

社会保障審議会障害者部会（第37回）

平成20年8月20日（水）
14：00～16：30日途
中央合同庁舎第7号館（金融庁）
13階共用第1特別会議室

議 事 次 第

1. 開 会

2. 議事

関係団体ヒアリング

3. 閉 会

[配付資料]

- 資料1 （社）日本重症児福祉協会からの提出資料
- 資料2 （福）全国重症心身障害児（者）を守る会からの提出資料
- 資料3 （社）日本精神科病院協会からの提出資料
- 資料4 （福）全国精神障害者社会復帰施設協会からの提出資料
- 資料5 （NPO）全国精神保健福祉会連合会からの提出資料
- 資料6 （社）日本精神保健福祉士協会からの提出資料
- 資料7 全国知事会からの提出資料
- 資料8 全国市長会からの提出資料

参考資料 「社会保障審議会障害者部会（第35回）の議事録」

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） 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、 ①絶えず医学的管理下に置くべきもの ②障害の状態が進行的と思われるもの ③合併症のあるもの が多く、「周辺児」と呼ばれています。 |
| | | | | 80 | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| 20 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| 19 | 12 | 7 | 8 | 9 | |
| 18 | 11 | 6 | 3 | 4 | |
| 17 | 10 | 5 | 2 | 1 | |
| 走れる | 歩ける | 歩行障害 | すわれる | 寝たきり | 0 |

*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

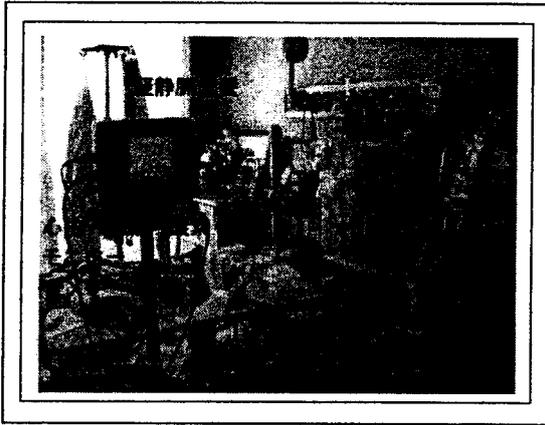
(2)「超重症児」・「準超重症児」とは

「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

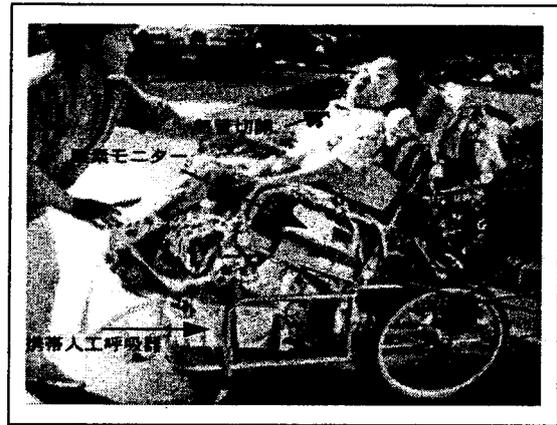
います。「超重症児（者）入院診療加算」1日300点、6歳未満 600点）

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）

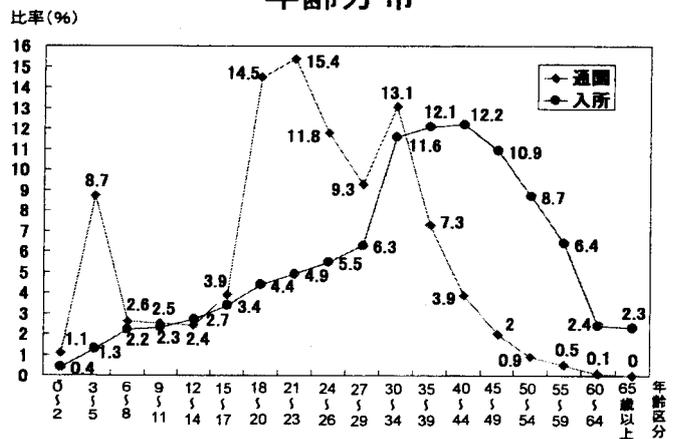
- ・在宅（「重症児通園」から推計）

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



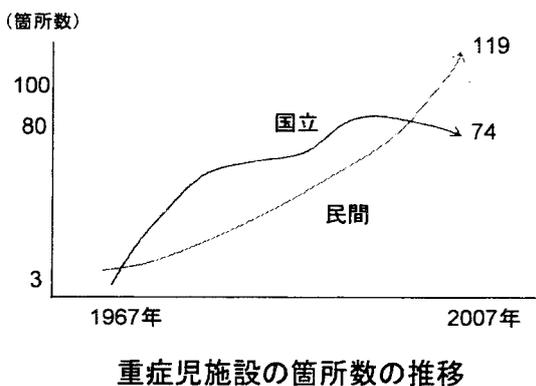
2. 医療・福祉上の課題

(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

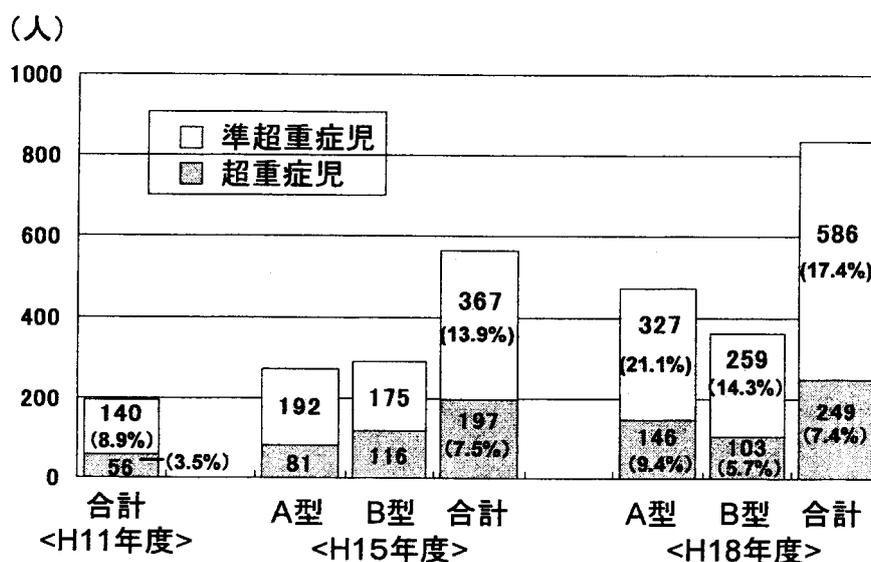
在宅重症児は約2万5,000人(推計)

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・準超重症児数の変化

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であっても、特別児童扶養手当の支給が打ち切りにならないようにお願いしたい。

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、「最近で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。

社会保障審議会障害者部会
会長 潮谷 義子 様

社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会
会長 高野 修次

障害者自立支援法の抜本的見直しへの意見

<意見趣意>

- これまで精神障害者社会復帰施設は地域精神保健福祉の担い手として、精神科医療と地域生活を繋ぐ役割及び機能として、「地域生活支援」を提供してきました。
- これらの実績を踏まえ、障害者自立支援法における地域生活支援のさらなる充実と、未だ解消されない社会的入院者の地域生活移行の促進し、
- また精神保健医療福祉の改革ビジョンの進捗状況において、精神科への新規入院率が5年前より増えていることなどを踏まえ、再入院の抑止し、
- そして精神科医療と地域生活を結ぶ、中間的役割・機能の拡充の観点から以下の意見を述べさせていただきます。

<精神障害者社会復帰施設における地域生活支援について>

- 精神障害者社会復帰施設は就労訓練や生活訓練をはじめとした地域生活支援を中心に、全ての精神障害者が疾病や障害の程度に関わらず地域において自律（自立）した生活（暮らすこと、働くこと）へむすびつけていく施設であります。
- こうした実践活動を通し、改めて精神障害者が地域生活をする上で、居住支援の重要性を再認識するとともに、誰もが地域において、いつまでもその人らしい生活ができるように真の地域生活支援を目指していくことを目的としています。
- 精神障害者は疾病に伴う障害として「生活の（困り感）しづらさ」を抱えています。障害特性として、支援につながるまでの支援（サービス）や、支援（サービス）が中断した時の継続のための支援が必要な分野でありま

す。これは単なる訓練や、在宅介護の提供だけではその効果は皆無であり、日常の生活のトータルな支援を含めた対応がより有効的であります。

【 事業経営の基盤強化 】

一、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。

(理 由)

- 就労支援について、精神障害は病状や障害の変化幅が広いなどの障害特性をもつため、利用される方が自分なりの「はたらき方」を身につけるまでは、お一人ひとりの丁寧な支援、援助が必要。特に施設外支援においては環境の変化に弱い、精神障害者にとってはその環境になじむまでの時間や日数が必要です。
- 障害者自立支援法の体系では、各事業の職員配置は非常勤でも良いものがあり、旧法で必置であった作業療法士や精神保健福祉士の専門職の配置基準が無く、サービスの質の低下を招いています。
- 事務量は膨大（毎月の請求事務、個別支援計画作成を行なう他に、サービス利用計画書・サービス利用費上限管理など相談支援等）であり、特に居住の場に関する事業の報酬単価が低い。
- 精神障害者の退院促進をはかる上でも、夜間の見守り体制は必要です。
- 地域生活支援事業における事業内容は、精神障害を支える上で極めて重要な事業であります。財源が地方交付税とされ、さらに裁量的経費であるため、地域間格差があります。

(意 見)

- 小規模で事業運営ができるように報酬単価を引き上げるべきです。
- 現状のサービス管理責任者をはじめ、生活支援員、地域移行支援員、就労支援員、相談支援専門員などの支援を提供するものは、精神保健福祉士及びケアマネジメントの能力を有することを義務づけた上で、これら専門職や、事務職員、夜間支援職員等の人を十分に確保できるような報酬単価の設定とすべきです。

- 施設外支援の報酬単価を180日以上算定できるようにすべきです。
- 居住の場であるグループホーム、ケアホーム、自立訓練（生活訓練）の短期滞在、宿泊型の基準報酬単価を引き上げるべきです。
- 地域生活支援事業の財源を地方交付税と義務的経費の2階建とすべきです。

一、相談支援事業の人材を確保できるようにしてください。

（理由）

- 相談支援事業は市町村によって、形だけの相談員を1名窓口に配置しているだけのところもあるが、それでは成り立たない。積極的にアウトリーチを展開し、ひきこもりやニートに対する長期的な関わり、家族に対する支援、直接個別給付サービスにつながらないケースの生活支援（家事など）、地域調整（トラブル処理等）、危機介入、自殺予防、精神疾患の再発予防など、幅広いニーズに対応している。また、病院や施設などから地域移行するケースを手厚く支援しています。さらに、医療観察法によるケースの支援も期待されています。

（意見）

- 相談支援事業は地域にうもれているニーズを掘り起こし、問題解決を図っていくために、最低3名以上の相談員は配置するべきです。
- 市町村事業による地域格差が生じないように、最低ラインの底上げを図るべきです。

一、障害福祉サービスの利用対象者範囲の拡大をしてください。

（理由）

- 精神科を退院に向けての入院中からの利用は、退院後の生活へ大きく影響するが、現状は対象とされていません。
- 就労継続支援事業B型の定める現行の利用対象者の範囲については、「平成23年までは市町村の判断」により就労経験等がなくとも本事業へ直接の利用ができるが、現状の対象者の範囲ではサービスの内容（作業内容）とのマッチング、利用者ニーズの観点から考えると効果的なサービス提供をすることができません。

- 在宅就業障害者支援制度は「一般就労への移行促進等の観点から」対象となる就業場所としては就労移行支援事業、就労継続支援事業B型とされているが、就労継続支援A型についてはなされていません。
- 通所されないときや、入所中の利用者への対応として、電話、訪問・同行・関係機関との連絡調整等の生活支援は重要です。
- サービス利用計画作成費は、福祉サービスの支給決定を受けないと支給が受けられません。適切にケアマネジメントを実施するにあたっては、初期相談（インテーク）の段階で相談支援専門員の介入が必要です。

(意 見)

- 全ての訓練等給付事業、介護給付事業について入院中からの利用及び体験的な利用をできるようにすべきです。
- 平成24年度以降も就労継続支援B型が、地域の実情や利用者のニーズによって、就労経験等がなくとも直接利用ができるようにすべきです。
- 在宅就業障害者支援制度の対象者範囲を拡大すべきです。
- グループホーム、ケアホーム、自立訓練（生活訓練）の短期滞在、宿泊型、就労移行支援事業及び就労継続支援事業が行う、生活支援も給付対象に含めるべきです。
- 福祉サービスの支給決定の前でも、サービス利用計画作成費の支給決定が認められるようにしてください。また、入院（入所）中でも地域移行への準備の段階で、支給を認めるべきです。

一、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ください。

(理 由)

- 経過措置期間中の施設などは、これから新体系移行するなど、新たな法制度体系へと転換し、根付くためには十分な時間が必要です。
- 特別対策の各種事業は地域展開をしていく上では重要ですが、十分な時間や、期間をかけられないため利用しにくい。

(意 見)

- 与党プロジェクトチームが示した特別対策等の各種事業を恒久的な制度として政策化すべきです。

【 精神科救急医療について 】

一、精神科救急医療体制のさらなる充実をしてください。

(理 由)

- 日によって近隣では受診できず、さらには地域によっては時間の制約もあり、一般の救急医療と違って利用しにくくなっています。
- 一般の救急医療と違って利用しにくい。

(意 見)

- 精神科救急医療を一般の救急医療と同等の体制とすべきです。

一、自立支援医療のさらなる充実を図ってください。

(理 由)

- 精神科通院は重要であるが、病気であることを本人が自覚しにくいため、医療中断を引き起こしやすい。
- 自立支援医療の支給期間の管理は本人に任されているため、更新が滞りやすく、申請が遅れると、数ヶ月間は実費負担となってしまうことは通院への負担を招く。

(意 見)

- 自立支援医療の「重度かつ継続」の課税対象者の経過措置を撤廃すべきです。
- 自立支援医療受給者証も、障害年金と同等に満了前（3ヶ月前には）に本人あてに通知などを出すべきです。

【 障害当事者の参画及びニーズの反映について 】

一、制度・政策決定の場に障害当事者の参画を位置づけてください。

(理 由)

- 地域自立支援協議会等には、障害当事者はほとんど参画しておらず、さらには障害福祉計画が決定されています。これでは障害当事者のニーズが反映されておられません。

(意 見)

- 地域自立支援協議会等への障害当事者の参画についての実態把握を図り、形式的なものではなく、地域のニーズをしっかりと反映できるよう、法の位置づけを明確にしてください。

平成 20 年 8 月 20 日

社会保障審議会障害者部会
部会長 潮谷 義子殿

特定非営利活動法人全国精神保健福祉会
理事長 川崎 洋子

障害者自立支援法の見直しに関する意見
精神障がい者家族会の立場から

1、医療費（入院・通院）の軽減は重要な問題です。自立支援医療費に関して見直しを行うよう要望します。

本年七月に実施された利用者負担の軽減に、自立支援医療は含まれていません。私たちは、自立支援医療の負担額を福祉制度と同様に軽減し、より利用しやすい制度にすることを希望します。

精神障がい者は長期にわたる医療とのかかわりを必要とし、多くの場合、医療費の負担は終生つきまといます。医療費の負担が厳しいがゆえの医療の中断は絶対に避けなければなりません。

また精神科の治療においては早期治療が重要ですが、現在の制度は住民税額を基準として負担上限額を決めるようになっていています。今職を失っている人は、2年前の収入で判断されるため、高額の医療費を支払わなければならないことがあります。現在増加しているといわれる、うつ病の人などが、そのために受診をためらることがないよう、また自殺といった不幸な事態を防ぐ意味でも、通院医療費に関してはできる限り負担を軽減することが肝要であると考えます。

入院医療費に関しては、障害者医療の助成の対象となっている県は一部に限られており、多くは一般医療と同様に3割の負担となっています。精神疾患での入院医療費を自立支援医療の対象とし、負担上減額を設けて軽減する措置をもうけることを要望します。また地方自治体に対して、他障害と同等に、医療費助成の対象となるよう、国から強く働きかけることを希望します。

2、制度利用の手続きは、わかりやすく、簡略で、利用者に負担をかけないものであることを希望します。

自立支援医療の場合、毎年の更新で、そのたびに診断書その他の書類を提出しなければなりません。診断書の費用もかかり、また何よりも次の更新がすぐきてしまうという煩雑さが利用者を悩ませています。更新は2年に1回にするといった配慮も希望します。住民税額を基準とするために毎年の更新

が必要ということならば、以前の公費負担制度のように定率5%とした方が、より手続きは分かりやすく、負担も少なくなります。このことも合わせて再検討をお願いいたします。

福祉制度の利用に関しましても、自立支援医療と同様さまざまな書類が必要とされ、当事者一人では難しく、支援者がいなくては利用の断念にもつながりかねません。利用者に分かり易い、簡略な手続きで利用できる制度にするよう要望します。

3、障害程度区分の改善を希望します

精神障がい者の障害特性が的確に認定されず、低い区分になりやすくなっています。行動援護やホームヘルプは精神障がい者に極めて有効な支援ですが、区分が低いゆえに利用ができないという事態がおきえます。精神の障害が的確に認定できる障害程度区分のあり方とサービス提供の改善を行うことを要望します。

また精神の障がいは変化する障害で、支援の必要度も変化します。固定した障害でないがゆえに、それに応じたきめ細かな対応を必要とし、そのためにもケアマネジメントをしっかりと行うことが求められます。

4、相談支援事業を整備し強化することを要望します

精神障がい者及びその家族の生活支援の基本は人的支援です。相談は重要な支援の柱ですが、現状の相談支援事業者の基準や定数では、精神障がい者と家族のニーズに応えられず、十分に機能していません。常勤者を大幅に増やすと同時に、人材の育成を行ってください。

また引きこもりがちな精神障がい者とその家族に対する支援として、訪問型の相談支援を希望します。訪問により家族の不安が改善され、それにより本人の状態も安定するという報告もあります。

5、就労訓練前のゆるやかな社会参加の場、多様なプログラムの訓練の場である日中活動の場を希望します。

自立支援法においては就労支援が施設体系の基本となっています。しかし精神障がい者にとって、一足飛びに家庭から就労へ、あるいはデイケアから就労へ移行することは困難な場合が多くあります。就労訓練の前に、徐々に地域の人間関係に親しみ、共同作業のプログラムに少しずつ慣れていくといった、ゆるやかな活動の場が必要です。そのなかで就労への意欲も高まっていきます。また引きこもりがちであった人も行きやすい場となります。私たちはこうした機能を持つ日中活動の場が、自立支援法の中に位置づけられることを希望します。

2008年8月20日

社会保障審議会障害者部会
部会長 潮谷義子様

社団法人日本精神保健福祉士協会
会長 竹中秀彦

「障害者自立支援法」の見直しに関する意見について

はじめに

障害者自立支援法（以下「自立支援法」という。）施行後2年4か月が経過し、全国的な障害者の支援システムが整備されつつある一方で、地域における自立生活を望む多くの障害者とその家族および関係者の間では、生活水準そのものを後退させ社会参加の障壁となりにかねない自立支援法のありようについて見直しを求める声や動きが、今も継続しております。

つきましては、今回の見直しにあたり、自立支援法が真に障害者の自立を支援し、共生社会の実現を果たしうる法として機能するよう、障害者および関係団体との協議のもとに改善を図っていただきますようお願いする次第であり、ここに本協会の意見を申し上げます。

見直しにあたって

自立支援法は、障害者基本法に規定されている「すべて障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有し」「すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」とともに、「何人とも、障害に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない」という基本的理念に則るとされたことを、まず今一度確認したく存じます。

2008年5月に国際連合の障害者権利条約が発効し、世界各国の障害者の権利が未だ保障されていない状況に鑑みて「合理的配慮」および「汎人デザイン」について定義づけがなされました。今回の自立支援法の見直しと、今後の条約批准に向けた国内法整備の取り組みとが、国際的規準に照らしてわが国の障害者の支援策を推進していく作業となりますように切望いたします。

見直しの前提として

当事者参加の原則を

「Nothing About Us Without Us!（私たちのことは、私たち抜きで決めないで）」をスローガンとした当事者主体の障害者福祉制度にするため、地域自立支援協議会の設置義務化と当事者参加の原則を盛り込んでください。

見直しの内容に関する意見（1～11）

1. 障害者の範囲について

1) 「障害者手帳所持」という申請要件の見直しを

わが国の「障害の範囲」は、環境要因との相互作用で生じる生活上の困難やしづらさを含んでいません。

しかし、実際に地域から相談支援事業者に寄せられる期待は障害者手帳の有無や年齢を問わず、社会的にその人にニーズがある場合は多岐にわたる内容の相談が寄せられています。したがって「障害者手帳所持」という申請要件を見直し、サービスを必要とする人に、迅速に支援が届くようなシステムを新たに構築する必要があると考えます。

2. 障害程度区分について

1) 環境も含めた生活課題を中心に据えた支援ニーズの評価の必要性

① 二次判定による変更率の高さに鑑み、一次判定においては障害の特性に合った調査項目および判定基準とするための改善、信頼性の高い判定方法の検討が必要です。

また、障害の重さを主眼においたサービス提供の評価ではなく、環境も含めた生活課題を中心に据えた支援ニーズの評価が必要です。そのためにも、生活の一連の流れの中で測定できる評価基準や障害特性に応じた指標を示す必要があります。

② 介護の手間を基準にした現行の評価では、かかわりの時間の保障にはなりません。障害程度区分を参考にサービス量を決定している自治体が多くありますが、いかにすれば生活が成立するかに視点を置くべきです。

2) 申し立て書や意見書の添付を可能に

本人や家族の申立書、または、現在本人を支援している精神保健福祉士等の国家資格を有する支援者からの意見書についても定義し、最低でも、「申請時に添付することができる」等の規定を盛り込んでください。

3. 障害福祉施策の財源保障についての見直しを

障害は環境要因も大きく、社会構造的課題であると認識される現代において、“サービスを利用するのだから一定の利用料の支払いを”とする定率負担（「応益負担」とも称される）の原則は、障害のある人々の社会生活保障のための事業の利用料について、本人への負担が重く課せられる考え方です。この間に負担軽減策がとられましたが、依然、生活水準を後退させざる得ない実態もあります。障害があるが故に、生活するうえで必要となるサービスを有料で利用しなければならないというのは、障害を理由とした差別と考えます。現行の利用者負担の在り方に関する見直しを引き続き行うとともに、障害福祉施策に必要な財源の保障について、社会保障全般の在り方とあわせてしっかり検討してください。

4. 所得保障に関する早急な検討と対策を

障害者が一人の生活者として社会生活を送れるような所得保障が必要です。早急にその検討と対策を講じることを求めます。

5. サービス体系と報酬について

1) 個別給付に規定されたサービス以外にも報酬の仕組みを

グループホームからアパートに移った方への訪問や相談、日中活動に登録後の利用が定着しない方への相談や支援など、設定事業以外の支援が多くあります。利用日数と連動しないと評価されないため、目に見えない支援に力が注ぎにくくなります。個別給付に規定されない支援への報酬の仕組みを求めます。

2) サービス管理責任者について

- ① サービス管理責任者は、精神保健福祉士や社会福祉士といった社会福祉の価値・倫理・知識および技能を有する者に規定することが望ましいと考えます。さらに事業所について許認可と監査の機関を別にし、第三者評価を取り入れ、開かれたシステムとして市民にもみえる運用体制を作る必要があると考えます。
- ② 新事業体系への移行が進まない状況を踏まえ、適正なサービス間の移行を促進するために、利用者負担増につながることをないようにしつつ、サービス全般にわたる基本的な報酬の改善が必要です。施設における利用者支援の充実を図るため、適切な職員配置の見直し、専門的知識や経験を有する人材の確保が不可欠です。

3) 地域に応じて小規模作業所の機能の再検討を

小規模作業所は、新事業体系には馴染まないものの、独自の支援に努めているところが多くあります。歴史的に小規模作業所の果たしてきた機能を再認識し、小規模作業所の良さを活かせる体系の検討を求めます。

4) 給付申請事務の問題

給付申請事務に大変な労力を施設側に課していますが、これによる支援人員の損失は極めて深刻です。少ない人数の施設においては、さらに人員が割かれ、当然支援を受ける利用者に不利益が生じます。負担軽減のための対策を講じてください。

6. 就労支援について

1) 本格的な就労支援移行の事業実施が可能な体制を

現行では、就労移行支援と就労継続支援において、利用者が受ける支援内容が同じでも多機能型として同一施設内での運用が認められています。同じ支援内容で利用料の差があるのは利用者にとっての不利益です。「就労支援の抜本的強化」は、自立支援法の柱の一つに据えられており、就労移行支援事業の推進には、特別プログラムの実施、または専門職として精神保健福祉士や作業療法士等の配置を要件にすることが必要と考えます。

2) 労働行政との更なる連携強化を

ハローワークにおける障害者相談や障害者職業相談センターなどへの精神保健福祉士等専門職を必置することとあわせ、労働局の施策との更なる連携強化を図ることを求めます。

7. 自立支援医療について

精神障害者にとって医療の利用は不可欠です。医療を受ける権利の保障のため、自立支援医療の利用手続きの簡素化を図ってください。

8. 基盤整備について

1) 時限的基盤整備の施策化を

- ① 地域生活支援事業に関しては、地域性を重視し、市町村が独自性を持った取り組みが可能となることは重要です。しかし、各市町村によって地域生活支援事業への

理解や協力のバラツキも大きく、統合補助金上の積算根拠が示されていないため委託額にも大きな格差がみられ、地域によっては不安定な財源等の下での事業運営が強いられています。国として障害者の社会参加の促進への責任を示す意味から、明確な目的を記した指針を打ち出すとともに、基盤整備を進める一定期間は、地域生活支援事業における財政的な責任を明確に示すべきと考えます。

- ② 現在は、利用者の主体的選択が可能な資源状況にはありません。特に、地域移行が政策的に重視されながら、居住支援にかかわる社会資源の不備は致命的です。資源の量的整備について、市場として期待できない中山間地域や島嶼部において民間事業者の参入が望めず、民間活力の活用が困難な現状や、居住サポート事業の実施率の低さも踏まえ、国や都道府県が公的責任において目標値を決めて有期限で整備を行うことを求めます。

2) 地域自立支援協議会の設置義務化を

「市町村を中心とする一元的なサービス提供体制の確立」の着実な実現のために、市町村が策定する障害者基本計画・障害福祉計画は最も重要と考えます。各市町村が障害者基本計画・障害福祉計画を着実に実施するよう国・都道府県には指導・助言を行うことを求めます。また、地域自立支援協議会の設置と障害福祉計画の実施状況を毎年評価することの義務化を求めます。

9. 地域活動支援センターに専門職配置を

地域住民や当事者同士が気軽に立ち寄り、仲間作りができ、集う人たちがお互いの関係の中で地域での生活に自信や安心感が持てる場を確保することが必要です。地域活動支援センターの役割に期待されるものは大きく、コミュニティワークを行える専門職の配置を保障してください。

10. 相談支援事業について

1) 相談支援事業の拠点設置義務化の必要性～「障害者総合（もしくは包括）相談支援センター（仮称）」および「障害者相談支援専門員（仮称）」の創設を～

- ① 現状では、なんらかの事情により、自ら必要な情報や支援を求めることが困難な者には、情報や支援を受ける手段が不十分です。質の高い相談支援を提供することや引きこもりがちな精神障害者等に社会参加の機会やサービス支援を維持するため、アウトリーチを主体とした柔軟な相談支援事業の運営が望まれます。

しかし、相談支援専門員は、賃金や業務内容の不明確さなどにより、質の高い人材の担い手が増えにくく、市町村の捉え方により相談支援事業の地域格差は広がるばかりです。障害者自立支援法の核である相談支援事業における質の担保と地域格差を解消すべく基準の見直しが必要であると考えます。

- ② 人口10万人に1か所の「障害者総合（もしくは包括）相談支援センター（仮称）」を創設し、精神保健福祉士、社会福祉士、保健師を必置してください。そのうち1名以上は新たに創設する「障害者相談支援専門員（仮称）」とし、ケアマネジメントが実践できる体制を図ってください。

2) 地域移行支援事業の個別給付化を

政策的に重要視されている地域移行支援については、相談支援事業の中に位置づけ、より強力に推進できるように個別給付事業としてください。

11. 人材育成と人材確保についての対策を

- ① わが国の障害保健福祉改革が急がれている背景には、国の財政的な問題が大きく、残念ながら、サービスの利用者である当事者の権利擁護や生活者としての暮らしの支援は次点の課題になっていると感じざるをえません。
自立支援法においては、問題解決のためのサービス利用が優先され、利用者が望む生活を主体的に選択していくことを尊重するかかわりの軽視が危惧されます。財政的問題を背景としたサービス管理の傾向が顕著であり、利用者のニーズをサービスに当てはめていく限定的なサービス提供が起こりやすいシステムである危険性と表裏一体です。
- ② 実際、基盤整備がないまま急がれた自立支援法により、事業運営の厳しさもあり、福祉労働者を不安定な雇用状態におとしめることになり、専門職の十分な配置ができず、必要なかかわりを保障できないなど、福祉の現場がますます貧困なものとなる悪循環も生じています。
- ③ 真に障害のある人たちの自立支援や地域生活を可能にするためには、スタッフの専門性の向上は重要かつ喫緊の課題であり、サービス管理ではなく、利用者の地域生活を中心に据えた支援を展開できる専門職の各事業所、市町村など各自治体への必置や効果的な研修制度の実施が求められます。
- ④ 自立支援法施行後、専門職が不在、もしくは多くが非常勤職員のみ事業所が生じており、サービスの質の担保が如何になされるのか不明です。以前、必置となっていた精神保健福祉士等の配置を改めて明記してください。地域移行支援をスムーズに進める為にも地域の受け皿への精神保健福祉士の配置は不可欠です。

精神保健福祉士の資格に関する見直しの必要性

自立支援法によって、精神障害者の地域生活支援のためのサービス提供体制も市町村で整備されることとなりました。今後、精神障害者の相談支援や地域移行支援、そして地域生活支援、就労支援などを展開、推進していくには、精神疾患や精神障害の特性を理解し、さまざまな支援に専門性を発揮することができる専門職が必要不可欠であります。その専門職として精神保健福祉士が認められております。しかし、現状では、支援ニーズに比して質的・量的な体制の不足があります。

精神保健福祉士法が制定された10年前と比べますと、介護保険法や自立支援法の制定施行、医療観察法の施行など、大きな変化があり、精神障害者への支援のありようも「入院中心から地域生活支援へ」と変更してきています。また、関連施策も視野に入れ、精神保健福祉士の役割や業務規定、配置可能な職域に関して、必要な見直しを規定法や政省令等において行う必要があると考えます。

厚生労働省においては、昨年12月から「精神保健福祉士の養成等のあり方に関する検討会」が設置され検討が進められていますが、自立支援法や関連施策における相談、調整、連携などの支援に関わる専門職として、現状に適した資格や養成に関する見直しをお願いしたく要望いたします。

以上

今後の障害者支援のあり方
～障害者自立支援法の見直しに当たって～

障害者自立支援法について

1 利用者負担

- 負担軽減の時限措置（特別対策（H19.4～H21.3）、緊急措置（H20.7～H21.3））を恒久的な制度とするとともに、恒久化に当たっては、利用者にとって分かりやすい制度とすること。
- 利用者負担の問題は、利用者の収入・所得の保障と表裏一体の問題であることから、就労支援策や工賃向上策、障害年金の検討など、利用者の収入・所得保障の在り方と一体的に検討を行うこと。

2 事業者の経営基盤の強化

- 平成21年4月の報酬単価・人員配置基準の改正に当たっては、地域での自立した生活を前提に、全国レベルの経営実態調査の結果を踏まえて、サービスの質の向上、良質な人材の確保、経営の安定化を図ることができるようにすること。
- 特に報酬改定に当たっては、法施行前の収入が確保できるよう配慮すること。

3 障害程度区分認定

- 障害程度区分の調査項目に、知的障害及び精神障害の特性を反映する項目を導入すること。
- 市町村審査会で1次判定を変更する場合、市町村間で著しい格差が生じないよう、全国的な平準化を図るためのマニュアルや事例集を作成するなど、2次判定の際の判定基準の整備を図ること。
- 障害程度区分認定による利用できるサービスの制限を見直し、サービス利用については、相談支援（ケアマネジメント）により決定する仕組みにするとともに、すべての障害福祉サービス利用者に、指定相談支援事業者によるサービス利用計画作成費が算定できるよう基準を拡大すること。

4 施設入所と地域移行

- 地域での生活を支える基盤整備（グループホーム等）の充実を図ること。
- 身体障害者についても、グループホーム、ケアホームの利用対象とすること。
- 重症心身障害者の地域移行を推進するための措置として報酬等の加算に配慮すること。

5 精神障害者支援施策

- 身体障害者や知的障害者と同等の支援となるよう、精神障害者の自立及び社会参加を促進するため、公共交通機関の運賃、有料道路料金の減免等の実施について、関係機関への働きかけを行うこと。
- 精神障害者が利用できる事業所を拡大し、精神障害者社会復帰施設等に新体系への移行を促すため、報酬単価・人員配置基準を精神障害者の特性を考慮して改定すること。

6 地域生活支援事業

- 地域生活支援事業に積極的に取り組めるよう、地域生活支援事業国庫補助金について、地域の取組状況を踏まえた配分と十分な財源を確保すること。

就労支援について

1 福祉部門と労働部門の連携強化

- ハローワークを中心とした関係機関との連携による「チーム支援」と就労定着のための継続的な支援の充実強化を図ること。

2 就労支援を担う人材の育成

- ジョブコーチの人員充実とともに、就労支援を担う人材の育成を図ること。

3 発達障害者の就労支援

- 発達障害者の就労を促進するため、障害者雇用率の算定に加えるなど制度の見直しを図ること。

その他の障害者支援策について

1 障害児のサービス体系

- 障害児支援の見直しに当たって、関係機関の意見を反映させるとともに、ライフステージに応じて一貫した支援が行われるように施策の充実努めること。
- 障害児施設の入所に関する措置の判断基準の明確化を図ること。

2 発達障害者支援施策

- 障害者自立支援法の支援対象者の範囲に含め、必要なサービスを受けられるようにすること。
- 発達障害に関する専門職員（医師、保健師、保育士、教員等）の養成の充実を図ること。

人口の少ない県における障害者自立支援法の課題

20. 8. 20
鳥 取 県

1 小規模作業所の新事業体系の移行が進まない

- ・ 県内の小規模作業所67か所のうち、利用者9人以下の作業所が39か所（約60%）
⇒ 新事業体系サービスへの移行が進んでいない。
- ※20年度に定員要件が緩和されたが、それでも利用者の確保が困難な状況。
 - ・ 将来的にも利用者の確保の見込みが困難と認めた地域において、知事が特に認めた場合

<要望>

人口の少ない地方の実情を踏まえ、定員要件の更なる緩和及び地域の実情に応じた報酬の設定

2 ケアホーム等の夜間支援加算の見直し

- ・ 現行の加算額は不十分で、夜間支援体制を確保する事業所に対して県単独で助成（1,200円/日・人）
【参考：介護保険の認知症対応型共同生活介護（グループホーム）との報酬の比較】

| [障害者] | [高齢者] |
|-----------------------------------|---------------|
| ケアホーム（障害程度区分4） | グループホーム（要介護3） |
| 4,820円/日・人 ※日中に他のサービスを利用することも可 | 8,650円/日・人 |

※ケアホームの報酬には夜間支援員加算（520円/日・人）、小規模夜間支援体制加算（650円/日・人）、基金による重度障害者補助（650円/日・人）を含む

<要望>

夜間支援員を配置するのに十分な加算額を設定すること

3 経過的儿童デイサービス事業所の制度化

- ・ 県内の多くの事業所が、就学前児童の7割確保が困難であり、経過的儿童デイサービス事業所（Ⅱ型）の報酬単価が適用されており、運営が困難。〔Ⅱ型9か所/15か所〕
【参考：定員が10人以下（小規模）の報酬単価】

| 平成18年9月までの報酬単価 | 平成18年10月以降の報酬単価 | |
|----------------|-----------------|------------|
| | I型 | Ⅱ型 |
| 5,280円/日・人 | 7,540円/日・人 | 4,070円/日・人 |

※I型は就学前児童を7割以上受け入れている事業所

Ⅱ型は主に就学児童を受け入れている事業所で20年度までの経過措置

<要望>

- ・ 就学前児童の確保が困難な地方の事業所が安定的に運営できるように、経過的儿童デイサービス事業所（Ⅱ型）を恒久的な制度とすること
- ・ 就学児童の放課後を支援するサービスも少ないことを踏まえ、人口の少ない地方でも事業実施が可能となるような新たな仕組みを構築すること

障害者自立支援法の見直し等について

平成20年8月20日
全国市長会 社会文教委員長
(磐田市長) 鈴木 望

1 地域生活支援事業について

- (1) 地域ごとのサービス格差の解消やサービス利用者の公平性・継続性の確保。
- (2) 地域の実態を踏まえた十分な予算額の確保（超過負担の解消）。

2 施設整備に対する財政措置について

障害者（児）の多様なニーズに適応した福祉施設の整備に対する十分な財政措置。

3 報酬の見直しについて

- (1) 事業所の安定的な運営を確保。
- (2) 地域における利用者の公平性や利用実態を十分踏まえた対応。

4 自立支援法施行後3年目の見直しについて

- (1) 今後の制度変更については、地方の意見や実情を反映。
- (2) 国民の理解と信頼が得られるよう、内容周知の徹底に十分な準備期間の設定。
- (3) 制度変更に伴う経費やシステム改修経費等に対する十分な財政措置。
- (4) 国の都合による制度変更については、地方に負担転嫁することなく国の責任における万全の財政措置。

第35回社会保障審議会障害者部会議事録

日 時：平成20年7月15日（火）14:00～16:40

場 所：都道府県会館4階 402会議室

出席委員：潮谷部会長、高橋部会長代理、嵐谷委員、安藤委員、伊藤委員、大濱委員、小澤委員、川崎委員、北岡委員、君塚委員、小坂委員、坂本委員、佐藤委員、新保委員、副島委員、竹下委員、鶴田委員、長尾委員、仲野委員、浜井委員、広田委員、星野委員、山岡委員、志賀浪参考人、戸谷参考人

○潮谷部会長

定刻になりましたので、始めさせていただきますと思います。

今日は、既に皆様方にはご通知のとおり、団体のほうからのヒアリングをお受けするというので予定をしております。それぞれの皆様方は、ご自身に関わらないところの障害問題等にもしっかりと耳を傾けていただきまして、障害者自立支援法のあるべき姿に対して、お知恵と真摯なご発言等もいただきたいと考えておりますので、どうぞよろしく願います。

今日は少し長丁場でございます。そして、たくさんの組織からのお話でございますので、前半と後半に分けてお話を進めさせていただこうと考えております。

また、既に名刺交換等が行われていたけれども、人事の異動がっておりますので、まずは人事の異動のほうから皆様方にご紹介をしていただき、併せてその後、ご出席くださいました方の紹介、それから委員の出席状況、資料の確認をお願いしたいと思います。よろしく願います。

○蒲原企画課長

それでは、今般、企画課長になりました蒲原と申します。どうかよろしく願います。

今、話がありましたとおり、前回の部会以降、人事異動がございました。大変恐縮でございますけれども、最初に新しい事務局の体制をご紹介したいと思います。

社会・援護局長の阿曾沼慎司です。

障害保健福祉部長の木倉敬之です。

障害福祉課長の藤井康弘です。

自立支援振興室長の山田登志夫です。

障害保健福祉部企画官の鈴木建一です。

なお、本日は、前企画課長で、今回、医薬食品局総務課長に異動しました川尻が出席しております。併せてご紹介いたします。

それでは、この体制で進めてまいりますので、よろしくお願いいたします。

続きまして、ご出席をいただいております関係団体の皆様をご紹介させていただきます。

本日は、前半、後半2つに分けて、団体の方々から意見を聞くということになってございます。

最初に、日本身体障害者団体連合会より、副会長で、本部会の委員でもいらっしゃいます嵐谷安雄様でございます。

同じく、同会の常務理事の森祐司様でございます。

続きまして、日本盲人会連合会会長の笹川吉彦様です。

全日本ろうあ連盟より、事務局長の小中栄一様でございます。

全国脊髄損傷者連合会より、副理事長で、本部会の委員でもいらっしゃいます大濱眞様です。

日本障害者協議会より、常務理事の藤井克徳様でございます。

なお、本日の会議の後半には、また別途5団体からの出席をお願いしてヒアリングということになってございます。そのときにまたご紹介させていただきたいと思っております。

続きまして、委員の出席状況でございます。本日は、井伊委員、岩谷委員、櫻井委員、堂本委員、野沢委員、福島委員、三上委員、箕輪委員、宮崎委員、生川委員から、都合によりご欠席という連絡をいただいております。

なお、長尾委員初め数名の方からちょっと遅れるという連絡をいただいております。

なお、堂本委員の代理といたしまして、千葉県健康福祉部次長の戸谷参考人に、また、箕輪委員の代理といたしまして、横河ファウンドリー株式会社代表取締役社長の志賀浪参考人が出席ということになってございます。

続きまして、本日前半の資料の確認をさせていただきます。

本日は、関係団体からの意見を聞くということでございまして、お手元、少し量が多くなってございますけれども、資料1に始まりまして、最終的には資料番号が10までということで、10部資料が入ってございます。

これに引き続きまして、参考資料1として、「これまでの部会における主な議論」という横長のものと、参考資料2として、「障害者部会（第33回）の議事録」ということで、参考資料が2つついております。

資料番号1から10までは、今後のヒアリングの中でそれぞれご参照いただくことになると思っております。

以上でございます。お手元の資料をご確認いただきたいと思います。

○潮谷部会長

皆様、資料は十分でございますでしょうか。

それでは、本日の議事に入りたいと思います。

本日は、まず前半ということで、先ほど企画課長のほうからお話ございましたように、嵐谷様、森様、笹川様、小中様、大濱様、藤井様、それぞれにご意見を伺うこととしております。

前半の議事の終了後に意見交換を始めまして、概ね15時10分ごろまでを考えております、その後、10分ほど休憩に入って、後半に入りたいと思っております。

まず、日本身体障害者団体連合会の嵐谷様と森様の両方からお話をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○嵐谷日本身体障害者団体連合会副会長

日本身体障害者団体連合会副会長の嵐谷です。このような機会をいただきまして、本当にありがとうございます。

まず、自立支援法が施行され、制度利用する上で様々な問題が生じているということは、ご存じのことと存じます。これに対しまして、日本身体障害者団体連合会では検討委員会を設置し検討を重ねてまいりました。障害者が安心して生活できる環境整備をするための喫緊の課題であるということで、本日お示しのとおりでございます。後ほど森常務理事から詳しく説明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○森日本身体障害者団体連合会常務理事

日身連の森でございます。

それでは、お手元の資料に基づきましてご説明申し上げたいと思います。

○潮谷部会長

どうぞ、10分間でございますので、お座りのままでお願いいたします。

○森日本身体障害者団体連合会常務理事

はい。

まず、自立支援法の抜本的見直しの前条件といたしまして、我々が考えておりますのは、対等の契約原理を維持して、昔の措置体系に戻さないこと。介護保険との統合を前提としないこと。また、附帯決議については、予算確保を含めて速やかに対処する、これが前提であります。

日身連といたしましては、先ほどご説明がありましたが、国の特別対策あるいは緊急対策について、大変我々の意見も取り入れていただいたところでございます。また、残りがありますので簡単にご説明申し上げたいと思います。

まず、利用者負担の在り方でございますが、利用者負担の月額上限額は、一般についても軽減を図るべきじゃないだろうか。つまり、旧区分によりますと40区分あったわけで

す。それを本法では4区分に持ってきたところに大変無理なところがあるんじゃないかなという気がしております、これも抜本的なところで見ていただけないかなと思っております。

2番目は、入所施設の補足給付でございますが、2万5,000円原則としてされますが、これは余りにも低いのではないだろうか。私たちといたしましては、最低4万5,000円に引き上げていただけないかと。これはどういう根拠かといいますと、身障の1・2級、単身の入所者、あるいは病院に入っている人は、入院患者の日用品費が2万3,000円、障害者加算が2万2,000円、こういたしますと4万5,000円になるわけです。こういうことでございますので、これも参考にいただければと思っております。

3番目でございますが、就労関係の施設や事業につきましては、働くことを目的としておりますので、類似の機能を有する職業能力開発事業等の取扱いとの整合性から考えても、利用料は無料にすべきじゃないだろうかと思っております。

4番目は、障害福祉サービスと支援医療、補装具の複合利用につきましては、別々の負担となっておりますが、これについては至急、総合上限額制度を導入してもらいたい。

大きな2番といたしましては、事業者の経営基盤の強化でございますが、従前の90%保障は、やはり100%にするべきであろうと思っております。

2番目は、これは大変大きな問題になっているわけでございますが、支払い方法については、報酬額を人件費とその他の事業に分けて、人件費相当分は月払いに、その他の経費については日払い方式とするのが賢明だと思っております。

3番目に、小規模作業所の法定事業への移行要件の緩和を講じるなど円滑な移行の実施を図ること。また、法定化できない作業所に対して、施設運営できるよう新たな受け皿の在り方を構築するなど、救済的な措置を講じていただきたい。これはどういうことかといいますと、基金で3年間は、小規模作業所については補助が出ておりますが、3年間でなくなる予定でございます。その後、法的な施設に移れない者が出てきたときに、ぜひこれについての救済策をお願いしたいと、こういうことでございます。

4番目でございますが、自立訓練あるいは就労移行支援につきましては、標準利用期間超過減算という形で、基本単位数の95%にするということございまして、これは、利用者と施設経営の安定のという観点からも廃止すべきではないだろうか。なお、福祉の関係の中で、こういうペナルティ的な制度というのは今までなかったんじゃないかなと思っております。

大きな3番目でございます。障害者の範囲でございますが、発達障害などを含めて、障害者の範囲については抜本的に見直していただきたい。

4番、障害程度区分の認定の見直しでございますが、ここも大きな問題になっているところでございます。対象者及び量の制限だとか、あるいは障害区分の認定項目については、介護認定基準を前提とせず、障害者の個々の日常生活、社会生活上の制限にそれぞれ適切に対応するものとするべきではないかなと思っております。

なお、介護認定基準を前提にしないということは、私のほうで前提条件の中で、介護保険との統合を前提としないということのあらわれの一つでございます。

(2)でございますが、利用目的の観点からも、障害程度に応じた支援サービスにするための区分としてふさわしい名称に変更すべきじゃないだろうか。例えば、障害程度支援区分というようなことで、どうも人間を障害の程度で区分するということが適切かどうか、疑問に思っております。これらの課題の解決のために、厚生労働省において、障害者団体、地方自治体、有識者の皆様で構成された委員会を設置して、早急に検討されたい。

大きな5番でございますが、サービス体系の在り方でございます。

身体障害者を対象としたグループホーム・ケアホームを創設し、地域生活の基盤整備の一層の促進を図ること。グループホーム等につきましては、知的障害・精神は入っておりますが、身体障害者は入っておりませんので、ひとつよろしくお願ひしたい。

2番は、移動支援についてでございます。これは笹川会長がいらっしゃるから、後で出てくるかと思いますが、格差があって利用に大変困難を生じているということも聞いております。これはやはり個別給付等の対策を講ずべきじゃないかと思っております。

6番目でございますが、相談支援の充実でございます。相談支援は、この機能は大変必要なものであります。本来ならばケアマネジャー制度の創設等を検討していただきたいと思っております。

また、相談支援事業体制のツールの一つとして、昭和42年、知恵を絞って出てきた障害者相談員等があるわけですが、これは国としてしっかりとこの活用を図っていただきたいと思っております。

7番、地域生活支援事業につきましては、福祉サービス並びに利用者負担の実態を調査して、地域格差の解消のために適正な対策を講ずべきだろう。自立支援法ができた1つは地域格差をなくすということになっておりますが、利用料を含めていろいろな面で格差が生じています。これは抜本的に考えなきゃいけないんじゃないかと思っております。

また、財政責任を明確化にするためには、実は15年の支援費と同じようなことが言えると思っております。いわゆる裁量の経費を義務的経費にすべきだろうと。1つの法律で、一方は自由だよ、1つは義務だよと、こういうような形で、障害者の場合は両方のサービスを受ける可能性は十分あるわけです。この辺は15年の苦い経験を踏まえて、もう一度考え直してもらえないかと思っております。

(2)でございますが、地域生活支援事業を円滑にするために重要な地域サービスの基盤として、大変力を入れてきたところでございます障害者社会参加推進センターでございます。これがどういう意味か大都市特例によって廃止になってしまった。それでも一部は都道府県には残っているけれども、直接やる市である特例市はこれを廃止しちゃった。センターの人たちは大変困っておるわけでございますが、従前の体制に戻していただきたいと思っております。

3番でございますが、コミュニケーション支援事業については、先ほど言いました義務

的経費として、原則としては無料にすべきではないだろうか。これは両方の人たちが助かるわけでございます。

8番の就労の支援でございますが、今国会に提出されました障害者雇用促進法の改正案の法制化を図るなど、障害者雇用支援に対する積極的な施策を進めるとともに、就労できない重度の障害者についても、きめの細かい対策をぜひ講じていただきたい。

2番目でございますが、就労移行支援あるいは就労継続支援、地域活動支援センターの利用については、無料とすべきではないかと思っております。少なくとも就労控除、これは入所施設関係では、一部は月2万4,000円控除されております。しかし、通所関係ではされていないということでございますので、これについては、就労という立場から言うならば必要経費であるわけでございますので、低所得者層だけではなく、一般までも拡大すべきではないだろうかと思っております。

9番でございますが、所得保障の在り方でございます。これも障害者が地域で自立して生活するために、障害基礎年金の増額や住宅手当の創設など、所得保障を早急を実施していただきたい。特にお願いしたいことは、施設から地域生活ということになっておりますが、地域生活がどういう形であるのか、どういうサービスをやったらいのかという全体像の姿が見えません。ぜひその辺も今回のこれをお願いしたいと思っております。

大変雑駁でございますが、日身連の意見を以上で終わらせていただきます。どうも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。時間ぴったり10分間を守っていただき、お礼を申し上げます。

引き続きまして、日本盲人会連合より笹川様、よろしくお願ひいたします。

○笹川日本盲人会連合会長

平素は、障害者福祉増進のためにご尽力いただきまして、ありがとうございます。

本年は、私ども障害者にとりましては極めて重要な年であります。つまり、自立支援法の抜本的見直し、これを行う年でございますけれども、その重要な年に、これまで関わってこられた方々がそっくりいなくなってしまった。恐らくその後に入ってこられた方々は厚生労働省の生え抜きの方だと思います。抜本的な改正なんていうことではなくて、新しく障害者のための、本当に魂のこもった法律をつくるという意気込みで、ぜひこの問題に取り組んでいただきたいと思っております。

時間がありませんので4点だけ申し上げます。その他につきましては資料をご覧ください。

まず、我々視覚障害者の場合、一番問題になるのは移動でございます。自由がきかない、行動できない。それをどう補うかによって、私どもがそれぞれの地域で生活ができるかで

きないか、これが決まるわけです。特に問題になりますのは外出の問題です。一般的には訓練をすれば白杖で歩ける、そう思われがちですけれども、実際は全くそうではありません。どんなに訓練をしても歩けないものは歩けない。しかも、最近の調査でも明らかなように、視覚障害者の場合は50%以上が70歳を超えております。そして、高齢になって失明する方が多い。そういう方々はどうしても、移動支援の場合、ガイドヘルパーを使わなければならない。この移動支援が本物にならない限りは、私どもは地域での生活はできません。

しかも、その外出をするのにお金を払わなければ外出ができない。これほどの非合理的な問題はないと思います。一般の方々が外出するのにお金を払うのでしょうか。全くそんなことはないはずです。それを補うための移動支援ですから、まずこの移動支援については、費用負担は撤廃をしていただきたい。

それから、必要なときにいつでも利用できるように、ぜひ自立支援給付の中に移動支援事業を含めていただきたい、このように思います。

そしてまた、65歳になった後の介護保険との関連でございますけれども、少なくともこの移動支援につきましては、障害者自立支援法そのまますべてを継続できるような、そういう仕組みにさせていただきたいと思っております。

次に、障害程度区分でございます。先ほど森さんのほうからございましたけれども、今のあの基準では、全く障害の特性というものがでてこない。したがって、適正な区分ができておりません。その適正な区分ができていないままサービス量が決められますと、これは視覚障害者の場合、移動その他全ての面で困ってまいります。そういう意味で、本当に障害の特性が把握できるような、そういう調査項目にさせていただきたい。

第3点は就労の問題でございます。本年3月24日に、一昨年実施されました身体障害者児の実態調査の結果が出ました。近年、障害者全体としての就業率は年々上がっております。ところが、その中で視覚障害者の場合、平成13年の調査と比べますと2.4%も落ちております。この事実を十分認識をしていただきたい。

視覚障害者はみんな働きたいんです。働きたくても働けない。福祉的就労ということが言われますけれども、その福祉的就労すらもままならないのが視覚障害者です。その就労が困難な視覚障害者をどう働かせていくか、働く場を提供するか、これはまさに厚生労働の仕事だというふうに思います。そういう意味で、ぜひひとつ就労問題につきましては一歩踏み込んでお考えいただき、本当に働きたい意欲のある者が働ける環境をぜひつくっていただきたい、このように思います。

最後は所得保障の問題でございます。この所得保障、視覚障害者の場合、ただ今申し上げましたように大変就業率が低い。何に頼るかといえば、これはもう障害基礎年金以外にはありません。そういう意味で、少なくとも1級につきましては月10万円以上、2級につきましては8万円以上を給付されるように、ぜひご配慮賜りたいと思っております。

1つ、移動支援の中で落としましたけれども、これは実は、視覚障害者は移動支援のほ

かに、特に苦慮しておりますのが代筆・代読の問題でございます。幾ら点字ができて、普通の文字とは全く違います。郵便物が来ても実際に判別ができない。その大事な代読・代筆をするのをだれがするかということがまだ全く決まっておられません。そういう意味で、ホームヘルパーあるいはガイドヘルパーともに代筆・代読を業務として加えること、このことを明記していただきたい。今はその記述が全くありませんので、行政によってばらばら。サービスをするところもあれば全くしないところもあります。この点をぜひ今後組み込んでいただきたい。

今後のご活躍を期待しておりますので、どうぞひとつよろしく願いをいたします。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

引き続き、全日本ろうあ連盟から小中様、よろしく願いいたします。

○小中全日本ろうあ連盟事務局長

全日本ろうあ連盟の小中でございます。よろしくお願いいたします。

自立支援法におきまして、スタートしてから、特にコミュニケーション支援に関しまして、連盟といたしましてもきちっと対応に努力して、広げていくように取り組んでまいりました。また、ご支援感謝申し上げたいと思っておりますが、しかし様々な課題が山積しております。基本的な考え方を含めて改正をお願いしたいと考えております。

まず1つ目には、利用者の負担に関しまして、基本的に実施の仕方ですけれども、負担軽減のためにいろいろご配慮いただいておりますが、無理なやり方と申しますか、非常に分かりにくいやり方になっております。応益負担という考え方は非常に難しいということも出されておりますので、ぜひ撤廃に向けて検討をお願いしたいと思っております。

また、施設利用する場合に、利用者負担のほかに食費など様々な負担がかかってきております。負担が非常に重いために、施設利用を控えざるを得ないという実態が出てきておりますので、それらのことも軽減の措置ということも含めてお考えいただきたいと思っております。

2番目、聴覚障害者に関わる施設も幾つか立ち上がっておりますけれども、現在の事業所に対する補助の在り方が非常に厳しく、日額というような報酬単価になっております。安定した経営のためには、月額という形での補助の在り方、また、事務の非常に煩雑さというものも伴っておりますので、さらに事務の軽減化をお願いしたいと思います。

せつかくつくった聴覚障害者、重複障害者の施設におきましても、定員割れという実態で苦慮しながら、基本的な改正がないまま、非常に多くの悩みを持っている事業所の実態がございますので、ぜひご配慮をお願いしたい。

3番目、ろう重複障害者のためのグループホームやケアホームなどの社会資源といたしまして、利用できるものが今ほとんどないという状況です。手話が理解でき、そしてコミ

コミュニケーションに通ずる、安定した生活を保障できるような施設、社会資源がないという実態がございますので、ぜひその施策も組み込んでいただきたいと思います。

また、障害程度区分、認定基準につきまして、やはり聴覚障害のためのコミュニケーションまたは言語的な力など、様々な背景がございます。それをきちんと反映できるような項目は、今は全くないという状況ですので、そのために実態よりも軽い判定が出てしまうという例が多々あります。そのためにも、きちっと障害特性を反映できる項目を付加していただきたいと思います。

また、実際に調査に当たりまして、手話のできる人を同行し、コミュニケーション手段が非常に重要になりますが、非常に時間が長くかかるという面で、そのことも反映できないということも問題になっております。ですので、ぜひご検討をお願いしたい。

それから、5番目につきまして、相談支援事業ですが、障害者自立支援法できちんと利用できるための非常に重要な事業の一つだと思います。しかし、聴覚障害者におきましては、相談の窓口で相談に対応する人が手話のできる人がいないということがありますので、実質的には相談ができない状況です。これは以前から変わらず問題として出てきておまして、相談ができない状況がいまだに続いているという実態をご理解いただきたいと思います。ぜひ聴覚障害者の特性または様々な障害に伴う背景が理解できる、そしてコミュニケーションが通ずる力を持った相談支援のできる人をぜひ置いてほしいと思っております。

市町村の相談支援、これは配置は財政的に非常に難しい部分がありますので、せめて都道府県単位での相談支援事業というものを、聴覚障害者専門の相談支援ができる人を配置できるような新しい事業を創設するなどの取組をぜひお願いしたいと考えております。

6番目ですが、コミュニケーション支援事業につきまして、派遣事業など広がっておりますが、要約筆記はまだという状況ですが、少しずつ広がりつつある状況にあると思います。しかし、手話通訳の設置ということに関しましては非常に低い状況です。ですから、コミュニケーション支援事業実施要綱の中に、派遣の調整担当者を置くという配慮ですとか、運営委員会を設けるなどありますが、実際はきちっとした体制で実施できていないという例が非常に多いわけですね。派遣、コーディネーターということを含めて、手話通訳の設置の役割というのは非常に重要であり、手話通訳の設置・派遣、これは一体とした事業という形で取り組んでいくべきことと考えておりますので、ぜひご配慮をお願いしたいと思っております。

そのために、手話通訳の設置をより重く見ていただきたいと思います。地域、市町村では相談支援も含めて聴覚障害者の相談、また通訳など、様々な面で生活に関する支援というものを、福祉サービスを利用してきちっとした支援体制ができる、またサービスが受けられる体制をつくるという意味で、手話通訳の設置あるいは相談支援事業担当者、どちらか必ず地域に1人は置くという保障、そういう体制をつくっていただきたいと思います。

その上で、手話通訳の派遣、各地域レベルにおきましては、市町村を超える場合のニーズ、また県を超えるニーズ、つまり広域的な対応が必要になった場合、今は非常に大きな

バリアとなり難しい面があります。昔は県レベルの派遣事業というもので対応できたわけですが、今はそれがなくなって市町村に移管されています。ですので、県レベルのコミュニケーション支援事業を必須事業として位置づけさせていただきたいと思っております。

また、手話奉仕員の養成、手話通訳の養成につきましては、必須事業ではないために、先ほども大都市特例の話がありまして、なくなったという話が出ましたけれども、同じように、政令指定都市の通訳養成という事業がなくなって困っているという実態も聞いております。手話奉仕員、つまりそういう講習会もなくなってしまったということも出ております。ですから、手話通訳のできる養成がなくなっていくと、これから派遣にも非常に大きな影響が出てまいります。ですから、今の現状をかんがみ、まだまだ手話奉仕員養成が市町村の中での必須事業、また手話通訳の養成は県レベルの必須事業として、ぜひ実施させていただきたいと思っております。

また、コミュニケーション支援事業に関する報酬基準ですとか、派遣に関する様々な資格認定、いろいろな面で地域格差が発生しております。もっときちんとした基準を出せるような方向の検討も必要だと考えております。

それらを含めて、コミュニケーション支援事業に関しましては、無料で、または義務的な経費として、非常に大切な事業ということでさらに充実をお願いしたいと思っております。そのために、第2期障害者計画策定に当たりまして、コミュニケーション支援の役割をさらに重く見ていただき、方向性を改善させていただきたいと思っております。

7番目に、コミュニケーション支援だけではなく、地域生活支援事業、これは障害者全てにとって、我々の生活、生きるということに関わる非常に重要な事業です。私たちが社会参加をし、活動していく場をつくる、それに関わる重要な事業の位置づけですので、安定的な事業経営というものが必要になります。そのために、統合補助金の制度に今なっておりますが、これを改めて、義務的な経費、必要なものはきちんと保障できるような仕組みをぜひ検討させていただきたいと思っております。

以上、説明をさせていただきました。検討をどうぞよろしくお願いいたします。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

引き続きまして、全国脊髄損傷者連合会から大濱様、よろしくお願いいたします。

○大濱全国脊髄損傷者連合会副理事長

大濱です。今日はこのような時間をどうもありがとうございます。

今日は資料をお配りしているのですが、若干資料が不足していますので、この際配布させてもらってよろしいですか、この場をかりて。

○潮谷部会長

追加資料の配布でございますか。

○大濱全国脊髄損傷者連合会副理事長

はい。

○潮谷部会長

では、大至急よろしく願いいたします。

[追加資料配布]

○大濱全国脊髄損傷者連合会副理事長

今日の1ページ目に書いてあるものを若干書き直した資料でありますので、まずそちらから見ていただければ助かります。自立支援法の見直しに関する見解として、当初の資料では7つでしたが、今お配りした資料では8つの事項を挙げています。

新しい資料では、1番が重度訪問介護の介護報酬について、2番目が国庫補助基準の区分間合算の継続を、3番目が地域格差の是正のために、4番目がグループホームとケアホームについて、5番目が地域生活支援事業について、6番目が利用者負担について、7番目が附帯決議にある所得保障の在り方について、8番目に障害の範囲についてという8項目になっております。今日は、時間が10分間ということの制限をされておりますので、特に1、2、3のところだけを中心に説明させていただきたいと思っております。

1番のところですが、最初にお配りした資料の1ページ目をめくっていただきたいのですが、まず重度訪問介護の実態というのはかなり問題になっていまして、ある具体的なXさんという人の事例を挙げて紹介させていただきます。

Xさんは、もともとB県B市、10万人のところのところに在住していますが、3年前に高校の柔道部で練習中に脊髄をけがしました。すぐB市内にある病院へ搬送されましたが、そこでは専門的な治療が何もできないということで、ヘリコプターでC県の脊損センターに移りました。そこで気管切開をして呼吸器をつけたという状況になっています。呼吸器をつけたままですと、全くコミュニケーションがとれませんので、何とかコミュニケーションをとりたいという相談を私の方にいただきました。そこで、気管切開を閉じて、バイパップ、つまりマスク式の人工呼吸器に替えるため、D県の労災病院へ転院しました。ですので、今は何とか会話ができる、ただマスク式の呼吸器はつけているという状況です。

その人が、受傷から3年たって労災病院を退院することになって、在宅への準備を開始したのですが、24時間介護を必要とするうえに人工呼吸器の管理なども必要だということで、重度訪問介護の長時間の介護を受けることを考えていました。

ところが、B市に住もうとしたのですが、B市でサービスを提供している事業所は、市内の10軒と、市外の5軒、合計15軒あります。しかし、実際に15軒の事業所は基本的に介

介護保険の事業所なのです。したがって、連続の長時間の重度訪問介護に対応できない、さらに、人工呼吸器利用者はかなり重度だということで、事業所が非常に敬遠するという実態があります。要するに重度訪問介護の報酬単価が非常に低単価で、なおかつ長時間ということなので、介護保険の事業所に呼吸器利用者を引き受けてくれという話をすると、ほとんどの場合は断られるという事例です。

それと並行して、何しろ家族と一緒にだということを考えていたものですから、12時間程度のサービス量を出してもらいたいということで、XさんがB市の市役所と話したところ、B市役所は、国庫負担基準の上限の6時間程度しか出せませんよと。この国庫負担基準については後ほど簡単に述べさせていただきますが、B市役所の考え方としては6時間だと。これでは家族も共倒れという状況が起きてしまいます。彼は高校時代、非常に優秀な成績で、なおかつ大学に行きたいという希望は今現在でもあります。そこで、私が相談を受けまして、大学を目指して東京に来ようよという話で、Xさんが決定をして東京に来たという経緯があります。

まず労災病院から東京のD市のE病院に転院して、いざというときにはE病院が面倒を見られる体制をつくって在宅に移りました。私も本来であれば、もともと住んでいた地域から他の地域に移住した際は、もともとの地域の都道府県や市町村が何らかの形で負担すべきだと考えています。ですが、現行制度では移住後のD市の費用負担で支給決定することになっています。本当でしたら24時間介護が必要なXさんが、新たにもともと住んでいない市町村に来たわけですが、その市町村でもなかなか支給決定がままならないという状況です。そこで、今、移住後のD市と話し合いをしているところです。

それで、最終的に、現在どういう状況にあるかといいますと、Xさんは、重度訪問介護を利用しながら、母親と2人で東京のD市のアパートで暮らしていて、お父さんが実家で高校生の弟の2人の面倒を見えています。しかも1人は大学受験を控えている高校3年生です。しかし、母親は、もともと首が痛い上に首のヘルニアを患い、お父さんがつい最近単身赴任するということになり、どうしてもお母さんが、高校生の息子がいるB市に帰り、XさんがD市でひとり暮らしをせざるを得ない状況になっています。彼自身はもともと、東京のD市でひとり暮らしをして大学に行きたいという目的だったのですが、現在の支給量が1日17時間ということで、今はD市と交渉中という状態です。

要は、ここで何を言いたいかというと、国庫負担金が上限を超過した場合、市町村単独の予算となり、その負担は市町村財政を非常に圧迫させる要因となります。D市にもともと住んでいないXさんが来たわけですから、XさんがD市の財政を非常に圧迫するというので、D市は非常に嫌がっています。ただ、障害者自立支援法でも言及されていますが、障害者だから居住の選択の自由がない、D市に移ってはいけないということではないでしょうということで、D市と話し合いをしているという経緯があります。

ここで何が問題かといいますと、一番最初のペーパーに戻っていただきたいのですが、重度訪問介護の報酬が非常に低いために、B市のような小さな市町村では基盤整備ができ

ていないというのが第1点目です。

次に、国庫負担の区分間合算は、自立支援法における支給決定の理念を担保する重要な制度であることから、平成21年度以降も継続が必要です。この区分間合算については、今日お配りした資料の9ページの下側にK市という図が挙がっていると思いますので、簡単に説明させていただきます。

下側のグラフにありますように、各区分間で余ったというか、要するに国庫負担基準額まで使っていない人がいた場合は、長時間のにその予算ヘルパー利用者にその国庫負担金を移せるという制度になっています。例えば、K市のMさんが非常に長時間使うというときは、Mさんの長時間の時間をLさんとかNさんのところから補って国庫負担基準を賄っていると、こういう制度の仕組みになっているわけです。

もしもこの区分間合算がなくなると、11ページにあるような形になりまして、それぞれの区分の中でしかやりくりができないという、財政的に非常に苦しい制度になります。例えばMさんの場合ですと、たまたまLさんの余っている部分だけは使えるけれども、上の部分は完全にK市の持ち出しになってしまいます。したがって、この区分間合算の制度がないと、ホームヘルプが制度として成り立っていかないんじゃないかと思しますので、ぜひ区分間合算を残していただきたいということです。

あともう1点ですが、ペーパーの1ページ目の3番目、地域間格差の是正のために今後どうということが考えられるのかということです。これは一つの提言として受け止めていただいて結構ですが、例えば、負債の大きい市町村、小規模の市町村がかなりあるわけで、その市町村では、25%の負担でも財政的に非常に厳しいということもあちこちで言われています。したがって、障害程度の区分の認定にも関係しますが、それと同時に、市町村の費用負担もできるだけ下げようということで、ホームヘルプの支給決定時間を出さないようにするという制約が非常に働いています。そのために、ここについては、別途の基金をつくるとか、別途のルールによる財政負担の在り方も検討する必要があるのではないかと、いうことを申し上げたいと思います。

あとの4、5、6、7、8のグループホームとか地域生活支援事業、利用者負担のことについては、先ほど日身連の森さんやほかの方が説明されたので、私は、この1、2、3の点だけに絞って説明させていただきます。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、引き続きまして日本障害者協議会から藤井様、よろしく願いいたします。

○藤井日本障害者協議会常務理事

それでは、新しい部会長さん、新しい委員、新しい事務局体制、ぜひ新しい視点で新しい方向性を期待しております。

私ども日本障害者協議会は、現在、67団体で構成していますが、はっきり言いまして様々な意見があります、このことに関しましては。しかし、共通なのは全体として重苦しい雰囲気にあるわけです。全国を回りましたが、多くの障害者は、不満とか混乱というより、むしろ不安感のほうが強い。何となく深い霧が覆って払拭できないというような、そういうイメージにあるという感じがしています。

その原因は何かと考えますと、やはりこの法律の大元の問題として、障害者政策費、公費の抑制ということがあるんだろうと。しかも、障害者政策が障害保健福祉施策の発展途上の段階での公費の抑制、これが加わったことにより問題が出てきているんだろうと。公費の抑制という問題が具体的にになっていますのが、応益負担とか、先ほどありましたペナルティ的な意味を含めた成果主義とか、訓練主義の復活とか、こういったものが公費抑制の具体的な仕掛けなんだろうと。

総理もおっしゃったように、抜本の見直しということを昨年来おっしゃっています。これは抜本的というのは、根本の原因を抜き去ることと、こうなりますと、大元の公費抑制をどうするのかという議論をしないと、曲がった、歪んだ土壌の上に何をつくっても、極めて難しいんじゃないかということをやまず冒頭にお話ししておこうと思います。

その上で、私どもは2つの大きな柱で今日はお話しさせていただきます。

1つは、基本的な考え方と、提示がありました、与党のほうから示されました9つのテーマですね。

まず基本的な考え方では3点掲げておきましたけれども、1点目として、何といたっても考え方の留意点として3つ挙げておきました。その1つは、この2年間ちょっとの施行後の状況の検証をどうするのか。きちんと検証すべきだろうと。前回、この審議会のとき、基礎データの不備が随分言われました。国会でも言われました。果たしてこの2年3カ月、4カ月たって、本当に事実はどうなんだろうかという実態の把握がまず必要だろうと。

そして2つ目には、当時と新しい状況でありますのは、障害者の権利条約というのが本年5月から発効しました。ここでの水準とか考え方、いずれ我が国においても批准ということが迫ってまいります。いったん批准された条約というのは国内法との整合性が問われてきます。このことをきちんと考えて議論をすべきだろうと。

3つ目は、これは国会での附帯決議、2005年ですか、平成17年の参議院での23項目の附帯決議、これなどは非常に方向性を示しております。これなどはきちんと本部会においても意識をしていただきたいという感じがしております。

以上、こういう点を押さえて、次に、何と言っても、先ほど言いましたように原因の大きな問題が、障害保健福祉施策の予算が妥当なんだろうかという問題が問われているわけなんです。これは人口問題研究所の統計にもありますように、GDP比でこの国の障害関係の予算というのは非常に低い。OECDでも最下位のグループに入っている。例えば、パーセンテージベースでアメリカの半分、スウェーデンの1割ぐらいしかない。

厚労省はよく、国会でも、あるいはいろんなところで、前年度比2桁台アップというこ

とおっしゃるけれども、問われているのは前年度比じゃなくて、この国の国家予算に占める障害関係の予算の割合がどうかということだと思えます。つまり、幾ら前年度比1割増えたとしても、実態が変わっていないという点からしますと、もともとのベースがやはり問題があると。そういう点でいうと、予算の関係は改めて正確な見積もりの仕方をどう考えるか、基礎データの集積も含めてこの部分が問われているんじゃないかということ強く訴えたいと思います。

あと、時間がありませんから、具体的な9項目の点でお話を進めてまいります。

まず第1点が、利用料の利用者負担の在り方ということを問われています。私どもはかねがね、定率負担というのは障害問題にはなじまないと。先ほどからありますように、どうして移動に、どうしてコミュニケーションに、どうしてぎりぎりの生命を維持する支援行為に利用料が発生するのか。つまり、障害者の障害からくる不利益、失望、これに対して費用を払うということは、言ってみれば障害者税あるいは障害税という税金と一緒に考える方も近いんじゃないか。こういう点において、私どもとしましては、障害問題と応益負担というものは本当に真剣に、もう一回、今だったら遅くない、この部会でしっかりと議論をしていただきたい。

私が知る範囲は、欧米を含めまして、障害に起因する不都合を、たとえ1割とはいっても、あるいは5%といっても、自己負担あるいは自己責任という例はまず聞きません。この辺は国際的な水準を意識して考えていただきたいというのが1つです。

2つ目は、事業者の経営基盤の強化です。これは何分、言われましたように、とにかくこの分野から人材離れが非常に懸念されます。今日もある大学の教授に聞いてまいりました。200人の卒業生のうち障害分野に携わったのは、この3月、たった3%、6人しかないと。あるいは今日この中にも教員の方がいらっしゃいますけれども、社会福祉学科を終わられて多くが企業に行ってしまう。福祉現場はもとより障害現場というのはほんの数%と考えますと、先行きをはっきりとあらわしているという点において、この分野に胸を張って、誇りを持って来れる人を考えていくという点で言いますと、この部分の強化というのはもうのっぴきならない状況にあるんだろうと。

3点目の障害者の範囲ということなんですが、これも今回、附則の第3条で、今度の見直しの課題に入っているんですけども、今回、与党の提言によりますと、「引き続き検討」というニュアンスで入っている。これについては、そうではなくて結論を出して、全ての種類の障害を含むと、全ての法律に含むという考え方を出すべきではないか。

加えて、今、手帳がサービスを受ける基本要件になっています。手帳の有無にかかわらずということも含めて、当座、これに手を打つべきだろうということでもあります。

さて、時間がまいりましたので、あとは8項目め、就労になりますけれども、これに関しましても、今日ここにいらっしゃる方々はお分かりのように、前期の審議会、前のと、厚労省の14回という労働部署と非常に折衝があったわけですが。結果的に福祉的就労は別立と。はっきり言いまして、福祉的就労と雇用就労と分けている国は、基本的にはない

ぐらいと考えてください。つまり、福祉的就労という場にいたにしても、極力労働法規が対象化されるという点において、改めて労働施策と福祉との連携施策、これを考えるべきだろうと思います。

所得保障に関しましては、先ほどありましたように、現行のほぼ四半世紀前につくられた基礎年金の基準、もう生活状況も大分変わってきています。社会も変わってきています。あの先輩たちが懸命に議論して、無抛出で得た、その中で道を開いた、あの知恵を出し合って、今度は額を上げるという知恵を出すかということをやむを得ずとも検討すべきであろうと。

先ほど言いましたように、抜本的という意味合いは、根本の原因を抜き去ることと考えますと、それにふさわしい検討を期待したいと、こういうふうに思っています。

以上であります。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、皆様これまでお聞き及びの中から、ご意見あるいは質問がございましたら、20分程度意見交換をやってまいりたいと考えておりますので、どなたからでも結構でございます。よろしくお願いいたします。

竹下委員、お願いいたします。

○竹下委員

まず日身連にお聞きしたいんですけども、冒頭に、措置制度に戻さないということと、介護保険には統合しないという2点を力説されたわけですけども、措置制度に戻さないというのはどういう考えからか、少しお聞きしたい。すなわち、障害者自立支援法の抜本的改正というときに、どの方向で改正をこれから論議するかというときに、措置制度との絡みは極めて重要だろうと思っておりますので、その点の、どういう考えから措置制度に戻さないという考えなのかをお聞かせ願いたいと思います。

以上です。

○潮谷部会長

森様、よろしくお願いいたします。

○森日本身体障害者団体連合会常務理事

措置制度に戻さないという意味は、平成15年に支援費制度になりましたですね。あの根底は契約ということだと思います。前は、この措置制度は、あくまでも行政が一方的に決めると、こういう話でございますので、私たちは、抜本的見直しはいいですけども、自立支援法の契約制度は廃止しないという気持ちで話したわけです。

以上です。

○潮谷部会長

竹下委員、よろしゅうございますか。

○竹下委員

ごめんさい。ちょっとかみ合っていないので、僕の質問の意図は、措置制度から契約方式に変わったというのは、それは形式の問題でしょう。中身の議論を聞きたいわけです。すなわち、今おっしゃったことから推測するに、措置制度では行政が決める、我々が自分で決められないじゃないかという、自己決定権のところ聞こえてきたんですね。そうであれば、自立支援法においても、自己決定権というものをあくまでもきちっと保障するというか、制度化されるべきだろうということにとらえていいわけでしょうか。

○森日本身体障害者団体連合会常務理事

そのとおりでございます。したがって、私のほうで、利用者の在り方だとかいろいろ柱を立てております。それは自己決定権の上でできるようなつもりで書いているつもりです。ですから、直せるものは直してもらいたいと、こういう形でいきたいということです。

○竹下委員

よく分かりました。

○潮谷部会長

ほかにございませんでしょうか。
どうぞ。

○小澤委員

東洋大学の小澤ですが、同じく日身連に1点、相談支援の充実ということで、ここにケアマネジャー制度と障害者相談員等の活用と。後者のほうは既にあることをどうするかなんですが、前者のケアマネジャー制度、これは何か具体的なイメージ、もうちょっと知りたいんですけども、よろしくお願ひします。

○森日本身体障害者団体連合会常務理事

まず、相談員の問題につきましては、今、大変大きな問題になっていることはご案内だと思うんです。したがって、そう軽々しく言っているつもりはございません。

2番目でございますが、今、一番初めに必要な問題は相談の窓口の問題です。したがって、相談していろいろサービスを受けるとしても、ちゃんとしたシステム化になっていなければならないだろうと。いわゆる法的に保障されていなきゃならないだろうと。ケアマ

ネジャー制度については、介護保険のときにもやりましたけれども、障害者の問題のときには、そういう話もあったけれども何かあいまいな形になっているんじゃないかと、こう思っております。

以上です。

○小澤委員

分かりました。具体的に何かというを知りたかったんですが、過去いろいろな経過で結構あいまいな状況になっていると、そういうご指摘でよろしいですね。

○森日本身体障害者団体連合会常務理事

はい。

○小澤委員

分かりました。

○潮谷部会長

ほかにございませんでしょうか。

どうぞ、広田委員。

○広田委員

日本障害者協議会の藤井さんにお尋ねしますが、お疲れさまです。

たくさんの方が入っているようですが、私は衆議院の参考人に出たときに、ぜひ自立支援法のことで所得保障をしていただきたいという意見を述べたんですが、藤井さんのほうとして、所得保障を具体的にどんな形で考えておられるのでしょうか。

○藤井日本障害者協議会常務理事

これはいろんな議論がありまして、まず基本的に、国の今までの見解を聞いていますと、就労を併せて所得保障という考え方を持っているらしいんですが、私は、就労と所得をまず分けをするということを基本に置きたいと思っています。

その上で、障害を持った人たちの稼働能力、現に厳しいわけですから、この国では生活保護という一つの大きな基準があります。少なくともその基準をクリアするような生活水準に持っていく必要があるだろうと。そのときに、この国は現実、住宅問題というのが大変厳しくかかってくるわけですね。そういう点で言うと、生活のレベルと同時に住宅の経費ということ。こういうことを併せて考えていくべきだというふうに考えています。したがって、就労と所得保障は分けをするという前提と、生活保護のレベルを下回らない、プラス住宅の費用をどうするか。

同時に、扶養義務制度と絡んでくるんですが、自立ということを、あるいは独立ということを経験する場、家族依存を前提にするとか、そこも併せて、そこは抜き去って考えると、これが私どもの基本的な考えです。そうしますと、生活水準のレベルで言いますと、さっき笹川さんがおっしゃったような一つの案も出るんじゃないかなと、こう考えています。

○潮谷部会長

ほかにございませんでしょうか。

○山岡委員

日本発達障害ネットワークの山岡でございます。

日本障害者協議会の藤井常務にお聞きしたいんですけども、障害者の範囲のところ、JDとしては、総合的な障害者福祉法の実現ということを主張されていて大変共感を覚えております。また、手帳が全ての入り口の要件ということでお話しされたんですけども、その場合、お考えになっていると思うんですけども、手帳がない場合のサービス提供、どこで判断したり、どこで認定をしたりということはどういうふうにお考えになっているか、ちょっとお聞かせいただきたいと思います。

○潮谷部会長

よろしく願いいたします。

○藤井日本障害者協議会常務理事

これも先ほど来の障害程度区分、森さんがおっしゃっていましたが、幾ら切り刻んでも実態は出てこないだろうということに関係してきますけれども、私どもとしては、これについてはいろんな面で議論してまいりました。さきの措置費から支援費に変わったときにも、いわゆる手帳制度をこっちに置いておいて、新しい視点から生活障害という観点からそれをとらえていく。そういう点で考えますと、多くの工業先進国がとっています2つの軸、すなわちニーズという軸と、それから環境要因という、環境要因というのは家族支援でもあれば、地域の社会資源の状況があるでしょう。含めて、ニーズと環境因子ということの掛け合わせた一つの基準ということを経験化できるんじゃないかと。

併せて、少なくとも今の身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法で言う定義とか基準というのは、もうここにいらっしゃる方々は分かっていますとおり、ほとんど実態が合っていないわけですから、それを考えますと、今言ったような視点で早急に検討していただきたいというふうに思います。

○潮谷部会長

山岡委員、いかがでございますか。

○山岡委員

ありがとうございました。

○潮谷部会長

佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員

藤井さんに、今の関連でご質問申し上げたいと思うんですが、総合的な障害者福祉法の方向性については私も全く同感でありまして、前回でも前々回でも、とにかく障害者基本法が定義している障害者の水準にまずはいくべきだということを繰り返し述べてきたつもりなんですけれども、ただ、先ほど来、皆さんも同じようにおっしゃるわけなんですけれども、介護保険との統合を前提にしないということは大いに評価されると、そういう考え方はよいということでおっしゃるわけですが、私は、介護保険の利用者の方々というのは、明らかに高齢によって、あるいは以前から障害を持っている方々だと認識をしております、そういう文脈で言えば、将来、障害を持つ方々の介護、福祉、広い意味の福祉を含めた制度と、それから介護保険との相互乗り入れといいますか、統合といいますか、そういうものは視野に入らないのかということが、私としては合点がいかないところなんですけれども、その点についてもう一度、今の現状での考え方を整理していただければと思いますけれども。

○潮谷部会長

よろしく願いいたします。

○藤井日本障害者協議会常務理事

これは私、藤井個人の見解と思って聞いてください。私自身は、多分純粋な政策論議をしますと、佐藤委員がおっしゃった方向はあると思います。ただ、現行の介護保険をどうしてもイメージしちゃいます。この現行の介護保険というのは、お分かりのように、負担の割合、あるいは近未来の負担増の展望、こう考えた場合、どう考えても財政政策との関係が非常に色濃いという点において、つまり純粋な政策論議をするのか、それとも今日の財政政策という観点から論議するの点において、もし入り口が違いますと不幸なすれ違いとなるわけであって、私はどっちかという後者の、今日の介護保険の問題というのは、決して純粋な政策論議ということでは、利用料の1割から、いずれ2割、3割ということも展望されています。そういうものを含みますと、単純に今の介護保険制度に合体ということは、少なくとも大変危惧をする。

同時に、お分かりのように、これは釈迦に説法だと思うんですが、障害を持った弱齢障害者の介護問題というのは、高齢障害者のそれと一緒に申しますと、あるいは高齢者と一緒かという、やはりこれも言われていますように、若いがゆえに様々な支援が要するという点で言うと、これも一部重なって、一部は違うだろうと。

こういう整理をしていきますと、まだまだこれに関しては、単純に短期間にこういう場で議論できる問題ではなかろうという点において、私は現段階では、日身連がおっしゃったように、介護保険統合を前提にしない議論のほうがよかろうと、こういう立場に立つわけです。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

今、非常に重要な部分での論議が進められているわけですが、意見がございますならば伺わせていただきたいと思っておりますけれども、佐藤委員。

○佐藤委員

確認の意味でもう一度だけ簡単に申し上げたいと思いますが、私は、先ほどの自分自身の問題意識は、純粹に政策の方向性の問題として、それは決して来年、再来年という話だけのことではなくて、5年先、10年先、あるいはもっと先も含めた問題として提起したつもりでありまして、もちろん、今、現状の介護保険が、それはそれとして大きな問題を含んでいて、高齢者の支援、あるいは高齢者を抱える家族の支援として、有効に機能しているのかどうか、これ自身もまた問題であります。

そのことは十分分かっているつもりですが、それを含めて現状を変えていくために、どういう方向性を共有しながら、当面の手段を考えていくというところで議論していかないと、入り口のところが違うということで、仇同士になってしまうような方向性というのが、この間、こういう場の議論の中ではよくよく見られるという感じがしております。それは恐らく、今得ているそれなりの、これまで獲得してきたいろんな状況があると思うんですけれども、それをあたかも既得権のようにして守っていこうという方向で現状を考えるか、あるいは、やや大胆に将来に向かって新しい提起をするかというスタンスの違いがあるのかもしれないけれども、ぜひ長期的な視野で議論するというのも皆さんに訴えたいと思います。

以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

この問題につきましては、政策論としてどのように今後方向性をたどっていくかという点では、非常に重要な論議が今なされているというふうに思いますので、もしかしたら、

目の前にやっていかなければならない課題と、中長期的に展望していかなければならない課題と、そういったものが含まれてくるのではないかと思います。この辺で、この論議を続けていくと非常に大変になってまいりますので、私は今、座長として聞いている限りでは、入り口論のところでは、政策として考えれば差が非常にあるようではあります。藤井様のご意見を聞いていると、将来方向性としては佐藤委員と同じような方向でいらっしゃるのではないかなと思ったんですが……

○竹下委員

ちょっとそれは異論があるんです、そういうまとめそのものにも。

○潮谷部会長

失礼しました。部会長として、ふさわしくない意見でした。
藤井さん、どうぞ。

○藤井日本障害者協議会常務理事

私は、1つつけ加えておかなくちゃいけないことがあるんですが、今の介護保険制度を見た場合、例えば利用料1割。よく、高齢者も1割払っているんだから障害者もという問題があるんですが、実は現行の介護保険を見ますと、1割がきつくて介護保険が利用できないという高齢者はいっぱいいらっしゃるんですね。したがって私は、改めて、今の介護保険を前提にしちゃうと、これはとてもその議論にはなかなか応じにくいんです。改めて私は、障害問題から、逆に老人問題にフィードバックをすると、本当にあの介護保険の利用と負担というのがあれでいいんだろうかと。大きな保険原理ということ自体もいろいろと問われてきますけれども、とりあえず私は利用料問題で言うと、障害問題からもう一回高齢者問題にフィードバックをして、あれでいいんだろうかと、それも含めて議論しておかないといけないので、単純に大きな長い面では、もちろん議論の意味はあると思うんですけども、余りにもそれと今の介護保険問題は問題が大き過ぎるという点を1つ言っておくのと、最後にもう1点、なおかつその議論をしますと、障害者の基盤整備、それから家族依存を前提にした今の制度、それから所得保障の不十分さ、幾つか前提条件をクリアしないと、その分だけピックアップした議論ということは、やっぱり難しいんじゃないかという気がしております。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

それでは、この論議につきましては一応これで閉じさせていただきまして、時間がまいりましたので、前半の論議のヒアリングを終わりたいと考えております。

ご発表いただきました皆様、それから質問あるいは問題提起をしてくださいました委員

の皆様、ありがとうございました。

これから10分間休憩に入りたいと思います。

〔休 憩〕

○潮谷部会長

それでは、後半の部を再開させていただきます。

まず、事務局のほうから関係団体の方々のご出席のご紹介、それから資料の確認をしていただきたいと思います。

○蒲原企画課長

それでは、本日の会議の後半における団体の出席の方々をご紹介いたします。

後半部分でご出席いただいておりますのは、まず最初に、全日本手をつなぐ育成会より常務理事の大久保常明様でいらっしゃいます。

続きまして、D P I 日本会議より事務局長の尾上浩二様でございます。山本様も一緒でございます。

続きまして、日本発達障害ネットワークより副代表の氏田照子様でございます。

日本自閉症協会より、会長の石井哲夫様でございます。

全国地域生活支援ネットワークより、代表理事の田中正博様でございます。

資料につきましては、先ほどの前半部分に引き続きまして、後半部分の資料ということになってございますので、お手元の資料番号でいきますと資料6からということになってございますので、よろしく願いいたします。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、障害者自立支援法の見直しに関しまして、前半に引き続き関係団体からご意見を賜りたいと思います。

後半の議事の終了でございますけれども、概ね16時40分ぐらいを考えておりますので、どうぞ皆様よろしくお願いをいたします。1つの団体で10分程度予定をしておりますので、ご協力方、よろしくお願いいたします。

まず、全日本手をつなぐ育成会の常務理事の大久保様にご意見を賜りたいと思います。

○大久保全日本手をつなぐ育成会常務理事

ご紹介いただきました大久保です。

それでは、資料6に基づいてご説明申し上げたいと思います。

私どもの団体は、知的障害のある人の家族と本人の会ということで活動してきておりま

すけれども、1から12まで項目立てしております。

まず、私どもが強調したいところとして、障害者自立支援法というのは大人を中心とした法律ですけれども、障害児支援の充実・強化というのをまず第一に挙げさせていただいております。と申しますのも、当然、障害を持っているお子さんが成長して大人になるわけですけれども、その子どもの段階でいかに適切な支援、この支援というのは、お子さん自身もそうですけれども、子育て支援・家族支援、こういった形で適切な育ちの環境を確保していく、これがまず前提であるということです。そういうところでもって、当然、一次障害はございますけれども、二次障害の発生予防にもつながる。

さらには、障害者自立支援法の目指す自立とか一般就労、こういうことも効果的に進めることができるということで、自立支援法そのものの実効性も高めることができる。その意味では先行投資というか、ここにいかに力を注ぐかということが、本来は重要であるというふうにまず指摘したいと思います。

自立支援法においては、児童の部分のサービスもあるわけですけれども、ここでは児童デイサービスあるいはショートステイ、日中一時支援、こういったところが子育て支援・家族支援にとって非常に重要であると。そして何よりも、子どもを育てるということは、まず家族を通して子どもを育てるという視点に立って推進していただければというふうに考えている次第です。

2番目、所得保障の拡充と利用者負担の軽減ということですが、ここでは単純に具体的に例を示しておりますけれども、年金が約6万6,000円、工賃が、就労継続支援事業あるいは授産施設で平均1万2,000円、そうすると7万8,000円。7万8,000円でこの方が、例えばグループホーム、アパートなど、そういうところを借りて生活する、こういったことが実際にどうだろうかということをご想像いただければ、必然的に所得保障の問題というのはクローズアップされると思います。何よりも利用者負担というものが、所得保障ということに対して何の手立ても講じずに、ただ一方的に負担だけ求めたということが、現在の様々な課題を生んでいるということでもあります。そして、ではどのぐらいなんだというときに、せめて生活保護費、その辺ぐらいは必要ではないかということです。

それとあと、特別障害者手当の基準緩和とか、住宅手当、こういったところも配慮していただきたい。

さらに、障害児を抱えていらっしゃる若年層の家族の方にとっても、この利用者負担というのは大きな問題であるということも、ご理解いただきたいと思います。

サービス体系の在り方と基盤整備ということで、基盤整備についてはこれまでも、この制度が自己選択・自己決定と言いながら、その基盤整備が進められていないというのが問題視されてきたところでもありますけれども、引き続き積極的に基盤整備を図っていただきたいということでもあります。

あともうひとつは、キーワードである地域生活を支える上で、ホームヘルプ、移動支援、行動援護、こういったサービスが非常に重要であるということで、これをもっと使いやす

くしていただきたい。特に移動支援については、これが地域生活支援事業になったことによって、消極的になってしまった自治体があるということがございます。そこで個別給付のような形にしていただきたいということと、もう1点、事業所などへの送迎というのは、サービスとしては位置づけられていないわけです、送迎も含めて、送迎というのは交通機関の利用訓練という意味の送迎ですが、こういったものも対象にしながら個別給付化を図っていただきたいということでもあります。

あと、サービスの質の確保、ここについては、私どもはあくまでサービスを利用する側でありますけれども、私どもも人材確保等、サービスを提供する側の事業者の皆さんが非常に大変な状況にあるということも伺っております。そういう意味では、報酬単価というところで、安定したサービスの提供体制ということは大変重要であろうというふうに思っております。

なお、日額制の問題については、利用者の立場から言いますと、メリットの部分をまず強調しておきたいと思えます。

1つは、その日によってサービスを選択することができる。これは実際に就労している人であっても、ある日は就労継続支援事業B型に行くといった事例も聞いております。そういう形でもって、日額払いによって様々なサービスを利用することが可能になったということ。

あるいは入所施設、グループホームでも、帰省時に他のサービスを利用することができる。例えばホームヘルプとかも利用することができる。これは日額制のいい部分ということで、この辺も申し上げておきたいと思えます。

あと、5番目の相談支援事業・自立支援協議会の充実・強化、特に知的障害のある人たちにとって、自らサービスをコーディネートしたりしていくということは困難な場合が多いです。そういう意味では、相談支援体制というのをしっかり持っていただきたい。しかし、現在のところ、相談支援の窓口そのものがまだ十分整備されていないという状況があります。

それともう一つは、いわゆるケアマネジメントですね。相談支援事業者の相談支援専門員によるケアマネジメントというのは、サービス利用計画作成費という形で位置づけられています。知的障害のある皆さんにとっては、そのサービスが適切かどうかということも含めて、こういったものも広く、しっかりとした形で体制整備をしていただきたい。

それと自立支援協議会、この自立支援協議会というものが、その地域のネットワークづくり、基盤整備において重要な任に当たるはずですが、まだできたものの機能していないという現状があるようです。この辺も充実・強化を図っていただきたい。

権利擁護、これについては自立支援法による制度仕組みができたとしても、様々な地域生活を進める上での環境条件の一つとしてあると思えます。そういう意味で、成年後見制度、日常生活自立支援事業、あるいは法的に、虐待防止法、差別禁止法、こういったものも体制整備が必要だということでもあります。

障害程度区分については、実際に中身、それ自体いろいろ問題があります。問題があることは皆さんご承知だと思いますけれども、特に知的障害の障害特性を含めた新たな尺度の検討、これが現在滞っているような感じもいたします。与党PTにあるように、速やかにまず一歩進めるということです。現状はあくまで結果オーライという形だけにすぎません。問題の解決に何もなっていないということです。ですから、一歩でも進めるために、まずしっかりと調査あるいは検証、これを行っていただきたい。

さらに、育成会から申し上げれば、小規模作業所はまだ半数はそのままです。半数しか移行していないという状況があります。そういう中で、小規模作業所に対しても引き続き注目していただき、支援体制を整備していただきたいということです。

最後に、12のところに跳んで申しわけないですけれども、自立支援法が目指す共生社会、このためには自立支援法のみで可能ということにはなりません。労働、教育、医療、様々な分野の連携を含めた形の地域支援体制、これをまず望みたいと思います。

あと、先ほども出ましたけれども、やはり財源確保という重要な問題があります。既に社会保障費縮減2,200億円という問題が出ています。こういうことも含めて、しっかりと財源確保、この辺もご努力いただければと、私たちも含めて一生懸命やっていかなければならないというふうに認識しております。

以上です。どうも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、DPI日本会議から尾上様、よろしく願いいたします。

○尾上DPI日本会議事務局長

皆さん、こんにちは。DPI日本会議の事務局長、尾上と申します。

障害者インターナショナルの頭文字で、国際的な障害者団体の日本支部であると同時に、国内では60団体の障害種別を超えた団体が集まっているところでございます。ですので非常に多岐にわたる論点がございませぬけれども、今日はいつまでもお話をしたいと思っています。資料7ということになります。

その中の自立支援法の見直しというのを、決して部分的な見直しではなくて、むしろ地域での暮らしを権利として実現をしていくような法制度、それをつくるんだというふうな視点から見直しといいますか、新たな法制度化を図っていただきたいと思うんです。

私ども、研究者も交えた形で、こういう形で障害者総合サービス法制定に向けて、仮称ですけれども、こういう研究事業も2年にわたって続けて、今も行っているところなんです。そういったことも交えて今日お話をしたいと思います。

その見直しの視点といいますか、どういうことかというのと、どんなに重度の障害があっても地域で暮らせる、そういう地域生活サービス、財源の充実ということだなどと思ってい

るんですが、どんなに重度の障害があっても地域での生活が可能にということなんですけれども、これは私ども、欧米の脱施設化の研究をされているケント・エリクソンという方の論文を拝見いたしますと、施設か地域かというのはよく言われるけれども、それだけではなくて、むしろ能力を重視した視点なのか、市民の権利としての視点なのかということもあるんだということで、つまり施設か地域かだけではなくて、一人の市民として当たり前、どんなに重度の障害があっても地域で暮らせるというふうな視点、この表でいいますと、AからBという流れこそが本来のノーマライゼーションですし、この5月に発効いたしました障害者権利条約が言う、障害を持っていても地域社会で生活する平等な権利ということではないかと思うんです。

例えば、一般就労ができれば、あるいは身の回りのことができれば地域へというのではない、どんなに重度の障害があっても当たり前で地域で暮らせる、それであって初めて本来の意味での自立ですし、権利条約が言う地域生活だということをもっと押さえておきたいことが1つです。

もう1点ですけれども、もう一つの資料の、2つに分けて資料集という形にさせていただいておりますが、そちらの後ろから2枚目のほうになりますけれども、後ろから2枚目というのは、前々回でしたでしょうか、6月9日の障害者部会の中で出ていた資料なんですけれども、地区移行の数字ですが、マイナス389人というのが報告でしたけれども、むしろここで見るべきは、地域移行された方が9,300に対して、それを倍する1万8,000の方が新たに施設に入られたという、そちらのほうじゃないかなということです。

言うならば、施設から地域へということがよく言われるんですが、もう一つ、地域移行といった場合、前回、たしか障害児のサービスのところで、「ともに育ち、ともに学ぶ」ということがありました。つまり、小さいときから地域でともに育ち学ぶならば、そのまま大人になられたら、大人になって親元を離れて地域で暮らすという、そういう意味での親元での在宅から地域へという、もう一つの地域移行の軸が打ち立てられないと、どんどん新規入所が繰り返されるということになるのではないかと。そういう意味で、2つの意味での地域移行ということが進むような施策が要るんだということを押さえておきたいと思えます。

その点ですけれども、では一方、それだけ地域を中心にとということからしますと、実は自立支援法が施行されて、実際には重度障害者の地域生活に不可欠な重度訪問介護や移動介護が非常に大変な状況になっている。社会資源が枯渇する状態になっているということです。

もう一つの資料の前から6枚目に、重度障害者介護アンケート調査というのを入れています。時間の関係で詳しくは説明いたしませんけれども、離職率が23%近く、非常勤のほうで言いますと26%というような形で、非常に高い離職率になっています。そして、それだけではなくて、同姓介護や泊まりの介護、長時間介護が必要という特性から、新しいヘルパーを見つけるのに大変苦勞しているという状況にあります。

それはなぜかという、やはり一つの背景に報酬単価が余りにも低いということが挙げられます。といいますのも、この調査では、大学卒の初任給が15万9,000円という金額。さらに昇給も、10年働いても22万円ぐらい。五、六万円ぐらいしか昇給しないというデータが上がっています。

一方、では事業所がその分をとっているのかという、決してそうではなくて、人件費比率は8割を超えている事業所が過半数でございます。つまり、もうどこも削りようがない、それだけ低い報酬単価で、結果的に人が集まらなくて、その結果、何が一番困るかという、支給決定をされても、重度の障害者にヘルパーを派遣する事業所が見つからない、ヘルパーが見つからない、その問題が出てきているわけです。これは何としても、報酬単価の見直しを初めとした地域のサービスをちゃんと発展させるというふうな体系に変えていくべきだと思うわけです。

そして、2つ目が移動支援の問題です。これも多くの委員の皆さんから意見が出ておりましたが、地域生活支援事業になって、非常に大きな地域間格差が出てきたのと、もう一つは、市町村の地域の実情に応じ柔軟にというのがうたい文句なんですけど、現実には、例えば市内での移動に限る、市外に移動しちゃ駄目ですよ、入場料・入館料を伴う外出は駄目ですよ、硬直化しているのが減少ではないですか。やはり移動支援はもう一度個別給付に戻す、あるいは少なくとも地域生活支援事業の必須事業と言われている部分は、国が2分の1負担をするというような仕組みにすべきだと思っております。

それとあと、グループホーム・ケアホームの個別ヘルプですね。個別ヘルプは緊急措置でやられましたが、ぜひとも恒久的なものにしていきたいということと、さらに、先ほど別の団体からも出ていましたが、長時間介護のサービスを支えるための真の意味での義務的経費化。今はあくまで国庫負担基準の範囲内といいますか、障害程度区分で決まる国庫負担基準の範囲内でしかお金が出ていない状態です。実際に市町村が要した費用に対して2分の1が負担されて、本当の意味で義務的経費と言えるんじゃないでしょうか。これはぜひ基金を積むなり、いろんな形で調整の仕組みをつくっていただきたいなと思っています。

続きまして2番目のところですけども、障害の範囲のところを山本のほうから発言させますので。

○山本DPI日本会議難病の会

DPI日本会議所属、難病の会の山本と申します。

私は難病の当事者の立場として、障害の範囲に対して資料を作成しました。今日の資料7の参考資料というものの17ページのところにあるんですが、障害の範囲に関する資料というところを見ていただきたいと思います。

まず、ひとり暮らしをする難病等の方の緊急対策や介護保障、十分な資産形成前に発症した若年者の自立支援は大変急務となっています。急に症状が悪化したんですけども、

連絡することもできずに自宅に倒れていた方ですとか、実際手遅れになった等の相談を受けています。一刻も早く制度の狭間を解消していただきたいと思っております。

しかし、今の障害者自立支援法は、入り口の要件として身体障害者福祉法等の障害手帳の保持が要件となっておりますので、現在の手帳基準に合わない難病等はサービスを利用できない状況でございます。

自立支援法の3年後の見直しにおいては、障害手帳をお持ちの方はもちろんですが、障害手帳を持っていない、いわゆる発達障害の方ですとか、高次脳機能障害の方ですとか、難病等も含めて、この法律の支給決定プロセスで福祉サービスの必要性が認められた方については、ぜひとも対象としていただきたいと思っております。

国際規格を見ましても、表1・2・3を見ていただきたいんですが、日本の障害の範囲は大変狭いです。また、障害関係に係る予算も、先ほども出ましたが、アメリカと比べても2分の1程度でしかありません。また、EU15カ国と比べても、支給決定の入り口で、手帳のように制限をかけているところはございません。ぜひともこういった事情を踏まえて改善していただきたいと思っております。

また、東京都の国分寺市で実態調査しました。ここは11万人の方がいらっしゃるんですが、手帳のない方で介助を利用している人は、若年者で5名程度です。対人口比で言えば0.0042%でしかありません。なので、こういった数が少ないからこそ、自立支援法のような義務的経費で全国規模で包括的に施策を推進していただきたいと思っております。

ぜひとも、風邪や骨折等との違いで一緒になるんじゃないかというような疑問もございますが、これは既に医師の意見書ですとか審査会等で区別することは可能となっております。何としてでもこの機に、私たち難病等や発達障害の方ですとか高次脳機能障害の方を、支給決定で認められた方、ニーズが認められる方を対象としていただきたいと思っております。

○尾上DP I 日本会議事務局長

あと、支給決定プロセスの見直しや負担の部分の見直しも意見としてはあるんですが、時間の関係で、最後に1つだけ申したいと思っております。

3ページ目の下のところでございますけれども、先ほど、どんなに重度の障害があっても地域でということを申し上げました。その視点からしますと、自立支援法の第1条の目的、後半、「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことができる地域社会の実現に寄与」、これだけ見れば、先ほどの障害者権利条約の19条の書きぶりなんかとも重なる部分があるのかもわかりません。

ところが前半、「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができる」というふうな書きぶり、能力や適性に応じた自立や社会生活、一体何なんですか。むしろ権利条約は、能力や適性云々ではなくて、本人の自己決定に基づく自立ということを行っています。

日本でもこれからいよいよ権利条約が、日本での批准に向けて国内法整備が課題になっ

てくる中で、能力と適性というのは外していただきたい、あるいはむしろ、本人の意向に基づく自立した生活、社会生活ということに変えれば、何の問題もないんじゃないかというふうに思うわけですが、この点もぜひとも障害者権利条約という国際的な議論の水準に見合った制度の設計を、ぜひ障害者部会の皆様、していただきたいということを最後に申し上げて、DPI日本会議からの発言に代えさせていただきます。どうも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、日本発達障害ネットワークから氏田様、そして日本自閉症協会から石井様、それぞれよろしくお願いいたします。

○氏田日本発達障害ネットワーク副代表

日本発達障害ネットワーク副代表の氏田と申します。

本日は、私ども日本発達障害ネットワークにこうした形での意見を出させていただく機会を下さりまして、本当にありがとうございます。心より感謝申し上げます。

私どもは、制度の谷間となっている自閉症、ADHD、学習障害などの発達障害のある人たちを支援しているネットワークです。本日、この10分間に、発達障害ネットワークと加盟団体の自閉症協会ということで、5分ずつの発言時間をいただいております。大きく分けて4点について、JDDネットのほうから発言をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

まずは、発達障害を障害者福祉サービスの対象として明文化し位置づけることをお願いしたいと思います。

昨年12月に与党障害者自立支援プロジェクトチームが出された報告書においても、発達障害者を初めとする障害者の範囲については、「引き続き検討する」とされおりましたが、発達障害のある人は、現在、制度の谷間となっているため、必要な支援を受けられず、深刻な状況に置かれています。「引き続き検討」という状況ではとてもありませんので、ぜひ早急に具体化をお願いいたします。

障害者自立支援法は、3障害を統合したものとして評価されていますが、全ての障害のある人を含んだものとはなっていません。発達障害を初め高次脳機能障害など狭間にある障害も含め、支援を必要とする全ての障害のある人が必要な支援を受けられるような制度とするよう強く要望します。

障害者自立支援法の法律の本文において、自閉症、ADHD、学習障害等の発達障害をサービスの対象者として明記することを最優先に要望したいと思います。

また、この件につきましては、前半の日本身体障害者団体連合会様、また日本障害者協議会様、そして今の全日本手をつなぐ育成会様、DPI様からも、発達障害に言及したご

意見をちょうだいいたしましたことに感謝申し上げます。

次に、障害程度区分認定の見直しに関してのお願いです。

発達障害のある人への支援ニーズ評価の基礎となる障害程度区分認定に関して、現在の調査項目、判定基準は、支援の基本的な方針がないまま、異なる支援ニーズを評価しているため、一次判定、二次判定ともに非常に複雑で、整合性を欠くものとなっています。発達障害のある人の支援ニーズは、身体介護を基本とした調査項目、判定基準にはなじみません。

お手元に資料を提出させていただいておりますが、専門家の障害程度区分の妥当性の評価結果からも明らかになったように、現状の調査項目、判定基準は明らかに妥当性を欠くものであると思います。

1つには、今後、障害程度区分をどのように位置づけていくのかということでもあるかと思いますが、障害程度区分はあくまで程度区分であって、程度区分イコールニーズ区分であるかのような使われ方では、本人が必要とされる支援ニーズを満たすことはできません。区分により利用制限がかけられてしまうというのではなく、必要なサービスが保障されること、そのために必要な報酬が保障されることが重要であると私たちは考えています。

今後の方向性としては、区分そのものではなく、ケアマネジメントの在り方やそれに関わる人材の育成が重要な課題となってくると思います。ケアマネジメントや人材育成についてもぜひご検討いただき、発達障害のある人の支援ニーズを適切に把握する取組を行ってくださいますよう、重ねてお願い申し上げます。

なお、評価ツールについて申し上げますと、例えば、自閉症・広汎性発達障害では、PARSなど、既に利用可能なアセスメント・ツールもございますので、ぜひ採用いただければありがたいです。

本日、少しの資料を用意したんですが、全委員の分が間に合いませんでしたので、後日、山岡委員のほうから皆様のお手元にお届けしたいと思います。申しわけありません。

次に、発達障害者の自立と社会参加についてですが、自立を支援する支援の枠組みが必要であると私たちは考えています。

発達障害は、脳機能の生来性の障害に起因するものであり、早期からの継続的な支援を行うことで、よりよい自立への歩みを進めていくことができます。科学的根拠のある支援方法の調査研究に十分に取り組み、早期からの本人支援と家族支援に対して、サービスメニューを具体化し、質の高いサービスに相応の単価を保障していくことが、当事者の自立につながる方向性の一つと考えます。

特に、発達障害のある子どもの場合、児童に対する支援サービスとして、例えば、社会的技能の向上を目指すスキル・トレーニングであるとか、家族支援のためのペアレント・トレーニングなどが必要となります。こうした支援サービスが障害児福祉サービスとして明確な枠組みの中で提供できるように、必要な相談支援事業を位置づけていただきたいと思います。

また、十分な支援を受ける機会を得られずに、既に成人期になった発達障害のある人とその家族が適切な支援サービスを利用できず、全国各地で生活困難な状況に置かれています。発達障害のある人の障害特性を理解し、成人期向けのスキル・トレーニングを開発し、地域生活支援の中で実施することや、就労移行支援事業の中での中間的な目標設定を行っていくことで、より多くの人々が自立と社会参加への歩みを進めることができると考えています。発達障害の成人向けの相談支援事業の検討とともに、早急な支援策の実施をお願いする次第です。

時間となりましたので、最後に、支援が全国同じ水準で提供できるようになる必要があると私たちは考えています。

現在、発達障害のある人への支援においては、地域間格差が顕著であり、同じ日本に生まれながら、生まれ育つ地域によって支援の質と量において大きな差異が生じています。全国のどの地域においても同じような支援が提供できるようにするためには、支援サービス提供者が一定水準の専門性を有することが必要ですが、それが十分に保障されていません。支援ニーズの適切な把握方法や有効な支援メニューについて、全国で均等に実施できるようにするための実のある研修を拡充することを要望いたします。

その際、当事者団体が果たしている役割を正に評価し、当事者の中から早期の障害受容などに貢献できる人材の養成を支援することが望まれます。当事者団体が地域において機能することで、地域の支援の質が向上することを施策的に位置づけることが、公的なサービスの質の向上にもつながると私たちは考えています。

以上、日本発達障害ネットワークの意見につきましてもぜひご検討いただき、今後の政策に反映くださいますようお願いいたします。

どうもありがとうございました。

○潮谷部会長

それでは、引き続き石井様、お願いいたします。

○石井日本自閉症協会会長

日本自閉症協会として発達障害ネットに入っておりますけれども、まだ歴史も浅く、日本自閉症協会は40年前に、親たちが就学を求めてつくった親の会全国協議会が社団法人日本自閉症協会となったわけでございます。資料9でございます。

そこでは、私は今までお話を聞いていて、基本のお話はほぼ出ていると思っておりますけれども、地域での自立ということはあくまで目標でありまして、その目標に到達していく過程における現状、障害者自立支援法の中で、従来から構成されてきたいろいろな支援とか、効果的な活動とか、人材というものが基盤になって、それを積み重ねていく方向でご検討いただくことが必要ではないかと思えます。

しかしながら、いわゆる社会福祉制度のパラダイム転換というようなこともあり、かつ

また、措置制度が契約制度になりまして、施設の状況はどうかということで、これは副会長、須田の社団法人けやきの郷の実情を示したもので、入所更生施設においては年間約2,200万円の減であります。ケアホームも通所授産施設も、ここに書いてあります3年間、どんどん減っているという状況の中で理想論を展開しても、これはいかがかと思えます。

問題は、現在、現実に困っている人たち、自閉症は特にどこが困っているかといいますと、人間としてのある一定の理解の水準、つまり関主観と言いますが、人間の主観関係というものが分かりにくい、相手の気持ちが分かりにくい、その状況が分かりにくい、場の空気が分かりにくい、言葉の奥に隠された意味が分かりにくい。ことごとく家庭内における親子のミスマッチ、あるいは学校における教育の中の問題、それから社会に出てからの就労の問題。この社会生活において、社会が変革をしていかない限りにおいては、当面、この人たちにとって専門的なケアを行う施設は必要でありますし、そこである一定のノウハウを獲得した人材を有効に使った研修のシステムとか、在宅支援とか、その他サポーターの養成等もできるのではないかというふうに思っております。

特に今、制度的には、厚生労働省においては、知的障害を伴う自閉症は知的障害、また高機能の自閉症につきましては精神障害の枠の中に入れていたという分断された状況でありますけれども、いわゆる自閉症スペクトラムとして考えていただきたい専門性というものがあります。

それは、非常に薄い、かすかな人間関係の獲得というものを上手に長期間にわたって行っていく、それで成功している仲のいい親子もおります。しかし一方、小さいときにそのすれ違いによってその関係が増悪されて、ある一定の体力を得た子どもから親が攻撃をされ、暴行を受けているというような状況で、家庭の破滅的な事態というものを、実は私は現に発達障害者支援センターの事例を担当しておりますけれども、それは一時的に精神科病院へ入院をしても、退院してからなおひどくなるというところがありますし、また、犯罪等の事件に結びつくということも知られていると思っておりますけれども、そのことについても、小さいときからの社会的支援が整備されていないというところでもありますので、私どもが提案しておりますことは、福祉においては自閉症総合援助センターというものを、自閉症施設協議会という、制度的には知的障害ですけれども、そういう団体もつくりました。また、自閉症スペクトラム学会という学会もつくりました。

そういう学会、そういう関係団体と連携しながら、これからの支援の方向、例えば手帳なども、なかなかもらいにくいわけでもありますけれども、それもぜひお考えいただきたいと思えます。一見、ADLは進んでいるように見えますけれども、人間関係が困難なために行動障害を起こす。この行動障害を起こす人を地域でもって、慣れた人材がケアをするとして試算すると、1カ月400万円もかかるという状態で、地域生活ができるかどうかというようなことも問題にしたことがあります。厚生労働省でそうした研究もしていたと思えます。

また、教育においても、自閉症教育というものは実験的にはなされておりますけれども、

学級は情緒障害であります。やっと自閉症学級というものができた。そのほかは一步も進んでいないということで、私どもは今、与党に訴えてきているという状況もございます。これはぜひともご理解いただきまして、ご検討いただきたいと思います。

ちょっと長くなりましたが、以上でございます。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、全国地域生活支援ネットワークから田中様、よろしく願いいたします。

○田中全国地域生活支援ネットワーク代表理事

全国地域生活支援ネットワークの代表理事をしております田中と申します。よろしくお願い致します。

私たち全国地域生活支援ネットワークは、障害のある方を中心に、何らかの暮らしに支援が必要な人に、地域生活を進める上でのネットワークをそれぞれの地域で構築できるような働きかけを、全国を情報でネットワークすることにより地域での支援ネットが強化されることを目指しています。

本日、提言の中には盛り込みませんでした。障害者の範囲については、そのような観点から、発達障害や難病などを含め、障害者の範囲については見直されることを求めています。

私たちは、障害者自立支援法の理念は、基本的には自立と共生を推し進めるものとして前向きに受け止めております。障害者基本法の理念である、もしくはそれに基づく障害者基本計画の基本的な考えである共生社会の実現、そして国際条約として発効して、障害者権利条約が目指すインクルーシブな社会の実現につながるものとして、障害者自立支援法を進める立場でとらえております。

今回の改正では、利用者においては定率負担のもたらした様々な混乱が続いておりますが、大きな波は越えた感があると思います。一方で事業者においては、「地域でともに育ち、学び、働き、暮らす」という支援の仕組みづくりに向けては、まだ財源的な確保が不十分で、積極的に取り組む動機が欠けているように思いますので、このたびは、制度においては報酬の体系を見直すという必要があると思っております。

そのような流れで、社会保障制度全般におきましても、財源不足が歪みに始まって、一般的に壊れかけている状況を考えますと、財源については、社会保障の抜本的な見直しということで、大幅な増額を目指すべきだというふうに考えており、その上で、先ほど議論がありました介護保険との関係では、地域支援の観点で障害者、高齢者を分けずに、普遍的な制度を目指す立場で、このたびの提言をまとめてまいりました。その際の基本的な視点は、社会連帯に置いて求めてまいりたいと思います。

提言としましては、まず最初に「ケアホームについて」ということで載せさせていただ

いておりますが、自立支援法では、利用する方の立場が明確になり、必要な支援を利用する際の個別給付が用いられましたので、昼間の活動と住まいについて、それぞれ選べることになりました。その中で割合を求めますと、昼間に厚く、住まいに薄い感がありますので、ケアホームについては、在宅の重度の障害の方が地域生活を継続する生活の場として、特に入所施設からの地域移行の生活の場となるように、ケアホームが重要な役割を果たせるようにしてほしいと思っております。

重度障害の方は、措置のころでも入所施設で受け止めが難しいと断られた過去の経緯をかんがみますと、まずは住まいの在り方において、重度の方の安定的な対応が図られることを目指して、報酬単価を改定していただければと思っております。現在の報酬単価では人員確保が難しいわけですが、基本的には、まずローテーションとなる職員体制の確保が難しいということですので、この役割を担う条件においては、宿直勤務ではなく、夜勤体制でこの確保を目指してほしいというふうに思っております。

また、住宅の住まい方においても、確保される住宅が、日本家屋の場合には、4人で住むことを前提に4LDKといった条件が整っておりますので、これを活用しやすい視点で制度を見直してほしいというふうに思っております。

そこで、ケアホームに関しては次の改正を提言します。

世話人の配置を現在の「常勤換算で、利用者数を6で除した数以上」から「常勤換算で、利用者数を4で除した数以上」に改める。

2つ目としては、夜間支援体制を必須とし、夜間勤務を「宿直」ではなく「夜勤」と明示する。

3番目には、障害程度区分4以上の入居者は、居宅介護、ホームヘルプの利用を認めることを継続する。

以上を求めます。

また、2つ目の項目としては、「ケアホーム等を利用する地域生活者に対する所得保障について」ということで、施設入所者の方には、現在補足給付という形で、手持ち金2万5,000円が残る仕組みが用意されておりますが、地域生活をしている方の所得に関しては、それらの工夫がされておらず、低所得の場合にはご家族がそれを支援し、現状を賄うといった事態も伺いますので、この現状が、施設にいれば手厚く、地域に行けば薄いということでは、利用する立場の方が等しく選ぶということにはなりませんので、足並みをそろえるということで、1人月2万5,000円の住宅手当の創設を提言したいと思っております。

以降につきましては、項目を挙げるだけでご報告させていただきます。

3番目には、地域自立支援協議会の法定化について。

4番目は、障害者地域包括支援センターの設置について、これにつきましては、相談事業にさらに仕組みを補うものとして位置づけていただきたいというふうに思っておりますので、市町村、特に町村部で、それぞれの町村の力量だけではカバーし切れない要素についてを補うものと考えております。

5 番目は、包括的権利擁護センターの設置、これも仮称であります。

6 番目、後見人制度利用支援事業の普及啓発について。

7 番目、利用者負担上限額の一元管理、それぞれの負担が、この7月の改正において、利用についてはかなり制限されましたが、医療などを絡めた場合にはまだ負担感が大きいといった問題について対応していただきたいと思っております。

8 番目には、重度訪問介護・重度障害者等包括支援について、(1)として重度訪問介護の加算措置を見直してほしい。(2)には重度障害者等包括支援の単価を、加算上昇分を反映させ、見直してほしいとして数字を挙げております。

9 番目には、居宅介護の家事援助の廃止と生活援助の創設についてということで、これは介護保険との整合性を意識しております。

10 番目には、行動援護の利用促進等についてということで、なかなか利用が進まない状況の改善を図っていただきたいと思っております。

11 番目に、就労継続支援事業について、特に雇用に結びつけることについては、労働サイドの施策によって推進を求めていくことを望んでおります。

12 番目に、移動支援事業の個別給付化について。

13 番目、サービス利用計画作成費対象者の拡大について。

14 番目、区分内流用、区分間流用の継続について。

15 番目、入院の付き添いに関するホームヘルパーの利用について。

16 番目、インクルーシブな保育、教育の推進について、これについては4つ項目を起こして、先ほど発達障害の分野でも提言があったような中身とかなり重なる視点で進めていただければと思っております。

17 番目、社会的擁護の必要な障害児のグループホーム・ケアホームの利用について。

18 番目、障害児入所施設について。

17、18につきましては、具体的に地域での施策支援体制が、親御さんという後ろ盾を失うと一気に支援体制が弱まるということについて、仕組みを求めています。

以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、ただ今から、これまでに対しまして皆様方からのご意見とか質問をちょうだいしたいと思います。どなたからでも結構ですので。

高橋委員、お願いいたします。

○高橋委員

氏田さんにお伺いしたいと思いますけれども、最後に触れておられた人材養成についてですけれども、私も福祉の向上とか、障害への理解あるいは偏見の是正には当事者の参画

というのは非常に大事だと思っているんですけども、ここに人材の養成を支援することと書かれていますが、具体的にはどんなことが内容としては考えられますか。

○氏田日本発達障害ネットワーク副代表

日本自閉症協会のほうでは、家族同士の相談をしているというのが、これまでも長い期間行われていたんですけども、我が子一人しか知らないという状況がありましたので、今回、4年目になりますが、ペアレントメンター養成事業というのを行っています。全国各地に自閉症の家族たちがいるんですけども、後輩のお母様たちの相談に乗ったりということで、国の制度で言うと知的障害者相談員とかになるんだと思いますが、京都においては発達障害者相談員制度が昨年でき上がっていたりとか、自閉症の人たち、スペクトラムという言葉が聞かれて、連続带状であったり、あるいはLDやADHDとの重なり合いがあったりということがあるので、将来的にはその分野に広げていかれるような形で、ペアレント、家族同士の相談機能が高められればいいなというふうに思って取り組んでいるものがございます。

○潮谷部会長

よろしゅうございますでしょうか。

ほかに。大濱委員。

○大濱委員

DPIと地域ネットの方にお伺いしたいのですが、まずDPIで重度訪問介護の報酬単価の見直しを取り上げられていますが、今、現実にこちらで調べたデータですと、20時間以上ホームヘルプや重度訪問介護を支給している市町村が少なくとも87カ所、全国でおよそ100カ所ぐらいあると思います。そのような支給決定がなぜできているかという、先ほど申し上げた区分間合算のおかげです。この部分について、先ほど地域ネットの方が区分間合算について、このまま継続ということを言われましたが、DPIはそこらあたりに触れられていません。お二方について、区分間合算についてご意見があればお伺いしたいと思います。

○潮谷部会長

どちらからでも結構でございますが、DPIのほうからですか。

○尾上DPI日本会議事務局長

もちろん、区分間合算が今あるから、何とか国庫負担基準での上限がそのまま一人一人の上限にぎりぎりになっていない。市町村の規模によってはなっているところがあるわけですけども、そういう意味では、少なくとも区分間合算は継続すべしという前提の上でな

んですが、本来的には、むしろ区分間合算しなくても、つまり市町村がその人に対して必要と認めた、そして実際に使ったサービス、それは別に道路や何かに化けたわけでも何でもなくて、実際にサービスに使っているお金なわけですから、そのお金に対してちゃんと2分の1の負担を国がすべきというのが本来の義務的経費だろうという話が1点。

もう1点が、そういう話をしますと、例えば箱物ですと定員が決まっているけれども、在宅サービスの場合は、例えば年度途中で人数が増えたり、何々で予算が足りなくなったら、翌年度まで待ってもらわなきゃいけないみたいな議論が、支援費のときのいろいろ話をしたときにありました。

そう考えれば、もしそれに関してだったら、今回、特別対策で、今、2年間に限ってになっちゃっていますけれども、都道府県に基金を積んでいただいているわけですね。これを継続的な仕組みにし、しかも、そういう長時間介護や足りない市町村に非常に負荷がかかるサービスを、ちゃんと都道府県なりそういうところで、バッファーのように調整をする仕組みということにして、真の意味での義務的経費化を図るべきだというふうに思っているからなんですね。だから、区分間流用を廃止すべしとかそういう意味じゃなくて、むしろそういうことをしなくても、ちゃんと義務的経費化が保障される仕組みにすべきだという意見でございます。

○潮谷部会長

それでは、地域ネットの田中さん。

○田中全国地域生活支援ネットワーク代表理事

私たちは、この項目を挙げさせていただきましたのは、区分ごとの基準が目安として働くべきであるはずが、それぞれの市町村の担当者レベルでは上限として働く可能性が高く、その際に、上限ですのでそれを超えないということですが、それを、逆に言えば目いっぱい使うということもないわけですので、逆に、目安として生かそうとする自治体においては、そのような作用の下で、余裕が少し生まれる状況において、必要な方への必要な時間数がその余裕の下で図れるということが、今の流用において進んでいるということの評価して、区分間ごとにしてしまうと、その余裕の幅が圧縮されるということで、全体に枠組みが広がれば、必要な方の支援時間が、必要だという判断の下で提供しやすくなるということを求めて、ここに書かせていただきました。

○潮谷部会長

大濱委員、よろしゅうございますでしょうか。

ほかにごいませんでしょうか。

広田委員、お願いいたします。

○広田委員

D P I の山本さん、お疲れ様です。神奈川で疾病障害者団体連絡会というのがありまして、行って見たときに、精神障害者も大変だけど、本当に難病の方も大変だなというふうに思っていました。こういうところに来ているからこそ、そういう方がおられるということを知ったり、精神疾患も治してもらえないという意味では難病かなと思うんですけども、難病というのは幾つぐらいあるんですか。

○山本D P I 日本会議難病の会

ご質問ありがとうございます。

今、国が指定している特定疾病と言われるものであれば、45疾患に限られるんですが、やはり治療が困難であったり治らない病気であるという観点からいくと、多くの難病の方がいらっしやと思います。ぜひとも障害者自立支援法においては、福祉面に関する、生活支援ということ、こういった方も含めて一体的に行ってほしいという要望を持っております。

○広田委員

その要望というのは、国の言う45に対して、D P I としてはどのぐらいだというふうに認識しておられるんでしょうか。

○山本D P I 日本会議難病の会

疾病で区切るのではなくて、提言のほうでもさせていただいたんですが、まず手帳で要件として排除しないでいただきたいというのが1点と、もう一つは、今現在行われている支給決定過程、例えば1週間の利用意向ですとか、勘案事項ですとか、程度区分もございますけれども、そういった支給決定過程で、必要な介護があるとか、生活ニーズがある、福祉のニーズがあると認められた人をぜひとも対象としていただきたいということです。

○潮谷部会長

ほかにございませんでしょうか。

北岡委員。

○北岡委員

D P I の尾上事務局長にお尋ねしたいと思いますが、今回、いろいろ制度の見直しで、僕は前回の審議会でも、サービスの制度設計についての考え方を言いました。月額制であるか日額制であるかというようなことなんですけれども、この障害者自立支援法を使うユーザーの立場として、当事者としてどういうご意見をお持ちか伺いたいです。

○尾上DPI日本会議事務局長

私どもDPIの関連団体、会員さんの使っているサービスというのは、主にはホームヘルプサービスや重度訪問介護等々が中心ですので、そちらのほうは日割り、月割りというよりも時間割りなんですね。時間単位ということになっているというのが1つなのと、もう一つは、私どもの加盟団体の中で悲鳴のように上がってきているのが、NPO法人とかが運営をしている、例えば4人、5人規模ぐらいの精神障害の人たちのケアホームですね。そうすると、精神障害をお持ちで体調を崩されて入院される。4人のうち1人が入院された。その分が日割りになっちゃると、どんと4分の1が報酬単価が入らなくなるわけです。

人数規模をどこで切るのかというのはありますけれども、100名、200名とか、そういう大きな規模と、4名、5名の小規模のケアホームなんかでの影響はやっぱり大きく違うんじゃないか。そういう意味で、しっかり丁寧な形で、特に地域での住まいということに着目した見直し、その部分は見直しが要るんじゃないかなというふうに考えます。

○潮谷部会長

北岡委員、よろしゅうございますでしょうか。

○北岡委員

はい。

○潮谷部会長

どうぞ。

○竹下委員

手をつなぐ育成会にお聞きしたいんですが、育成会のお話でいうと、日割りは非常によい制度であると、だから存続してほしいという意見だったと思うんですが、確かに幾つかの施設を分けて利用するときには一定の便利性があるし、合理性もあると思うんですが、逆に、今、DPIよりも指摘があったように、通所施設が特に多いと思うんですが、病気等で休んだということが頻繁に起こると、その施設との関係で通うことが非常に辛くなる。だから、結局そういうときには退所してしまうか、あるいは言葉は悪いですけども、無理やり子どもを連れていくという事態が起こっているということ、私は京都なんですが、京都の現場で幾つもお聞きするんですが、そういう実態との関係ではどういうふうにお考えなんですか。

○潮谷部会長

大久保様、よろしく願いいたします。

○大久保全日本手をつなぐ育成会常務理事

特に通所施設に限って言えば、もともとの報酬単価の設定にちょっと無理があったんじゃないか。つまり、単価そのものの問題としてどうなのかという議論と月額制の問題というのは、余り一緒にしないほうがいいんじゃないかという感じがするんですね。まず報酬単価そのものが適切なのかどうか。

それと、急に病気になったりとか入院したりとか、そういうこともあります。それはある面では取扱いの問題として、実際に幾らか改善したり、調整してきましたけれども、だからすぐに月額制がいいんだというところには、いかないんじゃないかというふうに考えております。

○潮谷部会長

竹下委員。

○竹下委員

質問は、端的に言えば、実態としてそういう現実の中で、通所を断念したり、あるいは無理やり通所させたりするという弊害が起こっているという実態はないんでしょうか。私の聞いている実態と違うのかなと思うんですが。

○潮谷部会長

いかがでございますでしょうか。実例として。

○竹下委員

そういう弊害というのは起こっていないということですね。

○大久保全日本手をつなぐ育成会常務理事

起こっていないとか、私自身がそのデータそのものを正確につかんでいるということがないもので、そのデータによってそういう事実がありますとかということは、申し上げることは差し控えたいと思うんですけども、結局は事業者の収入の問題で、確かに利用者に協力を求めるというふうな例も聞いたことはあります。ただ、それを月額制にすれば解消するということには、簡単にはいかないんじゃないかと。

月額制にするということになりますと、今の制度の中では、それに伴う定率負担があるわけですから、そうすると、実態として行かない日も、その定率負担が発生するという仕組みになっているわけですね。その辺も勘案して、やっぱり考える必要があるのかなという感じがします。

○竹下委員

よく分かりました。

○潮谷部会長

どうぞ、お願いいたします。

○浜井委員

龍谷大学の浜井と申します。

石井先生にお伺いしたいと思います。発達障害の療育手帳の新設という件に関してですが、私も非行少年の処遇現場におりまして、発達障害を持つ非行少年の処遇で、特に社会復帰に関しては、療育手帳があればいいなと思うことはよくありました。先ほど来の議論の中で、手帳によらないサービスといいますか、手帳があると、手帳がある人はサービスを受けられるけれども、手帳のない人はなかなかサービスを受けられないというような弊害があるという議論がありました。発達障害の場合、診断がかなり難しい部分がございますね。そういった意味で、発達障害児の療育手帳の新設が本当に望ましい方向に向かうのかどうかという点に関して、ご意見を伺わせていただければと思います。

○石井自閉症協会会長

私個人の意見ですけれども、発達障害手帳という、中身の問題というのは確かに難しいと思います。自閉症の場合の手帳は、知的障害を伴う場合には手帳がある。それから、あとは精神障害というわけですが、なかなかそういうきちんとした診断ができない場合もあり得るわけですね。

それで、今はどちらかというと、自閉症の人たちは、自分の障害を認めて障害者雇用を狙っているわけですね。それから、年金、それから福祉施設利用、これがしたくてもできない。というのは、どう見ても話もできるし、生活も一応できると。しかしながら、生活の中でのいろいろな面のリズムの狂いとか、人に対する攻撃とか、あるいは、人によってですけれども、フラッシュバックするとか、そういう予想を害するようなことが生ずると、目の前で審査するということができにくいんですね。それで手帳をもらえないということで訴えが相談所にくる。

ADHDの人も恐らく、そうした形で就労できないでいて、ただ、純粹にADHDという方はおられないと思うんで、むしろ普通に暮らせる人ですから、その根っこに発達障害、特に自閉症といいますか、PDD系以外の人が多いわけなんですね。そういうところを発達障害ネットでもこれからとらえていこうと思いますが、今いろいろ不利益をこうむっている人が多いということで、できれば、よく分かっている児童精神科医の方が発達障害だという診断をしてくださるように、そのために圏域を超えてそうしたことができるようにしてもらえたらというようなことも、みんなつながって書いたつもりであります。

○潮谷部会長

ありがとうございました。浜井委員、いかがでございますか。

○浜井委員

結構です。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

もう少しご意見があれば。よろしく願いいたします。

○山岡委員

それでは、全国地域生活支援ネットワークの田中代表にお尋ねします。

余り説明されなかったんですけども、4番、5番のところ、包括支援センターと包括的権利擁護センター、最初の4番の障害者地域包括支援センターは、障害に絡むことは何でも対象にするんだということですね。それから、包括的権利擁護センターのほうは、障害だけじゃなくて、高齢者とか虐待とかDVとか、いろんなことに対応しようとするということですね。

ここでとてもおもしろいなと思ったんですけども、10万人規模に1か所という数字が出てきている点をお聞きしたいのと、このセンターについては、実施をする場合はきちっとしたところが対応しなきゃいけないと思うんですけども、実施主体とか何か想定されているかどうか、その辺を教えてくださいたいと思います。

○田中全国地域生活支援ネットワーク代表理事

これは、先ほども若干説明させていただきましたが、市町村レベルで今、この枠組みを地域生活支援事業の中で用意していくということですが、あいにく一般財源化されて交付金になってしまいましたので、ここを今までやっていた市町村では引き続きということですが、全くやっていなかったところは、その芽すら出なかったと。やっていたところから、財源難という錦の御旗で削られていくような流れがあるということですので、10万人規模での提案というのは、基本的にはそういった枠組みを明示しないと、必要に応じてということでは、今お伝えしたような判断できちんと進んでいかないだろうということです。

これを5万人というような形や30万人という形にするよりは、3障害分野それぞれについて設置し、さらに、その枠組みを考えるには10万人が相当だろうということですので、エリアとして、特に市町村として、10万人に満たないところが全国的にもかなりの数がありますので、こういった場合には、町村ごとで組合立のような考え方で、広域的な対応というふうに思っていますが、今回の市町村合併でうまくいかなかったところを想定すると、順調な運びというのはなかなか難しいかなと思いますので、基本は、設置主体は市町村と

いうことで考えております。

○潮谷部会長

山岡委員、よろしゅうございますでしょうか。

○山岡委員

はい。ありがとうございます。

○潮谷部会長

ほかに。

○安藤委員

自立支援ネットワークにお伺いしたいんですけれども、自立支援法の見直しには、私たちとしては、サービス対象者とかサービス量を拡大していく方向で、障害当事者の自己負担というものをなくしていきたいというのを基本になるべきだと思います。そうすると、一方で財源をどうするかという問題が出てきます。支援ネットワークでは、この文書の中に「増税も含めて真剣に考える時であると思います」と、増税をとというような言葉は、ほかの団体からは全く出ていないんですけれども、そちらからは増税を踏み込んで検討するというような内容になっているわけです。したがって、国の財政状態の中で、今後の障害者の自立を高めていくには増税も避けて通れないというような考えもおありなのかどうか、伺いたいと思います。

○潮谷部会長

田中さん、お願いします。

○田中全国地域生活支援ネットワーク代表理事

ここにも書かせていただきましたが、国の財源をどのように捻出していくのかということにおいては、無駄をなくすということで、いろいろな仕組みの変更が行われているわけですが、その時間を待つ余裕はないということにおいて、増税という選択肢も積極的に発言をしていかないといけない時期ではないかと思っておりますので、そのような立場で書かせていただきました。

○潮谷部会長

よろしゅうございますでしょうか。

それでは、時間がまいってきておりますけれども、先ほどから竹下委員がご意見をお出しになりたいと。

○竹下委員

ちょっと確認したいので、すみません。短い質問です。

同じように、地域支援ネットの田中さんに1点お聞きしたいんですが、僕は、包括権利擁護であれ包括支援であれ、これが単位が10万人であれ5万人であれ、その内容について非常に理解できないので質問したいんですが、高齢者や障害者、それ以外の権利擁護が1つにできるというのは、どこからそういう発想が出るのかお聞きしたい。

端的に言えば、冒頭に、介護保険と障害者福祉は社会連帯の考えから1つでいいんだというお考えがあったようにお聞きしたわけですが、そこからくるのかもかもしれませんが、中身において、例えば高齢者虐待と障害者虐待を同視できるのかどうか、あるいは児童虐待と障害者虐待というのは同レベルで扱えるのかどうか、そういうことを考えると、包括権利擁護というのはどういうイメージで考えておられるのが1点。

それから、これは関係は直接ないんですが、DPIに確認しておきたいのは、長期の介護を要する、長時間介護を要する人に対するサービスが、市町村によって大きな開きが現実に出ている。その原因は単なる財源だけの問題なのか、それ以外のところでの考え方の相違が出ているのかについて、分かればお聞きしたいと思います。

以上です。

○潮谷部会長

それでは、手短によろしく願いいたします。

○田中全国地域生活支援ネットワーク代表理事

包括支援センターのほうの問題は、支給決定権が市町村にありますので、そこを基盤に考えました。包括権利擁護に関しましては、権利擁護の需要が高まっておりますので、都道府県という広域ではなく、より身近な対応ということで、同じく市町村域を前提に考えております。

以上です。

○潮谷部会長

尾上さん、よろしく願いいたします。

○尾上DPI日本会議事務局長

時間がありませんので、2つですね。1つは、私どものお持ちした参考資料で、1枚めくっていただいて最後から2枚目ということになります。1枚めくってもらったものの裏ということになりますけれども、実はちょっと古い資料なんですけれども、何年か前の入所施設の整備率の自治体ごとの数と、それとホームヘルプの利用者や利用時間の数を比較

したものでございます。このグラフというのはちょっと小さいですけども、言うならば、右のほうが入所施設の整備率が高いんですね。左のほうが低いという形なんですけど、結局、バーター関係と申しますか、入所施設の整備率が高いところというのは、ホームヘルプの利用者さんも全体として少ないし、長時間の介護もなかなか認められていないということが、このデータから分かります。

そういう意味で、よく、支援費のときに地域間格差が起きるから云々という話がありました。それは別に支援費の問題だったわけではなくて、まさに地域での基盤整備に格差が生じるような歴史をずっと何十年もやってきたからなんですね。この歴史を変えるためには、地域基盤に重点的にサービス基盤が整備されていくような財源も、サービスの投与をしていくような時限立法がないと、この差はなくならないというふうに思うわけです。それが1つ。

もう一つは、現実に支援費のときから、それこそ何百時間という単位で減らされた利用者もでございます。その理由を聞くと、今回の自立支援法での障害程度区分ごとでの仕組みということが大きく左右している。本当の意味での、真の意味での義務的経費化にならなかったということが大きな問題として残っているということが確認できるかと思えます。

以上2点です。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

まだ発言をしたいと思われる方がおいでだと思いますが、時間もまいっておりますので、前半、後半ともどもに、それぞれ団体の方々、役割を熱心に担っていただきましたし、また、委員の方々からはそれぞれ適切なご質問をいただきましたことに感謝を申し上げます、事務局にバトンタッチをさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○蒲原企画課長

本日は、大変ご熱心にご議論いただきまして本当にありがとうございました。

このヒアリング、今回が第1回目ということで、あと2回、それぞれまた関係の団体から予定をいたしております。

次回でございませうけれども、8月6日水曜日、14時からということになってございますので、よろしくお願いいたします。場所等につきましては、追って連絡したいと思います。

本日はどうもありがとうございました。以上をもちまして終わります。

(了)