

2008年7月15日

社会保障審議会・障害者部会
 部会長 潮谷義子 様

「障害者自立支援法」の部分的見直しではなく、 「地域での暮らし」を権利として実現する法制度を ～「どんなに重度の障害があっても地域で暮らせるように」～

特定非営利活動法人 DPI (障害者インターナショナル) 日本会議
 事務局長 尾上 浩二

1. どんなに重度の障害があっても暮らせる地域生活サービス・財源の充実を

(1)見直しの基本視点

①どんなに重度の障害あっても地域での生活が可能になるように

- 1970年代からの当事者運動の歩みとノーマライゼーション
 - 「保護・更生」から「自立・権利」
 - 施設から地域自立生活（「施設から地域」へは別に「自立支援法」のオリジナルではない）
- 障害者権利条約の批准に対応できる水準の議論を

～障害のあるすべての人を対象に、「他の者（障害のない人）との平等」を基礎に、「自立生活・地域社会へのインクルージョン」（第19条）等が提起されている

【地域生活をめぐる二つの軸（Kent Ericsson による指摘）】

- 施設支援か、地域支援か
- 能力を重視した視点か、市民としての視点か

→市民としての視点からの地域支援（表のD）こそが、ノーマライゼーション、権利条約の方向

	能力を重視した視点	市民としての視点
施設支援	A	B
地域支援	C	D

住宅（地域生活）サービスの2つの視点 Kent Ericsson (『脱施設化と地域生活』中園他訳より)

【障害者権利条約 第19条】

第19条 自立した生活（生活の自律）及び地域社会へのインクルージョン

この条約の締約国は、障害のあるすべての人に対し、他の者と平等な選択の自由を有しつつ地域社会で生活する平等な権利を認め、また、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョン及び参加を容易にするための効果的かつ適切な措置をとる。このため、締約国は、特に次のことを確保する。

- (a) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として居住地及びどこで誰と住むかを選択する機会を有し、かつ、特定の生活様式で生活することを義務づけられないこと。
- (b) 障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するために並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービス（パーソナル・アシスタンスを含む。）にアクセスすること。
- (c) 一般住民向けの地域社会のサービス及び設備が、障害のある人にとって平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害のある人の必要に応ずること。

②「施設から地域へ」「（親元等の）在宅から地域へ」～二つの地域移行推進の必要性

- 「施設待機者」をどう見るか？～施設への入居を「待っている」のではなくて、地域での生活が困難になった状態であり、「地域生活継続のための支援を求めている者」と捉えた上での政策を
→【障害者部会 2008年6月9日資料】9344人が地域移行したが、他方で、新規入所が18,556人～入所施設に行かなくても、地域で生活し続けられる支援の仕組みや基盤整備が必要
- 「親亡き後の施設」ではなく、「親が元気な内から自立できる地域支援の仕組み」を

(2)重度障害者の地域生活サービス・財源充実を

★「もっと普通に暮らせる地域社会」を掲げる「自立支援法」だが、同法の施行で、実際には重度障害者の地域生活に不可欠な重度訪問介護や移動介護等の社会資源が枯渇するような状況が生まれている。

①当事者主体の地域生活支援サービス～重度訪問介護の拡大と人材確保のための報酬単価見直しを

- 障害者の主体性のもと、(居宅内外を問わず、いわゆる「見まもり」等も含み、その人のニーズに柔軟に対応して)切れ目なく使える地域生活支援が必要～パーソナル・アシスタント・サービス。
- 現行の重度訪問介護を知的や精神障害者にも拡大するとともに、サービス提供のための人材確保の方策を～緊急を要する報酬単価の見直し→【資料 重度障害者介護アンケート調査】

②移動介護を個別給付に、少なくとも地域生活支援事業の必須事業の費用の2分の1の国庫補助を

- 障害者の社会参加、知的障害者の自己決定支援にとって重要な移動介護
- 移動介護が個別給付から外され地域生活支援事業になり自治体任せに一広がる自治体格差、移動支援への上限設定
- 障害者の社会参加が大きく後退しかねない危機的状況をふまえ、移動介護を個別給付に戻すとともに、当面、少なくとも地域生活支援事業への2分の1国庫補助を

③「地域での住まいの場」としてのグループホーム・ケアホームの見直し

- 本来の4～5名程度の「地域での住まいの場」としての位置づけで運営ができる基準への見直し
- 個別ヘルプの利用の保障～「緊急措置」で認められた拡大を恒久的なものに

④重度障害者の長時間介護サービスを支えるために真の義務的経費化を

- 「自立支援法」の制定の趣旨として「障害者福祉サービスの義務的経費化」が言われたが、介護サービス等の財政は障害程度区分ごとの国庫負担基準の範囲内でしか、国庫負担金は支払われない
- 介護サービスの国庫負担基準問題－基準を超える部分は自治体単費負担となってしまう仕組みの問題。→自治体がサービスに要した費用の2分の1を国が責任を持って負担する仕組みを
- スウェーデンでも長時間介護サービスは、基礎自治体からではなく全国レベルの財源で賄う仕組み
- 長時間サービスに要した費用の義務的保障を
都道府県に基金を創設して調整する等も含めて、重度障害者の長時間サービスを賄える財源保障を

2. 国際的な障害者政策の議論の水準をふまえた制度設計を

- 2009年見直しに当たって、次のような広範囲に渡る論点、検討項目が考えられる

(1)国際水準に見合った対象（「障害者の範囲」の見直し）と理念を→【別紙 資料】参照

①「障害者の範囲」の見直し～障害のあるすべての人に必要なサービスを

- 権利条約の第1条「社会への完全かつ効果的な参加を妨げられる者」
- 障害者の範囲見直し～障害者手帳所持を要件とせず、いわゆる発達障害、高次脳機能障害、難病等も含めて、この法律の支給決定プロセスで福祉サービスの必要性が確認された者を対象とすべき

この法律〔注：障害者総合福祉サービス法（仮称）〕においては、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の所持にかかわらず、身体的、精神・知的障害にともない、他の者との平等を基礎として社会への完全かつ効果的な参加を妨げられている者（児）であって、この法律のサービスが必要であると支給決定において認められる者（児）を対象とする

②障害者の自立と社会参加を権利として～権利条約との関係から

- 障害者権利条約では「障害のあるすべての人に対し、他の者と平等な選択の自由を有しつつ地域社会で生活する平等な権利を認め、また、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョン及び参加を容易にするための効果的かつ適切な措置」を、各国政府に求めている。
- 「自立支援法」の第1条にある「能力と適性に応じた自立生活・社会生活」の規定の見直し
 - 「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与すること」（障害者自立支援法第1条後半）
 - 「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い」（同第1条前半）

この法は、障害のあるすべての人が、障害のない人との平等を基礎として完全に社会に参加することが可能となるよう、必要な支援サービスを市町村が提供すること、及び国等が財政的にそれを支えることを義務付けることを目的とする

(2)支給決定プロセスの見直し

- ① 一人ひとりのニーズに基づく支給決定～本人の意向に基づき、環境的要因や社会参加の制約等も含めた協議・調整による決定できる仕組みが必要
- ② セルフマネジメントと PC-IPP (本人中心個別サービス提供計画) や本人のエンパワメントの仕組み

(3)施設から地域自立生活移行

- ① 精神病院からだけではなく、入所施設からの地域移行の促進の仕組みを
- ② 病院・施設に「入院・入所」している者を対象に、外泊時や自立体験時に個別のヘルプを利用できるような「地域自立生活移行給付」のような「経過的給付」を
- ③ ピアサポートや自立体験室等の地域での自立生活をイメージできる支援の仕組みを
- ④ 地域での住まいの確保～住宅政策との連携

(4)権利擁護とエンパワメント

- ① 権利擁護機関の設置～「障害者差別禁止法」との関連
- ② エンパワメント事業の創設を～自立生活センターやピアサポート等の事業化

(5)費用負担

- 「応能負担」の仕組みを基本とし、費用負担の対象者は障害者本人を基本に
- 費用負担の対象項目は、食費・光熱水費の利用者の直接的な生活に要するものを中心に構成、サービスにかかる人件費等は別項目化等

(6)地域生活基盤の重点整備と財源確保

- 障害者予算を他の他の先進国並の水準に～国民負担率が低いアメリカの2分の1状態からの脱却を
- 「地域間格差」といわれる問題は、結局は、地域生活の基盤整備状況によるもの。地域生活基盤の重点的な整備が進む仕組みと財源を

障害者総合サービス法骨子 特集

DPI日本会議は、障害者自立支援法の部分的「見直し」ではなく、障害当事者の視点に立った「障害者の自立と社会参加を実現する法制度」について、研究と検討を重ねてきました。今回、そのまとめとして「障害者総合福祉サービス法（仮称）の実現に向けての提言」を発表しました。

あら 新たな福祉サービスをめざして

DPI日本会議 議長
みさわ さとる
三澤 了

「障害者自立支援法」が、2006年から実施されている。法案検討の過程から、法の理念・目的、法の対象、サービスメニューのあり方、支給決定の方法、費用負担の仕組み等々について、多くの問題点が指摘されていた。2006年10月の「障害者自立支援法」の完全実施2ヶ月後には、早くも修正の動きが起こり、さらに1年後の2007年9月以降は、与野党ともに自立支援法の「抜本的な見直し」を叫ぶ状況になっている。しかしながら、ここで言われる「抜本的な見直し」というものは、費用負担に関する部分的な修正が主となるものであ

り、利用者本位で、すべての障害者の地域生活を支える仕組みへの方向性が伺えるものとはなり得ていない。

一昨年12月に制定された障害者権利条約では、その第19条<自立した生活及び地域社会へのインクルージョン>の項に、「障害のあるすべての人に対し、他の者と平等の選択の自由を有しつつ地域社会で生活する平等の権利を有する。」とし、「障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するため、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居

たくサービスその他の地域社会支援サービス
(パーソナルアシスタンスを含む。)にアクセ
スすること。」を確保するものとしている。こ
うした規定を踏まえて、DPI日本会議としては、
障害者自立支援法を土台とし、それに部分的
な修正を施すという「見直し」とどまるも
のではない、「すべての障害者が、自らの判断
の下で、主体的な地域生活を営むことを可能
とする」支援のあり方を追求することを目的
として、「障害者の自立生活、地域社会のイン
クルーシブ化のための社会保障政策研究事業」
をたちあげ、研究活動を行ってきた。この研
究活動は、DPI日本会議常任委員会の下におか
れ、尾上事務局長を責任者とし、東洋大学の
北野誠一さん、山梨学院大学の竹端寛さんの
お二人の協力を得て実施された。イギリスや
アメリカ、スウェーデン、カナダといった国々
の、パーソナルアシスタントサービスを始め
とする、障害者の自立と社会参加を支援する
仕組みに関しては、障害当事者を含む関係者
からのヒアリング等も積極的にやってきた。

これらのヒアリングで得た知識を生かしな
がら、新たな福祉サービスにおける理念・目
的、法の対象、支給決定の仕組み等々を検証
する作業をすすめ、障害者の自立と社会参加
を実現する法制度について検討を重ねてきた。
その成果として、「障害者総合福祉サービス法
(仮称)の実現に向けての提言」をまとめ上げ
ることができた。DPI日本会議としては、この

提言を、障害当事者を始めとする多くのの方々
にお示しし、批評を仰ぎたいと考えている。
さらに、この提言の実現をめざして、各政党
を始めとする各方面に積極的な働きかけを強
めていきたい。なお、今回の「政策研究事業」
に多大の関心をお示し下さり、多額のご助成
を賜ったキリン福祉財団に対して、改めて深
く感謝するものである。

今回の「障害者総合福祉サービス法案」 の概要について

東洋大学 ライフデザイン学部 教授
きたの せいいち
北野 誠一

1. まず、今回このような形で、法案を構想したのは、様々な問題を持つ「障害者自立支援法」に対して、障害者とその家族、さらにサービス提供支援者等から、切迫した危機的状況を告発されながら、後手後手の部分の手直しに終始する与党に対して、明確な障害者支援のあるべき方向性を示したいと考えたからである。もはや部分的な修正に、一喜一憂した望みを繋ぐことができないだけでなく、障害当事者とその運動が、そのようなことそのエネルギーをつぎ込むことは徒勞であり、私たちがすべきことは、展望のある「障害者総合福祉サービス法案」作りである。

2. とはいくものの、今回の法案については、時間と量の関係でいくつかの禁欲をしなければならなかった。まず、医療に関係する部分は省略した。さらに障害児に関する支援や一般就労に関する支援の部分も省略せざるをえなかった。

3. そこで、今回の法案の中心部分は、A.理念・目的、B.対象と定義、C.サービス支給決定の仕組み、D.財源、E.サービス内容、F.サービス利用者の権利と権利擁護の6つである。ここでは、Bは主に山本が、CとDは主に尾上が、Fは主に竹端が述べ、北野はAとEを中心に述べる。

4. 確かに「障害者自立支援法」も、第1条(目的)で「……①障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、②障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。」と謳ってはいる。

5. 問題は①と②の間に矛盾が生じていることである。

②は、好意的に読めば、私たちが今後依拠すべき「障害者権利条約」第19条「この条約の締結国は、障害のあるすべての人が、他の人と平等な選択権に基づいて、地域社会で生活する平等な権利を認め、この権利を活かして、地域社会に参加・参画できるよう効果的に適切な支援を行わねばならない。」と遜色ないと言えよう。

ところが、自立支援法の①は、「障害者が可能な限り地域において自立した（改正障害者基本法第8条の2）」ではなく、「その有する能力及び適性に応じた「自立した日常生活又は社会生活」に対する支援を行うとしてしまったために、②の「他の人と平等に、地域社会に参加・参画する」のに必要な支援サービスは、重度の障害者においても平等に保障されるというわけにはいかなかったのだ。

6. という訳で、私たちは、法案の理念・目的を以下のように考えた。

「この法は、障害のあるすべての人が、障害のない人との平等を基礎として完全に社会に参加することが可能となるよう、必要な支援サービスを市町村が提供すること、及び国等が財政的にそれを支えることを義務付けることを目的とする。」

7. 「障害者権利条約」第19条に近い法律を有する国はスウェーデンである。

「障害者援助サービス（LSS）法」では、第5条（目標）「この法律の目標は、この法律の対象者が、対象でない者と同様な生活を可能にすることである。」

第8条「第1条に該当する者は、日常生活に何らかの援助を必要とし、他の手段では代替できないときは、第9条に掲げる特別の援助とサービスを受ける権利を有する。」とある。

ここでは、障害者が、障害のない市民と同等の市民生活（社会参加）をするのに必要な支援を受ける権利（Entitlement）が明確である。それでも、スウェーデンの地方分権がもたらす財政的制約の問題をふまえて、私たちの法案では、「国等が財政的にそれを支えることを義務付けること」という表現をとった。

8. 法の対象と障害の定義、サービス支給決定の仕組みとサービスの財源、及び地域移行・退院促進・権利擁護は、以下の諸論考にあるとおりである。

一読してお分かりの通り、私たちの法案の基調に流れるのは、「通常の市民社会で、障害者と障害のない市民が平等の市民生活（社会参加）をするのに必要な支援を受ける権利」を全市民に保障するという理念である。

9. わが国の高齢者支援を規定している「介護保険法」は、その第2条の4で「第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介

護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」としている。

ここには、「可能な限り、その居宅において」という「通常の市民社会で」と近い表現がとられている。しかしながら、その能力主義的表現と、「配慮されなければならない」という権利性の弱い表現を超えてゆかねばならない。

10. わが国の障害者支援を基本的に規定している「改正障害者基本法」は、その第3条の2および、第8条の2で

「すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる。」

「障害者の福祉に関する施策を講ずるに当たっては、障害者の自主性が十分に尊重され、かつ、障害者が可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない。」としている。

ここにも、「通常の市民社会で、障害者と障害のない市民が平等の市民生活（社会参加）をするのに必要な支援を受ける権利」に近い表現がみられる。しかしながら、「機会が与えられる。」「配慮されなければならない。」という表現は、障害者が恩恵（配慮）を受動的に受ける対象として規定されているのだとす

れば、それは財政的制約等の恩恵（配慮）する側の恣意的な裁量権を残しており、すべての市民の権利とはなり得ていない。

11. これまでの、与党の場当たりの対応、とりわけ、利用負担に対するなす崩しの対応は、その仕組みを限りなく応能負担に近づけながら、より負担可能な高所得者を1割負担に留めており、応能負担よりも捕捉率が悪くなってしまっている。

また、支援費制度よりも単価の落ちた重度訪問介護やグループホーム・ケアホームは、まさに身体障害者や知的障害者の入所施設からの地域移行、精神障害者の精神科病院からの地域移行の最大の社会資源だったわけであり、それを担う事業者に愛想を尽かされた自立支援法は、自立支援法の名に値しない。

12. 時代は今、後期高齢者医療問題や介護保険見直し、そして道路特定財源の一般財源化や地方財源化問題という形で、国民に、真に望ましい医療や介助や地方自治とは何かという、「私たちの政治の本質を問う」本丸に迫りつつあるといえる。

私たちのこの「障害者総合福祉サービス法」が、そのような大きな政治的変革の激動期において、これからの障害者施策の展開の議論のささやかなる一助になればと願っている。

法の対象

障害の定義について

DPI 日本会議
やまもと はじめ
山本 創

障害者権利条約においては、その目的には、「障害のある人には、種々の障壁との相互作用により、他の者との平等を基礎とした社会への完全かつ効果的な参加を妨げることのある、長期の身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害のある人を含む」と規定がなされている。つまり、「社会への完全かつ効果的な参加を妨げられる」ことを基準とした障害の概念が示された上、特定の障害者が排除されることのないように十分に注意することが明記されている。

しかし、日本の現状では身体機能のみに特化した、きわめて狭い障害の範囲となっている。「自立支援法」における対象は（第4条）、結局、各障害種別の福祉法にいう障害者となっている。特に、身体障害者福祉法第4条では、「身体障害者とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう」と、別表による特定の機能障害に偏ったリジッド（硬直）な認定基準と、それに基づく身体障害者手帳の交付が要件と明記されている。そのために「自立支援法」における支給決定プロセスでの障害程度区分で該当する

にもかかわらず、障害者手帳を所持していないために手続きの入り口段階で排除されるものを生み出す仕組みとなっている。つまり、現行制度は、「社会への完全かつ効果的な参加を妨げる障害を持っている」にも関わらず排除される者がいる制度なのである。

この現状を早急に解消するために、現行の障害者手帳をもっているものは入り口で排除されないことは当然とした上で、持っていない、サービスへのニーズが支給決定過程において認められる場合は、この法律の対象となるとした。また、障害者権利条約が提起している「社会への完全かつ効果的な参加を妨げられている者」との障害概念を積極的に取り入れ、以下の規定を提起することとした。「この法律においては、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の所持にかかわらず、身体的、精神・知的障害にともない、他の者との平等を基礎として社会への完全かつ効果的な参加を妨げられている者（児）であって、この法律のサービスが必要であると支給決定において認められる者（児）を対象とする。」

支給決定の仕組みと サービスの財源

DPI 日本会議 事務局長
おのうえ こうじ
尾上 浩二

障害者自身の自己決定にもとづいて、必要なサービスを得ながら地域で暮らせるようにしていくためには、本人のニーズを基本にした支給決定とサービス提供が可能になる財源確保の仕組みが求められる。

本人のニーズを基本に、
協議・調整する支給決定の仕組みへ

「自立支援法」の障害程度区分は、介護保険の79項目をベースにした認定項目で調査が行われ、コンピューターと認定審査会による判定が行われる仕組みとなっている。27項目が追加されているが、介護保険の79項目にヒットしない限りは区分4以上が出ないプログラムである。そのため二次判定での変更率は高く、審査会による格差もみられる。

私たち当事者運動からの提起もあり、要介護認定区分で支給限度額が定められる介護保険とは異なり、「一人ひとりの実情に応じて支給決定を行うこと」とされている。だが、実際には「障害程度区分」が大きな位置を占め、

利用できるサービスの量や種類が決められ、一人ひとりのニーズに基づく柔軟な支給決定を困難にしている。

権利条約が規定する「社会への完全かつ効果的な参加」「個人の自律及び自立（自ら選択を行う自由を含む）」をふまえ、障害者本人の意向に基づき、環境的要因や社会参加の制約等もふまえた、協議・調整による決定ができる仕組みが必要である。

現行の障害程度区分は廃止し、本人の意向を基本として、精神・身体の状態のみならず、社会参加の制約や環境要因も勘案して支給決定する仕組みに組み換えていく。

セルフマネジメント・

「本人中心支援計画」とエンパワメント

協議・調整による支給決定の仕組みを、（行政主導や事業所主導ではなく）本人の意向に基づくものとするためには、セルフマネジメントを基本に置くとともに、PC-IPP（本人中心の支援計画）や本人のエンパワメントの仕組み

みが不可欠である。たとえばカリフォルニアでは、サービス利用当事者等が理事会の過半数を占める機関（リージョナル・センター）が、そうした役割を担っている。この機関においては、本人参画のもとに、「どこで誰と住むか、誰とつきあうか、どう過ごすか」と、そのために必要な支援等を内容とするPC-IPPを作成している。リージョナル・センターに準じた機能を持つ機関が日本においても必要である。

障害程度区分を廃止することに伴い、現在の認定審査会は廃止する。一方、支給決定に不服がある場合に対応した仕組みとして審査会を設置する。その際、本人（並びに関係者）の参画のもとで審査を行うものとする。

市町村が実際にサービスに要した費用への義務的経費化を

「自立支援法」によって、「在宅サービスも含めた義務的経費化」が実現すると言われていた。しかし、居宅介護や重度訪問介護等の訪問系サービスに関しては、義務的経費として負担するのは、国が定めた国庫負担基準の範囲に限られている。「在宅サービスも含めた義務的経費化」と言うならば、実際に市町村がサービスに要した費用に対して、国、都道府県は責任をもって負担を行うのが本来である。

現在、「自立支援法」では、障害程度区分に基づいて一人ひとりの利用上限が設けられるわけではないが、障害程度区分ごとに決めら

れた基準の範囲でしか国等からの負担金が支払われず、それが大きな制約要因となり、現実には国庫負担基準に応じた支給決定基準を設けている市町村が多くなっている。

一人ひとりのニーズに基づく支給決定を各市町村が柔軟に行えるようにするために、また「義務的経費化」の本来の趣旨からも、市町村が実際にサービスに要した費用に対して、国、都道府県が一定割合で費用を負担する仕組みにかえる必要がある。

その際、在宅サービスの利用については、年毎に利用者やサービス量が一定変動することを見越して財源を賄えるような仕掛けが必要となる。また、国レベルで障害者全体からみた場合、決して多くない長時間介護サービスへの財政的支援の仕組みも必要となる。スウェーデンでは、パーソナル・アシスタント・サービスの利用者の内、週20時間を超える場合は、LASS法という別の法律で対応し、基礎自治体ではなく、全国レベルの社会金庫でその費用を賄う仕組みがとられてきた。

こうしたこともふまえて、サービス利用の一定の変動に対応するとともに、長時間介護サービス等の市町村の（財政的）負荷を緩和・調整するための調整基金を都道府県ごとに設置し、財政的支援を別途行う仕組みをつくる。2006年から実施されている「自立支援法」の特別対策では、都道府県に基金が設けられていることから、十分可能なことである。

ちいきいこう たいいんそくしん けんりようご 地域移行・退院促進・権利擁護

山梨学院大学 法学部 政治行政学科
たけばた ひろし
竹端 寛

このプロジェクトチームにおいて権利擁護について検討する際、共通の認識基盤において、**「能力主義ではなく、障害者を様々な権利を持つ市民として捉える」という視点**である。入所施設や精神科病院からの地域移行・退院促進や、あるいは地域自立生活における権利擁護課題を議論する際も、この視点に基づいて検討をした。以下、その内容について触れていきたい。

地域移行・退院促進と権利擁護

権利条約の第19条では、「**障害のある人が、他の者との平等を基礎として、居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること、並びに特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと**」と、社会的入院・入所は差別であることが規定されている。従来**の能力主義の観点**では、**本人以外の専門家**が入院・入所の必要性を定義してきた。だが、この19条が示すように、「**他の者との平等を基礎**」とされた障害者市民自身に、**まずもって**

居住・生活形態の選択権がなければならない。

ただ**選択権**に関連して、**選択主体**である**障害者本人**が**長期間の入所・入院**を強いられてきた結果、**施設・病院以外での生活**を想像できなくなる、あるいは**深い諦め**を持つ場合がある。また、**本人の選択**を受け止める**支援者**が**能力主義的な視点**を持つかどうか、**地域移行や退院促進の成功事例**を**沢山知っているか**、**等によって、本人の諦めを希望に変える事**も**念押し**することも**可能**だ。後述する**当事者エンパワメント事業**や、**支援者への再トレーニング**等も必要となる。

また、「**特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと**」を保障する為には、**現状では入所施設や精神科病院以外での生活は無理**だ、と「**困難ケース**」に分類（ラベリング）されている**障害者市民こそ地域生活が実現する**ような政策的支援が重要である。**知的障害者の入所施設をゼロにしたスウェーデンや精神科病院を解体したイタリア等**、**地域移行・退院促進の実践**が**大きく進んでいる地域**に共

通するのは、重度障害者を優先的な対象にする戦略である。「受け入れ条件を整えば」と能力主義的に考えればいつまでもその対象から外されてしまう重度障害者こそ、真っ先に地域移行・退院促進の対象にする。それが可能になるように、住宅保障やホームヘルプ、相談支援体制、当事者エンパワメントの事業化等の政策的基盤を作る、といった大胆な方向転換が求められている。

これらを可能にするために、都道府県は障害者本人の意向に基づいた個別移行計画策定を行うとともに、移行計画実施に当たって地域自立を行う基盤整備を出身地市町村が行うようにしていく必要がある。また、そうした地域自立を保障するよう、国は地域自立への誘導的政策をはじめ、財政的責任を負うべきである。

地域自立生活と権利擁護

地域自立生活に関しては、権利が侵害された際に調査・勧告等を通じて救済を支援すると都道府県単位での公的な広域型権利擁護機関と、障害者市民が権利主体者としての認識を形成・獲得できるよう支援する市町村単位の地域エンパワメント事業が必要とされる。

前者の広域型権利擁護機関は、障害者市民(入所・入院者も含む)、利用者の家族等の関係者、サービス提供者などから権利侵害に関する通報があったとき、その相談に応じ、調

査に基づく解決のあつせん、利用者の法的権利の擁護および、自治体もしくはサービス提供者への勧告や、それでも改善されない場合には何らかの法的措置を行う。

この機関は利用者の権利の擁護および促進を第一義的に考えるために、行政内部の監査・監督部門とは異なる独立性(=第三者性)が必要とされる。具体的には、利用者側のエンパワメントを通じた権利擁護を図る立場を明確にするために、運営は当事者を中心とした地域エンパワメント事業(後述)の代表者からなる評議会が、実際の相談や調査等はその評議会の下におかれた委員会が、それぞれ行う事が求められる。またサービス事業者や行政・家族等は、権利侵害が認められる場合、上記委員会に通報する義務を負う。

後者の地域エンパワメント事業は、市町村が設置または委託をする事業で、ピアカウンセリング等のサービスを提供し、地域に暮らす障害者のエンパワメントを行い、自立と社会参加の促進を図ることを目的とする事業である。この事業は障害者市民の権利形成・獲得を目指す事業という性質上、自立生活センターをはじめとする障害当事者が意志決定の過半数を占める機関がそれを担い、ピアサポートの視点から実施することが必要である。

なお今後検討される障害者虐待防止法や障害者差別禁止法との有機的連携も求められる。

重度訪問介護等介護派遣サービス実態調査

障害者の地域生活確立の実現を求める大行動実行委員会

I. 概要

■調査の背景と目的

重度訪問介護は重度の障害者が地域で生活していくための重要なサービスである。

しかし、福祉人材の確保とりわけ介護派遣の人材確保が困難であることは既に、厚生労働省自身が認めるところであり、更に、身体介護などと比較して単価が低い重度訪問介護のための人材確保は困難を極めている。重度訪問介護を担う事業所では、人材確保ができないためにサービス提供が困難になり、利用者のサービス利用の権利が侵害される事態にまで立ち入ってきている。

私たちは、重度障害者が安心して地域で暮らしていくことができるための事業のあり方について各方面に対して積極的な政策提起を行っていかねばならないと考えます。

そのために今回、重度訪問介護等に関して、事業者、ヘルパー、利用者のそれぞれの状況に着目した自主的なサービス実態調査を行いました。

■調査対象と調査方法

調査は全国の重度訪問介護事業を行う事業者、利用者、ヘルパーを対象に電子メール、ホームページ、FAX等により協力を依頼した。またヘルパーを対象とした調査は本年1月から2月にかけて1次調査を行っている。2008年4月25日より調査票を配布し、5月26日までに電子メール、FAX、郵送などで回答を得た。回答数は事業所54、利用者151、ヘルパー877（一次調査含む）である。

■調査対象事業所の概要

●回答のあった事業所数は54箇所、その半数以上は重度訪問介護の派遣時間が事業所の全派遣時間のうち8割を占め、また全体の利用者数のうち47%は障害程度区分6で占められ、重い障害を持つ者への介護を主に担っている事業所が多い。

II. 人材不足の現状

■離職率

全体を通じての平均離職率が22%、特に非常勤職員の離職率は26%という高い数字となった(表1)。また離職率20%を超える事業所がほぼ半分(49%)を占め、離職率30%以上の回答も3分の1に及び(図1)、多くの介護職員が現場を離れていっている状況が伺える。

表1・平均離職率

全体	22.9%
非常勤	26.60%

<参考>

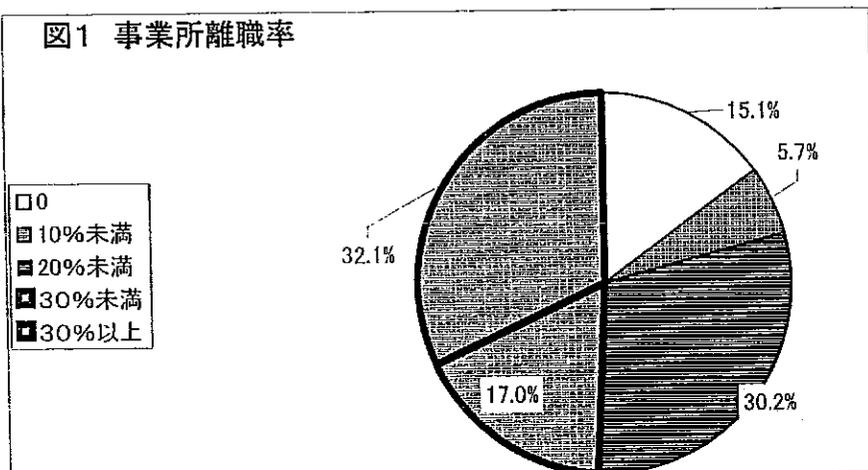
訪問介護員+介護職員の離職率——20.2%

同 非正社員——22.2%

一般労働者の離職率——13.8%

(出典：介護労働実態調査平成18年6月 介護労働安定センター)

図1 事業所離職率



■募集と採用状況

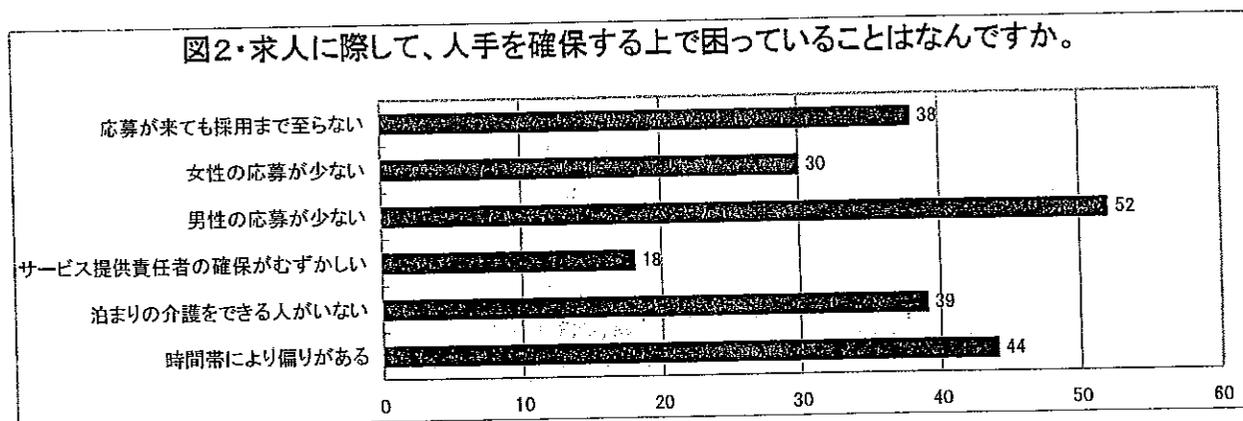
これに対して、ヘルパーの応募をしても、月平均で2.3人しか面接に至らず、事業所が採用したヘルパーは14.8人にとどまり人材の確保がままならないことを示している。

表2・面接数と採用人数

平均面接人数	2.3人/月
平均採用数	14.8人/年

■人材確保の困難さ

「人材確保において事業所が何に困難を感じているか」の問い（複数回答可）には、「男性の応募が少ない」の項目が最も多く、次に「時間帯により偏りがある」（早朝夜間などが集まりにくいなど）が続き、「泊まりの介護をできる人がいない」「応募が来ても採用まで至らない」という回答も多くなっている。長時間かつ、身体介護を伴う同性介護といった重度障害者のニーズに沿った人材の確保が、特に困難になっていることが分かる。



Ⅲ. ヘルパーの雇用と労働環境

■給与

常勤職・ヘルパーの賃金については、常勤職員の初任給が平均159,705円、同平均月収が210,078円、非常勤職員の平均時給は967円と一般の事業所や同業他職種を大きく下回る結果となった。（表3～5）

表3・常勤職員大卒初任給	159,705円
--------------	----------

※参考 全産業の大卒初任給 198,800円、医療福祉職は 186,000円（平成19年賃金構造基本統計より）

表4・常勤職員平均給与額	210,078円
--------------	----------

※参考 一般労働者の平均賃金 301,100円（平成19年賃金構造基本統計調査）

表5・非常勤職員平均時給	967円
--------------	------

※参考 訪問介護員平均時給 1071円（平成18年度 介護労働安定センター 調査）

昇給・一年齢給、経験給

昇給については4割の事業所が常勤者の昇給も「なし」となっており、非常勤にいたっては勤続年数によって時給があがる事業所は2割に満たない。

表6・昇給制度がありますか？

	昇給あり	昇給なし
常勤	61.1%	38.9%
非常勤	19.6%	80.4%

この結果を反映して、常勤であっても昇給がない、もしくはあってもほんのわずかであるところが多く、年齢給や勤続年数の階層別に見た賃金は緩やかな上昇をとっているものの、将来にわたり安定的に働くには十分なものとなっていない。

表7・常勤職員の年齢階層別別平均賃金

年齢階層	平均賃金
20代	190,000円
30代	198,000円
40代	231,000円
50代	177,000円

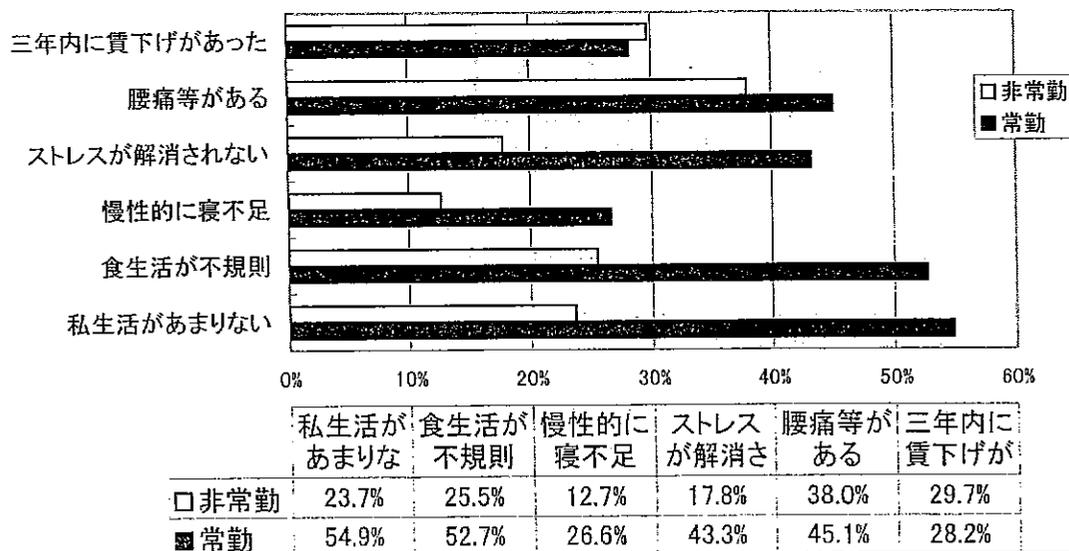
表8・常勤職員の勤続年数別平均賃金

勤続年数	平均賃金
1年未満	161,000円
3年未満	182,000円
5年未満	190,000円
10年未満	202,000円
10年以上	224,000円

職員・介護者の心身の状況

常勤者では私生活があまりないという者が全体の半数を占める。(図3)

図3・生活・心身の状況について、あてはまるものすべてを選んでください



家族と過ごす時間や、好きなことにつかう時間を犠牲にしつつ、明日の見通しも立たない、ほとんど昇給の見込みがない。この状況が一生続くと考えると、将来への不安を抱かざるをえない。

これに対して介護職を続けたいと考えている者は半数いるが（表9）、裏を返せば、この「やる気」によってかろうじて現場が支えられている状況だとも言える。

表9・今後も介護職を続けようと思えますか？

やり続けたい	42.6%
細々とでもやり続けたい	31.6%
他にあてがあればやめたい	10.2%
早くやめたい	2.6%
その他	13.0%

■事業所の人権比率

低賃金、過重労働を強いられているが、事業所の人件費比率は全体平均で約78.8%にまで達しており、約半数の事業所が人件費率80%以上である。収支がマイナスになっている事業所も15事業所（全体の31.9%）あり、いくら他の経費を削っても事業所としては報酬単価があがらなければ、これ以上人件費率を上げることも困難な状況まできている。（図4・表10）

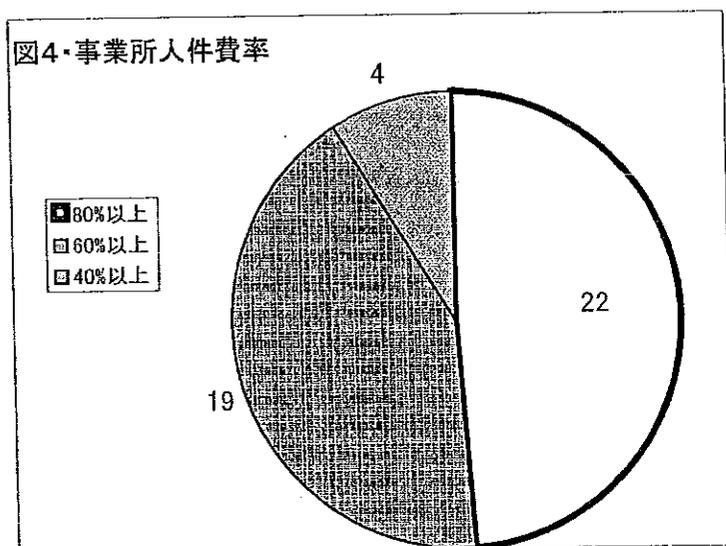


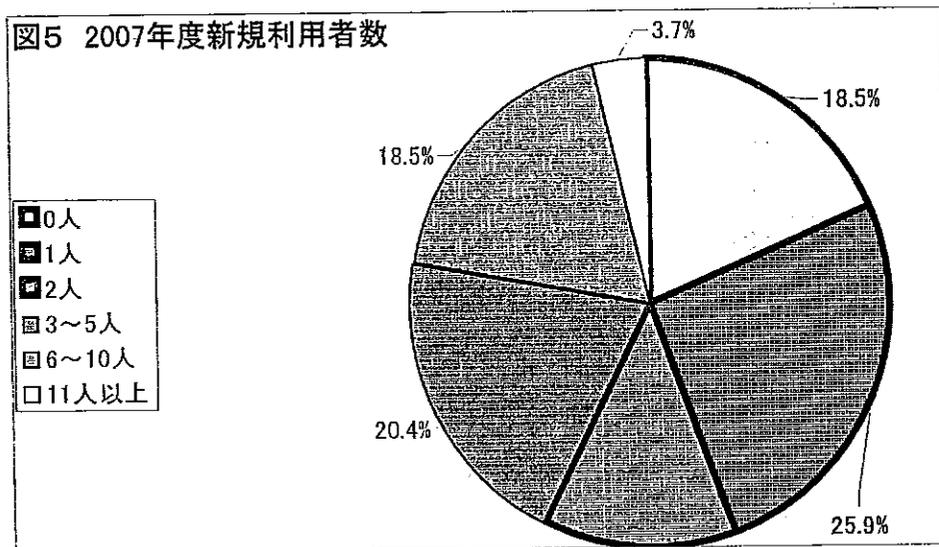
表10・事業所人件費率

人件費率	事業所数	%
80%以上	22	48.9%
60%以上	19	42.2%
40%以上	4	8.9%

IV. 利用者への影響

■新規サービス利用依頼への対応

このような状況から、派遣現場やサービスを利用する障害者の生活にも影響が出ている。各事業所では新規の利用者を受け入れできない状況も出てきており、昨年1年間の新規利用が2人以下だった事業所が6割近くを占めた。(0人=19%、1人=25%、2人=13%) (図5)



【事業所が見つからない、ヘルパーがいない、生活ができない!～利用者の声～】

■利用者アンケートの自由記述欄には、重度訪問介護のサービス提供事業者を探すのが困難であったといった事例も寄せられている。

- (事業所に) 電話をかけても、「できない、やれない、やらない」とか言って断られた。サービス提供責任者と詳しく話すこともないまま断られる。そういう時は「どうでもいいや」とか「死んでもいいや～」と思うときがある。
- 特に土日祭日の泊り、日中のシフトが細切れ状態だったり見つからなかったりする。また、毎月月末になるとそのくり返しがあり精神的及び肉体的な負担が(不安も)大きい。
- 夜間の泊り介助がやめる事になり、代替えの人を探すのに半年以上かかり大変だった。トイレと入浴が合体しており、人が探せず困っている。(ことに日曜日)
- ヘルパーが退職して、事業所から派遣してもらえない人がなくなった。事業所自体が営業を止めてしまった。
- 特に重度訪問介護サービスでは報酬単価が安く、市内で一ヶ所もサービスを利用できる事業所が見つからなかった。
- 地域生活支援事業のほうが単価が高いので重度訪問対応の事業所がなかなか見つかりにくい。
- 泊り介護の出来る事業所(がない)。身体介護でないと受け入れてくれない。

障害の範囲に関する資料

I 論点整理

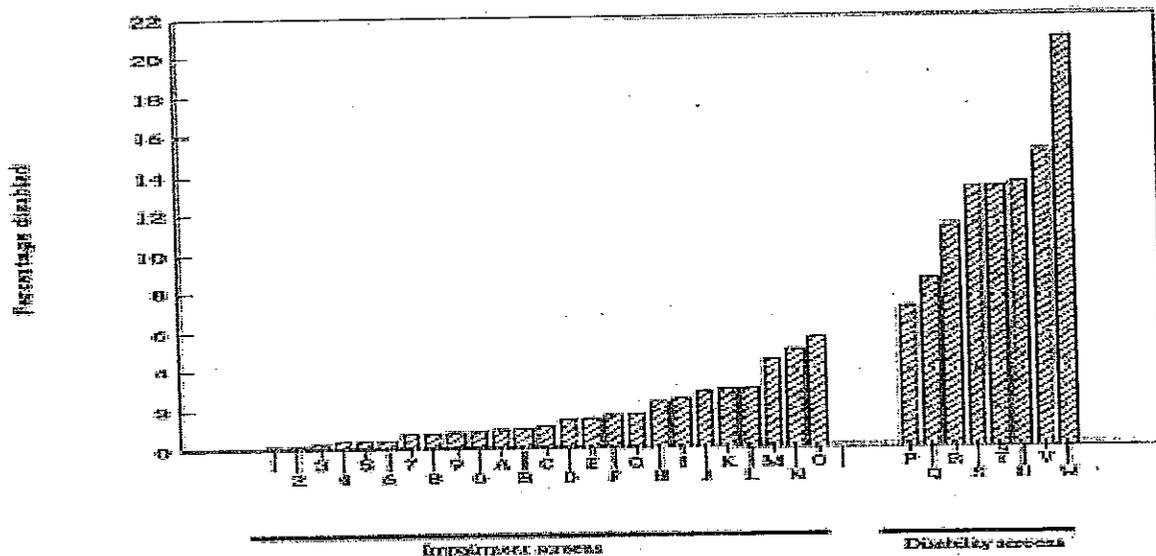
- ①障害者自立支援法の障害の範囲の見直しにおいては、障害者手帳をもっている人はもちろんのこと、障害手帳をもっていない難病等やいわゆる発達障害、高次脳機能障害においても対象とし、医師の意見書、勘察事項、1週間の利用計画表、地域の審査会の意見等の支給決定過程で福祉のサービスニーズが必要であると認められるものも障害者自立支援法の対象となるようにしてください。支援が必要と認められるにもかかわらず、サービスを利用できない現状では、非常に危険な状態に当事者を孤立させています。孤独死対策や緊急対応、若年者の家族からの自立を含めた対策は急務です。
- ②現在の障害者自立支援法の(定義)第4条では、身体障害者福祉法の対象者だけに限定されています。難病等も含まれるように、見直しにおいては包括的な定義に改正してください。
- ③福祉と医療を整理した協議が必要です。福祉施策においては、そのニーズに基づいて対象を規定し、義務的経費である障害者自立支援法によって、全国どこにおいても、必要な福祉サービスの申請ができるようにしてください。
- ④風邪や骨折等との違いの証明は医師の意見書や審査会の意見、現在すでに規定されている継続要件等で解決できる問題となっています。

II 国際比較でも欧米の対人口比20%程度に比べて、日本では5%程度と障害の範囲は狭い。使われている障害関連予算も対GDP費でアメリカの2分の1程度にとどまる(表1、2参照)

表1 国際社会における日本の障害者人口比

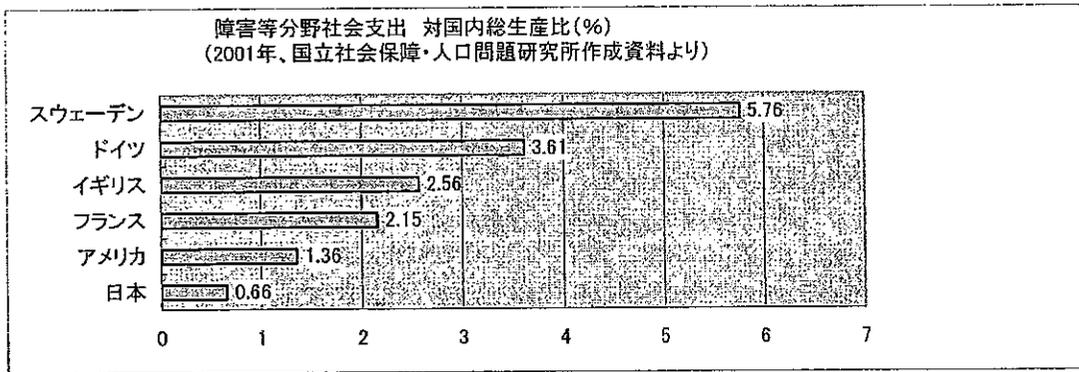
(Statistics on Special Population Groups Series Y No. 4
Disability Statistics Compendium United Nations New York, 1990)

Figure II.2. Percentage disabled by country or area, year of data collection and type of screen



Source: Table 1 (p. 15)

表2 OECD諸国内における日本の障害等の支出対GDP比は極めて低水準



III 支給決定の方法をEC等と比較しても、障害者手帳を要件として、入り口で規制している国は見当たらない。サービスのニーズによって要否もふくめた判定を行っている。

<出典>ヨーロッパの福祉サービスにおける障害の定義—障害者の範囲および対象者認定方式の現状—2006年3

月22日日本社会事業大学社会福祉学部3年次佐藤ゼミナール

浅井万梨子、五十嵐由貴、海老沼良晃、鈴木善博、張悦、舟津千鶴、増田有佳里、佐藤久夫(担当教員)より抜粋。

表3 15カ国21の障害者福祉制度の障害(受給資格)評価の傾向

		基準と評価尺度	
		厳密	柔軟
評価・決定職員	医療職	Aタイプ 6制度 ■ベルギー・統合手当 ■ <u>スペイン・年金の介護加算</u> △ドイツ・介護保険 ■ <u>イタリア・付き添い手当</u> ■オーストリア・介護手当 ■ <u>ギリシャ・介護手当</u>	Bタイプ 5制度 △オランダ・WVG △デンマーク・LSS ■アイルランド・移動手当 ■アイルランド・介護者給付 ◎ノルウエー・SAA
	SW		Cタイプ 3制度 △フィンランド・障害者サービス提供法 △スウェーデン・LSS ◎スウェーデン・社会サービス法
	行政職	Dタイプ 1制度 ■イギリス・DLA	Eタイプ 4制度 ■アイルランド・CAA ■フランス・ADPA ■スウェーデン・障害者手当 ■ポルトガル・介護給付
	学際チーム	Fタイプ 1制度 ■ <u>スペイン・生活保護の介護加算</u>	Gタイプ 1制度 ■ベルギー・DP

下線部は南ヨーロッパ、その他は西・北ヨーロッパ。◎現物給付 △現物または現金給付 ■現金給付
日本と比べて・・・いくつか参考になる重要な点が浮かび上がってきた。第1に、あらかじめ手帳制度で(つまり原因疾患や機能障害の種類・程度で)「入り口規制」を設けている国は、少なくともこれらEU15カ国にはなさそうであるということである。法律の目的に従って、つまり、ニーズで利用対象者を定義することが一般的である。ところが障害者自立支援法では、第4条で障害者を定義しているが、そこに定義はなく、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法にいう者であるとしている。

IV サービスを必要としている難病等の例

難病等においては、病院近辺の居住が必要等の理由で一人暮らしをする方の緊急対応や介助保障、十分な資産形成前に発症した若年者等の生活支援を含めた自立支援は急務となっている。「急に症状が悪化した、連絡することもできずに自宅で倒れていた」「緊急な対応が必要であったにもかかわらず、手遅れになった」等の声も寄せられている。しかし、現在の障害者自立支援法では入口の要件として身体障害者福祉法の障害者手帳の保持が要件となっており、サービスを利用できない現状。難病である多発性硬化症を例にみると、全身のいたる箇所に脱力、痛み、視覚障害等が多発する。障害者手帳の基準のように、限定された一カ所の症状、機能障害については波があり認定されないが、症状が多発する状態は継続しており、体力的な制限がかかり続けていること、日常生活、社会参加上の制限の継続は誰がみても明らかである。

東京都国分寺市が実施した難病等の調査。障害者福祉計画策定にむけた実態調査より抜粋

①総人口 116,575人

②市内在住の難病手当を受給するすべての人を対象にアンケート依頼 965人

*東京都が指定する難病医療費助成対象者と生活保護受給者が対象

③回答者 616人 回答率63.8%

④障害者手帳をもっていない難病者 379人 (61.5%)

内60歳以下で障害者手帳なし 126人 (20.5%)

手帳をもっていない難病等の人はすべてが福祉サービスを必要としているわけではない。

⑤特に支援が必要となる一人暮らしで60歳以下、障害者手帳なしの方 23人 (3.7%)

⑥日常生活で必要としている介助の内訳 (次ページ表4参照)

40歳以下の手帳なしでは家事支援が中心 5人程度 (対人口比で0.0042%程度でしかない)

40歳以下で成人の手帳なし身体介護は 1人程度

家事支援が必要な方がメイン。区分でもIADL項目に該当する区分1、2の方であるので、支給量が多く必要なわけではない。週のスポット的短時間支援でも効果的に支援が可能。

⑦職を持たない方で仕事を探している方で障害者手帳なし 21人 (3.4%)

⑧職業訓練(障害者手帳がなくても受けれる)を受けている人 0人 (0%)

*障害者手帳がなくても受けることのできる就労施策が機能していない。

4 難病等において支給決定の際に必要なようになってくる視点

「特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究」班 主任研究者 中島孝 国立病院機構新潟病院 副院長等)においても、現行の障害者手帳が入口の要件になっており、障害者自立支援法の対象にならないことが指摘されています。又、HIV等ですでに認定項目として利用されている項目については、おなじように、難病等にも有効に機能することが確認されています。

①障害者自立支援法の支給決定見直しにおいては、難病等の内部障害の特性を反映するために、下記の項目を加える必要があります。

a 日中において、30分以上横になる等の安静が必要となる強い倦怠感及び易疲労が

1 ほとんどない 2 月に7日以上ある 3 毎日ある

b デスクワーク程度の軽作業を超える作業の回避が

1 必要ない 2 必要である

c 過去6ヶ月以内に受けた治療には「その他()」の欄をもうけ、難病等において継続的に必要となる免疫抑制剤やインスリン治療等も書き入れることができるようにすること。また、下記の項目を付け加えること。

*長期にわたる密な治療、厳密な服薬管理が

1 必要ない 2 必要である

d 主治医の意見書における各疾患等における留意点については現在別途取りまとめ中。

表 4 日常生活上で必要な介助 自立支援法の対象年齢となると人数も少ない。対人口比では0.0042%程度
 * 家事支援は単に家事だけでなく、負担軽減された体力分を就労等の社会的活動に向けてることができる
 * 家事支援は単に家事だけでなく、負担軽減された体力分を就労等の社会的活動に向けてることができる
 * 週のスボットの短時間支援でも効果的に支援が可能。人の目が入ること、事業所との繋がりが等により地域での孤立も防げる

調理

掃除・洗濯

買い物

	助ひとり 具の使用を含む	一部介助が 必要	全面的に介助が 必要	無 回答
手帳なし	2	-	1	2
10歳未満	5	1	-	-
10～19歳	23	-	-	-
20～29歳	27	2	1	1
30～39歳	32	-	-	5
40～49歳	54	3	-	4
50～59歳	76	5	4	17
60～69歳	63	5	11	35
70歳以上				

	助ひとり 具の使用を含む	一部介助が 必要	全面的に介助が 必要	無 回答
	2	-	1	2
	5	1	-	-
	23	-	-	-
	27	2	1	1
	29	3	-	5
	51	5	-	5
	77	5	6	14
	62	8	15	29

	助ひとり 具の使用を含む	一部介助が 必要	全面的に介助が 必要	無 回答
	2	-	2	1
	5	1	-	-
	21	2	-	-
	28	2	-	1
	31	2	-	4
	53	4	-	4
	80	6	6	10
	65	13	13	23

入浴

着替え

室内の移動

	助ひとり 具の使用を含む	一部介助が 必要	全面的に介助が 必要	無 回答
手帳なし	2	1	1	1
10歳未満	6	-	-	-
10～19歳	23	-	-	-
20～29歳	28	2	-	1
30～39歳	33	-	-	4
40～49歳	56	-	1	4
50～59歳	86	3	4	9
60～69歳	76	16	4	18
70歳以上				

	助ひとり 具の使用を含む	一部介助が 必要	全面的に介助が 必要	無 回答
	2	2	-	1
	5	1	-	-
	23	-	-	-
	29	1	-	1
	32	-	-	5
	54	2	-	5
	87	2	3	10
	79	12	3	20

	助ひとり 具の使用を含む	一部介助が 必要	全面的に介助が 必要	無 回答
	4	-	-	1
	6	-	-	-
	23	-	-	-
	30	-	-	1
	32	-	-	5
	56	1	-	4
	83	6	2	11
	81	8	2	23

施設入所者の地域生活への移行に関する状況について

速報値

※2, 586施設からの回音を集計(回収率約92%)

1 入所者の推移

〈H17.10.1現在〉

139,009人



〈H19.10.1現在〉

138,620人

▲0.3% (▲389人)

2 入所者数の増減内訳 → 地域生活移行を倍する新規入所

〈入所者数減の内訳〉

地域生活移行	他入所施設 (障害)	他入所施設 (老人)	地域移行型 ホーム	病院	その他	計
▲9,344人	▲2,967人	▲662人	▲90人	▲2,474人	▲3,408人	▲18,945人

新規入所等
18,556人

3 地域生活への移行状況

〈H17.10.1→H19.10.1〉

9,344人

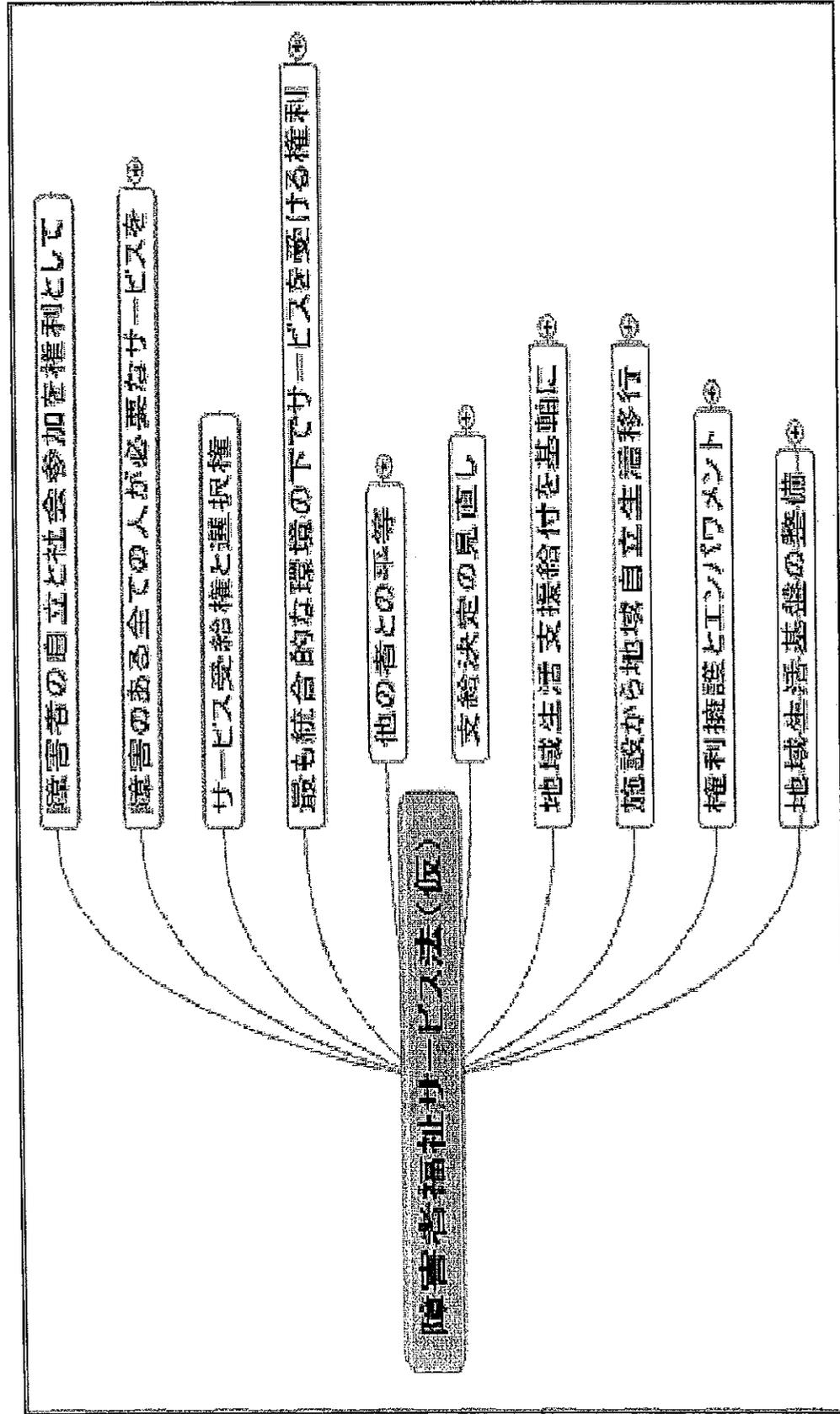
6.7% (H17.10.1入所者数をベースとして地域生活へ移行した割合)

地域生活へ移行した者

〈地域生活へ移行した者の住まいの場の内訳〉

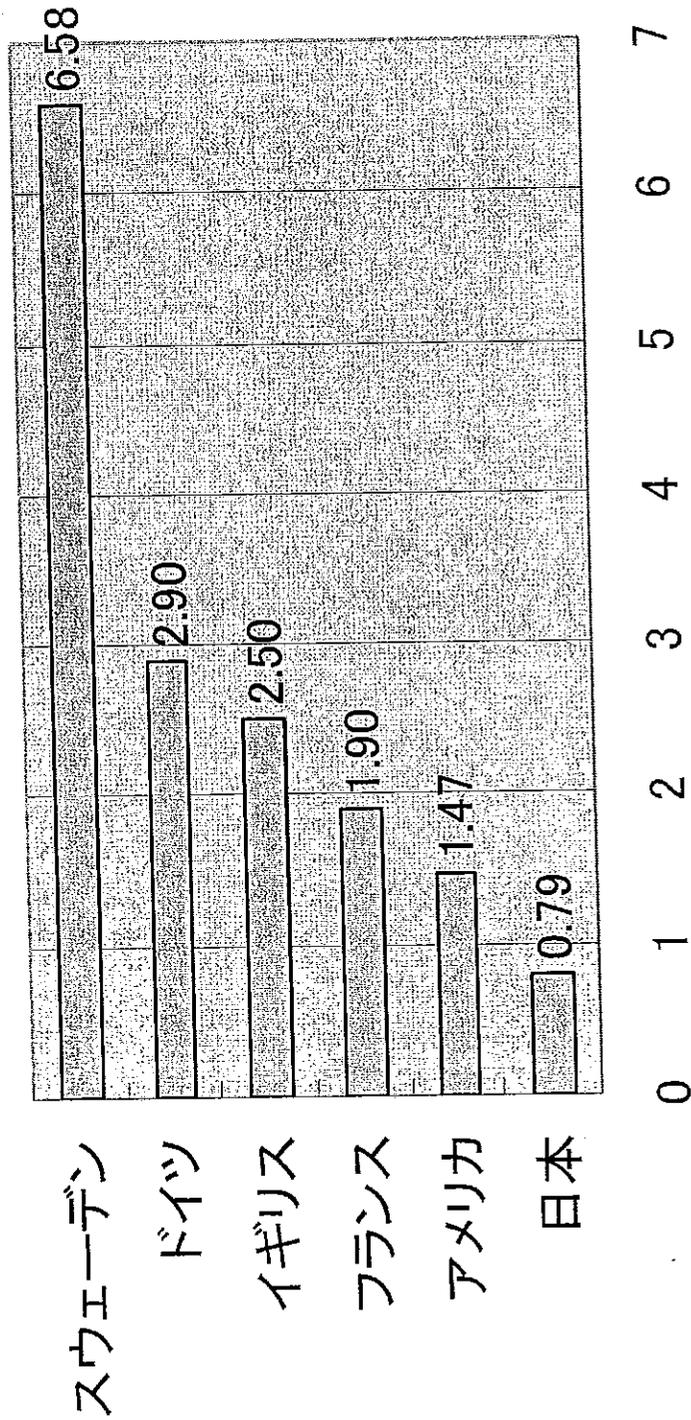
共同生活介護	共同生活援助	福祉ホーム	通勤寮(旧法)	一般住宅	公営住宅	自宅(家庭復帰)	その他
2270人(24.3%)	1661人(17.8%)	195人(2.1%)	112人(1.2%)	1072人(11.5%)	190人(2.0%)	3642人(39.0%)	202人(2.2%)

障害者福祉サービス法(仮)へ



障害者予算はアメリカの約1/2

障害等分野社会支出 対国内総生産比(%)
(2003年、国立社会保障・人口問題研究所資料より)



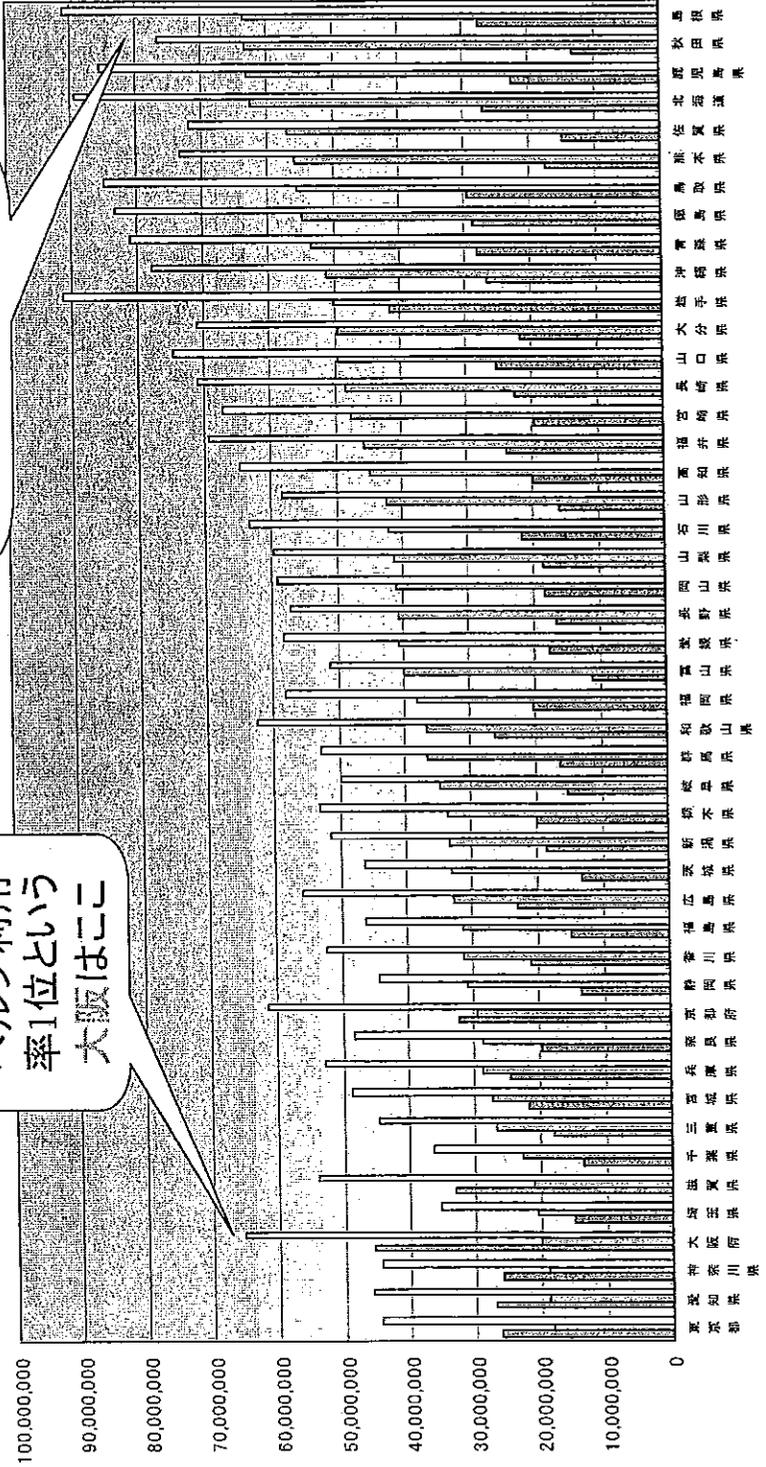
地域移行・格差解消に地域基盤整備が必須

居室系&入所施設の人口10万人当たり費用比較
 (入所施設費用の少ない順にソート)

■ 人口10万人当たり費用額 居室系
 □ 人口10万人当たり費用額 入所施設
 □ 人口10万人当たり費用額 合計

ヘルプ利用
率1位という
大阪はここ

ヘルプ利用率最下
位の秋田はここ



資料: 国土交通省「介護給付費等調査報告書」