

## 障害者自立支援法の見直しに向けての地方からの提言③

平成20年6月30日  
千葉県知事 堂本 暁子

※個々の障害福祉サービスや地域生活支援事業に係る具体的な運用上の課題については、別途整理の上、改めてまとめて提言を行う。

### 1. 障害児支援について

#### <現状と課題>

- 障害があってもなくても、子どもは親の愛情の下、家庭において養育されることが基本。障害児であっても、健常児と同様の、子育て支援策を基本に、障害があるがゆえの療育的・専門的な観点からの支援を上乗せしていくことが必要。
- しかしながら、現状は、健常児の子育て支援策との連携は薄く、また、障害児に対する地域の療育支援機能は極めて乏しい状況にある。
- 障害児といっても、様々な特性があり、ニーズも異なるため、きめ細やかな支援策の検討が必要であるが、総じて、ライフステージごとの障害児とその家族に対する社会資源の絶対的な不足と、ライフステージ間の関係者の連携の問題が共通課題。
- 障害特性ごとの課題としては、大きくは、ダウン症児や肢体不自由児、重症心身障害児、盲ろう児等のように、産後比較的早期に障害は発見されるが、告知後の親の心身面でのケアや、医療や福祉の分野における専門的な支援が不足しているという課題と、発達障害児のように、早期発見やその後の親の障害受容から困難性があり、専門的な支援体制の充実と併せ、一般的な健常児施策から、専門的な支援に（『入口は一般、出口は専門』）という流れ自体を構築していく必要があるという課題がある。
- また、社会的養護性の高い児童に対する支援について、現在は、主として障害児施設における支援が中心となっているが、そこでの措置と契約の取扱いについて、その解釈・運用が一律でなく、また、決定過程も透明性に欠けるとの批判が現場から根強くある。
- さらに、措置・契約といった入所形態にかかわらず、児童の家庭再統合や家庭復帰に向けた取組はほとんど行われていないため、いったん入所すると、なかなか家庭復帰ができないという実態がある。

## <提 言>

- 子どものライフステージを通じて一貫した支援が可能となるように、医療・福祉・教育・就労の行政・民間双方の関係者の密接な連携が必要であり、これを地域単位でのシステムとして確立していくことが必要である。(特に、発達障害児に代表されるように、健常児の子育て支援に関わる関係者との連携は不可欠である。)
- 実際の連携を図る場としては現行の地域自立支援協議会の中に療育部会を設置することが考えられるが、その前提として、障害を持つ(或いはそれが疑われる)子どもごとに個別支援計画を作成していくことが必要であり、当該計画を作成する主体が部会をコーディネートしていくという形を構成することが必要である。
- 現在はこうした役割を誰が担うのかが不明確であるため、例えば、できる限り窓口としての敷居は低く、また、個人情報を扱っていくことを考慮して、市町村或いは地域ごとに、現行の子育て支援センターの機能を拡充させて、専門療育機関とも連携を図りながら、ちょっと発達に不安がある子どもから障害のある子どもについてまで、その家族からの相談に対応するとともに、適切に専門機関につないでいく形を検討してはどうか。
- また、発達障害児を中心に早期発見が課題となっているため、およそ子どもが成長に応じて関わる機関(保健所・保育所・幼稚園・学校等)の障害理解を進める必要があり、例えば、現行の障害児療育等支援事業所や通園施設のような療育センター、発達障害者支援センター等を活用しつつ、積極的にこれらの機関に対する支援を行っていくことが必要であると考えられる。
- 障害のある子どもへの医療面の課題としては、障害の診断を行ったり、リハビリを実施することが可能な医療機関や、小児神経科医や児童精神科医、小児のリハビリに対応可能なリハビリ医といった専門の医師が絶対的に不足しているということがある。(医療機関にもよるが、受診を希望してから、数ヶ月から2年待ちが当たり前の状況。)
- このため、こうした医師の養成(小児科医の研修過程において障害理解を進めるための体系的なプログラムを導入するなど)に力を入れる必要があるとともに、現行の診療報酬上の課題(※)も改善していくことが必要である。

(※) 障害児の診療には、広いスペース（例えば、6m四方のプレイルーム）、療育スタッフ（例えば、臨床心理士は発達障害児への診断精度の向上等に寄与している。）を必要とし、また、その診断には多職種との連携、そして実質的に長時間（約1時間/人）を要するが、現在の技術料や薬価に対する評価が中心の診療報酬体系においては、こうした診療形態が評価されなかったり、必要なスタッフの診療報酬がつかない等の構造的な問題があり、結果的に病院にとっては不採算部門となりやすく、経営的な判断から実施されないことが多い。

○また、医療ニーズの特に高い重症心身障害児やその家族に対する地域の療育支援機能は殆ど皆無の状況にある。その結果として、（いわば将来に備える形での）重症心身障害児施設への入所希望が殺到し、いったん入所すれば、亡くなるまで入所が続くという状況があるため、当該施設は恒常的に満床状況にある。（現状では、家庭でなんとか子どもの支援を行っている親が、短期・長期にかかわらず、家庭での支援が困難になったときに施設を利用できるような状況にはまったくくない。）

○重症心身障害児については、早急に家庭で支援を行う親のレスパイト機能を検討することが必要であるとともに、重症心身障害児施設についても、その総合療育機能を活かして、地域資源としても活用されるよう、その整備を促進していくことが必要である。

○実態として、社会的養護性の高い児童への支援を行っている障害児施設については、児童の入所の在り方に「原則契約」や「原則措置」といった一律の規範を設けるのではなく、より客観的な措置基準と公平・公正な決定の在り方を検討することが必要である。

○また、入所児童の家庭再統合・家庭復帰に向け、入所前の段階から、地域の関係者による相談支援（ケアマネジメント）を実施し、入所後においても、定期的に関係者によるケース会議を開催していくことが必要である。

## 2. サービス体系について

### <現状と課題>

- 現在は障害程度区分によって利用することができるサービスに制限がかけられているが、本人や家族の置かれている環境や意思、サービス利用の必要性について考慮することなく利用できるサービスが認定結果のみから決められることについては、現場からの抵抗感が強くある。
- 施設入所支援の昼夜分離について、入所施設の役割をどのように位置付けるのかにもよるが、24時間の支援が必要な者を対象に考えるのであれば、現実的ではないのではないかと指摘が現場から多くなされている。

### <提 言>

- 障害程度区分認定によって利用可能となるサービスの制限を見直し、サービス利用については、相談支援（ケアマネジメント）により決定する仕組みとすべきである。
- 施設入所支援については、先ずもって、地域での生活を前提とした場合の入所施設の役割について明確にした上で、その結果に応じて、現行の昼夜分離というサービス体系が現実的なのかどうか改めて検討することが必要ではないか。

## 3. 地域生活支援事業について

### <現状と課題>

- 地域生活支援事業のうち、市町村事業については、標準的な単価や基準を示すべきではないかとの声が市町村や利用者、事業者からは非常に強い。
- この背景には、厳しい財政事情等の理由により、市町村において必ずしも十分な事業実施が図られず、結果的に複数の市町村で事業を展開している実態があり、それぞれ市町村において仕組みが異なる中で、複数市町村からの利用者を受け取る事業者にとって事務負担が相当に大きくなっていることがあげられる。
- また、こうした市町村の実態の中で、必ずしも十分な事業実施が図られていない市町村に在住する利用者からは、国や県においてもっとルールを定めて事業実施を図っていく必要があるのではないかと指摘がなされている。

### <提 言>

- 地域生活支援事業について、地域の実情に応じてサービス提供ができるような仕組みとしたこと自体については、総論として評価できるものである。

○しかしながら、市町村の事業実施の実態を踏まえると、特に地域生活支援事業の中でも、全ての市町村において実施していくことが求められる事業（例えば相談支援事業など。）については、少なくとも一定のサービス水準が確保されるまでの間は、国或いは都道府県において基準や単価を設定していくことが必要であると考えられる。（その際、このような趣旨を踏まえ、事業の財源についても、交付税ではなく、補助金の形とし、市町村において、明確に当該事業に充当されるような形とすることが必要であると考えられる。）



平成20年6月30日

社会保障審議会障害者部会  
部会長 潮谷 義子 様

社団法人全国脊髄損傷者連合会  
副理事長 大濱 眞

## 地域生活を支えるための事業体系について

### 1. 支給決定を受けてもサービスが利用できない

- 重度訪問介護**の介護報酬（≒1665円/h）が安すぎて、
  - ・利用者が、**支給決定を受けてもサービスを利用できない**
  - ・事業者の経営が逼迫していて、**事業を維持できない**などの問題が生じている。

⇒介護報酬を介護保険の生活援助なみに引き上げることが必要。

### 2. 必要な量のホームヘルプサービスが正しく支給決定されない

- 厚生労働省が再三にわたって自治体に注意喚起をしているにもかかわらず、財政的な制約から、**必要な量のホームヘルプサービスが正しく支給決定されていない。**

⇒25%分が負担できない市町村を念頭に置いて、居住地特例や財政調整など、費用負担の仕組みを工夫する必要がある。

⇒国庫負担基準を超過する市町村を念頭に置いて、**国庫負担基準額の引き上げ、もしくは給付費全額を国庫負担の対象とする**必要がある。

### 3. ケアホームの対象範囲の拡大について

- 小規模なケアホームで対応可能な全身性障害者は、常時マンツーマンの介護を必要としない軽度者に限られる。**
- にもかかわらず、ケアホームの対象範囲を身体障害者にも拡大すれば、**1日6.0時間以上のホームヘルプを必要とする身体障害者はケアホーム+日中活動系サービスしか支給決定されなくなってしまう。**

⇒ケアホームの対象範囲の拡大には**慎重な検討**が不可欠。

⇒仮に身体障害者へ対象範囲を拡大するのであれば、**障害程度区分1～3に限定**するといった制度的な措置が不可欠。

⇒ケアホーム等への入居を強要されることなく、**地域生活に必要なサービスが受けられることを明示**する必要がある。

## 障害者自立支援法

(市町村等の責務)

第2条 市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

- 一 **障害者が自ら選択した場所に居住し**、又は障害者若しくは障害児（以下「障害者等」という。）がその有する能力及び適性に応じ、**自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう**、当該市町村の区域における障害者等の生活の実態を把握した上で、公共職業安定所その他の職業リハビリテーション（障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第二百二十三号）第二条第七号に規定する職業リハビリテーションをいう。第四十二条第一項において同じ。）の措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、**必要な自立支援給付及び地域生活支援事業を総合的かつ計画的に行うこと**。
  - 二 障害者等の福祉に関し、必要な情報の提供を行い、並びに相談に応じ、必要な調査及び指導を行い、並びにこれらに付随する業務を行うこと。
  - 三 意思疎通について支援が必要な障害者等が障害福祉サービスを円滑に利用することができるよう必要な便宜を供与すること、障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のために関係機関と連絡調整を行うことその他障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行うこと。
- 2 都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。
- 一 市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。
  - 二 市町村と連携を図りつつ、必要な自立支援医療費の支給及び地域生活支援事業を総合的に行うこと。
  - 三 障害者等に関する相談及び指導のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものを行うこと。
  - 四 市町村と協力して障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行うとともに、市町村が行う障害者等の権利の擁護のために必要な援助が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。
- 3 国は、市町村及び都道府県が行う自立支援給付、地域生活支援事業その他この法律に基づく業務が適正かつ円滑に行われるよう、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

# 1. 支給決定されてもサービスが利用できず

## ① 重度訪問介護とは

### 重度訪問介護

- 全身性重度障害者に対して連続長時間のホームヘルプを提供するサービス類型。  
⇒ 個々の障害者の障害特性に応じた高度な介護技術が必要。  
⇒ ゆえに、障害者1人1人の介護内容に慣れたベテランヘルパーが不可欠。
- 長時間である代わりに、短時間型のホームヘルプサービスに比べて低単価。

障害程度区分6の重度訪問介護対象者であっても、

- 家族同居などの場合  
⇒ 短時間型のホームヘルプサービスをピンポイントで利用する  
【例】入浴の身体介護、トイレの身体介護、など
- 単身独居の場合や、日中に同居家族が仕事に出かけている場合  
⇒ 長時間滞在型のホームヘルプサービスである重度訪問介護を利用する  
【例】同居家族が仕事に出かけている平日の8時～19時について、連続11時間の重度訪問介護を利用する、など

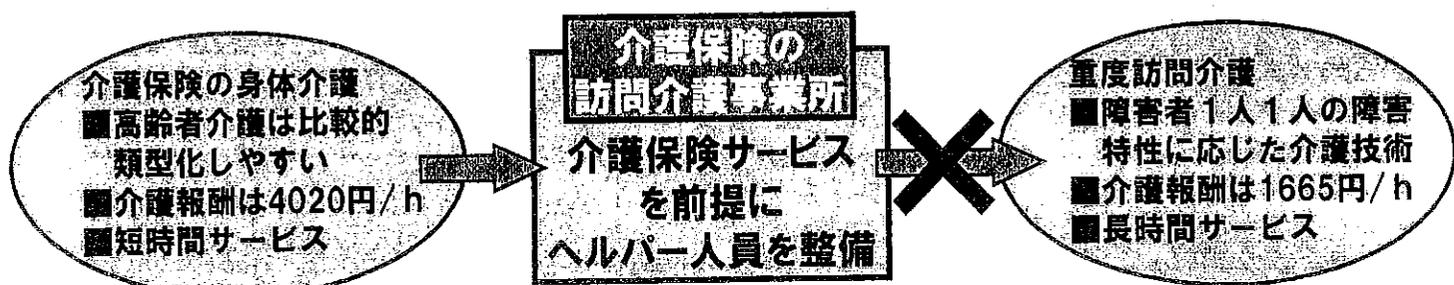
## ② 利用者の事例

### 事例1：Aさん

- 脳性マヒ、障害程度区分4、30万人都市に在住
- 身体介護60時間/月、家事援助30時間/月、重度訪問介護200時間/月の支給決定を受ける  
⇒ 身体介護の支給時間数はサービスを利用できている  
⇒ しかし、**重度訪問介護**では派遣体制を組めないため、市内のサービス事業者では引き受けられず、  
(1ヵ月間で) たった4時間しか利用できない

### 事例2：Bさん

- ALS患者、障害程度区分6、都内在住
- 重度訪問介護の支給決定を受ける  
⇒ しかし、サービス提供地域内のヘルパー事業所80カ所に派遣を申し込んだものの、すべて断られてしまった。



### ③ 事業所と市町村の事例

#### 事例3：事業所C

- 人工呼吸器を利用する難病患者の親が中心になって運営。
- 最重度の難病患者を積極的に支援。障害児や養護学校卒業生などの利用者が多い。呼吸器利用者などの困難な障害者の支援を市役所から依頼されて引き受ける例も。  
⇒非常に高度な介護技術を要するが、長時間で低単価な重度訪問介護の利用者が集中しているので、サービス提供しているのに、20%を超える赤字になっている。

#### 事例4：D県D市

- D市では、自立支援法の施行前は、特別養護老人ホームのヘルパー部門などがパイオニアとなって支援費制度のホームヘルプサービスが提供されていた。しかし、
  - ・介護保険事業の収支が悪化、
  - ・介護職離れによる介護事業全体が人材不足、
  - ・自立支援法のホームヘルプサービスの介護報酬が介護保険に比べて低い、
 などの理由から、介護保険事業所が本来事業（特養・通所・訪問介護）を優先し、**自立支援法に基づくホームヘルプサービスを停止せざるを得なくなる。**
- 市内の重度訪問介護の利用者7名全員はNPO法人のヘルパー事業所が引き受けている。しかし、1カ所の事業所だけで対応していて、その事業所も人員不足なので、必要な時間帯になかなか派遣してもらえない。

## 【まとめ】必要なサービスが受けられるように

利用者が安定的にサービスを受けられるような報酬が必要

特に重度訪問介護（≒1665円/h）については、介護保険の生活援助よりも報酬が低く設定されているので、少なくとも生活援助と同水準（≒2080円/h）への引き上げが不可欠

#### ホームヘルプサービスの1時間あたりの介護報酬

	自立支援法（H18.10.1～）	介護保険（H18.4.1～）
身体介護	4000円/h (日中1時間)	4020円/h (日中1時間)
家事援助 生活援助	1500円/h (日中1時間)	2080円/h (日中1時間)
重度訪問介護 (区分6)	1665円/h (日中8時間)	

※いずれも丙地における日中単価。  
 ※介護保険は、特定事業所加算を含まない。  
 ※重度訪問介護は、区分6の報酬（7.5%加算）。

## 2. 必要なサービス量が支給されない

### ① 自立支援法における支給決定の理念

#### 障害者自立支援法 第2条

市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

- 一 障害者が自ら選択した場所に居住し、又は障害者若しくは障害児…がその有する能力及び適性に応じ、**自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、…必要な自立支援給付及び地域生活支援事業を総合的かつ計画的に行うこと。**

#### 障害保健福祉関係主管課長会議（平成20年3月5日開催）資料

訪問サービスに係る支給決定事務について、…

- ② 支給決定基準の設定に当たっては、国庫負担基準が個々の利用者に対する支給量の上限となるものではないことに留意すること
- ③ **支給決定に当たっては、申請のあった障害者等について、障害程度区分のみならず、すべての勘案事項に関する一人ひとりの事情を踏まえて適切に行うこと**

また、特に日常生活に支障が生じる恐れがある場合には、…例えば、個別給付であれば、いわゆる「非定型ケース」…として、個別に市町村審査会の意見を聴取する等により、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、**地域において自立した日常生活を営むことができるよう適切な支給量を定めていただきたい。**

### ② 支給決定された支給量が足りない事例

	入所施設での費用	地域移行に必要なヘルパー量	実際のヘルパー支給量
事例5 5万人の市のEさん	療護施設 43万6000円 区分A	身体2時間×週3 家事3時間×毎日 区分5・独居	身体2時間×週3 家事3時間×毎日 ⇒25万0000円
事例6 4万人の市のFさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 7時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 7時間×毎日 ⇒35万1000円
事例7 12万人の市のGさん	労災病院で リハビリ	重度訪問介護 24時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 6時間×毎日 ⇒30万3000円
事例8 20万人の市のHさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 24時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 8時間×毎日 ⇒40万0000円
事例9 県庁所在地のIさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 16時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 10時間×毎日 ⇒49万8000円
事例10 20万人の市のJさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 16時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 10時間×毎日 ⇒49万8000円
事例11 1万人の町のKさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 24時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 12時間×毎日 ⇒62万0000円

入所施設より安上がりになる支給量であれば、必要な時間数が正しく支給決定されている

※人工呼吸器利用者であるにもかかわらず、時間しか支給されないため、地域で生活できず、やむなく東京へ。

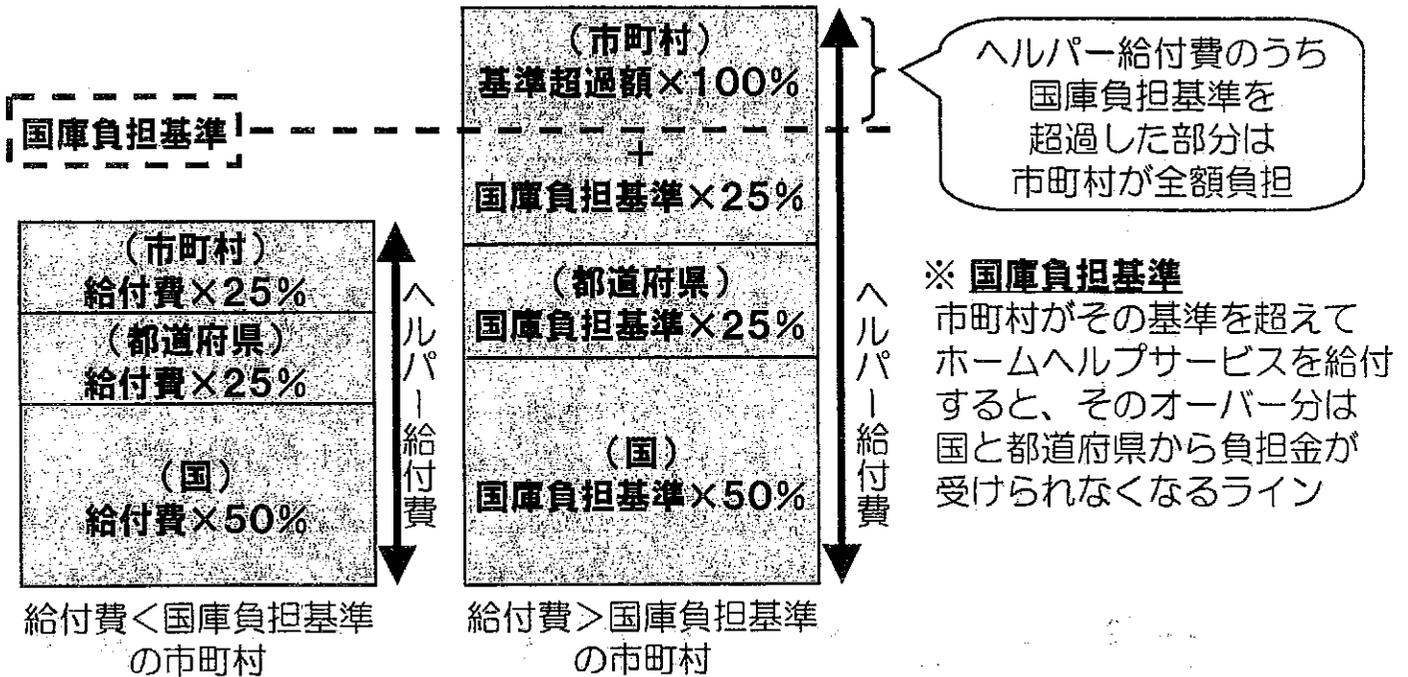
長時間の介護が必要な場合は正しく支給決定されない

※役場も24時間介護の必要性を理解しているものの、財政的な理由から、12時間の支給決定が限界と役場から言われている。

「障害福祉サービス利用の実態把握調査」(16年10月)によると、1日17時間以上の利用者はホームヘルプ全体の0.9%

# ④ホームヘルプの「国庫負担基準」

国庫負担基準超過額 (市町村の全額負担) = 利用者全員のヘルパー給付費の合計 - 利用者全員の国庫負担基準額の合計



# ⑤国庫負担基準による財政的な制約

	居宅介護	行動援護	重度訪問介護	重度障害者等包括支援
区分1	22,900円	×	×	×
区分2	29,100円	×	×	×
区分3	43,100円	107,800円	×	×
区分4	81,100円	145,800円	190,200円	×
区分5	129,400円	194,100円	238,500円	×
区分6	186,800円	251,500円	<b>295,900円</b>	×
重度包括対象者			445,000円	455,000円

国庫負担基準額 295,900円  
 ÷ 介護報酬 1,665円/h ÷ 30日  
 ↓  
 1日あたり6時間弱

## 事例11: L県L市

- 市内に旧国立病院の筋ジストロフィー専門病棟(※)が所在。
- その病院からの退院者を中心に、地域移行が活発。
- 緊急時に備え、病院の近隣への移行ニーズが強い。
- このためL市に過大な財政負担。

※全国的に筋ジストロフィー専門病棟は山間部等小規模市町村に所在している。

国庫負担基準

国	県	市
約30%	約15%	約15% + 約40% (国庫負担基準超過)

## ⑥利用者負担の軽減の影響

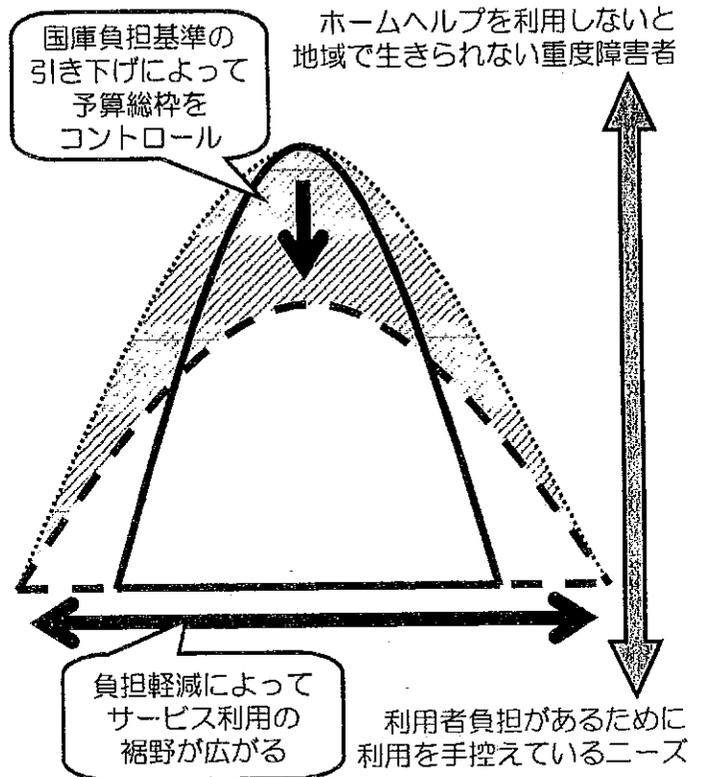
予算総枠をコントロールするうえで  
最も安易で最も確実な方法は  
「国庫負担基準の引き下げ」



国庫負担基準を超える  
長時間のホームヘルプを必要とする  
重度障害者に対する支給抑制へ転化



適切なサービス量が  
支給決定されなくなると  
重度障害者が地域で暮らせなくなる



## 【まとめ】きちんと支給決定できるように

必要な人に必要なサービス量が支給決定される仕組みづくりが不可欠

### 25%分を負担できない市町村を念頭に置いた対応

【例】居住地特例の範囲を拡大し、施設から地域移行した障害者にも適用  
※居住地特例＝入所前の居住地の市町村が費用負担

【例】調整交付金を創設して、広域的に財政調整

### 国庫負担基準を超過する市町村を念頭に置いた対応

「利用者負担の軽減」の方針を堅持していただきつつも、それが「重度障害者への皺寄せ」に結びついてしまわないように、

●サービス利用の増加を織り込んだ予算の増額

および

●国庫負担基準額の大幅な引き上げ

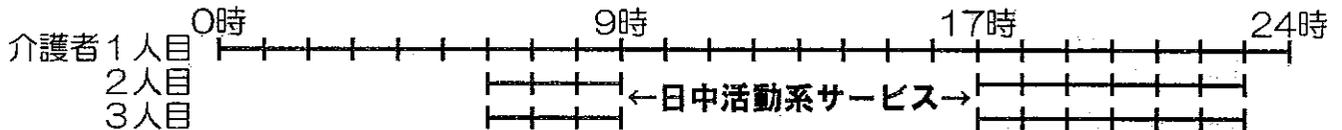
●または国庫負担基準の撤廃（給付費全額を国庫負担の対象とする）

などの措置が不可欠。

### 3. ケアホームの対象範囲の拡大について

現行制度で重度訪問介護を連続長時間利用するような重度全身性障害者（区分6）が10人入居するケアホームだと、現行の最低基準と報酬による人員配置に対して・・・

世話人@指定基準	⇒ 9.5時間/日	利用者10人 ⇒ 6.0 × 週所定労働時間40時間 ÷ 7日	試算根拠
生活支援員@指定基準	⇒ 23.0時間/日		
利用者10人	⇒ 2.5 × 週所定労働時間40時間 ÷ 7日		
重度障害者支援加算分	⇒ 2.0時間/日		
(9.5時間 + 23.0時間) × 加算260円 ÷ 基本単価4440円			
夜間支援体制加算分	⇒ 7.0時間/日		
(9.5時間 + 23.0時間) × 加算970円 ÷ 基本単価4440円			



同時に

- 1人が排尿介護を訴え、
- 1人が排便介護を訴え、
- 1人のパルスオキシメーターのブザーが鳴っていて、痰の吸引が必要で、
- 1人の人工呼吸器のブザーが鳴っていて、
- 1人が胃瘻の逆流・誤嚥の防止で見守りが必要で、
- 1人が体温調節ができないので上着が必要と訴え、

という事態が日常茶飯事 ⇒ 常時1～3人の介護者体制では対応しきれない

重度全身性障害者をケアホームの利用対象にするためには、かなり手厚い人員配置でマンツーマンの対応が必要になる  
⇒ ならばホームヘルプサービスに比べて財政的に安上がりにならない

現行の人員配置や報酬で、同時に介護の必要が発生するリスクをカバーするには数十人規模でスケールメリットを利かせるしかない。  
⇒ しかし、それでは入所施設と変わらなくなってしまう

● よって、小規模なケアホームで対応可能な全身性障害者は、常時マンツーマンの介護を必要としない軽度者に限られる。

【例】地域生活支援事業実施要綱では、福祉ホーム事業の対象範囲は身体障害者も対象だが「常時の介護、医療を必要とする状態にある者を除く」

● にもかかわらず、安易にケアホームの対象範囲を身体障害者にも拡大すれば、ケアホーム（最高で約17万円/月）と日中活動（08年2月で平均11.5万円）の給付費を超えるホームヘルプサービスが必要な身体障害者（約6.0時間/日）は、市町村レベルではケアホーム+日中活動系サービスしか支給決定されなくなってしまう。

#### ケアホームの対象範囲の対象拡大には慎重な検討が不可欠

- 仮に身体障害者へ対象範囲を拡大するのであれば、サービス対象者を障害程度区分1～3に限定するといった制度的な措置が必要。
- （対象範囲の拡大の是非とは別に）法第2条第1項第1号に基づき、ケアホーム等への入居を強要されることなく「自ら選択した場所に居住し」地域生活に必要なサービスが受けられることを明示する必要がある。