

2005年11月30日

厚生労働省社会 援護局

障害保健福祉部長 中谷 比呂樹 殿

衆議院厚生労働委員 各位

参議院厚生労働委員 各位

社団法人日本てんかん協会

会長 鶴井啓司

障害者自立支援法施行に伴う第一次要望

共通項目

- 1.障害福祉サービス及び自立支援医療の利用者負担の上限を決める際の所得の認定に当たっては、障害者の自立の観点から、税制及び医療保険において親・子・兄弟の被扶養者でない場合、生計を一にする世帯の所得ではなく、障害者本人及び配偶者の所得に基づく仕組みとすること。
- 2.障害者の所得保障に係る施策の在り方の検討を速やかに開始し、3年以内にその結論を得ること。
- 3.てんかん・精神障害者の判定区分を設けること。特に、行動障害では、意識喪失等の項目を含むこと。てんかんについては発作頻度や症状などの医療モデルのみならず、生活面にも着目した社会生活モデルをも加味すべきであること。特に精神障害者には障害が正しく判定されないことが試行事業から明らかであり、国際生活機能分類を加味すべきであること。
- 4.介護保険制度の要介護判定 79 項目に組み込まれる障害関連判定 29 項目は補正的に係数化されると仄聞するが、応分の補正組み込みがなされるべきであること。
- 5.障害程度区分では行動障害、精神症状を十分に考慮し事業所の意見を加味すること。
- 6.障害程度区分の判定につき、障害者団体の意見を十分にヒアリングすること。
- 7.世帯分離した障害者の負担が生じないようにすること。
- 8.負担額の計算が家庭でできる説明資料を配布すること。
- 9.「障害者の範囲の見直し」の具体化を進め、障害者基本法付帯決議に示された難病やてんかん、自閉症のみならず、発達障害、高次納期脳障害などを含むすべての「障害」を網羅すべきこと。
- 10.市町村審査会の役割は公平性を旨とすべきことであり、機械的なサービス量決定や抑制機構とならないよう政省令に明記すること。
- 11.すべての「障害」を対象とした総合的な福祉法の制定すること。
- 12.関係者への情報不足によるとまどいもあります。法の施行に当たっては、1年以上の周知期間を設定すること。
- 13.市町村審査会の委員については、障害者の実情に通じた者が選ばれるようにすること。
- 14.市町村審査会の役割は公平性を旨とすべきことであり、機械的なサービス量決定や抑制機構とならないよう政省令に明記すること。
- 15.不服がある場合の再審査を必ず実施すること。本人、家族だけでなく関係者からの意見も考慮すること。
- 16.介護認定等の基準は、実施1年後の見直しを定めること。
- 17.自治体が支給している手当等は収入には含まないこと。
- 18.高額障害者福祉サービス費による還元については、医療費を合算すること。
- 19.本人の預貯金を減免の所得として査定しないこと。
- 20.独居の障害者には、市町村が利用者の利用計画を作成する際、介護の必要性や生活状況を正確に伝えられない場合があるから、ヒアリングを徹底してコンセンサスを得るよう努めること。
- 21.減免措置を3年期限の激変緩和措置ではなく、恒久的制度とすること。また、生活保護世帯基準の減免対象を低所得層まで引き上げること。
- 22.減免措置を受けたい障害者に対して申請主義を貫かず、福祉事務所ケースワーカーなどとの連携を密にししながら、適切な支援が受けられるような対策を講じること。
- 23.知的障害者の行動援護は限られた利用対象のみで且つ利用時間も 5 時間以内という制限がある。また事業者資格も厳しく制限されるが、対象範囲や事業者資格を緩和すべきであること。
- 24.日常生活用具として頭部保護帽を引き続き対象とすること。

医療費関連

- 1.自立支援医療費の「重度かつ継続」については、永続的な制度とすること。
- 2.入院時の給食費は治療の一環であり 現状どおりの負担とすること。
- 3.医療費負担の市町村民税非課税世帯及び市町村民税課税で所得税額が30万円未満の世帯の負担上限を1000円とすること。
- 4.「重度かつ継続」所得税額が30万円以上の世帯20,000円まで(経過措置)の上限を5000円とすること。
- 5.これら自己負担額の改変を経過措置としての有期的措置ではなく、恒久的施策として盛り込むこと。
- 6.有効期限を2年とすること。
- 7.指定医療機関については 精神科医でなく、てんかんについては主治医とすること。
- 8.入所施設では、集団生活を維持するための予防接種・薬の副作用による歯科治療などについても医療費助成の対象にすること。
- 9.自己負担の医療費は所得控除の対象とし、利用料の減免の対象とすること。

事業 施設関係

- 1.通所施設の補助金の支払いを日払いでなく、月払い単位にすること。
- 2.複雑な現行の施設体系を簡素化の方向で見直すべきである。新たな体系は、雇用移行支援タイプ、就労継続支援タイプ、デアクティビティー(地域活動センター)タイプ、の三体系を基本とすべきである
- 3.食費等の自己負担の再検討すること。
- 4.移行期間中の現行制度での補助金を削減しないこと。移行を支援するための施策を時限的に講じること。
- 5.小規模作業所問題の解消のための検討委員会を設けて、1年以内に公的補助制度の基準化を図ること。
- 6.重症心身障害児施設の入所者に対する福祉サービスについては、現行のサービス水準を後退させることなく、継続して受けられるよう配慮すること。
- 7.居住支援サービスの実施に当たっては、重度障害者であっても入居可能なサービス水準を確保するとともに、利用者が希望していないにもかかわらず障害程度別に入居の振り分けが行われないような仕組みの構築や、グループホームの事業者の責任においてホームヘルパーの利用を可能とすることなど必要な措置を講ずること。てんかんの人のケアホーム・グループホームの支援策について検討すること。
- 8.福祉的就労から雇用への移行のあり方について、関係団体の参加のもとに検討会を開き、必要な方策を1年以内にまとめること。障害者職業センター、ハローワーク、地域生活支援センターなど関係部局を横断するリエゾンサポートチームを立ち上げて支援すること。
- 9.報酬単価は 就労支援貢献度でなく、障害程度によるものとすること。
- 10.障害者の地域生活の充実及びその働く能力を十分に発揮できるような社会の実現に向け、非雇用型の就労継続支援の実施に当たっては、目標工賃水準の設定や官公需の発注促進など、工賃収入の改善のため設備投資への援助方法等について検討すること。
- 11.地域生活支援事業については、国の責任において実施すること。
- 12.精神障害者の社会的入院の解消を図るとともに、それらの者の地域における生活が円滑に行われるよう生活支援センターの機能を充実すること。
- 13.入所施設の手元に残る金額を5万円とすること。
- 14.現在入所している利用者が、障害程度区分の判定において施設利用ができなくならないようにし、継続利用が出来るようにすること。
- 15.個室利用料をなくし、入所施設の個室化をすすめること。
- 16.入所施設からグループホーム、ケアホームへの移行が出来るよう施設整備の充実をはかること。
- 17.通所施設利用者の中には利用料が生活費に大きく影響し、施設利用が出来なくなる利用者がいます。そうした利用者には生活保護と同じ措置を講じること。
- 18.障害の程度によるグループホーム利用対象の振り分けは、様々な障害程度の人が同居するが故の共助思想を否定し、機能一辺倒に瀕したものであり、障害程度による入居制限を撤廃すべきこと。
- 19.訓練給付の期間を5年とすること。
- 20.雇用型に補助金が高くシフトすると、かなり無理な運営とそのしわ寄せを障害者が蒙る可能性がある。事業単位の補助金でなく、障害程度を基本におくこと。

- 21.すべての事業における生産活動(18年10月まではすべての授産施設)において、利用者負担を算定するための収入状況の把握にあたっては、現行通り、年額288,000円の工賃控除を行うこと。
- 22.地域活動センターの補助金を手厚くすること。
- 23.精神障害者のホームヘルプサービスを24時間対応とし、レスパイト事業も制度化すること。
- 24.必要なサービスが受けられるよう、法的な根拠を備えた社会資源の基盤整備を進めること。働く場・日中活動の場、生活の場、人による支え(ホームヘルパー、ガイドヘルパー、手話通訳、ジョブサポーター、ケアマネージャーなど)など、地域生活のための社会資源(サービス基盤)について、特別の推進体制が必要であり、時限立法等の措置が必要である。
- 25.知的障害者の行動援護は限られた利用対象のみで且つ利用時間も5時間以内という制限がある。また事業者資格も厳しく制限されるが、対象範囲や事業者資格を緩和すべきであること。

就業・雇用関係

- 1.最低賃金の適用をすること。
- 2.公的機関で雇用率を満たしていない場合の罰則規定を厳しくすること。
- 3.精神障害者の雇用率の完全適用をすること。
- 4.福祉的就労から雇用につなぐジョブコーチなどの支援を全国どこでも受けられるように生活支援センターなどの関連施設に配置すること。