

## 「地域移行」部会作業チーム報告書

### 【作業チームのメンバー】

座長	大久保常明	社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会常務理事
副座長	三田 優子	大阪府立大学准教授
	伊澤 雄一	特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会代表
	岡部 耕典	早稲田大学准教授
	小田島栄一	ピープルファースト東久留米代表
	河崎 建人	社団法人日本精神科病院協会副会長
	清水 明彦	西宮市社会福祉協議会障害者生活支援グループ グループ長
	中原 強	財団法人日本知的障害者福祉協会会長
	山本 真理	全国「精神病」者集団

### 1. 地域移行の支援、並びにその法定化

#### (1) 「地域移行」とは何か

##### (結論1)

「地域移行」のもつ意味は、単に住まいを施設や病院から移すことではなく、障害者個々人が市民として、自ら選んだ住まいで安心して、自分らしい暮らしを実現することである。

障害があっても本来、誰もが地域で暮らしを営む存在であり、一生を施設や病院で過ごすことは普通ではない。当然、すべての障害者が、障害の程度や状況、支援の量等に関わらず、地域で暮らす権利をもつ存在と捉え、地域移行の対象となる。

##### (結論2)

「地域移行」の具体的場面は、住まいを施設や病院から地域に移すことのみではなく、家族との同居から独立し、自分の住まいを設けることも含み捉える必要がある。

##### (結論3)

地域移行の中心課題は、障害者であるために地域で生活することを困難にしてしまう社会の資源・環境の不足の問題である。

##### (結論4)

常時の医療的ケアが必要、「強度行動障害」がある、地域でトラブルを起こしがち等々の理由でこれまで「もっとも地域移行が困難」とされてきた障害のある人たちを地域移行の対象者から除外してはならない。

### (結論 1－説明)

地域移行とは、ただ施設や病院から住まいを移すということではない。障害者も市民であるから、市民としての権利、すなわち個々人が自分の住みたいところで、自分が選んだ自分の暮らしを展開することの第一歩が地域移行である。障害があっても本来、誰もが地域で暮らしを営む存在であり、一生を施設や病院で過ごすことは普通ではない。施設や病院において、入所者・入院者が利用しやすい自己決定と自己選択を支える権利擁護システムが整えられていることが地域移行推進の条件である

### (結論 2－説明)

これまでのように在宅での家族の介護等に依存し、限界となって入所・入院に至る流れを断ち切る、家族への依存（負担）からの解放もまた地域移行である。従って、地域で生活継続が困難になって、入所・入院に至ってしまう人を地域で支援できる仕組みを作ることは、地域移行の取り組みの一部である

### (結論 3－説明 1)

施設や病院に不必要に入らない、また、再入所・入院しないための取り組みを含めて、地域移行の促進とする。地域移行の中心課題は、障害者であるために地域で生活し続けることを困難にしてしまう社会の資源・環境の不足の問題である。

### (結論 3－説明 2)

障害者が地域生活を送る上で求められる社会の資源・環境は、福祉サービスはもちろんのこと、住宅政策、所得保障、権利を守る仕組みなどとなる。また、地域移行の推進には、障害者であっても地域でその人らしく生きる存在（「地域で暮らす権利がある生活の主体者」）であることを、住民が理解するための取り組みを行うことが重要である。

### (結論 4－説明)

「もっとも地域移行が困難」とされてきた人たちが「市民として、自ら選んだ住まいで安心して、自分らしい暮らしを実現する」ための支援が必要である。権利条約第 19 条において自立生活のために必要な地域支援として強調されているパーソナルアシスタンスとして、例えば、重度訪問介護の知的障害者や精神障害者への対象拡大が考えられる。

## (2)「特定の生活様式を義務づけられないこと」を確保するうえでの課題と地域移行の法定化について

### (結論 1)

「特定の生活様式を義務づけられないこと」を確保するうえで、入所者・入院者が住みたいところを選ぶ、自分の暮らしを展開するなど、障害者本人の意志や希望、選択が尊重される支援の仕組みと選択肢を作ることが早急に必要である。

これは地域で生活する障害者についても同様で、家族の状況や支援不足から障害者が希望しない環境におかれることや、大人数の住まい等の環境におかれてい

ることも含まれる。

#### (結論 2)

地域移行を進めるためには、障害者が、障害の程度や状況に係わらず地域社会で暮らすための基盤整備が最重要課題である。施設の入所定員や病院の病床数の減を法定化は、それを前提としたものでなければならない。そうでないと、家族の不安や負担を強いる危険性と混乱を招きかねないことになる。

とりわけ重要となる福祉サービス基盤の整備と住まいの確保を積極的に進めるためには、総合福祉法（仮称）とは別に、例えば、時限立法として、「障害者の地域移行を促進するための基盤整備に関する法律」の制定が望まれる。少なくとも、国としての「地域基盤整備〇ヵ年戦略」（仮称）を策定する必要があると考える。

#### (結論 3)

総合福祉法（仮称）に盛り込む内容として、現行法の事業所指定における障害者支援施設への総量規制的なものは、一定の歯止めとして必要と考えられる。また、グループホーム等の指定事業所の設置促進にあたっては、地域住民との調整に対して、行政の一定の責任を明文化する必要がある。

#### (結論 1－説明)

本来は誰もが地域で暮らしを営む存在であり、障害者が一生を施設や病院で過ごすことは普通ではない。入所者・入院者が住みたいところを選ぶ、自分の暮らしを展開するなど、障害者本人の意志や希望、選択が尊重される支援の仕組みと選択肢を作ることが早急に必要である。これは地域で生活する障害者についても同様で、家族の状況や支援不足から障害者が希望しない環境におかれることや、大人数の住まい等で普通の暮らしとは言えない環境におかれていることも含むものとする。

なお、権利条約 19 条の実現のためには、どこに暮らすか、誰とどう暮らすかなど、障害者本人が望む生活を実現するための権利擁護システムの整備が重要である。

#### (結論 2－説明 1)

地域移行の促進にあたって、地方における地域基盤整備や財政等の格差とともに、国と地方の財政負担構造など課題があるなかで、単に、施設の入所定員や病院の病床数の減を法定化することは、家族の不安や負担を強いる危険性と混乱を招きかねない。

#### (結論 2－説明 2)

地域移行の法定化は、地域移行に特化したものではなく、誰もが暮らせるための地域資源・支援システムが整備されることが前提である。時限立法などで、集中的に地域生活資源を整備することが有効である。

(3) 入所施設や病院からの地域移行に関して具体的な期限や数値目標、プログラムなどについて

### **(結論 1)**

退所・退院に向けた具体的な期限や数値目標は、それだけでは入所者・入院者の回転ドア現象を招きかねない。期限や数値目標は、地域での資源整備計画にこそ必要である。特に、入所者・入院者が、どのようなニーズがあって入所・入院しているのか、定期的にそのニーズを把握し、社会的入所・入院の軽減を図らなければならない。

### **(結論 2)**

地域移行のプログラムは、入所者・入院者が自ら選ぶことを前提とし、入所者・入院者の権利擁護システムが同時に整備されるべきである。また、プログラムに入所者・入院者が合わせ、一定のプログラムを経なければ地域移行できないものではなく、個々人の状況に合わせ作成することが必要である。

特に長期入所者・入院者は、それまでの環境が本人に大きな影響を与えている場合があり、本人の状況を踏まえた個別のプログラムが必要である。なお、プログラムは、その目的からも、施設や病院の職員だけで遂行するのではなく、個人ごとに外部者が関わりながら進める仕組みが必要である。

### **(結論 3)**

地域移行を推進する上で、プログラムの対象は、入所者・入院者に限らず、施設・病院の職員にも必要であり、専門性を活かした地域生活支援への視点の転換が必要と思われる。

### **(結論 1－説明)**

退所・退院に向けた取り組みは重要だが、その具体的な期限や数値目標は、それだけでは入所者・入院者の回転ドア現象を招きかねない。期限や数値目標は、地域での資源整備計画にこそ必要であり、両者が整合性をもって連動する必要がある。

もちろん、入所者・入院者が、どのようなニーズがあって入所・入院しているのか、定期的にそのニーズを図る必要がある。社会的入所・入院の軽減を目指さなければならない。その際、施設・病院関係者だけでなく、外部者（地域支援者、ピア、自立支援協議会、市民などさまざまな立場の者）が参加できる仕組みを作ることは、安易な入所・入院を避けるためにも重要である。

自治体の障害福祉計画等で掲げられた地域移行者目標数値に関しては、地域支援サービス整備の目標数値とともに一定の達成義務は必要だが、施設や病院から住まいを移行しただけで終るものではないため、地域での生活実態の把握や支援状況の検証を移行後も行なうべきである。

### **(結論 2－説明)**

地域移行のプログラムは、障害者の意志や決定を確認し、それを実現するためのものであり、入所者・入院者が自ら選ぶことを基本としたものである。従って、入所者・入院者の権利擁護システムが同時に整備されるべきである。また、ステップ型のプログラムに入所者・入院者が合わせ、一定のプログラムを経なければ地域移行できないものではなく、個別に作成されたものが必要である。

なお、長期入所者・入院者への対応は重要な課題である。特に、それらの人たちは、地域での生活がイメージできにくい。さらにあきらめや無気力から、自分の意見を表明するのに時間がかかるなどの施設症に陥っている人には、特に本人の思いに寄り添った個別のプログラムが必要である。その目的からも、施設や病院の職員だけで遂行するプログラムではなく、個人ごとに外部者が関わりながら進める仕組みが必要である。現行の「地域移行支援事業」の実績ならびに評価を通じて、それを制度として昇華させていくことも必要と考える。

#### **(結論 3－説明)**

施設・病院の職員がその専門性を地域支援に活かしていくことも、地域移行を推進していく上で求められることになる。その際には、職員にも一定の移行プログラムが必要である。支援のあり方について、視点の転換が必要と思われるからである。

### **(4) 地域移行を進めるためのピアサポートや自立体験プログラムなどについて**

#### **(結論 1)**

ピアのもつ力は大きく、重要な人的資源である。入所者・入院者の意志や希望を聴くコミュニケーション過程での支援力やノウハウは有効である。安価な支援としてピアサポートをとらえるのではなく、ピアを地域移行推進のための重要な人的資源と位置づけ、その育成と報酬等に係る財源を確保すべきである。

#### **(結論 2)**

地域移行に向けた体験プログラムには、さまざまな選択肢が必要で、施設・病院と地域支援者等の連携のもとで進めるべきである。そのプログラムには、まず施設・病院から外出したり、地域での生活を楽しむ体験をするなどしながら、自分の地域生活をイメージする期間も必要であり、そのため、地域の福祉サービスも利用できる仕組みが必要である。なお、経済的に困難な入所者・入院者にはその費用を助成する仕組みが不可欠である。

#### **(結論 1－説明)**

ピアのもつ力は大きく、重要な人的資源である。入所者・入院者の意志や希望を聴くコミュニケーション過程で、ピアならではの支援力やノウハウは有効である。たとえば、長期入所者・入院者は、地域での生活がイメージできにくい。さらに自らの希望を表明することができない、あきらめてしまっているなどの施設症に陥っている人には、本人の思いに寄り添った個別のプログラムが必要で、その働きかけにはピアサポートの協力が重要である。

また、地域移行の過程で、本人の意志を無視したり、支援側のプランを押し付けたりしないよう、入所者・入院者に対して個別に、権利擁護サポーターなどが配置されるのも有効で、そのサポーターをピアが担うこともあり得る。この場合、権利擁護サポーターの独立性が重要となる。

いずれにしても、安価な支援としてピアサポートをとらえるのではなく、ピア

を地域移行推進のための重要な人的資源と位置づけ、ピアサポーターの育成ならびに地域移行支援活動に対する至当な報酬等の財源を確保すべきである。

#### (結論 2 - 説明)

地域移行に向けた体験プログラムには、さまざまな選択肢が必要で、施設・病院と地域支援者等の連携のもとで進めるべきである。その体験プログラムには、まず施設・病院から外出したり、地域での生活を楽しむ体験をするなどしながら、自分の地域生活をイメージする期間も必要である。そのため、地域の移動支援等の福祉サービスを利用できる仕組みが必要である。また、蓄えもなく、経済的に困難な入所者・入院者にはその費用を助成する仕組みが不可欠である。

### (5) 長期入院・入所の結果、保証人を確保できず地域移行が出来ない人への対応としての公的保証人制度について

#### (結論)

保証人がいないために住居が確保できない入所者・入院者にとって、公的保証人制度は必要であり、自治体が保証人となるべきである。

なお、住居確保以外の場合、公的とは言っても、機械的に担うのではなく、地域支援の一部として位置づけ、障害者の生活状況を知る人が担う保証人制度が望ましい。

#### (結論 - 説明)

保証人が不在のために住居が確保できない入所者・入院者にとって、公的保証人制度は必要である。住居の確保のためには自治体が保証すべきである。

住居確保以外にも保証人が求められる場合は、公的とは言っても、全く関わりのない第三者が機械的に担うのではなく、さまざまな地域支援の一部として位置づけ、障害者の生活状況を知る人が担う保証人制度が望ましい。

ただし、その際には、保証人が障害者の生活管理として、生活に何らかのコントロールを与えることがないよう、障害者が不服を申し立てられるような仕組みが同時に必要である。

### (6) 地域移行をする人に必要な財源が給付されるような仕組みについて

#### (結論)

地域移行に伴い、経済的な支援が必要な入所者・入院者については、例えば新居への入居時等にかかる費用等を支援する仕組みは重要である。これは、在宅から一人暮らし、グループホーム等に移行する障害者についても同様である。

#### (結論 - 説明)

地域移行に伴い、経済的な支援が必要な入所者・入院者については、例えば新居への入居時等にかかる費用等を支援することは、移行促進を図るためには重要

である。

ただし、在宅から一人暮らし、グループホーム等に移行する障害者についても同様の仕組みが必要であるので、地域生活支援サービスのひとつとして位置づけないと、施設・入院を経た地域生活モデルが出来上がってしまう恐れがある。

## (7) 地域移行における入所施設や病院の役割、機能について

### (結論 1)

入所施設や病院と地域生活を単純に対立軸とし、その役割、機能を論ずることは妥当ではなく、また、現実的ではないと考える。特に、濃密な医療ニーズが継続的にある人たちに係わる議論は、拙速に結論を求めることのないよう、十分な議論が必要である。

### (結論 2)

入所施設や病院は、入所・入院の長期化を避けるための「個別支援計画」を充実させるとともに、セイフティネットとしての入所・入院ニーズに対応できる本来の専門的な支援機能を提供する一方、地域生活に向けた支援を強化すべきである。

### (結論 1－説明)

入所施設や病院は、地域で暮らす障害のある人たちが何らかの理由で地域生活に耐えられない状況に陥った時に、必要に応じて利用する社会資源であり、専門的知識と技術をもった支援（病院の場合は必要な治療）や環境を提供する社会資源である。

### (結論 2－説明 1)

入所・入院の長期化を避けるために、施設・病院で支援の計画を作成する際には、入所時・入院時から相談支援機関等と連携した「退所・退院を目標にした個別支援計画」とする。また、セイフティネットとしての入所・入院ニーズを支援に結びつけるために、本来の専門的な支援を提供する一方、地域生活に向けた支援を開始すべきである。

### (結論 2－説明 2)

地域に家族支援、緊急一時支援、高齢障害者支援、強度行動障害や地域との摩擦を起こしやすい人々への支援、地域医療等が地域に用意されることが必要であるが、施設や病院が、地域の支援機関と十分に連携できる体制を整えることも専門機関としての役割である。

### (結論 2－説明 3)

障害が重い人であっても、基本として、その人の「人生」が施設や病院の中のみで完結することはあってはならない。地域でその人らしい暮らしを送るための専門的支援に向けた、職員の研修や意識改革は必須である。

### (結論 2－説明 4)

地域移行において施設や病院に期待される役割には、入所・入院のあり方、入

所・入院環境などの見直しも含まれる。適正な手続きによる施設・病院への入所・入院であることは、地域移行推進と関係する重要要件である。その上で、施設や病院は、質の高い専門的支援・医療を提供する機関としての機能強化が求められるべきである。

#### (結論 2－説明 5)

施設や病院への入所・入院の必要性を見極める場が必要である。例えば、精神科病院への休息入院にみられるように、生活場面から離れてゆっくり静かに休める環境があれば入院せずに済む人が少なくない。ショートステイやレスパイトサービスにバリエーションをもたせ、精神障害者が気軽に使えるものにすることで入院が必ずしも必要でなくなる人もいる。

また、重症・重度障害者についても、地域で医療的ケアが身近に受けられる場があり、それが家庭的なサイズである場合の方が安定した体調を維持することも少なくない。

このように、入所施設や医療施設でなければならないのかどうか、定期的にそのニーズを図りながら個別支援計画を更新することが必要である。

いずれの場合でも、入所者・入院者が利用しやすい権利擁護システムが不可欠であるが、重度者であっても本人の意志を聞きながら進めることが重要である。

#### (結論 2－説明 6)

精神科医療は入院中心ではなく、地域での生活支援と連携をし、地域の中で精神医療を提供する存在へと転換を図るべきである。地域移行を推進するうえでも、適正な手続きによる入院のあり方の検討も求められる。

## 2. 社会的入院等の解消

### (1) 多くの社会的入院を抱える精神科病床や入所施設からの大規模な地域移行を進めるための特別なプロジェクトについて

#### (結論)

地域での支援サービスを重層的に構築することが肝要であるので、国が特別プロジェクトとして予算を確保することが重要である。例えば、「地域基盤整備〇〇カ年戦略」のように、一定期間集中的に国が主導し取り組むことが考えられる。

#### (結論－説明)

社会的入所・入院の解消がこれまでも進んでこなかったのは、国の施策と地域資源の貧しさや所得保障の不備、国民の意識、それゆえ家族の介護等に依存してきたこと、そして、地域で暮す権利を障害者本人にも伝えられなかったことなどが理由といえる。また、現在は地域で暮らしていても、地域で生活し続けられなくなると、施設や病院をセイフティネットとして頼らざるを得ない。

なによりも、地域での支援サービスを重層的にすることが肝要であるので、国の責任として特別プロジェクトとしての予算を確保することが重要である。



例えば、「地域基盤整備〇〇力年戦略」のように、一定期間集中的に国が主導し取り組むことである。同時に、障害者であっても地域でその人らしく生きる存在（「地域で暮らす権利がある生活の主体者」）であることを、住民が理解するための取り組みとしての特別なアクションが必要である。また、特区制度を設け、住民を巻きこんで地域性を活かした取り組みも有効である。

## (2) 現実に存続する「施設待機者」「再入院・入所」問題への取り組みについて

### (結論 1)

施設待機者は、全てが真に施設入所の必要な者とは言えない。障害福祉計画等で、単純に施設待機者数を施設設置の根拠とすることは妥当ではない。待機者は、さまざまな福祉サービス利用の待機者であるとの視点に立ち、具体的な地域基盤の整備を進める必要がある。

### (結論 2)

再入所・再入院についても、障害者本人の問題としてのみ捉えるのではなく、地域支援の不足・不備からくるものとして検証し、再び地域移行にむけて支援を行う必要がある。

### (結論 1－説明)

施設待機者は、地域における支援の貧しさから生まれてくるもので、すべての人が真に施設入所の必要な者とは言えない。また、待機者としてカウントされた障害者の、施設に頼らざるを得ないそのニーズは分析されてはいない。待機者はさまざまな福祉サービス利用の待機者である。よって、施設待機者が施設ニーズとして取り上げられる根拠はない。

よって、障害福祉計画等で施設待機者数を施設設置の基準にしない。なぜ入所者が生まれるのかを分析し、そこに重点的に支援をつくることが都道府県・市町村の役割である。施設待機者を掲げる自治体は、施設待機者に対して実態調査を実施し、真のニーズを把握するとともに、地域生活の継続希望者に対しては、速やかに取り組むべき課題として、改善計画を策定すべきである。

## (3) 「施設待機者」「再入院・入所」者への実態調査とそれらのニーズ把握の具体的な取り組みについて

### (結論)

在宅調査とともに入所者・入院者実態調査も重要である。施設に求める機能、地域での支援の現状や課題等を把握する必要がある。その際には、障害の程度や状況に関わらず、障害者本人への聴き取りを行うことが重要である。

特に、全国的な調査として、地域性や地域間格差の把握が重要であり、国としての、地域支援のあり方に関わる貴重なデータとなり、地域移行に向けた取り組みの根拠となる。

### (結論—説明)

在宅調査を行い、施設機能に求めるもの、地域での支援の現状や課題等を聴き取ることが必要である。その際には、障害の程度や状況に関わらず、障害者本人への聴き取りを行うことが重要である。

同時に、入所者・入院者実態調査も重要で、なぜ入所・入院に至ったのか、入所者・入院者の希望は何か、どのような退所・退院阻害要因があるのかを、分析することを国主導で行う。

全国的な把握、地域性の把握が、地域支援のあり方に関わる貴重なデータであり、地域移行に向けた取り組みの根拠となる。

### (4) 上記の調査を具体的な施策に活かすためのシステムについて

#### (結論)

上記の調査結果を踏まえ、「地域基盤整備〇〇カ年戦略」(仮称)などを策定し、一定期間集中的に国が主導し取り組むことが必要となる。また、上記の調査を国の定期的な調査として位置づけることで、具体的な施策を検証し、効果的な施策を講じていくことが可能となる。

### (5) スウェーデンでは 1990 年代初頭の改革で一定期間以上の社会的入院・入所の費用は市町村が持つような制度設計にしたため、社会資源の開発が一挙に進んだ。我が国における同様の強力なインセンティブを持った政策の必要性とその内容について

#### (結論)

何らかの政策的な仕組みは必要ではあるが、民間施設や民間病院に依存してきた我が国では、同様の取り組みは難しい面がある。

しかしながら、障害福祉計画等の立案者である市町村・都道府県、特に事業者指定者である立場からも、社会資源開発のための戦略をその計画に盛り込むことは必要である。さらに国は、社会資源開発を、省庁を超えた広域事業として位置づけ推進することが求められる。いずれにしても、地域支援における予算の大幅な増など、地域資源を飛躍的に増加することが強力なインセンティブになる。

## 「地域移行」部会作業チーム報告書の概要

### 1. 地域移行の支援、並びにその法定化

#### (1)「地域移行」とは何か

「地域移行」のもつ意味は、単に住まいを施設や病院から移すことではなく、障害者個人が市民として、自ら選んだ住まいで安心して、自分らしい暮らしを実現することである。当然、すべての障害者が、障害の程度や状況、支援の量等に関わらず、地域移行の対象となる。なお、「地域移行」は、住まいを施設や病院から地域に移すことのみではなく、家族との同居から独立し、自分の住まいを設けることも含み捉える必要がある。

#### (2)「特定の生活様式を義務づけられないこと」を確保するうえでの課題と地域移行の法定化について

障害者本人の意志や希望、選択が尊重される支援の仕組みと選択肢を作ることが早急に必要である。これは地域で生活する障害者についても同様である。地域移行を進めるためには、地域社会で暮らすための基盤整備が最重要課題である。入所定員や病床数の減を法定化は、それを前提としたものでなければならない。さもないと、家族の不安や負担を強いる危険性と混乱を招きかねない。基盤整備を積極的に進めるためには、例えば、時限立法として、「障害者の地域移行を促進するための基盤整備に関する法律」の制定が望まれる。少なくとも、国としての「地域基盤整備〇〇年戦略」(仮称)を策定する必要がある。

#### (3)入所施設や病院からの地域移行に関して具体的な期限や数値目標、プログラムなどについて

期限や数値目標は、退所・退院に向けたものだけではなく、地域での資源整備計画にこそ必要である。特に、入所者・入院者に対して定期的にそのニーズを把握し、社会的入所・入院の軽減を図らなければならない。地域移行のプログラムは、入所者・入院者が自ら選ぶことを前提とし、個人々の状況に合わせ作成することが重要である。プログラムは施設や病院の職員だけではなく、外部者が関わりながら進める仕組みが必要である。

#### (4)地域移行を進めるためのピアサポートや自立体験プログラムなどについて

ピアサポートを地域移行推進のための重要な人的資源と位置づける必要がある。地域移行に向けた体験プログラムにはさまざまな選択肢が必要で、施設・病院と地域支援者等の連携のもとで進めるべきである。地域での体験に際して、地域の福祉サービスも利用でき、経済的に困難な人にはその費用を助成する仕組みが不可欠である。

#### (5)保証人を確保できず地域移行が出来ない人への対応としての公的保証人制度について

公的保証人制度は必要であり、自治体が保証人となるべきである。住居確保以外の場合は、地域支援の一部として位置づける制度が望ましい。

#### (6)地域移行をする人に必要な財源が給付されるような仕組みについて

経済的な支援が必要な人については、新居への入居時等にかかる費用等を支援する仕組みは重要である。これは、在宅から一人暮らし、グループホーム等に移行する障害者についても同様である。

#### (7)地域移行における入所施設や病院の役割、機能について

入所施設や病院と地域生活を単純に対立軸とし、その役割、機能を論ずることは妥当ではなく、また、現実的ではない。特に、濃密な医療ニーズが継続的にある人たちについては、十分な議論が必要である。入所・入院の長期化を避けるために、「個別支援計画」を充実させるとともに、セイフティネットとしてのニーズに対応できる専門的な支援機能を提供する一方、地域生活に向けた支援を強化すべきである。

### 2. 社会的入院等の解消

#### (1)精神科病床や入所施設からの大規模な地域移行を進めるための特別なプロジェクトについて

国が特別プロジェクトとして予算を確保することが重要である。例えば、「地域基盤整備〇〇年戦略」のように、一定期間集中的に国が主導し取り組むことが考えられる。

#### (2)現実に存続する「施設待機者」「再入院・入所」問題への取り組みについて

施設待機者は、さまざまな福祉サービス利用の待機者であるとの視点に立ち、具体的な地域基盤の整備を進める必要がある。再入所・再入院についても、地域支援の不足・不備からくるものとして検証し、再び地域移行にむけて支援を行うことが必要である。

#### (3)「施設待機者」「再入院・入所」者への実態調査とそれらのニーズ把握の具体的な取り組みについて

在宅調査とともに入所者・入院者実態調査も重要である。施設に求める機能、地域での支援の現状や課題等を把握する必要がある。その際には、障害者本人への聴き取りを行うことが重要である。特に、全国的な調査として、地域性や地域間格差の把握が重要であり、国としての地域移行に向けた取り組みの根拠となる。

#### (4)上記の調査を具体的な施策に活かすためのシステムについて

調査結果を踏まえ、「地域基盤整備〇〇年戦略」(仮称)などを策定し、一定期間集中的に国が主導し取り組むことが必要となる。また、上記の調査を国の定期的な調査として位置づけることで、具体的な施策を検証し、効果的な施策を講じていくことが可能となる。

#### (5)スウェーデンと同様に、我が国における強力なインセンティブを持った政策の必要性とその内容について

民間施設や民間病院に依存してきた我が国では、同様の取り組みは難しい面がある。市町村・都道府県が社会資源開発のための戦略を障害福祉計画等に盛り込み、国は、社会資源開発を、省庁を超えた広域事業として位置づけ推進することが求められる。地域支援の予算の大幅な増など、地域資源を飛躍的に増加することが強力なインセンティブになる。

## 「地域生活の資源整備」部会作業チーム報告書

### I. はじめに

当チームが担当した論点においては、“地域生活の基盤とは何か”、また、“その範囲などをどのように考えるか”といったことを根底にした協議検討が求められることから、はじめにチーム内で話し合い、共通理解したなかで、第1期部会作業チームの訪問系チーム及び地域生活支援事業の見直しと自治体の役割チームの報告書を前提に検討を行った。

第1回目の検討では、地域生活の基盤整備（主にサービス内容）として、「長時間介助等の保証」（F-3）やコミュニケーション・移動支援における制度の利用のしづらさや市町村格差、地域活動支援センターの事業内容等に関する現状と課題、あるべき姿を論点として協議した。

また、第2回目は、財源調整、国と地方の役割、ナショナルミニマム（国の果たすべき最低限の保障水準）として、「義務的経費化と国庫負担基準」（F-4）や「国と地方の役割」（F-5）のほか、障害者自立支援法における地域生活移行や地域生活支援のための方策や、自立支援協議会の仕組み、地域活動支援センター（小規模作業所）のあり方等について協議した。

そして、第3回目では、地域生活の資源整備や自治体の役割の論点と特に関係が深いモニタリングや権利擁護（D-6-2、D-6-3、I-3-3、I-3-4）を検討の論点に加えるとともに、これまでの検討をまとめ、当チームの見解として報告することとした。

### II. 結論

1. 市町村や圏域単位での「満たされないニーズ」の把握や社会資源の創出方法について  
(F-3-1)

#### 結論

社会資源の創出につなげるために、地域のネットワークづくりは重層的に構築すべきである。またニーズを見つけて、サービスにつなげる方法、財源の仕組み、地域のネットワークの構築が論点であると考えます。

そのためにも、当事者団体が参画した地域自立支援協議会の活性化も重要である。例えば、当事者団体からの情報提供を受けながら、サービスが届いていない人を把握して、必要なサービスがどのようなものなのか、を把握する必要がある。さらに地域自立支援協議会に、市町村への提言といった機能をもたせること等や、また、権利条約でいわれているモニタリング（日常的な評価と点検）機能の必要性等について検討することも重要である。（結論 12 も参照）

## 2. 24時間介護サービス等も含めた長時間介護が必要な人への市町村や圏域単位での支援体制について

（F-3-2）

### 結論

どんなに重い障害がある人でも、障害者権利条約第 19 条の「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」を実現することが求められる。長時間介護も、その人の障害特性やニーズ、医療的ケアの必要度等に応じて、日中の介護のみが必要な人から、24時間のパーソナル・アシスタンス（※）が必要な人まで、必要とされる介護内容は様々である。ただ、どんなに重い障害がある人でも、またどこに住んでいても、地域社会で暮らす権利が満たされる為に必要な支援量は提供されるべきである。

上記を満たし、各人のニーズに応じた支援が適切に届けられるために、財源を確保して支援することが必要である。（結論 5, 6 参照）

※パーソナル・アシスタンスとは、障害者あるいはその代弁者が決めた介助者が、障害者側で決めた時間や介助内容・方法に応じて介助が提供される当事者主導、個別的、包括的・継続的な支援のこと。

## 3. コミュニケーション・移動支援における、福祉以外の領域との関係性や市町村格差について

### 結論

移動支援・コミュニケーション支援は、第一期の「地域生活支援事業の見直しと自治体の役割」作業チームで検討された結果である、「地域生活支援事業ではなく自立支援給付・義務的経費化すべきである」、とする報告書内容を尊重すべきである。

移動支援については、通勤・通学などにおけるシームレスな（継ぎ目のない）支援が求められる。またコミュニケーション支援については、

失語症や記憶障害などの重い言語障害のある人に対しても、必要な支援が検討されるべきである。

コミュニケーション・移動支援は、企業や学校等で「合理的配慮」として提供できる部分と、総合福祉法の中で担う部分について、上記を前提とした上で検討すべきである。

また盲ろう者は、各人に合った支援方法に習熟した支援者が移動支援とコミュニケーション支援を一体的に提供する制度を必要としている。そこで、パーソナル・アシスタンス制度を参考に、現在は地域生活支援事業である通訳・介助員派遣事業を拡充して、自立支援給付の性格を併せ持たせる方向で、この制度のあり方を検討すべきである。

#### 4. 地域活動支援センターの事業内容や小規模作業所について

##### 結論

現状の小規模作業所は、ニーズの谷間を埋める機能やセーフティーネット機能を果たしてきた。これらの機能は地域毎の特性もあり、個別給付化になじみにくいものもある。そのため、小規模作業所の多様な実態をふまえて地域活動支援センターに発展的・安定的に集約し、設置要件の緩和を行い一元化する方向としてはどうか。利用者定員やその内容については、都道府県や市町村にその設置基準の裁量を持たせる等の工夫も必要。また、新体系移行や他の日中活動との整理については、就労の合同作業チームの結論も踏まえ、総合的に判断すべきである。

#### 5. 国庫負担基準について

##### 結論

前提として、地域移行者と地域生活をする重度者では、負担と支給決定のあり方を変えるべきである。施設・病院から地域移行する人や親元から独立して別市町村で暮らす障害者については、出身自治体（施設・病院所在地の自治体）が一定年度の財政負担（恒久的かどうかは検討）をした上で、居住自治体（地域移行後に居住する自治体）での支給決定をすることも検討してはどうか。また地域生活する重度者について、現行の国庫負担率以上は国負担を原則とする。ただ、そのことが無理な場合、例えば都道府県での基金化も含め市町村負担を大幅に引き下げる対応を考えるべきである。（理由を参照）

6. 国庫負担基準が事実上のサービスの上限になっている現状の評価と問題解決について

(F-4-1)

結論

はじめに予算ありき、ではなく、まずは障害者のニーズを中心に検討すべきである。そのニーズを積み上げる形で、必要な支給決定がなされる必要がある。現状では国庫負担基準という形で実質的な予算上限を設定しているため、少なからぬ自治体が、国庫負担基準を事実上のサービス上限としている。総合福祉法においては、障害者の実態とニーズに合わせ、「地域で暮らす権利」を保障するための財源を確保すべきである。そのための方策は、上記の「国庫負担基準について」のまとめを参照。また、インクルーシブな（障害を理由に排除されることのない）社会への復興・新生に向け、入所・入院施設への投入財源を、地域資源へ組み替えすることも検討すべきである。

7. 自治体が地域生活移行や地域生活支援を促進する為の具体的な方策について

(F-5-1)

結論

地域生活移行は、まず本人の意向に基づいた計画である必要がある。その上で、住まい、就労も含めた日中活動の場の確保、在宅サービスの充実、緊急時対応の整備などもバランスよく検討される必要がある。そのために、移行支援の拠点作りも必要不可欠である。これらの事を、地域自立支援協議会などで協議し、国の計画の人口割り案分数ではなく、地域の実情に応じたボトムアップ（現場の当事者のニーズから積み上げる）の障害福祉計画として、実行に向けた現実的計画を作成すべきである。

8. 地域の実情や特色にあったサービス提供を、地域生活の権利を担保するためのナショナルミニマムのあり方について

(F-5-2)

結論

どのような地域で生活しても、地域生活の権利として最低限の保障がされるべきサービスについて示されるとともに、サービスを提供する社会資源と財源を確保する社会システムを構築すべきである。

## 9. 自立支援協議会における当事者参画について

### 結論

自立支援協議会は、都道府県および市町村の協議会の設置の義務付けおよび重度障害者も含めた様々な障害当事者・保護者の参画義務付けを明記する。地域自立支援協議会は、障害福祉計画の策定に実質的に関与することを法で規定する。都道府県自立支援協議会には、盲ろうや難病等のマイノリティ（絶対数が少ない）障害者の参画保障と、地域自立支援協議会や市町村への広域的・専門的な情報提供と助言や市町村障害者福祉計画策定の支援機能が求められる。

## 10. 権利擁護を推進していくためにはどのような体制が必要か？ また相談支援やエンパワメントの事業化についてどう考えるか？

(D-6-2)

### 結論

相談支援には、具体的なサービスにつなげるものと、障害当事者のエンパワメント（障害当事者のあきらめさせられた、我慢させられた想いや願いを大切にし、生きる力、自らがコントロールする力を獲得すること）や権利擁護につながるものの、二種類がある。この二つを満たすためには、相談支援の拠点として、寄り添う当事者が中心となったものと、専門的知識を有する支援者によるもの、そして実施責任を持つ行政の3つの主体による相談支援体制が、それぞれに必要である。

また身近な市町村レベル、だけでなく、専門的相談やマイノリティ（絶対数が少ない）障害者への対応などは都道府県内で広域的、かつ、関連当事者団体が蓄積しているノウハウ等の活用に配慮する。

さらに、権利の形成や獲得支援に関しては、鳥取県・島根県で進められている「あいサポート運動」(※)のような、地域社会への普及啓発の活動も不可欠である。

(※)あいサポート運動とは、地域の理解が不可欠という考えをもとに、障害のある人が、地域の一員としていきいきと暮らしていくため、国民に広く、障害の特性や障害のある人への配慮の仕方などを知っていただく実践していただく運動。一般市民、さまざまな障害者団体や県内外の民間企業等が“あいサポーター”として参加協力し、暮らしやすい地域社会作りのために運動を繰り広げている。平成21年より実施。



## 11. サービスの質の確保等のための苦情解決と第三者評価の仕組みについて

(D-6-3)

### 結論

地域生活の資源整備や重点的な基盤整備があり、選べるだけの選択肢が地域に存在し、その上で苦情解決や第三者評価の仕組み作りが重要になる。基盤整備(量的な確保)が進まない中での質の確保はあり得ない。また苦情という形で問題化する以前の段階での、障害当事者とその関係者からの話をじっくり聞く、事前相談や寄り添い型の相談支援の仕組みが必要である。

上記を満たした上で、それでも改善されない、あるいは実際に起こってしまった苦情については、実態として権利保障する為の苦情解決に向けた対応機関が必要である。

## 12. モニタリング機関や不服審査・苦情解決・権利擁護機関の必要性について

(I-3-3、I-3-4)

### 結論

この法の実施に関して、この法律に基づく形ではなく、障害者基本法の改正案で示された障害者政策委員会に、総合福祉法のモニタリングも求める事とする。一方、この法の支給決定やサービス内容に関しての不服申立機関は必要である。

個に起因する、ミクロレベル(個人)の不服審査や権利擁護に関しては、結論10でも示したように、相談支援との連携に基づく対応が必要である。また、市町村や都道府県レベルの不服申立機関への手続きのハードルを低くする為、相談支援に不服申立の支援等が出来る事も求められる。

メゾマクロレベル(市町村や圏域など)における、障害者総合福祉法の実施状況や障害福祉計画に関しては、市町村や都道府県に設置される審議会その他の合議制の機関でモニタリングを行う。その際、個別ケースではない地域課題の問題について、障害当事者や相談支援機関が上記モニタリング機関に課題提起をすることが出来る事とする。

モニタリングされた内容は、都道府県および地域の自立支援協議会に向けて伝えられる。都道府県および地域自立支援協議会では、障害福祉計画の進行管理や次期計画の作成などにおいて、モニタリング内容も踏まえた内容を検討し、整備水準を高める事とする。

### 13. 障害者差別禁止法（仮称）や障害者虐待防止法（仮称）でカバーすべき部分と自治体が自主的に担う役割について

#### 結論

司法救済などの事後救済に関しては、自治体に裁量を付与せず、全国一律の規準での救済が望ましい。一方、日常的な権利擁護課題（権利形成・獲得側面）については、市町村の裁量が担保される方がよい。

入所施設や精神科病院の入所・入院者、また在宅生活においても自身の意向を伝えにくい（エンパワメントされていない）障害者に関しては、第三者が本人の意向をくみ取る支援の仕組みが必要である。相談支援機関の訪問等による関わりだけでなく、第三者による施設・病院訪問であるオンブズパーソン制度（※）の創設なども求められる。

国レベルでの障害者差別禁止法や虐待防止法の制定は必要不可欠である。だが、自治体レベルでも、差別禁止の意識啓発や斡旋・調整など、上記法律を実体的に機能させる為の、また差別として現れる前に問題を解決するため、今後、市町村や都道府県単位の条例（例：千葉県やさいたま市）が車の両輪として、設置されることが求められる。

（※）オンブズパーソン制度とは、元々スウェーデンで始まった、行政に対する苦情処理と監察を行う第三者機関制度のこと。福祉領域でも施設での権利侵害等に対する独自の調査と改善を求める機関として機能している。我が国の福祉分野においても、障害者・高齢者の入所施設を第三者の市民が訪問し、利用者の声を聞く中で施設処遇の改善を目的とした施設オンブズマンが各地に作られている。また、精神科病院に市民が訪問し、利用者の声をもとに処遇や療養環境の向上を目指す精神医療オンブズマンは、大阪府の制度として位置づけられた（現在の療養環境サポーター活動）。

### Ⅲ. 理由

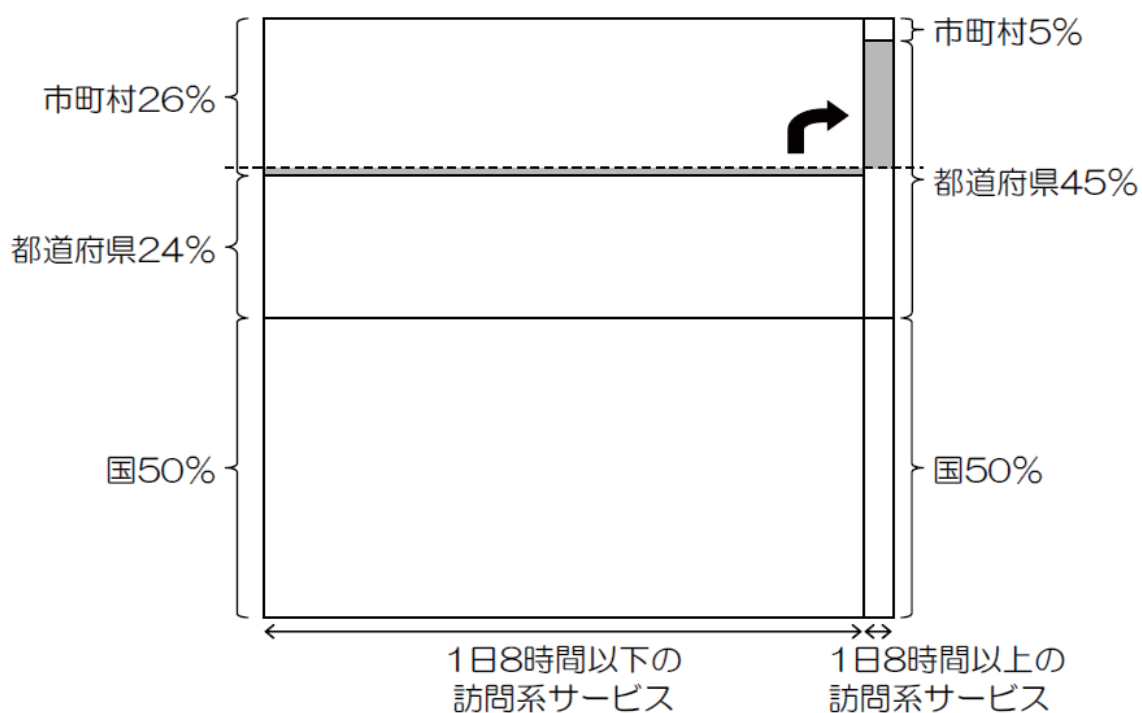
地域生活の基盤整備の定義と、その範囲について当チームでは次のように考えた。

地域生活支援とは、家族支援、入所施設・精神科病院での支援という「二者択一」ではない、第三の選択肢である。その際、障害者権利条約第19条の「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」を前提に考える。また当事者の意見に基づく支援、自立（支援を受けての自立を含む）して暮らすための支援、生活の質を高める支援を保障する中で、他の者と平等を実現する。上記を実現するために、抽象的理念に留まらず、目標を定めて基盤整備を着実に進めることが重

要である。

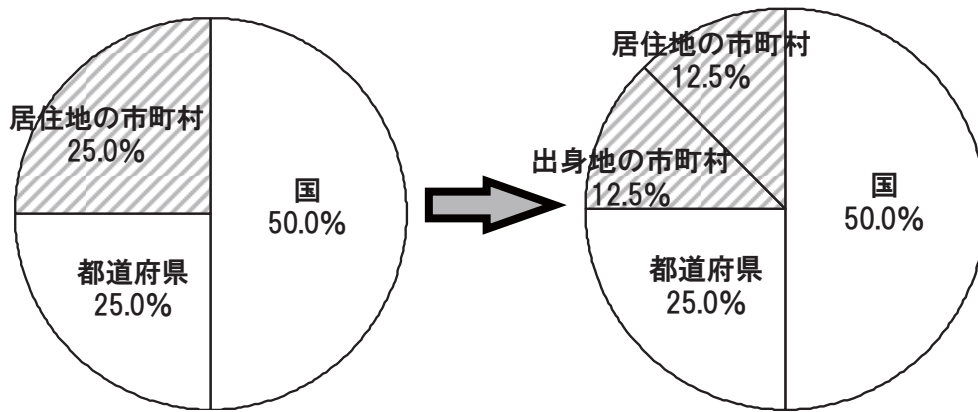
また、国庫負担基準については、次のような考え方を提起した。

24時間の支給決定については、25%の市町村負担が出来なくて、支給決定できないところがたくさんある。そこで、ホームヘルプについて、8時間を超える支給決定をする場合は、市町村負担は5%程度に下げ、都道府県が45%を負担し、8時間以内の支給決定をする場合は、市町村負担を26%とし、都道府県負担の1%を確保して使うようにする案を提示した。(下図参照)



上記の図で8時間を境にしている理由は、重度訪問介護の区分6の国庫負担基準が約40万円で、月212時間程度の単価となり、1日当たり7時間超であることから、8時間を境にしている。

また入所施設や精神病院への入院・入所者の地域生活移行等を促進するため、例えば居住地と出身地(施設・病院所在地)で費用を分担するような方式が考えられないか。(下図参照)



#### IV. おわりに

総合福祉部会は、障害者権利条約を起点にしていると理解しており、従来の福祉サービスを受ける主体から権利を行使する主体へと180度の転換がなされて画期的な手法で議論が進められている。

しかし、サービス提供の現場である市町村の実態は、今もって、従来の延長線上で対応するのに汲々とした状況にあり、国民の理解等といっても進んでいない状況である。

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が、社会一般の常識として浸透するために、どのような取組みを図っていく必要があるのかを、障害関係者だけでなく自治体や民間等を含めて、さらに議論を深めていくことが必要である。

総合福祉部会が新法の提言を行う、2011年8月末以後、例えば障がい者制度改革推進会議が行ったタウンミーティングを各地で行うなど、新法の理念やその内容について、広く国民理解を求める普及啓発活動が求められる。また、報告書本文でも触れた、鳥取県・島根県の「あいサポート運動」などの、障害者への理解を求め、差別禁止の意識啓発をする取組みを、全国的に進めていくべきである。

## 「地域生活の資源整備」部会作業チーム報告書の概要

1. 市町村や圏域単位での「満たされないニーズ」の把握や社会資源の創出  
社会資源の創出やニーズの発掘のために、地域自立支援協議会の活性化（当事者団体の参画、市町村への提言、モニタリング（日常的な評価と点検）機能を持たせる等）が重要。
2. 24時間介護サービス等長時間介護が必要な人への市町村や圏域単位での支援体制  
どんなに重い障害がある人でも、またどこに住んでいても、地域社会で暮らす権利が満たされるために必要な支援量は提供されるべきであり、そのための財源確保が重要。
3. コミュニケーション・移動支援におけるシームレスな支援と格差の解消  
通勤・通学などにおけるシームレスな（継ぎ目のない）移動支援、失語症や記憶障害などの重い言語障害のある人に対するコミュニケーション支援、盲ろう者へのパーソナル・アシスタンス制度を参考にした支援のあり方を検討するべきである。
4. 地域活動支援センターの事業内容や小規模作業所について  
小規模作業所はその多様な実態をふまえて地域活動支援センターに発展的・安定的に集約し、設置要件の緩和を行い一元化する一方、定員・内容については、自治体に裁量を持たせる等の工夫も必要。
5. 国庫負担基準について  
施設・病院から地域移行する人や親元から独立して別市町村で暮らす障害者については、出身自治体が一定年度の財政負担をした上で、居住自治体が支給決定することも検討を要する。また地域生活する重度者について、現行の国庫負担基準以上は国負担を原則とし、無理な場合でも、例えば、都道府県での基金化も含め市町村負担を大幅に引き下げる対応を考えるべき。
6. 国庫負担基準の評価と問題解決について  
現状は、国庫負担基準が自治体の実質的なサービスの上限となっている実態がある。必要なサービス提供のためには、はじめに予算ありきではなく、まずは障害者のニーズを中心に検討し、「地域で暮らす権利」を保障するための財源を確保すべきである。また、インクルーシブな社会への復興・新生に向け、入所・入院施設への投入財源を、地域資源へ組み替えることも検討すべき。
7. 自治体が地域生活移行や地域生活支援を促進するための具体的な方策について  
本人の意向に基づいた計画、住まいや日中活動の場の確保、在宅サービスの充実、緊急時対応の整備、移行支援の拠点作りが必要不可欠。上記を、地域自立支援協議会で

協議し、地域の実情に応じた障害福祉計画として、実行に向けた現実的計画を作成すべき。

8. 地域生活の権利を担保するためのナショナルミニマムのあり方について  
どのような地域で生活しても、地域生活の権利の保障がされるための最低限度のサービス水準について示すとともに、財源を確保する社会システムを構築すべき。
9. 自立支援協議会における当事者参画について  
重度障害者も含めた様々な障害当事者や家族などの参画義務付けを明記。地域自立支援協議会は障害福祉計画の策定に実質的に関与することを、また、都道府県自立支援協議会は絶対数が少ない障害者の参画保障と広域的・専門的な情報提供と助言役割を果たすこと、が重要。
10. 権利擁護を推進していくための相談支援やエンパワメントの事業化について  
相談支援には、具体的なサービスにつなげるものと、障害当事者のエンパワメントや権利擁護につながるものの二種類がある。相談支援の拠点として、寄り添う当事者、専門的知識を有する支援者、行政の3つの主体による相談支援体制が必要。また専門的相談や絶対数が少ない障害者への対応などは広域的に行うことや、鳥取県・島根県の「あいサポート運動」のような、地域社会への普及啓発の活動も不可欠。
11. サービスの質の確保等のための苦情解決と第三者評価の仕組みについて  
基盤整備（量的な確保）が進まない中で質の確保はあり得ない。また苦情という形で問題化する以前の段階での、障害当事者とその関係者からの話をじっくり聞く、事前相談や寄り添い型の相談支援の仕組みが必要である。その上で、実際に起こってしまった苦情については、実態として権利保障するための苦情解決に向けた対応機関が必要。
12. モニタリング機関や不服審査・苦情解決・権利擁護機関の必要性について  
不服審査や権利擁護に関しては、相談支援との連携や不服申立の支援等が求められる。障害福祉計画に関しては、都道府県、市町村単位（審議会その他の合議制の機関）でのモニタリングが必要。地域課題について、障害当事者や相談支援機関が上記モニタリング機関に課題提起をすることが出来る事とする。
13. 障害者差別禁止法や障害者虐待防止法でカバーすべき部分と自治体が担う役割  
入所・入院者、また自身の意向を伝えにくい障害者に関しては、第三者が本人の意向をくみ取る支援の仕組み（相談支援機関の訪問やオンブズパーソン制度の創設）も必要。また差別禁止の意識啓発や斡旋・調整を目的とした自治体レベルの条例制定も大切。

# 「利用者負担」部会作業チーム報告書

## はじめにー検討の範囲と検討視点

利用者負担チームでは、障害者総合福祉法(仮称)における利用者負担のあり方を検討した。その際、検討の前提として、障害者自立支援法(以下、自立支援法)における応益負担とその負担軽減策の評価、また実費負担の現状とその軽減策の検討をおこなった。

そのうえで、障害者総合福祉法(仮称)における利用者負担の基本的な考え方の結論を得た。

## 結論とその説明

### 1. 応益負担の問題点

#### (1) 結論

福祉や医療、コミュニケーション、雇用等の支援は、障害のある人が人として生きるうえでの必要最低限の保障である。自立支援法は、それを一般的な消費行為としてのサービスと同列に扱い利益としたことに問題があった。そのため、たとえ1割であっても、その負担を本人ならびに配偶者を含む他の家族に課すべきではない。

#### (2) 説明

同年代の他の者(以下、障害のない人)は、食事・排泄・移動・コミュニケーションなど人として生きるための基礎的な生活行為を自らの意思でおこなえるが、身体もしくは精神面での機能の障害のある人たちは、そうした生活行為が困難になる。しかもその障害と困難は、自ら望んで負ったわけではない。にもかかわらず、障害のない人と同等に生きるために必要な基礎的な生活行為の支援を利益とし、障害のある人に負担を課すことは、障害のない人との間に新たな格差と差別を生むことになる。そのため、障害によって生じる社会生活上の困難を軽減する支援は、社会が責任を担うべきである。

また厚労省の作成した資料によると、障害福祉サービス利用者のうち、非課税世帯と生活保護世帯が86.3%を占めており、ほぼ9割に近い障害のある人たちは、低い所得水準にあることが判明した。自立支援法の実施直後に生じた利用者の負担の増大や利用控えなどの問題の要因は、応益負担と

もに所得水準の実態把握が不十分であったことにあるといえる(厚労省作成「障害福祉サービスの利用者数、構成比」における2008年7月時点の人数)。

なお「ある程度の負担があった方が、遠慮せずに支援を求めやすい」という意見もあるが、それはそもそも支援に対する報酬(公費)が抑えられたことが背景にあり、必要十分な支給量や報酬が得られれば、「支援をお願いしている」という遠慮は解消される。

## 2. 負担軽減策の効果と問題点

### (1) 結論

自立支援法は、所得の低い人(世帯)に対する負担軽減策として、法の実施時に介護保険と同様の所得階層別の月額負担上限を設けたが、そもそも多くの障害のある人の所得水準が低いため、まったく軽減策としての効果がなかった。その後政府は、法実施の翌年の2007年度に特別対策を実施し、2008年度に緊急措置を実施し、2009年度には緊急措置を見直した。毎年度、制度が見直されるという前例のない事態が続いた要因は、厚労省が制度による影響や実態を十分把握することなく、応益負担の根本的欠陥にメスを入れずに部分的な修復にとどめたからであった。

### (2) 説明

厚労省の作成した資料によると、自立支援法実施の2006年度の段階では、在宅者のうち52.2%の人が課税世帯とされ、生じた応益負担の全額の負担を課せられた。この改善を目的に実施された特別対策及び緊急措置による負担軽減者(負担を減らす方策)の状況を明らかにするために、厚労省に資料を請求したところ、それら負担軽減策の対象者数を抽出することはできないとのことだった。また過去においても把握した経過はないとの回答だった。つまり厚労省は、特別対策も緊急措置のいずれも、実態把握や効果予測をたてないまま実施してきたということである。

そのため利用者負担作業チームでは、東京都内区市町村の実態をもとに、負担軽減策の問題点を検討した。自立支援法の実施段階では、約60%以上の人が課税世帯とされ生じた応益負担の全額の負担が強い人は少なくなかった。その要因は、収入認定の対象に同居世帯の収入・資産が含まれたためであった。また特別対策では、課税世帯で負担上限額37,200円の世帯が38%残っていたが、



緊急措置によって 15%になり、資産要件調査を撤廃した緊急措置の見直しによって 8.5%まで減少した。

それに対して、非課税世帯の負担軽減策対象者は、特別対策で 19.1%、緊急措置で 49.1%、緊急措置

の見直しで 56.6%と増加した。このように負担軽減策の効果は、収入認定ならびに資産要件の基準の

見直し(同居家族の除外)によってその対象が増えた。一方、グループホーム・ケアホーム入居者は、

個別減免が優先され、負担軽減策の対象外とされたため、在宅者との間で負担の格差が生じた。

2010年4月から自立支援給付については、非課税世帯の負担上限額はゼロ円となったため、非課税

世帯の負担は大幅に軽減された。しかし課税世帯でも、月額上限37,200円の負担能力を有する人ばか

りではなく、また自立支援医療や補装具には適用されなかったため、応益負担の問題は改善されなかつ

た。さらに、地域生活支援事業には非課税世帯でありながら、利用料負担が課せられている現状が残さ

れたため、今も自立支援給付と地域生活支援事業において、負担の相当な格差が生じている。

●厚労省「障害者自立支援法の実施状況について」より(2006年10月23日)

所得階層	月額負担上限	厚労省調査(101市町村)2006年6月	
		在宅	グループホーム
課税世帯	37,200円	52.2%	7.7%
低所得2	24,600円	22.0%	42.1%
低所得1	15,000円	12.3%	30.6%
生活保護	0円	13.5%	19.6%

●厚労省作成「障害福祉サービスの利用者数、構成比」より(障害児を除く)

所得階層	「特別対策」		「緊急措置」		「緊急措置」見直し
	負担上限	2007年11月 人数(%)	負担上限	2008年7月 人数(%)	2009年7月 人数(%)
課税世帯	37,200円	39,796(8.9)	37,200円	13,616(2.0)	10,276(2.0)
	9,300円	97,569(21.8)	9,300円 4,600円	51,586(10.9)	59,315(11.5)
低所得2	24,600円	266,761(59.5) ※	24,600円	361,780(76.2) ※	393,458(75.9) ※
	6,150円		3,000円		
	3,750円		1,500円		
低所得1	15,000円	※	15,000円	※	※
	3,750円		1,500円		
生活保護	0円	43,765(9.8)	0円	47,905(10.1)	54,839(10.6)
合計		447,891(100)		474,887(100)	517,888(100)

※ 低所得者の実数は把握していたが、負担上限額ごとの実数は未把握だった。

とうきょうとくしちやうそん しよとくかいそうべつふたんじやうげんがく じやうきやう  
 ●東京都区市町村における所得階層別負担上限額の状況

所得階層	「特別対策」			「緊急措置」					「緊急措置」見直し	
	負担上限	2008年4月		負担上限	2008年7月		2009年4月		2009年7月	
		人数	%		人数	%	人数	%	人数	%
課税世帯	37,200円	9,578	38.0	37,200円	3,793	15.1	4,143	12.8	2,813	8.5
	9,300円	4,923	19.5	9,300円	748	10.5	1,017	10.8	1,498	25.3
				4,600円	1,896		2,518		3,586	
低所得2	24,600円	1,582	6.3	24,600円	1,927	7.7	2,570	7.9	739	2.2
	6,150円	1,962	14.4	3,000円	3,775	35.5	4,414	34.9	5,513	40.9
	3,750円	1,654		1,500円	5,176		6,922		8,059	
低所得1	15,000円	487	1.9	15,000円	475	1.9	903	2.8	280	0.8
	3,750円	1,197	4.7	1,500円	3,415	13.6	4,661	14.4	5,231	15.7
生保	0円	3,825	15.2	0円	3,961	15.7	5,318	16.4	5,514	16.6
合計		25,208	100.0		25,166	100.0	32,466	100.0	33,233	100.0

しよくひ こうねつすいひ そうげいりやうりやうとう じっぴふたん かた もんだいてん  
 3. 食費、高熱水費、送迎利用料等の実費負担のあり方と問題点

けつろん  
 (1) 結論

しょうがい けんこう ぶんかてき せいかつ ほしょう しえん しょうがい ひと どうとう たちば けんり ほしょう  
 障害がある人の健康で文化的な生活を保障する支援は、障害のない人と同等の立場・権利を保障す  
 るという観点から、無料とすべきだが、食材費や高熱水費など誰もが支払う費用は負担をすべきである。  
 ただし、それを負担するために十分な所得保障が必要となる。また、実費負担を課す場合、それが適切  
 な負担であるか否かを制度的に規制することが求められる。

せつめい  
 (2) 説明

じりつしえんほうじつしとうじ きゆうしよく しよくざいひ じんけんひ ふく おおはば さくげん じつし  
 まず自立支援法実施当時、給食の食材費だけでなく人件費を含めて大幅な削減が実施されたため、  
 つうしよせつとう たかく りやうしゃふたん しやう しよくざいひ しょうがい ひと どうとう たちば けんり ほしょう  
 通所施設等では多額の利用者負担が生じた。食材費は、障害のない人と同等の立場・権利の保障とい  
 う観点から利用者負担とすることは妥当と考えるが、前述したように、それに相当する所得保障が求め  
 られる。また、とくにしょうがい おも そしゃく えんげのうりよくとう いちじる こんなん ばあい さいちやうり ひつやう じんけんひ  
 障害が重く、咀嚼・嚥下能力等が著しく困難である場合、再調理に必要な人件費  
 とくべつ げんりやう ざい ひつやう ばあい しょうがい ともな ひつやう しえん  
 や特別な原料(とろみ剤など)を必要とする場合があるが、これは、障害に伴う必要な支援として、  
 りやうしゃふたん こうてき しえん  
 利用者負担とせず公的に支援すべきである。

じっぴふたん けつせき ばあい りやう もんだい きゆうしよくひ りやう か  
 実費負担では、欠席した場合のキャンセル料が問題となった。給食費のキャンセル料を課している  
 じぎやうしよ おお しよくざいひ じんけんひ ふく りやう ちやうしゆう じぎやうしゃ そんざい  
 事業所は多くあり、しかも食材費だけでなく人件費も含めたキャンセル料を徴収している事業者が存在

した。またインスタントラーメンのお湯代を徴収している事業者もあった。こうした負担のあり方について、適切な基準を設ける必要がある。さらに送迎利用料の徴収については、合理的配慮の考え方から送迎は障害に伴う支援であり、利用料を徴収すべきではなく、むしろ公的に支援すべきである。送迎利用料のキャンセル料を徴収している事業者がいるが、これは論外である。

グループホーム、ケアホームの食費・光熱水費の利用者負担は必要となると思われるが、家賃負担に加え、応益負担が生じてしまうことで、一般就労者や失業直後の人などで入居が必要な人が利用しにくい問題が生じた。グループホーム・ケアホーム等の応益負担もあってはならないが、実費負担の軽減策や本人に対する所得保障の充実が必要である。

なおガイドヘルパー利用の際、ヘルパーの入場料や交通費などの経費を利用者本人が負担しているが、これについても障害に伴う必要な支援として公的に保障されるべきである。

#### 4. 自立支援法ならびに応益負担廃止後の負担のあり方

##### (1) 結論

障害に伴う必要な支援は無料とすべきである。その際、障害に伴う必要な支援とは、主に以下の6つの分野に整理することができる。

- ① 相談や制度利用のための支援
- ② コミュニケーションのための支援
- ③ 日常生活を送るための支援や補装具の支給
- ④ 社会生活・活動を送るための支援(アクセス・移動支援を含む)
- ⑤ 労働・雇用の支援
- ⑥ 医療・リハビリテーションの支援

##### (2) 説明

障害は自ら望んで負ったわけではなく、障害に伴って生じる困難を軽減する支援は、社会が責任を担うべきである。また障害のない人と同等の立場・権利を保障する観点からも、「障害があるために負担が生じる」ということはあってはならない。こうした考え方から、前述の障害に伴う必要な支援について、

具体的に説明する。

①の相談や制度利用のための支援には、自らの希望と最適な選択を尊重するために障害に配慮した相談支援は、公的な支援とし無料とすべきである。

②のコミュニケーションには手話、点字、指字等が含まれることは、もちろんだが、自閉症等の人の良好なコミュニケーションに必要なイヤーマフや会話補助用機器(パソコンや携帯電話などの電子機器を利用したコミュニケーション機器)なども、日常生活用具に含め、無料とすべきである。

③の日常生活を送るための支援では、食事の再調理のためのとろみ剤や栄養ゼリー、特殊ミキサー等加工設備、再調理の人件費、特別な食器・器具など、また紙おむつ・尿パットなどの排泄介助に必要な消耗品等は、日常生活用具に含め、無料とすべきである。また、身体機能の障害を軽減するための義肢・補装具や、障害に配慮した住宅改修工事等についても公的な支援とし、無料とすべきである。

④社会生活・活動を送るための支援では、とくに移動支援に係る支援者の交通費・入場料等を公的に支援すべきである。

⑤労働・雇用に就くために必要な合理的配慮としての環境整備や人的支援、また障害に伴う必要な移動支援は無料とすべきである。

⑥医療・リハビリテーションの支援では、障害認定・年金申請のための診断書作成や、障害の軽減・改善のための必要な専門医療・リハビリテーションは、一般医療制度のもとで充実と地域化を図るとともに無料とすべきである。

## おわりに

利用者負担のあり方を考えるうえでもっとも大切な視点は、障害者権利条約で定義された、障害のない「他の者との対等・平等の保障」や「誰とどこで暮らすかは自らが決定する」などの考え方が大切になる。こうした考え方にもとづいて、障害のない人との対等・平等を保障するためには、障害のある人の日常生活や社会生活に対する支援は公的支援とし、利用料は無料とすべきである。

その際、支援の内容や量の適切さをどのように確保するのかが課題となるが、それは相談支援事業の大幅な拡充によって解決できる。障害のある人の自己決定と最適な選択を支援する相談支援を確立することによって、支援の過不足や不必要な支援の発生を防ぐことができる。

## 「利用者負担」部会作業チーム報告書の概要

### 1. 応益負担の問題点

福祉などの支援は、障害のある人が生きるうえでの必要最低限の保障であり、自立支援法は、それを一般的な消費行為と同列に扱い利益としたことに問題があった。たとえ1割であっても、その負担を本人ならびに配偶者を含む他の家族に課すべきではない。それは、同年代の他の者(以下、障害のない人)は、人として生きるための基礎的な生活行為を自らの意思でおこなえるが、身体もしくは精神面での機能の障害のある人たちは、そうした生活行為が困難になる。しかもその障害と困難は、自ら望んで負ったわけではない。にもかかわらず、障害のない人と同等に生きるために必要な基礎的な生活行為の支援を利益とし、障害のある人に負担を課すことは、障害のない人との間に新たな格差と差別を生むことになるからである。また厚労省の作成した資料によると、9割に近い障害のある人たちは、きわめて低い所得水準にあることも考慮すべきである。

### 2. 負担軽減策の効果と問題点

自立支援法は、所得の低い人(世帯)に対する負担軽減策として、法の実施時に介護保険と同様の所得階層別の月額負担上限を設けたが、軽減策としての効果がなかった。また政府は、2007年度に特別対策、2008年度に緊急措置、2009年度には緊急措置を見直したが、応益負担の根本的欠陥にメスを入れずに部分的な修復にとどまったため、制度の見直しが繰り返された。

特別対策及び緊急措置による負担軽減者(負担を減らす方策)の状況を明らかにするために、厚労省に資料を請求したところ、それら負担軽減策の対象者数を抽出することはできないとのことだった。また過去においても把握した経過はないとの回答だった。つまり厚労省は、特別対策も緊急措置のいずれも、実態把握や効果予測をたてないまま実施してきたということである。そのため利用者負担作業チームでは、東京都内区市町村の実態をもとに、負担軽減策の問題点を検討した。検討の結果、収入認定の対象に同居世帯の収入・資産が含まれた特別対策では、ほとんど効果がみられず、それらの要件が緩和されたことによって、負担軽減策対象者は増大した。

### 3. 食費、高熱水費、送迎利用料等の実費負担のあり方と問題点

障害がある人の健康で文化的な生活を保障する支援は、障害のない人と同等の立場・権利を保障するという観点から、無料とすべきだが、食材費や高熱水費など誰もが支払う費用は負担をすべきである。ただし、それを負担するために十分な所得保障が必要となる。

自立支援法実施当時、給食の食材費だけでなく人件費を含めて大幅な削減が実施されたため、通所施設等では多額の利用者負担が生じた。食材費は、障害のない人と同等の立場・権利の保障という観点から利用者負担とすることは妥当と考えるが、前述したように、それに相当する所得保障が求められる。また、とくに障害が重く、咀嚼・嚥下能力等が著しく困難である場合、再調理に必要な人件費や特別な原料を必要とする場合は、障害に伴う必要な支援として、利用者負担とせず公的に支援すべきである。さらに実費負担ではキャンセル料を請求する事業者もあるが、事業者によっては、不適正な請求もみられたため、それを規制することも必要である。

なおガイドヘルパー利用の際、ヘルパーの入場料や交通費などの経費を利用者本人が負担しているが、これについても障害に伴う必要な支援として公的に保障されるべきである。

#### 4. 自立支援法ならびに応益負担廃止後の負担のあり方

障害に伴う必要な支援は無料とすべきである。その際、障害に伴う必要な支援とは、①自己決定を尊重した相談や制度利用のための支援、②コミュニケーションのための支援、③日常生活を送るための支援や補装具の支給、④社会生活・活動を送るための支援(アクセス・移動支援を含む)、⑤労働・雇用の支援、⑥医療・リハビリテーションの支援の6つの分野に整理することができる。

#### おわりに

利用者負担のあり方を考えるうえでもっとも大切な視点は、障害者権利条約で定義された、障害のない「他の者との対等・平等の保障」や「誰とどこで暮らすかは自らが決定する」などの考え方が大切になる。こうした考え方にもとづいて、障害のない人との対等・平等を保障するためには、障害のある人の日常生活や社会生活に対する支援は公的支援とし、利用料は無料とすべきである。

その際、支援の内容や量の適切さをどのように確保するのが課題となるが、それは相談支援事業の大幅な拡充によって解決できる。障害のある人の自己決定と最適な選択を支援する相談支援を確立することによって、支援の過不足や不必要な支援の発生を防ぐことができる。