

博士論文

相談支援の基本構造と形成過程

—精神障害を中心に—

(Basic Structure and the Developing Process of
Consultation Support in the Social Welfare for People
with Disability:
Focusing on Mental Health Services)

2018年9月

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

萩原 浩史

立命館大学審査博士論文

相談支援の基本構造と形成過程
—精神障害を中心に—

(Basic Structure and the Developing Process of
Consultation Support in the Social Welfare for People
with Disability:
Focusing on Mental Health Services)

2018年9月

September 2018

立命館大学大学院先端総合学術研究科
先端総合学術専攻一貫制博士課程

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences

Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences

Ritsumeikan University

萩原 浩史

HAGIWARA Hiroshi

甲号：研究指導教員：立岩 真也教授

Supervisor : Professor TATEIWA Shinya

博士論文要旨

相談支援の基本構造と形成過程

—精神障害を中心に—

立命館大学大学院先端総合学術研究科

先端総合学術専攻一貫制博士課程

ハギワラ ヒロシ

萩原 浩史

本研究の目的は、障害福祉施策が 1990 年代以降、相次いで見直しになった背景を追いつつ、現在、障害福祉サービスの中心に位置づけられている相談支援の形成過程を明らかにすることである。とりわけ独自の支援がなされてきた歴史的な背景がある精神障害に焦点をあてる。相談支援は、財源、目的、実施主体などが異なる複数の事業で構成されている。さらに制度上の不備から不明確な定義や用語が散見しているため、複雑かつ難解な制度になっている。しかしながら、これまで「量的拡大」と「質の向上」など実践的価値を重視するあまり、政策や財政の問題と結びつけて語られることがなかった。本研究は、相談支援の形成過程を社会保障政策の視点から体系的・通史的に明らかにすることで、実践現場への還元と発展に貢献することを目指す。

第 1 章は、相談支援を構成する各事業の目的、対象、支援の内容など、法制度上の位置づけを確認し、基本的な構造を整理する。また、既存の文献が示した相談支援の課題およびその解決策の妥当性について検証する。第 2 章は、相談支援が予算事業になった 1996 年から障害者自立支援法が施行された 2006 年までの社会保障制度改革の変遷を述べ、相談支援との関係について明らかにする。

第 3 章から第 5 章は、のちに相談支援に組み込まれることになる 3 つの事業（精神障害者地域生活支援センター・ケアマネジメント・退院支援）が変容していく過程を、それぞれの時系列に沿って検証する。第 3 章は、相談支援の原型である精神障害者地域生活支援センターの予算事業化から廃止に至る経過を詳述し、再編の理由と背景について検証する。第 4 章は、障害分野にケアマネジメントが導入されるまで約 10 年を要した経過を確認し、ケアマネジメントが相談支援と同義に位置づけられるようになった理由を明らかにする。第 5 章は、精神科病院での社会的入院者への退院に向けた取り組みと理念が形骸化していく過程を検証し、退院を阻害している今日的要因について検討する。第 6 章は、相談支援体制が三障害ワンストップへ再編になったことで市町村に与えた影響について、おもに大阪市の事例から考察する。

本研究は、相談支援の形成過程が、1990 年代以降の社会保障制度改革の影響を受けていること、そのため常に財政上の問題と隣合わせだったことを論じ、今後に残された研究課題を論じて終える。

Abstract of Doctoral Thesis

Basic Structure and the Developing Process of Consultation

Support in the Social Welfare for People with Disability:

Focusing on Mental Health Services

Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences
Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences
Ritsumeikan University

ハギワラ ヒロシ

HAGIWARA Hiroshi

The purpose of this study is to clarify the development process of consultation support which plays important role in disability welfare system of Japan, while by paying attention to the reforms in the entire disability welfare system since the 1990s. This study focuses on mental health services that have unique support history. Consultation support is a complex system, which consists of multiple projects with different financial resources, objectives, and responsible organization. In addition, there are many un-defined and unclear terminology related to this field. The emphasis has been put on practical value such as “quantitative expansion” and “quality improvement” in consultation support, and policy and financial issues has been overlooked. This study aims to reveal the development process of consultation support from the viewpoint of social security policy historically and comprehensively. Chapter 1 outlines the structure of consultation support that is constituted with varieties of projects and examines the issues and the validity of the solutions of each project indicated by previous research. Chapter 2 analyzes the transition of social security system since consultation support began to receive public budget in 1996 until its landmark regulation reform in 2006. Chapters 3 to 5 studies how the projects of community life support center for people with mental disorders, care management, and discharge support in psychiatric hospitals, were consolidated into consultation support. Chapter 6 studies the influence of consultation support system reorganization on municipal governments in case of Osaka City. The conclusion argues that current complexity in consultation support is a result of the accumulation of larger changes in national level in social security and fiscal policies since the 1990s.

目次

序章	1
第1節 本研究の目的	1
第2節 本研究の背景	1
第3節 本論文の構成と研究方法	2
3-1 構成	3
3-2 用語の定義および表記	6
3-3 研究方法	7
第1章 相談支援の概要	10
第1節 はじめに	10
第2節 事業体系	11
2-1 相談支援	11
2-1-1 特定相談支援事業	11
2-1-2 一般相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）	13
2-1-3 障害児相談支援事業	14
2-2 相談支援事業	15
2-2-1 市町村が行う相談支援事業（市町村地域生活支援事業）	15
2-2-2 委託相談支援事業	17
2-2-3 基幹相談支援センター	18
2-2-4 地域活動支援センター I 型	19
2-3 「相談支援」および「相談支援事業」の運営	20
第3節 先行研究	23
3-1 学術誌など	23
3-2 専門雑誌など	25
3-3 テキストおよびマニュアル	28
3-4 文献の傾向	29
第4節 小括	30
第2章 社会保障政策の変遷と相談支援・1996年—2006年	33
第1節 はじめに	33
第2節 福祉分野をめぐる「規制緩和」「市場化」	33
第3節 規制緩和に向けた検討	35
3-1 関係審議会等の提言	35

3-2	総合規制改革会議・第1次答申	36
3-3	総合規制改革会議・第2次答申	37
3-4	総合規制改革会議・第3次答申	38
第4節	障害者プラン——ノーマライゼーション7ヶ年戦略：1996年	40
4-1	介護保険制度の創設	40
4-2	障害者プラン	42
4-3	相談支援の源流	44
第5節	社会福祉基礎構造改革から社会福祉法へ：2000年	45
5-1	社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）	46
5-2	社会福祉法成立	47
第6節	新障害者プラン——重点施策実施5ヶ年計画：2003年	48
6-1	障害者プランの達成状況	48
6-2	新障害者プラン	50
6-3	「身体」「知的」の一般財源化と三位一体の改革	51
第7節	今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）：2005年	52
7-1	支援費制度の開始	52
7-2	改革のグランドデザイン案	55
7-3	障害者自立支援法の施行	56
第8節	小括	57
第3章	精神障害者地域生活支援センターの事業化—全精社協と社会復帰施設—	60
第1節	はじめに	60
第2節	地域生活支援センター前史	61
2-1	谷中輝雄の実践と「やどかりの里」	61
2-2	精神障害者社会復帰施設	63
2-3	全国精神障害者社会復帰施設協会の結成	66
第3節	地域生活支援センター構想	68
3-1	精神保健課との駆け引き	68
3-2	地域生活支援センター構想の再浮上	71
第4節	地域生活支援センターの実際	74
4-1	実践	74
4-2	期待と問題点	75
4-3	全社協・全身協版「地域生活支援センター」構想	77
第5節	唐突な終焉	79
5-1	政策転換	79

5-2	財源問題と全精社協の変容	82
5-3	全精社協の解散	83
第6節	小括	85
第4章	ケアマネジメントの導入をめぐる迷走	89
第1節	はじめに	89
第2節	相談支援とケアマネジメント	89
2-1	「障害者ケアマネジメント」の源流	89
2-2	ケアマネジメントの類型	91
2-3	定義	92
第3節	迷走するケアマネジメント	94
3-1	障害分野への導入：1995年	94
3-2	試行的事業の開始：1998年	96
3-3	推進事業へ再編：1999年	97
3-4	「障害者ケアマネジメント」：2000年－2002年	98
第4節	「障害者ケアマネジメント」から「相談支援」へ	101
4-1	支援費制度の開始：2003年	101
4-2	障害者自立支援法を中心に：2004年以降	102
第5節	小括	105
第5章	社会的入院者への退院支援—大阪府の試みと、その顛末—	112
第1節	はじめに	112
第2節	退院支援をめぐる動向	114
第3節	退院支援の開始	115
3-1	大阪府精神保健福祉審議会による答申	115
3-2	精神障害者退院促進事業	117
3-3	自立支援促進会議	118
3-4	退院促進事業	119
3-5	対象者	120
3-6	大阪府内の社会資源	120
第4節	精神障害者退院促進事業の実際	121
4-1	支援の内容	121
4-2	成果と課題	123
第5節	退院支援の変遷	124
5-1	国事業化	124

5-2	大阪府内の状況	126
5-3	個別給付化	128
5-4	実績	132
第6節	小括	133
第6章	相談支援体制の再編—大阪市の場合—	137
第1節	はじめに	137
第2節	地方自治体における相談支援体制	138
第3節	再編の経過	140
3-1	地域活動支援センターI型への再編	140
3-2	三障害ワンストップ体制への再編	141
3-3	地方自治体の例	143
3-4	実施要綱での位置づけ	147
第4節	大阪市の変遷	149
4-1	精神障害（者）への相談支援体制	149
4-2	「障害者相談支援体制のあり方検討会」	151
4-3	「精神」を外す理由	153
4-4	市政改革の影響	154
第5節	小括	156
終章		159
第1節	本研究のまとめ	159
第2節	本研究の意義と到達点	162
第3節	本研究の課題	165
注		167
文献		205
巻末資料		238

序章

第1節 本研究の目的

本研究は、1990年代以降の障害福祉施策に着目し、今日その中心に据えられている相談支援の形成過程を詳述する。相談支援は、障害者総合支援法に基づく制度／予算事業であり、障害者の福祉に関する様々な問題について障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの調整などを行うことが規定されている。しかし、財源、目的、実施主体等が異なる複数の事業で構成されているだけでなく、制度上の不備から不明確な定義や用語が散見しているため、一口では説明のつかない難解な制度になっている。

よって本研究の目的は、今日の相談支援が形成された要因を複線的に分析し、実践的な価値に偏重するあまり、これまで言及されることがなかった規制緩和を始めとする社会保障制度改革との関係および相談支援の当初の理念が変容していった過程を再構築することである。とりわけ障害福祉分野の中でも、精神障害に関しては歴史的な背景、特異性があり、独自の形態・組織で支援がなされてきた経過がある(中野・成田・浅沼 2012; 立岩 2015)。事実、相談支援を構成する事業の多くは、精神障害(者)を対象に検討・開発されたものである。以上のことから、本研究は、おもに精神障害(者)への相談支援に焦点をあてる。

第2節 本研究の背景

精神障害者の地域生活について先駆的な取り組みを行ってきた谷中輝雄は、精神障害の「障害」を「生活のしづらさ」と捉えてきた(谷中 1993)。「生活のしづらさ」は調理や買い物など衣食住にかかる行為に対してヘルパー等の代替行為を必要とするものではなく、長期入院等による生活感覚のずれや日常生活そのものへの不慣れ、緊張、社会経験の乏しさからくる自信の無さ、要領の悪さ、周囲への配慮が行き届かない、現実的な判断ができないなど日々の生活で遭遇する些細な不具合を指す。

この「生活のしづらさ」に向き合い過ぎるがあまり、人間関係や地域生活に支障が出ることもある。不安やさみしさの解消、時に助言や話し相手を求めてあちこちへ電話をかけることも珍しくない。これらは幻聴や妄想などの症状とは異なる困難さであり、通院や服薬で治まるものではなく、事の重大さでいえば緊急性は低い。しかし、「生活のしづらさ」をきっかけに見る見るうちに生活を破綻させてしまう場合が精神障害にはある。

こうした特性に第三者が介入する仕組みがまったく無かったわけではなかった。それが「相談支援事業」の一つである精神障害者地域生活支援センター(第3章)、ケアマネジメント(第4章)、退院支援(第5章)などであり、いずれも1990年代中盤から2000年代前半にかけて急速に整備・検討が進められた。しかし、「生活のしづらさ」は身体への「介

助」「介護」とは違い、どのような困難さや不自由さがある、どれぐらいの支援が必要なのか、可視化・評価することの難しさが、それについて政策レベルで十分な検討や議論はなされなかった。唯一、具体化したのが精神障害者地域生活支援センターだった。

2006年の障害者自立支援法の施行による「相談支援事業」の再編を境に、相談の内容は徐々に変わっていった。そして2012年度より障害福祉サービスを利用するすべての障害者に介護保険制度のケアマネジメントにあたる、特定相談支援事業による計画相談支援の利用が義務づけられる（障害者総合支援法第22条第2項）。これを契機に法制度上、相談支援とケアマネジメントは同義とされた。

そのことで新たな問題が生じるようになった。特定相談支援事業には「生活のしづらさ」への支援に報酬単価が設けられなかった。つまり実質的に生活環境の調整を行う必要はないとされたため、即時の対応が求められる事態が発生していたとしても、サービス開始まで何らかの介入や支援がなされないことは問題視されない。そのため些細な相談から問題や課題に気づく、あるいは拾い上げるなどのプロセスが抜け落ち、生活上の相談が個人的な問題へ矮小化される傾向にある。そこに第2章以降、繰り返し述べる採算性の問題を始め、担当件数の多さ、財政的裏付け、人員の確保・育成、業務範囲の幅広さ、煩雑な業務（三菱総合研究所 2008；木全・高山・長谷川 2009a；日本相談支援専門員協会 2014）など支援者側の事情が加わり、自らの力量や収益に見合う相談（利用者）を選び、相談の「丸投げ」や「押し付け」あるいは「拒否」などが、筆者の知る限り一部で常態化している。

近年、相談支援の量的拡大と質の向上（厚生労働省 2010a；日本相談支援専門員協会 2011・2012・2014；朝比奈・北野・玉木編 2013）が喫緊の課題とされ、全国の市町村で盛んに提唱されている。しかし、それらが先述の問題を解決するか疑問である。相談支援の仕事には多様性だけでなく、かなりの非定型性が内在するせいか報酬は総じて低く設定されている。いわば政策に乗せられ、行政に安く使われているとあってよい。制度の見直しが拙速に過ぎるため、意見の取りまとめが追い付いていない事情もあると思われるが、現場の支援者たちあるいは業界の主要な組織や団体は、表立ってそのことへの不満や批判を表明していない。しかしながら、こうした支援者らの「熱意」や「使命感」などに頼り続けている現在の仕組みがいつまでも持続するとは考えにくい。つまり量的拡大と質の向上への安易な期待と偏重こそが問題であり、報酬体系の見直しと人員配置の整備がまっとうな策のはずだが、そのことへの言及はほとんどない。

さらには、厚生労働省の政策文書あるいは実践現場で「相談支援」「相談支援事業」「ケアマネジメント」「特定相談支援事業」「指定特定相談支援事業」「サービス等利用計画」などの用語が、同じものを意味するのか、そうではないのか、明確に整理されないまま使用されているため不用意な混乱を招いている。

第3節 本論文の構成と研究方法

3-1 構成

第 1 章では、相談支援という「制度」がどのような構造を持ち、いかなることが課題とされているのかを述べる。まず、第 1 節で相談支援を構成する各事業の法制度上の位置づけ、目的、対象、支援内容などについて概観し、その構造を明らかにする。相談支援は共通の法律に基づく制度でありながらも、事業によっては財源や成り立ちだけでなく、市町村の裁量で細部の解釈が異なるため全体像が把握しにくい問題を抱えている。そのため本題に入る前にこれらの事業について整理を行う必要がある。次に、第 2 節で 1996 年から 2012 年までに報告された相談支援に関する文献を対象に、文献の報告時期、障害等種別、共通する主題等を分析し、これらの動向と課題を確認する。相談支援は従来の施設体系を前提としたものではなく、地域生活を中心にしたユニバーサルな支援を行う。その意味では歴史が浅く、評価研究自体は緒に就いたばかりである（加瀬進研究代表 2009）。そのことを踏まえたうえで、既存の文献が相談支援の課題をどのように捉え、何をもって課題の解決を図ろうとしているのかを述べる。

第 2 章では、相談支援が予算事業となった 1996 年から障害者自立支援法が施行された 2006 年までの社会保障制度改革の変遷を記述する。この間、戦後 50 年間継続してきた社会福祉制度の抜本的な見直しを目的とする「社会福祉基礎構造改革」が打ち出される。これを契機に社会福祉制度は大きく転換する。利用者と支援者の対等性の下で「契約」が導入され、多様な運営主体の参入、サービスの質と効率性の向上、事業者間での競争などが掲げられる。その後、これらの政策理念は支援費制度の創設（2003 年）を経て、障害者自立支援法の施行をもって完成する。ここまでは一般的に知られていることである。「社会福祉基礎構造改革」の背景には、1970 年代中盤に始まる行政コストの抑制をめざす政策転換があった。つまり「中央から地方へ」「官から民へ」「規制緩和」の推進であり、社会福祉分野では介護保険制度がその先鞭となる。社会福祉のあり方そのものの見直しにつながる社会保障制度改革が、相談支援にどのような影響を与えたのか、その過程を明らかにする。

第 3 章から第 5 章では、のちに相談支援に「収斂」されることになる三つの事業が、変遷を繰り返しながら形成していく過程をそれぞれの時系列に沿って述べる。

第 3 章では、今日の相談支援の原型である精神障害者地域生活支援センターの予算事業化から廃止に至るまでの経過を歴史的な視点から検証する。精神障害者地域生活支援センターは、「市町村障害者生活支援事業」（身体障害）、「障害者（児）地域療育等支援事業」（知的障害）と共に 1996 年に予算事業化され、2002 年までに全国 650 ヶ所設置する数値目標が掲げられた。精神障害（者）に関する「箱物」事業は 1990 年代中盤から 2000 年代前半にかけて急速に整備が進むが、そこに至るまでの議論は 1960 年代に始まる「中間施設」論争まで遡る。その後、社会的入院者の受け皿として、今日のグループホームに類似した独

自の取り組みが、一部の精神科病院によってなされるようになる。その一つに精神衛生法時代に「やどかりの里」を立ち上げた谷中輝雄の実践があった。谷中は全国精神障害者社会復帰施設協会を組織し、精神障害者地域生活支援センターの施策化を厚生省（当時）に働きかけ続けた。その結果、不十分ながらも予算事業化を実現するが、純粋に精神保健福祉施策の充実だけをねらいとしたものではなく、国、関係団体、施設などとのあいだで「ヒト」と「カネ」をめぐる駆け引きの末にかたち作られた。これらについて、谷中を始めとする全国精神障害者社会復帰施設協会の動向を中心に記述する。

第4章では、障害分野のケアマネジメントが相談支援と同義に扱われるようになった過程を明らかにする。障害分野のケアマネジメントは1995年に検討が開始される。以後、障害種別ごとにガイドラインが作成され、1998年から試行的事業が始まるが、いくつかの理由により当初目標としていた2003年度の導入は見送られることになった。この間、技術／ツールの開発と人材育成を中心に体制整備が進められるが、財源や法律上の裏付けなどの課題を棚上げにし続けたことでケアマネジメントの呼称、定義、役割は二転三転し、迷走を続ける。さらに精神保健福祉法の改正により実施主体（市町村）と実施機関（精神障害者地域生活支援センター）の整備が必要になり、以後、支援費制度との関係、介護保険制度との整合性などの問題が次々に表面化する。しかし、障害者自立支援法の成立により「相談支援」として法律上、規定されたことで一気に進展する。これらの経緯はケアマネジメントに関する文献のみで確認することは困難であり、第2章および第3章に関連した文献、資料等も参考に用いる。加えて、ケアガイドラインを含む政策文書等で示された国の意向や各種検討会議の動向などから、ケアマネジメントがいかなる文脈の下でどのような検討がなされたのか、相談支援の呼称で導入されるまでに大よそ10年を要した経過を記述する。

第5章では、大阪府による社会的入院者への退院支援の取り組みが、相談支援に位置づけられた過程を記述する。退院支援は大和川病院等の不祥事を契機に、大阪府の単独事業として開始された。具体的な内容は、当時の大阪府の職員らによる詳細な実践報告から知ることができる。本研究もそれらの文献を参考にした。その後、国事業化するが、全国的な広がりには至らず、都道府県によって取り組みの温度差が顕著になった。そして2012度から相談支援に位置づけられたことで、社会的入院者への退院支援はより後退する。そのことは古屋龍太・中越章乃（2014）、古屋龍太（2015）、中越章乃（2016a）らが明らかにしている。さらに採算性や報酬単価、支援者の力量など、相談支援が抱えてきた問題と共通点を見出すことができる。しかし、議論はそこで止まっている。また、大阪府の取り組みを学術的に論じたものはない。そもそも社会的入院が作られた歴史的な経過から考えた時、対象者と相談支援事業者との「契約」に基づいた仕組みが適切であるのか。その妥当性と退院支援の限界について考察する。

第6章では、全国でもいち早く相談支援の再編に着手した大阪市の事例から、相談支援体制の再編をめぐる議論を追う。相談支援は大まかに二度の再編を経ている。2006年度の

障害者自立支援法の施行と、2012年度の障害者自立支援法の一部改正である。本研究では、後者に焦点を当て、市町村に与えた影響について記述する。相談支援は市町村の裁量が大きいため市町村ごとに実施体制や制度の運用が若干異なるのは、既に述べたとおりである。大阪府は国の意向に沿い、障害種別を問わない相談窓口の一元化を忠実に具現化する。しかし、これまで了解済みとされていた制度の解釈をめぐって不用意な混乱と矛盾が一気に表面化した点できわめて特異な例だった。加えて急進的な市制改革によって大阪府自体が混乱の渦中に巻き込まれることになる。こうした経過は公的な記録として残されていないと思われるが、関係する会議の議事録や記録等から読み取ることは可能であることから、国の意向が市町村にどのような混乱をもたらしたかを記述する。さらに三障害ワンストップの相談窓口の必要性について考察する。

終章では、相談支援をめぐるこれまでの動向を確認したうえで、本研究の到達点と限界、残された課題について述べる。

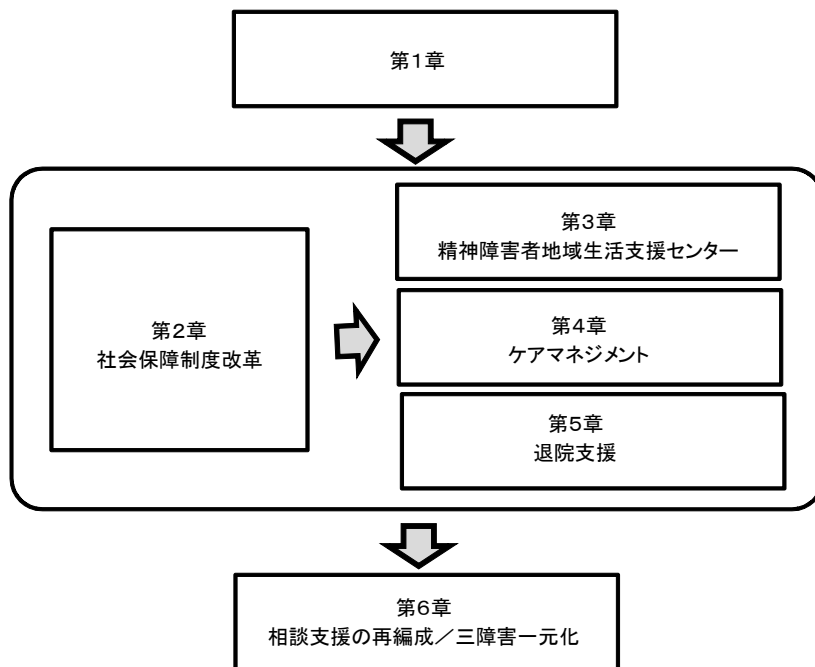
相談支援を構成する各事業の形成過程と時期についてはオーバーラップする部分が多い。しかし、各事業をひとまとめに論じることは、それぞれの差異を見えにくくさせてしまうこと、固有の課題から検討が始まった事業が、あたかも共通のものと誤った認識を与えかねないこと、そもそも異なるものを同じ時系列上で一つに論じることが困難であること、以上の問題がある。他方、オーバーラップする部分が多いゆえに、各事業の形成過程と時期を明確に区分することの困難さもある。こうした事情もあって相談支援の形成過程についての検証はいまだなされていない。また、相次ぐ制度の見直しは、精神障害（者）にとって相談支援を馴染みにくいものへ変えていったが、その流れに異を唱える団体や組織は無く、むしろ積極的に推進する側の立場に立っていた。このように制度設計者のみならず運用する側の意向がどのようなものであり、実際にどのような動きがあったのかについても十分な研究蓄積がなされていないのが現状である。

今日の相談支援は障害者施策のみによって形成されたのか、あるいは1990年代以降の累次にわたる社会保障政策の見直し（第2章）、省庁間あるいは職能団体間で行われる予算等をめぐる駆け引き（第3章・第4章）、地方自治体の財政事情（第5章・第6章）などの外的要因が相談支援の形成にどのような影響を与えたのか。このような問いを立て、本研究は、第一に、相談支援がどのような意図で障害福祉施策に位置づけられ、いかなる検討の下、制度化されたのかを体系的・通史的に明らかにする。第二に、1990年代以降、障害福祉施策が相次いで見直しになった背景を明らかにし、障害者の生活や支援の現場にどのような影響を与えたのかを検証する。第三に、相談支援の政策的課題を明確にし、成果を可視化しにくい性質を持つがゆえに生じる問題を描き出す。

そのうえで本研究は、相談支援を事業ごとに分類し、それぞれの形成過程を時系列に沿って忠実に追いつつ、時期によってオーバーラップしながら、各事業が一つに収斂されていく過程を記述する。そのため何度も時系列を立ち返ることになる（図0-1参照）。以上の

ように相談支援を事業ごとに論じることで、複雑な制度の構造と、現行の制度が抱える問題の本質部分が浮き彫りになると考える。

図0-1 本論文の見取り図



3-2 用語の定義および表記

本研究で用いる用語について説明する。相談支援という用語は、医療、保育、生活困窮者支援など広範囲の分野で一般的に用いられているが、その定義は明確ではない。障害福祉分野ではおおまかに「ソーシャルワーク」「ケアマネジメント」、障害者総合支援法における「相談支援」の三つの意味が混在したまま用いられている。さらに第1章で述べるように相談支援は、目的、対象、財源、報酬単価、実施主体などが異なる複数の事業で成り立っている特異性があるにもかかわらず、たとえば、総称としての「相談支援事業」と、事業としての「相談支援事業」が併記されることも多く、必要以上の混乱を招いている。

そのため本来であれば、それぞれ明確に区別して表記することが望ましいが、平易に議論を展開すること、制度や用語の複雑さによる混乱を避けること、現行制度の問題点を浮き彫りにすること、以上の理由から、本研究では今日の法制度の規定および実態に即して、都道府県および市町村の指定による個別給付事業を指す場合は「相談支援」、地方交付税など補助金等による委託事業を指す場合は「相談支援事業」または「委託相談支援事業」と表記し、これらの総称を相談支援（かぎ括弧なし）と表記する。これら以外の表記については次のとおりとする。

相談支援とケアマネジメントは、今日の法制度では同義とされているが、異なる支援方

法／事業として検討されてきた経緯がある。しかしながら、先述の理由により本研究では、相談支援とケアマネジメントを同義に扱う。

地域活動支援センターⅠ型は、市町村によっては「相談支援事業」に含まれない場合もあるが、省令等で「相談支援事業」に位置づけられていることから、本研究では「相談支援事業」または「委託相談支援事業」の一つとして扱う。

都道府県および市町村については、すべての自治体を指す場合は地方自治体、都道府県を除く政令指定都市および区、市町村を指す場合は市町村で統一する。ただし、必要に応じて政令指定都市の表記も用いる。

精神病院については、2006年12月に議員立法「精神病院の用語整理法」の施行により、行政上使用する用語として「精神科病院」に改められたことを受け、本研究でも原文以外のものを除いて精神科病院の表記に統一する。

本文中の記述および図表の提示は、相談支援の構造を平易に示すため「事業ごと」に焦点を当てている。そのため一部、法制度の規定とは異なった表記となるが、本研究では実際の運用を優先し、図0-2を相談支援の基本構造と確認し、表0-1に示した相談支援をめぐる動向を踏まえたうえで議論を進める。なお、本研究で示す委託料および報酬単価は、断りのないものを除いて2016年4月1日現在のものである。また、組織名、肩書等は原則、当時のものとする。これら以外の表記については、章ごとに凡例を示す。

3-3 研究方法

本研究では、厚生労働省、地方自治体および各種審議会等の発行する政策文書、関係団体の文献、各種会議の出席者による記録および議事録などを一次資料として分析する方法を用いる。これらの資料は一次資料として貴重であり、福祉分野および社会福祉事業をめぐる一連の改革と障害福祉施策の変遷から相談支援が形成される背景を検証する本研究の課題に照らして適切であると考えられる。

本研究の対象時期は、相談支援が予算事業になった1996年から障害者自立支援法が一部改正される2012年とする。そのため1996年以前のソーシャルワーク、ケアマネジメントに関する議論等については原則、言及しない。ただし、歴史的事実や経過などを確認する必要性があれば、その前後の時期についても言及する。

本研究は社会保障政策と障害福祉施策を中心とした歴史的記述に限定し、援助技術に関する課題は扱わない。障害児の相談支援については、根拠法が児童福祉法である以外、障害者等（成人）の相談支援とほぼ同じ構造を持つ制度と考えてよい。しかし、発達段階に応じて、ライフステージにあわせた支援が必要とされる点で、成人の障害者等への支援とは異なるものと考え、本研究では立ち入らないこととする。

図0-2 「相談支援」および「相談支援事業」の種類

障害者総合支援法	(障害者総合支援法第5条)	特定相談支援事業	計画相談支援	サービス等利用支援 (計画作成)	<ul style="list-style-type: none"> 支給決定や支給決定の変更前に、サービス等利用計画を作成する 支給決定後や支給決定の変更後に、指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行い、サービス等利用計画を作成する 	国庫補助	
			継続サービス等利用支援 (モニタリング)	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省令で定める期間ごとに、障害福祉サービスまたは地域相談支援の利用状況を検証し、サービス等利用計画の見直しを行う 指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行い、必要に応じて利用者に支給決定の変更にかかる申請を勧奨する 			
		一般相談支援事業	基本相談支援	<ul style="list-style-type: none"> 地域の障害者等の福祉に関する様々な問題について、障害者、障害児の保護者、介護者からの相談に応じ、必要な情報の提供および助言を行うとともに、市町村および指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を総合的に行う 特定相談支援事業および一般相談支援事業と併せて実施。計画相談支援や地域移行支援・地域定着支援につなげるために必要な障害福祉サービス等の情報提供等を行う 			※報酬なし
			地域相談支援	地域移行支援	<ul style="list-style-type: none"> 障害者支援施設等または精神科病院に入所・入院している障害者等へ、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う 	国庫補助	
				地域定着支援	<ul style="list-style-type: none"> 居宅において単身で生活する障害者等に、常時連絡体制を確保し、障害特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う 		
	(障害者総合支援法第7条および第77条の2)	(障害者総合相談支援事業)	(委託相談支援事業)	住宅入居等支援事業 (居住サポート事業)	<ul style="list-style-type: none"> 賃貸契約による一般住宅(公営住宅および民間の賃貸住宅)への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により入居が困難な障害者等に対し、入居に必要な調整等の支援を行う 障害者支援施設、精神科病院等に入所・入院している障害者等は除く 	国庫補助	
				<ul style="list-style-type: none"> 障害者等からの様々な相談に応じ、必要な情報の提供、障害福祉サービスの利用支援等を行うほか、権利擁護のために必要な援助も行う 市町村による直営または市町村等から指定を受けた指定特定相談支援事業者・指定一般相談支援事業者への委託によって実施 市町村の必須事業 	交付税 地方		
		市町村が行う相談支援事業	支援センター	基幹相談支援センター等機能強化事業	<ul style="list-style-type: none"> 特に必要と認められる能力を有する専門的職員(社会福祉士、保健師、精神保健福祉士等)を配置 相談支援体制の強化(相談支援事業者に対する訪問等による指導、助言・人材育成の支援、地域の相談機関との連携強化等) 地域移行・地域定着の促進 	国庫補助	
				<ul style="list-style-type: none"> 地域における相談支援の中核的な役割を担い、障害種別を問わないワンストップ対応を行う 総合的・専門的な相談支援の実施、地域の相談支援体制の強化、地域移行・地域定着の促進、権利擁護や虐待の防止などの取り組みを行う 市町村による直営または市町村等から指定を受けた特定相談支援事業者、一般相談支援事業者への委託によって実施。設置は市町村の任意 	交付税 地方		
			支援センター活動I型	地域活動支援センター機能強化事業	<ul style="list-style-type: none"> 専門職員(精神保健福祉士等)を配置し、医療・福祉および地域の社会基盤との強化のための調整、地域住民ボランティアの育成、障害に対する理解促進を図るための普及啓発を行う 委託相談支援事業を併せて実施することが必須条件 	国庫補助	
基礎的事業		<ul style="list-style-type: none"> 障害者等を通わせ、地域の実情に応じ、創作的活動や生産活動の機会の提供、社会の交流等の促進を図る 市町村の必須事業 	交付税 地方				
児童福祉法		障害児相談支援事業	障害児相談支援	障害児支援利用援助 (計画作成)	<ul style="list-style-type: none"> 支給決定や支給決定の変更前に、障害児支援利用計画案を作成する 支給決定後や支給決定の変更後に、指定障害児通所支援事業者等との連絡調整を行い、障害児支援利用計画を作成する 	国庫補助	
	継続障害児支援利用援助 (モニタリング)			<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省令で定める期間ごとに、障害児通所支援等の利用状況を検証し、障害児支援利用計画の見直しを行う 指定障害児通所支援事業者等との連絡調整を行い、必要に応じて利用者に支給決定の変更にかかる申請を勧奨する 			

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課(2015)を参考に筆者作成

表0-1 相談支援をめぐる動向

	社会保障政策	障害者関連施策	相談支援	ケアマネジメント	退院支援
1996年	・「社会保障構造改革の方向(中間まとめ)」	・「障害者プラン」(1996～2002)策定	・市町村障害者生活支援事業、障害児(者)地域療育等支援事業、精神障害者地域生活支援センター創設	・「身体障害者ケアガイドライン」「精神薄弱者介護等サービス調整指針」「精神障害者ケアガイドライン試案」策定 ・試行的事業開始	
1997年	・「行政改革会議」設置 ・介護保険法成立	・「社会福祉の基礎構造改革について(主要な論点)」		・「介護等サービス体制整備検討委員会」設置	・大阪・安田病院系列3病院による不祥事発覚 ・大阪府「精神障害者生活ニーズ調査」実施
1998年	・「規制緩和推進3ヶ年計画」(1998～2000)	・「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」		・「障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業」	・大阪地裁、安田会系列3病院元理事長に懲役3年等の実刑判決
1999年	・地方分権一括法成立			・「障害者介護等支援サービス(ケアマネジメント)体制整備推進事業」	・大阪府精神保健福祉審議会答申
2000年	・介護保険法施行 ・地方分権一括法施行	・社会福祉法施行 ・精神保健福祉法一部改正		・「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業」(2000～2002)	・大阪府「社会的入院解消研究事業(精神障害者退院促進事業)」(2000～2001)開始
2001年	・「規制改革推進3ヶ年計画」(2001～2003) ・「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針(骨太の方針)」※2006年まで			・「障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書」発表。2003年度の本格実施を表明。実施主体を3障害の相談支援事業と明記	
2002年	・「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002(骨太の方針2002)」 ・「三位一体の改革」			・「障害者ケアガイドライン」策定	・大阪府「精神障害者地域移行支援研究事業」
2003年	・「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003(骨太の方針2003)」 ・「規制改革推進3ヶ年計画(再改定)」	・支援費制度開始 ・「障害者基本計画」(2003～2012)策定 ・「新障害者プラン」(2003～2007)策定	・市町村障害者生活支援事業、障害児(者)療育等支援事業の一般財源化 ・精神障害者地域生活支援センター大量不採択 ・数値目標を下方修正	・「障害者ケアマネジメント体制支援事業」(2003～2006)	・「精神障害者退院促進支援事業」開始 ・「新障害者プラン」10年以内に退院可能な社会的入院者7万2000人の退院を宣言
2004年	・「規制改革・民間開放推進3ヶ年計画」(2004～2006)	・「今後の障害福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」			・「精神保健医療福祉の改革ビジョン」退院可能な社会的入院者7万人余の10年後解消を宣言
2005年	・介護保険法改正	・障害者自立支援法成立		・「相談支援の手引き」策定	
2006年		・障害者自立支援法施行	・委託相談支援事業(身体・知的)、地域活動支援センターI型(精神)へ再編	・「指定相談支援事業(サービス利用計画作成費)」開始。指定相談支援事業所を創設	
2007年	・「規制改革推進のための3ヶ年計画」(2007～2009)				
2008年	・「規制改革推進のための3ヶ年計画(改定)」				・「精神障害者地域移行支援特別対策事業」(2008～2009)に再編
2009年	・「規制改革推進のための3ヶ年計画(再改定)」 ・民主党政権成立(9月) ・「事業仕分け(行政刷新会議)」(2009～2010)	・障がい者制度改革推進本部設置			
2010年		・障がい者制度改革推進会議総合福祉部会設置			・「精神障害者地域移行・定着支援事業」(2010～2011)に再編
2011年		・「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言(骨格提言)」			
2012年	・自民党与党復帰(12月)	・障害者総合支援法成立(6月) ・障がい者制度改革推進本部廃止(7月)	・基幹相談支援センター設置	・「特定相談支援事業」および指定特定相談支援事業所に再編	・「一般相談支援事業(地域移行支援・地域定着支援)」に個別給付化

第 1 章

相談支援の概要

第 1 節 はじめに

障害者総合支援法の施行（2012 年）に伴う障害福祉サービスの大幅な見直しにより、相談支援は「制度」として一定の整理がなされた。しかし、その内容はきわめて複雑であり、度重なる政策等の変遷のため一層複雑化している。本章では、相談支援の基本構造の確認および関連する文献の整理・分析を試みる。

相談支援は、義務的経費（国庫補助）を財源とする「相談支援」（障害者総合支援法第 5 条第 17 項、児童福祉法第 6 条の 2 の 2 第 6 項）と、裁量的経費である地方交付税（一般財源）を財源とする「相談支援事業」（障害者総合支援法第 77 条および第 77 条の 2）の二つで構成されている。

「相談支援」は「特定相談支援事業」「一般相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）」「障害児相談支援事業」で構成され、これらが行うサービスに「基本相談支援」「計画相談支援」「地域相談支援」「障害児相談支援」がある。

「相談支援事業」は「市町村が行う相談支援（市町村地域生活支援事業）」として「障害者相談支援事業」「基幹相談支援センター」「地域活動支援センター I 型」で構成され、市町村ごとの運営基準と委託料に基づいて実施されている。

このように相談支援は、財源や制度上の位置づけ、報酬の有無などが異なる複数の事業とサービスで構成され、いずれも類似した名称がつけられている。また、用語の定義なども明確ではないため、これらの違いを一瞥しただけで把握することは困難である。国や自治体の説明あるいはテキスト等の記述にもばらつきや曖昧な表現が散見される。

たとえば、「一般的な相談」に関してだけでも次の混乱が生じている。「一般的な相談」とは、日々の生活で生じる様々な困りごとを始めとする日常的な相談を指し、主に委託相談支援事業、基幹相談支援センター、基本相談支援が対応するとされている。しかし、「一般的な相談」に対する役割分担は明確に区別されていない。しかも、後述するように基本相談支援に報酬は発生しない。

他方、一般相談支援事業が扱う相談は「一般的な相談」ではなく、精神科病院や入所施設等からの退院・退所に関する相談を指す。利用者を限定した狭義の相談がなぜ「一般」なのか、それについての説明は一切なされていない。対して特定相談支援事業は、障害福祉サービスを利用するすべての障害者等を対象としているが、利用者を限定するような「特定」という言葉が用いられている。

相談支援は、第 3 章以降で述べるようにさまざまな政策の影響を受けながら、多岐に渡る機能が与えられてきた経過がある。加えて国事業でありながら市町村の裁量が大きいこ

とから地方自治体によって実施体制が異なるなど、整合性を欠いた制度となっている（第6章参照）。こうした複雑さが内在するゆえに、支援者や行政担当者はもちろん制度設計者でさえ、一つひとつの事業とサービスについての正確な把握と簡潔な説明は容易でなく、体系的な整理がなされないまま今日に至っている。他方、実践面に関しては、相次ぐ制度の見直しに人材育成や相談支援事業所の整備が追い付いていない実態があり、そのためケアマネジメントを中心としたスキルアップを重視する状況を招いている。

以上をふまえ、まず相談支援の各事業が行うとされている支援内容、目的、法制度上の位置づけについて概観する。次に、相談支援に関する文献について年代別、障害別、研究項目等を分析し、研究の動向を確認する。最後に、改めて相談支援をめぐる問題点の整理および考察を行う。

第2節 事業体系

先に述べたとおり相談支援は、障害者総合支援法等に規定された「相談支援」（特定相談支援事業・一般相談支援事業・障害児相談支援事業）と「相談支援事業」（障害者相談支援事業・基幹相談支援センター・地域活動支援センターⅠ型）で構成され、主に相談支援専門員¹がケアマネジメント等による支援を行い、その対価として報酬が発生する「制度」であると定義できる。本節では、これらの具体的な内容について確認を行う。

2-1 相談支援

2-1-1 特定相談支援事業

特定相談支援事業は、ケアマネジメントを障害分野で事業化したものであり、「基本相談支援」と「計画相談支援」（計画サービス利用支援・継続サービス利用支援）で構成されている（第4章参照）。これらの支援を行い、報酬の支払いを受けるためには、市町村から「指定特定相談支援事業者」の指定を受ける必要がある。

人員配置は管理者1名以上、相談支援専門員1名以上とし、業務に支障がない場合は他の職員等との兼務が認められているが、管理者は相談支援専門員との兼務が認められているため、1名でも人員配置の基準を満たすことになる。

①基本相談支援（障害者総合支援法第5条18項）

障害者および障害児、家族および支援者等から一般的な相談に応じ、訪問等による状況の把握、必要な情報の提供、助言、指導を行い、市町村、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整など、総合的に供与するとしている。また、「計画相談支援」などにつ

ながるために必要な障害福祉サービス等の情報提供等を行う。ただし、ケアプランの作成に関連する相談、調整は除くとされている。

これらに対する報酬は設定されておらず、支援に係る経費は事業所の持ち出しとなる。そのため「計画相談支援」の対象者で随時相談があったり、電話による対応が頻回にある場合は、報酬が発生する「継続サービス利用支援」(モニタリング)の回数を増やすなどの対応を行うことで、業務の均衡化を検討するようにされている(厚生労働省 2013a)。

②計画相談支援(障害者総合支援法第5条17項)

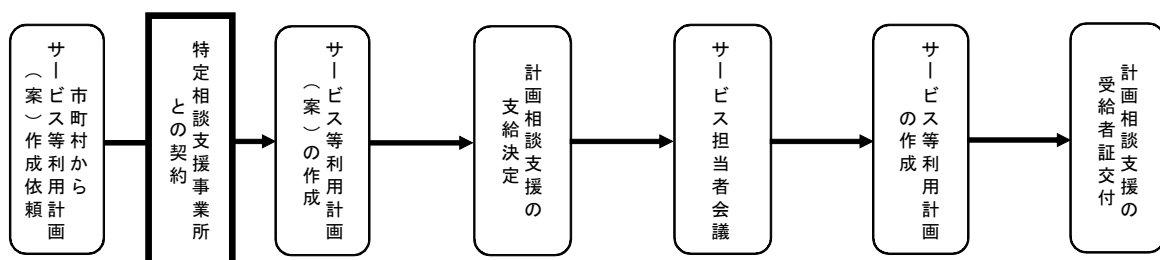
(ア)計画サービス利用支援(障害者総合支援法第5条21項)

障害福祉サービスの利用を希望する全ての障害者等に対して、サービスの種類、頻度、時間数などを整理した「サービス等利用計画」を作成する。これは介護保険制度におけるケアプランにあたり、支給決定の根拠となる。原則、特定相談支援事業所が市町村から依頼を受けて作成するが、利用者やその家族等が作成することもできる。

具体的には、①サービスの支給決定前またはサービス内容の変更前に、利用者の居宅等への訪問面接によるアセスメントを行い、「サービス等利用計画案」(以下、「計画案」)を作成、②「計画案」を利用者に交付、③「計画案」に基づいて市町村が希望するサービス内容の支給決定をした後、障害福祉サービス事業者等と連絡調整を行うとともに、サービス担当者会議等を開催し、「計画案」の内容に意見を求める、④サービス担当者会議での意見を参考に「サービス等利用計画」を作成し利用者に交付、以上を行う(図1-1参照)。

「計画案」と「サービス等利用計画」を作成することで基本報酬1,611単位が発生する²⁾。なお、月額報酬のため、同一月に複数回算定することはできない。また、「計画案」「サービス等利用計画」のどちらかを作成しただけでは報酬を請求することができず、セットで作成することが義務づけられている。

図1-1 特定相談支援事業:計画相談支援の主な流れ



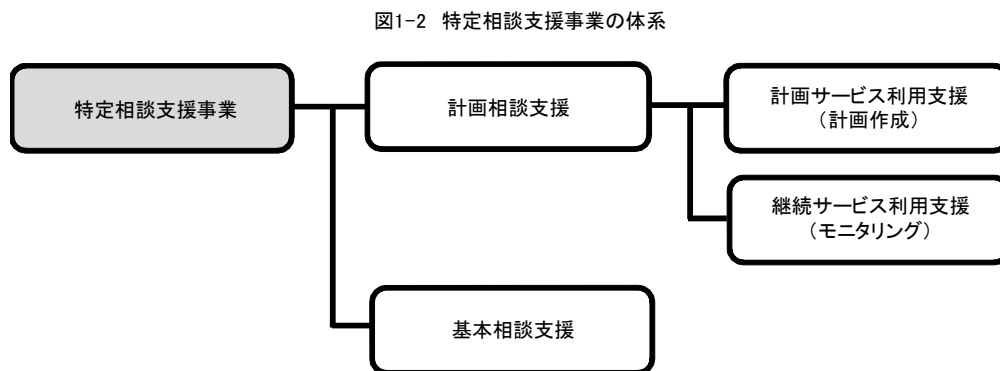
厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課(2012a)を参考に筆者作成

(イ)継続サービス利用支援(障害者総合支援法第5条22項)

「サービス等利用計画」の作成後、厚生労働省令の定める期間ごと(毎月・3ヶ月間・6ヶ月ごと・1年ごと)に利用者の居宅等へ訪問し、サービス等の実施状況を把握、関係者と

の連絡調整を行う（モニタリング）。必要に応じてサービスの見直しをするとともに、改めて「サービス等利用計画」を作成する。

これらのプロセスを通じて得た情報や課題などを整理した「モニタリング報告書」を作成することで、月額報酬 1,310 単位が発生する。ただし、緊急対応や安否確認等で同一月に複数回訪問したとしてもモニタリングとして算定することができず、これらは「基本相談支援」で対応するものとされている。



日本相談支援専門員協会(2011)を参考に筆者作成

2-1-2 一般相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）

一般相談支援事業は、精神科病院における社会的入院者への退院支援を個別給付事業化したものであり、「基本相談支援」および「地域相談支援」を行う。2014 年度より保護施設、矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所、少年院）等の退所者のうち、障害福祉サービスを必要とする障害者にも対象が拡大されている（第 5 章参照）。

これらの支援を行い、報酬の支払いを受けるためには、あらかじめ都道府県、政令指定都市、中核市から「指定一般相談支援事業者」の指定を受ける必要がある。

人員配置は特定相談支援事業と同じく、管理者 1 名以上、相談支援専門員 1 名以上とし、業務に支障がない場合は、他の職員等との兼務が認められている。

①基本相談支援（障害者総合支援法第 5 条 18 項）

特定相談支援事業の「基本相談支援」と同じく、「地域相談支援」とセットで行うものとし、報酬は設定されていない。

②地域相談支援（障害者総合支援法第 5 条 17 項）

（ア）地域移行支援（障害者総合支援法第 5 条 19 項）

障害者支援施設や精神科病院に長期にわたって入所・入院している障害者等に対して、住居の確保や地域生活への移行に必要な相談等を行う。実施にあたって、利用者への面接、関係者を招集した会議を開催し意見を求め、「地域移行支援計画」を作成する。市町村の支

給決定を受けて、入所・入院先へ訪問による相談、外出時の同行、障害福祉サービスの体験利用、一人暮らしを想定した体験宿泊の調整など退院等に向けた支援を一体的に行う。

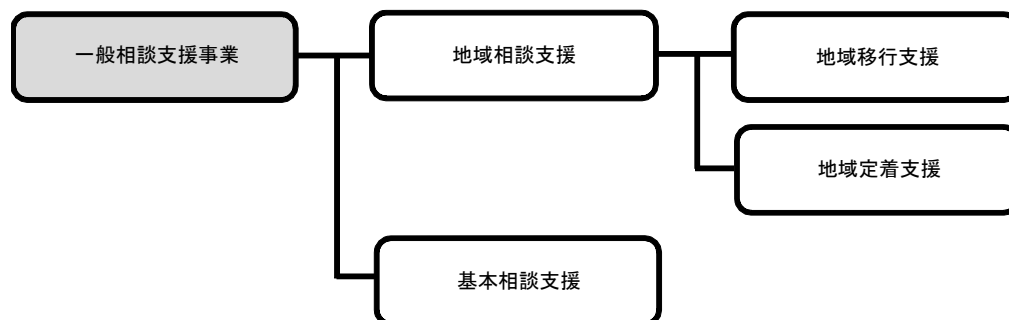
算定要件として、利用者への訪問を月 2 回以上行うことを基本とし、月額報酬 2,300 単位が発生する。なお、退所・退院月以外にも月 6 日以上、訪問による集中支援を行った場合は集中支援加算（月額報酬 500 単位）、退院・退所月においては業務が集中することから退院・退所月加算（月額報酬 2,700 単位）などの算定が認められている。

(イ) 地域定着支援（障害者総合支援法第 5 条 20 項）

障害者支援施設や精神科病院から退所・退院した障害者等や、家族との同居から一人暮らしに移行した障害者等に対して、常時の連絡体制を確保するとともに、居宅への訪問、利用者の家族および関係機関との連絡調整、緊急時の対応などの支援を行う。

算定要件として、常時の連絡体制を確保することで月額報酬 300 単位、緊急時に居宅への訪問や相談支援事業所の宿直室等への滞在型の支援などを行った場合、支援日数に応じて 700 単位が、それぞれ規定されている。なお、グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者は対象外とされている。

図1-3 一般相談支援事業の体系



日本相談支援専門員協会(2011)を参考に筆者作成

2-1-3 障害児相談支援事業

2012 年度の児童福祉法の一部改正により、障害児通所支援（児童発達支援・放課後等デイサービスなど）を利用するすべての障害児を対象にケアマネジメントを事業化したものであり、特定相談支援事業の「計画相談支援」（計画サービス利用支援・継続サービス利用支援）にあたる「障害児相談支援」（障害児支援利用援助・継続障害児支援利用援助）を行う。これらの支援を行い、報酬の支払いを受けるためには市町村から「指定障害児支援事業」の指定を受ける必要があり、人員配置基準（管理者 1 名以上、相談支援専門員 1 名以上・兼務可）、支給決定までの流れなど特定相談支援事業とほぼ同じである。ただし、入所サービスについては児童相談所が専門的な判断を行うこととし、対象外とされている。

なお、ライフステージに沿った支援を確保する観点から、特定相談支援事業も併せて指

定を受けることが基本とされている。

①障害児支援利用援助（児童福祉法第6条の2の2第7項）

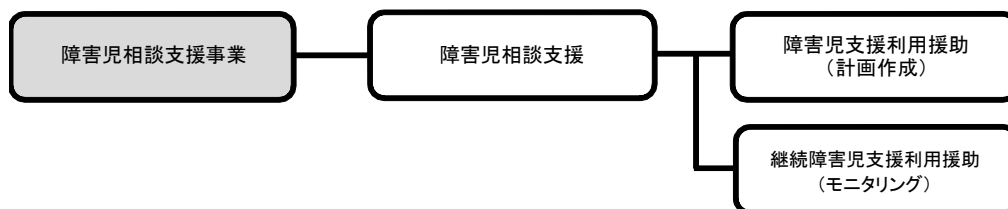
利用者との面接によるアセスメントを経て、「障害児支援利用計画案」を作成、「障害児支援利用計画案」に基づいて市町村が支給決定、関係者から意見を聴取したうえで「障害児支援利用計画」を作成、これらを受けて市町村より受給者証が発行、以上が大まかな流れとなる。「障害児支援利用計画案」と「障害児支援利用計画」を作成することで基本報酬1,611単位が発生するが、月額報酬のため同一月に複数回算定することはできない。

②継続障害児支援利用援助（児童福祉法第6条の2の2第8項）

「障害児支援利用計画」の作成後、厚生労働省令の定める期間ごと（毎月・3ヶ月間・6ヶ月ごと・1年ごと）に利用者の居宅等へ訪問し、サービス等の実施状況を把握、関係者との連絡調整を行う。その結果、必要に応じてサービスの見直しをするとともに「障害児支援利用計画」の変更を行う。

これらを整理した「モニタリング報告書」を作成することで月額報酬1,310単位が発生するが、緊急対応や安否確認等で同一月に複数回訪問してもモニタリングとして算定することができず、特定相談支援事業の「基本相談支援」で対応するものとされている。

図1-4 障害児相談支援事業の体系



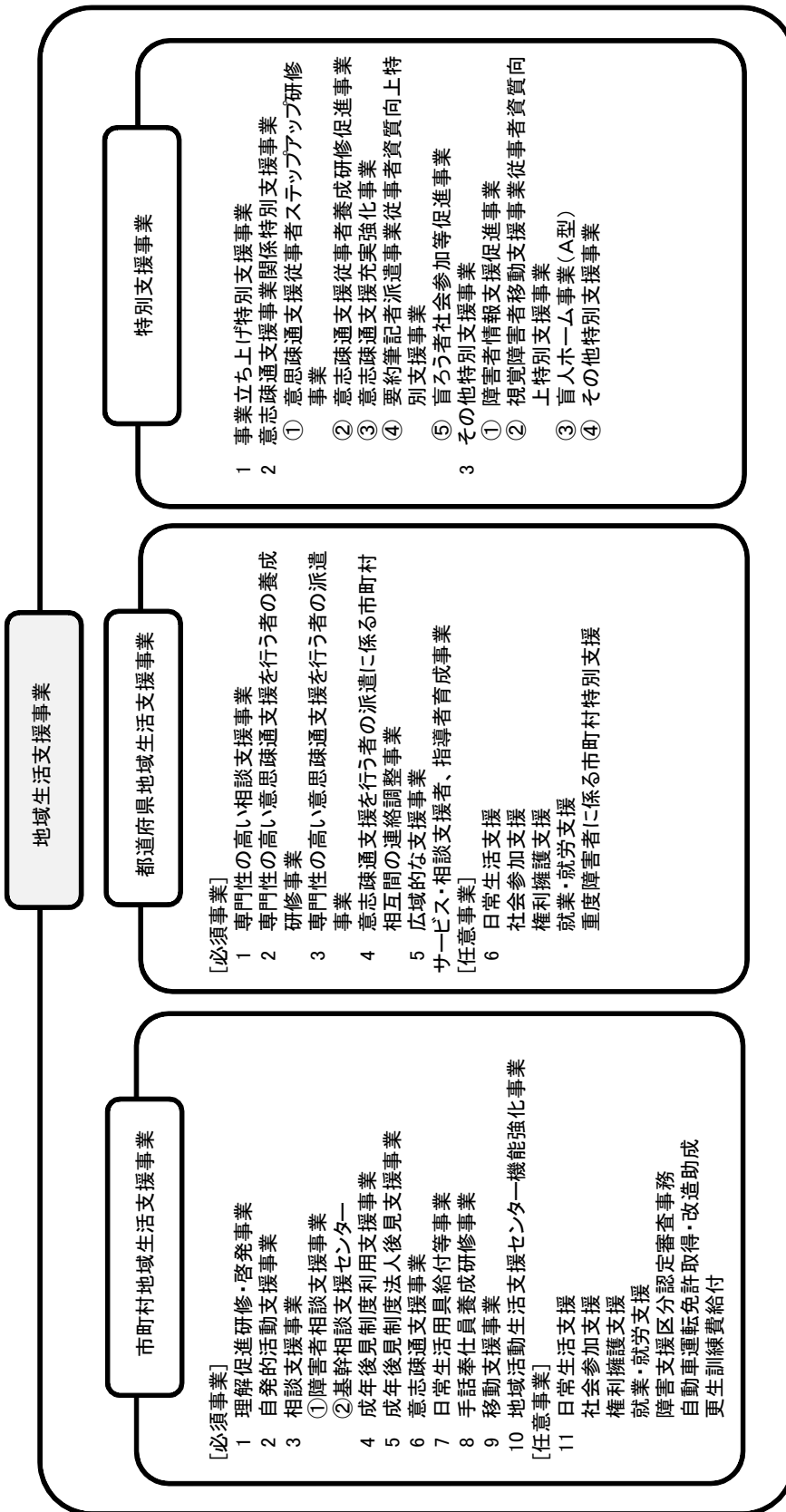
日本相談支援専門員協会(2011)を参考に筆者作成

2-2 相談支援事業

2-2-1 市町村が行う相談支援事業（市町村地域生活支援事業）

地域生活支援事業（障害者総合支援法第77条および78条）は、障害者等、家族、地域住民等への支援を目的とした「市町村地域生活支援事業」（障害者総合支援法第77条）、専門性の高い支援や広域的な事業を行う「都道府県地域生活支援事業」（障害者総合支援法第78条）、市町村および都道府県の判断により必須事業の実施が遅れている地域への支援を行う事業等に対して補助を行う「特別支援事業」に大別される（図1-5参照）。

図1-5 地域生活支援事業の体系

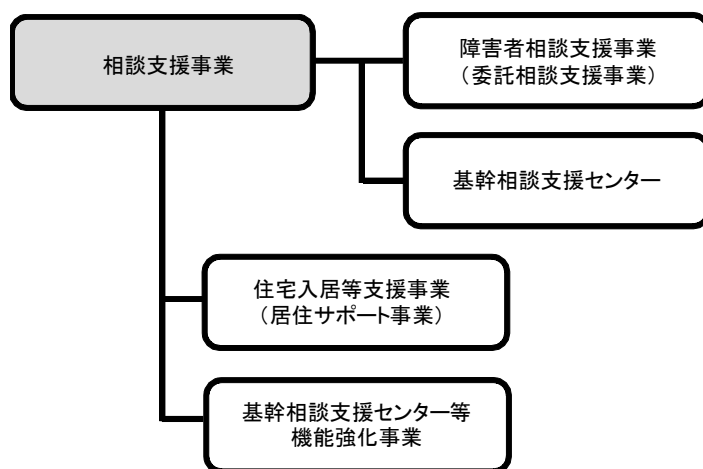


坂本洋一(2013)を参考に筆者作成

市町村地域生活支援事業は、地方交付税を財源とし、民間の事業所への委託によって行われる補助金事業である。市町村の必須事業に位置づけられ、2016年4月現在、任意事業も含め11の事業が定められている。公布された補助金は、各自治体の裁量で地域の特性や利用者の状況に応じ、個々の事業に柔軟に配分することができる。

「相談支援事業」は、市町村地域生活支援事業の一つであり、「障害者相談支援事業」（以下、委託相談支援事業）と「基幹相談支援センター」に大別される。さらに、「住宅入居等支援事業（居住サポート事業）」と「基幹相談支援センター等機能強化事業」の実施が規定されている。

図1-6 相談支援事業の体系



日本相談支援専門員協会(2011)を参考に筆者作成

2-2-2 委託相談支援事業

①委託相談支援事業

正式な事業名は「障害者相談支援事業」であるが、市町村等の指定を受けた特定相談支援事業者および一般相談支援事業者に委託が可能であることから「委託相談支援事業」と言われる（根本 2009）。

原則として市町村自らによる直営、複数市町村による共同実施、特定相談支援事業者および一般相談支援事業者への委託、以上のいずれかの方法で実施される。対象者や業務の内容に概ね制限はなく、日常生活における一般的な相談や、突発的なニーズあるいは個別給付事業では対応できない相談への対応などに幅広く、かつ柔軟に応じる一次相談窓口位置づけられている。ただし、委託料や人員配置などの基準は、地方交付税を財源としているため市町村によって異なる（第6章参照）。

②住宅入居等支援事業（居住サポート事業）

賃貸契約による公営住宅や民間の賃貸住宅への入居を希望し、かつ保証人がいない等の

理由により入居が困難な障害者等を対象に、不動産業者への物件斡旋依頼、家主等との入居契約手続きの支援、公的保証人制度の利用支援などを行う。また、利用者の生活上の課題に応じ、関係機関によるサポート体制の調整を行う。

なお、精神科病院に入院している精神障害者、入所施設に入所している障害者等は対象外とされている。

2-2-3 基幹相談支援センター

①基幹相談支援センター

2012年度より、市町村における相談支援事業の適正かつ円滑な実施を目的に事業化された（第6章参照）。地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、身体障害、知的障害、精神障害などの障害種別を問わないワンストップ対応を基本としている。

主な業務内容は、(ア) 障害種別や各種ニーズに応じた総合的・専門的な相談支援の実施、(イ) 地域の相談支援体制の強化として、相談支援事業者に対する訪問等による専門的な指導・助言、研修会の企画・運営、地域の相談機関との連携強化、(ウ) 地域移行・地域定着の促進として、障害者支援施設や精神科病院への地域移行に向けた普及啓発、地域生活を支えるための体制整備コーディネート等、(エ) 権利擁護や虐待防止のための取り組みとなっている。さらに、重複障害や制度の谷間にある障害、困難ケースなど、地域の相談支援事業所のスーパーバイズを含め、専門性の高い相談へ対応するものとされている。

人員体制は、地域の実情に応じて相談支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師等を配置するとしているが、人数は規定されていない。

実施主体は市町村であり、市町村自らによる直営、特定相談支援事業所および一般相談支援事業所への委託、官民共同による運営など、地域の実情に応じて運営方法は異なっている。同様に、委託料も年間1,500万～3,000万円が多く、少ないところでは250万円未満にとどまっている（長野県相談支援専門員協会 2014）。なお、設置は必須ではなく、市町村の任意とされている。

②基幹相談支援センター機能強化事業

市町村における相談支援事業が適正かつ円滑な実施されるよう、相談支援機能の強化を目的としている。具体的な事業内容は、市町村の相談支援機能を強化するために必要と認められる能力を有する専門的職員（社会福祉士、保健師、精神保健福祉士等）の配置、地域の相談支援事業者等に対する専門的な指導・助言、情報収集・提供、人材育成の支援（研修会の企画・運営、事例検討会の開催等）、地域移行・地域定着に向けた取り組み（障害者支援施設や精神科病院への普及啓発、地域生活を支えるための体制整備コーディネート）など、基幹相談支援センターとほぼ同じ内容が規定されている。

2-2-4 地域活動支援センター I 型

地域活動支援センターは、委託相談支援事業と同じく市町村地域生活支援事業の一つとして 2006 年度に事業化された（第 6 章参照）。市町村の必須事業であり、原則として、創作的活動や生産活動などの機会提供、社会との交流を促進する「基礎的事業」と、実施する内容によって人員配置や規模などを三類型に分けた「地域活動支援センター機能強化事業」を実施する、2 階建ての事業となっている³。

①基礎的事業

地方交付税による自治体補助事業に位置づけられ、委託料 600 万円を財源としている。市町村から委託を受けた法人等が、利用者に対し創作的活動、生産活動の機会の提供など地域の実情に応じた支援を行う。事業の実施にあたって、2 名以上の職員を配置し、うち 1 名は専任としている。

その他、厚生労働省が示したものは『地域生活支援事業実施要綱』（最終改正平成 28 年 11 月 14 日）⁴以外には無く、実際の運営は市町村ごとに作成された実施要項に基づいて行われている。

②地域活動支援センター機能強化事業

「基礎的事業」の機能強化を図るため、実施内容ごとに I 型、II 型、III 型の類型が設けられている。II 型が在宅障害者を対象に機能訓練、社会適応訓練、入浴等のサービスを実施、III 型が小規模作業所としての運営実績 5 年以上を有する団体等を対象施設としているのに対し、I 型は精神保健福祉士等の専門職員を配置し、医療・福祉等の連携強化のための調整、地域住民等のボランティアの育成、障害に対する理解促進を図るための啓発活動などの事業を行う。また、「委託相談支援事業」を併せて実施することを必須条件としている⁵。事業の実施にあたって、「基礎的事業」の他 1 名以上を配置し、うち 2 名以上を常勤としている（図 1-7 参照）。

ただし、厚生労働省が実施要綱で示している類型は「事業形態の例」（厚生労働省 2016d : 19）であり、実際の運用は市町村の裁量に任されていることから、委託料、人員配置、実施方法など市町村によって大幅に異なる。

図1-7 地域活動支援センター事業の各事業内容について

- 地域活動支援センターの基礎的な事業は、地方交付税による、小規模作業所に対する自治体補助事業の一部を財源とする。
- この基礎的な事業の他、機能・体制の強化を実施する場合に国庫補助加算を実施する(Ⅰ型～Ⅲ型の加算標準額は下記による)。

Ⅰ型(国庫補助加算標準額600万円)		
【Ⅰ型としての国庫補助対象事業】 ○ 事業内容 専門職員(精神保健福祉士等)を配置し、医療福祉及び地域の社会基盤との連携強化のための調整、地域住民ボランティア育成、障害に対する理解促進を図るための普及啓発 ○ 職員配置 自治体の単独補助による事業の職員の他、1名以上を配置し、2名以上を常勤とする ○ 利用定員 1日あたり実利用人員20名以上 ○ 国庫補助加算標準額(案) 地方交付税による自治体補助に加え、600万円を追加補助 ※ 委託相談支援事業をあわせて実施することを必須条件とする(本補助の報酬対象外)	Ⅱ型(国庫補助加算標準額300万円) 【Ⅱ型としての国庫補助対象事業】 ○ 事業内容 地域において就労が困難な在宅障害者を通所させ、機能訓練、社会適応訓練、入浴等のサービスを行うことにより、自立と生きがいを高める ○ 職員配置 自治体の単独補助による事業の職員の他、1名以上を配置 ○ 利用定員 実利用人員15名以上 ○ 国庫補助加算標準額(案) 地方交付税による自治体補助に加え、300万円を追加補助 ※ 個別給付事業へ移行するための加算制度(200万円/年、2年を限度)を留意	Ⅲ型(国庫補助加算標準額150万円) 【Ⅲ型としての国庫補助対象事業】 ○ 対象施設 小規模作業所としての運営実績5年以上 ○ 職員配置 自治体の単独補助による事業の職員1名以上を常勤とする ○ 利用定員 実利用人員10名以上 ○ 国庫補助加算標準額(案) 地方交付税による自治体補助に加え、150万円を追加補助 ※ 2006年度に限り、実利用人員が5人以上10人未満の小規模作業所において、実利用人員の増加等地域活動支援センターへの移行計画を策定した場合、Ⅲ型を認める経過措置を設ける
地方交付税による自治体補助事業 ○ 補助額 600万円(平成17年4月障害福祉調査による自治体補助の実績平均額) ○ 事業内容 創作的活動、生産活動、社会との交流の促進等 ○ 職員配置 2名以上とし、うち1名は専従とする ○ 利用定員等 特に規定なし		
国庫補助の無い小規模作業所に対する自治体補助事業		

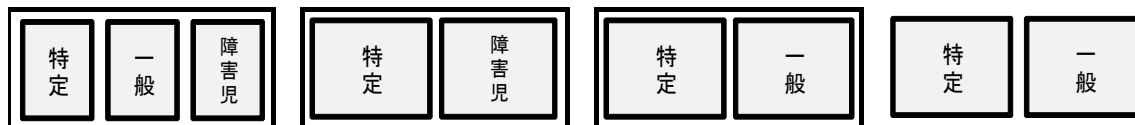
出所:厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部(2005e)

2-3 「相談支援」および「相談支援事業」の運営

では、相談支援はどのように「運営」されるのか。改めて「相談支援」および「相談支援事業」の体系について確認したい。相談支援は、市町村から指定を受けた事業者が行う「相談支援」(特定相談支援事業・障害児相談支援事業・一般相談支援事業)、市町村の直営あるいは委託にて行う「相談支援事業」(委託相談支援事業・基幹相談支援センター・地域活動支援センターⅠ型)で構成される。いずれの事業も法人格を有する団体、組織等であれば市町村から指定または委託を受けることができない。

「相談支援」は、事業者が実施したい事業を選択して都道府県および市町村から指定を受ける。たとえば「特定相談支援事業」+「障害児相談支援事業」+「一般相談支援事業」を選択する場合もあれば、「特定相談支援事業」+「一般相談支援事業」あるいは「特定相談支援事業」+「障害児相談支援事業」を選択する場合があるなど、指定申請に基づいて運営される(図1-8参照)。あるいは他の障害福祉サービス事業と併設される場合も多い⁶。

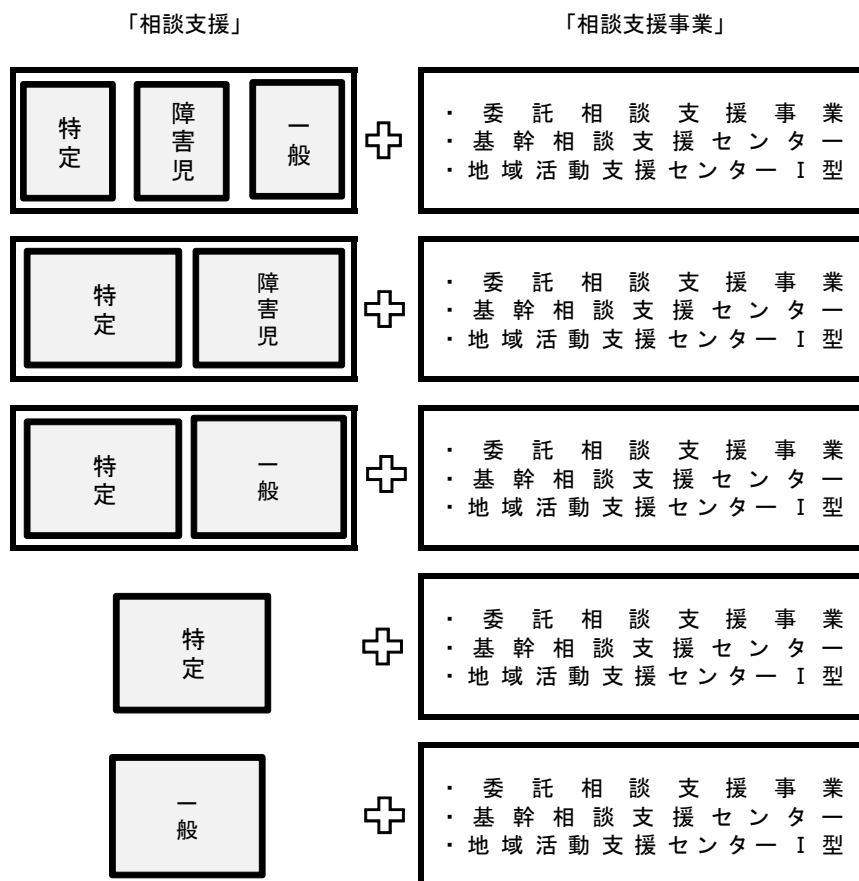
図1-8 「相談支援」の種類



出所:厚生労働省(2012a)

他方、「相談支援事業」は、市町村等から「相談支援」の指定を受けていることが委託の条件となっている。そのため委託相談支援事業、基幹相談支援センター、地域活動支援センターI型の受託を希望する場合は、必ず「特定相談支援事業」「一般相談支援事業」「障害児相談支援事業」のいずれかの指定を受ける必要がある。つまり「相談支援事業」は「相談支援」を併設して運営される構造になっている（図1-9参照）。

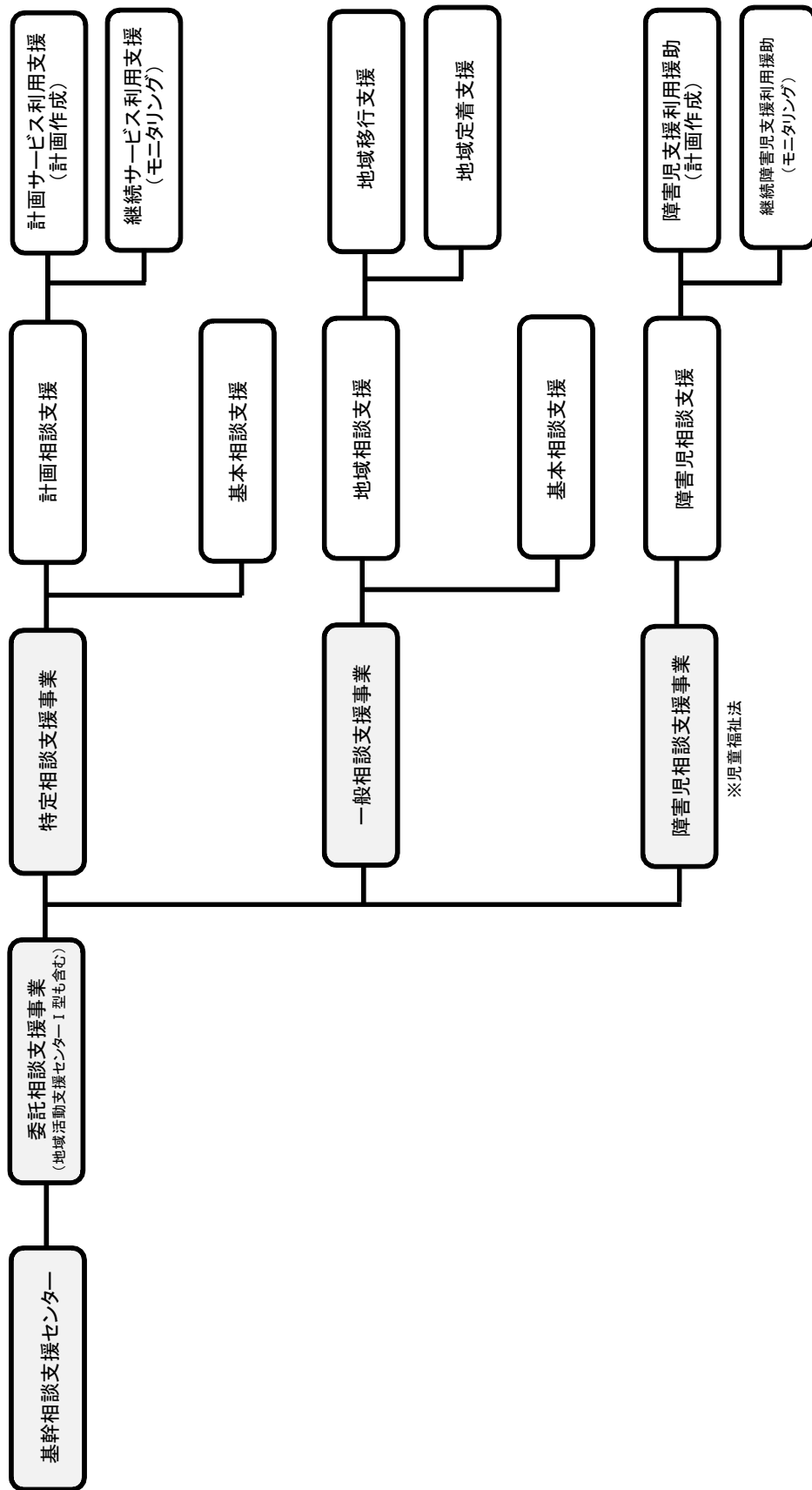
図1-9 「相談支援」と「相談支援事業」の種類



厚生労働省(2012a)を参考に筆者作成

これらの「相談支援」および「相談支援事業」の体系を図で示すと、以下のように整理できる（図1-10参照）。

図1-10 「相談支援」および「相談支援事業」の体系



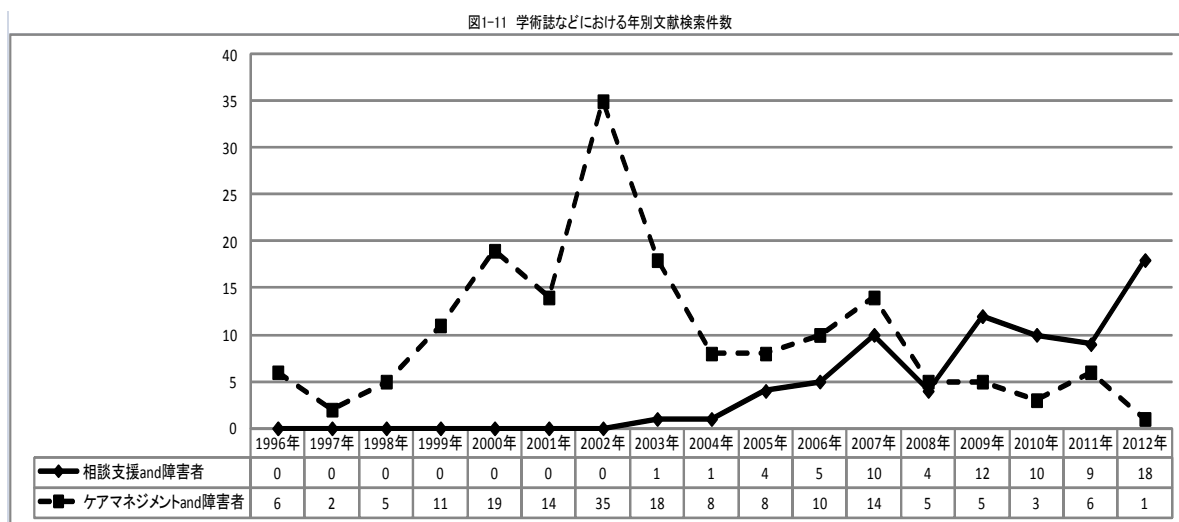
日本相談支援専門員協会(2011)を参考に筆者作成

第3節 先行研究

次に、相談支援に関連した文献を整理し、その動向について確認する。具体的には、1996年から2012年までに国内で報告された文献を対象とし、NII 学術情報ナビゲータ「CiNii」（以下、「CiNii」）を使用して検索を行う。時期を限定した理由は、この間、社会福祉基礎構造改革を契機に従来の社会福祉制度の抜本的な方向転換が進められ（第2章参照）、とりわけ当初「手法」として検討が始まったケアマネジメントが、相談支援の「事業」として導入に至った時期にあたり、相談支援をめぐる動向を把握できると判断したからである。

3-1 学術誌など

データベース「CiNii」を使用して「相談支援 and 障害者」をキーワードに検索を行った。検索された件数は148件であり、うち現行制度と直接関係のない文献、重複した文献、資料および雑誌記事などを除いた結果、学術誌、学会誌、職能団体の機関誌などのカテゴリーから74件を抽出した。併せて、政策上、相談支援とケアマネジメントが同義とされている（木全 2007a）ことから「ケアマネジメント and 障害者」をキーワードに検索を行った。検索された文献は401件であり、先述の条件に沿って170件を抽出した（図1-11参照）。

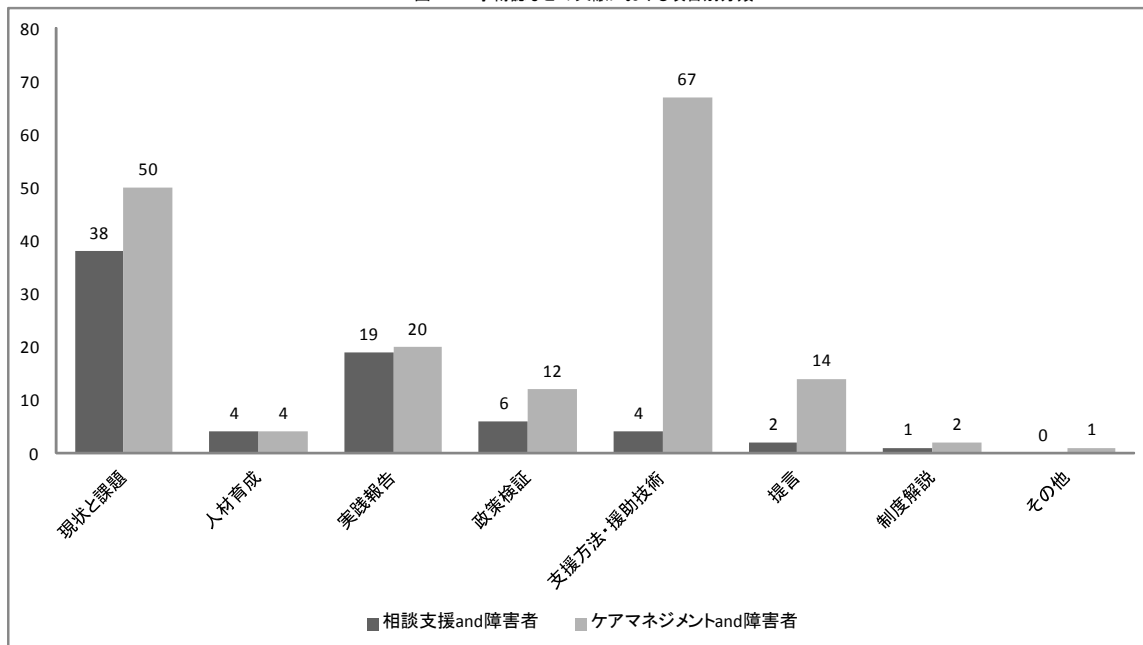


「相談支援 and 障害者」は、1996年から2002年までの検索件数はゼロだったが、2003年から2007年までの間に増加を経て、ほぼ横ばいで推移した後、2012年に急激に増加を示していた。他方、「ケアマネジメント and 障害者」は1998年からほぼ右肩上がりに増加したが、2002年を境に一転して減少傾向にあった。

これらの文献を「現状と課題」「人材育成」「実践報告」「政策検証」「支援方法・援助技術」「提言」「制度解説」「その他」のカテゴリーに分類できた。件数は、図1-12のとおり

である。

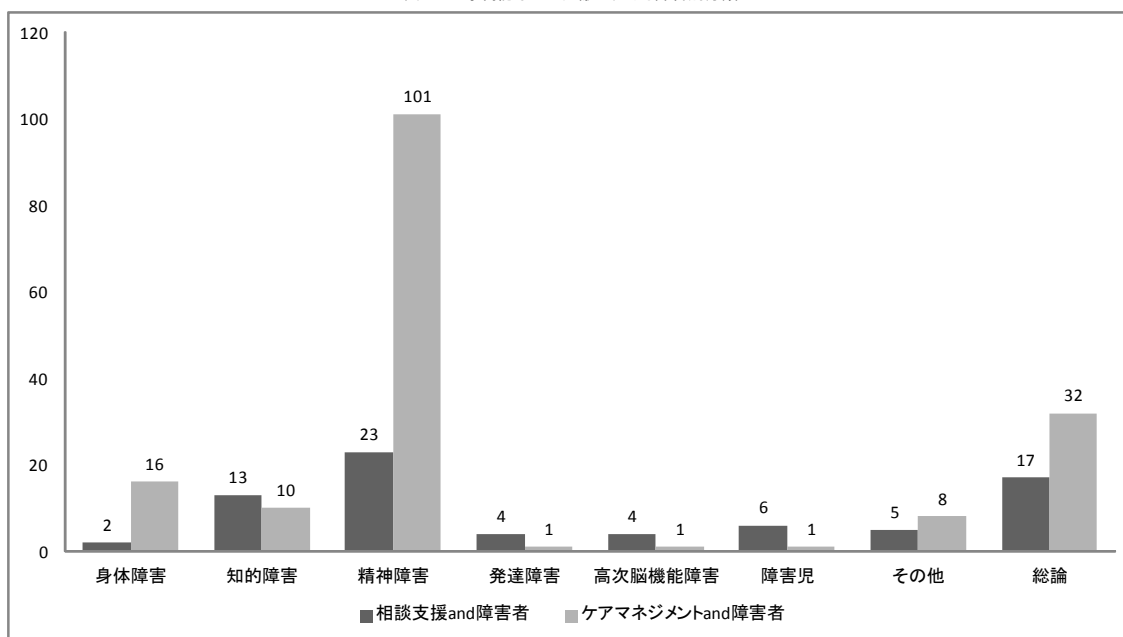
図1-12 学術誌などの文献における項目別分類



「相談支援 and 障害者」では「現状と課題」（38 件）が最も多く、次いで「実践報告」（19 件）、「政策検証」（6 件）、「人材育成」（4 件）、「支援方法・援助技術」（4 件）となっている。「ケアマネジメント and 障害者」は「支援方法・援助技術」（67 件）、「現状と課題」（50 件）、「実践報告」（20 件）、「提言」（14 件）、「政策検証」（12 件）となっている。いずれも実践上の課題に関する文献が多くを占めている。

主たる障害については、「身体障害」（脳性麻痺、脊椎損傷、肢体不自由）、「知的障害」「精神障害」「発達障害」「高次脳機能障害」「障害児」「その他」であり、障害を特定していない文献は「総論」とした。「その他」の内訳は、「身体障害・知的障害」「身体障害・難病」「知的障害・発達障害」「視覚障害」「言語障害」「聴覚障害」「高齢障害者」「難病」が含まれている。障害別の件数は、図 1-13 のとおりである。

図1-13 学術誌などの文献における障害別分類



「相談支援 and 障害者」の検索結果では、「精神障害」(23件)、「総論」(17件)、「知的障害」(13件)、「障害児」(6件)、「その他」(5件)となっている。「ケアマネジメント and 障害者」の場合も、「精神障害」(101件)、「総論」(32件)、「身体障害」(16件)、「知的障害」(10件)、「その他」(8件)となっている。いずれも精神障害が最も多く、他の障害と比べてひととき件数が突出している。次いで、障害等の種別を問わない文献が多いことも明らかになった。

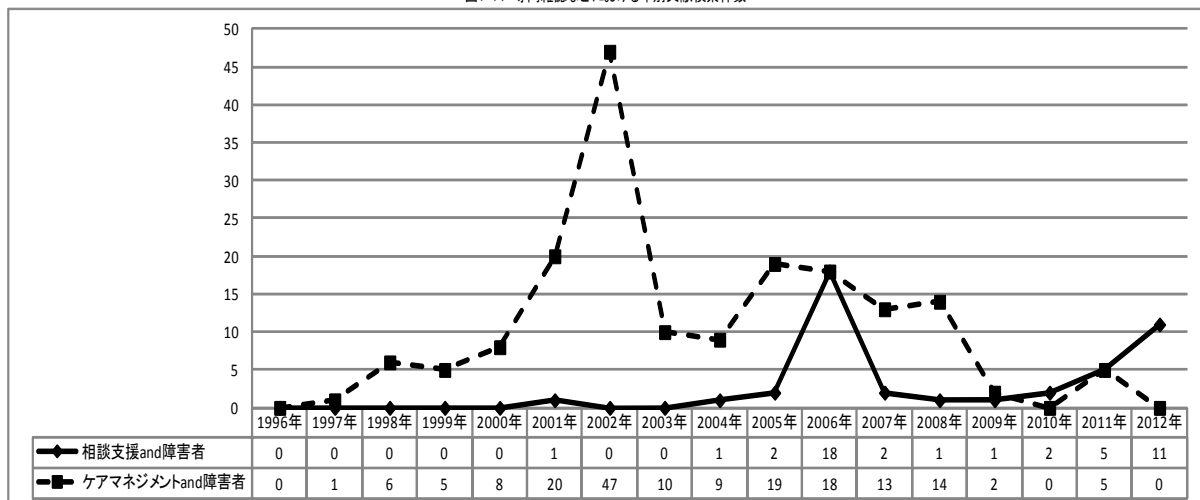
3-2 専門雑誌など

1996年から2012年までに発行された専門雑誌および商業雑誌で特集が組まれたものに、『季刊福祉労働』79(1998年6月「ケアマネジメントって何だ?」)、『AIGO:知的障害福祉研究』45(10)(1998年10月「地域生活を支える仕組み——ケアマネジメント」)、『作業療法ジャーナル』33(5)(1999年5月「リハビリテーションモデルと実践ケアマネジメント」)、『AIGO:知的障害福祉研究』47(1)(2000年1月「社会福祉基礎構造改革とケアマネジメント」)、47(6)(2000年6月「「利用者主体」のケアマネジメントをめざして」)、『特別支援教育』4(2001年9月「一貫した相談支援の在り方」)、『月刊福祉』85(2)(2002年2月「障害者福祉の支援費制度導入に向けて——地域生活支援とケアマネジメント」)、『介護支援専門員:別冊総合ケア』10(2002年9月「高齢者ケアマネジメント・障害児ケアマネジメントの現状と展望」)、『介護支援専門員:ケアマネジャー必携の専門誌』4(5)(2002年9月「障害者のケアマネジメント」)、『月刊ケアマネジメント』14(3)(2003年3月「いよいよ始まる支援費制度——新しい障害者支援システムを育てる」)、『地域ケアリング』7(4)(2005

年4月「ケアマネジメントと専門職」、『月刊ケアマネジメント』16(6) (2005年6月「障害者自立支援法とケアマネジメントの役割——制度化に向けて」)、『地域ケアリング』7(8) (2005年7月「障害者ケアマネジメント」)、『月刊福祉』88(10) (2005年9月「ケアマネジメント再考」)、『さぽーと：知的障害福祉研究』53(1) (2006年1月「相談支援とケアマネジメント」)、『ノーマライゼーション：障害者の福祉』26(10) (2006年10月「相談支援事業の現状と課題」)、『月刊ケアマネジメント』18(11) (2007年11月「本当に進むの？障害者の「地域移行」——最前線の取り組みに学ぶケアマネジメント」)、『地域リハビリテーション』3(5) (2008年5月「地域リハビリテーションにおける障害者ケアマネジメント」)、『月刊ケアマネジメント』19(12) (2008年12月「自立支援法の見直しで注目——障害者ケアマネジメント」)、『季刊福祉労働』131 (2011年6月「拡大する相談・支援事業の実相」)、『さぽーと：知的障害福祉研究』58(6) (2011年6月「相談支援を考える」)、『月刊ケアマネジメント』22(10) (2011年10月「自立支援を学ぼう障害者ケアマネジメント」)、『精神科看護』39(3) (2012年3月「障害者自立支援法の改正は地域移行支援をどう変えるのか」)、『さぽーと：知的障害福祉研究』59(7) (2012年7月「相談支援を考える」)がある。

「相談支援 and 障害者」をキーワードに検索された148件から現行制度と直接関係のない文献、重複した文献、資料、学術雑誌、学会誌、職能団体の機関誌などを除いた結果、上述の専門雑誌および商業雑誌などから44件を抽出した。併せて「ケアマネジメント and 障害者」をキーワードに検索された401件から、同条件に沿って177件を抽出した。年別の件数は図1-14のとおりである。

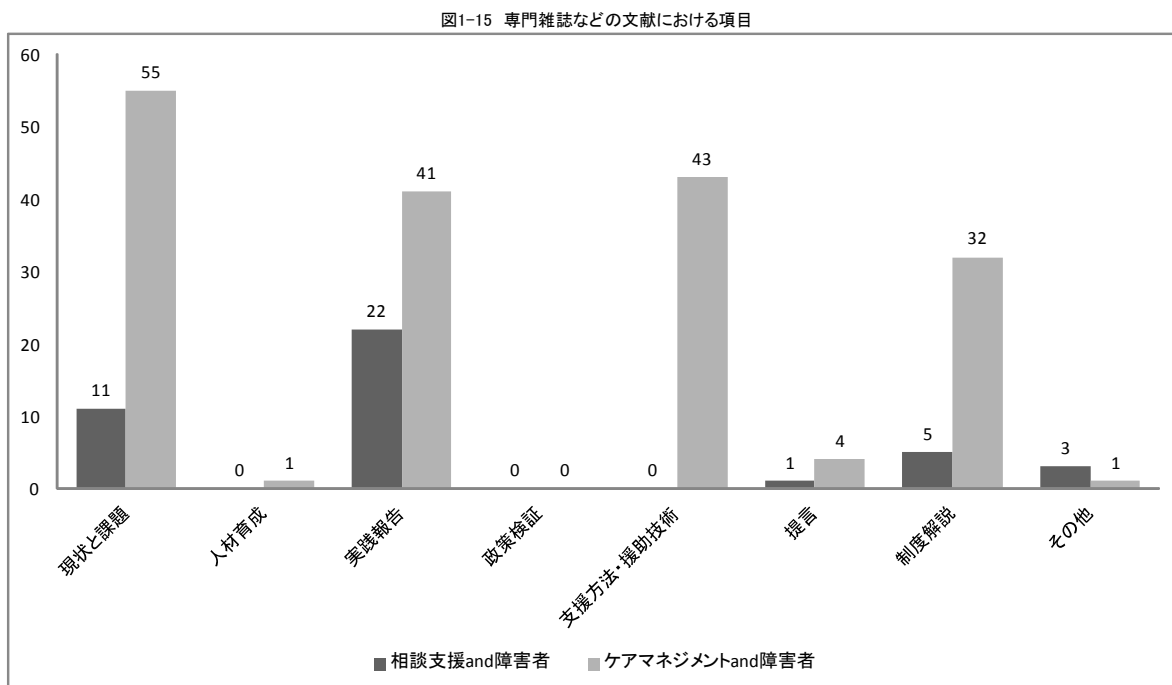
図1-14 専門雑誌などにおける年別文献検索件数



「相談支援 and 障害者」は、2006年のみ急激に増加を示した以外、1996年から2010年まではゼロ～2件を横ばいで推移しているが、2011年より再び増加傾向にあった。「ケアマネジメント and 障害者」は、2002年に急激に増加を示したが、2003年から2004年にかけて減少に転じている。2005年に再び増加を示すが、若干の増減を繰り返しながらも減少

傾向にある。

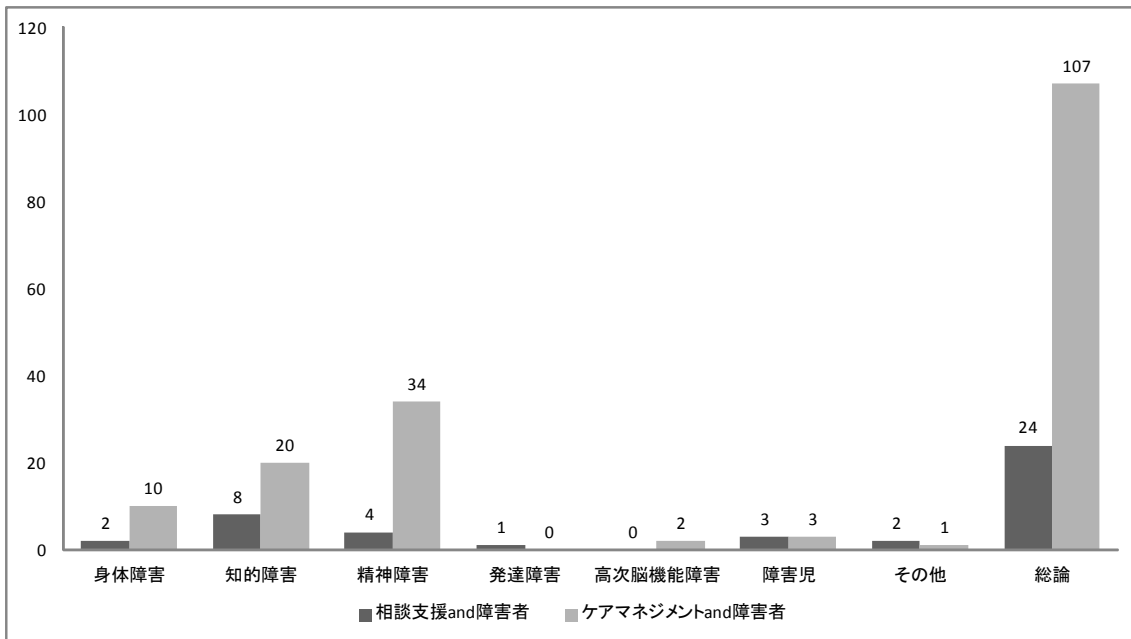
これらの文献を、第3節3-1と同じく8つのカテゴリーに分類した。件数は、図1-15のとおりである。



「相談支援 and 障害者」では、「実践報告」（22件）が最も多く、次いで、「現状と課題」（11件）、「制度解説」（5件）、「その他」（3件）、「提言」（1件）となっている。「ケアマネジメント and 障害者」は、「現状と課題」（54件）、「支援方法・援助技術」（43件）、「実践報告」（41件）、「制度解説」（32件）、「提言」（4件）、「人材育成」（1件）、「政策検証」（1件）、「その他」（1件）となっている。いずれも実践上の課題に関する文献および記事が大半を占めている。

これらの文献を、第3節3-1と同じく8つの障害別に分類した。件数は、図1-16のとおりである。

図1-16 専門雑誌などの文献における障害別分類



「相談支援 and 障害者」では、「総論」（24 件）が最も多く、次いで「知的障害」（8 件）、「精神障害」（4 件）、「障害児」（3 件）、「身体障害」（2 件）、「その他」（2 件）となっている。「ケアマネジメント and 障害者」の場合も、「総論」（107 件）が最も多く、ひときわ突出している。次いで「精神障害」（34 件）、「知的障害」（20 件）、「身体障害」（10 件）、「障害児」（3 件）、「高次脳機能障害」（2 件）、「その他」（1 件）となっている。

3-3 テキストおよびマニュアル

「相談支援」「相談支援事業」に関するテキストおよびマニュアルは、対人援助技術場面で使用するツールの開発・普及や人材育成を目的に、ケアマネジメントに関連した施策と連動しながら刊行されている（第 4 章参照）。

1996 年に日本障害者リハビリテーション協会が『身体障害者ケアガイドライン——障害者の地域生活を支援するために（「障害者に係る介護サービス等の提供方法及び評価に関する検討会」中間報告）』を公表し、2 年後の 1998 年から障害者ケアマネジメント従事者養成研修が開始となった。このことを契機に厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課監修（1999）『障害者ケアマネジャー養成テキスト身体障害編』（身体障害者ケアマネジメント研究会監修／改訂 2002・2003）、精神障害者社会復帰促進センターより高橋清久・大島巖編（1999）『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方——ケアマネジメント従事者養成テキスト』（2001 改訂新版）が出版された。

つづいて、介護保険制度が始まった 2000 年に身体障害者ケアマネジメント研究会監修（2000）『障害者ケアマネジメント実施マニュアル（身体障害編）』、知的障害者ケアマネジ

メント研究会監修（2000）『障害者ケアマネジャー養成テキスト知的障害編』（2002・2003改訂）、寺田一郎（2000a）『精神障害者ケアマネジメントマニュアル』（2003改訂版）が、障害種別ごとに出版された。さらに日本精神保健福祉士協会編（2001）『精神障害者のケアマネジメント』、支援費制度施行前の2002年に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部による三障害共通の『障害者ケアガイドライン』の策定を受け、身体障害者ケアマネジメント研究会・知的障害者ケアマネジメント研究会監修（2002）『新版障害者ケアマネジメント実施マニュアル——身体障害・知的障害共通編』、日本精神保健福祉士協会監修・三品佳子編（2003）『利用者主導を貫く精神障害者ケアマネジメントの実践技術』などの出版が相次いだ。

その後、2006年の障害者自立支援法の施行に合わせて、厚生労働省社会援護局・障害保健福祉部（2005d）『相談支援の手引き第2版』が公表された。そして、同年公布の『相談支援従事者研修事業実施要項』（障発第0421001号平成18年4月21日）に規定された『相談支援従事者初任者研修標準カリキュラム』に基づいて、障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会編（2006）『障害者相談支援従事者初任者研修テキスト』（2007・2013改訂）が出版され、以後、公式テキストに用いられている。

さらに、2012年以降、日本相談支援専門員協会（2012）『サービス等利用計画作成サポートブック』（2013b改訂第2版・2013c改訂第3版）、日本相談支援専門員協会（2013a）『サービス等利用計画評価サポートブック』が作成され無償で配布されていた。

そのほか、朝比奈・北野・玉木（2013）、大塚晃監修・埼玉県相談支援専門員協会編（2014）、東美奈子・大久保薫・島村聡（2015）、小澤温監修・埼玉県相談支援専門員協会編（2015）、谷口明広・小川喜道・小田切明ほか（2015）などによるテキストの出版が続いている。また、多くの職能団体や自治体が独自のガイドラインやマニュアルを作成、公表している⁸。

3-4 文献の傾向

学術誌、専門雑誌などを問わず2002年のみ文献の件数が突出していた。理由として、障害分野では2003年度からケアマネジメントの導入を政策目標に掲げ、それに合わせて2002年に『障害者ケアガイドライン』が示されたことが影響していると考えられる。実際には2003年度の導入は見送られることになったが、同時に文献件数も激減している事実からもケアマネジメントに対する期待の高さをうかがうことができる。

その後、専門雑誌などでは、2006年を境に文献件数が「ケアマネジメント and 障害者」から「相談支援 and 障害者」へ逆転している。その背景には、2006年に相談支援が法律上の定義を得たこと、障害分野のケアマネジメントが「相談支援」の呼称で統一されたこと（第4章参照）などが考えられる。

次に、専門雑誌などの文献では、障害種別を問わない「総論」が最も多い理由として、

2004年10月に厚生労働省が『今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）』を発表して以降、障害福祉サービスの一元化が急速に進んだことが考えられる。そのため障害者自立支援法（2013年より障害者総合支援法）施行前と比べて、障害種別ごとの支援に重きが置かれなくなっていることが推測できる。

一方、学術誌などの文献では「精神障害」が突出して多い特徴がみられた。その最たる理由に、精神障害（者）が法律上、福祉の対象になったのは1990年代に入ってからであり、他の障害と比べて人材育成や実践の蓄積が大幅に遅れていることが背景にあると考えられる。つまり第3章および第5章で詳述する地域の社会資源の整備や、長期入院者の退院支援などの明確な問題に対し、ケアマネジメントを始めとする実践的な課題は連動しやすく、1990年代以降の法制度の整備が大きく影響していると推測できる。

しかしながら、文献のほとんどが、それぞれの地域や相談支援事業所での実践を踏まえたものが占めていた。これらは実践の課題整理や支援者のスキルアップに寄与する点では意義があるものの、地域によって支援体制や財政状況が異なるため一般化できるものは限られている。他方、政策等の検証や制度等の変遷について言及したものは、谷野（2002）、鈴木智敦（2007）、木全（2007a）、中野・成田・浅沼（2012）にとどまっている⁹。

第4節 小括

本章では、相談支援の各事業およびサービスの構造を概観し、関連する文献から1996年以降の動向を整理・確認した。相談支援は、予算事業になった1996年から今日のような制度が形成されるまで約20年が経過し、多岐にわたる機能と役割が付与された。そのため文献の数は必ずしも少ないわけではなく、むしろ多数蓄積されているとあってよい。しかし、その大半が、①実践報告、②問題点の整理、③スキルアップを目的にした援助技術の開発・研究、に大別される。

それゆえに精神障害者の地域生活支援（第3章参照）、ケアマネジメント（第4章参照）、長期入院者の社会的入院（第5章参照）など、目的が異なるこれらの支援がどのような政策理念のもと相談支援に収斂されたのか、その過程と連続性を把握するには不十分な状況にある。そのうえで相談支援の基本構造と関連する文献の傾向から、次の三つの論点を見出すことができる。

第一に、相談支援は複雑な構造を持ち、その対象も広範囲に及ぶことに加えて、相次ぐ制度の見直し等に対応する必要性から実践上の問題に着目する傾向が強い。そのため表面的な問題把握と課題整理の域を出ていない。

実践上の問題点は、第3節で示した文献によってほぼ明らかにされているとあってよい。日本相談支援専門員協会（2011）によると、地域間・事業所間で相談支援の基本的な考え方、相談支援専門員の活動（仕事）、相談支援体制の整備にそれぞれ大きな相違があると指

摘し、相談支援の問題点を、①個々の支援者の感性や力量、②事業所の経営方針への依存傾向、③制度的裏づけの不足、④財源・人材体制の脆弱さ、以上のように示している。また、日本精神保健福祉士協会（2008a）は、地域の脆弱さ、自己負担増による利用者や家族への圧迫、事業・施設体系の見直し、煩雑な事務作業などをあげている。しかし、これらの問題が何によってもたらされたのかについては言及していない。

第二に、こうした実態に対し、量的拡大と質の向上（厚生労働省 2010a；日本相談支援専門員協会 2011・2012・2014；朝比奈・北野・玉木編 2013）を喫緊の課題に掲げているが、ことさら支援者にスキルアップを求めることで、制度設計上の問題を支援者側の問題に「すり替え」られていることである。

「相談支援」に関していえば、計画相談支援にかかる 1 ヶ月あたりの報酬単価は「サービス等利用計画」「モニタリング」ともに他の障害福祉サービスに比べて格段に低く、労力に見合った報酬になっていない。また、報酬算定上評価されない支援が多く、ベテランの職員を雇用できるほどの収益が見込めない構造になっている。質の伴った「サービス等利用計画」の作成および「モニタリング」を行おうと思えば、それぞれ月平均 5 件程度が限界と考えられる。仮に「サービス等利用計画」1,611 単位：1 万 7,559 円×5 件×12 ヶ月、「モニタリング」1,310 単位：1 万 4,279 円×5 件×12 ヶ月で算出した場合、相談支援専門員 1 人が得る報酬は年間で合計 191 万 280 円しかない。そこから光熱水費、通信費、交通費などの諸経費を差し引くと 1 人分の人件費さえ確保できない。「相談支援事業」も委託料による運営とはいえ、地方交付税を財源とするため財源不足になった場合、義務的経費のように補正予算を組まれることはなく、むしろ削減の対象になりやすい。また、年間委託料も決して高額ではないため、運営の困難さは「相談支援」と大きな違いはない。

大阪府・大阪市・堺市（2013）は、相談支援事業所が報酬だけで収支を黒字化しようとする場合、相談支援専門員 1 人あたり月平均 38 件の「サービス等利用計画」および「モニタリング」の実施と、延べ労働時間として月 323 時間が必要と試算している。しかし、丁寧な対応をすればするほど対応できる件数は必然的に少なくなり、報酬が発生しない「基本相談支援」が業務量の多くを占める状況で、これらの達成は不可能である。

第三に、相談支援は『障害者ケアガイドライン』（2002 年 3 月）、『相談支援の手引き第 2 版』（2005 年 12 月）で示された障害者ケアマネジメントを基本としているが、利用者のニーズをサービスに結びつける機能にとどまるため、本来幅広い対応が求められる相談窓口の機能としては致命的な欠陥を抱えているといえる。

たとえば、即時対応や複合的な課題への解決が必要な相談は、ケアマネジメントの適用対象とはならない。そのため相談支援には、安価とはいえ報酬が発生する「サービス等利用計画」や「モニタリング」を優先しがちな構造が内在している。委託相談支援事業も図 1-9 で確認したように「相談支援」とセットで運営することが規定されているため、一般的な相談や複合的な課題を持つ相談よりも「計画相談支援」が優先される傾向があり、事実、

後者のほうに労力を割いている。つまり利用者／相談者が選別されやすい仕組みになっているといえる。そのうえで日本相談支援専門員協会（2013a）は、相談支援の質の向上について以下のとおり述べている。

障害者総合支援法が求める質の高い相談支援とは、標準的なサービスとしての相談支援であり、それを可能とするのは適切なサービス等利用計画による標準的な支援となる。

[...] Plan→Do→Check→Action というサイクルにより質の高いサービス等が提供されることをふまえると、サービス等利用計画自体の内容もモニタリングを含むこのサイクルにより改善されていくと考えられる。

（日本相談支援専門員協会 2013a : 13）

しかし、現実にはフォーマット化された支援がなじまない相談も少なくない。一方で、基本相談支援のような報酬が発生しない対応だけでは安定した経営を図ることは困難であり、相談支援事業所の数も増えていない。さらに冒頭でも述べたように、相次ぐ制度の見直しと複雑な制度設計に人材育成や相談支援事業所の整備が追い付いていない実態がある。そのため制度が不十分な部分を支援者のスキルアップで補おうとする状況を招いているが、支援の対価となる報酬体系の根本的な見直しはなされていない。

第 2 章では、こうした今日の相談支援がどのように形成されたのか、その変遷について述べる。

第2章

社会保障政策の変遷と相談支援・1996年—2006年

第1節 はじめに

本章では『障害者プラン——ノーマライゼーション7ヶ年戦略』（以下、『障害者プラン』）の策定により相談支援が予算事業となった1996年から、障害者自立支援法の施行により障害種別ごとに提供されてきた施設・事業体系が一元化された2006年までの約10年間に着目し、その間の社会保障政策の変遷を追う。

わが国の社会保障政策は、1973年のオイルショックを契機に行財政運営の見直しに着手し、以後「中央から地方へ」「官から民へ」「規制緩和」などの方向性を打ち出す。そして「官制市場」とされる社会福祉事業も1990年代以降、改革を迫られ、2000年の社会福祉法の施行と介護保険制度の創設によって福祉分野の市場化が進められることになる。そのねらいは新規事業の起業と雇用の拡大を図り、他方で民間営利団体によるサービス供給量の増加とサービスの質の向上を図ることにあつた（石田 2004）。これを契機に相談支援にもNPO法人や民間営利団体など多様な運営主体が参入し、現在も市町村ごとに整備が進められている。しかし、相談に対応できるだけの力量が伴っていない、あるいは市町村から指定を受けたもの実際には稼働していない相談支援事業所も少なくない。

こうした状況を招いた要因の一つに規制緩和をあげることができる。そのため福祉分野で規制緩和に向けてどのような議論がなされ、推進されたのか確認する必要がある。また、相談支援は、介護保険制度と政策面で概ね共通した背景を持ち、障害福祉サービスと介護保険制度の統合に向けた議論が少なからず繰り返されてきたことから高齢者福祉施策と不可分に関係している。したがって相談支援を語るには高齢者福祉施策の動向、つまり介護保険制度創設の背景にも言及しなければならない。

以上のことから、本章は、まず規制緩和の大まかな流れを確認する。次に障害者施策の変遷を追う。そのうえで1990年代以降の社会保障政策が相談支援にどのような影響を与えたのか、その結果、相談支援は障害福祉サービスでどのような位置づけがなされたのか、これらの背景と変遷の過程を明らかにすることを目的とする。

第2節 福祉分野をめぐる「規制緩和」「市場化」

第1章で述べたように、相談支援に関する先行研究の多くは「サービス利用のあっせん・調整」など障害者ケアマネジメントを中心に狭義の課題を列挙するに留まっている。そのため実践現場では、人材育成やスキルアップなど対人援助場面で必要とされる技術的な課題に関心が集まる傾向が強い。他方、それらの背景にある政策上の課題についての整理は

十分になされないまま今日に至っている。

社会保障制度の改革は、1990年代以降、急速に進められた。そのこともあって社会福祉基礎構造改革や介護保険制度については、これまでも多く論じられているところである。しかし「中央から地方へ」「官から民へ」「規制緩和」などのスローガンに見られる行政コストの削減、「措置制度から契約制度へ」に象徴されるわが国の社会福祉事業の転換、営利団体の参入を促すための「規制緩和」の推進など、これらの改革から相談支援の形成について分析した研究は皆無といってよい。

本論に入る前に、一連の改革でも、とりわけ増大する福祉需要への対応を理由に最も推し進められてきた「規制緩和」と、それに伴う「市場化」について確認しておきたい。「規制緩和」「民営化」という言葉がわが国で本格的に使用され始めたのは、鈴木善幸内閣（1980～1982）の下で設置された第二次臨時行政調査会（以下、第二次臨調）においてである（松原 1991）。

久保田正志（2009）によると「規制緩和」は1980年代以降、急速にクローズアップされてきた政策課題であり、当初、行財政のスリム化、国民負担の軽減といった国内的要因から始められた「許認可」等の見直しにその起源を求めることができる。その後、1998年に行政改革本部の下に設置された「規制緩和委員会」が翌1999年に「規制改革委員会」へ名称変更したことにより、以後「規制緩和」に代わって「規制改革」が用いられるようになる。同時に、バブル経済の崩壊後、国内の景気対策あるいは経済成長の重視にとどまらず、新規参入や競争を促進する制度・ルールの整備等も含む規制制度の再構築としての意味合いに内容が広がったとされている。

規制緩和・民営化研究会（1994）によると「規制」とは「政府による市場に対する介入」とされ、大別してマクロ政策の介入として財政金融による総需要管理政策等と、市場の失敗を補完するためのミクロ的な介入政策があり、規制緩和における「規制」は後者を中心とする。後者の規制のあり方としては、事業者に対する許認可、行政指導あるいは国有・公営企業の設立の形での市場介入があげられる。ミクロ的な介入である「規制」については、経済効率性を高め、資源の再分配を図ろうとする「経済的規制」（参入規制・価格規制・投資規制）と安全の確保、社会的弱者保護、公平性の確保等を実現するための「社会的規制」があるとしている。具体的には、医療、福祉、教育、労働、農業、環境などが「社会的規制」の範疇に含まれ、のちに医療機関、学校、農業への株式会社参入、派遣労働者の拡大等の提言に見られるように、これらの分野の市場化を目指すことになる。

しかし、小泉純一郎内閣（2001～2006）が「構造改革なくして景気回復なし」「聖域なき構造改革」などのスローガンの下、規制改革を大きな政策課題としたにもかかわらず、実際には規制改革のペースが落ちている背景について、岡田豊（2004）は規制改革の主要な対象分野が「経済的規制」から「社会的規制」に変わったことにあると指摘している。

市場については、たとえば、岡崎祐司（2007）は現代における市場の多くは、何らかの

価格規制や参入規制、時間・場所・売り場面積などの営業規制が加えられていることから、むしろ自由市場を探すほうが難しく「多かれ少なかれ規制された市場」（岡崎 2007：27）であると論じている。そのため福祉分野の市場化も規制された特殊な市場への移行であることから「準市場」が適切であるとも指摘している。

また、横山寿一（2003）は介護保険制度の場合、利用者とサービス提供者の間の貨幣を媒介とした売買関係でサービスの利用・提供が行われる仕組みであることから「市場」であるとしている。他方「準市場」では価格競争が全面的に排除され、事業者の参入が厳しくコントロールされているため「準市場」の下でも非営利は存在すると指摘している。

そのうえで斎藤徹史（2003）は、規制改革が「成功した」「進んでいる」といわれる分野がある一方で「失敗した」「進んでいない」といわれる分野が存在するとし、後者の阻害要因について、①政界では「官邸のリーダーシップの不足」、②行政では「官の自己改革意欲の不足」「民間の能力への不信感」、③経済会では「既得権の維持」、④国民では「規制改革に対する関心の低さ」「消費者主権や自己責任への認識不足」と結論づけている。

これらの観点から、本研究での規制緩和の対象は「社会的規制」を指すこと、国は「社会的規制」の民間開放を推進してきたこと、しかしながら、福祉分野では必ずしも規制緩和および市場化は進んでいないこと、以上を確認したうえで社会保障制度の見直しを軸に論を進める。なお、今日の政策等では「規制改革」が使われているが、福祉分野を始めとする官制市場の改革は「緩和」に留まっている実態から「規制緩和」を用いる。

第3節 規制緩和に向けた検討

3-1 関係審議会等の提言

1990年代以降、バブル経済の崩壊後、個人消費の低調、設備投資の大幅な減少、税収の大幅な落ち込みなどによる景気の低迷状態が続く。こうした中、急速な高齢化に伴う社会保障費の増大あるいは巨額の財源不足が見込まれるなどの危機的な財政状況を背景に、社会福祉のあり方そのもの見直しにつながる社会保障制度改革、つまり政府主導による福祉分野の規制緩和が進められる。

主だった提言に社会保障制度審議会『社会保障体制の再構築(勧告)』(1995年7月4日)、経済審議会『構造改革のための経済社会計画——活力ある経済・安心できる暮らし』(1995年11月29日)、社会保障関係審議会会長会議『社会保障構造改革の方向(中間まとめ)』(1996年11月19日)、財政制度審議会財政構造改革特別部会『財政構造特別部会最終報告——活力ある21世紀への条件』(1996年12月12日)、地方分権推進委員会『地方分権推進委員会第2次勧告』(1997年7月8日)などがある。

いずれも社会保障制度改革と連動して地方分権と市場原理の導入を提言し、ほぼ共通し

て市町村中心、利用者本位（サービスの選択可能）、良質で効率的なサービスの提供と費用の適正化、高齢分野以外の福祉分野でのケアマネジメントの推進、規制緩和および民間活力導入などについて指摘がなされた。そして従来馴染みの薄かった住民参加や自己選択、自己責任に基づいた政策や提言が次々に打ち出されることになる。また、国庫補助負担金の問題点として、国と地方公共団体の責任の所在の不明確化を招きやすいことなどから、一部を除いて地方公共団体が全額負担を堅持、当該事業の実施が必要な場合は所要財源を明確にし、一般財源を確保することで国と地方の上下・主従の関係から対等・協力の関係に移行させていくことを示した（地方分権推進委員会 1997）。

これらを後押ししたのが、1995年3月に策定された『規制緩和推進計画』（1995～1997）である。当初1999年度までの5ヶ年を計画期間としていたが、景気回復を確実なものとするため1997年度末までの3ヶ年に前倒しとなった。『規制緩和推進計画』は、わが国初めての規制緩和の実行計画であり、①住宅・土地、②情報・通信、③流通、④運輸、⑤基準・規格・認証・輸入、⑥金融・証券・保険、⑦エネルギー、⑧雇用・労働、⑨公害・老廃物・環境保全、⑩危険物・防災・保安、⑪その他、以上の11分野1091項目について計画的に推進され、以後、各分野での規制緩和が本格的に進展する。

そして1998年3月に『規制緩和推進3ヶ年計画』（1998～2000）が閣議決定され、行政改革推進本部の下に民間有識者を中心とする「規制緩和委員会」¹⁰を設置した。基本方針に「自己責任と市場原理に立つ自由で公正な経済社会としていくとともに、行政のあり方について、事前規制型の行政から事後チェック型の行政に転換していくこと」（総理府 1998：1）を掲げ、新たに「競争政策」「医療・福祉」「法務」を含む15分野624項目が盛り込まれた。とりわけ「医療・福祉」については、民間企業の指定訪問看護事業あるいは高齢者介護に関する社会福祉事業への参入、介護サービスの利用手続きおよび支払方法の多様化などをあげ、利用者の選択の機会の拡大や効率的なサービスの提供、法人格を持たない事業者を含め、多様な事業主体の参入が一層可能になることを示した。

3-2 総合規制改革会議・第1次答申

政府は『規制緩和推進計画』（1995～1997）、『規制緩和推進3ヶ年計画』（1998～2000）につづけて、2001年3月に『規制改革推進3ヶ年計画』（2001～2003）を閣議決定した。そして同年5月に「規制改革委員会」を「総合規制改革会議」¹¹に改組し、設置期限を3年とする首相の諮問機関に位置づけた。この間、政府の取り組みにより産業活動に関係の深い「経済的分野」については大きな進展が見られたが、生活者に向けたサービスを指す「社会的分野」については改革の遅れが目立った。その理由を次のように述べている。

これまで公的主体が、サービスの主たる担い手として市場を直接管理し、市場原理と

は馴染まないものとされてきた。これは多くの「生活者向けサービス」が、「非収益的な慈善サービス」と性格付けられてきたためであるが、この結果、本分野には「規制」や「官業構造」が温存され、こうした供給側の問題からサービスの質的向上・量的拡大が妨げられるなど、改革の遅れが目立つに至っている。

(総合規制改革会議 2001a : 2)

生活者に向けたサービス分野は、需要と雇用の拡大余地の高い分野とみなされ「起業家精神の旺盛な個人による創業、迅速な事業展開が期待される」(総合規制改革会議 2001a : 2) とし、「新規産業・雇用の創出と、国民生活の質的向上に向けた抜本的なシステム改革」(総合規制改革会議 2001a : 2) を基本理念に掲げた。

その後、6回の議事を経て2001年7月24日に『重点六分野に関する中間とりまとめ』(以下、『2001年度中間とりまとめ』)を公表した。うち「保育・福祉」に関しては「公的部門や社会福祉法人が主体となっている現行の供給体制では、施設整備費や運営費の相当部分が公的資金によって賄われるため、大幅な予算の増加を前提としなければ、供給量を増やすことはできない」(総合規制改革会議 2001a : 11) ことから、社会福祉法人の改革、民間企業を含む多様な経営主体の市場参入、公的補助等の面での対等な競争条件の確保およびサービス量の増大、消費者の多様な選択肢の拡大を目標に、事業者間での競争促進と情報公開の徹底、事後的規制の整備を図っていくこととした。しかし、実際には、施設介護分野、保育サービス、社会福祉法人に関する規制の見直しを提言することどまった。

つづいて同年12月11日に『規制改革の推進に関する第1次答申』(以下、『第1次答申』)を公表した。その大部分は『2001年度中間とりまとめ』を踏襲したものであるが、新たに障害者福祉制度改革に関する項目が追加された。しかも、2003年度から導入を予定している支援費制度の施行状況を踏まえ、早くも介護保険制度の見直しおよび支援費制度との統合を示唆した。たとえば、40歳以上65歳未満の障害者は介護保険制度の被保険者とされているにもかかわらず、加齢に伴う疾病によって介護を要する状態とならなければ介護保険の給付は行われず、給付面は支援費制度となっている点など、両制度の関係について抜本的な検討が必要であるとした(総合規制改革会議 2001b)。

介護保険法および社会福祉法の成立・施行後も「サービスの安定的・継続的な提供のために必要な規制・監督を課せない民間企業に対して、公費による支援を社会福祉法人と同等に扱うことはできない」(総合規制改革会議 2001b : 13) 現状を批判し、事業所間で同一条件での競争を前提とした介護保険制度の導入を前提に、あらためて公設民営方式を含めた民間企業の活用を図ることを強調した。

3-3 総合規制改革会議・第2次答申

『第1次答申』を最大限尊重する旨の閣議決定（2001年12月18日）を経て、2002年7月23日に『中間とりまとめ——経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』（以下、『2002年度中間とりまとめ』）を公表した。『2002年度中間とりまとめ』では、経済の活性化を軸に審議が行われ、「官制市場」とされる公的関与の強い市場および公共サービス分野（医療、福祉、教育、農業）への株式会社の参入・拡大、官民の役割分担の再構築などの検討がなされた。そのうえで政府部門（国および地方公共団体）の役割を供給のコントロールから「利用者の選択」を重視した競争が公平・公正に行われることを監視・促進する方向へ転換すべきとし、多様な経営主体の参入によるサービス供給の増加が市場全体の活性化につながり、国民にとっての公共サービスの満足度が高まるとした（総合規制改革会議 2002a）。

また、不適切なサービスの防止は外部による検査体制、苦情処理機関、情報公開等の手段で対処すべきものであり、社会福祉法人でなければ払拭できない性質のものではないとの考えを示した（総合規制改革会議 2002a）。これに対して厚生労働省は、サービスの向上や効率的な経営については、社会福祉基礎構造改革などの取り組みで進められており、上記の問題点を根拠に株式会社の参入を認めることはできないとして真っ向から反対の意向を示した（総合規制改革会議 2002a）。

そして同年12月12日に『規制改革の推進に関する第2次答申——経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』（以下、『第2次答申』）を公表した。「官制市場」（医療、福祉、教育、農業）の民間開放のスピードについては「大変遅いものと言わざるを得ない」（総合規制改革会議 2002b : 2）とし、健全な市場経済への移行と、潜在する巨大な需要と雇用を掘り起こすためにも株式会社の参入を含む民間への全面開放の必要性をあらためて提言した（総合規制改革会議 2002b）。そのため経済財政諮問会議との連携強化を通じて、①規制改革について半年ごとに目標を設定し、3ヶ月ごとに評価していくシステムの導入、②2003年度末までに実現を図るためのアクションプランの策定、③総合規制改革会議へ関係省庁に対する勧告権の付与や成果主義の導入による現在の規制改革体制の抜本的強化、以上の三点を提言し、さらなる加速化に向けた取り組みを行うこととした。

しかし、公共サービス分野のうち「福祉」と「農業」については「NPOや民間企業を含む多様な経営主体の実質的な市場参入条件を確保することにより、良質で多様なサービスの供給が大幅に増大することが、福祉分野での規制改革の基本的な目標である」（総合規制改革会議 2002b : 115）と示すにとどまった。また、『第1次答申』で提言された障害福祉制度改革に関する項目は削除され、再び介護、保育、社会福祉法人関係に絞って審議されることになる。

3-4 総合規制改革会議・第3次答申

総合規制改革会議の最終年度となる 2003 年に入り、3 月 29 日に『規制改革推進 3 ヶ年計画（再改定）』を閣議決定、5 月に『各府省等における規制改革に関する内外からの意見・要望等に係る対応状況（平成 14 年度版）』、7 月 15 日に『規制改革推進のためのアクションプラン・12 の検討事項に関する答申——消費者・利用者本位の社会を目指して』（以下、『規制改革推進のためのアクションプラン』）を経て、12 月 22 日に最終答申となる『規制改革の推進に関する第 3 次答申——魅力ある日本の創造に向けて』（以下、『第 3 次答申』）を発表した。

この間、厚生労働省の抵抗¹²などにより「官制市場」の規制改革は進まず、総合規制改革会議がとりまとめた「12 の重点検討事項」のうち福祉分野に関しては、「幼稚園・保育所の一元化」と「株式会社等による特別養護老人ホーム経営の解禁」の審議に絞られた。しかし、これらは『規制改革推進のためのアクションプラン』に基づく検討に議論をゆだねるとし（総合規制改革会議 2003b）、積極的な方針を打ち出さないまま、翌 2004 年 3 月に総合規制改革会議は予定どおり設置期限を終えた。そしてあらたに『規制改革・民間開放推進 3 ヶ年計画』（2004 年 3 月 19 日閣議決定）に基づく「規制改革・民間開放推進会議」に引き継がれることになる。

総合規制改革会議の提言は、株式会社等の参入など供給主体の多様化、競争原理の導入による経済の活性化や雇用の拡大をねらいとした市場重視の政策であり、サービス供給体制の抜本的な見直しを目的とした厚生労働省のめざす改革とは異なる性格をもつものであった。また、営利団体の参入は厚生労働省の抵抗もあって、保育所やケアホームの運営など部分的な規制緩和にとどまった。

内閣府は 1990 年代以降の経済効果として、2002 年度において約 14 兆 3 億円の利用者メリットがあったと公表したが、対象の 14 分野（電気通信：移動体通信、運輸：国内航空・鉄道・タクシー・トラック・自動車登録検査制度、エネルギー：電力・都市ガス・石油製品、金融：株式売買委託手数料・損害保険、飲食品：米・酒類販売、再販指定商品：化粧品および医薬品）に「官制市場」は含まれず、政府による福祉分野の規制緩和、とりわけ障害分野に関してはほとんど進まなかった。これにより再び、内閣府・障害者施策推進本部と厚生労働省の主導で政策の策定が進められることになる。

表2-1 1990年代後半以降の規制関連3ヶ年計画

	計画名	調整機関
1995～1997年度 (村山・橋本内閣)	規制緩和推進計画	行政改革委員会(規制緩和小委員会)
1998～2000年度 (小淵・森内閣)	規制緩和推進3ヶ年計画	行政改革推進本部(規制緩和委員会・規制改革委員会)
2001～2003年度 (小泉内閣)	規制改革推進3ヶ年計画	総合規制改革会議
2004～2006年度 (小泉内閣)	規制改革・民間開放推進 3ヶ年計画	規制改革・民間開放推進本部 規制改革・民間開放推進会議

岡田豊(2004)を参考に筆者作成

第4節 障害者プラン——ノーマライゼーション7ヶ年戦略：1996年

4-1 介護保険制度の創設

障害福祉施策の変遷について触れる前に介護保険制度創設までの経緯を確認しておきたい。介護保険制度は国民のコンセンサスを得られやすい点から社会福祉の市場化に向けた規制緩和の先鞭役として、政府を始め社会保障関係の審議会等からの期待は大きかった。そして障害福祉サービスも介護保険制度と同様に「民間活力の導入」「自己選択」「自助努力」などが打ち出されるようになるが、その端緒は1970年代まで遡ることができる。

1972年7月に発足した田中角栄内閣（1972～1974）は、70歳以上の老人医療費の無料化、高額療養費制度の導入、年金給付の物価スライドの導入など社会保障制度の大幅な拡充を行った。これにより1973年は「福祉元年」と称された¹³。しかし、同年10月に勃発した第四次中東戦争を契機に石油価格の上昇、消費の低迷、公共事業の見直しが相次いだ。その結果、1974年には-1.2%という戦後初のマイナス成長を経験したことで高度経済成長は終わりを告げ、同時に行政の合理化、効率化の推進が課題となった。

1974年6月、自民党の橋本登美三郎幹事長（当時）は『福祉社会憲章』をまとめ『橋本幹事長私案』として発表した。これは社会保障の基本を相互扶助による社会保険方式とする同党の考えを示したものであり、税を財源とする社会扶助や社会保険方式を補完する体系を採用すべきであるとした。そのうえで国の役割を「社会保険方式になじまない分野での保障について第一次的な責任を負い、次に社会保険方式の均衡ある発展のための調整、助力を行い、また、医療その他のサービスの供給体制の充実等の条件整備、さらに生活に値する環境の保持の責任を国民に対して負う」（橋本 1974＝『週刊社会保障』28(777), 40-41）と位置づけ、自助と社会連帯を打ち出した。同年12月に三木武夫内閣（1974～1976）が発足、翌1975年1月の施政方針演説で『生涯設計計画（ライフサイクル計画）』を発表し、これまでの福祉行政を洗い直し、高福祉高負担を導入する意図が示された。

1976年1月に自民党の生涯計画調査会は『生涯設計計画』を『生涯福祉計画』に改めると共に「日本型福祉社会の設計図」に位置づけ、現金給付による社会保障制度を補うため「個人の努力で解決しない経済、社会的困難に対しては万全でなければならないが、それ以外は機会均等の確保にとどめ、機会を生かすかどうかは個人の自助の営みにゆだねるべきである」（自由民主党生涯計画調査会 1976：4-5）とし、国民の努力を強調した。

1978年12月に大平正芳内閣（1978～1980）が発足、翌1979年1月の施政方針演説で『生涯福祉計画』をベースに「日本型福祉社会の建設」を基本目標とする方針を示した。同年5月発表の『新経済社会7ヶ年戦略』では「個人の自助努力と家庭や近隣・地域社会等の連帯を基礎としつつ、効率のよい政府が適正な公的福祉を重点的に保障する […] いわば日本型ともいうべき新しい福祉社会の実現を目指すものでなければならない」（経済企

画序編 1979 : 11) と示し、さらに経済の各分野での競争政策、国・地方行政の合理化および効率化、補助金等を含む政策経費の廃止・減額・統合の合理化などが推進された。

同年 8 月に『新経済社会 7 ヶ年戦略』が閣議決定されたことを経て、自民党はこれまでの政策体系の集大成として『自由民主党研修叢書 8 日本型福祉社会論』を発表し、欧米型福祉国家からの脱却¹⁴、自助努力の重視¹⁵、家庭および企業による公的福祉の補完¹⁶、市場原理の重視¹⁷などを訴えた。とりわけナショナル・ミニマムを「本人の努力にもかかわらず不可抗力的な事情で生きるのに必要なミニマムすら確保できなくなった場合に国が代わって保障するもの」（自由民主党研修叢書編集委員会編 1979 : 70）と位置づけ、国の役割は市場が望ましい成果を達成できるルールを作り、そのためのゲームの進行をはかることであり「国に残された大きな仕事は、民間の手ではできない社会資本の充実位であろう」（自由民主党研修叢書編集委員会編 1979 : 209）と市場原理に基づく自助を強調した。

「日本型福祉社会」構想は「具体的なビジョンや数値目標を示していない致命的欠陥」（庭田 1980 : 41）を抱えながらも、鈴木善幸内閣の下で発足した第二次臨調による「増税なき財政再建」路線、つづく中曽根康弘内閣（1982～1987）による行財政改革などへ部分的に受け継がれ、当時、世界的潮流となっていた市場重視および公助の抑制をめざす「小さな政府」への政策転換に反映されることになる¹⁸。第二次臨調は 1981 年 10 月から 1983 年 3 月までの五次にわたる答申をまとめ、「自助自立」「官から民へ（規制緩和）」「国から地方へ（地方分権）」を基本理念とし、「民間活力の活用」を謳った。当時、国鉄の累積赤字が 37 兆円に達するなど政府は莫大な赤字を抱え、日本電信電話公社や日本専売公社を含む三公社の分割・民営化を始めとする公的システムの全面的な見直しに迫られていた。

こうした背景の下、過度の規制、指導監督を行うよりも民間営利団体の役割を肯定的に評価し、民間営利団体の健全育成を積極的に展開することで多様化するニーズに対応していく方向性が主張されるようになる（石田 2004）。しかし、1980 年代後半以降、女性の社会進出、三世同居率の低下などにより家族機能は大幅に低下し、自助と共助を強調してきた「日本型福祉社会」は破綻をきたしたことで若干の軌道修正に迫られる。

1990 年代に入り『高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略（ゴールドプラン）』（1989 年）、老人福祉法を含む福祉八法の改正（1990 年）、『新高齢者保健福祉推進 5 ヶ年戦略（新ゴールドプラン）』（1994 年）が策定され、特別養護老人ホームなど施設入所の措置権限を都道府県から市町村へ移行させ、社会資源の整備について市町村の行政責任を明確に位置づけた。

そして社会保障審議会は 1994 年 9 月 8 日に『社会保障将来像検討委員会第二次報告』、1995 年 7 月 4 日『社会保障体制の再構築——安心して暮らせる 21 世紀の社会をめざして（95 年勧告）』、1996 年 4 月 22 日『高齢者介護保険制度の創設について——老人保健福祉審議会最終報告』を発表し、公的介護保険制度の創設を提起し続けた。、介護保険制度に関する議論を契機に民間営利団体の参入、競争原理の導入、利用者選択の原則が強調され始め、戦後 50 年にわたる社会福祉行政のあり方に対して根本的な見直しが提案された。

そして1997年11月18日に経済対策閣僚会議は『21世紀を切りひらく緊急経済対策』を決定し、介護サービスの利用手続き及び支払い方法の多様化、各種の規制緩和および競争的環境の整備、民間企業に対して各種事業の委託、指定訪問看護事業への民間参入などについて介護保険制度の実施までに結論を得るとした（経済対策閣僚会議 1997）。

こうして同年12月17日に介護保険法が成立し、2000年4月1日より施行されることになった。この間、繰り返し強調されてきた「民間活力の導入」「自助努力」「相互扶助」を反映してか、介護保険法は措置制度を廃止する代わりに在宅サービス部門に民間営利団体の参入を認め、契約による福祉サービスの提供を制度化した。すなわち利用者本人の選択を前提としたサービスの提供、個人への給付と契約型利用方式、供給主体の規制緩和による効率的なサービス提供など、のちに社会福祉基礎構造改革が推進する社会福祉の市場化を具体化したものであり、介護保険制度の整備を契機に社会福祉制度は大きな転換を迎えた。そして翌2001年10月1日に第1号介護保険料の全額徴収が始まる。

4-2 障害者プラン

わが国の近年における障害者施策は、1981年の『国際障害者年』を契機に『障害者対策に関する長期計画』（1982～1991）、『国連・障害者の十年』（1983～1992）、『障害者対策に関する新長期計画』（1993～2002）などに基づいて推進されてきた。その間、1986年1月に中央社会福祉審議会、身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会からなる福祉関係三審議会合同企画分科会¹⁹が設立され、以後、社会福祉制度の中長期的な見直しを行ってきた。その最終意見として、1989年3月30日、小泉純一郎厚生大臣（当時）に『今後の社会福祉のあり方について（意見具申）』の提言を行う。これは1970年代中頃以降に台頭する「福祉見直し論」あるいは「日本型福祉社会」を含む1980年代の一連の福祉施策のまとめであり、今後の社会福祉改革の基本方針として示された（長谷川 1990）。

具体的には、これまでの審議を集約した基本的考え方（市町村の役割重視、在宅福祉の充実、民間福祉サービスの健全育成、福祉と保健・医療の連携強化・総合化、福祉の担い手の養成と確保、サービスの総合化・効率化を推進するための福祉情報の提供体制の整備）に沿って、①社会福祉事業の範囲の見直し、②福祉サービスの供給主体のあり方、③在宅福祉の充実と施設福祉との連携強化、④施設福祉の充実、⑤市町村の役割重視、以上を社会福祉全般についての見直しの方策に掲げた。とりわけ民間事業者の参入については、次のように述べている。

公的に確保すべき福祉サービスについては一層その充実を図る必要があることは言うまでもないが、一方、シルバーサービス等民間事業者によって提供される福祉サービスについては、従来どおり、直接的な規制の強化によってではなく、行政指導と相まって

民間事業者自身による自主規制を求めるとともに、公的な政策融資等一層充実することによりその健全な育成に努める必要がある。／また、民間部門で提供される福祉サービスのうち、地方公共団体が積極的に関与して設立された福祉サービス供給主体によるもの（行政関与型サービス）は、地域の特性に応じた創造的な供給体制の確立といった面において評価できるものであり、当該形態による福祉サービスの伸長が期待される。／

[…] 行政非関与の非営利民間団体により提供される福祉サービスは事業の継続性、安定性に欠けるきらいがあるが、国民相互の連帯等自発的な活動形態のもつ特性を活かしつつ、今後ますます増大、多様化していく住民の福祉需要に的確に対応するための選択肢の一つとして位置づけることができる。

（福祉関係三審議会合同企画分科会 1989：3-4）

これらは1990年の社会福祉八法改正で一程度結実した。高齢者および障害者福祉については「最も住民に密着した基礎的な地方公共団体であり、住民の福祉需要を最も把握し得る市町村においてできるだけ実施すること」（福祉関係三審議会合同企画分科会 1989：6）を前提に、これまで都道府県が担ってきた老人福祉施設、身体障害者更生援護施設の入所措置にかかる事務が市町村へ移譲されるなどの見直しが行われた。

こうした動きを経て、1993年11月に「障害者基本法」が制定され、同法第7条第2項第1号で国に障害者の施策に関する基本的計画の策定を義務づけた。同じく、都道府県および市町村も障害者計画を策定するよう努めなければならないこととした。しかし、実際の障害者施策は、身体障害者、知的障害者（児）、精神障害者ごとに社会・援護局更生課、児童家庭局障害福祉課および母子保健課、保健医療局精神保健課の3局がそれぞれ担当する縦割り構造となっていた。また、高齢者福祉施策および子育て支援施策が『新高齢者保健福祉推進5ヶ年戦略（新ゴールドプラン）』および『今後の子育て支援のための施策の基本的方向性について（エンゼルプラン）』として1994年12月に策定されたが、障害者のためのプランは策定に至らず、政策上のバランスを欠いた状況にあった。そのため1994年9月22日、厚生省（当時）内に3局3課共同による障害者保健福祉対策推進本部を設置し、障害者保健福祉施策における具体的目標を明示したプランの策定、障害者施策を総合的に推進する組織の整備について検討が進められた。

並行して総理府（当時）・障害者対策推進本部²⁰は、1995年5月11日に『市町村障害者計画策定指針』を策定し、障害者にとって最も身近な行政主体である市町村の役割を明確に位置づけた。他方、厚生省も同年7月25日に発表した『障害者保健福祉推進本部中間報告』に、①具体的目標を明示した新たなプランの策定、②市町村などによる介護等のサービス供給体制の整備および充実、③厚生省における障害者施策を総合的に推進する組織の整備、などを明記し、年内に障害者施策に関連したプランを策定することとした。その検討事項の中に「地域における生活支援の充実の観点から、身近な地域において総合的な相

談・生活支援・情報提供機能をもつ拠点の整備を図る」「地域において障害者の実情に応じた相談・調整を行う専門スタッフの養成を図る」（厚生省 1995c : 5）といったように相談支援体制の整備についても言及した。

しかし、厚生省だけでは住宅、教育、雇用など障害者に必要とされる施策全体をカバーすることができないことから、総理府・障害者対策推進本部担当室が各省との調整にあたり、『障害者対策に関する新長期計画』を具体化するための重点施策実施計画を策定することになった。こうして 1995 年 12 月 18 日に関係 19 省庁（総理府・警察庁・総務庁・経済企画庁・科学技術庁・環境庁・国土庁・法務省・外務省・大蔵省・文部省・厚生省・農林水産省・通商産業省・運輸省・郵政省・労働省・建設省・自治省※名称はいずれも当時）からなる障害者対策推進本部において、1996 年度から 2002 年度までの 7 ヶ年を計画期間とする『障害者プラン』が策定された²¹（寺島 1996）。

4-3 相談支援の源流

『障害者プラン』は先行して示された『市町村障害者計画策定指針』と『障害者対策に関する新長期計画』を補完し、障害福祉施策の充実を図る一方で、介護保険制度のスタートを見据えた性格も持ち合わせていた²²。また、地域特性や利用者の意向などをふまえたボトムアップ式の計画ではなく、国が指導し、先導する特徴があった（栃本 2002）。しかしながら、障害福祉施策として初めて数値目標が掲げられ、かつ関係各省庁の施策を横断的に盛り込んだ特質を持っていた。

そして身体障害に「総合的な支援体制の整備」として「身近な地域において、障害者に対して総合的な相談・生活支援・情報提供を行う事業を、概ね人口 30 万人を規模に設定されている障害福祉圏域ごとに 2 ヶ所ずつを目標として実施する」こと、知的障害に「地域における障害児療育システムの構築」として「各都道府県において、療育に関する専門的指導等の行うことのできる、障害児療育の拠点となる施設の機能の充実を計るとともに、市町村が行う心身障害児通園事業等の地域療育に対し、障害児通園施設等が指導・支援する事業を、概ね人口 30 万人当たり概ね 2 ヶ所ずつを目標として実施する」こと、精神障害に「精神障害者の保健医療福祉施策の充実」として「地域で生活する精神障害者の日常生活の支援や日常的な相談への対応、地域住民との交流を支援する事業を、社会復帰施設に付置する形で、概ね人口 30 万人当たり概ね 2 ヶ所ずつを目標として実施する」ことが提起された。

これに基づき 1996 年度に「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援事業（精神障害者地域生活支援センター）」（以下、地域生活支援センター）が予算事業化され、2002 年度までに全国にそれぞれ 690 ヶ所、690 ヶ所、650 ヶ所ずつ整備する数値目標が掲げられた。その意義は大きく、以後、全国で急速に整備

が進められることになる（第3章参照）。

その他、グループホーム・福祉ホーム（2万人分・うち精神5,060人分）、授産施設・福祉工場（6万8,000人分）、重症心身障害児（者）の通園事業（1,300ヶ所）、精神障害者生活訓練施設／援護寮（6,000人分）、精神障害者社会適応訓練事業（5,000人分）、精神科デイケア施設（1,000ヶ所）、ホームヘルパー（9万2,482人分に4万5,000人分上乗せ）、ショートステイ（4,500人分・うち精神150人分）、デイサービス（1,000ヶ所）、身体障害者療護施設（2万5,000人分）、精神薄弱者更生施設（9万5,000人分）など、2002年度までの数値目標を示した。これらの障害福祉サービスの提供体制の整備および実施主体を原則、市町村に義務づけ、以下の取り組みを行うことが規定された。

- ・市町村域・複数市町村を含む広域圏域・都道府県域の各圏域ごとの機能分担を明確にし、各種のサービスを面的、計画的に整備することにより、重層的なネットワークを構築する
- ・障害児・精神薄弱児施策において、市町村をサービスの決定・実施の主体とすることを検討する
- ・精神障害者のための社会復帰施策や福祉施策等については、都道府県の施策の充実を図りつつ、身近な施策については市町村の役割を高めていく方向で検討を進める
- ・市町村が近隣の市町村と協力・連携を図ることや都道府県等との連携体制を整備することにより、地域におけるサービス提供の的確な実施を推進する
- ・都道府県については、市町村に対する支援や市町村間の調整、精神医療の体制整備など広域性・専門性の高い分野の業務の充実を図る

（障害者対策推進本部 1995：15）

他方、国の役割は施策の計画的な推進が図れるよう都道府県および市町村が単独で行う施設整備、保健福祉マンパワーの養成に関する事業、障害者計画策定手法の普及などの体制整備とし、国と地方の役割を明確にした。地方自治体、とりわけ住民に最も身近な基礎自治体である市町村に対しては、それぞれの地域特性や実情に応じて主体的に取り組むことが期待された。さらに障害者施策の総合的な推進を図るため、1996年7月、厚生省の3局に跨る組織を一元化し、大臣官房に障害保健福祉部（企画課・障害福祉課・精神保健福祉課）を新たに設置した。

以上の目標に対する関連予算は、1995年度の87億円から1996年度の127億円へと、40億円増（対前年比146%）の大幅増を獲得した。

第5節 社会福祉基礎構造改革から社会福祉法へ：2000年

5-1 社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）

1997年1月に橋本龍太郎内閣総理大臣（当時）は、第140回国会の施政方針演説において、国の財政赤字解消のため「六つの改革」（行政・財政・社会保障・経済・金融システム・教育）の必要性を訴え、橋本内閣（1996～1998）の最重要課題に位置づけた。これにより社会福祉分野での一連の改革は、社会保障制度改革の一つとして連動していくことになる。つまり「社会福祉基礎構造改革」の始まりを意味し、戦後約50年間継続してきた社会福祉制度の抜本的な方向転換がなされる。

「社会福祉基礎構造改革」とは、1997年7月に厚生省社会・援護局長に着いた炭谷茂²³が就任と同時に打ち上げたコンセプトである（稗田 2005）。炭谷の意図は、終戦直後に形成されて以来、緊急の課題への取り組みが優先的に行われてきた結果、その都度、法律改正を中心に必要最小限の手直しを加えられる形で発展してきた社会福祉全般に共通する基盤的な制度を現代化することであり、1999年の通常国会への社会福祉事業法の改正法案提出を目標として検討を進めることになった（炭谷編 2003）。以後、炭谷は社会福祉基礎構造改革の中心的役割を果たすことになる。

厚生省は、まず1997年8月28日に「社会福祉事業等のあり方に関する検討会」²⁴を設置し、同年9月から10月のわずか2ヶ月間に5回の議事を行い、11月25日に『社会福祉の基礎構造改革について（主要な論点）』を発表した。改革の主な方向は次のとおりである。

個人の自己責任による解決に委ねることが適当でない生活上の問題に関し社会連帯の考え方に立った支援を行うことにより個人の自己実現と社会的公正の確保を計ることを社会福祉の基本理念として、[...] 具体的なサービスの提供に当たっては、利用者の選択を尊重し、その要望とサービス提供者の都合とを調整する手段として、市場原理をその特性に留意しつつ幅広く活用していく必要がある。

（社会福祉事業等の在り方に関する検討会 1997：2）

その後、「社会福祉事業等のあり方に関する検討会」は、中央社会福祉審議会に設置された「社会福祉基礎構造改革分科会」²⁵に引き継がれ、1997年11月から1998年6月までの間に計13回の議事を経て、同年6月17日に『社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）』（以下、『中間まとめ』）が報告された。

その内容は、これまで審議会等でくり返し指摘された事項を改めて示したものであり、①対等な関係の確立、②地域での総合的な支援、③多様な主体の参入、④質と効率性の向上、⑤透明性の確保、⑥公平かつ公正な負担、⑦福祉の文化の創造、の7点に整理された。とりわけ「利用者の幅広い需要に応えるためには様々なサービスが必要であることから、それぞれの主体の性格、役割等に配慮しつつ、多様なサービス提供主体の参入を促進する」

「政府による規制を強化するのではなく、社会福祉従事者の専門性の向上や、サービスに関する情報の公開などを進めるとともに、利用者の選択を通じた適正な競争を促進するなど、市場原理を活用することにより、サービスの質と効率性の向上を促す」（中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会 1998a：3）など提起した。さらに「社会福祉の基礎になるのは、他人を思いやり、お互いを支え、助け合おうとする精神である。その意味で、社会福祉を作り上げ、支えていくのはすべての国民である」（中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会 1998a：2）として地域住民を地域福祉の担い手に位置づけ、「住民の自主的な活動と公的なサービスとの連携を図っていくことが重要である」（中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会 1998a：7）とし、地域の福祉活動における公と民の役割分担の必要性を提言した。

しかしながら、これらの理念と内容は必ずしも委員全員の合意を得たものではなく、最終の議事である第13回（1998年6月12日）においても、たとえば、福祉分野への民間企業の参入を歓迎しつつも、一般事業者の参入が見込まれない領域（母子を保護する事業・乳児や児童養護施設・一部の障害者施設など）についての検討不足が指摘された。また「対等な関係」の具体的な仕組みづくり、サービスの提供に対する利用手続き、公費を含む費用負担の内容、選択する能力の無いような子どもや高齢者も含めた「利用者」の定義などについて意見が出されたが、それらの議論は棚上げにされたまま、さしあたっての結論としてまとめられた。

5-2 社会福祉法成立

『中間まとめ』に対して、公的責任の後退、社会福祉の市場化・営利化につながるなどの批判が寄せられた²⁶。そのため、厚生省は関係団体（34団体）²⁷と意見交換、1997年10月2日から28日にかけて全国6ヶ所（岡山・福岡・東京・宮城・石川・大阪）でのシンポジウムの開催、10月23日、11月17日、11月26日の3回の議事などを通じて意見を聴取し、『中間まとめ』の発表から半年後の12月8日に『社会福祉基礎構造改革を進めるに当たって（追加意見）』を公表した。しかし、これまでの報告と大きな違いは見受けられず、むしろ改めて国と地方公共団体の役割分担が明確に示された。

この改革が利用者負担の増大など公的責任の後退を招くのではないかとの懸念が少なからず表明されているが、我々の目指す改革の方向は、「中間まとめ」にもあるように国及び地方公共団体には社会福祉の増進する責務があることを当然の前提としつつ、利用者の観点から福祉制度の再構築を行おうとするものである。この改革においては、国及び地方公共団体は、それぞれの役割に応じ、利用料助成やサービス供給体制の基盤整備などを通じて国民に対する福祉サービス確保のための公的責任を果たすことになってお

り、この改革の趣旨について、関係者に十分周知しながら、検討を進める必要がある。

(中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会 1998b : 1)

つづけて厚生省は 1999 年 4 月に「社会福祉事業法等一部改正法案大綱」を公表、2000 年 3 月に「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等を一部改正する等の法案」が閣議決定され、同日国会への提出に至った。そして同法案は 2000 年 5 月に可決成立、わずか 1 ヶ月間の審議を経て 6 月に「社会福祉法」として公布・施行された。

同法の施行は福祉サービスの基本的理念（第 3 条）、地域福祉の推進（第 4 条）、福祉サービスの提供の原則（第 5 条）、情報提供および開示（第 75 条）、利用契約時の説明および書面による交付（第 76 条、第 77 条）、苦情解決および運営委員会の設置等（第 82 条～第 87 条）、地域福祉の充実を目的に住民を主体とする「地域福祉計画」の策定（第 107 条、第 108 条）など『中間まとめ』で示されていた理念がほぼ盛り込まれた。そして懸案事項だった市町村が行政責任でサービス内容等を決定する「措置」から、障害者自らがサービスを選択し事業者との「契約」に基づいて利用する仕組みへと転換を果たす。同時に、国および地方公共団体の役割が変わった。たとえば、第 6 条で「国及び地方公共団体は、社会福祉を目的とする事業を営業者と協力して […] 福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策、福祉サービスの適切な利用の推進に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない」と定めた。すなわち国および地方公共団体の責務は「福祉サービスの提供」ではなく「福祉サービスを提供する体制の確保」にあるとした。

こうして介護保険制度のスタートと共に、社会福祉基礎構造改革のねらいは「社会福祉法」として結実した。そして 2000 年 4 月には、地方分権一括法が施行される。これに伴い機関委任事務制度²⁸は廃止となり、通達行政は終わりを告げる。つまり国と自治体とのあいだに指導、被指導という関係はなくなり、法律上では対等・平等となった。

第 6 節 新障害者プラン——重点施策実施 5 ヶ年計画 : 2003 年

6-1 障害者プランの達成状況

内閣府（2004）によると『障害者プラン』のうちグループホーム・福祉ホーム（111%）、授産施設・福祉工場（107%）、精神科デイケア施設（118%）、ホームヘルパー（専任分 95%・兼任分を合わせて 159%）、デイサービスセンター（116%）、身体障害者療護施設（101%）、知的障害者更生施設（107%）が数値目標を達成した。とりわけ知的障害者更生施設は、2000 年度にはすでに目標値を上回り、『障害者プラン』策定時には 8 万 4,000 人であった利用定員を 5 年間で 1 万 5,000 人以上増やすに至る。身体障害者療護施設についても 90%の達成率であった。次に 8 割以上達成したものにショートステイ（92%）、精神障害者生活訓練施

設（88%）、精神障害者社会適応訓練事業（80%）がある。他方、グループホームは目標値を達成したが、2万人分というきわめて低い目標値にもかかわらず2000年の時点で4,500人分不足していた（茨木 2002）。また、重症心身障害児（者）等の通園事業は、目標値の半分強にとどまった。

障害種別ごとの相談支援事業をみると、市町村障害者生活支援事業（41.8%）、障害児（者）地域療育等支援事業（81.2%）、地域生活支援センター（48.8%）にとどまり、目標値を大幅に下回った（表 2-2 参照）。

表2-2 『障害者プラン(1996～2002)』の主要目標の達成状況

事項	目標	プラン策定時 (1995年度)	2002年度
グループホーム・福祉ホーム	約2万人分	5,347人分	2万2,161人分
授産施設・福祉工場	約6万8,000人分	4万1,783人分	7万2,552人分
重症心身障害児（者）等の通園事業	約1,300ヶ所	307ヶ所	703ヶ所
精神障害者生活訓練施設	約6,000人分	1,660人分	5,306人分
精神障害者社会適応訓練事業	約5,000人分	3,770人分	3,982人分
精神障害者精神科デイケア施設	約1,000ヶ所	372ヶ所	1,175ヶ所
市町村障害者生活支援事業	690ヶ所	1996年度に創設	302ヶ所
障害児（者）地域療育等支援事業	690ヶ所		470ヶ所
精神障害者地域生活支援センター	650ヶ所		377ヶ所
市町村障害者社会参加促進事業	概ね人口5万人単位	80ヶ所	550ヶ所
ホームヘルパー	約4万5,000人分上乗せ	—————	専任4万2,772人分上乗せ 兼任2万8,964人分上乗せ
ショートステイ	約4,500人分	1,082人分	4,126人分
デイサービスセンター	約1,000ヶ所	501ヶ所	1,164ヶ所
身体障害者療護施設	約2万5,000人分	1万7,169人分	2万5,312人分
知的障害者更生施設	約9万5,000人分	8万4,490人分	10万1,805人分

内閣府(2004)を参考に筆者作成

精神障害（者）の施策に関しては、日本精神病院協会（当時）が1993年に行った調査から推定約2～3万人の社会的入院を根拠とし、過去の全国調査等のいずれからも大幅に少ない社会的入院群をベースとしたことで数値目標そのものがきわめて低く設定された（日本精神障害者リハビリテーション学会政策部会 2003）。

しかしながら、社会復帰施設を設置している自治体は極端に少なく、社会復帰施設が1ヶ所でも設置している市区町村は2001年で347市町村（10.7%）、2002年では367市町村（11.3%）にとどまり、社会復帰施設が一つも設置されていない市町村が2,867市町村（88.7%）にものぼり、他障害と比べて極端に低い設置率にあった。都道府県別で見ると最も高い設置率は東京都（55%）であり、5%を割っているのは佐賀県、高知県、宮城県となっている。全体的な傾向として、法定施設ならびに事業所の設置率は人口10万人以上の市もしくは区部で優位であり、財政状態が比較的良好な自治体においても設置率は高く、人口規模の大小によって社会資源の設置率が相関していたが、自治体の財政力への影響はそ

れ以上であり、実態は政策方向とおおよそかけ離れていた（藤井克徳 2002・2003）。

6-2 新障害者プラン

2001年の中央省庁再編に伴い、総理府は内閣府に再編成された。同時に、総理府に設置された障害者対策推進本部は、内閣府・障害者施策推進本部（2000年12月26日閣議決定）に引き継がれる。内閣府は『障害者対策に関する新長期計画』および『障害者プラン』が2002年に最終年度を迎えることから、同年4月に「新しい障害者基本計画に関する懇談会」²⁹を立ち上げ、2003年度以降の新たな「障害者基本計画」と、その前期に達すべき重点施策実施計画としての新「障害者プラン」の策定作業を開始した。

2002年12月24日に政府としては3度目の計画となる『障害者基本計画』（2003～2012）が閣議決定された。とりわけ精神障害者の退院・社会復帰に向けた施策の充実が掲げられ、「条件が整えば退院可能とされる約72,000人の入院患者について、10年のうちに退院・社会復帰を目指す。このため、今後、更に総合的な推進方策を検討する」（障害者施策推進本部 2002b：5-6）と具体的な数字を示した（第3章・第5章参照）。

そして同日、『重点施策実施5ヶ年計画』（2003～2007）（以下、『新障害者プラン』）が決定された。これにより2003年度から2012年度までの10年間に講ずべき障害者施策の基本的方向が定められた。『障害者プラン』が『障害者対策に関する新長期計画』を補完する総合的な計画だったのに対し、『新障害者プラン』は『障害者基本計画』（2003～2012）の前期5年の重点施策と達成目標等を示した。

また、基本方針を「行政だけでなく、NPO等すべての社会構成員がその価値観を共有し、それぞれの役割と責任を自覚して主体的に取り組むことにより初めて実現できるものであり、国民一人一人の理解と協力を促進し、社会全体としてその具体化を着実に推進していくことが重要である」（障害者施策推進本部 2002a：2）とし、障害者自らの決定と選択を尊重し、市場を中心にした社会全体による支援体制づくりが推奨された。

その一つに障害者を社会の対等な構成員に位置づけ、利用者本位の支援として供給主体の拡充と多様かつ十分なサービスを確保するため企業等の積極的活用を示した。また、「地域間、障害種別によりサービス水準の格差が生じないように計画的・総合的に施策を推進するほか、適切な圏域設定の下で効果的な相談支援、サービス提供体制を図る」（障害者施策推進本部 2002a：4）とし、身近な相談支援体制を構築するため、都道府県、障害保健福祉圏域および市町村の各レベルでネットワーク化を図り、身近な地域で障害種別に対応した相談支援体制を構築し、これを中心にケアマネジメントの実施体制の整備やケアマネジメント従事者の養成を示した（障害者施策推進本部 2002a・2002b）。

そして『障害者プラン』と同様に具体的な数値が示された。在宅サービスおよび施設サービスに関しては、ホームヘルパー（約6万人）、ショートステイ（約5,600人分）、デイサ

ービス（約 1,600 ヶ所）、障害児通園（児童デイサービス）事業（約 1 万 1,000 人分）、重症心身障害児（者）通園事業（約 280 ヶ所）、グループホーム（約 3 万,400 人分）、福祉ホーム（約 5,200 人分）、通所授産施設（約 7 万 3,700 人分）と数値目標の大幅な見直しが行われた。これらのうち精神障害者施策については、ホームヘルパー（約 3,300 人※新規）、グループホーム（約 1 万 2,000 人分）、福祉ホーム（約 4,000 人分）、通所授産施設（約 7 万 2,000 人分）、生活訓練施設／援護寮（約 6,700 人分）を整備するとした。

しかしながら、これらの数値目標に対して批判的な論調が大部分を占めた³⁰。また、地域生活支援センターは『障害者プラン』の数値目標 650 ヶ所から約 470 ヶ所に下方修正となった（第 3 章参照）。さらに「相談支援体制」が具体的にどのような活動をするのか、行政職員による支援なのか、誰がケアマネジメントを実施するのか、30 万圏域で整備が進められている身体障害、知的障害、精神障害の 3 事業を活用するのか、それらとは別に実施するのか、何ら示されなかった（第 4 章参照）。

6-3 「身体」「知的」の一般財源化と三位一体の改革

『障害者プラン』の数値目標に基づいて整備が進められてきた「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」「地域生活支援センター」は、2000 年の社会福祉法施行および精神保健福祉法改正により法定事業になった。このことで 3 事業は「相談支援事業」に規定されると同時に、市町村と共にケアマネジメントの実施主体に位置づけられた（第 4 章参照）。しかし「市町村障害者生活支援事業」と「障害児（者）地域療育等支援事業」については、2003 年度から国庫補助金の廃止と、それに伴って『新障害者プラン』に含まれないことが決定し、存続が危ぶまれる事態となる。

ただし、引き続き地方で実施する必要性があり、広域行政を担当する都道府県の関与の下で、どの市町村等においても整備されるべき一般的な機能であることから、各自治体の創意工夫を通じ、地域の実情に応じて弾力的に事業展開できるよう地方交付税で措置することになった（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2003a）。つまり国ではなく、地方自治体が行うべき事業として一般財源化され、次の説明がなされた。

改めて申すまでもなく、一般財源化の意味は、事業を廃止することではなく、むしろ、地方交付税措置権を通じ、地方公共団体の自主性を尊重しつつ事業を推進することである。障害者の地域生活支援に当たり、身近な相談支援体制を構築することは極めて重要な課題であり、国としても今後とも専門的な研修・技術支援等積極的な支援に努めていくこととしているので、各自治体においては、この趣旨を踏まえ、事業の更なる推進に努められたい。

（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2003a：9）

この間、2001年4月に小泉内閣が成立する。小泉内閣は、経済財政諮問会議を通じて2002年6月に閣議決定した『経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002（『骨太の方針2002』）』に基づき、郵政事業の民営化など政府による公共サービスの民営化、規制緩和の推進を目的とする「官から民へ」と、地方分権と財政再建を目的とする「中央から地方へ」を改革の柱に掲げた。とりわけ後者は、1990年代以降、喫緊の課題となっていた国と地方の財政悪化、地方分権の推進、国と地方の財政関係の不均衡を背景に、国庫補助負担金の廃止・縮減、地方交付税改革、国から地方への税源移譲を一体で行う「三位一体の改革」として推進された（西森2004）。

その後、国と地方を通じた行政のスリム化を図る観点から、「(ア) 国庫補助金については、原則として廃止・縮減を図っていく。(イ) 国庫補助金のうち、補助率の低いもの（3分の1未満）又は創設後一定期間経過したものについては、廃止又は一般財源化などの見直しを行う」（経済財政諮問会議2002：1）とし、国庫補助負担金については数兆円規模の削減を目指し、国庫補助事業の整理合理化を推進するとした。また、今後は管理主体が自らの財源で責任を持って行うことを原則として、地方公共団体の自主性に委ねることを基本方針とした（経済財政諮問会議2002）。

翌年の『骨太の方針2003』（2003年6月27日閣議決定）では、2006年度までに4兆円程度の国庫補助負担金の廃止・縮減等を行うこと、廃止する国庫補助負担事業の中に引き続き地方が実施する必要があるものについては税源移譲などを行うことが示された。

このように「市町村障害者生活支援事業」（約21億円）と「障害児（者）地域療育等支援事業」（約35億円）の一般財源化³¹を皮切りに、障害者自立支援法施行後、多くの障害福祉サービスが「地域生活支援事業」として一般財源化していくことになる（第1章図1-5参照）。他方、「地域生活支援センター」は国庫補助事業のままとされたが、財源不足を理由に2003年度の社会復帰施設整備費では都道府県等からの新規申請数161件に対して75件（採択率46.6%）とする大量不採択の事実が明らかになった（第3章第6節参照）。

第7節 今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）：2005年

7-1 支援費制度の開始

2003年4月から『障害者基本計画』（2003～2012）および『新障害者プラン』が実施された。2003年は介護保険制度と障害者施策に係る支援費制度（以下、支援費制度）の開始初年度であり、これらの施策が同時にスタートしたが、支援費制度は初年度より深刻な財源不足を招き、制度が立ち行かなくなる状況になる。

2000年6月の社会福祉法施行により身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法

に基づく障害福祉サービスを対象に支援費制度が法定化された。支援費制度の開始とともに障害福祉分野においても「措置から契約へ」の転換が行われた。これにより事業者はサービスの提供主体として、サービスの質および内容の向上、事業者間での競争、事業の効率化が求められ、利用者も自らの責任に基づいてサービスを選択し、事業者と対等な契約関係の下でサービスを利用することになった。

サービスの利用者負担の考え方については、1985年の身体障害者福祉審議会による『身体障害者更生援護施設に係る費用徴収の基準の在り方について』や1987年の福祉関係三審議会合同企画分科会による『社会福祉施設（入所施設）における費用徴収基準の当面の在り方について』において、限られた資源の効率的、合理的な配分、在宅の者との負担の均衡、入所者の自立意識の醸成という観点から負担能力に応じた相当の負担を求める基本的な考え方を堅持し、費用負担の適正化を推進することが述べられている（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2001b）。その後、合同企画分科会（身体障害者福祉審議会・中央児童福祉審議会障害福祉部会・公衆衛生審議会精神保健福祉部会）による『今後の障害保健福祉施策の在り方について（中間報告）』（1997年12月）、『今後の障害保健福祉施策の在り方について（意見具申）』（1999年1月）を経て、新しい利用制度への円滑な移行と障害者の所得の状況等を勘案し、現行の利用者負担の考え方に沿って、具体的な利用者負担を設定して行くことが適当であるとの見解を示した（合同企画分科会 1999）。

これらの検討をふまえ、支援費制度では利用者負担額は、障害者またはその扶養義務者の負担能力に応じて厚生労働大臣が定める基準を超えない範囲内で、市町村長が定める基準により算定することとされた。負担能力は、主に利用者本人の前年度の所得税額に基づいて判定する。ただし、非課税世帯の場合、負担はゼロとなる。こうした制度変更に伴い、2003年度予算は3,213億円が計上された。しかし、支援費制度は全国共通の制度としながらも精神障害、発達障害、高次脳機能障害、特定疾患などは対象外とされた。これについて厚生労働省は、精神障害に関しては元々措置制度ではなかったこと、1999年に精神保健福祉法が改正されたことなどの理由により支援費制度に含まなかったとの説明がなされた（DPI 日本会議 2002）。そのため身体障害および知的障害に限定した制度となった。

支援費制度を導入する直前の2003年1月、厚生労働省はホームヘルプサービスの利用時間の制限を打ち出した。当事者団体等による抗議により発表から2週間後には撤回するが、その後も支援費制度をめぐる混乱は続いた。制度開始の初年度である2003年度の在宅福祉サービスの予算563億円に対し、屋外での外出が困難な知的障害者に外出のための支援を行う移動支援（ガイドヘルプ）が認められたことで国の予想を反してサービスの利用が急増し、ホームヘルプ事業だけで128億円もの歳出超過となった。そのため深刻な財源不足を招き、制度開始の一年目にして早急に制度の見直しに迫られることになる。

他方、厚生労働省は2005年の介護保険制度の見直しに向けて、2003年5月に社会保障審議会に介護保険部会を、2004年1月には同省内部に老健局と社会・援護局を横断する介

介護保険制度改革本部をそれぞれ設置し、介護保険の被保険者の範囲を40歳以上から20歳以上に拡大したうえで、若年障害者も介護保険の適用対象にしようとする介護保険制度と支援費制度との統合案が急浮上する（伊藤周平 2004）。

こうした国の動きと並行して、2003年2月15日に7県知事の共同アピール『障害福祉に関する7県共同アピール——障害者福祉は介護保険で』³²、同年7月に169市町村（当時）が加盟する「福祉自治体ユニット」による『介護保険改革への提言』、11月に全国知事会による『支援費制度移行後の障害者（児）福祉施策の問題点と今後の方向性について』などが相次いで発表され、いずれも介護保険制度との統合を要望した。あわせてケアマネジメントの導入、精神障害者施策および在宅福祉サービスの拡充などを求めた。

他方、経済界では見解の相違があった。日本経済団体連合会は「安易な財源対策は到底認められるものではない」（日本経済団体連合会 2004：6）として介護保険制度との統合よりも現行の障害者施策の改革を優先すべきであるとの考えを示し、経済同友会も介護保険制度との統合には無理があるとし、障害者施策については「税を財源にした着実な手当てが必要である」（経済同友会 2004：3）とした。しかし、日本労働組合総連合会は「介護は、高齢者特有のニーズではなく、疾病や交通事故などによる後遺症でも必要となるものであり、本来は年齢や事由を問うものではない」（日本労働組合総連合会 2004：7）との考えに基づき、被保険者および給付の対象に障害者も含めるべきとの考えを示した。

その後、厚生労働省は、第10回社会保障審議会障害者部会（2004年5月17日）で全国知事会の浅野史郎宮城県知事（当時）および全国町村会の野中一二三園部町長（当時）、第12回社会保障審議会障害者部会（2004年6月4日）で全国市長会の松浦稔明坂出市長（当時）、第13回社会保障審議会障害者部会（2004年6月18日）で各障害者団体に対し、障害福祉サービスと介護保険制度との統合についてヒアリングを実施した。

浅野は、個人の見解と前置きしたうえで積極的な推進を表明したが、全国知事会としての方向性は明確に定まっていなかった。全国町村会も明確な立場は示さなかったが、統合には反対意見が多く、国が財政的な問題を主にし過ぎていると批判的な見解を示した。一方で、統合を推進する理由に、介護が必要という点では共通しているため年齢でサービスを分ける必要がないとする意見が強いとしている。全国市長会は、慎重に議論すべきであるとしながらも、補助金廃止の流れに反対の立場を表明した。

地方公共団体が立場を明らかにしきれなかったのに対し、障害者団体は主に障害種別で見解が分かれた。精神障害および知的障害関係の団体（全国精神障害者家族会連合会・全国精神障害者社会復帰施設協会・全日本手をつなぐ育成会）は統合に賛成を表明したが、身体障害者関係の団体では賛否が分かれ、日本身体障害者団体連合会、日本盲人会連合、全日本聾唖連盟、全国脊椎損傷者連合会、DPI 日本会議は反対、日本障害者協議会は明確な立場を示さなかった。

以上のように介護保険制度との統合案は、保険料の事業主負担増大に反発する経済界、

事務手続きや財政面の問題をかかえる市町村などから慎重論が噴出し、障害者団体からも慎重論が多く、第16回社会保障審議会介護保険部会（2004年7月30日）で結論が先送りされた（伊藤周平 2004）（第5章参照）。しかし、厳密には地方自治体、経済界共に必ずしも反対一色ではなく賛否両論が入り混じることになった³³。そして続く2004年度も在宅福祉サービスの予算603億円に対して274億円の不足が生じた。

7-2 改革のグランドデザイン案

厚生労働省は、障害保健福祉施策の統合を目的に第18回社会保障審議会障害者部会（2004年10月12日）で『今後の障害福祉施策について（改革のグランドデザイン案）』（以下、『グランドデザイン案』）を公表し、身体障害、知的障害、精神障害の種別ごとに対応してきた障害福祉サービスの統合、市町村を中心に一元的な体制整備を見据えた施策の検討に着手した。

基本的な視点として、①障害福祉施策の総合化、②自立支援システムへの転換、③制度の持続可能性の確保、以上の三点を示した。とりわけ「市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的な体制を整備」「地域福祉を実現」「障害者のニーズと適性に応じた自立支援」「自己実現・社会貢献」「給付の重点化・公平化」「制度の効率化・透明化」を強調し、給付方法を含む従来の障害福祉サービス体系の抜本的な見直しを示唆した。

つづいて現行の制度的課題の解決を目的に「障害者のニーズは多様であるが、自ずとその水準に限界がある国民負担により障害者サービスが賄われる以上、[….]「制度を維持管理する仕組みを確立」し、負担者である国民全体が納得し得る「客観的・合理的な基準、手続き」に基づき運営されることが必要である」（厚生労働省障害保健福祉部 2004f：6）とし、効果的・効率的なサービスの利用促進に向けて新たな制度の導入を提案した。つまりケアマネジメントの制度化であり「主として居宅において日常生活を営む障害者又はその介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う等の障害者の自立等に必要の相談支援を実施する」（厚生労働省障害保健福祉部 2004f：7）ことを市町村に求めた（第4章参照）。

これに伴い、要介護認定基準をモデルとした障害程度区分の設定、サービスの利用計画案の作成、モニタリングの実施など利用決定プロセスの透明化、各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化を図るとした。さらに応益負担の導入、公費負担医療費の見直し、財源の効果的な配分の観点から入所サービス中心から自立支援サービス中心へ、医療費負担の軽減措置から地域福祉サービスの確保等へと「配分の重点の変更」を進めつつ「他制度と均衡のとれた財政責任」を持つ仕組みへ改めることが必要であると提言した（厚生労働省障害保健福祉部 2004f）。

以後、『グランドデザイン案』を軸に議論が進められることになり、新法の制定もこの時

点で方向づけられた（藤井克徳 2006）。また、厚生労働省は『グランドデザイン案』をあ
くまで「試案」としながらも、再編後の施設・事業・給付等の体系、国・都道府県・市町
村の役割分担、介護保険制度との整理も含めた新法の制定時期などを具体的に示し、これ
らの「試案」はのちの新法にほぼ反映されることになる。

7-3 障害者自立支援法の施行

『グランドデザイン案』の発表により新法成立に向けた動きが加速し、以後、2週間ご
とのペースで審議が進められた。まず、第 20 回社会保障審議会障害者部会（2004 年 11 月 12
日）で『障害者福祉サービス法（仮称）』のイメージが示される。続いて第 23 回社会保
障審議会障害者部会（2004 年 12 月 27 日）で『障害者自立支援給付法（仮称）』の骨格案、
第 24 回社会保障審議会障害者部会（2005 年 1 月 25 日）で『障害者自立支援給付法案（仮
称）』概要が示された。また、法案成立を目途に公費負担医療制度の見直し（2005 年 10 月）、
新しい支給決定方式（障害程度区分等）への移行、順次全市町村で実施（2006 年 1 月～10
月）、従来の施設および事業の新体系への移行（2006 年 10 月）、以上の大まかなスケジ
ュールが示された。そして第 16 回社会保障審議会（2005 年 2 月 9 日）で『障害者自立支援
法案の概要』が挙げられた（表 2-3 参照）。

表2-3 障害者自立支援法案による改革のねらい

1 障害者の福祉サービスの「一元化」
（サービス提供主体を市町村に一元化。障害の種類（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供。）
2 障害者がもっと「働ける社会」に
（一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるよう、福祉側から支援。）
3 地域の限られた社会資源を活用できるように「規制緩和」
（市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用も視野に入れて規制を緩和する。）
4 公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」
（支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化、明確化する。）
5 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化
(1) 利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」
（障害者が福祉サービス等を利用した場合に、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求める。この場合、適切な経過措置を設ける。）
(2) 国の「財政の明確化」
（福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改める。）

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部(2005a)を参考に筆者作成

その翌日の 2 月 10 日に障害者自立支援法案は閣議決定され、第 162 回通常国会に提出さ

れる。その後、2005年7月13日、衆議院厚生労働委員会・衆議院本会議で可決されるが、郵政民営化関連法案の否決により衆議院の解散、総選挙が行われる。それに伴い審議未了のまま、いったん廃案となるが、総選挙後の第163回特別国会に再提出（9月30日）され、参議院本会議を通過（10月14日）、衆議院本会議で自公連立政権の自民党および公明党の賛成多数により可決される（10月31日）。そして当初の予定どおり、すべての障害福祉サービスの根拠法となる障害者自立支援法（平成17年法律第123号）が成立、5ヶ月後の2006年4月1日から一部施行、同年10月1日に完全施行となった。

他方、そのことで『障害者基本計画（2003～2012）』および『新障害者プラン』の数値目標は、事実上反故にされた形となる。結果として「市町村障害者生活支援事業」413ヶ所（2004年10月現在）、「障害児（者）地域療育等支援事業」578ヶ所（2004年10月現在）、「地域生活支援センター」472ヶ所（2005年4月現在）にとどまり、数値目標に達成しないまま新事業体系へ移行となる（第6章参照）。そして障害福祉サービスの体系は「自立支援給付」と「地域生活支援事業」に再編され、主に二つの財源で運営されることになった。

こうして社会福祉基礎構造改革で推進された政策理念と一連の改革政策は、段階を追いながらも地方公共団体の準備期間は考慮されないまま、きわめて短期間で成立した障害者自立支援法の施行によって一つの完成をみた。

第8節 小括

1973年のオイルショックを契機とした経済成長の鈍化、財政状況の悪化により高度成長から安定成長への転換が求められるようになった。以来、一貫して「中央から地方へ」「官から民へ」「規制緩和」など、いわゆる行政コストの抑制が謳われつづけてきた。そして1990年代から2000年代にかけて社会福祉制度は、次のように大きく転換した。一点目は、介護保険制度の創設を契機に行政責任でサービスの配分を行う措置制度から、利用者自らがサービスを選択し、事業者との契約に基づき、負担能力に応じて一部自己負担が伴う契約制度が導入されたことである。二点目は、規制緩和をめぐる一連の議論を通じて、高齢者の在宅介護サービスや保育所を中心に民間企業やNPO法人など多様な経営主体の参入が広がり、市場化が促進されたことである。三点目は、三位一体の改革により社会福祉事業の一般財源化などの見直しが行われたことである。

このように社会福祉事業は「サービス」としての普遍化が図られたが「長年にわたる最難関の懸案事項」（総合規制改革会議 2003a：2）とされてきた「官制市場」の改革は、省庁間での意見の不一致、地方自治体や関係団体からの抵抗など、さまざまな意向が入り混じったこともあって今日に至るまで遅々として進んでいない。しかしながら、相談支援に与えた影響は大きく、この間の議論から少なくとも次の論点を見出すことができる。

第一に、相談支援は、社会保障制度の見直しの影響を受けながら形成されてきた経緯が

あるが、むしろ国や行政機関が抱える財政上の理由から形成されたとみるべきである。

わが国の経済成長率は段階的に低下し、税収の減少などの財政問題が続いている。1980年代以降、行財政の合理化・効率化を推進する動きがあり、増大する福祉需要に適切に対応していくためには、良質のサービスをできる限り効率的に供給することが求められた（炭谷編 2003）。その具体策が、福祉サービスの抜本的な見直しであり、社会保障費の伸びを抑えることが目的になる。福祉分野を規制緩和の対象に含め、市場原理を導入することで福祉サービスの担い手を行政から民間へ移行させ、効率的な供給とコストダウンに着手する動きは必然的なことであった。

従来行政が担っていた福祉サービスのコントロール機能も例外ではなく、「官から民へ」あるいは行財政の合理化・効率化を推進する流れの中、これらの施策の受け皿として「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」「地域生活支援センター」が着目されたとみていいだろう。事実、2000年前後を境に社会保障制度改革の流れをくむ法制度の相次ぐ見直しや、本来切り分けて導入すべき事業がランダムに集約されるようになり、相談支援の肥大化が確認できる（第4章・第5章・第6章参照）。

第二に、相談支援は、障害者の地域生活を支える一方で、福祉サービスを管理・抑制する側面があり、1990年代以降の社会保障政策の延長線上に位置した事業といえる。

相談支援が他の福祉サービスと決定的に違うのは、生活技能の獲得などを目的としたリハビリテーションや身体に触れる介護のような直接的な支援ではなく、サービスの供給量をコントロールする役割が与えられている点である。福祉サービスの大部分は、公的制度を通じて提供・利用されており、ほとんどが租税を財源とする国および地方公共団体の負担により賄われている。その支給決定権は市町村にあるが、実際の運用に関する裁量は相談支援事業所にある。そのため行政に近い立場にあり、他の福祉サービス以上に中立公平性が求められるだけでなく、福祉サービスを抑制する回路の役割を持つ特異な性質がある。

財源が補助金で担保されていた時代から、市町村の裁量で事業費が決められる時代になり、行政が出来るだけ少ない予算で大きな効果を手に入れたいと望む（加瀬進研究代表 2009）のは当然のことである。しかし、そのことで相談支援は、社会福祉基礎構造改革が掲げた「利用者本位」「自己決定・自己選択」「事業者との対等な関係（契約）」などのキーワードの下、行政コストの削減やスリム化を担うシステムに組み込まれている。その役割や効果に対する期待は、制度上の不備を抱えながらもケアマネジメントが相談支援に位置づけられたことで、より顕著になっている（第4章参照）。

第三に、規制緩和や市場原理の導入により公的責任の後退が指摘されたが、一連の改革で公的責任はむしろ明確になったといえる。しかし、その責任は果たされていない。

国および地方公共団体の責務は、社会福祉法第6条以外にも障害者総合支援法第2条で「国及び地方公共団体は、障害者等が自立した日常生活又は地域生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に努め

なければならない」と定められている。また、炭谷は「国と地方公共団体の公的責任は三つある」(炭谷編 2003:107)とし、①利用者の尊厳が守られるような制度のマネジメント、②福祉サービスにかかる社会的な費用負担のための税金あるいは保険料などの工面、③サービス供給基盤の整備、と定義している。

つまり先にも述べたように、公的責任とは「福祉サービスを提供する体制の確保」にあり、「福祉サービスの提供」にかかる責任は問われないことを意味する。そのことに異論はない。供給主体の多元化の下で利用者の選択を尊重し、競争の促進という市場原理の導入によってサービスの質の向上をめざし(岡崎 2007)、提供者を中心とした体系からサービス利用者を中心とした体系(炭谷編 2003)にするためには、営利・非営利を問わず、多様な経営主体の新規参入を積極的に推進するべきであり、民間企業的な経営手腕の導入や合理的な経営などの考え方は必ずしも否定されるものではない。複雑化・多様化するニーズへの対応が求められる中、一定の力量を備えた支援体制を確保するためにも民間営利団体の役割を肯定的に評価するべきであろう。

問題は、規制緩和を推進し、市場原理を導入しながらも、報酬単価の低さや人員配置の基準などが現実には新規参入を阻んでいること、参入後も安定した運営を続けられるだけの資源が供給されているとは言い難く、見直しすら行われていないこと³⁴、そのためサービスの拡充はおろか、利用者が選択できるシステムになっていないことにある(第6章参照)。繰り返すが、問題は公的責任の後退ではなく、法律に明記された公的責任を果たしていないことにこそある。

以上、見てきたように 1990 年代以降、福祉分野でも「民間企業を含む多様な経営主体の市場参入、公的補助等の面での対等な競争条件を確保することで、サービス量を増大するとともに、消費者の多様な選択肢を拡大すること」(総合規制改革会議 2001a:13)が繰り返し主張されてきた。しかし、実際にそのような仕組みになっているのか。次章以降では、こうした「仮説」ともいえるべき政策理念の下、精神障害(者)への相談支援、障害者ケアマネジメント、社会的入院者への退院支援がどのように事業化に至ったのか、その経過について確認する。

第3章

精神障害者地域生活支援センターの事業化—全精社協と社会復帰施設—

第1節 はじめに

本章では、わが国の精神保健福祉における先駆者の一人である谷中輝雄³⁵の取り組みに着目する。そのうえで1990年代以降の精神保健福祉施策において、とりわけ施設整備に関してオピニオンリーダー的な存在だった全国精神障害者社会復帰施設協会の動向を中心に、精神障害者地域生活支援センターの予算事業化から廃止に至るまでの経過について、歴史的見地から検証を行う。

現在の相談支援のルーツは、1995年12月に策定された『障害者プラン——ノーマライゼーション7ヵ年戦略』(以下、『障害者プラン』)における「総合的な支援体制の整備」という提起によって、「身近な地域において、障害者に対して総合的な相談・生活支援・情報提供を行う事業を、概ね人口30万人に2ヵ所ずつを目標として実施する」施策が登場したことにある(加瀬進研究代表 2009)。すなわち「市町村障害者生活支援事業」「障害児(者)地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援事業(以下、精神障害者地域生活支援センター)」を身体障害者・知的障害者・精神障害者を対象にそれぞれ予算事業化したことに始まる。しかし、地域における身近な相談窓口として期待されながらもこれらの事業は、おおよそ10年で廃止となった。なぜこのような混乱ともいえる状況に至ったのか、それがどこに由来するのか確かめる必要がある。

精神障害者地域生活支援センターは国の構想から生まれたものではなく、1970年代より地域生活の拠点づくりを先駆的に行うと同時に、その設置の必要性を訴え続けてきた谷中らの活動を公的に追認した制度(全国精神障害者社会復帰施設協会編 1996)とされている。つまり全国精神障害者社会復帰施設協会の政策提言をもとに予算事業ベースにしたものと考えてよい。

しかしながら、精神障害(者)が障害福祉施策の対象に含まれるようになったのは、『国際障害者年』(1981年)および『国連・障害者の十年』(1983~1992)の成果として障害者基本法成立にあたっての『心身障害者対策基本法の一部を改正する法律案に対する附帯決議』(1993年11月16日参議院厚生委員会)³⁶、宇都宮病院での不祥事の発覚による諸外国からの外圧など、いくつかの要因によってもたされたものでもあった。また、これらと同時期に今日のグループホームなどに類似した活動が、公的支援のない中で展開され、医療以外の支援の必要性はかねてから認識されていた。こうした動きを経て1988年に病院外の施設として精神障害者社会復帰施設が法的に規定されたことが、のちに精神障害者の地域生活に必要な支援を制度化する後押しとなった。

以上のように、1990年代に入るまでわが国の精神保健福祉施策はきわめて不十分であっ

たことが確認できるが、谷中らの活動も含めたこれらの歴史的事実と近年の制度との連続性については、ほとんど検証されていない。

なお、本研究では精神障害者地域生活支援センターの略称として、各種文献および行政関係文書などで使用される頻度が多い「地域生活支援センター」を用いることとする。

第2節 地域生活支援センター前史

2-1 谷中輝雄の実践と「やどかりの里」

谷中の実践は、1969年7月、埼玉県・大宮厚生病院（病床数300・単科の精神科病院）に初めての精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW：Psychiatric Social Worker）として採用されたことに始まる。その経緯を次のように述懐している。

私が精神科の仕事をするようになった当初は、分裂病者のグループ活動に関心を持っていたと言うよりも、精神分裂病の家族研究をしようと考えておりました。大学院では家庭福祉研究所において、情緒障害児の家族治療を中心にやっておりました。学園紛争などで研究もできなくなったため、フラリとやって来たのが、埼玉県大宮市の一民間精神科病院であったわけです。ですから […] 初めは精神障害者のためにと意気込んでいたわけでもなかったのです。また、今の精神医療状況などと言って乗り込んで来たわけでもないのです。今思えば、家族の研究ができる、それは精神科病院の中だ、などという形でフラリと精神科棟の中に入ったわけです。／しかし、私を待っていた多くの患者さんたちは、娑婆の空気に触れさせてくれと、こういう願いをどなたも持っておりました。

（谷中 1993c：123）

入職後、谷中は社会復帰活動を推進する役割を与えられ医局に所属したが、事務課から未収金回収のための家庭訪問を依頼されただけで、医師と看護からは何ら要請がなく、むしろ PSW をどのように活用すべきか逡巡しているようであった（谷中 1993c）。そこで医師と看護に困りごとを確認し、まず面会に来ない家族への連絡調整を行った。そして病状は安定しているが退院のめどが立たない20名ほどの入院患者を対象とした生活療法プログラム、院外作業療法などを実施した。また、看護スタッフ不足を補う代わりに開放的な病棟にすることを条件に50床の女子病棟の担当を引き受け、入浴、洗濯など日常的な生活指導、患者同士のミーティングの開催、運動会など患者中心による実行委員会の組織化など「治療共同体」の試みを2名の臨床心理士の協力を得ながら実施した。さらに、外来患者を対象に再発防止を目的にしたデイケア活動を開始した。しかし、谷中の活動は、従来の精神科看護のあり方や病院の姿勢そのものに対する批判を含んでいたことから、患者は生

き生きとしてきたが「半面職員間ではこれら起爆剂的役割が歓迎されなかった」（谷中 1993c : 48）。

1970年8月、退院の受け入れ先がない3名の精神障害者（アルコール依存症・てんかん・統合失調症）に対する住まいの場として、入院患者の外勤先だった丸北発条製作所（アンテナの組入れ工場）の2階を借り受け、住み込みによる共同生活を基本とした「中間宿舎」の運営を開始した。いずれの家族も自宅への退院を拒否し、アパートでの单身生活でさえも消極的であり、家族の意向が退院阻害要因の一つになっていた。そのため谷中の管理下であれば退院を認めるという家族側の譲歩に応じたものであり、この正攻法とは言い難い試みが「やどかりの里」³⁷の活動の原点となった。

しかし、退院後のフォローまで病院は責任を持ってないということで、生活上および健康上の相談に対する引き受け手の問題が浮き彫りとなった。その後、1971年10月より専従スタッフ1名の配置が決定したが³⁸、翌1972年4月にデイケア活動の廃止が決定した。その理由は、人員配置による経済性と運営上の問題からだった。当時、デイケアは保険点数化されていなかったため³⁹、人件費を始め諸費用は病院の「持ち出し」とされていた。このことでデイケアに参加していた患者とデイケア終了者の約40名およびその家族から、病院に対して地域で家を借りてでも活動の存続を求める要望が出された。そこでデイケアおよび終了者による回復者クラブの活動を「やどかりの里」で継承することになった。

同時に、活動の安定化を図るため法人格取得を目指すことが決定した。まず、同年5月に社団法人化に向けた設立総会を開催し、6月には一軒家（6畳・4.5畳・台所・風呂・トイレ）を借り受け、定員10名（男性5名・女性5名）で永住型ではなく1年間の期限つき利用の「ホステル部門」に改めることになった。9月には一軒家の敷地内に宿舎（10畳2間・トイレ）を建設し、「デイケア部門」「回復者クラブ」「通所作業部門」を加え、たんに退院後の住まいの確保をするにとどまらず、仲間づくりや生産活動といった生活全般に必要な支援も行うことになった。

さらに相談事業を開始し、谷中を含む職員3名で定期的な職場訪問と、24時間の電話相談を行った。当初、電話相談は「ホステル部門」の宿直職員を活用したが、実際には不眠の訴えなど緊急性の低い相談が多くを占めたため対応を20時までとした。しかし、各担当者は自宅の電話番号を教えることで、24時間電話相談は実質的に継続し、不安解消を中心とした訴えに応じていた（やどかりの里 20周年記念出版編集委員会編 1990）。

この時点で大宮厚生病院との関係は切り離される。そして1973年5月に社団法人として設立認可され、専従職員5名、ボランティア5～6名からなる独立した団体となり、谷中の希望で明治学院大学時代の恩師・岩本正次⁴⁰が初代理事長に就任した。

この年「やどかりの里」の方向性を決定づける出来事が起こった。一つは、同年9月に「ホステル部門」の長期宿泊の廃止を決定したことである。当初1年間とされていた利用期限が形骸化し、2年以上延長する利用者が出始めたことと、家族も保護的な機能への期待

が生じるようになってきたことが主な理由だった。そのため 1974 年 3 月にはすべての利用者はアパート生活等へ移行することになった。ただし、「状態が悪化した時や困った時はいつでも宿泊ができたり、相談ができる体制を持つこと」（谷中 1993b : 26）を確認し、緊急時の一時利用としてナイトケアを開始した。

もう一つは、アパートへ移り住んだ女性 2 名が精神障害者だったことを理由に、家主から立ち退きを言い渡される問題が発生したことである。このことをきっかけにこれまでの施設的な機能の整備から、必要な時にいつでも宿泊や相談ができる体制づくりへと活動の重点を移し始めた。その中心となったのが、地域で生活する当事者が集える「いこいの家」の提供である。男性スタッフ 4 名が宿直で対応し、グループ活動、セルフヘルプグループ、相談支援、24 時間の電話相談、訪問、緊急時の宿泊、地域との交流など、のちの地域生活支援センターの原型ともいべき活動を行った。

谷中はこうした活動を公的な補助のない中で続け、同時に自らの実践を政策に反映させる活動を展開していった。とりわけ地域生活に向けた取り組みは、地域生活支援センター構想へと発展することになる。

2-2 精神障害者社会復帰施設

精神障害者社会復帰施設（以下、社会復帰施設）は、1960 年代に始まる「中間施設」論争を経たのちに、結果として「医療の傘」から外れることができないまま 1990 年代から 2000 年代にかけて急速に整備が進められたが、社会復帰施設なしに地域生活支援センターが予算事業として成立することはなかった。したがって、社会復帰施設が形成された過程について触れておく必要がある。

1983 年の医療法人報徳会宇都宮病院での入院患者に対する傷害致死事件⁴¹を契機に、わが国の精神医療は国際的に大きな批判を浴び、国外からの力も加わり、精神衛生法の改正が強く求められた。

それまで精神障害者が利用できる施設は、1970 年代後半から急激に増加した小規模作業所（法定外施設）を除いて無きに等しい状況が続いていた⁴²。入所施設の構想は、1954 年に厚生省社会局が生活保護を受給している長期在院患者を適当な収容施設に移すことを提案した第 2 種病院構想に始まる（浅野 2000）。その後、1965 年の精神衛生法改正に伴い、衆議院および参議院での「精神障害者の社会復帰促進のための施設」の設置が付帯決議されたことを契機に、日本精神神経学会による「中間施設に関する小委員会」の設置・検討（1966 年）、同委員会による「精神障害者社会復帰医療センターおよび精神障害者更生施設構想」（1968 年）、厚生省による「精神障害回復者社会復帰センター構想」（1969 年）、中央精神衛生審議会による『精神障害者の社会復帰に関する中間報告』（1978 年）、厚生省による「精神衛生社会適応施設構想」（1978 年）などの検討を経た結果、精神障害回復者社会復

帰施設（1970年整備費予算化・1971年設置・通所型は1975年設置）と、精神衛生社会生活適応施設（1979年設置）が予算事業化された⁴³（巻末資料3-1、3-2参照）。

ただし、精神障害回復者社会復帰施設は、通所訓練のデイケア（医療型）（※1986年度に「精神障害回復者社会復帰施設（通所型）」へ名称変更）と生活訓練のための入所施設（福祉型）の複合施設であり、医学的管理下に置かれたものであった。また、これらは法律に規定されたものではなく、明確な位置づけがなされないまま地方公共団体等が設置・運営主体となって発足した経緯があった。そもそも精神衛生法第48条で「精神病院又は他の法律により精神障害者を収容することのできる施設以外の場所に精神障害者を収容してはならない」と規定していた。

そのため試験的整備の域を越えず、1986年の時点で精神障害回復者社会復帰施設は川崎市社会復帰医療センター（1971年開設・2013年度より順次再編）、東京都立世田谷リハビリテーションセンター（1972年開設・1985年廃止※東京都単独設置）、岡山県立内尾センター（1976年開設・2006年廃止）、北海道立緑が丘病院附属音更リハビリテーションセンター（1984年開設・2012年廃止）の4ヶ所、精神衛生社会適応施設は熊本県「あかね荘」（1981年開設）の1ヶ所にとどまった。

これらの経過と実情を踏まえ、1986年4月、厚生省は精神衛生法の改正にあたって公衆衛生審議会精神衛生部会に「社会復帰問題に関する検討委員会」（委員長・岡上和雄）を設置し、必要とされる地域での支援体制について初めての検討を行った。同委員会は、7月に『精神障害者の社会復帰に関する意見』をまとめ、斉藤十朗厚生大臣（当時）に提出した。とりわけ昼間治療、作業訓練、活動の場としての施設の十分な数の配置と同時に、それらに比べて一層未整備な居住施設など「精神障害者が社会で共同して生活し、かつ、必要な訓練や指導を受けることのできる施設」（公衆衛生審議会1986：2）の必要性を述べ、精神障害者小規模保護作業所（仮称）、精神障害者通所授産施設（仮称）、管理人付の居住施設、ケア付の居住施設、以上の整備充実を提言した⁴⁴。

精神衛生法改正の方向について関係団体の多くは社会復帰施策の充実を推進する立場を取りながらも、日本精神病院協会（現・日本精神科病院協会）⁴⁵（以下、日精協）、日本精神神経学会⁴⁶などが表明したように設置運営を医療以外に広げることに難色を示した。また、財政上の問題から市町村の反発は必至であり、1986年12月、全国知事会、全国市長会、全国町村会等の連名で、これに反対する申し入れが行われた（岡上1988；衛藤1995）。総論賛成・各論反対の下、「社会復帰問題に関する検討委員会」が示した案のほとんどが見送られながらも1987年9月に精神衛生法は改正、翌1988年7月、精神保健法として施行された。また、法の目的に精神障害者の「社会復帰の促進」と「福祉の増進」を掲げ、社会復帰施設を社会福祉事業法に基づく施設として法文上明確化し、法定事業化を実現した。

まず、精神障害回復者社会復帰施設は精神科デイケア施設へ名称変更され、事実上、廃止となった。同じく精神衛生社会生活適応施設も精神障害者援護寮へ名称変更された。1988

年 2 月、厚生省は、各都道府県知事宛に『精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について』（昭和 63 年 2 月 17 日健医発第 143 号）を通知し、『精神障害者社会復帰施設設置運営要綱』（昭和 63 年 2 月 17 日健医発第 145 号）、『精神障害者社会復帰施設の設置及び運営の留意事項について』（昭和 63 年 5 月 13 日健医精発第 17 号）を示した。具体的には、入院治療の終了した精神障害者の社会復帰の促進を目的に、「住む場」として精神障害者援護寮（以下、生活訓練施設⁴⁷）ならびに精神障害者福祉ホーム、「働く場」として精神障害者通所授産施設を創設し、これらを措置施設（社会福祉事業法第一種事業）ではなく利用者との直接契約に基づく利用施設（社会福祉事業法第二種事業）と位置づけ、民法上の法人施設も運営に参加できることとした。さらに、精神衛生法の改正の際に医療法も改正され、医療法人の業務の範囲においても社会復帰施設の設置運営を行うことができるよう規定された（巻末資料 3-3 参照）。

しかし、当初より、①国庫補助事業により福祉施設整備を実施する際、法令に根拠規定はないが、開設にあたって地域住民の「住民同意書」を提出すること⁴⁸、②年間約 4,000 万円の補助金のうち施設運営費を国 1/2、都道府県 1/4、設置者 1/4 をそれぞれ負担すること、③精神保健法において社会復帰施設の設置は都道府県の義務規定ではないこと、以上の問題により整備は進まなかった。たとえば、1988 年 4 月に厚生省は『精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について』（昭和 63 年 4 月 6 日健医発第 433 号）で各都道府県知事に以下の内容を通知した。

精神障害者社会復帰施設の設置は、社会福祉法人、医療法人等の民間が主体となって促進を図ることを期待するとともに、都道府県、市町村はその補完的な取り組みを行うものであること。[...] 特に市町村については、行政需要及び財政状況を勘案の上、自主的な判断に基づき精神障害者社会復帰施設を設置することができるものであり、市町村に対し画一的に施設の設置を求めるものではないこと。

（厚生省 1988 : 1）

これを根拠に地方自治体は社会復帰施設の整備に消極的であった。また、設置者負担の運営費 1/4 は利用者から徴収する利用料などを充当する受益者負担の原則が適用された。しかし、高額な利用料などの徴収は現実的ではなく、そもそも民間の団体が自前で土地を確保したうえで、施設運営費の 1/4（約 1,000 万円）を継続して捻出すること自体が困難であった。さらに社会復帰施設は補助金事業であるため、年度内に全額以上の執行が満額交付の条件となる。加えて、補助金は年度末一括清算払いのため、自ずと毎年赤字は避けられず、社会復帰施設の運営には多額の自己資金が必要となっていた。

資金面だけでなく実務面でも問題があった。たとえば、生活訓練施設および授産施設の職員配置は、入所者 20 名に対し施設長含めわずか 4 名、福祉ホームは管理人 1 名とされ、

地域生活に向けたアパート探しや退所後のアフターフォローはおろか、夜間勤務など基本的な運営体制を維持することさえ困難な状況にあった。

2-3 全国精神障害者社会復帰施設協会の結成

ここで地域生活支援センターの整備を積極的に推進してきた全国精神障害者社会復帰施設協会（以下、全精社協）について、組織化の過程を中心に触れておきたい⁴⁹。

社会復帰施設は、精神衛生法の改正で法定事業になったものの財政措置や人的配置などの問題が施設運営を圧迫し、1990年の時点で88ヶ所の開設にとどまり、全国的な広がりには至らなかった⁵⁰。谷中らは、1/4設置者負担問題を始めとする制度上の不備の改善を目的に、これらの社会復帰施設へ全国組織化を呼び掛け、1990年6月に全国精神障害者社会復帰施設協議会（仮称）発起人会が発足し、谷中輝雄（代表）、寺田一郎（社会福祉法人ワーカーホーム理事長。のちに全精社協副会長など）、新保祐元（社会福祉法人恵和会恵和社会復帰センター施設長。のちに全精社協事務局長など）、岸本芳朗（緑が丘寮・同授産所。のちに全精社協理事）、増山明美（あおぎり寮。のちに全精社協常任理事）、荒井洋（社団法人麦の家。のちに全精社協常務理事、事務局長）、荒井元傳（事務局・全国精神障害者家族会連合会）らが発起人となった。

まず、喫緊の課題として会長および役員を選出、組織の位置づけ、運営の方向性などが問題となった。全国組織の立ち上げにあたって当初、全国精神障害者家族会連合会（以下、全家連）も関与しており、荒井元傳・全家連事務局次長（当時）は、川崎市社会復帰医療センター所長や国立精神衛生研究所社会復帰部長などを歴任し、のちに全家連の常任理事などを務めることになる岡上和雄の会長職就任を提案し、全家連内に事務局を設置することを要望した。また、滝沢武久・全家連事務局長（当時）からは、社会復帰施設の全国組織を全家連の傘下に位置づける構想が示された。谷中は、会長職には「社会復帰施設が社会福祉の施設として位置づけられたのだから、医療ではない人をと主張」し、また「全家連は家族連合会であり、施設協会や患者会は対等の立場に立つものである」（谷中編 2000：20）として、全家連側の提案に反対の意向を示した。

そのため理事の選出にあたっては、各施設の母体法人に配慮し、医療法人5名、社会福祉法人8名、家族会を母体とする法人1名とすることで調整が行われた。役員人事については、谷中と荒井との間での条件交渉の結果⁵¹、理事長・会長に谷中、副理事長・副会長に寺田、専務理事・事務局長に新保の就任が決定した。また、顧問に青野敏夫（全国精神障害者家族会連合会理事長）、大谷藤郎（財団法人藤楓協会理事長）、河崎茂（日本精神病院協会会長）、仙波恒雄（日本精神病院協会医療政策委員長）、竹村賢次（東京武蔵野病院院長）、調一興（社団法人ゼンコロ常任理事）が就任することになった（以上、肩書は当時）。

こうして同年10月10日、67ヶ所（授産施設26ヶ所・生活訓練施設23ヶ所・福祉ホー

ム 18 ヶ所) の社会復帰施設が加盟する任意団体として全国精神障害者社会復帰施設協会が発足した。しかし、全国組織としては組織率が低く、活動の弱さと財源の少なさが、厚生省との交渉ラウンドにおいて弱みとなることが懸念された(寺田 2000b)。

事実、全精社協は財政基盤が脆弱なため「協会役員の会議費や旅費すら払えず、三役(※筆者注:会長・副会長・事務局長)の持ち出しで運営されてきた」(新保 2000b:2)。また、職員の資質の向上を優先課題にとらえ、研修の実施を重点事業に取り組みながらも、定例で開催するには毎回独立採算制にする、あるいは研修費を高額に設定する以外に方法はなく、継続した実施が困難となった。研修実施に係る補助金を国から受ける方法もあったが、そのためには法人格が必要であった。

これらの事情を背景に、1992年6月の定期総会にて施設運営費1/4設置者負担分を全額公費とすることを求める運動の展開と、全精社協の法人化の推進が決議された。当初、社団法人化を目標としていたが、基本財産として3億円が必要だったことから「厚生省精神保健課より社会福祉法人化を目指すようにしたらよいという助言を受けて」(谷中編 2000:51)、基本財産を1億円としている社会福祉法人化を進めることを決定した。

1993年9月から本格的に厚生省と協議を続け、東京都荒川区に法人事務所の開設を予定したことで東京都が法人認可の窓口となったが、基本財産の要件などで協議が難航し、1994年1月、東京都への法人認可申請書の提出を断念することになった。その後、1億円の基本財産を確保せずに設立認可が出ている例が他県にあったことから、本部事務所を新保の所属施設の住所地である茨城県に申請することで調整が進められた。こうして1994年12月9日付で「社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会」として法人認可を得た。

しかし、法人化協議の際、基本財産計画と法人事務所の設置場所が最後まで課題となり、厚生省および茨城県庁へ申請書等提出後も事務所に関する確約書の差し替えや追加資料の提出が求められた。その結果「基本財産の1億円については法人設立から10年を目標に達成すること」(谷中編 2000:57)とされた⁵²。事務局の設置場所については「会員施設とりわけ役員を輩出している施設等が責任をもって受け入れてまいることを確約」(寺田 2000b:125)しながらも、実際には事務局の引き受け手が無く、独立した事務所と専任の事務局員を確保することができなかった。そのため全精社協が任意団体として発足した1990年10月以来、新保の自宅や所属施設など4ヶ所も移転を続け、その間、全家連が事務局支援と経理を担い、実務面は新保の所属施設職員によるボランティアで支えられていた(新保 2000b・2000d)。

その後、精神保健福祉士の国家資格化に伴い、国家試験受験資格取得の特例措置として国から日精協、全国自治体病院協議会と共に1998年から2002年までの5年間にわたる現任者講習会の実施団体として委託されたことで、ようやく役員の交通費や人件費が経常でできるようになる(新保 2000c・2000d)。しかし、現任者研修は全国規模で実施する事業だったため、事務局に業務を集中させることになり、「この現任者講習会の任が重すぎたこと

が、徐々に事務局がパンクしていくことにつながっていった」(谷中編 2000 : 98)。そのため事務局長だった新保個人の負担が大きくなり、1999年9月に事務局長辞任を表明する。これを契機に事務局の移転と特別予算による専任職員の配置を検討することになり、2000年4月に現任者講習会運営収益をもとに事務局を東京に移転させ、有給職員3名が常駐する体制が整った。さらに副会長の寺田が事務局長を兼任することで、事務局体制の維持が図られた。

このように全精社協は、設立当初から運営基盤および財政基盤は脆弱だった(新保2000c ; 谷中編 2000)。他方、社会復帰施設の整備・拡充を運動の中心に据え、家族会の連合体である全家連とは一線を引くことで、厚生省保健医療局精神保健課(以下、精神保健課。1995年以降は精神保健福祉課)に社会復帰施設の関連施策に関するプランナー的存在として重用されることになる。たとえば、制度立案にかかわった主務官庁職員と全精社協役員による分担執筆で全国精神障害者社会復帰施設協会(1996)(2002)(2004b)などを刊行するなど、精神保健課とは社会復帰に関係する事業への提言、とりわけ地域生活支援センターの整備・運営等を通じて不可分の関係となる。

以上のように「社会福祉法人として法人格を手に入れたが、法人事務局体制を整えないままさまざまな活動に突入」(谷中編 2000 : 105)していくことになる。地域生活支援センターの予算事業化への働きかけもその一つだった。

第3節 地域生活支援センター構想

3-1 精神保健課との駆け引き

全精社協は1991年4月、精神保健課に『精神障害者社会復帰施設運営に関わる要望』を提出し、①相談窓口を全施設に設置、②在宅支援のための訓練指導費、③事務員配置または事務委託費、④産休等による代替職員の配置費用、⑤デイサービス補助金を新設することで補助金の増額を要望した。うち相談窓口は「在宅支援に係わる相談は、少なくとも2日/週を平常業務以外に要する。相談専門職のパート時給を1,000円とし、8,000円/日×8日として64,000円となる」(谷中編 2000 : 165)と具体的な数字を示した。

これを受けて『精神障害者社会復帰促進事業(社会復帰相談窓口)実施要綱』(平成3年9月24日健医発第1153号厚生省保健医療局長通知)が示され、1992年度より「精神障害者社会復帰促進事業(社会復帰施設相談窓口)」として全国20ヶ所に予算化された(巻末資料3-4参照)。回復途上の精神障害者への継続的支援体制確保のため、都道府県が社会復帰施設に土・日・祝日の相談窓口を委託・設置することとし、本来の業務以外の支援を補助金に反映させた実質的な補助金の増額であった。つまり公的機関の対応できない部分を埋める役割＝相談業務を社会復帰施設に位置づける名目で運営費に上積みを図る意図があ

り、独立した相談窓口の設置ではなかった。

1992年4月には、山下徳夫厚生大臣（当時）宛に精神保健法見直しに関する要望書を提出した。具体的には、都道府県・政令指定都市・市区町村への社会復帰施設設置の義務、国・都道府県・市区町村への社会復帰施設に対する設置・運営に要する費用負担、社会復帰施設の種類などについて要望し、とりわけ社会復帰施設の利用後、地域での生活を維持・促進させるための受け皿が不可欠であったことから「生活支援センターの創設が必要であり、精神保健福祉法を改正し、精神障害者生活援護施設として位置づけられたい」（谷中編 2000：175）と要望した。同時に、社会復帰施設の運営費の1/4設置者負担の解消、現行職員定数に加え、福祉ホームに精神科ソーシャルワーカー1名増員、生活訓練施設・授産施設にケアマネジメントの役割を担う精神科ソーシャルワーカー1名ならびに相談業務を担う相談員1名の計2名の増員と、それに必要となる補助金の増額を要望した。

谷中は「実体がないと制度や法を変えることは困難であると実感」（谷中 2001 a：268）し、政策に訴えることよりも実体づくりを優先した。1990年に「やどかりの里」で生活訓練施設と授産施設を開設した後、大所帯になった職員や利用者を地域に分散させることと、地域生活支援センターの法定事業化に向けた実績づくりのため、埼玉県大宮市（当時）を中心に、1992年に大宮生活支援センターを開設した。その後、1993年に南中野に移転、1994年に堀の内生活支援センターと南中野生活支援センターに機能分化、同年10月に与野生活支援センター、1996年に浦和生活支援センターを開設した。

さらに、横浜市精神保健調査対策委員会（1992年7月設置）に参加していたことから、横浜市へ地域生活支援センターの設置を計画に取りこむよう働き掛けた。その足掛かりとして、精神障害者の社会復帰に必要な施設数の算定、今後の精神医療のあり方等の確認を目的に、入院患者および作業所通所者それぞれ100名を対象とした社会復帰に関する意識調査、医療機関医師への社会復帰に関するレポートの依頼等の実態調査を行った。その結果、活動（就労）の場所がないこと、人との交流や相談相手が少ないこと、将来の生活に対する不安などが明らかになった。これらを踏まえ1993年9月に『横浜市精神保健対策検討報告書』がまとめられ、①日常生活の「小さな課題」にきめ細かく対応できる場、②日常生活の基礎である「食べて」「暮らす」ことの充実、③社会・人との交流の場、④家族支援としての生活支援（ショートステイやイブニングケア）、⑤支援する側のマンパワー不足の解消、⑥医療・生活支援・就労援助などの各機関・施設のネットワーク化、以上の必要性を指摘し、地域生活支援センター構想を打ち出した⁵³。

こうした中、精神保健課は全精社協に対し、「生活支援センターなるものを制度化したいので、1週間ほどで素案を提出するように」（新保 2000d：143）要請し、「機能とマンパワーおよびスペースと運営費なども網羅した施策として実行可能な具体案」（新保 2000：13）を提示するよう求めてきた。この要請に基づき、全精社協は『生活支援センター（案）』をとりまとめた。その時の状況について、新保は次のように述べている。

当時は電話による要請はしばしばであった。2～3日すると「原案はできたか」との催促を受けた。／〔…〕その素案は精神保健課での意見交換時に「精神障害者社会復帰施設への利益誘導がないが、これでいいのか」と言われるほど、公的責任制を全面に出したものだ。それは当時保健所の改変問題があり、保健所あるいは精神保健センターに生活支援の中核を担っていただければよいとの考えだったのだが、全精社協参加の施設が有利になるよう改めたらどうかとの当局提案を受け、全精社協三役（谷中会長、寺田副会長、新保事務局長=筆者）（ママ）で協議し文案を一部修正することにした。それは全精社協が強く希望していた施設職員の配置増とからめての協議が進行していたことによる。一旦制定された制度を改変することは大変難しく、〔…〕社会復帰施設の職員増につなげるメニュー項目として扱ったらどうかというのが当局提案だった。

（新保 1998a：40-41）。

その後、精神保健課長らとの討議の結果、内容はほぼ了承され1993年度の予算要求の項目に地域生活支援センターの新設が含まれることになったが、設置の方法について、①地域に独立して配置、②社会復帰施設に附置、③保健所の中に配置あるいは精神保健センターの brunch 的形態、で意見が分かれた。結果、公的責任性を担保する観点から地域に独立した施設として立案させることになり、全精社協が作成した『生活支援センター（案）』を厚生省へ提出した（谷中編 2000）（巻末資料 3-5 参照）。

まず、地域生活支援センターの目的を、在宅の精神障害者が日常生活を支援するため、各種社会資源の活用および開発を行い、それらをマネジメントすることで日常生活に関する課題に対応することとした。具体的には、①相談事業、②ケースマネジメント（ママ）事業、③自助グループ支援、④憩いの場の提供事業、⑤在宅精神障害者支援事業、⑥給食サービス事業、以上の事業を行うことができた。とりわけ、②ケースマネジメント（ママ）事業は、障害福祉分野にいち早くケアマネジメントの導入を意図したものであり、当時ケアマネジメントは「手法」としてだけでなく、必要な職種、実施機関、予算措置など、あらゆる点において確立されておらず、政策レベルでの検討が始まる前に国へ先手を打つかたちとなった。また、設置主体および運営主体を国、都道府県、市町村だけでなく、社会復帰施設を運営する法人と規定した。以上のように、日常生活の一般的な相談からサービスの利用調整、余暇活動および衣・食・住の支援など、のちに予算事業化されたものとはほぼ同じ役割を位置づける内容となった。

しかし、実施場所を「精神障害者の地域ケアの継続性、一貫性、責任制を維持するために、独立した組織として設置されることが望ましいが、独立が保持されれば、当面既存の施設に併設することができる」としたところ「財政上多額な予算を必要とすることで大蔵省（当時）の了承が得られず、採択は見送られた」（谷中編 2000：65）。

他方、精神保健法の一部改正に伴い、1993年8月19日付で『精神障害者社会復帰施設設置運営要綱』（平成5年8月19日健医発第901号）も改正され、新たに精神障害者福祉工場と、生活訓練施設退所後の昼間の行き場としてのデイサービスが必要であるということから通所機能付き生活訓練施設の新設が決定した。これは「精神障害者社会復帰促進事業（社会復帰施設相談窓口）」とは別の事業であり、「すでに提出していた生活支援センター構想とは関わりなくでてきたものであった」（谷中編 2000：86）。しかしながら、在宅の精神障害者の通所サービスや電話相談は、生活訓練施設の機能や人的な容量を超えたものであり、とりわけ入所期間が2～3年と規定されている生活訓練施設は、入所者と退所者が一定期間毎に入れ替わるため、双方のフォローに追われる状況を招いた。

3-2 地域生活支援センター構想の再浮上

ここで再度1/4設置者負担問題について触れておきたい。1991年7月15日、公衆衛生審議会より下条進一郎厚生大臣（当時）に対して、意見具申『地域精神保健対策に関する中間意見』を公表し、「精神障害者の多くの社会復帰施設が赤字経営であり、経営上の問題が施設整備の増加・促進のうえで障害となっていると考えられる。[...] 今後この点への都道府県の対応等、精神障害者社会復帰施設の経営基盤の安定化のため、方策を講ずるべきである」と答申した（公衆衛生審議会 1991）。これを受けて精神保健課は、1993年12月22日および23日に大蔵省による平成5年度精神保健対策関係予算内示にて精神障害者社会復帰施設の運営に係る設置者負担の解消の方針を公表し、負担割合を「国1/2、都道府県1/4、設置者1/4」から「国1/2、都道府県1/2」に改めるとした。そして12月28日付で「精神障害者社会復帰施設の運営費の負担割合を都道府県が1/4から1/2に拡大し、これに見合った額を地方交付税措置とする」とされ、長年の懸案事項だった1/4設置者負担が解消されることになり、ようやく社会復帰施設の開設に必要な基盤が整った。

そして1995年に精神保健法が改正され、精神保健福祉法が成立したことを受けて社会復帰施設は、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場の4種類に類型化された。この年、精神保健福祉課からの打診により地域生活支援センター構想が再浮上した⁵⁴。

全精社協は、生活訓練施設、授産施設にそれぞれ1名ずつ増員を要求していたが、精神保健福祉課より「増員は困難なため、新規事業で実質的に増員を確保するのはどうか」との提案を受け、地域生活支援センターを社会復帰施設に附置することで検討が再開された（谷中 2001a）。全精社協は1992年に作成した『生活支援センター（案）』を練り直すと同時に、横浜市の地域生活支援センター構想、「やどかりの里」での実践資料を提出し、全家連や共同作業所全国連絡会（現・きょうされん）の要望も汲みながらも全精社協の原案に近いものがそのまま反映されることになった（谷中 2001a）。こうして『精神障害者地域

生活支援事業（精神障害者地域生活支援センター）実施要項（素案）』（以下、『実施要項（素案）』）は、事実上、全精社協と精神保健福祉課の共同で完成に至る。

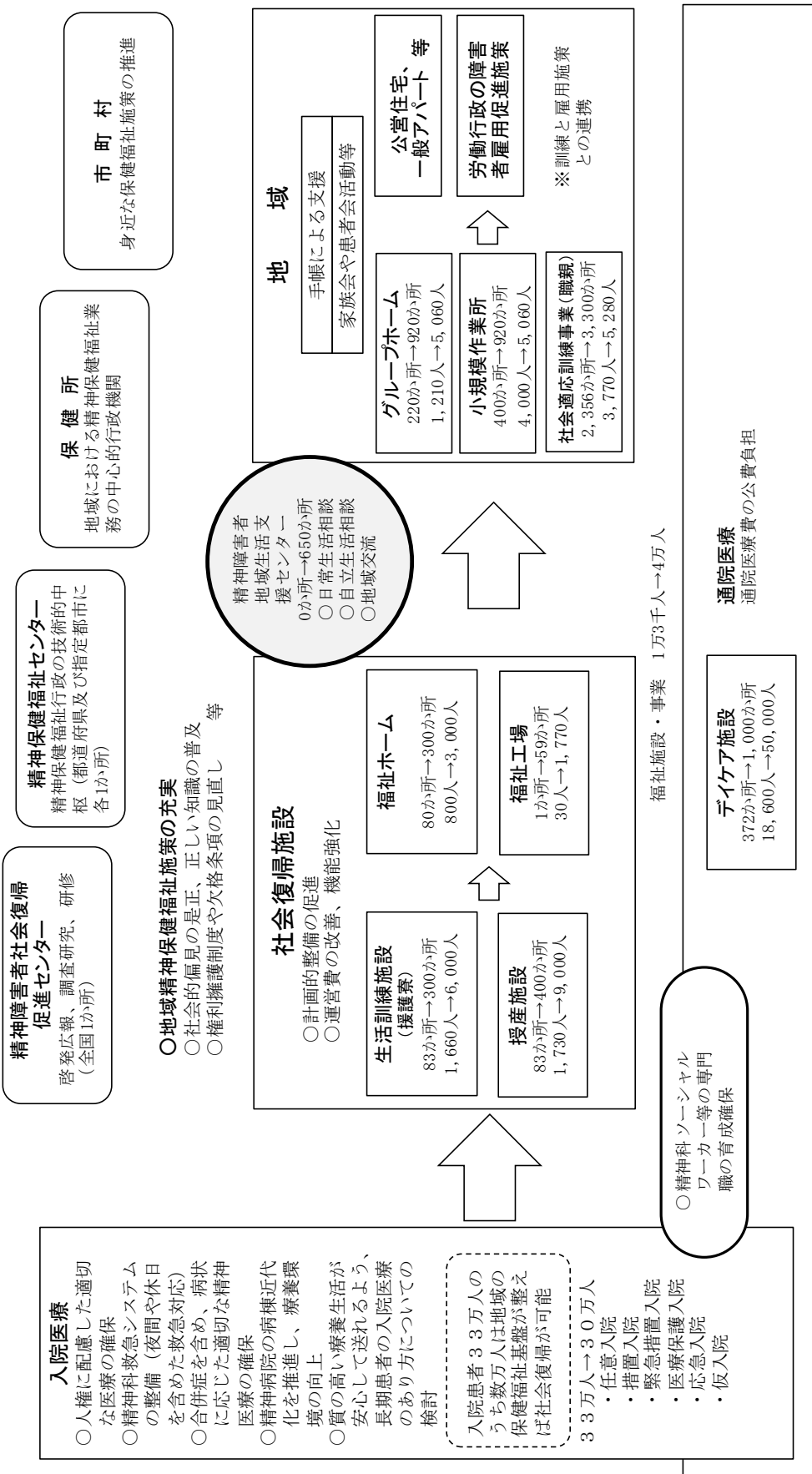
『実施要項（素案）』によると、精神障害者地域生活支援事業は社会復帰施設に併設した専用施設において実施することを基本とし、「これらの社会復帰施設の施設を活用して実施することもでき」とされた。つまり社会復帰施設の増員を意図しており、ともすれば社会復帰施設の利用者やその OB に利用が限定されかねないものであった。他方、社会復帰施設の機能を超える業務やアフターフォローを大まかに、①日常生活相談、②日常生活支援、③地域交流活動等、④その他に整理し、事業に位置づけがなされた（巻末資料 3-6 参照）。

こうした検討を経て、厚生省は同年 12 月に『障害者プラン——ノーマライゼーション 7 ヶ年戦略』（以下、『障害者プラン』）を発表し、地域生活支援センターを一般医療と同じ 2 次医療圏を単位とする障害保健福祉圏域・人口 30 万人に概ね 2 ヶ所を基準に、2002 年までに全国に 650 ヶ所整備する数値目標を示した。また、1996 年度予算のうち精神障害者関係については、①社会復帰施設等の数値目標の設定による整備数の大幅増、②生活支援センターの創設、③社会復帰施設の職員増による補助単価の引き上げを最重要課題として大蔵省との折衝にあたった結果、1995 年度の 87 億円から 127 億円へと 40 億円増、対前年比 146% の大幅増を獲得した（全国精神障害者社会復帰施設協会編 1996）。これによって地域生活支援センターは年間約 1,500 万円の国庫補助事業としてようやく陽の目を見ることになった⁵⁵。同時に「精神障害者社会復帰促進事業（社会復帰相談窓口）」および通所機能付き生活訓練施設は地域生活支援センターに統合され、廃止となった。そして精神障害者の医療と『障害者プラン』に基づく各事業の数値目標との関係が明確に示された（図 3-1 参照）。

1996 年 5 月に厚生省保健医療局長『精神障害者地域生活支援事業の実施について』（健医発第 573 号平成 8 年 5 月 10 日）が通達され、『精神障害者地域生活支援事業要綱』が示された（巻末資料 3-7 参照）。実施場所は「夜間・休日における支援・相談等に対応する必要があることから、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホームに附置して実施することを原則とする」とし、そのうえで社会復帰施設の独占とならないよう、実施主体は社会復帰施設を運営する非営利法人だけでなく、市町村が特定の団体等に委託することができるとした。このように建物の整備等にあたって柔軟な対応策が示されながらも、たんなる社会復帰施設のアフターフォローにとどまらず、社会的入院者の受け皿として整備を進めていくねらいもあった⁵⁶。

図3-1 精神障害者のより良い医療の確保と社会復帰・福祉対策の充実(平成7年→14年)

精神障害者157万人(平成5年)



出所:厚生省保健医療局精神保健課(1996)

第4節 地域生活支援センターの実際

4-1 実践

地域生活支援センターを対象とした代表的な全国調査に新保(2000a)、全精社協(2000)、大正大学(2001)、北川定謙(2001)がある。これらの調査は1998年から2000年にかけてほぼ同時期に実施されている。そのため地域生活支援センターの整備が進められた2000年前後の運営状況と、地域で生活する精神障害者のニーズの動向をとらえることができる。

設置主体および運営主体は、ともに社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、地方公共団体があり、うち社会福祉法人が全体の4割以上を占め、やや医療法人を上回っていた。ただし、社会復帰施設を立ち上げるために医療法人が社会福祉法人格を取得するケースも少なくないため、正確な数は不明である。また、1999年の精神保健福祉法改正まで社会復帰施設に付置することを原則としていたため併設型が多く、うち上位3つは生活訓練施設、通所授産施設、精神科病院と併設されていた(新保2000a・大正大学2001)。一方、単独型の設置は大正大学(2001)の調査によると全体の14%にとどまっていた。

職員の状況は、5人以上64%、4人以下34%であり(大正大学2001)、人員配置基準を満たしていた。しかし、1施設あたりの常勤職員の平均は2.64人、非常勤職員の平均は1.77人であり(北川2001)、実質的には基準よりも少ない人員体制だったことがうかがわれる。常勤職員の年齢構成は29歳以下35.2%が最も多く、次いで30～39歳23.2%、40～49歳18.3%、50～59歳14.4%、60～69歳5.8%と、全体の6割近くが比較的若い職員で構成されていた(全精社協2000)。また、施設長の専任率が高く、補助金の総事業費に占める人件費の割合が70.9%(全精社協2000)であったことと相まって、多くの地域生活支援センターではベテランの職員が配置されていない/配置しにくい状況にあった。

日常生活への支援は、来所相談・電話相談、自宅への訪問、入浴サービス、昼食・夕食サービス、家事援助、金銭管理、身の清潔保持、配食サービス、公共機関の利用援助、憩いの場、レクリエーション活動、服薬管理、通院援助、就労支援、セルフヘルプ活動、作業活動など、衣食住全般にわたって行われ、現在のホームヘルプサービスのような役割も果たしていた。これらの優先順位は、相談事業52%、日中活動の場の提供42%、地域交流活動6%であり(新保2000a)、通所機能よりも相談へのニーズが高く、北川(2001)の調査では、1週間のあいだに1回でも利用したサービスは実利用人員4,098人のうち相談は2,150人(65.9%)が占めていた。

相談内容の内訳は、時間を設けて対面で向き合うようなものはほとんどなく、全相談のうち「明確な相談」の割合は1割程度にとどまっている。むしろ不定愁訴や話し相手を求めるような軽微なものが多く、「日常生活の相談」30%、「気持ちを汲み取る相談」21%、「一日の出来事の報告」10%であった(大正大学2001)。同じく、電話相談(「日常感情の受容」

46%、「心理的相談」20%、「病気に関すること」12%など）、訪問の実施状況（「様子見程度」40%、「病状関連」24%、「生活上のトラブル」16%、「身辺援助」16%、「家事援助」4%）も生活上の困り事に対する支援を求めるものが多かった（新保 2000）。そのうえで9割近くの地域生活支援センターが夜間対応（当直職員・携帯電話・他機関と連携など）を行っていた（大正大学 2001）。

このように地域生活支援センターの活動と求められる対応は多様であり、さらに「業務の多くが、相談や支援というソフト業務」（北川 2001：33）という特徴を持っている。相談内容については、利用者がはっきりした答えや情報を求める明確な相談は少なく、職員は利用者の対人関係を含めた日常生活の相談に対して、気持ちを汲み取ることや報告する「相手」となっていることがわかる（大正大学 2001）。ただし、相談件数に施設間で相違がみられ、相談件数の把握にあたって共通の定義がないことが指摘されている（北川 2001）。

相談以外の機能として、各社会復帰施設や共同作業所の利用および就労支援のための関係機関のあっせん・調整を含めた情報提供、福祉事務所や保健所・医療機関などの情報提供、食事や入浴などのサービス提供、憩いの場の提供、仲間づくりや自主的活動の支援、セルフヘルプやピアカウンセリングの支援、保健所や医療機関などとの連携による危機対応、ボランティアの育成、地域住民との地域交流活動を通じて偏見などを取り除くための啓発活動、社会資源の開発などに努め、精神障害者の多様なニーズにこたえていくことが求められている。さらに厚生省の要望として、行政の対応が午後5時まで、日曜祝祭日が休みであることから公的機関の役割を補完する意味で365日24時間対応が盛り込まれることになった⁵⁷。

以上のことは、他の調査等にも共通した傾向が見られる（三上 2001；上野容子 2001；末安・仲野 2004；駒井 2006）。つまり地域生活支援センターに寄せられる相談は、緊急対応や危機介入よりも生活場面において生じるちょっとした混乱や、時に立ち話でも済むようなものが多くを占め、こまごまとした生活上の相談に向き合う役割を期待されていたこと、それらに対応できる柔軟さが精神障害者のニーズに合致していたと考えられる。他方、広範囲におよぶ業務と人員配置あるいは年間の予算配分は明らかにバランスを欠いており、脆弱な体制であるにもかかわらず生活上のあらゆる相談を一手に担っていたことに対する評価・分析はなされていない。

4-2 期待と問題点

先に触れたように、谷中は実態づくりを優先して1992年に地域生活支援センターを独自に設置した。そこに至った背景には社会復帰施設による支援の限界があった。1990年4月「やどかりの里」に社会復帰施設（通所授産施設・生活訓練施設）がオープンした。生活訓練施設のプログラムの一つとして、ひとり暮らしをするために必要な「生活訓練」を開

始したが、たとえば「職員と一緒に食事を作る練習をしても、地域の中で暮らす時には場面や状況が変わっているため、訓練が実生活を送るためにさほど効果的ではないことがわかってきた」（坂本智代枝 1993：35）。さらに地域生活に向けて住む場の開発、職場開拓、ボランティアの養成・組織化など、次第に生活訓練施設の役割からかけ離れた支援が求められるようになった。

地域生活支援センターは、これらの課題に対応した機能を持ち、公的機関や医療機関では提供できなかったサービスがきめ細かに示された。また、『障害者プラン』の目玉事業（全国精神障害者社会復帰施設協議会編 1996）として予算事業化されたこともあって、積極的に推進する声も多かった（田中英樹 2001；池末 2001；名川 1998）。一方で、制度上の不備について指摘がなされるようになった。

地域生活支援センターの予算事業化は、社会復帰施設の職員増員の要求に対する代替措置であり、社会復帰施設のアフターケア機能を強化する事業に位置づけられてスタートした経過がある。そのため社会復帰施設の半数近くが精神科病院立であったことから、すべての在宅の精神障害者へ広く開かれたものとは言い難く、利用が特定の医療機関の患者や生活訓練施設を中心とする社会復帰施設の利用者等に限定されやすい傾向があった。

これらの問題に対して、たとえば、全家連は既に地域で草の根的な活動を行ってきた実績がある小規模共同作業所やグループホーム、あるいは家族会が取り組む事業などにも地域生活支援センターの付置を厚生省に要望している（荒井 1996；滝沢 1996）。

運営面についてもマンパワーと運営費の関係、期待される事業内容に対する職員配置数の問題（山根 1997；田中英樹 2001）、過疎地において人口 30 万人圏域は広範囲すぎる（宮代 1998）、日常生活支援に対する理解が十分でないまま実施すると機能を活用しきれない危険性があること（名川 1998）、在宅福祉サービスではなく社会復帰施設に法定事業化されたことによる施設内自己完結への危惧（田中英樹 2001）などの批判を受けた。また、常勤職員 2 名、非常勤職員 2 名の計 4 名の職員配置で 24 時間 365 日稼働し続けるのは現実的に無理であり、苦肉の策として職員が交代で携帯電話を持ち、夜間休日対応するケースも少なくなかった。何よりも年間約 1,500 万円の補助金では人件費の掛かるベテラン職員を置くことが難しく、運営の実情は脆弱なものであった。

それにもかかわらず「従来の箱物といわれる独自の施設の建設を必要とせず、既存の社会復帰施設等に附置するニューモデルのソフトサービス」（寺谷 1999：38）としての期待は高く、急速に整備が進められていった。その期待をあらわすものとして地域生活支援センターの特集を組んだ専門誌等が多数あり、これらの文献からそれぞれの活動内容の詳細を知ることができる⁵⁸。その多くに先述した全国調査の結果と同じ傾向が見られるものの、立ち上げの経過、運営方針、取り組むべき課題などは地域特性や運営主体に関係なく千差万別であった。実践面でも、実施要綱に規定されている「(1) 日常生活の支援」「(2) 相談等」「(3) 地域交流」の内容があまりにも広範囲にわたっていること、同じく「(4) その他」

の「地域の実情に応じた創意工夫に基づく事業を行う」が何を指すのか具体的に示されていないこと、加えて「生活支援」の定義が明確でないことから、既に社会復帰活動に取り組んできた運営主体、新規参入した運営主体を問わず、手探りで活動が進められた。

結果として、支援の具体的な内容等については運営主体にほぼ「丸投げ」に近い状態だったが、実施要綱の規定以外についても運営主体の裁量権が大きく、地域生活支援センターを運営するうえでの魅力でもあった。事実、1996年度は開設予定47ヶ所中22ヶ所にとどまったものの、1997年度は52ヶ所、1998年度は97ヶ所、2000年度には217ヶ所と急速に整備が進められていった。

一方で、「精神保健福祉業界には地域生活支援センターブームが訪れ始め、“形”を求めて来られる見学者も多かった。地域生活支援センターという言葉自体に振り回されていた印象だった」（坂根 2001：304）との批判も少なくなかった。それは次で述べる障害種別を超えた「地域生活支援センター」を立ち上げようとする動きへと発展していった。

4-3 全社協・心身協版「地域生活支援センター」構想

地域生活支援センターの整備が進められる動きと同時期に、重度の身体障害児・者および知的障害児・者の問題に取り組んできた心身障害児者団体連絡協議会（以下、心身協）⁵⁹も地域の社会資源づくりを国レベルの検討課題とするための政策アプローチを行っていた。

1980年代以降、重度の障害者が地域で生活するようになってきたことで、通所施設が重度化し、とりわけ精神薄弱者通所更生施設が最も多く受け入れ、1996年の時点で全国約200ヶ所7,000人の利用者のうち重度の知的障害者が約80%、重度重複障害者が約10%に達していた。しかし、国の基準では重度障害者の利用を想定しておらず、職員配置基準は精神薄弱者通所授産施設より少なかった。そのため独自に職員を加算する地方自治体もあったが、他方、精神薄弱者・身体障害者デイサービス事業は補助金額が低額なため、多くの地方自治体が毎週2日程度の通所に限定するなど、サービスの体制や利用の受け入れなどに地域間格差が顕著になっていた。また、通所授産施設や小規模作業所にも重度障害者の利用が増え、本来的な福祉的就労が困難な事態が生じていた。その結果、養護学校卒業後、通所先を確保することができず、日中を自宅で過ごす、あるいは止むを得ず施設に入所する障害者も少なくなかったため、重度・重複・重症障害者のための通所施設・事業制度の確立が望まれていた（柴田 1996）。

社会福祉法人全国社会福祉協議会（以下、全社協）の内部団体である心身協は、この問題を取り上げ1994年7月に第15回障害者地域生活支援システム研究会議を開催した。同会議は、国際障害者年の前年となる1980年から先駆的な実践の制度化に向けた政策研究の場として毎年開催されてきた。第12回（1991年）以降は3年間共通の課題について検討を行い、第15回（1994年）は「重度・重複障害者のデイセンター」（松山市）、第16回（1

995 年)は「重度障害者のデイセンター」(新潟市)をテーマとし、最終年にあたる第 17 回(1996 年)は「障害者活動支援センター——基本構想の提案とその実現へ向けて」(名古屋市)として、この間の議論についての取りまとめを行った。

一方で、全社協は、1995 年 4 月に「障害者地域生活支援に関する調査研究委員会」を発足させ、就労が困難な重度・重複・重症障害者の日中活動の場、通所施設の創設についての検討を進めることになった。同研究委員会の委員⁶⁰は、障害者地域生活支援システム研究会議の主要メンバーと重なり、両研究は意図的に相互関連が図られ(松友 1996)、1996 年 5 月に報告書『障害者活動センターについて——重度・重複・重症障害者の地域生活のために』を取りまとめた。同報告書では「障害者活動センター」を市町村の人口 5 万人に 1 ヶ所を設置、おおむね 20 名程度の利用者を対象に社会参加、生きがいを重視して創作・軽作業、文化活動、レクリエーション等を実施し、成人期のすべての重度・重複・重症障害者の地域生活を支援する拠点として位置づけた。この提言は、第 17 回(1996 年)にて発表され、全国的に周知されたが、厚生省の予算と法制上の壁によって実現には至らず、通所療護施設制度の創設とデイサービス事業の予算増額での対応となった(日本障害者協議会(社会支援雇用研究会) 2014)。

そして第 18 回(1997 年)⁶¹は「障害者地域生活支援センター(仮称)について——現状の実態と課題を探る」(長崎市)をテーマに、すでに予算事業化されている市町村障害者生活支援事業、障害児(者)地域療育等支援事業、地域生活支援センターの実践を踏まえながらも、これら 3 事業のたんなる拡充ではなく「あるべき機関(センター)像を追及する」(松友 1997: 64) ことの確認を行った。具体的には、前年度まで検討を続けた「障害者活動センター」を発展させ、余暇の場の制度的確立を中心に、こまごまとした日常の援助や制度の境を跨るニーズの調整、複数のサービスの組み合わせなどを行う機関、地域の拠点ともいべき組織を「障害者地域生活支援センター(仮称)」と定義し、1998 年の第 19 回(大阪市)、1999 年の第 20 回(東京都立川市)での検討を経て、同年 11 月に『障害者地域生活支援センター基本構想(案)』を取りまとめた。

同報告書は「この「センター」が現行 3 事業と類似点があることから、独立した第 4 の制度として実施されることは考えられず、実施される場合には現行 3 事業の発展・統合という形を取ると予想される」(全国社会福祉協議会・心身障害児者団体連絡協議会 1999: 1) ことを確認したうえで具体的機能を、①情報提供機能、②相談機能、③サービス提供・創出機能、④連絡調整・ネットワーク形成機能に大別した。

とりわけ地域生活に必要な社会資源が不足している現状から、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、デイサービス、イブニングサービス、ガイドヘルプ、移送サービスといった直接サービスを提供する必要性を示した。また、権利侵害に関する相談に対して、たんに弁護士等を紹介するだけでなく、問題の把握や緊急事態への介入など権利擁護機能を位置づけた。その他、これらを含めた生活上の困難が生じた際に 24 時間 365 日

つでも対応可能な間口の広さ、柔軟性、創意工夫の必要性を示した。

これら 3 年間に渡る検討を経て、2000 年 1 月に『障害者地域生活支援センター構想』を発表した。内容は 1999 年の『障害者地域生活支援センター基本構想（案）』を踏襲したものであるが、政府主導ではなく、民間の主要な障害児・者の団体で構成される研究会議が提言した特徴において画期的なものであり（田中英樹 2001）、活動および提言内容ともに意義があるとして評価された（名川 1998；木全 2007a；木全 2007b；田中英樹 2001）。

しかし、財政面、人員配置、相当な力量を持った人材の確保など、実際の運営に係る基本部分が不明確であることや、ともすれば機能や役割に対して期待過剰となりかねないこと（田中英樹 2000）、あらゆる機能を備えるべきではなく、むしろ多様なサービス提供経路を保障すべき（名川 1998）など、いくつかの疑問が示された。

心身協によるこれらの提言は社会福祉基礎構造改革や社会福祉法の施行、さらに介護保険制度の導入など、社会福祉制度が大きく転換した時期と重なったこともあって政策に反映されなかった。しかし、障害種別を問わない相談支援体制の構築に向けた検討は、のちに国レベルに留まらず、地方自治体でもなされることになる（第 6 章参照）。

第 5 節 唐突な終焉

5-1 政策転換

精神保健福祉法の一部改正が 1999 年 6 月 4 日に公布され、2000 年 4 月 1 日に施行された。具体的には、従来の精神障害者生活援助事業（グループホーム）と共に、新たに精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）および精神障害者短期入所事業（ショートステイサービス）を在宅サービスに位置づけた。加えて、地域生活支援センターを社会復帰施設に位置づけ、従来の社会復帰施設に附置せずとも単独で開設できるようになった。そのことで新たに『精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準』（厚生省令第 87 号平成 12 年 3 月 31 日）が示され、他の社会復帰施設と同様に設備や運営基準が規定されただけでなく、補助金が年間約 2,000 万円に増額され、職員配置も施設長 1 名・精神保健福祉士 1 名以上・社会復帰指導員 3 名以上の 5 名へと見直しとなった。

一方、これまで活動の中心とされてきた日常生活の支援、相談、地域交流などが後退し、精神保健福祉法第 50 条の 2 第 6 項「地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する各般の問題につき、精神障害者からの相談に応じ、必要な指導・助言を行うとともに、第 49 条第 1 項の規定による助言を行い、併せて保健所・福祉事務所・精神障害者社会復帰施設等と連絡調整その他厚生労働省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする」と規定され、在宅福祉事業の要としての役割を担う「施設」として位置づけられた（巻末資料 3-8・3-9 参照）。さらに 2000 年の社会福祉法で「相談支援事業」に位置づけられることになった。

精神保健福祉法の改正に合わせて、2002年4月から各種相談・助言等に関する精神保健福祉サービスの実施主体が保健所から市町村に移行となった。これに関連して、三障害共通の『障害者ケアガイドライン』が示され、市町村もしくは市町村が委託する地域生活支援センターがケアマネジメントの実施主体に規定された（第4章参照）。

また、2002年は『障害者プラン』の最終年度であることから同年12月に『障害者基本計画』が閣議決定し、その前期5年間において政府の重点施策を新たに策定した『重点5ヶ年計画』（以下、『新障害者プラン』）が示された（第2章参照）。これにより地域生活支援センターの整備数値目標が650ヶ所から約470ヶ所に下方修正となった。理由として、2002年の時点で達成率は6割程度ではあったが、整備の進展は社会復帰施設の中で最も著しかったこと、2003年度から市町村がすべての障害者に関する相談業務と斡旋・調整を担うことで、身近な相談窓口はある程度確保される見通しが立ったこと、「箱物」である社会復帰施設よりも在宅福祉サービスの基盤整備を優先したことなどが推察される。

『新障害者プラン』では、受け入れ条件を整えば退院可能な約7万2,000人の社会的入院患者について、10年のうちに退院・社会復帰を目指すこととし、2003年度から「精神障害者退院促進支援事業」が実施された。その多くは地域生活支援センターに委託され、社会的入院者の退院支援が新たな業務に位置づけられた（第5章参照）。

こうして地域生活支援センターは2000年を境に生活訓練施設のフォローアップや身近な相談窓口から、地域生活に必要なさまざまなサービスの調整機能を兼ね備えたより公益性の高い事業へと急激に変質することになった。そして厚生労働省は障害保健福祉施策の統合を目的に、2004年10月12日に『今後の障害福祉施策について（改革のグランドデザイン案）』（以下、『グランドデザイン案』）を提案し、2005年10月には障害者自立支援法が成立、2006年4月から施行と加速度的に進められた。

これにより従来の障害種別によるサービス体系は廃止となり、施設は「箱物」単位から「事業」単位へ再編された。そのため2005年4月1日の時点で開設していた472ヶ所の地域生活支援センターも事実上廃止となり、2006年10月より「相談支援事業」を必須事業とする「地域活動支援センターI型」への再編が決定する。

谷中の実践の具現化だった地域生活支援センターは、予算事業化からわずか10年でその役割を終えることになった。同時に、1960年代に始まった「中間施設」論争を経て、法定施設となった社会復帰施設も23年の短命で終わり、補助金による国庫補助事業から出来高による個別給付事業へ再編となった（表3-1参照）。

表3-1 精神障害者社会復帰施設のの変遷(1971-2002)

1971	精神障害回復者 社会復帰施設																								
1975	精神障害回復者 社会復帰施設 (入所型)	精神障害回復者 社会復帰施設 (通所型)																							
1979	精神障害回復者 社会復帰施設 (入所型)	精神障害回復者 社会復帰施設 (通所型)	精神衛生社会生活 適応施設																						
1988			精神障害者 支援寮					精神障害者 福祉ホーム				精神障害者 通所授産施設													
1991			精神障害者 支援寮					精神障害者 福祉ホーム				精神障害者 通所授産施設													精神障害者社会復 帰促進事業(社会 復帰相談窓口)
1994			精神障害者 支援寮				通所機能	精神障害者 福祉ホーム				精神障害者 通所授産施設													精神障害者社会復 帰促進事業(社会 復帰相談窓口)
1995			精神障害者 支援寮				通所機能 ※注1	精神障害者 福祉ホーム				精神障害者 通所授産施設													精神障害者社会復 帰促進事業(社会 復帰相談窓口)※ 注2
1996			精神障害者 支援寮					精神障害者 福祉ホーム				精神障害者 通所授産施設													精神障害者地域生 活支援事業
2000			精神障害者 生活訓練施設					精神障害者 福祉ホーム				精神障害者 通所授産施設													精神障害者 地域生活支援 センター
2001			精神障害者 生活訓練施設					精神障害者 福祉ホーム				精神障害者 通所授産施設													精神障害者 地域生活支援 センター
2002			精神障害者 生活訓練施設					精神障害者 福祉ホームA型 福祉ホームB型				精神障害者 通所授産施設													精神障害者 地域生活支援 センター

※注1 1996年廃止。精神障害者地域生活支援事業へ再編

※注2 1996年廃止。精神障害者地域生活支援事業へ再編

※注3 2000年に精神障害者短期入所事業へ再編

5-2 財源問題と全精社協の変容

ここで再び全精社協の動きについて確認しておきたい。2003年以降、谷中は実践現場から距離を置くようになり、「やどかりの里」および全精社協の要職をそれぞれ辞任し、後進の育成に活動をシフトさせていった。代わって全精社協の会長および理事長に2003年度から2006年度までの2期を新保が就任した。2007年度以降は、新保の推薦を受けてそれまで常任理事および制度・政策委員長などを務めていた高野修次が就任、新保は特別顧問を務めていたが2009年7月に急逝するなど、執行部の世代交代が進んでいった。同時に、全精社協の存在を左右する出来事が矢継ぎ早に起こった。

2003年6月8日、各地方自治体から出された社会復帰施設の新規整備計画が、大量に不採択となっていたことが毎日新聞の報道で明らかになった。これまで新規整備の申請(2002年度は152件)はすべて採択されていたが、2003年度は161施設中35施設しか採択されなかった。こうした異例の事態について厚生労働省精神保健福祉課は「昨年度までは補正予算や前年度からの繰越金も多かったが、今年度は、財政難で保健衛生施設に使える額が98億円減ってしまったため、採択できなかった。目標に対して補助金の裏付けがないといわれたらその通りで何ら言い訳できない」(読売新聞2003年7月16日朝刊)と説明した。

これに対して精神障害関係5団体(全精社協、全家連、全国精神障害者地域生活支援協議会、きょうされん、日本精神保健福祉士協会※のちに全国社会就労センター協議会、日本精神科看護技術協会、全国精神障害者団体連合会が参加)は、急遽「精神障害者社会復帰施設の拡充を求める中央実行委員会」を組織し、7月22日に「精神障害者施設整備費補助問題を考える7.22緊急集会」を実施し、施設整備費の全件復活採択を訴えた。厚生労働省は7月末に追加で採択したが40施設にとどまった。そのため12月16日に再度「精神障害者社会復帰施設の拡充を求める12.16の集い」が行われた。その後、厚生労働省精神保健福祉課より2003年度に採択できなかった86ヶ所への対応については、未設置地区を優先、都道府県間の地域バランス、都道府県の意向の三点を踏まえ、2004年度予算で優先的に採択する説明がなされたが、安定した財源確保のため介護保険制度を視野に入れた議論を早急に行いたいとする意向も同時に表明した。

社会復帰施設整備の大量不採択問題を契機に補助金の削減に危機感を覚えた全精社協は、裁量的経費である補助金ではなく義務的経費によって施設運営の安定を図るため、精神保健福祉制度への支援費制度ならびに介護保険制度の導入推進を決定した(新保2004)。その後、厚生労働省が2005年10月に『改革のグランドデザイン案』を示したことを「千載一遇の機会」(新保2006:1)と捉え、運営財源と施設運営の安定化を求め、より明確に制度改革を推進する立場を表明した。そして精神障害者施策が他障害者施策と同等あるいは一元化となることを新たな理念に掲げ、障害者自立支援法に関する説明会を全国各地ではほぼ毎週行うなど、急速に厚生労働省の意向に傾倒していった。

5-3 全精社協の解散

全精社協は、2007年4月より「ハートピアきつれ川」（以下、「ハートピア」）の運営を、厚生労働省の仲介により全家連から引き継ぐことになった。

「ハートピア」は、1992年に厚生省（当時）がまとめた「精神保健保養交流センター」を元に、精神障害者が働く保養施設（ホテル部門）と、通所および入所授産施設、グループホーム、生活支援センター（福祉部門）を併設した温泉宿泊施設として作られた。当初、予算がつかず頓挫しかけたが、栃木県が遊休地を提供したことで喜連川町（現・さくら市）を建設地に決定し、総事業費約20億円も1995年度厚生省予算に約10億円が計上されたことで見通しがつき、全家連による運営で1996年7月に開所した。しかし、精神障害者の就労訓練施設を兼ねていることや、観光地から離れた立地であったため採算を取ることが難しく、ホテル部門の累積赤字が2,000万円となった。赤字は改善されず、全家連の財政を圧迫し、2002年11月に自己負担分9億円のうち約8億円の借入金を返済するため、厚生労働省から交付された研究事業費や補助金を不正流用していたことが発覚した。また、不正流用分と加算金を含めた5億3,900万円の返還を国などから命じられたことも加わり、「ハートピア」の収益による自力での返済は困難と判断し、厚生労働省と協議した結果、全精社協に事業譲渡することが決まった。全家連と全精社協は当事者にもっとも近い団体として厚生労働省としても重宝な存在であったと考えられ、全家連が破産したのちは、全精社協がその期待を一身に担うことになった（日本精神保健福祉士協会 2010）。

2007年4月1日付で全精社協は「ハートピア」の運営を引き継ぎ、土地・建物はいったん無償で譲渡され、就労訓練等を利用していた精神障害者約10人を含む職員約50人も全精社協が雇用することになった。その後、2008年7月に「ハートピア」を4,200万円で購入した。そして全家連は4月17日に臨時の評議会を開催して、破産と解散を決議した⁶²。

しかし、「ハートピア」の経営状況は悪化をつづけ、2009年3月にホテル部門を閉鎖、授産施設のみ運営を続けた。また、1億円を超える未払い金の支払いができず、全精社協そのものの破産・解散が不可避となっていた。そのため複数の医療法人や社会福祉法人に「ハートピア」の土地・建物、授産施設の売却交渉を重ね、9月によりやく千葉県内の医療法人に1億数千万円で売却する見通しが立った。全精社協は仮契約が済み次第、解散に向けた手続きを進める予定だったが、同じ時期に、厚生労働省からの補助金不正受給がマスコミ報道等で明らかになった。さらに補助金の不正流用疑惑が浮上した。

全精社協は2008年11月頃から3ヶ月間にわたって内部調査を行った結果、経理を担当していた元事務局次長により不正な会計操作が行われ、3,000万円近い使途不明金の存在が判明したため、大阪地検に告発した。そして法人の運営資金約1,000万円を着服したとして、9月24日に業務上横領容疑で元事務局次長は大阪地検特捜部に逮捕された。その後、

「ハートピア」の買い取りにあたって、厚生労働副大臣だった前自民党衆議院議員や福祉医療機構の理事を務めていた厚生労働省の元障害保健福祉部長らに法人の裏金から約 500 万円を渡していたこと、「ハートピア」の職員用退職金約 4,300 万円を施設運営費などに不正流用していたこと、厚生労働省から調査研究費目的で交付された補助金の大半を「ハートピア」の人件費等に流用していたことなど、ずさんな会計処理の実態が明らかになった。

全精社協は、厚生労働省の 2007 年度「障害者自立支援調査研究プロジェクト」に応募し、補助金 3,130 万円が交付されたが、うち 1,800 万円を会長以下役員ら 6 人の個人口座に 300 万円ずつ振り分けるなどして「ハートピア」の人件費等に流用していた。翌 2008 年度も障害者の地域生活支援や就労移行支援事業の活用といったテーマで応募し、11 月末に 1,980 万円の補助金交付が認められた。しかし、その過程で前自民党衆議院議員から厚生労働省幹部に全精社協へ補助金を交付するよう働きかけが行われていた。これらの補助金不正流用ならびに不正受給に加えて、2007 年度に前自民党衆議院議員のパーティー券を法人の運営資金で 120 万円分購入し、それ以降も複数回にわたって前自民党衆議院議員を含む自民党の国会議員 4 人に計約 1,000 万円の裏献金をしていたことなども明らかになった。

10 月 20 日、会長の高野、副会長、常務理事の 3 名が補助金適正化法違反容疑で大阪地検特捜部に逮捕され、元事務局次長も同容疑で再逮捕された。一方、厚生労働省に関しては補助金の不正流用を交付前に認識していたことや、前自民党衆議院議員から補助金交付の働きかけがあった事実を認めていたとしながらも、悪質性や証拠に乏しく、かつ補助金交付決定に複数の職員が関わっていたことから個人の刑事責任を問うのは困難と判断され立件は見送られた。そして事件の発覚を受けて「ハートピア」の譲渡は白紙になった。

元事務局次長は 2004 年 2 月頃、新保の推薦で全精社協に採用されたが「自分が会計を担当する以前から長年にわたって数千万円の裏金がつくられていた」（週刊福祉新聞 2009 年 10 月 19 日）など、「ハートピア」の運営前より補助金の不正流用が常態化していたと思われる供述をした。一方、高野も「補助金の流用は（2007 年 4 月の）会長就任前から続いており、厚生労働省も了解していると聞いていたので悪いとは思わなかった」（朝日新聞朝刊 2010 年 1 月 22 日）と述べ、厚生労働省との関係について疑問視させる発言があった。

全精社協は組織の弱体化も著しく、広報や情報周知などに対する執行部への不満から退会する会員が増えていた（全国精神障害者社会復帰施設協会 2006）。会員施設は 2006 年度以降 1,700 を超えると機関誌等で報告されているが、障害者自立支援法や協会運営に対する意見の相違から 2009 年 3 月の時点で 800 施設程度まで減少していた（日本精神保健福祉士協会 2010）。さらに組織力の低下に拍車を掛けるように、毎月発行されていた機関誌『全精社協 News』が 2009 年 1 月を最後に突然休刊になった。このように法人運営は混乱した状況にあり、障害者自立支援法に賛成の立場を表明したことに対する反発は大きく、組織としての求心力を失いつつあった⁶³。そもそも「ハートピア」の買い取りについては全精社協の内部からも反対意見が多く、理事会でも紛糾した。それにもかかわらず厚生労働省の

打診を受け入れた最大の理由は、1999年から5年間、厚生労働省の指定で実施してきた精神保健福祉士の現任者講習会に替わる新たな補助金として、全家連が受託していた調査・研究機関「精神障害者社会復帰促進センター」とセットで補助金を得るためであり、とくに新保がそのことを強く希望していた（週刊福祉新聞 2009年10月19日）。

全精社協の収入源は会員施設等からの会費約1,800万円だったが、基本財産の6,000万円を取り崩して「ハートピア」の買い取りに必要な4,200万円を捻出した。「ハートピア」の事業譲渡を受けてからは、厚生労働省や栃木県から年間約1億円の補助金を受けるようになったが、毎年数百万円の赤字状態は解消できなかった。一方で、理事会や評議員会を月一回全国各地で開催したり、法人事務局にかかる人件費や賃料の見直しを行わないなど、放漫運営を続けていた。「ハートピア」の稼働率も3割程度にとどまり、約1億2,000万円の累積赤字を抱えることになった。そのため2009年3月末には東京都内の事務所を閉鎖し、職員を全員解雇するなど、既に解散状態になっていた。

高野らに有罪判決が出たことを受け、全精社協は2010年9月28日、東京地裁に破産手続きの開始を申請し、10月5日から破産管財人に選任された弁護士らによって破産手続きが始まった。負債額は2億円に上り、翌2011年3月に「ハートピア」は財産整理のため、全面閉鎖が決定した。その間、全精社協は理事会および評議員会を開催していない。会長以下幹部役員の逮捕後も会員施設への説明などは一切行われなかった。こうした事務局体制の脆弱さ、不安定な財政基盤および運営基盤は最後まで改善されることなく、全精社協は法人認可から16年で解散となった。

第6節 小括

1990年代から2000年代にかけて社会復帰施設は、急速に整備が進められた。その背景には宇都宮病院事件を契機とした精神医療に対する国際的な批判や、精神衛生法の改正による社会復帰施策の成文化、そして『障害者プラン』で掲げられた数値目標などの動きがあった。これらが追い風となって、今日の相談支援のルーツにあたる地域生活支援センターが誕生した。しかし、これまで見てきたように地域生活支援センターは、谷中の実践を基本としながらも、必ずしもニーズの積み上げだけで事業化されたわけではないことを確認しておく必要がある。

事業化にあたって次のような課題があった。一点目は、谷中らが重要視していた日中の「居場所」や「相談」といったソフトな支援は、補助金交付対象事業として「ヒト」と「カネ」を要求するにはニーズや費用対効果などの具体性に乏しく、事実、財務当局から公益性の高い事業とは認められず、複数回不採択になっていた。二点目は、社会復帰施設でも、とりわけ生活訓練施設は地域生活に不可欠な衣食住に関する「訓練」や「指導」を行う施設として期待されたが、利用期間を限定した通過型施設だったため、退所後のフォローも

担わざるを得なかった。三点目は、財政上の問題から独立した相談窓口ではなく、既存の社会復帰施設を活用し、補助金の増額と附置による設置が検討されていたことである。

こうしたことが重なり、事業化に至るまでの経緯は、谷中自身が「難産であった。というより流産の連続であったといったほうが適切かもしれない」（谷中 2003：38）と述べるように決して平坦ではなかった。そのため実践や実態づくりを重視し、細部については走りながら考える、谷中の強引ともいえる戦略と手腕⁶⁴に加えて、精神保健課（当時）と蜜月関係にあった全精社協の後押しがなければ、地域生活支援センターは誕生しなかったと考えられる。全精社協の主張の多くは、当時の精神保健福祉施策に反映されてきた経緯があったが（日本精神保健福祉士協会 2010）、そこには「ハートピア」の事業譲渡と補助金流用事件をきっかけに明らかになった厚生労働省と緊張を欠いた不健全な関係があったこと、そして一程度の政治力が働いていたことも事実として認識しておくべきだろう。

つまり地域生活支援センターは、社会復帰施設に不足していた「ヒト」と「カネ」を捻出する目的で事業化されたといえる。また、その内容は実施要綱に示されているように、必ずしも相談への支援に特化していたわけではなく、相談はさまざまな支援のうちの一つに過ぎなかった。そして再編の理由も地方分権に伴う「カネ」の問題が関連していた。

地域生活支援センターに関する以上の議論から、今日の相談支援にも共通する「ヒト」と「カネ」の問題、そして実際の支援について次の二つの論点を見出すことができる。

第一に、地域生活支援センターの運営補助金額および支援に係る労力に対する報酬の問題である。全精社協は、1992年に取りまとめた『生活支援センター（案）』で施設整備費以外の運営補助金額を人件費から換算している。具体的には、センター長を大卒10年以上としていること、職員を大卒の精神科ソーシャルワーカーとしていることを勘案して、基準額を500万円、関係機関の連絡調整費を100万円加算するとした（巻末資料3-5参照）。

他方、厚生省（当時）や行政担当者にとっては財政的な負担を抑えることができ、かつ全精社協が望んだ日常生活の支援にとどまらず社会的入院者の受け皿から地域住民への啓発活動まで行う点で、コストパフォーマンスの高い事業と認識されていたと思われる。

事実、委託料が低額であった反面、設置基準が緩やかに設定されたことで急速に整備が進むが、地域生活支援センターの行う支援は「訓練」や「指導」を目的としていないため、費用対効果が見えにくく、支援に係る労力が報酬の点で評価される機会はなかった。最終的に補助金額は年間約1,500万円となったが、実施要綱に規定された業務内容に見合った額であったかどうかについての検証や評価はなされていない。

第二に、地域生活支援センターが対応する相談は面接等では終わらず、むしろ相談から派生したニーズや問題に直接アプローチする支援が多く、そこに時間や労力が割かれるようになったことである。

社会復帰施設は、1960年代に精神科病院独自の取り組みとして始まった共同住居や、同時期に起こった「中間施設」論争を経て法定事業化された。つまり「中間施設」論争の流

れを汲むものといってよく、「精神医療のかかえる問題の後始末とでもいえる存在」（住友 1997：42）として生まれた。しかし、地域生活で求められたのは、住む場所の確保、食事の用意、就労、余暇の過ごし方、金銭の使い方、公共機関での手続き、人間関係、日々のさまざまな不安など、誰に相談していいかわからない、こまごまとした相談への支援であり従来の法制度では対応し切れない、いわゆる「生活のしづらさ」に対するニーズだった。谷中はこれらの相談は「事の重要性からいえばさほど大きなものではない」（谷中 1998：156）としながらも日常生活の安定を図るため、必要な時にいつでも応じること、食事中や台所など日常生活場面において立ち話で終わるような対応を重要視している。そのうえで地域生活支援センターにおける相談支援は、面接にて一定の時間を確保して個々人の内面的な問題を取り上げたり、課題を整理したりするための従来の支援とは全く異なるものと捉えている（谷中 1996b）。

1990年代に入るまで、こうした相談や「生活のしづらさ」を公的に支援すべきこととして政策レベルで言及あるいは検討された形跡はほとんどない。そもそも「中間施設」論争が繰り返られていた当時、その論者たちでさえ、これらを「精神医療のかかえる問題」の一つとして認識はおろか想定すらしていなかったと思われる。しかも、地域で生活するうえで際限なく広がっていき、かつ「訓練」や「指導」で解決する性質のものではない。

こうした日常生活のこまごまとした相談を地域生活支援センターが、僅少な補助金と人員で一手に引き受けることになり「精神医療のかかえる問題の後始末」をまっとうする役割が与えられた。これらは緻密に計算されたものではなく、地域生活支援センターの実施要綱があいまいな内容にとどまったことが、雑多なニーズを受け入れる素地になっていたことや国の方針転換など偶発的な要因によるものと考えられる。しかしながら、結果的に従来の医療やリハビリテーションではなく「地域での生活」を起点に精神障害者への支援がなされるようになった、その意義は大きかった。

しかし、予算と人員配置の見通しが不十分なまま、さまざまな機能や役割が相談支援に集中し、肥大化していくことになる。その一つがケアマネジメントである。全精社協が作成した『生活支援センター（案）』および『実施要綱（素案）』には、既にケアマネジメントの機能が盛り込まれている。谷中と全精社協は、1992年頃から地域生活支援センターを市町村の中核的な機関に位置づけ、日常生活のこまごまとした相談から退院支援など膨大な時間と労力を要するものまで、あらゆることを総合的に支援する構想を描いていた（谷中 1993d・1997a・2003；寺田 2000b）。

最後に1990年代以降の谷中の実践について触れておきたい。谷中が理事長を務めていた当時の「やどかりの里」の運営状況と、慎重さよりも時勢に応じた活動に重きを置いていた全精社協の体質は類似する部分があり、どちらもがむしゃらに突き進む谷中自身を体現していたといつて良いだろう。地域生活支援センターが紆余曲折を経ながらも事業化に至ったのは、厚生労働省や各種審議会に対する押しの強さやねばり強さ、あるいは単独設置

にこだわらず名よりも実を取るしたたかさもさることながら、精神障害（者）への支援をあくまで地域生活を前提に考えてきた谷中の支援観に根ざしたものだったといえる。しかし、その役割がなぜ地域生活支援センターでなければならないのか、設置の根拠に示したのは一部を除いて谷中（と「やどかりの里」）の実践が中心だった。また、事業化にあたって予算と人員を「値切り」過ぎた一方で365日24時間対応を掲げるなど、たぶんに大風呂敷を広げ過ぎたことが影響し、地域活動支援センターI型に再編後の機能について苦慮している市町村も少なくない（第6章参照）。谷中自身のみならず、周囲も谷中の実践あるいは戦略に頼りすぎた点については慎重な評価を行うべきであり、全精社協が解散に至ったことと無関係だったとはいいい切れないだろう。とりわけ社会復帰施設の整備が本格的に始まり、全精社協が精力的に活動を展開していく1990年代以降の精神保健福祉施策について、功罪の両面からさらなる検証が求められる⁶⁵。

その後も相談支援を取り巻く状況は、目まぐるしく変遷をつづけ、今日では日常生活のこまごまとした相談よりもサービスの種類や内容、量などの調整を「相談支援」に位置づけ、政策上でも重視するようになる。第4章では、障害分野にケアマネジメントがどのような議論を経て、導入に至ったのかについて述べる。

第4章

ケアマネジメントの導入をめぐる迷走

第1節 はじめに

精神障害者地域生活支援センター（以下、地域生活支援センター）の予算事業化に向けた動きとほぼ同時期に、障害分野にケアマネジメントの導入が検討されていた。

ケアマネジメントは、必要なサービスの時間や量を調整する管理給付が主な役割とされているが、衣（医）・食・住を始め、経済問題、家族間の調整、就労など、生活問題への対応を求められる場合がむしろ多い。その意味では、地域生活支援センターが担ってきた相談支援とケアマネジメントは互いに不可分の関係にあるとっていい。しかしながら、両者は元々異なる背景から検討されてきた経緯があり、法的根拠や予算措置、目的なども含め別個の事業／制度になるはずだった。

その後、従来の相談支援に新たな役割としてサービス調整と管理給付が加わったことで、障害分野のケアマネジメントは、介護保険制度のケアマネジメントとの混乱を避けるため「相談支援」の呼称が用いられるようになる。そして2012年の障害者自立支援法の一部改正により相談支援とケアマネジメントは法制度上、完全に同義に扱われる。

相談支援とケアマネジメントが同義とされたことで、制度としての相談支援（ケアマネジメント的な支援）と、理念としての相談支援（相談の内容を問わない支援）という二つの価値が生じることになった。前者に忠実な立場にとって生活上の相談は規定以外の業務であり、それへの支援を求められることに対する不満は少なくない。結果、後者には膨大な手間と時間が必要とされながらも、報酬単価が設けられていないため、採算性の理由から生活上の相談や複合的な課題を抱えた相談は敬遠される傾向にある。こうした実態も含め、すべて相談支援にひとくくりにされている。

本章では、障害分野にケアマネジメントの導入に向けた検討が始まった1995年から、個別給付事業となった2006年までの概ね10年間の政策動向を年代順に確認し、ケアマネジメントがいかなる文脈および制度設計のもとで障害分野に導入されたのか、どのような検討がなされたのかについて解明する。そのうえで相談支援とケアマネジメントが同義に扱われるに至った要因を明らかにする。

第2節 相談支援とケアマネジメント

2-1 「障害者ケアマネジメント」の源流

ケアマネジメントは、精神障害者の地域生活における援助技術体系の一つとして開発さ

れ、1970年代初頭のアメリカにおいて広がりを見せた（西谷 2002）。とりわけ1950年代に始まった急激な脱施設化と地域ケアの実現に向けた費用抑制の必要性が契機となり、間接的支援を行う手法として開発が進められた。アメリカだけでなく、高齢化が進むイギリス、カナダ、オーストラリアなどの先進国では、社会保障財源の抑制のためにケアマネジメントの導入が政策的に図られた（白澤 2010）。

わが国のケアマネジメントは、高齢者分野での検討が先行した。1989年に『高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略（ゴールドプラン）』が策定され、これまでの施設志向から在宅志向への転換により在宅サービスの量的拡大を図ったことが、ケアマネジメントを導入する大きな契機になった（白澤 2010）。以来、ケアマネジメントは課題が多方面に及んでいることから先行研究は高齢者への介護を中心に多数存在する。後藤卓郎（2003）によると1980年代半ば頃から白澤政和、前田信雄、前田大作等によって新たなケアシステムとして紹介されるようになったとし、主なものに全国社会福祉協議会ケースマネジメント研究委員会編（1990）、Challisら（=1991）、厚生省高齢者在宅ケア・ケースマネジメント研究班（1991）、白澤（1992）などを挙げている。

ケアマネジメントが公式の場で政策用語として初めて使用されたのは、厚生省高齢者介護対策本部のワーキングチームである高齢者介護・自立支援システム研究会⁶⁶による報告書『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』（1994年12月13日）とされている（菊池 1996）。同報告書は、同年8月の社会保障制度審議会での公的介護保険創設の提起を受けたものであり、高齢者の個々の症状だけでなく、心身の状態や日常生活の全体像を踏まえたニーズの把握が必要であり、介護サービスは、保健、医療、福祉など従来の行政の枠組みにとらわれることなく、各サービスを「一つのパッケージ」（サービス・パッケージ）として相互に連携して総合的に提供されなければならないとした（厚生省高齢者介護対策部事務局監修 1995a）。この考えに基づいて、ケアマネジメントの導入と体制整備について次のとおり述べている。

そこで問題となるのは、介護サービスに関係する人が多く、しかもその職種が多岐にわたっている上に、それぞれ異なる組織に属していることである。このため、往々にして関係者の調整に時間がかかったり、相互の連携が十分でなかったりすることになる。／こうした問題を克服していくためには、ケア担当者が利用者側の立場に立って、本人や家族のニーズを的確に把握し、その結果を踏まえ「ケアチーム」を構成する関係者が一緒になって、ケアの基本方針である「ケアプラン」を策定し、実行していくシステム、すなわち「ケアマネジメント」を確立することが重要である。／[…] この場合、従来の在宅と施設という区分けではなく、在宅ケアと施設ケアの連続性の視点を基本に据え、地域全体が高齢者家族を支えていく施策が望まれる。[…]／なお、当然のことであるが、高齢者をめぐる状況、サービス提供の基盤となる関係施設などの整備状況、必要とされ

るサービスメニュー、連携拠点、社会資源の状況、公的部門と民間部門の役割などは地域によって大きく異なる。したがって、地域性を重視し、画一的な枠にはめることがないよう留意する必要がある。また、地域住民やボランティアの幅広い参加を求めていくことが重要である。

(厚生省高齢者介護対策部事務局監修 1995a : 26-27)

そのうえで高齢者ケアの分野に社会保険方式による新介護システムの導入を提唱し、①予防とリハビリテーションの重視、②高齢者自身による選択、③在宅ケアの推進、④利用者本位のサービス提供、⑤社会連帯による支え合い、⑥介護基盤の整備、⑦重層的で効率的なシステム、以上を基本的な考え方とし、ケアマネジメントの重要性を訴えた。その後、1997年12月に介護保険法案が可決・成立、2000年4月の施行によりケアマネジメントは、介護保険制度において居宅介護支援事業⁶⁷として位置づけられる。

2-2 ケアマネジメントの類型

ケアマネジメントが必要になってきた理由として Moxley (=1994) は、①脱施設化と地域ケアに向かう動き、②地域の脱集中化、③複数のニーズをもつサービス対象者の存在、④社会的支援や社会的ネットワークのもつ重要な役割の認識、⑤サービスの分断（縦割り）化、⑥対人サービスにおける費用対効果に対する認識の高まり、を挙げている。

ケアマネジメントにはいくつかのタイプがあり、主に仲介型（Broker or expanded-broker case management）、臨床型（Clinical case management）、リハビリテーション型（Rehabilitation model）、強化型（Strengths model）、包括型地域援助（ACT : Assertive Community treatment）、集中的型（ICM : Intensive case management）に大別されている。いずれも多様なニーズに対して、適切な社会資源を結びつける手法と定義し、「いくつかの支援の組み合わせを調整することで大きな効果が得られる（配分効果）」（野中 1997 : 21）として費用対効果が着目された。

わが国のケアマネジメントは、仲介型に近い機能を持つ。仲介型は、利用者のニーズをサービスに結び付けることを中心とし、ケアマネジャーが直接サービスを提供することはなく、経費の節減と仲介を目的とする（三品 2000）。仲介型には、サービスの限定、費用配分決定への影響力、一人のケースマネジャーに対するクライアントの多さ、家族やインフォーマル体制までには配慮できない点、直接サービスの少なさなどの特徴がある（野中 1999）。そのため緊急対応を要する場合や状況が切迫し、即時対応が必要な場合は適用対象とはならないとされている（野中 1997 ; 日本精神保健福祉士協会 2001）。とりわけ複数の問題が混在し、長期的な関わりが必要な困難事例⁶⁸とされる相談や利用者には、最も適していないといえる。

2-3 定義

つづいて障害分野の動向を概観しておきたい。今日の相談支援は、2006年施行の障害者自立支援法の規定により法律上、次のような定義を持つに至る。

第5条 17 この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをいい、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。

一 地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与すること。

二 第19条第1項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下、「支給決定障害者等」という。）が障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」という。）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が確保されるよう、第29条第2項の利用に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の者との連絡調整その他の便宜を供与すること。

このことで「相談支援」は、市町村等から指定を受けた相談支援事業所だけが行える事実上の独占業務とされ、一般的な意味としての「相談」あるいは「相談援助」⁶⁹とは異なる事業／制度に位置づけられる。

これらの政策動向を踏まえ、日本相談支援専門員協会（2009）は、自らの活動目的を「障害者自立支援法に基づく相談支援専門員が、障害者を地域生活で支援する目的で、障害者ケアマネジメントを基本とした中立、公正な相談支援活動を実践する」とし、『障害者ケアガイドライン』（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2002年3月31日）に示された基本理念⁷⁰に沿って相談支援とケアマネジメントを同義とする立場を取っている。

同協会の代表を務めた門屋充郎は相談支援を「幅広い生活全体の支援、総合的な計画に基づく支援、支援を協働するチーム編成と支援役割・機能分担の調整などを含むもの」（門屋 2014：8）と定義している。厚生労働省（2012c）は「サービス等利用計画についての相談及び作成などの支援が必要と認められた場合に、障害者（児）の自立した生活を支え、障害者（児）の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによ

りきめ細かく支援するもの」としている。自治体においても「相談支援は、一人ひとりのニーズを的確に把握し、ニーズを充足し、障がい者が力をつけ、別の課題から地域を変えていくという障がい者ケアマネジメントの理念に基づいた包括的な支援」（大阪府障がい者自立支援協議会 2012：4）、「①障害者又はその家族等の関係者からの相談に応じ、必要な情報提供や助言を行いながら、②障害者の状況、家庭・地域等の環境、本人・家族のニーズなどを十分に把握し、③一人ひとりの課題を改善するための方針と計画を立て、④福祉サービスや地域の社会資源を適切に提供できるように、福祉サービスを提供する事業者や関係機関との連絡調整を行うなどして、総合的な視点で課題解決を図ること」（さいたま市保健福祉局福祉部 2013：6）、「相談者本人だけでなく、その方が置かれている環境や家族状況を受け止め、ケアマネジメントの手法を用いて本人（家族）の希望と意思決定を尊重し、地域での生活を実現・継続していくための支援」（横浜市 2015：4）としている。

つまり従来の「相談」「相談援助」にソーシャルワークの手法の一つであるケアマネジメントを取り入れ、法定事業化したものを現行の「相談支援」と位置づけている。一方、ケアマネジメントを推奨しながらも相談支援の役割を「単なるサービスの調整だけではない」（川崎市地域自立支援協議会 2015：4）とする自治体もある。このように相談支援とケアマネジメントの解釈に相違が見られるものの、ケアマネジメントの手法を身につけた人材を育成し、相談支援の基本としてケアマネジメントを積極的に導入しようとする点では共通している。

しかしながら、平野（2006）、木全（2007a）（2007b）、篠原由美（2011）⁷¹などの指摘にもあるように必ずしも「相談支援＝ケアマネジメント」とはいえず、また、そうあらねばならない理由を示したものも見当たらない。とりわけ木全は、本来、相談支援はソーシャルワークが発点であり、実践的内容を日本語の概念で括ることで支援内容の実際を矮小化したことに問題があったとし、「生活支援」の語のほうが適切であるとしている。また、ケアマネジメントにはサービスを調整し、足りない資源を作り上げていくというプラスの側面だけでなく、サービスを制限する給付制限的な管理をするマイナスの側面があることから、相談支援とケアマネジメントを同義に扱うことは誤りであるとする立場をとっている（木全 2007a・2007b）。広沢昇（2000）は、精神障害の場合、他障害と比較して地域で支えるサービスは極めて少なく、ケアマネジメントを導入する土壌が整っていないこと、実施のための体制整備よりも方法論の導入が先行したため、既存の援助方法との違いが明確にならず、実践現場で混乱を招くおそれのあることを指摘している。事実、相談支援とケアマネジメントの定義が明確に示されることはなく、たとえば、『障害者相談支援従事者初任者研修テキスト』（2007年発行）では、執筆者によって「相談支援（ケアマネジメント）」あるいは「障害者が地域生活を継続するための相談支援における社会福祉援助技術の方法の一つ」とされるなど、多義的に使用されている。日本精神保健福祉士協会（2008a）もこうした定義、呼称をめぐる混乱を認めながらも課題整理に着手していない。むしろ、障害

者自立支援法により「支援を効果的に実施する仕組み（ケアマネジメント）を制度化」（厚生労働省 2006b：21）されたことで「広く一般的な意味」として相談支援とケアマネジメントを同義に用いている。そのうえで「わが国の障害者ケアマネジメントは、現在の障害者自立支援法の中で、三障害を対象に市町村をベースで地域生活支援を行うしくみ」（日本精神保健福祉士協会 2008a：10）と定義している。

以上のことから、相談支援という援助方法は、その内容においても、評価方法においても、政策意図や制度上の不備もあって様々な意味や価値を含んだまま、明確な定義を持ち得ていない状況にあるといえる。そのため先行研究の多くは、ツールの開発や分析に偏重し、その背景にある各種政策との関連性、歴史的文脈から実証したものは少ない⁷²。唯一、中野（2013）（2014）（2015）（2016）が政策と実践の両面から相談支援の形成過程について分析を行っているが、今日の混乱の要因まで言及していない。そもそも相談支援の歴史は浅く、研究の蓄積は十分ではない。とくに 1990 年代中盤以降の、ケアマネジメントが相談支援に位置づけられた経緯を検証した研究は皆無といってよい。次節以降は、ケアマネジメントがどのような経緯で障害分野に導入されたのか、その動きを年代順に確認する。

第 3 節 迷走するケアマネジメント

3-1 障害分野への導入：1995 年

障害分野におけるケアマネジメントの検討は、1995 年 6 月に財団法人日本障害者リハビリテーション協会に「障害者に係る介護サービス等の提供方法及び評価に関する検討会」⁷⁴が発足したことに始まる。

当初、三障害を一元的に扱わず、むしろ障害特性に伴う固有の問題を考慮し、11 月に身体障害者部会（座長・二瓶隆一）、精神薄弱者部会（座長・岡田喜篤）、精神障害者部会（座長・高橋清久）を設置、1998 年 3 月まで約 3 年間にわたって障害種別ごとにケアガイドラインの作成が行われた。

精神障害者部会の場合、精神科医を中心に、福祉専門職、保健婦などの有識者で構成された⁷⁵。その後、5 回にわたる検討を経て、1996 年 3 月に障害種別ごとの中間報告として『障害者ケアガイドライン（精神障害者関係）について』を取りまとめた（巻末資料 4-1 参照）。ケアガイドライン作成の意義として、文書化された基準ができること、サービス提供者が共通の言語および理解を持てること、サービスの地域間格差および機関格差を是正できること、努力目標が明らかになり動機づけが明確になること、一定レベル以上のサービスが保障され均一化されたサービスが提供されることなどを示した。他方、担当者の資質や能力、社会資源の不足、ニーズの把握、ケアマネジメントの実施機関などの問題点や「ケアマネジメントを導入してもその実質的効果は疑わしい」との指摘もなされた（高橋・

大島編 1999)。そのため精神障害者部会は論点整理を行うにとどまった。

同じく身体障害者部会は『身体障害者ケアガイドライン——障害者の地域生活を支援するために』、知的障害者部会は『精神薄弱児・者ケアガイドラインの構成とアセスメントの内容』を取りまとめたが、いずれも基本理念と手法の検討に偏重し、標準的な指針を策定するまでには至らなかった。また、身体障害の場合、サービス実施主体は市町村にほぼ一元化していたためケアマネジメントの実施機関も市町村あるいは市町村障害者生活支援事業とされたが、知的障害は都道府県、精神障害は保健所、医療機関など多元的だったことから三障害が足並みを揃えることの困難さが表面化した。

1996年度に入って、身体障害者部会では「身体障害者ケアガイドライン試行的事業」を栃木県太田原市、埼玉県北本市、東京都立川市、横浜市、名古屋市の5ヶ所で実施し、『身体障害者ケアガイドライン試行的事業実践記録』としてまとめた。精神薄弱者部会では、平成8年度厚生省心身障害研究事業「知的障害をもつ人のケアプランの基礎的研究」を行うと共に『精神薄弱者介護等サービス調整指針（試案）』を作成した。

精神障害者部会では、1995年度より厚生科学特別研究事業から調査研究費を得て『精神障害者ケアガイドライン試案（予備試行版）』を作成し、委員が所属する保健所7ヶ所、市町村2ヶ所、精神障害者社会復帰施設4ヶ所、医療機関3ヶ所の計16機関からそれぞれ5～6人ずつ総計48人の精神障害者を対象に予備試行を行った。

障害種別ごとの部会でこうした検討が進められる中、厚生省は障害者の障害種別等により社会・援護局、児童家庭局、保健医療局に分かれていた組織を見直し、7月に障害保健福祉部を設置した。さらに、10月に身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会障害福祉部会、公衆衛生審議会精神保健福祉部会による障害者関係3審議会合同企画分科会を設置し、11月より14回にわたる合同の審議が進められた。

1997年度に入ると身体障害者部会、精神薄弱者部会、精神障害者部会を介護等サービス体制整備検討委員会（ケアガイドライン検討委員会）へ改めたうえで、障害種別ごとに検討が進められた。身体障害・知的障害については、それぞれ「身体障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業」（平成9年9月25日障企第385号）、「精神薄弱者介護等サービス調整指針試行事業」（平成9年9月30日障障第146号）として予算措置が伴うモデル事業として行われることになった。

精神障害については、厚生省障害保健福祉部精神保健課に「精神障害者介護等サービス体制整備検討委員会」を設置し、『精神障害者ケアガイドライン試案（本試行暫定版）』を取りまとめ、同年6月から10月にかけて14都道府県・1政令指定都市の253機関・団体で総計623人の精神障害者を対象に本試行を実施し、翌1998年3月に『精神障害者ケアガイドライン』を作成した。

これらの動きと並行して、障害者関係3審議会合同企画分科会は、規制緩和等の行政改革、社会福祉基礎構造改革などを背景に『今後の障害者保健福祉施策の在り方について（中

間報告)』(1997年12月9日)を取りまとめた。同報告書は、障害種別ごとの施策を統合し、保健福祉サービスに関する権限を市町村に移譲するとともに、総合的な相談の実施等、障害種別を超えた各制度間の施策の整合性を図るべきであると示唆した。また、介護保険制度の導入を踏まえ、高齢者のサービスと比較して遜色のないようにしていくこと、標準的なサービス量を示すことについて検討すべきであること、様々な事業を適切に組み合わせ調整のとれたサービスを提供するための体制整備を進めるべきであることなどを提言し、障害分野へのケアマネジメントの導入を示した。

3-2 試行的事業の開始：1998年

1998年3月末で各ケアガイドライン検討委員会の役割はいったん終え、その後は厚生省に引き継がれることになった。具体的には、従来の「身体障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業」および「精神薄弱者介護等サービス調整指針試行事業」を「障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業」(以下、「試行的事業」)に一本化し、身体障害(平成10年7月24日障第433号)、知的障害(平成10年8月11日障第480号)に加えて、これまで実施されていなかった精神障害(平成10年8月12日障第487号)も新たに対象とし、それぞれ独自の予算措置と実施要綱に基づいて10月1日から実施することになった(巻末資料4-2参照)。ただし、都道府県および政令指定都市に障害種別ごとの障害者介護等サービス体制整備検討委員会の設置、障害者介護等支援専門員養成研修、障害者介護等支援サービス試行的事業の実施、国レベルでの障害者介護等支援サービス体制整備検討委員会の設置、指導者養成を目的とした障害者介護等支援専門員養成指導者研修(以下、養成指導者研修)の実施、以上については共通事項として規定された。

これを受けて、各地方自治体で障害者のケアマネジメント体制を進めていくため、養成指導者研修に各都道府県および政令指定都市から各1名出席させ、ケアガイドラインの趣旨、方法を周知することを目的に実施された。

身体障害については、5月に『身体障害者介護等支援サービス指針』を取りまとめ、養成指導者研修を名古屋市総合リハビリテーションセンターで実施、「試行的事業」(身体障害者)を16各都道府県・指定都市で実施した。知的障害については、養成指導者研修会を9月28日から9月30日に三重県で実施、「試行的事業」(精神薄弱者)を15各都道府県・指定都市で実施した。さらに、精神障害については、養成指導者研修会を6月に4日間栃木県で実施、平成10年度より予算(540万円)が計上されたことで「試行的事業」(精神障害者)を青森県、埼玉県、愛知県、島根県、北九州市で実施した。

この年、中央福祉審議会は、これまでの社会福祉制度の全般を見直し、改革に向けた議論のたたき台として『社会福祉基礎構造改革について(中間報告)』(1998年6月17日)を取りまとめた(第2章参照)。とりわけケアマネジメントについては「今後は、効率性を

向上させようとする事業者の意欲が高められ、かつ、そのための努力が報われるような条件整備をしていく必要がある」（中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会 1998a）とし、限られた資源を有効に活用する観点からも保健・医療・福祉サービスの一体的な提供、利用者の選択を通じた適正な競争の促進、そのためのサービス提供手法の確立および適切な人材の育成等を必要とした。同時にサービス提供事業者の経営意識の改善を指摘した。つまりケアマネジメントの活用を通じてサービスの質と効率性の確保、市場原理の導入を追求する姿勢を打ち出した。

3-3 推進事業へ再編：1999年

障害者関係3審議会合同企画分科会は、『今後の障害保健福祉施策の在り方について（意見具申）』（1999年1月19日）を取りまとめ、福祉サービスの利用について、利用者が事業者と対等な関係に基づいてサービスを選択する「新しいサービス利用制度」のあり方を提言した。また、社会福祉基礎構造改革での提言をふまえて、自己決定の理念の実現、利用者の選択権の保障、利用者サービス提供者との間の直接で対等な関係の確立を重視し、①福祉サービスの供給基盤の着実な推進と十分な供給の確保、②サービス内容やサービス提供者に関する情報の適切な提供・開示、③第三者によるサービスの質の評価や苦情解決、行政による効率的・効果的な監査の実施、④福祉サービスのニーズの高い障害者が必要な福祉サービスを利用できないといったことにならない仕組み、⑤障害者の自己決定を尊重し、福祉サービスの利用を支援する仕組みの導入、以上を基本的考え方とした。こうした観点から、保健・福祉・医療サービスを総合的・効率的に提供できるよう、障害分野へのケアマネジメントの導入が必要であるとした。同時に利用者のニーズの多様性に対応するため福祉サービスが一層多様化していくことへの勘案、利用者の費用負担ならびに現行の負担能力に応じた負担方式から応益負担の仕組みへの変更等について、具体的に検討を進めていく必要があるとした。

これを受けて、障害種別ごとに段階的に実施してきた「障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業」を統合し、1999年度より「障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業」（平成11年4月1日障第249号）に改め、三障害のケアマネジメントの総合的かつ効果的な推進が図られることになった。同時に、この事業を担う職種を「障害者介護等支援専門員（ケアマネジャー）」と定めた（巻末資料4-3参照）。

しかし、実際にはケアマネジメントの試運転や養成指導者研修の実施など、従来の取り組みがほぼ踏襲された。そのことは『障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業実施要綱』に端的に示されている。たとえば、障害者介護等支援専門員（ケアマネジャー）養成研修および試行的事業は、研修の対象者、試行的事業の実施先とも障害種別によって異なる規定がなされ、部会・分科会等も障害種別ごとに設置された。その

ため養成指導者研修も身体・知的障害者部会は合同で実施、精神障害者部会は単独で実施するなど、障害特性の違いもあって足並みは揃わず、従来どおりそれぞれで取り組みが進められた⁷⁵。また、養成研修の修了者には当面、都道府県知事名による修了証の発行をもって「障害者介護等支援専門員（ケアマネジャー）」として認められることになったが、資格の位置づけは白紙とされた。さらにケアマネジメントの実施機関、関係機関との役割分担、報酬の有無などの基本事項についても具体的な規定はなされなかった。何より実施要綱で「様々なニーズ（需要）を有する障害者に対しては、必要とする複数の社会資源を適切に活用できるように調整を図り、生活を支援するための機能が必要とされる」とケアマネジメントの目的を明確に示しながらも実施を義務づけたものではなく、多くの課題を棚上げしたまま、人材育成を中心に体制整備が進められた。

3-4 「障害者ケアマネジメント」：2000年－2002年

2000年4月に介護保険法（平成9年12月27日法律第123号）が施行され、つづけて5月に社会福祉法（平成12年6月7日法律第111号）が成立する。わが国の社会福祉は措置制度から契約型福祉サービスの提供制度へと戦後最大の再編が行われ、とりわけ国および地方公共団体の責務を「福祉サービスの提供」から「福祉サービスを提供する体制の確保」へと行政システムの抜本的見直しを打ち出す。これをいち早く具現化したのが介護保険制度であり、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等の状況等にあわせ、適切に保険者や事業者等との連絡調整等を行う「介護支援専門員（ケアマネジャー）」が誕生した。

それまで障害分野の「ケアマネジメント」は、「介護等支援サービス（ケアマネジメント）」などと表記されてきたが、介護保険制度の開始を契機に「障害者ケアマネジメント」に改められる。併せて「障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業」を2000年度より「平成12年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業」（平成12年7月18日障第555号）へ再編し、2003年度の本格実施を目標に、体制づくりと技術者の養成に比重を置くようになる⁷⁶（巻末資料4-4参照）。

そして同年5月1日に三障害を対象とした「障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会」⁷⁷を設置した。さらに身体障害者部会、知的障害者部会、精神障害者部会および障害者ケアマネジャー養成指導者研修検討委員会を設置し、都道府県レベルでも「障害者ケアマネジャー」の養成と試行的事業の実施が進められた。

2001年に入って障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会は、6回にわたる検討結果を取りまとめた『障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書』（2001年3月31日）を発表した。その中で、基本的な考え方を次のとおり示した。

障害者ケアマネジメントとは、障害者の地域における生活を支援するために、ケアマ

マネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか、教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけ調整を図るとともに総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらに社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である。

(障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会 2001：2)

そのうえで改めて 2003 年度の本格実施を表明し、実施主体を市町村、実施機関を市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業、地域生活支援センターと明記した。また、介護保険制度における「介護支援専門員（ケアマネジャー）」と混同が生じるおそれがあるとの指摘から障害分野では「ケアマネジメント従事者」または「障害者ケアマネジメント従事者」の呼称が用いられることになった。それに伴い、都道府県等障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会、障害者ケアマネジメント従事者養成研修などについては三障害合同が望ましいこと、試行的事業の実施方法を従来障害種別に限らず三障害合同型も可能であること、ケアマネジメントの開始時の説明・同意の内容、苦情解決窓口の設置場所等の利用者に対する権利擁護のあり方などの見直しがなされ、2001 年度より「平成 13 年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業」（平成 13 年 5 月 22 日障発第 227 号）に改め、さらなる推進が図られた（巻末資料 4-5 参照）。

一方、『障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書』とほぼ同時期に、厚生労働省は『支援費制度 Q & A』（2001 年 3 月 6 日）を発表したが、障害者ケアマネジメントの必要性を認めつつも「制度」ではなく「手法」として推進していくことを示すにとどまった。さらに実施主体や「ケアマネジャー」の位置づけなどについて同報告書の提言とは異なった見解が示され、実施の必要性に対する認識も消極的なものだった。

（問 28）障害者ケアマネジメントの実施主体如何（福祉事務所、市町村障害者生活支援事業の実施機関が行うのか。）。

ケアマネジメントは、支援費制度においては制度上位置づけられていないが、「利用者が自ら選択する」という制度の趣旨から、利用者がサービスを選択する際のサポートとして、非常に重要であり、具体的には、利用者がサービスの組み合わせを選択する際に、相談支援事業を活用し、ケアマネジメントの手法による支援を受けることが考えられる。／また、市町村が支援費の支給決定を行う際、サービスの種類ごとに支給量や支給決定期間を決定することになるが、例えば、複数の種類の居宅サービスを希望する場合には、市町村において一定期間内におけるサービスの組み合わせも考慮いただくことになり、その際には、ケアマネジメントの手法が有効と考えられる。

(問29) 障害者ケアマネジメント推進事業で養成したケアマネジャーの位置づけ如何。

支援費制度においては、ケアマネジャーの制度的な位置づけはなされていない。／障害者ケアマネジメント体制整備推進事業で研修を受けた者については、市町村の支援費支給決定担当部局の職員であれば、支給決定においてケアマネジメントの考え方を活用していただくとともに、相談支援事業等を行う社会福祉法人等の職員であれば、研修等で得た知識を相談・指導に活用していただくことが考えられる。

(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2001a : 13)

このように本格実施を2年後に控えた2001年の時点でさえも「ケアマネジャー」の配置はおろか、「ケアマネジメント」の実施そのものが義務づけられておらず、人件費や報酬単価といった財政的な制度設計もなされなかったため、ケアマネジメントを積極的に推進する機運は高まらなかった。また、『障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書』は、障害者ケアマネジメントの全国的な普及を目的にしたものであることから、基本理念や体制整備、人材育成などについては触れているが、人員配置や報酬、利用者負担など本格実施に必要な根拠や制度の基本設計に関することは言及されなかった。

翌2002年1月16日の全国厚生労働関係部局長会議で2002年度をもって国による「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業」の終了が確認された。2003年度以降については、都道府県は原則として障害保健福祉圏域ごとに連絡調整会議を設け、障害者ケアマネジメントが効果的に実施できるような体制を整備することとし、市町村を障害者ケアマネジメントの第一義的な実施主体として自ら実施、あるいは市町村障害者生活支援事業、障害児(者)地域療育等支援事業、地域生活支援センターにて実施することを再度規定した。そして三障害共通の『障害者ケアガイドライン』(2002年3月31日)を策定し、改めてケアマネジメントの導入の必要性を以下のように示した。

障害者は、地域で自分らしく主体的に生活することを望んでおり、単に福祉サービスを提供するだけでなく、障害者のエンパワメントを高める視点から福祉・保健・医療・教育・就労等のさまざまなサービスを提供する必要がある。／[...] その際に、障害者自身がサービス提供者と調整するのが難しかったり、自分自身の意思を伝えられなかったりすることによって、障害者の抱えている課題が解決されないこともある。障害者ケアマネジメントは、障害者の権利擁護の観点に立って、生活ニーズと社会資源を適切に結びつける機能をもっている。障害者の自己決定・自己選択を尊重するためにも、障害者ケアマネジメントの援助方法を導入する必要がある。

(厚生労働省 2002a : 2)

しかし、これらのことはここでも「手法」として推奨するにとどまった。さらに「共通したものが必要」（寺田 2000a）という認識を持ちながらも実際には、障害種別ごとに法制度および施策が異なっていたことも加わり、各部会で足並みが揃わなかった。

たとえば、精神障害者部会は、2002年度より精神保健福祉業務が都道府県等から市町村へ一部移管となったことから、2001年3月に『精神障害者ケアガイドラインの見直しに関する中間報告』および『精神障害者ケアガイドライン（第2版）』を発表した。具体的には、ケアマネジメントの実施主体を市町村とし、実施機関に一定の基準を満たす精神障害者社会復帰施設や精神科医療機関も含む、などの見直しを行った。また、医療を受けていない者は原則としてケアマネジメントの対象としないこと、医療を受けていない者などがケアマネジメントを希望した場合は早期に適切な医療に結びつけることを必要とした。また、医療については主治医の方針に従うものとする、ケアマネジメント従事者は主治医への定期報告を行うことなど医療の関与を明確に位置づけた。これらの規定はのちにケアマネジメント運用上の基本事項として部分的に反映されることになる。

第4節 「障害者ケアマネジメント」から「相談支援」へ

4-1 支援費制度の開始：2003年

2003年度に入り、障害者支援費制度（以下、支援費制度）が開始された。障害者ケアマネジメントもこれに併せて2003年度の導入を目標としてきたが、法的根拠や報酬の裏づけなど運用面の課題を先送りしてきたことで制度化に至らず、支援費制度において市町村での申請手続きとして運用されるにとどまった。

同じく2003年度より知的障害のサービスも市町村が実施主体となったことで3障害共に行政窓口の一本化が図られたが、人材の確保やケアマネジメントを総括する組織の整備等で遅れの目立つ地方自治体が多かった。そのため「障害者ケアマネジメント体制支援事業」（平成15年5月18日障発第0528001号）へと新たな体制が敷かれた（巻末資料4-7参照）。国は都道府県等で中心的役割を果たす人材養成を目的に障害者ケアマネジメント従事者指導者研修を実施、都道府県等は社会資源の開発等の検討などを目的に障害保健福祉圏域に障害者ケアマネジメント推進協議会の設置、障害者ケアマネジメント従事者研修を実施するよう定めた。

一方で、ケアマネジメントの制度としての実現性や効果について疑問視する声も少なくなかった。たとえば、第11回障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会（2003年11月14日）⁷⁸では『障害者ケアガイドライン』に規定された基本的考えを推進しながらも、障害者福祉におけるケアマネジメントの位置づけ、支援費制度とケアマネジメント

の関係、ケアマネジメントの実施主体などあいまいな点が多いこと、そのため関係者のケアマネジメントへの認識は低く、ケアマネジメントの手法を用いた相談支援を行っている地域が少ないことなどを問題視し、介護保険制度におけるケアマネジメントと同様に事業として位置づける必要があるとの見解が示された。

4-2 障害者自立支援法を中心に：2004 年以降

介護保険制度は、創設時に障害福祉制度との統合が先送りになった経緯があり、厚生労働省にとって 2005 年度の介護保険法見直しに向けた課題として残されていた。これに合わせて介護保険制度が障害者も含めた制度になる可能性が高かっただけでなく、ケアマネジメントを法制度として導入することも検討されるといわれていた。

こうした状況の下、2004 年 1 月以降、介護保険制度と障害保健福祉施策の統合について加速度的に議論が進められる一方で、障害者団体、全国の自治体、経済界などから強い反対意見が表明された。また、社会保障審議会の介護保険部会および障害者部会だけでなく、厚生労働省内でも見解を一本化することができず⁷⁹、2005 年の改正介護保険法においても介護保険制度との統合は見送りが決定する（第 2 章参照）。そのため障害福祉サービスの個別給付化を急速に進めざるを得ない状況に追い込まれることになった。

厚労省は、第 15 回社会保障審議会障害者部会（2004 年 7 月 13 日）での『今後の障害保健福祉施策について（中間的な取りまとめ）』の発表を経て、第 18 回社会保障審議会障害者部会（2004 年 10 月 12 日）で『今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）』（以下、『改革のグランドデザイン案』）を発表し、効果的・効率的なサービス利用促進の具体策として、市町村を基礎とした重層的な障害者相談支援体制の確立とケアマネジメント制度の導入、利用決定プロセスの透明化、障害程度等に係る各サービス共通の尺度とサービスモデルの明確化、人材の確保と資質の向上などを示した。

『改革のグランドデザイン案』の発表から一年後の 2005 年 10 月 31 日に障害者自立支援法が成立し、同法第 5 条第 17 項でケアマネジメントを意味する「相談支援」が法律上、規定された。翌 2006 年に同法が施行され、障害程度区分制度の導入、障害福祉サービス経費（介護給付、訓練等給付）の国庫負担化が矢継ぎ早になされた。そして同法の施行に伴い、「障害者ケアマネジメント体制支援事業」は 2006 年 9 月 30 日をもって廃止となり、代わって民間からの新規参入を含む多様な障害福祉サービスの調整を「相談支援」に位置づけたことで、障害者ケアマネジメントは「指定相談支援事業（サービス利用計画作成費）」として導入された。

実施主体は、『障害者ケアガイドライン』に規定されていた市町村、あるいは市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業、地域生活支援センターではなく、都道府県知事から指定を受けた相談支援事業者（以下、「指定相談支援事業」）とした。他方、

市町村の責務はサービス等供給体制の基盤整備に重点を置き、公的な関与を縮小する方向を示す。そして市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業、地域生活支援センターは2006年10月より、地方交付税を財源とする地域生活支援事業に組み込まれ、地域生活支援センターのみ若干異なる位置づけがなされたが、原則「委託相談支援事業」に再編となり、これまでどおり広域的な相談に対応することとされた。しかし、「委託相談支援事業」は、「指定相談支援事業所」や地方自治体に委託することとされたため、市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業、地域生活支援センターは、都道府県知事から「指定相談支援事業」の指定を受けたのち、市町村から「委託相談支援事業」を再受託するといった複雑なやりとりが行われることになった。

結果的に障害者ケアマネジメントは、『障害者ケアガイドライン』に近いかたちで実施されることになったが、実施主体を従来の市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業、地域生活支援センターだけでなく、障害福祉サービスの指定を受けるために必要な要件を満たした事業所等へも新規参入を促した。

そしてケアマネジメントの担い手に「相談支援専門員」が規定された。介護保険制度を参考に、高齢分野でケアマネジメントを実施する「介護支援専門員（ケアマネジャー）」とほぼ同じ役割が位置づけられたが、「介護支援専門員（ケアマネジャー）」が都道府県が実施する「介護支援専門員実務研修受講試験」に合格したうえで、実務研修（87時間以上）の受講が義務づけられた都道府県の認定資格であるのに対して、「相談支援専門員」は障害者の保健・医療・福祉等の分野で相談支援・介護等の実務経験（3～10年）を満たし、「相談支援従事者初任者研修」（1日間または5日間）を受講さえすれば「相談支援専門員」を名乗って、報酬が発生するプラン（サービス等利用計画）を作成することができる（表4-1参照）。

表4-1 相談支援専門員の実務要件

業務の範囲	対象となる事業・業務等	経験年数
	平成18年10月1日において現に下記に掲げる事業に従事する者が、平成18年9月30日までに従事した期間 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業 精神障害者地域生活支援センター	通算して 3年以上
① 相談支援業務 ※日常生活の自立に関する相談に応じ、助言・指導等の支援を行う業務	<p>イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業 児童相談所、身体障害者更生施設、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場</p> <p>ロ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所</p> <p>ハ 次のいずれかに該当する者が従事する保険医療機関</p> <p>ニ (1) 社会福祉主事任用資格 (2) 相談支援の業務に関する基礎的な研修を終了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を習得した者と認められる者</p> <p>ホ (3) 国家資格等(※1)を有している者</p> <p>ヘ (4) 上記イからハに掲げる従業者及び従業者の期間が1年以上である者</p> <p>イ 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センター 盲学校、聾学校、養護学校</p>	通算して 5年以上
② 直接支援業務 ※入浴・排せつ・食事等の介護、介護に関する指導の業務	<p>イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通動量、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床</p> <p>ロ 障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業</p> <p>ハ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所</p>	通算して 10年以上
③ 有資格者	<p>次のいずれかに該当する者が、上記②のイからハに掲げる業務に従事する場合</p> <p>(1) 社会福祉主事任用資格</p> <p>(2) 相談支援の業務に関する基礎的な研修を終了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を習得した者と認められる者</p> <p>(3) 児童指導員任用資格者</p> <p>(4) 保育士</p> <p>(5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格者</p> <p>国家資格等(※1)に基づく業務に通算して5年以上従事している者が、上記の①及び②に掲げる業務に従事する場合</p>	通算して 5年以上

(※1) 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士含む)、精神保健福祉士
(※2) 「1年以上」→業務に従事した期間が1年以上かつ実際に従事した日数が1年あたり180日以上

ここでいくつかの問題が表面化した。一つは、対象を市町村が認めた者（例：複数のサービスを利用する・入所施設・精神科病院から地域移行するために集中的な支援を必要とするなど）に限定したため、多くの障害者が「相談支援」の対象にならなかったことである。もう一つは、サービス利用計画の作成が市町村の支給決定後とされたためケアプランを作成する必要性がなく、「相談支援」を介さなくてもサービスを利用することができたことである。さらには「相談支援」をサービス調整機能に位置づけ、原則的に生活上の相談には対応しないものとしたことで管理給付の性格が強くなったこと、などである。また、介護保険制度における居宅介護支援費（850単位）を参考に報酬単価が設定されたが、1件作成につき850単位（上限管理を行った場合は1,000単位）と安価であった。そのため指定の基準（「3障害対応可」「医療機関や行政機関等の関係機関との連携体制を確保していること」「計画的に研修や事例検討を行う体制を整えていること」など）や人員確保の要件などは緩やかだったにもかかわらず、事業所の設置数は伸びなかった。

こうして障害分野の「ケアマネジメント」は、介護保険制度と同様、一連の社会保障制度改革と連動しつつ法的根拠が明確化された。そして「相談支援」に位置づけられ、検討開始から12年目にしてようやく導入に至ったが、制度設計の不十分さを露呈することになった。その後、障害者自立支援法の改正により2012年4月から3年間に障害福祉サービスの利用を希望するすべての障害者等に「サービス等利用計画」の作成を義務づけたことで完全な「事業」化に至る。しかし、同時に圧倒的な支援者不足の状況を作り、「サービス等利用計画」の達成率は100%に至らなかった⁸⁰。

第5節 小括

障害分野のケアマネジメントは、人材育成を中心に「ケアガイドラインの作成」と「試行的事業」の二本柱で導入が図られ、どのように社会福祉制度に位置づけるかが、1990年代以降の障害福祉施策において重要な論点であった。

精神障害者のケアガイドラインは当初、仲介型・リハビリテーション型・ストレングス型を折衷したものだったが、開発の過程で利用者が本来持っている能力や地域の潜在的な能力を引き出すことでセルフケア能力を高めるストレングス型の視点が取り入れられるようになった（三品編 2003）。「生活のしづらさ」を抱える精神障害者にとってケアマネジメントは自己効力感の向上あるいは自律性の獲得につながるものであり、「できないこと」よりも「できること」を評価する未来志向の手法として検討が重ねられた。そのためたんなる支援体制の構築にとどまらず、利用者に対して失敗も含めたさまざまな経験を保障し、エンパワメントを促進する立場から「生活のしづらさ」を解消するため近隣や社会資源の開発など周辺環境への積極的な介入も求められた。いわばケアマネジメントは利用者の主観的世界を最大限尊重することに重点が置かれ、ともすれば支援者の判断力や価値観に左

右されがちな従来の支援とは一線を画するラディカルな実践技術といえる。

一方で、ケアマネジメントはサービスの調整等に関して効率の良いツールとして社会保障政策の観点からも着目された。そのため各種審議会等で検討事項に取り上げられる機会は多く、導入をめぐる揺れ動きをつづけた。同時に、積極的な議論が交わされ、多くの識者等からさまざまな意見や見解が示されたが、いずれも「提言」にとどまった。

その間、ケアマネジメントの呼称は介護保険制度が始まる 2000 年まで「介護」の文言とセットに検討が行われてきた。たとえば「介護等支援サービス(ケアマネジメント)」(1998)、「障害者介護等支援サービス(ケアマネジメント)」(1999)、支援者の呼称も「ケアマネジャー」(1996)、「ケアマネジメント担当者(ケアマネジャー)」(1998)、「介護等支援専門員(ケアマネジャー)」(1998)、「障害者介護等支援専門員」(1999)など実施要綱やケアガイドラインの改正ごとに見直しがなされ、定義や役割なども目まぐるしく変わっている(表 4-2、巻末資料 4-1・4-2・4-3・4-4・4-5 参照)。ただし、2000 年を境に「介護」が消える。代わって「障害者ケアマネジメント」(2000)「障害者ケアマネジャー」(2000)、「障害者ケアマネジメント従事者」(2001)、「ケアマネジメント従事者」(2001)などが用いられる。

こうした慌ただしい状況は、本格実施を目指していた 2003 年以降もつづいた。たとえば、第 9 回社会保障審議会障害者部会(2004 年 4 月 28 日)でも専門性、資格制度との整合性、障害特性への配慮など議論が多岐におよび、多くの委員から制度化を望む意見が出されたが、検討課題の多さから一定の結論を出すには至らなかった。このような迷走が長引いている理由を厚労省・間隆一郎企画課長補佐(当時)の発言から確認できる。

障害者の場合にマネジメントしなければならない範囲が大変広い。それが一体どんなメンバーが入って、どんなふうにやらなきゃいけないのか、考え方としては整理されましたが[……]制度化ということはいわば義務付けを市町村あるいは関係機関にしていく時に、どんな形にしたらいいのかというようなもの、それから報酬の問題というのは、たしかに大きなハードルというふうに言ったらいいのかわかりませんが、よくよく考えなければいけないところなんだろうというふうに思います。／[……]身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、あるいは児童福祉法といろいろあるわけですが、そういったものに仮りに位置づけるとするならば、そこで行われているケアマネジメントの範囲は一体何だろうか、どういうふうに考えたらいいいのだろうかといったようなことも、実は真面目に考えますと、制度的には難しい部分もございます。

(第 9 回社会保障審議会障害者部会議事録 2004 年 4 月 28 日)

つまりケアマネジメントの技術と、その意義は理解していたが、制度化するにあたって厚労省自身「どうしていいのかわからなかった」のが本音であろう。加えて障害者の支援とは直接関係のない規制緩和や内需拡大など外的要因に翻弄され過ぎ、時間的な制約上、

ケアマネジメントのタイプでも仲介型にしか着地点を見いだせなかったと推測される。

その後、障害分野のケアマネジメントは、障害者自立支援法上の規定と『相談支援従事者研修事業の実施』（平成18年4月21日障発第0421001号）によって「相談支援」に統一される。「相談支援」「相談支援専門員」がケアマネジメントを意味する政策用語として正式に使用されたのは、筆者の知る限りでは2005年10月6日の障害保健福祉関係主管課長会議である。ただし、同会議の『資料7 相談支援事業について』は「ケアマネジメント」を「相談支援」に差し替えた以外、前日（10月5日）に行われた第28回社会保障審議会障害者部会での『資料6 ケアマネジメントについて』と同じものであった。

以上のことから、障害分野へのケアマネジメントの導入が一本槍だったわけではないことは明らかである。そして次のように理解できる。ケアマネジメントは、障害者自立支援法の成立直前まで「手法」として行うのか、「事業」化を目指すのか、明確に示されなかった。むしろ財源の裏づけが無かったことで「手法」の域にとどまっていた。しかし、2005年度の介護保険制度改革と、支援費制度の見直しに伴う障害福祉に関する法制度体系の大幅な再編、それによる加速化した新法立ち上げの動きに後押しされ、一気に予算事業として成立し「事業」化に至ったと見ていいだろう。さらに介護保険制度と支援費制度の統合が先送りになったことや、市町村障害者生活支援事業と障害児（者）地域療育等支援事業の一般財源化など、厚生労働省内部で政策策定の足並みが揃わない中、障害者自立支援法の成立をケアマネジメント導入の好機と捉え、同法の成立に間に合わせるため、急ごしらえで整備を進めざるを得なかったと察せられる。つまり実施主体や財源などの体制上の問題もさることながら、障害分野でケアマネジメントを実施する根拠となる法整備が進まなかったことが、これまで導入を阻んできた大きな理由だと考えられる。

そして現在、議論は相談支援事業所や計画相談支援の支給決定者数をいかに増やすか「数」の問題に移り、ケアマネジメントの導入が障害者の生活にどのような効果をもたらしたのか、実証的な検証・議論はほとんど聞かない。「相談支援」は多くの問題をかかえながらも、サービス調整については一程度機能している。しかし、それはケアマネジメントの全体からすれば一部分に過ぎない。厚生労働省が目指そうとしていたケアマネジメントとは何だったのか、当初の理念や目標が何によってゆがめられたのか、「相談支援」＝ケアマネジメントに関わるすべての関係者はこれらについて顧みるべきである。

そのうえで、いくつかのことがいえる。第一に、現在の「相談支援」はケアマネジメントの本義や理念を必ずしも制度化したものとはいえないことである。ケアマネジメントは、「自分の人生に主体的・積極的に関わり自分の人生を自分自身で創り上げていきたい」（厚生労働省 2005c : 4）などの意志や希望の実現を目的とし、個人の尊厳や社会活動等の参加の機会を保障するための援助技術である。また「十分な柔軟性をもって、一方で最も複雑なケースに対応するとともにほんのわずかな支援を求めているケースにも対応できるものでなければならない」（Challis ら=1991 : 14）。しかし、障害分野のケアマネジメントは検

討開始以来、ニーズと資源（サービス）を結びつけることで報酬が発生する介護保険制度に近いシステムを意図し、障害福祉サービスの利用にあたって必須条件となっている。しかも、障害福祉サービスは「障害者の自立を支援するための給付」（厚生労働省 2005b : 6）に位置づけられ、提供されるサービスは市町村が規定した支給決定の範囲内に限定されている。したがって「相談支援」はたんにサービス調整の役割を担っているに過ぎない。

第二に、ケアマネジメントと相談支援は同義ではないことである。「手法」としてのケアマネジメントは、地方自治体からの指定の有無に関係なく活用できる。しかし、ケアマネジメントの呼称を用いることで、支援者等の要件、報酬の有無、中立公平性などの問題が生じることになる。こうした混乱を避けるためケアマネジメントを「相談支援」と呼ぶことで、「手法」としてのケアマネジメントとのあいだに線引きがなされたとみていいだろう。結果的に「相談支援」は、わが国の目指すケアマネジメント像に近いとされる仲介型を忠実に「事業」化したのが、その性質上、日常生活での相談や緊急を要する場面にはまったくといっていいほど対応できていない。そのためケアマネジメントを相談支援と読み替えることへの違和感は拭えず、両者を同義とするのは、やはり適切ではない。

第三に、上記のような実態が論点になることはほとんどなく、あいまいなまま運用されつつけていることである。既に述べたように「相談支援」＝ケアマネジメントとする政策意図は明確ではあるが、制度と実態のあいだに本質的な問題を抱えている点でケアマネジメントと相談支援の整理は十分になされているとはいえない。事実、ケアマネジメントが「事業」化した後も、制度の不備や矛盾を補うように見直しがつづいている。

ケアマネジメントは、サービスの給付管理に比重を置くか、生活問題への対応に比重を置くかによって、異なる方向へ特徴づけられるきらいがあり（大野・相野谷・宇藤ほか 2003）、現在の「相談支援」にも多分に当てはまる。高齢福祉分野のケアマネジメントは、公的な介護費用の抑制をねらいとする介護保険に組み込まれ、介護保険の給付管理の機能を中心とするものになっている（大野 2000）。そのため介護問題が様々な生活困難をもたらすにもかかわらず、日常的な生活相談業務に対応できていないことが高齢福祉分野では従来から指摘され続けてきた。また、「サービスを利用するための手続きが複雑・煩雑なうえ、時間がかかり、医療保険制度に比べてはるかに利用しづらい」（伊藤周平 1997 : 132）。これらと同様の問題が障害福祉分野にも起っている。

以上の点からも、相談支援はサービス調整では対応しきれない支援を担う総称とし、サービス調整に係る支援は「ケアマネジメント」あるいは「障害者ケアマネジメント」に呼称を区別すべきであり、渾然一体となっている「ケアマネジメント」と「相談支援」の役割、市町村による事業者指定等の仕組みなどについて、さらなる検討が必要であろう。

次の第5章では、精神障害者の社会的入院解消への取り組みが、「ケアマネジメント的なもの」となった「相談支援」に組み込まれた過程について述べる。

表4-2 障害分野におけるケアマネジメントの定義

名称	定義	実施主体	実施機関	担当者	要件	役割
身体障害者ケアガイドライン ～障害者の地域生活を支援するために ～(「障害者に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」中 間報告) (1996)	地域社会の中で、継続的なケアを提供する際に、 サービス利用者のもつ生活全般にわたるニーズと、 公私にわたる様々な社会資源との間に立って、複数 のサービスを適切に結びつけ調整を図りつつ、総合的 かつ継続的なサービス供給を確保する機能	市町村	市町村	ケアマネジャー	ソーシャルワーカー(社会 福祉士等)、保健婦、介護 福祉士等	――
精神障害者ケアガイドライン (1998)	地域社会のなかで、サービスを提供する際に、利用 者の生活全般にわたるニーズと、公私にわたるさま ざまな社会資源との間に立って、複数のサービスを適 切に結びつけ、調整を図りつつ、包括的かつ継続的 にサービス供給を確保する機能	都道府県	市町村(保健センター、市 福祉事務所など)、保健 所・精神障害者社会復帰 施設、精神科医療機関	ケアマネジメント担当者 (ケアマネジャー)	精神保健福祉士・精神保 健福祉相談員・保健婦 (士)・看護婦(士)・臨床 心理技術者・作業療法士・ 公的扶助ワーカー・社会福 祉士・介護福祉士・職業相 談員など	ケアマネジメントの過程を 通じて、利用者への援助を 進めるうえでの中心的な 役割を担う
身体障害者介護等支援サービス指針 ～地域生活を支援するために～ (1998)	地域社会の中で、継続的なケアを提供する際に、障 害者が自己選択できるサービスの一つ。介護等支援 サービス利用者の意向や生活全般にわたるニーズ と、公私にわたる様々な社会資源との間に立って、複 数のサービスを適切に結びつける調整を図りつつ、総 合的かつ継続的なサービスの供給を確保する機能	市町村	市町村	介護等支援専門員 (ケアマネジャー)	ソーシャルワーカー(社会 福祉士等)、保健婦、介護 福祉士・当事者相談員等	チーム内の調整、サービス 機関間の調整、利用者と サービスとの調整等を担 当する
知的障害者ケアガイドライン (2000)	サービス利用者の生活全般にわたる各種のニーズと 公私にわたるさまざまな社会資源を適切に結びつけ て、多様なサービス等を効果的、かつ速やかに提供 できるように総合調整を図る機能	――	福祉事務所・知的障害者 更生相談所・地域の保護 施設	ケアマネジャー	――	――
精神障害者ケアガイドライン改訂版 (2001)	地域社会のなかで、サービスを提供する際に、利用 者の生活全般にわたるニーズと、公私にわたるさま ざまな社会資源との間に立って、複数のサービスを適切 に結びつけ、調整を図りつつ、包括的かつ継続的に サービス供給を確保する手法	市町村	精神障害者地域生活支援 センター・一定基準を満た す社会復帰施設・精神科 医療機関等	ケアマネジメント従事者	精神保健福祉士・精神科 ソーシャルワーカー・精神 保健福祉相談員・保健婦 (士)・看護婦(士)・准 業療法士・公的扶助ワー カー・社会福祉士・介護福 祉士・職業相談員など	ケアマネジメントの過程を 通じて、利用者に対する援 助を進める上で中心的な 役割を担う

実施主体	実施機関	担当者	要件	役割	
市町村 市町村	市町村障害者生活支援事業・障害児(者)地域療育等支援事業・精神障害者地域生活支援センター	ケアマネジメント従事者 障害者ケアマネジメント従事者	障害分野に関する相当程度の業務経験の有るか、または社会福祉士、精神保健福祉士、保健婦、介護福祉士、作業療法士、理学療法士等の一定水準以上の専門的知識や技能を有する者	ケアマネジメントの全過程に携わり、中心的な役割を担う	
市町村	市町村	障害者ケアマネジメント従事者	ソーシャルワーカー(社会福祉士等)・保健師・介護福祉士・当事者相談員等	ケアマネジメントの全過程に中心的に関わる	
市町村	福祉事務所・知的障害者更生相談所・地域の課施設	ケアマネジメント従事者	_____	ケア会議を開催し、各専門職種間の調整、サービス実施主体間の調整、利用者らとサービスとの連絡調整等を担う	
市町村	精神保健福祉センター・保健所・保健センター・精神障害者地域生活支援センター・小規模作業所・生活訓練施設・通所授産施設・医療機関	ケアマネジメント従事者	保健福祉領域で充ちた相談業務経験のある保健師、ワーカー	主にニーズのアセスメントからモニタリング、評価まで、利用者を個別で担当し、中心的な役割を担う	
市町村	指定相談支援事業者	相談支援専門員	一定の実務経験。国又は都道府県による研修の受講	障害者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、サービス利用計画を作成する	
定義	実施主体	実施機関	担当者	要件	役割
障害者の地域における生活支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結び付けて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービス供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法	市町村	市町村障害者生活支援事業・障害児(者)地域療育等支援事業・精神障害者地域生活支援センター	ケアマネジメント従事者 障害者ケアマネジメント従事者	障害分野に関する相当程度の業務経験の有るか、または社会福祉士、精神保健福祉士、保健婦、介護福祉士、作業療法士、理学療法士等の一定水準以上の専門的知識や技能を有する者	ケアマネジメントの全過程に携わり、中心的な役割を担う
地域社会の中で、継続的なケアを提供する際に、障害者が自己選択できるサービスの一つ。ケアマネジメント利用者の意向や生活全般にわたるニーズと、公私にわたる様々な社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつける調整を図りつつ、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保する機能	市町村	市町村	障害者ケアマネジメント従事者	ソーシャルワーカー(社会福祉士等)・保健師・介護福祉士・当事者相談員等	ケアマネジメントの全過程に中心的に関わる
サービス利用者の生活全般にわたる各種のニーズと公私にわたるさまざまな社会資源を適切に結びつけて、多様なサービス等を効果的、かつ速やかに提供できるように総合調整を図る機能	市町村	福祉事務所・知的障害者更生相談所・地域の課施設	ケアマネジメント従事者	_____	ケア会議を開催し、各専門職種間の調整、サービス実施主体間の調整、利用者らとサービスとの連絡調整等を担う
福祉・医療・保健・就労・教育など、人々の生活ニーズと、地域にあるさまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて、調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法	市町村	精神保健福祉センター・保健所・保健センター・精神障害者地域生活支援センター・小規模作業所・生活訓練施設・通所授産施設・医療機関	ケアマネジメント従事者	保健福祉領域で充ちた相談業務経験のある保健師、ワーカー	主にニーズのアセスメントからモニタリング、評価まで、利用者を個別で担当し、中心的な役割を担う
障害者や家族からの相談に応じ、障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況などを踏まえ、適切な支給決定がなされるようにするとともに、様々な種類のサービスを適切に組み合わされ、計画的に利用されるようにするための仕組み	市町村	指定相談支援事業者	相談支援専門員	一定の実務経験。国又は都道府県による研修の受講	障害者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、サービス利用計画を作成する

名称	定義	実施主体	実施機関	担当者	要件	役割
障害保健福祉関係主管課長会議 (平成17年10月6日開催) 資料7 相談支援について (2005)	障害者や家族からの相談に応じ、障害者個々の心身の状況、サービス利用の意向、家族の状況などを踏まえ、適切な支給決定がなされるようにするとともに、様々な種類のサービスが適切に組み合わされ、計画的に利用されるようにするための仕組み	市町村	指定相談支援事業者	相談支援専門員	一定の実務経験。国又は都道府県による研修の受講	障害者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、サービス利用計画を作成する
相談支援の手引き (2005)	利用者が地域社会により見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な生活課題(ニーズ)に対して、生活の目標を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発などおし、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム	市町村	指定相談支援事業者(委託相談支援事業者を含む)	相談支援専門員 (ケアマネジメント従事者)	障害者の保健・医療・福祉・教育・就労の分野における相談支援・介護等の業務における実務経験(3～10年)	ケアマネジメントのプロセスと手法を活用して、利用者のニーズに基づく課題解決を図る

第5章

社会的入院者への退院支援—大阪府の試みと、その顛末—

第1節 はじめに

ここまで1990年代以降の障害福祉施策の変遷（第2章）、谷中輝雄らの実践を中心に精神障害者地域生活支援センター（以下、地域生活支援センター）の事業化をめぐる展開（第3章）、障害分野へのケアマネジメントの導入（第4章）について見てきた。これらの動きとほぼ同時期に、精神科病院での社会的入院の問題について政策レベルの検討が始まった。その嚆矢となったのが1993年の大和川病院事件⁸¹を始め、1997年の安田病院系列3病院による不祥事⁸²などであり、いずれも大阪府内で発生した。これらの人権侵害が連日マスコミで報道されたことで、精神科病院での社会的入院の問題が注目されることになった。

これを受けて大阪府は「社会的入院解消研究事業（精神障害者退院促進事業）」（2000年度～2001年度）を創設した。その後、「精神障害者地域移行支援研究事業」（2003年度）を経て国の事業になり、「精神障害者退院促進支援事業」（2003年度～2007年度）、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」（2008年度～2009年度）、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」（2010年度～2011年度）などの見直しが続き、2012年度より「一般相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）」に位置づけられた。

さらに精神科病院での社会的入院者だけでなく、障害者支援施設に入所している身体障害者、知的障害者、あるいは自宅やグループホーム等から独立して単身生活を希望する障害者など対象者を拡大し、2014年度から「入所期間の長期化や高齢化が進んでいる保護施設に入所している障害者」「退所後の住居を確保し、円滑に福祉サービス等につなげることで再犯防止が期待される矯正施設、保護施設等に入所している障害者」（厚生労働省 2014b）も新たに追加となった。生活保護施設（救護施設、更生施設）、矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所、少年院）、更生保護施設等（自立準備ホーム、自立更生促進センター、就業支援センター）への支援も規定されたことで「退院支援」「退院促進」の用語に代わって、法令上「地域移行支援」に置き換えられた。しかしながら、支援方法は当初より「“病院から地域へ出す”ではなく、“地域から病院へ迎えに行く”」（米田 2003a：426）ことをねらいとし、具体的な支援を行う中心的な役割を病院や施設のスタッフではなく、一貫して外部のスタッフに委ねている。

退院・退所に向けた支援には、医療・保健・福祉など隣接領域の多（他）職種による連携が不可欠であり、既存の取り組みやインフォーマルサービスも含めた一体的なマネジメントが必要とされる。しかし、実際には、対象者へ直接的な支援を行いながら、主治医、看護師、PSWなど院内内の連絡調整、関係機関や家族との歩調合わせなど、調整役以上の役割が求められる。また、入院が長期に及んでいる場合、家族も含む関係者間の人間関係

がこじれ、とりわけ退院をめぐる膠着状態に陥っているケースが多く、対象者への支援と並行しながらそれらの修復作業を行うこともある。そのため退院に向けた支援が効率よく一定の方向へ進むことはほとんどなく、一進一退を繰り返しながら退院に至る。あるいは様々な理由で支援が中断になる場合も珍しくない。しかも、これらのやり取りは年単位に及ぶことも少なくない。

退院支援は、こうした支援上の困難さを伴う特徴を持っているだけでなく、制度上、大きな欠陥を抱えている。これまで退院支援は都道府県等が主導となって、地域生活支援センター等に委託して実施されてきたが、2012年度からは市町村等の指定を受けた相談支援事業所が行う「サービス」に位置づけられた。しかし、障害者総合支援法施行後に整備された相談支援事業所は、市町村から事業者指定を受けただけに過ぎず、精神科病院を含む関係機関と渡り合ったり、それらに対する司令塔的な役割を担うだけの力量が必ずしも備わっているわけではない。

この間、一般相談支援事業の指定を受けた相談支援事業所の数は、2,693ヶ所(2013年)、2,887ヶ所(2014年)、3,299ヶ所(2015年)、3,357ヶ所(2016年)と年々増えているが、精神科病院や入所施設等からの地域移行は進んでいない。当然ながら、社会的入院はいまだ解消されていない。むしろ地方自治体ごとに整備状況の格差が拡大し、停滞しかねない現状にある(全国精神障害者地域生活支援協議会 2013)。また、地域の現場スタッフも、この間の目まぐるしい制度変更によって翻弄されてきたといえる(古屋 2015)。

本章では、まず2000年に大阪府が国に先駆けて行った退院支援の取り組みを概観する⁸³。大阪府の取り組みについて言及したものは、当時、大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健課(現・大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課)や大阪府立こころの健康総合センター地域ケア課(現・大阪府こころの健康総合センター地域支援課)、財団法人精神障害者社会復帰促進協会(現・社会福祉法人精神障害者社会復帰促進協会)⁸⁴などに所属していた米田正代、殿村壽敏、辻美子、鹿野勉、原るみ子、小原理恵、吉田輝義、吉原明美、奥村由美などの実践報告にとどまり、大和川病院等による不祥事を経て、大阪府がどのようなことに取り組んだのか、詳細に触れたものはほとんどない。そこで本章では、大阪府の取り組みとして始まった退院支援が「相談支援」に組み込まれた経緯を追い、社会的入院者の退院支援を「相談支援」が行うことの妥当性について論じる。

なお、近年、厚生労働省の政策文書等では「長期入院」が用いられているが⁸⁵、「社会的入院」は歴史的に作り出されてきた日本の精神医療の構造的特徴がある(松本 2013)。その背景には、不必要な治療の継続、それによる社会生活能力および退院意欲の低下、家族の高齢化に伴う退院の受け入れ拒否など、複数の要因が存在しているため、たんに入院が長期化した状態と捉えるのは適切ではない。そのため本研究では、様々な要因が複合的に存在していることで入院が長期にわたっている状態を「社会的入院」とする。また、退院支援は2003年度の「精神障害者退院促進支援事業」以降、法制度の変遷とともに事業名が

二転三転しているため、それらすべての事業を指す場合、総称として退院支援を使用する。

第2節 退院支援をめぐる動向

1950年代から1970年代にかけて精神科の病床数は、入院医療中心の方針によって急増し、精神衛生法が改正された1965年当時17万床だったのが、現在30万床を超え、平均在院日数は290日、1年以上の入院が全体の60%以上、医療保護入院が40%以上など先進国でも突出した在院患者を抱えている。そこには民間の精神科病院に対する施設整備費など国庫補助負担、入院患者に対し医師数は一般病床の1/3、看護師・准看護師2/3などを規定した「精神科特例」、地域での生活を支援する体制整備の遅れなどの背景がある。「精神科特例」に関しては1958年に発出されて以来、半世紀以上経った現在も続いている。さらにわが国の精神科医療は民間病院に依存し、全体の8割を占め、その数はほとんど減っていない。以上のことが社会的入院を生み出す要因になっていると考えられる。つまり社会的入院は国策によってもたらされたといつてよく、諸外国にはみられない特殊性がある。

社会的入院者への退院支援は、精神科病院による独自の取り組みや、「箱物」事業として1990年代に急速に整備が進められた精神障害者社会復帰施設を除くと、予算措置を伴った政策レベルでの検討や取り組みとしての歴史は浅い。1995年に厚生省（当時）は『障害者プラン——ノーマラゼーション7ヵ年戦略』を策定し、精神障害者の社会復帰に関する重点施策を具体的な数値目標と共に示した（第2章参照）。2000年12月に社会保障審議会・障害部会精神障害分会は「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を示し、同じく12月に障害者施策推進本部は『重点施策実施5ヵ年計画（新障害者プラン）』を策定し、今後10年間で「受け入れ条件が整えば退院可能な7万2,000人の精神科入院患者の退院・社会復帰を図る」と明確に打ち出した。

これとほぼ同時期に大阪府が立ち上げた「社会的入院解消研究事業（精神障害者退院促進事業）」は、2003年度より国庫補助事業に位置づけられる。翌2004年9月、厚生労働省精神保健福祉対策本部は『精神保健医療福祉の改革ビジョン』を発表し、地域生活を中心にした精神保健福祉施策が展開されることになった。退院支援は、その一つとして2006年度より障害者自立支援法に基づく都道府県地域生活支援事業として全国へ拡充される。このように退院支援は、ようやく2000年前後に国レベルでの検討と取り組みが始まった。

こうした動きに合わせて、退院支援に関する報告等が活発になる。井上牧子・岡田眞理・西澤利朗によると、それまでは医療機関による報告等が専らであったが、2003年以降、地域生活支援センターを始め精神科医療機関以外からの報告が散見されるようになり、学術刊行誌や職能団体の機関誌での発表・報告数の増加からも「一つのムーブメントとなっている」（井上・岡田・西澤 2008：66）としている。そのため関係機関や職能団体などから先駆的な取り組みや成功事例を紹介した報告書、自治体を対象とした実態調査の報告、人

材育成のためのガイドブック等が数多く発行された⁸⁶。

しかしながら、これらは各地域・各機関で実践された個別支援事例や自施設での実践体験を踏まえたオピニオンが中心であり、高いエビデンスレベルを保つものは極めて少数である（古屋 2015）。また、いずれも退院支援の具体的な進め方を示したマニュアル（木村 2011）あるいは支援機関での試行錯誤の個別実践報告（古屋 2015）にとどまり、理念の継承よりも技術の習得や方法論の分析・評価に重点が置かれている。

退院阻害要因については、多くの先行研究から共通の指摘がなされており、「本人の要因」（制度や社会資源を知らない・退院意欲の乏しさ・生活技能の低下・再発のリスクなど）、「家族の要因」（家族の高齢化および代替わり・家族が受け止めなければならないという価値観など）、「地域の要因」（居住系施設の不足・関係機関同士の連携不足・地域側から病院に手を差し伸べていけるような体制の不足など）、「病院の要因」（医療従事者人数や連携の不足・入院者の持つ力に対する過小評価・退院に向けての諦めなど）に整理することができる（大阪府・大阪市 2002；社会福祉法人単立ち会 2006；赤沼 2007；精神障害者社会復帰促進協会編 2008・2010b；日本精神保健福祉士協会 2009；医療経済研究機構 2009；古屋 2010・2015；田尾 2010；波床 2010；柳瀬敏夫 2010 など）。加えて、「行政側の要因」「制度的要因」（隔離収容志向の歴史的背景・診療報酬体系の設定など）についての指摘もある（日本精神保健福祉士協会 2009；古屋 2010）。

このように社会的入院の背景には、一つの要因が単独で退院に影響しているとは考えられず、これら複数の要因の組み合わせが退院を阻害する要因になっている（赤沼 2007）。また、「個体に起因する障害というよりは、退院をめぐる環境に起因する」（古屋 2010:12）。そのため退院に伴う困難を克服するためには、入院者への直接的な関わりだけでは不十分であり、かつ入院者・家族に退院できない要因を帰すのではなく、環境への働きかけや周辺的な問題解決が必要となる（医療経済研究機構 2009；古屋 2010）。他方、退院支援を具体化することに関心が集まるあまり、長期間の入院を黙認している法制度や診療システムに対しての指摘は少ない（杉原 2015）。

以上のことを踏まえ、次節以降では、大阪府の取り組みを中心に退院支援の変遷について整理し、現状の問題点を述べる。

第3節 退院支援の開始

3-1 大阪府精神保健福祉審議会による答申

1997年4月、大阪府精神保健福祉審議会は、山田勇大阪府知事（当時）から「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて」の諮問を受け、生活支援部会にて審議を行い、同年12月に中間答申として地域生活支援セン

ターのあり方についての意見具申を行った。その審議中に大和川病院（大阪府柏原市・524床）、安田病院（大阪市住吉区・255床）、大阪円生病院（大阪市東住吉区・337床）に対する大阪労働基準局による立ち入り調査、大阪地検特捜部および大阪府警による強制捜査、さらに実質的な経営者だった安田病院院長・安田基隆ほか事務長 2 名、大阪円生病院の看護婦長、経理担当者 2 名が逮捕されるなど、安田病院系列 3 病院をめぐる不祥事が矢継ぎ早に表面化した。同時に、精神障害者への人権侵害の実態が明らかになった。

これを受けて大阪府精神保健福祉審議会は、「医療人権部会」を設置し、精神科病院内での患者の人権尊重を基本とした処遇等について集中的に審議することになった。また、1998年度から精神障害当事者および民間人権団体の有識者を委員に選任、臨時委員に大阪府の関係部局からの参加を求め、新たな体制が敷かれた⁸⁷。そして翌 1999 年 3 月、同審議会は大阪府の諮問に対する答申書を取りまとめている。その内容は、これまでの大阪府の精神保健福祉施策を断罪し、「行政の不作為」（米田 2003a：424）による人権侵害を根本から問い直すものだった。とりわけ精神医療および人権侵害の現状（社会的入院・地域住民の反対運動・地域生活支援の不備・欠格条項および精神科特例の存在）などを大阪府が取り組むべき課題として明記した。

そのうえで「社会的入院は、[...] 精神障害者の社会的隔離を進め、精神病院の中にしか生活の場を確保してこなかった精神保健福祉施策のあり方に起因するものである。また、精神障害者に対する行動や通信・面会の制限、一律的な金銭管理は、病気による生活の能力の衰えを固定化し、自立と社会参加を目指す意欲を減退させ、地域でふつうに暮らしたいという思いを委縮させるものとなっている」（大阪府精神保健福祉審議会 1999：13）とし、社会的入院は精神障害者に対する人権侵害であると答申した。また、精神保健福祉施策の企画、推進にあたっての基本的な考え方として、地域で生活することを前提に「人権の擁護」「住まいの確保」「医療の確保」「相談、訪問体制」「活動の場」「就労・雇用支援」「教育、啓発、地域交流」「福祉サービスの充実」が整備されるよう提言した。

さらに「社会的入院を解消するためには、一人ひとりの生活支援計画を策定し、地域の中での支援体制の確立を図ると共に、院内においても試験外出や試験外泊などの準備作業に取り組む必要がある」（大阪府精神保健福祉審議会 1999：27）、「社会的入院といわれる精神障害者は、長期にわたって入院し、地域の中での支援者がみあたらない場合が多い。住み慣れた地域で暮らしたいという思いを実現していくのに、精神病院の努力だけでは限界がある。地域の関係機関との連携体制を確立することが重要である」（大阪府精神保健福祉審議会 1999：48）と述べ、社会的入院を解消するためのシステムづくりを提言した。

翌 2000 年 5 月には『精神科病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について』を取りまとめ、意見具申を行っている。このように大阪府では二度の審議会で社会的入院の本質について明確化する作業を行った（岡田清 2008）。

3-2 精神障害者退院促進事業

1991年のバブル経済の崩壊以降、金融システムの危機、中小企業の倒産、失業の増加などによる経済状況は、地方経済、とりわけ大都市圏に深刻な影響を与えた。大阪府の場合、1996年に「財政健全化方策」を発表し、1998年1月に「財政危機宣言」、翌2月に「大阪府財政再建プログラム（試案）」を提起せざるを得ない状況に追い込まれていた。2000年度予算においては、5,307億円の財源不足、負債残高は4兆74億円（府民一人当たり45万3,000円）に達していた（自治労府職 2000）。急速な景気後退による財政状況悪化の中、大阪府精神保健福祉審議会の答申を受けた大阪府は、2000年度より大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課（以下、精神保健福祉課）と大阪府立こころの健康総合センター地域ケア課（以下、こころの健康総合センター）⁸⁸の主導で、社会的入院解消に向けた取り組みが進められた。

精神保健福祉課は、施策化の検討にあたって、まず1997年に大阪府環境保健部健康増進課（当時）が精神障害者保健福祉手帳所持者全員（3,732人）に実施した「大阪府精神障害者生活ニーズ調査」を参考にした（鹿野・原・奥村ほか 2002；米田 2003a；米田・鏡味・原 2003）。同調査は、仲間とともに過ごす時間や集まれる場所がニーズとしてあること、入院者や家族等は退院の希望があっても退院後の生活や社会資源についてイメージが乏しく、地域生活におけるニーズが顕在化されていないことを指摘している。そのうえで入院者に、入院中から社会資源を知ってもらい、地域生活についての具体的なイメージを持ってもらうことが課題に挙げられ、退院による生活の変化に対する不安等に寄り添える相談支援者、同じ病気の仲間が必要であることを示していた（社会福祉法人巢立ち会 2008b）。

また、個別援助の一環として、20年近い長期入院者が入院中から看護者やケースワーカー同伴で作業所や保健所のグループワーク等へ通いながら在宅生活のイメージを膨らませて退院していく事例集や、大阪府の精神保健福祉相談員が1997年1月から1998年2月まで毎月一理事例検討を行っていた「精神障害者生活支援研究会」の報告などを参考に施策化の検討が進められた（鹿野・原・奥村ほか 2002；米田 2003a；岡田清 2008）。これら個別支援に関する検討と並行して、大阪府健康福祉部社会援護課（当時）との間で生活保護を受給している入院者が外出する際の交通費の扱いについて協議、調整を積み重ねた。

こうして2000年度に入って、精神保健福祉課から『精神障害者自立支援促進会議開催指針』（巻末資料5-1参照）が出され、大阪府精神保健福祉審議会への実践的な回答として「社会的入院解消研究事業（精神障害者退院促進事業）」（以下、「退院促進事業」）を創設した。同事業は、大阪府の単独事業であり、保健所に設置した「自立支援促進会議」と、財団法人精神障害者社会復帰促進協会（以下、復帰協）に委託した「退院促進事業」からなり、2000年度から2001年度に限定した研究事業として行われることになった。予算は、2年間の事業として、大阪府の単独予算1,710万3,000円に、国の地域保健推進特別事業費689

万 7,000 円を上乗せして合計 2,400 万円で組まれた。予算の多くは、「退院促進事業」の支援職員雇用の予算に充てられ、大阪府の単独分は復帰協に委託する形式をとった。

実施にあたって、円滑な実施と関係機関への周知徹底を図るため、精神保健福祉課から社団法人大阪精神病院協会（当時）や大阪府精神障害者作業所指導員会などの関係団体、保健所長会への説明と協力の依頼等に回った。同時に各保健所管内の精神科病院と調整し、文書にて「自立支援促進会議」への出席と「退院促進事業」への協力を依頼した。さらに、各保健所は、精神保健福祉課が示した指針に基づき、自立支援促進会議の参加機関を選び、直接関係機関へ参加要請を行った。地域によっては保健所長が圏内の関係機関へ出向き、公式に事業の周知と協力を依頼した。結果、大阪府内にあるすべての精神科病院とほとんどの精神保健福祉の関係機関、各圏域の市町村関係部署が会議に参加することになった。

3-3 自立支援促進会議

まず、2000 年 6 月から 9 月末までに、大阪市、堺市、東大阪市を除いた大阪府内の障害保健福祉圏域にあたる全保健所 15 ヶ所（池田・豊中・吹田・茨木・高槻・枚方・寝屋川・守口・四条畷・八尾・藤井寺・富田林・和泉・岸和田・泉佐野）に「自立支援促進会議」を立ち上げ、それぞれ第 1 回目の会議が開催された。これは従来の連絡調整やケース検討などを目的とした会議とは異なり、『精神障害者自立支援促進会議開催指針』に基づいて、原則として障害福祉圏域ごとに設置、新規事業として 15 ヶ所の全保健所での開催などが規定され、社会的入院の解消を目的に、①退院促進事業の対象者の選定や支援計画の策定、②地域の支援体制整備等、③関係機関相互の連携を図る、以上の三点を検討課題に掲げられた。ただし、大阪府内でも圏域ごとに社会資源の有無や課題などが大きく異なるため、実施にあたっては「実施要綱」ではなく「指針」（巻末資料 5-1 参照）の位置づけにとどめ、地域の実情に応じて柔軟に対応できるように設定された（鹿野・原・奥村ほか 2002）。

会議のメンバーは、医療機関（精神科病院、精神科診療所等）、団体（復帰協）、社会復帰施設等（地域生活支援センター、共同作業所、生活訓練施設、グループホーム等）、行政（市町村、こころの健康総合センター、保健所、精神保健福祉課）で構成され、関係機関・団体の長の「親レベル会議」を年一回、「実務者担当会議」を概ね月一回行う二層構造で運営が行われた。とりわけ保健所管内のすべての精神科病院に出席を要請した。

こころの健康総合センター地域支援課の PSW5 名のうち課長を除く 4 名は、大阪府内 4 ブロック（北ブロック・京阪ブロック・中ブロック・南ブロック）をそれぞれ担当し、各ブロック 15 圏域で開催される自立支援促進会議に出席した。また、自立支援促進会議は、保健所が事務局を担い、保健所の精神保健福祉相談員が中心になって運営されたが、保健所からの要請で打ち合わせ等の会議にも出席し、各圏域の情報の提供や企画立案に関わり、精神保健福祉課や復帰協と共に運営をサポートする役割を担った。

3-4 退院促進事業

「自立支援促進会議」で支援が決定した対象者に対して、具体的な支援を行うのが「退院促進事業」である。大阪府は「退院促進事業」を復帰協に委託し、入院中の対象者が共同作業所等へ外出する際に同伴し、病院と地域の社会資源とのつなぎ役を担うなどの支援をマンツーマンで行う「支援職員」を新たに位置づけた。

支援職員は、各保健所の圏域から推薦された者の中から 2000 年度と 2001 年度の 2 年間で事業対象者 66 名に対し、40 名が非常勤職員として復帰協に雇用され、各圏域で支援にあたった。雇用に際して、精神保健福祉士等の資格要件は規定されなかったが、共同作業所やデイケア、公共職業安定所の精神障害者窓口などの元職員、保健所でのボランティア経験者等、精神保健福祉分野である程度の経験がある者が選ばれた。

支援職員による支援頻度は、1 圏域につき 1 回あたり 6 時間程度、週 2 回で月 8 回を基本とし、対象者が共同作業所や地域生活支援センター等へ外出する際に同伴し、病院と地域の社会資源のつなぎ役とした。通所先やそこでの人間関係等に馴染むまでの間、一緒に付き添うことで不安や緊張への対応、退院に向けたアパート探し、家族との調整等だけでなく、退院後も安定した生活が送れるようになるまで支援を継続するものとされた。2001 年度は年間 145 回で 870 時間を限度とし、随時支援頻度の調整が行われた。外出にあたっては、生活保護や年金等で生活している対象者にとって交通費の負担が大きく、退院に向けた意欲を弱める場面もあったことから、事業の利用に係る外出 1 回につき 500 円を上限に交通費を一部補助した。同時に、対象者および支援職員に復帰協が一括して傷害賠償保険に加入し、外出時の不慮の事故やアクシデントに備えた。保険の対象は、事業による支援を行う病院を一步出てから戻るまでの時間としたが、2 年間に対応事故は発生しなかった。

対象者への外出支援だけでなく、月 1 回程度、保健所の精神保健福祉相談員と支援職員等が病院を訪問し、看護師等の病院職員を対象にした「院内説明会」、病棟内で参加を希望する入院者を対象にした「院内茶話会」などの試みが行われた。併せて、圏域によっては「当事者支援職員」（以下、ピアサポーター）の導入を図り、病院内で自らの体験談の発表、ビデオやパンフレットを使って、市の窓口職員や関係機関のスタッフによる福祉サービスや地域の社会資源の説明なども行われた⁸⁹。

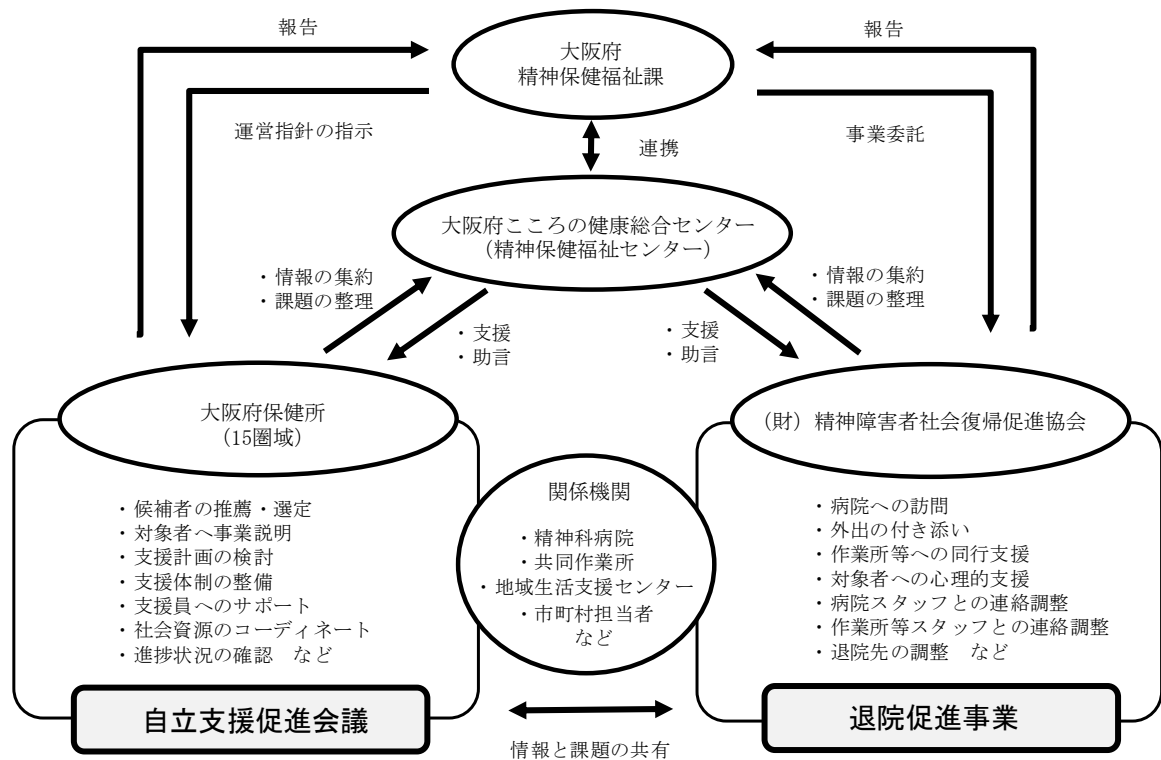
支援職員以外にも事業全体の取りまとめを行う専任のコーディネーターとして PSW1 名を常勤で雇用した（2003 年度から 2 名体制）。主に自立支援促進会議と退院促進事業の具体的な展開方策について精神保健福祉課、こころの健康総合センターと会合を重ねて検討した。また、各保健所の自立支援促進会議に、精神保健福祉課、こころの健康総合センターの PSW と分担して出席し、事業の進捗状況、大阪府内他の圏域の動きや動向等を伝えた。

3-5 対象者

対象者は、原則として精神科病院に概ね 8 ヶ月以上、任意入院が継続しており、病状が安定し、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者のうち、①主治医の推薦があり、②本人が希望し（自信はないが参加を希望している者も含む）、③事業の趣旨への同意があり、自立支援促進会議で支援が決定された人とした（原・上野・油谷ほか 2004）。また、今後、退院の働きかけがないと入院が長期化する恐れのある人、直近の入院期間が短くても、退院していた期間がほとんどなく実質的には長期入院と考えられる人も対象に含まれた（鹿野・原・奥村ほか 2002；米田 2003b）。

ただし、大阪府内（大阪市、東大阪市、堺市を除く）の障害保健福祉圏域ごとの展開という事業上の制約があり、事業の利用が有効とされる者であっても、他の障害保健福祉圏域や他府県に住所がある人は対象外となった。そのため初年度に関しては、各保健所管内の病院に入院し、退院後にその管内で生活を希望する人に限られたが、2年目以降は住所地制限を無くしている。

図5-1 「自立支援促進会議」と「退院促進事業」の関係図



鹿野・原・奥村ほか(2002)を参考に筆者作成

3-6 大阪府内の社会資源

ここで当時の大阪府内の状況を確認したい。大阪府の保健所には、精神衛生法の改正に

より 1965 年から精神衛生相談員（現・精神保健福祉相談員）が PSW として配置され、2001 年の時点で支所を含む 29 ヶ所の保健所に 57 名、精神担当保健婦（現・保健師）が 31 名配置され、こころの健康総合センターが保健所の後方支援を担っていた⁹⁰。

大阪府内の精神科病院⁹¹では 5 年以上の長期入院患者が 40%程度を占めており、社会復帰施設の退所理由に再入院が多いことなど、社会的入院の解消や地域生活への支援体制の立ち遅れが見られた（大阪府精神保健福祉審議会 1999）。また、ホームヘルプサービスに関しても精神障害者には実施されておらず、2002 年に精神障害者居宅支援事業として法定化されるまで待たねばならなかった⁹²。

社会復帰施設については、母体である精神科病院を中心に特定の地域に偏在する傾向があった⁹³。これらの整備が進まない理由に設置場所確保の困難さだけでなく、大阪府の場合、国の指導に基づき社会復帰施設の設置者に対し、補助金交付の条件として地元の住民同意書の提出を求めてきた経過があった⁹⁴。他方、共同作業所は主に家族会によって計 90 ヶ所設立され、ほとんどの市町村に複数設置されていた⁹⁵。

グループホームについては、法定事業化した 1993 年度に 9 ヶ所（延べ定員 55 人）開設されたのを皮切りにほぼ全域に開設が進んだが、多くが医療法人立であり、社会復帰施設と同様、特定の地域に偏在する傾向があった⁹⁶。

第 4 節 精神障害者退院促進事業の実際

4-1 支援の内容

支援職員は、対象者にマンツーマンで支援を行い、退院に向けて二人三脚で動いていくことになる。大まかに、①院内面接、②外出同行、③外出先での側面支援、④社会資源・制度についての情報提供や具体的手続きなどの支援を週に 2 回（1 回 6 時間程度）を行った。具体的な動きについては、支援職員を中心に以下のように行われた⁹⁷。

まず、第一段階として主治医や病院 PSW 等から候補になった対象者に事業についての説明を行い、同意が得られれば事業利用などの意思確認を行う⁹⁸。この段階で、病院以外の関係者が対象者と直接かかわることはないが、こころの健康総合センターおよび管内の保健所から病院に対して候補者の選定について依頼などの動きが既に始まっている。

次に第二段階として、「自立支援促進会議」で候補者を事業の対象とするか、あるいは退院に向けてどのような支援方法が考えられるか、出席している関係機関で協議し、大まかな方向づけを行う。ただし、1 回の会議で決定することはなく、次回までに専任コーディネーター、支援職員、保健所の精神保健福祉相談員、病院関係者との間で複数回カンファレンスを行うこともある。その後、病院から選定された候補者が、正式に事業の対象になった時点で第三段階に移る。

第三段階では、支援職員や保健所の精神保健福祉相談員、市町村の生活保護のケースワーカー等が病院を訪問して、対象者と信頼関係を築くことが中心になる。とりわけ院内面接を通じて、支援職員との信頼関係を築くことや外出への動機づけを目的に行われた。具体的な支援を実施する前に病院内で1～2回の面接を経て、支援職員と同伴外出を行う場合もあるが、退院や外出に対する不安が強いため、支援職員と信頼関係を構築するまで病院への訪問が数ヶ月に渡ることもあった⁹⁹。そのため信頼感・安心感が生まれやすいよう、支援職員と医療機関職員だけでなく、保健所の精神保健福祉相談員など公的な機関が同席することもあった。また、必要に応じて家族との面接や説明を行ったうえで導入が図られた。

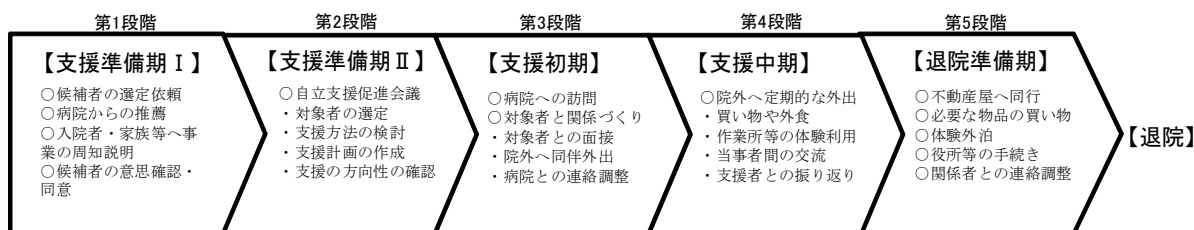
第四段階では、退院に向けて病院から定期的に外出し、病院外の場所と人間関係に馴染む機会が設けられた。外出先は、共同作業所、保健所（グループワーク等）、地域生活支援センター、通所授産施設等であった。地域の各作業所等に出かけて一緒に作業を手伝ったり、保健所のグループワークに参加して他の利用者と一緒に時間を過ごしたりする等のプロセスも重要な業務に位置づけられた。社会資源見学の同行の際には慣れない外出先での緊張を和らげ、対象者がその場の雰囲気やメンバーに馴染めるよう共通の趣味を持つメンバーを紹介するなど、周囲とのコミュニケーションの間を取り持つ役割を担うよう努めた。社会復帰施設等以外にも、買い物、飲食店、美術館、動物園、かつての住居、家族の住居、不動産屋、市役所などへ外出することもあり、基本的には本人の希望する場所への同伴外出であった。そのため「電気かみそりを日本橋の電気屋街で買いたい」という希望があれば、そこへ同伴し、「外食したい」という場合には、本人が選んだ店に同伴することもあった。また、対象者から、制度やサービスについて質問があった時、一緒にその制度やサービスの担当者を訪問し、対象者と担当者をつなぐような機会をあえて作ることもあった。

第五段階は、退院準備に入る。不動産屋に同行しての住まい探し、アパートが決まったのち、新居で必要な物品の買い物、役所等の手続き、家電製品の使い方や料理の練習、新居の掃除等を行った。また、退院前に数回程度、アパートでの体験外泊を繰り返し、地域での生活を実感する機会を設け、様子窺いの訪問、病院等関係者への報告、対象者と関係者を交えての体験外泊の振り返りなど、退院に向けて綿密な関わりが行われた。さらに対象者の状況に応じて退院後のフォローも継続して行われた。

こうした支援を週2回のペースで行われたが、状況に応じて数週間に1回と間隔を広げたり、退院が迫る時期などはより密な支援を行ったりするなど、臨機応変な支援回数をとることができるものとした。また、外出支援だけでなく、関係機関ごとの個別支援に終わらないよう、支援で得た情報や課題の共有、支援の方向性やテンポを合わせて全体の流れを作るなど、それぞれの機関との連絡調整も頻繁に行われた。病院との連絡や支援全体に係る調整については、保健所の精神保健福祉相談員等が行ったが、支援職員も送迎時に病棟の看護スタッフとも情報交換を積極的に試みた。その継続の結果、病棟スタッフが作業所での利用者の様子を見に来たり、新しい利用者が推薦されることもあった。

以上のように、支援職員の支援内容は、社会資源の状況や関係機関の支援、支援職員自身の力量、対象者の退院への不安等により幅があり、家族との調整や退院先の住宅探しなど病院 PSW の役割に近い動きをとることもあった（鹿野 2003）。

図5-2 精神障害者退院促進事業の主な流れ



厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課(2010b)を参考に筆者作成

4-2 成果と課題

事業の成果については、大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課(2001)(2002)、鹿野・原・奥村ほか(2002)、原・鹿野・小原(2003)、鹿野(2003)、米田(2003a)、米田・鏡味・原(2003)が、詳細な報告と分析を行っている。

初年度の2000年度は71名が候補に挙がり、39名が対象者となった。うち終了者15名、中断者4名、20名が支援継続中であった。終了者15名のうち、退院したのは10名、残る5名は病状の悪化や気持ちの揺れなどにより入院中のまま支援を終了となった。直近の入院期間は1ヶ月～37年と幅があり、平均入院期間は約6年(71.6ヶ月)だった。

「退院促進事業」がいったん終了となった2002年3月末には、2年間で約100名が対象となっていた。ほとんどが任意入院であり、重症度も「寛解」24名、「院内寛解」38名が占めていた。直近の入院期間は平均5年3ヶ月、総入院期間の平均が9年10ヶ月、最も長い人で36年であった。また、安田病院系列3病院の一連の事件による行政措置で転院した人が2名いた。退院阻害要因は、「退院に向けてサポートする人的資源が乏しい」、「家族にサポートする機能がない」、「環境の変化への不安が強い」、「住まいの確保ができない」、「現状認識が乏しい」などが挙げられた。実際に支援した対象者66名のうち35名が退院し、退院までの平均支援期間は15ヶ月であった。うち25名は支援が終了し、退院後再入院した人は7名、再入院しなかった人は27名、不明が1名であった。

「退院促進事業」の効果として、支援が進むに従い、各機関の連携が深まっただけでなく、対象者への多面的な見方や志気の高揚といったスタッフの意識に変化があった(原・鹿野・小原ほか2003)¹⁰⁰。対象者においても退院後の生活についてのイメージを届け、不安を軽減することで退院を促進する効果があった。また、「退院促進事業」が他の入院者の間で話題になり、退院への動機づけといった波及効果を生み、退院に至らないまでも外部から支援職員が支援するやり方は、当事者評価からも効果的であった(鹿野・原・奥村ほか2002)。さらに、退院に対して強い拒否反応を示していた家族の意識も変化が見られる

ようになった（鹿野・原・奥村ほか 2002）。

こうした意識の変化に加えて対象者の推薦について医療機関から協力を得ることができた意味は大きく（鹿野・原・奥村ほか 2002）、対象者に事業の働き掛けを行ったのも「病院ケースワーカー」（69.7%）、「主治医」（39.4%）と大半が医療機関のスタッフであり、導入時の役割を大きく担っていた。さらに2002年4月以降、精神保健福祉業務の市町村移管が事業を後押しすることになった。精神保健福祉に関するほとんどの関係機関が集まる「自立支援促進会議」は、通院医療費公費負担制度、精神障害者保健福祉手帳の事務や居宅生活支援事業、社会復帰相談などの業務を新たに始める市町村にとって関係機関を知るための絶好の機会でもあり（原・鹿野・小原 2003）、「変革期にある精神保健福祉に関する関係機関の関心の高まりをうまく利用できたといえる」（鹿野・原・奥村ほか 2002：9）。

他方、いくつかの課題が残された。まず、ハード面の課題として、グループホーム、生活訓練施設、憩い型の作業所などの社会資源の不足、地域の受け皿の整備の問題が指摘された。これに関連して、グループホームの体験入所、退院に向けて入院中からのホームヘルプサービスの利用など、つなぎのサービスの必要性があげられた。ソフト面では、退院後のケア、圏域を越える支援のあり方、業務の負担増、事故が起こった時の責任、事業の継続性、対象者の交通費・昼食代、長期的なビジョンが定まっていない、対象が圏内在住者に限定、支援期間の短さ、対象者を受け入れる作業所等への補助、参加メンバーの多さなど、事業そのものに対する課題が浮き彫りになった。とりわけ中心的役割（マネジメント）を担う機関が曖昧になっていたことが問題視された。

たとえば、支援開始の段階では医療機関のスタッフがマネジメントの役割を担っていたが、対象者の活動の場が病院から作業所などへ移るに従って、保健所の精神保健福祉相談員や支援職員に移行している（米田 2003a）。そのため責任の所在を曖昧にし、支援職員が全体のマネジメントの役割を担わざるを得なくなってしまった（原・鹿野・小原 2003）¹⁰¹。また、「自立支援促進会議」は、関係機関が一堂に会することで社会的入院を地域の課題として共有することができた半面、それぞれの経験やモチベーションに差があり、そのため議論を深めにくく、形式的になりやすい傾向があった（原・鹿野・小原 2003）。

「退院促進事業」は、期限付きの試行的事業であったことの制約もあり、これら明らかになった課題を政策に反映させるシステムや具体的な手立てがなく、「自立支援促進会議」にも特別な予算も権限もなかった（原・鹿野・小原 2003）。しかしながら、本格的に事業を開始した2000年10月からわずか半年間で対象者の約3分の1が退院となる結果を出し、社会的入院の解消に対する大阪府の強い意志と姿勢を示した¹⁰²。

第5節 退院支援の変遷

5-1 国事業化

「退院促進事業」は一程度の成果をあげたが、有期限の試行的事業であることの限界もあらわになった。大阪府は 2002 年度より国事業としての国庫補助を求めたが認められず、あらゆる工面をした結果、自前で 2,750 万円を確保し「精神障害者地域生活移行支援研究事業」として引き継がれた（高橋幸彦 2004）。その後、国に事業の施策化を目指して働き掛けを重ねた結果、2003 年度から国事業化され、国庫補助によるモデル事業として「社会的入院解消のための退院促進支援事業（精神障害者退院促進支援事業）」（以下、「精神障害者退院促進支援事業」）（巻末資料 5-2 参照）の実施が決定した。しかし、実際には 16 都道府県等¹⁰³にとどまり、2004 年度も新規に開始したのは 12 都道府県等¹⁰⁴にとどまった。2005 年度は新たに 2 都道府県等（山梨県、京都市）が開始したが、兵庫県が実施しなかったため 3 年間で計 29 都道府県等が実施しただけで、全国的な広がりには至らなかった。

2006 年の障害者自立支援法施行により都道府県地域生活支援事業の一つ¹⁰⁵に位置づけられたことでモデル事業から根拠法に基づく予算事業になったが、同法第 78 条で「特に専門性の高い相談支援事業その他の広域的な対応が必要な事業」については都道府県の必須事業とされた。つまり実施責任機関は、従来どおり都道府県であり（木村 2011）、国庫補助率も国 1/2、都道府県 1/2 とされた。

「精神障害者退院促進支援事業」は、裁量の経費を基本としている問題から 2007 年度に障害がい者自立支援対策臨時特別交付金による予算面での強化が図られたが、各都道府県の財政事情の悪化に加えて、「退院促進」を外圧的に捉える病院側の抵抗もあり、大きな広がりを得ることなく終わっている（古屋 2015）。また、個別支援が中心で医療と地域生活支援策ならびに精神保健福祉施策との連携が不十分であるといった課題から、2008 年度から 2012 年度までの集中的取り組み期間とする「精神障害者地域移行支援特別対策事業」（巻末資料 5-3 参照）に改め、精神障害者地域移行支援特別対策事業費として 17 億円が計上された¹⁰⁶。この見直しでようやく 2009 年度にすべての都道府県で退院支援が実施されることになった。

2010 年度から「精神障害者地域移行支援・地域定着支援事業」に改められた（巻末資料 5-4 参照）。これまでの取り組みに加え、対象者を精神医療の受診中断者、精神疾患が疑われる未受診者等にも広げ、強制的な入院を要する状態に至らないよう在宅者への支援体制づくりなども新たに加えられた。しかし、民主党政権下での「行政事業レビュー（事業仕分け）」の対象となり、外部有識者 6 名全員が「見直し案では不十分」と判断し「抜本的改善」が示された（厚生労働省 2012d）¹⁰⁷。そのため 2013 年度から地域体制整備コーディネーターが廃止となり、予算額も 6 億 7,000 万円（2011 年度）から 3 億 2,000 万円（2012 年度）、2 億 1,000 万円（2013 年度）へ縮小となった。

そして障害者自立支援法の一部改正で「精神障害者地域移行支援・地域定着支援事業」のうち福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援、アパート探しなどの入居支

援などの個別支援については、2012年度より個別給付事業として「一般相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）」へ再編され、現在に至っている。

5-2 大阪府内の状況

ここで国事業になった2003年度前後の大阪府と、府内の政令指定都市である大阪市および堺市の動きを見てみる（表5-1参照）。退院支援は、国事業化されてからも都道府県等の裁量的事業に位置づけられていたことから、大阪府の取り組みをモデルとしながらも独自の実施要綱に基づいて予算編成がなされ、財政状況や地理条件、人口、精神病床の数の違いだけでなく、社会資源の有無やノウハウの蓄積などの要因もあって全国共通の事業／システムにはならなかった。

①大阪府

「精神障害者退院促進支援事業」（2003年度）の実施主体は、都道府県および指定都市と規定されたことで、各都道府県等で独自の実施要綱が作られた。大阪府では、2003年度は「社会的入院解消のための退院促進支援事業」として1,606万円（うち国庫補助270万円）、2004年度から「精神障害者地域生活移行・自立生活サポート事業（精神障害者退院促進支援事業）」の事業名で3,893万円（うち国庫補助309万円）の予算を獲得して継続が図られた（巻末資料5-5参照）。同時に、地域生活支援センター（※2006年度より地域活動支援センターI型に再編）に障害者ケアマネジメント従事者の配置（2004年度～2007年度）、グループホーム等を対象にした「精神障がい者宿泊体験用居室確保事業」（2005年度～2011年度）、精神障害者の地域移行についての理解を深めてもらうことを目的に、病院、障害福祉サービス事業所などの専門職および一般市民向けの研修、ピア活動の支援などを行う「大阪府精神障がい者地域移行促進強化事業」（2007年度～2011年度）などが、国庫補助と併用して大阪府の単独事業で行われ、これらの取り組みを復帰協に委託して大阪府域全域または障害福祉圏域ごとに展開した。

②大阪市

大阪市では、国の事業化に先行して2002年11月から地域生活支援センターを運営する3団体（東成区・西成区2ヶ所）に委託して「大阪市精神障害者地域移行支援（退院促進）事業」を開始した。当初、大阪府と足並みをそろえて事業開始を予定していたが、概算要求が通らず、2002年に緊急地域雇用創出事業補助金を活用して開始に至った経緯がある。

大阪市は、2001年度に「精神科在院患者調査」を大阪府と共同で実施し、1年以上の入院者で軽度・院内寛解・寛解の者1,068人を退院支援の対象者とし、2003年度策定の「大阪市障害者支援計画重点実施計画」（2003年度～2007年度）で退院者数320人の数値目標

を示した（日本精神保健福祉士協会 2007a）。これと連動して、同じく 2003 年度に「精神障害者退院促進支援事業」（国庫補助）、「精神科入院患者地域生活情報提供事業」「精神障害者地域生活つながり支援事業」（以上、緊急地域雇用創出事業補助金）を併用し、地域生活支援センターに自立支援員 1 名およびピアヘルパーの配置を決定した。このことは、地域生活支援センターに対する実質的な委託料の上乗せならびに職員の増員を意味した。

2004 年度から、それまで大阪府と共同開催していた自立支援促進会議を「大阪市自立支援選定会議」として大阪市単独で設置し、大阪市こころの健康センター（精神保健福祉センター）、候補者を推薦した精神科病院、大阪市内の地域生活支援センターで、対象者の選定を中心に毎月開催した。2005 年度から専任の保健師を 1 名配置、2006 年度から 2010 年度まで大阪府の委託事業として実施、並行して生活保護受給者など要援護者への自立・就労支援等を目的とした「セーフティネット支援対策事業」（国庫補助）を活用しながら事業の継続が図られ、専任の地域体制整備コーディネーターを配置等する精神障害者地域体制整備事業（2008 年度～2011 年度※復帰協に委託）、ピアサポート事業、体験宿泊推進事業など、大阪市単独の取り組みが行われた。

大阪市方式のメリットとして、①導入時から退院後のフォローまでの支援が一体的に行われる、②退院希望先の地域に詳しい地域生活支援センターがマンツーマンで支援を行う、③そのため支援過程によって主たる支援者が変わってしまうことがない、などがあげられる（萩原 2013）。しかし、退院支援の個別給付事業化と同時期に、大阪市の機構改革により所管が、福祉局（障がい福祉課・障がい支援課）と健康局（大阪市こころの健康センター）の 2 局 3 課に跨ることになり、以後、停滞した状態が続いている（第 6 章参照）。

③堺市

堺市では、2004 年度より大阪府の事業として復帰協を通じて実施、政令指定都市に移行した 2006 年度より堺市の単独事業として「堺市精神障害者退院促進支援事業」、2007 年度より「堺市精神科病院長期入院者地域移行支援事業」を復帰協に委託して実施した。大阪府が地域活動支援センター I 型に委託して事業を進めたのに対して、堺市は大阪府と同様に、復帰協を中心に支援体制（自立支援員の雇用、育成および派遣・ピアサポーターの育成・各種連絡調整など）を敷きつつ、ピアサポーターの養成講座（2004 年度～2013 年度）、堺市から委託を受けた 4 ヶ所の地域活動支援センター I 型に地域体制整備コーディネーターを配置するなど、堺市独自の取り組みも行われた。

その後、「一般相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）」への再編により、2011 年度末で復帰協への委託は終了となった。2012 年度からは、個別支援以外の体制整備に関する支援（地域移行運営会議など各種会議の運営・院内茶話会の企画協力・ピアサポーターによる啓発研修等の企画協力・相談支援事業所を対象とした研修会の実施・堺市内 6 ヶ所の精神科病院との連絡調整など）を「堺市精神科病院長期入院者地域移行体制整備事業」

としてNPO法人堺市相談支援ネットに委託、堺市障害者基幹相談支援センターが一括して実施している。また、「一般相談支援事業（地域移行支援・地域定着支援）」に馴染まない対象者や、相談支援事業所では対応しきれないケースの対応も行っている。

表5-1 大阪府内での退院促進支援事業の窓口と支援者の役割

	大阪府	堺市	大阪市
利用の条件 (大阪府は①と②を満たす方。堺市、大阪府は①～③を満たす方が対象となる)	①病状が安定し主治医の推薦がある方(原則、任意入院) ②本人が事業利用を希望する(あまり自信はないが利用してみたいという方も含む)		
問い合わせ窓口	府保健所、高槻市保健所、東大阪市保健所	委託相談支援事業者(精神)(地域活動支援センターI型)	大阪市こころの健康センター
利用の決定・支援内容の検討の場	自立支援促進会議(府保健所) 精神保健福祉関係機関連絡会議(高槻市) こころの健康推進連絡協議会(東大阪市)	利用者選定会議	自立支援選定会議(大阪市こころの健康センター) 自立支援促進会議(地域活動支援センターI型)
主たる支援者	自立支援員(復帰協) ケアマネジメント従事者(相談支援事業者等) 退院促進ピアサポーター・退院促進ピアサポーターコーディネーター 住まいの確保推進員 広域ケアマネジメント従事者 精神保健福祉担当者(保健所・保健センター(中核市のみ)) ¹	相談支援従事者(委託相談支援従事者) 自立支援員(復帰協) ピアサポーター(委託相談支援従事者)	自立支援員(地域活動支援センターI型) ピアサポーター(地域活動支援センターI型)
地域側のコーディネーター	精神保健福祉担当者 ケアマネジメント従事者	相談支援従事者(委託相談支援従事者)	自立支援員(地域活動支援センターI型)
事業による退院後のフォロー	自立支援員(復帰協)による支援(原則2ヶ月) ケアマネジメント従事者による支援(原則6ヶ月)	自立支援員(復帰協)による支援(原則2ヶ月) ピアサポーターによる友愛訪問(退院後1年を目的)及び交流会	自立支援員(地域活動支援センターI型)・ピアサポーター(地域活動支援センターI型)による支援(原則1ヶ月)※安定した地域生活を送ることができるまで延長できる 自立支援員(地域活動支援センターI型)・ピアサポーター(地域活動支援センターI型)による確認訪問(半年・1年後)

¹ 精神保健福祉担当者(保健所・保健センター(中核市のみ))は、通常業務の一環として退院促進支援事業に関わっている。

出所:精神障害者社会復帰促進協会(2010a)

5-3 個別給付化

「一般相談支援事業」は、「地域移行支援」と「地域定着支援」で構成され、市町村等から指定を受けた相談支援事業所によって行われる(第1章・図1-3参照)。

「地域移行支援」は障害者支援施設等、精神科病院に入所または入院している障害者に対して、住居の確保やその他地域生活への移行に必要な支援を行うとしている。対象者は次のとおり。①障害者支援施設、のぞみの園または療養介護を行う病院に入院している障害者(児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設等に入所する15歳以上の障害者、みなしの者も対象)、②精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院も含む)に入院している精神障害者(基本的に1年以上入院している者)、③救護施設、更生施設に入所している障害者、④刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘留所)、少年院に収容されている障害者、⑤更生保護施設に入所している障害者または自立更生促進センター、

就業支援センター、自立準備ホームに宿泊している障害者。支給決定期間は 6 ヶ月以内であり、この期間を目安に支援を行う。必要な場合はさらに 6 ヶ月の更新が認められている。

「地域定着支援」は、居宅で単身等生活する障害者に対し、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行うとしている。対象者は次のとおり。①居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある者、②居宅において家族と同居している者であっても、当該家族が障害、疾病等のため、当該家族等による緊急時の支援が見込めない状況にある者（※ただし、グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者に関しては、通常、当該事業所の世話人が対応することとなるため対象外）。支給決定期間は 1 年間だが、地域生活を継続していくための緊急時の支援体制が必要と見込まれる場合には、1 年以内で更新することができる。このように対象が大幅に見直された以外、支援方法に関しては再編後も概ね変わっていない。個別給付化のメリットとデメリットは、表 5-2 のとおりである。

表5-2 個別給付化のメリットとデメリット

	メリット	デメリット
入院者側	<ul style="list-style-type: none"> ・どの病院に入院していても利用が可能になり、対象者が拡大した ・自分に合う医療・福祉サービスが検討でき、選択肢が広がる ・地域移行の準備段階から退院後の地域生活まで、継続した支援が受けられる ・入院中から地域生活の支援事業者と顔見知りになり、早期の関係づくりができる ・市町村の義務的給付となり、本人が制度を請求する権利を獲得した 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの存在を知らない ・煩雑な手続きによる負担が大きい ・自ら退院の意志・意欲を示せない患者は申請やサービス利用につながらない ・サービス利用につなげるには病院内や病院－地域間でのしくみづくりが必要 ・病院からの外出や外泊訓練にかかる費用など必要経費は自己負担となる ・財政基盤の弱い市町村では支給抑制がかかりやすい ・契約前の地域との接触はほぼなくなる
精神科病院側	<ul style="list-style-type: none"> ・医療と福祉の連携能力が高まる ・地域の事業所とともに活動することで、地域生活支援の視点や社会資源への理解が深まる ・医療資源（サービス、マンパワー）だけでなく、退院に導くことが難しかったケースの取り組みが強化される 	<ul style="list-style-type: none"> ・自らコンタクトしなければ、地域事業所との連絡調整は行われない ・病院にとって「困った患者」が対象になりやすく、「穏やかな」長期入院者が取り残される ・相談支援事業所との契約までの意欲喚起（モチベーションサポート）は病院が行わざるを得ない ・退院・地域移行に向けた職員の意識は、病院により格差がある ・市街地から遠隔地にある病院では、地域事業所の関与が得にくい ・病院単独の押し出し型退院促進が優先される
相談支援事業所側	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体の示す実施要綱に縛られることなく、自由な発想で事業を展開することができる ・これまでの補助金事業下で形成されたネットワークを活かせる ・多様な事業主体が参入可能になる 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援を要する患者がどの病院にどれだけいるのか把握できない ・コーディネート機能の欠如 ・補助金事業に比べ報酬単価が低い ・報酬のつかない支援を行う熱心な相談支援事業所ほど赤字が増える ・地域移行支援に携わる人員の不足 ・広域支援の困難さ ・精神障害者の支援経験がない相談支援事業所がノウハウを得ることができない ・申請時点で本人の病状に関する判断基準がない

古屋・中越(2014)・中越(2016a)を参考に筆者作成

個別給付化の最も大きなメリットに、入院者の位置づけが「事業の対象者」から「福祉サービスの申請者」に変わったことがあげられる。これまで対象は、退院支援に協力する精神科病院から推薦・選出された入院者に限定されてきたが、個別給付化により条件に合えば誰でも対象となり、利用申請できることになっている。たとえば、2012 年現在、1 年以上の入院者は精神科病床数の約 7 割に及ぶため、約 22 万人が対象となる。また、市町村が必要と判断した場合、1 年未満であっても入院が長期化するおそれのある者も対象となるため、さらに対象者は広がることになる（吉川 2012）¹⁰⁸。

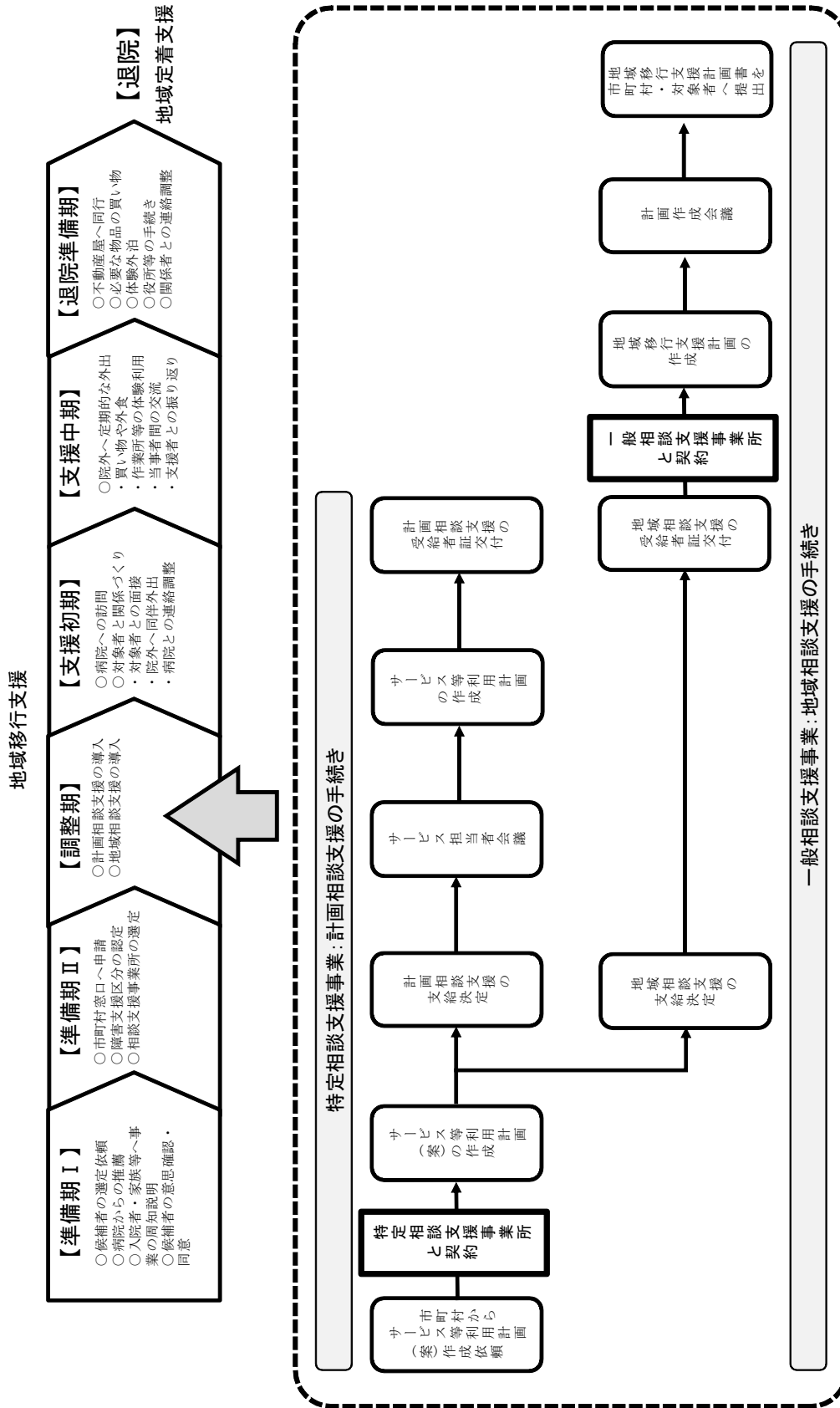
このように利用の間口は広がったが、支援開始に至るまでのハードルは高く設定されている。まず一点目に、対象者の「掘り起こし」の問題がある。相談支援事業所にとって支給決定前の支援は、報酬の範囲外とされているため、退院希望を強く表明できる入院者以外に働きかけができない（古屋・中越 2014）。現状では、支援を必要とする入院者がどの病院にどれだけいるのか把握すらできず、病院から連絡を待つしかない状況に置かれている（中越 2016a）。場合によっては、入院者がサービスを利用できなくなることも予測されるなど、入院者が自らサービス利用を申し出ることの困難さも指摘されている（吉川 2012；中越 2016a）。しかも、支援開始までのプロセスが、図 5-3 のように煩雑になったことで、導入の段階でサービスの利用を断念もしくは拒否する人もいる（古屋・中越 2014）。

二点目に、導入時の問題がある。対象者と相談支援事業所が「契約」を結び、自治体から障害福祉サービスの一つである「地域移行支援」の支給決定を受けないと報酬は発生しない。そのため図 5-3【準備期Ⅰ】【準備期Ⅱ】で示した退院に向けた意欲喚起（モチベーション）を促す部分の支援は持ち出しとなる。しかし、その時点で相談支援事業所が介入することはほとんどなく、実際には病院職員や行政職員などが導入時に介入することになるが、図 5-1 のような明確な役割分担は規定されていない。したがって退院支援で最も時間を要し、丁寧な関わりが必要とされる導入時の支援が、報酬上の理由で手薄になっている。

三点目に、報酬単価の問題がある。「精神障害者退院促進支援事業」は、実質的には都道府県等の裁量的事業だったため、事業の継続性と安定性に問題があったが、個別給付事業に再編されたことで一定の報酬が裏付けられるようになった。しかし、「地域移行支援」の報酬単価が 2,313 単位／月、「地域定着支援」は 300 単位／月と格段に低く、外出支援に係る交通費など相談支援事業所の持ち出しとなる必要経費を差し引くと、年間の収益は一人分の人件費にすら満たない¹⁰⁹。しかも、あくまで対象者と「契約」を交わし、自治体から「支給決定」がなされた後、月 2 回以上、対象者と面会することが請求の条件になっている。したがって、熱心に関われば関わるほど相談支援事業所の持ち出しが増え、他方、精神障害者の支援経験やノウハウがない新規の相談支援事業所のなかには、採算性を理由に事業所指定を辞退する事例も見られる（古屋・中越 2014）。

これまで「自立支援促進会議」が、社会的入院者を掘り起こす機能を担い、行政から委託された支援者が社会的入院者の退院意欲を喚起する支援を行い、公的な後方支援体制の下、関係者全体で退院に向けた方向性や進捗状況などが共有されてきた。行政が支払う委託料には、こうした一連の支援に対する報酬が含まれ、事業の安定性や継続性と共に委託事業者への経済的な保証も一程度なされてきた¹¹⁰。これら退院に向けた支援を円滑に行うための「前捌き」（岡 2016：2）ともいべきプロセスが「一般相談支援事業」から抜け落ちたことで、社会的入院解消の取り組みが後退するのみならず、社会的入院者の潜在化が懸念される。それゆえに導入時の「前裁き」が重要となるが、報酬の裏づけがなく、その役割を誰が担うのか、曖昧にされたままである。

図5-3 一般相談支援事業(地域移行支援・地域定着支援)の主な流れ



厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課(2010b)を参考に筆者作成

5-4 実績

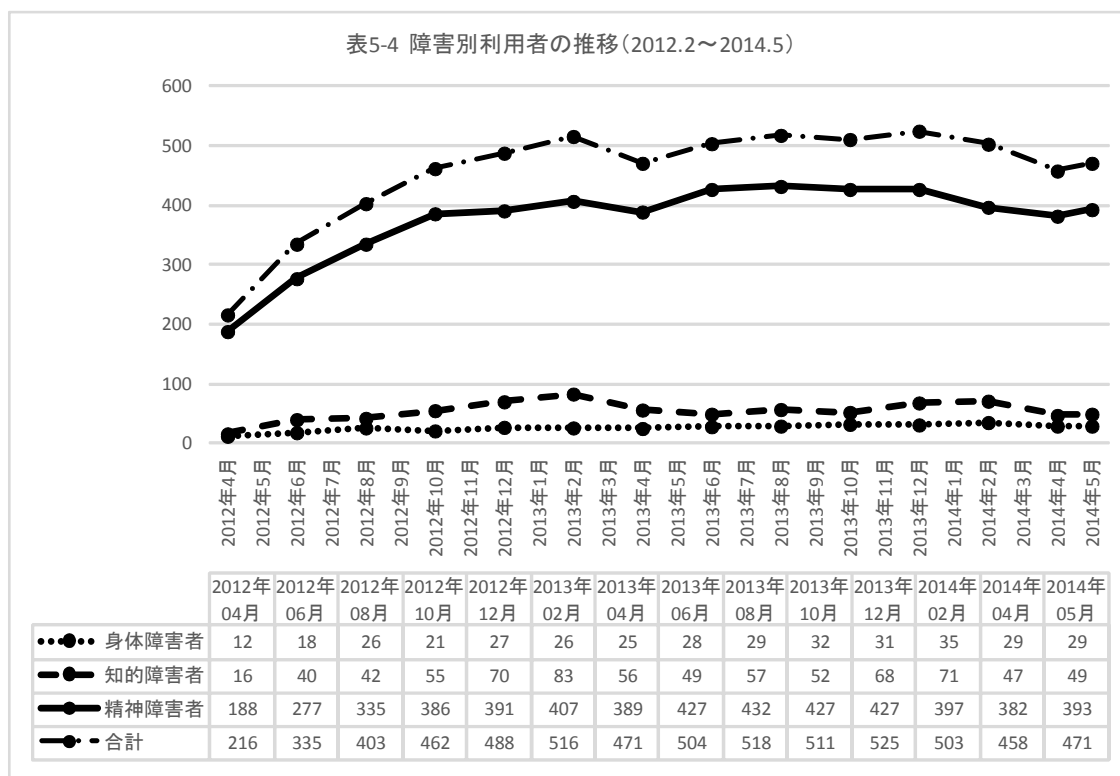
ここでこれまでの退院支援の大まかな実績を確認したい。まず、予算事業だった 2003 年度から 2009 年度までの退院支援の実績は、表 5-3 のとおりである。

表5-3 退院支援の実績

年度	実施自治体数	事業対象者数(人)	退院者数(人)
2003年度	16(含指定都市1)	226	72
2004年度	28(含指定都市3)	478	149
2005年度	29(含指定都市5)	612	258
2006年度	26都道府県	786	261
2007年度	42都道府県	1,508	544
2008年度	45都道府県	2,021	745
2009年度	47都道府県	2,272	790

厚生労働省(2010a)を参考に筆者作成

これに対して個別給付になった 2012 年度以降、「一般相談支援事業」による「地域移行支援」サービスを利用している対象者の推移は、表 5-4 のとおりである。



鈴木智敦(2014)を参考に筆者作成

予算事業時代と個別給付になった 2012 年以降の数字を見ても、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた 7 万 2,000 人の数字には程遠く、達成の見込みはない。双方の実績を

単純に比較することはできないが、対象者の数は個別給付化以降、確実に減少していると思われる。しかも、表 5-4 の数字はあくまで支援が継続中のものであり、退院には至っていない。各月に示されている数字も「新規」の対象者ではなく、月を跨ってカウントされている対象者も含んでいると考えられる。そのため対象者の実数は不明である。

2015 年 10 月現在、国民健康保険団体連合会が行う自立支援給付費等の実績によると、計画相談支援については、6,559 ヶ所の相談支援事業所が稼働し、10 万 3,804 人が利用しているのに対して、地域移行支援はわずか 272 ヶ所、身体障害、知的障害、障害児および難病も含めて 475 人が利用しているにすぎない（厚生労働省 2016c）。表 5-4 の数字から、他障害等と比較して精神障害者の利用が圧倒的に多いことは把握できるが、2003 年の『新障害者プラン』で掲げられた 7 万 2,000 人という数字に対してあまりも少なく、「一般相談支援事業」が効果的に実施されているかどうかを読み取ることはできない。

他方、精神科病院の動向を見てみると、2014 年度の診療報酬改定において精神科地域移行実施加算（地域移行を推進する部門を設置し、専従の精神保健福祉士を配置・入院期間が 5 年を超える患者のうち直近の 1 年間で 5%以上減少させた実績がある場合、1 日につき 20 点を 1 年間加算）、精神科退院前訪問指導料（原則、入院中 3 回のみ 380 点）、精神科退院指導料（入院中 1 回のみ 320 点）、精神科訪問看護指導料（最大 675 点）の保険診療点数が引き上げられている。また、2016 年度の診療報酬改定で、1 年以上入院している患者や入院が 1 年以上に及ぶ可能性のある患者に対し、退院後の生活に必要な訓練や支援を集中的に実施し、地域生活を図る病棟として地域移行機能強化病棟入院料（1 日につき 1,527 点）が新設されている。

さらに、2011 年度予算で創設した精神障害者アウトリーチ推進事業（訪問診療）やモデル事業として行われている ACT（Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム）の本格実施に向けた検討などに加えて、抗精神薬の開発や救急・急性期治療体制の整備による入院期間の短期化が進む中、手続きが煩雑で使い勝手がいいとはいえない「一般相談支援事業」を、あえて精神科病院が利用するメリットは見えにくくなりつつある（萩原 2014）。

第 6 節 小括

退院支援は、「大阪府民の精神医療保健福祉への信頼を再び回復するという消極的なところから考えられた」（岡田清 2008：412）とする証言もあるが、実際には本章で述べたとおり大阪府の鳴り物入りで始まり、行政が医療現場での個別支援に直接関与する画期的な事業となった。また、社会的入院の解消というミッションに対する大阪府の姿勢には、並々ならぬものがあった¹¹¹。

これまで独自にそれぞれの機関が精神障害者の社会参加や自立支援に向けて努力してきましたが、関係機関・団体が地域全体を見渡しながら、連携して事業を進める連帯感が育ちつつあるようです。[・・・] 社会資源の整備だけでは解決できなかった人と資源をつなぐサービスの手法を、この事業を通して確立できればと考えています。／しかし、社会的入院の方々の個別的事情や背景はそれなりに複雑困難なものがあり、簡単明快に退院が実現できるものではありません。[・・・] ／財政状況の厳しい大阪府ですが、大阪から全国に発信できる活動をつくりあげたいと思っています。

(大阪府精神保健福祉課保健福祉グループ 2000 : 46-47)

大阪府の取り組みは、いくつかの条件や制約がありながらも、経験と力量のある団体等に委託し、集中的に支援を行うことで一定の成果が出ることを証明した。厚生労働省は、大阪府の働きかけと成果を受けて「退院促進事業」を国事業化したが、結果的にそのことが退院支援を後退させるきっかけになった。さらに「一般相談支援事業」として個別給付化されたことで急速に衰える。以上の経過から、その背景と要因に次の三点が考えられる。

第一に、国および地方自治体とも社会的入院の解消に必ずしも積極的だったとはいえ、大阪府が持っていた危機感や問題の認識とのあいだに著しい温度差があったと考えられる。

退院支援は、もともと法律に規定された事業ではなく、実施要綱に基づいて予算化（補助事業化）された事業であった（木村 2011）。その後、障害者自立支援法第 77 条で、退院支援を含む地域生活支援事業（第 2 章参照）を市町村で行うものと定めたが、同法第 78 条では、そのうち「特に専門性の高い相談支援事業その他の広域的な対応が必要な事業」については都道府県で行うと定めている。つまり国事業でありながらも地方分権の観点から、地方が自主的に取り組む事業に位置づけた。

そのため厚生労働省は、事業実施に関わる要綱を示しながらも、具体的な手順を示したガイドラインはなく、都道府県等によって実施要綱の内容は様々である（古屋 2010）。年間事業予算額、実施形態（都道府県等の直轄・直轄の場合の運営主体・委託実施・委託実施の場合の委託機関など）、事業の利用率、退院実績なども実にまちまちであり¹¹²、おおよそ同一の事業とは言い難い（古屋 2015）。精神科病院による通常の働きかけで退院に至ったケースも相当数存在すると考えられる一方で、2003 年度以降の国事業を利用して退院した人たちの累計は、2010 年度までにわずか 3,199 人に留まっており（中越 2016b）、社会的入院の解消にはほど遠く、その成果はきわめて乏しい。

第二に、退院支援の報酬単価は、必要とされる労力や社会的責任の重さなどとバランスを欠いた状態にあり、採算性が考慮されていないことである。

退院支援は対象者への直接的な支援だけでなく、医療・保健・福祉を中心とした隣接領域の職種による連携や家族等との連絡調整などが必須であり、これらを一体的にマネジメントすることで初めて支援が成立する性質を持っている（萩原 2014）。そのため通常の支

援より労力が必要とされるが、採算が取れないことを理由に消極的な相談支援事業所も少なくない。そのため支援者側の経営的な問題が退院支援を停滞させている要因の一つになっている。しかし、労力と採算に見合った事業を選択し、採算性の乏しいものに手を出さないのは、経営判断として妥当であり、問題視されることではない。

それは精神科病院にとっても同様である。退院支援を積極的に受け入れても直接収入にはならず、スタッフの賃金が保障されるわけではない。また、公的な後方支援体制もなく、どの程度の力量か分からない支援者を外部から受け入れることへの抵抗感は尤もである。しかも契約制度である以上、責任は国や自治体ではなく相談支援事業所にある。外出時に事故などのリスクを伴う可能性や、煩雑になりやすい院内の連絡調整などデメリットの多い支援よりも、自前で支援を行うほうがはるかにスムーズであり、経済的メリットも高い（萩原 2014）。退院支援に頼らなくても従来から当たり前のこととして、退院への取り組みを促進してきたとする精神科病院もあるだろう（日本精神保健福祉士協会 2007b）。

このように退院支援は、相談支援事業所と精神科病院の経営的な問題と直結している。また、財源の問題は退院阻害要因と表裏をなす事項であり、大阪府が試行的事業を創設して以来、常に財政事情に左右されてきたことも看過してはならない。

第三に、これまで大阪府（行政）と復帰協（民間）が一体的に行ってきた支援を「かたち」だけ受け継いで個別給付事業化したことである。

病院への外部からのアプローチ、すなわちアウトリーチ活動やピアサポーターを生かした活動は、主体性の獲得や意欲喚起、自己肯定感の向上に効果があることが明らかにされている（中越 2016b）。大阪府の試行的事業から始まった行政主導による退院支援は 12 年で終わったが、大阪府の取り組みが社会的入院解消に有効な方法として確立された。その一方で、行政による後方支援体制と多くのマンパワー、そして多額の費用を必要とした。そのため退院支援は、社会的入院の解消に向けて高いモチベーションを持った支援者たちが一体となって行った、いわば特異な支援方法であり、行政・医療・福祉など関係者の熱意に支えられた事業でもあった¹¹³。しかし、報酬体系や行政の役割が大幅に変わり、さまざまなバックボーンを持った支援者が参入するようになった現在も、大阪府が退院支援に取り組み始めた当時の支援方法を基本としている。

退院支援はケアマネジメントと同様にフォーマットが完成した支援方法であり、特別な経験やノウハウを持たない相談支援事業所や市町村であっても一程度の研修を受講さえすれば使いこなすことのできる「ツール」とみなされていたふしがある。ただし、実際には本章で述べたとおりの状況にある。本来、退院支援は医療費抑制の観点から積極的に推奨されるべきだが¹¹⁴、支援の効率性やパッケージ化も追求されておらず、その効果はあがっていない。事実、個別給付事業の中でも利用状況はかなり低い（厚生労働省 2013b）。

退院支援のミッションは社会的入院の解消である。しかし、こうした問題を抱えた状態で社会的入院の解消が進むはずがなく、むしろ退院の成果が出ないよう個別給付化したの

ではないかとさえ思える。国が「一般相談支援事業」に期待を寄せていないのは、報酬単価を始めあらゆる数字から明らかである。仮に、財源や支援者の力量など様々な問題が解決されたとしても、強い政治的な力が働かない限り、社会的入院が解消することはないだろう。事実、退院支援が後退している実態を受けて、大阪府は積極的な支援に踏み切れない理由を次のように述べている。

病院等の地域偏在により、退院退所後の生活を支える福祉コストが病院等所在市町村に負荷がかかる可能性が高く、市町村として地域移行に躊躇せざるを得ない事態についての懸念がある。ついては、市町村の努力では対応困難な負担の増大について、財政調整をする仕組みを創設すべき

(大阪府福祉部障がい福祉室 2014 : 10)

つまり社会的入院者が退院することは、医療保険で賄われていた部分を市町村が負担することを意味する。社会的入院の解消に反対ではないが、財政的には「困る」のが率直なところであり、生活保護や財務当局など行政の担当部局によっては、退院支援に極力関わりを持ちたくないのが本音であろう。国レベルでも厚生労働省と財務省とのあいだで、あるいは厚生労働省の内部でも同様のせめぎ合いが行われたであろうことは容易に推測でき、どの地方自治体にも共通した問題と思われる。すなわち退院支援は「誰もその実施を望まない事業」(日本精神保健福祉士協会 2007b : 121) といえる。

今日、社会的入院の解消に向けた仕組みが作られたが、行政は支給決定以外に関与することはほとんどない。「自立支援促進会議」のような行政主導のバックアップ体制もなく、大阪府が行ってきた支援は、さまざまな思惑で捻じ曲げられ著しく後退している。唯一、病院と対象者のあいだに第三者(相談支援事業所)が介入するシステムだけは残されている。そのことで連絡調整等は煩雑になりやすいが、退院後の生活を考えた場合、入院中に地域の支援者がかかわっておくメリットはきわめて大きい。しかしながら、なぜ行政や医療機関ではなく一民間事業所を社会的入院解消の中核に据えるのか。なかには市町村等から指定を受けただけで退院支援のノウハウはおろか、社会的入院の実態をほとんど知らない事業所も少なくない。しかも、対象者との「契約」を基本とし、そこに行政や医療機関は原則、介入しない仕組みになっている。

退院支援は本来、国の責任において取り組むべき課題である。「契約」に基づく個別給付事業(=「一般相談支援事業」)による退院支援は、国の責任の歪曲化であり、欺瞞性の程度が高い仕組みと言わざるを得ない。したがって支援者は現在の仕組みを安易に受け入れてはならない。少なくとも「一般相談支援事業」はまったくといっていいほど機能していない。この事実をまず認識する必要がある。

第6章

相談支援体制の再編—大阪市の場合—

第1節 はじめに

本章では、2012年度の相談支援体制の再編をめぐる議論を追いつつ、市町村でどのように再編が進められたのかについて解明する。そのために国の意向に沿って全国でもいち早く相談支援体制の再編を行った大阪市を例に、地方自治体における再編の経過を明らかにすることを目的とする。

大阪市の「相談支援事業」は、身体障害は重度障害者の自立生活運動に取り組んだ大阪青い芝の会の流れをくみ、精神障害は地域住民による施設コンフリクトを経て開設に至るなど、当事者および支援者の実践等を基に形成された特徴がある。しかしながら、2012年度に行われた再編は行政のトップダウンで進められ、再編後も課題を残すことになった。その実態が報告される機会はほとんどなく、制度改革が地方自治体にどのような影響を及ぼしたのか、政策動向への検証が必要と考える。

「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援センター（以下、地域生活支援センター）」は、2006年の障害者自立支援法施行により、地方交付税を財源とする「委託相談支援事業」および「地域活動支援センターⅠ型」に再編され、市町村が実施主体となった。その結果、財政基盤の弱い市町村は委託料の削減、人員配置の見直しに伴う労働力の低下、あるいは事業そのものの廃止を表明するなど地域間格差が生じるようになった。その後、2011年2月22日の障害保健福祉関係主管課長会議において相談支援の「強化」「充実」を目的に、介護保険制度におけるケアマネジメントにあたるサービス等利用計画の対象者拡大、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、三障害の相談支援に関する業務を総合的に行う「基幹相談支援センター」の設置などが示された（厚生労働省 2011a）。

そして2012年度より障害種別を問わない相談窓口の一元化が実現する。しかし、三障害ワンストップには、相談窓口の明確化、専門分野を超えた総合的対応、行政窓口との連携の取りやすさなどのメリットがある一方で、一定の経験等を持つ人材の確保、業務の集中、対象圏域の広さ、予算の増額、身近な相談窓口の廃止など多くのデメリットがあげられる（三菱総合研究所 2010；長野県相談支援専門員協会 2014）。

このような再編が、数年のあいだに相次いで行われる中、「相談支援事業」の一部を従来どおり障害種別ごとに実施している市町村も少なくない。精神障害（者）の場合、電話や面接だけで相談支援が終わることはなく、家族や近隣への対応、病院や自宅への訪問、ヘルパーでは対応できない場合には掃除・洗濯・買い物の代行など制度や支援のすき間を埋める生活行為の代行が伴うことが多い。また、精神症状／障害が不安定な場合、強弱をつ

けた支援が必要となり、その加減は一定ではない。そのため支援に係る労力ならびにコストの可視化は困難であり、関係者間でも理解が得られにくい性質を持ち合わせている¹¹⁵。

こうした事情から、地域活動支援センター I 型を精神障害者への支援に特化させている市町村もある。結果として、市町村ごとに異なる相談支援体制が構築されたが、障害種別を問わない全国一律のサービス提供を目的とする障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）の基本理念と矛盾し、制度と実態が一致しない状況にある。これらの混乱をもたらした要因の一つに、地方自治体の裁量を基本としながらも地域間格差や制度間の矛盾がある中、相談支援の再編が繰り返し行われた点にあると考えられる。しかしながら、度重なる制度改革が招いた結果や山積した課題が議論の俎上に乗ることはなく、再編の経過について検証さえもなされていない。

大阪市も同様に、相談支援体制の再編に係る詳細な文書を公表していない。そのためこの間の経過を確認できる文書は、大阪市の政策文書、関係する会議の出席者による記録および関係団体の各種議事録に限られている。ただし、これらは公開できるものであることから本章では一次資料として分析する方法を用いる¹¹⁶。なお、地域活動支援センター I 型の呼称は市町村によって異なるため、「地域活動支援センター I 型」で統一する。ただし、大阪市の各種資料に限り「地域活動支援センター（生活支援型）」と表記する。

第 2 節 地方自治体における相談支援体制

地方自治体や特定の地域での取り組みに関する文献は多数あり、近年とくに増えている。しかし、いずれもマンパワー不足、制度周知の不十分さなど共通した問題をかかえながらも、それらの要因への言及や分析はなされず、人材育成・人材確保（平岡 2013；玉木 2014；東美奈子 2015）、体制整備（平岡 2013；大久保 2014；橋詰 2015）、事務作業の効率化（武 2013）などの提言や実践報告にとどまっている。

地方自治体による相談支援体制について調査・検証を行ったものに、瀧誠・山口みほ・渥美浩子ほか（2008）、東京都社会福祉協議会（2008a）、木全・高山・長谷川（2009a）（2009b）、三菱総合研究所（2010）、長野県相談支援専門員協会（2014）、大阪府障がい者自立支援協議会ケアマネジメント推進部会（2014）、鈴木隆（2015）、隅河内司（2015）、隅河内司・小林麻衣子（2015）などがあり、市町村によって実施内容などにばらつきがあることが示されている。「委託相談支援事業」の整備状況については、市町村の直営、社会福祉法人や NPO 法人等の指定相談支援事業所への委託、直営と委託の両方の実施などに分類されている。役割分担は、①「身体障害・知的障害中心」と「精神障害中心」、②三障害に対応、③三障害対応の基幹的なセンターをエリアごとに複数設置などに分類され、人口規模や地域性に関係なく、①のパターンが多い（東京都社会福祉協議会 2008a；木全・高山・長谷川 2009a；大阪府障がい者自立支援協議会ケアマネジメント推進部会 2014）。

地方自治体が独自の相談支援体制を持つことになった理由として木全・高山・長谷川（2009a）は、これまでの相談支援体制による積み重ねの歴史、相談支援事業所ごとの意識や重要性の認識の違い、自治体担当者の相談支援に対する認識をあげている¹¹⁷。また、松山郁夫・大石浩（2007）の調査によれば、回答した26市町村が障害者自立支援法全面施行直前の2006年9月の時点で、相談支援の業務を8割程度しか理解していなかったことが明らかになっている。そのうえで大石浩・松山郁夫（2007）は、直接援助に関しては障害特性を理解していないと市町村業務の範疇では難しく、そのため相談支援の具体的なイメージとして法律相談、福祉サービス相談、各種手続き等と捉える市町村職員と、生活相談、就労、療育も含めた総合的相談を扱うものと捉える相談支援事業者との間に意識の差があることから、外部への委託あるいは他の相談機関との広域での連携の必要性を指摘している。また、長野県相談支援専門員協会（2014）の調査では、たとえば、基幹相談支援センターに関しては行政主導による安易な設置・委託では中核的役割としての機能が十分に果たせていない割合が高く、業務内容のイメージが具体化されていない、イメージはできても具体的に実施されていないと認識している割合も高いことが明らかにされている。

つづいて精神障害（者）の場合を見てみよう。地域活動支援センターI型への移行や相談支援体制が大幅に再編された2012年以降の状況は、ほとんど検証されていない。全国精神障害者地域生活支援協議会（2009）の調査では、事業費の縮小傾向、アウトリーチやフリースペース機能などのサービス低下、職員配置基準の縮小、業務量の増加、地域間格差などの課題が、ほぼ全国的に生じていることが明らかにされ、林芳博（2007）、栄セツコ（2008）、郡山昌明・志水田鶴子・広庭裕ほか（2009）、東貴宏・小泉宏和（2010）、小泉宏和・東貴宏（2010）、東貴宏（2011）も同様の指摘をしている。

ただし、三障害ワンストップについては「自治体から対象者を三障害へ拡大を求められた」「精神障害者に限定するよう求められた」など市町村ごとのばらつきが自由記述の中で出されていた以外、他の先行研究でもほとんど取り上げられていない。むしろ、これまで一体で運営されてきた「居場所」¹¹⁸と「相談支援」の機能が分離されたことを問題視し、精神障害の特性やニーズに合っていない（栄 2008；郡山・志水・広庭ほか 2009；東・小泉 2010）とする指摘がなされている。

こうした状況を反映してか、「居場所」と「相談支援」の一体的な運営展開と、「それぞれ独立した事業としての発展を求める機能分離の両論が拮抗しており」（全国精神障害者地域生活支援協議会 2009：139）、どちらか一方を強化すればもう一方の実践が低下する可能性があることが確認されている（東・小泉 2010）。そのことと関連して、市町村が新たに作成した要綱などによって従来の特性が左右される（東貴宏 2010）、事業への評価が相談件数に基づいて行われる（下方 2009）といった指摘もなされ、1990年代に見られた精神障害者社会復帰施設（以下、社会復帰施設）などハード面の整備を積極的に推進してきた動きとは反対に、「支出」を抑制する動きへ変化していることが読み取れる。

制度移行による地方自治体への影響については、林（2007）は地域生活支援センターが日中を過ごす場と、相談支援という異なる機能を併せ持つ施設であったことから、市町村が行う「相談支援事業」との関係を整理するうえで混乱があったと指摘している。移行先に想定された地域活動支援センターに関しても、当初国が示したⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型という類型はたんなる例示とされたことで、早い段階から準備を進めてきた市町村や事業者から戸惑いの声が寄せられたと証言している¹¹⁹。

以上の先行研究から、現在のシステムが「必ずしも市町村障害者福祉事業の充実につながるものとはなっていない」（隅河内 2015：13）ことが示唆されるが、地方自治体において相談支援体制がどのように構築され、再編がなされたのか、とりわけ三障害ワンストップ体制が敷かれる過程や地方自治体特有の問題点について十分には明らかにされていない。

第3節 再編の経過

3-1 地域活動支援センターⅠ型への再編

2006年の障害者自立支援法施行により障害福祉サービスは市町村に実施主体が一元化され、義務的経費を財源とする「自立支援給付」（個別給付）と、地方交付税などの裁量的経費を財源とする「地域生活支援事業」へと見直しが行われた。地域生活支援事業は、「都道府県地域生活支援事業」と「市町村地域生活支援事業」に大別され、「本事業は地方分権の観点から各自治体が自主的に取り組むこととし、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態により、効率的・効果的な実施が可能となっているので、積極的な実施をお願いする」（厚生労働省 2006a：1）とされている（第1章図 1-5 参照）。

『地域生活支援事業実施要綱』（巻末資料 6-1 参照）では「市町村地域生活支援事業」に「ア 相談支援事業」「イ コミュニケーション支援事業」「ウ 日常生活用具給付等事業」「エ 移動支援事業」「オ 地域活動支援センター機能強化事業」「カ その他の事業」以上の事業を市町村の必須事業に位置づけている¹²⁰。「ア 相談支援事業」には、市町村の直営または委託にて実施する別添1『障害者相談支援事業』（巻末資料 6-3 参照）を位置づけ、その後、2012年度より「基幹相談支援センター」が加えられている。

これにより相談支援体制は、障害種別を超えて市町村に一元化された。「市町村障害者生活支援事業」（身体障害）と「障害児（者）地域療育等支援事業」（知的障害）は、別記1『相談支援事業』（＝「ア 相談支援事業」）（巻末資料 6-2 参照）の別添1『障害者相談支援事業』（巻末資料 6-3 参照）に再編となった。しかし、精神障害については、市町村によっては十分対応できないことが想定され、厚生労働省は都道府県に対して次の点について推進するよう働きかけを行った。

- ・市町村が実施する地域生活支援事業の中で、市町村相談支援機能強化事業によって精神保健福祉士などの精神障害分野に通じた人材を確保すること、
 - ・現行の精神障害者地域生活支援センターは、主として相談支援事業や地域活動支援センター等への移行を想定して平成 18 年 10 月から新事業体系へ移行（経過措置対象外）することとしているが、この地域生活支援センターに対し精神障害者に係る相談支援事業を委託し、その機能を活用すること、
 - ・これらの取組みについて、必要に応じて、障害保健福祉圏域単位など広域での市町村共同実施に向けた調整を行うこと、
- など、管内市町村に対する働きかけや広域調整、さらには技術的支援等について、格別のご協力をお願いしたい。

（厚生労働省 2006a : 140）

そのため多くの地方自治体は、地域生活支援センターの移行先として「地域活動支援センター」を想定することになり、市町村ごとに実施要綱が作成された。

地域活動支援センターは、創作的活動や生産活動などの実施、社会との交流を促進する事業など従来の「居場所」にあたる機能を「基礎的事業」と位置づけ、地方交付税による委託料 600 万円が設定された。さらに別記 5『地域活動支援センター機能強化事業』（＝「オ地域活動支援センター機能強化事業」）（巻末資料 6-5 参照）も行う場合は実施する内容等によって事業形態をⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型に分け、国庫補助加算としてⅠ型 600 万円、Ⅱ型 300 万円、Ⅲ型 150 万円が算定され、負担率を国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4 以内と定めた。とりわけⅠ型は、精神保健福祉士等の専門職員を配置するほか、「相談支援事業」を併せて実施することを必須条件とした。したがって地域活動支援センターⅠ型は基礎的事業に 600 万円、要綱上「相談支援事業を併せて実施又は委託を受けていることを要件とする」と規定されている地域活動支援センター機能強化事業に 600 万円、計 1,200 万円が計上される 2 階建て構造の事業となった（第 1 章図 1-7 参照）。しかし、市町村の裁量による事業に位置づけられたため、たとえば財源不足になった場合、義務的経費のように補正予算が組まれることはなく、むしろ削減の対象になりやすい弊害が伴うことになった。

こうして 2006 年の再編で「相談支援事業」は、市町村の直営あるいは社会福祉法人等への委託による実施が決定した。同時に、ケアマネジメントを障害福祉分野で制度化した「指定相談支援事業」（個別給付）も新たに導入され、市町村ごとに異なった相談支援体制を構築していくことになった（第 4 章参照）。

3-2 三障害ワンストップ体制への再編

障害者自立支援法は、施行 3 年を目途に必要な措置を講ずるとされていた。そのことか

ら厚生労働省は、第40回社会保障審議会障害者部会（2008年10月8日）での検討を踏まえ、2008年12月に報告書『障害者自立支援法施行後3年の見直しについて』を取りまとめた。相談支援に関しては、地域における相談支援体制の整備を図るとともに、人材確保と質の向上を図っていくために拠点となる機関を設置するなど、総合的な相談支援体制を充実させていくことが打ち出された。

その後、2011年1月25日の第11回障がい者制度改革推進会議総合福祉部会（以下、総合福祉部会）では、①市町村格差、②基本的な相談支援体制の不備、③限定的な支援、④谷間の障害への未対応、⑤横断的な対応への不備、⑥障害特性に応じた専門相談体制の不備、⑦他職種・機関との連携調整体制の不備、⑧人材の不足、などの問題点が提示された（障がい者制度改革推進会議総合福祉部会 2011a）。これらを踏まえ、身近な地域での障害種別や課題別によらないワンストップの相談支援の充実と、一定地域における総合的な相談支援体制の拡充、広域の従来からある専門相談支援機関とのネットワークやサポート体制の構築をめざす「重層的相談支援体制」が提案された（障がい者制度改革推進会議総合福祉部会 2011b）。

この間の検討事項の最終的な取りまとめとして第18回総合福祉部会（2011年8月30日）にて『障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言』を発表した。相談支援については「全くこれまでなかったものを新たに作り出すというよりも、多くは現状として存在する相談事業の課題を整理したうえで、より機能的に、より本人を中心に相談事業が運用されるよう、基本理念を確認したうえで、その在り方を提言したものである」（障がい者制度改革推進会議総合福祉部会 2011c：56）とし、人口規模、専門的相談、障害特性などに応じた抜本的な見直しが示された。

具体的には、人口3～5万人に1ヶ所を基準とする「地域相談支援センター」、15万人～30万人の圏域を単位とし、複雑な相談事例への対応、スーパービジョンなどを目的とする「総合相談支援センター」、都道府県単位で設置し、障害特性に応じた専門相談を担う「特定専門相談支援センター」を提案した。財源および報酬は出来高払いではなく国庫補助事業とし、人件費相当の義務的経費によるべきだとした。しかし、「市町村やサービス事業所から独立性を担保されるべきであるから、都道府県が指定することを基本とする」（障がい者制度改革推進会議総合福祉部会 2011c：60-61）とトーンダウンし、第19回総合福祉部会（2012年2月8日）で厚生労働省が示した案は、相談支援の中核的な役割を担う機関として「基幹相談支援センター」の設置にとどまり、総合福祉部会の提言は否定される¹²¹。

そして障害者自立支援法の改正法が、2010年12月3日成立、同12月10日公布される。翌2011年6月30日の障害保健福祉関係主管課長会議で、2012年度から障害者ケアマネジメントの本格導入などと同時に、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として市町村に「基幹相談支援センター」の設置が示される。設置主体は、市町村または市町村が委託する相談支援事業者等とし「市町村地域生活支援事業」に位置づけられた。財源は、

地方交付税としながらも専門的職員の配置等に係る事業費については国庫補助とした（巻末資料 6-4 参照）。

さらに 10 月 31 日の同会議で、2012 年度から障害福祉サービスの新規利用者はサービス等利用計画の作成を必須とされ、障害分野へもケアマネジメントの本格的な導入が決定した（第 4 章参照）。このことで相談支援の業務にサービスの提供目的や期待される効果を明示すること、サービスの給付管理と調整が位置づけられ、「基幹相談支援センター」にはこれらの後方支援の役割が求められた。こうして 2012 年度からの三障害ワンストップ体制の整備に向けて、相談支援体制のさらなる再編が全国の地方自治体で行われることになる。

3-3 地方自治体の例

つづいて地方自治体での相談支援体制を確認する。今回、都道府県から権限移譲などにより、市の実情が政策に反映されやすい政令指定都市（20 市）を対象に郵送調査を実施した。具体的には、各障害者相談支援担当に調査票（1 部）を郵送し、記入後、返送してもらう方法を採用した。調査項目は「委託相談支援事業」「地域活動支援センター I 型」「基幹相談支援センター」の設置数、予算、主たる障害、受託方法とし、必要に応じて補足事項の回答を依頼した。調査期間は 2015 年 6 月 1 日～26 日で、電子メールによる返送も含め 13 市から回答が得られた（表 6-1・6-2・6-3 参照）。

①京都市

2013 年度に「地域活動支援センター I 型」（5 ヶ所）を廃止、「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」と共に「委託相談支援事業」（15 ヶ所）に再編し、名称を「障害者地域生活支援センター」に統一している。ただし、従来の 5 ヶ所については、「居場所」の機能を付置させることで実質的には精神障害に特化した運営を維持している。整備状況は市内を 5 つの福祉圏域（北部：北区・左京区、中部：上京区・中京区・下京区・南区、東部：東山区・山科区・醍醐支所、西部：左京区・西京区、南部：伏見区）に分け、1 つの圏域に専門別に 3 ヶ所ずつ（身体障害・知的障害 2 ヶ所、精神障害 1 ヶ所。うち 1 ヶ所が基幹相談支援センター※設置経費は約 2,900 万円）とし、圏域で三障害ワンストップ体制を敷いている。

②名古屋市

2014 年度より障害種別ごとの「障害者地域生活支援センター」（身体障害・知的障害：各区 1 ヶ所（南区のみ 2 ヶ所）・精神障害：2 区 1 ヶ所・計 25 ヶ所）を「基幹相談支援センター」（三障害：各区 1 ヶ所・計 16 ヶ所）にプロポーザル公募制により再編している（委託期間は 5 年間）。しかし、精神障害についてはこれまで地域生活支援センターが実施して

きた経緯を踏まえ、「地域活動支援センター I 型」の併設が望ましいとしている（名古屋市 2013）。そのため A 法人（身体障害・知的障害）と B 法人（精神障害）がコンソーシアム（共同運営）で「基幹相談支援センター」を設置した場合、「地域活動支援センター I 型」を B 法人（精神）で運営することが可能としている。整備状況は市内 16 区に 1 ヶ所ずつ整備し、うち 11 区に地域活動支援センター I 型を併設（2015 年現在）としているが、8 区にサテライトが設置されているため、実際には 24 ヶ所が整備されている。

③川崎市

1996 年に「市町村障害者生活支援事業」（1 ヶ所）と「障害児（者）地域療育等支援事業」（4 ヶ所）を設置し、その後もモデル事業等により事業所を順次開設、2002 年に第一号の「地域生活支援センター」（精神障害）を 1 ヶ所設置した。2003 年に支援費制度の導入を受けて、これらの事業所の名称を「障害者生活支援センター」に統一し、併せて市内すべての障害者施設やデイサービス施設等に「相談支援事業」の実施・併設を求め、「障害者が身近な場所で身近な人に相談できる」仕組みを整えた。その後、2006 年施行の障害者自立支援法に対応するため、「障害者生活支援センター」を①相談支援の統括や複雑な生活課題等への対応を行う「基幹型」、②総合相談や認定調査を実施する「地域型」、③施設の地域支援機能を活かした相談を行う「施設型」の 3 類型に再編した。さらに 2009 年から「施設型」を「地域型」に移行し、「基幹型」と「地域型」の 2 類型へ再編となった。しかし、各区によって「基幹型」（川崎区 2・幸区 1・中原区 2・高津区 2・宮前区 2・多摩区 1・麻生区 2）と「地域型」（川崎区 3・幸区 3・中原区 2・高津区 4・宮前区 2・多摩区 6・麻生区 2）の整備状況にばらつきがあったため、2013 年度より「障害者相談支援センター」に再編、各区に 4 ヶ所、全市で 28 ヶ所（基幹相談支援センターが各区に 1 ヶ所で計 7 ヶ所・地域相談支援センターは各区に 3 ヶ所で計 21 ヶ所・1 ヶ所に 9 名配置で計 63 名配置）へと見直しが行われた。このように 2006 年以降、約 3 年ごとに再編が繰り返されている。

④堺市

2001 年に「市町村障害者生活支援事業」、2002 年から「障害児（者）地域療育等支援事業」を順次設置した。地域生活支援センターは、2001 年以降 6 ヶ所整備が進められ、2006 年に政令指定都市への移行に伴い大阪府から委譲となった。2010 年よりこれらの三事業を「障害児（者）相談支援事業／障害児（者）生活支援センター」に名称を統一するとともに、2012 年度に大幅な再編を行う意向を示し、同年 12 月、翌 2011 年 1 月に具体的な内容として以下の三点が示された。①2012 年度より官民の専門相談機関を集約させた堺市立健康福祉プラザ（以下、プラザ）の開設に合わせて、障害種別ごとの相談支援事業（17 ヶ所）を再編し、プラザに「障害者総合情報センター」1 ヶ所、各区役所（堺区・西区・中区・南区・北区・東区・美原区）に「基幹相談支援センター」7 ヶ所を設置、②従来の 17 ヶ所か

ら「委託相談支援事業」の委託費を削減し、相談員は各法人に所属したまま休職扱いとして「障害者総合情報センター」と「基幹相談支援センター」に出向（17ヶ所から1名ずつ・3年の期限つき）、③堺市の出資によるNPO法人を設立し、「障害者総合情報センター」と「基幹相談支援センター」を委託することで三障害ワンストップによる一括運営を担う（※2012年度の委託料は1,847万7,000円）。再編を行う理由として、障害種別ごとに「相談支援事業」が分かれているため複合的な相談に対応できていないこと、相談員の力量によって相談件数に差があること、相談機能を区役所に集約することでワンストップの対応が可能になること、などとされ、予定どおり2012年度より再編となった。この間、地域生活支援センターは2006年度に「地域活動支援センターI型」へ事業移行となったが、2012年度の再編の際「委託相談支援事業」が削減され、「基礎的事業」のみに縮小されている。

表6-1 政令指定都市における委託相談支援事業

指定都市	設置数	主たる対象	予算	受託方法	備考
札幌市 (10区)	19	三障害	1,325万1,000円	選定委員会による総合点数方式での選定後、特命随意契約	・ピアサポーター配置加算 300万9,000円/1ヶ所 ・地域支援員配置加算 351万1,000円/1ヶ所
仙台市 (5区)	16	三障害	818万3,000円～ 2,849万2,000円	特命随意契約	・1ヶ所のみ地域活動支援センターI型とセット ・元々対象としていた障害種別、受託法人によって委託料が異なる
千葉市 (6区)	7	三障害6ヶ所 知的1ヶ所	1,200万円(6ヶ所) 518万2,800円(1ヶ所)	特命随意契約	
川崎市 (7区)	21	三障害	1,370万7,576円～ 1,574万7,576円	公募	
静岡市 (3区)	10	身体3ヶ所 知的4ヶ所(重心含む) 精神3ヶ所	1,199万5,714円 (身体・知的7ヶ所の平均)	特命随意契約	
浜松市 (7区)	15	三障害	907万4,692円(13ヶ所) 2,237万4,928円(1ヶ所)	・特命随意契約(14ヶ所) ・指定管理(1ヶ所)	・委託料の異なる1ヶ所については「モデル事業」として2法人合同で運営
名古屋市 (16区)	0	——	——	——	
京都市 (11区)	15	三障害	2,752万8,866円 (15ヶ所の平均)	特命随意契約	・設置年度によって委託料が異なる ・旧精神5ヶ所にサロン機能(こころのふれあい交流サロン運営委託事業)を付置
大阪市 (24区)	24	三障害	966万1,000円(6ヶ所) 1,297万円(11ヶ所) 1,634万6,000円(5ヶ所) 1,971万4,000円(2ヶ所)	公募	・人口規模によって委託料が異なる ・住宅入居等支援事業(実績払い) 5万円/1件
堺市 (7区)	0	——	——	——	
神戸市 (9区)	14	三障害	3,061万7,000円(9ヶ所) 1,825万7,000円(5ヶ所)	公募	・各区に1ヶ所+人口20万人超の区に小規模センター(5ヶ所)を設置
福岡市 (7区)	15	身体1ヶ所 知的7ヶ所 精神7ヶ所	1,187万2,320円 (15ヶ所の平均)	・特命随意契約 ・公募(知的のみ)	
熊本市 (5区)	8	三障害	1,281万8,000円～ 1,341万8,000円	公募による特命随意契約	・設置場所等によって委託料が異なる ・5ヶ所が地域活動支援センターI型とセット

表6-2 政令指定都市における地域活動支援センター I 型

指定都市	設置数	主たる対象	予算	受託方法	備考
札幌市 (10区)	5	三障害	928万9,000円	補助金交付	・相談支援併設型として補助。1ヶ所のみ指定管理者による運営(相談支援事業を含めて平成27年度予算は2,337万9,000円)
仙台市 (5区)	1	三障害	1,314万7,000円	特命随意契約	・委託相談支援事業とセット
千葉市 (6区)	6	三障害4ヶ所 知的1ヶ所 精神1ヶ所	1,300万円	特命随意契約	・委託相談支援事業とセット
川崎市 (7区)	7	精神	2,130万～2,335万円(補助金交付5ヶ所分)	・公募5ヶ所(補助金) ・公設公営1ヶ所(直営) ・公設民営1ヶ所(公募による指定管理)	・地域活動支援センター機能強化事業とセット(補助金5ヶ所のみ) ・平成28年度より公設直営(1ヶ所)が指定管理へ移行
静岡市 (3区)	3	精神	2,955万4,333円 (3ヶ所の平均)	・指定管理1ヶ所 ・特命随意契約2ヶ所	・委託相談支援事業とセット
浜松市 (7区)	4	精神	1,112万4,000円	特命随意契約	・委託相談支援事業とセット。委託相談支援事業を実施する事業所から委託
名古屋市 (16区)	11	精神	1,200万円	補助金交付	・基幹相談支援センターと併設
京都市 (11区)	0	———	———	———	・精神5ヶ所を平成25年度一杯で三障害対応型へ転換
大阪市 (24区)	9	精神	1,822万5,426円	特命随意契約	・地域活動支援センター機能強化事業とセット
堺市 (7区)	16	身体・知的6ヶ所 知的3ヶ所 精神7ヶ所	1,093万7,000円	公募	・日中活動の場に特化(基礎的事業のみ実施)
神戸市 (9区)	9	精神	1,200万円	公募	・日中活動の場に特化(基礎的事業のみ実施)
福岡市 (7区)	7	精神	1,769万7,000円	補助金交付	・委託相談支援事業と地域活動支援センター機能強化事業(600万円)がセット
熊本市 (5区)	8	三障害	980万円	補助金交付	・5ヶ所が委託相談支援事業とセット

表6-3 政令指定都市における基幹相談支援センター

指定都市	設置数	主たる対象	予算	受託方法	備考
札幌市 (10区)	1	三障害	1,966万2,000円		・選定委員会による総合点数方式での選定後、特命随意契約
仙台市 (5区)	0	————	————	————	・検討予定
千葉市 (6区)	0	————	————	————	
川崎市 (7区)	7	三障害	2,548万3,576～ 2,711万9,576円	公募	
静岡市 (3区)	1	三障害	2,340万9,000円	特命随意契約	
浜松市 (7区)	0	————	————	————	・2017年度末までに設置予定
名古屋市 (16区)	16	三障害	4,315万2,000円(標準区) +事務所経費	公募	・複数法人によるコンソーシアム方式で運営 ・委託相談支援事業も運営 ・うち8ヶ所がサテライト
京都市 (11区)	5	三障害	572万7,000円	特命随意契約	・委託相談支援事業とセット
大阪市 (24区)	1	三障害	3,556万0,000円	公募	・受託法人が委託相談支援事業(1ヶ所)も運営 ※2017年度で廃止・再編
堺市 (7区)	8	三障害	2,712万4,000～ 4,414万7,000円	公設のNPO法人との特命随意契約	・うち1ヶ所が総合相談支援センター
神戸市 (9区)	1	直接相談は行っていない	468万円	公募	・委託相談支援事業所のうち1ヶ所を公募により選定 ・主に相談支援事業所(委託、民間事業所)の後方支援、統括業務を実施
福岡市 (7区)	1	三障害	4,723万5,000円	公募	
熊本市 (5区)	0	————	————	————	・検討中

以上のように、2012年を境に三障害ワンストップを前提にした再編が進められ、さらなる整備状況の複雑化を確認できる。また、実態は必ずしも三障害ワンストップにはなっていない。

3-4 実施要綱での位置づけ

つづいて「地域生活支援事業」(第1章図1-5参照)の一つに規定されている「相談支援事業」が、実施要綱でどのように位置づけられているのか確認したい。

まず『地域生活支援事業実施要綱』(巻末資料6-1参照)で「市町村地域生活支援事業」の一つとして別記1『相談支援事業』(巻末資料6-2参照)が規定されている。事業の内容は、(1)市町村相談支援機能強化事業、(2)住宅入居等支援事業、(3)成年後見制度利用

支援事業、としている。

これとは別に、別添1『障害者相談支援事業』（巻末資料6-3参照）が規定されている。事業の内容は、(1) 福祉サービスの利用援助（情報提供、相談等）(2) 社会資源を活用するための支援（各種支援施策に関する助言・指導等）(3) 社会生活力を高めるための支援（4）ピアカウンセリング（5）権利の擁護のために必要な援助（6）専門機関の紹介等、一般的な相談に対応するとしている。

さらに、別記5『地域活動支援センター機能強化事業』（巻末資料6-5参照）が規定され、地域活動支援センターI型の場合、「専門職員（精神保健福祉士）を配置し、医療・福祉及び地域の社会基盤との連携強化のための調整、地域住民ボランティア育成、障害に対する理解促進を図るための普及啓発等の事業を実施する。なお、相談支援事業（下線筆者）を併せて実施又は委託を受けていることを要件とする」としている。

このように「地域生活支援事業」の中に複数の「相談支援事業」があることを確認できる。ただし、それぞれの「相談支援事業」が同一事業なのか、別事業なのか、明確に説明したものはない。とりわけ別記5『地域活動支援センター機能強化事業』で「事業形態の例」（厚生労働省2016d:19）とされている「相談支援事業（下線筆者）を併せて実施又は委託を受けていることを要件とする」が、別記1『相談支援事業』あるいは別途1『障害者相談支援事業』のどちらを指しているのか、実施要綱を読む限りでは判断できず、不明確な点が多い。

大阪市の地域活動支援センターI型は、『大阪市地域活動支援センター（生活支援型）運営実施要綱』（巻末資料6-6参照）第5条で主な事業として、(1) 地域活動支援事業（基礎的事業）、(2) 相談支援事業（下線筆者）、(3) 専門相談員による相談支援強化事業を規定している。(2) 相談支援事業については、(ア) 福祉サービスの利用援助に関する業務（イ）社会資源を活用するための支援に関する業務（ウ）社会生活力を高めるための支援に関する業務（エ）ピアカウンセリングに関する業務（オ）権利擁護のために必要な援助に関する業務（カ）専門機関の紹介に関する業務（キ）利用者の生活上の課題に応じ、関係機関との調整に関する業務、としている。その内容から、ここでいう相談支援事業は、別途1『障害者相談支援事業』を指していると思われるが、後述するように大阪市の解釈は、そのようになっていない。

「地域生活支援事業」は、市町村の裁量事業であることから制度およびその実施要綱の解釈、予算配分、運用は市町村に委ねられている。そのため既に述べているように市町村ごとに相談支援体制は異なる場合が多い。たとえば、地域活動支援センターI型の場合、「居場所」と「相談支援」を完全に切り離れた市町村がある一方で、従来どおり一体的に運営している市町村がある。また「事業形態の例」（厚生労働省2016d:19）という規定により、表6-1でも確認できたように「委託相談支援事業」と「機能強化事業」を同一の事業に読み替えている市町村もある。さらに予算編成と算出根拠となる委託先事業者の選定方法も市

町村によって、プロポーザル公募制¹²²、特命随意契約¹²³、官立民営の団体への委託、補助方式など異なった制度が導入され、厚生労働省もこうした実態を把握しきれていないと思われる。

事実、厚生労働省は2008年度の会計検査院による実地検査で地域活動支援センターⅠ型の「基礎的事業」に係る経費を「地域活動支援センター機能強化事業」に含めて計上している事例について指摘を受けている。その後、厚生労働省は各市町村に『地域活動支援センター機能強化事業の見直しの基本的考え方』（平成21年12月15日事務連絡）を通知し、以後、再三にわたって「基礎的事業」と「地域活動支援センター機能強化事業」の区分けについて徹底を図っている。しかし、一方で、「機能強化事業の事業内容や事業費の設定に当たっては、地域生活支援事業実施要綱において定めている機能強化の事業例（Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型）や過去の全国会議資料で例示されている機能強化事業の補助額にとらわれることなく、地域の実情や利用者のニーズを踏まえて、適切に、事業内容及び事業費を設定されるようお願いしたい」（厚生労働省2014a：10）としている。これら複雑な実態を確認したうえで、大阪市の再編過程を検証したい。

第4節 大阪市の変遷

4-1 精神障害（者）への相談支援体制

大阪市は、1993年に『障害者支援に関する新長期計画』、1998年に『大阪市障害者支援プラン』を策定し、その間、1995年12月に策定された『障害者プラン——ノーマライゼーション7ヶ年戦略』に基づいて、相談支援体制の整備に着手した。まず、市内を人口規模等に応じて7圏域¹²⁴に分け、それぞれの圏域に2ヶ所ずつ順次整備に着手し、1997年度より「市町村障害者生活支援事業」を14ヶ所、1998年度より「障害児（者）地域療育等支援事業」を14ヶ所整備した。

そして1999年度より地域生活支援センターを圏域に関係なく、おもに大阪市立障害者会館¹²⁵に附置することで9ヶ所の整備が進められた。これには、西成区、東成区、阿倍野区で発生した地域住民からの激しい反対運動により精神障害者社会復帰施設（以下、社会復帰施設）の整備計画が大幅に遅れた背景がある¹²⁶。結果、約10年をかけて障害種別ごとに37ヶ所の「委託相談支援事業」の整備が進められた（表6-4参照）。

この間に地域生活支援センターは、1999年の精神保健福祉法の一部改正により社会復帰施設として法定事業化され、補助金が年間約1,500万円から2,000万円に増額、職員配置も常勤職員2名・非常勤職員2名の計4名から、施設長1名・精神保健福祉士1名以上・社会復帰指導員3名以上の計5名へと見直しとなった（第3章参照）。大阪市の場合、これに加えて当事者スタッフの配置、ピアカウンセリングおよび住宅入居等支援事業の実施、

さらに 2002 年度より精神障害者退院支援事業および体験宿泊推進事業など、独自の取り組みが行われた（第 5 章参照）。

その後、2006 年度より「市町村障害者地域生活支援事業」14 ヶ所、「障害児（者）地域療育等支援事業」14 ヶ所に「委託相談支援事業」を、地域生活支援センター9 ヶ所へは「地域活動支援センター I 型」の委託を決定した。また、地域生活支援センターの補助金額に合わせて、基礎的事業 600 万円、国庫補助 600 万円の計 1,200 万円に 800 万円を上乗せし、制度移行前とはほぼ同額の支給を決めた¹²⁷（「第 16 回地活連絡協議会議事録」2011 年 12 月 15 日）。さらに他障害との特性や政策過程の違いから「居場所」と「相談支援」の機能を残すなど、障害種別ごとの相談支援体制を基本に据える措置が取られた。

ただし、大阪市は上記のように制度移行の影響を最小限にとどめる一方で、『第 1 期大阪市障害福祉計画（平成 18 年度～20 年度）』において 2006 年に厚生労働省が発表した『障害福祉計画の基本的理念』（①障害者の自己決定と自己選択の尊重、②共通する福祉サービスに関し三障害の制度を一元化、③地域生活移行や就労支援等を促進するサービス基盤の整備）に沿って三障害の制度の一元化を示唆した。相談支援体制については、「従来の障害者地域生活支援事業者・地域療育支援事業者・精神障害者地域生活支援センターについて、相談支援事業者として障害者の支援にあたります。／なお、現在は圏域での実施を基本にしていますが、今後、三障害への対応や指定相談支援事業者の増加なども見込みつつ、各区での障害者相談支援の効果的・効率的な体制づくりに努めます」（大阪市 2007：24）としている。

また、『第 2 期大阪市障害福祉計画（平成 21 年度～平成 23 年度）』では、「相談支援事業（地域活動支援センター生活支援型での実施分を含む）」と明記したうえで「これまでの体制を引き継ぎつつも、委託相談支援事業者として三障害を一体的に対応し、障害のある人の支援にあたっています」（大阪市 2009：31）としながらも「現在は圏域を単位とした事業実施を基本としていますが、身近な地域である区単位で地域自立支援協議会を中心とした障害者支援機関のネットワークを構築してきており、委託相談支援事業者がこのネットワークの中心的役割を担っていく必要があるため、今後は区単位での事業展開を目指します」（大阪市 2009：31）とし、これまでの体制を見直す意向を示している。

さらに 2012 年度以降の『大阪市福祉計画』『大阪市障害者支援計画』『大阪市高齢者保健福祉計画』の策定を控え、大阪市社会福祉審議会¹²⁸は 2011 年 3 月に『大阪市における相談支援体制の充実について（提言）』をとりまとめ、障害者等の支援に関する専門相談支援機関について「区圏域を基本とし、区保健福祉センターと連携してその専門的支援を発揮するとともに、地域圏域の地域包括支援センター等の関係機関とも一層緊密に連携し、必要に応じて専門的助言を行っていくことが必要である」（大阪市社会福祉審議会 2011：4）とした。以上のように、大阪市は障害種別の相談支援体制を構築する一方で、再編を示唆しつづけていた。

表6-4 大阪市における委託相談支援事業の整備状況(1996～2011)

	市町村障害者生活支援事業	障害児(者)地域療育等支援事業	精神障害者地域生活支援事業
1997年	自立生活センター・ピア大阪(東住吉区)※注1		
1998年		大阪市更生療育センター(平野区)	
1999年	自立生活センター・ナビ(東住吉区) 自立生活センター・OSAKA(浪速区) 自立生活センター・まいど(住吉区)	ネクスト(東淀川区)	精神障害者地域生活支援センターすいすい(東成区)
2000年	自立生活センター・おおさかひがし(城東区)	港育成園(港区) 東成育成園(東成区) 風の輪(西淀川区) つるみ更生指導所(鶴見区)	
2001年	自立生活センターFlat・きた(東淀川区) 自立生活センターなにわ西(大正区) 地域生活支援センターえんじょい(淀川区) 障害者支援センターつるみ(鶴見区)	敷津浦学園(住之江区) わかば(阿倍野区) ハーモニー(東住吉区) 福島第二育成園(福島区)	ふれあいの里(西成区) 地域生活支援センターサワサワ(西成区) こころの相談室リーフ(東淀川区)
2002年	自立生活センター・あるる(都島区) 自立生活夢宙センター(住之江区) 自立生活支援センターボカボカティ(西成区) 自立生活センター・エポック(生野区) 障害者生活支援センターいきいき(中央区)	あさひ希望の里(旭区) オタオタ(西成区) 中津更生園(北区) いわき生野学園(生野区)	
2003年	障害者自立生活支援センター・スクラム(大正区) ※注2		地域生活支援センターふらっとめいじ(西区) もくれん(東住吉区)
2004年			こころの相談ネットふうが(住吉区)
2005年			
2006年			“COCOLO”相談支援センター(淀川区)
2007年			アクセス(阿倍野区)

注1: 大阪市の単独事業として1994年度より実施
注2: 自立生活センターなにわ西に代わって開設

4-2 「障害者相談支援体制のあり方検討会」

大阪市は、2011年5月26日付で大阪市地域自立支援協議会¹²⁹の各委員に『(仮称)障害者相談支援体制のあり方検討会の開催について』とする文書を送付、その中で、大阪市の相談支援体制の課題について、次のように述べた。

平成15年度の支援費制度や平成18年度の障害者自立支援法の施行により、障害福祉サービスの利用の仕方が大きく転換されましたが、委託相談支援事業については、現在も当時の7圏域としたまま実施していることから、1事業所が複数区を担当することとなっており、区別に見ると事業所数に差異がある状況となっています。そのため、区圏域で相談支援の事業が実施できるよう、相談支援体制の再構築は喫緊の課題となっております。

(大阪市地域自立支援協議会事務局 2011年5月26日)

そして委託相談支援事業所および地域活動支援センターI型には周知しないまま、6月1

日・2日に一回目と二回目の「障害者相談支援体制のあり方検討会」（以下、「あり方検討会」）を大阪市役所で開催した。会議上、現在の「委託相談支援事業」は障害者自立支援法施行以前の体制（7圏域37ヶ所）を基準に実施していることで空白区（此花区・天王寺区）が存在している点について、今後は区域を担当圏域（1区1ヶ所・計24ヶ所）とし公募により再編すること、地域活動支援センターI型については2012年度より「委託相談支援事業」から外すこと、代わって重度の精神障害者への支援に特化させるとし、詳細は別途検討すること、以上の説明がなされた（大阪市2011a：5）。

これを受けて市内の地域活動支援センターI型で構成する「大阪市地域活動支援センター（生活支援型）連絡協議会」（以下、地活連絡協議会）は、6月8日に臨時会議を開き、大阪市に対して直接検討する場を要望していくことを確認した。また、委託相談支援事業所の有志8ヶ所が6月13日に大阪市健康福祉局（当時）と非公式ながらも協議の場を持ち、主に地域活動支援センターI型の扱いについて回答を求めた。それに対する回答は次のとおりである。

- ・地域活動支援センター（生活支援型）については[……]具体的には決まっていないが、できる限り今と同じ形での継続を考えている。委託相談を外しても、地域活動支援事業の中に相談機能を位置づけ、今と事業内容を大きく変える気は無い。また予算についても激変緩和を検討している
- ・契約は特命随意契約（公募でない委託方法）の形を取りたいと考えている。特命随意契約は稀な契約方法であるが、現在の地域活動支援センター（生活支援型）の成り立ちや、対象者への特別な専門性が必要であることなどを踏まえると、特命随意契約は可能であると考えている
- ・財政的なものは関係ない。ただ、以前より平成24年度までに相談支援の再編を実施するという考えで進んできた結果が今の動きになっている

（『大阪市との今後の委託相談支援事業についての協議』2011年6月13日）

そのうえで地域活動支援センターI型は、地域生活支援センター設置の際「箱物」事業として国庫補助の対象となる社会福祉施設等施設整備費補助金を受けていることから「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」とは位置づけが異なるため、公募の対象外に考えているとした。しかし、今回の件はあまりにも性急であり、委託相談支援事業所からも国の動向も踏まえたうえで時間をかけた協議を提案するが、具体的な回答は示されなかった。

つづいて6月30日に三回目の「あり方検討会」が開催された。この間の大阪市側の再編案について、ほぼすべての委員から疑問や反対の意見が述べられたが、とりあえずの結論と課題として空白区である此花区と天王寺区への委託相談支援事業所の整備、1区に1ヶ所

とした場合の区ごとの人口比（例：平野区約 20 万人、浪速区約 5 万人）、公募型プロポーザル方式の妥当性、公募にエントリーした事業所への客観的な評価などが示されるにとどまり、予定どおり三回を持って終了した。

4-3 「精神」を外す理由

7月4日に平成23年度第1回大阪市地域自立支援協議会が開催された。会議の席上、各委員からトップダウンによる1区1ヶ所を前提に議論が始まったこと、予算の裏付けや再編に向けたスケジュールが示されないままでの検討、現場の意向が反映されていないことなどへの違和感だけでなく、不透明な部分が多すぎるとの指摘を受け、大阪市地域自立支援協議会にワーキンググループが立ちあげられ、継続検討が決定した。しかし、第一回目の検討（8月8日）においても大阪市の説明は変わらず、空白区存在を論点に議論が進められ、今後は区域を担当圏域として相談支援を行う「区相談支援センター」の設置を示し、地域活動支援センターI型についてはここでも「別途検討する」との説明に終わった。

そのため「別途検討すると、ずっとこの文言が、この間この一言だけで、別途検討されないままできている。9ヶ所のセンター長向けに、9月中には必ず別途検討というのをやっていただきたいと思う」（「第2回大阪市地域自立支援協議会議議事録」2011年8月26日）などの指摘を受け、ようやく地活連絡協議会に対して公式説明が行われた。しかし、2006年度以降「委託相談支援事業に地域活動支援センターI型も含む」と内外に示されてきたこれまでの施策¹³⁰とは異なる説明がなされた。

- ・「地域活動支援センター（生活支援型）」（以下、地活（生活支援型））と委託の「相談支援事業」は分けて考えてほしい。今後24区でやるのは委託相談支援事業。地活（生活支援型）が行っている相談支援とは別物である
- ・また、大阪市は9ヶ所の事業所とは「地活（生活支援型）」として契約している。「相談支援事業」とは契約していない
- ・別紙1「地域生活支援事業実施要綱」に上乘せしたものが、別記5「地域活動支援センター強化事業」である。事業内容に「相談支援事業を併せて実施又は委託を受けていることを要件とする」とされているが、本文中に示されているようにあくまで「例」であって大阪市としては地活（生活支援型）に相談支援事業を委託していない。厚生労働省に確認したが、市町村の裁量ということで了解を得ている。したがって、現在再編を進めているのは別記5ではなく、別記1である
- ・仮に地活（生活支援型）を廃止して、相談支援事業に参入しても構わないが、公募なので事業が降りる保証はない。[…]精神障害者の特性を考えると、従来の地活（生活支援型）を継続してもらおうほうがいいと思っている

（「第 14 回大阪市地域活動支援センター（生活支援型）連絡協議会」2011 年 9 月 29 日）

つまり、①再編を進めているのは「委託相談支援事業」であり地域活動支援センター I 型は再編の対象に含まれないこと、②地域活動支援センター I 型の 2 階部分は「委託相談支援事業」ではなく「地域活動支援センター機能強化事業」であること、③別記 5『地域活動支援センター機能強化事業』で示されている「相談支援事業」は「委託相談支援事業」ではなく「事業形態の例」であること、以上の見解が示された。加えて、精神障害については他の障害とは異なる専門性が求められることから現在の位置づけを変えるつもりはないこと、契約は本来競争入札による公募であるべきだが先述の観点から特命随意契約の維持を検討していること、などの説明がなされた。

これに対し、地活連絡協議会より「これまで「委託相談支援事業」だと認識していたが別事業とは初めて聞いた」「決定事項の報告だけでなく今回のように経過について話し合いの場をもってほしい」との要望等が出され、翌月以降大阪市の担当者より直接報告を受け場が設けられた。また、この間、当初説明されてきた「1 区に 1 ヶ所」の文言が消え、「区の規模に応じた体制」（大阪市地域自立支援協議会事務局『区レベルの相談支援体制や機能の充実に向けた方向性（まとめ案）』2011 年 8 月 26 日）に差し替えられるが、その後再び「1 区に 1 ヶ所」に戻るなどの混乱があった。

4-4 市政改革の影響

再編を急ぐ大阪市の意図が見えない中、地域活動支援センター I 型は市政改革の影響を受けることになる。11 月 27 日に行われた大阪府知事・大阪市長のダブル選挙により現職の平松邦夫が敗れ、前大阪府知事の橋下徹が当選したことで 2012 年度の予算案は全面見直しとなり、改革プロジェクトチーム（以下、改革 PT）による補助・助成事業の廃止・凍結が進められることになった。とくに市税収入が低下する中、生活保護費等を始めとする義務的経費の拡大を問題視し、「聖域なきゼロベースの見直しと再構築」（大阪市 2012a : 3）が打ち出された。そのことで 2012 年度から 2014 年度までの 3 年間で基本的に、2011 年度予算における一般財源ベースで 1 億円以上の施策・事業などを見直しするとされ、地域活動支援センター I 型を含む 443 事業が対象となった。

その後、改革 PT の査定により委託料のうち人件費一人分に相当する 7%（約 300 万円）カットの方針が示される。その理由として、①国の基準（基礎的事業 600 万円＋地域活動支援センター強化事業 600 万円＋地方自治体の上乗せ分 300 万円）に合わせた、②「委託相談支援事業」の後方支援であれば困難ケースだけ対応すればよいと判断された、③大阪市の上乗せ分 800 万円が他市¹³¹と比べ高額と指摘された、以上の三点をあげた（「第 17 回大阪市地域活動支援センター（生活支援型）連絡協議会」2012 年 2 月 2 日）。

結果、PT 試案において委託料単価等、他都市と比較しても特段高くないと判断され、特命随意契約による継続が決定したが、2012 年度のみ 4～7 月は暫定予算で契約、8 月以降は大阪府市統合本部および改革 PT の意向を反映させた本格予算（ゼロベースからの補正予算）に基づいて再契約を行い、委託料は暫定予算（4～7 月）、上期（8～11 月）、下期（12～3 月）の 3 期に分けて 40%ずつ支払われることになった（「第 18 回大阪市地域活動支援センター（生活支援型）連絡協議会」2012 年 3 月 8 日）。最終的に委託料の額は、2011 年度 2,089 万 5,000 円に対して 1,822 万 5,426 円に減額、職員配置も施設長 1 名、相談員 1 名、指導員 2 名以上の計 4 名となり事実上 1 名削減が決定したが、「精神障害者への支援に特化させる」とする当初の指針どおり、地域活動支援センター I 型はかろうじて守られることになった。

他方、既に決定していた 2012 年度予算の全面見直しは大阪市にとっても想定外であり、相談支援体制がさらに「見直し」になったことで混乱に拍車をかける事態となったが、同時に再編の加速化ももたらした。大阪市は、ダブル選挙の翌日 11 月 28 日付で指定相談支援事業を運営する法人代表者宛に『障害者相談支援事業者の公募について』と『相談支援体制の充実等に関する説明会の開催について』を通知、12 月 7 日に大阪市役所で行った説明会にてようやく 2012 年 4 月までに行う事務手続き、委託契約締結までのスケジュール、新たな委託相談支援事業所の担当圏域、年間の委託料などを示した（表 6-5 参照）。また、名称を「障害者相談支援センター」（2012 年度より「障がい者相談支援センター」に改称）とし、2011 年 12 月 27 日に応募受付開始、翌 2012 年 1 月に 4 回にわたる選定会議などを経て、24 区を担当する受託予定法人が決定、2 月 20 日に大阪市役所にて受託予定法人説明会が行われた。

個別給付事業に関しては、3 月 5 日に「特定相談支援事業」「一般相談支援事業」「障害児相談支援事業」へ参入予定事業者を対象とした説明会が開かれ、3 月 13 日までに大阪府へ指定申請手続きをするよう説明が行われる。つづいて指定を受けた事業所を対象に、3 月 19 日に「指定一般・特定・障がい児相談支援従事者指定時研修」を実施する慌しさであった。この間にも 3 月 16 日に大阪府主催「大阪府相談支援従事者／法の円滑な施行準備のための研修」、3 月 23 日に大阪市地域自立支援協議会主催「相談支援論及びサービス等利用計画演習」などが矢継ぎ早に行われたが、再編後の詳細については「厚生労働省から情報が全然降りてこない」とのことにより、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が 2 月に示した資料の説明に終始し、同資料に示された内容以上の情報はほとんど得られないまま 2012 年度を迎えた。

表6-5 必要職員数および委託料

担当区域	配置基準 (区分認定者数)	必要職員数			有資格者数 (内数)	人件費	物件費	合計
		常勤	非常勤	合計				
北区・福島区・此花区・ 中央区・西区・天王寺区	400人未満の区	1人	1人	2人	1人	842万6,000円	166万2,000円	1,008万8,000円
都島区・港区・大正区・ 浪速区・西淀川区・淀川区・ 東成区・旭区・鶴見区・ 阿倍野区・住之江区	400人以上 800人未満の区	1人	2人	3人	1人	1,119万円	229万2,000円	1,348万2,000円
東淀川区・生野区・ 城東区・住吉区・東住吉区	800人以上 1,200人未満の区	1人	3人	4人	2人	1,390万2,000円	292万2,000円	1,682万4,000円
平野区・西成区	1,200人以上の区	1人	4人	5人	3人	1,666万6,000円	355万2,000円	2,021万8,000円

大阪市健康福祉局障害者施策部障害福祉課(2011b)を参考に筆者作成

大阪市は「委託相談支援事業」を市内24区に1ヶ所ずつ整備し、基幹相談支援センターを中心に三障害ワンストップ体制を敷いたが、今後の持続性と安定性に課題を残した。3年間の委託期間終了に伴い、大阪市は2014年11月21日に新たに公募を行ったが、港区・此花区・天王寺区・福島区・鶴見区・西区を受託してきた6団体が公募に応じず、撤退を表明した。そのため12月26日に再公募を行ったが、応募する団体がなく、翌2015年2月6日に再々公募する事態となった。併せて公募の条件を「募集区域内に事業所を有していないが、隣接区に開設している場合は、その隣接区域内において実施可能」「事務所の設置は応募済みあるいは隣接区域のいずれかで開設可能」「募集区域あるいは応募済みの隣接区域のいずれかにセンターを開設することも可能」と大幅に緩和した¹³²。その結果、3月に入って最後まで応募のなかった此花区・天王寺区を他区を受託団体等がさらに受託することで調整がつき、ようやくすべての委託先が決定した。大阪市がこだわってきた「1区に1ヶ所」を自ら否定することになっただけでなく、受託期間ごとに委託先が変わる、採算性や人材確保の困難を理由に撤退もしくは公募に応じない事態が早くも現実のものになった。

他方、地域活動支援センターI型は、特命随意契約を残し、概ね現状維持とされたが、大阪市内部の機構改革により管轄が福祉局(障がい福祉課・障がい支援課)と健康局(大阪市こころの健康センター)の2局3課に跨ることになった。相談支援が複数の事業と財源で構成されているがゆえに縦割り行政の影響は避けられず、支援観の共通認識の得られにくさ、不明確な責任の所在、煩雑な請求事務などの弊害が現在も続いている。

第5節 小括

相談支援体制の再編にあたって「精神」を外したのは、全国でも大阪市のみと思われる。しかし、そのことで精神障害(者)への支援体制は、結果として市政改革から守られるこ

とになった。そこに大阪市の現場担当者の意向が働いていたかどうかは不明である。また、地域活動支援センター I 型を相談支援体制から外し、「委託相談支援事業」の再編を急いだ理由についても今以て明らかにされていない。

障害者自立支援法施行を契機に、主に財政上の理由から「居場所」と「相談支援」を切り離すなど、地域活動支援センター I 型の機能分化や縮小は全国的な傾向であり、同時に相談支援体制の再編も進んでいる。大阪市の場合、『第 1 期大阪市障害福祉計画（平成 18 年度～20 年度）』策定の時点で、三障害ワンストップ体制への転換や委託方法の見直しなどが示されていることから市政改革との関係はない。むしろ市政改革が再編をより後押しすることになった。しかしながら、改革 PT の意向は単なる再編にとどまらず事業の存続自体を問うものであり、さらなる混乱を招いた。

今回の再編で、大阪市の場合、三つの混乱が生じた。第一に、大阪市はこれまで地域活動支援センター I 型を「委託相談支援事業」と位置づけてきた経緯があつたにもかかわらず、現場担当者自身も説明しきれないような見直しを行ったことである。ただし、そこには厚生労働省や改革 PT とは異なる意向が働いていたと考えられる。財政上、三障害ワンストップが効率的であるとする財務当局側の意向に対して、再編後の「委託相談支援事業」が社会的入院者も含む精神障害（者）への支援を行えるのか、その実現性に現場担当者が疑問や危惧を抱くのは当然である。

再編の背景には、行政対事業所という単純な構図ではなく、大阪市の内部において財務当局と現場担当者とのあいだで限られた予算をめぐるせめぎ合いがあつたと推測できる。つまり地域活動支援センター I 型を存続させる方法として「委託相談支援事業」から外し、事業の継続と予算維持に必要な根拠に「委託相談支援事業」との差別化を図った可能性がある。今回の再編構想は、部局間での折衷案だったと考えられる。

第二に、大阪市は国の描いた図を忠実に施策化しようとしたことである。「精神」を外す根拠とされた地域活動支援センター I 型の 2 階部分については『大阪市地域活動支援センター（生活支援型）運営実施要綱』第 5 条（2）「相談支援事業」で示されているが、その内容は『地域生活支援事業実施要綱』の別記 1『相談支援事業』および別添 1『障害者相談支援事業』と酷似している。しかし、どちらにも別記 5『地域活動支援センター機能強化事業』に関する記載はない。繰り返すが、それぞれの実施要綱で示されている「相談支援事業」がどの「相談支援事業」を指しているのか説明はなく、その解釈と運用は市町村の裁量とされている。大阪市によるこの間の説明は、そのことを裏づけるものとなっている¹³³。このように全国の市町村で異なる展開がなされ、制度の見直しや再編が繰り返された結果、相談支援をいっそう複雑で分かりにくいものにし、制度間の整合性を崩すことにもなった。大阪市の相談支援体制の再編は、それが露わになった出来事だった。

第三に、大阪市は三障害ワンストップ体制を構築したが、十分に機能していないことである。たとえば「これまでの経緯ややり方にとらわれることなく、ムダを徹底的に排除し、

成果を意識した行政運営を徹底することにより、確固たる行政基盤を構築」（大阪市2012b : 38）としていくとして、競争性がない随意契約による事業委託の見直しや民間活用における競争性の追求など、市場原理の導入を明確に打ち出している。

しかし、大阪市の相談支援体制は、2015年度の公募で全体の四分の一にあたる6団体が撤退し、再々公募が行われる事態に至っている。撤退の理由として、受託団体の力量を上回る業務の集中や業務遂行能力、あるいは後方支援体制の弱さなどが考えられるが、少なくとも市場原理が有効に機能しているとはいえ、競争性も働いていない。そのため区によっては1ヶ所が複数区をカバーする再編前の状態に戻っている。しかも「委託相談支援事業」による三障害ワンストップを謳いながらも、実際には地域活動支援センターI型とのダブルスタンダードになっている区もある。

少なくとも大阪市では、相談支援体制を再編する必要性がほとんどなかったにもかかわらず、地域や実践上の課題に対する分析、再編にあたっての十分な議論などを行わないまま、国の描いた三障害ワンストップ体制を忠実に導入しようとした。その過程で「身体障害」「知的障害」を中心にわずか10ヶ月足らずで再編を行った点で、大阪市は特異な例といえる。さらに急進的な市政改革によって政策の転換、予算および人員の削減、行政内部の機構改革などが行われ、事業そのものに影響を与えた点では市政改革がもたらした弊害の典型例ともいえる。結果的に大阪市の地域活動支援センターI型は、委託事業の見直しをめぐる行政内部の駆け引きや、市政改革の影響を直接受けることになった。

ただし、市町村ごとに異なる相談支援体制が築かれることになった原因は、市町村の裁量あるいは社会資源や財源の違いにあるのではなく、本来、全国一律の制度／サービスでなければならない「委託相談支援事業」や地域活動支援センターI型が「市町村地域生活支援事業」に位置づけられている制度設計にあることを確認しておきたい。

そもそも三障害ワンストップ体制は本当に必要なのか。障害特性に応じた支援をワンストップで行うには、むしろ潤沢な予算と人員が必要となり、財政面および運営面で非効率化を招く恐れがある。必要とされているのは相談窓口の一元化ではなく、地域にまんべんなく整備すること、そのうえでどこへアクセスしても同じところへつながり、適切な支援が受けられることである。そのための制度改革は積極的に推進されるべきである。しかしながら、「改革」や「再編」が行政サービスの質を向上させるものだったのか、加えて競争性や市場原理の導入が大阪市の意図に反して形式的なものにとどまっていることについて、実務と行財政の両面からの客観的な評価と分析が求められる。

謝辞

ご多忙の中、調査に応じてくださった政令指定都市の障害者相談支援担当の方々および協力していただいた方々に、記して感謝申し上げます。

終章

第1節 本研究のまとめ

近年の障害福祉施策において、とりわけ21世紀の最初の10年は「混迷の10年」だったといえる（厚生労働省 2012b）。2000年の社会福祉法を皮切りに、2003年の支援費制度および『新障害者プラン』、2004年の『改革のグランドデザイン案』、2006年の障害者自立支援法など、その後もほぼ毎年のように制度改正が打ち出される。

この2000年代の10年間こそが相談支援を形成し、その後の方向性を決定づけた時期であったことは疑いない。1996年に『障害者プラン』で提起された「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援事業（精神障害者地域生活支援センター）」は、この10年のあいだに「見直し」「強化」という再編を繰り返す。他方、「混迷の10年」より以前に今日の状況を予感させる萌芽が既に見られた。

2000年という年は、介護保険制度が開始し、社会福祉に市場化をもたらすと同時に、社会福祉基礎構造改革の理念を忠実に具現化した年でもあった。その先鞭役を担ったのが『高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略（ゴールドプラン）』（1989年）であり、1990年代に老人福祉法の改正（1990年）、『新高齢者保健福祉推進5ヶ年戦略（新ゴールドプラン）』（1994年）の策定によって、社会資源の整備を市町村の行政責任として明確に位置づけた。1990年代後半に入ると介護保険制度の具体的な提案がなされ、これらの議論を契機に民間営利事業者の参入、競争原理の導入、利用者選択の原則が強調され始め、戦後50年にわたる社会福祉行政のあり方に対する根本的な見直しが提案された。

障害福祉分野も1990年代の同時期に介護保険制度とほぼ同じ経過をたどる。その過程で相談支援は、国庫補助事業として始まった「相談支援事業」と、介護保険制度につづいて導入が検討される「ケアマネジメント」の二つの流れが生じる。

このように相談支援は、ケアマネジメントを軸に介護保険制度と概ね共通した背景を持つが、必ずしも介護保険制度の直接的な影響下にあったわけではない。既に述べてきたとおり障害福祉の場合、財源や施策が異なる複数の事業で構成されていること、それぞれ独自に検討されてきた経過があること、対象や課題が多岐に及んでいることなどの点から、あくまで似て異なるものとみるべきである。しかしながら、社会福祉基礎構造改革による「措置」から「契約」への一大転換と同時に、サービスの供給を確保するために規制緩和（と内需拡大）が語られることでケアマネジメントが注目される。

総合規制改革会議の指摘には、福祉および医療について「利用者の選択することのできるシステムにする」という基本的な考え方があり、現状では競争原理が働かず、利用者が選ぶことのできない、あるいは透明性の点からも不十分だとの認識に基づいている。それらを調整し、分配する役割としてケアマネジメントに期待が寄せられる。そして財政的な

根拠や実施の裏づけが無いまま 2001 年度から障害者ケアマネジメント従事者研修が開始される¹³⁴。その間にケアガイドラインの改定が繰り返されたが、導入しなければならない明確な理由は語られなかった。それにもかかわらずケアマネジメントへの期待は膨らみ続けた。こうした幻想に、制度設計者を含む支援者たちの「先駆的取り組み」を始めとする多くの実践報告が一役買ったことはいうまでもない。

実践上の課題は、第 1 章第 3 節および第 4 節で示したとおり既に明らかにされている。この間、厚生労働省や地方自治体、職能団体は、これらの解決方法として量的拡大と質の向上にこだわりつづけてきた。しかし、そのことは制度設計上の問題を支援者側の問題に「すり替え」しているに過ぎず、本質的な解決方法ではないことを述べた（第 1 章）。

1990 年代以降、経済の活性化と雇用拡大を目的に、国庫補助金の廃止・縮減、国から地方への権限移譲、規制緩和による福祉分野の市場化が促進された。しかし、民間営利団体の新規参入は進んでいるとは言い難く、そこには内閣府と厚生労働省のせめぎ合いがあり、厚生労働省でさえ規制緩和に慎重な姿勢を示していた。また、新規参入を阻む最も大きな要因は、規制緩和が進んでいないことではなく、脆弱な報酬単価や人員配置基準にある。参入後も安定した運営に必要な条件が整備されていない点で、制度設計に関する公的責任が果たされていないことを指摘した（第 2 章）。

「相談支援事業」に目を向けてみよう。地域生活支援センターの整備が急速に進められた理由は、『障害者プラン』などの政策的な追い風があっただけでなく、行政担当者にとっても設置・運営にあたって財政負担を抑えることができるコストパフォーマンスの高い事業だったからである。しかし、独立した相談窓口ではなく、既存の社会復帰施設に附置させることで設置の条件とした。社会復帰施設は低額な補助金と人員不足による運営上の課題を慢性的に抱えていたことから、地域生活支援センターの附置はそれらの補填であり、必ずしも精神保健福祉施策の充実だけをねらいとしたものではなかった。地域生活支援センターへの期待の高さは大きく、その後、着実に数を増やし、様々な役割が「後付け」され肥大化して行くが、地域活動支援センター I 型に再編となり生活上のこまごまとした相談も徐々に切り捨てられることになる。その背景には、三位一体の改革による補助金事業見直しの影響があったことを指摘した（第 3 章）。

それとは対照的に、障害者自立支援法の施行によりケアマネジメントは相談支援の主たる機能に位置づけられたが、同法の成立直前まで「手法」として行うのか「事業」化を目指すのか、明確な方向は示されなかった。また、法的根拠や財源の裏付けなどの課題を棚上げにしたまま、ツールの開発と人材育成を中心に検討が続けられていた。そのため導入まで 10 年を要した。ケアマネジメントはサービス調整の点で効率の良いツールとして社会保障政策の観点からも着目されていたが、実際には煩雑な業務を伴い、報酬単価の低さも相俟って十分に機能してはいない。何よりも公的負担とサービスの過剰な利用を抑制する政策的な側面が強いだけでなく、生活上の相談や緊急を要する場面に対応できないこと、

それらの社会的要因を捉えようとする機能を有していないことから、相談支援とケアマネジメントを同義とするのは適切ではないと指摘した（第4章）。

大阪府の鳴り物入りで始まった社会的入院者への退院支援も、第2章および第3章と概ね同じような経過を経て、急速に後退した。その理由に、国事業でありながら地方分権の観点から地方が自主的に取り組む事業に位置づけられたこと、労力や社会的責任の重さなどと報酬単価がバランスを欠いており採算性が考慮されていないこと、ツールを重視するあまり当初の理念や大阪府が開発した支援方法が形骸化していること、以上の三点があった。本来、退院支援は医療費抑制の観点からも推奨されるべきだが、社会的入院者が退院することは医療保険で賄われていた部分を市町村が負担することを意味する。つまり行政の財政事情および支援者側の採算性の問題が退院支援を停滞させる要因になっており、官民共に社会的入院の解消に積極的でない状況にあることを確認した（第5章）。

ここまで確認してきたことの背景には、長期にわたる景気の低迷や少子高齢化の影響などがあり、国だけでなく地方財政も深刻な危機に陥っている事情がある。財政再建は全国の地方自治体にとって共通の課題になっている昨今において、予算削減や委託事業の見直しは回避できない流れであり、受け入れざるを得ない面がある。そのうえで適切な支援体制が維持・確保されるのであれば、そのための制度改革は積極的に推進されるべきであると述べた。ただし、地方自治体は国の政策や方針、その実現性について十分吟味すべきである。とりわけ大阪市が行った相談支援体制の再編は拙速だったのみならず議論の不十分さ、行政の内外で事業の存続をめぐる駆け引きがあった点で特異な例だった。他方、市政改革による政策の転換、予算および人員の削減、行政内部の機構改革が行われ、事業そのものに影響を与えた点では市政改革がもたらした典型例でもあると指摘した（第6章）。

これらのうねりが相談支援に「収斂」されていく過程に、本研究の最大の関心は向けられている。問題は矢継ぎ早に出される枝葉的な情報によって、逆に何が施策の骨子であり、事態がどのように進行しているのか理解できないまま（岡田英己子 2005）、つじつま合わせをするように新たな施策が次々打ち出されたことで「収斂」の過程が見えなかった点にある。そこには1990年代以降、福祉分野も社会保障制度改革の対象とされ、急進的な改革が行われてきた経過があったこと、それらと相談支援とのあいだに「連続」する関係があったこと、しかしながら実際には「断絶」されていたこと、以上の三点への視点と認識が著しく欠落していた。同時に、実践上の課題にあまりにも偏重となり過ぎた。

なぜこのような混乱が起こったのか。一つは、国や地方自治体の財政事情の悪化を背景に、本来、非定型的な役割と親和性の高い相談支援が、書類作成一件を基準に報酬単価が規定された定額の仕事にねじ曲げられたことである。このことについては本研究でくり返し述べてきた。もう一つは、障害者の地域生活に対して、財務当局を含む制度設計者の無知あるいは関心のなさがあったことである。相談支援は、元々制度の隙間を埋める役割を担ってきた。その具体的な内容は第3章で確認したように出来高制に馴染む性質ものでは

ない。そのため財政再建と費用対効果という物差しで測った時、仕事の多くが非定型であるがゆえに「ヒト」と「カネ」を削りやすく、かつ省庁間や行政内部での合意も得られやすかったと思われる。しかしながら、見直しする必要のないものを見直す、削りようのないものを削ることの弊害について考えが及ばなかったのか。結果として、その影響を最も受けたのが精神障害（者）だった。

第2節 本研究の意義と到達点

本研究の達成は三点ある。第一に、精神障害を中心に相談支援の形成過程を体系的・通史的に整理し、歴史に転換する作業を行ったことである。第二に、相談支援を構成する各事業が一つに収斂されていく連続性を詳述し、それらが1990年代から2000年代の同時期に集中していたことを明らかにしたことである。第三に、社会保障政策の視点から論じたことで従来の実践的な課題とは異なる課題を明確に示し、今日の状況に至った背景と要因を詳述したことである。そのうえで次の五点を明らかにしたことが本研究の意義である。

第一に、相談支援は目まぐるしく変わる障害福祉施策の影響を受けながら形成されてきたが、厳密には公共サービスの民営化、規制緩和を目的とする「官から民へ」、地方分権と国の財政再建を目的とする「中央から地方へ」などの行財政改革の影響を強く受けていることを明らかにした。

今日の障害福祉サービスは、日本型福祉社会を模索した1970年代から1980年代を経て、1990年代から2000年代に行われた障害福祉施策の一大転換によってもたらされ、障害者自立支援法の施行で完成をみる。では、なぜ1990年代から2000年代にかけて制度改革が集中したのか。この問いの答えは第2章で述べた。つまり少子・高齢化に伴う福祉需要の増大・多様化、長引く経済の低成長など複合的な課題から、この時期に国内の景気対策、経済成長を促進する動きと連動して、規制緩和が福祉分野の市場化を目指すことになった。その具体的な動きが社会福祉基礎構造改革であり、2000年前後に急展開する。そして『骨太の方針2002』により「相談支援事業」はいったんピリオドを打たれた。

相談支援が形成される過程は、1990年代以降の社会保障制度に関連する改革政策の文脈に位置づけることができる。そこには戦後の社会保障の基本方針といえる、国民生活の基本である「自助」、生活上のさまざまなリスクに共同で備える「共助」、自助・共助で対応できない状況において補完的な役割を果たす「公助」の考え方が貫いている（御船 2014）。相談支援が国庫補助事業からサービスの調整とそのための書類を作成する出来高制の仕事に矮小化され、日常生活の相談が公的な支援から切り捨てられる流れは、その象徴といえてよい。障害者自立支援法の施行が障害福祉サービスにとって分岐点であったことは間違いないが、同法はこの間の施策や提言を法律としてまとめたに過ぎない。したがって必ずしも政策が二転三転していたわけではない。むしろ政策の理念は一貫しているといえる。

第二に、相談支援は財政上の理由から「強化」「見直し」という応急処置の積み重ねの結果、障害福祉サービスの調整役=ケアマネジメント的なるものに位置づけられたことを明らかにした。相談支援を構成する各事業（第3章・第4章・第5章・第6章）は紆余曲折を経ながらも、それぞれの目的の下、事業化に向けた働きかけがなされてきた経過があったが、当初の目的や理念は形骸化していった。

地域生活支援センターの予算事業化は、必ずしも精神障害者の地域生活を支える仕組みが当時あまりにも少なかったという理由だけではなく、社会復帰施設の人員と予算を補うことが目的だった（第3章）。社会復帰施設は、低額な補助金と人員不足による運営上の課題を慢性的に抱えていたことから、「ヒト」と「カネ」を捻出させるため、これまで浮かんで消えを繰り返してきた地域生活支援センターの予算事業化を働きかけることになる。その戦略は『障害者プラン』の策定や精神保健福祉法の改正を背景に精神障害者の社会復帰に関するさまざまな整備が、急速に進められる動きと合致するものだった。同時に、厚生労働省と全精社協とのあいだで既得権を得る／守るための駆け引きがあった。

精神障害（者）には継続性・一貫性・責任性のある支援がなければ、日常生活における些細な変化や混乱をきっかけにあつという間に生活破綻に陥りやすい特性がある（住友1997）。そこで訓練や指導あるいは医療だけでなく、日常のあらゆることへの支援が必要とされるようになるが、公的な事業として行う必要性は認識されていなかった。そのため身近な相談窓口や「居場所」の予算事業化、相談支援体制が公的に保障されたことは画期的な出来事だった。しかし、地域生活支援センターに与えられた機能（の肥大化）と期待の高まり、そして全精社協が政治的な力を強めていく流れは、谷中の理念と実践が矮小化していく過程でもあった。このことは第6章で示した「委託相談支援事業」にも当てはまる。

第三に、相談支援が予算事業になった1996年からケアマネジメントが障害分野へ本格的に導入された2012年までの約20年は、量的拡大と質の向上を課題に掲げながらも相談のどの部分に「カネ」をつけるか、どの部分から「カネ」を削るか、予算や報酬の捻出・確保・維持に終始していたことを明らかにした。

相談支援は「実績」や「成果」をあらわしにくい仕事である。たとえば、対応した相談を拾い上げて件数として表すことはできるが、そこに係る労力は反映されていない。同じ1件でも2～3分で終わるものもあれば、丸一日を要するものもある。しかし、どちらも「1件」としかカウントされない。そのため第三者からは支援の実態や労力が見えにくく、きめ細かい調整や対応を行っても「実績」や「成果」として評価されにくい。収益面の評価も同様であり、どれぐらいの労力でどれぐらいの効果が得られるのか、費用対効果を示すのはきわめて困難である。したがって支援の継続に必要な「ヒト」と「カネ」を捻出するために、支援の内容や事業ごとに一定の線を引き、枠に収めざるを得なかったことには必然性があった。しかし、相談支援が管理運営の見地から数値化しやすいものに組み込まれ、サービスの量や時間の調整（と書類の作成）が業務の主要な内容として優先されるように

なった。その技術上の根幹部分を成しているのがケアマネジメントとなる。

第四に、相談支援は、政策的な理由やさまざまな意向などの外的な要因により、当初目指していたものとは似て異なるものへ「変容」していくが、その流れに反対する全国組織や職能団体はほとんど無かったことを述べた。正確には「反対しなかった」あるいは「迎合した」というべきであり、事実「変容」を後押しする役割を担っていた。

たとえば、全精社協は介護保険制度との統合や障害者自立支援法の施行について否定的な見解が示される中、全家連と積極的に推進する立場を表明した。その理由は第3章で述べたとおりである。つまり補助金頼みの不安定な施設運営からの脱却と、他障害の施策との格差是正を図るためであった。しかし、「ハートピア」の運営を始めとする厚労省との不適切な関係が示すように、はたして理由はそれだけだったのか疑問が残るところである。

ケアマネジメントに関していえば、ケアガイドラインの検討開始当初から身体・知的・精神の主だった団体あるいは学識経験者がこぞって関与し、推進する立場を表明している。そこにはケアマネジメントの実施機関をどこが担うのか、いわば職域拡大の意向が少なからずあったと考えられる。精神障害の場合、ケアガイドラインの改訂（2001年）の際、社会復帰施設や精神科医療機関も実施機関に例示され、同時に主治医への定期報告を義務づけている。また、日本精神保健福祉士協会は「PSWこそケアマネジャーとしての資質をもち、あるいは現にもとうとうしている専門職である」（日本精神保健福祉士協会編 2001：85）と主張し、民間の精神科病院での実施も含め職域拡大の意向を明確に示している。

その後、ケアマネジメントが「相談支援」として事業化したことで実質的な職域拡大に至るが、代わりに煩雑な業務が爆発的に増えた。しかも報酬単価との釣り合いは取れておらず、ビジネスモデルとしても成立していない。そうした中、全家連と全精社協は時を同じくして破産し、精神障害（者）の業界は国とのパイプを失うことになる。これらの事実が何を意味するのか。精神保健福祉の施策・制度は元々脆弱だった。そして業界の主要な組織や団体がこの間の流れに乗ったことでいっそう後退させるものになった。

第五に、相談支援は対人サービスの非定型性と行政サービスの定型性のはざまに位置しているがゆえに、時にサービスの調整に関しては絶対的な裁量権を持ち、資源を独占できる立場にある。一方で、資源の不足や「カネ」のつかない多様なニーズについては「持ち出し」による支援あるいは他へ「丸投げ」する以外に術が無く、その判断についても裁量権が与えられている。したがって公の事業でありながら、必ずしもニーズに応えなければならないとされているわけではない。つまり相談支援は、構造的に支援の質の低下を招きやすい性質と、公平性の問題が内在している。そのことを確認した。

相談支援が直面しているこれらの制約とジレンマについて、Lipsky（=1986）の「ストリート・レベル官僚制」の分析枠組みから一程度の説明と整理ができる。ストリート・レベル官僚とは、行政サービス職員のうち教師、警官やその他の法執行に携わる職員、ソーシャルワーカー、判事、弁護士や裁判所職員、政府や自治体の施策の窓口となりサービス

の供給を行うその他の公務員など、組織の下位に位置する者を指す。しかしながら、与えられた職務が煩雑かつ複雑であるだけでなく、不確実性が高いことから所属する組織の資源、サービスの供給、量、質を決定する裁量と、その行使が大幅に認められている特徴がある。そのため市民生活に相当の影響力を持ち、他の組織の下級職員とは決定的に異なり、実質的な政策決定者とされている（桜井 2005）。

相談支援の場合、一連の改革政策等の影響を受け、最も馴染まない出来高制の報酬体系へ移行するため「カネ」のつく相談と「カネ」のつかない相談とに線引きがなされた。その際、現場の裁量性が拡大されたわけではなく、財源や予算に係る部分は国と地方自治体に残された。したがって行政との関係は水平ではなく、上意下達の関係も残された点で Lipsky (=1986) が指摘するほどの裁量は有していない。

むしろ着目すべきは、相談支援にはサービスの調整と、相談を受けるか否かを判断する二つの裁量権があり、いずれも利用者をコントロールするだけでなく、サービスの定型化や利用者がサービスを受ける権利を侵害する要素を持っている点である。さらに裁量の行使如何によっては事業所の経営に影響を及ぼす側面もある。したがって限られた予算と慢性的に不足している資源をもって期待される効果を生むことと、利用者の生活を底上げすることは両立しない。このことは相談支援の限界であり、認識すべき最たる問題点である。

ここまで見てきたように相談支援は、財政上の問題と常に隣り合わせにあった。他方、非定型性が内在するゆえに、財源論が混入したことで議論に不連続性が生じた（岡田伸郎 2006）。そして議論は「連続」せず「断絶」したまま現在に至っている。しかしながら、相談支援が「手法」ではなく僅少であっても予算が伴う「事業」とされている以上、財源論は避けて通ることのできない課題である。したがって量的拡大と質の向上を図るには、財源論とセットで議論されなければならない。繰り返すが、喫緊の課題は量的拡大と質の向上ではない。労力に見合った報酬体系の見直しと、適切な人員配置を行うことである。そのためにはどれぐらいの財が必要か、あるいは振り分けられた財をどのように活かしていくかについての議論がなされるべきであり、そのことで量的拡大と質の向上は可能となる。したがって政策や財源の裏づけのないやみくもな拡大路線はたんなる幻想に過ぎない。

以上、本研究は、相談支援の形成過程は当初の理念や本意が変容していく過程でもあったことを論述し、実践的価値を重視するあまり着目されてこなかった社会保障政策の観点から、報酬体系の再構築を始めとする政策的課題を示した点で学術的な重要性がある。

第3節 本研究の課題

相談支援は近年の事業であることから歴史的評価は定まっておらず、いまだ過渡期にある。また、厚生労働省および地方自治体は関連する資料等をすべて公開しているわけではなく、一部に限られている。このことは本研究を進めるにあたっての固有の困難であり、

限界でもある。そのうえで、最後に本研究の課題を述べる。

第一に、本研究では、政策の変遷および相談支援の変容をマクロの視点から概観するに留まり、制度改正の影響を最も受けている市町村レベルでの出来事について検証を行うことができなかった。同様に、政策立案の過程あるいは決定に関与した行政官僚、政策立案者、制度設計者などの把握に限界があり、それらの主張や議論を十分記述することができなかった。今後、官民の主要なアクターが、相談支援に関連する政策決定にどのように関与していたのか、どういう意向が反映されていたのか、国のみならず地方自治体にどのような影響を与えたのか、さらなる検証が求められる。

第二に、2000年以降、多様な経営主体の参入によるサービスの量的拡大、そしてケアマネジメントによる費用抑制や支援の効率化、質の向上が推進されたが、これらの「効果」について確認できなかった。今日、客観的なエビデンスに基づいてサービスの量を可視化し、さらに目標や到達点を明確化し、そのうえで計画的に支援を行うのは、支援者のあいだではほぼ共通認識になっている。しかし、その「効果」は必ずしも実証されていない。また、人口比率から量的拡大に必要な数値目標を導き出せるはずだが、具体的な数字は示されていない。これらの政策動向と評価について検証が必要である。

第三に、精神障害（者）にとって報酬体系も含めどのような支援が望ましいのか、社会保障政策の視点のみでは十分な検証に至らなかった。精神障害（者）は状態の「良い時」と「悪い時」が並存する特徴があり、身体障害（者）のように障害が常に固定しているわけではない。そのため手厚い支援が必要な時がある一方で、さほど支援を必要としない時もあり、その時々に応じて強弱をつけた臨機応変さが求められる。このことは他の障害と決定的に異なる点であり、「生活のしづらさ」による混乱が少なからずある精神障害（者）への支援で最も基本的かつ重要な特性でもある。しかも、緊急時を除いて、立ち話的な助言や何気ない声掛けなど、ほんのわずかな関わりで済む場合が多く、この場合、ケアマネジメント的な支援や専門知識、特別な資格などは役に立たない。こうしたことは、少なくとも日々書類の作成に追われる仕事よりも大きな価値や意義がある。

では、これらに対する報酬をどのように考えるべきか。定額制、出来高制が不適切であることは既に述べたとおりである。相談支援は他の障害福祉サービス以上に中立公平性が求められる点で、公務員の給与体系に準じた年間補助金額をまず基本にすべきである。そのうえで、あるいは支援に要した時間に応じて報酬を支払う方法が考えられるが、精神障害（者）の場合、5分で済む時があれば丸一日を要する時もあり、その非定型性と報酬についてはこれまで検討を避けてきたと思われる節がある。現在の報酬体系には何が欠けているのか、とりわけ精神障害（者）の場面で実際になされている支援にどのような価値と意義があるのか、その支援が報酬に値することの合理性を具体的に示すことが必要と考える。

今後も引き続き政策動向を見極めながら、相談支援の理論的価値を改めて捉え直すことで実践現場への還元と発展に貢献していきたい。

注

- 1 実務要件等については、第4章第5節5・2および表4-1参照。
- 2 介護報酬は、人件費の地域差を調整するため、サービスごとに1単位の単価を設定している。また、全国の市町村を「1級地」から「6級地」および「その他」の地域区分に振り分け、居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・計画相談支援・地域相談支援については地域区分ごとに1単位の単価として11.08円、10.90円、10.72円、10.60円、10.36円、10.18円、10円を設定している。たとえば東京都・町田市、狛江市、多摩市、大阪府・大阪市は「2級地」10.90円に該当するため、計画相談支援1件につき1,611単位×2級地10.90円=1万7,559円が相談支援事業者を支払われる報酬となる（2018年4月現在）。
- 3 国が示した図1-7には、地方交付税による自治体補助事業として「補助額600万円」と「I型（国庫補助対象事業600万円）」が示され、委託相談支援事業をあわせて実施することが必須条件としている。ただし「本事業の対象外」とされているため、「委託相談支援事業」の金額は示されていない。他方、要綱を見ると地域活動支援センターI型は「相談支援事業を併せて実施または委託を受けていることを要件とする」（厚生労働省2016d：19）とされている。ここで示されている「相談支援事業」が、どの「相談支援事業」を指しているのか説明は皆無であるが、文脈から「委託相談支援事業」と推察される。したがって地域活動支援センターI型は「基礎的事業+委託相談支援事業+地域活動支援センター機能強化事業の3階建ての事業になるはずである。
- 4 詳細は第6章および巻末資料6-1参照。『地域活動支援事業実施要綱』は2006年8月1日に提示されて以来、毎年改正を重ねているが、「相談支援事業」の文言や内容等について見直しされないまま今日に至っている。このことは第6章で言及する大阪市における相談支援体制の再編時に問題となって表面化する。
- 5 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2005e）、週刊福祉新聞2006年1月16日ほか。
- 6 たとえば、2013年7月現在の大阪府内の特定相談支援事業所（319ヶ所）と他事業との併設状況をみると、「特定相談支援事業+居宅介護・重度訪問介護・同行援護」の組み合わせ（33ヶ所）が最も多く、次いで「特定相談支援事業+居宅介護・重度訪問介護」（16ヶ所）、「特定相談支援事業+施設入所支援・生活介護・短期入所」（13ヶ所）となっている（表1-1参照）。

表1-1:大阪府における特定相談支援事業所と障害福祉サービス事業所の併設状況(2013年7月現在)

併設事業	併設状況
特定相談支援事業のみ (121ヶ所)	※単独設置または「委託相談支援事業」「地域活動支援センターⅠ型」を併設
訪問系 (70ヶ所)	うち33ヶ所:居宅介護+重度訪問介護+同行援護 うち16ヶ所:居宅介護+重度訪問介護
日中活動系 (57ヶ所)	うち11ヶ所:生活介護+就労継続支援B型 うち11ヶ所:生活介護
訪問系+日中活動系 (31ヶ所)	うち5ヶ所:居宅介護+重度訪問介護+生活介護 うち4ヶ所:居宅介護+就労継続支援B型
訪問系+短期入所+宿泊型自立訓練 (1ヶ所)	うち1ヶ所:居宅介護+重度訪問介護+同行援護+短期入所+宿泊型自立訓練
宿泊型自立訓練 (1ヶ所)	うち1ヶ所:宿泊型自立訓練
短期入所 (6ヶ所)	うち6ヶ所:短期入所
入所施設 (23ヶ所)	うち13ヶ所:生活介護+短期入所+施設入所支援
グループホーム・ケアホーム (9ヶ所)	うち4ヶ所:共同生活介護+共同生活援助

特定相談支援事業所319ヶ所

大阪府障がい者自立支援協議会ケアマネジメント推進部会(2014)を参考に筆者作成

7 2013年以降では、『さぽーと：知的障害福祉研究』60(8)(2013年8月「相談支援の現場から」)、61(4)(2014年4月「すべての街と利用者に計画相談を」)、『精神科臨床サービス』14(2)(2014年5月「相談支援とケアマネジメント」)、『ノーマライゼーション：障害者の福祉』34(6)(2014年6月「相談支援事業の現状と課題」)、『月刊ケアマネジメント』25(10)(2014年10月「やってみよう障害者ケアマネジメント」)、『さぽーと：知的障害福祉研究』62(4)(2015年4月「相談支援は届いたか——質が問われていく時代に向けて」)がある。これらで報告された文献についても「実践報告」(片桐 2013; 上野容子 2014; 藤沢 2014; 吉澤 2015; 金川 2014; 岡部 2014; 磯田・鷹尾・原 2014; 松尾 2014; 上野康夫・八重樫久美子 2014; 古俣 2014; 武津 2014; 柳瀬一正 2014; 柳 2014; 大久保 2014; 玉木 2014; 田中圭 2014; 寺田浩和 2014; 加藤智明 2014; 山崎 2014; 橋詰 2015; 中川 2015)が最も多く、次いで「現状と課題」(武 2013; 平岡 2013; 金成 2014; 東健太郎 2014; 遠藤・岡本 2014; 福岡 2014; 三原 2014; 高橋悦子 2014; 八柳 2014; 東美奈子 2015)、「提言」(菊本 2013; 門屋 2014; 田畑 2014; 吉田光爾 2014; 白澤 2014; 本條 2014; 古屋 2014)、「制度解説」(遅塚 2014; 坂本洋一 2014; 鈴木智敦 2015)、「支援方法・援助技術」(鶴 2014; 東美奈子 2014)、以上に分類できた。うち障害特性に言及したものは、田中圭(2014)、三原(2014)、高橋悦子(2014)、上野容子(2014)、藤沢(2014)、東健太郎(2014)、本條(2014)、古俣(2014)、武津(2014)、柳瀬一正(2014)、柳(2014)、古屋(2014)などがあり、とりわけ地域移行支援を中心に精神障害に言及したものが多い。

8 ガイドライン以外にも、職能団体や自治体などによる調査等の報告書は多数あり、その

ほとんどが公開、刊行されている。たとえば、かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク（2008）（2009）（2011）、三菱総合研究所（2008）（2009）（2010）、日本精神保健福祉士協会（2008a）、日本社会福祉士会（2008）（2009）（2010）、東京都社会福祉協議会（2008a）（2008b）、牛谷正人研究代表（2008）、知多地域成年後見センター（2009）、加瀬進研究代表（2009）、全国訪問看護事業協会（2009）、舞鶴市（2009）、坂本洋一（2008）（2009）（2010）、社会福祉法人パーソナル・アシスタントとも（2009）、日本脳外傷友の会（2010）、日本精神神経科診療所協会（2010）、日本相談支援専門員協会（2010）（2011）（2012）（2013a）（2013b）（2013c）（2014）、日本てんかん協会（2010）、野中猛（2011）、埼玉県相談支援専門員協会（2010）（2012a）（2012b）、静岡県保健福祉部障害者支援局障害者施策課（2010）、東京学芸大学（2010）、全国難病センター研究会研究班事務局（2010）、全国脊椎損傷者連合会（2010）、日本知的障害者福祉協会（2011）、日本精神科看護技術協会（2012）、白澤（2013）、長野県相談支援専門員協会（2014）、大阪府福祉部障がい福祉室（2014）などがある。

9 2013年以降では、中野敏子（2013）（2014）（2015）（2016）、山内健生・望月隆之（2015）などがある。

10 委員は次のとおり。宮内義彦（委員長・オリックス株式会社代表取締役社長）、鈴木良男（委員長代理・株式会社旭リサーチセンター代表取締役社長）、岩田規久男（上智大学経済学部教授）、野口敏也（日本労働組合総合連合会副事務局長）、牧野昭次郎（ポリファインブロン・テクノロジーズ・インク副会長）、三輪芳朗（東京大学経済学部教授）、吉永みち子（作家）、田中一昭（参与・前行政改革委員会事務局長）。1998年5月から以下のように改組。宮内義彦（委員長・オリックス株式会社代表取締役社長）、鈴木良男（委員長代理・株式会社旭リサーチセンター代表取締役社長）、石倉洋子（青山学院大学国際政治経済学部教授）、岩田規久男（上智大学経済学部教授）、川口順子（サントリー株式会社常務取締役）、田中一昭（拓殖大学政経学部教授）、野口敏也（日本労働組合総合連合会副事務局長）、浜田広（株式会社リコー）、牧野昭次郎（ポリファインブロン・テクノロジーズ・インク副会長）、アンソニー・ミリントン（欧州自動車工業会東京事務所理事長）、八代尚宏（上智大学外国語学部国際関係研究所教授）。

11 委員は次のとおり。宮内義彦（議長・オリックス株式会社取締役兼代表執行役会長、グループCEO）、鈴木良男（議長代理・株式会社リサーチセンター代表取締役社長）、奥谷禮子（株式会社ザ・アール代表取締役社長）、神田秀樹（東京大学大学院法学政治学研究科教授）、河野栄子（株式会社リクルート代表取締役兼CEO）、佐々木かをり（株式会社イー・ウーマン代表取締役社長）、清家篤（慶應義塾大学商学部教授）、高原慶一朗（ユニ・チャーム株式会社代表取締役会長）、八田達夫（東京大学空間情報科学研究センター教授）、古河潤之助（古川電気興業株式会社代表取締役社長）村山利栄（ゴールド・サックス証券会社マネージング・ディレクター経営管理室長）、森稔（森ビル株式会社代表取締役社長）、

八代尚宏（社団法人日本経済研究センター理事長）、安居祥策（帝人株式会社代表取締役会長）、米澤明憲（東京大学大学院情報理工学系研究科教授）。

12 たとえば、厚生労働省は東京商工会議所の意見・要望等（「民間事業者は、従来から地域の福祉事業を担ってきた社会福祉協議会など社会福祉法人と、課税や助成金などの面で公平な競争条件となっていないので、競争条件の格差を是正し、公正な競争環境を確保すべきである」）に対して、憲法第 89 条（公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便益若しくは維持のため、又は公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない）を理由に「自由な経済活動を行い、利益を配当することを目的とする株式会社等民間事業者に対しては、本来的に社会福祉法人と同等の規制や監督を行うことは困難であり […] 財政的な支援を社会福祉法人と同様のものとすることも困難である」（内閣府 2003a : 69）としてサービス事業者間での競争条件の格差是正を拒否している。

13 君島昌志（1997）によると「福祉元年」の言葉の由来は政府のスローガンとして登場したのではなく、マスメディアによる造語からはじまったとしている。

14 「重税福祉国家への移行はいつでも比較的簡単にできるのである。だがいったん重税福祉国家が出現すれば、もはやもとのみちを引返すことは不可能である。あるいは不可能に近いほど困難であるといわなければならない。とりわけその重税の多くの部分が肥大した政府（行政サービス）と「働かない」人間とを支えるのに使われるようになると、これはまぎれもなく英国病であって、その根治はきわめてむずかしくなる」（自由民主党研修叢書編集委員会編 1979 : 57）。

15 「先天的にハンディキャップをもつ場合は問題ない。後天的な能力喪失については、過失、故意（ほとんど考えられないが）を問わず、能力喪失の状態が客観的に認められることが必要であろう。ゲームに参加する「意志がない」ことを「能力がない」と同一視するわけにはいかない。「働く意欲が欠けている人」は救済の対象にはなりえないのである」（自由民主党研修叢書編集委員会編 1979 : 71-72）。

16 「「無力な個人」を直接国や地方自治体が保護するという発想ではなく、家庭、企業（および同業者の団体など、各種の機能的集団）が従来から福祉の重要な担い手であったという日本的な特色を今後もできるだけ生かしていく必要がある。かりに企業が停年を大幅に延長し、終身雇用制を堅持していくことができれば、高齢化社会の 70%は解決するといってもよい。それに加えて、子供の少なくとも一人がその家庭の老齢の親を同居させ、看護を引受ける力をそなえていれば、老人福祉問題の半ばは解決するのである」（自由民主党研修叢書編集委員会編 1979 : 98）。

17 「これまでの福祉国家の致命的な誤りは、「搾取」されやすい制度をつかって人々の利己心と依存心を誘発し、その制度を維持するために人々の負担を重くしてきたことにあった。 […] 「搾取されやすい制度」をつくらないことは福祉の効率化のための大前提である

が、さらに効率という点からは、国または地方自治体（官）よりも民間にゆだねた方がうまく行くものは、企業と競争的市場に任せることが賢明であろう」（自由民主党研修叢書編集委員会編 1979 : 87-88）。

18 この間にも、たとえば、社会保障長期計画懇談会は 1975 年 8 月 12 日に『今後の社会保障のあり方について』を発表し、個人の自主的責任と国・地方公共団体および民間団体の役割分担について「そもそも個人の生活の安定と向上は本来自らの責任によって行われるべきであり、自らの力では対処できないものを公的保障によってカバーするというのが自由社会における社会保障のあり方である」（社会保障長期計画懇談会 1975 : 18）と述べ、『福祉社会憲章』と同様の提言を行っている。また『昭和 50 年代前期経済計画』（1976 年 5 月 14 日閣議決定）においては「国民の福祉の向上は、そのすべてが政府の手によって実現されるべきものではなく、個人、家庭、企業の役割や社会的、地域的連帯感に基づく相互扶助が重要なことはいままでもない」（経済企画庁編 1976 : 3）とし、家族や地域の機能を重視している。いずれも『福祉社会憲章』と『生涯設計計画』で示された基本方針を実質的に継承したものであり、これらは「日本型福祉社会」として結実する。

19 委員は以下のとおり。山田雄三（座長・一橋大学名誉教授）、石井岱三（全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会制度政策委員長）、江草安彦（社会福祉法人旭川荘理事長）、岩田克夫（聖徳会理事長）、大森彌（東京大学教授）、大山正（母子愛育会会長）、翁久次郎（厚生年金基金連合会理事長）、金瀬忠夫（社会福祉・医療事業団理事）、金平輝子（立教大学講師）、上村一（社会福祉・医療事業団理事長）、小山路男（社会保障研究所長）、高橋孝文（宮城県拓桃医療療育センター長）、太宰博邦（全国社会福祉協議会副会長）、中村健二（弘済学園顧問）、仲村優一（日本社会事業大学教授）、縫田峰子（市川房枝記念会理事）、橋本司郎（評論家）、原田政美（東京都心身障害者福祉センター所長）、東浦めい（日本放送協会解説委員）、平山宗宏（東京大学教授）、福武直（元社会保障研究所長）、三浦文夫（日本社会事業大学教授）、山村三郎（全社協授産協常任評議員）。

20 1982 年の『障害者対策に関する長期計画（1982 年～1991 年）』策定に伴い、『国際障害者年（1980 年）』推進のため総理府に設置された「国際障害者年推進本部」（本部長・内閣総理大臣）を改組、新たに設置された。その後、1996 年 1 月 19 日の閣議決定により「障害者施策推進本部」に改称。本部長は内閣総理大臣。以下、副本部長・内閣官房長官および厚生大臣、本部員・各省庁次官（19 省庁）、幹事・各省庁局長クラス（23 人）、事務局・障害者施策推進本部担当室（内閣総理府内官房内政審議室内）。

22 14 藤井克徳（1996）は、障害者プラン策定の背景に社会保障審議会の『社会保障体制の再構築（勧告）』（1995 年 7 月 4 日）があったと指摘している。同勧告では「サービス即応性やメニューの多様性、利用者の選択権等を尊重する必要があるため、現在の措置制度は見直すべきである」としたうえで「地方公共団体が入所に関する調整機能を果たし、公的な費用助成を前提としながら、施設への入所は一方的な措置によるものから利用者との

契約に改めるよう検討すべきである」とし、今日の障害福祉サービスの草案ともいえる考えが示されている。

22 篠崎英夫・厚生省障害保健福祉部長（当時）は、前田孝弘・島根医科大学精神医学教室（当時）のインタビューに対し、次のように語っている。「障害者プランは、これに先行する老人に対するゴールドプランと、少子化対策に対応するエンゼルプランと並んで厚生省の3大プランとして、平成7年12月に策定されました。この背景には介護保険との関係があります。今まさに介護保険のことが大きな問題になっておりますが、介護保険を創設することになると、障害者の方はいろいろな意味で介護が必要ですから、介護保険の議論の時にはどうなるのだということが当然出てくるわけです。そのために並行して介護保険がスタートする前に障害者プランを作ったということです。／ […] また、このプランに数値目標が入っているということが非常に大きな意味があると思います。というのは、財政状況が厳しい時に、日本の予算は単年度主義ですので、毎年毎年予算が決まる中で、景気のいい時はいいけれど、だめな時は整備されないということが起こりますが、14年度までにいくつ作ろうという数字が出ていれば、財政状況がどうあろうともここには重点的に予算配分することができます。ここにプランというもののひとつの意義があると思います」（前田 1997：32）。障害福祉サービスの実施にあたって財政面の負担などの課題に関しては、地方自治体が判断する問題だとし、「私どもは障害保健福祉圏域というのを設定してもらうことを都道府県にお願いしています。[…] それがないと、どうしても地域偏在が解消しません。／ […]」今の障害者の施策は、医療と保健と密接につながっていますから、そういう意味でもすでに先行している老人や医療の圏域との整合性も考えた圏域の設定が早急に必要なのではないかと思えます。」（前田 1997：36）。

23 1946年富山県出身。1969年に東京大学法学部卒業後、厚生省入省。環境衛生局環境衛生課、自治省、総務庁、福井県生活環境部自然保護課長、同教育庁総務課長、外務省在英日本大使館一等書記官、大臣官房政策課企画官、厚生省児童家庭局母子福祉課長、保健医療局企画課長、同局国立病院部長を経て、1997年7月から2001年1月まで社会・援護局長に就任。その後、環境省官房長、地球環境局長、総合環境政策局長、環境事務次官を歴任。2006年9月退任。2008年5月より社会福祉法人恩賜財団済生会理事長。

24 委員は次のとおり。八代尚宏（座長・上智大学外国語学部国際関係研究所教授）、上野谷加代子（桃山学院大学教授）、大塩和男（前枚方市長）、加藤律代（南風の会代表）、吉川武彦（国立精神・神経センター精神保健研究所長）、小島セツ子（社会福祉法人東京都社会福祉協議会特別研究員）、清家篤（慶應義塾大学教授）、土井康晴（社団法人生活福祉研究機構専務理事）、福武総一郎（株式会社ベネッセコーポレーション社長）、吉村韮生（社会福祉法人大阪自彊館理事長）、和田敏明（社会福祉法人全国社会福祉協議会地域福祉部長）。

25 委員は次のとおり。阿部志郎（分科会長・横須賀基督教者会館館長）、天野建（山梨県知事）、有馬真喜子（財団法人横浜市女性協会理事長）、石井岱三（総合ケアセンター太行

路施設長)、板山賢治(財団法人日本リハビリテーション協会副会長)、江草安彦(社会福祉法人旭川荘理事長)、上村一(社会福祉法人日本保育協会理事長)、喜多洋三(守口市長)、木村尚三郎(分科会長代理・東京大学名誉教授)、水松恵一(社団法人経済団体連合会産業本部本部長)、乳井昌史(読売新聞社文化部長)、野中一二三(園部町長)、橋本泰子(大正大学人間学部教授)、福武総一郎(株式会社ベネッセコーポレーション社長)、堀田力(財団法人さわやか福祉財団理事長)、榊本純(日本労働組合総合連合会生活福祉局長)、三浦文夫(武蔵野女子大学現代社会学部特任教授)、村田幸子(日本放送協会解説委員)、八代尚宏(上智大学外国語学部国際関係研究所教授)、山口昇(公立みつぎ総合病院管理者)、吉村鞆生(社会福祉法人大阪自彊館理事長)。

26 炭谷は「基礎構造」について「これの意味するところは、高齢者福祉サービス、障害者福祉サービス、母子福祉サービス等、行政制度や財政制度を含めた共通的また基礎的な制度ということです。そして、この基礎をなしているのが社会福祉事業法等の法律だと考えます」(炭谷 1998:23)と説明し、社会福祉基礎構造改革の趣旨が現場の実態ではなく、法的構造の改革にあるとしている。この発言に対して平野方紹(2005)は法構造と現場の運営実態は相互に関係しているが、実際には独立して動いていること、法構造が利用者本位になっても現場の運営実態が必ずしもそうではない事例が少なくないことから、運営実態を改善する取り組みが別途必要であるとしている。つまり現実の運用との齟齬が、社会福祉基礎構造改革への「反発」となったと指摘している。

27 障害者関係団体：日本障害者協議会、全国社会就労センター協議会、共同作業所全国連絡会、社会福祉法人日本身体障害者団体連合会、全国身体障害者施設協議会、社会福祉法人日本盲人会連合、財団法人全日本聾唖連盟、社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会、財団法人日本知的障害者愛護協会、社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会、社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会、財団法人全国精神障害者家族会連合会。老人関係団体：全国老人福祉施設協議会、全国デイサービスセンター協議会、全国在宅介護支援センター協議会、財団法人全国老人クラブ連合会、社会福祉法人全国有料老人ホーム協会、社会福祉法人シルバーサービス振興会。児童関係団体：社会福祉法人日本保育協会、全国児童養護施設協議会、全国母子生活支援施設協議会、全国乳児福祉協議会。その他：社会福祉法人全国社会福祉協議会、全国民生委員児童委員連合会、社会福祉法人中央共同募金会、社会福祉法人全国社会福祉事業団協議会、日本経営者団体連盟(社会福祉懇談会)、全国社会福祉施設経営者協議会、全国青年経営者会、全日本自治団体労働組合、日本生活協同組合連合会、全国労働共済生活協同組合連合会、社会福祉法人日本社会福祉士会、日本介護福祉士会。

28 法令または政令により国、他の地方公共団体その他公共団体から都道府県知事、市町村町などに委任された事務をさす。機関委任事務は、国が行うべき行政事務の一部を首長(国の下部機関)が執行するものと位置づけられてきたことから、国と地方との間に上下

関係を置くとの批判があった。その後、機関委任事務の廃止に伴い、地方公共団体においては法令に反しない限り、独自の条例の制定が可能となり、地域の実情や住民のニーズ等を反映させた自主的な行政運営ができるとされた。

29 委員は次のとおり。京極高宣（座長・日本社会事業大学学長）、秋山哲男（東京都立大学大学院都市科学研究科教授）、安藤豊喜（財団法人全日本ろうあ連盟理事長）、池末亨（財団法人全国精神障害者家族会連合会常務理事）、伊藤勇一（全国身体障害者施設協議会副会長）、雄谷助成（財団法人日本知的障害者福祉協会会長）、鹿島晴雄（慶應義塾大学医学部教授（日本精神神経学会理事）、河端静子（日本障害者協議会代表）、北浦雅子（社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会会長）、君塚葵（全国肢体不自由児施設運営協議会理事）、紀陸孝（社団法人日本経済団体連合会常務理事）、小島紀久雄（東日本旅客鉄道株式会社代表取締役副社長）、兒玉明（社会福祉法人日本身体障害者団体連合会会長）、斎藤公生（全国社会就労センター協議会会長）、笹川吉彦（社会福祉法人日本盲人会連合会会長）、潮谷義子（熊本県知事）、竹中ナミ（社会福祉法人プロップ・ステーション理事長）、鶴岡啓一（千葉市長）、細村迪夫（独立行政法人国立特殊教育総合研究所理事長）、松尾宣武（国立成育医療センター総長）、松友了（社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会常務理事）、松矢勝宏（東京学芸大学教育学部教授（日本障害者雇用促進協会評議員））、丸山一郎（埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科教授）、宮原英明（社団法人電気通信事業者協会専務理事）、村上忠行（日本労働組合総連合会副事務局長）、谷中輝雄（社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会）、山内繁（国立身体障害者リハビリテーション研究所所長）。

30 たとえば『ノーマライゼーション——障害者の福祉』2003年4月号で尾上浩二（DPI日本会議事務局次長）、藤野高明（全日本視覚障害者協議会前会長）、中岡正人（守口市身体障害者生活支援事業所所長）、井上泰司（障害者（児）を守る全大阪連絡協議会）、半澤節子（長崎大学医学部保健学科）、伊藤たてお（財団法人北海道病連／日本患者・家族団体協議会）、根来正博（サービスセンターぱる）、石川満（日本福祉大学教授）、曾根直樹（東松山市総合福祉エリア）、中野敏子（明治学院大学教授）によって障害種別および難病ごとの問題点が論じられている。こうした指摘に対する反論に京極高宣（2005）がある。

31 「市町村障害者生活支援事業」と「障害児（者）地域療育等支援事業」が一般財源化になった理由について北野誠一（2003）は、厚生労働省が両事業の予算確保に失敗しただけでなく、これらに代わる「障害者地域生活推進特別モデル事業（案）」へ方針転換したと推測している。また「障害者地域生活推進特別モデル事業（案）」は2003年度から2004年度にかけて77市町分のみ実施し、介護保険制度が見直しになる2005年度には終了する事業であることから、一連の動きは介護保険制度と障害福祉サービスの統合に向けた布石と指摘している。そのうえで地域生活支援センターのみ数値目標の達成度から特別扱いする根拠はないと論じている。しかし、「市町村障害者生活支援事業」と「障害児（者）地域療育等支援事業」がたんなる予算事業であったのに対し、地域生活支援センターは当初よ

り「箱物」事業として想定され、2002年度より精神障害者社会復帰施設に位置づけられたこと、同施設の補助金には施設整備費が計上されていることなど根本的な違いがある。補助金の負担割合も「市町村障害者生活支援事業」（国 1/2・都道府県 1/4・市町村 1/4）、「障害児（者）地域療育等支援事業」（国 1/2・都道府県 1/2）、地域生活支援センター（国 1/2・都道府県 1/2）となっている。また、精神障害者社会復帰施設はもともと措置施設ではなく契約施設だったため、社会福祉基礎構造改革の直接的な影響や支援費制度への移行もなく、補助金体制のまま施設運営を行っていたなどの背景がある（石黒 2006）。

32 2003年2月、滋賀県大津市で開催されたシンポジウムにて増田寛也（岩手県知事）、浅野史郎（宮城県知事）、堂本暁子（千葉県知事）、國松善次（滋賀県知事）、北川正恭（三重県知事）、片山善博（鳥取県知事）、潮谷義子（熊本県知事）の連名で公表された。

33 その後、全国市長会と全国町村会は『介護保険と障害者施策の統合に関する緊急申入れ』（2004年6月18日）、DPI日本会議は『障害者施策の介護保険統合に反対する緊急アピール』（2004年6月26日）、日本経済団体同友会（会長・奥田碩）、日本商工会議所（会頭・山口信夫）、経済同友会（代表幹事・北城恪太郎）、関西経済連合会（会長・秋山喜久）は『今次介護保険制度改革に関する共同意見』（2004年12月7日）を発表、改めて介護保険制度と支援費制度の統合に反対し、現行の維持を表明している。

34 たとえば、厚生労働省に対して大阪府は2008年8月と、5年後の2013年8月に大阪市福祉局障がい者施策部、堺市健康福祉局障害福祉部との連名で計画相談支援に要する業務量の積算をもとに報酬単価等の見直しを求めて直接交渉を行ったが、「計画相談支援の実施は地方自治体の責務」として一蹴されている。

35 1939年東京都出身。中学3年生の時にキリスト教に出会い、高校時代に教会学校を設立する。1年間の浪人生活を送った後、大正・昭和期のキリスト教運動家・賀川豊彦に惹かれて明治学院大学に入学する。1964年に財団法人鉄道弘済会社会福祉部に入職するが、姉が精神病を発症し、そのことをめぐって父親との軋轢が生じる。姉の発症を契機に鉄道弘済会の退職を決意し、1967年に明治学院大学大学院へ進学するが、それまでに経験した教会学校時代の教え子の精神病の発症、友人の発症、自殺なども谷中の活動の原点となった。大学院では思春期の児童およびその家族に対する治療の研究を行っていたが、大学紛争により十分な研究を続けることが困難な状態のまま1969年に修士課程を修了する。その後、国立精神衛生研究所（現・国立精神・神経医療研究センター）に勤めながら明治学院大学で教鞭をとっていた柏木昭（現・聖学院大学名誉教授。日本精神保健福祉士協会名誉会長）の紹介で大宮厚生病院に入職する。同病院のPSWを経て「やどかりの里」を立ち上げ、日本精神医学ソーシャルワーカー協会（現・日本精神保健福祉士協会）理事長、全国精神障害者社会復帰施設協会理事長、日本精神保健福祉士養成校協会会長などを歴任。「やどかりの里」の理事長を1980年から2002年まで務めたのち、仙台白百合女子大（1997～2000・2007～2012）、北海道医療大学大学院（2000～2007）で後進の育成に専念し、政策提言から人

材育成まで幅広い活動を続けた。また、自らの実践をまとめたものに谷中（1984）（1985a）（1985b）（1988）（1993a）（1993b）（1993c）（1993d）（1995b）（1996a）（1996b）（1997b）など、数多く書き残している。2012年12月死去。

36 第3項「精神障害が法律の対象であることを明確にしたことにかんがみ、精神障害者のための施策がその他の障害者のための施策と均衡を欠くことのないよう、特に社会復帰及び福祉面の施策の推進に努めること」。

37 「やどかりの里」の活動自体は1970年から始まっているが、「やどかりの里」の名称がつけられたのは1971年とされている（谷中 1993c）。「やどかりの里」というこの名前の由来は、やどかりにあやかりまして、1人ずつ自分の家を社会の中にもっと1人立ちできるように、そして成長とともに殻を、家を、大きくしていけるように願望をこめてつけました。里というは、たまたま七里という大宮の岩槻寄りのところにいたのでその里をちょっと頂戴したわけです。あとで、この名前のもつ意味は、私達スタッフの中に、大変な重さをもって来るわけですが、当時つけた時は、その当時の寮生とスタッフの、多数決で決まったのでした。」（谷中 1993c : 75）。また、谷中が主体となって立ち上げたことが通説になっているが、「結論的に言うならば、病院は退院した後までも患者の責任は持てないというものであり、私が個人的に彼らの生活上の相談、健康上の相談を引き受けざるを得ないということが「やどかりの里」の出発点になったわけである」（谷中 1993d : 29）、「正直に申しますと、私はやどかりの里なんかやりたくなかったのです。というよりも今日のようなやどかりの里を考えていなかったと言ったほうが正直かもしれません。病院に勤務しなかったらこんなことにはならなかったとか、あの院長の一言がなかったら、中間宿舎も形をかえて、今日のやどかりの里はなかったのではないかと考えます。」（谷中 1993d : 112）と述懐しているように必ずしも積極的に立ち上げた訳ではなかった。一方で「やどかりの里」の活動を危険視し、谷中の実践に批判や忠告する精神科医たちに対しての反発や抵抗、専門職集団としてのプライドがあったのも事実である。「今、思うに、私にとってまわりからの一言一言が刺激になって今日までがんばってこれたのだろう。しかし、今日まで一言一言よく覚えているのはよほど悔しかったのだと思う。」（谷中 1993d : 59）。

38 この活動は、1970年6月から1974年3月まで約4年間、谷中を含む3名前後のスタッフを中心に24時間体制で行われたが、とりわけ専従職員には過重な負担を強いるものであった。「当時我々は専従者に昼間は作業指導員（企業専属の作業主任）、夜間は生活指導員（やどかりの里専従者）と二つの面をになわせ、給料は折半（2万5千円ずつ）とした。したがって、専従者は文字通り24時間勤務であった。月数回谷中が宿直に入り、休暇を与えたり、専務の好意により、時に谷中宅へ外泊したりしてすごした。専従者のすさまじい生活ぶりもさることながら、その自分を時間帯によって使い分けることは、時間を経るにたがって困難になってきた。[...] 必要があれば昼間の作業中も相談を行い、就職へと積極的に援助を行うに至った。」（谷中 1993b : 20-21）。社団法人化したのちも有給、無給を

問わず、PSW、臨床心理士、看護婦（士）、作業療法士、栄養士、法人会員らの協力を得ながら運営が続けられた。

39 精神科作業療法および精神科デイケアが社会保険診療報酬で点数化されたのは 1974 年。

40 1923 年宮城県仙台市出身。1948 年に東北大学を卒業し、同年、宮城県中央児童相談所入職。一時保護主任を経て、以後、宮城県立名取病院（PSW）、宮城県医療ソーシャルワーカー協会常任理事、東北ソーシャルワーカー協会会長、日本精神医学ソーシャルワーカー協会（現・日本精神保健福祉士協会）理事、仙台ユネスコ協会理事を歴任。1970 年から 1991 年まで明治学院大学在職。その間、1971 年から 1974 年まで日本精神医学ソーシャルワーカー協会理事長。「やどかりの里」の理事長を 1972 年から 1980 年まで 4 期 8 年務めた。2008 年死去。

41 1984 年 3 月 14 日の新聞報道により、栃木県の医療法人報徳会宇都宮病院（920 床・入院患者 950 人）で職員の患者への暴力による死亡事件、無資格診療など、暴力と恐怖による職員の患者支配が次々と明らかとなった。院長は「保健婦助産婦看護婦法」「診療放射線技師及び診療エックス線技師法」「食量管理法」「死体解剖法」違反などで逮捕され、患者への使役、暴行、監禁、東京大学と脳研究とのつながりなどが日常的に行われていた。こうした実態に対し、国際法律委員会（ICJ）、国際医療職専門委員会（ICHP）の合同調査団が来日。日本の精神医療の実情、人権侵害の問題に国際的批判が集中し、わが国の精神医療の根本的改革の契機となった。国連「差別防止・少数者保護小委員会」第 38 回会議（ジュネーブ）で日本代表は、精神障害者の人権保護を改善すると言明し、1987 年 9 月精神衛生法が精神保健法に改正されるに至った。詳細は、精神病院不祥事事件（<http://www.arsvi.com/d/>）参照。

42 ただし、精神科病院独自の取り組みとして、1960年代に大原神経科病院（茨城県日立市）、厩橋病院・小池寮（群馬県前橋市）、花園病院（山梨県甲府市）によって開設された共同住居がある。病院内に住居を設けたものとして、浅香山病院・あけぼの寮（大阪府堺市）、茨城県立友部病院・あおい荘（茨城県笠間市）、大富士病院・中野秋山寮→センター富士ばら寮（静岡県富士市）、掛川病院・あきは寮（静岡県掛川市）、城西病院（長野県松本市）、三重県立高茶屋病院（三重県津市）、光愛病院（大阪府高槻市）などがある。1969 年には郡山精神病院（福島県郡山市）が外勤先の社員寮を退院先に確保する活動を行い、のちに郡山社会事業協会・あさかの里へ発展した。1970年代に入ると「やどかりの里」以外に、会津社会事業協会・むつみ寮（福島県会津市）、北星寮（北海道紋別市）、新潟市精神衛生共同住居（新潟県新潟市）、友愛寮（静岡県）、ひまわり寮（静岡県）などが開設した（新保 1998a）。

43 精神衛生社会生活適応施設については、その是非をめぐって小澤勲（1979）（1980）を中心に寺島正吾（1972）（1979）、菱山珠夫（1972）、加藤伸勝（1972）らによる激しい

論争が展開された。小澤は、問題点として次の指摘をしている。「1. この「施設」は「中間施設」としてすら位置づけられておらず、明らかに「終末施設」として位置づけられている。これはその性格として「入院治療の必要はないが、精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者に対して生活の場を提供し、あわせて社会適応に必要な生活指導を行う施設」とあるように、決して「社会復帰」をその第一義としておらず、定員50人に対して職員は17人（当初の発表では12人）、医師は非常勤1人というような職員配置からみても「終末施設」にしかかなりようがないと思われる。[…] / 2. かつて1959年頃、医療費増大を押さえるために国は第二種病院構想を打ち出し、それが学会、日精協の反対等につぶれるや、緊急救護施設をつくったように、今回の案は「社会復帰」を考える流れのなかから出されてきたものではなく、いかに医療費節減をはかるかという圧力によって生み出されたものである。 / [...] / 3. 要するにこの「施設」をつくることによって、経済的見地からは医療施設内収容から医療施設外収容へ障害者の一部を移管することによって医療費の削減をはかり、社会的見地からはその空床分に老人、中毒、合併症患者を送りこみ、治安的見地からは分類収容を徹底して隔離収容政策を強化せんとするものである。 [...] / 4. さらにつけ加えるとすれば厚生省側に「利用」される精神科医側のあり様である。かつて精神神経学会の出した「中間施設に関する小委員会」案がその一部のみ切り離されて「回復者センター」案へ利用されたように、加藤正明、岡上和雄、蜂矢英彦、功刀弘、竹村堅次を委員として提出された今回の中精審報告のごく一部が「利用」されて「施設」案をつくり出した事実は重大である。」（小澤 1980：80）。

44 谷中は委員ではなかったが、たびたび岡上から地域で精神障害者を支える必要な要素について実践者の立場から意見を求められた（谷中編 2000）。その際、「憩いの場、働く場、住む場が必要であり、できる限りこれを地域に分散させ、中心的機能を憩いの場が持つとよい」（谷中編 2000：15）と提言した。「憩いの場」については「たまり場的要素をもった場で、市民との交流や患者会の育成などをもちこんだもので、主に憩い、くつろぎ、休む、遊ぶといった性質のもの」（谷中 1997a：2）と位置づけ、その必要性を訴えた。これを岡上が「働く場」「住む場」「交流の場」と整理し、人口10万人の単位に1ヶ所配置し、その周辺に「働く場」として精神障害者小規模保護作業所（仮称）・精神障害者通所授産施設（仮称）、「住む場」として管理人付の居住施設・ケア付の居住施設を設置し、ネットワーク化するという構想をまとめたが、「憩いの場」は時期尚早として採択されなかった。「ある委員会の席でこの件で岡上先生にどうしてはずされたのかと問うたら、「憩う、くつろぐ、遊ぶは国が認めるわけがない」と。私もそれもそうだと妙に納得してしまって、それ以上のことは何もいわなかった。しかし、心の中ではいいこの場こそが生活を支えるために必要なのにとつぶやいたものであった」（谷中 1997a：2）。この時に語られた「憩いの場」は、のちに「精神障害者地域生活支援センター」として登場することになる。

45 「これまで精神病院は、社会復帰活動として、入院患者に対して作業療法、レクリエ

ーション活動、集団精神療法、日常及び社会生活指導を行い、特に院外に職親を求め、院外作業として職能訓練等を医療給付を受けることなく実施し、多くの患者を退院に導いた実績をもっている。／〔…〕又、日精協の昭和60年度の共同住居の実態調査では、会員病院の約40の病院が共同住居を採算を度外視して病院の努力で提供している。又多くの病院で、従来より病院独自で職親を開拓して社会復帰活動を行っているのが現状であろう。〔…〕これらの慢性の患者については、医療の傘下において病院で面倒をみるべき者も数多いが、引きとるべき受け皿がない一群の人々がいることも事実である。つまりこれら慢性の患者は、医療も受けつつ福祉の種々の制度に該当させておく必要があると考えられる。特に退院した場合、これらの人々が社会に適応し、地域で生活しながら、医療、福祉を受けるためには、どのような施策が必要であるか問題になる。」（日本精神病院協会 1986＝『精神神経学雑誌』88(9), 671）。そのうえで、共同住居等居住施設の整備充実の問題について次の見解を示している。「精神症状が病院内の社会復帰活動により安定した場合でも、単独で民間等のアパートを求めて成功するケースは少ないという事実から、種々の型の住居提供の中でも特に対策的に必要なのは、病院が医学的管理ができるケア付共同住居であろう。／ケア付共同住居の他にもニーズに応じた種々の型の共同住居（ごく小規模の下宿型住居から中規模の住居）も必要な施設である。例えば収容人数が50名程度のやや大きめの病院外の住居提供として、精神衛生社会生活適応施設である。更にこれに、小規模デイ・ケア又は次に述べる保護工場等の併設ができれば社会復帰機能は一層高められる。」（日本精神病院協会 1986＝『精神神経学雑誌』88(9), 672）。

46 「我々は精神「障害者」の社会復帰問題を考える基本的な視点として、以下の二点が確認されなければならないと考える。／第一に、我が国においては今なお精神科病床数の増加が続き、閉鎖拘禁的な精神病院による強制的入院医療が中心といわざるをえない。〔…〕／第二に、精神「障害者」が地域で生活していくことを保障する組織を考える場合、何よりも精神「障害者」の諸権利を守り、それを具体的に保障していく制度を追求していくことが大切であり、社会政策的ないしは管理的立場からの選別や強制は否定されなければならない。／いいかえるならば／1. 社会復帰の問題は、精神病院以外の「社会資源、施設の問題」として語られる危険性が大きい、そうであってはならない。／2. 社会復帰は、精神「障害者」の個々のニーズに応じて地域で生活していくことを具体的に保障していくものでなければならない。／3. 社会復帰の名のもとに、集団管理的な施設収容が行われてはならない。／4. 社会復帰を阻害する法的書差別や欠格条項は、一切廃止されなければならない。／5. 現在の社会復帰に関する諸活動は、担当者の熱意によってかろうじて支えられているものが多く、その経済的基盤は脆弱である。国並びに地方自治体は、社会復帰に関する法制面・経済面にわたる制度的保障を行わなければならない。」（日本精神神経学会 1986＝『精神神経学雑誌』88(7), 505）。

47 「援護寮」は、精神保健福祉法の一部改正に伴って示された『精神障害者社会復帰施

設の設備及び運営に関する基準』(厚生省令第87号平成12年3月31日)によって、「生活訓練施設」に名称が変更された。ただし、それ以降も引き続き「援護寮」が使用される場合が多く、厳密に変更となったわけではない。本研究では「生活訓練施設」で統一しているが、引用する文献によっては「援護寮」を使用するものとする。

48 「住民同意」の取り扱いは慣例として施設設置者に求められてきたが、大阪府が国に対して要望を続けた結果、1999年度より全廃された。大阪府では、1994年、1998年に大阪市内で発生した社会復帰施設および地域生活支援センターの開設に対する地元住民からの激しい反対運動を契機に、大阪府精神保健福祉審議会『大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて(答申)』を受け、2000年5月に『施設コンフリクトの解消と人権が尊重されたまちづくりに向けた大阪府の基本方針』を発表した。以下、住民同意の具体的見直しについて。「(1) 精神障害者社会復帰施設については、「住民同意書」が、1999(平成11)年度より撤廃された。なお、これまで住民同意書が添付されていた経過もあり、今後、同意書が必要ない旨、施設設置者に徹底していく。／(2) 保護施設、老人福祉施設については、国への協議書の様式で、「地域住民との話し合いの状況」のほか、括弧書きで(同意書の有無)と表記されていた。しかし、(同意書の有無)の字句が、1999(平成11)年度に撤廃されたため、「同意書」は必要ない旨、施設設置者に徹底していく。／(3) 障害者施設については、現在「地元同意書」の添付はないが、これまで「地元住民との話し合いの状況」として、同意書が添付されていた経過もあり、「地元同意書」が必要ない旨、施設設置者に徹底していく。／(4) これらの社会福祉施設については、地域に開かれた施設とのコンセプトから、地元に対する説明、理解を求める取り組みは必要であり、「地元への説明・理解の状況」等を記載した書類を添付書類とする。しかしながら、地元住民が予断と偏見に基づき施設建設を反対している場合には、府として、市町村・施設設置者ととも施設建設を勧めることとする。」(大阪府(2000)『施設コンフリクトの解消と人権が尊重されたまちづくりに向けた大阪府の基本方針』<http://www.pref.osaka.lg.jp/jinken/measure/shisetu.html>→『施設コンフリクト(住民同意の取り扱い)』<http://www.pref.osaka.lg.jp/jinken/measure/shisetukonfuri-03.html>)。

49 全精社協の組織化の経過についての記述は、新保・谷中・寺田(1998)、谷中編(2000)などを参考にした。

50 たとえば、当時の状況について調一興は、次のように述べている。「当時私は「全国授産施設協議会(現在の全国社会就労センター協議会)」の会長職にあったが、この制度が他の障害分野と異なり、「第2種社会福祉事業」とされたこと。「福祉施設」と言わず「社会復帰施設」としたこと。運営費補助が他障害と比べて著しく低額であり、そのうえ運営費の4分の1を設置者負担とし、その設置者負担も利用者に負担させてよいとしたこと。また補助金の支払いを、年度終了後の清算払いとしたこと、等々、不当と思える他障害との格差の大きさに憤っていた。[...] /そこで私は授産施設協議会の会長として、当時の精神衛生課

長との懇談の機会を持ち、この点について率直に聞いたことがある。とくに運営費の4分の1を設置者負担としたことについて課長は「わが国では医療にかかれば当然自己負担がある。それと同じ性格のものである」と答えたので、「それでは社会復帰施設というのは医学リハビリテーションの範疇なのか」と問うたところ、「そうである」と答えたのである。援護寮は他障害でいう更生施設と同じ性格のものであり、授産施設も他障害と同じように訓練機能を持つ就労施設、と認識していた私は啞然としたが、私の追求にも課長は動ぜず、のれんに腕押しで話は深まらなかった。」(調 2000 : 39)。

51 新保によると最終的な役員人事と事務局体制の調整は、谷中、荒井、新保の三者でなされた。「新保は会長を谷中とし、副会長に寺田一郎でどうかと持ちかけた。寺田は独自の先駆的活動を展開しつつ、全家連との関わりも円滑だった。この2人を頭に置くことで社会復帰施設は家族会との連携を保ちながら地域独立型の道を歩めると考えたからだった。／荒井は新保の提案を受け入れるに当たって条件を出してきた。「事務局長は新保だ」というのである。[...] 引こうとする新保に対し、谷中も新保が事務局長を担うべきだと言い、この場で全精社協の三役が決定した。／そこで事務局問題が焦点となった。荒井からは全家連内という要望が出されたが、谷中が事務局長のいる施設だと提言し、新保も腹をくくり、事務局を新保が施設長であった恵和社会復帰センターに置き、事務局支援と経理を全家連が担うことで合意した。」(新保 2000d : 138-139)。

52 一方、全精社協の法人化手続きを担当していた寺田は「基本財産形成のための資金計画では、設立後5年で1億円を達成することになっておりました」(寺田 2000b : 125)と述べている。その後、2007年度時点の決算報告書において基本財産は6,000万円と報告されている(日本精神保健福祉士協会 2010)。結果的に、基本財産の1億円を確保することができなかったが、法人取り消しにはならなかった。

53 1995年3月、横浜市は在宅精神障害者の生活支援を目的に、地域生活支援センターを市内全18区に各一ヶ所設置する計画をまとめた。主な機能は、日常生活相談、いつでも立ち寄れるたまり場の提供、セルフヘルプグループの育成、障害者・市民の交流の場の提供などにとどまらず、不安・孤独感の解消を目的とした土日・夜間も含めた電話相談、食事・入浴・だんらん等のイブニングケア、不安回避等のショートステイも含めた24時間体制の援助を提供するといったものであった。詳細は野末浩之・花立幸代(1996)参照。

54 「生活支援センターの制度化は、先に示した全精社協の生活支援センター構想案の協議が中断されていたことから、唐突に感じられたものだった。それは援護寮に通所機能の併設を制度化した点で、全精社協の生活支援センター案が切り売りのようにメニュー項目として付加されていくのではないかといった思いがあったことも背景になっていた。ところが突然のように生活支援センターが浮上した。というより、[...] 全精社協の生活支援センター案が再浮上したとってよい」(新保 1998a : 49)。谷中も「これには驚きを禁じ得なかった」(谷中編 2000 : 65)、「全精社協にとっては、突然、精神保健課から提案された

感じであった」(谷中 2001 a : 268) と述べている。

55 補助金交付の内訳は、月額179万6,660円×国庫補助対象月数(12ヶ月)、常勤職員が2名の場合、月額133万9,250円×国庫補助対象月数(12ヶ月)に、それぞれ民間給与改善加算(平均勤続年数14年以上は8%、12年以上14年未満は7%、10年以上12年未満は6%、8年以上10年未満は5%、6年以上8年未満は4%、4年以上6年未満は3%、2年以上4年未満は2%、2年未満は1%)を乗じた額となる。

56 吉田哲彦・厚生省保健医療局精神保健福祉課課長(当時)は、第24回日精協精神医学会(1996年1月27日)にて、次のように述べている。「その利用期間を終えて退所される方々がおります。[…] 今度は社会復帰施設から出されますと、あとは自分でアパートを見つけるなり、また仕事を見つけるということで、それまでの社会復帰施設での保護的な環境下から放り出されるわけでございます。/[…] そこで、卒業された方についても、適切な指導あるいは援助が必要ではないかということで、今回、地域生活支援事業というものを新たに創設をいたしました。/これは、いわゆる地域生活支援センターと一般的に言われるものでございます。今回の整備は、原則的に援護寮あるいは福祉ホーム、授産施設に併設型をまず当面スタートしていこうと思っております。/[…] 現に社会復帰施設を整備されておられますところにおいては、この地域生活支援事業を実施できる場合には、あえて建物の増改築をする必要はございません。現在の社会復帰施設のままで、この地域生活支援事業に取り組んでいただいても結構でございます。/現在の社会復帰施設は、そこに入所されている方のための施設でございますから、そういう卒業生の方々が、寄り集まってくるようなスペースは少ないということであれば、そのような方々が、憩い、また、地域交流ができるような場所を増築するという場合には、その施設整備費も面倒を見ていこうと思っております。その場合の施設整備の面積は220㎡を限度に考えております。/このように地域生活支援事業というものを新たに取り込むことによって、約3万人の入院患者の受け皿を整備していきたいと思っております。」(吉田 1996 : 17)。

57 谷中は「地域生活支援センターの働きなどはすでに述べたように全精社協の原案に近いものであったが、365日・24時間開業とは考えていなかった。この課題は誕生した背景でもあるが、精神保健福祉サービスはいつでも、どこでも提供できることが大切なこととはいえ、まさか地域生活支援センターに降りかかってくるとは思わなかったのである」(谷中 2001a : 268-269) と述懐している。しかし、行政の対応が午後5時までであり、日曜・祭日を補完することが精神障害者の支援で重要な役割であると認識していたことを踏まえ、「このことを引き受けないかぎり、地域生活支援センターの誕生はなかったであろう」(谷中 2001a : 269) とも述べている。

58 たとえば、精神保健福祉サービスの実施主体が都道府県から市町村に移行になった2002年までに限定した場合、『Review』6(2)(1998年5月「特集 地域ネットワークを創造する生活支援センター」)、『日本精神病院協会雑誌』18(8)(1999年8月「特集 地域精神医

療と精神障害者地域生活支援センター)、『Review』10(1) (2001年9月「特集 地域の要としての生活支援センター)、『精神保健福祉』32(4) (2001年12月「特集 生活支援を考える——地域生活支援センターから)などが確認できる。これらに報告された文献に、池末 (1998) (2001)、浅井 (1999)、谷中 (2001a)、石川到覚 (2001)、寺田 (2001)、荒川英之 (2001)、上野容子 (2001) を除いて、いずれも実践報告 (葛西 1998 ; 永山 1998 ; 高橋暢行 1998 ; 小川 1998 ; 坂本直史 1998 ; 信貴 1998 ; 鈴木静江 1998 ; 山田 1998 ; 中島・五十嵐 1999 ; 中西 1999 ; 小嶋 1999 ; 今福 1999 ; 小林 1999 ; 増山 1999 ; 寺谷 1999 ; 大谷・山本 1999 ; 上野容子 1998・1999 ; 杉田・沼田・佐々木 1999 ; 山岡 2001a・2001b ; 新保 1998b・2001e ; 近藤 2001 ; 廣江 2001 ; 寺谷・上野・田村 2001 ; 三上 2001 ; 坂根 2001 ; 「作る会」運営委員および練馬区内精神保健福祉士有志 2001 ; 戸高 2001 ; 山本 2001 ; 曾根 2001 ; 倉知 2001 ; 柳瀬敏夫 2001 ; 窪田・今井 2001)。

59 構成団体は次の通り。日本肢体不自由児協会、日本知的障害者愛護協会、全国盲ろう難聴児施設協議会、全国肢体不自由児施設運営協議会、日本重症児福祉協会、全日本手をつなぐ育成会、全国肢体不自由児(者)父母の会連合会、全国重症心身障害児(者)を守る会、全国心臓病の子供を守る会、日本筋ジストロフィー協会、全国言語障害児をもつ親の会、日本自閉症協会、全国心身障害児福祉財団、全国障害児とともに歩む兄弟姉妹の会、日本てんかん協会、全国精神障害者家族会連合会(1999年7月現在)。その後、2005年に「障害関係団体連絡協議会」へ再編され、2011年現在、21の団体で構成されているが精神障害(者)関係の団体は加盟していない。

60 高松鶴吉(委員長・西南女学院大学教授)、鈴木清覚(副委員長・全社協・全国社会就労センター協議会調査研修委員長)、松友了(全社協・心身障害児者団体連絡協議会総合対策委員長)、池末美穂子(全国精神障害者家族会連合会相談室長)、兒玉明(全社協・身体障害者団体連絡協議会副委員長)、柴田洋弥(デイセンター山びこ施設長)、手塚直樹(全日本手をつなぐ育成会常務理事)、藤井克徳(共同作業所全国連絡協議会常務理事)。

61 佐藤久夫(委員長・日本社会福祉事業大学教授、社会事業研究所所長)、荒井元傳(全国精神障害者家族会連合会常務理事、事務局長)、有賀英恵(全国重症心身障害児(者)を守る会主任※～1998年9月)、飯笹義彦(日本肢体不自由児協会業務課長)、岡田喜篤(川崎医療福祉大学教授/心身協・総合対策副委員長)、柴田洋弥(希望園施設長※～1998年10月)、寺田一郎(全国精神障害者社会復帰施設協会、社会福祉法人ワーナーホーム理事長)、根来正博(全日本手をつなぐ育成会・地域生活支援委員会委員長、サービスセンターぱる所長)、松友了(全日本手をつなぐ育成会常務理事、心身協・総合対策委員長)、宮代隆治(日本知的障害者愛護協会・地域福祉委員会委員、ゆたか福祉苑施設長)、齋藤貞夫(全国社会福祉協議会障害福祉部長)。

62 後継組織として、2006年7月(法人格取得は2006年11月)に全家連傘下の各都道府県家族会による公益社団法人全国精神保健福祉連合会(通称・みんなねっと)、2006年9

月（法人格取得は 2007 年 1 月）に精神保健福祉医療に携わる有識者らによる NPO 法人地域精神保健福祉機構（通称・COMHBO）が、それぞれ全家連が破産する前に立ち上げられている。

63 その一つに「やどかりの里」も含まれていた。「やどかりの里」は 2009 年に全精社協を脱退し、全精社協の刑事事件などについて次のように批判している。「やどかりの里の社会復帰施設は 1990 年 10 月の全精社協発足と同時に加盟した。／そして、障害者自立支援法（以下自立支援法）制定時に厚生労働省（以下厚労省）の意向に迎合する全精社協の対応に納得できず、執行部に対し質問状なども提出するが満足な回答を得ることができなかった。自立支援法に納得できず、日本障害者協議会やきょうされんの運動に参画するようになったやどかりの里のすべての社会復帰施設は全精社協を脱退したのである。／ […] なぜ、こうした事件が引き起こったのか、私たちはきちんと総括するべきである。精神衛生法から精神保健法に改正される際に、精神障害者社会復帰施設が法律に位置づき、やどかりの里は活動の存続の見通しが立ち、法改正を歓迎した。今振り返って考えれば、なぜ第 2 種社会福祉事業だったのか、運営を社会福祉法人とせず、その他の公益法人を加えたのか、もっと議論を尽くすべきであった。結局、医療法人立の社会復帰施設が全国に広がり、医療と福祉の役割分担が不明確まま、現在に至っている。」（『機関誌やどかり』12 月号 2009 年 12 月 15 日発行）。

64 「やどかりの里」は先駆的な活動を行う一方、絶えず資金繰りが厳しく、谷中は資金調達について次のように述べている。「資金集めをするために次から次へと企画を打ち出し、ネットワークづくりへと取組んだ。 […] 出来ることは何でもやった。へたな鉄砲も数打ちゃあたると、やたら打ちまくった。打ち上げたことは内・外にもその必要性や施設づくりへの意気込みを伝えるのに役立った。ともかく、何でもよい。やっているんだ、やりぬくぞとアピールしないことには始まらない。しかし、打ちまくるだけが能ではないことも知らされた。玉がない、疲れる、続かない、息が切れるとくる。／ […] 資金集めか、ネットワークづくりかどっちなのだ議論がされる。どちらもだ。議論する時間があったらチケットを売れ！とくる。／ネットワークがない中のイベントはともかく体当たりにやるしかない。あつかましくも迷惑は承知のうえで頼み込まなければならない。そこで、参加して下さった一人一人を大切に大切に、たんねんに声かけをして、ネットワーキングしていくしかないのだ。」（谷中 1991： i - ii）、「資金調達の大変さから、日常メンバーをケアする担当者は資金調達に追われないようにしてほしいという要望まで出てきてしまう。／さすがに私もケアに携わる人と事業を担当する人の兼務は無理があるとみて分離した。しかし、資金調達は理事会がして、ケアの部分ではゆっくりとメンバーを受け止め、ケアに専念したいという考え方は認めなかった。補助金だけをを頼りにした活動はそれ以上のなものでもなくなり、新しい活力にはならないからである。／ […] 職員は表立って反対を表明しなかったが、内心は不満であったろう。 […] / 職員のそうした雰囲気を感じな

がらも生活支援体制づくりのためにはかなり強引に事を進めていった。」(谷中 1995a:241)、
「補助金のみをあてにした生活支援体制づくりは考えられないのである。今後も必要なものを生み出し、つくり続ける以上は資金調達をしながら、創造的な活動を持続させなければならない。／必要性があるからと行っている補助金外のさまざまな活動に補助金がつくように運動していくことも重要なことである。しかし、そうした補助金の確保よりも、1つ1つの活動が常に創造的であり、そこに関わる人々が生き生きと活動できているかということのほうがより重要で、それを継続していくことは困難なことなのかもしれない。」(谷中 1995a : 243)。

65 谷中の戦略に対して「やどかりの里」内部からの批判も少なくなかった。「昭和 61 年 7 月には「精神障害者の社会復帰に関する意見」が公衆衛生審議会から発表された。やどかりの永年の主張だった精神障害者への福祉的援助が認められた。活動情報センターとしての研究所が今こそ波に乗るべきだと谷中先生は一人で走りだされた。[…]。／しかし、私は精神衛生運動に対する厳しい批判を受けていたし、職員が減少したなかで諸行事やバザーをどう成功させるかで頭が一杯になり、谷中先生と一緒に動く気持ちになれなかった。「やどかりは運動を大きくし、メンバーの現実から遊離しだしている」「研究・研修が里の中心ではなく、目の前の人と一緒に、必要とされることをつくっていかねば駄目だ」「よけいな運動をそぎ落とし、メンバーの求めるものに答えるべきだ」[…] 等々の批判があった。」(藤井達也 1990 : 339)、「やどかりの里の活動はゲリラ戦術で、組織的な動き方はあまりしない。いやできないと言ったほうがいい。大きなプロジェクトもすべてゲリラ戦術の組合わせなのである。必要な時に必要な人が集まり、ことを成し遂げる」(児玉 1991 : 106)、「その当時(※筆者注：1980 年代後半)のやどかりの里は、過去の活動を食いつぶしていた部分があり、私はこのままではやどかりの里は本当に駄目になってしまうという危機意識が強かった。」(藤井達也 1991 : 205)、「やどかりの里は理想像をイメージしてどんどん進んで行った。[…] あまりにも先を走りすぎて、逆に地域への広がり限界をつくってしまった感がある。やどかりの里は、突出して形をつくってしまい、本当であれば財源がなければできないのが普通なのにやってしまう。どこかやってくれるところをあてにしてもいけないので、必要があると考えた時には、なりふり構わず動いてきたのである。それが災いして、やどかりの里に任せておけば大丈夫と他の機関が手をださず引いてしまう。手伝って一緒にやろうという気がなくなってしまうということもあるだろう。ついていけないということになる。これが問題なのである。[…] /やどかりの里は、できないことをはっきりすべきであるし、他の機関に教えてもらいながら本人にとっていいサービスを提供できるようにしなければならない。」(児玉 1995 : 82-83)、「当時、埼玉県の精神障害者の小規模作業所の補助金は年間 90 万円であった。これでは維持費もままならなかった。そんな時、平成 5 年度から国の施策として生活援助事業「グループホーム」が法制度化され、年間 270 万円出るということになった。作業所とグループホームをセットとして支援すれ

ば人件費は何とかなるという見通しが立った。／しかし私は、国の施策としての「グループホーム」を現在の「グループホーム」の活動に当てはめて、すでに一人暮らししているメンバーを「ケア」の対象としてしまうことへの抵抗を感じた。補助金対象事業がどんどん広がることで、今までのやどかりの里の活動が変わってしまう怖れを感じていたし、それを進める谷中理事長への反発も大きかった。」(坂本智代枝 1995:105) など。

66 委員は次のとおり。大森彌(座長・東京大学教養学部教授)、山口昇(公立みつぎ総合病院長)、岡本祐三(阪南中央病院内科医長)、京極高宣(日本社会事業大学教授)、清家篤(慶應義塾大学商学部教授)、田中滋(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)、橋本泰子(東京弘済園弘済ケアセンター所長)、樋口恵子(東京家政大学教授)、宮島洋(東京大学経済学部教授)、山崎摩耶(帝京平成短期大学教授)。

67 居宅介護支援事業とは、居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員(ケアマネジャー)が、心身の状況や生活環境、本人・家族の希望に沿って居宅サービス計画(ケアプラン)を作成し、それに基づいて介護サービスの提供が確保されるように各サービス事業所との連絡調整を行うことを目的とする。対象は、在宅で生活する要介護認定を受けた 65 歳以上の高齢者または介護保険施行令(平成 10 年政令第 412 号)第 2 条で定める 16 の疾病(特定疾病)に罹っている 40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者としている。特定疾病は次のとおり。がん(がん末期)、関節リウマチ、筋委縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症(アルツハイマー病、脳血管性認知症等)、進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、骨髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症(ウェルナー症候群)、多系統委縮症、糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患(脳梗塞、脳出血等)、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎等)、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症。ただし、交通事故などが原因の場合は対象外となる。

68 困難事例は、一つの要因がもたらすものではなく、複数の要因が重層化していることで困難性が増幅する特徴を持つとされている(和気 2005; 齊藤 2006; 岩間 2014)。また、支援者によって作り出されることが、多くの先行研究で指摘されている(助川 2002; 安田 2002; 三橋 2004; 渡部・料所 2006; 岩間 2008; 岡田朋子 2010; 山井 2010)。たとえば「介護支援専門員がソーシャルワークの知識や技術を兼ね備えていないことが多い」(渡部・料所 2006:1)、「基礎的なケアマネジメントが十分に実施できていない」(和気 2005:113)、「介護支援専門員の資質、能力によって困難の判断レベルが異なっている」(安田 2002:51)、「そのため起こさなくてもいい波紋を起こしている」(助川 2002:41) など。一方、渡部・料所(2006)は、多重債務などの金銭問題、精神衛生領域の問題、認知症、神経難病などの医療の問題などを抱えている利用者を支援するためには、介護保険サービスの提供だけでは不十分であり、時間的余裕のなさや報酬の少なさとともに、どこまでが介護支援専門員の役割として期待されているのか不明確であることから、必ずしも専門性

のみが困難事例を解決するものではないとしている。齊藤順子（2006）も、介護支援専門員がソーシャルワークの知識と技術を求められる専門職でありながらも30数時間の教育で実践現場に出ざるを得ないという現状が、信頼関係の問題、アセスメントの不足、苦手意識などの問題に反映されているとしている。以上のように、「困難」の要因は多岐に渡ることから、その概念および分類は一定ではなく、立法措置に至ったドメスティック・バイオレンス（DV: domestic violence）や虐待のように明確な定義づけがなされていない。また、困難事例の背景には、生活問題の多様化・深刻化による相談件数の増加、その対応に必要な人員配置も含めた体制上の問題などの政策的課題が存在している。

69 社会福祉士養成課程においては1987年の社会福祉士の制度化とともに制度的な用語として位置づけられている（中野 2013）。たとえば、社会福祉士及び介護福祉士法第2条で「この法律において「社会福祉士」とは、第28条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者（第47条において「福祉サービス関係者等」という。）との連絡及び調整その他の援助を行うこと（第7条及び第47条の2において「相談援助」という。）を業とする者をいう。」とされ、精神保健福祉士法第2条でも同様の定義づけがなされている。

70 「(1) ノーマライゼーションの実現に向けた支援 ノーマライゼーションの実現に向けて、障害のある人もない人も、だれもが住み慣れた地域社会で普通の生活を営み、活動できる社会を構築することを目指す。そのために障害者の地域生活支援をとおして、地域住民が積極的に障害者を支える仕組みをつくることも重要である。／(2) 自立と社会参加の支援 障害者の自立は、一人ひとりが責任ある個人として主体的に生きることを意味し、障害者ケアマネジメントは、自立した生活を目指し、社会経済活動への積極的な参画を支援する。／(3) 主体性、自己決定の尊重・支援 障害者のニーズに対応したサービス提供は、一人ひとりの考え方、生活様式に関する好み等を尊重しながら、リハビリテーションの理念からも、本人が自分の能力を最大限発揮できるように支援することが必要である。サービス提供のすべての過程において、利用者の積極的な関わりを求め、利用者との情報を共有し、利用者（必要に応じて家族又は利用者が信頼する人）が望むものを選択し、利用者（必要に応じて家族又は利用者が信頼する人）の自己決定に基づき実施することが重要である。／(4) 地域における生活の個別支援 障害者ケアマネジメントは、一人ひとりの利用者の生活を知り、抱えている課題や困難を理解し、利用者の生活を取り巻く家族や各種の社会資源、地域社会との関わりの中で個別支援をする。そのため、障害者に身近な市町村が中心となって、各種行政サービスや社会経済活動への参加の機会を提供し、地域社会において質の高い生活が継続できるように支援する。／(5) エンパワメントの視点による支援 障害者ケアマネジメントは、利用者が自己の課題の解決するにあたり、自分が主

体者であることを自覚し、自分自身に自信がもてるように、利用者の力を高めていくエンパワメントの視点で支援していくことが必要である。」(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2002a : 4-5)。

71 「相談支援事業をやっている私たちにしても、自立支援法に替わってから、サービス利用の根拠や必要な量の裏付けに一生懸命になってきたような気がします。もともと地域で暮らすということ、どうしてそこに暮らしたいかということに理由があるのでしょうか。せいぜいあったとしても、親の代から住んでいるからとか、職場が近いからとかという当たり前の理由ではないでしょうか。どうしてトイレに行くのか、お風呂に入るかとか、そんなことに裏付けや理由はないはずです。自分でできないのであれば、確かにそれをしてもらうしかなく、なぜやってもらうのかと問われても、生活をし、生き続けるためにとしか言いようがありません。／国が本当の意味で施設をなくし、すべての障害者の地域生活を実現するという考えに立つなら、一つひとつのサービスを受けることに明確な理由やその量に対する根拠を求めることは無理に等しいことであり、さほど重要なこととは思えません。しかし、今行政はそれを求めるし、私たちもそれに応えようと振り回されているのが現状です。」(篠原 2011 : 83-84)。

72 富成一也(2007)によると、障害分野のケアマネジメントに関する研究項目は多岐にわたっているが、わが国の障害者ケアマネジメントは行政主導で始まったものであることから、研究内容は総論や体制整備に集中し、技術論が少ないとされている。また、行政施策と連動して『障害者ケアガイドライン』の作成に至る 2002 年度までは研究文献件数が増加したが、市町村を実施主体に本格的な導入を予定していた 2003 年度は予算措置されなかったため、それ以降は減少がみられるなど、政策動向に大きく影響されているとしている。さらに、形式(ケアガイドライン)のみが先行したことで実践が広がらない、技術向上がない、実践も研究も深化しない悪循環、「ケアマネジャー」を職名で考えるのか、機能で考えるのか呼称の課題などについても指摘している。

73 委員の構成は次のとおり。板山賢治(座長・財団法人日本障害者リハビリテーション協会副会長)、白澤政和(副座長・大阪市立大学教授)、浅井邦彦(社団法人日本精神病院協会常務理事)、岡田喜篤(国立秩父学園長)、木原清(全国肢体不自由児施設運営協会理事)、小山秀夫(国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長)、相楽多恵子(東京都心身障害者福祉センター在宅援助科長)、櫻井芳郎(淑徳短期大学教授)、佐藤久夫(日本社会事業大学教授)、高橋清久(国立精神神経センター武蔵病院院長)、田口久美子(日本介護福祉士協会副会長)、寺山久美子(社団法人日本作業療法士協会会長)、西澤秀夫(日本社会福祉士協会副会長)、二瓶隆一(国立身体障害者リハビリテーション更生訓練所長)。

74 委員の構成は次のとおり。高橋清久(座長・国立精神神経センター武蔵病院院長)、浅井邦彦(社団法人日本精神病院協会常務理事)、大島巖(東京大学助教授)、門屋充郎(社会福祉法人慧誠会帯広ケアセンター所長、日本精神医学ソーシャルワーカー協会会長)、川

室優（医療法人常心会川室記念病院院長）、佐藤久夫（日本社会事業大学教授）、寺田一郎（社会福祉法人ワーナーホーム理事長、全国精神障害者社会復帰施設協会副会長）、山田芳子（埼玉県衛生部保健予防課母子保健係）、青木美代子（社会福祉法人上越つくしの里医療福祉協会つくしセンター）、長直子（東京大学大学院医学系研究科）、濱上幸司（国立精神神経センター武蔵病院）、古屋龍太（国立精神神経センター武蔵病院）。その後、1996年『精神障害者ケアガイドライン試案（予備試行版）』の実施にあたって、三品桂子（京都府保健福祉部障害者保健福祉課）、吉住昭（国立肥前療養所）、1997年『精神障害者ケアガイドライン試案（本試行暫定版）』の実施にあたって、原田豊（鳥取県精神保健福祉センター）、藤田健三（岡山県精神保健福祉センター）が委員に招かれた。

75 たとえば、身体障害と知的障害の養成指導者研修は「平成11年度身体障害者介護等支援専門員養成指導者研修及び知的障害者介護等支援専門員養成指導者研修」（1999年7月12日～16日：横浜市総合リハビリテーションセンター）、「平成12年度身体障害者ケアマネジャー養成指導者研修及び知的障害者ケアマネジャー養成指導者研修」（2000年8月28日～9月1日：名古屋市総合リハビリテーションセンター）、「平成13年度知的障害者ケアマネジャー養成指導者研修」と「平成13年度身体障害者ケアマネジャー養成指導者研修」（2001年8月20日～24日：全国社会福祉協議会中央福祉学院ロフォス湘南）を合同で実施。精神障害においては、1999年6月に東京、2000年6月に栃木県でそれぞれ実施された。また、2001年3月に日本精神保健福祉士協会が東京都の指定を受けて研修会を実施、146名に修了証書を交付している（日本精神保健福祉士協会 2001）。

76 1995年に「障害者に係る介護サービス等の提供方法及び評価に関する検討会」が発足した当時は、介護保険制度が見直される2005年度には、法制度として導入することも検討されるといわれていた（高橋・大島編 1999）。

77 委員は次のとおり。阿部順子（名古屋市総合リハビリテーションセンター福祉部主幹）、安藤豊喜（財団法人全日本聾唖連盟理事長）、池内徹（名古屋市中村区役所福祉部長）、岡田喜篤（川崎医療福祉大学副学長）、加瀬進（東京学芸大学助教授）、加藤真規子（NPO法人精神障害者ピア・サポートセンターこらーる・たいとう代表）、北沢清司（社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会副理事長）、兒玉明（社会福祉法人日本身体障害者団体連合会会長）、笹川吉彦（社会福祉法人日本盲人会連合会長）、佐藤光正（埼玉県精神保健福祉総合センター相談部技術協力課主任）、白澤政和（大阪市立大学教授）、高橋清久（国立精神・神経センター総長）、田中雅子（日本介護福祉士会会長）、寺山久美子（東京都立保健科学大学教授作業療法学科長）、長坂裕二（三重県健康福祉部障害保健福祉課長）、中山洋子（福島県立医科大学看護部長）、中西正司（全国自立生活センター協議会代表）、福富昌城（日本社会福祉士会理事・花園大学講師）。

78 障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141284>）→第11回・資料（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/20>

03/11/s1114-5.html) →資料 2 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1114-5b.html>) より引用。

79 第 9 回社会保障審議会障害者部会（2004 年 4 月 28 日）での京極高宣部会長（当時）の発言。「全体として介護保険部会は雰囲気的には障害者関係は議論としては荷が重たいというか、そういう雰囲気の中で、どうしても被保険者の範囲を議論しますと、たとえば 20 歳から保険料をとるとかということになりますと、そこには障害者はもちろんですが、難病者とか母子家庭とかいろいろ入って来るわけですね。そういうふうにもどうしても障害者問題を避けて通れないので […] やや介護保険部会としてはいきなり唐突なんじゃないかという意見が多くて […]。／ […] これは人によってはがっかりする人もいらっしゃるかもわかりませんが、あまり障害者の問題は介護保険では議論したくない人もいらっしゃるまして、かなり消極的な方も多いわけでございます。特に経済会は、若い人、これは障害者を入れるか入れないかに関わらず、20 歳からの被保険者の延長拡大しますと、その半分は企業が負担しなくちゃいけないということで、社会保険料負担については厳しい抵抗をされていますので、そういった意見とか、あるいは市長会、町村会についても従来通り税金でやったらどうかという意見もありますが、そんなことで介護保険部会として障害者施策をどう取り組むかという議論はまだしているわけではなくて […]。／ […] 向こうの部会（※筆者注：介護保険部会）で何か具体的な提案が出て来るということはまず 100%ないと思います。従ってこの障害者部会でどういう障害者施策の方向性を決めるのか、それが鍵でありまして、それがなくて例えば財政的な理由から 20 歳まで伸ばして、ついでに障害者もちょっと入れてあげるよというようなことでは決してないということを確認いたしました。」。京極は介護保険部会の委員も兼ねており、介護保険制度との統合を積極的に推進する立場を取っていた。一方、介護保険部会は、障害者部会の意見がまとまらないことを理由に統合に関する議論は行ってこなかった。そのため京極は第 14 回社会保障審議会障害者部会（2004 年 6 月 25 日）で、障害者部会と介護保険部会をピッチャーとキャッチャーの関係にたとえて「障害部会から介護保険部会にボールを投げなければ試合開始のサイレンは鳴りません」「この部会では何も決まっていませんでしたというのでは球は投げられない」と述べ、介護保険部会に『今後の障害保健福祉施策について（中間的にとりまとめ）部会長案』を提出、改めて介護保険制度との統合を「現実的な選択肢の一つ」と示し、議論を促すことを提案したが賛否両論が噴出した。結果、あくまで京極の「私案」として介護保険部会に提案することで各委員から同意が得られた。

80 詳しくは厚生労働省障害保健福祉部地域生活推進室（2015）『障害者の相談支援体制と虐待防止の取り組みについて（平成 27 年 10 月）』参照。同資料では「計画の作成が進まない理由（現場の声から）」について次のように整理している。

(1) 利用者の観点

- ・なぜ計画作成が必要なのか分からない。（特に既利用者）

(2) 市町村・相談支援事業者の観点

- ・ノウハウが無いので、計画作成に時間がかかってしまう。(市町村・事業者の両方)
- ・地域に事業者がいないので(事業者はあるものの、既に他の利用者の計画の作成で手一杯なので)計画作成を頼むところがない。(市町村)
- ・市町村が利用者数の見込みを立てないので、事業所の立上げ(ママ)や相談支援専門員の採用の予定が立てられない。また、採用したくても都道府県研修を修了した者が見つからない。(事業者)
- ・計画作成に係る報酬が、事業所の立ち上げ・運営に十分な水準ではない。(事業者(市町村))

(3) 都道府県の観点

- ・支給決定を行う立場の市町村が動いてくれない。都道府県では、やれることに限界がある。(都道府県)

(厚生労働省障害保健福祉部地域生活推進室 2015:24)

81 1993年2月2日に大和川病院で、精神分裂病(当時)と診断されて入院した男性患者が、翌3日病棟内で別の入院患者から暴行を受け、胸の骨4本を折り、頭蓋骨亀裂骨折などにより意識不明の重態に陥り、15日に大阪府八尾市内の病院に救急車で運ばれたが、21日夜死亡する事件が発生した。救急車で搬送された際、患者はすでに激しい脱水症状に陥り、大和川病院が十分な治療を行っていなかったことが明るみになった。大和川病院では、1969年3月と1979年8月にも看護者による患者への傷害致死事件が発生している。

82 医療法人北錦会が経営する大阪円生病院、大和川病院、安田病院による医師、看護師の大幅な水増しによる診療報酬の不正受給事件。それ以外にも患者の使役労働、劣悪な治療内容などの実態が次々と明るみとなり、1997年3月19日に厚生省(当時)・大阪府・大阪府が一斉立ち入り調査を実施。同年8月5日にすべての入院患者が転退院に至り、8日に大阪府が3病院に対し保健医療機関の指定を取り消したことにより事実上の廃院に至る。

83 島根県でも2000年度から2002年度の3年間にわたって厚生科学研究「長期入院者(社会的入院)の在宅支援事業」を行っている。また、2003年度からの国事業には合流せず、2003年度から2005年度にかけて厚生科学研究「精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究」を行った。ただし、大阪府が府内全域で一斉に実施したのに対し、この間の動きは出雲保健所主導によるものであり、いずれも出雲保健所管内の実施にとどまっている。島根県としては2007年度から「精神障害者地域生活移行支援事業」を県内7圏域で実施することで退院支援の取り組みに至る。具体的な内容については、日本精神保健福祉士協会(2008b)が詳しい。

84 1971年に社団法人大阪精神障害者家族連合会(※2014年度から公益社団法人)を母体とする「精神病回復者社会復帰援護協会」(任意団体)として発足した。1974年に「精神病回復者援護協会」と改称。1976年、大阪府から「財団法人精神病回復者援護協会」の認

可を受ける。1994年に「財団法人精神障害者社会復帰促進協会」と改称。2012年、財団法人を解散し、「社会福祉法人精神障害者社会復帰促進協会」に移行した。これまで小規模作業所、生活訓練施設、通所授産施設、地域生活支援センター、グループホーム、居宅介護事業所などの運営、ピアヘルパー養成講座の実施、大阪府、大阪市、堺市からそれぞれ退院促進支援事業の受託などを行ってきた。

85 たとえば、厚生労働省(2014c)(2014d)(2016a)(2016b)、日本精神科病院協会(2015)(2016)、日本公衆衛生協会(2016)など。

86 社会福祉法人巣立ち会(2006)(2007)(2008a)(2008b)(2008c)(2009)、大阪府こころの健康総合センター(2006)(2010)(2011)(2013)、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(2007)(2011)、金子努・県立広島大学(2007)、精神障害者社会復帰促進協会(2008)(2010a)(2010b)、厚生労働省(2009)、伊丹市(2009)、社会福祉法人富士福祉会(2009)、医療経済研究機構(2009)、日本精神保健福祉士協会(2007a)(2007b)(2008b)(2009)(2012)(2014a)(2014b)(2016)(2017)、静岡市こころの健康センター(2010)、支援の三角点設置研究会(2011)(2012)(2013)、社会福祉法人南高愛隣会(2011)、全国精神障害者地域生活支援協議会(2012)(2013)、日本精神科病院協会(2014)(2015)(2016)など。文献研究に赤沼(2007)、杉原(2015)、中越(2016b)など。

87 構成は次のとおり。委員に、西村健(会長・甲子園大学教授、大阪大学名誉教授)、石田法子(弁護士)、乾正(大阪府立こころの健康総合センター)、今道裕之(社団法人大阪精神保健協会会長※1998年4月1日～)、河崎茂(社団法人日本精神病院協会会長)、黒田研二(大阪府立大学社会福祉学部教授)、小池淳(社団法人日本精神神経科診療所協会会長※～1998年7月31日)、里見和夫(弁護士、大坂精神医療人権センター代表)、杉本照子(兵庫医科大学名誉教授)、杉本弘志(大阪府議会福祉保健常任委員長※1998年6月1日～)、関山守洋(社団法人大阪精神病院協会会長※1998年4月1日～)、高階経昭(社団法人大阪医師会監事※～1998年3月31日)、立花光雄(大阪府立中宮病院副院長※1998年3月12日～)、田中迪生(大阪精神神経科診療所協会会長※1998年8月1日～)、谷口和寛(大阪学院短期大学国際文化科教授)、谷口富男(大阪府議会福祉保健常任委員長※～1998年5月31日)、寺本徳造(社団法人大阪府精神障害者家族会連合会会長)、徳永五輪雄(社団法人大阪府医師会理事※1998年4月1日～)、富田めぐみ(大阪市立西成障害者会館副館長)、中西信男(社団法人大阪精神保健協議会会長※～1998年3月31日)、長尾喜八郎(社団法人大阪精神病院協会会長※～1998年3月31日)、那須彰(大阪法務局長)、堀尾治代(天理大学人間学部教授)、森潤(マスコミ倫理懇談会関西地区顧問)、山本深雪(大阪精神障害者連絡会編集局長)。臨時委員に、位田浩(大阪弁護士会人権擁護委員会委員※1998年4月20日～)、澤温(社団法人大阪精神病院協会代表※1998年10月6日～)、塚本正治(障害者の自立と完全参加を目指す大阪連絡会議代表※1998年4月10日～)、西浦信博(社団法人大阪精神病院協会副会長※～1998年9月14日)、本宮忠純(大阪府立こ

ろの健康総合センター地域ケア課長)、松岡洋二(精神障害者共同作業所みとい製作所指導員)、三家英明(大阪精神神経科診療所協会代表)、柳尚夫(大阪府保健所所長会議代表)。

88 精神衛生法(1950年)の施行により、私宅監置の禁止、措置入院・同意入院の規定、精神衛生鑑定医の設置、都道府県に精神科病院の設置義務および精神衛生相談所の設置などが規定された。大阪府では1952年に大阪府精神衛生相談所、1960年に大阪府立公衆衛生研究所を設置した。1994年に大阪府精神衛生相談所および大阪府立公衆衛生研究所衛生部を廃止・統合し、大阪府立こころの健康総合センターを開設した。同センターは、精神保健福祉法第6条に規定される精神保健福祉センターにあたり、①精神保健および精神障害者の福祉に関する知識の普及、②精神保健および精神障害者の福祉に関する調査研究および人材育成、③精神保健福祉および精神障害者の福祉に関する相談および指導のうち複雑または困難なもの、④精神保健に関する診療、⑤精神障害者の社会復帰の促進、⑥精神医療診察会の設置、⑦精神障害者保健福祉手帳審査会の設置、⑧府民の精神保健の向上および精神障害者の福祉の増進、以上を主な業務としている。

89 「病院の中に情報を持って行く」ための方法として、当事者自身が病院に出向いての説明会、退院後社会資源の利用がイメージできるようなビデオ制作およびリーフレットの作成などが検討された。まず、2001年度に了解が得られた1圏域1病院で院内説明会を実施、入院者30名、看護職員10名が参加し、保健所2名、こころの健康総合センター1名が企画運営を行った。その後、他の圏域でも開催され、2001年4月から2005年1月までに大阪府全体で、入院者・職員(医師・看護職員・PSW・作業療法士・心理職・事務職等。地域からはこころの健康総合センター・保健所・復帰協(コーディネーター・支援職員・当事者支援員)・地域生活支援センター・作業所等)が参加し、11圏域延べ21病院で実施された。一方、「長期入院者には一回限りの説明ではピンと来ない」との病院関係者の指摘から、2002年度に10人未満の少人数での交流を目的にした「院内茶話会」を別の1圏域1病院で開催することになった。具体的には、自己紹介や社会資源・制度の説明、当事者支援員の体験談等を男女各病棟で5回ずつ行われた。2004年度までの3年間で合計5圏域延べ11病院、延べ開催回数59回、延べ対象者数580名となっている(鹿野・原・奥村ほか2002;原・上野・油谷ほか2004;原・油谷・吉原ほか2005)。

90 同センターの地域ケア課は、課長職を含む5名全員がPSWで構成され、大阪府全域(大阪市を除く)を4ブロック(北ブロック:豊能北・豊能豊中・豊能吹田・三島西・三島東、京阪ブロック:北河内枚方・北河内寝屋川・北河内西・北河内東、中ブロック:中河内南・中河内東大阪・南河内北・南河内南、南ブロック:堺・泉州北・泉州中・泉州南)に分け、それぞれ4名のPSWが、保健所、市町村および関係機関に対する技術指導、当事者・家族・ボランティア等への支援などを行ってきた。保健所の精神保健福祉相談員が、保健所管内の精神保健福祉に関する相談や訪問などのケースワークが中心であるのに対して、地域ケア課のPSWは、各ブロックを通じた大阪府全域が対象であることからコミュニティワーク

を中心的機能としてきた（鹿野・原・吉田ほか 2001）。

91 大阪府内には 52 ヶ所の精神科病院があり、設置の割合は障害保健福祉圏域ごとに 1～4 ヶ所、延べ 2 万 545 床の精神科病床を有していた（2001 年 10 月現在）。そのうちデイケア、ナイトケア、デイナイトケアを実施していたのが、北ブロック 9 ヶ所、京阪ブロック 5 ヶ所、中ブロック 7 ヶ所、南ブロック 14 ヶ所の計 35 ヶ所（一般病院の精神科を含めると 38 ヶ所。大阪市を除く）、関連施設としてグループホームおよび精神障害者社会復帰施設を併設していたのが 22 ヶ所だった。精神科診療所は 110 ヶ所あったが、デイケア、ナイトケア、デイナイトケアを併設していたのは、大阪市を除く府内全域でわずか 17 ヶ所にとどまっていた。大阪市内には、精神科の病床を持つ一般病院が 3 ヶ所あったのみで、精神科病院はなかった。他方、デイケア、ナイトケア、デイナイトケアを併設していた精神科診療所は 13 ヶ所あった。また、共同作業所は 37 ヶ所あり、大阪市内 24 区のすべてに設立されていた。内訳は、西成区 5 ヶ所、東住吉区 3 ヶ所、平野区・東成区・港区・西区・生野区・天王寺区・城東区に 2 ヶ所ずつ、中央区・東淀川区・淀川区・北区・阿倍野区・福島区・住吉区・大正区・鶴見区・都島区・旭区・此花区・住之江区・浪速区・西淀川区に 1 ヶ所ずつ。ただし、精神障害者社会復帰施設については地域住民による施設コンフリクトのため、整備が大幅に遅れ、地域生活支援センターが 1 ヶ所（東成区）のみだった。→注 126 参照。なお、厚生労働省（2001c）によると当時、病床数は全国で延べ 164 万 7,253 床あった。そのうち精神科病床数は 35 万 8,153 床を占めていた。都道府県別に見ると、最も多かったのが東京都 2 万 5,766 床。次いで福岡県 2 万 2,067 床、北海道 2 万 2,063 床、大阪府 2 万,545 床、愛知県 1 万 4,078 床、神奈川県 1 万 3,831 床、千葉県 1 万 3,084 床、埼玉県 1 万 2,729 床、兵庫県 1 万 2,041 床、鹿児島県 1 万,126 床の順になっており、概ね大都市圏に集中している。それ以外の都道府県は 1 万床を下回っている。

92 それまで医療機関のソーシャルワーカー、保健所の精神保健福祉相談員、作業所の指導員などが、在宅の精神障害者、とりわけ退院直後や病状が不安定な時期に集中して買い物や調理、居室内の清掃などのヘルパーに近い支援を行うのは、珍しいことではなかった。あるいは通院や外出時の付き添いなど、現行制度でいう通院等介助や移動支援とほぼ同じ支援を行う機会も少なくなかった。その後、2002 年に精神障害者にもホームヘルプサービスが導入されたことに加えて、近年、急速に障害福祉サービスの細分化と整備が進んだことで PSW の業務から家事援助的な支援は徐々に切り離されることになる。

93 社会復帰施設については、生活訓練施設 8 ヶ所（うち 4 ヶ所がショートステイ併設）、通所授産施設 4 ヶ所、福祉ホーム 4 ヶ所、福祉ホーム B 型 1 ヶ所、地域生活支援センター 8 ヶ所が整備され、計 25 ヶ所のうち 19 ヶ所が医療法人系の設置者で占められていた。

94 大阪府精神保健福祉審議会の答申においても「行政が地域住民の障害者差別を迫認する結果となっていることを認識し、その見直しを行うべきである」（大阪府精神保健福祉審議会 1999：22）と指摘している。→注 48 参照。

95 多いところでは堺市 14 ヶ所、東大阪市 10 ヶ所、吹田市 7 ヶ所、枚方市 7 ヶ所、高槻市 6 ヶ所などである。また、能勢町、美原町（当時）にも 1 ヶ所ずつ設置されるなど、ほぼ大阪府内全域で運営されていた。ブロック別に見ると北ブロック 26 ヶ所、京阪ブロック 16 ヶ所、中ブロック 24 ヶ所、南ブロック 24 ヶ所であり一市に平均 2～3 ヶ所の割合で設置されていた。大阪府では、こころの健康センターが中心になって作業所の設立や家族会の運営を積極的にバックアップしてきた経過がある。1971 年より豊中・池田・箕面の 3 保健所は、共同事業として家族懇談会を行ってきた。この家族懇談会は、のちに豊能地区精神障害者家族会連合会みとい会として組織化がなされ、1982 年に同家族会を母体とする共同作業所・みとい製作所（豊中市）の開所へ発展している。こうした一連の活動がモデルとなり 1989 年に「大阪府精神障害者共同作業所運営事業」が始まるなど、大阪府内で作業所の設立が大きく前進することになった（藤井達也 2005）。しかし、社会福祉法の施行（2000 年）により国の運営費で「小規模通所授産施設」の設立が可能になったことを背景に、大阪府は財政危機から 2005 年 3 月までに「小規模通所授産施設」など認可施設への移行、法人格の取得を進める方針を打ち出した。その後、2003 年に作業所への補助金は半分に減額となり、2004 年度をもって「大阪府精神障害者共同作業所運営事業」は廃止になった。

96 大阪府市区町村におけるグループホーム分布状況の特徴および課題等については、船本淑恵（2010）が詳しい。精神障害者退院促進事業が国庫補助事業になった 2003 年 4 月現在で、大阪市を除いて 79 ヶ所設置されている。運営主体別にみると、精神科病院系 66 ヶ所（うち社会福祉法人立の精神科病院 5 ヶ所・精神科病院を母体とする家族会 3 ヶ所）、家族会 7 ヶ所、NPO 法人 3 ヶ所、社会福祉法人 3 ヶ所。所在地別では、箕面市 7 ヶ所、豊中市 13 ヶ所、吹田市 3 ヶ所、茨木市 3 ヶ所、高槻市 6 ヶ所、枚方市 6 ヶ所、交野市 3 ヶ所、東大阪市 12 ヶ所、八尾市 2 ヶ所、藤井寺市 1 ヶ所、柏原市 4 ヶ所、松原市 2 ヶ所、羽曳野市 2 ヶ所、堺市 7 ヶ所、和泉市 1 ヶ所、岸和田市 3 ヶ所、貝塚市 3 ヶ所、和泉市 1 ヶ所。

97 具体的な支援等については、鹿野・原・奥村ほか（2002）、米田（2003a）を参照した。

98 事業の利用にあたって、本人の意向をどこまで確認すべきかについて課題になった。事業の趣旨からすれば退院意欲が減退している人こそ事業の対象とすべきと考えられる。しかし、候補者に関する資料を自立支援促進会議へ提出する際、候補者本人の同意が必要だったため、退院意欲が限定している人は対象から外され、事業の利用を希望する人に限定せざるを得なかった。また、申込書の扱いも課題になった。候補者本人にとって申込書を書く行為が、事業の利用をためらわせ、導入段階でハードルになることを懸念し、申込書はとらないこととした（米田 2003b）。同意については、口頭による確認で差し支えないとしたが、カルテ等に「誰が」「いつ」説明をして同意を得たか記載することとされた。

99 当時、復帰協の専任コーディネーターを務めていた奥村由美は、以下の事例に言及している。「短期間で外出支援が始まる人から、退院したい気持ちはあるものの、不安が強いため「外出」に踏み出すことすら大きな決心が必要な利用者には、外出まで約 1 年（約 100

回)の支援職員の病棟への訪問が必要な事例もあった。地域の活動の場における精神障害者との関係づくりにしても、数回の外出で、すぐに雰囲気慣れて、まるで以前から通っていたかのようにみんなの輪に入っていける利用者もいる一方、支援職員が寄り添って、利用者が入りやすいように話題作りをしたり、参加しやすい活動を探したり、サポートすることで関係を作っていくことができた人もあった。」(奥村 2003 : 359)。

100 退院支援の実施は、対象者や関係者だけでなく、立案者である大阪府自身の意識をも変えるインパクトがあった。「社会的入院の問題は指摘されて久しいが、受け皿の整備が一定進められ、病院サイドでの退院の働きかけが一定進められてもなお、この間の乖離が今なお大きく存在する。隔たりの大きさにあきらめが先行する。筆者も、保健所精神保健福祉相談員として勤務していたころには、どこか、社会的入院の問題は病院の問題という認識があった。そういう意識は、社会的入院を続けている精神障害者を、人としての尊厳の枠外においてしまうことにつながっていたのではないだろうか。社会的入院解消研究事業を行い、事業がなければ今も病院で過ごしていたであろう人たちの、生き生きした生活ぶりを見るにつけ(ママ)、その思いを強くしている。各機関が自らの機関の課題として本気で社会的入院の解消を位置付けることこそが、社会的入院解消事業の真の目的かも知れない。」(米田 2003a : 423)。

101 米田はチームのスタッフが同じ機関に所属し、共通の価値観に基づいて活動する集中型・包括型ケアマネジメントと比較したうえで異なった評価をしている。「大阪府社会的入院解消研究事業では、支援者はそれぞれの機関に所属し、価値観の違いも抱合しながら、共通の目的のために連携し、アクセス支援を専門に担う支援職員を置いている。時期に応じて、当該時期の課題に最もふさわしい機関の職員がマネジメントの軸になる。それゆえ、軸があいまいになることもあるが、対象者にとって選択肢の幅が広がる。その他、[...] 集団への参加を支援し、作業所での出会いなどピアサポートを期待している。」(米田 2003a)。

102 当時、大阪府の職員だった殿村壽敏によると「なぜ大阪で(退院支援が)できたのか、厚労省からしょっちゅう(問い合わせの)電話が掛かってきた。」(殿村壽敏インタビュー 2018年3月14日)と述べている。そのうえで大阪府の取り組みが、一程度の成果を残すことができた要因について次のように整理している。第一に、大阪府は社会的入院を人権問題と捉えていたこと。人権問題は緊急性が高く、迅速な対応が求められる。内外にも強いインパクトを与える。第二に、大和川病院事件を始め、色々な動向が「たまたま」重なったことで行政や病院を動かしたこと。第三に、大和川病院事件を一医療法人の不祥事にとどめず、行政も含め大阪府内の精神科病院全体の問題と捉えたこと。第四に、河崎茂・水間病院院長(当時)が日本精神病院協会(当時)の会長だったこと、その影響力から大阪府内全域の精神科病院から全面的な協力が得られたこと。「あれ(退院支援)は病院の協力なしにはできなかった。」(殿村壽敏インタビュー 2018年3月14日)。

103 岩手県、茨城県、栃木県、埼玉県、長野県、岐阜県、静岡県、三重県、大阪府、兵庫

県、奈良県、岡山県、山口県、香川県、長崎県、大阪市。

104 北海道、秋田県、福島県、千葉県、東京都、神奈川県、和歌山県、広島県、高知県、沖縄県、川崎市、神戸市。

105 第1章の図1-5参照。当初、都道府県地域生活支援事業の「必須事業」「5 広域的な支援事業」に位置づけられ、都道府県は政令指定都市、中核市への委託も可能とされたが、2012年度以降、個別給付化により都道府県地域生活支援事業の対象ではなくなっている。

106 古屋によると、同年度の措置入院費予算は47億円である。措置入院者が1,501名(2011年度患者調査)、精神科全入院者の0.6%(全国平均)であるのに対して、本来の地域移行支援対象者は約7万人、国試算による精神科入院者の23%も存在することを考えると「17億円という予算が極めて微々たる予算であるかわかる。国家予算配分を見る限り、入院偏重は何も変わっていない」(古屋 2015: 113)。また、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の開始により「退院促進」の文言が使用されなくなったことについて、次のように指摘している。「退院支援」は精神科病院として果たすべき役割であり、地域の障害福祉サービス事業者等は「地域移行支援」体制づくりの役割を担うと整理された訳である。[…]この事業に対して、「退院は病院が決めるべきものであって、地域の福祉事業所や行政が退院促進を掲げるとは何事か」とする精神科病院側の反発への配慮が見え隠れする。「退院促進」という命題を取り下げたことで、行政が病院側へ介入する契機を失ってしまったのは後退と言える。」(古屋 2015: 81-82)。

107 外部有識者6名のうち、2名が「事業の廃止」、2名が「抜本的改善が必要」、2名が「一部改善が必要」と集計結果が三つに割れたが、最終的に「一部改善が必要」と取りまとめられた。主なコメントに「成果指標(アウトカム)において、効果(退院率の発生)が、本事業によるか、診療報酬の改定によるか(退院促進への加算)、他の政策によるかの要因分析が不十分」「本来、診療報酬で対応すべき」「補助金は実施するならば、病院と行政、地域の連携に向けた「立ち上げ」に限定すべき」「退院支援事業は、地域移行推進委員(ママ)も行っており、既に法定給付になっている。その上に補助金支出をする意義が見いだせない。退院支援を金銭的に支えるならば、診療報酬の加算によって行える」「院外からの関与の効果については、さらに綿密に把握する必要がある」「今年度、精神障害者も他の障害者同様、50人以上規模の事業所が雇用するよう制度改革が行われている。そのように、現在まず何が課題となるかという単なる病院から患者を退院させることなく、どのように社会復帰するかのような退院後の環境を整えるかだ。本事業は廃止して、1) 高齢者については就業すること近親者を含め、引き受ける環境が整えられにくいことを考え、社会的入院ではない専門施設での受け入れ、2) 例として、60歳以上の入院患者の退院については、就業支援、職業訓練を核として、支援の形を再構築すべきだと思う」など。外部有識者は次のとおり。熊谷哲(コーディネーター・内閣府行政刷新会議事務局次長)、佐藤主光(一橋大学大学院経済研究科・政策大学院教授)、土居丈朗(慶應義塾大学経済学

部教授)、船曳鴻紅((株)東京デザインセンター代表取締役社長)、太田聡一(慶應義塾大学経済学部教授)、清水涼子(関西学院大学大学院会計研究科教授)、田代雄偉(元川崎製鉄環境エンジニアリング部長)。なお、「精神障害者地域移行支援・地域定着支援事業」の行政事業レビューは公開で行われ、当日(2012年6月14日(木)14:00~15:03)の様子を You tube で視聴することができる(https://www.youtube.com/watch?v=Gnvjg-U_9F4&feature=plcp)。

108 しかし、古屋・中越による相談支援事業所への聞き取り調査では、次の指摘があった。「課題として、病院にとって「困っている患者」が利用を優先されるようになり、長期在院者にはサービスが届いていない現状がある。頻回に入院し、入院期間の短い患者の利用が多いため、地域事業所と利用者との関係ができないまま退院となることがある。契約の煩雑さのためサービス利用を断念もしくは拒否する人もいるが、本来は関係構築の機会が与えられれば、丁寧な説明などで対応し得ることもである。」(古屋・中越 2014:93)。

109 通常の支援に係る報酬以外に、以下の報酬も設定されている。退院・退所月加算 2,700 単位/月、集中支援加算(退院・退所月以外で月 6 日以上面接・同行による支援を行った場合加算) 500 単位/月、障害福祉サービス事業の体験利用加算 300 単位/月、体験宿泊加算(I) 300 単位/月、体験宿泊加算(II) 700 単位/月(夜間支援を行う者を配置して体験宿泊を行った場合の加算)。地域定着支援の場合、体制確保分 300 単位/月、緊急時支援分 703 単位/月。なお、2015 年の報酬単価改定でサービス利用の初期アセスメント等に係る業務負担を評価した初期加算 500 単位/月が新設されたが、あくまで契約締結後のアセスメントに対する加算であり、契約前の「前捌き」に対するものではない。

110 たとえば、大阪市の場合、次のような措置が取られてきた。大阪市の退院支援に関わる精神科病床を有する病院は全部で 57 ヶ所(2012 年現在)あるが、大阪市の退院支援を利用した対象者の入院先は、大阪市内ではなく、圧倒的に大阪府内に集中している。その範囲は大阪市中央区を中心に半径 10km 以内に 11 ヶ所、10~20km 以内に 25 ヶ所、20~30km 以内に 11 ヶ所、30~50km 以内に 10 ヶ所となっており、ほとんどが半径 15~45km 以内の間に点在している。そのため支援に係る時間は、移動時間も含めると長時間を要し、交通費も高額になる。こうした大阪市特有の事情も踏まえ、委託料は、移動、電話での連絡調整、対象者への支援、ケア会議等に係る時間を元に、時給換算(1,565 円/1 時間)で支出された。これとは別に、ケア会議(6,260 円/1 回)、「大阪市自立支援選定会議」(4,695 円/毎月 1 回約 3 時間実施)の出席に係る人件費と交通費が別途加算されている。また、外出先での必要経費と、それに係る交通費が全額認められていた(映画館、動物園、公共機関の入場料など上限 1,800 円)。さらに事務費として総支援時間数の 10%が加算されてきた(武井 2012)。移動時間に関しては、居宅訪問介護と同じく、実質的な拘束時間が実労働時間よりも長いといった事態が起こっており、精神科病院が遠隔地に偏在している地方自治体に共通した問題と考えられる。

111 退院支援の実施には、大阪府の精神保健福祉相談員らが保健所の存続をかけていたと思われる側面もある。大阪府全域で「精神障害者退院促進事業」を一斉展開した 2000 年に、都道府県から市町村へ精神保健福祉業務の一部権限移譲が決定し、大阪府では同年 4 月から保健所の再編が進められた。大阪府の保健所は、まず 1955 年に 20 保健所 2 支所が設置され、ピークの 1980 年には 24 保健所 6 支所まで増設されたが、2000 年 4 月に 22 保健所 7 支所のうち門真・大東・松原・狭山・貝塚・泉大津・尾崎の 7 保健所が支所に格下げとなり、15 保健所 14 支所となった。人員定数も 40 名削減され、その後も中核市への移行（高槻・豊中・枚方）や統廃合等により、2017 年現在 12 保健所となっている。この背景には、1994 年に保健所法が約半世紀ぶりに地域保健法へ改正されたことが影響している。同法の施行により地域保健の広域的、専門的、技術拠点としての機能を強化するとともに、保健・医療・福祉の連携促進のため、所轄区域の見直しを行うこととし、母子保健、老人保健、精神保健福祉など住民に身近で頻度の高い保健サービスの提供は市町村の役割とされた。一方、2000 年は、障害者ケアマネジメントの施行的事業が始まった年でもあり、大阪府では、こころの健康総合センター地域ケア課が中心となって各市町村等へケアマネジメントの技術指導を行っている。このように保健所の再編、社会的入院問題への取り組み、障害者ケアマネジメントの試行的事業などの動きが、ほぼ同時期に重なっている。

112 個別給付化前の各都道府県等の実施状況については、社会福祉法人単立ち会（2007）、日本精神保健福祉士協会（2007b）（2009）、古屋（2015）が詳しい。

113 岡田清・大阪府立こころの健康総合センター所長（当時）は、次のように述懐している。「大阪府の退院促進自立支援事業について、一言で説明するように求められたら、「大和川病院廃院以降（1997（平成 9）年 10 月）、考え、ひた向きに走ってきた事業であり、未だ、新たな課題に向かって走り続けている状況にある」と答えることにしている。」（岡田清 2008：411）。そして次のようにも述べている。「大阪府にある 8 医療圏にある精神科病院はほとんど参加し、大阪府の規定する社会的入院している入院者を事業の対象として推薦し、各関係機関がハラハラして見守る中で事業は発展していった。[...] 大阪府保健所の所長はこの会議を招請し自立支援促進会議を運営した。自立支援促進会議や実務者レベルには大阪府こころの健康総合センターの職員が出向き、調整からアドバイスまで支援したことはいうまでもない。しかし、機関をつなぎ、人をつないだのは、ケアマネジメントの段階によって違いはあったが自立支援員の果たした役割は大きい。見ず知らずの人が精神科病院へ面会に現れ、一緒に院外に散歩に（ママ）あるいはコンビニに一緒に出かけることは、支援対象者は考えたことがなかったと思われるし、また、ナースステーションの看護師や病院のケースワーカーに見送られ、病院の門をくぐり、一步外へ出た感触は、言葉では表現しにくい気持ちを与えたに違いない。初期の自立支援員は全く精神医療保健福祉の現場を知らない素人に過ぎないような人たちだった。この素人の持つ感覚が、入院者に与えた勇気は計り知れないものがあった。」（岡田清 2008：413）。

114 鹿野・原・奥村ほかは、退院支援とケアマネジメントの相違点に、①対象者が「退院ニーズを持つ人」で「主治医の推薦のある人」に限定される、②予算的な措置があり、事業実施のための「支援職員」という新たなフォーマルサポートが存在する、③府の施策としての自立支援促進会議という事業実施体制が明確である、④アセスメントにケアマネジメントのような用具は使わず、担当スタッフが本人と話し合っただけで支援方針を決定し、書面による契約も交わさない、⑤ケアマネジメント従事者を置かず、中心になって支援を行ったのは病院のソーシャルワーカーや保健所精神保健福祉相談員である、と指摘している。一方、共通点として、①一定の説明と同意に基づき事業を導入する、②本人の希望をベースに方針を立てていく、③各関係機関が本人のニーズの充足に焦点を当て支援体制を整える、④本人の主体性を引き出すエンパワーメントアプローチを行う、⑤従来のシステムとは違った新しい考え方を広めていく、としてさらに次のように述べている。「退院促進事業創設にあたり、ケアマネジメントの技法により進めるということも検討されたがスタッフ側がケアマネジメントに慣れていない、書面による契約という行為に対象者が慣れていない、長期入院の対象者にとってアセスメント票の項目がなじまない等の理由で、見送られた。／ところが実際には、入院中の、特に社会的入院と言われる人たちを対象に限定し、マネジメントする人が生活の場の変化に応じて変わっていく等の違いはあるものの、考え方や進め方の中にケアマネジメントと共通するところが多い。」(鹿野・原・奥村ほか 2002: 12-13)。また、退院後のケアの継続性については、地域においてマネジメントの機能を果たす人の明確化、そこを軸とした関係機関同士の連携が不可欠であり、ケアマネジメントの必要性が指摘されている(原・鹿野・小原 2003)。とりわけ医療・保健・福祉を中心とした隣接領域の職種によるチームアプローチは、退院支援の必須であり、たんなる調整役だけでなく、支援方法の標準化・効率化・可視化、支援者間での目標設定の共有化が求められる。このように退院支援には、ケアマネジメントを導入しやすい条件が揃っていた。

115 これらのことは、従来から指摘されてきた。たとえば「地域での精神保健に関する活動は、全般になかなかつじつまがあわない。経済的にいえば採算が合わない。そこがわかりにくいといわれたり、問題が明確にならないといわれたりする」(児玉 1995: 82) など。

116 本章で扱う資料等は個人情報を含むものではないが、研究にあたっては一般社団法人日本社会福祉学会研究倫理指針を遵守している。

117 たとえば、木全・高山・長谷川による聞き取り調査での市担当者の発言。「理解のなさという点では、特に事業の内容と「相談」という言葉への不十分な理解。市町の担当者には、当事者に寄り添ってというソーシャルワーカーの仕事の意識は少ない。法律相談、困り事相談のイメージが強い。座っているだけの感覚。本来の相談支援は奥深い。[...] 成功している市は、整合性について考えたはず。いままでの制度にひきずられたと思う。結果として、先進的などころは、反対に苦勞していたと思う。名古屋市なども先に精神の相談支援事業があったので、三障害一緒という点では苦勞したのではないかな。／ [...] 何を

どこまでやるのか、やってよいのかも不明確である。[…] 財政分野からは、何もわからないとクレームがきた。芸術家に絵を頼むようなものと答えている。内容は（ママ）不明確なのは、相談支援事業ではあたりまえのこと。」（木全・高山・長谷川 2009a : 11）。さらに国の示す事業概要は事例的であり、必要な予算、人員配置など不明確な点が多いと指摘している。

118 谷中は、地域生活支援センターが行う相談支援を玄関先での立ち話やお茶を飲みながら数分で済む相談も含め「よろず生活相談」（谷中 1998 : 159）と捉え、地域生活において重要な役割を担うものとして位置づけている。「居場所」についても「従来の家族機能が失われかけている部分に対する対応」（谷中 1998 : 156）とし、ニーズを把握しやすい機能を持つことから相談支援と連動する役割を果たし、精神障害の特性に応じた重要なツールといえる。しかし、明確な定義はない。「サロン」「フリースペース」「たまり場」と称される場合もあるが、多くの地域生活支援センターで食事や入浴サービス、レクリエーションやクラブ活動などのプログラムが提供され、日中自由に過ごせる場所として機能してきた。詳細は全国精神障害者地域生活支援協議会（2009）参照。

119 林芳博・埼玉県福祉部障害者福祉課長（当時）は、地域活動支援センターの位置づけと、移行時の混乱の要因について次のとおり述べている。「地域活動支援センターは、市町村にとって最も悩ましい事業ではなかったかと感じている。センターとは機能なのか施設なのか、事業の内容が理解できないといった質問が説明会等を通じて多くの市町村から県に寄せられた。／もともと、地域活動支援センターは、小規模作業所が法定サービスに移行する際の受け皿の 1 つとして事業化されたものと推察される。その上に、障害者サービス事業および精神障害者地域生活支援センターの移行先としての位置付けも加わったのではないだろうか。そのため、事業の目的や内容の異なる 3 つの事業に対して用意した新たな枠組みとしては、説明が不十分であり、市町村や事業者にとって理解が難しくなってしまった。／とくに、精神障害者地域生活支援センターについては […] 地域における事業展開のイメージをうまく伝えきれなかったように思う。」（林 2007 : 199）。

120 2015 年 4 月現在、任意事業も含め 12 事業が定められている（第 1 章参照）。

121 計 18 回におよんだ障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の終了後、厚生労働省案に対して多くの委員から反対意見が出されたが、大久保常明委員（社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会顧問）のみ概ね妥当と評価している。「骨格提言」の内容を精査すれば、必ずしも「障害者自立支援法」を廃止し、新たな「総合福祉法」（仮称）を制定しなければならない理由は見当たらない。／また、「骨格提言」の内容は、法律案並びに制度案として、十分検討し、整理されたものとは言い難く、障害当事者の思いや願いを中心としたものとする。さらに、内容によっては、部会構成員に意見の相違があったことも事実である（特に「相談支援」など）。／従って、「骨格提言」の内容個々の取扱いや実現にあたっては、政府の判断とともに、詳細な検討、検証等を更に要するものとする。／ [….] 「骨格提

言」の成果を求めるのであれば、物理的、時間的制約のなかで、自ずと限定されることは当然であると考え。／以上により、このたびの「骨格提言」は概ね妥当と考える。また、改正障害者基本法を踏まえた「障害者の範囲」の拡大や「つなぎ法」を踏まえた「相談支援」等の強化などは評価できるものと考え。」（厚生労働省 2012b：6-7）。

122 公募に応じた複数の受託希望者から企画提案および技術提案を提出させ、提案内容を選定委員会等で審査した後、企画内容や業務遂行能力が最も優れた事業者を選定し、締結する契約方式をいう。提出書類の作成に時間とコストがかかること、審査が公正に行われた保障がないことなどの問題が指摘されている。

123 公募や入札による方法をとらず、自治体が任意に特定の事業者等を選択して締結する契約方法をいう。一般競争入札に比べ手続きが簡略であり、経費がかからないこと、相手方が技術や能力を満たしていることを事前に把握したうえで選定できるなどのメリットがある。他方、競争性や透明性、公共性に欠けるなどの点が問題とされている。

124 中部：北区・福島区・西区・中央区・浪速区・天王寺区、東部：城東区・東成区・生野区、淀川：西淀川区・淀川区・東淀川区、北部：都島区・旭区・鶴見区、西部：此花区・港区・大正区・住之江区、南部：阿倍野区・西成区・住吉区、南東部：東住吉区・平野区。

125 同和地区障害者に対する福祉施策の一環として 1979 年に日之出障害者会館（東淀川区）、1983 年に加島障害者会館（淀川区）、1984 年に浪速障害者会館（浪速区）、1985 年に生江障害者会館（旭区）、1986 年に住吉障害者会館（住吉区）、1989 年に浅香障害者会館（住吉区）、1993 年に西成障害者会館（西成区）および矢田障害者会館（東住吉区）、以上 8 館が大阪市の条例施設として順次設置された。施設の種別は身体障害者法に基づく身体障害者センター B 型にあたるが、デイサービスやリハビリテーションに限らず、就労や教育の相談など障害種別を問わない支援を行ってきた。その後、2003 年の指定管理者制度の導入、2006 年の障害者自立支援法の施行により、市内の民間の障害者施設等が新事業へ移行するに伴い、障害者会館についても公の施設であることの整合性がなくなることから 2006 年度から 2007 年度の 2 年間ににおいては非公募による指定管理者の選定が決定する。そして 2007 年度をもってデイサービス事業の廃止、2008 年度から 2011 年度までの指定管理期間の終了により新たな指定管理者の公募あるいは入札による民間移管が検討された。さらに改革 PT による指定管理者制度の見直しが行われた結果、2012 年に条件付一般競争入札による事実上の売却が決定し、大阪市の条例施設としては廃止となった。現在、落札あるいは大阪市の売却に応じた団体によって、おもに多機能型事業所として運営が続けられている。

126 以下の経過については、大阪市社会福祉協議会（2008）を参照した。

【西成区】1993 年に精神障害者社会復帰施設の設置が決定したが、地元住民から反対運動が起こったため、いったん設置計画は保留となる。1996 年に設置場所を移転し、改めて地元住民に説明会を行ったが、5,170 名の反対署名、300 本もの電柱への建設反対ビラや看板等の掲示などの激しい反対運動が展開された。その後、法律に基づく反対ビラ等の撤去を

行う一方、啓発用ポスター等の作成、精神保健福祉相談員や関係家族等による戸別訪問活動、地元役員等との具体的な意見交換を経て、2001年4月に生活訓練施設、通所授産施設、地域生活支援センターを併設した複合施設が開所した。

【東成区】大阪市は、地域生活支援センターの整備にあたって、東成区・生野区・天王寺区を中心とした小規模作業所、医療機関、当事者、家族等で構成される市民団体に委託、1999年6月に開設することを決定した。建物は、新規の建設ではなく既存の賃貸物件を活用することになっていたため、地元住民に事前説明を行わなかったが、町会等に説明を進めたところ、反対署名運動や地元住民による座り込み行動、反対ビラ等の掲示など施設コンフリクトが表面化し、7月には連合町会から2,588名の反対署名と施設白紙撤回の要望書が提出される。その後、運営主体の団体、町会役員、大阪市の三者による協議が重ねられ、1999年12月に市内第一号の地域生活支援センターが開所となった。

【阿倍野区】1996年度より区内の市有地を活用し、知的障害者の入所施設、知的障害者・精神障害者の通所授産施設、地域生活支援センターを併設した複合施設の開設を計画、町会および地域の団体役員等への説明会を重ねたが、地元住民から反対の声が表面化する。予定地周辺地域は、旧来の町会組織と、それに属さない新築マンションの住民に分かれ、とりわけ後者を中心に強硬な反対運動が展開されることになった。当該施設の整備は国庫補助の対象だったが、施設コンフリクトのため着工できず、国に補助申請を取り下げる状況が続いた。その後、国との関係から建設着手を延期できない状況になり、2000年1月に大阪市および関係者によるボーリング調査を行うことになったが、反対住民が敷地のフェンスを封鎖、見張り小屋を設置する事態へと発展する。大阪市は、反対住民による妨害行為の差し止めを大阪地裁に申請し認められたが、予定地の周囲に建設反対の幟が林立し、行政関係者が近付くとサイレンが鳴らされるなど反対運動はさらに複雑化し、こう着状態となる。その間、当初運営主体となる予定だった法人から辞退の申し出があり、別の法人による整備・運営が図られた。また、大阪市では阿部区役所に担当者を配置し、行政および関係機関を動員しての啓発活動が続けられた。一部住民の根強い反対がある中、施設整備計画の発表から約10年が経過した2005年ようやく施設建設が着手し、2007年10月に入所施設および地域生活支援センターを中心とした複合施設の開所に至る。

以上の施設コンフリクトを受けて大阪市は、市内8ヶ所の大阪市立障害者会館に開設および運営を打診し、西成（西成区）、日之出（東淀川区）、矢田（東住吉区）、住吉（住吉区）、加島（淀川区）の5ヶ所が地域生活支援センターの開設を受け入れることになった。

127 2006年度に関しては、障害者自立支援法の施行により新事業体系への移行が10月に行われたため、委託料は下期1,069万5,000円のみとなったが、翌2007年度は上期下期合わせて2,139万円が支払われた。

128 『大阪市における総合的な相談支援体制の充実に向けて（提言）』は、大阪市社会福祉審議会の特別分科会によって取りまとめられた。委員は次のとおり。右田紀久恵（分科

会長・大阪府立大学名誉教授※大阪市社会福祉審議会委員長も兼務)、白澤政和(作業部会長・大阪市立大学院生活科学研究科教授※大阪市社会福祉審議会委員長代理も兼務)、岩間伸之(大阪市立大学院生活科学研究科准教授)、小山隆(同志社大学社会学部教授)、牧里毎治(関西学院大学人間福祉学部教授)。

129 障害者自立支援法に基づき、市町村が相談支援事業を始めとする地域の障害福祉において中核的役割を果たす協議の場として、各自治体に設置が進められることになった。その後、法的位置づけが不明確だったことから2013年4月施行の障害者総合支援法第89条の3において「地方公共団体は[...]協議会を置くようにつとめなければならない」とし、さらに第88条「市町村は障害福祉計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ協議会の意見を聴かなければならない」と法令上の根拠を定めた。大阪市の場合、福祉局障がい者施策部障がい福祉課に事務局を置き、市全体を圏域とする地域自立支援協議会(1合議体)と、区を圏域とする地域自立支援協議会(24合議体)を設置しているが、両者に政策上のつながりはない。

130 たとえば、市民向けの冊子『福祉のあらまし平成18年度版』(大阪市健康福祉局発行)には、「相談支援事業」の項目に掲載されている。その他、『大阪市の相談支援体制について』(大阪市健康福祉局障がい者施策部発行)など。

131 大阪市の場合、見直しの基準について、①大阪府下で統一的に行われている施策・事業については、その水準に合わせる、②その他の施策・事業については、4指定都市(横浜市・名古屋市・京都市・神戸市)の標準的な水準に合わせるとしている(大阪市2012a)。

132 詳細は大阪市福祉局障がい者施策部障がい福祉部(2015)を参照。

133 ただし、大阪市において市町村地域生活支援事業の「相談支援事業」と、地域活動支援センター強化事業の「相談支援事業」との位置づけは今以て明確ではなく、公式な説明も行われていないため、本研究ではこの問題についてこれ以上立ち入らないものとする。

134 大阪府では附属池田小事件が発生した3日後に『平成13年度第1回精神障害者ケアマネジメント事業におけるケアマネージャー養成研修』(平成13年6月11、12、15、18日・場所:三島府民センター)が実施された。筆者は「平成13年度に精神障害者ケアマネジメント試行事業を行う予定の池田(箕面市、能勢町、豊能町を含む)、茨木(摂津市を含む)、豊中、松原(任意の隣接市を含む)の各市・町域にある公私の精神医療保健福祉の関連機関に勤務する各域約15人のソーシャルワーカー、保健婦等で将来ケアマネージャーとして勤務を行う予定にある者」に該当したことで受講することになったが、その内容はケアマネジメントの啓発と技術指導が中心であり、導入時期、効果など実務的なことや、そもそもケアマネジメントを活用「しなければならないのか」「しなくても構わないのか」など根本的なことは示されなかった。それよりも主催の大阪府、受講者共々附属池田小事件の「風評被害」への対応に追われ、ケアマネジメントどころではなかった。

文献

[A]

- 朝比奈ミカ・北野誠一・玉木幸則編（2013）『障害者本人中心の相談支援とサービス等利用計画ハンドブック』ミネルヴァ書房.
- 朝日新聞 2010年1月22日朝刊, 「全精社協会長——補助金不正認める」.
- 浅井邦彦（1999）「「精神障害者地域生活支援センター」はコミュニティケアのキイ・ステーション！」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 6-7.
- 浅野弘毅（2000）『精神医療論争史——わが国における「社会復帰」論争批判』批評社.
- 赤沼麻矢（2007）「精神障害者退院促進支援事業における対象者個別事例の質的比較——ブール代数アプローチを用いて」『社会福祉学』48(3), 42-54.
- 荒川英之（2001）「併設型と独立型のメリット、デメリット」『Review』10(1), 20-21.
- 荒井元傳（1996）「厚生省の新規事業——精神障害者地域生活支援事業「地域生活支援センター」の概要」『ぜんかれん』351, 6-7.
- 東美奈子（2014）「相談支援と医療との連携、その留意点」『精神科臨床サービス』14(2), 63-67.
- 東美奈子（2015）「官民共同で計画作成 100%を目指した島根県と出雲市の取り組み」『さぼーと』62(4), 15-17.
- 東美奈子・大久保薫・島村 聡（2015）『障がい者ケアマネジメントの基本——差がつく相談支援専門員の仕事 33 のルール』中央法規.
- 東 貴宏（2011）「地域生活支援センターは障害者自立支援法でどう変わったか——東京都の場合」『病院・地域精神医学』53(3), 277-81.
- 東 貴宏・小泉宏和（2010）「地域生活支援センターは障害者自立支援法によってどのように変わったのか——東京都地域生活支援センター連絡会の実態調査より（第2報）」『病院・地域精神医学』53(2), 73-75.

[C]

- 地方分権推進委員会（1997）『地方分権推進委員会第2次報告』（<http://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8313852/www8.cao.go.jp/bunken/bunken-iinkai/2ji/>, 2018.3.19）.
- Challis, David and Davies, Bleddyn. (1986) *Case Management in Community Care*, British Crown. (=1991, 窪田暁子・谷口政隆・田端光美訳『地域ケアにおけるケースマネジメント』光生館.)
- 知多地域成年後見支援センター（2009）『相談支援、権利擁護、サービス事業所における役割分担と連携のモデル研究』.
- 知的障害者ケアマネジメント研究会監修（2000）『障害者ケアマネジャー養成テキスト知的障害編』中央法規.

知的障害者ケアマネジメント研究会監修（2002）『新版障害者ケアマネジャー養成テキスト 知的障害編』中央法規.

知的障害者ケアマネジメント研究会監修（2003）『第3版障害者ケアマネジャー養成テキスト 知的障害編』中央法規.

遅塚昭彦（2014）「障害者相談支援事業の制度的側面」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』34(6), 13-17.

中央精神衛生審議会（1978）「精神障害者の社会復帰に関する中間報告——中央精神衛生審議会意見」『精神神経学雑誌』81(1), 7-73.

中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会（1998a）『社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/souron/29.pdf>, 2017.11.19）.

中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会（1998b）『社会福祉基礎構造改革を進めるに当たって（追加意見）』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/718.pdf>, 2017.11.19）.

[D]

DPI 日本会議（2002）『2002年5月27日支援費全国行動交渉議事録』（http://www.dpi-japan.org/2actions/2-2/nego_rep/020572.htm, 2014.12.4）.

DPI 日本会議（2004）『障害者施策の介護保険統合に反対する緊急アピール』（<http://www.dpi-japan.org/3issues/3-1shienhi/kodo04/040626.htm>, 2014.10.5）.

[E]

遠藤哲一郎・岡本秀行（2014）「障害支援区分からサービス支給決定」『精神科臨床サービス』14(2), 114-8.

医療経済研究機構編（2009）『精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究——平成19年度 - 平成20年度総合研究報告書:平成20年度総括・分担研究報告書』.

衛藤幹子（1995）「80年代以降の保健医療政策の変化をめぐる考察——87年の精神医療改革を素材として」『年報行政研究』1995(30), 84-106.

[F]

藤井克徳（1996）「障害者プラン——ノーマライゼーション7ヵ年戦略 好転なるか、わが国の障害者施策」『リハビリテーション研究』第86号, 15-20.

藤井克徳（2002）「変化感ほしい新計画・新プラン」『Review』11(2), 14-17.

藤井克徳（2003）「有効値から大きくかけ離れている社会福祉施設・法定事業実施事業所——すべての市区町村対象に実態調査」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(3), 42-45.

藤井克徳（2006）「障害者自立支援法案の国会審議と障害保健福祉施策の課題」『社会福祉研究』94, 62-68.

- 藤井達也（1990）「六、やどかりの里での活動・運動・研究」やどかりの里 20 周年記念出版編集委員会編『春はまだ来ないけど——やどかりの里歩み 20 年』やどかり出版, 322-45.
- 藤井達也（1991）「(四) 生き残り作戦から新しい創造へ」やどかりの里編『危険な賭け 新しい創造へ——精神保健法にもとづく施設づくり』やどかり出版, 204-9.
- 藤井達也（2005）「大阪府における精神障害者についての理解促進の試み」『社会問題研究』54(2), 19-40.
- 藤野高明（2003）「新「障害者基本計画」のさらなる充実を求めて——視覚障害者の立場から」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 12-13.
- 藤沢房枝（2014）「地域移行支援の利用者の声」『精神科臨床サービス』14(2), 34-37.
- 福岡 寿（2014）「相談支援事業の現状と課題」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』34(6), 9-12.
- 福祉関係三審議会合同企画分科会（1989）『今後の社会福祉のあり方について（意見具申）——健やかな長寿・福祉社会を実現するための提言』（社会福祉士養成講座編集委員会（2014）『新社会福祉士養成講座 21 資料編第 6 版』中央法規出版, 所収, 162-7）.
- 船本淑恵（2010）「障害者共同生活住居現状と地域居住の課題——WAMNET データからみる大阪府市区町村の共同生活住居の分布状況」『教育福祉研究』(36), 39-52.
- 古屋龍太（2010）「退院・地域移行支援の現在・過去・未来——長期入院患者の地域移行は、いかにして可能か」『精神医療第 4 次』(57), 8-22.
- 古屋龍太（2014）「相談支援事業と精神科病院による地域医療福祉連携パス——病院・地域を統合する地域移行支援方策のツールとして」『精神科臨床サービス』14(2), 110-3.
- 古屋龍太・中越章乃（2014）「精神障害者の地域移行支援場面における個別給付化の影響と変化——2012 年度実施事業所への訪問聞き取り調査を通して」『病院・地域精神医学』52(1), 92-96.
- 古屋龍太（2015）『精神科病院脱施設化論——長期在院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題』批評社.

[G]

- 後藤卓郎（2003）「我が国におけるケースマネジメント専門機関のあり方についての一考察（その 1）」『名古屋柳城短期大学研究紀要』25, 27-38.
- 合同企画分科会（1997）『今後の障害保健福祉施策の在り方について（中間報告）』.
- 合同企画分科会（1999）『今後の障害保健福祉施策の在り方について（意見具申）』.

[H]

- 萩原浩史（2013）「迷走する退院支援——大阪市の現状から」『PSW 通信』No.184/2013.5.15, 日本精神保健福祉士協会, 3-4.
- 萩原浩史（2014）「精神障害者の退院支援をめぐる諸問題」野口定久編集代表・ソーシャルワーク事例研究会編『ソーシャルワーク事例研究の理論と実際——個別援助から地域包

- 括支援システムの構築へ』中央法規, 41-55.
- 半澤節子 (2003) 「新障害者プラン——精神障害者に関する評価と課題」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 8-9.
- 原るみ子・鹿野勉・小原理恵・吉田輝義・吉原明美・辻 美子・米田正代・奥村由美 (2003) 「自立支援促進会議の果たす役割——精神障害者の地域生活支援のシステム化を目指して」『大阪府立こころの健康総合センター研究紀要』8, 1-9.
- 原るみ子・上野千佳・油谷啓子・山口実和子・今井千代美・吉原明美 (2004) 「大阪府における社会的入院者の退院支援に向けての取り組み——地域からの働きかけ、ネットワークを中心に」『作業療法ジャーナル』38(12), 1117-21.
- 原るみ子・油谷啓子・吉原明美・今井千代美・山口実和子・奥村由美・伊永晶一・上野千佳 (2005) 「大阪府における自立支援促進会議と退院促進事業——4年間のまとめと新たな取り組み」『大阪府立こころの健康総合センター研究紀要』10, 17-36.
- 長谷川彰 (1990) 「1980年代の福祉施策 (その2) ——地域時代における福祉政策の動向」『鹿児島経済大学社会学部論集』9(1), 13-42.
- 橋本登美三郎 (1974) 『福祉社会憲章——橋本幹事長私案』(『週刊社会保障』28(777), 所収, 40-42).
- 橋詰 正 (2015) 「基幹相談支援センターとしてチャレンジ」『さぽーと』62(4), 18-20.
- 林 芳博 (2007) 「地域生活支援事業の現状と課題——埼玉県における実施例をもとに」『医療』61(3), 195-200.
- 稗田健志 (2005) 「社会福祉改革における補償の政治——社会福祉基礎構造改革の政策過程を事例として」『一ツ橋論叢』134(2), 276-93.
- 東健太郎 (2014) 「精神科診療所を中心とした地域ケアと「計画相談支援」」『精神科臨床サービス』14(2), 74-78.
- 平野方紹 (2005) 「社会福祉法施行の5年を振り返って——社会福祉基礎構造改革を中間評価してみる」『社会福祉研究』第93号, 2-9.
- 平野方紹 (2006) 「障害者自立支援法と相談支援活動」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』26(8), 30-33.
- 平岡辰士 (2013) 「成人期の相談支援とサービス等利用計画について」『さぽーと』60(8), 14-16.
- 廣江 仁 (2001) 「利用者からみた地域生活支援センター——利用者へのインタビューから」『精神保健福祉』32(4), 289-92.
- 広沢 昇 (2000) 「精神障害者に対するケアマネジメントの現状と課題」『精神保健福祉』31(1), 47-52.
- 菱山珠夫 (1972) 「精神医療の現状と「中間施設」」『精神神経学雑誌』74(3), 250-4.
- 本條義和 (2014) 「家族が望む相談支援事業」『精神科臨床サービス』14(2), 38-40.

[1]

- 茨木尚子 (2002) 「新障害者プラン——新しい時代にふさわしい計画となるための課題は何か」『福祉労働』(96), 12-18.
- 池末 亨 (1998) 「地域生活支援センターの調査報告」『Review』6(2), 50-51.
- 池末 亨 (2001) 「地域生活支援センターの要として活動を展開するために必要なこと」『Review』10(1), 8-11.
- 今福恵子 (1999) 「私の街に生活支援センターができた」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 24-28.
- 井上牧子・岡田眞理・西澤利朗 (2008) 「精神科医療における退院促進を再考する——文献研究を通して、退院促進の展開背景を探る」『目白大学健康科学研究』1, 59-67.
- 井上泰司 (2003) 「もっと実態を直視した計画を」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 16-17.
- 石田慎二 (2004) 「民間営利部門をめぐる福祉政策の変容」『奈良佐保短期大学紀要』11, 9-16.
- 石黒 亨 (2006) 「改革は必要である。しかしその方法が問題である——精神障害者社会復帰施設の立場から」岡崎伸郎・岩尾俊一郎編 (2006) 『「障害者自立支援法」時代を生き抜くために』批評社, 94-108.
- 石川 満 (2003) 「理念倒れの新障害者プラン」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 24-25.
- 石川到覚 (2001) 「地域生活支援センターに望まれる役割と機能」『精神保健福祉』32(4), 271-5.
- 磯田重行・鷹尾一顕・原 欣洋 (2014) 「相談支援事業所でのピアサポートの意義」『精神科臨床サービス』14(2), 68-72.
- 伊丹市 (2009) 『平成 20 年度障害保健福祉推進事業——精神障害者の退院促進及び地域移行のための地域体制整備に関する調査研究事業報告書』.
- 伊藤周平 (1997) 『介護保険——その実像と問題点』青木書店.
- 伊藤周平 (2004) 「介護保険見直しと支援費制度」花田春兆編 (2004) 『支援費風雲録——ストップ・ザ・介護保険統合』現代書館, 80-101.
- 伊藤たてお (2003) 「難病・慢性疾患からみた障害者基本計画」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 20-21.
- 岩間伸之 (2008) 『支援困難事例へのアプローチ』メディカルレビュー社.
- 岩間伸之 (2014) 『支援困難事例と向き合う——18 事例から学ぶ援助の視点と方法』中央法規.
- 出雲市健康福祉部健康福祉課ホームページ (<http://www.city.izumo.shimane.jp/www/contents/1331020649506/index.html>) → 「障害者特定相談支援専門員の要件」(<http://www.c>

ity.izumo.shimane.jp/www/contents/1331020649506/files/youken.pdf, 2018.1.20).

[J]

自治労府職(2000)『府民と府政の新たな関係を構想する——分権法施行を受けて大阪府(都道府県行政)のあり方を探る(全国自治研山形集会 2000年10月発表レポート)』(http://www.jichiro.gr.jp/jichiken_kako/report/rep_yamagata28/jichiken_bunkakai/dai2_todouhukuken/osaka/osaka.htm, 2017.5.28)

自由民主党生涯計画調査会(1976)『「生涯福祉計画」に関する会長見解』昭和51年4月27日付.

自由民主党研修叢書編集委員会編(1979)『研究叢書8 日本型福祉社会』自由民主党広報委員会出版局.

[K]

門屋充郎(2014)「相談支援の来歴と現実」『精神科臨床サービス』14(2), 6-11.

かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク(2008)『障がい者相談支援担当・市町村直営相談支援事業所・相談支援事業所に関する調査』.

かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク(2009)『相談支援の機能強化を図るための調査研究事業』.

かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク(2011)『平成22年度障害者保健福祉推進事業「障害者相談支援専門員現任研修の効果的な実施方法と研修マニュアルの作成に関する調査研究」報告書』.

金川洋輔(2014)「地域移行支援・地域定着支援の進め方」『精神科臨床サービス』54, 52-56.

金成 透(2014)「相談支援と地域移行支援・地域定着支援」『精神科臨床サービス』14(2), 17-21.

金子 努・県立広島大学(2007)『退院促進事業による精神障害者の地域社会への参加可能性に関する行動計量学的研究』.

葛西久志(1998)「私たちがめざす地域生活支援センターとは」『Review』6(2), 10-13.

加瀬昭彦(1997)「横浜市の障害福祉計画ができるまで」『Review』5(2), 16-21.

加瀬進研究代表(2009)『相談支援事業自己評価マニュアル——平成20年度障害者保健福祉推進事業「相談支援事業機能強化のための評価に関する調査研究事業」研究事業報告書』社会福祉法人オープンスペースれがーと.

片桐公彦(2013)「意味ある自立支援協議会を運営していくためのポイント」『さぽーと』60(8), 17-19.

加藤伸勝(1972)「精神医療の現状と「中間施設」」『精神神経学雑誌』74(3), 254-276.

加藤智明(2014)「サービス等利用計画の完全実施に向けて」『さぽーと』61(4), 14-16.

川崎市地域自立支援協議会(2015)『川崎市相談支援ガイドブック Ver.2』.

川崎市福祉健康局障害保健福祉部障害計画課(2015)『特定相談支援事業・障害児相談支援

事業申請の手引き Ver.2』.

経済同友会 (2004) 『介護保険制度の抜本改革を——少子高齢化社会にふさわしい真に持続可能な社会保障制度を目指して』 (https://www.doyukai.or.jp/policyproposals/articles/2004/pdf/041118_01.pdf, 2017.11.06).

経済企画庁編 (1976) 『昭和 50 年代前期経済計画——安定した社会を目指して』 大蔵省印刷局.

経済企画庁編 (1979) 『新経済社会 7 ヶ年計画』 大蔵省印刷局.

経済対策閣僚会議 (1997) 『21 世紀を切りひらく緊急経済対策』 (<http://www5.cao.go.jp/j-j/doc/1997taisaku11-18-j-j.html>, 2017.9.5).

経済審議会 (1996) 『構造改革のための経済社会計画——活力ある経済・安心できる暮らし』 (<http://www5.cao.go.jp/j-j/keikaku/keishin1-j-j.html>, 2018.3.19).

経済財政諮問会議 (2002) 『国と地方に係る経済財政運営と構造改革に関する基本方針 (福田議員提出資料)』 (<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2002/1225/item2.pdf>, 2017.10.8).

吉川隆博 (2012) 「障害者自立支援法の改正は地域移行支援をどう変えるのか」『精神科看護』 39(3), 4-11.

菊池信子 (1996) 「ケアマネジメントと社会資源——利用者の資源活用」『ソーシャルワーク研究』 22(1), 31-39.

菊本圭一 (2013) 「相談支援事業の基本的な位置づけと、今後の方向性について」『さぼりと』 60(8), 20-22.

木全和巳 (2007a) 「「障害者自立支援法」における「相談支援事業」の現状と課題」『日本福祉大学社会福祉論集』 117, 101-22.

木全和巳 (2007b) 『私たちはソーシャルワーカーです——社会的な相談・支援の実践をつくる』 きょうされん.

木全和巳・高山京子・長谷川忍 (2009a) 「障害福祉分野における相談支援体制の形成過程に関する研究——愛知県知多圏域 (5 市 5 町) を対象として」『福祉研究』 99, 1-20.

木全和巳・高山京子・長谷川忍 (2009b) 「相談支援従事者から見た相談支援事業実践の課題——愛知県知多圏域の相談支援事業従事者の聴き取りを通して」『日本福祉大学社会福祉論集』 121, 55-69.

君島昌志 (1997) 「福祉政策の転換に関する考察 (1) ——1970 年代における日本型福祉社会論と高齢者政策の変容を中心にして」『島根女子短期大学紀要』 35, 47-56.

木村 敦 (2011) 「精神障害者「退院支援・地域移行」政策についての考察——精神衛生法下の「社会復帰」をめぐる議論を参照しながら」『大阪産業大学経済論集』 12(3), 235-57.

規制緩和・民営化研究会 (1994) 『欧米の規制緩和と民営化——動向と成果』 大蔵省印刷.

- 北川定謙（2001）平成 12 年度厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業『精神障害者の社会復帰に向けた体制整備のあり方に関する研究報告書』.
- 北野誠一（2003）「市町村生活支援事業及び地域療育等支援事業の一般財源化について」（<http://totutotu.la.coocan.jp/kitano.htm>, 2017.10.8）.
- 小林英一（1999）「地域生活支援の原点を考える」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 29-32.
- 児玉輝彰（1991）「第二章 一、先の見えない施設づくり——社会復帰施設長として」やどかりの里編『危険な賭け 新しい創造へ——精神保健法にもとづく施設づくり』やどかり出版, 89-108.
- 児玉輝彰（1995）「施設から地域への模索」やどかりの里編『共に担った「危険な賭け」——泣いた笑った 5 年間』やどかり出版, 47-84.
- 小泉宏和・東 貴宏（2010）「地域生活支援センターは障害者自立支援法によってどのように変わったのか——東京都地域生活支援センター連絡会の実態調査より（第 1 報）」『病院・地域精神医学』53(2), 177-78.
- 小嶋清志（1999）「家族会がはじめた生活支援事業」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 20-23.
- 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所（2007）『平成 16 年度-18 年度総合研究報告書・厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業——精神障害者の正し理解に基づく、ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究：総合研究報告書』.
- 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所（2011）『精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究——平成 20-22 年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）』.
- 駒井博志（2006）「精神障害者地域生活支援センターの現状と課題——障害者自立支援法時代の新たな展開を目指して」『大阪体育大学健康福祉学部研究紀要』3, 1-11.
- 古俣孝浩（2014）「地域活動支援センター」『精神科臨床サービス』14(2), 90-93.
- 近藤昭子（2001）「公立地域生活支援センターの役割——南八幡メンタルサポートセンターの活動を通じて」『精神保健福祉』32(4), 285-8.
- 郡山昌明・志水田鶴子・広庭 裕・大坂 純（2009）「精神障害者の地域生活の在り方について——相談支援事業所+ら i ふの実践からの考察」『仙台白百合女子大学紀要』13, 29-43.
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2001a）『支援費制度 Q & A』.
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2001b）『別冊支援費制度担当課長会議資料〔支援費基準及び利用者負担の基本的な考え方と設定に当たっての主な論点〕平成 13 年 8 月 23 日（木）』.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部（2001c）『厚生労働省統計調査資料・統計表 9——都道府県 13 大都市・中核市（再掲）別にみた病床数及び人口 10 万対病床数』（<http://www.mhlw>.

go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/00/toukei9.html, 2017.5.13).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2002a) 『障害者ケアガイドライン』.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2002b) 『全国厚生労働関係部局長会議 (厚生分科会) 資料』 ([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/49256fe9001b533f49256b4500029be3/\\$FILE/syougaihukusi_2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/49256fe9001b533f49256b4500029be3/$FILE/syougaihukusi_2.pdf), 2014.7.31).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2003a) 『全国厚生労働関係部局長会議 (厚生分科会) 平成 15 年 1 月 21 日 (火)』 ([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/49256fe9001b533f49256cb7002dd54f/\\$FILE/ATTM0S5K/siryou2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/49256fe9001b533f49256cb7002dd54f/$FILE/ATTM0S5K/siryou2.pdf), 2017.10.8).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2003b) 『第 11 回障害者 (児) の地域生活支援の在り方に関する検討会・資料 2』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1114-5b.html>, 2018.2.15).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2004a) 『第 9 回社会保障審議会障害者部会議事録』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/04/txt/s0428-2.txt>, 2014.9.28).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2004b) 『第 10 回社会保障審議会障害者部会議事録』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/05/txt/s0517-1.txt>, 2018.2.15).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2004c) 『第 12 回社会保障審議会障害者部会議事録』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/txt/s0604-3.txt>, 2018.2.15).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2004d) 『第 13 回社会保障審議会障害者部会議事録』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/txt/s0618-3.txt>, 2018.2.15).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2004e) 『第 14 回社会保障審議会障害者部会議事録』 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/txt/s0625-3.txt>, 2017.3.5).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2004f) 『今後の社会保障施策について (改革のグランドデザイン案)』.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2005a) 『第 16 回社会保障審議会』 「資料 2-2 障害者自立支援法の概要等」 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0209-8.html>, 2017.10.29).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2005b) 『ケアマネジメントについて』 「第 28 社会保障審議会障害者部会 (平成 17 年 10 月 5 日付) 資料 6」.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2005c) 『相談支援事業について』 「障害保健福祉関係主管課長会議 (平成 17 年 10 月 6 日付) 資料 7」.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2005d) 『相談支援の手引き第 2 版』 「障害保健福祉関係主管課長会議 (平成 17 年 12 月 26 日付) 資料 4-2」.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2005e) 『地域活動支援事業について (別紙 5)』 「障害保健福祉関係主管課長会議 (平成 17 年 12 月 26 日付) 資料 10-1」.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2006a) 『地域活動支援事業実施要項 (案)』 「障

害保健福祉主管課長会議（平成 18 年 3 月 1 日付）資料 6-2」.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2006b）『障害者自立支援法における相談支援事業の概要について——障害のある人が自分らしく生きていくために 地域づくりの新しい段階』.

厚生労働省（2008）『障害者自立支援法施行後 3 年の見直しについて（社会保障審議会障害者部会報告書）』.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害福祉課（2010a）『障害保健福祉主管課長会議（平成 22 年 3 月 4 日付）』（[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/a3dbd0da84ef4179492576e0001bab4b/\\$FILE/20100308_2shiryoushu_index.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/a3dbd0da84ef4179492576e0001bab4b/$FILE/20100308_2shiryoushu_index.pdf), 2018.2.17）.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課（2010b）「精神障害者地域移行・地域定着支援事業と地域移行支援の現状」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』30(4), 12-15.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2011a）『障害保健福祉関係主管課長会議（平成 23 年 2 月 22 日付）資料』.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課地域移行・障害児支援室（2011b）「相談支援を考える」『さぽーと』58(6), 12-15.

厚生労働省（2012a）『相談支援体制の充実等について（平成 24 年 1 月 13 日付）』.

厚生労働省（2012b）『部会終了後に委員から提出された意見』.

厚生労働省（2012c）『障害のある人に対する相談支援について』（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/soudan.html>, 2014.6.22）.

厚生労働省（2012d）『行政事業レビュー公開プロセス（6 月 14 日）——（事業名）精神障害者地域移行・地域定着支援事業』（http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h24_rv01f.pdf, 2017.6.3）.

厚生労働省（2013a）『相談支援関係 Q & A（平成 25 年 2 月 22 日事務連絡）』.

厚生労働省（2013b）『第 6 回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する報告会：平成 25 年 10 月 17 日：資料 5』.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室（2014a）『障害保健福祉関係主管課長会議資料（平成 26 年 3 月 7 日（金））』.

厚生労働省保健福祉局高齢障害部障害企画課（2014b）『資料 10（午前）平成 26 年 3 月 20 日（木）障害福祉サービス等に係る事業者説明会：地域移行支援の対象者拡大について』

厚生労働省（2014c）『長期入院精神障害者の地域移行支援に向けた具体的方策に係る検討会（「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」から改称）』（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141270>, 2017.5.13）.

厚生労働省（2014d）『長期入院精神障害者の地域移行支援に向けた具体的方策の今後の方向性（長期入院精神障害者の地域移行支援に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ）

- (平成 26 年 7 月 14 日)』 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaie ngokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>, 2017.5.22).
- 厚生労働省障害保健福祉部地域生活推進室 (2015) 『障害者の相談支援体制と虐待防止の取組みについて (平成 27 年 10 月)』. (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000100544.pdf>, 2017.12.30).
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 (2016a) 『長期入院精神障害者の地域移行に関する具体的施策について (平成 28 年 1 月 25 日)』 (<http://www.mlit.go.jp/common/001117461.pdf>, 2017.5.22).
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課／心の健康支援室／医療観察法医療体制整備推進室 (2016b) 『障害保健福祉関係主管課長会議資料 (平成 28 年 3 月 8 日)』 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000114716.pdf>, 2017.5.22).
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2016c) 『資料 2 相談支援の現状と課題』 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000116036.pdf>, 2017.6.11).
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 (2016d) 『地域生活支援事業の実施について (改正平成 28 年 3 月 10 日)』.
- 厚生省 (1988) 『精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について』 (昭和 63 年 4 月 6 日健医発第 433 号).
- 厚生省高齢者在宅ケア・ケースマネジメント研究班編 (1991) 『高齢者在宅ケア・ケースマネジメント研究班報告書』財団法人長寿開発センター.
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1995a) 『新たな高齢者介護システムの構築を目指して——高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい.
- 厚生省 (1995b) 『社会福祉の基礎構造改革について (社会福祉事業法等改正案大綱骨子)』 (http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1104/h0415-2_16.html, 2017.11.20).
- 厚生省 (1995c) 『障害者保健福祉推進本部中間報告』.
- 厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課 (1998a) 『身体障害者介護等支援サービス指針——地域生活を支援するために』.
- 厚生省保健医療局精神保健課 (1996) 『我が国の精神保健福祉——精神保健福祉ハンドブック平成 7 年度版』厚健出版.
- 厚生省社会・援護局企画課監修 (1998b) 『社会福祉基礎構造改革の実現に向けて——中央社会福祉審議会 社会福祉基礎構造改革分科会 中間まとめ・資料集』中央法規.
- 厚生省 (1999a) 『平成 11 年度障害者介護等支援サービス (ケアマネジメント) 体制整備推進事業実施要綱』.
- 厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課監修 (1999b) 『障害者ケアマネジャー養成テキスト

身体障害編』中央法規.

公衆衛生審議会 (1986) 『精神障害者の社会復帰に関する意見』.

公衆衛生審議会 (1991) 『地域精神保健対策に関する中間意見』.

窪田 彰・今井牧子 (2001) 「医療も福祉も地域の拠点として活用しよう」『Review』10(1) ,
46-49.

久保田正志 (2009) 「規制改革の経過と今後の展望」『立法と調査』299, 3-15.

倉知延章 (2001) 「就労と生活を一体的に支援するセンターをめざして」『Review』10(1) ,
34-37.

京極高宣 (2005) 『介護保険改革と障害者グランドデザイン——新しい社会保障の考え方』
中央法規.

[L]

Lipsky, Michael. (1980) *Street-Level Bureaucracy : Dilemmas of the Individual in Public Services*,
New York : Russell Sage Foundation. (=1986, 田尾雅夫・北大路信郷訳 『行政サービスの
ディレンマ——ストリート・レベルの官僚制』木鐸社.)

[M]

前田孝宏 (1997) 「障害者プランと国の立場——篠崎英夫厚生省障害保健福祉部長に聞く」
『公衆衛生』61(6), 31-37.

毎日新聞 2009年10月20日夕刊, 「不正、前から」理事長との一問一答.

舞鶴市 (2009) 『舞鶴市基幹型障害児・者支援センター (仮称) 構想に係る調査研究』.

増山明美 (1999) 「括弧付けしない生活支援のありかた」『日本精神病院協会雑誌』18(8),
33-32.

松原 聡 (1991) 『民営化と規制緩和——転換期の公共政策』日本評論社.

松本すみ子 (2003) 「『社会的入院』の歴史的背景と求められる PSW の視点」『精神保健福
祉』34(1), 11-15.

松尾明子 (2014) 「福祉による計画相談——実践から思うこと」『精神科臨床サービス』14(2),
79-83.

松友 了 (1996) 「「障害者活動センター (仮称)」の基本構想とその実現に向けて」『JD ジ
ャーナル』16(6), 63.

松友 了 (1997) 「第18回障害者地域生活支援システム研究会議の報告——「障害者地域
生活支援センター」の創設へ向けての第一歩」『AIGO』44(10), 62-65.

松山郁夫・大石 浩 (2007) 「地域生活支援事業の障害相談業務に対する市町村担当者の理
解——障害児 (者) 地域療育等支援事業の観点より」『佐賀大学文化教育学部研究論文集』
11(2), 327-34.

御船 洋 (2014) 「社会保障制度改革のあり方について——社会保障制度国民会議報告書の
検討」『商学論叢 (中央大学)』55(3), 677-707.

- 三原睦子（2014）「佐賀県難病相談・支援センターの現状と課題」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』34(6), 27-29.
- 三上雅丈（2001）「必要な人が必要なときに利用できる地域生活支援センターへ」『精神保健福祉』32(4), 302-3.
- 三品桂子（2000）「精神障害者ケアマネジメント体制導入と新たな精神保健福祉システムの構築」『病院・地域精神医学』43(4), 69-76.
- 三菱総合研究所（2008）『平成 19 年度障害者保健福祉推進事業「サービス利用計画作成費の支給対象者を中心とした相談支援事業のあり方に関する調査研究報告書」』.
- 三菱総合研究所（2009）『平成 20 年度障害者保健福祉推進事業「市町村の支給決定プロセスに着目した効果的な相談支援のあり方に関する調査研究報告書」』.
- 三菱総合研究所（2010）『平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 地域における総合的な相談支援体制の強化に向けた拠点機関の役割に関する研究事業報告書』.
- 三橋由佳（2004）「介護支援サービスにおける処遇困難ケースとその対応——基幹型在宅介護支援センターでの活動を通して」『訪問看護と介護』9(7), 495-502.
- 宮代隆治（1998）「問題提起 I 支援センターの位置づけ」『第 19 回障害者地域生活支援システム会議——障害者地域生活支援センター（仮称）のあり方の提示と検討』社会福祉法人全国社会福祉協議会・心身障害児者団体連絡会議, 42-45.
- Moxley, David P. (1989) *THE PRACTICE OF CASE MANAGEMENT*, Sage Publications, Inc. (=1994, 野中 猛・加瀬裕子監訳『ケースマネジメント入門——THE PRACTICE OF CASE MANAGEMENT』中央法規.)
- [N]
- 長野県相談支援専門員協会（2014）『平成 25 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 基幹相談支援センターの実態と在り方に関する調査研究報告書』（<http://www7.ueda.ne.jp/~siensent/file/kourousyou1-2.pdf>, 2015.6.28).
- 名川 勝（1998）「市町村障害者生活支援事業」など（生活等支援 3 事業）『筑波大学リハビリテーション研究』7(1), 67-70.
- 永山盛秀（1998）「精神障害者の地域生活支援事業であらゆる可能性を求めて」『Review』6(2), 14-17.
- 名古屋市（2013）「障害者基幹相談支援センター運営法人募集に向けた基本的な考え方」について《質問に対する回答》.
- 内閣府（2003a）「10. 厚生労働省／福祉等関係」『各府省等における規制改革に関する内外からの意見・要望等に係る対応状況（平成 14 年度版）』（<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryu/0305-2/10-2.pdf>, 2017.9.17).
- 内閣府（2003b）「90 年代以降の規制改革の経済効果」『規制改革で豊かな社会を（2004 年版）』（<http://www8.cao.go.jp/kisei/siryu/sassi2/18.pdf>, 2017.9.17).

- 内閣府 (2004) 『障害者プランの進捗状況 (平成 14 年度末) について』 (<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/h14-plan/h14-plan.html>, 2017.9.24).
- 中川裕美子 (2015) 「これからが「相談支援事業」の本番です！」『さぼーと』62(4), 21-23.
- 中越章乃 (2016a) 「精神科入院患者に対する地域移行支援の課題——個別給付化の影響」『ヒューマンサービス研究』6, 77-84.
- 中越章乃 (2016b) 「精神科病院における退院支援に関する文献的検討——長期在院者精神障害者の退院意欲を中心に」『神奈川県立保健福祉大学誌』13(1), 53-59.
- 中島直子・五十嵐良雄 (1999) 「「地域生活支援センター武甲の森」の地域支援」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 8-14.
- 中西亜紀 (1999) 「地域生活支援センターゆりの木」の役割『日本精神病院協会雑誌』18(8), 15-19.
- 中野敏子 (2003) 「共生社会の実現となるためには何をすべきか」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 28-29.
- 中野敏子 (2010) 「障害者相談支援事業の「生活実態 (アセスメント)」に関する考察——知的障害のある人の望むくらしの把握のために」『研究所年報』40, 59-69.
- 中野敏子 (2013) 「戦後障害者福祉における「相談支援」形成過程分析——論点と展望」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』140, 179-96.
- 中野敏子 (2014) 「戦後障害者福祉における「相談支援」形成過程の研究——児童福祉法成立と知的障害児「相談」に関する一考察」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』142, 105-43.
- 中野敏子 (2015) 「戦後障害者福祉における「相談支援」形成過程研究——地域療育サービス等をめぐる「相談機能」の形成と特徴」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』144, 143-73.
- 中野敏子編 (2016) 「戦後障害者福祉における「相談支援」の形成過程研究——実践の継承と転換に焦点をあてて」高菅出版.
- 中野敏子・成田すみれ・浅沼太郎 (2012) 「障害者福祉における「相談支援」形成過程に関する研究——障害児者「相談」実践の聞き取りから」『研究所年報』42, 75-89.
- 中岡正人 (2003) 「コミュニケーション保障は人権保障の基礎・基盤」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 14-15.
- 波床将材 (2010) 「地域移行支援事業の意義と課題——京都の精神障害者退院支援事業から」『精神医療第4次』57, 37-42.
- 根来正博 (2003) 「一般財源化で揺れる相談支援事業の整備を」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 22-23.
- 根本治代 (2009) 「障害者相談支援における他職種チームの構造と機能」『学苑』821, 118-128.
- 日本知的障害者福祉協会 (2011) 『平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「支給

- 決定プロセスに係る海外の実態に関する調査——新たな支給決定プロセスの提案」研究報告書』.
- 日本経済団体連合会（2004）『介護保険制度の改革についての意見』（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/04/dl/s0426-6i.pdf>, 2017.11.6）.
- 日本経済団体連合会・日本商工会議所・経済同友会・関西経済連合（2004）『今次介護保険制度改革に関する共同意見』（<https://www.keidanren.or.jp/japanese/policy/2004/092.html>, 2014.10.5）.
- 日本経済新聞 2009年9月25日朝刊, 「全精社協事件——前議員、補助金で圧力か」.
- 日本公衆衛生協会（2016）『精神保健担当者向け改正精神保健福祉法への対応研修』（http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h27_01.pdf, 2017.5.22）.
- 日本脳外傷友の会（2010）『今後の相談支援のあり方についての調査研究（高次脳機能障害支援普及事業における都道府県拠点機関の支援状況調査・利用者サイドの視点から）』.
- 日本労働組合総連合会（2004）『介護保険制度の見直しに向けて』（[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/49256fe9001b533f49256ec30023f4c6/\\$FILE/ikensho_3.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/49256fe9001b533f49256ec30023f4c6/$FILE/ikensho_3.pdf), 2017.11.6）.
- 日本精神病院協会（1986）『精神衛生法改正に関する意見について』（『精神神経学雑誌』88(9), 所収, 670-81）.
- 日本精神保健福祉士協会編（2001）『精神障害者のケアマネジメント』へるす出版.
- 日本精神保健福祉士協会（2007a）『精神障害者の退院促進支援事業の手引き』.
- 日本精神保健福祉士協会（2007b）『精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究報告書』.
- 日本精神保健福祉士協会（2008a）『良質な相談支援を支える地域のしくみ作りに関する人材養成研修プログラム開発に関する調査研究事業』.
- 日本精神保健福祉士協会（2008b）『精神障害者の地域移行支援——事例調査報告からみる取り組みのポイント』.
- 日本精神保健福祉士協会（2009）『精神障害者地域移行支援特別対策事業——体制整備コーディネーター養成研修テキスト』.
- 日本精神保健福祉士協会（2010）『全精社協補助金不正受給に係る調査特別委員会報告書【要約】』（<http://www.japsw.or.jp/backnumber/oshirase/2010/20100524.pdf>, 2016.12.15）.
- 日本精神保健福祉士協会（2012）『平成23年度精神保健医療福祉委員会事例集——なかなか、退院したいという思い（本音）を聴けなかったが、かかわりによって聴くことができ退院できた事例』.
- 日本精神保健福祉士協会（2014a）『精神保健福祉士のための社会的入院解消に向けた働きかけガイドライン（ver.1）&精神保健福祉士のための相談支援ハンドブック（ver.1.3）』.
- 日本精神保健福祉士協会（2014b）『高齢入院精神障害者の地域移行支援に関する現状と課

題——第1版』.

日本精神保健福祉士協会 (2016) 『高齢入院精神障害者の地域移行支援に関する現状と課題——第2版』.

日本精神保健福祉士協会 (2017) 『指定一般相談支援事業所(地域相談支援)と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けて支援を行うための研修カリキュラム及びガイドライン等の開発報告書』.

日本精神保健福祉士協会監修・三品佳子編 (2003) 『利用者主導を貫く精神障害者ケアマネジメントの実践技術』へるす出版.

日本精神科病院協会 (2014) 『統合失調症患者への早期入院から多職種による地域移行支援の標準化に関する調査報告書』.

日本精神科病院協会 (2015) 『平成27年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業——長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究報告書』.

日本精神科病院協会 (2016) 『平成28年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改革の推進に関する研究」報告書』.

日本精神科看護技術協会 (2012) 『平成23年度障害者保健福祉推進事業「精神障害者を対象とした相談支援事業所等におけるアウトリーチ支援に関する実態調査と分析事例集』.

日本精神神経学会 (1986) 『精神「障害者」の社会復帰に関する提言』(『精神神経学雑誌』88(7), 所収, 505-6).

日本精神神経学会 (1987) 『「精神衛生法等の一部を改正する法律案」についての見解』.

日本精神神経科診療所協会 (2010) 『精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究報告書』.

日本精神障害者リハビリテーション学会政策部会 (2003) 「新障害者プランへの提言」『精神障害とリハビリテーション』7(1), 32-36.

日本相談支援専門員協会 (2009) 『特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会定款』(<http://www.saitamaken-npo.net/database/upfile/130813095508b.pdf>, 2018.1.20).

日本相談支援専門員協会 (2010) 『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「新しい相談支援事業の方向性をふまえた相談支援専門員および事業所育成のあり方に関する研究」研究事業報告書』.

日本相談支援専門員協会 (2011) 『平成22年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「相談支援ガイドライン——障害者相談支援ガイドライン作成とその効果的な普及・活用方策のあり方検討事業」報告書』.

日本相談支援専門員協会 (2012) 『平成23年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「サービス利用計画の実態と今後のあり方に関する研究」報告書——サービス等利用計画作成サポートブック』.

日本相談支援専門員協会 (2013a) 『平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「サー

- ビス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書——サービス等利用計画評価サポートブック』.
- 日本相談支援専門員協会（2013b）『平成 23 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書——サービス等利用計画作成サポートブック改訂第 1 版』.
- 日本相談支援専門員協会（2013c）『平成 23 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「サービス等利用計画の評価指標に関する調査研究」報告書——サービス等利用計画作成サポートブック改訂第 2 版』.
- 日本相談支援専門員協会（2014）『平成 25 年厚生労働省障害者保健福祉推進事業「相談支援に係る業務実態調査報告書』』.
- 日本社会福祉士会（2008）『障害者相談支援の地域包括支援センターにおける展開と課題に関する調査研究報告書』.
- 日本社会福祉士会（2009）『平成 20 年度障害者保健福祉推進事業「障害者相談支援専門員の継続研修の必要性とプログラム構築に関する研究事業報告書』』.
- 日本社会福祉士会（2010）『障害者の権利擁護及び虐待防止に向けた相談支援等のあり方に関する調査研究事業報告書（平成 21 年度障害者保健福祉推進事業）』.
- 日本障害者協議会（社会支援雇用研究会）（2014）『障害者の働く権利を確立するための社会支援雇用制度創設に向けての提言（案）資料編』.
- 日本障害者リハビリテーション協会（1996）『身体障害者ケアガイドライン——障害者の地域生活を支援するために（「障害者に係る介護サービス等の提供方法及び評価に関する検討会」中間報告）』.
- 日本てんかん協会（2010）『平成 21 年度てんかんのある人の自立を支える社会資源調査報告書』.
- 西谷清美（2002）「精神障害者ケアマネジメントの方向性と課題への検討——地域生活支援センターの立場から」『日本精神科病院協会雑誌』 21(3), 309-14.
- 西森光子（2004）「地方財政の三位一体改革の概要と現状」『調査と情報』 449, 1-11.
- 庭田範秋（1980）「日本型福祉と社会保障」『週刊社会保障』 1093, 40-41.
- 野中 猛（1997）『図説ケアマネジメント』中央法規.
- 野中 猛（1999）「ケアマネジメントの多様な形態」『作業療法ジャーナル』 33 (5), 362-368.
- 野中 猛（2011）『厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「障害者の相談支援にかかる人材育成に関する研究」平成 23 年度総括研究報告書』.
- 野末浩之・花立幸代（1996）「横浜市精神障害者地域生活支援センター——これはスゴイ！各区にできる 24 時間の「生活支援センター」」『ゆうゆう』 27, 18-23.

[O]

- 小川房雄 (1998) 「横浜市における「生活支援センター」の整備について」『Review』6 (2), 22-25.
- 大石 浩・松山郁夫 (2007) 「地域生活支援事業における相談業務に対する市町村の課題」『九州生活福祉支援研究会研究論文集』1, 1-4.
- 岡 幸一 (2016) 「大阪市における地域移行支援体制の再構築を求める意見書」(<http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000065/65769/20160902iinteisyutsushiryu.pdf>, 2017.6.21).
- 岡部正文 (2014) 「ネットワークと連携——主に自立支援協議会の設置と進め方」『精神科臨床サービス』14(2), 57-62.
- 岡田英己子 (2005) 「15 障害者福祉」『日本の社会保障資料IV (1980-2000)』(<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/kaidai/15.html>, 2018.3.5).
- 岡田 清 (2008) 「転形期における退院促進自立支援事業の評価をめぐって」『精神神経学雑誌』110(5), 411-6.
- 岡田朋子 (2010) 『支援困難事例の分析調査——重複する生活課題と政策とのかかわり』ミネルヴァ書房.
- 岡田 豊 (2004) 「規制改革・民間開放推進3ヶ年計画の行方——注目集める「市場化テスト」」『みずほリサーチ』2004年8月2日, 7-9.
- 岡上和雄 (1988) 「精神保健法成立の経過と課題」『月刊福祉』71(4), 44-50.
- 岡崎伸郎 (2006) 「荒波と船、又は財源問題と障害者自立支援法」岡崎伸郎・岩尾俊一郎 (2006) 『「障害者自立支援法」時代を生き抜くために』批評社, 3-9.
- 岡崎祐司 (2007) 「社会福祉の準市場化と市場個人主義をめぐる理論的検討」『社会福祉学部論集』(3), 21-38.
- 大久保薫 (2014) 「さっぽろ地域づくりネットワーク——ワン・オールの取り組み」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』34(6), 18-20.
- 奥村由美 (2003) 「大阪府における退院促進事業について——支援事例を中心に」『日本精神科病院協会雑誌』22(4), 354-9.
- 大野勇夫 (2000) 『利用者のためのケアマネジメント——その基本的な考え方から具体的な手順まで』あけび書房.
- 大野勇夫・相野谷安孝・宇藤健司・片野一之・原島 清編 (2003) 『これでよいのかケアマネジメント 実践現場からの提言』大月書店.
- 尾上浩二 (2003) 「脱施設化を実現する地域生活の充実を——具体化に入ったノーマライゼーション」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 10-11.
- 大阪府 (2000) 『施設コンフリクトの解消と人権が尊重されたまちづくりに向けた大阪府の基本方針』(<http://www.pref.osaka.lg.jp/jinken/measure/shisetu.html>, 2016.1.14).
- 大阪府精神保健福祉課保健福祉グループ (2000) 「大阪府・自立支援促進会議 退院促進事

業を開始」『ぜんかれん』2000年11月406, 46-47.

大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課（2001）『社会的入院解消促進（研究）事業及び自立支援促進会議事業中間報告』.

大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課（2002）『社会的入院解消促進（研究）事業・自立支援促進（会議）事業報告書』.

大阪府・大阪市（2002）『精神科在院患者・退院患者調査報告書——長期入院者の退院支援のために』.

大阪府・大阪市・堺市（2013）『居宅介護支援事業所と相談支援事業所との収支状況等の比較』2013年8月7日付.

大阪府こころの健康総合センター（2006）『精神科病院の長期在院者の地域移行支援について——大阪府枚方圏域での5年間の退院促進支援事業の取り組みを通して』.

大阪府こころの健康総合センター（2010）『大阪府吹田圏域における退院支援——実践報告』.

大阪府こころの健康総合センター（2011）『東大阪市の地域移行・地域定着の在り方を考える——病棟訪問モデル事業報告』.

大阪府こころの健康総合センター（2013）『精神障がい者の地域移行・地域定着支援事業の新たな歩みに期待して——大阪府精神障がい者退院促進支援事業12年間のまとめをもとに』.

大阪府精神保健福祉審議会（1999）『大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて（答申）』.

大阪府精神保健福祉審議会（2000）『精神病院内における人権尊重を基本とした適切な医療の提供と処遇の向上について（意見具申）』.

大阪府福祉部障がい福祉室（2014）『障がい者福祉施策の推進に係る提言（論点整理）』.

大阪府障がい者自立支援協議会（2012）『大阪府相談支援ガイドライン』.

大阪府障がい者自立支援協議会ケアマネジメント推進部会（2014）『市町村における相談支援体制の充実に向けて』.

大阪市健康福祉局（2006）『福祉のあらまし——平成18年度版』.

大阪市（2007）『大阪市障害福祉計画（平成18年度～平成20年度）』 大阪市健康福祉局障害者施策部障害福祉課・大阪市健康福祉局健康推進部こころの健康センター.

大阪市健康福祉局障害者施策部（不詳）『大阪市の相談支援体制について』.

大阪市（2009）『第2期大阪市障害福祉計画（平成21年度～23年度）』 大阪市健康福祉局障害者施策部障害福祉企画担当.

大阪市（2011a）『区レベルの相談支援体制の充実に向けた方向性（まとめ案）』.

大阪市健康福祉局障害者施策部障害福祉課（2011b）『障害者相談支援センター業務受託法人募集要項』.

大阪市（2012a）『施策・事業の見直し（試案）——市役所のゼロベースのグレートリセット

- ーアクションプラン編. 大阪市改革プロジェクトチーム』 (http://www.city.osaka.lg.jp/saiseikaikakushitsu/cmsfiles/contents/0000163/163563/01_sian.pdf, 2015.4.10).
- 大阪市 (2012b) 『市政改革プランー新しい住民自治の実現に向けてーアクションプラン編』.
- 大阪市福祉局障がい者施策部障がい福祉部 (2015) 『平成 27～29 年度障がい者区相談支援センター業務受託法人募集要項 (再々公募)』.
- 大阪市地域自立支援協議会事務局 「(仮称) 障害者相談支援体制のあり方検討会の開催について」 2011 年 5 月 26 日.
- 大阪市地域自立支援協議会事務局 「第 1 回大阪市地域自立支援協議会議事要旨」 2014 年 8 月 8 日.
- 大阪市地域自立支援協議会事務局 「第 2 回大阪市地域自立支援協議会議事録」 2011 年 8 月 26 日.
- 大阪市地域自立支援協議会事務局 『区レベルの相談支援体制や機能の充実に向けた方向性 (まとめ案)』 2011 年 8 月 26 日.
- 大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会 「大阪市との今後の委託相談支援事業についての協議」 2011 年 6 月 13 日.
- 大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会 「第 14 回大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会議事録」 2011 年 9 月 29 日.
- 大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会 「第 16 回大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会議事録」 2011 年 12 月 15 日.
- 大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会 「第 17 回大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会議事録」 2012 年 2 月 2 日.
- 大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会 「第 18 回大阪市地域活動支援センター (生活支援型) 連絡協議会議事録」 2012 年 3 月 8 日.
- 大阪市社会福祉協議会 (2008) 『施設コンフリクトの解消に向けてー人権の視点からの期待と提案』.
- 大阪市社会福祉審議会 (2011) 『大阪市における総合的な相談支援体制の充実に向けて (提言)』.
- 大阪市障がい者施策推進協議会障がい者計画・策定推進部会 「第 1 回計画策定・推進部会会議録」 2013 年 2 月 12 日.
- 大谷京子・山本幸良 (1999) 「地域生活支援センター「ちのくらぶ」ー1 年の歩みを振り返って」 『日本精神病院協会雑誌』 18(8), 42-46.
- 大塚 晃監修・埼玉県相談支援専門員協会編 (2014) 『相談支援専門員のためのサービス等利用計画作成事例集ー障害がある人の生活支援充実にために』 中央法規.
- 小澤 勲 (1979) 「「精神衛生社会適応施設」 (厚生省案) の批判的検討」 『精神神経学雑誌』 81(11), 709-21.

小澤 勲（1980）「「中間施設」構想の流れ——「精神衛生社会適応施設」（厚生省案）の批判的検討」『精神医療』9(2), 79-111.

小澤 温監修・埼玉県相談支援専門員協会編（2015）『相談支援専門員のためのストレングスモデルに基づく障害者ケアマネジメントマニュアル——サービス等利用計画の質を高める』中央法規.

[R]

老人保健福祉審議会（1996）『高齢者介護保険制度の創設について——老人保健福祉審議会最終報告』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/993.pdf>, 2018.3.19）.

[S]

埼玉県障害者相談支援専門員協会（2010）『地域自立支援協議会における相談支援検証ガイドラインミラクルブック——平成 21 年度障害保健福祉推進事業「相談支援事業評価指標開発による自立支援協議会活性化事業報告書」』.

埼玉県障害者相談支援専門員協会（2012a）『平成 23 年度障害者保健福祉推進事業「相談支援事業の業務評価指標策定とソフトウェア開発事業」報告書』.

埼玉県障害者相談支援専門員協会（2012b）『相談支援専門員連携・育成強化のためのインターンシップ（実務研修 OJT）事業』.

さいたま市保健福祉局福祉部（2013）『さいたま市障害者相談支援指針』.

齊藤順子（2006）「高齢者における対応困難事例とは何か」『淑徳大学総合福祉学部研究紀要』40, 1-19.

斎藤徹史（2003）『規制改革の経験から何を学ぶか』公益財団法人総合研究開発機構.

栄セツコ（2008）「精神障害者の地域生活支援——障害者自立支援法施行に伴う精神障害者地域生活支援センターの移行に関する一考察」『桃山学院大学総合研究所紀要』34(1), 57-71.

坂本智代枝（1993）「生活支援センターの試み——地域で支えるネットワークづくり」『Review』2(1), 34-37.

坂本智代枝（1995）「ネットワークの広がり和生活支援センター」やどかりの里編『共に担った「危険な賭け」——泣いた笑った 5 年間』やどかり出版, 85-120.

坂本直史（1998）「生活支援活動の経過と実践より」『Review』6(2), 30-33.

坂本洋一（2008）『障害者ケアマネジメントのモニタリングおよびプログラム評価の方法論に関する研究（平成 19 年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業）』.

坂本洋一（2009）『障害者ケアマネジメントのモニタリングおよびプログラム評価の方法論に関する研究（平成 20 年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業）』.

- 坂本洋一 (2010) 『障害者ケアマネジメントのモニタリングおよびプログラム評価の方法論に関する研究』(平成 21 年度総括・分担研究報告書:厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業)』.
- 坂本洋一 (2013) 『図説よくわかる障害者総合支援法』中央法規.
- 坂本洋一 (2014) 「障害者ケアマネジメントってどうなってるの?—制度の仕組みとポイント」『月刊ケアマネジメント』278, 20-23.
- 坂根実季陽 (2001) 「問われる地域生活支援センター本来の役割」『精神保健福祉』32(4), 304-5.
- 桜井政成 (2005) 「コミュニティワーカーとしてのボランティアコーディネーター——業務遂行上の困難性について一考察」『立命館人間科学研究』10, 13-27.
- 精神病院不祥事事件 (<http://www.arsvi.com/d/>, 201212.19).
- 精神障害者社会復帰促進協会編 (2008) 『大阪府委託事業精神障害者退院促進強化事業——全体研修会「退院の可能性は誰にでもある」報告集』.
- 精神障害者社会復帰促進協会編 (2010a) 『平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援研究プロジェクト:精神障害者の地域移行支援事業の実際から見えた地域生活を安定に支える方策と人材育成について』.
- 精神障害者社会復帰促進協会編 (2010b) 『退院支援事業関係者研修会——退院後の地域生活を支えるために:地域移行のいまとこれから 報告集第 5 回』.
- 柴田洋弥 (1996) 「重度・重複・重症障害児のための「障害者活動センター(デイセンター)」制度の確立に向けて」『JD ジャーナル』16(2), 17.
- 支援の三角点設置研究会 (2011) 『平成 22 年度障害者総合福祉推進事業——障害者地域移行支援人材育成研究地域移行支援(知的・精神分野)プログラムの標準化と人材育成に関する調査』.
- 支援の三角点設置研究会 (2012) 『障害者地域相談支援のための実践ガイドライン』.
- 支援の三角点設置研究会 (2013) 『障害者地域相談支援のための実践ガイドライン第 2 版』.
- 鹿野 勉 (2003) 「大阪府における「退院促進事業」をめぐって——その実践結果と PSW の役割を中心に」『精神保健福祉』34(1), 70-77.
- 鹿野 勉・原るみ子・吉田輝義・宇高 章・野村恭子 (2001) 「大阪府立こころの健康総合センター地域ケア課の役割について——地域支援における情報収集・情報提供を中心に」『大阪府立こころの健康総合センター研究紀要』6, 7-15.
- 鹿野 勉・原るみ子・奥村由美・小原理恵・吉田輝義・吉原明美・辻 美子・米田正代・殿村壽敏 (2002) 「大阪府における自立支援促進会議・退院促進事業の取り組み——中間報告を中心に」『大阪府立こころの健康総合センター研究紀要』7, 1-20.
- 下方宏明 (2009) 「精神障害者地域生活支援センターはどうなったか——「居場所」の意味を改めて考える」『精神保健福祉』40(3), 233.

- 篠原由美 (2011) 「障害者における相談支援事業——ピア・カウンセラーとして相談支援にかかわって」『季刊福祉労働』 131, 79-85.
- 信貴知祥 (1998) 「作業所で「地域生活支援センター」を行うことの意義」『Review』 6(2), 34-37.
- 新保祐元 (1998a) 「第 1 章 精神障害者施策の現状と社会復帰活動」『精神障害者社会復帰施設——援助の枠組みと施設運営のガイドブック』やどかり出版, 15-63.
- 新保祐元 (1998b) 「生活支援センターの制度と役割課題」『Review』 6(2), 6-9.
- 新保祐元 (2000a) 「生活支援センターの利用ニーズと実践活動に関する調査報告」『Facilites Net』 3(3), 4-18.
- 新保祐元 (2000b) 「さまざまな転換と本誌の役割」『Facilites Net』 3(4), 2-3.
- 新保祐元 (2000c) 「精神障害者の地域ケア (1) 居宅生活支援事業とケアマネジメント」『Facilites Net』 3(4), 8-19.
- 新保祐元 (2000d) 「全精社協の事務局を担って」谷中輝雄編『精神障害者の生活の質の向上を目指して——全精社協 10 年の歩み』やどかり出版, 138-49.
- 新保祐元 (2001e) 「地域密着型をめざす生活支援」『精神保健福祉』 32(4), 281-4.
- 新保祐元 (2004) 「社会復帰施設の安定運営に向けた取り組みと改革のデザイン (案) について」『全精社協 News』 68, 1.
- 新保祐元 (2006) 「年頭所感」『全精社協 News』 81, 1.
- 新保祐元・谷中輝雄・寺田一郎 (1998) 『精神障害者社会復帰施設——援助の枠組みと施設運営のガイドブック』やどかり出版.
- 身体障害者ケアマネジメント研究会監修 (2000) 『障害者ケアマネジメント実施マニュアル (身体障害編)』中央法規.
- 身体障害者ケアマネジメント研究会監修 (2002) 『新版障害者ケアマネジャー養成テキスト 身体障害編』中央法規.
- 身体障害者ケアマネジメント研究会監修 (2003) 『第 4 版障害者ケアマネジャー養成テキスト 身体障害編』中央法規.
- 身体障害者ケアマネジメント研究会・知的障害者ケアマネジメント研究会監修 (2002) 『新版障害者ケアマネジメント実施マニュアル——身体障害・知的障害共通編』中央法規.
- 調 一興 (2000) 「わが国の精神障害者福祉の背景と課題」『精神障害者とりハビリテーション』 4(2), 117-22.
- 白澤政和 (1992) 『生活を支える援助システム——ケースマネジメントの理論と実際』中央法規.
- 白澤政和 (2010) 「日本のケアマネジメントの現状と課題」『総合リハビリテーション』 38(6), 513-7.
- 白澤政和 (2013) 『平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (身

- 体・知的等障害分野)「障害者の QOL 評価に基づくケアマネジメント手法開発の研究』。白澤政和 (2014)「介護保険法と障害者総合支援法でのケアマネジメントが学び合うこととその課題」『精神科臨床サービス』54, 22-27.
- 静岡市こころの健康センター (2010)『長期在院患者の退院促進と治療中断防止のあり方に関する研究：報告書』。
- 静岡県健康保健福祉部障害者支援局障害者政策課 (2010)『ケアマネジメント研修のあり方及び相談支援従事者の育成に関する研究』。
- 曾根直樹 (2001)「総合相談センターで 24 時間相談体制を実現」『Review』10(1), 30-33.
- 曾根直樹 (2003)「ホームヘルパー派遣と相談支援事業充実のための具体的方策を」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』23(4), 26-27.
- 総合規制改革会議 (2001a)『重点 6 分野に関する中間とりまとめ』(<http://www8.cao.go.jp/kisei/siry0/010724/honbun.pdf>, 2017.9.16).
- 総合規制改革会議 (2001b)『規制改革の推進に関する第 1 次答申』(<http://www8.cao.go.jp/kisei/siry0/011211/index.html>, 2017.9.16).
- 総合規制改革会議 (2002a)『中間とりまとめ——経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』(<http://www8.cao.go.jp/kisei/siry0/020723/index.html>, 2017.9.17).
- 総合規制改革会議 (2002b)『規制改革の推進に関する第 2 次答申——経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』(<http://www8.cao.go.jp/kisei/siry0/021212/index.html>, 2017.9.17).
- 総合規制改革会議 (2003a)「第 1 章 分野横断的な取組 5 規制に関する基本ルールの見直し」『規制改革の推進に関する第 3 次答申——活力ある日本の創造に向けて』(<http://www8.cao.go.jp/kisei/siry0/031222/1-5.pdf>, 2017.9.17).
- 総合規制改革会議 (2003b)「第 2 章 分野別各論 6 医療・福祉」『規制改革の推進に関する第 3 次答申——活力ある日本の創造に向けて』(<http://www8.cao.go.jp/kisei/siry0/031222/2/2-06.pdf>, 2017.9.17).
- 総理府障害者対策推進本部 (1995)『市町村障害者計画策定指針』(<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/chihou/gaiyou7-5.html>, 2017.8.20).
- 総理府 (1998)『規制緩和推進 3 ヶ年計画』。
- 末安民生・仲野 栄 (2004)「生活支援センター事業と活動に関する調査——訪問活動に焦点をあてて」『Review』12(4), 46-48.
- 助川未枝保 (2002)「「援助困難」ケースはつくられる」『月刊総合ケア』12(11), 38-41.
- 杉原 努 (2015)「精神科病院長期入院者への退院支援に関する先行研究の動向——第 2 稿」『福祉教育開発センター』12, 53-70.
- 杉田多喜男・沼田由紀子・佐々木桂 (1999)「援護寮併設型生活支援センター「のぞみ」の試み」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 53-58.

- 隅河内司（2015）「障害者相談支援システムの現状と課題——市町村障害者福祉事業の充実を図る「実践課題の政策化」に関する一考察」『社会福祉学研究科篇』43, 1-17.
- 隅河内司・小林麻衣子（2015）「障害者相談支援における地域内連携の強化をめざして——相模原市障害者相談支援キーステーションの取り組みから」『社会福祉士』22, 38-45.
- 炭谷 茂（1998）「社会福祉基礎構造改革の展望と課題——社会福祉システムの再構築をめざして」『社会福祉研究』（73）, 22-30.
- 炭谷 茂編（2003）『社会福祉基礎構造改革の視座——改革者たちの記録』ぎょうせい.
- 住友雄資（1997）「精神障害者福祉施策小史」『Facilites Net』1(1), 41-50.
- 鈴木静江（1998）「地域生活支援センター「ふあっと」の試み」『Review』6(2), 38-41.
- 鈴木 隆（2015）「都市自治体における障害者相談支援の効果的運営の枠組み——3 中核市の比較分析から」『福祉社会開発研究』10, 35-43.
- 鈴木智敦（2007）「障害者自立支援法と障害者ケアマネジメント——経過～法制定後の現状と課題について」『リハビリテーション研究』133, 25-30.
- 鈴木智敦（2014）『平成 26 年度九州地区障がい者相談支援事業合同研修会・これからの障害福祉の動向と課題——相談支援を中心として』（<http://www.omura-shakyo.net/soudasienkyoukai/gyouseihokoku.pdf>, 2017.6.11）.
- 鈴木智敦（2015）「相談支援は届いたか——地域丸ごとの支援力の向上、成熟化に向けた時代に」『さぼーと』62(4), 11-14.
- 社会福祉法人富士福祉会（2009）『精神障害者の地域生活移行支援者のコンピテンシーモデルと育成システムに関する研究』.
- 社会福祉法人南高愛隣会（2011）『平成 22 年度厚生労働省障害総合福祉推進事業報告書——精神障がい者地域移行支援に資する普及啓発及び研修プログラムの開発 精神障がい者地域生活移行支援のための当事者と障がい福祉サービス事業所等への普及啓発及びアドバイザー研修プログラムの開発』.
- 社会福祉法人パーソナル・アシスタントとも（2009）『相談支援の機能強化を図るための調査研究事業（障害者の権利擁護体制を含む相談支援体制全般のあり方に関する調査研究事業）』.
- 社会福祉法人巣立ち会（2006）『平成 17 年度東京都精神障害者退院促進支援モデル事業報告書——退院支援における実践報告：住居支援を中心とした退院促進支援』.
- 社会福祉法人巣立ち会（2007）『平成 18 年度精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書——退院促進を効果的に行うためのシステム構築』.
- 社会福祉法人巣立ち会（2008a）『平成 19 年度厚生労働省障害保健福祉推進事業障害者自立支援調査プロジェクト・精神障害者地域移行支援に関するモデル事業報告書：やればできる！地域移行！——地域移行が難しいと思われがちなケースのテーマ別事例集』.
- 社会福祉法人巣立ち会（2008b）『平成 19 年度厚生労働省障害保健福祉推進事業障害者自立

- 支援調査プロジェクト：精神障害者地域移行支援に関するモデル事業報告書 やればできる退院支援——巣立ち会地域移行支援マニュアル』.
- 社会福祉法人巣立ち会（2008c）『平成 19 年度厚生労働省障害保健福祉推進事業障害者自立支援調査プロジェクト・平成 19 年度精神障害者地域移行に関するモデル事業報告書：精神障害者退院促進支援事業における効果的なプログラムモデル構築に関する実証的研究』.
- 社会福祉法人巣立ち会（2009）『平成 20 年度厚生労働省障害保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト・平成 20 年度精神障害者の地域移行及び定着支援推進事業：精神障害者の地域移行支援における地域移行推進員の支援活動に関する調査（精神障害者地域移行支援特別対策事業地域移行推進の実態調査）』.
- 社会福祉事業等のあり方に関する検討会（1997）『社会福祉の基礎構造改革について（主要な論点）』（http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000024649_1_2.pdf, 2017.11.19).
- 社会保障長期計画懇談会（1975）『今後の社会保障のあり方について』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/88.pdf>, 2018.3.19)
- 社会保障審議会（1995）『社会保障体制の再構築（勧告）』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/539.pdf>, 2018.3.19).
- 社会保障関係審議会会長会議（1996）『社会保障構造改革の方向（中間まとめ）』（<http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s1119-3.html>, 2018.3.19).
- 社会保障制度審議会（1994）『社会保障将来像検討委員会第二次報告』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/syakaifukushi/501.pdf>, 2018.3.19).
- 社会保障制度審議会（1995）『社会保障体制の再構築——安心して暮らせる 21 世紀の社会をめざして（95 年勧告）』（<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/souron/21.pdf>, 2018.3.19).
- 障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会（2001）『障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書』.
- 障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会精神障害者部会（2001）『精神障害者ケアガイドラインの見直しに関する中間報告書』.
- 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会（2011a）『第 11 回資料 6-1』.
- 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会（2011b）『第 11 回資料 6-2』.
- 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会（2011c）『障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言（案）——新法の制定を目指して』.
- 障害者施策推進本部（2002a）『障害者基本計画』.
- 障害者施策推進本部（2002b）『重点施策 5 ヶ年計画』.
- 障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会編（2006）『障害者相談支援従事者初

任者研修テキスト』中央法規.

障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会編 (2007)『改訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト』中央法規.

障害者相談支援従事者初任者研修テキスト編集委員会編 (2013)『三訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト』中央法規.

障害者対策推進本部 (1995)『障害者プラン——ノーマライゼーション 7 ヶ年戦略』(総理府障害者施策推進本部担当室監修 (1996)『21 世紀に向けた障害者施策の新たな展開——障害者プラン・障害者基本法・新長期計画』中央法規, 所収, 3-26).

週間福祉新聞 2009 年 1 月 16 日, 「地域生活支援事業——配分実績反映」.

週刊福祉新聞 2009 年 10 月 19 日, 「全精社協問題——厚労省職員を聴取」.

[T]

田畑寿明 (2014)「「未知との遭遇」から 2 年——子どもの相談支援の課題と展望」『さぼりと』 61(4), 20-23.

大正大学大学院人間学研究科社会福祉学専攻社会福祉実践分析研究/障害保健福祉研究班 (2001)『地域における障害者の生活支援Ⅲ——精神障害者地域生活支援センターの実践』.

高橋悦子 (2014)「当事者からみた相談支援——知的障害当事者へのインタビューを通して」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』 34(6), 33-35.

高橋清久・大島 巖編 (1999)『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方——ケアマネジメント従事者養成テキスト』精神障害者社会復帰促進センター.

高橋清久・大島 巖編 (2001)『改定新版ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方——ケアマネジメント従事者養成テキスト』精神障害者社会復帰促進センター.

高橋暢行 (1998)「地域生活支援センター設立の背景とその構想」『Review』 6(2), 18-21.

高橋幸彦 (2004)「大阪府における精神障害者退院促進支援事業について 4 年間を総括して」『日本精神科病院協会雑誌』 23(11), 29-35.

武 宣也 (2013)「障害児相談支援事業の現状と課題——サービス等利用計画作成の現状と今後」『さぼりと』 60(8), 11-13.

武井大和 (2012)「大阪市精神障害者地域生活移行支援事業の給付事業化における諸問題」大阪市地域移行支援会議 (2012 年 7 月 26 日) 資料.

武津美樹 (2014)「他職種・他機関との連携——こころといのちを守る訪問支援 (アウトリーチ) 事業を通じた実践」『精神科臨床サービス』 14(2), 94-100.

瀧 誠・山口みほ・渥美浩子・船崎初美 (2008)「第 2 章政令指定都市調査」竹島正主任研究者『精神保健福祉医療の改革ビジョンの成果に関する研究』平成 19 年度総括・分担研究報告書, 156-65.

- 滝沢武久（1996）「ぜんかれんのうごき」『ぜんかれん』350, 5-6.
- 玉木幸則（2014）「障害者相談支援センターにしのみやの取り組みについて」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』34(6), 21-23.
- 田中英樹（2001）『精神障害者の地域生活支援——統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』中央法規.
- 田中 圭（2014）「発達障害者への相談支援の充実に向けた取組について」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』34(6), 24-26.
- 谷口明広・小川喜道・小田切明・武田康晴・若山浩彦（2015）『障害のある人の支援計画——望む暮らしを実現する個別支援計画の作成と運用』中央法規.
- 田尾有樹子（2010）「退院・地域移行——巣立ち会からの発信」『精神医療第4次』57, 48-52.
- 立岩真也（2015）『精神病院体制の終わり——認知症の時代に』青土社.
- 寺田浩和（2014）「伊賀県社会福祉協議会における相談支援事業の取り組み」『ノーマライゼーション——障害者の福祉』34(6), 30-32.
- 寺田一郎（2000a）『精神障害者ケアマネジメントマニュアル』中央法規.
- 寺田一郎（2000b）「全精社協と法人化そして、ケアマネジメント」谷中輝雄編『精神障害者の生活の質の向上を目指して——全精社協10年の歩み』やどかり出版, 119-37.
- 寺田一郎（2001）「生活支援センター調査にみる現状と課題、そして今後の展望」『Review』10(1), 16-19.
- 寺田一郎（2003）『改訂精神障害者ケアマネジメントマニュアル』中央法規.
- 寺島 彰（1996）「障害者プランと障害者施策の計画化」『リハビリテーション研究』86, 9-14.
- 寺島正吾（1972）「精神医療の現状と「中間施設」」『精神神経学雑誌』74(3), 231-50.
- 寺島正吾（1979）「「精神衛生社会適応施設」についてのいくつかの疑義」『精神神経学雑誌』81(11), 725-30.
- 寺谷隆子（1999）「保健・医療・福祉の統合への戦略——地域生活支援センターの実際から」『日本精神科病院協会雑誌』18(8), 38-32.
- 寺谷隆子・上野容子・田村文栄（2001）「これからの生活支援センターの使命——それぞれの実践からみえてくるものを踏まえて」『精神保健福祉』32(4), 293-300.
- 栃本一三郎（2002）「社会福祉計画と政府間関係」三浦文夫・高橋紘士・田端光美・古川孝順編（2002）『講座 戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望——Ⅲ政策と制度』ドメス出版, 95-152.
- 戸高洋充（2001）「さまざまなサービスの活用と連携の中心になるセンターづくり」『Review』10(1), 22-25.
- 東京学芸大学（2010）『発達障害者と相談支援事業——WE コラボ研究 2009 研究報告書 厚生労働省平成21年度障害保健福祉推進事業報告書——発達障害者を対象とした相談支援

事業のあり方に関する研究』.

東京都社会福祉協議会（2008a）『都内区市町村障害者相談支援事業白書——区市町村障害福祉主管課 障害者相談支援事業に関するアンケート結果報告書』社会福祉法人東京都社会福祉協議会.

東京都社会福祉協議会（2008b）『障害者相談支援事業白書Ⅱ——都内指定区相談支援事業者編 都内指定区相談支援事業所 障害者相談支援事業に関するアンケート結果報告書』社会福祉法人東京都社会福祉協議会.

富成一也（2007）「精神障害者ケアマネジメント 10年の歩み——文献研究から見たわが国の精神障害者ケアマネジメント」『精神障害とリハビリテーション』11(2), 61-65.

「作る会」運営委員および練馬区内精神保健福祉士有志（2001）「地域生活支援センターづくりの運動を通して」『精神保健福祉』32(4), 306-7.

殿村壽敏（2018）『殿村壽敏氏へのインタビュー（未発表）』萩原浩史聞き取り，社会福祉法人精神障害者社会復帰促進協会法人本部事務局.

[U]

上野康夫・八重樫久美子（2014）「川崎市における地域移行・地域定着支援の取り組みについて」『精神科臨床サービス』14(2), 84-87.

上野容子（1998）「地域生活支援センターの活動を開始して」『Review』6(2), 26-29.

上野容子（1999）「地域生活支援センターの概要と今後の方向性」『日本精神病院協会雑誌』18(8), 47-52.

上野容子（2001）「東京都の実践からみた区市町村と生活支援センターの役割と連携」『Review』10(1), 12-15.

上野容子（2014）「相談支援事業における「サービス等利用計画」を利用した人たちの声」『精神科臨床サービス』14(2), 30-33.

鶯領太郎（2014）「ケアプラン作成・モニタリング・エンゲージリング」『精神科臨床サービス』14(2), 42-46.

牛谷正人研究代表（2008）『相談支援事業運営マニュアル——平成 19 年度障害者保健福祉推進事業「障害者の地域移行を可能にする相談支援のあり方に関する調査研究事業」研究事業報告書』社会福祉法人オープンスペースれがーと.

[W]

和気純子（2005）「高齢者ケアマネジメントにおける困難ケース——ソーシャルワークからの接近」『人文学報. 社会福祉学』361, 99-121.

渡部律子・料所奈津子（2006）「介護支援専門員の困難事例分析——ソーシャルワークの機能に焦点をあてて」『Working papers series.Working paper』33, 1-38.

[Y]

やどかりの里（2009）『機関誌やどかり』12月号 2009年12月15日発行 (<http://www.ya>

- dokarinosato.org/TOPICS-P/HTML/t-kikansi-12-9.html, 2016.9.11).
- やどかりの里 20 周年記念出版編集委員会編 (1990) 『春はまだ来ないけど——やどかりの里歩み 20 年』 やどかり出版.
- 山田 優 (1998) 「障害児(者) 地域療育等支援事業を根拠とした「地域生活支援センター」の現状」『Review』 6(2), 42-46.
- 山井理恵 (2010) 『利用力/提供力を促進するケアマネジメント——支援困難なクライアントに対する実践活動の質的研究』 相川書房.
- 山本 誠 (2001) 「相談機能を中心にしたセンター開設の取り組みから」『Review』 10(1), 26-29.
- 山根 寛 (1997) 「精神障害者地域生活支援事業について」『作業療法』 16(2), 94-97.
- 山岡 聡 (2001a) 「医療法人が地域に展開する生活支援センター」『精神保健福祉』 32(4), 277-80.
- 山岡 聡 (2001b) 「なぜ「サテライト」が必要なのか」『Review』 10(1), 42-45.
- 山内健生・望月隆之 (2015) 「障害のある人の相談支援事業の歴史的変遷とその目指すべきもの」『福祉社会開発研究』 7, 57-68.
- 山崎弘一 (2014) 「中間地域発! ALL 吉備中央町で目指す計画相談 100%」『さぽーと』61(4), 17-19.
- 柳 牧子 (2014) 「退院促進事業の移り変わり——「すみだ地域生活支援センター友の家」での関わりから」『精神科臨床サービス』 14(2), 106-9.
- 谷中輝雄 (1984) 『開放化に魂を』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1985a) 『仲間づくりの方法と実際——精神科領域における』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1985b) 『これからの社会復帰』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1988) 『失われたものを追い求めずに——精神障害者の生活の記録』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1991) 「はじめに」 やどかりの里編 (1991) 『危険な賭け 新しい創造へ——精神保健法にもとづく施設づくり』 やどかり出版, i-iii.
- 谷中輝雄 (1993a) 『旅立ち障害を友として——精神障害者の生活の記録』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1993b) 『谷中輝雄論稿集 I ——生活』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1993c) 『谷中輝雄論稿集 II ——かかわり』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1993d) 『谷中輝雄論稿集 III ——社会復帰』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1995a) 「活動基盤づくりの活動」 やどかりの里編 『共に担った「危険な賭け」——泣いた笑った 5 年間』 やどかり出版, 240-51.
- 谷中輝雄 (1995b) 『インターフェースの地域ケア——語り合い、響き合い、共に生き、創り合う』 やどかり出版.
- 谷中輝雄 (1996a) 『生活支援——精神障害者生活支援の理念と方法』 やどかり出版.

- 谷中輝雄（1996b）「第3章 地域生活支援センターの役割と機能」社会福祉法人全国精神障害者地域生活支援協議会編『精神障害者地域生活支援センターの実際』中央法規，63-110.
- 谷中輝雄（1997a）「社会復帰施設と生活支援事業」『Facilites Net』1(1)，2-3.
- 谷中輝雄（1997b）『地域で生きる——精神障害者の生活と意見』やどかり出版.
- 谷中輝雄（1998）「社会復帰施設援助活動の実務」新保祐元・谷中輝雄・寺田一郎『精神障害者社会復帰施設——援助の仕組みと施設運営のハンドブック』やどかり出版，119-62.
- 谷中輝雄（2000）「社会復帰施設の立場から」『月刊ノーマライゼーション——障害者の福祉』20(228)，67-70.
- 谷中輝雄（2001a）「地域生活支援センターへの期待」『精神保健福祉』32(4)，267-70.
- 谷中輝雄（2001b）「日本における市町村中心の地域ケア」『Facilites Net』4(3)，23-26.
- 谷中輝雄（2003）「地域生活支援センターの役割」『精神医療 第4次』(31)，37-43.
- 谷中輝雄編（2000）『精神障害者の生活の質の向上を目指して——全精社協10年の歩み』やどかり出版.
- 柳瀬一正（2014）「医療ソーシャルワーク部門との連携」『精神科臨床サービス』54，101-5.
- 柳瀬敏夫（2001）「生活支援センターから生まれた雇用センター」『Review』10(1)，38-41.
- 柳瀬敏夫（2010）「やおき福祉会における「精神障害者地域移行支援事業」の取り組み」『精神医療第4次』57，66-72.
- 谷野亮爾（2002）「「障害者ケアマネジメント」について——現在までの経過・論点と課題点」『日本精神科病院協会雑誌』21(3)，255-73.
- 山下俊幸（2005）「障害者自立支援法をどう読むか——「自立支援型システムへの転換」と財源問題」『精神医療』39，42-52.
- 安田裕子（2002）「介護保険下のサービス提供困難ケースへの支援のありかたの検討」『月刊総合ケア』12(7)，45-51.
- 八柳律子（2014）「3年目の計画相談——浮かび上がった問題点を中心に」『さぽーと』61(4)，11-13.
- 横浜市（2015）『横浜市相談支援従事者人材育成ビジョン（平成27年4月版）』.
- 横山寿一（2003）『社会保障の市場化・営利化』新日本出版.
- 読売新聞 2003年7月16日朝刊，「補助金「空振り」8割——申請の自治体大弱り」.
- 米田正代（2003a）「大阪府における社会的入院解消研究事業2年間の成果と今後の展望」『病院・地域精神医学』45(4)，423-8.
- 米田正代（2003b）「メンタルヘルスの広場 大阪府における社会的入院解消に向けた取り組み」『心と社会』34(3)，116-22.
- 米田正代・鏡味秀彦・原るみ子（2003）「大阪府における自立支援促進会議——退院促進事業の取り組みと箕面地域での展開」『病院・地域精神医学』46(2)，182-5.

- 吉田光爾（2014）「相談支援とケアマネジメント」『精神科臨床サービス』54, 12-16.
- 吉田哲彦（1996）「わが国の精神保健福祉行政の動向について」『日本精神病院協会雑誌』15(4), 12-21.
- 吉澤浩一（2014）「ケア会議の準備と進め方」『精神科臨床サービス』54, 47-51.
- [Z]
- 財政制度審議会財政構造改革特別部会（1996）『財政構造特別部会最終報告——活力ある21世紀への条件』財政制度審議会.
- 全国訪問看護事業協会（2009）『相談支援の機能強化を図るための調査研究事業』.
- 全国難病センター研究会研究班事務局（2010）『障害を持つ難病患者が自立できるための相談支援等のあり方についての調査研究事業研究報告書』.
- 全国精神障害者地域生活支援協議会（2009）「第2章精神障害者地域生活支援センターのその後の状況把握調査 集計及び分析結果」『精神障害者の地域生活を支える地域活動支援センターと就労を中心とした個別給付事業との連携のあり方に関する調査研究報告書』（<http://www.ami.or.jp/assets/chousa03.pdf>, 2015.5.10）.
- 全国精神障害者地域生活支援協議会（2012）『地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン』.
- 全国精神障害者地域生活支援協議会（2013）『障害者地域移行支援・地域定着支援ガイドブック』中央法規.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（1991a）「精神保健法見直しに関する要望」（谷中輝雄編（2000）『精神障害者の生活の質の向上を目指して——全精社協10年の歩み』やどかり出版, 所収, 172-6）.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（1991b）「生活支援センターについて」（谷中輝雄編（2000）『精神障害者の生活の質の向上を目指して——全精社協10年の歩み』やどかり出版, 所収, 177-81）.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（1996）『精神障害者地域生活支援センターの実際』中央法規.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（2000）平成11年度地域保健総合推進事業『社会復帰施設等に関する全国状況調査報告書』.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（2002）『精神障害者生活支援の体系と方法——市町村精神保健福祉と生活支援センター』中央法規.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（2004a）『全精社協 News』第65号.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（2004b）『精神障害者社会復帰施設運営ハンドブック』中央法規.
- 全国精神障害者社会復帰施設協会（2006）『全精社協 News』第87号.
- 全国脊椎損傷者連合会（2010）『本人支援計画型の先進事例分析による今後の相談支援のあ

り方に関する調査研究事業報告書』.

全国市長会・全国町村会（2004）『介護保険と障害者施策の統合に関する緊急申入れ』（http://www.mayors.or.jp/p_opinion/documents/old/yousei/160618/kaigomoushiire.pdf, 2014.10.5）.

全国社会福祉協議会ケースマネジメント研究委員会編（1990）『ケースマネジメント—ニーズとサービスを結ぶ新しい支援システム』全国社会福祉協議会.

全国社会福祉協議会・心身障害児者団体連絡協議会（1999）『第19回障害者地域生活支援システム研究会議報告書——障害者地域生活支援センター（仮称）のあり方の提示と検討』.

全国社会福祉協議会障害者地域生活に関する調査研究委員会編（1996）「障害者活動センターについて——重度・重複・重症障害者の地域生活のために」『障害者地域生活に関する研究委員会報告書』全国社会福祉協議会, 165-82.

巻末資料

巻末資料 3-1

精神障害回復者社会復帰施設運営要綱

厚生省発衛第460号

昭和50年8月14日

第1 目的

回復途上にある精神障害者の昼間の生活指導及び作業指導及び夜間の生活指導等を行い、円滑な社会復帰を図ることを目的とする。

第2 設置主体及び運営主体

精神障害回復者社会復帰施設（以下「社会復帰施設」という。）の設置主体及び運営主体は、地方公共団体とする。

第3 通所及び入所対象者

通所又は入所について申請のあった回復途上にある精神障害者であって、社会復帰施設における通所指導又は入所指導を必要とする者とする。

第4 設備

社会復帰施設は、適正な医学的管理のもとに、昼間生活指導及び作業指導及び夜間の生活指導等を行うに必要な設備を有するものとする。

第5 職員

社会復帰施設には、施設長（医師）のほか、看護婦（士）、作業療法士、精神科ソーシャル・ワーカー、臨床心理技術者、事務職員、その他施設長が必要と認める職員を配置するものとする。

第6 施設の組織

社会復帰施設には、次の部門を置き、それぞれ次の業務を行うものとする。

1 事務部門

施設における事務を行う。

2 昼間生活指導部門

昼間の生活指導等を通して社会適応指導を行う。

3 昼間作業指導部門

昼間の作業指導等を通して社会適応指導を行う。

4 夜間生活指導部門

昼間、施設外の事業所等で就業する者に対して、夜間施設内の生活指導等を通じて社会適応指導を行う。

第7 通所及び入所の決定

1 通所及び入所の申請

社会復帰施設の通所又は入所の申請を希望する場合には、本人又は保護者義務者が施設長に申請するものとする。

2 通所又は入所の申請を受けた施設長は、通所又は入所の適否を審査のうえ、通所者又は入所者を決定するものとする。

第8 費用の支弁又は徴収

1 費用の支弁

地方公共団体は、社会復帰施設の通所者及び入所者の通所中及び入所中に要する事務費及び事業費を支弁するものとする。ただし、入所者及び通所者個人にかかる費用については、一部対象としないこともあるものとする。

2 費用の徴収

社会復帰施設の通所者及び入所者の通所中及び入所中に要する費用を支弁すべき地方公共団体は、当該通所者及び入所者の収入額に応じ、別に定める基準により、事業費の支弁額を徴収金として、当該通所者及び入所者又は保護義務者から徴収するものとする。

第9 国の財政措置

国は、地方公共団体が第8の1により支弁した費用に対して、別に定めるところにより補助するものとする。

なお、補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	2人
指導員	16人
看護婦	1人
雇用人	2人
計	22人

デイケア施設運営要綱

厚生省衛発第461号
昭和50年8月14日
一部改正衛発第1056号
昭和56年1月26日

第1 目的

回復途上にある精神障害者に適正な医学的管理のもとに、昼間の生活指導及び作業指導等を行い、円滑な社会復帰を図ることを目的とする。

第2 設置主体及び運営主体

デイケア施設の設置主体及び運営主体は、地方公共団体とする。

第3 通所対象者

通所について申請のあった回復途上にある精神障害者であって、デイケア施設における通所指導を必要とする者とする。

第4 設 備

デイケア施設は、適正な医学的管理のもとに、昼間生活指導及び作業指導等を行うに必要な設備を有するものとする。

第5 職 員

デイケア施設には、施設長（医師）のほか、看護婦（士）、作業療法士、精神科ソーシャル・ワーカー、臨床心理技術者、事務職員、その他施設長が必要と認める職員を配置するものとする。

第6 施設の組織

デイケア施設には、次の部門を置き、それぞれ次の業務を行うものとする。

1 事務部門

施設における事務を行う。

2 昼間生活指導部門

昼間の生活指導等を通して社会適応指導を行う。

3 昼間作業指導部門

昼間の作業指導等を通して社会適応指導を行う。

第7 通所決定等

1 通所の申請

デイケア施設への通所を希望する場合には、本人又は保護者義務者が施設長に申請するものとする。

2 通所の審査及び決定

通所の申請を受けた施設長は、通所の適否を審査のうえ、通所者を決定するものとする。

第8 費用の支弁又は徴収

1 費用の支弁

地方公共団体は、デイケア施設の通所者の通所中に要する事務費及び事業費を支弁するものとする。

ただし、通所者個人にかかる費用については、一部対象としないこともあるものとする。

2 費用の徴収

デイケア施設の通所者の通所中に要する費用を支弁すべき地方公共団体は、当該

通所者の収入額に応じ、別に定める基準により、事業費の支弁額を徴収金として、当該通所者又は保護義務者から徴収するものとする。

第9 国の財政措置

国は、地方公共団体が第8の1により支弁した費用に対して、別に定めるところにより補助するものとする。

なお、補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	1人
指導員	9人
看護婦	1人
雇用人	1人
計	13人

巻末資料 3-2

精神衛生社会生活適応施設運営要綱

厚生省衛発第581号
昭和55年6月12日
一部改正衛発第541号
昭和56年7月8日

第1 精神衛生社会適応施設の目的

精神衛生社会適応施設（以下、「当該施設」という。）は、入院医療の必要はないが、精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者に対して、生活の場を提供し、あわせて社会適応に必要な生活指導等を行うことを目的とする。

第2 運営の基本方針

当該施設の運営についてはその目的にかんがみ、入所者の社会適応能力を向上させ、精神障害者の円滑な社会復帰を図るために適切な処遇が行われるよう特に留意するものとする。

第3 運営主体

当該施設の運営主体は都道府県とする。ただし、市町村又は厚生大臣が適当と認めた民法法人若しくはその他の法人に運営を委託できるものとする。

第4 入所対象

入所対象者は、入院医療の必要はないが精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者であって、共同生活を営める程度のものとする。

第5 入所定員

入所定員は、30人以上50人以下とする。

第6 入所者の決定等

1 入所の申請

当該施設への入所を希望する精神障害者は、保護義務者の同意を得て、申請書に医師意見書を添え、居住地を管轄する保健所長を経由し、都道府県知事に行うものとする。

2 入所の審査

入所の申請を受けた都道府県知事は、専門家の意見を聞き、入所の適否を審査するものとする。

3 入所の決定

都道府県知事は、審査の結果当該施設へ入所させることが適当であると認められる精神障害者を、当該施設へ入所させるものとする。

4 退所命令

都道府県知事は、当該施設に入所（委託入所を含む。）させていることが適当でないとき、入所者に対し退所を命ずることができるものとする。

第7 職員

1 職員の配置基準

(1) 当該施設には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

ア 当該施設の長（以下「施設長」という。）

イ 指導員

ウ 事務員

エ 栄養士

オ 調理員

カ 用務員

(2) 指導員は、入所者おおむね4.2人につき1人以上置かなければならない。

2 職員の専従

当該施設の職員は、専ら当該施設の職務に従事することができる者をもって充てなければならない。ただし、指導員以外の職員については入所者の処遇に支障がない場合には、この限りではない。

3 職員の資格要件

(1) 施設長は、精神衛生に関する業務に5年以上従事した者であって、当該施設を運営するに適切であると認められる者、又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。

(2) 指導員は、次の各号のいずれかに該当する者でなければならない。

ア 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において、心理学、教育学又は社会福祉学を修めて卒業した者

イ 学校教育法第56年6条第1項に規定する者であつて、2年以上精神衛生に関する業務に従事した者

ウ 前2号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者

第8 給食

- 1 給食は食品の種類及び調理方法について栄養並びに入所者の身体的状況及び嗜好を考慮したものでなければならない。
- 2 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行わなければならない。
- 3 調理及び配膳は、衛生的に行わなければならない。
- 4 食品の保存に当たっては、腐敗又は変質しないよう適切な措置を講じなければならない。

第9 生活指導

- 1 当該施設は、入所者に対し、独立して日常生活を営むために必要な指導を行うほか、社会適応に必要な指導を行わなければならない。
- 2 当該施設は、生活指導に当っては、入所者に対し行動制限を行わないことはもとより、いたずらに入所者を強制し、自由を拘束することとならないよう留意しなければならない。

第10 健康管理

- 1 入所者については、その入所時及び毎年定期的に2回以上健康診断を行わなければならない。
- 2 職員については、その採用時及び毎年1回以上健康診断を行わなければならない。
- 3 調理員については、定期的に検便を行わなければならない。

第11 衛生管理

- 1 入所者の被服及び寝具は、常に清潔に保たなければならない。
- 2 一週間に2回以上入所者を入浴させ、又は清拭しなければならない。
- 3 居室、被服、寝具、食器等で伝染の危険のあるウイルスに汚染し、又は汚染の疑いがあるものは、消毒した後でなければ入所者の利用に供してはならない。

第12 精神障害の医学的管理

- 1 入所者については、病状に応じ精神障害の医療を受けさせるようにしなければならない。
- 2 施設長は、精神病院等の医療機関と連絡を密にし、入所者に対する精神障害の医療が円滑かつ効果的に実施させるよう努めるものとする。

第13 災害対策

当該施設は、非常災害に対する具体的計画を立てるとともに、定期的に避難、救出、そ

の他必要な訓練を行わなければならない。

第14 管理規定の整備

- 1 当該施設は、入所者に対する処遇方法、入所者が守るべき規律、その他施設の管理についての重要事項に関する規定を定めておかなければならない。
- 2 当該施設は、設備、職員、会計及び入所者の処遇の状況に関する記録及び帳簿を整備しておかなければならない。

第15 費用の支弁及び徴収

- 1 費用の支弁
都道府県は、当該施設の運営に要する費用を支弁するものとする。
- 2 費用の徴収
都道府県知事は、前項の運営に要する費用の全部又は一部を別に定めるところにより、入所者又はその扶養義務者から徴収するものとする。

第16 国の助成措置

国は都道府県が第15の1により支弁した費用について、別に定めるところにより補助するものとする。

なお、補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	1人
指導員	12人
栄養士	1人
調理員等	3人
計	18人

巻末資料 3-3

精神障害者社会復帰施設設置運営要綱

昭和63年2月17日 健医第143号
各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知

総則

第1 基本的事項

1 趣旨

精神障害者（精神薄弱者を除く。以下同じ。）の社会復帰・社会参加の促進を図るため設置する精神障害者社会復帰施設（以下「社会復帰施設」という。）の設置及び運営は、この要綱の定めるところによる。

2 理念

社会復帰施設は、精神障害者の社会復帰・社会参加の促進を図るため設置するものであることに鑑み、適切な構造・設備を備えて良好な環境を確保するとともに、利用者の適切な処遇に資するため、精神障害者の社会復帰に関する業務に熱意及び能力を有する職員をもって運営されなければならない。

第2 具体的事項

1 設置及び運営主体

社会復帰施設の設置主体及び運営主体は、都道府県、社会福祉法人その他の者とする。

2 利用方法

社会復帰施設の利用は、利用者と社会復帰施設の長又は運営主体の長との契約によるものとする。

なお、契約に当たって社会復帰施設の長又は運営主体の長は、利用希望者から医師の意見書を求めるなどにより、当該者が施設の利用対象者として適当であることを十分確認のうえ契約に応ずるものとする。

3 利用者の負担

(1) 利用者は、施設の維持管理等に必要な経費として経営主体が定めた利用料を負担するものとする。

(2) 飲食物費、日用品費、高熱水料等利用者個人にかかる費用は、その実費を利用者の負担とする。

4 構造の一般原則

(1) 社会復帰施設の構造及び設備は、日照、換気等利用者の保健衛生及び安全に関する事項について十分考慮されたものでなければならない。

(2) 社会復帰施設は、消火設備その他非常災害に備えるため必要な設備を設けなければならない。

(3) 社会復帰施設の建物は、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第9号の2に規定する耐火建築物又は同条第9号の3に規定する簡易耐火建築物とする。

5 職員の専従

社会復帰施設の職員（顧問医を除く。）は、専ら当該施設の職務に従事することができる者をもって充てなければならない。

6 顧問医

(1) 顧問医は、精神科の治療に相当の経験を有する者をもって充てなければならない。

(2) 顧問医は、社会復帰施設の長と連絡を密にし、入居者の状況を把握しておくよう、努めなければならない。

7 報告義務

社会復帰施設の長は、社会復帰施設の利用について、毎年6月30日現在の状況を、別

に定める様式により、社会復帰施設の所在地を管轄する保健所長に報告しなければならない。

8 管理規定等の整備

(1) 社会復帰施設の長は、利用料及び利用者が守るべき規律等を明示した管理規定を定め、利用者に周知しておかなければならない。

(2) 社会復帰施設の長は、設備、会計に関する帳簿及び利用者に関する記録を整備しておかなければならない。

9 経費の補助

国は、地方公共団体又は非営利法人が設置する社会復帰施設の整備又は運営に関する経費について、別に定める国庫補助交付基準により補助するものとする。

第3 その他

社会復帰施設は、地域の実情等に応じて個別事項に掲げる施設を、組み合わせて整備することができる。

個別事項

第1 精神障害者援護寮

1 設置の目的

精神障害者援護寮（以下「援護寮」という。）は、回復途上にある精神障害者に居室その他の設備を一定期間利用させることにより、生活の場を与えるとともに、精神障害者の社会復帰に関する専門的知識をもった職員により生活の指導等を行い、もってその自立への促進を図ることを目的とする。

2 利用対象者

援護寮の利用対象者は、入院医療の必要はないが精神障害のため独立して日常生活を営むことが困難と見込まれる者であって、かつ、社会復帰を希望する者のうち、次の各号に該当するものとする。

(1) 共同生活を営める程度の者

(2) 精神科デイ・ケア施設、精神障害者通所授産施設及び精神障害者小規模作業所に通える程度の者

3 定員

援護寮の定員は、おおむね20人とする。

4 利用期間

援護寮の利用期間は、2年以内を原則とする。ただし、援護寮の長は、顧問医の意見等を聴いた結果、利用期間の延長が真に止むを得ないものと認める場合には、1年を超えない範囲内で利用期間を延長することができるものとする。

5 構造・設備

(1) 援護寮の建物の面積は、原則として入居者1人につき14.9㎡以上とすること。

(2) 援護寮に必要な設備は、次のとおりとする。

- ア 居室
- イ 相談・指導室
- ウ 静養室
- エ 食堂（調理コーナーを設けること。）
- オ 娯楽室（食堂と兼ねることができる。）
- カ 浴室
- キ 洗面所
- ク 便所
- ケ 事務室

(3) 前項に掲げる設備については、次のとおりとする。

- ア 居室

1室の定員は4人以下とし、入居者1人当たりの居室の床面積は収納設備等を除き4.4㎡以上とすること。

6 職員

(1) 援護寮には、次の職員を置くものとする。

- ア 施設長 1名
- イ 精神科ソーシャルワーカー 1名
- ウ 専任職員 2名
- エ 顧問医 1名

(2) 施設長は、精神保健に関する業務に5年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者であつて、援護寮を適切に管理運営する能力がある者を充てるものとする。

7 援護寮の運営

(1) 指導等の内容

- ア 生活技術（掃除、洗濯等）の習得のために必要な助言、指導
- イ 対人関係についての助言、指導
- ウ 通院等に対する助言
- エ 金銭の使途の指導
- オ 余暇の活用の指導
- カ 作業訓練に対する助言、指導
- キ 就労についての助言、指導
- ク その他独立自活を行うために必要な指導等

(2) 関係機関との連絡

施設長は、入居者本人の意向を尊重しつつ、関係機関と必要に応じ連絡をとり、入居者

に対する指導等が円滑かつ効果的に実施されるよう努めるものとする。

8 給食

援護寮においては、入居者の必要に応じて給食業務を行うことができるものとする。

9 非常災害対策

施設長は、非常災害に備えるため、防災、避難等に関する具体的計画を立てるとともに、定期的に必要な訓練を行うものとする。

第2 精神障害者福祉ホーム

1 設置の目的

精神障害者福祉ホーム（以下「福祉ホーム」という。）は、一程度の自活能力のある精神障害者であって、家庭環境、住宅事情の理由により住宅の確保が困難な者に対し、一定期間利用させることにより生活の場を与えるとともに必要な指導等を行い、もって社会参加の促進を図ることを目的とする。

2 利用対象者

福祉ホームの利用対象者は、家庭環境、住宅事情等の理由により住居の確保が困難であるため、現に住居を求めている精神障害者であって、次の各号に該当するものとする。

- (1) 日常生活において介助を必要としない程度に生活習慣が確立している者
- (2) 継続して就労できる見込みがある者

3 定員

福祉ホームの定員は、おおむね10人とする。

4 利用期間

福祉ホームの利用期間は、2年以内を原則とする。ただし、運営主体の長は、顧問医の意見等を聴いた結果、利用期間の延長が真に止むを得ないものと認める場合には、1年を超えない範囲内で利用期間を延長することができるものとする。

5 構造・設備

- (1) 福祉ホームの建物面積は、原則として入居者1人につき23.3㎡以上とすること。
- (2) 福祉ホームに必要な設備は、次のとおりとする。

ア 居室

イ 娯楽室

ウ 調理室

エ 浴室

オ 洗面所

カ 便所

キ 管理人室

- (3) 前項に掲げる設備については、次のとおりとする。

ア 居室

原則として1人部屋とし、入居者1人当たりの居室の床面積は収納設備、調理設備等を除き6.6㎡以上とすること。

イ 調律室

調理室は、居室に調理設備を設ける場合には、入居者共同の設備として設けないことができること。

6 職員

(1) 福祉ホームは、管理人1名及び顧問医1名を置くものとする。

(2) 管理人は、福祉ホームを適切に管理運営する能力がある者を充てるものとする。

7 管理人の業務等

(1) 管理人は、施設の管理並びに入居者の日常生活に関する相談、助言及び保健所等関係機関への連絡業務のほか、入居者が独立して生活できるよう住居、就労等について相談、助言を行うものとする。

(2) 入居者が疾病等により生活に困難を生じる虞がある場合には、入居者本人の意向を尊重しつつ、顧問医、関係機関と速やかに連絡をとるなど、入居者の生活に支障をきたさないよう適切な配慮を行うものとする。

(3) 入居者の食事は、原則として自炊によるものとし、その他の日常生活も原則として入居者自身で処理するものとするが、入居者が一時的に援助を希望する場合には、管理人はその援助を行うことができるものとする。

第3 精神障害者通所授産施設

1 設置の目的

精神障害者通所授産施設（以下「授産施設」という。）は、相当程度の作業能力を有する精神障害者に利用させて、必要な訓練を行い、その自活を促進するための指導を行うことを目的とする。

2 利用対象者

授産施設の利用対象者は、雇用されることが困難な精神障害者であって、かつ、将来就労を希望する者とする。

3 定員

授産施設の定員は、20人以上とする。

4 利用期間

授産施設の利用期間は、利用者各人の作業能力等を勘案して当該施設において適宜決定すること。

5 構造・設備

(1) 授産施設の建物は、通所者に対する訓練指導に支障がない広さを確保すること。

(2) 授産施設に必要な設備は、次のとおりとする。

- ア 事務室
- イ 食堂
- ウ 作業室又は作業場
- エ 静養室
- オ 集会室（食堂と兼ねることができる。）
- カ 洗面所
- キ 便所

(3) 前項に掲げる施設については、次のとおりとする。

作業室又は作業場

通所者が安全に作業に従事できるよう必要な設備を設けること。

6 職員

(1) 授産施設には、次の職員を置くものとする。

- ア 施設長 1名
- イ 作業療法士 1名以上
- ウ 精神科ソーシャルワーカー 1名以上
- エ 専任職員 1名以上
- オ 顧問医 1名

(2) 前項のイからエに掲げる職員は、定員29名までは各1名とし、30名を超えて10名を増すごとにこれに加えてイからエに掲げる職員いずれか1名を置くものとする。

(3) 施設長は、精神保健に関する業務に5年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者であつて、授産施設を適切に管理運営する能力がある者を充てるものとする。

7 授産施設の運営等

(1) 授産施設における訓練種目は、地域の実情、製品の需給状況等を考慮して選定するものとする。

(2) 施設長は、通所者に対し、各人の状態、作業能力等を十分勘案して適切な処遇を行うものとする。

(3) 施設長は、通所者本人の意向を尊重しつつ、関係機関と必要に応じ連絡をとり、通所者に対する訓練指導等が円滑かつ効果的に実施されるよう努めるものとする。

(4) 作業収入

授産施設においては、事業収入から事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として通所者に支払うものとする。

8 給食

授産施設においては、通所者の必要に応じて給食業務を行うことができるものとする。

9 非常災害対策

施設長は、非常災害に備えるため、防災、避難等に関する具体的計画を立てるとともに、定期的に必要な訓練を行うものとする。

巻末資料 3-4

健医発第1153号

平成3年9月24日

各都道府県知事殿

精神障害者社会復帰促進事業（社会復帰相談窓口）実施要綱

1 目的

回復途上にある精神障害者への継続的な支援体制の確保に資するため、精神障害者社会復帰施設において土曜日及び日祭日に相談窓口を設置して相談業務を実施し、精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする。

2 実施主体

都道府県

3 実施方法

都道府県が精神障害者社会復帰施設において自ら実施し又は都道府県が適当と認めた同施設（以下「実施機関」という。）に委託して行うものとする。

なお、実施機関に委託する場合には、精神保健主管課及び保健所はその実施状況を常に把握しておくものとする。

4 実施体制

都道府県又は委託を受けた実施機関は、本件相談事業の適正かつ円滑な運営を図るため、土曜日及び日祭日に精神科ソーシャルワーカー又は社会復帰相談事業に関し相当の経験を有する者を配置して、目的に沿った事業が行えるように施設内の体制整備をするものとする。

5 事業内容

（1）相談対象者

回復途上にある精神障害者、家族等で社会復帰に関する相談を希望するものとする。

（2）相談業務の実施

面接又は電話等により対人関係の悩み、家庭内の問題、余暇の活用、生活技術など種々の相談を受け付けるものとする。

（3）相談記録の作成

相談事例について、相談記録を作成し保管するものとする。

6 国の助成

国は、この事業のために支出した費用について、別に定めるところにより補助を行うものとする。

7 その他

- (1) 本要綱に定めるもののほか、本事業の実施に必要な事項は、都道府県又は委託を受けた実施機関において適宜定めることができる。
- (2) 本件事業の実施に当たっては、保健所、精神保健センター、医療機関等と緊密な連携に努め、回復途上にある精神障害者の社会復帰の支援体制の確保を図るものとする。
- (3) 当事業に従事する者は、その業務を通じ知り得た個人に関する秘密を守らなければならない。

巻末資料 3-5

生活支援センターについて

全国精神障害者社会復帰施設協会

はじめに

精神障害者の社会復帰・社会参加を促進する諸施策は、「入院中心の医療体制から、地域における精神障害者ケア」へと、その転機を求められている。それに伴い、或いはそれと並行して精神障害者のニーズも多様な形で顕在化し始めている。その主たる要因は、精神障害者の地域生活支援システムが確立されていないことによる。

精神障害者も一市民であることからすれば、障害の残存に関する事柄を除き、ごく普通の生活を享受できるサービスが、医療において行われるべきだとの主張がある。また、保健所、デイケア施設等の既存の施設において生活を支える上での必要な支援が可能であるという主張もある。

しかし、地域で生活しようとしている、或いは地域で生活している精神障害者の生活を支える機能と役割を、既存の施設が果たしている、ないしは果たせているとはいいがたい。

このような状況下での生活支援は、精神障害者が日常生活をする上での諸権利を擁護することが前提であり、諸施設の利害を離れて存在することが望ましい。このことから、生活支援センターはきわめて公的独自性を有するものであり、かつ、広範なサービスを提供できるものでなければならないといえ。

この現実、生活支援センターの圏域とサービス機能の範囲によりその規模が異なるも

の、精神障害者の生活保障に向けてのサービス機能の拡大のみならず、諸社会資源の調整という意味で、精神保健制度の有効活用やその在り方に大きく影響を及ぼすものとなる。

精神障害者の社会復帰・社会参加を加速していくことが求められている今日、すみやかに精神障害者の生活支援を可能にする資源が必要であるという前提にたち、上記のことをふまえながらも、可能な条件のもとでの生活支援センター構想を模索しなければならない。このように意図をもって「生活支援センター（案）」を以下の通り提案することとした。

生活支援センター

1. 生活支援センターの目的

生活支援センターは、在宅精神障害者の日常生活を支援するため、各種社会資源を活用し、かつ、地域社会資源の開発に努めつつ、利用者が社会資源の有効活用を図れるようにマネジメントする機能を有し、在宅精神障害者の日常生活に係わる課題に対応することを目的とする。

2. 生活支援センターの独立性

生活支援センターは、精神障害者の地域ケアの継続性、一貫性、責任性を維持するために、独立した組織として設置されることが望ましいが、独立性が保持されれば、当面既存の施設に併設することができる。

3. 生活支援センターの設置主体及び運営主体

生活支援センターの設置主体及び運営主体は、国、都道府県、市町村、精神保健法にもとづく精神障害者社会復帰施設を運営する法人であることが望ましい。

4. 生活支援センターの事業

生活支援センターは、精神障害者が日常生活を営む上での課題に対し、相談・援助ならびに必要な社会資源の提供を行い、その者の社会的自立をより有効に図るために、以下の事業を行うことができる。

(1) 相談事業

精神障害者の日常生活上の困難、施設利用及び施設選択上の社会資源に関する有効利用、心理的援助等に関する相談を行う事業。

(2) ケースマネジメント事業

精神障害者がどのような施設や機関を利用するのが最も適切なのか評価すると共に、処遇計画を策定し、対象者がそれに適応できるように援助する。さらに一定期間毎に再評価を行い、常に最適の処遇と最大の効果をあげるよう社会資源の効果的活用を図る事業を行

う。

(3) 自助グループ支援

精神障害者の自助グループの活動の場の提供、自助グループの活動に対する支援事業。

(4) 憩いの場の提供事業

在宅精神障害者の憩いの場の提供、及び憩いの活動を支援する事業。

(5) 在宅精神障害者支援事業

在宅精神障害者の求めに応じ、その住居を訪問し、日常生活に関する必要な援助を行う人を派遣する事業。

(6) 給食サービス事業

単身生活者をはじめ、給食サービスを必要とする者に、給食の提供をする事業。

5. 運営委員会の設置

生活支援センターが、精神障害者の個別ニーズに応え、社会復帰計画をたて、諸社会資源の有効活用を図る上で、関係機関との連携は欠かせない。

また、関係機関への助言・介入を実施するうえで、諸機関の理解を求め、緊密な関係を保持する上で、関係機関や諸施設の長による生活支援センターの運営委員会を組織すること。

(例：保健・福祉サービス推進委員会／構成委員、保健所長、病院長ないしは PSW、社会復帰施設長、福祉事務所長等)

6. 生活支援センターの規模及び職員配置

4に掲げる事業のうち、自助グループ支援事業や憩いの場の提供事業を日替わりで提供するとしても、10名程度の活動スペースが必要である。加えて2～3名の職員が、事業及び相談にのれるスペースを整備すること。

また4に掲げる事業を行うには、精神保健活動に10年以上の経験を有し、当施設の運営・管理できる能力を有する者をセンターの長とし、ケースマネージャー（ソーシャルワーカー）2名を配置すること。

7. 生活支援センターに要する費用

(1) 施設整備費

活動の場を10名提供するとして、一人あたり15.8㎡を必要面積とすれば、158㎡。職員3名の事務室と、相談を受けるスペースならびに事務備品収納場所を加え、一人10㎡×30㎡（サービス内容によっては調理整備を整え（ママ）、必要なスペースを確保すること。）

188㎡×授産施設・施設整備補助単価とする。ただし、当該センターは借事務所で代

替できる。その場合、事務所借上費用の75%を補助金として公費助成する。以下賃借料も同様とする。

(2) 運営補助金

事務費（主に人件費）は、生活支援センター長を大卒10年以上としていること、職員を大卒精神科ソーシャルワーカーとしていることから勘案して、基準額を500万円とし、関係機関の連絡調整費を100万円加算する。

(3) 利用料

利用者は登録制とし、登録料等の利用料を軽微な額で徴収することができるものとする。

8. 当面の設置数

生活支援センターは、当面モデル事業的数値で整備し、その効果を測定する必要がある。したがって、年度毎に10～20ヶ所程度進捗させ、当該センターの見直しを適宜実施する。なお、見直しに際しては、既存の生活支援センターが見直しに応じた改変が可能なように配慮する必要がある。さらに、5～10年後には二次医療圏に1ヶ所、その後は市町村毎に設置できることが望ましいが、精神障害者社会復帰施設の進捗が優先されるべきである。

以上

巻末資料 3-6

精神障害者地域生活支援事業（精神障害者地域生活支援センター）実施要綱（素案）

1. 事業の目的

精神障害者地域生活支援事業は、地域で生活する精神障害者の日常生活上の相談、日常生活の支援、地域交流の促進等の活動を行う「精神障害者地域生活支援センター」を運営することにより、精神障害者の地域における生活を支援し、その自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

2. 実施主体

この事業の実施主体は、精神障害者社会復帰施設を経営する地方公共団体及び非営利法人とする。ただし、地方公共団体が実施する場合にあっては、その運営を非営利法人に対し委託することができる。

3. 実施場所

この事業は、精神障害者生活訓練施設（援護寮）、精神障害者授産施設又は精神障害者福

社ホームに併設した専用施設において実施することを基本とするが、これらの社会復帰施設の施設を活用して実施することもでき、また、社会復帰施設と連携のとれる範囲でこれと別の場所で実施することもできる。

4. 利用対象者

この事業は、社会復帰施設やグループホーム、社会適応訓練事業、小規模作業所等の利用者その他入院治療を要せず地域で生活しようとしている精神障害者を対象とする。

5. 事業内容

事業内容は次のとおりとする。

(1) 日常生活相談

日常生活、社会生活上の諸般の問題解決のための相談、助言、指導を行う。

面接、電話又は訪問で行い、可能な限り夕方、夜間、土曜、日曜等においても行い、急な不安、病状悪化、一人では解決できない悩み等への対応、他施設への連絡等を行う。

(2) 日常生活支援

① デイサービス、イブニングサービス

食事、入浴、洗濯等や、それらを通じた団らん、交流の場を提供する。食事サービスは、自炊を基本とするほか、配食サービスの活用等による。

これらは、日常生活技能の支援、指導とともに、対人関係の改善や社会資源の利用方法等の社会生活技能に関する支援、相談、指導等の機能を有する。

② ショートステイ

一次的な不安回避等のため、在宅、一人暮らし者等を対象に、入所型の社会復帰施設の居室の活用や、独自の施設により、一次的な入所のニーズに対応する。

(3) 地域交流活動等

① 当事者活動の場の提供

障害者の自発的な活動を支える場、いつでも立ち寄れるたまり場を提供する。

セルフヘルプグループを育成する。

② 地域住民との交流活動

地域住民のボランティアの導入や、地域住民に開放したイベントの開催等を行い、地域住民の正しい知識の普及と精神障害者の地域生活の支援への理解と協力を深める。

(4) その他

その他、創意工夫に基づき地域の実情に応じた地域生活支援の事業を行う。

6. 事業の運営

(1) 運営日

原則として毎日実施する。

(2) 対象地域

地域生活支援のための概ねの対象地域を定め、地域における関係機関との連携を図る。

(3) 職員の配置

①精神障害者地域生活支援センターには、次の職員を置くものとする。

精神科ソーシャルワーカー	1名
専任職員	1名
相談員	2名（非常勤で可能）

②職員は、精神障害者に関して理解のある者で、自主的な経験を有していること。

(4) セルフヘルプの助長

仲間作り、リーダー育成の観点から、自主的な活動を援助、誘導する。

相談事業についても、ピアカウンセリングなど、当事者の特性を生かした運営方策を試みる。

(5) ボランティアの育成

地域コミュニティにおけるボランティアの育成、導入を図る。

(6) 利用メンバーの登録制

継続的な相談指導の観点から、利用メンバーの登録制を採ることができる。この場合においても、登録外の解放利用も併用すること。

(7) ケアマネジメントの観点

地域生活の支援のため、ケアマネジメントの手法を活用して、問題解決を支援することができる。

(8) 関係機関との連携

事業の実施に当たっては、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、医療機関、社会復帰施設、グループホーム、小規模作業所等の関係機関との連携を図る。

(9) 利用者の負担

利用者は、飲食物品、高熱水料など利用者個人に係る費用を負担する。

(10) 事業報告

事業の実施者は、毎年定期にその事業の状況を都道府県知事又は指定都市の市長に対して報告するものとする。

7. 構造及び設備

精神障害者地域生活支援センターを実施するに当たっては、次の設備を設けなければならない。ただし、事業を実施する社会復帰施設の運営に支障の生じない限りにおいて、社会復帰施設の施設設備との兼用ができる。

①相談室兼静養室

- ②娯楽室兼地域交流活動室
- ③調理室、浴室、洗面所、便所
- ④事務室又は指導員室
- ⑤その他地域生活支援事業に必要な設備

8. 国庫補助

国は、地方公共団体又は非営利法人が実施する精神障害者地域生活支援事業に要する施設の整備又は運営に要する経費について、別に定める国庫補助交付基準により補助するものとする。

9. その他

特別の事情により本実施要綱により難しい場合は、別途本職と協議のうえ実施することができる。

巻末資料 3-7

精神障害者地域生活支援事業実施要綱

健医発第 5 7 3 号

平成 8 年 5 月 1 0 日

1. 目的

精神障害者地域生活支援事業は、地域で生活する精神障害者の日常生活支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

2. 実施主体

実施主体は、地方公共団体及び社会復帰施設を運営する非営利法人とする。

ただし、地方公共団体が実施する場合にあっては、その運営を都道府県知事又は指定都市の市長が適当と認める団体に対し、委託して実施することができる。

3. 実施場所

この事業は、保健所・医療機関・社会復帰施設等の保健・福祉・医療サービスの実施機関と機能的に連携した運営を確保しつつ、かつ、夜間・休日における支援・相談等に対応する必要があることから、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホームに附置して実施することを原則とする。

ただし、地方公共団体が委託して実施する場合は、近隣の精神障害者生活訓練施設等との密接な連携の確保された施設で実施することができる。

4. 対象者

地域で生活している精神障害者を対象とする。

5. 事業内容

この事業の実施主体は、地域の実態等の把握及び各種の啓発普及を行うとともに、地域に積極的に外向くなどの方法により、以下の事業を行うものとする。

(1) 日常生活の支援

生活の基本である住居、就労、食事等、日常生活に即した課題に対して、個別・具体的な援助を行うとともに、生活機能や対人関係に関する指導・訓練等を行う。

(2) 相談等

電話・面接及び訪問により服薬、金銭管理、対人関係、公的手続等日常的な問題、夜間・休日における個々人の悩み、不安、孤独感の解消を図るための助言、指導を行うとともに、必要に応じて関係機関等へ連絡を行う。

(3) 地域交流等

ア. 場の提供

レクリエーション等障害者の自主的な活動、地域住民との交流等を図るための場を提供する。

イ. 生活情報の提供

住宅、就職、アルバイト、公共サービス等の情報提供を行う。

(4) その他

地域の実情に応じた創意工夫に基づく事業を行う。

6. 事業の実施及び留意事項

(1) 実施主体は、年間及び月間の事業計画を定め、本要綱に定めた事業を計画的に実施するものとする。

(2) 実施主体は、休日・夜間の緊急の対応に備え、あらかじめ関係機関等と協議し、連絡方法等について定めておくものとする。

(3) 実施主体は、支援等を行った精神障害者に関する基礎的事項、支援・サービス計画の内容、実施状況及び課題等を記録するとともに、継続的支援の適正な実施を図るものとする。

(4) 本事業の主旨を踏まえ、毎日実施することを原則とし、職員の勤務時間を調整する等により、夕方、夜間、休日等利用度の高いと考えられる時間帯に対応できる運営体制

を採るものとする。

(5) 宿泊の制限

施設内に宿泊することは、真にやむを得ない一時的な不安回避等の場合のみとすること。

(6) 自主的活動の育成

仲間作り、リーダー育成の観点から、自主的な活動を援助する。

ピアカウンセリングなど、当事者の経験等を生かした運営方策を試みる。

(7) ボランティアの育成

地域におけるボランティアの育成、導入を図る。

(8) 利用メンバーの登録制

継続的な相談指導の観点から、利用者については登録制とする。

ただし、登録外利用者を制限するものではない。

(9) 都道府県及び指定都市は、本事業の適正、かつ、積極的な運営を確保するため、支援相談等の内容、処理状況等について、年1回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、必要に応じ事業実施状況の調査・指導等を行うものとする。

(10) 関係機関等との連携

事業の実施に当たっては、地域生活支援のための概ねの対象地域を定め、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、医療機関、社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム等の関係機関や家族会、障害者団体などとの連携を図る。

7. 職員の配置等

(1) この事業を行うため、あらかじめ管理責任者を定めるとともに、次の職員を配置するものとする。

なお、職員は、精神障害者に関して理解のある者で、必要な経験を有していること。また、ア及びイの職員は、専従する職員であること。

ア 精神科ソーシャルワーカー	1名
イ 専任職員	1名
ウ 非常勤職員	2名

(2) 職員は、利用者のプライバシーの尊重に万全を期するものとし、正当な理由なくその業務を通じて知り得た個人の秘密を漏らしてはならない。

8. 利用者の負担

利用者は、飲食物費、光熱水料など個人に係る費用を負担する。

9. 管理者規定等の整備

(1) 管理責任者は、利用者の守るべき規則等を明示した管理規定を定め、利用者に周

知しておかなければならない。

(2) 管理責任者は、設備・会計に関する帳簿及び利用者に関する記録を整備しておかなければならない。

(3) 管理責任者は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分しておかなければならない。

(4) 管理責任者は、その他この事業を実施するうえに必要な規定等を定めるものとする。

10. 構造及び設備

(1) 本事業を実施するに当たっては、次の設備を設けなければならない。

ただし、事業を実施する社会復帰施設の運営に支障を生じない限りにおいて、社会復帰施設の設備との兼用ができる。

- ①相談室兼静養室
- ②談話室兼食堂（調理コーナーを含む）
- ③地域交流活動室兼訓練室
- ④便所、洗面所（洗濯が可能なものとする）
- ⑤事務室
- ⑥消火設備、その他非常災害に備えるために必要な設備
- ⑦その他、地域生活支援事業に必要な設備

11. 国庫補助

国は、地方公共団体又は非営利法人が実施する精神障害者地域生活支援事業に要する施設の整備及び運営に関する経費について、別に定める国庫補助交付基準により補助するものとする。

巻末資料 3-8

障 第 2 4 7 号
平成12年3月31日

都道府県知事
指定都市市長 殿

厚生省大臣官房障害保健福祉部長

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準の施行について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法衣率等の一部を改正する法律（平成11年法律65号）による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき創設することとなった精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号）については、本時付で公布され、平成12年4月1日から施行されるところであるが、その施行に当たっては、下記に掲げる事項に十分留意の上、関係制度の円滑な実施が遺憾なきを期されたい。

なお、精神障害者社会復帰施設における設備及び運営については、この基準によるほか、別紙のとおり「精神障害者社会復帰施設運営要綱」を定め、平成12年4月1日から実施することとしたので、施設の適正かつ円滑な運営を図られたい。

これらについて、貴職におかれては、貴管下市町村を含め関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

おって、これに伴い、昭和63年2月17日健医発第143号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」、平成8年5月10日健医発第573号「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」及び昭和63年5月13日健医精発第17号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営の留意事項」については廃止する。

精神障害者社会復帰施設運営要綱

第1 精神障害者の社会復帰施設の処遇について

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第87号。以下「設備運営基準」という。）に規定する処遇とは、利用者の依頼や相談に応じて、助言、指導、訓練その他の利用者に必要な援助を提供することである。本要綱における「援助の提供」の用語は、精神障害者社会復帰施設の在り方に鑑みて、設備運営基準における「処遇」の用語に代えて使用するものである。

第2 「顧問医」について

設備運営基準第16条第1項第3号、第26条第1項第3号、第33条第1項第2号及び第37条第1項第5号に規定する医師（以下「医師」という。）は、昭和63年2月17日健医発第143号「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」において規定された「顧問医」に当たるものである。

従前、「顧問医」は、利用者の医学上の相談に応じるため、利用者の心身の状況を把握し、必要に応じて社会復帰施設の長に助言を行う、精神科の診療に相当の経験を有する非常勤の医師とされていたが、今後においても、医師の期待される役割は、「顧問医」に期待される役割と同様である。

第3 精神障害者社会復帰施設の設置

医療法人等が精神障害者社会復帰施設を病院の敷地内に設置する場合にあっては、施設

の独立性を保つため、病院と施設の境界及び施設専用の出入口を設けるものとする。

第4 精神障害者社会復帰施設の職員

1 精神障害者社会復帰施設の職員のうち利用者に対する援助の提供に係る業務に従事する者は、精神障害者の福祉に熱意のある者であって、できる限り精神障害者の福祉の理論及び実際について訓練を受けたものとする。

2 精神障害者社会復帰施設の長は、職員の管理並びに業務の実施状況の把握及び管理を一元的に行うものとする。

3 精神障害者社会復帰施設の長は、設備運営基準において職員に係る事項を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

第5 秘密の保持、利益供与等の禁止

1 精神障害者社会復帰施設の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないものとする。

2 精神障害者社会復帰施設は、職員であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

3 精神障害者社会復帰施設は、利用者の援助の提供に係る事業者又はその職員が利用者に当該社会復帰施設を紹介することの対償として、これらの者に対し金品その他財産上の利益を供与してはならないものとする。

4 社会復帰施設は、当該社会復帰施設の利用者を紹介することの対償として、利用者の援助の提供に係る事業者又はその職員から金品その他財産上の利益を収受してはならないものとする。

第6 利用の方法

1 精神障害者社会復帰施設は、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規定の概要、職員の勤務の体制その他利用者の援助の提供に係る重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該援助の提供の開始について利用申込者の同意を得、書面によって契約を締結するものとする。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用の申し込みに当たって、利用者に対し、主治医により当該施設利用時の留意事項等が記載された別記様式1による意見書の提出を求めるものとする。

3 精神障害者社会復帰施設は、利用の開始に際し、利用者の意向、心身の状況、環境及び病歴等の把握に努め、適切な援助の提供を行うこととし、正当な理由がなく、援助の提供を行うことを拒んではならないものとする。

4 精神障害者社会復帰施設は、利用の終了に際し、利用者からの求めがある場合には、地域生活支援センター等関係機関に対して利用者に関する情報を提供し、密接に連携するよう努めるものとする。

5 精神障害者社会復帰施設は、利用の開始に際し、2の意見書の写しを添えて、速やかに当該施設の所在地を管轄する保健所長にその開始を別記様式2により報告するものとする。

6 精神障害者社会復帰施設は、利用の終了に際し、速やかに当該施設を管轄する保健所長にその終了を別記様式3により報告するものとする。

7 精神障害者社会復帰施設を利用している利用者の状況について、当該施設の所在地を管轄する保健所長に年に一回、別器様式4により報告するものとする。

第7 利用者の負担

1 精神障害者社会復帰施設は、当該施設の維持管理等に必要な経費として当該施設が定めた利用料を利用者から徴収することができる。

2 精神障害者社会復帰施設は、飲食物費、日用品費、光熱水量その他個人に係る費用を実費として利用者から徴収することができる。

3 精神障害者社会復帰施設は、利用料を徴収する場合、利用者個人の負担能力に配慮するよう努めるものとする。

第8 利用期間

1 精神障害者生活訓練施設の利用期間は、原則として2年以内とする。ただし、設備運営基準に規定する医師（以下「顧問医」という。）等の意見を聞いた結果、利用期間の延長が真にやむを得ないものと認められる場合は、1年を超えない範囲内で、1回に限り利用期間を延長できるものとする。

2 精神障害者授産施設の利用期間は、利用者各人の作業能力、顧問医等の意見等を勘案して、当該施設において決定するものとする。

3 精神障害者福祉ホームの利用期間は、原則として2年以内とする。ただし、顧問医等の意見を聞いた結果、利用期間の延長が認められる場合は、利用期間を延長できるものとする。

第9 その他運営に関する事項

1 精神障害者社会復帰施設は、施設及び居室の定員を超えて、利用者を利用させてはならないものとする。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

2 精神障害者社会復帰施設は、当該施設の見えやすい場所に、運営規定の概要、職員の勤務の体制、利用料その他の援助の提供に関する重要事項を掲示するものとする。

3 精神障害者社会復帰施設は、当該施設について広告をする場合は、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならないものとする。

4 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対する援助の提供の内容その他の施設の運営に関する情報を開示し、運営の透明性を確保するよう努めるものとする。

5 精神障害者社会復帰施設は、受付者を明確にすること、施設内に窓口を設置するこ

と等、利用者の苦情処理に対する態勢を整えるものとする。

6 精神障害者社会復帰施設は、利用者に援助を提供するに当たって事故が発生した場合は、速やかに保健所等関係機関及び利用者の家族等に連絡を行う等必要な措置を講ずるとともに、利用者及びその家族に対して誠実に応対するものとする。

7 精神障害者社会復帰施設は、当該施設が本来的な業務として行う事業の会計をその他の事業の会計と区分するものとする。

8 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対する援助の提供に当たって、常に利用者の心身の状況、環境等の適確な把握に努め、利用者及びその家族に対して相談に応じるとともに、必要な助言、指導等を行うよう努めるものとする。また、利用者に対して、生活技術の習得、対人関係、通院等に関して必要な助言、指導等を行うとともに、利用者相互間の交流に配慮するよう努めるものとする。

9 精神障害者社会復帰施設は、施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めるものとする。

10 精神障害者社会復帰施設は、食事の提供を行う場合にあっては、利用者の心身の状況及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行うものとする。

第10 精神障害者ショートステイ施設の運営

精神障害者生活訓練施設においては、精神障害者ショートステイ施設（以下「ショートステイ施設」という。）の運営を行うことができるものとする。

1 利用対象者は、在宅の精神障害者であって、家族が疾病、冠婚葬祭、事故等の事由により、在宅における援助の提供が一時的に困難となったものとする。

2 ショートステイ施設の利用に当たっては、施設の特性に鑑み、簡便な方法で利用希望者が利用対象者として適当であるか同課の確認を行い、迅速に契約に応ずるものとする。

3 利用期間は、7日以内とする。ただし、ショートステイ施設を運営する生活訓練施設の長は、当該生活訓練施設の顧問医の意見等を聴いた結果、利用期間の延長が真に止むを得ないものと認める場合には、必要最小限の範囲で延長することができるものとする。

4 ショートステイ施設は、利用者の意向を尊重しつつ、必要に応じ、利用者の居住地を管轄する保健所、利用者の主治医等との連絡調整を行うものとする。

第11 経費の補助

国は、地方公共団体又は非営利法人が設置する精神障害者社会復帰施設の整備又は運営に要する経費について、別に定める国庫補助交付基準により補助するものであること。

巻末資料 3-9

精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準

目次

- 第1章 総則（第1条—第12条）
- 第2章 精神障害者生活訓練施設（第13条—第22条）
- 第3章 精神障害者授産施設（第23条—第29条）
- 第4章 精神障害者福祉ホーム（第30条—第34条）
- 第5章 精神障害者福祉工場（第35条—第38条）
- 第6章 精神障害者地域生活支援センター（第39条—第43条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第50条の2の3第1項の規定による精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準は、この省令の定めるところによる。

第2条 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意及び能力を有する職員による適切な処遇を行うよう努めなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の意志及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って処遇を行うよう努めなければならない。

（構造設備の一般原則）

第3条 精神障害者社会復帰施設の配置、構造及び設備は、日照、採光、換気等の利用者の保健衛生に関する事項及び防災について十分考慮されたものでなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設の建物（利用者の日常生活のために使用しない付属の建物を除く。）は、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第9号の2に規定する耐火建築物又は同条第9号の3に規定する準耐火建築物でなければならない。

（整備の専用）

第4条 精神障害者社会復帰施設の設備は、専ら当該精神障害者社会復帰施設の用に供するものでなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

（職員の専従）

第5条 精神障害者社会復帰施設の職員は、専ら当該精神障害者社会復帰施設の職務に従事する者でなければならない。ただし、利用者の処遇に支障がない場合は、この限りでない。

第6条 精神障害者社会復帰施設は、利用者に対し、適切な処遇を行うことができるよう、職員の勤務体制を定めておかななければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、当該精神障害者社会復帰施設の職員によって処遇を行わなければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

3 精神障害者社会復帰施設は、職員に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。

第7条 精神障害者社会復帰施設は、次に掲げる施設の運営についての重要事項に関する規定を定めておかななければならない。

- 1 施設の目的及び運営の方針
- 2 職員の職種、数及び職務の内容
- 3 利用定員
- 4 利用者の処遇の内容及び利用料その他の費用の額
- 5 施設の利用に当たっての留意事項
- 6 非常災害対策
- 7 その他施設の運営に関する重要事項
(医療機関等との連携)

第8条 精神障害者社会復帰施設は、利用者の意向を尊重しつつ、必要に応じ、医療機関、保健所、精神障害者地域生活支援センターその他の関係機関との連絡体制を整備しなければならない。

(地域との連携等)

第9条 精神障害者社会復帰施設は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との積極的な交流に努めなければならない。

(苦情処理)

第10条 精神障害者社会復帰施設は、その行った処遇に関する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。

(非常災害対策)

第11条 精神障害者社会復帰施設は、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立てておかななければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。

(記録の整備)

第12条 精神障害者社会復帰施設は、設備、職員及び会計に関する諸記録を整備しておかななければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

第2章 精神障害者生活訓練施設

(規模)

第13条 精神障害者生活訓練施設は、20人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(建築面積)

第14条 精神障害者生活訓練施設は、利用者1人当たり14.9平方メートル以上の建築面積を有するものでなければならない。

第15条 精神障害者生活訓練施設には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 1 居室
 - 2 相談室
 - 3 静養室
 - 4 食堂
 - 5 調理場
 - 6 集会室兼娯楽室
 - 7 浴室
 - 8 洗面所
 - 9 便所
 - 10 事務室
- 2 前項第1号の居室は、次の各基準を満たさなければならない。
- 1 1の居室の定員は、2人以上とすること。
 - 2 地階に設けてはならないこと。
 - 3 利用者1人当たりの床面積は、収納設備等を除き、4.4平方メートル以上とすること。
 - 4 1以上の出入口は、非難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。
- 3 第1項各号に掲げる設備のうち、同項第6号の集会室兼娯楽室にあっては、同項第4号の食堂と兼ねることができる。

(職員の配置の基準)

第16条 精神障害者生活訓練施設には、次の各号に掲げる職員を置かななければならない。

- 1 施設長 1
 - 2 精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が39までは4以上、それ以上10又はその端数を増すごとに2を加えた数以上
 - 3 医師 1以上
- 2 前項第1号の施設長及び同項第2号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員は、常勤でなければならない。
- 3 第1項第2号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員のうち1人以上は、精神保健福祉士でなければならない。

4 第1項第3号の医師は、精神科の診察に相当の経験を有する者でなければならない。
(職員の資格要件)

第17条 施設長は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務に5年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者であって、施設を運営する能力を有すると認められるものでなければならない。

2 精神障害者社会復帰指導員は、次の各号のいずれかに該当する者でなければならない。

1 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において、心理学若しくは教育学の課程又は社会福祉に関する科目を納めて卒業した者

2 学校教育法の規程による高等学校若しくは中等教育学校を卒業した者若しくは通常の課程による12年の学校教育を修了した者（通常の課程以外の課程によりこれに相当する学校教育を修了した者も含む。）又は文部大臣がこれと同等以上の資格を有すると認定した者であって、2年以上精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務に従事したもの

3 前2号に掲げる者のほか、精神保健及び精神障害者の福祉に関し相当の学識経験を有すると認められる者

(利用者の処遇に関する計画)

第18条 精神障害者社会復帰施設は、利用者について、その心身の状況及び病歴、その置かれている環境、その者及びその家族の希望等を勘案し、その者の同意を得て、その者の処遇に関する計画を作成しなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇に関する計画について、利用者の処遇の状況等を勘案し、必要な見直しを行わなければならない。

第19条 精神障害者社会復帰施設は、利用者について、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

2 利用者の処遇は、利用者の処遇に関する計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して、行わなければならない。

3 精神障害者社会復帰施設の職員は、利用者の処遇に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

4 精神障害者社会復帰施設は、利用者の処遇に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命若しくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ってはならない。

第20条 精神障害者社会復帰施設は、利用者が生活習慣を確立するとともに、社会生活への適応性を高めるようあらゆる機会を通じて生活指導を行わなければならない。

2 精神障害者社会復帰施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためのレク

リエーション行事を行わなければならない。

- 3 精神障害者社会復帰施設は、常に利用者の家族との連携を図るとともに、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

(健康管理)

第21条 精神障害者生活訓練施設の医師は、利用者の主治医と相互に密接な連絡を取り合い、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

(衛生管理)

第22条 精神障害者社会復帰施設は、利用者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

第3章 精神障害者授産施設

(規模)

第23条 精神障害者授産施設は、次の各号の区分に従い、それぞれ当該各号に規定する規模を有する者でなければならない。

- 1 通所による利用者の身を対象とする施設（以下「通所施設」という。） 20人以上
- 2 その他の施設 20人以上30人以下

(建築面積)

第24条 精神障害者授産施設は、次の各号の区分に従い、それぞれ当該各号に規定する建築面積を有するものでなければならない。

- 1 通所施設 利用者1人当たり15.8平方メートル以上
- 2 その他の施設 利用者1人当たり 23.5平方メートル以上

(設備の基準)

第25条 精神障害者通所授産施設には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。ただし、通所施設にあっては、第2号、第3号、第6号及び第8号に掲げる設備を設けることができる。

- 1 作業室又は作業場
- 2 居室
- 3 相談室
- 4 静養室
- 5 食堂
- 6 調理場
- 7 集会室兼娯楽室
- 8 浴室
- 9 洗面所
- 10 便所

1 1 事務室

2 前項各号に掲げる設備の基準は、次のとおりとする。

1 作業室又は作業場

作業に従事する者の安全を確保するための設備を設けること。

2 居室

イ 1の居室の定員は、2人以上とすること。

ロ 地階に設けてはならないこと。

ハ 利用者1人当たりの床面積は、収納設備等を除き、4.4平方メートル以上とすること。

ニ 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

3 第1項各号に掲げる設備のうち、同項第7号の集会室兼娯楽室にあっては、同項第5号の食堂と兼ねることができる。

(職員の配置の基準)

第26条 精神障害者授産施設には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

1 施設長 1

2 精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が39までは4以上、それ以上10又はその端数を増すごとに2を加えた数(通所施設にあっては、1を加えた数)以上

3 医師 1以上

2 前項第1号の施設長及び同項第2号の精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員は、常勤でなければならない。ただし、作業療法士及び精神障害者社会復帰指導員のうち1人は、非常勤とすることができる。

3 第1項第2号の精神保健福祉士、作業療法士又は精神障害者社会復帰指導員のうち1人以上は精神保健福祉士、1人以上は作業療法士でなければならない。

4 第16条第4項の規定は、精神障害者授産施設について準用する。

(授産品目)

第27条 精神障害者授産施設が与える職業(以下「職業」という。)の項目は、地域の実情、製品の需給状況等を考慮して選定するとともに、できるだけ多様な工程を用意し、利用者の作業能力及び適正に配慮しなければならない。

2 精神障害者授産施設は、職業に従事する者の作業時間、作業量等がその者の過重な負担とならないよう配慮しなければならない。

(工賃の支払い)

第28条 精神障害者授産施設は、職業に従事している者に、事業収入から事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払わなければならない。

(準用)

第29条 第17条から第22条までの規程は、精神障害者授産施設について準用する。

第4章 精神障害者福祉ホーム

(規程)

第30条 精神障害者福祉ホームは、10人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(建築面積)

第31条 精神障害者福祉ホームは、利用者1人当たり23.3平方メートル以上の面積を有するものでなければならない。

(設備の基準)

第32条 精神障害者福祉ホームには、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 1 居室
 - 2 集会室兼娯楽室
 - 3 調理室
 - 4 浴室
 - 5 洗面所
 - 6 便所
 - 7 管理人室
- 2 前項第1号の居室は、次の基準を満たさなければならない。
- 1 1の居室の定員は、原則1人以上とすること。
 - 2 地階に設けてはならないこと。
 - 3 利用者1人当たりの床面積は、収納設備及び調理設備等を除き、6.6平方メートル以上とすること。
 - 4 1以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して設けること。

(職員の配置の基準)

第33条 精神障害者福祉ホームには、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

- 1 管理人 1
 - 2 医師 1以上
- 2 前項第1号の管理人は、施設を運営する能力を有すると認められる者で、かつ、常勤でなければならない。
- 3 第16条第4項の規定は、精神障害者福祉ホームについて準用する。

(準用)

第34条 第18条から第22条までの規程は、精神障害者福祉ホームについて準用する。

第5章 精神障害者福祉工場

第35条 精神障害者福祉工場は、20人以上の人員を利用させることができる規模を有するものでなければならない。

(設備の基準)

第36条 精神障害者福祉福祉工場には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 1 作業室
- 2 更衣室
- 3 シャワー室
- 4 休憩室
- 5 食堂
- 6 相談室
- 7 静養室
- 8 医務室

(職員の配置の基準)

第37条 精神障害者福祉工場には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。ただし、食事の提供を行わない場合は、第4号の栄養士を置かなければならない。

- 1 施設長 1
 - 2 精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員 利用者の数が29までは3以上、それ以上10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上
 - 3 看護婦 1以上
 - 4 栄養士 1以上
 - 5 医師 1以上
 - 6 事務員 1以上
- 2 前項第1号の施設長は、精神障害者の社会復帰に理解と熱意を有し、施設を運営する能力を有するものと認められる者でなければならない。
- 3 第1項第2号の精神障害者社会復帰指導員は、その指導する業務について相当の知識及び能力を有する者でなければならない。
- 4 第1項第1号の施設長、同項第2号の精神保健福祉士又は精神障害者社会復帰指導員及び同項第4号の栄養士は、常勤でなければならない。ただし、精神障害者社会復帰指導員のうち1人は、非常勤とすることができる。
- 5 第16条第3項及び第4項の規定は、精神障害者福祉工場について準用する。

(準用)

第38条 第17条第2項及び第18条から第22条までの規定は、精神障害者福祉工場について準用する。

第6章 精神障害者地域生活支援センター

第39条 精神障害者地域生活支援センター次の各号に掲げる設備を設けなければならない。

- 1 相談室

- 2 静養室
 - 3 談話室
 - 4 食堂
 - 5 調理場
 - 6 地域交流活動室兼訓練室
 - 7 便所
 - 8 洗面所
 - 9 事務室
- 2 前項各号に掲げる設備のうち、同項第2号の静養室にあつては同項第1号の相談室と、同項第4号の食堂にあつては同項第3号の談話室とそれぞれ兼ねることができる。

(職員の配置基準)

第40条 精神障害者地域生活支援センターには、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

- 1 施設長 1
 - 2 精神保健福祉士 1以上
 - 3 精神障害者社会復帰指導員 3以上
- 2 前項各号に掲げる職員は、常勤でなければならない。ただし、精神障害者社会復帰指導員のうち2人は、非常勤とすることができる。

(事業計画等)

第41条 精神障害者地域税かつ支援センターは、年間及び月間の事業計画を定めなければならない。

- 2 精神障害者地域生活支援センターは、職員の勤務時間を調整することにより、適切な処遇を行うことができるよう努めなければならない。

(利用者の登録)

第42条 精神障害者地域生活支援センターは、利用者に対し、当該施設の利用に当たって、あらかじめ利用の登録をさせなければならない。ただし、利用者の意志に反して登録を強制してはならない。

(準用)

第43条 第17条から第20条及び第22条までの規定は、精神障害者地域生活支援センターについて準用する。

附 則

(施行期日)

第1条 この省令は、平成12年4月1日から施行する。

(経過措置)

第2条 この省令の施行の際現に存する精神障害者社会復帰施設については、第13条、

第23条、第30条及び第35条の規定は、当分の間、適用しない。

第3条 この省令の施行の際現に存する精神障害者社会復帰施設の建物（基本的な設備が完成しているものを含み、この省令の施行の後に増築され、又は全面的に改築された部分を除く。次条においても同じ。）について第15条第2項第1号又は第25条第2項第2号イの規程を適用する場合においては、これらの規定中「2人」とあるのは、「4人」とする。

第4条 この省令の施行の際現に存する精神障害者社会復帰施設の建物については、第15条、第25条、第32条、第36条及び第39条の規定は、平成17年3月31日までの間は、適用しない。

第5条 平成17年3月31日までの間は、第16条第1項第2号、第26条第1項第2号、第37条第1項第2号又は第40条第1項第2号の規定を適用する場合においては、これらの規定中「精神保健福祉士」とあるのは、「精神保健福祉士又は精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者」とする。

巻末資料 4-1

障害者ケアガイドライン（精神障害者関係）について

精神障害者に対しては、第一に、未だ社会的偏見・差別が強く、また、長らく収容医療を中心とした施策が行われてきたため、その社会復帰・福祉施策については、身体障害者や知的障害者のそれと比べて、著しい遅れがある。このため、各種の施策を有効に組み合わせ、有効な活用を図るというケアマネジメントの理念に対しては、マネジメントすべき施策が整っていない、という基本的背景・状況を重視しなければならない。

また、第二に、精神障害者の社会復帰施策は、身体障害者や精神薄弱者の制度と比べて、措置の形態とは異なる施設等と利用者の利用契約の形式をとっている。また、身体障害者の福祉施策の実施主体が市町村にほぼ一元化されているのと異なり、精神障害者福祉施策の実施主体は、多元的である。このため、ケアマネジメントの実施に当たっては、実施機関の問題が大きな論点となる。

平成7年の法律改正でも、地域保健福祉活動の重要性が強調され、市町村の役割も明確に規定されたが、保健所も引き続き地域における精神保健福祉業務の中核的な機関としてその施策の推進を期待されている。現行制度においても、保健所は、精神障害者社会復帰施設の入所に係る推薦書を交付する等しているが、保健所は、精神障害者に対する相談に

対応し、地域の社会資源の間に立って、利用の調整を行う機能が法律にも明記されたところである。しかし、現状を考えると、その体系は未だ未確立であり、精神障害者のケアマネジメントについては、どこを実施機関としてどのようなネットワークで行うことが効果的であるか、まずはその実施機関や実施手法についての検討が必要である。このため、保健所をはじめ、市町村、医療機関、社会復帰施設、地域生活支援センター等において、ケアアセスメントを活用したケアマネジメント的な手法を試行し、多角的な利用方法も含めて、有効な活用方法を検討することが今後必要である。

さらに、ケアガイドラインは、施設サービスの質の向上を目的とした使い方もできる。ケアアセスメントを通して、利用者のかかえる問題点が各スタッフに対して明らかになり、チームアプローチを通して、利用者の抱える問題点が各スタッフに対して明らかになり、チームアプローチよりも的確になるメリットがある。今後、ケアアセスメントの活用方法と、個別の施設等におけるケアの内容についてのガイドラインを検討することが必要である。

なお、精神障害者のケアマネジメント及びケアアセスメントについては、次のような点に留意することが必要である。

- 地域における普通の暮らしは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第1条にあるように、社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進のため、多面的なサービスが求められていること。
- 障害者ケアガイドラインの目標は、地域における普通の暮らしが継続できるようにすることであり、精神障害者の場合、病院等を一度退院した後も再入院することが多いが、地域の保健福祉サービスを活用することにより、再入院を防ぐという観点も重要であること。
- アセスメントの実施者は、日常生活の状況の把握の難しさ、ストレス脆弱性・病上の不安定さを考慮すると、当事者に最も深くかかわっている者が良いという面もある一方、これを客観化するため、第三者の方が適当であるという面もある。また、アセスメントに当たっては、非専門職による利用も念頭においた使いやすいものとする必要がある一方、精神科ソーシャルワーカーのほか、医師、保健婦、看護婦、臨床心理技術者等各種領域の専門職によるチームアプローチも有効であるとの指摘もある。いずれにしても、ガイドライン及びアセスメント表は、それらを誰がどのように活用するのかによってその効果が大きく左右されるので、人的育成が不可欠の前提であること。
- 日常生活場面の中でのニーズを的確に把握するためには、家庭、医療施設、福祉施設など利用者の実際の生活の場面において、時間を十分にかけてニーズを把握することが重要であること。その際には、その必要性を十分に説明し、利用者（状況により家

族、または後見人)の同意(インフォームド・コンセント)を得ることが重要であること。

- アセスメントについては、本人の意向の確認など、導入プロセスが重要であり、同意書などの方法の検討が重要であること。
- 障害者の日常生活の困難は、障害者のもつ障害自体によることも多いが、周囲の環境が障害者のもつ障害を受容できないことに起因することも多く、障害者の総合的ニーズを把握するには、障害者の身体的側面や精神的側面にのみ目を向けていくことは不十分であり、環境条件まで含めた総合的評価を実施しなければならないこと。
- アセスメントは、漠然とした相談に対し、ニーズを明らかにしていくという効果がある。また、病院や家族以外の者がアセスメントを実施した場合には、病院や家族にアセスメント結果を伝えることにより、その者の状況や本人の希望等を新たな視点から伝えることができるという利点もあること。
- ケアマネジメントの前提として、サービスについての施設格差、地域格差の是正が必要であり、より具体的、実践的なケアガイドラインの作成により、その水準向上の努力がなされていくものでなければならないこと。
- ガイドラインは、今後常に見直しが必要であること。
- 将来的には、アセスメントとケアマネジメントは、障害の違いによらず、身体障害や知的障害と総合的に実施されることが望まれること。

本検討会の精神障害者部会においては、精神障害者に対するケアマネジメントについての基本論から、具体的なケアアセスメントの手法についてまで、幅広い議論を行ったが、未だ十分な検討を行うには至っていない。その理念や実施機関、手法等については、身体障害者等のケアガイドラインとは、同質の部分もあれば、その特性に応じて修正すべき部分もあり、今後の検討が必要である。また、当面の作業として、まず、アセスメント表の作成を意図したが、L A S M I など、既に実験的に開発された各種のものを参考としつつ、別途のような素案を作成したところであり、これらさらに手を加えた上で、実際に施行するとともに、ケアマネジメントの手法や、個々の施設ごとのケアガイドラインを作成するなど、関係各方面からの意見も聞きながら、充実したものを作成することが必要である。

平成5年の障害者基本法や、平成7年春の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の成立により、社会復帰や精神障害者福祉の法的枠組みは形成され、また、平成7年末の障害者プランによって、その数値目標も掲げられたが、今後は、その内容の充実を図ることが急務であり、この作業がその鍵になるものである。

平成10年度障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業(精神障害者)の実施について

障 第 4 8 7 号

平成10年8月12日

厚生省大臣官房障害保健福祉部長

精神障害者が地域において自立した生活を営み、社会参加していくためには、公的サービス等の社会資源の充実とともに、これらを有効に活用できるように支援する体制が整備されなければならない。

特に、複合的なニーズ（需要）を有する精神障害者に対しては、必要とする複数の社会資源を適切に活用できるように調整を図り、生活を支援するための機能が必要とされる。

このため、精神障害者施策の実施にあたり、介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制を全国的に整備することを目標とした試行的事業を今年度より実施し、国においては、先般、介護等支援専門員養成指導者研修を実施したところである。

各都道府県・政令指定都市においては、障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業の実施をお願いいたしたく、別紙のとおり「障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業（精神障害者）実施要綱」を定め、本年10月1日より実施することとしたので、通知する。

（別紙）

障害者介護等サービス体制整備支援試行的事業（精神障害者）実施要綱

1 目的

本事業は、複合的なニーズ（需要）を有する在宅の精神障害者の生活を支援するため、保健・医療・福祉サービス等の介護等支援サービス（ケアマネジメント）の実施体制のあり方、介護等支援サービス実施機関と関係諸機関との連携のあり方、各種サービスの整備のあり方等について検討を行うとともに、介護等支援専門員の養成を行い、今後の介護等サービス体制の整備に資することを目的とする。

2 実施主体

事業の実施主体は都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

3 実施内容

（1）都道府県等障害者介護等サービス体制整備検討委員会（精神障害者）

ア 都道府県等は、保健・医療・福祉関係者及び精神障害者団体の代表等で構成される都道府県等障害者介護等サービス体制整備検討委員会（精神障害者）（以下「検討委員会」という。）を設置する。

イ 検討委員会は、介護等支援サービス体制の整備に関する次の事項について検討を行う。

(ア) 介護等支援サービス試行的事業の実施に関すること

(実施市町村等の選定、介護等支援サービス実施機関の選定、介護等支援専門員の選定、対象者の選定等)

(イ) 介護等支援サービス実施体制における都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の役割（三圏域の役割の明確化と連携のあり方等）

(ウ) 介護等支援サービスにおける相談・支援体制のあり方

(エ) 介護等支援サービス実施機関の設置・運営のあり方

(介護等支援サービス実施機関を具体的にどこに設置するのか検討、都道府県内の適正配置の考え方等)

(オ) 介護等支援サービスにおける関係機関との連携のあり方

(介護等支援サービス実施機関と、福祉・教育・雇用等の行政機関、サービス事業者、医療機関、障害者団体等、関係諸機関との連携体制等)

(カ) 介護等支援サービスに必要とされる人材のあり方

(介護等支援専門員の養成研修、確保の方法及びその他介護等支援サービスに携わる者の確保等)

(キ) 介護等支援サービスに必要とされる社会資源の種類と量の現状及び整備のあり方

(介護等支援サービス試行的事業を通じて必要と判断された社会資源の種類と量の把握、都道府県内における現状、不足する場合の整備のあり方等)

(ク) 介護保険制度における介護支援サービス（ケアマネジメント）実施体制との関連性

(障害者の介護等支援サービス体制が実施される際の連携・協力のあり方等)

(ケ) その他検討委員会で検討が必要と判断された事項

ウ また、検討委員会は、試行的事業の委託市町村への助言・指導及び実施結果の評価を行う。

エ 検討委員会で検討された内容及び嗜好的事業の報告・評価等については、平成11年3月31日までに別途通知する様式により、事業報告書を提出すること。

(2) 介護等支援専門員養成研修

ア 研修は、国が実施する精神障害者介護等支援専門員養成指導者研修を受講した物が中心となって実施する。なお、今後、介護等支援サービスが本格的に実施されることとなった場合、多くの介護等支援専門員が必要とされることから、本研修を実施するにあたっては、介護等支援サービス試行的事業を実施する者に限定せず、要件を満たす対象者をできるだけ多く選定し、幅広い養成を検討されたい。

イ 研修内容等は、精神障害者介護等支援専門員養成指導者研修に準じたものであること。

ウ 研修対象者は、精神障害者の保健福祉に関する一定の知識と相当程度の実務経験を有する保健婦、精神保健福祉士等、精神保健福祉相談員等とする。

エ 研修を修了した者には、修了証書を授与することとする。

(3) 介護等支援サービス試行的事業

ア 介護等支援サービス試行的事業（以下「試行的事業」という。）は、都道府県等が地域の実情に応じて実施することとするが、障害福祉圏域及び市町村等、特定の地域に置いて実施することとも差支えないこととする。なお、精神障害者には、特有の問題として、ともすれば病上の変化をきたしやすいことがあるので、介護等支援サービスを勧めるに当たっては必要な医療が維持されなければならないことに留意すること。

イ 試行的事業は、都道府県等が直接行うこととし、保健所、精神保健福祉センター等介護等支援サービスを適切に実施できる機関を活用して行うこととする。

なお、市町村、精神障害者社会復帰施設等に委託して実施することができることとする。

ウ 試行的事業は、複合的なニーズを有する精神障害者から適宜選定して対象とすることとし、別途送付する「精神障害者ケアガイドライン」に基づき、総合的かつ継続的なサービスの提供を確保するため、介護等支援専門員を中心として、ニーズを満たす複数のサービスを適切に結び付け、調整を図り、当事者本人の意思を尊重しつつ、介護等サービス計画書を作成する。

なお、既存サービスを活用して、実際にサービスを提供することができる場合には、提供することが望ましいこと。

4 事業実施の留意事項

(1) 試行的事業の利用者に対しては、試行的事業の趣旨を十分に説明し、円滑に協力が得られるようにしなければならない。

(2) 検討委員会、都道府県・市町村職員、その他試行的事業の実施に参画した関係者等は、本事業において知り得た個人に関する秘密を他に漏らしてはならない。

5 経費の負担

この実施要綱により行う事業に要する経費については、別に定めるところにより国庫補助を行うこととする。ただし、3の(3)のウにおいて、実際にサービスを提供する場合の経費を除く。

巻末資料 4-3

平成11年度障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業の実施について

障害者の地域における生活を支援し、自立と社会参加を推進するためには、公的サービス等の社会資源の充実とともに、障害者がこれらを有効に活用できる支援体制が整備されなければならない。

特に、様々なニーズ（需要）を有する障害者に対しては、必要とする複数の社会資源を適切に活用できるように調整を図り、生活を支援するための機能が必要とされる。

このため、国においては、障害者介護等支援サービス（以下「ケアマネジメント」という。）体制を全国的に整備することとし、身体障害、知的障害及び精神障害それぞれについてケアマネジメントのあり方を検討し、介護等支援専門員（以下「ケアマネジャー」）養成指導者研修を行うとともに、各都道府県・指定都市においては、障害者ケアマネジメントの試行的事業の実施をお願いしているところである。

今般、ケアマネジメントを総合的かつ効果的に推進するため、身体障害、知的障害及び精神障害それぞれの障害種別で実施してきた事業を統合し、別紙のとおり「障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業実施要綱」を定め、平成11年4月1日より実施することとしたので、御承知の上、関係者に対し本事業を通知するとともに、積極的な実施に務められたい。

なお、平成10年7月24日障第433号本職通知「平成10年度障害者介護等サービス体制支援試行的事業（身体障害者）の実施について」、平成10年8月11日障第480号本職通知「平成10年度障害者介護等サービス体制支援試行的事業（精神薄弱者）の実施について」及び平成10年8月12日障第487号本職通知「平成10年度障害者介護等サービス体制支援試行的事業（精神障害者）の実施について」は廃止する。

（別紙）

障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業実施要綱

1 目的

本事業は、様々なニーズ（需要）を有する身体障害者、知的障害児（者）及び精神障害者の生活を支援するため、福祉・保健・医療サービス等の障害者介護等支援サービス（以下「ケアマネジメント」という。）の実施体制のあり方、ケアマネジメント実施機関と関係諸機関との連携のあり方、各種社会資源の整備のあり方等について検討を行うとともに、障害者介護等支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）の養成を行い、ケアマネジメントを施行的に実施することにより、今後のケアマネジメント体制の整備に資することを

目的とする。

2 実施主体

事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

3 実施内容

(1) 都道府県等障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備検討委員会

① 都道府県等は、福祉・保健・医療関係者及び精神障害者団体の代表等で構成される都道府県等障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備検討委員会（以下「検討委員会」という。）を設置する。

② 検討委員会は、ケアマネジメント体制の整備に関する次の事項について、検討を行う。

ア 障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）試行的事業の実施に関すること
（実施市町村等の選定、ケアマネジメント実施機関の選定、ケアマネジャーの選定、対象者の選定等）

イ ケアマネジメントの実施体制に関すること

・ケアマネジメント実施機関の設置・運営のあり方

（ケアマネジメント実施機関を具体的にどこに設置するのか検討、都道府県内の適正配置の考え方等）

・ケアマネジメントにおける関係機関との連携のあり方

（ケアマネジメント実施機関と、福祉・教育・雇用等の行政機関、サービス事業者、保健・医療機関、障害者団体等、関係諸機関との連携体制等）

・ケアマネジメント実施体制における都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の役割
（都道府県・障害保健福祉圏域・市町村の役割の明確化と連携のあり方等）

・ケアマネジメントにおける相談・支援体制のあり方

（総合相談窓口の設置場所、ケアマネジャーの配置等）

ウ ケアマネジメントの実施に必要とされる資源及び人材に関すること

・ケアマネジメントの実施に必要とされる社会資源の種類と量の現状把握及び整備のあり方

（ケアマネジメント試行的事業を通じて必要と判断された社会資源の種類と量の把握、都道府県内における現状、不足する場合の今後の整備のあり方等）

・ケアマネジメントの実施に必要とされる人材の確保に関すること

（ケアマネジャーの養成研修、確保の方法及びその他のケアマネジメントに携わる者の確保等）

エ 介護保険制度における介護支援サービス実施体制との関連性

（ケアマネジメント体制が実施される際の連携・協力のあり方等）

オ その他検討委員会で検討が必要と判断された事項

③ また、検討委員会は、試行的事業の実施市町村等への助言・指導及び実施結果の評価を行う。

④ 検討委員会で検討された内容及び試行的事業の報告・評価等については、平成12年3月31日までに別途通知する様式により、事業報告書を提出すること。

(2) 障害者介護等支援専門員（ケアマネジャー）養成研修

① 研修は、国が実施する障害者介護等支援専門員（ケアマネジャー）養成指導者研修を受講した者が中心となって実施する。なお、本研修を実施するにあたっては、障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）試行的事業を実施する者に限定せず、要件を満たす対象者をできるだけ多く選定し、幅広い養成を検討されたい。

② 研修期間及び研修内容は、障害者介護等支援専門員（ケアマネジャー）養成指導者研修に準じたものであること。

③ 研修対象者は、次によること。

ア 身体障害者についてのケアマネジャー養成

研修対象者は、介護保険制度における介護支援専門員実務研修受講試験受験資格者のうち、身体障害者に関する業務に従事しており、5年以上の実務経験を有する者とする。この要件を満たす障害当事者についても、参加できるよう配慮すること。

イ 知的障害者についてのケアマネジャー養成

研修対象者は、原則として介護保険制度における介護支援専門員実務研修受講試験受験資格者のうち、知的障害者に関する業務に従事している者とする。

ウ 精神障害者についてのケアマネジャー養成

研修対象者は、精神障害者の保健福祉に関する一定の知識と相当程度の実務経験を有する保健婦、精神保健福祉士等、精神保健福祉相談員等とする。

④ 研修を修了した者には、修了証書を授与することとする。

(3) 障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）試行的事業

① 障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）試行的事業（以下「試行的事業」という。）は、次によること。

ア 身体障害者についての試行的事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施する。（指定都市は、管内の全域もしくは特定の地域において実施する。）

試行的事業は、委託を受けた市町村が直接行うほか、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉センター、身体障害者日帰り介護（デイサービス）センター、障害者生活支援事業の実施機関等、ケアマネジメントを適切に実施できる法人等に市町村が再委託して実施することができる。

イ 知的障害者についての試行的事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施するか、又は都道府県等の福祉事務所等において実施すること。（管内の事情を勘案

し特定の地域を対象として実施することができる。)

試行的事業は、委託を受けた市町村、福祉事務所等が直接行うほか、ケアマネジメントを適切に実施できると認められる知的障害者援護施設、在宅知的障害者日帰り介護（デイサービス）センター等を運営する社会福祉法人等に委託又は再委託して実施することができる。

ウ 精神障害者についての試行的事業は、都道府県が地域の実情に応じて実施することとし、障害保健福祉圏域及び市町村等、特定の地域において実施することも差し支えないこととする。また、保健所、精神保健福祉センター等ケアマネジメントを適切に実施できる機関を活用して直接行うほか、市町村、精神障害者社会復帰施設及び精神障害者地域生活支援センター等を運営する法人等に委託して実施することができる。

また、精神障害者には、特有の問題として、ともすれば病状の変化をきたしやすいことがあるので、ケアマネジメントを行うに当たっては必要な医療が維持されなければならないことに留意すること。

② 試行的事業の対象者は、社会的ニーズを有する障害者から適宜選定すること。なお、単一の障害を持つ者に限らず、重複の障害を持つ者が含まれるようにすること。

③ 事業は、身体障害者については「身体障害者介護等支援サービス指針」、知的障害者については「知的障害者介護等サービス調整指針（試案）」、精神障害者については「精神障害者ケアガイドラン」に基づき、複合的ニーズを有する障害者に対し、総合的かつ継続的なサービスの提供を確保するため、ケアマネジャーを中心として、ニーズを満たす複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図り、障害者本人の意思を尊重しつつ、介護等サービス計画書を作成し、サービスを提供する。

なお、精神障害者については、別途通知する精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業を活用することも可能である。

④ 都道府県から委託を受けた市町村等は、試行的事業の実施終了後、介護等サービス計画書の作成状況等の他、ケアマネジメントを実施していく上での必要な事項や問題点等を都道府県に報告する。

4 事業報告書の提出

(1) 試行的事業は、介護等サービス計画書の作成を行い、介護等サービス計画書に基づくサービス提供を実施することを原則とする。計画書に基づくサービス提供が困難な場合には、提供できるサービスとできないサービスを明確にしてすること。

(2) 試行的事業の利用者に対しては、試行的事業の趣旨を十分に説明し、円滑に協力が得られるようにする。

(3) 検討委員全委員、都道府県・市町村職員、その他試行的事業の実施に参画した関係

者等は、本事業において知り得た個人に関する秘密を他に漏らしてはならない。

5 経費の負担

この実施要綱により行う事業に要する経費については、別に定めるところにより国庫補助を行うこととする。ただし、3の(3)の③においてサービスを提供する経費を除く。

巻末資料 4-4

平成12年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の実施について

障 第 5 5 5 号

平成12年7月18日

厚生省大臣官房障害保健福祉部長

障害者の自立と社会参加を促進するためには、公的サービス等の社会資源の充実とともに、障害者がこれらを有効に活用できる支援体制が整備されなければならない。

しかしながら、地域で暮らす障害者にとっては、様々な生活ニーズを満たすためのサービス実施主体が区々であるため、必要なサービスを適切に利用することが困難な状況にある。

そこで、障害者本人の意向を最大限尊重しながら、一人ひとりに福祉・保健・医療等のサービスを総合的に提供するケアマネジメントの手法を確立する必要がある。

このため、国においては、障害者ケアマネジメント体制を全国的に整備することとし、障害者ケアマネジメントのあり方等について検討するとともに、障害者ケアマネジャー養成指導者研修を実施しているところである。

また、各都道府県・指定都市においても、検討委員会を設置し、本事業の実施方法等について検討するとともに、障害者ケアマネジャー養成研修及び障害者ケアマネジメント推進事業の実施をお願いしているところである。

今般、別紙のとおり「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業実施要綱」を定め、平成12年4月1日より実施することとしたので、御了知の上、関係者に対し本事業を周知するとともに、積極的な実施に努められたい。

なお、実施に当たっては、身体障害、知的障害及び精神障害のケアマネジメントの総合的かつ効果的な推進を図るよう特段のご配慮をお願いしたい。

おって、平成11年4月1日障第249号本職通知「平成11年度障害者介護等支援サービス（ケアマネジメント）体制整備推進事業の実施について」は廃止する。

障害者ケアマネジメント体制整備推進事業実施要綱

1 目的

本事業は、様々な生活ニーズ（需要）を有する在宅の身体障害者、知的障害児（者）及び精神障害者の生活を支援するため、福祉・保健・医療サービス等の障害者ケアマネジメントの実施体制のあり方、ケアマネジメント実施機関と関係諸機関との連携のあり方、各種社会資源の整備のあり方等について検討を行うとともに、障害者ケアマネジャーの養成を行い、ケアマネジメントを試行的に実施することにより、今後のケアマネジメント体制の整備に資することを目的とする。

2 実施主体

事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

3 実施内容

（1）都道府県等障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会

- ① 都道府県等は、福祉・保健・医療関係者及び障害者団体の代表等で構成される都道府県等障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会（以下「検討委員会」という。）を設置する。

なお、障害者団体の構成については、障害ごとにニーズが異なることから、障害種別についても併せて留意すること。

- ② 検討委員会は、次の事項について検討を行う。

なお、平成11年度までの都道府県等における検討状況を踏まえ、今後、障害者ケアマネジメント体制整備を整備するに当たって参考となるよう、さらに具体的かつ詳細に検討を行うこと。

ア 障害者ケアマネジメント推進事業の実施に関すること

（実施市町村等の選定、ケアマネジメント実施機関の選定、ケアマネジャーの選定、対象者の選定及び障害者ケアマネジメント推進事業の実施方法等）

イ ケアマネジメントの実施体制に関すること

- ・ケアマネジメント実施機関の設置及び運営のあり方

（都道府県等内におけるケアマネジメント実施機関の具体的な設置場所及び運営方法等）

- ・ケアマネジメント実施機関と関係諸機関との連携のあり方

(ケアマネジメント実施機関と、福祉・教育・雇用等の行政機関、サービス事業者、保健・医療機関、障害者団体等の関係諸機関との連携体制等)

- ・ケアマネジメントを実施するに当たっての都道府県、障害保健福祉圏域、市町村の役割の明確化と連携のあり方等
- ・ケアマネジメントにおける相談・支援体制のあり方
(総合相談窓口の設置場所及びケアマネジャーの配置等)
- ・障害者の地域生活を支援する他の事業との連携のあり方

ウ ケアマネジメントを実施するに当たって必要とされる社会資源及び人材に関すること

- ・障害者ケアマネジメント推進事業を通じて必要と判断された社会資源の種類と量、都道府県等内における現状の把握、不足する場合における今後の整備のあり方等
- ・ケアマネジメントを実施するに当たって必要とされる人材の確保に関すること
(ケアマネジャーの養成研修、確保の方法及びケアマネジャー以外でケアマネジメントに携わる者の確保等)

エ 介護保険制度における介護支援サービス実施体制との関連性

(ケアマネジメントを実施する際の連携・協力のあり方等)

オ その他、検討委員会で検討が必要と判断された事項

- ③ また、検討委員会は、障害者ケアマネジメント推進事業の実施市町村等への助言・指導及び実施結果の評価を行う。

(2) 障害者ケアマネジャー養成研修

- ① 研修は、国が実施する障害者ケアマネジャー養成指導者研修を受講した者が中心となって実施する。なお、本研修を実施するに当たっては、障害者ケアマネジメント推進事業を実施する者に限定せず、要件を満たす対象者をできるだけ多く選定し、幅広い要請を検討されたい。
- ② 研修期間及び内容は、障害者ケアマネジャー養成指導者研修に準じて実施することとし、障害者ケアマネジャーの養成研修として、十分な内容・質をもったものとなるよう留意すること。
- ③ 研修対象者は、次によること。

ア 身体障害者についてのケアマネジャー養成

研修対象者は、介護保険制度における介護支援専門員実務研修受講受験資格者のうち、身体障害者に関する業務に従事しており、5年以上の実務経験を有する者とする。この要件を満たす障害者本人についても、参加できるよう配慮すること。

イ 知的障害者についてのケアマネジャー養成

研修対象者は、原則として介護保険制度における介護支援専門員実務研修受講受験資格者のうち、知的障害者に関する業務に従事している者とする。

ウ 精神障害者についてのケアマネジャー養成

研修対象者は、精神障害者の保健福祉に関する一定の知識と相当程度の実務経験を有する保健婦、精神保健福祉士、精神保健福祉相談員等とする。

- ④ 研修を修了した者には、修了証書を授与することとする。

(3) 障害者ケアマネジメント推進事業

- ① 障害者ケアマネジメント推進事業（以下「推進事業」という。）の実施機関は、次によること。

ア 身体障害者についての推進事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施する。（指定都市は、管内の全域もしくは特定の地域において実施する。）

推進事業は、委託を受けた市町村が直接行うほか、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉センター、身体障害者日帰り介護（デイサービス）センター、障害者生活支援事業の実施機関等、ケアマネジメントを適切に実施できる法人等に市町村が再委託して実施することができる。

イ 知的障害者についての推進事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施するか、又は都道府県等の福祉事務所等において実施すること。（管内の事情を勘案し特定の地域を対象として実施することができる。）

推進事業は、委託を受けた市町村、福祉事務所等が直接行うほか、ケアマネジメントを適切に実施できると認められる知的障害者援護施設、在宅知的障害者日帰り介護（デイサービス）センター等を運営する社会福祉法人等に委託又は再委託して実施することができる。

ウ 精神障害者についての推進事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施するか、又は都道府県等の保健所、精神保健福祉センター等ケアマネジメントを適切に実施できる機関を活用して直接行うほか、精神障害者社会復帰施設及び精神障害者地域生活支援センター等を運営する法人等に委託して実施することができる。

また、精神障害者には、特有の問題として、ともすれば病状の変化をきたしやすいことがあるので、ケアマネジメントを行うに当たっては必要な医療が維持されなければならないことに留意すること。

- ② 推進事業の対象者は、様々な生活ニーズ（需要）を有する障害者から適宜選定すること。

なお、単一の障害を持つ者に限らず、重複の障害を持つ者が含まれるようにすることとし、その場合、障害の状態に着目して、関係機関と連携をとりながら、①のア、イ及びウのいずれかの機関で、ケアマネジメントを実施してもさしつかえない。

- ③ 推進事業の実施か所数については、障害種別ごとに、複数の市町村等を選定しても差し支えないこと。

- ④ 事業は、身体障害者については「身体障害者介護等支援サービス指針」、知的障害者に

については「知的障害者ケアガイドライン」、精神障害者については「精神障害者ケアガイドライン」に基づき、複合的ニーズを有する障害者に対し、総合的かつ継続的なサービスの提供を確保するため、ケアマネジャーを中心として、ニーズを満たす複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図り、障害者本人の意思を尊重しつつ、ケア計画を作成し、必要なサービスを提供する。

なお、精神障害者については、ケアマネジメントを行った結果、提供するサービスとして、ホームヘルプサービスを行うこととなった場合、精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業を活用することも可能である。

- ⑤ 都道府県から委託を受けた市町村等は、推進事業の実施終了後、ケア計画の作成状況等のほか、ケアマネジメントを実施していく上での必要な事項や問題点等を都道府県に報告すること。

4 事業報告書の提出

検討委員会で検討された内容及び障害者ケアマネジメント推進事業の報告・評価等については、平成13年4月30日までに別途通知する様式により、事業報告書を提出すること。

5 事業実施の留意事項

- (1) 推進事業は、ケア計画の作成を行い、ケア計画に基づくサービス提供を実施することを原則とする。計画に基づくサービス提供が困難な場合には、提供できるサービスとできないサービスを明確にすること。
- (2) 推進事業の利用者に対しては、推進事業の趣旨を十分に説明し、円滑に協力が得られるようにすること。
- (3) 検討委員全委員、都道府県・市町村職員、その他推進事業の実施に参画した関係者等は、本事業において知り得た個人に関する秘密を他に漏らしてはならない。

6 経費の負担

この実施要綱により行う事業に要する経費については、別に定めるところにより国庫補助を行うこととする。ただし、3の(3)の④において、必要なサービスを提供する経費を除く。

巻末資料 4-5

平成13年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の実施について

障害者の自立と社会参加を促進するためには、公的サービス等の社会資源の充実とともに、障害者がこれらを有効に活用できる支援体制が整備されなければならない。

しかしながら、地域で生活している、あるいは生活しようとする障害者にとって、様々な生活ニーズを満たすためのサービス実施主体が区々であることから、必要なサービスを適切に利用することが困難な状況にある。

そこで、障害者本人の意向（要望）を最大限尊重しながら、一人ひとりの生活に必要な福祉・保健・教育・就労などのサービスを総合的に提供するためには、個々人のケア計画を作成し実施する障害者ケアマネジメントが必要である。

このため、国においては、障害者ケアマネジメント体制を全国的に整備することとし、障害者ケアマネジメントのあり方等について検討するとともに、障害者ケアマネジャー養成指導者研修（今後、「障害者ケアマネジメント従事者養成指導者研修」に呼称変更する）を実施しているところである。

また、各都道府県・指定都市においても、検討委員会を設置し、本事業の実施方法等について検討するとともに、障害者ケアマネジャー養成研修（今後、「障害者ケアマネジメント従事者養成研修」と呼称変更する）及び障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）の実施をお願いしているところである。

今般、別紙のとおり「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業実施要綱」を定め、平成13年4月1日より実施することとしたので、ご了知の上、関係者に対し本事業を周知するとともに、積極的な実施に努められたい。

なお、実施に当たっては、身体障害、知的障害及び精神障害のケアマネジメントの総合的かつ効果的な推進を図るよう一層のご配慮をお願いしたく、障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）の実施方法として、新たに地域生活等支援事業の実施機関において3障害合同を含む型での実施も施行することとしたので、積極的な利用を図られたい。

おって、平成12年7月18日障第555号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知「平成12年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の実施について」は廃止する。

別紙

障害者ケアマネジメント体制整備推進事業実施要綱

1 目的

本事業は、様々な生活ニーズ（需要）を有する在宅の身体障害児（者）（以下「身体障害者」という。）、知的障害児（者）（以下「知的障害者」という。）及び精神障害者の生活を支援するため、福祉・保健・医療・教育・就労サービス等の障害者ケアマネジメントの実施体制のあり方、ケアマネジメント実施主体等と関係諸機関との連携のあり方、各種社会資源の整備のあり方等について検討を行うとともに、障害者ケアマネジメント従事者の養成を行い、ケアマネジメントを試行的に実施することにより、平成15年度からのケアマネジメント体制の本格導入に備えることを目的とする。

2 実施主体

事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

3 実施内容

（1）都道府県等障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会

- ① 都道府県等は、福祉・保健・医療・教育・就労の関係者及び障害者団体の代表（障害種別に留意すること）等で構成される都道府県等障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会（以下「検討委員会」という。）を設置する。

検討委員会は3障害合同で検討すること。なお、3障害合同の検討委員会の他に障害別の部会を設置することはさしつかえない。

- ② 検討委員会は、次の事項について検討を行う。

なお、平成12年度までの都道府県等における検討状況を踏まえ、今後、障害者ケアマネジメント体制整備を整備するに当たって参考となるよう、さらに具体的かつ詳細に検討を行うこと。

ア 障害者ケアマネジメント推進事業の実施に関すること

- ・実施市町村等の選定、ケアマネジメント実施主体等の選定、障害者ケアマネジメント従事者の選定並びに対象者の選定等障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）のあり方及び実施方法等

イ 平成15年度からのケアマネジメントの実施体制に関すること

（ア）ケアマネジメント実施主体等のあり方

- ・市町村の行政機関及び地域生活支援事業等での障害者ケアマネジメント実施のあり方

（イ）連絡調整会議の設置及び運営のあり方（別途「障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書」の12ページ等参照）

- ・ケアマネジメント実施主体と、福祉・教育・就労等の行政機関、サービス事業者、保健・医療機関、障害者団体等の関係諸機関との連絡体制としての連絡調整会議の具体的設置場所及び運営のあり方

（ウ）ケアマネジメントを実施するに当たっての障害保健福祉圏域等のあり方等

(エ) ケアマネジメントにおける相談・支援体制のあり方

- ・相談窓口の設置場所及び障害者ケアマネジメント従事者の配置等

ウ ケアマネジメントを実施するに当たって必要とされる社会資源及び人材に関すること

(ア) 障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）を通じて必要と判断された社会資源の種類と量、都道府県等内における現状の把握、不足する場合における今後の整備のあり方等

(イ) ケアマネジメントを実施するに当たって必要とされる人材の確保に関すること

- ・障害者ケアマネジメント従事者の養成研修、継続研修のあり方又は確保の方法及び障害者ケアマネジメント従事者以外でケアマネジメントに携わる者の確保等

エ 介護保険制度における介護支援サービス実施体制との関連性

- ・ケアマネジメントを実施する際の連携・協力のあり方等

オ 障害者ケアマネジメント利用者に対する権利擁護のあり方

- ・ケアマネジメント開始時の説明・同意の内容・要件等のあり方、ケアマネジメント過程における苦情解決の窓口の設置場所等

カ その他、検討委員会で検討が必要と判断された事項

③ また、検討委員会は、障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）の実施市町村等への助言・指導及び実施結果の評価を行う。

(2) 障害者ケアマネジメント従事者養成研修

① 研修は、国の研修内容を反映させ都道府県等でのケアマネジメントの普及を図るために、国が実施する障害者ケアマネジメント従事者指導者研修を受講した者が中心となって実施する。

② 研修対象者は、障害者ケアマネジメントに熱意をもち継続して関われる者で、障害者に関する相談等の業務について一定の知識と相当程度の実務経験を有する者で、今後市町村が重要な役割を果たすことから、市町村職員を優先して実施すること。

③ 研修期間及び内容は、障害者ケアマネジメント従事者養成指導者研修に準じて実施することとし、障害者ケアマネジメント従事者の養成研修として、十分な内容、質をもったものとなるように留意すること。

④ 研修は、できるだけ3障害合同で実施することが望ましい。

⑤ 研修を修了した者には、修了証書を授与することとする。

(3) 障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）

① 障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）（以下「推進事業」という。）の実施方法は、次によること。

ア Aタイプ（障害別の従来型）の場合。

(ア) 身体障害者についての推進事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施する。

(指定都市は、管内の全域もしくは特定の地域において実施する。)

推進事業は、委託を受けた市町村が直接行うほか、市町村が委託している市町村障害者生活支援事業の実施機関等、ケアマネジメントを適切に実施できる社会福祉法人等に市町村が再委託して実施することができる。

(イ) 知的障害者についての推進事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施するか、都道府県等から委託を受けた障害児（者）地域療育等支援事業の実施機関、又は都道府県等の福祉事務所において実施すること。（管内の事情を勘案し特定の地域を対象として実施することができる。）

推進事業は、委託を受けた市町村、障害児（者）地域療育等支援事業の実施機関及び福祉事務所等が直接行うほか、ケアマネジメントを適切に実施できると認められる社会福祉法人等に委託又は再委託して実施することができる。

(ウ) 精神障害者についての推進事業は、都道府県が選定した市町村に委託して実施するか、又は都道府県等の保健所、精神保健福祉センター等において実施すること。（管内の事情を勘案し障害保健福祉圏域及び市町村等、特定の地域を対象として実施することができる。）

推進事業は、委託を受けた市町村、保健所、精神保健福祉センター等ケアマネジメントを適切に実施できる機関を活用して直接行うほか、精神障害者社会復帰施設及び精神障害者地域生活支援センター等を運営する法人等に委託して実施することができる。

また、精神障害者には、特有の問題として、ともすれば病状の変化をきたしやすいことがあるので、ケアマネジメントを行うに当たっては必要な医療が維持されなければならないことに留意すること。

イ Bタイプ（3障害合同を含む型）の場合。

地域生活支援事業等の実施機関（アの（ア）にあつては再委託先、（イ）にあつては委託先・再委託先、（ウ）にあつては委託先）において、3障害全ての対象者についてケアマネジメントを実施する。

② 推進事業の実施カ所数については、平成15年度の本格導入に向けて、出来るだけ多くの市町村等を選定すること。

なお、2ヶ所以上で実施する場合については、①のアのAタイプ及びイのBタイプを併用してさしつかえない。

③ 事業は、身体障害者については「身体障害者介護等支援サービス指針」、知的障害者については「知的障害者ケアガイドライン」、精神障害者については「精神障害者ケアガイドライン」に基づき、複合的ニーズを有する障害者に対し、総合的かつ継続的なサービスの提供を確保するため、障害者ケアマネジメント従事者を中心として、ニーズを満たす複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図り、障害者本人の意思を尊重しつつ、ケア計画を作成し、必要なサービスを提供する。

なお、精神障害者については、ケアマネジメントを行った結果、提供するサービスとし

て、ホームヘルプサービスを行うこととなった場合、精神障害者訪問介護（ホームヘルプサービス）試行的事業を活用することも可能である。

④ 都道府県から委託を受けた市町村等は、推進事業の実施終了後、ケア計画の作成状況等のほか、ケアマネジメントを実施していく上での必要な事項や問題点等を都道府県に報告すること。

4 事業報告書の提出

検討委員会で検討された内容及び推進事業の報告・評価等については、別途通知する様式により、平成14年4月30日までに事業報告書を提出すること。

5 事業実施の留意事項

(1) 推進事業は、ケア計画の作成を行い、ケア計画に基づくサービス提供を実施することを原則とする。計画に基づくサービス提供が困難な場合には、提供できるサービスとできないサービスを明確にすること。

(2) 推進事業の利用者に対しては、推進事業の趣旨を十分に説明し、円滑に協力が得られるようにすること。

(3) 検討委員全委員、都道府県、市町村職員、その他推進事業の実施に参画した関係者等は、本事業において知り得た個人に関する秘密を他に漏らしてはならない。

6 経費の負担

この実施要綱により行う事業に要する経費については、別に定めるところにより国庫補助を行うこととする。ただし、3の(3)の③において、必要なサービスを提供する経費を除く。

7 本要綱の他、別途「障害者ケアマネジメントの普及に関する報告書」も併せて再使用され、平成15年度からの障害者ケアマネジメントの本格実施に向けての周知を図るとともに、体制を整備すること。

巻末資料 4-6

平成14年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の実施について

障発第0418002号

平成14年4月18日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

障害者の自立と社会参加を促進するためには、公的サービス等の社会資源の充実とともに、障害者がこれらを有効に活用できる支援体制が整備されなければならない。

また、地域で生活している、あるいは生活しようとする障害者にとっては、様々な生活ニーズを満たすためのサービス実施主体が区々であることから、必要なサービスを適切に利用することが困難な状況にある。

そこで、障害者本人の意向（要望）を最大限尊重しながら、一人ひとりの生活に必要な福祉・保健・医療・教育・就労などのサービスを総合的に提供するために、個々人のケア計画を作成し実施する障害者ケアマネジメントが必要である。

このため、国においては、障害者ケアマネジメント体制を全国的に整備することとし、3障害共通の障害者ケアガイドラインをとりまとめるとともに、障害者ケアマネジメント従事者養成指導者研修を継続実施しているところである。

また、各都道府県・指定都市においても、検討委員会を設置し、本事業の実施方法等について検討するとともに、障害者ケアマネジメント従事者養成研修及び障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）の実施をお願いしているところである。

今般、別紙のとおり最終年度の「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業実施要綱」を定め、平成14年4月1日より実施することとしたので、ご了知の上、関係者に対し本事業を周知するとともに、積極的な実施に努められたい。

おって、平成13年5月22日障第227号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部部長通知「平成13年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の実施について」は廃止する。

（別紙）

障害者ケアマネジメント体制整備推進事業実施要綱

1 目的

本事業は、様々な生活ニーズ（需要）を有する在宅の身体障害児（者）（以下「身体障害者」という。）、知的障害児（者）（以下「知的障害者」という。）及び精神障害者の生活を支援するため、福祉・保健・医療・教育・就労サービス等の障害者ケアマネジメントの実施体制のあり方、ケアマネジメント実施主体等と関係諸機関との連携のあり方、各種社会資源の整備のあり方等について検討を行うとともに、障害者ケアマネジメント従事者の養成を行い、ケアマネジメントを試行的に実施することにより、平成15年度からのケアマネジメント体制の本格導入に備えることを目的とする。

2 実施主体

事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

3 実施内容

（１）都道府県等障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会

- ① 都道府県等は、福祉・保健・医療・教育・就労の関係者及び障害者団体の代表（障害種別に留意すること）等で構成される都道府県等障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会（以下「検討委員会」という。）を設置する。

検討委員会は3障害合同で検討すること。なお、3障害合同の検討委員会の他に障害別の部会を設置することはさしつかえない。

- ② 検討委員会は、次の事項について検討を行う。

なお、平成13年度までの都道府県等における検討状況を踏まえ、今後、障害者ケアマネジメント体制整備を整備するに当たって参考となるよう、さらに具体的かつ詳細に検討を行うこと。

ア 障害者ケアマネジメント推進事業の実施に関すること

・実施市町村等の選定、ケアマネジメント実施主体等の選定、障害者ケアマネジメント従事者の選定並びに対象者の選定等障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）のあり方及び実施方法等

イ 平成15年度からのケアマネジメントの実施体制に関すること

（ア）ケアマネジメント実施主体等のあり方

・市町村の行政機関及び地域生活支援事業等での障害者ケアマネジメント実施のあり方

（イ）連絡調整会議の設置及び運営のあり方等

・社会資源についての検討、支援ネットワークの形成及び障害者ケアマネジメントに関する情報交換等の役割を担う連絡調整会議の具体的設置場所・運営のあり方

・連絡調整会議より報告された内容

（ウ）ケアマネジメントを実施するに当たっての障害保健福祉圏域等（以下「圏域」という。）のあり方等

（エ）ケアマネジメントにおける相談・支援体制のあり方

・相談窓口の設置場所及び障害者ケアマネジメント従事者の配置等

ウ ケアマネジメントを実施するに当たって必要とされる社会資源及び人材に関すること

（ア）障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）を通じて必要と判断された社会資源の種類と量、都道府県等内における現状の把握、不足する場合における今後の整備のあり方等

（イ）ケアマネジメントを実施するに当たって必要とされる人材の確保に関すること

・障害者ケアマネジメント従事者の養成研修、継続研修のあり方又は確保の方法及び障

害者ケアマネジメント従事者以外でケアマネジメントに携わる者の確保等

エ 障害者ケアマネジメント利用者に対する権利擁護のあり方

・ケアマネジメント開始時の説明・同意の内容・要件等のあり方、ケアマネジメント過程における苦情解決の窓口の設置場所等

オ その他、検討委員会で検討が必要と判断された事項

また、検討委員会は、障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）の実施市町村等への助言・指導及び実施結果の評価を行う。

（２）障害者ケアマネジメント従事者養成研修

① 研修は、国の研修内容を反映させ都道府県等でのケアマネジメントの普及を図るために、国が実施する障害者ケアマネジメント従事者指導者研修を受講した者が中心となって実施する。

② 研修対象者は、障害者ケアマネジメントを担当する市町村職員及び市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業及び精神障害者地域生活支援センター等の各相談支援事業に従事している者を優先すること。

この要件を満たす障害者本人についても、参加できるよう配慮すること。

③ 研修期間及び研修内容は、障害者ケアマネジメント従事者養成指導者研修に準じて実施することとし、障害者ケアマネジメント従事者の養成研修として、十分な内容・質をもったものとなるように留意すること。

④ 研修を修了した者には、修了証書を授与することとする。

（３）障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）

① 障害者ケアマネジメント推進事業（試行的事業）の実施方法は、次によること。

ア 連絡調整会議

（ア）都道府県等は、事例に関わる医療機関、保健所、職業安定所、地域障害者職業センター、養護・盲・聾学校、市町村等の職員及び地域の障害者の団体の代表（障害種別に留意すること）などで構成される連絡調整会議を圏域単位で主宰すること。

（イ）連絡調整会議は、当該圏域内における以下の役割を担うこととする。

a 社会資源についての検討

b 支援ネットワークの形成

c 障害者ケアマネジメントに関する情報交換

d サービス調整の実施

e 連絡調整会議で提起された課題の検討委員会への報告

イ 実施主体は、市町村、あるいは都道府県及び市町村が委託している市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業及び精神障害者地域生活支援センターのうち、ケアマネジメントを適切に実施できると認められる社会福祉法人等とすること。

なお、それぞれの実施主体においては、可能な限り、障害種別を超えて実施すること。

- ② 試行的事業は、「障害者ケアガイドライン」を基本に、併せて身体障害者については「身体障害者ケアガイドライン」、知的障害者については「知的障害者ケアガイドライン」、精神障害者については「精神障害者ケアガイドライン」を参考として、複合的なニーズを有する障害者に対し、総合的かつ継続的なサービスの提供を確保するため、障害者ケアマネジメント従事者を中心として、ニーズを満たす複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図り、障害者本人の意思を尊重しつつ、ケア計画を作成し、必要なサービスを提供する。
- ③ 都道府県から委託を受けた市町村等は、試行的事業の実施終了後、ケア計画の作成状況等のほか、ケアマネジメントを実施していく上での必要な事項や問題点等を都道府県に報告すること。

4 事業報告書の提出

検討委員会で検討された内容及び試行的事業の報告・評価等については、別途通知する様式により、平成15年4月30日までに事業報告書を提出すること。

5 試行的事業実施上の留意事項

- (1) 試行的事業は、ケア計画の作成を行い、ケア計画に基づくサービス提供を実施することを原則とする。計画に基づくサービス提供が困難な場合には、提供できるサービスとできないサービスを明確にすること。
- (2) 試行的事業の利用者に対しては、試行的事業の趣旨を十分に説明し、円滑に協力が得られるようにすること。
- (3) 検討委員全委員、都道府県、市町村職員、その他推進事業の実施に参画した関係者等は、本事業において知り得た個人に関する秘密を他に漏らしてはならない。

6 経費の負担

この実施要綱により行う事業全般に要する経費については、別に定めるところにより国庫補助を行うこととする。ただし、3の(3)の②において、必要なサービスを提供する経費を除く。

巻末資料 4-7

障害者ケアマネジメント体制支援事業の実施について

障発第0528001号

平成15年5月28日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

障害者のニーズに即した形で地域生活の実現を促進するためには、公的サービス等の社会資源の充実とともに、障害者がこれらを有効に活用できるようにするための相談支援体制の整備が重要な課題である。

しかしながら、地域で生活している、又は生活しようとする障害者にとっては、様々な生活ニーズを満たすためのサービス実施主体が区々であり、また、実際のサービス内容についても、サービスを提供する側の視点と利用する側の視点が一致しない場合もあり、単に相談支援体制を充実するだけでは、障害者の真意に沿った効果的なサービスの利用が実現できない場合もある。

このため、障害者本人の意向を最大限尊重し、社会参加の促進、自立能力の向上、権利擁護等の視点に立脚しつつ、一人ひとりの生活に必要な福祉・保健・医療・教育・就労などのサービスを総合的に提供するための障害者ケアマネジメントの手法を進めることが必要であり、国においては、平成9年度から6年間に渡る「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業」によって、障害者ケアマネジメントの手法の全国的に普及に努め、平成14年3月に「障害者ケアガイドライン」をお示ししたところである。

このような障害者ケアマネジメントの普及を目的とした国の試行的事業は、平成14年度をもって終了し、平成15年度からは、新たに「障害者ケアマネジメント体制支援事業」によって、各都道府県・指定都市（以下「都道府県等」という。）において一層の充実を図っていただきたい事項を中心として支援を行っていくこととした。

具体的には、

- ① 「障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会」に代わり、各都道府県等における障害者ケアマネジメントの実施、各都道府県等が主導する専門職員等の研修の企画・立案、各障害保健福祉圏域における支援ネットワークの形成・維持等について推進することを目的として、「障害者ケアマネジメント推進協議会」を設置する。
- ② 「障害者ケアマネジメント従事者養成研修」を「障害者ケアマネジメント従事者研修」と改称し、従来の新規研修に加えて、すでに国、各都道府県等の研修を終えて第一線で活躍している障害者ケアマネジメント従事者を対象として、スキルアップのための「上級研修」を新たに実施する。

などとしている。

今般、別紙のとおり「障害者ケアマネジメント体制支援事業実施要綱」を定め、平成15年4月1日より実施することとしたので、ご了知の上、関係諸機関に対し本事業を周知するとともに、積極的な活用に努められたい。

なお、平成14年4月18日障発第0418002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「平成14年度障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の実施について」は廃止する。

(別紙)

障害者ケアマネジメント体制支援事業実施要綱

1 目的

本事業は、様々な生活ニーズを有する在宅の身体障害児（者）（以下「身体障害者」という。）、知的障害児（者）（以下「知的障害者」という。）及び精神障害者の生活を支援するため、各都道府県・指定都市（以下「都道府県等」という。）における障害者ケアマネジメントの実施、各都道府県等が主導する専門職員等の研修の企画・立案、各障害保健福祉圏域（以下「圏域」という。）における支援ネットワークの形成・維持等について推進するとともに、障害者ケアマネジメント従事者研修において、新規研修及びスキルアップのための上級研修を行うことにより、人材の養成に努め、各都道府県等における障害者ケアマネジメントが一層発展するよう支援することを目的とする。

2 実施主体

事業の実施主体は、都道府県等とする。

3 実施内容

(1) 都道府県等障害者ケアマネジメント推進協議会

① 都道府県等は、身体、知的、及び精神の各障害分野の学識経験者等で構成される都道府県等障害者ケアマネジメント推進協議会（以下「推進協議会」という。）を設置する。

② 推進協議会は、次の役割を担うこととする。

平成14年度までの都道府県等における「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業」を踏まえ、「障害者ケアマネジメント推進協議会」による新たな支援体制を構築し、障害者ケアマネジメントの一層の推進を図る。

具体的内容は、以下のとおりである。

ア 圏域ごとの連絡調整会議の総合調整

各圏域ごとの連絡調整会議を都道府県レベルにおいて総合調整するとともに、各圏域の連絡調整会議が円滑に運営されるよう支援する。

イ 市町村が実施する事業への支援

管内の市町村におけるケアマネジメントの手法を用いた事業が、円滑に実施されるよう支援する。

ウ 専門職員等の人材確保のための研修の推進

- (ア) 障害者ケアマネジメント従事者の数的確保とともに質的向上を図る。
 - (イ) 障害者ケアマネジメント従事者のスキルアップのための上級研修のあり方、実施方法等を検討し支援する。
 - エ 新たな社会資源の開発等
 - 各圏域の連絡調整会議の総合調整を通じ、各圏域において不足している社会資源の改善、開発等について都道府県レベルで調整する。
 - オ 障害者ケアマネジメント利用者に係る権利擁護の推進
 - ケアマネジメントにおける苦情解決システム構築への支援を行う。
 - カ その他、推進協議会で検討が必要と判断された事項
- (2) 障害者ケアマネジメント従事者研修
- ① 研修として、新規研修及びスキルアップのための上級研修を実施する。
 - ② 研修は、国の研修内容を反映させ、実際に障害者ケアマネジメントを担う人材を養成するために、国が実施する障害者ケアマネジメント従事者指導者研修を受講した者が中心となって実施する。
 - ③ 研修対象者について
 - ア 新規研修対象者は、障害者ケアマネジメントを担当する市町村職員及び各自治体で実施する各種の相談支援事業等に熱意を持って従事している者を優先する。
 - イ 上級研修対象者は、かつて都道府県等における研修を集利用した者の中から、身体・知的・精神の三障害に関する広い見識と相談支援事業について一定の実務経験を有する者とする。
 - ウ 障害者であって、前記「ア」、「イ」の要件を満たす者が受講を希望する場合は、選考に当たって、特段の配慮をお願いしたい。
 - ④ 研修期間及び研修内容については、障害者ケアマネジメント従事者指導者研修に準じて実施することとし、障害者ケアマネジメント従事者の研修として、十分な内容・質をもったものとなるよう留意することとする。
 - ⑤ 新規研修及び上級研修を修了した者には、修了証書を授与することとする。
 - なお、平成14年度までに「障害者ケアマネジメント従事者養成研修」を修了している者については、新たに「新規研修」を受講しなくても、「上級研修」を修了することにより、「上級研修」の修了証書を授与することとする。

4 事業報告書の提出

本事業の報告、評価等については、別途通知する様式により、平成16年4月30日までに事業報告書を提出すること。

5 経費の負担

この実施要綱により行う事業全般に要する経費については、別に定めるところにより国庫補助を行うこととする。

巻末資料 5-1

精神障害者自立支援促進会議開催指針

目的 精神病院への入院が長期化している精神障害者に対し、関係機関が連携して支援を計画し、精神障害者本人や家族の退院に対する不安を精神障害者社会復帰促進協会（復帰協）専門職員による援助^(*1)によって軽減しながら、退院・地域での自立を支援する。併せて地域の受け入れシステムを整備する。

実施主体 大阪府保健所 15箇所

構成機関 保健所管内の以下の機関

精神科医療機関

福祉事務所

精神障害者社会復帰施設

精神障害者共同作業所

その他地域の実情に応じて精神保健福祉関係機関・団体 等

復帰協（専門職員）

開催回数 精神障害者自立支援促進会議（構成機関の長で構成）：年 2 回程度

〃

実務担当者会議（実務担当者で構成）：月 1 回程度
を目安に地域の実情に応じて

検討内容

- 1) 復帰協職員による援助の対象とする事例^(*2)の推薦・支援計画検討
- 2) 上記事例の支援経過の検討・まとめ
- 3) 入院が長期化している精神障害者の退院・地域での自立を支援する方策の提言
- 4) 地域の受け入れシステムの構築

* 1 精神病院に長期入院している精神障害者本人・家族の退院に対する不安を解消し、早期退院を促進する条件整備を図るための研究事業（財）精神障害者社会復帰促進

協会に委託。専門職員を雇用し、外出訓練等を行う。

- * 2 管内精神病院・精神科病床を有する医療機関で入院が中長期になっている事例、管内福祉事務所生活保護受給中で入院が中長期になっている事例 等

大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課

巻末資料 5-2

精神障害者退院促進支援事業の実施について

平成15年5月7日 障第0507001号

各都道府県知事・指定都市市長あて

厚生労働省社会・援護局保健福祉部長通知

精神障害者の保健福祉施設については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神障害者の社会的自立を促進することを目的として別紙のとおり、「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」を定め、平成15年4月1日から適用することとしたので通知する。

精神障害者退院促進支援事業実施要綱

1. 目的

本事業は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練（以下「退院訓練」という。）を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的とする。

2. 定義

(1) 対象者

「対象者」は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者をいう。

(2) 協力施設等

「協力施設等」は、精神障害者に対する理解が深く、退院を目指す精神障害者に活動の場を提供し、退院訓練を行うことを通じてその社会的自立を促進することに協力する精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助事業、小規模作業所をいう。

(3) 自立支援員

「自立支援員」は、精神障害者の福祉に理解を有する者であって、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者をいう。

3. 実施主体

- (1) 本事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。
- (2) 実施主体は、本事業の一部を、希望する精神障害者地域生活支援センターの運営主体に委託して実施するものとする。

4. 自立支援員の委嘱

都道府県知事及び指定都市市長（以下「知事等」という。）は、対象者の退院訓練を支援するために、自立支援の委嘱を行うものとする。

5. 運営委員会の設置等

- (1) 知事等は、以下に掲げる業務を行うため、精神障害者退院促進支援事業運営委員会（以下「運営委員会」という。）を設置するものとする。
 - ①対象者数（利用者見込者数）、協力施設等の数等に係る数値目標の設定
 - ②6に規定する自立支援促進協議会からの報告の受領及び自立促進支援協議会への助言
 - ③実績報告を受けての事業効果の評価
 - ④その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議
- (2) 運営委員会は、以下に掲げる機関の責任者で構成する。会の長は都道府県等本庁の精神保健福祉部局の責任者とする。
 - ①都道府県等本庁、精神保健福祉センター及び保健所の精神保健福祉部局
 - ②市町村の精神保健福祉、生活保護及び公営住宅の各部局
 - ③精神科病院
 - ④精神障害者社会復帰施設
 - ⑤精神障害者居宅生活支援事業における運営主体
 - ⑥小規模作業所
 - ⑦地域の医師会
 - ⑧地域の精神科病院協会
 - ⑨地域の家族会
 - ⑩地域の当事者団体
 - ⑪その他知事等が適当と認める者
- (3) 運営委員会は年2回以上開催するものとする。
- (4) 本事業を複数の地域生活支援センターで行う場合であっても、運営委員会は都道府

県・指定都市ごとに1か所とする。

6. 自立支援促進協議会の設置等

- (1) 本事業の委託を受けた精神障害者地域生活支援センターは（以下単に「地域生活支援センター」とする。）は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑な支援をより迅速に実施していくため、自立促進支援協議会（以下「協議会」という。）を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。
- (2) 協議会は、対象者の退院訓練及び対象者への支援に直接関わる者（協議会を設置する地域生活支援センター・市町村・保健所・精神保健福祉センターの職員、主治医、協力施設の担当者及び自立支援員等）で構成するものとし、会の長は互選とする。なお、狭義の対象者によって構成員を変更できるものとする。
- (3) 協議会の業務は以下のとおりとする。
 - ①対象者の決定
 - ②対象者の自立支援計画の決定（退院訓練中及び退院後の生活のためのケアマネジメントを実施するものとする）
 - ③対象者ごとの協力施設等の決定
 - ④事業の進捗状況の把握、事業効果の評価並びに自立支援計画の見直し
 - ⑤地域における社会資源の把握
 - ⑥その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議
- (4) 協議会は、原則として月1回以上開催するものとする。なお、自立支援計画を策定する場合その他の必要と認められる場合においては、当該対象者の同意を得て当該対象者の意見を聞くことができる。

7. 手続等

- (1) 利用の手続等
 - ①当該精神科病院の管理者は、対象者の承諾を得て、主治医の意見書を添付の上、申込書を協議会に提出するものとする。
 - ②協議会は、対象者の適否を協議の上、その協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申込者に通知するものとする。
- (2) 協力施設等への依頼
 - ①協議会は、本事業の実施につき、地域の精神障害者社会復帰施設等協力施設等として相応しい者に対象者の受入れを文書にて依頼するものとする。
 - ②協議会は、①について、その可否を文書にて受け取るものとする。

8. 退院訓練の実施

- (1) 対象者は、自立支援計画に基づいて、協力施設等における訓練（精神障害者通所授産施設における授産活動、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）における体験入居、小規模作業所における作業等）、日常生活を営むのに必要な活動等の退院訓練を行う。
- (2) 自立支援員は、当該対象者が退院訓練を実施するにあたり、必要に応じて次に掲げる業務を行うものとする。
 - ①開始時における対象者への訓練内容の説明及び対象者との信頼関係の構築
 - ②当該対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援
 - ③当該対象者の訓練中の状況確認及び必要な支援
 - ④協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに支援に必要な情報の収集
 - ⑤その他当該対象者が安定的に訓練するために必要な支援
- (3) 退院訓練の期間は原則として6か月以内とし、必要に応じて更新することができる。ただし、対象者の病状の悪化の場合にあつては主治医が、その他の場合にあつては協議会が、本事業の継続が困難となったと判断したときは、退院訓練を中止し、この旨を当該精神科病院の管理者及び当該対象者へ通知するものとする。なお、中止は再開を妨げるものではない。また、地域生活への移行にあつて引き続き自立支援員による支援が必要と協議会が認める場合には、退院後1か月間に限り、支援を継続することができる。
- (4) 協議会は、協力施設等へ退院訓練の経過等の報告を求めるものとする。

9. 退院訓練終了時の取扱い

- (1) 退院訓練は、当該対象者が退院若しくは訓練を中止することにより終了するものとする
- (2) 協議会は、関係機関と連携を密にし、当該対象者が円滑に地域生活を継続できるよう支援に努めるものとする。
- (3) 協議会は、退院訓練を中止した場合にはその要因分析を行うものとする。
- (4) 自立支援員は、退院訓練終了後、協議会に対し、当該対象者に係る退院訓練についての報告書を提出するものとする。
- (5) 協議会は、毎年度末までに運営委員会に事業実績報告を提出するものとする。
- (6) 運営委員会は、毎年度末に知事等に事業実績報告を提出するものとする。

10. 費用の援助

国は、都道府県等に対し、本事業に要する費用について、別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」により補助するものとする。

1 1. その他

- (1) 協議会の構成員は、その業務を行うにあたっては、対象者の人格を尊重してこれを行うとともに、対象者の身上及び家庭に関して知り得た秘密を守らなければならない。
- (2) 都道府県等は、本事業の実施について、地域住民及び関係機関に対して周知を図るとともに、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の促進を図るものとする。
- (3) 地域生活支援センターは、本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分することとする。
- (4) 協議会は、保健所が実施する地域精神保健福祉連絡協議会の場を活用する等により、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業の事業所、医療機関等関係機関と連携して本事業を実施するものとする。
- (5) 自立支援員は、支援にあたって、定期的に主治医に状況を報告し、指示があった場合にはそれに従うものとする。
- (6) 都道府県等は、本事業に係る実績報告書を、別に定める様式により翌年度の4月30日までに提出すること。

巻末資料 5-3

精神障害者地域移行支援特別対策事業実施要綱

1. 目的

障害者福祉計画に基づく受入条件が整えば退院可能な精神障害者（以下、「退院可能精神障害者」という。）の減少目標値の着実な達成を目指し、病院・施設等と連携し、精神障害者の地域生活への移行に向けた支援を推進する。

2. 実施主体

本事業の実施主体は、都道府県とする。

なお、指定都市又は中核都市に事業の一部を委託することもできるものとする。また、事業の全部又は一部を団体などに委託して実施することができるものとする。

3. 圏域

都道府県は、本事業を行うにあたり、二次医療圏などを踏まえ、適切な圏域を設定することとする。

4. 事業内容等

(1) 協議会の設置

都道府県（委託して実施する場合は当該委託先の実施主体を含む。以下同じ。）は、以下に掲げる業務を行うため、都道府県、市町村、精神科病院の医師、福祉サービス事業者、ピアサポーター等で構成する協議会（既存の協議会を活用することも妨げない。）を設置するものとする。

なお、協議会を運営するに当たっては、都道府県自立支援協議会や地域自立支援協議会との連携を図ることとする。

(ア) 客観的な視点に立った対象者の決定（病院・施設等と退院・退所について合意を得るなど十分に調整を図った上で行うこと。）

(イ) 体制整備のための調整

(ウ) 困難事例の解決に向けた調整

(エ) 事業の評価（地域における支援体制等に関する課題が明らかになった場合には、地域自立支援協議会に報告するなど、課題解消に向けた方策を検討するように努めること。）

(オ) その他本事業の実施にあたって必要な事項

(2) 地域体制整備コーディネーターの配置

都道府県は各圏域に1名以上精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者のうち精神障害者の地域生活への移行に必要な体制整備の総合調整の能力を有する者を地域体制整備コーディネーターとして相談支援事業者等に配置し、主に以下のような業務を行う。

(ア) 圏域の市町村病院及び福祉サービス事業者等の関係機関に対する周知等、本事業の円滑な実施のための体制整備に向けた調整

(イ) 病院・施設等の関係機関に対する本事業への参加等、必要な協力の養成及び、地域の資源に係る情報提供、資源開発等に関する病院・施設等からの要請への対応

(ウ) 下記(3)の地域移行推進員（以下同じ。）と連携した各圏域市町村における必要な事業、資源（インフォーマルなものを含む）の点検・開発に関する助言・指導

(エ) 地域移行推進員が作成する個別支援計画（以下「個別支援計画」という。）への必要な指導・助言

(オ) 個別支援計画に基づき地域移行推進員が実施する支援に対する必要な助言・指導

(カ) 複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言

(キ) 関係者と協議した研修、シンポジウムの企画、調整など地域移行に向けた普及啓発の推進等

(3) 地域移行推進員の配置

対象者の個別支援に当たる精神保健福祉士又はこれと同程度の知識を有する者を地域移行推進員として相談支援事業者等に配置し、対象者の入院・入所する精神科病院等の精神保健福祉士等と連携を図るとともに必要に応じ当事者による支援（ピアサポート）等を活用

しつつ、退院・退所及び地域定着に向けて主に次の支援を行う。なお、個別支援計画については、地域体制整備コーディネーターの助言・指導を受けながら策定及び支援を実施するものとする。

なお、入院・入所中から一定期間関与することとし、退院・退所後の支援期間は原則6ヶ月を上限とする。

- (ア) 利用対象者に対する退院・退所に向けた相談・助言
- (イ) 主治医との調整に基づいた医療・福祉にまたがる個別支援計画の作成
- (ウ) 個別支援計画に基づく院外活動（福祉サービス体験利用、保健所グループワーク参加等）に係る同行支援等
- (エ) 対象者、家族に対する地域移行に関する情報提供及び相談・助言
- (オ) 地域体制整備コーディネーターと連携した、退院後の生活に係る関係機関との連絡・調整等

(4) 個別支援会議の開催

協議会において選定された対象者について必要に応じ適宜支援内容の検討や地域移行個別支援計画に見直しを行うための個別支援会議を当該対象者を担当する地域移行推進員が中心となって地域体制整備コーディネーター及び必要な支援関係者を集め、開催するものとする。

(5) その他の事業

地域移行支援のため特に必要と認められる事業。実施にあたっては、個別に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健福祉課に協議すること。

5. 留意事項

(1) 関係機関への周知

都道府県は圏域の市町村、精神科病院及び福祉サービス事業者等の関係機関に対して広く周知し、本事業の実施に係る対象者の申請、協力施設の拡充及び支援体制の充実等事業の円滑な実施を図ること。

(2) 関係機関との連携

都道府県は対象者の円滑な地域移行を図る観点から、相談支援事業者、その他福祉サービス提供者、保健医療サービス事業者等と連携を図ること。また、4. (2) のほか、地域体制整備コーディネーターは、医療観察法に基づく指定医療機関に入院中の対象者について、社会復帰調整官が行う退院に向けた生活環境の調整に必要な協力を行うこと。

(3) 精神保健福祉センター及び保健所の役割

精神保健福祉センター及び保健所は、地域体制整備コーディネーター及び地域移行推進員に対して、地域の社会資源等の地域移行のために必要とされる情報や医療機関との連携に必要なノウハウ等を提供するとともに、医療機関への働きかけを行う際などにおいて必

要な協力を行うこと。

6. 報告

地域体制整備コーディネーターの活動については、就きたいんで都道府県に報告することとする。なお、様式は別途定めることとし、報告については、報告様式を定めた日以降とする。

7. 国の助成

国は、都道府県がこの実施要綱に基づき実施する経費については、厚生労働省が別に定める「精神保健費国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。

巻末資料 5-4

精神障害者地域移行・地域定着支援実施要綱

1 目的

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した生活を送ることができるよう、関係機関の連携の下で、医療、福祉等の支援を行うという観点から、統合失調症を始めとする入院患者の減少及び地域生活への移行に向けた支援並びに地域生活を継続するための支援を推進する。

2 実施主体

本事業の実施主体は、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

なお、都道府県は、中核市で事業を実施した方が適切に事業実施できる場合については、中核市に事業の一部を委託することができるものとする。

また、都道府県等は、事業の全部又は一部を団体等に委託して実施することができるものとする。

3 圏域

都道府県等は、本事業を行うにあたり、二次医療圏などを踏まえ、適切な圏域を設定することとする。

4 事業内容等

(1) 地域移行支援事業

ア 協議会の設置

都道府県等（委託して実施する場合は当該委託先の実施主体を含む。以下同じ。）は、地域移行支援に関する以下に掲げる業務を行うため、都道府県、市町村、精神科病院の医師、福祉サービス事業者、ピアサポーター等で構成する協議会（既存の協議会を活用することも妨げない。）を設置するものとする。

なお、協議会を運営するに当たっては、都道府県自立支援協議会や地域自立支援協議会との連携を図ることとする。

- (ア) 客観的に視点に立った対象者の決定（対象者本人の同意に基づき病院・施設等と退院・退所について合意を得るなど十分に調整を図った上で行うこと。）
- (イ) 退院整備のための調整
- (ウ) 困難事例の解決に向けた調整
- (エ) 事業の評価（地域における支援体制等に関する課題が明らかになった場合には、地域自立支援協議会に報告するなど、課題解消に向けた方策を検討するよう努めること。）
- (オ) 地域移行支援の推進のために必要な研修の企画および実施（精神障害者に対する支援を実施したことのない障害福祉サービス事業者、介護サービス事業者（ホームヘルプ等）に対して地域移行支援に必要なノウハウや知識を提供する研修、ピアサポーターの育成に関する研修等）
- (カ) その他地域移行支援の実施に当たって必要な事項

イ 地域体制整備コーディネーターの配置

都道府県等は、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者のうち、精神障害者の地域生活への移行に必要な体制整備の総合調整の能力を有する者を地域体制整備コーディネーターとして、各圏域の相談支援事業者等に1名以上配置するものとする。

地域体制整備コーディネーターは、主に以下のような業務を行う。

- (ア) 圏域の市町村、病院及び福祉サービス事業者等の関係機関に対する周知、本事業の円滑な実施のための体制整備に向けた整備
- (イ) 病院・施設等の関係機関に対する本事業への参加等必要な協力の要請及び地域の資源に係る情報提供、資源開発等に関する病院・施設等からの要請への対応
- (ウ) 下記ウの地域移行支援推進員（以下同じ。）と連携した各圏域市町村における必要な事業、資源（インフォーマルなものを含む。）の点検・開発に関する助言、指導
- (エ) 地域移行推進員が作成する個別支援計画（以下「個別支援計画」という。）への必要な助言・指導
- (オ) 個別支援計画に基づき地域移行推進員が実施する支援に対する必要な助言・指導
- (カ) 複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言

(キ) 関係者と協働した研修、シンポジウム等の企画、調整など地域移行に向けた普及啓発の推進 等

ウ 地域移行推進員の配置

都道府県等は、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者を、地域移行支援対象者の個別支援等に当たる地域移行推進員として、各圏域の相談支援事業者等に配置するものとする。

地域移行推進員は、対象者の入院・入所する病院・施設等の精神保健福祉士等と連携を図るとともに、必要に応じ当事者による支援（ピアサポート）等を活用しつつ、退院・退所及び地域定着に向けて主に次の支援を行う。なお、個別支援計画については、地域体制整備コーディネーターの助言・指導を受けながら策定し、及び支援するものとする。

また、入院・入所から一定期間関与することとし、退院・退所後の支援機関は原則6ヶ月を上限とする。

(ア) 利用対象者に対する退院・退所に向けた相談・助言

(イ) 主治医との調整に基づいた院外活動（福祉サービス体験利用、保健所グループワーク参加等）に係る同行支援等

(エ) 対象者、家族に対する地域生活移行に関する情報提供及び相談・助言

(オ) 地域体制整備コーディネーターと連携した、退院後の生活に係る関係機関との連絡・調整 等

エ 個別支援会議の開催

地域移行推進員は、協議会において選定された地域移行支援の対象者について、必要に応じ適宜支援内容の検討や地域移行個別支援計画の見直しを行うため、地域体制整備コーディネーター及び支援関係者の参画を求め、個別支援会議を開催するものとする。

オ ピアサポートの活用

都道府県等は、精神障害者の視点を重視した支援を自由実する観点や、精神障害者が自ら疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、地域移行推進員による対象者の退院に向けた相談・助言、個別支援計画に基づく院外活動に係る同項支援等について、ピアサポートが積極的に活用されるよう努めるものとする。

なお、ピアサポートの活用に当たっては、ピアサポート従事者に対して、活動内容、報酬、活動時間等の条件を明確にし、契約書等を取り交わすとともに、地域体制整備コーディネーターが助言・指導を行い、支援関係者と連携を図り実施するものとする。

カ 精神科地域共生型拠点病院について

都道府県等は、地域移行を推進するため、管内の精神科病院で、以下に掲げる基準をすべて満たしている精神科病院を精神科地域共生型拠点病院として公表することができる。

- (ア) 地域移行を推進する専門部署又は担当者が配置され、地域の障害福祉サービス事業者等と十分に連携を図るなど、地域移行支援について積極的な取組みを実施していること
- (イ) 精神科救急医療体制整備事業に参画していること。
- (ウ) 本事業に協力している実績があること。
- (エ) 平均在院日数、長期入院患者等、在宅復帰率等を含め、病院の機能や診療実績に関する情報をホームページ等で具体的に公開していること。
- (オ) 公開講座の開催等、地域住民に対する普及啓発を実施していること。
- (カ) 自院の退院及び通院患者以外の者に対する訪問看護の実績があること。（併設の診療所、訪問看護ステーションとの連携により行う者を含む。）
- (キ) デイケアの利用者に対して、必要に応じ障害福祉サービス事業者等と連携した支援を行う体制世があること。

キ その他の事業

円滑な地域移行を行うために一時的な入居先を確保すること等、地域移行支援のために特に必要と認められる事業。なお、事業の実施に当たっては、個別に当部精神・障害福祉課に協議すること。また、都道府県等の実情に応じ、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第88条及び第89条に規定する障害福祉計画の総合的な推進のために必要な場合には、本事業の一環として、精神障害者以外の障害者であって入所中の者の地域移行のための事業を行うことができる。

(2) 地域定着支援事業

ア 精神障害者の参加による地域住民との交流事業の実施

都道府県等は、精神障害に関する周囲の正しい理解や行動を促し、精神障害に関する更なる普及啓発を図るため、地域において精神障害者と住民等が直接交流する機会の充実を図るものとする。

なお、交流事業については、協議会等と連携して企画、実施するものとする。

イ その他の事業

精神保健福祉センター、保健所、訪問看護ステーション等と連携して、地域定着支援体制を整備するための協議会の運営等、地域定着支援のため特に必要と認められる事業。なお、事業の実施に当たっては、個別に当部精神・保健障害課に協議すること。

5 留意事項

(1) 関係機関への周知

都道府県等は、圏域内の市町村、精神科病院及び福祉サービス事業者等の関係機関に対して本事業を広く周知するとともに、対象者の決定、協力施設の拡充及び支援体制の充実等事業の円滑な実施を図ること。

(2) 関係機関との連携

都道府県等は、対象者の円滑な地域移行を図る観点から、保健所、精神保健福祉センター、相談支援事業者、その他福祉サービス提供者、保健医療サービス事業者等と連携を図ること。また、地域体制整備コーディネーターは、4(1)イで示す事業のほか、医療観察法に基づく指定入院医療機関に入院中の対象者について、社会復帰調整官が行う退院に向けた生活環境の調整に必要な協力を行うこと。

(3) 精神保健福祉センター及び保健所の役割

精神保健福祉センター及び保健所は、地域移行支援を実施する地域体制整備コーディネーター及び地域移行推進員に対して、地域の社会資源等の地域移行に必要となる情報や医療機関との連携に必要なノウハウ等を提供するとともに、医療機関への働きかけを行う際などにおいて必要な協力を行うこと。

また、地域定着支援の実施にあたっても積極的な協力を行うこと。

6 報告

地域体制整備コーディネーターは、その活動について、別紙様式1により日報に記録し、さらに別紙様式2にて月単位で都道府県等にほうこくすることとする。また、都道府県等は、地域体制整備コーディネーターからの報告内容に基づき活動状況を把握するとともに、集計のうえ、翌年度4月末までに、当部精神・障害保健課あてに報告すること。

7 国の助成

国は、都道府県等がこの実施要綱に基づき実施する経費については、厚生労働大臣が別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）交付金要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。

巻末資料 5-5

※筆者注・平成19年度改正版

大阪府精神障害者退院促進支援事業実施要綱

(目的)

第1条

精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者に対し、地域の精神障害者社会復帰施設等を利用する機会を提供し、退院のための支援および退院後の自立生活のための支援を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的とする。

(定義)

第2条

(1) 対象者

「対象者」は、原則として、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者をいう。

(2) 社会的入院解消

この要綱で「社会的入院解消」とは、大阪府障害福祉計画に掲げる「精神障害者の社会的入院の解消」（「病状は落ち着いているが精神科病院に入院を継続している者の退院促進」をいう。）

(3) 協力施設等

「協力施設等」は、精神障害者に対する理解が深く、退院を目指す精神障害者を受け入れ、退院のための支援を行うことを通じてその社会的自立を促進することに協力する精神障害者社会復帰施設、障害福祉サービスを提供する事業所、地域活動支援センター、福祉ホーム及び福祉作業所をいう。

(4) 自立支援員

「自立支援員」は、対象者の「協力施設等」への通所・体験を支援する精神障害者の福祉に理解と熱意を有する者であって、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者をいう。

(5) 障害者ケアマネジメント従事者

この事業における「障害者ケアマネジメント従事者」とは、「障害者ケアマネジメント従事者養成研修」「相談支援従事者初任者研修」等を終了した者であって、第3条の規定により実施する希望する精神保健福祉士を配置して精神障害者への指定相談支援を併せて行う地域活動支援センター（以下、「精神障害者に係る地域活動支援センター」という。）において、「対象者」の退院後の地域生活に向けた障害者ケアマネジメントを行う者をいう。

(事業の委託)

第3条

大阪府は、事業の一部を、希望する精神障害者に係る地域活動支援センターの運営主体等に委託して実施するものとする。

(自立支援員の委嘱)

第4条

知事は、対象者の退院支援を行うため、「自立支援員」の委嘱を行う。

(運営委員会の設置等)

第5条

本事業を効果的に実施し、精神障害者の社会的入院解消を推進するため、「大阪府精神障害者退院促進支援事業実施運営委員会」(以下「運営委員会」という)を設置する。

(1) 組織

「運営委員会」の委員は、別表に掲げる組織・機関の代表者で構成する。

(2) 協議事項

「運営委員会」の委員は、次の事項を協議する。

- ①社会的入院解消のための課題と解決策に関すること
- ②社会的入院解消の進捗状況の把握
- ③対象者の把握と事業実施の年次計画策定
- ④第5条(4)に規定する「自立支援促進会議」、第6条に規定する「退院促進支援協議会」からの報告の受領および、「自立支援促進会議」「退院促進支援協議会」への本事業に係る方針の提示・助言
- ⑤実績報告を受けての事業効果の評価と「大阪府精神障害者退院促進支援事業実績報告書」(様式第1号)の作成
- ⑥事業促進のために必要な研修に関すること
- ⑦その他、事業推進のために必要な事項

(3) 運営

「運営委員会」の事務局は、大阪府健康福祉部障害保健福祉室地域生活支援課におき、会の長は、地域支援課長があたる。運営委員会は、年2回以上開催する。

(4) 保健所「自立支援促進会議」への委任

「運営委員会」は、第5条(2)に掲げる協議事項を、障害保健福祉圏域ごとの保健所に設置する「自立支援促進会議」に委任する(高槻市・東大阪市を除く)。

「自立支援促進会議」とは、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」(平成17年7月14日改正、障発第0714004号 厚生労働省社会・援護局障害保健節部長通知)第1部第2の3(4)に規定される「地域精神保健福祉連絡協議会」等をいう。

「自立支援促進会議」は、毎年度末に運営委員会に「障害保健福祉圏域事業実績報告書」（様式第2号）を提出する。

（自立支援促進会議の役割および退院促進支援協議会の設置）

第6条

府保健所域にあつては、「自立支援促進会議」は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑に支援をより迅速に実施していくため、第6条（1）に規定する業務を行うものとする。「自立支援促進会議」は、原則として月1回以上開催するものとし、必要に応じて当該対象者の参画を求めるものとする。

高槻市・東大阪市にあつては、本事業の委託を受けた精神障害者に係る地域活動支援センター等の運営主体等は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑に支援をより迅速に実施していくため、障害保健福祉圏域ごとに「退院促進支援協議会」（以下「協議会」という。）を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。「協議会」は、精神障害者に係る地域活動支援センター等職員、自立支援員、保健所精神保健福祉業務担当者、対象者を直接退院支援する関係機関職員（精神科病院職員、協力施設職員、市町村精神保健福祉業務主管課職員・生活保護主管課職員等）で構成し、原則として月1回以上開催するものとし、必要に応じて当該対象者の参画を求めるものとする。この場合、「協議会」は、保健所に設置する「地域精神保健福祉連絡協議会」と連携を図りつつ、本事業を実施するものとし、対象者の決定については、「地域精神保健福祉連絡協議会」に諮るものとする。

（1）自立支援促進会議および協議会の業務

「自立支援促進会議」および「協議会」の業務は以下のとおりとする。

- ①対象者の決定（「協議会」にあつては「地域精神保健福祉連絡協議会」と合議事項とする）
- ②対象者の自立支援計画（ケア計画）の策定
- ③「自立支援員」への助言
- ④事業の進捗状況の把握、事業効果の評価ならびに自立支援計画（ケア計画）の見直し
- ⑤退院支援終了時には事業の効果分析、支援を中止した場合に合つてはその要因分析
- ⑥退院支援終了時および年度末における「障害保健福祉圏域事業実績報告書」（様式第2号）（府保健所域）、「退院促進支援協議会支援実績報告書」（様式第3号）（高槻市・東大阪市域）の作成
- ⑦手続きに係る書類の管理
- ⑧その他、本事業の実施にあたって必要な事項

（障害者ケアマネジメント従事者の配置）

第7条

第3条「事業の委託」の規定により実施する精神障害者に係る地域活動支援センターは「障害者ケアマネジメント従事者」を配置する。

「障害者ケアマネジメント従事者」は、「自立支援促進会議」および「協議会」と連携を図りつつ、「対象者」の退院後の地域生活に向けた障害者ケアマネジメントを行う。

「障害者ケアマネジメント従事者」は、障害者ケアマネジメントの状況を「自立支援促進会議」または「協議会」に報告するとともに、毎年度末に「運営委員会」に実績報告するものとする。

(手続き等)

第8条

(1) 利用の手続き等

- ①精神科病院の管理者は、当該病院に入院し、病状が安定しており受け入れ条件が整えば退院可能であるもののうち、本事業による支援が適切と考えられるものに対し、事業の利用を勧めるものとする。
- ②精神科病院の管理者は、「対象者」の承諾を得て、「精神障害者退院促進支援事業推薦書」(様式第4号)を、府保健所域にあつては保健所長(「自立支援促進会議」)に、高槻市・東大阪市にあつては、「協議会」に提出する。
- ③「協議会」は、事業実施の適否について、「地域精神保健福祉連絡協議会」に協議する。
- ④「自立支援促進会議」および「協議会」は、協議の結果を精神科病院の管理者および対象者に通知する。
- ⑤「自立支援促進会議」または「協議会」と「自立支援員」は、対象者に事業について説明し、「事業利用申込書」(様式第5号)を受け取る。

(2) 協力施設への依頼等

- ①「自立支援促進会議」および「協議会」は、対象者の希望を勘案しながら支援計画を策定し、「協力施設」に対象者の受け入れを、「協力依頼書」(様式第6号)により、依頼する。
- ②「自立支援促進会議」および「協議会」は、定期的に支援計画を見直し、協力施設の変更の必要が生じた際には、新たな「協力施設」に「協力依頼書」により、依頼する。
- ③なお、「協力施設」を定めるまでの期間の見学などによる利用については、この限りではない。

(退院支援の実施)

第9条

(1) 自立支援員の業務

「自立支援員」は、活動拠点を指定相談支援事業所等におき、以下の業務を行う。

- ①対象者への支援内容の説明および対象者との信頼関係の構築
 - ②病院から「協力施設」等への通所支援・体験支援
 - ③対象者の支援中の状況把握および対象者の了解を得て必要な情報の伝達
 - ④その他退院準備のために必要な支援
 - ⑤「自立支援促進会議」または「協議会」への支援経過の報告
 - ⑥「支援経過報告書」（様式第7号）の作成
- (2) 障害者ケアマネジメント従事者の業務

「障害者ケアマネジメント従事者」は、精神障害者に係る地域活動支援センターにおいて、以下の業務を行う。

- ①対象者との信頼関係の構築
- ②退院後の地域生活に向けた障害者ケアマネジメント
- ③「自立支援促進会議」または「協議会」への支援経過の報告
- ④その他、退院後の地域生活に向けた障害者ケアマネジメントを実施するために必要な業務
- ⑤「ケアマネジメント従事者活動報告書」（様式第8号）「ケアマネジメント従事者個別支援経過報告書」（様式第8号—1）の作成

(3) 支援の期間

「自立支援員」による退院支援の期間は、原則として6か月以内退院までとし、必要に応じて更新することができる。ただし、対象者の病状悪化の場合にあつては主治医が、その他の場合にあつては「自立支援促進会議」または「協議会」が、本事業の継続が困難になったと判断したときには、退院支援を中止し、この旨を当該対象者の入院先精神科病院管理者および当該対象者へ通知するものとする。なお、中止は再開を妨げるものではない。

また、地域生活の移行にあたって引き続き自立支援員による支援が必要と「自立支援促進会議」または「協議会」が認める場合には、退院後2か月に限り、支援を継続することができる。

「障害者ケアマネジメント従事者」による支援期間は「対象者」が地域生活に定着するまでとし、特に期間は定めない。

(その他)

第10条

「自立支援員」・「障害者ケアマネジメント従事者」・「協議会」・「自立支援促進会議」・「運営委員会」の構成は、事業の中で知りえた対象者の秘密を漏らしてはならない。

精神障害者に係る地域活動支援センター等は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理

を明確に区分することとする。

「自立支援員」は、支援にあたって、定期的に主治医に状況を報告し、指示があった場合にはそれに従うものとする。

附則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成18年8月1日から施行する。

附則

1. (施行期日)

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

2. 経過措置

この要綱の施行の際、改正前の旧要綱の規定に基づく精神障害者地域生活支援センターは、平成19年3月31日までの間改正後の新要綱の規定に基づく精神障害者地域活動支援センターとみなす。

附則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

巻末資料 6-1

障発第0801002号

平成18年8月1日

都道府県知事

各指定都市市長 殿

中核市市長

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長

地域生活支援事業の実施について

障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第77条及び第78条に基づき、市町村及び都道府県が実施する地域生活支援事業について、今般、別紙1のとおり「地域生活支援事業実施要綱」を定め、平成18年10月1日から適用することとしたので通知する。

については、本事業を実施するとともに、管内市町村に対して周知徹底を図るなど本事業の円滑な実施について協力を賜りたい。

なお、本通知の施行に伴い、別紙2に記載する通知を廃止する。

別紙1

地域生活支援事業実施要綱

1 目的

障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）がその有する能力及び適正に応じ、自立した日常生活又は社会生活が営むことができるよう地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を効率的・効果的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

2 実施主体

（1）市町村地域生活支援事業

市町村（指定都市、中核市、特別区を含む。）を実施主体とし、複数の市町村が連携し広域的に実施することもできるものとする。

ただし、事業の全部又は一部を団体等に委託して実施することができるものとする。

また、都道府県が地域の実情を勘案して、市町村に代わって市町村地域生活支援事業の一部を実施することができるものとする。

（2）都道府県地域生活支援事業

都道府県を実施主体とする。

ただし、発達障害者支援センター運営事業は指定都市を含む。

なお、指定都市又は中核市で都道府県地域生活支援事業を実施した方が適切に事業実施できるものについては、指定都市又は中核市に事業の全部又は一部を委託することができるものとする。

また、事業の全部又は一部を団体等に委託して実施することができるものとする。

3 事業内容

(1) 市町村地域生活支援事業

障害者等、障害児の保護者等からの相談に応ずるとともに、必要な情報の提供等を行う事業、手話通訳者の派遣等を行う事業、日常生活用具の給付又は貸与、障害者等の移動を支援する事業及び障害者等を通わせ創作的活動等の機会の提供を行う事業を必須事業とし、その他市町村の判断により、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業及び社会福祉法人、公益法人、特定非営利活動法人等の団体（以下「社会福祉法人等」という。）が行う同事業に対し補助する事業を行うことができる。

ア 相談支援事業	(別記1)
イ コミュニケーション支援事業	(別記2)
ウ 日常生活用具給付等事業	(別記3)
エ 移動支援事業	(別記4)
オ 地域活動支援センター機能強化事業	(別記5)
カ その他の事業	(別記6)

(2) 都道府県地域生活支援事業

専門性の高い相談支援事業及び広域的な対応が必要な事業を必須事業とし、サービス提供者等のための養成研修事業やその他都道府県の判断により、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業及び社会福祉法人等が行う同事業に対し補助する事業を行うことができる。

ア 専門性の高い相談支援事業	(別記7)
イ 広域的な支援事業	(別記8)
ウ サービス・相談支援者、指導者育成事業	(別記9)
エ その他の事業	(別記10)

4 利用者負担

実施主体の判断によるものとする。

5 国の補助

国は、本事業に要する経費について、別に定める交付基準に従い、予算の範囲内で補助するものとする。

6 留意事項

(1) 市町村及び都道府県は、地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項を、

それぞれの市町村障害福祉計画、都道府県障害福祉計画に位置付けること。

- (2) 障害者等に対し、点字を用いること及び代読、音声訳、要約を行うなど障害種別に配慮しながら、本事業の内容を十分に周知し、円滑な実施に努めること。
- (3) 本事業に携わる者は、障害者等の人格を尊重し、その身上等に関する秘密を守り、信条等によって差別的取り扱いをしてはならないこと。
- (4) 地域生活支援事業のうち交付税措置により行われる事業については、補助対象とならない。

巻末資料6-2

(別記1)

相談支援事業

1 目的

障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者などからの相談に応じ、必要な情報の提供等の便宜を供与することや、権利擁護のために必要な援助を行うことにより、障害者等が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にすることを目的とする。

(注) 交付税を財源として実施される「障害者相談支援事業」に加えて、国庫補助の対象となる事業について、以下のとおり示したものである。

なお、相談支援事業のうち、一般的な相談支援を行う「障害者相談支援事業」については、別添1のとおりである。

2 事業内容

(1) 市町村相談支援機能強化事業

ア 目的

市町村における相談支援事業が適正かつ円滑に実施されるよう、一般的な相談支援事業に加え、特に必要と認められる能力を有する専門的職員を市町村等に配置することにより、相談支援機能の強化を図ることを目的とする。

イ 事業内容

- (ア) 専門的な相談支援等を要する困難ケース等への対応
- (イ) 地域自立支援協議会(注1)を構成する相談支援事業者等に対する専門的な指導。助言等

ウ 専門的職員

社会福祉士、保健師、精神保健福祉士等、市町村の相談支援機能を強化するために必要と認められる者

エ 留意事項

(ア) 地域自立支援協議会を設置する市町村又は圏域等を単位として実施すること。

(イ) 地域自立支援協議会において、市町村内の相談支援体制の整備状況やニーズ等を勘案し、本事業によって配置する専門的職員について協議し、事業実施計画を作成すること。

(ウ) 都道府県自立支援協議会（注２）に、事業実施計画に係る助言を求めるほか、概ね２年ごとに事業の見直しに向けた評価・助言を求めるなど、事業の適切な実施に努めること。

（注１）地域自立支援協議会

市町村が、相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的な役割を果たす協議の場として設置するもの。（財源は交付税により措置）

（注２）都道府県自立支援協議会

都道府県全体でのシステムづくりに関する主導的役割を担う協議の場として設置するもの。（財源は交付税により措置）

（２）住宅入居等支援事業（居住サポート事業）

ア 目的

賃貸契約による一般住宅（公営住宅及び民間の賃貸住宅）への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により入居が困難な障害者等に対し、入居に必要な調整等に係る支援を行うとともに、家主等への相談・助言を通じて障害者等の地域生活を支援する。

イ 事業内容

賃貸契約による一般住宅への入居に当たって支援が必要な障害者等について、主に次の支援を行う。

（ア）入居支援

不動産業者に対する物件斡旋依頼、及び家主等との入居契約手続き支援を行う。また、地域において公的保証人制度がある場合には、必要に応じてその利用支援を行う。

（イ）２４時間支援

夜間を含め、緊急に対応が必要となる場合における相談支援、関係機関との連絡・調整等必要な支援を行う。

（ウ）居住支援のための関係機関によるサポート体制の調整

利用者の生活上の課題に応じ、関係機関から必要な支援を受けることができるよう調整を行う。

ウ 対象者

知的障害者又は精神障害者であって、賃貸契約による一般住宅への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により入居が困難な者。

ただし、現にグループホーム等に入居している者を除く。

(3) 成年後見制度利用支援事業

ア 目的

障害福祉サービスの利用等の観点から、成年後見制度の利用が有効と認められる知的障害者又は精神障害者に対し、成年後見制度の利用を支援することにより、これらの障害者の権利擁護を図ることを目的とする。

イ 事業内容

成年後見制度の申立てに要する経費（登記手数料、鑑定費用等）及び後見人等の報酬の全部又は一部を助成する。

ウ 対象者

(ア) 障害福祉サービスを利用し又は利用しようとする身寄りのない重度の知的障害者又は精神障害者

(イ) 市町村が、知的障害者福祉法第28条又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）第51条の11の2に基づき、民法第7条（後見開始の審判）、第11条（保佐開始の審判）、第15条第1項（補助開始の審判）等に規定する審判の請求を行うことが必要と認められる者

巻末資料6-3

※筆者注・平成23年度改正版

【別添1】

障害者相談支援事業

1 概要

市町村は、障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の障害福祉サービスの利用支援等、必要な支援を行うとともに、虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整その他の障害者等の権利擁護のために必要な援助（相談支援事業）を行う。

また、こうした相談支援事業を効果的に実施するためには、地域において障害者等を支えるネットワークの構築が不可欠であることから、市町村は相談支援事業を実施するに当たっては、地域自立支援協議会を設置し、中立・公平な相談支援事業の実施のほか、地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善等を推進する。

2 実施主体

市町村（必要に応じ複数市町村による共同実施、運営については常勤の相談支援専門員が配置されている指定相談支援事業者への委託可）

（注1） 指定相談支援事業者に委託する場合には、事業運営の中立性・公平性を確保する観点から、地域自立支援協議会において、委託事業者の事業計画等について、事業評価を行う等の措置を講じることが適当である。

3 事業の具体的内容

- （1） 福祉サービスの利用援助（情報提供、相談等）
- （2） 社会資源を活用するための支援（各種支援施策に関する助言・指導等）
- （3） 社会生活力を高めるための支援
- （4） ピアカウンセリング
- （5） 権利の擁護のために必要な援助
- （6） 専門機関の紹介
- （7） 地域自立支援協議会の運営 等

（注2） 市町村は、障害者相談支援事業を委託した指定相談支援事業者に対し、障害程度区分に係る認定調査の委託が可能。

4 相談支援体制の例

相談支援体制については、地域自立支援協議会を中核としつつ、地域の実情に応じ、適切な形で整備を進めることが適当である。

なお、想定される例としては、下記のとおり。

- （1） 障害種別に対応する総合的拠点を設置する。
- （2） 障害種別に応じて複数の拠点を設置し、相互に連携する。
- （3） 介護保険法に基づく地域包括支援センターと一体的に総合的な相談窓口を設置する。

5 権利の擁護のために必要な援助の例

障害者等に対する介護者等からの虐待を発見した場合は、迅速に保護のための措置を行うよう努めること。また、成年後見制度の利用が必要と認められる場合は、関係機関と連携の上、成年後見制度を利用することができるよう必要な支援を行うこと。

なお、2親等以内の親族の存在が明らかであっても、当該親族による支援が見込まれない場合は、市町村長が、知的障害者福祉法第28条又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第51条の11の2に基づき、民法第7条（後見開始の審判）、第11条（保佐開始の審判）、第15条第1項（補助開始の審判）等に規定する審判の請求を行うことができるので、成年後見制度を利用できないことがないように、その活用に努めること。

6 地域自立支援協議会

相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的な役割を果たす定期的な協議の場として、市町村が設置する。

（構成メンバー）

地域の実情に応じ選定されるべきものであるが、想定される例としては以下のとおり。

- ・相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、保健・医療関係者、教育・雇用関係機関、企業、障害者関係団体、当事者、学識経験者等

（主な機能）

- ・中立・公平性を確保する観点から、委託相談支援事業者の運営評価等を実施。
- ・困難事例への対応のあり方に関する協議、調整（当該事例の支援関係者等による個別ケア会議を必要に応じて随時開催）
- ・地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議
- ・地域の社会資源の開発、改善
- ・市町村相談支援機能強化事業及び都道府県相談支援体制整備事業の活用に関する協議
- ・権利擁護等の分野別のサブ協議会等の設置、運営等

巻末資料6-4

【別添2】

基幹相談支援センター

1 目的

基幹相談支援センターは、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、障害者相談支援事業及び成年後見制度利用支援事業並びに身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第9条第5項第2号及び第3号、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第9条第5項第2号及び第3号並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第49条第1項に基づく相談等の業務を総合的に行うことを目的とする施設である。

2 設置主体

(1) 市町村

(2) 市町村から基幹相談支援センターが行う事業及び業務の実施の委託を受けた一般相談支援事業を行う者又は特定相談支援事業を行う者

※(2)の市町村以外の者が設置する場合には、市町村に対して届出が必要となることに留意。

3 設置方法

基幹相談支援センターは、単独市町村又は複数市町村による設置、市町村直営又は委託による設置等、地域の実情（人口規模、地域における相談支援の体制、人材確保の状況等）に応じて最も効果的な方法により設置することができる。

4 業務内容

基幹相談支援センターは、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、障害者相談支援事業及び成年後見制度利用支援事業並びに身体障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号、知的障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第49条第1項に基づく相談等の業務を総合的に行う。

具体的には、地域の実情に応じて以下の業務等を行うものとする。

(1) 総合的・専門的な相談支援の実施

- ・ 障害の種別や各種のニーズに対応できる総合的な相談支援や専門的な相談支援の実施

(2) 地域の相談支援体制の強化の取組

- ・ 地域の相談支援事業者に対する訪問等による専門的な指導、助言
- ・ 地域の相談支援事業者の人材育成の支援（研修会の企画・運営、日常的な事例検討会の開催、サービス等利用計画の点検・評価等）
- ・ 地域の相談機関（相談支援事業者、身体障害者相談員、知的障害者相談員、民生委員、高齢者、児童、保健・医療、教育・就労等に関する各種の相談機関等）との連携強化の取組（連携会議の開催等）

(3) 地域移行・地域定着の促進の取組

- ・ 障害者支援施設や精神科病院等への地域移行に向けた普及啓発
- ・ 地域生活を支えるための体制整備に係るコーディネート

※基幹相談支援センターは、地域の実情に応じて市町村が設置する協議会の運営の委託を受ける等により、地域の障害者等の支援体制の強化を図る。

(4) 権利擁護・虐待の防止

- ・ 成年後見制度利用支援事業の実施

- ・ 障害者等に対する虐待を防止するための取組

5 人員体制

基幹相談支援センターは、地域の実情に応じて、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として必要となる人員（相談支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師等）を配置する。

6 秘密保持

基幹相談支援センターを設置する者若しくはその職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

7 その他

- (1) 市町村は、基幹相談支援センターの設置又は運営の責任主体として、基幹相談支援センターの運営について適切に関与しなければならない。
- (2) 市町村は、基幹相談支援センターを設置又は委託するに当たっては、協議会等において、設置方法や実施する事業内容の事業の実績の検証等を行うこと。
- (3) 基幹相談支援センターは、総合的な相談等の業務を行う上で支障がないよう、各業務を行う場所は一体であることが望ましい。

巻末資料6-5

(別記5)

地域活動支援センター機能強化事業

1 目的

障害者等を通わせ、地域の実情に応じ、創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進等の便宜を供与する地域活動支援センターの機能を充実強化し、もって障害者等の地域生活支援の促進を図ることを目的とする。

2 事業内容

基礎的事業（注1）に加え、本事業を実施する。なお、本事業の例として下記のような類型を設け事業を実施することが考えられる。

(1) 事業形態の例

ア 地域活動支援センターⅠ型

専門職員（精神保健福祉士等）を配置し、医療・福祉及び地域の社会基盤との連携強化のための調整、地域住民ボランティア育成、障害に対する理解促進を図るための普及啓発等の事業を実施する。なお、相談支援事業を併せて実施又は委託を受けていることを要件とする。

イ 地域活動支援センターⅡ型

地域において雇用・就労が困難な在宅障害者に対し、機能訓練、社会適応訓練、入浴等のサービスを実施する。

ウ 地域活動支援センターⅢ型

(ア) 地域の障害者のための援護対策として地域の障害者団体等が実施する通所による援護事業の実績を概ね5年以上有し、安定的な運営が図られている。

(イ) このほか、自立支援給付に基づく事業所に併設して実施することも可能である。

(注1) 基礎的事業とは、地域活動支援センターの基本事業として、利用者に対し創作的活動、生産活動の機会の提供等地域の実情に応じた支援を行うことをいう。（財源は交付税により措置）

(2) 職員配置

上記事業の職員配置の例としては、以下のとおり。

ア 地域活動支援センターⅠ型

基礎的事業（注2）による職員の他1名以上を配置し、うち2名以上を常勤とする。

イ 地域活動支援センターⅡ型

基礎的事業による職員の他1名以上を配置し、うち1名以上を常勤とする。

ウ 地域活動支援センターⅢ型

基礎的事業による職員のうち1名以上を常勤とする。

(注2) 基礎的事業における職員配置は、2名以上とし、うち1名は専任者とする。

(3) 利用者数等

ア 地域活動支援センターⅠ型

1日当たりの実利用人員が概ね20名以上。

イ 地域活動支援センターⅡ型

1日当たりの実利用人員が概ね15名以上。

ウ 地域活動支援センターⅢ型

1日当たりの実利用人員が概ね10名以上。

3 留意事項

- (1) 実施主体又は運営主体は、本事業の利用者との間に、本事業の利用に関する契約を締結すること。
- (2) 地域活動支援センターの事業を実施する者は、法人格を有していなければならないこと。

巻末資料6-6

制 定 平成18年10月1日

大阪市地域活動支援センター（生活支援型）運営事業実施要綱

（目的）

第1条 地域活動支援センター（生活支援型）運営事業は、専門職員（精神保健福祉士等）を配置し、創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流の促進をはじめ、相談支援事業や福祉及び地域の社会基盤との連携のための調整、地域住民ボランティアの育成、普及啓発等を行うことにより、障害者の社会復帰、社会参加、自立の促進を図ることを目的とする。

（実施方法）

第2条 この事業は、大阪市長が適切に事業運営ができると認める社会福祉法人等（以下「受託事業者」という。）に委託して実施する。

（実施場所）

第3条 この事業は、区保健福祉センター、医療機関、社会復帰施設等の保健・福祉・医療サービスの実施機関と機能的な連携した運営を確保でき、障害者の夜間・休日における支援、相談等に対応できる場所で実施しなければならない。

（対象者）

第4条 この事業の対象者は、大阪市内に住所を有し、地域で生活する障害者及びその家族とし、原則として通所により本事業の利用を希望する者とする。ただし、第5条第2号イに定める事業については、知的障害者及び精神障害者を対象とする。

（事業内容）

第5条 この事業の内容は次の各号に掲げるものとする。

- (1) 地域活動支援事業（基礎的事業）

創作的活動、生産活動、地域交流の機会の提供等地域の実情に応じた支援を行う。

(2) 相談支援事業

ア 障害者相談支援事業

専門相談員、指導員等による障害者又はその保護者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等を行うものとして、次の(ア)から(カ)に掲げる業務を実施する。

なお、次の業務を実施するにあたっては、各区の地域保健福祉課など関係機関と連携し、利用者の目的や意思等個々の状況に応じて適切に行うとともに、訪問相談、訪問支援等については、利用者ニーズに基づきこの事業に支障の無い範囲において実施するものとする。

(ア) 福祉サービスの利用援助に関する業務

(イ) 社会資源を活用するための支援に関する業務

(ウ) 社会生活力を高めるための支援に関する業務

(エ) ピアカウンセリング等に関する業務

(オ) 権利擁護のために必要な援助に関する業務

(カ) 専門機関の紹介に関する業務

イ 住宅入居等支援事業

賃貸契約による公営住宅又は民間住宅への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により、入居が困難な障害者（共同生活援助又は共同生活介護を利用する者を除く）に対し、入居に必要な調整等を行うものとして、次に掲げる業務を行う。

(ア) 不動産業者に対する物件斡旋以来、及び家主等との入居契約手続き支援。

(イ) 夜間を含め、緊急に対応が必要となる場合における相談支援、関係機関との連絡・調整等。

(ウ) 利用者の生活上の課題に応じ、関係機関との調整。

(3) 専門相談員による相談支援強化事業

専門職員（精神保健福祉士等）を配置し、専門的に知識を必要とする困難ケース等への対応や医療、福祉及び地域の社会基盤との連携強化のための調整、地域自由民ボランティアの育成、障害に対する理解を図るための普及啓発を行う。

(利用人員)

第6条 前条第1号に定める事業の1日あたりの実利人員は、概ね20名とする。

(利用登録)

第7条 この事業の利用を希望する利用者については、受託事業者の利用契約を締結しなければならない。ただし、電話やセンター窓口等における随時の相談対応や、利用が定着するまでの試行的・体験的な利用の場合については、この限りではない。

(利用者負担)

第8条 この事業の利用料は、原則無料とする。ただし、飲食費、光熱水費、送迎費等の実費については、自己負担とする。

(職員の配置、責務)

第9条 この事業を実施するにあたっては、施設長1名、相談員1名、指導員3名以上を配置し、うち2名は常勤職員でなければならない。また、配置職員のうち、1名は相談支援事業強化事業にあたるものとし、精神保健福祉士等の専門職員とする。

(構造及び設備)

第10条 この事業を実施するにあたって、受託事業者は次の各号に定める部屋及び設備を設けなければならない。ただし、事業を実施する社会復帰施設の運営に支障を生じない限りにおいて、社会復帰施設の設備との兼用ができるものとする。

- (1) 相談室兼静養室、談話室、食堂、地域交流活動室、訓練室等
- (2) 便所、洗面所
- (3) 事務室
- (4) 消火設備、その他非常災害に備えるために必要な設備
- (5) その他、本事業に必要な設備

2 建物は、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第9号の2に規定する耐火建築物又は同条第9号の3に規定する準耐火建築物とする。

(事業実施計画書の提出)

第11条 受託事業者は、毎年ごとに「地域活動支援センター（生活支援型）運営事業実施計画書」（様式第1号）を提出しなければならない。

なお、事業実施計画書を作成するにあたっては、あらかじめ関係機関等と連携し、休日・夜間の緊急の対応に備え、連絡方法並びに支援体制について定めなければならない。

(運営規程等の整備)

第12条 受託事業者は、利用者の守るべき規則等を明示した管理（運営）規程を定め、利用者に周知しなければならない。

2 受託事業者は、この事業に係る経理とセンターで他の事業に係る経理を明確に区分し、会計に関する帳簿及び利用者に関する記録を整備しておかなければならない。

3 受託事業者は、この事業を実施するうえでその他必要な規則等を定めるものとする。

(事業実施記録の整備)

第13条 受託事業者は、この事業の日報を作成し日々の利用状況を記録するとともに、利用者の相談記録、活動記録等を整備しなければならない。

(事業実施状況の報告)

第14条 受託事業者は、毎月の事業実施状況について、「地域活動支援センター（生活支援型）運営事業実施状況報告書」（様式第2号）により翌月の15日までに市長あて報告をしなければならない。

(精算報告書及び事業実績報告書の提出)

第15条 受託事業者は、市長に対し、各会計年度終了後45日以内に、この事業に係る委託料の執行状況について、「地域活動支援センター（生活支援型）運営事業実績報告書」（様式第3号）を、また、この事業の事業実績については「地域活動支援センター（生活支援型）運営事業社内研修実施報告書（様式第4号）」を、それぞれ必要書類を添付し提出しなければならない。

(書類の整備)

第16条 この事業の運営及び提供されるサービス内容に関する書類は、当該年度終了後5年間保存しなければならない。

(その他)

第17条 この要綱に定めのない事項については、別途、健康福祉局が定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。