

「障害者自立支援法案」についての見解

社団法人日本精神保健福祉士協会
会長 高橋 一

昨年10月12日、厚生労働省障害保健福祉部から「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）」（以下「グランドデザイン案」という。）が社会保障審議会障害者部会に提出公表された。その実定法としての「障害者自立支援法案」が2月10日に閣議決定のうえ、同日国会上册され、4月末の提案理由説明を経て、本日5月11日に衆議院厚生労働委員会において審議入りした。

本協会は、「グランドデザイン案」に対して、精神障害者の社会参加促進の妨げとなることが危惧される事項に焦点を絞り、2月4日、見解を公表した。

今般の「障害者自立支援法案」によって明らかになったグランドデザインの全貌を見ると、改正を伴う関係法律が精神保健福祉法を初め、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、社会福祉法など37にもおよび、115の条文を持つものであることから、この法律案が成立を見れば歴史的な大改革となる。法施行が段階的に計画されており、法内容が規定される政令、省令が明らかになるのも段階的であることから、未だ具体的内容をすべて掌握検討できるところにはない。

については、本協会としては、現時点での「障害者自立支援法案」（以下「法案」という。）に関する見解と提言を以下のとおり示すものである。

＜基本的な視点＞

施設制度やサービス提供体制の障害種別を超えた一本化、福祉窓口の市町村移行と「市町村障害者計画」策定の義務化、基幹事業の義務経費化等は、一定評価できるものである。今回施策の方向性として組み入れられた、1) 障害があっても安心して街で暮らすこと、2) 障害種別間の格差是正、3) 縦割り制度の弊害改善、4) 施設単位から個人単位への支払方式への転換、5) 激変を繰り返さないという意味合いでの制度の持続性の確保等は、従来から各障害団体や関係団体が要望してきたことが反映されている。

しかし、現存する身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法は、一部改正を見るものの、障害種別毎の福祉法として残されることとなる。統合化を謳いながら、難病等を初めすべての障害が網羅されていないことの課題も残る。

また、最大の論点でもある「応益負担」制度については、障害者の生活実態として最低限の生活保障も未だに整っていない現状を踏まえれば、障害者の所得保障や雇用促進に関する政策を検討整備することが優先課題であり、現段階では認めがたい。障害者基本法の目的や理念にも掲げられているように、障害者が自立生活および社会参加を果たすことへの支援は公的責任によるべきである。「応益負担」論は、所得保障政策やさまざまな機会均等や差別禁止施策等が整備され、最低限の自立生活や社会参加を果たした上で、尚且つ生活を豊かにするための支援が選択可能なサービスメニューとして整備されて初めて受け入れられるものであろう。

当該法案は確かに長年の障害福祉領域の課題改善に着手している。しかし、改革の基本的視点には、効率論優先、市町村への急激な体制整備及び施策実施の委譲に伴う国家責任の後退、障害者福祉政策の税から保険への転換の閉扉、規制緩和による障害者福祉のビジネス産業化への道筋等がはっきりと汲み取れる。今回は見送られた介護保険制度への部分的統合化の継続検討等からも、今我々は大きな政策転換の流れの入り口に立っている認識を持つべきである。同時に少子高齢・慢性疾患増加・経済の低迷化等による医療費増加、

年金保険・健康保険の負担増、要介護者増という社会状況の変化のなか、日本の社会保障システムと社会福祉のあり方が問われていることも隠しようのない事実である。そのことを認識しつつ、我々が譲れない足元の現状を政策に反映するべく検討の視点が問われているのである。

＜精神障害者福祉政策に関する個別課題＞

1. 「応益負担」に関して見直すこと

- 1) 現行の精神保健福祉法第32条「通院医療費公費負担制度」がなくなり、自立支援医療に関する応益負担を求められるようになることは、明らかに医療費の増加を抑制するための仕組みに他ならず、認めがたい。他障害の公費負担医療制度との公平性を理由に挙げられるが、他障害については入院医療費に関しても公費負担がある。精神医療においては入院制度自体が自らの意思で選択し利用を求める形がすべてではない中で、そうした施策がない。現状においても、当事者のみならず医療機関側にもある手続きの煩雑さや、精神医療を受けていることを知られることへの当事者・家族の抵抗から、制度利用が高いわけではない。また、自立支援医療というには程遠い精神科医療機関の地域偏在や実質的に残る精神科特例による医療の質の低さをそのままにし、地域の救急医療や医療相談、訪問医療、往診制度などの求められる体制整備課題の有効な解決策を示さないまま、「益」にかなった負担を説くのは筋が通らないことである。手帳制度による福祉サービスなどの「益」も他障害と比しても少なく、高い交通費をかけて遠方の医療機関に通う精神障害者は多く存在する。今でもこうした病状による事情ではなく、医療を受けることに関する環境的背景から、当事者が受診できず家族が代理受診したり、薬のみ受け取っていたり、送薬ばかりで診察を殆ど受けていないなどの現状は精神医療の課題として見過ごせないものである。サービスの過剰給付の適正化を図るためには、障害認定の厳密化や審査における地域格差などを是正していくことが優先課題として挙げられるべきである。
- 2) 介護給付や訓練給付として再編される生活支援や就労支援に関しての「応益負担」についても、まずは、精神障害者自らが負担をしてでも選べるサービスメニューや所得保障を整え、安心して利用できる環境を作ることが優先されるべきである。そして家族に気兼ねをせずにあたりまえの地域生活を送れるように本人の所得に応じた負担を検討する必要がある。また、就労支援といっても、雇用側の企業や労働行政における障害者の雇用促進策は殆ど着手されない中での、福祉的な就労支援において、利用料を課すことは、かつて身体障害者授産施設などで費用徴収制度を行ったときと同じく、施設利用の中断を促進するような結果に陥るものである。就労訓練の場は就労受け入れの場がないからこそ必要な場であり、労働行政として障害者がその特性を十分に発揮して働きうる場や職種や環境などのありかたの検討を早急に進めることが求められる。

2. 市町村における精神障害者生活支援体制整備への国の役割と責任を明確化すること

- 1) 生活に身近な市町村に福祉サービスの窓口が置かれ、サービス提供が行われていくことは、精神障害者の地域生活支援にとってはもちろん望ましいことである。同時に、精神疾患や精神障害者に対しての正しい理解を促すことを目的とした指針「こころのバリアフリー宣言」にも謳われている施策推進にもつながりうる。しかし、障害者計画の整備状況を見ても、保健所などの統廃合化の動きなどからも、各市町村の精神障害者福祉施策は大変に格差が激しく、且つ全体として貧しい状況にある。この現状において、精神障害者福祉の主体が急激に市町村に移ることは大いなる危惧を持つ。精神医療の地域偏在や精神医療による福祉的な囲い込みは歴史的で政策的に福祉政策の遅れを招いてきた。この軌道修正をすべて市町村の責任で行うことには困難が伴う。このため各市町村が策定する障害福祉計画に、精神障害者のニーズが反映され、その自立意欲の促進を喚起しうる必要な自立支援サービスが提供されるように、国は責任

を持って基盤整備を推進させる必要がある。

- 2) 市町村のサービス利用申請窓口および利用判定業務に障害特性に精通した専門家を配置することが必要である。市町村の審査会には精神保健福祉士を含むことを求める。相談支援事業者にも精神保健福祉士の配置基準を設けることが必要と考える。支援決定内容への不服申請に対応する機関にも精神障害に精通した精神保健福祉士を含むことを求める。

3. 障害認定のあり方に関して早急に検討を進めるとともにその情報を開示すること

- 1) 介護給付を中心に障害認定のあり方は、現行の介護保険における要介護認定システムの活用が予定され、それぞれの障害の認定および特に当事者の生活支援ニーズを掌握する方法として課題が多くある中で整備されようとしている。精神障害の特性を反映した障害認定の基準や尺度に関する検討を早急に進めることを求める。また、障害種別による介護給付と訓練給付で用いる認定尺度、基準などの違いをシステムに丁寧に反映できる工夫の検討も同様に求める。
- 2) 障害者が自立生活や社会参加を果たすことの支援には、できないことへの介護支援に加えて、できることや可能性を伸ばしていくエンパワーメントの視点を取り入れた障害認定と生活支援ニーズの把握とを併せて、ケアマネージメントしていく姿勢が求められる。こうしたケアマネージメントの体制整備を早急に図ることを求める。

4. 真のノーマライゼーションの早期実現を求める

- 1) 2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」にも掲げられた、精神障害者の脱施設化と地域ケアの実現には幾つかの関連法の改正が求められる。

まずは、医療法および診療報酬制度の見直しに伴う、実質的な精神科特例を廃止し、一般科並みの医療水準を確保することが求められる。また、未だに権利侵害事件も多い現状を省みる際に、精神科医療の透明性と情報開示、実効性の高い権利擁護体制を整備することが求められる。障害者福祉の総合化に向けた手帳制度の調整も早急な検討を要する。障害者の差別禁止法の制定なども求められる。障害者雇用促進法における雇用義務規定も障害種別間の整合性を早期に図っていくべきである。

- 2) 10年かけて解消すると計画されている「受け入れ条件が整えば退院可能な者約7万人」のうち、1年以上の長期入院者については、自立生活や社会参加のために残されている時間が極めて少ない者も多く含まれる。ケアマネージメント体制や住居・ケアホームなどの体制の早急な整備と退院促進事業の継続的な財源保証を求めるものである。
- 3) 現在の精神保健医療福祉施策や諸制度を利用してなんとか地域生活を維持している障害者の現状が後退するようなことは決してあってはならないものであり、自立支援法案が自立や社会参加の阻害とならないように、制度全体のモニターシステムを国・都道府県・市町村の各レベルで設定し機能させていくように求める。

精神障害者の福祉政策に関する個別課題を示したが、これらの各障害種別の福祉課題への取り組みは、ひいては障害の有無を問わずすべての国民が安心して地域社会で生きることができる施策に通じるものと考え、真摯な取り組みへの要望も含み見解とする。

以上