

第37回社会保障審議会障害者部会議事録

日 時：平成20年8月20日（水）14:00～17:02

場 所：金融庁共用第1特別会議室

出席委員：潮谷部会長、高橋委員、嵐谷委員、安藤委員、井伊委員、伊藤委員、
岩谷委員、川崎委員、北岡委員、君塚委員、小板委員、佐藤委員、新保委員、
副島委員、鶴田委員、堂本委員、長尾委員、広田委員、星野委員、三上委員、
大濱委員、福島委員、箕輪委員、宮崎委員、山岡委員、小澤委員
林参考人

○潮谷部会長

皆様、それでは、定刻になりましたので、ただいまから第37回社会保障審議会障害者部会を開催いたします。

委員の皆様方には、お忙しい中にお集まりいただきましてありがとうございます。

本日も引き続き関係団体の方々からご意見を賜りたいと思っております。今回も前回と同様ですけれども、前半、後半に分けさせていただきたいと思いますし、その途中で休憩を挟ませていただきます。

それでは、事務局のほうから関係団体の方々のご出席のご紹介と委員の方々の出席状況、資料の確認等をお願いいたします。

○蒲原企画課長

それでは、本日ご出席をいただいております関係団体の皆様をご紹介をさせていただきます。

日本重症児福祉協会より常務理事の末光茂様でございます。

全国重症心身障害児（者）を守る会より副会長の秋山勝喜様でございます。

日本精神科病院協会より副会長で本部会の委員でもいらっしゃいます長尾卓夫様でございます。

全国精神障害者社会復帰施設協会より会長の高野修次様であります。

常務理事の尾上義和様でございます。

全国精神保健福祉社会連合会より理事長で本部会の委員でもいらっしゃいます川崎洋子様でございます。

全国精神保健福祉士協会より常務理事の大塚淳子様でございます。

冒頭話がございましたとおり、前半、後半に分かれるということでございます。会議の後半には自治体関係の3団体から出席を予定しておりますので、その際ご出席の皆様のご

紹介をさせていただくことにいたしております。

続きまして、本日の委員の出欠状況でございます。数名の方から欠席の連絡をいただいております。欠席の連絡をいただいている方々でございますが、坂本委員、櫻井委員、竹下委員、仲野委員、野沢委員、生川委員、浜井委員から都合により欠席という連絡をいただいております。

それから、君塚委員でございますけど、出席の予定でございますが、少し遅れるという連絡をいただいております。

なお、坂本委員の代理として、東松山市健康福祉部長の林参考人にご出席ということになってございます。

続きまして、本日の資料の確認をさせていただきます。

お手元の議事次第を見てもらいますと、右肩に資料番号がついてございます。資料ナンバー1から始まって、1が重症児福祉協会からの提出資料。資料ナンバー2、全国重症心身障害児（者）を守る会から。資料ナンバー3、精神科病院協会から。資料ナンバー4、精神障害者社会復帰施設協会のほうから。資料ナンバー5、全国精神保健福祉会連合会から。資料ナンバー6、日本精神保健福祉士協会から。資料ナンバー7のほうは、少し大きな資料が別刷りに大きなものがございます。これは後半の部分になりますけれども、全国知事会からの資料ということになってございます。

そのほか、また資料ナンバー8として、これはまた小さいほうに戻りますけれども、全国市長会のほうからの資料です。

なお、一番後ろに番号が振っておらない1枚ペーパーが入ってございます。全国町村会長からの資料でございます。これもお手元に配布されていると思います。最後に後半部分で使うということでございますので、よろしく願いいたします。

あわせまして障害者部会第35回の議事録についてもお手元に配布しているということでございます。

以上、資料についてご確認をいただければというふうに思います。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、本日の議事に入らせていただきます。

本日は、障害者自立支援法の見直しに関して関係団体からご意見を賜りたいと思います。

まず、前半ということで、末光様、秋山様、長尾様、高野様、尾上様、川崎様、大塚様、それぞれご意見をこの順番で伺うこととしたいと思います。

前半の議事の終了は、意見交換を交えまして、概ね15時30分ごろまでを考えておりますけれど、少し延びるということもあるかと思っております。大変申しわけないこととございますけれど、1団体から10分程度を目安にご意見を賜りたいと思っておりますので、どうぞご協力方よろしく願いいたします。

それでは、まず日本重症児福祉協会の末光様にご意見を伺いたいと思います。

○末光日本重症児福祉協会常務理事

それでは、資料1をご覧くださいながら、お耳を傾けていただけたらと思います。

公・法人立の重症心身障害児施設119施設で構成されます日本重症児福祉協会を代表して、重症心身障害児（者）とそのご家族を支える取組の歴史と現状、そして課題、要望について説明をさせていただきます。

まず、重症心身障害者に対する的確なご理解をお願いしたいと思います。

重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態にある小児を重症心身障害児、成人した人を含めて重症心身障害者と呼んでおります。これは、医学的診断名ではなく、児童福祉法上の定義であります。

その細かな判定基準を国は示しておりませんが、現在のところ、大島の分類で判定するのが一般的であります。その大島の分類を示しております。

大きな枠の中の1、2、3、4が定義どおりの重症心身障害児（者）に該当し、日本ではおよそ3万8,000人いるものと推計されます。

さらに、周辺の5、6、7、8、9で絶えず医学的管理下に置くべき者、あるいは障害の状態が進行的、進んでいくと思われる者、その他、合併症が多くある者のうち、結果として重症児施設での受け入れを余儀なくされている方々、その人たちを「周辺児」と呼んでおります。

次に、「超重症児」「準超重症児」という用語について説明をさせていただきます。

「超重症児」とは、従来の重症心身障害児（者）と比較して、人工呼吸器を含む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、モニタリングや細やかな観察を要する、人手がかかる、病状が急変しやすいなどから、診療報酬上、入院費の加算を設けていただいております。

その「超重症児」判定基準は、2ページの2行目に挙げておりますように、運動機能は、座位、お座りまでで、②呼吸管理、食事機能、胃・食道逆流の有無、補足項目として、定期導尿、人工肛門などのおおのこ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」、それに準じた10点以上24点以下を「準超重症児」と判定します。

実態につきましては、(3)に紹介しておりますように、国立を含む重症児施設入所中の方々のうち「超重症児」「準超重症児」合わせて3,384名、全入所者の約18%に達しております。

その他、NICU等に1年以上長期入院しておられる方が約300名、在宅が約1,300名と推計され、これらを合計しますと約5,000名となります。

なお、杉本氏の調査によると、20歳未満の人だけでも7,350名という推計数を示しております。

3ページの医療・福祉法上の課題について申し上げます。

まず、入所部門につきましては、重症児施設が児童福祉法上の生活施設であり、かつ医療法上の病院として位置づけられておりますが、公・法人立の重症児施設、国立病院機構を合計しますと、193カ所、約1万9,000ベッドが用意されております。そのいずれもが96から97%の入所率を占めております。

そこでの課題は、まず1、医師、看護師等の確保の困難さが挙げられます。2、右上の表のように、30年前と比べますと、「周辺児」が相対的に減少し、定義どおりの重症心身障害児(者)が実数、比率とも大幅に増加し、73%を占めるようになっております。そして、その中でも「超重症児」「準超重症児」が顕著に増えているわけでありまして。

そして、3番目として、常時ほぼ満床状態にあるため、短期入所への対応に苦慮しております。在宅志向の中でのご家族の切実な要望に対応し切れていない事態は、特に東京等、大都市圏で深刻であります。

4として、入所待機者がかりなの数に上っております。アンケート調査を先ごろいたしました。その結果、公・法人立重症児施設のうち、大都市圏以外の82施設のみに限っても、925名の待機者がおられます。下の表のように、1施設当たり40名以上の待機者を抱えているところも5施設あります。

その上、東京都、神奈川県、大阪府等の大都市圏では、待機者が余りにも多くあり過ぎるため、施設側で把握できておりません。その数を勘案しますと全国で約5,000名の入所待機者が現在おられるものと推計されます。

中でも、繰り返しになりますが、「超重症児」「準超重症児」、それも病院での入所待機者が増え続けているわけでありまして。

次に、「超重症児」「準超重症児」の措置入所の年次推移を一番下の表に示しております。

七、八年前と比較しますと、全体では2倍増になっておりますが、特に、医療ニーズの高い「超重症児」が3倍に増えております。

その理由として、一般病院の在院日数の縛りにより、長期入院が困難になったのを積極的に受け入れた結果であります。しかし、それも限界に来ております。

受け入れ条件の厳しさの一端を申し上げますと、NICUでの診療報酬が1人1日約8万円であるのに対し、重症児施設で同じ人を受け入れても1人1日2万5,000円程度しかいただけません。3分の1程度の費用で頑張っているわけでありまして、それも限界に来ているということでもあります。

4ページ目をご覧ください。

在宅の重症児は約2万5,000人と推計されます。そのうち、5分の1、20%の5,000名程度が「重症児通園事業」をご利用です。その他は、養護学校等に通っておられるか、全くの在宅で、家族の世話にゆだねられております。その重症児通園のうち、「準・超重症児」が1,300名に達しているのが真ん中の図のとおりです。ここでも、このような人を受け入れている15名定員のA型通園では、年間1,000万円以上の持ち出しで頑張っております。

す。

そのようなことから、1、「重症児通園事業」の維持・改善をお願いしたい。特に、医療機能を持つ通園事業で「超重症児」を安心、安全に受け入れられるように条件整備をお願いしたい。

また、2の「障害者自立支援法」に移行しなければならない場合には、在宅ということのみで、生活介護施設に位置づけられるのではなく、療養介護型の重症児通園施設として設定していただくことを希望いたします。

次に、③の「短期入所」で宿泊を伴うものだけを見ても、平成19年1年間で、8,949人が、延べ11万8,570日、公・法人立重症児施設を利用しておられます。国立を加えますとこの約1.5倍以上になります。そこでも「超重症児」「準超重症児」の方が増えております。

ご家族にとってはレスパイトであっても、「超重症児」にとっては、この短期入所は命がけのことが少なくありません。そのような方を安心して受け入れられるように、「超重症児」「準超重症児」加算などの条件整備をお願いしたい。

5ページをご覧ください。

最後に「児童福祉法」上の課題としては、重症児の生命が守られ、寿命の延長をもたらすことができたのは、何よりも児・者一貫できめ細やかな医療、看護、リハビリ、そして生活支援を生涯にわたって提供できる体制にさせていただいたおかげであります。

これに関連して、国立生育医療センターの対象とする医療の中に、小林登先生のご指摘のように、成人に達した小児難病患者等に対する医療もとあります。同じように、重症心身障害児(者)も生育医療の視点から、ぜひ児・者一貫での支援が続けられるよう強く要望します。

そのことを理解していただく一助として、公・法人立重症児施設の職員の総括表を載せております。

まず、医師のうち、小児科医が約3分の2を占め、特に小児神経科医が主力になっております。看護部門は、入所者2人に1人の体制であり、さらにリハビリテーションスタッフに保育士、指導員等の育成部門を合わせた人数は看護部門とほぼ同数の2対1体制であります。

なお、障害者自立支援法下での療養介護施設へ移行した重症児施設は193カ所中2カ所にとどまっております。

それは40年間で築き上げた療育、特に生涯にわたる発達支援という視点の欠如への不安の声が強く反映しているものと受け止められます。

以上、背景説明をさせていただきました。

最後に、要望として4点挙げさせていただきます。

1、入所を必要としない、あるいは重症心身障害の状態を脱したいいわゆる元重症児の適正処遇の推進のために関連施設への円滑な移行策をとっていただきたい。その一環として、

最重度肢体不自由グループホームの整備を進めていただきたい。

2、生育医療の立場で、ライフサイクルを通じての一貫した医療体制の維持を児童福祉法の下でお願いしたい。

3、地域医療の立場から、「超重症児」「準超重症児」の積極的受け入れの可能な条件整備をいただきたい。そのためには、本日ここでは説明の時間がとれませんでした、
「超重症児」入院診療加算の大幅増額と7対1看護の条件緩和を願いたい。

4、在宅重症児と家族のトータルケアの充実のために、重症児通園事業を法定施設として位置づけていただきたい。その際、「超重症児」「準超重症児」のための医療を確保した通園、そして短期入所の条件整備を特にお願いしたい。

以上であります。ありがとうございました。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、引き続き、全国重症心身障害児（者）を守る会の秋山様、よろしく願いいたします。

○秋山全国重症心身障害児（者）を守る会副会長

このような意見を述べる機会をいただきまして、深く感謝申し上げます。

本日は、私どもの会長のキタウラが出席を実は予定いたしておりましたのですが、ちょっと体調を崩しまして、かわって私からご説明申し上げることをお許しいただきたいと存じます。

昭和39年に私どもは会を結成して、重症心身障害児（者）の福祉を求めて運動を始めましたが、当時は、障害が重く社会の役に立たない者には国の金は使えませんかと言われてました。

そんな中で、社会の一番弱い者を切り捨てることは、いずれその次に弱い者が切り捨てられることになり、決して幸せな社会とは言えないのではないですかと訴え、理解を深める運動を行ってまいりました。私たちが運動を進めるに当たって、会の3原則というのをつくっております。

決して争ってはいけない。争いの中に弱い者の生きる場はない。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。最も弱い者を1人も漏れなく守るというものでございます。

こうした基本姿勢の下に、今まで重症心身障害者の福祉を願って、私どもの会がどのように関わってきたのか、皆様にご理解いただきたくあえてここに掲げさせていただいた次第でございます。

そして、国会議員の先生方や厚生省、大蔵省へお母さんたちが障害の子供を背負い、足を棒のようにして陳情を繰り返し、運動を始めて3年後の昭和42年に、この資料に記載し

ておりますように、重症心身障害児施設が児童福祉法で認められ、あわせて18歳以上の場合でも入所できる児・者一貫の制度の実現を見たのでございます。

以来、40年余にわたって、この制度のおかげで、重症児（者）の命が守られてきたことに深く感謝申し上げているものでございます。

しかし、今、見直しによりまして、児童福祉法は18歳未満まで、18歳以上は自立支援法の適用ということで、18歳を境にしてその体系が分断されるとともに、職員配置基準も変更されて、処遇水準が低下するのではないかと危惧しているところでございます。

そこで、次の重症心身障害者の一貫した処遇制度がなぜ必要なのか、その理由について述べさせていただきます。

先ほど、日本重症児福祉協会の末光先生から重症心身障害者の定義並びに実態についてお話をいただきました。

重症心身障害者は、乳幼児期の発達段階で脳神経に損傷を受けたことによって、てんかん、麻痺、変形、緊張などの疾患、知的障害という諸症状を持っている人たちでございます。

これを受け止める重症心身障害児施設では、子供から大人へと年齢に関係なく、継続してこうした障害による諸症状を治療、コントロールする医療的な関わりとともに、保育士などによる福祉的な関わりが行われているところでございます。

これらの諸症状は、年齢が17歳から18歳になったところで急に変わるものではありませんので、18歳で切り離し、施設体制や関わり方、処遇環境を変えてしまうということは、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になってしまいます。このことは、環境の変化に弱い重症児者にとって心身に与える影響が極めて大きく、時には生命の危機に直面することにもなります。

私どもの法人では現在、3カ所の重症児施設を運営いたしております。この環境の変化に敏感に影響されやすいということを身をもって経験しております。

したがいまして、継続的な療育体制による関わりこそが、重症児者の特性に真に適合しているものと考えるものでございます。

しかし、一方で、児・者一貫体制については、成人に達した人の人権を侵すものであるという指摘がございます。ごもっともな意見であると思えます。

しかしながら、ここで行われている児・者一貫支援というのは、成人を子供扱いするというものではなくて、年齢を通じて、連続、継続した療育体制を続けるということでございます。

もちろん日常的な支援にあつては、成人としての人権、尊厳を守る配慮や加齢に伴う成人病などの疾患への対応は当然に講じられるべきものでありますし、現在も実施されております。

私どもは、今日まで、児・者一貫の支援体制が行われてきた実績から、重症児者にとって最も望ましいものであるとこの制度の維持、継続を強く望んでいるところでございます。

次に、3のできるだけ身近な地域における支援についてでございます。

親の人たちは、どんなに障害が重くても、可能な限り地域でともに暮らしたいというふうに願っています。したがって、次の在宅支援施策の充実が強く要望されているわけでございます。

1つは、短期入所の拡充でございます。

短期入所につきましては、在宅での生活を続ける上で、特に重要な役割を果たしています。しかし、重症児者には医療的ケアが必要なこともありまして、利用できる施設が少ない状況でございます。そして、折しも看護師不足の状況と重なって受け入れ枠が狭められ、利用したくてもできないのが大変困っているのが実情でございます。抜本的な拡充策をお願いするものでございます。

2つ目のホームヘルパーの確保、3つ目の医療的支援につきましては、それぞれの対応するご配慮をお願いしたいということでございます。

次に、4ページにまいりまして、重症児者の日中活動の場の確保でございます。

親の人たちは、重症児者が日中利用できる場所があれば、ある時期までは施設入所を選択しなくてもよいと考えています。したがって、日中活動の場の確保は短期入所制度とともに、在宅支援の重要な施策でございます。

しかし、特別支援学校を出ても、利用できる場所が少なくて困っているのが実情でございます。

現在、通園の場所として、重症心身障害者通園事業というのがございますが、予算補助事業ということでありますし、1カ所当たりの補助金の額が低いこともありまして、なかなか設置が進みません。これを法定の事業として制度化していただきたいというのが私どもの切なる願いでございます。

次に、4の「共に生きる」を支援する体制についてでございます。

ライフステージに応じた支援体制として、身近な地域で気軽に利用できるように、早期発見、早期療育支援体制を整備していただきたいということでございます。

次に、5ページの家族への支援についてでございます。

障害児者本人への支援の充実は大変ありがたいことですが、家族を含めたトータルな支援が必要でありまして、親の苦悩を受け止める相談支援や利用料の負担軽減、また特別児童扶養手当制度の改善などについて配慮されることを願っております。

次に、共生社会に向けた取組でございます。

共生社会の実現には、ハード面だけでなく、心の面においてもバリアのない社会になることが必要でございます。

私どもは、重症児者に理解を深めるため、パンフレットをつくって、いろいろな機会を通じて理解を深める運動を行っているところでございます。本日、先生方のお手元にもお配りさせていただいておりますので、後ほどご覧いただければ幸いです。

何と申しましても、小さいときから障害がある人、ない人が不断に交流する機会を持つ

ことがとても大事なことであると思います。

私どもの世田谷の通園施設には、小学生から中学生、高校生、中には修学旅行での訪問もありまして、多くの学生たちと交流をしていますが、交流を通じて、お互いが何かを得ている感じが感じられ、とてもほほ笑ましく温かい幸せな気持ちをもたらしております。

その人たちが、時に感想文を寄せてくれます。その1つ、小学校6年生の男の子の作文をここに紹介させていただきます。

私は、お世話や車いすの体験を通して、障害を持った方の変な、命の大切さを学びました。最近、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。障害を持った人も頑張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、一生懸命生きているあけぼの学園の皆さんを思い出して、精いっぱい頑張ろうと思います。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ものでございますが、重症児者の無心に生きる姿に触れ合う中で、お互いの感性が共鳴し合い、生きることの大切さ、社会福祉の原点を学んでいるように思いますし、こうした人たちが1人でも多くなるように、私たちは取り組んでまいりたいと思っています。

どうぞご理解を賜りますようによろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

引き続き、日本精神科病院協会の長尾様、よろしくお願いいたします。

○長尾日本精神科病院協会副会長

資料3をご覧いただきたいと思います。

精神障害者福祉というのは、そもそも立ち遅れが指摘されていたわけですがけれども、自立支援法というものがその立ち遅れをカバーするものかという思いが強かったわけですが、その抜本的な対策はやはり放置されたままでありますし、また精神障害者特性への配慮を欠いているということから、精神障害者の地域移行はほとんど不可能な現状とされます。

精神障害者にとっての自立支援法が入院中心から地域中心の生活へということを実現する法になるために、以下のような抜本的な改正を求めるものです。

1 番目ですが、精神障害者福祉で立ち遅れに関わる特別対策を求める。

知的・身体障害は、それぞれ福祉法があったわけですがけれども、精神障害者福祉法というのはこれまで整備されてきませんでした。そのために、精神病床に「更生保護」的な役割が課せられてきた経過があります。

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へ移行できる

施設・事業体系への見直しが必要である。

1 番目ですが、精神科病院を経営する医療法人等が、精神障害者支援施設、現在、障害者支援施設は、精神はございませんし、第一種社会福祉事業に位置づけられています障害者支援施設は医療法人が行うことは不可能です。そういう精神障害者支援施設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見直すことを求めます。

また、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ところがあります。

ある程度の規模の20人から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ますけれども、設置要件の緩和及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 番、精神障害者特性に十分配慮した福祉サービス体系の見直しを求める。

障害程度区分方式については、精神障害者特性を反映するもの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及び生活障害の程度は固定しておらず、支援の質及び量は不確定性を持ちます。身体介護のように、目に見えるサービスを時間ではかる手法では、必要な支援の強度ははかれません。実際に支援を行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ります。

2 番、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」、これは日精協が提案しているものですが、精神保健福祉士、看護職員等の専門職がここに関わる仕組みを確立することが必要である。

精神障害者が安定した地域生活を送るためには、医療と福祉の総合的なサービスが不可欠であります。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ふさわしいと思います。

また、現在の相談支援施設が非常に限定された中で行われるということは、利用者が非常にそこを利用することが非常に困難を極めることがあります。

そういうことから、「地域生活支援室」が利用者にとって利用しやすさということだけでなく、入院から退院・地域生活支援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ということから、広範に指定することが求められます。

また、3 番目、精神障害者の精神症状の変動に早期に対応し、入院に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。これは、精神障害者の症状が変動したときに、入院に至らないまでも、こういう施設でのショートステイをすることによって、危機介入で入院を防げることができるわけで、その場合に、介護給付のために、障害認定を受けなければならないということでは遅くて、

緊急の場合に即利用できるような形を求めるものです。そして、福祉ホーム等にも可能とすべきだと思います。

3番、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を確立するとともに、低所得者利用に対する「居住費補助」を求める。

これは、グループホーム・ケアホームだけでは現在の給付の体系から赤字になるということが分かっております。そういうサービス給付費を改善することを求めたいと思います。

それから、2番目、基礎年金2級の人である場合に、障害者支援施設等の水光熱費は5万8,000円というのが決められています。そういったものを含めると、グループホーム、ケアホームでは、様々な諸費用から手元には3,000円ぐらいしか残らない。障害者支援施設では、2万5,000円から3万円程度の補足給付が認められている。グループホーム、ケアホーム等の利用者にもそれぐらいの費用が残る程度の補助を求めます。

こういう現状のような状況が改善されない状況では、旧来の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るべきであると思います。

それから、4番目、自立支援医療費に係る自己負担の軽減措置を求めます。

自立支援医療費と自立支援法の福祉サービス費の上限額については、両者について、それぞれの負担軽減が行われていますけれども、自立支援医療費と福祉サービス費の両者の合算の上、負担上限額の軽減措置を図るべきであるというふうに思います。

また、自立支援医療費の上限設定についても、世帯所得については、障害者本人の所得とすべきであるということです。

それから2番目、自立支援医療の再申請にかかる診断書有効期限を旧来どおり2年間とすることとし、障害者福祉手帳と同時申請できるようにすべきである。

以前は、障害者福祉手帳と自立支援医療の診断書が1枚でよかったわけですがけれども、現在は、自立支援医療は、所得確認をするということから、毎年行われるということで、2年ごとの福祉手帳と自立支援医療が毎年行われるという、こういう負担が起こっております。

これについては、所得の問題はありますけれども、自立支援医療の申請も2年ごととして、軽減を図るべきだというふうに思います。

5番目、障害者所得保障の抜本的な改善を求める。

そこにありますように、精神障害者は特に無年金者が結構多いということから、抜本的な所得保障というものを考えるべきであるというふうに求めます。

以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

では、全国精神障害者社会復帰施設協会の高野様、尾上様、お願いいたします。

○高野全国精神障害者社会復帰施設協会会長

まず、精神障害者の社会復帰施設は、今まで精神科医療の退院者を地域への生活に移行させていくという非常に中間的な役割を担ってきております。

特に、社会的入院者の解消に向けて、退院促進事業等が現在も展開されておりますけれども、まだまだ不十分で、新規の再入院者が増えているという現状を踏まえても、早急に手厚いサービスを展開すべきだというふうなことから、今日は意見を述べさせてもらいたいというふうに考えております。

特に、現状の私どもの施設事業の中間施設の機能、要するに手厚いサービスに基づく支援を行うことによって、安定した地域生活を送らせる、こういうふうな部分が現行法上の障害福祉サービスではやや薄れているという感が否めないというふうに感じております。

ですので、その辺において、本日もご意見を述べさせてもらいたいと思います。

では、お手元の2枚目、事業経営の基盤強化になります。

1、介護給付、訓練等給付事業の報酬単価を引き上げてください。

就労支援については、精神障害者は特に疾病や障害の変化幅というのが非常に多く、それぞれ障害特性が固有であります。ですので、一人一人に合った支援というものが常に求められています。

これは、他障害においても同様の状況があるわけですが、特に精神障害者の場合は多様な対応が求められているというふうな中で、やはりそうしますと現状の支援員の配置では非常に極めて脆弱なサービスしか提供できないというのが現状であります。

むしろもっと小規模でも手厚いサービスが提供できるような状況になるためには、やはり報酬単価を引き上げることが必要になってくるだろう。

また、各事業の職員配置は、3分の2以内は非常勤でもよいということになっておりますけれども、やはり就労支援員とか相談支援に関わるものというのは、やはり極めて高度な専門的な職種であるというふうに考えておりますので、OPやPSW等の廃止というものがやはりなされるべきであると。それがサービスの質の低下を底支えするということになってくるということになりますので、やはりその辺の部分においても反映されるべきであろうと。

また、非常に新体系事業においては事務量が膨大になってきております。やはりその中で、極めて重大なものとして、個々のサービス記録、またそのサービスに関する記録というものが重要な意味合いを持ってくると思っております。そういう意味では、一人一人の職員にかかる負担というのは極めて増えてきております。この点においても、やはり見直しを求めることの理由になっております。

また、夜間の居住の場、グループホームやケアホームですけれども、そういう場の中で、やはり夜間の支援体制というのは非常に重要なものであります。特に、退院直後の方とか、環境になじみづらいという特性がありますので、やはり退院直後の方々とか、ある程度日中活動においても状況や環境の変化が夜間にあらわれてくるといようなことがあります

ので、やはりそういうものに備える十分な支援体制が必要であると。

あと、現在、市町村事業とされています地域生活支援事業ですけども、今後、市町村の合併や広域化が進んでいきますと、非常に我々が危惧するところというのは、特に相談支援事業ですとか地活事業、こういうものが非常に薄くなっていくだろうと。やはり現在の交付金だけではなく、義務的経費との2階建て方式等が必要になってくるのではないかと、いうふうに考えております。

そういう意味では、現状においても非常に地域間格差が広がっている事業が相談支援事業と地活事業ではないかというふうに思いますので、その辺のところの改善も必要であろうというふうに考えます。

3ページ目に入ります。

施設内支援が、現在報酬単価が180日で算定されておりますけども、やはり180日算定ではなくて、施設内支援というものを新たに報酬単価の中にきちんと設定すべきではないかというふうに思っております。

先ほど精神科病院協会さんのほうからもございましたけれども、グループホームやケアホームの事業というのが非常に苦しい経営状況にあります。そういう意味では、現実的には質の低下というものがそこでは明らかにあるだろうというふうに思います。

その中でやはり居住の場の確保というものについては、報酬単価を引き上げていくべきだというふうに考えております。

次に、相談支援事業の人材を確保できるようにしてくださいと。先ほども申し上げましたけども、相談支援員の配置というのは極めて脆弱な部分があります。ただ、現状の相談支援事業の中では、サービス計画作成に伴うものとその他の相談に関するものと分けられると思いますけれども、その他の相談に関するものというのは極めて幅広く、深いものがあります。

また、1人の職員が単に電話連絡だけではなくて訪問をしたりとか、様々な支援をしたりとかというようなことをしなければなりません。そういう意味においては、現状の支援員の配置基準というのは極めて脆弱ではないか。そういう意味では、特に精神障害者の場合は、このサービスとか相談に結びつけるまでが非常に時間がかかります。

それは、生活のしづらさや困難さを持っているという特性に基づいたものということになりますが、やはりそういう部分を勘案しても相談支援事業そのものを見直すべき配置をしていただきたいというふうに思います。

次に、障害福祉サービスの利用対象者の範囲を拡大していただきたいと思います。

特に、精神科病院から退院に向けて体験利用をされるという方は極めて多くございます。

この現行法の中では、そのような理由は定められておりませんが、やはり障害特性から環境になじむまで非常に時間をかけなければならないというケースがございます。人によっては、何カ月もかけてなじませてから利用に結びつけるという方もございます。

そうしますと、やはりそういう方々に対する利用というものについても、サービス体系

の中に位置づけるべきではないかというふうに考えております。

現在、B型事業等、利用者の対象範囲について、平成23年度までは市町村の判断によって就労経験等がない者でも利用できるというふうにされております。

しかし、このような就労経験のない者というものは、精神に限らず他障害の分野でも非常に多くいらっしゃいます。

そういう方々が自主的に本人さんにニーズがあったとしても、利用をできないという現状が生まれてきてしまいますので、やはりこれは制度として撤廃されるか、もしくは24年度以降も引き続きそのような判断がなされるべき形をとっていただきたいというふうに考えております。

次のページに入ります。

在宅就業障害者支援制度というものがございませうけれども、対象となる就業場所としては、現在移行支援事業、就労継続支援B型事業とされていますが、A型については含まれておりません。

このA型事業というものもいわゆる障害者福祉事業では、就業事業所というふうな規定でございませうので、やはり同じようにA型事業も含まれるべきであろうというふうに考えますし、また、このような事業所以外を利用する、極めて数は少ないと思っておりますけれども、いわゆる在宅のみでそれを行い、またそこに対して、このような事業者の方が間接的な支援を行いますよということも可能になるような制度としていただければというふうに考えております。

また、4ページの下の方に行きますが、特別対策における事業を恒久的なものとして政策化していただきたい。

現在、22年度までの経過措置として特別対策等が盛られておるわけですがけれども、やはり現状の精神障害者の社会福祉施設、特に生活訓練施設と呼ばれている現在のほとんどの事業が移行しておりません。

その最大の理由というのは、先ほど申し上げましたけれども、事業経営が成り立たない。また、現行のサービスを維持できないという状況にあります。

やはりこれらを解消された上で、支援事業体系に移行できるような形をつくっていただくためには、現行の経過措置の延長もしくは新たな体系整備への転換というものを求めていきたいというふうに考えております。

○潮谷部会長

大変申しわけございませんが、少しまとめを急いでください。

○高野全国精神障害者社会復帰施設協会会長

次に、5ページに入ります。

精神科救急医療について、精神科救急医療体制のさらなる充実をしていただきたいと思いますと思