

障害者部会における委員意見

- (1) 常時介護を要する障害者等に対する支援について
- (2) 障害者等の移動の支援について
- (3) 障害者の就労支援について

(1) 常時介護を要する障害者等に対する支援について

○ どのような人が「常時介護を要する障害者」と考えられるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 「常時介護を要する障害者」の心身(医療の必要度を含む)・生活の状況や支援の量等の違い
- ・ 現状の「常時介護を要する障害者」を対象とした障害福祉サービス事業における利用対象者像や支援内容の違い

○ 「常時介護を要する障害者」のニーズのうち、現行のサービスでは何が不足しており、どのように対応すべきか。

<検討の視点(例)>

- ・ 対象者の範囲、支援内容(通勤、通学支援等)、支援時間、提供方法等
- ・ 入院中の障害者に対する支援
- ・ 現行のサービスの見直しでの対応の可否
- ・ ボランティア等地域のインフォーマルサービスの位置づけ

○ 同じ事業の利用者であっても、障害の状態等により支援内容に違いがあることについてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 支援の重点化
- ・ 見守りや待機の評価

○ 支援する人材の確保や資質向上の方策・評価についてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 従業者の資格要件の在り方
- ・ 研修等による支援者の養成
- ・ 資質の評価方法(OJT中心の研修に対する評価等)

○ パーソナルアシスタンス(※1)について、どう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 対象者、利用場面、利用時間等の具体的なイメージ及び必要な費用
- ・ 意思決定支援が必要な知的・精神障害者や障害児に対する支援手法
- ・ パーソナルアシスタンスとダイレクトペイメント(※2)の関係、及びダイレクトペイメント方式を採用することによるメリット・デメリット

○ パーソナルアシスタンスと重度訪問介護との関係についてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 対象者像
- ・ サービス内容、サービス提供方法
- ・ 利用場面・利用内容
- ・ 支援者の要件及び支援者に対する相談等のバックアップ体制
- ・ 利用者の権利擁護

※1 パーソナルアシスタンスは、一般的に①利用者の主導性、②個別の関係性、③包括性と継続性を満たす必要があるとされている。

※2 ダイレクト・ペイメントは、障害者自身が直接サービスを購入するための現金給付のことであり、この給付の範囲で障害者が直接介助者を雇用する場合がある。

- 常時介護が必要な対象者像としては、常時の介護がないと、①命の危機に瀕する可能性がある人、②日常生活を営むことができなくなる人、が考えられる。いつ介護や支援が必要になるか予測できず、③突発的に命の危機に瀕する可能性がある人、④突発的に日常生活を営めなくなる人、については、地域生活支援拠点を整備し、随時必要な時に必要な支援をするというサービス類型を立ち上げて支援していけばよいのではないか。
- 「常時介護を要する障害者」の分類をきちんとやっていただきたい。
- 施設や病院から出たときの生活をイメージできない方など、一時的に「常時介護」が必要となる場合もある。
- 障害福祉サービスを受給している人は、何らかの意味で常時介護を受けている人であると理解した方がよいのではないか。継続的にサービスを要する人という意味においては同じではないか。
- 「常時介護」ではなく「常時支援」の方がよい。機能障害から派生するので緊急性が高く、常時介護が必要という障害者と、社会的状況を踏まえて緊急性が高く、常時支援が必要という障害者では、大きく異なる。これをどのように整理するか。一元的に並べるのは難しく、最終的には、アセスメントや支給決定、ケアマネジメント等の話に還元せざるを得ないのではないか。
- 「常時介護」は「常時支援」という言い方に変えていただきたい。見守り、声かけなども内容に含めていただきたい。
- 「常時介護」は「常時支援」に改めていただきたい。

- 就業者やその他の学校内・職場内にいる時間帯における介護についても検討していただきたい。
- 入院中のヘルパー利用について、現行のコミュニケーション支援だけではなく、もう少し広い範囲での支援が必要ではないか。
- 入院中の支援の担い手について、医療給付との関係で二重給付の議論を避けるためにも、病院職員を含むかどうかを明確にしておく必要。
- 入院中のコミュニケーション支援について、多くは手話通訳であり、代筆・代読等ほとんど行われていないのではないかと。入院中の安心確保に向け、地域差が生じないような制度とする必要がある。
- 入院時の支援を福祉サービスで行うこととした場合、重度の障害者は自分でヘルパーを連れてこなければならないということにならないか。
- 現在のグループホームで、軽度の障害者の中にはサテライト型住居で暮らせる人が相当数いる。グループホームはもう少し重度の障害者に絞り込むとともに、軽度の障害者については世話人が訪問して支援をするという類型を立ち上げ、よりノーマライゼーションに近い形を求めていってはどうか。
- イギリスではポストグループホームを目指している。日本では、障害者について、グループホームの生活を絶対的にいいものだと考えてきたが、これは、障害者だからしょうがないよね、という思いがどこかにあるからではないか。この考え方を変えていくことを大きな焦点にできないか。行動障害のある人が、1人暮らしや2人ぐらの暮らしをすると落ち着いているという例も聞く。
- 支援の方法や環境によっては、高齢かつ重度の障害者でも一人暮らしができることがある。どういう支援があれば地域で暮らせるのか、という視点を持ちながら支援を組み立てていただきたい。
- 重度障害者が利用する重度訪問介護の担い手はOJTが必要不可欠。国家資格の問題ではない。OJTについて検討していただきたい。
- 介護従事者の専門性の向上と処遇改善を進めること、公費が入っている中で適正なサービスが提供されていることの担保が必要であること、サービスの質の向上が必要であることから、従事者の資格要件は引き上げる必要がある。
- インフォーマルサービスの中には、送迎のお手伝い等をはじめとしたボランティアサークルも位置づけるべき。
- ボランティア等のインフォーマルサービスは活用していただきたい。その場合、無償ではなく一定の費用弁償は行うべき。

- 重度訪問介護、重度障害者等包括支援、行動援護等を障害者の実態に合わせて提供できれば、新たな類型としてパーソナル・アシスタンスを立ち上げる必要はないのではないか。スウェーデンのパーソナル・アシスタンスもいくつか課題がある。支援内容や支援者など、何もかも本人に任せればよいのか、いろいろと検討する部分があるのではないか。
- 精神障害者についてはパーソナル・アシスタンスは導入しない方がよい。
- スウェーデンのようなパーソナル・アシスタンスには、財政上の課題など、いろいろ問題がある。
- 障害者総合支援法の制度的な仕組みは、スウェーデンのパーソナル・アシスタンスとコンセプトの上ではそれほど違いは無い。当事者の意見を反映させながらサービス利用計画を作成することが、すなわち個別的な支援計画を作ること。これをきちんと実施することが大切。
- 既存のサービス提供に対して、実地指導も含めて行政の十分なガバナンスが働いていない状況で、個人による給付を可能とするサービスには大きな課題がある。既存サービスの充実や、介護保健の定期巡回・随時対応型のような新しいサービスの導入で対応するのが現実的。
- スウェーデン型のパーソナル・アシスタンスは現実的ではないと思うが、意思決定支援をきちんと組み込んだ上でのサービス等利用計画を作成するなど、チェックすることを前提としつつ、サービスの利用場面を広げていくことはできないか。
- 知的障害者は、サービス等利用計画でうまくコーディネートしていく必要。本人が雇用契約を結び、サービス内容について指示を出していくのは大変難しい。
- 意思決定や意思決定の表明を支援していくことについては、パーソナル・アシスタンスが必要ではないか。
- スウェーデンやイギリスのパーソナル・アシスタンスでは、対象者に発達障害者も含まれている。常時何らかの福祉の世話にならなくても自立的に生きていけるが、パーソナル・アシスタンスが必要な時に、これを選んで使えるというシステムになっている。サービスのコストだけではなく、本人の社会参加を通じて得られる社会的な利益もきちんと計算した上でシステムを作っていたきたい。

- 小規模な自治体に24時間介護が必要な重度障害者がいる場合、財政的に対応困難。市町村負担の在り方についても検討すべき。
- 生活介護の利用者の中にも、療養介護の利用者のような障害者が増えつつある。生活介護の支給上限について、現行は20日だが、最大限1ヶ月の支給決定をすべき。また、施設入所支援の利用者が、地域生活支援事業を活用できるような仕組み作りを検討していただきたい。
- 重度の自閉症者は意思疎通が難しく、常時介護が必要。現在、意思疎通支援事業の対象者として「発達障害」が明記されていないが、発達障害者も含めていただく必要がある。
- 24時間の直接の介護が必要な方であるか否かにかかわらず、介護保険の小規模多機能や定期巡回・随時対応型訪問介護看護を参考に、24時間支援のための仕組み・メニューを豊富に構築していただきたい。
- 障害者、高齢者、子どもが一か所でサービスを受けられるようにするなど、それぞれの制度の垣根を低くしていき、多様なサービスを柔軟に受けられるようにする方向性は、地域づくりに適合するものであり、非常に評価できる。まだできることがあれば検討していただきたい。
- 「生活介護」という事業は、現場では狭く限定されたイメージを感じる。地域の中で暮らす際には社会生活という面に焦点を当てていく必要があるのではないかと。例えば、事業名を「社会生活支援事業」にするなど、今後、理念に沿って考えていく必要。
- 介護保険制度では、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を一緒にした看護小規模多機能型居宅介護が整備されている。通所、宿泊、相談訪問看護、訪問介護をパッケージにしたもの。障害者総合支援法の中でも価値があるのではないかと。

(2) 障害者等の移動の支援について

○ 個別給付に係る移動支援と地域生活支援事業に係る移動支援の役割分担についてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 個別支援と集団支援の観点等による役割分担

○ 個別給付に係る移動支援について、通勤・通学等や入所中・入院中の取扱いをどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 支援の対象者やそのニーズ（「社会通念上適当でない外出等」の範囲）
- ・ 支援主体（労働分野、教育分野等の合理的配慮との関係）や財源等
- ・ 他省庁や関係機関、関係団体との連携

○ 移動支援の個別給付化には財源の問題がある。

○ 地域特性を活かして事業展開をしてきた市町村もある中で、個別給付化を行った場合、利用対象外となる方、本人負担の増額、利用時間の制限等のマイナス面もあり得るのではないかと。今後の財政負担の面も含めて、影響度を把握するためにも、全市町村に対して事業の実施状況を調査した上で、個別給付化に向けた検討をお願いしたい。

○ 通級に通う子どもは保護者が連れて行かなければならず、通級を好まない家庭もある。教育の中できちんと対応していただければ、大人になっても、福祉的なサービスをそれほど必要としないようになる。

○ 通学時に移動支援事業者と学校との連携や委託等の体系を構築すれば、効率的で無駄のない支援が可能となる。

○ 通勤中や就業中について、企業の合理的配慮のみならず、福祉サービスでの支援が必要。また、キャリアパスやキャリアアップのために学校に行く際にも福祉サービスが使えない現行制度はおかしい。

○ 知的障害者の通所自立支援を国の制度としていただきたい。大分県の事業で、知的障害者がバスや鉄道に乗れなかったのは、知的障害があるからではなく、必要な支援と乗車の機会がなかったからであることがわかった。また、1人でバスや鉄道に乗る訓練をすると、小さな頃からマナーが身につく、自信が出る。将来、就労に結びつく可能性が高くなるのではないかと。

○ 通勤・通学の訓練を行うサービスとして、訪問型の生活訓練を提案。創設していただきたい。

○ 地域生活支援事業において、通勤・通学そのものを支援している自治体は意外に多く、今後も徐々に拡大していく可能性がある。厚生労働省には、いろいろな制限を緩和し、市町村が自らの判断で事業を実施できるよう、丁寧な説明・通知の発出を行うことを期待。

- 通勤支援について、雇用保険制度や労災保険制度に基づく助成金を活用できないか、研究してみてもどうか。
- 通勤・通学等の移動支援については、すべて障害福祉予算で賄うのではなく、教育や労働分野で行うといった議論を、文部科学省や労働部門、全国知事会と議論を深めて、意見調整していただきたい。
- 通勤・通学、入院中の支援については、雇用労働政策、教育政策との連携等の対応も考えていかなければ、障害者福祉だけで対応するのは財政的に難しいと思う。
- 通学支援については、文部科学省や各地の教育委員会がどのような責任を果たすべきか、厚生労働省から強く意見を発信すべき。特別支援学校は何を特別にどう支援するのかということをもっと明確にして、役割を果たすべき。
- 移動支援すべてを福祉で対応するのは財政的に厳しい。労働、医療の担当部署や文部科学省、国土交通省に働きかけ、国を挙げて対応していただきたい。
- 精神科病院に長期間入院している患者にとって、社会の中で様々な体験・経験をすることは、地域移行に向けて極めて重要なこと。入院中も移動支援のサービスが受けられるような制度設計が必要。
- 精神科病院に入院中の障害者は、様々な身体の合併症を生じることがある。他科を受診する際には看護師が同伴するが、この同伴の時間帯については、看護の仕事をしているとは見なしてもらえない。精神障害者の場合は御家族の協力も得にくいという現状の中で、移動支援という障害福祉サービスをしっかり利用できるようにすべき。
- 常時介護がなければ生命の危機に瀕する可能性が高まる障害者については、入院中も重度訪問介護を利用できるようにすべき。
- 入所中・入院中の支援については、居宅が一時的に施設入所であるとか、医療機関に入院されているというように考えた場合、同行援護や行動援護の対象としても差し支えないのではないか。
- 精神障害者は、必要以上の移動支援をしない方がいい。最初は本人の信頼できる病院の人など、医療の世界で、その後は仲間や福祉にバトンタッチをしていけばいいのではないか。
- 看護師が入院患者に付き添って病院外に外出した場合に、その時間帯が医療従事者としての評価を受けることができず、移動支援事業を使おうとすると医療・福祉の二重給付と指摘されるのは極めて不合理。医療従事者は入院患者の療養の世話に専念していただくのが当然であり、障害者福祉の領域で外出時支援を行うことで、入院中の療養の質も向上するのではないか。

- 福祉有償旅客運送が広がっていることは良いこと。ただ、地域の協議会で一人でも反対すれば実現しないという課題がある。こうした課題についても検討いただきたい。
- 地方部では、交通機関が少ないので、介護タクシーか福祉有償旅客運送を利用する必要。しかしながら、介護タクシーは利用料金がかなり高額。福祉有償旅客運送は低料金ではあるが指定登録をするまで時間がかかる、という課題がある。
- 移動支援が地域生活支援事業に位置づけられているため、地域間格差や運用上の課題が生じている。具体的には、短期入所の利用者の移動支援について、地域間で取扱いが異なっており、また、支給量にかなり制限がかかっている市町村もあると聞く。また、外出先で病院等に受診した場合、待機中やヘルパーの運転中の時間は算定されないという課題もある。
- 施設入所支援と地域生活支援事業の組み合わせが可能となるような、柔軟な支援を可能とする必要がある。
- 視覚障害者が鍼灸・マッサージに従事する際、圧倒的多数は自営業。自営業者が往診・往療を行う際に、移動支援事業が利用できれば、職業的な自立に大いに役立つことになる。
- 利用者本人の自家用車や本人が借りたレンタカーは道路運送法の規制の対象とならない車両。これらを運転する場合、重度訪問介護の見守りとして報酬算定の対象としていただきたい。
- 修学旅行の際、親が付いてきてほしい、と言われることがある。これは適切ではない。本来は教育側で対応すればよいのだが、やむを得ない場合に重度訪問介護で対応することを想定すれば、重度訪問介護の対象年齢を一部下げることが必要ではないか。

(3) 障害者の就労支援について

○ 障害者の就労に関する制度的枠組についてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 就労移行支援、就労継続支援A型・B型のサービスの現状と成果
- ・ 障害者の就労の形態の在り方
- ・ 賃金補填のメリット・デメリット

○ 就労継続支援（A型及びB型）、就労移行支援の機能やそこでの支援のあり方についてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 利用者の中長期的なキャリア形成に向けた事業所の機能や支援
- ・ 利用者のニーズを踏まえた機能や支援

○ 就労定着に向けた支援体制についてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 就業と生活の両面からの支援

○ 労働施策等の福祉施策以外との連携についてどう考えるか。

<検討の視点(例)>

- ・ 障害者の働く場の確保

○ 総合支援法の見直しに当たっても、今のサービス体系は維持して、当初の理念である一般就労の推進という原点に立ち返ることが重要。また、生活介護とB型の統合について、就労系サービスの目的に照らしても、財政的な観点から考えても、訓練等給付費の事業として個別給付化することは慎重に検討する必要。

○ 就労継続支援B型の中には、力を持っている方から創作的活動が適しているような人まで幅広いので、そこは2つぐらいに分けて考えていく必要があるのではないか。

○ 生活介護とB型の統合は、働くことを希望する障害者の思いに反するものになる。その人に合った働く場や日中活動の場を地域に整備することが必要であり、アセスメントにより提供できるようにすることが必要。

○ B型が実態に合っていないとして見直すのであれば、障害者の居場所の議論とセットで行うべき。余暇活動を希望する者については、地域生活支援センターを活用することを検討してほしい。

- 雇用だけでなく、自営、協同組合、ソーシャルファーム等の社会参加を含めて考えるべき。
- 賃金補填そのものは無理のある困難な施策と考えるが、団体からは所得保障全体として考えて欲しいという意見が多い。今回の改正とは別になると思うが、年金や手当を含め、所得保障全体として議論する場を設けてほしい。
- 単なる賃金補填は、利用者の仕事への意欲をそぎ、少し考える必要がある。それならば、年金を上げるなど、ベースで支えられる所得保障が必要。
- 難病患者は障害年金のハードルが高いため、障害者は障害年金をもらっていることを前提に議論をしないでほしい。
- 就労移行がゼロの事業所について、これまで報酬改定で対応してきているはずであるが効果が出ていないのではないかな。
- 2年で就労移行というのは難しい。もう少し長いスパンで就労に向けて頑張るものも必要ではないかな。
- 就労移行がゼロの事業所に対する報酬の減算など、27年度からメリハリをつけているので、自ずと整理されてくるのではないかな。
- 就労移行支援事業の利用期間2年について、4年ぐらいまで延ばしていただきたい。
- A型の中に短時間だけやってうまいことやっているところもあるので、これは精査する必要がある。単に短くするということになると、精神障害者や難病患者が働きにくくなるので、一概にはどうともいえない。
- 利用者の状況ではなく事業者の都合で短時間労働を行っている事業所については是正が必要。
- B型といえども、一般就労が可能な障害者は一般就労を目指すべき。また、いわゆる直Bアセスメントについて、B型を希望していた者が、訓練をすれば一般就労できる可能性があったため、就労移行支援を利用することとなった事例があった(7.8%)。一定以上の実績を持つ就労移行支援事業所が今後も実施していくべき。
- B型の工賃が比較的よくなってきているのは、仕事ができる人を抱え込んでいるのではないかな。全体的に就労に向けて押し出せるような仕組みを考えるべきではないかな。

- B型から一般就労した場合も加算で評価するなどのインセンティブが働く仕組みを推進すべき。
- B型を利用する際に、必ず就労移行支援事業のアセスメントを受けるのではなく、本人のニーズに沿って計画相談に基づいて利用できるようにしてほしい。
- B型事業全体の工賃額が、地域の自立生活につながる数字に達しておらず、底上げを図る必要がある。
- 就労支援員の研修やサービス管理責任者研修を充実させ、ジョブコーチ等の資格取得を促すことが必須。地域の障害者就業・生活支援センターや相談支援事業所、自立支援協議会等を中核に据えた切れ目のない支援体制を構築し、サービス管理責任者研修等を通じて、障害者の一般就労について相談支援事業所に理解してもらうことが重要。
- 精神障害者の職場定着率が低い理由を分析して、手を打たなければならない。
- 就職が難しい人たちを就労に結びつけて、定着させていくところをきちんと評価して伸ばしていくことを考えないといけない。たまたま企業が一生懸命頑張っているところが、出身元であるA型事業所やB型事業所がほとんど何もしていないのに、ちゃんと定着できているからといって加算をつけるのはどうか。
- 質の二極化に対して、行政による指導監督の強化はもとより、報酬のメリハリを今以上に付けることが必要。また、当事者などによるよりよい事業所の選択を推進するため、対象障害種別、利用者の平均人数、作業内容、平均利用時間、工賃や賃金、一般就労への移行率、労働条件等の情報公開の徹底も重要。
- 精神障害者も一人の人間であり、一番求められているのは、病院の中も地域も、その人の年齢に見合った一人の人間として尊厳を持って接していくことではないか。
- 就労移行支援で精神障害者が増加している要因として、職場でうつになり離職した人が一定程度含まれているのであれば、広く労働者のための施策であるといえるのではないか。
- 身体障害者と一括りにされてしまうと、視覚障害、聴覚障害、肢体障害の大きな種別による就労支援事業所での状況が見えてこない。視覚障害では、これに特化した事業所でないと適切な支援が行えないが、視覚障害者だけを一定のエリアで10人以上集めることは難しく、小規模のものを可能としてほしい。
- 事業の名称について、A型とかB型とかではなくて、もう少し利用者や家族に分かりやすくしていただきたい。
- 発達障害については、これまでの障害者とは違う考え方で支援が必要。福祉サービスを利用せずにNPO等で働いて一般就労につながることも多い。家庭や教育において、働くことの重要性を教えることが必要。重要性が分かっていると定着率も高い。