

### 3. 考察

α市は障害当事者運動があまり盛んではなかった地域に位置している。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やケアホーム、相談支援所等が設立されはじめている。

まず、施設利用者の実態から居住形態について考察する。少なくとも以上でみた施設においては、定位家族で暮らす障害をもつ人が多く、とりわけ知的障害者においてその傾向が顕著であった。知的障害を中心とする施設において、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に偏っていることを差し引いても、先行研究の知見を裏付ける結果でもある<sup>vii</sup>。また、多くは自宅から通所施設に通っていた。これは、α市において、親が若く体力のあるうちは自宅で、高齢になった時に施設入所というライフコースが一般的であるとみなされることが影響していると思われる。

ただし、グループホームやケアホーム居住への移行の萌芽もみられる。とりわけケアホームを運営するAは、宿泊体験施設から生活支援へ接続していこうとする意図を持っていることがあり、Cでも同様の動きがある。これは、「親なき後」の子どもの将来を心配する親の声を受けたかたちでもあり、こうした動きが実際に、障害をもつ人のケアホーム・グループホーム居住移行を促していると考えられる。

一方で、比較的若い親は、子どもとの別居に消極的であることも語られており、世代による一枚岩ではない状況も垣間みることができる。

次に、収入について、今回の調査対象者の年金受給率はおおむね90%以上であり、額の妥当性については検討が必要だろうが、収入は比較的安定している層に偏っている。

施設側としては、共通して年金と工賃で「経済的自立」を図っていきたい意向がみられたが、工賃は全国平均並みであり、それほど多いわけではない。工賃のあり方についても働き方と合わせて継続した検討が必要である。

また、親の考えと施設関係者の考えには祖語がみられた。たとえば3施設に共通して、親たちは子どもを「一般就労」に移行させたいという積極的な意向をもっていないという。Bにおいて、工賃アップをめざす同施設に子どもを通わせたいという親もいるが、そうした親にも一般就労をすすめると断わられてしまう、という例も語られた。全国的にも、親たちは子どもの一般就労を歓迎しないという傾向があるようだ<sup>viii</sup>。

Bの職員によれば、本人が「もっと収入を得たい」「一般就労したい」という意向をもっているも、親が本人の意思を尊重し、これをサポートする体制がなければ続かないという。親の意識も重要だが、職員が親のサポートを重視している点も看過すべきではないだろう。

次に事例からみていく。まず、資源の編成についてである。住宅の編成についてみると、Zさんは自宅、Yさんはたまたま父親の死亡によるアパート入居、その後事業所の所有する建物の一角に暮らすなど、その時その時の状況に依存する面が大きい。

Yさんに関しては住宅改造などは行っておらず、自宅での入浴やトイレでの排泄もかなわぬなど、環境に依存したものとなっている。

お金の編成について、今回の対象者については年金と工賃等の収入で生活費をまかなうことができていた。ただし支出との関係について詳細は不明であり継続した検討をする必要がある。

サービスの編成について、Yさんは、α市に転居する前は状態にみあわない少ないサービスを受給するのみであった。現在でも、外出時の介助者がみつからないなど、十分なサービスを受給しているとはいえない。また、Zさんは現在、社会サービスを利用しておらず、圧倒的にサービス利用量が少ない。このことはα市において障害者向けのサービス事業所自体が少なく、サービスを選択する余地が少ないこと、あるいは情報すら届いていないことが推察される。サービス利用に抵抗がある土地柄であることも影響しているだろう ix。

α市が行ったアンケート調査 xの結果からも、情報が行き届いていない現状が見え隠れする。そもそも自立支援法の詳細について、認知度が低い。「平成18年4月に施行された「障害者自立支援法」を知っていますか。」という質問に対して、とりわけ身体障害者は「知っている」と答えた人が少なく（10.8%）、「聞いたことがあるが、詳しい内容は知らない」36.2%、「知らない」40.2%であった。また、知的障害者については、「知っている」24.7%、「聞いたことがあるが、詳しい内容は知らない」33.7%、「知らない」31.1%という結果であった xi。法律は知っていても内容については知らないことがうかがえる。

以上から、Zさんについては「情報」という編成資源が不足しているために、現在は「住宅」、「サービス」という構造的資源をうまく編成したかたちでの、「自立」生活が実現されていないと捉えることができる。また、Yさんについては、現在は定位家族に暮らしているため、「自立」生活の編成についての分析を行うことはできないが、やはり「情報」という編成資源の不足のため、「自立」生活の実現以前に、固定的な「自立」観を有している、あるいは別様の「自立」のあり方について具体的にイメージできないといった状況におかれている可能性は否定できない。

次にサービス支給についてβ市と比較しながら考察する。β市は「福祉のまち」として知られているため、おそらく全国的にサービス支給量が多い地域である。α市のサービス支給量はおおむねβ市よりも少ない。

では、α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、移動支援サービスの支給量が少ないことがある。前者についてはすでに触れたように、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やケア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、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、α市におけるアンケート調査の結果から、自宅で暮らす障害者は訪問（介護）サービスを利用せず、介護・介助はおおむね家族に依存しているという仮説が導き出される xii。

結果を詳しくみると、「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%となる。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だろう。

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」と答えたのは 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%、「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、3 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 α 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 xiii。

#### 4. 結論

α 市における「自立」をめぐる状況をみてきた。α 市においては「自立」を実現するための要素が欠如または不足していることが示唆され、「自立」支援における地域格差の一端が明らかにされた。

最後に、α 市の特性をふまえた今後の支援のあり方について述べておきたい。

まず、社会サービスが不足していることを指摘した。この点において、「障害者自立支援協議会」（以下、「協議会」と表記する）の役割を述べておきたい。この協議会は自立支援法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」とであるとされている。この機関が十分に機能を果たすことにより、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。しかし、α 市における協議会は、ホームページ上ではその活動が紹介されているものの、2010 年度については、複数ある専門部会のうちの 1 つが 1 度開催されているのみである。α 市における協議会は機能不全状態にあると言わざるをえない xiv。

サービス利用に関する情報がゆきとどいていない点について、情報提供は、まず自治体が行うべきであろう。α 市はサービスについて、ホームページやパンフレットを作成するなど周知を図っているというが、いずれも関心のある人にしか届いておら

ず、サービスを「知らない」人の数値が高かったことからさらなる努力が求められる。また、先述した協議会も、この役割を担うべき機関であり、社会サービスの整備と同様、もてる機能を十分に果たすことが期待される。

またα市においては、障害をもつ人の人生の選択肢が少ないことが明らかになった。一般的に、親が高齢になり、子どもの世話・介護が困難になったとき（あるいはそうした状況が想定されたとき）に親と子の分離した生活が現実味を帯びることになるが、α市においてはその際の選択肢としては「入所施設」のみという状況が一般的であった。この背景には、親ができるかぎり子どもの世話をすることが望ましいという障害者の生き方に関する規範が強いことがあった。また近年、α市内の親を中心として設立された社会福祉法人により、グループホームやケアホームの建設が行われはじめではあるものの、現状としては諸事情により家を離れる人のための受け入れ先として活用されているのみである。また、親が高齢になり世話ができなくなった時の受け皿としても想定されていたが、これが、子どもである障害者にとって入所施設に代わる唯一の選択肢となる状況であれば、やはり生き方の選択は狭められたままであろう。

もちろん、冒頭でのべた「自己決定権の行使」が行われているという前提の上で、親も子どもも納得しており、世話をする親が心身を消耗するようなことがない（つまり、必要であれば適切な在宅サービスが受けられる）状態が保たれるのであれば、親元で暮らしつづける人がいてもよいし、望むのであれば「親亡き後」に関わらず、入所施設や病院での生活や、グループホームやケアホームで暮らすという選択があってもよいだろう。

問われるべきことは、「自己決定権の行使」が行われているかどうかはもちろんのことであるが、これらがほんとうに「選択肢」となりえているのかということであり、同時に「親元でも施設（入所施設・グループホーム・ケアホーム）でもない暮らし」という選択肢が、これと同じ水準で示されているかということだ。もう少し段階的にいえば、第一に、そうした生活をイメージするモデル（暫定的に「自立」モデルと呼ぶ）が、支援者や家族や当事者のなかに存在するか、第二に、これを実現するための制度が整っているか、第三に、このために必要な情報が提供されているかが問題になるだろう。

「自立」モデルについて、家族は「自分たちができる限りは世話をする」といった規範が強く、このモデルを有していないことが推察される。また、職員へのインタビュー調査からは「ケアホームに居住すること」＝「自立」といった考え方がうかがわれた。当事者についてはどうか。Zさんは母親の影響を強く受け、ケアホーム入居を決意しているが、「親亡き後」ケアホーム以外の暮らしは、選択肢として存在しないようだった。

また、Yさんは、α市の隣市において一人暮らしを10年間続けていたが、親元でも施設でもない暮らしのイメージはあったようだが、その一方で「自分である程度のことのできなければ自立してはならない」という、固定的な自立観を有していた。介助を必要とする人は親元か入所施設／ケアホーム、そうでない暮らしをするためには、「自分のことは自分でする」という固定的な自立観が、α市の親や支援者にも根づい

ていることをうかがわせる。

さらに、「自立」生活を実現するための制度はα市では不十分であることはすでにみたが、それでもYさんのように「自立」生活を営んでいる人はいる。むしろこのための制度や「自立」モデルに関する情報が行き届いていないことを問題として捉えるべきだろう。

たとえば、Yさんは自立生活センターのピアカウンセリングを受講することにより「自立」認識を転換させたが、この例は積極的に情報を入手しなければ「自立」モデルに触れることができないことを示してもいる。また、Zさんはケアホームへの入居希望にあたって、母親から強く影響をうけているが、実際の生活のなかで、家族と通所施設のほかに社会との接点はほとんどない。生き方の選択肢を広げる情報を入手することは困難なのである。

これらのことから、生き方の選択肢の1つとしての「自立」モデルや「自立」に関する情報を、広範な層にわたって広めていくことが求められる。先にも述べたように、自治体がこの役割を担うことはもちろんであるが、自治体以外の支援者・支援団体等による情報提供や、アドボケイト・エンパワメントも必要であろう。障害をもつ当事者のみならず、当事者と日々接している家族や支援者がまず、かれらの将来的な生活に関する複数のモデルを想定できるよう、支援を受けることが肝要であると思われる。

障害をもつ当事者や家族・支援者へのエンパワメント機能はどのような組織が担えばよいのだろうか。この1つとして、α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。β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、β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、これはすでにみたように、Yさんの例からも明らかである。これを経たうえて、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<sup>xv</sup>。

また、定位家族や地域共同体のつながりが強いというα市であれば、行政や通所施設による一枚岩的な情報や支援ではなく、より重層的なサポートが求められるだろう<sup>xvi</sup>。たとえば札幌市は2010年4月から、市独自の介助制度「パーソナルアシスタンス制度」を開始しているが、この実施を受託しているのが「自立生活センターさっぽろ」に併設された「PAさっぽろ」である。障害をもつ人は、自治体だけでなくこの団体から支援を受けることができ、重層的な情報提供や支援を受けることが可能となっている。「自立生活センターさっぽろ」では、「自立」生活の理念や実際について情報提供を行い、「自立」のための相談にも応じている<sup>xvii</sup>。

こうした情報提供、アドボケイト活動には、「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 2010: 38)がこの基礎として必要不可欠である。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。

## ■参考・引用文献

- 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・障害保健福祉総合研究事業『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).
- Francis Hassler, Jane Campbell, Gerry Zarb, 2000, *Direct Routes to Independence*, Policy Studies Institute.
- Micheal Oliver & Bob Sapey, 2006, *Social Work With Disabled People*(3rd edition)=2010 野中猛監訳・河口尚子訳『障害学にもとづくソーシャルワーク—障害の社会モデル』金剛出版.
- 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.
- 定藤丈弘, 1993, 「障害者福祉の基本的思想としての自立生活」, 定藤丈弘・岡本栄一・北野誠一編, 『自立生活の思想と展望—福祉のまちづくりと新しい地域福祉の創造をめざして』ミネルヴァ書房, 2-21.
- 田中恵美子, 2009, 『障害者の「自立生活」と生活の資源—多様で個別なその世界』生活書院.
- 谷口泰司, 2010, 「障害福祉サービス提供基盤の地域格差に関する一考察——移動支援事業の実態調査を通じて」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』, 13, 119-126.
- 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・障害保健福祉総合研究事業『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.
- 土屋葉, 2010, 「地域における障害者の「自立」支援のあり方に関する検討」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 21 年度総括研究報告書、研究代表者・勝又幸子), 82-93.

---

i 「地域格差」問題は自治体の財政状況や人口規模などに影響を受けるため、結論が出にくかったという (『さぼ一と』606,23, 2007)。一方、サービスの地域格差は日本だけの問題ではない。やや古いが、イギリスにおいて 1980 年代の報告書を例に引いた次のような指摘がある。「地方自治体間でどのようなサービスが提供されているかについて顕著な違いがみられ、残念なことに、ある障害者に対する専門職としての一番良いアドバイスは「引越しなさい!」というのがいまだに現実である。」(Oliver & Sapey, 2006=2010: 171)。

一方で、「地域格差」は、「障害者自立支援法」導入の根拠の 1 つとなった。厚生労働省社会・援護局(2005)は、「障害保健福祉施策」において大きな地域格差が生じていることを指摘し、その理由として「全国共通の利用のルールがない」、「地域におけるサービス提供体制が異なる、市町村の財政力格差」を挙げている (厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部, 2005, 「障害保健福祉の現状」『障害者自立支援法案による改革—「地域で暮らす」を当たり前』)。

- ii これを援助するのがピアカウンセラーの役目であるという（田中 2009: 65）。
- iii 2006 年障害者自立支援法の施行により、就労継続支援事業 B 型においては、「生産活動における事業収入から必要経費を引いた額を工賃として支払うこと」が必要と定められた。また、「生活介護」として利用している場合にも、「生産活動」を行っている利用者に対して、「就労支援の事業の会計処理の基準」を適用することができる。そうでない場合には「社会福祉法人会計基準」によることとなるが、その時には生活介護を一般会計、就労継続支援と就労移行支援を特別会計として、会計単位をわける必要がある（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課,2007『就労支援事業の会計処理の基準』に関する Q&A）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/qa34.pdf>

以上から、生活介護と就労継続支援 B 型を有する多機能型事業所（たとえば A や C）の場合、どちらの利用者に対しても「生産活動」を行う利用者として、会計を 1 つにしていることが推測される。

iv Y さんの経験からもわかるように、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。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 Y 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。

v ただし現在でも、利用時間が非常に多いというわけではない。また、転居した後の Y さんがアドボカシーを得ていたとは言い難い。生活は落ち着いたが、希望していたピアカウンセラーの資格を生かした活動ができていないこと、また、自立生活センターの立ち上げを構想してはいたものの、賛同するメンバーがなかなかみつからないこと、支援者とうまく意思疎通がはかれないこと等が挙げられる。これに対して、別の支援者や利用している施設職員からの情報も得ているようである。

vi 「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。

vii 土屋（2010）参照。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、後述の α 市が行ったアンケート調査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る。「その他」の内実は不明であるが、グループホーム、ケアホーム等であると推測される。

viii 後述の α 市における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%であることから、家族をはじめとする多くの人は、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ないことが推測される。

ix ある高齢者福祉サービス事業所職員は、「介護保険制度が施行されたときにも、事業所

の車が止まっているだけで「えっ？」と思われた」と言う。この地域では、サービスを利用するのがあたりまえと捉えられるまでに 10 年かかっているという。

x 2008 年 9 月に実施された。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%。

xi 身体障害者の「知っている」の数値が低い結果としては、対象者のうち 65.2%が 65 歳以上であり、介護保険サービスのみを利用している人が多いことが推測される。また、知的障害者の「知っている」の数値が若干高い理由としては、前述のように調査に「本人の意向を考えながら家族や介助者が記入」しているケースが多いことがあるだろう。

xii α市障害者自立支援協議会全体会 2009 年度第 1 回議事録には、医療的ケアを必要とする障害児・者に対する、「重度障害者の生活・医療等についてのアンケート」の結果の概要が報告されている（療育手帳 A 判定の方（重症心身障害児・者）へ 228 通送付、回答数 130、回収率 57%）。そのなかで、通院・通所の付き添いはほぼ母親が行っており、「24 時間丸抱え」の傾向があること、そのなかで 129 名中 58 名のみがホームヘルパーを利用していること、しかし痰の吸引など、子どもの健康管理はヘルパーにはまかせたくないと考えていることが指摘されている。情報に関しては、訪問リハビリ、訪問看護、相談事業について半数が「知らない」と答えているという。親亡き後については、親は 47%が施設、32%が住みなれた家、15%がグループホームで暮らすことを望み、本人は、10%のみが施設を望んでいるという。

xiii 「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」への志向が高いことの表れであると解釈できる。

xiv たとえば「住宅」に関して、α市が現在行っているサービスは、「住宅改修費の支給」（上限 30 万円まで、1 回のみ）、「障害者住宅整備資金の貸付」（上限 300 万円以内）、手帳保持者を家族成員に有する場合の「市営住宅の家賃減額」（10%）、のほかに市営住宅の優先入居のみである。障害をもつ人が住まいを見つけることの困難を考えれば、障害者用住宅の整備および供給、あるいは障害者向け住まいのあっせんなどが検討されるべきだろう。Y さんの例では、住宅改修は十分に行われておらず、自宅での入浴がかなわないなど、自立の資源の編成がうまくいっていなかったことをみた。これは情報や金額、賃貸物件への適応の問題があったことも推察される。いずれにしても住宅に関する制度について、協議会のなかでの検討が行われてもよいはずである。

xv 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 b 2007: 67）

xvi たとえば、英国では、行政によるサービスのほか、各種の支援団体やアドボケイトする組織が複数あり、障害をもつ人の生活をサポートしている。制度利用については、行政のケアマネージャーやソーシャルワーカーのほか、障害者団体の支援を受けながらその内容を決定することができる。また決定事項について不満がある場合には、公的なルートでの意義申し立てのほか、支援団体の支援者の援助を得て行政と交渉したり、あるいは独立の調査官による再調査を依頼する、地方政府のオンブズマンを頼るなど、さまざまなかたちでの支援が重層的に張り巡らされている。

xvii 札幌市、「パーソナルアシスタンス（PA）制度について」、[http://www.city.sapporo.jp/shogaifukushi/jiritsushien/2-10\\_PA.html](http://www.city.sapporo.jp/shogaifukushi/jiritsushien/2-10_PA.html)、また、自立生活センターさっぽろのホームページ <http://www.jvun.org/cils/>を参照のこと。



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策福祉総合研究事業（身体・知的等障害分野））

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－

知的障害者にも「生活の自律」を可能とする自立支援制度のために

－アメリカ・カリフォルニア州の制度と実践を踏まえた制度提言－

分担研究者 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。平成 21 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。

最終年にあたる本年度は、平成 20 年度及び平成 21 年度の研究成果を踏まえ、日本においても知的障害者の「生活の自律」を可能とする自立支援を制度化するための政策提言をまとめる。

障害者権利条約の要請に応え、知的障害者にも重度訪問介護等の「生活の自律」を前提とする自立支援の制度化が求められている。本論を通じて、ポスト障害者自立支援法の議論において、障害者権利条約の批准を前提として必要となる知的障害者の自立支援制度の在り方を提起した。

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」を前提とする支援・政策・支給決定の実際についての研究成果を踏まえ、日本においても知的障害者の「生活の自律」を前提とする自立支援を制度化するための政策提言をまとめる。

B. 研究方法

初年度及び次年度の研究成果を踏まえ、現行制度に関する資料サーベイを中心とする研究を行う。

（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

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」を前提とする支援・政策・支給決定の実際についての研究成果のまとめ及び日本においても知的障害者の「生活の自律」を前提とする自立支援を制度化するための政策提言の検討を通じて、

障害者権利条約の批准を前提とするポスト障害者自立支援法の議論において求められる知的障害者の自立支援制度の在り方について具体的な政策提言をおこなった。

#### D. 結論

日本において、知的障害者にも「生活の自律」を可能とするためには、カリフォルニア州の制度との対比を踏まえつつ、パーソナルアシスタンスの給付と予算の確保に対する公的責任の明確化及び障害程度区分の廃止と協議調整モデルの採用を前提とする支給決定システムへの転換を図る必要がある。

さらに、重度訪問介護という現行制度における実質的パーソナルアシスタンス制度の対象範囲の拡大と提供する便宜の内容の見直しを行い、知的障害者が親元でも入所施設でもケアホームでもなく暮らす「生活の自律」を可能とするための支援のしくみとして活用可能とする必要がある。

#### E. 研究の政策的含意

障害者権利条約の批准を前提としてポスト障害者自立支援法に求められる知的障害者の自立支援制度の在り方について提起することができた。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的所有権の取得状況

なし

# 知的障害者にも「生活の自律」を可能とする 自立支援制度のために

—アメリカ・カリフォルニア州の制度と実践を踏まえた制度提言—

岡部 耕典

## はじめに

初年度（平成20年度）は、2008年8月31日から9月7日まで、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について、全米でももっとも先駆的な取り組みをおこなっているカリフォルニア州発達障害局(State of California Department of Developmental Services)及び事業所等に対する訪問調査研究を行い、その成果を踏まえ、障害者権利条約第19条の要請でもある知的障害者に対するパーソナルアシスタンスの活用を中核とした地域自立生活支援の在り方に対する報告書をまとめた。

次年度（平成21年度）は、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詳細について前年度に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。

最終年度となる本年度（平成22年度）は、初年度及び次年度の研究成果を踏まえつつ、日本においても知的障害者の「生活の自律」を前提とする自立支援を制度化するための制度提言を行うことを目的とする研究を行い、過年度の成果の要約と併せて本報告書としてまとめた。

本報告書の構成は以下のとおりである。まず、第19条を中心として障害者権利条約が要請する知的障害者の自立生活支援の課題を整理するとともに、知的障害者の居宅介護に対する社会福祉基礎構造改革以降、障害者自立支援法までの射程とその問題点を確認する（第1章）。続いて、初年度及び前年度の研究成果を踏まえつつ、米国・カリフォルニア州における知的障害者の「生活の自律」を前提とする自立支援制度の概要について、サービスシステム、支給決定システム、サービス提供システムの各領域に分けて整理する（第2章）。最後に、これらを踏まえつつ、知的障害者にも「生活の自律」を可能とする支援及びそのために必要となる支給決定システムの在り方について提起を行う（第3章）。

## 1. 障害者権利条約の要請と障害者自立支援法の射程

### (1) 権利条約第 19 条と知的障害者の自立生活支援<sup>1</sup>

2007 年 12 月に国連で採択された「障害のある人の権利に関する条約とその選択議定書（以下「障害者権利条約」）第 19 条 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」では、以下のように障害者の自立生活とそのために必要な支援にかんする具体的な指針が示されている。

まず、「この条約の締結国は、障害のあるすべての者と平等の選択の自由をもって地域社会で生活する平等の権利を認める」ことが必要である。さらに、その権利の確保のために必要な措置とは、「(a)障害のある人が、他の者と平等を基礎として、居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること、並びに特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと」「(b)障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するために並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービス（パーソナルアシスタンスを含む。）にアクセスすること」「(c)一般住民向けの地域社会サービス及び施設[設備]が、障害のある人にとって他の者との平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害のある人の必要[ニーズ]に応ずること」<sup>2</sup>の三点である。

現在でも西欧諸国と比して極めて高い比率で入所施設での生活を余儀なくされているという意味からは、このような自立生活支援をとりわけ必要とするのは知的障害者である。そこで第 19 条の各項に対照するかたちで、知的障害者の現行在宅サービスの具体的問題を整理すると（表 1）のようになる。

（表 1）知的障害者の現行在宅サービスの具体的問題<sup>3</sup>

権利条約第 19 条の要請	対応する現行知的障害者在宅サービスの問題
(a)どこでだれとどのように暮すかの自由の確保	入所施設でも親元でもない地域生活の場が、グループホーム／ケアホームしか想定されていない。
(b)パーソナルアシスタンスを含む地域自立支援サービスの確保	身体障害者には存在する重度訪問介護等の長時間見守り型居宅介護の支援類型が存在しない。(知的障害者に対するパーソナルアシスタンス制度の実質的な不在)
(c)一般住民向け地域社会サービス及び施設の利用保障	日中活動の場として想定されているのは障害者のみが通う通所施設（デイサービス）である。

日常生活と社会参加に支援を必要とする知的障害者にとって、(a)(c)が求める地域自立生活とは、(b)の個別化された人の支援（＝パーソナルアシスタンス）を得ての

<sup>1</sup> 表を含め、岡部(2010b,pp.50-51)「知的障害者のための地域自立生活支援」に準拠。さらに詳しくは岡部(2010a,pp.95-98)「権利条約の射程」も参照のこと。

<sup>2</sup> 条約訳文は、長瀬・東・川島編(2008pp.207-297)の「川島聡＝長瀬修仮訳(2008年5月30日)」に準拠する。

<sup>3</sup> 岡部(2010b,p.51)表 3-1

援助付き生活／就労によって可能となるものでもある。その意味では、総合的な問題解決の鍵を握るのは(b)が求める「知的障害者のパーソナルアシスタンス」の実現であるといえるだろう。

## (2) 障害者自立支援法に至るまでの知的障害者の居宅介護の状況

2000年の法改正によって知的障害者の居宅介護制度でも身体介護、家事援助に加えて余暇活動等の社会参加外出に使える移動介護が利用可能となった。ただし、実施方法が市町村への委託事業であったため、2003年の支援費制度の開始までは全国の基礎自治体の30%程度の実施率に留まっていた。

支援費制度となって利用が大きく急増したのは、①利用制度化にともない事業所の開設が市町村による委託方式から都道府県の指定方式以下に変更され事業開始が容易になったこと、②利用者が成人の場合は扶養義務者の範囲が配偶者と子に限定されたため、兄弟や親の負担がなくなり、利用しやすくなったこと、③対象が障害児にまで拡大されたこと、④グループホームの利用者であっても身体介護や移動介護に居宅介護を利用できるようになったこと、などの理由が考えられる<sup>4</sup>。

結果として、支援費制度が発足した2003年から2004年2月の8ヵ月間の居宅介護費の総計は前年度比で知的障害者では1.8倍、障害児全体<sup>5</sup>では2.5倍と増加する。ある意味では従来の制度的制約によって潜在化せざるをえなかった知的障害者の地域生活支援の需要が急速に顕在化しただけであるともいえる。現に支援費制度に先行して開始された介護保険制度では、制度開始後2年間の在宅介護に利用実績は対前年比53%増、110%増と伸びているのである。しかし、以降知的障害者の居宅介護、の「ニーズ爆発」<sup>6</sup>についてきわめて抑制的な政策がとられるようになっていく。そして、とりわけ狙い撃ちにされたのは学齢期や家族同居の当事者も使いやすく利用が大幅に伸びていた移動介護であったのである。(岡部 2006b, pp.12-15)

2005年4月には、居宅介護全体に対する大幅な単価改定(切り下げ)が行われ、1.5時間を超える身体介護及び身体介護を伴う移動介護の単価は家事援助の単価まで引き下げられた。同時に、のちの障害者自立支援法の制度を先取りするかたちで「行動援護」という知的障害者・児を対象とする<sup>7</sup>新たな介護類型が創設される。

行動援護とは、知的障害者・児の「外出時及び外出の前後」に際して、問題行動を未然に防止する「予防的対応」、問題行動を起こしてしまったときに本人や周囲の安全を確保しつつ問題行動を収める「制御的対応」、外出中の排便・食事・衣服着脱等の際の「身体介護的対応」を便宜の内容とする居宅介護類型とされているが、実質的にはそれまでの高単価の身体介護を伴う移動介護の代替策であるといつてよい。ただし、利用者は10項目からなる基準表に基づいて判定される「行動上著しい困難がある者」に限定され、かつ、それまでの身体介護を伴う移動介護に準じた高単価であるといつ

<sup>4</sup> 日本発達障害者福祉連盟(2004)pp.149-150「ホーム・ヘルプ」: 柴田洋弥。

<sup>5</sup> 厚生労働省では障害児の居宅介護利用については障害種別の統計がとっていない。

<sup>6</sup> 当時の行政官僚や一部の研究者によってしばしば使われた表現である。

<sup>7</sup> 障害者自立支援法となって対象は精神障害者まで拡大された。

でも一日の利用時間は 5 時間<sup>8</sup>に制限され、利用時間が増えるに従って逡減する単価体系となった。加えて介護者には厳しい資格要件が課せられ、利用資格・サービス供給の確保の両面から利用はごく一部に限られることになる。(日本発達障害者福祉連盟(2005)pp.139-141「ホーム・ヘルプ」:岡部耕典)

障害者自立支援法となって、身体障害者の長時間見守り型介護類型であり実質的なパーソナルアシスタンスとして利用されている日常生活支援は重度訪問介護と名を変えて継続されるが<sup>9</sup>、「知的障害者に特化した介護」としては行動援護があるとのことで、障害の程度に関わらず知的障害者が重度訪問介護を利用することは認められていない。しかし、利用者の制限や介護に対する考え方や手法の違いは別としても、行動援護は基本的には移動介護のための類型であり、時間制限も含め単独で独居の知的障害者の長時間見守り介護を行うことは困難である。それゆえ、知的障害者の場合は、行動援護と家事援助等の巡回型訪問介護、さらには支給決定の体系も異なる移動支援までも組み合わせるパーソナルな自立生活支援を行うしかないという現状がある<sup>10</sup>。

このように、日本の場合特に知的障害者において、障害者権利条約第 19 条(b)でいう「パーソナルアシスタンスを含む地域自立支援サービスの確保」がなされていないという現況がまず確認される必要があるだろう。

## 2. カリフォルニア州における知的障害者に対する自立生活支援の概要

### (1) サービスシステムにおける支援のエンタイトルメント<sup>11</sup>

カリフォルニアにおける知的／発達障害者<sup>12</sup>支援システムの根拠法はランタマン法(the Lanterman Act)<sup>13</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 条までから構成されている。その目的は、知的／発達障害者<sup>14</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実現することであり、そのために必要な「サー

<sup>8</sup> その後 8 時間まで延長された。

<sup>9</sup> ただし、障害程度区分 5 以上の「四肢麻痺」という条件が付き、利用資格は厳しくなった。

<sup>10</sup> 加えて、支給決定される総時間数も身体障害者に比してきわめて少ない。

<sup>11</sup> 岡部(2010b,pp.84-86)「法と制度の概要」に準拠。

<sup>12</sup> 米国カリフォルニア州における発達障害者の定義は、「発達初期に神経系の継続する障害を受け、知的障害者のためのサービスを必要とする者」であり、日本の発達障害者支援法に定義される「発達障害者」と区別し、さらに本論が扱う知的障害福祉に関連するサービスの対象者であることを明確にするために「知的／発達障害者」と表記することとする。詳細については、岡部(2010b,pp.65-66)の注 5)を参照のこと。

<sup>13</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>14</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。

ビスと支援(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>15</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>16</sup>も対象となる<sup>17</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>18</sup>ことを筆頭に、「自分の生活を決める権利」<sup>19</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>20</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>21</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>22</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。

<sup>15</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>16</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 区分を含め利用資格の詳細は岡部 (2010b, pp.92-95) 「利用資格」を参照のこと。

<sup>17</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>18</sup> 第 4502 条。

<sup>19</sup> 第 4502 条(j)。

<sup>20</sup> 第 4502.1 条。

<sup>21</sup> 第 4502 条(a)。

<sup>22</sup> 第 4620 条。

## 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>23</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、DDSもその実施を担保する責任がある<sup>24</sup>。

## ③ 個別支援計画 (IPP) の作成とサービスの提供

RCは利用者と一緒に個人サービス計画 (Individual Program Plan:以下IPP) を作成する<sup>25</sup>。IPPに書かれたサービスと支援はRCがコーディネートし、あるいは購入して提供することに責任をもち、カリフォルニア州はその費用を提供する義務を有する。

## ④ 公聴会及び不服申し立てシステム

利用者の権利を擁護するために公聴会 (Fair Hearing) や不服申し立て手続き (Appeal Process) を設置する<sup>26</sup>。RCの利用を断わられたり、求める支援がIPPに書き込まなかったりした場合は公聴会や不服申し立て手続きが利用できる。また、利用者は自分で不服を申し立てることもできる<sup>27</sup>。

## ⑤ 行政から独立したアドボカシー・サービス

当事者権利推進センター (The Office of Clients' Rights Advocacy:以下OCRA) やプロテクション・アンド・アドボカシー (the Protection & Advocacy, Inc:以下PAI)<sup>28</sup> などの当事者職員のいる独立したアドボカシー・サービスを利用可能とする。また、地域住民が参画するエリア・ボード (Area Board) を設け、施設入所者のための当事者権利推進員 (Client Rights Advocate) やボランティアの当事者権利コーディネーター (Volunteer Advocacy Coordinator) を置く。

## (2) PC-IPPとリージョナルセンター・システムによる支給決定<sup>29</sup>

支給決定の鍵となるのはIPP(Individual Program Plan)である。IPPとは、RCを利用する知的／発達障害当事者が地域で自立した生活を送るためにどのような「サービスと支援」を望み必要としているか、誰がどのようにしてそれを提供するかについて書かれた当事者とRCの間の契約書である<sup>30</sup>。RCからの一方的な支給決定通知ではないため、利用者本人ないし本人の代理人が同意し署名していないIPPは有効ではない

---

<sup>23</sup> 第 4620 条。

<sup>24</sup> 第 4416 条、第 4434 条。

<sup>25</sup> 第 4646 条。

<sup>26</sup> 第 4700 条以下を参照のこと。

<sup>27</sup> 「第 4731 条不服申し立て (Section 4731 Complaint)」という。

<sup>28</sup> 現在の名称は Disability Rights California(DRC)。

<sup>29</sup> 岡部(2010b,pp.95-104)「IPP の作成と実施」の要約。詳細については原文を参照のこと。

<sup>30</sup> 第 4646 条、第 4647 条。



31。

IPPに記載された「サービスと支援」は、当事者のニーズに沿ったものでなくてはならない。そのために、IPPの作成と契約はその当事者の目標(goal)、選択、ニーズについて話し合うIPPミーティング(IPP meeting)という形式で行われる。

IPPはインタビュー面接から60日以内に書かれなくてはならないが、複雑なニーズがある場合や利用者本人が望む場合は、IPPミーティングを2回以上開くことができる。IPPは最低でも3年に一度見直しがされなくてはならない。また、利用者が希望すればいつでも見直しを要求することができる。施設入所者のIPP作成は入所施設の職員が中心となって行われることになるが、その場合でも将来の地域移行に備えるために最低1名のRC職員の参加が義務づけられる。

以下に、IPPの主要な概念について、今後の日本の制度構想に対する示唆に富む点を中心に整理しておく。

#### 〔本人中心〕

IPPミーティングは「本人中心(person-centered)」でなくてはならない。ミーティングでは、どこで誰と住みたいか、自分の時間を誰と一緒にどのように過ごしたいのか、誰とどこで働きたいのかといったその人固有のニーズが具体的に焦点化される<sup>32</sup>。

#### 〔作成チーム〕

利用者の目標や夢を達成するための方法を作り上げていく協働的なプロセス(collaborative process)がIPPミーティングであり、それを担うのは利用者及びその関係者、そしてRCスタッフを含めた作成チーム(planning team)である。どのような「サービスと支援」をIPPに記載するのかは作成チームが合議して決定する<sup>33</sup>。作成チームの構成メンバーは、利用者本人、利用者が指定する代理人、親(利用者が未成年の場合)もしくは後見人(利用者が被後見人の場合)、利用者が出席を希望する支援者<sup>34</sup>、サービス・コーディネーター等のRC側の責任者<sup>35</sup>、作成チームによる「サービスと支援」の決定を担保する権限を持つRCスタッフ、それに加えて施設入所者の場合は入所施設の職員であるが、作成チームの中心となるのはあくまで利用者本人とされている。

#### 〔当事者参画〕

---

<sup>31</sup> 第4646条(g) なお、合意できない場合、あるいは求める「サービスと支援」が受け入れられない場合、利用者は速やかに公聴会(fair hearing)を開催することを要求できる。

<sup>32</sup> 第4502条(j)。

<sup>33</sup> 第4646条(b)。

<sup>34</sup> 支給決定のプロセスに本人のみならず本人が希望する第三者(本人の生活をよく知る支援者)も参加可能であることは特筆すべきところであろう。なお、利用者が望めば、懇意にしている近隣住民に電話で参加してもらうこと等もできる。(第4章 p.6)

<sup>35</sup> IPPミーティングに支給決定権限を持つRC職員が参加することが義務付けられている。(第4646条(d))。

利用者抜きで支給決定のプロセスを進めることはできない。IPPミーティングにおいて利用者は自分の使う「支援とサービス」について決定権を持つRC職員と直接話す権利がある。従って、IPPミーティングには利用者本人の参加が必須条件であり<sup>36</sup>、その開催は利用者本人の都合の良い場所・都合のいい時間に行われなくてはならない<sup>37</sup>。また、利用者の参画だけでなくサービス・コーディネーターやスーパーバイザーなどのRC側の「決定権者(decision maker)」の参画も必須とされ<sup>38</sup>、もしIPPミーティングに不参加だった場合、利用者は権限を有する職員が参加したIPPミーティングを15日以内に開催するように要求できる<sup>39</sup>。

利用者本人が知的／発達障害により「会話ができない(do not talk)」場合でも「人間にはそれぞれのコミュニケーションの方法があるので」<sup>40</sup>参加は意味があり必要であるとされる。また手話などのコミュニケーション支援や英語以外の言語の使用も権利として保障されていることも言うまでもない<sup>41</sup>。

#### 〔アセスメント〕

IPPミーティングでまず行われるのは、利用者が有する潜在能力(capability)と現在問題となっていること(problem)に対するアセスメントである<sup>42</sup>。利用者の生活の目標や能力、長所、好み、目標を達成する上でのバリアなどを明らかにするため、ミーティングの冒頭でアセスメントに十分な時間をかけることが推奨されている。全体像を明らかにするためアセスメントは利用者本人、利用者の家族、友人、アドボケイト、サービス提供者などの広範な範囲を対象とすることが求められている<sup>43</sup>。

#### 〔目標と課題〕

人間関係を深め地域の一員となるために利用者が希望し選択する生活の在り方が目標(goal)である。たとえば、「友人を作り、仲間との関係を高める」「仕事を持つ、地域で暮らす、学校へ行く、楽しい活動を行う」「どこで、誰と、どのように暮らしたいかを決める」「レクリエーションのグループやピープルファーストの地区部会、地域活動団体などに参加し地域の一員となる」「お金の扱い方や料理、バスの乗り方などを学ぶ」など利用者の住みたいところや参加したいレクリエーション活動、したい仕事などが幅広く対象とされる<sup>44</sup>。

課題(objective)とは、「目標を達成するのに役立つ、具体的で時間を区切った活動」

---

<sup>36</sup> 第 4512 条(i)、第 4646 条。

<sup>37</sup> 第 4646 条(a) 利用者の自宅、利用するデイセンター、RC 事務所などが例示されている。

<sup>38</sup> 第 4646 条(d)。

<sup>39</sup> 第 4646 条(f)。

<sup>40</sup> 第 4 章 pp.10-11。

<sup>41</sup> 第 4512 条(b)。

<sup>42</sup> 第 4646.5 条(a)(1)。

<sup>43</sup> 第 4646.5 条(a)(1)。

<sup>44</sup> 第 4 章 p.14。

45 である。IPPの実施状況をモニタリングする必要上からも、課題は可能な限り具体的かつ期限や回数等を定めて記入されなくてはならない。課題達成のために必要となる「サービスと支援」はその当事者の生活や人生の目標(goal)、選択、ニーズを実現するために不可欠な援助である。それゆえ、RCはIPPに記載された「サービスと支援」を直接購入するのか他の機関や地域資源からの提供をコーディネートするのかのいかんにかかわらず確保する法的義務を有する<sup>46</sup>。

なお、RCが直接・間接の提供義務を負う「サービスと支援」はIPPに内容・支給量・提供者が具体的に記載されたもののみである。従って、適切かつニーズをきちんと反映した支給決定を受けるためには、利用者側もIPPミーティングのための事前準備を行い、「好きなこと嫌いなこと、ほしいもの、必要なものについてのリスト」だけでなく「ニードを満たすために役立つ『サービスと支援』のリスト」も用意しておくことが推奨されている<sup>47</sup>。

RCには事業者からのサービス購入を行うための個別の POS<sup>48</sup> があるが、それを理由としてIPPにより利用者個々にエンタイトルメントされた「サービスと支援」の提供を拒否したり支給量を制限したりするような内容とすることはできない<sup>49</sup>。同様に、購買予算の不足を理由とする拒否や制限もできない<sup>50</sup>。また、RCは、費用対効果 (cost-effectiveness)<sup>51</sup> を考えて「サービスと支援」の購入を行う義務があるが、これは要する費用に対して最も良い効果が得られるようにせよという意味であり、必要なコストに差があることを理由としてIPPで決定される「サービスと支援」の種別が左右されることは認められない<sup>52</sup>。

RC以外の公的機関がIPPに記載された「サービスと支援」を提供することができる場合には、RC自身が購入するのではなくそうした他の機関のサービスをコーディネートする<sup>53</sup>。ただし、そのことによって必要とされる「サービスと支援」が低下してはならない。また、直接提供かどうかに係らずIPPによりエンタイトルメントされた「サービスと支援」の最終的な提供義務はRCにある。

---

45 第 4645 条(a)(2)。

46 第 4648 条。

47 加えて「生活の質についてのアセスメント」も重要な手がかりとなる (P.4-17)。なお、ランタマン法に記載されている「サービスと支援」の名称はあくまでカテゴリーであり個別のサービス名ではない。実際の IPP に記入されるのは、具体的にどのような支援を行うかの具体的な内容である。

48 サービス購入指針 (Purchase-of-Service policy)。

49 たとえば、「自立生活技能訓練の上限を 2 年としている場合」(第 4 章 p.20)などが例示されている。RC ごとに POS は異なるが、DDS の確認と承認が義務付けられている(第 4434 条(d))。また、POS を理由として IPP により決定された「サービスや支援」を拒否された場合は利用者は不服申し立てをすることができる。

50 Association for Retarded Citizen v. DDS, 38 Cal.3d 384(1985)。

51 第 4512 条(b)、第 4646 条(a)、第 4648 条(a)(1)(6)、第 4651 条(a)、第 4685 条(c)(3)。

52 「たとえば、グループホームの方がコストが安いからといって、サポータードリビング・サービスを認めないということがあってはならない」(p.4-21)。

53 第 4648 条(a)(8)。

利用者の家族、友人、そして生活の中で定期的に会う人たちからできたボランティア・グループとして、経験を分かち合ったり、自立や地域への関わりを進めたりする人たちは「支援の輪(circle of support)」と呼ばれる<sup>54</sup>。「支援の輪」を作ることもRCがコーディネートできるナチュラル・サポートのひとつとして重視されている。ただし、それは利用者の社会参加の促進のためであって、RCが提供する「サービスと支援」を支給しないために「支援の輪」を強制することはできないことになっている。

RCによる「サービスと支援」の提供方法は以下の4つの方式がある。

### ① サービス事業者から購入して提供する

RCが契約しているサービス事業者(service provider(vender))<sup>55</sup>から「サービスや支援」を購入する方式。最も一般的な提供方式である。なお、契約済みの事業者や個人がIPPに記載された利用者のニーズを満たすことができない場合、RCは対応可能な新規事業者を探す責任を有する<sup>56</sup>。

### ② 「一般的な機関」から提供させる

利用者が公立学校、メディ・カルやIHSSなどの「一般的な機関(generic agency)」からサービス入手することを支援する方法<sup>57</sup>。「一般的な機関」から提供させる「サービスと支援」には、特別教育、医療、生活扶助(Supplemental Security Income: SSI)、居宅介護 (IHSS)などが含まれる。

### ③ バウチャーを提供する

必要なサービスや機器を購入するための「バウチャー(voucher)」を提供する方式<sup>58</sup>。バウチャーにはレスパイト、移動サービス、デイケア、居宅介護、おむつなどの種類がある。

バウチャーを使うと、利用者が選択した事業所や個人からのサービス購入が可能となる半面、サービス提供者を探し、「雇用主-被雇用者」の関係を作る責任が利用者に課せられる<sup>59</sup>。雇用主として利用者は、雇用、解雇、賃金の報告、源泉徴収と納税、労災などに関する州法及び連邦法を遵守しなくてはならない。ただし、RCにはそのための技術的な支援、指導、研修を行う義務を有し、自ら「サービスと支援」を購入して提供する代わりに一方的に利用者へのバウチャー使用を強要することはできない<sup>60</sup>。

---

<sup>54</sup> 第 4512 条(c)。

<sup>55</sup> 事業所(agency)の場合も個人(individual)の場合もある。

<sup>56</sup> 第 4648 条(a)(3)(B)。

<sup>57</sup> 第 4646.7 条(a)、第 4647 条(a)。

<sup>58</sup> 第 4648 条(a)(4)。

<sup>59</sup> 第 4512 条(i)、第 4648 条(a)(4)。

<sup>60</sup> 第 4 章 pp.29-30 必ずしも明言はされていないが、セルフディレクテッド・サービスの開発にあたり、このようなバウチャーの有する利点と問題点が考慮された可能性はあるだろう。