

リベラル懇話会  
政策提言書

福祉・障がい分科会

2016年7月3日

(最終版)

## 7. 福祉・障がい

### 7-0. 情勢

### 7-1. 障害者権利条約の完全実施

7-1-1. 差別解消法を実効性のあるものとするを通して

7-1-2. インクルーシブ教育の実現

### 7-2. 障害者の自立生活の実現: 障害者総合支援法と「骨格提言」の完全実施

7-2-1. 強制的な施設／病院収容の否定

7-2-2. 自立支援サービスの確立

7-2-2-a. 「ポスト障害者自立支援法」における骨格提言の意義の確認

7-2-2-b. パーソナルアシスタンスの実現

7-2-2-c. 介護保険制度との統合への反対

7-2-3. 自立生活を実現するための所得保障

7-2-3-a. 障害者の自立を支援する手当制度の再構築

7-2-3-b. 年金制度の水準・運用等の改善・見直し

7-2-3-c. セーフティネットとしての生活保護制度の維持・改善

### 7-3. 高齢者: 地域包括ケアの実質化

7-3-1. 個別的で包括的で継続的な生活支援

7-3-2. インフォーマルな支えあいをも包括したケアシステム

7-3-3. 高齢者福祉における脱施設と住まいの確保

## 0. 情勢

2009年当時、民主党がマニフェストに示していた障害者政策への取り組みは、取り上げるべき論点および取るべき方向性が明確であり、また、これらへの当事者運動サイドからの評価は高く、強い期待が寄せられてもいた。だからまずは、その後の情勢の変化を踏まえつつ、これをアップデートすることが肝心だと考える。

2014年1月、障害者の権利に関する条約（以下、「障害者権利条約」）が批准され、障害者を保護の客体から権利の主体へとパラダイム転換を図るための国内制度政策の整備が急ピッチで進められている。

障害者権利条約の基本的な考え方においては、障害（disability）が機能障害（impairment）のある人と態度及び環境に関する障壁との相互作用により生じるものであるという「障害の社会モデル」が採用され、医療やリハビリテーションを中心とする「障害の個人モデル」からの障害者の支援の転換が図られている。

「権利の主体としての障害者」および「障害の社会モデル」が障害者権利条約の基本概念として取り入れられたのは、いずれも国際的な障害者運動や障害学の長年の主張、研究の成果の反映である。

DPI 日本会議や日本の自立生活運動の取り組みにおいて具体的に目指されたのは、①障害者差別禁止法の制定によって障害者の就労・就学・社会参加の領域における従来の保護的政策を、差別禁止と合理的配慮に基づく積極的格差是正政策へと転換させることであり、また、②障害者の「自立生活」の実現、つまり、障害者の日常生活に必要な支援システムを、介護者ではなく障害者自身のイニシアティブのもとで確立することによって、政府や専門家主導の福祉サービスから当事者主体の支援へと転換することである。

こうした、2つのパラダイム転換において、前者は、2013年8月成立の障害者差別解消法として制度的に結実した。だからまずは、解消法を実効性のあるものとするを通して、障害者権利条約の完全実施を目指すことが求められる。

一方、後者については、いまだそのかたちを得ていないという現状がある。その主要な背景の一つに社会保障全般の財政上の課題がある。福祉サービスの重点化と効率化の徹底により制度の持続可能性を図る方向がとられているが、しかし社会保障に係る予算の緊縮を目指す方向は、市民生活にとって必要な公的福祉サービスの削減につながる。やはり障害者権利条約の求める「完全参加と平等」を実現するための施策を目指すことが肝要であり、差別解消法施行以降に求められる施策は、以下のように整理することができる。

障害者が、居住地を選択し、どこで誰と生活するかを選択する機会を保障し、特定の生活様式

で生活する義務を負わせないこと。つまり、強制的な施設／病院収容を否定し、地域で暮らす自立生活の実現を目指すこと。また、そのために必要となる自立支援サービス（パーソナルアシスタンス制度）と、当事者主体の長時間見守り型介護を確立することが、いまだ残された大きな課題である。もちろん、これらの「自立生活」を実現するためには、ケアのシステムのみならず、所得保障も必須となる。

---

## 1. 障害者権利条約の完全実施

現在、差別解消法が施行される 2016 年 4 月を前にして、これらをいかにして実効性のあるものにしていくかが問われている。

民主党政権下の 2009 年 12 月、障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備のため、障害者に係る制度の集中的な改革を目的として「障がい者制度改革推進本部」が設置され、「障がい者制度改革推進会議」が発足し、政策の検討が進められてきた。そうして、2009 年以降、障害者制度改革の 3 つの課題であった障害者総合支援法の制定、障害者基本法の改正等推進体制の見直し、障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定が、現在、一定の結論を得た。この制度改革は、民主党政権下で「当事者参画」をキーワードにすすめられてきた「障がい者制度改革推進会議」からはじまる大きな流れのなかに位置づけることができる。

2011 年 8 月には、障害者権利条約の批准に向けた国内法整備の一環として、障害者基本法が改正。「障害の社会モデル」によって障害者の定義を「障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」とした。また、こうした社会的障壁を除去するおこないとしての「合理的配慮」の提供（その不提供は障害者への差別であること）を定めた。

さらに 2013 年 6 月には、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（いわゆる「障害者差別解消法」）が成立した。こうしてようやく、2014 年 1 月、障害者権利条約の批准がなされることとなった。

ここで「障害を理由とする差別の解消」を目指して策定された同法において定められている「差別」とは、1. 障害を理由とした不当な扱い 2. 合理的配慮を提供しないことである。ただし、障害者基本法および「解消法」では、障害者への差別解消措置として、「合理的配慮の不提供」を差別であると定めてはいるが、そもそも「障害者への差別とはなにか」、「合理的配慮とはなにか」を条文のうへでは列挙することはできない。具体的な内容はあくまでも国の行政機関等

がガイドラインを定め、それに基づいて取り組まれる必要がある。

この「障害者への差別を解消する」というおこないには、インクルーシブ教育の実現、すなわち、平等な教育の機会の確保も含まれる。障害のある者が一般的な教育制度（義務教育+高等教育その他）から排除されないこと。障害のある者に対する支援のために必要な人的体制、教材、施設や設備等の教育環境が整備されること。障害のある子供が、他の子供と平等に「教育を受ける権利」を行使するため、個々に必要となる適当な変更・調整が提供されること。こうした、特別支援学校／学級を前提としない（教育の分野の完全参加と平等としてのフル）インクルーシブ教育を、「合理的配慮の提供」として実現することが求められる。

ただし、ここで求められている「合理的配慮」の提供は、行政機関・地方公共団体・民間事業者（個人事業主・NPO含む）に対してであり、民間事業者においては「努力義務」でしかない。この提供が義務づけられる範囲を見直し、拡げてゆくことが求められる。

2015年には政府の基本方針「障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針」が定められ、国の各行政機関による対応要領・対応指針が作成されている。また、地方公共団体が地域の実情に即して、障害を理由とする差別に関する条例（法令よりも厳しい基準の条例である、いわゆる「上乗せ条例」、および、法令で規制がされていない事項について規制する「横出し条例」を含む）を制定することができることとされているため、各地では「解消法」にかかわる当事者による条例づくりが活発化している。

よって、これらを踏まえた「差別解消法」の課題としては、以下のとおりに整理することができる。

- 施行3年目の「見直し」で、合理的配慮の義務を（民間）事業者に広げること
- 「障害に基づく差別」の定義を「不均等待遇」（直接差別、間接差別、関連差別）を解釈できるものとする。また、そのための事例収集をすること
- 個別分野の規定（各則）を、事例を集めて実現すること
- 新たな救済機関を設け、紛争解決のしくみを充実させること
- 義務教育の、インクルーシブ教育が基本となったものへの転換と、その実現のために必要な人的体制、教材、施設や設備等の環境整備をおこなうこと（高等教育その他義務教育以外の教育もこれに準じる）

---

## 2. 障害者の自立生活の実現: 障害者総合支援法と「骨格提言」の完全実施

### 2-1. 強制的な施設／病院収容の否定

障害者権利条約第 19 条「自立した生活及び地域社会への包容」においては、地域社会で生活する権利について述べられている。とくに「特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」という箇所は、いまだ多くの精神障害者が、精神科病棟で「社会的入院」を続け、知的障害者や重複の障害者が長期に生活施設に入所し生活している日本の現状にとって重要である。

長期入院をする精神障害者の割合が、他の先進国と比較して多いことは、しばしば指摘されてきた。現行の障害福祉計画においては施設入所者や入院者数の削減目標、地域生活への移行目標が掲げられているが、達成が難しい状況にある（岡部 2015）。

また、先天的な障害をもつ人は、家族と暮らしている間は家族（母親）が介護の大多数を担っているのが現状であり、親が高齢あるいは病気になったことで介護を受けることができなくなり、施設に入所するというケースが多い。

以上から、地域生活に必要なのは、家族の介護に頼らないケア体制の構築（＋住まい、所得保障、日中活動の場、保健医療体制）である。

### 2-2. 自立支援サービスの確立

#### 2-2-a. 「ポスト障害者自立支援法」における骨格提言の意義の確認

2006 年に施行された障害者自立支援法は、公的介護保険制度と障害者福祉制度の統合の可能性をふまえ、「応益負担」、「障害程度区分」等を組み込んで策定された。しかしその結果、一律的な障害程度区分にもとづき、サービスが必要である人ほど多く費用を負担するというしくみのもとで、多くの障害者の尊厳や権利が傷つけられる事態となり、「自立支援法違憲訴訟」が起こった。

2010 年 1 月には原告団と厚生労働省との和解により基本合意文書が示され、これに基づき同年 6 月には「応益負担を原則とする障害者自立支援法を廃止」、「制度の谷間のない支援の提供」、「個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備」等を内容とする閣議決定が行われた。つまり、「障害者総合支援法」は障害者自立支援法に代わるものとして位置づけられていたはずであった。しかし 2013 年 4 月に施行された同法は、「障がい者制度改革推進会議」による「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」（以下、「骨格提言」）をほとんど無視し、また上記の基本合意文書をほとんど反映せず、旧来の自立支援法の問題点を温存するものとなった。

現在求められているのは、骨格提言に忠実に基づいてこの矛盾を正しつつ問題点を解決することである。しかし同法律の3年後の見直しにあたる2016年度改正にむけての議論では、必ずしもその方向に向かってはいない。サービス利用に係る利用者負担については、他制度とのバランスや制度の持続可能性を図る方向性等から利用者負担のあり方を見直すための検討を引き続き行うこととされた。したがって、支援の必要性が大きい障害者ほど利用者負担が増大するという仕組み（応益負担）に切り替えられる可能性は否めない。利用者負担には、定率負担や、障害児の場合には世帯の収入状況、障害者の場合には本人だけでなく配偶者の収入状況から算定がなされるなど、原則家族負担の考え方が残っていることから、障害者の尊厳と生存の権利を脅かされる危険を有しているが、今回の見直しでは重点的には議論されていない。

また、骨格提言では障害程度区分の廃止が主張されていたが、今回の見直しでは判定プロセスの課題把握と認定事務の適切な運用およびそのための周知と研修に議論が留められている。従来から、障害者の抱える困難は各人で状況が複雑に異なり、本人の支援の必要性やその内容はそれぞれの生活実態に応じて多様であることから、適切で適正な支援ができないという問題が指摘されている。今回の見直しでは、こうした根本的な課題を解決する方向には至っていない。

他、骨格提言では、障害者の日中活動の場の確保と整備、就労支援、意思決定支援（成年後見制度と障害者権利条約の規定との関係を含む）、保健医療体制、介護労働者の労働条件の改善等といった事項への提言がなされており、その実現も目指されるべきである。

## 2.2.b. パーソナルアシスタンスの実現

パーソナルアシスタンスとは、「利用者の主導による、個別の関係性の下での、包括性と継続性を備えた生活支援」である。骨格提言には、現行の制度の枠組みを拡大しながらパーソナルアシスタンスに近い形を作っていく道筋として、重度訪問介護の利用拡大が盛り込まれていた。重度訪問介護は家事援助や身体介護のように行為と時間をあらかじめ明確に決める形ではなく、柔軟な運用ができる形のサービスである。障害者総合支援法においては、重度訪問介護を機能障害に基づいた重度の肢体不自由者に限定した利用から行動障害を有する精神・知的障害者への対象拡大がなされたが、対象者の要件が障害程度区分に基づくなど、その範囲が依然として狭い。

権利の主体として地域で暮らしていくために必要な第一の資源は介護や支援である。権利の主体としての生活を支える制度の基本に、介護や支援の必要性をできる限り、それを必要とする本人の判断を中心に供給されていくような仕組みが据えられることが望ましい。これを達成するための介護供給の仕組みとして提示するのが、パーソナルアシスタンスという考え方である。

ともすると介護という言葉は、できないことの援助や、何かができるようになるように働きかける範囲のものに限定して捉えられがちである。だが、障害の社会モデルを基盤に置いたとき、

介護の内容はそうした範囲に限定されない。施設ではなく自宅で、あくまでも、本人が望む生活をすごすために必要なものであり、そのため、原則としては、あらかじめ専門家や行政が一律に類型化して提供し、その供給の効果を評価できるものではない。

加えて、「包括性」を備えた生活支援という点では、移動に関する福祉サービスは、障害種別を問わず多くの障害者が利用しているものだが、生活に不可欠な通勤や通学での利用が保障されておらず、障害者の就労や学業の継続に大きな障壁となっている実態がある。これは福祉サービスだけで対応するのではなく、労働行政・教育行政等とともに考える必要があるが、それらの問題点を乗り越えるためにも、やはり骨格提言を実現していくことが必要である。

### 2.2.c. 介護保険制度との統合への反対

障害者総合支援法第7条により、65歳以上の障害のある人と、介護保険法によって指定されている40歳以上の「特定疾病」該当者は、介護保険制度と重複する自立支援給付について原則として介護保険を優先することが定められている（ただし「適用関係等の通知」あり※）。このため、障害のある人が65歳になると要介護認定を受けることを強いられ、また、認定された要介護度ごとに定められた介護保険サービスが優先されることによって、障害福祉のサービスが減ったり負担額が増えたりする事例が生じている。

前出の「自立支援法違憲訴訟」和解の基本合意文書では、「新たな福祉制度の構築に当たっては、現行の介護保険制度との統合を前提とはせず」とされている。また、骨格提言においても、「障害者が介護保険対象年齢となった後であっても、それまでの障害者の地域生活の継続が保障されなければならない」と明確に記されているように、生活の質が落ちるのみならず生存が脅かされるような事態を引き起こす福祉サービスの削減や、地域生活が不可能になるような負担額を課せられることは回避されなければならない。

2016年度に向けた障害者総合支援法見直しの議論では、公的介護保険制度と障害者福祉制度の「統合」を明確に企図した議論とはならなかったが、今後の検討においては財源確保の方策を含め「両制度の関係」について議論を行うべきだと結論付けられた。これらの今後を議論する際、あらためて障害者自立支援法違憲訴訟が起きてきた状況・背景と基本合意文書の意味を十分に検討し、障害者の地域での自立生活を脅かす状況に至らないようにするための制度設計が肝要となる。

### 2-3. 自立生活を実現するための所得保障

自立生活のためには、ケア体制の構築のみならず所得の保障も必要である。



障害者の所得保障には、障害基礎年金等の年金、特別障害者手当等の手当、生活保護制度の3つが柱になっている。近年、具体的な就労支援による収入の増加を図る以外の所得保障についてはほとんど論じられていない。しかし就労による収入が十分ではなく、経済的に自立できているとはいえない状況から、年金、手当等についても十分な議論が行われる必要がある。

年金については無年金者の存在、金額の妥当性などのほかに、年金支給の判定において地域差があることが指摘されてきた。2015年には「等級判定のガイドライン（案）」が提出されたが、このなかでは支給の目安が厳格化され、年金を受給できない人が出てくることが懸念されている。とりわけ精神障害・知的障害は数値化されにくく、また身体障害に比べて年金等級が低く抑えられがちであることから、画一的な運用は適切ではないだろう。不支給の人に合わせる「格差是正」ではなく、本来支給できるはずの人が支給できていない現状が「是正」されるべきである。また、以前から繰り返し提起されている、自立生活に必要な不可欠な、住宅費に関する手当の創設も検討の必要がある。

---

### 3. 高齢者：地域包括ケアの実質化

#### 3-1. 個別的で包括的で継続的な生活支援

以上にパーソナルアシスタンスというアイディアに即して述べたような、予め一律に類型化して供給できるようなものではない介護のあり方に近づけていくことは、65歳以上で何らかの障害を持った高齢者が地域で暮らしていくことにとっても同様に重要である。そのため、権利の主体として地域で暮らすことを支える介護・支援のあり方は、高齢者介護においても目指されるべきである。しかしながら、制度の歴史性と文脈を考えたとき、「介護の社会化」を達成するべく設けられた介護保険制度という介護供給システムと、その制度を取り巻く政策課題の関係のなかで、実現可能な形を考える必要がある。

介護保険制度は、老後の生活を支える重要な仕組みであるが、財政規模の拡大から、これまでの3回の「改定」は費用抑制の色彩が強い。2015年の改定においては、要支援1、2の人たちを介護予防サービスの給付対象から地域支援事業対象への移行、介護老人福祉施設利用を要介護度3以上の重度者への原則限定、一定所得者以上の利用料の増額など中重度の人への集中化と、(所得は考慮するものの全体としての)費用の自己負担化が進んでいる。

こうした制度の縮小と平行して提示されてきているのが、地域包括ケア構想である。この構想においては、自助を出発点に互助と共助の重要性が強調され、互助や共助を可能にする基盤

として地域を中心とした介護、医療、住民活動も含めた包括的なケアを実現していくことが目指されている。この構想は、2014年に可決された「地域における医療および介護の総合的な確保の促進に関する法律」で具現化された。

### 3-2. インフォーマルな支えあいをも包括した地域包括ケアシステム

以上の意味での介護保険制度の動きは、介護サービスの利用を制限するものと捉えるべきである。また、地域包括ケアの構想も、自助、互助、共助を第一にしていくという風にインフォーマルな支えあいなどが強調され、高齢者介護システムにおいて、介護保険制度を中心に見たとき、介護（公助）を縮小していく傾向にある。しかしながら、他方で、介護保険制度の中の家事援助や身体介護という類型化されたサービスが、高齢期に本人が望むように生活していくことを十分に支える上で課題を抱えていたことも否定できない。また、初期や若年の認知症の人たちから、認知症と診断されてから明確な介護が必要になって介護保険制度に移行するまでの間の資源が不足していること（早期診断早期絶望）も指摘されている。これらの介護保険制度の枠で掬いきれない課題に対して、すでに政策として実施されてきている地域包括ケアシステムの実質化が求められている。

現行の地域包括ケア構想の問題点は、自助・互助・共助が強調される中で、公助の役割が十分に検討されていない点にある。介護保険の外側にあるニーズをインフォーマルな資源で埋めていくことや、高齢者層を支えられる側としてだけでなく、支える側としても位置づけ支えあいの仕組みを作ることが主眼となっている。しかし、それが家族や地域、ボランティアといった力をあてにする日本型福祉社会の枠組みへと回帰していくことは、介護保険制度を中核として達成してきた介護の社会化の流れに反するものである。また、高齢者単身世帯が増え、子世代や配偶者が介護者としての役割を果たすような標準的な家族がマジョリティではなくなっていく中で現実的ではない。

また、地域包括ケアシステムは、全国一律のものというよりも、各地域の取り組みに合わせてなされるものであるため、統一的なシステムとして描きにくく、地域格差が生まれやすい。それゆえ、地域での活動が活性化されるような公的な仕組みのあり方を明確に提示することが重要である。具体的には、介護保険制度の枠組みでは充足できない外側のニーズに応える人たちの活動を支える財政的な基盤を作り、それがうまく地域に還流していくような仕組みを作ることが重要である。

それを可能とする方法として、一つには、地域包括ケアの構想を、介護保険制度を中心とした高齢者介護の枠組みを超えて描いていくことが必要である。宮本太郎は、生活困窮者自立支援法、介護保険制度の中の地域支援事業などの枠組みを用いて、生活支援の雇用を拡大してい

くことが可能であると述べている（宮本太郎 2014「地域社会をいかに支えるのか——生活保障の再編と地域包括ケア」『地域包括ケアと生活保障の再編—新しい「支え合い」システムを創る』明石書店）。

他方で、より重要なことは、そうした構想の中においても、地域包括ケアシステムの一要素である介護保険制度を十分に機能するように守っていくことである。介護保険制度の財政抑制策として地域包括ケアを位置づけるといった発想から離れ、「介護保険制度そのものの拡充を通じた地域包括ケアの達成」という方向性を目指すことが望ましい。そうした観点から考えると、要支援 1、2 の人を介護給付から外して地域支援事業へと移行すること（さらに現在検討されている要介護度 1、2 の人の生活援助の地域支援事業への移行）などの、利用抑制の方向性は望ましくない。たとえば、2015 年 1 月に省庁横断的な国家戦略として位置づけられた新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）では、早期診断・早期発見を元に認知症の人の初期集中支援システムを作ることで、地域での生活を支えることをうたっているが、軽度の人の利用抑制は、診断があっても適切な支援がないという状況を生みやすくさせてしまうという意味で大きな矛盾があるだろう。

### 3-3. 高齢者福祉における脱施設と住まいの確保

また地域包括ケアとは、住み慣れた地域での生活を可能にしていくことを理念とするものであるが、その前提として、必然性のない施設や病院への入所・入院を減らしていくことが必要となってくる。これは障害者権利条約を根幹に置いた時に、障害者政策において要請される脱施設と共通の方向性のものである。人口動態との関連で考えたとき、認知症の人たちの数の増大が予測され、認知症政策は、高齢者介護政策において最重要の課題となっており、現政権において認知症対策は省庁横断的な国家戦略（オレンジプラン）として位置づけられた。認知症を抱えて生きる人が必要としていることも、身体的な欠損に対する介護サービスといった発想ではなく、見守りを中心とした包括的なケアである。

しかしながら、2015 年に現政権から出された国家戦略においては、本人を中心として地域で暮らしていくことを支える枠組みが示されていると同時に、精神科病院の役割も認知症施策において、重要なものとして位置づけ直されている。精神科病院の、高齢者人口の増大に対応した形での施設利用の転換に対して、脱施設化の方向性をより強調していくことも重要である。

ただし、このことは、特別養護老人ホームや高齢者向けの住宅などの介護を必要としている人たちの住む場所の確保が必要でないということではない。加齢に伴う身体の変化に応じた住まい方の変化については、住み慣れた自宅との連続性で考えていく必要があることであり、「病院ではない場所」で生活していく可能性の拡大は必要である。前提に置かれるのは、在宅

サービスを利用した地域での生活を可能にしていくことだが、それ以外に、従来型の特別養護老人ホームや老人保健施設、グループホームなどの介護保険制度の中の施設などを整備すると同時に、グループリビングやサービス付き高齢者住宅などの多様な住まいの形を選択できるようにしていくことが重要である。

---

#### 【資料】

##### ○介護保険との統合への反対

- きょうされん「65歳を迎えた障害者・特定疾病者の「介護保険優先原則」の影響」

<http://www.kyosaren.com/aboutKyosaren/2014/09/post-60.html>

##### ○所得保障

※厚生労働省は国の障害年金を申請して不支給と判定される人の割合について都道府県間で最大約6倍の差があったという調査結果を発表。とくに精神障害と知的障害について、異なった基準が設けられていたことが理由だったという。

- 2015/08/03 47News「障害年金格差、更新時も 13年度、都道府県間で1.1倍 打ち切り・減額7787人 判定にばらつき」<http://www.47news.jp/47topics/e/267750.php>

- 2015/01/15 日経新聞「障害年金不支給判定の割合、地域差6倍 新指標で是正へ」

[http://www.nikkei.com/article/DGXLASDG14HDX\\_V10C15A1000000/](http://www.nikkei.com/article/DGXLASDG14HDX_V10C15A1000000/)

- 漆原かなえ, 2015, 「精神障害・知的障害に係る障害基礎年金の支給認定基準が厳格化の可能性も」<http://blogos.com/article/126752/>

- 全国精神保健福祉会連合会

精神障害者本人の1カ月の平均収入は6万287円（調査期間2014年10月~2015年2月、対象者は会員4,818人、回収率約3割）

（2015/05/15 福祉新聞 <http://www.fukushishimbun.co.jp/topics/9112>）

- きょうされん

障害基礎・厚生年金、生活保護費、障害手当、給料、工賃など全て含む本人の月額収入では、4万2千円以上8万3千円未満が3,742人(41.1%)と最も多かった（調査期間2011年11月~2012年2月、きょうされん加盟の通所施設・入所施設・事業所、本障害者協議会に加盟する事業所団体を通じて配布、本人より回収、有効回答数9,914人）

（きょうされん, 2012, 「日本の障害の重い人の現実」

[http://www.kyosaren.com/investigationInfo/chiikiseikatujittai\\_saisyu20121001.pdf](http://www.kyosaren.com/investigationInfo/chiikiseikatujittai_saisyu20121001.pdf)

○脱施設／脱病院

厚生労働省中央社会保険医療協議会 総会（第261回）資料 個別事項（その2：精神医療）について

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000031076.pdf>

○地域包括ケア

地域における医療および介護の総合的な確保の促進に関する法律

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-06.pdf>

○認知症

新オレンジプラン

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku->

[Ninchishougyakutaiboushitaikusuishinshitsu/01\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaikusuishinshitsu/01_1.pdf)

(以上)