

◆研究紀要◆

## 「障害者自立支援法」と自治体における 障害者福祉施策

東洋大学ライフデザイン学部 教授  
北野 誠 一

### 「介護保険法」と「障害者自立支援法」

2006年4月から費用負担が始まり、10月から全面実施された「障害者自立支援法」とはいかなる法律なのか、そして、自治体の障害者施策はこれからどのようなようになるのかを、見てみたいと思う。

この「障害者自立支援法」については、基本的に二つの見方が可能だと思われる。

一つは、これを、これまでの障害者運動と障害者支援が連綿と築き上げてきた進歩や成果に逆行するトンでもない法律だ、とする見解である。

もう一つは、介護保険以降の社会的介助保障の着実なる展開の方向を明確にした法律だ、とする見解である。

このいわば180度異なる見解や評価の相違は、どこから生まれてきたのか。それは、基本的に介護保険に対する評価と、支援費制度に対する評価の違いの問題である。

1960年代の高度経済成長を、1973年の第1次オイルショックがストップさせたあと、これまでの欧米に追いつけ追い越せだったわが国の社会福祉・社会保障は、いわゆる日本型福祉社会論のもとで、「個人の自助努力と家族・家庭や近隣・地域社会等の互助・共助を基礎としつつ、効率の良い政府が適正な公助を行う」こととなり、その結果、老人医療無料化制度の廃止、年金保険料負担の増大、医療保険の自己負担の増大等が行われた。

この日本型福祉社会の小さくて効率的な国家の考

え方は、詰まるところ、福祉国家が障害者や高齢者を含めた全ての国民に、健康で文化的な一定程度の生活を保障するのではなく、個人や家族等の自己負担や相互扶助の結果、一定程度以下の生活になるのは、本人や家族等の責任という考え方である。

問題は、「介護保険」を、社会的介助保障ではなく、自助・共助の一連の流れの中に位置づけるのか、それとも、その様な流れに一定抗して勝ち取られたものと見るかである。

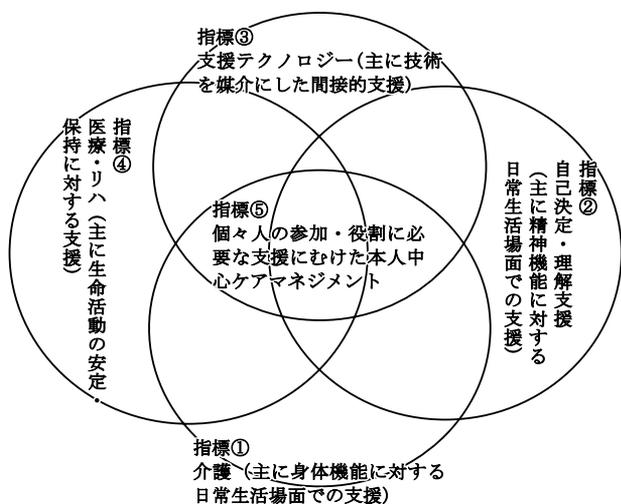
それを保険料の支払いや定率の利用料負担を伴う自助・共助の「保険制度」としてみれば、まさに、日本型福祉社会の流れそのもののように見える。ところが、この介護保険は、その財源の2分の1を税金でまかなっているだけで無く、全国一律の要介護認定の仕組みや、その認定に基づく区分の範囲内のサービスを選択する権利等、極めてナショナル・ミニマム的な制度設計が施されている。これは、様々な保険制度を有する医療よりも、なおそうなのだ。勿論、保険料負担や利用料負担を前提とした保険制度をして、ナショナル・ミニマムの保障だなどと言えば、それは暴論だということにもなる。それは、ただただ、市町村ごとの大きな格差の中で、ほとんど家族に押しつけられていた介護が、ほぼ全国一律の条件のもとで、ある程度の社会的介護保障として展開されるようになったという意味での、ナショナル・ミニマムである。

今回の介護保険の見直しに対する旧介護保険推進

派の一部による批判は、そもそもこの介護保険が、この二つの側面の極めて巧妙なバランスの下での、同床異夢的な制度設計であったことを示している。ではここで見直し後の介護保険が、どの程度の普遍的社会的介助保障であるのかを、いくつかの指標によって見てみよう。

まず高齢者・障害者に必要な支援を【図-1】のように5つに分類し、それぞれの支援類型に対して、見直し後の介護保険が持つ意味を見てみよう。（ここでは成人を対象に考えているゆえに教育等は省略されているが、それが、いらないということではなく、一般の市民並みには当然必要だが、それらについては、ここでは省略されているに過ぎない。）

【図-1】 地域自立生活支援の5つの構成要素



次に【図-1】のそれぞれの支援について指標化してみよう。[指標-1]は、本人が在宅での地域生活を希望（自己決定）し、社会的介護があればそれが可能な場合にどこまでの介護を、本人の可能な負担の範囲で行うかである。

[指標-2]は、本人の自己決定・理解に支援が必要となった場合に、本人の一般的市民生活に見合ったライフスタイル（参加と役割）を尊重するために、どのような形で、どこまでの支援を行うかである。

[指標-3]は、本人のライフスタイル（参加と役割）を尊重するために、如何に支援テクノロジーが、本人の可能な負担の範囲で活用されているかである。

ある。

[指標-4]は、本人が在宅での地域生活を希望（自己決定）し、在宅医療・リハがあればそれが可能な場合に、どこまでの医療・リハを、本人の可能な負担の範囲で行うかである。

[指標-5]は、如何に様々な支援が、本人のライフスタイル（参加と役割）を尊重するために、本人中心ケアマネに基づいて活用されているかである。[指標-1]は、主に身体機能障害に対する介護支援であるが、要介護認定の中心が身体介護であったとしても、その上限である要介護5の36万円の居宅サービスでは、かなりの資産がなければ、1人暮らしの重度障害者には、上限を超えた負担は困難である。

[指標-2]は、主に知的・精神機能障害に対する自己決定・理解支援であるが、介護保険が身体機能障害中心の要介護度認定を変更しきれておらず、いまだ認知症高齢者とその家族への支援が十分ではない。

[指標-3]は、改定では、要支援1・要支援2および要介護1の場合、車いすや特殊寝台等の5種類のレンタル（貸与）は、かえってその能力を低下させるという理由でその使用を制限しようとしているが、それはまさにケースバイケースであり、一律の抑制策は、高齢者の生き方支援にはならない。

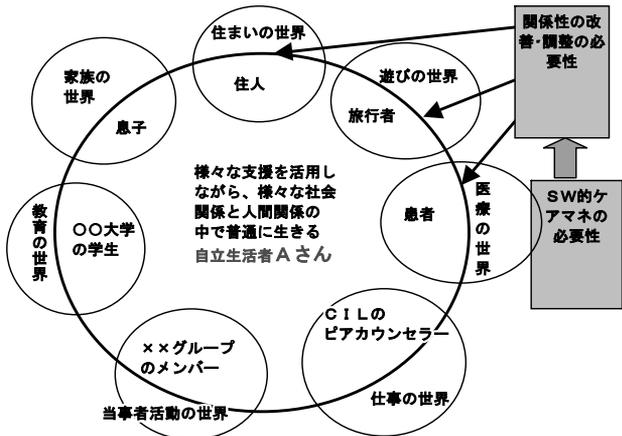
[指標-4]は、医療保険の見直しによるリハビリテーションの利用制限が、介護保険の利用を進める形になっているが、後で見ると、問題はわが国の支援システムにおける、Acute Care（急性期ケア）とLong Term Care（長期ケア）のあり方をどう展開・整備するかなのだ。

そして[指標-5]は、介護保険の最大の問題点を指している。要するに[指標-5]は、私たちの日常生活である、ウイークデイの教育や就労の世界と、ウイークエンドやアフター5の遊びや仲間活動の世界と、夜間の寝泊り・憩いの世界という3つの世界それぞれでの参加と役割を如何に支援できているかを問うているのだ。

ここまで来れば、【図-1】の問題点も見えてくる。【図-1】は、支援する側のシステムを理解するには極めて分かりやすい図だが、高齢者や障害者の日

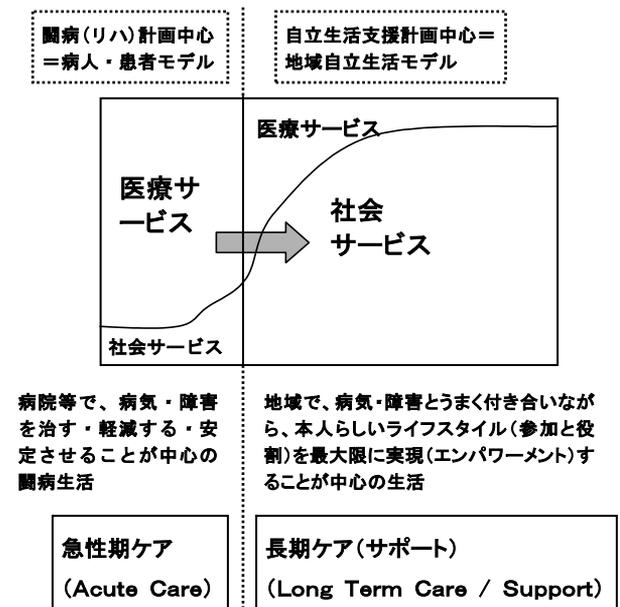
常生活における参加や役割が見えてこない。私たちは、実際には【図-2】のような図を必要としているのだ。

【図-2】本人の地域生活における様々な参加や役割関係とその問題の改善・調整



これは後にも見るように、高齢者とそうではない人の一般的な生活スタイルの違いであると共に、急性期ケア（Acute Care）と長期ケア（Long Term Care）における一般的な生活スタイルの違いでもある。急性期ケアと長期ケアの関係については、【図-3】が分かりやすい。最大の問題は、わが国では、要介助高齢者においては、長期ケアの地域自立生活が急性期ケアの闘病生活と明確には分離できておらず、相変わらず病人・患者モデルに毒されていて、サービス提供側中心の支援スタイルのままだという点である。自己決定に基づくライフスタイル（参加と役割）は、決して、どこのホームヘルパーやデイサービスや特養を選択するかといった問題ではないのだ。それは、家庭生活や社会生活（生涯学習・社会的労働・余暇活動・政治的活動・宗教的活動・近隣地域活動等）の中身や、それに必要な支援について支援者と共に取り組み、本人の気力や体調に見合った形で実現されるものなのだ。そのことが理解されれば、介護保険の守備範囲の議論も明確になり、障害者と介護保険との関係も見えてこよう。（注）

【図-3】日常生活に影響を及ぼす何らかの病気・障害に必要な支援の方向性



## 障害者支援政策の展開と当事者論

ここで、障害者の支援に目を転じたいと思う。

ある意味で、障害者の支援政策は、高齢者ほど大きな変化は、無かったとも言える。高齢者人口の増加と栄養・衛生・医療等による寿命の長期化のもたらした劇的な介護問題の爆発は、障害者にはなかったからである。つまりは、小さな悲惨と小さな爆発の連続、それが障害者問題だった。

障害者問題のささやかではあったが、重要な変化は、1981年の国際障害者年であった。それが、たとえ理念倒れで終わったのだとしても、その「完全参加と平等」という理念は、向かうべき目標として、多くの障害当事者や関係者の中に位置付いたといえる。

そして、確かに、きわめてゆっくりとではあったが、1981年の国際障害者年以降2003年の支援費にいたるプロセスは、就労の如何や障害の重度軽度を問わず全ての障害者が、地域で自立して生活することを可能とする社会的基盤の獲得・形成を目指すもの

(注) 急性期ケア（Acute Care）と長期ケア（Long Term Care）との概念の整理や、医療サービスと社会サービス、さらに障害者支援と高齢者支援との概念の整理等について、詳しくは拙稿『アメリカの長期ケア（Long Term Care）における障害者支援と高齢者支援』人口問題・社会保障研究所「海外社会保障研究」Spring 2006 No.154を参照されたい。

であった。

厚労省は、その事について、それは唯の障害当事者や関係者の合意であって、国民的合意ではなかったというかも知れないが、障害者福祉といったマイナーな予算は、それ程目くじらを立てられることもなかったと言える。ところが現在のような超低空飛行の時代においては、社会的基盤形成には、国民的合意形成も含まれているというわけだ。なぜなら、予算を伴うことなら、国民の信託を受けていると見なされる国会議員の合意形成が必要ということになるからだ。しかし、経済優先以外に、未だ確固たる市民的論理を形成できずにいる我が国民や議員に対して、それをただちに求めるのは困難であって、障害者支援に関しては、基本的には障害当事者の意向や国際的動向を、大切にすべきではないのか。

このことで、このところ、当事者論に関して、様々な意見が飛び交っている。

一番混乱しているのは、税金が投入されている場合は、税の負担者も当事者であるとか、保険制度の場合は、保険者も、保険料を払う人も全て当事者であるという議論である。そんな議論をして、いったいどうしたいというのだ。当事者を税負担者や保険料を払う人全員に広げることは、つまりは、障害者本人の意向や希望は二の次だと言うに等しい。なぜなら、彼らは、税負担者としても、保険料負担者としてもその時点においては絶対的にマイノリティだからである。

そのような議論をする人が、はたして、特定の病気の人の意向や希望ではなく、全ての保険料を払う人の意向や希望を基にして、治療計画を立てることを、本気で主張するのかどうか知りたいものである。

そのような議論や主張は、常に、幾ばくかの、障害者に対する差別や偏見、あるいはそこまで言わなくても、彼らは、無知で無茶な要求をしている、あるいは、正直に言えば、彼らにそこまで金は出さくないと言う意向が、意識的・無意識的に働いているように、私には思われる。

障害者本人の論理は、実に簡単明瞭であって、自分たち障害者のために、様々な障害者支援の法律や制度やサービスがあるのだとしたら、「それは自分

達障害者のためになされるものなのだから、まず自分たち障害者に相談するべきだ」という、それはなんといいても、当事者間における優先順位の問題なのだ。

私は、それは間違っていないと思う。それは、私たちが、障害者支援の目標を、障害者一人ひとりのエンパワーメント、つまりは、「本人が自分自身の能力と可能性を最大限発揮して個性的に生きること」に置いているからである。

そのためには、障害者本人が、サービス提供者の言いなりになって、無気力で依存的な存在になることが、もっともよくないことである。施設や病院に入っている方が、安全で安上がりといった考えは、間違いも甚だしい。施設や病院にいる限りは、彼らは、サービスの浪費者にすぎないのだ。

本人が一番本人のことをよく知っているから、本人に訊くべきだという論理は、「よく知っている」とは、何を意味するのかによるという意見もあろう。私見では、そのことを、本人が一番よく知っているかどうかではなく、本人の人生のことはなんだかんだ言っても、「あなたの人生なんだから、結局はあなた自身の責任で決めなければならない」からである。誰も、他人の人生の責任もとれはしない。だとすれば、本人がその責任もとれるようにしてあげるのが、我々の精一杯の支援ということではないのか？本人に訊き、また本人がその社会的責任において自己決定・自己選択できるように支援し、そしてその決定をできる限り尊重して支援するほか無いではないか。ここでは、利害関係者（Stakeholder）と当事者を明確に区別することによって、無用な混乱は回避できよう。

もちろん、障害者個人の自己決定をできる限り尊重することと、障害者政策の決定における参画とは、その次元を異にする。障害者支援を、児童や高齢者をも含めた長期ケア・支援（Long Term Care / Support）として明確に捉える中で、その利害関係者（Stakeholder）のマジョリティ化を図り、社会的孤立から脱却すべきであることはいうまでもない。その際何度もいうように、長期ケア・サポート（地域自立生活支援）を、急性期ケア（病人・患者ケア）

と明確に分離することが、大同団結の大前提である。

## 自立支援法の評価と問題点

さて、ここまで来れば、今回の「自立支援法」の評価と問題点も見えてくる。

彼らが、その社会的責任においてと書いたのは、彼らが地域社会の一員として存在するということと同義である。「自立支援法」が、障害者の就労に力点をおいていることは間違いではない。

しかし、これは、相手があつてのことである。つまりは、社会も企業も変わらなければならない。社会が変わらなければ、本人はどうすればいいのか？社会を変えればいいのか？自分を変えればいいのか？

おそらく、答えはその両者の間のどこかにあるのではなさそうだ。答えは、それぞれの人間にふさわしい働き方と働きぶりとお働く場にあるのだ。人類の生の営みは、それを見つける途上にあるものと思われる。

間違つてはいけない。それぞれの人間にふさわしい働き方と働きぶりとお働く場というものは、決して固定的なものではない。今、本人が本人らしく働くことが、本当にできているのだとすれば、その場こそが、現在の彼・彼女にとってのお働く場なのだ。

そこで生みだされるものの単価が、たとえ、ジェイコム株の誤発注の僅かな時間の間に、火事場泥棒的に、しかし合法的に儲けた金額の何千万分の一であったとしても、それはこの国の市場万能・原理主義の為せる技なのだ。火事場泥棒の何十億に対して、どれだけの税金をどのようにかけるのかによって、その国の姿も違ってこよう。その税をして、必死のその人にふさわしい働き方と働きぶりとお働く場で生きる低賃金や、超低賃金や無賃金の社会的労働者に、どのように再分配を行い、健康で文化的な尊厳のある生活を可能とするのが、この国が問われている最大の課題だといえよう。

自立支援法についての批判のなかで、最も強いのが、障害程度区分に基づく介護給付の支給限度額設定と、サービス利用上の基本的1割負担である。

これは、つまりは、自立支援法の介護給付が、介

護保険の給付と相似形であるということにはかならない。

そして、この問題は、支援費制度の評価に直結する問題でもある。厚労省は、このような仕組みを導入することによって、支援費の居宅支援部分の裁量的経費からの義務的経費化が可能になったのであって、このままでは、支援費制度は、財政破綻を免れなかったと主張する。

一方、批判側の当事者や関係者は、そもそもこれまで抑制されていた、地域生活に必要な、ホームヘルプやガイドヘルプやグループホーム等のサービスが、必要に応じて申請でき、市町村の裁量で決定できた支援費制度を、予算が追いつかないという理由で、たった3年で変えることは許し難いと主張する。

これは、確かに厚労省の側の制度的ミスであると言われても仕方がないと思われる。それでも、厚労省は、支援費が成し得た成果は、その裁量が有効に機能し得た一定の市町村だけであつて、自立支援法でより裾を広げて、多くの市町村で適切なサービス量を確保するためにも、義務的経費化が必至だったのだと力説した。

問題は障害者自立支援法が、障害者運動や障害者支援のこれまでのゆっくりではあるが着実に歩んできた地域生活支援の方向性と、現時点におけるわが国の政治の、小さくて効率的な国家財政・政策の方向性とのもまじわらざる接点に位置することである。国の一般歳出が、2001年度の48.6兆円から2006年度には46.3兆円と減少傾向が続き、しかも、社会保障関連費は、2001年度の17.5兆円(36.1%)から2006年度には20.5兆円(44.3%)と増加傾向が続くことになる。これは、税源の増加を抑えるなかでの、高齢者人口の増加にともなう年金・医療・介護の自然増を考えれば、当然の結果ともいえる。

OECDのデータによれば、わが国のGDPに占める障害者関連予算の割合は、欧米先進諸国の最低に位置する。それを見れば、支援費の方向は、ささやかだが、当然の流れといえる。しかし、わが国の国家予算の現状と、現政権の政策動向を見れば、厚労省が、ともかくも手堅く、居宅支援費の義務的経費化を図ったことも頷けよう。

おそらく、自立支援法なるものは、これからの大きな改革の第1歩なのだと思います。

しかし次に来るものは、より大きな改革の方向性を決定づける可能性が高い。

「介護保険法」の第1条（目的）には、「これらの者が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、必要な……給付を行うため……介護保険制度を設け……」とある。

一方、「障害者自立支援法」の同じく第1条（目的）には、「障害者が、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……」とある。

障害者自立支援法には、介護保険法にはない社会生活等の表現が入っていると評価できるようなものではない。問題は二つある。

一つは、これらの法律には、「能力に応じた」という、能力主義的人間観が存在することである。戦後のわが国の障害者運動が戦ってきたのは、まさにこの能力主義的人間観であったと言ってもいい。その人間観に基づいて、働けないと見なされた重度の障害者は、本人が成人になっても、家族が介護をするか、それが困難となれば、普通の地域生活ではなく施設生活を強いられたからである。そのことを鑑みれば、当然法文は、以下のように改められるべきである。「この法律の対象者が、人間の尊厳にふさわしい、可能な限り独立しかつ自立性のある生活が可能となるよう……」。

私たちは、それと同じ表現を「ドイツ介護保険法」に見いだして、おもわず、わが国もそれでいこうじゃないかと、思ってしまう。

もう一つの問題は、障害者自立支援法は、介護保険のような保険制度とは違うということである。保険制度の場合には、制度の非該当の人や、制度のサービスを超えた人に対しては、他の一般法が用意されることになる。ところが、障害者自立支援法の場合は、それ自体が一般法なので、後は生活保護しか残されていないことになる。

その意味でも、障害者自立支援法が、介護保険の極めて限定的な「介護概念」と、保険料との関連に

おけるサービスの「上限規定」に対して、障害児（者）の教育・就労・余暇という社会参加の諸サービスをどのように位置づけることができたのか、さらに、重度の障害者であっても施設以外の地域で暮らすのに必要なサービスはどのように位置づけられたのかが、とても重要である。

その意味で、知的障害者や視覚障害者等の社会参加に必要な不可欠の移動支援（ガイドヘルプ）を、一人ひとりのニーズに応じた個別給付ではなく、一括補助金事業である「地域生活支援事業」に組み入れたのは、それをナショナル・ミニマムとしては認めなかったという点で、大きな問題である。それが、延いてはわが国の医療や福祉システムが、病人・患者ケアとしての急性期ケアと地域自立生活支援としての長期ケア・サポートを明確に分離し、そのことによって、高齢者と含むすべての障害者のエンパワーメント（自己・権利実現）に真に寄与できるかどうかに関係していることを、決して忘れてはならない。

## 自立支援法とその施行における7つの課題

### 1. 自立支援と介護・介助等の理解について

実は、介護保険法や自立支援法には、二種類の自立支援の概念が組み込まれている。

一つは、古典的な医療・リハビリテーションモデルに基づく、「自立支援」＝「残存能力の維持・改善」＝「できる限り支援を使わなくてもよくなること」という考え方である。

そしてもう一つが、自立生活支援モデルに基づく、「自立（生活）支援」＝「本人が希望する本人らしい地域生活に必要な支援」＝「支援を使って、地域社会で様々な活動する社会的自立」という考え方である。

特に介護保険の今回の改正で、介護予防の概念がクローズアップされたことや、自立支援法では、自立支援給付が訓練等給付とそのネーミングを変えられて、就労支援がその中心的メニューとなった事もあり、医療・リハ型の訓練中心・介助脱却型の自立支援にシフトしている観は否めない。財政状況がそう

させる面が強いが、無駄な介護や福祉用具の使用によって、かえってその能力を低下させているという見方は、まさにケースバイケースであり、そもそも、サービス事業者に付置したケアマネの仕組みを作った事が、そのような事態を生んだことに対する反省がない。

実は原理的には、「医療・リハモデル」と「自立生活支援モデル」は個人の人生の支援において矛盾するものではない。【図-3】でみたように、「医療・リハモデル」は「急性期ケアモデル」として、「自立生活支援モデル」は「長期ケアモデル」として住み分けが可能である。最大の問題は、わが国では、要介護高齢者等において、地域自立生活に必要な長期ケア（Long Term Care）が、闘病生活に必要な急性期ケア（Acute Care=Cure）と明確には分離できておらず、それが費用問題に矮小化されて、相変わらず病人・患者モデルに毒されたサービス提供側の支援スタイルのままだという点である。

確かにアメリカにおいては、医療費の上昇を抑えるために「診断群別定額前払い制（DRG-PPS）」をメディケア（高齢者医療保険）に導入した結果、急性期ケアとしての病院入院期間が切り詰められ、亜急性期ケアが在宅に押しつけられている傾向が見られる。しかし、この急性期ケアと長期ケアの切り分けがシビアすぎる問題は、その区分がいらないと

いうことではない。わが国のように、急性期ケアが極めてインテンシブな医療・リハビリテーション体制を取らずに長期化してしまい、かつ長期ケアシステムの不足のゆえに、社会的入院等を抱え込んでしまうと、急性期ケアと長期ケアがガラガラと連続化してしまい、いつまでも、医療関係者によるパターンリスティックな抱え込みが続く事になる。（特に我が国の精神病院においては、その傾向が甚だしい。）

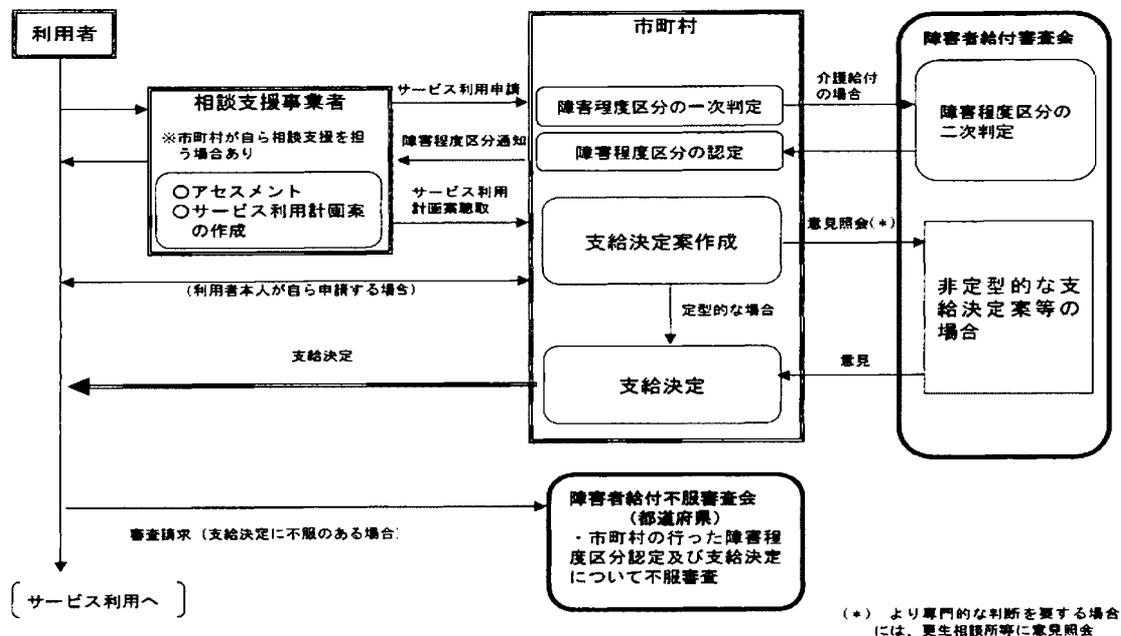
一方では、本人の地域自立生活に必要な介助やリハビリテーションに対する認識に欠ける恨みがある。極めてインテンシブな医療中心の急性期ケアは、障害や病気とうまく付き合いながら、本人の自己決定・自己選択の基づくライフスタイル（参加と役割）を最大限実現（エンパワーメント）する長期ケアを擁する地域自立生活に、その席を譲らねばならないのだ。

## 2. サービス利用決定の手続きと給付審査会

まず、サービス利用決定の手続きを示した【図-4】を見てほしい。サービスの支給基準の明確化と決定プロセスの透明化に基づく義務的経費化という名目で、極めて介護保険に近い制度設計が為された。

ところが問題は、介護保険との整合性が、障害程度区分と審査会のみで、認定調査項目もケアマネジメントも不整合のまま見切り発車してしまったこと

【図-4】介護給付・訓練等給付の利用手続き



(\*) より専門的な判断を要する場合には、更生相談所等に意見照会

である。「訓練等給付」や「地域生活支援事業」の給付決定も不明確なままであり、さらに、非定型的な支給決定案等に対する給付審査会の意見照会には無理がある。

次に給付審査会の審査員の選定の問題だが、医師等の肩書きではなく、106のアセスメント項目と、訪問調査員の特記事項と医師の意見書と概況調査票を見て、その障害者の生活像と支援像が思い浮かぶ位の、地域での障害者支援の経験を十分有する人が、望ましい。

むしろ、重要なのは、訪問調査員の障害者理解と、障害程度区分の仕組みの理解である。特に知的障害者や精神障害者に付いては、その支援の必要に見合った障害程度区分が出にくいいため、それなりの上げるコツや特記事項の書き方に習熟する必要がある。

さらに重要なのは、訪問調査員を迎え撃つ障害者の側への受け答え支援の仕組みである。アメリカのアドボカシー（権利擁護）の中心活動の一つに、アセスメントを障害者の有利に持ち込むためのマニュアル作りとロールプレイがあることに注目すべきである。

また【図-5】を見れば分るように、介護保険の場合と違って、障害程度区分認定とサービス支給決定の間に、サービス利用意向聴取と簡素なケアプラン（？）の策定というプロセスがある。そこでは、

本人のライフスタイルや環境要因等をふまえて、介護給付のみならず、地域生活支援事業や訓練等給付を含めたトータルな支給決定が、それぞれの市町村ごとの「支給決定基準」に基づいて、決定されることになる。その際、厚労省が障害程度区分と支給限度額を、あまりリジットに関係付けると、市町村ごとの「支給決定基準」という裁量が名目倒れになる危険がある。

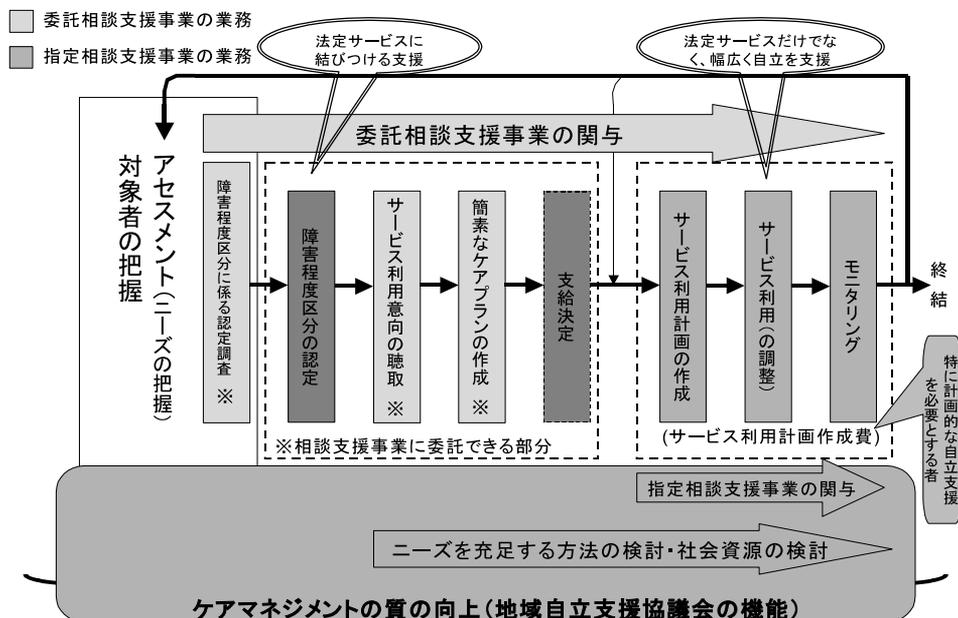
ともかく、「自立支援法」では、障害程度区分が、サービス利用の上限を決定するのではなく、個々の障害者のサービス量を決めるのは、それぞれの市町村の「支給決定基準」であることに注意すべきである。この仕組みは、介護保険のように、上乘せ、横だしは、第1号保険者である高齢者の保険料負担となる仕組みより、分権的相互支援としてはベターな面もある。

### 3. 障害者ケアマネジメントと相談支援事業

まず、本人中心ケアマネジメント（障害者ケアマネジメント）を定義しておこう。

「本人の年齢や障害の種別や程度にかかわらず、本人の希望（への支援）やニーズに基づいて、できる限り地域での自立生活が可能となるように、必要なサービス（支援）を本人が組み合わせること（エンパワーメント）を支援すると共に、不足するサー

【図-5】 障害者自立支援法でのケアマネジメント制度化と相談支援事業



ビス等については、創出（開発）及び権利擁護（アドボカシー）を行う、一定の権限と方法と手続きに基づく活動の総体」。

現状の介護保険のような、サービス提供機関と家族中心のケアマネではないことを明確にするために、ここでは本人中心ケアマネジメントと呼ぶ。一方、基本的に本人が必要なサービスを自分でマネジメントする場合を、セルフ（ケア）マネジメントと呼ぶ。エンパワーメント支援としての本人中心ケアマネジメントは、セルフマネジメントをめざす支援であることは、高齢者の場合を含めて当然である。

全国介護支援専門員連絡協議会の調査で、現在の介護保険のケアマネジャーは、給付管理等の業務に忙殺されて、利用者宅への訪問等の利用者中心の支援や、サービス担当者会議の重要性は分かっているが、実行できていないことが、明らかとなっている。また同じ調査で、中立・公正に仕事がしたいから、現在の事業所から独立した方がよいと思う人が、半数いる。さらに、独立しなくてもよいと考える人の多くは、現在の報酬単価のゆえであり、今のセールスマン（ウーマン）化が、利用者支援という本来業務と矛盾していることに、苦しんでいる。

現状の介護保険の問題の一つである、サービス事業者に付置された介護支援（ケアマネ）事業が、障害者中心ケアマネにすり替わるのは、国家100年の愚策である。ここは、介護保険の地域包括支援センターの将来的展望のためにも、市町村から委託された指定相談支援事業者が、本人中心ケアマネとして、地域自立支援協議会を活かして全ケアマネをリードし、席卷できる力量と気概を持たねばならない。障害者ケアマネは、地域包括支援センターと指定相談支援事業との連携によるシステムのみで担うことが将来的には必要であって、万が一にもサービス事業者に付置された介護支援（ケアマネ）事業にその業務をまかせてはならない。

#### 4. サービス体系の見直しについて

自立支援法は、日中活動の場と寝泊り・憩いの場を分ける、つまりは職住分離こそが市民生活の本質だという。しかしそれは、半分は虚偽である。実際

には私たちの生活は、ウイークデイの教育や就労の場と、ウイークエンドやアフター5の遊びや仲間活動の場と、夜間の寝泊り・憩いの場に3分化されている。その意味でも、障害者の移動支援が、各利用者の利用ニーズに基づく個別支援ではなく、地域生活支援事業に組みこまれてしまったことは、由々しき問題である。

さらに、障害程度区分によるサービス利用制限の問題がある。確かに、障害程度区分が低くても、その地域のサービスの現状では、入所施設からの地域移行が困難な人がいることは分る。しかしそもそも問題は、本人の意思や希望を無視して施設入所が行われた事である。欧米ではその反省に立って、入所施設（病院）からの地域移行が推し進められている。わが国においても、障害者が地域で自立生活ができるようにする事を、「障害者自立支援法」に基づく障害者政策の基本に掲げた限り、社会資源がないから地域移行が進まないといういい訳が許されてはならない。

そのためにも、まともに常勤職員の雇えないような単価設定の問題や、新規事業を立ち上げるにあたってのサポート等の問題がある。そして何よりも、地域移行にもっとも必要なグループホーム問題がある。

#### 5. 地域生活支援とグループホーム・ケアホーム問題について

今回、障害者自立支援法が投げかけた問題の一つがこれまでのグループホームを、グループホームとケアホームに分けることなのだが、それは本当に必要だったのか？

もし、それが、介護が必要ない障害者は、訓練等給付だからと言うのであれば、それは、グループホームの日常生活上の世話なるものを、広義の介護支援概念（＝介助）から切り離してしまうという間違いをおかすことになる。世話人業務を、カナダのグループホームのようにスーパーバイザーとし、必要な支援を本人との話し合いのもとで導入する方向がベストであり、支援費制度が個別支援計画で個人にホームヘルプ・ガイドヘルプを組み入れた制度設計

であったことを鑑みれば、今回の方向転換は、他制度との整合性もあったであろうが、いいものを失ったという気がしてならない。

さらに、支援費制度におけるグループホームの4～7人規模同一単価（つまりは、小規模に対する傾斜配分）は、それなりに工夫された設定だったが、今回の2～20（30）人規模の個人単価設定は、これまでのグループホームの個別支援・共同管理性と普通の市民的生活規模を破壊する危険性が極めて大きい。

ここで、グループホームの定義を確認しておけば、「① 個別の時間・空間と、共有の時間・空間を併せ持つことによって、本人の自己決定に基づく個別支援と、憩い・団欒、および、自己選択や地域生活技術の相互支援・相互形成をはかり、② ①と矛盾しない規模（2～6人）で、介助・支援の共同的効率化・安定化を行い、③ 地域内で、地域住民としての認知（自覚と承認）をめざす地域自立生活の重要な社会資源」と言う事だ。

## 6. 利用者負担の問題

「障害者自立支援法」で、もっとも厳しく問われているのが、利用料の定率負担の問題であろう。これは、①支援費制度で、成人障害者には本人負担を原則としたのに、また家族負担が登場したこと ②介護保険との整合性を求めるあまり、税制度である自立支援法に応益負担を持ち込んだこと ③資産形成のできていない多くの障害者に、所得保障制度が不備のまま、応益負担を求めたこと ④重度の障害者ほどサービス利用も利用料負担も増えるのに、働くことが困難な現状ゆえに、その負担に耐えられないこと等がその問題点として指摘できる。

私は、わが国の憲法25条の健康的で文化的な市民生活への参加の機会平等の原則等を考えれば、原理的には、人生前半の資産形成前に、故意ではない障害があるがゆえに、一般的な市民生活を営むにおいて余分にかかる個別的支援は、基本的に、費用負担に馴染まないと考える。たとえば、デンマークの生活支援法では、そのことを法に明記している。

「重度の障害を有する者であって、自分で生活し

ている者は、当該障害によって生ずる生計維持のために必要な増加支出の補填を受ける権利を有する。」（第48条）

一方、アメリカ・イギリスでは、基本的に、全ての資産を自己負担した後に、公的支援がなされる。そのために、資産を無くすと、支援は、劣等処遇（最低限度生活）に近づく。ところが、スウェーデン・デンマークでは、基本的に、障害に係る費用について、公的支援がなされる。それは、その事によって、障害者にも、一般的市民生活を保障しようとしているからである。

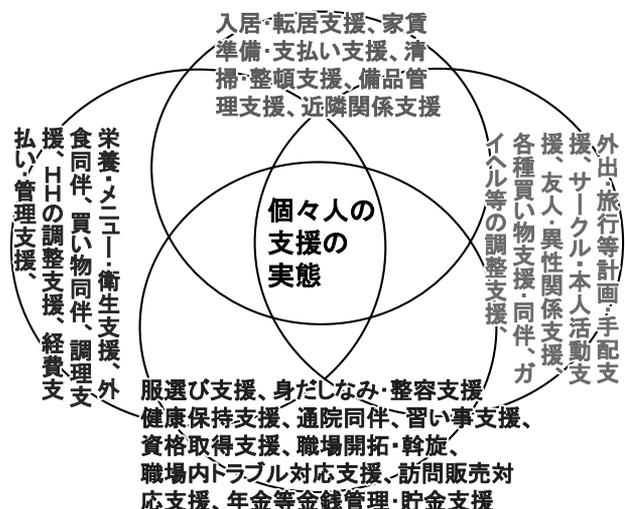
さて、私達の国家の保障する「健康的で文化的なミニマムな生活」とは、いかなる生活を意味するのか？

## 7. 障害程度区分の問題

例えばGH（グループホーム）等の地域で生活をする知的障害者の生活（参加・役割）場面に対応する支援を考えれば、【図-6】のようになる。そして地域生活（参加・役割）上の支援を類型化すれば最初の【図-1】のようになる。

つまりは介護保険や自立支援法の、主に身体機能に対する直接的支援を意味する「介護」を中心とするアセスメントに基づく障害程度区分は、地域生活（参加・役割）をする知的や精神障害者が必要とする、精神機能に対する直接的支援を意味する「自己決定・理解支援」をほとんど反映しないものとなる。

【図-6】 知的障害者地域支援の構成



それは、新27項目といった付け足しでは、真の支援の必要度測定とはならない。そこで、厚労省は2009年に向けて、介護保険の1分間タイムスタディを、障害者にも行うことを、検討中と聞く。しかしながら、介護保険と同様に、劣悪な日本の施設の職員配置の下で、1分間タイムスタディを行なえば、知的や精神障害者が必要とする、見守り・傾聴・促し・励まし等の「自己決定・理解支援」は、ほとんど浮かび上がってこない。そこでせめて、各種の支援を使いながら、地域で生活する知的障害者等に対して、「自己決定・理解支援」の何たるかを知るスタッフによる調査が望まれる。

## 自治体における障害福祉計画と 障害者福祉政策について

「障害者自立支援法」が、「障害福祉計画」をすべての自治体に義務づけたことは、大きく評価されてよい。ところが様々な懸念が自治体や障害者団体から示されている。それらを列挙しておけば、

- ①国の予算制約下で、かつての老人保健計画のような市町村による積み上げ方式ではない可能性があるとするれば、地域自立生活に必要な支援に必要な予算は、確保できるのか？
- ②低すぎる単価設定のもとで、方向性を見いだせない日中活動や居宅支援事業者にどう方向性を示すのか？
- ③都道府県や市町村ごとに大きな格差のある、施設と在宅支援に対する費用格差の実態をきちんと是正できる予算付けができるのか？
- ④障害程度区分による介護給付の、割り出し方や、区分間活用の問題は、特に重度障害者の多い市町村では、死活問題ではないのか？
- ⑤地域生活支援事業は、市町村の「障害福祉計画」をどの程度反映した一括補助金となりうるのか？
- ⑥入所施設・精神病院の地域移行（1割・7%・7万人の実態割り？）と福祉施設からの一般就労移行（移行実績の4倍）を、如何に計画に反映させるのか？

これらについて、所詮は地方自治の問題であって、国の問題ではないと、もし国が考えているのだとすれば、それは大きな間違いである。というのも、障害者支援の問題はまだまだとてもナショナル・ミニマムを超えた問題とは言いがたいからである。それは地方自治の問題というためには、今回の「自立支援法」の下で、まずは全国レベルで必要な基盤整備を図るべきであろう。

そのためにも、それを自治体や民間任せにしておいてよいはずが無い。「障害者地域生活基盤整備法」といった法のもとで、重度の障害者が地域で生活するのに必要な基盤を整備し、40代や50代の重度の障害者を70代や80代の親に面倒をいつまでも見させるような、そんな残酷で悲惨な三流福祉国の足を先ずは洗うべきである。