

## 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会意見書

提出委員名： 柏女 霊峰

## 障がい者総合福祉法（仮称）制定までの間において当面必要な対策について

障がい児支援の見直しを緊急に進めるべきである

柏女 霊峰

## 1. 障がい児支援サービスの一日も早い法定化と拡充を願う

障がい児政策は、障がい者施策、子ども家庭政策のいずれからみてもマイナーであり、そのため、長らく十分な検討が進められてこなかった。2009年3月から開始された「障害児支援の見直しに関する検討会」が同年7月に提出した報告書は、政府がこの問題に正面から取り組んだ報告書として大きな意義を持つ。検討は、当事者を含み11回にわたる真剣な討議を経て、現時点で合意できる貴重な提言を行っている。

報告書は、「障害児についてなるべく一般施策との連携により対応していくという考え方からは、各施設や事業の根拠を「児童福祉法」に位置付けることを基本とすべきと考えられる。」と整理している。

これからの障がい児童福祉は、子ども家庭福祉の基本理念である「子どもの最善の利益の確保」や「子どもの権利保障(意見表明など能動的権利を含む。）」と「子育て家庭支援」、「公的責任」に加え、障がい福祉の基本理念である「自立と共生」や、切れ目があるがゆえに強調される「切れ目のない支援」をいかに組み込んでいくかが大きな課題となる。

『子ども』に普遍的に適用されるサービスは障がい児にも適用し、『障がい』の固有性に着目したサービスは障がい児にも適用していくことが必要とされている。「障がい児」は「子ども」であり、児童福祉法第一条にもあるとおり、まず、子どもとして「愛護」されなければならない。

この精神にのっとり、現行障害者自立支援法に規定する障がい児支援サービスを、原則として児童福祉法に規定し直し、かつ、検討会報告書に盛り込まれた新制度の法定化、実施体制の一元化、対象児童の拡大等を早急に進めるべきである。

## 2. 検討会報告書に盛り込まれた具体的提案等

- ①各種障がい児関係施設を、入所による支援を行う施設について「障がい児入所施設」(医療型・福祉型)に、通所による支援を行う施設について「児童発達支援センター」(医療型・福祉型)にそれぞれ一元化する。
- ②「障がい児通所支援」として、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス及び保育所等訪問支援の制度を創設する。
- ③障がい児の通園施設通所サービスの実施主体を市町村とする。入所施設についても市町村に一元化を検討する。
- ④障がい児福祉サービスの利用に当たって、いわゆるケアマネジメントの前置を制度化する。
- ⑤サービスを利用できる障がい児の定義に発達障がい児を含める。

これらを実施するにあたり、子ども家庭サービスと障がい児支援サービスのかい離を埋めるための検討を具体的に進めることも必要とされる。具体的には、子ども一般施策における障がい児支援と療育等の専門的支援との整合性の確保、たとえば、保育所における障がい児支援と児童発達支援センターにおける障がい児支援との関係や一時預かり事業の障がい児への適用など。また、いわゆる社会的養護サービスを障がい児についても活用すること、たとえば、専門里親に対する障がい児委託の推進、児童家庭支援センターの障がい児関係施設への附置、一定の基準を満たすおもちゃ図書館を地域子育て支援拠点事業として補助の道を開くこと、障がい児入所施設の小規模化や小規模住居型児童養育事業(ファミリーホーム)の活用、障がい児入所施設における自立支援計画策定の導入など、検討すべき課題は多い。このほか、教育・労働分野との切れ目のない支援も大きな課題である。

以上

## 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会意見書

提出委員名：河崎 建人

## 障がい者総合福祉法（仮称）制定までの間において当面必要な対策について

## 1. サービス体系のあり方の見直しについて

「精神障害者福祉の立遅れ」が指摘されながらも、「三障害共通の枠組み」の名のもと、抜本的な“立遅れ対策”が提供されていない。

精神障害者の社会参加に向けては、就労を含む経済的・社会的自立は重要な目標ではある。だが、精神障害を受容し、様々な支援を受けつつ地域で安寧な生活を送ることも、それに勝るとも劣らない社会参加である。

経済的・社会的自立へのステップアップを基準とする「成果」主義の導入は、障害者福祉サービス体系の構築に馴染まない。とりわけ障害福祉においては、人としての「使用価値（能力）」が「存在価値」よりも上位の概念とされることがあってはならない。支援者と相談してサービスを安心して自己決定できる環境を、障害者福祉制度は提供すべきである。

精神障害者には、知的・身体障害者の更生施設・療護施設のように障害者支援施設への移行対象となるような生活施設（入所施設）がこれまで整備されて来なかった。このことから、一般就労が困難であり、重い生活障害により多くの生活支援を必要とする精神障害者は、長期の入院生活を余儀なくされてきた。

「居住の場」の整備については、4～5人単位のグループホームやケアホームなど比較的軽度な障害者対策にとどまることなく、一般就労が困難であり、重い生活障害のある人たちも地域生活に移行できるよう、24時間支援態勢の整った生活施設の整備が必要である。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法と表記する）に規定された精神障害者社会復帰施設は、2006年（平成18）年の障害者自立支援法の施行により、同法に規定される障害者福祉サービス体系へ、5年の経過措置期間を経て移行することとなっている。経過措置期間が過ぎた段階で、これらの精神障害者社会復帰施設をどう取り扱うのか。障がい者総合福祉法（仮称）の中で、どう位置づけられるか、が明確とならない現段階では、障がい者総合福祉法が施行されるまでの間は、経過措置期間を延長して対応するのが、現実的で混乱を招くことが少ないと考えられる。

各種事業で様々な成果報酬加算や減算が設定されているが、一般企業等に導入された「成果」主義が社内の人間関係を損ね、また、格差社会を生み出したという評価もあるように、障害者間、事業者間の軋轢を生じることが予測される。

また、障害程度区分や利用期間設定によるサービス利用の制限によって自己決定権の制限を生じてはならず、新しい障害者福祉制度ではこれらの抜本の見直しを図られたい。

## 2. ケアマネジメント体制の確立について

現行では、ケアマネジメントの制度化（障害者の地域生活の支援にケアマネジメント技法を導入）に失敗している。新障害者福祉制度では、アセスメント、意向調査、ケア計画、モニタリングなど、障害者の地域における支援技法としてのケアマネジメントをしっかりと制度的に取り入れることが必要である。

また、ケアマネジメントは、相談支援事業とともに、知的・身体・精神等の障害特性に基づく各専門職種の専門性を尊重し配慮した制度にすることが重要である。

精神障害者が安心・安定した地域生活を送るには、医療と福祉の総合的サービスの利用が不可欠であり、精神疾患について理解し、身近にいて利用者の状態に精通する精神保健福祉士、看護職などの専門職が携わることが最も望ましい。その意味では、病院（施設）・各事業所のこれら各専門職がケアマネジメントを担うことのできる仕組みの構築が必要である。

## 3. 地域生活が成り立つための経済支援対策について

精神障害者が病院から地域生活へと移行するためには、地域生活が経済的に成り立つことが先ずもって必要である。具体的な経済支援対策および抜本的な所得保障制度の改善が必要である。

精神障害者は福祉サービス費とともに自立支援医療費の自己負担もあり負担感が強い。障害福祉サービスについては応能負担とし、負担額の算定は「世帯単位」から「個人単位」によるものとされたい。また、自立支援医療に係る利用者負担については通院医療の継続を担保する視点からこれを廃止されたい。

精神障害者の交通費優遇措置は、身体・知的障害者のそれに比べて著しく遅れている。例えば、国土交通省の定めた「一般乗合旅客自動車運送事業標準運送約款」には精神障害者が運賃割引届出対象者から外れており、実際に身体・知的障害者に比較して割引事業者は3分の1程度でしかない。多額な交通費によって、日中活動サービスの利用や通院医療が制限されないように配慮されたい。

在宅、居住サービス利用者には、施設入所利用者の「補足給付」に相当する経済的援助（特定障害者特別給付費）がない。障害基礎年金2級のみの人の場合、自立支援医療費や医療保険の自己負担、住居費や食費・水道光熱費によって、手元に残るお金が3千円程度でしかなく、地域移行は推進できない。障害基礎年金2級のみの人でもアパートやグループホーム等での地域生活が可能となるよう、特定障害者特別給付費制度の対象にされたい。

障害者の所得の確保に係る施策については、利用者負担の軽減、就労支援などの検討に止まらず、並行して、障害基礎年金の引上げによる抜本的な改革を実施されたい。

## 4. 障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係について

表記については、平成19年3月28日付：障企発第0328002号・障障発第0328002号にて、厚生労働省社

会・援護局障害保健福祉部 企画課長・障害福祉課長通知により考え方が示されているところであるが、実際の市町村等の地域自治体での対応は、65歳を超えた障害者に対して介護保険法による保険給付を優先することについて、ほぼ一律に実施されており、それまでの自立支援給付が打ち切れ介護保険給付に切替を求められることが大きな問題となっている。たとえば、それまで障害者グループホームなどで生活介護等給付を受けていた障害者が、65歳になった途端に給付を受けられず退所して住まいを探さねばならない事態となり、周囲とのなじみの関係や地域社会とのつながりを断ち切れ、別な高齢者用の介護施設等へと移住を強要されてしまう、あるいは自立支援施設で就労継続訓練などが65歳になると中止されるといったことが、日常茶飯に実施されるようになっている。通知は、これらの例外的な適用についても触れているが、あくまでも地方自治法第245条の4第1項の規定に基づく技術的な助言としていることから、ほとんどの地方自治体においては財政的な問題などもあり、「介護保険法利用優先の指導と実施」がなされている状況にある。

本件について、障害に対する給付と、介護に対する給付の両面から、並立して障害者が利用できるように強力な施策実施指導を行い、障害者にとって真に適合するサービスの提供をおこなうべきであり、特に地域との様々なつながりの中で生活する障害者が、生活基盤を失う事の無いような対応が必要である。



## 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会意見書

提出委員名：川崎 洋子

## 障がい者総合福祉法（仮称）制定までの間において当面必要な対策について

## 1、精神保健福祉法の改正・・・とりあえず医療と福祉を分離する。

精神医療法は医療法に統合、精神障害者福祉法は障害者福祉法に統合

## ① 医療の分野で

- ・保護者制度を撤廃する。この制度は精神病患者、精神障がい者に対する差別である。
- ・入院形態は、強制入院か任意入院かの二通りであるが、危機介入のシステムの創設強化で、強制入院を極力減らす努力をする。
- ・精神科特例を廃止する。

## ② 福祉の分野で

- ・手帳の共通化。手帳サービスが障害によって異なるといったことがないよう、平等にする。

## 2、障害者自立支援法の改善

- ・通院医療費について、極力軽減し、受診しやすく、継続しやすくする。上限1割負担。
- ・入院医療費について、全国で助成が受けられるようにする。（自立支援法ですとしたり、入院費も応能負担、上限1割負担とする）
- ・グループホームなど居住施設を充実する。
- ・所得保障を現実化する。国会としては、年金ではなく税からの福祉的保障であることを望む。年金財源からとすると、無年金者の解消が急務である。
- ・精神障害者に対する在宅介護を拡充する。ヘルパーの精神障がいについての講習は必要。（家族同居であっても、ヘルパーの派遣をすることが重要）
- ・相談支援事業の拡大。特に障がい者家族の相談にのれる体制を作る。365日、24時間体制。

## 3、社会的入院者の地期移行を進める。住居、所得、ケアの充実が必要。

## 4、ピアサポートの制度化

- (ア) 当事者のピアサポートの実施、制度化。
- (イ) 家族同士のピアサポートの制度化。現在身体、知的障害の福祉法にある障害者相談員と横並びに制度化する。
- (ウ) 家族会活動への支援。事務所の提供、事務局機能の支援など。



## 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会意見書

提出委員名： 門屋 充郎

## 障がい者総合福祉法（仮称）制定までの間において当面必要な対策について

## はじめに

## 「障がい者相談支援」の活動をふまえて

地域で暮らす障がい児・者が安心して暮らすことのできる社会の構築は道半ばです。

障がい者制度改革推進会議で、新制度の議論が推進されていますが、新たな制度が「ノーマライゼーション社会」の構築に寄与されるものと期待しております。

日本相談支援専門員協会は「障がいのある人の権利を擁護し、よりよい地域における自立生活をおくれるように支援していくこと」を目的とし、法制度を確立・執行する行政を側面的に支援、バックアップするための専門家集団として設立しました。総合福祉部会に対し、地域の課題を解決するため以下の提言を行います。

## 提言内容

## ○「障害者自立支援法」改正案の実施について

新制度が具体化するまでの間、前政権下で出された「障害者自立支援法」改正案が、速やかに議論され、早期に実施されることを望む。

- これからの障がい者の人生は、障がいを持たない者と同様に希望する地域で暮らすことを基本としなければなりません。家族と暮らす者も、一人で一般住居で暮らす者も、グループホームやケアホームなどの少数の障がい者同士の共同生活においても、自宅であれ、通うところであれ、訪問サービスを受けるなどの日中の活動についてのサービスが提供されることが必要です。その人その人に合わせた暮らしの不自由を補う支援が必要です。家族と共にいるから家族が全ての世話をしなければならないのではなく、サービスを活用し、重度であればあるほどにどの住居にいても訪問の多様なサービスが受けられるようになるべきです。医療も訪問によって満たされることにより地域で普通の暮らしができることは、すでに多くの国や地域で実証されています。この生活、自由で解放された人間的な人生を送るためには、多様な生活資源が必要ですが、全てが満足いくように速やかに実現されることは困難です。不十分ながら地域で生活するにも、満たされて暮らせるにも基本に相談が必要です。その時そのときだけでなく相談するだけではなく日々の生活に寄り添いながら、ワンストップのその人その人の必要性に添って本人の力を引き出しながら、公的・私的サービスを組み立て、本人の暮らしの安全と満足を目指して支援する相談支援が必要です。今までは窓口で相談し、家族やサービス事業において完結的に相談をしながら生活してきました。その事業体や家族が責任をもち、担当する者として役割を果たすことが普通だったからです。それでは本人の暮らしは普通にはなりません。ここに地域に訪問相談やサービスをいくつも利用できる、家族や友人の好意も受け入れる暮らし方を直接、間接に支援する相談支援専門員が必要です。自立支援法から新法に移行する前から、準備を急がなければならないのが、地域に中立公平な立場の相談支援専門員の配置とシステムが必要です。

○相談はインテーク、アセスメントからケアプラン、サービス調整と提供などが一連のものとして進められる必要があります。しかし、自立支援法では障害程度区分の決定が最優先され、インテークの相談、調査というアセスメント、障害程度区分が確定してからのサービス利用計画とそれぞれ担当が別々となっています。障害程度区分が続くとしてもこの流れは帰る必要があります。障害程度区分を廃止するとなれば、相談支援システムは早急に整備しなければ、相談支援専門員の養成も含み、喫緊の課題と考えます。

○相談支援体制は中立公平を担保するものでなければなりません。行政の相談はスタッフの異動があることにより継続相談支援が困難です。行政サービスの財源枠に縛られる現実もあり、制限的になる可能性があります。また、現在の指定相談事業の多くがサービス事業法人ないし事業体に所属し兼務発令されている実態から、介護保険で自分の事業体のサービス提供に誘導される相談支援が行われる危険性が強く、中立公平性は保障されません。独立した法人ないし独立した事業体として官民協働もありうることも含み、体制整備を検討すべきです。今から準備する必要があります。

○地域生活の基盤整備のためのグループホーム・ケアホームの推進について

長期化している入所、入院生活の障がい者が、速やかに地域移行するためには、地域での生活基盤の整備が必要不可欠です。その基本となる整備に住宅の確保があります。グループホーム、ケアホームがあります。グループホーム、ケアホームの推進を図るための具体的施策を望みます。

○権利擁護システムの構築について

知的や精神に障がいのある人の権利侵害や虐待が日常的に報道等で取りあげられています。安心した暮らしを保障するためにも、「障害者権利条約」の批准とともに、未制定の虐待防止法や制度化されているが進んでいない、成年後見制度等を核とした権利擁護システムの構築を望みます。

○自立支援法施行によって都道府県ごとに施行の内容が違っているものがみられることと、障害種別によって施行内容の違う事業などが時折問題となっているように感じます。市町村によって個別支援内容が違いうことは、不利益を受けるものがあることとなり、不平等が認められることとなります。具体的に検討すべきと考えます。

○相談支援事業の質の向上と身分保障のための財源の確保

市町村が確実に相談支援事業を実施できるよう、国及び都道府県が市町村の財政的支援を担保し、相談支援専門員の身分を保障すると共に法的な位置づけを望みます。

(国の責任において相談支援事業の交付税化を見直し、人口5万人あたり1カ所(社会福祉士、精神保健福祉士等の相談支援専門員2名体制)の設置を国が保障し都道府県・市町村が地域特性に応じて、業務内容に応じて人員配置を加配することを望みます。)

○相談支援事業の質の向上のための人材育成

障害者ケアマネジメントを実施できる障がい当事者も含めた相談支援専門員の確保、人材の育成のための資格化と現行研修のボトムアップも含めた研修の制度化を望みます。

○当事者の相談支援事業への参画

ピアカウンセラーやピアサポーター等の職業的位置づけの明確化と研修（育成）カリキュラムの開発を望みます。

○自立支援協議会の義務化

「障害者ケアマネジメント」の結果が、サービス利用につながる確認と、アセスメントやモニタリングが適切に行われるよう、また地域課題の協議、検討の場となるよう、地域自立支援協議会が適正に機能するため、法的な位置づけと事業費の確保を望みます。

○サービス利用計画作成費の拡大

ケアマネジメントを必要とする、全ての人にサービス利用計画を作成するための義務的経費化を望む。

○中立・公平性の確保

中立・公平性を確保するために、独立した委託事業者のあり方を原則とする。また中立・公平性を担保するためには、第三者機関による機能評価システムの開発を望みます。



## 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会意見書

提出委員名：門川 紳一郎 ・ 福島 智

## 障がい者総合福祉法（仮称）制定までの間において当面必要な対策について

「総合福祉法」制定までの間において、当面必要な対策、および当面の取り組みにあたっての基本的な方針について、以下若干意見を述べる。

## 1. 総合福祉部会の運営について：

総合福祉部会の運営にあたっては、まず「この部会でいつまでになにを決めるべきか」、「この部会になにが期待されていて、この部会にどのような機能があるのか」について明確にするための作業をしていただきたい。

その上で、

- (1) 特に緊急を要する事項
- (2) 論争的な（意見が分かれる傾向の強い）事項
- (3) 他の問題に波及する基本的な論点

という三つの観点で論点を絞ることが重要ではないか。また、その前提として、すでに出されている意見、とりわけ「自立支援法・総合福祉法」関連で出された「第3回推進会議にむけての意見書」の内容を整理した上で、あらためて論点・意見のすりあわせをしていく作業が必要ではないかと考える。

## 2. 各当事者の意見を聴取すること：

個別の事業・制度について当面の対策として経過措置を講じる場合は、当該事業・制度に関わる各当事者の意見を十分に聞いた上で取り組むことが重要である。

## 3. 稀少障害者の意見やニーズに充分配慮すること：

例えば、盲ろう者のような相対的に数の限られた障害者についても、その独自の困難なニーズに充分配慮した対策の内容とすることを希望する。

\* 以下、2月15日開催の第3回推進会議において「自立支援法・総合福祉法」関連で提出した意見書を再掲する。

・・・・・・・・・・・・・・・・

## 第三回障がい者制度改革推進会議 意見提出フォーマット

## 自立支援法・総合福祉法

## ○地域社会で生活する権利

## 1. 権利規定を明文化する必要性についてどう考えるか

→ 明文化する必要がある。

一般的な権利規定を行うと同時に、下位カテゴリーの権利を規定する各論を設ける。その各論では、それぞれの個別的な権利を規定しつつ、その権利の行使により実現されるべき内容も示す。これにより、障害者が一般市民と等しく享受できる事柄の内容が明示できる。

## 2. 自立の概念についてどう考えるか

→ 自立とは、根元的には人が尊厳をもってこの社会で生きること、それ自体である。

その意味で、社会はすべての人の自立（イコール生存）を最大限の関心と努力とともに保障すべきである。その上で、「障害者の自立」をより具体的に考えるならば、次のような内容になるだろう。

すなわち、障害者が自らの主体的な選択を基本としつつ、個人的・社会的双方の文脈において、多様な活動に参加する自由が実質的に保障されている状態である。また、自立とは個人内部に完結された閉ざされた概念ではなく、他者との相互交流・相互支援などによって実現されるべきものである。したがって、先の「主体的選択」も、狭い意味だけで把握されるべきものではなく、各種の権利擁護の取り組みと密接に結びついたものである。

そして、こうした障害者の自立の実現のためには、障害者の抱える困難ゆえに生じる支援の必要性（ニーズ）が充たされることが条件であり、たとえば、移動の介助や通訳などの人的支援、IT等のテクノロジーの活用やその活用のためのアクセシビリティの保障、施設・設備の最適化など、社会的な条件整備が不可欠である。なお、こうした条件整備は、国・自治体を含めた社会的責務にもとづいて実現されるべきだと考える。

## ○障害の定義、適用範囲

### 1. 障害の範囲についてどう考えるか

→ 現在のわが国の障害の定義は先進諸外国と比較しても限定的であるため、より広く、より柔軟な定義に変更すべきである。

現行法では、身体、知的、精神という三つのカテゴリーをもって障害を分類しているが、このカテゴリーの設定の妥当性自体も再検討されるべきである。また、個別の障害認定においては、医学的診断に基づく画一的基準が過度に強調されすぎていると思われる。

とりわけ、難病、発達障害、軽度障害、さらに従来「障害」とは認定されていないものの、さまざまな心身のファクターの複合で実質的に社会生活上の不利益を被っている人などを広く網羅する障害の定義を検討することが重要である。

## ○法定サービスメニュー

### 1. 現行規定にない社会モデルの視点に立ったサービスメニューは必要か

→ 必要である。

特に、従来の障害の区分におさまりきれない障害者に対するサービス（支援）の提供にあたって、その要件とされる障害認定との関連で、重要である。

一つにはサービス提供の対象者（利用者）として認定される根拠として、従来型の画一的な医学的診断のみが強調されるべきではなく、当該障害者の状態に応じて柔軟に対応されるべきであるということ。

もう一つは、実際のサービスメニューの構築と提供においても、従来型の医学的基準での切り分けにかぎらない、より現実のニーズに即したサービスメニューが構想されるべきであるということである。

## 2. 自立支援給付と地域生活支援事業の区分けは必要なのか

→ 基本的に必要ではない。ただし、現行制度の下では単純な賛否は述べられない。なぜなら、双方のメリット・デメリットが錯綜しているためだ。

まず、地域生活支援事業は利用者負担が事実上導入されていない点は評価でき、また比較的少数の利用者が想定される支援事業の実施には適している面がある。しかし、事業実施のための予算の絶対額が少ない（自立支援給付の10分の1以下）ため、事業を事実上利用できない障害者も少なくない。そして裁量的経費扱いである。

一方、自立支援給付は義務的経費であり、相対的に財源は充実しているものの、たとえば、全身性の重度障害者への居宅支援が十分だとはとても言えない。さらに事実上の国庫負担基準（シーリング）があるため、自治体はその財政状態等の事情によって、給付に消極的になる傾向がある。

したがって、現行の二制度を単純に合体するだけではなく、すべての障害者が量・質両面で、必要で十分な支援が受けられるような制度が構想されるべきである。

## 3. 法定メニューの障害者の生活構造に沿った再編成とシンプル化についてどう考えるか

### 4. 自己決定支援の必要性についてどう考えるか

→ より拡充されるべきである。

障害者による十全な「自己決定」がなされるためには、少なくとも次の三つの条件が満たされなければならないと考える。

第一は、何を決定するにせよ、決定の対象としての「選択肢」が十分に存在しなければならないということである。そうでないと、その「自己決定」は空疎なものになりかねない。なぜなら、「決定」とは「選択」を必然的に伴う行為であり、「選択の余地がない」状態では、そもそも「決定」する意味がないからである。したがって、当該障害者が「自己決定」する際の対象となる内容（福祉サービスや社会的参加の内容など）が充実していることが不可欠である。

第二は、「決定」にあたり、十分な情報が当該障害者に提供されなければならないということである。かりに決定の対象としての選択肢が抱負に存在していたとしても、それらについての十分に適切な情報が与えられていなければ、その障害者の本来の意思を反映した決定はおぼつかないからである。

第三は、独力での「自己決定」に困難を伴う障害者の場合、本人の意思や利益を実質的に代理できる権利擁護者や支援者の働きが適切に保障されることである。

第一の条件の整備のためには社会資源の拡充や福祉施策の充実が必要であり、第二の条件を充たすためには、情報提供と「自己決定された内容」の表出に伴うコミュニケーションの支援やその保障が必要だ。たとえば盲ろう者の場合、特にコミュニケーションと情報入手の困難が大きいため、十分なサポートがなければ、そもそも適切な「自己決定」が事実上行えない。また、第三の条件整備のためには、専門ワーカーの他、家族による支援やピアサポートも含めた、より柔軟な権利擁護の仕組みづくりが望まれる。

## ○支給決定プロセス

### 1. ニーズ把握の基本的視点をどこに置くか

（例えば、本人の障害の状況、本人の自己決定・選択、置かれた環境、及びそれらの相互関係）

→ ニーズの把握は、医学的な基準のみで画一的になされるべきではなく、本人や代理人により

表明されたニーズを尊重する姿勢が大切である。

その際、特に次の二点の重要性を指摘したい。

第一は、「障害者のニーズ」の内容について、プライオリティ（優先順位）をめぐる社会的な合意形成を目指すということである。

第二は、ニーズの表明が積極的に、あるいは適切にできない障害者の存在を想定することである。

第一について言えば、それは施策の実施においては予算の重点的配分のあり方についての合意ということでもある。

より具体的には、まずは食事や排泄、呼吸の確保など、障害者の生存に関わる生命維持をめぐるニーズ（生存の基本ニーズ）が最優先にあげられるだろう。さらに盲ろう者の視点から言えば、「コミュニケーション」、「情報の入手」、「移動」という三つの領域の活動に関わるニーズ（文化的の基本ニーズ）も、「文化的・社会的存在」としての人間の生存にとって不可欠であることに留意したい。

## 2. 障害程度区分の廃止とそれに代わる協議・調整による支給決定プロセスのための体制構築についてどう考えるか

→ 現行の障害程度区分の指標は、医学的基準が過度に偏重されており、障害者の現実のニーズをくみ取れているとは言えない。したがって「障害の程度」は、「必要とされるニーズの程度」に実質的に置換されていくべきである。

協議・調整・支給決定のプロセスについては、本人およびそのニーズ充足に共感的なメンバーも含めた委員会などの機関を設置し、丁寧な判断がなされるべきである。

その際、「自己決定」のところで述べたように、①支給される内容の「選択肢」が十分であること、②情報が適切に提供されること、③必要に応じて権利擁護の取り組みがなされることそれぞれ重要である。

このうち、③については、より広くとらえられるべきである。すなわち、狭義の「権利擁護」だけでなく、本人の立場にたって既存の社会資源や福祉施策のメニューの水準なども勘案した助言のできる人、いわば「弁護人」の役割をはたす人を必要に応じて配置できるようにしたい。

## 3. セルフマネジメント・本人中心計画と相談支援機関、ピアカウンセリング・ピアサポートの役割についてどう考えるか

→ ピアカウンセリング・ピアサポートについては、原則としてその必要性和重要性は認める。

しかし、「ピアサポート」が過度に特権化されることには問題もある。たとえば「ピアサポート」にあたる人はだれか、その人は適切な力量を所持しているか、などは常に吟味されるべきことである。したがって、有効なピアサポートの実現のためには、ピアサポーターの養成や身分保障の仕組みづくり、不断の研鑽を支える仕組みづくりなども必要である。

## 4. 不服の場合の異議申立手続きについてどう考えるか

→ 異議申し立てやそれに関連する相談を受けつける機関は必要である。

その際、当該機関には必ず当事者の立場を理解できる相談員が常駐すべきである。弁護士や障害者団体の職員など、その属性・立場は問わないが、不利な弱い立場に置かれがちな当事者の権利を擁護できる相談員でなければならない。また、障害者本人だけでなく、必要に応じて家族や支援者などからも、不服申し立てができる仕組みにすべきである。

## ○地域移行

### 1. 重度障害者の24時間介護体制の構築についてどう考えるか

→ 必要不可欠である。

一部の全身性障害者など、24時間の介護体制が生命の維持に不可欠なケースはもちろんのこと、24時間の介護体制がないと潜在的な生命の危険に遭遇する可能性のある人も、しっかり介護体制が保障されるべきである。

また、必ずしも常時24時間介護が必要でない障害者の場合でも、急病や災害などに自力で対処できない場合が少なくない。したがって、24時間介護体制を必要に応じて保障するとともに、緊急時の24時間支援の仕組みも広く構築すべきである。

### 2. 地域移行プログラムの法定化と期限の設定についてどう考えるか

### 3. 地域移行支援策の法定化についてどう考えるか

#### ○利用者負担

#### 1. 応益負担の廃止についてどう考えるか

→ 廃止すべきである。

#### 2. 負担の有無についてどのような原則と考え方をとるのか

→ 「応益負担」を廃止して、「応能負担」に移行することは重要な前進であり評価できる。しかし、原理的に言えば、それが理想ではない。

理想的には障害者が文化的で最低限度の生活を送るために不可欠な支援のニーズ（前述の「生存の基本ニーズ」と「文化的の基本ニーズ」）については、無条件に無償で公的に保障されるべきだと考える。

たとえば、重度障害者が自宅のトイレに行く際の介助、呼吸器で呼吸する際のケア、あるいは、聴覚障害者や盲ろう者がだれかと会話をする折の通訳などについて、それぞれ「利用者負担」が伴うことは適切ではないと考える。トイレに行き、息をして、会話をする、といった人としての最低限の営みのために不可欠な支援を受けることを、「商品としてのサービス」を受けるかのように取り扱うのは不適切と考えるからだ。

求められることは、「応益負担」でもなく、「応能負担」でもない、障害者の最低限度の生活に不可欠な支援が無条件に十分に提供されること、つまり「応要支援」がなされることだと考える。

#### 3. 新基準の設定についてどう考えるか

→ 前述のように、「生存の基本ニーズ」と「文化的の基本ニーズ」に対する支援は、原則として無償で提供されるべきだと考える。

ただし、どういう支援がこの二つの基本ニーズのリストに属するかという問題の合意形成はまだなされておらず、さらに現行制度を支えるわが国の社会保障体制全般との関連で、まったくの無償での公的支援の方式を全面的に実施することは困難だと思われる。

そこで、現実的には、「応能負担」での支援と「無償支援」をどのように適切に組み合わせるか、という問題であろう。

その際注目したいことは、応能負担を採用するにしても、利用者（障害者）にとってまさに「負担」にならぬよう、低廉な負担水準を設定することと、負担のあり方とは別に、実際に提供される支援の量的・質的な充実をいかに担保するかということである。

## ○医療支援

### 1. 医療支援の在り方についてどう考えるか

→ 内部障害者、精神障害者、高齢障害者、難病のある障害者など、継続的な医療ユーザである障害者への丁寧な対応が望まれる。

これらの医療機関を多用する障害者だけでなく、単発の利用も含めて、障害者にとっての医療をめぐる支援のあり方が検討されるべきである。医療費負担軽減の問題以外にも、たとえば医療機関を利用する際に生じる「文化的基本ニーズ」への適切な対応が重要である。

(例) 医師・看護師とのコミュニケーション、自らに関わる医療情報の入手、病院内や通院時の移動、など。

また、たとえば、ある盲ろう者がある地域で入院した際、介護はすべて病院スタッフが行うということで、通訳・介助者の派遣が認められなかった。しかし、盲ろう者は特殊で独自のコミュニケーションニーズがあるため、病院スタッフでは対応できず、コミュニケーションに時間がかかる盲ろう者は結果的に疎まれる、といった事例があった。

### 2. 負担問題についてどう考えるか

→ 障害者の中には、その障害ゆえに医療機関を継続的かつ頻繁に利用する者もいるため、医療費の負担が加重にならぬよう対応すべきである。とくに精神障害者の医療費助成制度の拡充が求められる。

## ○その他

### 1. 現行の障害程度区分に基づく国庫負担基準の問題についてどう考えるか

→ 画一的な国庫負担基準の設定は撤廃すべきである。

また、十分な財源の確保に取り組むべきである。

### 2. 障害者の地域生活のための財政負担の強化についてどう考えるか

→ 財政負担の絶対額が少なすぎる。わが国の障害福祉関連予算の対GDP比が、OECD諸国内で最下位レベルである現状を打開すべきである。

自立支援給付の拡充が求められる他、たとえば、地域生活支援事業の21年度予算はわずかに450億円である。障害者の範囲が拡大し、そのニーズも複雑化・多様化する中で、今の予算水準は現実のニーズに対応できていないと思われる。

### 3. 地域間格差をどのようになくしていくのか

→ 国の財政的責任の強化が望まれる。

地域福祉の実施主体が市町村（一部都道府県）であることには、多くの評価すべき点がある。しかし、財政面については、地域格差が許容限度をはるかに越える状態にあると言わざるを得ない。

自立支援給付、地域生活支援事業のいずれについても、国の財政的責任をいっそう強化すべきである。