

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理） 【 概 要 】

平成20年9月3日
今後の精神保健医療福祉の
あり方等に関する検討会

I 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の策定と本検討会における議論の経過

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月策定。以下「ビジョン」という。）は、概ね10年間の精神保健医療福祉の見直しに関する具体的方向性を明示。ビジョンは、平成21年9月に中間点を迎えるところであり、後期5年間の重点施策群の策定が必要。

本検討会では、「今後も、『入院医療中心から地域生活中心へ』という基本的な方策を更に推し進め、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会としていく」との共通認識の下、精神保健医療福祉施策に関する抜本の見直しに向け、検討を開始。ここに、これまでの議論の整理を行うとともに、地域生活への移行・支援を中心に、今後の検討の方向性に関する論点のとりまとめを行う。

II 精神保健医療福祉（主に地域生活への移行・地域生活の支援に関するもの）の現状と評価

1. 精神障害者の状況

(1) 全般的状況

- 精神疾患患者は、平成11年以降急速に増加。特に外来患者で増加が顕著。精神病床の入院患者は、ほぼ同水準で推移。一般病床も含めて精神疾患を主傷病とする入院患者数は、認知症患者の増加を背景に年々増加。

(2) 入院患者の状況（静態）

- 精神病床の入院患者については、疾患別では、統合失調症患者が減少する一方、認知症患者が増加している。年齢別では、65歳以上の高齢者の割合が増加しており、特に統合失調症患者で高齢化が顕著となっている。
入院期間別では、1年未満入院患者数、1年以上5年未満入院患者数が増加する一方、10年以上入院患者数は減少。10年以上入院患者数の減少は統合失調症で顕著であり、1年未満入院患者数、1年以上5年未満入院患者数の増加は、認知症患者の増加が最も大きな要因であり、入院期間も長期化傾向。
- 今後、統合失調症患者を中心に地域生活への移行・支援を一層推進するとともに、認知症患者への入院医療のあり方の検討が課題。

(3) 入院患者の状況（動態）

- 精神病床では、1年未満の入院期間について、新規入院患者と退院患者が同程度増加し、入院の短期化が進行している一方で、入院期間1年以上の長期入院患者では、その動態に大きな変化がみられていない。
- 今後、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉等の充実により新たな長期入院患者を生み出さないようにすることが課題。
また、入院期間1年以上の長期入院患者について、どのように地域移行を進めその減少を図っていくかが課題。

(4) 受け入れ条件が整えば退院可能な患者の状況

- 患者調査の「受入条件が整えば退院可能」な患者は、入院期間、年齢、疾患によって様々であり、患者像に応じたきめ細かい対応が必要。その際、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置いて、地域生活への移行のための方策を検討することが必要。

2. 精神障害者の地域生活支援の現状

(1) 障害福祉サービスの現状

- 障害福祉サービスについては、障害者自立支援法により精神障害者福祉の基盤整備を進めるための制度的枠組みが整備されたが、施行後の状況を見ると、グループホームや居宅介護の利用状況に比べて、自立訓練（生活訓練）や就労移行支援、就労継続支援の利用がまだ不十分。

(2) 医療サービスの現状

- 精神科救急について、都道府県毎に機能が異なっており、どの地域でも適切な医療が受けられる体制の確保が課題。精神科デイ・ケア等の患者の症状・ニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる機能の充実等が課題。

(3) 雇用支援の現状

- 企業における精神障害者の雇用の更なる促進が課題。

(4) 障害者自立支援法に基づく相談支援の現状

- 地域自立支援協議会の設置、居住サポート事業の実施が不十分であり、市町村における相談支援事業の充実が課題。また、サービス利用計画作成費の活用が不十分であり、個々の精神障害者へのケアマネジメント機能の充実が課題。

3. 精神保健医療体制の現状

○ 精神病床数は、平成10年以降、ほぼ横ばいとなっており、現在でも依然高水準。精神科又は神経科を標榜する診療所は、一般診療所を大きく上回る勢いで増加。

精神科医は、全体として増加傾向であり、特に診療所勤務で顕著。精神科病院の看護師、作業療法士、精神保健福祉士は、大きく増加しているが、諸外国と比較して医療従事者1人当たりの病床数が多くなっている。

4. 国民の理解の深化（普及啓発）の現状

○ 「精神疾患は誰もがかかりうる病気である」ことについての認知度は、ビジョンに掲げた目標の達成に向け一定の進捗。一方、うつ病等に比べ、統合失調症への理解に大きな遅れ。

諸外国と比較すると、精神障害や精神障害者に対する理解が不十分であり、精神障害者に対する根強い偏見が存在。

Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

1. 基本的考え方

(1) 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

- 昭和 25 年の精神衛生法の制定以降、精神科病院への入院を中心とした処遇が進行。昭和 39 年のいわゆる「ライシャワー事件」を契機に、精神障害者の社会復帰の推進を図ったが、地域資源の不十分さを背景に、精神病床数が急速に増加し、措置入院患者数も急速な増加。

精神科病院における人権侵害事件を契機とした精神障害者の人権擁護を求める声の高まりを受け、昭和 62 年に精神衛生法を改正し、名称も精神保健法へ変更。

障害者基本法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者自立支援法等を経て、入院処遇中心から地域移行への方向転換を図ってきたが、依然として多くの長期入院患者が存在。

(2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- 長期入院患者の問題は、我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立ち、「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本理念に基づき、今後の施策立案・実施に当たるべき。
- 精神障害があっても地域で安心して自立した生活を送ることができ、精神疾患に罹患しても早期に適切な医療にかかれる社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべき。
 - 1) 精神疾患の早期発見・対応による重症化防止のための体制整備
 - 2) 入院医療の質の向上や、地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止
 - 3) 入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供
- 具体的施策については、以下の方向性でその推進を図るべき。
 - ①地域生活を支える支援の充実
 - ②精神医療の質の向上
 - ③精神疾患に関する理解の深化
 - ④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

2. 施策の推進体制等について

- 将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、数値目標を定め、ロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、定期的に進捗状況を評価するという一連の政策の流れを徹底すべき。
- 市町村を中心とした地域における検討・推進体制のあり方や制度上の位置付けも検討すべき。人的・財政的な基盤確保、障害福祉計画の充実、各種計画の相互関係の強化等も検討すべき。

IV 地域生活への移行及び地域生活の支援に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
 - ・ 相談支援の充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。
 - ・ ケアマネジメントや地域自立支援協議会の機能の充実を図る。
 - ・ 障害福祉サービスと保健医療サービスの連携体制の充実を図る。

2. 施策の方向性について

- 受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置くべき。
- 入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置くべき。
- 新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に立って、地域生活への移行を促していくべき。
- 長期入院患者の特性毎にきめ細かい施策を講ずるべき。その際、長期入院の高齢障害者にふさわしい支援のあり方について検討するとともに、長期入院患者等が実際にどのような居住先や支援を必要としているか、更に詳細な分析を行い、本検討会に提示すべき。

3. 個別の論点

(1) 相談支援について

- 障害者自立支援法に基づく相談支援の充実、サービス利用計画作成費の対象者の拡大等ケアマネジメント機能の拡充について検討すべき。法制度的な位置付けの明確化等、地域自立支援協議会の機能の充実について検討すべき。
地域生活を営む精神障害者への継続的な支援、家族に対する支援、ピアサポートの活用等、障害者自立支援法に基づくもの以外の相談機能の充実も検討すべき。
- 精神疾患の早期発見・早期対応の観点から、市町村を精神保健に関する第一線の相談機関として位置付けることも含め、行政機関の役割に関する制度上の明確化について検討すべき。
行政機関と医療機関の役割分担のあり方や保健福祉分野と学校教育分野等の分野との連携の強化について検討すべき。
- 精神保健福祉士の役割、養成のあり方等、制度的対応を含めた見直しを検討すべき。

(2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

- 公営住宅の活用などグループホーム等の設置推進のための具体的方策、民間住宅の活用や公的保証人制度の普及策も検討すべき。

優先枠設定やグループホーム活用等、公営住宅への入居促進のための取組について、国土交通省・住宅部局との連携により強化を図るべき。

- 生活訓練の訪問型も含め訪問による生活支援の充実を検討すべき。また、精神症状が持続的に不安定な患者等への複合的なサービス提供のあり方について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべき。

本人による短期入所の利用を含め、入院予防的に、又は一時的休息のために利用するサービスのあり方について検討すべき。

就労系の障害福祉サービスについて、その機能や雇用施策との連携のあり方を検討すべき。障害者就業・生活支援センターについて、質の向上を図りつつすべての圏域での設置に努め、就労移行支援事業所等との連携を強化すべき。また、社会適応訓練事業について、これまで果たしてきた役割を踏まえつつ検討すべき。

障害福祉サービスについてその他見直すべき点がないか検討すべき。

- 雇用支援の一層の推進、充実について引き続き検討すべき。
- 家族を支援する体制整備、家族同士のピアサポートや、精神障害者を取り巻く者に対する支援等を検討すべき。
- 障害程度区分や障害者の所得確保施策のあり方を引き続き検討すべき。

(3) 地域生活を支える医療の充実について

- 精神科救急医療について、都道府県による体制確保や一般救急医療との連携について制度上位置付けることを検討すべき。

- 措置診察を含め精神科救急医療における精神保健指定医の確保のための具体的方策、例えば、5年毎の資格更新時に、措置診察の実施状況等を要件とすること等について検討すべき。

(4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について

- 退院・退所時の個別支援を行う機能や、地域資源の開発等、地域移行・地域定着に必要な体制整備を行う機能の充実について検討すべき。

- 入院・入所中から、試行的にグループホーム等での生活を体験できる仕組みを検討すべき。

- 退院支援を含めた病院の取組について、その推進のための方策について更に検討すべき。

V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
 - ・ 医療制度全体に係る近年の取組の状況も念頭に置いて、精神保健医療の水準の向上を目指す。
 - ・ 病期や疾患に応じて医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示。
 - ・ その際、入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化、認知症の体制の全体像に関する総合的な検討を踏まえ、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて、地域生活支援体制の整備を進めるとともに、機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにし適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行促進等により、病床数の適正化を図る。
 - ・ 医療機能について、医療計画への記載等、制度的な対応を充実する。

2. 個別の論点

(1) 入院医療について

- 病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにし、病床機能分化の推進のための具体的方策を検討すべき。
- 人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、機能強化の方策等、今後の精神病床のあり方を検討すべき。また、精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制の見直しを検討すべき。

(2) 通院・在宅医療について

- 精神科デイ・ケア等の患者の症状等に応じた機能強化・分化や精神科訪問看護等の在宅医療の充実のための方策を検討すべき。その際、福祉サービスとの役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。

(3) 医療体制・連携について

- 相談体制、入院医療、通院・在宅医療のあり方の検討等を踏まえ、今後の精神医療体制のあり方を検討すべき。
 - ・ 精神科救急医療体制の充実
 - ・ 精神医療における病院・診療所の機能分担、連携のあり方
 - ・ 精神医療体制の制度的な位置付け
 - ・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者への医療提供のあり方
 - ・ 救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付け
 - ・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方
- 他のサービス等との連携が必要な分野について、体制のあり方を検討すべき。特に、高齢の認知症患者について、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像を総合的に検討すべき。

(4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

- 医療関係職種の確保や資質向上の方策や、薬物療法のあり方等精神医療の質の向上の観点から必要な取組について検討すべき。

VI 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。

2. 個別の論点

- 国民一般を対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくことを検討すべき。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や実施主体等も検討すべき。
- 早期対応の観点からの普及啓発は、学齢期等の若者とそれを取り巻く者をターゲットとし、学校教育分野との連携等により、重点的に実施することを検討。また、統合失調症に関する理解の進展を目標の1つとして重点的に実施することについて検討すべき。
さらに、地域移行の観点からの普及啓発についても、行政自らが関係者の調整に当たることを含め効果的な方策について引き続き検討してはどうか。
- 普及啓発の効果を適切に評価するための指標について検討すべき。
- その他、精神障害者本人の身近にいる者や社会的な影響力の強い者に対する普及啓発等についても、普及啓発方策全体の中で検討すべき。

VII 今後の検討に向けて

1. 本検討会における今後の検討の進め方

- 本年中に、精神障害者の地域生活への移行・支援に関する事項について見直しの具体的内容を取りまとめ、障害者自立支援法の改正にあわせて具体化を目指す。
その後、精神保健医療に関する議論を集中的に行った上で、平成21年夏を目途に、精神保健医療も含め、今後の精神保健医療福祉施策の全体像のとりまとめを目指す。

2. 精神病床数に関する取扱いについて

- 精神病床数に係る目標値の設定や今後の取組の方向性について、多くの意見があり、現段階では意見の集約に至っていないが、今後の検討の過程において、引き続き、議論を深めていく。

これまでの議論の整理と 今後の検討の方向性【論点整理】

平成20年9月3日
今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

目 次

- I 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の策定と本検討会における議論の経過
- II 精神保健医療福祉（主に地域生活への移行及び地域生活の支援に関するもの）の現状と評価
 1. 精神障害者の状況
 2. 精神障害者の地域生活支援の現状
 3. 精神保健医療体制の現状
 4. 国民の理解の深化（普及啓発）の現状
- III 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方
 1. 基本的考え方
 2. 施策の推進体制等について
- IV 地域生活への移行及び地域生活の支援に関する今後の検討の方向
 1. 検討の基本的方向性
 2. 施策の方向性について
 3. 個別の論点
 - (1) 相談支援について
 - (2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について
 - (3) 地域生活を支える医療の充実について
 - (4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について
- V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向
 1. 検討の基本的方向性
 2. 個別の論点
 - (1) 入院医療について
 - (2) 通院・在宅医療について
 - (3) 医療体制・連携について
 - (4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について
- VI 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）に関する今後の検討の方向
 1. 検討の基本的方向性
 2. 個別の論点
- VII 今後の検討に向けて
 1. 本検討会における今後の検討の進め方
 2. 精神病床数に関する取扱いについて

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）

平成 20 年 9 月 3 日
今後の精神保健医療福祉の
あり方等に関する検討会

I 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の策定と本検討会における議論の経過

精神保健医療福祉の改革については、平成 16 年 9 月に厚生労働省においてとりまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「ビジョン」という。）において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられた。

これまで、障害者自立支援法の制定や累次の診療報酬改定等、ビジョンに基づき、精神保健医療福祉の各側面にわたる具体的な施策が展開されてきている。ビジョンは、概ね 10 年間の精神保健医療福祉の見直しに関する具体的方向性を明らかにしたものであるが、平成 21 年 9 月にその中間点を迎えるところであり、後期 5 年間の重点施策群の策定が必要となっている。

本検討会においては、ビジョンに基づく取組の状況や、精神保健医療福祉を取り巻く状況等を踏まえながら、「今後も、『入院医療中心から地域生活中心へ』という基本的な方策を更に推し進め、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会としていく」との共通認識の下、精神保健医療福祉施策に関する抜本的見直しに向け、平成 21 年に予定されている障害者自立支援法の改正を念頭に、本年 4 月から検討を開始した。これまで、ビジョン策定後の取組の状況を中心に、議論を行ってきたところである。本検討会における議論は未だその途上であるが、ここに、これまでの議論の整理を行うとともに、その議論を踏まえて、地域生活への移行及び地域生活の支援に関するものを中心に、重点的に対応が必要な事項について、今後の検討の方向性に関する論点のとりまとめを行う。

【これまでの開催状況】

平成 20 年 4 月 11 日（第 1 回）

○精神保健医療福祉の改革の経緯及び現状について

平成 20 年 5 月 1 日（第 2 回）

○地域生活支援体制の充実について

平成 20 年 5 月 29 日（第 3 回）

○精神保健医療体系について

平成 20 年 6 月 19 日（第 4 回）

○精神疾患に関する理解の深化について

○精神障害者の方からのヒアリング

○地域移行の実践に関するヒアリング

平成 20 年 6 月 25 日（第 5 回）

○「精神病床の利用状況に関する調査」報告について

○諸外国の精神保健医療福祉の動向について

平成 20 年 7 月 16 日（第 6 回）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性について

平成 20 年 7 月 31 日（第 7 回）

○これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）（案）
について

平成 20 年 8 月 21 日（第 8 回）

○有識者からのヒアリング

Ⅱ 精神保健医療福祉（主に地域生活への移行及び地域生活の支援に関するもの）の現状と評価

1. 精神障害者の状況

(1) 全般的状況

- 「患者調査」（厚生労働省統計情報部）によると、精神疾患患者は平成11年以降急速に増加しており、特に、外来患者数は、平成11年に170万人であったものが、平成17年には267.5万人と、6年間で約1.6倍となっている。
- 入院患者については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を掲げてきたが、精神病床の入院患者は、平成8年以降、32万人から33万人の間で推移している。また、精神病床以外に入院している患者も含め、精神疾患を主傷病として入院している者の数は、認知症患者の増加を背景として、平成11年で34.1万人、平成17年で35.3万人となっており、年々増加する傾向にある。

(2) 入院患者の状況（静態）

（疾患による分析）

- 患者調査（平成17年）によると、精神病床に入院する患者32.4万人のうち、統合失調症患者が19.7万人（61%）と最も多く、アルツハイマー病等の認知症患者が5.2万人（16%）で続いている。
- 平成11年からの変化をみると、統合失調症患者が1.5万人（7%）減少する一方で、認知症患者が1.5万人（42%）増加しており、高齢化の進行を踏まえると、今後、精神病床において、認知症を主傷病として入院する患者が更に増加する可能性がある。

（年齢階級による分析）

- 患者調査によると、精神病床の入院患者の年齢分布は、65歳以上の高齢者の割合が増加を続けており、平成17年調査では13.9万人（43%）にのぼっている。
- 特に統合失調症患者についてみると、精神病床に入院する患者

の推計平均年齢は、平成5年に50歳であったが、平成17年には56歳となっている。

(入院期間による分析)

- 患者調査（平成17年）によると、精神疾患入院患者の入院期間別の分布は、1年未満入院患者が約12.2万人（35%）、1年以上5年未満入院患者が約10.2万人（29%）、5年以上10年未満入院患者が4.7万人（13%）、10年以上入院患者が約8.1万人（23%）となっている。
- これを平成11年と平成17年で比較すると、1年未満入院患者数が1.4万人（13%）、1年以上5年未満入院患者数が1.1万人（12%）増加する一方で、10年以上入院患者数は1.3万人（13%）減少している。
- また、疾患毎にみると、統合失調症では、1年未満入院患者と1年以上5年未満入院患者がそれぞれ22.9%及び25.3%である一方、10年以上入院患者の割合は35.9%となっている。うつ病を含む気分（感情）障害ではその6割強が1年未満入院患者であり、認知症では1年未満入院患者と1年以上5年未満入院患者がそれぞれ約42%となっている。このように、疾患によって入院期間による分布は大きく異なっている。
また、入院期間が長期化するほど、総数に占める統合失調症患者の割合が増える傾向にあり、10年以上入院患者では約85%にのぼっている。
- さらに、これを平成11年と平成17年の比較でみると、10年以上入院患者数の減少は統合失調症で顕著であり、平成11年調査との比較では、1.2万人（14%）の減少となっている。1年未満入院患者数の増加は、統合失調症やうつ病を含む気分（感情）障害でも増加しているものの、認知症で特に増加が著しく、その増加は、平成11年から平成17年までの間で1.1万人（43%）となっている。また、1年以上5年未満入院患者数の増加は、主に認知症患者が平成11年から平成17年までの間で1.2万人（53%）増加していることによるものであり、認知症患者で入院期間が長期化する傾向が示されている。
- 以上の現状を踏まえると、今後は、入院患者の高齢化も念頭に

置きながら統合失調症患者を中心に地域生活への移行及び地域生活の支援を一層推進するとともに、増加する認知症患者への入院医療のあり方の検討を行うことが課題となっている。

(3) 入院患者の状況（動態）

(入院期間1年未満患者の動態)

- 精神保健福祉資料（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課）によると、精神病床における年間新規入院患者数は、平成14年に33.2万人であったものが、平成15年では35.6万人（前年比2.4万人（7%）増）、平成16年では37.8万人（前年比2.2万人（6%）増）と、年々増加している。
- 他方、退院患者数についても、年間新規入院患者数と同程度の水準で推移しており、在院期間1年未満での退院が新規入院患者数の増加とほぼ同程度増加している。新規入院患者のうち入院期間1年以上に移行、つまり、新たに長期入院となる患者の数は、毎年5万人程度で横ばいとなっている。その結果として、病院報告（厚生労働省統計情報部）における精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成18年には320日と、平成元年に比べ約180日短くなっている。
- また、精神保健福祉資料によると、精神病床における新規入院患者の87%が入院から1年以内に退院しており、平成11年と比較しても、その割合は高まっている。また、退院患者のうち、在院期間が1年未満で退院した患者の割合も約87%と高くなっている。
- このように、精神病床においては、1年未満の入院期間について、新規入院患者と退院患者が同程度増加し患者の入れ替わりが頻繁に起こっており、入院の短期化が進んでいるといえる。
- 今後は、急性期医療の充実により新たに入院する患者の早期退院を促すとともに、地域における医療・福祉等必要なサービスの確保のための取組を更に強化することにより新たな長期入院患者を生み出さないようにすることが課題となっている。

(入院期間1年以上患者の動態)

- その一方で、在院期間 1 年以上での退院は毎年 5 万人弱で推移しているが、新たに入院期間 1 年以上となる患者数が毎年 5 万人程度であるため、その結果として、1 年以上入院患者数は 23 万人弱で大きく変化していない。
- また、入院期間 1 年以上患者は全体の 65%を占めているが、退院患者のうち、在院期間が1年以上で退院した患者の割合は約 13%であり、そのうち転院や死亡による退院は 2 割以下となっている。これに対し、退院患者のうち、在院期間が 5 年以上で退院した患者の割合はわずか 4%に止まり、そのうち転院や死亡による退院は 7 割以上となっており、入院期間が長期化するほど、退院患者における割合が下がるとともに転院や死亡による退院の割合が高くなっている。
- このように、入院の短期化が進んでいる一方で、入院期間 1 年以上の長期入院患者では、その動態に近年大きな変化がみられておらず、今後、どのように地域移行を進め、長期入院患者の減少を図っていくかが課題となっている。

(4) 受け入れ条件が整えば退院可能な患者の状況

(患者調査による分析)

- ビジョンでは、患者調査の「受入条件が整えば退院可能」な患者（平成 14 年調査で 6.9 万人）について、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10 年後の解消を図ることとしている。
- 平成 17 年患者調査では、精神病床の入院患者のうち、受入条件が整えば退院可能な患者は約 7.6 万人で約 23%となっており、その詳細は以下のとおりとなっている。
 - ・ 入院期間別にみると、1 年未満入院患者が約 2.5 万人（受入条件が整えば退院可能な患者の約 33%）、1 年以上 5 年未満入院患者が約 2.2 万人（同約 30%）、5 年以上 10 年未満入院患者が約 1 万人（同約 14%）、10 年以上入院患者が 1.7 万人（同約 24%）となっている。
 - ・ 年齢別にみると、受入条件が整えば退院可能な患者のうち 55

歳未満の患者は約30%、55歳以上の患者は約70%となっている。65歳以上の患者は45%を占めている。

- ・ 疾患別で見ると、統合失調症の患者が約4.4万人で約6割を占め、認知症患者が約1.3万人で約18%となっている。
- ・ 疾患別の入院患者のうち、受入条件が整えば退院可能な患者の割合を入院期間別にみると、統合失調症では、入院期間1年未満で約24%、1年以上5年未満で約27%、5年以上10年未満で約16%となっているが、入院期間10年以上では約3分の1強と最も高くなっている。一方で、認知症では、入院期間1年未満で約45%、1年以上5年未満で約41%となっており、異なる分布となっている。

- このように、受入条件が整えば退院可能な患者は、入院期間、年齢、疾患によって様々となっており、地域生活への移行のための方策を考えていくに当たっても、この点に十分留意し、患者像に応じたきめ細かい対応を図っていくことが必要である。

(病床調査による分析)

- 「精神病床の利用状況に関する調査」(平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学事業により実施。以下「病床調査」という。)では、「受入条件が整えば退院可能」な患者の割合は約34%に上っており、平成17年患者調査の結果よりも高い割合となっている。
- 病床調査では、「居住先・支援が整った場合の退院の可能性」についても調査を行っており、これもあわせて分析を行うと、受入条件が整えば退院可能な患者のうち「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」な患者は約16%(全体の約5%)、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば退院可能」な患者が約73%(全体の約25%)となっており、医師が「受入条件が整えば退院可能」という場合には、居住先や支援の確保の状況に加え、将来の状態の改善も見込んでいる可能性が示唆されている。
- 一方で、病床調査の結果によると、将来の状態の改善と居住先・支援の確保のいずれかが整えば退院が可能となる患者の割合が入院患者の6割強となっているが、その中には、現時点で「生命の危険は少ないが入院治療を要する」とされた患者が約45%(全体の約27%)含まれている。このようなことから、地域生活への移

行のための方策の検討に当たっては、受入条件を整えば退院可能な患者以外の患者についても念頭に置いて具体策を講じていくことが必要である。

また、病床調査の結果によると、「状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし」とされた患者が約 40%いるが、このような患者の特性や状態像について、更に詳細に分析する必要がある。

2. 精神障害者の地域生活支援の現状

(1) 障害福祉サービスの現状

- 精神障害者が円滑に地域生活を送るためには、住まいの場所を提供する機能や、精神障害者の自宅における日常生活に必要な支援を提供する機能、さらには、身近な日中活動の場を提供し、又は、地域生活の訓練や就労に向けた訓練を提供する機能等、地域において精神障害者の生活を支える様々な機能が確保されていることが必要である。
- このような機能を担う障害福祉サービスについては、障害者自立支援法施行前から精神障害者社会復帰施設等として整備が進められてきている。

精神障害者社会復帰施設については、障害者自立支援法施行直前の平成 18 年には、施設数が約 1.7 千カ所（平成 5 年時点の約 11 倍、平成 14 年時点の約 1.6 倍）、利用者数が 2.5 万人以上（平成 5 年時点の約 12 倍、平成 14 年時点の約 1.8 倍）と大きな伸びを示しており、特に小規模通所授産施設、通所授産施設、生活訓練施設では、利用者数がそれぞれ 9.1 千人、7.7 千人、4.4 千人であった。なお、「重点施策実施 5 か年計画」（平成 14 年 12 月 24 日障害者施策推進本部決定）においては、平成 18 年度時点における施策の達成目標を定めている。障害者自立支援法の施行前の平成 17 年度末時点の状況をみると、同計画に達成状況が定められた施策（精神障害者地域生活支援センターの整備、精神障害者ホームヘルパーの確保、精神障害者グループホームの整備、精神障害者福祉ホームの整備、精神障害者生活訓練施設（援護寮）の整備及び精神障害者通所授産施設の整備）については、精神障害者グループホームの整備を除き、平成 18 年度の目標値の 90%以上の水準を達成

している。精神障害者グループホームについては、平成18年度の目標として約1.2万人分の整備を掲げていたが、平成17年度末時点で約8.5千人分（約70.8%）の整備にとどまっている。

- 障害者自立支援法においては、事業・施設体系を見直し、障害種別にかかわらずサービスを利用する仕組みを一元化するとともに、サービス提供の責任主体を市町村に統一し、これにより、精神障害者福祉の基盤整備を進める上での制度的枠組みが整備された。
- 障害者自立支援法施行後の状況に関して、平成19年12月時点の精神障害者福祉サービスの状況をみると、グループホームや居宅介護では、精神障害者と知的障害者が同程度の割合で利用しているが、その一方で、自立訓練（生活訓練）や就労移行支援、就労継続支援では、利用がまだ十分に進んでいないと考えられる。
- また、精神障害者社会復帰施設については、平成23年度末までに、障害者自立支援法に基づく新体系サービスに移行することが求められているが、平成19年4月時点における移行状況によると、小規模通所授産施設で24.6%、通所授産施設で23.3%、生活訓練施設では6.6%、全体でも19.0%となっている。このように、障害者自立支援法において新たに設けられた就労系の福祉サービスにおいては、新体系サービスへの移行割合が高くなっている状況にある。これは、身体障害及び知的障害と比べると平均して高くなっているが、その移行はまだ十分とはいえない。
なお、小規模作業所については、障害種別のデータではないものの、平成18年4月以降、順次、新体系サービス等（地域活動支援センターや個別給付サービス）へ移行しており、平成20年4月時点では、総数約5.8千か所のうち約3.2千か所（54.3%）が新体系サービス等に移行している。

(2) 医療サービスの現状

- 精神障害者については、入院治療が終了し退院した者も含め、その多くが、安定した地域生活を送るために、外来医療、デイ・ケア等、訪問診療、精神科訪問看護等の通院・在宅医療の提供を通じた継続的な医療面での支援を必要とするほか、地域生活における様々な変化に直面し症状が急変することがあり、救急医療や

入院医療による緊急の対応を必要とする場合がある。

○ このため、精神障害者の地域生活を支援していく上では、福祉サービスの機能とあわせて、通院・在宅医療による日常的・継続的な医療の提供や、精神科救急医療による症状急変時における医療の提供、さらには、急性期の入院医療の提供を適切に担う機能が不可欠である。

○ こうした地域生活を支える医療については、精神科救急において夜間・休日の電話相談件数や受診件数、入院件数も増加傾向がみられ、また、精神科デイ・ケア等や精神科訪問看護の利用者数が近年増加を続けており、一定の充実がみられているが、課題も残っている。

○ 精神科救急については、平成 20 年度予算において、すべての精神科救急医療圏域における体制整備に資するよう事業の充実を図るとともに、診療報酬上もその充実のための対応を行ってきている。

しかしながら、精神科救急医療体制の機能が都道府県によって大きく異なっており、地域の実状を踏まえつつ、どの地域でも適切な精神科救急医療が受けられる体制の確保を図っていくことが課題となっている。

○ 精神科デイ・ケア等については、利用者のうち 20 歳以上 40 歳未満の者が 35%、40 歳以上 65 歳未満の者が 53%と、比較的若い年齢層の利用が多くなっているが、一般就労の支援を図るなど精神障害者の地域生活を支える医療の提供を充実する観点から、患者の症状やニーズに応じた機能の強化や分化を図っていくことが課題となっている。

○ 精神科訪問看護については、退院後の医療を提供する機能として患者や家族のニーズが高く、精神科訪問看護の実施により総入院日数が減少する等の効果がみられる。

医療機関からの精神科訪問看護については、平成 20 年診療報酬改定において急性増悪時の算定要件の緩和を行うなどその充実を図ってきている。その一方で、訪問看護ステーションの約 6 割で、精神疾患を主傷病とする利用者への訪問が実施されていない。

今後、精神障害者の地域生活を支える継続的な医療を提供する

観点から、精神科訪問看護の機能を更に充実していくことが課題となっている。

(3) 雇用支援の現状

- 病院から退院した者も含め地域生活を送る精神障害者の一般就労を支援し、又は、精神疾患を理由とした休職者・離職者等の職場復帰・雇用促進を支援する観点から、精神障害者に対する雇用支援を充実することは重要である。
- このような観点から、これまで、障害者雇用率制度における精神障害者の算定（平成 18 年 4 月施行）や、休職者に対する職場復帰、雇用継続に係る支援、平成 20 年度予算における「精神障害者ステップアップ雇用奨励金」の創設等、取組みの強化を図ってきたところである。
- 精神障害者の職業紹介状況を見ると、新規求職申込件数は、平成 13 年度以降大幅な増加を続けており、平成 19 年度で見ると、平成 13 年度の 4.2 倍以上であり、平成 16 年度と比較しても 2.2 倍以上となっている。
就職件数で見ても、平成 19 年度においては、平成 13 年度の 5.2 倍以上、平成 16 年度の約 2.4 倍となっている。
また、精神障害者に対する職業訓練については、平成 18 年度における障害者委託訓練の受講者数は、平成 16 年度の約 2.9 倍、平成 17 年度の 1.4 倍以上となる等、大幅な増加をみせている。
- このように、精神障害者の就業は着実に進展しているが、一方で、精神障害者の雇用数は 56 人以上規模企業で 0.4 万人（平成 19 年 6 月）にとどまるなど、身体障害者や知的障害者と比較すると、大きく遅れており、今後、企業における精神障害者の雇用を更に促進することが課題となっている。

(4) 障害者自立支援法に基づく相談支援の現状

(障害者自立支援法に基づく相談支援について)

- 精神障害者が安心して地域生活を営むためには、上記のような

様々な支援を結び付け円滑に利用できるように支援することが必要であり、そのため、個々の精神障害者の相談に継続的に応じその状況を把握するとともに、個々の精神障害者に応じた適切な支援へとつなぎ生活全体を支える機能が地域において確保されることが不可欠である。

- 障害者自立支援法以前には、精神障害者からの相談への対応や必要な指導及び助言等を実施するものとして、精神障害者地域生活支援センターが位置付けられていた。
- 障害者自立支援法においては、こうした機能を相談支援事業として位置付け、市町村を事業の責任主体とし、都道府県を相談支援事業のうち広域的な対応が必要なものを担う主体としている。

(市町村における相談支援事業について)

- 相談支援事業を効果的に実施するためには、地域において障害者等を支えるネットワークを構築することが不可欠であるとの観点から、市町村においては、事業者、雇用、教育、医療等の関連する分野の関係者からなり、相談支援事業の中核的役割を果たす地域自立支援協議会の設置を図っている。

また、市町村は、一般的な相談支援事業のほか、民間賃貸住宅への入居時の支援や夜間を含む緊急時の対応が必要な場合における支援を行う「居住サポート事業」や、判断能力が不十分な障害者に対し障害福祉サービスの利用時に成年後見制度の利用を支援する「成年後見制度利用支援事業」等の相談支援事業を行うこととされている。

- 一方で、こうした市町村における相談支援事業については、平成19年12月時点で地域自立支援協議会の未設置市町村が半数に上り、平成19年4月時点で居住サポート事業の未実施市町村が約9割となっているなど、課題が残っている。

(個々の精神障害者に対するケアマネジメント機能について)

- また、個々の精神障害者の地域生活を支える様々なサービスを適切に結び付けて提供するためには、市町村における相談支援体制に加え、個々の精神障害者に対して個別のサービスの利用の調整を行い、その計画を作成する等の支援を行うケアマネジメント機能が重要である。

- 障害者自立支援法においては、このような観点から、精神科病院からの退院時等に、障害者に対して、利用する障害福祉サービスの種類、内容等を定めた計画の作成を行った場合にその費用を支給する「サービス利用計画作成費」の仕組みを設けているが、対象者が限定されている等の理由により、その活用が十分でないという課題がある。

3. 精神保健医療体制の現状

- 精神病床数は、平成10年以降、減少傾向が続いてはいるものの、ほぼ横ばいとなっている。病院類型で見ると、特に、一般病院での減少が著しく、平成10年と比べると6千床近く減少しているのに対し、精神科病院では、横ばいとなっている。
一方で、諸外国では、1960年代以降、一様に病床削減や地域生活支援体制の強化等の施策を通じて人口当たり病床数を減少させてきている一方で、各国における精神病床の定義の違いを考慮する必要があるが、我が国における精神病床数は、1960年代に急速に増加し、現在でも依然高い水準となっている。
- 精神科又は神経科を標榜する診療所数の推移をみると、一般診療所数も近年増加の一途をたどっているが、精神科又は神経科を標榜する診療所の増加はそれを大きく上回る勢いで増加しており、平成8年から平成17年までの間で、ほぼ1.5倍に増加している。
- 精神科医は、全体として増加傾向にあるが、精神科又は神経科を標榜する診療所数の増加の影響もあって、診療所に勤務する精神科医の増加が顕著である。平成6年と平成18年の比較で見ると、病院に勤務する精神科医の増加が15%にとどまるのに対し、診療所に勤務する精神科医は、2.3倍に増加している。
- 我が国における医師以外の精神科医療従事者数については、精神科病院に勤務する看護師、作業療法士、精神保健福祉士の数は、平成11年以降大きく増加している。
これを諸外国との比較で見ると、人口当たり従事者数は、精神科看護師数は比較的高い水準にあるが、精神科ソーシャルワーカーの数は低い水準にとどまっている。さらに、人口当たり病床数

が多いことを背景として、医療従事者 1 人当たりの病床数は、精神科看護師、精神科ソーシャルワーカーのいずれでも諸外国と比較して多くなっている。

4. 国民の理解の深化（普及啓発）の現状

- ビジョンにおいては、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を 90%以上とする」という達成目標を掲げているが、平成 18 年度時点では、「精神疾患は誰もがかかりうる病気である」との質問に対し、「そう思う」と答えた者の割合が 50%弱、「ややそう思う」と答えた者を合わせると約 82%に上っており、ビジョンに掲げた目標の達成に向け一定の進捗がみられている。

一方で、精神疾患に関する国民の理解について、疾患毎にその理解の状況を見ると、うつ病等他の疾患に比べて、統合失調症に対する理解が大きく遅れている。

- また、平成 19 年の内閣府調査によると、「精神障害者の近隣への転居」について、ドイツやアメリカでは、7割以上が「意識せず接する」と回答し、4割は「全く意識せず気軽に接する」と回答しているのに対し、我が国では、7割以上が「意識する」と回答しており、精神障害や精神障害者に対する理解が十分に進んでいないことを示している。その他の調査研究においても、同様に、我が国における精神障害者に対する偏見の根強さが明らかとされている。

Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

1. 基本的考え方

(1) 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

- 我が国の精神保健医療福祉施策については、明治33年の「精神病患者監護法」の制定まで法的な規制は存在していなかった。同法により、私宅、病院等での監置制度が設けられたが、私宅監置を容認していたため医療保健の面では極めて不十分であった。
- 戦後、昭和25年の精神衛生法の制定により、都道府県に対する精神科病院の設置義務付けや指定入院制度の創設を行い、それ以降、自宅や地域における処遇の問題を改善する観点から、精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。
- その後、昭和39年にはいわゆる「ライシャワー事件」が起こり、昭和40年には通院公費負担制度を創設し、在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を強化する等の精神衛生法の改正が行われた。この改正以降、精神障害者の社会復帰の推進を図ったものの、我が国においては、医療、福祉等の精神障害者の地域生活を支える資源が不十分であり、この時期に精神病床数を急速に増加させた。また、昭和36年10月の精神衛生法の改正による措置入院費の国庫補助率の引き上げ等を背景として、措置入院患者数についても、昭和35年の約1.2万人が昭和45年には約7.7万人でピークに達するなど急速な増加をみせた。
- さらに、その後、昭和59年に起こった、精神科病院における無資格者による診察等の実施や看護助手らによる暴行が行われた事件等、精神科病院における人権侵害事件を契機に、入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護を求める声が高まり、それを背景に、昭和62年には、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設等を内容とする精神衛生法の改正が行われ、法律の名称も精神衛生法から精神保健法へと改められた。
- 障害者基本法（平成5年）、精神保健及び精神障害者福祉に関する

る法律（平成 7 年）、障害者自立支援法（平成 17 年）の成立等を経て、入院処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきたが、地域生活を支える医療・福祉サービスの提供体制が十分でないことや、我が国における精神疾患や精神障害者への理解が十分でなかったこと等の理由により、その成果は未だ十分でなく、依然として多くの長期入院患者が存在している。

(2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- このように、現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立った上で、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいて、今後の施策の立案・実施に当たらべきである。
- 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び障害者自立支援法に則り、また、障害者権利条約等の国際的な動向も踏まえつつ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を更に推し進め、精神障害があっても地域において安心して自立した生活を送ることができるようにするとともに、精神疾患に罹患した場合にも早期に適切な医療にかかれるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。
 - 1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止のための体制の整備
 - 2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止
 - 3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の充実を通じた入院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供
- 具体的施策については、上記の基本的な考え方や施策の柱を踏まえて、以下の方向性でその推進を図るべきである。
 - ① 地域生活を支える支援の充実
精神障害者が、地域において質が高く適切な福祉サービスや医療サービス等の必要な支援を十分に受けることができる体制

作りを行う。

②精神医療の質の向上

救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化等、疾患や病期に応じて人権に配慮した適切な医療が提供されるとともに、精神医療の質が向上することにより、精神障害があっても、地域において安心して生活を営み、かつ、入院した場合でもできる限り早期に地域生活に戻ることができる体制作りを行う。

③精神疾患に関する理解の深化

精神疾患に関する正しい理解が進み、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な対応が行われ、かつ、精神障害者が地域の住民として暮らしていくことができる社会を構築する。

④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

①から③までの取組を進めることにより、既に長期にわたり入院している精神障害者を中心として、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着をはじめとして、入院から本人にふさわしい生活への移行・定着までが、円滑に行われる流れを作る。

2. 施策の推進体制等について

- 上記の考え方に基づき、精神保健医療福祉施策を推進していくに当たっては、将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、可能な限り、客観的な指標に基づく明確な数値目標を定め、それを実現するためのロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、更に定期的にその進捗状況を評価するという一連の政策の流れを徹底すべきである。
- また、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策が着実に推進されるよう、市町村を中心とした地域（都道府県・政令指定都市、保健所設置市区、その他の市町村等）における検討・推進体制（当事者の施策立案過程への参画を含む。）のあり方や制度上の位置付けについても検討すべきではないか。
その際、市町村等における人的・財政的な基盤の確保や、地域における施策の推進体制の強化等のための障害福祉計画の充実、医療計画と障害者計画や障害福祉計画との関係をはじめとする各種計画の相互関係の強化のための方策等についても検討すべきではないか。

- なお、上記のビジョンの提示や数値目標の設定、ロードマップの明確化については、本年末に予定されている本検討会の中間まとめや来年夏頃に予定されている本検討会の最終まとめにおいて具体的に示すことを目指して今後検討を行うこととし、具体的施策の検討については、IVからVIまでで示す方向性に沿って進めることとしてはどうか。

IV 地域生活への移行及び地域生活の支援に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 精神障害者を取り巻く現状や、検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、地域生活への移行及び地域生活の支援については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
 - ・ 障害者自立支援法に基づくものをはじめとする相談支援については、日常の継続的な支援や緊急時の支援を通じて、精神障害者が安心して地域生活を営むことを支えるとともに、地域生活を営む精神障害者に対する様々な支援を結び付け円滑に利用できるようにする重要な機能であり、その充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。
 - ・ 地域における相談支援が十分に機能するためにも、多様な支援を必要とする精神障害者に対してケアマネジメントを行う機能の充実を図るとともに、相談支援の中核を担う地域自立支援協議会についてもその機能の充実を図る。
 - ・ 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援については、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスと保健医療サービスの密接な連携の下で行われることが不可欠であり、その体制の一層の充実を図る。

2. 施策の方向性について

- 病床調査の結果を踏まえ、地域生活への移行に係る施策については、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置いて行うべきではないか。
- また、患者調査では、受入条件が整えば退院可能な患者の約3分の1は入院期間1年未満の患者であるが、精神病床における新規入院患者の87%が入院から1年以内に退院していることや1年以上の長期入院患者の動態が大きく変化していないことを踏まえ、今後、数値目標の設定をはじめ、住まいの場の確保等の施策に関する検討を行うに当たっては、入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置くべきではないか。
- 一方で、新たに入院期間1年以上になる患者が毎年約5万人生

じており、今後は、新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に立って、入院医療の充実、通院・在宅医療等地域生活を支える医療や生活支援を含めた福祉サービスの確保、精神障害者が入院予防的に、又は、一時的な休息を取るために利用するサービスの確保等の施策を通じて、地域生活への移行を促していくべきではないか。

- 長期入院患者は、疾病や入院期間、年齢等、その特性が多様であることから、住まいの場や医療・福祉サービスの確保等については、その特性毎にきめ細かい議論を行い、具体的施策を講ずるべきである。

その際、特に長期にわたり入院し、日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要となっている高齢障害者にふさわしい支援のあり方について、検討してはどうか。

- なお、具体的方策の検討に当たっては、長期入院患者等が実際にどのような居住先や支援を必要としているかを把握することが必要であることから、病床調査について、更に詳細な分析を行い、本検討会に提示すべきである。

3. 個別の論点

(1) 相談支援について

(地域生活の拡充のための相談支援について)

- 精神障害者の地域生活の支援を一層充実する観点から、現在、都道府県が行う「精神障害者地域移行特別対策事業」が主に担っている病院や施設からの退院・退所時の支援に加え、民間住宅等への入居時や地域生活における緊急時の支援、成年後見制度等の精神障害者の権利擁護に関わる支援等、個々の精神障害者が適切な支援を受けられるよう、その評価や地域における体制のあり方も含め、障害者自立支援法に基づく相談支援の充実について検討すべきではないか。
- 精神障害者の地域生活支援において適切なケアマネジメントが行われるよう、サービス利用計画作成費について、対象者の拡大や現在支給決定後に作成することとなっている取扱いの見直し等、

相談支援におけるケアマネジメント機能の拡充について検討すべきでないか。

- 市町村における相談支援体制において中核的役割を担う地域自立支援協議会については、その機能の現状について検証を行うとともに、今後その設置を促し機能の強化を図っていく観点から、地域自立支援協議会の法制度的な位置付けの明確化を含めその機能を充実することについて検討すべきではないか。
- また、民間賃貸住宅等において地域生活を営む精神障害者に対する継続的な相談支援の充実や、医療機関等における相談機能の充実、精神障害者の家族に対する支援、ピアサポートの活用、コミュニティワークの充実等、障害者自立支援法に基づくもの以外の相談機能の充実についても検討すべきではないか。

(精神疾患の早期発見・早期対応の観点からの相談体制について)

- 上記のような障害者自立支援法に基づく相談支援に加え、精神疾患の早期発見・早期対応の観点から、相談支援における行政機関の役割の充実を図ることが重要である。障害者自立支援法の制定に伴い、精神障害者福祉に関する相談指導は市町村に一元化されているが、精神保健に関する相談指導については市町村には努力義務が課されているにとどまり、保健所が第一線の機関として位置付けられている。一方で、市町村における相談指導の実施件数が増加していることに加え、保健所と市町村が実施した精神保健福祉相談の内容については、その傾向に大きな差異がみられない。

こうしたことを踏まえ、精神障害者福祉だけでなく、精神保健の分野についても、相談指導の実施について市町村を第一線の相談機関として位置付けることも含め、市町村、保健所、精神保健福祉センターといった行政機関の役割について、制度上明確化することについて検討すべきではないか。

- また、行政機関と医療機関の相談体制における役割分担のあり方、保健福祉分野と学校教育分野等その他の分野との連携の強化についても検討してはどうか。

(精神保健福祉士の養成のあり方等の見直しについて)

- 精神保健福祉士については、精神科病院等において、精神障害

者に対し社会復帰に関する相談援助を行う専門職種として位置付けられているが、制度の施行から現在までの間の役割の変化を踏まえ、「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」における検討結果に基づき、本検討会等における意見も踏まえながら、その役割や養成のあり方等について、制度的な対応を含めて見直しを検討すべきではないか。

(2) 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

(住まいの場の確保について)

- 住まいの場については、精神障害者が地域生活を営むに当たり最も重要な基盤の 1 つであるが、病床調査の結果をみると、実際に退院した患者の約 8 割は退院後自宅（家族と同居又は単身で入院前と同じ住居）に居住している。一方で、病床調査では、退院後に自宅以外に居住するニーズがあることが明らかとなっており、自宅への退院が困難な患者の退院が遅れている可能性が示唆されている。このことを踏まえると、自宅以外の居住の場の確保のための方策を講ずることが必要となっている。
- このような観点から、グループホーム、ケアホームについて、公営住宅の活用促進や、その評価の見直しを含め、その設置を推進するための具体的方策について、検討を行うべきではないか。
また、民間住宅の活用を推進するための具体的方策や、公的保証人制度の更なる普及のための方策についても検討を行ってはどうか。
- 住まいの場の選択肢の 1 つである公営住宅については、現在、精神障害者の単身入居が認められているとともに、公営住宅をグループホームとして活用することも可能となっているが、今後、精神障害者の優先枠設定による入居促進、グループホーム活用促進等、精神障害者の入居を促進するための取組について、国土交通省や、自治体においても住宅部局との連携を強化し、更なる強化を図るべきではないか。

(生活支援等障害福祉サービス等の充実について)

- 精神障害者の地域生活においては、継続的に生活支援を行うことが重要であることから、来所による相談支援に加え、訪問を通

じた生活支援を行う機能について、現行の生活訓練の訪問型を含め、その充実を検討すべきではないか。

さらに、緊急時の相談支援やケアマネジメント機能の充実、訪問看護等在宅医療の充実を踏まえて、精神症状が持続的に不安定な患者を含め地域生活を営む精神障害者に対する複合的なサービス提供のあり方について、これまでの研究成果にも留意しつつ検討すべきではないか。

- 精神障害者本人による短期入所の利用の拡大を含め、精神障害者が入院予防的に、又は、一時的な休息を取るために利用するサービスのあり方について検討すべきではないか。

- 就労や日中活動は、生活のための収入を得ることだけでなく、社会の中で役割を持ち、生きがいを見つけ、自己実現を図ることに資するものであり、地域生活への移行を進めるに当たっての重要な要素である。

このため、就労系の障害福祉サービスについて、現在果たしている機能や雇用施策との関係を踏まえ、その機能や雇用施策との連携のあり方について検討すべきではないか。

また、障害者就業・生活支援センターについて、障害福祉サービスにおいても、就労面の支援とあわせて生活面の支援を提供する機能の重要性に鑑み、その質の向上を図りつつすべての圏域に設置されるよう努めるとともに、就労移行支援事業所等との連携について強化すべきではないか。

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において規定されている社会適応訓練事業の位置付けについて、これまで果たしてきた役割を十分に踏まえつつ、検討すべきではないか。

- 地域活動支援センターの役割を含め、障害福祉サービスについて上記のほか見直すべき点がないか、引き続き検討すべきではないか。

(雇用支援の充実について)

- 雇用支援については、精神障害者の雇用義務化の環境が早急に整うよう、精神障害者の特性に応じ、予算措置等による雇用支援の一層の推進、充実について、引き続き検討をすべきではないか。

(家族等に対する支援について)

- 病床調査では退院患者の 65%以上が退院後自宅で家族と同居していることや、入院期間が長期になるほど家庭に退院する患者の割合が低くなることを踏まえ、福祉サービスや医療サービスの充実により家族にできるだけ負担を課さずに地域で生活を支援する体制の整備とあわせて、家族同士のピアサポート等効果的な家族支援のあり方について検討すべきではないか。
- また、医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者をはじめ、精神障害者を取り巻く者に対する支援等のあり方について検討すべきではないか。

(その他)

- 障害程度区分について、精神障害者の障害特性をより反映するものとなるよう、その見直しに向けた検討を引き続き進めることとしてはどうか。
- また、精神障害者を含む障害者の所得の確保に係る施策のあり方について、就労の支援を含め、幅広い観点から引き続き検討を進めることとしてはどうか。

(3) 地域生活を支える医療の充実について

(精神科救急医療の充実について)

- 精神科救急医療については、都道府県によって、精神科救急医療体制の機能が異なっているが、地域の実状を踏まえつつどの地域でも適切な精神科救急医療を受けられる体制の確保を図る観点から、都道府県による体制確保を制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。
- 自殺企図患者等、精神科救急医療と一般救急医療の双方を必要とする患者に対する適切な医療の提供を確保する観点から、一般救急医療と精神科救急医療との連携についても制度上位置付けることについて検討を行ってはどうか。
また、いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとして、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて、Vの精神保健医療の再構築に関する

検討の中で、あわせて行ってはどうか。

- 精神科救急の機能評価や精神科救急にふさわしい人員・構造基準のあり方等、精神科救急の質の向上に関する議論については、Vの精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、あわせて行ってはどうか。
- 措置診察を含め精神科救急医療における精神保健指定医の確保に困難を伴っているとの意見があることも踏まえ、精神保健指定医の確保のための具体的方策、例えば、5年毎の資格更新時に、措置診察の実施状況等を要件とすることや、都道府県の精神科救急医療事業への参画に関する義務を設けること等について、検討すべきではないか。

(精神科デイ・ケア等及び精神科訪問看護等通院・在宅医療に関する検討)

- 利用者の地域生活を支える適切な通院・在宅医療の提供を確保する観点から、患者の症状やニーズに応じて精神科デイ・ケア等の機能の強化・分化を行うことや、訪問看護ステーションにおける実施の普及等、地域における訪問診療、精神科訪問看護等の機能の更なる充実について、Vの精神保健医療体系の再構築に関する検討の中で、具体的に検討を行うべきではないか。

(4) 入院中から退院・退所までの支援の充実について

(退院・退所する精神障害者への支援)

- 「精神障害者地域移行支援特別対策事業」等による取組を踏まえ、入院・入所している精神障害者の退院・退所時の個別の支援や地域生活支援を行う機能や、地域資源の開発等、地域移行・地域定着に必要な体制整備を行う機能の充実について検討すべきではないか。

(長期入院・入所者に対する支援)

- 長期にわたり入院や入所している精神障害者については、退院後の生活について不安を抱く場合が少なくないと考えられることから、病院や施設から地域生活への移行に先立って、試行的にグループホームや民間賃貸住宅等での生活を体験できる仕組みにつ

いて検討を行うべきではないか。

(病院における地域移行に向けた取組の推進)

- 退院に向けた支援を含めた病院における地域移行の取組について、これまでの診療報酬等における対応を踏まえつつ、その推進のための方策について更に検討すべきではないか。

V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 今後の精神保健医療福祉施策に関する基本的考え方や検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、精神保健医療体系については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
 - ・ 人員基準の見直しや医療計画制度の見直し等、医療制度全体に係る近年の取組の状況も念頭に置きつつ、精神保健医療の水準の向上を目指す。
 - ・ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患（統合失調症、認知症、うつ病、身体合併症、児童・思春期等）に応じた、入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。
 - ・ その際、統合失調症をはじめとする精神疾患に関する入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化や精神病床・介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた認知症に係る体制の全体像に関する総合的な検討を踏まえた上で、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて、住まいの場をはじめとする地域生活支援体制の整備を進めるとともに、それぞれの機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにしそれに応じた適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行を更に促進するなどして、病床数の適正化を図る。
 - ・ 入院や通院を含めた医療機能について、関連する他のサービスとの連携も含めて医療計画に記載するなど、制度的な対応を充実する。

2. 個別の論点

(1) 入院医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性や地域移行の推進という施策の方向性を踏まえ、病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにするとともに、病棟・病室（ユニット）単位での機能分化を含め病床機能分化の推進のための具体的方策について検討すべきではないか。

- 病期・疾患に応じた入院機能のあり方や、通院・在宅医療、介護・福祉等他のサービスの機能等を踏まえ、現在精神病床が果たしている機能を評価した上で、人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、病床の機能強化のための方策等、今後の精神病床のあり方についても検討を行うべきではないか。
- 精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制についても、地域移行を推進する観点や、精神医療のマンパワーの充実や水準の向上、身体合併症を有する患者等に対する適切な医療の実施の観点から、その見直しについて検討を行うべきではないか。

(2) 通院・在宅医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性を踏まえ、精神科デイ・ケア等の患者の症状やニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる普及をはじめとした在宅医療の充実のための方策について検討を行うべきではないか。
- その際、病状や必要な支援の内容等利用者の実態を踏まえ、福祉サービスとの役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。

(3) 医療体制・連携について

- 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。
 - ・ 精神科救急医療体制の充実について
 - ・ 精神医療における病院と診療所の機能とその分担、連携のあり方について
 - ・ 精神医療体制の制度的な位置付けについて
 - ・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者に対する医療提供のあり方について
 - ・ いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとした、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて

- ・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について

- 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野（認知症、依存症、児童・思春期等）については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。

特に、高齢の認知症患者については、医療サービスと介護サービスが密接な連携の下で提供される必要があるが、認知症疾患医療センターを中核として認知症医療体制の整備を図りつつ、周辺症状の急性期や身体合併症への対応という認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行うてはどうか。

(4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

- 医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の医療関係職種は、精神保健医療を支える重要な基盤であることから、精神病床に係る人員基準の見直しや、病床数の適正化の取組も念頭に置きつつ、その確保や資質の向上のための方策について検討を行うべきではないか。
- 薬物療法のあり方や精神疾患に関する研究開発の推進を含め、その他精神医療の質の向上の観点から必要な取組について、更に検討を行うべきではないか。

VI 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）については、効果的な普及啓発の実施が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につなげられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするという側面を有することや、地域生活への移行の推進により精神障害者と触れ合う機会を増やすことが更なる普及啓発につながるという側面を有することを踏まえつつ、精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。

2. 個別の論点

- 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくことについて検討すべきではないか。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や普及啓発の実施主体等についても、検討を行うべきではないか。
- ニュージーランドのデータによると、成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち、約 50%は 10 代前半までに、約 75%は 10 代後半までに、既に何らかの精神科的診断に該当していることや、近年の諸外国における普及啓発の取組を踏まえ、早期対応の観点からの普及啓発については、学齢期等の若者とそれを取り巻く者を重要なターゲットとして位置付け、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、重点的に行うことについて検討すべきではないか。
- 疾患によるターゲットについては、精神疾患に関する理解度が疾患によって大きく異なり、統合失調症に関する理解が遅れていることを踏まえ、統合失調症に関する理解の進展を目標の 1 つとして、重点的に普及啓発を行うことについて検討すべきではないか。

- また、地域移行を円滑にする観点からの普及啓発についても、行政自らが関係者間の調整に当たることを含めその効果的な方策について引き続き検討してはどうか。
- 上記の検討にあわせて、普及啓発の効果を適切に評価するための指標についても検討すべきではないか。
- また、普及啓発の推進に関する以下の意見についても、普及啓発方策全体の中で検討を行ってはどうか。
 - ・ 家族や、医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等（精神科以外の医療関係者を含む。）や教員等、本人の身近にいる者への普及啓発について
 - ・ 医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等における専門的な概念の共有化について
 - ・ 議員、行政関係者、マスメディア、医師、司法関係者、教師、警察関係等、社会的な影響力の強い者に対する普及啓発について
 - ・ 精神障害者自身による啓発について
 - ・ 地域自立支援協議会等地域単位での施策の検討の場へのピア・サポーター等の当事者の参画について
 - ・ 普及啓発における行政の役割について

Ⅶ 今後の検討に向けて

1. 本検討会における今後の検討の進め方

- 本検討会においては、今後、この論点整理に基づき、関係する審議会や検討会における議論等も踏まえながら、引き続き検討を進める。
- 当面は、平成20年中に、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援に関連する事項について、見直しの具体的内容のとりまとめを行い、平成21年に予定されている障害者自立支援法の改正にあわせてその具体化を目指すこととする。
- さらに、その後、精神保健医療に関する議論を集中的に行った上で、平成21年夏を目途に、精神保健医療も含め、今後の精神保健医療福祉施策の全体像のとりまとめを行うことを目指す。

2. 精神病床数に関する取扱いについて

- この論点整理の取りまとめに向けた議論においては、精神病床数に係る目標値の設定や今後の取組の方向性について、多くの意見があった。具体的には、
 - ・ 「病床数の適正化」ではなく「病床数の削減」と明記すべきとする意見
 - ・ 精神病床の削減ありきではなく、まずは、地域における精神障害者に対する医療・福祉の基盤整備を行うべきとする意見
 - ・ まず、地域資源の整備を行い、それに応じて移行を進めるといったように、バランスを取りながら進めるべきではないかとする意見
 - ・ 患者特性に応じてどのような機能の病床がどの程度必要となるのかを議論する必要がある、その議論が十分に行われていない段階で、まず削減目標を定めるのは困難ではないかとする意見
 - ・ 認知症の増加を踏まえ、どのような施設がふさわしいか、認知症対応のためにどの程度の精神病床が必要なのか、ということも十分に検討した上で、適正な数としていくべきとする意見
 - ・ 障害者自立支援法により、病院から地域に退院すれば、新た

な受け皿の整備や既存の資源の活用が進む体制となっており、これを踏まえ、今後の基本方針として病床削減を掲げるべきとする意見

- ・ 病床の削減が先か、地域における医療・福祉の基盤整備が先か、という議論ではなく、これらを同時に進めることとすべきとする意見
- ・ 適正な病床数や退院の目標値を明らかにし、それに向けて地域資源を計画的に整備していくべきとする意見
- ・ 地域資源の整備と病床削減、精神科入院医療の質的な向上を並行して進めることとすべきとする意見

等があった。

- この点については、現段階では、検討会としての意見の集約には至っていないが、今後の検討の過程において、引き続き、議論を深めていくこととする。

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おります。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ません。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います。

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っては、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さ、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思われれます。

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的機能、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が、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ふ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すけれども、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がございますので、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

います。

精神科救急医療制度は広域圏に設定されており、やはり身近な利用しやすい制度というふうにはまだ言えていないというふうに思っております。

また、本人さんたちがやはりいつでも利用できるというふうな形をとるためには、一般の救急医療にも同様な措置がとれるような制度が必要であろうというふうに考えております。

次に、自立支援医療のさらなる充実を図っていただきたいと思っております。

精神障害者のもう一つの特性として、本人が病気というものを自覚しづらいという点がございまして、その点において、医療が中断するというふうなことがございまして、現在、やはりそういうふうな中断を防ぐためには、重度かつ継続の範囲というものを経過措置を撤廃していただきたいというふうに考えております。

最後に6ページに入ります。

障害当事者の参画及びニーズの反映について、1、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。

各地域に自立支援協議会が現在設けられておりますが、まだ4割程度というふうに聞いておりますけれども、やはりほとんどの自立支援協議会等において障害当事者が参画しておりません。やはり当事者のニーズを反映するという形がきちんと規定されるべきであろうというふうに考えておりますので、そのような法的な位置づけを明確にしていきたいというふうな希望がございまして、

以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

尾上様のほうからはありませんですね。

それでは、引き続きまして、全国精神保健福祉会連合会の川崎様、よろしくお願いいたします。

○川崎全国精神保健福祉会連合会理事長

私どもは精神障害者の家族会でございます。

精神障害者の家族、当事者の立場から今回の見直しについての発言をさせていただきたいと思っております。

しかし、今病院協会の先生や社会福祉施設の方からいろいろと精神障害に関するお話がありまして、かなり重なっていくところもあると思っておりますが、よろしくお話ししたいと思います。

まず最初に私どもが申し上げたいのは医療費の問題です。

入院と通院の医療費の軽減は大変重要な問題だと思っております、この自立支援医療

費に関しての見直しを今強く要望したいと思っております。

本年7月に実施されました利用者負担は、福祉サービスには軽減策が出ましたけれども、自立支援医療は含まれておりませんでした。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て、利用しやすい制度にすることを希望いたしております。

まず、精神障害者にとりまして、医療というのは一生関わるものと思っております。この医療費の負担が厳しいゆえに、医療の中断はこれは絶対に避けなければならないことだと考えております。

また、精神科の治療におきましては早期治療が重要ですが、現在の制度、この医療の制度ですけれども、住民税を基準として負担上限額で決められておりまして、実は、今職を失っている人は2年前の収入で判断されるということで、高額な医療費を支払っているというのが現状でございます。

現在増加していると言われておりますうつ病の人などが、大体高額ですと月2万円ぐらいになると思いますが、それを支払えないために受診をためらって、そのために自殺という不幸な事態を私どもはぜひとも防がなくてはいけないと思ひまして、この通院医療費にできる限り負担を軽減するようなことを考えていただきたいと思っております。

また、今申し上げましたのは通院医療費ですけれども、入院医療費に関しましては、実は障害者医療助成の対象となっている県は、一部にはございますけれども、多くは現在一般医療の3割負担になっております。

精神疾患の方は、入院をせざるを得ないこともありますし、また、入院も数カ月を要するというので、この3割の負担は大変に当事者、家族にとっては大きな負担になっておりまして、このことによりまして、やはり先ほど申し上げましたように、入院をさせられない、そういうご家庭も出ているのではないかとこのことを危惧いたしております。

地方自治体が行っております他障害と同等の医療費助成の対象、マル障ですが、それが今精神は対象外となっておりますので、国のほうからも精神も対象になるような強い働きかけを希望いたします。

また、この医療費の制度、先ほどからお話がありますように、大変に手続が複雑です。書類がたくさんありまして、いろいろと窓口に行って、利用者が自分はこの区分に該当するのかを行政の窓口に行って聞いたりとか、あと書類も多種類書くようになっておりまして、これはほとんど1人ではできない。家族とか支援者がこれを手助けしているという状態でございます。

また、先ほどもお話がありましたように、自立支援医療が1年の更新ということになりまして、実は私も経験しておりますけれども、ついこの前、診断書を先生にお願いしたのかなと思ひましたら、また診断書をお願いするというように、私たちは大変に煩雑な思いになっておりますし、この診断書の診断書料は、1000円から高いところでは1万5,000円にもなっております、これを毎年毎年更新するということは大変に負担が大きく、当事者からは、これだったらもう更新しなくてもいいよということは、医療の中断に

つながることをございますので、この辺も更新の問題と診断書の費用についてもご配慮いただきたいと思います。

それで、どうしても住民税をベースにしてこの上限額を決めるという今システムになっておりますので、それならば、以前の精神の人に公費負担制度というのがありましたように、定率5%としたほうが、大変に本人にとりましても分かりやすく、負担も少なくなるのではないかと考えております。

福祉制度の利用に関しましても、先ほどからありますように、大変に手続が複雑である。ですから、複雑さゆえになかなか利用していないという方も多いのではないかと、その辺のことも懸念しております、利用者に分かりやすい、そして簡略な手続でお願いしたいと思っております。

3番目の障害程度区分の改善です。

これは、先ほど来から出ていると思っておりますが、やはり精神の障害特性が的確に認定されておらず、かなり低い区分になりやすいということです。そのために、行動援護とかホームヘルプは精神障害者に極めて重要な支援ですけれども、区分が低いために利用できないという事態が現在起きております。

精神の障害が的確に把握できる障害程度区分のあり方とサービス提供の改善には、精神障害の特性をよく分かった方を配置していただき、障害程度区分の在り方を改善するようにお願いしたいと思っております。

また、精神障害は、先ほどからお話がありますように症状が固定できないという障害でありまして、変化する障害でございますので、支援の必要性も変化するわけです。固定した障害ではありませんので、それに応じたきめ細かな対応が必要となってきましたので、そのためにもケアマネジメントをしっかりと行っていただきたいことを求めます。

相談支援事業です。これも精神にとりましては大変に大切な支援の一つで、当事者と家族の生活支援の基本は相談、つまり人的支援と言っても過言ではないと思っております。

その相談が支援の柱になってきておりますが、現状の相談支援事業者の基準や定数では精神障害者の家族や当事者のニーズに十分にこたえられておりません。十分に機能していないと思っております。

常勤者を大幅に増やすと同時に、やはり精神の特性を理解した人材の育成を行っていただきたいと思っております。

また、ひきこもりがちな精神障害者がかなり多いです。その精神障害者とその家族を支援する支援といたしまして、私どもは訪問型の相談支援を希望いたします。ひきこもりのご家族はなかなか外に出られない。当事者も出られませんし、ご家族も出られないという状態で、訪問の場にまで行かれないという状態でございますので、やはり訪問によりまして家族が安心すれば、それによって当事者の症状も安定しているという報告もされておりますので、この訪問型の相談支援をぜひともお願いしたいと思っております。

それと5番目ですけれども、自立支援法におきましては、就労支援が施設体系の基本と

なっておりますけれども、実際精神障害者にとりまして、一足飛びに家庭から就労へ、またはデイケアから就労へ移行するということは大変に困難な状態であります。就労訓練の前に徐々に地域の間関係に親しんだり、共同作業のプログラムに少しずつ慣れていくような、そのような緩やかな活動の場、以前ありました生活支援センターのような、そのような活動の場が必要であると思っております。

そういうところから、人間関係から就労への意欲も高まっていますし、またとてもひきこもりがちだった人も外に出やすい、そういうことになると思っていますので、そのような場を自立支援法の中に位置づけていただきたいと思いますところでもあります。

それと、1つつけ加えさせていただきますが、精神障害者の家族会は、作業所などを立ち上げてきて、従来作業所の運営にかかわってきました家族会もあります。今回、自立支援法によりまして、自立支援法における運営の問題とか、利用者が作業所を利用する場合の利用者負担が出ているということに対して、幾つか私どものほうにもそういうお話が来ておりますけれども、実は余り大きな声になっておりません。

特に、精神障害者家族会としての要望という形にもなっておりませんので、今回、その件に関しましては、この資料に載せておりませんことをご理解いただきたいと思います。

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、前半の最後になりますけれども、日本精神保健福祉士協会の大塚様、よろしく願いいたします。

○大塚日本精神保健福祉士協会理事長

本日は、職能団体の私どもに貴重な機会をいただき感謝しております。資料6に沿って、主要な点を発言させていただきたいと思っております。

まず、障害者自立支援法の見直しに当たってなんですが、ことしの5月に国連の障害者権利条約が発効しております。合理的配慮とかユニバーサルデザインの定義もなされました。ぜひ今回の自立支援法の見直し及び今後の条約批准に向けた国内法整備の取組のいずれもが、国際的基準に照らして我が国の障害者の支援策の推進につながるように切望する次第です。

また、具体的な見直しの意見の前に前提としてぜひともお願いしたいことがございます。

これは法制定時にも大変大きな声が上がりました。私たちのことは私たちを抜きに決めないでという当事者の皆さんの声が大変大きくあったわけですが、こういう当事者主体の障害者福祉制度というのをきちんと構築していくために、ぜひとも地域自立支援協議会の設置を義務化するとともに、そこに当事者の参加ということの原則を盛り込んでいただき

たいというふうをお願いしたいと思います。

次のページに移りまして、見直しの内容に関する具体的な項目を11項目挙げておりますが、幾つか申し上げたいと思います。

まず、障害者の範囲についてですが、我が国の障害の範囲というのは、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ということが余り含まれておりません。サービスの利用申請におきましては、手帳の所持ということが要件としてあるわけですが、実際に現場を見ますと、地域から相談支援事業者に上がってくる内容というのは、手帳の有無とか年齢を問わないものが多く、ニーズがある場合というのは大変多岐にわたるものがございます。

したがって、障害者手帳所持という申請要件を見直していただいて、本当にサービスが必要な方に迅速にそれが届くようなシステムの在り方をぜひとも検討いただきたいということです。

続きまして、障害程度区分についてですが、精神障害者については、大変二次判定の変更率が高いというデータは皆さんご承知のとおりだと思います。そのために信頼性の高い判定方法の検討を改めてお願いしたいというふうに思いますが、生活課題を見ていく、それを中心に据えた支援ニーズの評価を必要とするときに、生活の一連の流れの中で測定できるような評価基準、また障害特性に応じた指標というのが大事になってくるというふうに考えます。

現在、多くの自治体がサービス料を決定していく際に、障害程度の重いとか軽いということを材料に考えるところが大変多くありますが、いかにすれば生活が成立するかということのほうが重要だというふうに私どもは考えております。

それから、先ほど長尾先生からも出ましたが、ぜひ本人やご家族、また私ども支援者の申し立てや意見書みたいなものが添付できるようなことも考えていただけるとありがたいと思います。

3番目、障害福祉政策の財源保障についての見直しですが、もう既にICF等もございまして、障害はご本人の要因だけではない、いわゆる環境要因も大きく、社会構造的な課題であるというふうに認識されているわけですが、にもかかわらず障害のある方々が事業を利用する際には、ご本人に対する負担が非常に重く課せられるという現状があります。随分多くの負担軽減策をとっていただきましたが、やはりまだまだ生活水準の後退というような実態があるわけです。この辺の実態把握に努めながら、今後も見直しを引き続き検討していただき、そもそもの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した検討を望みたいというふうに思います。

附帯決議にもありましたことを4番に挙げておりますが、所得保障に関しても早急な検討と対応をお願いしたいというふうに思います。

5番目のサービス体系と報酬についてですが、先ほど来、高野さんのほうからも出ていたと思いますが、どうしても法制度に規定されるサービスに偏るところがあります。個別

給付事業に規定されていない間接的な支援というのが従来からあったわけですが、法施行後、これが大変やりにくくなっております。ぜひともこうした個別給付以外の報酬の仕組みというのを検討いただきたいというふうに思います。

また、給付申請事務の問題につきましても先ほど来出しましたが、大変少ない少数職場で専門職等がこうした事務に負担が割かれているということで、支援のほうに手が回らないということがございます。ぜひともこの軽減策を講じていただきたいというふうに思います。

6番目、就労支援についてですが、これは自立支援法の柱の一つというふうに据えられており、大変重要な課題だというふうに認識しております。現行では就労移行支援と就労継続支援が内容が変わらなくても利用料は差があるという、そういう実態もあります。

ぜひとも就労移行支援事業の推進ということを行うには、特別プログラムの実施であるとか専門職の配置といったようなことを要件にさせていただきたいというふうに思います。

7番目の自立支援医療につきましては、もう既にお3方から出ておりますが、通院回数が減ったですとか中断をしたという実態も見聞きしております。精神障害者にとって医療は不可欠です。ぜひともこの自立支援医療の利用手続の簡素化を図っていただきたいというふうに思います。

8番目の基盤整備についてです。これは特に地域生活支援事業について申し上げたいというふうに考えております。地方分権化を考えて、地域性の重視、それから市町村が独自性を持った取組を行えるようになった、それは大変重要なことだというふうに考えておりますが、裁量的経費であるということも含めて、各市町村によってこの地域生活支援事業の理解や協力、取組に大変格差があります。そういうことを考えますと、ここは国として障害者の社会参加の促進への責任を示すという、そういう観点から明確な目的を記した指針を打ち出させていただきたいと思っております。

また、一定期間、これは有期限でいいと思うのですが、地域生活支援事業における財政的な責任というのを明確にお示しさせていただきたいというふうに思います。特に、全ての障害の分野において、地域移行というのが大変政策的に重要視されておりますが、居住支援に関する社会資源の不備はもう致命的と言えると思っております。ここにつきましては、国や都道府県が公的責任において有期限、目標値を決めた整備を行っていただきたいと強く望むものであります。

また、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計画をつくりました、でもやっていませんということにならないように、国や都道府県には指導や助言を行っていただきたいというふうに思います。

先ほども申し上げましたが、地域自立支援協議会の設置の義務化、それからそこに障害福祉計画の実施状況をきちんとモニタリングしていくことということの義務化を求めたいと思っております。

また、地域を耕すということがとても大事になるわけで、一方、川崎さんもおっしゃい

ました集うということ、憩うというようなこともとても大事になってくる場としては、地域活動支援センターの役割に期待が大きいわけですが、こうしたコミュニティーワークを行えるような専門職の配置をぜひ保障していただきたいと思います。

10番の相談支援事業についてです。これが自立支援法のかなめだというふうに認識しております。結論から申し上げますと、相談支援事業の拠点の設置を義務化していただきたい。また、そこに、これは仮称ですが、例えば障害者相談支援専門員といったものを配置していただくことをぜひ検討していただきたいというふうに思います。

介護保険の地域包括支援センターの整備状況を横で見ながら思うことなわけですが、やはり相談に来れる人だけが相談できているというところから、川崎さんがおっしゃいましたように、訪問型、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できるようなものを望みたいと思います。

各市町村によって随分ここは地域生活支援事業の中にあるということがあって、格差がございます。質の担保と地域格差を解消すべく基準の見直しが必要だと思っています。

具体的には、人口10万人に1カ所程度、名称はまだ何でもいいと思っているんですが、障害者総合相談支援センターとか障害者包括相談支援センターといったものを設置し、ぜひ精神保健福祉士、社会福祉士、保健師を必置していただきたく、そのうちの1名以上はこの障害者相談支援を専門にできる者を配置していただきたいというふうに考えます。

また、この地域移行支援事業がなかなか進んでいない現状を考えると、ぜひ個別給付事業にさせていただけたらというふうに考える次第です。

最後のページです。

専門職能団体としてはここが一番強調したいところとなりますが、こうしたもろもろのことを推進していくためには、やはり何といたっても人材の育成と人材の確保が重要だというふうに考えております。

実際に、基盤整備がないまま自立支援法が始まった状況の中で、大変事業運営が厳しいという状況で、福祉労働者が不安定な雇用状態に陥っております。専門職の十分な配置ができない、必要な関わりを保障できない、福祉の現場がますます貧困なものとなっているという悪循環が生まれているというふうに認識しております。ぜひスタッフの専門性の向上に関する対応が重要かつ喫緊だというふうに考えます。

また、実際に自立支援法の施行後、専門職が不在であるとか非常勤のみで運営されているといったところがあって、サービスの質の担保ということがどういうふうになされているのか大変心配されるわけです。

以前、必置となっていたような精神保健福祉士等の配置を改めて明記していただきたいというふうに思うところです。

障害種別間の格差解消と障害特性の配慮は別次元だというふうに考えております。ぜひともよろしく願いいたします。

最後に、唐突ではございますが、私ども精神保健福祉士の資格に関する見直しの必要性

についてお願いをしたく思います。

実は、精神障害者はこの自立支援法におきまして、ようやく市町村でサービス提供体制の整備が進むということになりました。これまでの立ち遅れを取り戻すべく、今後精神障害者の相談支援、地域移行支援、地域生活支援、就労支援など、様々に展開推進していくためには、専門職が必要不可欠だというふうに考えます。

私ども精神保健福祉士もその1人として認識されていると思いますが、質、量ともに不足しているというふうに考えております。精神保健福祉士法が制定されて10年たちましたが、介護保険法や自立支援法など、随分大きな変化がございました。ぜひともこの点を勘案して、見直しを検討いただきたくお願いする次第です。既に、昨年12月から厚生労働省におきましては、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て、検討いただいているところですが、本学会でも、その必要性について改めて認識をお持ちいただけたら幸いに存じます。

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。

それぞれのお立場からの発表、ありがとうございます。

それでは、これから今までお聞き及びになられたことに関しまして、質問あるいはご意見等がございましたらお寄せいただきたいと思います。

どなたからでも結構ですが。

高橋委員。

○高橋委員

重症児福祉協会とそれから守る会の方にお伺いしますが、この中に盛られている重症児の中には、いわゆる動く重心というのがありますね。行動障害を伴う重症心身障害児の方々ですが、今のお話には殆ど触れられておられませんでした。これはあまり検討の対象にはされていないというふうに考えてよろしいのでしょうか。

○潮谷部会長

どうぞ。

○末光日本重症児福祉協会常務理事

私の資料1の1枚目をご覧いただけたらと思っております。

先ほどもちょっと定義のところでご紹介申し上げましたように、大島の分類の1、2、3、4が、先生がおっしゃられるいわゆる動く重症児に対して寝たきり重症児でございます。この方々が、当初は半分ぐらいだったのが今は73%に増えているということを申し上げ

げました。

周辺の方々が5、6、7、8、9でございますけれども、3ページ目をご覧くださいますと、今申し上げた1、2、3、4が、右の重症児施設入所児（者）内訳の中の区分Ⅰというのが定義どおりの大島の分類1、2、3、4ということでございます。これが今申し上げた半分ぐらいだったのが73%に増えております。

それに対して、周辺が、2、3、4でございます。そのうちの大きな区分2が、先生がおっしゃられますいわゆる動く重症心身障害児でございます。この方々の数は余り増えておりません。全体が増えている中で、特に区分Ⅰが増えている、相対的にこの方々の比率が減っているということでございます。現在もこの方々は、重症心身障害児施設、公・法人立、そして国立にも2割程度おいでになるということでもあります。この方については、私も今回は余り十分検討するところまでいっておりません。いわゆる寝たきり重症心身障害児のことをまずしっかり守っていただきたいということで、それに限ったご要望、ご説明をさせていただいたということでございます。

○潮谷部会長

秋山様のほうから何かございますか。

○秋山全国重症心身障害児（者）を守る会副会長

今のお話のように、強度行動障害と言われるような人たちも重症児施設に入っているのも事実でございます。

こういう人たちについては、また今、末光先生がおっしゃったように、寝たきりの本当に動けない本来の重症児と分けてやはり考えていただかなければならない。そういう人たちについては、またそれなりの特別な施策といたしますか、こういうものを充実していただかないと、その人たちが救われないのではないかと、このように思っております。

○潮谷部会長

高橋委員、よろしゅうございますでしょうか。

○高橋委員

実際に動く重心に対する福祉サービスというのは、また別なところで検討されているというふうに理解してよろしいですか。

○潮谷部会長

いかがでございますでしょうか。

○末光日本重症児福祉協会常務理事

ちょっと私どもとしては詳細は分からないんですが、私どもとしては、施設サイドとしては、この方々について適切な場所で今まで守ってきた部分を維持、そしてさらに充実もしていただきたいという要望をいたしておりますが、行政のほうで、この分についてどのように取り組んでいただいているかというのは十分把握でき切っておりません。

○潮谷部会長

ただいまのことに関しまして、行政側から何かございますか。動く重心に対しての行政施策の検討は何かなされているかどうか、提供できるものがありましたら。

○蒲原企画課長

また全体のいろいろな議論のところ、子供の議論をするときにあわせて提供したいと思っておりますけれども、やはりそういう行動障害を伴うといった意味では、障害という形で何らのサポートが当然必要だということを思っております。重心の施設の中では、確かに今、一定のサポートをしながらもまだまだそのほかのいろいろな体系の中でやっているところもありますし、足りないところもそこはやっていきたいと思っております。

少し全体の、恐らく障害児に対するサポート全体の議論のところ、その辺のところをもう少しお示ししたいというふうに思っております。

○潮谷部会長

高橋委員、よろしゅうございますでしょうか。今、岩谷委員のほうから手が挙がっているようですが。

○岩谷委員

岩谷です。一つだけお聞きします。年をいった重心の方々についても療育という言葉を使っておられますけれども、これは子供の療育も、30、40歳になった方の療育も同じようにお考えになっておられるのでしょうか。

○潮谷部会長

末光理事、どうぞお願いいたします。

○末光日本重症児福祉協会常務理事

この部分につきましては、一つは重症心身障害児は、他の障害児（者）も同様でございますけれども、成長がやや晩熟でございます。そしてまた、成人になった後の安定期も大変短いという、そういう意味で、一つはやはり成長、発達の時期が健常な人に比べると、また障害の程度の軽い人に比べますと重症心身障害児の方々の成長、成熟はかなり晩熟傾向はより顕著であるというご理解をしていただけたらと思っております。

その一番端的な例、本日はご欠席ですけれども、重症心身障害児を守る会の会長のキタウラ会長のご令息は7カ月のときに種痘になられて寝たきりの状態、言語はほとんどないという状態でありますけれども、30歳を過ぎて初めて寝返りをうたれた。40歳を過ぎて初めて筆を握り、いわゆる自発的な絵と言っているのでしょうか、それを描くに至っております。

この人が唯一ではなくて、同様の体験をあっちこっちの施設あるいは重心に関わる方々は持っておりますので、その辺りにつきましてぜひ発達支援をより長くという視点で私も取り組んでおります。

○潮谷部会長

岩谷委員、よろしゅうございますか。

ほかに、どうぞ、お願いいたします。

○広田委員

広田です。

精神関係の4団体、お話を伺って、陳情合戦のような感じで、これはまるでスウェーデンのような高負担高医療高福祉にしてというのかなど、私は厚生労働省の人間ではないけれど、この要望を全て言っていたらお金がパンクしちゃってどうなっちゃうのかと、まず率直な感想です。

それから、日精協さんの、1の1でしたか、二、三十人規模のケアホームと、たしかこれはかつて患者が反対したような記憶がありますので、これは慎重であってほしいということです。

それから、その下の2の1、下のほうで、必要な支援の強度は図れない。実際に支援を行っている精神保健福祉士、看護職員など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ということですが、これを具体的に教えていただきたいことと、それから最後のほうの、自立支援医療の申請は、2年に1度というのは大賛成です。

それから、最後のところの障害者所得保障の抜本的改善を求める、これも大賛成です。

全精社協さん、2ページ目、真ん中辺です。事務量が膨大であり、特に居住の場に関する事業の報酬単価が低いというのは、率直に伺って本音でお話ししていただきたいんですけど、事務量を減らせという話なのか、事務を多くしたままで診療報酬を上げてほしいという話なのかをお伺いしたい。

○潮谷部会長

それぞれのお立場に質問がございましたけれども……

○広田委員

まだあるんです。

○潮谷部会長

失礼しました。

○広田委員

4 ページ目、上から 4 行目、通所されないときや、入所中の利用者の対応として、電話、訪問・同行、いろいろ書いてあるんですけど、実際に私もいろいろな社会資源の職員の相談に乗ったり、社会資源の職員がやり切れなかったところをお手伝いしたり、サポートさせていただいています、当事者として。これ、4 つの団体のお話を伺っていて、全精社協さんやPSW協会さんは、盛んに当事者の参画と自立支援協議会というお話をされながら、全く当事者の影が見えない。当事者がピアサポートセンターとかを立ち上げて、頑張っている姿が全く見えない状況のご意見なんです。

それから、5 ページ目。

精神科救急医療、精神科医療全体を一般医療と同じようにしていただきたいということで、当然のことながら一般救急と同じようにしていただきたいんですけど、真ん中の辺です。精神科通院は重要であるが、病気によることを本人が自覚しにくいいため、医療中断を引き起こしやすいと。

これは、私、20年間のカルテを開示したんですけど、25年前に通院したときに全く医者が何のインフォームド・コンセントも行わないで、いきなり薬を出して、それでカルテ上には、病識がないために薬を飲まなかった。これが精神医療の実態だったし実態です。そういうふうにインフォームド・コンセントを行わない医療が厳然として存在しているのに、いつも病気であることを本人が自覚しにくいということを経験関係者も言えば、福祉関係者も言えば、家族までもがうちの子どもは病識がないということで、全て当事者に責任を転嫁し過ぎている。

こういう文章は、外に出ていったときに、理解どころか偏見をまき散らしますので、私が内科等に行ったときに、医者に、あなたはインフルエンザですね、あなたは盲腸ですね、あなたは何々ですね、ですからこういう治療を行いますというのに、精神科はそういうことが行われなくて、精神分裂病が統合失調症に名前は変わったけれど、本人に病名を告知しないで、家族に言っているという現状が存在しています。

そういう中で、こういう言い方は私は文章として出ていくことに対してとても残念です。それから次、川崎さんです。

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らないというのは、精神科だけではないと思います。精神疾患だけが医療を中断しちゃいけないんじゃないんですよね。いろいろな病気があると思います。

それから、他障害と同じように重度医療費をだしてというのを、つまり3障害になるまでのときには全く要望してこなかった人たちが、私自身が衆議院で、精神障害者の福祉が遅れているために、社会的責任が存在している。こんなせつないことがあっていいのか、これは国の隔離収容施策だ、謝罪してほしい、と発言したんですけど、そういう状況の中で、自立支援法には物すごい課題があることは承知していながら、反対をせずに国会の場で前向きに検討していただきたいとも発言したんです。

ところが、ふたをあけてみたら、みなさん重度医療費助成制度とか、今まで何も言っていないことを急に言い出したわけですよ。

私は入院費がないために家族は入院させることができない。これはまさに当事者不在で、社会防衛上ではなくて、家族防衛上だと思います。昔、社会防衛上、経済措置といって、入院患者の5分の1は国がお金を出して入院させた時代がありました。それをほうふつさせるんです、ある意味で。

入院費がただになったために、家族は負担がなくなり、そして病院は入院費が入るから入院させておけるということで、そういう危惧を感じていますので、そのところのご意見をちょっとお伺いしたいということと、ちょっと長くなって申しわけないですが、家族が不安だとかおっしゃいますが、当事者同士のピアサポート、それから家族同士のピアサポートで解決できることはいっぱいあると思うんです。これを見ていると、いろいろな団体全て専門家とか国家資格とか、そればかり言っていて、当事者はただサービスを受けるだけの人なのかと。

それで、次はPSWさんです。

私、全国的にPSWさんご存じですけど、そんなに立派な方がたくさんいらっしゃるわけじゃなくて、国家資格、国家資格って、10年たったけど、恥ずかしいんじゃないかなと思うぐらいの方もたくさんいらっしゃるんですけど。

3ページ目の6です。就労支援について、1の2、労働行政とのさらなる連携強化なんですけど、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、専門職を設置することとあわせ、労働局の施策とのさらなる連携強化を図ること、ここに精神保健福祉士が、私、必要かどうかよく分からないんですけど、むしろ就労体験のある当事者のほうがいいと思います。

○潮谷部会長

それでは、それぞれの団体に対してのご意見でございますので、お答えをよろしく願います。

長尾委員からお願いいたします。

○長尾日本精神科病院協会副会長

一つは、二、三十人規模のケアホームという、それに反対するというお話でしたけども、

一つは、小規模でもそれに対して夜間の人員配置とか、そういうものがきちんとできる体制がとれば、それも一番望ましいわけですが、実際問題として、四、五人規模のグループホーム、ケアホームに夜間の体制を組むということはまず困難であるということから、実際に夜間も常時職員が常駐するような体制をとるためには、二、三十人規模のレベルのものもあってもいいのではないかという、いろいろなタイプの、私はそういうグループホームなりケアホームなり他の施設なりというものがあって、順次移行できていくということが望ましいということで出しております。

それから、障害程度区分については、やはりこれは本来は介護保険のタイムスタディーによって行われたということで、なかなか精神には反映しないということは、これはもう歴然としています。

そういう面で、生活障害であるとか能力障害、それからケアの程度等々のものをある程度軸とした判定方法というものを我々も今検討中でございますし、そこに実際に当事者にかかわっている精神保健福祉士、介護職員等の判断をそこへ盛り込めるような形というものを考えたいというふうに思っております。

以上です。

○潮谷部会長

どうぞ次々に、高野様、川崎様、大塚様、それぞれお願いいたします。

○高野全国精神障害者社会復帰施設協会会長

まず、ご指摘の事務量というものについてですが、日々の個別記録、またそれに伴うサービス利用計画等の見直しとか、また毎月の報酬単価に伴う請求事務、それ以外に決算、予算に関する事務、またそれ以外の家族とか外部との連絡調整等に伴う事務、様々な事務を指して、この場合は事務量を事務というふうな表現をさせてもらっております。

そういうものが、私が言っているのは、現行の支援法と精神保健福祉法の中における精神障害者社会復帰施設の中での職員の配置基準というものが異なっているんだと。精神保健福祉法の中にある精神障害者社会復帰施設の授産施設とか援護寮等には、事務職員の配置というものも認められていました。ですので、やはりその辺の部分を指しているものというふうにご理解いただきたいと思います。

また次に、通所されないときや入所中の利用者の対応としてということの部分ですが、要するに、現行では、通所されてきて、仮に何時に来ても構わないわけですが、来たということが証明されないと報酬単価に反映されないということなんです。

でも、我々としては、通わせるということの問題よりも、なぜ来ないのか、なぜ通ってこれないのかという問題に対して対応するということから、我々は出かけていったりとか、また関係機関とそのことについての対応策を練ったりするわけです。そういう部分もやはり生活支援の中の一部として位置づけていただきたいと思いますというふうな考え方であるというこ

とです。

病識の問題ですけども、確かに広田先生のおっしゃる部分は正しい部分もあるというふうに思います。また、一概にそうではないという部分もあるということです。

私たちは、精神障害者の社会復帰施設として事業者団体であるという一方の当事者の立場を持っています。

ただ、当事者というのは、事業者団体であるという部分において、今日の立場としてはその当事者の部分があつての部分というのは薄めさせて実は発言させてもらっております。

要するに、事業者の経営基盤を確保するというふうな立場のみにおいて、主にまとめさせてもらったというふうにご理解いただきたいと思います。

以上です。

○潮谷部会長

もう一点、5ページのところの精神科通院にかかわつての広田さんからのご意見がございましたが、ここはいかがでしょうか。

○高野全国精神障害者社会復帰施設協会会長

医療中断の部分でしょうか。

○潮谷部会長

はい、そうです。

○高野全国精神障害者社会復帰施設協会会長

医療中断を引き起こしやすいという中で、現在はどうかは私はよく分かりませんが、十分なインフォームド・コンセントがなされていないという中で、病識というものが問題になる方もいらっしゃいます。

また、インフォームド・コンセントもきちんと行われている中で、何度か確認してもやはり自分の診断名さえ不確かな方もいらっしゃる。そういうふうな中で、非常に医療中断が多いという現状、これが要するに単純に例えばお金の問題であるとか、いろいろな問題が重層的に重なって医療中断が起こっているんだというふうにご考慮して、単純に病識だけがないというだけで医療中断が行っているというふうには私どもは認識しておりません。

ただ、表現として、どのような表現があるかという中で、このような表現をさせてもらったというふうにご理解をお願いしたいと思います。

○潮谷部会長

川崎さまに移りたいんですが、その前に、高野さまのただいまのお話の中で、先ほど広

田委員は、この医療中断を引き起こしやすいというこのフレーズの前段からの、できればこういう表現というのはしないでほしいというようなご要望もあっておりますけれども、その点について何かコメントございますか。

○高野全国精神障害者社会復帰施設協会会長

ご指摘を受けて、もっと適切な表現にされるべきであったなというふうに考えておりますので、そういうふうに今後もしていきたいと思っております。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

それでは、川崎さま、お願いいたします。

○川崎全国精神保健福祉会連合会理事長

今の入院をしないということに対して、家族というような家族サイドでの考え方じゃないかということで、ちょっと説明を足します。

実は、これは当事者が、お母さん、お父さん、そんなにお金がかかるんだったらいいよというような、そういう精神の人がとても優しいといえますか、そういう気持ちが私は出ていることもあるのではないかと思います。

それと、当事者不在ですけれども、私はちょっとこの文面からそうとられたことは大変に申しわけないと思っていますけれども、実は生活支援センターなどをやっております、やはりピアサポート、それがかなりこのところ充実されているかなと思います。ピアカウンセリングとかピアホームヘルパーさんがかなり出ておりまして、そういう方をこれからも活躍していただきながら、本当にピアサポートで支えていけるような、そういう形にはしていきたいと思っています。

以上です。

○潮谷部会長

大塚さま、お願いいたします。

○大塚日本精神保健福祉士協会理事長

いつも広田さんには厳しいご指摘をいただいておりますこともあって、10年たってその程度かと言われるような実態があることも十分認識をして反省をしているがために、先ほどちょっと張り切り過ぎまして、やや陳情に聞こえた向きもあるかもしれませんが、ご容赦ください。

就労支援のところでもいただいたご意見でしたが、専門職の配置もいいけれども、就労体験を持っている当事者のほうが適切なんじゃないかというお話でしたが、それは本当にそ

ういうことで活躍できる場がどんどんつくられるといいなというふうに思っています。

私ども、やはり一番最初に当事者参画の話を載せさせていただいたのは、本当に心からそう思っている次第で、でも一方で広田さんがおっしゃるように、今まだ当事者不在という当事者の顔が本当に見えないわけで、広田さんのような方がもっとたくさん本当に各都道府県に満遍なくいらっしゃるとい状況が欲しいわけです。

残念ながら、自立支援法だと個別の給付のサービスが大変多く規定されていて、そこに当てはめるようなサービス提供になってしまうと、やはり皆さんが集って、そこでエンパワメントされて、力をつけていって、私どもに叱咤激励をいただくというような機会が今ないわけですから、そういう意味でも、そこを最初でぜひ規定として盛り込んでいただいて、私たちにそういう学ぶ場を提供していただきたいということをぜひともこの自立支援法の中に入れていただきたいというふうをお願いした次第です。

○潮谷部会長

広田委員、それぞれにご発言いただいたんですが、よろしゅうございますか。

○広田委員

私は、昼間はボーッとしている人間で、学力もないから先生と言われるほどのことではないんですけど、率直に、国民に向かって、精神障害者に正しい理解と言っている方たちがお出になった。大塚さんが、広田さんみたいな人が都道府県に1人ずついればいいと言ったけど、そんなにいたら大変になっちゃう、うるさくて。私1人だったたかかっているわけです。

そういう精神障害者同士の仲を裂くのも関係者だし、精神障害者同士に足を引っ張り合わせるのも関係者なわけです。高野さんは率直でしたね。私たちは自分たちのあれを言いに来ましたと言っているんだけど、やはりこういう文章を出すときには、本当に自覚されて活字化されないと。

この文章を私がフィットネスクラブなどに持っていったら、病気であることを本人が自覚しない人が精神科の患者なんだ、これでもう啓発は終わっちゃうんです。ここで、ましてや自立支援法のさらなる充実に、これは全然関係ないから不思議な話だなと思ってお聞きしたんです。

川崎さんのその重度のところのお話があったけど、とにかく自立支援法ができたから、3障害なんだから、ほかの障害に乗り遅れたら損だみたいな考え方が精神の世界にあって、そうじゃなくて、国の借金はまだ833兆円から846兆円に増えているんですよ、この前私が委員会に出たときから。

増えている中で、OECDの比較をよくしているんだけど、私この間どこから送られてきたのを見ると、税の比率でいっても日本はOECDの中で低いんですね。求めるものはスウェーデンのように高医療、高福祉、払っているものは低負担だから中負担ということですが、

そういうことを私は考えながら発言しているんですね。だから、ちょっときつい言い方になりましたけど、お答えに私が了解したということじゃなくて、4団体のお答えを伺いました。

○潮谷部会長

それぞれのお立場の中からお答えをちょうだいいたしまして、さらに論点としてこれは整理をいたしますので、委員の皆様方は、ただいまの発表に対しまして、何かまだ発言したいとか思われる方もおいでと思えますけれど、とりあえずは、前段はこれで終わりとさせていただきますまして、これから約10分間休憩に入って、後段にと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

[休 憩]

○潮谷部会長

時間が来ておりますけれども、実はマイクの調子が、よくない状況です。それで、それぞれのお立場の皆様方は、私語をしばらくやめていただきまして、発表者のことに耳を傾けていただきたいと、思います。

それでは後半の部分をただいまから再開させていただきます。

事務局から、関係団体の方々のご出席の紹介、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、会議の後半におきます自治体関係の団体の出席者をご紹介します。

ご出席をいただいておりますのは、まず全国知事会より鳥取県知事の平井伸治様でいらっしやいます。

全国市長会より磐田市長の鈴木望様でございます。

全国町村会より添田町長の山本文男様でございます。

続きまして、後半の資料でございます。一度ご説明いたしましたけれども、お手元の資料の資料7、この横紙つきの大きな資料でございますけれども、これが全国知事会からの資料ということになってございます。資料8、これが全国市長会からの資料です。冒頭申しましたとおり、1枚紙が一番最後についてございます。これが全国町村会からの資料ということになってございます。

それぞれに資料がございますので、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、前半に引き続いて関係団体からご意見を賜りたいと思います。

後半の順番でございますけれど、平井知事、鈴木市長、山本町長からそれぞれご意見をお伺いしたいと存じます。後半の議事の終了ですけれど、意見交換を含めて、概ね16時30分ぐらいを予定しておりますので、皆様方、ご協力方よろしくお願いいたします。

なお、それぞれの団体の方々に、1団体10分程度でお願いしたいと思いますので、ご協力よろしくお願いいたします。

それでは、まず冒頭に知事会のほうからお願いをいたします。

○平井鳥取県知事

鳥取県の知事をしております平井と申します。

今日は、先輩知事の潮谷会長さんや堂本知事さんがおられる中で、新米知事が非常に緊張しながらやっておりますので、どうかお手やわらかに聞いていただければと思います。

鳥取県は鳥取砂丘で有名でございますけれども、今日は我々、霊在月と呼んでいまして、実は「ゲゲゲの鬼太郎」のふるさとが鳥取県でございます。水木しげる先生の生まれふるさとでございます。今の季節は、鳥取にいらっしゃいますとたくさんの妖怪たちがみんなのところまでまいります。もうこの会に飽きたら、飛行機に乗って鳥取のほうまで来ていただければと思う次第でございます。

今日は、地方団体のご意見を聴取していただくことに感謝を申し上げます。

後ほど、鈴木市長、山本会長のほうからもお話があると思いますが、知事会のほうからの問題意識をここで披露させていただきたいと思っております。

少し大き目の横長の資料7というのがございまして、ここにポイントが書いてございますから、またゆっくりと読んでいただければと思いますが、障害者自立支援法、施行されたその意気はよし、テーマはよしだと思います。障害者の方の自立をして、そして地域へ移行して、みんなと同じように、ノーマライゼーションの考え方で生きていこう。それを支えられるように、障害者の方もちゃんと仕事ができる、普通に暮らせる、それを目指そうじゃないか、その理念はいいと思うんです。問題は、ただその理念を実行するための仕掛けが細部にわたってできているかどうか。また、全国を通じて妥当し得る仕組みになっているかどうか。私たちは、これについてぜひ皆様のご高見で点検をしていただきたいと思います。そして、正すべきところは正していただければ、私は日本型の世界に誇れる障害者福祉という世界ができるんじゃないかと思っております。ただ、現在は残念ながら不備な点がいろいろあるかと思っております。

1つ目に書いておりますのは利用者負担のことでございますが、負担軽減対策について、与党の考え方もあって、現在、緊急措置、特別措置が出されておりますが、こうしたことはぜひ継続をしていただきたいと思います。

ただ、現在でも、障害者の方々などは、比較的所得の低い層の方が多いということもありまして、そんなに苦勞はないんですけども、意外に障害児のほうは、親御さんのほうとか世帯のほうでの負担感がなお強いかなという声もまだございます。ぜひ点検をしていた

だければと思います。

利用者負担の問題につきましては、もちろん収入構造のほうも問題でありまして、年金の検討とか、あるいは職業の問題なども含めて一体的に考えていただきたいというのが1番目であります。

それから、2つ目であります。事業者の経営基盤について、これも正直、いろいろと問題が残されているだろうと思います。

21年4月の改定の中で、ぜひ全国レベルでの経営実態調査を踏まえて、サービスの質の向上だとか、現在介護人材などが職場離れを起こしておりますけれども、その根本にはやはり待遇の問題があろうかと思えます。

良質な人材の確保などにぜひ留意をしていただきたい。報酬改定に当たっては、十分な収入が確保されるようにしていただきたいと考えます。

私は、これについてひとつ申し上げたいんですけども、今、地域間格差がいろいろと叫ばれるようになってきました。これは、経済の問題でよく言われるわけですが、福祉でも新たな地域間格差が起こりかけている。それが障害者自立支援法の仕組みがその引き金を引いているということを申し上げたいと思えます。

それは大都市、例えばこの霞が関で議論をしていて、この霞が関を中心とした首都圏で妥当する制度が例えば山陰の山の中で妥当するかどうか。それは必ずしもそうでないわけですね。

例えば、小規模な作業所などがあります。20人からが対象となるようなことが、10人から知事特認で認めますよというふうに制度が変わりました。しかし、考えていただければいいと思うんですが、高齢者の介護制度であれば、高齢者の数は田舎に行くほど多い、山の中ほど多いということもありまして、それなりに対象者はいたわけですが、障害のある方ということになりますと、例えば確率論で考えていただければ、ある一定の確率で起こるとすれば、人口の希薄なところにはそれだけの人を集めて、例えば10人集めてサービスを提供するというのが本当にできるのかどうかということなんです。

これはやはりもう一度考える必要があると思うんです。このままいきますと、そうした人口規模がないところでは、障害者福祉ができなくなるということになりかねないわけですね。ありまして、人数基準が余りにも厳格過ぎると問題を起こすのではないかと思います。

ですから、10人未満のところの小規模作業所も鳥取県でいきますと大体6割ぐらいは実は現在でもそういう作業所にならざるを得ないんです。一生懸命今取りまとめをして大きくしようとしていますが、それでも現状はなかなか困難だという声があります。

中山間地域に大都市と同じ基準を押しつけるのは、私はちょっと無理があるのではないかなと思いますので、そういうところも工夫の余地があるのではないかと思います。

障害者の程度の区分認定についてぜひ特性を知的障害、精神障害についても反映するようにはしていただきたい。

一次、二次で判定が狂うことが多いのが現場の混乱のもとにもなっています。この辺も

判定基準をぜひ考えていただきたいと思います。

そして、サービスの制限について、ケアマネジメントが介護保険では大幅に導入されていますが、障害者福祉の観点では、退院をしてこれから家のほうに帰る、地域に移行するとして、一定期間しかケアマネジメントが使えないということになっています。しかし、考えていただければいいと思うんですが、長く地域で生活をしようということ考えた場合に、やはり定期的にあなたはこういうサービスのほうがいいですよ。また、自分が受けているサービスに不満がある、疑問があるというときに、相談する相手がいない、ケアマネジメントが受けられないというのは、やや制度の中で不備があると思います。

ですから、指定相談支援事業者によるサービス利用計画作成費が広く利用できるようにすべきではないかというのがございます。

右のほうにまいりまして、4番目、施設入所と地域移行という観点です。

グループホームなどの充実をぜひ図っていただきたい。

それとあわせて、先般、私どもで子供さんの議会を開きまして、そのときに、養護学校の生徒さんが訴えるんですね。この方は身体障害の方でした。かなり重度でありました。この子は、ただ弁は立つものですからしっかりしゃべります。意見は言います。意見を言う中で、彼女が言ったことは、私だってひとり暮らしはしたい、このことです。ですから、グループホームとかケアホームがなぜ身体障害者に認められないんでしょうか、私は疑問がありますと。ぜひこういうことも考えていただければと思います。

それから、重症の心身障害者の地域移行の支援措置としての報酬加算、またケアホームなんかも、グループホームもそうなんですが、夜間の支援員、介護保険では、例えば痴呆性の場合など、広くやられるわけでありましたが、夜間、支援員が置けるだけの報酬が用意されていないわけでありまして。ですから、安心してグループホームとかケアホームを運営できないという実態があります。こんな現場の声も考えていただきたいと思います。

5番目に精神障害者の支援対策でありますけども、例えばJRに乗るとかいうこと。身体障害者であれば、手帳で割引があるのに、なぜ精神の方は自由に行動できないんでしょう。これはおかしいと思います。こういうことも関係者に働きかけを行っていただきたいと思います。

精神障害者が利用できる事業所を拡大して、社会復帰施設の新体系への移行、この辺は堂本知事が常に持論でおっしゃっていますけども、こうしたことも考えていただく必要があると思いますし、地域生活の支援事業について、これは国庫事業で補足的に市町村や都府県の裁量の幅の広い障害者支援の事業ができるようになっていきますけども、地域生活支援事業国家補助金、これは今年度も途中でどうもガソリンが切れるということになっているようでございまして、木倉部長にはぜひ予算を確保していただきたいと思うんですが、このたび補正予算を大型で組もうというんでしたら、この辺もしっかりと補正をしていただければありがたいと思いますが、この辺も毎年のようにその予算枠に不足を来して市町村や県が苦しんでおります。この辺も考えていただきたいと思います。

このほかにも、例えば障害者差別の法的支援とか、そういうことも必要だと思うんです。先般も別の養護学校の生徒さんが言っていましたけども、養護学校という言葉を出しただけで差別をされる世の中はおかしくないですか、こういうふうにおっしゃいます。私もそうだと思うんです。

やはり世の中の仕組みとして、障害者に対する目というもの、これに疑問を感じざるを得ません。千葉のように、それについて一定の条例の施策をとっているところもあります。鳥取県もそれを考えようかという検討も始まっていますが、本来は国全体で考えるべき施策ではないかと思います。

そのほか、就労支援として3点、福祉部門と労働部門の連携を強化してほしい、就労支援の人材育成を行ってほしい、発達障害者の就労支援を行ってほしいという点を示しております。

例えば、ハローワークでも障害者の就労支援を行う人、ハローワークで1人しかいません。できるわけがありません。ですから、何が起きているかといいますと、鳥取県の場合、鳥取県で支援員を雇って、その人たちが回って補充をしていくというのが実態です。これが労働行政なのかと思います。その辺も考えていただきたいと思います。

その他の障害者支援施策として、右側に書いてありますが、障害児のサービス体系、それから発達障害者の支援施策ということがあります。

例えば、児童デイサービスなんかもございます。先ほどと同じようなことがやはり人口希薄地域では起こります。10人をそろえれば児童デイサービスができます。しかし、10人そろえるのは結構大変です。少子化が進んでいる地域、過疎化が進んでいるところは少子化も進んでいます。子供を集めるのさえ大変なところで障害のある子供を10人そろえる。しかも、未就学児が7割以上いればこれだけの単価を出しますとなっております。2,000円も違うんですね。

その未就学児を10人中7人そろえるというのは無理です。むちゃなことを地方で強いるというのは私はおかしいと思います。

こういうことが障害者福祉についても地域間格差を生じるというところがありますから、制度に内在する問題ですので、手直しをしていただきたいと思います。

2枚目として、具体例を鳥取県の場合こうですよというのを示させていただきました。

時間になりましたので、ここで終わらせていただきます。後ほど、意見交換の中で補足があれば申し上げたいと思います。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。

鳥取県の実態をぜひおっしゃりたかっただろうと思いますが、割愛していただきまして、お礼を申し上げます。

引き続き、鈴木市長からお願いいたします。

○鈴木磐田市長

全国市長会の社会文教委員長を務めております磐田市長の鈴木望と申します。

都道府県と相当言いたいことがダブる面がありますので、なるべく簡単に言わせていただきたいなど。私のほうとしては、基礎自治体の立場から意見を言わせていただきたいというふうに思います。

障害者自立支援法の見直し等についてというペーパーに基づいて言わせていただきます。

まず、地域生活支援事業についてでありますけれども、地域生活支援事業にかかる予算、今、鳥取県知事のほうからご意見が出されましたけれども、これが予算措置であるということで、ぜひサービス利用者の公平性、継続性を確保するため、超過負担が生じないように、地域の実態を踏まえ、十分な予算額を確保していただきたいということでもあります。

ご承知のことでもありますけれども、市町村が実施主体となって行う地域生活支援事業に対しては、2分の1の補助率が定められております。しかし、予算補助であることから、実質的な補助率はこれよりも低くなっております。

地域生活支援事業を拡充すればするほど、市の負担が大きくなる、そういう現実であります。

これをほっておきますと、いわゆる財政力のある地域、市はどんどん厚くなる。そうじゃないところは薄くなるという地域におけるサービスに格差が生じるという点もあるわけでありまして、実態、私どもの磐田市を見てみましたら、平成19年度の国庫補助は45.2%の補助率ということで、2分の1は切っておりまして、どこが問題なんだということで、担当に聞いてみましたら、要するに、県が国庫補助金の配分調整を県で行う。県のほうで少ない補助金を何とか工面しなければいけないということで、比較的私どもの市は恵まれているので、その分、割を食っているんだということでありました。

ここら辺をぜひきちんとやってもらいたいということでもありますけれども、そういう中で、一つ、制度の確実な実施のために、地域生活支援事業のうち、5事業ほど必須事業ということになっているわけですが、これについては負担金制度というようなことにはできないかどうか。そこら辺を検討してもらえたらというふうに思っております。

2番目の施設整備に対する財政措置でありますけれども、障害者（児）の多様なニーズに適応した福祉施設の整備について、さらなる財政措置を講じていただきたいということでもあります。

特に、私どものところで、障害児支援につきましては、発達障害児支援法が17年4月1日から施行に伴いまして、発達障害児の支援が、いろいろと市民の方々から声高に、もう少し重要視しろというような声が出てきているというところでもあります。

そういった意味で、専門的な療育機能を持つ障害児通園施設や児童デイサービス施設の充実とともに、保育園等における障害児の受け入れの促進、また早期発見、早期療育の充実等について、ぜひご配慮いただければなというふうに思うわけでもあります。

施設の整備ということでありまして、施設入所者や精神障害者のうち、退院可能者の地域移行が計画をされているわけでありまして、地域での生活を支えるための一層の在宅サービスの充実強化が前提とされているわけですが、障害者の自己選択権が制限されることのないように、障害者施設の設備、運営に係る経費をぜひ充実をしていただきたい、そのように言わせていただきます。

次に、報酬の見直しについてであります。報酬についてはもう私があれこれ言うまでもございません。マスコミ等でもいろいろ指摘もされておりますように、ぜひ事業所の安定的な運営が確保されるよう、地域における利用者の公平性や利用実態を十分踏まえ、適切な内容となるように配慮をしていただきたいということでもあります。

施設、グループホーム等の事業者は報酬単価が低いため、大幅な減収による経営破綻が危惧されるなど、大変厳しい状況に置かれております。

また、居宅介護事業においても事業者からは、報酬単価が低く、ホームヘルパーが確保できないため、サービスが提供できないという声が上がっております。さらに、山間部の事業所では、サービスエリアが広域にわたり移動に時間がかかるため、現在の報酬単価では経営が成り立たないところも存在するわけでもあります。

その当然の帰結として、各事業所では、人件費削減等に対応しているために、福祉人材不足等を招くとともに、障害者に対するサービスの質の低下や安全性の確保が困難になるなど、地域移行を掲げる障害者自立支援法の趣旨に反し、基盤整備に大きな影響が出ている、このことを指摘せざるを得ないと思っております。

次に、足早で申しわけありません、自立支援法施行後、3年目の見直しということで、4点ほど掲げさせていただきました。

まず、今後の制度変更につきましては、地方の意見や実情を十分踏まえるとともに、国民の理解と信頼が得られるよう周知の徹底に必要な準備期間を十分に確保していただきたいということでもあります。

また、制度変更に伴う経費やシステムの改修経費等に対して、十分な財政措置を講じていただきたいということでもあります。

特に、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、国の責任において万全の財政措置を講じていただきたいということを強く訴えたいと思います。

これまでの福祉政策の見直しに共通する点としましては、制度設計から実施に至るまでの期間が非常に短い傾向にある。さらに、国からの情報提供、周知が大変に遅いということでもあります。このことによりまして、地方がしっかりと準備する期間が持てないために、制度の周知、対象者のご理解、そしてその延長線上にある実施に私ども大変苦慮しているところでもあります。

このことは、後期高齢者医療制度事業のときに顕著であったわけでありまして、障害者自立支援法も例外ではございません。円滑施行特別対策、2006年12月、緊急措置、2007年12月で、そのことについては私ども非常にありがたいという面もあるわけでありまして、

これらの対策措置等につきまして十分な準備期間がなかったことから、大変苦慮したところでございます。

このようなことが、結果的に国民に対し無用の混乱や不安を与えることとなりましたので、ぜひともよろしくお願ひしたいなというふうに思います。

また、障害者自立支援法は、他の福祉制度と同様、たび重なる制度変更等に伴い、地方はシステム改修や事務処理等に多大な労力と経費が費やされたわけでありまして、今後、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、国の責任において万全の財政措置を講じることを強く求めます。

これが大体、全国共通の市長会の意見ということではありますが、私もこの場に出させてもらうということで、職員を集めて、今何に一番問題意識を抱いているのかということヒアリングをしてみましたところ、この知事会の中で、障害程度区分認定に関わることでありますが、一部負担についてはほとんど問題がなくなったという認識です。

一方で、どの程度のサービスを提供していいのかわかるか、これが非常に人によって差がある。また、親御さんによって言い分に違いがあるということで、そこら辺に非常に苦慮しておる。

場合によっては、どんどんサービスの提供量が多くなって、行く行くは制度の崩壊につながっちゃうんじゃないのかなというような危惧感を覚えるというふうに言った職員もおりました。

そういうことで、私ども、障害程度区分5、6の方に対するサービスの提供ということについては、ケアマネジャーにケアプランをつくってもらって、それに基づいてどの程度のサービスを出すかというようなことを市単でやっております。ぜひ、利用者負担の問題と一つ対になる問題じゃないのかなと思うんですけども、ケアマネジメントの制度の中に組み入れるというようなことも検討してみたらどうかというのが1点私としては職員のほうから言われてまいりました。

また、私自身も実際ちょっと見て回ろうということで、磐田市に小規模作業所が7カ所あるわけですが、7カ所を全て訪問してみたわけですが、この障害者自立支援法の自立支援とか就労移行支援とかという法律の理念はよしとするものでありますけれども、改めて実態と実情の乖離を痛感せざるを得ないということでもあります。

実態は、私どもいろいろ行かせてもらいましたけれども、例えば、何々ちゃんはまだ来ていないよとか、来ても、どうも今日は余り作業をやる気がないから、隣の部屋で寝ているよとか、そんな感じなわけです。

ですから、作業所であっても、実態は障害者の居場所、指導員さんも障害者の心のケアというか、優しく励まし合って、ともに暮らしていこうと、そういう意味での指導員の役割は立派に果たされているわけですが、果たして就労移行支援だとか、効率的な作業の手順を教えるだとか、そういうことに適しているのかどうかという観点からすると、そういう感じは受けないということでもあります。

また、そういった小規模作業所とか、そういうもので親御さんが何を期待しているかというところ、そういうところで自分が年老いても、自分の子供がちゃんと地域の中で守られて暮らしていける、そういう将来に対する不安感の払拭みたいなものが大きいのではないのかなというふうに思うわけでありまして、自立支援法の趣旨やよし、理念はいいわけですがけれども、しかしながら実態とはこういうものですから、こういう実態を十分に配慮していただきながら、自立支援法の見直しというものをゆっくりと実態にちゃんと配慮しながらやっていくということが極めて重要じゃないのかなというふうに思った次第です。

以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

それでは、引き続きまして、山本町長のほうからよろしく願いいたします。

○山本添田町長

もう知事さんと市長さんが詳しくお話をしましたので、いつも町村は最後ですから、申し上げるところは全部前の方が話していただくものですから、ある意味では、損をしたり得をしたりするんです。

それで、私のほうは、そういうことを考えて、項目ごとに書いてありますことを提出しておりますから、もうああいう長たらしい話は私はいたしません。結論を先に申し上げます。

今のこの支援法は十分なものとは言えません。これは町村の立場から申し上げるんです。ですから、この子供のことなんです、それぞれの発展段階に応じた支援の必要性の判断とか、それから利用機関をどうするのかとか、それから虐待を受けている児童のそういう世帯の人たちへの対応など、現在の町村の体制ではそういうことはできません。町村のやるだけの力がありません。それを最初に申し上げておきますので、非常に難しいんです。難しいけれども、決められてありますから皆さん努力をしているところでございます。

また、専門的な知識を有している人材の確保、これがまた難しいんです。これはもうご承知のとおりだと思いますが、これらの問題は、どうこれから解決していくかということが大きな課題になっております。

ですから、これから町村の意見をよく聞いてください。こういうようなところで、代表が来て言ったから、町村の意見は十分聞きましたというのが委員会のいつもの在り方なんです。私はいつも委員会に自分が出ておるときに、そんなことで代表の意見を聞いたからそれでいいというふうに思ったことは一度もありません。ここが私は抜けている、言うならば、法制度をつくるときの大きな欠点になっていると思いますので、どうぞひとつ弱者は一体だれなのかというのを検討していただいて、弱者の意見を十分聞く、こういうやり方をさせていただければなど、そういうふうに思います。

嫌なことを最初に申し上げます。

それで、あと、差し上げておりますので、文書を見ていただければいいと思いますが、要するにどういうことが問題なのかということをおなりにまとめました。

結局、障害者に負担をさせることそのものが間違っていると思いますよ。だから、負担をなささいというのはいいかもしれませんが、それは当然そういうことを言いたくなることは分からないでもありませんけれども、障害者の人たちに負担をなささい、これをこの今の3年前につくった法律のときも、この負担はきちんと書いてあるんですね。だんだん変わってきて、ああでもない、こうでもなくて、少しそれが軽減されてまいったようですけども、障害者の人たちをああいう意味では、一般社会人と同じような生活をしていただかなきゃならんわけですから、それを負担しろということそのものが難しいと思うんです。

立ち上がってから、そしてその収入を得るということであって、後に負担をするということであればいいんですが、しかしこういう支援を行う間にその負担をしろというのは少し考え過ぎじゃないかなと、そういうふうに思いますんで、これらについてまず考えていただくことが1点目です。

それから、事業をやる、こういう障害者の皆さんでいろいろなことをやっていきますが、これらのことをやらなければならないのは十分わかっておりますが、その場合、この貧乏な、しかも小さな力しか持っておらない町村に負担をかけてまで実施をするというのは間違っていると思いますよ。

町村というのは、そんな、言い換えますと、満足し得るような事業をやれるだけの力はありません。あるところもありますよ。全体の1,000からあります町村の数の中で、それはそれだけの力のあるところもあります。これは全体の3割ぐらいいはあるんじゃないかと私はいつも思うんですけども、あとの7割強のそういう町村はその力がありません。

ですから、そういう町村に負担をかけるようなことで、事業費を持って、そしてやれというようなやり方はやめるべきだと思います。ぜひひとつそういう点については改正をしてください。お願いをしておきたいと思います。

それからもう一つは、施設がありますが、施設の職員が専門家でなければなりません。専門家がだんだん先細りで少なくなっているんですね。職員の確保というものを、これは町村がやるという、とてもそれはできるものではありません。

ですから、そこら辺りはどういうふうにしたら確保できるのか、あるいはどういうふうにして養成をしていくのかということなどを考えることが必要じゃないでしょうか。そういう点が抜けているような気が私にはしますんで、ぜひひとつ委員会のほうでご検討をお願いしたいと思います。

それから、次でございますが、この制度を見てもみると、確かにあれもこれもという中途半端なものばかりなんです。厚労省の人が来ておらんからいいようなものですけども、ほとんど抜けているんです。ですから、きちんとした制度、対策をつくることが必要じゃないですか。だから、中途半端なものでございまして、障害者のほうの人たちは決して満

足していないと思います。満足していないけれども、じつと我慢をしているというのが実態じゃないでしょうか。

ですから、満足されるようなそういう制度をつくる必要があるかと、そういうふうに思います。

その次でございますけども、町村は、先ほど申し上げたように、これには十分な対応をするだけの力がありません。もちろん私の町もできません。ですから、これを検討するときに、係が全部読んだんです。それで、聞いてみましたところが、いや、とても私どもではできませんと、こう言うんですね。そういう言い方をすることは、考えた上で言ったんだろうと私は思いますけれども、私にしてみると、何でそういうことを言うんだと言いたくなるんですけども、事情を聞いてみると、まさに彼らが言うような制度になっているんですね。

そして、やらなければ、ふるい落とすとしてきて、幾つかふるい落とされたもの、そういうものがございます。それらについてはどうしようとも、何とも決めていないわけです。だから、それは町村なら町村が拾って、それをやらなきゃならんということなんです。

ところが、さっき申し上げたとおり、それだけの、やるだけの技術者もいなければ専門家もいない。ですから、ふるい落とされてきたようなものは、それこそ専門家が一生懸命に努力をして解決をしていくことが大事じゃないでしょうか。それをやれるような仕組みになっていない。全部で106ぐらいあるんですね、施策を含めて。決め過ぎるんですよ。だから、これをまとめて簡略化をして、やれるようにすることこそ大事じゃないでしょうか。106もあって、じゃ何と何が何ですかと覚えろといったって覚えるだけでも時間がかかりますよ。その間やれないじゃないですか、職員が。自分が覚えていないですから、今私にやれと言うのと同じことなんです。

ですから、これを簡略化して、そして実効性の高い、そういう制度にすることが一番大事なことはないかと私は思います。

ですから、今日、私、せっかくこういう機会をいただきましたので、委員の先生方をお願いを申し上げますが、十分ひとつそれらを検討していただいて、小さな町村でも十分この施策ができるように考えていただくことが一番大事なことはないかと思います。

私の町でも120人くらいの障害者がいます。その120人のうち、さっき言ったように、全部全て同じように平等に取り扱うことができないんです、今の制度は。

ですから、それらを考えて、小さな町村でも十分こういう障害者の皆さんたちに手当てができるようなことを考えてやることこそ大事じゃないでしょうか。そういうふうに私は思いましたので、率直にそれを申し上げましたので、よろしくひとつご配慮をいただきますようお願いしたいと思います。

時間の関係で、私は、出している文章のことについては一切申し上げませんので、ダブったところもあるかもしれませんが、それは文章ですから、ぜひひとつ見ていただければと思いますので、ご了承いただいて、私の発言を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。

それぞれ行政のお立場からの発言でございました。委員の皆様方の中で、ご質問、ご意見等がありますならば。

福島委員、お願いいたします。

○福島委員

お3方のお話、いずれも私自身ももっともだなと思いつつ伺っていました。とても重いご意見、ご要望もあって、この部会でも重く受け止めるべきだと思います。

それで、1点確認させていただきたいことがありまして、鈴木市長にお伺いしたいんですが、作業所の実態についてのお話でございましたが、普通、就労への支援をやるとか、効率的な作業という目標を掲げても、実際、生きる場のような状態になっているというお話でございましたが、その発言の趣旨、市長としてはどうすればいいとお考えなのか、そこがちょっと分からなかったので、どういうニュアンスの発言なのか、補足いただければと思います。

○潮谷部会長

鈴木市長、よろしくお願いいたします。

○鈴木磐田市長

多分、小規模作業所の実態について、私、意見を言わせてもらったところじゃないのかなというふうに思うんですが、ひとつ例を出させてもらいまして、はっきり言いまして、一部負担の点等々、障害者が自立していくという一つの方向性、就業するというような方向性については、これはいいし、そういう方向でひとついくべきなんではと思うんですが、実態はどうなんだろうかということで実態を言わせてもらいました。

一事が万事、私はそうだと思うんですけど、やはり私ども、地域で親御さんの考え、心配、実態はどうなっているのかということを見ると、まずは地域で足りないところを支援、支援してあげて、ともに地域で仲よく暮らしていける。また、その見通しが親御さんのほうでも一つの確信として持っていけるような、そういったところが一番重要じゃないのかなと。そこら辺をきちんと対応していくというのが、まず地域で行政をつかさどっております私どもとしては重要じゃないのかなというふうに思うわけでありまして、その中で、理念等々、また方向性というものがうまく現実とマッチして進んでいければなど、そのように考えて言わせていただきました。

○潮谷部会長

福島委員、よろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございました。

ほかに。大濱委員、お願いいたします。

○大濱委員

お3方の、知事会の方、お話を聞きました。本当は、自立支援法の地域間格差、本当にこれ広がっているという実態が深く浮き彫りになっていると思うんです。逆にこれ自立支援法になって、本当にお金のある市町村、ない市町村、その格差が本当に広がっていると思います。

例えば、最後にお話しいただいた山本町長のところは、添田町の場合ですと、1万1,000人ぐらいしか人口がないわけで、そこに120人ぐらいの障害者がいるということになると、当然できないわけで、そこに地域生活支援事業、5事業全部やりなさいとか、そういうことになりますと、絶対これ予算足りないんです。

ですから、そこら辺の解決の方法を今後どうするか、恐らくこの中の重要な議題だと思います。

それからあと、鈴木市長の言われた、鈴木市長の場合は、磐田はヤマハがあるんですかね。若干ちょっと収入がいいのかと思うので、ある程度いろいろな事業が回せるんだと思いますが、その中でお聞きしたかったのは、障害程度区分6の場合に、ケアマネを導入して、その地域での生活をどうするかという居宅サービスについて、内容を決められると思うんですが、具体的にどのような形でケアマネを導入して、障害程度区分の6の人たちをどの程度の時間数、どの程度の対応になったかという具体的なことをお話しいただければありがたいんですが。

それで、私たちが今後の改善の仕方として考えているのは、これも提案しているんですが、やはり地域間格差が非常に大きくなったのを回避するためには、やはり基金とか何か別途のものを置いて、本当に小さな市町村に対しては国が全部責任を持つ、場合によっては10分の10を補助するんだというようなことがないと、これはもう小さな市町村は本当にやっていけないと思います。

やはりこの辺を今後この委員会の中できちんと議論していきたいというふうに思っていますので、特に山本町長並びに鈴木市長、またよろしくお願いいたします。

○潮谷部会長

それでは、鈴木市長、お願いいたします。

○鈴木磐田市長

まず、ケアマネの関係ですけれども、私どものところでは、障害程度区分の5と6の場

合、また、区分の基準値を超えて支給料を希望された場合には、ケアマネジャーによるケアプランの作成を必ず実施をさせてもらいまして、これはケアマネに1件1万円で試算をお願いしております。それをサービス提供時間の根拠資料として使わせてもらっていると、そういうやり方でやっているわけです。

こういうサービスが必要だというご本人ないし親御さんの気持ちというのに偽りはないとは思いますが、非常に主観的になりがちじゃないのかなという、また一部負担という一つの歯止めがある意味実質なくなってきましたので、これはそれにかわるものとしてきちんとしておかないと、全体としてどんどん費用が大きくなっていくということになると、制度そのものに、大げさな言い方ですけども、つながりかねないという危機感を現場が既に何となく覚えているということでもありますので、ご検討していただければと思います。これは知事会のところでも同じような趣旨でやっております。

あと、地域間格差という話でありますけれども、地域間格差、このまま予算補助という格好でもって、お金がないからできないというようなことで放置していきますとどんどん広がる、そういう危機感は私どもも持っております。磐田市の場合は、ヤマハ発動機、ブリジストンとかありまして、2兆5,000億ほど年間あるので、実態は非常に裕福な団体です。

でも、私どももところどころでも将来このまま同じようにどんどん膨らみ続けていっていいのかどうかという危機感は非常に持っておりますので、つけ加えさせていただきます。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

ほかに、どうぞ、小板委員、お願いいたします。

○小板委員

知事会の関係なんですけども、自立支援法が施行されてから、実際には様々な事務系統が市町村におりていったと思います。

県のほうではどうなっているかという、個々にはアンケート調査だとかという、そういうものとか、もちろんこれは研修はしなければいけないということで、そういったことからどんどん大きくなってきておりまして、実際には、例えば障害程度区分でいけば、専門家と言われている各種相談所、そういったところはほとんど機能していないという。

そういった意味でいくと、今のような市町村に対する事務というのを、これを何らかの形で受け持ちを変えていただかないと、これから難しいのではないかという感じがいたします。

特に児童の関係でいきますれば、障害児童なんていうのは、市町村にはほとんど言えないというか、二、三人だということがあるわけですが、これはやはり県のほうで統括をしていただくということも必要だろうというふうに思うわけです。

将来的な部分についても、やはりかなり大規模に集約をしていながらやっていかなければ

ればとてもできるものじゃないし、また専門的な分野を活用していただくという、そういうことが大切じゃないかなということですから、もう少し県と市町村との積み上げですか、そういったものを整理していただくといいのではないかなという感じがいたしますが、いかがでしょう。

○潮谷部会長

ただいまの、論点は論点として後の委員会でも論議をいたしますが、でき得ましたら基礎自治体と県との役割等々も含めて少しお話しくださいませと思います、実態的なものを踏まえて。

○平井鳥取県知事 今回、障害者自立支援法が導入されるのとあわせて、大幅におっしゃるように市町村に権限が移譲されました。私どもは、正直戸惑いがあります。

正直申し上げて、先ほど来議論がありますが、山本町長のところでは人材がない。ただ、県にはあります。ですから、何が起こっているかといいますと、まだ今、跛行的といえますか、まだら模様で移譲されているというのが現状ではないかと思えます。

現実問題、発達障害のお子さんたちを市町村が全部面倒を見るのは無理だと思います。そんなわけで、鳥取県の場合、県全体で、県の中部に発達障害のセンターをつくりまして、そこに人材を招致して、市町村の事務か県の事務かはともかく、我々のほうで受け入れるというようなこともやっています。

また、山間部の郡部では、市町村の保健師さんがいるとしても、それも限界がありますので、現実問題、私ども、福祉スタッフが事実上一緒になってやったりしています。これが特に地域人口が少ないところで、人材を集めにくい地域での実情だと思います。幅広くこういうことが認められると思うんです。

ですから、本来は、基礎的自治体という理念で、市町村が財政的窓口になるべきだという論はあると思うんですけども、現実に即して考えると、障害者の場合は、高齢者とか児童福祉サービスほど市町村のほうに人がいづらい、つまり対象者もないし、人材もないという状態でありますので、県との役割分担をこの際見直そうかというのは、私は議論に値するんだろうと思います。

その際、現実に即して、例えば障害といってもいろいろな形態、特に精神なんかは難しいです。ですから、町村の役場に来られてもらってはどうかというのは最初にはありませんでした。

そういうのを考えていただく余地が私は十分にあるだろうと思います。その中で、第一義的に福祉の現場としては、できるだけ住民に近いところにあるほうがいいだろうということで、市町村という立場を活用しながら、人材サービスの供給とかあるいはいろいろな観点で市町村と県で合同して事務組合をつくるだとか、私はいろいろなアイデアがあり得るのではないかと思いますので、審議会のほうでも、今、小坂さんがおっしゃった問題意

識を持って検討していただければと思います。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

小板委員、よろしゅうございますでしょうか。

ただいまの点については今後の論点の中で、委員の皆様方はそれぞれ深めていくことになろうかと思えます。

ほかにございませんでしょうか。

堂本委員、お願いいたします。

○堂本委員

私も、県の役割と市町村の役割、これが明確になっていないと思えます。

これははっきり申し上げておきたいことは、確かに基礎自治体で一番生活に近いところで福祉の問題は担うことが理想だと思います。そして、そこへ移行していくことが大事なんですけども、先ほどからご意見が出ていたように、制度が変革されて十分準備の時間もないままそれがおりてくるというようなときに、本当に市町村ではそれを受け応えられないような事態もあります。

一番大事なことは、余りにも市町村には、それじゃ力がないのかといたら、決してそうは思っていません。今回、合併をしていない市町村が、まだ人口3,000人とか7,000人あるいは1万人程度の市町村が全国にはありますけれども、そういった市町村で専門的な難しい相談なんかを受けることは確かに難しいんですけども、そういったプロセスの中で今どういうことが起きているかという、余りにも細かいことなど、一方で市町村を信用しない。そのため国が非常に細かいことを決めてしまう。県にも裁量権が十分でないし、市町村等にも十分に裁量権がない。

先ほどから鳥取の知事さんからもお話が出ていましたように、千葉にも過疎地があります。密集地もあるんです。両方ございます。そうしたときに、過疎地ではとてもじゃないけれども、10人、20人という人数のものができない。したがって、私たちは高齢者とそれから障害者と子供、そういったことで一緒にサービスをしたいということを何度も何度も厚生労働省にお願いしていますが、それは縦割りの制度の中で認めていただけない。

したがって、介護保険と障害のほうと、財政的なからくりが違うがゆえに、それをやっではいけないということなんですけれども、もう少しそれを県にも、それから市町村にも裁量権をいただければ、そのところはそれぞれの市町村に向けたやり方で行政サービスを設計することが可能だと思います。

余りにも制度がかっちりできていて、そして補助金の制度で国がどのぐらい、それからまだ県、市町村に下がっていくものもあれば、それから直接市町村に行くものもあるわけなんですけれども、そこで一番市町村が困っていることは、そういった裁量権がないことだと

いうふうに思います。

今度、この法律の見直しをするときには、ぜひそういった地域の裁量権、そして皆さんから出ている報酬の問題などでは、これではやっていけないというような施設あるいは地域移行、両方に関して財政的な負担を来そうというような経営の状況もございますけれども、そういった場合でも、もう少しそこに余裕を持たせてくだされば、そしてなおかつ裁量権もあれば、もっとその地域でもって伸び伸びとできると思うんですけれども、そこが難しいんだと思うんですが、その辺のところについてもできれば今日は市町村、町長さんがいらしているので、どのようなお考えかということも伺わせていただきたいと思います。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

今、堂本知事からそれぞれの知事あるいは市長、町長の立場から、裁量権の問題を含めて伺いたいということでございますが、一言ずつお願いいたします。

○平井鳥取県知事

鳥取でも今模索をしておりますのは、共生型、すなわち児童、障害、高齢者、ソウマモリガ設定、設置ができないかどうか、こういうようなことを考えておりますが、こうした裁量権のことをぜひ考えていただきたい。

また、あとそれぞれの施設に細かい施設基準がございます。私はやり過ぎだと思います。総体的に緩和をしていただいて、単に財政的な包括支援を国が行っていく形がいいと思います。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

では、鈴木市長、お願いいたします。

○鈴木磐田市長

裁量権については、当然そういう方向でもって拡大する方向でもってやっていくほうが私どもにとってはうれしいし、またうまく障害者行政もいくんじやないのかなというふうに思っております。

以上です。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

山本町長、何かございますでしょうか。

○山本添田町長

この裁量権は町村は無理じゃないですか。ですから、例えば障害児などは区分しているんですね。別々に分けているんですね。分けないで同じようにすれば、それは裁量権もやれるかもしれませんよ。しかし、今、区分が多過ぎますよ、これは。

だから、そういうものを整理した上で、そして裁量権はどうだと、こう言われると、町村側もやれるかもしれません。今の状況では、とてもそれは町村は無理だと思います。

それから、会長さん、ひとつ県がこういうのに入ってくれば一番いいですよ。日本国は一遍も入ったことがないんです。だから、高齢者医療保険でもお分かりでしょう。県は入っていないんですよ。県を入れなければうまくいかないよというのは何回も私も言いました。

けれども、結局最後は、県は抜いているんですね。それと同じですよ。県を入れましょうとだれかさつきご発言しておりましたけども、いいことを言っているなと思いましたが、恐らく実現不可能でしょう。そうしたら、どうしたらいいかということをもう一つこの委員会で検討することが必要じゃないでしょうか。要らんことだと思いますけども。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

安藤委員が先ほど手を挙げていらっしゃいましたので、安藤委員、ご発言ございますでしょうか。

○安藤委員

安藤です。

知事会の平井知事さんにお伺いしたいんですけど、知事会の意見は私たちの願いと基本的に一致しているわけなんだと思います。ただ、この見直し中で、2つの問題があると思うんです。

1つは、財源でいろいろ課題が出ていますけれど、財源をどう活用するかということですね。その辺は地方分権というような理論の中で市町村に権限を与えていますね。私たちの就労とか、いろいろな問題を、そのような問題は、地方分権の中で、市町村で決めることだと言われているわけですね。

したがって、知事会としてこのような問題について、実務レベルではなくて、政治的な判断や行動が必要ではないかと思うんです。

障害者としての財源をどう確保していくか、知事会としても非常に大事な課題だと思うんですけどね。

以前の知事会は、戦う知事会と言われていましたけど、最近は戦わない知事会になってしまった感じがあるんですけど、そのところはわからないし、地方分権自体も知事会にとってどう判断していくのか。この自立支援法を根本的に見直し中で、知事会としての役

割というか方向というものは基本的に持つ必要があるのではないかと思うんですけど、いかがでしょうか。ちょっと難しい質問になりましたけど、よろしく願います。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

制度設計と財源負担という1点についてお答えいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○平井鳥取県知事

これについて、財源については、私ども、十分必要な額を確保すべきだということ。また、障害者自立支援の仕組みについていろいろと問題があるということもこれまでも厚生労働大臣に直接何度も申し入れをしたり、協議の場もつくってもらったりしております。そういう意味では戦いは続けていこうと考えております。

あと、実際の権限関係について、市町村との役割分担、先ほど来議論がありますが、これはよく私は率直にこれから実情に応じた議論が必要ではないかと思えます。

知事会がその障害者福祉について市町村に移すべきだと主張したことは私は恐らくないと思えます。むしろ国のほうの方針として、福祉は市町村だという固定観念があって移ってきたのではないかと思えますが、現実問題としては、障害者行政だとか、あるいは支援の仕組みについて、専門的なスタッフを市町村という小さな単位で集めることが可能かどうか、私は個人的には疑問があります。

ですから、私のイメージは、鳥取県だったら県と市町村で一緒に事務組合をつくってやるかというような思いがあったんですが、そういうような仕組みづくりが今後は議論の対象になってもいいのではないかと思えます。

例えば、聾啞者の皆さんの場合だと、地域に移行するんだということを言います。そうしたら、じゃその際に手話通訳をどうやって確保するのか。これを小さな町や村で頑張れと言ったって私は無理だと思えます。ある程度広域性がないとできないと思えます。

そこに財源的な支援、今ここは欠けていると思えます。この部分をきちんと手当てをすることが本当の意味の障害者行政だと思えます。

県だ、市町村だ、国だということではなくて、障害者の視点に立った制度設計が必要だと思えます。

○潮谷部会長

ありがとうございました。

最後に、広田委員がどうしてもということでございますから、よろしくお願いいたします。

○広田委員

すみません。簡単なことです。知事さん、文章を読んでいきまして、程度区分のところに精神の特性を反映する項目を入れるということでありありがとうございます。

それから、5番目の身体障害者、知的障害者の労働の支援となるよう、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の割引などとおっしゃったんですけど、これというのは、JRの場合は、100キロ以上が半額で、あとはいわゆる1級が介添人がいたら2人で1人ということをご存じで入れていらっしゃるのか、例えば横浜市とかいろいろな、地方自治体がお金を出して、交通のパスを出しているんですけど、そういう。地方自治体の負担を含めて考えていらっしゃるのか。

○潮谷部会長

お願いいたします。

○平井鳥取県知事

スローガンとして、障害者自立支援法、3障害一体といいますけども、一体になっていないじゃないかということを行っているんです。本当に一体ということのスローガンとして掲げるのであれば、こうした民間による支援のことも呼びかけて統一するのではないかという趣旨です。

○広田委員

そういうスローガンが危ないんですよ。

精神障害者はうれしいんですけど、今、町長さんにしろ、市長さんにしろ、お金がないと言っているわけじゃないですか。だから、お金が100あるならば100の中で使い分けなきゃなんないんですけど、200も300も必要な話がいっぱい今日出ているわけですよ。

こういうスローガンがどういうところにお金を重点的に使うかということで、私もかつて国土交通省にJRのことを話しに行ったことありますけど、今振り返ってみると、100キロ以上半額といったって、100キロ以上そんなに行く精神障害者はいないしという感じで、最近は行かなくなっているんですが、スローガンは怖いこともありますので、中身をよく知ってからやっていただきたいと思います。

○潮谷部会長

ありがとうございます。

今日は、行政三団体のほうから現状を踏まえたご意見をちょうだいいたしました。時間もまいりましたし、このあたりで本日の会議を終了させていただきたいと思います。これまで3回ヒアリングを実施いたしました。それぞれの会で論点が出てまいりましたので、事務局のほうでは、論点を整理していただき、次回から、委員の方々とともにその論点に

対しての論議を深めてまいりたいと、このように考えておりますので、事務局、よろしくお願いいたします。

また、次回の部会の日程等について、事務局のほうからお話がございますならば、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ありがとうございました。

ただいまお話がありましたとおり、これまでのいろいろな議論あるいは団体からのいろいろなご意見を踏まえまして、少し整理をしていって、いろいろな議論をこれからもお願いしたいと思っております。

次回でございますが、第38回でございます。9月10日水曜日2時からという予定でございます。

正式には追って場所等を含めましてきちんとご連絡いたしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

あと、先ほど山本町長のご発言の関係で、少し資料を改めて別途お配りをしてほしいというお話がございましたので、配布をしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○潮谷部会長

資料配布は今日ということですか。それとも後日、委員会の中で。

○蒲原企画課長

後日、きちんとコピーをして送付をしたいというふうに思っております。よろしくお願いいたします。

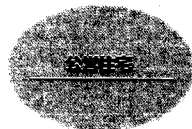
○潮谷部会長、

それでは、皆様、お疲れでございました。

ありがとうございました。

(了)

住宅セーフティネットの機能向上



公営住宅

地域優良賃貸住宅

入居の円滑化のための仕組みの整備

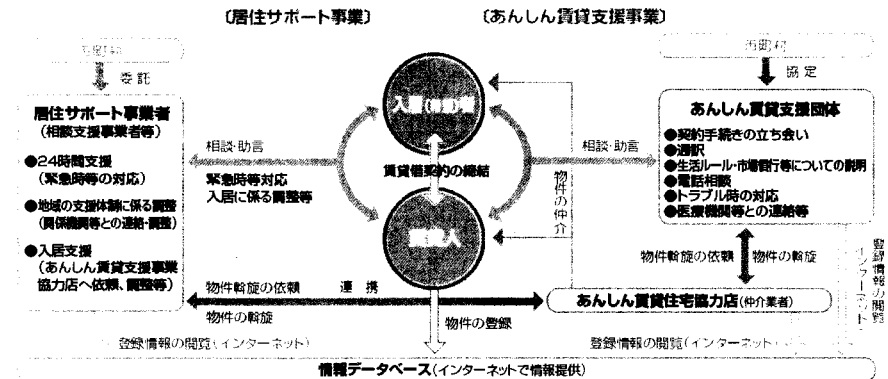
あんしん賃貸支援事業
 地方公共団体、NPO・社会福祉法人、不動産関係事業者等が連携し、高齢者、障害者、外国人、子育て世帯の入居を受け入れることとする民間賃貸住宅等の登録や居住に関する各種サポートを行うことにより、高齢者等に対する重層的かつ柔軟な住宅セーフティネットの構築を目指します。

厚生労働省による「居住サポート事業」との連携 ～ 障害者の賃貸住宅への入居支援 ～

障害者自立支援法が目指す障害者の地域生活移行の推進を実現するためには居住の場を確保することが重要であり、賃貸住宅への入居を支援する観点から、厚生労働省において地域生活支援事業の一環として「住宅入居等支援事業（居住サポート事業）」を推進しています。なお、障害者の民間賃貸住宅への入居の円滑化を図るためには、各自治体・地域における福祉部門と住宅部門が連携して、居住サポート事業とあんしん賃貸支援事業を推進することが不可欠と考えられます。

「居住サポート事業」と「あんしん賃貸支援事業」の連携のあり方(例)

- ①あんしん賃貸住宅の登録促進及び情報の提供等については、あんしん賃貸支援事業の協力店(仲介業者)が行う。【住宅部門が担当】
- ②障害者の居住支援(緊急時等の対応、地域の支援体制に係る調整等)については、居住サポート事業者(相談支援事業者等)が行う。【福祉部門が担当】(地域において公的保証人制度が有る場合には、必要に応じてその利用支援を行う。)
- ③入居時の支援(入居に係る調整、契約時の立ち会いその他相談・助言等)は、必要に応じて協力店と居住サポート事業者が連携して行う。【連携】



これは視覚障害者の方への配慮として、音声で情報提供するためのSPコードです。SPコードは、見聞録取機により記録されている情報を音声で聞くことができます。

国土交通省

住宅局住宅総合整備課
 TEL 03-5253-8111

厚生労働省

雇用均等・児童家庭局総務課
 社会・援護局障害者保健福祉部障害福祉課
 老健局振興課
 TEL 03-5253-1111



国土交通省
 厚生労働省

「借りたいのに借りられない…」をサポートします。
 高齢者、障害者、外国人、子育て世帯の居住ニーズに対応し、民間賃貸住宅ストックを有効活用することにより、よりスムーズな入居を、より安定した住生活を応援します

あんしん賃貸支援事業は、民間賃貸住宅の市場において、高齢者、障害者、外国人及び子育て世帯の入居を受け入れることとする民間賃貸住宅に関する情報などを提供するとともに、様々な居住支援サービスの提供を促すことにより、高齢者等の居住の安定確保と安心できる賃貸借関係の構築を目的とし、国土交通省において実施する事業です。

高齢者等の入居をサポートする仲介事業者として都道府県に登録された不動産店

あんしん賃貸住宅協力店

あんしん賃貸住宅の登録促進や仲介等を通じて高齢者等の円滑な入居に関する助言等を行う協力店に関する情報(名称・住所・連絡先等)



居住支援に関する情報

市町村の住宅部局・福祉部局 など

市町村が自ら行う居住支援施策(活動)に関する情報等(居住サポート事業など)



【対象】

高齢者世帯、障害者世帯、外国人世帯、子育て世帯であって、家賃等を適正に支払い、地域社会の中で自立した日常生活を営むことができる方(居住支援を受けることによって自立することが可能となる方を含む。)



協定など



高齢者等の入居を受け入れることとして都道府県に登録された賃貸住宅

あんしん賃貸住宅

賃貸住宅に関する情報(賃貸住宅の所在地・戸数・家賃・規模・構造・増数・リニアフルー状況等)



入居の円滑化及び居住の安定確保を支援することとして都道府県に登録された団体

あんしん賃貸支援団体

社会福祉法人、NPO法人等があんしん賃貸住宅への入居(希望)者等に対して行う、各種の居住支援サービスに関する情報(団体名・支援内容・対象エリア等)

登録機関(都道府県)

あんしん賃貸住宅/あんしん賃貸住宅協力店/あんしん賃貸支援団体の登録情報については、都道府県が登録簿を閲覧に供するとともに、ホームページにより情報提供します。

あんしん賃貸住宅の情報はこちらから…

<http://www.anshin-chintai.jp/>

(財)高齢者住宅財団 TEL 03-3206-6437

高齢者等の民間賃貸住宅への円滑な入居を促進し、安心できる賃貸借関係の構築を実現するため、居住に関する各種サポートの提供を促します。

入居前の支援

■ 契約手続きの立ち会い



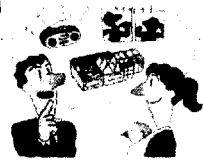
賃貸借契約の立会い及び介添えを行い、トラブルを未然に防止します。

■ 通訳派遣



言葉や生活習慣の違いによる不安や心配を解消し、トラブルを未然に防止します。

■ 生活ルール等の説明



集合住宅の住まい方や近隣の配慮事項など生活ルール等の説明により、トラブルを未然に防止します。

■ 市場慣行についての説明



複雑な市場慣行(一時金の性格など)を事前にきちんと理解してもらうことにより、退去時等のトラブルを未然に防止します。

入居後の支援

■ 電話相談



借主、貸主のいずれかが困っているときに、電話での相談に応じ、不安や悩みの解消を図ります。

■ トラブル時の対応



トラブルが生じた際に、対応の手助けをして迅速かつ確実な解決を図ります。

■ 見守り・医療機関との連携



電話等による安否確認や、服薬に係る相談対応などを行うとともに、必要に応じて医療機関に連絡等を行い、事故等を未然に防止します。

■ 緊急時の対応



入居者が事故、死亡等に至った際の関係行政機関、連帯保証人、緊急連絡先等への連絡、相談等をサポートします。



◇地域により支援メニューは異なります。(地域ごとの支援メニューは「あんしん賃貸住宅」のホームページに掲載されています。なお、支援サービスには有料のものがあります。) 「あんしん賃貸住宅への」入居に際しては、通常の入居審査を経る必要があります。

平成20年9月24日

社会保障審議会 障害者部会
部会長 潮谷 義子 様

社団法人全国脊髓損傷者連合会
副理事長 大濱 眞

障害者自立支援法の報酬・基準改定にあたって

障害者自立支援法の法改正および報酬改定等にあたっては、重度障害者等の地域生活を支援する観点から、訪問系サービス等について、サービス支給量とサービス提供の基盤整備の両面について、改善に向けた取り組みが必要だと考えます。

1. 訪問系サービスの支給量について

- (1) 市町村が「必要な人に必要なサービスを」という法の理念に則って適切な支給決定が行えるように、国庫負担基準の廃止によって、市町村が支弁した費用の全額を国庫負担の対象とする必要があります。

⇒平成20年7月15日提出の当会資料のp.p.7-17

- (2) 25%負担が重く押し掛かってしまう小規模市町村等に対して国が直接財政支援を行うことについて、検討が必要だと考えます。

⇒平成16年10月12日「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案について）」における調整交付金構想（都道府県経由での財政調整）

- (3) ケアホームの身体障害者への対象拡大については慎重な検討が不可欠であると考えます。

⇒平成20年7月15日提出の当会資料のp.18

2. 訪問系サービスの提供基盤の整備について

- (1) 重度訪問介護について、「支給決定を受けたのにサービスが利用できない」という問題を解決するために適切な報酬単価が不可欠です。

⇒平成20年7月15日提出の当会資料のp.p.4-6

- (2) 居宅介護について、ヘルパー3級の従事資格を今後も継続すべきだと考えます。

⇒ピアヘルパーの取り組み

【別添】

資料① 読売新聞 平成20年9月2日付朝刊

資料② 朝日新聞（大阪本社版） 平成20年9月18日付朝刊

資料③ 朝日新聞（大阪本社版） 平成20年9月19日付朝刊

低賃金ヘルパー足りぬ



それでも月に数日、夜間介助を受けられない日がある。持病のため急に意識が混濁したり、体温がうまく調節できなくなったりする恐れは絶えずある。ヘルパーがいらない夜は、死の恐怖におびえる。

市の福祉事務所にヘルパーを探してもらったこともあるが、30を超す事業所から断られ、紹介された事業所も条件が折り合わなかった。

「ヘルパー不足で生存権すら危うい状況だ」

背景にあるのは、障害者自立支援法の介護報酬の低さだ。特に、重度訪問介護サービスの事業者の間では、十分な賃金が払えないためヘルパーが集められないとの声が強まっている。

京都市障害福祉課課長である「ヘルパーを見つけてほしい」という利用者からの相談はこの1年、目立って増えてきた。斎藤泰樹・在宅福祉担当課長は「重度訪問介護の報酬は決して十分とは言えず、引き上げを国に求めている」と話す。

このデモの先頭には、赤い字で「過労死」と書かれたプラカードを手にした渡辺さん(22)の姿もあった。重度障害者の介助をするヘルパーの集まり「かりん燈々」万人の所得保障を目指す「介助者の会」(事務局・京都府)

利用者「生存権の危機」■事業所「現場もたない」

市(のメンパー)だ。低賃金と重労働に耐えられなくなったヘルパーが職場を去り、残った人は過重労働でつぶれていく。渡辺さんらはここ数年、悪循環に陥った事業所を身近に見てきた。

市内の事業所に責任者として勤める男性ヘルパー(28)は、デモに参加する予定だったがかなわなかった。変更のきかない介助予定があったからだ。

3月、同僚の20代女性がこの仕事を続けるのはきつい」と言い残し、看護師を目指すために退職した。7月、20代の男性職員が過労で入院した。

人手不足で代役がいらないため、体調が悪くても休めない。7月の労働時間は300時間を超えた。休日は月曜日だけ。しかも日曜は夜勤なので「明け休みにする。この1年、夏休みや正月休みを含め、連休を取った記憶はない」

求人をかけても最近は何い合わせられない。週に2、3人サービスの利用申し込みがあるが、人をやりくりできず、断らざるを得ない状態だ。

時給は1100円。支援法ができてから100円下がった。利用者宅の間を移動する交通費も足りず、7月は計約2万円を



若い介助者と一掃にデモ行進し、ヘルパーの待遇改善を訴える。◎さん(中央) 11月7日、京都市内

Bar chart showing the number of people with disabilities by income level. Categories include 24万円以上 (5.5%), 22~24万円未満 (3.4), 20~22万円未満 (12.3), 18~20万円未満 (23.6), 16~18万円未満 (30.0), 14~16万円未満 (17.8), 12~14万円未満 (5.1), 12万円未満 (2.4).

過労死水準超す人16.6%

800を超す団体でつくる「障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動実行委員会」(かりん燈々)は今年、障害者を介助するヘルパー約800人にアンケートした。それによると月給制で働くヘルパーの基本給は平均18万円。1カ月分以上のボーナスありは15.5%、昇給ありは11.5%にとどまった。一方、月の平均労働時間(正職員)は194.7時間。過労死

ラインの水準(月80時間の残業)を超すと考えられる「月240時間以上」の人が16.6%いた。実行委員会(これとは別に07年秋、人材確保をテーマに事業者にアンケートし、全国の事業者から回答を得た。それによると、「週3カ月ヘルパー不足のために新規利用者を断らざるを得なかった」と答えた事業所が4分の3に達した。

こうした現状を踏まえ、障害者自立支援法の見直しに関する与党の報告書(07年12月)には、人材確保と事業者の経営安定の観点から、09年4月に報酬を改定することが盛り込まれた。介護の担い手不足は高齢者の分野でも深刻さを増し、社会保障の根底を揺るがす問題となっている。「介護従事者処遇改善法」が5月に国会で成立したが、具体策はまだ見えない。福祉現場の崩壊を食い止めるために、技術的な対策を急ぐ必要がある。

重度訪問介護 長時間の支援が必要な障害者に、身体介護、家事援助、移動支援などを一体的に提供する障害者自立支援法のサービス。全国で約7千人(07年12月)が利用する。障害の程度や移動介護の時間に応じて加算がある。支援法以前の「支援報酬制度」時代は、ほぼ同様の支援を「日常生活支援」と「移動介護」のサービスの組み合わせで提供していた。NPO法人「中部障害者解放センター」(大阪市)の石田義典事務局長は「多くの事業所は自立支援法になってから1割以上の減収となっている」と指摘する。

「自腹」で出した。残業代は一部未払い。妻の手取りは月約25万円にとどまる。この事業所では支援法が施行された06年、介助1時間あたり平均収入が06年比で約5%、04年比で約12%下がった。いま報酬全体の9割を人件費にあてており、これ以上の時給引き上げは厳しい。「もう現場はもたない。何とか報酬を引き上げてほしい」

かりん燈々の渡辺さんは「このままではヘルパーの過労死や重度障害者の死亡事故が起きる」と警鐘を鳴らす。

※引用者注① 記事文中の◎さんについてはご本人との連絡が間に合わなかったため氏名を伏せた。注② 記事文中の「重度訪問介護の報酬引き上げを国に要望」とは、大都市の心身障害者(児)福祉主管課長会議等によるものを指す。注③ 写真はライセンスの関係で転載してはいない。

地域で暮らしたいのに



水分を控えて脱水症状になったこともある。緊急時に電話する手だてもない。「命の危険を感じる一日々だ」。

市は支援法施行後、厚生労働省の説明に基づいて「支給決定基準」を作り、介護の必要時間を決めていた。市の重度訪問介護の基本時間は、石田さんのように最も重度の重い障害があった一人暮らしの場合、20.6時間。これに本人の身体状況などを考慮して15〜50%の加算がある。それでも本人の希望を大きく下回る場合は、「非定額」として本人に必要なサービス量を算定し、市の審査会の意見を聞いて決める。「非定額」の石田さんは「私には24時間介護が必要だ。他人の手を借りて自分の意思を実現し、人生をつくるのも自立。障害者が地域で生きる道を閉ざさないで」と話す。

今年6月、24時間介護に必要な月744時間の支給を求め、市を相手取り和歌山地裁に提訴した。月10.1時間減らされた点について、「合理的な理由は見いだせない」と市の決定に疑問を投げかける。

これに対して市は「一人暮らしにも十分償い、特別に考慮する必要がなくなると判断し、夜間の基本時間を3時間減らした。生命の危険が切迫して

差に支援する所住 ■ 削減突然 介護の頼み

いる状態ではないので、24時間の介護を要する状態を認めない」と反論している。

埼玉県川口市。市が定めた移動支援サービスの要綱に対して、障害者団体から「制限が多すぎて使えない」と見直しを求める声があがっている。

要綱によると、利用が認められるのは、公的機関や病院など

に行く時、文化教室活動に参加する時など。サービスが使えない項目も明記された。例えば次のような制限に批判がある。

「遊園地への参入」

「入場料、入館料を支払う建物内で活動するとき」

市障害福祉課は「遊園地やスポーツセンターなど風俗などを限定したもので、通常の余暇活動は認められている」と説明する。しかし「窓口で『遊び目的は認められない』と批判する。

一方、同じ県内でも、さいたま市の要綱はすいぶん違う。生活に不可欠な外出に加え、シヤア、外食、スポーツ観戦なども社会参加のため認めると明記。さらに代車や仮食、食車、トイレ介助、移動先での活動支援も付随行為として認める。

自治体によって、これほどの違いがあるのはなぜか。移動支援は、市町村が実施する「地域生活支援事業」とされ、サービス範囲などが自治体任せとされたから。厚生労働省は「地域の実情に応じて各自治体の判断でよい」としている。「障害者生活支援課」と説明する。

自治体の考え方や財政事情で社会参加の範囲が左右されるのはおかしいという声は強い。

この連載は森本美紀、清川卓史、向井大輔が担当しました。



ヘルパーの男性(左)にストローで飲み物を飲ませてもらう石田雅俊さん(右)和歌山市内

「サービス実費半額 国は負担を」

「重度障害者の地域生活に欠か

<p>市町村がホームヘルプの給付費を支出したとき、それを超えた分は国と都道府県から負担金が受けられなくなるライン</p>	
<p>超過分は市町村が全額負担</p>	<p>市町村 超過超過額 ×100%</p>
<p>市町村 給付費×25%</p>	<p>国庫負担基準 ×25%</p>
<p>都道府県 給付費×25%</p>	<p>都道府県 国庫負担基準 ×25%</p>
<p>国 給付費×50%</p>	<p>国 国庫負担基準 ×50%</p>

※(社)全国障害児福祉推進協議会の資料から

せない介護サービスの枯渇が自立の、自治体間格差も大きくなってきている(DPI)障害者インテリナショナル(日本会議)の尾上博一事務局長は危機感を募らせる。その要因として挙げるのが、障害者自立支援法独自の財政ルールだ。

支援法は、重度訪問介護などのホームヘルプのサービス費用を国が2分の1、都道府県と市町村がそれぞれ4分の1負担することを義務づけた。だが、国や都道府県が負担するのは、国が決めた国庫

負担基準額の範囲内。つまり、市町村が決定したサービス量の費用が基準額を越えると、超過分は市町村の持ち出しになる(図)。

厚生労働省は、国の基準が支給量の上限にならないよう自治体に周知しているが、自治体からは「国が十分な負担をしないのでは厳しく」との本音もあがる。

尾上事務局長は「国は、実際にかかる費用の2分の1を基準額に関係なく、負担すべきだ。福祉サービスを支えさせる自治体は赤字になるのでは」「施設から地域へ」といって障害者の自立は進まな

「①地域での生活の支援」に関する意見

平成20年9月24日

社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国社会就労センター協議会

(1) 地域移行を進めるための議論の前提

- ・ 地域移行を更に進めていくとともに、できるだけ地域生活を継続できるようにするためには、まず先に地域生活が可能となる生計手段の確保（所得保障）の議論が必要であり、少なくとも与党PT報告書で示されている「障害基礎年金の引上げ」「住宅手当の創設」の早期実現に向けた議論が不可欠である。

(2) 身体障害者の入所施設からの地域移行の受け皿となる「住まいの場」の実状

① ケアホーム・グループホーム

- ・ 現時点において身体障害者のケアホーム・グループホームの利用が認められていないため、入所施設からの地域移行の受け皿となる住まいの場における身体障害者の選択の幅が狭められている実状がある。障害者自立支援法の3障害一元化の理念に立ち返り、共同生活方式（共同生活の場）を希望する者については、身体障害者のケアホーム・グループホーム利用を認めていくことが必要である。

② 福祉ホーム

- ・ 地域における障害者の個人生活の場として福祉ホーム事業の制度があり、身体障害者の入所施設からの地域移行の受け皿としての利用も可能であるが、地域生活支援事業（市町村事業）の位置付けとなり、地域間格差（補助単価、ヘルパー利用の可否など）の問題や、市町村の判断で福祉ホーム事業を新たに予算化しない（設置しない）ところが多く見られ、現在設置されている市町村についても来年度以降の事業予算が保障されない不安定な状況にあるのが実状である。
- ・ 管理人の常駐、緊急コールの設置など、緊急の対応等がないと不安を抱える人も多く、身体障害者の入所施設からの地域移行の受け皿となる住まいの場（個人生活の場）の確保のため、福祉ホーム事業を再編し、自立支援給付の事業として位置付ける必要がある。

※ 福祉ホームの設置数 - 380カ所（うち身体71カ所）[H18 社会福祉施設等調査報告]
※ 福祉ホームが未設置の市区町村の割合 - 85.4% [平成18年度セルフ協調査より]

③ 公営住宅・民間アパート

- ・ 入所施設からの地域移行の受け皿としての身体障害者の公営住宅への入居に際して、緊急の対応等がないと不安を抱える人が多いのが実状。
- ・ 障害者世帯等が入居可能な民間賃貸住宅に係る情報を提供する「あんしん賃貸支援制度」を進めているが、現時点ではその普及が不十分である。迅速な促進方策が不可欠である。

※ 平成20年度実施都道府県数 - 12都道府県

※ 紹介住宅件数 - 103件（H20.9.19時点）

→ 岩手県（28件）、宮城県（9件）、東京都（3件）、神奈川県（5件）、京都府（1件）、大阪府（42件）、兵庫県（11件）、奈良県（0件）、広島県（2件）、福岡県（1件）、佐賀県（0件）、鹿児島県（1件）

(3) セルフ協からの提案

①ケアホームとグループホーム・福祉ホームの統合（地域生活ホーム）と三障害共通利用

- ・ ケアホームとグループホーム・福祉ホームを統合（名称：「地域生活ホーム」）し、地域における共同生活・個人生活の場として明確に位置付けること。
- ・ 身体障害者の「地域生活ホーム」の利用を認め（三障害共通利用）、安心して共同生活・個人生活ができる「住まいの場」を地域の中に確保すること。

※グループホーム・ケアホームと福祉ホーム、セルフ協提案「地域生活ホーム」との比較

	グループホーム／ケアホーム	福祉ホーム	「地域生活ホーム」
役 割	地域における障害者の共同生活の場	地域における障害者の個人生活の場	<ul style="list-style-type: none"> ●共同生活タイプ → 地域における障害者の共同生活の場 ●個人生活タイプ → 地域における障害者の個人生活の場
給付体系	自立支援給付	地域生活支援事業	自立支援給付
利用対象	知的・精神	身体・知的・精神	身体・知的・精神
利用人数 ※H18 社会福祉施設等調査報告	知的：2.0 万人 精神：0.5 万人	身体：0.1 万人 知的：0.1 万人 精神：0.3 万人	※GH／CHと福祉ホームを統合
国庫補助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 運営費補助 ・ 敷金・礼金の助成 ・ 整備費の助成 	・ 統合補助金	※GH／CHと同様

(参考) 障害種別ごとの旧入所施設・施設入所支援の利用状況（20年6月国保連合データ速報値）

	旧入所施設	施設入所支援
身体障害者	32,878 人	10,127 人
知的障害者	83,995 人	15,922 人
精神障害者	64 人	152 人

②福祉人材および良質な福祉サービスの確保（報酬水準の抜本的改善）

- ・ セルフ協提案「地域生活ホーム」の職員配置について、少なくとも世話人 4：1 以上の水準を福祉人材難の実態の中、確保できる報酬単価の抜本的改善を図るとともに、生活支援員の配置や夜間に職員を配置した場合には加算すること。

(4) 「住まいの場」等社会福祉事業の設置促進に向けた施策の充実強化

- ① 都市計画法改正（平成 19 年 11 月 30 日施行、第 34 条第 1 号等）により、市街化調整区域における社会福祉施設の開発許可について、都道府県によって極めて厳しい取り扱いは行われている実態が会員施設から寄せられている。設置促進に向けた配慮をいただきたい。
- ② 租税特別措置法による譲渡所得に係る 5 千万円の特別控除の対象は、土地収用法により限定されているが、ほぼ第 1 種社会福祉事業が対象であり、第 2 種社会福祉事業である障害福祉サービスは対象とされていない。見直しが不可欠である。

障害者自立支援法の見直しに向けての地方からの提言④

平成 20 年 9 月 2 4 日
千葉県知事 堂本 暁子

1. 地域移行の促進

(1) 地域移行を進める施策と課題

(地域移行を支えるコーディネート機能について)

○入所・入院中の段階から、退所・退院に向けた相談支援や計画的な支援についての調整を行っていく機能を、施設外・院外に位置付けていくことも重要であるが、実態を踏まえると、施設や病院に退所や退院についての積極的な意識を持ってもらうことも併せて進めることが必要。

○多くの精神科病院においては、病棟内の医療スタッフは院内におけるケアに熱心であるものの、院外との交流は少なく、退院後の生活をイメージすることが困難な状況にある。(退院に向けた動きは、日頃から病院内で外との交流があるP SW等のソーシャルワーカーからもたらされる場合が多い。)

○このため、具体的な退院促進を進めるアプローチに併せて、もう少しソフトな形で、病棟内の医療スタッフが、病院外での生活をイメージできるような仕組みを検討することが必要ではないか。

*千葉県では、病院訪問事業として、実際に退院した精神障害の当事者や関係したスタッフが病院を訪問して交流する事業を実施しているが、入院している患者への動機付けもさることながら、病棟内のスタッフに対する影響も大きいものがあった。

○入所施設においては、現在、地域移行に熱心に取り組んでいる施設の多くは、自らグループホームやケアホームを行っているところが多く(千葉県では約半数のグループホーム等が母体は入所施設を運営する法人である。)、このような施設においては、施設外からの地域移行に向けた支援というよりは、むしろ自ら運営するグループホーム等へのバックアップ機能の強化に対するニーズの方が強い。

○また、このような施設では、地域移行に向けたノウハウや調整機能（特に家族との調整においては、長年の関係を構築している施設職員でないと困難な場合が多い。）も有している場合が多いため、施設外からコーディネーターが支援に入るといった形は実態としては想定しにくいものがある。

○このため、施設の外から地域移行に向けたコーディネート支援という形は、在るべき形としては、一定程度理解できるところはあるものの、実態を踏まえて、対象となる施設がどのような施設なのか、どのような役割を果たすのか、そのような仕組みが地域移行に向けて最も有効な仕組みなのかなどの整理を行うことが必要である。

*千葉県では、上記のような実態を踏まえ、入所施設に対してグループホーム等の整備を促すとともに、モデル事業として、複数の施設に、地域移行に向けた施設内でのノウハウや行うべき事項をまとめて施設に広める事業を展開している。

（宿泊等の体験について）

○施設や病院に入所・入院している間において、体験的にグループホーム等に入居することができる仕組みは、利用者本人への動機付けや、施設・病院の職員、利用者の家族に地域での生活のイメージを持ってもらう一助とするためにも進めていくことが必要。（実際に、地域移行を進めている施設側からのニーズも大きいものがある。）

○その際には、地域での生活は、『居住』は最も大切な機能ではあるものの、併せて日中活動も大切な要素であり、地域での生活をトータルに体験できるような仕組みを検討することが必要ではないか。

○なお、グループホーム等への体験利用の仕組みは、在宅に家族と同居し、将来不安から入所施設への入所を希望している者や家族に対しても活用していくことが必要であると考えられるが、その場合には、本人や家族に寄り添う形での相談支援があることが前提になると考えられる。

*千葉県では、入所者・入院者あるいは在宅にいる者が、体験的にグループホームやケアホームを利用した場合に助成を行う事業を実施しているが、その際、日中活動を利用した場合にも併せて助成している。（県内のグループホーム等は、平均すると、約1割の居室が常に空室の状況にあるため、当該事業については、こうしたグループホーム等の空室を利用する形で実施している。）

（2）地域移行における入所施設の役割

○入所施設からの地域移行を進めることは重要であるが、併せて地域生活の中での入所施設の果たすべき役割について明確化し、積極的に評価していくことも検討することが必要であり、このことがまた地域移行を進めることにつながるものと考えられる。

○実態を踏まえると、

- ①典型的には強度行動障害者のように、常時（24時間）の支援が必要であると考えられる者への支援を行う機能（ややロングタームでの支援）、
- ②緊急一時的により専門的な支援が必要となった者への対応など、グループホーム等に入居する者へのバックアップ機能（ややショートタームでの支援）

を果たしていくことは必要であると考えられるため、これらの機能を発揮するという視点での仕組みづくりを検討することが必要である。

○①については、強度行動障害をはじめとして、個別性が非常に強い障害特性への対応が必要となるため、既に支援の実績のある施設等からのヒヤリングを実施するなど、その支援の在り方について検証を行った上で、それを踏まえた人員配置等を検討することが必要ではないか。

○その際、（支援の在り方とも関係するものの）、やや長期間にわたる入所施設での支援が必要となることから、入所者ができる限り家庭に近い環境で支援を受けられるように、ハード面での対応も検討することが必要である。

○また、24時間にわたる支援という機能に着目した場合に、現行の昼夜分離の仕組みが適切なのかどうかについても再考することが必要ではないか。（実態を踏まえると、入所施設の役割や機能が逆に不明確になっている感が否めない。）

○②については、ショートステイの機能を高めていくことが必要であると考えられるが、実態は、多くの施設が施設への入所待機者で満床状況であり、本来のショートステイの役割を果たすことが困難な状況がある。（ショートステイについては後述）

○また、入所施設の母体法人がグループホーム等を運営している場合は多いが、複数のグループホーム等を運営している法人からは、そのバックアップ機能を求める声は強い。実際、現行のグループホーム等の世話人等では対応できない事態には施設職員が直接関わっている場合は多い。地域移行を進めていくに当たって、施設立のグループホーム等だけの問題ではないが、多くのグループホーム等を運営する場合には、バックアップするための職員を位置付けるなどの対応が必要ではないか。（この点はグループホーム等のサービスの質の向上とも関係する。）

（3）家族との同居からの地域移行

○家族との同居からの地域移行について検討していくことは重要であるが、検討に際しては、在宅における障害者の生活の実態についてよく踏まえた上で行うことが必要である。

- 特に、精神障害者については、在宅で生活する者は多いが、この中で福祉的な支援につながっていないものも多く、いわゆる『引きこもり』に近い形で生活するものも多い。この背景には、地域に適当なサービスがないといった社会資源に原因がある場合もあるが、支える家族に原因がある場合（家族が元気の間は家族において抱え込むような状況）も多いとの指摘もある。
- このため、単にグループホーム等の社会資源を用意するというだけではなく、当事者のエンパワメントを図るという視点にたって、より緩やかな形での相談支援が入っていく形（そのような相談支援が可能となる体制づくり）の検討も必要である。（現行の指定相談支援のように障害福祉サービスの利用を前提とした相談支援では対応することが困難であるため、別の形での相談支援を前提とすることが必要である。）
- 親の高齢化は進んでいるため早急な対応が必要であると考えられる。

2. 「住まい」の場の確保

（グループホーム等の整備の促進）

- 地域における住まいの場として、グループホーム等の整備を促進していくことは重要。その際、新築するなどにより自己所有する形だけでなく、特に都市部においては、民間の賃貸物件を活用している実態も多いことを踏まえ、例えば、民間の賃貸物件を借りやすくするための支援などの検討も行うことが必要である。
- なお、新築する場合に、他の社会福祉施設を建設する場合と同様に、近隣住民への事前説明が運用上求められている。大規模な社会福祉施設の建設ならばまだしも、一般住居であるグループホーム等においてこういった対応がなされないようにすべきではないか。

（グループホーム・ケアホームのサービスの質の向上）

- 特に、重度の障害者を支援するケアホームからは、夜間支援体制のニーズは大きいものがある。また、週末（土日）への対応についてのニーズも多く指摘されるところである（現在は、母体となる施設の職員が土日の余暇活動的なものを含めて対応する場合が多い）。
- これらの課題については、いずれにしても検討が必要なものの、グループホーム等の機能や実態を十分に踏まえつつ、グループホーム等における支援の内容を充実させるのか、バックアップ機能を別に設けて対応するのか等の整理を行った上で対応することが必要である。

(身体障害者のグループホーム・ケアホーム等)

○身体障害者についてのグループホーム等を制度の対象に加えていくことについては、現場からのニーズも大きなものがあり、必要であると考えているが、その際、一概に「身体障害」といっても非常に範囲が広く、また、対象によって、ハード面・ソフト面での対応が変わってくるため、対象を明確にして制度検討を行うことが必要である。

*これまで聴いている当事者や関係者からの意見としては、

- ①身体障害者療護施設などの入所施設からの地域移行に対応するためのニーズ、
- ②在宅においてホームヘルパーと家族により支えられている重度の身体障害を抱える者や家族からのニーズ（いわゆる親なき後の不安からのニーズ。これらのニーズの中には、24時間のホームヘルプサービスの実現により解消されるものもある。）、
- ③知的と身体を併せ持っている場合で、現行の制度でも対象となっているが、ハード面の課題や支援の面での課題があり現行制度では実現できないことによるニーズなど様々なものがあり、また、グループホーム等の必要な期間も恒久的なものから、一定期間（いずれは民間の住宅でという希望）まで様々なものとなっている。

○また、身体障害だけでなく、大部分は運用上の課題ではあるものの、高次脳機能障害や発達障害のある者からの支援の在り方を含めたグループホーム等への指摘や、精神障害者からの現行制度に対する使いにくさの指摘もあるので、国においても、障害特性ごとに課題の整理を行った上で、より使いやすい制度構築を目指されたい。

3. 地域生活に必要な「暮らし」の支援

(1) 地域で生活する際に必要となる支援サービス (①緊急時の対応)

(ショートステイの有効活用)

○地域において暮らす障害者の緊急一時的な支援の場としてのショートステイは大変重要な機能である。現状は、入所施設に併設される形で運営されているものが大部分であるが、その実態は、多くの場合が入所施設の入所待機者で満床に近い状況にあり、本来の機能を果たすことが困難なものが多い。

○また、ショートステイについては、緊急一時的な利用のみを想定した形では、採算ベースにのせることが難しいという運営上の課題があるとともに、支援する側からは、緊急時の受入れの場面などにおいて、障害特性等がよく分からない中での支援について困難性を指摘する声も強い。

○このため、一定程度普段からショートステイの運営主体と、地域において暮らす障害者との関係をつくっておく（例えば、普段から一定程度ショートステイを利用するなど）等の工夫が必要である。

○このような視点に立てば、例えば、通所施設に併設する形でのショートステイを制度化することも考えられるのではないか。

(2) 地域で生活する際に必要となる支援サービス (②医療も含めた支援)

(医療的なケアが必要な障害者への対応)

- 医療的なケアが必要な障害者に対応できる通所系サービスやショートステイの充実を図ることは必要であるが、一概に医療的なケアといっても、そのニーズの濃淡があり、それにより実施できる主体も異なってくることから、利用者のニーズに即して丁寧に検討することが必要である。
- 特に、医療的なニーズが高くなればなるほど、支援の個別性が高まることから、単に事業所に看護師を配置したのみの対応では困難であり、より個別の支援が求められるようになることにも留意が必要である。基本的には医療機関を実施主体とした対応が中心となるが、実態としてはなかなか進まないため、対象者の数にもよるが、訪問看護が付き添って通所できるような支援の仕組みを検討してもよいのではないかと考えている。

(精神障害者への地域生活支援)

- 精神障害者の地域生活を支援する上で、医療との関わりは非常に重要である。特に、精神障害者のうち、退院直後で服薬管理や生活の構築が必要な者については、医療と福祉の双方から濃密に支援が入る必要があるため、例えば、訪問看護を活用して、看護師とPSWの双方が連携して支援に当たる仕組みを検討してはどうか。
- また、地域生活を送る中で、再入院を予防するためにも、緊急一時的に利用することができるショートステイ(クライシスハウス)も検討することが必要である。

*千葉県においては、県単独事業として、グループホームの枠組みを参考に、緊急一時利用することが可能なクライシスハウスを実施している。これまでの経験から、当該事業の実施に当たっては、地域の中で医療機関(医師)との関係ができていないこと(医療が必要な場合には、医療機関を受診しなければならない)や、地域の中の精神障害者や家族、関連施設等との関係が構築されていないことが必要になると考えている。