

研究論文 (Articles)

障害者自立支援法における相談支援事業の 仕組みにかんする考察

——これからの相談支援事業の方向性を探る——

長谷川 唯・桐原 尚之

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

Examining the Mechanism of Consultation Support Services over
Services and Support for Persons with Disabilities Act:
Exploring the Direction of Future Consultation Services

HASEGAWA Yui and KIRIHARA Naoyuki

(Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences, Ritsumeikan University)

The Services and Support for Persons with Disabilities Act was enacted in order to improve consultation support services. There are 2 types of consultation support services. 1) Services based on community life support services, and 2) support services for designated general consultation/designated special consultation/children with disabilities. The authors have confirmed the history and contents of the mechanism of consultation support services and explored the problems for discussion. Our examination found that multiple numbers of businesses offer consultation support services which have contents that overlap with others, causing a very complicated mechanism for users to figure out. Also, it revealed that evaluation of service contents and clear management are considered more important than handling detailed consultations on daily life. In order to support varied lifestyles of people with disabilities, it is required to establish a consultation support service mechanism that suits the characteristics of each disability and their daily living.

Key Words : independent living, consultation services, care management, community life, Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)

キーワード : 自立生活, 相談支援, ケアマネジメント, 地域生活, 筋萎縮性側索硬化症

はじめに

筆者は、これまで家族の支援が乏しい独居のALS(筋萎縮性側索硬化症)の人の支援を通して、

その過程で立ち現れてきた課題について調査、研究を行ってきた。そこでは、在宅生活を実現するために、行政との交渉、介助者の確保など様々なことが必要だった。介護保険制度と障害者自立支援法を併用するにあたっての問題や

矛盾も指摘してきた(長谷川, 2009, 2010等)。これまでの研究からは, 筆者を含めた支援者らの働きがすべて無償だったこと, その内容が制度の隙間をカバーする仕事だったことなどの二つの課題が挙げられる。通常であれば無償の働きとされている限り, そうした支援者の確保は難しい。さらに, 実際に支援者が介入することは, その立場が不明瞭なために周囲の理解を得ることが難しく, 受け入れられにくい。こうしたことは, 周囲との信頼関係の構築に影響を及ぼし, 十分な役割を果たすことができないといった状況を引き起こしてしまう。

だから筆者は, 隙間の仕事は隙間の仕事として認め, 支援を行なう者には, たとえ制度外の人間であっても報酬を与える方が有用であると考え主張してきた。同時に, 支援者の働きを有償にする仕組みを実現する方法として, 既存の制度に組み込んで仕事として位置付け, 立場の明確化を図ることも考えた。既存の制度の中で最も適当だと考えられるのは, 障害者自立支援法の地域生活支援事業に位置付けられている相談支援事業だった(長谷川, 2012)。

2012年6月に成立した「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」(障害者総合支援法)では難病者が障害福祉サービスの対象として位置付けられ, 障害者自立支援法改正法では相談支援事業の充実が図られた。そのことで, 相談支援事業の対象に難病者が法的に位置付けられた。上述した筆者の研究背景もあり, ここでは相談支援事業について検討し, そのあり方や課題について考察を行なう。具体的には, 相談支援事業の概要を示し, 障害者と相談支援事業の関係からその課題について考察を行なう¹⁾。

1) 筆者は, これまで病状の進行に伴い在宅独居生活が困難となったALS患者の一事例を通じて研究をすすめてきた。これまでの研究の成果および支援の詳細については, 長谷川(2009, 2010, 2011a, 2011b)で報告している。

1. 相談支援事業について

現行では相談支援事業は, 以下のように定義されている。

この法律において「相談支援」とは, 基本相談支援, 地域相談支援及び計画相談支援をいい, 「地域相談支援」とは, 地域移行支援及び地域定着支援をいい, 「計画相談支援」とは, サービス利用支援及び継続サービス利用支援をいい, 「一般相談支援事業」とは, 基本相談支援及び地域相談支援のいずれも行う事業をいい, 「特定相談支援事業」とは, 基本相談支援及び計画相談支援のいずれも行う事業をいう。(「障害者自立支援法」第5条17項)

ここでは, 相談支援が, ①基本相談支援, ②地域相談支援, ③計画相談支援の三つの内容に分けられている。そして, それらを行なう事業者が, 指定特定相談支援事業者と指定一般相談支援事業者とに分けられている。これは障害者自立支援法改正法で「相談支援の充実」が掲げられ, その体制が見直されたことによる。改正前の法律では, 相談支援は以下のように定義されていた。

この法律において「相談支援」とは, 次に掲げる便宜の供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供与すること。

二 第十九条第一項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者(以下「支給決定障害者等」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況、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調整その他の便宜を供与すること。（「障害者自立支援法」第4条17項）

このように相談支援の事業内容は明確に整理されていないが、条文からは次の二つに大きくまとめることができる。一つは、相談、情報提供および助言、連絡調整である。そして二つ目に、サービス利用計画の作成とそのサービス確保のための連絡調整である。

相談支援事業の具体的な内容について従前と現行で照らし合わせてみよう。改正前の条文から大別した一つ目の「相談、情報提供および助言、連絡調整」は、現行法の①基本相談支援に対応している。二つ目の「サービス利用計画の作成とそのサービス確保のための連絡調整」は、現行法③計画相談支援に含まれる。現行法の相談支援事業の仕組みにかんしては後述するが、上述の内容における現行と従前での違いは、③計画相談支援に新たに「継続サービス利用支援」が位置付けられたことと、対象者が大幅に拡大されたことである。最も大きな違いは、新たに②地域相談支援が創設され、地域移行支援、地域定着支援が位置付けられたことである。この内容についても後述する。

ここで注意しておきたいのは条文の変更である。改正前には「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」と記されていたのが、現行では「その有する能力及び適性に応じ」の部分が削除されている。この文言は障害者自立支援法の目的を示すものであり、同法第1条にも同様に記されていた。だが、改正とともに第1条からも削除されている。重要なのは、これまでの障害者自立支援法が「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」を目的としている一方で、障害者及び障害児が「有する能力及び適性」に応じた自立生活または社会生活を営むことができるようになることを標榜していたことである。

障害者の自立の定義をめぐるのはこれまでも多くの議論がなされてきた。たとえば、2004年の障害者基本法改正では、第6条の「自立への努力」が削除された。第6条では、「障害者は、その有する能力を活用することにより、進んで社会経済活動に参加するよう努めなければならない」と規定し、その2項では「障害者の家庭にあつては、障害者の自立の促進に努めなければならない」とされていた。これからは障害者が保護や救済の対象として位置付けられ、保護→自立→社会参加という流れが読み取れる。これはまさに、障害をその人個人の悲劇として捉え、障害者に自助努力を求める「個人モデル」「医学モデル」に即した考え方である。こうした考え方を障害者らは強く批判し、この第6条は障害者自身の運動によって削除された。

だが、そうして改正したにもかかわらず、障害者自立支援法にはその意義が踏まえられていなかった。目的規定などに「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」と明記されていること自体が、上述の障害者基本法改正の意義を反映しておらず、「個人モデル」「医学モデル」を規範としている。この表現については、第3回推進会議でも議論されている。そこでは、自立

は障害のある人すべてに保障された権利であり、この表現では自立が能力と適性に依拠してしか保障されないと読めるため削除すべきだと指摘された。指摘を受けて、同年5月28日に行なわれた厚生労働委員会では「必要な人には必要なサービス量をきちんと支給するという理念が明確となるよう、この文言を削除することとしております」と報告している²⁾。こうして「その有する能力及び適性に依拠」は削除されたものの、「医学モデル」「個人モデル」の考え方は強くみられ、課題は残されたままだった。

「個人モデル」「医学モデル」と「社会モデル」の本質的な違いは、障害を抱えた人たちが社会で生きていくためにはその社会がどうあるべきかという障害学の視点にある。日本の障害学では、社会モデルの理解について、ディスアビリティの解消責任の帰属先によって意義を確認しようとする議論がなされている。たとえば立岩は、ディスアビリティの解消のための負担を個人に帰属させることを自明とする規範を内在する医療モデルを社会モデルが批判し責任を社会に帰属したことに意味があると主張している(立岩, 2002)。また石川は、社会が補うべき障害の側面や範囲をディスアビリティ、補えない部分をインペアメントとし、社会モデルでは社会が障害を補う責任を負うべきだと主張した(石川, 2002)。この両者の主張で重要なのは、ディスアビリティの原因の特定が問題なのではなく、ディスアビリティの責任や負担を誰が負うのかを重視する点である。その上で、社会モデルではディスアビリティの解消責任は社会にあるとする。

こうした「社会モデル」の理解に照らせば、障害者自立支援法が「個人モデル」「医学モデル」

を規範としていることがわかる。障害者自立支援法の目的である「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」は第3条の国民の責務にしか記されておらず、市町村や都道府県、国の責務が規定されている第2条には表記されていない。そのうえ、第3条で規定される国民の責務における「国民」には障害者も含まれるため、結局は障害者にも努力義務を課す論理構造となっている(木全, 2007)。障害者基本法で障害者の「自助への努力」を削除し、そして障害者自立支援法で「その有する能力及び適性に依拠」の表現が削除されてもなお、「個人モデル」「医学モデル」に即した考え方からは脱却できていない。そうした考え方で組み立てられている現行法における相談支援事業の内容やその仕組みは、障害を持つ人たちにとってどのような意義があるのだろうか。次章からは、相談支援事業の仕組みや内容について述べていく。

2. 相談支援事業の仕組み

(1) 相談支援事業の成り立ち

相談支援事業には、①地域生活支援事業に基づく相談支援事業と、②指定一般・指定特定・障害児相談支援事業がある。いわゆる相談支援事業は、地域生活支援事業に基づいて行なわれてきた。地域生活支援事業は、障害児(者)地域療育等支援事業、精神障害者生活支援事業、市町村障害者地域生活支援事業の三事業を系譜としている。三事業ともに、1995年12月に制定された厚生省の「障害者プラン(ノーマライゼーションプラン)」の一環として1996年より実施されてきた。そして2000年の社会福祉事業法の改正(社会福祉法)の中で、相談支援事業として位置付けられた。三事業のうち、障害児(者)地域療育等支援事業と精神障害者地域生活支援事業は都道府県が実施主体であり、市町村

2) 2010年5月28日に開催された第174回国会厚生労働委員会第24号にて、加藤(勝)議員が発言している。

「第174回国会厚生労働委員会第24号」<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/syugiin/174/0097/main.html> (2012年1月14日)

障害者生活支援事業は市町村が実施主体で、それぞれ事業形態が多様だった。2006年の障害者自立支援法によって、相談支援事業は障害種別にかかわらず市町村が一元化して行なうことになり、実施主体が都道府県と市町村に分散している状況が改められた。

三事業は障害者自立支援法の地域生活支援事業に位置付けられ、市町村が行なう地域生活支援事業における障害者相談支援事業に統合された。とくに、都道府県が主体となって行なってきた障害児（者）地域療育等支援事業と精神障害者地域生活支援事業は、最も身近な地域で支援が受けられるように市町村の必須事業として位置付けられた。こうして相談支援事業の実施主体は市町村に一括されたが、市町村職員のみでは相談支援を提供することが困難なことから指定相談支援事業者への委託も可能とされた。

市町村が円滑に事業を実施するには、都道府県の積極的な支援を要するとされ、地域生活支援事業の中に、都道府県地域生活支援事業も位置付けられた。都道府県地域生活支援事業は、専門性の高い相談支援事業および広域的な対応が必要な事業を行なうこととされている。また、サービス提供者、相談支援者などの育成や養成のための研修事業の実施も担うこととされている。市町村地域生活支援事業では、相談支援事業をはじめ、成年後見制度利用の支援事業に対する補助や手話通訳者の派遣、日常生活用具の給付または貸与、移動支援などの事業などを行なうこととされている。このように市町村と都道府県の事業に相談支援が位置付けられている。

(2) 地域生活支援事業における市町村と都道府県の違い

市町村と都道府県が実施する相談支援事業は、どちらも「障害者等が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にすること」という目的においては、同じである。だがその事

業内容からは、性質と対象の違いが明確である。都道府県が実施するのはとくに専門性を要する相談支援である。そしてそれは主に発達障害や高次脳機能障害を対象としている。一方で、市町村が担う相談支援は、「障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者」を対象としており、その範囲が広く設定されている³⁾。

市町村の相談支援事業は、相談支援事業と障害者相談支援事業にわけられる。障害者相談支援事業は、三障害を対象として実施される相談支援として位置づけられているが、その内容は三事業のひとつである市町村障害者生活支援事業を基本としている。地域生活支援事業に基づく相談支援事業がいわゆる相談支援として行なわれてきたが、その中でも都道府県事業と市町村事業にわけられ、さらに市町村事業の中で二つにわけられている。同じ目的でありながらも、非常に複雑な構造になっている。とくに、市町村の相談支援事業に位置付けられる障害者相談支援は、都道府県知事が事業者指定を行なう指定相談支援事業者に委託が可能で、委託先やそこでの事業体系が多様なことが課題としてあった⁴⁾。

(3) 複雑な相談支援事業体系

他方、サービス利用計画の作成については地域生活支援事業の中には位置付けられていない。サービス利用計画は指定相談支援事業所の相談

3) 地域生活支援事業における市町村と都道府県が行なう相談支援事業の目的および事業内容は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から提出された「地域生活支援事業の実施について」に記されている。

「地域生活支援事業の実施について」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/chiiki/dl/index01.pdf> (2012年1月14日)

4) このことは木全が以下のように指摘している。「たとえば愛知県知多圏域では、半田市は三障病とも福祉課が、常滑市では身体・知的のみ社協で精神はNPO法人に、大阪市では、身体は社協の包括支援センターに、知的・精神は保健センター所属の包括支援センターにというように、委託先がバラバラになっている」(木全, 2007)。

支援専門員が作成することとされている。しかしサービスを利用するにあたって、利用計画は必須ではなかった。

2010年に新法制定までの「つなぎ」法として、議員立法で「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」(障害者自立支援法改正法)が提出され、同年12月に成立した。これによって相談支援体制の充実が掲げられ、2012年4月より実施されている。

相談支援体制の充実化において主要なことは、第一に計画相談支援が位置付けられサービス利用計画作成が義務付けとなり、その実施者として指定特定相談支援事業者が設けられたことである。2014年までに原則として障害福祉サービスの対象者すべてにサービス利用計画が作成され、ケアマネジメントが行なわれることになった。さらにそこでは基本相談支援も行なうこととされている。第二に、地域移行支援・地域定着支援を行なう指定一般相談支援事業者が設けられたことである。地域移行支援・地域定着支援については後述するが、ここでも基本相談支援を実施することとされている。第三に、市町村の必須事業として実施されてきた障害者相談

支援が、指定特定・指定一般相談支援事業者に委託が可能となったことである。

このことから、障害者自立支援法改正法における相談支援は、地域生活支援事業での相談支援の他に、指定特定・指定一般相談支援事業者による相談支援が存在し、さらにそれらは複雑な体系をとっていることがわかる。相談支援の事業体系を図1に示す。

こうして障害者自立支援法改正法で相談支援の内容が拡充されたとともに、それを担う事業者とその利用対象者が拡大された。次では、障害者自立支援法改正法で充実が図られた指定特定・指定一般相談支援事業者が担う相談支援事業について確認する。

3. 基本相談支援・地域相談支援・計画相談支援

現行法で位置付けられている相談支援事業は、①基本相談支援、②地域相談支援、③計画相談支援の三つに分けられている。そしてそれらは、指定特定相談支援事業と指定一般相談支援事業が分担して実施することとされている。障害児については、障害児相談支援事業者が創設されている。ここでは三つの相談支援の内容を確認する。

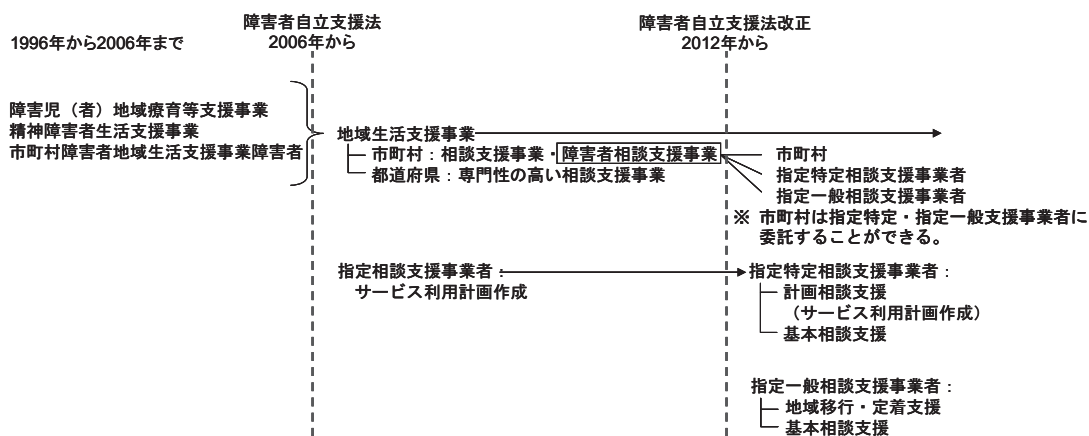


図1 相談支援事業体系図

(1) 基本相談支援

基本相談支援は、障害者（児）やその家族からの相談に応じ、情報提供や助言、関係諸機関との連絡調整を行なう。基本相談支援の業務については、障害者自立支援法の第5条18項で以下のように規定されている。

この法律において「基本相談支援」とは、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との連絡調整（サービス利用支援及び継続サービス利用支援に関するものを除く。）その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与することをいう。（「障害者自立支援法」第5条18項）

このように、障害者（児）本人だけでなく家族やかかわる人たちも対象としているため、相談内容や業務そのものが多岐に渡ることは容易に考えられる。内容や対象が具体的に想定されている他の二つの相談業務とは異なり、それらを包括する役割を担っているといえる。基本相談支援は指定特定相談支援事業と指定一般相談支援事業のどちらにも担当業務として位置付けられている。だが実際にはこれらを担う人たちの職種は様々であり、それぞれの職務の定義、役割や範囲、さらにはその手法も違う。こうしたことが現場で混乱を招く要因となる。そして結局は担う人の裁量に任されてしまっている。

(2) 地域相談支援

地域相談支援は、改正法で新たに創設された事業で、指定一般相談支援事業に位置付けられる。その内容は、地域移行支援と地域定着支援である。これら二つの支援は「地域相談支援」という言葉で一つに括られているが、その対象

者や内容は異なる。

地域移行支援の対象者は二つに分けられる。一つは、障害者支援施設、国立重度知的障害者総合施設のぞみの園、児童福祉施設または療養介護を行なう病院に入所している障害者である。ここでは、児童福祉施設に入所する18歳以上の障害者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしも対象となる。第二に、精神科病院に入院している精神障害者である。ここには精神科病院以外で精神病室が設けられている病院に入院している精神障害者も含まれている。とくに対象の中心となるのは、1年以上の長期入院者である。措置入院や医療保護入院からの退院者で住居の確保などの支援を必要とする場合には、入院期間が1年未満であっても対象となる。内容は、主に地域移行支援計画の作成や同行支援、関係機関との連絡調整である。

地域定着支援の対象者は、居宅で生活している障害者である。その中でも、単身の障害者、同居している家族等が障害や疾病のため緊急時などの支援が見込まれない状況にある障害者が対象となる。さらに、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時などの支援体制が必要だと見込まれる障害者に対象が絞られる。この条件を踏まえて具体的には、施設や病院、家族の同居から一人暮らしに移行した障害者や地域生活が不安定な障害者が想定されている。内容は、緊急時に対して速やかに駆けつけられる体制の確保、関係諸機関との連絡調整や訪問など緊急時における支援である。

これらの地域相談支援は、精神障害者を主体として考えられていることが読み取れる。とりわけ地域移行支援は、その具体的な支援の流れから精神障害者を主対象としていることは自明である。上で少し触れたように、精神障害者の地域移行への取り組みは、「入院医療から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の方針のもとに、「受け入れ条件が整えば退院可能な精

神障害者」の退院促進及び支援、地域生活支援を行なうことを目的に行なわれてきた。そして、地域体制整備コーディネーターや地域移行推進員の配置などが進められてきた。その背景には、精神科病床数削減の意図があった。しかし、退院促進が病床数削減に必ずしもつながるわけではない。病院側にとっては経営に直結するため、医師に退院の決定権が委ねられている状況では、かえって退院そのものを認めない事態が生じ、社会的入院が解消されない。このことは、障害者自立支援法改正法における地域移行支援でも想定されることである。そもそも、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」との関係が明確ではない。障害者自立支援法の地域相談支援は個別給付で行なわれるのに対し、精神障害者地域移行・地域定着支援事業は補助金で行なわれる。こうした事業体系の違いはあるものの、事業内容にかんしては緊密な連携を図るとされているだけで、その事業内容に大きな違いは見られない。

また、地域移行支援が病院や施設からの移行に限定している点で、引越しや新たな制度利用における手続きはその支援の範囲には含まれていない。例えば ALS などの進行性難病の場合には、その症状の進行によって身体の状態が変化し、生活環境自体を変更しなければならないこともある（山本，2010）。制度利用についても同様である。さらに言えば、同行支援を基本としている支援体制は、病気や障害によって手続きにかかる申請書の記入や提出が難しい場合の「代行」を想定していない。こうしたことは、家族の支援が期待できない独居の場合には、さらに困難が増すことは容易に考えられる。

一方で、地域定着支援で上述のようなことが補えるかという点、そうとは言い切れない。重度障害者が施設や病院からではなく家族との同居生活から一人暮らしに移行する際の住まい探しや引越は、地域移行支援と地域定着支援の

どちらにも含まれていない。地域定着支援は、単身の、あるいは家族や同居者がいても緊急的に支援を要する状態の障害者を対象としながらも、実際にはそのどちらの場合にも十分に対応できない仕組みとなっている。

その理由として、第一に、その範囲が「移行後」の生活に限られており、さらにその内容は緊急時の体制構築に重点が置かれていることである。そのため、上述のような家族との同居生活からの移行や引越は支援に含まれない。そもそも緊急時の支援体制構築に焦点をあてた常時の連絡体制の確保であり、地域生活維持にかかる具体的な支援は用意も想定もされていない。第二に、家族の存在が前提とされていることである。それは対象が「同居している家族等が障害や疾病などのため緊急時などの支援が見込まれない状況にある障害者」と想定されていることから明らかである。なぜならここでは家族を主介護者として位置付け、その人たちが障害や疾病を持ち介護できなくなった場合を緊急時として捉えていると読み取れるからである。家族の存在は、「障害者自立支援法に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」でも前提とされている⁵⁾。こうしたことから、地域定着支援は地域生活が不安定な障害者を対象としつつも、その不安定さを解消する具体的な手立ては用意されていないことがわかる。

地域相談支援における地域移行支援と地域定着支援は、一見すれば連動しているのように見えるが、実際はそうではない。地域移行と地域定着の狭間の支援、たとえば新たな制度利用における代行などはどこにも存在しない。地域移行支援で対象とされている障害者が必要とす

5) 障害者自立支援法に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準第43条の「常時の連絡体制の確保等」において、「指定地域定着支援事業者は、利用者の心身の状況及び障害の特性等に応じ、適切な方法により、当該利用者又はその家族との常時の連絡体制を確保するものとする」と規定され、家族の存在が明記されている。

る支援は地域に十分に用意されておらず、その中で地域生活に移行したとしても結局は家族の支援がなければ地域定着はできない。地域相談支援は、あくまでも「相談支援」の範囲でのネットワーク構築、体制整備を進めるものであって、直接的な地域生活の体制、たとえば24時間の介護体制の保障などを整備するものではない。地域移行・地域定着に必要な具体的手立てが用意されていない状態では、そもそもその実現自体が困難を伴うものになってしまう。

(3) 計画相談支援

計画相談支援は指定特定相談支援事業に位置付けられ、その内容はサービス利用支援と継続サービス利用支援に分けられる。サービス利用支援では、支給決定やその変更前後にサービス利用計画を作成し、関係諸機関との連絡調整を行なう。継続サービス利用支援では、サービス等の利用状況を検証し計画の見直し（モニタリング）、関係諸機関との連絡調整、支給決定やその変更に係る申請の勧奨を行なう。対象者は、障害福祉サービスを申請した障害者（児）、地域相談支援を申請した障害者である。

障害者自立支援法の改正でその対象者が大幅に拡大されたことは大きい。つまり、障害福祉サービスを利用する全ての障害者（児）にケアマネジメントとサービス利用計画の作成が義務付けられたのである。2012年から段階的に拡大していき、2014年までに原則としてすべての対象者に実施されることになっている。

対象者の拡大については、「障害者（児）の自立した生活を支え、障害者（児）の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援するため」とされている。しかし、自立した生活を支えるのならばケアマネジメントは相反する手法である。なぜならば、ケアマネジメントでは、それを担う専門職が本人のニーズを分析・評価し「総合

的に」計画を策定するからである。つまり専門職の判断に基づいて本人の生活が決められてしまうのである。さらにその「総合的に」という言葉には、フォーマルな支援だけでなくインフォーマルな支援の活用も含まれる。それは、フォーマルな支援だけでは補えない、あるいはフォーマルな支援を提供できない場合には、「家族」をインフォーマルな支援として活用できるということでもある。結局は、家族はインフォーマルな資源として社会の中に位置付けられているのである。

だがそもそも日常生活はそうした計画に基づいて営まれるものではないはずである。サービスの量はその生活に基づいて支給されるものであり、計画に基づいて支給されるものではない。ケアマネジメントとサービス利用計画作成が義務付けられたことは、障害者の日常生活やその行動のすべてがサービス利用計画によって規定されてしまうことでもある。

4. 考察

障害者自立支援法改正法における相談支援事業の課題は五つにまとめられる。以下ではそれらについて述べる。

(1) 家族を前提とした仕組み

最初に最大の課題として、家族を前提として事業体系が構築されていることが指摘できる。これまで述べてきたように、日常生活で必要となる細々としたことは相談支援事業の内容には含まれずに、結局はそれを担う家族や身近な支援者を必要とする。現在でも制度の手続きやその代行、引越しの荷造り、さらには介護時間数や介護体制の確保など、日常生活で必要となる仕事は、ほとんど家族が担っている。

ここでとくに強調したいのは、家族がいても、そうした日常生活で必要となる多岐に渡る支援

が十分になされない場合があることである。それは単身者の場合は明白である。家族や支援者がいなければ、相談支援事業によってケアマネジメントが行なわれても、地域生活を継続することは非常に難しいことは明らかである。またたとえそうした仕事を担う支援者がいても、その立場性は常に問われ続け、本人と支援者の間で合意が得られていても、周囲に理解を得ることが難しく様々な場面で協体制度が築けず、十分な働きができないことは容易に考えられる。

支援者の働きを有償にし、立場の明確化を図るための手段として、相談支援事業の中に組み込むことを考えたが、そもそも相談支援事業の仕組みそのものが家族や支援者の無償の働きを前提とする仕組みだった。さらに言えば、相談支援専門員という一定の資格と専門性を持った人員配置をする仕組みこそが、支援の範囲を限定し、制度の隙間を作り出す一つの要因でもある。

ここで注意しておきたいのは、筆者の主張である制度の隙間を埋める支援者の有償化と立場の明確化は、専門性を前提としたものではない。確かに支援者の働きを有償にし、立場の明確化を図ることは、一定の資格要件の付与に値することにはなる。しかし、制度の隙間を埋めるような生活上の具体的で多岐にわたる問題に対応する役割を担う支援者は、要件や専門性を前提としない。とはいえ、これまでと同様に家族や身近な支援者によるボランティアな働きに任せただけでは、誰もが必要となきに必要な支援を容易に受けることができる環境は実現されない。現行の相談支援事業の仕組みそのものの見直しと、専門性に依拠しない形での制度外の支援者の働きを認める体制の構築が求められる。

(2) 限定される対象者と範囲

第二に、相談支援の対象者と範囲が限定されてしまうことである。市町村が実施主体である

障害者相談支援は、障害種別にかかわらず障害当事者やその家族、介助者を対象にしている。指定特定・指定一般相談支援事業者が担う基本相談支援も同様である。しかし、それを担う人たちの職種、機関は様々であり、その役割や範囲、手法も異なるため、結局は対象者と支援の範囲を限定してしまう仕組みとなっている。

指定一般相談支援事業者が行なう地域移行・地域定着支援では、ALSなどの重度の身体障害を抱える人たちは、実質的にその対象範囲に含みがたい存在となっている。上述したように、地域移行・地域定着支援ではそれを可能とする具体的手立てが用意されておらず、結局は家族がいなければその実現は難しい。そこでは、地域生活の支援体制の整備とともに、家族が担っている役割——制度の隙間を埋める仕事——をカバーする支援が求められる。

そしてここで注目すべき課題は、障害者自立支援法改正法の枠内に事業が位置付けられているために、相談支援の対象者が障害認定や障害者手帳の有無を基準として考えられていることである。つまり、抱える障害や病気が国の指定する範囲になれば、支援を受けることができない仕組みとなっている。そのために、支援を必要としている人に適切なサービスが提供できない状況がある。認定や対象の基準を見直し、その症状や状態に応じて利用できる仕組みが必要である。

(3) 相談支援とケアマネジメント

第三に、ケアマネジメントが重視された相談支援が展開されることである。計画相談支援で全ての障害者（児）にサービス利用計画作成が義務付けられたことによって、相談支援にケアマネジメントが位置付けられた。1998年にケアマネジメント養成研修事業が開始されてから、相談支援の定式化が進み、その技術の獲得に重きが置かれてきている。

しかし、ケアマネジメントが導入されたことが、相談支援の役割や定義に混乱をもたらす要因となっている。大野は、介護保険制度におけるケアマネジメントについて、管理業務に追われ、介護問題の対応のみにとどまってしまう、本人の意向や日常生活上の問題を把握することが難しく生活問題に対応できずに相談支援の役割が果せていない状況を指摘している（大野，2003）。ケアマネジメントについては、それを担う専門職の間でもその評価がわかれている。相談支援とケアマネジメントは相反関係ではないとされながらも、その位置については明確に定義されていない（萩原，2012）。

そもそも、ケアマネジメントはひとつの手法であり、それぞれの障害の特性に必ずしも適合した支援とはいえない。障害者自立支援法の理念に倣い、自立した生活の支援を目的とするのであれば、ケアマネジメントの手法は適切ではないだろう。注意しなければならないのは、相談支援が、その本人の日常生活の細々とした相談の対応よりも、事業内容や評価が明確なケアマネジメントが政策上でも重要視されていることである。

現状のケアマネジメントでは、かえって障害者の生活や行動を規定してしまうことになるため、その人の障害の特性や生活に合わせた相談支援事業の制度設計がなされなければならない。

(4) 複雑な相談支援体系

第四に、その事業体系の複雑さである。相談支援事業の実施者が市町村、都道府県、指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者と複数存在し、さらにその内容の多くの部分は重複している。地域生活支援事業で市町村が行なう障害者相談支援は指定特定・指定一般相談支援事業者に委託することができ、なおかつ、これらの事業者には基本相談支援が位置付けられている。複雑な事業体系は、地域間格差を引き

起こし、現場の担い手や利用者を混乱させる。

これまでも地域間格差の問題は指摘されてきた（木全，2008；三菱総合研究所，2008）。2006年の障害者自立支援法で三事業が障害者相談支援事業に統合され、市町村が行なう必須事業として地域生活支援事業の中に位置付けられたことから、一般財源化による地域間格差の問題が生じていた。そこでは、委託費、委託相談支援事業者と指定相談支援事業者のサービス利用計画作成費の格差があった。さらには、地域生活支援事業が必須事業であるにもかかわらず、実施していない市町村もあった。また、相談支援専門員を対象に実施された調査からは、行政、委託相談支援事業者、指定相談支援事業者、その他保健所などの関係機関との連携や業務の困難さが明らかにされた（きょうされん相談支援事業部会準備会，2008；三菱総合研究所，2008）。木全らは、委託相談支援事業と指定相談支援事業の明確化、相談支援専門員の複数配置、他機関との役割分担、業務のガイドラインの明確化の必要性を指摘していた（木全・高山・長谷川，2009）

相談支援事業の主たる担い手は相談支援専門員とされているが、実務経験と研修修了の要件を満たせばその資格が得られる。そのため、社会福祉士や保健師、自立生活センターを運営する障害当事者など多様な職種の人たちが相談支援専門員になっている。そして相談支援事業を実施する団体も、障害当事者が運営する自立生活センターや、社会福祉協議会、包括支援センターなど多様である。職種や実施機関の性格の違いは支援過程に現れやすく、相談支援事業内で格差が生じてしまう要因のひとつでもある。

こうした問題は気付かれていたにもかかわらず、改正法での相談支援事業においても解消されていない。それは、その事業体系および内容からも明らかである。とくにALSなどの難病者の場合には、その相談機関として難病相談・支

援センターが全国に設置されている。そうした他機関が行なう相談支援との兼ね合い、また財政面も考慮に入れた事業体系および内容の見直しが求められる。

(5) 「個人モデル」「医学モデル」が内在する相談支援事業

最後に、相談支援事業を規定する障害者自立支援法改正法自体が「個人モデル」「医学モデル」の考え方から脱却できていないことである。そしてこのことは、計画相談支援としてケアマネジメントが重視されていく政策からも自明である。ケアマネジメントは、木全が指摘するように、サービスの給付を制限し、かつ管理するというマイナスの側面を持つ（木全，2007）。

ケアマネジメントでは、専門職によって本人の意向やニーズが分析、評価される。そしてその専門職の判断のもとに、そこでは多くの場合、行政との関係、サービスの給付や社会資源との兼ね合いが勘案されながらサービス利用計画が作成される。そこでは、本人の意向やニーズがいつの間にか「専門職」の都合や意向にすりかえられてしまい、それが優先されてしまっているのである。

現行の障害者自立支援法における政策は、「障害者」という枠組みでひとつに括り、多様なはずの生活を定式化している。そしてそこでの「障害者」は、自立できない者として扱われ、その生活を成り立たせるために計画相談支援が義務付けられた。障害や病気によって生じる生きにくさが、能力の問題にされてしまっている。

障害学における「社会モデル」は、障害をなおすことはよくないが、環境によって対応することはよいという主張ではなく、重要なのは「誰にとっての」ものなのかということである（立岩，2002）。現行の障害者自立支援法での「本人の生活を支援するために」という目的は、本人の生活の不便さを解消する合理的な理由にみえて、

その仕組みからは障害者を取り巻く政策にとって都合のよい方向へと組み込んでいっているに過ぎないことがわかる。

障害や病気を抱える人の自立生活は、相談支援を行なう事業者、専門職によって左右され、支援のもとに生活そのものが決められてしまう。こうした現行の障害者自立支援法の構造そのものが批判されるべきである。

さいごに

筆者は ALS の人の支援で筆者自身が担ってきた制度の隙間を埋める働きを相談支援事業に位置付けられないかと考えてきた。そして本稿で相談支援事業の仕組みについて調べ、検討を行なった。そこから見えたのは、相談支援事業が障害者の生活を支援する制度というよりは、支援が定式化されており本人の生活や行動、意志をも制限してしまう仕組みとなっていることだった。現行の相談支援事業の仕組みでは、それによって制度の隙間が生まれ、さらにそこからもこぼれおちてしまう人がいる。まだ開始されたばかりでその実態については明らかにされていない現状が存在するところから、相談支援事業が実際の生活の中でどのような影響をもたらしているのかについて、具体的な事例に対する追跡調査を通して、検証していきたい。

<引用文献>

- 萩原浩史 (2012) 精神障害者と相談支援——精神障害者地域生活センターの事業化の経緯に着目して。Core Ethics, 8, 317-327.
- 長谷川唯 (2009) 独居 ALS 患者の在宅移行支援 (2) ——二〇〇八年六月。生存学, 1, 184-200.
- 長谷川唯 (2010) 自立困難な進行性難病者の自立生活——独居 ALS 患者の介助体制構築支援を通して。Core Ethics, 6, 349-359.
- 長谷川唯 (2011a) 家族の支援がない重度障害者の在宅移行支援体制の検討——医療的ケアを要する単

- 身の ALS 患者を対象として. *Core Ethics*, 7, 249-259.
- 長谷川唯 (2011b) 進行性難病者の自立生活——独居 ALS 患者の入院生活支援を通して. *立命館人間科学* 研究, 22, 57-71.
- 長谷川唯 (2012) 実際の支援活動と難病相談・支援センターの役割にみる地域の現状. *Core Ethics*, 8, 329-339.
- 石田晋司・石橋正浩 (2011) 障害者自立支援法に基づく指定相談支援事業の現状と課題——精神障害者を主な支援対象とする相談支援専門員へのインタビュー調査をもとに. *大阪教育大学紀要*, 60 (1), 1-12.
- 石川准 (2002) ディスアビリティの削減, インペアメントの変換. 石川准・倉本智明 (編) 「障害学の主張」. 明石書院.
- 木全和巳 (2007) 「障害者自立支援法」における「相談支援事業」の現状と課題. *日本福祉大学社会福祉論集*, 117, 101-122.
- 木全和巳・高山京子・長谷川忍 (2009) 相談支援事業者からみた相談支援事業実践の課題——愛知県知多圏域の相談支援事業従事者の聞き取りを通して. *日本福祉大学社会福祉論集*, 121, 55-69.
- きょうされん相談支援事業部会準備会 (2008) 障害者自立支援法施行にともなう「相談支援事業」実態調査結果. 「2008 年度相談支援事業研修会資料集」. きょうされん.
- 大野勇夫・相野谷安孝・宇藤健司・片野一之・原島清 (編) (2003) 「これでよいのかケアマネジメント実践現場からの提言」. 大月書店.
- 三菱総合研究所 (2008) 「サービス利用計画作成費の支給対象者を中心とした相談支援事業のあり方に関する調査研究報告書」. 平成 19 年度障害者保健福祉推進事業.
- 白澤政和 (2002) 障害者ケアマネジメントに関する国の考えと政策展望. *ケアマネジャー*, 4 (6), 62-65.
- 杉野昭博 (2007) 「障害学——理論形成と射程」. 東京大学出版会.
- 立岩真也 (2002) ないにこしたことはない, か・1. 石川准・倉本智明 (編) 「障害学の主張」. 明石書院.
- 山本晋輔 (2010) 重度身体障害者の居住支援——単身 ALS 罹病者の転居事例を通して. *Core Ethics*, 6, 451-460.

(2013. 1. 15 受稿) (2013. 5. 17 受理)