

つなぐちゃんベクトル

社会福祉法人大阪手をつなぐ育成会社内誌 臨時増刊 86号 2010.6.24 発行 社会政策研究所

参議院選挙をまじかに控え、障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動実行委員会（事務局：全国自立生活センター協議会）が、国会議員向けの説明資料を作成しました。題して、「障害者福祉施策の拡充ならびに総合福祉法に関するお願い」です。現状も障害者制度の課題と目指すべき方向をまとめています。【kobi】

私たち「障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動実行委員会」には、自立生活センターやヘルプセンター、作業所やグループホーム等、障害者の自立支援に取り組んでいる全国各地の639の障害者団体が参加しています（ほとんどは障害当事者の団体です）。身体、知的、精神障害、難病といった様々な障害当事者団体が集まり、障害種別を超えて地域生活・自立生活を実現できるサービス・法制度を求め活動を続けています。

本年1月に「障がい者制度改革推進会議」が立ち上がり、自立支援法をはじめとする障がい者施策の見直しが始まりました。4月27日には「総合福祉部会」もスタートし、いよいよ障害者自立支援法に代わる総合福祉法に議論が始まりました。

今後の障害者施策のあり方等について、障害者の地域生活確立の実現を求める全国大行動としての考え方を下記のとおりまとめました。是非、私たち当事者の声に耳を傾け、国政に障害者自身の声を反映していただけますよう心からお願いいたします。

・地域主権推進一括法案は慎重に対応してください

地域主権戦略会議を中心に地方分権が進められています。私たちは「地域のことは地域に住む住民が決める『地域主権』への転換」という方向性に異議を唱えるものではありません。しかし、現在戦略会議で検討されている、地方への権限委譲や一括交付金の整理の仕方で行われますと、結果として計画策定等への当事者参画が著しく後退したり、障害者福祉サービスの低下が起きる可能性が非常に高まります。どんなに重い障害があろうと、地域で暮らす権利を認めることを明記し保障する法律が皆無の現状で、ヘルパー制度をはじめとする障害者施策から国の責任を外した形となるこの地域主権改革が進められますと、間違いなく障害者施策の著しい後退や地域間格差が広まると大変危惧しています。

地域主権戦略会議と同様に内閣府で進められている「障がい者制度改革推進会議」の議論を尊重し、議論の整合性を図りつつ検討を重ねていただくよう、強く要望いたします。

・障害者自立支援法一部改正法案は再上程しないでください

先の国会で廃案となった障害者自立支援法一部改正法案は、障がい者制度改革推進会議や総合福祉部会の議論を一切踏まえず、私たち当事者団体にも何ら説明や意見聴取をしないまま提出されました。推進会議の存在、ひいては障害当事者、国民を全く無視した暴挙であり、再上程しないでください。2013年に総合福祉法ができるまでの自立支援法の見直しについては、障がい者制度改革推進会議や総合福祉部会のとりまとめを尊重し、当事者の意見を聞いて取り組んでください。

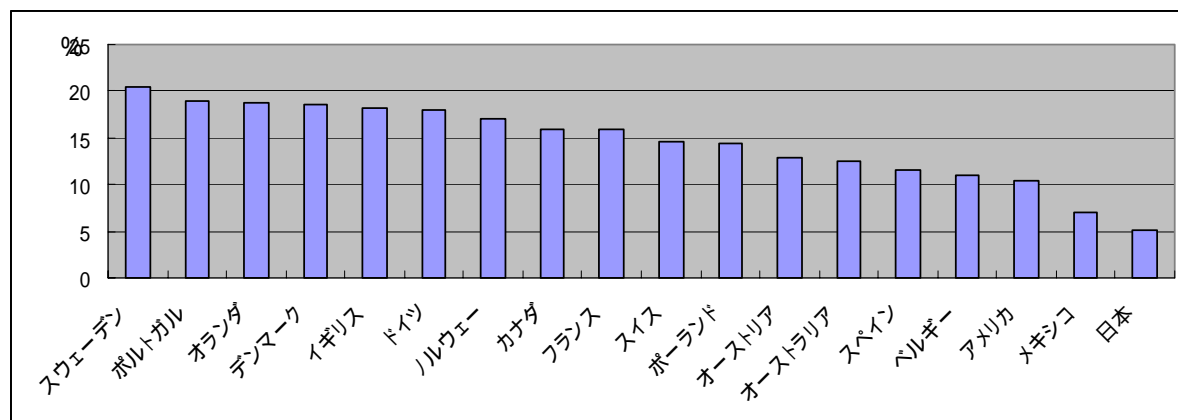
・障害者自立支援法に代わる総合福祉法の重点課題

1. 障害の範囲を見直してください

日本の障害の範囲は他の先進諸国と比べて大変狭く(下表参照)定義されています。欧米では人口の20%程度が障害者ですが、日本は5%程度でしかいません。これは障害者の実数に差があるのではなく、日本は障害者手帳の所持をサービス利用の要件とし、入りに規制しているためです。障害者手帳はサービスが必要な人でも疾病の臓器ごとに対象・対象外がきまるような大変偏った基準で定められています。いわゆる発達障害や高次脳機能障害、難病等が排除されており、欧米においては、このような規制を設けているところは見当たりません。

総合福祉法においては、障害手帳を要件とせず、サービスを必要とするすべての障害者が利用出来るような普遍的な仕組みが必要です。

表 OECD 各国の対人口における障害者割合



(出所) OECD (2004) Chart 3. 1 p. 24 のグラフより。

日本以外は20～64歳人口、日本は全年齢を含む

自己申告している障害者も数に含めている国があるのは、日本のように事前に障害者を限定し申請を制限していないため。先進諸国のなかでも極めて、限定的な機能障害を申請の要件としているのが日本の特徴(障害の定義をめぐる海外の動向参照)。

日本の障害者の対人口比は2004年障害者白書より参照

2. 必要な介助量を保障する仕組みをつくってください

いかなる障害を持っていても家族に依存することなく地域で自立した生活を送ることが出来るように、「いわゆる見守り・待機(障害者のすぐそばでの)」を含めた24時間介助制度の確立が必要です。しかし、現状では支給決定に上限を設けている自治体がほとんどです。必要な人に必要なだけの時間数を保障する介助制度の確立が必要です。

(1) 国庫負担基準を廃止し、利用実績の2分の1を国が支弁する仕組みにしてください

国庫負担基準が低く、多くの市町村で国庫負担基準額が支給決定の上限となっています。そのため、1人1人の必要な量の支給決定がされていません。

障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスは、国1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4の割合で費用負担するのが原則です。国は法律制定時、「義務定期経費化で国の財政責任を明確化する」と説明していました。しかし、訪問系サービスだけは、ある一定の基準を超過すると、国と都道府県は費用負担をせず、市町村が100%負担しなくてはなりません。この基準を「国庫負担基準」と呼びます。本来、介助サービスは1人1人の必要な介助の量を支給決定することになっておりますが、多くの市町村では、国庫負担基準の範囲内でのみ支給決定するという事態が起きています。その結果、長時間介助の必要な重度障害者が地域で生活できないという問題が起きています。

(2) 国1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4の負担割合を見直してください

現行の負担割合は、長時間の支給決定を出すと市町村の負担は増えるという仕組みです。そのため、国庫負担基準が廃止されても、負担増加を恐れて長時間の支給決定を出さない市町村があります。市町村が長時間の支給決定をしやすくするために、一定時間数(例1日8h)以上の支給

決定については、市町村負担 1 / 4 の割合を軽減化することが必要です。

3．知的障害者や精神障害者も長時間介助制度を利用出来るようにしてください

必要な支援を受けることによって知的障害者や精神障害者も地域で自立した生活を送ることが出来ます。知的・精神障害者も長時間介助制度を利用出来るようにすることが必要です。

精神障害者の「相談」や「話し相手」、知的障害者の「見守り」、重度障害者のいわゆる「見守り介助（待機）」なども介助内容として明確に位置づけてください。

4．障害程度区分を廃止し、本人の意向を尊重した支給決定の仕組みにしてください

介護保険の仕組みになぞらえた障害程度区分及び支給決定システムを廃止し、本人のニーズを尊重した協議調整による支給決定の仕組みに転換してください。

106 項目の認定調査のうち 79 項目が介護保険と同じ項目で、医学モデルに基づいた ADL 中心の判定となっています。この 79 項目は入居施設内での調査を基につくられており、地域生活の実態・ニーズとかけ離れています。現に知的、精神障害では 5 割を超える二次判定修正されています。

支給決定の際の勘案事項として、「社会活動や介護者、居住等の状況、サービスの利用意向」等が掲げられているが、実際には障害程度区分が大きな位置を占めています。「サービスの利用意向」も簡単な聴き取りで、セルフマネジメントや本人中心計画のような本人のニーズを明確に打ち出すものになっていません。本人ニーズの軽視とエンパワメントの仕組みが欠如しています

5．入院中や通勤などでも使えるシームレスな介助サービスにしてください

自立支援法では通勤・通学、職場・学内、病院（最重度障害者は入院中も含む）などでは介助サービスを利用出来ません。介助はどこにいても必要なものであり、場所によっていらなくなるものではありません。生活全体をシームレスで使える介助サービスが必要です。

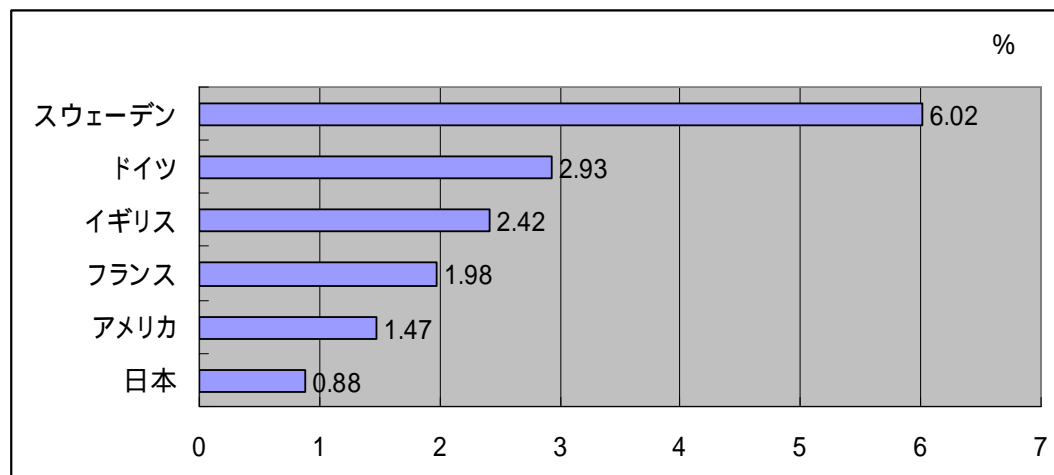
6．移動支援は義務的経費にしてください

移動支援は義務的経費でないために国からの補助金が不足し、ほとんどの市町村で利用者のニーズを満たすサービス量を提供できていません。圧倒的な地域間格差を生んでいます。移動は全ての人の権利です。移動支援も自立支援給付に組み入れ、義務的経費にしてください。

・障害福祉関連予算を確保してください

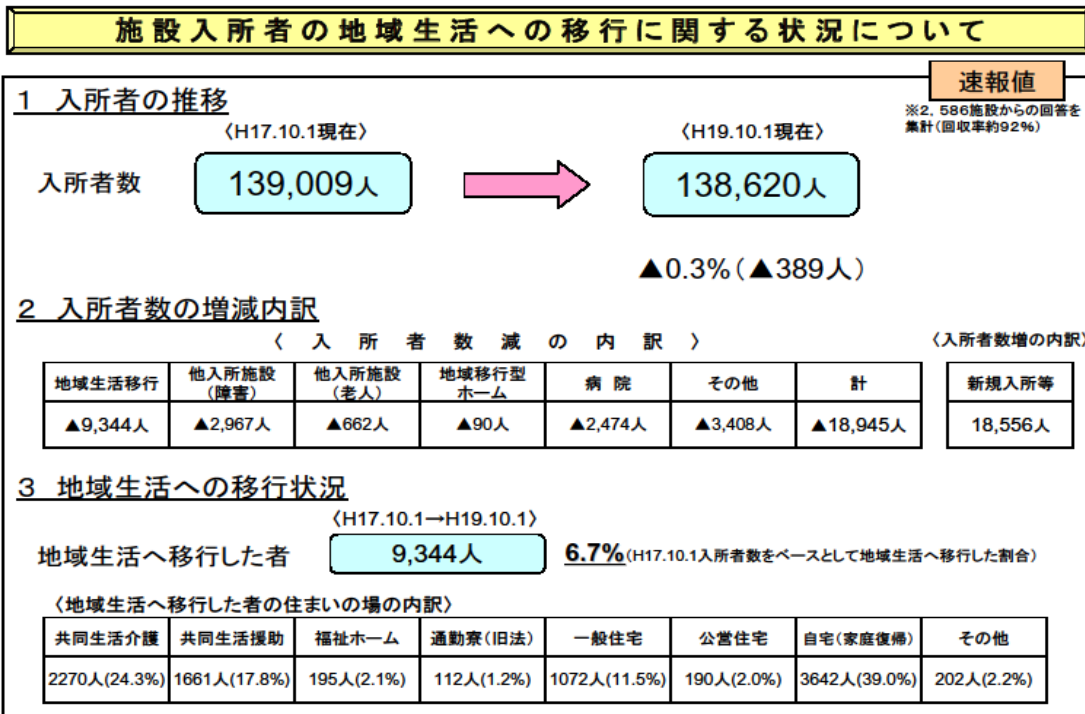
日本の障害関連予算は対 GDP 比(下表参照)でみると、他の先進諸国と比べて極めて低水準です。そのため、必要とする人に十分な予算が行き届いていないのが現状です。福祉施策にお金を使っていないと言われていたアメリカと比べても 2 分の 1 程度しかなく、最低でも 3 ~ 4 倍の障害関連予算が必要です。障害福祉施策の拡充のために、財源の確保・拡充を行ってください。

表 1 障害関連支出の対国内総生産比の国際比較（2005 年）



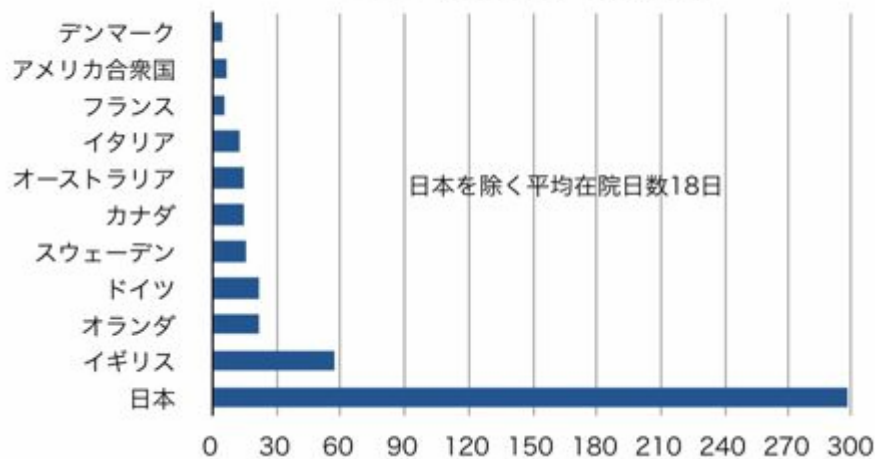
・地域移行をすすめてください

自立支援法は地域での自立した生活という理念を掲げ、入所施設・精神科病棟からの地域移行を進めるとしていましたが、実態は一向に進んでいません。



出典：第33回社会保障審議会障害者部会資料より

2005年退院者平均在院日数



＜退院者平均在院日数 2005年＞	
デンマーク	5.2
アメリカ合衆国	6.9
フランス	6.5
イタリア	13.3
オーストラリア	14.9
カナダ	15.4

スウェーデン	16.5
ドイツ	22
オランダ	22.6
イギリス	57.9
日本	298.4
日本以外の平均	18.1
2005年診断分類別精神及び行動の障害（OECD Health Date 2008） 日本は厚生労働省「患者調査」退院者平均在院日数より	

1．地域移行プログラムの法定化が必要です

入所施設・精神科病院からの中長期的な展望を明らかにし、数値目標を定め、それを実現するための施策の法定化と、そのための予算措置が必要です。

2．退院支援施設は廃止してください

退院支援施設は看板の掛け替えに過ぎず、施行時から当事者が激しく反対してきました。即時、廃止してください。

3．当事者活動、ピアサポートを制度化してください

本人のエンパワメントを中心とし、その実施に当たっては地域の支援団体が地域移行の取り組みに積極的に関わることが出来る仕組みを構築していくことが必要です。

・障害者差別禁止法を策定してください

国連障害者の権利条約の批准に向けて、国内でも障害者差別禁止法を策定し、障害者の差別撤廃・権利実現のための法整備を行ってください。

障害者差別禁止法は、「合理的配慮を行わないこと」を含むあらゆる形態の差別を禁止するとともに、差別を受けたときの権利救済の仕組みを明示した裁判規範性を伴うものとして下さい。

入所施設や病院等での生活を強いられることを差別として禁止し、障害者が地域社会で必要な支援を活用しつつ自立した生活を送る権利を有することを明記してください。

・介護保険と統合しないでください

1．介護保険と障害者制度は統合しないでください

家族介助を基本として制度設計された介護保険では、地域で自立した生活は送れません。介護保険と障害者制度は統合しないでください。

2．介護保険の優先利用をやめてください

特定疾病による障害を持つ人は40才から介護保険対象とされ、65才になるとすべての障害者は介護保険の優先利用が基本となりました。それまでヘルパーの派遣を受けていた事業所が介護保険事業者の指定を受けていない場合、介護保険事業所に切り替えざるを得ません。しかし、重度障害者の複雑な介護に慣れていない等を理由に事業者が派遣を断られ、サービスを受けられない事態も起こっています。そこで厚生労働省も平成19年3月28日通知で（2）「一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする」としました。しかし、全国の市町村では、未だに65歳以上の障害者に対し、「心身の状況やサービスを必要とする理由」に関わらず介護保険の優先利用を強いる状況が続いています。

この状況を改善するために、介護保険の優先利用は廃止し、2制度が、障害制度を単独で使うか本人の選択制にしてください。

1. 地域主権推進一括法案は慎重に対応してください

地域主権改革により障害者施策の後退や地域間格差が広まるのではないかと危惧しています。「障がい者制度改革推進会議」と連携を取り、第一次意見を尊重した地域主権改革としてください。ヘルパー制度をはじめとする障害者施策は国の責任において実施してください。

2. 障害者自立支援法一部改正法案は再上程しないでください

先の国会で廃案となった障害者自立支援法一部改正法案は、障がい者制度改革推進会議や総合福祉部会の議論を一切踏まえ、私たち当事者団体にも何ら説明や意見聴取をしないまま提出されました。推進会議の存在、ひいては障害当事者、国民を全く無視した暴挙であり、再上程はしないでください。

3. 障害者自立支援法に代わる総合福祉法には下記の重点課題を解決してください

(1) 障害の範囲を見直してください

障害の範囲・定義を見直し、いわゆる「制度の谷間」と言われる福祉サービスの対象外をなくし、サービスを必要とするすべての障害者が利用できる普遍的な仕組みにしてください。

(2) 必要な介助量を保障する仕組みをつくってください

- ・現在は多くの自治体で24時間介助制度が整備されていません。いかなる障害を持っていても家族に依存することなく地域で自立した生活を送ることが出来るように、いわゆる見守り介助を含めた24時間介助制度を確立してください。
- ・市町村が長時間介助の支給決定を出来るように、国庫負担基準を廃止し、利用実績の2分の1を国が支弁する仕組みにしてください。

(3) 知的障害者や精神障害者も長時間介助制度を利用出来るようにしてください

必要な支援を受けることによって知的障害者や精神障害者も地域で自立した生活を送ることが出来ます。知的・精神障害者も長時間介助制度を利用出来るようにすることが必要です。

(4) 障害程度区分を廃止し、本人の意向を尊重した支給決定の仕組みにしてください

障害程度区分による画一的な支給決定の仕組みは、利用者一人一人の地域生活のニーズを十分に反映していません。生活状況や障害者本人の意向を基本に協議・調整する仕組みにしてください。

(5) 入院中や通勤でも使えるシームレスな介助サービスにしてください

自立支援法では通勤・通学、職場・学内、病院などでは介助サービスを利用出来ません。生活全体をシームレスで使える介助サービスが必要です。

4. 障害福祉関連予算を確保してください

日本の障害福祉関連予算は先進諸国に比べて極めて低水準です。障害福祉施策の拡充のために、財源の確保・拡充をしてください。

5. 地域移行をすすめてください

入居施設や精神科病院からの地域移行が進みません。施設解体・地域移行プログラムを法定化し、地域移行を進めてください。

6. 障害者差別禁止法を策定してください

国連障害者の権利条約の批准に向けて、国内でも障害者差別禁止法を策定し、障害者の差別撤廃・権利実現のための法整備を行ってください。

7. 介護保険と統合しないでください

- ・家族介助を基本として制度設計されている介護保険では、地域で自立した生活は送れません。介護保険と障害制度は統合しないでください。
- ・介護保険の優先利用は廃止し、2制度が、障害制度を単独で使うか本人の選択制にしてください。

障がい者制度改革推進会議の総合福祉部会長の佐藤久夫さんの最近の雑誌に掲載された記事を紹介します。

障害者制度改革の動向

日本社会事業大学教授 佐藤 久夫

多くの分野がまな板に上っているが、自由権に関わる分野と社会権に関わる分野とに分けることもできる。最近ではこの二分法には疑問もあるようだが法律学に明るくない筆者にはよくわからない。

現在進行中の制度改革では、自由権に関わる分野で新たな立法化が予定されるなど大幅な改革が見込まれる。たとえば障害者差別禁止法、障害者虐待防止法など。情報・コミュニケーション法をという声もある。成年被後見人に選挙権をというのもこの分野である。特に遅れの深刻な分野なので大改革が必要とされる。

これらの改革はそれなりに予算を要するが、社会権分野に比べればほとんどお金をかけずに進めることができる。したがってこの分野の改革の課題は、財政的側面ではなく、技術的側面が中心となる。

一方、この未曾有の財政危機の中で、大きな予算を要する社会権分野の改革は、技術的課題と財政的課題の両面をにらまねばならない。ところが財政的課題をクリアーする方針の確立は、推進会議でも福祉部会でも議論のしようがない。

まず多くの方は障害は自分のこととは思わないので保険制度はなじまない。したがって税が基本となる。障害者分野により多くの税を投入するには、予算配分を変えるか増税が必要となる。しかし推進会議や福祉部会は、ほかのどの分野は削ってもよいとか、増税が必要か否かや必要な場合どんな種類の増税が適切かなど、検討する能力も権限もない。

したがって社会権分野でも、推進会議や部会に期待されているのは財政確保の方法の検討ではなく、障害者権利条約に沿った法制度のあり方の検討である。障害者がどのような生活することが権利として保障されるべきか、そのための社会の責務は何か、を明らかにすることである。同時にその実施に必要な財政規模を推計し、政府・国会・国民の理解と判断を求めることになる。

たまには太陽の子・手をつなく、たまにはつなぐちゃんベクトル、たまにブログたまにはチェック



大阪市天王寺区生玉前町 5-33 社会福祉法人大阪手をつなく育成会 社会政策研究所発行