

## 「障害者総合福祉法」(仮称)の論点についての意見 (分野D 支援(サービス)体系) その3

### (分野D 支援(サービス)体系)

#### <項目 D-2 生活実態に即した介助支援(サービス)等>

**論点 D-2-1)** 推進会議では、シームレスなサービスの確保の必要性が指摘された。また、障害者権利条約では「パーソナル・アシスタンス・サービス」を含む支援サービスも提起されている。これらをふまえ、地域支援サービスのあり方についてどう考えるか？

・・・ 2

**論点 D-2-2)** 現在のホームヘルプ、ガイドヘルプの仕組みについては、何らかの変更が必要か？また、ガイドヘルプに関しての個別給付化は必要か？

・・・ 14

**論点 D-2-3)** 障害特性ゆえに必要とされる見守りや安心確保の相談といった身体介護・家事援助ではない人的サポートの位置づけをどうするべきか？

・・・ 26

**論点 D-2-4)** 医療的ケアが必要な障害者の地域でのサポート体制を確立するためにはどのような課題があるか？また、地域生活を継続しながら必要に応じて利用できるショートステイ等の機能を望む声があるが、確保していくためにどのような課題があるか？

・・・ 38

#### <項目 D-3 社会参加支援(サービス)>

**論点 D-3-1)** 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？

・・・ 55

**論点 D-3-2)** 居場所機能など広く仲間との交流や文化芸術活動などについてどう考え、確保していくための体系はどう考えるか？

・・・ 68

## （分野D 支援（サービス）体系）

### <項目 D-2 生活実態に即した介助支援（サービス）等>

【論点 D-2-1】 推進会議では、シームレスなサービスの確保の必要性が指摘された。また、障害者権利条約では「パーソナル・アシスタンス・サービス」を含む支援サービスも提起されている。これらをふまえ、地域支援サービスのあり方についてどう考えるか？

#### 【荒井委員】

##### ○結論

幼児期から子ども、大人となるに従い、人生を通じて支援するためには何が必要なのか整理して、給付されるべきサービスをしっかり考えるべきである。その際、その人の人生を通じて一貫した支援をマネジメントする障害者ケアマネジャー制度が必要と考える。

#### 【伊澤委員】

##### ○結論

継続してサービスが得られる仕組みと状況の変化に対応できる相談体制は必要。（本人に寄り添いながら）

##### ○理由

常に状況の変化も有り、それに適切に対応する事により、地域生活を維持できる！！

#### 【石橋委員】

##### ○結論

縦割りイコール悪としないが在宅の生活を支えることを基本に関係機関が協同して地域支援サービスを調整することが必要。

学習、生活、就労あらゆる生活場面において個別支援が必要。また、個人の精神的負担等の相談支援も重要である。このような、支援のネットワークをつなげる担当者も必要。

##### ○理由

在宅で生活している方の経緯の中での支援サービスの担い手も継続性が必要。

## 【氏田委員】

### ○結論

地域支援サービスについては、生活実態に即し、自己選択と自己決定、ケアマネジメントをキーワードとする本人主体の地域支援サービスを構築する必要がある。これらのサービスは支援費制度の時代のほうが使い勝手良かったように思う。

### ○理由

「パーソナル・アシスタント・サービス」は地域支援のあり方として理想的であり、PASに類似した支援サービス類型である「重度障害者等包括支援」のように支援対象者の状況によっては、すべての障害者がそれを必要とするという考え方をする必要はないかもしれないが、見守りも含め必要不可欠な地域支援体制であると考えられる。発達障害に即して考えると、行動障害が激しく在宅でのケアが困難であるが本人が在宅以外を強く拒否するために即座の入院につながらない場合や、強度行動障害の入院治療後に在宅に戻ったが状態が不安定となった場合など、知的障害の有無に関係なく、PASが必要となる局面がある。また、PASのような持続的・包括的な支援が必要でない場合については、発達障害に関して言えば、D-1-1で述べたような「パーソナル・サポート・サービス」といった本人の状態にあった地域支援サービスが必要である。特に、発達障害の場合には、障害がもたらす困難さの状態像が一定ではなく、その時々状況（環境要因）によって良好となったり増悪したりするので、一個人の状態像が変転していく範囲をカバーする形で利用できるという意味でのシームレスなサービスが求められている。

## 【大久保委員】

### ○結論

「パーソナル・アシスタンス・サービス」が具体的にどのような仕組みを指すものか判断としないが、ダイレクトペイメント（介助者との直接契約）とセルフマネジメントによる介助制度というものであるなら、知的障害のある人たちにとっては、その障害特性や支援ニーズから、普及する仕組みとは考えられない。また、知的障害のある人と介助者の契約という特定の関係性に多くを依存することは、本人の権利侵害の危険性もはらむものと考えられる。

知的障害のある人たちにとっては、暮らし全般にわたって、必要な時に相談や支援を受けられることができる相談支援体制が先ずは重要と考える。

## 【大濱委員】

### ○結論

特に毎日 16 時間や 24 時間の重度訪問介護の利用者の場合は、権利条約に書かれているように、他の者（健常者）と同様の生活をするには、朝出勤前の介助、通勤介助、職場での介助（突然の残業もある）、夕方の買い物や余暇の外出（同僚との飲み会は急に決まる）、自宅での夜の介助といった流れに対応できるように例えば 16 時間を 2 交代などで、長時間同じヘルパーによる介助が必要。制度切り分けは不便。介護計画という概念もなくすべき。

### ○理由

健常者と同じ社会参加をするには、予定が決まっていなければいけない現行制度は不適。職場での介護も、選択的で、現行の障害者雇用助成制度か重度訪問介護を選択できるようにして、重度訪問介護を選択した場合は障害者雇用会計からその分の事業費を繰り入れる制度にすべき。

### ○結論

パーソナルアシスタンスは 24 時間介護制度が実現していない市町村でこれを行うと「安上がり福祉」を実現するツールになってしまうので、1 日 24 時間（月 744 時間）の介護の支給決定を（必要な障害者すべてに）実施している市町村に限って、モデル事業として行うべき。モデル事業の選定には障害者団体の全国団体の意見を聞くべき。

### ○理由

たとえば、重度訪問介護を 1 日 1 2 時間しか行っていない市町村で、この制度を行うと重度訪問介護の半分の単価でヘルパーを雇って 2 4 時間にできると安易に考え、ヘルパー制度を改善しない。

すでにこの制度を開始したある市では、2 4 時間介護が必要な重度の全身性障害者に 1 日 1 1 時間しか重度訪問介護を支給決定していない（人工呼吸器利用者のみ 2 4 時間認めている）。この市はホームページでのパーソナルアシスタント制度の説明で（200 時間の例で）「200 時間×2200 円（仮単価）=44 万円分の介助費の支給を受ける」「費用の額は現在と同水準」「1 時間あたり 2200 円未満で介助者を見つけることができた場合は、時間数が今より増加」と記載している。

## 【岡部委員】

### ○結論

障害者の生活を輪切りにしないシームレスなサービスとして重度訪問介護のような長時間見守り型介護がある。しかし、重度訪問介護の対象者の範囲は四肢麻痺の肢体不自由者に限定されており、長時間の利用には国庫負担基準の制約もある。対象者の拡大及び必要な給付を確保できる財政制度の構築を図るとともに、可能であればその名称も「個別包括支援（パーソナル・アシスタンス・サービス）」等と変更するか、従来の「日常生活支援」に戻すべき。

## 【小澤委員】

### ○結論

- ・ 日中活動、社会参加、居住、移動、コミュニケーションの各支援事業に再編し、当事者主体のサービスの利用システムとして、パーソナル・アシスタンス・サービスを導入する。

### ○理由

- ・ 通常のサービスの支給システムに加えて、当事者主体の選択によるサービスシステムを導入する。

## 【小野委員】

### ○結論

パーソナル・アシスタンス・サービスとして確立することに賛成である。

### ○理由

訪問系事業や移動支援等を個別の給付体系とし、かつ障害程度区分で上限を設けることによって財政抑制は可能になっただろうが、その結果、地域間・障害間に大きな格差と谷間をつくってしまった。そのため、他のものとの平等の観点から、いかなる重い障害があっても地域で暮らすを前提とした支援体制の総合化と本人の生活実態と必要にもとづく支援とすることが望まれているため。

## 【門屋委員】

### ○結論

地域支援サービスは安定した生活の継続支援として、多様な支援を本人に継ぎ目無く統合支援することが理想であり、この支援の方向を制度利用においても考える必要がある。

サービス内容を限定せずに家族同様にトータルに支援するサービスが必要です。その意味でパーソナルアシスタントのような包括的支援は有効と考えています。包括支援を完結的に事業体ないし個人に任せて抱え込まない工夫が必要です。

### ○理由

現状の障がい者支援は、制度が複雑であったり、複数の法律による支援であったり、支援する担当が官民共に専門分化していたり、ライフサイクルによって制度が違うなど本人に継続統合することが困難な実情にあります。継続相談支援も重要な要素と思います。相談支援には直接具体的生活支援サービスが含まれています。書類作成や、移動や、ちょっとした生活に必要な手伝いは現場では必要です。それらとは別にパーソナルアシスタントは必要です。両者のかかわりから、公平性を担保するやり方を検討してはどうでしょうか。

## 【川崎（洋）委員】

### ○結論

地域支援は個別生活支援であるから、ケアマネジメントによるサービス提供が必要である。そのためには「パーソナル・アシスタンス・サービス」が制度化され実施されることが望ましい。

### ○理由

現行では個人のニーズに基づいたサービスが必ずしも提供されていない。

## 【清水委員】

### ○結論

一人ひとりの主体に響きあう相談支援 → パーソナル支援→エンパワーメント支援 → 権利擁護支援と連なった連続性の中で、地域支援サービスを描いていくことができるか。

### ○理由

そもそも身体介護、家事援助、移動支援等に分類することに必然性を感じない。その人

のことを思い、その人がその人らしく生きていこうとすることと呼応して、共に立ち上がっていく支援を展開していくことを実態化することは、難しいのか。

【竹端委員】

○結論

ひとりひとりの状たいにあった支えや介じよである「パーソナルアシスタント」もふくめて、論点D-1-2でのべた5つの支えん体けい在必よう。

○理由

ひとりひとりの状たいにあった介じよ、というのは、権り条やくをまもる上で欠かすことができない部ぶんであるから。

【田中（正）委員】

○結論

地域支援環境を整えるうえでは、生活実態に即し、自己選択と自己決定、ケアマネジメントをキーワードとする本人主体のサービス提供体制を構築する必要がある。「パーソナル・アシスタント・サービス」を含む支援サービスの提案に賛同するが、ノーマライゼーションの視点を貫く上でも、必要な時間とかかるコストの課題について、具体的に検討が必要である。

○理由

「パーソナル・アシスタント・サービス」の効果的な活用についての議論が十分につくされていないため、コストを無視すればすべての人に必要なものであると言う結論となり、結果としては制度としては機能しなくなる事を懸念する。

【中西委員】

○結論

現在禁止されている通年長期に渡る通院、通学での介助サービスの利用禁止や職場介助が雇用促進という不安定な制度の中で一部の対象についてのみ支給されており、本人支給ではなく企業への支援という形になっている点も制度を不安定にしている。職場での介助制度はこれまでの介助制度の延長上に置かれるべきものであり、サービスは職場、病院、家庭、学校、子育てなどあらゆる場でシームレスに利用できるようにすべきであり、どこ

の場所でどのような状況で提供されるかをいちいちサービス提供主体もフォローできるわけではないので。

#### ○理由

介助者をその場所、場所を変えられるわけではなく、介助内容が変わったからといって、変えるべき性質のものではない。職場での介助を企業に義務づけると障害者雇用はすすまない。学校での介助を義務づけると教師や学友に負担がかかる。対等な関係を友人と結ぶためには個別の介助を入れて本人の人権を保障することが必要であるから。

#### 【中原委員】

#### ○結論

シームレスなサービスという視点から考えると、福祉サービス事業所を増やして選択できるようにするだけでは不十分と考える。

福祉サービス事業所と当事者とを繋ぐ役割を果たす、コーディネーターあるいはケアマネジメントする人材の存在が重要な役割を果たす。よって、人材の養成及びその公平性・中立性をいかに担保していくかが課題。

#### ○理由

憲法 13 条、14 条、25 条による地域支援が前提として必要となる。

#### 【西滝委員】

#### ○結論

地域支援サービスは、本人が望み、選択し決定できるサービスでなければならない。「パーソナル・アシスタント・サービス」については、人材の確保、負担、コーディネーター体制など慎重に検討する必要がある。

聴覚障害者の地域生活には、コミュニケーションや情報の日常的な支援が欠かせない。制度としての手話通訳や要約筆記支援だけでなく、地域資源としての手話のできる住民の拡大が大切である。地域に手話サークルと要約筆記サークルが活動しており、登録手話通訳者が一定数いる。これらの更なる量的な拡大と活動支援、地域を単位としてこれらを効果的に活用するためのネットワーク化、コーディネーター機能の整備も必要である。

## 【野原委員】

### ○結論

- (1) 24時間看護、介護が必要な患者が、地域の受け入れ基盤がないまま、在宅に移行されている…特に重篤難病患者への在宅医の訪問診療・相談を含めた体制構築が必要。医療型療養病床施設の削減を直ちにやめ、その緊急な増床・拡充をすること。
- (2) 難病・慢性疾患をもつ子どもへの訪問看護サービスを新たに制度化し、利用する場所を居宅に限定せず、利用者の生活環境やライフステージにあわせ、特例として学校や外出時の利用も可能とするなど柔軟に対応できるようにすること。

### ○理由

(2) について、現在、訪問看護は医療保険制度のなかで実施されているが、診療報酬上の制約が多く、長時間や頻回の利用は難しく、子どもの自立（自律）支援に適していない。福祉サービスとして新たな制度をつくり、医療依存度の高い子どもたちの自律支援の確保が必要である。

## 【橋本委員】

### ○結論

パーソナルアシスタントをダイレクトペイメントによって実現する必要がある。

### ○理由

当事者の自己決定をより尊重するためには、事業者を通さない介護保障の在り方も検討すべきである。

## 【東川委員】

### ○結論

パーソナル・アシスタンス・サービスを福祉サービスに加える。

各種制度や機関の縦割りを超えて、シームレスに総合的なサービスを受けられることができるために、パーソナルサポートの仕組みと、ワンストップ型のサービス提供の仕組みとが考えられるとよい。

### ○理由

特に高次脳機能障害の場合は、定型的な身体介護や家事援助、移動支援ではなく、日々変化する身体状況、あるいは環境な対人関係によって影響される行動障害や認知機能の課

題がある場合があり、それには、一人ひとりのニーズに合わせて柔軟な対応ができるパーソナル・アシスタンス・サービスが必要であるため。

又、すべての障害、高齢認知症者などにも、それぞれのニーズに合わせた個別支援が総合的に行われる体制があれば安心した生活が実現できる。

【広田委員】

○結論

ホームヘルパーは重要

○理由

社会的入院者が地域でくらす場合などを含めて

【福井委員】

○結論

障害者が地域で自立して暮らすためにも福祉サービスは、断続のないものであることは当然であり、権利条約で特記されている「パーソナル・アシスタント」と呼ばれる介護職、個人張り付け援助者による 24 時間支援制度の創設も必要である。その際、介護職への公的保障制度を確立することは、当然必要である。地域支援サービスは、その他訪問介護、ショートステイ、重症児者施設での在宅者支援、ケアホームなど医療的ケアとの連携のもとに考えていくべきである。

○理由

現状での問題点を解決しつつ、どこでも誰でもどんな疾患でも自己負担なく、同じ公的支援が受けられるようにすべきである。

【藤井委員】

○結論

地域支援サービスは、本人が主体的に地域生活を送ることを支援するサービスでなければならない。すなわち本人が支援の内容やあり方を決定し、選択し、受けるものでなければならない。

○理由

地域支援サービスは、条約の規定に基づき、障害者が、他の者と平等に、居住地を選択

し、及びどこで誰と生活するかを選択するためになされるべきであるため。

#### 【藤岡委員】

##### ○結論

制度の継ぎ目のない支援ということでは、場所的空間としては居宅でも学校でも企業でも病院でも交通でも会議でも連続的に使える制度、ライフステージ上は乳幼児、学齢期、青年期、成人期、高齢期のいずれでも使える制度にすること。

おそらくパーソナル・アシスタンス制度の肝は、障害者個人の自律の確保でしょう。

自分の生活、生き方は自分で決めるということを大切にするための提起だろうと思います。

##### ○理由

人間をトータルに捉えた支援が重要。

パーソナルアシスタントを雇用する障害者に直接（ダイレクト）費用を支払う（ペイメント）イギリスやカナダの一部などの実践が念頭にある提起と思われる。日本でも障害者が基準該当事業所を立ち上げて自薦ヘルパーを確保するなど、現在でも部分的に実践されている面はある。重度包括支援もやや近い側面があるか。

私も詳しいことはわかりません。岡部耕典委員、橋本操委員等の意見が参照されるべきでしょう。

#### 【増田委員】

##### ○結論

他の者との平等を基本に据えた地域生活支援を実現する。1人1人のニーズに合わせた支援を行う。

#### 【三浦委員】

##### ○結論

我が国におけるパーソナル・アシスタンスの内容・守備範囲を明確にした上で、パーソナル・アシスタンスと現行の居宅介護、重度訪問介護、相談支援（支援計画、ケアマネジメントの在り方）等との関係性を整理し、どのように制度的に位置付けられるのか、また、位置づけることが適切であるのか議論すべきである。

○理由

既存制度との整合を図りつつ、我が国におけるパーソナル・アシスタンスの制度化を図るべきと考えるため。

【光増委員】

○結論

シームレスなサービスとは何か、「パーソナル・アシスタンス・サービス」はどのようなものであるか、周知した上で論議する必要がある。

○理由

シームレスなサービスを複数のサービスを違和感なく統合して利用できることと解釈するならば、現在、介護給付（例えばホームヘルプ、生活介護、短期入所など）と地域生活支援事業（移動支援—ガイドヘルプ、日中一時支援）等を組み合わせて利用している事例が見られる。しかし事業の組み合わせでは併給でないかと制限される場合がある。

「パーソナル・アシスタンス・サービス」も必要だが、用語と内容を共通理解した上で論議する必要がある。

【森委員】

○結論

これまでは、教育、医療、福祉などのサービスが、それぞれの法制度による制限、いわゆる縦割りの制度のために、社会生活の目標を実現するための諸活動を円滑に活用できないだけでなく、また、障害者の主体性も発揮できない状況があった。障害者の自立支援、主体的な生活目標への取り組みを実現し、その過程の中から課題解決能力の向上、すなわちエンパワメントの向上をはかるためには、「パーソナル・アシスタンス・サービス」の導入が求められる。

○理由

地域支援サービスは、障害者権利条約の規定に基づき、障害者が他の者と平等に、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択するためになされるべきである。

【山本委員】

○結論

切れ目のないパーソナルアシスタント制度が必要

精神障害者にとって必要な 24 時間 365 日の待機（オンコールで駆けつけてくれるあるいは駆け込める場所）、また年を通じて必要度が変化する精神障害者にとっては使いやすい制度として、総時間を年単位で支給決定し、その中身は何に使おうが自由という仕組みが必要である

○理由

障害があっても他のものと平等に生存権および幸福追求権などの基本的人権が保障されるために必要

とりわけ新たな社会的入院を作らないため、そして地域移行のためには上記の体制が必須

**論点 D-2-2)** 現在のホームヘルプ、ガイドヘルプの仕組みについては、何らかの変更が必要か？また、ガイドヘルプに関しての個別給付化は必要か？

**【朝比奈委員】**

○結論

ガイドヘルプの個別給付化は必要。行動援護も含んで単価設定を2段階程度とし、ホームヘルプ・ガイドヘルプを別々に支給決定するのではなく、合計した時間数として支給決定し、状況に応じて使い分けた方が効率的。

**【伊澤委員】**

○結論

報酬単価の再検討は必要。また支援対象者の状況に即して、長時間ヘルプも可能とするとともに、「声掛け／目配り／配慮」を基調とした短縮パターン（プチヘルプ）などの制度化、規格化も必要である。また例えば、個別だけでなく、数人への同時対応もガイドヘルプも含め考えられるのではないか。

○理由

サービスの供給体制を整える上で報酬単価見直しは重要。また短時間のヘルプや関わり（例えば地活センターアウトリーチや生活サポート事業により）で生活の安定を確保している例は多い。障害特性や、個人個人によって、支援の内容が異なる。それに柔軟に対応できると良い。

**【石橋委員】**

○結論

**仕組み**

公金の使用であるから公平な仕組みが必要。利用者⇄事業所⇄支援者  
また、ホームヘルプ、ガイドヘルプの内容を精査する必要も感じる。

**個別給付化は必要か？**

視覚障害者と身体障害児者の移動支援は個別給付にする。

ただし、団体活動への適用は、移動支援を必要としない団体活動との関係で別途議論が必要と考える。

## ○理由

既存の身体障害者福祉法、支援費制度及び介護保険のシステムからの移行で手続きが市町村、事業所によって異なり、また利用者が自立支援法のシステムを理解されていないため、ヘルパーが困惑している。

### 【氏田委員】

## ○結論

個別給付化は必要である。障害種別によって支援の仕方が違っており、それぞれの支援について専門性を要する。そのため、ホームヘルプ、ガイドヘルプなど家事支援をするヘルパーあるいは同行するヘルパーともに定期的な研修による専門化が必要である。研修を通して専門化していくことで重度の障害のある人への支援も可能となると考える。また当然のことながらホームヘルプやガイドヘルプを職業として成り立たせるための位置づけと財源が必要である。

## ○理由

現行制度では、介護等給付としての「行動援護」、地域生活支援事業としての「ホームヘルプ・ガイドヘルプ」となっているが、発達障害児者が地域生活を営むためには、もっときめ細やかな多段階の「生活支援・移動支援体制」が必要である。例えば、ガイドヘルプでも地域生活支援事業の枠組みで実施するものにも2段階設けたり、「行動援護」までではないが、介護等給付の中で実施するものなどを用意したりするなどして、その時々の子どもの状態像や移動場面や生活場面に応じた支援メニューを選択できるとよいと考える。何故なら、同じ一人の発達障害児者でも、地域の行き慣れた場所であれば「声かけ・見守り」の支援で十分であるかもしれない一方、初めての場所では濃密な支援が必要な場合もあるからである。つまり、地域生活支援事業と個別給付の両方にまたがる形で、きめ細やかなホームヘルプ・ガイドヘルプの仕組みを設けていくことが望ましい。

### 【大久保委員】

## ○結論

知的障害のある人たちにとっては、ホームヘルプ、ガイドヘルプにおいて、特に、日頃からの関係性と障害に対する専門性が重要と考える。また、ガイドヘルプについては個別給付化が必要と考える。

○理由

知的障害のある人たちにとっては、ホームヘルプ、ガイドヘルプは、本人の精神的な安定や思いなどに配慮し、その援助を円滑に進める必要がある。そのため、日頃からの関係性や障害に対する専門性が重要と考える。また、ガイドヘルプは地域生活を進めていくうえでの重要なサービスであり、個別給付化により、全国的に一定水準を確保する必要があると考える。

【大濱委員】

○結論

個別給付化が必要。障害者にとって外出は必要であり、個別給付化は重要である。

【岡部委員】

○結論

現在のホームヘルプ・ガイドヘルプは、身体介護・家事援助・移動介護・行動援護などの機能別・巡回型の訪問介護と重度訪問介護等による長時間見守り型の個別包括支援（パーソナルアシスタンス）の二つのカテゴリーに再編されたほうがよい。

○理由

両者では援助の考え方、事業所やヘルパー研修の在り方などが異なるため、同一のカテゴリーに置くことでは齟齬が生じる。

【小田島委員】

○結論

ホームヘルプ、ガイドヘルプという区別を無くして、重度訪問介護のような一本化された制度を知的障害者も使えるようにする。

○理由

利用者にとってはホームヘルプとガイドヘルプが一本化されている制度が使いやすいから。

【小野委員】

○結論

変更というより改革が必要であり、国庫負担金制度に位置付けるべきである。

○理由

論点 D-1-5 と論点 D-2-1 と同じ理由である。

【門屋委員】

○結論

ホームヘルパーのパーソナルアシスタント機能の追加の検討が必要です。パーソナルアシスタント機能にはガイドヘルプも含婿とでもよろしいと思います。現状でもガイドヘルプの個別給付化は必要です。

○理由

安定した生活のためには、パーソナルアシスタント支援を目指すべきです。シームレスな支援を実現する上でも必要です。

【川崎（洋）委員】

○結論

精神障がい者に対してホームヘルプを積極的にする人を養成すべきである。

○理由

現在精神障がい者へのホームヘルプサービスが敬遠される現象がある。障害が分からないので携われないという事業所もあると聞く。行政の責任で養成講座が積極的に開かれる必要がある。また医療との連携の必要性も大きい。

【君塚委員】

○結論

障害児の子育て支援のサポートを充実して欲しい。

○理由

とくに、未就学児へのヘルパー利用が厳しいように考える。障害の受容、生活不安などを抱えた経験の少ない若い家庭への支援を充実して欲しい。

### 【倉田委員】

#### ○結論

ホームヘルプ、ガイドヘルプは、共に障害者の基本的な生活を保障するための制度であるから、支援の対象を居宅内、外出時に区別せず、生活全般を一元的に支援するための個別給付事業として一体化するとともに、事業の実績額は全て国庫負担基準額とすべきである。

#### ○理由

ガイドヘルプは、サービス利用状況の地域格差が顕著なため、地域格差を是正する観点から個別給付化するとともに、ホームヘルプと一体化してサービス提供事業所の充実、個別給付の適正化を図るべきと考える。

### 【近藤委員】

#### ○結論

報酬単価の低さにより人材確保が困難な状況や、ガイドヘルプによる通院時支援の際の報酬算定されない待機時の取り扱い等といった利用上のさまざまな矛盾の改善、また、65歳以上の者について介護保険移行後の利用者負担の不整合にかかる調整対応課題等を解決し、必要に応じた利用を可能とする制度にするべきである。

個別給付化は必要である。

#### ○理由

生活や社会参加にとって、ホームヘルプ、ガイドヘルプは極めて重要である。現行では、市町村の財源に支給量が左右されているため、個別給付とし、必要な量を確保するべきである。

### 【齋藤委員】

#### ○結論

ガイドヘルプの個別給付化が必要なのは当然である。

#### ○理由

ガイドヘルプはホームヘルプと切り離し、移動支援として地域生活支援事業に位置付けたのも介護保険制度には移動支援がないことや介護保険との一体化を考えて行ったことであり、一から見直すべきである。

### 【竹端委員】

#### ○結論

ホームヘルプやガイドヘルプはげんそくパーソナルアシスタントとした上で、それを求める人のニーズに応じた支えんがなされる仕くみ（個別給付化）は必よう。

#### ○理由

それがないと権り条やくがいう「ほかのひとと同じようなくらし（他の者との平等）」がまもれないから。

### 【田中（伸）委員】

#### ○結論

障害者のニーズに応じた支援を柔軟に行い得るものとして構築すべきである。ガイドヘルプについては、地方において要望の強い車両移送による移動支援や、2日間にわたる移動支援などに対して柔軟に対応すべきである。そして、ガイドヘルプに関しての個別給付化は必要不可欠である。

#### ○理由

ホームヘルプは障害者の日常生活を支える支援として、「地域で生活する権利」を実質化するものとして重要である。また、ガイドヘルプは、憲法22条で定められている居住・移転の自由を障害者が行使するために必要不可欠な支援である。居住・移転の自由は精神的自由の側面をも有する重要な基本的人権であるから、これを保障するための支援にかかる費用は個別給付化すべきである。

### 【田中（正）委員】

#### ○結論

障害児のホームヘルプの支給は育児支援も視野にいれ検討をすることが必要である。また発達障害などの障害特性を見立てて、特性に応じた個別支援計画を立案する支援者の能力の向上が求められている。ガイドヘルプに関しての個別給付化は必要と考えるが、対象に関しては、かかる時間とコストの問題だけではなく、利用目的と時間などについても検討が必要である。

## ○理由

障害児については、障害児の場合、育児と介護を分けることは困難であり、地域の保育サービスや子育て支援サービスが利用できない場合は、ホームヘルプサービスを利用できるよう調整や検討をしていくべきであると考え。障害ゆえに移動や食事の介助、排泄や入浴に支援を要することは障害児であっても同様であるが、年齢で区切りにくい状況があり、個別の把握を前提に必要な支援であることを念頭に置き、支給を検討すべきである。

また現行制度の介護等給付として「居宅介護」「行動援護」、「重度訪問介護」、地域生活支援事業として「移動支援」となっているが、訓練等給付に受け皿が無いことも含めて現状の利用が全国一律とはいえない状況があり、仕組みについての検討が成り立たない。財源を無視すれば必要な人に必要なサービスが届けられることは望ましいが、財源上の制約において必要さの基準を見極めねばならない時、個別な事情で基準を設けるのは難しい。

## 【中西委員】

### ○結論

ホームヘルプについては根本的に医療的ニーズと生活ニーズを同等のものとして、本人のニーズに基づく支給決定するようにパラダイムシフトする必要がある。ガイドヘルプについては早急に個別給付に戻すべきである。

### ○理由

ホームヘルプサービスのしくみは支給決定のプロセスと判定方法にメディカルモデル的な考えが入っており、使い勝手がよくない。命の危険がなければ介助サービスが出ないというシステムになっており、社会参加や見守りのニーズを訴えてもサービス支給は増えないしくみになっている。ガイドヘルプについては移動介護として個別介助としていたものが財政的事情で地域生活支援事業に落とし込まれた事情があり、ガイドヘルプの必要性は身体障害者の重度訪問介護で移動介護が認められている中では不当な扱いといわざるを得ない。早急に個別給付に戻すべきである。

## 【中原委員】

### ○結論

地域生活支援事業の対象となっている移動支援（ガイドヘルプ）は個別給付の対象とするとともに、利用しやすい仕組みに改めるべきである。

## ○理由

障害者自立支援法の施行により移動支援は地域生活支援事業の対象事業となったが、統合補助金であることから財政の厳しい市町村では利用制限や給付抑制するなどの問題がある。また、個別給付の事業である居宅介護との事業間の格差も生じている。

移動支援は障害のある人たちの社会参加に最も重要な支援であるが、例えば現在の通院等介助は定期的な通院にしか支給が認められていないなど利用に関する制約も大きく、最低限の社会生活を営むことが出来るだけの十分な支給量の確保が難しい状況にある。また、過疎地域など公共交通網の発達していない地域での移動については車両によるものが主であるが、運転者1名が対応した場合の移動については報酬が算定されないなど多くの問題がある。

## 【西滝委員】

### ○結論

ケアホームの入居者が利用できるよう、ガイドヘルプの要件の緩和が必要である。

触法行為のある入居者の外出支援、通院時の同行等も利用の対象とすること。行動援護の利用要件の緩和、対象者を拡大すること。ケアホーム入居者の重度・高齢化、医療的支援の必要性が進むなかで、個別に対応できるホームヘルプの利用要件の緩和をおこなうこと。ヘルパー利用した場合も運営費（代理受領している報酬）としての報酬の減額を行わないこと。自動車運転での介護を認めるべきである。また、利用者が望むコミュニケーション手段が提供できる体制が必要。

## 【野原委員】

### ○結論

(1) かつての身体障害者居宅生活支援事業のような社会参加支援の対象に、重篤難病患者のニーズに応えることを明記すべきである。医療関係ケアが不可欠の社会参加支援は、現状では不可能。

重篤難病患者の外出支援への要望は切実である。しかし、医療関係者の支援なくては困難な外出は、現実にはボランティアやNPOによって支えられ、制度的保障がない。

現行制度のホームヘルプ（居宅介護）を抜本的に見直して、難病や慢性疾患をもつ人たちも利用しやすい制度とし、支援内容も移動介助などにも柔軟に対応できるよう

にすること。

(2) ガイドヘルプ（移動支援）は、通学や通所など子どもの社会生活にとって必要な場への参加を保障するための制度として、ヘルパーの付き添いだけでなく、自動車による移送サービスも含めた活用ができるよう見直すこと。

#### ○理由

慢性疾患患者は、日常生活を自分のペースでならある程度は「できる」人が多く、それゆえに現在でも心臓疾患患者でホームヘルプを受けられる人は限られています。しかし、日常生活上で必要な家事でも身体に負担になり病状を悪化させることもしばしばあり、そのことも理解した家事や日常生活の支援が必要です。また、歩けるけれど、長い距離や坂道などの徒歩での移動は困難であり、また負担になりセーブすることが必要です。通院、通学、通勤などの時に、車による移動などの支援が必要。現行のガイドヘルプの個別給付は当然ですが、ホームヘルプと合わせての抜本的な見直しが必要。

#### 【東川委員】

#### ○結論

ホームヘルプの業務内容を臨機応変な対応も必要な支援とし、多様化すべきである。  
ガイドヘルプは個別給付化が必要である。

#### ○理由

生活行為を支援する援助者は、細切れではなく、生活の流れに沿った一連の援助をする必要がある。その意味では、全てを個別給付とすべきである。

#### 【福井委員】

#### ○結論

ホームヘルプなど必要な時間数が確保され、かつ公平にサービスが提供されるようガイドラインの開発が望まれる。継続的支援の必要性から、もっと使いやすい制度に改善すべきであり、福祉労働者としての労働条件の抜本的改善も焦眉の課題である。ガイドヘルプの個別給付化も必要と考える。

#### ○理由

家族介護の深刻な現状と限界状況、単身者の社会参加の促進などから見て、一層の制度拡充が望まれる。福祉現場では、人手不足が慢性化し、離職者が多く、身分保障の抜本的

改善が切望される。

【藤井委員】

○結論

ガイドヘルプに関しての個別給付化は必要である。

○理由

ガイドヘルプは地域生活における欠かせないサービスであり、種別を問わず等しく利用できる必要があるため。

【藤岡委員】

○結論

制度はもっと単純で使いやすく。無駄な規制は止める。入院中でも居宅介護等は利用できるようにする。

移動支援の個別給付は不可欠。

○理由

ホームヘルプの単価計算や仕組みがこれほど複雑な国はほかにないであろう。利用者にも事業者にも複雑過ぎて、無駄な事務が多すぎて、経済効率も悪い。

障害者は入院する事態は日常であり、介護が認められないことは人権規制に他ならない。

移動支援は障害者が社会参加するための前提条件として、憲法 13 条個人の尊厳保障、22 条居住移転の自由の保障の意味を持つ基幹的な基本的人権であり、個別給付保障は不可欠。

【増田委員】

○結論

変更は必要。障害のある人の実態に合わせた、ホームヘルプやガイドヘルプの仕組みが必要。

例えば、医療機関までのガイドヘルプは行うが、医療機関内の支援は行えないといった障害のある人の不利益になる仕組みは改めていく。入院中にも支援が必要な場合も多く、実態に即した仕組みとしていく。費用負担は国の責任で行う。身体介護・家事支援の単価の差をなくし、従事する人が生活できる報酬体系とする。

### 【三浦委員】

#### ○結論

- ・ガイドヘルプの個別給付化については、実態を踏まえ早期に検討されるべきである。
- ・ホームヘルプはパーソナル・アシスタンスとの関係性の整理を行い、仕組みを検討する必要がある。

#### ○理由

- ・社会参加の促進という観点から、確実に保障されるべき支援であると考えするため。
- ・D-2-1 参照

### 【光増委員】

#### ○結論

ガイドヘルプの個別給付化は緊急な課題である。

#### ○理由

ガイドヘルプは市町村事業なので、個別給付化しないと、他の市町村では使えない不便さが生じているため

### 【森委員】

#### ○結論

障害者自身による主体的な社会参加と社会における構成員としての役割を担うためには、ガイドヘルプによる移動支援が必須であり、ガイドヘルプに関しては個別給付とすべきである。

#### ○理由

地域支援サービスは、障害者権利条約の規定に基づき、障害者が他の者と平等に、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択するためになされるべきである。

### 【山本委員】

#### ○結論

切れ目のないパーソナルアシスタント制度が必要

精神障害者にとって必要な 24 時間 365 日の待機(オンコールで駆けつけてくれるあるいは

は駆け込める場所)、また年を通じて必要度が変化する精神障害者にとっては使いやすい制度として、総時間を年単位で支給決定し、その中身は何に使おうが自由という仕組みが必要である

移動介護について、政治活動宗教活動は除くというのは憲法違反である

#### ○理由

週に何日何曜日、という家事援助では、気ままに暮らすことで病状悪化を防ぐ精神障害者にとっては不適切 そもそも計画的に暮らせるのであれば精神障害者ではない

また、屋外の移動のみというガイドヘルパーでは精神障害者は社会参加できない。人と会うこと話すことに困難があるものは見守りと安全保障感確保のため集会や会議中に介護は必須であり、また建物の中で道に迷うこともあり、会議中や集会中も介護は必要である

添付資料1のように私の社会参加であるこの会議への出席について内閣府は介助の必要性を認めていないが、この30年間厚生省および厚生労働省が私に対して行ってきたことを考えるとこの建物に入ること自体が命がけであり、また精神保健福祉法上、名誉毀損も侮辱も措置要件であり、発言は命がけであり、見守りの介助は必須であるが、認められていない

往復は区の地域支援事業でカバーされているが、会議時間中の介助については100%自己負担している

何党の選挙活動であれ、あるいは何宗派の布教活動であれ、健常者は政治活動宗教活動であるからといって、特別に通行税は払っていない、障害者にのみ、宗教活動政治活動に関して、移動介助を自己負担せよというのは憲法違反である

論点 D-2-3) 障害特性ゆえに必要とされる見守りや安心確保の相談といった身体介護・家事援助ではない人的サポートの位置づけをどうするべきか？

【朝比奈委員】

○結論

とても重要。具体的には、ガイドヘルプによる同行支援に加え、現行の地域活動支援センターのような「場」を設定し、立ち寄って困りごとを相談したり、セルフヘルプ活動をサポートしたりすることが有効。

【荒井委員】

○結論

現在のサービス内容が介護保険サービスに準拠する「介護給付」と「訓練給付」という体系となっているため、障害者の特性にあった「見守り」や「相談」などのサービス類型を取り入れていくことが必要

【伊澤委員】

○結論

精神のホームヘルプ支援の内容として、見守りや目配せ、配慮を軸とした「待機型」の位置づけは新たに必要と思う。またその支援の担い手としてピアサポーターの配置（有償ボランティアとしてではなくきちんとした雇用による起用）も実施に向けて進める。それらを支える24時間体制の拠点の整備やコーディネート機能も必要である。

○理由

なにか事態が発生すれば即時対応し、平素は待機、必要に応じて介入するという支援の形は、自己選択／自己決定を基本とし、リスクへのマネージメント対応という、地域生活支援の視点として大切ではないか。支援の担い手としてのピア活動を位置づけることも大きな意味を持つ。

【石橋委員】

○結論

人的サポートの位置づけは、ボランティアを基本とする。

しかし、現在、ボランティアが現在重要な役割を果たしているが、安心生活にはボランティアでは十分でない場合もある。

相談支援も含め個人支援には欠かせない職務であり、公的サービスも視野に入れ、法的裏付けについて一考する必要がある。

#### ○理由

健常児・者と共に地域で生きる（共生）上で必要です。方法については、地域によって異なるが社会（国民）の理解を得ることが基本。

#### 【氏田委員】

#### ○結論

見守りや安心確保の相談といった身体介護・家事援助ではない人的サポートは大変重要であり、位置づけをきちんとする必要があると考える。高齢者の地域生活を支える仕組みとして作られている地域包括支援センター（ケアマネ、保健師、社会福祉士のチーム）のように、中学校区に一つくらいの割合で、見守りと安心確保のための相談支援センターが必要ではないか。また、知的障害、発達障害のある人にはコンタクトパーソンの制度が必要ではないか。

#### ○理由

D-2-2 で述べたように、きめ細やかなホームヘルプ・ガイドヘルプの制度設計の中でも提供しニーズの高い地域支援として位置づけるべきである。

#### 【大久保委員】

#### ○結論

地域で暮らす知的障害のある人たちにとって、相談支援という人的サポートは欠くことができないものとする。その相談支援は、生活全般にわたるものであり、必要に応じて他のサービスや機関につなげたり、それらと連携するなど、その役割は重要と考える。特に求められるのは、訪問型の相談を含めた生活支援であり、いち早く本人のニーズを把握し、速やかな対応が可能となるが、これらの人的サポートの仕組みを是非とも作るべきと考える。

### 【大濱委員】

#### ○結論

見守り・待機を含んだ長時間滞在型の訪問系サービスを全障害種別に設定し、個々人の障害や家族のいない時間などの状況に応じて必要性があれば市町村が支給決定できるようにすべき。単価については、障害によって差をつけるのが適当。

#### ○理由

1人ぐらしや日中独居の重度知的障害者などに特に長時間滞在の見守り待機が必要。重度訪問介護制度でも介護者の確保が難しい人工呼吸器利用者は単価を上げるなどの単価の差があるので、単価の差をつけるのは必要。

### 【岡部委員】

#### ○結論

地域で自立生活を営む知的障害者にとっては、個別の人的サポートは見守りや安心確保の相談を身体介護・家事援助と一体化され、重度訪問介護等の制度を活用した個別包括支援（パーソナルアシスタンス）として位置づけられるのが効果的であり現実的である。

#### ○理由

見守りや安心確保が当事者にとって侵襲的ではなく随時適切に行われるためには、常時生活を共にしていること、及びその関係性が一定期間以上継続していることによって醸成される互いの理解と信頼関係が必要であるため。

### 【小澤委員】

#### ○結論

・パーソナル・アシスタンス・サービス、権利擁護支援、といったサービスの中に位置づける。現行の居住サポートにおいても、位置づけを検討する。

#### ○理由

・個別性が強いサポートなので、個別性に対応できるサービスシステムにする必要がある。

### 【小田島委員】

#### ○結論

身体介護、家事援助、移動支援と合わせて、見守り、コミュニケーション支援、相談等

をまとめてできる介助制度（重度訪問介護のような）を知的障害者も使えるようにすべき。

○理由

知的障害者にとっては、日々の見守り、コミュニケーション支援、（会議の支援を含む）相談等（お金の使い方を含む）は、とても重要な介助の一部であるため。

【小野委員】

○結論

見守りも給付体系に位置付け、相談は相談支援事業の拡充を図る。

○理由

見守りも必要な支援であるため。

また相談支援事業は、抜本的に拡充する必要がある。とくに介護保険の包括支援センターを想定したような制度化ではなく、生活支援分野では、相談だけでなく、相談内容にもとづくケースマネジメント（介護保険のケアマネではない）、巡回訪問、公的ケースワーカーとの連携、行政計画への提案などを業務に位置付ける。

さらに就労については、就業・生活支援センターを抜本的に拡充し、就労相談、スキルトレーニング及び移行支援、職場訪問や連携などの定着支援などを業務として位置付ける。

【門屋委員】

○結論

個別担当の相談支援体制が必要。パーソナルアシスタント機能を持つ支援者がいればその人が個別支援相談機能も併せ持つことで可能です。この場合には、相談支援専門員によるケアマネジメント支援が必要です。

○理由

生活全体の支援が必要な人たちがいます。部分的に身体介護・家事援助、行動援護、移動支援などなど、多様な支援が必要な場合に特性に対応できる個別支援があるといい。

世話機能だけでなく、生活者視点に立ち、依存関係を深めることなく、成長・発達など個別支援の基本をわきまえての支援です。精神障害の支援をしてきた経験からすれば、むしろ、この支援が中心だったと考えています。

【河崎（建）委員】

○結論

重要な支援として位置付けるべきである。

○理由

「見守り」や「安心確保の相談」等の人的サポートを充実させることが、特に精神障害者には重要である。

【川崎（洋）委員】

○結論

精神障害者にとっては、人的サポートは欠かせない支援である。よき相談者に会い、本人のニーズに沿ったサービスが提供されることにより、障害者は見守られ、安心して地域生活を送ることができる。

○理由

精神障害者は自分の考えなどを明確に表現できない人が多く、良質な人的サポートは不可欠。

【君塚委員】

○結論

身体介護・家事援助と同等の位置づけでサービスできる体制を作る。関係機関の連携を密にして、相談でたらいまわしとならないような情報交換を進める仕組みを作る。

見守りについてもサポートできるよう法的に整備すべきである。

○理由

身体介護：介護技術　家事援助：家事一般技術　見守り援助：指導助言技術　それぞれに求められる専門的技術がある

行動抑制が自分でできないことも障害であり、そのために保護者は外出もできない。見守りサービスは、保護者の精神負担を軽減する意味でも必要性は高い。また、保護者支援の視点で言えば、障害児学童保育の整備や、通学送迎の支援などの充実も同様に必要と考える。

【倉田委員】

○結論

「重度訪問介護」の報酬見直しを行う。

○理由

重度障害者の24時間支援については、身体介護・家事援助以外に「見守り」目的の付き添いが不可欠であることから、重度訪問介護において身体介護・家事援助部分と見守り部分の報酬を差別化することで報酬単価、事業費支出の適正化を図るべきと考える。

【近藤委員】

○結論

制度として、位置づけるべきである。

○理由

見守り支援等により、地域で安心した暮らしが確保できる。具体的なサービス内容については、今後、検証が必要である。

【齋藤委員】

○結論

現行の身体介護・家事援助には含みきれない支援については改めて位置付けを行い、適切な支援を行うべきである。しかし、いたずらに支援の量を増やすことにはならぬ様に配慮すべきである。

【佐野委員】

○結論

中途失聴・難聴者の多くが家族や地域での情報の受発信や日常的コミュニケーションに困難を抱えていることからサポートできる仕組みや介助・援助が必要である。

○理由

中途失聴・難聴者が自らのコミュニケーション方法を習得し、社会との関係性を作ることができるようになるまで、ピアサポート等の援助が必要である。

### 【竹端委員】

#### ○結論

パーソナルアシスタントの支えの中に入れる。

#### ○理由

見守りや情ほうのていきょう、不あんな時の相だんなども、障害ゆえの生活のしづらさ  
に対おうする大切な支えんであるから。

### 【田中（正）委員】

#### ○結論

パーソナルアシスタントの対応と同様に考えるべきである。相談事業とサービス提供に  
ついての違いと役割分担についての共通理解が必要である。また支援度の違い等を考慮し  
た上での個別支援計画の作成と、それに伴う支給決定とサービス提供に関する進行管理が  
求められる。

#### ○理由

相談事業として暮らしに必要な身上観護までをまとめて支援計画化しサービスを調整  
する部分と、実際身上観護の中で生じる相談についての区分けが難しいため、独立したサ  
ービスとしての区分けが難しいとされる。

### 【中西委員】

#### ○結論

制度の中に見守り付き添いを組み込むべきである。

#### ○理由

間欠的にサービスが必要な場合、介助者がいったりもどったりをくりかえすことは給与  
保障の面からも無理があり、また利用者側からいえば必要な時にいてくれなければ、介助  
者がいる意味がない。その意味で見守り付き添いを正当なサービスとしてサービス時間と  
して位置づける以外に制度的な構築方法はないので、その合理的理由から制度の中に見守  
り付き添いを組み込むべきである。

## 【中原委員】

### ○結論

見守り支援など、障害の特性を考慮した支援内容や名称を検討すべき。

### ○理由

そもそも介護保険にならった身体介護・家事援助の区分けに意味があるのか疑問がある。障害者にあった支援内容とするべき。

「てんかん」発作のある人にとって、入浴の際や移動時の見守りは重要である。

## 【西滝委員】

### ○結論

見守り待機（ケア）を必要に応じて支給決定する。また、ろう重複障害者（聴覚障害者）の場合、相談支援・対応についても支給決定する必要がある。

聴覚障害者の地域生活には、手話サークルと要約筆記サークルが活動しており、登録手話通訳者も一定数いる。これらを人材サポートとして活用できるよう、更なる量的な拡大と活動支援、地域を単位としてこれらを効果的に活用するためのネットワーク化、コーディネート機能の整備も必要である。

## 【野原委員】

### ○結論

（１）医療依存度の高い難病患者には、ショートステイやレスパイト入院などの制度的保障が必要である。問題は、制度を作っても実際は当該事業所が「医療ケア」ができないことを理由に、利用が拒否されるという現状を解決しなければ意味がない。そのためにも地域の医療体制の充実、余裕をもったベッド数の確保やマンパワーの確保、地域での施設や相談機関との連携などが必要。

（２）個別ニーズの類型化はある程度必要だが、すべての障害特性と個人ニーズを基準化することは不可能である。そういう観点から、患者のニーズを基本に対応する「個人の尊厳」と「自立」を基準とした「人が寄り添う」支援体系を構築する。

この体系は、行政と専門家、NPO やボランティア、患者会を含めた協働を含めて地域で実際支援が提供できるような「相談支援センター」を各地に大量に設置するものにすべきである。

(3) 長期慢性肝疾患では、慢性肝炎から肝硬変・肝癌に進行する患者が多くいます。

その進行に対する不安を感じる患者・家族のための精神的な相談支援が必要です。

○理由

長期慢性肝疾患は、その病気の性質上、原因ウイルスが排除されない場合には病気の進行したり、肝発がんなどを繰り返すなど病気に対する不安や恐怖を和らげるための相談、治療法の相談などが必要です。

【橋本委員】

○結論

重度身体障害者の「見守り」は絶対に必要である。

従来通りの「重度訪問介護」のサービスとして位置づける。

○理由

呼吸器装着者や呼吸疾患のある者には、24時間の見守りがなければ危険である。

【東川委員】

○結論

パーソナル・アシスタンス・サービスに組み込む。時間をかけて、障害のある人の希望や願いに沿った支援が必用。信頼できる人がいることで、力を発揮できる障害者は多い。

新しく人的資源の配置を考えると、既存の事業所サービスにおける人的資源を充実させて、むしろ従来の報酬評価等にはなかった見守りや安心確保の相談も評価対象にしていくということを検討することも必要。

○理由

障害のある人にとっての社会参加やエンパワメントやセルフエスティームの向上等により自立促進が図られるためには、時間や体験（機会）が重要であり、その支援において、見守りや安心確保が有用であることの認識を種々の支援事業において認めてほしい。

【広田委員】

○結論

地域福祉

○理由

関東大震災があすきても安心してくらすような地域作りが早急に望まれる

**【福井委員】**

○結論

障害範囲の広がりによって、障害特性についての研修や実践などを経て、人的サポート体制を強化していくことは緊急の課題であり、制度の確立を図るべきである。

○理由

この分野の体制の欠如が、社会問題化しているため。

**【藤井委員】**

○結論

障害特性ゆえに必要とされる見守り等については、社会的活動に参加するうえで不可欠であり、外出時の移動や身体介護・援助などと同等のサービスとして位置づけるべきである。

○理由

外出時の移動や身体介護・援助だけでは、障害特性によっては社会活動等に参加できず、安心・安全を確保するための人的サポートが欠かせないため。

**【藤岡委員】**

○結論

重要な人権支援であることが明記される法規に。

○理由

夜間の褥瘡防止のための体位交換、水分補給、排尿カテーテルの確認その他の見守り、話し相手になり安心させる支援、安全確保のための支援など、見守り介護は重要であるが、福祉行政は支出の抑制のためにそれをなかなか認めない現実がある。

**【増田委員】**

○結論

障害のある人のニーズに即した生活支援が必要。自らの意思を表明しにくい人たちに対しても、時間をかけて障害のある人の希望や願いに沿った支援が必要。信頼できる人がそ

ばにいてだけで、安心して自分の力を発揮できる人は多い。

### 【三浦委員】

#### ○結論

相談支援事業の充実とともに、ホームヘルプ（行動援護等）の支援や内容の在り方の議論とあわせて公的な仕組みとしてどのように位置付けるのか、また、インフォーマルな支援（ボランティア等）との連携を促進する仕組みをどのように考えるのかについて検討を要する。

#### ○理由

日常的な相談や見守りについては、公的制度のみでどこまで対応可能であるのか一定明確化するとともに、足りない部分をインフォーマルな支援を含め、地域ベースで築いていく必要があると考えるため。

### 【光増委員】

#### ○結論

社会的トラブルを繰り返す人、二次障害としての精神障害を合併した人、家族からの虐待を受けた人が主な対象として考えられ、日常生活場面における精神的支援と問題解決支援が、社会生活に向けての「関係支援」として位置づける必要があり、カウンセリングやソーシャルワークなどの専門的援助技術が求められる。

#### ○理由

こうした人たちは、家族による支援や地域における支援が希薄な状態にあり、社会的孤立の中で、社会関係性が失われ、精神的に強いダメージを受けている人であり、医学モデル的な障害認定の仕組みでは、福祉的、医療的支援の必要性から遠ざかってしまう。社会モデルとしての新たな視点からの支援が必要である。

### 【森委員】

#### ○結論

強度発達障害が、発達障害に対する社会の無理解や障害者本人、家族の理解不足に基づく二次障害によってもたらされてという指摘もある。そのような二次障害を防ぐためにも安心して社会とかかわるための支援システム、すなわち、見守りや安心確保のための相談

などという人的サポートをしっかりと位置づける必要がある。加えて、一般市民による障害理解の促進のための仕組みの充実を図ることなどが求められる。

○理由

障害特性によっては、社会活動等に参加するためにも、安心と安全を確保するための人的サポートが必要であり、その支援を提供できる柔軟なシステムが求められる。

【山本委員】

○結論

待機という介助の必要性を認め、24時間365日オンコールで対応できる介助システムと駆け込める場所としてのショートステイが必要

駆けつけてくれる介助としてじっと待機見守りしてあげることが必要

ショートステイはあくまで医療とは無関係な場でなければならず、強制医療に結びつける場であってはならない

欧米では当事者運営による危機センターがあり、これを実験プロジェクトとして試行すべき

○理由

社会的入院を新たに作らないため、さらに社会的入院からの地域移行には上記は必須である

白衣や医療のにおいがするところには精神障害者は恐ろしくて近づけない

【論点D-2-4】 医療的ケアが必要な障害者の地域でのサポート体制を確立するためにはどうい  
う課題があるか？ また、地域生活を継続しながら必要に応じて利用できるショートステ  
イ等の機能を望む声があるが、確保していくためにどのような課題があるか？

【荒井委員】

#### ○結論

障害福祉、特に重症心身障害（児）者、精神障害者、肢体不自由（児）者等については、  
医療との連携は不可欠であり、そのあり方について議論するとともに、障害者を専門とす  
る医療を確立していく必要がある。

そのためには、障害者に対する支援ノウハウを持った医療専門職を養成するとともに、雇  
用を継続できる体制整備（十分な報酬・キャリアアップの研修等）を構築するとともに、  
その行為者の範囲を介助者等にも広げていく必要がある。

重症心身障害者等医療的ケアが必要な障害者が地域で生活できるよう、医療的ケアが可能  
な日中活動の場・ショートステイに加え、訪問看護等の充実が必要である。

また、事業者が医療型や福祉型のショートステイにおいて積極的に参入できるよう、報  
酬改定や医療連携体制加算の増額などの措置を講じる必要があるとともに、グループホー  
ム・ケアホームにおける医療的ケアの必要性について検討が必要である。

なお、これらの支援を充実するためには、看護師等医療専門職の確保が不可欠である。

#### ○理由

重症心身障害者等医療的ケアが必要な障害者が地域生活を継続するために必要となる  
日中活動の場やショートステイ等のサービスを充実するためには、障害者に対する支援ノ  
ウハウを持った看護師等の医療専門職の確保が課題である。（障害者に対する支援ノウ  
ハウをもった医療専門職の確保は入所施設においても課題となっている。）

施設での介護職員による医療的ケアは認められておらず、またヘルパーによる医療的ケ  
アの実施には制約が多いことから、受け入れが十分行われていない。

また、サービス報酬額が低いため、医療機関や福祉型で医療的ケアを提供できるショ  
ートステイの整備が進まない状況にある。グループホーム・ケアホームは、居住の場であり、  
医療的ケアの提供は想定されていないが、地域生活継続のためには、医療的ケアの提供を  
考えていく必要がある

## 【伊澤委員】

### ○結論

精神障害や難病者のように疾病と生活障害を併せ持つ支援対象者への対応については、医療と福祉を共存させた（ケアとサポートの統合モデル）支援事業（入居／通所／訪問）の開発が重要である。医療スタッフの地域移行が必要である。また緊急時のショートステイの必要性大だが、①人材の確保（医師（救急）等）②場の確保 ③個々の緊急時対応についての事前ケア会議の開催など 対応がはかれる仕組みの導入が必要である。

### ○理由

医療と福祉という支援要素別対応のみならず、対象者の実情から、統合モデルの導入も必要である。不穏な状態ながら入院の必要はないレベルのショートステイ対応は、危機事態を早期解消していくために有用な仕組みである。支援構図として、「介護以上入院未満の在宅ケア」の必要性を感じる。

## 【石橋委員】

### ○結論

#### 地域でのサポート体制の確立

在宅で医療的ケアを保護者（親）以外の非医療職が行うことができる法整備と地域医療機関（医院）との連携（訪問医療）が必要。

そのためには、医療的ケアの法的・技術的課題を整理することや、医療職以外が行うとするならば、その技術の確保をどうするか（認定看護師など制度を創設し、研修を強化したうえで単価の上乗せを図る等。）の考察をすべきである。

#### ショートステイ等の機能を確保するための課題

ショートステイの施設は、既存の施設に併設しているのがほとんどなため、ショートステイの施設運営費を厚くする。

現状の医療配備では、生活介護施設でも医療的ケアを必要とする方の利用は不可能。

### ○理由

障害児者、特に医療的ケアが必要な重度障害者の地域生活を支えるためにサポート体制の構築とショートステイ機能充実は不可欠。

## 【氏田委員】

### ○結論

精神疾患、てんかん、心臓病（ダウン症）などを併発している障害のある人へのサポート体制は、地域福祉、地域医療との連携で実現することが望ましいと考える。必要な医療的ケアを24時間365日受けることのできるサポート体制が必要である。発達障害に関わる部分では、D-1-4、D-2-1で求めたシステムに、医療との連携を是非とも盛り込むべきと考える。医療型のショートステイを拡充する、あるいは、訪問看護制度の拡充などの検討が必要である。

### ○理由

D-1-4、D-2-1に同じ。

## 【大久保委員】

### ○結論

障害の重さやそのニーズにかかわらず地域で暮らすことができるようなサポート体制が確立されることを望みたいが、重症心身障害など医療的ケアが必要な人たちについては、重症心身障害児（者）通園事業の拡充だけでなく、地域医療の現状やその体制整備との関連を含め検討していく必要があると考える。

地域で暮らす障害児（者）ならびにその家族にとって、ショートステイの普及が求められているが、通所施設との併設型や単独型をさらに普及していく必要があると考える。また、重症心身障害などに対応できる医療的ケアを具備したものを今後拡充していくとともに、医療的ケアを行う場合の資格要件についても併せて緩和する必要があると考える。

## 【大濱委員】

### ○結論

医療的ケアが必要な障害者の地域でのサポート体制を確立するためには、すでに1番実績のある方法である、重度訪問介護で1回8時間（1日1～3交代）のサービスを使い、重度訪問介護ヘルパーが医療的ケアを適切に行えるOJTの可能な環境を作ることが必要。家族同居であっても重度訪問介護の支給決定を適切に決定する環境が重要。重度訪問介護研修の全都道府県での実施も重要。

### ○理由

居宅介護のような短時間細切れではヘルパーの技術が向上しない。最重度の障害者には重度訪問介護で長時間滞在型で同じヘルパーが長く入ることでOJTで技術力が上がっていく方法が最も合っている。この方法は社会資源がほとんどない過疎地などでも成功している方法。1日8時間勤務のため過疎地の事業所からさらに2時間田舎の利用者に派遣することも可能で、障害当事者団体のNPOではそのような支援を行っている。

#### ○結論

重度の場合で、家族と同居の場合は、ショートステイでなく、障害者団体等が民間2DKアパート等を借り上げた自立体験室に慣れたヘルパーと数泊する、ヘルパー制度を使った方法もある。自宅以外のこのような場を第2の自宅と取扱うヘルパー制度設計が必要。

#### ○理由

ALSなど重度の場合で、家が狭く、家族と同居の場合は、ショートステイでなく、自立体験室に、ALSに慣れたヘルパーと数泊する、ヘルパー制度を使った方法も全国的に行われているが、現状は介護費用が全額自己負担。それでも、慣れない介護を受けざるえないショートステイでは、適切な介護が受けられない上、呼吸器が外れる事故などの危険がある。いつも使っている重度訪問ヘルパーを使うのが1番安全で良い介護を受けられる。

障害児は重度訪問介護を使えないので、家族が極端に疲れており、重心の障害児のショートステイがとても混んでいる。重度訪問介護を障害児にも使えば、ショートステイの費用も浮く。障害児も慣れたヘルパーなら安心して介護を受けることができる。

#### ○結論

- ・必要に応じて地域での開業医、訪問看護ステーションなどとの連携
- ・医療的ケアの介護職への緩和
- ・遷延性意識障害者等については医療機関だけでなく、福祉機関やケアホームなどでも支えられる仕組みを作る

#### 【小澤委員】

#### ○結論

- ・介護福祉専門職のできる医療的ケアの範囲の設定と、地域の診療所、訪問看護ステーションの医療・看護支援のあるショートステイの整備。

## ○理由

- ・医療的ケアには、医療制度の壁、社会資源の壁、の2つがあり、これを、克服するためには、既存の資源できるところは、できるようにすることが重要。

### 【小野委員】

## ○結論

施設・地域生活における医療的ケアを制度として位置付け、国庫負担金によって支えるべきである。

## ○理由

他のものとの平等の観点から、医療的ケアの必要な人であっても地域生活が可能となるようにすべきだから。地域生活をしている医療的ケアを必要とする人たちの現状は、家族介助の依存と負担がきわめて大きい。それが不可能になると、施設入所しか選択肢がない。たとえば特別支援学校では、医療的ケアに特別の体制と支援が公的制度として確立してきている。

### 【門屋委員】

## ○結論

継続支援を行う相談支援者の存在は大きいと考えています。通院服薬の支援や医療との連携による支援が地域に必要で、保健師や訪問看護師などとの連携支援が再発を予報する結果となってきました。最近では重症の精神病の方にACTの支援は経験的に有効です。

脱施設化後の地域生活支援プログラムのひとつとして、重症な精神障害者対象のACTが必要です。ショートステイも重要です。

## ○理由

地域に特定人口規模に地域障害者生活医療支援センターを設置し、地域の医療を必要とする障害者に対するゲートキープ機関とプログラム管理・開発などの拠点を作るべきです。治療は民間医療機関が中心ですが、ここはマネジメント機能のための機関としてあるべきです。体制によっては一部入院・ショートステイなどを設けるべきです。ACT チームを含めていてもよろしいかと思います。現実的には嘱託専門職（医師・看護師・PT・OT など）と相談支援専門員（マネジャー）と事務職員で編成します。精神科だけではなく難病の方の支援にも、他の医療を必要とする障害者にも必要と考えています。

精神障害・特定疾患・重度障害などなどは全て登録し、医療を必要とする生活支援センターとしてそれぞれが利用している医療機関との連携を行いながら支援活動を行います。

#### 【河崎（建）委員】

##### ○結論

疾病への継続した医療の提供と、持病・身体合併症治療を受けられるようにするための人的、経済的援助の体制整備。

##### ○理由

障害のみでなく疾病を併せ持つ精神障害者では、継続した医療・治療が必要であり、また、高齢化に伴う諸々の身体疾患等を合併することが少なくないため。

#### 【川崎（洋）委員】

##### ○結論

医療的ケアについては、在宅で受けられる訪問医療の整備がぜひとも必要である。また生活に疲れた時など、休養のために利用できるショートステイできる場所の確保が必要である。

##### ○理由

精神障がい者等において、具合が悪くなったときに受診に行くことも困難になる時がある。訪問型の医療の整備は絶対に必要である。また生活の中で疲労を感じた時、食事や片づけなど気かけずにすむ、一定期間の休養が必要になる。

#### 【北浦委員】

##### ○結論

医療的ケアを必要とする障害者が、地域で生活するためには、医師（医療機関）、訪問看護師、ホームヘルパーによる医療的ケア支援体制と介護支援の連携体制が整備されなければならない。併せて、短期入所、日中活動の通所支援が組み合わされなければならない。また、ホームヘルパーには、たんの吸引などの医療的ケアの実施が容認される必要がある。

短期入所は、一定のベット数を確保するため、医療機関に施設整備の助成や、超重症児者など濃厚な医療的ケアを必要とする者の受け入れに対し、報酬額で優遇を図るなどインセンティブが働くようにすること、及び通所事業の法定化が必要である。

## ○理由

在宅での医療的ケアの実施支援体制が不十分であるために、在宅重症児者は、家族（特に母親）が24時間介護で疲労困憊している。短期入所及び日中活動の通所支援の場所も整備が進んでいないため、利用したくても利用できない状態にある。

## 【君塚委員】

## ○結論

どこまで医療的ケアをおこなえるか、介護職の疲の吸引等の検討を踏まえて、海外での対応を参考にして、さらに拡大してゆく。

また、障害者を含めた家族が通常利用する一般病院や診療所に、受け入れ機能を持たせる体制を長期計画で構築する。

普段から外来等で通っている施設以外では、急なショートステイの依頼がしにくい

成人施設でのショートステイが使えない

一般医療機関での障害のある方の特性の理解のために情報伝達手段を確立する。

在宅酸素療法を受けている患者のショートステイ時の酸素療法に関する報酬を別途支払う

肢体不自由児施設、重心施設などの医療型と連携を取りつつ、開業医、病院で障害児者の受け入れを促進する施策を導入する。医療関係者養成カリキュラム・研修に障害に関するものを必須とする。

肢体不自由児施設におけるわれわれの短期入所の実態について、別途資料を参照されたい。

## ○理由

障害者を特別枠でまとめて対応することは、行政的には効率的であっても、利用者側から見ると利便性が低いいため、家族単位で対応できるサービス体制が必要である。

外来などで医師が様子を把握している方は、ショートステイ中に生じる事態にも予想しやすいが、通院歴がなく様子が把握できていない場合の受入については慎重になる。その点は、他の知的障害児や肢体不自由児のショートステイ利用と大きく違う。

成人施設に夜間看護師がいないため、ショートステイ利用が難しい。夜間に看護師が勤務する体制になったとしても、元々が福祉施設であるため、機材的にも重症な方の利用が難しいと思われる。

1、医療的な問題を抱える方の短期入所は福祉施設だけではサービス量が絶対的に不足している。しかし病院で受けるときには収入面、職員配置、運営面で困難であり、多少の補助金では広がりを見込めない。

2、在宅酸素療法を他院で指示されている方の短期入所をそれとは違う施設で受けるとき、診療報酬上の規定から、それに関する収入は全くない。

3、4、いつでもどこでも必要な医療の恩恵に浴していない障害児者が多く、それに対応できる医療機関も不足している。医療関係者の認識・理解も不足している。

### 【倉田委員】

#### ○結論

医療的ケアが必要でも、居宅介護、短期入所、日中一時支援事業等が利用できるよう、在宅医療の範囲である医療的ケアはヘルパー、介護士等でも実施できるよう早急に規制を緩和するとともに、就学機会保障の観点からも教師に対する規制緩和が必要と考える。

また、医療的ケア対応のショートステイについては、福祉圏域ごとに都道府県事業として整備すべきと考える。

#### ○理由

医療的ケアの必要なかたの生活は、ヘルパーでは直接的な支援ができないことから、居宅介護、短期入所、日中一時支援事業等が全く利用できず、家族等の昼夜のない介護によって支えられており、早急に是正すべき課題である。特に、ショートステイについては、市町村単独での事業実施は非効率、不採算、実施施設確保の困難が避けられないため、都道府県事業として福祉圏域ごとに実施施設を指定し、利用を集中させることで効率的な事業運営に資するとともに、利用者ニーズに安定して応えられる事業展開を行うべきと考える。

### 【近藤委員】

#### ○結論

ホームヘルパーなどの介護職に一定の研修のもとに、医療的ケアの実施を可能とする規制緩和を行うとともに、障害福祉サービスに訪問看護事業を創設し、手厚いケアを可能とする必要がある。

通所事業所が、単独でショートステイ事業の実施可能とする報酬体系が必要である。

## ○理由

たんの吸引、経管栄養といった医療的ケアは、研修等により安全性を担保することにより、介護職の実施を求めることにより、地域生活の幅が広がる。

ショートステイのニーズに応えるには、通所事業所にその機能を付加することが不可欠である。現在でも近畿地方を中心にそうした取り組みが行われているが、現行単独型の報酬では、拡大は極めてむずかしい。

### 【齋藤委員】

## ○結論

障害者の入院においては、ヘルプ活動の確保をどう保障していくかは重要であり、常時医療ケアが必要な人に対してはヘルパーのみならず、訪問医療の体制を整備しなければならない。ショートステイ機能の充実のためには、レスパイトサービスのためのショートステイとの別枠の確保が必要になる。

### 【清水委員】

## ○結論

地域の中で、医療的なケアが必要な方々も堂々と暮らしていくための地域医療展開も含めた、地域生活展開構造の構築が必要。重症心身障害児施設の地域への機能開放。

一人ひとりの命に向き合う濃厚な支援者養成プログラムと恒常的スーパーバイズの仕組み。そのもとでの信頼関係に基づく医療的ケアの実施体制。医療支援ネットワークの形成、本人の生き方を守る権利擁護支援体制などが重層的に構築され、一人ひとりの主体に響き合う支援の輪が構築されることが必要。そしてそれが常に本人中心に共に立ち上がっていく構造構築。

## ○理由

西宮でのたいへん障害の重い人の生活実態から、実感するものです。また、横浜での「将来にわたるあんしん施策」などは、すでに実施に向かっており、示唆に富むもので、今後これらの実態に基づき、その本質を学び、普遍化を図るべきではとかがえます。

## 【末光委員】

### ○結論

訪問看護の拡大、通所施設等における看護師配置の充実、在宅でヘルパー等が行える医療的ケアの内容（現在は吸引のみ）の拡大、および、通所施設等で福祉職員が一定範囲の医療的ケアができる体制が必要である。高度な医療的ケアの必要な重症心身障害児者に対して重症心身障害児者通所施設が必要である。高度なものも含む医療的ケアへの対応が可能なショートステイ機能の拡充、経済基盤の整備と、その機能を持つ入所施設の確保と機能増強が必要である。

### ○理由

在宅・地域施設で増大している医療的ケアのニーズに対して、看護師によるケアの体制の拡充と非医療職による医療的ケアの拡大の両面を進める必要がある。高度な医療的ケアが必要な重症心身障害児者へは十分な医療スタッフが配置され専門性のある通所施設が必要であり、現在の重症児施設が持つノウハウと機能を十分に活用すべきである。公法人立重症児者施設への平成21年度の短期入所児者実数は7000名以上でその25%が超重症準超重症であり、医療スタッフ配置のある入所施設によりその短期入所が担われている。医療ニーズが高い人の短期入所を受ける場合の施設への経済給付は極めて不十分である。

## 【竹端委員】

### ○結論

どんなに重い障がいがあっても暮らせる地いきとそうでない地いきの差がありすぎる。その差をなくすため、かなりたくさんの方の地いきでの支えん体せいを、この数年いないにつくるべきである。

### ○理由

たいへん重い障がいをもつ人の家ぞくは、今、しせつをなくされたら不安だ、とうたえておられる。なぜか。それは、自分たちの子どもは、地いきでは安しんして生きられない、そんな地いきになっていない、という不しん感をもっておられるからだ。だから、たいへん重い障がいのある人も、地いきで安しんして暮らせるしくみを急いでつくるひつようがある。そのために、国は高れい者せいを進める上でつくった「ゴールドプラン」のようなわかりやすい政さく目ひようを作り、その中で医りよ的ケアも求める障がい者を地いきでどんな風に支えるか、をわかりやすく伝え、それをじつげんすべきである。

## 【田中（正）委員】

### ○結論

基本的には医療的ケアが必要な障害児も居住している市区町村のショートステイや日中一時支援事業を利用できるようにする。医療的なケアと医療がケアする場面の区分けが難しい。分けきれない事情を医療がカバーする時の支援体制について、医師、訪問看護等のコメディカルスタッフに福祉のスタッフが加わるチームを編成を地域に構築してゆくことが課題であり難しい事情である。

### ○理由

医療的ケアが必要な障害児は、居住している市区町村のショートステイや日中一時支援事業を医療ケアが必要なことを理由に利用することができず、首都圏では受け入れの可能な重症心身障害児施設にショートステイの利用が集中している。

上記施設でも濃厚な医療ケアを要する障害児が受けられる枠に限りがあり、濃厚な医療ケア（人工呼吸器）を要する障害児ほど利用することが困難となっている。地域や重症心身障害児施設にてショートステイが出来ない障害児は、結果的に医療機関が社会的入院という形態で受けざる得ない現状がある。

## 【中西委員】

### ○結論

地域での医療付きのショートステイの創設が求められている。医者が配備されたショートステイが5万人単位のコミュニティに配備できれば、医療を必要とするほとんどの障害者は地域での継続的な生活が可能となるので早急にその体制を整えるべきである。

### ○理由

障害者の医療機関は大規模集中化の道をたどっておりコミュニティケアへ向かおうとするなかで逆行している。小児医療センターはコミュニティから圏域の大型化病院に集約され地域での継続した生活が不可能になりつつある。呼吸器利用者、経管栄養、発作や心臓内臓障害などの病気をもつ者にとって、深夜に遠方の病院へ搬送することは不可能な場合があり、地域での医療職の整備を図る必要がある。呼吸器障害を扱える病院の数も減りつつあり必要な医者の養成からはじめる必要がある。また家庭医はかなりの収入が保障されることになっているが、ショートステイの等の医療職の配備は常勤では人員の配置です

ら難しいといわれている。民間施設では医療職の雇用は不可能であり、国や行政が負担して行うべきサービスである。訪問家庭医の中に呼吸器や小児医療もできる医者を増員していく方法でカバーできる地域はある。

#### 【中原委員】

##### ○結論

医療的ケアが必要な障害児・者の支援については、医療・保健・福祉がどの役割を担うかの整理が必要と考える。在宅障害者については介護保険にある訪問看護のようなサービスが必要と考える。また、事業所を利用している障害者については、支援員等が一定の医療的ケアを実施できるよう、一定の要件整理と研修等人的に専門的な体制の整備も必要と思われる。

##### ○理由

重度障害者や高齢化等、生活していくうえで、ホームヘルパーや福祉サイドでは対応しきれないケースが増えているため、医療的なケアを行うサービス類型が必要。

#### 【西滝委員】

##### ○結論

医療的ケアを必要とする障害者および障害者ショートステイ施設の増床が必要。増床のための工事費および安定した運営のための助成が必要。

ショートステイを実施する施設・事業所には、24時間体制で看護師が配置できるよう予算措置を講ずる必要がある。

障害者の緊急時の治療・入院が受けとめられる医療機関との連携が必要。当面、市民病院等を中心に緊急時に利用できるよう行政が責任を持って調整を図る。

##### ○理由

現在の入所施設（施設入所支援事業所）で、24時間体制で看護師を配置している施設はほとんどない。自覚症状が訴えられない単発利用の重度障害者を看護師不在の状況で受けとめるのは、不安とリスクが高すぎる。

重度障害者の入院受入拒否、入院受入に当たっての付添条件の病院からの提示等が実態としてある。ショート利用者が入院した場合の付添は、施設職員か家族になることが多い。「ショートを利用しているということは、家族支援が困難だから」を考えると、施設が付

き添うとなると体制上困難。

#### 【野原委員】

##### ○結論

多様なニーズに応えるために、在宅酸素などを日常必要としている心臓などの慢性疾患患者が入所できる地域作業所、医療ケアつきグループホーム、セーフティーネットとしてのショートステイ等の施設整備を行ってほしい。また、状態に応じて変動する障害者のニーズと設備や制度利用を適切に調整するための優秀なケアマネージャー、ファシリテーター（援助促進者）の育成。

##### ○理由

在宅酸素を使うような重度の慢性疾患患者でも、通えるような医療的ケアの整った作業所や施設はほとんど見あたりません。親亡き後に生活の基盤を失う不安をもつ人が、今後増えてくるとおもわれます。そのための施設整備と、必要な施設に結びつける人的な資源確保が急務である。

#### 【橋本委員】

##### ○結論

訪問看護ステーションや診療所との連携により、介護職でも吸引や経管栄養などの行為が安全安心に実施できるようにする。

医療的ケアを必要とする障害者は、24時間の介護体制で多くの介護職を必要とするので、重度訪問介護を主に実施している事業所への支援を引き続き行う。

#### 【東川委員】

##### ○結論

中学校区に一つくらいの、すべての障害者に対応できる支援センターを確保し、24時間体制の、医療相談機能を備え、訪問看護事業も併設し、障害児のショートステイ、家族のためのレスパイト支援事業等が実施できれば更によい。人材確保、施設整備のための財源の確保が急務。

##### ○理由

地域リハビリテーション、地域医療の充実、人材養成と確保ができれば身近なところで

ワンストップ相談支援が実施できるわけで、障害の軽減、社会の理解、協力体制が確保されやすい。

福祉政策分野のみならず、医療政策分野との協働作業が行われるべき。

(モデルは介護保険の地域包括支援センター)

#### 【広田委員】

##### ○結論

住宅施策の充実

##### ○理由

コンシューマー自身が住宅にゆとりがあれば、ピアサポートとしてショートステイができる

#### 【福井委員】

##### ○結論

何よりも、命の多様性を認めた上で、安全で快適な生活を保障するという視点が求められる。地域資源をフルに選択できることと、医療と福祉に精通した人的配置も欠かせない。その上で、パーソナル・アシスタント、訪問介護の24時間体制、救急体制の整備、重症児者施設による支援、ケアホームの増設などが課題となる。ショートステイの確保のためには、介護職の導入など、療育的視点を取り入れて経済的保障をするなどの課題がある。

##### ○理由

病院・施設から地域への移行を実現していくための欠かせない要件であり、困難な課題ではあっても、地域の理解を求め、地域文化が受け入れるように働きかけていくことが大切である。

#### 【藤岡委員】

##### ○結論

医療的ケア支援が可能な総合福祉法制の確立を。

医師、看護師の研修を制度として保障し、当事者、家族からの十分な説明と同意のもと、痰等の口腔内吸引、胃ろう、経管栄養管理等の軽微な医療（近接）行為を支援者が行なえるようにする。

医療機関と福祉の連携を制度的に容易にする。

○理由

現行の重度訪問介護、居宅介護の制度の中で医療支援は原則として想定されていない。医療と福祉が断絶された制度になっているため、医療的ケアの必要な障害者が地域で暮らすための支援が適切に受けられない。

【増田委員】

○結論

精神疾患のある人は、医療的ケアが必要である。しかし、福祉と医療を制度上混在させない。通院が困難な場合もあり、その際に訪問診療等の態勢が求められる。障害のある人の命が守られる医療のあり方も見直しが必要である。

【三浦委員】

○結論

支援体系として「訪問看護」を創設するとともに、既存の療養介護、医療型短期入所の着実な整備、地域の医療機関等を含めた地域医療体制の構築が必要であり、これらの連携によりどこに暮らしていても適切な医療的ケアが受けられることが不可欠である。

医療的ケアの受けられる短期入所については整備の促進策とともに、福祉型短期入所への看護師等の配置による機能の強化及び、地域資源となりうる為には医療型短期入所の設置主体についても検討する必要がある。

○理由

それぞれの生活の場において適切な医療的ケアが受けられることを実現するためには、療養介護事業、医療型短期入所事業等の計画的整備を行い、地域における医療提供基盤の総合的、計画的充実を図り、各事業の連携・協働による重層的な支援体制を目指す必要があるため。

また、医療型短期入所の設置については、療養介護事業所（病院等）に限定されており、その他の設置主体であっても、体制が確保できる場合には設置を可能とするかについて検討するべきと考えるため。

## 【光増委員】

### ○結論

基本的に医療的ケアの必要度ではなく、本人（もしくは後見人等）の意志による地域生活支援の継続サポート検討が原則であり、一定要件が可能な診療体制を整えた地域医療を担う診療所もショートステイを含めた支援に組み込む検討が必要である。地域医療機関での、24時間実働する専門的な訪問看護ステーションを核とした訪問診療・訪問看護・訪問リハ等を組み込む。キーパーソンは相談支援事業所等に拠る。

### ○理由

地域生活の状況を福祉・保健・医療と縦割りで区分けるのではなく、地域で暮らす一人の人・住人として包括し、高齢者を含む、安心して住みたいところに住み続けられる住民への総合的なサポート体制が重要である。医療的ケアを必要とする人たちの地域生活支援についても同様の発想が必要である。なぜなら、誰もがいついかなる状況で支援が必要と擦る立場になるのか分からず、誰にも共通課題と認識する必要がある

## 【宮田委員】

### ○結論

重い障害をもつ人達にとって、「医療行為（医行為）」は地域生活や社会参加を保障する必須要素である（この場合、医療は社会モデルの支援の一要素である）。医療行為の定義を明確にし、医療職でない支援者への研修を充実させ、重度障害者への医療的支援の枠を広げる。結果、重症心身障害児施設に限定されている医療的ケアを必要とする人達のショートステイの選択肢を（医療機関との連携を前提に）他種別福祉施設にも拡大できる。

### ○理由

「医療行為」の定義が不明確で非医療職の医療的支援の枠が限定されているため、重度障害児・者が、在宅生活を家族の重い介護負担の下で送り、社会参加を極度に制限されている。医療行為には、絶対的医療行為と生活の維持に係る医療行為（医療的ケア）が混在しているが、後者は医療職でない支援者にも綿密な研修体制と法的擁護を前提に実施できるようにするべきである。この見直しがなければ、医療的支援が常時必要な重度障害児・者の社会参加は不可能である。

## 【森委員】

### ○結論

医療的ケアを提供するための専門職の拠点事業所の位置づけ、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの人材の確保、福祉領域の専門職との連携を図るためのシステムの構築などが課題であり、また、ショートステイなどの機能確保のためには事業の持続可能な経済的基盤の確保なども求められる。

### ○理由

医療ケアが必要な障害者が地域生活をおくるためには、医療と福祉の連携が必要である。

### <項目 D-3 社会参加支援（サービス）>

論点 D-3-1) 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？

#### 【荒井委員】

##### ○結論

障害者の社会参加を促進するとの観点から、充実させる方向で見直すべきである。その際、就労・就学時の介護、通勤・通学時の介護の実態を把握した上で、必要な経費を試算しつつ、労働・教育行政と福祉行政の役割分担を実現可能な方法で見直すべき。

#### 【伊澤委員】

##### ○結論

総合福祉法すべてで解決できる訳ではない。

#### 【石橋委員】

##### ○結論

社会参加が確保されてこそ、インクルーシブな社会と言える。大きな課題ではなく、なされなければならない課題である。

総合福祉法のサービスでは、通勤・通学（会社・学校）までの移動支援を基本とする。会社・学校内の介護は、受け入れ側が責任を持つことによって社会資源の創設が期待できる。

ジョブコーチや就労への支援は労働行政、学校での統合教育推進が教育行政、というようにこれまで通りの縦割りでは解決できない。総合支援として財源を確保すべき。

##### ○理由

地域生活を送るためにも就労、就学の支援が必要です。

#### 【氏田委員】

##### ○結論

移動支援を個別給付化する時に、通学、通所、通勤への付き添いについても制度化すべ

きであるとする。PAS が導入されるのが望ましいと思うが、コストを考えると PAS はこのような日常生活支援を含み込むことは馴染まないと思われるので、D-2-2 で述べた「きめ細やかなガイドヘルプ」の中に明記すべきと考える。例えば、職場や学校が変わった直後は支援度の高いガイドヘルプ、慣れてくれば「見守り・声かけ」といったガイドヘルプとするなど状況に合わせて対応が出来ると良い。

#### ○理由

条約にも明記されているように、インクルーシブな生活を実現するためには、地域の学校への就学や地域における日中活動の場の保障が当たり前でなくてはならない。通勤・通学は当該年齢の人たちにとっては地域生活のベースである。この点での社会参加困難に支援アプローチしていくことは必須である。毎日の通学介護や通所施設や作業所への通勤介護が、家族に先の見えないエンドレスな介護負担を負わせているという現状を早急に改善すべきと考える。

#### 【大久保委員】

#### ○結論

知的障害のある人たちにとっては、通勤・通学の際に、公共交通機関の利用や通学バスの乗降場所への移動など、一定期間あるいは長期にわたる移動支援が必要な場合が多いが、その負担を家族に強いていることが多いと思われる。

労働行政や教育行政における通勤・通学の位置づけや対応の現状を踏まえるとともに、国レベルでの制度化や地方レベルでの取り組み（裁量）なども含めて、検討する必要があると考える。

#### 【大濱委員】

#### ○結論

職場での事務等の介助・学校内でのノートテイクや排泄・食事・水分補給・上着のぬぎき・車椅子での体位変換・体温調整介助など、通勤通学も含めて、利用時間帯が毎日変わり変更が予測できないので、シームレスで重度訪問介護のような長時間連続の制度で行うべき。その際、職場での介護については、利用者数に応じて障害者雇用会計から重度訪問介護に財源を充当すべき。教育についても同様。

#### ○理由

健常者と同じように通勤や通学で社会参加すると、毎日、帰宅する時間が変わるため、シームレスなサービスでないと、健常者と同じ社会参加生活が実現できない。

## ○結論

### 病院行政との役割分担

最重度の在宅障害者が一時的に入院する場合のヘルパー利用について、重度訪問介護がシームレスに利用出来るべき。その際、診療報酬の通知の看護師の業務について、最重度の全身性障害者等が市町村から重度訪問介護を支給決定されて病院でサービスを利用しているときは、看護師の業務独占に例外を規定して、診療報酬とバッティングしないようにするべき。

## ○理由

現在はこの診療報酬の通知に、完全看護でも重度障害の場合は付き添いを認めているが、通知で、(1) 付き添いが看護師の業務を代替してはいけないこと、(2) 看護師の業務に介護が規定されている・・・ため、ヘルパーが病院に入っても介護以外の業務であるコミュニケーション支援事業のヘルパーとして入る建前になっており、重度訪問介護の制度で入ることができない。このため、通常毎日24時間の重度訪問介護利用者が入院した場合、慣れたヘルパーの介護でないと体力の維持もできない重度の障害であっても、重度訪問介護を病院で使えない。(わざわざ市と交渉して1年かけて予算要望してコミュニケーション支援事業での入院制度を作ってもらえない。しかし、予算不足で1日4時間程度しか支援が受けられない例が多い)。市町村が認めた場合、重度訪問介護がそのまま短期の入院時も病室で使えれば、予算措置は不要で、利用者にとって最も良い方法になる。

## ○結論

権利条約でうたう「他の者との平等」を鑑みても、過疎地では車での通勤が当たり前なので、介護の必要な重度の障害者の場合も通勤には自家用車での移動が必須となる。障害者の自宅の車等の運転をヘルパーが行うのは道路運送法上の問題はない。措置制度時代はガイドヘルパーが運転をしてガイドヘルプすることを認めていた過疎地の市町村は多い。重度訪問介護や移動介護で車の運転を介護内容の1つとして認めるべき。

## ○理由

過疎地ではバスもほとんどなく、自家用車以外での通勤は困難。社会参加外出も健常者

と同様に行えるようにするためには車での移動が不可欠。

過疎地以外にも、体温調整障害の全身性障害者などは都市部でも自家用車等での通勤・社会参加外出が必須。

障害者の自宅の車以外にも、障害者自身が近所の親戚などに借りた車や障害者団体に借りた車なども道路運送法上の問題はない。

#### 【岡部委員】

##### ○結論

少なくとも、重度訪問介護等による個別包括支援（パーソナルアシスタンス）については、当事者をよく知る同一のアシスタントが、通勤介助や職場のジョブ・コーチ、社会参加の支援から金銭管理及び家事援助に至るまでの包括的な支援を行えるようにすべき。

##### ○理由

人の生活がシームレスである以上その支援も生活のフェイズ別に分断されるのではなく、可能な限りシームレスでなくてはならない。知的障害者については、第4回部会参考資料2で紹介した米国・カリフォルニア州のサポーテッドリビング・サービスや、東京・多摩地域の実践（ピープルファースト東久留米編「知的障害者が入所施設ではなく地域で生きていくための本」（生活書院）などに詳しい）を参照してほしい。

#### 【小澤委員】

##### ○結論

- ・就労にともなう介護、通勤支援、は労働政策で。
- ・就学にともなう介護、通学支援、は教育政策で。

##### ○理由

- ・障害者権利条約の合理的配慮義務を勘案すると、上記の結論になる。

#### 【小野委員】

##### ○結論

移動の支援・介助は福祉の制度として確立すべきである。

##### ○理由

就労や教育の現場における支援体制は、それぞれの法制度によって確立すべきであるが、

それらをつなぐ社会生活上の支援は、福祉制度に位置付けるべきだから。自治体によっては、通学支援に移動支援を許可している自治体もある。

#### 【門屋委員】

##### ○結論

必要です。財源は教育機関を利用するための支援であれば教育分野が、就労関連であれば労働分野が考えるべきです。生活分野は福祉分野が担うべきと思います。

##### ○理由

差別をしない原則のために必要です。就労は労働分野で、教育は大学まで教育分野で財源負担をすべきです。それぞれの分野において、全ての国民への平等な施策を原則としてもらうことが、労働分野でも教育分野でも障害者を差別することなく受け入れるという理念を持ち、当然財源についても常に考えることが必要です。障害担当分野に任せる現在のやり方は、結果的にそれぞれの分野からの分離を生み、施策責任回避になっています。それぞれの分野が全ての国民として障害者を常に含むことが重要です。

#### 【君塚委員】

##### ○結論

福祉サービスの利用ではなく、就労に関しては雇用主が、教育に関しては学校が、通勤通学の安全責任を負う。就労は通勤手当に代えて送迎。通学は安全指導の範囲で職員が対応する。

##### ○理由

福祉サービスの利用となると、評価・契約等の諸手続きに事務的なコストがかかる。利用する機関で対応できる体制が望ましい。

#### 【倉田委員】

##### ○結論

総合福祉・労働法として一本化できれば、通勤への介護についても同法の範囲に含むことが可能。総合福祉法にそこまで盛り込まないのであれば、障害者の働く権利の問題として障害者雇用促進法を抜本的に改正してカバーする。

##### ○理由

総合福祉法の守備範囲のそもそも論議に立ち返る課題なので。

【近藤委員】

○結論

就労・通勤時に要する介護支援サービスは労働行政、就学・通学時の介護支援は教育行政で役割分担し、財源も各省庁で確保することとし、国の制度として位置づけるべきである。

○理由

現在の通勤の介護については、期間限定の助成であり、その後は企業に委ねる制度となっている。この制度では、雇用の継続は安定しない。

【齋藤委員】

○結論

障害者の介助サービスは障害者を家庭の中に閉じ込めるのではない社会参加を基本とすべきであり、その意味でこれらの点のサービスは絶対に行わなければならないにもかかわらず、ホームヘルプということばにあるように、家の中を中心に考えるやり方を根本から考え直さなければならない。

○理由

労働行政や教育行政が一般就労や普通教育における介助についてやる気がない以上、福祉行政がまずできる限りカバーしつつ、労働行政や教育行政の責任を明確に行く他ない。

【坂本委員】

○結論

そもそも、障がいのある方の生活全体を福祉サービスですべてカバーすることは困難であり、労働、教育等それぞれの立場において障がいのある方が社会参加できるよう支援すべき。

○理由

例えば職場や学校における介助は、現行でも就労・教育施策の中でも対応されており、それらをすべて福祉で行政でというのは、町の財政的にも難しい。

まずは、労働、教育、交通、情報通信などそれぞれの関係機関や行政機関が、障が

いのある方が社会参加できるように自ら支援を考えるべきである。障がいに関することはすべて福祉行政や福祉関係機関に委ねるといったやり方を認めてしまうと、国全体の障がいについての理解や支援も進まず、発展性がない。

#### 【佐野委員】

##### ○結論

就学年齢とそれ以前の障害者は主に教育行政のサービス、就労年齢に達すれば主に労働行政のサービス、全年齢層を通じての教育・労働行政サービスでカバーできない部分は総合福祉法のサービスと考えるのが適当である。

##### ○理由

成人年齢・就学年齢を超えれば、障害の程度・種別を問わず就労の権利がある。

#### 【竹端委員】

##### ○結論

おや会ぎとの合同さぎょうチームの場で検とうする。

##### ○理由

教いくの保障、労どうの保障も、それぞれの分やでちゃんと守られなければならないから。

#### 【田中（伸）委員】

##### ○結論

通勤・通学における移動支援なくして「地域で生活する権利」の実現はあり得ない。そして、各障害特性に対する専門知識を有する者が移動支援とともに、必要な介護を行えるような制度が望ましい。労働分野、教育分野との役割分担や財源を含めた調整は必要となろうが、基本的に障害者の住居から就労場所・学校までの移動と、各就労場所・学校内での移動については、新法における支援が担うべきと考える。

##### ○理由

移動支援は「地域で生活する権利」の基盤をなすものであるとともに、憲法22条で定める居住移転の自由を実質化するものであるから、十分な支援が行われる必要がある。新法が障害者の「地域で生活する権利」を中心に据える以上、これに必要と考えられる支援

は新法が担うべきである。

#### 【田中（正）委員】

##### ○結論

まずはそれぞれの分野で必要と思われる事情についてどこまで担当省庁の関わりで実現できるかについてを求めてゆくことが重要である。それまでの補完として、地域生活支援事業などでカバーできるように地域生活支援事業の移動支援などで行えるよう基金などで対応する。

##### ○理由

必要な状況に対して地域の資源を創出してゆくことと、持続可能な支援とのバランスは常に必要であり、支援の担い手とそれに関わるスタッフ、かかるコストとその負担について適切な役割分担が重要である。

#### 【中西委員】

##### ○結論

総合福祉法では介助サービスはシームレスな形で使えるようにすべきである。

##### ○理由

労働行政や教育行政で個別に介助サービスを提供することは無駄が多いので、資金のみ提供し、福祉サービスの総合福祉法サービスに業務を委託することが適切である。つまり通勤通学に介助に要した介助料については労働行政、教育行政に対して請求をしていく方法で行う。そのほうが財源確保としてはやりやすい。

#### 【中原委員】

##### ○結論

社会参加に必要な支援はできる限り移動支援でカバーすべきであると考え。その際の財源は行政の縦割りを超えて分担すべき。

##### ○理由

通学に関しては、親が付き添いや送迎などの負担を強いられていることが多い。通勤に関しても就労の際の大きな課題となっている。福祉行政だけでなく労働行政と教育行政との一元的な施策として検討する必要がある。

## 【西滝委員】

### ○結論

通勤・通学の移動介助を制度的に保障するとともに、ヘルパーの私用車での外出支援を認めること。利用者によって2人体制での支援を認めること（現行でも可能だが、市町村によって制限あり）。社会参加のための行動援護サービスの利用要件の緩和、支援体制の強化、報酬の引き上げ等をおこなう必要がある。

聴覚障害者の就労に際しては、コミュニケーション専門技術をもったジョブコーチの継続的な派遣等が必要である。また、職場内での日常的なコミュニケーション環境の整備、必要に事業所外部からコミュニケーション支援を受けること、それを支える予算的な措置など、基本的には、労働行政において予算措置を含めた対応が望まれる。

## 【野原委員】

### ○結論

（縦割りで）相互の連携がないことから、効果的な幾多の事業がありながら使えないという事例は少なくない。問題は、行政の各専門機関や事業所、マンパワーの連携・提携が構築されてないことである。

総合福祉法には、上記の連携・提携を進めたり調整したり、時に新たなサービスを創設したりする権限をもつ機能をもたせ、それぞれの個別的（医療、介護、就労、教育、通勤・通学他）な法体系は当然総合福祉法とも関連させながら拡充する必要がある。

教育の分野では、特別支援教育と生活面での福祉的支援との連携が重要。

### ○理由

慢性疾患の子どもたちの多くは普通学級で教育を受けている。特別支援教育での支援は教育的な立場からの援助であり、日常生活上の援助も教育現場では欠かせない。教育と福祉の連携による支援が望まれる。

現行の障害者雇用促進法は、企業への援助はあっても障害者自身への直接の援助になっていない。さらに現行の身体障害者の枠にとらわれており、難病や慢性疾患をもつ人たちの多くは谷間におかれている。難病をもつ人の就労モデル事業が始まったが、正規雇用のみが対象であることと、法定雇用率にはカウントできないことから、その意義はあるが、すすんでいない。難病や慢性疾患で困難を抱える人も障害の範囲に加えることで、障害者

としての就労支援も進むことになる。さらに、疾病を伴う障害を抱えながら就労し続けるための環境づくりのために、労働行政との連携も不可欠である。

次のような当事者の声にも耳を傾けるべきである。

「難病と認定されたために会社から退職を強要されたり、昇進が皆無となったり、一部に給与カットが現実であり、難病を背負っての生活負担を惹起させている。これらのようなことのない社会構築を。安心して治療に専念できるように。」

#### 【橋本委員】

##### ○結論

通勤通学の介助は認める。

##### ○理由

社会参加としての支援が有効であり、自立支援にもつながる。

#### 【東川委員】

##### ○結論

経済的な支援は、いずれの行政機関が負担してもよいと思われるが、移動上の支援技術が求められる場合には、そのスキルをもっている福祉サービスとして行うことが適当と思われる。児童生徒の放課後支援、高齢。障害者のデイアクテビティセンターなどの、機能を持つ体験の場が多く必要とされる。

他の障害への共通理解、援助、健常者の障害理解の場ともなる開かれた場が必要。

マイナーイメージではない、明るいネーミングの場として

##### ○理由

通勤、通学などは暮らしの中で誰もが行うことであり、それが障害により閉ざされることがあってはならない。

あらゆる場に他の者との平等という思想を根づかせるために、障害者の参加を保障する必要がある。

#### 【福井委員】

##### ○結論

社会参加の視点から、就労・就学に際しての通勤・通学の介助は、もちろん保障しなけ

ればならない問題である。他の分野との役割分担や財源については、関係するところとの討議を経て決定していくべきと考える。

#### ○理由

この面では、これまでとかく家族の援助に頼ってきたり、労働と教育との役割分担が明確でないため、ネックになってきたので、この際しっかりと検討をしていくべきである。

#### 【藤岡委員】

#### ○結論

まず、通勤・通学への支援保障は不可欠。

次に職場内支援について現行の労働行政でも「障害者の雇用の促進等に関する法律」でのジョブコーチ、「職業能力開発促進法」「雇用保険法」「雇用保険法施行規則」等に基づく特定求職者雇用開発助成金制度や様々な障害者就労支援を担当しているが、今後は担当部署を統廃合して、縦割りに陥ることなく、総合的、横断的に実施していくべき。

これらは数ヶ月の期間限定制度であり、身体介護などは恒常的に職場内で活用出来るパーソナルアシスタント制度とするべき。

学校内でも身体介護や行動支援等は「総合福祉法」に基づく支援が認められるべき。

但し財源については大幅な拡張が必要であり、学校関係は文部科学省、職場関係は経済産業省等も責任をもって省庁横断的に獲得する。

#### ○理由

「総合福祉法」が障害者の就学、就労を支援することが重要であることは当然であり、通勤・通学に支援が使えないなどということは論理矛盾であるし、職場内、教室内支援の保障も当然の事理であるから。

また、権利条約に基づく事業所等の合理的配慮義務の履行を公的に確保していく法整備が必要。

例えば知的障害児の学校での教員による教育と介護人による支援の境界線が判然とし難い場合があり得るかもしれないが、それは教育と福祉で棲み分けは可能である。教室内に車いすがあるのが当たり前のように、個別介護者がいることは何ら矛盾しない。

### 【増田委員】

#### ○結論

労働・雇用については、総合福祉法の範囲で考えないが、働くために必要な人的支援（移動支援やコミュニケーション支援、環境整備など）については、総合福祉法の中で行う。

### 【三浦委員】

#### ○結論

通勤や通学等、生活支援（社会生活支援）として必要とされる部分については支援する。教育の場や労働の場における支援については、福祉施策との連携も含め、各施策において議論されるべき。

#### ○理由

就労・就学は障害のある人々の生きがいとなる重い意味がある。総合福祉法の対応できる支援の範囲としてどこまで可能であるのかを整理した上で、各施策との整合を図りつつ役割分担と連携により必要な支援を保障することが求められると考えるため。

### 【光増委員】

#### ○結論

全てを障害福祉が負担するのではなく、移動に必要な支援が必要な場合、通学時は学校教育で移動の保障をし、通勤時、就労時は職場が保障する等の調整が必要。

#### ○理由

厚生労働省、市町村の判断で移動の支援の内容に地域間格差が生じてきている。財政的な負担が問題になるのなら、全省庁で調整して移動の保障を実現すべきでないか。

### 【宮田委員】

#### ○結論

通勤・通学における移動支援を個別給付とし、就労や就学における物理的弊害を除去する。財源は総合福祉法を原則とするが、特別支援学校については、子どもとほぼ同数の教員や介助員が配置されており職員による送迎の制度化も考慮する。両親が就労している場合には、児童デイサービスや放課後児童クラブ等への送迎も対象とする。

#### ○理由

地域の学校・企業に就学・就労した障害児・者の送迎が移動支援の対象とならない地域が多く、社会参加の大きな弊害となっている。特別支援学校就学児についても、医療的ケアが必要な場合には家族による送迎が必要な場合が多い。このような問題は、本人の社会参加を制限するだけでなく、親・家族の生活圏や労働権も侵害する危険性をもっているため、的確なケアマネジメントを前提に支援対象を拡大する必要がある。

## 【森委員】

### ○結論

ライフステージに応じて、人生の目標、いきがづくり、社会における役割などを目標とした課題を設定して、到達可能な生活の充実を図ることが大切である。生活は、縦割り行政によって分断されるべきではなく、一つひとつの活動や参加に一連のつながりと関係性があることに留意して、総合的に目標を設定する必要がある。そのためには、選択肢としてのサービスの活用においては横断的、円滑な活用が求められる。

財源確保においては、これまでの実績をもとに、労働行政、教育行政などで活用していた財源を持ち寄り、より良い支援に結び付けるシステムを構築すべきと考えられる。そのためには、今後の取り組みについてモニタリングを行うなどをして、より実践的な取り組みの充実を図る必要がある。

### ○理由

障害のある人もない人も、生活に必要な支援は、縦割り行政によって分断されるべきではなく、そのための支援は総合的に構築されるべきである。

【論点 D-3-2】 居場所機能など広く仲間との交流や文化芸術活動などについてどう考え、確保していくための体系はどう考えるか？

【朝比奈委員】

○結論

居場所機能は社会的孤立を防ぐ意味できわめて重要。補助金については、家賃や人件費など年額で一定の金額を保障したうえで、利用者数に応じて上乘せされるような仕組みが必要。

【荒井委員】

○結論

障害者の生きがい作りのため、交流や文化芸術活動は重要なものであり、体系的な位置づけが必要。ただし、国が一律に決めるべきものではなく、地域の自主性を発揮出来るような仕組みとするとともに必要な財源措置を講ずるべき。

【伊澤委員】

○結論

障害者自立支援法によって、就労、それに向けた訓練への駆り立てにより、地域から安心安全をかもしだす「居場所機能（くつろぎの自由空間／ドロップイン）」が消失した。

働くことが生活、暮らしの中心になりにくく、現状のサービス事業への参加が困難な人たちが存在するなか、この“居場所機能”を再興すべし。翻ってそのことは、長い歴史を有し、わが国固有の文化とも言うべき「小規模作業所」や、精神障害者の在宅支援の急先鋒だった「精神障害者地域生活支援センター」が果たしてきた役割や機能への再評価と事業としての再構築を求めることであり、障害者自立支援法的仕様では、「地域活動支援センター」を行財政的に脆弱な市町村事業としてではなく、国の明確な責任性において実施することを求めるものである。さらに居場所の発想を広げる中で、障害者のみの場ではなく、小学校区くらいで、高齢者も障害者も、誰もが集い、地域でのつながりを作っていく場の必要性を地域福祉増進の観点から想う。それをコーディネートする人材（コミュニティーワーカー）等の確保も必要。

○理由

働く事に重きを置く社会的風潮の高まりによって、それに添えない人たちに冷ややかな眼差しを送る傾向の強まりがとても気がかり。この間理念としても醸成されてきた「共感や共生の社会」への市民感情が揺らぎかねないという危惧が募る（障害に胡坐をかいて..などの論調）。障害やハンデがあってもなくても、ともに暮らしていく地域や街づくり、共感と共生の“福祉コミュニティー（要援護者を包み込む地域社会力）”の創造をしっかりと包摂した施策のありようを強く求める。そして社会的な居場所は、本人のエンパワメントを高めていくことと思う。

#### 【石橋委員】

##### ○結論

特別な体系は必要ないと考える。社会参加の視点からは一般市民との交流が重要。心のバリアフリーを推進するためにも障害者だけのサロンのような居場所はそれほど重要ではない。

社会福祉協議会やまちづくりのサークル活動に積極的に参加していくことが重要。

ただし、芸術活動など障害者の発表の機会確保は保障されなければならない。

##### ○理由

居場所を含めて交流や文化活動は、障害者に限ったことではない。

#### 【氏田委員】

##### ○結論

広く一般市民との交流や文化芸術活動などを身近な地区センターやカルチャーセンター、スポーツセンターなどでともに行えるようにする必要がある。また同時に障害のある仲間たちが安心して気軽に集える「たまり場」的要素をもつ場所も必要である。

##### ○理由

発達障害の場合、かなり高度で豊かな趣味を持っている人もいるが、他者とそれを交流させる活動展開に弱いところがある。この点を支援できる地域資源を用意できることが望ましい。例えば、絵画を趣味にしている人同士が集う、そこに、地域の人たちも自然な形で参加するといったことが可能になるような文化拠点をセッティングするための支援機能や人材が必要である。また一般的な広がりには欠ける色合いの趣味活動であっても、その人たちのつながりができれば、一つの文化活動となり、社会自体が自然な形で多様性を認

める契機ともなる。スポーツに関してもユニバーサルに楽しめるものなどをもっと普及させていくための後押しが必要である。

#### 【大久保委員】

##### ○結論

知的障害のある人たちにとって、仲間との交流、ピアサポートなどの本人活動や美術、演劇、演奏などの文化芸術活動は、本人のエンパワメントやQOLの視点から重要な活動であり、全国的にも広がりを見せている。制度的には現行の地域生活支援事業を拡充していくことが考えられる。

#### 【岡部委員】

##### ○結論

地域生活支援事業等の枠組みは、セルフヘルプ・グループやピア・サポート、プロシューマー事業等について積極的な助成措置を行うことにこそ活用されるべき。

#### 【小田島委員】

##### ○結論

当事者団体の活動にお金を出せる制度をつくる。

##### ○理由

当事者が集まって話し合える場所はとても重要だから。

#### 【門屋委員】

##### ○結論

地域活動支援センターは基本資源としてどこにでもあるようにすべきです。居場所機能を土台として、地域によってはデイサービス・デイケア・日中一時支援といった機能を持つことも可能とすべきです。趣味など個人的活動については一般文化活動への参加促進を行うべきと考えています。重い障害の人の楽しみ、余暇活動などは社会参加メニューの一つとしてサービス提供を考えるべきです。

##### ○理由

少ない人口規模地域では資源がないこともあるので、基本資源として「たまり場」資源

は必要と考えています。

#### 【川崎（洋）委員】

##### ○結論

引きこもりがちな精神障がい者にとっては、仲間との交流の場としての居場所は人間関係作りには欠かせない。現状の地域活動支援センターが機能をもっと充実させ、居場所であり、相談できる場であり、芸術活動などに参加できる場に発展できるとよい。

##### ○理由

仲間に出会う場所に行って、引きこもりの人が地域に出かけるようになり症状がよくなった事例が精神障がい者について聞くことが多い。

#### 【君塚委員】

##### ○結論

図書館、公民館、保育所、小学校などの単位で地域既存施設活用し、地域へアピールする。一般の人と同じ空間が利用できるシステ、受け入れ対応できる専門家の配置をする。

##### ○理由

特別でない日常的な環境を利用することで、地域住民のパンパワーを活用する。それが将来的に利用するかも知れない環境として地域住民がそれぞれの地にあった体系を作り上げるようになる可能性があることに意味があり、定着しやすい。

#### 【近藤委員】

##### ○結論

居場所機能は必要である。現行の地域活動支援センターの実態を2つに分け、デイアクティビティの機能は生活介護と統合した「活動支援の場」とし、居場所機能は地域活動支援センターに持たせてはどうか。

##### ○理由

支給決定を受けずに、自由に、立ち寄る、交流する場は、地域の中に不可欠である。

### 【坂本委員】

#### ○結論

そもそも、障がいのある方の社会参加支援を福祉サービスですべてカバーすることは困難であり、文化芸術等についてもそれぞれの立場において障がいのある方が社会参加できるよう支援すべき。

#### ○理由

障がいに関することはすべて福祉行政や福祉関係機関に委ねるといったやり方を認めてしまうと、国全体の障がいについての理解や支援も進まず、発展性がない。

### 【佐野委員】

#### ○結論

同障害者との交流や文化芸術活動をすることは、障害を受容し、自分を見つめなおし、社会に参加していくために必要不可欠のことです。このような活動に対する助成や必要な支援を進めるために制度化をすべきである。

### 【清水委員】

#### ○結論

自治体のそれぞれの実態の中で、市民参画のもと、創造的・構築的に展開されていかなければならない。

#### ○理由

市民みんなでつくる、「まちの豊かさづくり」として、障害を持つ人たちが居ることの価値をまちの力にしていく仕組みとして、いくつもの創造的取り組みができる可能性があります。そういう風にすすめていける体系に。

### 【竹端委員】

#### ○結論

「〇〇したい」をかなえるための支え（日中活動）の一つとして考えるべき。

#### ○理由

活動を細かくわかる必ようはない。あえてわかるのであれば、「日中活動」の一つとして、昔の精しん障害者ちいき生活支えんセンターのような、ゆるやかな「いばしょ」「た

まり場」の機のをふっかつさせた方がよい。

#### 【田中（正）委員】

##### ○結論

各都道府県に文化芸術の拠点を整備する。美術においては、精神科病院、福祉施設などにおいて優れた作品を創造している人達の調査・研究機能も併設する。また、展示において独自の展示スペースか、国立・公立美術館などとの連携で、展覧会を開催する。障害者の作品はすべて素晴らしいという観点ではなく、質が高い作品を評価する仕組みも併せて構築する。

##### ○理由

パリ市立美術館において、2010年3月より10ヶ月間にわたり、日本の作家63名、1000点の作品が、美術館の主催で開催されている。そしてこのことは、NHKの「日曜美術館」でも。特集として取り上げられるなど、福祉の枠を超えて美術の分野でも大きな話題となっている。国内において障害者のエンパワーメントを叫ばれて久しいが、まさにこの取り組みがエンパワーメントとなり、芸術の都フランスのパリにおいて証明された。我が国においてもその体制整備が求められている。

#### 【中西委員】

##### ○結論

当事者の企画運営によって、行政が補助金を出して運営補助を行っていく方式がふさわしい。

##### ○理由

小規模でも基本ベースの資金は必要なので、事務所と人件費分は障害者が2名以上利用する組織で確保されるようにし、それ以上人数が増えると加算されるような方式で補助金が支給されるべきである。活動内容については問わないこととし、参加する障害者人数のみの支給とすることは障害者にプレッシャーをかけず、運営主体者にモチベーションをあたえることになる。このような交流の場が、障害者のエンパワメントにつながり、その後の社会貢献につながって、誰もが住みやすいまちづくりの基本になるので、行政が資金提供する意味があり、見返りも充分にある。障害者側も主体的活動できる障害者を養成するように様々な機会に障害者のエンパワメントをはかる必要があるが、それは生育の初期段

階から、介助者を使って主体的に生きることからうまれてくるので、ガイドヘルプや生活支援のサービスの充実が基本としてあり、この活動が成り立つことを理解すべきである。

もちろんこれらの交流や活動の中で、個別給付の介助サービスが使えることにしていくことが当然であり、その活動の場の職員に介助の負担を課してはならない。従来の作業所は通所中の介助時間を認めてこなかった。これも就労の場と同等の位置づけで個別介助を認めるべきである。

#### 【中原委員】

##### ○結論

仲間との交流や文化芸術活は市民としての社会参加の視点から重要な活動である。そのためには、移動手段としての移動支援と活動の場としての地域活動支援センターが重要となる。

#### 【西滝委員】

##### ○結論

聴覚障害者は手話等で自由に話し合える、様々なろうコミュニティの場が必要である。聴覚障害当事者団体の活動支援、地域の手話サークル・要約筆記サークル等の活動支援、ろう重複障害者が日々集い、手話等で自由に話し楽しく過ごせる「集いの場」作りへの支援が必要である。

#### 【野原委員】

##### ○結論

ニーズはさまざまであるが、普通の人がつまみ前のニーズには当然応えるべきである。

#### 【東川委員】

##### ○結論

上記のように、まずは院内でのたまり場の確保、等から始まるのもよし、ぴあサポート体制から広く視野を拡大していくためのサポートが行われる様な資金援助や人的支援が大切。

現行の地域活動支援センターを見直すこととあわせて、障害のある人もない人も市民として活用できるユニバーサルな形のものとして障害者計画の中で整備していくことやボランティア育成事業などと合わせて考えられないか。

○理由

人とのつながりで人は生きられるから。すべての人を孤立させてはならない。

【広田委員】

○結論

居場所は精神障害者にとって重要

文化芸術活動は既存の社会資源の中でやれる様にしてほしい

○理由

障害者の社会参加が拡がり、結果として啓発につながる

【福井委員】

○結論

地域で豊に生きていくためには、欠かせない分野であり、当然総合福祉法の中に位置付け、障害当事者を中心に自治体、専門家などによる検討会議を設置し、施策の実現を図っていくべきである。

○理由

これまでも自主的に地域で取り組まれてきている放課後対策や共同の文化活動など、実践活動に援助し、法的な位置付けをしていくことも重要である。

【藤井委員】

○結論

ピア・サポート活用の観点からも仲間との交流や文化芸術活動などに対する助成などの支援事業を制度化するべきである。

○理由

障害者権利条約第 26 条 1 項には地域における自立とインクルージョンの達成のためにピア・サポートを活用するとあり、この条項の推進を具体化する施策が必要であるため。

【藤岡委員】

○結論

地域活動支援事業に代わり日中活動支援センター事業を作る。

○理由

全ての人々が排除されることなく社会的に包摂され、文化的生存権と幸福追求権が保障される制度を。

【増田委員】

○結論

精神障害のある人の場合に、安心して過ごせる場所が複数あることが必要である。仲間同士の出会いの機会を得たり、社会参加や生きがいにつながるような体験の場が豊富に準備されることが必要である。デイアクティビティセンターのような体系。多様な人が利用することを考えると、移動支援が必要。

【三浦委員】

○結論

可能な限り一般施策の中で考え、一般資源へのアクセス保障の面からも検討する。また、地域の状況に応じて地域生活支援事業（地活や社会参加促進など）を有効に活用して確保する。

○理由

関連する一般施策の中において障害者に対する適切な配慮がなされ、交流や文化芸術活動が促進されるべきであるが、地域によって一般施策の内容や展開の度合いに差異があることも考えられるため、そのような場合には、福祉施策として適切に機会と場を確保すべきであるため。

【光増委員】

○結論

当事者活動、余暇活動、文化芸術活動、スポーツ活動の支援は必要である。会場の使用料の減免などを含めた検討が必要。

○理由

社会教育、生涯学習の予算等からの補助と支援ができないだろうか

【森委員】

○結論

障害のある人もない人も、同じ目標に向かってともに活動できる場の確保が必要である。そして、場の確保に加えて、文化芸術活動を行うための人的サポートや支援体制が求められるとともに、作品の展示や発表などにあたっては、多くの市民に観賞いただくための発表の場が提供されることが望ましい。

障害があるために、本人の潜在的な芸術活動の能力が埋もれてしまう場合も多くあり、潜在的な能力を発掘し、能力を伸ばすための支援が求められることから、障害の特性を理解し、芸術領域の専門的知識と技術を有する支援者の存在が必要である。また、創作活動の上で、著作権の確保に関する支援も求められる。

○理由

文化芸術活動に対する指導や支援体制が、一番遅れている分野でもある。この分野を促進するためにも、芸術領域の専門的知識と技術を有する支援者の存在も必要である。

【山本委員】

○結論

セルフヘルプ活動に関して交通費および運営費用を保障すべき

○理由

AA断酒会については生活保護受給者について交通費が支給されるが、精神障害者のセルフヘルプ活動については一切補助がない。

立ち上げ費用および交通費補助が必要