

社会保障審議会障害者部会（第35回）

平成20年7月15日（火）
14：00～16：40 目途
都道府県会館
4階 402会議室

議 事 次 第

1. 開 会

2. 議事

関係団体ヒアリング

3. 閉 会

[配付資料]

- 資料1 （福）日本身体障害者団体連合会からの提出資料
- 資料2 （福）日本盲人会連合からの提出資料
- 資料3 （財）全日本聾唖連盟からの提出資料
- 資料4 （社）全国脊髄損傷者連合会からの提出資料
- 資料5 日本障害者協議会からの提出資料
- 資料6 （福）全日本手をつなぐ育成会からの提出資料
- 資料7 （NPO）DPI日本会議からの提出資料
- 資料8 日本発達障害ネットワークからの提出資料
- 資料9 （社）日本自閉症協会からの提出資料
- 資料10 （NPO）全国地域生活支援ネットワークからの提出資料

参考資料1 「これまでの部会における主な議論」

参考資料2 「社会保障審議会障害者部会（第33回）の議事録」

平成20年7月15日

社会保障審議会障害者部会
会長 潮谷 義子 様

社会福祉法人
日本身体障害者団体連合会
会長 小川 榮一

「障害者自立支援法」の抜本的見直しにかかる日身連の要望

「障害者自立支援法」が施行されてからの間、制度を利用する上で様々な問題が生じ、このことに対し、国は特別対策、そして緊急措置を講じました。しかし、依然として、利用者や施設関係者等は不安を抱え、深刻な課題として残されています。

日本身体障害者団体連合会は、この現状を重く受け止め、障害者自立支援法の見直しにかかる検討委員会（松井逸朗委員長）を設置し、検討を重ねてまいりました。

については、障害者が安心して生活できる環境体制を整備することが喫緊の課題であり、「障害者自立支援法」が、障害者の自立を支え、格差のない、共生社会の実現となるよう、下記の諸点について要望いたします。

記

障害者自立支援法に対する抜本的見直しの前提条件について

- ・対等の契約原理を維持し、措置制度に逆戻りしないこと。
- ・介護保険との統合を前提としないこと。
- ・付帯決議については、予算確保を含め、速やかに対処すること。

1. 利用者負担の在り方について

- (1) 利用者負担の月額負担上限額は、一般分についても軽減策を講じること。
- (2) 入所施設の補足給付を2万5千円から最低4万5千円に引き上げること。
- (3) 就労関係の施設や事業（就労移行支援事業、就労継続支援事業等）は、「働く」ことを目的としており、類似の機能を有する職業能力開発事業等の取扱いとの整合性から考えても、利用料は無料にすること。
- (4) 障害福祉サービス、自立支援医療、補装具を複合利用する場合、別々の負担とせず、総合上限額制度を導入すること。

2. 事業者の経営基盤の強化について

- (1) 従前の90%保障を100%にすること。
- (2) 支払方法については、報酬額を人件費と他の事業費に分けた上、人件費相当分を月払い方式、その他の経費を日払い方式とすること。
- (3) 小規模作業の法定事業への移行要件の緩和を講じる等、円滑な移行の実施を図ること。また、法定化できない作業所に対して、施設運営ができるように新たな受け皿のあり方を構築するなど、救済的な措置を講じること。
- (4) 自立訓練・就労移行支援における標準利用期間超過減算（基本単位数の95%を算定）は、利用者と施設経営の安定という観点からも廃止すること。

3. 障害者の範囲について

発達障害者等を含め、障害者の範囲について抜本的に見直すこと。

4. 障害程度区分認定の見直しについて

- (1) 地域間格差なく、必要な支援（サービス）が適切に利用できるよう、対象者及び量の制限をしないこと。障害程度区分の認定項目については、介護認定基準を前提とせず、障害者の個々人の日常生活、社会生活上の制限に対応したものとすること。
 - (2) 利用目的の視点からも、障害程度に応じた支援（サービス）するための区分として相応しい名称に変更（障害程度支援区分／仮称）していただきたい。
- ※ これらの課題の解決のために、厚生労働省において、障害者団体、地方自治体、有識者等で構成された委員会を設置し、早急に検討されたい。

5. サービス体系の在り方について

- (1) 身体障害者を対象としたグループホーム・ケアホームを創設し、地域生活の基盤整備の一層の促進を図ること。
- (2) 移動支援については、格差なく利用に困難が生じないように、個別給付にする等の対策を講じること。

6. 相談支援の充実について

- (1) 相談支援事業が十分に機能できるよう、ケアマネージャー制度の創設等を検討していただきたい。
- (2) 相談支援事業体制のツールの一つとして、障害者相談員等の活用の促進を図っていただきたい。

7. 地域生活支援事業について

- (1) 福祉サービス並びに利用者負担等の実態を調査し、地域間格差解消のため適正な対策を講じるとともに、事業の財政責任を明確にし、裁量的経費を義務的経費にすること。

- (2) 地域生活支援事業を円滑にすすめるために重要な地域サービスの基盤である障害者社会参加推進センターについては、大都市特例が廃止されたが、地域において障害者の社会参加の促進等を図るためにも従前の体制に戻すこと。
- (3) コミュニケーション支援事業については、義務的経費とし原則無料とすること。

8. 就労の支援について

- (1) 今国会に提出される障害者雇用促進法の改正案の法制化を図り、障害者雇用支援に対する積極的な政策を進めるとともに、就労できない重度障害者についても、きめの細かい対策を講じること。
- (2) 就労移行支援、就労継続支援、地域活動支援センター事業の利用料については、無料とすること。少なくとも、就労控除（月收入24,000円）については、現行の低所得者層だけではなく、一般まで拡大すること。

9. 所得保障の在り方について

障害者が地域で自立して生活するために、障害基礎年金額の増額や住宅手当の創設等、所得保障を早急を実施すること。

以 上

平成 20 年 7 月 15 日

厚生労働省ヒアリングレジュメ

社会福祉法人日本盲人会連合
会長 笹川 吉彦

【自立支援関係】

1. 障害者自立支援法の改正に当たっては、障害程度区分及び、調査項目の見直し、サービス支給量の適正化、地域格差の是正など障害者がそれぞれの地域で安心して生活し、社会参加し、併せて社会貢献できる内容にしていきたい。
2. 65歳以上になり介護保険に移行したときに障害者自立支援法で受けられていたサービスを引き続き受けられることを保障していただきたい。
3. 入院中でも障害者自立支援法によるホームヘルパー制度が利用できるよう制度を改善していただきたい。
4. 視覚障害者移動支援を以下のとおり、改善していただきたい。
 - ①自己負担はその本質から見て撤廃していただきたい。
 - ②多くの自治体において利用時間の上限を設けていることに鑑み、支給量の上限時間は撤廃していただきたい。
 - ③視覚障害者の安全を確保し、そのニーズに的確に應えるため、ガイドヘルパーの資質向上を図っていただきたい。
 - ④65歳を過ぎても通院介助においては、介護保険によるのではなく、院内の様々な移動とその他の用務が同時に利用できるようにしていただきたい。
 - ⑤視覚障害者の職域拡大のため、自営や雇用に限らず、就

労のために移動する際にも利用できるようにしていただきたい。

⑥代読・代筆サービスが移動支援と一体で利用できるようにしていただきたい。

⑦移動支援事業は自立支援給付として位置づけていただきたい。

5. 福祉サービスにおける自己負担は撤廃していただきたい。仮に利用負担をもうける場合には、応能負担に戻すか、収入に応じた軽減策を講じていただきたい。

なお、費用負担の軽減を求める際に、貯金通帳を提示することを廃止していただきたい。

【その他】

1. 障害者の所得を補償するため、障害基礎年金を1級は、月10万円以上に、2級は、月8万円以上に引き上げていただきたい。
2. 盲人ホームがあはきの技術研修の場と同時に、生活・歩行・パソコン訓練など一般就労支援の場になるよう制度を改正していただきたい。
3. 後期高齢者医療制度において、65歳から74歳の障害者に対する差別的な取り扱いを廃止していただきたい。

【雇用・就労】

1. 特別養護老人ホームやディサービスやディケア施設における機能訓練指導員に、視覚障害者マッサージ師を積極的に雇用していただきたい。
2. 機能訓練指導員の範囲を国家資格所有者としていただきたい。

（社会保障審議会障害者部会（第35回）におけるヒアリング資料）

障害者自立支援法の見直しについて

財団法人全日本ろうあ連盟

1. 利用者負担は基本的に廃止、また施設利用のための利用者負担の軽減に向けた見直しが必要です。

- ・利用者の置かれている状況に関わりなく一律に福祉サービス利用にかかる一定の負担を課すことは、主体的な自立をめざしていく上でも問題が大きい。利用者負担の軽減策が取られているが、分かりにくい仕組みになっている。負担感も重い。
- ・給付事業にともなう負担の他にも食費などの施設（入所、通所）利用に関する本人負担もあり、利用を控えるため利用者定員割れの施設も少なくな

こうしたことから

- ① 応益負担を撤廃すること
- ② 食費などの施設利用に関する本人負担を軽減すること

2. 安定した施設経営のための報酬単価の見直しが必要です。

- ・日額による報酬単価は事務煩雑と合わせて施設の経営を圧迫している。
- ① 日額から月額へ分かりやすく事務煩雑さのない事業報酬体系へ見直しが必要である。

3. ろう重複障害者の特性に配慮したグループホーム、ケアホームなどの社会資源が絶対的に不足しています。障害者自立支援法において、ろう重複障害者のための施策づくりが必要です。

4. 障害程度区分認定の見直しにおいては、聴覚障害者の障害特性が正確に反映されるよう認定基準を見直しするとともに、調査方法の検討が必要です。

- ・現在の認定基準項目は、身体機能動作に着目したものが主になっている。
- ・判定の際、調査員とのコミュニケーションがとれず、実態と合わない判定がなされることがある。

こうしたことから、

- ① 認定基準項目に、聴覚障害の特性やコミュニケーションの困難等が十分

に把握できるための調査項目を付加する必要がある。

- ②ろう重複障害者の場合はコミュニケーションに充分時間をかけて調査する必要がある。
- ③調査に当っては手話通訳者やろうあ者相談員など、聴覚障害者と同じ言語・コミュニケーション手段を持ち、聴覚障害の特性、本人の生活実態や背景を把握できる者を同行すること。

5. 地域生活支援事業における相談支援事業については、聴覚障害者と同じ言語・コミュニケーション手段を持ち、聴覚障害の特性、生活実態、社会的背景等を理解している者を設置して専門的に相談支援できる体制を確立することが必要です。

- ・相談支援事業を実施する窓口において手話によるコミュニケーションが保障される制度がない。筆談では十分に意見交換できない者が少なくない。
- ・聴覚障害者を専門に相談対応・支援する者を市町村単独で設置することは、市町村ごとの聴覚障害者数、相談員配置の財政的な面から現実的には困難である。

こうしたことから

- ①相談支援事業においては、聴覚障害者と十分なコミュニケーションがとれ、聴覚障害特性に関し専門的な知識を有する者を都道府県事業として配置すること。

6. 地域生活支援事業におけるコミュニケーション支援事業の充実に向けて見直しが必要です。

- ・利用者負担を課す地域が少数ではあるが散在している。
- ・手話通訳派遣事業の実施は広がっているが、手話通訳設置に進展が見られない。設置しているところも嘱託・臨時職員が多い。
- ・コミュニケーション支援事業実施要綱に記載されている運営委員会、調整者の設置が不十分である。
- ・都道府県レベルの手話通訳者派遣事業が後退し、市町村外、都道府県外のニーズ対応が難しくなっている。
- ・手話通訳者の資格要件、派遣条件、謝礼費・交通費の基準等が、市町村でまちまちな状態が改善されておらず、格差解消につながっていない。
- ・手話奉仕員養成、手話通訳者養成が必須事業と位置づけられていないため、事業を廃止したところが出ている。
- ・厚生労働省「基本方針」にあらゆる福祉サービス利用の前提としてコミ

コミュニケーション支援の役割がしめされず、障害者計画作成において重要視されていない。コミュニケーション支援の数値目標（通訳者養成、設置数等）が出されていない。

- ・コミュニケーション支援事業は必須事業なので、手話通訳者派遣に限定した少ない予算確保に留まる事例が見られる。

こうしたことから

- ① コミュニケーション支援事業に利用者負担を求めないことを明記すること。
- ② 手話通訳者設置と手話通訳派遣の事業を一体的に実施すること。特に、聴覚障害者が地域で安心して暮らすことができる地域社会をめざし、手話通訳設置（手話通訳できる職員の配置）を義務づけること。聴覚障害者に対する専門的な相談支援とも連携し、地域社会での聴覚障害者の生活を支援し、福祉サービスの提供基盤の整備を図る事業のあり方へ見直しが必要である。
- ③ 市町村外、都道府県外の広域対応として、手話通訳者派遣事業を都道府県の必須事業として実施すること。
- ④ 手話奉仕員養成事業を市町村で、手話通訳者養成事業を都道府県で実施することを必須事業とすること。
- ⑤ 第二期障害者計画作成にあたって、コミュニケーション支援の役割を明記し数値目標を出すこと。

7. コミュニケーション支援事業をはじめ地域生活支援事業には、障害者の基本的人権の保障に直接関わる事業が多くあり、安定した事業運営が不可欠であるところから合補助金制度のあり方を見直して下さい。

平成20年7月15日

社会保障審議会障害者部会
部会長 潮谷 義子 様

社団法人全国脊髄損傷者連合会
副理事長 大濱 眞

障害者自立支援法の見直しに関する見解

1. 地域間格差の是正のために

あるため負債の多い小規模市町村では、25%の負担でも財政的に厳しい現状、基金等別途の会計で必要なルールに則った負担の在り方も検討する必要がある。

2. 利用者負担について

- (1) 自立支援法のサービスを複合的に利用した場合、それぞれ負担があるが、利用者負担の上限額は一般分を限度額とすること。（特に、補装具給付の場合に、一般上限（37200円）の障害者にとって負担が大きすぎる。）
- (2) 一般上限の月額についての軽減措置が必要。

3. 付帯決議にある、所得保障の在り方 障害基礎年金の増額が必要。

4. 障害の範囲について 難病等も含め、見直しが必要。

5. 地域生活支援事業について 移動支援等、一部を個別給付にすること

6. グループホーム・ケアホームについて 身体障害者の場合、その障害の程度によってグループホーム・ケアホームが現行の人員配置では無理であることを考慮し、安易に地域移行の一手段として位置づけることがないように。

7. 国庫負担基準の区分間合算の継続を（別途資料参照）

平成20年7月15日

社会保障審議会障害者部会
部会長 潮谷 義子 様

社団法人全国脊髄損傷者連合会
副理事長 大濱 眞

重度障害者の地域生活を支援できるサービスへ

1. 重度頸髄損傷者のXさん

Xさんは、もともとB県B市（人口10万人）に在住。3年前、高校の柔道部の練習中に脊髄を損傷（※1）。B市内の病院に搬送され、C県の脊損センター、D県の労災病院へと転院し、頸髄損傷の専門的な治療とリハビリテーションを受ける。

Xさんは、頸髄（C1）を損傷したため、首から下が動かなくなって常時介護を必要とする状態となった。また、自発呼吸が困難であったため一時的に気管を切開し、現在も人工呼吸器を利用している。

（※1）脊髄損傷

脊椎の中を通る中枢神経である脊髄が損傷することによって生じる運動機能障害・感覚機能障害のこと。首に近い部位を損傷するほど麻痺も重度になる。頸髄を損傷した場合は特に頸髄損傷と呼ぶ。現在、日本には約10万人の脊髄損傷者が暮らしていて、毎年5000人が新たに脊髄を損傷する。受傷原因は「交通事故」が最多。

2. 家族介護＋ホームヘルプで24時間介護が必要

受傷から3年で労災病院を退院することになり、在宅生活への準備を開始した。特にXさんは24時間介護を必要とする状態であり、さらに人工呼吸器の管理なども必要となる。これらをすべて家族介護で賄うと大きな負担となってしまいうため、障害者自立支援法に基づく重度訪問介護（連続長時間型のホームヘルプサービス）を利用することを考えていた。

3. B市には適切なサービス事業所がない

wam netによると、B市内に所在する重度訪問介護の指定事業所は10軒、B市をサービス提供地域としている市外の事業所は5軒。ただし、このうち深夜派遣にも対応できる事業所は2軒。そこで15軒の事業所にサービス利用を申し込んだものの、すべての事業所から断られてしまった。

- この15軒の事業所は、いずれも介護保険の訪問介護事業所が併設する事業所であり、短時間・高単価のサービスを前提に人員体制を組んでいるため、連続長時間・低単価の重度訪問介護に対応できない。
- さらに、人工呼吸器を利用する等、Xさんの介護にはかなり高度な介護技術を要するため、事業所が敬遠してしまう。

⇒ 重度訪問介護の報酬が低単価で基盤整備が出来ない。

4. B市が必要なサービス時間数を支給決定できない

また、事業所探しと並行して、B市役所に重度訪問介護の支給を申請した。Xさんの場合、日中は家族介護が不可能であるため、1日12時間の支給量を申請した。

自立支援法は、障害者が自立した日常生活を営むのに必要な給付を行うことを市町村に求めている（第2条第1項第1号）が、B市役所は1日6時間の重度訪問介護しか支給決定しなかった。B市はホームヘルプ給付費が国庫負担基準を超過しているわけではないが、25%分の財政負担が押し掛かってしまう。このため、1日24時間の介護が必要な重度障害者であっても、国庫負担基準額29万5900円が事実上の支給上限に転化してしまっている。

国庫負担基準額29万5900円÷報酬単価1665円÷31日 ≒ 5.73時間/日

⇒ 国庫負担金が上限。

5. やむなく東京へ

このように、B市では①サービス提供基盤と②支給決定時間数の両方の問題が解決できなかった。これに加えて、Xさんは大学進学を希望している。よって、近い将来の進学を考慮すると、大学が所在する東京もしくは京都への退院しか選択肢がなくなってしまった。このうち、京都でも①サービス提供基盤の問題で、サービス提供を引き受けてくれる事業所が見つからなかった。よって、東京へ退院することになった。

まず、労災病院から東京都D市のE病院へ転院し、在宅移行後のヘルパー派遣をD市内のヘルパー事業所Fに依頼し、E病院の医療スタッフの指導で事業所Fのヘルパーに呼吸器管理や介護技術を研修し、D市内への地域移行の準備を進めた。

⇒ 本来住んでいた地域から他の地域に移住した際は、本来地域の都道府県・市町村が何らかの負担をすべきである。

6. ひとり暮らしを支えるサービス量

現在、Xさんは、ホームヘルプ（重度訪問介護）を利用しながら、母親と2人で東京都D市のアパートで暮らし、父親はXさんの弟たちと一緒に実家に残った。

しかし、母親が脊椎ヘルニアを患い、父親が実家を離れて単身赴任することになったことから、母親はB市の実家に戻り、XさんはD市でひとり暮らしせざるを得ない状況となった。しかし、現在D市役所が支給決定しているヘルパー支給時間数（1日17時間）ではXさんの生活を支えきれないことから、支給時間数の変更をD市役所と協議中。協議の際、D市役所から2度とこのような人をD市に移住するよなアドバイスはしないで下さいと言われる。

⇒ 国庫負担金が上限を超過した場合、市町村単独予算となりその負担は、市町村財政を逼迫させる要因となる。

⇒ （重度）障害者は「（憲法22条に言う）居住の選択の自由」がない、公然と差別される起因となるため、これは国の問題である。（市町村単独上乗せ部分は全額国が負担すべき。）

平成20年6月30日

社会保障審議会障害者部会
部会長 潮谷 義子 様

社団法人全国脊髄損傷者連合会
副理事長 大濱 眞

地域生活を支えるための事業体系について

1. 支給決定を受けてもサービスが利用できない

- 重度訪問介護**の介護報酬（≒1665円/h）が安すぎて、
 - ・利用者が、**支給決定を受けてもサービスを利用できない**
 - ・事業者の経営が逼迫していて、**事業を維持できない**などの問題が生じている。

⇒介護報酬を**介護保険の生活援助なみに引き上げる**ことが必要。

2. 必要な量のホームヘルプサービスが正しく支給決定されない

- 厚生労働省が再三にわたって自治体に注意喚起をしているにもかかわらず、**財政的な制約から、必要な量のホームヘルプサービスが正しく支給決定されていない。**

⇒25%分が負担できない市町村を念頭に置いて、居住地特例や財政調整など、費用負担の仕組みを工夫する必要がある。

⇒国庫負担基準を超過する市町村を念頭に置いて、**国庫負担基準額の引き上げ、もしくは給付費全額を国庫負担の対象とする**必要がある。

3. ケアホームの対象範囲の拡大について

- 小規模なケアホームで対応可能な全身性障害者は、常時マンツーマンの介護を必要としない軽度者に限られる。**
- にもかかわらず、ケアホームの対象範囲を身体障害者にも拡大すれば、**1日6.0時間以上のホームヘルプを必要とする身体障害者はケアホーム+日中活動系サービスしか支給決定されなくなってしまう。**

⇒**ケアホームの対象範囲の拡大には慎重な検討**が不可欠。

⇒仮に身体障害者へ対象範囲を拡大するのであれば、**障害程度区分1～3に限定**するといった制度的な措置が不可欠。

⇒ケアホーム等への入居を強要されることなく、**地域生活に必要なサービスが受けられることを明示**する必要がある。

障害者自立支援法

(市町村等の責務)

第2条 市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

- 一 **障害者が自ら選択した場所に居住し、又は障害者若しくは障害児（以下「障害者等」という。）がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該市町村の区域における障害者等の生活の実態を把握した上で、公共職業安定所その他の職業リハビリテーション（障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和三十五年法律第二百二十三号）第二条第七号に規定する職業リハビリテーションをいう。第四十二条第一項において同じ。）の措置を実施する機関、教育機関その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、必要な自立支援給付及び地域生活支援事業を総合的かつ計画的に行うこと。**
 - 二 障害者等の福祉に関し、必要な情報の提供を行い、並びに相談に応じ、必要な調査及び指導を行い、並びにこれらに付随する業務を行うこと。
 - 三 意思疎通について支援が必要な障害者等が障害福祉サービスを円滑に利用することができるよう必要な便宜を供与すること、障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のために関係機関と連絡調整を行うことその他障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行うこと。
- 2 都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。
- 一 市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。
 - 二 市町村と連携を図りつつ、必要な自立支援医療費の支給及び地域生活支援事業を総合的に行うこと。
 - 三 障害者等に関する相談及び指導のうち、専門的な知識及び技術を必要とするものを行うこと。
 - 四 市町村と協力して障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行うとともに、市町村が行う障害者等の権利の擁護のために必要な援助が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。
- 3 国は、市町村及び都道府県が行う自立支援給付、地域生活支援事業その他この法律に基づく業務が適正かつ円滑に行われるよう、市町村及び都道府県に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行わなければならない。

1. 支給決定されてもサービスが利用できず

① 重度訪問介護とは

重度訪問介護

- 全身性重度障害者に対して連続長時間のホームヘルプを提供するサービス類型。
⇒ 個々の障害者の障害特性に応じた高度な介護技術が必要。
⇒ ゆえに、障害者1人1人の介護内容に慣れたベテランヘルパーが不可欠。
- 長時間である代わりに、短時間型のホームヘルプサービスに比べて低単価。

障害程度区分6の重度訪問介護対象者であっても、

- 家族同居などの場合
⇒ 短時間型のホームヘルプサービスをピンポイントで利用する
【例】入浴の身体介護、トイレの身体介護、など
- 単身独居の場合や、日中に同居家族が仕事に出かけている場合
⇒ 長時間滞在型のホームヘルプサービスである重度訪問介護を利用する
【例】同居家族が仕事に出かけている平日の8時～19時について、連続11時間の重度訪問介護を利用する、など

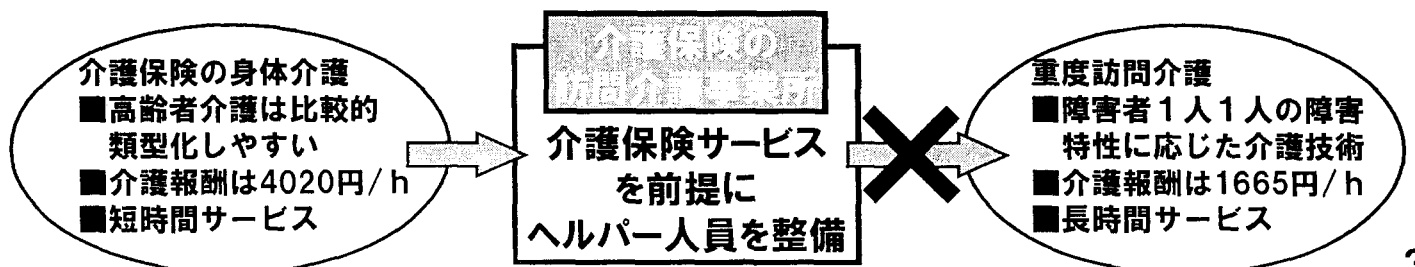
② 利用者の事例

事例1：Aさん

- 脳性マヒ、障害程度区分4、30万人都市に在住
- 身体介護60時間/月、家事援助30時間/月、重度訪問介護200時間/月の支給決定を受ける
⇒ 身体介護の支給時間数はサービスを利用できている
⇒ しかし、**重度訪問介護**では派遣体制を組めないため、市内のサービス事業者では引き受けられず、
(1ヵ月間で) **たった4時間しか利用できない**

事例2：Bさん

- ALS患者、障害程度区分6、都内在住
- 重度訪問介護の支給決定を受ける
⇒ しかし、サービス提供地域内のヘルパー事業所80ヵ所に**派遣を申し込んだものの、すべて断られてしまった。**



③事業所と市町村の事例

事例3 事業所C

- 人工呼吸器を利用する難病患者の親が中心になって運営。
- 最重度の難病患者を積極的に支援。障害児や養護学校卒業生などの利用者が多い。呼吸器利用者などの困難な障害者の支援を市役所から依頼されて引き受ける例も。
⇒非常に高度な介護技術を要するが、長時間で低単価な重度訪問介護の利用者が集中しているので、サービス提供しているのに、20%を超える赤字になっている。

事例4 D県D市

- D市では、自立支援法の施行前は、特別養護老人ホームのヘルパー部門などがパイオニアとなって支援費制度のホームヘルプサービスが提供されていた。しかし、
 - ・介護保険事業の収支が悪化、
 - ・介護職離れによる介護事業全体が人材不足、
 - ・自立支援法のホームヘルプサービスの介護報酬が介護保険に比べて低い、
 などの理由から、介護保険事業所が本来事業（特養・通所・訪問介護）を優先し、**自立支援法に基づくホームヘルプサービスを停止せざるを得なくなる。**
- 市内の重度訪問介護の利用者7名全員はNPO法人のヘルパー事業所が引き受けている。しかし、1カ所の事業所だけで対応していて、その事業所も人員不足なので、**必要な時間帯になかなか派遣してもらえない。**

【まとめ】必要なサービスが受けられるように

利用者が安定的してサービスが受けられるような報酬が必要

特に重度訪問介護（≒1665円/h）については、
介護保険の生活援助よりも報酬が低く設定されているので、
少なくとも生活援助と同水準（≒2080円/h）への
引き上げが不可欠

ホームヘルプサービスの1時間あたりの介護報酬

	自立支援法 (H18.10.1~)	介護保険 (H18.4.1~)
身体介護	4000円/h (日中1時間)	4020円/h (日中1時間)
家事援助 生活援助	1500円/h (日中1時間)	2080円/h (日中1時間)
重度訪問介護 (区分6)	1665円/h (日中8時間)	

※いずれも丙地における日中単価。
 ※介護保険は、特定事業所加算を含まない。
 ※重度訪問介護は、区分6の報酬（7.5%加算）。

2. 必要なサービス量が支給されない

① 自立支援法における支給決定の理念

障害者自立支援法 第2条

市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

- 一 障害者が自ら選択した場所に居住し、又は障害者若しくは障害児……がその有する能力及び適性に応じ、**自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、……必要な自立支援給付及び地域生活支援事業を総合的かつ計画的に行うこと。**

障害保健福祉関係主管課長会議（平成20年3月5日開催）資料

訪問サービスに係る支給決定事務について、……

- ② 支給決定基準の設定に当たっては、国庫負担基準が個々の利用者に対する支給量の上限となるものではないことに留意すること
- ③ **支給決定に当たっては、申請のあった障害者等について、障害程度区分のみならず、すべての勘案事項に関する一人ひとりの事情を踏まえて適切に行うこと**

また、特に日常生活に支障が生じる恐れがある場合には、……例えば、個別給付であれば、いわゆる「非定型ケース」……として、個別に市町村審査会の意見を聴取する等により、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、**地域において自立した日常生活を営むことができるよう適切な支給量を定めていただきたい。**

② 支給決定された支給量が足りない事例

	入所施設での費用	地域移行に必要なヘルパー費	実際のヘルパー支給量
事例5 5万人の市のEさん	療護施設 43万6000円 区分A	身体2時間×週3 家事3時間×毎日 区分5・独居	身体2時間×週3 家事3時間×毎日 ⇒25万0000円
事例6 4万人の市のFさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 7時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 7時間×毎日 ⇒35万1000円
事例7 12万人の市のGさん	労災病院で リハビリ	重度訪問介護 24時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 6時間×毎日 ⇒30万3000円
事例8 20万人の市のHさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 24時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 8時間×毎日 ⇒40万0000円
事例9 県庁所在地のIさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 16時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 10時間×毎日 ⇒49万8000円
事例10 20万人の市のJさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 16時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 10時間×毎日 ⇒49万8000円
事例11 7万人の市のKさん	療護施設 43万6000円 区分A	重度訪問介護 24時間×毎日 区分6・独居	重度訪問介護 12時間×毎日 ⇒62万0000円

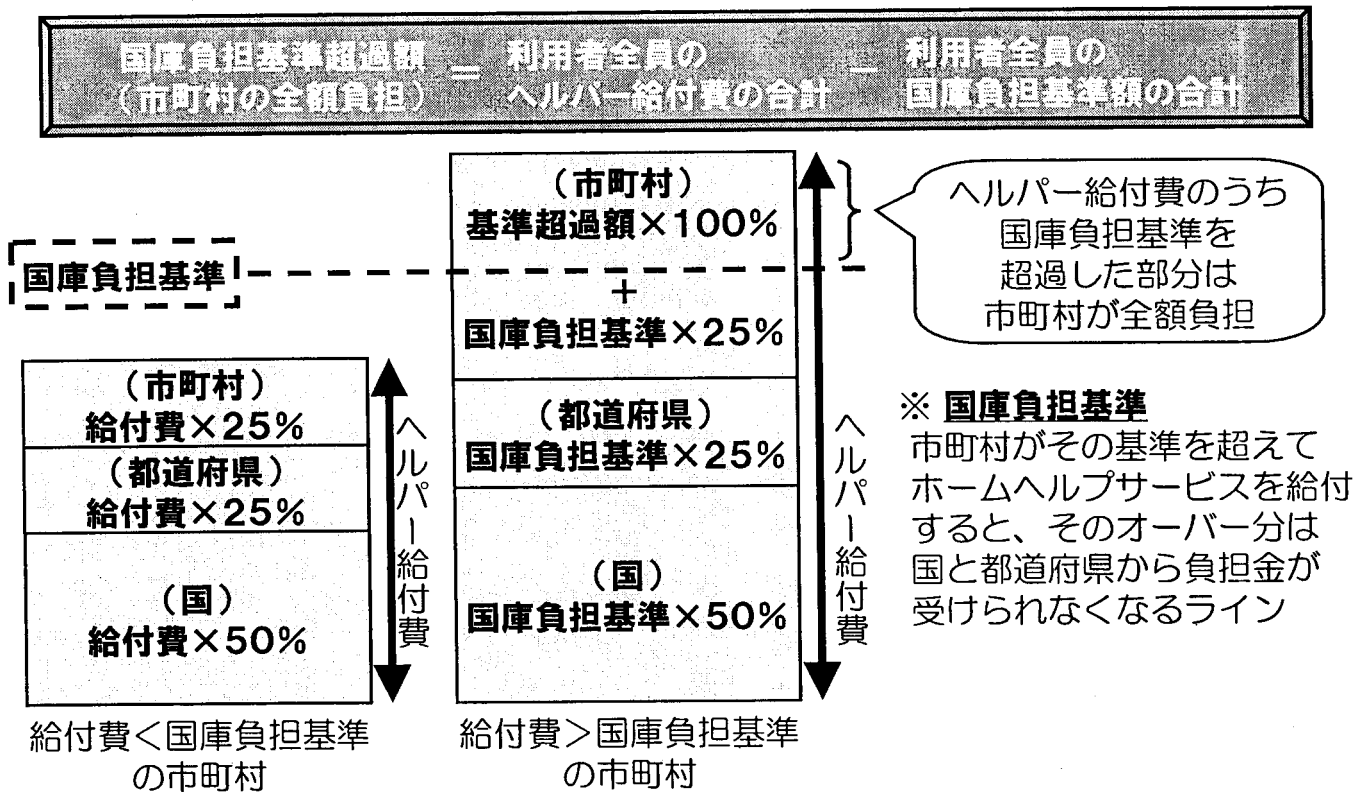
入所施設より安上がりになる支給量であれば、必要な時間数が正しく支給決定されている

※人工呼吸器利用者であるにもかかわらず6時間しか支給されないの、地域で生活できず、やむなく東京へ。

長時間の介護が必要な場合は正しく支給決定されない

※役場も24時間介護の必要性を理解しているものの、財政的な理由から、12時間の支給決定が限界と役場から言われている。

④ホームヘルプの「国庫負担基準」



⑤国庫負担基準による財政的な制約

	居宅介護	行動援護	重症訪問介護	重症障害者等 包括支援
区分1	22,900円	×	×	×
区分2	29,100円	×	×	×
区分3	43,100円	107,800円	×	
区分4	81,100円	145,800円	190,200円	
区分5	129,400円	194,100円	238,500円	
区分6	186,800円	251,500円	295,900円	
重症包括対象者			445,000円	455,000円

国庫負担基準額295,900円
 ÷ 介護報酬1,665円/h ÷ 30日
 ↓
 1日あたり6時間弱

事例11 L県L市

- 市内に旧国立病院の筋ジストロフィー専門病棟(※)が所在。
- その病院からの退院者を中心に、地域移行が活発。
- 緊急時に備え、病院の近隣への移行ニーズが強い。
- このためL市に過大な財政負担。

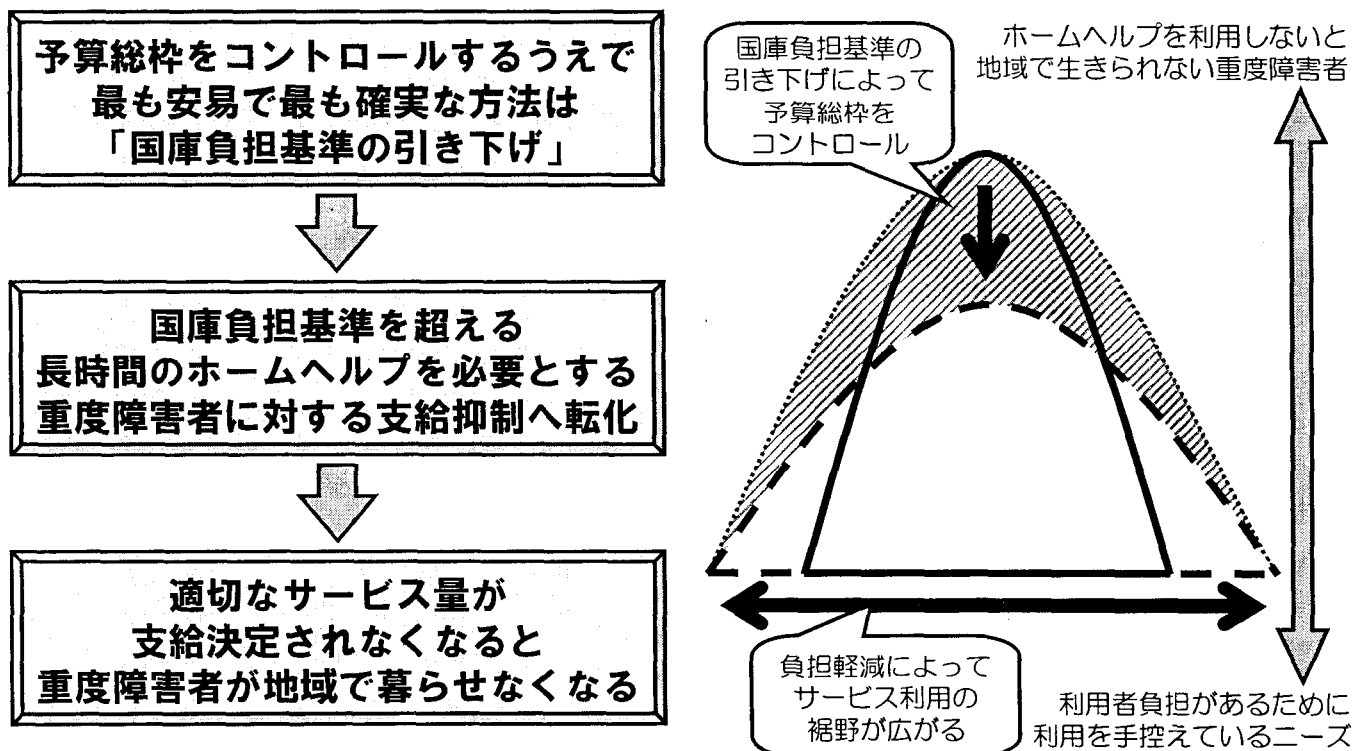
※全国的に筋ジストロフィー専門病棟は山間部等小規模市町村に所在している。

国庫負担基準

国 約30%	県 約15%	約15%	市 +約40% (国庫負担基準超過)
-----------	-----------	------	-----------------------

ホームヘルプの給付総額 ※平成18年度下半期(平成18年10月~平成19年2月)

⑥利用者負担の軽減の影響



【まとめ】きちんと支給決定できるように

必要な人に必要なサービス量が支給決定される仕組みづくりが不可欠

25%分を負担できない市町村を念頭に置いた対応

【例】居住地特例の範囲を拡大し、施設から地域移行した障害者にも適用
※居住地特例＝入所前の居住地の市町村が費用負担

【例】調整交付金を創設して、広域的に財政調整

国庫負担基準を超過する市町村を念頭に置いた対応

「利用者負担の軽減」の方針を堅持していただきつつも、それが「重度障害者への皺寄せ」に結びついてしまわないように、

●サービス利用の増加を織り込んだ予算の増額

および

●国庫負担基準額の大幅な引き上げ

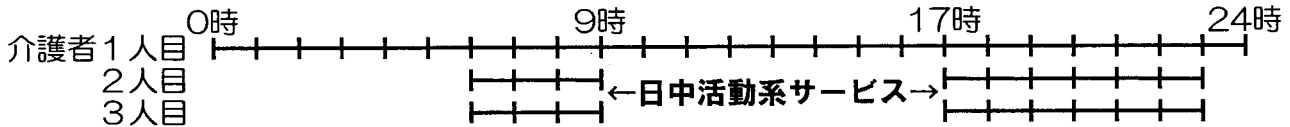
●または国庫負担基準の撤廃（給付費全額を国庫負担の対象とする）

などの措置が不可欠。

3. ケアホームの対象範囲の拡大について

見行制度で重度訪問介護を
連続長時間利用するような
重度全身性障害者（区分6）が
10人入居するケアホームだと、
見行の最低基準と報酬による
人員配置に対して・・・

世話人@指定基準	⇒ 9.5時間/日	試算根拠
利用者10人÷6.0×週所定労働時間40時間÷7日		
生活支援員@指定基準	⇒ 23.0時間/日	
利用者10人÷2.5×週所定労働時間40時間÷7日		
重度障害者支援加算分	⇒ 2.0時間/日	
(9.5時間+23.0時間)×加算260円÷基本単価4440円		
夜間支援体制加算分	⇒ 7.0時間/日	
(9.5時間+23.0時間)×加算970円÷基本単価4440円		



同時に

- 1人が排尿介護を訴え、
- 1人が排便介護を訴え、
- 1人のパルスオキシメーターのブザーが鳴っていて、痰の吸引が必要で、
- 1人の人工呼吸器のブザーが鳴っていて、
- 1人が胃瘻の逆流・誤嚥の防止で見守りが必要で、
- 1人が体温調節ができないので上着が必要と訴え、

という事態が
日常茶飯事
⇒常時1～3人の
介護者体制では
対応しきれない

重度全身性障害者をケアホームの利用対象にするためには、かなり手厚い人員配置でマンツーマンの対応が必要になる
⇒ならばホームヘルプサービスに比べて財政的に安上がりにならない

現行の人員配置や報酬で、同時に介護の必要が発生するリスクをカバーするには数十人規模でスケールメリットを利かせるしかない。
⇒しかし、それでは入所施設と変わらなくなってしまう

- よって、小規模なケアホームで対応可能な全身性障害者は、**常時マンツーマンの介護を必要としない軽度者に限られる。**
【例】地域生活支援事業実施要綱では、福祉ホーム事業の対象範囲は身体障害者も対象だが「常時の介護、医療を必要とする状態にある者を除く」
- にもかかわらず、安易にケアホームの対象範囲を身体障害者にも拡大すれば、ケアホーム（最高で約17万円/月）と日中活動（08年2月で平均11.5万円）の給付費を超えるホームヘルプサービスが必要な身体障害者（約6.0時間/日）は、市町村レベルではケアホーム+日中活動系サービスしか支給決定されなくなってしまう。

ケアホームの対象範囲の対象拡大には慎重な検討が不可欠

- 仮に身体障害者へ対象範囲を拡大するのであれば、サービス対象者を**障害程度区分1～3に限定する**といった制度的な措置が必要。
- （対象範囲の拡大の是非とは別に）法第2条第1項第1号に基づき、**ケアホーム等への入居を強要されることなく「自ら選択した場所に居住し」地域生活に必要なサービスが受けられることを明示する必要がある。**

- 第 35 回社会 保障 審 議 会・障 害 者 部 会 (障 害 団 体 か ら の ヒ ア リ ン グ) 資 料 2008 年 7 月 15 日

障 害 者 自 立 支 援 法 の (見 直 し) に あ た っ て の 意 見

団 体 名 : 日 本 障 害 者 協 議 会 (J D)

代 表 者 : 勝 又 和 夫

発 表 者 : 藤 井 克 徳 (日 本 障 害 者 協 議 会 常 務 理 事)

目 次

- | | |
|---|-----|
| 1. 障 害 者 政 策 に 関 わ る 意 見 書 | p.1 |
| 2. 日 本 障 害 者 協 議 会 加 盟 団 体 一 覧 (2008 年 7 月 1 日 現 在) | p.5 |
| 3. 日 本 障 害 者 協 議 会 役 員 名 簿 (2008 年 度) | p.6 |

連 絡 先 : 日 本 障 害 者 協 議 会
住 所 : 〒 162-0052 東 京 都 新 宿 区 戸 山 1-22-1
(財)日 本 障 害 者 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 協 会 内
電 話 : 03-5287-2346 FAX: 03-5287-2347

政策に関わる意見書

障害者自立支援法(以下、自立支援法)に関する基本的事項について、また昨年12月に与党障害者自立支援プロジェクトチームが出した「障害者自立支援法の抜本的見直し」と題する報告書に対する、日本障害者協議会(以下、JD)の意見を申し上げます。

自立支援法が施行されて2年3ヵ月余になりますが、障害当事者や家族の不安と不満は一向に払拭されません。真の意味での「抜本的見直し」が図られなければならず、そのためには「法の枠内論議」に留まらない、それを越えた論議が必要かと考えます。

I 基本的な考え方

1、見直し論議に際しての留意点

「見直し論議」にあたり、少なくとも次の諸点について留意すべきだと考えます。第一点目は、厚労省として自立支援法の施行後の検証を徹底して行なうことです。とくに、利用者への影響、事業者への影響を正確に把握することです。第二点目は、自立支援法の施行後に採択され発効となった、障害者権利条約の内容を意識することです。近い将来、わが国においても批准が想定されますが、同条約と自立支援法の整合性をとっておく必要があります(残念ながら、重要な点で齟齬があるように思います)。第三に、自立支援法成立時の衆院附帯決議を想起することです。これには極めて重要な課題が明示されています。これらの課題は、施行後の推移をみて検討や具体化が図られるものと思われませんが、厚労省による「見直し」にあたって尊重されるべきです。

2、障害関連予算の見積もりのやり直しを

わが国の障害関連予算は、OECD諸国の中でも極めて低い位置に留まっています。2003年の国立社会保障・人口問題研究所資料によると、日本の障害者施策にかけられている支出は、スウェーデンの約12%、アメリカの53.7%でしかありません。

インクルーシブ社会、すなわち障害者の自立と社会参加を完全に実現していくには、障害関連予算の見積もりを根本的にやり直す必要があります。

3、抜本的な見直しとは

与党プロジェクトチーム報告書では「介護保険との統合を前提とせず、障害者施策としての在るべき仕組みを考察」と述べており、その点については高く評価し、この基本的な考え方で、これからの障害者施策を推し進めてほしいと思います。

その基本的な考え方に立ち、JDはまず応益負担を廃止し、負担のあり方を応能的なものに改めるべきであると考えます。生涯にわたって財のストックが可能である一

般高齢者と、そうではなく、しかも所得保障が全く不十分な障害者とは、負担のあり方を論じるときに、決して同列化できるものではありません(もともと、高齢者の中の低所得者層については障害者との共通点が少なくない)。

また、制度の谷間に置かれている障害のある人をなくすために、高次脳機能障害やてんかん、難病をはじめとするあらゆる障害を包括する総合的な障害者福祉法の立法化が急がれます。

さらに、障害のある人の個人としての尊厳が尊重されるよう、民法の扶養義務範囲を見直し、成人した障害のある人が親や兄弟から扶養を受けることなく、地域社会の中で生き生きと暮らせるようにしていくことが重要です。

障害者雇用政策においては、障害のある人の可能性を最大限発揮できるような環境を作り出すための支援策が求められます。就労支援策は、福祉施策がメインとなるのではなく(「福祉的就労施策」であっても)、労働政策として対応すべきです。もちろん、福祉施策や医療施策との関係は重要になりますが、あくまでも労働施策が支柱となり、その上でそれらとの連携が図られなければなりません。

所得保障も極めて重要な課題です。障害基礎年金額が生活保護基準以下に放置されていること自体、由々しき問題です。また、無年金障害者問題についても早急な解決が求められます。

ここで注意を喚起したいのは、仮に年金額の水準に改善が加えられたとしても、そのことを理由に応益負担制度が正当化されてはならないということです。障害を理由とした不利益や不平等は社会的(公的)に補填されるべきで、個人又はその家族に帰属する問題ではないと考えます。こうした考え方を大前提に、一旦はいわゆる応能負担制度に戻すべきです。

また、利用料の算定にあたって、資産調査が法定事項となっていますが、障害当事者から「プライバシーの侵害では」との声が出され、資産調査に応じないことで最高基準の利用料を課せられている人も少なくありません。本質的な問題を有する資産調査規定については、撤廃すべきです。

II 見直しの方向性

以下報告書に沿った形で各論を述べさせていただきます。

1)利用者負担の在り方

「特別対策」や「緊急措置」などを通し、通所事業部門を中心に利用料の軽減策が図られてきました。しかし、なかには減免措置を自治体に申し出ざるを得ない人たちも出始め、負担感の重軽については一様には論じられません。

一定の軽減策がとられ、応能的要素が強くなったとしても、肝心の法律には応益負担の考え方が厳然と明記されています。自立支援法から応益負担的な考え方を消去することこそが、本来の意味での「抜本的見直し」に値するものと思います。

2) 事業者の経営基盤の強化

事業者はますます不安定な経営を強いられ、利用者に対するサービスは低下の一途を辿っています。さらに福祉事業従事者の所得は、一般労働者と比べて極めて低い水準にあります。そのため、障害関係のみならず、社会福祉の現場から次々と人材が去っていく現実があります。

報告書にもある通り、一刻も早く、特別対策が図られ、福祉従事者の給与所得の改善と、経営基盤の安定と強化が図られるための、事業者への補助金のあり方の見直しなどの方策が求められます。

3) 障害者の範囲

与党の報告書においては、「発達障害者を始めとする『障害者の範囲』については、引き続き検討」と述べていますが、制度の谷間にある障害のある人は、深刻かつ不利な状況におかれています。「引き続き検討」というのは余りに曖昧であり、早急な具体化が図られなければなりません。

前述した通り、JDは総合的な障害者福祉法の実現によって、この課題が具体化するものと考えます。同時に、問題の深刻さからみて、現行の法制下にあっても制度の谷間を埋める柔軟な運用が求められます。

なお、谷間の障害の問題を解消していくこととも関わって、サービスの受給と「障害者手帳」を切り離して考えるべきです。つまり、手帳の有無に関わらず支援サービスを受給できるようにしていく必要があります。

4) 障害程度区分認定の見直し

障害のある人に対する介護は単なるADL介護ではなく、見守りから社会参加支援までを含む多様性に富んだ支援です。障害のある人自身の生活に対する希望に沿って行われることが基本です。

障害程度区分は、本来支給決定時の勘案事項の一つで、国は本人の意向や環境を重視するので個別ニーズを尊重できると説明していますが、多くの市町村では国からの負担基準額に沿った形で支給決定がなされています。

こうした基本問題がまず解決されることが喫緊に求められます。調査それ自体は必要なことですが、上記の問題をクリアせず、やみくもに調査を実施することについては賛成できません。

5) サービス体系の在り方

障害のある子どもに対する諸サービスは、障害のない子どもと制度的な差別が生じないように行なわれるべきであると考えます(主に費用負担の問題)。

JDの基本的な立場は、自立支援法は根底から見直されていく必要があるとするもので、これに代わってあらゆる障害を包括するサービス体系をつくり上げていくことで、総合的な障害者福祉法を実現することが重要であると認識します。

虐待防止の法制化はもちろんのこと、障害を理由にしたあらゆる差別を禁止する

障害者差別禁止法についても、一刻も早い制定が求められます。

6) 相談支援の充実

相談事業の強化を図り、それを担う人材の確保が図られなければなりません。的確にニーズを把握し、支援につなげ、地域生活を確実に支えることができるソーシャルワーカーの育成とその身分保障が必要です。また、当事者主体という視点に立ち、ワーカーとともに活動するピア・カウンセラーの育成、当事者団体への支援も重要です。

当事者とワーカー、それに地域住民が共に力を発揮し合い、信頼の厚い自立支援協議会としていかなければなりません。

7) 地域生活支援事業

地域生活支援事業は、地域の特性に応じて柔軟にサービスが展開できることが利点であるとされてきました。しかし、予算面での裏付けが極めて不十分であり、この点と関連しながら自治体間の格差が顕在化しています。事業全体の個別給付への移行を含めて抜本的な見直しが求められます(とくに、移動介護やコミュニケーション事業などについては個別給付事業の方向で早急な対応を)。

8) 就労の支援

一般就労を推進する方策をより強化すべきです。障害のある人の可能性が最大限発揮され、合理的配慮に基づいて、障害のない人と同等に働け、労働条件等についても、フレキシブルなものにし、賃金補填はきちんと行われる必要があります。

基本的に就労支援については、福祉施策ではなく労働政策の中に位置づけられるべきだと考えます。その上に立って、ヨーロッパなどで多用されている「保護雇用制度」の導入を図るべきです。

なお、就労の場における利用料負担については、社会的な常識からみて、また労働意欲の維持という観点から、即刻撤廃すべきです(応益負担そのものの見直しに時間を要するとすれば、これらとは切り離してでも)。

9) 所得保障の在り方

冒頭でも述べたとおり、所得保障は、私たちにとっては最重点課題の一つであり、早急に解決が図られなければなりません。懸案の無年金障害者問題の解決を実現すると同時に、障害基礎年金の大幅引き上げ、さらに住宅手当をはじめとする必要な社会手当の創設が求められます。

繰り返しになりますが、年金の改善が図られたとしても、それをもって応益負担をよしとすることは許されません。ひとりの市民としてあたり前の暮らしを築くためには、この所得保障が絶対的な条件となることを強調しておきます。

以上

正 会 員 一 覧

(2008年7月1日現在：67団体)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| (財)安全交通試験研究センター | 東京都身障運転者協会 |
| きょうされん | 長野県障害者運動推進協議会 |
| 車いすシーティング協会 | 奈良県障害者協議会 |
| (独立行政法人)高齢・障害者雇用支援機構 | 日本音楽療法学会 |
| (財)国際障害者年記念ナイスハート基金 | 日本介助犬アカデミー |
| (NPO)埼玉県障害者協議会 | (社)日本筋ジストロフィー協会 |
| (社福)視覚障害者文化振興協会 | (NPO)日本ケアヒットサービス協会 |
| 障害者(児)を守る全大阪連絡協議会 | (社)日本作業療法士協会 |
| 障害者の生活と権利を守る全国連絡協会 | (社福)日本肢体不自由児協会 |
| 障害者の生活保障を要求する連絡会議 | (社)日本自閉症協会 |
| (社福)聖恵会 | (社)日本社会福祉士会 |
| 世界身体障害芸術家協会 | 日本手話通訳士協会 |
| 全国LD親の会 | (財)日本障害者スポーツ協会 |
| 全国救護施設協議会 | (財)日本障害者リハビリテーション協会 |
| 全国ことばを育む会 | 日本職業リハビリテーション学会 |
| 全国視覚障害児(者)親の会 | (社)日本整形外科学会 |
| 全国肢体不自由児施設運営協議会 | (社)日本精神保健福祉連盟 |
| (社福)全国重症心身障害児(者)を守る会 | (社)日本精神保健福祉士協会 |
| 全国障害者自立生活確立連絡会 | (社)日本発達障害福祉連盟 |
| 全国障害者とともに歩む兄弟姉妹の会 | (社)日本てんかん協会 |
| 全国障害者問題研究会 | (社福)日本点字図書館 |
| (NPO)全国障害者生活支援研究会 | 日本難病・疾病団体協議会 |
| (社)全国腎臓病協議会 | 日本脳外傷友の会 |
| (NPO)全国精神障害者団体連合会 | 日本病院・地域精神医学会 |
| (NPO)全国精神障害者地域生活支援協議会 | (社福)日本盲人社会福祉施設協議会 |
| 全国聴覚障害者親の会連合会 | (社)日本リウマチ友の会 |
| 全国特別支援教育推進連盟 | (社)日本理学療法士協会 |
| 全国盲重複障害者福祉施設研究協議会 | (社)日本リハビリテーション医学会 |
| (社)ゼンコロ | 福岡市障害者関係団体協議会 |
| 全社協・全国社会就労センター協議会 | (社福)ぶどうの木・ロゴス点字図書館 |
| 全社協・全国身体障害者施設協議会 | 無年金障害者の会 |
| (社)全日本難聴者・中途失聴者団体連合会 | 全国知的障害者施設家族連合会 |
| (財)鉄道弘済会 | 障害乳幼児の療育に応益負担を持ち込ませない会 |
| (社福)鉄道身障者福祉協会 | |

2008 年度役員

2008年6月10日現在

* 印は当事者また当事者家族

代 表	勝又和夫*(ゼンコロ・会長)
副 代 表	吉本哲夫(障害者の生活と権利を守る全国連絡協議会・会長)
〃	東川悦子*(日本脳外傷友の会・理事長)
〃	田中徹二*(日本点字図書館・理事長)
常務理事	藤井克徳*(きょうされん・常務理事)
総務委員長	福澤利夫*(日本筋ジストロフィー協会・理事長)
〃 副委員長	春田文夫*(日本チャリティープレート協会・常務理事)
企画委員長	太田修平*(障害者の生活保障を要求する連絡会議・代表)
〃 副委員長	加藤房子(全国精神障害者地域生活支援協議会・常任理事)
〃 副委員長	赤平 守(全国障害者生活支援研究会・理事)
〃 副委員長	増田一世(やどかりの里・常務理事)
広報委員長	福井典子*(日本てんかん協会・常務理事)
〃 副委員長	金子智*(全国腎臓病協議会・副会長・事務局長)
政策委員長	石渡和美(東洋英和女子学院大学・教授)
〃 副委員長	佐藤久夫(日本社会事業大学・教授)
〃 副委員長	岩崎晋也(法政大学・教授)
情報通信委員長	菌部英夫(全国障害者問題研究会・事務局長)
〃 〃 副委員長	岡村章三*(埼玉県障害者協議会・理事)
国際担当	比留間ちづ子(日本作業療法士協会)
監 事	朝日雅也(日本職業リハビリテーション学会・幹事)
〃	有村律子*(全国精神障害者団体連合会・常務理事)
顧 問	八代英太* 板山賢治 河端静子* 花田春兆*

障害者自立支援法の見直し等についての意見書

平成 20 年 7 月 15 日
社会福祉法人 全日本手をつなぐ育成会
理事長 副 島 宏 克

私達は、知的障害のある人を持つ家族と本人の会として、知的障害のある人達が地域において、障害の重さにかかわらず、各ライフステージに応じた適切な支援のもとで豊かなくらしが実現できることを願っています。

特に、2006 年（平成 18 年）度から施行された障害者自立支援法は、障害の有無や種類に関わらず全ての人たちが共に支え合う共生社会の実現を目指していますが、様々な問題や課題を抱えながら 3 年目を迎え、見直しの時期を迎えています。

この機に、以下のとおり、本会としての意見を示し、関係各位の特段の配慮をお願い申し上げる次第です。

1. 障害児支援の充実・強化

障害の有無に拘わらず、全ての児童は健全な環境で育ちが保障されなければなりません。とりわけ障害児については、早期発見・早期療育の視点に立って、健全に成長できるような環境を整えるための支援が鍵であり、母子保健・子育て支援・家族支援が重要となります。特に、乳幼児期から学齢期までの発達支援は、「親の支援を通して子の支援を行う」ことにより、一次障害を軽減し、二次障害の発生を予防することにもつながります。このように、障害児支援の充実・強化は、障害者自立支援法の実効性を高める上での重要な要素といえます。

そのため、子育て支援や家族支援に係る母子保健、一般児童福祉、障害福祉、教育などの各施策の充実・強化を先ず求めたいと思います。特に、障害者自立支援法においては相談支援事業とともに児童デイサービス事業、ショートステイ事業、日中一時支援事業の充実・強化が肝要であると考えます。

2. 所得保障の拡充等と利用者負担の軽減

障害者自立支援法の施行に伴う定率負担等の利用者負担の増大が、利用者・家族の現実の生活に大きな影響を与えたため、多くの地方自治体がいち早く独自の負担軽減策を講じ、国においても「特別対策」や「緊急措置」により対応しました。これらの様々な負担軽減措置は、特に低所得の利用者に対する所得保障に何の手立ても講じずに、負担増のみを求めた結果といえます。

現在、障害基礎年金 2 級を受給し、就労継続支援事業 B 型等に通う多くの知的障害のある人達は、年金額約 66,000 円と工賃約 12,000 円（全国平均）が主たる収入となります。この 78,000 円でグループホーム・ケアホームやアパートで生活することは困難です。当然、定率負担等更なる負担を課することには無理があります。このように、障害基礎年金額は生活保護費を下回るなど、所得保障が甚だ不十分な現状となっています。

については、応能負担の視点で利用者負担の一層の軽減策を図ることはもちろんのこと、障害基礎年金の生活保護費並みに増額する必要があると思います。

また、これまで所得保障の一部となっている特別障害者手当の基準緩和とグループホーム・ケアホームやアパート等で暮らす知的障害者に対しての住宅手当の創設などが求められます。一方、障害児をかかえる若年層の家族にとって、各種福祉サービス利用に係る経済的負担は大きく、引き続き特段の軽減策が重要だと考えます。

3. サービス体系のあり方と基盤整備

知的障害のある人達にとって、地域でのくらしの場としてグループホーム、ケアホーム等の住まいの確保は緊要な課題となっています。については、引き続き整備費の確保等積極的な整備の推

進を図ることが必要です。また、地域生活を支えるうえで、特に、ホームヘルプ、移動支援、行動援護等のサービスは重要です。しかし、行動援護はその要件により、また、地域生活支援事業となった移動支援は、その取組みに市町村格差が生じるなど、利用が困難な状況にあります。

については、行動援護の基準を更に緩和し、移動支援については個別給付とし、事業所への一定期間の送迎（交通機関の利用訓練）も対象とするなど、利用促進を図ることが必要だと考えます。

なお、就労継続支援事業（B型）の利用要件が設けられていますが、支給決定に際して、ケアマネジメントを基本としながら、利用者の意向を踏まえて、柔軟に対応できるようにその利用要件を緩和する必要があると思います。

4. サービスの質の確保

障害者自立支援法により障害福祉サービスに係る報酬の利用実績払い（日額払い）が導入されたことにより、通所系サービスの利用者が、日によってサービスを選択することができることや入所施設やグループホーム利用者の帰省時等に他のサービスを利用できるという仕組みとなりました。

しかし、特に、通所関係の事業所においては、新たな報酬単価による利用実績払い（日額払い）が導入されて以降、収入減が顕著となり、人材確保等運営に困難が生じ、利用者にとっても安定かつ適切なサービスが受けられないのではとの危惧があります。また、グループホーム、ケアホーム等の居住系サービスの運営も厳しくなっています。

については、安定したサービス提供体制とその質を確保していくため、報酬単価の改善が必要と考えます。

5. 相談支援事業・自立支援協議会の充実・強化

知的障害のある人たちは、自ら各種サービスの利用の仕方を判断したり、サービス利用計画を作成することが困難であり、また、単一サービスの利用であっても、その適否や変更の必要性、新たなニーズの発生などを自ら判断し、調整することが難しい傾向にあります。従って、これらのケアマネジメントを含めた相談支援体制が、知的障害のある人たちにとって欠くことのできないものです。特に、地域生活を進めるためには、身近な地域の相談支援窓口が必要になります。

一方、地域のニーズ把握や相談支援体制やネットワーク作り、基盤整備等において、地域自立支援協議会が重要な任にあたりますが、設置されたものの、機能していない所が多い現状です。この取り組みの不十分さが、地域間格差を広げ、障害のある人たちの地域での生活にさらなる不安をあたえることになっています。

については、市町村において、早急に相談支援事業の整備と財政的支援等の強化を図るとともにサービス利用計画作成費の対象者を拡大し、同時に、地域自立支援協議会の機能が強化されるような施策を講じる必要があると考えます。

6. 権利擁護の推進

知的障害のある人達が地域生活を進めていく中で、知的障害のある人への理解の促進とその人達の人権を守るための取り組みが大変重要です。

については、成年後見制度や日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の積極的な推進、普及を図るとともに、障害者権利条約の批准に向けて、障害者虐待防止法や障害者差別禁止法の制定と国内法制の見直し・整備が必要です。

また、障害者権利条約と障害者自立支援法並びにそれに基づく制度・仕組みの整合性についても精査・検討する必要があると考えます。

7. 障害程度区分の基本的見直し

現行の障害程度区分に用いられている第1次判定の尺度は、介護保険の要介護認定調査項目が中心であり、身体機能の障害を重視したものとなっているため、特に、知的障害者や精神障害者については、第2次判定（審査会）に依存せざるを得ない状況にあります。つまり、市町村の設置する審査会の裁量に多くを委ねることになり、支給決定に地域間格差が生じていることが容易

に想像できます。また、障害程度区分により利用できるサービスが制限されていますが、地域のサービス基盤の整備状況等によって無理が生じています。

については、知的障害の障害特性とともに活動支援や社会参加支援を含めた支援ニーズを適切に反映した尺度の検討が急務であり、そのための調査・検証を速やかに行う必要があります。

また、障害程度区分による利用制限を地域の実情に応じて緩和する必要があると思います。ただし、この利用制限は、利用者の選択権、決定権に係わる重要な事柄であり、支給決定に際しては、利用者に対する必要な情報の提供とケアマネジメントに基づいて、利用者の意向が反映できる相談支援体制を整備・強化することが肝要だと考えます。

8. 地域生活支援事業の推進・強化

障害者自立支援法では、市町村や都道府県がそれぞれの地域の実情に応じて柔軟に実施できる障害福祉サービスを「地域生活支援事業」として法的に位置づけています。これらは、地域福祉を推進する上で大切な事業といえますが、地方自治体の裁量ということにより、むしろ、自治体の財政状況や取組みの姿勢によって、市町村の取組みに格差が生じている状況がみられます。

このような地域間格差を是正するため、統合補助金の増額と義務的事業の見直し等を図ることが必要です。特に、地域活動支援センターや日中一時支援事業の充実・強化が望まれます。

9. 小規模作業所への支援策強化

小規模作業所は、知的障害のある人達にとって、地域での活動や働く場として重要な役割を果たしてきましたが、新たなサービス体系への移行が求められています。平成20年度までは特例交付金や移行促進事業、通所系事業の定員要件の緩和等の措置が講じられていますが、未だ、約半数が移行していない状況があり、移行のための体制整備等に多くの困難が生じています。

については、円滑な移行に向けた新たなサービス体系の更なる要件緩和や特例交付金の延長を含めた財政支援等の支援策を講じる必要があります。

10. 就労支援の推進

障害の軽重に拘わらず、働く意欲のある人はその人の能力に応じて就労できるような支援策と環境条件が必要です。そのため、福祉、労働、教育等と企業が連携し、就労支援が行われるような体制作りが大切です。また、特に、知的障害のある人たちにとって、就労を継続するためには生活全般にわたる支援が求められます。

については、就職時のみならず継続した相談支援、生活支援等の体制整備が必要であり、特に、地域自立支援協議会の就労支援機能の強化並びに就業・生活支援センターの設置推進と機能強化が重要です。

一方、公的機関が率先し、知的障害のある人たちの雇用促進を図ることが大切です。また、障害者雇用促進法の改正など労働政策との連携強化が必須であると考えます。

なお、一般就労だけでなく、福祉的就労の重要性も再確認し、工賃の倍増に向けた積極的施策も望みたいと思います。そのための環境整備として、ハート購入法案の早期成立は大変重要だと考えます。

11. 障害者の範囲の拡大

これまで、制度の谷間にあった発達障害者を障害者自立支援法の対象にしっかりと位置づける必要があると考えます。その場合、障害特性を反映できる障害程度区分と支給決定、その支援ニーズに対応できるサービス体系のあり方を再検討する必要があると思います。

12. 他分野との連携の強化と財源確保

既述したように、障害者自立支援法の枠組みのみをもって、共生社会の実現は困難です。労働、教育、医療などの分野との連携・協力による地域支援体制の構築が必要であり、中央省庁の積極的な連携強化を望みたいと思います。また、障害福祉施策の推進・強化のためには、その財源確保が前提であり、そのための取組みが緊要だと考えます。

2008 年 7 月 15 日

社会 保障 審 議 会 ・ 障 害 者 部 会
部 会 長 潮 谷 義 子 様

「障害者自立支援法」の部分的見直しではなく、 「地域での暮らし」を権利として実現する法制度を ～「どんなに重度の障害があっても地域で暮らせるように」～

特定非営利活動法人 DPI (障害者インターナショナル) 日本会議
事務局 長 尾 上 浩 二

1. どんなに重度の障害があっても暮らせる地域生活サービス・財源の充実を

(1)見直しの基本視点

①どんなに重度の障害あっても地域での生活が可能になるように

- 1970 年代からの当事者運動の歩みとノーマライゼーション
 - 「保護・更生」から「自立・権利」
 - 施設から地域自立生活（「施設から地域」へは別に「自立支援法」のオリジナルではない）
- 障害者権利条約の批准に対応できる水準の議論を
～障害のあるすべての人を対象に、「他の者（障害のない人）との平等」を基礎に、「自立生活・地域社会へのインクルージョン」（第 19 条）等が提起されている

【地域生活をめぐる二つの軸（Kent Ericsson による指摘）】

- 施設支援か、地域支援か
- 能力を重視した視点か、市民としての視点か

→市民としての視点からの地域支援（表の D）こそが、ノーマライゼーション、権利条約の方向

	能力を重視した視点	市民としての視点
施設支援	A	B
地域支援	C	D

住宅（地域生活）サービスの 2 つの視点 Kent Ericsson (『脱施設化と地域生活』中園他訳より)

【障害者権利条約 第19条】

第19条 自立した生活（生活の自律）及び地域社会へのインクルージョン

この条約の締約国は、障害のあるすべての人に対し、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認め、また、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョン及び参加を容易にするための効果的かつ適切な措置をとる。このため、締約国は、特に次のことを確保する。

- (a) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として居住地及びどこで誰と住むかを選択する機会を有し、かつ、特定の生活様式で生活することを義務づけられないこと。
- (b) 障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するために並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービス（パーソナル・アシスタンスを含む。）にアクセスすること。
- (c) 一般住民向けの地域社会のサービス及び設備が、障害のある人にとって平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害のある人の必要に応ずること。

②「施設から地域へ」「（親元等の）在宅から地域へ」～二つの地域移行推進の必要性

- 「施設待機者」をどう見るか？～施設への入居を「待っている」のではなくて、地域での生活が困難になった状態であり、「地域生活継続のための支援を求めている者」と捉えた上での政策を
→【障害者部会 2008年6月9日資料】9344人が地域移行したが、他方で、新規入所が18,556人～入所施設に行かなくても、地域で生活し続けられる支援の仕組みや基盤整備が必要
- 「親亡き後の施設」ではなく、「親が元気な内から自立できる地域支援の仕組み」を

(2)重度障害者の地域生活サービス・財源充実を

★「もっと普通に暮らせる地域社会」を掲げる「自立支援法」だが、同法の施行で、実際には重度障害者の地域生活に不可欠な重度訪問介護や移動介護等の社会資源が枯渇するような状況が生まれている。

①当事者主体の地域生活支援サービス～重度訪問介護の拡大と人材確保のための報酬単価見直しを

- 障害者の主体性のもと、（居宅内外を問わず、いわゆる「見まもり」等も含み、その人のニーズに柔軟に対応して）切れ目なく使える地域生活支援が必要～パーソナル・アシスタント・サービス。
- 現行の重度訪問介護を知的や精神障害者にも拡大するとともに、サービス提供のための人材確保の方策を～緊急を要する報酬単価の見直し→【資料 重度障害者介護アンケート調査】

②移動介護を個別給付に、少なくとも地域生活支援事業の必須事業の費用の2分の1の国庫補助を

- 障害者の社会参加、知的障害者の自己決定支援にとって重要な移動介護
- 移動介護が個別給付から外され地域生活支援事業になり自治体任せに一広がる自治体格差、移動支援への上限設定
- 障害者の社会参加が大きく後退しかねない危機的状況をふまえ、移動介護を個別給付に戻すとともに、当面、少なくとも地域生活支援事業への2分の1国庫補助を

③「地域での住まいの場」としてのグループホーム・ケアホームの見直し

- 本来の4～5名程度の「地域での住まいの場」としての位置づけで運営ができる基準への見直し
- 個別ヘルプの利用の保障～「緊急措置」で認められた拡大を恒久的なものに

④重度障害者の長時間介護サービスを支えるために真の義務的経費化を

- 「自立支援法」の制定の趣旨として「障害者福祉サービスの義務的経費化」が言われたが、介護サービス等の財政は障害程度区分ごとの国庫負担基準の範囲内でしか、国庫負担金は支払われない
- 介護サービスの国庫負担基準問題－基準を超える部分は自治体単費負担になってしまう仕組みの問題。→自治体がサービスに要した費用の2分の1を国が責任を持って負担する仕組みを
- スウェーデンでも長時間介護サービスは、基礎自治体からではなく全国レベルの財源で賄う仕組み
- 長時間サービスに要した費用の義務的保障を
都道府県に基金を創設して調整する等も含めて、重度障害者の長時間サービスを賄える財源保障を

2. 国際的な障害者政策の議論の水準をふまえた制度設計を

- 2009年見直しに当たって、次のような広範囲に渡る論点、検討項目が考えられる

(1)国際水準に見合った対象（「障害者の範囲」の見直し）と理念を→【別紙 資料】参照

①「障害者の範囲」の見直し～障害のあるすべての人に必要なサービスを

- 権利条約の第1条「社会への完全かつ効果的な参加を妨げられる者」
- 障害者の範囲見直し～障害者手帳所持を要件とせず、いわゆる発達障害、高次脳機能障害、難病等も含めて、この法律の支給決定プロセスで福祉サービスの必要性が確認された者を対象とすべき

この法律【注：障害者総合福祉サービス法（仮称）】においては、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の所持にかかわらず、身体的、精神・知的障害にともない、他の者との平等を基礎として社会への完全かつ効果的な参加を妨げられている者（児）であって、この法律のサービスが必要であると支給決定において認められる者（児）を対象とする

②障害者の自立と社会参加を権利として～権利条約との関係から

- 障害者権利条約では「障害のあるすべての人に対し、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認め、また、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョン及び参加を容易にするための効果的かつ適切な措置」を、各国政府に求めている。
- 「自立支援法」の第1条にある「能力と適性に応じた自立生活・社会生活」の規定の見直し
 - 「障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与すること」（障害者自立支援法第1条後半）
 - 「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い」（同第1条前半）

この法は、障害のあるすべての人が、障害のない人との平等を基礎として完全に社会に参加することが可能となるよう、必要な支援サービスを市町村が提供すること、及び国等が財政的にそれを支えることを義務付けることを目的とする

(2)支給決定プロセスの見直し

- ① 一人ひとりのニーズに基づく支給決定～本人の意向に基づき、環境的要因や社会参加の制約等も含めた協議・調整による決定できる仕組みが必要
- ② セルフマネジメントと PC-IPP (本人中心個別サービス提供計画) や本人のエンパワメントの仕組み

(3)施設から地域自立生活移行

- ① 精神病院からだけではなく、入所施設からの地域移行の促進の仕組みを
- ② 病院・施設に「入院・入所」している者を対象に、外泊時や自立体験時に個別のヘルプを利用できるような「地域自立生活移行給付」のような「経過的給付」を
- ③ ピアサポートや自立体験室等の地域での自立生活をイメージできる支援の仕組みを
- ④ 地域での住まいの確保～住宅政策との連携

(4)権利擁護とエンパワメント

- ① 権利擁護機関の設置～「障害者差別禁止法」との関連
- ② エンパワメント事業の創設を～自立生活センターやピアサポート等の事業化

(5)費用負担

- 「応能負担」の仕組みを基本とし、費用負担の対象者は障害者本人を基本に
- 費用負担の対象項目は、食費・光熱水費の利用者の直接的な生活に要するものを中心に構成、サービスにかかる人件費等は別項目化等

(6)地域生活基盤の重点整備と財源確保

- 障害者予算を他の他の先進国並の水準に～国民負担率が低いアメリカの2分の1状態からの脱却を
- 「地域間格差」といわれる問題は、結局は、地域生活の基盤整備状況によるもの。地域生活基盤の重点的な整備が進む仕組みと財源を

「障害者自立支援法」の部分的「見直し」ではなく、障害当事者の視点に立った「障害者の自立と社会参加を実現する法制度」について、研究と検討を重ねてきました。今回、そのまとめとして「障害者総合福祉サービス法（仮称）の実現に向けての提言」を発表しました。

DPI日本会議は、障害者自立支援法の部分的「見直し」ではなく、障害当事者の視点に立った「障害者の自立と社会参加を実現する法制度」について、研究と検討を重ねてきました。今回、そのまとめとして「障害者総合福祉サービス法（仮称）の実現に向けての提言」を発表しました。

あら ぶくし 新たな福祉サービスをめざして

DPI日本会議 議長
みさわ さとる
三澤 了

「障害者自立支援法」が、2006年から実施されている。法案検討の過程から、法の理念・目的、法の対象、サービスメニューのあり方、支給決定の方法、費用負担の仕組み等々について、多くの問題点が指摘されていた。2006年10月の「障害者自立支援法」の完全実施2ヶ月後には、早くも修正の動きが起こり、さらに1年後の2007年9月以降は、与野党ともに自立支援法の「抜本的な見直し」を叫ぶ状況になっている。しかしながら、ここで言われる「抜本的な見直し」というものは、費用負担に関する部分的な修正が主となるものであ

り、利用者本位で、すべての障害者の地域生活を支える仕組みへの方向性が伺えるものとはなり得ていない。

一昨年12月に制定された障害者権利条約では、その第19条<自立した生活及び地域社会へのインクルージョン>の項に、「障害のあるすべての人に対し、他の者と平等の選択の自由を有しつつ地域社会で生活する平等の権利を有する。」とし、「障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するため、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居

たくサービスその他の地域社会支援サービス
(パーソナルアシスタンスを含む。)にアクセス
すること。]を確保するものとしている。こ
うした規定を踏まえて、DPI日本会議としては、
障害者自立支援法を土台とし、それに部分的
な修正を施すという「見直し」にとどまるも
のではない、「すべての障害者が、自らの判断
の下で、主体的な地域生活を営むことを可能
とする」支援のあり方を追求することを目的
として、「障害者の自立生活、地域社会のイン
クルーシブ化のための社会保障政策研究事業」
をたちあげ、研究活動を行ってきた。この研
究活動は、DPI日本会議常任委員会の下におか
れ、尾上事務局長を責任者とし、東洋大学の
北野誠一さん、山梨学院大学の竹端寛さんの
お二人の協力を得て実施された。イギリスや
アメリカ、スウェーデン、カナダといった国々
の、パーソナルアシスタントサービスを始め
とする、障害者の自立と社会参加を支援する
仕組みに関しては、障害当事者を含む関係者
からのヒアリング等も積極的にやってきた。

これらのヒアリングで得た知識を生かしな
がら、新たな福祉サービスにおける理念・目
的、法の対象、支給決定の仕組み等々を検証
する作業をすすめ、障害者の自立と社会参加
を実現する法制度について検討を重ねてきた。
その成果として、「障害者総合福祉サービス法
(仮称)の実現に向けての提言」をまとめ上げ
ることができた。DPI日本会議としては、この

提言を、障害当事者を始めとする多くの方々
にお示しし、批評を仰ぎたいと考えている。
さらに、この提言の実現をめざして、各政党
を始めとする各方面に積極的な働きかけを強
めていきたい。なお、今回の「政策研究事業」
に多大の関心をお示し下さり、多額のご助成
を賜ったキリン福祉財団に対して、改めて深
く感謝するものである。

今回の「障害者総合福祉サービス法案」 の概要について

東洋大学 ライフデザイン学部 教授
きたの せいいち
北野 誠一

1. まず、今回このような形で、法案を構想したのは、様々な問題を持つ「障害者自立支援法」に対して、障害者とその家族、さらにサービス提供支援者等から、切迫した危機的状況を告発されながら、後手後手の部分的手直しに終始する与党に対して、明確な障害者支援のあるべき方向性を示したいと考えたからである。もはや部分的な修正に、一喜一憂したり望みを繋ぐことができないだけでなく、障害当事者とその運動が、そのようなことにそのエネルギーをつぎ込むことは徒勞であり、私たちがすべきことは、展望のある「障害者総合福祉サービス法案」作りである。

2. とはいうものの、今回の法案については、時間と量の関係でいくつかの禁欲をしなければならなかった。まず、医療に関する部分では省略した。さらに障害児に関する支援や一般就労に関する支援の部分も省略せざるをえなかった。

3. そこで、今回の法案の中心部分は、A.理念・目的、B.対象と定義、C.サービス支給決定の仕組み、D.財源、E.サービス内容、F.サービス利用者の権利と権利擁護の6つである。ここでは、Bは主に山本が、CとDは主に尾上が、Fは主に竹端が述べ、北野はAとEを中心に述べる。

4. 確かに「障害者自立支援法」も、第1条(目的)で「……①障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援をおこなう、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、②障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。」と謳ってはいる。

5. 問題は①と②の間に矛盾が生じていることである。

②は、好意的に読めば、私たちが今後依拠すべき「障害者権利条約」第19条「この条約の締結国は、障害のあるすべての人が、他の人と平等な選択権に基づいて、地域社会で生活する平等な権利を認め、この権利を活かして、地域社会に参加・参画できるよう効果的に適切な支援を行わねばならない。」と遜色ないと言えよう。

ところが、自立支援法の①は、「障害者が可能な限り地域において自立した（改正障害者基本法第8条の2）」ではなく、「その有する能力及び適性に応じ」た「自立した日常生活又は社会生活」に対する支援を行うとしてしまったために、②の「他の人と平等に、地域社会に参加・参画する」のに必要な支援サービスは、重度の障害者においても平等に保障されるというわけにはいなくなったのだ。

6. という訳で、私たちは、法案の理念・目的を以下のように考えた。

「この法は、障害のあるすべての人が、障害のない人との平等を基礎として完全に社会に参加することが可能となるよう、必要な支援サービスを市町村が提供すること、及び国等が財政的にそれを支えることを義務付けることを目的とする。」

7. 「障害者権利条約」第19条に近い法律を有する国はスウェーデンである。

「障害者援助サービス（LSS）法」では、第5条（目標）「この法律の目標は、この法律の対象者が、対象でない者と同様な生活を可能にすることである。」

第8条「第1条に該当する者は、日常生活に何らかの援助を必要とし、他の手段では代替できないときは、第9条に掲げる特別の援助とサービスを受ける権利を有する。」とある。

ここでは、障害者が、障害のない市民と同等の市民生活（社会参加）をするのに必要な支援を受ける権利（Entitlement）が明確である。それでも、スウェーデンの地方分権がもたらす財政的制約の問題をふまえて、私たちの法案では、「国等が財政的にそれを支えることを義務付けること」という表現をとった。

8. 法の対象と障害の定義、サービス支給決定の仕組みとサービスの財源、及び地域移行・退院促進・権利擁護は、以下の諸論考にあるとおりである。

一読してお分かりの通り、私たちの法案の基調に流れるのは、「通常の市民社会で、障害者と障害のない市民が平等の市民生活（社会参加）をするのに必要な支援を受ける権利」を全市民に保障するという理念である。

9. わが国の高齢者支援を規定している「介護保険法」は、その第2条の4で「第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介

護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」としている。

ここには、「可能な限り、その居宅において」という「通常の市民社会で」と近い表現がとられている。しかしながら、その能力主義的表現と、「配慮されなければならない」という権利性の弱い表現を超えてゆかねばならない。

10. わが国の障害者支援を基本的に規定している「改正障害者基本法」は、その第3条の2および、第8条の2で

「すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる。」

「障害者の福祉に関する施策を講ずるに当っては、障害者の自主性が十分に尊重され、かつ、障害者が可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない。」としている。

ここにも、「通常の市民社会で、障害者と障害のない市民が平等の市民生活（社会参加）をするのに必要な支援を受ける権利」に近い表現がみられる。しかしながら、「機会が与えられる。」「配慮されなければならない。」という表現は、障害者が恩恵（配慮）を受動的に受ける対象として規定されているのだとす

れば、それは財政的制約等の恩恵（配慮）する側の恣意的な裁量権を残しており、すべての市民の権利とはなり得ていない。

11. これまでの、与党の場当たりの対応、とりわけ、利用負担に対するなし崩しの対応は、その仕組みを限りなく応能負担に近づけながら、より負担可能な高所得者を1割負担に留めており、応能負担よりも捕捉率が悪くなっている。

また、支援費制度よりも単価の落ちた重度訪問介護やグループホーム・ケアホームは、まさに身体障害者や知的障害者の入所施設からの地域移行、精神障害者の精神科病院からの地域移行の最大の社会資源だったわけであり、それを担う事業者に愛想を尽かされた自立支援法は、自立支援法の名に値しない。

12. 時代は今、後期高齢者医療問題や介護保険見直し、そして道路特定財源の一般財源化や地方財源化問題という形で、国民に、真に望ましい医療や介助や地方自治とは何かという、「私たちの政治の本質を問う」本丸に迫りつつあるといえる。

私たちのこの「障害者総合福祉サービス法」が、そのような大きな政治的変革の激動期において、これからの障害者施策の展開の議論のささやかな一助になればと願っている。

法の対象 障害の定義について

DPI 日本会議
やまもと はじめ
山本 創

障害者権利条約においては、その目的には、障害のある人には、種々の障壁との相互作用により、他の者との平等を基礎とした社会への完全かつ効果的な参加を妨げることのある、長期の身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害のある人を含む」と規定がなされている。つまり、「社会への完全かつ効果的な参加を妨げられる」ことを基準とした障害の概念が示された上、特定の障害者が排除されることのないように十分に注意することが明記されている。

しかし、日本の現状では身体機能のみに特化した、きわめて狭い障害の範囲となっている。「自立支援法」における対象は（第4条）、結局、各障害種別の福祉法という障害者となっている。特に、身体障害者福祉法第4条では、「身体障害者とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたものをいう」と、別表による特定の機能障害に偏ったリジッド（硬直）な認定基準と、それに基づき身体障害者手帳の交付が要件と明記されている。そのために「自立支援法」における支給決定プロセスでの障害程度区分で該当する

にもかかわらず、障害者手帳を所持していないために手続きの入り口段階で排除される者を生み出す仕組みとなっている。つまり、現行制度は、「社会への完全かつ効果的な参加を妨げる障害を持っている」にも関わらず排除される者がいる制度なのである。

この現状を早急に解消するために、現行の障害者手帳をもっているものは入り口で排除されないことは当然とした上で、持っているなくても、サービスへのニーズが支給決定過程において認められる場合は、この法律の対象となるとした。また、障害者権利条約が提起している「社会への完全かつ効果的な参加を妨げられている者」との障害概念を積極的に取り入れ、以下の規定を提起することとした。「この法律においては、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の所持にかかわらず、身体的、精神・知的障害にともない、他の者との平等を基礎として社会への完全かつ効果的な参加を妨げられている者（児）であって、この法律のサービスの必要であると支給決定において認められる者（児）を対象とする。」

支給決定の仕組みと サービスの財源

DPI日本会議 事務局長
おのうえ こうじ
尾上 浩二

障害者自身の自己決定にもとづいて、必要なサービスを得ながら地域で暮らせるようにしていくためには、本人のニーズを基本にした支給決定とサービス提供が可能になる財源確保の仕組みが求められる。

本人のニーズを基本に、
協議・調整する支給決定の仕組みへ

「自立支援法」の障害程度区分は、介護保険の79項目をベースにした認定項目で調査が行われ、コンピューターと認定審査会による判定が行われる仕組みとなっている。27項目が追加されているが、介護保険の79項目にヒットしない限りは区分4以上が出ないプログラムである。そのため二次判定での変更率は高く、審査会による格差もみられる。

私たち当事者運動からの提起もあり、要介護認定区分で支給限度額が定められる介護保険とは異なり、「一人ひとりの実情に応じて支給決定を行うこと」とされている。だが、実際には「障害程度区分」が大きな位置を占め、

利用できるサービスの量や種類が決められ、一人ひとりのニーズに基づく柔軟な支給決定を困難にしている。

権利条約が規定する「社会への完全かつ効果的な参加」「個人の自律及び自立（自ら選択を行う自由を含む）」をふまえ、障害者本人の意向に基づき、環境的要因や社会参加の制約等もふまえた、協議・調整による決定ができる仕組みが必要である。

現行の障害程度区分は廃止し、本人の意向を基本として、精神・身体の状態のみならず、社会参加の制約や環境要因も勘案して支給決定する仕組みに組み換えていく。

セルフマネジメント・

「本人中心支援計画」とエンパワメント

協議・調整による支給決定の仕組みを、（行政主導や事業所主導ではなく）本人の意向に基づくものとするためには、セルフマネジメントを基本に置くとともに、PC-IPP（本人中心の支援計画）や本人のエンパワメントの仕組み

みが不可欠である。たとえばカリフォルニアでは、サービス利用当事者等が理事会の過半数を占める機関（リージョナル・センター）が、そうした役割を担っている。この機関においては、本人参画のもとに、「どこで誰と住むか、誰とつきあうか、どう過ごすか」と、そのために必要な支援等を内容とするPC-IPPを作成している。リージョナル・センターに準じた機能を持つ機関が日本においても必要である。

障害程度区分を廃止することに伴い、現在の認定審査会は廃止する。一方、支給決定に不服がある場合に対応した仕組みとして審査会を設置する。その際、本人（並びに関係者）の参画のもとで審査を行うものとする。

市町村が実際にサービスに要した費用への義務的経費化を

「自立支援法」によって、「在宅サービスも含めた義務的経費化」が実現するとされていた。しかし、居宅介護や重度訪問介護等の訪問系サービスに関しては、義務的経費として負担するのは、国が定めた国庫負担基準の範囲に限られている。「在宅サービスも含めた義務的経費化」と言うならば、実際に市町村がサービスに要した費用に対して、国、都道府県は責任をもって負担を行うのが本来である。

現在、「自立支援法」では、障害程度区分に基づいて一人ひとりの利用上限が設けられるわけではないが、障害程度区分ごとに決めら

れた基準の範囲でしか国等からの負担金が支払われず、それが大きな制約要因となり、現実は国庫負担基準に応じた支給決定基準を設けている市町村が多くなっている。

一人ひとりのニーズに基づく支給決定を各市町村が柔軟に行えるようにするために、また「義務的経費化」の本来の趣旨からも、市町村が実際にサービスに要した費用に対して、国、都道府県が一定割合で費用を負担する仕組みにかえる必要がある。

その際、在宅サービスの利用については、毎年利用者やサービス量が一定変動することを見越して財源を賄えるような仕掛けが必要となる。また、国レベルで障害者全体からみた場合、決して多くない長時間介護サービスへの財政的支援の仕組みも必要となる。スウェーデンでは、パーソナル・アシスタント・サービスの利用者の内、週20時間を超える場合は、LASS法という別の法律で対応し、基礎自治体ではなく、全国レベルの社会金庫でその費用を賄う仕組みがとられてきた。

こうしたこともふまえて、サービス利用の一定の変動に対応するとともに、長時間介護サービス等の市町村の（財政的）負荷を緩和・調整するための調整基金を都道府県ごとに設置し、財政的支援を別途行う仕組みをつくる。2006年から実施されている「自立支援法」の特別対策では、都道府県に基金が設けられていることから、十分可能なことである。

ちいきいこう たいいんそくしん けんりようご 地域移行・退院促進・権利擁護

山梨学院大学 法学部 政治行政学科
たけばた ひろし
竹端 寛

このプロジェクトチームにおいて権利擁護について検討する際、共通の認識基盤において、**「能力主義ではなく、障害者を様々な権利を持つ市民として捉える」という視点**である。入所施設や精神科病院からの地域移行・退院促進や、あるいは地域自立生活における権利擁護課題を議論する際も、この視点に基づいて検討をした。以下、その内容について触れていきたい。

ちいきいこう たいいんそくしん けんりようご 地域移行・退院促進と権利擁護

権利条約の第19条では、「障害のある人が、他の者との平等を基礎として、居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること、並びに特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと」と、社会的入院・入所は差別であることが規定されている。従来**の能力主義の観点では、本人以外の専門家が入院・入所の必要性を定義してきた。だが、この19条が示すように、「他の者との平等を基礎」とされた障害者市民自身に、まずもって**

居住・生活形態の選択権がなければならない。

ただ**選択権に関連して、選択主体である障害者本人が長期間の入所・入院を強いられてきた結果、施設・病院以外での生活を想像できなくなる、あるいは深い諦めを持つ場合がある。また、本人の選択を受け止める支援者が能力主義的な視点を持つかどうか、地域移行や退院促進の成功事例を沢山知っているか、など**によって、本人の諦めを希望に変える事も念押しすることも可能だ。後述する当事者エンパワメント事業や、支援者への再トレーニング等も必要となる。

また、「特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと」を保障する為には、現状では入所施設や精神科病院以外での生活は無いだ、と「**困難ケース**」に分類（ラベリング）されている障害者市民こそ地域生活が実現するような政策的支援が重要である。知的障害者の入所施設をゼロにしたスウェーデンや精神科病院を解体したイタリア等、地域移行・退院促進の実践が大きく進んでいる地域に共

つう するの、じゅうどしやうがいしや ゆうせんてき たいしやう
通するのは、重度障害者を優先的な対象にす
る戦略である。「受け入れ条件が整えば」と能
りよくしやうてき かんが たいしやう
力主義的に考えればいつまでもその対象から
はず されてしまう じゅうどしやうがいしや こそ、ま っ 先 に 地
域移行・退院促進の対象にする。それが可能
になるように、じゅうたくほしやう ほう 相
談支援体制、当事者エンパワメントの事業化
とう せいさくてききばん つく といった だいたん ほうこう
等の政策的基盤を作る、といった大胆な方向
てんかん もと
転換が求められている。

これらを かのう にするために、とどうふけん しょう
可の、都道府県は障
がいしやほんにん いこう もと こべつこけいかくかくてい
害者本人の意向に基づいた個別移行計画策定
をおこな うととも、いこうけいかくじっし あ ち
を行うとともに、移行計画実施に当たって地
いき しりつ おこな きばんせいび しゅっしんちしやうせん おこな
域自立を行う基盤整備を出身地市町村が行う
ようにしていく ひつよう がある。また、そうした
ちいきじりつ ほしやう くに ちいきじりつ
地域自立を保障するよう、国は地域自立への
ゆうどうてきせいさく さいせいてきせきにん お
誘導的政策をはじめ、財政的責任を負うべき
である。

ちいきじりつせいいかつ けんりようこ 地域自立生活と権利擁護

ちいきじりつせいいかつ かん
地域自立生活に関しては、けんり しんがい
権利が侵害され
さい ちやうさ かんこくなど つう きやうさい しえん
た際に調査・勧告等を通じて救済を支援する
とどうふけんたんい こてき こういきがたけんりようごきかん
都道府県単位での公的な広域型権利擁護機関
しやうがいしやしみん けんりしやうたいしや じんしき
と、障害者市民が権利主体者としての認識を
けいせい かくとく しえん しちやうせんたんい
形成・獲得できるよう支援する市町村単位の
ちいき じぎやう ひつよう
地域エンパワメント事業が必要とされる。

ぜんしや こういきがたけんりようごきかん しやうがいしやしみん
前者の広域型権利擁護機関は、障害者市民
にゆうしよ にゆういんしや ふく りやうしや かぞくとう かん
(入所・入院者も含む)、利用者の家族等の関
けいしや サービス提供者などからけんりしんがい かん
係者、サービス提供者などから権利侵害に関
つうほう
する通報があったとき、その相談に応じ、調

さ もと かいけつ りやうしや ほうてきけん
査に基づく解決のあつせん、利用者の法的権
り いうご じちたい
利の擁護および、自治体もしくはサービス提
きやうしや かんこく かいぜん ばあい
供者への勧告や、それでも改善されない場合
には何らかのほうてきそち おこな
法的措置を行う。

この機関は利用者 けんり の権利の擁護および促進
を だいいちぎてき かんが ぎやうせいなひが かんさ
第一義的に考えるために、行政内部の監査・
かんとくぶもん こと どりつせい だいさんしやせい
監督部門とは異なる独立性 (= 第三者性) が
ひつよう ぐたいてき りやうしやがわ
必要とされる。具体的には、利用者側のエン
パワメントを通したけんりしんがい ほう ちちば せい
パワメントを通した権利擁護を図る立場を明
かく 確にするために、うんえい とうじしや ちやうしん
確にするために、運営は当事者を中心とした
ちいき じぎやう こうじゆつ だいひやうしや
地域エンパワメント事業 (後述) の代表者か
らなる ひやうぎかい じっさい そうだん ちやうさとう
評議会が、実際の相談や調査等は その
ひやうぎかい もと いいんかい
評議会の下におかれた委員会が、それぞれ行
う こと ごと
事が求められる。またサービス事業者や行
せい かぞくとう けんりしんがい みと ばあい
政・家族等は、権利侵害が認められる場合、
じやうきいんかい つうほう ぎ せ
上記委員会に通報する義務を負う。

こうしや ちいき じぎやう しちやうせん
後者の地域エンパワメント事業は、市町村
が せつち または いたく じぎやう
設置または委託をする事業で、ピアカウ
セリング等のサービスを提供し、ちいき くに
セリング等のサービスを提供し、地域に暮ら
す しょうがいしや おこな じりつ しや
障害者のエンパワメントを行い、自立と社
かいさんか ぞくしん ほか もくてき じぎやう
会参加の促進を図ることを目的とする事業で
ある。この事業は じぎやう しょうがいしやしみん けんりけいせい かく
この事業は障害者市民の権利形成・獲
とく め ざ じぎやう せいしつじやう じりつせいいかつ
得を目指す事業という性質上、自立生活セン
ターをはじめとする しょうがいとうじしや いしけつてい
障害当事者が意志決定の
かはんすう し きかん にな
過半数を占める機関がそれを担い、ピアサポー
トの してん から じっし じぎやう
視点から実施することが必要である。

な お こんご けんとう しょうがいしやきやくたいほうしほう しょう
なお今後検討される障害者虐待防止法や障
がいしやさべつきんしほう ゆうきてきれんけい もと
害者差別禁止法との有機的連携も求められる。

重度訪問介護等介護派遣サービス実態調査

障害者の地域生活確立の実現を求める大行動実行委員会

I. 概要

■調査の背景と目的

重度訪問介護は重度の障害者が地域で生活していくための重要なサービスである。しかし、福祉人材の確保とりわけ介護派遣の人材確保が困難であることは既に、厚生労働省自身が認めるところであり、更に、身体介護などと比較して単価が低い重度訪問介護のための人材確保は困難を極めている。重度訪問介護を担う事業所では、人材確保ができないためにサービス提供が困難になり、利用者のサービス利用の権利が侵害される事態にまで立ち入ってきている。

私たちは、重度障害者が安心して地域で暮らしていくことができるための事業のあり方について各方面に対して積極的な政策提起を行っていかねばならないと考えます。

そのために今回、重度訪問介護等に関して、事業者、ヘルパー、利用者のそれぞれの状況に着目した自主的なサービス実態調査を行いました。

■調査対象と調査方法

調査は全国の重度訪問介護事業を行う事業者、利用者、ヘルパーを対象に電子メール、ホームページ、FAX 等により協力を依頼した。またヘルパーを対象とした調査は本年1月から2月にかけて1次調査を行っている。2008年4月25日より調査票を配布し、5月26日までに電子メール、FAX、郵送などで回答を得た。回答数は事業所54、利用者151、ヘルパー877（一次調査含む）である。

■調査対象事業所の概要

●回答のあった事業所数は54箇所、その半数以上は重度訪問介護の派遣時間が事業所の全派遣時間のうち8割を占め、また全体の利用者数のうち47%は障害程度区分6で占められ、重い障害を持つ者への介護を主に担っている事業所が多い。

II. 人材不足の現状

■離職率

全体を通じての平均離職率が22%、特に非常勤職員の離職率は26%という高い数字となった(表1)。また離職率20%を超える事業所がほぼ半分(49%)を占め、離職率30%以上の回答も3分の1に及び(図1)、多くの介護職員が現場を離れていっている状況が伺える。

表1・平均離職率

全体	22.9%
非常勤	26.60%

<参考>

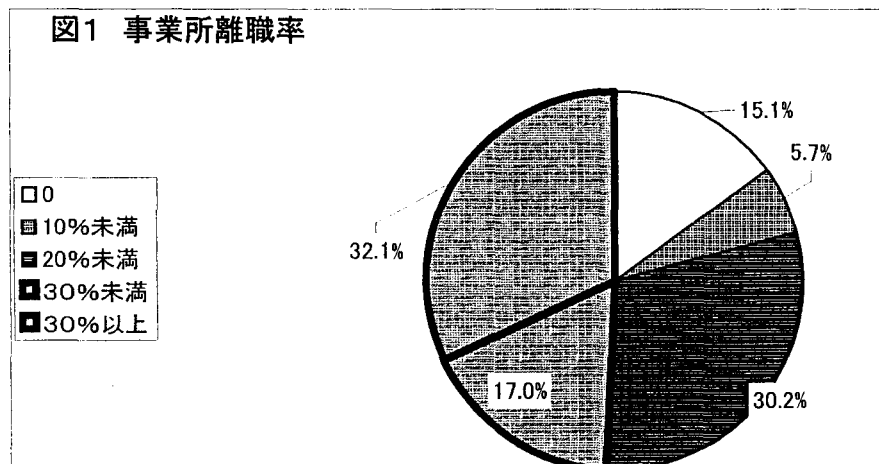
訪問介護員+介護職員の離職率——20.2%

同 非正社員——22.2%

一般労働者の離職率——13.8%

(出典：介護労働実態調査平成18年6月 介護労働安定センター)

図1 事業所離職率



■募集と採用状況

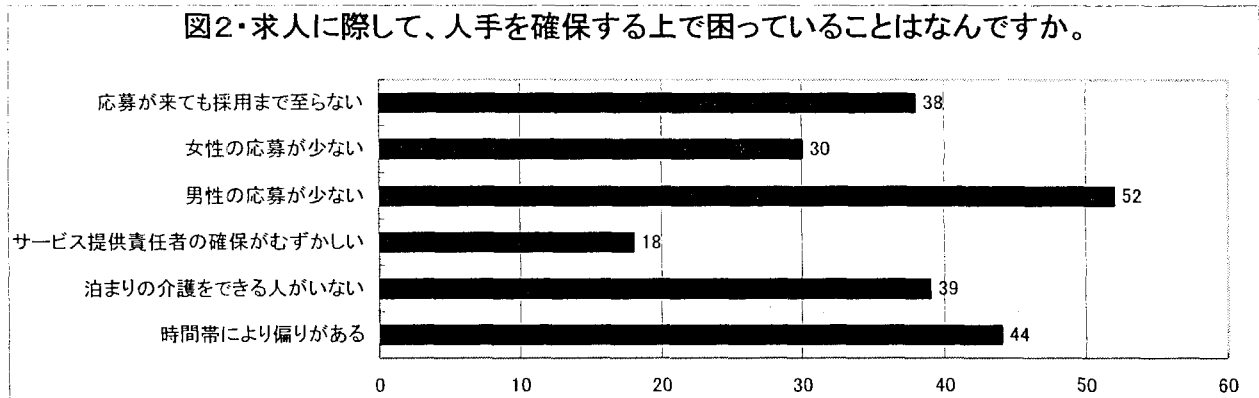
これに対して、ヘルパーの応募をしても、月平均で2.3人しか面接に至らず、事業所が採用したヘルパーは14.8人とどまり人材の確保がままならないことを示している。

表2・面接数と採用人数

平均面接人数	2.3人/月
平均採用数	14.8人/年

■人材確保の困難さ

「人材確保において事業所が何に困難を感じているか」の問い（複数回答可）には、「男性の応募が少ない」の項目が最も多く、次に「時間帯により偏りがある」（早朝夜間などが集まりにくいなど）が続き、「泊まりの介護をできる人がいない」「応募が来ても採用まで至らない」という回答も多くなっている。長時間かつ、身体介護を伴う同性介護といった重度障害者のニーズに沿った人材の確保が、特に困難になっていることが分かる。



Ⅲ. ヘルパーの雇用と労働環境

■給与

常勤職・ヘルパーの賃金については、常勤職員の初任給が平均159,705円、同平均月収が210,078円、非常勤職員の平均時給は967円と一般の事業所や同業他職種を大きく下回る結果となった。（表3～5）

表3・常勤職員大卒初任給	159,705円
--------------	----------

※参考 全産業の大卒初任給 198,800円、医療福祉職は186,000円（平成19年賃金構造基本統計より）

表4・常勤職員平均給与額	210,078円
--------------	----------

※参考 一般労働者の平均賃金 301,100円（平成19年賃金構造基本統計調査）

表5・非常勤職員平均時給	967円
--------------	------

※参考 訪問介護員平均時給 1071円（平成18年度 介護労働安定センター 調査）

■昇給一年齢給、経験給

昇給については4割の事業所が常勤者の昇給も「なし」となっており、非常勤にいたっては勤続年数によって時給があがる事業所は2割に満たない。

表6・昇給制度がありますか？

	昇給あり	昇給なし
常勤	61.1%	38.9%
非常勤	19.6%	80.4%

この結果を反映して、常勤であっても昇給がない、もしくはあってもほんのわずかであるところが多く、年齢給や勤続年数の階層別に見た賃金は緩やかな上昇をとなっているものの、将来にわたり安定的に働くには十分なものとなっていない。

表7・常勤職員の年齢階層別平均賃金

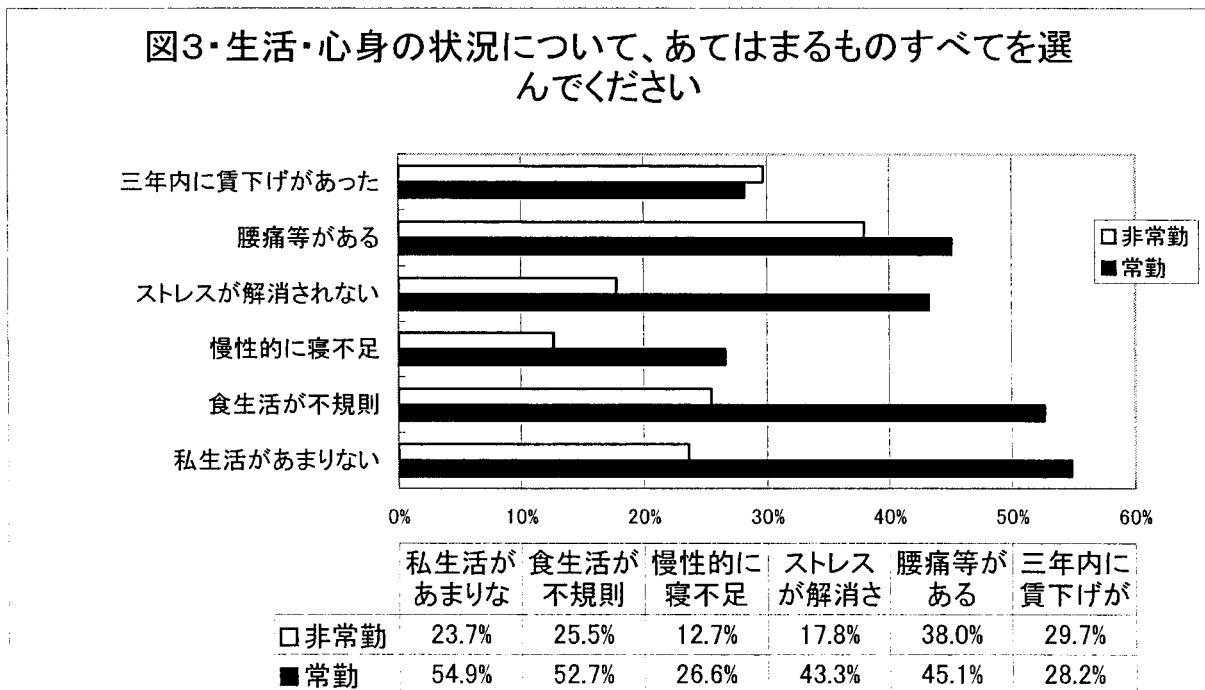
年齢階層	平均賃金
20代	190,000円
30代	198,000円
40代	231,000円
50代	177,000円

表8・常勤職員の勤続年数別平均賃金

勤続年数	平均賃金
1年未満	161,000円
3年未満	182,000円
5年未満	190,000円
10年未満	202,000円
10年以上	224,000円

■職員・介護者の心身の状況

常勤者では私生活があまりないという者が全体の半数を占める。(図3)



家族と過ごす時間や、好きなことにつかう時間を犠牲にしつつ、明日の見通しも立たない、ほとんど昇給の見込みがない。この状況が一生続くと考えると、将来への不安を抱かざるをえない。

これに対して介護職を続けたいと考えている者は半数いるが（表9）、裏を返せば、この「やる気」によってかろうじて現場が支えられている状況だとも言える。

表9・今後も介護職を続けようと思えますか？

やり続けたい	42.6%
細々とでもやり続けたい	31.6%
他にアてがあればやめたい	10.2%
早くやめたい	2.6%
その他	13.0%

■事業所の人権比率

低賃金、過重労働を強いられているが、事業所の人件費比率は全体平均で約78.8%にまで達しており、約半数の事業所が人件費率80%以上である。収支がマイナスになっている事業所も15事業所（全体の31.9%）あり、いくら他の経費を削っても事業所としては報酬単価があがらなければ、これ以上人件費率を上げることも困難な状況まで来ている。（図4・表10）

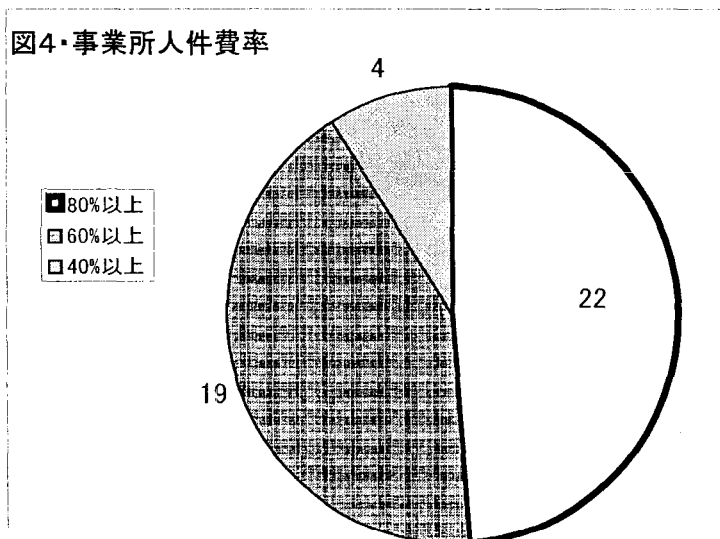


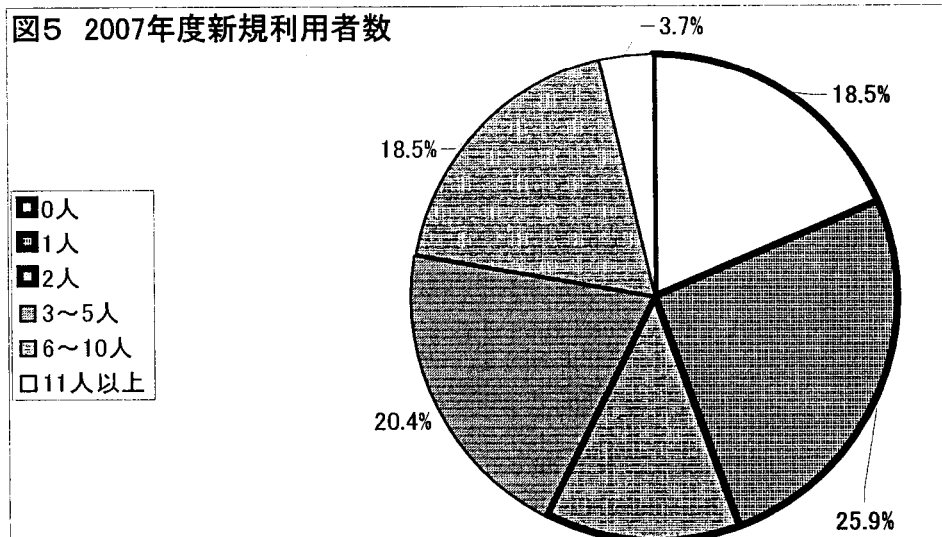
表10・事業所人件費率

人件費率	事業所数	%
80%以上	32	48.9%
60%以上	19	42.2%
40%以上	4	8.9%

IV. 利用者への影響

■新規サービス利用依頼への対応

このような状況から、派遣現場やサービスを利用する障害者の生活にも影響が出ている。各事業所では新規の利用者を受け入れできない状況も出てきており、昨年1年間の新規利用が2人以下だった事業所が6割近くを占めた。(0人=19%、1人=25%、2人=13%) (図5)



【事業所が見つからない、ヘルパーがいない、生活ができない!～利用者の声～】

■利用者アンケートの自由記述欄には、重度訪問介護のサービス提供事業者を探すのが困難であったといった事例も寄せられている。

- (事業所に) 電話をかけても、「できない、やれない、やらない」とか言って断られた。サービス提供責任者と詳しく話すこともないまま断られる。そういう時は「どうでもいいや」とか「死んでもいいや～」と思うときがある。
- 特に土日祭日の泊り、日中のシフトが細切れ状態だったり見つからなかったりする。また、毎月月末になるとそのくり返しがあり精神的及び肉体的な負担が(不安も)大きい。
- 夜間の泊り介助がやめる事になり、代替えの人を探すのに半年以上かかり大変だった。トイレと入浴が合体しており、人が探せず困っている。(ことに日曜日)
- ヘルパーが退職して、事業所から派遣してもらえない人がなくなった。事業所自体が営業を止めてしまった。
- 特に重度訪問介護サービスでは報酬単価が安く、市内で一ヶ所もサービスを利用できる事業所が見つからなかった。
- 地域生活支援事業のほうが単価が高いので重度訪問対応の事業所がなかなか見つかりにくい。
- 泊り介護の出来る事業所(がない)。身体介護でないと受け入れてくれない。

障害の範囲に関する資料

I 論点整理

- ①障害者自立支援法の障害の範囲の見直しにおいては、障害者手帳をもっている人はもちろんのこと、障害手帳をもっていない難病等やいわゆる発達障害、高次脳機能障害においても対象とし、医師の意見書、勘案事項、1週間の利用計画表、地域の審査会の意見等の支給決定過程で福祉のサービスニーズが必要であると認められるものも障害者自立支援法の対象となるようにしてください。支援が必要と認められるにもかかわらず、サービスを利用できない現状では、非常に危険な状態に当事者を孤立させています。孤独死対策や緊急対応、若年者の家族からの自立を含めた対策は急務です。
- ②現在の障害者自立支援法の(定義)第4条では、身体障害者福祉法の対象者だけに限定されています。難病等も含まれるように、見直しにおいては包括的な定義に改正してください。
- ③福祉と医療を整理した協議が必要です。福祉施策においては、そのニーズに基づいて対象を規定し、義務的経費である障害者自立支援法によって、全国どこにおいても、必要な福祉サービスの申請ができるようにしてください。
- ④風邪や骨折等との違いの証明は医師の意見書や審査会の意見、現在すでに規定されている継続要件等で解決できる問題となっています。

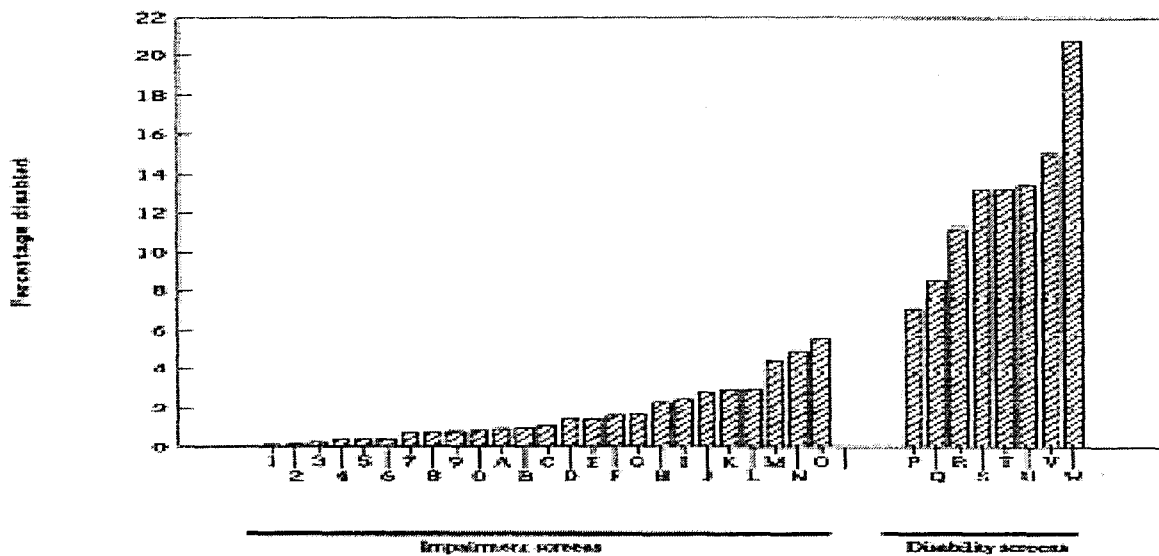
II 国際比較でも欧米の対人口比20%程度に比べて、日本では5%程度と障害の範囲は狭い。使われている障害関連予算も対GDP費でアメリカの2分の1程度にとどまる(表1、2参照)

表1 国際社会における日本の障害者人口比

(Statistics on Special Population Groups Series Y No. 4

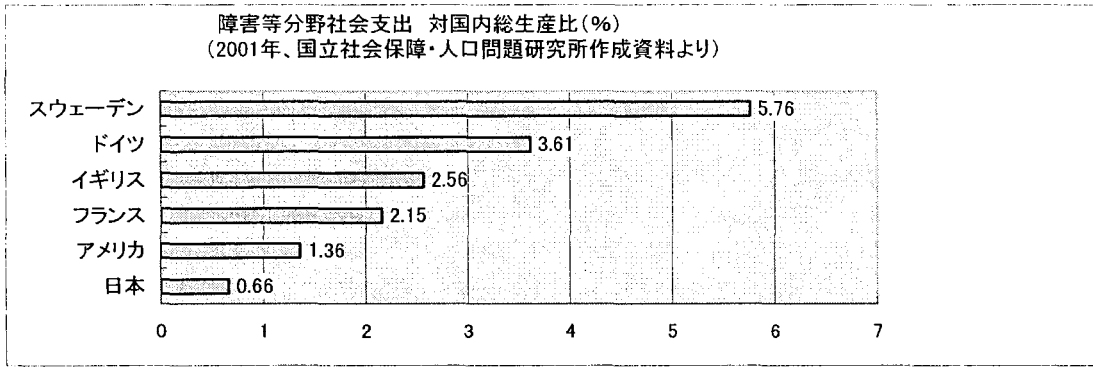
Disability Statistics Compendium United Nations New York, 1990)

Figure II.2. Percentage disabled by country or area, year of data collection and type of screen



Source: Table 1 (p.474)

表2 OECD諸国内における日本の障害等の支出対GDP比は極めて低水準



III 支給決定の方法をEC等と比較しても、障害者手帳を要件として、入り口で規制している国は見当たらない。サービスのニーズによって要否もふくめた判定を行っている。

<出典>ヨーロッパの福祉サービスにおける障害の定義—障害者の範囲および対象者認定方式の現状—2006年3月22日日本社会事業大学社会福祉学部3年次佐藤ゼミナール

浅井万梨子、五十嵐由貴、海老沼良晃、鈴木善博、張悦、舟津千鶴、増田有佳里、佐藤久夫(担当教員)より抜粋。

表3 15カ国21の障害者福祉制度の障害(受給資格)評価の傾向

		基準と評価尺度	
		厳密	柔軟
評価・決定職員	医療職	Aタイプ 6制度 ■ベルギー・統合手当 ■ <u>スペイン・年金の介護加算</u> △ドイツ・介護保険 ■ <u>イタリア・付き添い手当</u> ■オーストリア・介護手当 ■ <u>ギリシャ・介護手当</u>	Bタイプ 5制度 △オランダ・WVG △デンマーク・LSS ■アイルランド・移動手当 ■アイルランド・介護者給付 ◎ノルウェー・SAA
	SW		Cタイプ 3制度 △フィンランド・障害者サービス提供法 △スウェーデン・LSS ◎スウェーデン・社会サービス法
	行政職	Dタイプ 1制度 ■イギリス・DLA	Eタイプ 4制度 ■アイルランド・CAA ■フランス・ADPA ■スウェーデン・障害者手当 ■ <u>ポルトガル・介護給付</u>
	学際チーム	Fタイプ 1制度 ■ <u>スペイン・生活保護の介護加算</u>	Gタイプ 1制度 ■ベルギー・DP

下線部は南ヨーロッパ、その他は西・北ヨーロッパ。◎現物給付 △現物または現金給付 ■現金給付
 日本と比べて・・・ いくつか参考になる重要な点が浮かび上がってきた。第1に、あらかじめ手帳制度で(つまり原因疾患や機能障害の種類・程度で)「入り口規制」を設けている国は、少なくともこれらEU15カ国にはなさそうであるということである。法律の目的に従って、つまり、ニーズで利用対象者を定義することが一般的である。ところが障害者自立支援法では、第4条で障害者を定義しているが、そこに定義はなく、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法にいう者であるとしている。

IV サービスを必要としている難病等の例

難病等においては、病院近辺の居住が必要等の理由で一人暮らしをする方の緊急対応や介助保障、十分な資産形成前に発症した若年者等の生活支援を含めた自立支援は急務となっている。「急に症状が悪化した、連絡することもできずに自宅で倒れていた」「緊急な対応が必要であったにもかかわらず、手遅れになった」等の声も寄せられている。しかし、現在の障害者自立支援法では入口の要件として身体障害者福祉法の障害者手帳の保持が要件となっており、サービスを利用できない現状。難病である多発性硬化症を例にみると、全身のいたる箇所に脱力、痛み、視覚障害等が多発する。障害者手帳の基準のように、限定された一カ所の症状、機能障害については波があり認定されないが、症状が多発する状態は継続しており、体力的な制限がかかり続けていること、日常生活、社会参加上の制限の継続は誰がみても明らかである。

東京都国分寺市が実施した難病等の調査。障害者福祉計画策定にむけた実態調査より抜粋

①総人口 116,575人

②市内在住の難病手当を受給するすべての人を対象にアンケート依頼 965人

*東京都が指定する難病医療費助成対象者と生活保護受給者が対象

③回答者 616人 回答率63.8%

④障害者手帳をもっていない難病患者 379人 (61.5%)

内60歳以下で障害者手帳なし 126人 (20.5%)

手帳をもっていない難病等の人すべてが福祉サービスを必要としているわけではない。

⑤特に支援が必要となる一人暮らしで60歳以下、障害者手帳なしの方 23人 (3.7%)

⑥日常生活で必要としている介助の内訳 (次ページ表4参照)

40歳以下の手帳なしでは家事支援が中心 5人程度 (対人口比で0.0042%程度でしかない)

40歳以下で成人の手帳なし身体介護は 1人程度

家事支援が必要な方がメイン。区分でもIADL項目に該当する区分1、2の方であるので、支給量が多く必要わけではない。週のスポット的短時間支援でも効果的に支援が可能。

⑦職を持たない方で仕事を探している方で障害者手帳なし 21人 (3.4%)

⑧職業訓練(障害者手帳がなくても受けれる)を受けている人 0人 (0%)

*障害者手帳がなくても受けることのできる就労施策が機能していない。

4 難病等において支給決定の際に必要なとなってくる視点

「特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究」班 主任研究者 中島孝 国立病院機構新潟病院 副院長等)においても、現行の障害者手帳が入口の要件になっており、障害者自立支援法の対象にならないことが指摘されています。又、HIV等ですでに認定項目として利用されている項目については、おなじように、難病等にも有効に機能することが確認されています。

①障害者自立支援法の支給決定見直しにおいては、難病等の内部障害の特性を反映するために、下記の項目を加える必要があります。

a 日中において、30分以上横になる等の安静が必要となる強い倦怠感及び易疲労が

1 ほとんどない 2 月に7日以上ある 3 毎日ある

b デスクワーク程度の軽作業を超える作業の回避が

1 必要ない 2 必要である

c 過去6ヶ月以内に受けた治療には「その他()」の欄をもうけ、難病等において継続的に必要となる免疫抑制剤やインスリン治療等も書き入れることができるようにすること。また、下記の項目を付け加えること。

*長期にわたる密な治療、厳密な服薬管理が

1 必要ない 2 必要である

d 主治医の意見書における各疾患等における留意点については現在別途取りまとめ中。

表 4 日常生活上で必要な介助

*家事支援のニーズがメインであり、自立支援法の対象年齢となると人数も少ない。対人口比では0.0042%程度

*家事支援は単に家事だけでなく、負担軽減された体力分を就労等の社会的活動に向けることができる

*週のスポット的短時間支援でも効果的に支援が可能。人の目が入ること、事業所との繋がり等により地域での孤立も防げる

調理

	ひとり でできる (補助 具を含む)	一部 介助が 必要	全 面的 に介 助が 必要	無 回 答
手帳なし 10歳未満	2	-	1	2
10~19歳	5	1	-	-
20~29歳	23	-	-	-
30~39歳	27	2	1	1
40~49歳	32	-	-	5
50~59歳	54	3	-	4
60~69歳	76	5	4	17
70歳以上	63	5	11	35

掃除・洗濯

	ひとり でできる (補助 具を含む)	一部 介助が 必要	全 面的 に介 助が 必要	無 回 答
	2	-	1	2
	5	1	-	-
	23	-	-	-
	27	2	1	1
	29	3	-	5
	51	5	-	5
	77	5	6	14
	62	8	15	29

買い物

	ひとり でできる (補助 具を含む)	一部 介助が 必要	全 面的 に介 助が 必要	無 回 答
	2	-	2	1
	5	1	-	-
	21	2	-	-
	28	2	-	1
	31	2	-	4
	53	4	-	4
	80	6	6	10
	65	13	13	23

入浴

	ひとり でできる (補助 具の 使用 を含む)	要 一部 介助 が必 要	全 面的 に介 助 が必 要	無 回 答
手帳なし 10歳未満	2	1	1	1
10~19歳	6	-	-	-
20~29歳	23	-	-	-
30~39歳	28	2	-	1
40~49歳	33	-	-	4
50~59歳	56	-	1	4
60~69歳	86	3	4	9
70歳以上	76	16	4	18

着替え

	ひとり でできる (補助 具の 使用 を含む)	要 一部 介助 が必 要	全 面的 に介 助 が必 要	無 回 答
	2	2	-	1
	5	1	-	-
	23	-	-	-
	29	1	-	1
	32	-	-	5
	54	2	-	5
	87	2	3	10
	79	12	3	20

室内の移動

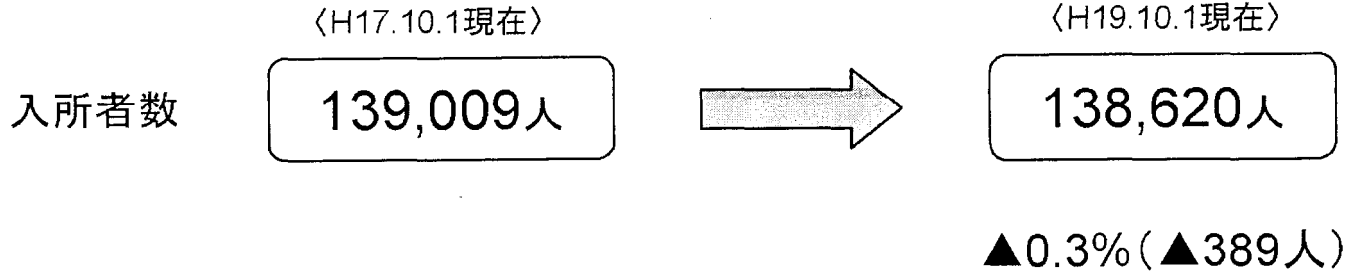
	ひとり でできる (補助 具の 使用 を含む)	要 一部 介助 が必 要	全 面的 に介 助 が必 要	無 回 答
	4	-	-	1
	6	-	-	-
	23	-	-	-
	30	-	-	1
	32	-	-	5
	56	1	-	4
	83	6	2	11
	81	8	2	23

施設入所者の地域生活への移行に関する状況について

速報値

※2. 586施設からの回答を集計(回収率約92%)

1 入所者の推移



2 入所者数の増減内訳 → 地域生活移行を倍する新規入所

〈 入 所 者 数 減 の 内 訳 〉

〈入所者数増の内訳〉

地域生活移行	他入所施設 (障害)	他入所施設 (老人)	地域移行型 ホーム	病 院	その他	計
▲9,344人	▲2,967人	▲662人	▲90人	▲2,474人	▲3,408人	▲18,945人

新規入所等
18,556人

3 地域生活への移行状況

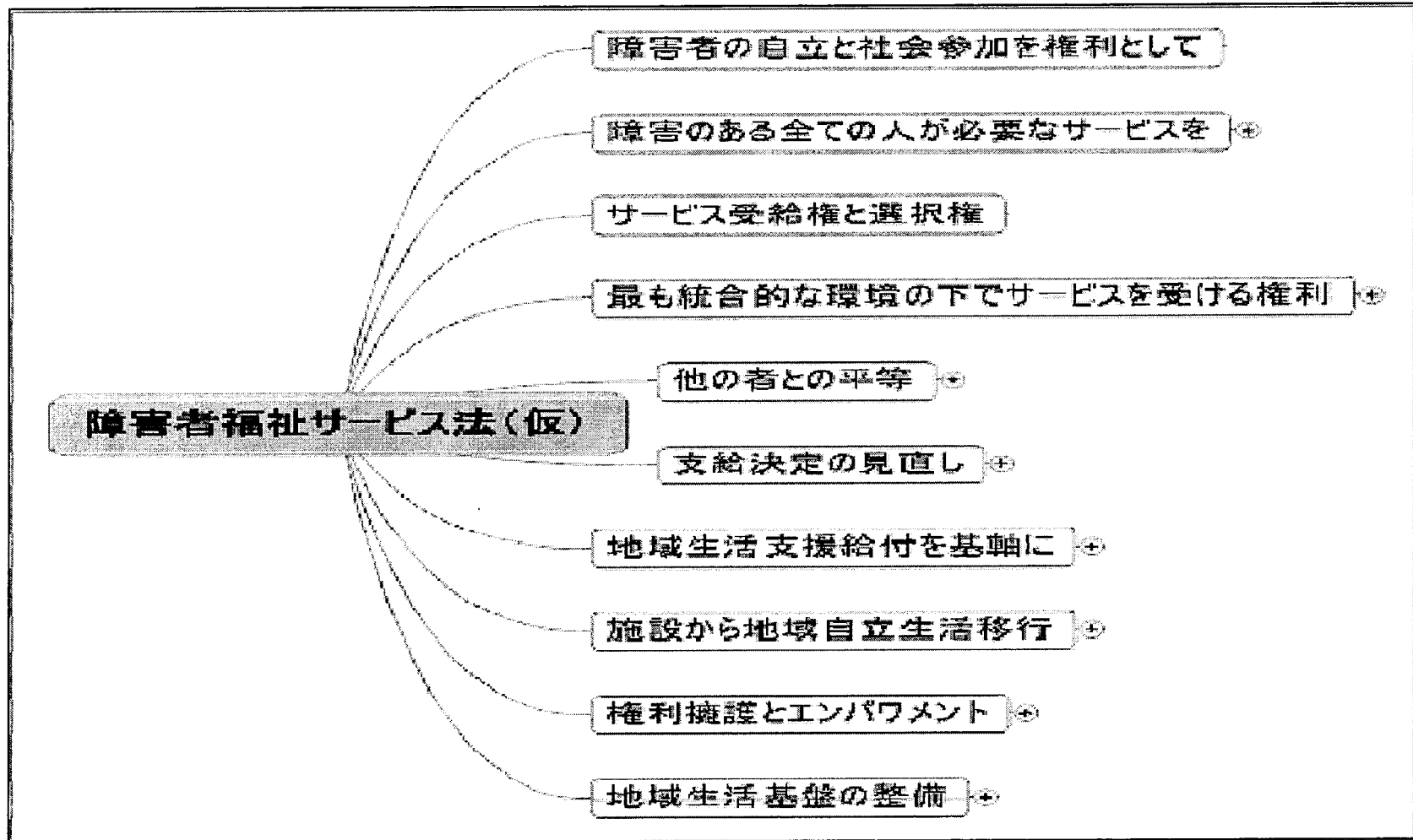
〈H17.10.1→H19.10.1〉

地域生活へ移行した者 9,344人 **6.7%** (H17.10.1入所者数をベースとして地域生活へ移行した割合)

〈地域生活へ移行した者の住まいの場の内訳〉

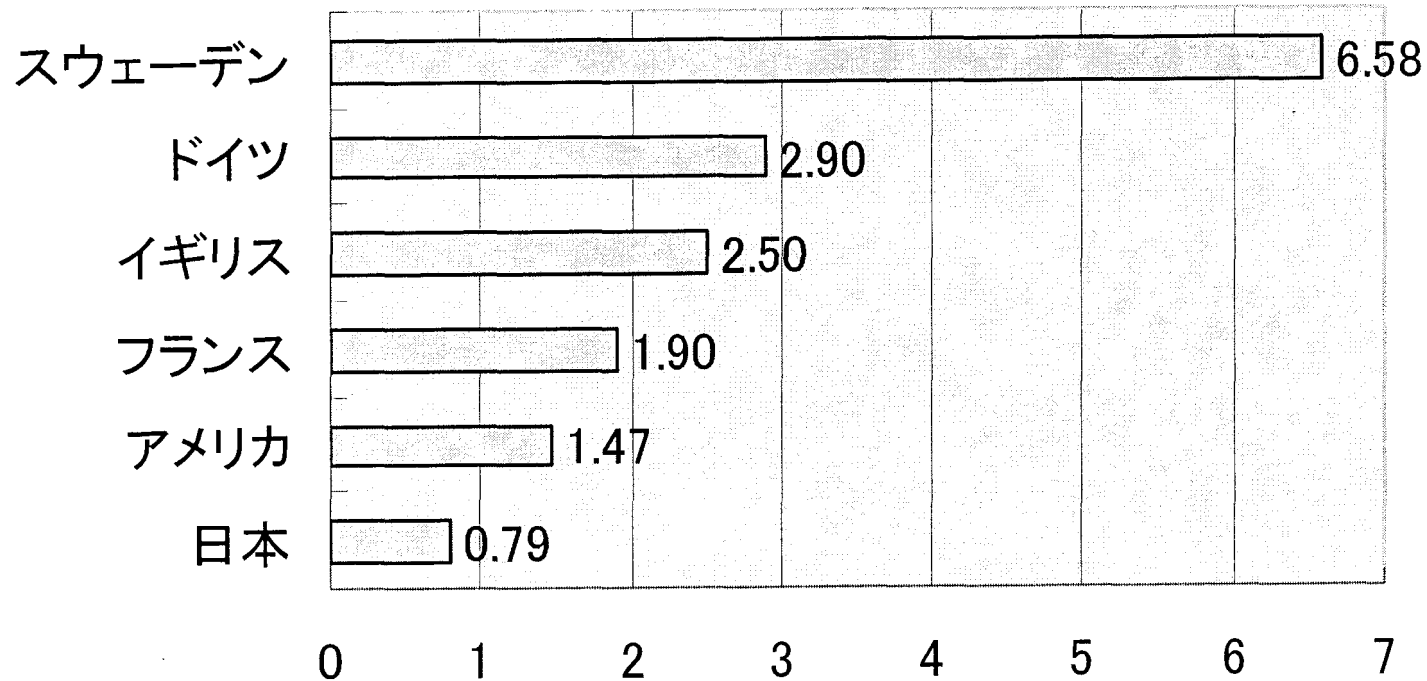
共同生活介護	共同生活援助	福祉ホーム	通勤寮(旧法)	一般住宅	公営住宅	自宅(家庭復帰)	その他
2270人(24.3%)	1661人(17.8%)	195人(2.1%)	112人(1.2%)	1072人(11.5%)	190人(2.0%)	3642人(39.0%)	202人(2.2%)

障害者福祉サービス法(仮)へ

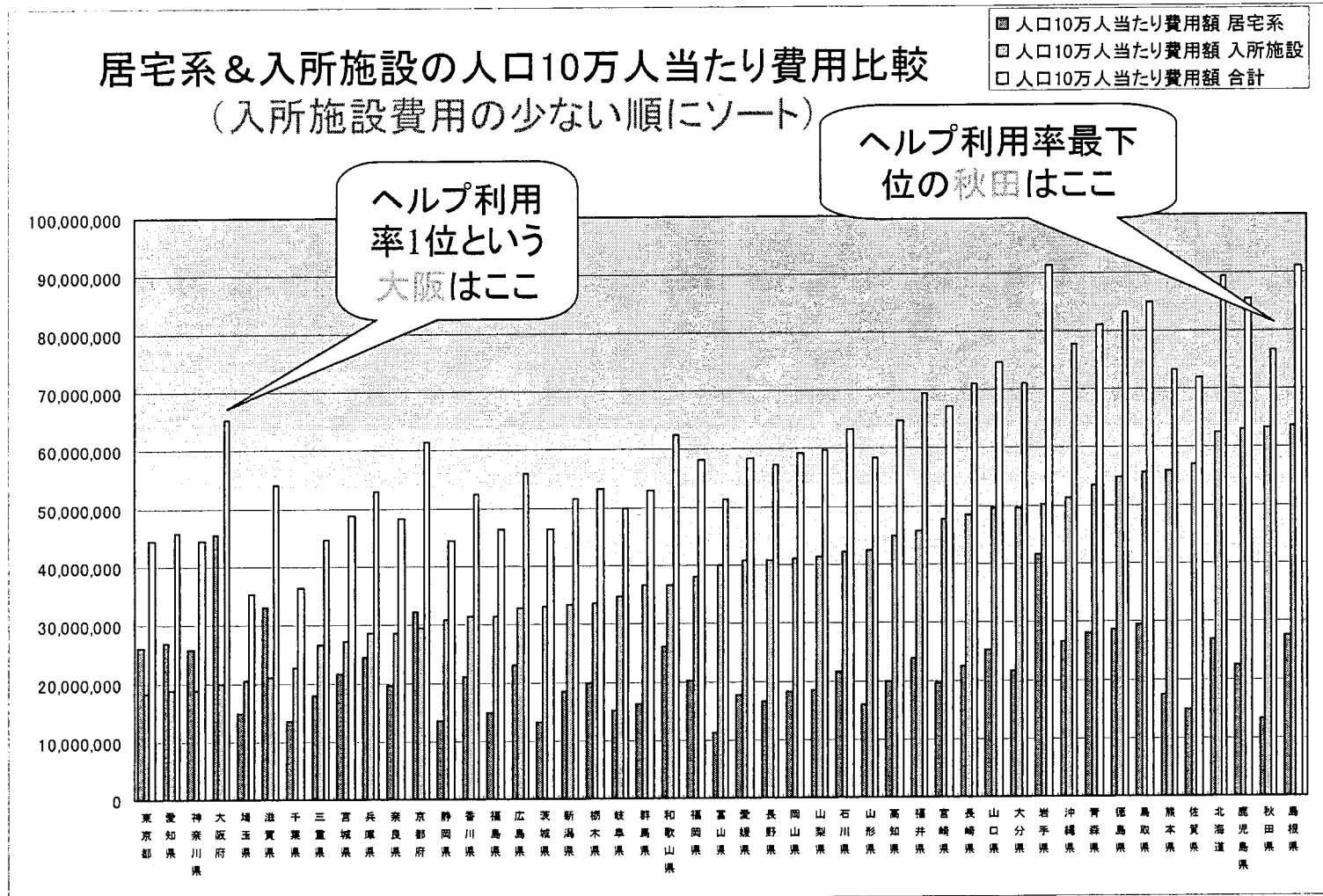


障害者予算はアメリカの約1/2

障害等分野社会支出 対国内総生産比(%)
(2003年、国立社会保障・人口問題研究所資料より)



地域移行・格差解消に地域基盤整備が必須



平成 20 年 7 月 15 日

社会保障審議会障害者部会
部会長 潮谷 義子殿

日本発達障害ネットワーク
代表 田中 康雄

発達障害者支援施策について

この度、私ども、日本発達障害ネットワークにこうした形での意見を出ささせていただく機会を与えてくださいましたことに心よりの感謝を申し上げます。

1. 発達障害を障害者福祉サービスの対象として明文化し位置づけること

平成 17 年の発達障害者支援法の施行以降、発達障害に対する社会的認知が進み、発達障害のある人を対象とした支援体制整備が進められてきました。しかし、発達障害は、いまだ障害者福祉サービス体系のなかで明確に位置づけられていません。必要な支援が提供される根拠として、障害者福祉サービス体系を決める障害者自立支援法の法律の本文において、自閉症、ADHD、学習障害等の発達障害をサービスの対象者として明記することを最優先に要望します。

また、障害者自立支援法は、3障害を統合したものとして評価されていますが、全ての障害のある人を含んだものとはなっていません。発達障害をはじめ高次脳機能障害など狭間にある障害も含め、支援を必要とするすべての障害のある人が必要な支援を受けられるような制度とするよう強く要望します。このためには、障害のカテゴリー毎に区分した制度ではなく、手帳制度を含め障害福祉制度全体を、ノンカテゴリーで全ての障害を包み込む「総合福祉法」「総合的な福祉制度」に転換することが必要だと考えます。

2. 障害程度区分認定の見直しに関して

発達障害のある人への支援ニーズ評価の基礎となる障害程度区分認定に関して、現在の調査項目、判定基準は、支援の基本的な方針がないままに、異なる支援ニーズを評価しているため、一次判定・二次判定ともに非常に複雑で、整合性を欠くものとなっています。発達障害のある人の支援ニーズは、身体介護を基本とした調査項目、判定基準には馴染みません。すでに、専門家の障害程度区分の妥当性の評価結果（別添資料ご参照）からも明らかになったように、現状の調査項目、判定基準は明らか

に妥当性を欠くものとなっています。

発達障害のある人に適切な支援サービスを提供するためには、発達障害のある人に対応できる調査項目、判定基準の項目の設定と、運用における明確な方向付け、が必要不可欠と考えます。

現行の障害程度区分の改善提案としては、将来的には、生活困難度(適応状況)を質的および量的に評価できるような評価方法の導入が必要です。しかし、ともかく、現時点では、自閉症および広汎性発達障害、ADHD、学習障害等の発達障害の重症度評価を量的な視点も組み入れつつ、明確化していくことが望まれます。例えば、自閉症・広汎性発達障害では、PARSなど、すでに活用可能なアセスメント・ツールを採用するなど、発達障害のある人の支援ニーズを適切に把握する取り組みを行っていただくようお願いします。

3. 自立を支援する支援の枠組みの必要性

発達障害は脳機能の生来性の障害に起因するものであり、早期からの継続的支援を行うことで、よりよい自立への歩みを進めていくことができます。支援せずに放置しておく結果的に障害程度が重くなるといえます。障害程度区分が重度になるということは、当事者の自立を考える上で、決してあってはならないことであり、より前向きに、支援の効果や有効性の観点に立ち支援が提供されるべきです。

科学的根拠のある支援方法の調査研究に十分に取り組み、早期からの本人支援と家族支援に対して、サービスメニューを具体化し、質の高いサービスに相応の単価を付けていくことが当事者の自立につながる方向性の1つと考えます。特に発達障害のある子どもの場合、児童に対する支援サービスとして、例えば、社会的技能の向上を目指すスキル・トレーニングや、ペアレント・トレーニングなどの家族支援が必要となります。こうした支援サービスが障害児福祉サービスとして明確な枠組みのなかで提供できるように、必要な相談・支援事業を位置づけていただきたいと思います。

また、十分な支援を受ける機会を得られずに、すでに成人期になった発達障害のある人とその家族が、適切な支援サービスを利用できず、全国で生活困難な状況に置かれています。発達障害のある人の障害特性を理解し、成人期向けのスキル・トレーニングを開発し、地域生活支援のなかで実施することや、就労移行事業のなかでの中間的な目標設定を行っていくことで、より多くの人々が自立への歩みを進めることができると考えます。発達障害の成人向けの相談・支援事業の検討・実施を要望します。

就労支援においては、就労技術の向上だけでなく、社会的対人面での不安への対応といった心理的なケアも重要であり、ストレス・マネジメントなど、さらに細やかな就労支援の提供を要望します。

4. 支援が全国同じ水準で提供できるようになる必要性

現在、発達障害のある人への支援においては、地域間格差が顕著であり、同じ日本に生まれながら生まれ育つ地域によって支援の質と量において大きな差異が生じています。全国のどの地域においても同じような支援が提供できるようにするためには、支援サービス提供者が一定水準の専門性を有することが必要ですが、それが十分に保障されていません。支援ニーズの適切な把握方法や、有効な支援メニューについて、全国で均等に実施できるようにするための、実のある研修を拡充することを要望します。

その際、当事者団体が果たしている役割を正當に評価し、当事者のなかから早期の障害受容などに貢献できる人材の養成を支援することが望まれます。こうした当事者の参画を図っていくことは、当事者の生きがいを育み、人権保障にも繋がります。当事者団体が地域において機能できることで、地域の支援の質が向上することを施策的に位置づけることが、公的なサービスの質の向上にもつながると考えます。

以上

財団法人 こども未来財団
児童関連サービス調査研究等事業報告書

自閉症スペクトラム障害の支援ニーズ評価尺度作成に関する調査研究

平成17年度研究報告書

主任研究者： 栗田 広 (全国療育相談センター)

研究協力者： 安達 潤 (北海道教育大学)
市川 宏伸 (東京都立梅ヶ丘病院)
井上 雅彦 (兵庫教育大学)
内山登紀夫 (大妻女子大学)
神尾 陽子 (九州大学大学院人間環境学研究院)
杉山登志郎 (あいち小児保健医療総合センター)
辻井 正次 (中京大学)
行広 隆次 (京都学園大学)

障害程度区分106項目による広汎性発達障害評価の検討 専門家による106項目の評価結果

内山登紀夫¹⁾、行広 隆次²⁾、安達 潤³⁾、井上 雅彦⁴⁾、神尾 陽子⁵⁾、
栗田 広⁶⁾、杉山登志郎⁷⁾、辻井 正次⁸⁾、市川 宏伸⁹⁾

1)大妻女子大学、2)京都学園大学、3)北海道教育大学旭川校、4)兵庫教育大学、5)九州大学大学院人間環境学研究院、6)全国療育相談センター、7)あいち小児保健医療総合センター、8)中京大学社会学部、9)都立梅ヶ丘病院

I. はじめに

平成18年4月より障害者自立支援法が施行されることが決まった。本法において福祉サービスの支給を受けるには、利用申請を行い、介護給付、訓練等給付のいずれを希望する際にも市町村において障害程度の区分の一次判定が行われ、審査会における二次判定を経て、障害程度区分の認定がなされることになる。その後、勘案事項調査とサービス利用意向の聴取をへて支給が決定されるのが一連の流れである。したがって障害者自立支援法の施行に伴い、障害者の介護ニーズ、訓練等のニーズを判定する指標が必要になる。

現在、客観的な指標に基づき介護の必要度を判定する尺度は、介護保険による要介護認定基準しか存在しない。現行の要介護認定基準は高齢者の加齢による介護ニーズを対象に、身体介護等の介護サービスの必要度を予測する指標として開発されたものである。これを身体障害者、知的障害者、精神障害者のいわゆる三障害に適用した先行研究において要介護認定基準を一部改変した障害程度区分判定のための106項目が設定され、この項目が三障害に適用できるかどうかを検討する試行事業が実施された。この106項目とは介護保険における要介護認定の認定調査項目（79項目）に、①多動やこだわりなど行動面に関する項目、②話がまとまらない、働きかけに応じず動かないでいるなど精神面に関する項目及び③調理や買い物ができるかどうかなど日常生活面に関する項目（27項目）を追加し、106項目としたものである。この106項目尺度を身体障害者、知的障害者、精神障害者計

1790人に対して用いる試行研究の結果、全障害合わせて96%の者が要支援以上の判定となった。障害種別では、知的障害で97.6%、身体障害で96.8%、精神障害で94.6%であり、いずれの障害においても、ほとんどの人が要支援以上に判定され、一定の有用性が確認された。

本研究の目的は、この106項目障害程度区分判定基準が、自閉症・高機能自閉症・アスペルガー症候群を含む広汎性発達障害の障害程度の把握のための介護・支援ニーズの把握に適しているかどうかを検討することである。

Ⅱ. 方 法

広汎性発達障害を中心に発達障害の支援に関与している全国の専門家93名を対象にアンケート調査を行った。選択された専門家を対象に付録に示す調査票を送付し返送してもらった。回答者の属性として、職種（医療・保健・福祉・教育・心理）、広汎性発達障害に関与した経験年数を調査した。さらに、106項目について、広汎性発達障害の障害の程度を評価するうえで、どの程度重要だと思うかを「非常に重要である」、「重要である」、「どちらでもない」、「重要でない」、「まったく重要でない」の5段階に評定してもらった。なお広汎性発達障害の意味するところは幼児から成人までの全年齢段階とすべての知的障害（発達）水準を含むものであることを明記した。

Ⅲ. 結 果

1) 回答者の属性

アンケート調査の対象は全国の発達障害の支援に関わる専門家であり、発達障害者支援センター、医療機関、大学関係者など57人（回収率61%）から回答を得た。職種の内訳は医療職39人、保健職1人、福祉職3人、教育職6人、心理職14人であった。なお複数の職種に回答した者があったため合計は57名より多い。経験年数については、最小6年、最大50年、中央値20年、平均値21.2年（標準偏差8.75年）であった。

2) 最頻値と中央値（表1）

106項目についての57人の専門家が、どのように評価したかを集計した。評定の最頻値を項目ごとに見ていくと最頻値1（全く重要でない）の項目が37項目であった。以下同様に2（重要でない）、3（どちらでもない）と評価された項目がゼロ、4（重要である）

が最頻値であったものが37項目、5（非常に重要である）が最頻値であったものが32項目であった。

同様に中央値に関しても算出したが1（全く重要でない）と評価された項目が35項目、2（重要でない）がゼロ、3（どちらでもない）が4項目、3.5が1、4（重要である）が41項目、4.5が2項目、5（非常に重要である）が23項目であった。

最頻値についても中央値についても評定が低い項目と高い項目に、明白に2分される傾向があった。

なお欠損値（未記入）が少なからずみられた。これは記入漏れと思われるのものと、意図を持って未記入と思われるものがあった。たとえば、1-1の「5その他」や、1-2の「6その他」が未記入の場合があり、何らかの改善が必要かもしれない。本報告では欠損値のある回答者（12名）に関しては回答のある項目はデータとして採用し、集計した。

表1 106項目の評価値と最頻値と中央値

	中央値1	3	3.5	4	4.5	5	総計
最頻値	1	2					37
	4	2	1				37
	5			7	2	23	32
総計	35	4	1	41	2	23	106

IV. 考 察

全体として最頻値が5（非常に重要である）と評定された項目が32項目あった。最頻値が4（重要である）の37項目を合わせると59項目であった。中央値で見ると中央値が4（重要である）以上に評定された項目は63項目に及んだ。これらの結果からは106項目中の過半数が広汎性発達障害を評定するために重要な項目と専門家が判定していることが示唆された。この結果のみからは本障害程度区分106項目は広汎性発達障害を評価するために妥当であるかのように見える。

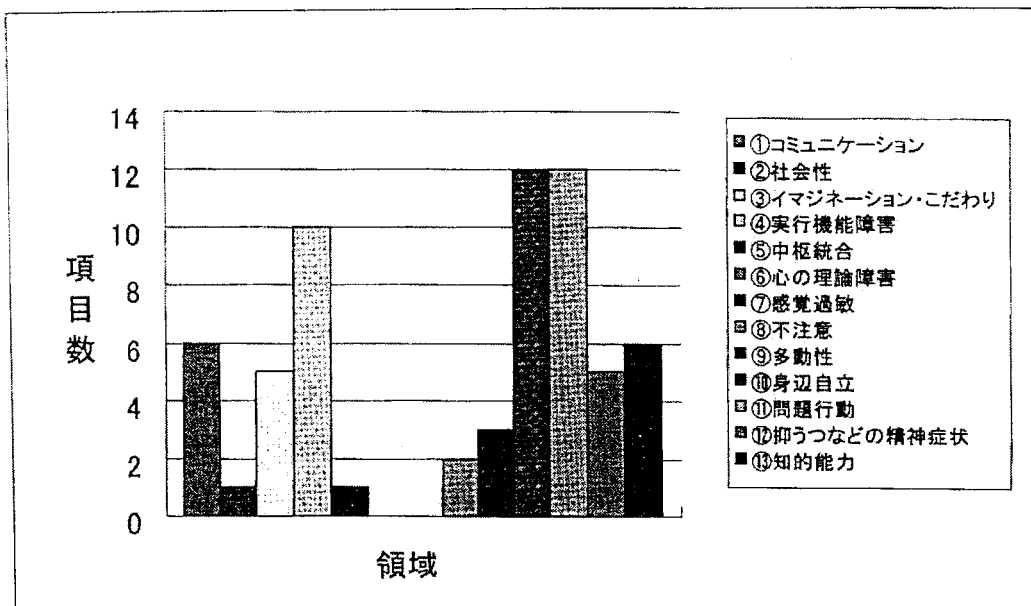
しかしながら、項目の内容を広汎性発達障害の評価の視点から子細に検討すると、本障害程度区分は高機能広汎性発達障害の評価をするためには不十分な点もあるように思えた。

そこで中央値が4以上の63項目について広汎性発達障害特性、特に高機能例の特性を反

映しているかどうかを項目毎に検討した。

広汎性発達障害の主要な特性は社会性、コミュニケーション、イマジネーションの3領域にみられる。また認知心理学的な視点からは「心の理論障害」、実行機能障害、中枢統合の障害の3つの視点から議論されることが多い。さらに広汎性発達障害によく見られる問題として感覚過敏、不注意、抑うつなどの精神症状がある。このような視点も踏まえて、63項目について、どの領域の特性を評価しているかについての再分類を試みた。具体的には、自閉症の診断特性である①コミュニケーション、②社会性、③イマジネーション・こだわりに加えて、④実行機能障害、⑤中枢統合、⑥心の理論障害、⑦感覚過敏、⑧不注意、⑨多動性、⑩食事・排泄などの身辺自立スキル領域、⑪自傷・他害などの問題行動、⑫抑うつなどの精神症状、⑬知的能力（自分の名前が言える、季節の理解など）の13の領域に分類した。なお、どの分野に分類するかが二つの分野に重複して分類される場合には、できるだけ自閉症特異的な分野に分類した。例えば、入浴のスキルは身辺自立スキルにも実行機能の領域にも分類されうるが、実行機能障害に分類した。

その結果、多い順に、⑩身辺自立スキル（25、26、27、28、29、30、31、33、34、35、36、37）（括弧内の番号は106項目中の項目番号、以下同様）、⑪問題行動（56、58、66、67、68、72、73、74、75、76、77、78）がそれぞれ12項目、④実行機能障害（38、62、82、99、100、101、102、103、104、105）の10項目、①コミュニケーション（41、42、43、44、83、106）、⑬知的能力（45、46、47、48、49、50）がそれぞれ6項目、⑫精神症状（54、55、61、79、86）、③イマジネーション・こだわり（57、59、64、70、80）がそれぞれ5項目、⑨多動性（60、63、71）の3項目、⑧不注意（65、84）の2項目、⑤中枢統合（85）、②社会性（82）がそれぞれ1項目と続いた。⑥心の理論障害、⑦感覚過敏を反映した項目は一つもなかった。広汎性発達障害の中核症状である社会性障害に分類可能なのは82（自室に閉じこもり横になっている）の一項目に過ぎなかった。（グラフ1）



グラフ1 中央値4以上の63項目の領域別項目数

このようにみていくと、本106項目は一見自閉症特性の評価に有用なように見えるが、実際には身辺自立スキルや知的能力を評価している側面が強いことが伺える。自閉症スペクトラムの基本障害であるコミュニケーションは6項目あるが、その内容は基本的な意志伝達(41)、介護者の指示が通じる(43)などであり重度の知的障害を合併した自閉症の人にしか該当しない。高機能の広汎性発達障害の特徴である皮肉なことわざ、裏の意味の理解やペダンティックで不自然な会話などの微妙だが社会生活や一般就労のためには必要なコミュニケーションを評価する項目は一つもない。

本調査は既に作成された「障害程度区分106項目」について、各項目がどの程度重要であるかを広汎性発達障害の専門家に評価を求めるといった方法をとった。その結果、各項目が有用であるかどうかの評価は可能であるが、障害程度区分106項目が有用で妥当なものかという点についての評価は得られない。106項目の中に広汎性発達障害の特性を反映した項目は比較的多く存在したが、そのほとんどが広汎性発達障害に伴う知的障害や問題行動、身辺自立スキルの評価に関係した項目であり、高機能自閉症やアスペルガー症候群特性を評価する項目はほとんどなかった。

第一に広汎性発達障害の中核的な特性である社会性、コミュニケーション、イメージネーションの3特性について検討すると、社会性の項目については106項目中に自閉症の社会

性障害を典型的に反映させた項目はなく、強いてあげれば項目82「一日中横になっていた
り、自室に閉じこもって何もしないでいること」が関係していると判断した。この項目は
調査員マニュアルの解説では「行動を計画したり実行したりする意欲が乏しいため、周り
から言われないと何もしないでいることが多く、行動を促す他者からの働きがあっても動
かない場合をいう」とされており、統合失調症の無為自閉状態を想定した項目のようであ
るが、広汎性発達障害においてもこのような行動特性を示す場合もあるため社会性障害に
分類した。

第二に広汎性発達障害の中核的特性であることが議論されている心の理論障害を反映し
ていると判断される項目は皆無であり、中枢統合障害を反映している項目もわずか一項目
でその内容もそれぞれの領域の障害特性を典型的に反映しているとは言い難い項目、すな
わち「現実には合わず高く自己評価すること」であった。この項目は他の領域に分類する
のが困難であったことと、全体の状況の中で自己の立場を把握する能力という観点から中
枢統合障害を反映している判断した。一方、実行機能障害を反映した項目は比較的多かつ
た。項目38「日常の意思決定について」、項目62「外出すると病院、施設、家などに1人
で戻れなくなる」などであり、これらの項目は認知症などを想定した項目かもしれない。
実行機能障害は曖昧な概念であり自閉症に限らず、ADHD、認知症、統合失調症など多様
な障害で生じることが知られている認知機能障害であり、障害程度区分に多数登場するこ
とは当然の帰結かもしれない。

第三に広汎性発達障害によくみられる特性である感覚過敏については、関係がある項目
が皆無であった。感覚過敏はしばしば社会適応上の問題に繋がることが多いにもかかわらず一項目もないことが注目された。

以上まとめると本106項目障害認定区分は広汎性発達障害の評価尺度としては、社会性
や微妙なコミュニケーションに関する項目が少なく、感覚過敏を反映した項目がないなど
広汎性発達障害に使用するには限界があると考えられた。

今後は広汎性発達障害のために作られた日本自閉症協会広汎性発達障害評定尺度
(PARS)などを用いて広汎性発達障害特有の困難度を障害程度区分106項目が適切に反映
しているかどうかの検討を行うことが必要であると考えられた。

付録 障害者自立支援法における「障害程度区分」の
広汎性発達障害への適用可能性に関する調査票

(回答〆切：2005年12月28日)

回答者氏名：
所 属：
職 種： 医療 ・ 保健 ・ 福祉 ・ 教育 ・ 心理
経験年数（PIDに関わった）： 年

以下の106項目が広汎性発達障害者の障害の程度を評価するうえで、どの程度重要だと思われますか？

重要と思う程度を5段階で評定してください。ここでの広汎性発達障害には幼児から成人までの全年齢段階とすべての知的障害（発達）水準を含むものとします。

- 5：非常に重要である
- 4：重要である
- 3：どちらでもない
- 2：重要でない
- 1：まったく重要でない

		評価内容	5段階評定
	1-1	麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）	
1		1 左上肢	5 - 4 - 3 - 2 - 1
2		2 右上肢	5 - 4 - 3 - 2 - 1
3		3 左下肢	5 - 4 - 3 - 2 - 1
4		4 右下肢	5 - 4 - 3 - 2 - 1
5		5 その他	5 - 4 - 3 - 2 - 1
	1-2	関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）	
6		1 肩関節	5 - 4 - 3 - 2 - 1
7		2 肘関節	5 - 4 - 3 - 2 - 1

8		3 股関節	5 - 4 - 3 - 2 - 1
9		4 膝関節	5 - 4 - 3 - 2 - 1
10		5 足関節	5 - 4 - 3 - 2 - 1
11		6 その他	5 - 4 - 3 - 2 - 1
12	2-1	寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1つかまらないでできる、2何かにつかまればできる、3できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
13	2-2	起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1つかまらないでできる、2何かにつかまればできる、3できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
14	2-3	座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2自分の手で支えればできる、3支えてもらえればできる、4できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
15	2-4	両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1支えなしでできる、2何か支えがあればできる、3できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
16	2-5	歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1つかまらないでできる、2何かにつかまればできる、3できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
17	2-6	移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
18	2-7	移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1

19	3-1	立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1つかまらないでできる、2何かにつかまればできる、3できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
20	3-2	片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1支えなしでできる、2何か支えがあればできる、3できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
21	3-3	洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2一部介助、3全介助、4 行っていない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
		じょくそう（床ずれ）等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。	
22	4-1 ア	じょくそう（床ずれ）がありますか 1ない、2ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
23	4-1 イ	じょくそう（床ずれ）以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか 1ない、2ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
24	4-2	えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り等、3できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
25	4-3	食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
26	4-4	飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1

27	4-5	排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
28	4-6	排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
		清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。	
29	5-1 ア	口腔清潔 (はみがき等) 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
30	5-1 イ	洗顔 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
31	5-1 ウ	整髪 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
32	5-1 エ	つめ切り 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
		衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。	
33	5-2 ア	上衣の着脱 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
34	5-2 イ	ズボン、パンツ等の着脱 1できる、2見守り等、3一部介助、4全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
35	5-3	薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
36	5-4	金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1

37	5-5	電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
38	5-6	日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2特別な場合を除いてできる、3日常的に困難、4できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
39	6-1	視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1普通（日常生活に支障がない）、2約1m離れた視力確認表の図が見える、3目の前に置いた視力確認表の図が見える、4ほとんど見えない、5見えているのか判断不能	5 - 4 - 3 - 2 - 1
40	6-2	聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1普通、2普通の声がやっと聞き取れる、3かなり大きな声なら何とか聞き取れる、4ほとんど聞えない、5聞えているのか判断不能	5 - 4 - 3 - 2 - 1
		意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。	
41	6-3 ア	1調査対象者が意思を他者に伝達できる、2ときどき伝達できる、3ほとんど伝達できない、4できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
42	6-3 イ	意思の伝達にあたり、本人独自の表現方法について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1独自の方法によらずに意思表示ができる、2時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある、3常に、独自の方法でないと意思表示できない、4いかなる方法でも意思表示自体ができない	5 - 4 - 3 - 2 - 1

43	6-4 ア	介護者の指示への反応について、 あてはまる番号に一つだけ○印を つけてください。 1 介護者の指示が通じる、2 介護 者の指示がときどき通じる、3 介 護者の指示が通じない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
44	6-4 イ	言葉以外の手段を用いた説明の理 解について、あてはまる番号に一 つだけ○印をつけてください。 1 言葉以外の方法を用いなくても 説明を理解できる、2 時々、言葉 以外の方法を用いないと説明を理 解できないことがある、3 常に、 言葉以外の方法を用いないと説明 を理解できない、4 いかなる方法 でも説明を理解すること自体がで きない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
		記憶・理解について、あてはまる 番号に一つだけ○印をつけてくだ さい。	5 - 4 - 3 - 2 - 1
45	6-5 ア	毎日の日課を理解することが 1できる、2できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
46	6-5 イ	生年月日や年齢を答えることが 1できる、2できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
47	6-5 ウ	面接調査の直前に何をしていたか 思い出すことが 1できる、2できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
48	6-5 エ	自分の名前を答えることが 1できる、2できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
49	6-5 オ	今の季節を理解することが 1できる、2できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
50	6-5 カ	自分がいる場所を答えることが 1できる、2できない	5 - 4 - 3 - 2 - 1
		行動について、あてはまる番号に 一つだけ○印をつけてください。	

51	7 ア	物を盗られたなどと被害的になる ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
52	7 イ	作話をし周囲に言いふらすことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
53	7 ウ	実際にはないものが見えたり聞える ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
54	7 エ	泣いたり、笑ったりして感情が不安 定になることが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
55	7 オ	夜間不眠あるいは昼夜の逆転が 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
56	7 カ	暴言や暴行が 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
57	7 キ	しつこく同じ話をしたり、不快な 音を立てることが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
58	7 ク	大声をだすことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
59	7 ケ	助言や介護に抵抗することが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
60	7 コ	目的もなく動き回ることが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
61	7 サ	「家に帰る」等と言い落ち着きが ないことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
62	7 シ	外出すると病院、施設、家などに 1人で戻れなくなることが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
63	7 ス	1人で外に出たがり目が離せない ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1

64	7 セ	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
65	7 ソ	火の始末や火元の管理ができない ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
66	7 タ	物や衣類を壊したり破いたりする ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
67	7 チ	不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ） ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
68	7 ツ	食べられないものを口に入れる ことが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
69	7 テ	ひどい物忘れが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
70	7 ト	特定の物や人に対する強いこだわりが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
71	7 ナ	多動または行動の停止が 1ない、2希にある、3月に1回以上、4週に1回以上、5ほぼ毎日	5 - 4 - 3 - 2 - 1
72	7 ニ	パニックや不安定な行動が 1ない、2希にある、3月に1回以上、4週に1回以上、5ほぼ毎日	5 - 4 - 3 - 2 - 1
73	7 ヌ	自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が 1ない、2希にある、3月に1回以上、4週に1回以上、5ほぼ毎日	5 - 4 - 3 - 2 - 1
74	7 ネ	叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が 1ない、2希にある、3月に1回以上、4週に1回以上、5ほぼ毎日	5 - 4 - 3 - 2 - 1

75	7 ノ	他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが 1 ない、2 希にある、3 月に1回以上、4 週に1回以上、5 ほぼ毎日	5 - 4 - 3 - 2 - 1
76	7 ハ	環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが 1 ない、2 希にある、3 週に1回以上、4 日に1回以上、5 日に頻回	5 - 4 - 3 - 2 - 1
77	7 ヒ	突然走っていなくなるような突発的行動が 1 ない、2 希にある、3 週に1回以上、4 日に1回以上、5 日に頻回	5 - 4 - 3 - 2 - 1
78	7 フ	異食、過食、反すう等の食事に関する行動が 1 ない、2 希にある、3 週に1回以上、4 ほぼ毎日、5 ほぼ毎食	5 - 4 - 3 - 2 - 1
79	7 ヘ	気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力も低下することが 1 ない、2 ときどきある、3 ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
80	7 ホ	再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかることが 1 ない、2 ときどきある、3 ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
81	7 マ	他者と交流することの不安や緊張のため外出できないことが 1 ない、2 ときどきある、3 ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
82	7 ミ	一日中横になっていたり、自室に閉じこもって何もしないでいることが 1 ない、2 ときどきある、3 ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
83	7 ム	話がまとまらず、会話にならないことが 1 ない、2 ときどきある、3 ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
84	7 メ	集中が続かず、いわれたことをやりとおせないことが 1 ない、2 ときどきある、3 ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1

85	7 モ	現実には合わず高く自己評価することが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
86	7 ヤ	他者に対して疑い深く拒否的であることが 1ない、2ときどきある、3ある	5 - 4 - 3 - 2 - 1
	8 処置 内容	過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)	
87		1点滴の管理	5 - 4 - 3 - 2 - 1
88		2中心静脈栄養	5 - 4 - 3 - 2 - 1
89		3透析	5 - 4 - 3 - 2 - 1
90		4ストーマ(人工肛門)の処置	5 - 4 - 3 - 2 - 1
91		5酸素療法	5 - 4 - 3 - 2 - 1
92		6レスピレーター(人工呼吸器)	5 - 4 - 3 - 2 - 1
93		7気管切開の処置	5 - 4 - 3 - 2 - 1
94		8疼痛の看護	5 - 4 - 3 - 2 - 1
95		9経管栄養	5 - 4 - 3 - 2 - 1
96	8 特別な 対応	10モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	5 - 4 - 3 - 2 - 1
97		11じょくそうの処置	5 - 4 - 3 - 2 - 1
98	8 失禁への 対応	12カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	5 - 4 - 3 - 2 - 1
99	9-1	調理(献立を含む)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り、一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
100	9-2	食事の配膳・下膳(運ぶこと)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り、一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1

101	9-3	掃除（整理整頓を含む）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り、一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
102	9-4	洗濯について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り、一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
103	9-5	入浴の準備と後片付けについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り、一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
104	9-6	買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り、一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
105	9-7	交通手段の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2見守り、一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1
106		文字の視覚的活用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1できる、2一部介助、3全介助	5 - 4 - 3 - 2 - 1

ご協力ありがとうございました。