

障害者総合支援法を活用するために

2013（平成25）年3月17日

於：大津ふれあいプラザ

弁護士 青木志帆（兵庫県弁護士会）

第1 支給量訴訟～重度障害者の「自立」の最前線

1 「地域社会で共生する権利」

- ・ 憲法（13条、14条1項、22条1項、25条）、国際人権規約（6条1項）
- ・ 障害者の権利条約19条←ただし批准していないので裁判規範性はない
- ・ 障害者基本法（3条2号）

1条（目的）：

「障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり…」

3条（地域社会で共生する権利等）

第1条に規定する社会の実現は、全ての障害者が、障害者でない者と等しく、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有することを前提としつつ、次に掲げる事項を旨として図られなければならない。

- 一 全て障害者は、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確保されること。
- 二 全て障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと。

三（略）

- ・ 障害者自立支援法

1条（目的）

…障害者基本法の基本的理念にのっとり…障害者及び障害児が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、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、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

2 「自立」とは

- × 障害のある人個人に自助努力を求めることにより、他者の援助を受けることなく生活すること→「医学モデル」
- **必要な支援**を受けながら自己決定によるライフスタイルを実現すること→「社会モデル」

【「障害」の捉え方】

「医学モデル」:

障害を疾病その他の健康状態から生じた個人的なことがらととらえ、専門職による医療の提供、リハビリ、職業訓練などを必須とし、障害への対応の目標は治癒、身辺自立、就職などであって、個人の社会への適応改善にあるとするもの。

「社会モデル」:

障害は個人のことがらとして発生するのではなく、社会環境によって作り出されるものと見る考え方であり、障害への対応の目標は社会的に存在する障壁を取り除くことによって障害のある人の社会参加を実現しようとするもの¹。
→食事、風呂、排泄等の身の回りのことをできるようにならなくても、それらについては支援を受けることによって、自己決定に基づき自らのライフスタイルを形成することが「自立」だ、ということになる。

自立支援法も、そのためにさまざまな福祉サービスを用意している。

第2 介護保障を考える弁護士と障害者の会全国ネット

1 和歌山ALS訴訟の成功

- ・ 「裁判で白黒つけるリスク」→弁護士に依頼することではなく、運動・交渉でなんとかすべきものと考えられてきた
- ・ 和歌山地決平成 23 年 9 月 26 日→和歌山ALS訴訟仮の義務付け決定
☆この知らせを聞いた京都の某市のALS患者が、呼吸器をつけて公的介護に

¹ 「社会モデル」は「医療」の否定ではない。

たとえば、難病患者が就労しようとした時に、「病気を治してからでなければ雇えない」というのが医学モデル的な障害観。

主治医への定期受診の日程を調整して医療によるサポートを得やすくしながら働く方向を模索するのが社会モデル的な障害観。

委ねることを決意（「かりん燈」ブログ 2011年9月30日付）

- ・ 大阪高判平成 23 年 12 月 15 日→和歌山石田訴訟大阪高裁判決
- ・ 和歌山地判平成 24 年 4 月 25 日→和歌山ALS訴訟判決

↓

一連の成功により、支給量問題に弁護士が関わることの意義が認識される

2 全国ネット結成（別紙チラシ参照）

- ・ 平成 24 年 11 月 30 日結成
- ・ 現在、熊本、福岡、高知、香川、東京、群馬、北海道などなど、全国各地で活動中。
- ・ 支給量の更新時 or 変更申請段階から弁護士が入る
→極力、訴訟になる手前で満足の行く結論を得られるよう活動する
- ・ 「難病」とあるのは、現在までの当事者の多くが、難病（特定疾患が多い）を原因としているから
例）脊髄小脳変性症、多発性硬化症、ALS、結節性硬化症、ラスムッセン症候群、遠位型ミオパチーなどなど

第3 最初の「130疾患」が障害者総合支援法の「色」を決める

1 史上初の「三障害いずれにも該当しない『難病障害者』」

史上初＝利用する方も、提供する方も、行政も「よくわかっていない」

行政の準備は不十分

↓

利用できそうな情報は当事者側で収集しなければならない。

2 ハードルとなりうる過程

(1) 障害支援(程度)区分

障害福祉サービスの必要性を明らかにし、市町村がサービスの種類や量などを決定するため、障害者の心身の状態を総合的に示す区分。

- ・ 介護保険の要介護度に似たような制度
- ・ 106項目の区分認定調査項目への回答から算出
- ・ 区分認定調査項目が、「身体（肢体）障害」に関する質問に偏っているので、それ以外の障害（知的・精神・視覚・聴覚など）だと程度区分が実際のサービスの必要性よりも低く出る傾向がある
→難病でも同じ事が言える
→「難病患者等に対する障害程度区分認定」マニュアルの活用

→「症状がより重度の状態＝障害程度区分の認定が必要な状態」

(2) 支給量

同上の理由により、満足の行く支給量が得られない可能性も。

→申請時から「どのような症状により、どのような場面で、ド野ような支援が必要なのか」ということを詳細に明らかにする

↓↓

- 自分が（社会モデル的に）「自立」した生活を送る、ということはどういうことか
- 「自立」した生活を送るためには、どのような支援が必要なのか

以上を考えつつ、いろいろな人に理解してもらわなければならない

→自分の病気、しんどいことを「理解させる」だけのノウハウを持って！

第4 「難病対策基本法（仮）」の話

(1) 誰の、なんのための「治療法の調査研究」か

「治療方法の調査研究」のための「患者」なのか

「患者の地域社会で共生する権利」のための「治療方法の調査研究」なのか

※「難病対策の改革について（提言）」の中には、「権利」という単語がひとつもない

→基本的に、「患者の自立生活を支援する」という視点に立つ法律にはならない。

（「骨格提言」との整合性は？）

(2) 難病患者の「地域社会で共生する権利」を前提として捉え直すと

- ・ 医療費の公費助成
 - ・ 拠点病院の整備
 - ・ 就労支援
 - ・ トランジション
- ・・・etc