

---

# 精神障害者の地域生活支援における一考察

## —障害者自立支援法施行の影響—

松 浦 信 二

---

### 要旨

2006(平成18)年4月の障害者自立支援法施行は、全国の障害者、家族、関係者の生活に大きな影響を与えている。10月からは障害程度区分の認定や新しい施設・サービス体系への移行の中で、精神障害者の地域生活を後退させ、病院から地域への流れが止まってしまうのではないかと不安が広がっている。そこで、障害者自立支援法施行後の影響について、茨城県内にある複数の精神障害者通所授産施設の事業費の比較をもとに検証してみると、施行前の不安が現実のものになっている。障害者自立支援法の問題点の一つは、原則1割の応益負担が導入されたことによる利用者負担増である。重度障害であればある程負担が増えるので、サービス利用を控えたり、働く意欲を減退させたりという状況をもたらしている。精神障害者の通院医療費公費負担制度が自立支援医療に改正され、これまでよりも通院を控える者もでてきている。低所得者に対しては、上限設定はあるもののきめ細かな軽減措置が必要である。また、精神障害者通所授産施設においても、工賃収入を上回る利用料負担に、働く意欲をなくして施設利用を断念した者も出てきている。障害者自立支援法の課題を明確にして、精神障害者が地域のなかで自立した生活を送るための地域包括支援システムについて考察するものである。

KeyWords：精神障害者，地域生活支援，障害者自立支援法

### 1. はじめに

障害者自立支援法が施行され、従来の障害者福祉施策が大きく転換し、身体障害、知的障害、精神障害に分かれていた福祉・医療などのサービスが一元化された。今後の障害者の地域生活を支援する諸制度の根本をなす障害者施策の総合的な法律であり、障害者が自ら望む生活を実現できるような地域社会を目指すためには、障害者自立支援法が適切に運用されることが必要である。そのためには、障害者自立支援法成立の背景を整理し、概要を理解しなければならない。障害者自立支援法は法案段階から様々な問題点が指摘されており、施行前の問題点や課題を明確化し、施行後にどのような影響があったのかを精神障害者の地域生活に焦点を当てて考察する。具体的には、施行前

の2006年2月に日本障害者協議会が実施した「障害者生活実態調査・障害者自立支援法の影響を中心として」の調査報告の分析に基づき、障害者や家族の不安を明らかにする。そして、実際に障害者自立支援法施行後の現場の状況については、茨城県内にある複数の精神障害者通所授産施設における事業費の比較に基づいて分析する。そして、障害者自立支援法の問題点を整理し課題を明確化する。また、精神障害者が地域で安心して自立した生活を送るためには、精神保健福祉士がどのような役割を果たし、どのような地域包括支援システムが必要なのかについて考察する。

## 2. 障害者自立支援法制定の背景

社会福祉基礎構造改革の流れの中で、措置制度から契約制度へと大きな転換が行われ、利用者本位の制度として、高齢者の分野では介護保険制度が制定され、障害者の分野では障害者自立支援法が制定された。障害者が地域で自立した生活ができるようにするための法律であり、法成立の背景を整理し、概要を理解したうえで、今後の課題を明確化することが重要である。

### (1) 障害者自立支援法に至る経緯

障害者保健福祉領域においては、1981(昭和56)年の「国際障害者年」に始まり、1993(平成5)年の「アジア太平洋障害者の十年」へという国際的な障害者施策の流れのなかで、1982(昭和57)年「障害者対策に関する長期計画」、1993(平成5)年に「障害者対策に関する新長期計画」を策定、同年には心身障害者対策基本法が障害者基本法へと改正され、1995(平成7)年「障害者プランナーノーマライゼーション7か年戦略」が策定された。そして、1996(平成8)年から障害保健福祉施策総合化の観点から全般的な検討が開始され、1997(平成9)年「今後の障害保健福祉施策の在り方について」とする中間報告がなされた<sup>(1)</sup>。

1997(平成9)年からは、中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会において社会福祉基礎構造改革について審議された。社会福祉基礎構造改革の流れの中で、身体・知的障害児(者)の福祉サービスは、「措置から契約へ」という理念のもとに、2000(平成12)年の社会福祉事業法等改正により、2003(平成15)年から新たな支援費制度として施行されることとなった。2004(平成16)年「今後の障害者保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」が報告され、2005(平成17)年に障害者自立支援法が制定された。

### (2) 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について(改革のグランドデザイン案)」は障害者福祉施策に関する厚生労働省の試案であり、以下の基本的視点・方向が障害者自立支援法につながっていくものである。

①障害保健福祉施策の総合化として、身体・知的・精神と障害種別ごとに対応してきた障害施策について「市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を越えた一元的な体制を整備」するなかで、創意と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・社会資源」を図ることが重要である。

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て制度を維持するシステムが脆弱である。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は、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<sup>2)</sup>。

### (3) 精神保健医療福祉の改革の基本的な方向性

厚生労働省が2004(平成16)年に発表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の報告をもとに、基本的視点や精神保健福祉法改正へとつながる重要な施策について整理する。

①精神保健医療福祉改革の基本方針として、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推進するために、国民が精神疾患や精神障害者について正しく理解するように取り組むことである。そして、受け入れ条件が整えば退院が可能な約7万2千人の精神障害者について、精神科病床の機能分化や地域生活支援体制の強化等によって解消を図ることである。

②精神科医療体系の再編を行い、精神科病床を削減し地域生活の支援体制を強化していくことである。わが国の精神科病床数は横ばいに推移しており、病床数の地域格差が顕著である。長期入院患者の地域格差も生じており、入院期間が1年未満で退院した者の約8割が家庭復帰しているのに対して、1年以上で退院した者は家庭復帰が3割となっている現状がある。

③精神障害者の地域生活支援体系の見直しを行い、精神障害者が地域の中で安心して自立生活が送れる支援体系が必要である。精神障害者授産施設からの退所者は利用者全体の約2割であり、就労に移行した者はさらにそのうちの約2割にすぎない現状がある。就労支援等の機能を高めることが必要であり、精神障害者社会復帰施設の整備や地域生活支援体制の再編が求められる。具体的には、ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体系の再編や重層的な相談支援体制の確立が必要である<sup>3)</sup>。

## 3. 障害者自立支援法の概要

障害者自立支援法は、障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいてきた福祉サービス、公費負担医療等について共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設するものである。

### (1) 障害者自立支援法の目的

障害者自立支援法第1条には「障害者基本法の基本理念にのっとり、身体、知的、精神、児童の各福祉法と相まって、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奇与することを目的とする」となっている。

障害者自立支援法の対象は、身体障害者福祉法の規定による身体障害者、知的障害者福祉法による知的障害者、精神保健福祉法に規定する精神障害者と児童福祉法による障害児である。それゆえ、障害者自立支援法は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法のうち、3障害にかかわる共通部分に関する事項を規定しているものである<sup>4)</sup>。

## (2) 障害者自立支援法の給付内容

自立支援給付は、介護給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具である。介護給付の対象には、居宅介護、行動援護、児童デイサービス、短期入所、重度訪問介護、療養介護、生活介護、重度障害者等包括支援、共同生活介護、施設入所支援がある。訓練等給付の対象には、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援がある。また自立支援医療とは、これまでの精神障害者通院医療費公費負担制度や更生医療、育成医療が自立支援医療になる。

## (3) 障害者自立支援法の給付手続き

障害者自立支援法による給付を受けようとする障害者は市町村に申請を行い、支給決定を受ける必要がある。市町村は申請を受けると、全国共通の調査項目を用いて認定調査員が課題分析（アセスメント）を行い、それをもとにコンピューター処理で一次判定が行われる。訓練等給付を希望する場合には、一次判定をもとに障害程度区分が認定される。介護給付を希望する場合には、審査会の二次判定を経て障害程度区分が認定される。認定された障害程度区分とサービス利用の意向聴取をもとに支給決定案が作成され、支給決定となる。支給決定を受けた障害者が障害福祉サービスを利用した場合には、原則としてその費用の1割が自己負担となる。ただし、利用者の自己負担については所得等に応じた上限が設定されている<sup>5)</sup>。

## (4) 障害者自立支援法の地域生活支援事業

地域生活支援事業とは、市町村として取り組むべき相談支援、コミュニケーション支援、日常生活用具の支給、移動支援、地域活動支援センター、福祉ホームなど、地域の実情に応じて柔軟に実施されることが望ましい事業である。都道府県については、これらの地域生活支援事業を地域の実情に則して市町村に代わって実施できるとした。

## (5) 施設・事業体系

障害者自立支援法による障害者施設・事業は、従来の体系を大幅に変更し、「日中活動」と「居住支援」という大きく2つの場面に区分している。そして、これまで33種類あった施設・事業体系を6つの日中活動に再編し、併せて24時間型の施設利用を改め、施設入所者であっても他の日中活動の利用を選択できるようにするというものである。日中活動の6種は、介護給付の対象となる「療

養給付」（医療機関で実施）、「生活介護」の2種と、訓練等給付の対象となる「自立訓練」「就労移行支援」「就労継続支援」の3種、および地域生活支援事業に位置づけられる「地域活動支援センター」である。

また、居宅支援には、「施設入所支援」と介護給付の対象となる「共同生活介護（ケアホーム）」、訓練等給付の対象となる「共同生活援助（グループホーム）」、地域生活支援事業として「福祉ホーム」がある<sup>66</sup>。

#### 4. 日本障害者協議会による「障害者生活実態調査・障害者自立支援法の影響を中心として」の調査結果分析

この調査は、障害者自立支援法による福祉・医療サービス利用・自己負担・生活費・社会参加などへの影響を明らかにし、制度改善への資料とすることを目的とした調査である。調査対象としては、日本障害者協議会加盟団体に依頼し、基本的には調査員による面接調査として実施したものである。回答者495人についての回答結果の分析であり、障害者全体を正確に反映しているものではない。

##### (1) 回答者の特徴

性別では男性が70%近くであり、年齢別では30代から50代が中心で平均年齢42歳である。障害の種類別では、肢体不自由164人（33.1%）、知的障害147人（29.7%）、精神障害144人（29.1%）が多く、視覚障害、聴覚障害、内部障害、言語障害、難病は30人から40人程度であった。生活の場所は、「一般住宅」が約60%を占め、「グループホーム」、「入所施設」もそれぞれ約20%程度が含まれていた。2006（平成18）年2月時点の本人の月収額は5万円以下が7%であり、5万1円以上10万円以下が50%と低所得者が多い。収入源の一つである勤労収入（工賃を含む）を見ると、勤労収入のある270人の平均が35,590円であった。生活保護を受給している者も、41人（8.3%）いた。

##### (2) 障害者自立支援法施行に向けての意見や思いについて（自由記述）

495人中408人（82.4%）が回答した。最も多かったのが「自己負担への批判・要望」で137件、ついで「将来への不安」104件であり、次いで「その他の障害者自立支援法への批判・要望」85件、「サービス低下・事業者撤退への不安」38件とつづいている。具体的には、「施設に入所しており、年金収入で生活している。年金から徴収金を毎月30,800円納め、残りで生活しているが、4月からは、年金から58,000円（食事代、光熱水費）納めることになる。」、「応益負担のスタートで本当に家計が圧迫される。」、「入所施設での負担金が年金額を超えてしまう。」などの応益負担による自己負担増に対する不安が多い。次に「事業所は正規の職員以外にパート職員を雇用していたが、今年度から障害者自立支援法施行にあたり、財政的にパート職員を配置することができなくなった。」、「ヘルパー派遣業者への単価引き下げに伴い、事業所の撤退などで必要な介護が受けられなくなるのが心配」などのサービス低下への不安も多い。

また、障害程度区分への批判としては、「障害程度区分が障害状態を反映していないために、サービスの質や量が減ってしまう。」など障害程度区分の認定が適切に実施されるかについての不安がある。その他の障害者自立支援法に対する批判としては、「日割り計算になるので、施設に行かないと、その分のお金が施設の方に入らなくなるので、具合が悪くても施設に出るように言われる。」「車の運転ができる人には移動介護は出せないと言われた。障害者自立支援法は移動の部分厳しくしており、社会参加をしにくくしている。」などがあげられる<sup>70</sup>。

### (3) 調査結果の分析

今回の障害者自立支援法施行前における調査では、障害者や家族の不安がほとんどである。行政や事業者からの説明も不十分であり、施行されたら自分たちの生活にどのような影響がでるのかが理解できない状況である。なかでも費用負担への不安であり、年金収入で生活している障害者やこれまでホームヘルプサービスやデイサービスなどの複数のサービスを利用していた障害者にとっては、応益負担により利用者負担が増加するのではないか。作業所の工賃よりも、サービス利用料の方が高くなってしまい、働くのを辞めてしまうのではないか。これまでの、更生医療や育成医療、通院費公費負担医療が自立支援医療になることによって、これまで通り医療が受けられるのか。また、障害程度区分認定が適切に実施されるのか、これまで受けてきたサービスが受けられるのか。サービスの低下やサービス事業者が撤退するのではないかなどの様々な不安を抱えながら、障害者自立支援法が施行されたのである。

## 5. 障害者自立支援法施行後の状況

障害者が自立して暮らすことを目指した障害者自立支援法が施行され、施行前に懸念された課題が現実のものとなってきている。茨城県内にある複数の精神障害者通所授産施設の事業費の比較をもとに障害者自立支援法施行後の影響について考えてみたい。

### (1) 精神障害者通所授産施設の事業費の比較

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神障害者社会復帰施設の一つである精神障害者通所授産施設とは、通所者にとって必要な作業訓練及び生活指導や相談・援助を行うとともに、精神障害者の社会経済活動への参加及び自立と社会復帰の促進を図ることを目的とした施設である。具体的な支援内容としては、作業訓練、生活相談、就労支援、自主活動がある。作業訓練としては、作業を通じて社会復帰に向けて必要な訓練を行うものであり、パンの製造や餅菓子の製造・販売または軽作業として電動工具用コードの結束、企業情報誌の封入れなどの内職を行っている。生活相談としては、施設を利用するうえでの様々な悩みや生活上の問題について精神保健福祉士の資格を持つ職員が相談を行っている。就労支援としては、通所者の就労の相談に対応したり、ハローワークなどの関連機関との連絡を行うものである。自主活動としては、レクリエーションや野外活動などを通じて、通所者の個別の目標や適性に合わせて活動を支援するものである。利用対象者は、18

歳以上65歳未満であり、一般の職場で雇用されることが困難な精神障害者である。さらに、内職程度以上の作業を継続して行える能力があり、通院や服薬の管理がある程度できる精神障害者を対象としている。

表1について解説すると、精神障害者通所授産施設は国及び地方公共団体からの補助金で運営しているので、人件費等も含む年間の事業費が(A)である。障害者自立支援法施行後の新事業体系年額(B)というのは、新事業体系では精神障害者通所授産施設は日中活動の場として訓練等給付の就労移行支援又は就労継続支援の対象となる。就労移行支援とは、就労を希望する障害者を対象に、有期限で職場実習等の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行うものである。そして、就労継続支援とは、通常の事業所に雇用されることが困難な障害者を対象に、就労の機会を提供し（雇用型）、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて（非雇用型）、その知識及び能力の向上のために必要な訓練を行うものである。実際には新事業体系への移行までには5年間の経過措置があるので、仮に移行した場合の訓練等給付費で試算した年間の給付費の額である。

表1 障害者自立支援法施行後の茨城県内の精神障害者通所授産施設における事業費の比較（試算）

施設名 精神障害 通所授産施設	平成17年度 補助金の年額 (A)	施行後の新事業体系に おける年額 (B)	(B) - (A)	前年比 平成17年度を 100%
A施設 定員20名	31,294,000円	11,040,000円	-20,254,000円	35.3%
B施設 定員20名	31,609,000円	10,665,000円	-20,943,000円	33.7%
C施設 定員20名	33,191,000円	17,591,000円	-15,599,000円	53.0%
D施設 定員20名	32,627,000円	16,188,000円	-16,438,000円	49.6%
E施設 定員30名	32,010,000円	21,417,600円	-10,592,400円	60.4%
公設民営 F施設 定員20名	32,419,000円	4,388,000円	-28,030,000円	13.5%
G施設 定員15名	10,875,000円	7,000,000円	-3,875,000円	64.4%
小規模授 H施設 定員20名	32,314,000円	32,590,000円	276,000円	100.9%
I施設 定員20名 入所授産	50,429,000円	29,343,000円	-21,085,000円	58.2%

各施設間での減収割合の相違については、施設の入所定員や常勤職員配置基準及び就労支援対象者であるか、就職継続支援（非雇用型）対象者であるかの人数割合によって給費額が異なっているからである。具体的には、入所者定員が40名以下で常勤職員配置基準である入所者6名に対して指導員1名を配置している精神障害者通所授産施設であれば、就労移行支援の報酬単価は1単位を10円に想定すると7,360円である。また、入所者定員が40名以下で常勤職員配置基準である入所者10名に対して指導員1名を配置している精神障害者通所授産施設であれば、就労継続支援（非雇用型）の報酬単価は1単位を10円に想定すると4,600円である。表1には精神障害者通所授産施設だけではなく精神障害者小規模授産施設や精神障害者入所授産施設も含まれており、就労移行支援体制加算や自立生活支援加算などの各種の加算や精神障害者通所授産運営費補助もあり、各施設間で減収割合は異なる。実際には、精神障害者通所授産施設の定員は、E施設（定員30名）、G施設（定員15名）以外の施設は20名となっているが、月平均利用率は定員の6割程度である。また、就労移行支援給付費は日額7,360円、就労継続支援（非雇用型）は日額4,600円であるが、現実的には就労移行支援は困難な精神障害者が多く、就労継続支援（非雇用型）が割合として多くなるのが現状である。

E施設の障害者自立支援法施行後の新事業体系年額(B)の内訳をみると、定員30名ではあるが、実際には6割の利用率である。一日に17名の利用者を想定すると、そのうち4名が就労移行支援給付費日額7,360円、残りの13名が就労継続支援（非雇用型）給付費日額4,600円で試算した場合である。実利用人数17名、就労移行支援給付費日額7,360円×4名＝29,440円、就労継続支援（非雇用型）給付費日額4,600円×13名＝59,800円となり、日額は89,240円である。利用日数を週に5日間として、月に20日利用した場合は月額89,240円×20＝1,784,800円である。年額にすると、1,784,800円×12ヶ月＝21,417,600円である。利用人数及び利用日数または就労移行支援給付にするのか、就労継続支援（非雇用型）給付費にするのかで各施設で異なるが、基本的な計算方式は以上のものである。また、就労移行支援給付については2年間の有期限付きであり、2年後には就労移行支援給付から就労継続支援（非雇用型）給付に移らざるおえない利用者も考えられる。精神障害者の場合は、授産施設から一般就労への移行は現実的にかなり困難であるのが現実である。

障害者自立支援法施行後の新事業体系年額(B)から人件費等も含む年間の事業費である補助金の年額(A)を引くと、H施設以外はすべての施設でマイナス、つまり減収となっている。なかには

表2 E施設の障害者自立支援法施行後の新事業体系年額（B）の内訳

E施設入所定員30名		一日の利用者数17名（利用率6割弱）		
就労移行支援対象者	給付費日額	一日の利用額	月の利用額（20） （週5日×4週）	新事業体系年額（B）
4名	7,360円	$7,360 \times 4$ ＝29,440円	$29,440 \times 20$ ＝588,800円	$588,800 \times 12$ ＝7,065,600円
就労継続支援対象者 13名	4,600円	$4,600 \times 13$ ＝59,800円	$59,800 \times 20$ ＝1,196,000円	$1,196,000 \times 12$ ＝14,352,000円
合計額		89,240円	1,784,800円	21,417,600円

20,000,000円以上ものマイナスとなる施設が4施設もあり、あくまでも試算であるが施設運営が破綻しかねない状況に追い込まれる施設も出てくる可能性がある。現実には人件費を抑制するために、常勤職員をパート勤務の職員に切り替える施設も出てきている。施設運営を安定させるためには、利用者数を増やして月平均利用率を上げて、給付費収入を増やしていくしかない。しかし、利用者の立場になると、就労移行支援であれば月額7,360円の1割が利用者負担となり1日に736円の負担である。月額では20日利用した場合には、14,720円というかなりの負担増となる。現在の利用料は月額2,000円であり、交通費・食費代は自己負担となっているので、減免措置や上限設定があるものの何倍もの負担である。さらには、授産施設であるからには作業に対して工賃が支給されるが、平均すると月に5,000円程度であり、利用料負担の方が大きくなってしまふことになる。利用者としては、利用日数を減らすか、利用を断念するかを選択に迫られている状況である。このような状況の中で、精神障害者通所授産施設が独自に利用者数を増やして月平均利用率を上げていくのは困難な状況である<sup>6)</sup>。

また、利用者への1割負担の導入により、利用しない日にまで公費を支払うことができないという理由から、日払い方式となり施設にとっては大幅な減収である。直接利用している時のみを公費の対象とする考え方は、調子の変動が大きく休みがちな精神障害者にとってはさらに施設利用を控えてしまう結果となる。反対に施設からの働きかけにより、具合が悪くても無理をして通所して、さらに状態が悪化することも懸念される。ほとんどの施設が前年度比の3割から6割といった財政状況を試算しており、利用率を4割以上は上げていかないと施設運営が危機的状況になるという結果である。もちろん、新体系への移行までには時間があり、今の段階ではまだ不確定な要素もあるので、あくまでも茨城県内の数ヶ所の精神障害者通所授産施設の概算での結果であり推測の範囲の試算である。しかし、精神障害者通所授産施設の利用者及び職員の不安は大変に大きく、施設が存続できるのか、自分たちのこれからの生活がどうになってしまうのかを真剣に考えている。今後は各障害者団体等から広範囲にわたる客観的な調査及び検証のもとに、正確な統計的資料や証拠に基づき障害者自立支援法の見直しを求める動きがさらに活発になることが予測される。実際に上記の表にある茨城県内の精神障害者通所授産施設7ヶ所、精神障害者入所授産施設1ヶ所、精神障害者小規模授産施設1ヶ所のうちで、平成19年度から新事業体系への移行を計画しているのは公設民営の精神障害者通所授産施設1ヶ所だけである。

## 6. 障害者自立支援法施行による精神障害者の地域生活支援における課題

障害者自立支援法では、障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは、障害の種類にかかわらず共通の制度により提供されることになる。課題を多く抱える障害者自立支援法のなかで3障害の統合は評価されるべき点であるが、精神障害者が地域生活を送るうえでの課題について明確にしていきたい。

### (1) 定率・応益負担の課題

これまで、障害者福祉の利用者負担は、個々の所得に応じる応能負担が原則であったが、障害者自立支援法では利用したサービス量に対する定率・応益負担である。精神障害で定率1割負担を義務づけられるのは、介護給付、訓練等給付、自立支援医療である。生活保護世帯以外は1割負担を原則とし、サービスがより多く必要な人ほど負担額が増すため、所得に応じて上限額が設定されている。現在、精神障害で障害年金を受給している人は約44万人であり、無年金状態にある人が多いのが特徴である。経済的にも親の扶養下にある精神障害者も多く、個人減免措置などの低所得者対策が課題である。

また、障害者自立支援法では、精神障害者の通院医療費公費負担制度が改正の対象となり、身体障害者福祉法における更生医療、児童福祉法における育成医療と並んで自立支援医療に統合される。障害者自立支援法では、応益負担の考え方により医療費の自己負担を定率1割としている。ただし、精神障害の場合には通院にのみ適用される制度であったことが見直されておらず、精神科入院医療に対しては適用されない。精神障害者は、長期間、継続的に医療と関わらなければ安定した生活を営めないことから、煩雑な手続きや経済的理由により医療機関との関わりが途絶えないようにすることが課題である<sup>9)</sup>。

### (2) サービス利用手続きの課題

サービス支給決定の流れの背景には、障害者自立支援法による改革である公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化、明確化がある。障害者自立支援法の基準が精神障害者の特性をとらえた基準であるかどうかは課題である。現在の認定調査項目をみると、精神障害者に適切に対応しているとはいえない。全体的に身体状況や病状に関する項目が中心であり、精神障害者の生活状況を把握できるものとはなっていない。精神障害を判断する基準は主に行動等関連項目で認定することになるが、この項目では精神障害者の生活のしづらさが把握できない。

具体的には、障害者自立支援法には、障害の判定基準として障害程度区分の認定が明示されており、障害者自立支援法の障害程度区分はサービス利用の要否や上限額を定めるものである。現在の障害程度区分の認定項目は介護保険の79項目をベースにしており、障害特性やニーズを十分に反映したものになっていない。そのために、精神障害者は低い障害程度区分に出る傾向がある。現行制度の課題は、支援の必要度を判定する客観的な基準がないことであり、客観的で明確な障害の判定基準を作成することが必要である<sup>10)</sup>。

### (3) 居宅支援、就労支援についての課題

障害者自立支援法施行により、障害種別ごとに分立した33種類の既存施設・事業体系が6つの日中活動と居宅支援に再編された。居宅支援については、施設への入所、または居宅支援サービス（ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム）である。居宅支援についての課題としては、障害程度区分に応じた利用者像が不明確であり、世話人1人が担当する障害者の数が示されていない。これまで利用者が個別に利用していたホームヘルプサービスなどは事業所単位で外部委託されることに

なり、利用者よりも事業所の都合が優先されるおそれがある。

また、就労支援については、障害者雇用施策とのかかわりが大きくなってきている。障害者雇用促進法の改正による精神障害者の雇用率算定と短時間労働認定は、今後の精神障害者の雇用においても実効性のあるものである。就労支援をめぐる課題としては、精神障害者の就労支援施設が設置されていない自治体も多く、地域格差もあるのが現状である。これまで就労支援施設を働く場として認識していた障害者にも、施設利用はサービスの提供であるとして利用料が科せられることになる。サービスの単価によっては、工賃を上回ることにもなりかねない。就労移行支援を担う授産施設にとっては雇用先の確保が困難になり、対人関係において問題が生じやすい精神障害者の就労をいかに定着させていくかが大きな課題である<sup>(11)</sup>。

#### （4）施設・事業体系の再編についての課題

障害者自立支援法施行により、障害者福祉施設・事業の体系は大幅に変更する。現在の法定施設・事業は、2006(平成18)年10月の施行時から2010(平成22)年度末までの期間に、すべて新たな事業体系へ移行しなければならない。日中活動の場のうち、療養介護と生活介護の対象者は、常時介護を必要とする障害者とされ、その範囲は極めて限定的である。生活介護についても、精神障害者の位置づけが曖昧であり、具体的には想定されていない。自立訓練は、身体障害者を対象とする「機能訓練」と精神障害者・知的障害者を対象とする「生活訓練」に分けられるが、それぞれ利用期限（2年を想定）が設定されている。事業移行の際には障害程度区分の認定の問題も含め、入居者の再選定が行われることとなり、場合によっては現入居者が非該当となる可能性もある。

### 7. 精神障害者の地域生活支援システムの構築

今後の精神保健医療福祉施策を推進するうえでの基本的な考え方としては、精神保健福祉サービスは、サービスを必要とする精神障害者本人の居住する地域で提供されるべきである。これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心とした支援体制を構築するあり方に転換することが重要である。

#### （1）精神障害者の地域生活支援

①在宅福祉サービスの充実に向けて、精神保健福祉法の改正により、2002(平成14)年度から居宅生活支援事業を市町村単位で実施することになった。精神障害者ができる限り地域で生活ができるように、居宅生活支援事業の普及を図りケアマネジメント手法の活用を推進していくことが必要である。受け入れ条件が整備されれば退院が可能である7万2千人の精神障害者の退院・社会復帰を目指すためには、地域に必要なサービスを計画的に整備することである。具体的な対応としては、すべての市町村において居宅生活支援事業の整備を行い、居宅生活支援を必要とする精神障害者にサービスを提供できる供給体制を整える。また、社会的入院患者等の退院を促進するためには、ケアマネジメント手法を活用した支援が不可欠であり、ケアマネジメントを行う専門職の養成を推進

していくことが必要である<sup>(12)</sup>。

②地域における住居の確保に向けて、1996(平成8)年度から精神障害者保健福祉手帳1,2級の所持者については公営住宅入居に関し、収入要件緩和による優遇措置が行われている。住居の確保は、精神障害者の社会復帰そして地域生活支援への移行の促進に当たって重要な課題である。精神科病院退院後や精神障害者社会復帰施設等を経て、地域で生活しようとする精神障害者が円滑に住まいを確保できるような支援策を推進していかなければならない。具体的な対応としては、精神障害者グループホームの確保や公営住宅の優先入居を推進していくことである。

③地域医療の確保に向けて、地域における精神医療への適切なアクセスの確保や医療機関間の連携強化が重要な課題である。精神病床については、都道府県の区域ごとに整備されることとなっているが、都道府県内及び都道府県間において地域偏在がみられる。また、精神科救急システムの整備が課題であり、厚生労働省では精神科救急医療システム整備事業を実施している。相談体制の確保としては、精神保健福祉センター、保健所、市町村の行政機関、地域生活支援センターにおいて、精神保健福祉に関する相談指導を実施していくことである。

④精神障害者の就労支援策としては、社会復帰施設の設置・運営のほかに、社会適応訓練事業を実施している。方向性としては、授産施設等における活動から一般就労への移行を促進していく。そのためには、授産施設等において一般就労への移行に向けた訓練を適切に行い、障害者就業・生活支援センターにおける就労支援事業、職場適応援助者事業を推進していく必要がある。また、精神障害者の社会復帰を支援するためには、精神障害者社会復帰施設を計画的に整備していくことである。具体的な対応については、生活訓練施設、福祉ホーム、通所授産施設は引き続き整備し、入所授産施設及び福祉工場はノーマライゼーション推進等の観点から見直しが必要である<sup>(13)</sup>。

## (2) 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会報告

2002(平成14)年に社会保障制度審議会障害者部会精神障害者分会は、報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」を公表した。この時期には厚生労働省内に精神保健福祉対策本部が発足し、2003(平成15)年に中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」をとりまとめ、この報告を受けて「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」が組織され、2004(平成16)年に報告書がまとめられた。

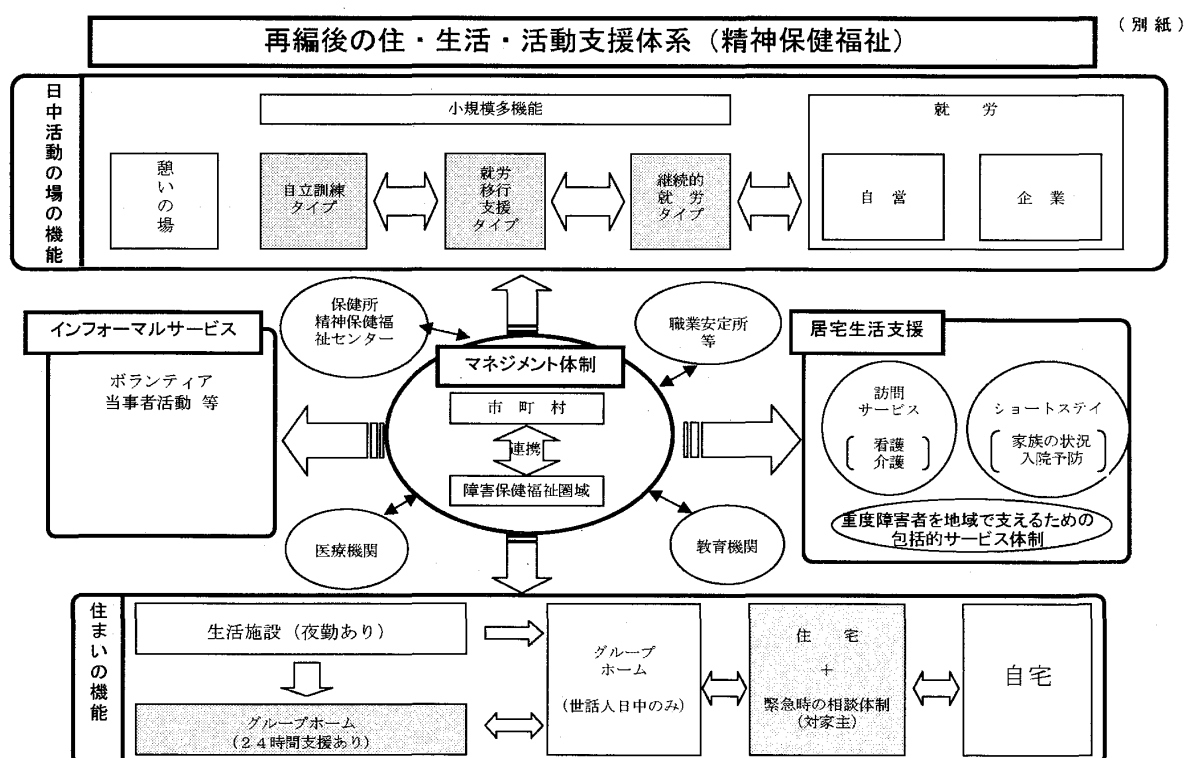
基本的な考え方としては、精神障害者の自立に向けて必要な能力を向上させるためには、ライフステージに応じた住・生活・活動等の支援体制の再編が必要である。そして、精神障害者の地域生活を包括的に支援するためには、重層的な相談支援体制及びケアマネジメント体制の確立が必要である。具体的には、精神障害者が一般住宅等で生活をしたいと言っても、貸し主側が提供してくれない現状がある。実際に社会復帰施設などから退所する精神障害者のうち約3割は病院への入院である。そして、授産施設からの退所者は利用者の約2割であり、そのうち就労に移行した精神障害者は約2割に過ぎない。また、相談支援体制についても、地域格差が大きく、精神障害者地域生活支援センターが整備されていない市町村もあり、ケアマネジメント機能を十分に果たしていないのが実態である。

方向性としては、精神保健施策については、「入院医療中心から地域生活中心へ」ということである。そのためには、国民が精神疾患や精神障害者に対して正しい理解を深めることが必要であり、精神医療の質の向上や地域生活支援の充実などの対策を総合的に行うことが大切である。地域生活支援体系としては、重層的な相談支援体制を中心に、住・生活・就労の総合的な支援体系を整備するという視点が重要である。

### （3）精神障害者の地域生活支援システム

精神障害者の地域生活支援への取り組みについては、アメリカでは1970年代から包括的地域生活支援プログラムとして取り組まれている。わが国においても、2003(平成15)年より厚生労働省の研究班が国立精神・神経センター国分台病院で試験的実践に取り組んでいる。精神障害者の地域生活支援には、24時間体制の危機介入やアウトリーチ医療、精神科救急体制といった精神障害者の急性増悪時の症状に依って早急にかつ的確に対応するものから、日常生活を支える訪問サービスや就労支援まで広範囲な内容を包括したものでなければならない。そして、地域生活支援を強固なものにするためには、ケアマネジメントを介護保険制度同様に制度上位置づける必要がある。精神障害者のケアマネジメントを担う機関としては、精神障害者地域生活支援センターがある。精神障害者地域生活支援センターは、ケアマネジメントだけではなく、相談機能、退院促進機能、デイサービス機能など多くの機能をもっている。地域生活支援システムにおいて、重要な施設である。

図1 精神障害者の地域生活支援システム



資料：精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会報告

具体的には、精神障害者地域支援センターの職員である精神保健福祉士がケアマネジャーとして、精神障害者の個別のニーズを把握し各種のサービスを有効・適切に結びつけて地域での生活を支援していくケアマネジメント機能を強化していく必要がある。社会適応が困難な精神障害者に対して、生活面から医療面そして就労面までを一貫して支援していく体制の整備が求められる。基盤となる精神障害者を支えるサービスや施設・機関を計画的に整備しながら、ケアマネジメントを担う人材の育成と専門性の向上が不可欠である。そして、精神障害者を支える関係機関や専門職が連携を図り、精神障害者が地域の中で孤立しないようにソーシャルサポートネットワーク体制を形成することである。地域社会において、ノーマライゼーションの理念のもとに、精神障害者の生活全体に関係機関・施設・専門職などが包括的に支援する地域生活支援システムの構築が重要である<sup>(14)</sup>。

#### (4) 精神保健福祉士の役割

障害者自立支援法が施行されても、入院長期化を余儀なくされている精神障害者や地域へ移行したものの在宅生活支援が受けられずにいる精神障害者など精神障害者の置かれている状況は厳しいものがある。精神障害者の現状改善のための支援が不可欠であり、精神障害者の自己実現に向けて精神保健福祉士の果たす役割は大きいものがある。

①精神保健福祉士を国家資格として認めるに至った要因は、精神障害者に関する権利擁護の視点をもって対応する専門職の必要性があったからである。精神衛生法から精神保健法を経て精神保健福祉法への改正の中で、精神障害者に対する権利擁護の視点は盛り込まれてきたが、日常の精神障害者の生活支援においては、いまだに権利擁護を実践していると言えない面もある。精神障害者の自己実現を支援していくためには、改めて権利擁護の視点による実践の積み重ねが求められている。

②精神障害者の地域生活支援のポイントは、精神障害者の地域生活を送るうえでのニーズを的確に把握し、そのニーズを解決するための適切なサービスを有効に精神障害者に結びつけ支援することである。まさに、精神障害者ケアマネジメントを担う専門職が精神保健福祉士である。介護保険制度の中に組み込まれたケアマネジメントと同様ではなく、障害者の自己決定に基づく地域での自立生活支援やエンパワメント、社会資源の開発や地域づくりも視野に入れた地域生活支援システムとしてのケアマネジメント実践が求められる。

③精神保健福祉士の実践課題は、精神障害者が安心して暮らせる地域づくりである。精神障害者への理解や関心がなかなか進まないのは、交流の場が少なかったからである。まずは場を作ること、交流の機会を保障していくことである。そのなかで精神障害者の地域における役割や位置を見いだし、そうした活動の継続により場は拡大していくのである。精神障害者が暮らしやすい豊かな地域づくりは、すべての人が暮らしやすい地域社会である<sup>(15)</sup>。

## 7. 考察

社会福祉基礎構造改革の流れのなかで、利用者本位の制度として高齢者の分野では介護保険制度が導入され、障害者の分野においても大きな転換となる障害者自立支援法が施行された。障害者が

地域社会のなかで、自立した生活ができるようにするための法律であり、障害者や家族の生活がこれまでよりも安定するものでなければならない。しかし、障害者自立支援法は施行前から様々な問題が指摘されており、障害者や家族、関係者の不安は大きかったのが現状である。特に、利用者負担についての不安は強く、定率1割負担および応益負担の導入により、サービスを利用すれば負担が増加することになる。サービスを多く必要とする重度の障害者にとっては、負担が増加しこれまでのサービスを受けることができなくなる。また、これまでの公費負担医療が自立支援医療となり、精神障害者の場合では通院公費負担医療が自立支援医療となった。低所得者への配慮や上限設定はあるものの、これまでのように継続的な医療が受けられるのかといった不安があった。授産施設などでは、工賃よりも利用料の負担が高くなり、利用を控えるようになるのではとの不安もある。

実際に4月に障害者自立支援法が施行され半年が経過し、施行前の不安が現実のものとなっている。精神障害者に焦点を当てると、茨城県水戸市内にあるA地域生活支援センターでは、利用者20名のうち3名が自立支援医療となったことにより、通院の回数を減らしている。そして、B精神障害者通所授産施設では、利用者20名のうち3名が通所を辞めている。精神障害者通所授産施設の運営面について、新事業体系へ移行した場合には、茨城県内にある9ヶ所の施設の給付費収入は前年までの補助金収入との比較では、前年度の補助金収入を100%とした場合に平均52%の状況である。つまり、9ヶ所の施設のうち8ヶ所の施設が大幅な減収となり、中には6割以上も減収になるとの試算を出した施設もある。一般就労が困難な精神障害者にとっては、地域で生活するうえで大切な就労支援の施設である精神障害者授産施設が存続困難になる状況は回避しなければならない。

また、支払い方式が月額制から日額制に変更されたために、施設側としては一日でも多く利用してもらい、利用率を上げないと施設経営が苦しくなる。反面、利用者にとっては多く出ればそれだけ利用料が負担になるという現実があり、施設現場では混乱と危機感に直面している。障害者自立支援法の影響は大きく、なかでも原則1割の定率負担による応益負担導入による負担増が最も大きな問題である。障害者の所得保障を確立したうえでの応益負担導入が必要であり、障害者関係団体からは応益負担の撤廃を求める声も大きい。実際には、施設運営等については、2006(平成18)年度の10月から新しい施設体系へと移行していくので、今後の流れのなかでは様々な問題が噴出してくることが予測される。具体的には、新しい施設体系に移行するうえでは、実態に見合った報酬単価、職員配置基準などを確保すべきである。障害程度区分認定の公平性の問題や介護保険の認定調査項目をベースにしているの、精神障害者については的確に評価できるのかという問題や障害程度区分によって利用できるサービスが決められてしまうので、現在利用している施設が利用できなくなることもあるといった様々な問題である。

今回の茨城県内の精神障害者通所授産施設での事業費の比較については、これから新事業体系へ移行になるので、不確定要素もあり精査したものではないが、現場の職員・利用者、家族の不安を反映したものであることは理解できる。現場の実態を広く一般の人たちに理解をしてもらい、世論に訴えていくためには、客観的な統計的資料に基づく検証が不可欠であり、継続的に障害者自立支援法の推移を見守る必要がある。そして、障害者自立支援法の問題点を明確にし、改善していくことにより障害者や家族・関係者にとってよりよい制度にしていくことが重要である<sup>(16)</sup>。

また、精神障害者が普通に地域で暮らせる社会、そして精神障害者が働ける社会を作っていくためには、精神障害者への理解を図り、生活の場を確保し、医療との連携を図りながら就労への支援を行うことである。障害者自立支援法の影響は大きく、病院から地域への流れを逆行させてはならない。長い間、多くの精神障害者が地域社会での受け皿がないために、病院の中で一生を終えてしまっている。精神障害者が地域の中で、自立した生活が送れる福祉コミュニティを構築しなくてはならない。そのためには、地域社会全体で包括的に支援するネットワーク体制を形成し、地域生活支援センター等の場において精神保健福祉士などの専門職がケアマネジメントを実践し、精神障害者の生活意欲を引き出し自立へ向けて支援することである。長期間の入院により社会適応が困難な精神障害者に対しては、生活技能訓練等による日常生活の支援から始めて、地域社会の中に生活の場を確保して地域の人たちとの交流を深めることにより精神障害に対する理解を得てもらうことが大切である。そして、日中活動の場として精神障害者通所授産施設等で就労移行支援及び就労継続支援を受けながら、経済的に自立するうえでも可能な範囲で一般就労へ結びつけるように援助していくことである。その間も、医療機関との連携を図りながら、関係機関、施設、専門職が協同して精神障害者をサポートしていくことが必要である。社会の偏見や差別の中で、これまで法制度においても遅れをとってきた精神障害者への対策が、障害者自立支援法の施行により、法の目的にあるように障害者が地域社会の中で自立した生活が送れるようになることが重要なのである。

(まつうら・しんじ 社会福祉学科)

#### 参考文献

- (1)井上泰司・塩見洋介 2005「障害者保健福祉改革のグランドデザインは何を描くのか」かもがわ出版 14～66
- (2)岡崎伸郎・岩尾俊一郎 2006「障害者自立支援法時代を生き抜くために」批評社 40～85
- (3)久保紘章・長山恵一 2002「精神障害者地域リハビリテーション実践ガイド」日本評論社 48～86
- (4)新保祐元 2006「精神障害者の自立支援活動」中央法規 100～134
- (5)精神障害者社会復帰促進センター 2006「精神保健福祉白書2006年版」中央法規 35～68
- (6)障害者福祉研究会 2006「障害者自立支援法障害者程度区分認定ハンドブック」中央法規 54～67
- (7)全国精神障害者社会復帰施設協会 2002「精神障害者生活支援の体系と方法」中央法規 99～162
- (8)瀧澤仁唱・平野方紹 2005「障害者自立支援法と応益負担」かもがわ出版 33～51
- (9)日本精神保健福祉士協会 2006「障害者自立支援法地域生活支援の今後と精神保健福祉士の実践課題」へるす出版 7～90
- (10)牧野田恵美子 2002「精神障害者の地域生活」一橋出版 48～86
- (11)山本耕平「精神障害をもつ人が地域でくらししていくために」かもがわ出版 15～55
- (12)吉川武彦・寺谷隆子 2005「精神障害者の生活支援」全国社会福祉協議会 40～68
- (13)横山登志子 2004「地域生活をめぐるソーシャルワーカーの本質的使命」Japanese Journal of Social WELFARE Vol45-2 24～33

- (14)横山登志子 2006「精神保健福祉領域の現場で生成するソーシャルワーカーの援助観」Japanese Journal of Social WELFARE Vol46-3 109～121
- (15)関口美穂 2006「実践のなかで障害者自立支援法を考える」Japanese Journal of Psychiatric Social Work Vol37-2 130～132
- (16)柏倉秀克 2006「障害者地域生活支援センターにおけるピアサポートに関する一考察」Japanese Journal of Psychiatric Social Work Vol37-2 86～95

## A Study in the support for the community life of the mentally disabled —Influences of the Handicapped Person Independence Support Law—

Shinji Matsuura

### Abstract

There is growing concern that the community life of mentally disabled persons will not advance due to the enforcement of the Handicapped Person Independence Support Law. Therefore, we evaluated the influences of the enforcement of this law by comparing operating expenses among multiple sheltered workshops in Ibaragi Prefecture. One of the problems of this law is the introduction of a 10% benefit payment in principle, which increased the burden of users. Indeed, in sheltered workshops for mentally disabled persons, some disabled persons have lost eagerness to work due to the user's burden exceeding the wage income, and decreased the days for the use of the workshop or abandoned its use. We clarify the problems of the Handicapped Person Independence Support Law and discuss the comprehensive support system in the community for the independent life of mentally disabled persons.

Key words: The mentally disabled, The support for the community life, The Handicapped Person Independence Support Law