

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開－地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために－

戦後間もない1949（昭和24）年，障害者の福祉を目的とした日本における最初の法体系である身体障害者福祉法が制定されてから，50年近くの年月が経った。

この間，障害者福祉の理念や思想は着実な進歩を遂げ，また，科学技術の進歩や障害者施策推進体制の充実等により，障害の状態に応じたきめ細かなサービスが提供されていくようになるとともに，各種施策の連携や統合化の必要性に応じ，障害者施策の体系や実施体制が，逐次見直されてきている。

保健，医療，福祉，あるいは，在宅，施設にわたるサービスがおおむね出そろってきているといえる現在，そして，それらのサービスの提供体制もおおむね整備されつつある現在，21世紀の地域社会をノーマライゼーションの体現された社会として構築していくためには，今こそ，各種サービスが地域の障害者一人ひとりに確実に届いていくための質と量の計画的整備が求められているのである。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開—地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために—

第1節 障害者施策をとりまく現状

1 障害者施策における概念と理念

(1)

「障害」の概念

世界保健機構（WHO）は、「国際障害分類」（1980（昭和55）年）において、「Impairment」（機能障害）、「Disability」（能力低下）、「Handicap」（社会的不利）という、三つのレベルの障害を示している。

まず、「機能障害」とは、人間の体の器官レベルでの変調として理解され、肢体不自由、内臓障害、知的障害、精神障害、といった状態を示している概念である。「能力低下」は、機能障害によって、例えば、食事、排泄、入浴などの日常生活動作や、コミュニケーション等に支障を来している状態を示している。そして、「社会的不利」とは、機能障害や能力低下の結果として、同時代の社会において一般の人々が享受している生活水準や社会経済活動への参加等が保障されていない状態を指すものといわれている。

また、これらの障害に対処するためのアプローチとしては、一般的に、機能障害や能力低下については、心身上の器官や機能の問題に対し、予防や治療、訓練により対処することが主眼とされ、主として医学的な対応を求められるのに対し、社会的不利に対しては、職業能力の訓練や職場の確保、住居や介護者の確保、移動や社会活動を可能とするような社会環境の改善が求められている。社会的存在としての人間が日々の活動をごく普通に行っていくことを可能とするためには、「社会的不利」の予防と解消に、障害のある人とともに、社会全体で取り組んでいくことが重要なのである。

(2)

リハビリテーションとノーマライゼーションの理念

障害者施策を推進するに当たって、「障害」の概念とともに理解しておかなければならないのは、リハビリテーションとノーマライゼーションという、2つの考え方である。

1982（昭和57）年の身体障害者福祉審議会（厚生大臣の諮問機関）答申によれば、リハビリテーションとは、「障害をもつ故に人間的生活条件から疎外されている人の全人間的復権を目指す技術、および社会的政策的対応の総合的体系である」とされている。リハビリテーションの理念とは、医学的技術等を

用いて身体の機能回復を行うというような狭い意味ではなく、人権の視点に立って障害者の可能な限りの自立と社会参加を促進するための方法として、理解されている。

一方、ノーマライゼーションとは、一般に、障害のあるなしにかかわらず、地域において、ごく普通の生活をしていけるような社会をつくっていくこととされている。これは、障害者の存在を特別のものと考えて社会的に隔離するのではなく、障害のある人もない人も地域でともに生活している状態こそが自然であるという前提のもとに、障害のある人もまた、家庭や地域において普通の生活を送ることを可能としていくための方策を講じていくことの重要性を訴えているのである。

障害者施策の目的とは、「リハビリテーション」の理念に基づき、地域において「ノーマライゼーション」の思想を実現していくことであると言い換えることができよう。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開—地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために—

第1節 障害者施策をとりまく現状

2 障害をめぐる現状

(1)

障害者の実態

我が国の障害者総数は、身体障害児（者）約295万人（1991（平成3）年推計）、精神薄弱児（者）約39万人（1990（平成2）年同）、精神障害者約157万人（1993（平成5）年同）の計約491万人程度と推計され、人口の4%弱を占めている。このうち、施設に入所している者が、それぞれ、14万5千人（施設・在宅計の4.9%）、10万1千人（同26.3%）、33万人（同21.0%）となっている（精神障害者については精神病院への入院患者）。

このうち、身体障害者について障害の発生時別をみると、18歳以降が7割を占め、特に40～64歳のいわゆる働き盛りの年齢層が最多数を占めているほか、年齢別には全体の6割以上が60歳以上となっている。さらに、障害となった原因では、脳血管疾患や骨関節疾患、心臓疾患が最上位となっており、慢性疾患への疾病構造の変化や高齢化の進展の影響等により、障害は誰もが直面し得る問題となっていることが、統計的にも明らかになっている。加えて、現代社会におけるストレスの増大などにより、心の問題をかかえる者もまた近年増加する傾向を示しており、障害をめぐる問題は、その裾野を広げているといえることができる。

(2)

重度、複数の障害を有する者の増加

障害の種類についてみると、身体障害者の障害種別では、肢体不自由の割合が最も大きく、全体の57%を占めている。増加率が最も顕著なのは内部障害（心臓や呼吸器等の内臓障害）であり、1987（昭和62）年から1991（平成3）年にかけて、57%の増加を示している。

在宅の精神薄弱児（者）については、最重度および重度の者が全体の43.5%、中度および軽度の者が51.3%となっている。このうち、約5万人の者（全体の17.7%）が身体障害者手帳の交付を受けていることから重複障害を有していると考えられる。

また、身体障害児（者）についても、1級の認定を受けている者の増加が目立つなど、障害の重度化の傾向が現れている。

精神障害者については、精神分裂病患者が入院患者の63%、通院患者の20%を占めている。また、年齢階級別では、40歳代後半から50歳代前半が最も多い。なお、精神病院に入院している者は、全国で約33万人である。

(3)

障害者施策に対するニーズ

1991(平成3)年に実施された「身体障害者実態調査」および「身体障害児実態調査」(いずれも厚生省)によれば、身体障害者が「現在、特に必要な福祉サービス」として、「年金などの所得保障の充実」(40.7%)、「医療費の軽減」(20.3%)、「社会福祉施設の充実」(18.9%)、「住宅の確保」(13.0%)、「環境整備、交通機関の充実」(12.1%)、「介助体制の充実」(11.6%)、「専門的な機能回復訓練の実施」(10.0%)、といった項目があげられている。また、障害の種類別では、「社会福祉施設の充実」等いずれの障害においても強く求められている事項がある一方、「医療費の軽減」については内部障害者において高いニーズを示していること、視覚障害者や肢体不自由者においては「介助体制の充実」を求める割合が大きいことなど、障害の種類に対応して、必要なサービスに特徴があることが示されている。また、身体障害児においては、身体障害者と比較して、「専門的な機能回復訓練の実施」(40.5%)、「働く場の確保」(25.2%)、「住宅の確保」(24.4%)、「職業訓練の実施」(21.4%)に関する要望が高くなっている(図1-1-1、図1-1-2参照)。

図1-1-1 身体障害者のニーズ

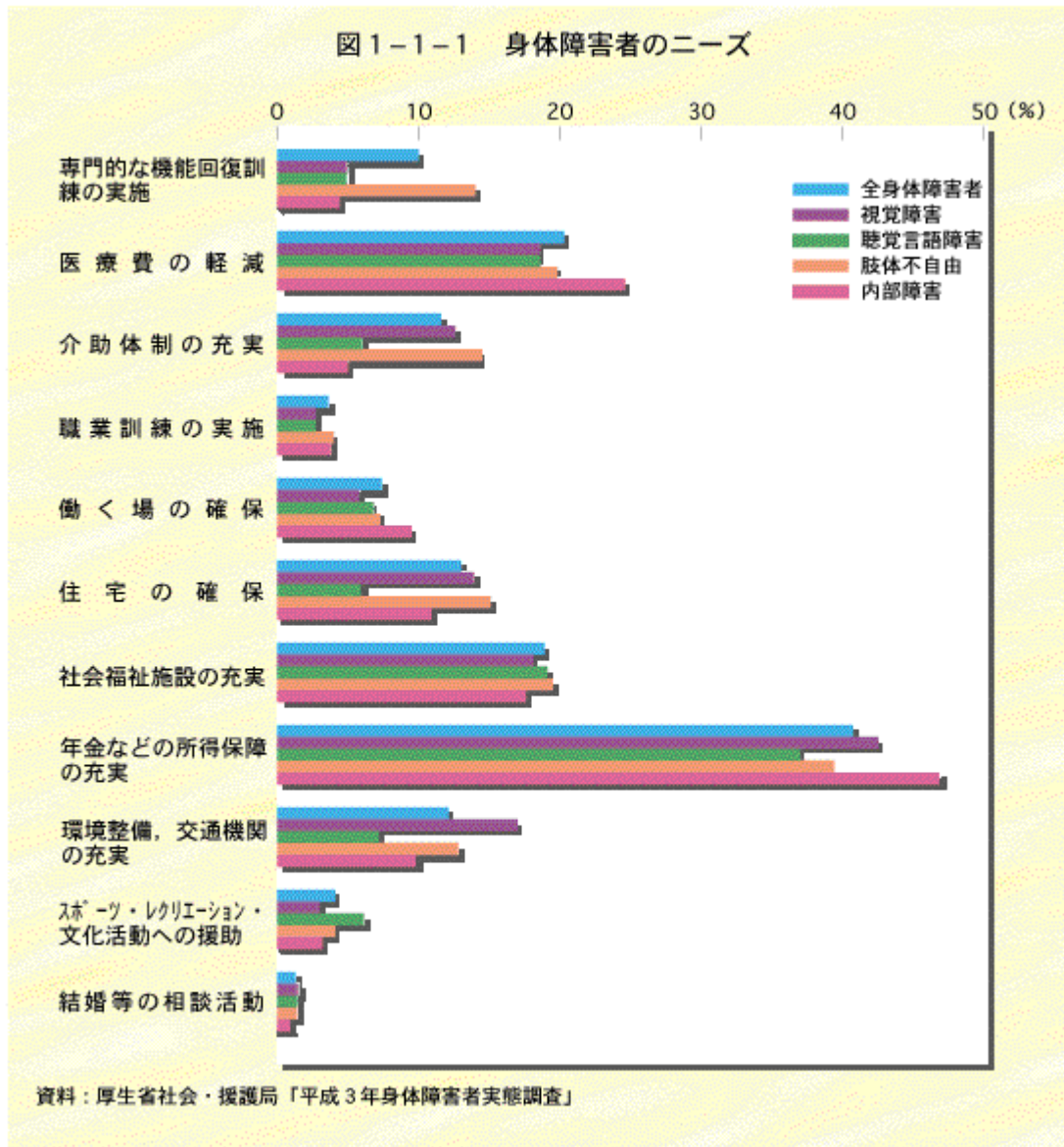
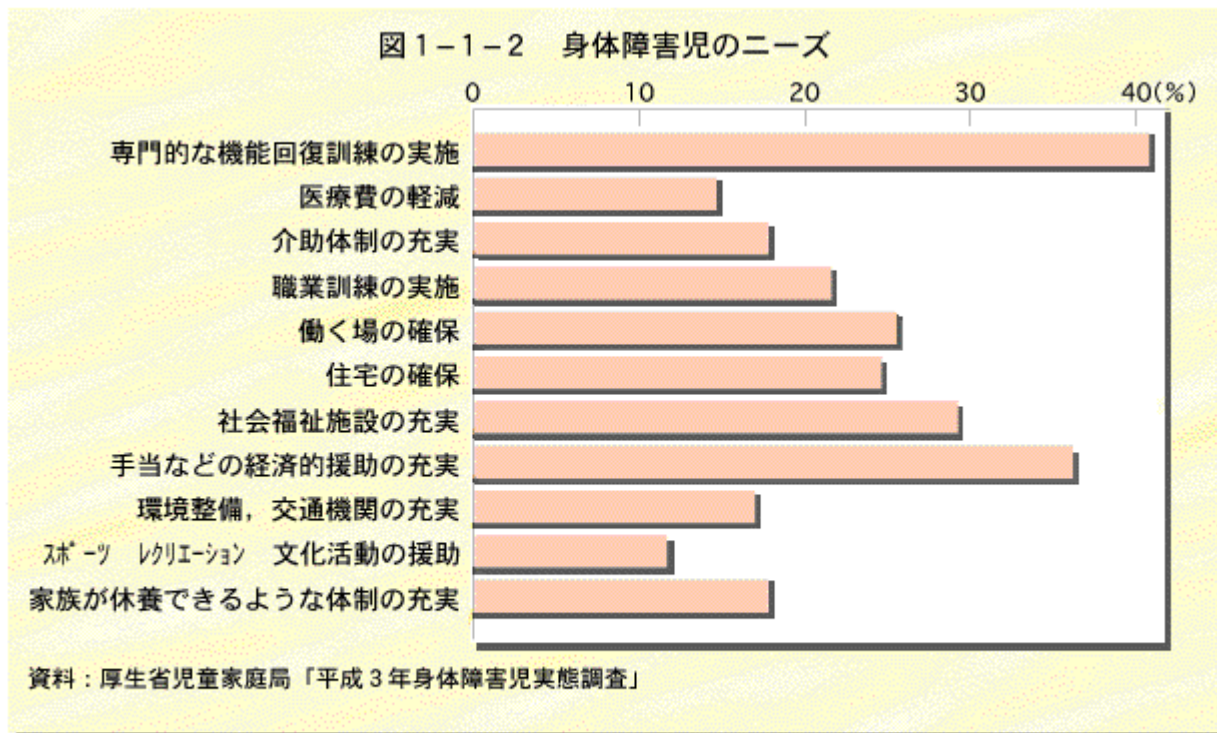


図1-1-2 身体障害児のニーズ



また、精神薄弱児（者）については、精神薄弱児（者）福祉対策基礎調査（1990（平成2）年厚生省）によれば、「障害者に対する回りの人の理解」（46.0%）や「必要なときに施設を利用できる制度」（42.7%）を求める声が多く、このほか、「老後の生活」（41.3%）、「働く場所」（30.3%）、「通所施設」（22.5%）、といった事項が、その要望の上位を占めている（図1-1-3、図1-1-4参照）。

図1-1-3 精神薄弱児（者）のニーズ(1)

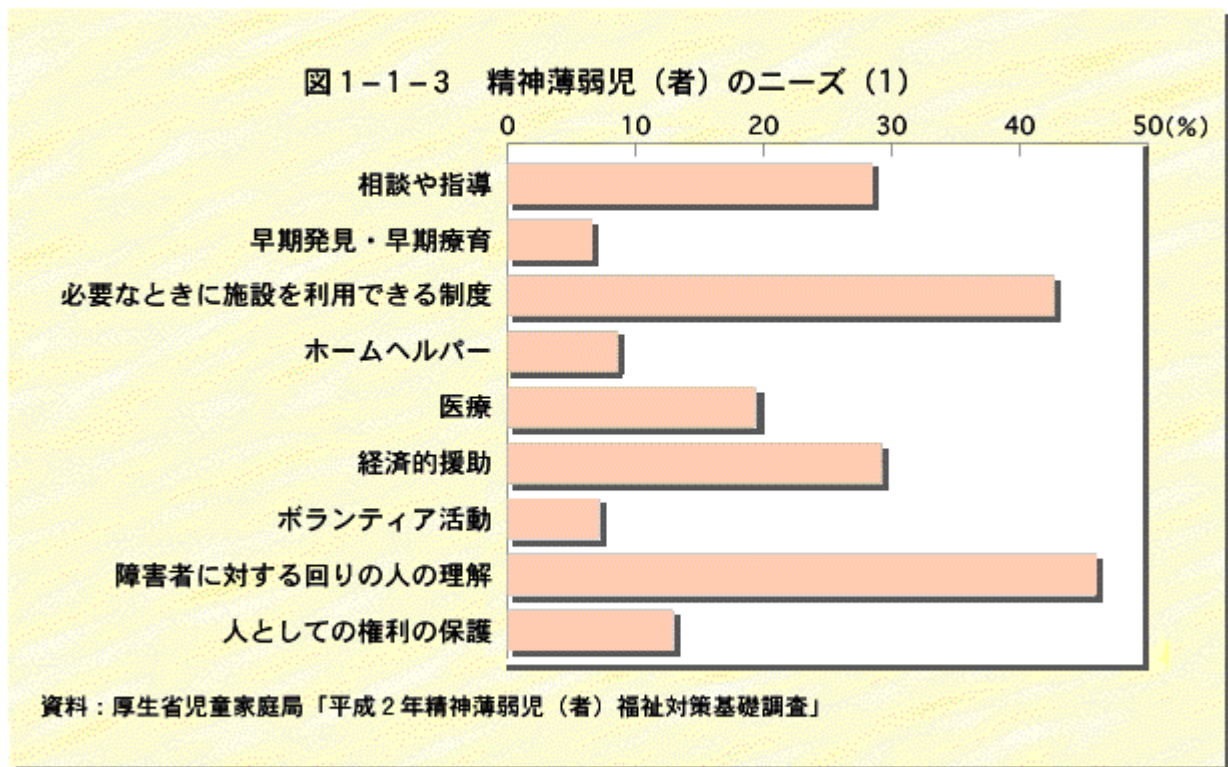
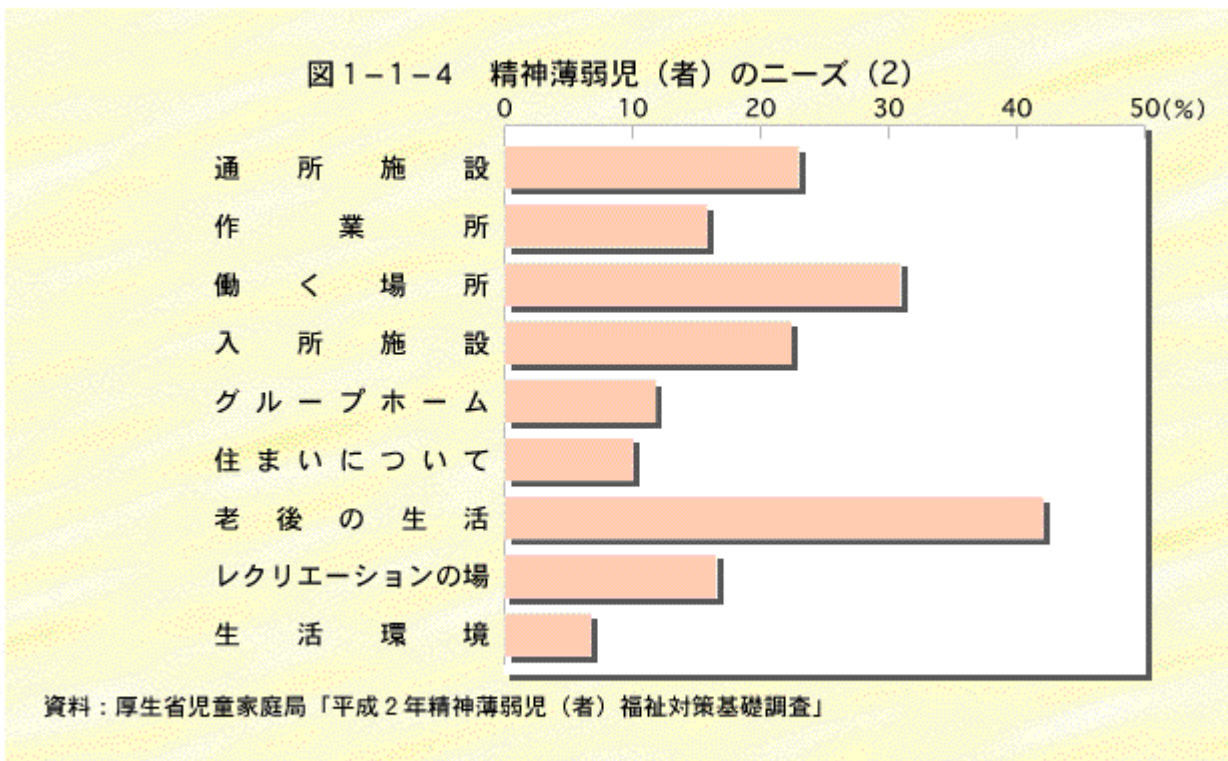
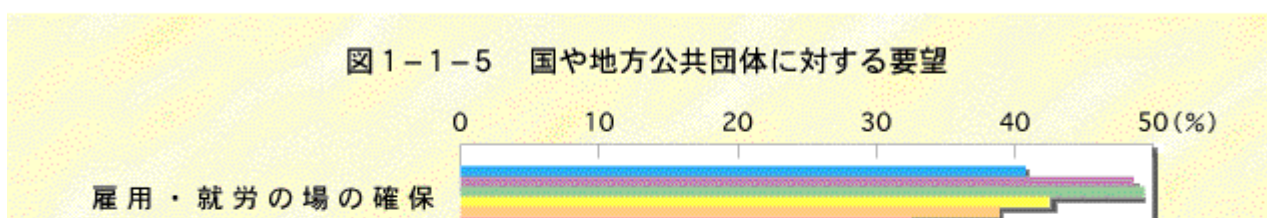


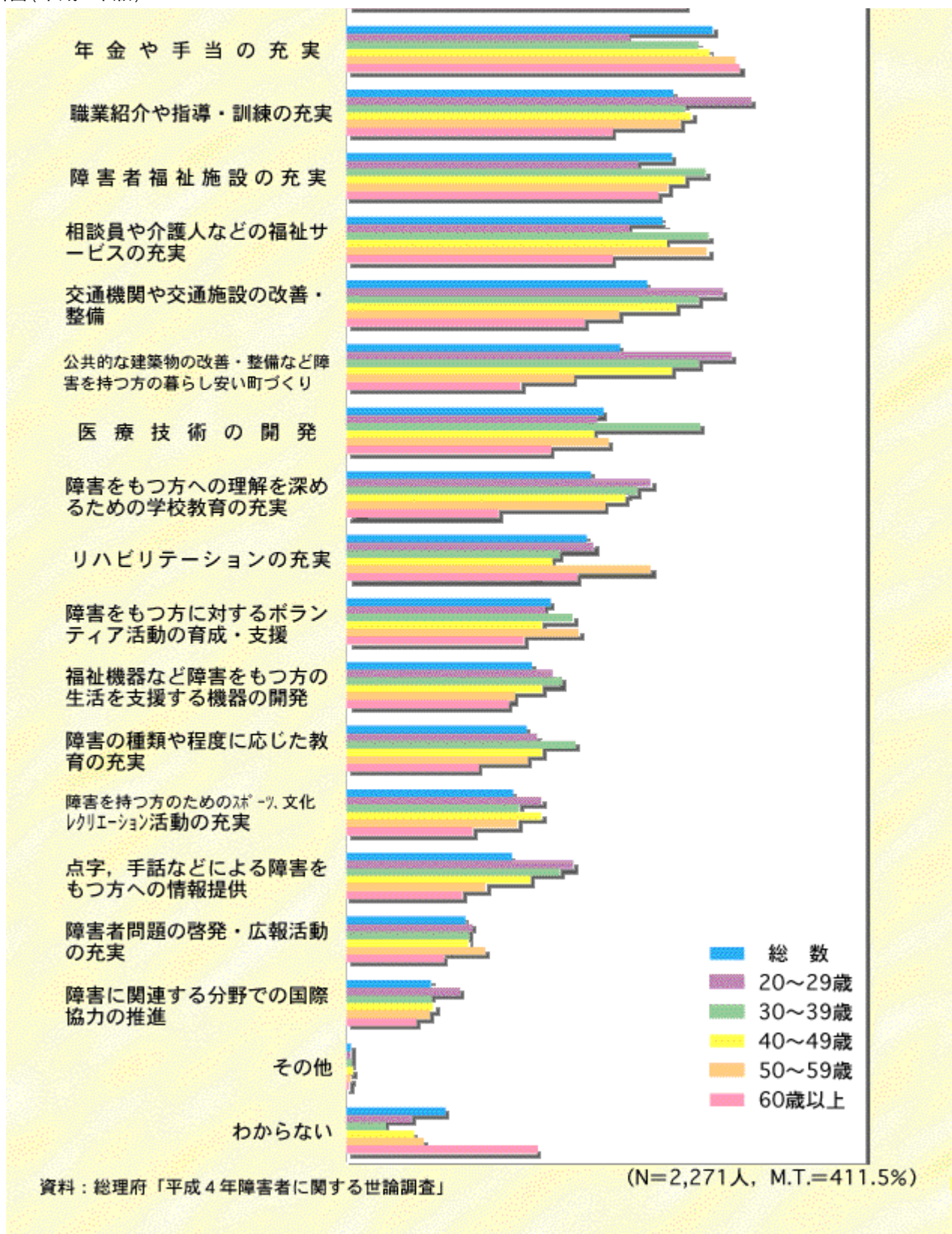
図1-1-4 精神薄弱児(者)のニーズ(2)



以上の調査は、障害者本人および精神薄弱児(者)にあつては家族等を対象としたものであるが、1992(平成4)年8月に実施された「障害者に関する世論調査」(総理府)では、障害の有無にかかわらず全国の20歳以上の者を抽出して、障害のある人に関する意識調査を行っている。同調査によれば、国や地方公共団体に対する要望として、「雇用・就労」(40.8%)、「年金や手当」(35.2%)、「職業紹介・指導訓練」(31.4%)、「障害者福祉施設」(31.3%)、「相談・介護サービス」(30.4%)等が上位を占めているが、年齢階層別に比較してみると、「雇用・就労」、「職業紹介・指導訓練」等については比較的若い年齢層においてニーズが高い一方で、「年金や手当」等については高年齢層になるほどそのニーズが増していくことなどが明らかとなっており、国民は、障害の有無にかかわらず、そのライフステージにふさわしい生活が可能となるよう、きめ細かな障害者施策を求めていることがわかる。なお、1987(昭和62)年の前回調査に比べて、ほとんどの施策について、要望する者の割合が増えており、障害者施策の必要性に対する意識が国民の間に次第に浸透してきていることを反映している(図1-1-5参照)。

図1-1-5 国や地方公共団体に対する要望





第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開－地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために－

第2節 障害者プランの策定とその経過

1 障害者プランの策定

1995（平成7）年12月、政府の障害者対策推進本部は、1996（平成8）年度から2002（平成14）年度までの7か年をその計画期間とする「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略」を決定した（障害者プラン全文参照）。障害者プランは、1993（平成5）年3月に策定された「障害者対策に関する新長期計画」を更に推進していくための、重点施策実施計画という性格を有しており、2002（平成14）年度までに整備すべき数値目標の設定がなされるなど具体的な整備目標を記述したものとなっている（図1-2-1参照）。

(1)

障害者プラン策定の意義

障害者プラン策定の意義は、大きく次の三つに整理することができる。

第一に、1995（平成7）年度から実施されている、高齢者施策としての新ゴールドプラン、児童家庭対策としてのエンゼルプランに加えて、障害者プランがスタートすることにより、保健福祉施策等における主要な施策について、いずれも具体的な目標が掲げられることとなり、保健福祉施策全般の強力かつ計画的な推進が可能となったことである。

第二に、グループホーム・福祉ホームの整備、ホームヘルパーの増員等障害者の生活を支える基幹的な事業について、数値目標の設定をはじめとする具体的な施策目標を明記し、その達成に向け、国および地方公共団体が一体となって取り組むことにより、障害者施策をより充実して推進することが可能となることである。

このため、厚生省においては、各種の事業や施策について、例えば、グループホームや福祉ホームについては障害者のニーズに対応できるようにすることを目標に、また、精神障害者の社会復帰施設については、地域の社会復帰や福祉の基盤を整備することにより退院可能な患者の社会復帰を促進することを目標に、ホームヘルパーについては、障害者のニーズに十分対応することができるよう新ゴールドプランにおける整備目標に上乗せすべき増員目標として、それぞれの具体的な整備目標を示している。

また、関係省庁においても、新たに整備するすべての公共賃貸住宅を身体機能の低下に配慮した仕様とすること（建設省）、第三セクターによる重度障害者雇用企業等の全都道府県域への設置を促進すること（労働省）、既設駅のうち、段差が5メートル以上、一日の乗降客が5000人以上のものについては、エレベーターの整備を順次計画的に進めていくよう指導すること（運輸省）等、具体的な施策目標を盛り込んでいるところである。

第三に、関係省庁一体となった取組みにより、障害者の生活全般にわたる施策が横断的、総合的に充実されることである。

障害者施策は、関係各省庁が、その所掌に応じて実施しているところであるが、保健福祉をはじめ、住宅、教育、雇用、都市環境、通信放送など、ライフスタイルに応じた障害者施策をそれぞれ単独で実施しても必ずしも効果的でない面も多く、関係省庁が一丸となってプランを策定することがまさに求められていたのである。

(2)

障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～

障害者プランは、ライフステージのすべての段階における全人間的復権を目指すリハビリテーションの理念と、障害者が障害のない者と同等に生活し、活動する社会を目指すノーマライゼーションの理念の実現を目指し、「障害者対策に関する新長期計画」の重点施策実施計画として、次の七つの視点から施策の重点的な推進を図るものである。

1)

地域で共に生活するために

ノーマライゼーションの理念の実現に向けて、障害のある人々が社会の構成員として地域の中で共に生活を送れるように、ライフステージの各段階で、住まいや働く場ないし活動の場や必要な保健福祉サービスが的確に提供される体制を確立する。

2)

社会的自立を促進するために

障害者の社会的な自立に向けた基盤づくりとして、障害の特性に応じたきめ細かい教育体制を確保するとともに、教育・福祉・雇用等各分野との連携により障害者とその適性と能力に応じて、可能な限り雇用の場に就き、職業を通じて社会参加することができるような施策を展開する。

3)

バリアフリー化を促進するために

障害者の活動の場を広げ、自由な社会参加が可能となる社会にしていくため、さまざまな政策手段を組み合わせ、道路、駅、建物等生活環境面での物理的な障壁の除去に積極的に取り組む。

4)

生活の質（QOL）の向上を目指して

障害者のコミュニケーション、文化、スポーツ、レクリエーション活動等自己表現や社会参加を通じた生活の質的向上を図るため、先端技術を活用しつつ、実用的な福祉用具や情報処理機器の開発・普及を進めるとともに、余暇活動を楽しむことのできるようなソフト・ハード面の条件整備等を推進する。

5)

安全な暮らしを確保するために

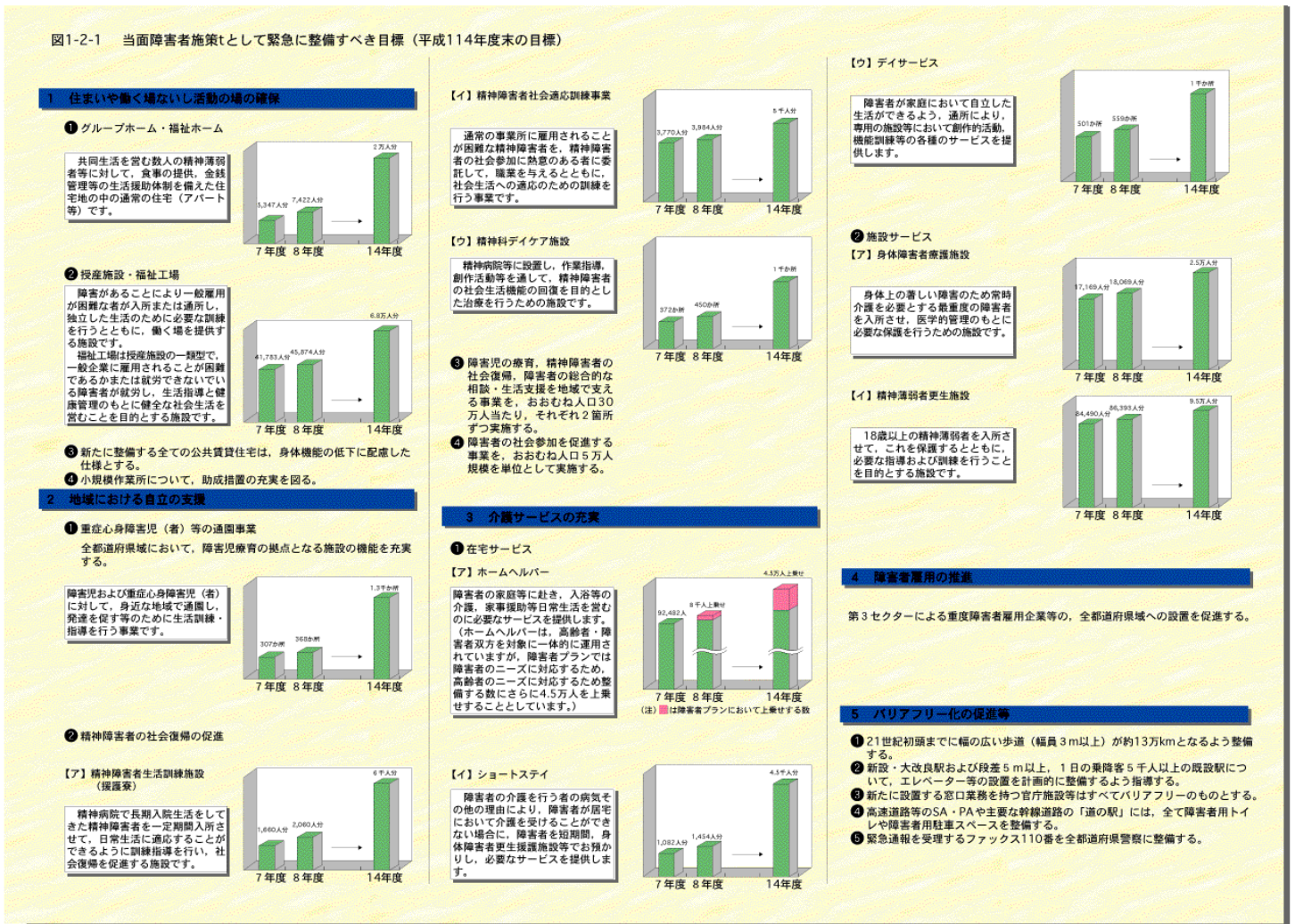
災害弱者といわれる障害者を、地震、火災、水害、土砂災害等の災害や犯罪から守るため、地域の防犯・防災ネットワークや緊急通報システムの構築を急ぐとともに、災害を防ぐための基盤づくりを推進する。

6)

心のバリアを取り除くために

子どものころから障害者との交流を広げ、ボランティア活動等を通じた障害者との交流を進めるとともに、さまざまな行事・メディアを通じて啓発・広報を積極的に展開することにより、障害および障害者についての国民の理解を深める。また、障害者に対する差別や偏見を助長するような用語、資格制度における欠格条項の扱いの見直しを行う。

図1-2-1 当面障害者施策として緊急に整備すべき目標(平成14年度末の目標)



7)

我が国にふさわしい国際協力・国際交流を

アジア太平洋障害者の十年の期間中でもあり、我が国の障害者施策で集積されたノウハウの移転や障害者施策推進のための経済的支援を行うとともに、各国の障害者や障害者福祉従事者との交流を深める。

準備が進む長野パラリンピック

パラリンピック競技大会は、障害のある人々に高水準の競技に参加する機会を提供し、スポーツを通じて障害者の自立と社会参加を促進するとともに、広く障害者への理解を増進し、また、国際親善を図ることを目的として、4年に1度開催される障害者のオリンピックである(オリンピックと同年に同地で開催)。その冬季大会が、1998(平成10)年、長野において開催されることとなった。

大会の概要は以下のとおりである。

開催時期 1998(平成10)年3月5日~14日(10日間)

競技会場 長野県長野市、山ノ内町、白馬村、野沢温泉村

運営主体 財団法人長野パラリンピック冬季競技大会組織委員会

参加国 30ヶ国(予定)

参加人数 選手1,000人、役員500人(予定)

実施予定競技 アルペンスキー、クロスカントリースキー、アイススレッジスピードレース、アイススレッジホッケー、バイアスロン

長野パラリンピックシンボルマーク



(3)

障害者プランを踏まえた施策の着手

障害者プランやこれを踏まえた1996（平成8）年度予算等において、次のような保健福祉分野における推進方策を講ずることとしている。

1)

住まいや働く場の確保

障害者が地域で自立した生活を送るための生活の基盤ともなる住まいについては、グループホームや福祉ホームについては、2002（平成14）年度までに現行の約4倍の人員に対応できるよう充実を図ることとしている。このため、グループホームについては、精神薄弱者のうち重度の障害を有する者に適切な処遇が確保できるよう1996（平成8）年度から新たに運営費の加算制度を設けるなどその充実を図るとともに、住宅地における設置の促進を図るため、公営住宅の活用等が可能となるよう、建設省は公営住宅法の改正を第136回国会に提出しているところである。

また、地域において、普通の生活を送るために、就労の場の確保は重要課題であり、一般就労の機会を積極的に確保することはもとより、一般就労が困難な障害者のための授産施設等福祉的就労の場を整備することが必要である。プランにおいては就労のニーズに対応することができるよう充実を図ることとしている。

さらに、地域に密着した就労・活動の場として、さまざまなタイプの小規模作業所が運営されているが、授産施設の分場方式やデイサービス事業等の法定施設化を進めることとしている。

2)

地域における障害児療育システムの構築

障害の早期発見や2次障害を予防するため、障害児に対して、福祉、医療、教育等のさまざまな機関や専門職員が適切な療育を提供することが必要である。プランにおいては、都道府県域において、療育の拠点となる施設の機能の充実を図るとともに、市町村における心身障害児通園事業等を支援するための事業をおおむね人口30万人に2か所ずつ整備することとしている。また、障害児に対して通園により生活訓練等の場を提供する心身障害児通園事業については、従来、利用定員20人程度が補助対象とされていたが、より身近な地域で実施しやすくするため、プランにより5人程度の小規模な事業も補助対象とすることとしている。さらに、重症心身障害児（者）に対する在宅施策として、1996（平成8）年度より、新たに重症心身障害児（者）通園事業を実施することとしている。

3)

介護等のサービスの充実

援助を必要とする障害者に対しては、ホームヘルパーの派遣やショートステイ、デイサービスの提供などの在宅サービスのほか、入所により指導訓練等を提供する施設サービスを推進しているところである。プランにおいては、これらの施策の充実を図るため、在宅施策の充実を図るとともに、入所希望に応えられるよう身体障害者療護施設および精神薄弱者更生施設の充実を図ることとしている。

4)

精神障害者の保健医療福祉施策の充実

精神障害者の保健福祉施策については、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（第3節1参照）により、精神障害者の福祉が法制上明確にされたが、施策の具体化はプランにより充実することとしている。

その主なものとしては、グループホーム、福祉ホーム、授産施設および福祉工場に加えて、精神病院退院患者を社会復帰のために一定期間訓練させる施設として、精神障害者生活訓練施設（援護寮）を現行の約4倍程度とするほか、精神障害者の職業訓練等の事業として精神障害者社会適応訓練事業を充実することとしている。また、精神障害者のための医学的リハビリテーションとして、精神科デイケアを現行の約3倍程度を目標に整備を進めるほか、精神障害者の緊急時の対応を図るため、精神科救急医療システムの整備を図るなど、より良い精神医療の充実を進めることとしている。

5)

総合的な支援体制の整備

障害者の生活実態やその環境に合わせて、総合的な相談や情報の提供を行うとともに、必要なサービスを調整・支援していくことは、障害者の生活の質を高める上で重要である。このため、障害の種類や程度等に個々の特性や障害者のニーズに応じ、適切な介護等のサービスが提供できるよう、ガイドラインの策定を進めているところであるが、これに加えて、プランにおいては障害の種類別におおむね人口30万人に2か所ずつ福祉施設等に併設するなどの方法により、専門職員を配置して相談・調整を行う事業を整備することとしている。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開—地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために—

第2節 障害者プランの策定とその経過

2 障害者プランの策定に至る経過

(1)

障害者保健福祉施策推進本部の設置と中間報告

1994(平成6)年9月, 厚生省内に事務次官を本部長とする障害者保健福祉施策推進本部が設置され, 地域における障害者の生活を支えていくための施策の充実, ライフステージを通じた総合的な障害者施策の展開, 障害の種別を超えた横断的・総合的なサービス提供体制の整備など, 今後の障害者施策のあり方および推進方策全般について幅広い検討を行い, 1995(平成7)年7月, 今後の障害者保健福祉施策の基本的な方向と施策の骨格を示す中間報告が取りまとめられた。

この中間報告が, 同年末にまとめられた障害者プランのうち厚生行政関係部分の基礎を成しているものである。

(2)

中間報告が提案している施策の方向

この報告において基調となっているのは, いうまでもなく, ノーマライゼーションの理念である。障害のある人々が社会の構成員として地域において普通に生活していくことができるようにすることをその基本目標とし, 官民の連携と役割分担のもとに, 地域社会における支援体制を整備していくことを明らかにしている。

そして, 障害者が可能な限り家族や市民の生活する地域社会において生活できるようにしていくため, 住まいや働く場などを提供するとともに, 介護サービスを含め, 地域における生活を支援する各種サービスを充実する方向で, 施策全体の見直しを行うことを提言している。

(3)

障害者施策推進体制の再編成

地域社会における障害者に対する支援体制を整備していくため, 中間報告においては, 従来, 障害種別

に細分化されていた施策を、利用者の利便、サービスの効率的な提供を図る観点から、大きく三つの方向で整理することとしている。

その第一は、住民にとって最も身近な市町村において必要なサービスを受けられることである。

障害者の地域生活を支えていくに際しては、最も身近な自治体である市町村の役割が大変大きなものとなっている。福祉八法改正により、高齢者とともに身体障害者についても、そのサービス提供主体が市町村に一元化され、また、地域保健法の成立により、保健サービスの面においても市町村の役割が増大するなど、保健福祉分野の全体を通じ、市町村への権限の一元化が進んでいる。

ノーマライゼーションの理念を踏まえ、地域における自立支援サービスを充実していくためには、身体障害者施策のみならず、障害者施策全般について、住民に身近な市町村の役割が期待されることであり、国および都道府県の役割をも明確にしつつ、市町村中心のサービス体系へと施策の再編を行っていかなければならない。

こうした趣旨から、障害児や精神薄弱者に対するサービスの決定や実施の主体についても、市町村に一元化していくことを検討するとともに、精神障害者施策についても、市町村の役割を強化していくことが望まれており、幅広い検討が必要である。

第二は、障害種別により縦割りとならないよう、総合的なサービス体系を確立することである。

現在の身体障害児(者)、精神薄弱児(者)、精神障害者関係の施策体系は、障害の種別や年齢等により、細分化されており、このことは、障害の特性に応じたきめ細かな対応や、入所施設等における処遇の専門性を確立するという側面において、大きな意義を有しているが、その反面、施策の細分化のあまり、障害の種別や程度の違いが、サービス利用に当たっての壁となるいわゆる縦割りの弊害も生じている。

このため、住まいや働く場の確保といった地域に根ざした施策や身近な相談体制の充実等については、障害の種別や障害者の年齢等を踏まえ、専門性に配慮しつつ、具体的な施策の実施に当たり、いわゆる縦割りの弊害が生じないように、横断的かつ総合的な施策を展開することとしている。こうした総合化を通じ、重複障害のある者に対するきめ細かな、かつ、手厚い対応が可能となるものである。

第三は、市町村におけるサービス体制を支援する観点から、市町村、複数市町村を含む広域的圏域、都道府県のそれぞれが、その役割分担を明確にし、相互に連携しつつ、責任をもってその役割を果たしていくべきことである。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開－地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために－

第3節 精神保健福祉法の施行

1 精神保健法から精神保健福祉法へ－制度改正の趣旨等－

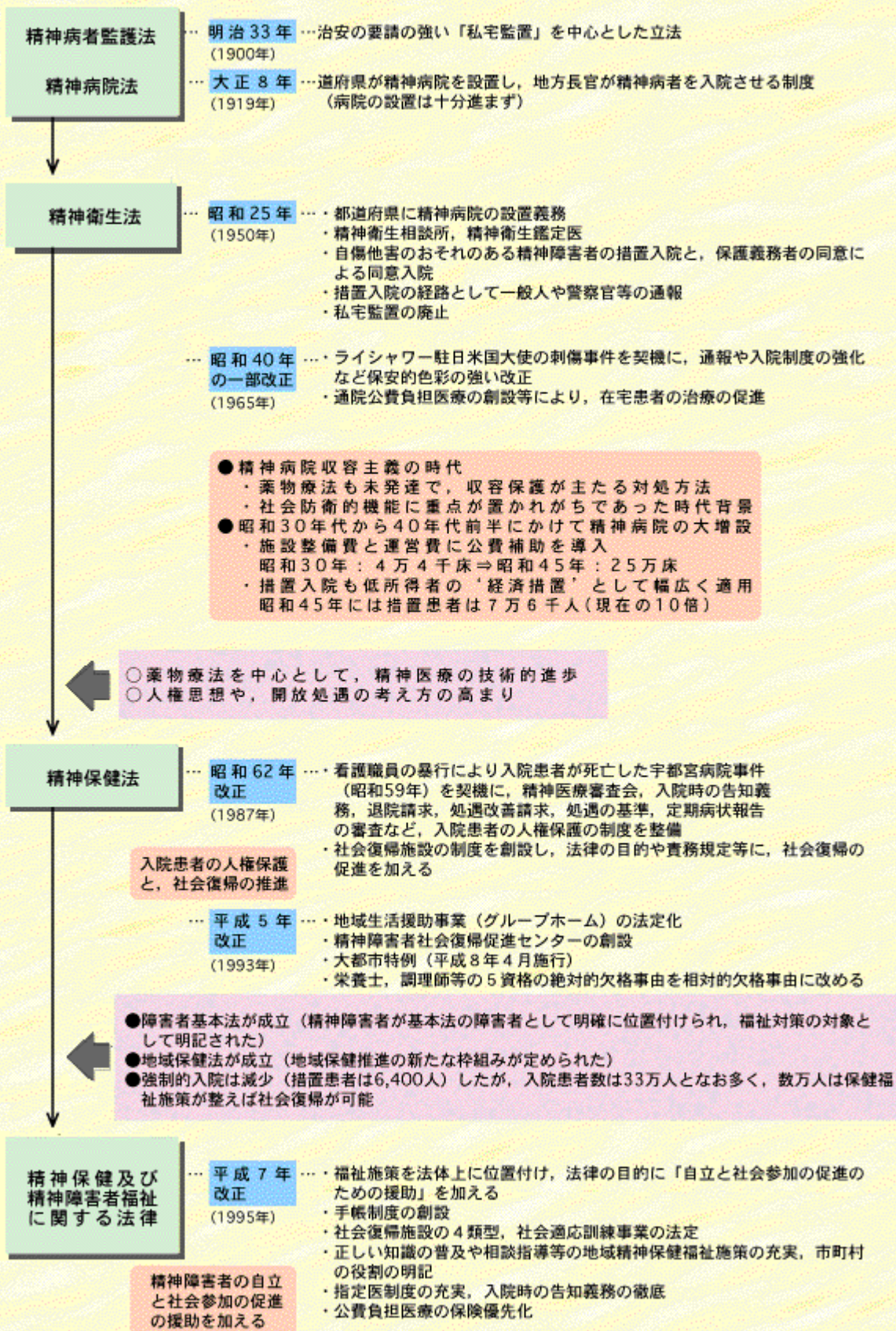
入院医療を中心に行われてきた精神障害者施策については、1950（昭和25）年の精神衛生法制定から精神保健法に至る歴史的な流れの中で、精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保や、社会復帰の促進を図るための施策の拡充などにより、逐次その整備が行われてきた。

一方、1993（平成5）年の障害者基本法成立により、精神障害者もまた、身体障害者や精神薄弱者と並んで基本法の対象として明確に位置づけられるとともに、1994（平成6）年の地域保健法の成立により、地域における精神保健体制の一層の充実が求められるに至った。

精神保健法の改正による「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」は、このような背景を踏まえ、1995（平成7）年5月、国会において全会一致により可決成立し、同年7月1日（一部については1996（平成8）年4月1日）から施行されることとなった（図1-3-1参照）。

図1-3-1 精神保健法の歴史と「精神保健福祉法」へ改めた背景

図1-3-1 精神保健法の歴史と「精神保健福祉法」へ改めた背景



厚生白書(平成8年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開—地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために—

第3節 精神保健福祉法の施行

2 平成7(1995)年改正の概要

(1)

精神障害者の保健福祉施策の充実

今回の改正における最も大きなポイントは、精神障害者に対する福祉施策の充実である。

まず、法律の目的等に、精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進のための必要な援助を行うという福祉施策の理念を加えるとともに、国、地方公共団体、国民、施設設置者それぞれの責務規定においても、精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進を明記した。また、新たに、「保健および福祉」の章を設け、これまでの「医療および保護」の章と合わせ、二本の柱から成る法体系に改めた。このような法体系の充実に伴い、法律の題名を、「精神保健法」から「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）に改めることとした。

あわせて、従来、精神保健施策の一環として位置づけられていた、精神保健センター（都道府県において、精神保健に関する知識普及、調査研究、高度の相談指導等を行う機関）、地方精神保健審議会（精神保健に関する都道府県の公的調査審議機関）、精神保健相談員（精神障害者や家族に対する相談指導を行う都道府県等の職員）の業務や職務に、精神障害者の福祉に関する事項を加え、その機能強化を図ることとし、これに伴いその名称についても、それぞれ、精神保健福祉センター、地方精神保健福祉審議会、精神保健福祉相談員とした。

また、身体障害者については身体障害者手帳が、精神薄弱者については療育手帳が、それぞれ制度化されていることにより、税制・医療費や公共交通機関をはじめ関係各方面の協力によるさまざまな福祉的配慮が可能となっているが、精神障害者についても精神障害者保健福祉手帳の制度を設け、各種の支援策を推進し、精神障害者の社会復帰、自立および社会参加の促進を図っていくこととした。

さらに、地域における精神保健福祉施策を推進していくため、都道府県および市町村は、精神保健福祉に関する意識啓発を行うほか、精神障害者およびその家族に対する相談指導等を行う旨明記した。

なお、1987（昭和62）年の制度改正において創設された精神障害者社会復帰施設については、その目的として、これまでの社会復帰の促進に加え、精神障害者の自立と社会参加の促進を位置づけるとともに、精神障害者福祉ホームおよび精神障害者福祉工場を法律上明記し、メニューの充実を図ることとした。

(2)

適正な精神医療の確保等に関する事項

精神医療については、その適正を確保していくことの重要性に鑑み、精神病院への入院の要否など医学的な判定を行う精神保健指定医につき、5年ごとの研修の受講を促進する措置を講ずるとともに、医療保護入院等を行う精神病院においては、常勤の精神保健指定医を必置とすることとされた。

また、従来、医療保護入院に際しての告知に関し、告知によって症状の悪化が予見される場合等精神障害者の症状に照らして支障があると認められる間は、告知を延期できる旨の例外規定が設けられていたが、精神障害者の人権に配慮し、その期間について、最長4週間という制限を設けることとされた。

あわせて、精神医療の公費負担制度について、医療保険制度の充実等精神医療をとりまく諸状況の変化を踏まえ、他の公費負担医療制度同様、いわゆる公費優先の仕組みから保険優先の仕組みに改めることとされた。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開－地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために－

第4節 今後の課題

1 厚生省組織の改正－障害者保健福祉施策を一体的に推進するために－

身体障害，精神薄弱，精神障害の三障害を明確に位置づけた障害者基本法の成立にもみられるように，障害者施策は，いま，その連携と統合が求められている一方で，障害者施策を推進していくための行政組織は，障害の種別や程度に応じて細分化され，必ずしも調整がとれていない状況にあることが，先の厚生省障害者保健福祉施策推進本部中間報告（1995（平成7）年7月）においても指摘されている。

厚生省においては，そのような状況を克服し，障害者施策の総合的かつ柔軟な推進を図っていくため，現在，身体障害，精神薄弱，精神障害の三障害に係る施策を，三局三課にまたがって所掌している状況を改め，1996（平成8）年7月から，大臣官房に障害保健福祉部（仮称）を設置し，一体的な行政運営を行うことを目指している。

第1編

第2部 主な厚生行政の動き

第1章 障害者施策の新たな展開－地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために－

第4節 今後の課題

2 今後の課題－地域におけるノーマライゼーションの実現を確実なものとするために－

これまで振り返ってきたように、障害者保健福祉施策は、その理念と思想を着実に発展させるとともに、さまざまな施策メニューを着実に充実してきた。障害者プラン元年を迎える現段階において重要なことは、これらの思想や施策を、いかに地域において確実に実現していくか、ということであろう。

障害者プランは、保健、医療、福祉のみならず、バリアフリー対策、コミュニケーション施策などさまざまな障害者施策を網羅している。これらの施策を、地域の実情に応じ、また、地域住民たる障害者のライフステージに対応して、最も住民に身近な自治体である市町村において、各種施策を連携させながら実施していくことが、今まさに求められているのである。
