

[文献]

- 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター編，2009，「障害者雇用による企業経営への影響に関する調査～中間集計結果～」。
- 厚生労働省，2009，「平成20年度障害者雇用実態調査結果の概要について」。
- 内閣府，2007，『障害者施策総合調査「雇用・就業」に関する調査報告書』。
- 遠山真世，2009，「障害者の雇用問題と『合理的配慮』」勝又幸子編『障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する研究—諸外国の実態と制度に学ぶ障害者自立支援法の可能性—』厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業平成20年度総括研究報告書，81-91。

[参考資料]

- 労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する研究会資料「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応について（中間整理）」。
- 第41回労働政策審議会障害者雇用分科会資料。

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

「障害者の自立支援と『合理的配慮』に関する研究  
－諸外国の実態と制度に学ぶ障害者自立支援法の可能性－」

地域における障害者の「自立」支援のあり方に関する検討

研究分担者 土屋 葉（愛知大学文学部 准教授）

#### 研究要旨

「自立」生活には、それを支えるさまざまな要素が必要不可欠である。しかしこれらをめぐる地域の格差は著しく大きい。また「自立」に対する意識にも差がある。本研究では、大都市圏以外の「自立」生活を支える基盤が整備されていないと推測される地域に焦点化し、重度障害をもつ人の生活実態を把握することを目的とした。

障害をもつ当事者へのインタビュー調査、関係団体の支援者へのインタビュー調査および、大都市圏の都市との比較を行った。その結果、A 地域における「自立」をめぐる困難がみえてきた。その要因としては、社会サービス・介助者の不足、「自立」生活に関するモデルの不在、固定的な自立観、自立生活センターの機能不全がある。社会サービスが整備されていない理由として、家族での介助志向が強く、家族に多くを頼っていることが挙げられる。

A 地域からは、自立に意欲のある障害者が大都市圏へ移動し、さらにまた当該地域での「自立」が困難になるという悪循環が生じている。こうした状況において、障害者自立支援協議会がその機能を発揮する必要がある。また、同時に当事者・支援者・家族をエンパワメントしていく、自立生活センターのような機関（組織）が必要であることを述べた。

#### A. 研究目的

「自立」生活には、それを支えるさまざまな要素が必要不可欠である。しかしこれらをめぐる地域の格差は著しく大きい。また「自立」に対する意識にも差があることが推測される。

本研究では、大都市圏以外の「自立」生活を支える基盤が整備されていないと推測される A 地域に焦点化し、重度障害をもつ人の生活実態を把握することを目的とする。こうした地域は全国各地に存在することは想像に難くない。この地点から「自立」支援のあり方について検討を行うことは意義がある。

#### B. 研究方法

障害をもつ当事者へのインタビュー調査（A 地域に居住する身体障害者 3 名）を行った。主なインタビュー内容は基本属性、居住形態、生活史、社会サービスの利用、「自立」についての考え方等である。また、A 地域 B 市における障害者をとりまく状況をつかむために、関係団体に所属する支援者や関係者へのインタビュー調査を行った。主なインタビュー内容は、地域における障害者を取り巻く状況について、支援団体における支援について、「自立」

についての考え方等。さらに、B市における社会サービス整備について、B市と人口規模が同じであるC市との比較検討を行った。

#### (倫理面への配慮)

調査を実施する際には、個人および団体、および団体に所属する、あるいは団体を利用する障害者の個人が特定されないよう、プライバシーの遵守に注意を払った。

### C. 研究成果と考察

A地域はこれまで障害当事者運動があまり盛んではなかった土地である。中心都市B市には、1960年代より大型施設が複数存在しており、施設先行型の都市であるといえる。1990年代からは、無認可作業所からはじまったグループホーム、相談支援所等が設立されはじめている。

3名の障害者へのインタビュー調査から、A地域における「自立」をめぐる困難がみえてきた。その要因としては、社会サービス・介助者の不足、「自立」生活に関するモデルの不在、固定的な自立観、自立生活センターの機能不全がある。

支援者へのインタビュー調査からは、B市における知的障害者は定位家族に暮らす人が多いこと、自宅から通所施設（作業所）に通い、親が高齢になると施設に入所するというライフコースが一般的であることが明らかになった。親の意識としては、子どもとの別居や一般就労には消極的である。

「自立」の支援の方法としては通所施設をベースとして、宿泊体験を経てのグループホーム移行、あるいは他組織との連携というかたちで行われはじ

めているが、数としては多くはなく、積極的ではない面もみられた。また、支援者が、定位家族において親が子どもをサポートすることを前提として認識している傾向にあることを述べた。これは固定的な自立観を助長したり、本人の望む「自立」を阻害する可能性もある。

B市と、首都圏の福祉に力を入れていることで名を知られ、B市と人口規模が同じであるC市の事業計画を比較した。実績でも1.3倍から3.7倍、計画においてはさらに大きな差がみられた。B市の特徴としては、「共同生活援助・共同生活介護」の支給量が比較的多く、「移動支援」が少ないことがある。前者については、大規模施設が主導し地域移行の受け皿としてグループホームを設置してきたことが背景にあり、後者については公共交通機関が発達しておらず、自家用車が普及していることが要因であると思われる。さらに重要なこととして、訪問系のサービス支給量が少ないことがある。この要因として、B市においては家族介助志向が強く、自宅で暮らす障害者の介助はその多くを家族に依存している状況があることを述べた。

### D. 結論

自立支援法下での、サービス供給に関して、地域間格差の現状の一端が明らかになった。A地域での「自立」は困難であり、より充実したサービスの供給をもとめて障害者が都市部へ移動していく、サービス供給量が増えず、地域での自立が困難になるといった悪循環が生じている。こうした悪循環を断ち切る1つの手段として、「障害者自立支援協議会」がその機能を発揮し、

社会資源を開発し、それをモニタリングしていく必要性を述べた。

また A 地域においては、「自立」モデルが不在であり、固定的な自立観がある。ここから、障害者・支援者および家族への「自立」へのエンパワメントの重要性が導き出される。この機能を担う機関の 1 つとして、自立生活センターが挙げられるだろう。もちろんどれほど重い障害をもつ人であっても地域で生活をするというパラダイムシフトは必要不可欠である。そのうえで、画一的ではない「自立」のあり方を提示しつつ、障害をもつ人をエンパワメントしていくことが重要であると思われる。

#### E. 研究の政策的含意

本研究は、経済面・生活面での障害者の自立支援のあり方を探るための基礎的データとなることが期待される。

本稿で明らかにされたのは、サービス供給のみならず、当事者・支援者・家族の「自立」への意識に関する地域間格差であった。

地域間格差については、従来はホームヘルプサービスの支給量といった一面的数値で測られることが多かったが、地域生活が可能であるかという視点から、あらためてデータを検討する必要性が示唆された。

また、格差を埋めるためには、サービスや制度や人材を充実させていくことは必要不可欠であるが、同時に、当事者や支援者・家族へのエンパワメントも考えていくことが求められる。これは政策論議のなかにも取り入れていく必要があることが示された。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的所有権の取得状況

なし

# 地域における障害者の 「自立」支援のあり方に関する検討

土屋 葉

## 1. 研究目的

「自立」生活には、それを支えるさまざまな要素—所得保障、社会サービスを含む制度、介助者などの人材等—が必要不可欠である。しかしこれらをめぐる地域の格差は著しく大きい<sup>ii</sup>。また「自立」に対する障害をもつ当事者や身近な人の意識にも差があることが推測される。

本研究では、大都市圏以外の、「自立」生活を支える基盤が整備されていないと推測される地域に焦点化し、重度障害をもつ人の生活実態を把握することを目的とする。最終的には大都市圏以外の地域における「自立」生活の可能性を探っていきたい。こうした地域は全国各地に存在することは想像に難くない。この地点から「自立」支援のあり方について検討を行うことは意義がある。

## 2. 研究方法

2つのインタビュー調査を行った。まず、障害をもつ当事者へのインタビュー調査である。かれらの生活実態をつかむために、いずれも知人からの紹介を受けたA地域に居住する身体障害者3名に対して調査を行った。調査期間は2009年6月～9月、主なインタビュー内容は基本属性、居住形態、生活史、社会サービスの利用、「自立」についての考え方等。

表1 インタビュー対象者

Xさん	男性・50代・身体障害・1級	単身世帯
Yさん	男性・30代・身体障害・1級	定住家族(親)
Zさん	男性・20代・身体障害・1級	定住家族(親・兄家族)

また、A地域B市における障害者を取りまく状況をつかむために、B市内の3つの関係団体に所属する支援者や関係者へのインタビュー調査を行った。調査期間は2009年6月～8月。主なインタビュー内容は、地域における障害者を取りまく状況について、支援団体における支援について、「自立」についての考え方等。

表 2 インタビュー対象団体

U	社会福祉法人 障害福祉サービス(多機能型)事業所 U'を含む	知的障害者中心
V	社会福祉法人	知的障害者中心
W	在宅福祉サービス株式会社	三障害を対象

さらに、B 市における社会サービス整備について、B 市と人口規模が同じであり、「福祉のまち」として知られる首都圏下の C 市と、事業計画をもとに社会サービスの整備について比較検討を行った。

### 3. 研究成果と考察

#### (1)障害をもつ当事者へのインタビュー調査から

3 人へのインタビュー調査から A 地域における「自立」をめぐる困難がみえてきた。この要因として、社会サービスや介助者の不足、「自立」生活に関するモデルの不在、固定的な自立観、自立生活センターの機能不全について述べる。

##### \* 社会サービス・介助者の不足

Y さんは、4 年ほど前に入所施設から自宅に戻ってきた。現在は父母と同居しながらほぼ 24 時間の社会サービスを使い、介助にかかわるほぼすべてについてセルフコーディネートを行い、生活を組み立てている。

Y さんは家族と同居しながら、家族以外の他者による介助体制による生活を望んでいた。Y さんがこの地域で暮らすには、まず行政が定める時間数の上限とたたかわなければならなかった。こうした制限に加えて、「家族と同居している」という理由により、家族による介助も求められた。何度も 1 人で役所へ行き交渉を行ってきたが「前例がないからできません」という答えが返ってきたという。Y さんは、「地域であたりまえに暮らす」という運動が不在であったことから、行政の地域生活についての理解不足を指摘する。また Y さん以外に 24 時間の介助体制を要求する人もいないため、自分一人が予算や時間枠を要求することが「憎まれ役」であるように感じるという。当初は介助を担う人材が確保できず、時間数を増やす交渉も困難であった。最初の 1 年は介助者の編成が安定しなかった。とくに夜の時間の介助者はなかなかみつからず、母親が行っていたという。近隣の自立生活センターに協力を依頼したが、結局介助者は自力で探した。インタビューにおいては介助者をちらしや口コミでの呼びかけなどにより独力で探さなければならない苦勞が語られた。Y さんの例からは、社会サービスや人材の不足がよみとれる。介助者やサービスが整っていないため、「自立」をめざす人は自立生活センターの存在する政令指定都市へ移動していくのだという。

##### \* 固定的な「自立」観と「自立」生活に関するモデルの不在

X さんは、幼少のころは施設で過ごしていたが、その後自宅に戻り、父親が倒れたことをきっかけに賃貸アパートで自立生活を始め、12 年を過ごしている。

インタビュー時は、社会福祉協議会のホームヘルプサービスを月 35~40 時間、週 3 日のデイサービス、週 1 回の訪問看護、月 2 回の訪問医療を利用していた。時間をかけて独力で食事、排泄を行い、着替えは入浴（デイサービス利用）時のみ、それ以外の外出は極めて少ない生活を 12 年間つづけてきたという。「自立」への思いは強く、一人暮らしをした後は「自由」な生活であったというが、ヘルパー派遣時間との関係で社会とのかかわりは、家族と同居していた頃よりむしろ少なくなったという。

ごく少ない支援体制で X さんが日常生活を送っていたのは、「自分である程度のことのできなれば自立してはいけない」という、固定的な自立観を有していたことによる。たとえば食事については、毎日ヘルパーにおにぎりや汁気のないおかずを作ってもらい、それを冷蔵庫にストックしておいて後から一人で時間をかけて食べていたという。

X さんはまた、「何もかも自分でやらなきゃいけないって思いこんでいた」という。しかし、たとえば食事について介助を依頼してもいいという認識の転換（「食べさせてもらっても自立なんですよっていうこと」）がなされれば、障害者自身も（自立を）考えるようになるのだと述べた。ここからは「自立」モデルの不在がみてとれるだろう。

一方で、現在は親と同居し、ほぼ母親が介助を担っている Z さんは、親の限界を認識し、将来的な「自立」も視野にいれているという。「一人暮らしをし、人の手を借りるが、家族の手を煩わせない生活」を「自立」と表現するなど、「何もかも自分で」といった固定的な旧来の自立観を持っていないことが示唆されている。ただし現在は、障害の重さにより時間の制限があることに触れ「そういう制限がなくなってくれば」使える制度になると述べた。ここには、社会サービスの不足の認識があるとはいえ、それに対して異議申し立てが可能である、といった認識はもっていないように思われる。

#### \* 自立生活センターの機能不全

先に触れた介助者不足はこの地域に特有の問題というわけではない。だからこそ自立生活センターの必要性が唱えられ、実際に介助派遣事業を行うセンターは、その地域の介助派遣体制の安定の構築に寄与してきたといえるだろう（中西 2003: 45-6）。2009 年 12 月現在、全国自立生活センター協議会には 122 を超えるセンターが登録され、各地で活動を行っている。しかし地域差は大きく、東京や大阪を中心とする地域において多く存在する（東京都 21、大阪府 17）ものの、未だに 1 つも存在しない地域もある<sup>iii</sup>。

都道府県レベルに存在しても、市区町村、つまり実際のサービス施行単位のレベルで存在するのではなければ実質的に介助者不足を解消することは難しい。Y さんの場合は、まず居住する市内に自立生活センターが存在せず、近隣にある自立生活センターも、当時は Y さんの介助者確保に向けて動くことができなかった。

また、自立生活センターには障害をもつ当事者をエンパワメントする機能があることはよく指摘される。実際、X さんは 12 年前に近隣の自立生活センターに行き、自立生活体験室を利用し、自立生活を疑似体験することで自信をもち、母親を説得する材料を得ている。三毛美予子は、ひとり暮らしを実現するためには 3 つの変化が必要

であると述べているが、この時点で X さんは 1 つめの「自分の将来生活を考え働くための動機づけを高める」という変化を経験している。しかし残りの、「自分の障害に対する認識を探り受容する」、「基本的な自立生活技術を習得する」という変化を経験しなかった（三毛 2007a: 99）。とくに介助者への依頼を「技術」のうちとしてとらえるのであれば、自立生活センターのもつエンパワメント機能が、この時点ではうまく発揮されなかった（三毛 2007b: 67）ことになる<sup>iv</sup>。

また、自立生活センターのなかでは「自立生活」=家族ではない他者による介助を受けて行う「一人暮らし」のことであるという集団規範が存在し（三毛 2007b: 64）、それ以外の「自立」のかたちを想定していなかったり、ときには排除することにより当事者へのエンパワメント機能がうまく動かないことがある。前出の Y さんは、「一人暮らしじゃないと自立は成り立たない」という自立観に対して「(家族と)同居して (い)ても自立は成り立つ」と明確に反対の立場を取っている。ここでは自立生活センターがその仮想敵として名指されているわけではないが、自立生活センターと距離を置く一因になっていると推測される<sup>vii</sup>。

## (2) 支援者へのインタビュー調査から

まず、A 地域およびその中心都市のひとつである B 市について述べておく。A 地域はこれまで障害当事者による運動があまり盛んではなかった土地であるという。また、中心都市である B 市には医療法人や社会福祉法人が運営する大型施設が複数存在し、1990 年代半ばまでこれら以外の施設は存在しなかった。1990 年に入ると、親たちによる無認可作業所づくり等から、同時にグループホームや相談支援事業所を立ち上げるなど、総合的な生活支援をめざしたり、工賃を上げていこうとする団体が出てくるなど新たな動きがみられ、近年の政策のなかで法人化していった。この典型が社会福祉法人 U である。

しかし現在でも、重度の障害をもつ人の多くは、工賃の低い居場所的な作業所で働いている。自宅から通い、親が高齢になると施設に入所するのが一般的なコースであるという。

以下、インタビュー調査を行った団体の概要を示す（W については省略）。

表 3 団体の概要

	設立年	障害種別	男女比	年齢層	工賃
社会福祉法人 U	2001 年	知的障害 81.0%	男:女=45:55	30 代が中心	8,000 円/1 万円/ 1 万 2,000 円
U'(就労継続支援 B 型、再掲)	2009 年	知的障害中心	男:女=2:1	20~30 代が 中心	1 万 2,000 円
社会福祉法人 V	2005 年	知的障害のみ	男:女=1:1	20~30 代が 中心	5,000~約 10 万円、 平均約 50,000 円

### \* 各団体の概要

社会福祉法人 U は、1990 年代半ばに親の会が中心となって作った無認可作業所か

ら発展した団体であり、このため利用者の中心は 30 代である。現在は就労生活支援センター、地域生活支援センター、グループホームなどを有し、総合的な地域での生活支援をめざしている。定員は 50 名である。U´ は、U のなかで賃金アップを目的とする事業所（就労継続支援 B 型）として近年に設立されたばかりである。定員は 10 名（現在の利用者は 9 名）。U のなかでの平均工賃は 3 段階に区別されているが、現在 U´ の利用者にはその最大額である 12,000 円が支払われている。

社会福祉法人 V もやはり、「低工賃からの脱却」をめざして設立されている。20~30 代が中心である。現在の利用者は 37 名で、工賃には幅があるというが、公表されている平均額は約 50,000 円（2009 年 11 月）であり、全国平均の 16,389 円（2008 年度、全施設平均、厚生労働省調査）をはるかに上回っている。

#### \* 居住形態

次に、居住形態について述べていく。

表 4 団体別居住形態

	単身世帯	生殖家族	定位家族	CH・GH・ 福祉ホーム	合計
U(全体)	0(0.0%)	0(0.0%)	30(72.4%)	12(28.6%)	42(100.0%)
U´(就労継続支援 B 型)	0(0.0%)	0(0.0%)	6(66.6%)	3(33.4%)	9(100.0%)
V	0(0.0%)	0(0.0%)	36(99.7%)	1(0.03%)	37(100.0%)

全体として定位家族に暮らす人が多い。知的障害をもつ人に関しては、配偶関係をもつ人が極端に少ない。生殖家族で暮らす人が 0.0%であるという結果は、比較的若年者が多い母集団であることを差し引いても、これを裏づける結果であり、また昨年度の知見を裏付ける結果でもある<sup>vii</sup>。

また、U´ の利用者は U 全体の利用者と比較するとグループホーム居住者の割合が高い。かれらは毎月 12,000 円の工賃と障害年金を得ており、これで生活費をまかなっているという。ただし、入居の理由はきょうだいの結婚により家に居づらくなったなどが語られており、単純に本人所得との関係のみではないことも推測される（土屋 2009: 参照）<sup>viii</sup>。

U は、グループホームを有しており、宿泊体験施設から生活支援へつなげている。グループホーム居住を希望する人は多くはなく、現在のところの入居者は自宅を離れなければならない事情をもつ人が中心となっている。利用者の中心は 30 代の人であり、体力的にまだ不安を抱えていない親たちは子どもとの同居志向が強いという。

V は工賃アップを目標としているが、積極的に生活支援は勧めていないこともあるようだ。希望してグループホームで暮らす利用者が 1 人いる。この利用者に対しては他の事業所と連携を取りながらすすめている。

### \* 親の意識

U、V の支援者へのインタビュー調査では、利用者の親について語られた。親たちは子どもの将来や「親亡き後」を心配している。比較的若い親についてはまだ「切羽詰っていない」が、支援者には、いずれ直面する問題として認識されている。工賃アップをめざすUやVのような事業所に通い、働くことや「自立」に意識的であるように見える。しかし実際にはむしろ、事業所に居場所的な意味合いを求めている親が多いという。それは「保育園、幼稚園に預けるような感覚で預けてしまう親が多い」、「養護学校卒業したらまあ学校の延長みたいな感じで、お預かりしてくれれば、もう別に働かなくても、正直言っていいわっていう昔の意識のお母さんもいらっしゃいます」という言葉に表れている<sup>ix</sup>。結果として、親たちは「一般就労」に消極的であるという。ただし、措置制度から契約制度に変化し、利用料が発生したことにより、サービスを受ける側という意識も出てきた、そこから母親たちの要求も現れてきているともいう。

### \* 支援について

B市のグループホーム数は少ないわけではないが、従来は大規模施設主導で設置され、施設から「地域移行」のための受け皿的なものとなっていた。そのため、グループホームに居住してからも、昼間は同じように通所施設に通い、施設との連携が密に行われていたようだ。

Vでは、地域での一人暮らしやグループホーム居住に対し、積極的な支援を行っていないという。本人の希望を聞いて希望があったときに役所や他組織につなげていくという方法をとっている。一方Uでは、ゆるやかなかたちではあるが宿泊体験施設やグループホームをもち、生活支援も共に行っていることから、親からの「自立」も視野に入れた支援が行われている。親亡き後も地域で仕事や余暇活動をしながら生活をする、その生活をサポートすることが理念として唱えられ、そのためのグループホーム整備が行われているようだ。これは、就労支援と生活支援を組み込むという従来の方法と類似しており、他地域でも行われている（土屋 2009: 102）<sup>x</sup>。

注目したいのは、Vにおいて、就労について「家族が本人をサポートする」ことの重要性が語られていたことである。本人の意思や「能力」も重要だというのが、支援者の側には親がサポートする体制がなければ続かないという認識がある。ここから定位家族を基本とし、本人を家族が支えていくことが前提とされていることが推測される<sup>xixii</sup>。支援者が、定位家族が本人を支えることを前提としていることは、固定的な自立観を助長したり本人の望む「自立」を疎外する可能性もある。これについては別に検討する必要があるだろう。

### (3)C市との比較

最後に、B市とC市の概要を比較する。

B市は人口 384,297 人（2009 年 10 月現在）の中核都市である。身体障害児・者数は 11,015 人（2.9%）、知的障害児・者数 2,090 人（0.5%）、精神保健手帳保持者数 1,362 人（0.4%）となっており、手帳保持者をカウントした精神障害者数を除くと、全国の

身体障害児・者の推計値 366 万人 (2.9%)、知的障害児・者数 55 万人 (0.4%) とほぼ同じである。面積は 261.35km<sup>2</sup>、県内の政令指定都市までの距離は約 70km である。

すでに触れたように B 市内には、社会福祉法人が運営する施設が多く存在する。障害者施設としては、障害者支援施設が 2 つ (旧知的障害者更生施設、定員 50 名、旧身体障害者療護施設、定員 50 名)、障害者福祉サービス事業所 (旧知的障害者通所授産施設、定員 60 名) がある。

C 市と人口規模、人口に対する障害者割合はほぼ同じである。ただし、B 市の方が面積が広いことによる影響は考える必要がある。障害者施設数についてみると、B 市の入所施設定員は C 市の 2.6~3.5 倍である。また、C 市には比較的是やい時期に誕生した自立生活センターが市の中心部に存在し、活発な活動を行っているが、B 市には存在しない。

表 5 人口・中核都市までの距離・面積の比較

	B 市	C 市
人口	383,911 人 (2009 年 12 月現在)	416,664 人 (2009 年 10 月現在)
中核都市までの距離	72 km (ターミナル駅まで 45 分)	30 km (ターミナル駅まで 36 分)
面積	261.35km <sup>2</sup>	71.63 km <sup>2</sup>

表 6 障害者数の比較

	全国	B 市	C 市
身体障害児・者	366 万人 (2.9%)	11,015 人 (2.9%)	10,771 人 (2.6%)
知的障害児・者	55 万人 (0.4%)	2,090 人 (0.5%)	2,443 人 (0.6%)
精神障害者	303 万人 (2.4%)	1,362 人 (0.4%)	1,591 人 (0.4%)

B 市のデータは手帳所持者 (2008 年 4 月現在)

C 市のデータは手帳保持者 (2009 年 11 月、精神障害者については 2009 年 3 月現在)

全国データは厚生労働省「身体障害児・者実態調査」(2006 年)、「知的障害児 (者) 基礎調査」(2005 年)、「社会福祉施設等調査」(2005・2006 年) 等 (高齢者関係施設は除く)、「患者調査」(2005 年)

表 7 障害者施設数の比較

	B 市	C 市
(旧)知的障害者入所施設	3(定員合計 160 名)	1(定員合計 45 名)
(旧)身体障害者療護施設	2(定員合計 120 名)	2(定員合計 130 名)

B 市および C 市の HP より作成

表 8 自立生活センター数の比較

全国	B 市 (都道府県内)	C 市 (都道府県内)
123	0(6)	1(22)

自立生活センター協議会 HP より作成

次に、事業計画についてみていく。

これによると、2008年実績→2011年度目標についての目立つ格差は以下のとおりである。居宅介護（C市はB市の、以下同じ）1.3倍→1.8倍、重度訪問介護 ？倍→30倍、共同生活援助・共同生活介護 1.17倍→1.86倍、移動介護 3.7倍→4.7倍である。

表9 事業計画比較<sup>xiii</sup>

	B市自立支援事業計画(2009年3月)	C市障がい福祉事業計画(2007年3月)
	例:2008年度実績→2011年度目標	例:2006年度実績→2011年度目標
(目標) 施設入所者減数	281人 → 261人 20人(7.1%)	231人 → 209人 22人(9.5%)
居宅介護	244人(4,852.5時間)→ 273人(5,410時間)	325人(5,524時間)→500人(7,700時間)
重度訪問介護	?? → 5人(170時間)	104人(27,956時間)→ 150人(34,470時間)
行動援護	?? → 5人(60時間)	3人(150時間)→6人(300時間)
生活介護	260人(3,551人日分)→ 625人(13,750人日分)	323人(5,714人日分)→ 900人(16,200人日分)
就労移行支援	50人(950人日分)→55人(1,250人日分)	67人(1,048人日分)→ 80人(1,440人日分)
就労継続支援A型	8人(131人日分)→18人(396人日分)	15人(226人日分)→50人(900人日分)
就労継続支援B型	45人(680人日分)→120人(2,640人日分)	178人(3,033人日分)→ 900人(16,200人日分)
短期入所	90人(582人日分)→99人(650人日分)	73人(417人日分)→256人(614人日分)
共同生活援助・共同生活介護	114人分→189人分	133人分→350人分
移動支援	177人(1,742時間)→192人(1,910時間)	656人(65,328時間)→ 900人(79,188時間)

B市における在宅介護サービス、移動介護サービスの量はC市と比較して圧倒的に少ないが、A地域においてB市が飛びぬけてサービス体制が整っていないというわけではないようだ。試みに同県内で同規模人口のD市の訪問系サービスの合計をみると、2006年度実績で11,946時間(543人)、2011年度の目標は15,994時間(727人)とちょうどB市とC市の数値となっているほかには、目立った差はない。移動支援の合計時間は、2006年度実績で1,758時間、2011年度目標は2,340時間とほぼ同じ水準であり、逆に共同生活援助・共同生活介護については、2006年度実績では46人分、2011年度目標は91人分と、B市よりも少ない数値となっている。

C市は「福祉の街」として知られているため、おそらく全国でもサービス支給量が多い地域である。サービス支給量はB市もD市も概ねC市よりは少なく、それぞれ

の地域特殊性が項目ごとの差をもたらしているようだ。

では、B市の特徴とは何か。まず、共同生活援助・共同生活介護が比較的多く、移動支援サービス支給量が少ないことである。前者については既に述べたように、大規模施設が主導し「地域移行」の受け皿としてグループホームを設置してきたことが背景にある。後者についてはD市も同じく、公共交通機関が発達していないこと、自家用車が普及していることが要因であろう。

さらに重要なこととして、訪問系サービス支給量が少ないことが挙げられる。これについては、B市におけるアンケート調査の結果（詳細は注Ⅷを参照）から、自宅で暮らす障害者の介助は家族に頼っているためであるという仮説が導き出される。

結果を詳しくみていこう。「今後、利用したい福祉サービス」について尋ねた回答については、身体障害者は「無回答」が62.1%、つづいて「居宅介護」が18.2%となっている。知的障害者は「無回答」が34.2%、「短期入所（ショートステイ）」33.7%がつづく。精神障害者は「無回答」が69.4%、「就労移行支援」が9.6%、「居宅介護」8.0%である。この結果からは身体障害者、精神障害者にサービス利用に強い意向はみえない。また知的障害者に関しては、家族介護者が倒れたときのセーフティネットとして、ショートステイサービスが想定されているが、裏返せば家族ができるところまでは家族がみる、という徹底した姿勢のあらわれでもあるといえよう。

さらに、「主な介助者が介助できなくなった場合に、どのように対応することができると良いと思いますか」という質問の回答は、身体障害者は「同居している他の家族に頼む」36.3%、つづいて「同居していない家族や親せきに頼む」27.1%で、「ホームヘルプサービスを利用する」と答えた人は21.4%にすぎない。知的障害者も「同居している他の家族に頼む」47.5%、「施設への短期入所（ショートステイ）を利用する」が38.8%、「同居していない家族や親せきに頼む」35.3%である。精神障害者は「同居している他の家族に頼む」31.8%、「同居していない家族や親せきに頼む」31.8%と家族や親せきへの依頼は減るが、サービスを利用するのではなく「なんとか一人で対処する」が23.4%とつづく。つまり、知的障害者のショートステイ利用を除けば、三障害とも「自助」すなわち、自分や家族での対応を想定しているのである。これらから、現在、B市における障害者の多くの介助は家族に担われており、それが不可能になった場合にも、家族で解決しようという志向が強いことがみてとれる<sup>xiv</sup>。

#### 4. 結論と今後の課題

自立支援法下での、サービス供給に関して、地域間格差の現状の一端が明らかになった。こうしたなかで、A地域での「自立」は困難であり、より充実したサービスの供給をもとめて障害者が都市部へ移動していく、サービスの充実を訴える障害者が相対的に少ないために、供給量が増えず、この地域での「自立」が困難になる、といった悪循環が生じている。

こうした悪循環を断ち切るために、「障害者自立支援協議会」がその機能を発揮する必要性について述べておきたい。この協議会は自立支援法第77条第1項第1号に基づいて、設置されるものであり、「相談支援事業をはじめ地域の障害福祉に関するシス

テムづくりについて中核的な役割を果たす協議の場」であるとされている。さらに DPI 日本会議はこの協議会に、自治体独自のガイドラインを作成する機能、議論されたことがらを政策に反映させていくための社会資源開発機能、さらにこれらの評価・点検機能をもたせることを提言している (DPI 日本会議 2009: 44)。この協議会がもてる機能を発揮することにより、地域における「自立」支援を支えるシステムが整備されることが期待される。

また A 地域においては、障害者・支援者・家族が、障害をもつ人が地域で生活をするという「自立」モデルを有していない傾向にあること、また障害者を家族のみで介助する「家族介護」志向が強いことをみた。これらがサービス供給、支援を困難にしていることが明らかになった。また固定的な自立観をもっていることも、自立を阻害する要因となっていると思われる。

ここから導き出されるのは、障害者・支援者および家族への「自立」に対するエンパワメントの重要性であろう。こうしたエンパワメント機能はどの組織が担えばよいのだろうか。本文でも触れたが、B 市には現在のところ存在していない自立生活センターを挙げておきたい。もちろん、障害をもつ当事者や支援者、家族と自立生活センターとの間での、援助関係や信頼関係は不可欠である (三毛 2007b: 67)。C 市が「福祉のまち」として充実したサービス量を支給していること (とりわけ「重度訪問介護」のサービス量が多いこと) は、C 市に早くから存在していた自立生活センターの存在も大きいことは容易に推測される。とくにピアカウンセリングは、在宅や施設で保護と管理のもとにおかれ、力を奪われてきた障害をもつ当事者に対し、本来もっていた希望する生活を実現する意欲を引き出す機能があるといわれるが、これは X さんの例からも明らかである (注 vi を参照)。これを経たうえで、実際に地域で生活をしていく際に必要となる生活技術、社会資源の知識を得ていくのが、自立生活プログラムである。サービス支給量が少ない地域においては、これらのプログラムが有効に働くだらう。

さらに「どんなに重い障害を持つ人でも地域で、というパラダイムシフト」(DPI 日本会議 2009: 38) はこの基礎となるものである。そのうえで、画一的ではない「自立」のあり方を提示しつつ、障害をもつ人をエンパワメントしていくことが重要であると思われる。

---

i 本論文での「自立」を、理念的には「重度の障害者が自己決定に基づいて主体的に生活を形成し、自己実現を図ること」、実質的には「地域において、一人で又は配偶者及び子ども、あるいは友人などと共に生活すること」ととりあえず措定する (田中 2009: 22-23)。

ii たとえば、ホームヘルプサービスの人口あたりの利用者数のみを見ても、その差は著しく大きい (厚生労働省社会保障審議会・障害者部会第 28 回資料→尾上 2009: 129 に引用)。

iii 2000 年代に入るまでは、サービス提供団体として事業を展開したのは、東京都内の団体がほとんどであった。それは、個人に対しては東京都重度脳性麻痺者等介護人派遣事業、自立生活センターという組織に対しては東京都地域福祉振興財団といったように、自立生活センターの活動を財政的にバックアップする制度および助成金が東京都には存在していたからであるという (圓山 1997: 142)。現在、東京都内の自立生活センター 21 のうち、

介助派遣を行っているのは 17 箇所 (81.0%) であるのに対し、大阪府では 17 箇所のうち 12 箇所 (不明 2 箇所、70.6%)、名古屋圏内では 6 箇所のうち 2 箇所 (不明 2 箇所、33.3%) である (自立生活センター協議会 HP より)。また 2004 年までに、自立生活センターの支援を受けて親元や施設・病院から「自立」した者は全国で 1,171 名であるが、県別には 0 人から 300 人代までと大きな差がある (自立生活センター 2005、134 団体中 95 団体が回答 (回答率/70.9%)。なお障害種別では身体障害者が圧倒的に多く、952 名、知的障害者が 68 名、精神障害者が 81 名、その他が 37 名である。

iv ただし、近年、ピアカウンセリングを受講することにより「自立」に対する考え方を変化させている。「ピアカウンセラーの講義をうけて、それは違うんだよということを学びました。できないことは人に助けてもらってもいいんじゃないか、あの一、できることは自由を・・・映画いたりだとか野球みにいたりだとか、自由があることが自立だということを最近学びました。」

v Yさんは、施設を出るときに一人暮らしも考えたが諦めている。その理由として、物件を探すことの困難や、医療的ケアが必要であること、緊急時のヘルパーの負担の重さ等もあったが、何よりも母親による反対があった。母親は自分が見守ることができる環境で自立をしてほしいと考えていた。Yさんによれば、自分が一人暮らしをすることによって、母親は「子どもを放り出した」気持ちになり、さらに心配をかけることでむしろ親不孝になってしまう。そうであれば社会資源を最大限に使いながら、親と同居する自宅で「自立」をすることが、最善の選択であると判断したという。また母親が同居していることで、介助者が安心してケアできるというメリットもあった。母親がケアに携わりたいという気持ちや自分の甘えのバランスを取ることに現在でも苦勞しているが、Yさんは同居しながらの自立を実践している。

vi 田中恵美子によれば「自立生活」の基準を示し、社会における家族や施設が抱える問題としてとらえ返した著書『生の技法』や、1990 年代に刊行された障害者自身による「自立生活」を語る複数の著書は、重度の障害者が、一人または配偶者及び子どもとの地域での暮らしを実践し、介助者確保に翻弄され、行政や社会の一般常識と闘いながら、自らの力で「生活の場」を獲得しながら生きる、「強い」障害者像を示すことになったという (田中 2009: 36-40)。

vii 厚生労働省・社会援護局等の調査によると、知的障害者の婚姻率は圧倒的に低い。また、B市が行ったアンケート調査 (2008 年 9 月、回収数と回収率は以下のとおり。身体 1,128 人 62.1%、知的 190 人 55.2%、精神 301 人 55.8%) でもその傾向は同様である。知的障害者の生活状況は、「ひとり暮らし」7.4%、「夫婦のみ」2.6%、「親子二世帯」48.4%、「親子孫三世帯」10.0%、「兄弟・姉妹」7.4%、「その他」19.5%となっている。主な介助者が「親 (父、母)」64.2%であることから、「親子二世帯」、「親子孫三世帯」は定位家族であることが予想され、少なくとも 58.4%、兄弟・姉妹を入れると 65.8%の人が定位家族で暮らしていることがわかり、本調査の結果はそれに近いものである。「その他」の中身は不明であるが、グループホーム、ケアホーム等であると推測される。

viii また U の利用者は作業能力が高い人であるというが、このこととの関連は不明である。

ix 前述のアンケート調査によると、知的障害者のなかで、現在、「正規の社員・従業員として働いている」人は 9.5%、「小規模作業所や通所授産施設に通っている」人は 17.9%であるが、今後の希望として、「正規の社員・従業員として働く」を挙げた人は 15.8%とそれほど多くはない。この調査は、本人の意向を聞きながら、あるいは本人の意向を考えながら家族・介助者が記入しているケースが 85.3%であるから、家族をはじめとする周囲の人は、知的障害をもつ人に「正規の社員・従業員として働く」ことを強く望んでいる人は少ないことが推測される。

x 従来は、施設からグループホームへの移行であるが、Uでは親との生活からの移行であるという面での違いがあるが、この違いの検討については今後の課題としたい。

xi 支援者により定位家族に暮らす人は安定感があると評価されていた (土屋 2009: 102)。

xii 今回のインタビュー調査では、生活支援と就労支援、余暇支援を同時に行うことの重要性が、以下のように語られていた。「夜眠れない、休日の過ごし方がうまくいかないことが、平日昼間の仕事に支障をきたすことも多い。実際の生活を全体を通して知っておかないと、「なんでこいつはこんなに休むのかな、やる気がないのか、ぼーっとしてるな」などと思うだけで、なかなか生活まで掴めない。自立支援のなかでは、生活支援、就労支援、余暇支援の3つが重要で切り離せない。」ただし、これらの支援を同時に行うことにより、利用者と支援者の関係がより「指導的」、「管理的」、「介入的」になることも予想される。これについては今後の課題としたい。

xiii 「居宅介護」は「訪問系サービス」（居宅介護・重度訪問介護・行動援護・重度障害者包括支援）の合計か。これについては未確認である。

xiv 「現在、各種サービスを利用しない理由」は、身体障害者は「無回答」が57.1%、「必要な状況ではない」が33.6%、知的障害者は「無回答」が61.5%、「必要な状況ではない」が29.2%、精神障害者は「無回答」が60.3%、「利用することに不安や抵抗感がある」が14.4%である。この選択肢としては「利用手続きが面倒」「利用できる事業所がない」「利用することに不安や抵抗感がある」「費用が高い」などが準備されていたがいずれも低く、つまりそれ以外の回答、「家族による介護」を志向が高いことの表れであると解釈できる。

#### 参考文献・参考資料

DPI 日本会議, 2010, 「地域主導による障害者支援プロセスのケーススタディ」厚生労働科学研究費補助金『障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する研究』（平成21年度総括研究報告書 研究代表者 勝又幸子）

圓山里子, 1997, 「障害者の自立生活を支える介護形態の検討」『社会福祉学』38(1), 130-144.

三毛美予子, 2007a, 「母との闘い—親と暮らしていた脳性麻痺者がひとり暮らしとして自立生活を実現する一過程—」『社会福祉学』47(4), 98-110.

三毛美予子, 2007b, 「一人暮らしへの傾斜—親と暮らしていた脳性麻痺者が一人暮らしとしての自立生活を実現する過程—」『甲南女子大学紀要（人間科学編）』43, 57-68.

中西正司・上野千鶴子, 2003, 『当事者主権』岩波新書.

尾上浩二, 2009, 「支援費制度と障害者自立支援法」茨木尚子ほか『障害者総合福祉サービス方の展望』ミネルヴァ書房, 121-137.

田中恵美子, 2009, 『障害者の自立生活と生活の資源』生活書院.

土屋葉, 2009, 「障害をもつ人の生活実態および生活への支援—支援団体へのインタビュー調査から」厚生労働科学研究費補助金『障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する研究』（平成20年度総括研究報告書 研究代表者 勝又幸子）, 95-103.

山田昭義, 2001, 「名古屋の愛の実行運動（AINO JIKKO UNDO, AJU）」の軌跡」全国自立生活協議会編『自立生活運動と障害文化』現代書館, 49-56.

全国自立生活センター協議会, 2005, 「年鑑 分析結果まとめ」

[http://www.j-il.jp/matome/matome3\\_2005.html](http://www.j-il.jp/matome/matome3_2005.html)(2009/01/08)

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

「障害者の自立支援と『合理的配慮』に関する研究

－諸外国の実態と制度に学ぶ障害者自立支援法の可能性－

知的障害者の「生活の自律」を前提とする福祉政策と支給決定システム

－アメリカ・カリフォルニア州の制度と実践を踏まえて－

研究分担者 岡部耕典（早稲田大学文学学術院 准教授）

#### 研究要旨

平成 20 年度は、重度知的／発達障害者におけるパーソナルアシスタントの利用を中心とした地域自立生活支援の在り方についてアメリカ・カリフォルニア州における先駆的取組みに対する調査研究を行った。2 年目となる本年度は、その成果を発展的に継承し、さらに社会福祉基礎構造改革による福祉サービスの利用制度化とその延長にある障害者自立支援法の支給決定システムを批判的に再検討しうる参照枠組みを得るために、アメリカ・カリフォルニア州における知的／発達障害者の「生活の自律」を前提とする福祉政策と支給決定の実際について研究を行った。

制度と運用の実際は DDS（カリフォルニア州発達障害局）が監修する利用者対象の標準的な解説書である“Rights Under the Lanterman Act: Regional Center Services for People with Developmental Disabilities”に準拠した。Q&A 形式の本書を「ランタマン法と制度の概要」「利用までのプロセス及び利用資格」「IPP の作成と実施」の各項目に基づき体系的に整理することを通じて、「受給者本位の制度化」「医学モデルと社会モデルのハイブリッド型の受給資格」「支援計画策定におけるパーソンセンタード・アプローチの採用」「交渉決定モデルに基づく支給決定プロセス」「受給権確保のアドボカシー」という知的障害者の「生活の自律」を前提とする福祉政策と支給決定システム実現のための参照枠組みを明らかにした。

#### A. 研究目的

アメリカ・カリフォルニア州における知的／発達障害者の「生活の自律」を前提とする福祉政策と支給決定の実際について制度研究を行いその体系的な理解を得る。

#### B. 研究方法

本制度に対する DDS（カリフォルニア州発達障害局）監修の利用者を対象とする標準的な解説書である“Rights

Under the Lanterman Act: Regional Center Services for People with Developmental Disabilities”の訳出（全 313 ページの約 3 分の 1 を抄訳）を行い、支給決定システムを中心とするその制度の概要について前年度に現地で収集した資料やインタビュー結果も踏まえつつ整理した。

（倫理面への配慮）

本研究は人を対象とする調査等を

含むものではないが、実施にあたっては日本社会福祉学会研究倫理指針に則り遺漏のないように努めた。

#### C. 研究成果と考察

本制度の理念や利用の実際について具体的かつ平易に説明した本文献の検討を通じて、社会福祉基礎構造改革による福祉サービスの利用制度化とその延長にある障害者自立支援法の支給決定システムを批判的に再検討しうる参照枠組みを得ることができた。

#### D. 結論

本制度の特徴は以下の4点に整理できる。

##### (1) 「受給者本位」の制度化

①受給者を明確に権利主体として位置づけている②支給決定機関がサービスの提供責任をもっている③支給決定されたサービスの費用は政府が提供責任を有する。

##### (2) 医学モデルと社会モデルのハイブリッド

サービス利用ニーズに基づき一定程度フレキシブルな認定が可能な医学モデルと社会モデルのハイブリッドの利用資格認定システムとなっている。

##### (3) パーソンセンタード・アプローチ

生活の主体者（パーソン）としての利用者に焦点をあて、利用者本人を含むチームが合議に基づき目標(goal)を達成するための個別の課題(objective)達成に必要な「サービスと支援」を確定していくという支援計画作成方式となっている。

##### (4) 交渉決定モデル

支給決定プロセスにおいて、決定過程への当事者参画と立場の異なるチームによる合議調整が基本とされている。

##### (5) アドボカシー

支給決定機関を含む行政当局に対して利用者のサービス受給権確保を直接の目的とする強力なアドボカシー・システムが構築されている。

#### E. 研究の政策的含意

知的障害者の「生活の自律」を前提とする福祉政策と支給決定システムを構想するための参照枠組みを得ることができた。

#### F. 研究発表

##### 1.論文発表

・岡部耕典：「知的障害者が『自分の家』で暮らすための支援—アメリカ・カリフォルニア州のサポーターリビング・サービス」、『ノーマライゼーション12月号』第20巻12号：44-47、2009年

##### 2.学会発表

・岡部耕典：日本社会福祉学会第57回全国大会（平成21年10月10～11日・東京都町田市）「知的障害者の「生活の自律」とそのために必要な支援—アメリカ・カリフォルニア州における調査を踏まえて」

#### G. 知的所有権の取得状況

なし

# 知的障害者の「生活の自律」を前提とする福祉政策と 支給決定システム

—アメリカ・カリフォルニア州の制度と実践を踏まえて—

岡部 耕典

## 1. はじめに

平成 20 年度は、重度知的／発達障害者におけるパーソナルアシスタントの利用を中心とした地域自立生活支援の在り方についてアメリカ・カリフォルニア州における先駆的取組みに対する調査研究を行った。そこで得られた知見を日本における今後のあるべき姿について考察する手掛かりとし、「重度訪問介護を知的障害者にも対象拡大する」という現行制度に対する具体的な政策提言も含め「知的障害者の『生活の自律』とそのために必要な支援」と題する報告書としてまとめた。

2 年目となる本年度はアメリカ・カリフォルニア州における知的／発達障害者の「生活の自律」を前提とする福祉政策と支給決定の実際について制度研究を行いその体系的な理解を得た。具体的には、本制度にかんする DDS (カリフォルニア州発達障害局) 監修の利用者を対象とする標準的な解説書である“Rights Under the Lanterman Act: Regional Center Services for People with Developmental Disabilities”の訳出 (全 313 ページの 3 分の 1 程度の抄訳) を行い、支給決定システムを中心とするその制度の概要について、前年度に現地で収集した資料やインタビュー結果も踏まえつつ、「ランタマン法と制度の概要」「利用までのプロセス及び利用資格」「IPP の作成と実施」としてまとめ、以下のように整理した。

## 2. ランタマン法と制度の概要<sup>1</sup>

### (1) 法と制度の全体像

カリフォルニアシステムの根拠法はランタマン法(the Lanterman Act)<sup>2</sup>と呼ばれ、カリフォルニア州福祉法 (California Welfare and Institution Code) の第 4500 条から第 4905 条までによって構成されている。その目的は、知的／発達障害者<sup>3</sup>が家族や地域から引き離され施設へ入所することを防止しコミュニティで自立した生活を送ることを可能とすることであり、実現することであり、そのために必要な「サービスと

<sup>1</sup> “Rights Under the Lanterman Act” 第 1 章に準拠。

<sup>2</sup> Frank D. Lanterman 上院州議員の提案によって 1969 年に成立したことからこの名で呼ばれる。その後数回の改正が行われている。

<sup>3</sup> ランタマン法の対象者は我が国の発達障害者福祉法における「発達障害者」とは異なるので、本稿ではこの表記を用いる。詳細については、第 2 章及び岡部(2009,p.44)脚注 5 を参照のこと。

支援(service and support)」を受ける権利とカリフォルニア州の提供義務が規定されている。

「サービスと支援」とはたんなる福祉サービスの提供ではなく、障害の認定、ニーズのアセスメント、ニーズを満たす個別のサービスの提供までの一連のプロセスである。またその提供は①年齢や障害の程度に関わらず、②それぞれのライフステージにおいて、③地域でともに暮らすための支援であり、④個人のニーズや選択を完全に満たすものでなくてはならない<sup>4</sup>。

ランタマン法の実施を担うのは、知的／発達障害者支援を統括する州の公的機関であるカリフォルニア州発達障害局 (the California Department of Developmental Services:以下 DDS) 及び DDS との契約のもとで活動を行う民間非営利組織であるリージョナルセンター (regional center:以下 RC) である。この両者が協働して発達障害者に「人生を通して最も適切な形で施設やサービスへのアクセス」を提供するシステムであるが、公設民営機関である RC が支給決定とサービスの購買の両方を提供するところは日本の障害者制度と大きく異なっている。

「サービスと支援」の対象となるのは、ランタマン法に書かれた発達障害の定義に当てはまる人たちである。具体的には、精神発達遅滞、脳性マヒ、てんかん、自閉症を主な障害としてもつ人たちであるが、「精神発達遅滞に密接に関係のある障害をもたらすような状況下にある人、あるいは、精神発達遅滞のある人に必要な支援に近い対応を必要とする人」<sup>5</sup>も対象となる<sup>6</sup>。

ランタマン法では「サービスと支援」は以下の5つの枠組みから構成されている。

#### ① 知的／発達障害者の権利

「他のカリフォルニア市民と同じ権利を持っている」<sup>7</sup>ことを筆頭に、「自分の生活を定める権利」<sup>8</sup>、「選択をするのを助ける情報を理解できる形で得る権利」<sup>9</sup>、「自分の能力を最大限引き出すためのサービスや支援を使う権利」<sup>10</sup>、「最も制約の少ない環境の中でそうしたサービスや支援を受ける権利」<sup>11</sup>などの発達障害者が地域で暮らすときに必要な権利が明記されている。

#### ② リージョナルセンター(RC)

発達障害者に対するサービスのコーディネート及び提供は DDS と契約した RC が行い<sup>12</sup>その実施を DDS がモニタリングする。サービスを実施する主体は RC であるが、

<sup>4</sup> 第 4501 条。以下ランタマン法の条文には法律名は付さないこととする。

<sup>5</sup> “persons with a disabling condition closely related to mental retardation or who require treatment similar to that required by a person with mental retardation”、「第 5 区分(fifth category)」と呼ばれる。この第 5 区分を含め受給資格の詳細は第 2 章を参照のこと。

<sup>6</sup> 加えて、「発達障害のある子どもを生むリスクが高い人たち」及び「将来発達障害をもつ可能性がある 3 歳までの乳幼児」も対象とされる。

<sup>7</sup> 第 4502 条。

<sup>8</sup> 第 4502 条(j)。

<sup>9</sup> 第 4502.1 条。

<sup>10</sup> 第 4502 条(a)。

<sup>11</sup> 第 4620 条。

<sup>12</sup> 第 4620 条。