

障害者自立支援法と精神保健福祉

牧野田恵美子¹⁾

Handicapped Person Independence Support Act and Mental Health Service

Emiko Makinoda¹⁾

要約：

2005年10月に成立した障害者自立支援法成立の背景、ねらい、概要について概観した。その中でも、精神保健福祉を中心にこの法律の評価できる点、課題、問題点を検討した。法律成立から実施まで約半年あまり、国がその実施を急いだのは、障害者支援費制度の破綻によるものであり、利用者、サービス提供者に、混乱と今後のサービス利用と事業継続への不安を与えた。関係団体の強い要望や運動を受け、国は利用者の経済的負担の軽減、事業者、特に小規模作業所の新事業への移行に対する財政的負担の軽減を図っている。今後も利用者のニーズを中心とした障害者自立支援法の実施を求めて運動していくことが必要となろう。

キーワード：障害者、就労援助、自立、精神保健福祉

1. はじめに

2005年10月に障害者自立支援法が成立したが、国が「改革のねらい」として掲げている「今後、障害者とその能力や適性に応じて、力を発揮できる社会にする」、「障害者が地域で暮らせる社会に」という文言とは反対に、障害者の社会生活に対する不安を増大するものであった。そこで、この法律のねらいと実際について概観したい。

2. 障害者自立支援法のねらい

国は、以下の5項目の改革のねらいをあげ障害者自立支援法を成立させた。

その第一の施策は、障害施策の一元化である。身体障害、知的障害、精神障害の3障害がばらばらの制度で実施されているのを、3障害の制度格差をなくし、市町村に実施主体を一元化するという改革である。

第二は、利用者本位のサービス体系に再編するという改革である。3障害で、33種類に分かれて

いる施設体系を6つの事業も再編するというものである。

第三は、就労支援の抜本的強化である。新たな就労支援事業を創設し、雇用施策との連携を強化し、就労を支援するというものである。働く意欲や能力のある障害者の就労を支援し、福祉施設から一般就労への移行を進めるための事業を創設するとしている。

第四は、サービスの支給決定の透明化、明確化である。支援の必要度に関する客観的尺度（障害区分）を導入し、支援決定のプロセスを透明にするというものである。

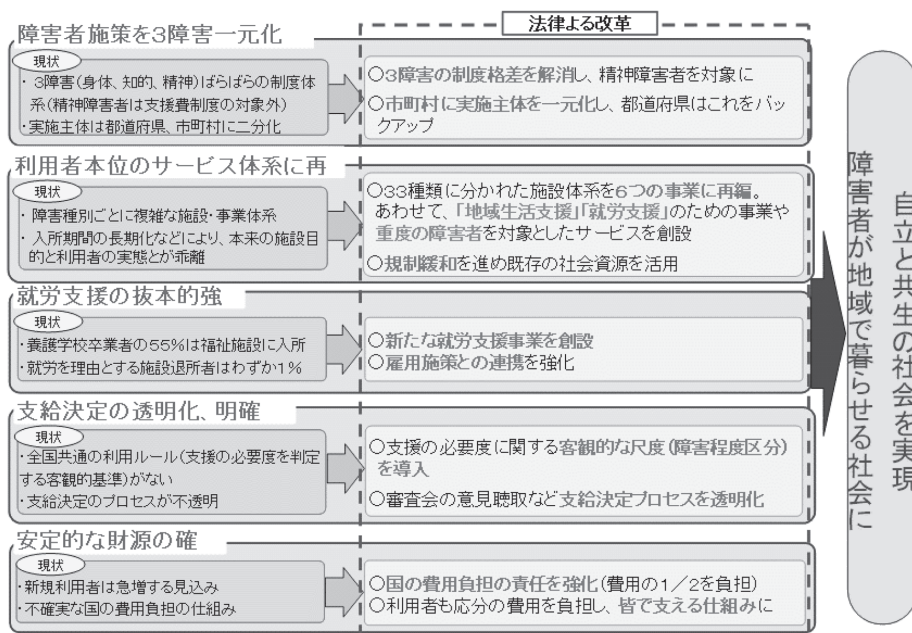
第五は、安定的な資源の確保である。新規利用者は急増する見込みであることから、国の費用負担の責任を強化し、費用の2分の1を国が負担するという義務的に負担する仕組み（義務的経費）にするというものである。また、利用者もサービス利用に対してサービスの量や所得に応じて公平な利用者負担を求めるとしている。

これらの改革を通して、「障害者とその能力や

1) 浦和大学総合福祉学部

Faculty of Comprehensive Welfare, Urawa University

図1 「障害者自立支援法」のポイント



厚生労働省社会援護局障害福祉部作成

適性に応じて、力を発揮できる社会にする」あるいは、「障害者が地域で暮らせる社会に」とうたっている(図1)。

国のこれらの施策は、これだけを見ればこれまでの障害者福祉施策を推進し、改革する前進的なものと考えられるが、国の障害者自立支援法制立の最も大きなねらいは財政の健全化(国の意図する健全化)である。したがってその詳細を知ると国民・特に障害者からは、これまでのサービス利用を困難にする利用者の経済負担や利用者がサービスを取りやめざるを得ないような問題を抱えているという不安・不満・疑問が残る。

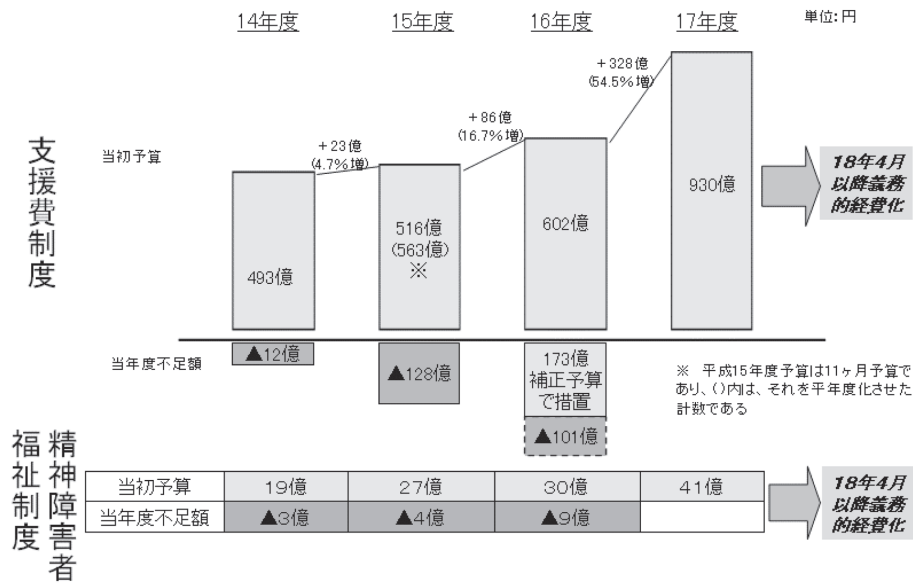
3. 障害者自立支援法成立の背景

直接的には、この法律を成立させた背景は2003年4月から開始された障害者(児)の支援費制度の破綻である。障害者の居宅生活支援(ホームへ

ルプサービス)へのニーズが予想を超え、居宅生活支援費が莫大に不足したことである。支援費の国庫財政は、2003年度は128億の不足、2004年度は、173億の補正予算で措置したがそれでも101億が不足した(図2)。このような財政状況のもとに、応能負担(経済能力により経費負担の程度が決められて支払うこと)によって賄われていた障害者サービスを「定率負担」とし、低所得者等への経費負担軽減措置はあるものの、サービスに対し、10%の自己負担がかかる(低所得者に対する軽減措置はある)。

そのため、多くのサービスを利用すれば、負担が多くなる。経済的に豊かとはいえない障害者は、サービスを自己規制して制限せざるを得なくなる。このように障害者自立支援法は、まさに財政の健全化をねらった国の財政改革といえよう。

図2 在宅サービスに係る予算の状況



厚生労働省社会援護局障害福祉部作成

4. 改革のグランドデザイン案について

正式には、「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)」が2004年10月に出され、それが障害自立支援法内容に受け継がれているので、改革のグランドデザイン案(以下案)について、概観したい。

まずこの案は、障害保健福祉施策の基本的視点、基本的方向、新たな、障害保健福祉施策体系の構築、法改正に向けてその考え方を示している。

4.1 今後の、障害保健福祉施策の基本的な視点

今後の、障害保健福祉施策の基本的な支援として、①身体・知的・精神と障害ごとに対応してきた障害者施策を総合化し、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し、創意工夫により制度全体の効果的・効率的な運営がなされる体系へと見直し「地域福祉を実現」することが必要である。②自立支援型システムへの転換として、障害者施策については、保護等を中心とした仕組みから「障害者のニーズと適性に応じた自立支援」を通し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」を図ることが重要である。また、これにより地域の活性化など地域再生の面でも役割を果たすことになる。③制度の維持可能性の確保については、現行の支援費制度や精神保健福祉制度

は既存の公的保険制度に比べ制度を維持する仕組みが脆弱なことから、必要なサービスを確保し障害者の地域生活を支えるシステムとして定着させるために、国民全体の信頼を得られるような「給付の重点化・公平化」や「制度の効率化・透明化」を図るなど抜本的な見直しが不可欠である。

4.2 改革の基本的方向

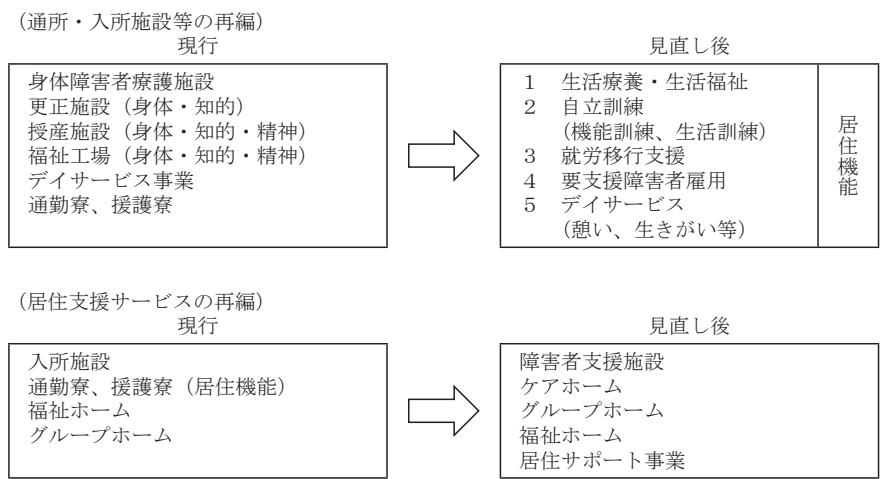
- ①市町村を中心とするサービス提供体制の確立
 - 市町村を中心とするサービス提供制度確立に向けた主な課題は、以下の通りである。
 - * 福祉サービスの提供に関する事務の市町村移譲と国や都道府県・市町村による支援体制の確立
 - * 障害保健福祉サービスの計画的な整備手法の導入
 - * 各障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備
 - * 障害等に対する国民の正しい理解を深める国の取り組み
- ②効果的・効率的なサービスの利用の促進
 - 主な課題は、以下の通りである。
 - * 市町村を基礎とした重層的な障害者相談体制の確立とケアマネジメント制度の導入
 - * 利用決定プロセスの透明化
 - * 障害程度に係る各サービス共通の尺度とサービ

モデルの明確化

- * 人材の確保と資質の向上
- ③ 公平な費用負担と配分の確保
 - 主な課題は、以下の通りである。
- * 福祉サービスに係る応益的な負担の導入
- * 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し
- * 障害に係る公費負担医療の見直し

4.3 新たな障害保健福祉施策体系の構築

- ① 障害保健福祉サービス体系の再編
 - 再編の主な課題は、以下の通りである。
 - * 総合的な自立支援システムの構築
 - * 障害者の施設、事業体系や設置者、事業者要件の見直し
 - * 権利擁護の推進とサービスの質の向上
 - * 新たなサービス体系に適合した報酬体系の導入



- ② ライフステージに応じたサービス提供
 - 主な課題は、以下の通りである。
 - * 雇用施策と連携のとれたプログラムに基づく就労支援の実施
 - * 極めて重度の障害者に対するサービスの確保
 - * 障害児施設、事業のサービス体系の見直し
- ③ 良質な精神医療の効率的な提供が示されている。
 - 主な課題は、以下の通りである。
 - * 精神病床の機能分化の促進と地域医療体制の整備
 - * 入院患者の適切な処遇の確保
 - * 精神医療の透明性の向上

- ③ 各障害に共通の給付・サービス体系等に係る介護保険制度との関係については、年内に結論を得て、必要な内容を法改正に反映する。

5. 障害自立支援法での障害福祉サービス

障害福祉サービスは、「介護給付」と「訓練等給付」があるが、まず、現行（障害自立支援法施行前）がどのように変更されるかをみる（図3）。33の既存施設・事業所体系は、図4のように再編され、サービスの機能や目的に着目したものとなっている。

これらの再編では、「介護給付」では、介護給付費が支給され、「訪問系サービス」、「日中活動系サービス」、「居住系サービス」に分けられる。

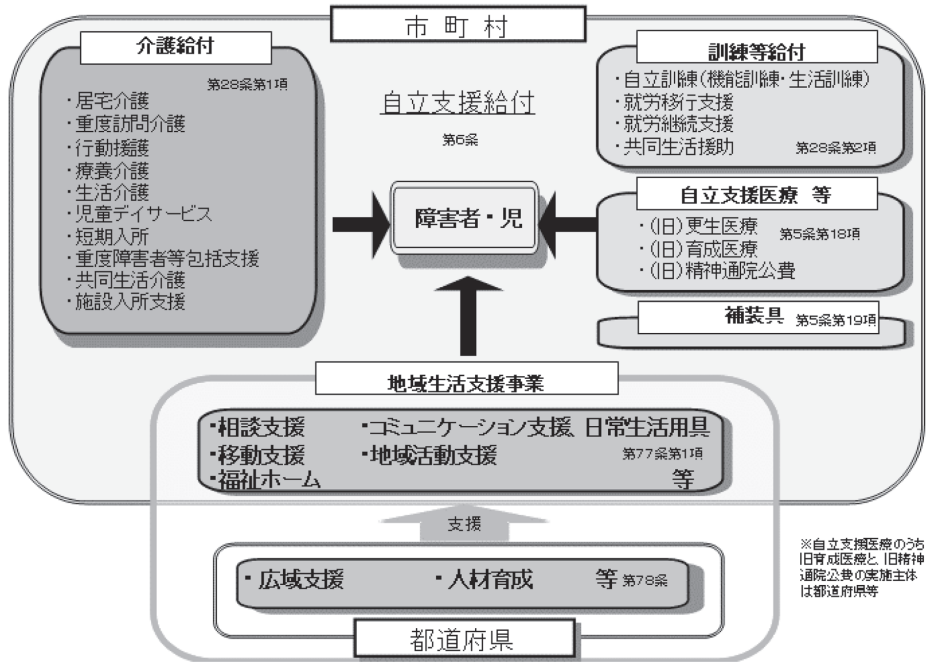
5.1 介護給付の内容

介護給付の「訪問系サービス」は、以下のように5つのサービスに分類できる。

- ① 居宅介護（ホームヘルプサービス）
 - 居宅において、入浴、排泄、食事介護など在宅生活における介護サービスである。
- ② 行動援護
 - 著しい行動障害を有する知的障害者（児）、精

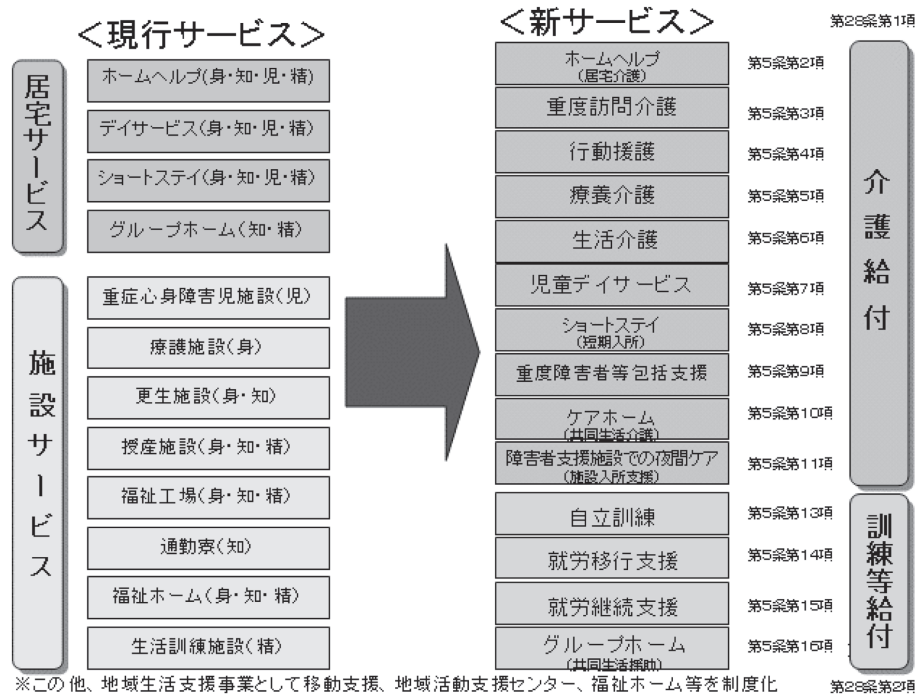
図3 新たな障害福祉サービスの体系

総合的な自立支援システムの構築



厚生労働省社会援護局障害福祉部作成

図4 福祉サービスに係る自立支援給付の体系



※この他、地域生活支援事業として移動支援、地域活動支援センター、福祉ホーム等を制度化

厚生労働省社会援護局障害福祉部作成

※現行サービスとあるのは、障害者自立支援法施行前のサービスのことである。

神障害者で、常に介護を必要とする人に対し、危険を回避するための介助や外出の移動の介助などを総合的に行う。

③重度訪問介護

常に介護を必要とする重度の肢体不自由者（18歳以上）に対し、入浴、排泄、食事介護、外出介護などを総合的に行う。

④重度障害者等包括支援

常に介護を必要とする人で、その必要度が著しく高い人に対し、居宅介護（ホームヘルプサービス）などの障害者サービスを包括的に提供する支援である（必要なサービス提供事業者の確保・調整等を利用者が行わなくとも事業者によって行われる仕組みで、緊急のニーズに際して、臨機応変な対応が可能であるとしている）。

⑤短期入所（ショートステイ）

居宅において介護を行う人の疾病などの理由で短期間の入所を必要とする障害者に対し、障害者福祉施設等に短期間入所し、必要な介護などを行う。

「日中活動系サービス」では、以下の3つのサービスがある。

①生活介護

常に介護を必要とする人に対し、主に日中に障害者施設等において入浴、排泄、食事介護や創作的活動、生産活動などの支援を行う。

②児童デイサービス

日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練などの支援を行う。

③療養介護

医療を要する障害者で、常に介護を必要とする人に対し、病院などの施設で行われる機能訓練、必要な医療、療養上の管理、看護、医学的な管理下における介護などの支援を行う。

「居住系サービス」は以下の2つのサービスがある。

①共同生活介護（ケアホーム）

介護を要する知的障害者・精神障害者に対し、共同生活の場において、入浴、排泄、食事介護や日常生活上の世話をを行う。

②施設入所支援

障害者支援施設等に入所する人に対し、主に夜間に入浴、排泄、食事介護などを行う。

5.2 訓練等給付の内容

訓練給付では、「日中活動系サービス」と「居住系サービス」に分かれ、そのサービスに対して訓練等給付費が支給される。

「日中活動系サービス」では、以下の3つのサービスがあり、就労への支援は国が「もっと働ける社会に」と力を入れて導入したものである。

①自立訓練

機能訓練と生活訓練があり、生活訓練には通所型と宿泊型がある。これは、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、一定期間、身体機能または生活能力の向上のために必要な訓練などの支援を行うものである。

②就労移行支援

一般企業への雇用または、在宅就労などが見込まれる人で、就労を希望する人に対し、事業所や企業での生産活動などを通じ就労に必要な知識や能力の向上のための訓練などを行う。利用期間は2年となっている。

③就労継続支援

通常の事業所に雇用されることが困難な人に対し、就労の機会を提供し、生産活動などを通じ、必要な知識および能力のための訓練を行う。就労継続支援では、A型（雇用型）、B型（非雇用型）がある。A型は一般就労に近い福祉的就労事業で、比較的就労能力が高い人に対し、事業所での雇用契約に基づき就労の機会を提供する。障害者以外の者の雇用が可能である。利用期間の制限はない。最低賃金を支払うものとされている。B型は、平均工賃水準（3,000円）を上回ることが事業者指定の要件となっており、生活支援を伴う福祉的就労と位置づけられ、利用期間の制限はない。

「居住系サービス」は、「共同生活援助（グループホーム）」で、地域において共同生活を営むのに支障がなく、日中は、就労や就労継続支援等のサービスを利用している知的障害者、精神障害者に対し、共同生活の場において、相談その他の日常生活上の援助を行う。

5.3 障害福祉サービスの実施

障害福祉サービスのうち、居宅介護（ホームヘルプサービス）、行動援護、児童デイサービス、短期入所（シートステイ）、共同生活援助（グループホーム）は、2006年4月から実施された。また、

重度訪問介護、重度障害者等包括支援、療養介護、生活介護、施設入所支援、共同生活介護（ケアホーム）、自立訓練（機能訓練、生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援は2006年10月実施となっているが、一部は施行後5年間（2012年3月末まで）に移行することになっている。

6. 市町村等が行う地域生活支援事業

地域生活支援事業は、都道府県・市町村が実施する事業で、地域の特性や利用者の状況に応じ、柔軟なサービスの提供がされる。2006年10月から実施されている。

1) 市町村が行う事業

この事業は、以下の6つがあるが、市町村が必要に応じてサービスを行う。①から⑤は、市町村必須事業である。

①地域活動支援センター

障害者が通い、創作的活動、生産活動、社会参加促進などの支援を行う。国は、これまでの小規模作業所がこれらセンターを運営していくことができるという方向を示しているが、市町村が地域の実情と財政事情により設定するので、財政が困難な市町村ではその補助額は低くなったり、センターの数が抑えられるであろう。

センターは、Ⅰ型からⅢ型まであり、Ⅰ型は、国庫補助600万円、実利用人員おおむね20人、職員3名（うち1名非常勤可）となっており、Ⅱ型は、国庫補助300万円、実利用人員おおむね15人、職員3名（うち2名非常勤可）。Ⅲ型は、国庫補助150万円、実利用人員おおむね10人、職員2名（うち1名非常勤可）。ただし、小規模作業所としての運営実績が5年以上あることとなっている。

この予算では、人件費などの捻出だけでも困難で、市町村がその補助を行うところが多いが、前述したように、財政状況や地方自治体の姿勢に左右されよう。

②相談支援

地域の障害者等の相談に応じ必要な情報の提供、助言を行い、事業者との連携・調整等を行う。また、障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整、権利擁護のために必要な援助を行う。市町村は、この事業を指定相談事業者（都道府県から指定をうけた事業

所）に委託することができる。市町村が相談支援を担当する場合もあるが、相談支援業者は、介護給付・訓練等給付の利用に必要な障害程度区分調査（7で述べる）を行い、アセスメントやサービス計画案を作成する。

③移動支援

屋外での移動が困難な障害者に対し、円滑に外出することができるよう、移動を支援する。

④コミュニケーション支援

聴覚、言語、音声、視覚機能等の障害のため、意思の伝達に支援が必要な障害者に手話通訳者等を派遣する。

⑤日常生活用具の給付または貸与

日常生活を営むのに支障がある障害者等に対し、日常生活上の便宜を図るための自立生活用具を給付または貸与する。

⑥その他の事業

福祉ホーム（低額な料金で居室などを提供し、日常生活に必要な支援を行う）や居住サポート事業（一般住宅への入居に必要な相談支援を行う）などがあり、市町村が地域の実情に合った生活支援を行うことができる。

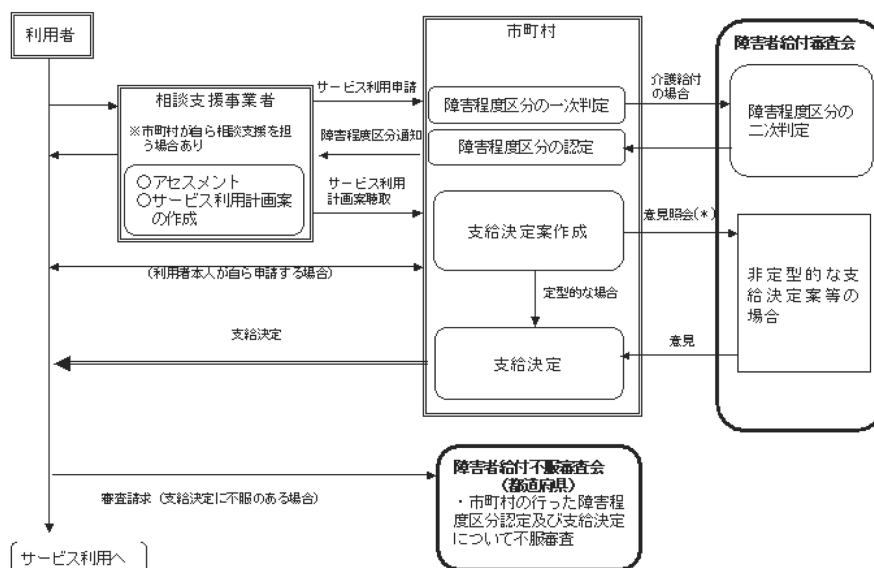
2) 都道府県が行う事業

都道府県は、特に専門性の高い相談支援事業等の広域的な対応が必要な事業を行うほか、サービスの質の向上のための養成研修等を行うことができる。

7. 障害福祉サービスの利用と支援決定について

障害福祉サービスを受けるには、障害区分認定調査（以下認定調査）を受ける場合と、その必要がない場合がある。認定調査が必要なサービスは介護給付によるサービスである（5.1 60ページ参照）。利用を希望する場合は、市町村窓口などに申請し、認定調査が行われる。認定調査は、106項目についての聞き取りによる一次判定と医師の意見書をもとに、市町村の障害給付審査会による二次判定により障害区分が決定される。サービスが必要と決定を受けた申請者は、事業者を選択し契約をする。サービスを利用した場合には、利用者は原則として1割の利用料を事業者を支払う。これは、高齢者介護保険と同じような仕組みである。その調査項目は、高齢者介護保険をもと

図5 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

厚生労働省社会援護局障害福祉部作成

にしているため身体的自立度などの調査が中心となっている。利用手続きについては、図5に載せた。

訓練等給付 (5.2 62ページ) は、障害程度区分の判定は必要ない。障害者の区分認定により受けられるサービスが決まるのが、一次判定は、介護保険の方式を利用し、身体状況が重視される傾向があるので知的・精神障害者では障害程度が軽くなるなどの不満があったが、審査会による二次判

定で特記事項や医師の意見書等を検討することにより修正される。認定に不服がある場合は、都道府県に不服を申し立てることができる。障害程度区分によって、どのようなサービスが利用できるかを表1に示す。

なお、サービスを利用する人々のサービスに対する費用1割負担だけでなく、サービスを提供する事業者に対して、利用者の数に応じて利用料が

表1 障害程度区分と利用できるサービス

	サービスの種類	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
介護給付	居宅介護	×	○	○	○	○	○	○
	通院介助 (介護あり)	×	×	○	○	○	○	○
	通院介助 (介護なし)	×	○	○	○	○	○	○
	行動援護	×	×	×	○	○	○	○
	短期入所	×	○	○	○	○	○	○
	重症訪問介護	×	×	×	×	○	○	○
	療養介護	×	○	○	○	○	○	○
				* 2	* 2	* 2	* 2	* 4
	生活介護	×	×	○	○	○	○	○
					* 3			
	重度障害者等包括支援	×	×	×	×	×	×	○
	共同生活介護 (ケアホーム)	×	×	○	○	○	○	○
施設入所支援	○	○	○	○	○	○	○	
		* 1	* 1					
訓練等給付	就労継続支援 (B型)	×	○	○	○	○	○	○
					* 5	* 5	* 5	* 5
地域生活支援	移動支援・ふれあいガイド	×	○	○	○	○	○	○
	あんしんサポート	○	○	○	○	○	○	○
	生活サポート	○	×	×	×	×	×	×
	日中短期入所	×	×	○	○	○	○	○

利用できるサービス ○、利用できないサービス ×

* 1 = 自立訓練、就労移行支援併用の場合

* 2 = 経過措置

* 3 = 50才以上の場合

* 4 = 障害要件あり

* 5 = 要件あり

支払われる。

8. 障害福祉計画

市町村、都道府県は、2009年度までの新サービス体系への移行を目標に、障害福祉サービスの数値目標を設定することになっている。まず、2007年度中に2008年度までの第1期障害福祉計画について、サービスの数値目標を設定・作成する。

障害福祉計画の基本理念は、①障害者の自己決

定と自己選択の尊重、②市町村を基本とする仕組みへの統一と3障害の制度の一元化、③地域生活移行や就労援助等の課題に対応したサービスの基盤の整備となっており、基盤整備の考え方は、①全国どこでも必要な訪問系サービスの保障、②希望する障害者に日中活動サービスを保障、③グループホーム等の充実を図り、施設入所・入院から地域生活への移行を推進、④福祉施設から一般就労等を推進する、としている。

図6 障害福祉計画の位置付け

作成期間等	第87条第1項関係
<ul style="list-style-type: none"> ○ 障害福祉計画は、3年を1期とする。 ○ 第1期については、平成18年度中に計画を作成し、平成19年度にはすべての地方自治体において、計画期間が始まることとする。 ○ 第1期の計画期間は、平成20年度までとする。(第2期以降は平成21年度から始まり、3年を1期とする) <p style="text-align: center;">※ 既に数値目標を盛り込んだ障害者計画が作成されている場合には、第1期の障害福祉計画と整合性が図られている限りにおいて、当該障害者計画の全部又は一部を障害福祉計画として取扱うことも差し支えないこととする。</p>	
障害者基本法に基づく計画等との関係	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村障害福祉計画は、障害者基本法に基づく市町村障害者計画その他の法律の規定による計画であって障害者等の福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。第88条第4項 ○ 都道府県障害福祉計画は、障害者基本法に基づく都道府県障害者計画その他の法律の規定による計画であって障害者等の福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。第89条第3項 ○ 都道府県障害福祉計画は、医療法に基づく医療計画と相まって、精神障害者の退院の促進に資するものでなければならない。第89条第4項 	

厚生労働省社会援護局障害福祉部作成

9. 精神保健福祉における障害自立支援法の課題と評価

精神障害者だけの問題ではなく、他障害者も同じような問題を抱えているが、特に精神保健福祉分野においては、施設規模が小さく、職員数も少ないなどの零細事業所が多く、社会資源も少ないので、障害者自立支援法（以下自立支援法）による影響が大きい。そこで、以下、精神保健福祉の問題を中心にとりあげる。

9.1 評価できる点

精神保健福祉から自立支援法の実施についてどのような点で評価できるかそして、その中でも存在する課題について述べたい。まず、第一に3障害の一元化である。他障害に比べその福祉施策が遅れているといわれている精神保健福祉において自立支援法により、他障害と同様な施策の質と量が確保されるであろうという期待がある。しかしながら、実際にはまだその期待に対する答えは出ていない。他障害のサービスを利用できるので、

精神保健福祉分野の事業が少ない地域では利用できるサービスの数が多くなるはずであるが、他障害のサービスを行っていた事業所では、精神保健福祉分野についての理解がないことなどから職員や他障害者から理解を得にくいということがある。あるいは、精神障害者を対象にはできないということが起こることは予想される。今後そのような問題は解決されるのであろうか。

第二には、市町村による実施主体の一元化である。地域住民に身近な市町村が自立支援法の実施主体となることで、地域特性に沿った支援・援助が可能になる点は評価できる。市町村はそのための人材や専門家を配置するところも出ているが、全くその方針を持たない市町村もある。また、地域支援事業は市町村が利用料・機能・対象を決めることになっており、財政状況によってはサービスが提供できないところが出てくるなど、地域格差が広がるという大きな問題がある。

第三は、障害計画である。これまでも、障害者プラン、新障害者プランが定められていたが、精神保健福祉について、1996年度から2002年度の目標値についてその進捗状況を見ると、達成率が高いのは、精神障害者グループホーム103%、精神障害者援護寮が91%であるが、低い値は、精神障害者地域生活支援センター61%、次いで精神障害者授産施設（通所）85%で、数値目標は各地域でのプランには必ずしも結びついていなかった。

自立支援法においては、精神科に入院している患者のうち、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者7万人（2002年度患者調査）の解消を目指すことになっている。また、数値を念頭に地域での計画を立てることになっており、障害者の参加や意見を反映させ、地域住民や企業などの参加を求めることになっているので、障害者も地域も、障害者サービスに関わり、自分の住む街での施策の推進を図ったり、関心をもったり協力することができるという点で評価できる。

しかし、精神障害者の参加や意見の反映がどこまでされるかは未知数ではある。精神障害者の当事者活動が盛んなところは、それができるが、そうでないところは当事者活動を活発化するところから始めなければならないが、そのような援助・サポートはされるであろうか。家族会などに意見

を聴取して終わる可能性がある。家族の意見は勿論大事であるが、家族と当事者本人たちでは、必ずしも意見が同じでないことを考慮して施策に反映させることが重要である。

第四は、権利擁護の問題である。精神障害者は、差別・偏見のもとに権利擁護が必ずしも重視されていない。しかし、他障害との一元化による施策からも、今後は精神障害者の権利擁護が重視されるであろう。サービス事業者にも利用者の権利を擁護する方策と義務が課せられている。しかし、精神障害者は、どちらかという権利を主張するというよりは「こういうものだ」とあきらめてしまう傾向がある。サービス利用者が自分の意見や権利をどんどん主張できるようなサービスを提供できるようにする必要があろう。

第五は、サービスの必要について客観的な尺度（障害程度区分）により決められることである。これまでは、この点で不透明なところがあったが、障害程度区分を認定することにより客観的なものとなろう。知的障害・精神障害については低く認定されるような調査内容であるため、二次判定でその改善がされてはいるが、二次判定で障害区分が変更される審査会がある一方、ほとんど変更されていない審査会もあるという（審査員への聞き取りより）。審査会によって差があることは問題であり、その検証が必要であろう。

9.2 自立支援法の問題点

まず、第一は、利用者のサービス利用の1割の定率負担である（収入により、軽減措置はあるが、詳細は略す）。そして、事業者がサービス利用者数によって収入が左右されることである。これは、競争原理が持ち込まれ、努力した事業所は運営費が加算されたり、1ヶ月の収入が増えるというものであるが、雇用継続支援について考えてみると精神障害者は、毎日通所することは困難な人が多く、週2～3日の通所が自分にとって最適なこともある。しかし、そうすると毎日通えない人を受け入れず、あるいは無理に通うように要請するなど、精神障害者のために弊害となるような支援が行われないという保証はない。良心的事業所は運営が成り立たなくなり、悪徳事業所（？）が生き残るということにならないことを祈る。

また、自立支援法施行前は「精神障害者通院公

費負担」制度として、5%の自己負担で通院できていた人が、自立支援法施行後は、自立支援医療となり、10%負担（収入により、軽減措置がある）となった。これらの負担から通院医療を中止したり、これまで受けていた支援やサービスをやめたり、サービスの回数を減らす人も出る。さまざまなサービスが少しずつではあるが、充実しつつあり、精神障害者が地域で生活できるようになってきたにも拘らず、自立支援法施行後には福祉サービスや医療を自己制約することにより、病状が悪化し入院せざるを得ない人が増えるのではないかと心配が杞憂に終わることを祈る。

また、サービスを提供していた小規模作業所が運営困難あるいは、新事業への移行が困難で閉鎖するところも出ており、サービスの低下が懸念される。各種団体からの要望を受けて、国は2006年度の960億円補正予算、2007から2008年度240億の計1,200億円の補正を発表し、事業者への支援、利用者の負担の更なる軽減を図っている。それは評価できるが、2008年までの措置では、当面の対応の改善はされるかも知れないが、今後についての利用者や小規模作業所の不安は大きい。

以下に、サービスを受けられなくなることを心配する精神障害者の意見を載せる^[1]。

これでは作業所に通えません。

福島県 松山英俊
障害者自立支援法のお陰で、小規模作業所へ通所できなくなりました。

時給100円×4時間で400円のプラスですが、通所料400円では1週間で450円の負担。1ヶ月で1,800円、1年で21,600円のマイナスとなります。これはあくまで4時間働いたということなので、ただ居ただけだったら、1年11,760円と途方もない負担になる。時給100円の人から税金みないなものを取り上げるのか。

作業所が閉鎖します。

愛知県 横田俊也
「ぜんかれん」の本が真剣に読まなかった自分がいました。でも、自分の通所している作業所が来年3月で閉鎖になるので他人事ではなくなりました。自立支援法はなんだか矛

盾している内容だと考えています。自分は神経質な性格（臆病も含めて）ですが、除々に症状は回復の方向に進んでいます。

第二に、就労支援に力を入れていることは評価できるが、就労困難者への対策がきわめて脆弱である。精神障害者の中には働くことは困難であるが、専門家や地域の支援があれば社会生活・地域生活が維持できる人が多くなっている。しかし、自立支援法は、就労できない人に対する支援が薄い。地域生活支援事業があるとはいえ、前述したように、その支援は市町村の財政に大きく左右される上、地域活動支援センターの予算は、非常に低額である。

第三に、現在精神保健福祉分野で最も多い地域の社会資源として利用されている小規模作業所の新事業への移行がむずかしい。国が想定している移行事業への移行（図7）がいかにかんがわれん誌が調査結果を報告している。

財政的運営難や財源の確保の見通しが見えない、定員不足などが懸念され、新体系への移行ができない団体が多い^[2]（表2～5）。

朝日新聞は、2007年2月6日の朝刊で、約1,600人の障害者が施設のサービス利用を中止したことを報道している。この内容は、全ての障害者についての報道であるが、自立支援法が障害者福祉に影響を与えている事実が報道されているので、引用したい。

「福祉サービスに自己負担をもとめる障害者自立支援法による影響で、全国で約1,600人が福祉サービスの利用を中止し、4千人余が利用回数を減らしたことが、厚生労働省の調査で分かった。昨年4月から10月までについて負担増を理由に利用を減らしたケースを同省が初めて全国調査した。政府は利用抑制が障害者の生活に与える影響を分析したうえで、負担軽減を進める方針だ。

昨年4月に施行された障害者自立支援法は、福祉サービスを原則として『1割負担』にした。

厚生省によると、入所サービスと通所サービスについて都道府県を通じて施設に照会し、全都道府県約22万人の利用状況について回答を得た。

それによると、約13万5千人の入所サービス利用者のうち598人（利用者の0.44%）が、約8万6千

人の通所利用者では1,027人（同1.19%）が負担増を理由に利用をやめていた。通所サービスの利用回数を減らしたのは4,114人（同4.75%）に上った。ホームヘルプなど在宅サービスについては30都道府県から約22万5千人の利用状況について回答を得た。このうち849人（同0.38%）がサービス利用を中止し、2,099人（同0.93%）が利用回数を抑制していた。

厚労省は、『利用抑制は、利用者負担の影響が出ていることが数値として示されたのではないかと。サービスの必要な人が受けられないことがないように、フォローするよう指導している』としている。政府は07年度から2年間で240億円の自己負担軽減策を計上する方針で、自己負担の上限額引き下げなどを盛り込んでいる。」

表2 小規模作業所新体系サービスへの移行調査

	日身連	育成会	全家連
アンケート回答作業所数	881	507	2,127
作業所利用者数	12,747	6,528	31,338
作業所職員数	3,527	2,065	7,838
1ヶ平均利用者数	14.47	12.88	14.73
1ヶ平均職員数	4	4.07	3.69

表3 新体系サービスへの移行について

	日身連	育成会	全家連	合計	%
新体系に移行が決定	146	133	224	503	23.7
どうなるか分からない	514	277	453	1,244	58.4
移行しない、できない	207	86	47	340	15.9
無回答	14	11	15	40	1.8
合計	881	507	739	2,127	

表4 移行が決まっているサービスについて（複数回答）

	日身連	育成会	全家連	合計	%
ア 療養介護	3	7	0	10	0.54
イ 生活介護	69	33	0	102	5.5
ウ 自立訓練	24	33	7	64	3.45
エ 就労移行支援	35	25	8	68	3.67
オ 就労継続支援A型	21	10	3	34	1.83
カ 就労継続支援B型	176	147	89	412	22.22
キ 地域活動センターⅠ型	28	24	18	70	3.78
ク 地域活動センターⅡ型	70	25	35	130	7.01
ケ 地域活動センターⅢ型	316	126	371	813	43.85
コ 自治体独自助成事業	41	9	29	79	4.26
無回答	43	23	6	72	3.88
合計	826	462	566	1,854	

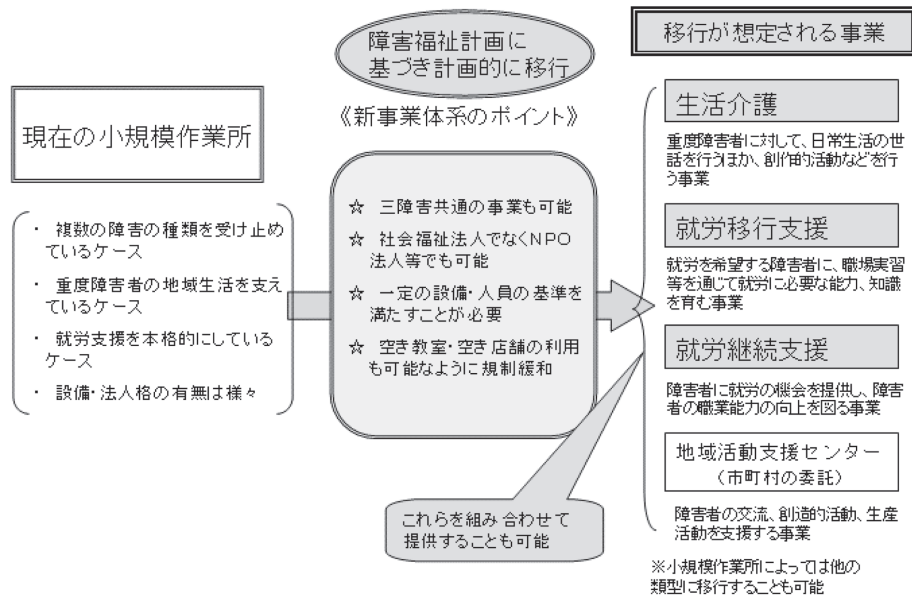
表5 移行する上で障害となっている事（複数回答）

	日身連	育成会	全家連	合計	%
法人格の取得方法が不明	89	23	29	141	7
法人化の事務手続き煩雑	129	38	92	259	12
利用者の定員が集まらない	188	84	167	439	21
職員が集まらない	50	11	33	94	5
場所が確保できない	62	23	55	140	7
財源確保の見通しが不明	359	17	330	706	34
その他	133	54	113	300	14
合計	1010	250	819	2,079	

表2～5

3障害関係団体（日本身体障害者団体連合・全国手をつなぐ育成会・全国精神障害者家族会連合会）の調査数字を合わせたもの。全国3,168作業所を対象に2006年7月から9月にかけて行われた。他障害に比べ、精神の作業所は利用者が多いこと、職員数は逆に平均3名と少ない。（ぜんかれん誌2006年12月号より）

図7 小規模作業所と新事業体系



厚生労働省社会援護局障害福祉部作成

以上、自立支援法の評価と問題点・課題を述べたが、この法律は成立から施行まで半年という短期間であったのは、障害施策の財政破綻を何とか解消しなければならないという緊急課題があったため、そのために市町村も、利用者も事業者も混乱と業務量増加と情報不足に振り回された。しかし、関係団体の運動に国は低所得者の利用料の

減額や自己負担の上限額を下げるなど次々改善をし、障害者の福祉は、自立法施行当初に比較し前進はしている。今後も、事業再編などで起きる問題と自立支援法の施行上の改善を国・市町村に要望し、運動していくことが必要であろう。そして大切なことは、当事者のニーズや権利を尊重した要求を第一とする方向であろう。

引用文献

[1] ぜんかれん・読者のひろば 2006年12月号 P13 財団法人 全国精神障害者家族連合会
 [2] ぜんかれん・障害者自立支援法改善に向け

ての動き 2006年12月号 P5 財団法人 全国精神障害者家族連合会
 *表の作成上、一部用語を変えている。

参考文献

1. 障害者自立支援法 編集社団法人 日本精神保健福祉士協会 2006年
 2. 日本精神保健福祉協会誌「精神保健福祉」特集「障害者自立支援法・変わるものと変わらぬもの—利用者の生活支援を考える」 Vol.37 No.1 通巻65号 社団法人 日本精神保健福祉士協会
 3. 厚生労働省ホームページ 障害者福祉

Abstract

I viewed the handicapped people independence support Act and the background, the target and the outline.

National Government hastened the execution the law about half years and it was a thing due to the failure of the handicapped person support fee system. Users and a service agents were given the confusion and anxiety the future service.

It is to be necessary that the handicapped person move for user's needs and asks the good execution of the way of supporting.

Key Words: handicapped person, employment support, independence mental health service