

1. 障害の範囲

手帳要件の存在により制度の谷間におかれている事例

④36歳女性 全身性エリテマトーデス 30歳発病 障害者手帳なし 1人暮らし

<症状>3年以上5年以内上記と同じ状態が続いている

<介助>発作や、症状が悪化したときの対応がほしい 1日1~2時間程度

<収入>生活保護受給

<外出>月に2,3回しかしない

【当事者の声】 6年前にこの病気になって以来、就学、就労、結婚、家庭関係が崩れ、預金もなくなり、絶望していた時期もありました。一時は本当にのたれ死ぬのではと思ったこともありました。社会的に本当の窮地にたった難病患者への生活をもっと理解すべきと思いました。

* 難病居宅生活支援事業の実施している自治体は35%程度です

⑤43歳男性 鳥取県在住 多発性硬化症 31歳より治療開始 障害者手帳なし 一人暮らし

<症状>痛み、脱力が体のいたる部位に多発。症状悪化時には視野狭窄、全身動かなくなる等。

<介助>家事支援、通院介助、身体介助が必要

<外出>通院、買い物以外で外出はしない

【当事者の声】

私の住む地域では、はじめ難病居宅生活支援事業を実施していない地域でした。地域の相談機関に相談して、市役所、議員さんと交渉し実施させるまで、何の介助制度も受けることができず、長い期間かかり、難病も重度化しました。緊急対応が必要なため、病院の近くにすむ必要があります、一人暮らしです。介助制度がないとき、症状が急激に悪化、全身痙攣をおこし、自宅で一人3日間転がっていることもありました。介助制度のない、同じような立場にある難病等の人に同じような危険な目にあわせないように、全国どこにすんでいても、介助がうけることができるようにしてください。

⑥35歳女性 1型糖尿病 10歳発病 障害者手帳なし

<症状>低血糖、高血糖、デスクワークなどの軽作業を越える作業の回避が必要

<介助>入浴、発作、通院の送迎で家族の介助を受けている。高血糖で動けない日は、家事支援が必要。

<収入>夫の収入のみ。家計は赤字。募集条件を満たしたアルバイトに応募しても、病気を告げると不採用になる。

<外出>夫の病気や疲労が重なり、低血糖による交通事故を起こした。血糖値の変動が予測できないため予定が組み難く、血糖値の処置で予定より時間がかかったり、約束をキャンセルすることがある。

【当事者の声】 死は私を苦痛、困りごと、痛み、心配を取り除いてくれる、只1つのモノだと思っています。子供達に、夫に迷惑だけは掛けたくない。それが望みです。

* 介護保険、障害者自立支援法、難病居宅生活支援事業の対象外です。

<障害者自立支援法の手帳要件緩和措置の案>

- * 下記の資料提出、アセスメントを経て、必要が認められる方は障害者手帳がなくても、社会参加上の制約が継続していると見なす。その後、現行の支給決定過程を受けることができるようにし、必要であると認められた場合は自立支援給付、訓練等給付を支給する。
- * 補そう具、自立支援医療については、現行でも別基準があるので、必要であれば、障害認定、補そう具認定、自立支援医療認定を含めて追加改定すること。

プロセス①

医師の意見書の提出

- * 障害者自立支援法ですでに添付することになっている医師の意見書の添付・・・資料①
- * 判定は自立支援法で運用している指定医

<趣旨>

- ① 生活、社会参加上の制約となる障害のインペアメントの確認
- ② 一時的な風邪や疾病でないことの証明。
- ③ 医師の立場からの生活上の制約の補足



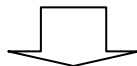
プロセス②

サービス利用計画書の提出

- * 障害者自立支援法ですでに利用しているサービス利用計画書の添付・・・資料②
- * 障害者自立支援法でも実施している
- * 難病の居宅生活支援事業でも実施している

<趣旨>

- ① 1日、1週間のどのような生活のスケジュールで、どのようなサービスがどれくらい必要か判定材料とする。
- ② 生活スケジュールの全体把握をしないまま排除されないようにする。1日、1週間のタイムスパンで障害状況がどのようなか丁寧に聞き取る。



プロセス③

障害年金基準のその他の障害資料での補足

- * 障害年金 3 級基準、その他の障害で判定基準で補足。・・・資料③
- * 現状の障害状態を把握することが目的であるので加入要件はその際問わない。
- * 必要があれば、すでに添付できていることになっている病状・就労状況等申し立て書を添付・・・資料④
- * 判定は日本年金機構で判定可能

<趣旨>

- ① 障害年金制度には「その他の障害」の判定項目がある。身体障害者基準にはないので、制度の谷間、漏れを解消。
- ② 障害ゆえの稼働能力の減退を判定
- ③ 稼働能力の減退がどの程度続いているか年次をおって把握。



プロセス④

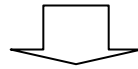
同等の社会生活上の制限があるとみなし、資料①、②、③、④のアセスメントで障害が認められるものは、入り口で排除せず、障害者手帳があるものと社会生活上の制限が同等に継続しているとみなし、支給決定のアセスメントを受けることができるようにする。

<趣旨>

- ①インペアメントだけの基準で排除されないように、日常、社会生活上の制限がどれだけあるとの関係の中から障害かどうかを判定。

注意

- ・ここまでが手帳要件に代わる入り口の判定
- ・この後、通常の支給量の支給決定をうける



プロセス⑤

勘案事項による聞き取り

(障害者自立支援法が廃止になるまでは障害程度区分の判定調査も含む)

- ・障害者手帳をもつ人と同等に、支給量のアセスメントを行う。
- ・難病居宅生活支援事業で行っているように、自治体のCW、保健士、本人を交えて協議調整によるアセスメントを行う

<趣旨>

- ①支給量の判定。ここで支給量が必要ないと判定される場合は対象外とすることができる。



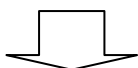
プロセス⑤

市町村審査会での判定

障害者自立支援法ですでに設置されている市町村審査会で支給決定、量、対象が妥当かどうか、意見を付託する

<趣旨>

- ①ここまでの全ての資料を基に支給決定、量、対象が妥当であるか総合判定
- ②専門家、当事者、地域住民の客観性を担保。不適當である場合はここで却下できる。



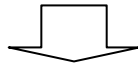
プロセス⑥

自治体での最終決定

障害者自立支援法ですでに設置されている市町村審査会で支給決定、量、対象が妥当かどうか、意見を付託する

<趣旨>

- ①ここまでの全ての資料、審査会の意見を基に最終的な支給決定権を持つ自治体が支給決定、量、対象が妥当であるか総合判定



プロセス⑦

疑義がある場合は非定型の審査会へ

障害者自立支援法ですでに設置されている非定型の審査会で疑義紹介

<趣旨>

- ①以上の過程を経ても疑義がある場合は、非定型の審査会を活用



支給決定通知の送付

<注意事項>

問1 市区町村が障害手帳のない人の日常生活、社会生活上の制限を判定することはできない？

回答 市区町村は、既存の指定医の医師の意見書、日本年金機構の障害判定、病状・就労状況等申し立て書、サービス利用計画、CW、保健士、本人との協議調整による聞き取り調査、以上の総合資料をもとにした審査会の判定をもとに判断すればいいだけです。介護保険、難病居宅生活支援事業ではもっと少ない資料で支給決定しているので、十分可能です。

問2 障害手帳のない人のサービスの量を判定することができない？

回答 プロセス⑤、⑥は手帳の有る、無しにかかわらず同じプロセスで、現在も支給決定しているので大丈夫です。

問3 障害年金の基準をなぜ用いるのか

回答 障害年金はその他の障害基準があり、入り口で対象外となる障害がでないように配慮しています。又、総合福祉法は就労施策も含むことから、稼働能力の減退のアセスメントをおこなう障害年金3級基準と就労支援の対象との基準の齟齬を解消し、切れ目がないようにする必要があります。

以上のプロセス①～⑦を経た場合であっても支給対象としない、難しいという説明こそ、公平、公正、透明な支給決定とはいえません。障害者権利条約でいう、他のものとの平等に反し、人権上も大変問題です。窓口を閉ざさず、丁寧に生活状況を聞き取り、対象かどうか判定する制度改正が必要です。

2. 地域生活

(1) いかなる障害を持っていても、家族に依存することなく地域で自立した生活を送ることが出来るように、いわゆる見守り介助を含めた必要な量の支給決定を行うこと。

↓

(対応策)

本人の希望と異なる支給決定をした場合、その理由と算出方法を明示するよう、国から市町村へ通達。

(2) 知的障害者・精神障害者も重度訪問介護を利用できるようにする

↓

(対応策)

○まず、現行の「身体介護」「家事援助等」の長時間利用について、知的障害者・精神障害者の場合には、「例外」ではなく、新しいサービス体系が整うまで、過渡期として「ニーズに応じた支給」が必要であることを明らかにし、市町村に通知することが必要です。

※家事援助における1.5時間基準や2時間空けルールの除外について例示を含めて通達すること。

○知的障害者・精神障害者の地域移行が大きな課題となっています。

地域で安心して暮らすためのサービス内容と時間数が保障されなければなりません。長時間介護と「見守り」サービスを含みこんだ重度訪問介護の対象者の範囲拡大などサービス体系の早急な改変が必要です。(そもそも「3障害統一」といいながら、重度訪問介護が身体障害者に限定されているのは問題があります。)

○知的障害者・精神障害者の現在のサービス内容について

内容面においては、身体障害者のニーズへの対応を基本としたサービス内容に無理矢理「統合」したことによって現場では、大きな矛盾があります。「促し」や「声かけ」「橋渡し(ファシリテート)」などでさえ、サービス内容として正しく位置づけられていませんし、安心して生活していくために必要な、いわゆる「見守り」については、身体障害者だけに限定されている重度訪問介護においてしか認められていません。また、非常に重要な「相談」「話し相手」については、算定時間に計算してはならないということがルールにされていたり、身体に触れないから「家事援助」だと決め付けている自治体も多いのが現状であり、それらのことがヘルパーの確保や事業の運営を困難にしている大きな原因ともなっています。(事業者確保の問題については後述)

○時間数について

そして、何よりも、時間数の問題があります。知的障害者・精神障害者については、ADLを中心とした調査項目から出される第1次判定で障害程度区分が低く出る傾向があることは明らかであり、2次判定で変更するケースが多いのですが、それも、判定のマニュアルによって制限されていますし、審査員次第で高くも低くもなるという現状があります。(介護保険の判定に携わる人達が多くいることも大きな問題です)結果として、障害程度区分が低くなり、自治体が定める「3障害統一の基準」に縛られ、使える時間数が少なくなっています。

居宅において長時間の介護が必要であっても、知的障害者・精神障害者にとっては、例外規定はあるも

「障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動」実行委員会 別紙 <解説資料> の、集中的な短時間のサービスが基本である「身体介護」「家事援助等」しか使えません。(行動援護については、外出を中心としたサービスであり、このサービスも、制度設計そのものの問題もあって全国的にはほとんど普及していない現状にあります。)

これらの「身体介護」「家事援助等」では「2時間空け」ルール(同一サービスは2時間空けてからでないと支給されない)にも縛られ、つぎはぎのサービスとなる場合も多いのです。

○調査・研究について

知的障害者・精神障害者が必要とするサービスのあり方(内容や時間数など)については、「医学モデル」から「社会モデル」へ、そして「入所・入院から地域へ」という視点に立った検討が必要です。

(そもそも、現在の介護の時間数設定が入所施設でのケアを中心としたデータに基づいたことによって、身体障害者でさえ、地域での生活に必要な時間数と大きなずれが出ていることを真剣に反省すべきです。)実際に地域で暮らしている知的障害者・精神障害者(及び、具体的に支援している人達)の協力を得て調査・研究していくべきです。

(3) 移動支援を個別給付化する

↓

(対応策)

○移動の権利は障害者の社会参加にとって必要不可欠なものです。

○前政権においては重度の視覚障害者についてのみ個別給付化するという案が出されていましたが、重度の視覚障害者にのみ限定するべきではなく、知的障害者、精神障害者も含めた全ての障害者の移動支援を個別給付とすべきです。

○法律の改定までの間については、特例交付金の活用などで、利用実績の1/2を保障する仕組みを早急に講じることが必要です。

○移動支援が地域生活支援事業となったことによって、市町村では、国からの補助金が不足し、利用者のニーズに対応することが困難となり、また格差も大きくなっています。このような財源問題を背景に、多くの市町村で、利用者のニーズを抑えこもうとする施策が行われてきています。

1つには、利用者負担を課すことでもって利用を押しやめたりが行われています。ある水準までは無料でそれ以上は1割の自己負担を課すところなど。

また、多くの自治体で、以前からあった「経済活動に係るもの」「通年長期にわたるもの」「社会通念上不適切なもの」を移動支援の対象から排除することが行われてきていますが、更にこの間、市町村ごとのQ&Aなどを通じて様々な制限を課してきています。

「市外の利用禁止」「有償の施設への参加禁止」「ギャンブルや飲酒の禁止」「8時間以上禁止」「自宅から自宅へ」などなど、その市町村の担当者の意識次第で禁止事項がいくらかでも拡大しています。

これが、「地域の特性を活かした柔軟な運用」の実態なのです。

○但し、「無資格者による介護提供の仕組み」や「施設入所障害者の外出保障」「(自立支援給付よりも)

「障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動」実行委員会 別紙 <解説資料>
広範囲な対象者に関する移動支援」「使いやすい複数派遣の仕組み」など、現行の自立支援給付では認められていない利用者にとって有効なサービスもあります。これらは是非存続させるべきであると考えます。

(4) 国庫負担基準を廃止し利用実績の2分の1を国が支弁する仕組みにする
現行の仕組みでは3つの問題がある。

1 つめは、国庫負担基準が低く、多くの市町村で国庫負担基準が支給決定の上限となっている。重度長時間介助が必要な人に、必要な介助量を支給決定出来ていない。これを改善するためには、国庫負担基準を廃止し、利用実績の2分の1を国が支弁する仕組みにすることが必要。

↓

(対応策)

・まず国庫負担基準を増額とする。

(文書は、告示の内容を少し変えるだけで可能)

(予算は、国庫負担基準オーバーの市町村は1割以下のうえ、基金事業などでオーバー分を補助する制度がすでにあるので、総合的には全国で実質1~2億円程度の予算増で済む)

2 つめは、市町村の4分の1の負担割合の問題である。この仕組みでは、長時間の支給決定を出すと市町村の負担が増える。そのため、国庫負担基準が廃止されても、負担増加を恐れて長時間の支給決定を出さない市町村がある。現在でもそういった自治体は多く、改善が必要である。市町村が長時間の支給決定を出しやすくするためには、一定時間数(例1日8h)以上の支給決定については、市町村負担25%の割合を軽減化(5%や0%に)することが必要である。

(たとえば、基金の使い道を再検討し、不要なものを廃止し、それによって余った予算で、市町村の負担分(25%中の20ポイント分)を補助するなど。その際、地方交付税の算定根拠から障害ヘルパーを外す必要がある。)

3 つめは、長時間介助の支給決定を出している市町村に障害者が集中してし、財政難でサービス水準が下がる問題がある。出身自治体が市町村負担分の何割か(例50%)を負担する制度にすることも必要である(ただし支給決定は現住自治体だけで行い、出身自治体は支給量に口は出せないようにする)。

(5) 重度訪問介護の利用促進に係る市町村支援事業

↓

(対応策)

障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業「重度訪問介護等の利用促進に係わる市町村事業」による財政支援

の告示で、(特別区を含み、指定都市及び中核都市を除く)といった()書きを(特別区及び、指定都市、中核都市を含む)と書き換える。

3. 地域移行

↓

(対応策)

施設からの地域移行の制度、仕組みづくり

【現状と課題】

地域移行は自立支援法において重点課題とされながら一向に進んでいません。この間の経緯を見ても、地域生活移行者数よりも新規入所者数の方が多く、施設入所者全体の数もなかなか減らない状況（2%減少程度）が続いています。

地域移行についてのイメージがまだまだあいまいであり、「施設から地域に場を移すだけの支援」と見られがちで、「施設での受け身の生活の状態から、自分の生活、暮らし方を一から作りあげていくための支援」、すなわち「一人ひとりの地域生活づくりの支援」と捉えなければなりません。

現在でも20年、30年にも及ぶ施設入所が多く、それは決して本人の障害によって長期の入所が必要であったのではなく、施設入所後は行政からも地域からもアプローチもななくずっと放置されてきた結果に他なりません。そんな状況の中、地域移行と言われても、入所者は地域生活のイメージすら持てず、不安に思うのは至極当然のことと言えます。そのような現状、本人状況をしっかりと捉え、本人が安心して無理のない形で地域生活に移行していけるよう、移行期・移行後の支援内容、サポート体制を明らかにし、地域移行に取り組んでいく必要があります。

しかし、地域移行は「施設が取り組むこと」と想定されてきたために、施設入所中と退所後に施設が相談援助を行い、本人に対する情報提供や諸機関との連絡調整を行う程度の補助（施設の地域移行加算や旧法施設での退所時特別支援加算）、あるいは特例交付金の地域移行支援事業（1人5万円のみ）、旧法施設の自活訓練加算などに見られるように、非常に内容の乏しいものしかないのが実情です。

そのような中、地域移行は入所者本人や施設の努力のみに委ねられることとなり、本人のADL訓練によって地域移行を図ろうとしたり、「重度障害者には地域生活は無理」と決めつけるケースも多いと言えます。また、地域移行において、施設と地域の連携が不可欠となりますが、施設側が地域生活の様子、情報を把握できていないこともあって、ADL訓練を重視する医療モデルの発想が強いため、地域事業者とのやりとりや連携がうまくできず、行き違いを生じて当事者を惑わせてしまうことも多々見受けられることです。

今後、地域移行を進めていくためには、どんなに障害が重くとも支援体制があれば地域生活は可能であり地域生活はすべての障害者の権利であることを明らかにし、地域移行を進め、受け入れる地域事業者を幅広く育成し増やしていくことがもっとも重要であると言えます。

【今後の方策】

1. 地域移行コーディネート機能、ピアサポート等の支援に対する給付

地域移行においては幅広い総合的な支援が必要となります。地域生活の見学などを通じて入所者本人の不安を解消しながら地域移行への意欲を持ってもらう支援、本人の生活経験の度合い等を見ながら地域生活体験のプログラムを立てていくこと、地域生活体験や地域受け入れに取り組む地域事業者の研修・育成、地域事業者や役所、家族との連絡調整、移行後の生活支援の再調整など多岐に渡ることから、それらに取り組む専属の「地域移行コーディネーター」、本人の地域移行支援に取り組むピアカウンセラーなどのピアサポートスタッフ等を確保できるよう法定事業化（給付事業化）が必要です。

「障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動」実行委員会 別紙 <解説資料>
施設からの地域移行においても、精神障害者退院促進事業（精神障害者地域移行支援特別対策事業）
の活用が可能とされていますが、同一事業枠では実際には活用できないため、来年度早々には別立て
の事業予算枠が必要です。

2. 移行期の地域生活体験を支える制度

地域移行においては、本人ができるだけ不安を解消していけるよう、地域生活の楽しみを味わったり、
自信の獲得も含めて体験していくことや、受け入れ事業者側も本人が必要とする支援の内容等をしっ
かりと見極めていくことが必要となります。そのために体験外出、体験宿泊等の地域生活の体験取り
組みが重要です。その際、地域生活の体験のプログラムに基づき、しっかりとサポートしていける体
制が必要となります。

自立体験室等の地域生活体験のスペースの確保、ホームヘルプやガイドヘルプの利用（現状ではヘル
パー制度は施設の外泊時加算との二重給付を理由に利用不可）を進めていくことが必須であり、それ
らに対応した施策を整備していかなければなりません。

3. 地域基盤の底上げ

地域移行を進めていくためには、重度障害者にも対応できる地域生活支援事業所の確保と連携、地域
での多様な住まいの確保などが必要となります。

地域自立支援協議会の位置づけはまだまだあいまいで機能しきれていなかったり、地域格差があつた
りしますが、今後、幅広く地域移行を進めていくには、地域移行を受け入れる事業者の裾野を広げて
いくことや、1事業者が抱えるのではなく地域事業者が連携して地域生活を支えていく仕組みを作り
出して「地域の支援力」をボトムアップしていくことが必要です。

地域自立支援協議会などの機能を強化するなど、当事者団体や事業者などが連携して地域移行支援や
地域生活支援に取り組んでいけるようにしていかなければなりません。

4. 介護保険との問題

(2) 介護保険の優先を強めないこと

↓

(対応案)

厚労省の通達に反し、全国の市町村では未だに65歳以上の障害者に対し、「心身の状況やサービスを必
要とする理由」に関わらず介護保険の優先利用を強いる状況が続いているし、一部の市町村において
は、介護保険の導入にあたって、介護保険事業の関係者が中心になってサービス設定を行い、実
際的なサービス水準の切り下げを行っている実態がある。

その大きな原因として、**介護保険対象者は、国庫負担基準が著しく低く設定されていることから、市町
村の持ち出しが増える構造的な問題がある。**

<表1：国庫負担基準表（介護保険対象者基準額との差）参照>

そのため、このような介護保険対象者の国庫負担を別に定めることを廃止することが必要。

これは政省令と予算措置で対応可能。

表 1：国庫負担基準表（介護保険対象者基準額との差）（1 単位：10 円）

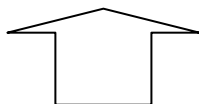
重度訪問介護対象者		介護保険対象者	差
区分 3※	18,020 単位	12,310 単位	▲5,710 単位
区分 4	22,540 単位		▲10,230 単位
区分 5	28,270 単位		▲15,960 単位
区分 6	40,030 単位		▲27,720 単位

※区分 3 は経過規定

行動援護対象者		介護保険対象者	差
区分 3	11,250 単位	6,750 単位	▲4,500 単位
区分 4	15,190 単位		▲8,440 単位
区分 5	20,180 単位		▲13,430 単位
区分 6	26,210 単位		▲19,460 単位

重度障害者等包括支援対象者		介護保険対象者	差
区分 6	80,000 単位	31,760 単位	▲48,240 単位

重度障害者等包括支援対象者 で、居宅介護、行動援護又は、 重度訪問介護を利用する者		介護保険対象者	差
区分 6	58,040 単位	29,350 単位	▲28,690 単位



この「介護保険対象者用の著しく低い国庫負担基準」をなくすべき！

5. 利用者負担

↓

（対応策）

現行制度上で、更なる合算上限を設ける。

現行制度での区分で言えば、福祉サービス（居宅・通所）、補装具、自立支援医療を合算上限とする。

これは、政令で示せる。