

## 論 説

### 障害者福祉・介護保険制度改革に関する一考察 ——障害者自立支援法案・介護保険改正法案をめぐって——

田 中 き よ む

#### はじめに

2005年5月現在、障害者福祉制度の大幅な転換を目指す障害者自立支援法案、および介護保険制度の抜本改革をめざす介護保険改正法案が国会で審議されている。この両法案の国会提出に至る経緯は連動しており、内容的にも関連している。

障害者福祉分野では、2000年の社会福祉事業法等の改正の一環として、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法の改正がおこなわれ、2003年度から、措置制度から支援費制度への転換が実施され、福祉サービスが契約利用制度化されることになった<sup>(注1)</sup>。それから2年足らずで、厚生労働省から「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)」が公表され(2004年10月12日)、障害者福祉制度の抜本改革案の骨組みが示された。それをふまえて、障害者自立支援法案が、2005年2月10日に閣議決定、国会提出された(2005年10月から段階的に施行予定)。

一方、介護保険制度については、厚生労働省から「介護保険制度改革の全体像」が公表され(2004年12月22日)、抜本改革案の骨組みが示された。それをふまえて、介護保険制度改革法案(介護保険法等の一部を改正する法律案)が2005年2月8日に閣議決定、国会提出された(2005年10月から段階的に施行予定)。その過程で、被保険者の対象年齢引下げも論議になった。今回は先送りになったものの、法案附則(第2条第1項)で、「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21年度（2009年度）を目途として所要の措置を講ずる」と明記された。さらに現在、同法案は衆議院で可決された段階（2005年5月10日）にあるが、その範囲の検討に関し、「平成18年度（2006年度）末までに結果が得られるよう新たな場を設け」、「範囲の拡大も含めて検討を行う」ことが附帯決議され、「拡大」が方向づけられた。

介護保険の被保険者範囲の拡大は一応、先送りになったものの、障害者自立支援法案の内容は介護保険システムに接近しており、介護保険との統合を視野に入れた下地づくり的な制度改革案になっている。上述の附帯決議にもあるように、今後、統合されてゆく可能性がある。

本稿では、両制度改革案の内容を検討し、その特徴を明らかにしつつ、問題点と今後の方向を示してゆく。とりわけ、今回の改革が財政的効率化を基調とするものであるため、財政面での制度の持続性を一面的に求めるあまり、障害者や高齢者の制度に対する信頼面から見た制度の持続性が損なわれる問題を明らかにする。

## I 障害者福祉制度改革の特徴と問題点

障害者自立支援法案は、障害者福祉システムの抜本改革をめざすものであるが、障害者団体等、当事者側との十分な合意形成を経ないまま、グランドデザイン案が提起され<sup>(注2)</sup>、障害者自立支援法案が国会に提出された。理念的な方向性としては評価できる部分もあるものの、そのような手続き上の問題にくわえて、とりわけ費用負担方式の変更の問題がある。ここでは、同法案を軸とする制度改革の特徴と問題点、今後の方向について考察してゆく。

### (1) 制度改革の視点

今回の改革の基本的視点として、① 障害保健福祉の総合化、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、の3点が示されている。このうち、①「障害保健福祉の総合化」とは、障害の種別および障害児・者の枠

を越えた保健福祉サービスの総合化として、身体・知的・精神、および障害児・者共通のサービスの制度化を意味する。また、障害児施設の措置事務等を都道府県から市町村に移行、一元化することも意味している（サービス提供主体の市町村への一元化）。②「自立支援型システムへの転換」は、地域生活と就労を重視した制度改革を意味する。③「制度の持続可能性の確保」は、給付の重点化、制度の効率化等に基づく制度改革を意味している。

精神障害をも視野に入れながら、従来の障害種別の縦割り行政を改め、総合化してゆくことや、地域での自立した暮らしを支援する方向性自体は評価できるが（ただし、その場合でも、身体・知的・精神の三障害の「制度の間」に置かれてきた人の問題や、地域で自立した生活を送るための条件・基盤整備の立ち遅れや財源不足という現実問題などがある）、とくに３点めの制度の効率化に関わって、サービス利用に伴う費用負担が増大する方向で制度変更される問題がある。

## （２）制度改革の内容

### ① 福祉サービス・事務の一元化

改革案の特徴として、福祉サービス・事務の一元化ということがある。従来、障害の種別、および障害児・者別に分けられていた福祉サービス体系を一元化するものであり、現行の支援費制度の対象外である精神障害も含め、身体・知的・精神、障害児・者の福祉サービスを共通のサービスとして一元化するというものである。同時に、支援費制度の対象外であり、都道府県の事務である障害児施設の措置事務、精神障害者施設・福祉工場に関する事務を市町村に一元化するというものである。

従来の障害別縦割り行政を是正しようとする点は評価できるが、難病、慢性疾患患者、高次脳機能障害、軽度発達障害など、上記三障害に分類しきれず、制度の間に置かれてきた人々が視野から外されている問題がある。また、後述の通り、福祉サービスや就労支援サービスの提供においても、障害の種別がなくされることになるが、逆に、異なる障害の人々が一緒になってサービス提供を受けるためには、個々の様々な障害をもつ人に対して、これまで以上に個別

の状態・ニーズに合ったサービス提供・職員体制が必要になるが、それをどのように確保するのが問われよう。

## ② 給付体系の再編

現行の支援費制度のもとでは、福祉サービスは、居宅サービス（居宅生活等支援）と入所・通所の施設サービス（施設訓練等支援）に大別されているが、以下の通り、「自立支援給付」と「地域生活支援事業」に再編されることになる。

「自立支援給付」は、全国統一の個別サービスであり、介護サービスに関わる「介護給付」、就労支援に関わる「訓練等給付」、公費負担医療制度に関わる「自立支援医療」などが含まれる。「地域生活支援事業」は、市町村の裁量事業として位置づけられている。

### 【給付体系】

- ・「自立支援給付」：介護給付，訓練等給付，自立支援医療，サービス利用計画作成，等
- ・「地域生活支援事業」：相談支援，手話通訳者等の派遣，日常生活用具の給付・貸与，移動支援，福祉ホーム，地域活動支援センター

「自立支援給付」（法案第6条：以下、「法案」を省略する）のうち、「介護給付」の内容として、居宅介護，重度訪問介護，行動援護（重度の行動障害に対する援護），療養介護（常時介護を要する重度の身体障害を対象に医療機関で実施する通所事業），生活介護（常時介護を要する重度の身体障害・知的障害対象の通所事業），児童デイサービス，短期入所，共同生活介護（ケアホーム：要介護障害者対象の旧グループホーム），施設入所支援（平日日中は通所事業を活用する施設入所），重度障害者等包括支援（極めて重度の障害者が一定の報酬内で，訪問介護，短期入所，通所介護，ケアホーム等の複数のサービスを組み合わせで一体的に利用する）が含まれる（第28条第1項）。「訓練等給付」には，自立訓練（有期限プログラムによる機能・生活訓練），就労移行支援（有期

限プログラムによる一般就労に向けた訓練)、就労継続支援(障害者を雇用し、職業遂行支援、職業能力向上を図る)、共同生活援助(介護を要しない人対象のグループホーム)が含まれる(第28条第2項)。「介護給付」と「訓練等給付」の内容を総称して「障害福祉サービス」と規定されている(第5条第1項)。都道府県知事は、障害福祉サービスの種類および障害福祉サービス事業をおこなう事業所または施設ごとに、「指定障害福祉サービス事業者」または「指定障害者支援施設」の指定(第36条第1項、第38条第1項・3項)または指定の取消し等(第49条、50条)をおこなう。「自立支援医療」(第58条等)は、後述の通り、公費負担医療制度の本人負担の変更に关わるものである。

現行の支援費制度では明確であった施設概念が希薄化しており、通所施設は「介護給付」または「訓練等給付」として位置づけられ、入所施設は「介護給付」のうちの「施設入所支援」として位置づけられる。ただし、後者においては、平日日中は療養・生活介護や自立訓練事業、就労移行支援を活用することが想定されている。地域生活への移行を進めること自体は、ノーマライゼーションの観点からも重要であるが、それを可能にする通所サービスや在宅サービスの基盤整備が立ち遅れているという現実問題がある<sup>(註3)</sup>。自立訓練事業と就労移行支援は、2年程度の有期限プログラムによる短期的成果を求めるものであるが、現在の通所更生・授産施設の実態からみて、その現実性が疑われる。一般就労への移行に向けて顕著な効果を上げている例外的な施設がモデルとして想定されているが<sup>(註4)</sup>、そのような特殊事例を現段階で一般化することは、福祉現場に混乱をもたらす可能性がある。また、その短期的成果が評価の対象となり報酬に反映されることになるので、短期的成果を急ぐあまり、職員・利用者間の人間関係にひずみをもたらす可能性もある。しかも、訓練等給付の最低定員は20名とされており、それだけの人数に対して同等の成果を上げるだけの支援体制を組むことは現実的には困難であろう<sup>(註5)</sup>。

市町村がおこなう「地域生活支援事業」(第77条)は、後述の通り、予算上、裁量経費として位置づけられていることもあり、移動支援や日常生活用具の給付・貸与、成人デイサービス(地域活動支援センター)など、日常生活に不可欠なサービスについて、基盤整備水準格差の要因になる可能性もある。とくに、

移動支援については、現行の支援費制度においては個別サービス体系に位置づけられているが、市町村事業に位置づけ直されている（ただし、重度障害者の場合は、重度訪問介護、行動援護、重度障害者包括支援に含まれる）。しかも、その場合、緊急のニーズがある場合や複数者支援の場合に利用要件が限定されているという問題がある。

### ③ 入所・通所施設等の機能別再編

上述の給付体系の再編に伴って、入所・通所施設等も機能別に再編成され、どのような事業をおこなうかによって各施設が機能を明確にすることが必要になる。同時に、異なる障害をもつ人の利用、空き教室・店舗の活用、通所サービスやグループホームへのNPO法人等の参入、施設入所者の日中活動などを認める規制緩和もおこなわれる。

入所・通所施設等は、以下の通り、「日中活動の場」と「住まいの場」に大別され、事業内容によって、介護給付、訓練等給付、地域生活支援事業に分類される。

#### 【施設等の機能別再編】

「日中活動の場」・療養介護事業、生活介護事業（介護給付）

- ・ デイサービス事業（介護給付または地域生活支援事業）
- ・ 自立訓練事業（訓練等給付）有期限プログラム
- ・ 就労移行支援事業（訓練等給付）有期限プログラム
- ・ 就労継続支援事業（訓練等給付）

「住まいの場」・施設入所支援（介護給付）

- ・ 共同生活介護：ケアホーム（介護給付）
- ・ 共同生活援助：グループホーム（訓練等給付）
- ・ 住居提供：福祉ホーム（地域生活支援事業）
- ・ 居住サポート事業（地域生活支援事業）

療養介護事業と生活介護事業は、前述の通り、常時介護を要する重度障害（前者は身体障害、後者は身体・知的障害）対象の通所事業であり、前者は現行の重症心身障害児施設、後者は現行の身体障害者療護施設が移行予想施設と目されているが、知的障害または精神障害が対象とならないという問題などがある（鈴木2005）。小規模作業所は、デイサービス事業（地域生活支援事業）の「地域活動支援センター」に位置づけられ、一定の制度化が図られる可能性がある。同センターは市町村が実施するものであるが、委託することも可能である。ただし、予算上、裁量経費であるうえ、10名以上の利用と法人格が必要になる。現行の更生施設や授産施設は、自立訓練事業や就労移行支援事業を担うことになるだろうが、前述の通り、2年程度の有期限プログラムを実施することになる。

入所施設は、前述の通り、施設入所支援を担うことになるが、入所者は、平日昼間は「日中活動の場」にいたことが想定されている。共同生活介護は、要介護対象の旧グループホームとして夜間・土日にも対応するが、共同生活援助は、要介護対象外のグループホームであり、夜間は世話人がつかない。この両ホームは知的障害と精神障害に対象を限定しているが、身体障害が対象にならないという問題があり、三障害の種別を越えるサービスという方向にも沿っていない<sup>(注6)</sup>。

施設概念を希薄化させて日中活動の場と住まいの場を区別しつつ、各施設等が単一または複数の事業機能を担う拠点として再編成されることになる。就労活動等の場と生活の場を分離することはノーマライゼーションの観点から評価できる側面がある。しかし、現存施設・法人を前提に、日中と夜間の居場所をどのように区別しきれるのかが不透明であり、また、入所施設等の「住まいの場」と「日中活動の場」が遠く隔たりがある場合（別法人の場合など）、日常的な移動の現実的可能性も問われる。

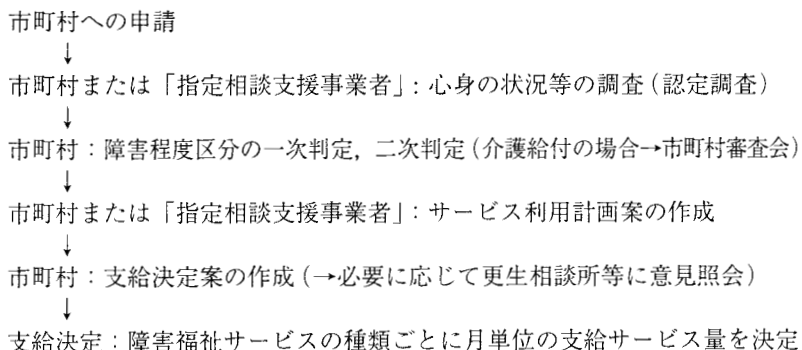
#### ④ 障害程度区分の創設、ケアマネジメントと審査会の制度化

「自立支援給付」を受けるに当たって、身体・知的・精神の三障害共通の障害程度区分が創設され（第4条第4項）、それに基づき、給付額が決定される。この障害程度区分の基準は厚生労働省令事項になっており、まだ明らかにされていないが、介護保険の要介護認定を準用しつつ、要介護認定の調査項目に障

害者向け調査項目が加えられ、約100項目の認定調査項目が予定されている。障害程度区分の認定および支給要否の決定を受けるためには、障害者または障害児の保護者が市町村に申請することが前提条件になる（第20条）。

以下の通り、障害程度区分は介護保険と同様、二段階の判定が予定され、直接調査に基づく一次（コンピュータ）判定にくわえ、介護給付の場合、「市町村審査会」（第15条）による二次判定がおこなわれる。しかし、介護保険でも認定の精度やばらつきの問題が生じているように、その認定の仕組みが実態に合わなければ、サービス利用が制限され、生活に支障が生じる可能性もある。三障害共通の障害程度区分といっても、介護保険においても認知症に関わる問題行動の調査項目が区別されているように、障害種別に応じた項目が考えられる必要があるが、同一種別、程度の障害でも個々に多様性のある機能・生活障害状態に対して、一律の調査項目の設定と認定区分が可能であるか、疑問が生じる。認定区分の導入は、「制度の持続可能性の確保」に向けた給付の重点化・効率化を図るものと言えるが、財政的効率化を政策優位に置くことによって、給付が細分化され制限的に作用するとすれば、生活の不自由化やサービス満足度の低下につながり、制度信頼性からみた持続性を損なう可能性がある。

#### 【給付申請から支給決定に至る流れ】



市町村は、障害程度区分、介護者の状況、障害福祉サービスの利用意向等を勘案して支給要否の決定をおこない（第22条第1項）、その決定に当たって必



要があると認める時は、市町村審査会または身体障害者更生相談所等の意見を聴くことができる(同第2項)。一方、障害者または障害児の保護者は、市町村の介護給付費等に係る処分(障害程度区分認定や支給決定)に不服がある場合、都道府県に設置される「障害者介護給付費等不服審査会」(第97条, 98条)に申し立てることができる。しかし、支援費制度のもとでも、支給決定に当たって、更生相談所等への意見照会が必須的に行われていない(またそのような時間的余裕もない)という現実がある。また、不服審査会は、都道府県知事が置くことができると規定されており、義務づけられていない。不服審査も介護保険と同様のシステムであるが、申請者側の心理的負担感を伴うこともあり、介護保険制度のもとでも、ほとんど活用されていない現実がある。

さらに、支援費制度のもとでは制度化されていなかったケアマネジメントが制度化されることになる。複数のサービスを利用する場合、支援費制度のもとでは、サービスの種類ごとの申請をおこなうが、一括して利用計画を立てることになり、認定のための調査やサービス利用計画(ケアプラン)案の作成について、市町村は「指定相談支援事業者」に委託することができる(第20条, 32条)。一人ひとりの給付申請者に対して総合的な見地からケアマネジメントできる人材を育てることは重要であるが、ケアマネジャー養成等の課題があり、施行までの短期間で、実践力を伴う必要な人材養成が可能であろうか<sup>(注7)</sup>。なお、認定調査でも事業者委託が可能になるが、後述の介護保険制度改革案では、事業者委託を制限する方針になっている。

以上のように、給付申請から支給決定に至る流れが、介護保険と類似したシステムになっているが、介護保険の場合、認定に基づき、サービス総量の支給限度額を決定し、その枠内でケアプランの作成をおこなう(サービスメニュー決定への行政不関与)のに対して、ケアプラン案を先行させつつも、サービスの種類ごとに市町村が支給量決定をおこなうので(第22条第4項)、それだけ行政権限が細かく及ぶという違いがある。

## ⑤ 費用負担の変化

今回の改革案では、福祉サービス等の利用料に関する費用負担原則の変更が

予定されている。支援費制度のもとでは、収入（納税額）に応じた応能負担原則になっていたが、自立支援給付の障害福祉サービス（介護給付，訓練等給付）の給付費がサービス費（厚生労働大臣が定める基準により算定）の9割となること（第29条第3項）に対応して，サービスの利用量，すなわちコストの原則1割負担とする応益負担原則に転換することが予定されている（2006年1月から実施予定）。したがって，サービスをより多く必要とする障害が重い人ほど負担も重くなる傾向が生まれる。

利用料を除く給付財源については，自立支援給付費の場合，国が50%，都道府県が25%，市町村が25%の負担をする（第94条1項，第95条第1項）。地域生活支援事業費については（利用料は市町村の裁量），市町村に対して，国が50%以内，都道府県が25%以内で補助することができることになっている（第94条第2項，第95条第2項）。前者が義務的経費であるのに対して，後者は裁量的経費であり，国・都道府県の負担・補助の位置づけが異なる。地域生活支援事業は市町村の裁量事業であるので，財政力や政策的判断による市町村間格差が生じる可能性がある。

介護給付および訓練等給付については，低所得世帯ではない一般世帯の場合，1割負担の上限月額額は40,200円であり，施設利用の場合，さらに食費月額額は14,300～22,000円程度になる（施設入所の場合，そのうえ光熱水費と，個室を利用する場合の利用料が自己負担になる）。低所得世帯の場合，上限額の「軽減」措置案（法成立後に政令で確定）が示されている。しかし，下記の通り，現行の支援費制度における応能負担（訪問介護と通所施設の場合，いずれも利用者の95%が無料）に比べれば，大幅な費用負担増になることが予定されている。しかも，軽減基準が同一生計世帯の収入になっている。現行の支援費制度のもとでは，20歳以上の場合，同一生計世帯の配偶者および子のうち（20歳未満の場合，父母を含む），最多納税者が利用料の徴収対象（支援費基準額から本人負担分を控除した額）になっている。今回，直接の利用料に関する負担義務は廃止されたものの，軽減基準が同一生計世帯全員に拡大され（成人の場合でも，父母やきょうだいが含まれる），世帯全員が住民税非課税でなければ軽減措置を受けられず（年収水準によって「低所得1」と「低所得2」に区別），

世帯員が課税対象の場合、一般世帯の利用者負担になる。生活保護世帯の場合は、利用料負担はないものの、食費負担月額が約5000円になる。低所得1・2も食費の「軽減」措置が適用されるが、現行よりも大幅な負担増になるうえ、3年間の時限措置とすることが予定されている（施設入所者も年齢に応じて軽減措置がおこなわれる）。

### 【介護給付および訓練等給付の利用者負担】

#### （一般世帯）

- ・ 介護サービス等の利用料（1割負担）の上限月額40,200円
- ・ 施設の食費負担月額：14,300円（通所モデル額）、22,000円（入所モデル額）

#### （低所得世帯）

- ・ 生活保護世帯  
利用料なし、通所の食費約5000円
- ・ 低所得1（住民税非課税世帯で世帯員各自の年収80万円未満）  
利用料上限月額15,000円、通所の食費約5000円（2006～08年のみ）
- ・ 低所得2（世帯員全員が住民税均等割非課税：3人世帯で年収約300万円以下）  
利用料上限月額24,600円、通所の食費約5000円（2006～08年のみ）

厚生労働省の試算によれば（厚生労働省障害保健福祉部2005）、以下の通り、平均して数倍から20倍近くの負担増になる。たとえば、「低所得1」の場合でも、身体障害者訪問介護については、無料から8,400円（2006年）へ、知的障害者通所施設については、無料から約19,900円（2006～08年）へ、大幅な負担増になることが予定されている。

- |               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| ・ 訪問介護全体平均    | 月額1,000円（現行）→ 約4,000円（2006年）      |
| ・ 通所施設全体平均    | 月額1,000円（現行）→ 約19,000円（2006～08年）  |
| ・ 障害児入所施設全体平均 | 月額11,000円（現行）→ 約30,000円（2006～08年） |
| ・ 障害者入所施設全体平均 | 月額35,000円（現行）→ 約61,000円（2006～08年） |

障害者の基本的収入である障害基礎年金月額、1級82,758円、2級66,208円

(2004・2005年度)であるが、その相当部分が利用料負担によって消失することになる。たとえば、2級の場合、低所得1に相当するが、利用料上限15,000円、通所の食費約5000円を想定すれば、年金収入の3割が徴収されることになる。1級の場合、低所得2に相当するが、利用料上限月額24,600円、通所の食費約5000円を想定すれば、同様に年金収入の3割強が徴収されることになる。通所授産施設の工賃は、施設や利用者によって月5,000円を下回ることも少なくないが、食費だけでも、就労収入を上回る場合が生じることになる。このように利用料負担がサービス利用に対して禁止的に高くなれば、利用自体が中止される事態が懸念され、「地域生活の重視」という改革趣旨とも矛盾することになり、家庭での閉じこもりを助長する可能性がある<sup>(注8)</sup>。

さらに、自立支援給付のうちの自立支援医療に関わって、公費負担医療（精神障害者通院医療、身体障害者更生医療、身体障害児育成医療）の自己負担分も原則1割負担に変更されるうえ、食費（入院時食事療養費）も自己負担（給付対象外）になる（2005年10月から実施予定、ただし、現在の育成医療対象者は3年間の経過措置が検討されている）。

一般世帯の場合、医療費の1割負担を基本とし、所得税30万円以上の世帯は3割負担に引き上げられる。ただし、医療保険の一部負担限度額は適用され、「重度かつ継続的に医療負担が生じる」対象者は独自に負担限度額（当面、1割負担の場合は月10,000円、3割負担の場合は月20,000円程度）が設けられる予定である。住民税非課税世帯の場合も、1割負担の独自限度額が設けられる予定であるが（低所得1は月2,500円、低所得2は月5,000円）、入院の場合、食費も自己負担になる。

現行では住民税非課税世帯における自己負担は、身体障害者更生医療の場合は無料、身体障害児育成医療の場合は通院1,100円、入院2,200円、精神障害者通院医療の場合は医療費の5%であるが、それらが、限度額内での1割負担＋入院食費に変更され、2倍以上の負担増になる場合が生じる。医療費の負担増は受診抑制をもたらし、結果的に病状を悪化させる可能性がある。また、たとえば精神障害者の通院医療費の負担増は、地域生活を継続するうえでの不安要因になる。

## ⑥ 障害福祉計画

障害者基本法改正（2004年6月4日）により、地方公共団体の福祉サービス基盤整備を含む「障害基本計画」が策定努力義務から策定義務に強化されたが、自立支援法案では、福祉サービスに関して、その基本内容が示されている。

「市町村障害福祉計画」においては、障害福祉サービス、相談支援、地域生活支援事業の提供体制を計画化し、各年度における指定障害福祉サービスの種類ごとの必要量の見込み、見込み量の確保方策を定めること（第88条）、「都道府県障害福祉計画」においては、広域的見地から、障害福祉サービス、相談支援、地域生活支援事業の提供体制を計画化し、区域ごとの各年度における指定障害福祉サービスの種類ごとの必要量の見込み、見込み量の確保方策や、従事者の確保措置、指定障害者支援施設の必要入所定員総数等を定めること（第89条）が規定されている。

従来の障害者基本計画においては、策定努力義務であったため、策定が立ち遅れたり、数値目標を明示しない地方公共団体が見られたが、数値目標を含め、計画策定が義務づけられることになる。しかも、その集積に基づいて国のプランが立てられることになり、これまでのように、国のプランが先行する状況が転換される。そのような地方計画の位置づけ自体は評価できるが、地域生活支援事業などにおいて、自治体間格差が生まれる可能性もある。地域のニーズに即したサービス基盤整備計画の策定を進めること自体は重要であるが（ただし、そのためには当事者参加を条件づける必要がある）、自立支援給付部分も含め、後述の通り、予算不足が懸念される。

### （3）制度改革の問題点

以上の経緯、内容をもつ障害者自立支援法案の問題点をまとめれば、以下のことが考えられる。

基本的には、支援費制度施行後まもない段階で、グランドデザインおよび障害者自立支援法案が当事者不在のまま、唐突に提起されたという問題がある（法案の国会審議段階になって、参考人質疑の形で障害者団体代表から意見が

求められた程度にすぎない)。支援費制度実施後、サービス需要の甘い見通しのもとで国の予算不足が表面化しており<sup>(注9)</sup>、利用料の応益負担化や障害認定区分による給付コントロール化に見られるように、財政支出を抑制する財政的効率化が政策優位に置かれたと言える。意思決定プロセス上、重大な問題があり、とくに費用負担問題をめぐって、障害者団体間の立場を超えて反発、疑義が提起されている。

応益負担というとりえ方にも問題がある。通常的生活条件に接近できるよう支援を受けることを「利益」と捉え、それに応じた負担を求める(障害が重い人ほど負担も重くなる)ことは、負担能力の小さい人を疎外するという問題を生み出す。とくに、若年障害者の場合、フロー面(年金)だけでなく、高齢者と比べても、ストック面(貯蓄)の負担能力も小さい。応益負担化によるサービス利用・地域生活の困難化は、ノーマライゼーションの推進に歯止めをかけ、「自立」を妨げることにもなる。それは、各人の努力では解決困難な生活問題を社会的に解決支援する社会保障の本質にも悖る。市場的自立が困難な人への制度的自立の視点が求められる。また、そのように制度的に裏付けられた自立を保障するうえで、低所得「軽減」基準を世帯収入に置くことは、家族依存回帰をもたらす。

地域生活と就労の重視という理念と現実にギャップが大きいという問題もある。地域生活の基盤整備や障害者雇用の条件整備が立ち遅れている現実からすれば、理念が先行している感が否めない<sup>(注10)</sup>。費用負担増によってサービス利用を抑制することよりも、不足しているサービス基盤の整備や、雇用を含む総合的な差別禁止法の整備を急ぐべきであろう。また、例外的な事例をモデル化して、就労支援効果を短期間で求めることは、多くの福祉現場に混乱と動揺をもたらす可能性があり、適応困難な場合、利用者と職員の人間関係にも影を落とす可能性がある。さらに言えば、就職することを自立として捉える一面的政策志向がうかがえ、そこには、健常者の世界からみた市場的価値観への偏りが伏在している。

ケアマネジメントの制度化も予定されているが、ケアマネジャーの養成や、相談支援事業者の整備など、時間を要する課題が短期間で達成可能か、という

問題もある。障害程度区分の認定の公平性、支給決定の専門性が確保されるかどうかとも不透明である。少なくとも、市町村審査会には当事者側の意見表明権や委員参加が保障される必要がある<sup>(注11)</sup>。重度障害者は包括支援（サービスの種類に関わらず一定額の報酬払い）となるが、その限度額以上のサービスが必要になった時の対応ができない。そもそも、同一種別、同程度の障害でも、一人ひとりの状態や生活機能は多様であり、障害程度区分という単一スケールで必要サービス量の枠組みを決定することには無理がある。後述の介護保険の課題とも共通するが、認定の枠内でサービス量を制限するのではなく、一人ひとりのニーズに応じたマネジメント（認定機能を包括した個別マネジメント）体制を構築すべきであろう。

三障害共通の福祉サービスの制度化に関しても、精神障害者を含め、縦割り行政の是正を図る積極面はあるが、難病や慢性疾患、高次脳機能障害、軽度発達障害などに関して、障害手帳を所持しない人々の「制度の谷間」問題が残存している。発達障害者支援法（2004年12月公布、2005年4月施行）の具体化や高次脳機能障害者の地域支援モデル事業の制度化をも視野に入れつつ、包括的、総合的な障害福祉施策の方向性が求められる。

地域生活支援事業が市町村事業として位置づけられる予定であるが、現行の支援費制度の対象になっている移動支援（重度障害者を除く）が市町村独自事業に逆戻りするうえ、突発的ニーズや複数者支援に機能限定されるなど、位置づけや機能が引き下げられている問題がある。しかも、市町村の財政力や障害者福祉の政策的プライオリティが低い市町村ほど、地域生活支援事業の整備が弱くなる懸念がある（しかも、今後、三位一体改革の影響で、一般財源化される可能性もある）。

さらに、今回の改革を前提しても、厚生労働省は財源不足に陥る見通し（2007～08年度）をもっている。その際、被保険者年齢の引き下げに基づく介護保険との統合が視野に入ってくると考えられる。そこで、次に介護保険制度改革案を検討する。

## Ⅱ 介護保険制度改革の特徴と問題点

### (1) 制度改革の視点

前述の通り、厚生労働省「介護保険制度改革の全体像」をふまえ、介護保険制度改革法案が2005年2月に国会提出されており、2005～06年に段階的に施行することが予定されている。現行介護保険法との関係では、被保険者の範囲、給付の内容・水準、保険料負担のあり方等、法施行後5年を目途に制度全般を見直すという規定（附則第2条）に基づいている。

制度改革の基本的方向としては、「基本理念の徹底」として、①「サービス改革の推進」、②「在宅ケアの推進」、③「地方分権の推進」が挙げられている。①は、サービスの量から質の向上への転換を図るもので、情報開示・規制ルールの確立、ケアマネジメントの見直し、施設サービスの向上、人材資質の向上を意味する。②は、在宅支援の強化、施設の費用負担の見直し、施設入所対象者の見直しを意味している。施設入所対象者の見直しについては、要介護1の多くが要支援に移行する見通しのもと、施設サービス等の利用者比率（要介護2以上の認定者数対比）を2014年度において37%にする（現状水準41%）こと等が予定されている（介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針素案）。③は、サービスへの市町村の関与の強化、地域の独自性や創意工夫を生かしたサービスの導入を意味している。

さらに、「新たな課題への対応」として、①「介護予防の推進」（「介護」モデルから「介護＋予防」モデルへの移行）、②「認知症ケアの推進」（「身体ケア」モデルから「身体ケア＋認知症ケア」モデルへの移行）、③「地域ケア体制の整備」（「家族同居モデル」から「家族同居＋独居」モデルへの移行）、という3点が指向されている。

サービスの質の向上や在宅ケアの充実という従来の政策方向を強化しつつ、介護予防に重点を置き、施設については費用負担の見直しを進めるという方向が示されている。あわせて、認知症ケアや独居高齢者の増加への対応が重視されている。なお、「痴呆」という表現は、すでに行政用語としても「認知症」に改められているが、今回の法案で正式に見直しをおこなうことが予定されて



いる（法案第7条第15項等、以下、「法案」を略す）。

その方向に沿って、①「給付の効率化・重点化」、②「新たなサービス体系の確立」、③「サービスの質の確保・向上」、④「負担の在り方の見直し」、⑤「制度運営の見直し」、⑥「被保険者・受給者の範囲」の6点が制度改革課題として挙げられている。とくに、①「給付の効率化・重点化」が、予防の重視、要介護認定区分の変更にに基づくサービス体系の再編、利用者・被保険者の負担引き上げ等の、今回の改革の主要内容を規定する政策基調になっていると考えられる。なお、前述の通り、⑥「被保険者・受給者の範囲」の見直しについては、今回の改革では先送りになった。以下、この順に沿って、改革案の内容を検討する。

## （2）制度改革の内容

### ① 給付の効率化・重点化

給付の効率化・重点化を推進するために、「市町村を責任主体とする総合的介護予防システムの確立」が方向づけられている。すなわち、市町村が責任主体となって（直接には、後述の「地域包括支援センター」が担う）、介護予防に関して、統一的な「介護予防支援」（第8条の2第18項）、すなわち介護予防マネジメントをおこなうことになる（アセスメント→介護予防サービス計画作成→サービス利用→再アセスメントに至る一連のマネジメント）。

予防マネジメントは要支援者が受け、予防給付の対象となるのに対し、要介護者は従来通り介護給付の対象となり、両者のサービス内容は区別される。その場合、「要支援状態」は「常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要する状態」等と定義づけられ、「要介護状態」は「日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要すると見込まれる状態」と定義づけられる（第7条第2項）。要支援者は、「介護予防サービス」（介護予防訪問介護、介護予防通所介護・通所リハビリ、介護予防短期入所生活介護・短期入所療養介護、等）の対象となり（第8条の2第1～13項、53条）、新しい予防給付（筋力向上トレーニング、栄養改善、口腔機能向上の新サービス）が創設される。同時に、要介護認定区分が見直され、現行の6段階（要支援～要介護5）から7段階に認定区分を増やし、新設の「要支援1」

と「要支援2」は新・予防給付、要介護1～5は介護給付の対象となる（現行の要支援は要支援1に該当し、現行の要介護1の7割程度が要支援2、残り3割程度が要介護1に該当すると見込まれている）。

要支援1・2に対する予防給付は、身体機能・認知症別の「指定介護予防サービス事業者」がサービスの担い手となり、都道府県知事が指定する（第115条の2第1項、2項）。予防マネジメントは基本的に市町村が責任主体となるが、「指定介護予防支援事業者」（第115条の20第1・2項、後述の「地域包括支援センター」の設置者の申請により市町村長が指定）に委託することもできる。

身体面の介護予防サービスとして、「介護予防訪問介護」や「介護予防通所介護・通所リハビリ」が新設されるが、前者は原則として家事代行サービスが制限されることになり、後者においてはレクリエーション的要素が除去され、筋力向上トレーニング等が制度化されることになる。この点は、後述の通り、今回の改革案の主要な問題点の一つであり、これまでの家事代行サービスや、新たに制度化される筋力向上トレーニングの効果が一面的に評価されたまま、改革が方向づけられたという問題がある。

さらに、現行の老人保健事業や介護予防地域支え合い事業が再編され、「地域支援事業」（第115条の38第1・2項）として一本化される。同事業は、「介護予防事業」（転倒骨折予防、認知症予防、うつ予防、閉じこもり予防等）と「包括的支援事業」（介護予防マネジメント等）に大別され、主として、要支援1・2にも該当しない非該当（自立）の人が対象となる。その人たちに対する予防マネジメントも、地域支援事業の一部として、市町村が責任主体となる（直接には、後述の「地域包括支援センター」が担い、委託することもできる）。なお、この地域支援事業について、市町村が「利用者に利用料を請求することができる」ことになっている（第115条の38第3・4項）。なお、法案の衆議院可決段階で、附則（第2条第2項）が追加され、「この法律の施行後3年を目途として」、「予防給付及び地域支援事業について」再検討をおこなう見直し規定が盛り込まれた。

給付の効率化に関しては、施設給付の見直しも予定されており（第48条第1項等）、介護保険三施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型

医療施設)について、原則として、居住費用(光熱水費・減価償却費)と食費(全額)が保険外徴収の対象となる(短期入所も対象となり、食費は通所デイ・リハも対象になる)。すでに、全室個室型の介護老人福祉施設については、居住費の徴収がおこなえるようになっているが、これを全施設に一般化するものである。また、食費は食材費部分に関わって、現行でも部分的に徴収されているが、調理コストを含め、保険外徴収するものである。ただし、居住費用(いわゆるホテルコスト)については、個室・準個室の場合は光熱水費と減価償却費、多床室の場合は光熱水費のみが徴収対象になる(介護老人福祉施設に占める個室の割合は2004年度15%から2014年度70%まで引上げられてゆく予定)。居住費および食費の実際の徴収額は、利用者と施設の契約によるが、低所得者の場合は、国が示す基準費用額の一定部分(基準費用額－低所得者負担限度額)について負担軽減措置(補足的給付)が予定されている。

厚生労働省の試算によれば、この利用者負担拡大措置により、保険給付費の削減額を年間約3,000億円と見込んでいることから、一人当たり平均年39万円の負担増になり、個室利用の場合など、負担額が受給年金額を超えるケースもある。この措置の根拠として、在宅者との負担バランス化が言われるが、施設利用者にも在宅コスト(持ち家や借家の居住費)を負担している人がいることから、二重の負担問題が発生するうえ、在宅で家事(食事)代行サービスを受ける要介護高齢者(給付対象)との間で負担逆転現象が発生するという問題がある。また、介護に適した施設として公費負担も併せて建てられた介護施設の居住費用をホテルコストとして捉える問題や、一人ひとりの状態に合わせて提供される食事サービスを介護サービスとして捉えない問題がある。

なお、保険給付に関わる利用料の1割負担原則を2～3割負担に引き上げる案も提起されていたが(財政制度等審議会や一部の政党)、今回は見送られた。

## ② 新たなサービス体系の確立

地域ケアを推進し、認知症高齢者や独居高齢者にも対応するために、地域密着型サービス(「地域密着型サービス」および「地域密着型介護予防サービス」)の創設が予定されている(第8条第14～20項、第8条の2第14～17項)。その

サービスとして、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護・通所介護、等が予定されている。小規模多機能型居宅介護は、通う（デイサービスの機能）、泊まる（ショートステイの機能）、訪問を受ける（訪問介護的機能）、住む（グループホーム的機能）等のサービスを同一拠点から受けられるサービスとして、提起されていたことを受けたものと思われる<sup>（注12）</sup>。夜間対応型訪問介護は、独居高齢者等への対応を想定しているものと思われる。

これらの地域密着型サービスは、「指定地域密着型サービス事業者」および「指定地域密着型介護予防サービス事業者」が担い、市町村長が指定することができ（第78条の2第1項、第115条の11第1項）、報酬設定についても市町村の裁量を拡大することが予定されている。ただし、市町村に指定権限が付与されると同時に、拒否権も付与されるため（定員数が必要数を上回る場合）、必要数の判断にあたって、財政事情等からグループホーム等の供給が抑制される可能性もある。

さらに、居住系サービスの見直しとして、特定施設入所者生活介護の現行の対象であるケアハウスや有料老人ホーム以外に、シルバーハウジングや高齢者優良賃貸住宅にも適用拡大することが予定されている。その他、医療・介護を通じたマネジメント（病院から在宅までの包括的、継続的マネジメント）を報酬上、評価したり、医療型多機能サービス等を推進することが予定されている。

地域生活を継続してゆくために、地域の実情に応じたサービスを創出してゆく視点は重要であるが、介護保険の財政事情や市町村の姿勢によっては、市町村間格差が広がる可能性もある。市町村間の財政調整をおこなえるシステムを考慮すべきだろう。

### ③ サービスの質の確保・向上

サービスの質の確保・向上を図るために、第一に、ケアマネジメントの体系的見直しがおこなわれる。具体的には、民間居宅介護支援事業所・施設による申請代行・認定調査の制限（第27条第1項等）、介護支援専門員の登録・専門員証交付・登録消除に関する規定を設け（第69条の2～10、同34～39）、資格

更新制（5年）が予定されているほか、介護支援専門員の担当件数の見直し（現行の一人当たり標準担当件数50件を30件程度に引き下げる）、主任介護支援専門員の新設、居宅支援事業所の独立性の重視、等が方向づけられている。なお、申請代行・認定調査の制限とは、申請の手続き代行ができる事業所・施設は省令で定めるものに限定し、新規申請者についての認定調査は基本的に市町村が実施することであり、民間事業所による必要以上の需要の掘り起こし(?)や甘い認定調査を防止しようとするものである。

第二に、「地域包括支援センター」の創設（第115条の39第1項）が予定されている。このセンターは、全国5,000～6,000カ所の設置が予定されているが、前述の介護予防マネジメントを担うほか、総合的相談窓口機能（高齢者の実態把握や虐待対応を含む）や、民間介護支援専門員への助言・指導等を担う（包括的支援事業）。同センターの責任主体は市町村であるが、委託も可能である（第115条の39第2・3項、第115条の40第1項）。実際には、居宅介護支援事業所の一部が包括支援センターに位置づけ直される場合も含め、現在8,900カ所ある在宅介護支援センターが縮小再編されることになる。なお、同センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員が必置となる。

保健師は予防マネジメントの責任を直接または最終的に担うことになっているが、新予防給付の対象として約150～160万人が見込まれており、同センターの予定設置数との関係から、一人当たり300人程度を担当することになり、過大な負担となるうえ、上述の担当件数見直しの方針とも矛盾する。しかも、新予防給付の対象者だけでなく、地域支援事業の対象となる人の予防マネジメントをも担うのであるから、一層負担は大きくなる。また、同センターは、各市町村に最低1カ所設置される方針でありながら、生活圏域（小学校区、中学校区等）ごとの対応が求められるため、その点でも、きめ細かい対応が現実には可能であるかが疑われる。少なくとも、センター設置予定数の上方修正と保健師の増員が必要であろう。

第三に、情報開示の徹底と事後規制ルールの確立として、サービス事業者の情報報告義務と都道府県の公表義務（第115条の29第1～2項、第115条の37）、サービス事業者指定等の更新制（6年）の導入（第70条の2等）、欠格要件の見

直し（第79条等、指定取消し履歴に基づき指定拒否が可能になる）、不正事業者による申請の5年停止、等が予定されている。情報開示の義務化については、開示情報の標準化が予定されており、職員体制、施設設備、利用料金、サービス提供時間等、事業者からの形式的な情報提供が例示されているが、サービスの質の第三者評価に基づく情報を開示しなければ、実質的なサービスの選択に資することにはならないだろう。事業者指定等の厳格化については、介護報酬の不正請求が巨額に上ることが明らかになっている現状からすれば（不正受給に対する返還請求額は2002年度約27億4,000万円に対し、2003年度約56億2,000万円と倍増している）、必要な措置と言えよう。

第四に、専門性を重視した人材育成と資質の確保として、資格要件や研修を見直し、介護職・医療職の研修を強化することのほか、介護職員については将来的に介護福祉士を基本とすることが予定されている。当面は、2級ヘルパーの資質向上が図られる予定であるが、介護福祉士への一本化により、サービス供給が過少になって混乱が生じないよう慎重さが求められるほか、1～3級ヘルパーの意義・役割が問われる。また、資質の向上だけでなく、後述の通り、介護労働者の地位向上という基本的課題が残されている。

#### ④ 負担のあり方の見直し

負担のあり方の見直しとして、介護保険料の負担「軽減」措置が予定されている。すなわち、第1号被保険者保険料について、基準保険料を中心に、第1段階（基準保険料の0.5倍）、第2段階（同0.75倍）、第3段階（同1倍）、第4段階（同1.25倍）、第5段階（同1.5倍）という5段階に分かれている現行の段階区分を6段階以上に変更して、第2段階を分割し、新第2段階（年金年額80万円以下層を基準保険料の最大0.5倍まで減額）と新第3段階（基準保険料の最大0.75倍）に区別することが予定されている。

現行第2段階のうちの低所得者に配慮した措置とされているが、同時に、保険料徴収対象が老齢年金に限定されている現行の賦課ベースを拡大し（特別徴収対象者）、公租公課が禁止されている遺族年金および障害年金にも<sup>(注13)</sup>賦課ベースが拡大される（第131条）。

一方、税制改革により、老年者控除の廃止、公的年金控除の縮小、高齢者非課税措置の廃止が段階的に進められているが、その影響により、住民税非課税層（現行第3段階以下、新第4段階以下）から課税層に移り、保険料負担増になる人が増えている。同時に、それらの人は、前述の施設利用負担軽減措置（補足的給付）の対象（現行第2段階以下、新第3段階以下）からも外れる。また、6段階にとどまらず、7段階（基準保険料の1.75倍）以上の設定も可能とされ、上位段階層にとっても負担増の可能性がある。さらに言えば、新第2段階の年金収入80万以下という基準についても、生活保護基準以下であり、0.5倍になるとは言え、保険料負担を求めること自体の合理性が問われる。それは、憲法上の生存権侵害問題にもなりうる（伊藤2004）。後述の通り、定率負担等の抜本的措置が検討される必要がある。

なお、第2号被保険者の保険料については、被保険者や医療保険者の代表者が制度運営に関与できるようにすることが予定されている。

## ⑤ 制度運営の見直し

制度運営の見直しとして、保険者機能の強化を図ることが予定され、情報提供の充実、給付チェック、事業所立ち入り権限などが方向づけられている。また、サービス基盤整備に関して、市町村は、市町村介護保険事業計画において、日常生活圏域ごとの介護給付等のサービス量や地域支援事業の量の見込みを定めること（第117条第2項）、都道府県は、都道府県介護保険事業支援計画において、当該都道府県が定める区域ごとの介護給付等のサービス量の見込みを定めること（第118条第2項）が予定されている。

これまでの介護保険事業計画は、各市町村全体についての介護保険サービスに限定したサービス基盤整備計画であったが、地域支援事業をも計画対象に入れることになり（実質的には老人保健福祉計画に近づく）、同時に、市町村内の小地域ごとにサービス計画を積み上げることになる。身近な地域エリアからニーズに合ったサービス整備計画を立てる方針自体は評価できるが、他方、後述の通り、介護サービスと予防サービス、保険サービスと保険外サービスの境界が財源も含めて曖昧になっており、両者の関係の再検討が求められる。

## ⑥ 被保険者・受給者の範囲

被保険者・受給者の範囲については、年齢引き下げ、特定疾病の見直し、障害者施策との関わりで議論されてきたが、前述の通り、今回は先送りになり、改正法案可決（衆議院）の際の附帯決議で、「範囲の拡大も含めて」2006年度末までに結論を出す、という方向が示された。

しかし、Iで見た通り、障害者福祉の側から、応益負担化や認定システム導入等、介護保険制度に接近する改革案が提出されており、実質的には、障害者福祉の介護保険制度への統合に向けた下地が用意されたと言える。したがって、今回の介護保険制度改革案および障害者自立支援法案が成立したとしても、本格的統合に向けたさらなる制度化改革案が次の段階で提示されるであろう。

## (3) 制度改革の問題点

今回の改革案は、要介護認定の軽度区分の増設と軽度者への介護サービスの制限、施設利用の費用負担の増加、保険料賦課ベースの拡大、税制改革と連動した保険料負担の実質引き上げに見られるように、高齢者の生活権保障より財政的効率化に政策優位が置かれているという問題がある。しかも、経済面に限っても、介護給付の財政負担面が一面的に問題視され、その経済・雇用効果の側面が視野に入れられていない。

施設利用上の費用負担の増加は、施設利用抑制や退去を経済的に誘導することになり、「選択」を困難にする懸念がある。この費用負担案は、在宅との費用負担バランスが論拠にされるが、在宅コストも負担している施設利用者にとっては二重の負担問題が生じる。食事部分についても、在宅サービス利用者も保険給付の対象となっているように（法案を前提しても、少なくとも要介護者は調理サービスが受けられる）、一人ひとりの状態に合わせた食事づくりは介護の重要な一部であり、保険外負担にする合理性が問われる。しかも、全額負担することにより、在宅利用者より負担が重くなる逆転現象が生じる点で、バランスを欠く。通所サービスを利用する場合でも、生活保護世帯ですら食費の全額負担を求められることから、通所利用が敬遠される恐れがある。

居住費用は「ホテルコスト」と表現されることにより、介護サービスとの無



関係性が示唆される。しかし、介護サービスに適した施設として最低基準が律せられ、一部が公費負担されている。そのような公共財的性格が、「ホテルコスト」というレトリックのもとに曖昧にされつつ、私的費用に転換されているという問題がある。なお、介護老人福祉施設等については、社会福祉法人減免制度の対象者の拡大（介護保険料区分で新第2段階の一部から新第3段階の一部へ）や対象範囲の拡大（1割負担分だけでなく居住費・食費も対象化）も検討されているが、減免の実施を決定するのは各法人であるうえ（現行では6割程度の介護老人福祉施設が実施）、医療法人経営施設は対象外である。

保険料負担が「軽減」される年金収入80万以下でも保護基準以下の生活水準であり、そのような所得階層への徴収自体に問題がある。しかも、賦課ベースが、公租公課が本来禁じられている障害・遺族年金にも拡大されるうえ、老年者控除廃止、年金控除縮小、高齢者非課税措置廃止の影響で、所得が増えなくとも、実質的に保険料負担が増大する。

これらの種々の費用負担拡大措置により、いわば「負担貧困者」が増加することが懸念される。それは、「新たな貧困」と言いかえることもできよう。貧困概念の現代的な捉え直しは環境問題の文脈でおこなわれたが（宮本1989）、社会保障の文脈では、制度的に生み出される貧困と行うことができる。それは、障害者自立支援法案と同様、生活不安を解消してゆくためにあるはずの社会保障の制度改革によって、かえって生活不安や生活困難に陥るというパラドキシカルな意味での新たな貧困である。

要支援・要介護認定が6段階から7段階に細分化されることにより、一人ひとりの総合的生活支援が一層、機械的にスライスされるという問題もある。現行の認定制度においても、個々の状態に合わせた的確な認定が困難であり、認定審査会によってバラツキが見られるうえに、段階区分を増やすことは認定の困難度を高めることになる。しかも、要支援（1・2）か要介護か、によって予防給付か介護給付か、という択一的割り切りがおこなわれる。しかし、要支援者にとっても介護給付が必要な人や、要介護者にとっても重度化を防ぐ予防給付が必要な人がいるという実態が考慮されていない。そこには、軽度者の認定区分を増やしつつ、それらの人々へのサービスを制限することによって給付を

削減するという政策意図しか見えてこない。

要支援者は、原則として家事代行サービスが制限されるが(例外的に認められる場合も、必要性について厳格に見直したうえで、期間や提供方法等が限定される)、そのことにより、一人ひとりの生活実態と選択権が尊重されにくくなるという問題が生まれる。その措置の論拠として、家事代行サービスによって状態が悪化するとされているが、むしろ多くの人にとって状態の維持改善に役立っているという全国調査結果と矛盾しており<sup>(注14)</sup>、家事代行サービスについての科学性に欠ける一面的評価がおこなわれている問題がある。そのようなモラルハザード論を一般化して制度化することにはかなり危険性がある。ヘルパーと一緒に家事をおこなうことは認められる可能性があるが、日々の体調に変化がありうるし、要支援でも家事困難な人がいる問題や<sup>(注15)</sup>、報酬のあり方によっては家事実行に時間・手間がかかる人が事業者から敬遠される懸念がある<sup>(注16)</sup>。そして、サービス制限によって、利用者の生活意欲が低下したり、生活が不自由化すれば、機能低下が進むという逆効果の懸念もある<sup>(注17)</sup>。

家事代行サービスが制限される一方で、筋力向上トレーニング等が予防給付として制度化されるが、筋力向上トレーニングの効果は、要介護度、身体機能、生活機能・QOLで改善・悪化の両面の可能性があり、リスク管理や参加率、スタッフ体制等の懸念も含め、制度的一般化することに問題がある<sup>(注18)</sup>。介護予防は、本人の意欲や運動の継続性が伴わなければ逆効果になる問題も指摘されており<sup>(注19)</sup>、レクリエーションのように楽しみを伴わず、本人が望まない場合、利用者の閉じこもりを助長し、状態悪化による逆効果も懸念される<sup>(注20)</sup>。介護保険制度の財政的側面からの持続可能性が一面的に追求されるが、利用者の満足度の低下によるサービス利用の側面からの持続性問題が懸念され、制度不信をもたらす可能性がある。さらに言えば、予防が重視されるあまり、状態悪化することが罪悪視される風潮を生み出す危険もある。一定割合で重度化することは避けられないが、その場合でも生活の質を豊かにする視点が求められる。

そのように、利用者がサービスを制限されたり、回避する利用者の動向や、軽度者へのサービスに対して切り下げられる報酬水準の動向、施設利用上の実際の費用徴収(国が示す基準費用額を基礎にしつつも利用者と施設の契約によ

る)の動向によっては、事業者・施設側にとっても不安が増幅するであろう。すなわち、利用者側からみた制度の持続可能性にくわえて、事業経営上の持続性問題も浮上する。

改革内容の具体性や実現性が明らかにされておらず、見通しが不透明という問題もある。新たな報酬体系が未定であるうえ、家事援助についても、具体的にどのように制限されるのかという内容が明らかにされていない。また、前述の通り、包括支援センターの基盤整備や予防マネジメントの担い手が現実的に対応可能な見通しになっていない。

地域支援事業の財政問題もある。同事業費は、介護保険給付費の3%(2006年度2000億円)が上限(利用料徴収も可能)にされる予定であるが、地域支援事業(介護予防事業)に相当する現行の各事業の国庫負担率が2分の1～3分の1であるのに対し、改革法案では25%(都道府県と市町村は各々12.5%負担)に引下げられること(第122条の2第1項, 123条3項, 124条3項)に対応して、保険料負担分として新たに50%負担が予定されている。給付費の3%上限が従来の保健事業費より下回る市町村においてはサービス水準が低下する(または超過負担)問題が発生する。また、保険料負担増(680億円の見込み)や利用料負担の問題もある。

さらに、保険料財源で保険(認定)外サービスをおこなう乖離性が発生する。本来、予防事業は一般性が高く、リスクに直面した時(保険事故)に備えて負担する(保険料)という保険原理になじみにくい。地域支援事業および介護予防給付は、保険事故に陥らない状態を維持するために保険システムを用いるという問題が見られる。そのような不合理に陥らないためには、税方式で対応すべきであろう<sup>(注21)</sup>。さらに、このような予防重点型サービス体系の見直しや費用負担の見直しは、財政面に限っても改善効果があるか不透明であり、市町村にとっても不安要因となる<sup>(注22)</sup>。

最後に、以上の問題点をふまえ、今後の方向を提起しておこう。

少なくとも、改革案の十分な検証期間が必要である。家事代行マイナス効果論や筋力向上トレーニングのプラス効果論に疑義があるうえ、費用負担や新認定システム等に問題が見出されるなかで見切り施行すると、利用者および事業

者側で混乱・不信を増幅させる恐れがある。

介護予防自体の意義を否定するものではないが、それを進める場合にも、現状では介護予防効果の評価基準が確立していないという問題もある。その基準としては、筋力の向上、要介護度の低下、要介護高齢者比率の減少、在宅比率の増加、在宅継続期間の伸長、健康寿命の伸長、ADL・IADL自立度の改善、社会参加度の向上、介護コストの縮小などが考えられるが、合理的な評価基準を確立しないまま、制度を施行すると、市町村にとっても不安と混乱をもたらす懸念がある。また、それが明確になったとしても、予防が重視されすぎると、いわば「予防絶対主義」の風潮が生まれ、重度化することが罪悪視される危険性もある<sup>(注23)</sup>。むしろ、要介護状態になったり障害をもっても、その人らしい生き方が追求できることがケアの本質的目標であり、生活満足度やQOLの評価こそ重視されなければならない。

費用負担については、応能負担原則を確立すべきである。2005年度から訪問介護についての低所得者軽減措置も廃止されたが、そのような介護保険以前からの訪問介護継続利用者に限らず、利用開始時期、サービスの種類を問わず、低所得者への利用料軽減措置を一般化することが求められる。保険料減免措置についても、所得事由による一般化を認めるべきであろう。抜本的には、逆進性問題を解消するためにも、ドイツのように、保険料の定率負担化を図ることが考えられる<sup>(注24)</sup>。

ケアマネジメントについては、専門機関の制度的・一般的確立を図るべきである。今回の法案では、独立性の重視が言われているが、サービス担当者会議を定期的に開催している等の条件つき（人口規模が大きく事業者が多い地域では現実的とは言えない）で報酬を高めるという厚生労働省の方針が示されているのみで、部分的微調整の域を出ない。認定区分の細分化による機械的支給制限の問題を避けるためには、当面、ドイツのように段階区分を3段階程度に縮小することも考えられるが、抜本的には、認定システムを廃止すると同時に、事業者の囲い込みによる利益誘導も排除し、ニーズ判定の包含化と地域資源の包括化（介護保険外の地域福祉サービスをも視野に入れる）を担えるケアマネジメント専門機関の制度的・一般的確立を進めるべきである。その意味では、

法案に見られる管理強化の方向性よりも、マネジメント機関の総合的資質の充実に向けた教育を重視すべきであろう。

介護労働者の社会的評価を確立するという課題もある。介護労働者の専門性が評価され、虐待やバーンアウトを防止するためには、介護の志に応えられる職場づくりが欠かせない。そのためには、間接的労働時間（移動、書類作成、待機、研修等の時間）の評価が可能な報酬の確立が求められる<sup>(注25)</sup>。また、相談、アドバイス、カウンセリング等をふくめ、介護労働者のケアシステムを構築することも今後の課題になる。

地域や在宅で暮らし続けられる条件を構築してゆくこと自体はノーマライゼーションの観点からも重要であるが、現状では、とくに重度化した場合、施設の必要性が小さくない。施設の選択権を保障したうえで、地域生活基盤整備を急ぐべきであろう。地域支援条件が熟していない現状のもとで、施設からの経済的誘導効果による退去は、いわば「介護難民」を生み出す恐れがある。

「選択権」の真の確立を目指すことも今後の本質的な課題となる。介護保険や支援費制度のもとで、選択や自己決定の尊重ということが「サービスの選択」に矮小化される傾向があるが、より本質的には、「自分らしい生の選択」が目指されなければならない<sup>(注26)</sup>。そのうえで、介護保障制度のサブ・システムとして、権利擁護・成年後見・虐待防止等の地域連携拠点の確立や<sup>(注27)</sup>、高齢者オンブズマンや高齢者協議会の発足・充実を図ってゆくべきであろう。

介護保険制度の税・保険料負担比率も再検討の余地がある。今後、一層の要介護高齢者の増加が見込まれるまで、保険料の引き上げで財政安定化を図ることには限界も見え始めている<sup>(注28)</sup>。市町村間の保険料格差が大きいなかでの不公平感も根強い（とくにサービス利用者でない高齢者にとって）ことを考えると、給付費の国庫負担分25%のうちの財政調整財源5%を高めることが考えられるほか、25%比率の見直しも考えられる。

予防重視型改革方針に沿って、予防給付の制度化等が予定されているが、予防や健康づくりに向けた一人ひとりの内発的意欲が伴わなければ、効果が期待できない。その意味では、国が制度的強制化を図るのではなく、これまで各地で様々な取り組みがおこなわれているように、住民の内発的健康づくりと「住

んでよかった」まちづくりを支援する方が効果的であろう。たとえば、住民主体の地域福祉計画・地域福祉活動計画の策定・実行を通じて、そのような内発的予防・健康づくりが展開される可能性がある<sup>(注29)</sup>。

## おわりに

福祉サービス利用者の負担増を正当化するために社会保障の「普遍化」がいわれるが、それによって福祉サービス利用が困難になるとすれば、負担の「普遍化」を通じて利用の「排除」をもたらす危険性もあり、個人の能力の限界を補うはずの社会保障の存在意義と公共性が損なわれる恐れがある。「利益に応じた負担、経済力に応じた受給」という政策方向を、「経済力に応じた負担、必要に応じた受給」という方向に転換すべきであろう。

住民の潜在能力の展開が新たな公共性の地平を切り拓く側面は重視しつつも、それは制度面の行政責任を免罪するものではない。その意味では、応能負担原則を維持しつつ、「自己責任的自由」(公共責任からの自由)に「自己実現的自由」(一人ひとりが自分らしく生きる自由)」を対置する必要がある<sup>(注30)</sup>。すなわち、独力では解決困難な生活問題を解決しつつ、一人ひとりの豊かな発達、生存、自己実現を保障するためにこそ、社会保障としての公共責任と地域福祉力としての公共性が求められる。

そのように、「自己責任的自由」から「自己実現的自由」へ、社会保障による「不安」を「安心」へ転換してゆくためには、国政レベルの決定の前に、地方レベル協議会の積み上げによる民意の吸収が求められる。現在、年金等の社会保障全体のさらなる再編を目指して、複数の政党による中央レベルの協議がおこなわれているが、地方レベルでの政党や議会を超えた民意の積み上げをふまえた政策意思決定と、各地域の主体的な福祉型まちづくり実践が並行して進められてゆくことにより、「民主的効率性」の可能性も生まれるであろう<sup>(注31)</sup>。

## < 注 >

- 1) 支援費制度の内容分析をおこなったものとして、田中(2004)を参照。
- 2) グランドデザイン案については、厚生労働省障害保健福祉部(2004)、井上・塩見(2005)を参照。

- 3) きょうされんによっておこなわれた調査によれば(3,246の全市区町村を対象、2002年3月末現在)、支援費制度対象の施設・事業所を1ヶ所も有していない市区町村は14.6%、支援費制度対象の通所型施設・事業所を1ヶ所も有していない市区町村は14.9%、支援費制度対象の通所型施設を1ヶ所も有していない市区町村は76.3%となっている。また、グループホームが1ヶ所も設置されていない市区町村は73.1%、ホームヘルプ事業所を1ヶ所も有していない市区町村20.0%、同じくデイサービス事業86.6%、ショートステイ事業60.9%という状況であり、逆に、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイを実施している事業所がすべてそろっている市区町村は、身体障害者関係で6.2%、知的障害者関係で3.0%という状況になっている(きょうされん2002)。なお、高知県では、障害福祉課からの聞き取りと提供資料によれば、障害者対象のホームヘルプ事業がおこなわれていない市町村は53市町村のうち14市町村あり、デイサービス事業者は12事業者(うち、知的障害者デイサービス事業者は1事業者のみ)である(2004年4月末現在)。高知市では、支援費制度の不支給決定は基本的におこなわれていないが、たとえば障害児ショートステイの場合、定員8名(実利用は20名程度)に対して120名の支給決定がおこなわれている(2004年11月、高知市元気生きがい課聞き取り)。
- 4) グランドデザイン案では、通過施設等において「滞留」が常態化していることが問題視される一方で、就労支援で成功している通所授産施設の退所状況として、退所者のうち就職を理由に退所する割合が60~100%の通所授産施設例が取りあげられている(全国平均は15%程度)。
- 5) 多田(2005)は、最低定員を10名に下げて、20名未満定員の小規模作業所や小規模通所授産施設も機能移行できるようにすべきことを提起している。
- 6) スウエーデンにおけるグループ住宅は、身体障害者をも対象にしている(田中2004b)。
- 7) たとえば高知県では、障害者ケアマネジメント従事者養成研修受講者(身体障害、知的障害)は、1998~2004年度の累計で382名いるが、うち施設職員が240名であり、在宅生活を支えるケアマネジメント従事者が少なく、地域の相談支援体制が整っていない(高知県障害福祉課提供資料による)。また、ニーズ把握、ケアプラン作成、ケアプラン実施、評価等の一連の流れでケアマネジメントを担える生活支援センターが設置されているのは、高知市、中村市等の数市に限られている現状にある。
- 8) 峰島(2005)は、今回の費用負担引上げ措置について、成人であるにもかかわらず世帯収入に依存する仕組みや、劣等処遇の復活であり、ノーマライゼーション、自立の流れにも逆行すると批判している。平野(2005)は、福祉サービス利用の適正化を図るのであれば、負担引上げよりも、ケアマネジメントの積極活用や相談援助の充実を図る方が効果的であろう、と指摘している。一方、石渡(2005)は、応益負担導入の前提として、経済的な自立を支援する所得保障の検討が必要であると指摘している。なお、高知県では、「障害者自立支援法案の慎重審議を求めるとともに、障害児者施策への応益負担導入は慎重に検討することを求める意見書」が高知県議会で要旨採択、高知県48市町村(合併後市町村)のうち、15市町村で採択、1

市町村で要旨採択, 3市町村で継続審議, 1市町村で否決されている(2005年4月2日現在)。負担能力に関して言えば, たとえば高知市(2003年度)では, 住民税非課税の支援費支給(居宅サービス)決定者割合は78.4%を占めており, 低所得者割合が高い(高知市元いきがい課提供資料による)。就労収入も少なく, 『障害者白書』(平成17年版)によれば, 全国の在宅身体障害者の就労月収は11万円未満が33.1%(3万円未満12.1%)を占め, 在宅知的障害者の就労月収は3万円未満が51.1%を占めており, 通所授産施設の工賃の平均月額では, 身体障害者2.2万円, 知的障害者1.2万円, 精神障害者1.3万円という状況にある。

- 9) 支援費制度における居宅サービスの国庫補助不足額は約92億円(2003年度), 約263億円(2004年度)となっている。四国四県の市町村へのアンケート調査によれば(2005年3月実施, 151市町村のうち57市町村が回答), 2004年度の国の予算不足により, 市町村財政に困難な影響が生じたという市町村数39(68.4%), 生じていないという市町村数18(31.6%)となっている(平岡和久・青木宏治・中沢純治・田中きよむによる「平成16年度高知大学人文学部研究プロジェクト」調査結果の一部)。また, 同調査によれば, 今回の障害者福祉制度見直しが市町村財政の改善・向上に「寄与する」14市町村(24.6%), 「寄与しない」11市町村(19.3%), 「わからない」32市町村(56.1%)となっており, 財政面に限っても, 改善に期待している市町村よりも, 不透明な見通しをもつ市町村の方が多い。一方, 厚生労働省は, 今回の法案提出の背景の一つとして, 現行支援費制度のもとでは, 増大してゆく費用をどう負担してゆくのかという問題があることを指摘しつつ, サービスの必要性についての「客観的な尺度」や「皆で負担し支え合う仕組みの強化」が必要であると述べている(厚生労働省障害保健福祉部企画課2005)。しかし, 統一的な尺度が「客観的な尺度」とは限らず, むしろ, 個々の障害の多様性を捕捉できないという問題を生み出し, 費用負担増(負担の普遍化)の面からは, 必要なサービスが利用困難になるという問題(利用の排除)が生じる。
- 10) 注3を参照。スウェーデンでも, 長期間かけて脱施設化を達成してきている(田中2004b)。なお, 民間企業の法定雇用率1.8%(常用労働者数56人以上規模の企業)に対して, 実雇用率(2004年度)は1.46%であり(未達成企業割合58.3%), 依然として法定率に達していない(厚生労働省高齢・障害者雇用対策部2004)。法定雇用率の対象は身体・知的障害者に限られているが, 精神障害者にも適用対象を拡大する障害者雇用促進法改正が進められている(同改正案が2005年6月9日, 衆議院厚生労働委員会でも可決, 2006年4月施行予定)。
- 11) 峰島(2005)は, 市町村審査会が必要に応じて障害者, 家族等から意見を聴くことができるとするにとどまる法案規定に対して, 「障害者から聴取の要望があれば, 機会を設ける」とすべきだと指摘している。
- 12) 小規模・多機能型サービスを提唱したものとして, 高齢者介護研究会(2003)を参照。
- 13) 年金法上, 公租公課禁止の例外とされている老齢年金のみならず, 禁止規定の対象である障害・遺族年金にまで保険料賦課されようとしていることは問題視されて



いる（伊藤2005）。

- 14) 厚生労働省大臣官房統計部「介護給付費実態調査報告（平成15年5月審査分～平成16年4月審査分）」によれば、2003年度の1年間、居宅サービスのみ利用した人（1,386,200人）のうち、要支援では、状態が「維持」されている人68.8%、「悪化」した人31.2%、要介護1では、要介護状態が「維持」76.5%、「悪化」15.5%、「改善」7.9%という分布になっており、居宅サービスが状態維持に役立っていることがわかる（他にも、状態が維持改善している割合が高いという事業所・団体等の調査結果が明らかにされている）。
- 15) 高知市内の事業所から居宅サービスを受けている人の例をあげれば、①要支援の87歳女性は心臓疾患をもち、少しの動きや緊張で息切れが起こり、掃除機をかけたり浴槽の掃除が困難で、掃除、買い物、布団干しの援助を受けている（週3回2時間）、②要支援の86歳女性はリュウマチ疾患のため関節が変形していて重いものもがもてず、屈み作業ができず室内歩行も伝い歩きで、買い物・掃除・布団干しの援助を受けている（週3回1.5時間）、③要介護1の93歳男性は脳梗塞後遺症のため左半身麻痺で腰痛もあり、ほとんど寝ている状態で、台所に立つことが難しくインスタントの食材に頼ることが多いが、ヘルパー訪問時は野菜中心の料理が心がけられており、入浴介助・買い物・調理・掃除の援助を受けている（週3回2時間）。これらの事例は家事代行が切実であり、その廃止は生活困難をもたらし、在宅生活の支柱を失うことになるだろう。「少しの動きや緊張で息切れが起こる」、「屈み作業ができず室内歩行も伝い歩き」、「台所に立つことが難しい」という状態は、ヘルパーとともに家事をおこなうということすら困難であることをうかがわせる。
- 16) 今回の改革に伴う介護報酬の具体的内容は2006年1月に結論が出される予定であるが、厚生労働省は、訪問介護の内容（現行は身体介護と生活援助の2種類）を細分化したうえで、現行の時間や回数に応じて報酬を払う出来高払い制から、サービス内容に時間も加味した定額払い制に転換する方針を発表した（2006年6月1日）。そのようなサービス内容重視の定額払いの介護報酬になるとすれば、時間が加味されるとはいえ、標準的な時間を超えて介護に手間がかかる利用者が避けられたり、サービスが途中で打ち切られる可能性がある。
- 17) たとえば、高知県では2000年段階で高齢単身世帯数が高齢夫婦世帯数を上回り、単身世帯が高齢者のいる世帯に占める割合は全国の1.4倍、単身・夫婦世帯が高齢者のいる世帯に占める割合は55.2%になっている（高知県2003）。のように高齢者世帯、単身世帯が増えている地域ほど、家事代行サービスの顕在的・潜在的ニーズは高いと考えられる。
- 18) 厚生労働省の介護予防事業中間報告によれば（厚生労働省老健局2005）、筋力向上（実施して個人別データの回答があった44市町村分）に関しては、要介護認定項目のうち、一次判定について「改善した者」43.9%、「維持した者」39.8%、「悪化した者」16.3%となっている。身体機能に関する項目では、その細目によって異なるが、「改善」74.8～36.2%、「維持」36.2～2.1%、「悪化」39.4～15.9%となっ

ている。生活機能・QOLに関する項目では、日常役割機能(身体)は「改善」42.7%、「維持」26.9%、「悪化」30.4%、日常役割機能(精神)は「改善」35.0%、「維持」37.1%、「悪化」28.0%、社会生活機能は「改善」33.9%、「維持」42.3%、「悪化」23.8%、心の健康は「改善」55.9%、「維持」12.2%、「悪化」31.8%、全体的幸福感は「改善」61.9%、「維持」7.3%、「悪化」30.8%、等となっている。身体機能や生活機能・QOLに関しては、3割前後の人が悪化する可能性もあることがうかがえる。また、筋力向上に関し、モデル事業を実施した各市町村からの報告によれば、対象者について「理解を得られなかった」「確保が困難」「無断欠席や体調不良を理由としたキャンセルが出た」「参加を拒否した」「身体に痛みを感じた」「健康管理について多大な労力があつた」という状況報告や、効果測定項目について、高齢者にとって「負担が大きく」「理解しにくい」「回答するのが難しい」、市町村にとっても「測定が難しい」「疑問が残った」「必要とは思えない」項目があること、事業スタッフについて、「スタッフの負担が大きかった」「マンツーマンに近い体制で実施する必要がある」「人材の確保が困難」といった不安や否定的意見が多く出されている。さらに、中断したケースについて、その理由として、「身体に変調」「鼻出血があり」「筋肉痛」「関節節痛」「ドクターストップ」「痛みの悪化」「体調不良」「他の参加者と十分なコミュニケーションがとれなかった」ことなどが挙げられている。事業との因果関係の問題があるにせよ、行政や事業所から勤奨的に働きかけて参加した人が体調悪化や事故に直面した場合、責任が問われる可能性もあり、どのようにリスク管理するのかという問題もある。

- 19) 介護保険改正法案の衆議院厚生委員会の地方公聴会(高知市2005年4月18日)においては、筆者も意見陳述したが、高知市保健福祉部長も、高知市における実践をふまえ、筋力向上トレーニングや介護予防事業は、意欲をもって取り組み、継続しなければ再び身体機能が低下すること、全国一斉の事業展開よりも地域の実情に合った効果的手法を導入する方が効果的であること等を指摘している(公聴会の概要については、『月刊介護保険』2005年6月号の特集を参照)。
- 20) 全国老人福祉施設協議会が、要支援と要介護の高齢者640人を対象におこなった調査によれば(2004年10月)、筋力トレーニングなどの介護予防について、「積極的に参加したい」24%、「やむをえないので参加する」30%、「参加したくない」43%、という意向調査結果が明らかにされている。
- 21) 池上(2005)は、高齢者に広く及ぶ予防給付や市町村事業を保険の枠内に入れることによる保険からの乖離性や、国税や第2号被保険者保険料が財源の多くを占めるもとで創設される地域密着型サービスが地域の独自性を発揮する財源とされていることの問題を指摘している。また、予防給付について、給付量の予測や範囲限定が困難であり、給付抑制より給付費増大の恐れがあるとの指摘もある(石田2005)。
- 22) 四国四県の市町村に対するアンケート調査結果(注9参照)によれば、2004年度の介護保険財政の収支見通しは、「黒字」39市町村(70.9%)、「赤字」16市町村(29.1%)、という回答結果になっており、「介護保険制度の見直し(施設費用徴収の見直

しや新予防給付の創設等)によって、貴市町村の介護保険財政は改善・向上すると思いますか」という質問に対しては、「改善・向上する」7市町村(12.7%),「悪化する」9市町村(16.4%),「変わらない」10市町村(18.2%),「わからない」29市町村(52.7%)という回答分布になっており、財政面に限っても、今回の見直しの効果に対して不透明な受け止め方をしている市町村が多い。

23) 岡崎(2004)は、自立ということを「要介護状態の維持・改善」からのみ評価する視点を問題視している。

24) 田中(2004a)を参照。

25) 訪問介護労働者について、間接労働時間に対する賃金支払いを認める厚生労働省通達(「訪問介護労働者の法定労働条件の確保について」2004年8月)が出されているが、現実の報酬からすれば、間接労働時間を保障できる水準になっていない。現に、非正社員で時間給者のいる1,211事業所に対して2003年度におこなわれた調査によれば、賃金を「おおむね時間に応じて支払っている」という事業所の割合は、「移動時間」33.8%、「待機・準備時間」30.6%、「書類作成時間」42.6%、「ミーティング時間」49.1%という状況にある(介護労働安定センター2004)。その他、ヘルパーやケアマネジャーは、報酬に反映されない「ただ働き」的な付随業務(介護保険外の支援の調整・相談、見守り等)を多く抱えている現実がある。また、今回の法案に連動して、介護老人福祉施設等の職員に係る退職手当金支給費用に対する国および都道府県の補助を廃止することも予定されており(社会福祉施設職員等退職手当共済法の一部改正)、パート・非常勤化が一層進むことが予想される。サービスの質の向上が強調されているが、その評価だけでなく、労働条件を安定化させないと、質の低下や、サービスの供給不安を招き、学生などの介護に志をもつ若い世代にとっても不安定職種にしか映らず、また、労働の内容と報酬の乖離はストレスや虐待の遠因にもなる。

26) 横山(2003)は、サービス選択に矮小化されがちな「選択の自由」論を批判し、利用者が希望する生活を選択できることこそ、本来の「選択の自由」であると問題提起している。

27) 地域福祉権利擁護事業(福祉サービス利用援助事業)を主に担う社会福祉協議会と成年後見制度を担う機関との間で、また、成年後見制度を担う各機関(司法書士会、弁護士会、社会福祉士会、等)どうしの間で、日常実践的に連携がおこなわれているとは言えず、クライアントや家族、支援者等が本人に適した相談をどこにもってゆけばよいかわからない(どこに相談機関があるかも含めて)という現状も見受けられる。それらの各機関合同の総合相談センターを明示的に配置して、クライアント側が内容の如何にかかわらず相談を持ち込める体制を作り、各機関の機能、役割や、人材(専門員・生活支援員、後見人等)の配置状況等に照らして、できる限り適切な支援をおこなうことが課題となっている(両制度に対する住民意識や制度上、運用上の課題を考察したものとして、田中2002を参照)。なお、衆議院段階で法案が修正され、地域支援事業に関し、被保険者の虐待防止・早期発見等の権利

擁護のために必要な援助をおこなう事業を市町村の必須事業とすることが追加されたが(第115条の38)、社協ベースの権利擁護事業と行政ベースの権利擁護事業の間でどのように分担、調整または再編するのか、もし後者に再編するとすれば若年障害者の権利擁護事業はどこが担うのか、等の点が明らかでない。

- 28) 2004年度の赤字保険団体は、2,250団体中290団体(12.9%)となり、2003年度(6.2%)より増加し、赤字合計額は150億9,000万円となっている(全体の収支は251億円の黒字)。なお、四国四県の市町村調査結果については、注22を参照。
- 29) 住民主体の地域福祉計画・地域福祉活動計画の策定・実行手法について考察したものとして、地域福祉計画策定ガイドライン研究会(2003)、田中(2005)を参照。
- 30) この「自己責任的自由」は、今日の福祉制度改革施策によって促迫される自由観と考えるが、福祉政策の新自由主義的性格(二宮2005)と言い換えることもできよう。一方、「自己実現的自由」という表現は、アマルティア・センの福祉概念(capability, well-being freedom)から示唆を得たものであるが、彼の福祉経済思想を考察したものとして、田中(2004a)を参照。
- 31) 「民主的効率性」については、田中(2001)を参照。また、住民参加保健福祉のまちづくりに積極的に取り組んできた市町村の事例分析については、水谷ほか(2001)を参照。

## < 参考・引用文献 >

- ・池上岳彦「介護サービスの財源問題」(『都市問題』2005年1月号)
- ・石田重森「介護保険見直し論にみる社会保険からの乖離」(『週刊社会保障』2005年4月号)
- ・石渡和実「障害保健福祉施策の改革－障害者自立支援法案のポイント－」(『月刊福祉』2005年5月号)
- ・伊藤周平『検証介護保険』(青木書店、2000年)
- ・伊藤周平『改革提言介護保険』(青木書店、2004年)
- ・伊藤周平「施設入所者の負担増と介護保険料負担の問題」(『福祉のひろば』2005年6月号)
- ・稲森公嘉「介護保険制度見直しの方向」(『ジュリスト』No.1282、2005年)
- ・井上泰治・塩見洋介『障害保健福祉改革のグランドデザインは何を描くのか』(かもがわ出版、2005年)
- ・井上泰治「『自立支援法案』とは何か」(『福祉のひろば』2005年5月号)
- ・岡崎祐司「介護保険制度『賃見直し意見』の分析と批判(上)」(『賃金と社会保障』2004年10月号)
- ・介護労働安定センター「介護事業所における労働の現状」(2004年版)
- ・きょうされん「障害者のための社会資源の設置状況等についての調査結果」(2002年)

12月6日)

- ・厚生労働省高齢・障害者雇用対策部「身体障害者及び知的障害者の雇用状況について」(2004年12月28日)
- ・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)」(2004年10月12日)
- ・厚生労働省障害保健福祉部「障害保健福祉施策の改革」(障害保健福祉関係主管課長会議資料2005年2月17日)
- ・厚生労働省障害保健福祉部企画課「障害者自立支援法案について」(『ノーマライゼーション』2005年4月号)
- ・厚生労働省老健局「全国介護保険担当課長会議資料」(2004年9月14日)
- ・厚生労働省老健局「介護保険制度改革の全体像ー持続可能な介護保険制度の構築ー」(2004年12月22日)
- ・厚生労働省老健局「介護予防市町村モデル事業中間報告」(2005年4月19日)
- ・高知県「高知県高齢者保健福祉計画(平成15～19年度)」(2003年)
- ・高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」(2003年)
- ・佐藤卓利「介護保険制度の見直しと自治体福祉政策の課題」(『賃金と社会保障』2004年11月号)
- ・社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見(案)」(2004年7月30日)
- ・鈴木清覚「施設体系にみる就労・日中活動」(『ノーマライゼーション』2005年5月号)
- ・瀧澤仁唱・平野方紹ほか『障害者自立支援法案と応益負担』(かがわ出版, 2005年)
- ・田中きよむ「介護保険・地域福祉における民主的効率性ー高知県内外の地域調査からー」(高知大学経済学会『高知論叢』第71号, 2001年)
- ・田中きよむ「成年後見・地域福祉権利擁護制度をめぐる動向と意識ー高知県の場合ー」(高知大学経済学会『高知論叢』第73号, 2002年)
- ・田中きよむ『少子高齢社会の福祉経済論』(中央法規, 2004年a)
- ・田中きよむ「スウェーデンにおける障害者福祉・教育・雇用の動向ーエーレブロー県の取り組みを中心にー」(高知大学経済学会『高知論叢』第80号, 2004年b)
- ・田中きよむ「地域福祉計画・地域福祉活動計画をめぐる高知県の動向と課題」(高知大学経済学会『高知論叢』第82号, 2005年)
- ・地域福祉計画策定ガイドライン研究会「高知県地域福祉計画策定ガイドライン研究会報告書」(高知県・保健福祉課ホームページ, 2003年)
- ・豊田謙二・高橋信行編『地域福祉と介護保険』(ナカニシヤ出版, 2002年)
- ・内閣府『障害者白書』平成17年版
- ・二宮厚美「構造改革のなかの障害者教育・福祉政策」(『賃金と社会保障』2005年1月号)
- ・舟場正富・斎藤香里『介護財政の国際的展開』(ミネルバ書房, 2003年)
- ・増田雅暢『介護保険見直しの争点』(法律文化社, 2003年)

- ・水谷利亮・田中きよむ・玉里恵美子・時長美希『介護保険から保健福祉のまちづくりへ』（自治体研究社，2001年）
- ・宮本憲一『環境経済学』（岩波書店，1989年）
- ・峰島厚・白沢仁・多田薫編著『障害者福祉制度何が問題か』（全障研出版部，2005年）
- ・山本恵子『行財政からみた高齢者福祉』（法律文化社 2002年）
- ・横山寿一『社会保障の市場化・営利化』（新日本出版，2003年）

（付記）本稿脱稿後，介護保険改正法（介護保険法等の一部を改正する法律）が参議院本会議で可決，成立した（2005年6月22日）。