

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）が満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ら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が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「弁護士」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。