

利用者の視点からみた 障害者自立支援法の課題

— 介護保険との統合から —

山 田 武 司

はじめに

1. 戦後の主な社会福祉, 社会保障の動向
 - (1) 社会保障の発達期 (1950 年代・60 年代)
 - (2) 福祉見直しの時期 (1970 年代・80 年代)
 - (3) 「福祉関係八法改正」から「介護保険」の創設まで (1990-95 年)
 - (4) 介護保険法の成立と支援費制度の創設まで (1996-2002 年)
 - (5) 支援費制度の施行直前から障害者自立支援法の制定まで
(2003-2005 年)
2. 障害者自立支援法の背景
 - (1) 社会保険中心の社会保障制度
 - (2) 利用者の選択によるサービス利用とサービス提供主体の多様化
 - (3) 安定財源と利用抑制のための社会保険制度化
3. 利用者の視点からみた「障害者自立支援法」の課題
 - (1) 経済的弱者への保障が不十分な「介護保険制度」
 - (2) 「障害者自立支援法」における利用抑制等の課題
4. むすび

はじめに

2004 年 10 月厚生労働省より「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「グランドデザイン案」という)が試案として突如
発表された。そして、翌年の 2005 年 10 月に、この「改革のグランドデザイ
ン案」の法定化といえる「障害者自立支援法」が成立 (同年 11 月交付) し、

2006年4月より段階的に施行された。

2007年2月24日発行の『週刊東洋経済』には、障害者自立支援法施行後、脳性麻痺の愛さんが通う作業所利用料及び在宅での介護費用が、施行前より合わせて月3万円上回るようになったこと、そのためヘルパーの利用を取りやめることになったとの記事が掲載されている¹⁾。また、筆者が関わっていた身体障害者入所施設のある利用者男性は、「いつまで頑張ったらいいいのか。なんでこんな辛い思いをしないといけないのか」「食べ物で苦勞するのはつらい」「自立支援法は、何を支援するのか！年金は減る、利用料は取られる。(自立支援を目標に)出てけ、頑張れと言われても、何もしてくれない。何も無いところから、何を生み出せというのか」「障害者は選択肢が限られる」と訴えた。この男性は、「障害者自立支援法」の施行後、施設利用料(サービスの割負担及び実費負担分)が発生し、また、食費も1日1600円掛かるようになったため、施設で食事をとらず、コンビニエンスストアのおにぎりなどで済ませている。

このように「障害者自立支援法」の施行後、障害者の生活は大きく変わっていった。「障害者自立支援法」は、介護保険への統合を目指しているといわれているが、なぜ介護保険との統合が目指されるのであろうか？さらに、介護保険との統合を目指す「障害者自立支援法」は、利用者にとってどのような課題があるのであろうか？本稿では、これらの疑問を明らかにするために、戦後の社会福祉、社会保障の動向から「障害者自立支援法」の成立の背景を考察し、その中から介護保険への統合を目指す「障害者自立支援法」の課題を利用者の視点から明らかにすることを目的とする。

なお、本稿では、一般的な社会福祉制度におけるサービスを「社会福祉サービス」とし、障害者福祉制度の社会福祉サービスを「障害者福祉サービス」、老人福祉制度の社会福祉サービスを「老人福祉サービス」とする。また、障害者の介護サービスの給付を「グランドデザイン案」では「障害者介護給付」、「障害者自立支援法」では「介護給付」としているが、内容的に同

一のサービスを指しているため、本稿では「グランドデザイン案」及び「障害者自立支援法」の両方において「介護給付」とする。

1. 戦後の主な社会福祉，社会保障の動向

2000年から「介護保険」が高齢者の介護サービスを担い、2003年からは「支援費制度」が、障害者サービス（精神障害者を除く）の中核を担ってきた。しかし、この2つのサービスの統合を目指す「改革のグランドデザイン案」が、「支援費制度」の開始後わずか1年で発表され、発表の翌年2005年10月に「障害者自立支援法」が成立した。

この「障害者自立支援法」の成立の背景を探るため、ここでは戦後から関係する主な社会福祉，社会保障の動向を、① 社会保障の発達期（1950年代・60年代）、② 福祉見直しの時期（1970年代・80年代）、③ 「福祉関係八法改正」から「介護保険」の創設まで（1990-95年）、④ 介護保険法の成立と支援費制度の創設まで（1996-2002年）、⑤ 支援費制度の施行直前から障害者自立支援法の制定まで（2003-2005年）に分けてみていくことにする。

(1) 社会保障の発達期（1950・60年代）

1950年に、社会保障制度審議会の「社会保障制度に関する勧告」（以下「50年勧告」という）が出された。「50年勧告」は、本文の冒頭で憲法第25条の「国民の生存権」及び「国家の生活保障の義務」を述べ、「社会保障制度の定義」²⁾につづいて国家責任を前提とした上で、国民の「社会連帯の精神」及び「社会的義務」に関して述べている³⁾。「50年勧告」当時は社会保障制度の整備を開始した時期であり、「50年勧告」では「社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な経費を醸出せしめるところの社会保険制

度でなければならない」としている⁴⁾。また、社会福祉に関しては「国家扶助の適用をうけている者、障害者、児童、その他援護育成を要するものが、自立してその能力を發揮できるよう、必要な生活指導、更生補導、その他の援護育成を行うことをいう」と定義し⁵⁾、経済保障としての社会保険や国家扶助と社会福祉の役割を区分している。

1950年代後半には、58年に国民健康保険法が改正されて国民皆保険が実現し、59年には国民階年金制度を目指した国民年金法が制定された。また、障害福祉年金が設立された。

1960年代は、高度経済成長期に入り生活構造においても変化がおきた時代である。1962年に出された社会保障制度審議会の「社会保障制度の総合調整に関する基本的方策についての答申及び社会保障制度の推進に関する勧告」（以下「62年勧」という）では、所得の階層間格差拡大に対応して、国民を「貧困階層」「低所得階層」「一般所得階層」に区分し⁶⁾、社会保障の施策を述べている。

「62年勧」では、社会福祉は、その役割を「一定条件にある低所得階層の権利⁷⁾として、低所得階層の「防貧」を担当するとし、「この意味において、社会福祉は社会保険を補完するものである」としている⁸⁾。また、財源に関しては、低所得者層を対象とすることから「原則として受益者に費用を負担させるべきでない⁹⁾」としている。

社会保険に関しては、一般所得階層を対象とするものとして、国庫負担の再検討の必要性に言及している。そして国庫負担は、最低生活水準を確保するための給付に対して受益者の負担能力をこえるような場合やインフレーションによる積立金の不足などの場合に行われるべきとしている¹⁰⁾。また、この原則により「負担能力の低い層に対して国庫負担を厚くすべきである」として、「できる限り保険料と給付との比例関係を排除し、保険料は能力に、給付は必要に応ずる方向に進むべきである」としている¹¹⁾。

以上のように50年代から60年代にかけて、我が国の社会保障制度は社会

保険を中心にして発達をし、社会福祉は低所得者を対象に社会保険の補完的な役割を担ってきた。このような我が国の社会保障制度の特徴は、国民皆保険・皆年金の実現、及び1985年の基礎年金制度の導入など、社会保険に租税を投入するとともに、対象を国民全体に広げていったことにある。このことに関して、広井良典は、我が国の社会保障制度は「当初ドイツ型社会保険システムとして出発し、次第に（イギリス的な）普遍主義的な方向に移行していった」としている¹²⁾。

（2）福祉見直しの時期（1970年代・80年代）

1973年は、①老人医療費の無料化、②老齢年金の標準年金額の5万円への引き上げ及び厚生年金の物価スライド制の導入、③健康保険の家族給付率の5割から7割への引き上げ及び家族高額療養費の創設など、年金や医療の福祉制度の拡充が実施された「福祉元年」¹³⁾と呼ばれている。

しかし、同年にオイルショックが起これ、その後の経済は低成長期へと移行し、1975年に経済審議会総合部会企画委員会第二グループによって「成長率低下のもとでの福祉充実と負担」（以下「経済審議会報告」という）が出された。宮田和明によれば、この「経済審議会報告」は、「財政支出を伴う福祉需要が必要以上にふくれあがるのを防止する」ことを求めたもので、①「負担が皆無であったり、極端に低い場合には、当該サービスに対す需要が増大し、供給が追いつかなくなったり、これに応ずるために財政支出も大幅に増加する傾向がある」として、受益者負担の強化の目的が需要の抑制にあることを示し、また、②「公共財、サービスを無償または低価格で提供する必要性は」一般的な所得水準の向上にともなって低下していると主張して、社会資本や公共サービスに「企業活動」を積極的に導入することを求めたサービスの有料化の導入を意図したものであったとされている¹⁴⁾。さらに、宮田は、「経済審議会報告」にみられるような「福祉見直し論」に関し

て、「国の財政負担を軽減することを第一主義的な目的とした、『いわば外からの見直し』であり、したがってまた、自助と相互扶助を中心とした『私』の役割の強調に傾くものであった」としている¹⁵⁾。

このような状況の中で、1979年に「新経済社会7カ年計画」が閣議決定され、「新しい福祉社会」として、「日本人が持つ個人の自助努力と家庭や近隣社会等の連帯を基盤としつつ、効率の良い政府が適正な公的福祉を重点的に保証する」いわば「日本型福祉社会」が示された¹⁶⁾。

1980年代は、臨調＝行革路線の下で、「日本型福祉社会」が「福祉見直し」の推進の基盤となった¹⁷⁾。その中で、1983年に老人保健法が創設され、老人医療費が保険料からの拠出と自己負担で賄われることになった。

1986年には、全国社会福祉協議会社会福祉基本構想懇談会より「提言社会福祉改革の基本構想」（以下「基本構想」という）が出された。この「基本構想」には、冒頭に「二十一世紀の社会と社会福祉の課題」（以下「社会福祉の課題」という）として、「高齢社会の到来」「家族の介護機能の低下」「都市化と地域社会の変化」「価値の多様化と生活意識の変化」そして「国際社会での位置づけ」が掲げられた¹⁸⁾。この「社会福祉の課題」からは、「日本型福祉社会」が基盤とする「自助努力と家庭や近隣社会等の連帯」¹⁶⁾が機能できなくなってきた状況を読み取ることができる。また、「基本構想」には、「社会福祉の今後の展開」が述べられている。この「社会福祉の今後の展開」には①「国民の誰もが必要に応じて社会福祉の施設やサービスが利用できる、普遍的な社会福祉の推進をはかる方向が明らかになった」として、「サービスの選択的利用の途」と、「社会福祉イコール無料又は低額サービス」という固定的な考えから「受益と負担の関係を配慮した費用負担の考え方に転換する」こと（費用負担への親族扶養の要素の是正）。②「在宅福祉の推進」、③「福祉供給システムの再編」として、行政による画一的な方式だけでなく、民間団体・第三セクター・民間市場を媒介とする供給方式へ拡大し、その総合化をはかること、④「新しい公共の立場にたつ社会福祉」とし

て、官と民間との間に、その両者が協力して問題の解決にあたる官民共同組織や第三セクターの創設、また、住民の共助活動を含む「公助・互助・自助」について、新しい体系を確立する必要があること、⑤「総合化の推進」として、近接分野との間の連携、ケースマネジメントシステムを確立させることの5つの項目が述べられている¹⁹⁾。そして「制度改革の基調」として、国及び行政の関与をできるだけ緩和し、社会福祉の「自由化」「柔軟化」をはかることを掲げている²⁰⁾。

社会福祉が普遍化・一般化する中では、サービスの担い手である社会福祉法人に対して、措置権者（行政）が一定の規制を行う措置制度には限界があった。「基本構想」からは、この限界から、社会福祉の「自由化」「柔軟化」の下に、サービスを行政・民間団体・第三セクター・住民の共助活動が担っていく形（福祉多元主義）を構想していることを見ることができる。また、「基本構想」は、家族の介護機能が低下し、都市化と地域社会が変化する中で、「家庭や近隣社会等の連帯」に代わる新たな「互助」として、住民の共助活動など（現在ではNPOなどが相当するであろう）によるコミュニティーの創造を追求しているとも考えられる。

(3) 「福祉関係八法改正」から「介護保険」の創設まで (1990-95年)

1990年に「老人福祉法等の一部を改正する法律」の制定、いわゆる「福祉関係八法改正」が行われた。ここでは、居宅生活支援事業が第2種社会福祉事業としての位置づけられたことにより、社会福祉法人以外の多様な事業者への委託の道が開かれた。また、老人福祉施設及び身体障害者更生援護施設の入所措置事務の市町村への移譲により、高齢者及び身体障害者の在宅福祉サービスと施設福祉サービスが市町村に一元化された。

1994年には、高齢社会ビジョン懇談会報告「21世紀福祉ビジョン——少

子・高齢社会に向けて」(以下「21世紀福祉ビジョン」という)が出された。この「21世紀福祉ビジョン」の「2 少子・高齢社会における社会保障の全体像」の「公正・公平・効率性の確保」の項目では、社会保障を「国民一人一人の自立と社会連帯の意識に支えられた所得再分配と相互援助を基本とする仕組みである」とし、そのためには「国民の自立と社会参加を基盤として、世代間や制度間、負担者と受益者間を通じて、公正・公平が確保された制度としていくことが必要である」としている²¹⁾。また「自助、共助、公助の重層的な地域福祉システムの構築」の項目では、「個人の自立を基盤とし、国民連帯でこれを支えるという『自立と相互扶助』の精神」の具体化として、「地域を基盤とし、個人や家庭、地域組織・非営利団体、企業、国、地方公共団体などが各々の役割を果たす、総合的な保健医療福祉システムの確立」の必要性を述べている²²⁾。このなかで公的部門の役割に関しては、「地域のシステムづくり、必要なサービスの確保、インフラ整備、人材の養成確保等について中心的な役割を果たす」としている²³⁾。「3 主要施策の今後の進め方」の「21世紀に向けた介護システムの構築」の項目では、「国民の誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」の構築の必要性を述べ、その際には「高齢者とともに障害者に対する介護の在り方についても検討」することを述べている²⁴⁾。「4 社会保障の負担の在り方」の「社会保障の財源構造の在り方」の項目では、「高齢化等に伴う社会保障需要拡大に伴い給付費は名目経済成長率を上回る伸びを示しており、社会保障給付費の伸びと経済成長の間のギャップを、税、保険料負担者と受益者との間で分かち合いつつカバーしていくという基本ルールの確立が必要である」とし、「租税負担と社会保険料負担の関係については、[中略]社会保険料負担中心の枠組みは基本的に維持する必要がある」としている²⁵⁾。

この翌年1995年には、「老人保健福祉審議会中間報告」において老人福祉サービスへの社会保険方式の導入が提言された²⁶⁾。そして、同年、社会保障審議会勧告より「社会保障体制の再構築」が出され、「介護保険」が言及

された。この「社会保障体制の再構築」は、「子育てや高齢者の介護などについては、個人の自立や家族の支えあいによって行われている部分は依然としておおきい。しかし、今後は、家族規模の縮小、共働き世帯の増加などに起因して、公的部門によって担っていかなければならない部分が多くなっていくことは確実である。ただし、この分野については個人や家族の役割が全くなくなるとは考えられず、安心して老後を過ごせるようにしていく必要がある」「今後増大する介護サービスのニーズに対し安定的に適切な介護サービスを提供していくためには、基盤整備は一般財源に依存するにしても、制度の運用に要する財源は主として保険料に依存する公的介護保険を基盤にするべきである」²⁷⁾と、家族で担いきれない介護を社会保険によって公的化(社会化)する「公的介護保険」の創設を述べている。

(4) 介護保険法の成立と支援費制度の創設まで (1996-2002年)

1996年に社会保障関係審議会会長会議において「社会保障構造改革の方向(中間まとめ)」(以下「社会保障構造改革中間まとめ」という)が出された。この「社会保障構造改革中間まとめ」は、「介護保険制度」に関して「多様な供給主体の参入」と「利用者の選択によるサービスの利用」の促進を述べている²⁸⁾。

1996年に身体障害者福祉審議会より「介護保険制度の創設に際して」が出された。「介護保険制度の創設に際して」は、「障害者施策が公の責任として公費で実施すべきとの関係者の認識が強い点」などを挙げ、介護保険とは異なる「障害者施策にふさわしい介護サービスとその財政方式のあり方を模索していくこととする」と述べている²⁹⁾。

1997年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合同企画分科会による「今後の障害者保険福

社の在り方について（中間報告）」（以下「3審議会中間報告」という）が出された。この「3審議会中間報告」は、①「身体障害、精神薄弱、精神障害の3つの障害種別に係る施策の総合化を図る」こと、②「介護保険との関係でサービスの提供方法や費用負担の在り方についても検討が必要である」こと、③「地域の中で生活していく上では保健福祉サービスも身近な市町村で受けられるようにすることが必要である」こと、④「さらに地域の様々な施設の活用、住民参加の促進、民間事業者の参加によるサービス提供主体の拡大により、障害者の住む地域の福祉基盤を厚くすることが必要である」ことなどを述べている。また、「利用者の選択を尊重して、利用者本位のサービスが提供できるような仕組みの在り方を検討すべきである」とも述べている³⁰⁾。

1997年に「介護保険法」が公布（2000年施行）され、その附則第2条の5年後の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲等の見直しのための検討項目の中に、「障害者の福祉に関する施策」が規定された³¹⁾。

1998年に中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分委会による「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」（以下「基礎構造改革中間まとめ」という）が出された。この「中間まとめ」は、「改革の理念」として、① 対等な関係の確立、② 地域での総合的な支援、③ 多様な主体の参入促進、④ 質と効率の向上（サービス内容と費用負担に関して市場原理を活用）、⑤ 透明性の確保、⑥ 公平かつ公正な負担、⑦ 福祉文化の創造（自助、共助、公助の地域に根ざした福祉文化）を述べている。また、「改革の具体的内容」の中では、標準的な費用で必要なサービス、利用者に着目した公的助成などを述べ、公費負担が後退することがあってはならないとした³²⁾。

1999年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合同企画分科会による「障害者関係3審議会の意見具申について」（以下「3審議会意見具申」という）が出された。「3審議会意見具申」は、「今後の障害者保険福祉の在り方について」の中で基本的

理念として、「障害者の自立と社会経済活動への参画の支援」「主体性・選択性の尊重」「地域での支え合い」を掲げた。そして、先の「3審議会中間報告」を踏まえて、ノーマライゼーション及び自己決定の理念の実現のために、利用者の選択権を保障し、利用者とサービス提供者との間の直接で対等な関係を確立した「利用者本位の考え方に立つ新しいサービス利用制度」の必要性を述べている³³⁾。また、この新しいサービス利用制度の検討に当たっては、「福祉サービスの供給基盤の整備を推進すること」「公的責任や公費負担を後退させないこと」「利用者の権利擁護システムを整備すること」としている³³⁾。さらに、利用者負担に関しては、応能負担と応益負担の方法に関して検討を行った結果、「利用料助成に移行する場合の利用者負担について、利用する者と利用しない者との公平の観点から、応益負担的な考え方の導入を求める意見もあったが、新しい利用制度への円滑な移行、障害者の所得の状況等を勘案し、引き続き〔中略〕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いくことが適当である」と述べている³³⁾。

2000年に社会福祉事業法等の改正、いわゆる「社会福祉基礎構造改革」（以下「基礎構造改革」という）が行われた。この「基礎構造改革」の内容は、2000年に厚生省（当時）より出された「社会福祉事業法等の一部改正法案の概要」によると、① 利用者の立場に立った社会福祉制度の構築（福祉サービスの利用制度化、利用保護のための制度の創設）、② サービスの質の向上（事業者の自己評価、情報提供）、③ 社会福祉事業の充実・活性化（社会福祉事業の範囲の拡充、社会福祉法人の設立要件の緩和、社会福祉法人の運営の弾力化）、④ 地域福祉の推進、⑤ その他の改正となっている³⁴⁾。この「基礎構造改革」により、身体障害者、知的障害者、障害児（施設サービスを除く）の措置制度に代わって、契約により「利用者が事業者と対等な関係に基づきサービスを選択する利用制度」³⁵⁾としての「支援費制度」（2003年施行）が創設された。

(5) 支援費制度の施行直前から障害者自立支援法の制定まで
(2003-2005年)

支援費制度の施行直前の2003年1月に厚生労働省より、財源問題から「支援費制度」のホームヘルプサービスの利用上限を設ける意向が示された³⁶⁾。これに対して、① 同月10日付で日本障害者協議会による、厚生労働大臣への「緊急要望書」提出³⁷⁾、② 14日からの全国の障害者団体の代表ら約400人による担当課長及び社会・援護局長との交渉³⁸⁾、③ 16日に日本障害者協議会 (JD)、日本身体障害者団体連合会 (日身連)、全日本手をつなぐ育成会、DPI日本会議の4団体のよびかけによる1200名の大規模な緊急行動³⁹⁾の開催、④ 17日に厚生労働大臣への「4団体の統一要望書」の提出⁴⁰⁾が行われた。

同月28日厚生労働省は、支援費制度担当課長会議においてホームヘルプサービスの国庫負担基準額を示した。しかし、この国庫負担基準は、同月10日からの障害者団体の行動を受けて、「基準の性格」として「予算の範囲内で、市町村の公平・公正な執行を図るための基準。従って、個々のサービスの『上限』を定めるものではなく、また、市町村における支給決定を制約するものではない⁴¹⁾とされた。

以上の点を踏まえて、2003年度から「支援費制度」が施行されたが、ホームヘルプを中心とする在宅サービスの増加により初年度に128億円の国家予算の不足をきたすこととなった(註の図1・図2参照)⁴²⁾。

2004年10月厚生労働省保険福祉部より試案として「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)」が出された。この「グランドデザイン案」は基本的な視点として、① 障害者福祉施策の総合化、② 自立支援型システムへの転換、③ 制度の持続可能性の確保を述べている⁴³⁾。そして①に関しては、市町村を中心にした年齢、障害別、疾病を超えた一元的

な体制の整備と地域福祉の実現⁴⁴⁾、②に関しては、障害程度に応じて提供される介護的な給付に加え、統一的な体系の下、就労支援等の自立支援サービスが、個別給付又は事業形態の形で効果的に提供される「総合的な自立支援システム」の確立⁴⁵⁾、③に関しては、給付の重点化・公平化と制度の効率化・透明化を示している⁴⁶⁾。また、ここの「グランドデザイン案」は、財源の不足により事実上破綻した「支援費制度」に代わるものとして出されたのであり、①「利用者の公平な負担と財政責任の確立により、制度の公平性と持続可能性の確保を図ることが必要である」⁴⁷⁾こと、②「年齢に関わらない共通のサービスについては、一定の若年の障害者についても、65歳以上の高齢者と同様、介護保険の仕組みを活用して提供（保険給付の優先適用）」⁴⁸⁾することを述べ、障害者福祉サービスの内、介護の部分（「介護給付」）を介護保険に統合することを求めている。

2004年12月社会保障審議会介護保険部会より「『被保険者・受給者の範囲』の拡大に関する意見」（以下「範囲の拡大に関する意見」という）が出された。この「範囲の拡大に関する意見」は、障害者サービスとの統合に関して、制度の普遍化（対象の拡大）の点から「介護保険制度の将来的な在り方としては、要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とする全ての人にサービス給付を行い、併せて保険料を負担する層を拡大していくことにより、制度の普遍化の方向を目指すべきである」という意見が多数であった」と述べている⁴⁹⁾。また、財政的な面からは「対象年齢の引き下げは制度の支え手を拡大し、財政的な安定性を向上させる効果がある。介護保険財政については、短期的な対応は別としても、長期的には、制度の支えてを拡大して財政安定化の対策を講じることを真剣に検討すべきである」と述べている⁵⁰⁾。

2005年7月「介護保険法」の改正法が成立した（2006年4月施行）。この改正法の附則第2条には、「政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての

一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成二十一年度を目途として所要の措置を講ずるものとする」と述べられている⁵¹⁾。

2005年10月に「障害者自立支援法」が成立(同年11月交付)し、2006年4月より段階的に施行された。厚生労働省の示す『「障害者自立支援法」のポイント』によれば、① 障害者施策を3障害一元化、② 利用者本位のサービス体系に再編、③ 就労支援の抜本的強化、④ 支給決定の透明化、明確化、⑤ 安定的な財源の確保の5点が制度のポイントとされている⁵²⁾。また、安定的な財源の確保では、国の費用の2分の1負担を示すとともに、利用者には「サービス費用の1割(定率負担)と食費、光熱水費(実費負担)」を示している⁵³⁾。

2. 障害者自立支援法の背景

戦後の社会福祉、社会保障の動向からは、障害者自立支援法の背景として、① 社会保障制度の構造としての「社会保険中心の社会保障制度」、② サービス利用と供給のあり方としての「利用者の選択によるサービス利用とサービス提供主体の多様化」、③ 財政的問題から、社会福祉サービスの「安定財源のための利用抑制を伴う社会保険制度化」をみることができた。ここでは、これらの3点に関して考察を行う。

(1) 社会保険中心の社会保障制度

1950年の「50年勧告」は、社会保障の中心をなすものは「社会保険制度でなければならない⁴⁾と述べており、我が国の社会保障制度は経済の発展とともに1970年代の始めまで社会保険を中心に発展し続けた。また、その中で社会福祉は、低所得者を対象とした無料の施策として、社会保険を補完

する役割を担ってきた。このように我が国の社会保障制度は社会保険制度が中心であるが、先に述べたように社会保険制度は、租税が投入され、対象を国民全体に広げていくことによって「普遍化」されていったことに特徴がある。このことに関して、広井は、「社会保険が福祉の代替機能を果たす」傾向が強いパターンの形成、及び「社会保険制度が多分に『福祉的』（＝低所得対策としての）要素を含む性格のものとなった」⁵⁴⁾としている。

1994年の「21世紀福祉ビジョン」では「自助、共助、公助の重層的な地域福祉システムの構築」を目指し、公的部門は「地域のシステムづくり、必要なサービスの確保、インフラ整備、人材の養成確保等について中心的な役割を果たす」²²⁾とされた。この「21世紀福祉ビジョン」は、1986年の「基本構想」の「公助・互助・自助」¹⁹⁾体系とは違い、「自助、共助、公助」の体系となっている。「基本構想」は、社会福祉の「自由化」「柔軟化」の視点²⁰⁾から、社会福祉サービスの中で官民協同組織・第三セクター・住民の共助活動などを、供給組織の体系に想定していったと考えられる。それに対して「21世紀福祉ビジョン」では、同様に社会福祉サービスの供給の多様化を必要としながらも、家族や地域機能の低下に代わるものを「共助」として、国民連帯で支える社会保険制度に求めていると考えることができる。この社会福祉サービスの社会保険制度化に関しては、1995年の「95年勧告」で、介護福祉サービスの「公的介護保険」²⁷⁾への移行が謳われ、1997年に「介護保険法」が制定された。また、「自助」に関しては、1996年の「社会保障構造改革の方向（中間まとめ）」（以下「社会保障構造改革（中間まとめ）」という）において、介護保険制度に関して「保険が適用されない部分について、民間保険等の活用を図る」³⁵⁾とされた。

「介護保険制度」の創設に関して、矢部正治は「介護支援専門員基本テキスト」において、日本の社会保障制度は「一貫して、自己責任を基本としつつ、相互扶助による社会保険を中心に」築かれてきたことを述べ、介護に関しても「誰もが直面する問題であるので、寝たきり等になった場合のみ、国

が責任を負うということではなく、やはり、自己責任を基本としつつ相互扶助で支える社会保険で対応すべきと考えられます⁵⁶⁾と述べている。また、社会保障審議会委員の京極高宣は、「介護保険制度」の創設の目的を「地域社会で、年齢、障害、病別を問わず介護サービスを必要とする人に適切なサービスが行きわたる仕組みを作ろうという、またそして保険というシステムを使いながら作ろうということです」と述べている⁵⁷⁾。

以上のことから、我が国の社会保険中心の社会保障制度の中では、公費による社会福祉サービスが拡大すると、国民全体を対象とした（普遍化した）社会保険制度の中に取り込まれていくことが分かる。しかも、社会保険制度を中心とした「自助、共助、公助」の体系では、公的部門は、直接に利用者のサービスを保障するのではなくサービスの基盤整備が中心となり、行政が直接サービスに関与をすることが少なくなる。そのため、施設での食費・光熱水費などの自助としての実費負担による負担増の問題や、利用者とサービス事業者との関係において対応ができない状態が生じたときのサービス保障などの点から、問題が生じることになると考えられる⁵⁸⁾。

(2) 利用者の選択によるサービス利用と サービス提供主体の多様化

「介護保険制度」の創設に関して、1996年の「社会保障構造改革（中間まとめ）」は、「多様な供給主体の参入」と「利用者の選択によるサービスの利用」²⁸⁾の促進を示した。このように、高齢者の介護サービスは、「介護保険制度」に変更されたことにより、「利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みを創設」⁵⁹⁾されたとされている。

しかし、「利用者の選択」や「多様な供給主体の参入」は、社会福祉サービスにおいても構想されてきた。社会福祉サービスの根幹をなしてきた行政処

分としての「措置制度」に対して、1986年の「基本構想」では、「サービスの選択的利用」や多様な供給主体を含めえた「福祉供給システムの再編」¹⁹⁾、国及び行政の関与の緩和と社会福祉の「自由化」「柔軟化」を示した²⁰⁾。また、1990年の「福祉関係八法改正」では、実質的には社会福祉協議会への委託が大部分を占めることになるが、居宅生活支援事業を第2種社会福祉事業に規定することによって、従来の「措置制度」の枠のなかで在宅サービスに多様な事業者への委託の道を開いた。

その後、障害者分野では、1997年の「3審議会中間報告」において、「サービス提供主体の拡大」や「利用者の選択を尊重して、利用者本位のサービスが提供できるような仕組みの在り方を検討すべきである」と提言された³⁰⁾。また、1999年の「3審議会意見具申」では、「利用者本位の考え方に立つ新しいサービス利用制度」の創設を具申した³³⁾。

その他、社会福祉サービスにおける利用者の選択によるサービス利用の方式には、1998年の児童福祉法の一部改正による「保育所方式」（母子生活支援施設、助産施設を含む）の採用、及び地域利用施設や精神障害者社会復帰施設などを対象に、行政が施設と利用者間に直接関与をせずに運営費の補助を行う、「利用・運営補助方式」がある。

1999年の「3審議会意見具申」を受けて、2000年の「基礎構造改革」によって創設された「支援費制度」は、「利用者の視点から福祉制度の再構築を行おうとするもの」⁶⁰⁾として、① 在宅サービスの提供主体の多様化を認め、② 利用者の選択と契約に基づく事業者との対等なサービス利用を、③ 公費によって保障する「利用者本位のサービスの提供を基本」⁶¹⁾とする社会福祉システムである。また、この「支援費制度」は、公助により利用拡大を進めたシステムともいうことができる。

この「支援費制度」の創設の背景には、1996年の「介護保険制度の創設に際して」で述べられた「障害者施策の公費実施」²⁹⁾や、1997年の「3審議会中間報告」・1999年の「3審議会意見具申」で述べられた「利用者本位の

考え方に立つ新しいサービス利用制度」³³⁾などがあると考えられる。またさらに、1976年の国連総会による「国際障害者年」(1981年)の決定以降、① 1980年の障害者関係団体による「国際障害者年日本推進協議会」の発足、② 1980年代の「自立生活運動」(1960年代のアメリカで始まったもの)の我が国での運動の始まりと、それによる「障害のある人の自己決定と選択権が最大限に尊重されている限り、たとえ全面的な介助を受けても人格的には自立している」との考えの発生、③ 1986年のDPI日本会議の正式発足、④ 1990年代の自立生活運動の全国組織として「全国自立センター協議会」の発足など⁶²⁾、障害者を主体とした障害者運動が、その基盤にあると考えることができる。

(3) 安定財源と利用抑制のための社会保険制度化

「介護保険制度」は、1994年の「21世紀福祉ビジョン」において、「世代間や制度間、負担者と受益者間を通じて、公正・公平が確保された制度」²¹⁾への必要性が謳われ、そして1995年の「95年勧告」において、「制度の運用に要する財源は主として保険料に依存する公的介護保険を基盤にするべきである」²⁷⁾として創設された。この介護サービスの社会保険方式採用の意味の一つとして、堀勝洋は「公費負担制度では、毎年増嵩する費用に対して、国の財政事情が対応できない可能性が強い」⁶³⁾ことを述べている。このことから、公費負担による要介護老人の社会福祉サービスは、財源問題を受益者としての「公正・公平」の負担の視点とリンクすることによって、「介護保険制度」として社会保険制度化されていったといえることができる。

一方、障害者福祉サービスに関しても、1999年の「3審議会意見具申」において「利用する者と利用しない者との公平の観点から、応益負担的な考え方」³³⁾が論議され、1998年の「基礎構造改革中間まとめ」においても「公平かつ公正な負担」⁶⁴⁾が述べられた。結果的に2000年に創設された「支援

費制度」での応益負担の導入は見送られたが、2004年に発表された「グラウンドデザイン案」を基に、2005年に成立した「障害者自立支援法」には「利用者の公平な負担」⁴⁷⁾の下に応益負担が導入された。この「グラウンドデザイン案」は、「支援費制度」の在宅サービスの拡大に伴う、国の財源不足によって生じた制度的な破綻に対して、「持続可能性の確保」⁴⁷⁾を図るために試案されたものである⁶⁵⁾。

「支援費制度」に関して岡部耕典は、「基本的に従来の措置委託費の名目上の支払先が利用者に代わっただけという認識から、従来の予算費目も含め、抜本的な制度変更は行わなかった」⁶⁶⁾としており、このことが、財源問題を生みだした要因といえる。具体的には、① 応能負担と利用者のニーズを基にしたサービス提供を基本とする利用抑制の少なさ⁶⁷⁾によるサービスの拡大と、② 在宅サービス（居宅生活支援）が裁量的経費であることによって、国の当初予算の拘束を受けることになる財源の脆弱性に原因をみることができる⁶⁸⁾。

「グラウンドデザイン案」は、この「支援費制度」の破綻の原因となった2つの問題に関して、「制度の公平性と持続可能性の確保を図る」ために、「利用者の公平な負担」と「財政責任の確立」の必要性を述べている⁴⁷⁾。「公平な負担」に関しては、介護保険、老人医療（老人保健）、健康保険の各社会保険・医療制度と支援費制度の利用者負担を比較し、支援費制度における「現在の所得別の負担水準は、他の契約による制度と比較して極めて低い水準」⁶⁹⁾であるとした。そして、「受けたサービス量に応じた負担」「入所施設と地域生活の均衡ある負担」を求める仕組として、① 福祉サービスに係る応益的な負担の導入、② 地域生活と均衡のとれた入所施設の負担の見直し、③ 障害に係る公費負担医療の見直しの導入を必要とした⁷⁰⁾。

また、「財政責任の確立」に関しては、補助金制度と介護保険との関係に言及している。補助金制度では、① 在宅サービスを含む「介護給付」などを「個別給付」として「国、都道府県が義務として支弁する仕組み」（義務的

経費)とし、② 地域相談支援・移動介護(「障害者自立支援法では」それぞれ「相談支援」「移動支援」とされた)などの「地域生活支援事業」は引き続き裁量の経費とした⁷¹⁾。また、介護保険との関係では、「各障害に共通の給付・サービス体系等に係る介護保険制度との関係については、年内に結論を得て、必要な内容を法改正に反映する」⁷²⁾とし、「年齢に関わらない共通のサービスについては、一定の若年の障害者についても、65歳以上の高齢者と同様、介護保険の仕組みを活用して提供(保険給付の優先適用)」⁷³⁾するとした。

この、「介護保険の仕組みの活用」(介護保険との統合)に関して、京極は「財政安定としては、保険というのは安定した財源なのです」と述べ、「障害者介護は、やはり、金額的に小さいですから。高齢者介護は金額が大きいので、それと障害者介護が一緒になればやりやすくなっていくでしょう」と、介護保険への統合による財政の安定化を述べている⁷⁴⁾。また、京極は2004年11月の日赤振興会の講演において「障害者介護給付に関しては、近い将来に介護保険に乗っかっていくということで論議していきましょと、今、動き出しているのであります」⁷⁵⁾と「介護保険制度」に障害者の「介護給付」を統合することを目指していることを具体的に述べている。

これらのことから、「グランドデザイン案」は、「支援費制度」の財源問題を解決するために、利用抑制のシステムとして「公平な負担」としての応益負担と、在宅サービスの義務的経費化をセットにした制度化(法定化)を行うとともに、障害者の介護サービスとしての「介護給付」部分を、介護保険と統合(社会保険化)することを打ち出しているということがわかる。

しかし、障害者の介護サービスと介護保険との統合は、「グランドデザイン案」の目指す「年内(2004年)の結論」と「必要な内容の法改正への反映」⁷²⁾、すなわち2005年の「介護保険法」の改正時に統合することは見送られた。このことに関して、京極は、社会保障審議会での状況を「介護保険との関係について、障害者部会では、最終的に『現実的な選択肢の1つとして認め、議論しよう』ということでもとまりました。私が障害者部会の意見

を介護保険部会において発言しようとしたところ、介護保険部会長から、障害者問題は次の機会に議論する課題として整理する旨の発言があり、終了となりました」と述べ、その理由として「財界からも障害者を介護保険の中に入れると、被保険者の範囲が拡大され、企業の雇用主負担も増えてしまうことから、抵抗が強いのが実情です」「障害者施策と高齢者施策が簡単に1つになるわけではないので、障害者施策のあるべき姿も考慮にいれ、共通の法律をつくったうえで、両者の関係を整理しようという考え方になったのです」⁷⁶⁾と述べている。京極の述べる「共通の法律」は、「グランドデザイン案」を基に、2005年に成立した「障害者自立支援法」を指していると考えられ、「障害者自立支援法」は、障害者の「介護給付」を、介護保険と統合するための法律ということができる。

さらに、障害者福祉サービスとの統合問題を「介護保険制度」の側からみれば、2004年の「範囲の拡大に関する意見」では、障害者サービスとの統合に関して、「財政安定化の対策」として「真剣に検討すべきである」している⁷⁷⁾。また、2005年の改正介護保険法の附則には、2009年までの「被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲」⁵¹⁾の見直しが規定されており、介護保険側からも、安定財源のために、障害者の「介護給付」を取り組もうとする動きをみることができる。

3. 利用者の視点からみた 「障害者自立支援法」の課題

「障害者自立支援法」の背景からは、障害者福祉サービスは、財源問題から「公平な負担」としての「利用抑制」制度（1割の応益負担）を採用するとともに、「社会保険中心の社会保障制度」の中で、さらに安定的な財源を得ていくために、「介護給付」の部分介護保険に統合（社会保険化）していく

ことを進めていることをみることができた。

しかし、この「利用抑制」は社会福祉サービスの理念としての「利用者本位」と矛盾し、利用者にとって最大の課題となるものである。また、社会保険制度自体に関しても、国民年金や国民健康保険に保険料の滞納・未納の問題がある。社会保険庁から2007年2月に出された「社会保険事業の概況」では、国民年金の2005年度の納付率は67.1%であり、平成17年度取支差引残は約5500億円の不足となっている⁷⁸⁾。

ここでは、「介護保険制度」への統合を目指す「障害者自立支援法」の課題を利用者の視点から明らかにするために、初めに「介護保険制度」との統合（障害者の介護給付の社会保険化）に関して保険料徴収の点から課題を考察し、次に「障害者自立支援法」の「利用抑制」の構造など、利用者の視点からみた重要な課題に関して考察を行う。

(1) 経済的弱者への保障が不十分な「介護保険制度」

「障害者自立支援法」の介護給付部分が統合を目指す「介護保険制度」は、50%が公費で賄われ、残りの50%が保険料で賄われている。また、2003年度では、50%の保険料のうち32%を40歳以上65歳未満の第2号被保険者が占めている⁷⁹⁾。第2号被保険者の保険料は国民健康保険料又は健康保険料と合算されて賦課・徴収される仕組みであるため、介護保険料の64%が医療保険料に上乗せされて徴収されていることになる。

しかし、2005年に国民健康保険料を滞納している世帯数は18.9%の470万1410世帯に上り、保険証ではなく資格者証を発行された世帯は2319市町村、31万9326世帯となっている⁸⁰⁾。この滞納者を生み出した原因として、中関武志は、「国保の加入者の内訳を見ると、1965年には、農林水産業や自営業の人たちが七割近くを占めていました。しかし、2002年にはその割合は減少し、かわって失業者や退職者・アルバイトなど、より所得が低く不安

定な人たちが七割を超えてしまいました」⁸¹⁾と述べている。広井は「社会保険制度が多分に「福祉的」(＝低所得対策としての)要素を含む性格のものとなった」⁵⁴⁾としているが、国民年金の未納問題と同様に、すでに国民健康保険料を支払えない世帯が18%を占めていることから、社会保険制度としての医療保険は、医療保障を経済的弱者に対して十分に行えない状況になっている。また、この国民健康保険料の滞納は、将来的に介護保険料の滞納に繋がっていくものであり、経済的弱者に対する介護保障を不十分なものとすることになる。

このように、保険料の納付という点から「介護保険制度」は、経済的弱者に対しての保障が十分に行えない可能性があるが、障害者世帯と経済的弱者との関係はどのようになっているのであろうか。この点に関して次の2つ調査からみることができる。

a. 東京都セルフセンター、東京都社会福祉協議会、東京都精神保健福祉連絡会、きょうされん東京支部の4団体の調査

この調査は、2006年4月から5月にかけて東京都内の法定通所施設に通う障害者世帯（精神障害者を除く）の収入調査を行ったものである。

その結果は、39.3%の世帯が市町村民税非課税世帯であった⁸²⁾。

b. 大阪障害者センターの調査

この調査は、2006年7月から9月にかけて行った全国21都道府県の障害者2296人の調査である。その結果は、生計中心者の年収は、300万円未満が57%、そのうち80万円未満が11%であった⁸³⁾。

以上の調査から、障害者世帯では低所得世帯が多く、経済的弱者への保障が不十分な「介護保険制度」への統合（社会保険による「福祉の代替機能」⁵⁴⁾）には、障害者の介護保障の点からみても課題があると考えられる。

(2) 「障害者自立支援法」における利用抑制等の課題

「障害者自立支援法」は、「利用者本位のサービス体系」⁵³⁾を表明しているが、これまで述べてきたように、この法律には「介護保険制度」と同様に、利用抑制などをもたらす幾つかの構造を持っている。ここでは、利用者の視点から「障害者自立支援法」の課題を明らかにするために、利用抑制に関する① 応益負担、② サービスの支給基準、③ 一定の利用者を対象とするサービスの抑制に関して考察を行うとともに、間接的に利用者のサービス利用に影響を与える、④ 世帯単位の利用料上限額、⑤ 報酬の利用実績払い(日払い方式)に関して考察を行う。

1) 応益負担

「介護保険制度」と同様の1割の応益負担の影響については、「はじめに」において『週刊東洋経済』の記事や身体障害者施設入所者の例を述べたが、次の各調査からみても、その影響をみることができる。

① 在宅サービスに関して

a. 「大阪障害者センター」の調査(利用の増減)

この調査は、2006年7月から9月にかけて行った利用調査であり、21都道府県2296人の利用時間を比べている。調査の結果は、ホームヘルプが減った人が20%：増えた人が5%、ガイドヘルプでは減32%：増4%、行動援護では減16%：増1%、ショートステイでは減25%：増15%、デイサービスでは減20%：増10%であった。また、負担増額では1万円から3万円の層が厚くなっていた⁸⁴⁾。

b. 厚生労働省の障害福祉サービスの利用実態調査「障害福祉サービス利用の実態について」(利用の抑制・中止)

この調査は2007年2月6日発表され、2006年3月から10月までの

累計が示されている。その調査結果は、ホームヘルプ（外出介護含む）、ショートステイ、デイサービス、児童デイサービス、グループホームにおいて、負担増を理由に利用を抑制した者が 2099 人（0.76%）、利用中止した者が 849 人（0.40%）であった⁸⁵⁾。

② 施設サービスに関して

a. 東京都の調査（負担の増額）

この調査からは、通所の平均利用者負担が、「障害者自立支援法」施行前の 2006 年 3 月が 1888 円なのに対して、施行後の 4 月分は 1 万 7152 円となり、9 倍の負担増であったことが判明した（入所施設は 1.44 倍の負担増⁸⁶⁾）。

b. きょうされんの調査「障害者自立支援法の施行にともなう影響調査」（利用の抑制・中止）

この調査は、2006 年 7 月から同年 8 月にかけて、きょうされん加盟法定施設（小規模通所授産施設、福祉ホーム、通勤寮を除く）及び法定グループホーム 531 カ所を対象に行った調査である。調査の結果は、利用中止者が 4 月から 7 月までの 4 か月間で 108 人であり、この数に同団体の前回調査で同年 1 月から 3 月までに退所した 124 人を加えると 232 人（7 月の在籍者数比では 1.79%）が利用を中止した。また、利用中止を検討指定している者は 157 人（同 1.21%）であった。利用中止者の行き先は自宅 46 人、他施設 25 人、就労 16 人、病院 7 人、不明 15 人であり、自宅が 42.59% であった。さらに、利用日数の抑制は 159 人、給食の抑制は 230 人（重複数未調査）である。利用料及び給食費の滞納は 4 月分 161 人、5 月分 222 人、6 月分 296 人であった⁸⁷⁾。

c. 厚生労働省の障害福祉サービスの利用実態調査「障害福祉サービス利用の実態について」（①の b と同じもの）

この調査の結果は、約 22 万人の施設利用者のうち、利用中止者は、通所施設で 1027 人（1.19%）、入所施設で 598 人（0.44%）の全体で 1625

人 (0.73%) であった。また、利用を中止した者のうちの 33% は他施設・サービスに利用を変更し、43% は在宅であった。さらに、通所施設の利用抑制は 4114 人 (4.75%) であった⁸⁸⁾。

以上のように、各調査において割合などは異なっているが、1割の応益負担が、利用者の負担増を招き、サービス利用の中止や抑制を少なくない障害者に起こしている現状をみることができる⁸⁹⁾。このことから、「障害者自立支援法」によって、少数ではない低所得世帯の障害者が、これまで行ってきた日常生活の継続を困難にし、社会参加を後退させているということが出来る。また、きょうされん調査及び厚生労働省調査において、施設退所者の約 43% が自宅 (在宅) で過ごしていることから、「障害者自立支援法」は、低所得世帯の障害者に対する施設サービスの保障に限界を持っているということもできる。

2) サービス支給基準

サービスの支給基準に関しては、「介護保険制度」においては、要介護状態区分ごとに居宅サービス費の限度額が決められているが、「障害者自立支援法」においても、居宅介護等のホームヘルプサービスなどに関して国庫負担基準が障害程度区分ごとに決められており⁹⁰⁾、市町村のサービス支給基準に影響を与えている。2007年4月1日発行の『社会福祉セミナー』には、名取市在住・沢井さん (35歳、障害程度区分5) のヘルパー利用に関して次のように述べられている。

「以前、沢井さんは月 315 時間のヘルパーサービスを受けていました。内訳は、日常生活の支援に 185 時間、外出時の介護が 130 時間でした。しかし、新たな制度では合わせて 223 時間に減少、なかでも移動介護はわずか 40 時間と以前の 3 分の 1 しか認められませんでした。(中略) 名取市が沢井さんへのサービス支給量を決める根拠としたのが、国が定めた障害程度区分です。(中略) 沢井さんは食事などの身の回りの介護が欠かせません。

帰り道、沢井さんは一つの決断をしていました。生きがいであるバリアフリーの活動を続けるためには日常生活の介護を削るしかない⁹¹⁾。

この沢井さんの例からみても、「障害者自立支援法」における国庫負担基準は、障害程度区分による一律のサービス支給基準をもたらし、そのため利用者がこれまで培ってきた社会参加を阻害し、ライフステージにおける社会生活において新たな障壁（バリア）を生む場合がある。

このライフステージにおける支援に関して、厚生労働省「障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会」の大濱委員（全国脊損連合会）は、第3回検討会において次のように述べている。

「障害者の場合はそれぞれライフステージが全く違うわけです。たとえば本当に生まれつきの障害のある方でしたら、小学校に行く時にどうやって支援をするかという、そういうライフステージがあるわけです。中学に行く時も当然違うでしょう。大学に行く時には大学に行くにの、どういうヘルプをすればよいのか、それぞれのライフステージに応じた支援サービスの在り方じゃないとまずいということです。結論として私たちが言いたいのは、介護保険のヘルパーの在り方と障害者のヘルパーの在り方は全然違う、障害者は幅広いライフステージを持っており、それぞれ障害者が自分の意思を持っていますので、それに応じたようなスタイルではないと障害者への支援というのは成り立っていかない⁹²⁾。

障害者の生活においては、憲法第25条の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」としての「食べること」や「入浴すること」などを含めた日常生活を、「受益」としてではなく権利として保障することは当然のことと考えられる。そして、そのこととともに、大濱が述べている「ライフステージに応じた支援サービス」として、障害者の社会参加を権利として保障することが必要となる。この権利の保障は、障害者が「同年齢の市民と同一の基本的権利」（「障害者の権利宣言」〔1975年、第30回国連総会〕⁹³⁾）を有していることや、「社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会」（「障害者

基本法」2004年改正)⁹⁴⁾が与えられていることなどからも明らかである⁹⁵⁾。また、これらの基本的権利や参加の行使には、障害者は介護を伴わなければならない。したがって、ホームヘルプサービスなどの障害者の介護サービスは、障害の程度だけではなく、障害者一人ひとりの社会参加を含む生活状態や希望に応じて決められなければならないと考えられる。

3) 一定の利用者を対象とするサービスの抑制

障害者福祉サービスの「介護給付」部分の「介護保険制度」への統合(社会保険制度化)は、財源的な問題を解決するために検討をされているが、既に「介護保険制度」の総費用は、2000年の3.6兆円から2003年度は5.7兆円、2004年度の補正予算では6.3兆円と大幅な伸びを示し、「制度の持続可能性」が課題となっている⁹⁶⁾。

この背景には、軽度要介護者認定者の大幅な増加があり、要支援及び要介護1を合わせた認定者は、2000年度から2005年度までの6年間で96万人から201万人へと2倍以上増加している⁹⁷⁾。このような中で2005年に改正された「介護保険制度」では、「軽度の要介護者(要支援、要介護)の方々に対するサービスをより本人の自立支援に資するように改善する」として、「旧要介護1」の者のうち、疾病や外傷などにより心身の状態が安定していない者などを除いて「要支援2」とし、「旧要支援者」を「要支援1」とした新たな予防給付の区分を設けた⁹⁸⁾。

この、予防給付の支給限度基準は、「要介護1」の支給限基準が1万6580単位なのに対して「要支援2」の支給限基準は1万400単位であり、「旧要支援」の支給限基準が6150単位なのに対して「要支援1」は4790単位と、改正前に比べ削減された基準となっている。

筆者が介護支援専門員の業務を行っていたとき、「介護保険制度」における幾人かの軽度要介護者(旧要支援・旧要介護1)は、独居又は高齢者世帯であった。このような軽度要介護者は、日中をデイサービスなどで友人や施設

職員と共に過ごし、ヘルパーの支援により家事を行わなければ十分な生活を維持することができなかった。そのため、サービスの削減による生活の質の低下は、健康やADLの面からも危惧されるものである。

障害者福祉サービスにおいても、前述したように「支援費制度」の在宅サービスの大幅な費用の伸びにより、初年度に128億円の国家予算の不足をきたした。この原因に関して、岩尾俊一郎は「知的障害者のガイドヘルプ利用が大幅に増加した」ことなどを挙げている⁹⁹⁾。第3回社会保障審議会障害者部会（2003年11月28日）の資料「平成15年度の障害者ホームヘルプサービス予算について」からは、「支援費制度」開始当初の「ホームヘルプサービス別利用状況」をみることができる（註の表1参照¹⁰⁰⁾。ここからは、一般のホームヘルプサービス（身体介護、家事援助）の利用時間が、2001年の月平均53万5000時間に対して、支援費制度が始まった2003年4月には74万2416時間（約1.39倍、身体障害者と知的障害者の合算）に増加していることが分かる。また、ガイドヘルプサービス（移動介護）では、2001年の月平均利用時間27万2000時間に対して、2003年4月の利用時間は44万2127時間（約1.63倍）となり、一般のホームヘルプサービスに比べて増加していることが分かる。このガイドヘルプサービスの2005年4月実績のうち、身体介護を伴わない利用者の延べ人数は1万6405人（約64%）、利用時間は25万5150時間（約58%）であり、半数以上を占めている。

このような状況の中で「障害者自立支援法」は、ガイドヘルプサービス（移動介護）を、重度の知的障害又は精支援障害であって危機回避などができない者、及び重度の肢体不自由により常時介護を要する者を除いて、裁量的経費である「地域生活支援事業」の中に「移動支援事業」として位置づけた¹⁰¹⁾。この位置づけは、支援費制度が破綻した要因の一つであるガイドヘルプサービスの大部分を、そのまま財政的な裏付けが得られない裁量的経費とすることを意味している。このことから、ガイドヘルプサービスを必要とする中・軽度障害者に対する市町村の支給抑制を想定していると考えること

ができる。

また、岩尾は知的障害者のガイドヘルプサービスに関して、「いつまでも親の立場、視点で付き添われて行動していた知的障害者にとって、ガイドヘルプ（移動支援）は、彼らの行動の幅を拡大して、支援費制度の理念通り今までできなかった社会参加を実現している」¹⁰²⁾と述べている。このことから、障害者の社会参加は、ガイドヘルプサービスがなければ広げていくことができないものであり、その利用の抑制は、障害者の生活の選択を奪うものとなる。

4) 世帯単位の利用料上限額

「障害者自立支援法」における利用上限額は、扶養控除の対象及び健康保険（国保を含む）の被扶養者になっていない場合を除き、原則「介護保険制度」と同様に世帯単位とされている。また、その額（軽減措置あり）は、①生活保護世帯の場合0円、②市町村民税非課税世帯で利用する本人の収入が80万円以下の場合1万5000円、③市町村民税非課税世帯の場合2万4600円、④市町村民税課税世帯の場合3万7200円であり、「介護保険制度」の「高額介護サービス費」と類似している¹⁰³⁾。

障害者個人の収入は、NPO法人・大阪障害者センターの2004年調査からは、年金などの公的な収入が、月額5万円以上10万円未満が58.6%、5万円未満が34.5%、作業所や授産施設、一般企業などで働いている人のうち、76.6%は就労による年間収入が10万円未満と、低所得となっている¹⁰⁴⁾。そのため世帯単位の利用上限は、扶養者としての家族の収入を見込んでいると考えられる。しかも、このことは、中高年期以降に中途障害者となった一部の者を除いて、障害者は主に親の収入の下で、すなわち親との一緒に生活の中でサービスを受け続けていくことが前提となる。

障害者福祉の基本はノーマライゼーションの理念の実現である。このノーマライゼーションに関して、ニイリエは「8つの原理」¹⁰⁵⁾の中で、ライフサ

イクルでのノーマルな経験、ノーマルな要求の尊重、異性との生活などを掲げている。また、前述した大濱は、「障害者は幅広いライフステージを持っており、それぞれ障害者が自分の意思を持っていますので、それに応じたようなスタイルではないと障害者への支援というのは成り立っていない」⁹²⁾と述べている。これらの点からみても、障害者は、青年期から成人期というライフステージの中で、健常者と同様に、親から自立して自身の生活を打ち立てていくことが自然であり、ノーマライゼーションの理念の実現ということができる。

しかし、前述したように世帯単位の収入の基準では、障害者は費用負担をいつまでも家族に依存することになり、社会福祉サービスの権利主体として権利を十分に行使することができなくなる可能性がある。この点からも、世帯単位の利用上限は、障害者の自立と社会参加を阻むことになると考えられる。

5) 報酬の利用実績払い（日払い方式）

「支援費制度」が月単位の報酬支払いだったのに対して、「障害者自立支援法」では、利用実績払い（日払い方式）となった。「障害者自立支援法」において、施設の新たな事業体系への移行期間は5年間とされているが、旧体系施設（従来の施設体系）においても、利用実績払い（日払い方式）が行われる。

また、2006年度に、旧体系施設に支払われた「施設訓練等支給費」は、前年比で人件費2.0%、その他の経費で5%が削減され、その積算方法基準は、入所30.4日、通所22日であった¹⁰⁶⁾。

施設職員の待遇に関して、きょうされんが、加盟施設の法定施設（小規模通所授産施設、福祉ホームは除く）・法定グループホーム・生活支援センターに対して、2006年8月31日～10月31日に調査を行った。この調査結果からは、職員の人件費に関して回答のあった施設・事業所356カ所中、146カ所（41.0%）が人件費の削減に踏み切り、さらに、削減を検討している施設・事

業所 63 カ所 (17.7%) を加えると、209 カ所 (58.7%) の施設・事業所が自立支援法の影響で人件費の見直しを迫られていた。また、常勤職員のボーナス月数 (2005 年度と 2006 年度) についての比較では、平均で年 3.94 カ月から 3.45 カ月と 0.49 カ月分 (12.4%) の低下となっていた。休日日数の見直しに関しては、回答のあった 348 カ所の施設・事業所中、休暇を減らした施設・事業所は 110 カ所 (31.6%)、検討中の 26 カ所を合わせると 136 カ所 (39.1%) となっていた¹⁰⁷⁾。

また、「障害者自立支援法」での新たな事業体系への移行による収入の見込みに関しては、東京都社会福祉協議会が、都内の法定通所施設を対象に調査を行った。この調査結果は、「各施設の 2005 年度の決算額と移行後の収入見込み額を比較すると、『報酬減』になると答えた施設が 83% を占め」「1 カ所当たりの減額は、年平均で約 1920 万円にもなる」ことを示した¹⁰⁸⁾。

このように、「障害者自立支援法」における新たな事業体系への移行には収入の減少が見込まれるが、2006 年の報酬に関して旧体系施設の通所授産施設と、その移行対象となる「就労支援 B 型」において比較をすると概算は次のようになる (但し、各種の加算等の額を除く、丙地単価)。

- ・「就労支援 B 型 (II) サービス費」(障害年金 1 級受給者 5 割以上、経過措置あり。配置基準 7.5 : 1 以上、定員 40 人以下) → 単価は 504 単位 (5040 円)¹⁰⁹⁾
- ・旧体系施設の身体障害者通所授産施設 (小規模型・定員 20 人、職員配置 3 人) → 約 643 単位 (6430 円)、約 22% の減 (単価は障害程度区分 A から C の平均単価)¹¹⁰⁾
- ・旧体系施設の知的障害者通所授産施設 (小規模型・定員 20 人、職員配置 7.5 : 1) → 約 862 単位 (8620 円)、約 42% の減 (単価は障害程度区分 A から C の平均単価)¹¹¹⁾

したがって、従来の授産施設が「就労支援 B 型」以外の事業を一部又は全てにおいて選択せず、そのまま「就労支援 B 型」に移行した場合には、大幅な減収が見込まれることになる¹¹²⁾。

以上のように、報酬額の減額や、祝祭日や夏期・冬期休暇が減算となる通所月 22 日の積算基準は、職員の給与等の削減と、休暇の削減（労働強化）をもたらしていることがわかる。この状況は、職員の仕事に対する意欲を減退させるとともに、パート・嘱託職員の増加を懸念させるものであり、結果的に利用者の処遇の悪化を招くことになると考えられる。また、利用者は状態に応じて施設を休む必要がでてくるが、実績払いでは、利用の欠席が施設の減収に繋がり、利用者が休む権利を行使しづらくなる対応がもたらされる可能性がある。

4. むすび

2006 年 5 月 26 日、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しを検討した「社会保障の在り方に関する懇談会」より、報告書「今後の社会保障の在り方について」が出された。そこでは、「介護保険制度の将来的な在り方としては、介護ニーズの普遍性の観点や、サービス提供の効率性、財政基盤の安定性等の観点から、年齢や原因を問わず、すべての介護ニーズに対応する「制度の普遍化」を目指すことが方向として考えられる」とされた¹¹³⁾。

また、2007 年 4 月 10 日に行われた「第 7 回介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」では、「制度の普遍化」に対して、① 保険料負担年齢 20 歳以上、被保険者・受給者 0 歳以上、② 保険料負担年齢 20 歳以上、被保険者・受給者 20 歳以上、③ 保険料負担年齢 30 歳以上、被保険者・受給者 30 歳以上の 3 累計が示された¹¹⁴⁾。そして、「介護保険制度」と「障害者自立支援法の関係」は、「介護保険制度の被保険者及び受給者の範囲を拡大し、要介護となった理由、年齢を問わず、すべての介護ニーズに応えることを目的とした制度に改める（いわゆる「普遍化」）としても、就労支援や

社会参加など介護以外のニーズにも対応している障害者福祉制度の全体を介護保険制度に『統合』するというにはならない」とした(註の図3参照)¹¹⁵⁾。

以上のように、厚生労働省は、「障害者自立支援法」の「介護給付」部分の「介護保険制度」への統合に向けての準備を行っている。しかし、この統合は、前述した「障害者自立支援法」の課題の固定化を進めることになる。

障害者の基本的権利の行使や社会参加には、介護を伴わなければならないことを前述したように、障害者の「介護給付」は障害者の社会参加の基盤となるものである。したがって、障害者の「介護給付」は、介護度や障害の程度に着目した基準で支給するのではなく、「各年代のライフステージにおける生活と社会参加を基準に、主体者としての障害者本人の応能負担によって支給をするべきである」と筆者は考えている。そのためには、「障害者自立支援法」において行われている支給決定のための障害者本人の利用意向聴取や、支給決定後に一部の者のみを対象としたケアマネジメント¹¹⁶⁾だけでは不十分である。応益負担の廃止とともに「各年代のライフステージにおいて、個々の障害の程度と社会参加を含めた障害者本人の希望する生活における課題を、ケアマネジメントによって分析し、それを支給決定の基礎とする必要がある」と筆者は考えている。

〔註〕

1) 『週刊東洋経済』(2007年2月24日増大号)東洋経済新聞社, pp.60-61。

2) 「社会保障制度に関する勧告」(1950年10月26日)では、社会保障制度を「疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、失業、多子、その他困窮の原因に対し、社会保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう」としている。

社会保障研究所編(1981)『日本社会保障資料1』至誠堂, pp.188-189。

3) 同上書, pp.188-189。

- 4) 同上書, p.189。
- 5) 同上書, pp.197-198。
- 6) 同上書, p.254。
- 7) 同上書, p.256。
- 8) 同上書, p.252。
- 9) 同上書, p.258。
- 10) 同上書, p.253。
- 11) 同上書, p.253。
- 12) 広井良典 (2005)『日本の社会保障』岩波書店, p.39。
広井は、(ドイツ型) 社会保険モデルの特徴を「社会保険中心、職域(被雇用者)がベース、所得比例的な給付」とし、普遍主義モデルの特徴を「租税中心、全住民対象、平等志向」としている。
広井良典 (2005)『日本の社会保障』岩波書店, p.18。
- 13) 社会福祉辞典編集委員会編 (2005)『社会福祉辞典』大月書店, p.455。
- 14) 宮田和明 (2000)『現代日本社会福祉政策論』ミネルヴァ書房, pp.65-66。
- 15) 同上書, p.66。
- 16) 経済企画庁編 (1979)『新経済社会7カ年計画』, p.150。
- 17) 前掲書『社会福祉辞典』大月書店, p.413。
- 18) 全国社会福祉協議会 (1986.7)『月刊福祉』, p.108。
- 19) 同上書, pp.109-110。
- 20) 同上書, p.114。
- 21) 社会保障入門編集委員会編 (1999)『社会保障入門(平成11年版)』中央法規出版, pp.146-147。
- 22) 同上書, p.147。
- 23) 同上書, p.147。
- 24) 同上書, p.154。
- 25) 同上書, p.158。
- 26) 佐藤進・金川琢雄編『あたらしい社会保障・社会福祉法概説〔第2版〕』信山社, p.140。
- 27) 前掲書『現代日本社会福祉政策論』, pp.140-141。
- 28) 前掲書『社会保障入門(平成11年版)』, p.194。
- 29) 身体障害者福祉審議会会長三浦文夫『介護保険制度の創設に際して』,
厚生労働省ホームページ (<http://www1.mhlw.go.jp/shingi/13.html>) 2007.2.28 取得。
- 30) 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合同企画分科会「今後の障害者保険福祉の在り方について(中間報

告)」,

厚生労働省ホームページ (<http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s1209-1.html#4>) 2007.2.28 取得。

- 31) 「介護保険法」電子政府の総合窓口ホームページ (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09HO123.html>) 2007.2.28 取得。
- 32) 社会福祉の動向編集委員会編 (2001)『社会福祉の動向 2001』中央法規出版, pp.365-369。
- 33) 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合同企画分科会「障害者関係 3 審議会の意見具申について」, 厚生労働省ホームページ (http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1101/h0125-1_9.html) 2007.2.28 取得。
- 34) 日本社会福祉士会「日本社福祉士会ニュース No.45」(2000.4.1 発行), pp.7-8。
- 35) 同上書, p.7。
- 36) ホームヘルプサービスの利用上限問題に関して, 毎日新聞に次の記事が掲載された。

行政が決めていた障害者福祉サービスを4月から障害者自身が選べるように改める「支援費制度」について, 厚生労働省が身体・知的障害者が受けるホームヘルプサービスの時間数などに「上限」を設ける検討を始めていることが分かった。厚労省はこれまで、「障害者に必要なサービスを提供する」との考えに基づき, 時間数に上限を設けないよう地方自治体に指導してきた。制度導入目前の大きな方針転換に, 障害者団体は強く反発している。

関係者によると, 身体障害者が受けるホームヘルプサービスは月120~150時間程度, 知的障害者が受けるホームヘルプサービスは重度が月50時間, 中・軽度が月30時間程度の上限を設定するなどの案が浮上している。これが実現すると, 全面介助が必要な身障者でも, 原則1日4~5時間程度しかサービスを受けられなくなる。

現在行われている障害者福祉サービスは, 市町村が利用者を特定し, サービス内容を決める「措置制度」。厚労省は旧厚生省時代から全国の都道府県の担当者会議などで, サービスの時間数については上限を定めないう, 指導を続けてきた。

昨年末に発表された新障害者基本計画は, 入所施設偏重から地域生活への転換が明示されており, 支援費制度も障害者の地域生活を重点目標として導入される。特に, ホームヘルパーは地域生活を支える根幹の制度で, 同省は最近まで一貫して「上限は設けない」と説明してきた。

厚労省障害保健福祉部は「支援費制度の開始でサービスの需要が増えることが

利用者の視点からみた障害者自立支援法の課題（山田〔武〕）

予想され、無制限に支援費を出して予算をパンクさせるわけにもいかない。目安としての上限を設けることを検討しているが、具体的なものはまだ白紙段階だ。28日に開催予定の全国担当者会議までに、結論を出したい」と説明している。

「支援費制度：障害者のヘルパー利用時間に上限 厚労省が一転」2003/01/10 金曜日、毎日新聞。

arsvi.com by 生存学創成拠点ホームページ (<http://www.arsvi.com/s/200303.htm>)

2007.2.28 取得。

- 37) 日本障害者協議会代表者名で厚生労働大臣宛に次の要望書が提出された。

貴職におかれましては日頃より障害者施策にご尽力され、心より感謝申しあげる次第です。

本協議会は4月からのこの支援費制度導入にあたって要望を数度にわたりさせていただきます。最も重要な視点は、障害の重い人たちの地域生活基盤の充実であり、自己選択・自己決定の原理を確立することであると認識しています。さらには生活施設等におきましては、現行の生活水準を維持させ、個室化などの環境改善に努めていき、権利擁護システムを確立させていくことであります。

ところで、障害の重い人たちの地域生活を支える目的である支援費制度の居宅生活支援サービスに、1カ月あたりの上限を設定する議論がされていると伺っており、強い危惧感を抱かざるを得ません。障害の状況により、必要であれば必要を満たすだけの介護サービスが提供されていくことが支援費制度の狙いであったはずです。

また、市町村障害者生活支援事業や地域療育等支援事業の一般財源化問題についても、多くの自治体の現状を見わたすときに、障害の重い人たちの地域生活を退行させかねません。

これらの動きは、新障害者基本計画や新障害者プランの理念に照らしても逆行するものと言わざるを得ません。

以上の認識にたち、下記の事項について、ご高配賜りたくお願い申し上げます。

記

1. 居宅生活支援サービスの上限設定の動き、その背景と内容等について、納得のいく十分な説明を行うこと。その上にたつて、介護サービスについては、障害の重い人たちの社会参加と社会的自立の実現という観点に立ち、必要にみあう量と質を提供できるシステムとすること。
2. 施設サービスの水準の低下を招くことがないように、十分な措置を講じること。
3. 市町村障害者生活支援事業や地域療育等支援事業の一般財源化は撤回し、引

き続き補助金事業で行うこと。

日本障害者協議会ホームページ (<http://www.jdnet.gr.jp/Request/req2002.htm#22>)
2007.3.12 取得。

- 38) ホームヘルプサービスの利用上限問題に関して、毎日新聞に次の記事（一部抜粋）が掲載された。

4月にスタートする障害者の「支援費制度」で、厚生労働省がホームヘルプサービスの時間数に「上限」を設ける検討をしていることについて、全国の障害者団体の代表ら約400人が14日、厚労省に詰めかけ、撤回を求めた。担当課長との交渉は6時間近くに及んだが、結論は出ず、15日に河村博江社会・援護局長と改めて交渉することになった。障害者団体が担当課長と交渉して結論が出ず、局長交渉にまで発展するのは異例。

交渉では、厚生労働省障害保健福祉部の担当課長が、支援費制度でサービスの需要が増える予想される一方、国が出す補助金に限り（280億円）があることなどから、実施主体の各市町村に対し、障害の種類に応じてホームヘルプサービスの時間数か金額の「上限」を示す検討をしていると説明した。

「障害者団体：『支援費制度』で局長交渉へ『上限』撤回求める」2003/01/14 火曜日、毎日新聞。

arsvi.com by 生存学創成拠点ホームページ (<http://www.arsvi.com/s/200303.htm>)
2007.3.12 取得。

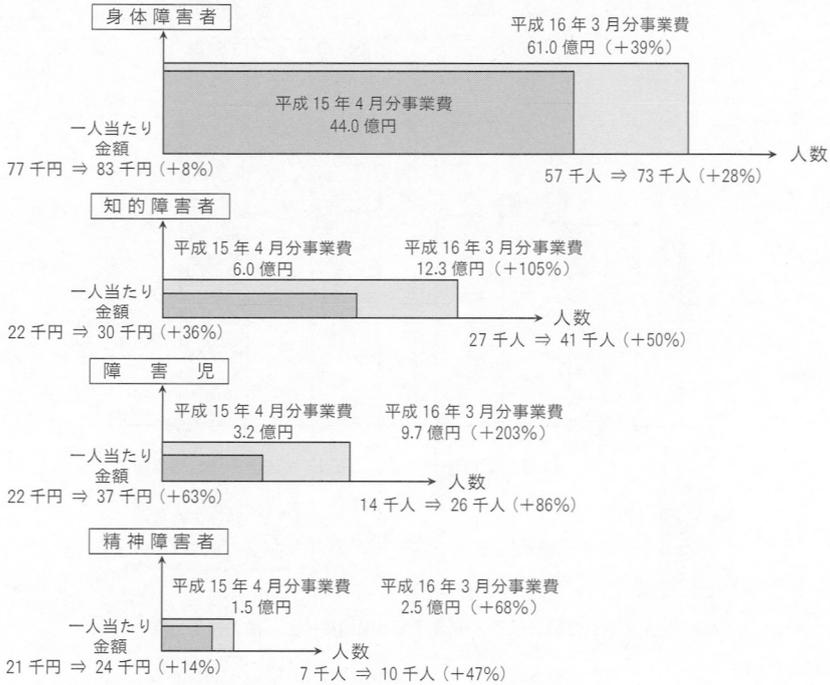
- 39) 「記録 ホームヘルパー利用制限撤廃の闘い」
全国障害者問題研究会「みんなの願い」ホームページ (<http://www.nginet.or.jp/news/opinion/20030128action.html>) 2007.3.12 取得。
- 40) 同上。

DPI 日本会議は国際団体である DPI に加盟した国内会議。DPI とは Disabled Peoples' International の略であり、日本語では「障害者インターナショナル」という。1981年、国際障害者年を機に、身体、知的、精神など、障害の種類を超えて自らの声をもって活動する障害当事者団体としてシンガポールで設立された。

「DPI とは（団体概要）」特定非営利活動法人 DPI 日本会議ホームページ (http://www.dpi-japan.org/1what'sdpi/1-1_w/00.htm) 2007.3.30 取得

- 41) 厚生労働省の支援費制度担当課長会議（平成15年1月18日）別添資料「障害者ホームヘルパーに関する国庫補助金額の取り扱いについて」には、本文でしめた「基準の性格」の次に「具体的基準」として、「なお、この基準は、市町村に補助金を交付するための算定基準であり、市町村が、交付された補助金の範囲内で、市町村ごとの障害者の特性に応じた運用を行うことを妨げるものではない」と記載されている。

図 1 ホームヘルプサービスの増額の内訳



出所：厚生労働省障害保健福祉部「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）」, p.6「在宅サービス予算の状況」から。

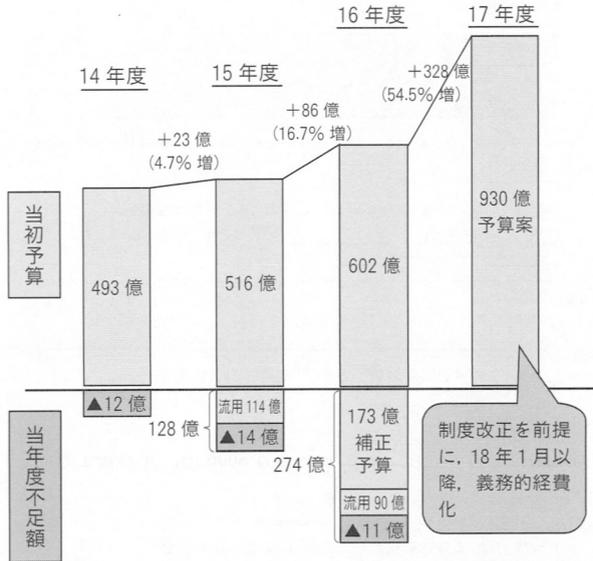
なお、別紙資料に示された具体的な基準は次の通りである。

- ① 一般の障害者の場合
 - 1月当たり概ね 25 時間（69,370 円）
- ② 視覚障害者等特有のニーズをもつ者の場合
 - 1月当たり概ね 50 時間（107,620 円）
 - ※介護保険給付の対象者は概ね 25 時間（38,250 円）
- ③ 全身性障害者の場合
 - 1月当たり概ね 125 時間（216,940 円）
 - ※介護保険給付の対象者概ね 35 時間（60,740 円）

「障害者ホームヘルパーに関する国庫補助金額の取り扱いについて」厚生労働省

図2 在宅サービスに係る予算の状況

(単位：円)



出所：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「障害者自立支援法について（簡略版）」の「在宅サービス予算の状況」。

厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaioken/jiritsushienhou01/index.html>) 2007.3.12 取得。

ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/syakai/sienhi/030128/dl/betu-b.pdf>) 2007.3.12 取得。

- 42) 図1及び図2参照。
- 43) 厚生労働省保健福祉部（2004年10月12日）「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）」，p.2。（厚生労働省ホームページより引用）
- 44) 同上書，p.2。
- 45) 同上書，p.13。
- 46) 同上書，p.2。
- 47) 同上書，p.8。
- 48) 厚生労働省保健福祉部（2004年10月12日）「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）概要」，p.9。（厚生労働省ホームページより引用）

- 49) 社会保障入門編集委員会編 (2005)『社会保障入門 (平成 17 年版)』中央法規出版, p.189。
- 50) 同上書, p.190。
- 51) 前掲註 31) と同じ。
- 52) 「障害保健福祉施策の改革のポイント」厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou02/2.html>) 2007.3.31 取得。
- 53) 「障害福祉サービスの利用者負担の見直し」厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou02/5.html>) 2007.3.31 取得。
- 54) 前掲書『日本の社会保障』, p.83。
- 55) 前掲書『社会保障入門 (平成 11 年版)』p.194。
- 56) 介護支援専門員テキスト編集委員会 (2003)『介護保険制度と介護支援』(改定介護支援専門員基本テキスト 第 1 巻)長寿社会開発センター, p.21。
- 57) 京極高宣 (2005)『新版国民皆介護——障害者自立支援法の成立』北隆館, pp.156-157。
- 58) 「障害者自立支援法」では, 入所施設等の利用者に対して, 原則その他の生活費 2 万 5000 円及び控除分の工賃などが手元に残るように個別減免及び補足給付を行うが, 補足給付を行う尺度として食費 4 万 8000 円, 光熱費 1 万円の実費負担を設定している。
- 坂本洋一 (2006)『図説よくわかる障害者自立支援法』中央法規出版, p.131。
- サービスが保障されないケースとして, 筆者が介護支援専門員として関わった次のケースがある。
- 「急遽介護者が要介護者の介護をできない状況になり, 筆者は要介護者の受け入れ先を探した。しかし, ショートステイの利用に数ヶ月前から予約が必要となる状況において, ショートステイを受け入れてくれる施設は見つからなかった。筆者は市町村の担当者とも相談したがどうすることもできず, 結果的に入院という形で対応をすることになった」。
- このケースは, 介護保険が掲げる社会的入院の解消や「サービスの受け手の立場に立った制度体系」としての「利用者本位の制度」(前掲書『介護保険制度と介護支援』, p.25) からも問題といえるケースであった。
- 59) 児島美都子・葛西修編 (2004)『社会福祉——社会保障制度と生活者の健康』金原出版, p.288。
- 60) 「利用者の視点から福祉制度の再構築を行おうとするもの」は, 2000 年に中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分働会から出された「社会福祉基礎構造改革をすすめるに当たって (追加意見)」に述べられている。
- 前掲書『社会福祉の動向 2001』, p.378。

- 61) 「利用者本位のサービスの提供を基本」は、2001年の厚生労働「支援費制度の事務大要」に述べられている。

障害福祉研究会監修(2003)『支援費制度法令通知集 平成15年版』中央法規出版, p.3。

- 62) 大曾根寛・小澤温編(2005)『障害者福祉論』放送大学教育振興会, pp.33-35。
63) 堀勝洋(2004)『社会保障読本(第3版)』東洋経済新報社, p.253。
64) 前掲書『社会福祉の動向2001』中央法規出版, p.366。
65) この財源問題は、支援費制度開始直前の2003年1月の「ホームヘルプサービスの利用上限問題」(前掲註36)からみても、支援費制度開始前に予測されていたものといえることができる。
66) 岡部耕典(2006)『障害者自立支援法とケアの自立——パーソナルアシスタントとダイレクトペイメント』明石書店, p.89。
67) 支援費制度の給付決定には、市町村の予算に応じた行政の裁量の問題があるが、決定の過程に利用者が主体的に関わることができる。

利用抑制の少なさに関して岡部耕典は、「利用者の負担はあるが、それは基本的に所得に応じた応能負担であり、所得が少ないことによる利用抑制がすくない」「受給する当事者の主体の関与が介護保険制度に比べてはるかに高く、相対的に利用抑制もすくない」としている。

同上書, pp.87-88。

- 68) 「支援費制度」の施設サービス(施設訓練等支援)は、義務的経費であった。
69) 前掲書「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)」, p.8。
70) 前掲書「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)」, p.8。
71) 前掲書「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)」, p.12, p.15。
72) 前掲書「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)」, p.22。
73) 前掲書「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)概要」, p.9。
74) 前掲書『新版国民皆介護——障害者自立支援法の成立』, pp.84-85。
75) 前掲書『新版国民皆介護——障害者自立支援法の成立』, p.131。
76) 前掲書『新版国民皆介護——障害者自立支援法の成立』, pp.172-173。

また、京極は、1997年の介護保険創設時に障害者の介護サービスが入らなかった理由として、①当面急がれる高齢者介護に障害者の問題を入れると難しい問題があり、時間がたつうちに経過してしまうこと。②障害者の要介護認定が高度で専門的にも難しいこと。③保険料を20歳から払うとなると20歳以上の若い方の

理解していただけるか、また、被用者の場合は経営者側の 50% の負担の費成が得られるかとの 3 つ問題があったことを述べ、施行 5 年後の見直しに統合を検討することになったと述べている。

前掲書『新版国民皆介護——障害者自立支援法の成立』, pp. 156–157。

- 77) 前掲書『社会保障入門 (平成 17 年版)』, p. 190。
- 78) 平成 17 年度社会保険事業の概況「電子政府の総合窓口」ホームページ (<http://www.sia.go.jp/infom/tokei/gaikyo2005/gaikyo.pdf>) 2007. 4. 13 取得。
- 79) 前掲書『介護保険制度と介護支援』, pp. 169–171。
- 80) 「国民健康保険問題」全日本民医連ホームページ (<http://www.min-iren.gr.jp/inochi-jinken/hokenmondai/shiryou/tainou-suii.html>) 2007. 4. 6 取得。
- 81) 『社会福祉セミナー』(2007 年 4 月 1 日発行) 第 20 卷 (通巻 66 号), 日本放送協会, p. 10。
- 82) 「障害者自立支援法の施行にあたっての影響調査報告」東京都社会福祉協議会ホームページ (http://www.tcs.w.tvac.or.jp/info/pdf/h18_jiritusien-hokoku.pdf) 2007. 4. 6 所得。
- 83) 「ガイドヘルプ減 32% 支援法, 低所得者に影響大」2006. 10. 23 / 月曜日, 福祉新聞。
- 84) 同上。
- 85) 「障害福祉サービス利用の実態について」厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaioken/service01/index.html>) 2007. 4. 13 取得。

なお、本文の実数に関しては日本共産党ホームページより引用した。

「施設利用障害者 1625 人中止『自立支援』法の負担増理由」(2007 年 2 月 7 日 (水)「しんぶん赤旗」), 日本共産党ホームページ (http://www.jcp.or.jp/akahata/ai_k07/2007-02-07/2007020701_03_0.html) 2007. 4. 13 取得。

- 86) 「通所の自己負担 9 倍増 都が調査, 国に軽減策要請」2006. 12. 4 / 月曜日, 福祉新聞。
- 87) 「障害者自立支援法の施行にともなう影響調査」きょうされんホームページ (<http://www.kyosaren.or.jp/research/2006/0915eikyoku2nd.pdf>) 2007. 4. 13 取得。
- 88) 前掲註 84) と同じ。

なお、本文の実数に関しては日本共産党ホームページより引用した。前掲註 85) と同じ。

厚生労働省は、2007 年 2 月 6 日発表で本文の内容の他に、全体利用者数は「利用中止などの例はあるものの、昨年 3 月と比較し、10 月の障害者施設 (入所・通所) 契約者数は、入所: 0.97% の増加, 通所: 8.53% の増加となっており、全体では 3.86% の増加。【約 209 千人⇒約 217 千人】】としている。

前掲註 84) と同じ。

- 89) 「介護保険制度」においては、居宅サービスの均利用率（居宅サービス受給者平均給付単位数の支給限度基準額（単位）に対する割合）は、2006年4月審査分では次の通りである。

「要介護 5」 53.9%、「要介護 4」 53.5%、「要介護 3」 50.3%、「要介護 2」 47.1%、「要介護 1」 36.9%、「要支援」 48.6%

「平成 17 年度介護給付費実態調査結果の概況」厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/05/dl/data.pdf>) 2007.3.28 取得。

- 90) 障害程度区分ごとの国庫負担基準額は、居宅介護対象者、行動援護対象者、重度訪問介護対象者、重度障害者等包括支援対象者に決められており、通所サービスを併用しない居宅介護対象者の国庫負担基準額は次の通りである。

区分 1：2,290 単位，区分 2：2,910 単位，区分 3：4,310 単位，区分 4：8,110 単位，区分 5：12,940 単位，区分 6：18,680 単位，障害児：7,280 単位。

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部『障害者保健福祉関係主管課長会議 平成 18 年 3 月 1 日（水）』きょうされん複製，p.55。

- 91) 前掲書『社会福祉セミナー』，p.104。
92) 「03/06/24 障害者（児）の地域生活支援の在り方に関する検討会（第 3 回）議事録」。

厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/06/txt/s0624-3.txt>) 2007.3.12 取得。

- 93) 「障害者の権利宣言」（1975 年，第 30 回国連総会）では、「障害者は，その障害の原因，性質，程度のいかんを問わず，同年齢の市民と同一の基本的権利を有する」とされている。

ミネルヴァ書房編集部編（2006）『ミネルヴァ社会福祉六法』ミネルヴァ書房，p.593。

- 94) 「障害者基本法」（2004 年改正）では，第 3 条で「すべて障害者は，個人の尊厳が重んぜられ，その尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有する」「すべて障害者は，社会を構成する一員として社会，経済，文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」とされている。

前掲書『ミネルヴァ社会福祉六法 2006』，p.594。

- 95) 障害者の権利に関しては，2006 年 12 月 13 日に国連総会において「障害者の権利条約」採択された。

- 96) 「介護保険の制度と概要」厚生労働省ホームページ ([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/0c132016746a8e7c49257140002bd56b/\\$FILE/haikei.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/0c132016746a8e7c49257140002bd56b/$FILE/haikei.pdf)) 2007.4.13 取得。

表1 平成13年度と15年度のホームヘルプサービス別利用状況（児童分を除く）

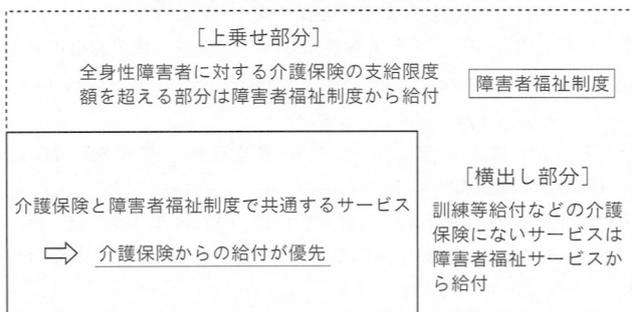
平成13年度実績					平成15年4月実績					
法区分	サービス	利用人数 (実人数)	利用時間数 (一月平均)	一人当り 利用時間数	法区分	サービス	利用人数 (延人数)	利用時間数	一人当り利用時間数	(参考)
身体障害者 知的障害者	一般分	30,000	535,000	17.0	身体障害者	身体介護	18,729	380,415	20.3	16.4
						家事援助	20,464	279,635	13.7	
					知的障害者	身体介護	3,199	43,941	13.7	
						家事援助	2,988	38,425	12.9	
	視覚障害者等 特有のニーズ をもつ者（うち 移動介護）	16,000	272,000	17.0	身体障害者	移動介護 (身体介護併う)	6,436	148,597	23.1	17.4
						移動介護 (身体介護伴わない)	12,034	189,372	15.7	
		知的障害者	移動介護 (身体介護併う)	2,641	38,380	14.5				
			移動介護 (身体介護伴わない)	4,371	65,778	15.0				
	全身性 障害者	9,000	750,000	83.0	身体障害者	日常生活支援	3,441	464,566	135.0	135.0
	合計	55,000	1,557,000		合計		74,303	1,649,109		

出所：「平成15年度の障害者ホームヘルプサービス予算について」厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1128-4d.html>) から。2007.4.12 取得。

- 97) 木村隆之 (2006)「介護保険制度改革への展望——介護保険6年間の決算」『地域経済』(岐阜経済大学) 25, p.51。
- 98) 「持続可能な介護保険制度の構築 (参考資料)」厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1222-3b1.pdf>) 2007.4.12 取得。
- 99) 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, p.115。
- 100) 表1参照。
- 101) ガイドヘルプ (移動介護) を、「障害者自立支援法」では、重度の知的障害又は精支援障害であって危機回避などができない者は「行動援護」として、重度の肢体不自由により常時介護を要する者は「重度訪問介護」のなかで位置づけている。これらは、義務的経費の「介護給付」である。
- 102) 前掲書『「障害者自立支援法」時代を生き抜くために』, p.115。
- 103) 週刊社会保障編集部編 (2007)『社会保障便利辞典』法研, p.125。
- 「介護保険制度」の場合は、生活保護世帯の上限は1万5000円であるが、生活保護の介護扶助で対応している。介護保険での上限額1万5000円の世帯は、市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者又は、市町村民税非課税世帯で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下などの者となる。
- 同上書, p.347。
- 2006年12月26日に開催された「障害保健福祉関係主管課長会議」において説明された、2009年度までの「障害者自立支援法」における通所施設・在宅サービス等の軽減措置の内容は次の通りである。
- これまで行われていた社会福祉法人サービスを受ける低所得1・低所得2の者に対する上限額の2/1の軽減を、低所得1・低所得2に一般所得(所得割10万円, 2007年7月以降は16万円未満)を含み、全ての事業者を対象に上限額を1/4に引き下げる(低所得2の通所は3750円)。
- 『月間福祉』(2007年3月1日発行)第90巻第3号, 全国社会福祉協議会, pp.62-64。
- 104) 2005年2月13日1時23分の毎日新聞速報によると、「NPO法人・大阪障害者センターが昨年9~11月, 全国30都道府県の障害者4352人を調査した結果, 年金などの公的な収入は3659人が得ていたが, 月額5万円以上10万円未満が58.6%と最も多く, 5万円未満が34.5%だった。作業所や授産施設, 一般企業などで働いている1846人のうち, 76.6%は就労による年間収入が10万円未満だった」とされている。
- 「障害者自立支援法」DPI応援団ホームページ (<http://www9.plala.or.jp/DPIOUEN/grand.htm>) 2007.4.13 取得。

- 105) 福祉士養成講座編集委員会編 (2007) 『障害者福祉論』(新版社会福祉士養成講座 3) 中央法規出版, p.7。
- 106) 前掲書『障害者保健福祉関係主管課長会議 平成 18 年 3 月 1 日 (水)』, p.135。
- 107) 「障害者自立支援法にともなう影響調査——作業所・施設職員の労働条件に関する調査結果」きょうされんホームページ (<http://www.kyosaren.or.jp/research/2006/syokuintyousagaiyou.pdf>) 2007.4.13 取得。
- 108) 「障害者自立支援法 一部で利用後退も 都社協調査 施設 8 割減収見込む」2006.6.19/ 月曜日, 福祉新聞。
- 109) 前掲書『障害者保健福祉関係主管課長会議 平成 18 年 3 月 1 日 (水)』, p.69。
- 110) 身体障害者通所授産施設小規模型の丙地単価は障害程度区分 A : 693 単位, B : 656 単位, C : 579 単位である。
前掲書『障害者保健福祉関係主管課長会議 平成 18 年 3 月 1 日 (水)』, p.143・p.144。
- 111) 知的障害者通所授産施設小規模型の丙地単価は障害区程度分 A : 939 単位, B : 856 単位, C : 791 単位である。
前掲書『障害者保健福祉関係主管課長会議 平成 18 年 3 月 1 日 (水)』, p.143・p.144。
- 112) 2006 年 12 月 26 日に開催された「障害保健福祉関係主管課長会議」において、施設に対する激変緩和措置として、これまで行われてきた旧体系施設における従前報酬の 80% 保障を, 90% となるように保障機能を強化し, 新体系に移行した場合にも 90% 保障を新たに設けることなどが説明された。
『月間福祉』(2007 年 3 月 1 日発行) 第 90 巻第 3 号, 全国社会福祉協議会, pp.65-66。
- 113) 「第 7 回介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議 議事次第」厚生労働省ホームページ ([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/e60e6c53091685cd492572bb0001369d/\\$FILE/20070412_1shiryuu.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/e60e6c53091685cd492572bb0001369d/$FILE/20070412_1shiryuu.pdf)) 2007.4.16 取得。
- 114) 同上。
- 115) 図 3 参照。
- 116) 「障害者自立支援法」での「サービス利用計画」(ケアプラン)の作成対象は, 次の通りである。
介護給付の支給決定を受けた者のうち, ① 長期の入院・入所から地域生活に移行しようとする者, ② 家族や周囲から支援が得られず, 孤立しており, 具体的な生活設計ができていない者, ③ その他, 福祉サービスを利用しようとする者であって自らその利用を調整することが困難であり, 計画的な支援を必要とする者で, 市町村が認めた者は, 「指定相談支援事業所」において, 「サービス利用計画」

図3 65歳以上の要介護状態にある障害者における
介護保険制度と障害者福祉制度との関係



出所：前掲註 112) と同じ。

(ケアプラン) の作成をしてもらうことができる。

障害者生活支援システム研究会編 (2006) 『障害者自立支援法活用の手引き——
制度の理解と改善のために』かもがわ出版, p.79。