

議事

○菊池部会長／それでは、定刻になりましたので、ただいまから、「第 147 回社会保障審議会障害者部会」を開催いたします。委員の皆様におかれましては、御多忙のところ御出席をいただきましてありがとうございます。本日の会議については、こちらの会場で原則対面としつつ、オンラインも併用して開催します。事務局においては、資料説明はできる限り分かりやすく要点を押さえた説明となるようにしてください。各委員からの御発言について、お願いがあります。最初に私が発言を希望される方を募りますので、会場の方は挙手をお願いします。その後、オンラインの方に御意見を募りますので、**ZOOM** の「手を挙げる」機能を使用してください。私の指名により発言を開始してください。より多くの委員の御発言の機会を確保するため、できる限り簡潔に御発言をいただきたいと思います。御発言の際は、まずお名前を名乗っていただき、可能な限りゆっくり、分かりやすくお話しください。その際、資料の記載内容について御発言される場合には、資料番号と記載内容の位置について、御教示ください。また、会場の方は、できるだけマイクに近寄ってお話しください。発言後は必ずマイクのスイッチをオフにしてくださいますようお願いいたします。円滑な会議運営に御協力をお願いします。それでは、事務局より、本日の委員の出席状況、資料の確認をお願いします。

○本後企画課長／それでは、委員の出席状況について、御報告申し上げます。本日、御欠席の御連絡をいただいているのは、沖倉委員、清水委員、白江委員の合計 3 名です。続いて、委員の代理について、河野委員の代理として、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会常務理事の川手参考人に、小崎委員の代理として、全国肢体不自由児施設運営協議会顧問の朝貝参考人に、永松委員の代理として、杵築市医療介護連携課長の英参考人に、中村委員の代理として、愛媛県保健福祉部生きがい推進局障がい福祉課主幹の木原参考人に、出席させたいとの申し出がありましたが、皆様よろしいでしょうか。ありがとうございます。なお、朝貝参考人におかれましては、所用のため途中退席されるとの御連絡をいただいております。

本日の資料でございますけれども、議事次第、資料 1 から 6、参考資料 1 から 13、以上となります。会場にお越しの方で、これらの資料の不足などがございましたら、事務局にお申し付けください。では、カメラ撮りはここまでということで、御協力お願いいたします。

○菊池部会長／それでは議事に入ります。今回は進行の都合上、資料 1 ～ 6 をまとめて事務局から説明し、質疑については、前半を資料 1 について、後半を資料 2 ～ 6 についてとさせていただきます。

それでは、資料 1 ～ 6 について、事務局から説明をお願いします。

○本後企画課長／企画課長です。資料 1 について御説明します。3 ページ目、本日は前回 3 月に示した障害福祉計画の論点のうち、計画で定める目標設定の在り方の議論のため、各都道府県における第 6 期令和 3 年度から 6 年度の実績と第 7 期令和 7 年度から 8 年度の目標値について。

5 ページ目、地域生活に移行する施設入所者については、目標をやや下回りました。

6 ページ目、施設入所者数の削減は、目標は 1.6% 以上、実績は 2.3% と、目標を上回っています。続いて 7 ページ目から精神障害にも対応したものです。精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数 316 日以上という目標については、42 都道府県で目標を満たしている状況でした。8 ページ目、精神病床における 1 年以上の入院です。目標は達成できていませんが、平成 30 年は 17.2 万人で減少傾向にあります。9 ページ目、入院後、3 か月、1 年後の退院率の目標値を達成しているのは、少数に留まりました。

10 ページ目、地域生活支援について。

都道府県単位で見ると、管内全てで拠点等が設置されているところは 8 と少数でしたが、市町村単位では 1195 です。

人口規模の小さな自治体で整備が追いつかず、都道府県単位での未達成が多い状況。

12 ページ目。表の右下、一般就労へ移行した方の数を 1.7 倍以上にするという目標について実績は 1.23 倍と目標を少し下回りました。就労継続支援 A 型は、おおむね 1.26 倍以上の目標に対して、1.47 倍と上回っています。

16 ページ目。相談支援体制の充実強化の目標について。管内全ての市町村にあると回答した都道府県は 7 ですが、市町村別では令和 5 年度は 1280 市町村と、全部のうち 75% で体制の整備が進んでいます。以上が 6 期計画の実績です。

18 ページ目以降は、現行令和 6 年度から 8 年度の第 7 期計画で各都道府県で定めた成果目標を取りまとめたものです。多くの項目について、国の指針についての目標が設定されていますが、19 ページ目、地域生活への移行については、地域生活移行率、そして入所者数の削減率の 2 つの目標値につ

いて基本指針の目標を立てている都道府県は 26、20 と、ともにどちらも半数程度です。

以上、第 6 期の実績、第 7 期の目標についての御意見をいただければと思います。

続いて、資料 2、療育手帳について。

2 ページ目、令和 4 年の総合支援法の改正の際、この部会で療育手帳制度の運用の地域差により不都合が生じることのないよう、全国統一的なものを目指すべきという御意見があることを踏まえ、4 点論点の指摘をいただきました。

その後の進捗を報告します。

3 ページ目、指摘の 1 つめ、判定方法や認定基準の在り方について。WHO が定める国際疾病分類、ICD の最新の第 11 版では、知的発達症の診断には、知的機能、適応行動の 2 軸評価が必要とされています。

自治体の判定方法が少ないことに対して、ABIT-CV を開発しました。令和 7 年度一部で試行することとなりました。

4 ページ目、指摘の 2 つ目。比較的軽度な方への在り方について。

判定機関の 8 割は、IQ の上限を 70 または 75 としていました。一方、B3 と言われますが、IQ が 80 を超える方に対しても手帳交付の自治体もありました。

統一化にあたっては、比較的軽度な方への対応が論点となっています。5 ページ目、指摘の 3 つめ、統一化により影響はありうるものとして、税、手当、障害者雇用、特別支援教育、自治体独自のサービス、あるいは公共交通の利用時の割引が挙げられています。

6 ページ目、上段はこれまでの説明ですが、これを踏まえて、下段、今後の進め方として、現時点での進捗を踏まえつつ、今後、制度の在り方について議論の場を設けることとしてはどうかと考えています。

以上が資料 2 です。

続いて、資料 3、2040 年の検討会について。

2 ページ目、この検討会については、本年 1 月のこの部会で一度報告しました。

その際、高齢者関係について先行して今年春頃に中間まとめを行うこととなっていると申しました。

3 ページ目、4 月に出された中間とりまとめですが、真ん中辺り、中山間の人口減少地域でのことが示されています。

5 月以降は障害福祉などについて検討しており、櫻木委員、樋口委員にもヒアリングに参加いただいています。今後、夏を目途に取りまとめる予定です。資料 3 は以上です。

○羽野地域生活・発達障害者支援室長／続いて、資料 4 について説明します。

資料 4 は成年後見制度の見直し等についてです。

ポイントを絞って説明します。

1 ページ目、成年後見制度については、利用促進基本計画について省庁でも行います。

2 ページ目、中間検証報告がなされていますが、その中の大きな動きは、左上に 2 点あります。

1- (1)、1- (2) について。地域共生社会の在り方検討会で状況が説明され、状況は中間まとめがされています。

3 ページ目。赤枠が障害保健福祉部で実際に担当しているところです。具体的には担い手の確保、育成、それから市町村長申立ての推進、成年後見制度の利用支援事業についての報酬の助成などです。

4 ページ、成年後見制度の見直しについて、法務省でまとめられている資料です。

5 ページ、ここの左の真ん中あたり、丸が 4 つあります。

成年後見制度についての課題が指摘されているところです。

1 点目の丸にあるとおり、判断能力が回復しないかぎり医療をやめることができないだと指摘されています。

右側に矢印がありますが、必要性がなくなれば終了する案が検討されているところです。

具体的な案は 6 ページにあります。時間の関係上、省略します。複数の案が示されている状況です。

スケジュールとして、5 ページのところの下枠囲み。法制審議会部会で議論されていて、2 行目の丸、令和 7 年 6 月 10 日に中間試案の取りまとめをし、25 日、昨日から中間試案についてパブリックコメントがなされています。8 月 25 日までです。9 ページ。具体的には 10 ページ。中間とりまとめの概要です。赤枠、成年後見制度の見直し。① 判断能力が不十分な方の地域生活を支える事業を新設。左側の 2 に書いてあります。日常生活支援など社会福祉事業の新設。3-②、権利擁護支援の地域ネットワークをコーディネートするものについて、権利擁護推進センターとして法定化が盛り込まれています。中間とりまとめを受けて議論が今後なされていきます。以上です。知的障害、精神障

害の方が多く利用されることがあるので、現状の報告でした。

○伊藤障害福祉課長／資料 5 について。障害者の地域生活支援を踏まえた検討会について。

報酬改定の際の宿題事項について、施設の在り方に関して検討しようと、昨年度調査研究で全国の実態調査、ヒアリング等を行いました。その結果を踏まえ、今年度、この検討会を開催しています。5 月に立ち上げ、昨日、第 2 回を開催しました。構成員は記載の通りです。この検討会では、入所施設に求められる機能、役割、今後の障害福祉計画における目標の在り方を議論しています。本障害者部会における今後の次期障害福祉計画や障害福祉計画、基本指針の議論につなげるよう、議論いただいています。検討会において取りまとめが行われた後にこの部会でも報告したいと思います。以上です。

○前田自立支援振興室長／資料 6 について。令和元年 6 月、視覚障害者等の読書環境の推進に関する法律、いわゆる読書バリアフリー法。これについては障害の有無にかかわらず、すべての国民が等しく読書を通じて文字活字文化を恵沢できる社会の実現に向けて、読書環境の整備を進めることを目標に文科省と厚労省でおこなっています。読書バリアフリー法に基づき、第 1 期計画を策定、日本点字図書館などで培った特定書籍の制作技術、視覚障害のある方のサービス利用の支援のノウハウ、全国公立図書館に提供し視覚障害者の読書環境の整備を進めてきました。令和 6 年度は第 1 期が終わるので障害者団体、図書館、出版社令和 7 年 3 月 27 日に関係者からなる協議会での議論を受けました。第 2 期は 5 年間。変更点、1 つ目は、経済産業省主管の出版業界に対し近年の新技術の発展に伴い、電子書籍などの増加を踏まえ、書籍情報内容の充実など、利用者のアクセシビリティの確保を言及しています。2 つめ、アクセシブルな書籍の円滑に進めるために製作者の点字図書館、公立図書館のデータのやりとりなどの実証調査の実績。3 つ目として、関係施策の進捗状況を確認するための統計などの指標を設定しています。以上が第 2 期の基本計画に関する報告です。

○菊池部会長／資料 1、障害福祉計画の関連について御意見御質問をお願いします。御発言は事前にアナウンスされているよう、お一人 3 分以内に簡潔にお願いします。

○安藤委員／私から感想と意見を 2 つ。障害者計画の資料を見ている、いろいろと計画を進めていただき、ありがとうございます。成果が出ているところ、達成できていないところ、できていないところとありますが、私がこうしたことに取り組みはじめ障害者になって 30 年たちますが、障害者福祉が本当に進んだなど。今朝も朝から 10 時に来たとき、スムーズにバリアフリーで来られたことも、こうした計画があつてのことだと思います。ありがとうございます。

資料 5 ページ。下の方、分析の中に、施設入所者の高齢化、地域で受け入れる体制が十分に整っていないことが要因として考えられると。やはり地域移行していくうえで、重度障害者受入体制をどう作っていくか、是非、次期計画で示して実行に移して欲しいと思います。私は重度身体障害者なので、重度訪問介護で身体障害者だけではなく、知的精神の方たちも地域で暮らせるような形を模索していただきたい。もう 1 つ、資料の中でグループホームが地域移行の中に含まれています。14 年前 2001 年のデータでは入所施設から地域移行に移行した 4836 人のうち 51%がグループホームでした。2022 年権利条約総括所見では、グループホームを特定の生活様式として捉えています。グループホームへの移行を地域移行として捉えていいのか。もう少し、こちらのほうを計画のなかで議論していただければと思っています。以上です。よろしくお願いいたします。

○菊池部会長／ありがとうございます。

○朝貝参考人／12 ページ、障害者就労について。障害種別のデータがあれば、後日お示しいただければありがたいと考えています。以上です。よろしくお願いいたします。

○菊池部会長／今日は…、お願いします。

○本後企画課長／障害者就労のデータについては、都道府県にこの形で調査をお願いしています。データとして、申し訳ありません、障害種別がとれていません。もし別の形で何らかそれに対応するものがお示しできれば、具体的に議論するときにお示しできればと思います。

○朝貝参考人／ありがとうございました。

○菊池部会長／少なくとも今後の調査については、今の意見を参考に、ということになりますか？

○本後企画課長／そうですね、調査は自治体に御負担をお願いするかになりますので、今の御意見を踏まえながら検討していきたいと思います。

○菊池部会長／よろしくお願いいたします。

○小阪委員／当事者の立場から言葉を紡ぎたいと思います。

私からは資料 1 の 20 ページ。入院後の退院率について意見を 2 つ申し述べます。

まず、入院後、1 年時点の退院率の 91%という目標値について問題意識を持っています。この目標値は、各自治体ごとの状況を加味したものではあると思いますが、地域住民が適切な支援を受けられ

るかどうかが大切だと思います。

ぜひ障害者部会の皆さんにも知っていただきたいのですが、受療行動調査という、一般病院の患者さんの主観とした満足度とかを評価する調査を厚生労働省で行ってくれています。患者さん御本人、まさに地域住民の声を反映した貴重な調査だと思っています。その中で、精神科に限らず一般病院なので普通の患者さんの声も反映しているわけですが、一般病院の患者さんの入院の満足度は 7 割くらいが平均です。

ところが精神科病院の患者さんの満足度は著しく低くて、42.5%です。ただこの中身まで調査では触れていません。何が満足度の低下をもたらしているのかはわかりません。

ただし推測として、例えばですが、もしかしたら退院支援が十分に届いていない可能性があるのではないかと。

補足しますが、私は精神科医療を批判したいわけではないので、御安心いただければと思います。共通の問題意識として考えて、という立場で申し上げます。何が言いたいかというと、「入院後 1 年時点の退院率」にもう 1 つ並記していただきたいのです。退院したいと思っている患者さんのニーズの充足度を並記していただきたい。これは、ぜひ第 8 期から実現していただきたい。2 点目は、そもそも 91%という目標値自体が医学的根拠がないものだと私は承知しています。各自治体の上位 10%が達成していることを国の目標値としているわけですが、91%というと、約 10 人に 1 人が長期入院、1 年以上の入院になることを国家として示すことになります。これは極めて不適切な目標値だと思っています。もう少し医学的な研究とかも含めて考えて頂きたいです。また、私としては決して 1 年以上の入院医療を必要とする患者さんの権利を奪うつもりは全くなく、それは保障されるべきだと思っています。ですが 10 人に 1 人が本当に 1 年以上の入院を余儀なくされる状態であるのかを加味して精査がもう少し必要だと思います。なので、それを加味した形での算定方式の実現を 8 期にはお願いしたいと思っています。

よろしくお願いいたします。以上です。

○菊池部会長／今後の調査に適応の要望もありました。

○酒井委員／私からは 3 点申し上げます。

1 点目は就労定着支援について。14 ページに、第 6 期では就労移行支援等を通じて一般就労に移行するもののうち 7 割が利用すると成果目標が掲げられて、結果、目標を大きく下回った。

24 ページ、第 7 期の目標の集計段階においてもこれらの目標数値において 3 割強に留まっている実態があります。定着支援については、14 ページ、ジョブコーチ、ナカポツセンター就労支援、ほかにも支援サービスがあるとはいえ、毎年 2 万人以上、福祉サービスから一般就労へ移行する中で、利用実数の見込についても低調だと認識する必要があると思います。

これは、ニーズの問題なのか、それとも制度、仕組みの問題なのか、整理する必要があると思いますが、いきなり一般就労にするのは難しく、何らかの課題がこの段階であって、福祉サービスを経由して、一般就労した中での定着支援のニーズが 3 割というのはなかなか考えにくい。制度仕組みを改め直すタイミングにきているのではないかと思います。

例えば就職後 6 か月からの開始となっていますが、その接続の問題や 2 年目移行の自己負担の問題、あるいはサービス体制等々のサービスの提供の在り方とか。

来年度は報酬改定の見直しのタイミングなので、そのあたりも含めて考える必要があると思っています。

2 点目は、就労選択支援です。今後、10 月から制度が開始されるので、今回第 8 期からの数値目標でいろいろと検討されることだと思います。

その指針を考える際、ちょうど第 8 期は令和 9 年からなので、この 10 月から始まる新規の継続支援の B 型の利用者に加えて A 型を新たに利用される方も対象となる。それらについて対応することが求められる指針づくりになると思います。この就労選択支援事業は非常に難しい事業であって、経験を積み重ねながら専門性を高める必要があります、たくさんリソースが必要というより、各自治体で真に必要な目標値に設定する必要があると思います。また、他方、この 10 月から、近くに就労選択支援事業所がない場合は従来の手続でよしとする例外的な取り扱いが、今設けられています。例外的な取り扱いが早期の段階で解消されるように、自治体の中でも地域単位で必要な数を見込めるような指針づくりが必要だと思います。

3 点目は、成果目標ではなく、就労継続支援の B 型ですが、ここ最近、A 型事業所の運営が難しいこともあり、事業者数が急増している実態があります。これをどう考えるのか、8 期でどう考えるのかも重要な論点です。次回以降で、総量規制の話もテーマになると思います。B 型事業所の目標数値の

在り方も重要な論点であるという認識をここでは発言しておきたいと思います。以上です。

○櫻木委員／私はずっと医療と障害福祉の連携を言っています。

医療計画と整合性をとった形で計画をつくっていただきたい。

精神障害にも対応した地域のいくつか成果目標が挙げられています。いつも違和感を感じるのは、早期退院率が障害福祉計画の成果目標に入っています。むしろ医療計画ではこのことは十分検討されていると思いますが、地域移行に関してどうやって地域で定着させるかが成果目標であるべきと考えていますので、早期の退院率には違和感があります。その辺を修正する意味で、地域における平均生活日数という新たな成果目標がたてられたわけです。例えば、技術的に可能かわかりませんが、再入院率を評価するとか、地域生活を定着していくための障害福祉計画になってほしいと思っています。

基本指針の策定に関しての論点で、改革工程、経済財政諮問会議の提言も挙げられています。確かに地域差は問題になっています。障害福祉計画のある程度の部分は、営利企業が担っている部分があるので、当然需要の活発な大都市圏はかなり事業継続していきますが、中山間地、過疎地はどんどん撤退していくことが起こってきます。総量規制という言葉が出てきますが、むしろこれからの障害福祉計画は、量の確保より質の確保に論点が移ってくると思います。小阪委員からも話がありましたが、利用者の満足度、いろいろなサービスがあって、利用者の満足度も1つの大きな成果目標としてあげるべきだと思います。何か本人のニーズというよりは企業の論理で、障害福祉計画を利用している例も数多く見られるので、その部分はニーズ、満足度という視点から評価をしていくことが必要だと思います。

○佐々木委員／3ページ、基本指針の策定について。グループホームに関する総量規制も含めた議論は単なる数字の議論とならないよう強く要請したいと思います。確かに数字上は満ち足りている地域もありますが、実際重度障害者、強度行動障害や医療的ケアのある人のグループホームは足りていません。新規の入所施設を作してほしいと要望があがるのも地域で暮らす受け皿がないからです。地域移行も進められていますし、平成4年度、生活のしづらさ調査でも成人の知的障害者90%以上は自宅で親と暮らしています。国連の権利条約で、グループホームはいいのかどうかは別として増やさないと基本的な生活状況はかわらないので、この点を前提としていただきたい。単に数字が充足しているからと総量規制とはしないでください。また極めて多様化したグループホームの在り方を整理することに加え、グループホームの待機者把握も御検討いただきたいと思います。市町村から都道府県へ意見を申し出る仕組みはぜひ積極的に進めて欲しいと思います。事業所指定の有効期間を2年程度とし、更新時には所在市町村の意見を聞くことを導入してほしいと思います。

○岡岡委員／スライド11、16についてまとめて話します。地域生活支援拠点の機能充実のために年1回以上、検討することがありますが、検証・検討が行われている自治体が増えているのはとても良いことだと思います。これは協議会で行われるものだと思いますが、協議会の中に「地域連携部会」などを設け、その中で場を設けてはどうかと提案します。どうしても本会議でこのような協議をしようとする、実践がわからない中で評価が先立ってしまうことも気になります。検証という言葉に引っ張られるところがあるので、制度をうまく活用する視点で協議することが必要だと思います。ぜひ今後も検証の中身についても確認していただきたい。相談支援の充実、強化について基幹相談支援センターは小さい自治体では設置が難しく、何かしらの都市部にはない要因があると思います。その要因に対して都道府県が市町村に直接働きかけ、地域の相談支援所、関係機関が一体となって取り組むことがなければなかなか進んでいかないと思います。地域生活支援拠点の検証も、基幹相談支援センターの設置もネットワークを形成し地域の支援体制を整備することにとっても大きな意味があり重要だと考えています。設置促進、機能充実のためには福祉に関係する方々が知恵を出し合い、工夫しながら進めていくことが必要になります。厚生労働省が実施している整備事業、ブロック会議で都道府県に働きかけをされている中で、当協会も一緒に活動し、官民協働で取り組んでいるところがあります。このような活動を参考にし、各地においても官民協働で協力して進めていくことを今後も引き続き発信していただきたいと思います。

○丹羽委員／第8期、第4期障害児福祉計画、障害者権利条約、基本法、障害者に対する偏見や差別のない行動計画に基づいて作成されることが重要と考えます。その上で資料1の3ページ。計画で定める目標設定の在り方と協働生活援助における総量規制も含めた、地域移行の状況も踏まえたものについて2つの意見を申しあげます。1点目、第2回障害者支援施設の在り方にかかる検討会で岡部副理事長が発言したとおり、障害者支援施設はゴールではなく、地域への通過点であり、本人の意思・選択を起点に多様な支援が求められます。現在の待機者の定義により約半数の自治体では調査す

らされていません。こうした中で示される待機者数は実態を把握しておらず、入所施設の正当性になってしまうこともあります。そのため、今回の計画でも、施設待機者数に応じた入所施設の増設は考えるべき。

伊藤課長の説明にもあったように、今後の議論の進め方で、本部会と在り方検討会との連動性を緊密にはかる必要があると思います。

2点目、共同生活援助の総量規制を検討する上では、どこにターゲットとするのかを明らかにする必要があります。第7回報酬改定検討チームの資料3-4で示されていましたが、明らかに急増したのはチェーンでの日中サービス支援型の大規模な支援のあり方です。

行動障害のあるかたは公然と受けられないと明記されていないところもあるそうです。社会福祉法人は微増。

NPO法人は減少傾向にあります。必要な人が利用できず、不要な人が利用していることになります。

入院、入所からの地域移行の数を見込んで、供給体制を再構築する必要があります。

間違っても少人数で丁寧な支援を行っているグループホームがそのあおりをうけないようにしていただきたいと思います。

○樋口委員／成果目標について。施設入所者への地域生活への移行についての取り組みは、目標値は下回っているものの、多くの施設で着実に進めています。一方、残念ながらほとんど取り組んでいない施設も一部に存在していることも事実です。

背景には、入所者の障害状況の変化があります。重度化、高齢化に伴う介護や医療ニーズの増加等、地域移行が年々厳しい現実もあります。こうした実態を分析し、今後の議論が必要ではないかと考えています。まずは重度の方、強度行動障害や医療的ケアの方が利用できるグループホームや様々な形態の居住支援付住宅の確保が必要です。同時に一定の専門性を有する居宅介護事業所並びに従事者の確保・養成の体制整備が必要です。次に入所施設の待機者数について。各都道府県において、待機者の把握がまちまちであるという指摘があります。その際、削減率や地域移行率を改定する際に、現状の施設利用者増を踏まえ、入所施設の待機者を国が主体となって正確に把握する必要があると考えます。

以上です。

○竹下委員／2点について、意見を述べます。

1つは、資料1の3ページのようなのですが、ほかの方も同趣旨の発言がありました。共同生活援助における総量規制と出てきます。後ろのほうに地域の実態や、地域移行の状況とありますが、総量規制が大枠として大きな方針になることは非常に危険だと思います。同趣旨の発言もありましたが、障害の種類によって受け入れないグループホームはたくさんあります。

経営母体が営利目的のところはその傾向が強いと理解しています。視覚障害の状況で入所できなかった例もあります。

そういうことを考えるとグループホームの在り方が問われているわけで、総量そのものが、大きな枠組みとして規制の対象となる方針には大きな疑問があります。この点は慎重な目標設定でお願いしたいと思います。

2点目は資料2の療育手帳の関係です。

視覚障害者は…。

○菊池部会長／今はまずは資料1についてお伺いして、資料2以下は、後半でもう1度時間を設けます。

○竹下委員／では以上です。

○吉野委員／質問が1つと意見があります。当事者の立場からお話します。

まず1つめは、質問です。

資料25ページに、相談支援体制の充実強化があります。その目標が2つありますが、その下に米印で、1県は目標を設定していない。下の米印にも、2県は目標を設定しないと書いてあります。

その理由を聞きたいのが1つめ。

2つ目は意見です。皆さん御存じかどうかわかりませんが、手話施策推進法が昨日、6月25日付けで施行しました。7期の目標計画に数値目標が出されていますので、数値目標は達成するのは当然ですが、頑張っている状況が現れているのは分かります。けれども、目標の数値を超えたからそれだけで本当にいいかどうか。問題はその中身で、きちんとする必要があると思います。例えば、障害福祉サービスを使うときには当然、相談支援事業所をとおして使うことになりますが、実状は手話でのコミュニケーションがなかなかとれないために、自分が満足できるサービスが受けられない現状があ

ります。きこえない、きこえにくい人、または知的障害、視覚障害、精神障害や発達障害などを併せ持つきこえない方は、情報をきちんと得ることが必要です。そのためには、手話によるコミュニケーションが必要で、それにより自己決定できることが大切なポイントになります。

実態を聞くと、それがきちんと受けられない、なかなか通じない状況があります。会議の構成メンバーなどにも、きこえない当事者が入っていないために、意見が盛り込まれず省かれてしまうケースが多々あります。

そういう意味から、次の計画には手話施策推進法に基づききちんと盛り込んでいくことをお願いしたいと思います。以上です。

○羽野地域生活・発達障害者支援室長／吉野委員から質問をいただいた、相談支援体制の目標値を設定していない自治体の理由について。今、手元にデータを持ち合わせていませんので、後ほど確認し、個別に吉野委員に申し上げたいと思います。

○菊池部会長／よろしくお願いします。ほかの委員の皆さんも知りたい情報かもしれません。

○羽野地域生活・発達障害者支援室長／確認しまして、委員の皆さまに回答をお伝えします。

○菊池部会長／よろしくお願いします。では、オンライン参加の皆さまから伺います。

合図していただければと思います。

○阿部委員／ただ今の吉野委員の御疑念と重なるところです。25 ページには、そもそも目標を設定していない地域があります。目標値を設定しないのがいろいろな箇所にあります。目標そのものについてどうお考えなのか分からないことがあります。

全体に目標値などということで見えていくと、けっこう進んできているという捉え方もありますが、幾つかの自治体、都道府県の中では不十分なところもあるように思います。

どの地域に暮らしていても障害があっても暮らしやすい社会は大事だと考えているところです。さて、感想めいたこと、疑問めいたことでもあります。今は市町村障害福祉計画の策定委員会はすべての市町村に設置されていると考えていいのかどうか。かつては違ったこともあったので、それをまず確認したいと思います。このように目標値等がそれぞれ地域によって、都道府県によって違うということで、それぞれの地域で、また計画の微調整を行うことができるような状況なのかどうか。都道府県障害福祉計画と市町村の障害福祉計画の策定経緯もあって難しいと思いますが、第 7 期はこれから 7 年 8 年とあるので、このようなデータをもとに、それぞれの地域、今福祉の主体は市町村だと思いますが、そのへんで考えていく仕組みはあるのかどうか。また考えていただきたいという感想も含めて話させていただきました。全体的に進捗しているが、地域によってはそうは言い切れないところが多いということに関して、指針の有効性、指針の意義を多くの方々に考えていただきたいと考えます。市町村障害福祉計画の策定委員会はすべての市町村に設置されているものかがわからなくなってきたので、よろしくお願いします。

○本後企画課長／障害福祉計画については、都道府県、市町村において基本的にはその自治体の中で関係する方々の意見を伺いながら策定して欲しいと、このように運営を進めています。すべての市町村で必ず設置しているかは、具体的に調査をしていませんので、もしかしたらそうでないところがあるかもしれません。可能性は否定できませんが、いずれにしても、そういった手続きで進めています。基本的には協議しながら作っていただいていると思っています。わかりましたら改めて報告します。

○阿部委員／それぞれの地域で、自分たちごととして考えていくこと、この辺は大事だと思っています。

○藤井委員／資料 1 の成果目標について大きく 2 点。今の生活目標には市町村がみずからのデータを使った評価できる項目が入っていないと思います。ここは課題の 1 つとしてあげられると思います。自分たちで把握しているデータを使い成果目標を評価したりできる項目が入った方が、市町村が主体的に取り組むモチベーションが上がると思います。

もう 1 つも、にも包括について。櫻木委員と一部重なります。現状の成果目標は入院関連を中心に設定されていることについても今後見直しを検討するべきではないかと。にも包括は本来もっと広い概念ですので、退院後の生活や、入院していない人や御家族の生活、社会参加を支えていく体制ができていくのを見ていけるような目標を検討してもいいのではないかと。

あるいはより広く捉えて、障害のある人が安心して暮らすために、スティグマを減らすための取組や、何らかの形で本人評価を入れることについても考慮すべきだと思います。目標を増やすことは難しいと思いますが、市町村が自分ごととしてとりくめる観点からの検討をしていくのが望ましいと考えます。

○伊豫委員／長期入院患者数と 1 年以内の退院率が目標達成できていないことについてコメントし

ます。厚生労働科学研修で令和 5 年に報告しました。地域生活日数と 1 年以内の退院率に関係する要素は、様々検討しましたが、唯一、精神保健福祉士などの退院支援訪問員の患者さんの数によるというものです。せいぜい 20 人程度が限界だろうと。現実には 40 人 50 人を担当している支援員がおられ、それでは退院促進にはならないと考えています。医療との関係になりますが、コメントさせていただきます。

○叶委員／私から 3 点。1 つめ、スライド 5、6 の施設入所者の地域生活への移行の件。これについて目標を立てることに反対してはおりません。地域によっては在宅サービスの人員が不足すると地域の受け皿の問題や、地域での生活が可能となるだけの十分な収入が得られていないこともあります。目標達成だけが優先されることのないよう、グループホームと地域移行される方の支援体制の整備も進めるようにお願いします。

2 つめ、スライド 12、13、福祉施設から一般就労への移行についてです。解釈通知の中で就労移行支援事業は一般就労を目的とした障害福祉サービスです。就労継続支援事業は一般就労を希望する場合に一般就労に向けた訓練や支援を行うとなっています。一般就労を目指す障害のある方に対する支援はもちろん重要だと思いますが、就労継続支援事業に目標を設定することで、目標達成ありきというか、本人の意向を考慮せず、一般就労への過度な誘導につながることを懸念しています。

3 つめ、スライド 14、就労定着支援の利用率の低さについて。私の法人では就労移行支援事業と就労定着支援事業を一体的に運営しています。1 年目はほとんど 9 割以上が就労定着支援事業を利用しています。しかし 2 年目には利用率がかなり減ってしまいます。要因としては、就職して収入が増えることで 2 年目から発生する利用料負担があります。また就労移行支援事業、就労継続支援事業所の中には定着支援を実施していない事業所もいっぱいあります。この場合、一般就労後、6 か月が経過したときに、別の法人で実施する就労定着支援につないでいくことがなかなか難しい現状があります。こういうことを考えると、就労定着支援事業の数、2 年目以降の利用料、一般就労後 6 か月の間の空白期間を解決していかない限り、利用率 70% という目標は難しいと考えます。以上、3 点、よろしく願いいたします。

○小林委員／JDB ネットでは、当事者、御家族、支援者、研究者が多く混じった、1 ネットワークですが、そこでは、今施設期間について、支援サービスの質的評価の重要性について研究レベルから実践まで行っているところだと、まずスタートしてお話したいと思います。1 点だけ。今の成果目標から活動指標、それを分析する段階だと思いながら、話を伺っていました。

皆さん大勢の方が言われているように、現在は、量的分析もさることながら、質的な分析をしなければいけない段階にきている。それから、地域に差があるのでそれをどのようにしていけばいいのか、個別性も重視しなければいけないと言われていると思いながら、話を伺っていたり、これからどんなふうにしていったらいいか、具体的にはうまく挙げられないのですが。ただ、たぶん、これからは量に加えて質的な分析の仕方、ある、ないという評価の仕方ではなくて、まず、例えば ABCD の 4 段階評価に、まずはしてみるとか。各県の課題を挙げるような自由記述を用いて整理をしていく。

もう 1 つは、今、厚労科研からこども科学研究に変わっているところですが、一応まとめが終わっていて、キューサックスという地域診断マニュアルみたいなもののできあがっています。

それらを応用しながら、QSACCS という地域診断マニュアルみたいなものを使っていく方法で、質的な分析ができないか、考えております。

今後の方向性について何かアイデアとして考えてみました。以上です。ありがとうございます。

○岡田委員／私からは、精神障害にも対応した地域包括システムの構築について、質問も含めて 3 点、お話しします。

まず、この 3 点の成果目標が、入院から退院に関する目標に偏っていることが課題だと考えます。例えば、資料 1 の 7 ページ、退院後 1 年以内の地域における平均生活日数について。目標値に対する実績として、実績は、42 都道府県が目標値を満たしている状況。これは退院後も地域で生活を続ける傾向があり、そのことが見てとれます。この分析の内容にも、精神障害がある人も安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉介護、住まい、社会、社会参加、地域の助け合い教育が包括的に確保された体制の整備を計画的に推進する観点で、とあります。本当にそのとおりですが、316 日以上生活日数の後ろには、退院後も福祉サービス等につなげられないまま本人の生活を支えている家族の存在もある。このことは家族会への相談の多くから見られる地域の現状です。家族にとって「にも包括」は、これまでのように家族が必死に支え続けるのではなく、地域の資源、支援を活用しながら生きていくことができるシステムの構築として、大いに期待していますが、なかなか実感を得られていません。

このような現状がこの指標からは読み取ることができないことに大変課題を感じています。生活日数の数字のみならず、具体的な生活状況に着目する必要があると考えていますので、今後の課題検討をお願いしたいと思います。

2点目、9ページ、入院後の退院率について。実績として、なかなか目標値に達していない現状にあるということですが、長期入院者をなくすことを目指すのであれば、特に入院後1年時点の退院率は、可能なかぎり、100%に向かう必要があると考えます。第6期の目標が92%以上から第7期が91%以上となっています。

実績が未到達であったとしても目標値を下げることなく取組を続けなければ、入院したまま人生を終える人たちを放置することにつながるのではと危惧します。

3点目は質問です。

8ページの入院中の精神障害者の退院に関する目標値については、分析の中に目標値は満たしていないが、平成30年と令和5年を比較して減少傾向にあるとしています。この「減少傾向」については、この中に死亡退院による減少が含まれているかどうかを教えてください。よろしくお願いします。

○小林精神・障害保健課長／死亡退院が含まれているかについては、含まれているというのが回答です。

○岡田委員／障害福祉計画の目標設定に対する実績の考え方としては、死亡退院による減少を含めてよしとすることには疑問が残ります。今後の課題として、御検討をお願いいたします。

○野澤委員／これまで、何人かの委員からも指摘がありましたが、計画における数値の達成度を見ていて感じるのは、グループホームや入所施設で、同じサービス類型の名前でも中身によってかなり違ってきることがわかると思います。グループホームでも、利用者の多い日中支援型と、少人数で高度障害の人を扱うのでは全然違います。入所施設でも、ユニット制で昼夜別としているところと、24時間やっているとかなり違う。利用者の満足度と、利用者目線から見た物が実態と合わない。同じサービス累計でくくっているのはおかしいと。サービス報酬単価を考える上でも実態と合わないのではないかと感じていて、サービス類型のあり方を利用者目線で根底から変えることを検討する時期に来ていると思います。

もう1つ、地域移行や地域生活を中心に考えなきゃいけない時代になってきたときに、地域生活支援拠点や基幹相談支援センターなど、要の制度ですよね。

地域生活支援拠点が増えてきたのはいいことだと思いますが、はたして、本当に記載されている機能を果たしているのか、もっときちんと見なければいけないと思います。特に緊急時や困難時の対応が大切で、ここがちゃんと機能していれば、地域移行はかなり広がってくると思います。

特に困難事例を考えたとき、ほかのサービス累計でもそうですが、障害そのものに着目し、重度かどうかで判断していますが、地域で暮らすことを考えるとき、一番大変なのは地域住民とのトラブルや地域による本人へのストレスだと思うんです。今も障害支援区分、行動関連項目にしても障害そのものに施設内、限られた環境における障害そのものに着目した基準のような気がします。例えば、立てますか、歩けますか、走れますか。車で言うと、エンジンもボディーももう万全で誰よりも速く走れる。でもハンドルもウインカーもない、ものすごく危険で。これを支援するのはとても大変。つまり施設内での支援と地域での支援は本質的にかなり違います。地域での支援をきちんとできるスタッフをどう確保し、研修を進めていくのかに焦点を当てた在り方を考えていかなければいけないと思います。これがないので、なかなか地域移行が進まないと言われていると思います。これから人の確保が難しい時代の中で、やはり、焦点を絞った施策、体系の在り方を考えていかなければいけないと思っています。

○山本委員／たくさんの分析ありがとうございます。多くの目標値が達成できていないと思います。例えば9ページの退院率、サービス利用の本人に関するアウトカムの実績が特に低いと思います。理由は様々あると思いますが、障害者御本人のアウトカムを改善するための現実的・実質的方策が出せるよう詳細分析をこれからお願いしたいです。具体策を分析できる項目をこの後の調査では検討いただきたいと思います。

○江澤委員／項目ごとに目標値が示されていますが、今後に向けて科学的根拠を踏まえた、精緻な目標値の設定をお願いしたいと思います。目標を達成すればマル、そうでなければバツではなく、各地域で障害者の支援に支障がないのが重要です。また目標達成できていない地域の分析も必要になるかと思っています。新たな構想は、「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会でも、大都市型、地方都市型、過疎地域型に区分して検討しています。ようは地域の実情を見て地域別に提供体制をつくることとなるので、全国一律の目標値は今後なじまないと考えています。当然各地域の

人口推計、社会資源の設置状況によって異なるべきものだと思います。項目によっては各市町村、各圏域で体制確保というの也有ります。各市町村に設置するのは理想的で望ましいことですが、今後の人口減少社会、既に人口の少ない地域においては、例えば近隣の地域同士で相互協力し、体制確保するとか、そういう工夫をしなければと思います。こういったことは、在り方検討会でも議論されています。また精神疾患を有する入院者数も経年的に減少しています。令和2年28万8000人、令和5年26万6000人と、3年間で2万人強、減っています。入院患者に占める高齢者の割合は66%と、3分の2になっており、そのほか退院後の行き先も、1年未満は半数ですが、家庭で、5年以上はその他（死亡を含む）となっています。

各疾患ごとの退院率も違います。したがって退院率の目標値も背景を勘案すべきだと考えています。第8期の目標値設定にはデータに基づいて地域実情に応じた地域別目標率の設定が必要だと思います。このように要望しますが、事務局から何かコメントがあればお願いします。

○本後企画課長／今の江澤委員のコメントとして、現段階で具体的に何らか申しあげられることはありません。ほかの委員からも様々貴重な指摘をいただいています。今後、第8期目標設定、具体的にどうしていくかについては、案をお示ししながら、秋以降、具体的に御議論いただくことになると思います。その際には様々意見交換していきながら決めていきたいと思っています。

○菊池部会長／これで皆様から御意見を承りました。

よろしいでしょうか？

ありがとうございます。

計画については今後も議論する機会があります。本日は様々な御意見を賜りました。

事務局におかれても御検討をお願いします。多くの皆さまから御発言をいただきましたが、質の評価とか、地域生活から見た評価、利用者目線とか、そのような話が多かったと思います。最後に江澤委員から2040のサービス提供体制の在り方が、介護だけではなく、障害、子どもと地域ごとに大きく見直されていくという方向性が見えてきましたが、実は地域共生社会の在り方検討会では相談支援体制の在り方についても、地域の特性に応じて見直していくという方向性が中間まとめで出ていましたので、その意味でそれらと計画とのすりあわせ、今後の計画の在り方がどうなるのか、少し大きな課題かもしれませんが、ここでも議論させていただければと思っています。

計画については今後も議論させていただきます。

続きまして資料2～6について、さらに皆様から御意見等をいただければと思います。御発言については、時間が半分を過ぎていますので、簡潔にお一人1分ないし2分程度を目安にお願いいたします。まず、会場の皆様から挙手をお願いいたします。

先ほどと逆の順番で。

○佐々木委員／療育手帳の在り方の検討状況について。昭和48年の療育手帳制度の施行から、私どもは一環して法定化を求めてきましたので、本件には極めて重大な関心を寄せています。

今回の研究事業も私どもの会員が協力体制を敷いておりぜひとも研究成果を生かして、全国統一的な判定基準を推進していただきたいと思います。ただ、都道府県によってかなり規準が違ったり、軽度な方たちが今まで使っていたサービスや助成制度を使えなくなるなどの不利益にならないことが大前提となるので、その点御留意いただきたい。

また判定基準の統一化は知的障害を定義することにも繋がることから、今後知的障害者福祉法における知的障害の定義や療育手帳の位置付けについても検討を進めていただきたいと思います。

○丹羽委員／療育手帳の在り方について2点質問します。1点目は資料2の6ページに国際的な定義を踏まえた判断基準とあります。インクルーシブ教育においても国際的な基準を射程に入れながら検討されるのでしょうか。

2点目は今後の進め方の1つめの丸に、様々な制度やサービスに影響、とあります。そもそも自立支援法、総合支援法、重層的支援体制というのは障害者手帳によらないシームレスでユニバーサルな制度として国が展開してきました。そういう経緯の中で、この検討会の中では、障害者手帳そのもののあり方に意見や議論はあったのでしょうか。以上です。

○本後企画課長／最初のインクルーシブ教育においても、の点、これはあくまで療育手帳のあり方、その判定方法として、国際的な国際疾病分類の考え方に基づいてどのように設定するかの議論です。また、インクルーシブ教育の中での対応は、これは文部科学省等々で検討されることだと考えています。

2点目、若干、申し訳ありません、御質問の趣旨が理解できていません。

○丹羽委員／資料の中で、統一化による関連諸施策への考え方や、さまざまなサービスや制度に影響

のある、比較的軽度な精神障害者の、とありますが、そもそも、今障害福祉、障害のある人たちへの支援は、障害支援区分をはじめ、手帳にはよっていません。

それにもかかわらず、手帳を位置づけることで逆に支援策のあり方が云々となるのであれば、そもそも障害者手帳、療育手帳だけではなく、障害者手帳そのものについて検討会の中で意見や議論があったのでしょうかという質問です。

○本後企画課長／失礼しました。

今回資料で示している統一化による関連諸施策への影響について。これは具体的に申し上げますと、例えば、所得税等であれば、障害者控除の認定をするにあたって、税務当局で手帳を参照している例があるのかどうか。それを、調査の中で調べています。実際には、制度の中では手帳を参照することにはなっていないと、調査研究の中でも言われています。現場では手帳を参照することでそれにかえる、取り扱いもされているということです。これは、今の様々な手帳をめぐる制度の中でどのように手帳が運用されているか、各制度を調べたうえで、どのような影響があるのか、検証していく必要があると調査研究の中でまとめていただいています。その点を今後さらにしっかりと検討していきます。

○丹羽委員／ありがとうございました。わかりました。

○樋口委員／療育手帳制度を、全国統一的な制度にすることには異議はありません。

統一化により不利益となる障害者がいないように十分な検証等を行った上で実施していただきたいです。

○竹下委員／まず、資料2について。

知的障害者だけの問題ではなく、重複障害者、とりわけ私が気になるのは視覚障害をともなう知的障害者については、極めて慎重、あるいは特別な配慮が必要だと思います。すなわち、コミュニケーションをとる場合、あるいは教育をする場合、生活を維持する場合、すべてにおいて、視覚による情報を獲得できない知的障害者への支援は、非常に特殊、あるいは特別な配慮が必要と理解しています。したがって手帳の基準もそうですが、支援の問題を検討するときには、ぜひ重複障害の方も念頭においた検討をしていただくために、そういうところに関わってる方からのヒアリング、または検討のメンバーに入れることをお願いしたい。

もう1点は、WHOの規準を参考にするは大いに賛成ですが、そうであれば、身体障害者全体についてもそのことは十分に検討されるべきと思っています。

視覚や聴覚においては、日本の基準は、国際的な基準と大きくかけ離れていることをこの際ですので、あわせて検討していただきたいとお願いしたいと思います。

資料3と5の関係について。

検討会の構成メンバーを見ると、身体障害者の構成員が含まれていない、あるいは非常に弱いと言いますか、そういう状況になっていると思います。今さら検討員に加えるということにならないとすれば、身体障害者の団体等からのヒアリングを十分にやっていただくことをお願いしておきたい。

もう1つ、質問ですが、3と5の検討結果が、中間とりまとめもされているようですが、今後、これらは部会における議論との関係ではどういうふうに結びつくのかについて説明をお願いしたいです。以上です。

○本後企画課長／まず、資料3、2040年に向けた検討、これは、今説明したとおり、高齢者を中心とした議論から障害者、それから保育に広げながら検討を進めています。具体的には、中山間地、人口減少地域でのサービス提供のあり方。それから、例えば人材確保、あるいはサービスにおける生産性向上などがテーマに入っています。

この検討会の内容を踏まえて部会にお諮りする事項がありましたら、資料としてまとめ、お諮りしていくということです。

○伊藤障害福祉課長／資料5、施設検討会について。昨年度の施設のあり方に関する調査研究については、入所施設を実態調査しています。知的障害者の方、身体障害者の方の多い施設両方入っています。また施設のヒアリング、当事者のヒアリングも行っています。種別割合に応じてですが、身体障害者も対象となっています。今後ですが、この検討会の成果については、今後障害福祉計画の基本指針、次期報酬改定にもつなげていくことを考えています。特に障害福祉計画の方針見直しに関しては、当部会との関係になります。こちらにも結果について報告する予定です。

○吉野委員／1つめ、資料2、療育手帳の在り方について。統一は賛成ですが、竹下委員からもおっしゃったように、きこえなくて知的障害などの重複障害者は、それぞれ異なりますので、十分に検討して話し合っていただきたい。もう1つ、聴覚に関して国際基準と差があります。今年11月15～

26日、東京でデフリンピックが開催されます。参加条件として55dBから参加できますが、身体障害者手帳は70dB以上とかなり差があるので、この状況を踏まえて今後検討していただきたい。2つめ資料4。成年後見人制度について。構成メンバーを見ると、なぜか知的障害、精神障害、発達障害の関係だけで、聴覚障害者、きこえない当事者はヒアリングもない状態です。それがどうしてなのか知りたい。私の解釈では、成年後見人をきこえない人は使わないという意味で、委員から除外されているのか。実際は成年後見人制度の利用者はたくさんいます。その辺りも実態とずれており、納得できないので、見直す際はきこえない当事者の意見を入れるのが大事です。次のヒアリングにはぜひ入れてください。構成メンバーに入っていない理由を教えてください。もう1つ、資料5、障害者施設関係。そこに構成メンバーを見ると、竹下委員からもありましたが、当事者が入っていません。当事者の構成員、3人とありますが、これはどういう障害なのかを教えてください。実際、全国にきこえない方や重複障害者の施設は多々あります。しかしこの構成メンバーにはいないのはなぜなのか。障害当事者を、きちんとヒアリングに入れることが大切です。手話の施策にも関係すると思いますがなぜ入っていないのか、理由を教えてください。

○羽野地域生活・発達障害者支援室長／成年後見制度の検討については法務省で検討されています。法制審議会部会で審議されています。資料を説明すると、資料4の5ページにヒアリングのことも書いてあります。一番下のところです。認知症、知的障害、精神障害、発達障害の当事者団体を含めてヒアリングを行ったと書いてあります。これまでやってきたヒアリング対象はそういうことでしたが、吉野委員が言われたように、法務省としては今後もヒアリングを続けていきたいという意向を持っていると聞いています。すでに吉野委員の団体にはヒアリングの件で相談されていると聞いていますので、法務省としても吉野委員の団体と御相談しながら進めていきたいということです。

○伊藤障害福祉課長／検討会の当事者構成員は、知的障害の方でかつて入所施設に入っていて地域移行された方に御発言いただいています。残りについては、竹下委員に御回答したとおり、昨年の調査研究については全国の入所施設、当事者の方を含めてヒアリングしています。障害福祉計画の見直しについては、この検討会の一定のまとめを、この部会に報告し、御議論いただきたいと思います。

○吉野委員／当事者や当事者団体が入っていない理由は何ですか？

○伊藤障害福祉課長／限られた構成員の中でということですが、理由としては資料3、3ページ、昨年の調査研究に引き続きということで、昨年の委員、調査研究に協力の団体の皆様に引き続き今年も参加いただいているのが経緯でございます。

○吉野委員／よく理由がわかりませんが。

○竹下委員／吉野さんの質問と僕のとは重なっていますから。率直に言って大きな問題はごまかしたらあかんと思います。

当事者が入っているといいますが、どういう当事者ですか？聴覚障害者、視覚障害者、身体障害者が入っているとこれでわかりますか？それを質問しているんじゃないですか。

○伊藤障害福祉課長／繰り返しになりますが、今年7年度は資料2の2ページの構成員の中に、当事者構成員が書いてあります。

それについてどういう障害の方ですか？という質問が先ほど吉野委員、今、竹下委員からもありました。そこに関しては、障害種別は知的障害者の方で、かつて入所施設に入っていて、地域移行を果たされた方と。それ以外の障害種別について話を聞いていないのかについては、先ほど答えました、3回目になりますが、全国の施設の実態調査をしているので、知的障害が多い施設などそれぞれの割合に応じて調査、ヒアリングをしていると繰り返しご説明したとおりです。以上です。

○吉野委員／割合が多いところの調査を行い、少ないところは省くという考え方はおかしいと思います。どの施設も当然、視覚・聴覚障害の人が使っていると思いますので、実態をきちんと調査することが国の責務だと思います。次の機会にはきちんと盛り込んでほしいです。

○菊池部会長／御要望としては承ります。

○野村障害保健福祉部長／障害保健福祉部長でございます。今回の在り方検討会は、衣替えに関して、昨年地域移行、いろいろ課題がありましたが、知的障害の方を中心に当事者として構成員に入っていたということ。この会議、検討会も今後も続けていくことになります。昨年の調査研究のうえでも、各種ヒアリングに御協力をいただきました。この検討会を進めるときにも参加者プラスということで、ヒアリングなどの機会を盛り込めないかと考えています。

○菊池部会長／合意に向けてよろしくお願いします。各政府の委員会、すべて、いろいろなニーズをお持ちの方、団体に委員として参画していただいているかということ、たぶんそうではないのではない

かと、私も認識しています。そこで会議体に参加していただくケース、そして残念ながらそれがかなわない場合にはヒアリングや様々な形の調査などで、御意向、御意見を承るやり方、さまざまあり得るところです。私も関係しているところでは、最近、高額医療費について大きな議論になりました。そちらに参画していますが、完全に御満足というよりも、意見をきちんと受け止めていただく、受け止めてもらっているという感覚を持っていただけるような工夫がやはり必要なんだろうなど。最終的にできあがった仕組みや制度とは別にプロセス、手続も重要だと思います。

今の御意見も踏まえて、今後のあり方に向けて御検討いただければと思いますので、よろしく願いいたします。

逆サイドの皆さまから。

○櫻木委員／3点ほど簡単に。

成年後見に関して、きめ細かにやる方向性については私は賛成です。ただ成年後見制度に現場で立ち会ってる立場からいうと、なかなか後見人、あるいは補佐人の指定が進みません。1つは、家庭裁判所の機能がかなりいっぱいいっぱいパンクをしていることがあります。

これは障害者部会での議論ではないですが、家庭裁判所の機能について、やはり考えていただく必要があると思います。後見人、補佐人に関しては、今、身上監護に限って判断されているということです。医療に関して、なかなか同意というようにはいかないのですが、例えば手術をするとか、最終段階の判断をするところまでいなくても、例えばワクチン接種等に関してある程度カバーしていく制度にさせていただくと、かなり医療の現場としては助かると思っています。

2点目、療育手帳について。IQだけではなくて、適応の程度にも勘案して見ていくのは賛成です。資料でいうと、資料2の4ページ。

知的障害者は必ずしも発達障害があるわけではないですが、発達障害の方をどのようにみていくかは大事な視点になります。

区分数が6～7は、発達障害も考慮していますが、それより小さな区分は発達障害が拾い切れていないように思いますので、そういう視点も考えていただきたいと思います。

最後、今議論のあった、障害者支援施設の在り方検討会について。確かこれは、事前レクのときに初めてこの話を聞いたと記憶しています。去年、調査研究がされて、今年検討会が始まることについて、かなり早い段階で障害者部会に相談いただけていれば、吉野委員から出てきたような話はもっとクリアになったのではと思います。その辺を今後考えていただければと思います。以上です。

○小阪委員／後見人制度について。これは、検討するに当たっても難しい部分がたくさんあると思っています。私の法人からも理事を検討委員へ配置させていただいています。

成年後見制度でも、会議体だけではなくて、関係者団体にヒアリングをしていただいています。受療行動調査のように、患者さん本人、後見制度では利用する本人に対してきちんと調査を実地して政策に反映すべきだと思います。ヒアリングだけでは私は不十分だと思っておりまして、非常に繊細な制度だと思います。

○菊池部会長／では、オンラインで御発言をお願いします。

○小林委員／療育手帳の話で感想のみになります。

児童相談所から、判定業務をしていました。

療育手帳の在り方について、この部会で課題としてお話しさせていただいた経緯があります。それから、療育手帳のツールや統一化についての研究者として関わっている経緯があるので、一言お話をしなければと思い、挙手しました。佐々木委員や樋口委員からは、エールをいただいたような御発言をいただき、これから研究者とも詰めて、話をしていきたいと考えています。

竹下委員と吉野委員から聴覚障害のある方、視覚障害のある方の検査の方法等について御心配があるという話もあったと承りました。

今の段階においては、聴覚障害の方については、目で見に行くウェクスラー式の検査の一部を用いて参考値として出していく方法と、コース立方体という方法を使って行うというのをやっているのが多い検査方法だと思います。

視覚障害の方たちの場合は、耳を使って情報を提供していく形での検査を行うことと、すごく古い検査なのですが、大脇式、それを使うこともあるのではないのかなと。今回については、1つは知能検査と、適応検査と両方を使う。それにより網羅されるというか、視覚、聴覚障害の方の知的障害を判断していく検査としては適切なものにできるのではと考えています。いろいろ話を伺いながら、また研究者の方たちとも話をしていきたいと思っています。

○叶委員／私から資料5、障害者地域生活移行を含めた障害者支援施設の在り方に関わる検討会につ

いて意見をします。地域移行を進めるには重度障害のある方が安心して地域生活ができるよう、緊急時の24時間支援体制、生活が可能となる収入の保証、障害者支援施設の在り方と一緒に、地域生活支援の仕組み等も包括的に検討していく必要があると思っています。

○山本委員／資料2、4について。療育手帳の在り方については概ね、方向性は賛成したいと思いません。障害レベルや程度などは個別の特徴を捉えることが求められます。実態に沿わない判定になることで本人や家族に不利益になることは避けていただきたい。IQは高いが行動面の課題があり社会適応に困難を抱える発達障害の方々に適切な評価がどの程度可能かは懸念が残ります。統一化による懸念点を出し、非該当となる対象像やその人数、対象者のサービスのニーズやサービス利用状況など、評価についても実装の段階で考えていただきたい。

資料4、成年後見制度の見直しは、4ページの現状及び課題を考えると、人材確保と質の担保が重要。対象者の特性に応じた、市民後見人の更なる養成推進及び意思決定支援を支える人材育成についても十分検討して欲しいと思います。

○菊池部会長／ほかにはよろしいですか？

ちょうど時間もまいりました。

本日はここまでにしたいと思います。様々な御意見、ありがとうございました。

最後に、今後のスケジュール等について、事務局からお願いします。

○本後企画課長／本日は御多忙の中、御議論ありがとうございました。次回の部会については、追って事務局よりお知らせいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○菊池部会長／本日はこれで閉会します。

お忙しい中、ありがとうございました。お疲れ様でした。