

2. 障害の社会モデルと精神障害

(1) 障害の「社会モデル」

障害の「社会モデル」は、1970年代後半に、イギリスの障害者運動団体UPIASとDPIが「障害」をインペアメントとディスアビリティに分け、ディスアビリティを「物理的・社会的障壁によって社会の通常の暮らしに一般の人と同じように参加する機会を制限されたり失うこと」と定義してこれを重視し、そのような状況への政治的改革の必要性を唱えたことに先駆的にみられ、1990年のマイケル・オリバーの著書『無力化の政治』によって普及された³。

障害の「社会モデル」の内実は論者によって差異があるものの、障害をインペアメントと切り離すことで社会の側に置き換え、「障害は社会の側にある」とする戦略が基本線となっている。ここでインペアメントとは、ICIDHのインペアメント（機能障害）とディスアビリティ（能力障害）を併せた概念であるとされ、たとえば、「足が動かないので歩くことができない」という概念構成がインペアメントである。そして従来の障害観は、個人のインペアメントにのみ焦点をあて、障害を治すべきもの、あることが望ましくないものとみなす、「個人モデル」ないしは「医学モデル」を採ってきたとされる。これに対して「社会モデル」は、そのできないことが個人の身体的特徴に端を発するとされること、あるいは、それゆえに個人が（治療やリハビリテーションによって）解消すべき「問題」として構成される次元に焦点を当て、そのような構成を行う社会こそが障害を作り出しているのであり、社会が変わるべきだと主張する。つまり、「社会モデル」は、一方で障害（できないこと）の原因の帰属先を、他方で障害の解消責任の帰属先を、「個人から社会へ」と転換させたと言うことができよう⁴。

ただし、星加良司も指摘するように、原因帰属の転換と解消責任帰属の転換は、かならずしも一致しない⁵。障害の原因が個人にあるのか社会にあるのかという論点と、障害を解消する責任を個人が負うのか社会が負うのかという論点は、別の次元にある。実際、精神障害や知的障害の場合、障害の原因や解消責任を負わせる「個人」として精神障害者や知的障害者はみなされず、それゆえに社会が障害を解消する役割を担ってきた歴史があり、このことが、「社会モデル」は精神障害や知的障害に十分に適合しないのではないかという疑義の源泉の一つとなっていると思われるのである。以下ではまず、精神障害に対象を限定し、その歴史を確認する。

(2) 精神障害の構築

日本では明治時代以降、近代化が進むなかで西洋医学が輸入され、かつては医療の対象でなかったものの医療化が進んできた。他障害と同様に精神障害は、まず、近代的国民の規律＝規格化のなかで見出される逸脱として注目されたが、他障害に先駆けて監禁からその処遇の歴史が始まったことに特徴があろう。1900年の精神病患者監護法の成立が一つのメルクマールとなるが、同法は、路上徘徊や他害行為をはじめとする逸脱行動を精神病そのものとし、これを家族によって取り締まらせることを目的としていた。この時点で既に、監護＝私宅監置の開始の際には医師の診断が必要とされて

いたが、十分に医療化されたものとして精神病は未だ存在していなかった。そのため、呉修三ら当時の精神医学者たちは、精神病患者を医療の対象として純化すべく、精神病患者監護法を批判、つまりは、精神病を逸脱行動と同一視し監禁の対象とすることを批判した。その成果が1919年の精神病院法である⁶。

このような歴史的経緯が示すのは、精神病はまずは逸脱行動として発見され、その解消責任は家族にあると考えられたこと、次に、医療の対象とされ、その解消責任は医師にあるとされたことである。逸脱行動が家族の監護下におかれたのは、その行動は主体を欠いており、それを代わりに制御する者が求められたためであるし、精神病患者が「病人」であるのは、「生ないしは生活」自体を病んでいることにおいてであり、精神病院という閉鎖空間で医師の制御の下、その生ないしは生活を組み立てなおすことが必要とされたからである。精神病患者は自らの生ないしは生活を制御できない存在と捉えられていたのであり、それゆえに、個人とはみなされていなかったのだ。ちなみにこの間、精神病の原因については、遺伝と社会環境（近代化にともなう社会内の生存競争の激化など）の両方に求める傾向があった。つまり、原因についても、家族と社会が負っていたと言え、精神病患者と呼ばれる個人は顕在化していなかったのである⁷。

戦後の精神衛生法（1950年成立）では、法の対象者を、「精神病患者、精神薄弱者、精神病質者」とし、その総称として精神障害者という名称を用いた（法3条）が、1950年4月の第七回国会に出された法案提出理由では、「この法案は、苟しくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をその対象として掴むことといたしました」と言われており⁸、精神障害を逸脱行動と同義とする姿勢がうかがえる。このような対象者の把握と連動するように、同法に定められたのは、同意入院、措置入院という二つの強制入院の手続きであったのであり、依然として（精神病患者と同様に）、精神障害者は家族か医師の制御の下におかれ続けた。とりわけ、措置入院という公権力による強制入院は、精神障害＝逸脱行動のある特定の身体に帰着させつつ、彼に行動の責任を負わせることはできないので、社会がこれを解消する責任を負うものであったと言える（措置入院の費用は1995年まで公費優先であった）。

（3）精神障害の「法・医学モデル」

上述のように、精神障害は、社会における逸脱行動の解決が、ある個人への処遇と（監置や治療）いうかたちで行われるなかで、生み出されてきた概念であると言える。この点については、日本でも1970年代以降、「精神病は（社会的に）つくられる」という反精神医学的言説において批判的に検討されてきたことである。反精神医学の論者たちは、精神医療とは、「狂者」に「精神病患者」・「精神障害者」というラベル付けをする権力、社会的コントロールの担い手であると主張した⁹。このような主張は、障害の社会的構築性を指摘する「社会モデル」に通ずるところがある。ただし、反精神医学において精神医療とは、「社会を狂気から守る」役割を果たすものと考えられており、「狂気」と「社会」とが相対立するものとして想定されていたことに注意する必要がある。この想定が有効なところでは、精神障害の「社会モデル」は、精神障害者にとってのディスアビリティを社会の側にあるどころか、社会それ自体とみなさなく

てはならなくなる。この点に関係して、「社会モデル」の精神・知的障害への適合性に関する、以下の寺本晃久の問題提起は示唆的である。

これまで精神・知的障害者が犯罪の可能性のある者として扱われてきたということ、それゆえに厳しい差別や隔離が行われてきたことの背景には、ある一定「社会」が歩み寄ったとしても、そこへ乗るための最低限の「能力」、そうした社会を変えてもなお残ってしまう能力のひとつとして、危害をなさないという「能力」が問題とされたからではなかったか¹⁰。

ここで寺本は、「危害をなさないという『能力』」がないことに社会が対応しようとすればするほど、「能力」がないとされる「個人（の障害）」の再構築が進むことを問題化している。また、そもそも、精神障害とは、社会が犯罪という社会の問題に対応しようとする際に、ある個人の「能力のなさ」として構築されたものであるとしている。ここまでは前節で述べたことと重なるが、さらに寺本は、「社会モデル」が障害を「個人から社会へ」と転換し、社会の側にある障害を解消しようとすれば、再び「個人（の障害）」の構築へと向かう部分が社会のなかにあることに注意を促がしている¹¹。

この点をふまえつつ、かつ、ディスアビリティとは社会である、という結論をさけるために、精神障害が、危害をなさないでいることができないという状態を指すのではなく、個人の「能力のなさ」として構築されたことに注目しよう。この背景には、「犯罪を構成する危害をなす『能力』」が問われ始めたことがあげられる。言うまでもなく、明治40年成立の刑法におかれた心神喪失・心神耗弱の規定（第39条）（この用語は、先に成立した民法からきたものである）が、その問いを促がしたのであり、その「能力」とは、法律用語で「事理弁識能力」と言い換えられる。この「能力」の有無の判定材料は精神鑑定に求められるが、最終的な判定は法律判断になる¹²。

このことから、「危害をなさないという『能力』」が問われ、「能力のなさ」が精神障害として構築されるのは、社会が法的、精神医学的に振舞うときであると言うことができる。「危害をなさない能力」がないことは、単に、精神疾患という医学上の事象なのではなく、事理弁識を欠き法的主体たりえないことを意味する。「危害をなさないでいることができない」個人として精神障害者が構築されるとき、そのできなさ（障害）は、医学的であると同時に法的なものなのである。したがって、精神障害の「個人モデル」とは、「法-医学モデル」であると言うことができる。精神障害の「法-医学モデル」は、「社会から狂気を守る」という発想、「狂気」対「社会」という想定に支えられるとともに、このような発想・想定を法的、医学的に権威付け再生産する。そして、過去も現在も、「法-医学モデル」の精神障害観は、精神障害者を排除・差別する社会的障壁、すなわちディスアビリティとして機能してきたのである。

精神障害の「社会モデル」は、この「法-医学モデル」に対する批判概念として志向されなくてはならない。その理由を改めて整理するならば、①身体障害の「社会モデル」と同様に「個人=医学モデル」に対置するのでは、個人とみなされないゆえに医療の対象とされてきた歴史（そこで精神医学は社会の側にある「問題（=逸脱）」の

解決手段であった)をふまえることができない、②この歴史において「社会」と対立するものとして「狂気」が想定されてきたため、「障害は社会の側にある」どころか「社会こそが障害である」という結論になりかねないが、それを避けるために「障害である社会」を限定する必要がある、「法・医学モデル」に則った社会を想定することが有効である、からである。

3. 精神障害の「社会モデル」と障害者の権利条約

(1) 精神障害の「社会モデル」と障害者の権利条約第 12 条

精神障害者の当事者団体である、世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク(WNUSP)は、障害者の権利条約の策定過程において、「法的能力の社会的構築」を明らかにし、「強制医療の廃絶」を主張したが、これは精神障害の「法・医学モデル」を批判する「社会モデル」に立つものであると考えることができる。障害の「社会モデル」について、WNUSP 会員のマース・ジェスパーソンは次のように書く。

障害の社会モデルは、問題は個人にあるのではなく、ある個人が機能できるような仕方で彼／彼女に向き合わない社会にあるのだという。このことは、法的能力の問題にも当てはまる。それは個人のなかにある問題—その場合、彼／彼女は強制的な介入や成年後見に直面するはずだ—なのではなく、社会が、その個人の法的能力に関するディスアビリティを解消するよう、別の仕方で彼／彼女に関わらなければならないということなのだ¹³。

また、2005 年 1 月開催の第 5 回国連障害者権利条約特別委員会に向けて WNUSP が提出した文書「法的能力に関する主張」(WNUSP 会員であるインドの法学者アミタ・ダハンダによる)には、次のように書かれている。

法的能力に関して最初に確認されなくてはならないことは、それが社会的に構築されるものであるということであり、それゆえに様々な時点における社会の選択を反映したものであることである。歴史的にいつて能力とは、法が人々に与えたり与えなかったりする一つの属性ないしは推定事項(ありそうなもの)である。

法は、この世界においてある特定の存在を優位とみなすことにより、無能力というラベルを生産し続けているように思われる。この推定が、様々な種類の知性を法が扱う仕方ゆえに生じているのなら、障害者の権利条約がこの推定を変革し、知性の多様性を認めなくてはならないことは明白である。このことは、条約がすべての障害のある人に法的能力があるとするならば、第一に着手すべき事柄であろう¹⁴。

このような法的能力に対する見解から、この文書では後見人制度など代理人による意思決定の制度が退けられている。しかし、第 5 回特別委員会では、すべての障害の

ある人に「権利能力」としての法的能力があることは認められたが、場合によって「行為能力」としての法的能力に一定の制限を課されることがあるとして、後見開始の審判等、国内法で適切な手続をとることを条文に明記した。法的能力を「権利能力」と「行為能力」に区別して論じ、後者の制限を認めることについては、その後の特別委員会でも議論が紛糾し、2006年8月の第8回特別委員会の最終段階で、法的能力の平等な享有を定める第12条に、法的能力はアラビア語、中国語そしてロシア語では「行為能力」ではなくて「権利能力」を意味するという脚注が入れられた。その後、国際障害コーカス（IDC）などによる脚注削除の運動により、2006年12月、脚注が削除され条約が採択されたのである¹⁵。

条約の採択の後、WNUSPは、第12条によって法的能力が権利上平等に認められるばかりではなく、実質的な法的能力の行使にあたっての支援が保障されたことを、障害者の権利条約の最大の成果と位置づけた。

最も重要なことは、条約が、障害のある人に他の者との平等を基礎とした法的能力を認めるよう、締約国に義務付けたことです。これは、法が精神的・社会的な障害（psychosocial disabilities）のある人を扱う仕方を180度転換するものです。なぜなら、法は、私たち、精神的・社会的な障害のある人を自ら意思決定することのできない存在とみなし、それゆえに、私たちを保護するよりも抑圧する道具として存在してきたからです。いまや私たちは、あらゆる側面において法による平等な保護を期待することができ、精神的・社会的な障害があるとみなされるやいなや諸権利を奪われてしまうのではないかと怖れることなしに支援を求めることができるようになるのです¹⁶。

このようなWNUSPの見解は、社会的に構築された法的能力がもたらすディスアビリティに着目する精神障害の「社会モデル」の観点で、障害者の権利条約を評価したものと言うことができるだろう。障害者の権利条約第12条は、精神障害者を、「危害をなさない『能力』」すなわち、事理弁識能力を欠き法的主体たりえないとみなす精神障害の「法・医学モデル」の否定である。権利条約の策定過程におけるWNUSPのもう一つの目標、「強制医療の廃絶」は条文に盛り込まれなかったものの、「法・医学モデル」の否定により、強制医療の正当化根拠はゆらいでいるとも考えられる¹⁷。

（2）「精神的・社会的な障害 psychosocial disability」の概念と「社会モデル」

他方で、前章で述べたように、そもそも精神障害というものが、「法・医学モデル」によって構築されてきたことに鑑みると、「法・医学モデル」の否定は、精神障害の存在の否定と同義であると考えられるかもしれない。これは、反精神医学による「精神病は社会的につくられる」という主張に対してなされた批判でもある。この点、WNUSPは、「法・医学モデル」の否定とともに、「精神的・社会的な障害」という新たな概念を採用しており、ここに、障害の社会的構築性の指摘にとどまらない「社会モデル」の効果をみることができる。

WNUSPは、「精神的・社会的な障害」という用語によって、自らの障害を精神的

要素と社会的／文化的な要素の相互作用からなるものとみなしている。精神的要素とは、自らを取り巻く世界の経験や認知についての考え方、処理の仕方に関わるものである。また、社会的／文化的な要素とは、社会が「できない」とラベル付けする際に生じるスティグマと、精神的な違い（「狂気」ともいわれる）と相互に作用する行動に対する社会的・文化的な制限である¹⁸。ここで、「精神的・社会的な障害」は、差異に基づくものと考えられており、かつ、それが社会的構築を被るものであることを考慮した概念であると言うことができよう。このような理解は、「社会モデル」の文脈に「精神的・社会的な障害」を位置づけることによってのみ可能であると思われる。先に引用した箇所でもマース・ジェスパーソンが、「社会モデル」について、「社会が、その個人の法的能力に関するディスアビリティを解消するよう、別の仕方でも彼／彼女に関わらなければならない」と述べていたように、「社会モデル」では、差異に対してスティグマや制限を付与する社会の関わり方（ディスアビリティ）を変えることが求められるのである。そして、現在、WNUSPなどが強く求めているのが、法的能力に関するディスアビリティを解消するような社会のあり方であり、新たなパラダイムとして「支援された意思決定」が提唱されている。

（3）「支援された意思決定」のパラダイム

障害者の権利条約第12条をめぐって、WNUSPは後見人制度などの代理人による決定を否定していたが、それはそのような制度が、法的能力の有無を査定することに基づき「自分で決定することができない人」を生み出すゆえであった。そして、2-（3）で述べたように、このことは「危害をなさないでいることができない人」を生み出すこととも連動しており、精神障害者や知的障害者への差別・排除の核をなしてきたのである。この点に鑑みて、障害者の権利条約の採択以前に、いくつかの国では後見人制度に替わる新たな制度が模索されてきた¹⁹。障害者の権利条約の採択によって、国際的に制度転換が進むことが期待されており、これを牽引するものとして、「支援された意思決定」が新たなパラダイムとして掲げられている。

ここでパラダイムという表現が用いられているように、「支援された意思決定」は、意思決定の一つのモデルというよりもむしろ、意思決定をめぐる新しい思考枠組みを提示するものである。そして、この新しい思考枠組みは、権利条約第12条第2項「締約国は、障害のある人が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める」、第3項「締約国は、障害のある人がその法的能力の行使に当たり必要とする支援にアクセスできるようにするための適切な措置をとる」等に表現されていると考えられる。つまり、法的能力の平等な享有を認めることによって、法的能力のない人というカテゴリーが消滅すると同時に、意思決定ができる／できないは、能力の問題ではなく必要な支援へのアクセスの問題になる。「支援された意思決定」の背景には、このような思考転換がある。たとえば、マース・ジェスパーソンは、「支援された意思決定」について次のように述べている。

もし自分の希望を表現したり伝えたりすることが難しい人がいたなら、解決方法は後見人をつけるのではなく、その人が自分の望みを表現したり伝えたりすること

ができるような、関係や方法をつくりだすことなのである²⁰。

このような関係や方法は、様々な形態をとると考えられている。たとえば、WNUSPの代表として条約策定に関わったティナ・ミンコウィッツは、ピア・サポートやリカヴァリー・アプローチに則ったサービス、地域のサポート・ネットワーク、パーソナル・アシスタンスも、「支援された意思決定」のための支援になると述べている²¹。WNUSPが特に理想的としているのは、スウェーデンのパーソナル・オンブズマンであるが、この制度も、成年後見制度において重大な決定とみなされる事柄や、また延命治療における決定など、特別な事柄における支援の制度ではなく、重い精神障害があり他人との接触を絶っているような人と時間をかけて信頼関係を築き、その人が必要とする支援を提供するものである²²。つまり、WNUSPは、「支援された意思決定」のための特別な制度を求めるよりは、あらゆる支援体制が、被支援者の意思決定を最大限に尊重するような、被支援者と支援者の高度の信頼関係によって成り立つものであることを求めているように思われる。

このことは、意思決定が、生活を離れた抽象的な場面で必要とされるようなものではないこと、つまり、常に何かについての意思決定であることを改めて思い起こさせる。この「何かについての」ということを忘れて、意思決定だけをみようとするとき法的能力の有無あるいは不足が語られ始めるのである。

障害の「社会モデル」を提唱した障害当事者運動が求めたもの、求めているものは、「自立生活 (independent living)」である。そこでの「自立」とは、「支援された自立」ともいわれる。このことに照らすと、精神障害当事者が「社会モデル」を志向するなかで求めている「支援された意思決定」とは、「支援された自律」と言うことができよう。そしてそれは、「自立／自律生活」、すなわち、障害者の権利条約第 19 条に掲げられた「自立した生活 (生活の自律) 及び地域社会へのインクルージョン」のためのパラダイムなのである²³。

4. 精神障害者の自立／自律支援

(1) 障害者自立支援法の検討

繰り返しになるが、「支援された自立」や「支援された自律」に関して、「社会モデル」の観点から重要なのは、支援がないとできないことが個人にあると考えられてはならないことである。できなくさせる社会であるからこそ、支援は必要なのである。つまり、自立や自律は、社会関係のなかにあるものだということがふまえられねばならない²⁴。

他方で、このように考えたとして、社会のせいでできなくさせられていて支援を必要とする人を特定しようすると、結局は、「できない人」としてある個人がクローズアップされることになるようにみえる。とりわけ、社会的・制度的な支援を行う際には、そのできなさの客観性が求められ、多くの場合、個人に対する医学的な診断が行われることになる。社会がディスアビリティに対応しようすると、個人を「障害者」

として再構築することになる、という2-(3)で論じた問題がここでも現れるのである。しかしながら、そうであればこそ、ディスアビリティへの対応がどのように行われるか、ということが重要になってくるのではないか。先に述べたように、精神障害を社会的逸脱として、つまりは社会の問題として捉えたとき、社会が行ったことは、強制入院という「閉じ込め」であり、これは精神障害者に対する差別・排除の促進につながったのである。

障害者自立支援法の成立により、三障害共通の枠組みで障害福祉サービスが提供されるようになったことは、従来、他障害と区別されてきた精神障害者福祉に関して言うならば、(特に「障害者」として位置づけられたという点で)プラスの効果も大きいと言える。だが、社会福祉基礎構造改革を経て、障害者自立支援法が、障害のある人を福祉サービスの利用者として位置づけていることは評価できるとしても、それが同時に、利用料の負担者という役割を押し付けることにつながっていることには疑問を感じる。この背景に、利用者としての／という主体性や選択可能性を得るためには、負担能力がなければならないという発想がみえるからである。また、自立支援法の法目的(法第1条)には「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」を行うとあるが、ここにみられる能力主義も、障害の「社会モデル」の観点からは受け容れ難い。そこでは、自立や自律は社会関係のなかにあるものではなく、個人の能力や適性に相関的なものであると考えられてしまうからである。

このような能力主義、障害の「個人モデル」は、自立支援法による障害者の定義からも不可避免的に生じている。自立支援法では、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法にいう、身体障害者(法第4条)、知的障害者(法に定義はない)、精神障害者(法第5条)の定義を採用しており、各法は「個人=医学モデル」によって障害を定義しているからである。この点に関しては、2008年12月に出された社会保障審議会障害部会による報告書「障害者自立支援法施行後3年の見直しについて」においてもふれられている。そこでは、部会においても、対象者を個別法の引用ではなく支援の必要性によって判断することについて検討すべきであるといった意見などがあったことをふまえて、「障害者基本法における障害者の定義も、支援の必要性のみによって対象者を定めていないことや、支援の必要性のみで対象者を判断することになれば、障害者だけでなく、あらゆる福祉的支援を要する者が対象となるといった課題がある」とし、今後の検討課題としている²⁵。

支援の必要性のみで対象者を定めることができないのは確かであるが、それは支援の範囲が限定されていない場合ではないか。自立支援法で提供されるサービスのリストは有限で、あらゆる福祉的支援を用意しているわけではないので、報告書が述べるような課題はないだろう。また、障害者自立支援法の対象が「障害者」であることは異論のないところである。今後、障害者の権利条約をふまえ、「社会モデル」を考慮した検討がなされていくことを期待したい。

より急務の課題として現在、障害程度区分の見直しが進められている。自立支援法成立当初から、IADLを主とする調査項目では精神障害のある人のニーズを反映できないことが各方面で指摘され、見直しの過程では独自の認定過程をという声もあがっ

ている²⁶。ニーズをきめ細かく反映することは重要だが、精神障害の特殊性が強調されすぎると、精神科医療の視点が強くなることも懸念される。精神障害のある人の多くは服薬等、精神科医療による治療を必要としているが、それは、精神障害のある人の生活の一面にすぎないはずである。生活の全てが「医療の傘の下」というのは望ましくないはずだが、精神障害のある人に対しては、精神科病院以外に社会的資源がないという時代があまりに長く続いたため、全ては精神科病院の下に、ということが起こりえてしまう（「退院支援施設」の構想は一例であろう）。しかし、そのようなことは時代に逆行していよう²⁷。

また、自律支援の観点がないことも自立支援法の問題点であろう。この点については、岡部耕典が指摘する、以下のような自立支援法の特徴から、当然のことと言わざるを得ない。岡部によると、「社会福祉基礎構造改革のもとで実現した利用制度化／給付制度化においては、利用者はサービスの形式上の購入者となるだけで、そのイニシアティブをとる『主体』とはされていなかった」のであり、サービスの支給にあたって障害程度区分による「公平性・透明性」を優先する自立支援法は、「支援費制度よりさらに『ケアの自律』を弱めることであった」のである²⁸。

以上の点のみからも明らかなように、障害者自立支援法は、精神障害のある人の「自立／自律生活」を支援する仕組みとはなりえていない。

(2) 精神保健福祉法の検討

1993年の障害者基本法の成立で、同法第2条における「障害者」の定義に精神障害が入れたことを受け、1995年に精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）へと名称変更され、精神衛生法、精神保健法の主たる中身であった「医療及び保護」（入院に関する規定など）に加えて「保健及び福祉」（精神障害者保健福祉手帳、社会復帰施設の規定など）の章が設けられた。これ以降、精神障害者の脱施設化、病院から地域への流れが精神保健福祉施策の主流となっていったが、地域への移行は1960年代から一貫して「社会復帰」と呼ばれている。また、精神保健福祉法による精神障害者の定義は、「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」（法第5条）であり、医療の対象としての定義である。精神保健福祉法は、精神科医療による医療の対象者のなかに一部、社会復帰のための福祉が必要な者がいる、というように対象者を把握するものであったのだ²⁹。

2005年の障害者自立支援法の成立を受けた法改正により、精神保健福祉法からは「保健及び福祉」の章が削除され（精神障害者保健福祉手帳の規定は残る）、同法は再び「医療及び保護」を中心とした法律となった。一見すると、社会復帰のための福祉が自立支援法に移行したかのようである。法目的には、「この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者自立支援法と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うとある（法第1条）ものの、市町村による事業の利用の調整等に関わる規定（法第49条）以外には、自立支援法との連携は見えにくい。実際には、従来法第32条に設けられていた通院医療費公費

負担制度が自立支援法の自立支援医療に移行しており、精神障害者の自立支援においても精神科医療の果たす役割は大きいのだが、措置入院、医療保護入院等の規定が並ぶ精神保健福祉法には自立支援のイメージは感じられない³⁰。

精神保健福祉法第 29 条の定める措置入院は、指定医 2 名以上の診察の結果、医療および保護のために入院させなければ自傷他害のおそれがあると一致して認められた精神障害者を、都道府県知事の権限により強制的に国等の指定した病院に入院させることのできる制度である。この制度の存在により、長らく精神科医療は、社会防衛（「社会を狂気から守る」）のイメージを帯びてきた。だが、1980 年代後半以降は、措置入院はごく例外的な入院形態となっており、また、近年では、新規措置入院患者の在院期間が短期化していることから、救急医療的な性質も指摘されてきた³¹。他方で、緊急の場合に、29 条の措置入院よりも簡略化した手続きで強制的な入院を行うことができる緊急措置入院の制度が設けられており、救急というならばこちらが相応しいとも考えられる。緊急措置入院は 72 時間に限られているのに対し、措置入院には期間の定めはない。長期間にわたり本人の同意なく入院が継続されるというのは、本来あってはならないことだろう。

もう一つの強制入院である医療保護入院（法第 33 条）は、精神保健指定医の診察と保護者の同意を要件として、本人の同意を得ることなく精神科病院に入院させることのできる制度である。保護者となるのは、後見人または保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者である。この制度は、戦前の精神病患者監護法による家族による逸脱行動の制御の考え方を引き継いだものであり、保護者となる家族の負担もかねてより指摘されてきた。障害者の権利条約第 12 条で精神障害のある人にも法的能力の平等な享有が認められた以上、成年後見制度の見直しとあわせて、この制度の見直しが必要になってくるのではないだろうか。

これらの規定を有する精神保健福祉法から想起される精神障害者とは、「支援があれば自立／自律の可能な障害者」のイメージとは乖離している。この乖離が、入院が必要な重度の精神障害者と入院が必要ない軽度の精神障害者との違いと理解されてしまうことは、「自立／自律できない障害者」の存在を認めることになり、権利条約の観点から望ましくないだろう。

（3）「生活モデル」、「社会モデル」と精神障害者の自立／自律支援

精神保健福祉の領域では、医療における精神障害者のイメージと福祉におけるそれとを架橋するかのように、精神障害者は「疾病と障害を併せ持つ」という表現がなされることが多い。これは、「生物－心理－社会的 bio-psycho-social」モデルとも言われる。「生物－心理－社会的」モデルは、国際障害分類（ICIDH）の改訂による国際生活機能分類（ICF）によって提出されたモデルであり、障害の「医学モデル」と「社会モデル」を統合したものとされている。この統合については、「社会モデル」の論者から矛盾が指摘されているが³²、日本の精神科リハビリテーションにおいては、従来の「医学（治療）」中心のアプローチ（「医学モデル」）に替わる、「生活（福祉）」を焦点においたアプローチ（「生活モデル」）のなかで提唱されており、精神障害者の、医療に回収しきれない生活上のニーズに着目してきた点で評価できる³³。

ただし、「生活モデル」は主に、疾病だけではなく障害＝生活上の困難にも配慮して個人と環境（社会）の双方に働きかけることを意味しており、かつ、その際に、環境（社会）を、個人を取り巻くミクロな状況と捉えがちである。また、「生活モデル」は、精神科リハビリテーションの専門家が「生物・心理・社会的な障害」のある人にいかに関わるかという視点が強く、「生活モデル」に基づく福祉実践は、専門家を行き主体とする援助であることが多い。他方、「社会モデル」では、社会の側にある障害＝ディスアビリティの専門家はまず、それに直面している人＝障害のある人である。ゆえに、ディスアビリティへの関わりにおいても、障害のある人が主体となる。この点は、「法・医学モデル」批判を志向する「社会モデル」において特に重要であり、WNUSPの提起した「精神的・社会的障害」と「生物・心理・社会的障害」との違いもここにある。

しかしながら、「生活モデル」と「社会モデル」は、相対立するモデルと考えられるべきではなく、異なる事象を扱うものと考えることが有効であるとする。「生活モデル」は、精神障害者を「生活者」としてとらえ、環境・生活を整えることに焦点をあてる。つまり、「生活モデル」が問題とするのは「生活のしづらさ」であり³⁴、これは個人的な経験の次元にあるものだろう。他方で、「社会モデル」では、社会にあって「生活のしづらさ」の経験を生み出すもの＝ディスアビリティに焦点を当てる。ここで、「生活のしづらさ」の経験は個人的なものから他者と共有可能なものへと変化する。それゆえに、制度改革を含めた「合理的配慮」を社会に求めていくことが可能になる。

精神障害のある人ひとりひとりを支援する際には、「生活モデル」のミクロ的視点、「社会モデル」のマクロ的視点、双方が必要である。ただし、二つのモデルの両立のためには、「支援があれば自立／自律の可能な障害者」としての精神障害者観が、前提とされることが不可欠であろう。

5. 結び

以上、本稿では、精神障害の「社会モデル」の検討から、障害者の権利条約第12条の意義を確認してきた。また、この意義に照らした、障害者自立支援法、精神保健福祉法の問題点についても、ごく概略的にだが指摘した。今後は、権利条約に照らした国内法の問題点を、精神障害のある人への「自立／自律生活支援」の観点から、より詳細に検討することを課題としたい。

¹ 長瀬修・東俊裕「障害者権利条約の成立」長瀬修・東俊裕・川島聡編『障害者の権利条約と日本』生活書院、2008年、20-21頁。以下、本稿で障害者の権利条約の条文を引用するにあたっては、同書に所収された、川島聡＝長瀬修訳を使用した。

² 田中耕一郎「社会モデルはく知的障害を包摂し得たか」『障害学研究3』明石書店、2008年、など参照。

³ 長瀬修・石川准編著『障害学への招待』明石書店、1999年、14-18頁参照。

- 4 立岩真也「ないにこしたことはないか・1」石川准・倉本智明編著『障害学の主張』明石書店、2002年、69-71頁など参照。
- 5 星加良司『障害とは何か』生活書院、2007年、55頁。
- 6 永井順子「戦争と優生の時代の精神病患者」芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社、2007年、参照。
- 7 永井順子「精神病学と国民優生法の成立」『アソシエ』第17号、御茶の水書房、2006年、寺本晃久「犯罪／障害／社会の系譜」好井裕明・山田富秋編『実践のフィールドワーク』せりか書房、2002年。
- 8 「第七回国会参議院厚生労働委員会会議録第二十五号」(1950年4月5日)参議院事務局『第七回国会参議院委員会会議録』。
- 9 エドワード・ショーター著・木村定訳『精神医学の歴史』青土社、1999年、325-330頁。
- 10 寺本晃久、注記7前掲論文、207頁。
- 11 同上、224-225頁。
- 12 永井順子「『精神病患者』と刑法第39条の成立」『ソシオサイエンス』第11号、早稲田大学社会科学部研究科、2005年。
- 13 Maths Jespersen "PO-Skåne - personal ombudspersons in Skåne" <http://www.peoplewho.org/documents/jespersen.decisionmaking.doc> (最終閲覧日2009年2月22日)。
- 14 Amita Dhanda "Advocacy Note on Legal Capacity" <http://nagano.dee.cc/05 wnusp.htm> (最終閲覧日2009年2月22日)に掲載の英語原文より筆者訳。
- 15 外務省ホームページ「障害者権利条約採択の経緯」<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/shogaisha.html>, WNUSP Newsletter, February 2007 (1), <http://www.wnusp.net/> (最終閲覧日2009年2月22日)。
- 16 WNUSP Newsletter, February 2007 (1), <http://www.wnusp.net/> (最終閲覧日2008年2月22日)。
- 17 山本真理「強制医療・強制収容」長瀬修・東俊裕・川島聡編、注記1前掲書、76頁。
- 18 WNUSP Implementation Manual, p.9, <http://www.wnusp.net/> (最終閲覧日2008年2月22日)、鈴木有希・長野英子訳『紳13号 WNUSP 障害者権利条約履行マニュアル』全国「精神病」者集団、2008年、12頁、参照。なお、後者の訳では、psychosocialを「社会精神的」としつつ訳語の困難性を指摘している。一般には、「心理社会的」と訳されることが多い。本稿では、「社会精神的」の含意を残すため「精神的・社会的」とした。
- 19 Stanley S. Herr "Self-Determination, Autonomy, and Alternatives for Guardianship" Herr, Gostin, and Koh ed. The Human Rights of persons with Intellectual Disabilities, Oxford University Press, 2003.
- 20 Maths Jespersen "PO-Skåne - personal ombudspersons in Skåne" <http://www.peoplewho.org/documents/jespersen.decisionmaking.doc> (最終閲覧日2009年2月22日)。
- 21 Tina Minkowitz "The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to be Free from Nonconsensual Psychiatric Interventions", p.409, <http://www.wnusp.net/> (最終閲覧日2008年2月22日)。
- 22 WNUSP Implementation Manual, pp.29-30, <http://www.wnusp.net/> (最終閲覧日2008年2月27日)、鈴木有希・長野英子訳『紳13号 WNUSP 障害者権利条約履行マニュアル』全国「精神病」者集団、2008年、33-34頁、参照。
- 23 権利条約第19条の詳しい検討は、崔榮繁「自立生活」長瀬修・東俊裕・川島聡編、注記1前掲書、を参照。
- 24 たとえば長野英子は次のように述べている。「人は誰もがさまざまな関係の中で生きている。自立といってもまったく自給自足で生きている人はいない。人の手を借りずに孤立して『自立』している人は存在しない。何かを決めるときに人に相談する人、専門家

- の知恵を借りる人はいくらでもいる。カナダの育成会のレポートが述べるように、自己決定といってもまったく孤立して決定がなされることはむしろまれである。決定は常に人と人との関係性の中でなされているのが実態であろう」長野英子「私たちはまず人間だ ビーブルファースト!」『現代思想』第34巻14号、青土社、2006年、75頁。
- 25 社会保障審議会障害部会報告「障害者自立支援法施行後3年の見直しについて」2008年、12月16日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/dl/s1216-5a.pdf>、28-29頁（最終閲覧日2008年2月26日）。
- 26 たとえば、花井忠雄「退院促進（地域移行）支援のこれまでとこれから」『日本精神科協会雑誌』第27巻第9号、日本精神科病院協会、2008年、11-12頁。
- 27 「医療の傘の下」とは、1965年の精神衛生法改正後、精神障害者の社会復帰の促進が課題となるなか、日本精神神経学会が1969年に出した「精神障害者社会復帰医療センター」構想のなかで使用されたことばであり、治療を行いながら職業指導などを行う（職業指導もまた治療とされる）ことを意味したが、医療による生活管理の性格が当時から批判された。浅野弘毅『精神医療論争史』批評社、2000年、86-97頁。
- 28 岡部耕典『障害者自立支援法とケアの自律』明石書店、2006年、32-33頁。
- 29 精神保健福祉研究会『三訂 精神保健福祉法詳解』中央法規、2007年、74頁、参照。
- 30 たとえば山本耕平は、精神保健福祉法の法目的の規定から、同法が「『医療及び保護に関する法律』『支援に関する法律』『予防に関する法律』と三つの側面をもっている」ことを指摘しつつ、その内実を「精神科医療及び保護法と言っても過言ではない」と指摘している。山本耕平「精神障害者の地域生活支援」障害者生活支援システム研究会『障害者自立支援法と人間らしく生きる権利』かもがわ出版、2007年、137頁。
- 31 西山詮「大都市の措置入院」『精神神経学雑誌』第101巻9号、日本精神神経学会、1999年、など参照。
- 32 石川准・倉本智明編著、注記4前掲書、284頁（倉本による「あとがき」）。
- 33 蜂谷英彦・岡上和雄監修『精神障害リハビリテーション学』金剛出版、2000年、21-24頁、など参照。
- 34 藤井達也『精神障害者生活支援研究』学文社、2004年、4-11頁、など参照。

我が国における障害福祉サービスと 「障害者の権利条約」

西山 裕

1 はじめに

2006（平成 18）年に国連総会において採択された「障害者の権利条約」は、国連において検討されてきた主要人権条約のひとつとして、「障害者のあらゆる権利（人権）及び基本的自由の実現・促進」の実現のために、締約国に様々な施策の実施を求めている。

我が国においては、現在、この条約の批准に向けて、政府部内で検討が進められている。例えば、平成 20 年 5 月 29 日の衆議院本会議でも、町村官房長官が「今後、可能な限り早期に批准、締結を目指し、関係府省によって構成されております障害者権利条約に係る対応推進チームにおいて検討を進め、必要な国内法令の整備を図って参ります」と答弁している。

この条約で強調されている「障害者の権利」については、我が国の社会福祉においては、いわゆる社会福祉基礎構造改革において、改革理念として前面に打ち出されている。この改革においては、我が国において長い間維持されてきた、国の責任で障害者や高齢者を保護する「措置制度」が、もはや社会経済情勢の変化に対応できなくなったとして、「措置から契約へ」との方向の下、障害者を、契約により事業者から福祉サービスを受ける主体として位置付けることを標榜し、併せて、十分に受給者としての権利を行使できるような環境作りも並行して進められてきた。この改革により導入された「支援費制度」及び、その後継制度としての「障害者自立支援法」の下では、種々の施策が講じられ、これにより障害者が福祉サービスを受ける権利の確保という点で前進が見られたことは確かであるが、まだ検討・整備すべき問題は少なくなく、整備途上の段階と言わざるを得ない。そうした中で、障害者の権利条約の批准のための検討という段階を迎え、我が国の障害福祉サービスについて現時点で今一度検討することとしたい。

そこで、本稿では、まず、第二次世界大戦後の我が国の障害福祉制度における制度改革を概観するとともに、その中で、福祉サービスの受給者としての障害者がどのように位置付けられるようになってきたかを検証し、それを踏まえ、現在のいくつかの重要な課題について検討する。次に、現行の障害者自立支援法に基づく福祉サービス制度が、障害者の権利に関する条約、中でも最も深い関連をもっていると思われる第 19 条「自立した生活及び地域社会に受け入れられること」及び第 20 条「個人の移動性」との関連でどのように位置づけられるかを中心に検討していくこととする。

なお、筆者は、長年行政事務に従事してきたことから、制度・施策を検討する際に

は、制度としての目的適合性や整合性等に加え、制度的・行政的観点から見た実現可能性についても検討される必要があると考えている。制度的・行政的観点とは、例えば、他の同様の制度との整合性、財政面、基準の明確性などといった点である。このため、以下において、現行制度に対する改善・改革の提案について、実現が困難であるなどとコメントしている場合は、制度そのものとしての問題性よりも、むしろ、我が国における現行の行財政のシステムや福祉の制度を前提とした場合に、筆者からみて、その案の実現が少なくとも当面の間は困難ではないかと考えている場合が多く、その場合、長期的に見た場合の制度・施策としての効果や整合性等を否定しているものでは必ずしもないことをお断りしておく。また、今回は、実現困難性の根拠等についてどのような観点によるものか等必ずしも整理が十分でないところもあるのではないと思われるが、これらについては、今後、研究を進めていく中で整理していきたい。

2 我が国の障害福祉・障害者自立支援制度の変遷と障害者の「福祉サービスを受ける権利」

(1) 措置制度と社会福祉基礎構造改革

2000（平成 12）年 6 月に成立した「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」に代表される「社会福祉基礎構造改革」は、我が国の社会福祉制度について、次のような「措置から契約へ」との方向を打ち出した。

- 「○ 措置制度では、特に、サービスの利用者は行政処分の対象者であるため、その意味でサービスの利用者と提供者の間の法的な権利義務関係が不明確である。このため、サービスの利用者と提供者との対等な関係が成り立たない。
- したがって、今後の方向としては、利用者と提供者の間の権利義務関係を明確にすることにより、利用者の個人としての尊厳を重視した構造とする必要がある。
- 具体的には、個人が自らサービスを選択し、それを提供者との契約により利用する制度を基本とし、その費用に対しては、提供されたサービスの内容に応じ、利用者に着目した公的助成を行う必要がある。」^(注 1)

この改革によって、2003（平成 15）年度から障害福祉サービスに「支援費制度」が導入された。支援費制度においては、障害者は市町村に対して支援費の支給を申請し、支給決定を受けると、事業者と契約を結んでサービスを受け、その費用については、市町村から事業者を支払われた。

この社会福祉基礎構造改革において批判の対象となった「措置制度」は、第二次世界大戦後の我が国における、社会保障は国自らが実施することが基本との強い考え方の下に、社会福祉行政において展開されたものである。

措置制度の下では、保護ないしは援護が必要な障害者（児）を社会福祉施設に入所させる措置を講じるのは都道府県知事（または市町村長）であり、また入所先の施設

については社会福祉法人が設立・経営する施設であることが少なくなかったが、その際も、措置を講じるのは「国の機関」である都道府県知事（市町村長）であり、また、機関委任事務（その後、団体委任事務）として社会福祉法人に対し、その施設への入所を、国の機関である都道府県知事が「委託」という枠組みであった。

この制度の下では、社会福祉施設への入所の措置は、「措置の実施者に課せられた義務であって、……希望者からの請求権に基づくものではない。したがって、措置を受けることにより老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、公的機関に措置義務があることから派生する『反射的利益』であると考えられる」（注2）というのが、社会福祉制度を所管していた、当時の厚生省当局の解釈であった。

司法においては、多くの判例は、措置については「行政処分」と解し、抗告訴訟や国家賠償訴訟の対象とされたが、行政解釈と同様、措置の申請権は認められず、また、施設の選択やホームヘルパーの派遣内容等については、行政庁の裁量に委ねられているものとされた（注3）。

こうした状況を改革し、福祉サービスの利用を利用者と提供者の契約に基づくものとし、その費用に対して利用者に公的助成を行うという仕組みとすることにより、障害者や高齢者が福祉サービスを受ける権利を明確なものとするというのが、社会福祉基礎構造改革の狙いとして説明されたものであった。

（2）社会福祉基礎構造改革の狙い

この利用者の福祉サービス利用の権利の明確化という点だけについてみれば、措置制度の下においても、例えば高齢者や障害者について措置制度の申請手続きや行政の措置決定への不服審査・訴訟手続き等を明記することにより対応は可能であったと思われる。（申請手続きが規定されていなくても、利用者の申請権を認めるべきとの学説も存在した。）諸外国の例を見ても、たとえばスウェーデンでは行政による福祉サービスの決定及び提供が行われているが、高齢者等から不服申し立てが可能な仕組みとなっている。

にもかかわらず、我が国でこうした改革が行なわれたのはどのような理由に基づくものであったのか。それは、措置制度を巡る我が国の社会経済状況が大きく変わってきたことによるものではないかと考える。その変化とは、福祉サービスに対する需要が大幅に増加してきたにもかかわらず、それに対応するには、施策の財源となる国家財政の厳しさ、そしてサービス供給体制の弱さという大きな問題があったということである。

人口の急速な高齢化により、高齢者の数が急増し引退後の期間も長期化したにも関わらず、都市への人口流入や核家族化により、従来家族や地域が担ってきた高齢者や幼児等の養護機能は大幅に低下し対応できない。また、女性の社会進出・労働力化や障害者の社会参加も進み、福祉サービスへのニーズは大幅に増加してきた。

このような事態に対し、行政と社会福祉法人が担ってきた従来の措置制度の下では、財源面でも、サービス供給体制の点でも、ニーズの急増に迅速に対応していくことは到底困難であった。財源面では、1970年代の石油危機後の国の財政状況の悪化から、ゼロシーリングの実施により、従来から福祉行政の財源を担った税財源による一般会

計は非常に厳しい状況になった。また、供給体制については、従来の担い手である地方自治体は厳しい財政状況の下で直営施設を抑制し、社会福祉法人についても厳しい設立条件があること等から急増は見込めず、むしろ社会福祉法人による事実上の独占ではないかとの批判も高まっていた。

こうした状況を打開するために実施されたのが社会福祉基礎構造改革と言われる一連の改革である。

その代表格である介護保険制度を例にとってみると、この制度においては、まず、高齢者介護施策について社会保険方式を採用することにより、保険料という、税財源とは別の財源を持つことができた。これにより、国や自治体に大きな財政的負担を課すことなく、施策を推進する財政的基礎を持つことができるようになったのである。

今一つは、福祉サービスの受給資格の認定と、サービスの提供とを分けることによって、サービス提供主体を大幅に拡大したことである。すなわち、福祉サービスの提供はあくまでサービス事業者と利用者との間の契約により行うものとし、行政は、この福祉サービスの提供に対し、⑧公的支援が必要と認定（受給資格の認定）した者に対し利用料を助成、⑨適切なサービスが提供されるよう、サービス事業者に対し規制したり、関係者の間を調整、⑩地域計画の策定等により、サービス事業者を育成して、供給体制を整備、という役割を担うものとしたのである。この改革により、サービス事業者は行政の委託を受ける者ではなくなるので、営利法人や NPO 法人などもサービス事業者になることができるようになるとともに、高齢者は、⑪行政に対しては、保険者たる市町村に対し利用費助成を申請する被保険者として、行政の決定に不服な場合は不服申し立てや行政訴訟を提起することができ、また、⑫サービスの利用については、契約の当事者として、第三者機関に苦情を申し立てたり、事業者を相手に訴訟を提起することもできるといった、福祉サービスを受給する権利の明確化が実現した。

障害福祉サービスについて、社会福祉基礎構造改革により導入された支援費制度においては、上記のうち、社会保険方式は導入されなかったもので、保険料という独自財源は導入されなかったが、2 番目の「福祉サービスの受給資格の認定と、サービスの提供の分割」は導入され、その意味で、障害福祉分野においても、サービス提供者の拡大と、障害者の権利の明確化という点は実現した。

なお、地域におけるサービスの状況や契約に関する専門的知識がない高齢者や障害者が適切にサービスを選択し契約を結ぶことができるよう、行政には地域の福祉サービスの状況についての情報提供の義務が課され、また、福祉サービス契約にあたっては、事業者には、契約内容を申込者に対して説明したり、契約成立時には利用者に対し契約内容等について記載した書面を交付すること等が法律で規定されている（社会福祉法第 8 章「福祉サービスの適切な利用」）。また、知的障害者や認知症高齢者などで判断能力が十分でない者が悪質な業者に騙されて不利な契約を結ばれたりすることのないようにするために利用できる仕組みとして、成年後見制度と日常生活自立支援事業が実施されている。

この改革に対しては、当時、契約制への転換は社会福祉の商品化であるとか、福祉サービスへの民間企業の参入は福祉の市場化である等の強い批判があった^(注4)。確か

に、後述するように、現在の我が国における福祉サービス提供制度について、まだ種々の問題があることは確かである。また、例えば、スウェーデンのように、地方自治体の公務員により手厚い福祉サービスが提供されている国もあり、そうした選択もあると思われる。しかし、反面、スウェーデンにおける福祉サービスは高率の税負担といわばベアになっているものである。その意味で、当時、政権交代もあったにもかかわらず、我が国ではゼロシーリング政策は続き、消費税の大幅増税もされなかったということは、少なくとも当時の我が国ではスウェーデンのような途を選択しなかったということであろう。そうした制約の中で、高齢化等に伴う福祉サービス需要の急増に対応していくための政策として行われた社会福祉基礎構造改革については、福祉サービス受給者を保護する方策等についてはまだ改善すべき点は多々あるものの、基本的には積極的な評価をしていいのではないかと思われる。

(3) 介護保険制度と支援費制度の違い

先ほど、障害者福祉には社会保険方式は導入されなかったとしたが、そのことに伴い、介護保険制度と支援費制度の間では、2つの相違が出てきた。1つは保険料という独自財源があるかないかということである。今1つは、介護保険制度の場合は、40歳以上の全国民を被保険者とする社会保険制度として、制度運営が全国画一的な仕組みとされたのに対し、支援費制度の場合は、税財源に基づく市町村の福祉制度として、各地方自治体の裁量がかなり認められた仕組みとされたことである。この違いが端的に表れたのが、受給資格の認定（介護保険では「要介護認定」、支援費では「支援費の支給決定」）である。

介護保険の要介護認定においては、介護や日常生活支援の必要性に応じて、高齢者は要支援1～2（当初は要支援の1段階のみ）及び要介護1～5の7段階に分けられる（在宅サービスについては、このランクに応じ支給限度額も決められている）。そして、ケアマネージャーによって、その要介護認定を受けた高齢者についての介護サービス計画（ケアプラン）が策定され、それに基づき、利用者と事業者の間で契約が締結され、サービスが提供されることになる。この7段階の認定手続きは、市町村職員の訪問調査等の結果について、国が定めた判定項目でのコンピュータ処理による一次判定結果を踏まえ、学識経験者により構成される認定審査会が最終判定（二次判定）するというもので、判定は基本的に客観的（画一的）基準により行われている。

これに対し、支援費の支給決定では、市町村は、障害者の支給申請を受けて、支給の要否及び支給期間、そして居宅生活支援費ではサービスの種類ごとの支給量、施設訓練等支援費では障害程度区分を決定した。市町村においては、この支給決定を行う際には、申請者の障害の種類及び程度その他心身の状況、介護を行う者の状況、支援費の福祉サービス等の受給の状況、申請者のサービス利用に関する意向の具体的内容、申請者の置かれている環境及び申請しているサービスの提供体制の整備状況を勘案して、支給の要否を決定するものとされていた。これは、国は支給決定にあたっての勘案事項を定めるに留め、その勘案事項を踏まえどのように支給決定を行うかは市町村の判断に委ねているということであろう。実際、当時の厚生省当局は、地方自治体の自主性をかなり尊重した仕組みを考えていたふしがある^(注5)。

また、支援費制度における国の補助は、従来の仕組みをそのまま受け継いだため、在宅サービスについては、義務的経費（定率補助）ではなく裁量的経費（予算補助）となっており、その面でも財源面に不安はあった。

（４）支援費制度と障害者自立支援法

支援費制度は平成 15 年度からスタートしたが、スタートして 1 年もたたないうちに、制度運営上大きな問題を生じるようになった。

前述のように、措置制度を支持する論者からは批判のあった支援費制度ではあったが、多くの障害者やその家族からは、権利として福祉サービス利用を申請することができるようになったことが評価され、いざ制度が実施されると、在宅サービスを中心に、サービス利用は急速に伸びていった^(注 6)。これはまさに支援費制度実施の成果ではあるが、反面で、国にとっては、予想を上回る国庫補助急増をもたらし、特に予算補助であった在宅サービスについては、障害者福祉当局は財源確保に大変な苦勞を背負うことになった。また、支給決定において市町村の裁量を認めたことから、大きな地域格差が生じているとの批判も出てきた。この 2 点は、支援費制度が持っていた、介護保険と異なる特色がマイナス面として出てきた問題である。

これらの問題に加え、多くの国庫補助負担金の廃止・地方への委譲が求められた「三位一体改革」の大きな流れに直面し、政府は早急な制度見直しを迫られた。

こうした状況の中で策定され、平成 18 年から実施されたのが、障害者自立支援法である。障害者自立支援法においては、「行政による受給資格の認定と、契約によるサービスの利用」という支援費制度の基本的枠組みを承継した上で、身体障害者及び知的障害者に加えて精神障害者も対象としたこと、サービスの体系を従来の居宅・施設の区別から機能に応じた事業単位で整理したことなどを内容とするものであるが、前述の支援費制度の問題については、次のような対応をとっている。

まず、財政面では、在宅サービスも含め、国家補助を義務的経費（定率補助）とすることにより財源を確保し、障害者福祉サービスの予算も平成 17 年度以降、毎年度 10% 前後の伸びを確保している。

また、地域格差への対応については、支給決定に介護保険と同様の手続きを導入することという対応が行われた。すなわち、サービスの支給決定は、まず障害程度区分（1～6）の決定が行われ、それを踏まえ、サービスの要否決定が行われるという 2 段階の仕組みとなった。この障害程度区分は、介護保険と同様、市町村職員の訪問調査等の結果について、国が定めた判定項目でのコンピュータ処理による一次判定結果を踏まえ、学識経験者により構成される認定審査会が最終判定（二次判定）するというもので、判定は基本的に客観的基準により行われるものとされた。

利用者負担については、支援費制度の応能負担ではなく、原則としての定率負担（10%）が導入された。この変更の趣旨については「低所得者を念頭に置いた一部の人のためのものではなく、サービスを必要とする人が誰でも利用できるという考え方に基つき、ほかの契約による制度と同様、受けたサービス量に応じた負担（定率負担）に改めることとした」^(注 7)とされている。なお、低所得者に対しては、過大な負担とならないよう負担上限の設定等負担軽減措置が講じられたが、不十分であるとして、

さらに軽減措置が何度も行われており、現在では、障害者自立支援法の利用者負担については、低所得者については応能負担、中高所得者については定率負担という組み合わせになっているのが実情である、とも言われている^(注8)。

3 支援費制度・障害者自立支援法における支給決定とサービス契約に関する問題

社会福祉基礎構造改革の狙いの一つとして、福祉サービスの受給資格の認定（支給決定）と、サービスの提供（福祉サービス契約）とを分けることによって、サービス提供主体を拡大すること、及び、障害者のサービスを受給する権利が明確化された、ということについて触れた。こうした意味では、確かに前進は見られたのであるが、他方で、この制度改革により新たな問題が生じてきたことも事実である。以下は、この問題について検討することとする。

（1）支給決定における基準の明確化と個別事情への配慮

① 支給決定の仕組み

前述したように、支給決定については、支援費制度と障害者自立支援法は、異なった仕組みを持っている。

ア 支援費制度においては、市町村は、障害者の支給申請を受けて、支給の要否及び支給期間、そして居宅生活支援費ではサービスの種類ごとの支給量、施設訓練等支援費では障害程度区分を決定した。市町村においては、この支給決定を行う際には、申請者の障害の種類及び程度その他心身の状況、介護を行う者の状況、支援費の福祉サービス等の受給の状況、申請者のサービス利用に関する意向の具体的内容、申請者の置かれている環境及び申請しているサービスの提供体制の整備状況を勘案して、支給の要否を決定するものとされていた。

イ これに対し、障害者自立支援制度においては、支給決定は次のような仕組みになっている。なお、障害程度区分の認定が行われるのは、介護給付費の申請があった場合であり、訓練等給付費の申請においては行われない。また、障害児については、「発達途上にあり時間の経過と共に障害の状態が変化すること、乳児期については通常必要となる育児上のケアとの区別が必要なこと等検討課題が多く、現段階では直ちに使用可能な指標が存在しないことから、障害程度区分は設けない」^(注9) こととされている。

障害者から支給申請を受けた市町村は、

- 職員が障害者や保護者に面接し、その心身の状況、その者の置かれている環境、介護者の状況、福祉サービス等の受給の状況、申請者のサービス利用に関する意向の具体的内容を調査する。
- 市町村は、上記調査結果のうち、要介護認定調査項目に関する判定（コンピュータ判定）、そして行動障害及びIADL（日常生活動作）に係る支援の必要性に関する項目による判定（コンピュータ判定）を行い、障害程度区分（1～6）につい