員配置があわなくなる。基本的に元気な人を基本にした人員配置であるため手当が必要。
- アメリカ等では高齢者用のGHというのがあり、プログラムも異なっている。
- GHについては、日中活動を利用する者としめない者に対して併せてサービス提供を行うことが人員的に厳しいとなると、若年者と異なる活動を行う高齢者GHというのも一つ選択肢。
- 制度の問題だけではなくて、介護と障害福祉合わせてしっかりとマネジメントの問題を意見交換しながら、状態に合わせてというのを新しく考えていかなければいけない。障害者支援施設の高齢化は本当に進んでおり、50歳以上が半分以上であり、どこが施設入所支援で、どこか生活介護なのかがあいまいになりつつある。

<今後議論を深めるべき事項(案)>

- 心身機能が低下した高齢障害者について、障害福祉サービス事業所で十分なケアが行えなくなっていることについて、どのような対応が考えられるか。
 - ・ 障害福祉サービス事業所における、介護技術・知識の不足、マンパワー不足、医療的ケアの増加、バリアフリー等の設備上の課題
 - ・ 心身機能の低下した高齢障害者に対する障害者支援施設等やグループホームの位置づけ
 - ・ 介護保険事業者等との連携や地域生活支援拠点の活用や在り方
 - ・ グループホームや障害者支援施設等の入所者等に対する日中支援活動の在り方

いわゆる「親亡き後」について

<現状>

- 65歳未満の知的障害児・者の親との同居率は約91%(精神障害者は約66%、身体障害児・者は約41%)であり、夫婦で暮らしている知的障害者の割合は約5%(精神障害者は約25%、身体障害者は約60%)である。(平成23年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)より)
- 知的障害者が高齢化し、親等の支援者が亡くなった場合には、財産管理、身上監護、日常の金銭管理等の支援機能を喪失することとなるケースがある。(第1回作業チーム志賀構成員提出資料より)

<ヒアリングにおける主な意見>

- 親が担っていた役割を、各サービス提供事業所、成年後見人、相談支援事業所等でどのように分担するのかが、責任の在り方を含めて問題になる。(全国重症心身障害者日中活動支援協議会)
- 高齢障害者が継続して在宅生活を送るためのハード面・ソフト面での在宅支援の充実や地域での移動の保障等が重要。(日本知的障害者福祉協会)【再掲】
- 高齢化、機能低下により医療が必要となっても、医療の提供が受けられないことも考えられることから、様々な特性のある障害者に対しては将来安定した生活が送れるよう配慮していただきたい。(日本重症心身障害者福祉協会)【再掲】

<作業チームにおける主な意見>

- 親が自宅で障害者を抱えてしまっているケースがあり、親が抱えずに障害福祉サービスを使える体制を作っておく必要。親が高齢化してはじめて障害福祉サービスということもあるため、早めに障害福祉サービスを受けられるような相談しやすい体制などを作る必要がある。
- 地域における相談支援体制により、身近な誰かが相談支援することによって乗り切ることができれば家族にとってもいいこと。
- サービスに委ねてしまうと、うまくマネジメントする人材が必要であり、また、サービスに委ねてしまって、もう少しエンパワメントできるはずなのにできてないこともある。潜在的能力があるのであれば、エンパワメントを通じて将来に備えられるかなと思う。自分でできることを増やしていくことも必要。ある時から何でもやれというのは話も違うのではないか。
- 高齢化した障害者がポリュームゾーンになり、ある程度障害を持った方が家庭を支えると言ったことが増えてくるのは間違いない。本人の権利を考えながら、どうやってその人の人生を考えていくのか、あるいは家族の中で将来について意見の対立があった時にどうしていくか考えていく仕組み必要も必要。

いわゆる「親亡き後」について

<作業チームにおける主な意見(続き)>

- ケア会議の中では、必ず5年後、10年後はどうしていくか、親が亡くなったときにどうしていくのかというような視点も含めて権利擁護の体制を準備していこうということで必ず聞く。プランの中にも、成年後見人をつけていくように支援するということを付け加えている。
- 「親亡き後」の生活をどのように組み立てていけば良いのか、本人はどう思っているのかというすり合わせは、周りがある程度支えながら行う必要がある。
- 高齢になっても、社会参加できる機会が作られることは大切である。

<今後議論を深めるべき事項(案)>

- いわゆる「親亡き後」と言われるような、親等それまで障害者を支えてきた支援者の高齢化や死亡などの支援機能の喪失後もできるだけ地域において安心して日常生活を送るために、どのような対応が考えられるか。
 - ・ 支援機能の喪失前からの「親亡き後」の準備及びインフォーマルサービスも含めた環境作り
 - ・ 支援者の支援機能の喪失後の自立に向けた、中長期的ケースマネジメント
 - ・ 準備や環境作りのために障害者自身や親をはじめとする支援者がそれぞれ担うべき役割とそれを支援する体制の構築