

## 「日中活動とGH・CH、住まい方支援」作業チーム報告

平成23年1月25日

## (目次)

## 1. 日中活動

- (1) 発達障害、高次脳機能障害、難病、軽度知的障害などのある人たちへの必要な福祉サービスについて
- (2) 現行の介護給付、訓練等給付と地域生活支援事業という区分について
- (3) 自立訓練（機能訓練・生活訓練）、生活介護等の日中活動系支援体系のあり方について
- (4) 療養介護等の重症心身障害児・者への支援について
- (5) 地域活動支援センター、日中一時支援、短期入所について
- (6) 定員の緩和等について
- (7) 日中活動への通所保障について

## 2. グループホーム・ケアホーム

- (1) グループホーム・ケアホームの制度について
  - ① グループホーム等の意義について
  - ② グループホーム・ケアホームの区分と設置基準等のあり方について
  - ③ グループホーム等の生活支援機能のあり方について
- (2) グループホーム等の設置促進について
- (3) 民間住宅の活用促進のための建築基準法の見直しについて

## 3. 住まい方支援

- (1) 地域での住まいの確保（居住サポート事業）等について
- (2) 一般住宅やグループホーム等への家賃補助等について
- (3) 公営住宅の利用促進について

## &lt;作業チームのメンバー&gt;

座長	大久保常明	社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会常務理事
副座長	光増 昌久	障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会副代表
	小野 浩	きょうされん常任理事
	清水 明彦	西宮市社会福祉協議会障害者生活支援グループ グループ長
	奈良崎真弓	ステージ編集委員
	平野 方紹	日本社会事業大学准教授

## 1. 日中活動

### (1) 発達障害、高次脳機能障害、難病、軽度知的障害などのある人たちへの必要な福祉サービスについて

#### はじめに

これまでの福祉サービスは、対象に発達障害、高次脳機能障害、難病、軽度知的障害などのある人たちなどを特に想定していないと考えられる。まずは、それらの人たちの福祉ニーズを把握することが前提であるが、現行の福祉サービスの状況を踏まえ、想定される今後の求められる福祉サービスについて検討した。

#### 結論とその説明

##### (結論 1)

現行の福祉サービスでは、居宅介護（ホームヘルプ）や通院介助、移動支援などのサービスの利用が考えられる。特に重要な福祉サービスとして、相談支援（アウトリーチや見守り等を含む）の拡充が必要と考える。また、障害の特性に応じた生活訓練（訪問型を含む）や就労支援や居場所（たまり場）の提供などが必要と考えられる。

##### (結論 1－説明 1)

まずは、個々人のニーズを把握するうえで、身近な相談支援体制が何よりも大切となるが、これらの人たちの多くが家族との同居など在宅の場合が想定される。また、現行の日中活動サービスの継続的かつ定期的な利用も想定されるが、さほど多くないと思われる。

##### (結論 1－説明 2)

家族を含めた相談支援（訪問相談、見守り、環境調整などを含む。）が重要と考えられる。つまり、福祉サービスに繋げることを中心とした相談支援だけではなく、暮らしを支える幅広い厚みのある相談支援体制を構築していく必要がある。

##### (結論 1－説明 3)

難病の人たちには、通院介助や移動支援、居宅介護などとともに医療・リハビリテーションと福祉サービスの連携が必要である。発達障害、軽度知的障害のある人については、障害特性に配慮したソーシャルスキルトレーニング（訪問型含む）、就労支援や利用しやすい居場所（たまり場）の提供が考えられる。

#### おわりに

現状の相談支援事業は財政基盤が脆弱であり、かつ、その役割や機能が未整理な状況もみられ、今後それらをどのように整理、拡充していくかという課題がある。

なお、知的障害や発達障害のある人たちに対する生活訓練は、福祉の分野だけの対応ではなく、特別支援学校卒業者を対象とした専修科というかたちなど、教育の分野での対応も検討する必要があると考える。

## (1) 現行の介護給付、訓練等給付と地域生活支援事業という区分について

### はじめに

国として、障害福祉における介護保険の活用という方向性がないなかで、これまでの給付体系を見直すとともに国と地方自治体の機能等を改めて検討した。

### 結論とその説明

#### (結論 1)

介護給付と訓練等給付を分ける必要性はなく、総合福祉法（仮称）においては、個別給付を一本化することが適当である。

#### (結論 2)

総合福祉法（仮称）においても、現行の地域生活支援事業のような市町村の裁量に配慮した仕組みを設ける必要はあると考えられる。ただし、その仕組みや福祉サービスについては再検討する必要がある。

#### (結論 1－説明 1)

介護保険の活用という前提がない今、介護給付と訓練等給付に分ける必要はない。

#### (結論 2－説明 1)

地域生活支援事業のような市町村の創意工夫、裁量で可能となる事業の仕組みは、残しておく必要はある。しかし、大きな地域格差が出ている現状から、全ての自治体で一定水準の事業ができるような財政面を含めた新たな仕組みが必要と考えられる。

#### (結論 2－説明 2)

現行の地域生活支援事業においては、個別給付に移行すべきものや個別給付に馴染まないものなどがある。総合福祉法（仮称）でそれらを再検討することが必要である。

### おわりに

地方自治体の裁量による事業は、一方で地域格差が危惧される。全ての自治体で一定水準の事業ができるような財政面を含めた新たな仕組みの検討が必要と考えられる。

また、個別給付と地域生活支援事業の組み合わせやそれらに対する地方自治体独自の上乗せなど、国と地方自治体はその役割と機能を発揮し、地域福祉が推進されるような仕組みが期待される。

## (2) 自立訓練（機能訓練・生活訓練）、生活介護等の日中活動系支援体系のあり方について

### はじめに

現行の日中活動サービスの体系は複雑で、現実に提供されるサービス内容も

利用者のニーズの必ずしも対応できてないのではないかとの課題が見受けられる。それらを踏まえ、今後の日中活動サービスならびにその体系のあり方に視点を当てた。

## **結論とその説明**

### **(結論 1)**

日中活動サービスのひとつとして、現行の「自立訓練」的な支援内容も必要である。ただし、それぞれの障害種別から求める機能は様々であり、そのサービス内容については再検討が必要と考えられる。なお、標準利用期限の設定については、利用者個々人の状況に応じたものとするべきで、見直す必要があると考えられる。

### **(結論 2)**

日中活動サービスは、障害者のより身近な地域で必要なサービスが提供されることが求められる。また、その内容は、従来の創作・趣味活動、自立訓練、生産活動などとともに、居場所の提供なども含み広くとらえる必要がある。

また、医療的ケアを必要とする人には、看護師を手厚く配置するなどの対応が必要であるとともに、視覚、聴覚障害のある人たちが日中活動サービスを利用する場合は、通訳・介助員を付ける必要がある。

### **(結論 3)**

現行の日中活動サービスの事業体系は複雑であり、就労系は別として、生活介護、自立訓練等は、例えば、デイアクティビティセンター（仮称）としてまとめ、個別のニーズに応じた日中活動プログラムを提供するよう、よりシンプルな体系にする必要があると考えられる。

一方、個別のニーズに応じた日中活動プログラムの提供を一定水準保障するための専門家や職員の配置、設備等を確保するための基準と計画行政の観点から、一定の事業体系（サービス体系）を設定する必要性も考えられる。

### **(結論 1－説明 1)**

「自立訓練」の必要性について特に異論はみられない。実態として、特別支援学校の新卒者には、すぐに就労継続支援B型には行けないので、「自立訓練」を受けている人が多いと思われる。

### **(結論 1－説明 2)**

日中活動サービスは個別給付であり、利用契約や個別プログラムが機能し、それを基本とすれば、標準利用期間の設定は不要と考えられる。なお、訓練的なサービスは有期限であることに留意する必要がある。

### **(結論 2－説明 1)**

就労を中心とした現行制度には問題があり、働けないまでも、障害者の社会参加のありかたの多様性を認める必要がある。就労せずとも地域の中で自尊心をもって自らの役割を果たしていける環境を確保することが重要であり、社会参加、居場所機能や文化芸術活動などについても、しっかりと日中活動サービスに位置付けることが重要と考える。

### (結論 2 - 説明 2)

医療的ケアを必要とする人も様々な日中活動サービスを求める場合があり、それらの人を受け入れる場合は、看護師を手厚く配置したり、訪問看護との連携が必要である。視覚、聴覚障害のある人たちが日中活動サービスを利用する場合は、通訳・介助員を付ける必要がある。

### (結論 3 - 説明 1)

利用者の立場からは、同じようなサービスであれば、一本化してくれた方が分かりやすい。また、現行の日中活動サービスの体系が複雑であり、シンプルなサービス体系にする必要があるとの意見が多い。個別給付の利点を活かして、個々人の必要に応じたサービスに基づいた支給決定に対して、事業所がそれに応じたサービスを提供するというシンプルな仕組みが必要ではないか。

### (結論 3 - 説明 2)

就労系は別として、生活介護、自立訓練等は、デイアクティビティセンター(仮称)としてまとめ、個別の要望(個別支援計画)で日中活動のプログラム提供をするよう、多様な要望に応えられるようにすることが考えられる。

### (結論 3 - 説明 3)

日中活動支援は簡素化を図り、重度や高齢、疾病等を有する人たちを主たる対象とする生活支援型と中軽度者や就業希望者、離職者を主たる対象とした生産活動型とし、二つの事業を多機能的に運営することも可能とする体系が考えられる。

### (結論 3 - 説明 4)

支給決定されたサービスについて、それが適切に提供される体制を確保するため、最低基準の設定が必要となる。様々な事業を一つにまとめることはできないのではないかと。また、タイプを分けるからこそ自治体は計画的に施設を整備し、公費を支出することができる。いずれにしても、日中活動サービスという大きな括りの中で、サービスメニュー(事業体系と標準化されたプログラム)は設定することになると思われる。

## おわりに

現行の日中活動サービスにおける報酬体系により、事業者が報酬額に着目したサービスを展開し、利用者のニーズと異なるサービスを利用せざるを得ない現状がある。利用者が身近な地域で、必要とする様々なサービスを利用できるような報酬体系を検討する必要がある。

## (4)療養介護等の重症心身障害児・者への支援について はじめに

重症心身障害児・者への支援については、特に医療と福祉の連携が重要であり、現状の課題を踏まえ、今後の方向性を検討した。

## 結論とその説明

### (結論 1)

重症心身障害児・者の通園・通所サービスの法定化が必要である。また、現行の療養介護事業は入所医療施設のみ限定せず、通所の医療施設にも認める必要がある。一方、現行の生活介護の通所サービスを利用する場合は、医療的ニーズに配慮して、看護師を手厚く配置するなど職員配置等の支援体制が必要である。

(結論 2)

重症心身障害児が成人となった場合、別の法律体系のもと成人としての人権に配慮した、年齢相応の日常生活を支援する必要がある。ただし、その際、医療を含む支援体制の著しい変化は避けるべきであり、継続的に一貫した支援体制が確保できるような仕組みが必要である。

(結論 1 - 説明 1)

親の人たちは、どんなに障害が重くても、できる限り地域で共に暮らしたいと願っているが、最近、特に濃厚な医療的ケアを必要とする超重症児といわれる人たちが増加の傾向にあり、通所、通園が困難な実態がある。このため医療型の通所の整備が要請されている。一方、生活介護事業など福祉型の通所にあっても、重症心身障害児・者が利用するものについては、看護師の複数配置を必須要件とする必要がある。

(結論 1 - 説明 2)

重症心身障害児者通園・通所の法定化が必要である。現行の療養介護は、医療入所施設（病院）の入所だけに認められ、通所には認められていないという問題がある。現行の療養介護は入所医療施設のみ限定せず、通所の医療施設にも認めるべきである。また、重症心身障害者は、単なる生活介護による支援となった場合、心身機能の退行やQOLの低下、環境の変化による生命の危険なども危惧され、それらに配慮した職員配置等の支援体制が必要である。

(結論 1 - 説明 3)

重症心身障害の人にとって、生活介護は、単に介護を受けているというものではなく、自己実現に向けた支援体系を考える必要がある。

(結論 2 - 説明 1)

重症心身障害児者（以下「重症児者」という）は、18歳に達したからといって、年齢で区分し、別体系の療養介護に移行させ、かつ、係る職員やかかわり方まで変えてしまうということは、重症児者にとって、著しい環境の変化となり、生命の危機にさらされることになる。成人になり、法律体系が変わることになっても、職員配置基準を児童福祉法と同じくし、法律体系を超えて一貫した支援体制を可能にする必要がある。なお、一貫した支援体制の中で、成人には成人としての人権に配慮し、その年齢に相応の日常生活の支援を行うよう配慮する必要がある。

(結論 2 - 説明 2)

現在の療養介護は入院を前提としている日中活動であるが、重症心身障害児が18歳になって成人期の日中活動サービスに移行する場合の事業体制と支援体制は一体的に運営できる配慮が必要である。事業体系は児童と18歳以上は分け

ても、一体的に運営することも可能ではないか。

### おわりに

現行の療養介護は、医療と福祉との報酬の差がかなり大きく、実際、事業があっても事業を受ける医院や病院がないため、重い障害のある人の行き場がないというような現実があるとの指摘があった。

また、現行の重症心身障害児・者通園事業を補助事業から個別給付にする場合は、利用者が少ない地域では、経済的に運営が困難になることが想定されるとの意見もあり、報酬体系の課題として検討が必要である。

### (5) 地域活動支援センター、日中一時支援、短期入所について はじめに

地域活動支援センター、日中一時支援、短期入所については、地域生活において必要に応じて利用するなど、柔軟な日中サービスとして考えられるが、それらの実際の利用実態や課題を踏まえ、今後のあり方を検討した。

### 結論とその説明

#### (結論 1)

地域活動支援センターについては、地域によってそのサービス内容は様々な実態があり、日中活動サービスの個別給付に馴染む場合や相談やたまり場的な内容のものもある。今後、それらの機能を整理し、どのように制度の中で位置付けるか検討が必要と考えられる。

#### (結論 2)

日中一時支援については、全国どこでも使えるようにするためには、現行の日中一時支援は、従来の短期入所の日中利用（個別給付）のように個別給付に戻す必要がある。

#### (結論 3)

現行の日中一時支援を廃止し、かつての短期入所の日中利用（個別給付）を設ける必要がある。また、その日中利用はサービス間の隙間を埋めるためにもタイムケア型を検討する必要がある。また、短期入所についても医療的ケアを必要とする人に配慮する必要がある。

なお、現行の医療型の短期入所では、日中利用後の短期入所の報酬設定がないので、日中活動を欠席して短期入所を使うなどの不便さが出てきている。児童・18歳以上と同じような制度設計にすることが必要である。

#### (結論 1－説明 1)

地域活動支援センターはデイアクティビティーセンターに整理する方がよい。定員も、社会福祉法を考えると10名であればよい。特に、精神障害や知的障害では、居場所機能の評価と再構築は大きな地域課題である。

#### (結論 1－説明 2)

制度の谷間の障害者をどうするか。例えば、難病患者に障害が発現した際、一定期間利用することができるような制度はどう考えるか。

(結論 1－説明 3)

地域生活支援事業は、個別給付に馴染まないものもあるので、それはそれで残さなくてはならない。また、地方に行けば行くほど人が集まらない。5名でも事業を展開することができるような仕組みが必要である。気楽に利用でき、たまり場的に利用することができる場所が望ましい。例えば、相談支援事業者に厚みを持たせて、たまり場になり、ワンストップの相談も行い、サービスに繋げるバイアスにもなる機能がほしい。地方では、相談やたまり場をまとめてやるような形は、特に精神の分野では広がっている。小規模多機能的なところを残さなければ、地方ではやっていけない。

(結論 1－説明 4)

現行の地域活動支援センターは、地方や都市など地域によって、その機能は多様な実態があるように思われるところから、それらの機能を整理して、今後の制度の中での位置づけを検討する必要がある。

(結論 2－説明 1)

日中一時支援事業は地域生活支援事業の選択事業であり、実施していない市町村があるようである。また、助成金や報酬が少ないため受託する事業所が少なくなったり、事業を停止する事業者がみられる。事業者がないとの理由で実施していない市町村も多いようである。全国どこでも使えるようにするためには、現行の日中一時支援は、従来の短期入所の日中利用（個別給付）のように個別給付に戻すべきでないか。

(結論 3－説明 1)

現行の日中一時支援を廃止し、かつての短期入所の日中利用（個別給付）を設ける必要がある。また、その日中利用はサービス間の隙間を埋めるためにもタイムケア型としてはどうか。また、短期入所についても医療的ケアを必要とする人に配慮した条件整備が必要である。

(結論 3－説明 2)

タイムケアサービスは恒常的でないので自治体もプランを作れない。もしやるなら、イギリスのようにチケット制にして、例えば30時間分渡す形にすれば自治体も対応できる。支援量を定量化していかないと基盤整備も進まない。

(結論 3－説明 3)

児童・18歳以上の短期入所の報酬改訂時（平成21年4月）日中活動を利用した後の短期入所の新しい単価ができて、それまでの混乱は整理された。一方医療型の短期入所では、日中利用後の短期入所の報酬設定がないので、日中活動を欠席して短期入所を使うなどの不便さが出てきている。児童・18歳以上と同じような制度設計にすることが必要である。

おわりに



現行の地域活動支援センターについては、一方で運営費（報酬）の問題が指摘され、財政的な支援の仕組みが課題として適されている。また、短期入所については、通所サービスに短期入所を併設するとともに、グループホーム等にも同様に併設すべきで、地域で生活する精神障害者が休息等の目的で気軽にそれらを利用できることにより、地域生活の継続がより可能となるとの意見があった。これらの日中のサービスについては、特に、必要なとき、いつでも利用できるという視点にたって整備していくことが求められる。

なお、短期「入所」という表現が、施設への「入所」を連想させ、違和感があるので検討を望む声があった。

## (6) 定員の緩和等について

### はじめに

現在の日中活動サービス体系における定員の要件は、特に、人口の少ない過疎地などで大きな課題となっている。身近な地域での重要な日中活動の場として利用されてきている小規模事業所等の意義を踏まえ検討した。

### 結論とその説明

#### (結論 1)

10名に満たない日中活動サービスの事業所は、全国の過疎地等に存在し続けている状況があり、5名でも事業を展開できる何らかの仕組みが必要である。一方、重症心身障害児・者通園事業B型は1日5名の基準で運営しているが、これらの事業への今後の対応についても十分に配慮する必要がある。

#### (結論 1 - 説明 1)

地方に行けば行くほど人が集まらない。5名でも事業を展開することができるような仕組みが必要である。また、気楽に利用でき、たまり場的に利用することができる場所が望ましい。

#### (結論 1 - 説明 2)

現在の重症心身障害児・者通園事業B型は1日5名の基準で運営している。地方や利用者が少ない地域で、この通園事業が個別給付なった場合は、運営が困難になる可能性がある。十分な配慮が必要である。

## (7) 日中活動への通所保障について

### はじめに

日中活動サービスを利用する際、通所に係る送迎の支援は不可欠となっている。それに対する福祉サービスとしての位置づけが定かではなく、財政的支援も不十分な現状がある。それらを踏まえ検討した。

### 結論とその説明

### (結論1)

日中活動サービスを利用するには移動支援(送迎)が不可欠であり、その費用について、報酬上評価する仕組みが必要と考えられる。

なお、報酬の算定にあたっては、移動支援(送迎)の支援内容を再検討するとともに、公共交通機関等の利用による通所者の扱いを併せて検討する必要がある。

### (結論1-説明1)

日中活動サービスを利用するには送迎は必要である。送迎が必要な人には送迎を機能としてもたせる事業体系とする必要がある。また、医療的ケアを必要とする人の送迎には看護師の添乗も必要になる。現行の生活介護には送迎経費も含まれているとの解釈があるが、他の通所事業には送迎経費は含まれていない。基金事業で300万円の補助が実施されているが、実績に応じて報酬に含まれるような制度にする必要がある。

### (結論1-説明2)

送迎について、声かけや見守りを含めた支援として位置づけるのか、単なる移動手段として位置づけるのかという議論がある。また、一方、通所の際の移動支援の利用や交通費の支給を求める意見がある。

## 2. グループホーム・ケアホーム

### (1) グループホーム・ケアホームの制度について

#### はじめに

グループホームが、地域の住まいとして提起されて20年余りが経過する。入居者も約6万人に達し、今後、地域生活移行を推進するうえで、グループホームはさらに普及していくことが考えられるが、その設置基準等や支援機能について、種々の課題も見受けられる。これらを踏まえ、もう一度原点に立って、地域の住まいとしてのグループホーム制度のあり方等を検討した。

### ①グループホーム等の意義について

#### 結論とその説明

##### (結論1)

グループホーム等での支援は、地域生活における居住空間確保と基本的な生活支援、家事支援、夜間支援などともに入居者一人ひとりに必要なパーソナルな支援の両方が重なったものと考えられる。一人ひとりがよりその人らしさを発揮できる状況を生み出し、住民として暮らしていくための住まい方支援のひとつといえる。

なお、グループホーム等については、「特定の生活様式を義務づけられない」ためにも、地域生活移行においてそれらを唯一のものとするのではなく、自分で自分の暮らしを選ぶ、選択肢の一つと考える必要がある。

(結論 1－説明 1)

地域社会で自立生活をすすめるための共同住居(家)という原点に立った制度構築をしなければならない。グループホーム等での支援は、居住空間確保及び基本的な生活支援、家事支援、夜間支援などと一人ひとりに必要なパーソナルな支援の両方が重なったものとして考えるべきである。一人ひとりがよりその人らしさを発揮できる状況を生み出し、住民として暮らしていくことが大切である。

(結論 1－説明 2)

利用者がグループでお互いに刺激しあって、助け合っていくこともグループホームの理念ではないか。住む場所をただ提供するというだけではなく、仲間で助け合っていくために、どうやって支援していくかという議論も重要と思われる。

(結論 1－説明 3)

「特定の生活様式を義務づけられない」ためにも、地域移行においてグループホーム等を唯一のものとしてはならない。また、終の棲家として位置づけるのではなく、将来的に一般住宅での暮らしをめざすためのステップとして位置づける必要もある。権利条約にいう、誰とどこで暮らすか自分で選択できる、ということ踏まえて、グループホーム等は自分で自分の暮らしを選ぶ、選択肢の一つだと考える必要がある。

## ②グループホーム・ケアホームの区分と設置基準等のあり方について

### 結論とその説明

(結論 1)

現行のグループホーム、ケアホームの区分は、グループホームに一本化することが妥当である。定員規模については、グループホームの本来の趣旨である家庭的な環境として、4～5人の規模を原則とする必要がある。また、同一敷地内のとらえ方など再検討する必要もあると考える。

(結論 1－説明 1)

グループホーム、ケアホームの事業名は、介護給付と訓練等給付で分けたが、実態からしてもグループホームで統一すべきである。

(結論 1－説明 2)

知的障害の人が仲間と生活し、仲間と関係性を持ってやっていくということは、視野に入る人数の限界があると思う。まとまるのは4から5人ではないか。生活の場なので家庭に近い規模にすべき。

(結論 1－説明 3)

定員が7人以上はグループホームの枠組みから外して、新しい体系として整理してはどうか。住居定員が2人から可能になって、利用する人の暮らし方の多様性ができてきて評価できる。適正な入居者定員は4～5人として、緊急枠などや体験入居用を含め1住居6名の定員を最大としてはどうか。一方、大規模化を抑制する一方、地域の事情も勘案した検討が必要と考える。なお、重度障害者等が入居するグループホームについては、夜間支援体制の観点から、規模

について一定の配慮が必要となるかもしれない。

(結論 1－説明 4)

現在、地域によってグループホーム等の設置基準に関しては、解釈の格差があり、同一敷地内で複数かつ入居者数が20人、30人となっている例もでてきた。設置に関しては、都市計画的な見方もとりながら検討する必要がある。障害のある人が1ヶ所の地域で多数住むことはどうなのか、普通の暮らしはどのようなものなのか、地域の住宅政策も含めて検討が必要である。特に、既存の施設を使って運営する場合、2ユニット(10人を2棟)、都道府県知事が認めれば3ユニットまで可能な現行の考え方は見直す必要がある。

### ③グループホーム等の生活支援体制のあり方について

#### 結論とその説明

(結論 1)

現在、入居者の高齢化が進む一方、重度の障害や様々なニーズのある人たちの入居も増加することが想定されるなかで、グループホーム等で提供する標準的サービスと入居者一人ひとりが必要に応じて利用するサービスとの関係を検討、整理し、居宅介護等の訪問系サービスの活用を含めた生活支援体制を確保する必要がある。

一方、高齢化等により日中活動サービスに通うことが困難であったり、必要としない入居者の日中支援のあり方を検討する必要がある。

(結論 1－説明 1)

今後、高齢、重度・重複障害、医療的ケアや行動障害など様々なニーズのある人たちの利用が多くなることが想定され、介助等個別支援を必要とするそれらの人たちに対して、一般住宅と居宅介護等を活用することで、地域での自立生活が可能となる。また、それらの人たちも利用できるようハード面での整備を推進するとともに、職員の夜間常駐、休日の日中支援、医療的ケアの実施が可能となるよう、報酬、運営基準、人員配置の見直しを図る必要がある。

(結論 1－説明 2)

例えば、ALSや筋ジスなど人工呼吸療法に対応し、医療と連携のとれるグループホームのニーズが高まっている。海外の例では、訪問看護師とヘルパーの支援を受けて地域で生活できるようになっている。呼吸器装着の重度障害者であってもグループホームは選択肢のひとつとなりえる。

(結論 1－説明 3)

知的障害のある人たちにおいても重度訪問介護等を活用し、パーソナルアシスタントなど支援付き自立生活(サポテッドリビング)も一般化されるべきである。日中活動に行かないときは、本人の支援計画に基づいて、重度訪問介護を利用できるようにする必要がある。

(結論 1－説明 4)

特に、医療的な援助も日常的に必要とする超重症・準超重症の重症心身障害児者に対するグループホーム等における日常的支援については慎重に検討し、

環境条件が確保される必要がある。

(結論 1－説明 5)

アルコール等依存症の場合など家事援助以上の支援が必要な人たちがいるため、パーソナルアシスタント等による支援を組み合わせられるようにする必要がある。

(結論 1－説明 5)

グループホーム、ケアホームで居宅介護を使えない場合、福祉ホームだと居宅介護の利用が可能なので、必要との意見も多い。

(結論 1－説明 6)

グループホーム等において、服薬を含めた健康管理の支援、金銭管理の支援、夜間・早朝時間帯の支援は必要不可欠であり、グループホーム等でこれらの部分をどこまで担うのか整理する必要がある。

(結論 1－説明 7)

グループホーム等の支援として全てを入れ込んでしまうと、かえって利用しにくくなる。最低限のものはそこに備わっていて、それ以外のパーソナルなものはオプションで、多様なサービスを利用できるようにすることの方が良いのではないか。食事や掃除などの家事という基本部分をベースに、あとは自分の希望で選べるような仕組みが考えられる。グループホームに住みながら、本人がパーソナルアシスタンスなどの支援を活用するなどにより、一人ひとりの暮らしの質が向上することになる。

(結論 1－説明 8)

グループホーム等の入居者個々人が必要とする支援サービスは、外から提供するか、グループホーム等の事業所から提供するのかは、入居者が選択できることでよいのではないか。

(結論 1－説明 9)

現状の職員体制は、短期間の非常勤によって支えられており、多様な個別ニーズに対応できていない。職員体制の整備が必要である。特に、夜間支援体制の強化が急務の課題である。支援が必要な全ての住居に夜間世話人（夜間支援員）を配置する必要がある。

(結論 1－説明 10)

グループホーム等のサービス管理責任者は入居者 30 人に 1 名の配置である。利用者の意向に基づく個別支援計画の策定と提供管理、評価・検証、関係機関との連携、自立支援協議会に参加し社会資源開発へ繋げる等、広範囲な業務を担う一方で、入居者の地域生活経験に伴う生活ニーズも多様化するが普通である。専従可能な報酬単価の見直しと、サービス管理責任者の研修を強化する必要があると生じている。

(結論 1－説明 11)

入居者が高齢化し、日中活動サービスを利用することが困難となった場合、入居者によっては日中活動サービスを希望しない場合や必要としない場合もあるが、現行のグループホーム等は夕方から朝までの支援を原則としており、それらの人々への支援体制を確保するため、日中の支援もできるようにする必要がある。

## おわりに

グループホームの本来の家庭的な規模での運営を可能とするとともに、夜間も職員を配置するため、また、高齢、重度・重複障害、医療的ケアや行動障害など様々なニーズのある人たちへの一定水準の支援体制を確保するためには、そのための報酬体系の実現が必要となる。一方、今後、パーソナルな訪問系サービスを積極的に活用していくうえで、それらの報酬体系や国庫補助基準の取扱いも課題になる。報酬体系の検討にあたって配慮を求めたい。

なお、設置基準における、いわゆる「一つ屋根の下」と「共有スペース」の取扱いと支援体制について、ニーズの実態を踏まえ、柔軟な対応を含め検討する必要があると思われる。

## (2) グループホーム等の設置促進について

### はじめに

グループホーム等の設置促進のための福祉施策について検討した。

## 結論とその説明

### (結論 1)

グループホーム等の設置を促進するうえで、国庫補助での整備費の積極的な確保が重要である。また、重度の障害や様々なニーズのある入居者への支援も想定し、安定的運営に係る報酬額が必要である。

### (結論 2)

グループホーム等を建設する際の地域住民への理解促進について、事業者にのみ委ねる仕組みを見直し、行政と事業者が連携・協力する仕組みとする必要がある。

### (結論 1－説明 1)

地域生活移行を促進する上で、グループホームの住居を確保する国庫補助による整備促進が必要である。また、報酬単価が低く、人材確保や事業運営に困難があり、グループホーム、ケアホーム単独では経営が成り立たない現状があるため、積極的に整備を推進するための予算確保が必要である。

### (結論 1－説明 2)

重度の障害者（「重症心身障害者を含む」）でも生活可能なグループホーム制度の確立が必要である。そのためハード面での整備を推進するための公的な整備費の充実が更に必要である。また、夜間を含めた支援体制の充実が求められる。

### (結論 2－説明 1)

グループホームを建設する場合、借家で借りる場合も含めて地域住民の反対が全国各地で起きており、なかには建設を断念する場合もある。一方、建設に当たって地域住民の理解を求めることについて、もっぱら事業者に委ねている現状がある。障害者計画や障害福祉計画並びに公費支給の主体である地方自治

体が、責務として事業者と連携・協力して住民の理解促進を図る必要がある。

#### おわりに

グループホーム等の設置促進にあたっては、特に、整備費や報酬単価という公的費用負担の課題が大きい。障害福祉関係予算の確保と関連して今後の検討に期待したい。

### (3) 民間住宅の活用促進のための建築基準法の見直し

#### はじめに

グループホーム等の設置促進にあたって、現行の建築基準法が大きな壁となっている。そこで、同法に着目し検討した。

#### 結論とその説明

##### (結論 1)

グループホーム・ケアホームの民間住宅の活用促進にあたっては、建築基準法の規制を緩和し、一般住居として取り扱う必要がある。

##### (結論 1－説明 1)

グループホーム等の民間住宅の活用の際し、全国的に建築基準法が大きな問題となっている。現状では寄宿舍への用途変更が強いられ、厳しい基準が適用され、防火壁などの工事を行わなければならないことになる。それによって、民間住宅の活用が困難となり、地域の重要な住まいとなっているグループホーム等の整備が進まない事態となっている。

##### (結論 1－説明 2)

現行の建築基準法は、そもそも、現在のグループホームという住居形態を想定していないと考えられる。グループホームは、地域社会で住民としての普通の住まいを提供し、入居者に必要な人的支援等を行うことを基本としたものと考えられる。従って、特別な住居ではなく、一般住居に暮らすことが共生社会のひとつのかたちと考える。

#### おわりに

障害者の住宅施策は、国土交通省の障害福祉施策と連携した取り組みなくして進展は望めない。法令の改正も視野に入れた国土交通省と厚生労働省の積極的な連携・協力を望みたい。

### 3. 住まい方支援

#### (1) 地域での住まいの確保（居住サポート事業）等について

##### はじめに

居住サポート事業は住宅の確保等において重要なサービスとされてきたが、その実態を踏まえ、今後のすまいの確保等への支援のあり方について検討し

た。

## **結論とその説明**

### **(結論 1)**

現行の居住サポート事業の支援内容の重要性は認められるが、相談支援事業との関連を含めた位置付けや実施状況などを再検証し、今後の事業の制度上の位置づけを検討する必要がある。

### **(結論 1－説明 1)**

居住サポート事業は、障害者が「地域で生活する権利」を実質化するための事業として重要な役割を果たすものである。この事業に加えて、日常生活の支援、ニーズの随時の聞き取りの他、地域住民と障害者との交流をはかる役割を担うことが望ましい。

### **(結論 1－説明 2)**

一定の成果はあり今後も必要である。官民共同で地域連携の場を作り情報収集や活動が広がったことにより成果が認められた。必要なのは住宅探しを行う人材確保で、委託費は一律ではなく、必要状態、人口、障害者数などによってランクを考えるべきである。

### **(結論 1－説明 3)**

現行制度では居住サポート事業者を受託する事業者が少なく、住宅部門との連携も不十分であり、実施市町村も多くない。福祉分門だけではなく、住宅部門と連携した形の実効性のある居住サポートの仕組みが必要である。また、グループホーム等から単身生活に移行する場合も事業対象とする必要がある。居住サポートの拡充によって、グループホーム等以外の第 3 の地域生活の道が広がっていく。そのためにも重要な事業である。

### **(結論 1－説明 4)**

居住サポート事業は必要な機能であるが、制度が未熟で一人仕事になる地域が多く、業務として成熟していない。グループホームのバックアップ機能等とのリンクする仕組みを検討する必要がある。

### **(結論 1－説明 5)**

相談支援事業の付帯事業的な位置づけとなっており、機能や役割が不明瞭であるとともに、相談事業本体を圧迫している面もある。また、本事業における支援が、住居の確保や緊急時対応など限定的な場面に限られているが、地域での安心できる暮らしを継続的にサポートするような、訪問型の生活サポート事業として機能強化し、独立して運営可能な事業とすることを望みたい。相談支援の範疇でなく、義務的施策として明記し、義務的経費負担とする必要がある。

### **(結論 1－説明 6)**

居住サポート事業の位置付けが弱いので、独立させるべきである。地域移行に於いて賃貸住宅を考える場合、公的な保証人機構と連動した必要な事業である。また、事業が機能するには、あんしん賃貸住宅の登録が不可欠であるが、



その部分が未整備のままである。緊急時に対応可能な安心できる地域生活拠点機能を事業者そのものに付加する必要がある。

(結論 1－説明 7)

居住サポート事業は必須化されるべきとは考えるが、何より必要なのは 24 時間 365 日の待機介助であり、居住サポート事業は予算も貧しく対象者期間も限られていることが問題である。

(結論 1－説明 8)

居住サポート事業に 24 時間の見守りを課していることは不合理であり、これは介助サービスで保障されるべきサービスである。また、公的保証人を獲得するために多額の自己負担を必要とすることは非現実的であり、一方、住宅改造をする費用補填は低額なため、住宅はほとんどない。

(結論 1－説明 9)

障害者の地域における生活を支えるためには、夜間や緊急時に対応が可能な拠点機能としての「地域生活拠点センター」の新設、整備が不可欠である。

(結論 1－説明 10)

高齢者分野における「シルバーハウジングプロジェクト」(公営住宅に福祉目的の住宅設置のうえ、支援サポーターによる巡回支援が実施されている)の障害者バージョンを作り、居住サポート事業との連結をはかる必要もある。

## おわりに

住宅の確保等の支援については、そのサービスを切り分けるというより、地域生活支援の一環として位置づけ、機能強化を図れるような仕組みを期待する意見が多かった。また、賃貸契約書などが本人に分かりやすい契約書となるように工夫してほしいとの要望があった。

## (2) 一般住宅やグループホーム等への家賃補助等について

### はじめに

地域での住まいとして、グループホーム等や公共住宅、民間住宅の活用が益々求められるなか、特に、主たる収入を障害基礎年金と福祉的就労の工賃などに依存する人たちにとって、その家賃は重い負担となっている。また、それらの住宅の確保に向けた様々な施策が必要と考えられる。それらの視点から検討を行った。

## 結論とその説明

(結論 1)

地域での住宅問題の解決のためには、グループホーム等や公共住宅、民間住宅の賃貸などにおいて、障害者の受け入れを拡大していくことが必要である。そのために、厚生労働省と国土交通省等の関係省庁が密接に連携した住宅施策を講じていく必要があり、一方で家賃補助、住宅手当などによる経済的支援策が重要と考える。

**(結論 2)**

民間住宅の障害者の受け入れを拡大のために、一般住宅の行政による借り上げや一定以上の規模を有する新築集合住宅に対して、障害を持つ人に配慮された住戸の義務付けとその際の公的助成などが考えられる。

**(結論 3)**

事業者に対する税制の優遇（不動産取得税、固定資産税、都市計画税等の減額もしくは免除）を設ける必要がある。また、住居提供者に対する経済的支援策や優遇策を講じる必要がある。

**(結論 1－説明 1)**

障害者の所得保障が不十分であるという理由のみで安易に住宅問題を考えるのではなく、国民全体の住宅施策の中で障害のある人の住宅問題も位置づけ考える必要がある。都市計画の中に、障害者住宅の整備目標を組み込むべきであり、公営住宅、民間住宅、行政における都市計画の3つの観点から総合的に進める必要がある。また、住まいの確保について、自立支援協議会のようなシステムを作り、連携して取り組む必要がある。

**(結論 1－説明 2)**

日本の厳しい住宅事情の中で既存住宅の活用だけでなく、障害者が生活しやすい住宅建設が可能となる様な積極的な支援策が必要である。

**(結論 1－説明 3)**

「高齢者の居住の安定の確保に関する法律」と同様に、法制度でしっかり位置づけたうえで、障害者向けの住宅が地域内で確保されるような方策を推進していく必要がある。また、国交省が取り組んでいる高齢者専用賃貸住宅制度のような仕組みの賃貸物件制度を推進できないか。

**(結論 1－説明 4)**

家賃補助的な施策が早急に必要との意見が多く出ている。民間住居への入居促進のため、家賃補助や住宅手当の創設が望ましい。生活保護と同様に、障害者の基礎年金に住宅手当が上積みされるべきではないか。

**(結論 1－説明 5)**

住宅手当の創設、保証人制度の充実、住宅改修費の支援等とともに、居住支援協議会の必置規定化等、一般住宅の確保をめぐる課題を早急に解決すべきである。

**(結論 1－説明 6)**

住宅手当とした場合、広く国民を対象とした手当制度や生活保護制度における住宅扶助などとの関係を整理する必要がある。また、住宅手当は、住宅を必要とする人とそうでない人がいるので、ニーズとかみ合うかという問題がある。障害年金をすぐに引き上げることができれば良いが、それぞれの住宅の状況を踏まえると一律に年金の手当とするのはどうか。家賃に応じて住宅手当を支給するのが現実的であるし、社会の理解も得られやすい。

**(結論 1－説明 7)**

入所施設における補足給付と同額の2万5千円相当の金額を家賃などの補助に当てることが可能な仕組みを作る。また、家を借り上げる際に必要な保証人を自立支援協議会などの仕組みを活用して自治体ごとに確保できるようにする必要がある。

**(結論2－説明1)**

公営障害者住宅の新設が優先されるべきであるが、一般住宅の行政による借り上げによる確保を検討すべきである。その場合、建設時から行政が借り上げを保障し、改造の補助など誘導策をとる必要がある。家賃についても、補填する仕組みが必要である。また、一定以上の規模を有する新築集合住宅に対して、障害を持つ人に配慮された住戸を義務付け、それに対して、一定割合の公的助成を行うことが考えられる。

**(結論3－説明1)**

事業者に対する税制の優遇（不動産取得税、固定資産税、都市計画税等の減額もしくは免除）を設ける必要がある。また、障害特性に応じた建築構造のための助成金をさらに拡充する必要がある。一方、民間の土地や住宅提供者については、固定資産税などの税制優遇策を講じる必要があとともに、住宅改造と現状回復工事への助成制度が必要である。

**おわりに**

家賃補助の議論において、障害者の所得保障の仕組みを見直すことが先決ではないかという意見もあった。

また、トライアル入居（法人契約アパートの試験入居を経て、その居住実績により個人契約への切り替え促進）の制度化なども必要との意見とともに、大家への「障害者・高齢者を入居拒否しない」などの条件付けの廃止を望む声もあった。

**(3) 公営住宅の利用促進について**

**はじめに**

現状では、住宅の確保において、公営住宅は重要な社会資源のひとつであり、その視点から検討した。

**結論とその説明**

**(結論1)**

地域での住まいの確保において、社会資源としての公営住宅の活用が望まれるが、地域間格差が顕著であり、優先枠の拡大に向けた何らかの仕組みが必要である。なお、一方で、公営住宅に偏重することなく、民間の賃貸住宅への入居も進めていく施策を講じる必要がある。

**(結論1－説明1)**

公営住宅は低家賃であり、住まいとしての重要な社会資源といえる。公営住宅を使いやすくするように自治体を指導していくことが必要である。また、バ

リアフリー化した公営住宅を拡充して、障害特性をも考慮する住宅提供の仕組みをつくり、優先的に提供されることが望ましい。

(結論 1－説明 2)

公営住宅については、バリアフリー住居やグループホームなどの優先枠を拡大するため、それを制度化する必要がある。

(結論 1－説明 3)

知的障害者は単身でも公営住宅に申し込みができるようになったが、単身用の公営住宅は空きが少ないので実際には入居できない人が多い

(結論 1－説明 4)

1つの公営住宅の建物に障害者が集まるのは、問題はないか。特化した居住の形はいかがなものか。市民との混在／混住がインクルージョンの要ではないか。権利条約の「他のものとの平等」の理念にからずれば、公営住宅よりは民間の賃貸住宅を借りやすくする施策が重要といえる。民間の賃貸住宅への入居を進めながら、不十分な場合には、暫定的な措置として公営住宅への入居優先枠を拡大することが考えられる。

(結論 1－説明 5)

特定の住居形態に、特定の人々が集住する問題は残るが、障害のある人が公営住宅を選択する上では入居しやすくする政策は必要である。

(結論 1－説明 6)

公営の障害者住宅の新設は急務であり、公営住宅の建築前に、障害のある人がいる家庭などを対象に公募をかけて、ユニバーサルデザインを施した一戸建てなども創出していく必要があると考える。

## おわりに

公営住宅の利用促進にあたっては、省庁をまたいだ住宅施策であるとともに、国と地方自治体の連携が重要であり、それらを踏まえた取り組みを望みたい。

# 「日中活動と GH・CH、住まい方支援」作業チーム報告（補足）

平成 23 年 2 月 15 日

## 1. 日中活動

### (1) 現行の介護給付、訓練等給付と地域生活支援事業という区分について

(結論 1・結論 2－補足説明)

ここで使用する個別給付という表現は、給付方式の呼称であるとともに、国庫負担金（義務的経費）としての意義があることを踏まえる必要がある。

### (3) 自立訓練（機能訓練・生活訓練）、生活介護等の日中活動系支援体系のあり方について

(結論 2－補足説明)

通訳・介助員をつける必要があるのは「視覚、聴覚障害のある人たちなど」という表現より、例えば、「移動やコミュニケーションに障害のある人たちなど」とする方が適切である。

### (4) 療養介護等の重症心身障害児・者への支援について

(結論 1－補足説明)

平成22年に児童福祉法が改正され、重症心身障害児の通園事業は医療型児童発達支援に替わる予定となったが、これらを利用する18歳以上の重症心身障害者の行く先は不明確である。医療職を手厚くした生活介護にするか、新たな医療的ケアを伴う通所福祉施設を制度化するなどの検討が必要である。

(結論 2－補足説明)

児童期から成人期において一貫した支援体制は必要であるが、制度としての法体系での一本化は不適切である。18歳未満の重症心身障害児は他の障害児と同様に在宅を中心とし、入所する時は、有期間・有目的の医療型障害児入所施設を基本とすべきである。18歳未満の重症心身障害児が、療養型施設に新たに入所することとならない体系が必要である。

### (5) 地域活動支援センター、日中一時支援、短期入所について

(結論 3－補足説明)

精神障害者にとっては、短期入所は新たな社会的入院を生み出さないため、強制入院防止のためにも最も重要な資源である。しかし、現行では精神障害者を受け入れる短期入所施設がほとんどなく、支給決定を受けても利用できない現状がある。

## 2. グループホーム・ケアホーム

### (1) グループホーム・ケアホームの制度について

#### ②グループホーム・ケアホームの区分と設置基準等のあり方について

(結論 1－補足説明 1)

精神障害者にとって転居は大きな負担となる。サテライト型グループホームを認めていくことにより、グループホームの支援が不要となっても、そのまま同じアパートに住み続けることが可能となる

(結論 1－補足説明 2)

現行の福祉ホームをグループホーム制度のなかで位置づけるか(個別給付)、地域生活支援事業(市町村事業)で存続させるか、小規模化の課題と併せて検討する必要がある。

## 施策体系～地域生活支援事業の見直しと自治体の役割報告書

### I. はじめに

当作業チームでは、これまで支援の狭間にいた人たちに必要な福祉サービス（D-1-1）や、また、現行の介護給付、訓練等給付と地域生活支援事業の区分、総合福祉法での支援体系のあり方や生活構造やニーズに基づいた支援体系という観点を念頭に、D-1-5 地域生活支援事業、D-1-6 コミュニケーション支援事業及びF-1 地域生活支援整備のための措置、F-2 自立支援協議会を検討の範囲とし、障害者総合福祉法（仮称）におけるサービス体系及び自治体の役割のあるべき姿について、地域生活の権利（障害者権利条約第19条）の保障を念頭に整理した。

第1回（10月13日）では、サービス体系（現行の給付区分等）、地域生活支援事業（当該事業の仕組み）、コミュニケーション支援事業（聴覚障害者、盲ろう者、視覚障害者、知的障害者等を含む）、移動支援事業（ガイドヘルプ等の仕組み等、労働行政や教育行政との枠割分担）、日常生活用具の給付等事業、地域生活の資源整備（障害福祉計画を含む）、自立支援協議会、自治体の役割について、現状と課題、あるべき姿について検討を行った。

第2回目（11月19日）は、前回の報告と議論を受け、①個人への支援（小さなケア）と自治体の基盤整備（大きなケア）を一体的に結びつけるための方策、②地域移行や訪問支援・日中活動支援・コミュニケーション支援・移動支援を含む社会参加活動支援・居住支援を効果的に進めるためのあるべき自治体の役割の検討、③地域生活支援事業という枠組みの捉え直し、④残された論点に関する4つの点をベースに、i. 数値目標を定めて自治体レベルで整備すべき緊急かつ重要な地域生活の基盤や相談支援体制や地域自立支援協議会の関わり、ii. 中長期的な障害の理解・普及啓発に関する自治体の役割、iii. コミュニケーション支援及び移動支援の個別給付化における制度設計やその範囲、v. 地域生活支援事業の見直しと自治体の役割に関して議論されていない重要な課題について検討を行った。

そして、これまでの検討を踏まえ、第3回（12月7日）では、当該作業チームの意見取りまとめに向けた作業と、障害者総合福祉法（仮称）における地域生活支援事業の見直しと自治体の役割やあるべき姿とその方向性を整理した。

## Ⅱ. 結 論

### 1. コミュニケーション支援の確立（盲ろう者通訳介助含む）について （論点 D-1-2、D-1-5、D-1-6、D-3-1）

#### 結論

コミュニケーション支援については、支援を必要とする障害者に対し、社会生活の中で対応すべき必要な基準を設け、義務的経費で無料とする。特に、盲ろう者のコミュニケーション支援に関しては、移動介助を含めた運用を求める。そして、上記支援の基盤整備のうえに、さらに教育・雇用・人権などの観点から必要な支援のあり方については、当該分野の法律で保障する事や将来的な立法も含めて検討する。このように、段階的に支援の量を拡大していく必要があるのではないかと。

### 2. 移動支援の自立支援給付化（個別給付化）について （論点 D-1-2、D-1-5、D-2-2、D-3-1）

#### 結論

移動に関しては、介護給付である「重度訪問介護」「行動援護」と地域生活支援事業の「移動支援」でわかれている。だが、「歩く」「動く」は「話す」「聞く」「見る」と同様、基本的権利の保障であり、自治体の裁量には馴染まないものであり、自立支援給付化が求められる。ただその際、教育・雇用などの場面での移動支援は、当該分野の法律で保障する事も求められる。これらの制度の重複、市町村格差や、使いにくい現状については、福祉の範囲で具体的にどこまで対応すべきか、も含めて、第2期作業チームで具体的に検討する。

- 上記1と2に関しては、今後検討の上で立法化が予定されている差別禁止法の中で、合理的配慮とは何か、を定めた上で、総合福祉法の中でカバー出来ない（福祉以外の立法がカバーすべき）部分について、規定すべきである。

### 3. 地域活動支援センター事業の再編成について （論点 D-1-2、D-1-5）

#### 結論

地域活動支援センター事業の内容については、就労の面と日中活動の場の面があり、就労部会および第2期での議論を踏まえた上で、地域生活支援事業に残すものと、他事業との体系の統合の中で自立支援給付にするものとに分ける。なお、小規模作業所については、新体系に移行で

きない作業所があることに鑑み、第2期作業チームで問題点の検証とともに、具体的に検討する。

#### 4. 相談支援事業（成年後見制度及び居住サポートを含む）について （論点 D-1-5）

##### 結論

医療・福祉・保健など各分野が連携したトータルな支援を行うためには、相談支援の充実が必要であり、市町村の相談支援機能を強化するとともに、障害者の人生をトータルにサポートするような支援の仕組みが必要である。

相談支援事業本体については、選択と決定・相談支援プロセスの作業チームの協議結果に委ねるべきである。

#### 5. 福祉ホーム及び居住サポートについて （論点 D-1-2、D-1-5）

##### 結論

福祉ホームについては、居住機能に応じたサービス体系のあり方を考えれば、居住支援の一部としてグループホーム（GH）・ケアホーム（CH）と同じ位置づけで自立支援給付化するとともに、公営住宅、民間賃貸住宅等の活用も含めた障害者の居住の場の確保という観点から整理をするべきである。

#### 6. 補装具と日常生活用具のあり方について （論点 D-1-7）

##### 結論

日常生活用具給付等事業は補装具と同様に自立支援給付とすべきである。

#### 7. 権利擁護の仕組み（成年後見制度など）について （論点 D-1-5）

##### 結論

権利擁護の仕組みについては、障害者が必要とする支援を受けながら自己決定を行えることが、最も大切にされる分野であり、成年後見制度そのものを含めた一体的な内容として議論されるべき部分である。今後上程が予定される障害者虐待防止法や障害者差別禁止法でカバーすべき部分と、自治体が主体的に担う部分の役割分担については、第2期作



業チームで検討すべき内容であるが、障がい者制度改革推進会議においても議論をする必要がある。

#### 8. 地域生活のサポートにおける自治体の役割（障害の理解と普及啓発を含む）について

（論点 F-1-1、F-1-2、F-1-3、F-2-3）

##### 結論

緊急かつ重要な地域における社会資源整備は、地域生活のサポートにおける自治体の重要な役割である。具体的には、住まい、相談支援、労働・日中活動支援、コミュニケーション支援等について、総合福祉法制定時から数年間で何らかの数値目標を作り、モニタリングする仕組みをつくる。その具体的な内容は第2期作業チームで検討する。

それと同時に、障害の問題についての理解を深める広義の普及啓発についても、例えば鳥取県で取り組んでいる“あいサポート運動”（※）等のような社会全体の意識を高めつつ、中長期的な戦略として、自治体施策の中に盛り込む。普及啓発は、一方的なものでは効果が薄い。学校教育の段階からの繰り返しの啓発が必要であり、高齢者支援など他の福祉分野と連携した普及啓発が必要である。

（※）あいサポート運動とは、地域の理解が不可欠という考えをもとに、障害のある人が、地域の一員としていきいきと暮らしていくため、国民に広く、障害の特性や障害のある人への配慮の仕方などを知っていただき実践していただく運動。一般市民、さまざまな障害者団体や県内外の民間企業等が“あいサポーター”として参加協力し、暮らしやすい地域社会作りのために運動を繰り広げている。平成21年より実施。

#### 9. 障害福祉計画と地域自立支援協議会、個別支援計画の連動（社会資源の整備を含む）について

（論点 F-1-4、F-2-1、F-2-2、F-2-3、F-5-1）

##### 結論

地域自立支援協議会が実態的により機能が発揮できるようにするためには、法的位置づけを明確にするとともに、委員の公募方式の採用や、障害当事者が参画できる形態を重視すること、また運営支援に関する研修等も求められる。同協議会の設置の規模や形態については、実質的な運営ができるように、自治体に裁量をもたせる。

内容に関しては、その地域における解決困難事例に取り組む中で、地

域生活が実現可能となるための各種社会資源の開発の役割や、障害福祉計画へとつなげる役割として位置づける。また、数値目標のモニタリングの問題は、施策推進協議会との役割分担も含め、障がい者制度改革推進会議で議論すべきである。ただ、上記の役割を果たすための方法については、市町村の実情によって一定の幅があってよい。

また、都道府県は、市町村の障害福祉計画を取りまとめるだけでなく、広域的・専門的支援の見地から、市町村の地域自立支援協議会の運営の助言や情報提供、障害福祉計画と地域自立支援協議会、個別支援計画の連動を手助けするための人材育成支援などにも取り組む。

## 10. 広域的・専門的支援にかかわる都道府県の役割について

(論点 F-1-1、F-1-2、F-1-3、F-5-1)

### 結論

相談支援専門員、手話通訳者、盲ろう者の支援員（通訳を含む）市町村の実務担当者等の人材育成等、市町村が単独ではできないことについて、都道府県が主体的な広域調整・専門的な支援を行うべきである。また、視覚障害・聴覚障害・盲ろう・重度重複障害や重心障害・発達障害・高次脳機能障害・難病など、障害の困難性に伴う専門的な知識及び技術を要する支援あるいは相対的に数が少ない障害に対応する支援（広域的センター等）について都道府県の果たすべき広域的・専門的支援とは何か、も具体的に規定する。

## 11. 地域生活移行（社会的入院・入所を防ぐための整備）について

(論点 F-1-2、F-1-3、F-5-1)

### 結論

地域生活を希望するどんなに重い障害のある人も地域生活が出来るような支援システムを創ることによって、社会的入院・入所や新規の入院・入所を減らすためには、自治体にはこれまで以上に大きな役割が求められている。自治体は、障害福祉計画などで地域生活支援を促進する計画を立て、それを着実に実行すべきである。その内容は、第2期作業チームで具体的に検討する。

### Ⅲ. 理 由

現行の自立支援給付（介護給付、訓練等給付）と地域生活支援事業との区分からみた場合、地域生活支援事業については、障害者自立支援法上の様々な矛盾が特に詰まっている事業であると言える。

移動支援とコミュニケーション支援の二つの事業に関しては、本来「話す」「聞く」「見る」「歩く」「動く」という基本的権利の保障であり、自治体の裁量には馴染まないものでありながら、現状では自治体が個別に判断する事を求められている。そのことによる自治体間格差も深刻な問題である。また、日常生活用具給付等事業は、自立支援給付である補装具との明確な定義上の違いも不明瞭である。自立支援法施行前後における国家財政の制約が強く働き、結果として今後サービス支給の伸びが予測されそうな上記の各種支援が、自立支援給付化されなかった、とも考えることができる。附言すれば、これらのサービスは、障害者の地域生活支援に不可欠であり、かつ今までその権利性が十分に認められてこなかった支援類型である。

地域生活支援事業は、できるだけ自立支援給付・義務的経費化し、自治体の裁量として残す方がよいものは残すという方向にする。但し、自立支援給付・義務的経費化した内容については、その提供する支援内容に応じて、応益負担の原則は廃止し、仮に負担が求め得られる場合であっても、定率負担とすることなく、また本人の所得を基礎とするということが言え、これらの問題を解消するためには、地域生活支援事業の抜本的な見直しが求められている。

### Ⅳ. おわりに

#### 1. 他の作業チームへの検討要望（意見書提出済み）

##### (1) 移動支援にかかる訪問系チーム及び就労チームへの議論の要望

移動支援の範囲については、日常生活や社会生活における様々な場面への支援が必要とされるところだが、教育や労働（通学・通勤）における移動支援については、教育あるいは労働との一体的な保障という観点から検討することが必要と思われる。

##### (2) 地域活動支援センターの再編成にかかる就労チームへの議論の要望

地域活動支援センターの再編成の検討については、自立支援給付化も

含めて検討していかなければならないと考えるところだが、現在の地域活動支援センターの事業体系には、就労にかかわることも多く、当チームだけの検討では不十分であると思われ、就労チームでも検討する必要があると思われる。

### (3) 家族支援にかかる障害児チームへの議論の要望

地域生活のためのサポートについては、基礎自治体の役割の見直しも求められるところだが、特に、障害のある子どもをもったことを受容するための家族への支援については、十分に支援できる機能がほとんどないといった現状があり、家族支援の検討にあたっては、障害児チームでも検討する必要があると思われる。

## 2. 推進会議への検討要望（意見書提出済み）

(1) 障害の理解に関する普及啓発については、「障害者基本法」改正の検討を進める中において重要な事項と理解しており、このことについて、議論が必要と思われる。

(2) 「障害者基本法」に基づく障害者施策推進協議会と地域自立支援協議会では、多くの自治体で役割や人選が重複している現状がみられることから、この2つの協議会の棲み分けや役割分担、整理に関する議論が必要と思われる。

(3) 地域自立支援協議会については、法的な位置づけを定めた上で、その地域における解決困難事例に取り組む中で、障害福祉計画へとつなげる役割として位置づけることが必要であり、また、数値目標のモニタリングの問題については、施策推進協議会との役割分担も含め、議論が必要と思われる。但し、上記の役割を果たすための方法については、市町村の実情によって一定の幅があってよい。

## 3. 第2期作業チームへの申し送り

(1) コミュニケーション・移動支援については、労働行政や教育行政との関係性を十分に検討する必要があるが、制度上の重複、市町村格差や制度の利用のしづらさに関しては、福祉の範囲で具体的にどこまで対応するべきかも含め、具体的に検討する必要がある。

- (2) 地域活動支援センターの事業内容並びにいわゆる小規模作業所のうち、新体系に移行できない作業所の問題点の検証を含め、具体的な検討を要する。
- (3) 権利擁護の仕組みそのものに加え、障害者差別禁止法や障害者虐待防止法でカバーすべき部分と自治体が自主的に担う役割について、障がい者制度改革推進会議での議論はもとより、作業チームとして、さらに検討することが必要である。
- (4) 地域自立支援協議会の設置については、自治体の実情（実態）を理解した上で、運営主体や手段等をどうするのか、検討をさらに重ねる必要がある。
- (5) 地域生活移行（社会的入院・入所を防ぐための整備）の結論で示したように、自治体が障害福祉計画等で地域生活支援を促進する計画を立て、着実に実行すべきと考えるが、障がい者制度改革推進会議「第二次意見」では、地域生活移行について“国は一定の年次目標を掲げて取り組むべきであり、その年次目標の実現のため受入先となる居住等の計画的整備が必要”とされたところであり、具体的な内容については検討を要する。

以 上

## 「地域生活支援事業の見直しと自治体の役割」報告書【補足版】

○これまで当作業チームにおいて検討の論点としてあがらなかった事項で、かつ第2期作業チームで問題点の検証と具体的な検討を要すると思われる「地域生活支援事業の見直しと自治体の役割報告書」に対する主な意見は、以下のとおり。

1. 「コミュニケーション支援の確立」について、その支援の対象者の範囲に、重篤な難病患者でコミュニケーションができない人たちを対象にすることを含めていただきたい。
2. 「地域活動支援センター事業の再編成」について、地域活動支援センターは、利用者の利便性に鑑み、人口比ではなく面積に合わせた整備が必要と考える。また、財政的支援と要件緩和を含めた小規模な地域活動支援センターを増やす必要がある。
3. 「7. 権利擁護の仕組み」について、知的や発達障害の人たちに対する「権利擁護」への理解が充分ではないことから、「権利」について議論し、明確にしていく必要があると思う。施策も消極的権利擁護の施策と積極的権利擁護の施策や支援を分けて考えていく必要があると思う。入所施設については、積極的な意味での入所機能を明確化していくなど抜本的に変える必要があると思う。
4. 「9. 障害福祉計画と地域自立支援協議会、個別支援計画の連動」について、
  - ①24時間など長時間介護の障害者や、長時間利用者を自立支援している障害者団体等も、原則として参加させることによって、当事者主導の自立支援協議会を確立するべきである。
  - ②委員の公募方式がいいのだが、障害当事者の参画を重視というのではなく義務付けとした方がいいのではないか。

以上

【訂正版】

2011年1月25日

## 地域生活支援事業の見直しと自治体の役割 報告（概要）

- (1) コミュニケーション支援の確立（盲ろう者通訳介助含む）  
社会生活の中で対応すべき必要な基準を設け、義務的経費で無料に。特に、盲ろう者のコミュニケーション支援は移動介助と一体的に運用。
- (2) 移動支援の自立支援給付化（個別給付化）  
「重度訪問介護」「行動援護」「移動支援」を自立支援給付に位置づける。  
\* (1)(2)とも、福祉の範囲で対応すべき範囲は、第2期で具体的に検討。
- (3) 地域活動支援センター事業の再編成  
地域生活支援事業に残すものと、他事業との体系の統合の中で自立支援給付にするものに区分。小規模作業所については、就労部会・第2期での検討課題に。
- (4) 相談支援事業（成年後見制度及び居住サポート含む）  
医療・福祉・保健等各分野が連携した支援が行えるための市町村における相談支援機能の充実を図る。
- (5) 福祉ホーム及び居住サポート  
福祉ホームは自立支援給付とするとともに、公営住宅、民間賃貸住宅等の活用を含め、居住の確保の点から整理。
- (6) 補装具と日常生活用具のあり方  
日常生活用具は、補装具と同様に自立支援給付に。
- (7) 権利擁護の仕組み（成年後見制度等）  
権利擁護の仕組みについては、成年後見制度を含め一体的な内容として検討。
- (8) 地域生活のサポートにおける自治体の役割（障害の理解と普及啓発含む）  
数値目標やモニタリングの仕組みをつくり、その具体的な内容は、第2期で検討。また、障害に対する理解啓発のための普及活動や学校教育の段階からの啓発、他の福祉分野と連携した普及啓発も必要。
- (9) 障害福祉計画と地域自立支援協議会、個別支援計画の連動  
地域自立支援協議会を地域生活の実現のために各種社会資源の開発や、障害福祉計画へつなげる役割として位置づけ、委員についても公募方式の採用や、障害当事者の参画を重視。
- (10) 広域的・専門的支援にかかわる都道府県の役割  
都道府県は、相談支援専門員、障害の困難性に伴う専門的な知識及び技術を要する支援や相対的に数が少ない障害に対応する支援、また行政担当者等の人材育成等、広域調整・専門的なことについて主体的に支援。
- (11) 地域生活移行  
自治体が積極的な役割を果たす必要があり、第2期で具体的に検討。

## 第1期作業チーム報告（医療）

## I. はじめに

本チームは、障害者の権利に関する条約を我が国が批准するにあたり、精神障害者の非自発的な入院や身体拘束が、「精神保健福祉法」、「医療観察法」等で法的に規定されていること等が、人権保護上問題があるのでは、という視点に立ち、障害者の医療に関連する現行法体系を廃止または抜本的に見直し、諸法の法改正、制度構築、財政措置の実施が法的に担保されるべく、検討を行った。

## 1 第1期（H22.10～12月）における検討事項

テーマ：障害者権利条約の考え方を踏まえながら、医療について、特に精神医療を中心に検討した。

## (1) 議論に当たっては、以下を前提とした。

- ・ 障害者権利条約の考え方
- ・ 障がい者制度改革推進会議の第一次意見及びこれを踏まえた閣議決定
- ・ 障害者基本法の改正に向けた推進会議での議論
- ・ 総合福祉部会での議論

## (2) 医療・合同作業チームでは、医療に関して、推進会議および総合福祉部会で、今後、以下のことを検討するうえで活用される論点整理を行っていく。

- ・ 障害者基本法改正
- ・ 総合福祉法の制定
- ・ 個別分野の制度改革

## II. 医療・合同作業チームにおける結論

## 1 障害者基本法改正に関連して

障害者基本法に盛り込むべき内容として、以下の事項が確認した。



- (1) いわゆる「社会的入院」を解消し、自立（自律）した生活及び地域社会への包摂のための施策の根拠となる規定を設けること。

「保護と收容」を優先するこれまでの我が国の障害者施策の結果生まれた「社会的入院」を解消するためには、閉鎖された空間から自立（自律）した生活への移行をサポートし、地域社会へ包摂するための施策を展開することが必要である。障害者基本法において、このような施策の根拠となる規定を設けるべきである。また、現時点で確保されている精神病床の削減を前提とした必要最小限の病床確保に向けた、国の責務としての施策の実施の根拠となる規定を設けるべきである。

- (2) 医療保護入院に係る同意を含む「保護者制度」を解消するための根拠となる規定を設けること。

精神障害者に関し、本人の自己決定権を尊重するとともに家族の負担を軽減するためには、医療保護入院に係る同意を含む「保護者制度」について、これを抜本的に見直し、例えば、司法機関や地方公共団体等の公的機関が責任を負う制度に改めることが必要である。障害者基本法に、このような趣旨とそのための施策の根拠となる規定を設けるべきである。

- (3) 強制的な入院は人権保護の点から原則として認められないことを確認し、人権制約が行われる場合には、その実施が例外的に最大限の人権の保護を確保した上での適正手続を保障する規定を設けること。

精神科病院への入院や施設への入所は、本人の自由な意思に基づいて行われることが原則であるべきではないか、これは、「自己決定権」という最も重要な基本的人権の一つである。したがって、強制的な入院は、原則として禁止し、やむを得ず措置入院が行われるような場合においては、この基本的人権の手続的な保障としての障害のない人との平等を基礎とした実効性のある「適正手続」が履行されなければならない。例えば、司法、行政等の第三者が当該措置を人権配慮の点から責任もって実施する等の本人の権利擁護のための仕組みが必要であり、障害者基本法に、障害者の自己決定権の理念と、適正手続保障の根拠となる規定を設けるべきである。また、このために精神保健福祉法、医療観察法等関連法体系の抜本的な見直しを国の責務として実施する根拠

となる規定を設けるべきである。

(4) 精神医療の質の向上に努めることの根拠となる規定を設けること。

精神医療の提供に当たっては、一般医療と同様、インフォームド・コンセントを得るという原則を徹底するとともに、身体拘束や閉鎖空間での処遇等の行動制限を極小化すべきである。このためには、非自発的入院を削減していくこと、入院ニーズを十分に精査したうえで必要最低限かつ適正な病床数まで精神病床を削減し、その上で、必要最小限の病床に対して、行動制限の極小化に見合った人員配置を行い、精神医療に充てる人員の標準を一般医療より少なく設定している現行の基準を改めることが必要である。また、病床削減に伴い、往診・外来受診を含む医療体制の強化と福祉サービスの強化による地域生活の支援体制を強化すべきである。さらに、急性期等の精神医療に携わる医師、看護師、コメディカル等の仕事の質を確保するための指針の整備等とともに、障害者基本法において、このような施策の根拠となる規定を設けるべきである。

こうした施策を国の責務として実施すべく、法的、制度的、財政的な措置を国が実施する根拠となる規定を設けるべきである。

(5) 一般医療における問題点の解消に努めることの根拠となる規定を設けること

一般医療においても適正手続きの保障がない状況で行動制限が行われている状況があり、医療提供に当たっての人権確保の必要性は精神医療にとどまらない。

また、精神障害者が身体合併症治療のために一般医療を受ける必要が生じてもその円滑な提供がなされないことがあり、こうした事態の改善が必要である。障害を理由とする差別なしに必要な医療が自らの選択によって受けられることは、精神医療の範囲にとどまらず不可欠なことである。障害者基本法において、このような問題点を解消する施策の根拠となる規定を設けるべきである。

- \* 上記の論点に係る障害者基本法の改正の検討は、同法の「障害者の福祉に関する基本的施策」の「医療等」に関する部分の条項改正のみならず、同法の「基本理念」に係る条項の改正をはじめとして同法の他の部分に関する議論にも、当然に及ぶ必要があると考える。

## 2-1 精神医療の法体系のあり方について

11/19 会合において、座長メモ（下記の点線枠内参照）に基づき議論が行われたが、精神医療の法体系のあり方については、以下の ①、②のように意見が分かれた。

- ① 精神医療は医療を受ける者本人の自発的意思に基づいて提供される（精神医療を一般医療と区別しない）ことを法体系の基本としたうえで、やむを得ず非自発的入院や行動制限が行われる場合における人権確保のための適正な手続を定める法律（適正手続法）を設けるべきという意見。
- ② 精神医療に関し、さらには精神障害者を支援する保健施策も含めて、自発的意思に基づくことを原則とし、非自発的入院や行動制限が行われる場合には人権確保のための適正な手続が必要なことは当然であるが、法体系としては、精神医療に特化した法律を存置させるべきという意見。

〈第2回合同作業チーム（H22.11.19）配布資料「座長」メモより〉

- ・ 精神障害者に必要な支援は、当然ながら医療に留まらず、保健（入院とならないよう未然防止するための支援、退院直後の支援等）と福祉（住居確保、所得保障、就労支援等）のサービスや支援が個々の障害者のニーズに則して相互に連携して提供されなければならないのではないか。
- ・ 特に精神医療に関しては、医療と福祉が混在し制度上の問題を多く含んでいる精神保健福祉法を人権的な視点も含め抜本的に改正するか、又は新法の制定を検討する必要があるのではないか。

（※ たとえば、医療法等の一般的な医療法制、地域保健法等の保健法制、総合福祉法等の福祉法制に精神障害者に関する規定を取り込むことを法体系の基本とし、精神障害者固有の事情に基づく人権尊重、非自発的入院・隔離拘束の際に取るべき適正な手続、第三者機関によるチェック等の必要性を満たすために、上記の新法又は抜本改正した精神保健福祉法に規定を置くこととしてはどうか。）

## 2-2 精神病院における認知症患者の受け入れについて

精神病院における認知症患者の受け入れについては、以下の①、②のように意見が分かれた。

- ① 社会的入院の解消によって削減した精神病床を、認知症患者に転換することを認めるべきではない。そのことによって、再度社会的入院を助長する可能性がある。
- ③ 精神科医は、認知症については、専門的観点から対応すべきである。認知症患者に積極的に関わっている民間精神病院は多い。従って、今後その対応について検討していきたい。

## 3 地域生活支援・地域移行に関する議論の整理

### 【社会的入院の解消】

- 権利条約の批准に鑑み、国の重要施策として、精神科病床の削減と社会的入院の解消に取り組まなければならない。実施にあたっては、国が年次計画を示すとともに十分な財政措置を講じ、これを踏まえて、都道府県がロードマップを作成し、精神保健福祉センター・保健所が積極的な役割を果たしつつ医療圏域毎に計画的に進める。
- これと並行して、精神障害者の地域移行に不可欠である住居の確保と生活支援サービスの提供を行う地域生活の基盤づくりを、国の責任に基づき財政措置を伴って進める。
- 都道府県による入院措置がなされた措置入院患者については、所管保健所が関与して個別に退院計画を立て、可能な限り早期に退院ができるよう図るものとする。この際、相談支援事業者等と連携を取り、退院後の地域生活を支援するための体制を確保することが必要。

### 【退院する人を地域で支える地域移行支援システムの構築】

- 長期入院により施設外での生活が困難となっている人や、入退院を頻繁に繰り返す人は、社会生活のための集中的なトレーニングを必要としており、各個人の状況に応じた地域移行計画を用意しなければならない。多角的な社会適応訓練を含め、地域移行が円

滑に進み地域生活が維持できるよう支援体制を構築する必要がある。その実施に当たっては、“医療モデル”として心身機能の損傷への治療や訓練に偏することなく、生活の実態に基づくニーズを基礎とする“社会モデル”に基づく生活支援ないし「福祉サービス」を重視し、精神障害者本人を中心にして、医療と福祉の連携したシステムを構築していくことが必要である。

- 相談対応を含む生活支援を充実すること（たとえば、24時間つながる電話による相談を含む）は、特に退院後間もない精神障害者については、必要不可欠である。

#### 【上記システムを構築するに当たり、従来の障壁の解消が必要】

##### ○地域移行を妨げてきた理由

- ① 昭和63年から施行された精神保健法に精神障害者社会復帰施設が盛り込まれたが、そのほとんどを民間に委ねた上、十分な財政支出が伴わなかったため、地域の受け皿として大きな広がりを見せていない。例えば、精神障害者生活訓練施設（援護寮）について見ると、施行後約20年経過した平成18年度においても300か所（4,400人分）の整備に、また施行後15年を経過した居住サービス（グループホーム、ケアホーム）利用者は13432人（平成21年8月）、居宅介護（ホームヘルプ）サービス利用者は23856人（平成21年8月）にとどまる。
- ② 地域住民の反対運動等を含め国民の間に偏見が根強く残っており、社会資源の整備が進まず、退院後の住まいの確保が困難な現状がある。

##### ○地域移行を推進し、病院→地域の道筋を作るには相当規模の予算が必要となり、人権の視点から財源（基盤整備）の確保が急務。

- ① 地域移行のための仕組みである地域移行支援に財政措置（ハード整備、人材確保、人材育成）を講じる。
- ② 自立訓練等の提供とともに、安心して駆け込み身をおける居場所としての機能も併せ持つシェルター（ドロップインセンター）を設ける。  
また、地域移行後の住居・生活の場の基盤整備と生活費用の確保が必要。

#### 【地域移行を推進するには住居確保は最重要課題】

- 長期入院を余儀なくされ、そのために住居を失うもしくは家族と疎遠になり、住む場がない人には、民間賃貸住宅の一定割合を公営住宅として借り上げるなどの仕組みが急務である。
- グループホームも含め、多様な居住サービスの提供を、年次目標

を提示しながら進めるべきである。

- 医療費扶助、住宅扶助等の要件を緩和すれば、不安なく地域移行を進められる。その際、福祉事務所など公的機関は合理的配慮をもって円滑に支援を行うことが重要である。
- 賃貸物件の公的保証人制度の確立と運用も重要である。

#### 【地域移行に必要な生活支援】

- 入院生活でパターン化された単調な生活リズムから、変化に富んだ地域の生活に順応するには、地域の中で相当の月日かけた生活支援が必要となる。
- 精神障害者が調子を崩したとき、家族との関係が一時的に悪化したとき等に、入院を防ぐあるいは再発予防のためのドロップインセンターが地域支援の拠点として必要である。
- ドロップインセンターでは必要時にすぐに使えるレスパイトやショートステイサービスが用意されることが重要である。
- 回復前期や調子を崩した時に気軽に利用できるさまざまな居場所の確保が地域で必要である。

#### 【地域移行支援に必要な人材育成】

- 地域生活移行を促進するには、人権擁護の重要性をよく理解した支援者人材が必要不可欠であり、集中的な人材育成を行うことが急務である。
- たとえば、経験が入院患者のケアに限られている人材について、期間を定めて再教育を行い、訪問によるケアなど地域生活支援になう人材として活用することなどが考えられる。
- また、入院をせざるを得ない場合でも、必要最低限の入院治療後、早急に退院させ、地域において医療と福祉の連携による支援を講じていくことが基本となることを徹底させる。
- 地域移行支援ならびに地域生活支援において、ピアサポートは重要な支援であるので、当事者同士がサポートしやすい環境を整備する必要がある。

#### 【地域移行に必要な就学支援】

- 在学中もしくは就職直後に発症し、青年期を入院等の治療で過ごさざるを得なかった人に、再就学を希望する人への支援の手だても必要である。
- 若年発症で思春期に入院した人には、特に就学支援の手だてが必

要である。

#### 【地域移行に必要な就労支援】

- 精神障害者の多くが将来働きたいと表明している。地域生活移行後の就労支援や合理的配慮は生活支援と同様、重要な位置を占める。就労を希望する精神障害者には、従来の福祉的就労に限らず企業や働く場での支援の強化が必要である。

#### 【当事者の主体性の尊重】

- 精神障害者本人の主体性を尊重することが何よりも重要である。
- 十分な情報を提供されたうえで、当事者が自ら選べることが重要である。

### Ⅲ. おわりに

障害者総合福祉法の論点整理で、「多くの社会的入院を抱える精神科病棟や、入所施設からの大規模な地域移行を進めるためには、特別なプロジェクトは必要か」、との課題が投げかけられているが、まさに今後、プロジェクトを形成必要があるか否かについての議論が必要と考える。

さらに、地域での生活、就労、地域医療など、総合福祉法において対応すべき事項が、数多くあるといえる。従って、社会移行を実現するためのシステムとして、住宅、あるいは生活訓練などの問題を示してきたが、これらの事項は総合福祉法で担保される必要があり、各作業部会において、精神障害者固有の問題についての議論が求められるところである。

第2期においては、医療を中心に論点整理を行うこととなるが、地域医療の領域などでは、精神医療についても触れる必要がある。今後、その他に精神医療領域の問題についての議論の必要が生じた場合には、推進会議（親会議）や総合福祉部会本体において議論するべきである。

## 付記

### 1月25日の部会での発言および委員から提出文書に示された主な意見

- ・ 精神病院の可視化、透明性が確保される医療改革を求める。  
一般市民の目から見て精神医療の内容が不明瞭で分かりにくい。入院患者にとって良い治療、重度化しない治療が行われるようモニタリングのシステム並びに相談支援の制度化が提案されているが、その仕組みがよりよく機能するよう、もう一步踏み込んだ提案を望む。
- ・ 強制医療、強制入院は前提として犯罪であるという認識。すでにノルウェーでは精神保健法廃止に向かって議論が始まっている。これは政府の姿勢としてもその方向ということであり、決して精神保健法廃止が非現実的ということではない。
- ・ 非自発的入院については、障害があろうと他のものと平等な手続きを求めることが重要ではあるが、同時にその実態要件も議論する必要があり、刑法の緊急避難の法理が適用されるべきと考える。すなわちいかなる適正手続きも犯罪を正当化し得ないので違法性阻却の論理しかない。
- ・ 自立支援医療の負担問題については、自己負担分については0にすべきではないか。  
また自立支援医療を精神病院入院に使えるようにすべきか否かも医療合同作業チームで検討するよう求める。
- ・ 精神障害者、難病、身体障害者の地域移行によって医療保険から総合福祉法（仮称）への移行となるので、財源の変換が壁となっており、どう医療保険からの一定の基金拠出を求めるか、についても検討の必要がある。
- ・ 「座長」メモは、何も精神障害に関してだけではない。1期は、精神障害の医療について討議したことは承知しているが、2期にも「座長」メモで指摘するのか、工夫が必要、また周囲に対して理解を得る方策も必要である。



第1期作業チーム報告書に対する  
厚生労働省からのコメント

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部

平成23年2月15日

1	「法の理念・目的」部会作業チーム報告書	
①	法の理念・目的等について	・・・P1
②	国・地方自治体の義務について	・・・P3
2	「障害の範囲と選択と決定～障害の範囲」部会作業チーム報告書	・・・P8
3	「障害の範囲と選択と決定～選択と決定・相談支援プロセス（程度区分）」 部会作業チーム報告書	
①	相談支援について	・・・P11
②	支給決定について	・・・P15
4	「施策体系～訪問系」部会作業チーム報告書	
①	パーソナルアシスタンス等について	・・・P18
②	移動支援事業について	・・・P24
5	「施策体系～日中活動とGH・CH、住まい方支援」部会作業チーム報告書	・・・P26
6	「施策体系～地域生活支援事業の見直しと自治体の役割」部会作業チーム 報告書	・・・P29
7	「医療」合同作業チーム報告書	・・・P31

1 「法の理念・目的」部会作業チーム報告書のうち、

① 法の理念・目的等について

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論 点に沿って第 5 回～第 7 回部会で厚生労働省が示 した主な留意点</p>	<p>( ・ 法の理念・目的・範囲 (新しい法制の理念規定や目的規定のあり方 について) )</p> <p>○ 障害者自立支援法では、障害者の自立及び社会参加 支援等のための施策に関する基本的理念を定める障害 者基本法にのっとり、基本的理念の 定めを障害者基本法に委ねている。(障害者自立支援法 には基本的理念に関する規定を置いていない。)</p>
---	--

<p>部会作業チームの報告の ポイント</p>	<p>【法の名称】 障害者の社会生活の支援を権利として総合的に保障す る法律</p> <p>【前文の必要性】 前文でこの法の精神を高らかに謳うことが改革を成功 させるためにも不可欠</p> <p>【新法の守備範囲】 従来の障害者福祉の分野を基本としながらも、教育・司 法・労働等にも横断的に適用できるような法制度</p> <p>【見直しの理念のポイントを明記する規定】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 法の目的</li><li>・ 保護の対象から権利の主体への転換を確認する理念規 定</li><li>・ 社会モデルへの転換に関する理念規定</li><li>・ 他の者との平等の権利の保障</li><li>・ 個別事情に最も相応しい（合理的配慮を尽くした）支 援の保障</li><li>・ 障害者の公的支援を請求する権利</li><li>・ 地域で自立した生活を営む基本的権利</li><li>・ 支援選択権の保障</li><li>・ 情報・コミュニケーション支援請求権の保障</li></ul>
-----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移動の自由の保障の重要性</li> <li>・ 就労支援の実現の必要性の確認</li> <li>・ 介護保険との選択権保障</li> <li>・ 相談支援を受ける権利の保障</li> </ul>
<p>厚生労働省の主なコメント</p>	<p>○ 障害者総合福祉法（仮称）の検討に当たっては、障害者基本法の見直しの動向や、児童福祉や高齢者福祉といった他の福祉法制との整合性等も踏まえて、その目的規定や理念規定のあり方等を検討する必要があると考えられます。</p> <p>○ 給付法である障害者自立支援法に代わる障害者総合福祉法において、具体的な権利を規定することについては、日本国憲法との関係や既存の法体系との整合性等を考慮した検討が必要と考えられます。</p> <p>児童福祉や高齢者福祉といった他の給付法では、給付種類、給付の対象範囲、給付手続等を主に定めていることも踏まえ、障害者のみ「権利法」とすることの是非についても議論が必要と考えられます。</p> <p>○ また、国が社会保障としていかなる施策を行うかについては、そのための財源を確保する必要がある中で、他の福祉施策及びその他国全体の諸施策との間で均衡を図りながら、実現可能性や国民的な合意の必要性等を踏まえた検討を経て、そのあり方を決定するという政策的な判断が必要であると考えられます。</p>

1 「法の理念・目的」部会作業チーム報告書のうち、  
 ② 国・地方自治体の義務について

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論          点に沿って第 5 回～第 7          回部会で厚生労働省が示          した主な留意点</p>	<p>〔 障害者の福祉支援（サービス）提供にかかる          国並びに地方公共団体の役割について 〕</p> <p>【地方自治体の事務等のあり方】</p> <p>○ 地方自治体の事務のあり方等については、閣議決定された「地域主権戦略大綱」等も踏まえ検討する必要がある。</p> <p>【財源について】</p> <p>○ 障害福祉サービスに係る給付費は、（中略）障害者自立支援法においては、必要なサービスを確保しながら、制度を安定的に運営することができるよう、訪問系も含めてサービスに関する国及び都道府県の負担を義務的なものとした。</p> <p>○ このように国の費用負担を義務化することで財源の裏付けを強化する一方、障害福祉に係る国と地方自治体の間の一定の役割分担を前提に限りある国費を公平に配分するため、市町村に対する精算基準として国庫負担基準を定めている。</p>
--	---

<p>部会作業チームの報告の          ポイント</p>	<p>【国の義務】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 国の法制度整備・充実義務</li> <li>2 国のナショナルミニマム保障義務、地域間格差是正義務</li> <li>3 国の財政支出義務</li> <li>4 国の制度の谷間解消義務</li> <li>5 国の長時間介護等保障義務</li> </ol> <p>【都道府県の義務】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 市町村が行う障害者支援が十分に保障されるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供、財政支援その他の援助を行うこと。</li> <li>2 市町村と連携を図りつつ、必要な障害児者支援を総</li> </ol>
--------------------------------------	---

	<p>合的に行うこと。</p> <p>3 障害者に関する相談及び助言のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものを重点的に実施すること。</p> <p>4 市町村と協力して障害児者の権利の擁護のために必要な援助を行うとともに、市町村が行う障害者等の権利の擁護のために必要な援助が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。</p> <p>5 コミュニケーション支援について支援が不十分な自治体に居住する障害者の社会生活上の不利益が生じることのないよう、都道府県が直接支援事業を実施することを含めて責任を負うこと。</p> <p><b>【市町村の義務】</b></p> <p>1 障害者が自ら選択した場所に居住し、全国どこにおいても等しく自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該市町村の区域における障害者の生活の実態を把握した上で、必要な支援を実施、保障する。</p> <p>2 障害者の支援に関し、必要な情報の提供を行い、並びに相談に応じ、必要な調査及び助言を行い、並びにこれらに付随する業務を行うこと。</p>
<p>厚生労働省の主なコメント</p>	<p>○ 国及び地方自治体の費用負担や事務のあり方については、閣議決定されている「地域主権戦略大綱」において「住民に身近な行政はできる限り地方公共団体にゆだねることを基本とし、基礎自治体が広く事務事業を担い、基礎自治体が担えない事務事業は広域自治体が担い、国は、広域自治体が担えない事務事業を担うことにより、本来果たすべき役割を重点的に担っていく」こと等の一定の方向性が示されています。</p> <p>特に、近年の福祉法制については、その実施主体を住民に身近な市町村としており、この流れを踏まえた検討が必要と考えられます。</p> <p>○ 国の財政支出については、財源に制約がある中で、他の福祉施策及びその他国全体の諸施策との間で均</p>

	<p>衡を図りながら、実現可能性や国民的な合意の必要性等を踏まえた検討を経て、国と地方自治体の役割分担を踏まえて、その配分を決定するという政策的な判断が要ることに留意が必要と考えられます。</p>
--	--

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
<p>【市町村の説明責任と申請妨害に対する制裁】</p> <p>○市町村が前項の義務に違反し、障害者の申請権行使を妨げた場合、本法施行令の定めに従い、市町村長個人及び妨害行為者個人は検察庁の処分に基づき過料の制裁に服する。</p>	<p>○ 他の福祉制度に同様の規定はないことや国家賠償法等既存の法制度との関係性から適当か十分議論することが必要と考えられます。</p>
<p>【事業所整備義務が国・地方公共団体にあること】</p> <p>○障害者福祉は本来、国・地方公共団体の責任で履行されるものであり、事業所のない地域が生じないよう、事業者への財政援助、育成を含めた、基盤整備義務が国、地方公共団体にあることをここに確認する。</p>	<p>○ 提供体制の確保については、事業者の数や地方自治体の財政状況等地域の状況に応じて、計画的に整備を行っていくことが必要と考えられます。</p> <p>【参考】第6回部会で厚労省が示した留意点</p> <p>○ 障害者福祉計画については、（中略）都道府県及び市町村に障害福祉計画の作成を義務付け、当該計画に沿って、提供体制の確保が計画的に図られるよう障害者自立支援法に規定することとしたもの。</p>
<p>【国民への広報、啓蒙】</p> <p>○（略）教育・広報等により、幅広い世論の共感が得られるよう、努力する義務がある。</p>	<p>○ 国民の理解を深めるための施策を講じる義務は、既に障害者基本法に定められているところであり、同法との関係を整理する必要があると考えられます。</p>
<p>【障害福祉分野の労働者の人権保障の必要性の確認】</p> <p>○（略）障害者支援の事業所に経営努力義務があることが前提であるが、この法律は、障害福祉分野の人員費が適正水準を下回る</p>	<p>○ 障害福祉分野に従事する労働者の適正な労働条件については、障害者に対する福祉サービスの給付法である障害者総合福祉法（仮称）に規定することが適当か検討することが必要と考えられます。</p>



ことが障害者の尊厳ある生活を受ける権利を侵害することを認め、そのような事態を生まないための努力義務が国・地方公共団体にあることを確認する。

2 「障害の範囲と選択と決定～障害の範囲」部会作業チーム報告書について

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論 点に沿って第 5 回～第 7 回部会で厚生労働省が示 した主な留意点</p>	<p style="text-align: center;">〔 障害の範囲 (法の対象規定及び手続き規定のあり方につ いて) 〕</p> <p>○ 法律に基づく給付対象については、範囲が不明確である場合、実際の給付の場面で、対象が特定されない恐れがある等の課題がある。大きな地域格差が生じないようにするためにも何らかの基準等によりその範囲が明確であることが必要。</p>
<p>部会作業チームの報告の ポイント</p>	<p>○ 障害者の定義を「身体的または精神的な機能障害（慢性疾患に伴う機能障害を含む）を有する者と、これらの者に対する環境に起因する障壁との間の相互作用により、日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいう。」とする。</p>
<p>厚生労働省の主なコメン ト</p>	<p>○ 障害者の定義については、どのような機能障害（種類、程度、継続期間など）であれば法律に基づく給付の対象となるのか、どのような日常生活又は社会生活の制限を受けている場合に対象となるのか、国民にとって分かりやすく、市町村で全国一律に透明で公平な手続きにより判断できるようにしていく必要があると考えられます。</p>

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
<p>障害者の定義について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者の定義を「身体的または精神的な機能障害（慢性疾患に伴う機能障害を含む）を有する者と、これらの者に対する環境に起因する障壁との間の相互作用により、日常生活又は社会生活に制限を受ける者をいう。」とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 障害者の定義については、法律に基づく給付の対象となる人が地域や認定機関によって大きく異なることにならないよう、対象となる人を全国一律に透明で公平な手続きにより判断できる基準や仕組みが必要であると考えられます。</li> <li>○ 例えば、医学的な疾患概念が確立していないもの等（例えば、引きこもり等）を対象とするのか、するのであればどのような状況の方であれば対象にするのかといったことを明確にしていく必要があると考えられます。</li> </ul>
<p>手続き規定について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A 支援の必要性を示す指標           <ul style="list-style-type: none"> <li>A1 「機能障害」を示す客観的指標（支援の必要性を示す客観的側面。障害者手帳、医師の診断書・意見書、その他の専門職の意見など）</li> <li>A2 本人の支援申請行為（支援の必要性を示す主観的側面）</li> <li>A3 環境による障壁との相互作用により、日常生活または社会生活に制限を受けている事実の認定</li> </ul> </li> <li>B 支援の相当性の確保           <ul style="list-style-type: none"> <li>支援の必要性に応じた相当な支援計画の策定のための方法</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 様々な専門職（国家資格でないものや業務独占でないものを含む）による意見や障害当事者団体が有する認定基準によって機能障害を認定する案が提示されていますが、妥当性や信頼性等が確保できるか検討が必要であると考えられます。</li> <li>○ 手続きについては、広く国民の理解を得られるようなものとするという観点から、全国で格差なく統一的に行える、透明で公平な認定の手続きとなるよう検討していくことが必要と考えられます。</li> </ul>

<p>手帳制度について</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 本作業チームでは十分に議論することができなかつたが、現行の手帳制度については、よりよいものとするために、その問題点や具体的改善策などを議論する場を別途設けた上で、議論を尽くす必要があるとの意見が出されている。</li></ul>	<p>○ 手帳制度のあり方については、現在、様々な場面で利用されていることも踏まえ、更に整理・検討していくことが必要と考えられます。</p>
--	--

3 「障害の範囲と選択と決定～選択と決定・相談支援プロセス（程度区分）」部会作業チーム報告書のうち、

① 相談支援について

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論点に沿って第 5 回～第 7 回部会で厚生労働省が示した主な留意点</p>	<p>（ 自己決定支援・相談支援 （必要とされる自己決定支援・相談支援のあり方 について） ）</p> <p>○ 平成20年12月に取りまとめられた社会保障審議会障害者部会の報告においては、地域における相談支援体制の充実強化を図ることや、ケアマネジメントのあり方として、サービス利用計画の作成について、支給決定後ではなく支給決定前に作成することとし、対象者を原則としてサービスを利用するすべての障害者に拡大するべきであるとされている。</p> <p>また、自己決定支援やセルフマネジメントなどの視点が必要であるとされている。</p>
<p>部会作業チームの報告のポイント</p>	<p>○ 地域相談支援センター、総合相談支援センター及び広域専門相談支援センターからなる「多層的相談支援体制」を提案。</p> <p>地域相談支援センター、総合相談支援センターは当事者の立場に立って支援することから、市町村行政やサービス事業所からの独立性が担保される必要がある。また、都道府県が指定するとともに、財源は、国庫補助事業として、出来高払いではなく人件費相当の義務的経費による。</p> <p>○ 当事者の交流や相互支援をおこなうエンパワメント支援事業を提案。</p> <p>○ 本人中心支援計画（本人のニーズに基づく総合的な生活プラン）、サービス利用計画（法が求めるサービス利用計画）を分けて定義。</p>

厚生労働省の主なコメント

○ 一般的な相談支援に係る財源は、既に地方自治体が自らの財源（地方税＋地方交付税交付金）で実施すること（一般財源化）となっています。この財源の扱いについては、「地域主権戦略大綱」（平成22年6月22日閣議決定）等で示された地域主権の流れ（補助金の一般財源化）を踏まえた検討が必要と考えられます。

※ 地域主権戦略大綱（抄）

地域のことは地域が決める「地域主権」を確立するため、国から地方への「ひも付き補助金」を廃止し、基本的に地方が自由に使える一括交付金にする。

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
<p>2. 相談支援の機能と体制について</p> <p>(1) 多層的相談支援体制の整備充実と各相談機関の役割と機能</p> <p>(2) 地域相談支援センターの規模と役割</p> <p>(3) 総合相談支援センターの規模と役割</p>	<p>○ 地域相談支援センター及び総合相談支援センターについて、今後、国庫補助事業とすることを検討するとのことですが、一般的な相談支援に係る財源は、既に地方自治体が自らの財源（地方税＋地方交付税交付金）で実施すること（一般財源化）となっています。この財源の扱いについては、「地域主権戦略大綱」（平成22年6月22日閣議決定）等で示された地域主権の流れ（補助金の一般財源化）を踏まえた検討が必要と考えられます。</p> <p>○ 相談支援事業の「財源は出来高払いではなく、人件費相当の義務的経費による」としてはありますが、サービス利用計画作成部分にかかる費用については、計画作成数に応じて増えるものであるため、実際に要した費用に対して公費を支出すべきとの考え方から、実際の業務量に応じて支払う出来高払いの仕組みを残すべきとの考え方もあり得ると考えられます。</p> <p>○ 今般の障害者自立支援法改正法において、サービス等利用計画案の作成に係る事業者の指定権限は一番身近な自治体である市町村となっており、指定権限をどうするのか更に検討が必要ではないかと考えられます。</p> <p>また、報告書において、指定と委託の用語が混乱しているので、更に整理が必要と考えられます。</p> <p>※ 障害者自立支援法における整理</p> <p>指定…一定の基準を満たす（裁量無し）者に特定の事務を行う権限を認める行為</p> <p>委託…自らの判断で選んだ（裁量有り）者に本来自らが行う事務を行わせる行為</p>
<p>(5) 地域におけるエンパワ</p>	<p>○ エンパワメント支援については、障害当事者やそ</p>

<p>メント支援 (C-1-2) について</p>	<p>の家族だけでなく相談支援事業所など他の者も行うことができるため、「エンパワメント」と「ピアサポート」の考え方の整理や、他の相談支援との役割分担等についての整理が必要であると考えられます。</p> <p>○ 「新成長戦略実現 2011」(平成 23 年 1 月 25 日 閣議決定) 等で示された規制改革の流れの中、事業の実施主体や実施の条件等を制限する新たな参入規制を設ける場合には非常に厳しい説明責任が課せられます。</p> <p>ピアサポートを行う実施主体について、「当事者やその家族が過半数を占める協議体によって運営される団体」に限定するという参入規制については、このような規制の是非や、より規制の度合いが低い代替措置の有無、現に多様な主体がピアサポートを実施している実態なども踏まえた検討が必要と考えられます。</p> <p>※ 「新成長戦略実現 2011」(抄)</p> <p>規制・制度改革については、新成長戦略を推進するための政策ツールとして更に強力に推進する。</p>
<p>3. 相談支援に基づく本人中心支援計画、サービス利用計画の策定について</p>	<p>○ 本人中心支援計画とサービス利用計画との関係が分かりづらいと考えます。もしこれらを分けて考えるとすれば、それぞれの計画の具体的内容や作成の仕方、作成後の対応などについて、更に検討が必要と考えられます。</p>



3 「障害の範囲と選択と決定～選択と決定・相談支援プロセス（程度区分）」部会作業チーム報告書のうち、

② 支給決定について

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論点に沿って第 5 回～第 7 回部会で厚生労働省が示した主な留意点</p>	<p>「選択と決定」（支給決定）プロセスとツール（協議・調整による支給決定プロセスや、支給決定に当たって必要なツールについて）</p> <p>○ 制度に係る費用を負担する国民（納税者）の理解を得るためにも、実際に制度を利用する者の間における公平性と、支給決定プロセスの透明性が確保されていることが重要であり、支給決定のプロセスを検討するに当たっては、このような公平性・透明性をどのような形で担保するのか、検討が必要である。</p> <p>支給決定プロセスの検討に際しては、地方公共団体における障害行政の実情を踏まえて検討される必要がある。（全国の市町村において円滑に運用できることが必要である。）</p>
<p>部会作業チームの報告のポイント</p>	<p>○ 支給決定にあたっては、本人（または本人及び相談支援事業所）と行政の協議調整を前提とする。</p> <p>(1) 本人（または本人と相談支援事業所）がサービス利用計画を策定し、市町村に申請する。</p> <p>(2) 市町村は、ガイドラインに基づいてニーズアセスメントを行う。（ガイドラインのあり方については第二期で詳細に検討）</p> <p>(3) さらに個別ニーズに応じて、協議調整により支給決定を行う。（なお、支給決定に関してのニーズアセスメントのあり方や合議機関のあり方については、第二期で検討）</p>
<p>厚生労働省の主なコメント</p>	<p>○ 支給決定プロセスの公平性・透明性をどのような形で担保するのか、基準（ガイドライン）の具体的な内容及び位置づけなどについて、引き続き検討が必要と考えられます。</p> <p>また、その際には、全国の自治体で円滑に運用でき</p>

	<p>るよう、自治体の実情や意見を踏まえた検討が必要と考えられます。</p>
--	--

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
4. 支給決定の仕組みについて	<p>○ 支給決定プロセスの公平性・透明性をどのような形で担保するのか、基準（ガイドライン）の具体的な内容及び位置づけなどについて、引き続き検討が必要と考えられます。</p> <p>○ 協議・調整とは、具体的にどのような仕組みなのか、更に検討が必要と考えられます。  その際、知的障害や精神障害などの特性に応じた検討が必要と考えられます。</p> <p>○ 支給決定プロセスの検討に際しては、地方公共団体における障害行政の実情を踏まえる必要があります。  例えば、行政が全ての人に対して一人ひとり直接会って話し合いながらその場で具体的な調整を行わなければならないとすると、非常に時間がかかることとなります。  ※ 例えば、横浜市のサービス利用者数は 11,730 人（平成 22 年 10 月時点）であり、大きな自治体でも運用可能な制度とする必要があります。  ご提案の支給決定プロセスにおいて、自治体担当職員は自ら障害者のアセスメントや協議・調整を行う必要性があり、自治体で対応が可能かや、職員の配置、資質の向上の方策について、自治体の意見も踏まえた検討が必要と考えられます。</p> <p>○ 市町村が設置する第三者機関として、合議機関と不服申し立て機関の二つを設置するとのことですが、これらの関係について、引き続き検討が必要と考えられます。</p>

4 「施策体系～訪問系」部会作業チーム報告書のうち、

① パーソナルアシスタンス等について

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論 点に沿って第 5 回～第 7 回部会で厚生労働省が示 した主な留意点等</p>	<p>〔 社会参加サービス (総合福祉法のサービスでカバーする範囲につい て) 〕</p> <p>○ 障害者の社会参加の点から就労・就学に際しての介 護、通勤・通学の介護が大きな課題との指摘があるが、 総合福祉法のサービスでどこまでカバーすると考える か、その際、労働行政や教育行政との役割分担や財源 をどう考えるか。</p> <p>〔 義務的経費化と国庫負担基準 (サービスを含めた義務的経費化と国庫負担基準 について) 〕</p> <p>○ 国庫負担基準は、訪問系サービスについて、国の費 用負担を義務化する一方で、障害福祉に係る国と地方 自治体の間の一定の役割分担を前提に、限りある国費 を公平に配分するため、市町村に対する精算基準とし て定めているものであり、介護の必要度が高い者が多 い市町村にはその人数に応じて国庫負担を行える仕 組みとなっている。</p> <p>したがって、仮に国庫負担基準を廃止した場合にあ っては、国の厳しい財政事情を考慮し、国費を公平に 配分する機能をどのような形で担保するのか、検討が 必要である。</p>
--	--

<p>部会作業チームの報告の ポイント</p>	<p>1. 重度訪問介護の発展的継承による「パーソナルアシ スタンス制度」の確立</p> <p>○ 「パーソナルアシスタンス制度」の確立に向けて、 現行の重度訪問介護を改革し、充実発展させる。</p> <p>○ 対象者は「重度の肢体不自由者」に限定されるべ きではない。</p> <p>○ パーソナルアシスタンスとは、①利用者の主導 (含む・支援を受けての主導)、②個別の関係性、</p>
-----------------------------	--

	<p>③包括性と継続性を前提とする生活支援である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重度訪問介護の利用に関する利用範囲の制限をなくし、支給量の範囲内で通勤・通学・入院時・1日の範囲を越える外出・運転介助にも利用できるようにすべきである。</li> </ul> <p>4. 見守りや安心確保も含めた人的サポートの必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現行の重度訪問介護を知的障害者や精神障害者等にも拡大する際には、家事援助・身体介護・移動支援的対応だけでなく、金銭やサービス利用の支援、さらには、見守りも含めた利用者の精神的安定のための配慮や適切な対応等が提供される便宜の内容として位置づけられるべきである。</li> </ul> <p>6. シームレスな支援と他分野との役割分担・財源調整</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 例えば、重度訪問介護等において支給量の範囲で「通勤・勤務中、通学・授業中、通院・入院中、1日を超える外出、通年かつ長期にわたる外出、自動車運転中」をサービス利用の対象に位置づけるべきである。</li> <li>○ シームレスな支援を確保するために、障害者雇用納付金や介護保険、教育など関連分野の財源を調整する仕組みの検討が必要である。</li> </ul> <p>Ⅲ おわりに</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 24時間の支援を含む長時間利用者の市町村負担の低減のための財政調整、国・都道府県の財政責任強化と国庫負担基準廃止も含めた見直し</li> </ul>
厚生労働省の主なコメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ パーソナルアシスタンスにおいて、通勤や通学、入院時等も含めたシームレスな支援を行えるようにすべきであり、そのための財源を確保するために障害者雇用納付金や介護保険、教育などの関連分野の財源を調整する仕組みの検討が必要とのことですが、まず、事業者や学校による合理的配慮の議論も踏まえた上で、それぞれの場面において誰がどこまで責任を有するのか、それを踏まえて、どの分野の施策においてどのような対応を行うべきなのかを議論する必要があると考えられます。</li> </ul>

○ また、対象となる障害の範囲の拡大や、見守りを含めた精神的安定のための支援については、障害者一人ひとりに介護職員（ヘルパー）が常時付き添うということになれば、非常に多額の財源及び人材が必要となるため、国民の理解を得ながら検討する必要があります。財源や人材の制約を踏まえ、また、制度に係る費用を負担する国民の理解を得るためにも、一人で地域で生活を営めるような自立訓練や困ったときに対応してくれる相談支援体制の充実といった他の代替手段の活用など、様々な地域資源の活用により総合的に対応することについても検討が必要と考えられます。

○ 国庫負担基準については、訪問系サービスについて、国の費用負担を義務化することで財源の裏付けを強化する一方で、障害福祉に係る国と地方自治体の間の一定の役割分担を前提に、限りある国費を公平に配分するため、市町村に対する精算基準として定めているものであり、介護の必要度が高い者が多い市町村にはその人数に応じて国庫負担を行える仕組みとなっています。国の厳しい財政事情を考慮し、国費を公平に配分する機能については、今後とも必要と考えられます。

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
<p>1. 重度訪問介護の発展的継承による「パーソナルアシスタンス制度」</p> <p>3) パーソナルアシスタンスの基本条件と利用制限の撤廃</p> <p>○ パーソナルアシスタンスとは、</p> <p>①利用者の主導、</p> <p>②個別の関係性、</p> <p>③包括性と継続性を前提とする生活支援である。</p>	<p>○ 「利用者主体のサービス提供組織」が、「意思決定機関及び実施機関の責任者が障害者であること」かつ「意思決定機関の構成員の過半数が障害者であること」等を要件とするサービス提供組織のことでありとすると、「新成長戦略実現 2011」（平成 23 年 1 月 25 日 閣議決定）等で示された規制改革の流れの中、事業の実施主体や実施の条件等を制限する新たな参入規制を設けることとなり、非常に厳しい説明責任が課せられます。</p> <p>したがって、そのような規制の是非や、より規制の度合いの低い代替措置の有無、現に多様な主体が重度訪問介護を実施している実態なども踏まえた検討が必要と考えられます。</p>
<p>1. 重度訪問介護の発展的継承による「パーソナルアシスタンス制度」</p> <p>3) パーソナルアシスタンスの基本条件と利用制限の撤廃</p> <p>○ パーソナルアシスタンスの確立に当たっては、重度訪問介護の利用に関する制限を無くし、通勤や通学、入院時等にも利用できるようにすべき</p>	<p>○ パーソナルアシスタンスにおいて、通勤や通学、入院時等も含めたシームレスな支援を行えるようにすべきであり、そのための財源を確保するために障害者雇用納付金や介護保険、教育などの関連分野の財源を調整する仕組みの検討が必要とのことですが、まず、事業者や学校による合理的配慮の議論も踏まえた上で、それぞれの場面における対応について誰がどこまで責任を持つのか、それを踏まえて、労働施策や教育施策なども含め、どの分野の施策においてどのような対応を行うべきなのかを議論する必要があると考えられます。</p> <p>○ また、「施策体系～地域生活支援事業の見直しと自治体の役割」部会作業チームの報告書においては、「教育・雇用などの場面での移動支援は、当該分野の法律で保障することも求められる。」「今後検討の上で立法化が予定されている差別禁止法の中で、合理的配慮とは何か、を定めた上で、総合福祉法の中でカバーできない（福祉以外の立法がカバーすべき）部分について規定すべきである。」とされており、整</p>

	理が必要と考えられます。
<p>1. 重度訪問介護の発展的継承による「パーソナルアシスタンス制度」</p> <p>2) 対象者の拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「重度の肢体不自由者」に限定しない</li> <li>・児童についても介護に欠ける場合などには対象とする</li> </ul> <p>3. 現行の居宅介護（身体介護・家事援助）、並びに行動援護の改善</p> <p>4. 見守りや安心確保も含めた人的サポートの必要性</p>	<p>○ 対象となる障害の範囲の拡大や、「家電の故障時や大家さんに謝る場合等に介護職員が側にいないで大分違う」といった見守りを含めた精神的安定のための支援については、障害者一人ひとりに介護職員（ヘルパー）が常時付き添うということになれば、非常に多額の財源及び人材が必要となるため、国民の理解を得ながら検討する必要があります。財源や人材の制約を踏まえ、また、制度に係る費用を負担する国民の理解を得るためにも、一人で地域で生活を営めるような自立訓練や困ったときに対応してくれる相談支援体制の充実といった他の代替手段の活用など、様々な地域資源の活用により総合的に対応することについても検討が必要と考えられます。</p> <p>○ 児童については、保育所における障害児保育や特別支援学校、放課後支援、短期入所など、様々なサービスがある中で、パーソナルアシスタンスが必要となる条件について更に検討が必要と考えられます。</p>
<p>7. パーソナルアシスタンスと資格等のあり方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入り口を幅広く取り、○JTを基本とする</li> </ul>	<p>○ パーソナルアシスタンスをはじめとしたサービスに従事する介護職員の資格等のあり方については、福祉サービス体系全体の中で、それぞれのサービスに従事する者に求められる資質について整合性がとれるような形で検討する必要があると考えられます。</p>
<p>Ⅲ おわりに</p> <p>① 24 時間の支援を含む長時間利用者の市町村負担の低減のための財政調整、国・都道府県の財政責任強化と国庫負</p>	<p>○ 国庫負担基準は、訪問系サービスについて、国の費用負担を義務化する一方で、障害福祉に係る国と地方自治体との間の一定の役割分担を前提に、限りある国費を公平に配分するため、市町村に対する精算基準として定めているものであり、介護の必要度が高い者が多い市町村にはその人数に応じて国庫負</p>



担基準廃止も含めた見直し

担を行える仕組みとなっています。国の厳しい財政事情を考慮し、国費を公平に配分する機能については、今後も必要と考えられます。

4 「施策体系～訪問系」部会作業チーム報告書のうち、

② 移動支援事業について

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論 点に沿って第 5 回～第 7 回部会で厚生労働省が示 した主な留意点</p>	<p>〔 支援（サービス）体系のあり方について （個別給付と地域生活支援事業の区分について） 〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 義務的経費の対象となる個別給付のサービスに係る主なメリット             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、設備及び運営に関する全国一律の基準等を設けることから、全国どこで提供されるサービスであっても一定の質が確保される。</li> <li>・ サービスの内容が均一となり、サービスに係る費用が一定となることから、国等がその費用の一部を義務的経費として負担することが可能となる。</li> </ul> </li> <li>○ 裁量的経費の対象となる地域生活支援事業（補助事業）のサービスに係る主なメリット             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、設備及び運営に関する全国一律の基準等を設けないことから、地方自治体が地域の実情等に応じて柔軟にサービスを提供しやすくなる。（地域でサービスの内容や提供方法などの工夫が可能）</li> <li>・ 複数の利用者に対応する事業や利用者個人に着目しない事業など、個人に給付を行う仕組み（個別給付）に馴染まない事業を実施することができる。</li> </ul> </li> </ul>
---	---

<p>部会作業チームの報告の ポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 視覚障害者・児のみならず他の障害者・児の移動支援も基本的に個別給付として、国の財政責任を明確にすべきである。</li> <li>○ 個別給付化を行うに当たっては、「他の者と平等」な参加ができるよう、対象者・利用目的（通所や通学や入院・入所者等の外出を含む）・支給決定量や方法・ヘルパー研修等、先進的な自治体の取り組みをふまえて柔軟にできるようにすべきである。</li> <li>○ 当面、地域生活支援事業の中の移動支援部分のみ別</li> </ul>
-----------------------------	--

	<p>枠で、国 1/2・都道府県 1/4 の補助金精算という仕組みにする等、国・都道府県の財政支援を強化すべきである。</p> <p>○ 車を使つての移動介護は不可欠な場合があり、報酬の対象とする。</p>
<p>厚生労働省の主なコメント</p>	<p>○ 移動支援事業については、一対複数で行う移動支援やバスなどを利用した移動支援など様々な形態の移動支援がある中で、全国一律の基準で行う個別給付、あるいは地域で柔軟に行うことができる地域生活支援事業とするのかを、必要となる財源や人材の確保の観点なども念頭に入れつつ、国民の理解を得ながら検討する必要があると考えられます。</p> <p>移動支援事業を個別給付に位置づけた場合、人員、設備及び運営に関する一律の基準が課せられることになるため、柔軟な仕組みというのは難しいと考えられます。したがって、義務的経費となる個別給付とすべきものと裁量的経費となる地域生活支援事業で実施すべきものについて、更に検討が必要と考えられます。</p> <p>○ また、通勤や通学などの利用目的を対象とすることについては、事業者や学校による合理的配慮の議論も踏まえた上で、それぞれの場面において誰がどこまで責任を有するのか、それを踏まえて、どの分野の施策においてどのような対応を行うべきなのかを議論する必要があると考えられます。</p>

【総論】

<p>第5回部会で示された論点に沿って第5回～第7回部会で厚生労働省が示した主な留意点</p>	<p style="text-align: center;"> <span style="font-size: 2em;">{</span>                 支援（サービス）体系のあり方について                  （介護給付費と訓練等給付の区分について）             </p> <p>○ 介護給付費の支給決定に当たっては、障害者の介護の必要度を明らかにするため、障害程度区分を認定することとしている。</p> <p>一方、訓練等給付に係るサービスについては、障害者の介護の必要度と、サービスの必要性が直接は関係しないことから、障害程度区分の認定は必要としないこととしている。</p>
---	---

<p>部会作業チームの報告のポイント</p>	<p>1. 日中活動</p> <p>○ 標準利用期限の設定は、個々人の状況に応じたものとするべき。</p> <p>○ 日中活動サービスは、従来の創作・趣味活動、自立訓練、生産活動とともに、居場所の提供なども含み広くとらえることが必要。支援体系は、例えば、デイアクティビティセンター（仮称）とし、そこで個別のニーズに応じたプログラムを提供する、よりシンプルな体系にすることが必要。一方、個別のニーズに応じたプログラムの提供を一定水準保障する職員の配置等を確保するための基準と計画行政の観点から一定の事業体系（サービス体系）の設定も考慮。</p> <p>2. グループホーム・ケアホーム</p> <p>○ グループホーム・ケアホームの区分について、グループホームに一本化することが妥当。定員規模は家庭的な環境として4～5人の規模を原則とすることが必要。</p> <p>○ グループホーム等で提供する標準的サービスと一人ひとりが必要に応じて利用するサービスとの関係を検討・整理し、居宅介護等の訪問系サービスの活用を含めた生活支援体制を確保することが必要。</p>
------------------------	--

厚生労働省の主なコメント

### 1. 日中活動

○ 日中活動系のサービス体系のあり方については、障害者の自立や社会参加に向けて、単なる居場所ではなく、必要な方に必要な支援ができるよう、目的に応じて必要な人員を配置できるような事業体系とする必要があると考えられます。

○ 訓練系の事業は、効果的・効率的に訓練を実施するために、人員配置や報酬を厚くした上で、一定の利用期間（標準利用期間）を設定しているものであり、訓練の趣旨や報酬との関係も含め検討が必要と考えられます。

### 2. グループホーム・ケアホーム

○ グループホーム・ケアホームについて、軽度の障害者から重度の障害者まで一緒に利用できるようにした場合の生活支援体制のあり方（人員配置基準等）や、外部サービスとの関係について、更に検討・整理が必要と考えられます。

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
<p>1. 日中活動</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ デイアクティビティセンター（仮称）とし、シンプルな体系にすることが必要。</li> <li>・ 居場所（たまり場）の提供などが必要。</li> <li>・ 医療的ニーズへの対応として看護師を手厚く配置する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日中活動のサービス事業のあり方については、障害者の自立や社会参加に向けて、単なる居場所ではなく、必要な方に必要な支援ができるよう、目的に応じて必要な人員を配置できるような事業体系とする必要があると考えられます。</li> <li>○ 訓練系の事業は、効果的・効率的に訓練を実施するために、人員配置や報酬を厚くした上で、一定の利用期間（標準利用期間）を設定しているものであり、訓練の趣旨や報酬との関係も含め検討が必要と考えられます。</li> <li>○ 居場所（たまり場）の提供については、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業を実施できる地域生活支援事業として地域活動支援センターで実施されていますが、個別給付とすることについては、その必要性や、全国一律の人員、設備や運営に関する基準を設けることが必要となることを踏まえ検討することが必要と考えられます。</li> <li>○ 医療ニーズへの対応については、看護師の確保の観点も踏まえ、訪問看護との連携により対応していくことなども考えていく必要があると考えられます。</li> </ul>
<p>2. グループホーム・ケアホーム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ グループホームに一本化。</li> <li>・ 居宅介護等の訪問系サービスの活用を含めた生活支援体制を確保することが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ グループホーム・ケアホームについて、軽度の障害者から重度の障害者まで一緒に利用できるようにした場合の生活支援体制のあり方（人員配置基準等）や、外部サービスとの関係について、更に検討・整理が必要と考えられます。</li> </ul>

【総論】

<p>第 5 回部会で示された論 点に沿って第 5 回～第 7 回部会で厚生労働省が示 した主な留意点</p>	<p>〔 ・ 支援（サービス）体系のあり方 （個別給付と地域生活支援事業の区分について） 〕</p> <p>○ 義務的経費の対象となる個別給付のサービスに係 る主なメリット</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、設備及び運営に関する全国一律の基準等を 設けることから、全国どこで提供されるサービスで あっても一定の質が確保される。</li> <li>・ サービスの内容が均一となり、サービスに係る費 用が一定となることから、国等がその費用の一部を 義務的経費として負担することが可能となる。</li> </ul> <p>○ 裁量的経費の対象となる地域生活支援事業（補助事 業）のサービスに係る主なメリット</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員、設備及び運営に関する全国一律の基準等を 設けないことから、地方自治体が地域の実情等に 応じて柔軟にサービスを提供しやすくなる。（地域で サービスの内容や提供方法などの工夫が可能）</li> <li>・ 複数の利用者に対応する事業や利用者個人に着目 しない事業など、個人に給付を行う仕組み（個別給 付）に馴染まない事業を実施することができる。</li> </ul>
<p>部会作業チームの報告の ポイント</p>	<p>○ 地域生活支援事業は、できるだけ自立支援給付・義 務的経費化し、自治体の裁量として残す方が良いもの は残すという方向にする。</p>
<p>厚生労働省の主なコメン ト</p>	<p>○ 全国一律の基準で義務的経費により実施する自立 支援給付、地域の実情等に応じて補助金により柔軟に 実施する地域生活支援事業のそれぞれのメリットを踏 まえて、サービス毎に検討される必要があると考えま す。</p>

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
<p>1. コミュニケーション支援の確立について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・義務的経費で無料とする</li> </ul> <p>2. 移動支援の自立支援給付化（個別給付化）について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援給付化が求められる</li> </ul> <p>6. 補装具と日常生活用具のあり方について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活用具給付等事業は補装具と同様に個別給付自立支援給付とすべきである。</li> </ul>	<p>○ コミュニケーション支援事業については、行事や会議など複数の利用者がある場合にも柔軟性のある支援を行うため、地域生活支援事業として実施しています。</p> <p>○ 移動支援については、重度の障害者に対しては自立支援給付の対象とする一方、複数の者の移動の同時支援や、車両を用いた支援など柔軟性のある支援を行うため、地域生活支援事業として実施しています。</p> <p>○ 身体の欠損又は損なわれた身体機能を補完等するものを自立支援給付である補装具費として支給する一方、日常生活用具給付等事業は、障害者の日常生活の便宜を図ることを目的としていることから、個々の利用者の状況に応じて柔軟な取扱いができるよう地域生活支援事業として実施しています。</p> <p>○ 以上のように、それぞれのサービスの自立支援給付化に当たっては、自立支援給付、地域生活支援事業のそれぞれのメリットを踏まえて、検討される必要があると考えます。</p>
<p>5. 福祉ホーム及び居住サポートについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉ホームについては自立支援給付とするとともに、公営住宅等の活用を含め、居住の確保の点から整理。</li> </ul>	<p>○ 福祉ホームは、住居の確保を主たる目的としており、グループホーム・ケアホームの目的と異なることから、福祉ホームのあり方については、グループホーム・ケアホーム等の住まい方支援全体の中で検討する必要があると考えられます。</p>



7 「医療」合同作業チーム報告書について

【総論】

<p>障害者基本法改正に当たって厚生労働省が第28回推進会議に示していた主な留意点等</p>	<p>〔 精神障害者に係る地域移行の促進と医療における適正手続の確保 〕</p> <p>○ 現在も、医療の必要性や法に基づく適正な手続により入院医療が行われているところ。</p> <p>〔 健康、医療及び精神障害者に係る地域移行の促進と医療における適正手続の確保 〕</p> <p>○ 精神医療のあり方については、現在、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(平成22年6月29日閣議決定)を踏まえ、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」において検討を開始したところ</p>
--	--

<p>合同作業チームの報告のポイント</p>	<p>○ 障害者基本法改正について、いわゆる「社会的入院」の解消、医療保護入院に係る同意を含む「保護者制度」の解消、適正手続の確保、精神医療の質の向上、一般医療における問題点の解消について、根拠となる規定を設けること。</p> <p>○ 精神医療の法体系のあり方については、一般医療と区別せずに適正手続法を設けるべきとの意見と、精神医療に特化した法律を存置すべきとの意見。</p> <p>○ 精神病院における認知症患者については、削減した精神病床を認知症患者に転換することを認めるべきでないとの意見と、精神科医は専門的観点から対応すべきとの意見。</p>
------------------------	---

<p>厚生労働省の主なコメント</p>	<p>○ 現在、厚生労働省において、障がい者制度改革推進会議の第1次意見を受けた平成22年6月29日の閣議決定に基づいて、社会的入院の解消については平成23年以内に、強制入院等のあり方等については平成2</p>
---------------------	---

4年内を目途に結論を得るべく検討を進めています。

○ 具体的には、厚生労働省内に設けられた関係者等から構成される「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」において、

① 平成22年9月から12月にかけて、社会的入院の観点も含め、認知症と精神科医療について議論を行い、12月22日に中間とりまとめを行ったところであり、今後、中間とりまとめの具体化を目指して検討を進めることとしています。

② 平成22年10月からは、保護者制度・入院制度について議論を開始したところであり、今後、保護者制度について平成23年夏を目途に検討を行い、その後、入院制度のあり方についても検討を進めて、全体について平成24年内を目途に結論を得ることを目指しています。

【各論】

報告の該当箇所	厚生労働省の主なコメント
<p>はじめに</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者の非自発的な入院や身体拘束が、「精神保健福祉法」、「医療観察法」等で法的に規定されていること等が、人権保護上問題があるのでは</li> </ul>	<p>○ 現行の精神保健福祉法等においては、指定医による診察や入院措置等についての本人への書面告知、入院患者の病状等に関する定期的な報告や患者本人等からの退院請求・処遇改善請求について第三者機関である精神医療審査会による審査を義務づけるなど、精神障害者の人権確保に配慮した規定を設けています。</p>
<p>1 障害者基本法改正に関連して</p> <p>(1) いわゆる「社会的入院」を解消し、自立（自律）した生活及び地域社会への包摂のための施策の根拠となる規定を設けること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神病床の削減を前提</li> </ul>	<p>○ 病床数の削減を行うとすれば、アウトリーチ（訪問支援）体制の推進や急性期精神科救急医療などの地域精神科医療体制の構築に関する施策や、福祉や住まいの場の確保などの地域の受け皿の構築に関する施策が必要であり、これらの施策について併せて検討を進めていくことが必要と考えられます。</p>
<p>1 障害者基本法改正に関連して</p> <p>(2) 医療保護入院に係る同意を含む「保護者制度」を解消するための根拠となる規定を設けること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保護入院に係る同意を含む「保護者制度」について、これを抜本的に見直し、例えば、司法機関や地方公共団体等の公的機関が責任を負う制度に改めることが必要</li> </ul>	<p>○ 保護者制度については、厚生労働省の検討チームにおいて、現行法創設時（昭和25年）に設けられた保護者へ課せられる義務規定が現在まで存置されてきたことについて、それらの義務規定の存廃の可能性について、詳細な検討を行っているところです。</p> <p>○ 医療保護入院は我が国の入院形態の4割近くを占め、その数も12万人にのぼっているものであり、そのすべてを司法機関や行政などの公的機関で担うことは困難であると考えられます。今後、厚生労働省の検討チームにおいて、そもそも医療保護入院の数をどのように減らしていくかも含め、現状に照らして丁寧に検討していくことが必要と考えられます。</p>

<p>1 障害者基本法改正に関連して</p> <p>(4) 精神医療の質の向上に努めることの根拠となる規定を設けること。</p>	<p>○ 人員配置については、看護職員などの医療従事者数の確保の状況、地域医療への影響等を見極めながら、病床のあり方とともに検討していくことが必要と考えられます。</p>
<p>2-1 精神医療の法体系のあり方について</p> <p>・精神医療は医療を受ける者本人の自発的意思に基づいて提供される（精神医療を一般医療と区別しない）ことを法体系の基本としたうえで、やむを得ず非自発的入院や行動制限が行われる場合における人権確保のための適正な手続を定める法律（適正手続法）を設けるべきという意見。</p>	<p>○ 精神疾患に罹患する者の数は今後ますます増加していくことが考えられますが、一般の医療とは異なる配慮も必要であることに留意が必要と考えられます。</p> <p>○ 現行法は、精神科医療について、指定医による診察や入院措置等についての本人への書面告知、入院患者の病状等に関する定期的な報告や患者本人等からの退院請求・処遇改善請求について第三者機関である精神医療審査会による審査を義務づけているなど、精神障害者の人権確保に配慮した規定を設けています。</p> <p>○ 今後さらに、検討チームにおいて、精神保健福祉法上の保護者制度・入院制度について検討してまいります。</p>
<p>2-2 精神病院における認知症患者の受け入れについて</p> <p>※削減した精神病床を認知症患者に転換することを認めるべきでないとの意見と精神科医は専門的観点から対応すべきとの意見</p>	<p>○ 認知症と精神科医療については、認知症について「社会的入院」の問題が繰り返されることがないようにしなければならない、という指摘があることも踏まえ、厚生労働省の検討チームにおいて、検討を進め、平成22年12月22日に、中間とりまとめを行っています。</p> <p>○ 中間とりまとめにおいては、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。</li> <li>・BPSD（徘徊や大声など認知症の行動・心理症状）や身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。</li> </ul>

	<p>・症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、介護保険サービスを含めたシステムづくりを進める。</p> <p>と指摘されており、厚生労働省としては、今後、この方針に沿って取り組んでいくこととしています。</p>
<p>3 地域生活支援・地域移行に関する議論の整理</p>	<p>○ 地域移行（地域移行支援システム、住居確保として医療費扶助・住宅扶助の要件緩和及び賃貸物件の公的保証人制度の確立と運用等）、就学支援、就労支援について指摘がされていますが、これらについては、既に設けられている「就労」合同作業チーム、「障害児支援」合同作業チームや、今後新たに設けられる「地域移行」部会作業チームにおける検討も必要と考えられます。</p>

総合福祉部会 第12回	
H23. 2. 15	参考資料 1
小澤委員提出資料	

## 知的障害者等の意思決定支援制度化への提言

平成23年2月4日

NPO 法人 東京都発達障害支援協会

理事長 柴田洋弥

私たちは、東京都内において知的障害児者への支援を行う施設・事業所の団体です。

現在、障がい者制度改革推進会議および同総合福祉部会で、障害者制度改革について審議されています。国連障害者権利条約に基づき、障害者を保護の対象から権利の主体へと変革するという基本的な方向性については、それを支持し、改革に期待します。

しかし知的障害者等の意思決定支援については、現在示されている改革案においてきわめて不十分であると言わざるを得ません。

ここに私たちの考え方を提言し、改革の中に位置づけられるよう要望します。

### ●知的障害者等と意思決定支援

○わが国の法律に「知的障害」についての定義はありませんが、一般に「知能指数が概ね70以下で、18歳以前に発症し、生活適応困難を伴う状態」とされています（アメリカにおける「精神遅滞」の定義に拠る）。「知的障害者」には、身体障害や自閉症等と知的障害を合併している人も含めます。19歳以後に発症する場合は「高次脳機能障害」と呼ばれますが、支援の必要性についてはほぼ同じなので、それを含めて「知的障害者等」と言うことにします。

○どんなに最重度といわれる知的障害者等でも、その人なりの意思があります。また、わずかに表現された意思を尊重して支援することによって、その人はますます自信をもって、はっきりと表現するようになります。

○知的障害者等の当面の意思や行動がその人自身や周囲の人を傷つけてしまうような場合でも、支援者がその人と根気強く安心感に基づく信頼関係を築くことによって、その人も満足でき、周囲にも受け入れられるような新たな意思決定に至ります。

○このように、知的障害等の特徴は、社会生活に当たって「意思決定への支援」を必要とすることにあります。

### ●障害者権利条約における意思決定支援

○障害者権利条約第12条は、次のように定めています（外務省仮訳）。

(1) 締約国は、障害者がすべての場所において法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。

(2) 締約国は、障害者が生活のあらゆる側面において他の者と平等に法的能力を享有することを認める。

(3) 締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用することができるようにするための適当な措置をとる。

○「法的能力」の行使には「意思決定支援」の必要な場合があります。第1項は知的障害者等も意思決定の権利主体であること、第2項は生活のあらゆる側面においてその意思決定が尊重されるべきこと、第3項はその意思決定に当たって必要な支援が受けられるように支援の制度を構築することが国の責務であることを示しています。

○「生活のあらゆる側面」における意思決定には、「日常生活」における意思決定と、サービス利用や財産などの「非日常的な契約時」における意思決定を含んでいます。

### ●非日常的な契約時における意思決定支援

○個人の意思決定は、その時々々の環境や人間関係との相互作用によって決まってくるのであり、その人に固定された「意思決定能力」というものではありません。成年後見制度は、本人の行為を一律に制限する制度であるため、行為の制限については最小限に限るべきであり、現在の制度は抜本的な見直しが必要です。ましてや、被後見人の公職選挙権を剥奪している現状は基本的人権の侵害であり、早期の改革を求めます。

○次に、支給決定やサービス利用計画作成・契約に当たって、本人と相談支援の専門員のみで構成される相談支援の仕組みでは、本人の意思決定支援が困難です。本人が信頼し本人のことを日常的によく理解している支援者（グループホーム・日中活動・訪問系事業・入所施設等の支援職員や家族）が、本人とともに参加して一緒に話し合う仕組みが必要です。第11回総合福祉部会における「相談支援・支給決定作業チーム」報告はこの点を欠落していますので、再検討を求めます。

### ●日常生活における意思決定支援

○重要なのは、「何を食べ、何を着るか」というような身近に関することから社会参加まで、日常生活において行う意思決定です。

○日常生活における意思決定支援を担っているのは、グループホーム・日中活動・訪問系事業・入所施設等の支援職員とともに暮らす家族です。自立生活を支援するための個別的な日常生活支援職員（パーソナルアシスタント）が制度化されれば特に大きな役割を担うこととなるでしょうが、そのみがこの支援を担うわけではありません。

○知的障害者等にとっては、この日常生活における意思決定支援こそが最も重要です。私たちはそれを「本人中心の支援」として究明してきました。特に、本人の意思と支援者の意思がお互いに影響を与えあうこと、安心と信頼に基づく相互関係の中から本人の新しい意思が生まれることを明らかにしてきました。

○措置制度の時代の知的障害者福祉法では、「指導・訓練」することが支援職員の役割とされてきました。障害者自立支援法では「入浴・排せつ・食事の介護」をすることが支援職員の役割とされています。しかし、今構築されようとしている新たな法制度において、知

的障害者等に関しては「指導」でも「介護」でもなく、「意思決定支援」が支援職員の果たす役割として明確に位置づけられるべきです。

○しかし、障がい者制度改革推進会議第二次意見書においても、また第11回総合福祉部会相談支援・支給決定作業チームの報告書においても、知的障害者等へのこの「日常生活における意思決定支援」については、全く考慮されていません。私たちは、このことについて再検討を行うよう、強く求めます。

### ●知的障害者等の人的支援の重要性

○知的障害者等への意思決定支援は、金銭や補助具で代用することはできません（補助具については活用することはありますが、人的支援が前提です）。ここに、知的障害者等の支援サービス必要度の高い理由があります。障害者自立支援法により三障害の支援制度が統合されるとサービス利用者の約6割を知的障害者が占めている結果となった理由もここにあり、今まで入所施設の利用率が高かった理由も、またグループホームというような特殊な制度を必要とする理由も、ここにあります。

○今後は、個別的な日常生活支援職員の制度化や、多くの支援を必要とする知的障害者等の生活可能なケアホームの制度化が必要です。またわが国の現状では、機能を明確化しつつ入所施設を今後も活用しなければならず、手薄な入所施設の支援職員配置を改革して利用者が地域の日中活動に参加できる体制を整えるとともに、地域生活の基盤を早急に整備して地域移行を推進すべきです。

以上、ここに提言します。

(東京都発達障害支援協会事務局)

〒185-0021 東京都国分寺市南町 2-11-14-3F

電話 042-300-1366

Eメール [t-gojyo@eos.ocn.ne.jp](mailto:t-gojyo@eos.ocn.ne.jp)

ホームページ <http://www.t-shien.jp/index.html>

ムページ <http://www.t-shien.jp/index.html>



総合福祉部会 第12回	
H23. 2. 15	参考資料2
東川委員提出資料	

2010年12月 日

障害者制度改革推進会議 総合福祉部会 部会長 佐藤 久夫 殿

特定非営利活動法人全国薬物依存症者家族連合会 理事長 林 隆雄

日本ダルク代表 近藤恒夫

第45回衆議院選挙で新政権が誕生し、平成21年12月8日に閣議決定され発足した障害者制度改革推進会議の中で、薬物やアルコールをはじめとする、いわゆる「依存症」について、議論がされることを強く願ってきました。

なぜならば、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の第五条で、「依存症」が精神障害者であることは明記されているからです。しかしながら、「当事者」が委員として招致されるどころか、議論にすら上がっていないのが現状です。

このことに、私ども特定非営利活動法人全国薬物依存症者家族連合会は、強い危機感を感じております。依存症者の中には、精神保健福祉手帳所持者であり、障害年金を受給し、自立支援医療の対象者となっている人も、少なくありません。にもかかわらず、現行の自立支援法下で、依存症者が使えるサービスが皆無といっても過言ではありません。

「薬物に依存しない生き方」を学び、実践しなければ、社会の中で生きていくことができません。

そこで、我々は以下の事項について、障害者制度改革推進会議において時宜に即した適切な議論を行うよう、強く要望します。なお、時間をかけて論議すべき事項については後日要望させていただきます。

- 1 24時間の共同生活が実施できるような施策の議論
- 2 全国に存在する民間の依存症者施設の実態調査
- 3 薬物使用者（薬物未使用歴の長い）がスタッフとして常駐できる施策の議論
- 4 依存症者に対する偏見や差別を払拭するための啓蒙啓発
- 5 家族会活動への助成
- 6 生活保護法との関係に関する議論
- 7 予防（未成年者・家族）、治療（依存症者・その家族の生活）、社会復帰、各段階のプログラムの議論
- 8 依存症者及び薬物に起因する犯罪者に対する回復医療を含めた適切な刑法上の処置と、刑罰によらない人間回復支援の議論
- 9 医療・司法・地域社会を結ぶ依存症回復施設の議論

問い合わせ先

全国薬物依存症者家族連合会

TEL 0285-30-3313 FAX 0285-30-3314

担当 ; 米澤大

TEL 077-527-9788 FAX077-527-9789

携帯電話 090-3162-6231

E-MAIL [d\\_yonezawa@aja.or.jp](mailto:d_yonezawa@aja.or.jp)

私どもの法人では、全国の薬物依存症者のいる家族支援を中心にしていますが、同時に薬物依存症者社会復帰施設の支援もしています。参考HP (<http://www.yakkaren.com/>)  
薬物依存症者の回復のためには、治療共同体(仲間)が必要であると考えています。そのために、家族とともに家庭で回復していくのではなく、依存症当事者は、これまでとは違った地域、環境の中で生活し、人間性を回復し、社会生活可能な状態にまで回復していくことが重要であると考えております。

入寮している者の一部は、遠く離れて生活している家族が金銭的な支援を受け、寝食可能な状態で回復プログラムに取り組める状態にあります。

しかしながら、多くの入寮者は生活保護受給者であり、かろうじて寝食は可能であっても、満足のいく回復プログラムに参加することができません。そこで、公的な資金を得ようとするのですが、現行の障害者自立支援法の中には、依存症当事者が利用できる制度すらないのが現状です。

- ① 依存症の特徴から、**24時間の見守りが必要**であることがあげられます。つぎはぎで制度を利用し、グループホームと日中活動の場を利用している施設もありますが、かなり現状とかけ離れているのが実態です。
- ② **施設長やスタッフも含めて当事者**であることがあります。サービス管理責任者の要件を満たすことはもちろん、複雑な福祉制度についても理解できない部分が多いのです。
- ③ 前述のように「**これまでとは違った地域での回復**」をしていくために、新たに住民票を持つこととなります。そこで、生活保護の申請や自立支援給付を申請することで、施設のある自治体の負担となっています。滋賀県では「滋賀型地域活動支援センター」、鳥取県では「薬物依存症リハビリ施設助成モデル事業」など、単独予算で支援してくれている自治体もあります。しかしながら、残念なことにすべての自治体で実施されているわけではありません。また、**地域間での格差が大きく生じている**ということも実情です。

このような中で、現在皆様を中心となって進めていただいている推進会議並びに総合福祉部会の中で、全国の依存症者の社会復帰に向けた取り組みを、もう一度見直し、なんらかの手立てをしていただけることを、切に願っております。

#### ◆依存症とは？

飲みすぎ、食べ過ぎ、買い物しすぎ、働きすぎなど、個人の心身の健康・生活を脅かすような、自己破壊的な習慣にふけることをアディクション（嗜癖）と言います。

アルコール・薬物依存・ギャンブル癖、摂食障害、盗癖、買い物中毒、ワーカーホリック、女性や子供等の弱者への暴力などは、すべてアディクションの病、**依存症**です。

#### ◆薬物依存とは？

身体依存と精神依存がある。身体依存とは、薬物摂取の繰り返しの結果、切れると離脱症状（禁断症状）が出てくる状態。精神依存とは、「欲しい」という渴望に抗しきれずに、使用に対する自己コントロールを失った状態。身体依存が薬物依存の本体と思われがちですが、薬物の中には身体依存を引き起こさないものがあり、その典型が覚醒剤です。従って、薬物依存とは本質的に精神依存をさす。

薬物によって興奮作用、抑制作用、幻覚作用等与える作用は異なるが、共通して中脳にあるA10神経系の異常を引き起こす。A10神経は、努力して目的が達成されると「至上の喜び」を体験させてくれる重要な神経系で、薬物を体に入れると、努力なしに、いきなり、「至上の喜び」を体験させてくれるため、渴望から逃れられなくなり精神依存状態をつくる。この神経系異常は、半永久的に持続する可能性があると言われている。

これらの依存症は慢性の病気であり、完全に治癒する事はありませんが、回復し健全な生活を取り戻すことはできます。依存症から回復しつつある人たちが、まだ苦しんでいる依存症者たちの回復を援助し、社会復帰を手助けする民間のリハビリテーション施設が各地に出来ています。

#### ◆マック・ダルクとは？

私たちが暮らす現代社会はアルコールやその他の薬物が急速に広がっています。特に若い人たちはこれらのアルコール、薬物に接する機会が多いため、依存症に陥るケースも増え、家庭や、学校、地域社会で大きな問題となっています。しかしこのように増えつつあるアルコール・薬物依存の対策となるときわめて乏しいのが現状です。

アルコール、薬物依存症者とその家族にとって、今切実に求められているのは、この病気からの回復者、と専門家、市民が協力し合って設立された治療・リハビリテーション施設であるマック・ダルクです。

マック・ダルクでは、アルコール・薬物依存者が依存性の薬物から心身共に解放されることを、一人の人間として成長することを目指しています。

#### ◆ダルクとは？

日本の薬物依存症者の回復を支援する

DARC (DrugAddiction Rehabilitation Center) =通称ダルクは、1985年近藤恒夫らによって東京都荒川区日暮里の古い一軒家を借りて始められた。薬物依存からの回復を願う者

たちの共同生活が原点である。

「薬物依存症は病気なのである」病気である以上、一度薬物依存症になった人間がそこから立ち直ることは決して不可能ではない。

「ダルクとは毎日グループセラピーを行っている薬物依存から回復したいという仲間の集まる場である。ダルクの目的は薬物を止めたい仲間の手助けをすることだけである。どんな薬物依存者でもプログラムに従って徹底的にやれば必ず回復するという希望のメッセージである。ダルクで回復している仲間が証明している。このプログラムは薬物依存者が社会の有用な一員として歩む時出会うであろう、さまざまな困難を乗り越えるための道案内である」。なお、ミーティングで仲間からの話は外部に対して秘密とする」と記されており、当事者としての「経験を分かち合う自助グループスタイルを用いた活動で、活動開始当初から当事者どうし支援のみがダルクの目的である。

当事者による相互援助的関係の運動体である。ともに薬物依存経験者であるという当事者である。いま現に薬物から回復しようとする人と、すでに回復経験のある人がそれを手助けしようとする人であるということ。

「スタッフは当事者であるから共感できる」「次の人たちの役に立てるようになるとその人はもう再発しない。何故なら役に立つということで自己評価が上がるから」経験を生かして次の人を支援する事が援助者である当事者の回復を強める。

このように始められた薬物依存症の当事者自身による支援活動である「ダルク」であるが開始から25年を経て現在42団体68施設まで増え全国展開されている。伸びた背景として

- (ア) 従来の薬物政策に縛られなかった。
- (イ) 当事者活動であることを前面に打ち出したこと。
- (ウ) 公的助成を受けられない半面医療や司法の補完的役割をとらずにすんだ。
- (エ) あいまいな組織ゆえに位置づけされにくく、活動の制約がすくなかった。

#### ◆精神保健福祉法

精神保健福祉法の第五条に「精神障害者」の定義として「・・・精神作用物質による急性中毒、またはその依存症・・・を有するもの」と謳われているとおり、薬物依存症者を「精神障害者」と定めています。それまで精神医療・福祉行政の中であいまいであった依存症を医療を必要とする「傷病者」であると同時に、福祉を必要とする「障害者」として医療・福祉の援助対象として明確に位置付けた。しかし薬物依存症を「病気」と認め障害者として対応する取り組みは、司法・医療・福祉いずれの場でも不十分です。

薬物依存はWHO（世界保健機関）により世界共通概念として定義づけられている。薬物の乱用繰り返しの結果として生じた脳の慢性的異常状態で、使用を止めようと思っても、渴望を自己コントロールできず薬物を乱用してしまう状態。

◆障害者自立支援法では新たな困難が

いくつかのダルクが NPO 資格をとり障害者自立支援法のグループホーム等の対象施設になっていますが、日割り計算による給付費の支給が施設運営を困難にし、障害者認定から排除される薬物依存症者も多数存在します。また、障害者自立支援法や医療法に持ちづく医療計画の中で、精神病院の病床削減が進められ、ますます薬物依存症者の受け入れ態勢は狭まってきています。一方、うつ病や薬物後遺症等の治療に対しても過大な処方箋投与が行われ、刑務所内での多大な処方薬投与がなされ、処方薬依存が増大しています。病院から追い出されていき場を失い、入所者の 40% が処方薬依存という事態が各地のダルクで起こっています。障害者自立支援法を廃止し、それに代わる新法制定の運動が高まっています。その際、薬物依存症の特性とその家族の実態を踏まえた制度をつくっていくことが必要です。

#### ◆ダルクの意義

**[社会的意義]**ダルクは当事者によって運営される NGO(非政府組織)であり日本に於いて薬物依存を専門とした回復施設としてパイオニア的役割を担っていること、従来一般市民にはなじみの薄かった薬物という問題を出版物、フォーラム、マスメディアなどを通して身近な問題として啓発を行っていること、依存症者がその依存症者によって引き起こされるであろう社会的損失(医療費、裁判費用、受刑コスト、労働力の損失)を軽減していることなどがあげられる。特に注目すべきことは、ダルクのプログラムが単に薬物の使用を止めることを目標としておらず、**人間性の回復を目指している点である**。それによってアディクション(依存)の世代間連鎖を防ぐことによる社会的損失の防止として長期的にその効果が期待できるのである。この点に於いて、従来の管理型の強制弾薬を主とした医療や、懲罰による抑制効果の短期的効果とは大きく視点が異なっているといえる。

**[医学的意義]**としては、薬物依存の治療的共同体としての実験的試みとして、極めて古典的であったそれまでの薬物依存の治療概念を近代化させたこと、とくに薬物リハビリテーション概念への注目を高め薬物依存に対する精神医療の治療限界を提示すると同時に、回復支援という医療サポートのあり方を提示してきたこと、フォーラムなどの活動を通して薬物依存のみならずアディクション問題の情報拠点としての役割を担い、その活動を契機に地方にさまざまなアディクションからの回復を目指すセルフ・グループが誕生する原動力になってきたこと、相談窓口が開かれたことによって初期段階での医療が可能になったこと、日本ではほとんど注目されなかった回復者カウンセラーの社会資源としての価値を認知させてきたことなどがあげられる。

**[司法的意義]**としては 2006 年監獄法が改正され、刑務所内での薬物依存離脱指導に於いて当事者が果たす役割に高い評価を与えている。薬物事犯の弁護士支援として裁判での情状証人として意見を述べたり、出所後にダルクが受け皿となることで再犯の防止を支援する

ケアプログラムとして機能している。また薬物依存症者が回復する事によって薬物の需要(売人)と供給(薬物使用)は減少するため、薬物問題の抑制とという役割を果たしている。

**【福祉的意義】**としては従来ほとんど未整備であった薬物依存者の社会復帰に寄与していること、行政機関の精神保健相談に於いて敬遠されてきた薬物問題について直接的な支援を行い相談機能を向上させてきたことなどがあげられる。また薬物問題の社会資源ネットワークが整備されていない現状に於いてダルクの持つ人脈と経験の蓄積へのニーズが高まっている。

**【教育的意義】**としては先述した学校における予防教育への寄与と、教員への講演活動を通じた啓発があげられる。本来、予防機関ではないダルクに講演依頼が殺到すること自体がこれらの問題についての社会資源の貧困を象徴しているわけであるが、教育現場に薬物問題の新しい視点を持ち込んだことは、長期的視点から考えると教育会とダルクの双方にとって有益な事であると思われる。

#### ◆ダルクの今後の課題

- ①各施設の財政は多くの苦難を抱えていること。
- ②入寮費の家族負担が大きいこと。
- ③生活保護の需給者が 65.2%がと高く、生活保護支給額も低レベルに抑えられており、ダルク・NA(自助グループ)の活動が公的に評価されていないこと。
- ④スタッフの養成は重要課題で、研修プログラムや体制・財政を含めて確立すべきである事。
- ⑤ダルクのもつネットワークは偏りが大きく、回復施設としての認知を関係機関に衆知し有効な連携を図ること。

これらの問題以外にも、薬物依存の問題を持つ者に厳しい社会の「偏見」の払拭と、薬物依存にほかの精神障害を合併した重複障害ケースの対応、未成年者特に義務教育中の薬物依存症者への対応、薬物依存を抱える家族の回復支援体制の確立など様々な問題が累積されているのが現状である。

これらに問題の中にはダルク自身の問題だけでは解決できないものも多く、さらに広い領域からの支援と知恵が必要であろう。依存症が精神保健福祉の対象になっているにもかかわらず薬物依存症を「病気」と認め障害者として対応する取り組みは、司法・医療・福祉いずれの場でも不十分です。アディクションの回復支援に携わる現場から見れば、さらに推し進めて従来の精神保健福祉の考えにとらわれることなく、回復モデルを主軸としたアディクション(病的依存)という枠から独立したものとしていく必要性を感じている。回復支援の最前線の現場に身を置くものと施政者の温度差は小さくないし、その差を埋めていくことは容易ではないだろう。それであっても毎日どこかのダルクにたどり着いてくる新

しい仲間のために、回復の道を広げていく努力を少しずつ積み重ねていくしかないのである。その積み重ねによってさらに時代のニーズに近い医療・福祉が実現していくことを期待している。

#### 新聞記事より

##### 薬物依存 矯正施設より長期の治療を

朝日新聞(2009年10月22日) 松元俊彦 国立精神神経センター精神保健研究室長

国内の支援状況をみると民間の薬物依存症回復施設「ダルク」等が活動する一方、医療は遅れている。専門病院は10に満たない。薬物依存は犯罪だという医師側の偏見もいまだに根強い。薬物依存の再犯率が高いのは治療サービスを十分に提供できていない、国側の責任にもある。依存症治療は「貯金のできない治療」とも呼ばれ、継続的な治療が必要だ。数少ない専門病院に入院しても自宅から遠ければ、退院後の通院も難しい。だからこそ、治療を行う医療機関や専門家はもっと地域で身近な存在とならなければならない。

##### 薬物使用 刑事的悪か公衆衛生的悪か

朝日新聞(2009年11月5日) 佐藤哲彦 熊本大教授(社会学)

9月下旬、ベルギーで開かれた欧州連合(EU)の委員会主催の薬物政策に関する研究学会に参加した。薬物政策という言葉は日本ではなじみがないが、薬物や薬物使用者の処遇に関する政策を意味し、国際的には刑事政策や保健医療政策にかかわる社会政策の一つである。欧州ではヨーロッパン・アプローチと呼ばれる独特の方法で薬物使用者を処遇している。その特徴の一つは、薬物使用は公衆衛生上の問題という認識である。米国や日本の薬物使用者に刑罰を加えるアプローチと異なり「薬物依存は病気である」という認識が政策の基礎にある。・・・薬物が悪いものであり、その使用が問題だということは論を待たない。しかし、それが刑事的悪なのか公衆衛生上の悪なのかといったことを私たちはもう少し真剣に考え議論してもいいかもしれない。薬物をやめられないことが問題なら必要なのは刑事処分ではなく、医療的処置であるとも考えられるからである。

総合福祉部会 第12回	
H23. 2. 15	参考資料3
山本委員提出資料	

## 医療観察法施行5年後国会報告に関する緊急抗議声明

衆議院議長 横路孝弘 殿  
参議院議長 西岡武夫 殿  
法務大臣 仙谷由人 殿  
厚生労働省大臣 細川律夫 殿  
内閣府特命担当大臣 岡崎トミ子 殿

2010年11月30日

11月26日、政府は、法務省・厚生労働省より提出された心神喪失等医療観察法の5年間の施行状況に関する国会報告を了承する閣議決定を行いました。この5年間、医療観察法は、指定医療機関の設置が計画通り進まない、対象者17人を自殺に追い込むなど、さまざまな問題を明らかにしてきました。

少なくとも、国会報告は、このような実態を解消するための原因究明を行うべきです。しかし、今回の国会報告と称する閣議決定には、こうしたことの検証はおろか、基本的実数と、条文だけで構成されたものです。これでは、事態を放任し、自殺者を次々と出す結果を招くことに他なりません。

我々は、菅民主党政権の医療観察法に向き合わない姿勢を批判するとともに、国会報告と称する閣議決定に対して、強く抗議します。

全国「精神病」者集団

〒164-0011

東京都中野区中央2-39-3 絆社気付

tel 03-5330-4170 / fax 03-3577-1680

(留守電の場合は以下携帯へ)

電話 080-1036-3685

(土日を除く14時から17時まで)

以 上



## 添付資料

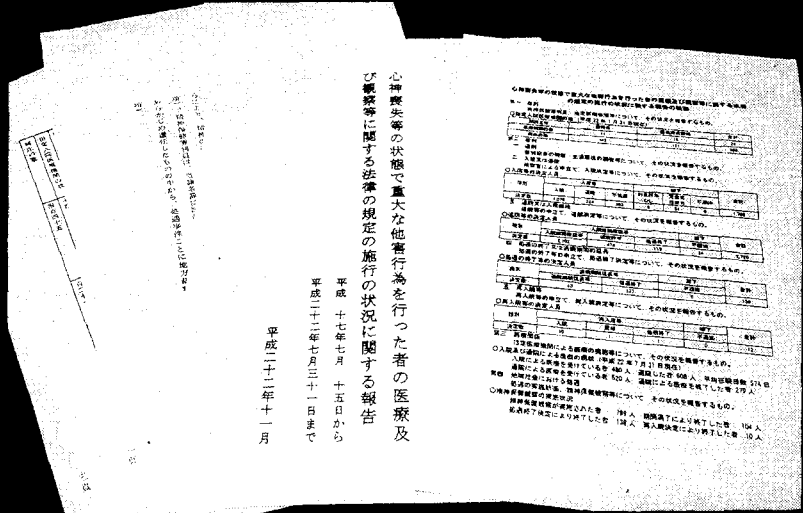
東京新聞 2011 年 1 月 22 日朝刊

# 施行5年 揺れる医療観察法

## 内省促す手法 「逆効果では」

手厚い医療が逆に、事件を起こした精神障害者を自殺に追い込んでいないか。昨年7月末までに医療観察法の処遇下にあった計1402人のうち、計17人が自殺していたことが分かった。昨年11月に国会に提出された政

府報告には自殺者の統計、原因は記されていない。同法に基づく指定医療機関の設置も遅れ、鑑定入院中の人権も問題視されている。法の見直し時期を迎え、厳しい検証が求められる。(田原牧)



昨年11月に国会に提出された医療観察法施行開始から5年間の運用状況を手とめた政府の報告書

殺人、傷害事件などを起こし、心神喪失など不起訴処分や無罪になった精神障害者に対し、審判を経て入院や通院を命じられる医療観察法。統計上は、精神障害者が重大な刑事事件を起こしたり、再犯する確率は健康者より少ないが、二〇〇一年に児童八人が殺害された大阪・池田小事件後の「精神障害者を野放しにするな」という世論を背景に、〇三年に与党が採決を強行した。昨年十一月下旬、同法を運用する厚生労働省、法務省は施行開始から昨年七月までの五年間の状況を国会に報告した。

この報告によると、同法に基づく検察官の申立総数は千八百六十件。うち審判後の入院決定者数は千七十八人、通院決定者数は三百二十四人、入院から通院に移行した人は四百七十五人だった。報告の各項目の人数を照らし合わせると、現在の処遇が不明な数十人が浮かび、医療関係者や国会議員らの協力を得て調べると、入院中に三人、通院中に十四人の計十七

## 高い自殺率「事件起こしたから」は誤り

人が自殺していたことが分かった。また、入院中に一人が病死していた。入院者と通院者を合わせた処遇者総数と比較すると、自殺率は1・2%。この数字について、半世紀にわたり臨床に携わり、「日本精神科医療史」の著書もある岡田靖雄医師は「現在勤めるクリニックで約三千人の一般通院患者を診てきたが、自殺者は五人。医療観察法下の通院者は、この約十倍の割合で自殺している。尋常な数字ではない」と評価する。

刑事精神鑑定の経験があり、「犯罪と司法精神医学」の著書がある中島直医師は「比較するデータが乏しく、自殺率の比率は高くても当然」という見方は誤り。全治数日の入院、通院者らに比べれば、高い率という印象がある」と語る。

岡田医師は推測できる原因として、医療観察法の「内省プログラム」を挙げ、「これは事件を犯した患者さんを、現場に連れて行くなどして内省を深めさせるという内容。しかし、多くの患者さんは病状が重かったり、絶望感、言葉にできないほど苦しんでいるに違いない。事件を契機に、仕事も家庭も人間関係も一変する人たちが、私たちは十分に支えていると言えるだろうか。」(立)

記事のように罪を犯した人の更生問題はよく取り上げられるが、被害者やその家族、加害者家族らの「その後」はどうか。悲しみや怒り、絶望感、言葉にできないほど苦しんでいるに違いない。事件を契機に、仕事も家庭も人間関係も一変する人たちが、私たちは十分に支えていると言えるだろうか。」(立)

デスクメモ

た時期は思い出せないか、記憶から捨てて回復していく。内省プログラムはかさがたを引きはがすようなもの。自殺を誘発させかねない」

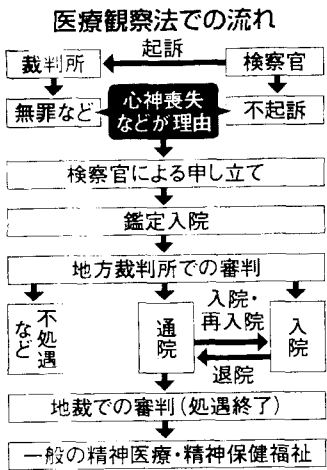
中島医師は「『事件を起こした人だから、自殺率は高くても当然』という見方は誤り。全治数日の入院、通院者らに比べれば、高い率という印象がある」と語る。

# 指定病院が不足 ■ 担当医コロコロ ■ 身体拘束規定なし

自殺者の存在に加え、医療観察法が抱える問題は少なくない。

その一つは指定医療機関の不足だ。同法は国の定める指定医療機関での「高度な治療」の提供を前提としてきた。当初、全国で七百二十床程度を確保するとしていたが、施設建設予定地の周辺住民の反対などで、施行五年を過ぎた昨年九月末時点でも、五百九十九床と目標に達していない。

困惑した厚労省は〇八年八月に「指定医療機関の医師が支障がないと判断すれば、一般の民間病院での治療も認める」との省令を出すなど、設備条件の緩和で対応した。だが、緩和は当初の充実した設備という理念にはそぐわない。



## 見直し時期 「徹底検証を」



街頭で医療観察法の廃止を訴えて、チンパンを配る障害者団体などのメンバーたち。昨年11月、東京・有楽町で（森彰さん提供）

障害者の多くは「野放し」ではなく、事実上、強制入院されてきた。障害者の人権に詳しい池原毅和弁護士は「医療観察法の処遇を終えた人のうち、約四分の一が再び精神保健福祉法上の入院をしている。通院者も加えれば、四分の三に上る。精神保健福祉法に医療観察法を加えた意義がどこにあるのか、理解しがたい」と指摘する。

「社会復帰を目指す」という法律の目的についても、池原弁護士は「退院後の通院も、遠方にある指定医療機関に通わねばならず、生活圏のグループホーム（専門スタッフの援助を受けつつ、自立を目指す少数者の共同生活）などに入れない例が多い。地域での生活し」と批判する。

### 「政府報告は数字の羅列」

昨年十二月、政府の有識者会議「障がい者制度改革推進会議」が提出した「改革推進のための第一歩」には、「医療観察法については、その廃止を含め抜本的に見直し」との文言があった。山本さんは「政府の出した施行状況の報告は、基本的な数字だけで検証を欠いている。民主党は野党時代には医療観察法の導入に批判的だった。国会でも施行五年後の見直し時期を迎えて、自殺の原因究明をはじめ、徹底的な制度の検証が必要だ」と訴えている。

鑑定入院中の隔離や身体拘束に法規定がない点も問題視されている。関西で一昨年、鑑定入院した人は隔離室で繰り返し身が受けられない問題に加え、指定医療機関への入る精神保健福祉法でけた兵庫県弁護士会は昨年十月、「入院中の人へ病院への入院または通院、市長の命令による「措置入院」、保護者の同意による「医療保護入院」が世界一だ。世界的には入院より地域生活での治療の導入に批判的だった。通常二カ月以上に及び、性に関する刑事事件を起した精神

## 地域医療の充実進まず

では社会に受け皿がなく退院できない「社会的入院」を続ける患者数が七万人以上とされる。

# 医療観察 17人自殺

元被告ら処遇 精神科医「高い率」

法施行から5年

たことが分かった。

一年前に精神保健指  
定医の研修会で発表さ  
れた資料によると、同  
法で入院中の自殺未遂  
件数は既遂の約十倍と  
いう指摘もあった。

全処遇者の1%を超  
える自殺者数につい  
て、法務省保護局の担

当者は「事件後とい  
う特殊な状況で、一般精  
神障害者の自殺とは比  
較できない」と話す。

だが、精神科医療史  
研究会の世話人を務め  
る岡田靖雄医師は「高  
い自殺率」と評した上  
で、「事件当時を無理  
に振り返らせる治療法  
などに重大な欠陥があ  
るのでは」と詳しい検  
証を求めている。

摘。「専門的な医療」  
を施すという法の趣旨  
が問われそうだ。「関  
連の面

や障害者団体から「再  
犯予防をうたった拘  
禁」との批判が出てい  
た。

医療観察法は、重大  
な刑事事件（未遂も含  
む）を起こした精神障  
害者に対し、国の定め  
る指定医療機関での  
「社会復帰を目的とし  
た手厚く専門的な医  
療」の提供を定めてい  
る。しかし、法案段階  
から日本精神神経学会

同法の付則に施行五  
年後の見直しがあり、  
政府は昨年十一月、施  
行状況を国会報告。報  
告に自殺者数は明記さ  
れていないが、医療関  
係者や国会議員らへの  
取材で、昨年七月末ま  
でに入院者三人、通院  
者十四人が自殺してい

殺人や傷害事件など  
を起し、心神喪失な  
どで不起訴処分や無罪  
になった場合に適用さ  
れる「医療観察法」で  
入院、通院の処遇を受  
けた人は二〇〇五年七  
月

## 医療観察法

未遂を含む殺人や放火な

どの事件、傷害事件の容疑者や被  
告が、心神喪失・耗弱を理由に不  
起訴処分や無罪となった場合、検  
察官の申し立てで、裁判官と精神科医が審  
判を開き、入院や通院を命じることができ  
るという法律。

平成22年12月24日

各関係団体の長 様

〇〇市〇〇〇〇〇〇課長  
(担当 企画担当 TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇)

全国在宅障害児・者等実態調査（試行調査）への協力をお願い

平素は、本市の保健福祉行政の推進に御尽力を賜り、誠にありがとうございます。  
され、皆様御承知のとおり、障害者自立支援法が廃止され、遅くとも平成25年8月までに施行される予定の新たな「障害者総合福祉法」（仮称）の制定に向け、「障がい者制度改革推進会議」において、活発な議論が続けられております。

平成23年度には、国が「全国在宅障害児・者等実態調査」（仮称）を実施し、在宅の障害児・者（制度の谷間で支援の対象とならない者を含む）の生活実態とニーズを把握し、「障害者総合福祉法」（仮称）の実施等の検討を行ううえでの基礎資料とすることになっております。

今般、同調査において信頼度の高い調査結果を得るため、調査方法及び調査項目等の有効性の検証を行うことを目的として、国が試行調査を実施することについて情報提供がございました。

つきましては、年末の大変お忙しい時期ではございますが、下記にお示しいたします試行調査の内容を調査対象となった町内にお住まいの会員様にご周知いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1 調査の趣旨

別添通知「生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査試行調査）へのご協力をお願い」のとおり

2 調査の項目

別添調査票「生活のしづらさなどに関する調査」のとおり

3 調査の対象

〇〇市〇〇〇〇町（約150世帯）にお住まいの在宅の障害児・者（制度の谷間で支援の対象にならなかった者を含む）

4 調査実施者

平成22年度厚生労働科学研究「障害者の生活実態及びニーズ等を把握するための調査手法の開発に関する研究」研究班

日本社会事業大学 平野方紹准教授研究室

TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇 FAX 〇〇-〇〇-〇〇〇

5 その他の添付資料

「調査票記入の手引き」

※ 調査の実施に当たってご不明な点がございましたら、調査実施者へお問い合わせください。