

障害福祉サービスの在り方等について(論点整理案)に対する意見

はじめに

当会では、全国大会・各地区ブロック大会開催、専門委員会、研修会を通じ地域課題を含めて、関係省庁に要望活動を続けてきたが未だ実現に至らぬ現状にあります。殆どが障害者総合支援法の検討規定(附則第3条)に含まれており、特に医療的ケアを含む常時介護を必要な重度の障害児者や車いす使用等が主な生活形態であり、特に市町村で障害福祉サービス(日中と夜間・時間数・移動支援)に見解の相違が生じ、地域間格差が大きく、全国一律な制度を求めます。今回、三年後の見直しに向け当会の特性でもある重度心身障害児者及び肢体不自由児者が安心・安全に地域生活を営める障害福祉サービスとなるよう意見を提案いたします。

I 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の定義と常時と介護について

常時介護を要する障害者とは、「誰かのサポートがないと一人では生命の維持することができない人」「日常生活において、自力で対応が困難で、その都度何らかの介助・補助を必要とする方」であつて肢体不自由者、重症心身障害者や知的障害者等の名称で定義するのではなく、前述を表現できる定義と考える。

常時介護の「常時」とは、生活の基本動作(摂食・排泄・衣類の着脱等)、危険を回避するための見守り、発作時の座薬使用などの緊急対応、意思決定支援、医療的ケアや体位交換などの都度、すなわち24時間であり、「介護」とは、目的達成のための介助・補助と考えます。なお、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律の施行について」(平成21年12月28日職 発1228第4号 雇児発第1228第2号)では「常時」を「常態的に介護を必要とする状態」とし、「介護」を「歩行、排泄、食事等の日常生活に必要な便宜を供与する意味」とあり、常時介護の状態説明で問題行動項目が設定されています。「・・・食事等」の「等」には問題行動関連での必要な便宜供与も介護に当たると考える。よってこの法律の定義以外とするならば抜本的な法律用語の改訂を求める。

「常時介護を要する障害」のニーズのうち、現行サービスでは何が不足しており(使い勝手が悪い)、どのように対応すべきかについて

日中と夜間の分離が出来ない為、24時間を施設の中で過ごすことになる。多様な生活が送れるようにする。具体的には「重度訪問介護」では個別支援支給が認められる範囲、優秀なスキルを持った人材とその報酬、そして事業所が少ない。「行動援護」「療養介護」では対応できる介助者の不足、施設不足、日中生活活動の支援不足。「生活介護」では人材不足、医療的ケアが必要な障害者の送迎サービス不足。「重度障害者等包括支援」では報酬単価が低い為事業所不足、などが挙げられる。

同じ事業の利用者であっても、障害の状態等により支援内容に違いがあることについて

利用者に合った支援が不可欠であるので違いがあつて当然である。

支援する人材の確保や資質向上の方策・評価について

重度重複障害者の支援には、高いスキルと豊富な経験が必要とします。支援者の経験年数が評価される加算(支援者に対して)を検討する必要があると考える。

パーソナルアシスタンスと重度訪問介護との関係について

パーソナルアシスタンスという言葉が先行し、内容について十分に議論されていない。欧米(特に北欧)の制度を取入れるのであれば、税制保障がなければ達成できない。重度訪問介護の利用者には、きめ細やか

な介助が必要になるので有効なシステムではと考える。

II 障害者等の移動の支援について

個別給付に係る移動支援と地域生活支援事業に係る移動支援の役割分担について

地域生活支援事業が必須事業に位置付けられ、生活において自由な行動を保障するためにも義務的経費で個別給付とするのが良いと考える。

個別給付に係る移動支援について、通勤・通学等や入所中・入院中の取り扱いについて

通勤・通学等の移動支援利用について地域差が生じている。障害者権利条約の内容を遵守するならば、移動に関して完全保障であると考え。なお、通勤は、就労促進の観点から地域生活支援事業でなく、利用者の実態から労働（雇用）政策で行うのが良いと考える。

III 障害者の就労支援について

障害者の就労に関する制度的仕組みについて

ノーマライゼーションを考慮した上で、障害者の就労について企業の義務化を更に促進する必要があると考える。就労アセスメントは、中途障害、特定の障害に適応するが、養護学校(特別支援学校)卒業生には不向きである。学校での実習と体験学習および更生相談所の判定を組合わせて進路先を選択する方法に改めるのが良いと考える。重度障害者や障害の特性から常時の観察を要する利用者の継続的な支援と就労継続が不安定である。一般的就労と福祉的就労に区分している是非の問題もある。「就労」の定義を再検討し、制度を見直す必要があると考える。

就労継続支援 (A型及びB型)、就労移行支援の機能やそこでの支援の在り方について

障害の程度、状況によって職種・日数・就労形態などが変わる。それに対応できるよう、事業所が柔軟に組織・体制をとれるように制度をつくる必要があると考える。

IV 障害支援区分の認定を含めた支給決定のあり方について

支給決定プロセスの在り方について

認定調査員や医師の見解にバラツキがあり、その不確定な状況判断項目で区分が決められている。統計学的な整合性を謳っているが状態像を分類できたとしても個別のニーズに画一的なものは存在していません。二次判定で審査員の意見で調整されますが、あくまでも書類上のチェックで実態と異なっている。

障害支援区分の意義・必要性・役割について

障害区分の認定がサービス等利用計画にどれほど有効性があるのか。使えるサービスが地域にありません。

障害支援区分認定における障害特性の更なる反映について

肢体不自由の関係では、基本動作の項目に止まっていて、「判断能力が低い」ことを評価する項目がありません。

障害者が地域で必要な介護が受けられるような国庫負担基準のあり方について

医療的ケアを含む重度障害者が利用する「居宅介護サービス及び訪問系サービス」に係る国の支出を一定の負担基準を(単位)を設け、それを市町村全体の事業費オーバーした額について市町村が25%以上上乗せして支出せざるを得ない。その計算は、当該市町村の利用者全体の事業費と国が定めた区分1～6までの単位表で算出した事業費で市町村がオーバーするとオーバー分国の負担分50%は負担せず、市町村が被る。大都市では、利用者が多いので市町村負担はない。しかし、人口の少ない地域では一箇所のグループホームだけで重度障害者や包括支援対象者が利用していると国の負担基準を軽くオーバーし数百万円から一千万円となる。従って、必要に応じた「居宅介護サービス及び訪問系サービス」を受けた場合、国庫負担基準に係わらず国が50%負担となるように国庫負担基準の在り方の検討が必要と考える。

V 障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進の在り方について

認知症をベースとする現制度は障害者に合っていない。医療的措置の判断の機会が加齢とともに増えるが後見人には認められていない。金銭管理と身上監護を区別し、身上監護は必ずしも法的資格者でなくても可能とすることを含めて、長期間後見を要する障害者を対象とする制度の確立が利用促進につながると考える。

VII 高齢の障害者に対する支援の在り方について

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

基本的には、「保険制度」は「障害者施策」にはそぐわない。障害者総合支援法で提供される介護は、生活を自立させるべき段階に支援を行うものであり、介護保険の理念とは異なります。理念の違いを理解した上で、一定以上の所得がある場合は、介護保険制度の自己負担発生は致し方ないとする。

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には

現在、65歳になった時点で「入所施設の利用者は希望すれば入所施設の継続使用が容認されている」に対し、「通所施設利用者は介護保険施設への移行が原則で、受け入れ態勢のない場合のみ、従来の通所施設の利用が可能」を希望すればそのまま利用中の施設が利用できるように「通達」で継続使用の明確化を図る。サービス等利用計画と介護保険のケアプランがリンクするような方法を検討する必要があると考える。

65歳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

障害があっても自立支援給付を使用しない方が、65歳を過ぎて自立のために自立支援給付を受けることは当然と考える。

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

「通達」の主旨が市町村自治体に徹底されない現状と65歳を過ぎても自立し生活を送ることから障害者総合支援法第7条の介護保険優先原則は撤廃すべきと考える。

高齢者のデイサービスと障害者の生活介護は内容が違うと思う。グループホームも認知症高齢者用と障害者用と違いがある。一括して介護保険優先には無理がある。

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

入所施設、通所施設の利用者の高齢化による介護の多様化は予見できたことであり、基本的に施設で対応すべきと考える。対応のためのソフト、ハード面の整備に要する費用負担は、一定の合理的基準で補助が必要と考える。

いわゆる「親亡き後」といわれるような、支援者の高齢化や志望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、どのような対応が必要であるかについて

地域全体が受け皿になっていないと都会のマンションでヘルパーとだけ生活しているのが地域生活となってしまいます。独居老人の関わりと同じです。町全体で育む必要があり、親の準備、行動が大切と考える。

IX 障害児支援について

家族支援や医療的ケアが必要な障害児への支援を含め、障害児支援の在り方について

重症心身障害の場合、児から者への切れ目のない支援が必要である。保護者が自身の家族のために使える時間が制限されており、保護者のレスパイトの利用希望があっても短期入所先が生活圏域になくてなかなか利用できにくい。特に医療的ケアのある障害児を受け入れる施設がない。

家族支援の中に当然、兄弟支援を含めて考える必要がある。

重症心身障害児に当たらない医療的ケアが必要な障害児支援について

障害福祉サービス全般にわたって医療的ケアが課題となっている。短期入所先がない。扱う事業所がない。

医療的ケアが必要な障害児や重症心身障害児をはじめ、障害児支援の質の向上をどのように図っていくかについて

福祉と医療機関との連携については、地域医療者と福祉関係者が同じテーブルについて、どちらからも、互いに困りごとを出し合い、議論する機会を設ける。

障害種別ごとの専門性と人員配置基準等に支援体制については、総合支援法や権利条約を遵守するならば、種別ごとの専門性や基準で分けるべきではないと考える。

利用者の困りごとが移動であれば移動支援。徘徊ならば見守り強化等。人に基準があり、受け入れ場所に基準があるわけではありません。たくさん移動支援が必要な利用者が集まれば、送迎が必要。たくさん医療的ケアがあるなら看護師が必要となります。個人に報酬を加算すべきと考える。

第4期障害福祉計画では「障害児支援体制の整備」が加わっていますが、障害福祉計画における位置づけについて

一般的な子育て計画から「障害児支援体制の整備」として項目を設けたことについて評価するが、新規に加わったことの周知が市町村までなく、市町村自治体も積極的に取り組まれていない。自立支援協議会での取り組みもおざなりとなっていると感じている。

以上