

精神障害者の生活ニーズからみた障害者自立支援法案

小寺 全世

A Study of the Legislation Required to Help Disabled Persons Become Self-supporting from the Viewpoint of Basic Needs in Their Lives

Masayo KOTERA

Abstract

The legislation required to help disabled persons become self-supporting is under discussion in the Diet now. The physically, intellectually or mentally disabled patients, their families, and persons concerned with health and welfare issues keep their eye on how the discussion is going regarding the legislation.

Until now the expenses necessary for the support have been paid on a sliding scale in proportion to their financial status. However, the system is going to be changed to a new one in which patients and their families have to pay for the support. They object to a new system. Also, the authorities concerned are apprehensive that people will be confused when the local government such as prefecture, city, and town offices takes over administration of the programs from the national government. In addition, another problem is how to provide services for mentally disabled people who have been living in institutions and should be moved out so that they can be rehabilitated.

This paper focuses on future issues on welfare policy for mentally disabled persons based on previous studies and various opinions.

Key words : patient payment system, legislation required to help disabled persons become self-supporting, institute for disabled person's rehabilitation, personal choice, self determination

キーワード：応益負担、障害者自立支援法、精神障害者社会復帰施設、自己選択、自己決定

I 障害者自立支援法案提出までの経過

2005（平成17）年2月10日、通常国会に提出された障害者自立支援法案に関しては、当事者・家族および関係者による抗議行動や請願活動、さらに誌上

による反論も多かった。

本法案提出に至る厚生労働省の動きについて、石黒亨¹⁾は、国にとっては予定通りの事柄で、すでに介護保険法の附則に5年を目途に障害者福祉施策と

の整合性を検討すると明記されており、財源確保の観点から、「介護保険と障害者福祉の統合」問題は、2003年の末頃より議論が開始されたと指摘している。

今回の障害者自立支援法案（以下、本法案とする）提出に至るまでに、2003（平成15）年4月に身体障害者、知的障害者を対象とする「支援費制度」が開始され、次に2004（平成16）年9月に精神保健医療福祉の改革ビジョン、続いて2004年（平成16）年10月「今後の障害者保健施策について（グランドデザイン案）」と3年程の間にあまりにも性急に事態が展開したと多くの関係者が述べている。

（1）支援費制度について

2003年に実施された身体障害者、知的障害者を対象とする支援費制度は、従来の『措置制度』を改め、『措置から契約へ』と障害者本人の自己選択と自己決定を尊重する制度とされている。その支援費制度の導入直前の2003年1月、厚生労働省は、支援費に移行後のホームヘルパーの利用時間の制限を打ち出した。そのため厚生労働省を抗議の車いすが包囲し、2週間で利用制限を撤回させ……支援費制度は、障害者一人一人に必要なサービスを個別に算定し、その必要に合わせて支援費の支給を行うことが守られた……その後、支援費は、知的障害者のガイドヘルプ利用が大幅増加するなど、居宅介護事業の予算が確保されず初年度130億円ほどが不足してしまった²⁾という。

岩尾俊一郎によれば、「支援費が不足したのは、税に財源を置く制度であるからではなく、厚生労働省がガイドヘルプなど居宅生活支援費を、財務省による予算削減の対象となる裁量的経費としたからで……改善の方向は、ガイドヘルプの利用を含め居宅支援費を削減の対象とならない義務的経費として計上することである³⁾と示唆している（傍点：引用者）

一方、支援費制度について小池将文は、「障害者の数やニーズの実態は、正確には把握されていない。いまだに根強く残っている差別、偏見のある社会で、障害者の実態を調査するのが困難な事情もあるが、これが支援費制度の利用見通しを誤った要因であろう。また、もともと障害種別ごとに制度が組み立てられているため、種別間でサービスの格差があったことに加え、在宅サービスが裁量的経費としての補助事業であったため、財政力や首長の意識に差のある自治体間で、その量と質に格差があった。それが支援費制度で顕在化し、拡大されていった⁴⁾と分析している（傍点：引用者）。この二者の指摘からすれば、支援費制度の不足の問題は、厚生労働省が裁量的経費として予算化した点に求められていることになる。小池将文は、「結果的には、支援費制度は財源の裏打ちのない欠陥商品であった⁵⁾と認めている。

次に、「NPO 大阪障害者センターは、『支援費制度』導入にあたって、①制度の詳細の決定が遅れ、利用者への制度内容の周知徹底が遅れていること、②個人がケアプランを立てなければならない制度であること、③『利用契約』という新たな仕組みが盛り込まれた制度であること、などの理由から、多くの混乱や疑惑、不安が利用者・家族のなかに広がることを予測して、障害者（児）を守る全大阪連絡協議会（障連協）・きょうされん・福祉保育労働組合などの団体や労働組合、地域の生活支援センターと共同して、2002年10月から『支援費制度110番』に取り組⁶⁾んだと言う。

支援費制度は、「①個人の申請にもとづいて、行政が支給量等を『決定』したうえで、その範囲内におけるサービスを利用者の自己責任で選択・決定する制度となった、②制度の活用にあたって、それを支援する「ケアマネジャー」等の位置づけがされなかった、③『決定』にあたっては、実施主体である市町村が国のガイドラインを基本に、独自の基準

をもつことが許された」⁷⁾等々の特色や問題点をもっていた。

「国は、支援費制度実施にあたって、手帳級数ではなく支援の必要性に着目して判断すること、『家族等の状況』は必ずしも個人の支給量を確定する根拠となるものではない、と指導しているのにもかかわらず、実際には家族や介護者の有無、手帳級数が、市町村での支給決定の大きな基準となっている」⁸⁾という（傍点：引用者）。さらに、2003（平成15）年6月、障害者地域障害推進特別モデル事業等全国担当者会議において、厚生労働省は「市町村は障害者又は障害児等の希望により、サービス利用に係わるあっせん、調整を行うと共に、必要に応じてサービス提供事業に対し障害者又は障害児の保護者等の利用の要請を行わなければならない」⁹⁾等と国の方針を明確にしているにもかかわらず、『民－民契約に公は関与できない』として事業者への『あっせん・調整・要請』を忌避するところも急増¹⁰⁾しており、「あわせて、『社会福祉法』制定によって福祉事務所の機能は変化したとして、障害福祉関係の担当者を専門ワーカーから事務型に移行する行政も生まれてきて」いる等、電話相談活動を通してこの他多くの問題が浮きぼりにされたが、本稿の主たる目的は障害者自立支援法案について検討することであるから、これ以上の追究は控えたいと思う。

ただ、支援費制度が目指した障害者本人の自己選択と自己決定は、「仕事を持つ家族が休日に少ない時間をやりくりし、そしていつまでも親の立場、視点で付き添われて行動してきた知的障害者にとって、ガイドヘルプ（移動支援）利用は、彼らの行動の幅を拡大して、支援費制度の理念通り今までできなかった社会参加を実現」¹¹⁾しているので、今後も何らかの形で継続できるよう、関係者による運動や住民の協力によって、知的障害者のみならずあらゆる障害者の自由な外出を保障する途が模索され続けなければならない。

（2）精神保健医療福祉の改革ビジョンについて¹²⁾

精神保健福祉対策本部中間報告に基づき設置された3検討会の結論を踏まえ、精神保健医療福祉の改革ビジョンが2004（平成16）年9月に出され、地方公共団体、関係審議会等の意見を聴き、2005（平成17）年における精神保健福祉法の改正をはじめとする施策等の実施につなげる¹³⁾ことを厚生労働省は目指している。

改革ビジョンによる精神保健福祉改革の一部を以下に示す。

〈基本方針〉

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方針を推し進めていくため、国民各層の意識の改革や、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化、地域生活支援体制の強化等、立ち遅れた精神保健医療体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る。

〈受入条件が整えば退院可能な者の動態〉

- 1）1年以内の入院期間の者が約2万人（約3割）、1年以上の入院期間の者が約5万人（約7割）であり、全てが長期入院の者ではない。
- 2）平成11年と14年の患者調査でみると、7万人の約半数が3年間で退院しており、残りの半数が継続して入院しているが、さらに、その3年間に約6.3万人が新たに入院し、うち約3.4万人が14年時点まで継続して入院していることから、結果として、平成14年時点ではほぼ横ばいの約7万人となっている。

〈達成目標〉

各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とする。

各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上と

する。

※この目標の達成により、10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促す。

既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協同の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

原敬造は、改革ビジョンについて「これまで長期間にわたって、社会的入院の解消や、精神疾患に対する差別、偏見の問題に対しての取り組みがなされてこなかったことや、社会復帰のための施設整備が遅れてきたことへの反省が明確にされず、また厚生労働省が7万2千人の社会的入院者の具体的ニーズがどのようなものかの調査を提案することもなく“条件を整えば”の条件を把握することも放棄した状態である。社会的入院といわれる方の個々のニーズを把握することから、そのニーズに基づいた政策立案を行うことがなされなくてはならない」¹⁴⁾と批判している。

一方、石黒亨は、改革ビジョンの「地域生活支援体制の再編」¹⁵⁾に関して、第1に「精神障害者の雇用を促進するとともに、既存の授産施設等を継続的就労、就労移行支援、自立訓練、憩いの場と機能面から再編する」という点について、第2に「社会復帰施設ごとの努力・実績が反映されていない現行の施設単位の支払方式から、努力・実績を反映する個人単位の支払方式に見直す」という方針に以下のように反論している¹⁶⁾。

第1については、「地域生活支援において、憩うこと、集うことの保障は基本的機能である。このこ

とは、従来どの施設においても大なり小なり果たしてきたことであり、この意味でも小規模作業所の存在は、街に住む精神障害者にとって大きなものであった。自立支援法においては、この機能は地域活動支援センターに特化され、かつそれはあくまでも裁量の経費とされており活動展開は極めて不安定になることが予想される。この基本的機能が果たされてこそ、就労移行も、そして就労定着も可能となるのではないか。自立支援法における機能分類は、いわば職遊分離であることが問題である」と述べている。

第2の施設単位から個人単位の支払方式に見直すという方針については、今後は従来のように職員の誠実なる努力だけで施設経営が成立しないことを周知した上で、行政がなにをもって実績と判断するかと問題提起している。

すなわち、「就労移行支援の場合、仮に実績が就労率だけであるなら、施設が利用者をやみくもに就労に駆り立てることもおきかねない。当然のことではあるが、利用者ができる仕事とやりたい仕事は必ずしも一致しない。しかし、施設が実績を意識するあまり、できる仕事にのみ誘導する危険性が生じかねない。そもそも就労支援とは、単に利用者を労働者にあるいは納税者にすることではない。経済的理由だけではなく、その背景にある、役割をもちたい、自分の力を活かしたい、などの様々な思いを達成する方法としての就労なのである。……我々の支援の目的が利用者のニーズ達成であるならば、利用者の思いを切り捨てるわけにはいかない」という。

この他、改革ビジョンにおける「保健福祉分野では、精神障害者のニーズ等の実態を把握した上でサービス供給目標等を市町村が策定し、都道府県等が計画的に社会復帰施設を含め供給体制を整備する仕組みを導入する」という方針とは裏腹に、2004（平成16）年には精神障害者社会復帰施設整備費大量不採用¹⁷⁾にしたという事態は、自立支援法案成立

後の都道府県等の課題へと先送りしたことを意味するのではないだろうか。

(3) 今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）¹⁸⁾

一方、改革のグランドデザイン案は、平成16年10月に社会保障審議会障害者部会において障害種別を超えた共通の新たな障害保健福祉サービス体系の構築を目指すための厚生労働省としての試案を提示したもので、必要な手続きを経て、平成17年度通常国会に法案として提出されたのである。

ところで、このグランドデザイン案の概略は以下のとおりである。

今後の障害者保健福祉施策は、①これまでの身体、知的、精神等と障害種別ごとに対応してきたのを、『市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備』することで、効果的、効率的に運営される体系的にすること、②『障害者のニーズと適性に応じた自立支援』を通じて地域での生活を促進する仕組みへと転換し、障害者による『自己実現・社会貢献』を図る、③精神保健福祉制

度の持続可能性を確保するため、国民全体の信頼を得られるよう『給付の重点化、公平化』や『制度の効率化・透明化』等と図る抜本的見直しが不可欠だという。

そこで改革の基本的方向は、①市町村を中心とするサービス提供体制の確立、②効果的・効率的なサービス利用の促進（市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入など）、③公平な費用負担と配分の確保（ア．福祉サービスに係る応益的な負担の導入、イ．地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し、ウ．障害に係る公費負担医療の見直し、エ．国・都道府県の補助制度の見直し）等である。

上述のグランドデザイン案は、障害者自立支援法案に盛り込まれていると思われるので、Ⅱにおいて合わせて検討する。

Ⅱ 本法（案）の問題点

現在、衆議院において審議中の障害者自立支援法（案）は、115カ条と附則から成り立っている。精神障害者の家族あるいは精神保健・医療・福祉領域

表一 生活能力の評価（“できる”評価、複数回答）

年度 在宅・入院の別 生活能力	1997年		1991年本人 （在宅者）	1985年本人 （在宅者）
	在宅者	入院者		
調和のとれた適切な食事	40.10%	19.50%	36.40%	—
身の清潔保持	67.50%	43.80%	56.30%	81.40%
金銭の管理や計画的で適切な買い物	42.50%	12.90%	58.80%	72.30%
規則的な生活	30.50%	10.70%	49.40%	—
協調的な人間関係	26.80%	8.60%	すすんでつきあう 36.8%	友人づくり 46.3%
規則的な通院と服薬	70.60%	24.50%	81.20%	87.10%
安全保持・危機的状況に適切に対応	46.90%	15.70%	心配時に相談する 53.9%	（同左） 65.7%
公共施設の利用など	23.50%	5.80%	31.30%	—
文化的・社会的活動に参加する	23.70%	7.20%	—	—
以上のいずれもできない	7.70%	35.70%	—	—
対象者数	100%	100%	100%	2250（100%）

出典：（財）全国精神障害者家族会連合会、精神障害者の家族の現状と福祉ニーズ、2001年、表Ⅳ－5と表－6より作成。

の専門家間で問題にされている一部の条文¹⁹⁾を要約して文末に掲載する。

Ⅱにおいては、本法（案）の内容を検討する。

(1) 在宅精神障害者と介護サービス

第一条によると、自立した日常生活・社会生活を営めるように障害福祉サービスを利用すると定められている。この条文から見る限り、障害福祉サービスを利用せずに「自立」することを期待しているとは考えられない。

しかしながら、第五条第一項に定められた介護に関するサービスについて、精神障害者の場合、「介護保険の要認定基準で判定するパイロットスタディでは、非該当が半分、ほとんどは要支援とされている。3障害の統合といっても、障害認定基準が身体介護中心に行われれば、精神障害者はほとんど利用できるサービスがなくなってしまう」²⁰⁾と岩尾俊一郎は指摘している。

在宅でひとり暮らしの精神障害者にホームヘルプサービスが必要な理由を考えてみたい。

(財)全国精神障害者家族会連合会精神障害者社会復帰センターは、1985年、1991年および1997年の3回

にわたって精神障害者と家族の現状と福祉ニーズ調査²¹⁾を行っている。3回の調査から、精神障害者の日常生活の能力の評価（前2回は本人調査、1997年は家族が回答者）を一つの表にまとめたのが、前頁の表－1である。

最新の調査の回答者が家族で、前2回が本人による回答であるから、この比率だけで比較することは難しい。今回の調査対象の内、在宅者は家族と同居していると思われる。したがって、家族による手助けや指示を受けて遂行している可能性があると考えられる一方で、本人が「できる」ことを家族が代行している場合もあるだろう。他方、前2回調査における本人自身による評価については、規則的な通院と服薬は共に80%以上であるが、身の清潔に関して、第1回の81.4%、第2回56.3%と開きがあって、解釈が難しい面もある。しかし、1991年の在宅者数は1985年の約1.7倍に当たることから、1985年にはとうてい在宅可能とは考えられていなかった人たちが在宅生活をはじめていると推測できよう。

厚生労働省は、入院期間1年以内で退院を勧めていこうと考えているのだから、表の入院者にみられるように大部分の生活能力の質問項目で40%以下と

表－2 世帯の年収（税込み）の合計

年 収	在宅		会員全体	
	世帯 (%)	%	世帯 (%)	%
100万円未満	33 (7.3)	41.5	203人 (9.2)	45.8
100～300万円未満	156 (34.2)		809 (36.6)	
300～500万円未満	121 (26.5)	39.6	543 (24.6)	34.6
500～700万円未満	55 (12.1)		220 (10.0)	
700～1000万円未満	32 (7.0)	10.7	138 (6.2)	8.5
1000万円以上	17 (3.7)		52 (2.3)	
わからない	15 (3.3)		64 (2.9)	
無回答	27 (5.9)		181 (8.2)	
全体	456 (100.0)		2210 (100.0)	

出典：全家連、精神障害者と家族の現状と福祉ニーズ、表Ⅳ－14より作成

評価された人たちが地域社会で生活することになる。したがって、ホームヘルパーの介助の要否の評価には、精神障害者の生活のしづらさを正確に測れる指標を用いるべきであるが、一人暮らしの場合は特に依然としてホームパーの利用に対するニーズは高いと推測できる。

(2) 精神障害者の経済生活

応益負担に反対する立場に立つ者は、障害者・家族の所得が一般的に低いという事実を認識している。全家連の福祉ニーズ調査結果²¹⁾を基に、世帯の年収を表にしたのが、前頁の表－2である。

元の表は、100万円刻みになっているが、傾向を把握しやすくするため、200万円刻みに変更してある。この表によると、在宅の精神障害者世帯の4割は300万円未満、さらに500万円未満は7割近くになる。また、「総理府が1996（平成8）年に実施した国民生活調査と比較してみると、本調査の対象の精神障害者の家族世帯の方が年収が低いことが明らかである。総理府の調査では、『400～500万円未満』『500～600万円未満』（各9.3%）が最も多い。本調査対象の約半数を占める年収300万円未満の世帯は、総理府調査では11.7%のみとなっている」²²⁾という。

世帯の収入の合計額だけではなく、家計の最多収入者（在宅精神障害者の場合）は、父49.1%、母18.0%、きょうだい11.0%、本人の妻・夫6.4%、本人5.3%、きょうだいの妻・夫3.3%、子0.4%、その他2.4%と、両親はいうに及ばず「きょうだい」による扶養に頼っている状態が推測できる。また、収入源として「無職一年金生活」が47.8%と高い割合を占めているのが目立っている。その他、無職で収入源として生活保護で挙げているのは、456人中の1.1%の5人であり、調査対象の会員全体2210世帯中1.3%に当たる29世帯と低い。一方、医療扶助を受給している者は、この調査の在宅で5.3%、

会員全体で7.8%であるが、入院中の患者については1年未満4.8%、1～5年未満7.1%、そして5年以上が9.4%と入院期間が長くなる程受給者が多くなる²³⁾。

ところで、精神病の医療扶助人員の推移をみると、入院患者については昭和60年度57.1%、平成7年度52.0%、平成15年度48.1%と減少しているが、入院外の受給率は昭和60年度6.0%、平成7年度11.2%、平成15年度12.6%漸増傾向にある²⁴⁾。

池末美穂子²⁵⁾は、東京都が2004年に三障害手帳所持者について実施した東京都基礎調査報告書（「障害者の生活実態」）をもとに、以下のように紹介している。なお調査対象は、身体障害者（2,707人、但し、60歳以上が73%）、知的障害者647人、そして精神障害者527人である。

年収が100万円未満の比率をみると、身体障害者37.0%（内、収入なし5.8%）、知的障害者53.3%（内、収入なし6.3%）、そして精神障害者66.4%（内、収入なし24.2%）と、知的障害者・精神障害者の低収入が明らかである。収入の中心には年金（障害基礎年金）で受給の割合は知的障害者62.0%、精神障害者52.6%であり、精神障害者に無年金者が多い。生活保護については、精神障害者の25.7%（50歳代は45%）、身体障害者6.4%、知的障害者3.4%が受給している。収入を伴う仕事に就いている人は身体障害者24.8%（内、常勤34.4%）、知的障害者61.8%（内、常勤21.5%）、精神障害者26.3%（内、常勤11.5%）である。（通所、入所授産施設および小規模作業所での就業が含まれている。引用者注）。また、家族構成は、親との同居が知的障害者では68.0%、精神障害者では39.1%で、かつ精神障害者の場合、単身生活者も30.6%と多いのは東京都固有の現象だと述べている。

また、「学生無年金障害者裁判」の支援に関わると同時に、一貫して障害者の所得保障について国の施策に関心を寄せてきた池末は、「障害者の権利に

関わる理念と施策が今、後退しはじめているのではないかと危惧²⁶⁾している。

東京の場合に、単身者が多く、かつ被保護世帯も多く、それに比べ全家連調査の被保護世帯が異常に少なかったのは、きょうだいの配偶者の収入や老親の年金を合算して、ようやく生活を維持しており、この事実から家族間の精神障害と金銭をめぐる葛藤が次世代にまで影響を与えると推測される。

(3) 応益負担について

障害者自立支援法（案）は、第二十九条第三項に障害者福祉サービスの種類ごとに指定障害福祉サービス等に通常要する費用につき、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の100分の90に相当する額を支給する（すなわち、1割は自己負担、筆者注）と規定されており、また自立支援医療費の支給については第58条第3項第1号に同様に定められている。

これがすなわち、従来の応能負担から応益負担への施策の転換といわれるもので、国は福祉に回す財源の不足を、応益負担導入の理由²⁷⁾として挙げている。

自立支援医療とは、現行の更生医療、育成医療、精神通院医療（通院医療費公費負担制度）を、それぞれの根拠法から自立支援医療として障害者自立支援法案にその根拠を移すもので、対象となる疾病の範囲はこれまでの制度と同じになる。自己負担は原則として1割負担となる。但し、負担水準への配慮として、①低所得世帯に属する者については、日当たりの負担額に上限を設定、②一定の負担能力がある場合でも、「重度かつ継続」に該当する場合には、継続的に相当額の医療費負担が発生することから、日当たりの負担額に上限を設定すると厚生労働省²⁸⁾は説明している。なお、「重度かつ継続の範囲」について、精神障害者の場合は、統合失調症、躁うつ病（狭義）、難治性てんかんが含まれる。

ところで、この応益負担導入に対しては、批判が多く、今回の障害者自立支援法案に対する批判も、この点に集中していると言っても過言ではない。その中の批判の一例を引用する。平野方紹²⁹⁾は応益負担原則については次のような問題点があるという。すなわち、「①給付額が抑制され、障害者の自立が阻害され、生活が困難となつては福祉制度としての意義は薄らぐこととなる。制度そのものの存立意義を見失った改革は、結果として制度そのものを危うくする、②福祉サービス利用の適正化を図るのであれば、金銭負担の増による需要抑制ではなく、障害者ケアマネジメントの積極的活用や市町村による相談援助の充実、地域福祉権利擁護事業などのサービス利用の支援を通じて行うことが、より効果的であろう。③社会福祉の機能のひとつに所得再分配がある。特に近年、国民各階層間での所得格差の拡大が指摘されており、この機能をミクロレベルで事実上スポイルしてしまうこととなる。障害者の所得状況が一般国民に比べ低水準にあることは明らかにされており、それだけにこの機能を喪失することは、福祉そのものから逸脱することが懸念される。④応益負担の導入から見えてくるのは、制度的には『障害者福祉の保険化』ということであり、理念的には社会責任を後景に追いやることで『相互扶助化』することである。制度の維持可能の確保は重大な課題であり、支援法そのものには、精神障害者福祉の引き上げや障害者ケアマネジメントの制度化など多くの障害者が期待する部分もあるが、そういったプラス面を利用者負担のマイナス面が覆い隠すこととなれば、全体としての改革達成の意義を吟味する必要があるだろう」と批判・提言している。

また、池末は「法案における『生活水準』と応益負担をめぐる問題」を障害者の生活実態をよくふまえて5点³⁰⁾に集約しているので、要点のみ以下に引用する。

①現状での障害基礎年金と生活保護の関係

障害者が独立して「別世帯（アパート・グループホームを含む）」になる際、無年金者は生活保護、障害基礎年金受給者は障害基礎年金プラス生活保護という形になる。工賃などの収入は勤労控除された残りは収入認定され、生活保護がその分減る。

②「障害基礎年金のみでの生活」の根拠となる「生活水準」とはなにか。

「障害基礎年金1級（月額8万円2758円）～2級（月額6万6208円）のみで生活するという想定に無理がある。グループホームを例にした試算をおこなひ、福祉サービスや医療の費用を1割負担しても生活保護を受けずに生活できると結論づけている。しかしこれは、池末のいう障害による特別の困難（例えばⅡ-①で取り上げた精神障害者の生活のしづらさに該当するもの。引用者注）への配慮を欠き、生活保護以下の「生活水準」を新たな基準とすることでもある。

③生活保護（受給）防止（特別減額制度）と預貯金調査の問題

この法案では、自立支援費や自立支援医療費に特別減額制度を設けている（引用者注）が、さらに所得を正確に把握して生活保護申請を避けようと、1割負担の支払いが可能なことを証明するため預貯金調査権を備えようとしている。

④生活・生命維持に必要な、特別の困難でのサービス利用と応益負担・介護給付と自立支援医療費は生活・生命維持に不可欠とされる部分であり、これに応益負担を導入すること自体が問題である。

⑤世帯および扶養義務の範囲

障害者はやむを得ず親と同居していても、経済的自立を切望している。今後どのような費用負担が求められるとしても、当事者の収入による応能負担で組み立てるべきである。

以上、池末の論点を紹介してきたが、預貯金調査権の問題にしる、扶養義務の範囲にしる、生活保護制度の昭和20年代後半～昭和30年代前半に逆戻りに

したかのような錯覚を覚える。

Ⅲ 障害者自立支援法成立後の課題

Ⅰ・Ⅱにおいて、本法（案）が国会に提出されるまでの経過について概観および本法（案）における問題点について検討してきた。

Ⅲにおいては、問題点がきわめられないまま、衆議院で可決・成立した本法の、筆者がまだ触れてこなかった市町村の役割とケアマネジメントについて触れておきたい。

障害者自立支援法（案）は、支援費制度にはなかったケアマネジメントを導入すると定められている。第十九条17項第二号に、サービスを受けようとする障害者の心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの種類及び内容等を含む「サービス利用計画」を作成するとともに、計画に基づく障害福祉サービスの提供が確保されるよう関係機関・事業者と連絡協議等を行うという。

しかしながら、小澤温³¹⁾は、「特にインテークにおける面接およびコミュニケーション能力、アセスメントにおける正確で重要な情報収集の能力、サービス調整における社会資源把握力、利用者の主体性を重視する能力の4点について、現実の業務のなかでどのくらい評価されるのかを、今後の制度の進展のなかでどのくらい評価されるのかを、今後の制度の進展のなかで見守っていく必要がある。なぜなら、『障害者自立支援法』におけるケアマネジメントは介護保険制度と同様に、自立支援給付の対象にならないサービスの開発が促進される可能性は少なく、サービスの開発を生み出す障害者ケアマネジメント従事者（相談支援事業者）能力も、制度上、必要とされない可能性があるからである。特に、障害者のエンパワメントへの支援（自己決定への支援、自分の状況説明力の獲得、サービス利用への当事者の主体的行動）は障害者ケアマネジメントで最も基盤となる取り組みであり、介護保険制度以上にその

必要性は高い」とケアマネジャーの果たすべき役割と法律の枠組みからくる制約を踏まえた示唆をしている。

平成17年2月の厚生労働省が開催した全国会議で地方自治体から提出された質問事項と厚生労働省のその時点の考え方をみてみよう³²⁾。

指定相談事業者において相談に携わる者は、現段階では、国又は都道府県が実施する障害者ケアマネジメント研修会を修了したものであって、一定の実務経験を有する者を想定している。また、従前の障害者ケアマネジメント研修修了者については、障害者に対する相談支援業務に一定期間、継続して従事している者については、指定相談支援事業者の行う相談支援業務に従事できるものと考えられていると回答している。換言すると、ケアマネジャーの養成に本格的に取り組むつもりはなさそうである。

市町村の役割について、在宅サービスの不足を視野に入れつつ『障害者自立支援法』では、市町村障害福祉計画の策定が義務づけられており、この計画により相談支援事業の基盤整備を行ない、既存の社会資源を踏まえたうえで、総合的な相談支援体制

をどのようにつくりあげるかは市町村の大きな課題』であると同時に、相談支援事業者を単に量を増やすだけでなく、質も考慮に入れて少ない担当ケースでの十分に採算が採れるような報酬のあり方が重要だと示唆し、サービス必要量の判断根拠については、一次判定の項目では、心身機能の項目以外の部分で、障害特性に応じた項目の工夫が大きな課題であり、適切なサービスの必要性を決定するために、生活のしづらさや社会参加の必要性といった生活ニーズに適合した判断基準をいかに作成するかという課題が与えられていると小澤は指摘している³³⁾。

Iにおいて述べたように、支援費制度の際の市町村の画一的な対応ぶりを思い起こすにつけ、個別的なニーズに応じた取り扱いができるかどうかは、はなはだ疑問である。

各都道府県・市町村における障害者自立支援法に基づく取り扱いをチェックすると同時に、関係機関・関係諸施設からの助言や連携を通して、本法成立後も問題点を明確にし、障害者のニーズを充すことができるよう、本法およびそれに基づくサービスの改善の努力が求められている。

〈参考資料〉障害者自立支援法（案）一部抜粋

(1) 本法（案）の主な条文の内容

第一条（目的）

（既存の障害者・児に関する法律と相まって）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、必要な障害者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。

第二条（市町村の責務）

- 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（略）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。

2. 都道府県の責務

- 一 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。

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性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。

第五条 この法律において「障害福祉サービス」とは居宅介護、重度訪問介護、行動援助、療養介護、生活介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援、自立訓練就労移行支援、就労継続支援及び共同生活援助をいい、「障害福祉サービス事業」とは障害福祉サービス（略）をいう。

17 一 省略

二 第十九条第一項の規定により同項に規定する（注、介護給付費等）支給決定を受けた障害者又は障害児の保護決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者」という）が障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の心身の状態、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」という）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が確保されるよう、第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の者との連絡協議その他の便宜を供与すること。

18 この法律において「自立支援医療」とは、障害者等につき、その心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療であって政令で定めるものをいう。

第六条（自立支援給付） 自立支援給付は、介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、サービス利用計画作成費、高額障害福祉サービス費、特定障害者特別給付費、特定特例障害者特別給付費、自立支援医療費、療養介護医療費、基準該当療養介護医療費及び補装具費の支給とする。

第二十八条

（介護給付費、特定介護給付費、訓練等給付費及び特例訓練等給付費の支給）

介護給付費及び特例介護費の支給は、次に掲げる障害福祉サービスに関して次条及び第三十条の規定により支給する給付とする。（詳細は省略）（第五条に規定された障害福祉サービスに関する支給を定めたものである。引用者）

第二十九条（介護給付費又は訓練等給付費）

3 介護給付費又は訓練等給付費の額は、障害福祉サービスの種類ごとに指定障害福祉サービス等に通常要する費用（特定費用を除く）につき、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（その額が現に当該指定障害福祉サービス等に要した費用（特定費用を除く）の100分の90に該当する額とする）。

第三十二条

（サービス利用計画作成費の支給）

市町村は、支給決定障害者等であって、厚生労働省令で定める数以上の種類の障害福祉サービス（施設入所支援を除く）を利用するものその他の厚生労働省令で定めるもののうち市町村が必要と認めたもの（以下、この条においては「計画作成対象障害者等」という）が、都道府県が指定する相談支援事業を行う者（以下、指定相談支援事業者）という）から当該指定に係る相談支援（第五条第十七項第二号に掲げる便宜の供与に限る。以下、「指定相談支援」という）を受けたときには、当該計画作成対象障害者等に対し、当該指定支援に要した費用について、サービス利用計画作成費を支給する。

7 各前項に定めるもののほか、サービス利用計画作成費の支給及び指定相談支援事業者のサービス利用計画作成費の請求に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

第五十二条（自立支援医療費の支給認定）

自立支援医療費の支給を受けようとする障害者又は障害児の介護者は、市町村等の自立支援医療費を支給する旨の認定（以下「支援認定」という）を受けなければならない。

第五十四条（支援認定等）

2 市町村等は、支給認定したときは、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事が指定する医療機関（以下指定医療機関という）の中から、当該指定認定に係る障害者等が自立支援医療を受けるものを定めるものとする。

3 市町村等は、支給認定をしたときは、支給認定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給認定障害者等」という）に対し、厚生省令で定めるところにより、次条に規定する支給認定の有効期間、前項の規定により、定められた指定自立支援医療機関の名称その他の厚生労働省令で定める事項を記載した自立支援医療受給者証（以下「医療受給者証」という）を交付しなければならない。

第五十八条（自立支援費の支給）

3 自立支援医療費の額は、次に掲げる額の会費額とする。

一、当該指定自立支援医療（食事療法（健康保険法第六十三条第二項に規定する食事療法をいう。以下この項において同じ）を除く。以下この号において同じ）につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額の100分の90に相当する額。ただし、当該支給認定障害者等が同一の月における指定自立支援医療に要した費用の額の会計額の100分の10に相当する額が、当該支給認定障害者等の家計に与える影響、障害の状態その他の事情をしん酌して政令で定める額を超えるときには、当該指定自立支援医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額の範囲内において政令で定めるところにより算定した額。

(2) 自立支援法（案）の問題点

第五条

17 この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の給与のすべてを行うことをいい、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。

一 地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び（中略）指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に提供すること。

注

- 1) 石黒亨（2005）「改革は必要である。しかし、その方法が問題である」精神医療 no.39、58
- 2) 岩尾俊一郎（2005）「障害者自立支援法までの道程」精神医療、no.39 77
- 3) 上掲論文 77
- 4) 小池将文（2005）「障害者自立支援法がめざすもの」月刊福祉7.14
- 5) 上掲論文 13
- 6) 障害者生活支援システム研究会編（2003）SOS 支援費制度 かもがわ出版、8
- 7) 上掲書 11
- 8) 上掲書 12
- 9) 上掲書 13-14
- 10) 上掲書 13
- 11) 岩尾俊一郎 前掲論文 77
- 12) 成人した障害者がガイドヘルパーを必要としていることは、障害幼児期のプログラムから日常的に地域社会になじめる工夫（諸商業施設や鉄道・バスなどの利用を含む）を組み入れるなどの長期的展望が不可欠である。
- 13) 精神保健福祉研究会監修（2004）我が国の精神保健福祉 437-441
- 14) 原敬造（2005）「改革ビジョン、グランドデザイン、障害者自立支援法」精神医療 no.39 54
- 15) 我が国の精神保健福祉（2004）精神保健福祉研究会監修 439-440
- 16) 石黒亨、前掲論文 65-66
- 17) 石黒亨、上掲論文 58
- 18) 精神保健福祉研究会監修 前掲書 40-42
- 19) 障害者自立支援法案 資料集、東京都社会福祉協議会、2005.2、94-141
- 20) 岩尾俊一郎 上掲論文 80

- 21) (財)全国精神障害者家族会連合会、精神障害者と家族の現状と福祉ニーズ、20-21
- 22) 上掲書 20
- 23) 上掲書 16
- 24) 国民衛生の動向（厚生指標臨時増刊）（2005）第52巻第9号 211-212
- 25) 池末美穂子（2005）「障害のある人の所得保障と費用負担の問題、月刊福祉」(7) 20-23
- 26) 上掲論文 21
- 27) 障害者生活支援システム研究会編（2005）障害者自立支援法と応益負担 かもがわ出版 8
- 28) 東京都社会福祉協議会 前掲資料集《第3集》2-4
- 29) 障害者生活支援システム研究会編 前掲書
- 30) 池末美穂子 上掲論文 22-23
- 31) 小澤温（2005）障害者自立支援法と障害ケアマネジメント 月間福祉 7 16-19
- 32) 2月17日全国会議で提出された質問事項について 障害者自立支援法案 資料集《第2集》東京都社会福祉協議会、62-63
- 33) 小澤温 前掲論文 16-19