

# 障害者就労支援サービスにおける個別化の実現と費用 分配に関する考察

——IPSモデルの実施に関する調査を通じて——

山 村 り つ

## 1. はじめに

社会サービス（社会保障・社会福祉関連制度のなかで現金給付以外のものをここでは指す）の供給者には、そのサービスの性格上、供給したサービスの対価や今後の供給のための活動費の一部もしくは全体として、国や地方自治体などの行政組織から費用が提供されている。近年では多くの社会サービスで利用者負担の方式が採用されるようになっていくが、それでもまだ主な費用の出所は公的資金である。このような、社会サービスとそのため制度に依拠しておこ

なわれるサービス供給者への公的資金の受け渡しを、本稿では費用分配という言葉で表している。

国民の負担を背景に、社会サービスを含む社会保障および社会福祉に対する支出のあり方は、これまで長く議論の対象となってきた。特に一九七〇年代以降の福祉国家の危機のなか、わが国でも一方で増大し続ける支出と、他方でそれに見合った増加が見込めない収入のバランスを、どう取っていくのかという課題は、社会サービスを含めた社会保障関係費全般における懸案事項であったといえる。高齢者の医療費や年金に係る費用などはその最たるもので、一九八〇年代にはすでに根本的な体制（法律、行政管理、サービス供給のあらゆることについて）の変革の必要性が指摘されている（隅谷ほか一九八四）。

このような懸念から生じる議論は、実際のその時々为国家財政の舵取りとリアルタイムで関連し、その意味で非常に現実的で実際の議論が交わされてきた。その論点は、当然のことながら、一つは収入を増やすことであり、もう一つは支出を減らすかという点になる。それに対して、前者については新たな財源の捻出の試みとして新たな社会保険制度や利用者負担方式の採用が進められ、また二〇一四年には社会保障費に充てることを理由に増税も行われた。一方、後者については供給量の削減を前面に打ち出すよりも、よりの確で質の良いサービスをより効率的に供給することが表向きの目標として掲げられてきた。

そのような方向性のなかで、社会サービス、なかでも対人援助型のサービスでは、そのサービス内容が細分化され項目化され、さらに体系化されて、それぞれのサービスに「価格」がつけられて計られるようになった。また同時に市場システムが部分的に導入され、利用者の選択とそれに基づく競争原理が持ち込まれた。このサービスの価格付けは供給の効率化を、利用者選択と競争原理は質の維持と向上を主に目指すものであった。この結果、対人援助サービ

スについての費用分配は、多くは非常に細かな単価に基づく出来高払いによって行われることとなった。それと同時に、サービスの質の担保は競争原理を通じて行われることが前提となったといえる。

しかしながら、ここにきて社会サービス全般におけるサービスの質の意味が変化し始めている。その変化は対人援助型サービスにおけるサービスの在り方そのものを変化させうるものであり、結果として、現在主に用いられている細分化された単価型の方式では、計量することが難しいものとなろうとしている。そしてこのことは、費用分配の方式を含む社会サービス供給制度における新たな課題の出現を暗示している。

本稿では、この費用分配の方式と新たな社会サービス観の間の葛藤にもみえる状況を、対人援助サービスのなかの障害者就労支援サービスという具体例を通じて浮き彫りにするとともに、その議論と実践、そして体制の今後の進むべき方向性について考察する。

なお、本稿を通じた記述は、筆者が科学研究費補助金の助成による研究計画の一部として二〇一三～二〇一四年にかけて行ったイギリスでの調査から得られた資料をもとにされている。<sup>1)</sup>

## 2. 費用分配システム

ここでまず、費用分配システムについて整理しておく。

現在、公的なサービスを実施する事業体に対して、その事業費の一部もしくは全体として公的な資金が支給される場合、その方法には大きく分けて二つの方式がある。事業全体に係る費用として一括もしくはそれに近い形で支給される場合と、事業を通じて実施される個別の業務に単価をつけその供給量に応じて支給される場合である。ここでは

前者を一括委託型、後者を単価報酬型と呼ぶ。

## 2-1. 一括委託型

事業全体に係る費用が一括もしくはそれに近い形で支給される場合を「一括委託型」とするのは、実際の社会サービス供給において、事業委託という形を取る場合にこの方式が採用されることが多いためである。

現在の日本では、事業委託という方式が採用される社会サービスにはいくつかの特徴がある。その一つが、試験的もしくは緊急時対応的な観点に基づく時限的事业という特徴である。試験的なサービスの場合、期待される社会サービスに対する費用の妥当な水準が明確でない場合や推測の域を出ない場合、あるいは、逆にその水準が予め限定され、その水準内での実施可能性を検討するという場合がある。また緊急時対応として実施され、その後の継続的な実施が不明確である場合には、業務内容を構造化してそれぞれに適切な単価を設定し、それに基づいて支給額を評定し実際に支給するためのシステムを創ることに時間と労力をかけるのは、合理的でないといえるからである。

また、試験的もしくは緊急対応的ではない場合に事業委託という方式が採用される場合として、そのサービスが地域や対象が限定されているという特徴をもつ場合もある。つまり、そのサービスに対するニーズが非常に限定的な状況、主には地域的要件を背景として出現するものであり、そのため特定の地方自治体などによって独自に実施されるサービスにみられる傾向である。この場合も、先述の時限的事业と同様に、単価報酬型のサービス構造を構築することが、その事業規模とサービス量に照らして見合わないことや、地方自治体という比較的小規模な財政基盤がもつ不確実性が、一括委託型が採用される要因といえる。もちろん、たとえば地域や対象が限定的であっても、そのサービス

の実施やニーズにある程度の継続性や恒久性が確認されれば、単価報酬型へ転換される場合もある。

障害者サービスにおける例をあげるには、試験的または緊急対応的なものについては具体的な事業名をあげることが難しい。時限的なものも多いし、共通認識が得られるような一般的なものではない場合も多いためである。ただし、地域や対象が限定されたものという点でいえば、障害者総合支援法（以下、総合支援法）における地域生活支援事業のなかの地域活動支援センターなどがいい例であろう。地域生活支援事業は他の総合支援法内のサービスと異なり地方自治体を実施主体としたものであり、地域の特性等に応じて実施するものとされ、実際には社会福祉法人やNPO団体等に委託されて行われる場合が多い。この地域生活支援事業のなかでも地域活動支援センターの運営事業は、一年毎の補助金の認定という形をとり、一括委託型ということができる。

また少し例外的なものでいえば、ジョブコーチ事業のなかでも各都道府県の障害者職業センターが行う配置型ジョブコーチ事業<sup>②</sup>の場合には、センターの事業費として一括した予算が割り当てられ、サービスの実施回数などに応じた割当などは行われないため、一括委託型ということができらるだろう。

これらの一括委託型の費用分配による事業の特徴は、事業の目的や達成目標が明確である代わりに、具体的な活動内容についての限定が少ない場合が多いという点である。最終的な到達点やその事業の意図に基づいたものであれば、その具現化のための手法は比較的<sup>②</sup>自由、つまり手段よりも結果が重要視されると考えることができるだろう。試験的<sup>②</sup>事業であれば、その手段を開発することが目的である場合も少なくない。

事業運営という観点からいえば、活動内容や業務の自由度が高いため、一括委託型の事業ではその実務レベルにおいても柔軟性が生まれる。この柔軟性は、サービス受給者に対してはその個々の状況に応じた対応を可能とする。ま



た実務者にとっては、直接的な支援業務（つまりは単価報酬制型の場合に計算の対象となるような業務）と、そうではないがそのために重要となる周辺の業務を区別する必要性がなくなるという点で利便性がある。

しかしながら一方で、一括委託型の事業は、すでに述べたように時限的なものが多いため、長期的な視野での事業実施に課題をもつ場合も少なくない。また、実際のサービス供給量が想定された水準を大きく超えた場合、それでも事前に定められた額の運営費で事業を行わなければならないという点で、事業実施機関にはリスクもある。

ただしこの点は、費用を分配する側からすれば、実際のサービス供給量やそのための実務量が、分配された全体としての額に相当するよりも少なくなるリスクと考えることもできる。つまり、先に一定期間中の事業の費用が確定しているということは、実際にかかるコストを削減することができれば、その差は事業実施機関にとって利益となる。そのため、その削減のための手段としてサービス供給量の必要以上の抑制が起きることのないような対策が、一括委託型では不可欠になると理論上は考えられる。

## 2-2. 単価報酬型

単価報酬型を採る社会サービスの特徴は、現在の日本においては、一括委託型とは対照的に、法律によって国民全体に普遍的なものとして整備された恒久的な対人援助サービスといえる。代表的なものとしては、障害者に対する日常生活に係る支援や在宅介護サービスなどが挙げられる。

この単価報酬型の具体的な例をあげるとは容易である。障害者サービスに関する中心的制度である総合支援法の自立支援給付と介護等給付、地域生活支援事業の一部のサービスはこの形態を採用しているためである。<sup>③</sup>つまり、そ

の大半が単価報酬型なのである。また、前項で挙げたジョブコーチ事業についても、第一号および第二号ジョブコーチ事業はこの方式を取る。

ただし、ここで単価報酬型と呼ぶ費用分配方式にも、さらに二つの方式がある。一つは完全な出来高払いによるものであり、もう一つが現在主に医療や介護領域において包括払いと呼ばれる方式である。

出来高払いとは、サービスの一単位にそれぞれ単価をつけ、その総量によって支給額が計算されるものである。この場合、一単位のサービスの内容は受給者が誰であっても同様・同一のものとなる。それに対して包括払いと呼ばれる方式は、部分的に一定のサービスを包括的に捉えて単価を課す。現在、実際に行われている包括払いとして、医療におけるDPC (Diagnosis Procedure Combination : 診断群分類別包括評価) 制度があげられるが、これは診断された疾患に基づいて一日の診療報酬額を設定するものである。この場合、同じ分類に属する診断を受けた患者への治療については、その実際の治療行為が異なっていたとしても一日分の診療報酬額は定額となる。また、同様の包括払い方式は、介護サービス領域でも実施されている。

これらの包括払い制度は、その一日に提供されるサービスを一回の事業に置き換えて考えれば、一括委託型と同様の要素をもち、先に挙げた一括委託型のリスクのように、過少診療が起るリスクも指摘されるが、<sup>(4)</sup>事業経営という観点からみれば一日単位の出来高払い（この場合はサービスではなくサービス提供人数の出来高）と考えることができる。本稿ではこの包括払い方式と出来高払い方式の両者を含めて、単価報酬型と位置付けている。

単価報酬型で社会サービスを供給するためには、その前段階として供給システムの構造を構築するための相応の準備が必要となる。適切な単価や厳密な対象範囲の設定だけでなく、基本的に事後報告に基づく支給となるため、その

報告のための様式と機構を用意する必要もある。そのため、その事前の負担が合理的だと考えられる程度の規模と継続性が想定されるようなサービスの場合でなければ、単価報酬型を採用することは非現実的となる。

具体的な業務内容における特徴という点でいえば、単価報酬型を採る社会サービスは、その業務を構成する個々の作業が画一的な要素をもつ。社会サービスに単価を設定することは、その計量化を図ることを意味する。つまり何らかの客観的指標により業務の一部を切り取り、それを一単位とすることでそれに対する単価を割り当てるのである。この場合の客観的指標とは、時間や場所、具体的な作業項目などが考えられる。それらの指標を用いて設定された最小単位が、それ以下に作業を細分化することもそれ以外の作業を含むこともなく、あらゆるサービス受給者への提供が可能となるように単位が設定されることが理想だといえる。

作業の単位化という点でいえば、医療行為として定義が比較的明確な医療分野のサービス（治療）は、単価報酬型が適しているともいえる。それに対して、福祉や在宅介護サービスなどでの対人援助サービスは、そのように分断された作業の単なる組み合わせではなく相互に関連し不可分の部分も多い。また、サービスとしての行為と日常動作との区別が明確でない場合もある。そのために作業の単位化が難しく、定められた単位に含まれない作業が必然的に生じる場合には、事業実施機関や個々の援助者の持ち出し（自己負担）として提供される場合も生まれる。

サービスの実施機関にとつての単位報酬型制度の難しさは、やはり一括委託型と対照的に、短期的な意味で運営費の安定が図りにくい側面があるという点である。単位報酬型では実際のサービス供給量に基づいて運営費が支給されるため、十分な供給量とそのためサービスのサービス受給者が確保できなければ、それは即座に収入減に直結する可能性がある。



このようにみると、単価報酬型のシステムは、個別に値段のついた商品を貨幣を介して売買する一般的な市場での事業経営に共通した様相をみせる。しかしながら、そこでやりとりされているのは個人の権利と行政の責任とが内在した社会サービスである。このことが、社会サービスの質にどのような問題をもたらすのか。次項以下ではその点について考察していく。

### 3. サービスの質と費用分配の関係

#### 3-1. サービスの質を取り巻く変化

社会サービスにおける現在の「質」の意味するところは、サービスによってニーズが充足される（ことが期待できる）程度である。その場合、ニーズの意味するものが次の論点となるが、この数十年を通じて、対人援助サービスの領域におけるニーズとサービスの質の捉え方、そして実践におけるその位置づけには変化がみられるようになっていく。この変化をもたらしたのは、EBP (Evidence Based Practice : 証拠に基づく実践) の考え方と欧米などから持ち込まれた諸々の援助法の理論および当事者主体の考え方などである。

対人援助サービスの従事者の専門職としての認識が高まるとともに、欧米で開発されたさまざまな援助論が持ち込まれるようになると、理論を具現化したものとしての実践の質が問われるようになった。そして、EBPの概念の浸透はそれをさらに強調するものとなった。EBPとは、その実践によって目的と目標が達成されることが実証された実践手法であり、すなわち客観的に優れたとされる手法をさす。これらの考え方は、サービスの評価に変化をもたらす。単に量としての実績だけでない効果を目に見える形で示すことが、サービス供給の実践領域において重視される

ようになった。

サービス評価に登場したもう一つの新たな視点が、当事者主体の考え方である。これは、それまでサービスの提供者側が主導権をもっていた対人援助サービスの領域において、その父権主義的構造を批判し、サービスを受ける側の主体性と権利を尊重し主導性を付与するものとして現れた。この考えは、わが国の社会サービス実践における具体的な行動レベルにおいて多くの変革をもたらした。その一つの例が、サービス受給者によるサービス評価である。医療における治癒や検査によって示される身体的状態を示すさまざまな数値ではなく、サービスを受けた者の主観的評価が、サービスの結果を示すものとして加わった。これらの新たなサービス評価の手法によって、サービスの質の概念は単に作業上の手続きや手順の正確さだけではなく、相手の満足度を高める手段としていかに適切であるかを問うものとなった。

このサービス受給者の主観的価値と満足という考えは、QOL (Quality of Life) の考え方とともに進展する。QOLの概念は、主に医学領域の終末期医療などの分野から発展した考えであり、医学的科学的指標に基づく健康度だけでなく、本人が望む生き方の実現度を重視し、それによって生の質、そしてそのための治療や支援のありようを考えようとするものである。この概念の登場により、サービス受給者個人の価値基準に基づく「望ましい生き方」が尊重されるようになり、それが新たなニーズとして認知を得るようになった。そして、サービスの提供においてこのQOL向上の鍵とされたのが、自己決定および自己選択の尊重である。この自己決定の尊重という文言は、それ以前にも社会福祉の個別援助における基本原則として位置付けられていたものであり、近年では社会サービスに関する制度政策の目的にも掲げられるようになった。

このような変化のなかで、サービス供給における意識は手段や手法というプロセスから結果へと向けられる比重が高まっていく。このことは、換言すれば、プロセスにおいても結果を実現するための工夫がより求められるようになったことを意味する。そこに、介護保険を含む一連の改革によって社会サービスに持ち込まれた市場原理と競争が作用し、各サービス供給者による独自の手法の開発や他との差別化が起ることで、同じ目的に基づいたサービスのなかにも多様な形態が見られる状況をよんだといえる。

ここで改めてサービスの質という点に立ち返って整理すると、サービスの質が作業の要素としての正確性を評価されるものから、個人的な主観を含むニーズの充足性によって評価されるものへと変化し、手段だけでなく結果が重要な意味をもつようになった。また同時に、サービス提供者にとってサービスの質を確保しさらに提示することが、サービス提供という事業の運営上の不可欠な要素となっているのである。

### 3-2. サービスの質と費用の水準

サービスの質に対する認識が高まる一方で、障害者の就労支援サービスに限らず、社会サービス供給におけるこれまでの議論で、その費用分配の方式がサービスの質と関連付けて語られることはほとんどなかった。ただし、分配される費用の水準とサービスの質の関係は、特に介護保険制度の施行以降、たびたび注目されてきた。それは次のような理由によると考えられる。

介護保険制度以前にも、高齢化の進展のなかで介護者の不足はわが国でも徐々に社会的な問題として認識されるようになっていたが、それは家庭内での介護役割の担い手の不足と、それを補うための個人の経済的負担の問題だった

といえる。しかしながら、介護保険制度が導入されて介護サービスの商品化が進み、また介護を必要とする者にはそれを購入するための資源が供給されると、次にはその介護サービスを提供する者、つまりは介護職に従事する者の不足が指摘されることとなった。

この介護職における人手不足は、すぐさま労働負荷と賃金水準の低さの不均衡と関連付けられた。さらに、同様の理由から優秀な人材が集まらないことや、人手不足からくる個々の介護職の負担の大きさなどが、介護の質の悪さにつながることとも指摘された。結果として、介護職員の待遇についても議論が交わされることとなり、介護保険サービスの介護報酬の見直しの必要性が指摘されるようになった（坂本二〇〇九）。

能力のある人材を確保するために相応の賃金や待遇が必要であるということは、一般的にも理解可能な考えであるが、福祉や介護のサービスではそのような考えが馴染まない素地があった。それは一つには、その多くが従来家庭内で無償で提供されてきたものであることや、社会福祉に大きな影響を与えてきた宗教的観点からくる、奉仕としての認識が影響していることも考えられる。あるいは、かつてその大半が行政の直轄機関もしくは社会福祉法人などの公益性の高い特定の法人によって供給されてきたサービスでは、社会扶助としての性格を反映している側面もあるだろう。

そのような福祉文化的背景のなかで、これまで表立って指摘されることのなかったサービス従事者の賃金・待遇とサービスの質についての議論が、介護保険導入後の介護者の不足のなかから出現することとなった。ただし、厳密な意味でいえば、ここで議論されていたのはサービスの質というよりは、サービス提供における労働負荷と賃金水準の問題である。また、それが介護保険の介護報酬の見直しにまで発展したのは、サービスにおける質の重要性が認めら

れたためではなく、何よりもまず不足を解消するという目的があったからだといえる。そしてさらに、この見直しについても、設定された単価額を見直すものであり、当然費用分配の方法についての問題を呈するものではなかった。

それでも、社会サービスの運営において大部分を占める人件費の問題についての議論は、必然的に社会サービスの運営費用そのものについての議論に直結する。そして、社会サービスにかかる費用と提供されるサービスの質が直線的な関係上で語られるようになったことは、介護保険制度に伴って起きた社会サービスにおける新たな様相であるといえる。

### 3-3. 費用分配方法のもとのサービスの質

それでは、費用分配方法は実際サービスの質にどのような影響を与え得るのだろうか。先に挙げた一括委託型と単価報酬型という二つの分配方法と、ニーズの充足度という新たなサービスの質の概念との間に、どのような関係があるのかについてここで整理しておきたい。

まず、単価報酬型を採る場合、サービスをある程度単位化する必要がある。単位化は、そのサービスを時間や提供場所、作業内容などによって限定することで行われ、それによってサービスが可算化される。この時、一単位分のサービスとはすなわち同量もしくは同質のサービスであることを前提としている。

しかし、前段のニーズの充足の議論に話を戻すと、サービス受給者個人のニーズに主観的要素や自己決定の概念が取り込まれれば、サービスの結果としてのニーズの充足された状況と、そこまでの手段の関係は必ずしも固定的で画一的なものではなくなることが考えられる。また、社会サービスにおけるサービスの単位は、その行動レベルまでの



具体的な限定はされていない場合も多い。実際、これらの同じ一単位のサービスのなかで実行される行為は、サービス受給者の状況に応じてさまざまな形態をとる。

同時に、サービスの目的を果たしていくために必要であつても、この単位に含まれないサービスが存在する可能性も常にある。特に、直接的な支援を行うために必要な付随的な業務や、管理運営のための業務などがそれにあたる場合が多い。わが国の社会サービスの場合、その部分について別途「事務費」などとして単価制を取らない資金を分配している場合もあるが、業務の重要性や時間、労力などの比重を考えて、それが妥当なものかという検証は為されていない。

また、単位報酬型の制度では、時にその単位と単価の設定により、割のいいサービスとそうでないサービスが生じる場合がある。たとえば、概ね一対一でサービス提供が行われる医療や介護の領域と異なり、福祉領域のサービスでは集団に対して提供されるサービスも少なくない。この場合、もちろん単価は一対一の場合の方が高くなるのが一般的だが、集団へのサービス提供は同時に多数へのサービス提供が可能となるため、作業と費用の効率から考えれば一対一の場合より割がいいサービスとなる場合が多い。

このような状況のなかでは、時に、事業の運営という視点からサービスの提供量や種類が調整されることが起きうる。何人あるいは何回サービスを行ったかということが、分配される費用の総額に直結する単位報酬型では、なおさらその影響は避けられない。その結果として起こると予想されるのは、サービス受給者のニーズの充足へのしわ寄せか、サービス実施事業体の自己負担などである。

次に、一括委託型の場合には、事業の目的と目標の達成が優先事項であり、その手段や手法については厳格な規定

がそれほどない場合が多い。また費用の分配も、数年や短くても半年といった中長期的な単位で決定された額が分配されるため、単価報酬型の場合に述べたような、運営費用確保のためのサービスの調整などはすぐには起きにくいと考えられる。加えて、試験的な事業などの場合には、その結果によって継続的な事業になるかを左右する場合もあるため、一括委託型のサービスの場合にはむしろ、(結果をどのような指標で判断するかにもよるが) 結果を出すための最善の手法が選択される可能性が高いといえる。

しかしながら、もちろん一括委託型にも課題はある。第二節でふれたように、一括委託型の場合にも、ニーズを満たし、結果を出すために必要なサービスのための費用が、委託段階で試算された費用を大きく上回るリスクはある。その場合には、単価報酬型の場合と同様の調整や選別が起きる可能性はあるし、また逆に下回って費用に余剰分が発生する可能性もある。しかもそれは、適切なサービスを行った結果として起こる場合もあるが、サービスの抑制などによりサービス事業実施者によって意図的に行われる可能性も否定はできない。

また、時限的な一括委託型の事業にはその期間ごとに一定の成果を提示することが求められる場合が多い。時限的な事業には、一定期間限りの事業が継続的なものになるかどうかの試験的な場合だけでなく、事業自体は恒久的な実施であっても、それを行う事業者が一定期間ごとの更新制度を取っている場合なども含まれる。そのような制度形態は、わが国ではまだあまり一般的ではないが、アメリカを中心とする欧米諸国ではむしろそちらが主流となっている領域もあり、その場合、事業の良好な結果は他者との競争に勝ち抜くために不可欠な要素となる。その結果として、よりニーズの充足のしやすい、つまり良い結果の出しやすいようなサービス受給者が選別されるリスクなども懸念される。

以上のように、単価報酬型も一括委託型も、それぞれにサービスの質に影響を与える要素を孕んでいる。これらは基本的に、運営のための費用を確保し事業を継続していくという命題のために起こるものである。たとえどんなに優れたサービスであつても、社会サービスとして制度の枠組みの中で運営していくことができなければ、そのサービスを実現することができなくなってしまうからだ。仮にもつとも優れたサービスを必要だけ十分に提供できるだけの潤沢で安定した経済的基盤があれば、そのような問題は問題とはならないかもしれない。しかし、あらゆる社会サービスの効率化と財政面の縮小が期待され、一方でサービスの質が重視され結果を出すことが求められる現在の状況において、このような運営面での格闘は避けられない状況となっている。

#### 4. 就労支援サービスと個別化

ここまで社会サービス制度における費用配分について考えてきたが、ここで一旦視点をずらし、社会サービスにおける個別化という点について考えてみたい。この点は、現在の社会サービスの実践領域において重要な意味をもつものであり、同時にこれまで述べてきた費用配分の構造とも少なからぬ関係をもつ。これは、本稿の中心的な論点である社会サービスと費用配分の関係について考えるための予備知識として、確認が必要な事項である。

なお、ここでは社会サービスのなかでも特に、障害者に対する就労支援サービスに焦点を絞って考察していく。これは、この就労支援サービスが特に個別化を重要とする支援領域であることと、現在の社会サービス全体において実践も議論も非常に活発化し、目覚ましい展開をみせている領域であるためである。

#### 4-1. 個別化 (individualization) と個人化 (personalization)

就労支援を含む社会サービスのなかでも対人援助サービスにおいて、直接的な援助はソーシャルワークとして位置付けられ、援助技術論が発展してきた。その技術論において、「個別化 (individualization)」は援助者が守るべき基本的な原則として認識されてきた。この原則は、社会的に脆弱な存在である場合が多い援助の対象者を、個人として尊重することによつてその尊厳を守り、彼ら自身もつ力を最大限に引き出すために必要な援助者の態度・視点の一つと考えられている。つまり、個として尊重されることが援助対象者の自己肯定感を高め、主体的態度や自発性を引き出すことが、彼ら自身の問題をより良い方向に導くために必要だと考えられるのである。

この個別化の原則は、しばしばアセスメント (評価) や支援計画の段階で特に重要視される。たとえ同じような条件をもった集団に属している者同士であっても、経験や前例からくる一般的な枠組みに当てはめて援助対象者をみるのではなく、完全に別個の個人として相手の状況を判断し、必要な支援を提供するというのが個別化である。

この原則は同時に、QOLの概念の下でさらに拡大された意義をもつようになる。それは、前項で述べたサービスの質における変化と同様のものである。つまり、社会サービスの援助において、その目指すべきゴール (結果) においても個別化の重要性が強調されるのである。それぞれの社会サービスにはその目的が定められており、その意味でその目的達成が目指されるゴールであるという意味では統一されたものであるが、達成された状態がどのような状態であるのか、換言すればどのような状態になれば目的が達成されたといえるのか、という点を個別に設定することが、ここでいう結果における個別化である。

結果においても個別化を行うこと、つまり個人の主観的ニーズやQOLに基づいて個々の目標を定め、そのための

支援を行うことは、実際にその目標達成にも影響を与えるとされる (Becker & Drake 2003)。個人の好みや動機に基づく目標設定は、サービス受給者本人をサービスの受け手としての受動的な存在から、自らの目標のために能動的に動く存在となることを後押しする。それによって、より目標の達成がしやすくなるのである。

同時に、結果に対するサービス受給者の満足度も、個人の自己選択が尊重されるほど高くなる。これは先に述べたサービスの評価において、個人の主観が意味をもつこととも関連している。自分自身で選択した結果と、サービスの供給者などから指定されたり最初から固定された枠組みのなかで決定された結果では、実際に得られたサービスの量や程度が同等であっても、前者の方が結果とそれによってもたらされる生活への満足度が高くなる。その点に立脚して考えると、必ずしも多くのサービスを受給しなくとも受給者は満足を得られる可能性がある、ということにもなる。その意味で、個別化は社会サービスの供給においても現在重要な意味をもっている。

このような考えは、現在イギリスにおける高齢者向けの社会サービスの供給制度において、「個人化 (personalization)」として具現化されている。イギリスでは、ダイレクトペイメントや個人予算 (personal budget) などの方式を用いて、早くから社会サービスにおける自己決定・自己選択の実現を図ってきた (岡部二〇〇六)。これらの方式には課題もあり、決して潤沢とはいえない社会サービスの供給量に対して、その不足分を自己統制感に基づくサービス満足感で埋めようとしているという政府の意図も否定することはできない。しかし、それでも早くから QOL の概念を政策に取り込み、具体的な方式として実現してきた点は大いに評価に値する。

そのようなイギリスの社会サービスでは、現在、「個人化 (personalization)」と呼ばれる方針によって、個人に認められた社会サービスの費用の使い道を、かなりの自由度をもって決定できるようにする取り組みが行われている。た



たとえば、本人がホームヘルパーのサービスを受けるよりもジムに行って体を鍛えたい、それが自分にとって意味のある豊かな生活のためのニーズだとすれば、ジムの会費や交通費に使うこともできるし、旅行の費用に充てることもできる。<sup>⑤</sup> 禁止されているのはギャンブルや違法な飲食物・行為などの非常に限定されたものだけで、それが本人のQOLを高めるものであるならば、必ずしも直接的な身体機能の補助や介助のために使う必要はないのである。

もちろん、この方式には批判も多い。それらの費用は税金から支払われているのであり、サービス受給者以外の者からすれば自分たちが払った税金で遊んでいる、といった印象を与える部分もある。また、調査の結果から、確かにこの方式によってサービス満足度は上がったが、健康度は下がったという指摘もある (Jones et al. 2013)。何よりも、個人化を謳い自己決定に基づくQOLの向上を掲げながら、実際に費用を何に利用できるかの判断は各ケースを担当するワーカー(行政職員)に委ねられているという点で、本当に自己決定が実現されているのかという疑問が残る。

しかしながら、この個人化の手法は、個人の生活の幸福度を最大とすることを目指した新たな試みとして注目に値する。これまで社会サービスは、時間や金額といった指標を通じた「量」として捉えられてきた。しかし、徹底した個別化の発展形ともいえる個人化によって、必ずしも量がなくとも個人の生活を満足のいくものとしてできる可能性が示されようとしている。このことは、イギリスのみならず多くの社会保障関連費の財政問題を抱える国々にとって、その問題の一つの解決策を示すものでもある。ただし、もちろん、現在のイギリスにも指摘されるように、政府がこの手法を通じて必要な社会サービスの供給に対する義務から免れようとするリスクも存在する。

#### 4-2. 就労支援における個別化の重要性

前項で述べたように、社会サービスにおいて個別化（あるいはさらに進んで個人化）の重要性が高まっている。そこで次には、社会サービスのなかでも特に障害者への就労支援サービスについて個別化との関係性をみていく。

障害者の就労支援サービスは、長い間、障害リハビリテーションの理論に基づいて展開されてきた。実際の形態としては、仕事をするうえで障害となる機能障害に対して、訓練を通じた軽減もしくはそのほかの機能や器具による代替をし、障害をある程度克服したところで就労準備に入るという流れをとる。このような訓練は、同様の訓練を受けようとする一定数の集団に対して、一つの訓練用スペースにおいて行われることが多い。そこでは基本的に、すべての訓練者が同様の作業を行い、同様の目標に向かっていく。

繰り返しの訓練によって損傷を受けた人間の身体機能を改善・回復させるという手法は、すでに効果が認められたものであり、このようなりハビリテーションが機能回復の手法として有効なことは事実である。しかしながら現在では、次のような理由により、そういった訓練室のような場所での訓練が必ずしもその後の就労にとって有効ではない場合があることが指摘されるようになっていく。

一つ目の理由は、新たな障害の登場である。これは特に、就労支援サービスの領域において知的障害や精神障害をもつ者が課題となってきたことを指す。障害リハビリテーションが始まった当初、それは概ね身体障害者を対象としたものであった。しかしながら、時代の経過とともに知的障害や精神障害などの認知機能に課題をもつ障害をもつ者が、障害者として認知されるようになった。

これらの認知機能に課題のある障害の場合、事前に訓練場などで行った訓練によって得た技能は、実際に職業場面

に行った際に全く意味を為さない場合がある。これは、ある場所で獲得した知識や技術を別の場所で応用させることに課題がある場合が多いためである (Backer & Drake 2003)。このような障害の場合、就労支援は実際に仕事を行う場で行われる On-the-Job の形で行う方が効果的とされ、一九八〇年代以降、アメリカで援助付き雇用 (Supported Employment) と呼ばれる手法としてモデル化され、わが国でもジョブコーチ事業として展開されている。

このような援助手法は、それまでの訓練をしてから就労に移る train-place 型に対して、place-train (まず就労を初めてからそのなかで訓練をする) 型とも呼ばれ、実際の職場のなかでそこにみる実際の課題や資源を基に、個々の援助対象者に合わせて必要な援助を行うことを基本としており、個別化を前提とした援助方法である。

train-place 型の援助も、現在でももちろんそれが有効な場合もあるが、就労支援サービス全体としては、place-train 型の援助がより求められるようになってきている。それは、近年の器具や物理的環境の整備の進歩によって身体障害者の就労の可能性が広がる一方で、知的障害や精神障害をもつ人の就労支援のニーズが高まっているためである。これは、それまで彼らを最初から労働不能と位置付けていた社会的あるいは当事者自身の認識が徐々に変化し、彼らが就労の場を求める機会が増えてきていることも理由の一つであるだろう。この援助対象者の傾向にみる変化が、就労支援の形態における個別性の重要性を増々高めることになっているといえる。

二つ目の理由は、障害者が抱える就労上の課題についての認識の変化である。訓練室などで決められた訓練を行う就労支援では、そこで就労上の課題として認識されるのは業務上の作業の能力のみである。しかしながら実際に働く上で障害者が抱える課題はそれだけではない。通勤や移動の課題もあれば、職場内での人間関係の持ち方、労働場面以外の生活場面での課題 (生活習慣や障害・疾病管理) が就労に影響を与える場合もある。その点から考えれば、就労

支援は労働場面だけでなく、個人の生活全般との関連のなかでの包括的な視点に基づいた支援が必要となる。

生活の一部として就労を捉えることは、結果的に個々人で多様な生活環境や条件を加味する必要性を生み、やはり個別化の視点が重要となってくる。固定化された一遍通りの援助だけでは対応しきれない部分が生まれ、あらゆる援助の可能性を視野に入れる必要が出てくる。知的あるいは精神障害者の就労支援ニーズの高まりも、その障害や症状の複雑性から、個別化の重要性を高めるものとなっている。

最後に、三つ目の理由として合理的配慮の規定があげられるが、その点については次項で記述していく。

#### 4-3. 合理的配慮と就労支援

現代の障害者就労支援サービスにおいて個別化が重要となる理由の一つに、合理的配慮の概念とその規定の存在がある。合理的配慮 (Reasonable Accommodation) とは、一九六〇年代後半のアメリカに登場し、その後「一九九〇年障害をもつアメリカ人法 (Americans with Disabilities Act: 以下、ADA法)」によって現在の形をとるものとなった概念である。この概念は障害者の就労支援における新たな展開を生み、現在では世界のさまざまな国や地域において法制度化されている (山村二〇一一)。

合理的配慮の規定とは、障害をもつ者がもたない者と同様の生活を送るために必要な配慮 (Accommodation) を合理的配慮と位置付け、この配慮が欠如している状態、すなわち配慮を提供しないことが、障害者への差別であるとするものである。それまでの差別は、何らかの差別的行為を行うこと (作為) というイメージでとらえられていたが、この合理的配慮は配慮を行わないこと (不作為) も差別にあたるとしたことが、合理的配慮の概念が画期的とされる点



でもある（長瀬ほか二〇〇八）。

この合理的配慮定義や規定は、非常に抽象的かつ包括的なものとなっている。たとえば、ADA法における合理的配慮は「定義」としては法文上に明示されていない。ただガイドラインとして、①障害をもつ者が希望する職務に就くことが考えられるような求職過程における変更もしくは調整、②障害を持つものがその職務に必要な機能を遂行することができるような、業務実施の環境や状況、慣習などにおける変更もしくは調整、③障害をもつ者が障害のない者と同様の雇用上の利益や恩恵の享受を可能とするような変更もしくは調整、という三つの項目によって表現される（山村二〇一一）。

この具体的な枠組みなどを設けない定義や規定は、障害者の求める配慮が合理的配慮に当たるものか等についての判断が、障害者と雇用主双方の個別の状況を踏まえて判断されるという前提に立っている。これは、明確な線引きをせずに個別性を尊重することで、一部のケースが法制度の対象から排除されるのを避け、あらゆる場合において少なくとも法制度の適用の可否が検討される余地を残しているといえる。

このような定義の在りようの結果として、合理的配慮がその基本概念を担保するためには、障害者と雇用主の個別的环境を、どれだけ公平かつ妥当性をもって考慮にいれ合理的配慮を形成していくか、つまりは徹底した個別化が一つの重要な鍵となっている。抽象度の高い定義を基礎とすることで、合理的配慮においては「何が合理的配慮なのか」という定義づけよりもむしろ、「どのように合理性を確認するか」というプロセスが重要となるのである。

なお、障害者権利条約における合理的配慮の記述は、労働場面に限定されたものではなく、生活におけるあらゆる範囲に適用可能性を拡大したものとなっている。しかし、そもそもこの概念はADA法によって労働場面における規



定として出発したものであり、これまでの世界各国の運用の実際をみても、労働場面を基盤としたものと考えられる。その結果、就労支援サービスにおける個別化、個別性の重要性がさらに高まっている。

ここまで述べてきたような就労支援サービスにおける個別化や個別性の重視の意義を考えたとき、費用分配の方式において一つの示唆が生じる。それは、就労支援の領域において質のよいサービスを提供するためには、一括委託型の費用分配の方が望ましいのではないかというものである。

サービスの実践において個別性を確保していくためには、行動レベルでの柔軟な枠組みを必要とする。個々のサービス受給者の状況に応じた対応をするためには、事前に想定された型にはまった行動だけでは、対処できない可能性があるからだ。さらに、QOLの概念を含めたサービス受給者の主観的価値は、画一的な指標では測れない多様な個人の価値をサービスにも反映させることを要求する。そこにもまた、支援の柔軟性が求められる状況が生まれる。

しかしながら単位報酬型の制度では、そのような柔軟な支援をサービス量として評価し、分配される額に転換することが難しい。部分的に一括委託型の要素をもつ包括払いであれば、いくらかの問題の解消につながる可能性はあるが、現在の包括払いも基本的に一日単位を基準としていることを考えれば、やはり、厳密な意味での個別化を図ることは難しいといえる。

## 5. I P Sモデルを通じた検証

ここまで社会サービス供給における二つの方式の違いを説明し、また同じく社会サービスおよび就労支援サービス

における個別化の重要性を指摘してきた。さらにこの個別化と支援の多様化から、一括委託型のサービス供給システムの有効可能性を述べた。

ここで最後に、実際の就労支援サービスの状況をもとに、一括委託型システムの有効性について、今一度確認していきたい。

### 5-1-1. IPSモデルの特徴

本節で検証の材料となるのは、就労支援サービスのなかでもIPS (Individual Placement and Support) モデルといわれるサービスである。

IPSモデルとは援助付き雇用の一形態で、特に重度の知的障害や精神障害をもつ者への就労支援モデルにおけるEBPとして、アメリカにおいて実証され活用され、現在欧米を中心とした世界各国で取り組まれているモデルである。このモデルを用いた就労支援サービスは、従来のデイケア型あるいは訓練施設型の就労支援サービスにくらべ、就労率、就労の継続期間、給与等において優れた結果となることが、アメリカを中心とした多くのRCTなどにより証明されている。わが国では、政府の主導などによる積極的な導入はないが、一部の就労支援サービス提供事業者がこのモデルを取り入れた実践を行っている (Becker & Drake 2003)。

IPSモデルの特徴の一つが、就労前訓練の否定である。具体的な職業や就業場所、環境が不確定な状態で行う訓練にはその効果がないとし、まずは仕事に就くことから始める。そして就職したうえで、そこで実際に求められる支援を提供していくのである。

またこのモデルでは、徹底したアセスメントと職場マッチングにより、援助対象者個人の興味関心に忠実に基づいた職探しを行うことを原則としている。この興味関心とは、もちろん純粋な意味での個人の趣味嗜好に基づいたものでもよいし、給与や雇用条件などに対するものでもよい。ここでは、ありとあらゆる職業の可能性が考慮され、よくわが国でみられるような「障害者が就きやすい職業」といった一般的概念は排除される。

さらにこのIPSモデルにみられる特徴の一つが、生活支援との密な連携である。就労支援としてのIPSモデルは、それ自体は独立したものであるが、一方で日常生活の支援のためのサービス提供者と緊密な連携を取り、時に帯同して動く。そして、援助付き雇用として素地をもつIPSの支援は、当然のことながら援助対象者の職場内での支援が多く行われるが、それはいわゆる作業指導のみならず、職場の管理者や同僚への助言や援助対象者との関係調整から、休日の取り方や昇進についての相談など多岐に渡る。

このような業務を実行していく結果、IPSモデルの支援では事業者はミーティングのための事務所のほかは大きな設備などを要せず、職員も日中の多くの時間を外での活動に費やすことが多い。従来からみられる障害者向け社会サービスのように、一つの施設に当事者たちが集まり、決まった時間を同じことをして過ごすような風景はここにはない。IPSでは、そのコミュニティに根差した関係性も重要となるため、それを構築し維持するためにも職員は施設の中にとどまっていることはできない。

また、IPSモデルの大きな特徴の最後の一つが、支援期間を定めないということである。これは、支援がただ延々と継続するというのではなく、最初から期間を設けることをしないという意味である。どの程度の期間の支援を必要とするかは、個人の状況によってさまざまで、また途中で変化する可能性もある。その前提に立ち、最初から

サービス期間を限定することなく、支援が必要なくなるまで継続するというのが原則となっている。

## 5-2. Sussex 地域（イギリス）におけるIPS実践の例

次に、実際のIPSの実施例をみながら、費用分配方式との関係をみていく。なお、今回は科学研究費補助金による研究計画の一環として、IPSの実施に関するインタビュー調査を実施機関およびその支援団体、関係者等に対して行った。調査は最終的に国際比較を目的としたものであり、今後ほかの国での調査が終了後に詳細な報告がなされる予定であるが、ここではそのうちイギリスで行われた調査の結果を抽出して記述している。また調査の手続きの關係上、一部を除きインタビュー対象者の個人名および機関の固有名詞を匿名化している。

イギリスにおける政府の諮問機関として役割を担うCentre for Mental HealthにおいてIPSのスタッフ養成と全国への普及のための研究活動などを行っているGeoff Shepherd 上席顧問によれば、イギリスでは政府の方針としてIPSの実施が推奨されている。しかしながら、実施は各地域を管轄するNHS（国民保健サービス）に任されている。そのため、すべての地域で公的なサービスとしてIPSが実施されているわけではない。

また実際の事業の実施は、NHS自身によって行われる場合もあるし、NPOなどの外部機関に委託している場合もあるが、いずれの場合も年間の予算総額を定めるもので、一回ずつの支援の単価などを設定する例はなく、概ね一括委託型を採用していると考えることができる。

今回、インタビューを行った機関（以下、A機関）はWest Sussex 地域を中心に活動するNPO団体であり、その対象は「社会的に脆弱な人々（vulnerable people）」とされているが、実際にはメンタルヘルスの課題や知的障害を抱

える人々が中心となっている。A機関では行政からの委託事業を含めたさまざまな支援事業を展開し、その一つとしてIPS事業の実施を当該地域の管轄NHSから委託を受けて行っている。委託はいくつかの申請団体のなかからの選出によるものであり、委託期間は三年間、インタビュー時点で二期目の二年目であった。

事業管理者の話によれば、IPS事業体制は管理者とチームリーダー、Employment Specialist (ES) と呼ばれる実際の援助スタッフによって構成されており、管理者とチームリーダーは主に事務所にいるが、ESは常に生活支援チームと帯同し、A機関内にはオフィスや専用のデスクも持たない。

まず管理者の責務は、事業の円滑な運営と、次期の契約に向けた準備とスタッフの管理である。管理者にとつての経営上の懸案事項は、再度NHSとの契約を取り事業を継続させるために数値、つまり就職者の数としての成果を残すことであるが、現在の財政面についての課題は特にないとする。というのも、運営資金は、利用者数やサービス提供の増減などによって変動することはなく、その資金は潜在的な利用者数とそれに見合った人員を基にNPO自身が申請（入札）した額に基づいているためである。

それに対してESの側では、定められた勤務時間内で、週一回のミーティング以外は各自がそれぞれの担当ケースの状況に応じてスケジュールを組み、自由に動いている。一人のESは概ね二〇人弱のケースを担当しているが、ケースによって支援の頻度、場所、時間、方法などは常に変化する。各ケースの経過は記録する必要があるが、誰に何回、何時間といったような量を意識することはないと答える。状態が安定し、集中的な支援の必要がなければ月に一度の連絡のみの対象者もいれば、毎日のように会う場合もある。またIPSでは対象者や関係者とのコミュニケーションが重要となるため、メールや電話でのこまめなやりとりが常にある。特定のサービス受給者やその関係者との



連絡だけでなく、潜在的なサービス利用のために、日常から地域の雇用主や関係機関との関係づくりも欠かせないという。そのため、むしろ場所や時間、方法などで「ここからここまでが援助」というふうに業務を部分に区切ることは難しいとする。

しかし、A機関は一括委託型により事業費用を確保しているため、個々のサービス受給者に提供したサービス量や、業務の内容に偏りがあっても、それが事業の運営に財政的な影響を与えることはない。またメールや電話などの連絡業務は、不可欠な業務であると同時に、単位報酬型の場合にはカウントされない付随的な業務となる場合が多い。しかしここではその線引きをする必要性自体がなく、各担当ケースに応じて「必要なことをする」という原則のみに貫かれている。

ここで一つ疑問になるのは、利用者やサービスの増減によって事業費用が影響を受けないことは、管理者にとって是有難いことだが、その状況でサービスへのニーズが増大した場合、それは現場スタッフであるESが、規定外の勤務で対応するというしわ寄せを受けることになるのではないかという懸念である。あるいは、三年の時限事業であることが、十分な成果が出せないスタッフに対する過度な重圧となることはないのかという点である。

しかしこの点について契約事務に関する管理者は、次のように答える。IPSモデルはその効果が実証された支援モデルであり、先述のようなESの自由な活動の保障や二〇人弱という担当数も、効果が保障されるための条件のうちに入る。つまり、ESの負担を強めても成果が伸びることはないし、管理者いわく、実際に成果が出ていないESの状況を見ると、IPSの原則とそれに基づいた活動が行われていないのだという。現在の委託費は、最善のサービス提供のための体制を前提としたうえで、地域内のニーズ量を試算して出された委託費であり、仮にその体制で対応

しきれないほどのサービス要請があった場合には、そのニーズ量の試算に誤りがあるのであり、次回の委託契約の更新の際により妥当な予算額を提示する根拠となるものだという。

そのほか、A機関独自の全く異なる運営基盤をもつ生活支援サービスとの連携も行われている。そもそもIPSは生活支援サービスとは独立しつつ連携を取るという位置づけを原則とするモデルであるが、事業としては独立しつつも、同じNPOや法人内でその双方を運営している場合も少なくない。しかしながらA機関の場合、NHSが運営する生活支援サービスとの連携を行っており、ESは通常、そちらの事務所を拠点に活動している。この場合でも、細分化された業務それぞれに単価が割り当てられているような場合、異なる機関で協働される部分についての振り分けが課題となる場合があるが、A機関もNHSの生活支援サービスもそのような単価報酬型を採っていないため、個別の業務と協働の業務といった線引きをする必要自体が実務上で生じないとのことだった。

このように、徹底した個別化を基盤とするIPSモデルでは、実際の業務上の融通性が確保されることが、モデルの実証された効果を引き出すために非常に重要なものとなってくる。

### 5-3. IPS実施における課題

イギリスでのIPSの展開には、財政的な側面においても課題がないわけではない。本節冒頭でふれたように、現在イギリスでは実際にIPSを行うかどうかは各地域のNHSの判断に委ねられている。なぜならば、政府は確かにIPSを推奨しているが、そのための財源の提供はしていないからである。

IPSを実施することを決めたNHSは、政府から割り当てられる全体の予算のなかから、IPS事業に充当する

予算を用意しなければならぬ。Shepherd氏によれば、それは分配された予算のなかでIPSの事業を行うために別の事業を取り止める判断を同時にしなければならぬことを意味する。その場合の別の事業とは、多くの場合でこれまで行われてきた従来型の就労支援サービスであり、当然、その従事者やサービス受給者からの反発が起こる。NHSSでは、それらの課題を克服しなければならないことがIPSの実施の障壁となっている。

また、そのような財源の課題をもっているため、IPSが実施されることが選択されても、その資源が潤沢に用意されるかといえば、必ずしもそうではない。そのため業務の委託は、しばしば入札方式によって行われ、実施事業体（NPOなど）からすれば事業継続の確保が難しい場合もある（ただし、実施事業側もIPS事業単独で運営されているような場合はほとんどなく、そのほかの事業によって事業体そのものは維持されている場合が多い）。

さらに、より安価な事業実施ができる事業体を選ばれても、それが質も同時に担保しているかを確認することも容易ではない。Shepherd氏は、しかしながら、数年単位の更新とその際に費用の額だけでなく実績と実証性を問うことで、この問題に対応していると答える。またShepherd氏が所属するCentre for Mental Healthと、このセンターが主導して構築されたIPS Centre of Excellence Programmeというネットワーク機構によって、IPSを実施する事業所への技術支援などを行い、質の担保とさらなる発展を目指している。

## 6. むすびにかえて

現在、社会サービスの実践において個別化の重要性がさらに強調されるようになってきている。障害者の就労支援サービスは、その中でも特に個別性の重視が求められる領域だといえる。IPSは一つのモデルとしての例に過ぎないも

のでもあるが、一方で、IPSと同様の理念に基づいた支援モデルの効果が認められ、就労支援サービスにおける主流になろうとしている。

また、IPSによる就労支援サービスは、それ以前の支援方法と比べて経済的にも効率性が指摘されている(Becker & Drake 2003)。この点については、まだ日本での実証はされていない。しかし、個別化を進めるための条件として実務に柔軟性が与えられることにより、実践の従事者がより効率的に業務を体系化できることがその一因であると考えられる。そうであるならば、個別化を志向するサービスモデルは、現在のわが国の福祉政策全体に通じてみられる経済的課題に対しても効果的に機能する可能性が示唆される。

しかしながら、公的にそのようなサービスを供給するための土台である制度、政策においては、サービスの質とそれを裏付ける条件、実務上の特性が十分に考慮に入れているとは言い難い状況がある。特にわが国では、ジョブコーチ事業の一部や総合支援法における就労支援サービスにおいても、単価報酬型のシステムが採られている。しかし、イギリスでのIPSを通じた個別化の実践の例をみても、単価報酬型システムの中で十分な個別化を担保したサービス提供が行われるかについては疑問が残る。

個別化は、やはり現代の社会サービスにおいて不可欠な要素である。QOLの観点からサービスへの満足度と、ひいては生活への満足度を向上させ、サービスの量ではなく質によつて人々の生活をより豊かなものへと導く可能性をもっている。行政の責任放棄の手段になつては問題だが、現在の厳しい国家財政の状況と一方で社会サービスのニーズの増大という課題を考えれば、個別化の手法を用いてニーズの充足のあり方を変化させることは、この課題の重要な解決策となりうるかもしれない。

## 〈注〉

- (1) 科学研究費補助金若手 (B) : 『日本型IPSモデルによる就労支援…理論基盤の獲得と制度化実現のための調査研究』による。
- (2) ジョブコーチ事業には、各都道府県に設置される障害者職業センターが行う「配置型」と、社会福祉法人等が有資格者を配して行う「第一号」、および一般企業内で要件を満たした従業員が行う「第二号」がある(山村二〇一一)。
- (3) ただし、完全に単価報酬型ではなく一部で事務費や経費についての一括払いを含む。その場合、一括部分については事業種別と事業規模等によって決定される場合が多い。
- (4) 『日経ヘルスケア二二』(一七八)「ついに始まった民間病院のDPC―試行病院の収入は数%アップ 赤字要因は合併症と救急(特集)〇四年診療報酬改定インパクトを徹底検証―DPC病院の拡大、亜急性期入管の新設…様変わりする医療経営の現場」二〇〇四年八月掲載より。
- (5) 実際には医師の診断書(意見書)やなぜそれが必要なかの説明などを踏まえて、担当者による認定が必要となるが、そのような使用を原則的に禁止はしていない。

## 〈参考文献〉

- Becker, d. R. and Drake, R. E. (2003) *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford University Press. (大島 巖・松為信雄・伊藤順一郎監訳(二〇〇四)『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ IPS―チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド』金剛出版)。
- Jones, K., Forder, J., Caiels, J., Welch, E., Glendinning, C. and Windle, K. (2013) *Personalization in the health care system: do personal health budgets have an impact on outcomes and cost?* Journal of Health Services Research & Policy. 18 (2), p59-67.



長瀬修・東俊裕・川島聡編、二〇〇八、『障害者の権利条約と日本概要と展望』生活書院。

岡部耕典（二〇〇六）『障害者自立支援法とケアの自律——パーソナルアシスタンスとダイレクトペイメント』明石書店。

坂本毅啓（二〇〇九）「介護職員確保のための介護報酬改定とその前提条件」『大阪健康福祉短期大学紀要』大阪健康福祉短期大学、八、七七—九二。

関川芳孝、一九九九、「第七章 障害をもつ人に対する雇用平等の理念」荒木兵一郎・中野善達・安藤丈弘編『講座 障害をもつ人の人権—社会参加と機会の平等』有斐閣・一六八—一九五。

山村りつ、二〇一一、『精神障害者のための効果的就労支援モデルと制度—モデルに基づく制度のあり方—』ミネルヴァ書房。