

# 障害者自立支援法における障害者 ——障害程度区分をめぐって

寺 田 明 代\*

## The Services and Supports for Persons with Disabilities Act

Akiyo Terada

**Abstract :** This paper deals with the Japanese government policy toward people with disabilities. The policy has shifted the emphasis from protection to a work focus. The Services and Supports for Persons with Disabilities Act, enacted in December 2005, has caused this shift in emphasis. It has changed the assessment system to be based mainly on ADL evaluation, similar to the Long-term Care Insurance Law for the elderly. The former monetary support system for the disabled used to be based on user's needs and their preferences, the new act would ignore them and restrict the government's support to only physical care and job training. Also, the new act would burden the disabled with 10% consumer payment to support the system financially as a contributing member of society, pursuing "fair benefits and burdens". Even though it was decided that the municipalities would have responsibility to offer social services in promoting social inclusion, they would not be able to afford to do so if the national government held the power to control benefits. It should be the government's responsibility to ensure people's right to live in the community.

**Key words :** 障害者自立支援法 The Services and Supports for Persons with Disabilities Act 障害程度区分 the degree of disability 障害の定義 definition of disability

### I はじめに

社会福祉基礎構造改革によって、社会福祉制度の再編が急速に進められるなか、障害者に対する福祉のしくみも、大きく変わろうとしている。

平成 15 年 4 月、障害者に対する福祉制度として、支援費制度が施行された<sup>1)</sup>。その特徴を、厚生労働省は、行政が必要な援助を判断し、責任をもって供給する「措置制度」から、障害者自らがサービスを選択し、これを提供する

事業者と契約することにより利用する「利用制度」への転換であると謳った。

そこで、支援費制度では、利用者のニーズにもとづいて、給付が決定されるしくみが採用された。具体的には、まず、利用者自らが必要とするサービスを決め、市町村に支援費の受給を申請する。その後、ケースワーカーと利用者が、障害やその程度のみならず、生活のなかでのサポートの必要性を検討したうえで、その要否が決められた。実際には、サービス選択の自由は形式的なもので、給付決定のプロセスは措

---

\*関西福祉科学大学社会福祉学部 講師

置の時代とほとんど変わらなかったため、利用者はサービスの形式上の購入者となるだけだった<sup>2)</sup>。しかしながら、給付を決める基準自体は、利用者のニーズにあったといえる。

ところが、支援費制度の施行からわずか2年後の平成 17 年 10 月 31 日、支援費制度に替わる新たな障害者福祉制度として、参議院において障害者自立支援法が可決・成立した。この法律の給付判定プロセスには、支援費制度の方法を廃止し、「障害程度区分」という新たなしくみが導入されることになった。

通常、障害福祉サービスにおいて利用者を認定するしくみには、国が障害をどう捉え、障害をもつひとびとにどのように応えようとしているのかが示されている。ならば新たな認定制度は、障害程度区分というその名称からも、障害を何らかの手段で等級づけし、それによる区別を設けるものと推測されよう。では、これは、支援費制度のニーズを基準にした給付決定のしくみからは、どのような転換となっているのだろうか。また、この新たな認定制度によって、国は障害をどのように規定しようとするのだろうか。本論は、障害程度区分の検討を通して、障害者自立支援法に描かれる障害者像について考察するものである。

## II 客観的尺度

障害者自立支援法で導入された障害程度区分は、厚生労働省によると「支援の必要度に関する客観的な尺度<sup>3)</sup>」であり、障害者・児に対する、障害福祉サービスの必要性を客観的に明らかにするものと位置づけられている。厚生労働省は、これを、身体障害・知的障害・精神障害の特性を反映できるよう配慮しつつ、3 障害共通の基準とし、調査者や判定者の主観によって左右されにくい客観的な基準として作成したという<sup>4)</sup>。そして、これを用いることで、制度の透明性・公平性が担保されるのだという。

しかしながら、そもそも、障害者福祉領域において、あるいは社会福祉全般において、その

ようなサービスの必要に関する客観性が成り立つのかどうかや、また、それを求めるべきであるかどうかについては議論がある<sup>5)</sup>。にもかかわらず、厚生労働省が、当初から、障害福祉サービスのしくみに介護保険制度で採用された要介護認定のロジックを組み込もうとしたことは間違いない。なぜなら、平成 16 年に初めて行われた、障害者に対する支援の必要度の判定に関する初めての試行事業<sup>6)</sup>の手法は、すでに何らかの福祉サービスを受けている障害者に対し、介護保険の要介護認定を、そのままあてはめてみるというものだったからである。これ以降も、障害者領域での尺度のありかたに関する十分な議論を欠いたまま、要介護認定をベースとした尺度が制度化されていった。そこで、障害者領域にも組み込まれようとした要介護認定について、これまでに指摘されてきた問題点を確認しておこう。

### 1 要介護認定による介護の身体化

介護保険導入に際し、当時の厚生省は「どれ位、介護サービスを行う必要があるか」を計る客観的、科学的な「ものさし」として、コンピュータを用いた判定方法を開発した<sup>7)</sup>。これは、利用者の日常生活動作（以後、ADL と略）を中心とした心身状況をもとに、一日に必要であるとされる身体介護の時間（「要介護認定等基準時間」）が推計されるしくみである。そして、この推計された時間により、各人は「自立」、「要支援 1・2」、「要介護度 1～5」へと振り分けられる。

ところが、このコンピュータソフトの出発点は、特別養護老人ホームなどの入所施設において計測された介護者の介護業務調査にある。つまり、このコンピュータによる判定方法は、介護者が行う業務を細分化、コード化し、どれを何回行っているのかを把握することで、介護業務の実態を明らかにしようとした調査を基礎として考案されたものである<sup>8)</sup>。このことは、第一に、それは介護者サイドの業務分析にもとづ

いているため、介護が充分に行われているか、何が大切かを、利用者の視点に立って作成したものではないこと、また、設備の整った入居施設での介護が前提であって、在宅介護を考慮したものでもないことを意味している。

つぎに問題とされるのは、判定ソフトの作成過程において、介護は、高齢者施設内での身体介護を中心とした介護行為に集約されたことである。石田一紀らによると、作成過程での分析の対象はベッドサイドを中心とした一対一の身体的介護とされ、その他の生活援助（清掃、調理、洗濯など）はもちろん、相談援助や集団でのグループワークなども、「異質なケア」として分析から外されていった<sup>9)</sup>。こうして、身体介護を中心とする介護行為だけが、生活の流れのなかから要素として抽出されると、介護時間は減じていく。たとえば、「入浴」については、浴室のなかで、対面して身体的介助を行う時間は記録されるが、居室から浴室に向かうための移動や着替えのなどの時間は含まれない。「これは、「移動」や「整容」の介護時間に吸収されていくか、あるいは、要介護認定基準時間のデータとしては焼失してい<sup>10)</sup>」く。そして、計測された身体介護に費やす時間を総計したものを、要介護者をその心身状況からグループ化したものに振り分け、一日に必要とされる介護時間を推計した。しかし、「関連性のある介護過程がいったん細分化され、その対面身体介助場面を中心に組みなおされていくとき、介護実時間はさらに分散・消失<sup>11)</sup>」せざるをえない。

このようにみてみると、介護保険の要介護認定は、介護をあくまでも身体機能レベルで捉え、保険給付される介護を ADL 水準に限定するものであることがわかる。上記のような過程を経た結果、コンピュータ判定で推計される「要介護認定等基準時間」は、介護の実態と比較して、極めて短いものとなっている。さらに、その後、ソフトの改定によって介護時間の推定に用いられる指標の簡素化が進んだため、推計値と実介護時間との乖離はより大きくなっ

ている<sup>12)</sup>。

ところで、日本の高齢者における長期ケアの生活スタイルは、急性期ケアと分離されていない。したがって、長期ケアにおいても、高齢者を、いまだに病人・患者として捉える見方が支配的である<sup>13)</sup>。このようななか、じつは、学問的にも「介護」の概念は確立しておらず、これを「生活の支援」と最も広く捉えたと、介護に関わる領域は広範囲に及ぶ<sup>14)</sup>。ところが、介護保険法は、介護の定義づけを避けたまま、保険対象となる介護行為を身体機能レベルに限り、その他の見守りやコミュニケーション、社会参加など、これを超える範囲には保険給付を認めない、極めて限定的な保険として設計されたのである。

## 2 障害程度区分

それでは、このような要介護認定のしくみはどのように障害者の領域に持ち込まれたのだろうか。そして、このことはどのような意味をもつのだろうか。ここで、障害程度区分について検討していこう。

先にふれた、要介護認定を用いて行われた平成 16 年度試行事業の結論は、要介護認定によって身体介護の必要度は判断できるものの、障害者支援に際しては、自立を目的とした機能訓練や生活訓練、就労支援などの必要度を判断する別のロジックが必要、というものだった<sup>15)</sup>。そこで、これを受けた翌年の試行事業は、要介護認定の 79 項目に、障害者の特性を把握する 27 項目を加えることによって、障害者のサービスの必要性を予測するロジックを開発したという<sup>16)</sup>。そして、この新ロジックが、障害程度区分には採用されている。

しかしながら、まず、障害者のための項目そのものに問題がある。この新たな 27 項目は、手段的日常生活動作（以後、IADL と略）と行動障害、および精神面を中心とした項目で構成されている。ところが、これらの追加項目は、つまるところ、できないことや問題行動の有無

など、障害のネガティブな部分を取り上げるものとなっている。まず、IADL 7 項目は、調理や掃除、洗濯、買い物などができるか否かを問う、ADL より応用的な日常生活能力の評価に関するものである。また、行動障害 9 項目は、多動やこだわり、自傷、突発的行動といったいわゆる「問題行動」の有無をみるものとなっている。そして、残りの 11 項目は、対人面の不安緊張や意欲の乏しさ、集中力の欠如など、主に精神症状の有無を問うものである。これらの項目から、知的・精神障害者の精神機能に対する支援である、「自己決定」や「理解」の支援（見守り、傾聴、促し、情報提供など）の必要性を推測することは難しい<sup>17)</sup>。

また、追加項目を用いた「新たなロジック」は 3 つのプロセスから成るとされるものの、その中心はあくまでも「プロセス I」、すなわち要介護認定 79 項目（A 項目群とされる）によって割り出される身体状況にもとづいた区分にある。したがって、新たにつけ加えられた障害者のための 27 項目は、要介護認定にもとづく評価をそのまま基軸に据え置き、その評価に若

干の変更を加えるための追加事項にすぎない。次の「プロセス II」では、障害者用に追加された IADL（B 1 項目群とされる）および行動障害（B 2 項目群とされる）のスコアによって、区分を多少とも変更する必要があるか否かが判定される。たとえば、「プロセス I」で「区分 1」以上に該当した場合（図 1<sup>18)</sup>）には、IADL のスコアが加味され、1 あるいは 2 ランクあがる場合があるけれども、「プロセス 1」の結果が「区分 4 または 5」の人はそれ以上あがらない。しかも、そもそも「区分 3」以下の人を「重度訪問介護」の対象となる「区分 4」以上にすることもできない。また、「プロセス I」で非該当の場合（図 2<sup>19)</sup>）には、IADL と行動障害のスコアを加味して、2 ランクまで区分をあげる一次判定の修正が行われる場合がある（上限は「区分 2」となる）。ただし、行動障害による変更は、「非該当を 1 ランクあげる」ことだけに限定されている。そのため、行動障害が 1 つだけでも、月に 1 回以上あればこれに該当するが、たとえ満点の場合でも 1 ランクのみしかあがらない。そして、残された精神障害に

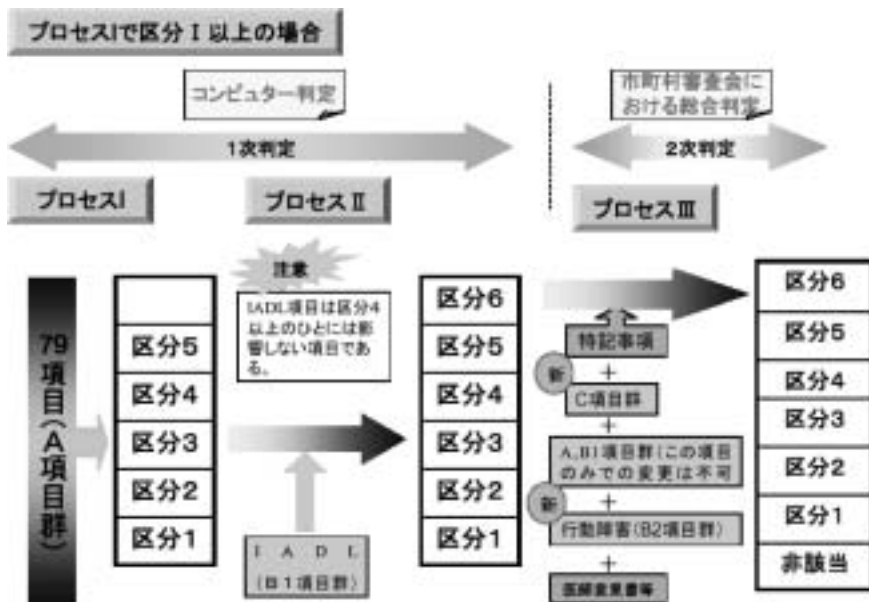


図 1 介護給付における障害程度区分の判定ロジック (1)

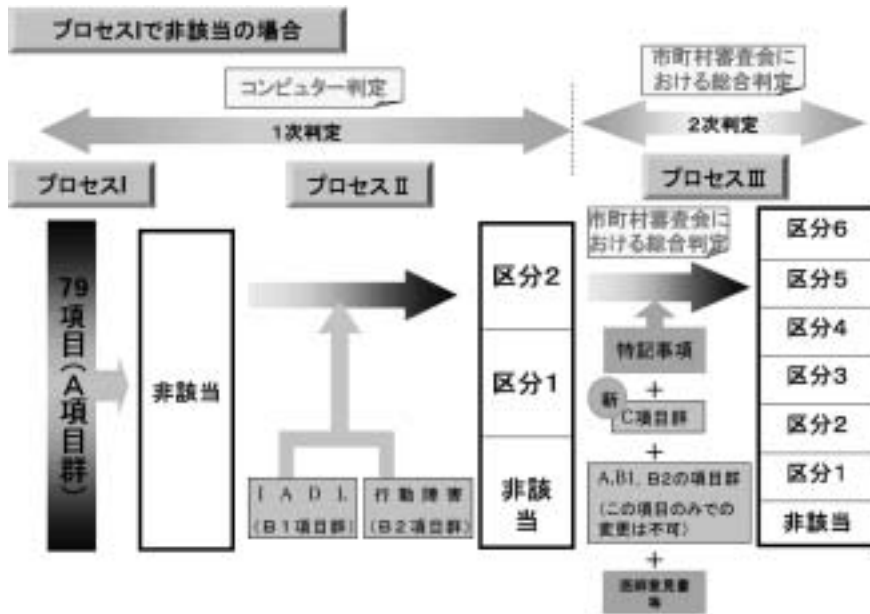


図2 介護給付における障害程度区分の判定ロジック (2)

関する項目（C項目群とされる）は、コンピュータソフトでの一次判定には用いられず、「プロセスIII」として行われる審議会による2次判定での判断材料とされるだけである。

しかも、この新ロジックの根幹には重大な疑義がある。これは、平成17年度の試行事業（対象はホームヘルプサービス利用者1423人）のデータ（要介護認定79項目に障害者用の27項目を加えた認定調査項目106項目）を因子分析してえられた6因子（ADL、認知機能障害、行動障害、IADL、生活項目、精神症状）と、審議会による2次判定後の最終判定との関係性から、統計的に導きだされたものである。両者を回帰分析したところ、ADLのほか、行動障害とIADLが有意であったので、これらのスコアと変更度との関係が求められたのだという<sup>20)</sup>。この試行事業の段階では、要介護認定79項目だけを一次判定ソフトにかけ、その結果を27項目と特記事項、医師の診断書などを加味して審査会が区分を定めるという方法であった。ところが、最終判定が一次判定と変更にな

った割合は非常に高く、1790ケース中903ケース、50.4%の変更率であった。そのため、岡部耕典は、そもそも、相関性を測られたこの試行事業および審議会での変更自体が、適切な基準とすべきものではなかったとしている<sup>21)</sup>。なかでも、とくに、精神障害者は、コンピュータ判定で区分が低く出る傾向が強かった（「非該当」が33.2%、「要支援」38.7%と低いランクに集中し、最も高い「区分3」がわずかに1.5%のみ）。そして、精神障害者について、一次判定結果を変更した理由の1位は、医師の意見書（53.7%）であった。つまり、半数以上で、医師の意見による変更が必要なコンピュータ判定だったということになる。先述したように、精神障害に関するC項目群は、新ロジックから省かれているので、この結果は当然といえよう。

これまでみてきたように、障害程度区分は、介護保険の要介護認定調査項目をそのベースとしている。これに、ADL評価では捉えることができない問題行動などを加味し、若干、変更

することは可能であるものの、根本的には、施設内での高齢者に掛かる身体的介護の手間を、あらゆる障害者にとっての「客観的な介護の必要度」とみなしている。このような高齢者向けとしても不十分な尺度を、年齢や有する障害の幅の広い障害者全般に適用し、もって支援の必要度の目安とすることは、障害者に対する支援を施設・居宅内での身体介護に限ることにつながりはしないだろうか。

ここで、このような障害者自立支援法の認定制度を、国際的な障害モデルをめぐる動向と照らし合わせてみよう。

WHO (世界保健機関) が 2001 年の総会で国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: 以後、ICF と略) を採択したように、国際的には、障害を、そのネガティブな側面、しかも心身の機能レベルに限定する医療モデル的見解は刷新されつつある。この ICF の旧モデルである国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: 以下、ICIDH と略) は、障害に関わるネガティブな側面だけを抽出し、分類したモデルであった。これに対して、ICF では、障害のみならず人間の生活に関わるすべてのことが対象となるように改められた。つまり、ICF は、人が生きること全体を「生活機能」と幅広く捉え、そのなかに障害のマイナス面を位置づけようとするのである。上田敏は、ICF を「障害を人が「生きる」こと全体の中に位置づけて、「生きることの困難」として理解する<sup>22)</sup>」見方であると述べている。

そのため、ICIDH が規定した障害の 3 水準「機能・形態障害 (インペアメント)」、「能力障害 (ディスアビリティ)」、「社会的不利 (ハンディキャップ)」は、ICF において中立的な表現に置き換えられ<sup>23)</sup>、それぞれ「心身機能・構造 (生命レベル)」、「活動 (生活レベル)」、「参加 (人生レベル)」とされた。そして、ICF は、「障害」を、新たな 3 つのレベルそれぞれに存在し、それらを包括する概念として定義し

ている<sup>24)</sup>。

これまでの医療モデルでは、機能障害が過大視され、そのレベルによって、生活や人生は決まると考えられる傾向が強かった。しかし、ICF では、心身機能は、「活動」や「参加」とあくまでも同等で、かつ相互作用する関係にあるとされる。そして、心身機能のいかんにかかわらず、生活や人生について決定するのは本人であるので、自己決定権の行使こそが良質な医療や福祉の前提となるのである<sup>25)</sup>。

そこで、ICF の見地から障害程度区分の構造を考えると、障害者自立支援法における「障害」は、旧モデルの機能障害レベルに押し止められていることがわかる。ICF において「活動」とされるのは、ADL だけではなく、家事や就労、余暇活動も含めた社会生活上必要な行為全てである。にもかかわらず、障害程度区分が判断するのは、身体機能レベルでの介護の必要性のみであり、そこには、「活動」や「参加」の視点が欠如しているといわざるをえない。

したがって、障害程度区分は、地域に暮らす障害者の生活を測るものとはなりえない。この章でみてきたように、障害程度区分が示す障害者像は、介護保険と同様に、施設内での身の回りの世話へと矮小化された「介護」概念の対象でしかないのである。

### Ⅲ サービス利用の階層化と利用者の選別

ところで、障害程度区分は、マクロレベルでは国庫補助基準を決めるとともに、エンドユーザーが利用することのできるサービスの割り振りにも用いられる、制度上重要なサービス分配の鍵概念となっている。

障害者自立支援法によって、従来のサービスは、大幅に変更された。これまで、入所施設では昼夜のサービスがパッケージとなっていたところを、障害者自立支援法では、日中活動の場と居住する場を分けて、利用者がそれぞれ選択することになった。また、従来、障害種別ごと

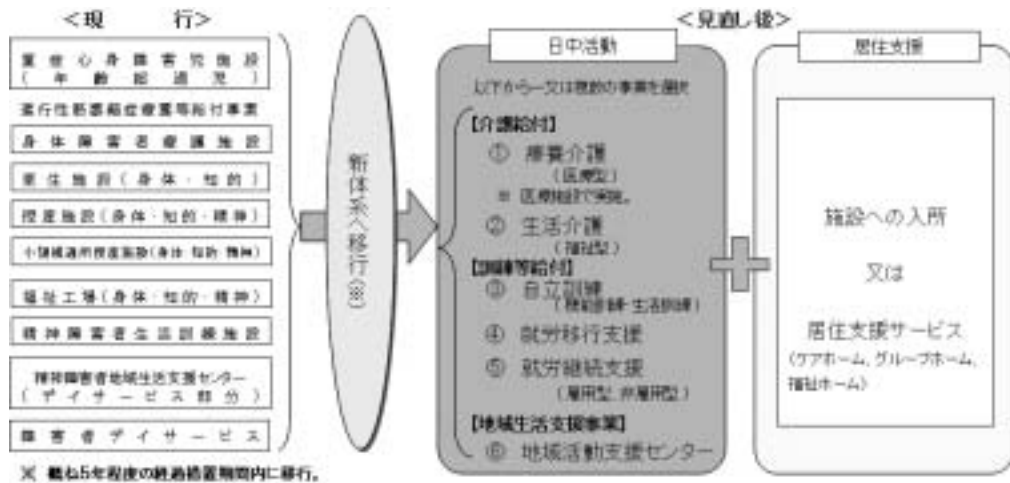


図3 施設・事業体系の見直し

に33の事業や施設に分立していたサービスは、介護に関する「介護給付」と訓練にかかわる「訓練等給付」および「地域生活支援事業」に分類されるとともに、「自立支援医療」と「補装具給付事業」を加え、5つの制度体系へと再編された（図3<sup>26）</sup>。

このなかで、サービスは、障害程度区分によって階層化された。障害程度区分は、まず、利用できるサービスを限定する指標として用いられる。たとえば、「介護給付」には、「居宅介護」、「行動援護」、「重度障害者等包括支援」、「ケアホーム」などが含まれる。しかし、その利用者像については条件があり、「居宅介護」では「区分1（要介護認定での要支援程度）」以上、「重度障害者等包括支援」は「区分6（同要介護5程度）」以上で一定の条件を満たす者などと、障害程度区分によって利用を制限するものになっている。

つぎに、「訓練等給付」については、障害程度区分の一次判定のみが、事業が定員を超えた場合の利用の優先度を測るために用いられることになる。つまり、障害程度区分によってサービスが制限されることは、制度上はない。しかし他方で、訓練に成功報酬の原理が持ち込まれるため、事業者が利用者を選ばざるをえない状

況が生じることが危惧されている。

この「訓練等給付」は、居宅系と施設系からなる。居宅系は、「共同生活援助（グループホーム）」、施設系では「就労移行支援（企業への就労、在宅での就労や起業）」、「就労継続支援（福祉的就労）」、「自立訓練（機能訓練、生活訓練）」へと分けられた。「共同生活援助」は、施設系での訓練を受けている知的障害者・精神障害者を想定していることが実態と合致しにくいことや、これらの訓練が途切れた場合に、グループホームでの日中支援体制が充分にとれないため、利用の継続が難しくなることが懸念されている<sup>27）</sup>。

また、訓練系では、その利用者像は「就労能力」を中心に序列化された。利用者は、雇用契約せずに生産活動の機会が提供される非雇用型の「就労継続支援」か、雇用契約したうえ事業所内で働くのか、あるいは、一般就労を目指すのか、いずれかの選択を迫られる。しかも、支援を通して「能力が高まる」と、つぎの段階へ向けた支援が行われることから、利用者の日中活動の場は、「訓練」で占められることになる<sup>28）</sup>。そのうえ、「就労移行支援」と「自立訓練」の利用は一回限りで、かつ利用期間が定められており、障害や病状が固定的でない精神障

害者にとって利用しやすいものではない。

そのうえ、「訓練等給付」の支給過程は、2 段階化されることで、給付にふさわしいとされる利用者を選択する機能を備えた。まず、申請者は「暫定支給決定」を受け、暫定的に訓練を受ける。その間に、事業者は、申請者について、訓練効果があがるかどうかを見極める。そして、訓練効果が見込める場合にのみ、「本支給決定」となる。というのも、事業者には、目標の達成率（「就労移行支援」では一般就労移行実績、「就労継続支援」では工賃水準など）に応じて報酬が加算ないし減算される。そのため、事業者は、訓練効果が見込めない申請者を本支給の対象から除外せざるをえない。このように、「訓練効果」が上がるかどうかによって、利用者の選別が行われることになる<sup>29)</sup>のである。

また、障害程度区分は報酬体系にも用いられる。各サービスの報酬は、障害程度区分に応じて定められ、区分が高くなるにつれ報酬も高くなる。つまり、障害が重くなるほど、利用者の自己負担が増すしくみである。しかも、十分な所得保障を欠いたまま、利用者にサービス料の自己負担を課すことで、障害者自立支援法は、低所得層をサービスの利用を抑えざるをえない状況に追いこんでいる。

サービス利用に伴う利用者の負担は、措置時代には、利用者が、その経済力に応じて負担をする「応能負担」であった。しかし、障害者自立支援法は、サービスを受けることを「利益」であるとみなし、利用者がサービスに掛かった費用の一割を自己負担する「応益負担」のしくみを導入した。ところが、立法に際して、障害者の所得に関する十分な実態調査さえ行われず、かれらに過重な負担を強いる結果を招いている。たとえば、東京都の調査によると、知的障害者の半数以上および精神障害者の 7 割弱が、収入なしも含めて年収 100 万円以下<sup>30)</sup>という実態がある。そのため、法施行後の調査<sup>31)</sup>では、負担が増えて生活に影響はないという者は

1 割強に過ぎず、サービス利用を止めたり回数を減らした者が 11.6%（それらを検討中の者を含めると 26.4%）にのぼる。必要なサービスを削ることができずに生活費を削ったり（38.9%）、預貯金を切り崩して支払った（23.9%）という者も多い。厚生労働省は、低所得者であっても月に 2.5 万円は手元に残すよう減免措置を講じたという。しかし、試算の基準とした年収水準そのものが生活保護水準以下と低いために、障害者自立支援法は、伊藤周平が指摘するように「サービスの利用抑制が低所得層に集中的に生じる構造<sup>32)</sup>」となっている。

さらに、障害程度区分に応じて国庫負担基準が設定されることから、サービス利用は抑制される。厚生労働省は、障害程度区分による基準を、サービスの利用上限ではなく、支給決定の勘案事項の一つとしているが、これを超える負担は市町村に掛かるため、実質的には上限となる。

そのサービス体系と財源との関係をみると、障害者自立支援法は、サービスを、介護と訓練の「自立支援給付」および「地域生活支援事業」に再編したうえで、国の給付責任を「自立支援給付」に限定し、それ以外の支援の責任を全て市町村に任せるものとなっている。支援費制度のもとでの居宅福祉サービスは、行政が任意におこなう国庫補助金（補助することのできる裁量的経費）でまかなわれていたことから、とくにホームヘルプサービスにおいて、その予算不足が問題となっていた。これを受けて障害者自立支援法では、「介護給付」、「訓練等給付」、「自立支援医療」、「補装具給付事業」は「自立支援給付」として、国は、定めた費用の二分の一を義務的に負担することになった。このように、狭義の介護や就労訓練については、国が負担する責任のある国庫負担金の対象として義務的経費化された。しかしながら、それら以外は「地域生活支援事業」、すなわち「市町村が地域の特性や利用者の状況に応じて柔軟に実施」される事業として位置づけられた。



このような状況のもと、障害福祉サービスの先行きは不安定である<sup>33)</sup>。これらの事業は、現在は補助金でまかなわれているものも、地方分権が推進されるなかで、将来は一般財源化される可能性がある。そうすると、使用目的が定められる補助金と異なり、各自治体がこれを自由に使うことができるようになる。すでに、障害者自立支援法において、支援費制度ではホームヘルプサービスに含まれていた「移動支援」が義務的経費から外されて、「地域生活支援事業」の一つとされたことは、社会参加のために不可欠なサービスの一つを市町村に一任したことを意味している。現在でも、「地域生活支援事業」に対する国全体の予算額は少ないことから、今後、これらが不十分なサービスとなる可能性や、すでに問題化しているサービスの地域間格差がさらに拡大する恐れがある。

#### Ⅳ 自立の意味

ここで、あらためて障害者自立支援法でいう「自立支援」とは何を指すのかを、考えてみよう。

すでに、介護保険以降、自立の意味が急速に狭められている。これについて、大谷強は、支援費制度が始まる前の段階で、次のように述べている。

介護保険が理念から法律制度になるときに歪んだのは、自立概念が「要介護・要支援でない状態」と狭くなったことである。介護保険の法定給付のサービスを利用しなくても家庭内での生活がなんとかできるという意味で使われている。障害者が提起した自立生活の基本的な考え方は「サービスを利用して自立」である。むしろ、より多くの社会サービスを活用できる人ほど自立しているという見方である。<sup>34)</sup>

上記のような障害者の自立観は、1970年代にアメリカから伝播した自立生活運動などの影

響を受け、その後の障害者運動が到達した地点を示すものである。そもそも、戦後日本の障害者福祉は身体障害者福祉法の制定に端を発す。しかし、その目的は身体障害者の職業的更生であって、障害者の生活を保障する保護法ではなかった<sup>35)</sup>。これ以降、支援費制度に到るまで、この姿勢が制度として変わることはなかった。しかし、この間、北欧からノーマライゼーションの理念が伝わったことや、自立生活運動の展開などにより、それまでの更生的自立観は転換され、新しい自立概念が生まれた。自立生活運動における「自立」の意は、独力で福祉サービスを受けずにやっていくことではなく、適切なサービスを用いながら自らが暮らし方を選択するという、いわば「自律」した生活の主体となることを指す。この見地からは、支援費制度は、その趣旨として、ノーマライゼーション理念の実現や障害者の自己決定の尊重を謳い、障害者が自らサービスを選択することで利用者本位のサービス提供を目指すものであったのである<sup>36)</sup>。

しかしながら、障害者自立支援法での自立概念はこれを引き継がず、むしろ、障害者福祉の初期へと逆行するかのように見える。本法の「自立」概念は、職業的更生を重視する能力主義的な人間観にもとづくからである<sup>37)</sup>。先述した「訓練等給付」が、障害者を能力主義的に序列化し、経済市場での自立をその最終的な目的に置くように、この法律の目的は、障害者が自らの「能力及び適性に応じ」て、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支援を行うことにある（第1条）。このような「能力に応じた」職業的自立が、長年、障害者の「更生」であるとして強調されてきたことで、その要請に応じることが困難な重度障害者は、施設生活を強いられ、地域で暮らす「自律」した生活を送る権利を奪われてきたのである。にもかかわらず、障害者自立支援法でいう「自立」は、伊藤によると、「障害者などが福祉サービスを利用しながら自己実現をはかっていく

という意味ではなく、むしろ公費支出をとまなう福祉サービスに依存しないで、身の回りのことが自分でできること、さらには経済的に自活すること<sup>38)</sup>」の意で用いられている。

たしかに、障害者が経済生活のメインストリームから排除されてきたことは重要な課題であり、就労支援は推進されるべきである。しかし、それは、障害者のみに能力を高めるよう求めることで達成できるような事柄ではない。このような「訓練」によって、経済的自立の機会を提供するだけでは、社会的不平等の解消にはつながらないだろう。というのは、いまだ、障害者を雇用する制度は不十分であり、障害者を受け入れる社会の側がもつ課題は大きいからである。

ところが、相澤與一が指摘するように、障害者自立支援法は、障害者に「独力」で自立することを強制する一方で、国や都道府県の役割を、単なるその後方支援へ後退させるものである<sup>39)</sup>。この法律は、「障害の有無にかかわらず安心して暮らせる地域社会の実現への努力」を国民に課しながら、他方、国の責務を市町村・都道府県への「助言」や「情報提供」レベルに止めている。

本来、法律は、障害者が地域で生きる権利を保障すべきものであろう。この見地から、障害者は「処遇」が保障される存在と規定としてきた障害者基本法においても、2004 年の同法改正によって、障害者は、各人の「尊厳にふさわしい生活を保障される権利を有する」と改められた。さらに、この改正で、障害者本人に能力を活用し、社会経済活動へ参加することを義務的に押しつける「自立への努力 (旧第 6 条)」は廃止されている。しかし、このような理念は障害者自立支援法には見受けられない。そこでの障害者は、形式的にせよ、経済市場における市民と位置づけられ、サービスを購入する消費者として市場に貢献することが求められている。その一方で、国家は、社会的市民権を補償する立場から降りようとしている。

## V 障害者福祉の保険化

このような障害者自立支援法が成立した背景には、介護保険との「統合」問題の推移がある。厚生労働省社会保障審議会介護保険部会は、2004 年 9 月頃から、2005 年の介護保険の改正に向けて、財源問題を検討していた。このなかで、介護保険制度を維持していくためには、被保険者範囲 (現在は 40 歳以上) を拡大し、若年層からも保険料を徴収することが財政論的に不可避であるとされ、20 歳以上からも半額の保険料を徴収する案がまとまりかけた。これは、財界や市町村長の反対によって見送られることになった。しかし、それはあくまでも「見送り」であって、統合が中止された訳ではない。被保険者範囲拡大について、与党は、次に介護保険制度が見直される 2009 年度までに結論を出すことで合意している。

厚生労働省が、2005 年には両制度が統合しないことを折り返みつつ検討し、統合の「見送り」の後に示したものが「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)」であり、障害者自立支援法は、これを法制化したものといえる<sup>40)</sup>。そのため、障害者自立支援法は介護保険制度との統合を先取りするような内容になっており、利用者の 1 割負担や、認定制度の導入、施設利用者の食費等の自己負担など、介護保険と同じしくみを取り入れられている。そこで、介護保険制度の意義について確認しておこう。

介護保険は、それまでの福祉システムを大きく転換した。まず、介護保険制度の導入によって、憲法に規定された社会保障・社会福祉の権利は、民法的な契約関係に置き換えられた。これを機に、社会福祉は自己責任で購入するサービスとなった<sup>41)</sup>。その制度設計に際して、高齢者は、措置時代のように、行政により保護的に処遇される社会的弱者としてではなく、必要な介護費用を自ら負担し制度を支える「自立した被保険者」として描かれたのである<sup>42)</sup>。そし

て、介護保険制度は、社会保険方式を採用し、若年世代から高齢世帯への支援という世代間連帯と、（高齢者自身も保険料を拠出することによる）高齢者世代内の世代間連帯双方による社会連帯の概念を組み込んでいる<sup>43)</sup>。

これらは、一見すると、時代にふさわしい消費者主体のしくみが実現したかのようである。しかし、もともと、介護保険は社会保障制度財政の立て直しのためにつくられており、保険制度でありながら、「極めてナショナル・ミニマム（国民生活の最低限保証）的な制度設計<sup>44)</sup>」となっている。先に述べたように、介護保険制度は保険給付される介護を限定し、介護量にも上限を設けた。そのため、最も重度の「要介護5」でも、介護時間の上限は1日あたり120分となっているように、家族の介護や、施設入所を前提にしなければ、生活は成り立たない給付水準である。このように、介護保険制度には、国の負担をミニマムに抑えたうえで、残りは民間へ委ねることで、経済の活性化を図ろうという意図があった<sup>45)</sup>。

そして、保険制度として高齢者や低所得者からも自己負担を求めることによって、公費負担を極力抑制しつつ、このような非常に限定的な介護費用の配分を行うために開発されたのが要介護認定なのである<sup>46)</sup>。そのため、介護保険そのものに、保険料という財源を確保し、要介護認定や審査会、制度的ケアマネジメントを通して費用を配分し、利用料を徴収するしくみが組み込まれている。しかも、制度の中心をコントロールするのは中央政府であり、制度の詳細は厚生労働省が政省令で定める。給付のコントロールは、要介護認定ソフトを調整することや、政省令を改めることで実現できる。これらにより制度そのものによるコントロールが可能なのである。

さらに、この介護保険制度の導入によって、「福祉の保険化<sup>47)</sup>」が一段と強化された。福祉の保険化とは「負担なければ福祉なし」とする保険原理の強化を指す。法律学説においても、

憲法が保障する生活権より、まず社会保険に加入しなければ福祉の権利は認めないとする立場が有力であるという<sup>48)</sup>。そのため、個人における、保険に加入し、保険料を払う自己責任が強調されるばかりで、いざ介護が必要になった場合には、最低限の介護保証しか用意されていない。そこで、個人は保険でまかなわれる範囲以上をカバーするために、自己責任で老後のリスクに備えなければならなくなった。これらの介護保険をめぐる動きは、小幡がいうように、まがりなりにも協同でリスクを負担する連帯のしくみであった社会保険が形骸化しつつあることを示している<sup>49)</sup>。

にもかかわらず、介護保険制度と障害福祉サービスを統合する目的として、障害者福祉を社会保険化することによって、社会連帯を強めることが謳われている。このような状況のなかでは、これには問題があるといわざるをえない。岡部は次のように述べている。社会保険制度をもちいた再分配のシステムは、国民皆年金・保険制度という、エスピン＝アンデルセンがいうところの日本型コーポラティズム<sup>50)</sup>に依拠し、「弱い社会連帯」を「強い企業連帯」（及び家族福祉）のうえに構築してきた日本型福祉の構造特性には適合していたかもしれない。しかしながら、それは、高齢要介護者と比べてもマイノリティであり、企業からの拠出に頼ることもできない障害の分野において当てはまることとはいえない。すでに、家族福祉だけでなく企業主義も揺らいでいる現在、「障害の分野においても「個人主義の強まるなかで社会連帯を育てる」ことを「福祉の保険化」という戦略によっておこなうことは、負担の拡大よりも給付の抑制を志向する「弱い連帯基盤に基づく消極的な再分配の制度化」を加速し、障害者福祉の供給は抑制されていく可能性が高い<sup>51)</sup>」のである。

しかし、障害者自立支援法の制定に際しては、将来の障害者福祉の保険化が前提とされた。介護保険では、身体介護以外のケアは保険

制度になじまないという理由で、給付される介護行為は ADL 水準に限定されているので、両制度が統合した後に保険化することが難しい介護給付以外の部分をあらかじめ切り離しておく必要があった。そのために、まず、身体介護の「ものさし」である要介護認定と同じくみを障害者の認定制度として組み込んだ。そして、これを基礎に、いずれは介護保険で給付したいサービスを「介護給付」とし、訓練その他と市町村事業とを区分したものと推察される<sup>52)</sup>。介護保険以降、それまで社会問題であった高齢者介護は経済的事柄として扱われることになり、その認定段階において、高齢者の生活や社会性が問われることはない。

これらのことから、今後の障害者領域での、高齢者では「保険になじまない」とされた身体介護以外の社会サービスの行方が大いに危ぶまれる。先の ICF でいうところの「活動」や「参加」を保証していくためには、利用者自身がどのような生活を望むのかというところに立脚するべきである。そして、これを実現するために必要となる支援を、どのように保障していくのかが検討されなくてはならない。しかし、障害者福祉が保険化されると、介護保険がそうであったように、最低限の介護と訓練のほかは、障害者自身の能力しだいで、しかも自己責任で、自ら対処すべき事柄にされる可能性が高い。その意味で、「障害」にかかわる問題は、個人の水準へと個人化され、脱社会化されようとしている。この障害者福祉の保険化は、皮肉にも、障害者を孤立させ、ノーマルな生活や通常の社会的文脈から切り離す方向で作用するだろう。

## Ⅶ おわりに

これまで述べてきたように、障害者福祉制度は、主に財政論からの見直しが進められている。そこでは、福祉のありかたに関する本質的な議論は二の次とされたまま、その経済的側面ばかりが注視され、障害者福祉は完全に経済問

題であるかのように語られている。

このような「改革」によって、制度のうえでは、だれもが市場経済に参入する可能性をもった。このことで、経済面では、障害にもとづく不平等を解消する道が開けたといえるのかもしれない。しかし、それはあくまでも「制度的」平等である。障害者自立支援法は、障害者が市場経済に参入するための制度を整備する一方で、経済活動以外の社会生活への参加を実質的に阻む障壁となる可能性がある。

そして、制度的には平等とされたものの、実質的に不平等が解消されない場合に、そこで失敗した者は、参入の機会は平等に与えられている「はず」であるから、失敗の原因は自らの内にあると考えるようになる。これが稲葉奈々子のいう「不平等の個人化<sup>53)</sup>」である。このように、障害に基づく社会的不利や不平等の問題は、制度的平等の名のもとで、個人の問題に矮小化される恐れがある。

とくに、3 障害のなかでも対策の遅れた精神障害者については、新たな制度と現状とのギャップは顕著である。障害程度区分の一次判定から、精神面の項目が排除されたことは、新制度において精神障害が十分に配慮されないことを示している。また、長年行われてきた精神科病院への隔離政策からの転換が進まず、今回、新たに「精神障害者退院支援施設」（以下、退院支援施設と略）という名称で、定員 20 人以上 60 人以下、1 室 4 人以下の施設を設置する計画が進められている<sup>54)</sup>。これは、精神科病院の病棟施設を転用しての設置を認めるもので、入居者の日中活動についての規定もない。ところが、入居者は、病院敷地内にいながらも退院支援施設に入ること、統計上は地域移行したものと数えられる。たとえ、制度上は病院から退院支援施設へとその名称が変わり、患者から入居者とよばれるようになったとしても、地域から隔離された病院敷地内での暮らしは、本人にとっては実質的に同じであろう。

これまでみてきたように、障害者自立支援法

そのものに問題があり、また、法の外にも、社会的障壁はいまださまざまな形で存在する。このような段階で、障害者の自助努力を強調し、障害にもとづく不平等を個人化することは、時期尚早ではないだろうか。

注

- 1) しかし、その対象は身体障害者と知的障害者、および障害児とされ、精神障害者は除かれた。
- 2) 岡部耕典 2006『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、32頁。
- 3) 京極高宣 2006『障害者自立支援法の解説』全国社会福祉協議会、99頁。
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2005「障害程度区分について」第29回社会保障審議会障害者部会資料。
- 5) 岡部耕典 2006「障害程度区分と審査会の役割について」支援費フォーラム(2006年6月16日)資料(<http://www.eft.gr.jp/index.htm>、2006年9月11日)。
- 6) 遠藤英俊 2005「要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況の適切な反映手法の開発に関する研究」厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業平成16年度総括・分担研究報告書。
- 7) 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室 1999『要介護認定はどのように行われるか』都道府県等要介護認定担当者会議資料(7月29日付)。
- 8) 土肥徳秀 2000『全国一律不公平——損する人トクする人が出る要介護認定』萌文社、68-70頁。
- 9) 石田一紀・住居広士 1999『納得できない要介護認定——介護保険ブラックボックスの秘密』萌文社、89-90頁。
- 10) 石田一紀 2002「要介護認定と日本版マネジドケア」『ゆたかなくらし』246号、6-34頁：17-18頁。
- 11) 石田一紀、同論文同頁。
- 12) 旧版では、約320項目あった介護過程が、改定版では食事・移動・排せつ・入浴など身体介護の日常生活業務に絞った181項目に減らされた。調査方法も変わり、旧版では一分ごとの介

護業務を調べた(一分間タイムスタディ)が、改定版では毎分ゼロ秒の瞬間に行われている介護業務だけを調べ、残りの59秒は割愛されてしまった。さらに、旧版では考慮に入った介護レベル(一部介助・半介助・全介助)は、改定版にはなくなり、ただの「介助」とされ、より一層介護の質や重みづけは問われなくなった。

- 13) 北野誠一「『障害者自立支援法』をどう捉えるのか」(<http://www.yuki-enishi.com/gekidou/gekidou-21.html>、2006年9月11日)。
- 14) 鏡論 2005『介護予防のそこの知りたい!』ぎょうせい、序文。
- 15) 遠藤、前掲書。
- 16) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部、前掲書。
- 17) 北野誠一、2006「『障害者自立支援法』をどう捉えるのか」『部落開放』565号、50-63頁：58頁。
- 18) 山本 創 2006「障害者自立支援法支給決定における課題」国分寺障害者連絡協議会セミナー(6月14日)資料(<http://www.eft.gr.jp/enough/resource/060614yamamoto-shikyukettei.pdf>、2006年6月20日)。
- 19) 山本、前掲論文。
- 20) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部、前掲書。
- 21) 岡部、前掲論文。
- 22) 上田 敏 2005『ICF(国際生活機能分類)の理解と活用——人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか』萌文社、17-18頁。なお、上田は、ICFは医学モデルと社会モデルの「統合モデル」としている。
- 23) ICIDHが、それまで「機能・形態障害」のみが障害であるとされがちであったものを、そこから生じる「能力障害」「社会的不利」も障害であると位置づけ、障害を3つの水準で捉えたことには意義がある。
- 24) ICFには、生活機能に影響を与える「背景因子」として、「環境因子」と「個人因子」が加えられた。
- 25) 上田、前掲書、31頁。
- 26) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2005「障害者自立支援法による改革——地域に暮らすを当たり前に」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou02/index.html>、2006年9月20日)
- 27) 塩見洋介・濱畑芳和 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、22頁。
- 28) 峰島 厚 2005「障害者自立支援法で何が変わるのか——問題点と課題」『障害者福祉制度改革なにが問題か——障害者自立支援法と私たちのねがい』全障研出版部、10-53頁：38頁。
- 29) 塩見・濱畑 前掲書、21頁。
- 30) 東京都福祉保健局 2004「平成15年度東京都社会福祉基礎調査——「障害者の生活実態」調査結果について」([http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2004/11/60\\_ebm100.htm](http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2004/11/60_ebm100.htm)、2006年9月11日)。
- 31) DPI 日本会議 2006「第1弾障害者自立支援法アンケート調査報告——持続可能な制度というけれど、障害者の地域生活は続けられるのか!!」(<http://www.dpi-japan.org/#自立支援法施行緊急調査>、2006年9月20日)。
- 32) 伊藤周平 2005「障害者自立支援法と福祉の権利——障害者福祉の応益負担化と福祉の権利」『賃金と社会保障』No. 1400、35-48頁：36頁。
- 33) 白沢 仁 2005「障害者福祉施策の必須課題と障害者運動の今後」『障害者福祉制度改革なにが問題か——障害者自立支援法と私たちのねがい』全障研出版部、152-167頁。
- 34) 大谷 強 1999「同和行政と人権行政——福祉施策を中心に」『部落開放研究』127号、2-15頁：13-15頁。
- 35) 伊藤周平 1993「障害者の自立と自律権——障害者福祉における自立概念の批判的検討」『季刊社会保障研究』28(4)、426-435頁：427頁。
- 36) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 2001「支援費制度Q & A」(平成13年3月6日付け)。
- 37) 北野、前掲論文、57頁。
- 38) 伊藤周平 2005「障害者自立支援法と福祉の権利——障害者福祉改革の動向と福祉の権利」『賃金と社会保障』No. 1398、4-17頁：11頁。
- 39) 相澤興一 2005「「自立支援」福祉サービスの「利用」という概念について」『賃金と社会保障』No. 1398、18-33頁：30頁。
- 40) 岡部、前掲『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』、21頁。
- 41) 浅井春夫 2002「福祉国家の再編——公的責任の再定義」『現代思想』第30巻7号、119-132頁：127頁。
- 42) 増田雅暢 2003『介護保険見直しの争点』法律文化社、9頁。
- 43) 増田、前掲書、89頁。
- 44) 北野、前掲論文、51頁。
- 45) 小幡正敏 2002「保険社会とエイジング」『エイジングと公共性』(渋谷望・空閑厚樹編)、コロナ社、101-132頁：116頁。
- 46) 住井広士 2004『要介護認定とは何か』一橋出版、125-6頁。
- 47) 伊藤、前掲論文、11頁。
- 48) 伊藤、同論文同頁。
- 49) 小幡、前掲論文、116頁。
- 50) 職域に連帯の基盤を求めることを是とし、福祉国家の類型論に該当せず独自の類型でもない、福祉国家には未到達な日本の体制を指す。Esping-Andersen, G., 1990, *The Three World of Welfare Capitalism*, Cambridge: Basil Blackwell Limited in Oxford. (=2000 岡沢憲美・宮本太郎監訳『福祉資本主義の三つの世界——比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房)を参照のこと。
- 51) 岡部、前掲書、56頁。
- 52) 塩見洋介 2005「「三位一体」改革と障害者福祉改革」『障害者福祉制度改革なにが問題か——障害者自立支援法と私たちのねがい』全障研出版部、126-139頁：133-135頁。
- 53) 稲葉奈々子 2006「「持たざる者」からの脱出——そして何処へ」『現代思想』34(9)、155-167頁：159頁。
- 54) 多くの関係団体の反対によって、2006年10月からの実施はひとまず延期されている。