

難病をもつ人の地域生活と障害者計画

難病をもつ人の地域自立生活を確立する会

山本 創

障害福祉計画策定に向けた手順について

国全体のサービス利用者の将来推計

平成17年12月

国の基本指針の策定

平成18年春

内容 ・基盤整備の基本的な考え方
・サービス量の見込み算定のガイドライン
・都道府県、市町村の障害福祉計画策定の手順
(ニーズの把握、意見聴取等)

平成18年春～夏

都道府県、市町村が障害福祉計画の策定を開始
(障害者や事業者の意向把握、サービス利用の見通し)

平成18年秋

国が都道府県、市町村のサービス量の見込みを集計

平成19年
3月まで

都道府県、市町村の障害福祉計画の策定

国の示したサービス利用者の将来見通し

推計結果のポイント

新制度の障害福祉サービスについて、以下の3つに区分して推計

- ・訪問系サービス(ホームヘルプサービス)
- ・日中活動系サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、地域活動支援センター等)
- ・居住系サービス(施設入所、グループホーム・ケアホーム)

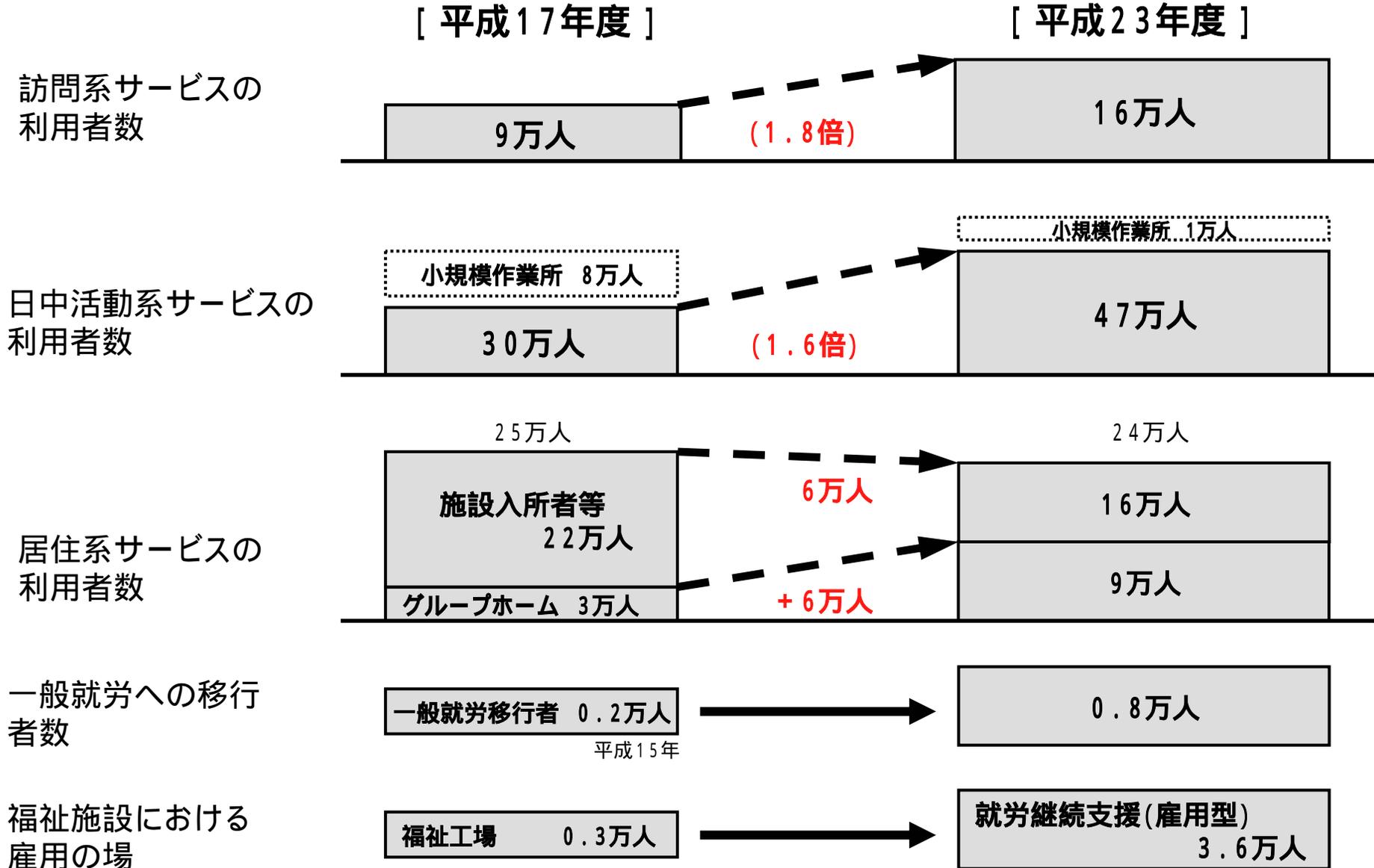
訪問系サービスについては、近年の動向を踏まえ、現在、利用率が低い地域を中心に利用者が増え、**平成23年度には現在の1.8倍(約16万人)に増加**

日中活動系サービスについては、旧体系サービスから新体系サービスへの段階的移行を見込むとともに、小規模作業所利用者の法定サービスへの移行や精神入院患者の退院促進により、**平成23年度には利用者が現在の1.6倍(約47万人)に増加**

居住系サービスについては、地域における居住の場としてのグループホーム・ケアホームの充実を図るとともに、自立訓練事業等の実施に伴う入所施設定員数の減少とグループホーム等への転換、一般住宅等への移行を進めることにより、**平成23年度には、グループホーム・ケアホームの入居者が現在の3倍(約9万人)に増加**。結果として、**施設入所者及び退院可能な精神入院患者のうち約6万人が地域生活に移行する見通し**

障害者の就労については、就労移行支援事業等の推進により、**平成23年度には、福祉施設から一般就労への毎年度の移行者が現在の4倍(約0.8万人)に、福祉施設における就労の場が現在の10倍(約3.6万人)に増加**

推計結果の概要

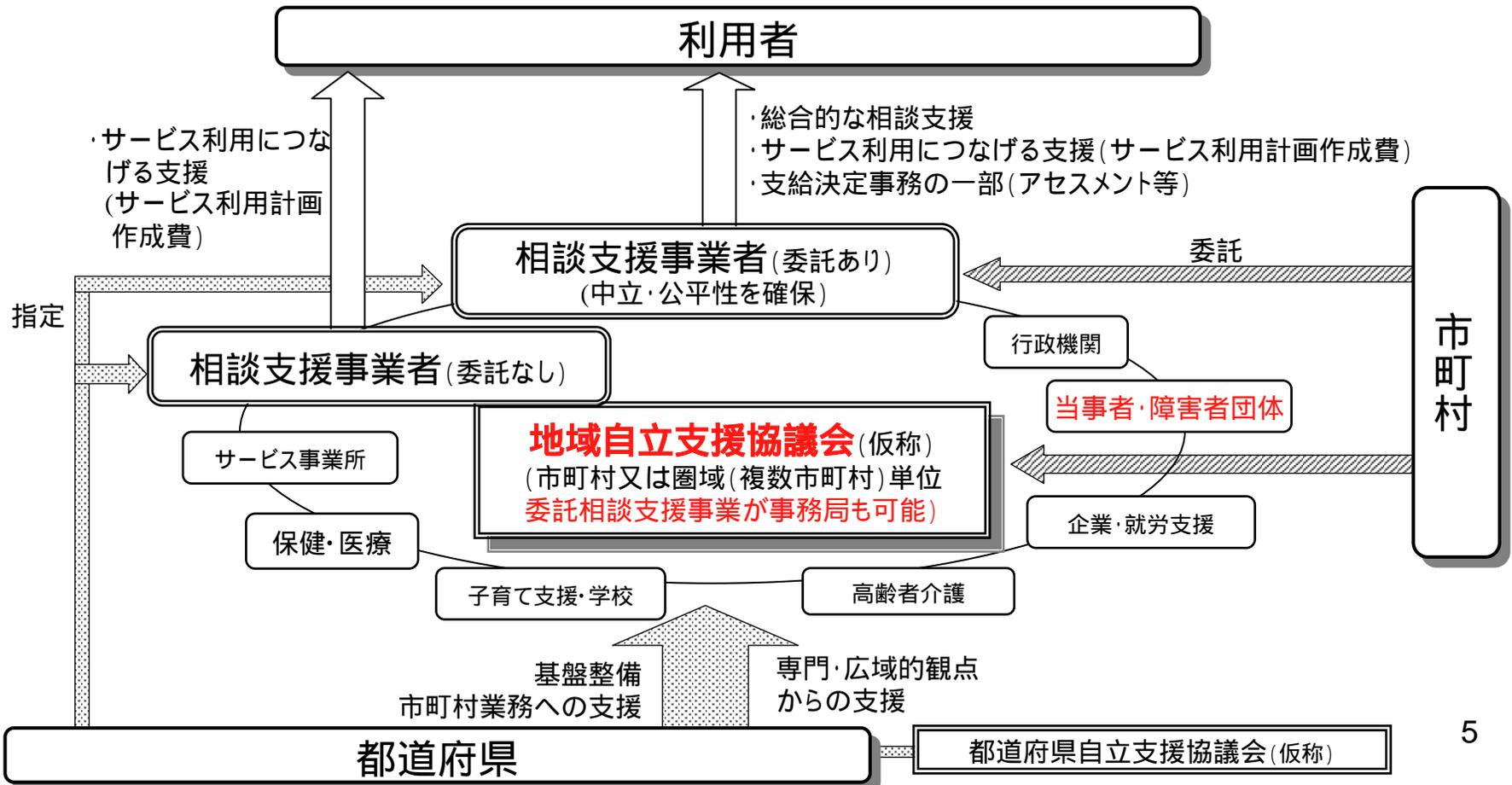


地域自立支援協議会と障害福祉計画の関係

(市町村が相談支援事業者に委託して行う場合)

地域において相談支援事業を適切に実施していくため、市町村は「地域自立支援協議会(仮称)」を設置し、次のような機能を確保。実施に当たり、個別ケースの調整会議を開くなど、多様なかたちを想定。

- ・中立・公平性を確保する観点から、相談支援事業の運営評価等を実施
- ・具体的な困難事例への対応のあり方について指導・助言
- ・地域の関係機関によるネットワークを構築



国分寺市の障害福祉計画の課題

- ・障害者福祉計画における数値目標、市民合意形成の機会、機関(自立支援協議会等)をどこで持ち、どう関わっていくか。実際実施する事業所との調整はいつ、どこで、誰がする？。ニーズ調査、障害者計画、自立支援協議会が形だけのガス抜きにならないように注意が必要。
- ・計画財政することによる予算の獲得ができるか。低い水準でできてしまえば、数値目標が今後の予算の枠を固定化することにもなりかねない。予算内の支給決定へと制限されてしまう恐れもある。柔軟さか？安定した財政か？
- ・施設からの地域移行、退院促進における数値目標のたてかた。東京都の施策推進との関係整理も必要。都外施設や市外の社会的入院における意向調査とそれに向けた地域基盤の整備をどう数値目標化していくか。
- ・地域生活支援事業の確保について。人数だけの数値目標、推計の落とし穴。義務的経費であるホームヘルプサービスを含め、市区町村における支給基準のつめも必要。

身体障害者認定基準における内部障害

- ・心臓機能障害
- ・じん臓機能障害
- ・呼吸器機能障害
- ・ぼうこう又は直腸機能障害
- ・小腸機能障害
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

* 列記する臓器にあてはまらなければ認定されない。

* すでにヒト免疫不全ウイルスの障害認定で運用されている生活上の困難さの指標においては、独自に行ったアンケートにおいて、難治性疾患をもつ人324名中、約6割の方がいずれかの症状、障害に該当。又、手帳を所持していない方がアンケート全体の対象者の中で約6割、その方の中においても4割(全体の25%)の方がいずれかの症状、障害に該当する結果を得た。

事例男性(多発性硬化症 37歳男性)2年間の症状の変動

	勤務時間帯	実働/日	独自支援の内容
03年1月7日～2月26日	10:30～17:00(週3日)	6.0時間	*NPO法人にてパート労働から開始。それまでは無職。
2月27日～3月3日	入院加療(5日間)		
3月4日～3月21日	10:30～17:00(週3日)	6.0時間	
3月22日～4月6日	入院加療(16)		
4月8日～8月29日	9:00～17:30(週5日)	8.0時間	
8月30日～9月20日	入院加療(22)		*常勤による無理がたたって、入院、自宅療養が長引く。生活に負荷がかからないように支援を検討
9月21日～12月8日	自宅療養(79)		
12月9日～12月26日	入院加療(18)		
12月27日～04年2月20日	自宅療養(56)		
04年2月21日～3月18日	入院加療(26)		
3月19日～3月31日	自宅療養(13)		*ヘルパー派遣を開始
4月1日～7月6日	在宅勤務(週5日)	3.0時間	*在宅勤務開始
7月7日～8月31日	11:00～15:30(週3日)	4.0時間	*症状に合わせた、在宅勤務と福祉的就労を組み合わせる。現在は週5日、7時間労働まで再び延びている。
9月1日～10月19日	10:00～16:00(週4日)	4.5時間	
10月20日～10月27日	自宅療養(8)		
10月28日～10月31日	10:00～16:00(週4日)	4.5時間	
11月1日～12月17日	10:00～17:00(週5日)	5.5時間	
12月18日～12月20日	入院加療(3)		
12月21日～12月31日	自宅療養(11)		

入院までの症状

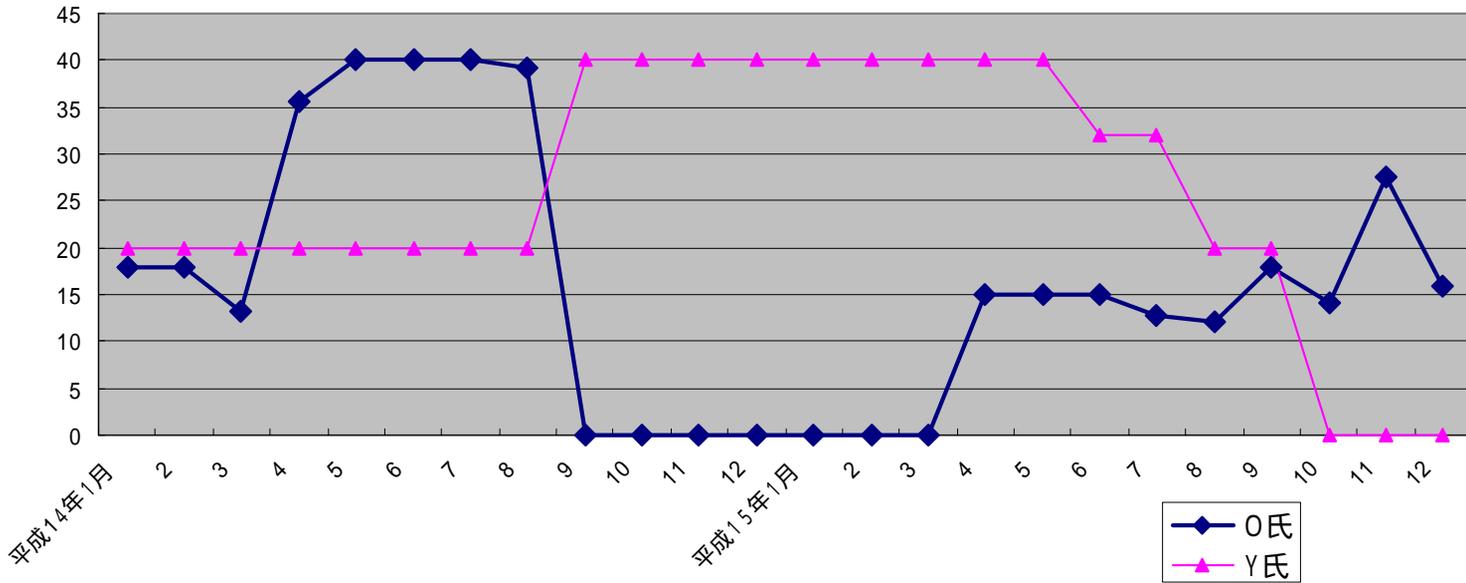
5段階の自己評価

	しびれ		痛み		歩行バランス・脱力	視覚		その他に加わる症状
30日前	左半身	2	頭部	2	左足ひきずる歩き方	時折かすむ	2	
20日前	左半身、頭部	2	頭部、脊髄	2	歩行、バランスやや難	複視	2	痙攣発作
14日前	全身	3	頭部、脊髄	2	立ち姿勢困難	複視、見にくさ	3	企図振戦
7日前	全身	3	頭部、頸部、脊髄	3	歩行困難、這う	複視、見にくさ	4	排尿障害
3日前	全身	4	頭部、頸部、脊髄	4	全身動きがやや難	複視、見にくさ	5	嚥下障害、呼吸障害
入院	全身	5	頭部、頸部、脊髄	5	全身ほとんど動きなし	複視、見にくさ	5	

1週間の就労時間の変動

週の可能な総
労働時間数

症状と就労可能な時間数



自宅療養時のウィークリープラン（週17時間の家事援助）

	月	火	水	木	金	土	日
10時	自宅療養	自宅療養		自宅療養	自宅療養		
11時			家事			家事	家事
12時							
13時			自宅療養			自宅療養	自宅療養
17時							
18時							
19時	家事						
20時	自宅療養						

就労再開時におけるウィークリープラン

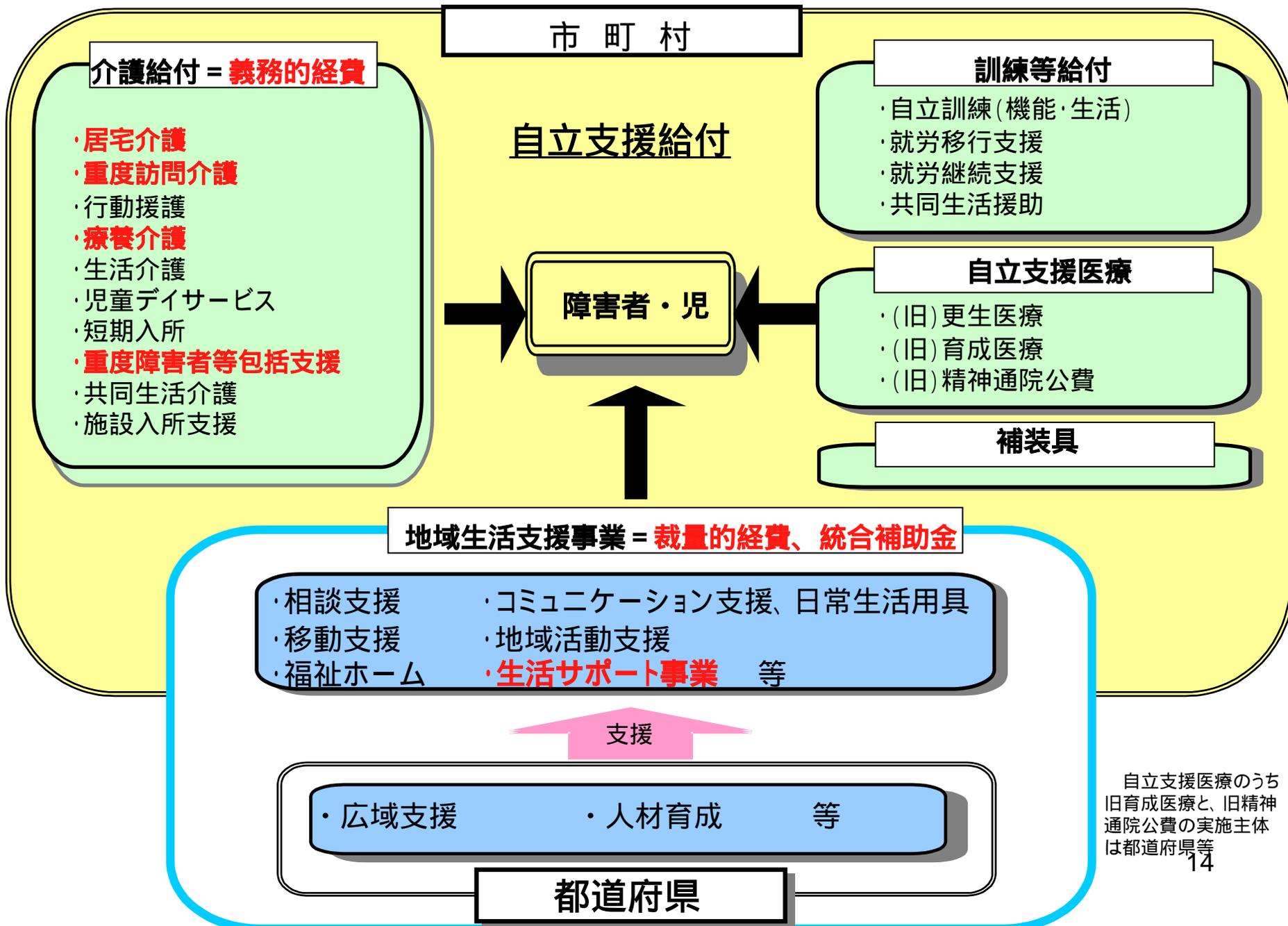
週 2 1 . 5 時間 (4 . 5 時間増分の体力的軽減を就労や余暇活動に当てる)

	月	火	水	木	金	土	日
7 時	起床 家事						
8 時							
	通勤	通勤	通勤	通勤	通勤	休憩	休憩
9 時	セルフヘルプ活動	セルフヘルプ活動	セルフヘルプ活動	セルフヘルプ活動	セルフヘルプ活動	家事	家事
1 2 時							
1 3 時						休憩	休憩
1 7 時							
	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅		
1 8 時	家事						
1 9 時	休憩						
2 0 時							

私達の地域生活に必要なこと

- 1、障害認定等の「制度の谷間」の問題においてはケア会議や相談支援自立支援協議会等を通じた困難事例の共有化、社会資源の改善、開発、市区町村や都道府県の障害者計画、障害認定等の施策へのフィードバックが重要。ない制度でも必要な社会資源は創る！資源開発型のケアマネジメント、ソーシャルワークが今後を決める。現場からの積み上げを。
- 2、療養や医療的側面も重要であるが、そのことだけで完結しないように。社会参加、自己実現といった、生活全体を踏まえたうえでの支援が重要。療養生活から地域生活へ。家の中に閉じこもった生活は地域生活ではない
- 3、本人意向に基づく自己実現、セルフマネジメント、エンパワーメントを基本としながら、体力的な制限がかかるケースでは、限られた体力をどこに配分し、必要なサービスを調整できるか。家事援助も生活、就労支援！
- 4、希少性等に配慮し、ピアサポート等の社会資源にいかにつなげるか。
- 5、基礎疾患の持つ症状の波に合わせた柔軟なサービス調整ができるか。体力的制限等をいくら配慮しても、疾患自体の症状の波や進行がある。気長に、長いスパンで、地域で「育つ」支援環境の整備を。

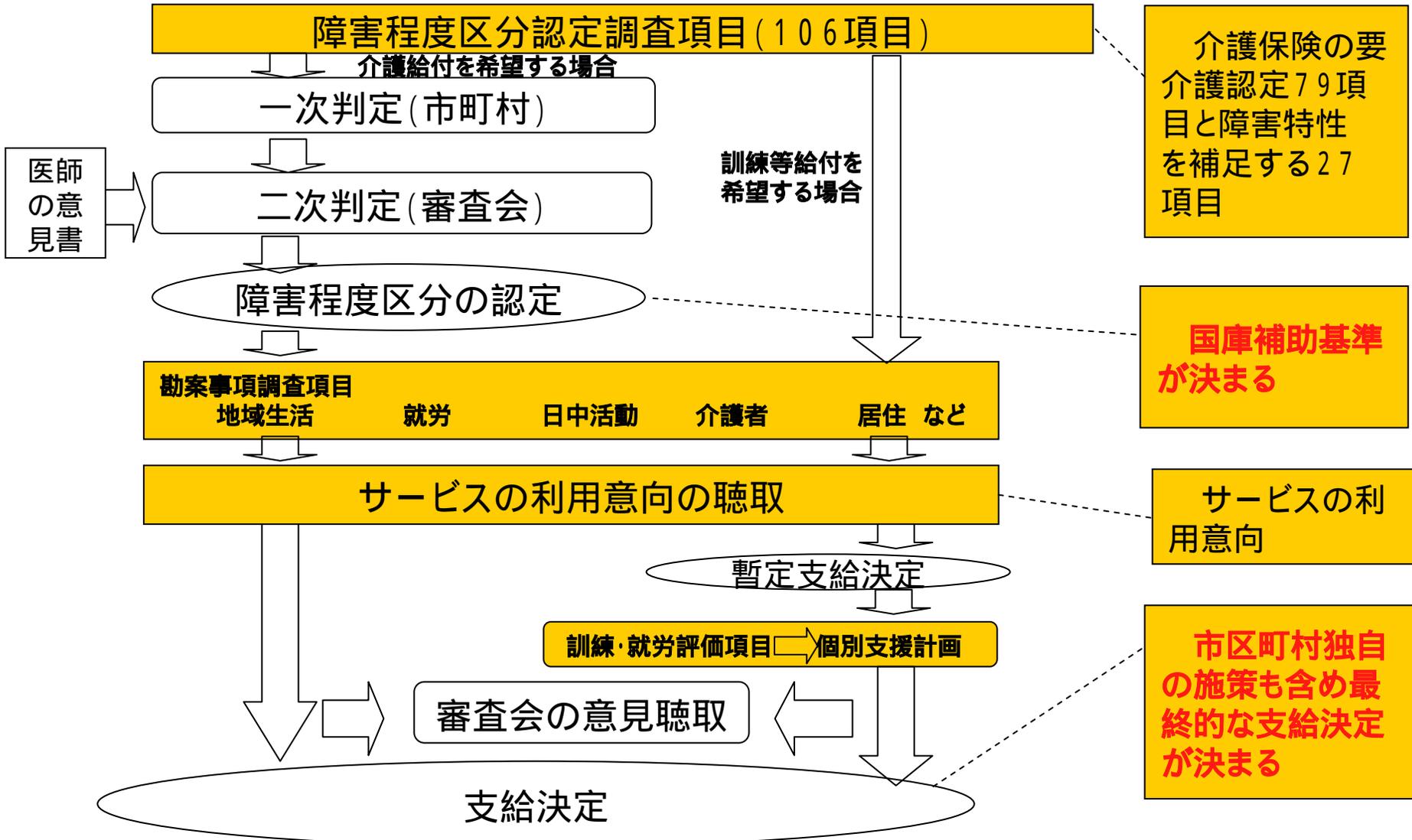
(障害者自立支援法の体系図)



自立支援医療のうち旧育成医療と、旧精神通院公費の実施主体は都道府県等

支給決定について

障害者の福祉サービスの必要性を総合的に判定するため、支給決定の各段階において、障害者の心身の状況(障害程度区分)、**程度区分はあくまで国庫補助基準の尺度**、サービスの利用意向、**市区町村独自の施策も含め最終的な支給決定はここで行われる**



新しい訪問系サービスの利用者像

	生活サポート事業 (地域生活支援事業)	居宅介護	重度訪問介護	重度障害者包括支援
利用者像	介護給付の対象外の者であって、サービス提供に相応しいと市区町村が認めた者	障害者	重度の肢体不自由者であって、常時介護を要する障害者	常時介護を有する障害者であって、その介護の必要の程度が著しく高いもの
	介護給付の対象外となる者であって日常生活に関する支援、家事に対する支援などを行わなければ、本人の生活に支障をきたす恐れがある場合	障害程度区分が区分1(要支援程度)以上であるもの	障害程度区分が区分4(要介護3程度)以上であって、下記のいずれにも該当するもの ア)二肢以上に麻痺があること イ)障害程度区分の認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「できる」以外と認定されていること	障害程度区分が区分6(要介護5程度)に該当する者のうち意思疎通に著しい困難を有するものであって、以下に掲げる者 重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺があり、寝たきり状態にある障害者のうち、下記のいずれかに該当する者 ア)気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者 イ)重度知的障害者 障害程度区分の認定調査項目のうち行動関連項目(11項目)等の合計点数が15点以上である者