

ISSUE BRIEF

障害者自立支援対策とその課題

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 540(MAY 15.2006)

平成 18 年 4 月に一部施行された障害者自立支援法は、これまでの障害種別による、異なる法律に基づく福祉サービス体系を改め、一元的な制度のもとでのサービスの提供を図るものである。

障害者施策の縦割りの解消、施設及び在宅のサービス体系の見直し、財源を義務的経費とすることにより、国と都道府県の責任の明確化を図ったこと等が評価されている。一方、サービス利用時の自己負担が、定率（一割）負担となったこと（所得水準による上限設定や減免措置等は設けられているが）については、障害者の不安が根強い。このほかにも、地域生活支援事業やサービス支給決定過程等をめぐる問題点が残されている。

本稿は、障害者自立支援法の施行上の問題点を探るとともに、残された今後の課題をとりまとめたものである。

社会労働課

つつみ けんぞう
(堤 健造)

調査と情報

第 5 4 0 号

はじめに

障害者福祉サービスは、平成 15 年に、地方自治体によってサービス給付の枠が決定される措置制度から、障害者自らがサービスを選択する支援費制度へと変わった。支援費制度施行後、サービス利用者は急増し、予算不足が生じた。そのため、厚生労働省は、平成 16 年 10 月に、「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)¹⁾(以下、「グランドデザイン案」という。)を示した。その基本的な視点は、障害保健福祉施策の総合化、保護中心から障害者のニーズと適性に応じた自立支援型システムへの転換、制度の持続可能性の確保等である。このグランドデザイン案を具体化したのが障害者自立支援法である。以下、障害者自立支援法の施行上の問題点を探り、残された今後の課題を述べる。

支援費制度

障害者福祉サービスにおける支援費制度は、「障害者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービスの提供を基本として、事業者等との対等な関係に基づき、障害者自らがサービスを選択し、契約によりサービスを利用する仕組み²⁾」であると説明されている。サービス利用希望者は、まず、市町村に支援費の支給申請を行い、市町村が支給決定を行う。サービス利用者は、事業者と契約を交わし、サービス利用時に、本人及び扶養義務者の負担能力に応じて、定められた利用者負担額を事業者に支払う。市町村は、サービス利用に要する費用から利用者負担額を除いた費用を、支援費として事業者を支払う。

自己選択、自己決定を理念とする支援費制度は、知的障害者への移動介護(外出支援)をはじめとして、これまで潜在化していたニーズを顕在化させ、サービス利用者数の拡大へつながったと評価されている。一方、課題としては、財政負担が急増すること、精神障害者が対象外であること、地方自治体間のサービス格差が存在すること、就労支援対策が不十分であること、等が挙げられている。 について見ると、ホームヘルプサービスの地方自治体実施率は、支援費制度開始時よりは改善しているものの、平成 16 年 10 月末現在で、身体障害者で 82.6%、知的能力の発達が遅れている知的障害者で 66.2%、統合失調症、神経症、ストレス障害等の精神障害者で 49.3%、障害児で 49.1%である³⁾。また、都道府県の人口 10 万人当たりのホームヘルプサービスの利用者数(都道府県総人口に占める利用者数の割合×10 万人)は、最大の大阪府と最少の秋田県で 6.3 倍の格差、一人当たりの平均費用月額では、最大の東京都と最少の岩手県で 3.3 倍の格差が存在する⁴⁾。

障害者自立支援法による改革のポイント

こうした支援費制度の課題を踏まえ、障害者自立支援法では、次のような新たな仕組み

¹⁾ 「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)」厚生労働省社会保障審議会障害者部会(第 18 回)平成 16 年 10 月 12 日

<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4.html>>

²⁾ 障害者福祉研究会編『支援費制度Q&A (改訂)』中央法規出版, 2004, p.3.

³⁾ 「障害福祉サービスの実施状況等について」厚生労働省社会保障審議会障害者部会(第 28 回)平成 17 年 10 月 5 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1005-8l.html>>

⁴⁾ 同上

が導入された。身体、知的、精神という障害種別にかかわらず、制度体系を一元化するとともに、障害者福祉サービスの実施主体を市町村に統一する。施設と在宅のサービス体系を見直す（「総合的な自立支援システムへ」参照）と同時に、地域生活支援や就労支援のための事業や重度障害者を対象としたサービスを創設する。新事業では、設置主体等の規制緩和を進め、既存の社会資源を活用する。前項の、就労支援のための事業を進めるとともに、雇用施策との連携を強化して、就労支援の抜本的強化を図る。支援費制度では、サービスごとの審査基準や段階区分が設けられていたが、支援の必要度に関する客観的な尺度（障害程度区分）を導入し、支給決定の透明化、明確化を目指す。また、相談支援事業を制度化する。安定的な財源確保を図るため、国の費用負担を強化（支援費の義務的経費化により、費用の1/2負担）するとともに、利用者は、サービス利用時に定率（一割）の自己負担をする（平成18年4月実施）。

このほか、サービスの必要量を的確に見込み、計画的な整備や人材養成を行うため、市町村及び都道府県は、3年を1期とする障害福祉計画を策定することが義務づけられた。

総合的な自立支援システムへ

【新サービス体系】 支援費制度では、障害種別でサービス体系が分立し、居宅及び施設サービスに分かれていた。障害者自立支援法のもとでは、効率的なサービスの提供を目指し、機能に着目したサービス給付体系に再編される。継続的な介護支援を必要とする者に支給される介護給付と、就労及び自立した地域生活を営むために、一定期間、訓練的支援を提供する訓練等給付、地域生活支援（詳細は後述）に体系化される（表1）。

表1 サービス給付体系

現行		
(居宅サービス)	(施設サービス)	
ホームヘルプ(身・知・児・精)	重度心身障害児(児)	療護施設(身)
デイサービス(身・知・児・精)	更正施設(身・知)	授産施設(身・知・精)
ショートステイ(身・知・児・精)	福祉工場(身・知・精)	通勤寮(知)
グループホーム(知・精)	福祉ホーム(身・知・精)	生活訓練施設(精)
移行後		
(介護給付)		(訓練等給付)
ホームヘルプ	重度訪問介護	自立訓練
行動援護	療養介護	就労移行支援
生活介護	児童デイサービス	就労継続支援
ショートステイ	重度障害者等包括支援	グループホーム
ケアホーム	障害者支援施設での夜間ケア	
(地域生活支援事業)		

(出典)『障害者自立支援法 新法と主要関連法新旧対照表』中央法規出版, 2005, p.5 をもとに作成。

また、規制緩和により、これまでとは形態の異なるサービス運営が可能になる。具体的には、障害者支援施設以外は、第二種社会福祉事業に位置づけられ、NPO、財団法人、株式会社等の多様な経営主体による運営や、空き店舗・教室を利用した運営が可能となる。1つの施設内で、異なる障害をもつ障害者へのサービス⁵や、複数事業を組み合わせた多機

⁵ これまで、通所授産施設で一定枠内の相互利用が認められていたが、入所型施設では認められていなかった。

能型のサービスを提供することができるようになる。さらに、現行の月単位から日単位のサービス利用が認められた結果、サービス利用の定員を柔軟に取り扱えるようになった。

施設サービスについては、日中活動の場と住まいの場に二分され、各々分離しての利用が可能になる(表2)。

新サービス体系への移行開始時期は、平成18年10月であるが、概ね5年程度をかけて移行することになっている⁶。なお、支援費制度の居宅生活支援事業のうち、障害種別で分かれているホームヘルプサービスとショートステイは、種別にかかわらず一本化されるが、サービス内容は変わらない。

表2 新施設サービス体系の概要
[日中活動の場]

給付体系と財源		日中の事業体系		対象者
介護給付	義務的経費 個別給付	療養介護[医療型]		障害程度が一定以上で常時 介護を要する者
		生活介護[福祉型]		
訓練等給付		自立訓練(有期限)	機能訓練	身体的、社会的リハビリを必 要とする者
			生活訓練	
		就労移行支援(有期限)		就労希望者
地域生活支援		裁量的補助 (国1/2 地方 1/2)	就労継続支援	雇用型
	非雇用型			
		地域活動支援センター(創作的活動又は 生産活動の機会を提供し、社会との交流促 進等を行う)		各種サービスを受給する者

[住まいの場]

給付体系と財源		夜間の事業体系	対象者
介護給付 訓練等給付	義務的経費 個別給付	施設入所支援 (訓練等給付は有期限)	介護給付:生活介護を受けている者 訓練等給付:自立訓練、就労移行支援を受 けている者で、単身生活が困難な者又は地 域の社会資源状況により通所が困難な者
介護給付		ケアホーム	介護を要する知的・精神障害者
訓練等給付		グループホーム	介護を要しない知的・精神障害者であり、就 労または自立訓練、就労移行支援等を受け ている者
地域生活支援	裁量的補助 (国1/2 地方1/2)	福祉ホーム	住居を必要とする者

(出典)厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料(平成17年10月6日、12月26日)等をもとに作成。

<<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/aCategoryList?OpenAgent&CT=50&MT=020&ST=010>>

重点施策実施5か年計画⁷では、入所施設整備を必要なものに限定する等、入所施設の整備を抑制し、脱施設化を図ってきた。しかし、「グランドデザイン案」は、施設の現状につ

⁶ 精神障害者社会復帰施設の福祉ホーム(A型)及び地域生活センターは、平成18年10月から新サービス体系へ移行する。また、児童入所施設の利用事務の市町村移譲及び施設再編については、概ね5年後の施行をめどに3年以内に結論を出すことになっている。

⁷ 「重点施策実施5か年計画」<<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/gokanen.html>>

いて、「既存の施設や事業についてはニーズに必ずしも適合した体系となっていないこと等から、結果的にいわゆる通過施設等において障害程度や適性に関係なく、『滞留』が常態化するなど、本来果たすべき機能が十分発揮されていない⁸」と指摘する。既存の施設体系を、日中活動の場と住まいの場に二分する新施設サービス体系は、施設滞留の常態化を防ぐために、障害者に日中活動の場を提供することで脱施設化を図ろうとする。

脱施設化、地域生活への移行を図るうえでは、地域生活を可能にする地域の基盤整備が、今後の課題である。

【地域生活支援事業】 地域生活支援事業には、相談支援、コミュニケーション支援（手話通訳や要約筆記）、日常生活用具の給付・貸与、移動支援、地域活動支援センター、福祉ホームの低額料金での提供等がある。地域の実情に応じて柔軟に実施することを目指し、市町村が行うが、特に専門性の高い相談支援事業等広域的なものは、都道府県が担うことになっている。

地域生活支援事業は、裁量的経費とされるため、補助金が不足すれば、事業が保障されなくなる可能性がある。また、市町村の財政事情等にサービスが左右されるため、支援費制度のもとで課題であった地方自治体間のサービス格差が、地域生活支援事業においても是正されず、さらに拡大する可能性もある。特に知的障害者・障害児の移動介護は、支援費制度の開始後、利用が伸び、ニーズが高い⁹。重度訪問介護（重度の肢体不自由者で、常時介護を要する者）及び行動援護¹⁰が、義務的経費であるホームヘルプサービスに導入されるものの、支給決定条件やサービス提供者の資格要件は、移動介護と比べて厳しい。また小規模作業所は、法定施設の待機者の受け皿として、法定外でありながら、就労・日中活動の場を地域の中で提供してきた施設である。しかし、その多くは、地域活動支援事業の地域活動支援センターを移行先と考えている¹¹ため、裁量的経費のもとで、安定した事業運営を行うことができるのかどうか課題である。

利用者負担と就労支援

1 福祉サービスと利用者負担

利用者負担は、支援費制度では応能負担であったが、平成 18 年 4 月より、原則として、サービス費用の定率（一割）負担となる。新たなサービス利用者が急増している中で、財源確保を図るのが目的である。なお、食費に関しても、在宅の障害者との公平性の観点¹²か

⁸ 「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)」厚生労働省社会保障審議会障害者部会(第 18 回)平成 16 年 10 月 12 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4c.html>>

⁹ 「平成 15 年度ホームヘルプサービスの利用状況(4 月・10 月)について」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(第 17 回)平成 16 年 6 月 1 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/s0601-8b.html>>

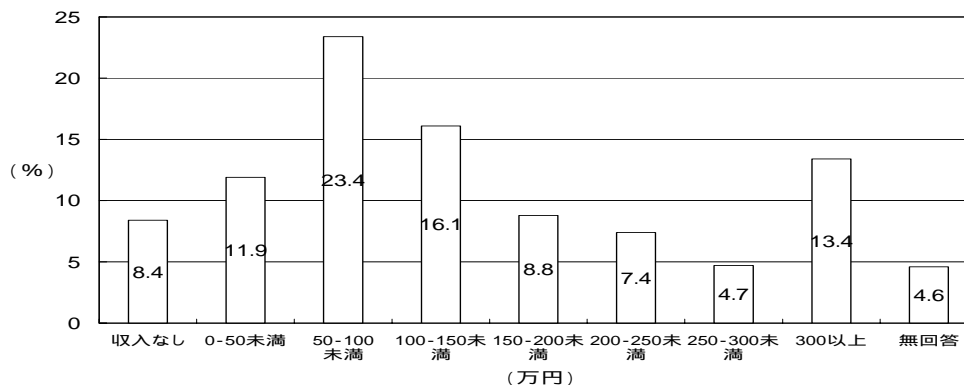
¹⁰ 自己判断能力が制限されている者が危険等を回避するための援護であり、自閉症、てんかん等を有する重度の知的障害者(児)又は統合失調症等を有する重度の精神障害者であって、危険回避ができない、自傷、異食、徘徊等の行動障害に対する援護を必要とする者を対象とする。(加瀬進『行動援護ガイドブック』日本知的障害者福祉協会、2005.6, p.64.)

¹¹ きょうされん「グランドデザイン政策に伴う小規模作業所実態調査結果」平成 17 年 3 月 17 日 <http://www.kyosaren.or.jp/news/2005/0401_1.pdf>

¹² 応能負担における本人の自己負担額は、在宅の身体・知的障害者で 95%、精神障害者で 93%だが、施設入

ら、施設入所者等には、定率（一割）負担が課される。一方、東京都の調査を見ると、障害者の6割以上が、年収150万円未満の低所得者であることが分かる（表3）。

表3 障害者の収入額（生活保護費は除く）



（出典）平成15年度東京都社会福祉基礎調査「障害者の生活実態」調査結果をもとに作成。

< <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kikaku/news/presskikaku041122.html> >

こうした状況を考慮して、定率負担の上限区分（表4）を設け、低所得者への配慮がなされている。また、預貯金等が350万円以下であることを要件に、施設入所者（20歳以上）とグループホーム入所者には「個別減免」が、通所施設、ホームヘルプサービス利用者、施設入所者（20歳未満）には「社会福祉法人減免」（単身世帯の場合、収入150万円以下、資産350万円以下が要件。3年間の経過措置）が適用される¹³。さらに、食費軽減措置として、施設入所者には、手元に25,000円（低所得1の場合）が残るように補足給付（特定障害者特別給付費）が行われる。通所施設においても、食費の2/3が免除される。しかし、こうした低所得者のための配慮項目は、複雑で分かりにくく、障害者団体等から法案反対の理由のひとつに挙げられた。今後は、市町村による情報提供の徹底が課題となろう。

表4 定率（一割）負担の上限区分

区分	一般（市町村民課税世帯）	低所得2**	低所得1*	生活保護
上限（月額）（円）	37,200	24,600	15,000	0

* 低所得1:市町村民税非課税、障害者本人の収入が障害基礎年金2級相当（年約80万円）以下。

**低所得2:市町村民税非課税、3人世帯の場合で障害基礎年金1級を含めて年約300万円以下。

なお、所得を判断する「世帯」の範囲について、原則は同じ世帯に属する者であるが、本人が税制と医療保険で被扶養者でなければ、本人と配偶者の収入とすることもできる。

（出典）厚生労働省ホームページ「障害者福祉 障害者自立支援法について 障害福祉サービスについて」をもとに作成。 < <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou03/index.html> >

所者は10%であった。（「障害福祉サービス（個別給付）の利用者負担の見直し（応益、食費等） - 給付費推計 - 」福祉サービスの利用者負担の現状」厚生労働省社会保障審議会障害者部会（第21回）平成16年11月26日 < <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/11/s1126-12d.html> > ）

¹³ 「個別減免」では、収入が66,667円未満は負担なし、それ以上は、超えた収入の半分を上限額とする（グループホーム入居の場合、超えた収入が年金や工賃等の収入等であれば、3,000円を控除のうえ、超えた分の15%を上限額とする）。また、資産調査が行われる。「社会福祉法人減免」は、原則、社会福祉法人が提供するサービスが対象となるが、同一市町村内で当該社会福祉法人がない場合には、他の法人でも認められる。この減免では低所得1、低所得2を対象に、定率（一割）負担の上限額が半額となる。

2 自立支援医療と利用者負担

障害者自立支援法では、精神障害者の通院治療に関する精神通院医療、18歳未満の障害児等に対する育成医療、18歳以上の身体障害者に対する更正医療¹⁴を一元化し、自立支援医療が創設される（表5）。自立支援医療についても福祉サービスと同様、定率（一割）負担が課され、入院時には食費が自己負担となる。これまで、精神通院医療は医療費のみに着目した負担であり、育成医療、更正医療は所得のみに着目した負担であった。自立支援医療のもとでは、医療費と所得の双方に着目した負担に統合される。

表5 自立支援医療の概要

	現行	自立支援医療	
精神通院医療	医療費の5%	定率 (一割) 負担	生活保護世帯:負担なし 低所得1:2,500円まで 低所得2:5,000円まで 中間所得層1*:2**:医療保険の自己負担限度額 市町村民税(所得割)20万円以上は適用外 [育成医療の経過措置(施行3年後に見直し)] 中間所得層1*:10,000円まで 中間所得層2**:40,200円まで [重度かつ継続*** (施行3年後に見直し)] 中間所得層1*:5,000円まで 中間所得層2**:10,000円まで 市町村民税(所得割)20万円以上:20,000円まで
育成医療	応能負担		
更正医療	応能負担		

* 中間所得層1:市町村民税(所得割)2万円未満。

**中間所得層2:市町村民税(所得割)2万円以上20万円未満。

***「重度かつ継続」の範囲

疾病、症状等から対象となる者。

・精神通院医療 統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)。集中・継続的な医療を要する者として精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者。

・育成・更生医療 腎臓機能・小腸機能・免疫機能障害。

疾病等にかかわらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者。

医療保険の多数該当の者。

なお、住民票上は一つの世帯でも、異なる医療保険に加入している家族は別世帯として扱う。

(出典)厚生労働省ホームページ「障害者福祉 障害者自立支援法について 自立支援医療について」をもとに作成。 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou04/index.html>>

こうした自立支援医療への統合により、公費負担を受けられる対象患者が、大幅に制限されることや、世帯全体の所得状況の届け出等、手続き面での負担が増大することが、懸念されている¹⁵。

3 地方自治体による負担軽減策

定率（一割）の自己負担の導入に対し、独自の負担軽減策を行う地方自治体がある。

¹⁴ 精神通院医療、育成医療、更正医療は、保険外負担の拡大による経済的負担増が治療中断や重症化につながるよう、自己負担分の一部を公費で助成する「公費負担医療」である。

¹⁵ 「精神通院公費医療の廃止がもたらすもの」『京都保険医新聞』2005.6.20。

京都府では、全市町村と協調し、利用者負担が、国の制度の上限額の半額に収まるよう補助を行う¹⁶。また、国の4段階の所得階層区分を6段階にすることで、上限額の半額よりさらに負担が軽減される階層を新設する¹⁷。さらに京都市の場合、複数のサービスを利用する在宅生活者には、総負担額に独自の上限を設ける「総合上限制度」を創設する¹⁸。いずれも平成20年までの暫定措置である。

東京都荒川区では、在宅サービスの定率（一割）負担を3%にするほか、通所施設での食費を半額にする（平成20年まで）¹⁹。また、在宅でサービス利用量が多い障害者には、月額負担の上限額の半分軽減を一定期間継続する。

4 就労支援

定率（一割）負担については、「出費が増えるのは痛いけど、財源が確保されたことで利用者を増やせる利点があり...やむを得ない選択だった²⁰」、「原則1割の定率（応益）負担は、現行の支援費制度が破たんしている現状を考えると、低所得者への配慮をした上なら、肯定できるものと思う²¹」とする肯定的な意見がある。一方、「障害者の多くは月7、8万円の障害基礎年金で生活しており、1割とはいえ負担は重くのしかかる²²」、「障害福祉制度が税方式である以上、すべての障害者に1割の定率負担を課すのは不適切だ²³」との否定的な見方もある。賛否いずれの見方も、就労支援強化の必要性については一致している。

先に挙げた「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」によれば、収入を伴う仕事をしている者は、身体障害者で24.8%（うち常勤34.4%）、知的障害者で61.8%（うち常勤21.5%）、精神障害者で26.3%（うち常勤11.5%）にすぎない。民間企業の障害者法定雇用率は1.8%であるが、実際の障害者雇用率は、1.49%（平成17年6月1日現在）にとどまっている²⁴。

障害者の就労支援に関する取り組みとしては、一般就労施策と現行の授産施設・福祉工場等の福祉施設における支援がある。一般就労の促進を図るために、平成17年6月、精神障害者も雇用率の算定対象に含めることや、在宅就労の促進等を主な内容とする障害者雇用促進法一部改正法（平成17年法律第81号。以下、「改正法」という。）が成立した。改正法には、障害者福祉施策との有機的な連携を図ることが盛り込まれた。福祉施設における就労では、新サービス体系の訓練等給付等により、障害者の自立支援、一般就労への移行を目指している。こうした就労支援施策の成果が上がれば、福祉施設から一般就労へ移

¹⁶ 京都府ホームページ「障害福祉サービスを利用したときにかかる費用」

< <http://www.pref.kyoto.jp/handicap/sien/p05.html> >

¹⁷ 「低所得2」を「障害基礎年金1級及び特別障害者手当のみ受給している人」と「それ以外」、「一般」を「市民税（所得割）4万円未満」と「市民税（所得割）4万円以上」に分類し、各々前者が負担軽減の対象となる。

¹⁸ 「京都市が月額上限を半分に」『週刊福祉新聞』2006.2.13.

¹⁹ 東京都荒川区ホームページ「障害者福祉サービスの利用者負担軽減策のお知らせ」

< <http://www.city.arakawa.tokyo.jp/a016/d03300003.html> >

²⁰ 「障害者支援 もっと働ける社会に」『朝日新聞』2005.11.2.

²¹ 「障害者自立支援法案『作業所やめたい』」『毎日新聞』2005.7.10.

²² 「障害者自立支援法 企業の意欲も期待したい」『産経新聞』2005.11.7.

²³ 堤修三「障害者サービス費の支給と応益負担」『介護保険情報』通号60号, 2005.3, p.71.

²⁴ 厚生労働省「平成17年6月1日現在の障害者の雇用状況について」平成17年12月14日

< <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/12/h1214-2.html> >

行する者の数が現在の 4 倍、福祉施設における就労も、現在の 12 倍になるであろうと見込まれている²⁵。

改正法では、企業の受け入れ環境が未整備であるとの理由から、精神障害者の雇用率は義務化されなかった。一般就労の促進には、法整備とともに、企業側の理解と努力が必要不可欠である。通所授産施設の利用料にも定率（一割）負担が課されるようになるため、通所授産施設の工賃よりも負担額の方が多くなることも考えられる²⁶。厚生労働省は国会審議において、福祉施設での障害者以外の雇用を認めることにより生産性を高め、就労継続支援事業の工賃を引き上げることも考えていると表明した²⁷。

サービス支給決定過程

サービスを利用する場合、まず、都道府県指定の相談事業者または障害者自身が、サービス利用計画案を作成し、市町村に申請する。市町村は、介護給付の場合、106 項目（要介護認定基準 79 項目、障害特性基準 27 項目）のコンピュータによる 1 次判定をまず行う。次に、専門家で構成された市町村審査会が、1 次判定の結果、医師意見書及び認定調査特記事項の内容を踏まえ、2 次判定を行う。さらにそれらを踏まえ、市町村が障害程度区分の認定を行う。訓練等給付の場合には、サービス利用の優先度を判断するために、1 次判定をスコア化する²⁸。両給付ともサービスの利用意向を聴取した後、介護給付については、市町村審査会の意見聴取（非定型な場合）を経て市町村が支給を決定する。支給決定後は、一定数以上のサービスを必要とする者や長期入所・入院から地域生活へ移行する者で、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者を対象に、サービス利用計画の作成及びモニタリングを行う。新しいサービス支給決定方式では、全国共通調査項目である 106 項目のアセスメントの導入、サービス利用計画書の作成といったケアマネジメントの制度化等が、支援費制度とは異なる点である。

障害程度区分に関しては、コンピュータによる 1 次判定で、介護保険で使用する判定基準を準用することへの懸念がある。厚生労働省が行った「障害程度判定区分試行調査」によれば、全障害者の 2 次判定における変更率は 50.4%であった。また、精神障害者の 1 次判定では、33.2%が非該当となった²⁹。利用者の真のニーズに基づく支給決定の仕組みが求められるが、前記の「試行調査」も「心身機能や疾患の症状だけでなく、生活のしづらさ、社会参加の必要性といった生活ニーズに適合したサービス必要量の判断基準をいかに作成できるか、市町村審査会でどの程度、障害者の生活に関わる判断の専門性を担保で

²⁵ 「障害福祉サービスの基盤整備について」厚生労働省社会保障審議会障害者部会（第 29 回）平成 17 年 12 月 5 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1205-7d.html>>

²⁶ 「障害者自立支援法案「作業所やめたい」」『毎日新聞』2005.7.10. ; 「成立間近？障害者自立支援法案「生活できない...」」『毎日新聞』2005.7.29.

²⁷ 第 163 回国会衆議院厚生労働委員会議録 第 7 号 平成 17 年 10 月 26 日, pp.8-9.

²⁸ 訓練等給付は、明らかにサービス内容に適合しない場合を除いて暫定支給決定の対象となる。しかし、地域のサービス資源に限りがあり、利用希望者が定員枠を超えるような場合には、自立訓練事業（機能訓練・生活訓練）に限り、訓練等給付に関連する項目の調査結果をスコア化し、暫定支給決定の優先順位を考慮する際の参考としてのみ用いる。

²⁹ 「障害程度区分判定等試行事業の実施結果（速報）」厚生労働省社会保障審議会障害者部会（第 28 回）平成 17 年 10 月 5 日 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1005-8i.html>>

きるかは、非常に大きな課題である³⁰」としている。障害者の生活ニーズの個別性を把握できるかどうかが課題である。訓練等給付のスコア化については、障害者本人の意思や意欲をどう勘案するかという課題もある³¹。

市町村審査会は、障害程度区分に関する審査及び判定、市町村の支給要否の決定にあたり、意見を述べる。審査会委員には、障害保健福祉の学識経験を有する者で、中立かつ公正な立場で審査が行える者を、市町村長が任命する。市町村が、その意向に沿った委員のみを選出すれば、公平さを欠く審査会が生まれる恐れがあるし、福祉財源の乏しい市町村では、低水準のサービスが固定化する懸念もある。

国庫補助金の配分については、障害程度区分ごとに国庫補助金を配分し、他区分に流用できない制度設計となっている。例えば、1人暮らしの重度障害者が突然、地域での生活を余儀なくされた場合等に、国庫補助金が不足する事態も予想された。この点については、3年間の経過措置ではあるが、区分間流用が認められることになった³²。

障害福祉計画の策定によって行われる相談支援事業の基盤整備については、どのように総合的な相談支援事業体制をつくるかが課題である。

地域を基盤とした生活支援という理念を実現するためには、障害者自身が主体となったケアマネジメントが求められていることはいうまでもない。

おわりに - 今後の検討課題

今後の主な検討課題としては、以下の三点が挙げられよう。

【施行に向けて】 第163回国会の衆議院厚生労働委員会（平成17年10月28日）では、委員長から障害者自立支援法に関し、同部会理事会で、政府は付帯決議の内容を尊重すること、サービスの質、量を規定する政省令については理事会に報告すること、等の申し合わせが行われた旨報告され、厚生労働大臣はそれを尊重することを表明した³³。しかし、障害者の不安は、障害者自立支援法制定後も根強い。例えば、日本障害フォーラム（JDF）は、平成17年11月30日に、厚生労働大臣に「障害者自立支援法の成立に伴う緊急要望書³⁴」を提出し、政省令等に関して要望を行った。このほかにも、定率（一割）負担導入によりサービスの「利用控え」が懸念されるといった意見や、障害者自立支援法の成立によって、障害者支援が難しくなるとのアンケート調査³⁵もあり、今後の動向に注視していく必要がある。障害者福祉サービスは、障害福祉計画により体系化されるため、その策定過程においては、実績に対する今後の伸びに加え、潜在的需要をいかに盛り込むことができるかが課題となろう。

【障害の定義】 障害者自立支援法では、障害者・障害児の定義について、現行の各障害

³⁰ 同上

³¹ 「第29回社会保障審議会障害者部会議事録」平成17年12月5日

<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1205-1.txt>>

³² 「新しいサービスに係る基準・報酬について」厚生労働省社会保障審議会障害者部会（30回）平成18年2月9日<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/s0209-10a.html>>

³³ 第163回国会衆議院厚生労働委員会議録 第8号 平成17年10月28日, p.35.

³⁴ 「障害者自立支援法成立に伴う緊急要望書」（平成17年11月30日）

<<http://www.normanet.ne.jp/~jdf/yobo/20051130.html>>

³⁵ 「障害者支援「新法で難しく」55%」『朝日新聞』2005.11.17.

者福祉法に準ずるため、難病患者や発達障害者等がサービス対象から抜け落ち、「谷間の障害者」が依然として生じている。「谷間の障害者」の解消に向け、障害者の定義の見直し、自立支援サービスの対象拡大について検討することが付帯決議にも盛り込まれた³⁶。

【介護保険制度との統合問題】 表6は、支援費制度及び障害者自立支援制度と介護保険制度を比較したものである。税方式と保険方式の違いはあるものの、障害者自立支援制度と介護保険制度は、類似する仕組みとなっている。支援費制度から障害者自立支援制度への移行は、介護保険との統合を視野に入れたものであったことが窺える。

表6 障害者福祉サービスと介護保険制度

	支援費制度	障害者自立支援制度	介護保険制度
保険料	負担なし(税方式)	負担なし(税方式)	65歳以上は1号被保険者、40歳～65歳の医療保険加入者は2号被保険者として負担
申請	サービスごとに申請	障害程度区分認定の申請	要介護認定の申請
調査の内容	支援の必要度・家族の状況・生活の困難さなどの勘案事項・障害程度区分	[介護給付] コンピュータによる106項目の1次判定及び専門家で構成する市町村審査会による2次判定 [訓練等給付] 1次判定をスコア化	要介護認定基準79項目と自立度
ケアマネジメント	制度化されていない	制度化	制度化
審査会	市町村により設置は自由	保健・医療・福祉等の学識経験者を加えて設置	保健・医療・福祉等の学識経験者を加えて設置
認定・決定	居宅支援費はサービスごとの量、施設支援費は生活程度区分を決定	6区分による認定	要支援、要介護1～5の6区分を認定
利用上限(非定型な給付の場合)	原則的にはなし	予算の範囲内での決定	一律の支給量までのみ保障
利用計画の作成	本人	本人又は相談支援事業者が本人の家族と相談のうえ策定	本人又はケアマネジャーが本人の家族と相談のうえ策定
自己負担	応能負担	定率(一割)負担	定率(一割)負担
扶養義務者負担	20歳未満世帯主、20歳以上配偶者及びその子	税や健康保険で同一世帯の家族の扶養となっていない場合、本人とその配偶者のみの所得とすることが可能	なし

(出典) 井上泰司・伊藤周平『疑問あり！介護保険統合論』かもがわ出版, 2004.4, p.61 をもとに作成。

支援費制度と介護保険制度の統合は、各界が、負担者層を拡大することになるとして反対したため、撤回された。しかし、「介護保険法等の一部を改正する法律」附則第2条には、被保険者・受給者の範囲は、施行後5年をめぐりに引き続き検討が行われるべき課題の一つとして明記されており、すでに検討が開始されている³⁷。

³⁶ 第162回国会衆議院厚生労働委員会議録 第34号 平成17年7月13日, p.34.; 第163回国会参議院厚生労働委員会議録 第4号 平成17年10月13日, pp.38-40.

³⁷ 平成18年3月6日に、第1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が開催された。
< <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0306-1.html> >