

A-5 地域移行対策

1) 調査・モデル事業の実施 (P 8)

【山本委員】

『・障害者を傷つけることのない調査とするべく、慎重な議論が必要。』を追加。

※理由 73年精神衛生実態調査時には群像新人賞受賞作家小林美代子氏が、

「調査が怖い」といって自殺した例もある。質問という行為自体が精神障害者の体調悪化を招く。私自身ある精神病院でいきなり「何で離婚したのか」と聞かれて一気に病状悪化したことがある。方法などについては慎重な議論が必要。

2) 地域資源の拡充 (P 8)

【近藤委員】

『・グループホーム、ケアホーム、福祉ホームの新設及び既存建物の改修・購入に係る施設整備費、補助制度のさらなる充実を図ること。』を追加。

※理由 住まいの場の選択肢を広めるよう基盤整備の充実が必要である。

【末光委員】

『・重症児通園事業の整備目標の増と運営費の改善。』を追加。

※理由 地域で暮らす重症児のための重症児通園事業は 300 ヶ所に達しようとしているが、当面 400 ヶ所を目標に整備をはかる。

【中西委員】

『・呼吸器管理のできる地域での医療の充実を図る。』を追加。

【中西委員】

『・精神障害者の 24 時間体制の医療付きのショートステイを作り従来すべて病院で対応していた入院システムを解消する。』を追加。

※理由 医療付きのショートステイがあれば入院を回避することができる。

【山本委員】

『・ケアホーム、グループホームなどの支援の拡充。』を削除。

※理由 理由は先に述べたとおり。

3) 地域移行支援事業、退院促進事業の法定化 (P 9)

【山本委員】

『・現行の地域移行支援事業、退院促進事業を抜本的に見直し、利用者に国家による賠償として退院準備金を保証し、利用者中心の制度設計にすること。』と、

『・国策として隔離収容を進めてきたことを国は謝罪し、人権問題として地域移行支援事業・退院促進事業の法定化をすること。』を追加。

※理由 利用者には交通費すら出ない退院促進事業では、前述のように経済的余裕のない精神病院入院患者は地域移行できない、利用者自身の手で退院準備金が入ることが何より重要。隔離収容は人権問題であるという位置づけと国の謝罪に基づく補償が必要。

A-6 障害児サービスについて（P9）

【石橋委員】

『・障害児施設の学校と特別支援学校の職員の基準を含めたあらゆる面での格差是正。』を追加。

【君塚委員】

『肢体不自由児施設の施設給付費の見直し』を、『肢体不自由児施設の施設給付費の改善』と修正すべき。

※理由 「見直し」では意見を反映していないため。

【宮田委員】

『・放課後デイサービス事業の利用年齢は、18歳になった時または特別支援学

校高等部卒業の時を期限とする。』を追加。

※理由 高等部在学中に 18 歳を迎える障害児の利用を打ち切る市町村が少なくないが、放課後支援の立場から卒業時を期限にする方が現実的かつ混乱が少ない。

A-7 サービス基盤整備について

【三浦委員】

『5) 地域におけるサービス提供基盤の計画的整備』を設け、『・地域における障害福祉サービス提供基盤を面的に整備し、サービスの均点化等を着実に進めるべきであり、そのため計画及び、公的助成を充実するべきである。』を追加。

※理由 障がい者総合福祉法（仮称）制定までの間においても、多様な生活の選択肢を確保する制度を目指し、地域における生活施設、住まいの場、また、居宅系、通所系、短期入所、さらには、相談支援等が着実に整備される必要がある。

1) 相談支援体制の強化（P 9）

【河崎委員】

『・アセスメント、意向調査、ケア計画、モニタリングなど、障害者の地域に

おける支援技法としてのケアマネジメントをしっかりと制度的に取り入れるとともに、知的・身体・精神等の障害特性に基づく各専門職種の専門性を尊重し配慮した制度にすることが重要である。』を追加。

※理由 意見書に提出した事項が記載されていないため。

【清水委員】

『・「本人中心の計画」作りのシステムを』を、『・本人のエンパワーメントに基づく「本人中心の計画」作りのシステムを。』に変更。

※理由 本人の立ち上がってくる主体に基づく「本人中心の計画」（生き方）というものを共につくっていくということを活動拠点でも、地域生活拠点でも、相談支援拠点でも実体化していくことが必要と考えます。

【中西委員】

『・「本人中心の計画」作りのシステムを。』に、『その際、本人中心の利用計画は地域生活を継続するためのケアマネジメントとし、相談支援専門員を増員しマンツーマン体制の相談支援体制とすること。』を追加。

※理由 相談支援は1, 2名の相談支援専門員では重度の障害者の地域継続ができず、それが施設からの地域移行を阻んでいる要因である。

【中西委員】

『・ケアマネジメントについては支給決定の上限設定や市の内規に影響されな
いかたちで本人のニーズに基づくサービス利用計画を作成できるような環境を
つくる。まず本人中心の計画を作成できるしくみをつくり、その後相談支援体
制について検討する。』を追加。

※理由 現行のケアマネジメントは介護保険横並びでつくられたもので本来の
当事者のニーズ発掘に役立っていない現状がある。

【西滝委員】

『・ろうあ者相談員制度の構築』を追加。

※理由 手話をコミュニケーション手段とするろう者は、通常の相談員に相談
できないろう者固有の問題を解決していくために、専門家としてのろうあ者
相談員の設置と養成が必要である。現在、全国各地にろうあ者相談員が百人
以上いるが、制度的な保障がなく、不十分な状況にある。

【山本委員】

『・障害程度区分認定廃止にむけた、相談支援体制の検討と充実が必要。』を削
除。

※理由 相談支援が支給決定とリンクするとなるとアドボケイトにはなりえ

ないので、区分認定廃止と相談支援体制の検討充実の必要という文言は了解できない。

【山本委員】

『・相談支援支援事業はアドボケイトに徹するべき。』を、『・ケアマネージメントは「中立・公平」「家族あつての自立」という政府方針は撤回されるべき。』を追加。

※理由 前段は、前述のとおり。後段は、ケアマネージメントの政府方針であれば、いわば支給決定の門番や国しかならず、権利としての自立生活を阻害する。また「中立・公平」ではなくあくまでも本人の利益に奉仕するアドボケイトとしてなされるべき。

【山本委員】

『・成年後見制度利用に要する費用の個別給付化。』を削除。

※理由 理由は前述のとおり。

2) 自立支援協議会について (P 10)

【伊澤委員】

『・市町村への設置義務化を促進する。』について、市町村への義務化を促進す

るためにも、『本協議会の存在根拠を法定化により担保する』と追記。

※理由 当該地域に限定して福祉的課題の検索ならびにそれへの対応策を、当該地域の社会資源を総動員し、社会的支援環境整備を濃密なネットワークのもとに作り上げていくという本協議会の存在意義を考えると、存在の根拠の明確化は肝要である。

【中西委員】

『・自立支援協議会は地域福祉計画、障害者計画を立案し積極的に障害者施策提言を行い、社会資源の開発、地域生活のための基盤整備をするための機関としての役割を課すべきである。』と、『・自立支援協議会の委員の構成は障害当事者を過半数とすること。』を追加。

※理由 現在の自立支援協議会は市町村主導のものが多く、その中では市町村の意に沿った利用抑制や予算削減の役割を担わされているものも多く、障害者等の地域生活の向上のために機能しているとはいいがたいため。

3) 障害福祉計画基本指針のあり方の検討 (P 10)

4) 人材育成と研修強化 (P 10)

【石橋委員】

『・福祉施設、福祉事業所がその従事者（ホームヘルパーを含む）に対して医療的ケアの実務者研修を受講できるように支援が必要。』を追加。

【中西委員】

『・社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士の養成課程に当事者による地域自立生活のカリキュラムを加える。』を追加。

※理由 当事者サイドにたった地域生活支援の能力の高い専門家の育成を行う。

【西滝委員】

『・障害をもつヘルパー養成の強化』を追加。

※理由 同じコミュニケーションを共有するヘルパーに利用者は安心してサービスを受けることができる。聴覚障害ヘルパーの果たす役割に注目されたい。

A-8 国・自治体の財政負担（P 10）

【石橋委員】

『・障害保健福祉サービスの計画整備に要する財政的支援を各都道府県に保障し、実施主体である市町村が基盤整備できる体制支援が必要である。』を追加。

【野原委員】

『・特定疾患医療費の国の責任を果たし、地方の超過負担を直ちに解消する』を追加。

※理由 難病（特定疾患）の医療費は、国と地方（都道府県）が半々で負担と決まっています。しかし、最近の数年間、国が30%、地方が70%という負担割合が恒常化している（この点は厚労省：疾病対策課も認めている）。静岡県をみると、その結果、地方持ち出しが年間6億円前後（県疾病対策室）となっている。県は、国が50%負担してくれれば、県としての難病施策はかなりできると言っている。地方における難病施策の向上のためにも早急に解決すべきである。

A-9 サービス報酬について（P10）

【荒井委員】

『・サービス利用計画の作成について、アセスメントを行った時点から報酬を算定するよう見直すこと。』を追加。

※理由 提出した意見書の内容の漏れを追加。

【荒井委員】

『・生活介護や就労継続支援B型などの日中サービス全般において長期間利用がない利用者等に対する、家族との調整等の支援について、報酬上評価すること。』を追加。

※理由 提出した意見書の内容の漏れを追加。

【近藤委員】

『・就労継続支援A型事業において、有給休暇取得を前提とした報酬とすること。』を追加。

※理由 労働基準法に基づき有給休暇の考え方を報酬に盛り込むべきである。

【中原委員】

『・就労継続、就労移行、自立訓練などの訓練等給付の事業についても、介護給付の事業と同様に支援の必要度に応じた報酬とする。』を追加。

※理由 訓練等給付の事業は報酬がフラットになっているため、支援の必要度の応じた適切な支援の提供が困難となっています。さらに、就労継続支援は報酬単価が低く、授産施設が就労継続支援に移行する際に大幅な減収となるケースが多いことから、早急な改善を求めます。

【三浦委員】

『・サービスの質の向上及び、福祉・介護人材の定着・育成を促進する観点から、報酬を充実する必要がある。』を追加。

※理由 サービスの質の向上や、福祉・介護人材の定着・育成を図るためには、事業者の努力とともに、公的支援の充実が不可欠である。福祉・介護人材の処遇改善事業の意義等を踏まえ、引き続き報酬の改善等を図るべきである。

【三浦委員】

『・短期入所支援の実態を踏まえ、また、更なる量的整備等を図る観点から、短期入所サービス費を充実する必要がある。』を追加。

※理由 地域で暮らす障害者のニーズ、また、家族のレスパイトや災害・緊急

時対応等の重要性を踏まえた短期入所支援の充実が必要である。現行の短期入所支援は、実際の利用者像や支援の必要性を十分に反映する内容となっていない。

A-10 障害者福祉を壊しかねない地方分権化への懸念（P 1 1）

【石橋委員】

『・地方分権推進による障害者福祉施策の地域格差拡大、施策に対する軽薄化を懸念する。』を追加。

【山本委員】

『・障害者制度のような国の責任で行うべき制度は、地方分権政策から除外すること。』を追加。

※理由 国の失政により生じている隔離収容の解決はそもそも国の責任であり、また憲法に定められた基本的人権保障は国の責任である。

A-11 その他（P 1 1）

【荒井委員】

『・心身障害者扶養保険制度の見直し』を追加。

※理由 提出した意見書の内容の漏れを追加。

【石橋委員】

『・介護保険でも見守りができるようにする。』を『・障害者自立支援法でも見守りができるようにする。』に変更。

※理由 介護保険での見守りはある。

【石橋委員】

『・介護保険と、移動介護や重度訪問介護との同時併給を認める。』を削除。

※理由 内容が理解できない。福祉サービスの二重取りと国民理解が得られるか。

【石橋委員】

『・新体系に移行した施設の運営が安定できるように、NPO法人の会計士に支払う費用への助成等一層の支援が必要。』を追加。

【近藤委員】

『・就労継続A型事業の維持及びB型事業からの移行促進に向け、支援策を講じること（仕事の確保策、営業職員の配置、生産設備等の導入・更新支援策等）』

を追加。

※理由 就労継続A型利用者は、障害福祉計画における平成 23 年度計画値が 1.5 万人とされている中、平成 21 年 10 月実績値は 0.8 万人となっており、この背景には雇用契約を結ぶA型事業を拡大するための支援策の不足が挙げられる。事業所のみでの努力ではなく、支援策が不可欠である。

【近藤委員】

『・無認可作業所の移行先を地域活動支援センターに限定する自治体がある現状をふまえ、希望する事業への移行が可能となるよう必要な移行策を講ずること。』

※理由 移行先を決め付けることなく、事業所、利用者の意向を重視するべきである。

【近藤委員】

『・法定雇用率の改善等、障害者雇用促進法を抜本的に改正すること。』を追加。

※理由 現行の法定雇用率 1.8%を上げるなどにより、障害者の雇用の一層の促進を図る必要がある。

【光増委員】

『・介護保険との関係の見直し（介護保険優先条項の撤廃）』のところに、『・65歳になっても、本人の自己決定で福祉サービスを選択できるように』を追加。

※理由 65歳になったから障害福祉サービスから介護保険のサービスに移行させられる事がある。地域にあるサービスで障害福祉サービスがあっているのに、65歳以上だからと介護保険優先の考え方で障害福祉サービスの支給決定をしない市町村がある。

【光増委員】

『・介護保険との関係の見直し（介護保険優先条項の撤廃）』のところに、『・施設入所支援＋生活介護の利用者は介護保険の被保険者から除外された。なぜか？再考を！』を追加。

※理由 障害者自立支援法ができて、施設入所支援＋生活介護の利用者は介護保険の被保険者から除外され、介護保険のサービスが受けられなくなった。

【山本委員】

『・前政権下で出された自立支援法改正案の早期制定・実施。』を、『・本部会での議論のうち、法改正が必要な早急な課題については自立支援法改正を求め

るが、それ以外は本部会および推進会議の結論を持って総合福祉法の制定をするべき。』と変更。

※理由 新たな総合福祉法の中身をあらかじめきいていしかねない前政権下での自立支援法改正案の制定はあってはならず、本部会および改革推進会議において提案された早急に解決すべきもののうち法改正を早急に必要なもの以外は総合福祉法までは運用を持って解決すべき。

<関連領域> (P 1 1)

【石橋委員】

『・高次脳機能障害者の支援体制整備の拡充が必要。』を追加。

【石橋委員】

『・医療的ケアを必要とする人も増え、在宅生活の継続には、医療と福祉の両面からの支援が不可欠となっている。訪問介護を障害者福祉サービスの括りにして、訪問看護療養費を重度心身障害児者医療助成制度の対象とすることが必要。』を追加。

【近藤委員】

『・「福祉・介護人材の処遇改善事業」助成金について、全ての職員を対象とす

るとともに、生保・社会事業授産施設も助成対象とすること。』を追加。

※理由 チーム支援を行う福祉現場において、職種を限定とした処遇改善はなじまない。

【近藤委員】

『・公営住宅の優先入居、保証人制度の充実等、障害者の住宅政策の充実を図ること。』を追加。

※理由 障害者の住宅政策を充実させる必要がある。

【田中（伸）委員】

『・苦情解決』を追加。

※理由 制度の運用に対する苦情については、日々発生する可能性があります。

そこで、苦情解決については、「B」の項目としてだけでなく、「A」の項目でもとりあげるべきではないかと考えます。

【中西委員】

『・特別支援学校教員の養成にあたっては現行の4年に加えプラス二年の手話点字の能力を備えた教員を養成する。』を追加。

【中原委員】

『・高齢知的障害者対策の充実・促進。』を追加。

※理由 日本の高齢化に伴い、知的障害施設においても利用者の高齢化が問題となっており、知的障害や行動障害のある方は介護以外の特別な支援を要するため、事実上介護サービスを受けることが困難なことが多くあります。知的障害施設等における利用者の高齢化に伴う、職員配置、介護、保健・医療ケア、心のケア、建物・設備など、高齢利用者への対応で苦慮していることから、早急な対応を求めます。

【奈良崎委員】

成年後見制度がほしいです。

※理由 前述のとおり。

【野原委員】

『・医療型療養病床の増床を早急に行う。』を追加。

※理由 「医療制度改革」で、地域での受け入れ体制がないまま大規模で乱暴な削減が行われた。この結果、医療ケアの必要な患者が大量に地域に放り出され、これを多くの家族が受け入れざるを得ないという現象が起こった。患者と家族の重負担を軽減することが早急に求められている。

【野原委員】

『・実態とニーズに応じた家族支援を行う』を追加。

※理由 難病・慢性疾患患者の家族は、医療・介護・移動など患者が生きるために必要なあらゆる面で支援の中心になっている。かなりの家族は、そのために収入減、生活困難になる場合があり、特に重篤患者のケアには、現状では家族が主要な役割を担っている。心身・経済・社会生活のあらゆる面での重い負担がのしかかっている。しかし、こういう家族への生活支援はないのが実情である。新法が成立し、権利は保障されてもこの種の問題が短期間に解決できるとは思われない。

【野原委員】

『・健康に関する障害には世界保健憲章・地域保健法の理念を基調とする支援を行う。』を追加。

※理由 世界保健機関の世界保健憲章は、健康に関する責任を戦前の「個人」から「国」に明確化した。それを受ける権利を「基本的人権」として国が保証することを義務づけた。しかし、特に先の政権の「医療制度改革」以後は、地域保健法の自治体の責任を狭めたりして患者が地域で生きる権利を踏みにじている多くの事例がでてきた。福祉の基本的な理念（権利・差別など）

法を、世界保健憲章の規定で補強することが必要に思う。

【野原委員】

『・「医療モデル」から「社会モデル」への移行という懸念』の追加。

※理由 「医療モデル偏重」が総合的福祉のあり方の一つの弊害であることは事実であるが、だから「今度は社会モデルだ」として、医療モデルが全面的に否定されるやに見える流れが「推進会議」や「福祉部会」でできはじめているという難病・慢性疾患患者からの懸念が私に届けられている。難病患者と医療は切り離せない不可分のものである。こういう懸念に十分配慮するよう希望する。

【広田委員】

『・地域住民の相互支援等、いろいろなピア活動とボランティア精神の推進』を追加。

※理由 人間としての尊厳を保ち、やさしい社会となり、切迫した財政を救う。

【広田委員】

『・うつ、アルコール依存症、認知症の予防。国をあげて「フレックス大作戦」、「銭湯大作戦」、「歌う大作戦」、「散歩大作戦」等を展開。』を追加。

※理由 自死を防ぎ、医療費抑制。

【広田委員】

『・社会的入院の解放、精神科病床の削減、精神科特例の廃止、他科並みの診療報酬値上げ』を追加。

※理由 社会的入院という人権侵害を解消し、国民が安心して利用できる精神医療にするため。

【福井委員】

『・教育の場で教員の研修、副読本の発行など、低学年からてんかんについての正しい知識を教えること。』を追加。

※理由 特に、教育の場でのてんかんについての正しい知識の提供や交通運賃割引などは、重点要求なのでぜひ強調したい。

【福井委員】

『・精神障害者にも平等な交通運賃割引制度を。』を『・てんかんや精神障害者にも平等な交通運賃割引制度を。』に変更。

【山本委員】

『・障害者差別禁止法を早期に制定すること。』と『・障害者権利条約の早期批准。』について、いずれも「早期」を削除。『障害者差別禁止法を制定すること。』と『障害者権利条約の批准と国内法整備。』に変更。

※理由 十分な議論と国内法整備を担保することなしに早期という要求は好ましくない。

【山本委員】

『・成年後見人制度利用に要する費用の個別給付化。』を削除。

※理由 前述のとおり。

【山本委員】

『・精神保健福祉法は福祉部分は総合福祉法に、医療部分は医療法に統合する。』を、『・精神保健福祉法は廃止し、福祉部分は総合福祉法に、医療部分は医療法に統合する。』と変更。

※理由 精神保健福祉法の廃止を明言する必要がある。

【山本委員】

『・精神科において往診や地域の小さな有床診療所あるいは総合病院精神科病

床の充実が必要。』を追加。

※理由 地域で気軽に駆け込めるあるいは外出できなくても医療を受けられる体制が必要。