

障害者部会における委員意見

- (1) 高齢の障害者に対する支援の在り方について
- (2) 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

(1) 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、どう考えるか。
＜検討の視点（例）＞
 - ・ 低所得者の負担への配慮
 - ・ 一般の高齢者等との公平性

- 介護保険給付対象者の国庫負担基準額について、どう考えるか。
＜検討の視点（例）＞
 - ・ 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。
＜検討の視点（例）＞
 - ・ ケアの質の低下が生じないように、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の適切な利用を橋渡しする仕組み

- 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う考えるか。
＜検討の視点（例）＞
 - ・ 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や、65歳以降に障害を有するに至った者の取扱い

- 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。
＜検討の視点（例）＞
 - ・ 障害を持って高齢期に至った高齢障害者の特性
 - ・ 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。

< 検討の視点 (例) >

- ・ 予防の観点も含めた早期の心身機能の低下に対応するケアマネジメント
- ・ 障害福祉サービス事業所における、介護技術・知識の向上、マンパワーの充足、医療との連携による医療的ケアの充実、バリアフリー対応等の設備上の課題への対応
- ・ 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」と言われるような、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。

< 検討の視点 (例) >

- ・ 支援機能の喪失前からの「親亡き後」の準備
- ・ 支援者の支援機能の喪失後を見据えた、中長期的なケアマネジメント
- ・ 支援者の支援機能の喪失後の自立のため、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

- 介護保険に移行した際の利用者負担に関する実態調査については、可能な限り多くの市町村を対象に調査をすべきではないか。
- 多くの障害者は障害基礎年金のみで生活することを余儀なくされている。介護保険への移行に際しては、現行の障害福祉サービス等に関わる負担限度額を維持すべきではないか。
- 65歳で介護保険に移行すると一部負担が発生するというのは大変大きな課題。障害者は財産を蓄える時期がない。障害年金だけで生活している人たちは、介護保険の利用者負担を払うと、グループホームでも生活できなくなる。
- 介護保険の特定疾病について、40歳から介護保険を利用できるのか、利用しなければならないのかという問題もある。障害福祉サービスの方を選択しにくいという現状がある。
- 難病患者の多くは、障害基礎年金の対象になっていない。障害基礎年金の受給を前提に負担の議論をすべきではない。
- 介護サービスを利用すると非常に負担が増えるという認識をされている。この保障がなければ、介護保険の活用は非常にしにくいと思う。
- 介護保険サービスの上乗せとして障害福祉サービスを支給した場合、市町村の負担が非常に大きくなる。訪問系サービスでは、介護保険対象者の場合、国庫負担基準額が非常に下がり、市町村の負担が非常に増える。国庫負担基準額を下げない仕組みとしていただきたい。
- 障害福祉サービスの事業所には高齢者に対するノウハウがなく不安。また、介護保険サービスの事業所は障害者のことをよく知らないのも更に不安。介護保険のケアマネージャーと障害福祉の相談支援事業所との間の連携など、全国的にもっと進めていただきたい。
- 障害福祉サービスの生活介護や地域活動支援センターについて基準該当を行い、介護保険事業によるデイサービス等の事業を提供してはどうか。
- 高齢障害者に障害福祉サービスを提供している人たちの研修の在り方について、例えば加齢に伴う機能低下に関するアセスメントができる人材の育成が必要になるのではないか。
- 相談支援専門員について、介護支援専門員との連携を強化していく必要がある。主任相談支援専門員等の設置等もご検討いただきたい。
- 介護保険のサービスを提供する方が、精神障害の特性をしっかりと理解することが重要。研修等を通じて障害の特性を理解し、より専門性を発揮しながらサービスを提供するという仕組みを充実させていくことが重要。

- 介護保険と障害福祉の両方を見据えた人材システムと研修が必要。また、ソフトの話、例えば、基幹相談支援センターと地域包括支援センターは、実際に市町村レベルに落とし込んでいくと非常に重なっている。別体系や別の仕組みとして用意してきたというのが非常に問題をはらんでいて、連携ではなく、同じようなグランドデザインをうまく描けないか。成人期から高齢期に至るまでの継続的なシステムを描いてもらいたい。
- 各市町村等で判断をする際に、住民の視点でものごとを考えないで、自分たちの立場を優先した考え方を。その結果、介護と障害福祉サービスの相互利用が非常にしにくくなっている。本日の資料で提示されたモデル事業のような取組を、もっとやりやすくすることが必要。
- ケアマネジャーや相談支援専門員が、それぞれの制度をきちんと理解した上で、65歳以上の障害のある人の福祉サービスの利用について、個々の状況に応じて組み立てをし直すことを徹底することが重要。
- 65歳以上で障害福祉サービスの新規申請をされる方については、介護保険等の他のサービスを利用することが望ましいとする仕組みにならないか。
- 本人の自己決定を最大限尊重し、入所・在宅を問わず、今まで利用されていたサービスを継続して利用できる制度の仕組み、又は併用が可能な仕組みにすべきではないか。また、市町村が、介護保険優先の前提を理由として支給決定を一律に停止するようなことがないようにすべきではないか。
- 介護保険料を払うということに関しては既存の仕組みでよいと思う。65歳になったところで利用者負担が増えてしまうことについては配慮が必要であり、きちんと対応していただきたい。また、特に精神障害や発達障害の場合は、違う事業所でサービスを受けることで状態が悪くなることもあるかもしれない、配慮が必要である。
- 介護保険の中で障害者のような状態になっている方が、どっと障害福祉を使うようになると障害福祉は持たないと思う。障害者総合支援法第7条があるから障害福祉から介護保険に移行させられるのだという意見はたくさんあるが、この規定があるからこそ、介護保険から障害福祉にどっと来るのが止まっているのも現状。ただ、65歳になると市町村が自動的に介護保険に回すことは多々あるので、一律に介護保険に回すのではないことをもっときっちりと言っていただきたい。
- 法律の原則としては、介護保険優先原則は維持せざるを得ないし、維持すべき。①社会保険でカバーされるにもかかわらず、本人の任意の選択で他の制度から優先的に給付を受けられるという仕組みを設けることは、社会保険の強制加入制という性格と正面から衝突。②65歳以上の要介護者の多くは障害者手帳の取得が可能と思われる中、任意でいずれかの仕組みから給付を受けられることにすると、社会保険の強制加入制の趣旨を大きく損なう。一方で、選択制を65歳前に障害福祉サービスを利用していた者に限定すると、他の高齢者との不公平が生じる。③介護保険の財源も活用した上で、更に障害福祉固有のサービスに係る財源を確保していくという現状の方向性を維持し、必要な限りで連携調整の在り方を改善していくということでのよいのではないか。
- 介護保険の負担を非常に高いと感じるのは、利用者負担だけでなく、サービスが薄いという所に問題があるのではないか。介護保険のサービスが薄いから障害者サービスの方に、つい目がいってしまう。ここを議論する必要。単に選択がいいとか併用がいいというような話ではない。

- 高齢者の患者の大部分は何らかの障害をもつ。これが障害福祉サービスに流れるのがいいのか、介護保険の対象にするのがいいのかという議論の前に、既にそういう障害をもっている人たちが、今ある制度を十分に利用できないでいるという現状をどう変えるのかという議論をお願いしたい。
- 高齢者への身体障害者手帳の交付の在り方についても議論が必要。廃用症候群で1級が認められるが、そのままでいいのか。
- 介護保険優先原則の具体的な内容を、地方行政の方々によく周知していただきたい。
- 高齢になってから障害者手帳を取得するのは非常に問題。脊髄損傷は加齢によるものも多いが、全員に手帳を発行しては障害者福祉の制度が持たない。きちんとした議論が必要。
- 当事者には、今まで受けていた障害福祉サービスを受けられないという不安感がある。また、所得という部分で、経済的に大変難しい方もいる中、自己負担の発生も厳しい。
- 介護を含めた福祉的なサービスを要する人たちのサービスシステムをどうしていくかを展望しながら、当面の問題を解決していくというスタンスを確認したい。介護保険と障害福祉サービスについて、将来は一体的に考えるべきだということをきちんと再確認してほしい。共生社会という理念においては全く一致していると思う。多くの国民が参加できる仕組みとしては、社会保険システムが一番良い。
- 介護保険と障害者福祉は、制度ができたバックグラウンドが全く違う。介護保険は介護の社会化を標榜して創設されたもの。障害者福祉は障害者がきちんと社会に出て行きたい、普通に暮らしたいという中で出てきた制度。一本化と言っても、相当ハードルが高い。制度の持続可能性を考えた際、介護保険の給付費を障害者福祉に繰り入れて障害者福祉の制度を利用するという手法もあるのではないか。
- 重度障害者が高齢化により障害が重くなったり、様々な暮らしにくさが出た場合においても、地域生活が継続できるように機能強化型のグループホームの創設を検討してはどうか。
- 「親亡き後」の議論について、市町村の地域生活支援事業による一般的な相談を強化していくのが一つの方法。しかし、財源的に難しい中で、地域定着支援を拡充し、親御さんがご健在のうちからサポート体制を作っていくという方法もある。また、今年の報酬改定で通所を前提としない訪問による自律訓練が創設された。今は通所事業所でないとできないが、相談支援事業所に付設できるようにすれば、サポート体制を整えることが可能ではないか。
- グループホームに世話人がいるように、地域で生活している人のサポートができる世話人制度みたいなものを創設し、親御さんがご健在のうちから支援体制を整えていくことを検討していく必要がある。

- 「親亡き後」の議論について、将来のモデルが示されていないために不安が生じている。優れた実践など、安心を生み出すモデルを示すことが必要。また、権利擁護や成年後見支援の問題も非常に深刻であり、これも示していかなければならない。
- 「親亡き後」の問題について、成年後見制度という高いハードルがある。本人にとってより良いサービスを判断するとか、医療的なケアが必要なときには同意が必要だが、障害者の場合には、親が亡くなったり兄弟が少ないといったときに同意も受けにくい。地域包括支援センターや相談支援専門員など、何人かで話し合ってその人の意思を確認してもよいと思う。
- 「親亡き後」に、ご本人が家を相続している方もたくさんいる。こうした家をうまく活用していくことが重要。グループホームは消防法や建築法の関係で作りにくい、イギリスのように、高齢者や障害者、地方から出てきた大学生などが一緒に暮らして支え合うなど、シェアリング的なものも考えられるのではないかな。
- 精神障害者の統計を取るときに、発達障害が原因でそうなったと思われる、又は発達障害としての数を取っていただきたい。また、女性の方が不利な状態にいると思うので、女性の障害者についての統計も出していただきたい。
- 介護保険の居宅支援について、基本的にヘルパーの業務内容に代読・代筆が含まれていない。65歳を過ぎて介護保険サービスを使う場合に、読み書きをしてもらえなくなる。時間的な上乗せのほか、内容的なことをもう少し明確にどこかで規定しておく必要があるのではないかな。
- 障害福祉サービスに消費税が入っていない中、介護保険の財源をどう使うのかということも検討してはどうか。介護保険と同じ目的・内容であることを根拠に、その財源を介護保険から使うということは無理なのか。
- 持続可能な仕組みにつなげるため、もう少し何か負担できる範囲がないか、議論を深めていく必要があるのではないかな。
- 65歳を超えても訓練等給付としてサービスが提供されるということがある。訓練等給付も、65歳という年齢をもって、いわば定年を迎えていいのではないかな。65歳以上の方については、例えば地域活動支援センター等で活動していただくような仕組みも考えていいのではないかな。
- 厚生労働省の事業で調査したところ、長期入院の精神障害者のうち、介護保険を利用する必要があるだろうという方が50%程度おられるが、現状では9%しか申請をされていない。65歳を超えると、新たに申請を求めるのが病院としてもやりにくい。ご家族にも負担がかかるのが現状。こういった方の介護保険への誘導も考えていく必要がある。
- 今年の4月から介護老人福祉施設における障害者生活支援体制加算の対象に精神障害者が含まれたことは評価するが、入所者の要件として、65歳に達する日の前日までに、障害等級が1級又は2級の手帳を受けた者、という制限が入っている。長期入院の方で手帳の申請をされているのはそれほど多くない。
- 人工呼吸器を装着している患者が、障害福祉サービスからも介護保険サービスからも現実的にはじかれている。介護型の療養病床の削減も大きな懸念材料。長期の入所・入院を余儀なくされている患者はどこに行けばいいのかという問題がある。

- ろう者はコミュニケーションから阻害されているのが現状。全国各地にろう者が一緒に交流できるような施設を作るよう働きかけをしている。お互いに手話で自由にコミュニケーションできるという環境は精神的な安定を得られる。残念ながら、そのような施設はまだ少ないのが現状。また、当事者のヘルパーの有資格者の育成を進めている。同じ障害を持つ当事者が当事者をサポートするシステムを作りたいが、働く場所・施設が少ない。資格を持っている当事者を活かす道も考えていただきたい。
- 障害のある人が高齢になり、介護保険を受ける場合、障害を持ち、さらに機能低下していくことがあるため、専門的な知識がないとサポートができない。介護保険料全体の中で、障害者として認定されている人たちの枠を試算し、福祉的なサービスを受ける人が65歳になったときに、この枠を活用できるような仕組みを検討できないか。
- 障害の定義について、精神保健福祉手帳を持っていることによって給付が受けられるかどうかと、障害の定義が手帳を中心としているのはおかしいのではないか。
- 国と地方自治体で住宅政策に手を付けていないのが問題。
- 障害者支援施設は、18歳から65歳までという幅広い年齢の方がサービスを利用。若い方との交流を図ることが生き甲斐や楽しみになっている。若年層の方と交わって同じ支援を受けることは、機能低下を防止する最も効果的な方法の一つではないか。
- 在宅障害者の方で福祉サービスを利用していない方は大変多くいると思う。元気に生きがいを持って地域で生活を続けるということは大切。高齢の障害者が生き生きとした暮らしができるような事業について、地域生活支援事業にしっかりと位置づけていただきたい。
- 専門性を持ったピアサポートの位置づけを検討し、地域生活支援における役割を担って頂くことが必要。

(2) 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

○ 支給決定プロセスの在り方についてどう考えるか。

< 検討の視点(例) >

- ・ 利用者本人の意向を反映させる観点からの支給決定プロセスの課題
- ・ 適切な支給決定に資する計画相談支援の質の確保

○ 障害支援区分の意義・必要性・役割についてどう考えるか。

< 検討の視点(例) >

- ・ 障害程度区分から障害支援区分に見直したことの評価
- ・ 障害支援区分の役割（国庫負担基準、報酬体系、利用できるサービス）

○ 障害支援区分の認定における障害特性の更なる反映についてどう考えるか。

< 検討の視点(例) >

- ・ 区分認定の審査判定プロセスにおいて、改善が必要な事項
- ・ 認定調査員等の質の向上の取組

○ 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在り方についてどう考えるか。

< 検討の視点(例) >

- ・ 自治体の適切な支給決定
- ・ 国庫負担基準の水準や仕組み

○ ある市町村で障害関係の事業者アンケートを行った結果、サービス利用計画案と自治体が決定したサービス利用計画との間で、8%ほど変更が加えられたという実態がある。相談支援事業所と自治体の判断が違った場合に、これをどう調整していくかが大きな課題。障害支援区分によって利用できるサービスに制限を設けるべきではない。障害支援区分の判定は、支援が必要かどうかというところの支援判定として、支給量やサービス内容は、相談支援事業所を中心に、行政と当事者の三者による協議の中でニーズを把握して、生活環境等を総合的に勘案して決定する仕組みとすべき。

○ 「こういうのがあればいいな」「こういうのがあれば楽なのに」と思ったときに、自己決定が入る余地はないのか。周りから見てもなかなかわからないことが多いため、自己決定の入る余地があるのかどうかということも、システムとしてご検討いただきたい。

- 相談支援専門員の質の向上は重要だが、同時に人材をいかに確保していくかということが必要。初任者研修の受講希望を出しても、ほとんど受講できないという通知が来るという状況。また、現在は、専門員は個人の責任で更新手続を行うことになっているが、忘れて更新ができない人もいる。車の免許のように、事前に通知がくる仕組みを設けていただけないか。
- 計画相談支援は、一言で言うなれば障害者のケアマネジメント。従来、精神障害者やその家族に対しては、都道府県の職員が精神保健福祉相談員として相談支援を行っていた。現在は、市町に計画相談支援が移って、非常に後退している。従来のように戻して再強化するか、例えば基幹相談支援を通じて機能強化を行うか、そういったことを検討していただきたい。
- 初任研修、現任研修のカリキュラムやシラバスは厚生労働省が作成しているが、どういう人材を育成したいのが見えない。カリキュラムは大幅に見直しが必要。やるべき中身も相当組み立て直さなければならない。
- 地域の実情を踏まえて計画作成・相談支援を実施しているので、研修についても、もう少し身近な単位でできないか。
- 計画策定を強化してきたが、次のステップとして計画の質を考えなければならない。良い計画を作れるようなスーパーバイザーなど、そこまでやって初めて人材育成になるのではないか。
- 入所施設等で長く生活をされてきた方について、計画相談により地域生活の希望の掘り起こしにつながった事例が全国で報告されており、計画相談の効果はあるものと考えている。
- 初任者研修と現任者研修について、実態に合わせたカリキュラム変更が必要。また、集合型の座学研修の限界も一定程度認めるべき。基幹相談支援センターに、主任相談支援専門員等を配置して、現場でしっかりと指導できるというような体制を整えることが考えられるのではないか。
- コミュニケーションに障害がある方、意思決定支援が必要な方に対して、先々の約束をするようなプランの在り方ではなかなか効果が上がらないのではないか。目標を設定するとすれば、本人の内発的な動機に働きかける必要。対話型で1週間に1回、本人と会って、プランを確認していくような、今よりもより丁寧なやり方が必要になってきているのではないか。
- 精神障害は、障害支援区分から外していただきたい。
- 就労系サービスの利用に当たっての支援の必要性は、現行の支援区分の80の認定調査項目で判定することはできない。現在は、支援区分とは別の仕組みとして、就労移行支援事業所等で就労アセスメントを行うこととされている。就労継続支援B型の利用者でも60%が区分認定を受けており、実際に認定調査を受ければ区分の出る方の割合はもっと多くなるはず。就労系サービスの利用者は支援の必要性が低いという誤った認識で、今後制度の見直しが進められることがあってはならない。

- 全盲というハンディが共通する視覚障害者であっても、答え方や調査員の理解度によって「自立」になる人と「支援1」になる人に分かれる。二次判定での調整が必要。
- 認定調査項目の見直しの中で、読み書きの困難、感覚の過敏、集団への適応の3つが新規の項目となった。これらを測るための何らかの共通のアセスメントは多分ない。教育でも福祉でも同じアセスメントを使ってやっていただきたい。本人や親には実際の像を見ることができないこともあるため、アセスメントは大事。新しい項目で引っかかってきた人たちのパーセンテージや人数がわかるとありがたい。
- 調査項目について、例えば「文章を読むこと、書くことに関すること」など、コンピューターに入れて簡単に判定できるのか、非常に疑問。きちんと正確に把握しなければならない。
- 障害支援区分について、身体障害に比べると、知的障害・精神障害で上位への変更率が高い。どういう理由で変更されているのかというところを分析・検討していくことによって、精神障害者の特性が見えてくるのではないか。
- 上位区分の変更に関する実態把握について、認定調査員の力量が違うのか、2次判定の市町村の審査会の構成するメンバーのある種の考え方が反映されているのかなど、いろいろと分析の角度を持って検討していただきたい。
- 実態としては、国庫負担基準がサービスの上限になっている実態はいくらでもある。国庫負担基準の在り方が現実のサービスの硬直化に結びつきかねないため、もっと弾力性のある仕組みを考えていただきたい。
- 国庫負担基準について、1,700市町村のうち、現在は90%カバーというのが厚生労働省の目標水準となっている。これを100%カバーに引き上げていただきたい。また、国庫負担基準を都道府県単位の精算基準に改め、基準超過の小さな市町村に対して、県内の他の市町村で余っている差額を割り当てることができるシステムを検討していただきたい。
- 障害福祉サービスの中には、支援区分とは結びつかない、あるいは利用計画には馴染まないものもある。例えば、移動支援や意思疎通支援が個別給付になった場合、先々の計画を作ることはできない。
- 就労系サービスの利用の支給決定について、就労移行支援事業所等による就労アセスメントの仕組みがあり、今年4月に経過措置が終わり、就労系サービスの利用を希望する全ケースで適用されている。就労移行支援事業所も相談支援事業所も非常に業務多忙な中、適切な就労アセスメントができるのか、という課題意識がある。仕組みが適切に回っているか、確認が必要。

- 難病患者について、審査で支援決定とならなかった例、そもそも申請に至らなかった例もあると聞く中で、現場で実態としてどういう判定をしてきたのか、どういうことが困難なのか、といった実態をつかんでいただきたい。また、手帳がなくてもサービスを受けることができるということでサービス利用の申請をした際、実際に言ってみたら障害者手帳の取得に結びついたケースも多いと聞く。こうしたデータも、モデル的にでもよいので実態把握していただきたい。
- 計画は、何をやりたいか、インフォーマルサービスも含めて策定するもの。しかしながら、支援区分という枠の問題を意識したときに、一定の総量の中でどういうサービスが作れるかという考え方に非常に近くなる。本人中心で、と言いつつ、既に与えられた区分の範囲内でどう考えるか、という制度設計になってしまっており、これを変えない限り、理解に苦しむし、現場も悩んでいると思う。
- 全国平均で78.8%の方がサービス等利用計画を作成しているが、いくつかの自治体でこれをかなり下回っている状況。なぜこういう状況になっているか分析し、これに対して対応することが必要。
- 長期の入院精神障害者は、障害支援区分の認定を受けている人が少ない。入院中に障害支援区分の認定を受けたとしても、地域へ移行するツールにならないのが理由。長期の入院精神障害者が地域へ移行する際に、現状の何らかの障害福祉サービスを利用することができれば、障害支援区分も精神障害者にとって有効な手段になるのではないか。今後の検討課題としていただきたい。
- 親の作成するセルフプランについて、本当の意味で子供がかなえないことを親が代弁していくとか、高齢になっていったときの先々の暮らしの不安があるということを計画にちゃんと落とし込んでいく必要があるが、そのような実態になっていない。自治体によっては、支給決定しないことがないようにセルフプランを作らせるというようなことも発生している。この辺はもう少し見直しの必要がある。