

論点整理

1 基本的な方向性

2 障害者の自立支援のための保健福祉施策の体系の在り方

(1) ライフステージ等に応じたサービス提供

- ① 保健福祉サービスの機能の現状
- ② 地域生活を支援するために今後重視すべき点
- ③ ライフステージごとに重視すべき点

(2) 就労支援

- ① 就労支援における福祉工場、授産施設、小規模作業所等の役割
- ② 福祉的就労から一般就労への移行の在り方（雇用との連携等）

(3) 住まいの確保

○住まい（生活の場）の在り方

3 ケアマネジメント等の在り方

- ① ケアマネジメントを行う範囲
- ② ケアマネジメントを担う者の在り方
- ③ 権利擁護の在り方

4 サービスの計画的な整備と財源（配分）の在り方

- ① ニーズを把握して計画的にサービスを整備する仕組み
- ② 障害者施策に関する財源配分の在り方（福祉・医療・所得保障）
- ③ 障害者施策に関する財源構成の在り方（利用者負担、保険料、公費）
- ④ 支援の必要度等に応じた効率的な財源配分の在り方

前回までの議事概要 (第7回障害者部会までの意見を事務局として整理したもの)

1 基本的な方向性

- ◇福祉は今まで領域ごとに議論してきたが、機能別に考え、それを構造的に結びつけることが必要。
- ◇今まで狭義の福祉の視点で議論されてきたが、今後は就労なども含めた幅広い視点で議論すべき。
- ◇障害者福祉の哲学が求められている。
- ◇みんなで支えていくという意識が芽生えるような提案を、この部会から行うことが必要。
- ◇3障害の間の縦割り、年齢による縦割りのために、小さな町村レベルではトータルなサービス提供ができていない。
- ◇高齢者であっても障害者であっても支援することは必要だし、なるべくシンプルに1つにしていくことが重要。しかし必要なサービスは色々であり、必要なものを提供できるような財源が重要。
- ◇統合の視点で考えるなら、介護保険の現状、将来の見通しについて勉強する必要がある。統合の問題は少なくとも3障害共通で議論しないとイケない。
- ◇これまでも3障害共通と言われてきたが、実際には精神障害は他の障害とは別に議論されてきた。
- ◇「介護保険に行くなら3障害ともに行くこと、障害者向けの制度を作ること、といった条件が整えば介護保険と統合する」というような議論が必要ではないか。そういう前向きな議論があってもいい。
- ◇精神障害から見ると、3障害そろって介護保険に行くべき。理由は2つ。①精神障害者の地域生活支援を進める上で安定的財源の確保が必要。ケアマネの導入や社会的入院の解消の方針を明確に打ち出したことをきっかけに、関係者が燃えてきた。財源がないとこの機運がしぼんでしまう。②社会的入院者には高齢者が多く有用。国民の関心を(介護保険を通じて)障害者に向ける効果もある。障害を身近に感じられるという大きな効果あり。
- ◇措置から契約に移行して競争原理を入れる余地ができた。介護保険については障害者についてどう意を用いていくか慎重に考えていく必要がある。
- ◇支援費についても直すべきところは直す。単に人的サービスだけでなく、就労や住まいも議論する必要がある。
- ◇金がないから介護保険に乗り換えるという議論は狭い。全体を議論する中で、これは介護保険、これは他の制度というように切り分けないとイケない。

◇結婚生活、出産・育児も生きていく上で重要なことであり、議論していただきたい。

2 障害者の自立支援のための保健福祉施策の体系の在り方

(1) ライフステージ等に応じたサービス提供

① 保健福祉サービスの機能の現状

◇通所施設にいろんな機能が混在している。就労を目指して利用している人もいれば、デイケア的に利用している人もいる。本人の希望に沿わず定員が空いているから通うという社会的通所もある。

◇障害児については、18歳以上になっても障害児の施設を利用し続ける、いわゆる「加齢児」が多いという問題、措置制度が残されているという問題がある。ライフステージに応じた一体的システムについて議論しているのに、障害児については、いわばダブルスタンダードになっている。

◇様々な施設類型があるが、現状ではそれぞれの違いがよく分からなくなっている。

◇地域で暮らすためには、特別なイベントではなく、日常的に住民と交流することが重要。通いやすいようアクセス重視で、街中に日中活動の場を設けると、住民にも分かりやすい場所となる。人目につく場所で活動していると、活動の輪が広がっていく。

◇支援費になって、千葉県でもホームヘルプ、グループホームとも2.5倍になった。障害者がどれだけ選択制を待っていたかの証左と思う。

◇支援費は国の共通の制度であっても、実際には地域差が大きく、サービスを選択できる地域とそうでない地域がある。財政状況が悪い中では、この地域差が広がってしまうのではないかと危惧。市町村が責任を持って支援するという意識がないことの表れとも言える。支援費が目指している自己決定等のキーワードを生かしつつ、介護保険への吸収合併ではなく新しい制度を作っていくという視点で議論すべき。

◇移動介護は、ホームヘルプや他のサービスとは別系統のサービスではないか。相談系サービスも重要。

◇精神障害は他障害と比べて福祉が著しく立ち後れており、医療機関が社会復帰施設を作らなければならなかった面がある。

◇虐待ケースなど、施設が必要な事例はある。ベッド数も少なく、欧米の大規模施設とは違う。

◇公的サービス以外にも、手帳を持っていれば受けられるサービスがある。しかし、精神の手帳で受けられる民間サービスは限定的。

◇新推計では、社会的入院の精神障害者数は3千人減っている。

② 地域生活を支援するために今後重視すべき点

- ◇地域で普通に暮らせることが大目標。施設に長くいればいるほど出づらくなるため、なるべく早く地域に戻すことが重要。
- ◇居宅サービスを充実させるだけでは地域移行は進まない。入所施設が地域に押し出す機能を持つことが重要。滋賀県の特区は、施設との関係を直ちに切るのではなく、地域生活への移行準備を円滑にできるもの。
- ◇入所者は、施設の外の生活を想像する力が弱くなっており、外の生活を経験すると地域移行のニーズが顕在化する。
- ◇ともすれば、事業者の所で抱え込んでしまうが、社会に押し出していくことが重要。
- ◇グループホームも、入所施設の居住部分も、ケア付き住宅と整理できる。このように考えれば入所施設の機能も地域に移行できるのではないか。施設と在宅という対立した概念はやめるべき。
- ◇施設かどうかという形態論でなく、機能でみるという方法は科学的。知的障害者の施設は訓練機能を担うものであり、通過施設という位置づけのはずだが、当事者の親の中には生活施設と誤解している者もいる。
- ◇入所施設については、各サービス機能がパッケージになっていることが関係者の安心感につながっている。施設の持つ各機能のサービスが地域でも受けられれば、地域生活について関係者も安心する。
- ◇地域で活動を展開していくには、相手方にモチベーションがないと取組みは進まない。不動産の例で言うと、社会福祉法人に貸せば夜逃げしないしきちんと家賃も納めてもらえる、ということで大家にとってメリットがある。そういう具体的なメリットを示すことが重要。
- ◇入所と在宅は車の両輪。施設から出すと生きていけないような人もいる。医療的ニーズが高いケース、虐待のケースもある。施設は最後の砦と認識。
- ◇中途障害者の場合、人生を変えるほどの重大な障害を負ったとしても、入院は3ヶ月しかできず、中間施設も不十分で、退院後すぐに社会に出されてしまう。このため、ひきこもりになる者が増えている。
- ◇インクルーシヴ、バリアフリー、権利の3つの視点から施策を考えることが大切。差別を品性、文化の問題とせず、具体的にどう解消するかという議論をすることが必要。
- ◇差別を取り除くには、子供の時から交流体験することが必要。
- ◇事件報道で精神科の入通院歴が取り上げられると、差別解消に向けた努力の成果もなくなってしまふ。精神障害者だけでなく、あらゆる障害者への差別をなくす努力が重要。
- ◇障害種別によって、専門性はそれぞれあるにせよ、地域で暮らすという意味では問題意識は同じ。

- ◇日中活動のニーズは一人一人異なるが、障害種別は関係ない。年齢や障害が異なってもケアの仕組みは変わらない。
- ◇地域で暮らす、という意味では、障害者も障害がある以前に人間である。障害特性はあるが、地域生活の面で、他障害との共通事項もたくさんある。
- ◇施設の在り方について、施設の持つ機能をどう分解していくか。機能と水準が問題。例えば、療護施設は居住機能としては貧しい。これまで障害分野では、施設と在宅の議論が総合的に行われてこなかった。法律上予定されている施設の機能と現実とのギャップも大きな問題。
- ◇在宅サービスを拡充するだけでは、地域移行は難しい。多くの施設入所者は、施設との関係が切れることを心配している。入所、通所に関わらず、地域移行への仕組みを持つことが重要。施設機能を一旦分解し、施設・在宅の二元論でなく、トータルでマネジメントすることが必要。
- ◇施設の機能を分けて考える方向性に賛成する。地域生活に移行し、また状態が悪化したときは施設に戻れる等、入所・居宅の二元論でなく自由な利用が可能となるようにすべき。補助金の在り方も縦割り。
- ◇精神障害者が通院するためにガイドヘルプが必要と考える。
- ◇地域生活には、訪問系サービスが一番適している。介護を軽減する観点から、住まいの環境整備も重要。また、スポーツ、町内会役員、講演活動など、仕事とは言えないが障害者は様々な役割を果たしており、それを支援する社会参加支援も重要。

③ライフステージごとに重視すべき点

- ◇ライフステージ毎に様々なサービスが不連続につながっている。その結果、本人のケア記録が施設毎でばらばらに作成されている。
- ◇ライフステージで考えるときに一番欠かせないのは所得保障と考える。
- ◇学齢期は、学校における障害の理解不足が大きな問題。生活力を高める教育が必要。
- ◇乳幼児期は、障害の発見と療育、障害児の養育に不安を持つ親の支援が重要。母親の心のケアが障害の受容をスムーズにし、その後のケアに影響する。医師の告知の仕方も重要。
- ◇知的障害は乳幼児の時から障害がある。障害が分かった後の数年間にどのようなサポートができるか、特に早期介入の観点からは、母親に対する支援が重要。支援する力を家族につけさせるエンパワーメントと、本人が大人になったときに自立できるように本人に対して行うエンパワーメントの2つが重要。障害の告知方法など、本人が障害を受容できるようなアプローチを検討することが必要。
- ◇児童精神科は民間がやってももうからず、日本は児童精神科が非常に少ない。国府台病院が民営化されるという話があるが、せつかく国府台病院の児童精神科で発達障害にも取り組もうとしていたのに、一方で解体しようとするのは理解できない。

◇発達支援の中においては、児童思春期の精神障害も重要。

◇精神障害者が一番望むのは就職。働くためには規則正しい生活等の日常生活訓練が必要であり、通勤寮のような施設について検討すべきではないか。

◇高齢障害者では、生活支援・介護だけでなく、医療支援も重なることがある。

(2) 就労支援

◇成人の場合最も多いニーズは就労。就労を支えるには、まず生活を支える必要がある。

◇就労支援は極めて重要。通所授産施設は、日中活動支援の中で一括りにするのではなく、別系統のサービスと整理した方がいい。制度と実態の乖離が大きいところでもある。

◇精神は雇用率にも入っていない、年金のない方が多い。地域の中で安心して暮らせるように、フレックス制を採用したり、通常勤務が難しい場合は3人交代で行うなど、工夫して欲しい。

◇障害者雇用は、これまで低調だったし、今後も変わらないと思う。就労支援は必要だが、就労を強調すると、仕事をしない人には支援しないかのように聞こえる。また、自営業の障害者に対しては何の支援もない。自営業に対する支援も重要。

◇雇用、就労に耐える方はその道に進んでいき、本当に支援が必要な方だけが支援を受けることで、支援費の活路は開けるだろう。

① 就労支援における福祉工場、授産施設、小規模作業所等の役割

② 福祉的就労から一般就労への移行の在り方（雇用との連携等）

◇障害者雇用の先行きは決して暗くない。企業は障害者雇用に積極的になっている。今までも増して真剣に考えないといけないという企業も多い。福祉各法と障害者雇用促進法の連携ができていないことも問題。福祉各法からも法的整合性を図っていけるよう議論すべき。

(3) 住まい対策

○住まい（生活の場）の在り方

◇不況により住宅の空き物件が出てきた。不動産業者の方からグループホームを作ってほしいと提案されるようになった。

◇基本的な考え方としては、住まいの「確保」とすべきではないか。福祉的住宅から公営住宅、一般住宅への移行を明確にしてはどうか。精神障害者の場合、住まいが確保できれば

退院できる人が多い。生活の拠点がないと地域生活は始まらない。

◇精神障害者の場合、住まいが確保できれば地域生活への移行が促進する。

3 ケアマネジメント等の在り方

◇乳幼児から成人期まで対応するにはケアマネが必要。

① ケアマネジメントを行う範囲

② ケアマネジメントを担う者の在り方

◇障害者ケアマネジメントは必要だが、どうやって実施するか難しい問題。介護保険のケアマネジャーのように1人の専門職だけで担えるものではない。様々な職種によるチームで対応すべき。

③ 権利擁護の在り方

◇支援費では契約書自体有効に成立していないケースがある。成年後見の活用なども考えるべき。

4 サービスの計画的な整備と財源（配分）の在り方

◇厚生労働省の予算は、医療費が一番大きく、以下、年金、介護保険、生活保護、福祉が大きい。16年度予算案では、各分野が2～3千億円増えているのに、福祉は9百億円減っている。なぜ福祉だけ減るのか。また、福祉関係1.7兆円のうち、障害関係は0.7兆円で厚労省全体の3.5%。これを大きいと見るかどうか。

◇支援費はまだ1年しか経っておらずこれから改善を図るべきもの。

◇支援費が1年経たないうちにこうなったのは、厚労省は実態把握できていなかった、杜撰だったということ。

◇支援費が1年経たないうちに予算不足に陥った、という見積もり間違いについて反省が必要。なぜ不足したのか、なぜ義務的経費にしないのかの議論がまず行われないと始まらない。将来的に税金ではやっていけない理由は何か、明らかにしなければならない。

◇施行後1年で介護保険との統合が議論の俎上に上ること自体、計画性がないという意味でほめられたものではない。審議会もだが、行政もユーザーも見通しの甘さがあった。これから新しい制度設計をする際は、同じ誤りを繰り返さないよう慎重に議論すべき。ただ、周知の通り財源がひっ迫しておりほっておけない。

◇「なぜ1年で」という気持ちはあるが、急速に変わる時代にあって予測するのは難しい。逆に言えば、今検討を始めるのは英断。支援費により、措置から契約へ変わったが、これ

は福祉の歴史に残る大きな変化。これを進めていくためには財源確保が重要。「より良い財源を」という視点が重要。

- ◇介護保険導入時と現在との状況の違いを考えるべき。三位一体改革が過小評価されているのではないかと。これは支援費導入時にはなかったこと。この辺りの理解を共通にする必要がある。
- ◇支援費は理想的にも制度的にも欠陥はない。スタート時に三位一体改革という予想外のことがあり、財源だけが問題となっている。
- ◇支援費がひっ迫しているのは（介護保険の給付対象外となる）要支援以下の方が支援費を利用している面もあるのではないかと。
- ◇三位一体改革のタイムリミットが迫っているため、支援費制度での充実ばかり議論してもいけないのではないかと。三位一体改革の内容が決まる前にしっかり議論しておかないといけない。
- ◇自治体としては、財源がないとサービス提供できない。三位一体改革は予想外の出来事。精神障害者も含めて障害者が求めてきたものをやめてしまうのではなく、財源をどう確保するかということも考えないと。「わずか1年で」という気持ちはよく分かるが、しかし急速に動いているので、この部会でしっかり議論したい。
- ◇介護保険の善し悪しはともかく、安定財源を確保するには他に財源を求めなければならないのだから、今議論しないといけない。財源問題のために理念が忘れられてはいけない。
- ◇財源の問題と見ると、これはもう厚労省の問題ではなく、どこに予算を配分するかという国の哲学。この審議会で議論し、この審議会から提案すべき。
- ◇国の予算82兆円のうち36.6兆円は借金。厚労省予算は20兆円くらいあるのだから、三位一体改革で厚労省に色々言うのは当然。我々は厚労省予算を守らないといけない立場。情報を共有したい。支援費導入の時の苦さを味わいたくない。

① ニーズを把握して計画的にサービスを整備する仕組み

- ◇市町村計画には精神障害者の数値目標がほとんどなく、地域差は広がる一方。国のプランも、老人と違って市町村計画の積み上げではない。数値目標を市町村に義務づけることが必要。そうすれば自治体の責任も担保される。精神障害者についても、他障害と共通の基盤は確保したい。
- ◇市町村計画について、精神障害者の記述がない自治体に対して厚生労働省から指導すべきではないかと。

② 障害者施策に関する財源配分の在り方（福祉・医療・所得保障）

③ 障害者施策に関する財源構成の在り方（利用者負担、保険料、公費）

- ◇支援費の理念を否定する人はいない。介護保険でカバーできる部分とできない部分がある。

カバーできないところは3障害固有の問題がある。

- ◇高齢者福祉も介護保険だけによっているのではない。障害者サービス全体の議論をし、その上で介護保険というスキームでできる部分はどこか考えるべき。
- ◇介護保険は決算主義。所得保障、権利擁護、住宅施策などサブシステムの問題もある。介護保険が全てを救うわけではないが、よく考えられた特定財源確保のシステム。
- ◇個人的には、介護保険自体は否定されるべきものでないと思う。ただ3点は留意してほしい。①支援費が1年でダメになったことについて1度きちんと説明してほしい、②抽象的議論ではなく、新制度の姿を提示して議論しないと皆不安になる、③3障害共通ということなら法律は別々のままでよいのか検討すべき。
- ◇統合する場合、高齢者施策と障害者施策の基本理念が少し違うので、それぞれ整理して整合性を取らなければならない。したがって、介護保険法の抜本的な改正が必要。
- ◇介護保険も地域ケア型に変わっていったところ。今までの介護保険を前提にそれと統合する、というのではない。
- ◇介護保険については、給付費増をまかなうため、保険料引き上げやホテルコスト徴収など利用者負担増が議論されていると聞く。介護保険との関係を考える際は、これらの利用者負担増をどう考えるかも重要。
- ◇介護保険部会では、利用者負担を2割にする意見は少数派。高齢者にも低所得者は多い。ホテルコストは、在宅利用者とのバランスから徴収する方向。
- ◇精神障害者福祉は義務規定のない補助金。介護保険は税の部分が大きく、このまま介護保険が伸び続けると、限りある税収が介護保険に持って行かれてしまうのではないか。介護保険サービスを受給する権利もあれば、負担する権利もある。低所得者対策は、最低生活の保障など別の次元の議論がいるのではないか。
- ◇介護保険は、もともと高齢者介護保険として設計されたものではないと認識。長期ケア保険、支援保険と言うべきもの。ケアの中身はアプリアリに決まっているわけではない。
- ◇40～64歳は、介護保険料を負担するものの、介護保険サービスは受けられない。そういう整理がいいのかどうか考えるべき。

④ 支援の必要度等に応じた効率的な財源配分の在り方

5 その他今後の進め方等

- ◇「何年続くからいい制度」というものではない。必要があれば改正すればいい。内容も大切だが、議論のプロセスがより重要。市民の感覚で納得できる議論が必要。前向きで、必要かつ十分な議論をしてほしい。そのためにも生の声をヒアリングしてほしい。

- ◇この場で介護保険を議論するとき、統合を前提とするのかどうか。それにより議論の内容が変わる。
- ◇まず施策体系から幅広く議論するなら、1～2年はかかる。議論の大枠が決まらないと6月までにはまとまらない。
- ◇早く会員に検討状況を伝えていかないといけない。このペースで議論していて、6月までに結論を出せるのか。
- ◇障害種別により考え方は異なる。障害毎に様々な論点があってもいつまでも議論が終わらない。統合という大枠から絞り込んで介護保険に持っていくのか。こういう議論をやっていたら1年でも終わらないのではないか。
- ◇6月までに介護保険への方向性を審議会で議論するとなると、様々な立場の意見があり、まとめる時間がない。支援費の時のように、また見切り発車になりかねない。
- ◇地域生活支援検討会に参加している8団体のうちDPI、JDは部会委員ではないので、何らかの形で彼らのヒアリングをしてはどうか。生の声を聞くことが重要。