

障害者の地域生活支援について

岩田香織

About the Regional life support of the physically handicapped person

Kaori Iwata

・問題の所在

身体障害者、知的障害者に対する福祉サービスの在り方は、現在利用者自らがサービス内容を選び契約する介護保険制度の考え方を取り入れた制度へと大きく転換しようとしている。即ち現行の行政がサービスの内容や施設の決定を行う「措置制度」に代わるものとして、平成 15 年 4 月より「支援費制度」が導入され、市町村によって時期に多少の前後があるが、すでに平成 14 年 10 月から順次支給申請が開始している。

「支援費制度」とは、身体・知的障害者の自立と社会参加を促進するために、障害者自身が、都道府県が指定する事業所業者から必要なサービスを選択して契約し、国や地方自治体が必要な額を「支援費」として支給するというものである。本制度は、利用者が施設や事業者と対等な立場に立つこと、自らサービスを選択すること、契約によりサービスを利用すること、等を目指した障害者福祉サービスの抜本的な改革と言えよう。

厚生労働省は居宅支援の利用者を約 20 万 8000 人、施設支援利用者を約 21 万 3000 人と見込んでいるが、支援費制度の導入が障害者の「自立」、「自己決定に基づく契約」、「社会参加」等を目的とするものであるならば、当然障害者の地域生活支援サービスの拡充は今後の大きな課題となる。身体障害者への居宅支援の内容は「居宅介護等」、「デイサービス」、「短期入所」とされ、知的障害者への居宅支援は同様に「居宅介護等」、「デイサービス」、「短期入所」、「地域生活援助」となっている。

特に重度身体障害者の地位生活基盤は、これまでも整備、拡充の必要性が叫ばれており、果たして自己選択、自己決定の原理によるサービスの質、量、供給方法等が確保できるかという点については、非常に困難な状況にあると言わざるを得ない。

居宅介護等の支援サービスに関しては、支援費制度導入を目前にして厚生労働省において一ヶ月あたりの上限の設定が検討された経緯もあり¹⁾、当事者は強い危惧感を抱いているのが現状である。支援費制度の導入は、障害者が自分の生き方を自ら決定し、どのようにサービスを利用するかという選択を第一に重視するということに大きな意義があるが、同時に必要と求めに応じ、必要があればそれを満たす介護サービスを提供することが可能でなければならない。これは制度の理念と根幹に関わる問題と言えよう。

今回地域生活支援の中でも、特に身体障害者ホームヘルプサービスを中心に考察を行いたい。これはホームヘルプサービスが障害者の地域生活を可能にするための中心的事業であり、その質、量についての問題が障害者の生活の質 (QOL) を左右する重要な問題と考えるためである。また、ホームヘルプサービスにおいて、ホームヘルパーと利用者は、一対一の個別的で、密接な関係の下に置かれる。単に介護技術、知識のみならず、利用者の生活を総合的に理解し、対人援助関係を築く力が求められる。利用者の最も身近な福祉専門職として、その役割の重要性が今後一層増すと考えられるためである。

・ホームヘルプサービスの課題

量的課題

「支援費制度」の導入に向けて、市町村等の自治体を悩ませたのは、サービス内容を決める「障害の度合い」をどのように見極めるかという点と、利用希望者やサービス事業者の総数がどれだけになるか見通しが見つからないという点である。

特に、個々に事情や障害の重さ、状態の異なる障害者に必要な介護量を算出するのは非常に困難な問題である。さらには、必要な介護量のうち、ホームヘルプサービスへのニーズが現実にはどの程度か、事実上こうした見積もりはなされていないのが現状である。新障害者プランにも、ホームヘルプサービスの支給量の数値目標は明示されておらず、こうした点にもホームヘルプサービスの需要を正確に把握することの困難さが伺える。

同時に、当事者にとって必要なホームヘルプサービスを確保できるか、これまでも強い不安感を抱いており、支援費制度にあってもホームヘルプサービスの問題には非常に敏感になっているのである。

「平成 13 年度身体障害児（者）全国実態調査」によれば、全国の在宅の身体障害者は 3,245,000 人、障害児は 81,900 人であり、ホームヘルプサービス事業の利用平均は週 2 回までが約 70%、平均の利用時間は 1～2 時間/回が約 90%、月平均で 8～16 時間となっている。

しかし、このホームヘルプサービス利用実績だけではニーズを算出することは出来ない。ホームヘルプサービス事業を実施している自治体の中には、全身性障害者に対するホームヘルプサービス（全身性介護人派遣事業）を設けている市町村があり、全身性障害者の場合、一日 8 時間以上のホームヘルプサービスの利用によって在宅生活を維持しているケースが少なくない。長時間介護が必要な重度障害者のホームヘルプサービスは、人材の確保も含めて制度的に柔軟な対応がとられてきた経緯がある。今回の支援費制度の導入に際しても、画一的な基準ではなく、障害者個々の生活状況を総合的に勘案し、サービス量の低下を招くことのないよう十分に配慮される必要がある。障害者夫婦世帯や、独り暮らし障害者の在宅生活の維持・継続には、この「量」の確保が死活問題として過言ではない。

また、ホームヘルプサービス等の支援体制の水準には地域差がみられることも、今後大きな課題となるであろう。障害者が独り暮らしをする上で必要なだけのホームヘルプサービスの「量」が確保できている地域は、概してその他の支援体制が整備されている場合が多い。地域生活支援の在り方を考えるとき、単純にその地域に在住する障害者数でそのニーズをはかることはできないのである。

ホームヘルプサービスにしても、その総合量が多い地域には、その他の支援（介護ボランティアの確保やアパート探し、自立生活研修等の支援）や長時間ヘルパー派遣、自薦ヘルパーの登録制度などの柔軟な制度が存在しており、だからこそ独り暮らしが可能であるとも言える。介護を実質的に家族が担っている場合と、ホームヘルプサービスを含め社会的な生活支援サービスの利用による場合では、当然サービスの総量に大きな違いが生まれる。

支援費制度の理念からすれば、必要なホームヘルプサービスの「量」は、障害者が自立した在宅生活、地域生活を送ることを想定して算定されるべきであり、その水準は地域格差を無くし、全体の底上げを図ることが重要である。

厚生労働省は支援費制度の導入にあたり、現行のサービス水準が引き下がらないよう制度の円滑な移行を行うとしている。来年度からの「新障害者プラン」でも「施設から地域へ」という基本方針が打ち出されていることを考えれば、現行の水準維持に留まらず、新

たに自立生活を始める障害者についても、支援費制度の理念である「利用者の自己選択」、「自己決定」が実現可能なだけのサービス量を保障していくことが必要である。

質的課題

ホームヘルプサービスに関しては、その「量」と「質」の問題が常に課題であった。介護保険法では、訪問介護は「介護福祉士その他政令で定める者」が行うと定められている。(第7条第6項)「その他政令で定める者」とは訪問介護員養成研修の課程を修了した者を指し、即ち訪問介護員には介護福祉士有資格者もしくは訪問介護員養成研修修了者を従事させるとなっているわけである。これは訪問介護の専門性、質をこうした規定によって担保する意図の表れと考えられる。

障害者の地域生活支援、在宅生活支援においても、ホームヘルパーの専門性が当然問われるべきと考える。社会的支援としてのホームヘルプサービスは、家族介護等のインフォーマルな人間関係による介護と、基本的には一線を画すものであり、公的サービスとしての質を確保する必要があると考えるためである。

支援費制度の下でのホームヘルプサービスの介護技術、知識の水準を担保する方法として、基本的には養成研修の受講を義務づけることが妥当ではないかと考えられる。それは、ホームヘルパーの対象が高齢者であれ、障害者であれ、専門職として確立することはともに重要かつ必要であり、そのためには専門性を付与される課程(養成期間)が必須と考えるからである。

また障害者が40歳以降で介護保険法施行令に規定される特定疾病に罹患し、その後遺症により要介護状態が重なる、あるいは65歳を超えた場合に、介護保険による訪問介護員(ホームヘルパー)の利用に移行することが考えられる。その際、介護保険法では訪問介護員養成研修の受講が条件となっており、ホームヘルパーの質が一定以上に保たれるためには、障害者対象のヘルパー(支援費制度下でのヘルパー)についても研修システムが必要と考える。

今後の課題は、必要な専門性の付与、涵養が果たされたヘルパーを輩出し得る研修の在り方ということになる。現行のホームヘルパー養成研修(訪問介護員養成研修)は、介護保険法の影響が大であり、その内容は高齢者介護に偏重していることが指摘されている。

事実、筆者が平成12年度K市在宅福祉公社主催の訪問介護員養成研修2級課程受講者に調査を行ったところ²⁾、研修内容の主観的理解度は高いものの、実際にホームヘルプ活動を行う対象としては、高齢者に対する比較的軽い介護や家事援助を希望する割合が高く、障害者を希望する割合は相対的に低かった。【表1】【表2】

【表1】主観的理解度

()内%

	大いに理解できた	理解できた	あまり理解できない	全く理解できない	どちらとも言えない
高齢者福祉の法や制度	11 (8.3)	90(67.7)	17 (12.8)	2 (1.6)	13 (9.8)
高齢者の心理	30 (22.6)	90(67.7)	10 (7.5)	0 (0)	3 (2.3)
障害者福祉の法や制度	8 (6.0)	71(53.4)	40 (30.1)	0 (0)	14 (10.5)
障害者の心理	13 (9.8)	81(60.9)	27 (20.3)	2 (1.6)	10 (7.5)

【表2】利用者についての希望

()内%

	大いに希望する	希望する	あまり希望しない	全く希望しない	どちらとも言えない
高齢者重介護	15 (11.3)	52 (39.1)	30 (22.6)	4 (3.0)	32 (24.1)
高齢者軽介護	24 (18.0)	82 (61.7)	5 (3.8)	0 (0)	22 (16.5)
高齢者家事援助	21 (15.8)	64 (48.1)	19 (14.3)	4 (3.0)	25 (18.8)
身体障害者介護	6 (4.5)	40 (30.1)	41 (30.8)	9 (6.8)	37 (27.8)
身体障害者家事援助	9 (6.8)	70 (52.6)	22 (16.8)	5 (3.8)	27 (20.3)

身体障害者の介護を望まない理由としては、「体力に自信がない」「経験がないので自信がない」「何か起きた時が不安だから」「一対一では不安だから」「研修が高齢者中心だったので」「どのように接してよいかわからない」「身体障害者介護技術が未熟だから」「自立支援が出来そうにない」「若い人だと精神的葛藤が強いと思うから」「身体障害者には言い負かされそうだから」等が述べられていた。(自由記載回答)

また身体障害者の介護に比べ家事援助を希望する割合が相対的に高かったが、その理由として、「家事が得意だから」「主婦の能力を活かせるから」「障害者の意見を聞きながら出来るから」「障害者の役に立ちたいから」「一緒に話し合いながら出来るから」等が述べられた。

研修の主観的理解度は障害者福祉、心理等に関して決して低い回答ではなかったが、そのことが受講生のヘルパー活動に対する動機づけとして必ずしも作用していないことが示唆される結果であった。障害者の地域生活支援では、自己決定を支え、個々人に合わせたきめ細やかで柔軟な介護体制が求められる。また長時間の家事援助、身体介護を混合したヘルプサービスを求める障害者も少なくないであろう。こうした要請に現行のホームヘルパー養成研修が応え得るかという点については、疑問を感じざるを得ない。

一方、これまで、特に在宅生活を営む重度身体障害者が、個別に介護ボランティア等を確保して自立生活を維持してきた現状がある。障害者の当事者団体の中には、パーソナルヘルパー制度、もしくはパーソナルアシスタント制度を求めて運動をしている例もあり、その成果は全身性障害者介護人派遣事業、自薦登録ヘルパーの制度となって表れている。

自薦登録ヘルパーの場合、ホームヘルパー養成研修等の一律の研修はあまり意味がないとされる。研修受講の有無によらず、障害者個々人の障害の程度や状態、生活の在り様、ひいては個人の好みや趣味、嗜好までを把握し、長時間、長期間の介護を提供する介護者が求められるわけである。現状では、自薦登録ヘルパー制度を実施している多くの自治体では、登録後介護者に研修の受講を義務づけていない。

しかしこれは、障害者ヘルパーに研修が不必要だというのではなく、在宅の障害者にとって介護者を確保することが非常に困難であり、研修の受講等の条件付けを保留にいても、まず人材の確保が優先されたとみるべきであろう。

これまで障害ヘルパー研修が実施されていた例も見られるが、介護保険法施行以後、訪

問介護員養成研修が積極的に民間に委託されるという経緯の中で、障害ヘルパー研修事業の優先順位が相対的に低くなっているのが現状である。

現行の養成研修に課題が多いことは事実であるが、中期的、長期的視点に立てば、研修によって介護の知識、技術、対人援助の専門性を備えたヘルパーが輩出されること、そして人材が安定して供給されるシステムが構築されることが必要不可欠と言えよう。その上で、家事援助と身体介護、短時間と長時間、一般の派遣ヘルパーとパーソナルヘルパー、等多様な組み合わせ、選択が可能なホームヘルプサービス体制を構築することが今後の大きな課題と考える。

・イギリスの障害者在宅支援サービス（パーソナル・アシスタント）

イギリスでは、1990年代に、それまでの行政中心のサービスシステムから、市場セクターの参入を積極的に推進するシステムへとコミュニティケア改革を行った。1990年に制定され、1993年までの準備期間を経て施行された「国民保健サービス及びコミュニティケア法（National Health Service and Community Care Act）」により、保健医療と対人援助サービスの民営化が促進され、混合市場経済化が進められている。

この改革は、政府や自治体からすれば費用効果を期待したものであり、また公共のサービス供給不足を補い、より多様で多角的な選択のパターンの提供を実現しようというものである。ケアの費用効果という観点から優れたボランタリーセクター、非営利組織、及び民間営利事業所を積極的に活用することで、質的にもよりよいサービスが供給されると考えられている。

このコミュニティケア改革での積極的な変化として、谷口は³⁾「コミュニティを基盤とした体制整備」を挙げており、「利用者の声はいつそう強いものになり、サービスの計画立案・体制作り・購入のすべてについて利用者の参加が日常的なことになっている」と指摘している。

地方自治体を中心としたコミュニティケアを進展させてきたイギリスにおいて、この1990年代の改革はサービス提供の在り方を大きく転換させたものであったが、同時に障害者福祉分野で、アドボカシーとエンパワメントが強調され、明確化された。保健と福祉のケアサービスの市場化によりサービスの提供者が多様化し、選択の機会が増大するのに対応して、障害者がサービス消費者として位置づけられ、自己決定と主体性が重んじられてきている。「国民保健サービス及びコミュニティケア法」、またそれに先立つ1989年の「ケア白書（Caring for People）」には、消費者主義が反映されていると考えられる。

実際に、障害者自身の自己決定、主体性を重んじ、自立生活を獲得するための方策として提案されているサービスの一つにパーソナル・アシスタントを挙げることが出来る。かつてはアシスタントへの報酬を負担できなく一部の障害者が利用しているケアサービスであったが、自立と自由を求めて活動を行ってきた障害者のセルフヘルプグループ等の働きにより、徐々に広がりを見せている。日本でも、障害者当事者団体が在宅生活のために求めている制度の一つに、パーソナルヘルパー、パーソナル・アシスタントがある。イギリスでは障害者当事者団体がパーソナル・アシスタントの派遣を行っている例もあり、こうした先行的な実績に学ぶべき点は多いであろう。

パーソナル・アシスタント（personal assistant）は、基本的に障害者によって雇用され、雇用主である障害者の指示の下でケアサービスを提供する立場にあるとされている。障害者は、サービスをコントロールする立場にあり、このことは、エンパワメントに考え

に同調するものであり⁴⁾、エンパワメントの具体化の一つと言えよう。

英国障害者団体協議会⁵⁾では、ニュースレター等の機関誌でパーソナル・アシスタントに関する情報を提供しており、その他様々なパーソナル・アシスタントの雇用に関するテキストが発行されている。

しかし、人材の安定的な確保はイギリスでも重要な課題となっている。パーソナル・アシスタントはその雇用の形態から、障害者と生活をともにする時間が長く、アシスタントの人格や、互いの相性、生活習慣の問題等の影響も少なくない。また、学生を雇用している例もあり、長期間にわたってパーソナル・アシスタントを勤められる人材が必ずしも多くないことも課題としてあげられている。

また、パーソナル・アシスタントについて、ケア・ワークの経験がなくてもよいとの報告もあり⁶⁾、パーソナル・アシスタントと専門性の問題には今後一層の検証、考察の必要が感じられる。

日本では、支援費制度導入を目前に、在宅ケアサービスとしてのホームヘルプサービスに質、量の両面から大きな課題に直面していることは先に述べたとおりである。コミュニティケア、あるいは民間非営利セクターの歴史的、社会的成熟度が大きく異なるイギリスの実践例をそのまま日本の実状に照らしても、その処方箋が直ちに明らかになるわけではない。

しかし、イギリスのコミュニティ・サービスにおいて、障害者を消費者として位置づけ、障害者自身の主体的な選択、自己決定を第一に優先するという姿勢、パーソナルアシスタントに見られるように介護者を自らの指示のもとにおき生活を営むというサービス利用の方策は、日本が直面している自己決定に基づくサービス利用、あるいはサービス提供者と利用者の関係性に多くの示唆を与えるものと言える。

・今後の課題

1990年代のイギリスのコミュニティケア改革は、障害者のよりよい地域生活、在宅生活の実現を目指したものでありながら、実状としては新たな課題が生じていることが指摘されている。⁷⁾しかし、コミュニティ改革において、障害者に対するサービスの必要条件として、情報公開、不服申立、アドボカシーの促進等が明確化された。またサービス利用者の消費者意識の高まりから、サービスの質の向上を求めると同時に、アカウントビリティに必要も強く求められている。

従来、イギリスでは地域ケアにおけるケースマネジメントに大きな成果を収めて来たことが知られている⁸⁾が、こうした障害者サービスに関する動きは、まさに現在日本が制度改革の展開の中で直面する諸問題を含んでいる。

今後も障害者の個別の生活、また法・制度の在り方というマクロな問題について、イギリスの経験に学ぶことは多いと考えられる。その上で、日本の支援費制度等、障害者の地域生活支援について課題と問題解決の条件について考察を進めていきたい。

【注】

- 1) 平成 15 年 1 月 9 日に厚生労働省が支援費制度においてホームヘルプサービスに上限を設けることを検討している旨の表明を行い、障害者団体による一連の抗議行動が起った。1 月 10 日付毎日新聞によれば、「行政が決めていた障害者福祉サービスを 4 月から障害者自身が選べるように改める『支援費制度』について、厚生労働省が身体・知的障害者が受けるホームヘルプサービスの時間数などに『上限』を設ける検討を始めていることがわかった。厚労相はこれまで、『障害者に必要なサービスを提供する』との考えに基づき、時間数に上限を設けないよう地方自治体に指導してきた。制度導入目前の大きな方針転換に、障害者団体は強く反発している。」本件に関する報道は、1 月 16 日付読売新聞記事「障害者千人『ホームヘルプ補助金上限』に抗議行動」、1 月 24 日付朝日新聞社説「障害者支援 - 地域福祉の名が泣く」等多数続いた。
- 2) 筆者は平成 12 年度 K 市在宅福祉公社の実施する訪問介護員養成研修 2 級課程の受講生を対象に介護意識に関する調査を実施した。平成 12 年度中に実施された 5 コース（1 コースあたり約 40 名）について、研修修了時に調査票を配布し、受講生が自記式にて回答を記入し、後日調査票を郵送で回収するという方法を採用した。その結果 135 件の回答を得ることが出来、回収率は 67.5%であった。
- 3) 谷口政隆,「コミュニティケア改革のもとでの障害者の生活」,『世界の社会福祉 イギリス』p.108-117, 旬報社, 1999
- 4) エンパワメントの定義として、Adams は「エンパワメントとは、個人、グループ、あるいはコミュニティがその環境をコントロールすることが出来るようになること」「自ら設定したゴールを達成することが出来るようになるプロセス」としている。
- 5) 英国障害者団体協議会 BCODP(British Council of Organisations of Disabled People)1981 年発足
- 6) Personal Assistance Users' Newsletter, BCODP, 1997
- 7) 谷口が「コミュニティケア改革のもとでの障害者の生活」(再掲)のなかで、Common R. and Flynn. n, 1992) として、「サービス利用者にとって選択の幅が増大したわけでもなく、サービス提供体制にもほとんど改革が生じていない」ことを指摘している。
- 8) コミュニティケア計画の研究として 1986 年にケント大学社会福祉サービス研究所のコミュニティケア方式が発表されている。
David Challis & Bleddyn Davies, Case Management in Community Care, 1986

【参考文献】

- 1) 宮城孝,『イギリスの社会福祉とボランティアセクター』, 中央法規, 2000 年
- 2) パット・セイン著 深澤和子・深澤敦監訳,『イギリス福祉国家の社会史』, ミネルヴァ書房, 2000 年
- 3) 小田兼三,『コミュニティケアの社会福祉学』, 勁草書房, 2002 年
- 4) 一番ヶ瀬康子・中村優一編,『世界の社会福祉 4 イギリス』, 旬報社, 1999 年
- 5) D. チャリス・B デイヴィス著 窪田暁子・谷口正隆・田端光美訳,『ケースマネジメント』, 光生館, 1991 年
- 6) 小田兼三,『現代イギリス社会福祉研究』, 川島書店, 1993 年