

エ) 一般雇用施策との連動

一般雇用施策の充実は不可欠であり、当然一般雇用に対応できる労働能力のある者が保護雇用の対象になることは避けられなければならない。

保護雇用は、就業の場の確保にあたって重要な役割を果たしている。欧米諸国は、財政的問題もあり、一般雇用への移行のための施策を重視する傾向になってきている。例えば、スウェーデンのサムハルは毎年の政府の補助金受給にあたって、一定規模での一般雇用への移行を求められている(年5%)。一般雇用への移行の促進もまた、保護雇用の重要性を認識した上での政策課題であることにも留意しなければならない。

オ) 保護雇用における「開かれた就労」への転換

上記とも連動するが、保護雇用の場においても、一般の働く場との統合をめざす観点からは、援助付き雇用等の開かれた働き方が求められている。イギリス・レンプロイ公社のインターワーク、サポータード・プレースメントの例に見られるような「統合された職場」をめざす動きは世界的潮流ともいえる。就業機会確保のための手段としての保護雇用の意義を確認しつつも、就労の「場」として一般の労働環境において障害者の働く権利を実現していく方向性は、今後のわが国の福祉的就労のあり方にも大きな影響をあたえるものと思われる。

資料：先進国における障害者の保護雇用（保護的就労）について（別表3）

本文は全国社会福祉協議会「社会就労センターのあり方検討委員会」（最終報告）の「国際比較から導かれる社会就労センターの今後のあり方」を加筆修正したものである。

第4章 就労に関する施設制度の見直しにあたっての基本視点

(1) 一般就労への移行促進

障害のある人々の就労を考えると、まずはできる限り通常の労働市場への参加、すなわち雇用形態を志向すべきである。

雇用を促進しこれを維持していくための方策については、行政的にもさまざまな検討が加えられている。しかし、法定雇用率を一度も達成していないことに象徴的に表れているように、現状は極めて不十分であり、近未来にあっても好転することは考えられにくい。法定雇用率それ自体も欧州各国と比較するならばかけ離れて低い水準にあり、その上でなお未達成状態が常態化しているというのは由々しき事態と言わざるを得ない。既存制度の拡充や見直しに力を入れていくことと合わせて、もう一步踏み込んだ政策構築が必要ではなかろうか。そのための具体的な手立ての一つに、本稿全体を通して協調している保護雇用制度の導入が挙げられる。先行した国々の制度運営に点検を加え、わが国の労働法規や雇用慣習などをも配慮しながらどのような形で導入できるのか、現実的な検討が求められる。

(2) 一般労働市場への参加困難な障害者に対する労働補償

労働市場への参加を徹底して追及したとしても、成人期にあるすべての障害のある人々がこれを実現していくことは事実上不可能である。不可能であるだけでなく、決して正しい方向とは言えない。障害の程度によっては、健康増進や日中を有意義に過ごすことが第一義的なテーマになる場合もある。こうした重度・重複・重症の層に対しては、生産活動を主としない社会資源が準備されなければならない。一方で、生産活動には携われるが、しかし一般の労働市場に就くことは難しい、こうした層が相当数存在することも認識しなければならない。こうした層の範囲をどう定義付けるかはなかなか容易ではないが、少なくとも労働能力の評価と障害の特徴を視野に入れるべきである。客観的にみて、労働能力が通常の1/3以下、1/4以下といった場合に、現実的に企業就職は難しい。また精神障害者の場合で、労働能力は通常の水準にありながら、対人関係がプレッシャーとなって雇用形態を維持できない場合もある。問題は、こうした層に対する労働補償をどう実質化していくかということである。

前述してきた通り、こうした非雇用関係にある授産施設などの利用者に対する労働補償の現状は、極めて不十分な状況が続いている。賃金面ではいわば無基準状態にあり、一般的に労働者としての位置づけはなされていない。相当数存在するこの層に対して、労働法規適用をどう考えるのか、就労施設の体系としてどんな形が望ましいのか、これらを中心に労働保障面からのアプローチが図られなければならない。

(3) 利用者ニーズと労働能力への的確な対応

障害のある人々の就労支援にあたって、もっとも重要なことは本人のニーズと労働能力に立脚しなければならないということである。ニーズを正確に把握するための制度上のシステムをどうすべきか、必ずしもニーズが鮮明でない場

合の相談部門をどうするのか、これらは就労支援の「入り口政策」として力が注がなければならない。また就労形態の選択にあたって、労働能力の客観的な把握も重要なテーマとなる。欧州でよく「通常労働能力の1/2、1/3」という表現が使われるが、計測方法など具体的には定かではない。従って、この点については妥当な基準化がどこまで可能か、このことをも含めた検討が必要である。

(4) 障害種別を超えた支援形態の探求

雇用形態、もしくは非雇用形態にかかわらず、就労分野においては障害種別にこだわるべきではない。障害の種別ではなく、仕事上の課題や通いやすさなどによって、グループが形成されればいいのである。障害種別ごとに分立していた授産施設制度にあっても、ここにきて相互利用制度が導入されるなど、新たな流れが持ち込まれつつある。ただし、障害種別にこだわらないということと、個々の障害への配慮ということは別問題であり、むしろ個々の障害への対応はより丁寧さが増されなければならない。

(5) 職住分離の徹底

職住接近はあってしかるべきであるが、職住一体というのはいただけない。現代の就労生活にあって、働く場と生活の場は明確に区分けすべきである。日中は一定の緊張感の中で働き、アフターファイブや休日は緊張感から解放され日の労働の疲れをとりリラックスした環境で明日への英気を養う、これが人間本来の姿である。残念ながら、入所授産施設などでは今なお職住一体の形態が続いている。職住分離を前提とするが、特に障害の重い人々の就労生活の維持にあって、生活の場は非常に重要な意味を持つことになる。働く場と生活の場の物理的な分離というだけでなく、これと合わせて通所（通勤）の手立てや生活の場の充実など、生活支援策全体の重厚さを探究していかなければならない（就労中断者の多くは、生活上の困難や破綻と関係している）。

第5章 研究仮説としての作業施設制度のいわゆる3類型論

(1) 就労施策の体系のあり方をめぐって

障害のある人々の就労支援については、一方で制度上の複雑さが固定化の様相にあり、他方で当事者からすれば適合感が得られにくいという状態が続いている。これまで述べてきた通り、行政面または民間側からそのあるべき像について提言が重ねられてきた。そこでの主要な内容は、就労形態（広く言えば日中の社会資源のあり方）の体系をどうすべきかということであった。本研究でもこの点に重心を置いてきたが、結果的には明確な結論を出すには至らなかった。本稿では、改めてこれまでの検討経緯をたどり、本年度研究の到達点を掲げることにする。なお、就労施策の体系論ならびにこれに基づく就労施設の類型論については、引き続き第二年度研究で検討を加え、一つの方向性を明示していきたい。

そこでこれまでの検討経緯をふり返って、まず掲げられるのが厚生省3局長諮問機関における「授産施設のあり方に関する検討委員会」での提言である（1992年）（第2章参照）。これについては、その後の政策検討にあたって有力な「たたき台」となっていったのである。ただし、旧厚生省関連政策の下での検討であり、旧労働省関連政策を含めた就労政策全体の中での検討ということには成り得なかったのである。労働省と厚生省が統合した今からすれば、総合性あるいは施策の連結性などの面で、不十分さは否めない。

同じ時期、全国授産施設協議会は、「授産施設制度改革の基本提言」を行っている（1992年）（第2章参照）。これらの政策検討の上に、全国社会就労センター協議会はここにきて、「社会就労センターのあり方検討委員会最終報告」と題する新たな提言を試みている（2002年）。その内容は、「現行の授産施設で働く障害者に労働法規を適用し（労働権を保障する施設）、授産施設を『社会就労センター（当面は福祉工場B型）』と呼称する。一方、重度・重複・重症の障害者を対象とした本格的な通所型施設としての『活動センター』を創設する。現行の福祉工場は『福祉工場A型』とし将来社会就労センターに統合していく」というものである。つまり、成人期障害者に対して、①労働市場での雇用形態、②労働市場ではない場における労働法規適用の就労形態、③非雇用・非医療の活動（アクティビティ）形態、の3つの体系を準備しようというものである。

これら先行研究（検討）をめぐっては、二つの議論があった。論点の第1は、体系の区切り方についてであった。旧厚生省3局長諮問機関での提言は労働市場での雇用形態を加えると4つの体系となり、これに対して社会就労センター協議会（検討委員会）の提言は3つの体系となっている。第二の論点は、社会就労センター協議会の提言である労働市場以外の就労形態（現行でいう授産施設）に対する労働法規の適用をめぐってである。いずれも、さらに検討を深めていくことになったが、特に後者については「できる限り多くの障害者に対して労働権・労働者性を保証する」と「いわゆる『新たな囲い込み』につながるのでは、労働市場への移行が鈍るのでは」、などの見解が出され、さらに考察を重ねていくことにした。

なお、労働市場での雇用に向けてのトレーニング機能、また雇用形態が継続

できない場合の一時待機機能・再トレーニング機能、労働市場での雇用形態を維持していくための人的なサポート機能（ジョブサポーター、ジョブコーチなどの派遣）、これらの機能をどこに位置づけるのか、これについては第二年度研究のテーマとなった。同時に、関連した社会資源の個々の実態と全体の関係性がどうなっているのか、就労支援をより総合的に、有機的に、継続的に展開していくためにはこれらについて点検を加え、必要な改善が図られなければならない。具体的には、労働行政施策としては障害者職業能力開発校や公共職業安定所、地域障害者職業センター、職業リハビリテーションセンター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターなどが挙げられ、福祉行政施策としては福祉事務所や地域生活支援センター（障害種別に3種類）が挙げられる。

(2) 相談体制の確立ならびに労働能力評価方法の開発

現行施策体系の問題点でも指摘した通り、障害のある人々の就労支援の前提となる相談体制や労働能力の評価方法は未だ確立されていない。例えば相談窓口でいうならば、現状は養護学校等の進路指導担当や病院のケースワーカーによるもの、また公共職業安定所、障害者職業能力開発校、障害者職業センターなどの労働施策で行われるもの、授産施設や小規模作業所等で行われるものなど、まさにバラバラな状態である。最初に公共職業安定所等の労働施策の窓口を訪れるか、市町村等の福祉施策の窓口を訪れるかでその後の人生が決まってしまうという指摘もある。

また労働能力の評価方法についても、さまざまな研究はあるが、統一した方式には成り得ていない。就労保障にあたっては、当人のニーズと労働能力が重要な要素とされるが、特に労働能力の客観的な把握は適正な支援を展開していく上で欠いてはならないものである。基準化された労働能力の評価方法の開発は、相談時における窓口相互の互換性や均質性を保つ上で、職業訓練・職業リハビリテーションの効果を推し測る上からも重要なテーマである。

(3) 重度・重複・重症障害者対応の通所型施設制度の創設

わが国の就労施策の体系の検討をする上で、重度・重複・重症障害者の日中活動の場を制度として確立することが必要である。

授産施設の機能をめぐる混乱は、重度・重複・重症障害者のための通所施設制度が未確立であるため、その多くが授産施設を利用せざるを得ないところにその一因があるとされている。

この10年余、通所重症心身障害児・者施設、介護型デイサービス、通所療護など改善が図られてきているが、いずれも部分的であり、飛躍的に伸長していくような制度体系にはなっていない。これについては、既に1996（平成8）年に、「障害者活動センター」（全国社会福祉協議会・障害者地域生活支援に関する調査研究委員会、代表高松鶴吉）としてまとまった研究（政策提言の形がとられている）が出されている。その内容は、「労働を軸としない、重度・重複・重症障害者にあっては、地域に日々安心して通うことができる施設が必要である。」「この制度は、重度・重複・重症障害者の地域生活を支援する基本拠点と

し、有期限・通過型でなく日中生活を長く支えていくものとし、成人期のすべての重度・重複・重症障害者を対象とした制度である」というものである。

国際的に見ても、欧米先進諸国では、デイセンター等の制度が確立している。重度・重複・重症の障害者のための社会資源が安定することによって（むろん量的にも）、授産施設などの就労施設についても本来の機能を探究しやすくなるのである。

(4) 職住分離、通所型を基本とする制度体系

ノーマライゼーションの理念や関連した各種の提言からも明らかなように、職住分離基本とすること、就労施設を通所型にすることは異論のないところであろう（第4章参照）。

(5) 地域に根ざした小規模複合多機能施設方式の具体化

就労施策をめぐる最大の問題点の一つに、関連社会資源の絶対数不足を挙げてきた。制度体系をいかに整理し見栄えのいいものにしたとしても、量的な確保が一定度なされない限り、それは画餅と化してしまうのである。飛躍的な整備策を期待したいが、現実には簡単ではない。これを打開する当面の策として、二つの視点が考えられる。一つは、前述してきた通り、障害種別を超えての共同利用とすることである（このことは量的不足の補完だけではなく、より積極的な意味がある）、今ひとつは、協同利用形態とした上で異なった機能を有する制度を複合させるということである。いわゆる、小規模複合多機能方式というものである。

例えば、訓練・一般就労移行支援部門10人、労働市場ではない就労支援部門10人、活動（アクティビティ）センター部門10人の計30人で運営できるような仕組みである。同一運営主体を前提とする小規模複合多機能方式であり、利用者のニーズと労働能力に応じて部門間の移籍が行われやすくなるなど、新たな効果も期待できよう。むろん、都市部を中心に、人口が多い地域では専門機能を有する特化した施設が作られることを否定するものではない。

(6) 地域・圏域を基礎とする計画的な整備

小規模複合多機能方式を導入したとしても、それでも関連社会資源の量的な不備は目に余るものがある。例えば、通所授産施設は801市区町村（24.8%）でしか設置されていない（2002年3月末現在、きょうされん調査）。また、国際比較においても、わが国の福祉的就労の絶対量は低位の水準にある（別表2参照）。

このように社会資源が不足している状況にあっては、支援費制度の理念である「選べる福祉」や「対等な契約関係」は程遠いものがある。小規模作業所の増勢傾向も、当分は続くことになろう。加えて、精神障害の社会的入院問題（新障害者プランでは、72,000人）や知的障害者入所施設偏重政策が解消に向かうことを考えれば、通所（地域）型の社会資源の不足はいっそう深刻さを増すことが予想される。

なお障害者福祉圏域について、「人口30万人を単位とする圏域は都市部中心

の考え方であり広域過ぎるのでは」との指摘もある。障害者地域生活支援センターの設置基準は原案の段階では5万人を単位としていたもので（3障害による共同利用方式をとることにして）、こうした考え方に戻しながらの関連社会資源の整備計画を期待したい。いずれにしても、30万人圏域というのは、通所（通勤）可能な範囲あるいは地域性という考え方からも妥当性を欠くものである。

(7) 事業振興策の充実・強化

授産施設や小規模作業所での低工賃の現象について、「余りに非常識では」、という識者などの指摘がある。

この課題の克服にあたっては、ビジネス原理の導入を基本に、まずは施設長の経営責任と職員の役割を明確にする必要がある。特に、マネジメント能力や技術の獲得、これらをベースとした意識改革が重要な意味を持つことになる。

この点で、一つの方向を探究しているのが社会就労センター協議会を母体としたセルフ振興センターの活動である。厳しい経済環境の中での活動であるが、既に19都道府県に設置され、具体的な成果を上げつつある。セルフ振興センターの活動と機能をいかに活性化していくか、授産施設の今後を占う上での試金石となろう。また、個々の授産施設においても、経営感覚を養うために経営コンサルティング等外部の専門家の協力を得ているところなど、新たな流れを見出すことができる。

ちなみに、アメリカのワグナー・オーディ法によって設立されたNISH(全米重度障害者事業団)は豊富な資金に支えられ、受注活動に携わる職員のほか、各種技術者、原価計算や財務・法律の専門家等多くの職員を配置し、ワークセンターの各種コンサルティングを行っている。

経営者の責任として、まずは受注の安定に努力が払われなければならない。その上で、経営を安定させより強固なものとしていくために、受注確保についての公的な支援の確立を求めていく必要がある。公的支援策については、身体障害者福祉法制定時に（1949年）、その第25条に明文化されているが極めて不十分である。これについては、身体障害者福祉法といった身体障害者のみを対象とした実体法の一部に位置づけるのではなく、アメリカのワグナー・オーディ法（1938年制定）のように、官公需の優先発注策を目的とした固有の法律として制定される必要がある。

また、神奈川県、兵庫県、宮城県、愛知県等において、独自の条例や要綱等によって、授産施設等に対する随意契約による優先的取扱いや指名競争入札における優先的取扱い等の便宜が図られている。他の都道府県についてもこうした施策が講じられることが期待されるとともに、既に実施されているところについても、有効に働いているかどうかの検証を行う必要がある。加えて、ドイツやフランスでは、民間企業が保護雇用職場に仕事を発注した場合にその一定数を雇用率に参入できるという仕組みになっているが（みなし雇用制度）、これについても参考にする必要がある。授産施設への発注企業に対する税制上の優遇措置等についても、民需の開拓をすすめていく上で有効となろう。

(8) 対象者をめぐる整理

現行の授産施設制度は、障害のある人々を対象とした 12 種類の制度と、これに生活保護授産施設と社会事業授産施設が加わり、計 14 種類から成っている。

特に、障害関連の授産施設制度については、機能面では同類でありながら障害種別ごとに分立した状態が続いている。これに対して、前述した通り欧米では保護的な職場（わが国の授産施設を含む）において、障害種別にこだわらない支援形態が一般化している。すなわち、障害の種類に着眼するのではなく、アルコール・薬物依存者、移民などをも含む幅広い要支援者について、あくまでも職業的困難 (Occupational handicap) に焦点を当てるといった政策をとっているのである。

授産施設などにおいて、障害種別にこだわらないとする方向は徐々に進展しつつある。例えば、1997（平成 9）年に厚生省障害関係合同 3 審議会によってまとめられた「今後の障害保健福祉施策のあり方について」（中間報告）では、「授産施設については、…中略…将来的には、共同利用を前提とした施設形態を検討すべきである。」、という方向を示している。こうした政策検討の流れに沿う形で、授産施設間における相互利用制度が創設されるなど、障害種別を超えた支援形態が実践化されつつある。これをさらに拡充していくためには、障害関連実体法の一元化（現行は、障害種別に 3 法に分かれている）、すなわち、障害者福祉法もしくは障害者地域生活支援法（いずれも仮称）といった総合的な実体法の制定が求められる。

(9) 改訂が求められる用語問題

明治初期から使用されている「授産」という名称は、恩恵的・慈恵的な響きを伴うものである。権利性やノーマライゼーション理念からはおよそかけ離れた用語であり、何よりも一般市民にとっては分かりにくいのではなかろうか。長きにわたって、関係者から改訂の要望が出されていた。1992（平成 4）年の「授産施設制度のあり方に関する提言」（厚生省、3 局長諮問機関）においても、「授産という名称については、国民の中になじみにくいという指摘もあるので、この名称変更の検討を行うことが必要である。」と提言している。なお、社会就労センター協議会は、授産施設という名称への対案として「社会就労センター」を提唱している。

この他、授産施設の間で広く用いられている「工賃」について、より一般的で積極的な用語である「賃金」または「給料」という方向で検討すべきである。

第6章 作業施設制度の改革と合わせて改善が求められる地域生活支援システム

(1) 基幹となる法律の整備：障害差別禁止法、障害者総合福祉法の制定に向けて

日本国憲法では個人の尊厳と法の下での平等を保障している。そして「障害者の自立と社会・経済・文化その他のあらゆる文化の活動への参加を促進すること」を目的として「障害者基本法」が制定されている。さらに地域生活に関連する法律では「障害者の雇用の促進に関する法律」、「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」（ハートビル法）「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律」（交通バリアフリー法）等の法律が定められている。

しかし、これらの法律は、国等の施策義務や事業者の義務を定めるのが基本であり、時として努力義務にとどまることもあるため、真に障害者の生活を守るものとなっていない。

障害のある人の自立と完全参加を実現し、あたりまえの生活を保障するためには、理念法である障害者基本法の充実をめざすとともに、障害のある人を権利の主体として明確に位置づけ、社会・経済・文化その他あらゆる分野にわたり、具体的な権利の内容を規定した実体法としての障害差別禁止法の制定が必要である。

一方で、障害のある人を対象にした福祉サービスの根拠法として、障害種別・年齢別に、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法、介護保険法の5つがある。児童福祉法と介護保険法は一般には障害者福祉には含めないが、障害を受給要件とするサービスが多く規定されている。特に問題になるのは、繰り返し述べてきたように成人期障害者のための実体法が3つに分立していることである。国際的にも極めて異例であり、早急にこれらを一元化していく必要がある。

(2) 住制度との連携

全国社会就労センター協議会は、1985（昭和60）年に「人間復権の場をめざして－福祉作業振興方策への提言」（当時の名称は、全国授産施設協議会）により、職住分離や施設の通所化の方向についての提言を行った。こうした提言にも影響されながら、その後1992（平成4）年に厚生省から「授産施設制度のあり方に関する提言」が出された。

地域生活を保障するための住環境としては、身体障害者福祉ホーム、身体障害者通所ホーム、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、知的障害者地域生活援助事業（知的障害者グループホーム）、精神障害者地域生活援助事業（精神障害者グループホーム）、公営住宅の特定目的住宅（車椅子対応住宅等）などが挙げられる。

1999（平成11）年には地域生活援助事業の相互利用制度実施要綱が定められ、知的障害者が精神障害者のグループホームを、精神障害者が知的障害者のグループホームを利用できるようになった。このことによって、就労先により近いグループホームの利用が可能となり、障害のある人の地域での生活の場に広が

りが見られるようになった。

また、通勤寮やグループホームで生活しながら、社会就労センター等へ通所することやグループホームでホームヘルプサービスを利用して必要な支援を受けながら生活することも可能となっている。

しかし、こうした住政策に対する公費の水準は全体として貧弱であり、障害の重い人々への対応という点でも不十分である。また、家賃など本人負担分を支払った上で生活が成り立つだけの所得保障、一般住宅（アパートなど）での単身生活者への政策上の配慮も手厚さが求められる。

(3) その他の地域生活支援制度の拡充

① 権利擁護システムの機能強化

障害がある人々に対する権利を擁護するための制度はいくつか整備されつつある。しかし、これらが十分に機能しているとは言えず、また制度間の関係性や補完性についても同様である。いずれも制度化にされてから日が浅く、正確な問題点や課題の把握にはいましばらく時間を要すると思われる。ここでは、改善の方向というよりは、制度化に至った経緯や特徴等を記すに留めておきたい。

ア) 成年後見制度

成年後見制度は判断能力が不十分な成年者（痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者等）を保護するための制度として、民法に定められている。

この制度は禁治産、準禁治産の制度として位置づけられていたが、高齢社会への対応及び知的障害者・精神障害者等の地域福祉の充実の観点から設けられたものである。自己決定の尊重、残存能力の活用、ノーマライゼーション等の新しい理念と従来の本人の保護の理念との調和を旨として、柔軟かつ弾力的な利用しやすい制度の構築を目指している。特徴としては補助・保佐・後見の3類型から成り、2000（平成12）年4月1日より施行された。

イ) 地域福祉権利擁護事業

地域福祉権利擁護事業（福祉サービス利用援助事業）は痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者等の判断能力が十分でない者が、地域において自立した生活を送ることが出来るようにするため、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理に関する援助を行う事業である。具体的には、実施主体と利用者との間で契約を締結し、利用者本人の意思や希望を踏まえて作成した「支援計画」に基づいて援助を受けられる事業である。

この制度は民法の成年後見制度を補完する仕組みとして社会福祉法第80条、81条に規定された。

ウ) サービス評価事業

社会福祉法第24条において、「社会福祉法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、自主的にその経営基盤の強化を図るとともに、その提供する福祉サービスの質の向上及び事業

経営の透明性の確保を図らねばならない」と規定されている。さらに社会福祉法第78条第1項において、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うこと、その他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者（利用者）の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない」、同条第2項において、「国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するため、福祉サービスの質の向上かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない」と規定している。

厚生労働省障害保健福祉部では、2000（平成12）年に「障害者・児施設サービスの共通評価基準」を作成し、各施設の自己評価の実施を促している。また、全国社会福祉協議会では2003（平成15）年度厚生労働科学研究補助金を受け、「第三者評価基準及び評価機関の認証のあり方に関する研究会」を設置した。2001（平成13）年に厚生労働省社会援護局から発出した福祉サービスの第三者評価に関するガイドラインの見直しを行い、「第三者評価基準（案）」の作成に取り組んでいる。

エ) 苦情解決システム

社会福祉法第82条の規定により、社会福祉事業の経営者は、常に、その提供するサービスについて、利用者からの苦情に対する適切な対応に努めなければならないとされ、特に社会福祉施設については、社会福祉法第65条に基づき、施設の最低基準に苦情への対応を盛り込むこととなり、苦情解決システムの整備が義務付けられている。

人権擁護はこれらの制度を組み合わせることによって実効性のある人権擁護システムとなり、障害者総合福祉法や障害差別禁止法の制定によって、さらに実効力のある人権擁護システムと成り得るのである。

② ケアマネジメント体制の整備

障害者のケアマネジメントへの具体的取り組みは、1995（平成7）年、日本障害者リハビリテーション協会に「障害者の係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」が設けられ、障害者のニーズを把握し、的確なサービスの提供、地域における障害者の自立生活を支援するケアガイドラインの検討を行うことから始まった。

当初は障害種別でスタートしたが、同一の障害保健福祉圏域において、3障害に共通して対応していく方向で検討が進められていった。

2003（平成15）年度からの支援費制度のスタートとともに試行的事業が終了し、障害者ケアマネジメントが本格的に実施されることになった。都道府県等障害者ケアマネジメント推進協議会は、圏域ごとの連絡調整会議の総合調整、市町村が実施する事業への支援、専門職員等の人材確保のための研修の推進、新たな社会資源の開発、ケアマネジメント利用者の権利擁護の推進等の役割を担うこととされている。

しかし、それらが機能している地域は少ないのが現実である。その原因として考えられることは、支援費制度スタート時に障害保健福祉圏域において十分

な相談支援体制が構築されていないこと、一般財源化によって都道府県や市町村の責任が曖昧になってしまったことなどである。こうした中でコーディネータ（ケアマネジメント従事者）に対する認識は低いものになりがちで、本来行政がなすべき業務を安易に移管している実態が見受けられる。

ケアマネジメント制度の改善にあたっては、ケアマネジメント従事者の身分や役割を法的に明確に位置づけ、市町村に対する指導・助言をもその役割とし、圏域における連絡調整会議の下に、その権限を行使できるようにする等の改善が必要である。

第7章 次年度の研究課題

障害のある人々の就労分野全体を視野に入れながら、特に作業関連の施設制度・施設体系について検証ならびに検討を加えてきた。現行制度に見る特徴や問題点、課題についてはかなりクリアにされ、改めてこの種のテーマを探究してきた審議会答申や検討会報告、関係団体による提言等で示されてきた見解や方向性を裏付けるものとなった。第一次年度研究の課題は、こうした現状の洗い出しに重心を置きつつ、並行して「作業関連の施設体系のあるべき像」を描くことであった。描くとはいっても、現行制度が余りに複雑多岐にわたっていること、これに基づいての多様な活動や事業であり安易なカテゴライズは避けなければならないこと、国際的に見ても就労政策のあり方については多様な見解があること、これらの点から極めて難しい作業であった。それでも、今後の研究や論議を加速させていくためにはできる限り完成度の高い「たたき台」の形成が求められ、これに照準を当てながらの研究としてきた。完成度には不十分さがあるかもしれないが、「たたき台」という点では両論併記方式なども取り入れながらとりあえず形あるものにこぎ着けることができた。

そこで、次年度の研究課題であるが、第一年次に描いた「就労分野の施設体系のあるべき像」について、デッサンから仕上げの段階にもっていくとである。中心課題は施設体系にあるが、これとの関連という観点から雇用政策や就労生活支援策など隣接領域についてもできる限り明確にしていきたい。と同時に、仕上げた「あるべき像」が肝心の利用者の実態からみてどの程度現実的であり実際的なものであるか、これについて検証を加えていきたい。検証の方法それ自体も研究課題ということになろう。

ここにきて、障害分野に関する政策基調が大きく変動しようとしている。これら大きな変動と関連しながら、広い意味での就労分野についても歴史的な改革が迫られているのではなかろうか。新たな政策形成に関与していくためには、内容面もさることながら適時性という観点についても十分に配慮が払われなければならない。この点を念頭に置いた、次年度研究としていきたい。なお、研究体制については第一年次同様、すなわち就労分野に関係の深い分担研究者の連携を基本に、精神障害分野を含む障害の種別を超えた推進体制をとっていきたい。

〔別表1〕

戦後障害者福祉体系の略年表－授産施設制度を中心に－

- 1945. 「生活困窮者緊急生活援護要綱」閣議決定
 - －授産施設への施設整備に国庫補助・生活保護授産施設の制度確立
- 46. 「旧生活保護法」公布
- 47. 「日本国憲法」公布 「児童福祉法」公布
- 49. 「身体障害者福祉法」公布－身体障害者入所授産施設の制度確立
- 1950. 「新生活保護法」公布
 - 51. 「社会福祉事業法」公布－授産施設が第1種社会福祉事業に位置づく
 - －社会事業授産施設の制度確立
 - 55. ILO99号勧告「障害者の職業更生に関する勧告」（障害者職業リハビリテーションの国際指針）－保護雇用制度の提言
- 1960. 「精神薄弱者福祉法」公布－精神薄弱者援護施設設置
 - 「身体障害者雇用促進法」公布
 - 63. 「老人福祉法」公布
 - 64. 「母子福祉法」公布
 - 厚生省通知にて「重度身体障害者授産施設」新設
 - 厚生省通知にて「精神薄弱者収容授産施設」新設
 - 67. 「精神薄弱者福祉法」改正
 - －精神薄弱者授産施設（入所・通所）が制度創設される
- 1970. 「心身障害者対策基本法」制定
 - －厚生省通知にて「身体障害者福祉工場」制度創設
 - 76. 「身体障害者雇用促進法」の全面改正－雇用納付金制度・雇用率制度の創設
 - 77. 全国授産施設協議会発足
 - 共同作業所全国連絡会発足
 - 79. 「養護学校義務制」実施
 - 厚生省通知にて－「身体障害者通所授産施設」制度創設
 - 厚生省通知にて－「精神薄弱者福祉ホーム」制度創設
- 1981. 国際障害者年
 - 厚生省通知にて－「身体障害者福祉ホーム」制度創設
 - 83. ILO159条約「障害者の雇用と職業リハビリテーションに関する条約」
 - 85. 厚生省通知にて－「精神薄弱者福祉工場」制度創設
 - *全社協「人間復権の場をめざして－福祉作業振興策」提言
 - 87. 「精神衛生法」の全面改正「精神保健法」
 - －「精神障害者通所授産施設」制度創設
 - 「身体障害者雇用促進法」が改正「障害者の雇用の促進等に関する法律」に
 - 89. 厚生省通知にて 「精神薄弱者グループホーム」制度創設
 - *全社協「重度障害者の社会参加を保障するために－小規模作業所のあり方について」提言
- 1990. 「老人福祉法等関係8法」の改正

－授産施設に「分場」制度・身体障害者授産施設に「混合利用」制度の創設

91. 厚生省通知にて「精神障害者入所授産施設」制度創設
92. ILO159条約を批准
 - *全授協「授産施設制度改革の基本提言」を公表
 - 厚生省「授産施設制度のあり方に関する提言」を公表
93. 政府－「障害者対策に関する新長期計画」を公表
 - 国会－「障害者基本法」成立・公布
 - 厚生省－精神障害者授産施設の設置者負担金の改善
 - －「分場」授産施設の改善（職員配置1名増）
 - －徴収金制度の改善
 - －「精神障害者福祉工場」制度創設
 - －「相互利用」の通知
94. 厚生省－授産施設への重度加算制度を新設
95. 「精神保健法」を改正し「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に
 - 厚生省－知的障害者の授産施設への受注活動費を新設
 - 政府－「障害者プラン---ノーマライゼーション7ヵ年戦略」を公表
96. 生活保護授産施設・社会事業授産施設「精神障害者」利用を認定
 - 精神障害者授産施設に「作業開拓職員」を配置
 - 身体障害者福祉ホーム「5人定員」の制度化
97. 厚生省－「社会福祉の基礎構造改革（主な論点）」を公表
 - 厚生省－「今後の障害保健福祉施策の在り方について（中間報告）」を公表
98. 厚生省－「社会福祉の基礎構造改革を進めるに当たって（追加意見）」を公表
 - 労働省・厚生省「障害者就業・生活支援センター」モデル実施
99. 厚生省－「今後の障害保健福祉施策の在り方について（最終報告）」を公表
 - 厚生省－「離職した障害者のため授産施設の定員10%枠外利用」
 - 厚生省－「授産施設等の製品等の利用促進について」24年ぶりに通知
 - －「知的障害者と精神障害者の相互利用制度」の実現
2000. 厚生省－「介護保険」制度開始
 - 政府－「社会福祉法」施行
 - 厚生省－「授産活動活性化特別対策事業」の開始～03年度
 - －「重度授産において通所療護併設」通知
01. 厚生省と労働省が統合厚生労働省となる。
 - 厚労省－「小規模通所授産施設」制度を実施
 - －授産施設会計基準の制定
 - －「身障授産において通所療護併設」通知
02. 厚労省－「職場適応援助者(ジョブコーチ)事業」開始
 - －「障害者就業生活支援センター」事業開始
 - 政府－「障害者雇用促進等に関する法律」の改正と施行
 - 〃－「障害者基本計画」「重点施策実施5ヵ年計画」
03. セルプ協－「社会就労センターのあり方」検討委員会最終報告

厚労省－支援費制度開始

厚労省－「障害者職業能力開発研究会」報告書

政府－「心身喪失者等医療観察法」公布

04. 厚労省－「介護保険改革本部」の設置

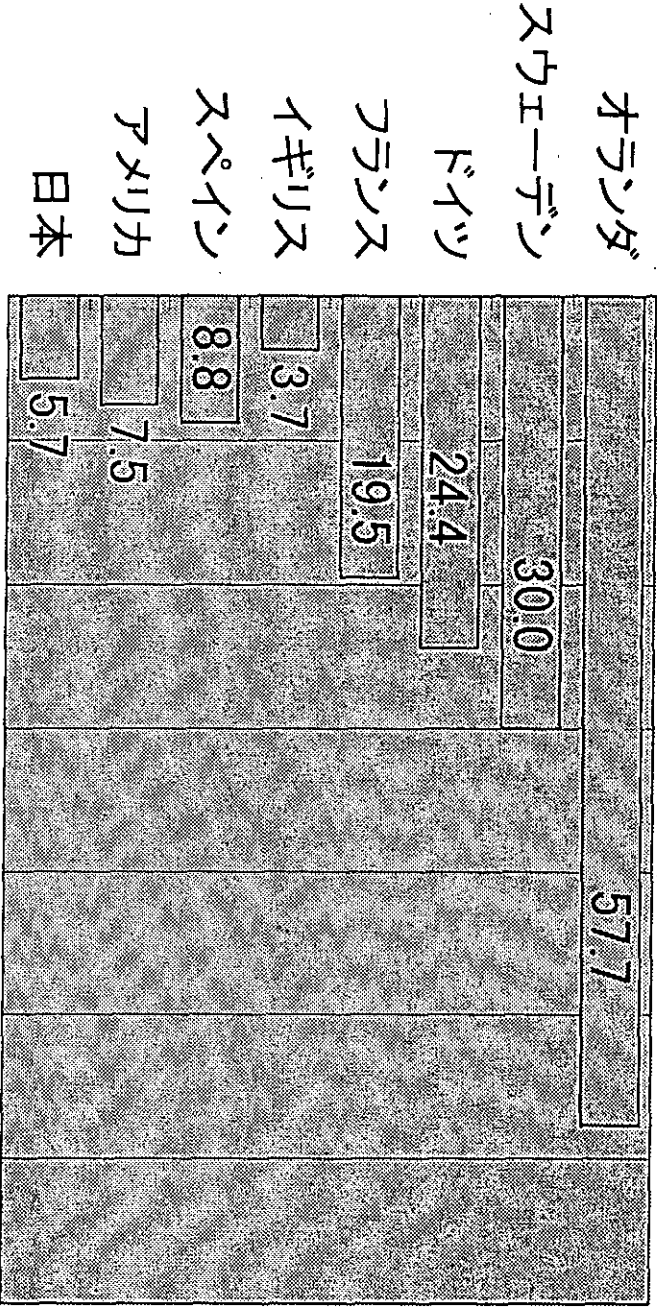
別表21

	総人口	保護雇用人口	1万人当比率
オランダ	15.6	90,000	57.7
スウェーデン	9.0	27,000	30.0
ドイツ	82.0	200,000	24.4
フランス	60.0	117,000	19.5
イギリス	59.0	22,000	3.7
スペイン	40.0	35,000	8.8
アメリカ	267.9	200,000	7.5
日本	129.0	73,828	5.7

ヨーロッパ各国の数値は02年11月W1世界会議発表数値
 日本の数値は00年10月厚生労働省統計より

保護的就労人口比較

ヨーロッパ各国の数値は2002年11月W1会議資料、日本の数値は厚労省2000/10統計



先進国における障害者の保護雇用(保護的就労)について

項目/国名	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ	オランダ	スウェーデン	日本(参考)
基本的な考え方・状況	保護雇用の対象となる障害者の割合が10%以上であることが必要である。	通常の能力を十分に発揮できないが、一定の割合で下回っている場合は、保護的就労を利用できる。	通常の能力を十分に発揮できないが、一定の割合で下回っている場合は、保護的就労を利用できる。	通常の能力を十分に発揮できないが、一定の割合で下回っている場合は、保護的就労を利用できる。	通常の能力を十分に発揮できないが、一定の割合で下回っている場合は、保護的就労を利用できる。	通常の能力を十分に発揮できないが、一定の割合で下回っている場合は、保護的就労を利用できる。	通常の能力を十分に発揮できないが、一定の割合で下回っている場合は、保護的就労を利用できる。
保護雇用の制度	シエラ・パーク・ジョブズ、7000カ所、20万人	シエラ・パーク・ジョブズ、7000カ所、20万人	シエラ・パーク・ジョブズ、7000カ所、20万人	シエラ・パーク・ジョブズ、7000カ所、20万人	シエラ・パーク・ジョブズ、7000カ所、20万人	シエラ・パーク・ジョブズ、7000カ所、20万人	シエラ・パーク・ジョブズ、7000カ所、20万人
保護雇用の財源	国・州・地方当局からの補助金	国・州・地方当局からの補助金	国・州・地方当局からの補助金	国・州・地方当局からの補助金	国・州・地方当局からの補助金	国・州・地方当局からの補助金	国・州・地方当局からの補助金
基本となる法	リハビリテーション法、障害者雇用促進法	リハビリテーション法、障害者雇用促進法	リハビリテーション法、障害者雇用促進法	リハビリテーション法、障害者雇用促進法	リハビリテーション法、障害者雇用促進法	リハビリテーション法、障害者雇用促進法	リハビリテーション法、障害者雇用促進法
対象者の法律上の定義	個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害がある者(機能障害をもつとみなされる者を含む。)	個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害がある者(機能障害をもつとみなされる者を含む。)	個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害がある者(機能障害をもつとみなされる者を含む。)	個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害がある者(機能障害をもつとみなされる者を含む。)	個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害がある者(機能障害をもつとみなされる者を含む。)	個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害がある者(機能障害をもつとみなされる者を含む。)	個人の主たる生活活動の1つ以上を著しく制限する身体的・精神的障害がある者(機能障害をもつとみなされる者を含む。)
対象者の上限	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
対象者の下限	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし	特になし
行政機関	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省
運営主体	公共又は民間の非営利団体	公共又は民間の非営利団体	公共又は民間の非営利団体	公共又は民間の非営利団体	公共又は民間の非営利団体	公共又は民間の非営利団体	公共又は民間の非営利団体
労働法規適用	保護雇用の対象者に対して、最低賃金低賃金以下を支給することを労働者から承認を受ける	保護雇用の対象者に対して、最低賃金低賃金以下を支給することを労働者から承認を受ける	保護雇用の対象者に対して、最低賃金低賃金以下を支給することを労働者から承認を受ける	保護雇用の対象者に対して、最低賃金低賃金以下を支給することを労働者から承認を受ける	保護雇用の対象者に対して、最低賃金低賃金以下を支給することを労働者から承認を受ける	保護雇用の対象者に対して、最低賃金低賃金以下を支給することを労働者から承認を受ける	保護雇用の対象者に対して、最低賃金低賃金以下を支給することを労働者から承認を受ける
賃金水準等	一般の労働者と同様の賃金額から生産性に合った賃金額まで多様	一般の労働者と同様の賃金額から生産性に合った賃金額まで多様	一般の労働者と同様の賃金額から生産性に合った賃金額まで多様	一般の労働者と同様の賃金額から生産性に合った賃金額まで多様	一般の労働者と同様の賃金額から生産性に合った賃金額まで多様	一般の労働者と同様の賃金額から生産性に合った賃金額まで多様	一般の労働者と同様の賃金額から生産性に合った賃金額まで多様
一般雇用への移行促進策	職業リハビリテーションプログラムを通じて、雇用能力を向上させる	職業リハビリテーションプログラムを通じて、雇用能力を向上させる	職業リハビリテーションプログラムを通じて、雇用能力を向上させる	職業リハビリテーションプログラムを通じて、雇用能力を向上させる	職業リハビリテーションプログラムを通じて、雇用能力を向上させる	職業リハビリテーションプログラムを通じて、雇用能力を向上させる	職業リハビリテーションプログラムを通じて、雇用能力を向上させる
一般雇用への移行率	年間移行率10% (1974年)	年間移行率10% (1974年)	年間移行率10% (1974年)	年間移行率10% (1974年)	年間移行率10% (1974年)	年間移行率10% (1974年)	年間移行率10% (1974年)
備考	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省	労働省、社会保障庁、保健省

[表4]

2003年度都道府県小規模作業所・小規模通所授産施設数一覧
(含政令指定都市・中核市・東京特別区)

都道府県名	身体・知的障害者		精神障害者		合計		増減	小規模通所授産施設			合計 02年10月現在
	03年度	02年度	03年度	02年度	03年度	02年度		身体	知的	精神	
北海道	222	219	97	94	319	313	6	0	2	4	6
青森県	19	18	17	16	36	34	2	0	1	2	3
岩手県	46	42	28	25	74	67	7	0	1	0	1
宮城県	49	49	55	52	104	101	3	0	0	7	7
秋田県	20	24	13	12	33	36	-3	0	2	0	2
山形県	43	43	18	18	61	61	0	0	2	0	2
福島県	133	100	44	31	177	131	46	1	2	0	3
茨城県	75	73	23	23	98	96	2	1	1	0	2
栃木県	44	51	26	26	70	77	-7	0	1	1	2
群馬県	50	48	29	22	79	70	9	0	0	1	1
埼玉県	217	197	77	73	294	270	24	2	3	2	7
千葉県	178	164	39	36	217	200	17	5	4	2	11
東京都	408	442	228	237	636	679	-43	18	23	41	82
神奈川県	368	369	159	150	527	519	8	0	1	0	1
新潟県	70	60	37	38	107	98	9	0	2	2	4
富山県	22	29	16	16	38	45	-7	0	8	4	12
石川県	30	29	13	15	43	44	-1	0	2	0	2
福井県	3	5	0	3	3	8	-5	0	0	0	0
山梨県	31	30	14	14	45	44	1	0	2	0	2
長野県	99	94	42	43	141	137	4	0	1	2	3
岐阜県	70	68	12	12	82	80	2	3	17	0	20
静岡県	115	115	26	23	141	138	3	0	2	3	5
愛知県	112	107	60	55	172	162	10	1	4	2	7
三重県	76	73	15	15	91	88	3	0	1	1	2
滋賀県	73	82	11	12	84	94	-10	0	0	0	0
京都府	72	74	47	44	119	118	1	6	2	3	11
大阪府	469	502	77	114	546	616	-70	6	16	19	41
兵庫県	292	262	94	87	386	349	37	2	3	6	11
奈良県	55	57	7	4	62	61	1	0	5	0	5
和歌山県	29	31	21	19	50	50	0	0	0	3	3
鳥取県	36	32	14	13	50	45	5	0	1	0	1
島根県	27	30	28	25	55	55	0	0	3	0	3
岡山県	71	66	47	47	118	113	5	0	2	0	2
広島県	122	116	52	47	174	163	11	3	6	2	11
山口県	40	41	20	20	60	61	-1	1	1	1	3
徳島県	25	24	12	13	37	37	0	0	3	0	3
香川県	38	36	7	7	45	43	2	1	2	0	3
愛媛県	28	29	27	32	55	61	-6	0	0	0	0
高知県	26	21	11	14	37	35	2	0	1	0	1
福岡県	134	135	57	55	191	190	1	5	2	0	7
佐賀県	15	17	9	9	24	26	-2	2	2	0	4
長崎県	42	35	35	35	77	70	7	0	4	0	4
熊本県	34	30	12	12	46	42	4	0	1	1	2
大分県	25	30	20	20	45	50	-5	2	0	0	2
宮崎県	33	33	15	15	48	48	0	0	0	0	0
鹿児島県	43	40	9	10	52	50	2	1	4	0	5
沖縄県	47	45	29	22	76	67	9	1	1	0	2
小計	4,276	4,217	1,749	1,725	6,025	5,942	83	61	141	109	311

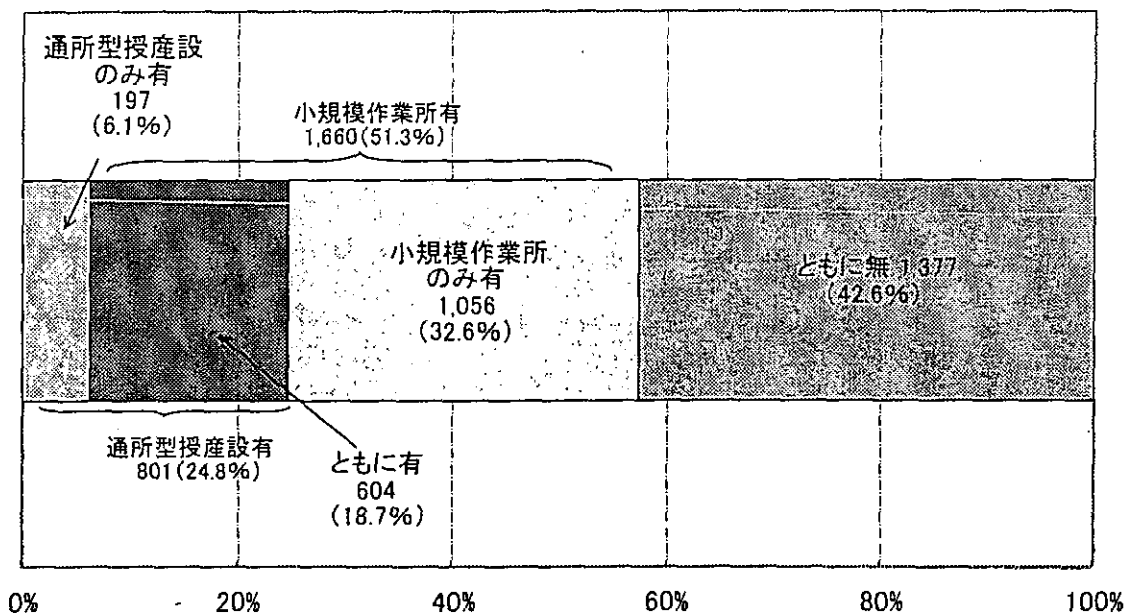
※小規模作業所：数字は補助金交付対象カ所数(予算)で計上、2003年8月1日現在、きょうされん調べ

東京都の財政調整金算入は区単独制度として整理したので都の合計から除いた

※小規模通所授産施設：2002年10月1日現在、厚生労働省調べ(社会福祉施設等調査)

[表5]

すべての自治体における通所型授産施設および小規模作業所の有



(2002年3月末現在、きょうされん作成)