

# 障害者制度に関する意見 レジюме

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

## 1. 医療モデルから社会モデルへパラダイムシフト

- ・国連障害者の権利条約の理念にそって、障害福祉制度全般を「医療モデル」の考えから「社会モデル」に転換することが必要です。

## 2. 地域生活の確立

### (1) 地域生活の権利を実現する法整備を

- ・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た法整備が必要です。

### (2) 長時間介助の保障

- ・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時間介助制度の確立が必要です。
- ・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が必要です。
- ・市町村が長時間の支給決定をやすくするために、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25%の割合を軽減化(5%や0%)に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

- ・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へ

- ・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・調整する仕組みが必要です。

### (5) シームレスな介助サービスを

- ・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。

## 3. 障害の範囲

- ・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が必要です。

## 4. 地域移行

- ・入居施設や精神科病院からの地域移行は遅々として進みません。施設解体・地域移行プログラムを法定化することが必要です。

## 5. 障害福祉予算の確保

- ・日本の障害者福祉予算は先進諸国に比べて極めて低水準です。障害者福祉施策の拡充のためには、財源の確保・拡充が必要不可欠です。
- ・さらに、障害者福祉サービス業種と他の業種との賃金格差を解消し、「障害者の地域生活とパーソナルアシスタンスを支えるための」人材の確保も必要です。

## 6. 介護保険と統合しない

- ・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。

# 障害者制度に関する意見書

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

## 1. 障害の範囲

- (1) 課題設定の疑問。難病を医療面だけの問題として限定しないこと  
難病の課題設定を医療面だけに限定することが制度の谷間を生んできた発想である。難病に関する介護、就労等の福祉に関する課題設定も必要。
- (2) 障がい者制度改革推進会議における難病の当事者の参加保障がされていない。難病の当事者の参加を保障すること  
難病の福祉の問題、福祉制度の谷間の問題で提言を続けている難病をもつ人の地域自立生活を確立する会から「福祉の制度の谷間」「障害の定義、適用範囲」「障害者総合福祉法」の議論に参加できるように、当事者参加を保障すべき。
- (3) 理念、概念整理だけでなく、実質的な救済につながる議論が必要  
実質的な救済を必要としている当事者、待たなしの危機意識をもっている当事者の議論への参加が保障されるかどうかは、議論を進める上でも大きな違いがある。地域で一人、何の制度につながることもできず、入り口で排除され、孤立し、入院するしかない人、孤独死する人も出ている現状を直視すべき。
- (4) 「制度の谷間」のない障害者総合福祉法に向けて、障害者手帳要件による入り口規制を見直し、来年度からでもできる緊急対策、経過措置を要望すべき  
来年度からでもできる緊急対策において、障害の手帳をもっていない難病等の人でも、医師の意見書、1週間の利用計画票等を提出したものは、入り口で排除せず、他のものとの平等を基礎として、日常生活、社会生活上の参加に制限が認められる人については介護、就労支援等の施策にアクセスできるように経過措置を講じるべきである。

## 2. 居宅介助サービス

- (1) 地域生活の権利を実現する法整備を  
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た法整備が必要である。
- (2) 長時間介助の保障  
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ある。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ある。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を。
- (3) 知的障害者や精神障害者も長時間介助制度を  
・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る。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ある。  
・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る。
- (4) 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を  
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ない。介助はどこにいても必要なものであり、場所によっていなくなるもので

はない。生活全体をシームレスで使える介助サービスが必要である。

(5) 医療的ケア

吸引や経管栄養（胃ろう含む）やてき便などもヘルパーの業として認める。

(6) 行動援護

- ・行動援護は非常に使いにくい。新しい介助者が入りにくく、規制があるから移動支援しか利用できない。
- ・判定基準が保護管理を前提にされていて、どういった支援があれば、自立生活が可能かという視点にたっていない。

(7) 介助者資格

- ・介助者の資格は出来るだけ短時間で取得できるものにしOJTを基本とすること。  
現在の重度訪問の資格は20時間研修。これ以上の時間は増やさない。（質の確保のためには、より一層、利用者が複数の中から良い事業所を選択できるようにすべき。）
- ・介護福祉士資格は、働きながら取得できる仕組みへ。原案の600時間研修は働きながら取得できない。介護福祉士は従来どおり3年間の実地経験で、受験資格が取得できるようにしてほしい。
- ・特定事業所加算の要件で、2012年4月1日からサービス提供責任者は全員介護福祉士をもっていないなければならない。難しいので緩和策（現行の基準を継承など）が必要。
- ・医療的ケアをおこなうヘルパーに特別な資格や研修義務を設けないでほしい。

(8) 入所中心のサービス体系から地域での生活権を確立する地域サービスの確立を

### 3. 国庫負担基準・財政

(1) 国庫負担基準は廃止

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る。

(2) 国1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4の負担割合の見直し

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。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る。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25%の割合を軽減化（5%や0%に）することが必要である。

(3) 1箇所市の市町村に障害者が集中してしまい財政難でサービス水準が下がる問題がある。出身自治体が市町村負担分の何割か（例50%）を負担する制度に（ただし支給決定は現住自治体だけでいい、出身自治体は支給量に口は出せないように）。

### 4. 障害程度区分と支給決定

(1) 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すること

- ・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、ADL中心の判定となっている。この79項目は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る。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る。
- ・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る。「サービスの利用意向」も簡単な聞き取りで、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ない。本人のニーズを明確にするエンパワメントの仕組みも位置づけられていないことから、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る。

## (2) 現状の市町村審査会の廃止と、不服審査機関を再構築すること

- ・委員の無理解のため、長時間介助の非定型審査でも必要な時間数を出さないところが多い。その結果、市町村審査会の結論が時間数を伸ばせない言い訳に使われている。
- ・都道府県の不服審査会は、現状では形式審査なので、実質審査に変えること。県の権限を増やし、実際に自立した生活ができる支給決定を県が市町村に命じることができるようにする。また、県の判断に不服の場合は、国に不服審査申し込みできるようにし、国の審査委員には最重度の障害者の当事者団体を過半数入れること。

## 5. 地域生活支援事業

### (1) 移動支援やコミュニケーション支援は自立支援給付(義務的経費)へ

移動支援やコミュニケーション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ない。圧倒的な地域間格差も生んでいる。知的障害者、視覚障害者、身体障害者の移動支援を自立支援給付に組み入れ、義務的経費とすること。

### (2) 移動支援は市町村毎での権利侵害に繋がる各種制限が課せられており、即時撤廃すべき(「キャンセル・居酒屋」禁止!)

通学や通勤時の移動については、現在、多くの自治体で制限がかけられている。移動の自由、生活上の必要性という視点に立って、教育施策、労働施策との連携を考慮しつつも、即時、制限を撤廃するよう国が方向性を明示すべきである。

## 6. 相談支援事業

### (1) 障害者の相談支援においては常に当事者サイドにたった視点が重要であり、またエンパワメントの視点が欠かせない。これを実現するために相談支援事業は本人を中心とした相談支援体制、ピア・カウンセリング、ピア・サポートの必須化・制度化、本人をアドボケイトできる仕組みに。

### (2) サービス利用計画作成(個別支援計画・ケアプランの作成)とケアマネジメントは自治体の意に沿ったサービスの抑制、水準低下につながるおそれがあるため、義務化しない。

### (3) サービス利用計画作成は任意とした上で、利用者が全国どこの相談支援事業所とも契約できる制度(例えば北海道から東京の専門性のある団体に相談できる制度)とし、実態にあった報告様式を採用したうえで報酬は現行よりも増額が必要。

### (4) 相談支援専門員の受講資格は実際に地域移行の支援に携わった実務経験やピア・サポートの経験年数など、より現場での障害者支援の実績を重視したものとして、介護保険の介護支援専門員とはまったく別の受講要件を設ける。

### (5) 自治体毎の相談支援窓口(現行の委託相談支援事業)は障害者の生活にとって極めて重要である。地域格差を生じさせないためにも、地方交付税ではなく国が財政負担し、全国への均等化、基盤整備を進める。

### (6) 現行の自立支援協議会は有効に機能しているのはごく一部であり、多くは形骸化しているか、自治体主導の予算抑制、支給抑制のしくみとなっているため現行制度の存続、法定化には反対。これに代わる仕組みとして、社会資源開発の役割と自治体への施策提言の役割を明確にもつ協議機関を設置する。

## 7. 地域移行の仕組み

障害者自立支援法においては、地域という理念が掲げられながらも、「能力と適性」という制限が

加えられ、報酬の配分についても入所施設への利益配分が重視され、また精神障害者の「社会的入院」が放置され、地域生活を支える社会資源の育成が決定的に遅れた状態となっており、施設・病院からの地域移行はまだまだ進んでいない。

(1) 地域移行プログラムの法定化が必要

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を行うこと

(2) 退院支援施設の廃止

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た。即時、廃止すること。

(3) 地域移行支援の内容について

- ・現在実施されている地域移行の支援内容については「相談・情報提供中心」であり、当事者の地域生活体験の保障の観点が弱い。施設入所者に対してホームヘルパー・ガイドヘルパーの制度利用を認めることや体験室利用、「個別自立支援計画（ILP）」などに対して保障を行うこと。
- ・地域移行期間における「個別支援計画」（本人中心計画）の作成、関係機関との連絡調整（コーディネート機能）、ピアカウンセリング等による当事者へのアプローチや支援、そのためのマンパワー確保等の財源を十分に確保すること、

(4) 当事者活動、ピアサポートの制度化

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ある。

## 8. 障害福祉予算の確保

(1) 日本の障害者福祉予算は先進諸国に比べて極めて低水準。障害者福祉施策の拡充のためには、財源の確保・拡充が必要不可欠である。

(2) 障害者福祉サービス業種と他の業種との賃金格差を解消し、人材を確保する。

## 9. 所得保障

(1) 障害基礎年金、各種手当等の支給基準の見直し

障害の種別を限定せず、身体的機能の損傷を支給の基準とするのではなく、稼得能力の喪失度合い、生活上の必要性等を考慮した、新たな支給基準策定を図るべきである。

(2) 年金制度の見直し

障害基礎年金の給付水準を、障害者の基本的な生活をまかなうことが可能な水準に引き上げること。現在、無年金状態にあるすべての障害者の、年金制度による解消をはかること。所得制限規定は撤廃すること。

- ・上記の提案が実現されるまでは、「特定障害者特別給付金制度」の対象の拡大を図ること。在日外国人障害者の無年金者に対しては、早急に見直し受給可能なものとする。
- ・無年金障害者の全面的な解消が図られるまでは、特定障害者特別給付金の給付水準を障害基礎年金水準に引き上げること。

(3) 手当制度

特別障害者手当を自立生活手当とする等の見直しを図り、新たに設定される支給基準の下に、知的障害、精神障害等をはじめとするすべての障害のある人を給付の対象とする。

住宅手当を創設する。グループホーム等の居住者も対象とすること。

(4) 生活保護制度に関して

生活保護制度のセーフティー・ネットとしての役割を強化し、必要とする人が、必要な期間、容易に利用出来る制度とすること。

(5) ベーシックインカムの現実的な検討を開始すること。

## 10. 報酬

(1) 障害者福祉サービス業種と他の業種との賃金格差を解消する

地域生活を支えるヘルパーや支援者の賃金が高業種に比べて低い。そのため人材確保に困難を極めており、結果的に障害者の地域生活を阻害している。

## 11. 利用者負担

(1) 応益負担は廃止する

ただし、食事の材料費や水道光熱費など本人が使ったものは実費を負担する。

(2) 低所得者層（住民税非課税）は無料にする

(3) 配偶者を含めた所得設定を早急に止め、本人のみに限定する

(4) 合算上限は必要

応益負担の場合でも、合算上限は必要。現行制度での区分で言えば、福祉サービス（居宅・通所）、補装具、自立支援医療、及び移動支援、コミュニケーション支援などの地域生活支援事業に含まれている項目は、それぞれに上限を設けず、合算した上限を設定すること。

## 12. 介護保険

(1) 介護保険との統合を前提としない制度設計をすること。

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ない。介護保険と障害制度は統合しない。

(2) 介護保険優先利用としない制度とする。

介護保険の優先利用は廃止し、2制度か、障害制度を単独で使うか本人の選択制に。