

## 社会保障審議会障害者部会（第51回）における意見

## 【重度訪問介護の対象拡大】

本條委員（全国精神保健福祉会連合会）

訪問支援は訪問介護だけではない。医療・保健・介護いずれも本人だけに対する支援よりも本人も含めた家族全体に対する支援、「認知行動療法的な家族療法」が有効。訪問型の家族支援を検討いただきたい。

玉木委員（日本相談支援専門員協会）

行動障害を有しない場合に、居宅介護等の障害福祉サービス等の組み合わせによる支援とあるが、そのためには相応の支給決定がされている必要がある。

相談支援専門員自体が色々なところに対応できるような研修プログラムが必要。行動障害について行動援護のみに依存するような仕組みは継続的な支援に繋がらない。

清原委員（全国市長会）

対象者として知的障害者、精神障害者に拡大することには賛成。対象者要件、指定基準についても重要な論点は一定程度整理されている。

訪問系サービスは国庫負担基準額を限度額とした補助となっており、利用者の対象拡大をする場合の財源の適正な裏付けについて整理いただきたい。

久松参考人（全日本ろうあ連盟）

ろうあ者の場合、知的障害・精神障害で耳が聞こえない者に対する支援について、ろうあ者自らが相談支援や介護支援の仕事をし、またそのような仕事をする人たちを増やす努力も自らしている。国としても取り組んでいただきたい。

対象者要件において8点はかなり厳しい。コミュニケーションに障害がある場合に大きな壁となる。他と違う課題がある。

久保委員（全日本手をつなぐ育成会）

強度行動障害ではない重度知的障害者がどれだけ重度訪問介護を必要としているのか。重度知的障害であっても、常に誰かがついていることは彼らにとってもストレスとなる一面があることを意識すべき。かえって状態を悪くすることもある。

大原委員（全国地域生活支援ネットワーク）

現場では行動障害に苦勞している。支援の糸口が見つからず見通しが立たないので、本人も支援者も疲弊することとなる。行動援護のアセスメントが抱え込むのではなく、相談支援としっかりと連携してチームアプローチで支援していくのは良い方向。

核となるのは人材育成。発達障害者支援センターは疲弊しており、機能強化していくことは評価できる。一方、都道府県の支援を市町村側で反映できるような受け皿、支援がないと人材育成は進まない、カリキュラムの編成等について再度議論する必要がある。

行動障害がない場合については検討会での議論が必要。

河崎委員（日本精神科病院協会）

精神障害者が対象になるのは歓迎するが、精神疾患については症状、障害の変動が非常に大きいという特性がある。どのように「常時介護」でいくのか議論が必要。例えばうつ病の者については常時の介護が必要な状態像を呈する場合もあるが、他の疾病では常に関わるといことがストレスになることもある。

実際の運用に当たっては、疾患特性・障害特性に対してしっかりと研修を行っていくことで、現場で問題が生じないよう対策を考えるべき。

【グループホームとケアホームの一元化等】

日野委員（全国身体障害者施設協議会）

障害者支援施設も障害者の地域生活を支える多様な機能、ノウハウ、人的資源を持ち合わせており、地域における拠点として有効に生かす施策に位置づけ、機能整備を図ることが重要。サテライトについても障害者支援施設を本体住居とすることを可能とすべき。

外部サービス利用型について、利用者個人が居宅介護事業者を選べるような選択の仕組みとすべき。現行のケアホームで認められている重度障害者のホームヘルプ利用については、当分の間の経過措置ではなく恒久化することが望ましい。

一元化後も重度の障害者が利用できるような、少なくとも現行のケアホームと同等の水準の人員配置と報酬を確保してほしい。常時介護を必要とする者、医療的なケアが必要な者が夜間において安全安心に過ごすことができるためには、現行の宿直体制ではなく夜勤体制が望ましい。

サテライト型のグループホームについては、在宅かグループホームかを問わず柔軟に利用できる仕組みが望ましい。有期とするのは選択肢を狭めるのではないか。

居室面積の基準については、一部屋当たり 7.43 m<sup>2</sup>と障害者支援施設の一人あたり 9.9 m<sup>2</sup>を下回っている。重度の身体障害者の多くは電動車いすを利用しており、生活しやすい居住空間の確保が必要。

小西委員（日本身体障害者団体連合会）

入居定員は2人から7人を基本にユニットを組み合わせ、20人以下とすべき。

小澤委員

地域システムについて、介護保険の地域包括ケアと同様、基幹型相談センターや多機能拠点の整理について展開していただきたい。

阿由葉委員（全国社会就労センター協議会）

福祉ホームも一元化の対象に加えてほしい。格差のある市町村事業ではなく国の事業とすべき。

入居定員 10 名以上を認めることは、多人数の収容となり、場合によっては入所施設的な形になってしまう。障害者の人権を踏みにじることがないようにすべき。

中板委員（日本看護協会）

対象の拡大、地域移行の拡大、サービスの多様性に応じて一元化ということで、全て方向性は賛同。

地域包括ケアシステムが地域の中で役割を明示していく方向で動いており、そちらとの整合性をもった形をお願いしたい。

27 年度に向け障害福祉計画が自治体で作られるにあたって実のある計画になるよう、人材確保、人材育成や財源確保をお願いしたい。人材育成は専門性の融合やチームアプローチが重要。専門性の強化とともに人材育成の中に盛り込んでいただきたい。

伊藤委員（日本難病・疾病団体協議会）

同じホームの中に利用者が 10 人もいると、介護者や家族が来たとき大混雑となる。基準面積を広くするか定員を少人数にするか検討いただきたい。

大濱委員（全国脊髄損傷者連合会）

重症心身障害児、ALS、強度行動障害など重度の障害を持った者は、場合によっては 24 時間介護がないと生きていけない。地域で介護を受ける手段がない者がきちんと家庭的なグループホームで暮らせるような環境を作るためには、1 対 1 の介護が入るような新しい類型が必要。24 時間介護が入る、家庭的な 4 人程度のものを原則とした類型を作っていただきたい。そこにショートステイを位置づけることを提案する。

橘委員（日本知的障害者福祉協会）

労働基準法に抵触しない夜間勤務体制が組めるよう、更なる報酬加算等の拡充をお願いしたい。また、防災対策としての設備への補助金の完全実施をお願いしたい。

定員規模は、単に地域生活への移行促進という形だけの姿ではなく、当初入所施設では味わえない家庭的な雰囲気をとという考えで始めたことも考慮し、ケアの最も好ましい姿として、家庭的生活の質を高め地域にとけこみやすい、より少人数の 5 名前後と考えている。有事の際に避難誘導がより迅速に対応可能な観点から、新たに設置するグループホームはより少人数が望ましい。10 名以上の話は小規模入所の位置づけの中で多機能的に考えてはどうか。

大橋参考人（日本盲人会連合会）

グループホームについて視覚障害者からのニーズが高い。入所要件の緩和をすべき。65歳までに障害者手帳の交付を受けていなかったり障害福祉サービスを利用していなかった者はグループホームの利用ができない。視覚障害者の場合ちょっとしたサービスが受けられるとありがたい。食事や入浴等はこなせるような視覚障害者でも、人がいて書類等を見てもらったりするようなサービスを受けられる場であってほしい。

外部サービス利用型について、同行援護を受けている事業者や居宅介護事業者などを選択できるようにしてほしい。

地域の居住支援の在り方では、看取りの問題が欠けており、論議してもらいたい。