

社会 保障 審 議 会 障 害 者 部 会 ヒ ア リ ン グ 資 料 (2008.8.20)

## 重症心身障害児施設に関連する説明資料および要望事項

日本重症児福祉協会

### 1. 重症心身障害児 (者) とは

重症心身障害→重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態にある子どもを重症心身障害児、さらに成人した人を含めて「重症心身障害児 (者)」と呼びます。

これは、医学的診断名でなく、児童福祉法上の定義です。

その細かい判断基準を、国は明示していませんが、現在では、「大島の分類」で判定するのが一般的です。

重症心身障害児 (者) の数は、日本ではおよそ 3 万 8,000 人いると推定されています。

#### (1)大島の分類\*

|     |     |      |      |      |   |    |
|-----|-----|------|------|------|---|----|
|     |     |      |      | (IQ) | 1. 1, 2, 3, 4の範囲に入るものが重症心身障害児 (者)<br>2. 5, 6, 7, 8, 9は重症心身障害児の定義には当てはまりにくい<br>①絶えず医学的管理下に置くべきもの<br>②障害の状態が進行的と思われるもの<br>③合併症のあるもの<br>が多く、「周辺児」と呼ばれています。 |    |
|     |     |      |      | 80   |   |    |
| 21  | 22  | 23   | 24   | 25   |   | 70 |
| 20  | 13  | 14   | 15   | 16   |   | 50 |
| 19  | 12  | 7    | 8    | 9    |   | 35 |
| 18  | 11  | 6    | 3    | 4    |   | 20 |
| 17  | 10  | 5    | 2    | 1    |   | 0  |
| 走れる | 歩ける | 歩行障害 | すわれる | 寝たきり |   |    |

\*元東京都立府中療育センター院長大島一良博士により考案された判定方法

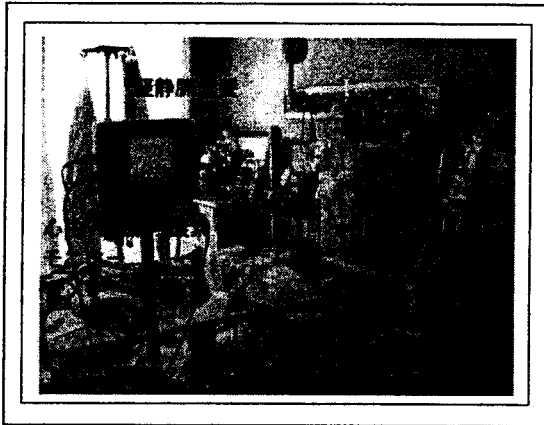
#### (2)「超重症児」・「準超重症児」とは

「超重症児」は、従来の重症児と比較して、呼吸管理を中心とした継続的な濃厚医療、濃厚ケアを必要とし、モニタリングやこまかな観察を要し人手がかかる、病状が急変しやすいなどから、診療報酬上、入院費の加算が設定されて

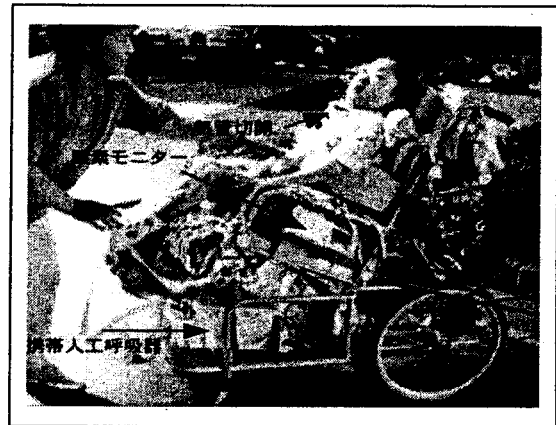
います。「超重症児（者）入院診療加算」1日300点、6歳未満 600点）

超重症児判定基準は、①運動機能は座位まで、②呼吸管理、食事機能、胃・食道逆流の有無、補足項目（体位変換、定期導尿、人工肛門など）の各々の項目のスコアの合計が25点以上で、それが6カ月以上続く場合を「超重症児」と判定します。「準超重症児」は、それに準じるもので10点以上（準超重症児（者）入院診療加算1日100点、6歳未満200点）。

超重症児



準超重症児



(3) 「準・超重症児」の実態

- 重症児施設（国立を含む）入所中

「超重症児」 1,426名

「準超重症児」1,958名

合計 3,384名

（全入所者の約18%）

- NICU等に長期入院中 約300名

（1年以上）

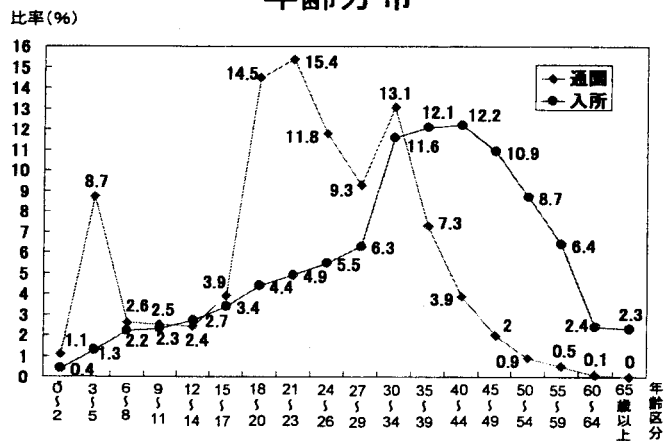
- 在宅（「重症児通園」から推計）

1,300名

- 杉本氏の調査（入院・入所・在宅）

20歳未満（推計）7,350名

年齢分布



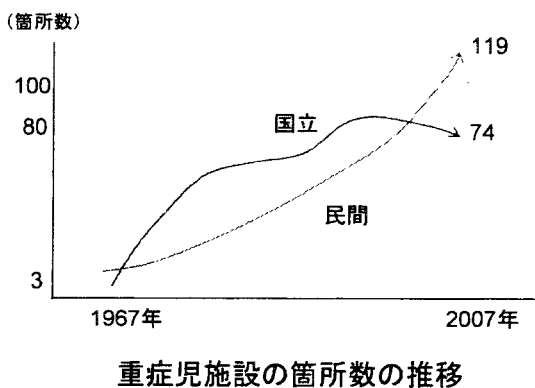
## 2. 医療・福祉上の課題

### (1)入所部門：児童福祉法上の生活施設でありかつ医療法上の病院

公立・法人立重症児施設（119ヶ所、定員 11,522 床（入所率 96%））

国立・国立病院機構 74ヶ所、定員 7,488 床（入所率 96～97%）

合計 193ヶ所 19,010 床



重症児施設の入所児(者)内訳

| 区分  | 昭和50(1975)年 |        | 平成19(2007)年 |        |  |
|-----|-------------|--------|-------------|--------|--|
|     | 入所者         | 割合     | 入所者         | 割合     |  |
| I   | 1,694人      | 47.9%  | 7,883人      | 72.7%  | 定義どおりの重症心身障害児(者)、大島の分類1・2・3・4                    |
| II  | 1,465人      | 41.5%  | 2,300人      | 21.2%  | いわゆる動く重症児をさす、大島の分類5・6・10・11・17・18                |
| III | 327人        | 9.2%   | 550人        | 5.1%   | 重度肢体不自由児(者)、大島の分類8・9・15・16・24・25                 |
| IV  | 48人         | 1.4%   | 117人        | 1.1%   | 肢体不自由も知的障害も軽度のケース、大島の分類7・12・13・14・19・20・21・22・23 |
| 合計  | 3,534人      | 100.0% | 9,889人      | 100.0% |  |

#### ①医師・看護師等の確保の困難

②定義どおりの「重症心身障害児・者」なかでも「超重症児」「準超重症児」の増加が顕著

③常時ほぼ満床状態

④入所待機者は全施設共通の課題。とくに「超・準超重症児」の受け入れ困難の改善（NICU 等での滞留状態の改善と在宅児のショート受け入れのため）

・入所待機者のアンケート調査結果（公法人立重症児施設 78 施設のみで 925 名。全国推計約 3,000 名～東京都・横浜市・大阪市の状況を勘案すると 5,000 名）

入所待機者の状況

| 人数  | 0～1 | 2～9 | 10～19 | 20～29 | 30～39 | 40～49 | 50～ |
|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-----|
| 施設数 | 13  | 31  | 18    | 9     | 2     | 3     | 2   |

「超重症児」・「準超重症児」の措置入所者の推移(公法人立のみ)

| 年度       | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 超重症児     | 347   | 416   | 468   | 494   | 590   | 656   | 687   | 818   | 903   |
| 準超重症児    | 694   | 858   | 682   | 812   | 850   | 939   | 888   | 1128  | 1148  |
| 準+超重症児合計 | 1,041 | 1,274 | 1,150 | 1,306 | 1,440 | 1,595 | 1,575 | 1,946 | 2,111 |

## (2) 在宅部門

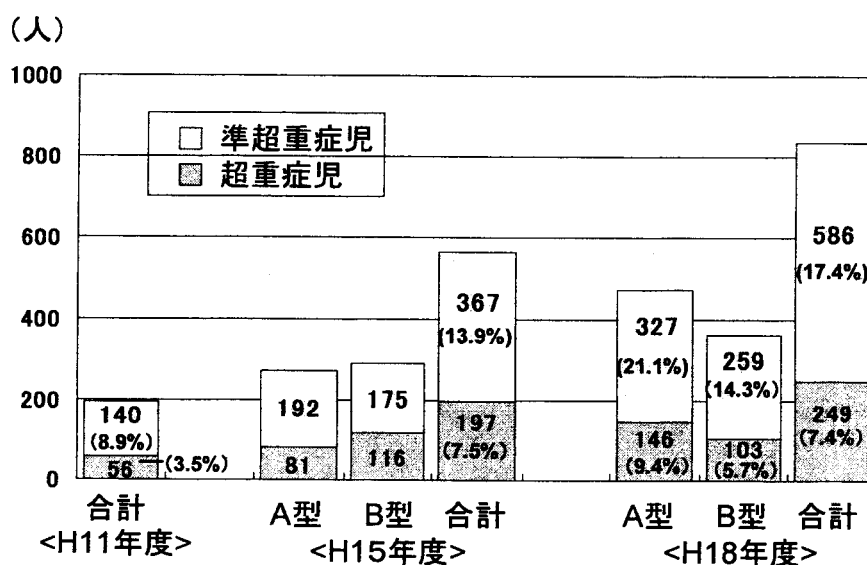
在宅重症児は約2万5,000人（推計）

重症心身障害通園事業利用者は約5,000人（20%）で、そのうち「準・超重症児者」は約1,300名（A型30.5%、B型20.0% 平均24.4%）

### ① 「重症心身障害通園事業」の維持・改善

A型（15名定員）での「準・超重症児加算」の新設

### ② 「障害者自立支援法」下での「療養介護型」の重症児通園事業の設定（「生活介護」でなく）



重症児通園での超重症児・準重症児数の変化

### ③ 「短期入所」での「準・超重症児加算」の新設

#### 短期入所受け入れ状況(宿泊を伴うもの)

平成19年4月1日～平成20年3月31日

| 理由           | 冠婚葬祭 |       | 家族の病気 |        | 母親の出産 |       | 休養の為  |        | 旅行の為 |       | 生活等訓練 |     | その他   |        | 合計    |         |
|--------------|------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|------|-------|-------|-----|-------|--------|-------|---------|
|              | 実人数  | 延日数   | 実人数   | 延日数    | 実人数   | 延日数   | 実人数   | 延日数    | 実人数  | 延日数   | 実人数   | 延日数 | 実人数   | 延日数    | 実人数   | 延日数     |
| 実施施設数        | 114  |       |       |        |       |       |       |        |      |       |       |     |       |        |       |         |
| うち重症心身障害児者人数 | 507  | 3,180 | 533   | 10,535 | 59    | 1,346 | 1,501 | 29,767 | 352  | 3,066 | 90    | 520 | 4,625 | 56,294 | 7,667 | 104,708 |
| 心身障害児者人数     | 518  | 3,243 | 555   | 11,059 | 63    | 1,405 | 1,559 | 32,040 | 359  | 3,131 | 105   | 869 | 5,790 | 66,823 | 8,949 | 118,570 |

宿泊を伴わないもの：実人数は心身障害児者人数 3,123、うち重症心身障害児者人数 2,498  
延件数は心身障害児者人数 23,962、うち重症心身障害児者人数 18,311

### 3. 「児童福祉法」上の課題

児・者一貫体制の維持（「成育医療」の観点から）

**国立成育医療センターの対象とする医療**

新しい国立高度専門医療センター（以下「新センター」という）においては、子どもが生まれ、成長して次の世代を産み育てるという一連のライフサイクルを捉え、これらを含む医療を提供するものである。

新センターの対象とする医療は、小児・母性等を対象とする医療を中心としているものの、必ずしもこうしたカテゴリーに当てはまらない分野（例えば成人に達した小児難病患者に対する医療、胎児に関する医療、思春期患者に対するこころの医療等）も対象とすることとしている。

これらの医療を含む概念及び用語として、「成育医療」が関係学会等において一定の定着が見られるところである。

小林 登（東京大学名誉教授、国立小児病院名誉院長）  
小児科診療 1998年 6号(9)1057より

公法人立重症児施設職員数 総括表

| 人数  |     | 医療部門 |       |      |    |     |        |      |       |       |       |       |         |     |          |         | 看護部門   |       |       |       | 計  |       |        |   |
|-----|-----|------|-------|------|----|-----|--------|------|-------|-------|-------|-------|---------|-----|----------|---------|--------|-------|-------|-------|----|-------|--------|---|
|     |     | 医師   |       |      |    |     |        | 歯科医師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 心理療法士 | 診療放射線技師 | 薬剤師 | 臨床衛生検査技師 | 医療社会事業員 | その他(2) | 計     | 看護師   | 准看護師  |    | 看護助手  | その他(3) | 計 |
|     |     | 小児科  | 精神神経科 | 整形外科 | 内科 | 外科  | その他(1) |      |       |       |       |       |         |     |          |         |        |       |       |       |    |       |        |   |
| 常勤  | 278 | 36   | 33    | 80   | 12 | 24  | 20     | 384  | 324   | 179   | 53    | 56    | 165     | 83  | 40       | 116     | 1,883  | 3,949 | 1,248 | 819   | 57 | 6,073 |        |   |
| 非常勤 | 308 | 53   | 72    | 173  | 38 | 196 | 91     | 28   | 20    | 25    | 37    | 35    | 17      |     |          | 61      | 1,174  | 251   | 144   | 240   | 16 | 651   |        |   |
| 兼任  | 66  | 6    | 37    | 11   | 5  | 62  | 7      | 103  | 80    | 51    | 14    | 36    | 37      | 49  | 10       | 38      | 612    | 26    | 4     | 4     | 1  | 35    |        |   |
| 合計  | 652 | 95   | 142   | 264  | 55 | 282 | 118    | 515  | 424   | 250   | 92    | 129   | 237     | 149 | 50       | 215     | 3,669  | 4,226 | 1,396 | 1,063 | 74 | 6,759 |        |   |

| 人数  |       | 育成部門 |       |     |       |        | 管理部門 |     |     |     |        |     |     |      |     |     |     | 合計    |        |   |
|-----|-------|------|-------|-----|-------|--------|------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------|--------|---|
|     |       | 保育士  | 保育士助手 | 指導員 | 介護福祉士 | その他(4) | 計    | 事務  |     |     |        | 給食  |     |      | 洗濯員 | 汽缶手 | 運転手 |       | その他(6) | 計 |
|     |       |      |       |     |       |        |      | 庶務  | 会計  | 医事  | その他(5) | 栄養士 | 調理師 | 調理員等 |     |     |     |       |        |   |
| 常勤  | 1,424 | 36   | 1,351 | 913 | 586   | 4,310  | 307  | 148 | 181 | 138 | 173    | 424 | 123 | 132  | 27  | 73  | 222 | 1,948 | 14,214 |   |
| 非常勤 | 78    | 4    | 61    | 23  | 134   | 300    | 27   | 1   | 16  | 13  | 6      | 29  | 102 | 93   | 5   | 35  | 141 | 468   | 2,593  |   |
| 兼任  | 2     |      | 6     | 1   | 2     | 11     | 69   | 27  | 26  | 5   | 24     | 34  | 17  | 2    | 3   | 8   | 11  | 226   | 884    |   |
| 合計  | 1,504 | 40   | 1,418 | 937 | 722   | 4,621  | 403  | 176 | 223 | 156 | 203    | 487 | 242 | 227  | 35  | 116 | 374 | 2,642 | 17,691 |   |

(注) 1. 平成19年4月1日現在のものである。  
2. 上段—常勤、中段—非常勤、下段—兼任(他施設との)である。

社会保障審議会障害者部会資料

障害児支援の見直しに関する意見

平成 20 年 8 月 20 日

社会福祉法人

全国重症心身障害児(者)を守る会

意見発表の機会を設けていただきましたこと、深く感謝申し上げます。  
当会の意見の要旨は次の通りです。

○ 会の三原則

- － 決して争ってはいけない  
争いのなかに弱いものの生きる場はない
- － 親個人がいかなる主義主張があっても重症児運動に参加する者は党派  
を超えること
- － 最も弱いものをひとりももれなく守る

当会は、昭和 39 年 6 月に創設、当時の国の福祉は、障害が重く社会復帰できないものには及びませんでした。私たちは、「たとえどんなに障害が重くても真剣にいきてい  
るこの命を守って欲しい」と訴え、また、「社会の一番弱いものを切り捨てることは、その  
次に弱いものが切り捨てられることになり、社会の幸せにつながらないのではないかと  
訴え、理解を深める運動を行ってまいりました。

I 重症心身障害児(者)に関する法体系について

現在の児童福祉法 ←⇒ 児者の一貫体制による処遇

(重症心身障害児施設)

第 43 条の 4 重症心身障害児施設は、重度の知的障害及び重度の肢体不自由  
が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに、治療及び  
日常生活の指導をすることを目的とする施設とする。

(都道府県がとることができる措置)

第 63 条の 3 都道府県は、当分の間、必要があると認めるときは、重度の知  
的障害及び重度の肢体不自由が重複している満 18 歳以上の者について、  
その者を重症心身障害児施設に入所させ、又は指定医療機関に対し、そ  
の者を入院させて治療等を行うことを委託することができる。

12 重症心身障害児施設における入所者の福祉サービスは、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。

## 2 重症心身障害児施設の児者一貫した処遇体制が必要な理由

重症心身障害児者は、周産期（誕生時）、乳幼児期の発達段階で脳神経に障害を受けた人たちである。

欧米諸国においては、このような幼児期からの発達障害に関する福祉的支援の在り方は生涯を通して一貫してなされることが常態化している。

わが国では、昭和 42 年から児童福祉法第 63 条の 3 で、重症児者について児者一貫（18 歳以上についての特例）体制が設けられている。

重症心身障害児施設では、乳幼児期に受けた中枢神経障害からくる麻痺、変形、緊張、てんかんなどの疾患・諸症状を小児神経科の専門医を主体として、治療、症状をコントロールしながら、年齢に関係なく一貫継続して全生活を支える療育支援を実施している。

平成 18 年に障害者自立支援法が施行され、サービス体系に療養介護事業が設けられ、18 歳以上の重症児を分離し、その対象とするとされている。しかし、この療養介護での職員体制は、重症児者の特性を無視したものであり、児童福祉法の重症児療育の処遇体制と全く異なるものとなっている。

重症児者は、微妙な環境の変化にも影響を受けやすいという特性がある。これを年齢（18 歳）で区分して切り離し、施設体系や係わり方、処遇環境を変えることは、重症児者にとって、長年にわたって継続してきた療育方法、生活リズムが崩れることで、心身に与える影響が極めて大きく、生命的リスク度が高まることになる。

したがって、重症児者の場合には、その療育情報を熟知した療育者、療育環境を変えることなく継続して関ることが最も望ましいことであり、処遇体系は、生涯を通して児者一貫した体制がとられるべき必要がある。

児者一貫の支援体制は、成人に達した者の人権を侵すものであるという指摘があるが、ここでいう一貫とは連続・継続した療育体制を確保することであり、日常生活支援において、成人としての人権・尊厳を守る配慮、また、加齢化に伴う成人病等の疾患に対応する措置は当然に講じられるべきものである。

### 3 できるだけ身近な地域における支援

重症児者をもつ親の人たちは、可能な限り、地域でともに暮らしたいと願っている。このためには、在宅支援の充実が望まれる。

#### (1) 重症児者の在宅支援

地域で生活するには、在宅サービス（短期入所、介護人派遣・入浴介助、など）や、在宅医療（訪問医療・訪問看護、緊急の医療入院）の充実が図られる必要がある。

##### ① 短期入所の拡充

在宅を続ける上で短期入所は極めて重要なものであるが、重症児者には医療的ケアが必要なこともあって、利用できる施設（事業者）が少ないうえに、施設の看護師確保難により利用が制限されている。抜本的な拡充策を求めるものである。

##### ② ホームヘルパーの確保

重症児者に対応できる技量能力を持った介護人が不足しているため、利用を申し入れても対応してもらえない。

##### ③ 医療的支援について

重症児者には、医療的ケアが必要なことから、訪問看護の存在は有用であるが、派遣時間が短いなど利用の要望にマッチするようにして欲しい。

また、緊急の入院治療が必要な事態が起こっても、入院できる医療機関を探すのに大変な苦勞をしているのが実態であり、いつでも受入れてもらえるよう医療機関の対応を願うものである。



## (2) 重症児者の日中活動の場（通所・通園）の確保

重症児者の親は、日中活動に利用できる体制が地域にあれば、ある時期までは施設入所を選択しなくてもよいと考える人が多い。しかし、特別支援学校を卒業しても生きがいを持って通える場所が身近にないのが現状である。

これは重症児者の特性として、医療的ケアが必要なことから、その機能を持つ利用場所が限られることによるものである。

現在行われている重症心身障害児(者)通園事業の果たす役割はきわめて大きいものがあるが、法定の事業でないために、その設置が容易に拡がらないのが実情であり、やむを得ず、自宅に閉じこもるか、医療的ケアに不安を感じながらも作業所などの適切ではない場所に通っているのが実態である。

法定化により、地域の身近な所で重症児者が通園できる場所が拡充されることを願うものである。

## 4 「共に生きる」を支援する体制について

### (1) ライフステージに応じた支援

障害児の自立には、障害の早期発見、早期療育支援体制を充実し、身近なところで相談支援・早期からのきめ細かい発達支援が行われること、ライフステージに応じてそれぞれのニーズに適合する支援体制が整備されることが重要であり、次の施策の充実を望むものである。

- ① 早期発見、早期療育の連携体制が身近に整備されること
- ② 障害の特性、発達段階に応じた適切な療育支援施策の構築
- ③ 特別支援教育の充実

特別支援学校制度の創設により、障害種別の学校制度の弾力化が図られたところであるが、医療ケアの必要な重度障害の児童が安心して通学できる体制整備が遅れているのが実情であり、改善を要望する。

#### ④ 家族への支援

・わが子に障害があると分かった時の親の衝撃は計り知れないものがある。受容にいたる時間・過程はその人それぞれによって異なるというが、悩んでいる親たちの不安を取りのぞき、慎重な配慮をしつつ障害児と共に生きる気持ちを早く持てるように支援する機能を確立して欲しい。

・障害児に母親が主体となって係ることが多いため、疲労した母親が家族に関わることが少なくなるので、家族（兄弟姉妹）が母親や障害児に不満をもつことが起こる、家族の絆を強めるためにも母親のレスパイトを可能とする短期入所体制の拡充を家族支援の観点からも切に願うものである。

・利用料の設定に当たっては、障害児を抱える家庭には、有形、無形の負担があることに配慮し、軽減を図る措置が必要であると共に、施設に入所した場合にあっても、特別児童扶養手当の支給が打ち切りにならないようをお願いしたい。

親は、子どもが施設へ入所しても頻繁に施設へ訪問して係るなど、監護の義務を果たしている実態があることに配慮していただきたい。

#### (2) 共生社会を目指した取組み

私どもの通園施設に、年間180人の小中学生の訪問があり、重症児との交流から無心に生きる姿を見て、生きることの大切さや社会福祉の原点を学んでいる。

障害児・者やその家族が地域社会で安心して生活ができるようにするためには、社会のあらゆるバリアをなくする取組みが必要であり、幼少時からのこうした交流が大切なものであると感じている。

ある小学6年生の子どもさんが、「最近は殺人や自殺のニュースがテレビをつけるといつもやっています。私はこんなニュースを聞くととても悲しくなります。障害をもった人もがんばって生きているのに、人を殺してしまったり、自分で命を絶ってしまうなんて考えられません。

もし私が、この先つらいことがあって死にたくなったら、一生けんめい生きているあけぼの学園のみなさんを思い出して、精一杯がんばろうと思えます。周りの人たちにも命の大切さを伝えていけるような大人になりたいです。」ということを作文に書いてくれた。

小さい時からのこうした活動を広めることが、障害児・者の生きる姿から何かを学び、共感の心を育むことは、全ての子どもの育ちにとって重要なものではないかと思うものである。

## 障害者自立支援法の抜本的な見直しについて

平成20年8月20日  
社団法人 日本精神科病院協会

### はじめに

「精神障害者福祉の立遅れ」が指摘されながらも、法の本格的施行後2年を経る現在、その抜本的な対策は放置されたままである。さらに本法においては精神障害特性への配慮を欠いていることから、精神障害者の地域移行は殆ど不可能な現状である。

精神障害者にとって、障害者自立支援法が「入院中心の生活から地域中心の生活へ」を実現する法となるためには、以上の視点を踏まえた抜本的な改正が不可欠である。

### [1]精神障害者福祉立遅れに係る特別対策を求める。

知的・身体障害者福祉法、老人福祉法に該当する福祉法が精神障害者には今日まで整備されて来ず、精神病床に「更生保護」的役割が代替されてきた経緯がある。精神障害者・家族にとっての「安住・安心の場」を、病院ベッドから地域社会に移行できる施設・事業体系への見直しが必要である。

- ① 精神科病院を経営する医療法人が、精神障害者支援施設(生活介護型)または、居住サービスと日中活動サービスを一体的に提供できる施設を設置できるように関係法を見直すこと。
- ② 比較的障害の重い精神障害者の地域生活支援は24時間・365日のケアを要することから、少人数単位で分散する現事業体系ではリスク管理を含む責任あるケア体制を確保できない。20～30人規模のケアホームが都道府県知事の認可で設置できるとされているが、設置要件の緩和および施設整備費の設置など、促進策を特別対策として実施することが必要である。

### [2]精神障害特性に充分配慮した福祉サービス体系への見直しを求める。

- ① 精神障害特性を反映する障害程度区分方式への見直しを図ることが必要である。  
精神障害者はその疾病特性から病状および生活障害の程度は固定しておらず、支援の質および量は不確定性を持つ。身体介護のように目に見えるサービスを時間で測る手法では、必要な支援の強度は測れない。実際に支援を行なっている精神保健福祉士・看護職員等の実務経験者による支援必要度判断を、一次判定で評価する方式を導入する必要がある。

- ② 精神障害者の相談支援・ケアマネジメントは、精神科医療機関が設置する「地域生活支援室」を軸に精神保健福祉士・看護職員等の専門職が携わる仕組みを確立することが重要である。

精神障害者が安定した地域生活を送るには、医療と福祉の総合的サービスが不可欠であり、精神障害を理解し利用者の状態に精通する精神保健福祉士・看護職員等の専門職が携わることが最も相応しい。また、精神科医療機関が設置する「地域生活支援室」は利用者にとってアクセサビリティがよいだけでなく、入院中から退院・地域生活へと一貫した支援が可能であり、利用者に安心を提供できることから広範に指定することが求められる。

- ③ 精神障害者の精神症状の変動等に早期に対応し、入院にまで至らない危機介入の一助となるショートステイが介護給付認定を受ける以前にも利用できるようにすべきである。またショートステイの対象として地域生活支援事業である福祉ホーム等にも可能とすることが求められる。

### [3]居住支援サービス事業が単独でも可能となるサービス費体系の確立とともに、低所得利用者に対する「居住費補助」を求める

- ① グループホーム・ケアホーム等の居住支援サービス事業が、単独でも運営可能となるようにサービス給付費を改善することが必要である。  
これらの単独事業では、利用料(食費・光熱水費)を国の定める施設入所者の自己負担額である 58,000 円に居住費を含めても赤字経営であり、サービス管理責任者の人件費すら出ない。このため、グループホームから撤退したり、既存住居を新体系に移行することを諦める例が少なくなく、精神障害者福祉の後退に繋がっている。
- ② 収入が障害基礎年金 2 級のみの場合、利用料を上記の 58,000 円・国保料 2,500 円・自立支援医療費 2,500 円を支払うと、手元に 3,000 円しか残らない。長期入院の場合は各種控除もあって手元に約 27,000 円残ることから、地域移行の促進は阻まれることになっている。25,000~30,000 円程度の「居住費補助」を求める。
- ③ 状況によっては精神保健福祉法下で規定されていた社会復帰施設の経過措置延長をすべきである

### [4]自立支援医療費等に係る自己負担の軽減措置を求める。

- ① 自立支援医療費および福祉サービス費の自己負担上限額については、両者を合算のうえ負担上限額の軽減措置を図るべきである。また、自立支援医療自己負担上限設定に関する世帯所得についても精神障害者本人の所得とするべきである。  
精神障害者は長期にわたって通院医療を継続する必要があることから、身体・知的障害者よりも負担額が多くなる事情を考慮し、軽減措置を求めるものである。

- ② 自立支援医療の再申請に要する診断書の有効期間を旧来通りの2年間とし、障害者福祉手帳と同時申請できるように改正するべきである。

現状では、自立支援医療の申請は毎年、障害者福祉手帳申請は2年ごとになっており、申請手続きおよび診断書料の負担は決して少なくない。両者の診断書様式は同一用紙で併用も可能となっており、通院公費負担の再申請に要する診断書の有効期間も2年間とすることで、利用者の経済的・心理的負担を軽減できることになる。

#### **[5]障害者所得保障の抜本的改善を求める。**

負担上限額の認定に係る「世帯所得」の範囲が、障害者(および配偶者)の所得を基本とする等、一定の改善措置は実施されてきている。しかしながら、無年金障害者および2級年金単身者などは所得保障の改善策などから外れており、基本的に障害基礎年金自体の抜本的な改善が地域生活への移行および定着化に不可欠である。