

## 高齢者介護と障害者福祉の関係に関する視点

峯村 芳樹

### ■ 要約

我が国においては、高齢者介護と障害者福祉を一つの制度として再編成することについての議論が介護保険制度発足当時からあり、2005年に成立した介護保険法改正法や障害者自立支援法の検討の際に活発な議論が行われたことは記憶に新しいところである。我が国において、介護保険制度と障害者福祉の関係については、今後2009年度(平成21年度)を目途として検討が行われることになる訳であるが、諸外国においても、介護ニーズに対する高齢者介護と障害者福祉の関係は多様であり、各国の社会保障制度を反映してさまざまな形態が存在する。本稿は、利用者負担の在り方、支給決定の仕組み、ケアマネジメントの位置付けなど高齢者介護(介護保険制度)と障害者福祉をめぐるとさまざまな論点について、我が国の沿革と現状を踏まえつつ分析し、今後の再編成の方向性を論じることを目的とする。

### ■ キーワード

障害者自立支援法、利用者負担、ケアマネジメント

### I はじめに

我が国においては、従来高齢者介護に対応する制度(介護保険制度)と障害者福祉が基本的に別々の制度体系で実施され、また、障害者福祉も身体障害、知的障害および精神障害のそれぞれの障害種別に応じた制度体系で運営されてきた。しかしながら、一方では、介護保険制度と障害者福祉を一つの制度として再編成することについての議論が介護保険制度発足当時からあり、2005年6月に成立した介護保険法改正法の検討の際にも、被保険者および受給者の範囲に関する検討の中で活発な議論が行われたことは記憶に新しいところである。

また、障害者福祉については、2005年10月、障害者自立支援法が成立し、障害の種類(身体障害、知的障害および精神障害)にかかわらず、共通の

自立支援のための各種福祉サービスについて一元化が図られるなど新たな枠組みが構築されており、特に自立支援給付における介護給付は今後の介護保険制度との再編成の余地を視野に入れたものと考えられる。

介護ニーズに関して、高齢者介護と障害者福祉の関係は、諸外国においても多様であり、各国の社会保障制度を反映してさまざまな形態が存在する。例えば、高齢者と障害者を区別せず、単一の制度に基づいて対応している場合(例：ドイツ・オランダ)があり、障害者についても、身体障害、知的障害および精神障害のすべてを対象としている可否かといった相違がみられる。

本稿では、利用者負担の在り方、支給決定の仕組み、ケアマネジメントの位置付けなど、高齢者介護(介護保険制度)と障害者福祉の関係をめぐる論点について、我が国の沿革と現状を踏まえつつ分

析し、今後の再編成の方向性を論じることを目的とする。

## II 高齢者介護と障害者福祉をめぐる状況と課題

### 1. 我が国の高齢者介護と障害者福祉に関する沿革について

我が国の高齢者介護と障害者福祉はそれぞれの法体系の下で整備が図られてきており、障害者

福祉も今回の障害者自立支援法の制定により共通の自立支援のための各種サービスについて一元化が図られるまでは、身体障害、知的障害および精神障害のそれぞれの障害種別に応じた制度体系で運営されてきたところである。

第2次世界大戦後の我が国の高齢者介護および障害者福祉の沿革を振り返ると、戦後間もない時期には、経済的な困窮への対処が大きな課題であり、公的扶助、すなわち生活保護法(旧法1946年、新法1950年)によって主として対応が図られてき

表1 戦後の我が国の社会福祉の沿革

1. 福祉三法体制の確立		参 考
1946年	生活保護法(旧法)	日本国憲法発布  社会保障制度に関する勧告(総理府社会保障制度審議会)
1947年	児童福祉法	
1948年	身体障害者福祉法	
1950年	生活保護法(新法) 精神衛生法	
1951年	社会福祉事業法	
2. 福祉六法体制の確立		国民皆保険・皆年金体制の成立
1959年		
1960年	知的障害者福祉法	
1963年	老人福祉法	
1964年	母子及び寡婦福祉法	
3. 社会福祉基礎構造改革の時代		高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)  新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン) 障害者プラン  社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)
1982年	老人保健法	
1987年	精神保健法 障害者雇用促進法	
1989年		
1990年	福祉関係八法改正	
1994年		
1995年	精神保健福祉法	
1997年	介護保険法	
1998年		
2000年	社会福祉法	
2003年	支援費制度	
2005年	障害者自立支援法	

注：1960年に制定された精神薄弱者福祉法は1998年知的障害者福祉法に改称、また1964年に制定された母子福祉法は1981年に母子及び寡婦福祉法に改正。

た。例えば、低所得者や病弱で生活に困窮した高齢者等に対しては生活保護法が適用され、身よりのない高齢者等の施設収用(養老院)が生活保護法の枠組みの中で実施されてきた<sup>1)</sup>。その後、生活保護法に引き続いて、昭和20年代には、児童福祉法(1947年)、身体障害者福祉法(1949年)が相次いで制定される(=福祉3法体制の確立)が、対人援助サービスの議論にはほど遠い状況にあった。

昭和30年代に入り、社会保障の重点は従来の救貧対策から類型別低所得者や一般階層を中心とする防貧対策へとその比重を移すこととなり<sup>2)</sup>、貧困をめぐる対策を中心においていた社会福祉が分化、体系化(知的障害者福祉法(1960年)、老人福祉法(1963年)および母子福祉法(1964年))していく<sup>3)</sup>(=福祉6法体制の確立)。この結果、高齢者介護および障害者福祉は、それぞれの福祉需要に応じた分化による対応が図られ、個々の制度体系の下で展開されることとなった。また、運営面における特徴としては、基本的に租税を財源とし、サービスの内容や対象者の優先順位を行政が決定する措置制度が導入されるなど、公的セクター主導での展開が図られたことが挙げられる。

こうした社会福祉の分化、体系化は、援護対象の特性に応じた施策の専門性が深められる一方で、ややもすると一元的で総合的な施策の推進が困難となるという課題も孕むこととなる。

1980年後半から、少子・高齢化の急速な進行と家族介護力の低下を背景に、高齢者介護のサービス水準の引き上げが課題となり、1989年にゴールドプラン、1994年には目標水準を引き上げた新ゴールドプランが相次いで策定され、高齢者介護の充実が重点的に図られることとなった。

その後、社会福祉基礎構造改革に基づく従来の措置制度から利用契約制度への転換が図られることとなり、2000年4月、介護の社会化の観点から、社会保険方式に基づく介護保険制度が施行されることとなった。その際に、障害者福祉との関係、

特に若年障害者の取扱いが議論となったが見送られることとなり、障害者福祉については、2003年から支援助費制度が施行されることとなった。

## 2. 高齢者介護と障害者福祉の適用関係

### (1) 我が国における現状

次に、我が国の介護保険制度と障害者福祉の関係についてみることにする。介護保険制度の被保険者は、65歳以上の第1号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者からなる。

#### ① 65歳以上の障害者

65歳以上の障害者は第1号被保険者となり、介護保険制度の保険給付の対象となる。介護保険制度において、第1号被保険者が要介護又は要支援の状態になったときは、原因を問わず、保険給付の対象となることから、第1号被保険者である障害者が要介護又は要支援の状態になったときは、保険者(市町村)の要介護認定を受けることにより、介護保険制度の保険給付を受けることが出来る。その際、介護保険制度の保険給付が優先することとなり、障害者福祉と介護保険制度で共通するサービス(ホームヘルプサービス、デイケアサービス等)は介護保険制度から給付され、介護保険制度の給付限度額を超過する部分や手話通訳、ガイドヘルパーなど現行の介護保険制度にはないサービスは引き続き障害者福祉から給付される<sup>4)</sup>(いわゆる障害者福祉からの「横だし・上乘せ」)。

#### ② 40歳以上65歳未満の障害者

一方、40歳以上65歳未満の障害者は、第2号被保険者となるが、介護保険制度の保険給付の対象が「要介護又は要支援の原因である身体又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって、政令で定めるもの」に限定されていることから、要介護又は要支援状態の原因である障害が老化に起因する特定疾病によって生じた場合のみ介護保険制度の対象となる。

「2003年度介護保険事業状況報告(年報)」によ

れば、第2号被保険者のうち要介護又は要支援の認定者数は2003年度末で13万5千人であり、要介護又は要支援認定者数全体の約3.5%に過ぎず、第2号被保険者である障害者の大半は、保険料を負担しつつも、事実上対象外となっているといえよう。

### ③ 40歳未満の障害者

40歳未満の障害者については、そもそも介護保険制度の被保険者の年齢要件を満たしていないことから、被保険者資格がなく保険給付の対象外である<sup>5)</sup>。

## (2) 諸外国における高齢者介護と障害者福祉の状況

我が国における介護保険制度と障害者福祉の適用関係について述べたが、介護ニーズに関して、高齢者介護と障害者福祉施策の関係は、諸外国においても多様であり、各国の社会保障制度を反映してさまざまな形態が存在する。例えば、高齢者と障害者を区別せず、単一の制度で対応している場合(例：ドイツ・オランダ)があり、障害者についても、身体障害、知的障害および精神障害のすべてを対象としているか否かといった相違がみられる。

詳細については、本特集号の各国に関する記述を参考にされたいが、ドイツを例に取り上げると、ドイツは我が国に先行して社会保険の

仕組みにより介護ニーズへの対応を図る介護保険法<sup>6)</sup>(Pflegeversicherungsgesetz：社会法典—Sozialgesetzbuch—第11編)を制定したが、被保険者および受給者に関し、我が国のような年齢によって区別する仕組みとなっておらず、介護サービスの受給に当たって老化に起因しない若年障害者も対象とされている。

なお、介護保険法の創設前は、我が国のように老人福祉・障害福祉・母子福祉関係の特別法はなく、公的扶助である連邦社会扶助法にいう特別な生活状態における援助として提供<sup>7)</sup>されていた。

また、税方式により、基礎的自治体(コンミュン)が提供する社会サービスの一貫として、年齢の区別なく介護サービスが提供される仕組みを採用しているのがスウェーデンの社会サービス法(1982年施行)であり、イギリスも基本的に同様の形態といえる。

一方、年齢によって介護制度を区別する仕組みとなっている事例としては(我が国の状況も基本的にこの形態に当てはまるものと考えられるが)フランスの事例が挙げられる。フランスでは、1985年に身体、精神を問わずすべての障害者に総合的な対策を提供することを目的として障害者基本法が策定された<sup>8)</sup>。障害者基本法に基づき成人障害者を対象に第三者補償手当が支給されてきたが、費用負担面で有利であることから要介護高齢者によって活用されることが一般化する事態となったため<sup>9)</sup>、高齢者(60歳以上)を対象とする個別自立手当制度(APA: Allocation personnalisée d'autonomie)が2002年1月に創設されている。APAは全国統一の要介護認定基準(AGGIR: Autonomie, gerontology, groupes, iso-ressources、6段階)によって要介護認定がなされ、ケアマネジメントが導入されているなど、我が国やドイツの介護保険制度に類似しているが、財源は障害者福祉と同様公費によって賄われているのが特徴となっている。

表2 年齢階級別ドイツ介護保険受給者数 (人)

年齢階級	在宅	施設	合計
0～19歳	86,024	6,190	92,214
20～39歳	71,500	24,593	96,093
40～64歳	169,778	59,862	229,640
65歳～	961,850	509,172	1,471,022
合計	1,289,152	599,817	1,888,969

資料：財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会  
「ドイツ医療関連データ集」(2003年版)、p60～61。

### 3. 介護保険制度と障害者福祉の関係をめぐる議論

#### (1) 介護保険制度創設時における議論

介護保険制度と障害者福祉の関係、特に若年障害者の取扱いをどうするかという問題は、介護保険制度創設時、介護保険の被保険者および受給者の範囲という制度の骨格に関わる検討の中で議論が行われた。

政府における介護保険制度の検討は、1994年4月厚生省（現厚生労働省）内におかれた「高齢者介護対策本部」（本部長：事務次官）と本部長の私的研究会として1994年7月に設置された「高齢者介護・自立システム研究会」まで遡ることが出来る。若年障害者の問題は、当然のことながら、高齢者介護・自立システム検討会の中でも議論が行われたが、1994年12月に取りまとめられた報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」では、「高齢者以外の障害者については、障害者基本法の趣旨に沿って、障害の態様に応じた、教育、授産、就労、更正援助、住宅などの総合的な障害者施策を計画的に推進し、適切に対応していくことが望まれるところであるが、その中で介護

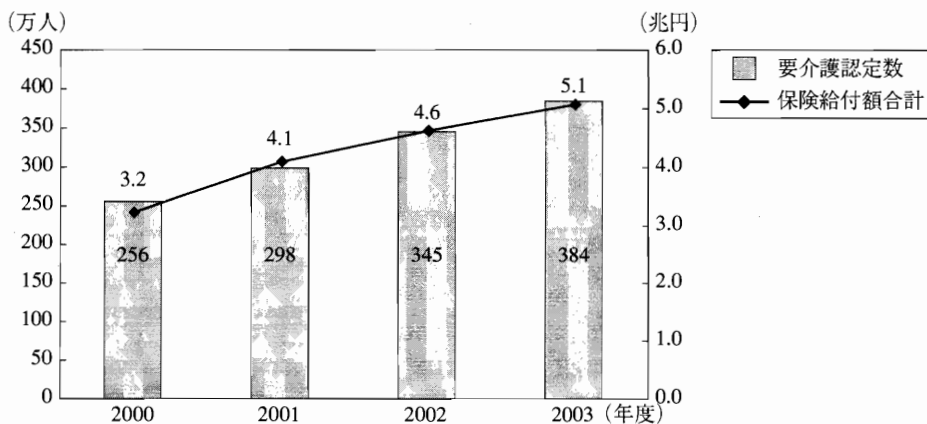
サービスを取り出して社会保険の対象にすることが適当かどうか、慎重な検討が必要である。」とされ、慎重な姿勢が示された。

その後、老人保健審議会など関係審議会や介護保険法案の国会審議の過程でも議論がなされたが、1996年4月の老人保健福祉審議会の最終報告では、「65歳以上の高齢者を被保険者とするのが適当である」とした上で、「20歳以上の者を被保険者、受給者とすべき」との意見があったことも附記されるなど、両論併記の内容となっていた。

結局、厚生省（現厚生労働省）は、

- ① 障害者福祉施策が公の責任で実施され、この枠組みを支持する関係者の強い意見があること
- ② 障害者福祉施策が当時市町村で必ずしも一元的に実施されていないこと<sup>10)</sup>
- ③ 障害者の介護ニーズ、介護サービスが非常に多様であることから見送る旨の見解を示している<sup>11)</sup>。

実際のところ、関係審議会における議論でも関係者の間の認識は一致していなかった<sup>12)</sup>ところである。当時の状況として、新たに創設された介護保険制度の円滑な移行に不安があったことやほほ



注：保険給付額は各年度累計額であり、利用者負担を除いた支給額ベース  
 要介護認定数は各年度末現在の数値  
 資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」

図1 保険給付額および要介護認定者数推移

同時期に1996年12月に在宅サービス等の数値目標を定めた障害者プラン(「ノーマライゼーション7か年戦略」(1996年12月18日障害者対策推進本部決定))が策定されており、若年障害者については、当面障害者プランに基づきサービス水準の向上を図ることが指向されたことも要因の一つとして考えられるところである<sup>13)</sup>。

結果的に、介護保険法附則第2条に障害者施策の実施状況等を踏まえて検討する旨の規定が設けられ、若年障害者の問題は見送られることとなった。

## (2) 2005年介護保険制度改正における議論

今回の介護保険制度見直しは、上記の介護保険法附則第2条の検討規定を踏まえたものであるが、前回の介護保険制度創設時とは異なる新たな背景として、介護保険制度と2003年度から創設された支援費制度それぞれの財政をめぐる状況が挙げられる。介護保険制度の現状をみると、施行当初の2001年3月末に約256万人だった要介護認定者は2004年3月末に約384万人となり、3年間で約128万人増加し、給付費も2000年度(実績)の約3.2兆円から2003年度(実績)には約5.1兆円に増大している。

一方、障害者福祉では、身体障害者および知的障害者に対するサービスについて、それまでの措置制度から、障害者自身が福祉サービスを選択し、サービス提供者と契約を行う仕組みに改められ、

費用を税金で賄う支援費制度が2003年度から導入された(精神障害者は制度の対象から除外されており、障害児も在宅ケアのみの対象となっている)。支援費制度では特に在宅サービスにおいて障害者のサービス利用が見込みを上回る伸びを示し、例えば、2003年4月と11月の支援費制度のホームヘルプサービス事業費の伸びは全体で約35.5%増、うち知的障害者分は約71.8%増となり、初年度から予算不足に陥いることとなった。

こうした背景から、関係審議会の審議が、介護保険制度のサイドでは被保険者の範囲の拡大による歳入増を、また障害者福祉のサイドでは安定的な財源の確保を目指して、あたかも財政面からの高齢者介護と障害者福祉の統合を議論しているかのような報道がなされることとなった。

2004年7月13日開催の社会保障審議会障害者部会は「今後の障害保健福祉施策について(中間的な取りまとめ)」において、今後の障害保健福祉施策に係る制度の在り方に関し、

「支援費制度など現行制度について当面の制度改善を図りつつも、国民の共同連帯の考えに基づいており、また、給付と負担のルールが明確である介護保険制度の仕組みを活用することは、現実的な選択肢の一つとして広く国民の間で議論されるべきである。」(下線部筆者)

との報告を行ったが、最終的に関係者の意見が一致しなかった。

一方、社会保障審議会介護保険部会においても並行して審議が行われたが、審議の過程では、介護ニーズの普遍化や介護保険財政の安定化などの観点から積極的な意見がある一方で、保険料負担(事業主負担も含めて)の増大や時期尚早であるなどの観点から消極的な意見も示された。結局、2004年7月30日の「介護保険制度の見直しに関する意見」でも、若年障害者の問題については、「一定の結論を得るには至らず」、「引き続き議論を積み重ねていく」こととされ、介護保険法改正法附

表3 ホームヘルプサービス支払額の推移(支援費制度)  
(億円)

法区分	2003年4月分	2003年11月分	増加率
身体障害者	43.9	54.6	24.3%
知的障害者	6.0	10.4	71.8%
児童	3.2	7.1	119.9%
合計	53.2	72.0	35.5%

注：事業費ベースである

資料：障害保健福祉関係主管課長会議(2004年3月3日開催)資料

則で2009年度を目途に検討する旨の規定<sup>14)</sup>が盛り込まれることとなった。

### III 具体的な視点

2004年10月、厚生労働省は「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—」を発表した。このグランドデザインに基づき、2005年10月31日、年齢・障害種別ごとの枠を超えて障害福祉サービスを一元化する障害者自立支援法が成立した。障害者自立支援法においては、利用者負担における応益負担の導入、ケアマネジメントの制度化など、これまでの支援費制度とは異なる新たな仕組みが盛り込まれるとともに、自立支援給付における介護給付など将来的に介護保険制度との再編成の余地を視野に入れた枠組みが整備されているところである。

介護保険制度と障害者福祉施策との関係については、介護保険法の附則に2009年度までを期限とする検討規定が盛り込まれているところであるが、今後の議論において想定される個別具体的な課題について、「1 制度体系に関する課題」および「2 実施手続に関する課題」に分けて、それぞれ障害者自立支援法との比較を前提として述べることにする。

#### 1. 制度体系に関する課題

##### (1) 給付の在り方

##### ① 個別ニーズと支給限度額の取扱い

介護保険制度と障害者福祉の関係に関する議論に際し、支給限度額との関係で、障害者の必要量のサービスを確保するための支援をどうするのが問題となる。介護保険制度は社会保険の仕組みに基づいているが、社会保険方式は、保険料の拠出を行うとともに、同一の保険事故については同一給付が原則であり、給付内容が定型化されることとなる(反面、個々のニーズに対する対応に限

界が生じることになりやすい)。

介護保険制度においても、支給限度額、すなわち要介護認定に基づく要介護度(要支援および要介護の6段階、改正後は要支援1、要支援2および要介護の7段階)ごとに月々に利用できるサービスの上限度額が設けられており、支給限度額の範囲内で利用されたサービスについて保険給付する仕組みになっている。ここで、支給限度額を超える追加的なサービス利用については、その部分の費用は全額利用者負担となる仕組みである。

障害者自立支援法において設定されることとなる障害程度区分は、サービスの支給の要否を決定する際の勘案事項の一つであるが、利用限度額を設定するか否かははっきりしていない。

仮に障害者自立支援法における介護給付に介護保険の保険給付を適用することとした場合、利用出来るサービス量の確保をどのように図るかが課題となる。

現実的には、65歳以上の高齢障害者に対し、介護保険優先の原則の下で、介護保険制度と支援費制度が組み合わせられてサービスが供給されている枠組みが、障害者自立支援法においても前提になるものと考えられよう。当然のことながら、介護保険制度の保険給付で対応できないサービスは障害者自立支援法から対応することとなる。

ここで、障害者自立支援法では、身体障害、知的障害および精神障害の三障害を総合的に対象としているが、例えば、自立支援法案の国会審議における附帯決議<sup>15)</sup>に述べられているような従来から法定保護の対象外である多様な障害者については、公的なサービスを受けられない「制度の谷間」の問題が存在する。引き続きこうしたさまざまな障害者の特性に配慮したサービスのメニューについて、検討する必要がある。

##### (2) 財政構造の在り方

介護保険制度の場合は、給付に必要な費用の

50%を保険料で、残りを公費で賄っており、一方、支援費制度および障害者自立支援法は全額公費負担(税財源)となっている。財政面の状況では、我が国においては社会福祉サービスでは公費負担が原則であり、社会保険では保険料を中心としつつ、補足的財源として公費が投入されている状況にある。

一般的に、社会保険方式の長所としては

- ① 給付に関する加入者の権利性の確保
  - ② 安定的な財源の確保
- などが挙げられ、短所としては
- ① 保険料未納に伴う空洞化
  - ② 給付内容の定型化

などが挙げられている。

社会保障制度の財源構成の議論、すなわち、社会扶助方式で行うのか、それとも社会保険方式で行うのかという議論は、介護保険制度の創設の際にも大きな議論となった経緯があるが、我が国の状況を踏まえると安定的な財源の確保という観点からは社会保険方式に軍配を上げざるを得ない。例えば、支援費制度は税財源による公費によって運営されているが、今回の介護保険制度との統合の議論の際にも、制度的な課題の一つとして、安定的な財源の確保が指摘されたところである。

障害者自立支援法も財源は公費であるが、介護給付に介護保険の保険給付を適用することとした場合、安定的な財源が措置されることになり、他の公費に基づく給付の充実が図られるものと考えられる。

なおここで、介護保険の被保険者の対象年齢の引き下げに伴い、新たに若年世代の被保険者と事業主の保険料負担増を招くことが考えられる。今回の、介護保険制度の改正に当たり、事業主の負担増を理由に事業主側が被保険者の年齢拡大に反対したことは記憶に新しいことから、若年世代の被保険者と事業主の理解を得るよう努めていくことが望まれよう。

### (3) 利用者負担について

社会保障制度において、利用者の費用負担の有無や費用負担の仕組みは政策判断に基づいて行われるが、利用者負担には、応能負担と応益負担の二つの原則がある。

応能負担とは受益の量にかかわらず、サービス利用者やその世帯の経済的な状況に照らしてサービスの利用にあたって負担を求める方法であり、措置制度の下での社会福祉サービスの費用徴収や支援費制度において採用されてきた仕組みである。

一方、応益負担は受益の量に応じて負担するというものであり、我が国では社会保険方式をとる医療保険制度の定率負担の仕組みに典型的にみられるものである。介護保険制度においても、サービスを利用する者と利用しない者との間の負担の公平性、コスト意識の醸成などを考慮して定率1割の利用者負担を求めており、応益負担となっている<sup>16)</sup>。

我が国では、従来社会福祉サービスにおいて応能負担が採用されてきた経緯があるが、諸外国における障害者に関する利用者負担の状況をみると、応益負担を採用している国もみられるなど、その国の社会情勢等を反映してさまざまである。

今回成立した障害者自立支援法においては、措置制度の費用徴収や支援費制度とは異なり、サービス量と所得に着目した負担の仕組み(定率負担と所得に応じた月額上限の設定)が導入されるとともに、施設入所者については、いわゆるホテルコストである特定費用(食費、光熱水費等)の負担も求めることとなった(障害者自立支援法第29条第1項及び第3項)。今回の定率負担導入の考え方は、新たなサービス利用希望者へのサービス提供を可能にするために、その財源を確保する上で利用者に応分の負担を求めるものとされている<sup>17)</sup>が、従来の利用者負担の原則を変更するものである。(なお、今回、福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービス



表4 諸外国における障害者福祉サービスの利用者負担について

イギリス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅サービスは、① 定額負担や② サービスの利用量と収入の多寡に応じた負担等としている市があり、地方公共団体によって異なる。</li> <li>・施設サービスは、一定以上の所得や資産を有する者は全額自己負担だが、低所得者は費用の全部又は一部を地方公共団体が負担。</li> </ul>
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険の給付の範囲内であれば、自己負担なし。</li> <li>・ドイツの介護保険は部分保険と言われ、給付限度額を超える部分は全額自己負担。ただし、低所得者には社会扶助を支給。</li> <li>・食費や居住費は、全額自己負担。</li> </ul>
フランス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅サービスは、第三者からサービスを受ける場合に第三者援助手当(所得制限あり)を受給する。これらの手当の範囲内でサービスを購入する場合は、自己負担はかからないが、手当を超える分は自己負担となる。</li> <li>・施設サービスは、原則全額自己負担。ただし、低所得者の場合は社会扶助を支給。</li> </ul>
スウェーデン	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅サービスは、地方公共団体ごとに異なるが、介護の必要度(サービス量)および収入の多寡に応じて負担を設定している市が多い(ストックホルム市など)。</li> <li>・施設サービスは、地方公共団体ごとに異なるが、収入の多寡のみに応じて負担額を設定している市が多い。</li> <li>・全国一律に利用者負担上限額が設定されている。</li> <li>・極めて重度な障害者にはLSS法(機能が満足でない人のための扶助とサービス法)が適用され、費用負担はほとんどない。</li> </ul>

資料：厚生労働省作成

も含め、国が義務的に負担する仕組みに改められ、国の財政責任が明確化されることとなった。)

今回の障害者自立支援法における定率の利用者負担やホテルコストの導入は、介護保険制度における利用者負担の仕組みと整合的であるが、障害者の所得の状況を踏まえ、過剰な負担にならないようきめ細かな対応が求められるところである。(このため、障害者自立支援法では、定率負担が困難な低所得者については、上限を定めて高額費用負担を減免する制度などが設けられている。)また、今回、障害者雇用促進法の改正も同時に行われており、障害者の所得保障の在り方についても今後引き続き検討していく必要があるだろう。

## 2. 実施手続に関する課題

### (1) サービスの必要性を決定する判断基準

介護保険制度において、サービスの必要量の決定は全国一律の要介護認定基準に基づき、心身の

状況に関する要介護認定を踏まえて行われる。一方、支援費制度における障害程度区分は、国が定める簡易の方式等により、市町村が受給対象基準を設定して行うものであり、当該基準には心身の状況のほか、家庭の状況や介護の状況等も勘案して設定されていることから、介護保険制度のサービス量決定方式と制度的な相違が存在していた。また、支援費制度においては、支給決定に際して、介護保険制度における要介護認定審査会と同等の手続が設けられておらず、市町村ごとの判定のバラツキも指摘されてきた。

こうした状況の下で、仮に、心身の状況にのみ着目した介護保険制度の要介護認定基準を障害者に適用すれば、必要なサービスを受給できない障害者が発生する懸念があった。介護保険制度発足当初に、認知症高齢者に関して、要介護認定における一次判定が実際の介護度に比較して低い評価がなされているのではないかという類似の問題が

生じたことは記憶に新しい<sup>18)</sup>。

今回の障害者自立支援法においては、支援の必要度に関する客観的な尺度として、新たに障害程度区分が策定されることとなった。障害者がその障害程度区分に該当するかについては、全国共通で統一的なアセスメント項目に基づき、市町村に設置された審査会(介護給付費等の支給に関する審査会)が判定する。アセスメント項目は2005年7月から実施された「障害程度区分判定等施行事業」を踏まえ、介護保険における要介護認定調査項目をベースに障害者に着目した項目を加えたものである。

当面実施される障害程度区分は暫定的なものであり、今後介護保険制度との再編成を視野に入れつつ、実施状況を踏まえながら見直しが行われるものとする。

## (2) ケアマネジメントについて

今回成立した障害者自立支援法では、支給決定段階とサービス利用段階においてケアマネジメントが導入され、障害者ケアマネジメントが初めて制度化された。具体的には、相談支援事業を市町村の必須業務として位置付け、これを相談支援事業者に委託できるようにするとともに(障害者自立支援法第77条第1項)、特に計画的な支援を要する者を対象に、サービス利用のあっせん・調整を行うための給付(サービス利用計画作成費)が創設されたところである(障害者自立支援法第32条第1項)。

我が国においては、介護保険制度の創設に伴いケアマネジメントが制度化され、ケアマネージャー(介護支援専門員)の資格を有する者が受給者のサービス内容を決定するなど具体的な展開が図られてきた。

障害者福祉施策の領域においても、ほぼ同時期からケアマネジメントの検討と実践の試みが行わ

れてきており、例えば、厚生労働省は1998年度から予算事業ではあるが、国、都道府県および指定都市において、ケアマネジメント従事者の養成研修等を内容とする「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業」を試行的に実施してきた。

障害者ケアマネジメント体制整備推進事業は社会福祉基礎構造改革を踏まえ支援費制度の創設を睨んで実施されたものであるが、結局2003年度から実施された支援費制度でも制度化には至らず、障害者のケアマネジメントは市町村や現場レベルでの対応に頼っているのが現状であった。今回の障害者自立支援法に基づく障害者ケアマネジメントの制度化に伴い、遅ればせながら、高齢者と障害者でケアマネジメントが共通の枠組みで実施されることとなったことは意義深いものとする。

ここで、高齢者と障害者のケアマネジメントについて議論する際には、高齢者と障害者のケアマネジメントの相違に留意する必要がある。介護保険制度のケアマネジメントは、給付管理の色彩が強いが、障害者のケアマネジメントは、福祉、保健、医療、教育、就労等の幅広いニーズとさまざまな地域の社会資源の間に立って、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保するための援助手法とされる。こうした障害者ケアマネジメントの特性について、白澤政和は、「① 援助対象者は「患者」ではなく「生活者」、② 援助目的は要介護者の自立を支援すること、③ エンパワメントを支援、④ セルフ・ケアマネジメントの導入、⑤ ケアマネジメントでの資源開発機能および⑥ 広範囲な社会資源の活用」と述べている<sup>19)</sup>。

介護保険制度と障害者自立支援制度の関係を考えると、今後障害者ケアマネジメントの確立が図られる中で、障害者ケアマネジメントの特性を十分に理解したマンパワーの養成とスキルの向上が求められるところである。

#### IV 総括と今後の展望

2005年度は予防給付の創設などを内容とする介護保険法改正法が成立し、また、障害者福祉では、身体障害、知的障害および精神障害の三障害の福祉サービスを総合的に提供する障害者自立支援法が成立するなど、相次いで新たな枠組みの構築が図られた年であった。

当初、介護保険制度と障害者福祉施策の関係については、2003年度から施行された支援費制度を前提に議論がなされた訳であるが、正直なところ介護保険制度と支援費制度の両者の間には、利用者負担の在り方、ケアマネジメントの有無、支給決定の仕組みなどさまざまな側面で隔たりがある印象は否めなかった。

本稿は主として介護保険制度と障害者自立支援法の関係を軸に論述したが、障害者自立支援法は支援費制度と比較して、今後の介護保険制度との再編成の余地を視野に入れた内容が盛り込まれたものとなっており、相当程度の地ならしが行われたのではないだろうか。今後検討が必要な部分もあるものの、共通の基盤が整備された状況になっているといえよう。

今後を展望すると、介護保険制度と障害者福祉の関係については、介護保険法の附則第2条に基づき、2009年度を目途として検討が行われることになる訳であるが、障害者自立支援法を前提に考えれば、自立支援給付における介護給付の部分について、介護保険の適用の可能性を検討することが基本的な方向であると考えられる。また、将来的には、いわゆる社会参加支援のメニューについても、介護保険制度の給付の対象になじむものがあれば、対象とすることを検討することも必要ではないだろうか。

2009年度を目途とした検討とはいえ、残された時間は決して十分ではない。今後の展開を期待するものである。

#### 注

- 1) 村川浩一・峯村芳樹他編『高齢者福祉論—大学社会福祉・介護福祉講座—』第一法規, 2004, p.60
- 2) 財団法人厚生統計協会『国民の福祉の動向』2003年, p.61
- 3) 障害児(18歳未満で身体に障害のある児童又は知的障害のある児童)に関しては児童福祉法の中で対応が図られることとされ、障害福祉施策は児童(障害児)と成人(障害者)の二本立てにより展開されることとなった(重症心身障害児のように児者一貫の取扱いとなっている例外あり)。
- 4) 「介護保険と障害者施策との適用関係について」(平成12年3月24日障企第16号・障第8号, 厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長通知)
- 5) この他、身体障害者福祉法第30条に規定する身体障害者療護施設, 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設等に入所等している者については、当該施設から介護保険におけるサービスに相当する介護サービスが提供されていること, 当該施設に長期に継続して入所等している実態があること等の理由から当分の間は介護保険の被保険者とはならず、保険料が免除されている。
- 6) 1995年4月から在宅介護サービスが, 1996年7月には施設介護サービスがそれぞれ施行された。
- 7) 本沢巳代子『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ—』日本評論社, 1996, p.31
- 8) 松田晋哉「フランスの要介護高齢者対策「上」」社会保険旬報, 2000, p.10
- 9) 松田晋哉「フランスの要介護高齢者対策「下」」社会保険旬報, 2000, p.13
- 10) 当時、身体障害者施策は市町村で行われていたが、精神薄弱者は市および都道府県(町村部)で、また、障害児は県・指定都市(児童相談所)で行われた。
- 11) 第140回国会衆議院厚生委員会1997年2月21日江利川政府委員答弁
- 12) 1996年6月10日付け身体障害者福祉審議会(意見具申)より
- 13) 増田雅暢「若年障害者に対する適用問題」月刊介護保険2003年5月号, 法研
- 14) 介護保険法改正法附則第2条「政府は、介護保険制度の被保険者およ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年度を目途として所要の措置を講ずるものとする」
- 15) 2005年7月衆議院厚生労働委員会附帯決議「②発達障害や難病などを含め普遍的な仕組みとすること」
- 16) 利用者にとって負担が高額にならないよう高額サー

ビス費の支給制度が設けられている。

- 17) 第162回国会衆議院厚生労働委員会2005年5月11日塩田政府委員答弁
- 18) この件に関して、厚生労働省は、2000年8月に「要介護認定調査検討会」を設置して専門的・技術的な検討を行い、一次判定ソフトの改訂を行った。
- 19) 白澤政和「障害者ケアマネジメントの必要性と課題」月刊福祉、1999年6月

#### 参考文献

- 小塩隆士『社会保障の経済学(第2版)』日本評論社 厚生白書および厚生労働白書
- 厚生労働省編 2004『世界の厚生労働2004—海外情勢白書—』TKC出版
- 京極高宣 2005『国民皆介護—介護保険制度の改革—』北隆館
- 白澤政和 1999『障害者ケアマネジメントの必要性と課題』月刊福祉
- 全国社会福祉協議会編 2005『障害者自立支援法の解説』全国社会福祉協議会

- 社会福祉法令研究会編 2001『社会福祉法の解説』中央法規
- 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 2004「ドイツ医療関連データ集(2003年版)」
- 本沢巳代子 1996『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ—』日本評論社
- 増田雅暢 2003「若年障害者に対する適用問題」月刊介護保険 法研
- 松田晋哉 2000「フランスの要介護高齢者対策「上」「下」」社会保険旬報
- 峯村芳樹 2004「ドイツにおける介護サービスの質の向上に向けた取組みについて—地域における痴呆性高齢者の支援システムに関する国際比較研究事業調査報告書—」(平成15年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金助成事業)日本社会事業大学
- 村川浩一・峯村芳樹他編 2004『高齢者福祉論—大学社会福祉・介護福祉講座—』第一法規
- ルドルフ・フォルマー 2002「介護保険資料集—高齢者保健・医療・福祉サービス提供機関におけるケアマネジメントに関する実態分析並びに理論構築に関する研究—」国立医療・病院管理研究所  
(みねむら・よしき 前日本社会事業大学助教授)