

社会 保障 研究

第2卷
第4号
2018年

特集：障害者施策をめぐる課題

障害者福祉制度の近年の動向と課題

..... 小澤 温

精神障害者の所得保障—障害年金における日常生活能力
と就労能力の評価基準—

..... 青木 聖久

共生社会に向けた障害者就労支援—分野横断的課題—

..... 春名由一郎

障害者の人口構成の変化と雇用拡大への課題—特例子会
社調査による実証研究—

..... 駒村 康平、荒木 宏子

就労支援と日常生活支援で支える精神障害者の生活

..... 山村 りつ

障害者福祉と学校教育の連携—放課後等デイサービスに
焦点を当てて—

..... 丸山 啓史

障害者福祉と刑事司法の連携—障害のある犯罪行為者へ
の地域生活支援の国際比較—

..... 水藤 昌彦

社会保障研究 第2巻第4号 (2018年)

目次

特集：障害者施策をめぐる課題

| | | |
|--|-------------|-----|
| 障害者福祉制度の近年の動向と課題 | 小澤 温 | 442 |
| 精神障害者の所得保障—障害年金における日常生活能力と就労能力の評価基準— | 青木 聖久 | 455 |
| 共生社会に向けた障害者就労支援—分野横断的課題— | 春名由一郎 | 469 |
| 障害者の人口構成の変化と雇用拡大への課題—特例子会社調査による実証研究— | 駒村 康平・荒木 宏子 | 484 |
| 就労支援と日常生活支援で支える精神障害者の生活 | 山村 りつ | 498 |
| 障害者福祉と学校教育の連携—放課後等デイサービスに焦点を当てて— | 丸山 啓史 | 512 |
| 障害者福祉と刑事司法の連携—障害のある犯罪行為者への地域生活支援の国際比較— | 水藤 昌彦 | 525 |

社会保障と法

| | | |
|-------------------------------------|------|-----|
| (社会保障と法政策) 24時間介護における介護サービス支給量の判断基準 | 中川 純 | 540 |
| (社会保障判例研究) 24時間介護の審査基準とその合理性 | 中川 純 | 544 |

投稿：論文

| | | |
|---|-------------|-----|
| 2000年代における貧困指標の変動要因—要因分解を通じた分析— | 徳富 智哉・浦川 邦夫 | 551 |
| 医療法人会計基準が診療報酬の適正化に果たす役割 | 海老原 諭 | 566 |
| 代理懐胎の法制度のもとで浮かび上がってきた課題—オーストラリアの事例分析をもとに— | 南 貴子 | 578 |

情報

| | | |
|--|-------|-----|
| 国民移転勘定 (National Transfer Accounts: NTA) | 福田 節也 | 591 |
| 台湾の社会保障 (第3回) 台湾の高齢者介護制度について | 小島 克久 | 595 |
| 法と社会保障研究会 | 黒田有志弥 | 599 |

新刊紹介

| | | |
|-------------------------------------|------|-----|
| 木下光生著 『貧困と自己責任の近世日本史』 (人文書院, 2017年) | 暮石 渉 | 601 |
|-------------------------------------|------|-----|

障害者福祉制度の近年の動向と課題

小澤 温*

抄 録

本稿では、障害者福祉制度の動向について、障害者権利条約の批准に至るまでの歩み、障害者総合支援法の成立・施行、施行後3年目の見直し、障害者総合支援法の改正、地域生活支援拠点の展開にそって整理した。障害者権利条約の特徴では、障害の考え方と用語の定義について論じた。次に、障害者権利条約の理念の実現化と国内の法制度との整合性と整備をめぐる課題について障害者基本法の改正を中心に検討した。さらに、障害者総合支援法の成立に関する経緯と施行後3年目の見直しの議論について取り上げ、第5期障害福祉計画と第1期障害児福祉計画の策定の方向性とその課題について検討した。最後に、地域生活支援拠点を取り上げ、この拠点の整備推進上の課題と今後の障害者の地域生活支援に必要な地域資源の連携について論じた。

キーワード：障害者権利条約，障害者総合支援法改正，障害者基本法改正，地域生活支援拠点

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.442-454.

I 障害者権利条約の批准に至るまでの歩み

1 障害者基本法改正に至るまでの経緯

国連で「障害者の権利に関する条約」(以下、障害者権利条約とする)が2006年に採択され、日本は障害者権利条約の批准の条件づくりとして国内における法制度の整備を優先的に進めて行くことに力点を置くこととした。2009年には、障害者権利条約の批准とそれに対応するための国内法の整備の検討を目的とした「障がい者制度改革推進会議」(以下、推進会議とする)が内閣府に設置された。推進会議では、障害者権利条約の批准に向けての国内法の整備を目的として、障害者基本法の

抜本的な改正、障害者差別禁止法、障害者自立支援法の廃止と障害者総合福祉法(当時の名称)の制定、などの検討が2010年に行われた。

推進会議の意見書が2010年にまとめられ、その中で、障害者基本法の抜本的な改正、障害者差別禁止法の制定、「障害者総合福祉法」の制定などの法改正に加えて、障害者政策関連分野(労働・雇用、教育、所得保障、医療、障害児支援、虐待防止、建築物・交通アクセス、情報アクセス・コミュニケーション、政治参加、司法手続、国際協力など)の法制度に関する検討の必要性が指摘された。その後、障害者権利条約の批准に必要な障害者基本法の改正案を含んだ意見書が示された。この意見書では、「社会モデル」の考え方を踏まえた

* 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授

障害の定義の見直し、「地域社会で生活する平等の権利」の確認、必要な支援を受けた意思決定に基づく社会参加の権利の確認、手話等の言語の使用及びコミュニケーション手段の利用は、障害者権利条約の批准の前提として重視されていた。

この意見書を受けて、障害者基本法の改正は2011年に成立した。この法律は障害者権利条約の批准を意識した法律であり、障害者権利条約の理念の法定化として、これまでの障害者福祉の基盤を大きく変える可能性を含んでいる点で重要であった。

2 障害者権利条約批准の準備としての関連法の改正

障害者の人権保障に関連する法律では、2011年に障害者虐待防止法が成立した。この法により、障害者の虐待防止に対して国と自治体の責務が定められ、市町村、都道府県の窓口として、それぞれ「市町村虐待防止センター」、「都道府県障害者権利擁護センター」としての機能を果たすことが義務づけられた。障害者差別解消法は、2012年に推進会議の差別禁止部会により『「障害を理由とする差別の禁止に関する法制」についての差別禁止部会の意見』がまとめられ、その後の審議を経て2013年に成立した。ただし、この法律の施行は2016年度からであり、その間に、差別と合理的配慮の不提供についての具体的なガイドラインを作成することとした。障害者雇用促進法の改正は、障害者差別解消法の成立と同じ時期の2013年に成立した。この改正法の施行も2016年度からであり、その間に、差別の禁止と合理的配慮の提供義務に関して具体的に検討していくことが求められた。精神保健福祉法の改正は、先の2法と同じく2013年に成立した。この法改正の最も大きな点は、長い間にわたって精神保健福祉法制度に存続してきた精神障害者自身の意思によらない保護者の同意による医療保護入院制度であった。保護者制度に関しては、精神障害者の自己決定を尊重する観点から人権上問題ではないかという批判があり、その批判に対応する形で廃止となった。ただし、医療保護入院制度は存続したために医療保護

入院の同意者の必要性に関する規定は残ったままになった。

これらの法制度の整備によって、政府は障害者権利条約批准の基盤が整ったと判断し、2013年の国会での条約批准の承認を得て、2014年に国連で条約に批准した。

II 障害者権利条約の特徴

1 「障害者の権利宣言」と「障害者の機会均等化に関する標準規則」

障害者権利条約の成立以前にも、これまで、「障害者の権利宣言」（1975年）をはじめとして、「障害者に関する世界行動計画」、「国連・障害者の十年」の終了後に国連で採択された「障害者の機会均等化に関する標準規則」など、障害者の権利に関する理念、行動計画、規則は存在していた。ただし、法的な拘束力のある条約ではないため、「障害者権利条約」が成立したことは各国の取り組みの実効性を推進する点で、きわめて大きな意義があった。

ここでは、障害者権利条約の特徴を理解する前提として重要な「障害者の権利宣言」と「障害者の機会均等化に関する標準規則」の2つについてふれる。

「障害者の権利宣言」は障害者の基本的な人権を確認するとともに、市民権、政治的参加権、医学的・教育的・職業的・社会的リハビリテーションを受ける権利、経済的保障を受ける権利、社会的な活動への参加、などの諸権利の保障を各国に求めた。ただし、この宣言だけでは各国の具体的な取り組みにあまり大きな効果が期待できないので、この宣言の趣旨にそって具体的な行動を各国が起こすように働きかける必要があった。そこで国際障害者年を定め、国際的な行動計画を決議した。国際障害者年の主題として掲げられた言葉は「完全参加と平等」であり、国際障害者年の翌年（1982年）、国連は「障害者に関する世界行動計画」を採択し、各国がとる障害者施策の規範を示し、1983年から1992年までを「国連・障害者の十年」として、この10年間に政府としての行動を具体化

することを求めた。

「障害者の機会均等化に関する標準規則」は、「国連・障害者の十年」の終了後の1993年の国連総会で採択され、その中で、今後の障害者施策で実施すべき22規則の指針を示した。22規則は、平等参加のための前提条件（4規則：理解の促進、医療介護、リハビリテーション、支援サービス）、平等参加のための目標分野（8規則：利便性、教育、雇用、収入の維持と社会保障、家庭生活と個人の尊重、文化、レクリエーションとスポーツ、宗教）、履行方法（10規則：情報と調査、施策決定と計画、立法、経済政策、作業の調整、障害者関係団体、人的訓練、標準規則の履行における障害者施策計画の国内監視と評価、技術・経済協力、国際協力）により構成されている¹⁾。この内容は障害者権利条約を検討する前提として重要な指針であった。

2 障害者権利条約の特徴

障害者権利条約の全体構成は、前文と本文50カ条から構成されている。条約の主な条文としては、第1条：目的、第2条：定義、第3条：一般原則、第4条：一般的義務、第5条：平等及び無差別、第6条：障害のある女子、第7条：障害のある児童、第9条：施設及びサービス等の利用の容易さ、第12条：法律の前にひとしく認められる権利、第13条：司法手続の利用の機会、第16条：搾取、暴力及び虐待からの自由、第19条：自立した生活及び地域社会への包含、第21条：表現及び意見の自由並びに情報の利用、第24条：教育、第25条：健康、第26条：ハビリテーション（適応のための技能の習得）及びリハビリテーション、第27条：労働及び雇用、第30条：文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加、第33条：国内における実施及び監視、などの条文はわが国の国内法との整合性を考える上で影響を与える内容を含んでいる。

障害者権利条約は、障害・障害者の考え方、用語の定義にその特徴が強く示されているので、それに関連する条文（以下、条文は政府公定訳によ

る）を取り上げる。

第1条では、障害者権利条約の目的を記載しているが、障害者の定義に関して、「障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害があつて、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む」としている。この内容は、これまでの「障害者の権利宣言」などの国連文書の定義以上に、障壁となる環境との相互作用を強調して、「社会モデル」の考えをより強く意識したものとなっている〔川島（2010）、pp.1-15〕。

第2条では、この条約における用語の定義（「意思疎通」、「言語」、「障害に基づく差別」、「合理的配慮」、「ユニバーサルデザイン」）がなされている。特に、「合理的配慮」では、「障害者が他の者との平等を基礎としてすべての人権及び基本的自由を共有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であつて、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう」としている。また、「ユニバーサルデザイン」では、「調整又は特別な設計を必要とすることなく、最大限可能な範囲ですべての人が使用することのできる製品、環境、計画及びサービスの設計をいう」とし、「特定の障害者の集団のための補装具が必要な場合は、これを排除するものではない」としている。第4条の一般義務は、条約締結国の一般義務のことを示し、ユニバーサルデザインに関しては、ユニバーサルデザインの製品、サービス、設備及び施設の研究と開発、利用の促進、障害者に適した新たな機器（情報通信機器、移動補助具、補装具及び支援機器を含む）研究と開発、利用の促進、情報の提供の義務を締結国は負うことになる。

これらの条文は、これまでの国際人権法における人権規定を踏襲しているものであるが、この条約においては、障害者の権利として明確化し、権利保障を実行のあるものにする点で重要である。

¹⁾ 障害者の機会均等に関する標準規則（総理府障害者対策推進本部担当室 仮訳）<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/515pdf>（最終確認 2017年12月10日）。

また、この条約で特に重要視されていることは、第2条の定義のところでも取り上げた「合理的配慮」という考え方である。障害者が権利を行使できない環境に置かれている場合、個々の状況に応じて、その環境を改善したり調整したりする必要がある。個々の状況に応じた環境の改善、調整を怠った場合は差別として位置づけることができる点は重要である。また、条約および規定の実行のために、国内モニタリングを行う中心機関を各国政府内、国際的なモニタリングを行う中心機関（委員会）を国連に設置することを規定したことは、条約の実効性の面で大きな推進力となる。次に、この条約の中心部分である障害者の権利について考えてみたい。

障害者の権利条約の特徴として、障害者観の転換、新しい概念の導入、自由権と社会権の混成条約、人権と開発の混成条約、障害者の策定過程および実施過程への参加、といった点で整理がされている〔川島・東（2008）、pp.11-34〕。特に、障害者観の転換では、障害者を治療や保護の「客体」ではなく、人権の「主体」として捉える障害者観に立脚している。新しい概念としては、「合理的配慮」の否定が差別になることの明記、手話を言語として認めていること、インクルーシブ教育の原則の確認、自己決定に必要な支援を受けて地域社会に自由に暮らす権利を自立生活と定義したこと、などをあげている〔川島・東（2008）、pp.11-34〕。

権利保障の観点から、日本の福祉法制の特徴として、立法の不均衡な発展、権利性がない、もしくは人権を侵害しかねない福祉法制、差別の実体規定（物差し）の不存在、福祉立法の無権利性、司法救済における裁判規範性のなさ、行政救済機関の不存在が指摘されている〔東（2008）、pp.35-72〕。これらの課題に対処する上で、障害者の権利条約の批准と差別禁止法の必要性を提起している。

これらの論文は、日本の障害者福祉の法制度において、「権利性」、「差別禁止」の明確な基準示されてこないことへの疑問についてふれている。「障害者の権利条約」批准問題を契機に、日本の障

害者福祉の法制度そのもののゆがんだ側面を明らかにし、グローバル・スタンダードに基づいて修正することになるのであれば、条約批准したことは、今後の障害者福祉にきわめて大きな影響を与えるものになると思われる。

このような特徴とは別に、障害者の参加の観点で、障害者権利条約の本質的な意義を論じている。特に、政策決定の参加では、政策の対象は障害当事者であり、対象となる側の視点やニーズが反映された場合に、「その政策は当事者の立場に近づくこと」、「審議や検討の場に同席している関係者への触発」、「障害当事者のエンパワーメントの強化」、「障害当事者の政策への帰属意識の高まり」、「社会全体の障害者および障害分野への見方の好影響」、の5点があげられている〔藤井（2010）、pp.16-31〕。

Ⅲ 障害者基本法の改正

2011年に改正成立した障害者基本法では、「障害者」の定義を「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他の心身機能の障害（以下「障害」と総称する）があるものであって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう」（第2条第1項）としている。「社会的障壁」とは「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、概念その他一切のものをいう」（第2条第2項）としている。また、「地域社会で生活する平等の権利」では、「全ての障害者は、可能な限り、どこで誰と生活するかについての選択の機会が保障され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと」（第3条第2項）としている。手話等の言語の使用及びコミュニケーション手段の利用では、「全ての障害者は、可能な限り、言語（手話を含む）その他の意思疎通のための手段についての選択の機会が確保されるとともに、情報の取得又は利用のための手段についての選択の機会の拡大が図られること」（第3条第3項）としている。

「障害者権利条約」の中で重視された「合理的配慮」に関しては、「社会的障壁の除去は、それを必要としている障害者が現に存在し、かつ、その実施に伴う負担が過重でないときは、それを怠ることによって前項（ここでは差別と権利侵害の禁止規定のことを指す）の規定に違反することがないよう、その実施について必要かつ合理的な配慮がなされなければならない」（第4条第2項）としている。環境のバリアフリーに関しては、第21条において、公共施設のバリアフリーに関して言及しており、第22条では、情報の利用におけるバリアフリーに関して言及している。なお、障害者権利条約では、障害の有無に関わらないすべての国民にアクセスを保障する「ユニバーサルデザイン」の考え方を強調しているが、これに対して、障害者基本法では、障害者に焦点を当てたバリアフリーに力点を置いており、この点で相違がみられる。

この改正障害者基本法に基づいて、2013年に、第3次障害者基本計画（2013年度～2017年度）が政府により公表された。この計画は、これまで2回策定された障害者基本計画と異なり、障害者権利条約をかなり意識した内容になっている点で特徴的である。この計画の基本理念は障害者基本法の理念を踏襲し、共生社会の実現を目指すこととしている。基本原則は、地域社会における共生、差別の禁止、国際的協調であり、分野横断的な視点では、障害者の自己決定の尊重及び意思決定の支援、当事者本位の総合的な支援、障害特性等に配慮した支援、アクセシビリティの向上、総合的かつ計画的な取り組みの推進の5点である。

分野別施策の基本的方向としては、①生活支援、②保健・医療、③教育、文化芸術活動・スポーツ等、④雇用・就業、経済的自立の支援、⑤生活環境、⑥情報アクセシビリティ、⑦安全・安心、⑧差別の解消及び権利擁護の推進、⑨行政サービス等における配慮、⑩国際協力、があげられている。これらの項目は、障害者権利条約の国内における推進と密接に関わりがあるものも多いため、第3次障害者基本計画の進捗の点検によって、障

害者権利条約の遂行の状況をモニタリングしていくことができる。このうち、⑧差別の解消及び権利擁護の推進、⑨行政サービス等における配慮、は第3次障害者基本計画で新たに加わった項目である。差別の解消及び権利擁護の推進は権利条約を明確に意識した事項であり、障害者差別解消法と障害者雇用促進法における差別解消の取り組みの強化に言及している。行政サービス等における配慮では、選挙や司法手続きにおける配慮といったこれまで国内法で対応が明確にされてこなかった事項に言及しており、障害者権利条約の推進の点で重要である。

IV 障害者総合支援法施行後3年見直しについて

1 3年見直しの契機としての骨格提言の内容

2009年の政権交代から本格的に始まった障害者制度改革に関しては、本稿のIですでにふれたように、新たに設置された「障がい者制度改革推進会議」の意見書（2010年）によって具体的な工程表が示された。その工程表によれば、2011年に障害者基本法の改正法案の国会提出、2012年に障害者総合福祉法（当時の名称）の法案の国会提出、2013年に障害者自立支援法の廃止と障害者総合福祉法の施行、障害者差別禁止法の法案の国会提出が定められた。

この工程から考えると、障害者総合支援法はこれらの意見書に基づいて障害者自立支援法に代わる新法として制定された法律として位置づけることができる。障害者自立支援法の廃止に伴う「障害者総合福祉法」の検討に関しては扱う内容が多岐にわたるため、推進会議の下に「総合福祉部会」が設置され、2011年に障害者総合福祉法の骨格を示す報告書（骨格提言）がまとめられた²⁾。この骨格提言に基づいて新法の制定がなされることとなった。ただし、その後実際に成立した障害者総合支援法には骨格提言が十分生かされていないという指摘が多方面からなされた。そのため障害者総合支援法で今後検討事項とされた項目の中に、

²⁾ 障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/dl/110905.pdf>（最終確認 2017年12月10日）。

骨格提言の趣旨をどの程度盛り込むことができるかが大きな課題となった。ここでは、この骨格提言の内容にふれて、現在の障害者総合支援法の特徴を考えてみたい。

この報告書の最初に障害者総合福祉法の6つのポイントが示されている。それは、①障害のない市民との平等と公平、②制度の谷間や空白の解消、③地域及び障害種別の格差の是正、④放置できない社会問題（社会的入院、社会的入所などの問題）の解決、⑤本人のニーズにあった支援サービス、⑥安定した予算の確保、であり、このポイントに基づいて障害者総合福祉法の制定の必要性を指摘している。

骨格提言の具体的な項目は、①法の理念・目的・範囲、②障害（者）の範囲、③選択と決定（支給決定）、④支援（サービス）体系、⑤地域移行、⑥地域生活の基盤整備、⑦利用者負担、⑧相談支援、⑨権利擁護、⑩報酬と人材確保、の障害者総合福祉法の柱である10項目に関する提言からなっている。このほかに、障害者総合福祉法制定と実施への道程に関する4項目の提言（①障害者自立支援法の事業体系への移行問題、②障害者総合福祉法の制定と実施までに行うべき課題、③障害者総合福祉法の円滑な実施、④財政のあり方）、関連するほかの分野との関係に関する提言（①医療、②障害者、③労働と雇用）に関しても示している。ここでは、これまでの障害者福祉の法制度の考え方とは大きく異なる項目に関して簡単にその内容を記した。

法の理念・目的・範囲では、障害者を保護の対象から権利の主体としてとらえる価値観の転換と「医学モデル」から「社会モデル」への障害概念の転換の2つが重視されている。法の理念としては、障害の有無によって分離されない「共生社会」と地域で自立した生活を営む権利を推進することを重視している。この考えの根底には、障害者権利条約と改正障害者基本法の理念があり、障害者総合支援法では、具体的な支援体系の中で、これらの理念をより具現化していくことが求められている。

選択と決定（支給決定）では、障害程度区分に

代わる新たな支給決定の仕組みを提案している。本人中心のサービス利用計画の作成が行われ、市町村はその計画をもとにサービスを支給する。利用計画と市町村の支給の判断が異なる場合は、当該の障害者と市町村との協議調整によりサービス支給を決める仕組みである。合議機関や不服申立ての制度により、障害者と支給決定機関（市町村）とが対等な関係によりサービス支給を定める点でこれまで以上に利用者中心の理念を強化している点が重要である。

地域移行では、国が障害者の社会的入院、入所を解消するために地域移行の促進を法に明記することが提言されている。そのために必要な地域移行プログラムと地域定着支援システムを法定施策として策定する。その際に、障害者同士の支えあいと相談支援を重視したピアサポーターの活用が提言されている。

地域生活の基盤整備では、地域移行と地域定着の計画的な推進のために、これまでの障害者自立支援法の下での障害福祉計画に代わり、市町村、都道府県の「地域基盤整備10カ年戦略」策定（国に対しては基本方針の策定）の法定化を提言している。

以上、総合福祉部会の骨格提言の柱の中からいくつを取り上げて内容の概略を紹介したが、法の柱ではないが、障害者総合福祉法実施の道程に関する提言部分での財政のあり方に関する記載事項は、骨格提言後の具体的な法制度に大きな影響を与えることが予想される重要事項である。そこでは、障害福祉予算の大幅な拡充を、OECD諸国のデータをもとに論じており、わが国の障害福祉予算の水準はまだ低レベルにあり、拡充の余地が十分あることを指摘している。

この骨格提言に対して、障害者総合支援法は、共生社会の実現を示した点、制度の谷間として大きな課題であった難病を対象にした点、障害程度区分に代わる障害支援区分の変更を示した点など骨格提言を意識し改定した点もみられるが、骨格提言のうち法に盛り込めなかった事項も多く、また、盛り込めた事項に関してもその記述の内容、表現に課題のあることも指摘されている〔佐藤

(2015), pp.114-122]。

2 障害者総合支援法の概要

障害者自立支援法に代わる新法に関しては、その後、2012年に、「障害者総合支援法案」として閣議決定された。この法案に関しては、障害者自立支援法の名称の変更、対象の拡大（難病を対象にする）、介護給付・訓練等給付に分かれていたケアホームとグループホームの一元化、重度訪問介護の利用拡大、障害福祉計画の定期的な見直し、障害程度区分（2014年度より障害支援区分に名称変更）の在り方および支給決定方法の3年間程度の期間で見直し、などが示された。その後、この法案に関しては、障害者団体を中心に、障害者自立支援法の廃止にはほど遠く、総合福祉部会の提言をほとんど勘案していないなどの批判が数多くなされたことから法施行後3年後の見直しを前提として障害者総合支援法として2012年に成立し、2013年度から施行された。

難病への対象の拡大により、障害者自立支援法成立時の身体障害、知的障害、精神障害、障害者自立支援法の改正時の発達障害に加えて、難病の追加により計5分野の障害になった。また、2014年度から障害程度区分を障害支援区分に変更され、「障害の程度」ではなく、「標準的な支援の度合を示す区分」に変更した。本来、障害者自立支援法が目指したのも「標準的な支援の度合を示す区分」をもとに、支援の必要量を測定することにあつたが、使用された障害程度区分の項目があまりにも機能障害に力点を置いており、この目的が達成されなかった経緯があつた。特に、知的障害、精神障害に関しては支援の必要性の測定には妥当な項目ではないという批判が多くなされ、障害程度区分の変更は大きな懸案になっていた。そのため、障害者総合支援法では障害程度区分の項目の見直しを行い、それに代わる障害支援区分を導入した。

3 障害者総合支援法の見直しの内容

障害者総合支援法施行後3年目の見直しについては、2014年度において社会保障審議会・障害者

部会のもとにワーキンググループを設置して見直しの論点を検討することにした。その結果、以下の10の論点と各論点における検討の視点を整理した。

①常時介護を要する障害者等に対する支援について、②障害者等の移動の支援について、③障害者の就労支援について、④障害支援区分の認定を含めた支給決定のあり方について、⑤障害者の意思決定支援・成年後見制度の利用促進のあり方について、⑥手話通訳等を行う者の派遣そのほかの聴覚、言語機能、音声機能そのほかの障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援のあり方について、⑦精神障害者に対する支援のあり方について、⑧高齢の障害者に対する支援のあり方について、⑨障害児支援について、⑩そのほかの障害福祉サービスのあり方等について

ここでは、このうち障害者総合支援法と介護保険法との関連を考える上で大きな課題である高齢の障害者に対する支援のあり方について取り上げる。この論点に関しては、さらに、7つの検討事項が示されている。このうち、障害者総合支援法第7条における介護保険優先原則、障害福祉サービス利用者が介護保険サービスに移行する際の利用者負担、65歳前までに自立支援給付を利用してこなかった者が65歳になって自立支援給付を受けること、いわゆる「親亡き後」といった支援者の高齢化、死亡後も地域において安心して生活すること、の4点は、障害者総合支援法と介護保険法の今後のあり方にふれる重要な課題である。

介護保険優先の原則に関しては、2007年の厚生労働省の通知で、障害福祉サービスの種類や状況に応じて一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととしている。さらに、2014年には、市町村において障害者に適切と判断される支給量が介護保険サービスによって確保できない場合、地域において介護保険サービスの利用が困難な場合には、障害福祉サービスを利用できることを提示している。このような事態の場合には、介護保険サービスと障害福祉サービスとが併給されることも多いため、2つの制度の整合性

の問題が問われてくる。特に、事業所の指定基準、業務に関わる人材の研修等による認定、利用者の負担額といった点で2つの制度の違いが大きく、この2制度の併存は一般市民にとって著しく理解しにくい制度運用を生み出している。

介護保険サービスと障害福祉サービスの選択には行政的な判断ではなく、利用者の選択の重要性がいわれている。ただし、このことに関しては、利用者が複雑な2つの制度の違いを十分理解した上で選択できるのか、従来から障害福祉サービスを利用している人がそれ以外のサービスを選択する可能性があるのか、逆に、従来障害福祉サービスを利用したことのない障害者が65歳以上になって障害福祉サービスを選択できる可能性があるのか、など課題が山積している。

この問題は、2006年の障害者自立支援法の施行以降、ずっと懸案だったこともあり、障害福祉制度と介護保険制度との関係に関して、この見直しでどこまで実施するのか非常に重要な点である。

V 障害者総合支援法の改正と第5期障害福祉計画・第1期障害児福祉計画の策定

1 障害者総合支援法の改正

施行後3年目の見直しについては、障害者部会のもとに作業委員会を設置して論点を検討することにした。作業委員会の整理による10の論点に関して審議を行い、2015年12月に報告書がまとめられた³⁾。

この報告書では、「新たな地域生活の展開」、「障害者のニーズに対するきめ細かな対応」、「質の高いサービスを持続的に利用できる環境」の3つの柱が示されている。その後、この報告書をふまえた形で法改正案がまとめられた。ただし、改正の内容のほとんどのものは、2018年度の施行であり、改正法の本格実施に2年間の準備期間を設けている。障害者部会では10の論点にそって広範囲に議論を行ってきたが、改正法案では限定された

範囲に留まっており、この報告書は2018年度に向けての改正部分とその後の継続的な改正に関わる部分を含んでいる。

この改正で新たに設けるサービスとしては、①入所の施設やグループホームを利用し、地域で一人暮らしなどを行っている障害者に対して、定期的な巡回訪問し相談支援を行うサービス、②就労定着のために事業所・家庭との連絡調整をする就労定着支援サービス、③重度障害児に対して居宅訪問して発達支援をするサービスの3つが示されている。そのほか、④重度訪問介護の利用者が医療機関に入院した場合の同サービスの利用、⑤低所得の障害福祉サービス利用者が介護保険サービスに移行した場合の負担軽減、⑥保育所等訪問支援の乳児院・児童養護施設の障害児への適用拡大、⑦医療的ケアを要する障害児に関する保健・医療・福祉等の連携促進などが示されている。

2 第5期障害福祉計画の概要

障害者総合支援法では、障害福祉計画の策定が3年ごとに都道府県・市町村に義務づけられており、現在、第5期障害福祉計画（2018年度～2020年度まで）の策定期間であり、この計画は、2016年の障害者総合支援法の改正を受けて策定される最初の障害福祉計画である。この計画の成果目標として次の5点の重点目標が国により示された。

①施設入所者の地域生活への移行、②精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築、③障害者の重度化・高齢化、「親亡き後」を見据えた地域生活支援拠点の整備、④福祉施設から一般就労への移行、⑤障害児支援の提供体制の整備。

①の地域生活への移行では、施設入所者数の削減に関する目標を、2020年度末時点での施設入所者を2016年度末時点での施設入所者数（新規入所者を含めた入所者数）から2%以上削減するとしており、これまでの第3期障害福祉計画の10%、第4期障害福祉計画の4%からみて、かなり低い目標設定になっている。その理由として、厚生労働省

³⁾ 障害者総合支援法施行後3年後の見直しについて－社会保障審議会・障害者部会 報告書－平成27年12月14日 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000107988.pdf>（最終確認 2017年12月10日）。

の資料によれば、入所者の障害の重度化、高齢化の増加により、入所者の地域移行を推進することの困難さが指摘されている。これに加えて、重度化に対応したグループホームの整備、在宅者の地域生活を支援する地域生活支援拠点の未整備（本来は第4期障害福祉計画で整備する予定）により施設入所ニーズが依然として一定数見込まれることから、第5期障害福祉計画では低い目標となっている。ただし、このような低い目標でも、新規入所者がこれまでの水準で入所すると、その達成が困難であり、そのためにも、地域での支援体制を強化して、新規の入所者を抑制する取り組みが必要となっている。

新規の入所者を抑制するためには、施設入所の大きな原因である「親亡き後」も地域で継続的に生活できることが必要であり、そのためには、絶えず地域生活者に対しての相談支援のできる体制、緊急時に短期入所が利用できる体制、家族と同居している生活からグループホームなどで家族から自立して生活する練習のできる体制が必要である。これらの体制を地域の中でシステム化していくことができる拠点として、③の成果目標である地域生活支援拠点の整備を市町村あるいは圏域に1カ所以上設置することを義務づけた。この地域生活支援拠点の機能としては、相談支援（地域移行、家庭からの自立など）、地域生活の体験の機会・場（一人暮らし、グループホーム生活）、緊急時の受け入れ（短期入所など）、専門性のある人材の確保・育成、地域の体制づくり（サービス調整、コーディネーターの配置）の5点があげられている。地域生活支援拠点に関しては、今後の障害福祉施策の方向性を含んでいるためIVで改めて扱う。

精神科病院からの地域移行に関しては、従来からの1年以上の長期入院患者数に対する地域移行目標の設定、早期入院率の目標設定に加えて、②

にある精神障害者に対する地域包括ケアの推進が新たに示されている。その内容は、障害保健福祉圏域および市町村において精神障害者に関わる保健・医療・福祉の関係者による協議会の設置であり、そのことによって、関係機関の連携を図ることとしている。ただし、地域の実情に対応した協議会の設置と推進のあり方に関しては今後の課題である。

そのほか、第5期障害福祉計画では、④の成果目標として、2016年度末の一般就労実績の1.5倍の一般就労を推進していくことが挙げられている点、⑤で、第4期までの障害福祉計画で示されてこなかった障害児に関する成果目標を示し、サービス基盤の整備目標を示した。

3 第1期障害児福祉計画の概要

2012年の児童福祉法改正により、これまでの障害種別による入所施設と通所事業が一元化することによって、障害児通所支援、障害者入所支援という形で施設体系の再編がなされた⁴⁾。

第1期障害児福祉計画（2018年度～2020年度まで）では、現行の障害福祉計画策定指針に障害児福祉計画に関する基本理念、提供体制の確保の考え方などを記載することが定められた。成果目標としては、次の4点が定められた。①児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所以上の設置、②すべての市町村において保育所等訪問支援を利用できる体制を構築すること、③主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所および放課後等デイサービス事業所を各市町村に少なくとも1カ所以上の設置、④各都道府県、各圏域および各市町村に、保健・医療・福祉・保育・教育等の関係機関連携のための協議の場の設置（2018年度まで）

ただし、放課後等デイサービスに関しては、近年、急増していることもあり、単に量的な整備だ

⁴⁾ 通所サービス（児童デイサービス、知的障害児通園施設、難聴幼児通園施設、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児通園事業）は、障害児通所支援（児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援）に再編した。入所サービスは（知的障害児施設、第一種自閉症児施設、第二種自閉症児施設、盲児施設、ろうあ児施設、肢体不自由児施設、肢体不自由児療護施設、重症心身障害児施設）は、障害児入所支援（福祉型、医療型）に再編した。

けでなく、サービスの質の課題も大きくなってきた。そのため、厚生労働省は「放課後等デイサービスガイドライン」(2015年)を公表し、事業所がこのガイドラインの遵守を行うこととガイドラインに基づいた自己評価結果の公表を義務づけることとした。

児童発達支援事業と放課後等デイサービスに関しては、厚生労働科学研究により実態調査が行われており、それによると以下のような実態が明らかになっている⁵⁾。

児童発達支援事業は、2012年の法改正以前に、すでに通園施設や児童デイサービスとして設立運営されていたことから公立、社会福祉法人の経営が多かった。これに対して、放課後等デイサービス、多機能事業所は、2012年の法改正以降の新規事業なので、設置母体が幅広く、特に、株式会社やNPO法人を中心として、急速に設置されたことから、脆弱な運営基盤の上で事業を行っていることが明らかになった。また、非常勤の指導員の配置は、放課後等デイサービス、多機能事業所で多く、短時間勤務であることと資格要件を要しないことが主な要因と考えられる。児童発達支援事業は障害児の毎日の生活の場としての利用が多いが、放課後等デイサービス、多機能事業所では毎日の生活の場としてではなく、適宜利用されることが多く、日によって利用児が変動することも示されている。

このような運営、経営の実態をふまえて、現実の課題に即した障害児福祉計画の策定が求められる。

Ⅵ 地域生活支援拠点の展開と課題

1 地域生活支援拠点の背景

第5期障害福祉計画(2018年度～2020年度まで)では、施設入所者数の削減に関する目標を、2020年度末時点での施設入所者を2016年度末時点での施設入所者数(新規入所者を含めた入所者数)から2%以上削減するとしており、これまでの第3期

障害福祉計画の10%、第4期障害福祉計画の4%と比較して、低い目標設定になっている。その理由として、厚生労働省資料によれば、入所者の障害の重度化、高齢化の増加により、入所者の地域移行を推進することの困難さを指摘している。これに加えて、重度化に対応したグループホームの整備、在宅者の緊急対応、短期入所、24時間相談体制に対応する地域生活支援拠点の未整備などから施設入所ニーズが一定数見込まれることから、第5期障害福祉計画では低い目標となっている。このような低い目標でも、新規入所者がこれまでの水準で入所すると、その達成が困難であり、そのためにも、地域での支援体制を強化して、新規の入所者を抑制する施策が必要となっている。

新規の入所者を抑制するためには、施設入所の大きな原因である「親亡き後」も地域で継続的に生活できることが必要であり、そのためには、絶えず地域生活者に対する相談支援のできる体制、緊急時に短期入所が利用できる体制、家族と同居している生活からグループホームなどで家族から自立して生活する練習のできる体制が必要である。これらの体制を地域の中でシステム化していくことができる拠点として地域生活支援拠点を今後の施策の中で重視している。

地域生活支援拠点の具体的な整備方法として、障害者支援施設、グループホーム、基幹相談支援センターなどの機能をもった多機能支援拠点を整備し、その拠点が中心となって活動する多機能拠点整備型と、障害者支援施設、グループホーム、基幹相談支援センター、日中活動サービス事業所などの地域内のサービス資源を調整しながら進める面的整備型の2つのタイプが厚生労働省より示されている。さらに、地域生活支援拠点の機能としては、相談支援(地域移行、家庭からの自立など)、地域生活の体験の機会・場(一人暮らし、グループホーム生活)、緊急時の受け入れ(短期入所など)、専門性のある人材の確保・育成、地域の体制づくり(サービス調整、コーディネーターの配置)の5点があげられている。

⁵⁾ 厚生労働科学研究費補助金・障害者対策総合研究事業「障害児支援の現状分析と質の向上に関する研究」総括研究報告書(平成27年度)(研究代表者:小澤 温), 2016年。

他方、高齢者福祉分野において、地域に基盤を置いたケア（コミュニティケア）が強調されている。このことに関して、介護保険制度では、地域包括ケアシステムの推進がいわれ、障害福祉制度では、ここでふれた地域支援拠点の整備と推進がいわれている。この背景には、障害者の高齢化問題、親亡き後の問題、若年の脳血管疾患者の問題、難病の問題、要介護高齢者と障害者との同居世帯の問題など、介護保険制度と障害福祉制度の谷間の問題も山積していることが考えられる。

このような社会問題の展開と介護保険制度と障害福祉制度など、それぞれの制度の状況をふまえて、介護保険分野と障害福祉分野における社会サービスの連携（専門職の連携のあり方を含む）が求められており、時代に対応した分野を超えて総合的に構築されたコミュニティケアのあり方と多職種、多機関連携についても地域生活支援拠点の整備の中で重視されてきている。

2 地域生活支援拠点の整備の課題

このように国として重視していることから第4期障害福祉計画（2015～2017年度）の目標として、2017年度末までに、市町村あるいは圏域に少なくとも一カ所以上の地域生活支援拠点の整備を掲げたが、整備状況があまりにも進捗しない現状を勘案して、第5期障害福祉計画（2018～2020年度）の終了までの整備目標に変更した。

2015年度に厚生労働省は、地域生活支援拠点等整備推進モデル事業を実施し、報告書を2016年に公表している⁶⁾。モデル事業の対象地域は、栃木市、佐野市、野田市、大田区、八王子市、上越市、京都市、宇部市、大分市の9区市である。これらの9区市はいずれもそれぞれの地域の課題に応じて力点の置き方は異なるが、地域生活支援拠点の整備に関する共通点としては地域のサービスニーズに対応する相談機能と地域内のサービスを調整する機能が必須であることが理解できる。

2016年には、厚生労働省において、地域生活支援拠点等整備促進のための全国担当者会議が開催された。ここでは、北海道富良野圏域、長野県北信圏域、大分市の3地域における地域生活支援拠点の整備に関しての報告がなされた⁷⁾。この3地域では面的整備が進められており、多機能拠点整備型はみられなかった。これらの報告から市町村が多機能拠点整備型に取り組みにくい理由としては、多機能拠点を運営するための担い手（地方自治体、社会福祉法人など）に対する予算措置の困難さに加えて、運営する組織・機関の力量、地域のサービス調整できる人材の力量といった課題があり、この課題は市町村の努力では解決できないことも多いことが考えられる。これに対して、面的整備の場合は地域内のサービス資源のネットワーク構築に必要な場とネットワークのできる人材の2つが必要であり、円滑に活動できるシステムづくりに時間がかかることが示唆された。この会議で報告した3地域はいずれも、地域ニーズへの迅速な対応としての相談機能、必要な地域サービスへの結びつけと紹介の機能をもっており、地域生活支援拠点の5つの機能を個別にもつことだけで、地域生活支援拠点が進むのではない点も重要である。

地域生活支援拠点の全国の整備状況は、2016年9月の時点で、20市町村、2圏域で整備されている。他方、未定も983市町村、56圏域に上っている。整備類型は、（整備予定を含めると）面的整備型が多くなっている。

このような現状から、すでに述べたように、地域生活支援拠点の整備は第4期障害福祉計画の基本指針における成果目標である2017年度末までに市町村または圏域に少なくとも1カ所以上の整備という目標はあまりにも実現性を欠くために、第5期障害福祉計画の整備目標に延長された。ただし、第5期障害福祉計画での実現性を担保するために、地域状況に応じた地域生活支援拠点の整備

⁶⁾ 厚生労働省「平成27年度 地域生活支援拠点等推進モデル事業」 2016年 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000128354.pdf>（最終確認 2017年12月10日）。

⁷⁾ 厚生労働省「地域生活支援拠点等整備促進のための全国担当者会議 平成28年12月12日」に資料が示されている。<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunituite/bunya/0000128378.pdf>（最終確認 2017年12月10日）。

に関して自立支援協議会を十分に活用すること、地域生活支援拠点を機能するための運営上の課題の共有と関係者への研修の実施を行うこと、適宜必要な機能を見直し、地域生活支援拠点の強化を図るための検討・検証を行うこと、の3つの条件が加えられた。この3つの条件を市町村が十分勘案すれば、地域生活支援拠点の推進が進むと思われるが、そのための前提として、これまでの地域生活支援拠点の実践報告などから、地域生活者の総合的なサービスニーズへの対応できる相談窓口の整備、相談窓口から必要なサービス資源に円滑につながること、緊急時に対応できる短期入所を中心としたサービス資源の整備、の3点を挙げることができる。

地域生活者の総合的なサービスニーズへの対応できる相談窓口の整備では、一般的な相談に対応する委託相談支援事業の果たす役割が大きいが、この相談支援事業が市町村の裁量である地域生活支援事業に位置づけられていることから自治体間の予算や整備上の格差が生じていること、既存の分野別の制度の枠にあてはまらない多様な相談対応に不十分な体制の課題、給付管理ではない利用者中心のケアマネジメント実施の困難さ、専門相談機関への紹介の困難さといった課題をあげることができる。

これらの課題の対応としては、市町村における総合的な相談支援の拠点の設置、都道府県の専門相談機関への紹介システムの充実があげられる。総合相談には、既存制度の障害分野にこだわらない幅広い相談に対応することと専門相談機関への紹介が必要である。あわせて、総合的な相談支援のできる人材育成、既存の相談支援事業者に対する助言指導といったことが求められている。障害

者総合支援法で制度化された基幹相談支援センターには、このような課題への取り組みが求められている。厚生労働省の示した基幹相談支援センターのイメージでは、このセンターは、地域におけるさまざまな社会資源や組織・機関の連携を目的とした自立支援協議会との密接な関係をもちながら展開することが示されている。ただし、このセンターは市町村の裁量権での設置であり、全国的に整備が遅々として進まない課題がある。

短期入所を中心としたサービス資源の整備では、障害者支援施設、グループホームなどの利用が考えられるが、それらの障害福祉関係の資源が少ない市町村の場合は大きな課題となっている。このことに関しては、現在、介護保険制度と障害者福祉制度とで制度化が検討されている共生型サービスにおける短期入所事業の活用により、地域内の資源の基盤強化をすることも重要である⁸⁾。

文献

- 川島聡 (2010)「障害者権利条約の基礎」, 松井亮輔・川島聡編『概説 障害者権利条約』, 法律文化社, pp.1-15。
- 川島聡・東俊裕 (2008)「障害者の権利条約の成立」, 長瀬修・東俊裕・川島聡編『障害者の権利条約と日本 - 概要と展望』, 生活書院, pp.11-34。
- 東俊裕 (2008)「障害に基づく差別の禁止」, 長瀬修・東俊裕・川島聡編『障害者の権利条約と日本 - 概要と展望』, 生活書院, pp.35-72。
- 藤井克徳 (2010)「障害者の参加」, 松井亮輔・川島聡編『概説 障害者権利条約』, 法律文化社, pp.16-31。
- 佐藤久夫 (2015)「障害者総合支援法の課題」, 佐藤久夫『共生社会を切り開く - 障害者福祉改革の羅針盤』, 有斐閣, pp.114-122。

(おざわ・あつし)

⁸⁾ 共生型サービスに関しては、『特集 介護と障害の「共生型サービス」が創設される』(WAM 636号, pp.2-5, 2017) に特徴が記載されている。

Trends in and Problems with Social Welfare Services for Persons with Disabilities

Atsushi OZAWA *

Abstract

This paper outlines the history of the provision of social welfare services for persons with disabilities in recent years in Japan. We describe the history of the ratification of the convention on the rights of persons with disabilities and the revision of the comprehensive support law for persons with disabilities.

First, we discuss the definitions of “disability” and “reasonable accommodation” in the convention on the rights of persons with disabilities. Second, we discuss the consistency between the revision of the basic law for persons with disabilities and the convention on the rights of persons with disabilities. Third, we discuss the process and the contents of the revision of the comprehensive support law for persons with disabilities. In the revision of this law, we focused on the problems of drafting the fifth municipal plan for persons with disabilities and the first municipal plan for children with disabilities. Finally, we discuss cooperation among social resources with communities to build a system for supporting community life for persons with disabilities.

Keywords : The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, The Revision of The Comprehensive Support Law for Persons with Disabilities, The Revision of The Basic Law for Persons with Disabilities, A System for Supporting Community Life for Persons with Disabilities

* Professor, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

特集：障害者施策をめぐる課題

精神障害者の所得保障
——障害年金における日常生活能力と就労能力の評価基準——

青木 聖久*

抄 録

精神障害者が生きづらさを持ちながらも暮らしを営むにあたって、所得保障の中核を担う障害年金は重要となる。一方で、精神障害者の生きづらさは、常態化しやすく、周知しづらい傾向にある。そのような中、2011年頃より、障害年金の不支給や支給停止が散見され、さらに認定診査における地域間格差が明らかになった。その原因の一つとして就労が挙げられるが、認定診査は基本的に就労能力ではなく、日常生活能力となっている。ただし、障害年金3級では労働が評価基準になっている。また、精神障害者の就労継続の背景には、社会的支援があることを見逃してはいけない。

これらのことを踏まえ、2016年9月からは「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン」(以下、ガイドライン)が施行され、日常生活能力の評価基準が示された。加えて、2017年4月からは、厚生年金に加えて、国民年金も中央一括診査となっている。

キーワード：精神障害者，障害年金，日常生活能力，就労能力，社会的支援

社会保障研究 2018, vol. 2, no. 4, pp. 455-468.

I 問題意識

精神障害者が社会で暮らすにあたっては、生きづらさを抱えていることから、所得保障の必要性が高まる。その所得保障の中核には障害年金が位置づいており、2014年12月現在、60万1千人の精神障害者が受給している¹⁾。ただし、障害年金を受給するためには、医師に診断書の作成を依頼し、障害認定診査医員(以下、認定医)の認定診査を受けなければいけない²⁾。障害基礎年金の診査は

2017年3月まで、都道府県ごとに実施されていたのだが、新規請求において、都道府県間の不支給率には、最大6倍以上の格差が明らかになった。さらに深刻な事態として、再認定における支給停止率では、最大50倍以上の都道府県格差が判明したのである³⁾。

精神障害者にとって、障害年金は命綱とも言える大事な存在である⁴⁾。にも関わらず、極端な認定診査の地域間格差を生じさせてしまっている背景には何があるのか。「働くこと障害年金が止まると聞いているので、私は働くことが怖いです」と

* 日本福祉大学福祉経営学部 教授

¹⁾ 総務省(2015)の第4表、「制度別・障害等級別・傷病名別 受給者数/受給者割合」。

²⁾ ガイドライン実施以降、厚生労働省は用語として、「審査」ではなく「診査」を使っていることを踏まえ、本稿では「診査」を用いることにする。

いう悲痛な声は今もなお、筆者のもとに届く。だが、障害年金の診査は、表1に示しているように、基本的に、就労能力ではなく、日常生活能力で診査をすることになっているのである。もちろん、就労状況が日常生活能力を測る上で参考にはなる。ただし、就労が継続する背景には、日常生活能力もさることながら、職場の理解や専門職というようなフォーマルな社会的支援が挙げられる。さらには、仲間や家族というようなインフォーマルな社会的支援も大きな鍵を握るのである。

一方で、最も本質的な事柄として、精神障害者が持つ生きづらさは、周囲に伝わりづらい。その周囲とは、診断書作成医師（以下、作成医）や認定医も含む。日常生活能力と言っても、作成医が精神障害者の生きづらさを診断書に反映できなければ、障害年金受給は難しくなる。なぜなら、障害年金は診断書による書面診査のみによるからである。このことから、日常生活場面における精神障害者の生きづらさがどのように可視化されるかは重要なことだといえる。

以上のことをふまえ、本稿は、精神障害者の障害年金の認定診査における現状と課題を挙げ、そのうえで、今後のあるべき方向性について示すことが目的である。

II 精神障害者の暮らしと所得保障

精神障害者の障害年金の認定診査は、「国民年金・厚生年金保険 障害認定基準」（以下、認定基準）³⁾を基に評価がなされている。認定基準は、障害を18種類に分類しており、その中において、「精神の障害」は第8節に位置づき、精神・知的・発達

表1 精神の障害の認定基準

| | |
|----|--|
| 1級 | 日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの |
| 2級 | 日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |
| 3級 | 労働が著しい制限を受けるか又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの、及び労働が制限を受けるか又は労働に制限を加えることを必要とする程度の障害を有するもの |

*厚生労働省（2017a）より抜粋。

障害の3つの障害から構成される。また、2011年の障害者基本法の改正以降、発達障害が精神障害に含まれたことから、広義の精神障害には発達障害も含んでいる。これらのことを踏まえつつ、本稿では、とりわけ日常生活に生きづらさが継続的に生じやすい統合失調症を中心に論ずるものとする。

表1に示しているように、精神の障害における障害年金1・2級は、日常生活を認定診査の評価軸にしていることがわかる。それに対し、障害年金3級は、労働が認定診査の評価軸となっている。ただし、後述するガイドライン⁴⁾は、日常生活能力の客観的評価を基にして作成されている。そのガイドラインが、障害年金3級も対象としていることを踏まえれば、3級においても、日常生活が指標軸に入るといえよう。

とはいえ、これらの日常生活能力を評価するにしても、その基となる精神障害者の生きづらさはわかりづらい。そこで、まずは精神障害者の生きづらさについて論ずることにしたい。

³⁾ 障害基礎年金の新規請求の2010～2012年度平均について、厚生労働省が調査したところ、最も不支給割合が低かったのは栃木県の4%で、それに比し、最も不支給割合が高かったのが大分県の24.4%で、両者の間には6倍以上の格差が認められた。厚生労働省（2015a）。また、2013年度における障害年金（精神の障害）の再認定時の支給停止（等級非該当）状況が示されている。それによると、最も支給停止割合が低いのは宮城県で、1,874人中3人というように0.16%であった。それに比し、最も支給停止割合が高いのは兵庫県で、5,279人中450人というように8.52%となっている。両者の間には、50倍以上の格差が認められた。厚生労働省（2015b）。

⁴⁾ 筆者に対し、障害年金を「命綱」と比喩的に表現した精神障害者や家族は複数名いる。それほど、障害年金を暮らしに不可欠な存在として捉える者は多いといえる。

⁵⁾ 認定基準は実質的な障害年金の運用の通知として1986年に出され、2002年に改正された。その後は随時見直しを行い、ほぼ毎年のように改正を繰り返しながら現在に至っている。厚生労働省（2017a）。

⁶⁾ 厚生労働省（2016a）。

1 精神障害者が有する障害特性

(1) 障害特性としての生きづらさ

精神障害の特性として、代表的なものが疾患と障害の併存である。具体的には、精神疾患と精神障害の2つの生きづらさが、振幅をもって影響し合うことになる。そのことから、病状が不安定になると、日常生活や就労に負の影響が生じる。一方で、日常生活を支えている障害年金が支給停止になれば、暮らしのことが心配になり、病状が不安定になってしまいかねないのである。

また、認知機能障害も生じることが少なくない。具体的には、記憶力や注意・集中力、判断力という知的な能力に障害をきたすというものである。記憶力の低下は、人や物の名前が覚えられないということに加えて、元々自らが保有している過去の体験を踏まえることが難しくなるため、現在の状況を的確に判断できない、というものである。注意・集中力の低下は、周囲の事象の中で、自らが求められている事柄を選ぶことが困難になるというものである。判断力の低下は、自らが置かれている状況の中で役割を考え、なすべき計画と実行の困難さで、とりわけ、緊急時での対応が苦手になる⁷⁾。これらの精神障害の特性は、日常生活や就労場面に影響を及ぼすことになるのである⁸⁾。

ところが、精神障害による特性は、見た目や経験則⁹⁾から周囲に伝わっていないことが少なくない。この伝わりづらさは、実はほかにも要因が認められる。その最たるものが、障害の常態化である。昨今、精神障害者を理解するにあたっては、レジリエンス (resilience) という言葉が使われるようになって久しい。それは、ゴムまりを圧迫したとしても、元に戻るのと同じように、人には復元する力が備わっているというものである¹⁰⁾。人

は、たとえ混沌とした状況であったとしても、その中で慣れると共に順応する、と理解することができる。そのことから、前述の疾患と障害の併存や、認知機能障害がありながらも、精神障害者は、不便のある状況を当たり前の日常として捉え、過ごしていることが少なくないのである。

そのことから、障害年金の請求時において、支援者が具体的な日常生活や就労場面を挙げ、生きづらさのエピソード等を聞くことが肝要となる。実際支援者が、障害年金の再認定で支給停止になっていた精神障害者に対して、就労時の状況を丁寧に聞いたところ、アルバイト中に何度か転倒し、怪我をしていたり、作業中に誤って、複数回カッターナイフで指を切っていた事実が判明した、ということがあった。そこで、不服申し立ての際、これらのエピソードをつけたところ、認められたという案件もある¹¹⁾。このように、就労場面や家庭をはじめとする、地域生活における生きづらさのエピソードを挙げ、それらがどのように日常生活に影響を与えているかを可視化することが重要だといえる。

障害年金は、このような生きづらさを所得保障として、暮らしを支えることにこそ、意義が認められる。ただし、精神障害者は、単にお金が得られることを望んでいるわけではない。また、障害年金のみによって、精神障害者の暮らしが成り立つものでもない。精神障害者は生きがいを考え、日々の暮らしを営んでいるのである。

(2) 人として当たり前に持っている生きがい

精神障害者は、発症後、障害受容に時間を要する傾向にある。特に、元々自身が抱いている内なる偏見によって、精神障害を持っていることに対して、拒否的になることは少なくない¹²⁾。そのこ

⁷⁾ 佐竹 (2016)。

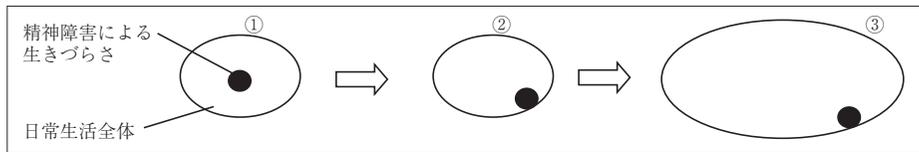
⁸⁾ 中川 (2012)。

⁹⁾ 経験則とは、精神障害を自身や身近な者が体験していないと、経験からの理解がしづらいことを言う。

¹⁰⁾ 精神障害者がたとえ苦境に追い込まれていたとしても、人間にはそれらの状況を乗り越えていく復元力・回復力を元来備えている、という考え方に基づく。藤井 (2004) pp.157-160。

¹¹⁾ 青木ら (2014)。

¹²⁾ 発達段階の中で、親をはじめとする社会から刷り込まれた精神障害に対する負の印象から、障害年金を受給することが、精神障害者として烙印を押される、という呪縛に苛まれている者は珍しくない。



* 出典：青木（2013）p.216を加筆修正。

図1 日常生活全体に占める精神障害者の生きづらさ

とから、精神障害者の中には、図1-①に示すように、日常生活において、精神障害による生きづらさを持っていることに対して、四六時中問題と捉える者がいる。そのような中、精神障害を持っていることを十分に認められなくとも、地域活動支援センター等の福祉的就労に出かけたり、それらの場において、専門職や仲間との出会いを通して、日常生活に安心感が得られることがある。すると、図1-②に示すように、日常生活の中に多くの社会資源が入ってくることによって、生きづらさの位置が中心から隅に押し出されることになる。さらに、就労を通して、社会参加の場面が増えたと、図1-③に示すように、日常生活の場という暮らしの分母が広がるのである¹³⁾。また、社会参加活動を通して、社会的な役割や達成感を得ることによって、生きがいを得ることにつながるといえよう。ただし、大切なこととして、精神障害者は、生きづらさを多くの活動等によりカバーすることができても、生きづらさそのものは基本的に無くならないのである。

加えて、重要なこととして、人は生きづらさの有無によらず、生きがいを持って生きていきたいと願っているということである。そのため、社会参加活動をするのであり、その最たるものが、就労だといえる。では、なぜ就労に価値を見出せるのか。そもそも、人は就労にいかなる価値を認めているのか。そのことについて小浜は、「人が働くことをやめないのは、たぶん働くことが、人がこの世界を自分になじませ、自分をこの世界になじませる一番てっとり早い手立てだからである」と

述べる¹⁴⁾。また櫻井は、「働くことは人に心の張り合いをもたらし、生きていることの素晴らしさを実感させてくれる」と論ずる¹⁵⁾。

つまり、人は就労を通して、社会で生きている意味を実感したり、生きがいを見出しているのである。そうであるならば、たとえ精神障害を有していようが、当たり前就労の機会を保障されなければいけない。しかしながら、精神障害者は前述したように、生きづらさによって、就労制限されやすいことも事実である。しかるに、一定の配慮が求められることになる。その配慮が、社会的支援として、就労継続できるような支援者のかかわりであったり、就労時間を短縮するというものである。

では実際、精神障害者の就労実態はどのようになっているのか。

2 就労と障害年金受給

(1) 精神障害者の就労実態

表2に示すように、2016年度におけるハローワークを通じた障害者の就職件数では、精神障害

表2 平成28年度 ハローワークを通じた障害者の就職件数

| | 就職件数 | 前年度（前年度比） |
|---------|---------|----------------|
| 身体障害者 | 26,940件 | 1,063件減（3.8%減） |
| 知的障害者 | 20,342件 | 384件増（1.9%増） |
| 精神障害者 | 41,367件 | 2,971件増（7.7%増） |
| その他の障害者 | 4,580件 | 746件増（19.5%増） |
| 合計 | 93,229件 | 3,038件増（3.4%増） |

* 厚生労働省（2017b）を基に筆者作成。

¹³⁾ 青木（2013）pp.215-217。

¹⁴⁾ 小浜（1993）pp.184-185。

¹⁵⁾ 櫻井（2014）pp.199-202。

者が41,367件となっていると共に、前年度比においても、7.7%増というように、3障害の中で最も高い数値となっている。また、「その他の障害」の内訳は、発達障害者、高次脳機能障害者、難治性疾患患者等となっている¹⁶⁾。このことを踏まえると、発達障害者と高次脳機能障害者は、広義の精神障害に入ることから、ハローワークを通じた新規の就職者の内、約半数が精神障害者で占められていることになる。このように、精神障害者は、職に就くという点においては、著しく増加しているといえる。

ところが、継続的な就労となると状況は一変する。2016年6月1日時点における雇用障害者総数は474,374人であり、その内訳は、身体障害者が327,600人、知的障害者が104,746人、精神障害者が42,028人である¹⁷⁾。3障害全体に占める精神障害者の割合は、約8.9%であり、前出の新規就職状況との間に大きな差が認められる。その原因としては、精神障害者の離職率の高さがうかがえる¹⁸⁾。

このように、多くの精神障害者は一般就労を目指しており、実際就職につながっている実態があるものの、継続的な就労となると、困難な状況にあるといえよう。

(2) 多様な働き方及び暮らし方の実現

精神障害者にとって就労することは、生きがいにつながり得るものだとして論じてきた。ところが、前述しているように、自らの生きづらさとの付き合い方がうまく構築できていないため、離職を繰り返す者がいる。つまり、エネルギーがわいてく

ると、果敢にフルタイム労働にチャレンジするのだが、短期間で離職を繰り返し、その結果、自信の喪失につながってしまうのである。

このような現状に対して、長年精神障害者支援にかかわってきた池山は、「フルタイムの仕事になると無理するが、(障害年金が)6万円あるとゆっくり待てる」と言う¹⁹⁾。このことから、精神障害者は障害年金を受給し、基礎的収入として担保することによって、短時間労働等も視野に入れた、多様な働き方が実現しやすくなるといえる。

もちろん、だからと言って精神障害者の一般就労を否定するものではない。誰も好き好んで精神障害を有する者はいないのである。だが、結果として精神障害を有することになった場合、生きづらさ及び就労から発生する二重のストレスに対峙するのは並大抵のことではない。しかるに、就労からくるストレス等を軽減する意味からも、基礎的収入が確保できれば、安心して自らの障害特性に応じた働き方が実現できることになろう。

(3) 就労が障害年金受給に及ぼす影響

加えて、障害年金は精神障害者にとって、可視化しづらい生きづらさを、障害年金受給のプロセスを通して、障害受容へとつながり得る、という意義が認められる。その結果、彼らは社会的支援を主体的に活用することによって、社会に頼った、ほどよい生きづらさとの付き合い方が可能となる。こうして、精神障害者は人生の新たな意味付けとして、リカバリーされていくといえよう²⁰⁾。

ところが近年、これらの精神障害者の生活設計

¹⁶⁾ 厚生労働省 (2017b)。

¹⁷⁾ 障害者の雇用義務のある事業主は、毎年、障害者雇用状況の報告を求められる。そのことから、ここでの精神障害者数42,028人は、精神障害者保健福祉手帳(以下、手帳)を所持している者となる。つまり、発達障害や高次脳機能障害、統合失調症等の診断名を問わず、手帳を所持している者の数となることから、表2とは分類の仕方が異なっていることを断っておきたい。厚生労働省 (2016b)。

¹⁸⁾ 精神障害者の離職率の高さについては、いくつかの研究報告がある。それによると、精神障害者が一般就労先に就職後1年以上在籍している者は、就労継続支援A型事業所・福祉工場を除くと4割弱という調査結果がある。障害者職業総合センター (2010)。また、精神障害者の年間の平均離職率が44%という報告もある。福井ら (2014)。

¹⁹⁾ 青木 (2013) p72。

²⁰⁾ 精神障害者の自立支援において、昨今リカバリーという言葉が使われるようになって久しい。リカバリーとは、元の状態・状況に戻るのではなく、今ある現状の中での等身大の生き方の追求として、「人生の新たな意味づけ」として捉えることができる。青木 (2013) p23。

が難しくなってきた。それが、障害年金の不支給や支給停止である。その結果、働くとは障害年金が支給されないのではないか、あるいは、支給停止になるのではないか、という精神障害者の不安が起こっている。精神障害者は、ようやく障害年金を受給することで、障害と付き合いつつ、生きがいをとして適度な就労をする、という生活設計ができていたのに、それが揺るがされることになってしまうのである。

では、いつ頃から、何が契機になって、就労と障害年金との関係が論じられるようになってきたのか。

Ⅲ 障害年金における精神の障害の認定診査

1 就労と障害年金給付の関係についての国の検討

(1) 2011年専門家会合

2011年1月から同年3月までの間、厚生労働省において、「障害年金の認定(知的障害等)に関する専門家会合」(以下、2011年専門家会合)が5人の委員と事務局によって、計3回開催された。

その前提として、2011年専門家会合が設けられた背景には、2つの事柄を挙げることができる。1つ目は、滋賀訴訟及び2009年の通知(以下、2009年通知)との関係である。滋賀訴訟とは、2003年から2005年にかけて、滋賀県内に居住する知的障害者6人が障害年金の請求をしたところ、就労していることを理由に不支給となったことに端を発する。ところがその就労実態としては、最低賃金の基準をこらうじて満たす賃金が支払われているようなものだった。支援者たちは、同様の状況にある知的障害者に、これまで障害年金と就労の両方を用いることによって、自立支援を行ってきた。これらのことを踏まえ、たとえ働いていたとしても知的障害者の日常生活能力としては、障害年金を受給すべき状態であると主張したのである。その結果、2010年1月、大津地方裁判所は、認定基準の不備は認めなかったものの、6人全員の

不支給処分を取り消したのである²¹⁾。

このことと相まって、社会保険庁は2009年通知を出した。そこには「～中略～単に就労したことのみではなく、総合的な判断が必要であり、かつ就労している場合であっても、様々な観点からその症状を慎重に判断すべきものであります。～中略～つきましては、知的障害を含む「精神の障害」にある方が、就労したことをもって一律に障害年金が支給されなくなる等のないよう、総合的かつ柔軟な判断が求められることについて、改めてご留意いただくとともに、～以下略～」と述べている²²⁾。これらのことから、国は日常生活能力と就労能力との関係について、一定の評価基準を設けなければいけなかったのである。

2つ目は、2009年に国は「障がい者制度改革推進本部」を設置し、障害者基本法の改正について取り組んでいた。その中に、障害者の定義の変更として、発達障害者を障害者基本法の中に位置づけることを検討していたのである。そのことから、認定基準の「精神の障害」において、発達障害者をどのように位置づけるかを検討する必要があったと考えられる。

以上のことから、2011年専門家会合での論点は、日常生活能力の客観的、かつ、具体的な評価方法の検討をすることであったと捉えることができる。就労している場合、日常生活能力をどのように評価するかを検討する必要があったのである。全3回の2011年専門家会合の議事録からは、特に、知的障害を伴わない発達障害者の日常生活能力の評価について議論がなされている。そこには、「発達障害の方が就労できないとか、就労しても離職せざるを得ないことが多いと聞いています。～中略～就労ができるか否かは、日常生活能力全般を判断する中の1つのはかりではないかと考えています」という事務局の意見が見られる。

その一方で、2011年専門家会合で、表3に示すように、精神の障害の診断書における就労欄が事務局より提案されているのである。提案の理由とし

²¹⁾ 高橋(2013)。

²²⁾ 2010年1月に日本年金機構が誕生する以前は、社会保険庁が障害年金を管理していた。社会保険庁(2009)。

表3 診断書（精神の障害）の裏面左下
エ 現症時の就労状況

| |
|--|
| 現症時の就労状況 <input type="checkbox"/> 勤務先 ・ 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他 () <input type="checkbox"/> 雇用体系 ・ 障害者雇用 ・ 一般就労 ・ 自営 ・ その他 () <input type="checkbox"/> 勤続年数 (年 ヶ月) <input type="checkbox"/> 仕事の頻度 (週に・月に () 日) <input type="checkbox"/> ひと月の給与 (円程度) <input type="checkbox"/> 仕事の内容 <input type="checkbox"/> 仕事場での援助の状況や意思疎通の状況 |
|--|

* 国民・厚生年金保険 診断書（精神の障害用）様式第120号の4より抜粋。

ては、認定基準に「就労状況を考慮して判断するという文言を入れていますが、それを見るに当たって情報が必要だということで、事務局からこのようなことを聞いたほうがいいのではないかという意見がありましたので記載しました」と説明している。さらに、委員とのやり取りの中で、事務局からは「就労先でいろいろな援助を受けているというところを書いていただければと思います」と述べている。

このような経緯のもと、精神の障害の診断書には、2011年9月より、表3の「現症時の就労状況」欄が設けられることになった。事務局は、就労しているから日常生活を向上したものと捉えるのではなく、就労欄はあくまでも就労実態を知るための材料だと論じている。さらに、「働いているからというだけで、日常生活能力が向上したと見るなというところにつながってくるのでは」とまで言っているのである²³⁾。

(2) 2015年検討会

ところが、2011年頃を境にして、精神障害者の障害年金の新規請求や再認定において、不支給や

支給停止の声が挙がるようになった²⁴⁾。さらには冒頭で論じたように、2014年に地域間格差の実態が明らかになったのである。

そこで、厚生労働省は、2015年2月から2016年2月までの間、「精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会」（以下、2015年検討会）を9人の委員と事務局によって、計8回開催した。2015年検討会では、地域間格差の実態を踏まえ、①ガイドラインとなる客観的な指標をつくること、②就労状況の評価のあり方を検討すること、の2つを目指すことになった。全8回の検討会をふり返ると、以下の4つが主な論点だったといえる。

1つ目は、診断名と日常生活との関係である。障害年金の主たる診査は、診断書裏面の「日常生活能力の判定」及び「日常生活能力の程度」という、2つの項目が中心になっていることは、2011年専門家会合、及び、2015年検討会においても、何度となく事務局から伝えられ、議論を繰り返している。とはいえ、診断名も無関係とは言えない。2015年検討会では、とりわけ、気分障害について議論されることが多かった。その背景には、気分障害の著しい増加²⁵⁾と共に、うつ病概念の拡大²⁶⁾があったといえよう。

2つ目は、日常生活の困難さの診断書への反映である。特に、発達障害等では、精神科医師以外にも診断書の作成が認められることから、それらの作成医は、機能障害の部分に着目できたとしても、活動場面としての職場や家庭での日常生活能力を推し量ることは難しいのではないかと、いうものであった。一方で、前述の「日常生活能力の判定」欄には、最初に赤字で「判断にあたっては、

²³⁾ 厚生労働省『障害年金の認定（知的障害等）に関する専門家会合』議事録<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-nenkin.html?tid=129229>（2017年12月3日最終確認）。

²⁴⁾ 2000年より精神保健福祉士として精神科診療所に勤務していた河野は、2011年に初めての経験をしたと言う。それは、2011年7月に、例年のように障害年金の再認定の支援をしたところ、12人が支給停止、あるいは、級落ちの診査結果がくださった、というものである。青木ら（2014）。

²⁵⁾ 気分障害を有する者は、1999年に約44万1千人だったが、2014年には約111万6千人というように、15年間で約2.5倍となっている。厚生労働省（1999）；厚生労働省（2014）。

²⁶⁾ 従来、うつ病に対しては「大うつ病」と称される等、社会生活全般に制限を受ける者が少なくないと捉えられていた。ところが近年、「非定型うつ病・新型うつ病」と称され、休職中だが、家庭で趣味等はできる、という新しいタイプが増えている。これらのことも相まって、気分障害について、多くの国民が身近な疾患と感ずるようになって一方、継続的に日常生活に支障が出る障害としては、懐疑的な捉え方もある。

単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください」と記されている。要するに、診察室の様子ではなく、地域で単身生活をしているとしたら、という予測のなかで作成医は評価を求められるのである。加えて、さらに注文がつく。それは、この先1年後も見通して、というものである²⁷⁾。このように、予測的評価も含むことから、自ずと日常生活能力の評価には差が生じやすくなるといえる。

3つ目は、就労と日常生活との関係である。精神障害者は生きづらさを抱えていることから、就労制限されやすい。だからこそ、自らの生きづらさを理解し、その上で、程よい社会的支援を受け入れることが大切となる。ところが、そのように自らのことを理解し、社会的支援を活用することは、決して簡単ではない。ところが、これらの状況にありながらも、努力して社会的支援を受け入れることによって、就労継続できている精神障害者が存在する。しかるに、そのように社会的支援を主体的に得ることによって就労継続できている精神障害者が、障害年金を受給できないようなことになってはいけな、と議論されたのである。

そして、最後の4つ目が、日常生活を測る情報量の多寡である。その前提として、多くの精神障害者は、自らの生きづらさが当たり前の日常の中に入り込んでいる。そのことから、日常生活において問題となるようなエピソードを、作成医が診断書に反映することは並大抵のことではない。その際、支援者や家族が身近におれば、日常生活の状況を作成医に情報提供することによって、精神障害者の生きづらさが評価に反映されやすくなる。ところが、精神障害者の中には、支援者とのつながりの乏しい者もいるのである。一方で、活動レベルが評価指標となっている精神障害者の場合、年単位で見れば、変動も認められる。そのことか

ら、再認定の場合は、新規請求時のような「病歴・就労状況等申立書」という、家族等が補足的に記す書類がないことから、認定医としては評価がしづら、いと議論されたのである。これらのことを踏まえ、照会文書が新たに作成されることになった²⁸⁾。そして、2015年検討会での審議を経て、ガイドラインは2016年9月から施行されたのである²⁹⁾。

2 「精神の障害に係る等級判定ガイドライン」 施行の光と影

(1) ガイドラインの流れ

ガイドラインは、第1段階、第2段階から構成されている。

まず第1段階は、表4に示すように、診断書の「日常生活能力の判定」の7つの項目（①適切な食事、②身辺の清潔保持、③金銭管理と買い物、④通院と服薬、⑤他人との意思伝達及び対人関係、⑥身辺の安全保持及び危機対応、⑦社会性）を4段階評価したものの平均値を縦軸に据える、というものである。続いて、「日常生活能力の程度」という、日常生活における援助の必要度の5段階評価を横軸に据え、両者を組み合わせたものが、「障害

表4 ガイドラインにおける「障害等級の目安」

| 程度 判定平均 | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) |
|----------------|------------|------------|------------|---------------|-------|
| 3.5以上 | 1級 | 1級又は 2級 | | | |
| 3.0以上 3.5未満 | 1級又は 2級 | 2級 | 2級 | | |
| 2.5以上 3.0未満 | | 2級 | 2級又は 3級 | | |
| 2.0以上 2.5未満 | | 2級 | 2級又は 3級 | 3級又は3 級非該当 | |
| 1.5以上 2.0未満 | | | 3級 | 3級又は3 級非該当 | |
| 1.5未満 | | | | 3級非該当 | 3級非該当 |

*厚生労働省（2016a）より抜粋。

²⁷⁾ 「障害状態確認届」による再認定が1年から5年の範囲であることから、少なくとも1年間の障害状態を見通した評価が求められることになる。

²⁸⁾ ガイドライン施行に伴い、精神障害者の日常生活状況を知るために、「日常生活及び就労に関する状況について（照会）」という書式が、後述する医師に対する記載要領と共に、新たな書類として誕生した。

²⁹⁾ 厚生労働省『精神・知的障害に係る障害年金の認定の地域差に関する専門家検討会』議事録<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-nenkin.html?tid=246772>（2017年12月3日最終確認）。

表5 総合評価の中の「就労状況」(精神障害)

| |
|--|
| <p>○安定した就労ができているか考慮する。1年を超えて就労を継続できていたとしても、その間における就労の頻度や就労を継続するために受けている援助や配慮の状況も踏まえ、就労の実態が不安定な場合は、それを考慮する。</p> <p>○発病後も継続雇用されている場合は、従前の就労状況を参照しつつ、現在の仕事の内容や職場での援助の有無などの状況を考慮する。</p> <p>○精神障害による出勤状況への影響(頻回の欠勤・早退・遅刻など)を考慮する。</p> <p>○職場での臨機応変な対応や意思疎通に困難な状況が見られる場合は、それを考慮する。</p> |
|--|

*厚生労働省(2016a)より抜粋。

等級の目安」となる。この作業は、日本年金機構の職員が担うことになっている。

次に第2段階は、「総合評価の際に考慮すべき要素」という表である。これは、第1段階の「障害等級の目安」を基にしつつ、認定医が、どのようなことについて考慮すべきかについて示したものである。具体的には、「現在の病状又は状態像」「療養状況」「生活環境」「就労状況」「その他」の5つについて、共通事項と精神・知的・発達障害各々に分けて記載されている。その一例として、表5は、「就労状況」の項目における「精神障害」について記したものとなっている。認定医は、表4での障害等級の目安を基にはするものの、表3の就労状況をはじめとするさまざまな情報を、表5に記している考え方のもと、総合的に診査をすることになるのである³⁰⁾。

(2) 支給停止を行わないこと

第8回2015年検討会では、「～中略～ 受給者の障害が従前と変わらない場合については、当分の間、等級非該当への変更は行わないことを基本とする」ということが事務局から提案され、可決されている。これは、2つの観点からの提案だと捉えることができる。

1つ目は、精神障害者の暮らしへの負の影響を避けるためである。精神障害者は、障害受容の葛藤等を乗り越え、障害年金を受給している経過が

ある。当初、障害年金に対し、スティグマ等から否定的だった者も、思い切って受給することによって、後に暮らしに不可欠なものとして障害年金が位置づくことは少なくない。それが、支給停止になってしまえば、精神障害者の暮らしに多大な負の影響を与えかねない。よって、そのようにならないための方策としてである。

2つ目は、一部の地域の者に不利益を生じさせないためである。ガイドラインは、認定診査の凹凸の平準化に一定の役割を果たすことになる。ところが、従前の認定診査が、ガイドラインよりも広い範囲で評価がなされていた地域は、表4を基にした「障害等級の目安」をそのまま用いると、支給停止になることが危惧された。よって、基本的に前回と同じ内容であれば、支給停止にしない、というものである。

ただし、これらが実際、どのように進むのかをはじめ、注視する必要がある。また、大切なこととして、ガイドライン施行前に障害年金が支給停止になった者については、表4や表5を踏まえ、再請求する道があることを、第8回2015年検討会で確認されている³¹⁾。

(3) 医師に対する診断書の記載要領

ガイドラインは、日常生活能力及び就労能力をどのように認定医が評価するかを、共通認識できる指標になるという点において、意義が認められる。だが、障害年金は、精神障害者との面談が一切なく、作成医が記した診断書の書面診査によってのみ成り立っているのである。そのことから、いくらガイドラインで認定医が精神障害者の生きづらさを押し量ろうとしても、作成医が、精神障害者の日常生活の実態を把握していなかったり、あるいは、異なる解釈で作成すれば、到底、適切な評価はできない。

そこで、ガイドラインと併せて、作成医に対して、診断書作成にあたっての留意点等を示した「障害年金の診断書(精神の障害用)記載要領」

³⁰⁾ 厚生労働省(2016a)。

³¹⁾ 2015年検討会において、委員の質問に対して、事務局より明確に、この旨の回答がなされている。注29)の2015年検討会議事録を参照。

表6 日常生活能力の判定における「適切な食事」

| 適切な食事 ※嗜癖的な食行動（たとえば拒食症や過食症）をもって「食べられない」とはしない。 | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | できる | 栄養のバランスを考え適量の食事を適時にとることができる。（外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない） |
| 2 | 自発的にできるが時には助言や指導を必要とする | だいたい自主的に適量の食事を栄養のバランスを考え適時にとることができるが、時に食事内容が貧しかったり不規則になったりするため、家族や施設からの提供、助言や指導を必要とする場合がある。 |
| 3 | 自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる | 1人では、いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりするため、経常的な助言や指導を必要とする。 |
| 4 | 助言や指導をしてもできない若しくは行わない | 常に食事へ目を配っておかないと不食、偏食、過食などにより健康を害するほどに適切でない食行動になるため、常時の援助が必要である。 |

* 「障害年金の診断書（精神の障害用）記載要領」より抜粋。

（以下、記載要領）という説明文書を新たに作ったのである。それは、表4の縦軸や横軸の基となる評価を、どのような判断基準で作成医が記入すべきか等のことを説明したものとなっている。

表6は、表4の日常生活能力（縦軸）を測る7つの項目の一つである「適切な食事」の4段階評価の基準について説明したものとなっている。仮に、これらの記載要領によらず、診察場面の様子のみで作成医が判断してしまえば、日常生活能力を実際より高く評価してしまいかねない。ところが、これらの例示や、さらには生きづらさの変動等を鑑みれば、表6の3や4の項目に○がつく精神障害者は少なくないのである。

診断書が基になって認定診査が行われることを考えれば、ある意味、記載要領はガイドラインよりも意義深いともいえる。ただし、あくまでも活用が伴ってのことだと言わざるを得ない。

Ⅳ 日常生活・就労・社会的支援の三者関係（考察）

ここまで、精神障害者の障害年金受給をめぐる状況について論じてきた。これらのことを踏まえ、日常生活・就労・社会的支援の三者関係について、考察することにしたい。

1 精神障害と付き合った生活設計

精神障害者の生きづらさは、作成医や認定医に伝わりづらい。ゆえに、精神障害者は障害年金の

支給停止につながることもある。第7回2015年検討会において、2013年度に、2,650人の精神・知的・発達障害者が支給停止になっていることが明らかに³²⁾。

多くの精神障害者は、予防的な意味からも服薬を継続しており、再発を恐れながらの暮らしを営んでいる。そのことから、たとえ就労状況が順調だったとしても、勤務時間を増やすことによって、精神状態が不安定にならないかと、一定の自己制御を余儀なくされる。しかるに、障害年金があることによって、精神障害者は自らの状態を確認しながら就労に向かうことができるのである。

ただし、再三述べているように精神障害者は、日常生活の安定を、決して人生の目標に据えない。人は、少々の危険を伴うことが予測されようとも、生きがいを求め、チャレンジする機会を得ることこそ望んでいるのである。だからこそ、精神障害者は、よりチャレンジする選択肢を増やすためにも、障害年金の活用に至っているといえる。そのような精神障害者が、やっと障害年金を基礎的収入として据えることによって、就労に至っているのに、途中で障害年金が支給停止になってしまえば、途方に暮れてしまうことは容易に想像できよう。

加えて、である。国は、2004年に「こころのバリアフリー宣言」において、生涯の内に、5人に1人は精神疾患を体験すると発表している³³⁾。もはや、精神障害を持って日常生活を送ることは、誰しも自分及び身近な家族の問題となっているので

³²⁾ 厚生労働省（2015b）。

³³⁾ 厚生労働省（2004）。

ある。そのようなことから、障害年金等の社会的支援と共に、生きがいのための就労の両方を得ている精神障害者の姿は、国民に未来の生活設計を可能ならしめることになる。間違いなく、精神障害者の生き生きとしている姿は、「この国では、精神障害を持つことになっても、夢をあきらめずに生きることができる」という生活設計にもなり得るといえよう。

2 生きづらさの可逆性と社会的支援の地域間格差

精神障害者の日常生活能力の評価は、前述してきた単身生活での想定ということに加えて、2点が重要となる。1点目は、可逆性が認められやすい精神障害は、1年365日、変動することが多いのである。ゆえに、表6の食事で言えば、障害状態を波に例えれば、底の時期をも想定しながらの評価が求められることになる。

2点目として、精神障害者の日常生活能力の評価は、少なくとも1年先、さらにはそれ以上の期間の状態を想定した評価が求められているのである³⁴⁾。したがって、仮に就職して社会保険に加入していたとしても、その状態がどこまで続くかの判断こそが大事になる。しかるに、表2において、新規の就職では高い数値を示すものの、離職率の高さも視野に入れなければいけない。

これらのことから、精神障害者が就労を継続するためには、社会的支援を積極的に活用することが大切となる。一方で、その社会的支援には、地域間格差も大いに認められる。特例子会社が多く存在していたり、ジョブコーチ、さらには、アフターケア等に精力的に取り組む就労移行支援事

業所が多数存在する都市部と、それ以外の地域では支援に自ずと差が出ることになる。加えて、生活の安定を考えれば、自治体独自の医療費助成をはじめとする地域間格差についても、目を向けていく必要がある³⁵⁾。

3 制度内及び関連する制度間における課題

障害年金は前述してきたように、認定基準によって実質的に運用されている。ところが、認定基準を見ると、最初の総論的なところに位置づく「一般的事項」には驚くべきことが記載されている。中でも、最も多くの精神障害者が受給している障害年金2級³⁶⁾の「障害の程度」の例示では、「～中略～ 家庭内の極めて温和な活動（軽食作り、下着程度の洗濯等）はできるが、それ以上の活動はできないもの又は行ってはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね病棟内に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね家屋内に限られるものである」というように記載されているのである³⁷⁾。2015年検討会において、たとえ一般就労だったとしても日常生活の向上と機械的に捉えないことを議論していたさなか、一般的事項は、次元の異なる文章であることがわかる。一般的事項を杓子定規に読めば、ほぼ家庭内での生活に終始していなければ、障害年金2級には認められないことになる。

また、障害種別ごとに見ると、眼や聴力、肢体というような外部障害では、機能障害を主にした併合認定によって認定診査が行われ、かたや、精神障害と内部障害では、活動制限を主にした総合認定によって認定診査が行われている³⁸⁾。つま

³⁴⁾ 表5の1～4行目に示すように、たとえ1年以上の就労が継続できていたとしても、認定診査では、社会的支援の状況を考慮することになっている。

³⁵⁾ 例えば、奈良県は全市町村、愛知県は9割以上の市町村が、手帳1・2級を所持している者に対して、全診療科での入院・外来の医療費の自己負担分を助成している。だが、多くの地域はそのようになっていない。

³⁶⁾ 障害年金を受給している60万1千人の内、障害基礎年金2級が36万2千人、障害厚生年金2級が7万3千人というように、全体の約72%を占めている。総務省（2015）。

³⁷⁾ 厚生労働省（2017a）。

³⁸⁾ 併合認定とは、異なる障害部位が複数存在する場合、例えば、2級状態が複数あれば併せて1級にする、というものである。それに対して総合認定では、個々の障害を足し算せず、「総合的に見る」という、客観性が見えづらい評価方法となっている。

り、認定基準の中に、論拠を異にするダブルスタンダードが存在しているのである。それだけではない。基本的に、外部障害、とりわけ肢体障害では永久認定となり、再認定が求められないことに対して、精神障害と内部障害では、1年から5年の範囲での有期認定となっている。このように、認定基準は、障害の実態に依拠していないことや、制度間の不整合等の問題が見られるのである。

一方で、精神障害者が利用し得る関連制度には、精神障害者保健福祉手帳（以下、手帳）がある。障害年金が基本的に、初診日から1年半後でないと請求できないことに比し、手帳は初診日から6カ月経過すれば請求できる等、総じて、障害年金よりも取得の敷居は低い。ただし、両者の制度にはつながりが見られ、障害年金を受給している者は年金証書を提出すれば、同じ等級の手帳が発行されることになる。しかし、逆は無い。

以上のことから、障害年金における精神障害と他障害、さらには、障害年金と関連する制度間にも、整合性が不十分だと言わざるを得ない。これらのことも、より精神障害者の障害年金の認定診査を判りづらくさせている要因として捉えることができよう。

4 日常生活・就労・社会的支援の三者関係と精神障害者の日常生活

精神障害者の生きづらさは、疾患との関係、環境との関係、1年間の障害状態の波等を推し量りながら日常生活の実態を診断書に反映させることに困難さがある。その点で言えば、障害者総合支援法による障害支援区分調査では訪問調査を実施している。このことから、今後障害年金の認定診査においても、面談等の実施について検討する余地はあろう。なぜなら、精神障害者にとって障害年金は、暮らしに直結する重要な所得保障と言えるからである。

とはいえ、目の前の精神障害者の暮らしは待たず無しである。本来当たり前前に障害年金を受けるべき精神障害者が、権利行使をするためには、まずは生きづらさを可視化することが求められる。それは、精神障害者が日常生活において、どのよ

うな活動をしており、そのことに伴い、いかなる不便が生じていたり、一方で、どのような社会的支援を受けているかというものである。

少なくとも、これらのことをはじめ、筆者が最も伝えたいのは以下のことである。多くの精神障害者は、社会的支援の状況によって、就労継続が影響している側面が大きい。言わば、日常生活・就労・社会的支援の三者は、相互に影響し合いながら、暮らしを成り立たせているのである。ゆえに、専門職や障害年金という社会的支援によって、就労が継続し、そのことによって、日常生活が安定することも当然にある。ところが、これらの文脈を見ずして、日常生活の安定を向上と読み替えてしまい、障害年金が支給停止になれば、たちまち精神障害者は、就労継続はもとより、日常生活そのものに大打撃を受けてしまいかねないのである。

以上のことから、今に至るプロセスと背景を捉えなければ、本来の精神障害者の日常生活能力及び就労能力の評価は決してできないといえよう。

V まとめ

精神障害者の多くは今もなお、生きづらさに加えて、社会からの差別や偏見を恐れ、息を潜めて生きている。その彼らが、さまざまなプロセスを経て、一念発起して、障害年金をはじめとする社会的支援を受けながら暮らすことを実現できてこそ、優しくて、持続性のある社会になるといえよう。

そのためには、多くの「知る」ことがまずは求められる。それは、これまで精神障害者となつてきた市民だけではない。専門職と言われる者も含めてである。例えば、障害年金の請求の際、今回新たにできた医師の記載要領を作成医が知ることも、いや、そのことこそが大切となる。また、障害年金と収入との関係についても、法的に収入自体によって支給停止になるのは、20歳未満に初診日のある者のみとなっている。その額も、全額停止で、単身生活者の場合、所得が462万

1千円であり、実際にその額を得ている精神障害者はごく稀である。しかし、社会保障制度という観点からすれば、このように20歳未満に初診日のある障害者に対してのみ、受給後に支給停止の要件を設けていること自体、問題だといえる。

前述したさまざまな課題を経て、2017年4月より、障害年金の診査は中央一括となった。また、2016年9月より施行されたガイドラインも3年後に再検討することになっている。今後も、精神障害者にとって命綱ともいえる障害年金の動向からは目を離すことができない。これからも、精神障害者の生きづらさと生きがいに着目しつつ、社会的支援としての障害年金を、筆者は追いつけることを約束して筆を置くことにする。

参考文献

- 青木聖久 (2013) 『精神障害者の生活支援』法律文化社。
- 青木聖久ほか (2014) 「精神障害者の就労が障害状態確認届の審査に及ぼす影響」『日本福祉大学社会福祉論集』130, pp.89-116。
- 厚生労働省 (1999) 『患者調査』。
- (2004) 『こころのバリアフリー宣言』。
- (2014) 『患者調査』。
- (2015a) 『障害基礎年金の不支給割合 (平成22年度～平成24年度平均)』。
- (2015b) 『障害基礎年金の再認定の状況 (平成25年度 精神・知的障害)』。

- (2016a) 『国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン』。
- (2016b) 『平成28年 障害者雇用状況の集計結果』。
- (2017a) 『国民年金・厚生年金保険 障害認定基準 平成29年12月1日改正』。
- (2017b) 『平成28年度・障害者の職業紹介状況等』。
- 小浜逸郎 (1993) 『家族を考える30日』JICC出版局。
- 櫻井純理 (2014) 「誰もが働ける社会／生きていける社会を築く」筒井美紀ほか編『就労支援を問直す』勁草書房, pp.195-210。
- 佐竹直子 (2016) 「統合失調症と生活障害」佐竹直子編『わたしと統合失調症』中央法規出版, pp.9-29。
- 社会保険庁 (2009) 「障害基礎年金の障害認定及びその結果に係る年金受給者の方への教示について」『社会保険庁運営部年金保険課事務連絡』。
- 障害者職業総合センター (2010) 『精神障害者の雇用促進のための就業状況等に関する調査研究』, No95。
- 総務省 (2015) 『年金制度基礎調査 (障害年金受給者実態調査) 平成26年』。
- 高橋芳樹 (2013) 「障害認定基準の改正経過」高橋芳樹編『障害年金請求援助・実践マニュアル』中央法規出版, pp.381-399。
- 中川正俊 (2012) 「統合失調症」『精神障害者雇用管理ガイドブック』障害者職業総合センター, pp.41-43。
- 福井信佳ほか (2014) 「精神障がい者の離職率に関する研究—最近10年間の分析—」『保健医療学雑誌』5 (1), pp.15-21。
- 藤井達也 (2004) 『精神障害者生活支援研究』学文社。

(あおき・きよひさ)

Guaranteeing Income for Persons with Mental Disabilities: Evaluation Criteria for Work Skills and Ordinary Life Skills for the Disability Pension

Kiyohisa AOKI*

Abstract

When persons with mental disabilities have difficulties in leading their lives, their disability pension becomes very important to guarantee their incomes. However, the difficulties that persons with mental disabilities face in leading their lives tend to be normalization, and it is difficult for most people to be aware of them. Amidst this backdrop, since around 2011, there have been cases of the disability pension not being provided or its payment being suspended; furthermore, it has become apparent that the examination for pension authorization differs depending on the region. One cause of these differences is the fact that the examination for authorization basically assesses ordinary life skills, not work skills. However, the third class of the disability pension uses working as its evaluation criteria. Moreover, it must be noted that social support is an underlying factor for the continuous employment of persons with mental disabilities.

As a result of this situation, the “National Pension and Welfare Annuity Insurance Guidelines for the Authorization of the Disability Pension as it Pertains to Mental Disabilities” (hereafter guidelines) was enacted in September 2016, and it elucidated the evaluation criteria for ordinary life skills. Additionally, a centralized comprehensive examination has started to be used for the national pension and welfare pension since April 2017.

Keywords : Persons with Mental Disabilities, Disability Pension, Ordinary Life Skills, Work Skills, Social Support

* Professor, Faculty of Healthcare Management, Nihon Fukushi University

特集：障害者施策をめぐる課題

共生社会に向けた障害者就労支援
——分野横断的課題——

春名 由一郎*

抄 録

障害者就労支援を取り巻く状況を最近20年間でみると、基本的理念、法制度、支援サービス、また、特に、障害者自身や障害者を雇用する企業における基本的認識が抜本的に進化してきており、「共生社会」の理念が現実の課題となっている。しかし、このような障害者就労支援の取組みや成果の広がりには、障害者支援の保健医療、福祉、教育の分野に必ずしも知られていない。特に、関係分野で共通認識が急がれる障害者就労支援の現状として、①「障害があっても働ける」エビデンスと制度・サービスの整備、②「障害があっても仕事で活躍できる」支援のポイント、③共生社会に向けた障害者就労支援の分野横断的課題、について情報提供した。現在のわが国では、このような障害者就労支援は、地域関係機関・専門職のインフォーマルな取組みにより成立していることが多いが、海外動向を踏まえると、障害者支援の社会保障政策の改革に波及しうる萌芽であると考えられる。

キーワード：障害者権利条約、合理的配慮、障害者雇用、援助付き就業、多職種連携

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.469-483.

I はじめに

障害者就労支援を取り巻く状況を最近20年間でみると、基本的理念、法制度、支援サービス、また、特に、障害者自身や障害者を雇用する企業における基本的認識が抜本的に変化してきている。「共生社会」の理念は、障害者就労支援の現場では、わが国の草の根の経験の蓄積から納得できるものであって、海外起源の理念先行というわけではない。

例えば、20年前には、障害があると仕事での生産性が低く、企業には最低賃金の支払い義務があ

るため、ある程度軽度の障害者だけが、社会的な賃金補填の条件の下で一般就業が可能だと考えられていた。しかし、現在では、例えば、重度の知的障害があっても、適切な仕事を習得しやすいように再設計して体系的な技能取得訓練を行い、就職後の生活面の支援を継続するにすれば、多くの企業で「戦力」として十分な生産性を上げられることが明らかになっている。このような現実認識に基づいて、1990年代以降、わが国では、ジョブコーチ支援事業や障害者就業・生活センター事業等が障害者就労支援の中心として発展した。さらに、従来は「障害が重度で働けない」と考えられてきた障害者についても、より就職前の

* 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター 主任研究員

支援と就職後の支援の縦割りをなくしていく取組みとして、ハローワークを中心として地域の医療、福祉、教育、労働の分野が多職種チームで支える「チーム支援」や、福祉分野での就労移行支援事業、教育分野での個別支援計画、医療分野での精神障害者や難病患者への医療と就労の連携等の取組みが行われるようになってきている。

さらに、平成28年度には、障害者権利条約の批准に合わせて、障害者雇用促進法が改正され、障害者を雇用するすべての事業主の合理的配慮提供が義務化され、雇用の分野での障害者差別が明確に禁止されるようになった。これは、障害者の就労問題について、障害者個人の問題と捉える視点から、より雇用企業や社会の問題としても捉える視点を統合したもので、障害者個人だけをみて一般就業が可能とか無理だとかを判断することの不適切が決定的になった。

しかし、このような障害者就労支援の取組みや成果の広がりには、障害者支援の保健医療、福祉、教育の分野に必ずしも知られていない。一部の、労働分野の制度やサービスと連携して就労支援に先進的に取り組む支援者を除き、地域の保健医療、福祉、教育の分野でのフォーマルな体制や専門職教育では、いまだに20年前の「障害者は一般企業では働けない／企業の負担」という固定的な理解が払拭されていないことが多い。

したがって、わが国の障害者就労支援の現状をみると、障害者就労支援のノウハウが蓄積していることで共生社会の理念が分野を超えて現実的な課題となりつつある一方で、関係する保健医療、福祉、教育等の分野との関係では地域差や支援者間の障害者就労支援の取組みへの「温度差」が大きいことが大きな課題となっている。ちょうど当機構においても、関係分野における最新の就労支援の在り方について啓発を進めるための冊子「障害や疾病のある人の就労支援の基礎知識～誰もが職業をとおして社会参加できる共生社会に向けて」（障害者職業総合センター 2017b）を作成したところである。

障害者施策をめぐる課題について分野を超えた議論をする本特集において、以上のような障害者

就労支援の現状について情報提供することは意義のあることだろう。そこで、本稿では、次の3点についてまとめた。

- 「障害があっても働ける」エビデンスと制度・サービスの整備
- 「障害があっても仕事で活躍できる」支援のポイント
- 共生社会に向けた障害者就労支援の分野横断的課題

II 「障害があっても働ける」エビデンスと制度・サービスの整備

2001年に世界保健機関WHOがICF国際生活機能分類を発表し、それにより「障害」が生存・生活・人生の諸場面における「生活機能」の困難状況と理解されるようになり、また、それは障害者個人の医学的問題だけに起因するものではなく、社会や環境との相互作用によるものであることも提唱された。

このような障害についての一般的認識の進歩に伴って、障害者就労支援も、ほんの20年前と現在では全くといっていいほど考え方も取組みも違ってきている。その一方で、職業場面での障害についての認識やエビデンスの蓄積は、それを可能にするための障害者就労支援の制度やサービスの整備によって可能となったものであり、これらは、コインの裏表、2つの車輪である。

1 「障害があっても働ける」エビデンス

障害者職業総合センターでは、ICFの新たな障害概念に基づいて、職業場面における障害者の「障害」状況の調査分析を進めてきた（障害者職業総合センター2002, 2005, 2011）。その結果、わが国の障害者雇用の場面においても職場での配慮や環境整備を効果的に取り組むことにより、職場での問題状況は解消あるいは大幅に軽減されていることが明らかになってきた。ただし、その一方で、わが国の現状ではそのような配慮等の普及が進んでおらず、それにより多くの障害者の就労問題が発生していることも明らかになってきた。

(1) 職場での配慮の有無による職業的課題の発生状況の差

多くの企業は、障害者雇用の法的義務により、障害者雇用を始めることが多い。しかし、企業の多くは、障害者を一旦雇ったからには、単に障害者を職場に置いておくだけではなく、企業間でのノウハウ共有、地域支援者と協力するなどして、障害があっても職業人として活躍してもらうためのさまざまな取組みを行うものである。

このような試行錯誤の結果、わが国の障害者雇用の現場では、効果的な取組みにより、「最初は障害者雇用という、心配したが、慣れてくれば、障害者とか健常者とか、違いはない」とか、「障害のある人も立派な戦力だ」と言えるようになる職場が増加してきた。

2001年の障害者雇用事業主の調査（障害者職業総合センター 2002）では、当時、よく知的障害者は「コミュニケーション」や「対人関係」の問題があって大変だ、と言われていたが、実は、職場で同僚や上司の作業補助、本人とコミュニケーションしながら作業内容を考える、懇親会をする、あるいは、職場であいさつや社会的ルールの指導をしているか、とか、積極的な声かけをしているか、によって、問題の起こり方が5分の1とか4分の1という状況であることが明らかになった。ところが、当時、そういった、効果のある配慮ができていた職場は20%とか非常に限られていた。こういうことを、そのような「理解のある」「例外的な」職場だけのことにせず、どの職場でもできるようにしようということで、ジョブコーチ支援が導入された。ジョブコーチ支援は、障害者本人のコーチをするだけでなく、事業主・職場への支援も行うものである。

(2) 障害のある人が仕事に就き仕事を続けるために効果的な支援

最近では、障害者の職場定着・就業継続が大きな課題になっている。これについても、障害者職業総合センターでは2009年に、多様な障害について、障害のある人本人に調査を行い、就職前から就職後の具体的な課題や、その解消・軽減のため

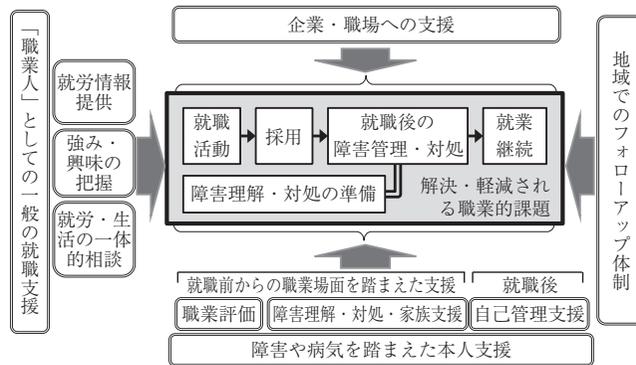
の効果的支援を明らかにしている（障害者職業総合センター 2011）。

その調査では、例えば、精神障害者は「通院の配慮」がない状況で働いていると25%ぐらいしか就業継続できておらず、一方、そのような配慮があるような職場であれば60%近くの人は就業継続ができていたことが明らかになった。病気のことを隠して働いていて「通院の配慮」がないまま働いている人が半分以上いて、さらに、「障害にかかわらない人事方針」「上司・同僚の正しい理解」「コミュニケーションに時間をかける」といったことは実施率が3分の1と非常に低かった。ただし、そういうことができていた職場では就業継続率は60%以上となっていた。

こういうことは、今でいう「合理的配慮」に当たるが、これらのことからわかるように、合理的配慮というのは、最低レベルで問題を予防することであり、さらに、状況を改善していくポジティブな取組みでもあると言える。

(3) 地域のさまざまな分野での障害者就労支援の取組みの現状

障害者就労支援が、いわゆる就労支援機関だけの課題ではなく、保健医療、福祉、教育等との関係分野との共通課題になっているとの認識から、障害者職業総合センターでは2015年に、これら関係分野の支援機関や専門職に対して、広い意味での「就労支援」の取組みとその成果についての実態調査を行った（障害者職業総合センター 2017a）。その結果、近年、さまざまな分野での「就労支援」の取組みが広がっているが、その一方で、それらの関係者には、効果的な障害者就労支援の在り方が十分に普及していない状況であることが明らかになった。効果的な障害者就労支援の在り方は最近に急速に進化したので、関係者や、障害者、企業に必ずしも理解が普及しないまま就労支援の取組みが実施されている状況であり、地域差が大きかったり、支援者の間で温度差があったりと、実際上の問題も噴出していることが明らかになった。



出所：障害者職業総合センター（2017a）。

図 障害のある「職業人」が活躍するための就職前から就職後の課題への効果的な支援

① 効果的な障害者就労支援の特徴

「障害や病気のある人にとっても職業生活・職業人生ということが当たり前」という基本的認識に基づいて、関係分野の強みを活かして地域で役割分担と連携を行い、早い段階から本人と職場の両面から支えていく、そして、就職するためには、就労情報提供や、強み・興味、また、生活と就労の一体的相談支援を行い、就職後も継続的に本人と職場を支援する体制も整える、ということが、効果的な障害者就労支援を実施している地域関係機関や専門職の、基本的認識や取組みの特徴であることが明らかとなった（図）。

② 地域で問題が発生している障害者就労支援の特徴

一方、近年、就労支援を実施していても成果が上がらなかつたり、就職はできて就職後の問題が発生するなどの問題状況が発生している状況も明らかになった。

就職前の支援では、医療や福祉の分野では、古いタイプの本人の訓練を中心とした就労支援で、いつまでたっても「職業準備性」は向上しないし、逆に困り込まれてしまつて、一向に就職活動につながりにくくなつたりしている。

一方、逆に、就労移行支援事業所などでは、近年の企業からの障害者求人増加を追い風に就職成果が上がりやすくなつているので、一見、問題がなさそうな精神障害者や発達障害者を十分な評

価や準備もなく安易に就職させる支援が実施され、これにより就職後の職場定着や就業継続の問題が大きくなつている。

このようなことから、最近では、定着支援・就業継続支援が新たな課題として注目されているが、これは本来、就職前からの支援の結果なのだという事は改めて確認しておく必要がある。また、地域の医療、福祉、教育の関係者も、就職すればゴールと考えやすいが、就職後も継続的に本人と職場を支えていく必要がある、精神障害や難病の就労支援ニーズも増えている。

2 障害者就労支援の制度・サービスの変化

障害者と健常者の区別をなくしていく共生社会の理念、生存・生活・人生の「生活機能」ニーズを中心とした多職種連携、障害者権利条約の批准に伴う合理的配慮提供の義務化と障害者差別禁止は、この20年間の障害者就労支援の制度・サービスを抜本的に変えた認識の進歩であるが、それらはまた上述のような現場の経験やノウハウの蓄積に基づいたものでもある。

(1) 共生社会の理念

今までは「障害者」というと一般にもその実際の姿がよく理解されておらず、とにかく「健常者」とは違う人たちがいて、何か特別な措置が必要、と考えられていた。障害者の就労事例が少ない

中、支援者からは、障害者は仕事をしなくても、年金もあるし、施設で居場所もあるし、それでいいじゃないか、という意見もあった。

しかし、障害のある人が一般で働き、社会参加していく事例が増加していくと、障害のある人も、同じ社会で、学校、仕事、家庭生活、レジャー等、同じような生活・人生ニーズをもって生きる同じ人たちじゃないか。ただ、障害があると、そのニーズを満たすために、個別に配慮や差別是正が必要な場合がある、というだけのことじゃないか、という「共生社会」という認識が一般になってきた。そもそも、就労は、人間が社会的存在として、自分ができるところをやって、ほかのことは他人にやってもらう、それこそ大昔からある、一番、基本的な社会生活場面であり、全く特別なことというわけではない。

障害のある人の経験からしても、仕事というのは、生活費や居場所というセーフガード的なことだけでなく、社会に所属して、貢献して認められ、感謝され、また、自分らしい生き方をする、ということでもあることが明確になってきた。

(2) 就職前から就職後までの職業生活の「生活機能」の支援

かつては、「障害者本人の障害を治す」ために「治療や訓練をするしかない」といういわゆる「医学モデル」での就労支援が主だった。しかし、現在では、障害のある人の就職前から就職後の具体的な一つ一つの困りごとにしっかりと、本人と社会の両面から対応していこう、ということになっている。

例えば、20年前では、知的障害者は一般企業では働けないと考える人が大部分だった。就職前には福祉や教育の分野での支援においては、就職は「究極の目標」であっても就職できる人はほとんどいないのが現実だった。一方、実際に就職している知的障害者もいたが、それは一部の「理解ある」、仕事だけでなく生活も一緒に面倒をみるような「家族的な」企業での、例外と考えられることも多くあった。

それが現在では、全く状況は変わり、一部の理

解ある職場だけに頼るのではなく、慣れない職場にも、ジョブコーチという専門支援者が入って職場環境を変え、また、就職後の生活面については、障害者就業・生活支援センターが支えることで、知的障害者の就労可能性は大きく広がった。そうになると、これまで一般企業では働けないと思われてきた、作業所などにいた人たちが、もっと、一般就業への準備や移行ができるように、就職前から就職後まで一体的な支援が行われるようになってきている。

(3) 障害者の公正な能力評価の前提としての合理的配慮や積極的差別是正措置

日本は歴史的にドイツやフランスと同じく、障害者本人の訓練と「働けない人に就労機会を！」という障害者雇用率制度を中心としてきた。一方、アメリカなどは「障害があっても環境整備や配慮があれば働けるのだから差別は禁止」という社会改善や人権のアプローチをとっていて、ほんの10年前には、これは水と油のような合い入れない考え方とされていた。しかし、平成28年に、わが国でも障害者雇用促進法が改正されて、合理的配慮提供義務と障害者差別禁止が加えられて、日本も、今や、いわゆる医学モデルと社会モデルが統合された総合的なアプローチをとる国になった。

ただ、もともと障害者雇用促進法の一番根本の基本的理念として、障害のある人が能力を発揮できるように、企業が協力して、公正な能力評価をする、ということはある。ただ、それを企業の義務とするためには、企業がノウハウを蓄積して全国に普及するための時間が必要だったという見方もある。

障害者雇用率制度も、「障害者は一般の仕事ができない」から、福祉的で保護的な特別枠がある、というふうに考えられることが多かったが、実際は、多くの障害のある人たちは普通に仕事で活躍しているので、差別的と見られかねない。しかし、例えば、女性管理職の数値目標も「特別枠」だが、それは一般の仕事ができない人の特別枠ではない。同様に、障害のある人も、もっと一般の

仕事で活躍してもらえるようにする、積極的差別は正措置として、経済的インセンティブのついた数値目標が決められている、というふうに捉えなおしていくことも、今後の一般の啓発のためにも重要ではないか。

Ⅲ 「障害があっても仕事で活躍できる」支援のポイント

以上のように、現在の障害者就労支援が、障害があっても無理なく活躍できるような仕事を選んで職場でも個別に調整して、障害のある人の職業生活・人生を地域全体で支えていく、というものに変化してきている。

しかし、最近のわが国の地域関係者の調査で、地域の障害者支援の関係者の多くは依然として、昔ながらの、固定的に「障害者は働けない／企業の負担」ととらえるような古いタイプの障害者就労支援のイメージをもっており、それでは効果的な就労支援の成果が上がりにくいことが明らかになっている（障害者職業総合センター 2017）。その中で、特に、古い障害者就労支援のイメージと、現代的な障害者就労支援を明確に分けるポイントも明確になっている。以下に、そのポイントを紹介する。

1 合理的配慮：個人側だけでなく、個人と職場等との相互作用での問題解決

第1のポイントは、職場での配慮と調整での重要性である。昔は、就労問題は本人の問題と捉えられていて本人の訓練をするしか支援の方法がなかったが、現在では、就労問題は個人と環境の相互作用だと理解されて、ジョブコーチ支援や事業主支援、また、合理的配慮で職場側からも変えていくことで、支援の可能性が広がっている。このため、関係分野でも、就労可能性の判断や支援計画を考えるなら、早いうちから就労支援との連携が必要になっている。

(1) 職場で活躍するための個別調整 障害者権利条約の「accommodation」が「配慮」

と訳されているため、わが国では、この考え方について誤解されやすいようである。今まで、わが国では、障害者支援では「障害者は仕事ができない」ということを前提にして、それを企業も優しく理解して「配慮」する、という発想になりがちだった。その発想の延長線上で、「合理的配慮」が理解されてしまうと、多くの事業所では、いきなり人権を振りかざされて理解や配慮を求められても、「これまでもさんざん配慮してきたのに、これ以上何を配慮するのか。」というような戸惑いがあるという話も聞く。

しかし、「accommodation」の原義は「個別調整」というような意味で、職場での配慮や調整の重要なポイントは、障害のある人も職場で活躍できるように本人とよく話し合っ、個別に配慮や調整をする、ということである。決して、「仕事ができない障害者に人権的に経営面で妥協して配慮する」ということではないことに注意が必要である。

一例として、2009年の重度の聴覚障害者の調査データを見ると、聴覚障害の雇用の歴史は長いので、当然、職場で配慮がされているかと思いきや、実際は、「コミュニケーション」や「人間関係」に問題のあるまま働いている人の方が多いということが明らかになった。一方、「上司・同僚の障害の正しい理解」や「障害にかかわらない人事方針」のある職場では、そんな問題はほとんど起こっていない、ということも分かったが、そのようなよい職場は30%ぐらいしかないと、いう驚くような状況であった。

せっかく雇用していて、ちゃんと配慮すれば「障害があっても問題なく職業人として活躍できる」のに、それを知らず、能力を発揮してもらえないのは雇用主にとってももったいないことではないだろうか。経営者として、『聴覚障害者なのだから「コミュニケーション」や「人間関係」に問題があっても仕方がない』、と決めつけて、本人と一緒に仕事の進め方をちゃんと検討しないことが、障害者差別になったり、企業の社会的責任を果たせていない、ということになるのである。

(2) 障害者と職場のコミュニケーション促進

これまで、精神障害や発達障害、難病など、外見から、障害のことが分かりにくい場合、本当なら、職場にも障害のことを理解してもらって配慮があれば、もっと無理なく働けると考えていても、実際上、希望する一般の仕事などで障害のことを言うと門前払いのような扱いを受けるので、隠さざるを得ない、というまさに悪循環の状況が、当然のようによく聞かれた。

平成28年からは、このような「障害」とか「配慮が必要」とか、いうだけで門前払いすることは就職差別として明確に禁止され、むしろ、企業は、本人とよく話し合っ、必要な配慮も含めて公正な採用や能力評価をすることが義務になった。これは、障害者求人だけでなく、一般求人であっても、障害のある人が応募するときや働くときに、企業の義務になっている。

簡単なことで、問題が解決できるのだったら、障害のある本人と職場がよくコミュニケーションして能力を発揮しやすいように個別に調整していくこと、これが合理的配慮ということである。また、障害や病気にかかわらず、本人の能力を公正に判断して採用や処遇を考えていくことが障害者差別禁止ということである。したがって、これは実は企業の経営向上の取組みそのものだとも言える。

ただ、企業に「合理的配慮は義務だから、とにかくやれ！」とか、障害のある本人も「自分は障害者なんだから差別するな。配慮しろ！」と言われても対応できないので、専門的ノウハウのある就労支援の専門機関が、本人側、企業側の両面で支援していく必要があるのは当然のことである。

2 差別禁止：「障害者」「仕事ができない」という先入観の克服

2つめの、これまで障害者支援では重視されてこなかったポイントは、「職業における強み・興味の重視」である。これまでの障害者支援の専門職からすると、「障害」「できないこと」をまず評価して、それに対して支援する、ということが当たり前になっているので、そうすると、どんな障害

のある人も「問題のある人」「取り柄のない人」になってしまい、「こんな人を雇う企業なんかないだろう」と思いながら支援をすることになってしまいがちである。そのような発想は、個人の尊厳の点で倫理的な問題であるだけでなく、就労支援の成果が上がらないことにもつながってしまうのである。

(1) 「障害者」「患者」ではなく「人」「職業人」

現在もわが国では多くの支援者は「障害者は働けない／企業の負担」という先入観にとらわれ、法定雇用率制度や助成金がないと、企業には障害者を雇用するメリットはない、という発想で固まってしまうがちである。

一例をあげると（障害者職業総合センター2008）、潰瘍性大腸炎という難病のある人では、治療へのちょっとした理解・配慮があれば何の問題もなく働ける人が多く、障害者手帳の対象にならない場合も多くある。ところがこういう人も、医療や福祉場面での支援では、「難病」で「通院やトイレの配慮が必要」なのに、「障害者手帳がない」ということで、企業が雇用するのに何のメリットもない人扱いになってしまうことがある。実際、この例では2年間「就労支援の方法がない」ということで就職できなくなっていた。

それで、ちょうどモデル事業で、ハローワークの相談につながって、そこで初めて趣味などの確認をして、デザインが趣味で、作品も非常にすばらしい、ということが分かった。ちょうど、不動産業者のチラシ制作やウェブ管理の一般求人があったので、作品を持って行って面接すると、ほかに健常者の応募者もいた中で、「ぜひ、この人を採用したい」ということで就職が決まった。その時、「病気で、月1回の通院が必要で、トイレに近い場所で働けるようにしてほしい」というと、「そんなの全く問題ない。お互い様だ。あなたが仕事をしやすいようにするのは、会社の責任だ。」というだけで全く問題にならなかった。

これは、まさに、雇う側と雇われる側がWin-Winの関係になる雇用関係が基本になっているものであり、合理的配慮や障害者差別禁止のよい例

にもなっている。

同じような例が沢山あって、減点法では、病気のある人には、「軽作業」「疲れない仕事」「立ち作業はダメ」「デスクワーク」といった仕事の選び方になりがちであるが、ハローワークの職業相談・職業紹介では、一人ひとりの強みや興味を確認することで、例えば、「昔、写植の仕事をしていたけれど、今は印刷会社もPC作業になって写植の仕事もなくなってしまって、無理のない仕事といっても、ないですよ」という状況で、「印刷の校正の仕事が出ている。写植をやっていたなら校正もできるでしょう」と応募して採用決定。ただ、工場になって体調的につらい、と会社に相談したところ、「この仕事は在宅でもできますから。お願いできますか」ということで、時々、在宅勤務にして安定した仕事ができるようになった、とか、多くの例がある。

(2) 「障害者」を雇うのではなく「障害のある有為な職業人」を雇う企業

最近、地域や業種によっては、なかなか今までのように人が集まらない中、子育てや介護、少し病気があるとか、障害があるとか、多少の事情のある人にも適宜融通して働きやすくして、定着してもらおうようにする、という「働き方改革」の中で、自然に、いわゆる「インクルーシブな雇用」ということになっている企業も多くなっている。

24時間企業戦士のような人しか雇わないという企業よりも、そういう「ホワイト」な企業で働きたいという、若い人や一般の人も増えているようである。

さらに、海外の経営の話では、AIやロボット化、グローバル化で、大量生産時代の金太郎あめ的な採用人事から、各人の強みや興味に着目した人財マネジメントが重要になっている。障害や病気があっても、その人たちの才能を最大限に活かしていくというような、そういういった会社全体の人財マネジメントの一環として取り組んでいく、ということもでてきていて、企業のマネージャーの能力として重視される傾向もあるようだ。

アメリカなどでは、強みというのは、個性のよ

うなもので誰にでもあるものだと考えられている。「障害者」と一くりにせず、一人ひとりのことをよく理解して、適材適所を考えていくことが、企業の人財マネジメント、さらには、障害者就労支援でも重要になる時代になっているといえよう。

3 本人と企業が直面する具体的課題への予防的・早期の専門的支援

この第3のポイントは、障害によって、就職前から就職後までのいろんな場面で、問題が起こって、さらには、こじれにこじれて、退職、失業、生活保護、生活破綻、法的調停、裁判とかになってから、慌てて対応する、というのでは、ご本人も職場も大変になるので、問題の小さなうちに、できれば問題が起こる前から、「職業生活における課題への予防的、早期対応」をしていく、ということである。実は障害者の就労問題には典型的なことが多くあるので、そのような専門的ノウハウを活用していくことで可能になる。

(1) 実際の職業場面での個別課題への対応

基本は、職業生活の中にあるいろんな場面や、仕事に必要なことがあって、それは、職種や働き方によっても、一人ひとり大きく違うのだが、それが、障害や病気によって、どのような影響を受けるのかを考えていくことである。例えば、聴覚障害や発達障害だと、特にコミュニケーションや人間関係に関することで問題が起こりやすいだとか、難病だと健康管理などのセルフケアや規則正しい勤務などが課題になるとか、知的障害だと技能習得や応用、コミュニケーション、そのほかさまざまな課題がでてくる可能性があったりする。

したがって、「この人の職業能力」と一般的に考えるのではなく、あくまで個別の仕事や職場との組み合わせでのアセスメントが基本となる。

就労移行支援事業所などは、企業と協力して、職場実習や作業訓練を実施したりする。これは、実際の職業場面でどんな課題が予測されて、どんな支援をすればよいか、ということの理解を深めていくよい機会だが、漫然と訓練しているだけで

は、せっかくの機会が活かせない。本人の仕事の希望に沿って、いろんな経験をする中で見えてくる課題がある。

就労移行支援事業所や、就労継続支援のA型という雇用契約のある働き方と、もっと訓練中心の雇用契約のないB型という働き方の支援サービスといった、一般企業への就職の前の段階では、「職業準備性」ということが問題となることがある。ただ、よくあるのが、「職業準備訓練」といって単に機能回復訓練や作業訓練、体力づくりしかやっていないのでは、なかなか、実際に本当の職業準備性につながりにくい。

本当に、「職業準備性＝個人の側に職業生活をはじめめるために必要な条件が用意されている状態」になるように支援しようとするなら、どんな仕事が自分に合っているのか、仕事とはどんなものか、試しに仕事をしてみたらどんな課題が見えてくるか、どういう風にすれば希望の仕事で活躍できるのか、企業の情報はどうやって調べるのか、就職面接はどうするのか、企業側とか地域との協力はどうするのか、といったことを、しっかり本人が取り組めるようにして、職業生活との関係づくりをしていく必要がある。

障害のある人には、仕事について、親の仕事とか、テレビで見たとかぐらいしかイメージがない、ということがあったりする。仕事を通して役に立つ、成長できる、ありがとうと言ってもらった、給料をもらった、という経験があるのと、ないのでは、職業準備性が全く異なったりもする。さらに、障害により判断や意思表示が困難な場合もある。言葉で表現できなくても、実際にやってみたら全く興味がないとか、覚えが悪いとか、そういうことは分かるので、職場実習などの選択肢を提供し、最初から、ダメだろうと決めつけるのではなくて、誰もがさまざまなことにチャレンジしては軌道修正して、一人ひとりの生き方を決めているんだから、そういうことも含めて応援していく、ということが、自己決定の支援として重視されている。

(2) アセスメントと支援ノウハウの一体性

いろんな職業場面での経験をして課題や問題が見えてきて、それで「障害のために、できませんでした」で終わるのではなく、そこに支援者が職場側の改善も含めていろんな支援の可能性を提案して試していくことこそが、本当の支援につながっていくので、本人と支援者の「振り返り」が重要になる。

このような職業アセスメントは、企業に説明するときも、「こういう配慮をすれば、必要な仕事は確実にできます」といった、企業に本当に役に立つ信頼性の高い情報にもなる。

このとき、アセスメントする人に障害者就労支援のノウハウがないと、例えば、知的障害のある人は、仕事の覚えが悪くて応用も効かなくて一般の仕事なんかできるわけがない、などと決めつけられる危険性がある。支援のノウハウがあれば、例えば、仕事をマニュアル化して順序だててトレーニングしていく、というやり方をすれば、立派に仕事ができる、という提案も可能になる。したがって、障害者就労支援では、評価や支援の早い段階から、就労支援の専門的ノウハウのある支援者と連携していくことが重要である。

職業アセスメントをする者に就労支援のノウハウがないと、「障害があるのだから一般企業では働けない」ということを認めさせて「障害受容」の支援ということになりがちだが、現在の地域障害者職業センターでの支援では、むしろ「障害と共存しながら自分らしい生き方・働き方をするために」、自分の障害のことを理解して、対処法を考え、職場にも上手に伝えて協力していきましょう、という「障害理解」の支援になっている。

「障害や疾病のある人の就労支援の基礎知識」の43ページから50ページにかけては、調査分析の結果から、さまざまな障害種類について、仕事に就く前から就いた後までの、典型的な職業的課題と、それに対する本人側と職場側の効果的な支援をまとめている。

(3) 就職後を見据えた疾患・障害管理や対処スキル訓練

精神障害や難病では、病気の自己管理が大切になる。これらや、社会生活技能等は、医療や福祉の場で独立して支援が行われることも多いが、これらについても、例えば、仕事に就くと、通院の仕方や治療方法、服薬など、主治医と相談して調整する必要がでてくることが多い。また、社会的スキルの訓練も、実際に、仕事を辞めたり、体調を崩したりしやすい典型的な職場での場面があるので、それを想定した準備が必要となっている。

例えば、本人が、「障害があるから、あれできません、これできません」という態度では、職場の人間関係が原因で離職につながりやすい。「できないこと」にこだわらず、上司に相談するなどして、自分が何が職場に貢献できるか、ということを創意工夫していく姿勢が実は重要ということがある。また、「みんなが忙しそうにしているのに、一人、早く帰りにくい」ということで、結局無理をして体調を崩す人も多くいる。そういう場面で、自分の体調管理を最優先にすることで職場のためにもなるということで、確実にできるようにすることや、そういう時、当たり前のように「帰ります」ではなく、感謝の気持ちを示したり、調子のいいときには、職場の仲間が困っていたら手伝うなど、お互い様の関係をつくる、といったことが、治療と仕事の両立のために重要な対処スキルだったりする。

これらは、うまくやれる人もいれば、うまくできない人もいるのが現状だが、「自己責任」で済ますというより、最近では、そういう典型的な課題には、専門的な助言や支援により、本人も企業もよりスムーズで予防的な対応ができるような支援が目指されている。

4 個別の職場開拓・職業紹介

保健医療、福祉、教育等の関係分野の支援者には、ハローワークの支援の専門性が理解されていないことが多いが、この第4のポイントは「仕事や職場とのマッチング支援（職業紹介、職場開拓）」は、ハローワークが中心となる。

一般に地域関係者は、障害者雇用について、企業に障害者求人を出してもらって、それに対して、なるべく障害の軽い障害者を順番に紹介する、という昔ながらのイメージで捉えていることが多い。しかし、これだけでは、企業も、別に個々の障害のある人の状況が分かって障害者求人を出しているわけではないし、また、これでは、障害の重い人はいつまでたっても職業紹介の対象になれなくなってしまい、効果的なマッチングが困難である。

そこで現在では、ハローワークなどが企業を訪問して、もっと個別的に、企業側の職場開拓も含めて、各人のできることと、職場の人財ニーズを個別にマッチングして、企業の相談にものっていくというような支援が行われている。

そもそも、就労支援の基本中の基本は、職業場面では、職種や働き方が多様・個別だから、一人ひとりの能力との組み合わせで無限の可能性がでてくる、ということである。それは、若者、女性、外国人、高齢者などの、いろんな事情のある人の職業相談や職業紹介と同じで、障害や病気のある人であっても同じである。ハローワークは地域のさまざまな仕事や人材ニーズを知っていて、職場側にもアプローチできる、という強力な専門性があり、これを有効に活用することが重要である。

例えば、あまり仕事の経験のない人への新たな求人を開拓する手法として、実際の職場を訪問して全体的な仕事の様子話を聞いて、初級レベルの仕事を給料の高い人たちがやっている、というようなことが分かれば、そういう仕事を集めて新しい一つの仕事を作ることによって、会社全体の生産性をより高められる、というようなことがある。

また、就職活動は、障害のある人と企業のお見合いのようなものなので、両面から支援して、コミュニケーションがうまくいくようにしたり、面接だけで決めるのではなく、3カ月くらい一緒に働いてみて、お互い理解してから本採用につなげるとか、さまざまな専門的支援がある。

5 多分野連携・チーム支援

第5のポイントの「医療、生活、就労の複合的ニーズへの多職種連携」について、これが分野別の縦割りになっていると、例えば、精神障害者の支援などで、治療も順調で、就職も成功した。ところが、仕事に就くと体調を崩して、いつの間にか仕事を辞めて、ホームレスになって病院に戻ってきた。というようなことが起こってしまっ、「やっぱり就労は無理か」ということになりがちである。

したがって、効果的な就労支援ができていない地域というのは、さまざまな分野の支援者が、「インフォーマル」な「顔の見える関係」を作って、情報交換をしあったり困ったときに助け合ったりして支援していることが多いことが明らかになっている。ただ、これはインフォーマルなものだから、あの地域ではうまくいっているが、この地域ではうまくいかない、とか、今までうまくいっていた地域が、担当者が人事異動になったら突然ダメになった、ということになりやすい。そこで、現在では、もっと、このような多職種での個別的、継続的な支援をフォーマルな形で実施する動きが各分野で活発になっている。

例えば、全国のハローワークでは、「チーム支援」ということで、就職前から就職後まで、障害のある人一人ひとりの状況に合わせて、多職種チームで、個別的、継続的に支えるという取り組みを行っている。

6 ナチュラルサポートの維持

最後、第6のポイントは障害のある人が就職して、うまく仕事もできて、職場の人も認めてくれていて、就労支援大成功、となっても、それで終わりではないということである。そういう一見、自然で、うまくいっている状態は「ナチュラル・サポート」といって、実は、仕事内容や職場の配慮や本人の状態とかが、絶妙に調整されていることが多くて、ちょっとしたことで崩れやすいものなので、「就職後の本人と職場のタイムリーな相談対応」が重要になる。

一旦、うまく就職できて、その後、就業継続

ができなくなる危機的状況にも、実は典型的なものも多くて、就職直後の業務調整の行き違い、業務の変更や上司・同僚の異動、体調変動、家族状況の変化、加齢など、そういうときに、本人や職場は困ってしまって、ちゃんとフォローアップ体制がないと、知らないうちに辞めてしまっていた、ということがよく起こっている。

IV 共生社会に向けた障害者就労支援の分野横断的課題

以上、述べたように、共生社会に向けて、関係分野の機関や専門職も含む役割分担や連携によって、治療・暮らし・キャリア・就労の総合的支援の可能性を広げることが可能であると考えられる。しかし、現在は、地域関係機関・専門職のインフォーマルな取組みからよりフォーマルな地域支援体制の整備と専門職育成が課題となっている段階であり、分野や専門職によって価値観や支援の優先順位が大きく異なる中、これは決して小さな課題ではない。その一方で、国内外の動向には、障害者支援の社会保障政策の改革に波及する分野別の縦割りを超えた共通理念の明確化の萌芽がみられる。

最後に、今後の障害者就労支援への多分野連携において、認識のずれが生じやすいために、特に共通認識として確認しておく必要のあることをまとめる。

1 企業の社会的責任（CSR）の意義の再確認

なぜ、障害のある人は一般就業をすることが望ましいのか。その理由は、障害のある一人ひとりが活躍できて報酬も得られる仕事ができるようにするためには、企業の経営力が不可欠だからである。障害があろうがなかろうが、そもそも雇用関係というのは「労働者の能力・興味と企業ニーズが合致して、生産に貢献し、報酬を得る」というものである。

「社会的責任（CSR）で障害者雇用をしています」、というのも、ただ雇っているだけでいい、という時代ではなくなっている。「障害者は生産性

が低いから一般雇用は無理」というのは話が逆で、職業の個別性・多様性と、障害者の能力を結びつける要となるのは企業の経営力（マーケティング、商品開発、販売、雇用管理、人財・組織マネジメント、財務等）である。

地域支援者も、障害者支援だけでなく、発想を転換して、企業に経営力を発揮してもらうために、企業のニーズを理解して、障害のある人が活躍してWin-Winの雇用関係を築けるように企業や職場を支えていくことが重要になっている。

企業は、最低賃金以上を支払う必要があるもので、それ以上の生産性がない人を雇い続けることはできないので、昔なら、「それじゃあ、そういう人たちは福祉の場で」となっていたが、現在では、障害があっても、生産性を高くする方法はさまざまにあるので、そのようなノウハウの普及を進めていくというのが、福祉でも労働でも共通した課題となっている。

2 治療・暮らしと就労の総合的支援、働き方改革

障害者は仕事についても生活面の問題が大きいので企業では面倒を見られない、だから、そういう障害者には「まず生活支援」という話もある。しかし、現在では、「仕事に就いた後の生活の問題があるなら、仕事と生活を一体的に支援すればいい」ということで、福祉施設の多くが、障害者就業・生活支援センターなどの支援も行うようになっている。

さらに、精神障害や難病では、仕事に就くと治療との両立が難しくなるので、就労はしない方がよい、ということが医療関係者や企業からも言われることがある。これについても、むしろ、仕事内容や職場配慮、本人の対処スキルによって、医療機関と職場がもっと協力していけば、仕事と治療の両立が可能となることも明らかになってきている。

このように、障害や病気に限らず、仕事に就き仕事を続ける上で多少の支障を抱えている人たちは多い。例えば、慢性疾患の増加により、現在では、がん、脳卒中、メンタル疾患、糖尿病、その

ほかの慢性疾患の治療を続けながらの職業生活との両立支援が大きな課題となっている。さらに、子育て、介護、妊活等、多様な事情のある人たちも働ける社会づくりの取組みとしての働き方改革もある。

このような企業環境や働き方の大きな変化を追い風にすることにより、障害者の生活支援や医療とのより効果的な連携もさらに重要となると考えられる。

3 総活躍社会、人づくり

グローバル化や情報化の急速な発展によって、従来の大量生産時代の「職業人」観はもはや通用しなくなりつつある。健康者でも職業スキルが急速に陳腐化する社会において、継続的な職業訓練、新たな仕事の創出、失業なき産業構造転換等は、わが国だけでなく、世界的な課題である。そのような状況では、「障害や病気によって仕事に就けない」ということは、もはや問題とすら言えなくなる可能性がある。

教育分野で、一人ひとりの強み・興味を活かせるようにとキャリア支援を行うが、従来、就職先が実質的に「障害者の適職」に限定されたり、また、福祉作業所などで、誰も同じ障害者向きの作業内容で、それを延々何年も続けて、工賃も低いと全くキャリア支援にならないことがあった。本来、キャリアというのは、社会との関係の中で活かし活かされる関係をつくる、ということなので、一人ひとりが活躍できるための社会づくりが課題となる社会では、教育分野のキャリア支援や職業訓練との連携はますます重要となると考えられる。

ロボット化や人工知能、情報通信技術等により、身体障害、知的障害、精神障害等があっても働ける可能性が高まる一方で、新たな課題が生じる場合もある。発達障害者については、欧米では異能のある人としてその活用が先進企業の人財マネジメントの課題となっている。

4 「援助付き就業」による障害者支援改革

本稿で紹介したような、障害者就労支援の取組

みは、国際的には「Supported Employment」(援助付き就業)と呼ばれる(障害者職業総合センター2017a, c)。これは、1980年代の米国から始まり、わが国では2000年代から本格化し、世界的にも2017年に第一回「Supported Employment」国際会議が48カ国680名の参加で開催された。この国際会議では、「Supported Employment」は、多様な事情のある人たちにインクルーシブで、どんな障害があっても一般の仕事で活躍できるように本人と企業の両面から支える取組みであり、障害者権利条約の働く権利を実現し、多様化し変化の激しい社会において、本人にも雇用企業にも社会全体にもよい新たな社会制度や専門的支援につながるものと多くの国の関係者から期待されていた(春名2017)。

米国では、現在、連邦政府、州政府、支援者団体、障害当事者団体が一致して、「Employment First」の合言葉で、従来は、まず、医療や生活の自立のための支援が必要で、それができて初めて就労支援を考える、ということだったのを、「そうではない。誰にもまず就労支援を行うことで、一番効果的に社会参加や自立の支援になる」という改革を進めている(障害者職業総合センター2017a)。方向性としてはわが国の障害者自立支援法や障害者総合支援法とも共通してとも言えるが、米国での強調点は、効果的な障害者就労支援である「Supported Employment」の基本的な理解が関係者に必要である、ということである。そのため、「Employment First」の中心的な取組みは、関係分野が分野を超えた共同学習を行ったり、制度改革や専門職教育・研修に取り組んだりすることである。

わが国では、就労支援分野において制度やサービスの整備が先行したが、実際に関係分野での障害者就労支援は地域での関係者同士の顔の見える関係によるインフォーマルな取組みが重要となっていることが多い。今後、わが国では、そのようなインフォーマルな取組みと、フォーマルな障害者支援制度やサービス、専門職教育とのズレについても明らかにし、よりフォーマルな形で効果的な治療・暮らし・キャリア・就労の総合的支援が

実現できるような取組みも必要と考えられる。

V おわりに

障害者就労支援の経験の蓄積により「障害があっても働ける」という新たな認識が高まり、「働けるようにする支援」を前提とし、障害者の職業生活・人生を当然のこととして社会全体で支えていくためのノウハウ蓄積が企業や支援者において進み、これにより障害者就労支援とは、職務や働き方の個別性・多様性、個人の能力と社会ニーズを結びつける経営力を効果的に活用し、障害者・家族、企業、社会のすべてに益となる取組みとなっている。

これは、就職前から就職後の職業生活・人生の個別ニーズに対応し、どんな障害があっても、本人の能力の発揮を支援するために、本人と職場の両面への支援を多職種で社会全体で支えるものである。

現在のわが国では、このような障害者就労支援は、地域関係機関・専門職のインフォーマルな取組みにより成立していることが多いが、海外動向を踏まえると、これは、障害者支援の社会保障政策の改革に波及しうる萌芽とみなせるものである。よりフォーマルな地域支援体制の整備と専門職育成に向けて、各地域における各分野の専門性・資源を活かした、具体的な役割分担や連携の在り方の検討が重要である。

文献

WHO世界保健機関(2001)「ICF国際生活機能分類」(日本語訳 中央法規出版2002)。

障害者職業総合センター(2002)「障害者雇用に係る作業・職場環境改善等に関する調査-障害者雇用の職場環境整備の現状とその効果の検証」資料シリーズNo.27。

————(2005)「職業的視点から見た障害と地域における効果的支援に関する総合的研究」調査研究報告書No.67。

————(2008)「地域における雇用と医療等との連携による障害者の職業生活支援ネットワークの形成に関する総合的研究」調査研究報告書No.84。

————(2011)「障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究」調査研究報告書

No.100。

———— (2017a)「保健医療、福祉、教育分野における障害者の職業準備と就労移行等を促進する地域支援のあり方に関する研修」調査研究報告書No.134。

———— (2017b)「障害や疾病のある人の就労支援の基礎知識～誰もが職業をととして社会参加できる共生社会に向けて」。

———— (2017c)「援助付き就業ハンドブック」。

春名由一郎 (2017)「第1回「Supported Employment」国際会議に参加して」『第25回職業リハビリテーション研究・実践発表会発表論文集』, pp.196-197。

(はるな・ゆいちろう)

Disability Employment Policy in Japan for Employment for All - Cross Sectional Challenges

Yuichiro HARUNA *

Abstract

Disability employment policy, system and services in Japan and attitude among employers have drastically changed in these two decades, making 'Employment for All' realistic social goal. However, the change is not necessarily recognized in other disability fields such as medical, welfare or education. This paper identified the most unrecognized three points; (1) Evidence of workability despite of disabilities and according system and service reform, (2) Points of supports to realize active workers with disabilities, and (3) Cross sectional challenges to realize Employment for All. The changes in Japan have not necessarily been driven by formal laws or system, but informal human relationship among supporters and professionals in each community. Like other countries, these changes have potentials for total reformation of disability social security policy.

Keywords : Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Reasonable Accommodation, Disability Employment, Supported Employment, Multi-Sectional Cooperation

* Principal Investigator National Institute of Vocational Rehabilitation

特集：障害者施策をめぐる課題

障害者の人口構成の変化と雇用拡大への課題
——特例子会社調査による実証研究——

駒村 康平*1, 荒木 宏子*2

抄 録

障害者雇用の義務化から40年を経た今日、国内の障害者の労働市場は大きな構造変化の渦中にある。制度発足より雇用者の大部分を構成していた身体障害者は、高齢化に伴い生産年齢世代の減少が始まり、一方で、知的、精神障害者の労働市場への参加は急増している。従来、日本の障害者雇用政策は、法定雇用率による割当雇用制度、いわば量的拡大を基軸とした施策運営が進められてきた。本稿は、マクロ統計及び特例子会社を対象とした独自調査の分析を通して、国内の障害者の年齢、人口、障害種別構成の現状を確認し、今後の人材確保における課題を明らかにする。さらに、特例子会社データを用いた計量分析により、障害者の高齢化に伴い生じる諸問題の発生要因や、高齢障害者の就業継続環境の整備の状況、さらに、精神障害者を多く雇用する企業の特性を検証する。これら結果を踏まえ、量から質への障害者雇用施策の転換、及び、広く就労困難者をカバーする制度に向けての提案を行う。

キーワード：障害者雇用，高齢化，精神障害者，割当雇用制度，特例子会社

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.484-497.

Ⅰ はじめに

1976年、障害者雇用促進法の前身である身体障害者雇用促進法改正により、現行の納付金制度を伴う割当雇用制度（法定雇用率制度）が発足してから40余年が経過した。事業主に対し、従業員に占める一定割合の「身体障害者」の雇用義務を課すことから始まったこの制度は、対象となる障害種別の拡大、義務の対象となる事業所群の拡大を経て、今日までわが国の障害者雇用の量的拡充策の柱として機能してきた。段階的な法定雇用率の

引き上げ（発足時1.5%から2017年現在は2.0%）に牽引される形で、1977年において約128千人（実人数約113千）であった民間企業雇用障害者数は、2016年には約474千人（実人数約387千）に、実雇用率は1.09%から1.88%へと量的拡大を続けている¹⁾。

さらに、2006年に国連で採択された障害者権利条約への批准に向け、2013年には障害者雇用促進法の大規模な改正が行われ、事業主に対する障害者への差別禁止及び合理的配慮の提供を義務づける規定が盛り込まれた。今後は、雇用率制度と差別禁止制度の、言わば量と質の両アプローチによ

*1 慶應義塾大学経済学部 教授

*2 近畿大学経済学部 専任講師

¹⁾ 雇用者数、実雇用率ともに、厚生労働省「障害者雇用状況報告」（各年6月1日時点値）の集計値である。

り、更なる障害者雇用の拡大が期待される気運が政策的にも社会的にも盛り上がりつつある。

その一方で、障害者雇用の義務化から40年を経て、国内の障害者の労働市場は大きな構造変化の渦中にある。制度発足より雇用者の大部分を構成していた身体障害者においては高齢化に伴い生産年齢世代の減少が始まっている。一方で、知的障害者、精神障害者の労働市場への参加は急増している。

折しも、2013年の法改正により、精神障害者を算定基礎に含めた法定雇用率の引き上げが、2018年(平成30年)4月から段階的に行われることが決定した。本研究は、目前に迫った法定雇用率の引き上げを控え、国内の障害者人材の人口構成の確認、及び、それを踏まえた今後の一般雇用拡大に向けての課題を、マクロ統計や特例子会社を対象とした独自調査の分析により検証するものである。

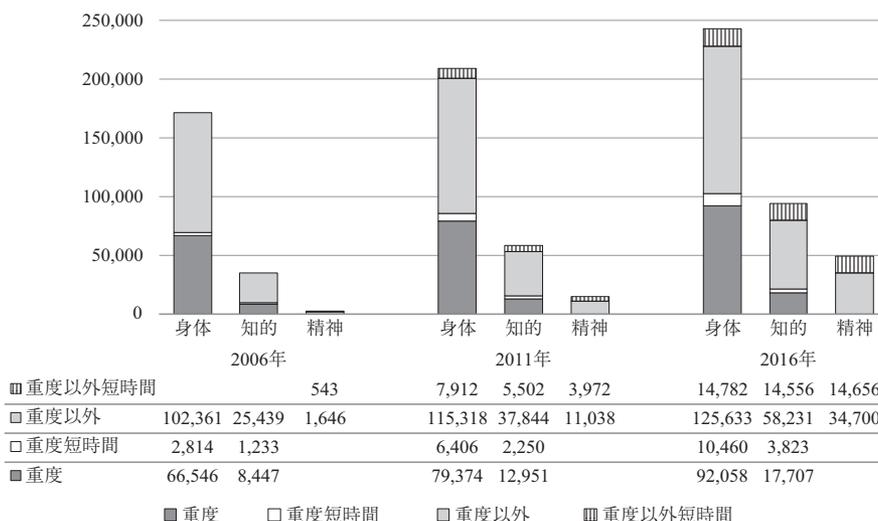
まず、続く第2節では、マクロ統計を用いて、わが国における障害者の年齢、人口、障害種別構成の変化を俯瞰し、今後の人材確保における課題を確認する。続いて第3節及び第4節では、特例子会社を対象とした独自調査の統計的分析を行い、障

害者の高齢化に伴い生じる問題の発生要因や、高齢障害者の労働環境の整備の現状、また高齢、精神障害者の雇用環境に優れた会社の特性の検証を行う。これらを踏まえ、最終節では、量から質への障害者雇用施策の転換と障害者雇用から漏れ落ちている就労困難者もカバーした制度に向けての提案を行う。

II 障害者の人口構成の変化と雇用拡大

本節では、マクロ統計を用いて、生産年齢世代の障害者の人口構造(年齢、障害種別など)の変化などを捉え、今後の雇用拡大に向けた課題を確認する。

現行制度は法定雇用率に相当する割合の障害者の雇用を義務付けるものであり、雇用した障害者の種別は問わない。よって、原理上は、従来、身体及び知的障害者を雇用してきた企業が、既存の雇用者に比べ症状や職能についての理解の進んでいない精神障害者を雇用せずとも法定義務を果たすことはできる。しかし、2018年の雇用率引き上げを前に、近年すでに精神障害者の雇用は急速に拡大している。



出所：厚生労働省「障害者雇用状況報告」より筆者作成。

図1 民間企業における身体、知的、精神障害者雇用数(2006年～2016年)

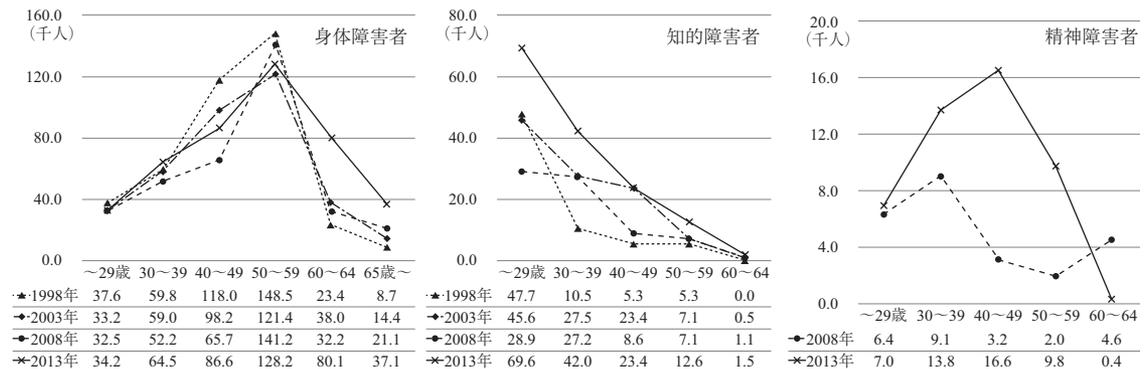
図1は民間企業における、過去10余年の障害種別の雇用数を示している。全民間企業においては、身体障害者雇用数は2006年の約172千人から2016年には約243千人へ約40%の増加、知的障害者雇用数は約35千から約94千人（約2.5倍）、精神障害者雇用数は約2千から約49千人（約25倍）に増加している。さらに、特例子会社の同時期における知的障害者、精神障害者雇用数の伸びはさらに顕著であり、それぞれ、約4.7倍（2,054人から9,734人）、約60倍（50人から2,997人）に拡大している。民間企業が精神障害者雇用を拡大する要因として、1. 企業の社会的責任の見地などから、社会的公正性、倫理性、人権等に配慮し、障害種類の別ない雇用の場を提供する、という、いわば自主的な取り組みの浸透もあるだろう。しかし、より現実的な要因として、2. 身体障害者の高齢化などの人口構成（年齢、種別）の変化により、精神障害者の雇用拡大なくして、雇用率を達成できなくなりつつある労働市場の現状が推察される。特例子会社はまとまった数の障害者を雇用する必要により迫られるため、労働市場の影響を受けやすいことが考えられる。

続いて、現在企業に雇用されている障害者の年

齢構成について確認する。図2は、1998年、03年、08年、13年における民間企業の身体、知的、精神障害者雇用者を10歳階級毎に図示している。身体障害者については、50～59歳まで、年齢階級が高いほど雇用者が多い。さらに、最新の2013年調査においては、高齢者雇用安定法改正などの影響もあってか、60歳以上雇用者も大きく増加している。その一方で、1998年に比べ、40、50代の雇用者数は減少しており高齢化の進展が確認できる。また、知的障害を持つ雇用者は若年（20、30代）に集中しており、精神障害者は30、40代を山に生産年齢世代に広く分布していることが分かる²⁾。

続いて、潜在的求職者である有効求職者、生産年齢世代の人口構成を確認したい。

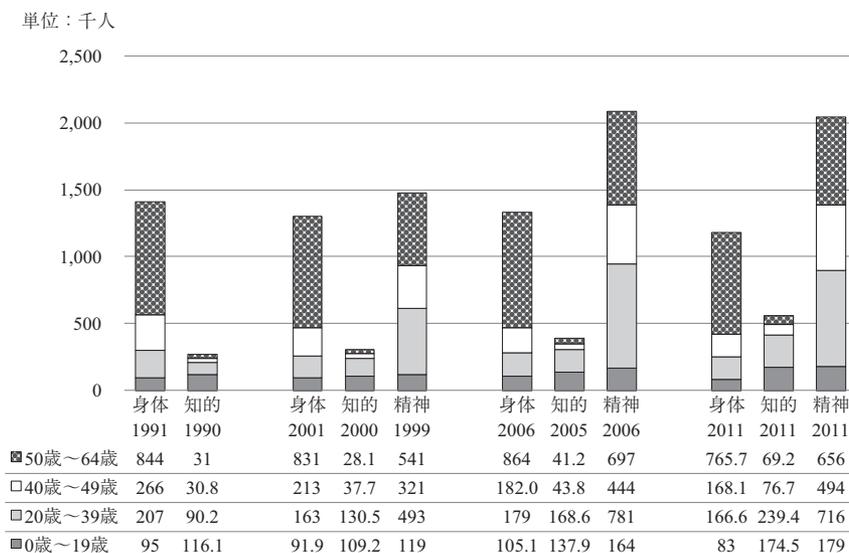
図3は90年代初期から2010年代初期までの、障害種別の65歳未満人口を年齢階級別に示したものである。1991年に約1412千人であった身体障害者の65歳未満人口は、2011年には約1183.4千人となり、約228.6千人減少している。一方で、知的障害者は同期間に約268.1千人から約559.8千人へと、約291.7千人増加している。さらに精神障害者の増加はこれを遥かに上回り、1999年から2014年にかけて約944千人の増加である。さらに、20歳



出所：厚生労働省「障害者雇用実態調査（平成10年、15年、20年、25年）」より筆者編集。

図2 年齢階級別身体・知的・精神障害者雇用者数（10歳階級）

²⁾ 三障害ともに、雇用者の多い年齢階級は障害の発生年齢の多い年齢階級に重なる。厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査（平成23年度）」よれば、65歳未満の身体障害者手帳所持者の障害発生は、0～9歳を超えると減少し、20代以降再び増加に転じ加齢とともに発生が増える。一方で、療育手帳所持者の障害発生年齢は、出生時周辺と見られる0～9歳に極めて集中し、精神障害者保健福祉手帳所持者については、20代、30代、40代での発生が多い。



出所：厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査（平成23年度）」「身体障害児・者実態調査（平成18年度、13年度、8年度、3年度）」「知的障害児（者）基礎調査（平成17年度、12年度）」「精神薄弱児（者）基礎調査（平成7年度、2年度）」「患者調査（平成26年度、23年度、20年度、17年度、14年度、11年度）」より筆者作成。

図3 障害種別の65歳未満人口（年齢階級別）⁴⁾

～49歳までの比較的若い世代の人口に着目すると、2011年において、身体障害者334.7千人、知的障害者316.1千人、精神障害者1210.0千人と、精神障害者の生産年齢世代の圧倒的な層の厚さが伺える。ただし、次節でも議論するが、上記、厚生労働省「患者調査」による精神障害者の内、現行の法定雇用率制度の対象となる手帳所持者は一部であることには留意を要する。2011年において、65歳未満の精神障害者総数は約2045千人であるのに対し手帳所持者は約418.6千人、20歳～49歳の手帳所持者は約250.1千人と、現在の精神障害患者における手帳所持率は約20%程度である。ただし、手帳所持者のみで比較しても、昨今の精神障害者の労働市場参加は既に身体障害者を上回る。実際に、厚生労働省『障害者の職業紹介情報等』によれば、2016年におけるハローワークの有効求

職者件数は、身体障害者89,797人、知的障害者43,343人に対し、精神障害者は97,913人に上り、現手帳所持者の内においても、労働市場で最も層が厚い障害種別は精神障害である³⁾。

以上、障害者の人口構造の変化を踏まえ、今後の更なる雇用拡大に向けて次のような課題が推察される。まず、法定雇用率は、障害者である常用労働者及び失業数を、一般労働者及び失業数から除外率相当労働者数⁵⁾を除いて計算した値を基礎とする。一方で、実雇用率は、概して言えば、法定雇用率の分子、分母から双方の失業者数を除いたものと考えることができる。すなわち、一般の失業者よりも相当に高い確率で、障害者失業者が職を得ない限り、実雇用率は法定雇用率に近づかないため、雇用の量的拡充には、現在職を得ていない生産年齢層の障害者の就業率の向上、現雇用

³⁾ 就職件数も精神障害者が最も多く、41,367件であった（身体26,940件、知的20,342件）。

⁴⁾ 精神障害者の数は、「患者調査」ICD-10の「V精神及び行動の障害」から知的障害（精神遅滞）を除いた数に、てんかんとアルツハイマーの数を加えた患者数に対応している。

⁵⁾ 障害者の就業が一般的に困難であると認められる業種について除外率を設定し、除外率を乗じた労働者数を控除している。

者の雇用継続，定着が欠かせない。

マクロの人口構成の変化も手伝い，身体障害者の高齢化及び生産年齢人口実数の減少は今後も継続することが推察される。今後高齢者雇用の拡大は見込まれるものの，健康状態に不安や問題を抱える高齢障害者の雇用が，一般雇用者よりも高い割合で増加することは考えにくい。よって，実雇用率の算定において，身体障害者雇用者数の変化は負の影響を与えることが推察される。その穴を埋めるのは，知的障害者及び精神障害者に外ならず，とりわけ，生産年齢層が厚く求職者の多い精神障害者の雇用促進は，今後の障害者雇用の量的拡充に必要不可欠であろう。しかし，障害種別や症状により，障害者の職能や適性は多様性に富む。今後，民間企業が，障害者の人口構成や法制度の変化に伴う職能や適性の多様化に対応し，雇用の場を拡大し続けるために，どのような対応，対策が求められるであろうか。次節では，特例子会社の独自調査データを用いて考察したい。

Ⅲ 特例子会社独自調査データを用いた，高齢障害者の雇用継続に向けての課題の検証

1 特例子会社への独自調査データ

本節では，筆者らが実施した特例子会社への独自調査データの分析を通して，障害者従業員の高齢化の現状と就労継続への課題，及び精神障害者の雇用促進への課題を考察する。

「脳機能に関する障害および障害者の加齢に関する就労状況調査⁶⁾」(以下，「本調査」と呼ぶ)は，2016年4月に，同時期に住所が明らかであった特例子会社405社を対象に，郵送での調査票配布，回収により実施した。有効回答数は125社，回収率は30.9%であった。主要な調査項目は，(a) 会社

の基本属性，(業種，企業規模，設立時期，親会社の基本属性など) (b) 障害者の雇用状況(障害種別の人数，雇用形態，仕事内容，給与など) (c) 障害者の加齢に関わる情報(加齢による問題の有無，加齢による問題が深刻な障害種別，高齢労働者の雇用環境，就労困難への対応など) (d) 高次脳機能障害及び認知症を持つ従業員の雇用状況，雇用対策の有無や準備などである。

1976年の身体障害者の雇用義務化と共に始まった特例子会社制度は，大企業における障害者雇用拡大の一翼を担ってきた。特例子会社はその設立趣旨上，常にある一定規模以上の障害者を雇用する必要がある。故に，設立時，法定雇用率の引き上げなど制度変更時，親会社の吸収合併などによる事業改編時といった都度に，その時々障害者労働市場の影響を強く受ける。制度発足より40余年が経過する中で，初期設立企業の一部では従業員の高齢化に伴う課題が指摘され，一方で，新しい企業群ではいち早く精神障害者雇用の必要に迫られてきた。今後の障害者雇用拡大に向けた課題を，障害者労働市場の縮図ともいえる特例子会社の現状を通して確認したい⁷⁾。

2 特例子会社における従業員の中高齢化による諸問題と対策

(1) 従業員の中高齢化の現状と加齢により発生する諸問題

表1は，回答企業における常用雇用障害者に占める40歳以上の常用雇用障害者の割合，同じく50歳以上割合，そして，社内の予測平均年齢(加重平均値)⁸⁾を示している。40歳以上の常用雇用障害者の割合は平均で31.5%，50歳以上で11.6%，予測平均年齢の平均値は34.4歳であり，比較的若い世代の障害者を雇う企業が多いことが推察され

⁶⁾ 本調査は厚生労働科学研究事業「若年性認知症と高次脳機能障害者の社会保障のあり方に関する調査研究」(研究代表者：筑波大学 八重田淳，分担者：駒村康平)の一貫として実施したものである。

⁷⁾ 紙幅の都合上，本稿分析に直接利用しない集計結果については掲載を省略するが，回答企業の72.4%は2000年以降認定の比較的新しい特例子会社であり，おおむね全国の特例子会社の傾向に近い。障害を持つ常用雇用者数の平均値は39.4人。障害種類・症状別には，知的障害者の雇用が最も進んでおり，92.0%の会社が知的障害者を一人以上雇用し，平均雇用者数も19.96人と最大である。続いて，肢体不自由(平均6.69人)，精神障害(平均6.52人)，聴覚障害(平均3.17人)を持つ障害者の雇用が進んでいる。そのほかの集計結果などは筆者まで問い合わせ頂きたい。

表1 障害を持つ常用雇用者のうち40歳・50歳以上割合及び、予測平均年齢

| | 40歳以上割合 (%) | 50歳以上割合 (%) | 平均年齢 (歳) |
|-------|-------------|-------------|----------|
| 有効回答数 | 124 | 124 | 124 |
| 平均値 | 31.5% | 11.6% | 34.382 |
| 標準偏差 | 21.7% | 13.8% | 6.145 |
| 最小値 | 0.0% | 0.0% | 18.000 |
| 最大値 | 86.4% | 75.0% | 51.091 |

出所：筆者ら作成。

る。ただし、最大値に着目すると、40歳以上割合の最大値が86.4%、50歳以上割合でも75.0%、平均年齢は51.1歳と、一部企業では、常用雇用している障害者の中で、かなりの高齢化が進行している様子が伺える。なお、本調査では障害種別ごとの年齢構成を確認できない。そこで、各企業の障害者従業員総数に占める身体・知的・精神障害者数の割合と予測平均年齢の相関係数を調べた。その結果、身体障害者の割合が高い企業で平均年齢が高く（身体障害者割合と予測平均年齢との相関係数は0.5963）、知的障害者の割合が高い企業では平均年齢が低い（知的障害者割合と予測平均年齢との相関係数は-0.5466）。マクロの労働市場における傾向に一致する。

それでは、実際に、加齢は就労上のどのような問題の要因になりうるのだろうか。まず、「貴社で働く障害者の加齢によって、下記のような就労上の問題は起きていますか？（複数回答可）」という質問に対し、選択する企業が多かった問題は、「集中力、注意力の低下」（回答125社中、35.2%にあたる44社）「その他、加齢や障害進行による体調悪化による職務遂行の困難」（40社、32.0%）であり、いずれも3割以上の企業においてこれらの問題が発生している⁹⁾。ただし、これら問題が発生

している場合に1、発生していない場合は0を取る二値変数と、各企業の予測平均年齢との相関係数は、0.0177、0.0417であり、単純に、障害者従業員の平均年齢の高さと、これら問題の発生確率とに正の相関はない。障害者の「加齢」の進み具合は、個人（障害の種類やそれぞれの症状、特性）によってかなり差異があり、年齢の数値の高さと、加齢による問題発生の頻度を平均的に紐付けることが難しいことが分かる。そこで、回帰分析により、各企業内における障害者の障害種類の構成を踏まえた年齢増加の影響を分析する。

表2は、各企業における障害者従業員の平均年齢及び社内の障害者従業員内における各障害種別の構成割合が、加齢による問題の発生に及ぼす影響をlogit分析により検証した結果である。被説明変数は、図11に取り上げた加齢による就労上の問題より「その他、加齢や障害進行による体調悪化による職務遂行の困難」「集中力、注意力の低下」について、「有る」と回答した場合には「=1」、 「無い」と回答した場合には「0」を取る二値変数を採用した。説明変数には、各企業の「障害者従業員の（予測）平均年齢（歳）」、各企業の全障害者従業員に占める「身体障害者従業員割合」「知的障害者従業員割合」¹⁰⁾及びそれらと「障害者従業員平均年齢」との交差項を加えた。また、助成金や支援制度活用効果を見るため、各種障害者支援制度の活用状況を尋ねた質問で、「何も活用していない」と答えた場合に「=1」を取るダミー変数を加えた。そのほかのコントロール変数として、各特例子会社の基本属性や親会社等との関係を表す変数として、「（全従業員に占める）障害者従業員比率」「親会社株式保有割合 (%)」「従業員総数（人）」¹¹⁾「雇率算定におけるグループ適用会社有（=1）

⁸⁾ 本調査では、障害者の常用雇用者の年齢構成について、10歳階級毎の人数を（20歳未満、20歳～29歳、30歳～39歳、40歳～49歳、50歳～59歳、60歳以上）を質問している。本稿における「平均年齢」とは、各階級の「人数×中位値」の合計を総人数で除した予測平均年齢値を指す。

⁹⁾ 回答選択肢は12あり、この内何らかの問題を選択した企業数は70.4%（88社）にのぼる。大部分の特例子会社において、障害者従業員の加齢による何らかの問題が認識されている。

¹⁰⁾ 「身体障害者従業員割合」「知的障害者従業員割合」「精神障害者従業員割合」は合計で必ず1となる。よって、完全多重共線性を避けるため、「精神障害者従業員割合」をレファレンスグループとして推計式から外している。

¹¹⁾ そのほか、事業規模を表す変数として、「前年度売上」「資本金」などを制御した推計も行ったが、主要な結果に差異はなかった。これは、以降の分析表3、表4についても同様である。

表2 従業員の高齢化と障害種別構成が、加齢による問題の発生に及ぼす影響

| 被説明変数 | 体調悪化による職務遂行の困難 | | | 集中力、注意力の低下 | | |
|---------------|------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 障害者従業員予測平均年齢 | 0.6764** (0.3160) | 0.6765** (0.3205) | 0.4935 (0.3132) | 0.6293** (0.3029) | 0.6378** (0.3095) | 0.6506** (0.3032) |
| 身体障害者従業員割合 | 19.2339* (11.5461) | 18.3167 (11.7623) | 10.9061 (11.6560) | 22.7069** (11.3371) | 24.0337** (11.6350) | 24.9548** (11.3212) |
| 知的障害者従業員割合 | 23.8339** (11.4872) | 23.8212** (11.7273) | 18.5378 (11.2852) | 22.7775** (10.8963) | 23.1165** (11.2854) | 24.4948** (11.0980) |
| 平均年齢×身体障害者割合 | -0.6187* (0.3371) | -0.5988* (0.3437) | -0.4018 (0.3475) | -0.6854** (0.3264) | -0.7177** (0.3338) | -0.7351** (0.3318) |
| 平均年齢×知的障害者割合 | -0.7433** (0.3392) | -0.7470** (0.3476) | -0.5786* (0.3440) | -0.6869** (0.3188) | -0.6931** (0.3284) | -0.6952** (0.3300) |
| 行政等支援の活用無ダミー | | -0.8493 (0.7689) | -0.6915 (0.8000) | | 1.0984 (0.8743) | 1.1556 (1.0338) |
| 障害者従業員比率 | | | 1.2808 (1.5466) | | | -0.5876 (1.2938) |
| 親会社株式保有割合 | | | -0.0084 (0.0118) | | | -0.0466** (0.0186) |
| 従業員総数 | | | 0.0043 (0.0044) | | | 0.0101** (0.0047) |
| 雇用率算定グループ適用有無 | | | 0.9090 (0.6481) | | | -0.1224 (0.5081) |
| 会社設立からの年数 | | | 0.0509 (0.0335) | | | 0.0130 (0.0257) |
| N | 109 | 109 | 104 | 109 | 109 | 104 |
| pseudo R-sq | 0.130 | 0.137 | 0.198 | 0.075 | 0.088 | 0.177 |

Standard errors in parentheses=* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01

出所：筆者ら作成。

無 (=0) ダミー、「会社設立からの年数」、産業ダミーを推計に投入した。推計方法は、二値の被説明変数に対応したlogitモデルであり、すべての推計において頑健標準誤差を用いている。

表2の結果によれば、コラム(3)を除くすべての推計において、「障害者従業員予測平均年齢」の係数は有意に正、また、「平均年齢」と「身体障害者従業員割合」の交差項及び「平均年齢」と「知的障害者従業員割合」の交差項の係数もほぼすべての推計で有意に負である。そして、「障害者従業員予測平均年齢」の係数の絶対値と、「平均年齢」×「身体」または「知的障害者従業員割合」の係数の絶対値が、「0.6~0.7」辺りと非常に近い。すなわち、知的障害者あるいは身体障害者だけが雇用されている(知的障害者従業員割合と身体障害者従業員割合の合計が「1」に近い)企業では、障害者従業員の年齢の高さは、「体調悪化によ

る職務遂行の困難」「集中力、注意力の低下」という加齢による問題の発生のしやすさにはほぼ何の影響も与えないことを意味している。裏返せば、もし、精神障害者のみで構成される企業であれば、その平均年齢の高さが、上記加齢の問題の発生確率を有意に高めることが示されたと言える。ただし、その一方で、「身体障害者従業員割合」と「知的障害者従業員割合」の係数は、コラム(3)を除くすべての推計で有意に正であり値も大きい。平均年齢が比較的若い場合には、同年代の身体及び知的障害者より、精神障害者割合の高い会社のほうが上記問題の発生が少ない可能性が示唆される。上記の結果からも、障害者の高齢化による職能の変化、それに伴う就業上の問題発生は、障害種別などによって、その発生のタイミングや進行に多様性があることが推察される。健常者のように一律な年齢規制による退職制度などの雇用・労

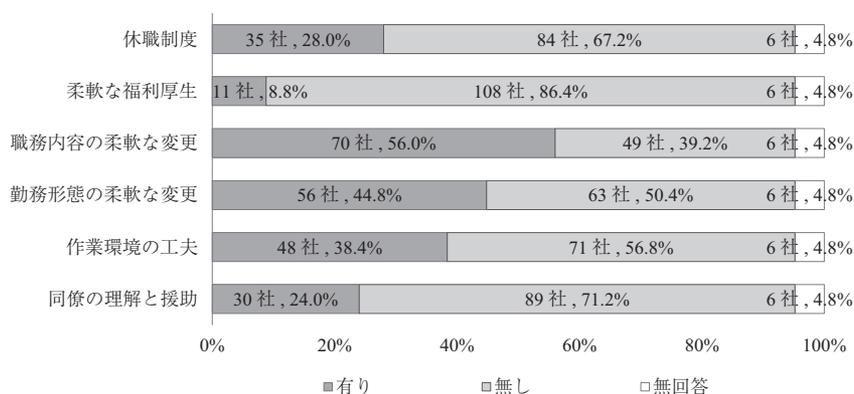
働慣行の適用は、その効率性、妥当性について検討が必要であろう。

(2) 高齢障害者の働ける環境の有る会社の特性
先述の通り、実年齢の数値に関わらず、大部分の特例子会社では、障害者従業員の加齢による、何らかの職務遂行上の問題を経験している。そこで、次に、高齢化した障害者の就業環境の整備について検証したい。まず、図4は、高齢になった障害者従業員が働くことのできる環境整備としての、各制度や対策の有無をまとめたものである。これによれば、個々人の症状や状況に応じて、職務内容、勤務形態、作業環境などを柔軟に変更、工夫することで、高齢化に対応が可能であると答えた企業が多い。なお、全回答企業の78.4%にあたる98社が、何らかの環境整備を有すると回答している。

上記のような高齢化への環境整備の進んでいる会社の特徴を回帰分析によって検証した結果が表3_a及び表3_bである。まず、表3_aの被説明変数は、従業員が高齢化した場合に就業継続可能な何らかの環境が「有る」と答えた場合に「=1」、 「無い」場合には「=0」を取る二値変数である。説明変数には「障害者従業員予測平均年齢」「知的障害者従業員割合」「身体障害者従業員割合」に加え、

「障害者従業員の職種の数」を用いた。これは、障害を持つ常用雇用者の仕事内容を選択する質問において、選択された職種の合計値であり、職務内容の変更などに対するフレキシビリティを表す変数として推計に投入する。そのほかのコントロール変数は、「親会社株式保有割合(%)」「従業員総数(人)」¹²⁾「雇用量算定におけるグループ適用会社有(=1)無(=0)」「ダミー」「会社設立からの年数」を推計に投入した。推計方法は、二値の被説明変数に対応したlogitモデルである。また、表3_bは、被説明変数に、図4に示した、高齢化した従業員の就業環境として「有る」と答えた制度や仕組みの合計数を用いて、表3_aと同様の説明変数を用いてOLSにより推計した結果である。すべての推計において頑健標準誤差を用いている。

いずれの結果においても、従業員の平均年齢の高さと、高齢化に対する環境整備の間には正の相関が有意に確認される。つまり、社内の障害者従業員の高齢化が進んでいる企業ほど、対する環境整備が進んでいることが分かる。また、表3_bコラム(3)の知的障害者従業員割合の係数は10%水準であるが有意に負である。そもそも、知的障害者は若年である場合が多いが、年齢の効果を制御した上でも、知的障害者の雇用割合が高い特例子会社は、社内で従業員の高齢化に向けての対策整



出所：筆者ら作成。

図4 高齢障害者の働ける環境としての、各制度や仕組みなどの有無

¹²⁾ そのほか、事業規模を表す変数として、「前年度売上」「資本金」などを制御した推計も行ったが、主要な結果に差異はなかった。これは、以降の分析表4についても同様である。

表3_a 高齢化した従業員が働ける環境を有する会社の特性 (logit分析)

| logit: 加齢従業員への対策の有無 | (1) | (2) | (3) |
|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| 障害者従業員予測平均年齢 | 0.0582 (0.0404) | 0.0738* (0.0438) | 0.0919* (0.0480) |
| 知的障害者従業員割合 | | | -1.2030 (1.4118) |
| 身体障害者従業員割合 | | | -1.8884 (1.7930) |
| 障害者従業員の職種の数 | 0.3172* (0.1664) | 0.3719** (0.1533) | 0.3688** (0.1608) |
| 会社設立からの年数 | | -0.0247 (0.0234) | -0.0200 (0.0245) |
| 親会社株式保有割合 | | -0.0258 (0.0208) | -0.0267 (0.0214) |
| 従業員総数 | | -0.0058 (0.0046) | -0.0063 (0.0049) |
| 雇用率算定グループ適用有無 | | -0.5245 (0.5793) | -0.5051 (0.5920) |
| N | 114 | 110 | 110 |
| pseudo R-sq | 0.150 | 0.186 | 0.194 |

Standard errors in parentheses=* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01
出所: 筆者ら作成。

表3_b 高齢化した従業員が働ける環境を多く有する会社の特性 (OLS分析)

| OLS: 加齢従業員への対策の種類数 | (1) | (2) | (3) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 障害者従業員予測平均年齢 | 0.0657*** (0.0202) | 0.0664*** (0.0231) | 0.0465* (0.0261) |
| 知的障害者従業員割合 | | | -1.4842* (0.7715) |
| 身体障害者従業員割合 | | | -0.6513 (0.9311) |
| 障害者従業員の職種の数 | 0.3464*** (0.1052) | 0.3424*** (0.1110) | 0.3295*** (0.1063) |
| 会社設立からの年数 | | -0.0077 (0.0129) | -0.0108 (0.0134) |
| 親会社株式保有割合 | | -0.0166** (0.0082) | -0.0147* (0.0080) |
| 従業員総数 | | -0.0022 (0.0021) | -0.0030 (0.0021) |
| 雇用率算定グループ適用有無 | | -0.2847 (0.3302) | -0.3458 (0.3278) |
| N | 117 | 113 | 113 |
| r2 | 0.2323 | 0.2491 | 0.2835 |
| r2_a | 0.1183 | 0.0957 | 0.1181 |
| F | 2.3483 | 1.7115 | 2.3377 |

Standard errors in parentheses=* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01
出所: 筆者ら作成。

備が遅れている傾向が確認できる。さらに、「障害者従業員の職種の数」の係数はすべての推計において、高齢化に対する環境整備に有意にプラスの影響を与えており、表3_bについては、すべての推計において1%水準で有意である。障害者の社内での仕事内容のバリエーションの豊富は、柔軟な職務内容の変更や、作業環境の工夫といった、高齢化によって職能などに変化が生じた従業員の就業継続対策に有用であることが示唆される。

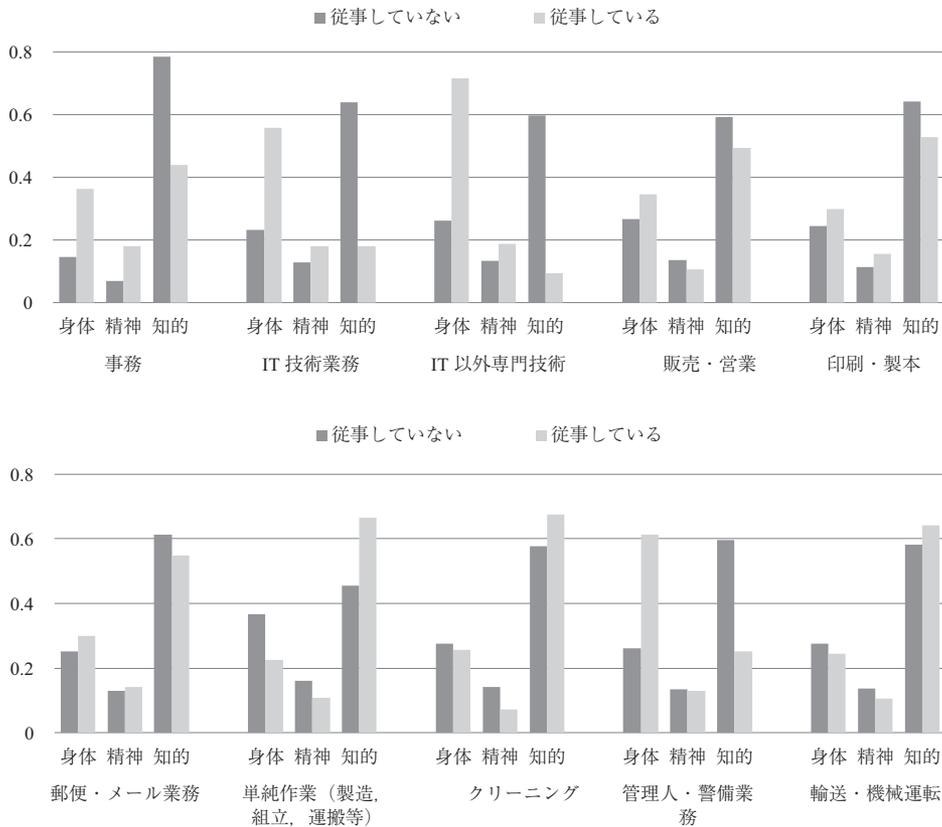
IV 特例子会社における精神障害者雇用の現状

先にも述べたように、今後の障害者雇用率引き上げへの対応として、高齢障害者の就業継続に加え、精神障害者の雇用拡大が避けて通れない。そこで、本節では3節に続き、特例子会社への独自調査データを用いて、特例子会社における精神障害者雇用の現状と、雇用拡大への課題を検証したい。

まず、回答企業における精神障害者の雇用状況を確認する。回答125社の64.8%に当たる81社は、(一名以上の)精神障害者を雇用しており、全回答企業の平均雇用人数は、6.52人(最大値71人、最小値0人)と、知的障害者と肢体不自由者の次に多い。また、設立年数の新しい特例子会社ほど、従業員に占める精神障害者割合が高く、1990年度以前に設立された企業群における精神障害者割合は平均7%であるのに対し、2011年以降に設立された企業群では平均18.1%に上る。

また、「平成30年度より法定雇用率の算定基礎の対象に精神障害者が追加されるため、法定雇用率が見直される見込みです。貴社では何か対応を検討されていますか。」という質問に対する自由記述回答において、回答98社中、約3割に当たる30社が「精神障害者の雇用拡大」と述べており、特例子会社の現場において、精神障害者雇用促進の必要性が強く意識されていることが分かる。

それでは、今後の雇用拡大に向けての課題を検証するため、現状において、既に精神障害者を多数雇っている事業所の特徴を洗い出していきたい。回帰分析の結果を述べる前に、身体、知的、



出所：筆者ら作成。

図5 障害者が従事する仕事内容の有無別、身体・精神・知的障害者雇用者割合

精神障害者の従事する仕事内容（職域）について検証した図5を確認する。これは、各仕事について、社内で障害者がその仕事に従事している場合（「有」）と従事していない場合（「無」）に企業群を分け、各群に属する企業の身体・精神・知的障害者従業員割合の平均値を縦棒グラフで表した結果である。例えば、障害者が「事務」業務に「従事する」企業群は、「事務」仕事に「従事していない」企業群よりも、身体障害者と精神障害者の雇用割合が高いことが分かる。一方で、知的障害者は、「事務」業務のない企業群のほうが雇用割合が高い。ほかのほぼすべての仕事についても、身体障害者と精神障害者は同様の傾向を示すのに対し、知的障害者はその逆の傾向を示すことが分かる。つまり、身体障害者と精神障害者の職域が比

較的に近く、知的障害者はその逆であることが推察できる。

先にも述べたように、障害者はその障害種別や症状により職能に多様性が生じる場合が多く、現在のように障害者の人口動態が大きく変化する中で、雇用維持、拡大を模索するにあたり、障害者間の職域の代替性の議論は非常に重要と考えられる。次に、これを踏まえた回帰分析の結果を考察しよう。

表4は、精神障害者を多数雇用する会社の特性をtobit分析により推計した結果である。被説明変数は、コラム(1)は「精神障害者従業員数(人)」、コラム(2)は、全障害者従業員に占める「精神障害者従業員割合」である。説明変数として、図5で確認したように、知的障害者とは職域の相反がみ

られることから、コラム(1)に関しては「知的障害者従業員数(人)」,コラム(2)には「知的障害者従業員割合」を投入する。

さらに、図4で取り上げた、高齢化した障害者従業員の就業環境整備としての、各制度や対策の有無(有=1,無=0)を示すダミー変数を推計に投入し、高齢者従業員に対する就業継続策が、精神障害者の就業促進にも妥当性を持つかを検証する。さらに、現制度の効果の検証として、「精神障害者社会適応訓練事業の利用」の有無(有=1,無=0)を示すダミー変数も投入する。次に、職域を示す変数として、障害者が従事する各仕事内容の有無(有=1,無=0)ダミーを用いる。最後に、コラム(1)(2)ともにコントロール変数として「従業員総数(人)」「雇率算定におけるグループ適用会社有(=1)無(=0)ダミー」「障害者従業員予測平均年齢」を推計に投入している。分析手法については、被説明変数「精神障害者従業員数(人)」「精神障害者従業員割合」とともに、0未満の値は観測されない打ち切り(censored)データであるため、これに対応したtobitモデルにより回帰分析を行った。すべての推計において頑健標準誤差を用いている。

表4の結果によれば、「知的障害者従業員総数」「知的障害者従業員割合」の係数はいずれも5%水準以下で有意に負であり、知的障害者が多い職場では、精神障害者の雇用が進んでいないことが分かる。また、「高齢従業員対策_福利厚生充実」はコラム(1)において5%水準で有意に正、「高齢従業員対策_職務形態柔軟」は、コラム(1)(2)において1%水準で有意に正であり、福利厚生の充実、職務形態の柔軟な変更といった、高齢障害者の就業継続環境の整備が進んでいる企業では、精神障害者雇用も進んでいることが確認できる。また、「精神障害者社会適応訓練事業の利用」ダミーはいずれの推計においても5%水準以下で有意に正であり、同制度の精神障害者雇用促進への効果が確認できる。また、障害者の職務内容については、障害者が「事務」業務に従事する企業では、精神障害者従業員が多く、単純作業(製造・運搬等)やクリーニング等の体力を要する業務や、販

表4 精神障害者を多数雇用する会社の特性

| 被説明変数 | (1) 精神障害者 従業員数 | (2) 精神障害者 従業員割合 |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| 知的障害者従業員総数 | -0.1606** (0.0726) | |
| 知的障害者従業員割合 | | -0.4508*** (0.1130) |
| 高齢従業員対策_休職制度 | 0.1151 (2.7920) | 0.0128 (0.0472) |
| 高齢従業員対策_福利厚生充実 | 9.2211** (4.3674) | 0.0616 (0.0554) |
| 高齢従業員対策_職務内容柔軟 | -0.5878 (2.6399) | -0.0620 (0.0529) |
| 高齢従業員対策_職務形態柔軟 | 7.0636*** (2.5376) | 0.1525*** (0.0489) |
| 高齢従業員対策_作業環境工夫 | -1.7798 (2.4747) | -0.0163 (0.0481) |
| 高齢従業員対策_同僚理解援助 | -1.6241 (2.7842) | -0.0269 (0.0542) |
| 精神障害者社会適応 訓練事業の利用有ダミー | 15.5172*** (3.8202) | 0.1607** (0.0643) |
| 事務職 | 9.9226*** (3.1461) | 0.0963* (0.0501) |
| IT技術職 | -2.2819 (5.3012) | -0.0699 (0.0839) |
| IT以外専門技術 | -17.6783*** (5.9432) | -0.3216*** (0.1035) |
| 販売営業 | -9.8783** (3.8157) | -0.1281** (0.0550) |
| 印刷製本 | 1.8724 (2.3567) | -0.0089 (0.0452) |
| 郵便,メール | 0.1127 (2.1729) | -0.0253 (0.0409) |
| その他の単純作業 | -5.3153** (2.4655) | -0.0410 (0.0440) |
| クリーニング | -10.2433*** (3.2742) | -0.0982* (0.0570) |
| 清掃 | -1.7455 (2.1878) | -0.0072 (0.0394) |
| マッサージ,理美容 | 1.8825 (4.0845) | -0.0435 (0.0791) |
| 介護 | Omitted | Omitted |
| 農作業 | 5.4825** (2.6949) | 0.1246*** (0.0450) |
| 管理人警備 | 2.3648 (6.1613) | -0.0753 (0.1233) |
| 輸送運転 | -3.6219 (3.1535) | -0.0640 (0.0572) |
| _cons | 11.5396 (8.2754) | 0.9197*** (0.2467) |
| sigma | 9.2074*** (1.2273) | 0.1618*** (0.0185) |
| N | 114 | 114 |
| pseudo R-sq | 0.152 | 1.290 |

Standard errors in parentheses* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01
出所：筆者ら作成。

売・営業などの対人業務、IT以外（医療、税・法律等）の専門技術業務に従事する企業では精神障害者が少ない傾向が観察された。

V 考察と今後の障害者雇用施策の転換 ——「量」から「質」へ——

障害者をめぐる労働市場の構造が大きく変化している。本稿では、マクロ統計の俯瞰と特例子会社への独自調査データを用いた分析により、特に身体障害者を中心とした長寿と高齢化、生産年齢世代の精神障害者の増加が雇用現場に及ぼす影響を確認した。とりわけ、大企業における障害者雇用の量的確保を担っている特例子会社では、高齢障害者の雇用継続、精神障害者の雇用拡大へ向けた対応を進めていることが確認できた。本稿の推計によれば、身体障害者比率の高い特例子会社では高齢化が進んでいるが、その一方で、高齢化により就業上の問題が発生するか否かは、従業員の障害種別などにより差異があることも示唆された。また、障害従業員の高齢化が進む企業ほど、職務内容や勤務形態、作業環境の柔軟な変更などを通して、高齢者の就業継続へ向けた環境整備を進めている様子も明らかになった。さらに、これら高齢者の就業継続策の充実した企業では精神障害者雇用比率も高く、高齢化した従業員の職能変化への対応策は、精神障害者の職場定着に対しても妥当性を持つ可能性が推察された。また、現在雇用されている身体障害者と精神障害者の職域は比較的近いことも分かった。しかし、この結果は、現状において、退職した（する）身体障害者の職域に適応可能な精神障害者が雇用されていることによる可能性も高い。よって、今後の身体障害者雇用者の減少を、多様な症状、職能を持つ精神障害者の雇用により補い続けることが出来るか否かは、特例子会社に限らず、民間企業全般を対象としたより大きな調査の実施と、その検証の継続を要する。

こうしたなか、政府は2018年度からさらなる障

害雇用率の引き上げを行う。すでに多くの大企業が雇用率を達成するために、さまざまな制度や民間サービスの活用を模索している。例えば、障害者に民間コンサルタント会社が経営する農園などの社外施設で働いてもらうことで、障害雇用率を達成させたり、民間営利法人が就労継続支援A型事業所を経営し、そこで雇用している障害者を民間営利法人の障害者雇用率にカウントするなどの動きもある。紙面の制約もあり、こうした動きが、障害者雇用政策との理念からどのように評価すべきか、本稿で議論する余裕はない。ただし、障害者雇用が大きな転換点を迎えつつあることは間違いのないであろう。

政府は、引き続き障害者雇用数の拡大、すなわち「量的拡充」を進めることとしているが、障害雇用者の高齢化や障害雇用の中心が精神障害者になっていくなかで、「量的拡充」政策中心でいいのだろうか。障害者雇用の労働市場がタイトになるなかで、精神障害者も仕事を見つけやすくなっているのは事実であるが、その一方で、十分な支援を受けず、自分の障害に関する理解、アセスメントが不十分なままでの就労が、かえって職場とマッチしない精神障害就労者を増加させ、離職職を増やしてしまい、さらに障害を悪化させているという指摘もある¹³⁾。また加齢と共に就労継続が難しくなった身体障害者が増加してきた特例子会社では、離職させ就労継続支援B型事業所などに入るほうが本人にとっても望ましいケースが増えているという意見もある。これまでの政策は施設から雇用へという流れを推進してきたわけであるが、障害者の高齢化に伴い雇用から施設へという逆流の支援も大事ではないかという見方もある。

これからの障害者の高齢化と必要性が高まる精神障害者対応に着目すると、障害向けの労働政策と障害者福祉政策の密接な連携による、「障害者雇用の質の充実」は今後、ますます重要になる。

すでに厚生労働省も障害者総合支援法改正によって、在職障害者の就労に伴う生活上の支援のために、生活面の課題対応と事業所・家族との連

¹³⁾ 詳細な職場定着率に関する研究としては、高瀬健一・大石甲・西原和世・山本美奈子（2017）参照。

絡調整等を行い、障害者が継続的に就労できるための新しい支援サービス「就労定着支援」の導入を進めている。

加えて、40年間の障害者雇用の動きと現在の動向を振り返り、障害者雇用政策から漏れ落ちた就労困難者も視野にいれた政策も考える必要がある。すでに2015年度にスタートした生活困窮者自立支援制度でも障害者手帳を持っていない精神障害者や軽度の知的障害者が就労で苦勞し、公的な支援を受けないまま長期失業、困窮状態に陥っているケースが多数確認されている。将来的には障害手帳の有無に関わりなく、「働きにくさ」を基準にした就労支援制度の確立が今後の長期的な課題になるであろう。

参考文献

- 厚生労働省「障害者雇用状況報告」（各年6月1日時点値）。
- 「障害者雇用実態調査（平成10年，15年，20年，25年）」。
- 「生活のしづらさなどに関する調査（平成23年）」。
- 「身体障害児・者実態調査（平成3年，8年，13年，18年）」。
- 「知的障害児（者）基礎調査（平成12年，17年）」。
- 厚生省「精神薄弱児（者）基礎調査（平成2年，7年）」。
- 「患者調査（平成11年，14年，17年，20年，23年，26年）」。
- 高瀬健一・大石甲・西原和世・山本美奈子（2017）『障害者の就業状況等に関する調査研究調査研究報告書 No.137』独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター。<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/report/houkoku/houkoku137.html>（2017年12月10日最終確認）。

（こまむら・こうへい）
（あらかき・ひろこ）

Aging of the disabled population and the challenges of their labor inclusion: an empirical study with Special Subsidiary Companies in Japan

Kohei KOMAMURA^{*1} and Hiroko ARAKI^{*2}

Abstract

The continuous demographic shift towards an aging society has affected the labor supply of disabled workers since the Japanese legislation established the mandate for companies to employ persons with disabilities. In particular, population ageing has led to a decline in the productive age population of workers with physical impairments, who have composed the large majority of the employed disabled population to date. On the other hand, the labor force participation of persons with mental and intellectual disabilities has experienced an important expansion. The Japanese disability employment policy has so far been based on an employment quota system, focusing on quantity. This paper employs aggregate data as well as data from a unique survey targeting Special Subsidiary Companies, and looks at the size of the disabled population in Japan, along with its composition by age and type of impairment. Econometric analysis of Special Subsidiary Companies' data reveals the causes of the challenges that come with the employment of elderly disabled workers, and shows the measure in which companies provide the necessary conditions. Furthermore, it examines the companies' characteristics that are associated with a higher employment of workers with mental disabilities. Based on these results, we provide proposals that contribute towards a transition of disability employment policies that are more focused on quality and towards the construction of an inclusive system capable of covering the necessities of those who suffer disadvantages in the labor market.

Keywords : Disability Employment, Disabled Elderly, Mental Disability, Employment Quota System, Special Subsidiary Company

^{*1} Professor, Faculty of Economics, Keio University

^{*2} Lecturer, Faculty of Economics, Kindai University

就労支援と日常生活支援で支える精神障害者の生活

山村 りつ*

抄 録

私たちの生活はいくつかの場面に分かれている。その場面に着目し、障害者支援サービスを分類しているのが障害者総合支援法における住まいの場と日中活動の場という枠組みである。このうち前者は障害者の家の中での生活を支え継続的に提供され、一方で後者は就労支援サービスを経て最終的には一般就労が目指され、その実現をもって終了する。この、異なる側面をもつ2つの支援が併行的に配置されているのが現在の障害者サービス体系であるが、精神障害者の場合、それぞれのサービスにおいてその障害特性に応じた重要な要素があるだけでなく、それぞれの有機的な連携が重要となってくる。本稿では、この両者の制度を精神障害者の特性という点から必要な要素（理論）と現在の供給制度、その両者の関係からそれぞれの支援と制度を概観し、整理するとともに、その課題と今後の展望を示すものである。

キーワード：精神障害者，就労支援，日常生活支援，包括的支援，サービス供給体制

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.498-511.

I はじめに

障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）が施行されて約10年が経過した。当時の障害者政策は身体・知的・精神の三つの障害種別ごとに分かれて設定されていたが、この法律をきっかけに三障害統一のサービス給付体制が取られることとなり、それにより遅れているとされた精神障害者のケアをほかの障害種別と同様の水準とすることが同法の意義の一つとされた点でもあった。

しかし精神障害にはほかの障害とは異なる特性があり、単に同じ制度上に組み込むだけでは十分

な支援を得られないことも指摘された。特に、障害として法律上で定義されたのも遅くその社会的認識も低い精神障害者は、当時の障害者に関する法律、サービスそのほかのシステムにおいて、それまで想定されていなかった「ニューカマー」でもあった。結果、新しい制度の下で当事者や支援者による試行錯誤がみられ、その中で精神障害者独自の新たな課題が指摘されるようになった。

新たな課題の一つが、一般就労における困難である。就労支援は、精神障害者の支援において自立支援法によって大きな伸びをみせた領域の一つである。支援施設が増え、法施行当時は、就労数も順調に増えていった。しかし、一方で課題も明

* 日本大学法学部公共政策学科 専任講師

らかになった。完全なフルタイムでの勤務の難しさや、医療ケアとの両立も含めた休暇や休息の問題、疾患による就労状況の偏りも指摘された。なかでも、就労の継続の難しさは、就労支援が盛んになり一般就労する精神障害者が増えるなかで、重要な課題とされるようになった。

もう一つの課題が、地域生活の実現という点である。これも精神障害者に特有の課題として、社会的入院とそこからの脱出、すなわち地域生活への移行が目指されるようになったが、それは容易なことではなかった。その格闘をみることができるのが「居場所」支援といえるだろう。地域に生活の居を構えることができて、日中何もせず、家にこもって社会と関わることもない。そんな精神障害者の日中の活動の場として「居場所」を用意することが、障害者施策のなかで公に目指された時期もあった。

しかしながら、当たり前の社会生活を望む精神障害者にとって、ただ居る場所があるというだけでは満足できるものではなく、必然的に就労に向かおうとする力が働くことになる。地域生活の一部としての就労の意義が強調され、さらにそれに加えて社会的な背景も手伝って自立支援法は改変され、現在では地域生活と就労の実現が、精神障害者の尊厳ある生活のための車の両輪のようにとえられるようになっていく。

しかし、長い間別々の支援として認識され提供されてきたこの二つの支援は、現在の制度の上でもまさしく両輪のように連携して提供できるものとは言い難い。二つを連携させた支援体制が一部で実施されるようになって日も浅く、その実現には制度上の課題も多い。

本稿ではこのような精神障害者の就労支援と地域生活のための支援制度を、それぞれに支援に必要な要素（理論）と現在の供給制度、その両者の関係から概観していく。

なお、現在、障害の記述については「障がい」あるいは「障碍」などの記述を用いる場合も多く、行政などによる公式な文書等でも「障がい」とする記述が散見されるようになっていく。そのような記述の変化が起きている背景は十分に理解した

うえで、あえて本稿では一貫して「障害」という記述を用いている。それは、記述が変わっても現実として障害が「害」のもつイメージと切り離されてはいないという状況に対する批判的認識と、また同時に、記述だけが変わってしまうことによりその背景にある意図や社会的状況が忘れられてしまうことへの危惧を示すものとして、意図的に行うものであることを最初にお断りしておく。

II 障害者の生活と障害者サービス

障害者に限らず、人々の生活は家の中と外に大きく分けられる。一般的なイメージとして、家の中は休息をとり家族や個人としての時間を過ごす場であり、仕事や学校、友人とお茶をするなどの社会的な活動をするために家の外に出る。そしてその活動を終えてまた家に戻る。そこで、家の中の生活、つまりは家事やセルフケア（整容や清潔）のためのサービス（以下、「日常生活支援」とする）と、家の外での社会的活動のためのサービス（以下、「社会的活動支援」とする）が、障害者に対する社会サービスの体系の2本の柱となってくる。

日常生活支援のためのサービスはホームヘルプサービスなどが中心であり、これは生活を維持するため、家の中の活動を支援するものである。これらのサービスは、生活を維持するためのものであることもあり、基本的には期間などを定めずに継続的に利用することが前提となる。また、今回の記述では詳細は割愛するが、在宅での生活が困難な場合や、特に精神障害者の場合は医療的ケアを必要とする場合には、施設サービスや入院によるケアがサービスも含めた生活そのものにとって代わることになる。

一方で、社会的活動支援については、特に青年期以降に発症する例が多い精神障害者の場合、その失われた社会的活動の代表的な目標となるのが就労であり、就労支援（この場合は賃労働に限らない）が支援の目的となり、職業訓練などを基盤としたサービスとして形成されることになる。その場合、就労すなわち目標達成をもって支援は終

了するという認識が一般的になり、そのため就労支援サービスは、形式上は時限的なものとなる。ここで「形式上」とするのは、自立支援法（現・総合支援法）の一時期を除き、多くの社会的活動支援は「就労支援」を謳いながら現実にはほとんど一般就労に結びつくことなく、福祉的就労の場として、事実上は継続性を前提としたサービスになることが少なくないためである。

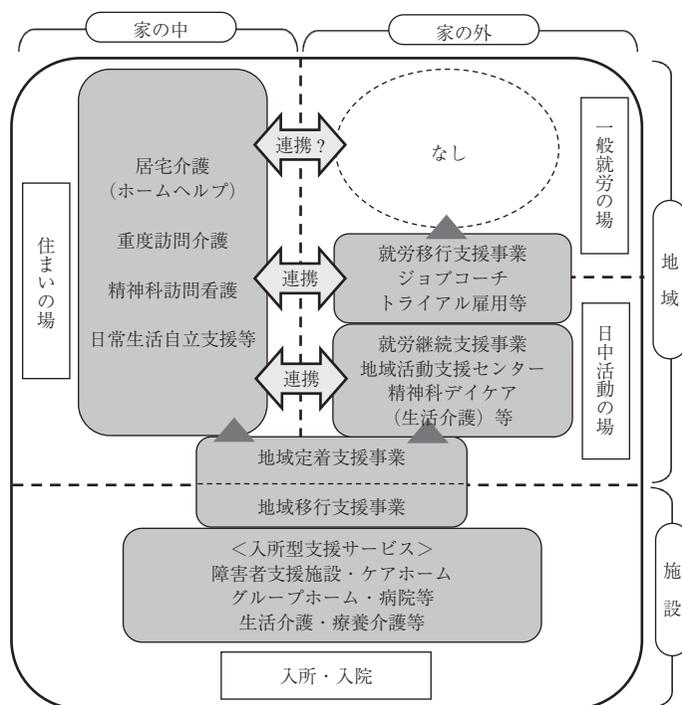
また、すぐに就労などに目標設定が向かないような場合には、かといって何もなければまったく家から出ることもなく孤立してしまう可能性もある。人間関係も含めて社会的な関係性に乏しくなっている精神障害者にとっては、どこか「出かける場所」やその理由を整える必要があり、結果的に、そこで何らかの活動をすることを目的とするサービスも様々な形態で残されている。

障害者の生活は、このように家の中と外での活

動に分けて考えることができるが、現在の障害者サービスの基盤となっている総合支援法では、同様に「住まいの場」と「日中活動の場」という住み分けの基にサービス体系を整理している。

ところで、冒頭にも述べたように、人々の生活が家の中と外で構成されているという前提にたてば、少なくともこの体系によって生活全般を支えることができるように思われる。しかしながら、精神障害者の生活にはもう一つ重要な場面が存在する。それが、病院や入所施設などである。これらの施設での生活は、当然自宅のそれとは異なり、必要な支援も異なる。また、何よりも、そのような施設から自宅、すなわち地域生活に戻る段階で支援を必要とするのである。

特に1990年代後半頃から社会的入院が問題視されるようになる¹⁾、このような施設から自宅への移行にかかる集中的な支援が重視されるように



出所：筆者作成。

図1 障害者サービスの全体像

¹⁾ 精神科における社会的入院の記述じたいは1970年代もすでにみられているが、精神保健福祉領域の進展により1990年代後半より関連する論文や研究などが多くなっている。

なり、退院促進支援事業や現在の地域生活移行支援などの形で実施されるようになってきた。結果、現在の精神障害者に対する社会サービスは、概して図1に示されるようになってきたといえる。

図1をみてわかることは、施設から地域への移行と日中活動の場から一般就労の場への移行の、2つの移行がこれまで分断されていた障害者サービスをつないでいるということである。この、いずれも近年になって設定された新しいといえるサービスが、本稿での中心的テーマである。

Ⅲ 精神障害者の就労支援

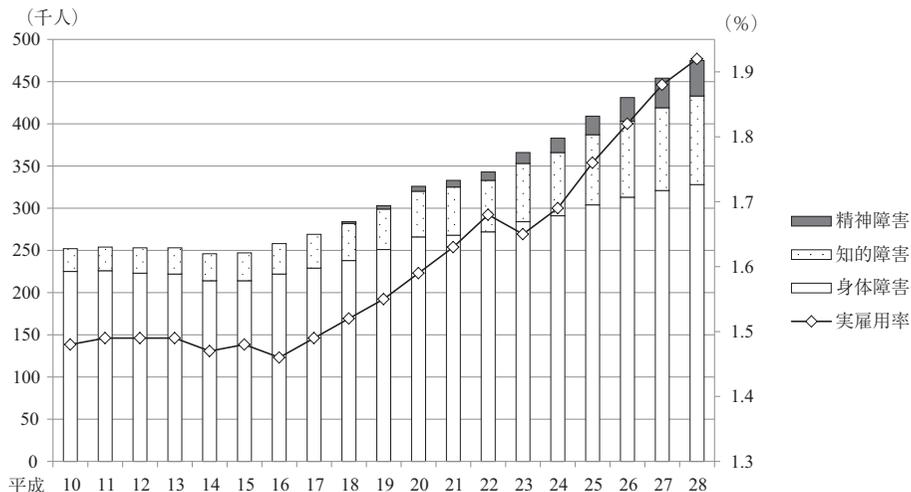
1 就労数の変化

ここ何年かの障害者の就労数の変化を見てみると、2005年頃を境に顕著に増加していることが分かる（図2参照）。2005年は障害者自立支援法（現・総合支援法）が施行された年であり、同法が一定の効果をもたらしたものと考えられる。また、その増加の対前年比を見ると、精神障害者が三障害の中でも高い伸び率を維持している（2007年当初の特に高い前年比率については、精神障害者の雇用率算定が始まったばかりであったことが影響していると考えられる）。このような

点から、日本における障害者の一般就労は進展しているといえることができるだろう。しかし、増加率こそ高い精神障害者であるが、その数では身体障害者・知的障害者には遠く及ばず、4万人を少し上回る程度となっている。

また別の側面から現在の状況を見てみると、雇用率達成企業の割合から、特に大規模企業において障害者雇用が進展していることが推察される。厚生労働省の報告によると、現在最も達成企業の割合が高いのは従業員数1000人以上の企業であり、2005年以前の状況と比べて達成割合の変化が最も大きいのも同様の従業員数規模の企業となっている（厚生労働省2017）。大きな企業が雇用率を達成するためには必要な障害者の就労数も必然的に多くなるため、それが就労数の顕著な増加という結果につながっていると考えられる。

もちろん、これらのデータだけをみて障害者の就労は問題なく進んでいると言い切れるわけではない。例えば、近年指摘されているのが障害者の就労の継続の問題である。新規雇用数と同年の就労数の増加の差からすると、やはり一定数の離職者がいることが推定される。特に2016年以降については、精神障害者におけるその差は2～3千人程



出所：厚生労働省『障害者の雇用状況』（平成10～28年）より筆者作成。

図2 障害者の雇用数及び実雇用率の変遷

度となっており、離職者数が増えていることが懸念される。

2 精神障害者の就労上の課題

・スティグマとの闘い

精神障害者が就労における課題の一つがスティグマの存在である。スティグマは、もちろん、その社会生活全般において障害者の活動に困難を生じさせるものではあるが、対人的な環境が重要な要素となる就労場面においては、さらに影響の大きなものとなる。

スティグマとは一般的に恥辱感などとも説明されるが、その特徴の一つは、時には周囲の状況とは関係なく、その本人の主観的な感覚として生じるものであるという点である。つまり、人がスティグマを抱く要因には社会的背景やそれまでの個人の経験などもあるため、まったく根拠がないものとは言えないが、しかし仮に周囲の人がある個人を精神障害者であるということを全く気にしていなくても、その本人にとっては強いスティグマを感じることもあり、それが精神障害を隠そうとする行動や自身の障害に対する厳しい態度につながったりするのである。

同時に、精神障害者にとってスティグマは、それによって影響を受けた結果、実際の障害に関連する症状に影響することもあるという意味で、単に個人的な感覚という以上の重要な意味をもつ。スティグマを抱えながらもその場で働き続けることは、その個人にとって多大なストレスを抱えながら働くことを意味する。そして、そのストレスが障害の原因疾患の症状として現れ、ときに就労そのものをできなくさせるような事態にもなるのである（山村2011b）。

スティグマの問題は、本人の健康状態以外の部分にも存在する。精神障害に対するスティグマは直接的に、精神障害者に対する差別的行為へと発展する。それは、就職場面では採用の可否決定に影響を与え、就労してからは同僚との関係性に大きな影響を与える。東京都福祉保健局の障害者生

活調査²⁾によれば、「仕事をしていくうえで困ること」として挙げられた中に「人間関係（職場内でのいじめ）」が約30%となっている。また、同様の意味合いをもつものとして新宿区が行った同様の調査³⁾でも、「職場の人間関係」が約25%、「障害理解の不足」が約15%となっている（どちらも精神障害に限定した場合の値）。それが具体的にどのようなものであるかは述べられていないが、スティグマとなる属性のない人々にとっては、自己防衛的判断の結果として、スティグマの対象となる集団に対する嫌悪感や排他的な態度へとつながるものであり、少なからず職場の人間関係にも影響を与えることになると考えられる。

・就労継続における困難

自立支援法が施行されて精神障害者の雇用が増えるにつれ、明らかになった課題の一つが就労の継続である。就職に結びついて、それを維持継続することの困難が精神障害者にはあり、これは実践者の間では以前から指摘されている点でもあった。それが、自立支援法の施行により一般就労の数が増えることによりかえって浮き彫りになり、政府によっても認識されるようになったのである。

精神障害者が就労の継続において困難を抱える理由の一つは、その障害の特性によるものである。精神障害はその症状や疾患の状況が動揺することにその特徴の一つがある。そのため、長い目でみれば「安定」し、就労を含めた社会生活に何ら問題がないように思われる場合でも、定期的あるいは不定期にその状態が悪化する場合があるのである。そのような場合、一般的な労働場面にもある病気休暇などでは対応できず離職に至ることがあるのである。

この場合、一時的な休暇で対応できない理由はさまざまある。そもそも雇用形態が不安定でそのような対応を雇用主側が認めない場合や、必要な休暇が長すぎることもあるだろう。また、本来は休暇で済むところがそれを知らない、あるいは職場に気を遣うなどの理由で離職を選択する場合も

²⁾『平成25年度「障害者の生活実態」報告書』2014年（東京都福祉保健局）。

³⁾『新宿区障害者生活実態調査報告書』2017年3月（新宿区）。

考えられる。

また、このような休暇の必要性だけでなく、そもそも定期的な通院を要することや、フルタイムでの勤務が体力的に難しいなどの時間的制限による理由で正規雇用に就くことが難しく、責任ある仕事などに就く機会が低いことなども、精神障害者の雇用の安定性を低減させる原因となっていると考えられるのである。

ここで重要なのは、おそらく「どうしたら精神障害者が普通の就労（雇用）を継続できるのか」を考えることではなく、「精神障害者に適した働き方（雇用の仕方）」を考えることである。つまり、1年のうちに一定期間の長期休暇取得を認めることや、短時間労働であっても雇用契約を中断されないルールを作ることで、精神障害者が自分に合ったタイミングで必要な休息、すなわち中断をしながら、労働市場の一員であり続けられるような体制が求められているといえるだろう。

3 就労支援における方法論

ここからは、上述のような課題を抱える精神障害者の就労の支援において、どのような支援が求められているのかという点について、その方法論の観点から整理していきたい。

障害者の「就労支援」という領域は、社会福祉実践の一領域として特に第二次世界大戦後からさまざまな試行錯誤を経て発展してきた領域である。つまり、制度・政策としての側面と同時に、対人援助実践の側面についても理解しておく必要がある。

障害者の就労支援は、戦後の傷痍軍人などを対象として主に身体障害者の職業訓練として本格化する。それ以前も傷病者に対する生活のための支援はあったが、障害者は長い間保護の対象として認識され、労働力としての認識は乏しかった。しかしながら、大戦によって多くの身体障害者が生まれ、彼らに対する（職業）訓練はいずれの政府にとっても取り組むべき課題となったと考えられる。

一方で、主に知的障害者に対する教育や訓練は、1950年代に欧州で始まったノーマライゼー

ションの動きに端を発する。社会での当たり前前の生活を求める知的障害者（とその親）の運動は世界的に広まり、また医学の進歩などにより知的障害者自身の平均寿命も延びたことなどによって、知的障害者の中にも就労を望む声が増えていく。知的障害者の就労支援については、福祉サービスよりもむしろ教育サービスにおいて展開されてきた側面がある。先天的あるいは出生直後の要因によって知的障害を負った場合には、学校教育を通じて障害児教育の対象となり、特別支援学校（学級）における進路指導が最初の就労支援となる。

ここまでの発展における方法論では、就労支援は学校や訓練の場などで必要な技術を身につけ、その技術をもって一般就労へという流れが大前提としてあった。しかしながら、障害者福祉全体の流れとして障害者の権利やその認識の拡大が進む中で精神障害が「障害」として認められるようになったとき、そのような方法論は精神障害者にとっては必ずしも有効なものではなかった。

精神障害者の場合、その障害のために、身につけた知識や技術を場所や状況が違う場面で応用することが難しいとされる（Becker & Drake 2003 = 大島ほか訳2004）。そのため、特定の場所で訓練をして技術を身につけてから就労という *trained-to-placed* 方式の就労支援では、いざ実際の職場にいくと何もできないということが起こるのである。そこで考えられたのが、*placed-to-trained* 方式の就労支援であり、その代表的なものがアメリカで始まった援助付き雇用（Supported Employment）である（山村2011a）。これは、実際に働きながら、その就業を通して必要な訓練を行い、就労を実現していく手法である。実際の職場で行うため、支援の対象が障害者本人だけでなくその周囲の物的・人的環境なども含む点も特徴の一つである。この点はまた、従来の障害者雇用におけるリハビリテーションモデルに対し、障害を社会モデルの下でとらえ、環境との調整によって支援していくというソーシャルワークモデルともいえるものである。

この援助付き雇用は、その後アメリカでさらに

発展し、IPS (Individual Placement and Support) として、特に重度の精神障害者のための就労支援モデルとしてその地位を確立する (山村2011a)。IPSは、援助付き雇用の特徴に加えて完全に個別化された支援計画と就労前訓練の否定、就労支援と日常生活支援との連携がその特徴とされている (Becker & Drake 2003 = 大島ほか訳2004)。

これらの就労支援に関する方法論は、当然のことながら、精神障害者への支援実践を通じて明らかにされたその障害特性と必要な支援の要素についての知識の蓄積の中で構築されたものである。そこで明らかになった精神障害者の就労支援に求められるものとは、①実際の就労場面での訓練と支援、②完全に個別化された支援と就労、③日常生活支援との連携である。

①については既に上段で述べたとおりである。②については、障害とはそもそも個別的なものであるが、特に精神障害は環境要因からの影響を受けるため、何が障害であるのかがことさら個別的であり、支援においてもその点を十分に留意する必要があるということである。また③については、生活面でのストレスや乱れが職場での行動に影響を与え共倒れ的に就労を難しくしてしまうこともあるため、支援においても両者の有機的な連携が必要とされるのである。

4 支援サービスのための制度

精神障害者の就労に必要な支援が分かったところで、それではその支援をサービスとして供給するための制度はどのようなものとなっているのであろうか。

日本における障害者の就労支援サービスは、主に障害者総合支援法に基づく訓練等給付によって提供されている。この法律の前身である自立支援法ができる以前は、障害者の就労支援は主に授産施設と呼ばれる施設において提供されていた。しかし、授産施設を含むいわゆる福祉施設から一般就労への移行率は1%未満と低く (山村2011a)、その問題点を改善すべく新たに構築されたのが自立支援法であり、訓練等給付に含まれる就労移行支援事業であった。これらの事業は、時限的である

ことや年齢についての緩やかな規定はあるものの、市町村の窓口申請をして障害支援区分の認定を受ければ利用することができる。

障害者の就労と関わり深い制度としては、もう一つ、障害者雇用促進法がある。雇用促進法でも、職業訓練のほか雇用主に対する障害者雇用のための支援や助成金が提供されている。また、現在の精神障害者の就労支援において重要な役割を果たしている職場適応援助者 (ジョブコーチ) 事業 (以下、ジョブコーチ) も、同法によって規定されている事業である。そのほか、間接的な支援として、障害者の雇用率制度や雇用義務制度も、同法によって規定されている。

雇用促進法は、障害者の就労を促進することを目的とした法律ではあるが、その視点としては雇用主が障害者を雇用することを支援する (促進する) ものとなっている。その分、実際の労働とのつながりも強く、ジョブコーチのような実際の労働場面で支援を行う制度も実現することができたと考えることができる。

このように、日本の障害者就労支援のための制度体系の特徴の一つは、いわゆる福祉側と労働側が個別に発展している点にあるといえる (山村2011a)。福祉の側では支援施設は多くあったが一般就労に結びつく道筋が十分に用意されておらず、労働側の制度ではその窓口が限られることもあり支援の提供量が相対的に少なかった。しかしながら、自立支援法以降、障害者の就労支援の取り組みは大きく変化し、特に現在の精神障害者の就労支援の領域では、一つには自立支援法の就労支援事業と雇用促進法のジョブコーチを組み合わせて職場移行を行う施設などが増加し、もう一つには株式会社の形態を採り派遣や転職に関するノウハウを活用した事業所なども増加し、就労支援サービス自体が活況を呈しているといえる状態にある。

ただしここで、就労支援における方法論を踏まえて現在の支援制度をみても、いくつかの課題が指摘される。そのひとつがplaced-to-trained方式の支援の限界である。自立支援法によって就労数が増加した要因の一つが、実際の職場での支

援を実現する就労移行支援事業の実現であった。それに自立支援法以前からあったジョブコーチ制度を組み合わせた支援などが一般就労の実現に大きな役割を果たしたと考えられる。しかしながら、いずれも時限的である点はその課題だといえる。つまり、一定期間以上を経過した一般就労に対しては支援を提供するサービス体系がないのである。

日常生活支援との連携という点についても、そもそも一般就労中の支援がある時期からなくなるということは、連携も起こりえないと考えることができる。一般就労が継続しても就労における支援が継続される例外的な状況としては特例子会社などが考えられるが、その数が限られることや、その場合に就労の場は一般企業となるため、日常生活支援を提供する福祉領域の事業所との連携には福祉サービス同士の連携以上の困難があることが考えられる。

Ⅳ 精神障害者の日常生活支援

次に、障害者の日常生活支援について考えていきたい。ここでの日常生活支援には図1で示した住まいの場での支援と、日中活動の場での支援も含んでいる。

家の中と外という点でサービスを分類するのであれば、両者は分けて考えるのが適当とも考えられる。特に家の外での支援として就労支援と一緒にとらえることもできるだろう。しかしながら、障害者サービスにおいて日中活動の場での支援とされているものは、確かに物理的には家の外において提供されているかもしれないが、社会的にはまだ「ウチ」とどまっているのではないかと、という問題意識が筆者にはある。そこで、その詳細については後述することとして、ここではひとまず、住まいの場での支援と日中活動の場での支援の一部をまとめて日常生活支援として記述していく。

現在、さまざまな社会サービスが精神障害者の

在宅生活を支えているが、前述のとおりそこには大きく分けて二つのタイプの支援があると考えられることができる。一つは、移行と定着のための支援、すなわち精神科病院や入所施設からの退院・退所のタイミングで行われる支援と、二つ目は地域での生活を継続的に支えていくための支援であり、総合支援法の居宅介護などのホームヘルプサービスや地域日常生活支援センターによる支援や、精神科デイケアサービスなどを含む。両者は時期的にも内容的にも重なることも十分にありえる。

1 地域移行支援

精神障害者の地域への移行のための支援は、退院促進支援事業などの形で2000年代から行われてきたものである。この移行に焦点をおいた支援は、その少し前から高まった社会的入院への問題意識がその一因となっている。社会的入院とは、先進国と比べて極端に長いわが国の精神科入院日数⁴⁾の背景にある事象でもあり、既に入院による医療的ケアを必要としない状態でありながら、戻る場所がないという理由で何年、時には何十年も入院が継続されている状態を指している。そのような状況への対策として行われたのが退院促進支援事業でありこのような支援は、現在では、総合支援法における地域移行支援として実施されている。

地域移行支援は施設や病院から退所、退院する18歳以上の者を対象として行われ、地域への生活の移行にあたりさまざまな不安や課題に対する相談支援や、住宅の確保、関係機関との調整等を行う事業である。退所が決まると、それに向けて日中活動のための障害者サービスの体験利用や外泊体験を行いながら地域生活に必要な準備を整えていく。

精神障害者が、それまで生活していた施設や病院を出て地域で暮らそうとする際には、ただ住居やサービスを選んで決定するというだけでなく（それだけでも精神障害者にとっては困難を伴う

⁴⁾ OECDのHealth Care Utilisationによれば、先進国の多くが10日未満となっているところ、日本の2016年の値で269.9日（『医療施設（動態）調査・病院報告』）となっている。

ものであるが)、住居やそこでの電気や水道の契約に開始の手続き、行政的なものを含む住所の変更手続きに始まり、サービスの契約や利用のための打ち合わせや交通手段の確保など、とても一人では片づけきれない多くの「やらなければならないこと」がある。

また、精神障害者にとって退所・退院が難しくなる要因は、そういった手続きや事務的作業のほかにもいくつかある。その一つは、その発症時期の特徴や長期の入所・入院生活によって、生活そのものを維持する能力が失われていたり、そもそも持ち得ていない場合があるということである。つまり、家事やセルフケアなどを自分で行うことができない(と想定される)のである(松浦2016)。そのため、移行支援にはそういった側面での訓練や技術の習得、あるいは必要な支援サービスの利用を考えなければならなくなる。家族のいる家に戻るのであれば問題ない場合もあるが、精神障害者の場合にはその障害やそれに伴う過去の行為の影響で、家族の理解や協力を得られないケースも少なくない。

それに加えて、新生活への不安やストレスも、精神障害者にとっては大きな障壁となる。そしてその支えになるであろう人間関係も、施設や病院から地域への地理的移動によって希薄になる。地域移行支援は、そのような精神障害者の多重的なニーズに対応し、退所・退院までのプロセスを包括的に支援する支援サービスとなる。そして、当事者の退所・退院に伴い、地域定着支援へとサービスも移行していく。

2 生活を維持するための支援

精神障害者が施設や病院から出て地域で暮らすようになった際、さまざまな生活上の課題に対する支援として提供されるのが、障害者総合支援法によって規定される在宅生活のための支援サービスである。

精神障害者の場合、身体障害者などとは異なりおおむね身体的機能における課題はほとんどない。しかしながら、認知機能の障害により、複雑な(一般的に複雑と判断されるかどうかは別とし

て複数の行程を統合するような)作業を行ったり何かを管理したりすることや、また臨機応変に対応することなどに困難を生じる場合がある。そのため、家での生活介助や家事支援などを居宅介護(ホームヘルプ)サービスによって受ける。あるいは、社会福祉法において第二種社会福祉事業として規定される日常生活自立支援事業などで金銭の管理などのサービスを受ける場合もある。

ところで、精神障害者の生活の状況をイメージしてみた場合、家の中での活動のために必要とする支援はそれほど多くないことが分かる。前述したとおり、精神障害それ自体は脳の認知機能における障害であり、身体的には必ずしも機能障害を持たない場合も多い。生活における一つ一つの動作につききりで介助が必要なわけではないとなれば、居宅介護サービスの利用量も必ずしも多くは必要とせず、少しの支援で在宅生活を維持することは可能な場合も少なくないといえる。

一方で、それまで施設や病院にいた者や自宅にいても社会的に孤立してしまっている者などにとっては、「日中の活動」が必要となる。いわゆる家事などの個人の生活を支えるための活動ではない社会的な活動である。障害のない人々にとっては、それは仕事や学校に行くことにあたるが、そのような活動がないままでは自宅に引きこもり社会的に孤立してしまうことが考えられる。そこで、考えられたのがいわゆる「居場所支援」といわれるサービスで、日中活動の場の提供のためのサービスが法制度化された。

当初、このようなサービスはそこに行き活動に参加すること自体が目的とすることが想定されていた。つまり、障害のない者にとっての「仕事」のように、何かそこに理由や目的をもって行くための場所を提供することが、サービスの目的でもあったわけである。これらのサービスを提供してきた施設などは、現在では就労支援や何らかの訓練などの目的のための場所として、少なくとも制度上は位置づけられている。ただその場合、そこには何らかの到達目標があり、当然のことながら目的達成を以てサービスの終了が理論上は想定されるわけだが、実質的には「居場所支援」と同様

に家の外での「場」を永続的に提供するものとなっている。

3 日常生活支援における重要な要素

精神障害者は、その程度の差こそあれ、長い間多くの国で施設や病院に閉じ込められる生活を強要されてきた。その後、徐々に地域生活への移行が進められてきたが、その支援においてはさまざまな取り組みが試行錯誤されてきた。日本だけではないそれらの取り組みの中で、世界的なコンセンサスを得ている支援モデルの一つ挙げるのは難しいところがあるが、それらの取り組みに共通する考え方をここでいくつか挙げていきたい。

その一つは、多職種チームによる支援である。精神障害者の場合、そのニーズは生活介助だけではなく医療を含めた多様なニーズがあるという点がその理由である。医療・リハビリ・生活介助から就労支援まで、さまざまな要素における専門職がチームとなり、支援を提供する。利用者にとっての窓口となる担当者はいても、一人のケースについて多様な専門職がそれぞれに知識と経験をもって最善の方法を選択してくるのである。

もう一つとして、生活全般における包括的な支援の提供という点もあげられる。これはチームによる支援に共通する点でもあるが、複数の異なる支援が個別に提供される状態は、精神障害者にとっては自分で管理したり対応したりすることが難しくなってくる。そのため、支援も生活全般にわたる包括的な視点で提供するということが、精神障害者の日常生活支援として重要な要素と考えられている。

最後に、個々の精神障害者に合わせた個別的な支援という点がある。これはほかの障害種別にも共通することであるが、精神障害の場合、その原因疾患によって引き起こされる症状や、それに伴う生活上の困難はその個人によってもさまざま、さらに環境的条件による個性が伴うと、その生活ニーズは非常に多様なものとなる。そのような精神障害者のニーズに対して、画一的な支援で対応しようとするには無理があると考えられるのである。

このような要素を含んだ支援としてよく知られているのが、包括的地域日常生活支援、いわゆるACT (Assertive Community Treatment) と呼ばれる支援モデルである。ACTサービスはアメリカで広く実践され、イギリスでも地域精神保健チームの形で提供されている。日本でもそのモデルに基づいて支援を提供する事業所がいくつかみられている。

4 日常生活支援のための制度

まずわが国の精神障害者に対する日常生活支援サービスを概観すると、その多くは総合支援法によって規定される障害者サービスとして提供されている。総合支援法ではいくつかの事業を規定し、事業者はその規定に基づいてサービス事業者の指定を得て事業を行う。利用者である障害者はそれらの事業の中から必要な支援を組み合わせる利用する。事業者の中には複数の事業を実施しているところもあれば、単一の事業のみを行うところもある。

障害者は自分でサービスを選び組み合わせるが、その前提として、利用にあたり障害支援区分の判定を受けなければならない。その判定により利用できるサービスの量的な上限が設定され、そのなかで支援を選んでサービス等利用計画を作成して、それに従ってサービスを利用する。また、サービス利用においてはその利用料の1割を負担することになっているため、それもサービス選択の上での重要な要件にはなるが、この利用料負担については所得に応じた負担上限額の設定や食費等の実費負担の減免制度などが用意されており、特に収入源のない障害者の場合には自己負担はほとんどなく利用できる場合も少なくない。

さらに、精神障害者の場合の日常生活支援において、もう一つ大きな役割を果たしているのが精神科訪問看護の制度だろう。これは福祉サービスではなく医療サービスである。必要な通院患者には担当医による処方箋が作成され、それに基づいて精神科の看護師や精神保健福祉士などが自宅を訪問する。医療の継続と服薬管理が重要となる精神障害者の生活においては、この制度の果たす役

割は小さくない。

ここで前段の日常生活支援に必要な要素について考えてみたい。前段で述べたような条件を満たしたサービスは、このようなサービス供給体制で実現することができるのか。

まず個別的な支援については、現在の制度でも個別のサービス等利用計画が立てられており、またサービスの組み合わせを本人の希望に沿って行うという点では、一定の個別性は確保できると考えることもできるかもしれない。問題は、そこまで多くの選択肢を用意できているかという点であるが、この点についてはまた別の課題としてここでは簡単に触れるにとどめる。

それに対して、チームによる支援や包括的な支援提供という点では難がある。チームによる支援については、まず福祉サービスの領域に医療やリハビリの専門家が入っていることはあまりない。これは、制度自体がそれらの領域における制度と切り離されていることが一因である。医療やリハビリは医療保険制度を介して提供されるのに対して、総合支援法はそれとは別個の制度として福祉サービスに特化されている。また、総合支援法におけるサービスの価格も医療点数と同様に点数化されているが、その水準は低く、医療やリハビリの専門家をチームの中に維持できるだけのものになっていない。

ただし、その当事者が医療やリハビリに係るサービスを利用していけば、ケース会議という形で関連する専門職が集まり、そこに医療専門家が入ることも考えられる。日本の制度の場合、ある機関や組織のなかにチームがあって活動することは難しいが、それぞれの機関に所属する専門職がケース会議を介して一時的なチームを形成することで対応していると考えられることができる。

また包括的な支援提供については、多くの事業を同時に実施する事業者があれば、そこが同じ経営主体内のサービスを包括的に提供することはできなくもない。しかしながら、ここでいう包括的支援とは、必ずしもすべての支援を一つの機関で提供するということを意味しない。

前述のACTサービスはその包括的支援を一つ

の特徴としているが、その役割はすべての直接的サービス供給を行うものではなく、利用者の生活を包括的にとらえた上でその全体のバランスをもって、それぞれの必要なサービスに利用者をつなげるというものである。ただ、それだけを聞くと、総合支援法におけるサービス等利用計画の作成と同様に思われるかもしれないが、この包括的支援とは単なるサービスの組み合わせを考えることではなく、もちろん特定の制度内のサービスのみに限られることでもない。時には障害者サービス以外のさまざまな社会資源を活用して、利用者自身が望む生活のあり様に向けて生活全体を視野に入れながら支援を行っていくものである。

なお、ACTは日本でも一部でそれを掲げたサービスが提供されている。そこで、現在の事業体系のなかで何をどう組み合わせれば包括的支援が提供できるのかという点について、現在までに筆者が確認できている例からみても、精神科訪問看護を軸に総合支援法やそれ以外の事業を組み合わせている例が多いように思われる。これは、ACTサービスの前提として、ACT自身は支援提供のための施設・設備をもたず（事務所などの施設はもつが）利用者の自宅で提供するサービスを基本としているためでもあるだろう。

V 2つの支援の関係と今後の展望

ここまで精神障害者に対する就労支援と日常生活支援を、その求められる要素と制度に着目しながらそれぞれに整理してきた。しかし、実際に精神障害者が安心して安定してその生活を送っていくためには、これらの個々のサービスが機能的に働くことだけでは不十分である。

これまで度々述べたように、精神障害者はその特性として、変化への対応に課題を抱える場合が多く、さまざまな要素や条件が複雑に関係した事象に対応することに困難がある。そのような精神障害者にとって、就労支援と日常生活支援がそれぞれにあるということもすでに、複雑さの第一歩である場合もある。そこで、日常生活支援の重要な要素として繰り返し述べたように、包

括的なサービス提供が鍵となる。その意味で、就労支援と日常生活支援も、やはり有機的な連携をもって提供されることが重要な意味をもつ。

かつて、精神障害者にとって就労は治療の妨げとなると考えられていた時代があった。就労は精神疾患が治ってから、症状が治まってから考えるものであって、それまではおとなしく治療に専念すべきだという考え方である。その場合、就労は身の回りのことができてから、自立してからと考えられ、2つのサービスが分断されていてもさほど問題はなかった。しかし、現在では就労に対するこのような考え方は誤りだとされている。

実際、現在でも、それまで順調に地域生活を送っていた当事者が、仕事を始めたり、その準備を進めるだけで体調を崩し、障害者サービスの利用もできなくなったり、時には入院を必要とするようなケースが無いわけではない。しかしながら重要なことは、その症状の良し悪しではなく、本人の意思と希望に基づいて生活を送ることであり、その結果として起きる困難には、それも含めて意義があるというのが現在の理解である。

結果、日常生活で支援を受けながら就労することが一般的に捉えられるようになってきた。

ただ、精神障害者の生活における就労の位置づけがそのように変化しても、就労支援と日常生活支援はそれぞれ別個のものとして提供されてきた。

これらは確かに、物理的には切り離されたものではあるかもしれない。しかしながら、精神障害の場合、ストレスや不安がその状態に影響を与えるという点で、それぞれの場面における状態が本人の体調に影響を与え、結果的にもう一方の場面における行動にも影響を与えることになる。また、異なる場面でそれぞれに提供されるサービスの統制をとり調整を図ることは精神障害者には難しいことであり、例えばそれぞれのサービス提供者が相反することを言ったりすれば、それだけで当事者の負担を大きくすることになる。このような点から、就労支援と日常生活支援の有機的な連携は重要なものとなる。

同様の観点から、精神障害者が一般就労に就いてからの支援についても考える必要がある。一般就労が安定し、集中的な支援の必要性がなくなっても、その職場内で自然なかたちで継続される支援が必要となる。これは援助付き雇用においてナチュラルサポートと呼ばれるもので、それが精神障害者の就労の継続を実現させる重要なカギとなる(松為・菊池2006)。それらは専門職によって提供されるものではないため、日常生活支援サービスとの連携を図るためには日常生活支援サービス側の工夫が必要になるだろう。また、その橋渡しをする役割として、安定した一般就労における「見守り型」の就労支援サービスを考えることも必要である。就労の継続という点でいえば、これまでの障害者サービスのように何らかの今ある課題への対応ではなく、何かが起きたときのために備えるサービスが必要と考えられるからである。

そのような一歩引いた就労支援が、就労しながら利用する日常生活支援サービスと連携することができれば、当たり前前に働き当たり前前に地域で暮らす生活が精神障害者にも実現できる可能性が高まるのではないだろうか。

VI おわりに

今回、精神障害者の生活全体を支えているサービスを、就労場面と生活場面という2つの側面に分けながらとらえてきた。精神障害者は、わが国において障害者として認定された時期も遅く、多くの場面でそれまでの障害者に対する基本的な認識と根本的に異なる要素がある。その結果、現在の障害者サービスの供給体制では、十分に対応できていないと考えられる部分がいくつか指摘される。一方で、これまで障害とは認識されてこなかったさまざまな困難を抱える人々が、新たに障害者として認定されたり障害者サービスの利用を認められたりするようになってきている。このような流れのなかで、障害者サービスやその制度は、「障害」あるいは「障害者」という概念を根本的に転換させる必要がでてきているのかもしれない。

精神障害者の支援サービスに関わっていてよく聞かれることが、「精神障害者にとって生活しやすい状況はおそらくすべての人にとって生活しやすい状況だろう」ということである。つまり、精神障害者のニーズはそれだけ障害のない人々の生活上のニーズに近い部分があるということであり、「障害者の生活」としてではなく「私たちの生活」としての認識に基づいてその生活と支援のあり方を考える必要があるのではないだろうか。

参考文献

- Becker, D. R. & Drake, R. E. (2003) “*Working Life for People with Severe Mental Illness*” (=大島巖ほか訳 (2004)『精神障害をもつ人たちのワーキングライフ—IPS：チームアプローチに基づく援助付き雇用ガイド』金剛出版)。
- 厚生労働省 (2017)『平成29年 障害者の雇用状況の集計結果』(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000187661.html>)。
- 松為信雄・菊池恵美子編 (2006)『職業リハビリテーション学—キャリア発達と社会参加に向けた就労支援体系』協同医書出版社。
- 松浦知和 (2016)「精神保健福祉士養成のあり方を考える：統合失調患者、高齢精神障害者の地域移行支援に関する考察を中心に」名寄市立大学社会福祉学科『研究紀要』5, pp.41-47。
- 山村りつ (2011a)『精神障害者のための効果的的就労支援モデルと制度—モデルに基づく制度のあり方』ミネルヴァ書房。
- (2011b)「当事者にとって精神障害を開示することの意味とは：就労上の課題に関するインタビュー調査の再考から」全国障害者問題研究会『障害者問題研究』39 (2), pp.66-74。

(やまむら・りつ)

Support for the Life of People with Psychiatric Disabilities in Their Employment and Daily Living

Ritsu YAMAMURA*

Abstract

This article is showing assessments and suggestions about systems for providing social services for people with psychiatric disabilities from a perspective of requirements for characteristics of psychiatric disabilities and relationship between them and providing systems: In Japan, services for people with disabilities are classified by place in which they are provided, “place for residence” and “place for daytime activity”. The former is providing for keeping daily-living of people with disabilities, and the latter is, eventually, for competitive work and closed. Those two types of service which have a different aspect each other is arranged side by side in structure of our social service system of people with disabilities. And then, in the case of psychiatric disabilities, those services should be made cooperate closely with others because of psychiatric disabilities’ characteristics, not to mention that each has to possessed all requirements of appropriate services for life of people with psychiatric disabilities. Can those services really are?

Keywords : People with Disabilities, Employment Support, Daily Living Support, Comprehensiveness of Support, Service Providing System

* Assistant Professor, Department of Public Policy and Affairs, College of Law, Nihon University

特集：障害者施策をめぐる課題

障害者福祉と学校教育の連携 ——放課後等デイサービスに焦点を当てて——

丸山 啓史*

抄 録

近年、放課後等デイサービスの事業所が急増してきた。放課後等デイサービスは、学校に通う障害のある子どもにとって重要なものになっている。事業所と学校の連携が必要であるが、連携は未だ十分ではない。①放課後等デイサービスについての教員の意識の向上が望まれる。②事業所の職員や学校の教員が連携のための時間を確保できるようにしなければならない。③職員と教員の「顔の見える関係」の構築が求められる。④複数の事業所に通う子どもが少なくないため、事業所間の連携も重要である。⑤営利法人が運営する事業所の増加は、事業所と学校の連携に否定的な影響をもたらす。⑥子どもと家族の諸困難に対応するための連携が求められる。⑦放課後等デイサービスの基本的な役割を問い直し、事業所と学校の役割分担を考える必要がある。なお、障害者福祉と学校教育の連携に関わっては、障害のある子どもの通学の支援も重要である。

キーワード：障害のある子ども，放課後等デイサービス，学校，連携

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.512-524.

I はじめに

障害児者の権利保障に関わっては、福祉と教育の連携の重要性がしばしば指摘される。連携が求められるのは、子どもが学校に在籍している期間だけに限らない。子どもが就学しようとするときには、保育所や児童発達支援センターなどと小学校や特別支援学校との連携のあり方が問われる。また、「学校から社会へ」の移行については、特別支援学校等と関連機関との連携が課題となる。

障害児者をめぐる福祉と教育の連携は多岐にわたるため、それらを一括して論じることは難し

い。そこで、本稿においては、放課後等デイサービス（以下、放課後デイ）事業所と学校の連携をめぐる動向と課題を主に扱う。なぜなら、放課後デイ事業所は、学校に在籍している障害のある子どもにとって、主要な社会資源の一つとなることが多いからである。

II 放課後デイ事業所と学校の連携をめぐる動向

1 放課後デイ事業所の急増

放課後デイは、2010年12月の法改正によって児童福祉法に位置づけられた。児童福祉法においては、「授業の終了後又は休業日に（中略）生活能力

* 京都教育大学 准教授

の向上のために必要な訓練，社会との交流の促進その他の便宜を供与すること」が事業の内容とされている。

2012年に放課後デイの制度が発足したことにより，その事業所の数は急増した。2017年5月31日の障害福祉サービス等報酬改定検討チームの資料によれば，2012年4月には2,540カ所であった事業所数が，2014年4月には4,595カ所となり，2016年4月には8,352カ所となっている。また，2016年12月において，放課後デイ事業所は9,726カ所であり，そこに通う子どもは14万6,202人に及んでいる。

このように事業所や通所児が増えた結果，放課後デイは「障害福祉サービス等全体」のなかで大きな存在感をもつものとなっている。2017年5月31日の障害福祉サービス等報酬改定検討チームの資料では，放課後デイの費用額について，「障害福祉サービス等全体の総費用額の約7.1%を占める」と記されている。児童発達支援の費用額が「障害福祉サービス等全体の総費用額」の約3.3%であることをみると，放課後デイが障害児支援の領域の大きな部分を占めていることがうかがえる。放課後デイ事業所の広がり，費用額の面からも確認できるのである。

もっとも，放課後デイ事業所が全国的に増えたとはいえ，事業所の広がり具合は地域によって異なる。また，障害が重度であるなどして，手厚い対応が必要な子どもについては，その受け入れに消極的な事業所が少なくない〔真崎（2017）〕。重症心身障害児を対象とする事業所の不足も，問題として指摘されている〔真崎（2017）〕。障害のある子どもが必要に応じて十分に放課後デイに通える環境は，未だ整備されていない。

また，放課後デイについての国の費用額が増加するなか，その費用額を抑制するような政策が進められてきている。例えば，2016年3月7日に厚生労働省から出された通知は，「障害児通所支援は，障害児の心身の状況に応じ，障害児の自立の支援と日常生活の充実に資するよう，適切な技術をもって指導，訓練等を行うものである」としたうえで，「主として障害児の家族の就労支援又は障

害児を日常的に介護している家族の一時的な休息を目的とする場合には，地域生活支援事業の中日一時支援等を活用すること」と述べており，「家族の就労支援」や「家族の一時的な休息」のための放課後デイの活用を排除するような方向を示している。そして，障害児通所支援の支給量については，「原則として，各月の日数から8日を控除した日数（中略）を上限とすること」として，その抑制を図っている。

2016年の障害者総合支援法及び児童福祉法の改正では，都道府県が定める障害児福祉計画に照らして「必要な量に既に達している」と判断される場合などに，都道府県は放課後デイ事業所の「指定をしないことができる」とこととされた（児童福祉法第21条の5の15）。これにより，放課後デイの事業所数が抑制されていく可能性がある。

財政制度等審議会財政制度分科会においても，2015年10月9日の資料では，放課後デイへの着目がなされており，その費用額の増大が問題視されている。2017年5月31日の障害福祉サービス等報酬改定検討チームの資料において，前述のような費用額の状況が示されているのも，そうした文脈に関係するものだと考えられる。2017年11月29日に財政制度等審議会がまとめた「平成30年度予算の編成等に関する建議」では，「放課後等デイサービスの報酬適正化」が要求されており，2018年度の「障害福祉サービス等報酬改定」において，放課後デイ事業所の運営を困難にするような改定がなされることが危惧される。

このような政策的動向を考えると，今後も放課後デイ事業所が増え続ける保障はない。しかし，少なくとも現状において，放課後デイは，学校に通う障害のある子どもにとって重要なものになっている。

2 放課後デイ事業所に求められている連携

放課後デイ事業所と学校の連携は，放課後デイの制度が発足する過程においても重視されてきた。2012年2月20日の障害保健福祉関係主管課長会議資料をみると，放課後デイの「事業の概要」の説明においては，「学校教育と相まって障害児

の自立を促進する」という文言があり、放課後デイと学校教育の関係性に対する関心がうかがえる。また、「放課後等デイサービスの概要」を示す図には、「学校との連携・協働による支援（学校と放課後等デイサービスのサービスの一貫性）」という文言が記されている。

放課後デイの制度が発足した2012年4月には、厚生労働省の障害福祉課と文部科学省の特別支援教育課の連名で、「児童福祉法等の改正による教育と福祉の連携の一層の推進について」という事務連絡が出されている。そこでは、「放課後等デイサービスの創設」に関して、「特別支援学校等における教育課程と放課後等デイサービス事業所における支援内容との一貫性を確保するとともにそれぞれの役割分担が重要です。個々の障害児のニーズを踏まえた放課後等の過ごし方について、特別支援学校等と放課後等デイサービス事業所、保護者等との間で十分に協議するなど必要な連携を図るようお願いします」と述べられている。

さらに、2015年4月に厚生労働省が発表した「放課後等デイサービスガイドライン」（以下、ガイドライン）の総則においては、「放課後等デイサービスは、子どもに必要な支援を行う上で、学校との役割分担を明確にし、学校で作成される個別の教育支援計画等と放課後等デイサービス計画を連携させる等により、学校と連携を積極的に図ることが求められる」とされている。そして、ガイドラインでは、学校との連携の具体的内容として、年間計画や行事予定の交換、送迎時の対応についての調整、子どもの病气・事故の際の連絡体制についての調整、学校の行事や授業参観への参加、などが挙げられている。

3 学校に求められている連携

学校に向けても、前述のように、2012年4月には、厚生労働省の障害福祉課と文部科学省の特別支援教育課の連名で、学校が放課後デイ事業所と連携することを促す事務連絡が出されている。また、2015年4月14日には、文部科学省の特別支援教育課と社会教育課の連名で、『放課後等デイサービスガイドライン』にかかる普及啓発の推進につ

いて（協力依頼）」という事務連絡が出されており、そこでは「ガイドラインに記載されている放課後等デイサービス事業所と学校との具体的な連携方法の概要」が示されている。政策的にも、放課後デイ事業所との連携が学校に求められているのである。

そうした連携に関わって、障害のある子どもの学校教育において重視されているものとして、「個別の教育支援計画」がある。これは、2003年に「特別支援教育の推進に関する調査研究協力者会議」がまとめた「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」において、その活用が提言されたものである。文部科学省においては、「障害のある幼児児童生徒一人一人のニーズを正確に把握し、教育の視点から適切に対応していくという考え方の下に、福祉、医療、労働等の関係機関との連携を図りつつ、乳幼児期から学校卒業後までの長期的な視点に立って、一貫して的確な教育的支援を行うために、障害のある幼児児童生徒一人一人について作成した支援計画」と説明されている。近年では、特別支援学校の学習指導要領だけでなく、小学校や中学校の学習指導要領においても、個別の教育支援計画の活用が位置づけられるようになってきている。

また、学校においては、特別支援教育の体制整備の一環として、特別支援教育コーディネーターの指名が進められてきた。特別支援教育コーディネーターは、文部科学省においては、「学校内の関係者や福祉・医療等の関係機関との連絡調整及び保護者に対する学校の窓口として、校内における特別支援教育に関するコーディネーター的な役割を担う者」と説明されている。ガイドラインでは、放課後デイ事業所の職員が「特別支援教育コーディネーター等」と情報交換を進めるべきであるとされており、「学校との連携」において重要な位置が特別支援教育コーディネーターに与えられている。

4 放課後デイ事業所と学校の連携の実態

放課後デイ事業所と学校の連携は、必要性が語られるようになってきているものの、実態が十分

に把握されていない。しかし、障害のある子どもの放課後活動を実施する事業所を対象として2010年度に実施した調査（以下、2010年度調査）の結果をみると〔丸山（2011b）〕、特別支援学校との連携に関して、「事業所・団体の職員が学校での子どもの様子を見に行く」については54.2%の事業所が肯定的回答（「している」または「ある程度している」）をしており、「事業所・団体の活動の場に教師に来てもらう」については39.8%の事業所が肯定的回答をしている。小学校・中学校との連携に関しては、これらの項目についての肯定的回答の割合が減少するものの、事業所と学校の間で相互の交流がある程度はなされている様子が示されている。特別支援学校との連携に関しては、「定期的に学校との話し合いの機会をもつ」についても41.2%の事業所が肯定的回答をしている。

また、矢房（2013）は、放課後デイ事業所の職員の立場から特別支援学校との連携について報告しており、子どもの送迎の際に学校の教員と話をしていること、事業所での食事介助を改善するために学校の給食の様子を見学したこと、事業所における制作活動についての助言を教員から得たこと、事業所での子どもたちの様子を教員が見に来たこと、事業所の行事に教員が参加したこと、などを記している。

さらに、山本（2017）がK市の放課後デイ事業所を対象として実施したアンケート調査によれば、21事業所のうち、「学校の年間計画や行事予定等の情報を把握している」のが20事業所、「学校の行事や授業参観に職員が参加している」のが12事業所、「下校時のトラブルや、子どもの病気・事故の際の連絡体制について事前に学校と調整している」のが11事業所となっている。小規模な調査ではあるものの、学校との間で何かしらの連携を行っている事業所が多いことがうかがえる。

一方で、全国の放課後デイ事業所を対象として2013年度に実施されたアンケート調査（以下、2013年度調査）の報告書をみると〔障害のある子どもの放課後保障全国連絡会（以下、全国放課後連）（2014）〕、「学校との連携がとりにくい」「学校との連携がスムーズでない」「連携の重要性を感

じつつ、実践に至っていない」といった自由記述回答が示されており、「学校との連携の不足」が指摘されている。また、藤元・是永（2014）が重症心身障害児の保護者を対象に実施したアンケート調査においては、「今後サービスを利用するにあたって、放課後等デイサービスに望むこと」についての質問に対して、「学校との連携」という回答が最も多くなっている。江上・田村（2017）が放課後デイ事業所に通う子どもの母親を対象に実施したアンケート調査の結果をみても、「学校との連携」を「放課後等デイサービスの改善点」とみなす母親が少なくない。放課後デイ事業所と学校の連携については、課題が多く存在すると考えられる。

Ⅲ 放課後デイ事業所と学校の連携をめぐる課題

1 学校・教員の側の意識

放課後デイ事業所と学校の連携を進めるうえで、問題になることのの一つが、学校・教員の側の意識である。放課後デイについての理解が学校・教員の側に乏しかったり、学校・教員の側が放課後デイ事業所との連携に消極的であったりすると、事業所と学校の連携は進みにくい。

2010年度調査においては、「情報交換・連携に協力する姿勢が学校の側にみられない」と考える事業所、「学校の側に放課後・休日の活動を軽視する傾向がある」と考える事業所が、ともに4割近くに及んでいる〔丸山（2011b）〕。また、丸山（2011a）は、「情報交換・連携のしやすさ」が「校長の姿勢」や「相手方となる教員」によって異なると考える事業所が少なくないことに言及しており、丸山（2011b）は、「同じ学校でも教師により情報交換・連携のしやすさが大きく異なる」と考える事業所が77.1%に及ぶことを示している。そして、2013年度調査の報告書をみても〔全国放課後連（2014）〕、放課後デイについての理解が教員に不足していることを問題視する自由記述回答が示されており、「放課後等デイサービスについての学校・教師の理解」が課題として指摘されている。

もっとも、放課後デイの事業所が急増し、放課

後デイに通う子どもが増えてきたなかで、最近になって学校・教員の側の意識が変化してきている可能性は小さくない。竹脇(2017)も、放課後デイの事業所における子どもの様子を知りたいという要求が特別支援学校の教員の間で高まっていることを指摘し、「私の務める学校では、教員の要望から、夏休みを利用して数名の教員で、通学区内にある放課後等デイの事業所を訪問し、子どもたちの活動の様子を知るための施設見学を行うようになりました」と述べている[p.129]。しかし、これまでの調査の結果をもとに考えるならば、放課後デイについての学校・教員の側の意識の向上は課題の一つである。

ただし、同時に考えなければならないのは、放課後デイ事業所との連携を進めるための学校の体制整備である。2010年度調査において、「事業所・団体と連携するための体制が学校のなかにつくられている」と考える事業所は31.4%にとどまっていた[丸山(2011b)]。放課後デイについての教員の理解も重要ではあるが、個々の教員の意識に大きく依拠する連携のあり方には限界もあるだろう。それぞれの学校において、放課後デイ事業所との連携のために必要な仕組みが整えられなければならない。

2 連携のための時間の確保

学校・教員の側が放課後デイ事業所との連携を積極的に進めようとする意識をもったとしても、学校の教員や事業所の職員が連携のための時間を確保できなければ、連携は困難になる。

奥住ほか(2010)が東京都の「障害児放課後活動グループ」を対象に行った調査においては、「学校との情報交換」について、「情報交換を行う時間が学校にない」と感じている放課後活動グループが多いことが示されている。また、2010年度調査においても、「情報交換・連携のための時間が学校の側にない」とする事業所は58.8%に及んでいる[丸山(2011b)]。これらは事業所の側の認識であり、学校・教員の認識が明らかにされているわけではないものの、学校の教員の多忙状態が放課後デイ事業所と学校の連携に否定的な影響を及ぼし

ている可能性は高い。

一方、奥住ほか(2010)の調査においては、「情報交換を行う時間がグループにない」と感じている放課後活動グループは必ずしも多くない。しかし、2010年度調査においては、「情報交換・連携のための時間が事業所・団体の側にない」とする事業所が45.9%に及んでいる[丸山(2011b)]。近年の実態は十分に把握されていないものの、学校との連携のための時間を確保しにくい放課後デイ事業所は少なくないのかもしれない。

職員・教員が子どもとともに活動する時間帯が放課後デイ事業所と学校で異なることも、連携のための時間の確保を困難にすると考えられる。子どもが学校にいる時間には、学校の教員が事業所の職員と連絡をとりやすく、放課後等の時間には、職員が教員と話し合うのが難しい。事業所の職員と学校の教員が集まって情報交換や相談をすることは、必ずしも容易ではない。

しかし、学校における教員の体制や放課後デイ事業所における職員の体制が余裕のあるものになれば、連携のための時間を確保しやすくなるだろう。教員の多忙状態の解消を進めることが課題であると同時に、放課後デイ事業所の職員の体制を充実させていくことも重要な課題である。2013年度調査の報告書をもても[全国放課後連(2014)],「望ましい活動内容のためには指導員の人数が足りない」という事業所が37.2%,「計画・記録・振り返りなど、一人ひとりに丁寧な対応をする余裕がない」という事業所が39.6%に及んでおり、余裕のない事業所が多く存在する実態がうかがえる。全国放課後連(2014)は、「子ども10人＝指導員2人の想定は現実からかけ離れています」[p.33]と指摘しているが、人員配置基準の適正化なども検討される必要があるだろう。

3 「顔の見える関係」の構築

放課後デイ事業所と学校の連携の進め方については、事業所や学校で作成される「計画」の活用が問題になる。ガイドラインにおいても、「学校との連携」に関して、「特別支援教育コーディネーター等から個別の教育支援計画等についての情報

提供を受けるとともに、放課後等デイサービス事業所の放課後等デイサービス計画を特別支援教育コーディネーター等へ提供する」と記されている。

障害のある子どもをめぐる福祉と教育の連携に関わっては、個別支援計画や「個別の教育支援計画」といった「計画」の活用が重視されることが少なくない。例えば、日詰（2014）は、「教育と福祉の連携を実現するための手段」として、「文書化されたもの」に注目している〔p.9〕。光真坊（2015）も、放課後デイをめぐる課題に目を向けながら、「個別支援計画等を通じた連携の必要性」を論じている。そして、竹脇（2017）は、放課後デイ事業所と学校の連携の具体的方法の一つとして、「指導計画の共有」を挙げている。

ただし、2010年度調査の結果をみると〔丸山（2011b）〕、「個別の支援計画を学校と共同で作成している」について、肯定的回答をしている事業所は7.6%でしかなく、82.2%の事業所は「していない」と回答している。「学校が作成した個別の支援計画を直接学校から見せてもらう」についても、肯定的回答をしている事業所は11.1%であり、「保護者を通じて学校での個別の支援計画等を見せてもらう」についても、肯定的回答をしている事業所は27.0%にとどまる。また、「事業所・団体の個別の支援計画を学校に伝える」について、肯定的回答をしている事業所は14.8%である。「計画」を活用して連携を進めている例もあることがうかがえるものの、「計画」を活用した連携が全体としては広がっていない状況が示されている。

そのような状況が近年において変容してきている可能性はあるが、山本（2017）の調査においても、「特別支援教育コーディネーター等から個別の教育支援計画について、情報提供を受けている」という事業所は、21カ所のうち4カ所にとどまっている。また、「放課後等デイサービス計画を特別支援教育コーディネーター等へ提供している」という事業所は、21カ所のうち2カ所でしかない。「計画」を活用した連携は依然として低調であると推定される。

名古屋（2016）は、個別の教育支援計画について、「特別支援学校でも、作成はしても活用しないという状況も聞かれる」として、「活用される計画にしていくことが課題」だと述べている〔p.101〕。放課後デイ事業所と学校の連携に「計画」が大きく寄与するものであるならば、「計画」の活用を推進していくことが求められよう。個別の教育支援計画は、「学校と放課後活動とが情報交換を行うきっかけの一つ」〔奥住ほか（2010）, p.235〕になるのかもしれない。

しかし、一方で、放課後デイ事業所と学校の連携における「計画」の位置づけを問い直すことも必要であろう。2010年度調査の結果をみると〔丸山（2011b）〕、「学校との連携において特に重要だと考えること（2つまで回答）」について、「個別の支援計画を学校と共同で作成すること」を選択した事業所は10.4%であり、「学校と事業所・団体とがそれぞれ作成した個別の支援計画・指導計画を互いに伝えておくこと」を選択した事業所は20.3%である。それに対して、「日常的に教師と職員が情報交換できる関係をつくること」を選択した事業所は68.0%、「教師・職員が互いに事業所・団体や学校を訪問して理解を深めること」を選択した事業所は39.8%、「定期的に学校との話し合いの機会をもつこと」を選択した事業所は32.4%となっている。そして、その結果をふまえ、丸山（2011b）は、「日常的で不定型な連携の充実が望まれている」〔p.214〕と述べている。いわゆる「顔の見える関係」を事業所の側が強く望んでいる様子が、2010年度調査からは浮かび上がるのである。

そうした「顔の見える関係」を構築するためには、放課後デイ事業所の職員と学校の教員の交流の促進に加えて、職員や教員の継続性の確保が求められよう。田中（2017）は、「家族以外の人が、その子に長い年月にわたり関われること」を「放課後施設だからこそできること」の一つに挙げているが〔p.34〕、その背景には、学校の教員の異動が頻繁になされることに対する問題意識があると考えられる。教員の勤務校が短期間で変わるとは、子どもや家族との関係において問題であるだ

けでなく、放課後デイ事業所と学校の「顔の見える関係」の構築を阻害しかねない。障害者福祉と学校教育の連携を考えるうえでは、教員の異動のあり方についての議論も必要になるのではないだろうか。

また、放課後デイ事業所の職員の継続性に関しては、職員の労働条件の改善が考えられなければならない。2013年度調査の報告書をもとに〔全国放課後連(2014)〕、事業所の職員について、「十分な賃金が保障されていない」「常勤職員を十分に確保できず、非常勤職員が多い」とする事業所が多いことが示されている。職員が安定的に仕事を続けていけるような条件の整備が、放課後デイ事業所と学校の連携にとっても重要であろう。

4 放課後デイ事業所間の連携

日常的に複数の放課後デイ事業所に通う子どもが少なくないことも、放課後デイ事業所と学校の連携に関係する問題である。一人の子どもが通う放課後デイ事業所が一つであれば、その事業所と学校が連携すればよいのに対して、子どもが複数の事業所に通う場合には、それらの事業所と学校の連携が求められることになり、事業所間の連携も必要になるのである。

2013年度調査の報告書を見ると〔全国放課後連(2014)〕、「他の放課後デイ事業所等を日常的に併用している登録児の割合」が「5割以上」であるという事業所が33.5%に及んでいる。また、「ほとんどの子が、毎日日替わりでいろいろなデイを利用している状態」「児童は2ヶ所から3ヶ所、4ヶ所の併用が主流」といった自由記述回答がみられる。また、塩見(2017)は、複数の放課後デイ事業所と契約を結んでいる保護者が多いという大阪府での調査結果を紹介しながら、「筆者が関わる障害児相談支援事業所において2015年度中に月あたり『15~16日』の放課後等デイサービスの支給決定を受けていた32人のうち、事業所1ヶ所のみと契約を結んでいる人が9人、2ヶ所16人、3ヶ所7人であり、週3回程度の放課後等デイサービスの利用頻度の場合においても複数以上の事業所を利用する人が72%となった」〔pp.15-16〕と述べてい

る。

一方で、2013年度調査の報告書を見ると〔全国放課後連(2014)〕、「複数の事業所を利用しているお子様が多いが、事業所間の連絡がない」「併用をしている事業所との連携体制がとりづらい」「事業所間の情報共有の機会がなく、他事業所ではどのような支援をされているのかが分からない」「事業所同士、横のつながりがない」といった自由記述回答が示されており、事業所間の連携が困難である様子がうかがえる。そうした状況を改善していくためには、放課後デイ事業所の連絡会の組織や、事業所の職員が集まる研修会の開催などが、各地域において求められよう。

ただし、複数の事業所に通所する子どもが多い実態を固定的なものとして考えるべきではない。そもそも、複数の事業所への通所は、子どもにとって負担になる可能性が高い〔全国放課後連(2014)〕。また、塩見(2017)が「利用者家族が望んで複数箇所を利用する傾向が広がってきている」〔p.16〕と指摘するような状況があるとしても、同じく塩見(2017)が言及しているように、「1カ所だけでは希望日が取れない」ことは、保護者が複数の事業所と契約を結ぶ主要な理由である。子どもが複数の事業所に通所しなくてもすむようにしていくことも、重要な課題であろう。

5 放課後デイ事業所の営利化をめぐる問題

営利法人が運営する放課後デイ事業所が増えてきていることも、無視できない問題である。

2015年10月9日の財政制度等審議会財政制度分科会の資料によれば、営利法人が運営する放課後デイ事業所は、2012年4月には624カ所で事業所総数の24.6%であったのに対し、2015年3月には2,478カ所で事業所総数の42.6%になっている。また、2017年5月31日の障害福祉サービス等報酬改定検討チームの資料を見ると、2015年度から2016年度にかけても、営利法人が運営する放課後デイ事業所の数は大幅に増えていることがうかがえる。

丸山(2015a)も指摘しているように、営利法人が運営する放課後デイ事業所が収益を特に重視し

ているとは限らない。しかし、真崎（2016）が「『儲け主義事業所』が営利法人を中心に多く出現しているのは事実」[p.23]と述べているように、営利法人が運営する放課後デイ事業所のなかには、収益を特に重視する事業所が少なからず存在する。そのことは、放課後デイ事業所と学校の連携にも否定的な影響をもたらしかねない。

第一に、収益が優先されることによって、事業所が学校との連携に力を注がなくなることが考えられる。収益を増大させるために事業所が人件費を強く抑制するならば、学校と連携しながら手厚い実践を進めていくための職員体制の構築は難しくなるだろう。

第二に、収益を特に重視する事業所がほかの事業所との競争を強く意識するならば、事業所間の連携が阻害されることになる。子どもと家族の権利保障ではなく、事業所の収益が優先されると、実践にとって有用な情報や知識・技能を他事業所と共有しないとといったことが起こりやすくなるだろう。

また、営利法人が放課後デイ事業所の運営主体となることは、事業所の活動に学校が協力することの妥当性をめぐる問題を複雑にする。例えば、学校の夏休み等に学校の教員がボランティアとして事業所の活動に参加するということがこれまでにみられたが〔丸山（2011a）〕、そうしたことの持つ意味は、事業所の運営主体の性格と無関係ではないだろう。また、事業所による学校施設の活用を考えても、事業所の運営主体の性格を度外視することはできない。

営利法人が運営する放課後デイ事業所の増加は、放課後デイ事業所と学校の連携という観点からみても、大きな懸念をもたらすものなのである。障害者福祉の領域への営利法人の参入を加速させてきた現行制度のあり方について、抜本的な見直し求められるのではないだろうか。

6 子どもと家族の困難に向き合うための連携

放課後デイ事業所と学校の連携は、子どもと家族の困難への対応という観点からみても重要である。

近年、日本において「子どもの貧困」が社会問題となっているが、障害のある子どものいる家族が経済的困窮に直面していることは少なくない。また、障害のある子どもの保護者が障害を抱えていることもある。そして、経済的困窮などの困難や子どもの障害が虐待と重なり合うことも珍しくない〔藤原（2013）〕。

経済的困窮のような問題を放課後デイ事業所や学校が根本的に解決することはできないとしても、放課後デイ事業所や学校などが連携しながら取り組むことによって、子どもと家族の困難を軽減することはできるかもしれない。特別支援学校の教員は、困難を抱える子どもや保護者と関わるなかで、書類作成を援助する、連絡帳を読みやすくする、服の洗濯を行う、衣類を提供するといった多様な配慮・支援を行っている〔窪田（2015）〕。そうした配慮・支援の例を放課後デイ事業所の職員や学校の教員が共有することは、子どもと家族の困難を軽減していくことに寄与するのではないだろうか。

また、困難を抱える子どもと家族を支える具体的な取り組みのために、学校などとの連携が放課後デイ事業所に求められることもあるだろう。丸山（2016）が放課後デイ事業所を対象に実施したアンケート調査によれば、経済的な困難や保護者の障害など、保護者・家庭の困難を事業所の職員が認識している例は少なくない。保護者に知的障害や精神障害がある場合などにおいて、関係機関との連携を進めようとしている放課後デイ事業所があることもわかる。困難を抱える子どもと家族を支えるための関係機関の連携のなかに、必要に応じて放課後デイ事業所が位置づけられるべきだろう。

なお、このような問題を考えていくうえでは、スクールソーシャルワークの役割に目を向けることも重要である。最近では、障害のある子どもの学校教育との関係においても、スクールソーシャルワークへの着目がなされるようになっている〔大石（2017）、など〕。放課後デイ事業所の職員や学校の教員とスクールソーシャルワーカーの連携のあり方も、今後において考えられるべきことの

一つである。

7 放課後デイ事業所と学校の役割分担

放課後デイ事業所と学校が連携を進めるうえで、それぞれの基本的な役割をふまえ、両者の役割分担を考えることも重要であろう。

放課後デイの基本的な役割について、ガイドラインは、「放課後等デイサービスは、支援を必要とする障害のある子どもに対して、学校や家庭とは異なる時間、空間、人、体験等を通じて、個々の子どもの状況に応じた発達支援を行うことにより、子どもの最善の利益の保障と健全な育成を図るものである」としている。また、一般社団法人全国児童発達支援協議会（2017）も、放課後デイが「発達支援」を行うものであることを強調している。

そうしたなかで、考えなければならないことの一つは、「発達支援」が意味する内容である。丸山（2014）は、2013年度調査をもとに、『『描画・工作・書道など』や『ダンス・体操・スポーツなど』を『よく行っている』とする事業所の割合』や『『課題に応じた個別指導』や『学習』を『よく行っている』とする事業所の割合』が2009年度における同様の調査よりも増えていることを示し、「活動の教育的機能が重視されてきている」ことを指摘している〔pp.174-175〕。そうした変容は、放課後デイにおける「発達支援」の強調と無縁ではないだろう。

丸山（2014）は、上記のような変容を確認したうえで、「放課後デイの事業所の多くが重視していることと保護者が学校に期待していることとが類似している」〔p.176〕と指摘している。「指導」「訓練」「療育」「発達支援」といったことが重視されることによって、放課後デイが学校に類似したものになるのだとすれば、そのことの是非については議論が求められよう。丸山（2013）が強調しているように、障害のある子どもの放課後活動に関わっては「第三の生活の場」といった表現が用いられてきた経過があり、学校や家庭とは異なる役割が放課後活動に期待されてきた。丸山（2013）は、「発達の実現」だけでなく「生活の充実」にも

放課後活動の役割があるとしながら、「充実した遊び・文化活動・スポーツなどが展開される、豊かな生活を通して子どもたちが発達を実現していくところに、放課後活動の特徴が認められてきた」と述べている〔p.13〕。そうした放課後活動の蓄積が軽視されてはならないだろう。

放課後デイが学校に類似したものになることは、学校教育を歪めることにもなりかねない。学校が放課後デイに補完されなければ子どもに十分な「教育」が保障されないならば、学校教育についての公的責任が問われる。原則的には有償である放課後デイの存在によって障害のある小学生や中学生の「教育」が成り立つと考えることは、「義務教育は、これを無償とする」としている日本国憲法第26条に背くことにもなりかねない。放課後デイにおける「発達支援」については、そうした問題を視野に入れておく必要がある。

また、放課後デイにおける「発達支援」に関わっては、「発達支援」と保護者の支援との関係性も考えなければならない。丸山（2014）は、2013年度調査をもとに、「活動の教育的機能」を強調する事業所が増加したことで、『『保護者のレスパイトを保障すること』や『保護者の就労を保障すること』を『特に重視している』とする事業所の割合』が減少したことを示し、保護者の支援が後景に退いていることを指摘している〔pp.174-175〕。また、丸山（2015b）は、放課後デイ事業所を対象とするアンケート調査から、「保護者の就労支援を事業の役割として位置づけることに消極的・否定的な事業所も多いこと」を示し、「その背景には『療育』と『預かり』とを二項対立的にとらえる見方がある」と述べている〔p.89〕。放課後デイにおける「発達支援」の強調は、その語られ方や受けとめられ方によっては、保護者の就労やレスパイトの保障の位置づけをさらに弱めることにもかもしれない。

しかし、障害のある子どもの保護者を対象とする全国規模のアンケート調査から丸山（2009）が示しているように、「保護者の就労」や「保護者のレスパイト」のための支援は、障害のある子どもの放課後・休日支援に期待される役割のなかで主

要なものになっている。また、藤元・是永（2014）は、重症心身障害児の保護者を対象とするアンケート調査を行い、放課後デイを「利用する理由」について、「仕事等で子どもを見ることができないから」という回答が多くなっていること、「休み時間が欲しいから」という回答も少なくないことを示している。そして、江上・田村（2017）は、放課後デイ事業所に通う子どもの母親を対象とするアンケート調査を行い、「サービス利用は子ども自身の育ちのためだけでなく、家族全体の日常生活のゆとりへとつながっていることがわかった」〔p.44〕とまとめている。

そもそも、放課後デイの制度が創設された経過を振り返ると、2008年7月にまとめられた「障害児支援の見直しに関する検討会報告書」においては、「放課後や夏休み等における居場所の確保」が課題とされていたのであって、その課題については、「障害児の保護者の仕事と家庭の両立を進めるという観点や、レスパイト（一時的休息）の支援を行うという観点からも、重要な課題となっている」と述べられていた。報告書では、その文脈において、「放課後型のデイサービス」という「新たな枠組み」が提言されていたのである。そうした経過をふまえるならば、障害のある子どもの「指導」や「訓練」だけを放課後デイの主な役割とみなすことは、必ずしも妥当ではない。また、保護者の就労支援を放課後デイの役割から除外することは、放課後デイの制度が創設された趣旨に反するはずである。

以上のような論点をふまえつつ、放課後デイの基本的な役割を改めて問い直す必要がある。そうした問い直しは、放課後デイ事業所と学校の関係性を考えることにもつながるだろう。

Ⅳ 障害のある子どもの通学をめぐる問題

障害者福祉と学校教育の連携に関わって、最後に述べておくべきこととして、障害のある子どもの通学をめぐる問題がある。学校生活と学校外生活の間にある登下校については、福祉と教育の協力関係のもとで、必要な支援が保障されなければ

ならない。

金澤（2013）は、子どもの通学に関して、「一人では登下校ができない子ども」の存在に言及し、「子どもが『学校に行く』という行為が、保護者の状態によって左右されてしまっている現実」を問題として指摘しながら、「登下校の送迎保障についての再考」を課題として挙げている〔p.48〕。また、河合（2015）は、医療的ケアを必要とする子どもの保護者が自家用車等での学校への送迎を強いられていることに言及しながら、子どもの通学の責任を保護者に負わせることを批判している。現状においては、通学のための社会的支援が不十分なのである。

とりわけ問題が大きいのは、医療的ケアを必要とする子どもの通学であろう。このことに関して、2017年4月には、文部科学省から「公立特別支援学校における医療的ケアを必要とする幼児児童生徒の学校生活及び登下校における保護者等の付添いに関する実態調査（概要）」が発表されている。それによれば、医療的ケアを必要とする5,357人の通学生のうち、「学校生活及び登下校の双方において保護者等が付添っている人数」は809人であり、「登下校のみ保護者等が付添っている人数」は2,697人に及んでいる。

医療的ケアを必要とする子どもに限らず、障害のある子どもの通学に保護者が付き添うことは、それ自体が保護者の負担になるだけでなく、保護者の就労を困難なものにする。子どもがスクールバスで通学する場合でも、スクールバスの乗降場所と自宅の間の送迎を保護者が担うことは、母親の就労を制約しがちである〔小木曾（2014）、など〕。

そして、母親の就労が制約されると、障害のある子どものいる家族が貧困に陥るリスクは増大する〔田中（2010）、など〕。保護者による送迎に依存する通学のあり方は、子どもと家族の生活に大きな困難をもたらしかねない。

公的責任のもとで、障害のある子どもの通学が保障されなければならない。2011年に障がい者制度改革推進会議総合福祉部会がまとめた「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」

においては、「障害児の通学や通園のために移動介護を利用できるようにする」ことが提言されていた。学校教育についての子どもの権利を実質的に保障するためにも、通学に必要な支援が社会的に整備される必要がある。

V おわりに

本稿においては、障害者福祉と学校教育の連携に目を向け、具体的には主に放課後デイ事業所と学校の連携について考えた。ただし、放課後デイ事業所と学校の連携については、最近の実態が十分に把握されておらず、両者の連携に焦点を当てた研究も少ない。そうした状況は、障害者福祉と学校教育の連携を広く視野に入れたときにも、基本的に同様であろう。障害者福祉と学校教育の連携に関しては、その実態を明らかにし、望ましい方向を検討していくことが、今後さらに必要である。

一方で、連携を結ぶ各領域の充実を考えると、連携を構想するうえでも重要であろう。例えば、本稿でも触れたように、放課後デイ事業所と学校の双方に余裕があることは、両者が連携を進める基盤を強くする。また、放課後デイ事業所や学校において、それぞれの実践がより豊かなものになるならば、両者が連携する意義が増すかもしれない。障害者福祉と学校教育の連携によって各領域の実践が支えられるだけでなく、各領域が充実することによって連携が発展するのではないだろうか。そうした道筋の探究も、今後の課題である。

参考文献

- 江上瑞穂・田村光子 (2017)「放課後等デイサービス利用者のニーズについての検討—アンケート調査の結果と考察から」『植草学園短期大学研究紀要』第18号, pp.37-45。
- 藤原里佐 (2013)「複合的な困難という視点からみる虐待と障害」松本伊智朗編『子ども虐待と家族—「重なり合う不利」と社会的支援』明石書店, pp.61-74。
- 藤元静穂・是永かな子 (2014)「重症心身障害児の放課後等デイサービスの現状と課題—ノーマライゼーションの視点から」『高知大学学術研究報告』第63

- 巻, pp.125-137。
- 日誌正文 (2014)「教育と福祉等 (医療・保健を含む) の連携による障害者への支援の充実」『特別支援教育』No.53, pp.8-11。
- 一般社団法人全国児童発達支援協議会 (2017)『障害のある子を支える放課後等デイサービス実践事例集』中央法規。
- 金澤ますみ (2013)「子どもの貧困と学校・ソーシャルワーク」『貧困研究』Vol.11, pp.40-49。
- 河合隆平 (2015)「障害のある子どもの生活・養育困難と特別支援学校の教育・福祉的機能」『障害者問題研究』第42巻第4号, pp.2-9。
- 光真坊浩史 (2015)「肢体不自由児における福祉的サービスの現状と課題—学齢期支援を中心に」『発達障害研究』第37巻第2号, pp.50-57。
- 窪田知子 (2015)「学校における障害児家族の生活・養育困難とその対応」『障害者問題研究』第42巻第4号, pp.18-25。
- 小木曾由佳 (2014)「知的障害児の母親のワーク・ライフ・バランス—就労継続の分岐点と活用資源」『女性労働研究』58号, pp.154-169。
- 奥住秀之・端山花子・村岡真治 (2010)「障害児放課後活動グループにおける学校との情報交換の実態と課題」『東京学芸大学紀要・総合教育科学系 I』第61集, pp.231-236。
- 丸山啓史 (2009)「障害のある子どもの放課後・休日支援の現状と課題—保護者対象全国調査より」『障害者問題研究』第36巻第4号, pp.72-79。
- (2011a)「障害児の放課後活動と学校との連携に関する予備的研究」『京都教育大学特別支援教育臨床実践センター年報』第1号, pp.29-38。
- (2011b)「障害のある子どもの放課後活動と学校との連携をめぐる実態と課題」『SNEジャーナル』第17巻, pp.203-216。
- (2013)「障害児の放課後活動の役割をめぐる論点」『障害者問題研究』第41巻第2号, pp.11-18。
- (2014)「障害児の放課後活動の現況と変容—放課後等デイサービス事業所を対象とする質問紙調査から」『SNEジャーナル』第20巻, pp.165-177。
- (2015a)「障害児の放課後活動における企業参入の実態」『学童保育 (日本学童保育学会紀要)』第5巻, pp.57-65。
- (2015b)「障害児の放課後等デイサービスにおける保護者の就労支援の位置づけ」『京都教育大学紀要』No.127, pp.77-91。
- (2016)「障害児の放課後等デイサービス事業所からみた保護者・家庭の困難」『京都教育大学特別支援教育臨床実践センター年報』第6号, pp.23-32。
- 真崎堯司 (2016)「放課後等デイサービスの現在とこれから」『みんなのねがい』2016年10月号, pp.22-23。
- (2017)「放課後等デイサービス制度の課題」障害のある子どもの放課後保障全国連絡会編『放課

- 後等デイサービスハンドブック』かもがわ出版, pp.163-185。
- 名古屋恒彦(2016)「発達障害児の個別の指導計画&個別の教育支援計画」日本発達障害学会監修『キーワードで読む 発達障害研究と実践のための医学診断/福祉サービス/特別支援教育/就労支援—福祉・労働制度・脳科学的アプローチ』福村出版, pp.100-101。
- 大石幸二(2017)「特別支援教育の実践深化に学校ソーシャルワークが求められる理由」『発達障害研究』第39巻第2号, pp.1-8。
- 塩見洋介(2017)「障害児通所支援の多様化と療育の今日的課題—大阪の実態から」『障害者問題研究』第45巻第1号, pp.10-18。
- 障害のある子どもの放課後保障全国連絡会(2014)「放課後等デイサービスの現在—全国アンケート調査から」。
- 竹脇真悟(2017)「学校との連携の必要性和具体化の方法—特別支援学校から」障害のある子どもの放課後保障全国連絡会編『放課後等デイサービスハンドブック』かもがわ出版, pp.127-135。
- 田中智子(2010)「知的障害者のいる家族の貧困とその構造的把握」『障害者問題研究』第37巻第4号, pp.21-32。
- 田中祐子(2017)「実践づくりのヒント」障害のある子どもの放課後保障全国連絡会編『放課後等デイサービスハンドブック』かもがわ出版, pp.32-43。
- 矢房綾美(2013)「子どもを真ん中にした特別支援学校との連携」『みんなのねがい』2013年6月号, pp.32-33。
- 山本佳代子(2017)「K市における放課後等デイサービス事業所の現状と課題—放課後等デイサービスガイドラインをふまえて」『西南女学院大学紀要』Vol.21, pp.107-114。

(まるやま・けいし)

Liaison between Social Service for Persons with Disabilities and School Education: Focusing on After School Day Service

Keishi MARUYAMA *

Abstract

After School Day Service centers have increased rapidly in recent years. After School Day Service is important for school-aged children with disabilities. The liaison between centers and schools is needed, but it is not enough yet. (a) Teachers are required to improve the understanding on After School Day Service. (b) Staffs and teachers should be provided the enough time for cooperation. (c) Face-to-face and intimate relationships of staffs and teachers should be improved. (d) Since many children use several centers in parallel, liaison among centers is also important. (e) The increase of commercial centers brings the negative effect on liaison between centers and schools. (f) Centers and schools should tackle the various difficulties of children and families in cooperation. (g) it is necessary to consider the role-relationship of centers and schools, rethinking the aims of After School Day Service. In addition, concerning the liaison between social service and school education, the supports for school-commuting of children with disabilities are also important.

Keywords : Children with Disabilities, After School Day Service, School, Liaison

* Associate Professor, Kyoto University of Education

特集：障害者施策をめぐる課題

障害者福祉と刑事司法の連携
——障害のある犯罪行為者への地域生活支援の国際比較——

水藤 昌彦*

抄 録

日本の刑事司法制度には拘禁を回避する処分があるにもかかわらず、高齢や障害のある犯罪行為者は累犯化するためにその適用を受けることができず、多くの者が受刑している。これらの人びとには、多様で複雑化した支援ニーズがあることから、障害者福祉をはじめとする福祉による支援が求められている。2000年代後半より福祉との連携による矯正施設からの釈放時支援が開始され、次いで被疑者・被告人段階の支援・対応が活発化してきている。連携の制度化、障害者福祉における支援の理論的基盤については、海外で先行する取組みから学ぶことができる点が多くある。一方、障害がある犯罪行為者への特化型サービスについては、障害者福祉施設の拘禁機能について警戒すべき諸点を学び取る必要もあるだろう。近時の連携には社会防衛のための再犯防止を追求する刑事政策上の要求が併存していることを念頭に置きつつ、福祉の司法化を警戒する姿勢が福祉関係者には求められている。

キーワード：刑事司法，障害者福祉，障害のある犯罪行為者，連携

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.525-539.

はじめに

障害と犯罪の関係について、歴史的には精神障害者による犯罪行為が主な関心事とされてきた。具体的には刑法39条の規定する心神喪失あるいは心神耗弱、つまり、犯罪とされる行為をした者に精神障害があつて責任を負うことができない、あるいは責任を負う能力が著しく減退している場合にどのように対応するかという刑事責任の問題で

あつた。こうした状況に変化がみられるようになったのは2000年代半ばからである。この頃から高齢や障害がある犯罪行為者¹⁾への対応が注目を集めるようになってきている。これに伴って、刑事司法と福祉の連携をめぐる議論もさかんになされている²⁾。

本稿の目的は、障害者福祉と刑事司法の連携についての現状を概観し、犯罪をした障害者への地域生活支援を国際比較の視点から検討することである。本稿では、まず、障害者による犯罪につい

* 山口県立大学社会福祉学部 教授

¹⁾「触法障害者」という語がよく用いられるが、本稿では「障害のある犯罪行為者」という表現を使用する。触法少年や触法精神障害者というように、「触法」には「刑事責任を負うことができない者が刑罰法令に触れる行為をした」という意味がある。しかし、触法障害者といわれる人は、刑事責任を問われて被疑者・被告人、受刑者となっているからである。

ての基本的事項を確認し、次に犯罪をした障害者に対する日本国内における支援の現状について述べる。そして、日本における障害者福祉と刑事司法の連携の課題点を示したうえで、海外における支援との比較を通じて、連携の今後の方向性についての若干の考察を試みたい。

なお、障害のなかには高齢者の認知症を含むものとして文中で可能な限り言及するが、紙幅の関係から、主に知的障害者を対象とした地域生活支援について論ずる。

I 障害者と犯罪行為

1 刑事司法手続の概要

はじめに、本稿の主題を理解するために不可欠である刑事司法手続の流れと特徴を簡単に確認しておきたい³⁾。

犯罪にあたる行為の発生を捜査機関が認知することによって、手続は開始される。ほとんどの場合、事件の認知は警察によってなされる。認知された事件について警察が嫌疑を認めると、事件に関する情報や資料を収集する捜査活動が行われる。その結果、被疑者が検挙・確保されて、証拠が保全されると、その事件は検察庁に送られる。検察庁において更に捜査を遂げた結果、裁判所による審理を求めることが適当だと検察官が判断すると、公訴が提起される。これが起訴であり、この時点をもって被疑者は被告人となる。裁判の結果、被告人を有罪であると裁判所が認め、実刑、つまりすぐに禁錮刑や懲役刑を執行するとの判決

が確定すれば、被告人は刑務所に収容され、受刑者となる。受刑者が釈放されるには、仮釈放と満期釈放の二種類がある。前者は刑の執行の途中で仮に釈放を許されるものであり、刑期の残りの期間が終了するまでは社会内で生活しながら保護観察所による保護観察を受けることになる。後者は刑期が満了するまで刑務所で過ごすものであり、釈放された時点ですべての手続が終了する。

以上が刑事手続の大まかな流れであるが、犯罪をしたすべての者が捜査、裁判、刑務所への収容、保護観察へと至るわけではない。各段階で、それ以上先には進まない処分が存在しており、これが日本の制度の特徴である。例えば、警察における微罪処分があり、検察による起訴猶予処分がある。これらの処分を受けた場合には、被疑者は裁判を受けることはない。また、起訴され、有罪となった場合にも、罰金刑が科されたり、禁錮刑や懲役刑の執行が猶予されたりすれば、刑務所には収容されない⁴⁾。実刑となって刑務所に収容されるのは、警察によって検挙された者のうちのごく一部である。

2 障害のある犯罪行為者の数的現状と特徴

被疑者・被告人のなかにもどのくらいの数の障害者がいるのかは明らかではない。なぜなら、すべての被疑者・被告人について障害の有無が確認されている訳ではないからである。責任能力の有無や減退の程度を明らかにする必要があるれば、精神鑑定が実施される。その過程で障害の存在が明らかになることはあり得るが、責任能力をめぐる争

²⁾ 日本犯罪社会学会では、2013年に更生保護領域を中心とした刑事司法と福祉の連携、2016年に刑事司法と対人援助をテーマとして大会シンポジウムを開催している。日本司法福祉学会でも、2013年に開催された第14回全国大会のテーマを「ダイバージョン（非刑罰の手続）と福祉を考える」としているほか、刑事司法と福祉の連携を題材とした多数の分科会が実施されている。また、複数の雑誌においても刑事司法と福祉の連携が特集されている。例えば、「触法障害者への支援～司法と福祉の連携を考える～」(2011)『ノーマライゼーション 障害者の福祉』Vol.31, No.4, 「刑事施設等出所者の地域生活定着支援」(2012)『ホームレスと社会』Vol.6, 「矯正施設退所者への支援」(2013)『月刊福祉』Vol.96, No.7, 「司法と福祉の連携」(2016)『季刊刑事弁護』Vol.85, 「刑事手続と更生支援」(2017)『法律時報』Vol.89, No.4などがある。

³⁾ ここでは成人を主な対象とした刑事手続を取り扱う。少年に対しては、これとは異なる少年司法手続が存在する。

⁴⁾ 実際、拘禁を回避するこれらの処分は多用されている。2016年に検察庁において終局処理された者のうちで起訴された者の割合は33.4%であった。また、同年に裁判が確定した者のうちの82.1%が罰金刑を科されており、有期懲役刑を受けた者のうちで全部の執行を猶予された者の割合は59.5%であった〔法務総合研究所（2017a）〕。

いなければ精神鑑定は行われない。

ただし、知的障害に限っては、刑務所に収容された者についての数的状況が一定程度まで明らかになっている。しかし、その割合については根拠とするデータの違いによって意見に相違があり、20%程度から2.4%とするものまで幅が広い。受刑者の20%程度に知的障害があるという主張は、刑務所内で実施されているCAPAS⁵⁾能力検査の参考値として、新田中B式知能検査との相関から導かれる「能力検査値」（旧称は、IQ相当値）を論拠としている。懲役刑を受けて刑務所に収容されると、作業を行うことが義務づけられる。その作業指定に用いることを主な目的として、新たに入所した受刑者すべてを対象として実施されているのがCAPAS能力検査である。この能力検査値69以下の者が新受刑者全体に占める割合は、近年では一貫して約20%前後で推移している⁶⁾。一方、2.4%という主張の論拠となっているのは、全国の刑務所、少年刑務所、刑務支所を対象として法務総合研究所が実施した調査である。2012年12月の時点で、調査対象施設における受刑者総数56,039名のうち、知的障害がある、あるいはその疑いがあるとされた受刑者は1,274名、全体の2.4%であった⁷⁾〔法務総合研究所（2013）、p.7〕。

このように、依拠するデータによって大きな違いが存在するとはいえ、知的障害のある受刑者については、その実態の一端が明らかにされている。しかし、発達障害については受刑者を対象とした調査さえも行われておらず、刑事手続の対象となる者のなかにどの程度の数の発達障害者がい

るのかはまったくの不明である。

高齢者と障害の関係としては、認知症の問題がある。高齢者については、障害のように診断を必要とせず、年齢によって判断できることから、刑事司法の対象となっている者の数的状況は明確である。近年になって、高齢の犯罪行為者が増加していることが注目されるようになった⁸⁾。本稿執筆時点での最新版となる2017（平成29）年版犯罪白書によれば、刑法犯として検挙された高齢者の数は2008年まで著しく増加し、その後は横ばいで推移しているが高止まりの状況にある。2016年にはほかの年齢層と比較して最も多い46,977人が検挙されており、これは20年前の3.7倍であった。また、同年の高齢受刑者数は2,498人、入所受刑者全体に占める割合は12.2%であり、こちらも最近20年間で大幅に増加していて、総数で約4.2倍、女性では約9.1倍となっている〔法務総合研究所（2017a）〕。認知症のある受刑者については、法務省矯正局が実施した概数調査によれば、2014年末の時点で65歳以上の高齢受刑者のうち認知症傾向のある者が1,100名いると推計されている〔法務総合研究所（2017b）、p.2〕。

罪種としては、知的障害のある受刑者では窃盗が最も多く、過半数を越えており、次いで詐欺、覚せい剤取締法違反が続く〔法務総合研究所（2013）、p.29〕。高齢者では窃盗が圧倒的に多く、高齢女性では検挙者も受刑者も約9割が窃盗となっている〔法務総合研究所（2017a）〕。障害者、高齢者ともに、犯罪行為を繰り返す、累犯の状況に至っている者が多数に上っており、比較的軽微

⁵⁾ Correctional Association Psychological Assessment Seriesの略。「キャパス」という。

⁶⁾ 2016年矯正統計年報掲載の表番号16-00-36「新受刑者の罪名別能力検査値」の2012年から2016年の各年数値による。例えば、2016年の新受刑者総数20,467名のうち能力検査値が69以下であった者は4,246名、割合にして21%であった。ただし、CAPAS能力検査から求められる能力検査値は、療育手帳の判定に用いられている個別化された心理検査とは同一視できるものではなく、これを論拠として受刑者に占める知的障害者の割合とすることには異論もある〔椿（2008）〕。

⁷⁾ この結果についても、知的障害者やその疑いがある者が50名以上在所していると回答した施設が5庁あった一方、0名と回答した施設が6庁ある〔法務総合研究所（2013）、p.7〕。収容者特性や収容人員の規模が施設によって違うことを考慮しても、果たして対象者の実態を正確に反映したものであるかどうか疑問の余地があるだろう。

⁸⁾ 犯罪白書は、1991（平成3）年以来17年ぶりに、2008（平成20）年版で「高齢犯罪者の実態と処遇」と題する特集を掲載した。また、2009（平成21）年版からは、毎年、外国人や暴力団構成員とならんで、高齢の犯罪行為者を独立したカテゴリーとして取り扱っており、その動向や検察による処分、矯正・保護による処遇の状況を詳しく紹介している。

な犯罪行為が累犯化し、受刑を繰り返している者が多いといえる。特に高齢者にはこの傾向が顕著であり、2016年には高齢受刑者の7割以上が刑務所への再入者であった。

受刑者のなかに高齢者や障害者が増えている原因のひとつとして、拘禁を回避することが難しいことが指摘されている。前述の拘禁を回避する処分が適用されるためには、被害の弁済、適切な謝罪、身元引受人の存在という3つの条件を満たすことが必要であるが、高齢や障害があつて犯罪をする者のなかには、それが難しい者が多いといわれる〔浜井(2009)〕。また、刑法の規定により、累犯化するとより実刑を受けやすくなる、あるいは状況によっては執行猶予を付すことができないために軽微な窃盗などの事案でも実刑とならざるを得なくなる点も影響している⁹⁾。

3 障害のある犯罪行為者の生活経験

障害と犯罪の関係については、時代とともにその捉え方が変化してきている。19世紀後半から20世紀初頭にかけては、知的障害が犯罪の直接的原因であるとされ、断種手術や大型入所施設への収容が行われた。第二次世界大戦後になると、知能と犯罪行為の関連に否定的な見解が増え、これをテーマとした研究も少なくなった。その後、1980年代から知能と犯罪行為に関する研究が復活してきた〔瀬川(1998)〕。これらの研究の結果、知的障害と犯罪行為のあいだには一定の関連性があるが、直接的な原因ではないという見解が主流となり、現在に至っている。むしろ、障害の存在と彼らが経験している心理社会的に不利な状況を考えれば、犯罪率は驚くほど低く〔Holland, Clare, and Mukhopadhyay (2002), p.6〕、知的障害者はそうでない人よりも犯罪をしやすいのか、あるいは知的障害者による犯罪の性質や頻度がそのほかの人びとと異なるのかは明らかではないとされている〔Taylor and Lindsay (2010), p.6〕。

知的障害のある犯罪行為者については、欧米を中心に多くの研究がなされている。そこで見出さ

れているのは、これらの人びとに多様で複雑化した対人援助ニーズがあるという事実である。

比較的規模が大きい先行研究として、2002年にイギリスの3つの保健圏域において実施された477名のクライアント調査がある〔O'Brien et al. (2010)〕。反社会的行為、あるいは犯罪行為をしたという理由で社会内・施設内の知的障害者支援サービスに紹介された18歳以上を対象として行われたこの調査では、クライアントの74%が男性であり、そのうちの68%に軽度あるいはボーダーラインの知的障害があり、31%が何らかの法的義務を伴うケアプランの対象となっていた。サービス利用のきっかけとなった犯行時には、63%が地域で生活をしており、ホームレスの状態にあった者は稀だが、他者と親密な関係にあった者は11%であった。33%は児童期に精神疾患(注意欠陥・多動性障害、自閉症スペクトラム障害を含む)があると診断されており、46%は成人期に少なくとも1つの精神疾患があると診断されている。42%は定期的な治療が必要な疾患に罹患しており、19%はてんかんへの積極的治療中であった。35%が児童期にネグレクトや虐待を経験しており、そのうちの12%は事故以外での怪我、11%は児童期の性的虐待被害、5%はネグレクト被害、24%が深刻な剥奪を経験している。また、11%は16歳以上になってから虐待を経験していた。

このほかにも、より規模の小さい調査ではあるが、知的障害のある受刑者には精神疾患治療歴のある者が多く、教育歴が短く、就労経験者が少ないこと〔Department of Justice (2007)〕、保安病院に入院している知的障害のある犯罪行為者には精神疾患の診断歴がある者が多く、健康状態、グリーフ、虐待、愛着・対人関係、親の精神疾患やアルコール依存症といった逆境的な生活経験を多数経験していること〔Gore and Dawson (2009)〕が示されている。

このように、知的障害のある犯罪行為者の生活経験に目を向けると、精神疾患、ネグレクトや虐待による被害、教育や就労の機会の限定、対人関

⁹⁾ 刑の執行を猶予できる場合については、刑法25条刑の全部の執行猶予、同27条の2刑の一部の執行猶予を参照。再犯規定については、同56条再犯、同57条再犯加重を参照。

係、社会的孤立の問題があることが分かる。筆者の知る限り、日本では知的障害のある犯罪行為者の逆境的な生活経験についての大規模な調査は行われていない。しかし、2012年1月1日から同年9月30日までに処遇施設に入所した、知的障害を有する、あるいはその疑いのある受刑者548名を対象とした調査によれば、それ以外の受刑者と比較して、入所前の居所が住所不定、未婚である者の構成比が高く、教育歴は短く、約4分の3が受刑前には無職であり、知的障害以外の疾病・障害のある者が半数を超えている〔法務総合研究所(2013), pp.27-42〕。また、支援者からは、欧米の研究で見出されているのと類似した、多様で複雑化した対人援助ニーズの存在を指摘する報告がなされている¹⁰⁾。

上記の知的障害者が経験する多様で複雑化した対人援助ニーズ、換言すれば、社会経済・心理的に不利な状況が複合的に影響することにより、知的障害者が犯罪行為へ至るプレッシャーを高めているのではないかと考えられる¹¹⁾。さまざまな理由で生活上の困難を経験している人が、それらに対して自分なりに対処しようとするが、障害に加えて、これらの社会経済・心理的に不利な状況が作用し、結果的に刑事司法との接触を誘発するメカニズムがあるのではないだろうか。そのように考えると、犯罪行為者に対して障害者福祉による生活支援が必要される理由の一端が説明可能であろう。

II 障害のある犯罪行為者に対する支援の現状

1 現行の支援体制成立までの経緯

障害者福祉と刑事司法の関係は時代とともに変

化してきている。ここで、現行の支援体制が成立するまでの経緯を簡単に確認しておきたい。

戦後の社会福祉法制の整備によって、犯罪行為者への対応は社会福祉領域の実践からは分離され、更生保護に独自の活動となった。1951年に施行された社会福祉事業法では、更生保護事業は社会福祉事業ではないとされたのである¹²⁾。1960年代には司法福祉の概念が登場するが、これは主に少年司法、特に家庭裁判所による福祉的機能の問題に焦点を合わせたものであって¹³⁾、少年司法に関係しない者にとっては犯罪行為者への対応は福祉課題ではなく、司法機関の問題であると認識されていた。また、更生保護においては、民間の篤志家として保護司や協力雇用主が存在しており、その活動は福祉的支援の色彩が濃いものであった。しかし、これらの支援は保護観察所という司法機関による保護観察を通じた補導援護として実施されており、対象者に障害があったとしても障害者福祉との連携が追求されるものでもなかったため、障害者福祉関係者にとって犯罪行為者は直接的な支援対象とは捉えられてこなかった。

戦後の社会福祉制度は、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉というように分野ごとに整備され、専門分化されてきた〔古都(2016), p.121〕。対象者の属性に応じて法を整備し、それでは対応困難な課題が出現すれば、それへの対策法を制定することで対応してきたという〔朝比奈(2016), p.130〕。このような社会福祉制度成立の歴史をみると、犯罪行為者は社会福祉の対象としての「属性」や「課題」として認識されてこなかったといえるだろう¹⁴⁾。

また、犯罪をした人が、仮に高齢や障害といった社会福祉の対象としての属性を有していたとし

¹⁰⁾ 例えば、生活困窮者自立支援法の相談事業窓口従事者は、「生活困窮と刑務所等との関係は想像以上に深いもの」であり、「貧困、虐待、教育の欠如、精神疾患や障がい、社会的孤立が深く関わっている」と指摘している〔有田(2016), p.36〕。

¹¹⁾ これを「社会経済・心理的要因によるプレッシャー仮説」という。この点については、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園編(2017)『理論と実践で学ぶ知的障害のある犯罪行為者への支援』、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園, pp.6-9を参照されたい。

¹²⁾ 社会福祉事業法(昭和二十六年三月二十九日法律第四十五号)2条4項1号。2000年に社会福祉法に改題。

¹³⁾ 司法福祉という概念は、司法業務の一環として構想され、家庭裁判所調査官などの実務家を中心として、少年司法領域から発展してきたという歴史をもつ〔藤原(2006), pp.74-76〕。

ても、高齢者福祉や障害者福祉の支援を受けることが難しいという事情もある¹⁵⁾。福祉は申請主義であるので、本人や家族が支援制度の存在を認識し、利用申請を経て、それが認められなければ利用につながらない。しかし、上述のように属性と課題に応じて発達してきた社会福祉制度自体が複雑化しており、それを運用する行政組織は役割分担によって縦割りにになりがちである。そのため、制度の存在を認識していない、積極的に申請しない、申請しようとしても利用に至らないという事例が多く存在する¹⁶⁾。

このように障害福祉と刑事司法の疎遠な関係が変化してきたきっかけは、元国会議員が自らの受刑体験をもとに、刑務所内に多くの高齢者や障害者が収容されている事実を発表したことによる〔山本(2003)〕。この著作では、高齢や障害のある受刑者が刑務所内の一定の区画に分けて収容されており、そのなかにはほかの受刑者から介護を受けている者、自分が刑務所で受刑していると認識できていない者もいること、社会に戻る場所や頼る人がないために釈放後の生活に大きな不安を抱えている者が少なくないことなどが紹介された。これによって、高齢、障害がある犯罪行為者の存在が「発見」されたと言えるだろう。

また、2000年代に入ってから顕在化していた刑務所における過剰収容問題に関連して、受刑者のなかに高齢者や障害者が多く存在し、釈放後も社会に戻る場所を持たない状態にあるとの指摘が、矯正分野での実務経験を有する研究者によって同時期になされている〔浜井(2006)〕。

このような状況のなかで、2006年から3年間に

わたって厚生労働科学研究「罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究」が実施された。この研究によって、①家族も福祉制度の支えもなく軽微な犯罪の累犯化している知的障害者が多く存在すること、②調査時点での更生保護制度だけでは高齢や障害のある者を社会的自立に導くのは困難であること、③知的障害者施設におけるサービス提供にあたっては「(精神的、肉体的に)手がかかること」、④サービス提供にあたっては合同支援会議が特に有効であったことが示された〔田島(2009)〕。そして、矯正施設からの釈放後に福祉サービスへ導入する体制、および実際に支援を提供する受け入れ体制を整備するべきであるという具体的な政策提言も行われた。これが後述する矯正施設からの釈放段階での支援体制整備につながるとされる〔全国地域生活定着支援センター協議会(2011)〕。この研究の中心となったのは障害者福祉の実務家であったため、関連する調査の多くは知的障害者を対象としていたが、政策提言では高齢者についても言及され、実際の制度整備にあたっては障害者と高齢者の両方が対象とされた。

2 刑事政策上の要求

障害者福祉をはじめとする福祉と刑事司法の連携が推進されてきた背景には、刑事政策上の要求もある。

2003年に犯罪対策閣僚会議が『犯罪に強い社会の実現のための行動計画』を策定した。この計画は、1996年に戦後最多を記録した刑法犯認知件数が、その後2002年まで毎年増加していること、そ

¹⁴⁾ ただし、救護施設や旧法の知的障害者入所授産施設などにおいては、行政機関による措置によって犯罪行為者が入所し、支援を受けてきた。収容策としての性格が強いと思われるとはいえ、このような事例が存在したことを考え合わせれば、犯罪をした人がまったく福祉による支援の対象外であったわけではない。

¹⁵⁾ 知的障害がある、あるいはその疑いがあるとされる刑務所と少年院の被収容者のうち、障害の存在を公的に認める療育手帳を取得している者が極めて少ないことを指摘した調査として、藤本哲也(2009)「わが国の矯正施設における知的障害者の実態調査」、『厚生労働科学研究(障害保健福祉総合事業) 罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究(平成18-20年度)』, pp.21-25。

¹⁶⁾ その代表的な例が、2006年1月に発生したJR下関駅放火事件である。この事件の加害者男性には知的障害があり、それまでに10回の受刑歴があった。男性に知的障害があることは過去の裁判でも指摘されてきたが、福祉による支援につながることはなく、満期釈放されては短期間のうちに再犯に至っていた。この事件も満期釈放から8日目に発生しており、福祉による支援を受けようと本人が複数回にわたって試みているが成功せず、「刑務所に戻りたくて」犯行に至ったという〔奥田(2010), pp.26-32〕。

の一方で刑法犯検挙率が過去最低水準にあることを論拠として、冒頭で「今、治安は危機的水準にある」と述べ、国民の犯罪に対する不安が増大しているとの前提に立ったものであった〔犯罪対策閣僚会議（2003）〕。この計画自体は、高齢者や障害者による犯罪には言及はしていないが、日本社会における治安悪化に対して積極的な対策を講ずるという方針を示しており、その後の一連の犯罪対策の布石となるものであった。

2008年に策定された『犯罪に強い社会の実現のための行動計画2008』では、高齢・障害のある刑務所出所者に対して、福祉と連携して対応するという施策が初めて明示された〔犯罪対策閣僚会議（2008）〕。この計画では、刑務所出所者等の再犯防止のための具体的施策が挙げられた。具体的には、①就労支援や福祉による支援が必要な刑務所出所者等について、保護観察所による生活環境調整を充実強化し、刑務所、地方公共団体、社会福祉法人などの関係機関と連携すること、②福祉による支援を必要とする刑務所出所者等の地域生活定着支援を実施することであった。ここから高齢・障害のある刑務所出所者等への福祉との連携による対応が本格化する¹⁷⁾。

その後、2012年から2014年にかけて策定された各種の犯罪対策では、高齢・障害のある累犯者の問題が常に言及されている。2012年の『再犯防止に向けた総合対策』では、刑務所等から出てから2年以内に再入所等する者の割合を減少させる数値目標を掲げ、急速に増加する高齢の検挙者と受刑者、精神障害等¹⁸⁾により自立が困難な矯正施設被収容者について、地域生活定着促進事業の効果的实施、関係機関の連携のもとで取組み強化、連携強化していく方針が示されている〔犯罪対策閣僚会議（2012）〕。2013年には『「世界一安全な日本」創造戦略』が策定され、ここでも再犯防止対

策の主要な対象のひとつとして高齢・障害のある累犯者が挙げられ、その対応のために福祉との連携を推進することが示されている〔犯罪対策閣僚会議（2013）〕。さらに2014年に犯罪対策閣僚会議が決定した『宣言：犯罪に戻らない・戻さない～立ち直りをみんなで支える明るい社会へ～』においても、「再犯防止につながる社会での居場所づくり」として、高齢・障害といった理由から自立が困難な受刑者に対して、関係機関がシームレスに連携した医療・福祉的支援を更に強化することが必要であるとしている。そのうえで、計画策定時点で約6,400人存在している、帰るべき場所がないまま刑務所から社会に戻る者の数を2020年までに3割以上減少させる数値目標を掲げた〔犯罪対策閣僚会議（2014）〕。

これらに加えて、検察庁も刑事政策の目的への寄与のためとして、矯正・保護そのほかの関係機関との連携を目指すようになってきている。2011年に公表された「検察の理念」では、「事案の真相に見合った、国民の良識にかなう、相応の処分、相応の科刑の実現」のために「刑事司法の外、広く社会に目を向け、優れた知見を探求」している〔最高検察庁（2011）〕。このような理念の追求が、近時の福祉と刑事司法の連携を促進する要因となっていると考えられる。また、刑務所の過剰収容問題、および裁判員裁判導入によって生じた刑事司法領域における資源の選択と集中の問題への対処方略として、比較的軽微な事件の福祉や医療へのダイバージョンとアウトソーシングが推進されているとの指摘もある〔石塚（2013）〕¹⁹⁾。

3 矯正施設からの釈放段階での支援

障害者福祉を中心とする福祉領域において、受刑を繰り返す高齢者や障害者の問題への対応の必要性が主張されると同時に、再犯防止を強調する

¹⁷⁾ 『行動計画2008』は、犯罪が発生する原因および社会背景を踏まえて、犯罪を起こさせないためのより広範な政策を講じようとしている点が特徴的であった。犯罪発生原因と社会背景に対する的確な分析と対処の重要性を強調し、フランツ・フォン・リストの「社会政策こそが最善の刑事政策である」という格言を引きながら、「各種施策の総合的推進を通じて相互信頼の醸成を目指すことにより、社会の安全と安心は大きく向上する」と結論づけている〔犯罪対策閣僚会議（2008）, p.7〕。

¹⁸⁾ ここでいう精神障害者等には知的障害者が含まれている。

刑事政策上の要求がこうした対応を促進する方向に作用したこともあり、上記の厚生労働科学研究による政策提言は極めて早い速度で制度化されていった。具体的な施策は以下の4つである。

第1は、2007年から開始された社会福祉士・精神保健福祉士の刑務所などへの配置である。これら社会福祉士等の役割は、釈放後に福祉による支援を必要とするであろうと思われる被収容者を発見し、必要な福祉サービス等へ導入することであった²⁰⁾。第2は、2009年から開始された保護観察所への調整担当官の配置である。これによって、高齢または障害があって、矯正施設からの釈放後に帰住先や身元引受人がなく、福祉による支援を必要とする受刑者への生活環境調整を担当する保護観察官が各保護観察所に置かれることになった。第3は、同年に各都道府県で地域生活定着支援センター（以下、「定着支援センター」という）の設置が開始されたことである。定着支援センターは、後述する「地域生活定着促進事業」²¹⁾の主要な担い手となった。同時に、矯正施設から釈放された障害者が障害者支援施設等を利用した場合にサービス報酬を追加して支払う「地域生活移行個別支援特別加算」制度も新設された。第4は、同じく2009年より、指定した更生保護施設へ社会福祉士等を配置し、施設のバリアフリー化を進めたことである。更生保護施設は、直ちに自立することが難しい保護観察対象者や更生緊急保護対象者に宿泊場

所の提供、食事の給与、就職の援助、生活指導など行っている。従来、施設設備や職員配置の関係などのために高齢者や障害者が更生保護施設を利用することが難しい場合があったため、矯正施設からの釈放後に適当な住居のない高齢者と障害者を対象に、その特性に配慮した社会生活適応のための指導・訓練、医療機関との連携、生活保護申請の支援などを行う指定施設が整備された²²⁾。

4 定着支援センターによる支援

上記の各制度は、福祉による支援を必要とする犯罪行為者を矯正施設にいる段階から発見し、保護観察所、定着支援センターを経由して、適切な社会福祉サービスに導入するためのものである。そのなかでも、現行の福祉と刑事司法の連携の中心的存在が定着支援センターである。定着支援センターは、釈放後の帰住先がなく、高齢あるいは障害によって福祉的支援に対する必要性和相当性が認められる矯正施設被収容者を対象として、保護観察所からの依頼に基づき、釈放前から福祉サービス利用に向けたアセスメントと支援計画作成、利用調整を中心とした援助を提供している²³⁾。この活動は、保護観察所による従来の生活環境調整に対して、「特別調整」とよばれている。

定着支援センターは各都道府県に設置されており、県直営の1カ所を除いて、運営は民間団体に委託されている。委託先は、社会福祉法人、社会福

¹⁹⁾ 石塚 (2013) は「検察が、なんでも起訴し、重く処罰する厳罰主義から貴重な資源を社会の耳目を集めるような重大事件に集中する「重点主義」へ変貌しつつあり」(p.40)、法定刑の引き上げによる刑務所への過剰収容対策として、「薬物事犯や高齢犯罪者、知的障害のある犯罪者など、比較的対処のしやすい対象者からダイヴァージョンを進め、医療や福祉にアウトソーシングしようとしている」(p.45)と論じている。

²⁰⁾ これら社会福祉士等は、配置開始の当初はすべて単年度契約の非常勤職員であった。その後、大規模庁、女子刑務所を中心として、福祉専門官として正規職員化されてきている。近年、福祉専門官の増配置が進んでおり、2017年度は全国の刑事施設（刑務所と少年刑務所）39庁、少年院2庁に配置されている〔法務総合研究所(2017a)〕。刑務所等に勤務する社会福祉士の活動については、朴姫淑(2018刊行予定)「刑務所におけるソーシャルワークの制約と可能性－社会福祉士及び精神保健福祉士の経験から－」、刑事立法研究会編『「司法と福祉の連携」の展開と課題』、現代人文社を参照のこと。

²¹⁾ 事業開始から2011年度までの名称は、地域生活定着支援事業であった。

²²⁾ 2017年4月1日時点で、全国に103カ所ある更生保護施設のうち77カ所が指定されている〔法務総合研究所(2017a)〕。

²³⁾ 地域生活定着促進事業の詳細については、「セーフティネット支援対策事業実施要綱(第4次改正 平成21年5月11日社援発第0511001号)「地域生活定着促進事業実施要領」(2009年)、及び厚生労働省社会・援護局総務課長社援総発第0527001号「地域生活定着支援センターの事業及び運営に関する指針」について(2009年)を参照。いずれもインターネット上で閲覧が可能。

社協議会，社会福祉士会，社会福祉事業団，済生会など多岐にわたる。定着支援センターでは，矯正施設からの釈放前の段階でのアセスメントと福祉サービス利用に向けた計画の作成や調整を行う「コーディネート業務」，釈放後のサービス利用を支援する「フォローアップ業務」を中心として，相談支援，啓発研修なども実施している。

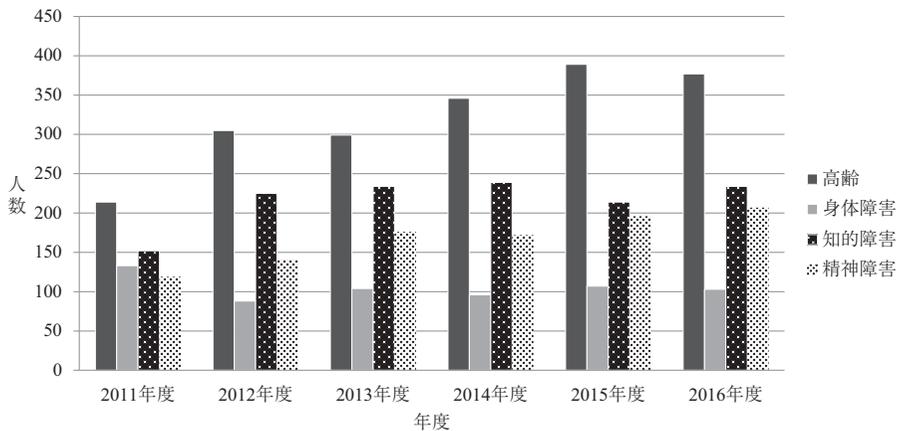
2011年度から2016年度にかけて特別調整の対象となった人の数的状況は，図1のとおりである。

対象者の属性別では，高齢者が最も多く，次いで知的障害者が続いており，この傾向はどの年も同じである。また，精神障害者の数が徐々に増加

してきている。2016年度の特別調整終結人員の総数は704人，内訳は高齢者377人，身体障害者103人，知的障害者234人，精神障害者207人であった²⁴⁾〔法務総合研究所（2017a）〕。

また，同期間中に特別調整によって福祉施設等（社会福祉施設，医療機関，民間住宅・公営住宅等）の利用に至った人の数的状況は図2のとおりである。

2016年度の実績は，社会福祉施設279人，医療機関44人，民間住宅・公営住宅97人，その他48人，合計で468人が福祉施設等の利用につながっている。これは，取下げと死亡を除いた同年度の特別



出典：平成24～29年版犯罪白書に掲載のデータをもとに筆者作成。

図1 特別調整の終結人員の推移



出典：平成24～29年版犯罪白書に掲載のデータをもとに筆者作成。

図2 特別調整によって福祉施設等利用に至った人数の推移

²⁴⁾ 属性が重複しているため，内訳の人数の合計は総数とは一致しない。

調整終結人員の74.5%にあたる〔法務総合研究所(2017a)〕。

従来からの保護観察所による生活環境調整に比較すると、定着支援センターによる支援は関与の期限が明確に決まっておらず、支援対象者本人の同意と支援ニーズがある限りかわることができ、地域の社会資源についての情報をより詳細に把握しており、つながりが深いことが特徴的な点である。

5 被疑者・被告人段階での対応・支援

上記の矯正施設からの釈放段階における支援は、刑事手続の終了時点での支援という意味で「出口支援」とよばれることがある。それに対して、被疑者・被告人段階での対応や支援には「入口支援」という俗称がある。被疑者・被告人段階での支援は2010年代から本格化した²⁵⁾、現在も内容は変化し続けている。これは福祉と連携する主体の違いによって、検察庁・保護観察所によるもの、弁護士会や弁護士個人によるものに大別される。

前者のうちの検察庁独自の取組みとしては、東京地方検察庁の「社会復帰支援室」にみられるように、不起訴処分により釈放が見込まれる勾留中の被疑者のうち再犯防止のために福祉等による支援が必要だと思われる者に対して、釈放前から支援への導入を調整する対応がある。そのため一部の地方検察庁では社会福祉士等を直接雇用したり、外部の社会福祉士等に協力を依頼している。また、検察庁が保護観察所に依頼し、刑事手続による身体の拘束を解かれた者に対する一時的な保護制度である更生緊急保護を重点的に実施することも行われている。

後者としては、社会福祉士・精神保健福祉士等の対人援助専門職と弁護士の連携による更生支援の取組みがある。これは、捜査・裁判段階で社会福祉士等が弁護士と連携し、「更生支援」として福

祉による支援ニーズのアセスメントにもとづく支援計画を作成し、それを検察官・裁判官に証拠として示すことで処分にあたっての参考資料を提供する活動である²⁶⁾。これは社会福祉士等にとっては支援活動、弁護士にとっては情状弁護活動の一環と位置づけられている。

III 海外における障害のある犯罪行為者への支援との比較

1 日本国内における地域生活支援の課題点

日本国内での障害者福祉と刑事司法の連携による地域生活支援は開始から10年余りしか経過しておらず、特に被疑者・被告人段階での介入や支援は現在も変化を続けている最中にあることから、多岐にわたる課題が存在している。ここでは、それらのなかから特に海外との比較を通じて多くの示唆を得ることができると思われる課題点として、以下の3点を検討する。

第1は、支援制度全般が安定性に欠け、脆弱であるという課題である。現在の日本国内の連携は、矯正施設からの釈放段階での支援、被疑者・被告人段階での介入・支援のいずれも、通知、研究事業、既存制度の運用上の工夫などによって実施されている。連携の要としての役割を担っている定着支援センターも設置に法的根拠はない。このため、継続性の担保という視点からは安定に欠けており、制度としては脆弱性が高い。被疑者段階での検察庁による福祉への導入、社会福祉士等が弁護士と連携して行っている更生支援にしても法的に位置づけられたものではなく、これらの目的も必ずしも明確に規定されていないという問題がある。

第2は、障害者福祉における支援の理論的基盤が不足しているという課題である。前述したように、支援対象者は障害に加えて、多様で複雑化した支援ニーズを持っている。それをどのように理

²⁵⁾ これ以前からも社会福祉士と弁護士の連携による支援は行われていた。その詳細については、内田扶喜子・谷村慎介・原田和明・水藤昌彦(2011)『罪を犯した知的障がいのある人の弁護と支援』、現代人文社を参照。

²⁶⁾ 更生支援についての詳細は、堀江まゆみ・水藤昌彦監修、東京TSネット編(2016)『更生支援計画をつくる一罪に問われた障害のある人への支援』、現代人文社を参照。

解し、支援していくのかについて、理論的基盤が十分に整理されているとは言い難い。それに加えて、支援対象者が犯罪行為をした人、あるいはその疑いを受けている人であり、刑事司法の側からは支援を通じた再犯防止の効果が期待されているため、再犯リスクをどのように取り扱うかについて支援者は考えざるを得ない。しかし、支援にあたって再犯防止をどのように捉えるのか、支援者間で十分に共有された認識があるとはいえない状況にある²⁷⁾。

第3は、支援のための社会資源が不十分であるという課題である。現行の支援制度が開始されてから支援にあたる事業所の数は増加しているといわれる〔木内(2015), p.74〕。しかし、日本国内には障害のある犯罪行為者への支援に特化した施設は存在しないため、ごく一部の事業所を除けば、刑事司法との連携による地域生活支援にかかわる機会が数多くある訳ではない。そのため、支援経験が蓄積しづらく、理論や技術の発展につながりにくい。

以下では、これら3つの問題点に焦点を合わせて、海外における支援との比較を試みる。

2 海外における支援との比較

第1の障害者福祉と刑事司法の連携の制度、特に被告人段階における支援として、裁判での更生支援が制度化されている地域がある。オーストラリア・ビクトリア州では、州政府の障害者福祉サービスに配置されているケースマネージャーが裁判所の命令にもとづいて更生支援計画(Justice Plan)を作成することが法律で規定されている。対象となるのは、知的障害があるとして州の障害者福祉サービスに認定されている被告人のうち、裁判所が社会内矯正命令(Community Correction Order)等の社会内処遇を科すことを検討してい

る者である。裁判所が更生支援計画の内容を適切だと認め、被告人に社会内で処遇することを決定すると、計画の内容が遵守事項に含まれる²⁸⁾。現行、判決前調査制度の存在しない日本において、裁判所が職権で更生支援計画の立案を命ずる制度を導入するには多くの困難が予想される。しかし、定着支援センター、あるいは相談支援事業所等の業務のなかに更生支援計画作成を正式に位置づけ、報酬を支払う仕組みを整備する可能性はあるだろう。これによって更生支援を主眼とした障害者福祉サービスの専門職養成が促進され、実務にまつわる理論や技術が蓄積されることが期待できる。

第2の障害者福祉における支援の理論的基盤としては、英語圏においてforensic disabilityという新たな研究・実践領域が形成されてきており、この知見が示唆に富んでいる。まず、支援の枠組として、障害がある犯罪行為者のリスクとニーズに対応するために提唱されている「相乗モデル」がある²⁹⁾。このモデルは、①障害者福祉で用いられている応用行動分析の原則に基づいた「積極的行動支援」(Positive Behavior Support)、②近年、犯罪行為者処遇の新たな理論として注目されている犯罪行為者が生きていくうえで不可欠な「財」の存在に着目した「よき人生モデル」、③犯罪行為に関するパーソナリティと認知学習理論に基づく「リスク・ニーズ・反応性モデル」の3つを組み合わせることを提唱している。①は障害特性を理解した支援の実施、②は支援対象者の生活の質の向上、③はリスク要因の明確化と対処を目的とし、それらを組み合わせて支援することで相乗効果が得られる。

また、「リスク・ニーズ・反応性モデル」と「よき人生モデル」は相互補完の関係にあるという指摘³⁰⁾も重要であろう。リスクへの対応と支援対象

²⁷⁾ 例えば、支援者は再犯の危険性を支援上の困難として強く意識しており〔小野ほか(2011)〕、サービス提供にあたっての課題として再犯等の不安があると認識している〔木下ほか(2012)〕。

²⁸⁾ Justice Plan制度の詳細については、水藤昌彦(2014)「犯罪行為者処遇における刑事司法と福祉の連携のあり方についての国際比較」、『犯罪社会学研究』, Vol.39, pp.37-53を参照。

²⁹⁾ 「相乗モデル」の詳細については、C・マシュー・J・フライズ(水藤昌彦訳)(2017)「知的障害のある犯罪行為者のための「相乗モデル」による支援」, 生島浩編著『触法障害者の地域生活支援—その実践と課題』金剛出版を参照。

者本人の生活の質の向上は、互いに補い合っており、支援にあたって双方を同等に意識しなければならないとされる。この考え方からは、再犯リスクを高めないために回避すべき目標（回避目標）と生活の質を高めるために到達することが望まれる目標（接近目標）のバランスに配慮するという指針が導かれる。

それに加えて、犯罪学、犯罪社会学の知見を活用することも海外から学べる点であろう。犯罪行為をしないというだけではなく、いかにして止め続けるかに関心を寄せる離脱研究では、支援対象者本人による自己アイデンティティの変容に着目することの重要性が実証研究にもとづいて主張されている〔Veysey (2015)〕。アイデンティティ転換の過程は、①衣食住が確保され、身体的・情緒的安全が保証されること、②支持的な人間関係ができること、③新しいスキルを学んだり、新たな役割を果たしたりすること、④再文脈化が起こること、という4段階から成ることが示されており、そこには順序性があるとされる。この知見は、福祉による支援の展開過程を考えるうえで重要な示唆を与えている³¹⁾。

第3の支援のための社会資源の課題、特に特化型施設については、オーストラリア・ビクトリア州、英国イングランドなどには、障害のある犯罪行為者への支援・対応に特化した入所型施設が存在している³²⁾。前者は障害者福祉、後者は医療の領域における障害のある犯罪行為者への支援・対応に特化したサービスである。

ただし、特に障害福祉領域において犯罪行為者特化型サービスを設けることについては、功罪の両面が看取できることから、慎重に評価すべきである。これらのサービスの実情を調査すると、特化型サービスが存在することで、対象者が安全に

生活していくために求められる支援密度の違いに対応することが比較的容易になっていると分かる。また、特化型サービスを中心に刑事司法との連携の経験が蓄積され、多様で複雑化した支援対象者のニーズ分析や対応に精通する専門職が養成されてきている。その結果、前述の forensic disability 領域の発展が促されていることには疑問の余地はないだろう。しかし、一方でこれらの特化型サービスは、拘禁機能を備えた施設から段階的に地域移行をしていく形式を採用しているため、障害者福祉制度のなかに「小型の疑似刑務所」を置くことになる可能性を常に温存している。実際にビクトリア州の施設の状況についての10年以上にわたる経年変化の様子をみると、運用次第では急速に福祉施設の監獄化が起り得ることが分かる。拘禁施設の使用についての適用基準を明確にし、権利擁護の制度を整備したとしても、障害者福祉が実質的に矯正施設の代替機能を果たすようになるおそれを完全には排除できないだろう。従って、海外の状況を参照しながら特化型サービスを構想するのであれば、拘禁機能を除外した内容を検討することが肝要となる。

おわりに

以上、障害者福祉と刑事司法の連携についての現状を概観し、犯罪をした障害者への地域生活支援を国際比較の視点から検討した。

日本の刑事司法制度には拘禁を回避する処分があるにもかかわらず、高齢や障害のある犯罪行為者は累犯化するためにその適用を受けることができず、多くの者が受刑している状況がある。これらの人びとには、多様で複雑化した支援ニーズがあることから、障害福祉をはじめとする福祉によ

³⁰⁾ Lambrick, F. The Principle and Ideal Way of Assessment of Risk and Manageability of People with Disabilities and Planning Their Supports (水藤昌彦 = 森久智江訳 (2015)「障がいのある人のリスクのアセスメント (Risk Assessment) とマネジメント可能性 (Manageability) ——その支援の理念とあるべき方法」、『立命館法学』, Vol.361, pp.883-899を参照。

³¹⁾ この点について、国立のぞみの園編・前掲注11) p.14以降を参照。

³²⁾ 詳細について、ビクトリア州の状況は、水藤・前掲注28)、イングランドの状況は、水藤昌彦 (2014)「知的障害のある性暴力行為者への治療的対応：英国イングランドにおけるSOTSEC-IDモデルの調査を中心に」、『山口県立大学学術情報』 Vol.7, pp.65-77を参照。

る支援が求められている。2000年代後半から、地域生活定着支援センターの設置をはじめとする、矯正施設からの釈放時の支援が制度化されてきた。そして、2010年代に入ると被疑者・被告人段階の支援・対応が活発化し、これらは現在も新たな展開を見せている。

日本における障害者福祉と刑事司法の連携には、多岐にわたる課題がある。なかでも、連携の制度化、障害者福祉における支援の理論的基盤については、海外で先行する取組みから学ぶことができる点が多くある。一方、障害がある犯罪行為者への特化型サービスを構想するにあたっては、海外に存在する拘禁機能を有する障害者福祉施設の状態から警戒すべき諸点を学び取る必要もあるだろう。

近時の障害者福祉と刑事司法の連携においては、福祉の司法化をいかにして回避するかが重要な課題である³³⁾。多様で複雑化した支援ニーズのある人が刑事司法に取り込まれ、繰り返し刑罰のみを科されても、犯罪行為からの離脱に資するとは考えにくい。この問題に対処するためには、障害者福祉と刑事司法の連携による地域生活支援をさらに促進することは必須である。しかし、近時の連携には社会防衛のための再犯防止を追求する刑事政策上の要求が併存していることを念頭に置きつつ、福祉の司法化を警戒する姿勢が福祉関係者には求められている。

参考文献

- 朝比奈ミカ (2016) 「総合相談の実践から「社会福祉の総合化」を考える」、『社会福祉学』, Vol.56, No.4, pp.130-134。
- 有田朗 (2016) 「生活困窮者相談窓口における出所者への支援の課題」, 水野有香編『地域で支える出所者の住まいと仕事』, 法律文化社。
- 池田由子・矢花美美子 (2002) 「わが国における児童虐待防止運動の歴史——とくに明治時代における原胤

- 昭の業績を中心として——」, 『東洋大学発達臨床研究紀要』, Vol.2, pp.46-59。
- 石塚伸一 (2013) 「日本犯罪は減ったか? 減ったとすれば、その原因は何か?—犯罪統制のネット・ワイディングと刑事訴追の重点主義化—」, 『犯罪社会学研究』, Vol.38, pp.36-52。
- 奥田知志 (2010) 「第三の困窮と犯罪——ホームレス支援の現場から下関放火事件を考える——」, 『犯罪社会学研究』, Vol.35, pp.21-37。
- 小野隆一・木下大生・水藤昌彦 (2011) 「福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した知的障害者等の地域生活移行を支援する職員のための研修プログラム開発に関する調査研究 (その1)」, 『国立重度知的障害者総合施設のごみの園紀要』, Vol.4, pp.1-14。
- 木内英雄 (2015) 「司法と福祉をつなぐネットワークづくり」, 赤平守編著『「生き場」をなくした人たちが罪を犯した障害者の生きにくさに向き合う』, やどかり出版。
- 木下大生・水藤昌彦・小野隆一・五味洋一 (2012) 「矯正施設を退所した知的障害者を先駆的に受け入れた障害者支援施設に関する実態調査 (2)」, 『国立重度知的障害者総合施設のごみの園紀要』, Vol.5, pp.28-34。
- 古都賢一 (2016) 「社会福祉制度の「専門分化」と「総合化」」, 『社会福祉学』 Vol.56, No.4, pp.121-125。
- 瀬川晃 (1998) 『犯罪学』, 成文堂。
- 全国地域生活定着支援センター協議会 (2011) 『平成22年度厚生労働社会福祉推進事業「都道府県地域生活定着支援センター現任者等のスキルアップのための効果的支援の開発に関する事業」地域生活定着支援センターガイドブック平成23年版』。
- 田島良昭 (2009) 『厚生労働科学研究 (障害保健福祉総合研究事業) 報告書 罪を犯した障がい者の地域生活支援に関する研究 (平成18-20年度)』。
- 椿百合子 (2008) 「知的障害のある受刑者等の社会復帰支援について」, 『刑政』, Vol.119, No.8, pp.28-36。
- 浜井浩一 (2006) 『刑務所の風景—社会を見つめる刑務所モノグラフ』, 日本評論社。
- (2009) 『2円で刑務所, 5億で執行猶予』, 光文社新書。
- 犯罪対策閣僚会議 (2003) 『犯罪に強い社会の実現のための行動計画—「世界一安全な国, 日本」の復活を目指して—」, <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hanzai/kettei/031218keikaku.html> (2017年12月10日最終確認)。
- (2008) 『犯罪に強い社会の実現のための行動

³³⁾ ここ10年あまりの再犯防止政策は、福祉や医療、心理療法などを利用した「ソフトな再犯防止政策」であることが特徴であって、再犯防止のための福祉による関与を強制する法的根拠はないが、司法的枠組みの中で事実上拒否できない・しづらい状況が作り出されていく危険性があるとの指摘がある [大杉 (2016), p.74]。福祉の司法化の問題点について、刑事法研究者の立場から論じたものとして、土井政和 (2014) 「刑事司法と福祉の連携をめぐる今日の課題」, 『犯罪社会学研究』, Vol.39, pp.77-78, 葛野尋之 (2016) 『刑事司法改革と刑事弁護』, 現代人文社, p.122。

- 計画2008—「世界一安全な国, 日本」の復活を目指して—, <http://www.cas.go.jp/jp/gaiyou/jimu/pdf/081222keikaku2008.pdf> (2017年12月10日最終確認)。
- (2012)『再犯防止に向けた総合対策』<http://www.moj.go.jp/content/000100471.pdf> (2017年12月10日最終確認)。
- (2013)『「世界一安全な日本」創造戦略(閣議決定)』<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hanzai/kettei/131210/kakugi.pdf> (2017年12月10日最終確認)。
- (2014)『宣言：犯罪に戻らない・戻さない～立ち直りをみんなで支える明るい社会へ～』<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hanzai/kettei/141216h/honbun.pdf> (2017年12月10日最終確認)。
- 藤原正範 (2006年)「司法福祉学の本質と対象領域に関する考察」, 『鈴鹿医療科学大学紀要』, Vol.13, pp.73-84。
- 法務総合研究所 (2013)『研究部報告52知的障害を有する犯罪者の実態と処遇』, 法務総合研究所。
- (2017a)『平成29年版犯罪白書』, 法務省。
- (2017b)『研究部報告56高齢者及び精神障がいのある者の犯罪と処遇に関する研究』, 法務総合研究所。
- 山本讓司 (2003)『獄窓記』, ポプラ社。
- Department of Justice (2007) *Intellectual Disability in the Victorian Prison System: Characteristics of prisoners with an intellectual disability released from prison in 2003-2006*. Melbourne.
- Gore, N. J., and D. L. Dawson (2009) “Mental disorder and adverse life events in a forensic intellectual disability service”, *British Journal of Forensic Practice*, Vol.11, No.1, pp.8-14.
- Holland, T., I. C. H. Clare and T. Mukhopadhyay (2002). “Prevalence of ‘criminal offending’ by men and women with intellectual disability and the characteristics of ‘offenders’: implications for research and service development”, *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol.46, No.1, pp.6-20.
- Nolan Jr. J. L. (2009) *Legal Accents, Legal Borrowing: The International Problem-Solving Court Movement*, Princeton University Press.
- O’Brien, G., J. Taylor, W. Lindsay, A. Holland, D. Carson, L. Steptoe, K. Price, C. Middleton and J. Wheeler (2010) “A Multi-Centre Study of Adults with Learning Disabilities Referred to Services for Antisocial or Offending Behaviour: Demographic, Individual, Offending and Service Characteristics”, *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, Vol.1, No.2, pp.5-15.
- Taylor, J. L., and W. R. Lindsay (2010). “Understanding and treating offenders with learning disabilities: a review of recent developments”, *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, Vol.1, No.1, pp.5-16.
- Veysey, Bonita M. (2015) “Desistance and Other Identity Transformation Processes: Promising New Directions”, *The 41th Japanese Association of Sociological Criminology Conference Proceeding* (浜井浩一訳 (2015)「離脱, 異なるアイデンティティへの転換のプロセス: 将来有望な新たな方向性」, 日本犯罪学会編『日本犯罪学会第41回大会報告要旨集』, pp.4-12)。

(みずとう・まさひこ)

Collaboration between the Welfare Services for People with Disability and the Criminal Justice System: An International Comparative Study of Support Services for Offenders with Disability

Masahiko MIZUTO*

Abstract

While the Japanese criminal justice system has options of diversion from incarceration, they are often not applicable for aged offenders and offenders with disability therefore there are a large number of elderly inmates and inmates with disability in this country's prison system. Since these offenders have multiple and complex support needs, welfare support services including disability services are required. Post-release support provided by welfare services started in late 2000s, and support services for suspects and defendants with special needs have been developed recently. There are many lessons we can learn from the service responses for this client population applied in other countries, namely a design of systemic collaboration and theories of support in the disability service field. On the other hand, it is necessary to take precautions from international experiences about disability services utilised as detention. Practitioners need to realize that the recent service development for this client population in Japan has a strong connection with the criminal justice policy based on crime prevention and control for public protection and their service should not become a virtual criminal justice agent.

Keywords : Criminal Justice, Disability Services, Offenders with Disability, Collaboration

* Professor, Department of Social Welfare, Yamaguchi Prefectural University

24時間介護における介護サービス支給量の判断基準

中川 純*

I 介護サービス支給量の判断基準と24時間介護

1 介護サービスの決定過程

障害者総合支援法（以下、法）が規定するサービスは、「自立支援給付」と「地域生活支援事業」に大別される。自立支援給付は、介護給付、訓練等給付などの「サービス費の支給」をおこなうものである。介護給付には、居宅において入浴、排せつまたは食事の介護などを提供する「居宅介護（法5条2項）」、常時介護を要する、重度の肢体不自由者そのほかの障害者に対し居宅における入浴、排せつまたは食事の介護などを提供する「重度訪問介護（法5条3項）」、重度の障害者に対し居宅介護そのほかの厚生労働省令で定める障害福祉サービスを包括的に提供する「重度障害者等包括支援（法5条9項）」などがある。地域での一人暮らしを希望する全身性障害者などが、介護給付に基づくサービス支給量が自立生活を営むには十分でないとして、処分の取消訴訟、1日に24時間介護を義務付ける、または仮に義務付ける訴訟または国家賠償を求める訴訟を提起している。

介護給付を受けるためには、市町村の窓口申請をおこなわなければならない。その後、市町村は、コンピューター判定による一次判定、認定調査員の特記事項などに基づく審査会による二次判定により、申請者に対し「障害支援区分」を決定する。障害支援区分は、障害の多様な特性そのほかの心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものであり、支援が必要とされる度合が高いほうから支援区分6から1ま

で、または非該当の認定がなされる。申請の際、申請者は同時に、「サービス等利用計画案」を提出しなければならない。サービス利用等計画案は通常、指定特定相談支援事業者が作成するが、申請者自身が作成することもできる（セルフプラン）。市町村は、障害支援区分、サービス利用意向聴取の結果そしてサービス等利用計画案等に基づき、支給決定案を作成する。そして、決定案について、勘案事項、審査会の意見等を踏まえ、支給決定をおこなう。その後、指定特定相談支援事業者は、サービス担当者会議を開催してサービス事業者等との連絡調整をおこない、「サービス等利用計画」を作成する。それに基づき、サービスを利用する事業者と利用に関する契約を締結し、サービス利用が開始される。

2 介護サービスの判断基準：勘案事項と審査基準

介護給付などの支給量の決定に際して重要な決定要素となるのが、「勘案事項」とそれに対応した「支給決定基準（審査基準）」である。

法22条は、障害福祉サービスの支給要否決定にあたって、障害者の意向（サービス利用等計画案）と厚生労働省令（障害者総合支援法施行規則12条（平成18年2月23日厚生労働省令第19号））で定める事項を勘案しておこなうこととなっている。この「勘案事項」は、以下のようになっている。

- ① 障害支援区分又は障害の種類及び程度その他心身状況
- ② 介護を行う者の状況
- ③ 介護給付費等の受給状況

* 東京経済大学現代法学部 教授

- ④ 障害児施設等の利用状況
- ⑤ 介護保険給付に係る居宅サービスの利用状況
- ⑥ 保健医療又は福祉サービス等
- ⑦ 障害者（児）の利用に関する意向の具体的内容
- ⑧ 障害者（児）の置かれている環境
- ⑨ 障害福祉サービスの提供体制の整備状況

市町村は、上記の勘案事項に基づき「支給決定基準¹⁾」を定める。支給決定基準は、市町村が介護給付等の支給決定を適正かつ公正におこなうために定められるものである。これは行政手続法5条の審査基準に相当するものと考えられている²⁾。市町村は、サービス費の支給決定が恣意的にならないように、支給決定基準を客観的な指標のひとつとして、支給決定や不服審査の際に用いている。障害支援区分は、支給量決定の重要な要因となっているものの、介護保険の要介護度とは異なり、支援区分ごとに利用できる介護サービスの上限を定めるものではない。

支給決定基準は市町村によって異なる。例えば、姫路市の支給決定基準³⁾は、以下のような方法でサービス支給量を決定する。勘案事項①を、身体状況、日常生活動作（身体介助）、日常生活動作（家事援助）、意思疎通手段、行動障害、その他およびその他の心身の状況に細分化し、それぞれについて勘案事項整理票に基づく基本単位と必要度をかけて算定量係数Aを算出する。次に勘案事項②から⑧に基づき、障害者の意向や環境を示す「算定量係数B」を算出する。それぞれの算定係数には変数が存在し、それを踏まえた算定量係数A×Bが項目別算定単位となる。項目別算定量から一定の算式により、類型別算定量を算出する。この算定量に、勘案事項⑨による財政事情や基盤整

備の状況を勘案し、支給量が決定される。ただし、支給決定基準は、支給決定を公平かつ適正におこなうためのものであり、支給量の上限を定めるものではないとされている。障害者の生活ニーズを充足するために柔軟な対応が求められている。また、支給決定基準において「障害支援区分」ごとの支給量を考慮する際に国庫負担基準額が参考とされる場合がある。国庫負担基準は、市町村に対する給付費の支出総額を算定する場合の1人当たりの基準額にすぎず、障害者個人のサービス利用量の上限を設定するものではないと考えられている。

通常は、勘案事項を踏まえた支給決定基準を基本として支給量の決定がなされる。しかし、支給決定基準に基づき算定されるサービス支給量と利用者の利用意向を踏まえたサービス等利用計画案との間に大きな隔りがある場合には、「非定型」に該当するとされる。非定型に該当するとされる場合、市町村審査会に意見を求めるか、または非定型非該当として支給決定基準にしたがったかたちで支給決定がおこなわれる。非定型に該当する場合、サービス支給量が支給決定基準に準じたものから増量されることがあるが、申請者の希望通りに支給決定が必ずしもなされるわけではない。24時間介護の訴訟は、非定型に該当するケースにおいて、希望に沿わない支給量決定がなされた結果、提起されている。また、支給量決定基準に基づく支給量よりもサービス利用計画案の支給量のほうが少ない場合には、サービス利用計画案のほうが承認される。

¹⁾「支給決定基準」は市町村ごとで名称が異なる。名称として、このほかに「審査基準」や「要綱」などの用語が用いられることがある。

²⁾行政手続法5条は、審査基準を定めなければならないとしている。しかし、都道府県による支給決定基準の策定の方針などをみると、市町村には「あらかじめ支給の要否や支給量の決定について支給決定を定めておくのが適当である（熊本県「障害者自立支援法に基づく介護給付費等の支給量決定基準の策定にあたって」1頁）」という表現が用いられている。また、裁判所も「決定の基準を定めておくことは許容される」（札幌高判平成27・4・24判例地方自治407号65頁、札幌地判平成24・7・23判例地方自治407号71頁）という表現を用いている。

³⁾姫路市「障害者総合支援法及び児童福祉法障害福祉サービス等の支給決定基準」27-41頁。

3 24時間重度訪問介護の判断基準：過去の判例を参考に

24時間介護訴訟は、申請者が希望する支給量に及ばなかった場合に提訴される。申請者が1人暮らしをしたいというニーズを充足するサービス支給量は、通常支給決定基準に規定された支給量を大きく上回るものとなる。したがって、裁判所は、特に24時間介護が支給決定基準に規定されていない場合には、支給決定基準に基づくサービス支給量が、非定型該当ケースのサービス支給決定過程において勘案事項の9つの要素を適正に考慮したか否かを判断することとなる。従来の裁判例にみられる手法では、可能な限りその身近な場所において必要な日常生活または社会生活を営むための支援を受けられるという法の理念に基づき、自立生活において利用者に発生しうる「生命の危機」もしくは「健康の維持」に対する支障を避けるために、勘案事項に基づき、必要な事項を十分に考慮して支給量の決定がなされているかを検討している。

裁判所は、24時間介護を希望する障害者に発生する「生命の危機」や「健康の維持」に対する支障を避けるために、または障害者が希望する生活スタイルの実現のために、必要なサービス支給量を算定し、支給量の増量を認めることがある。このような点そして支給量決定基準の性質から、市町村が考慮すべき勘案事項は、相容れない2つの側面を有するといえよう。1つ目は、公平さや適正さを担保するために支給決定基準に組み込まれた、客観的な基準としての勘案事項である。2つ目は、審査基準で決められる支給量を超えて、24時間介護により1人暮らしをしたいという主観的なニーズの適切さを量る基準としての勘案事項である。

障害者が1人暮らしをするにあたってサービス支給量を大幅に増量することを認めた判決を受けて、各地において市町村が、24時間またはそれに

近い量のサービス支給が認める傾向にあるという⁴⁾。このような傾向は、市町村が障害者のニーズに柔軟に対応しはじめていると理解できる一方で、勘案事項の二重構造の矛盾を深刻化させているともいえる。

II 24時間介護をめぐる支給量決定基準の課題と解決のためのアイデア

1 介護サービスの支給量決定基準の矛盾

最後に、24時間介護をめぐる勘案事項および支給量決定基準の課題について検討したい。

第1の問題点は、上述のように支給決定過程で障害者の生活スタイルなど個人のニーズを支給量に反映させようとするところから、支給決定基準が担保すべき公正さや適正さを担保する性質が減退することである。24時間介護を求めるような非定型事案においては、その決定過程で利用者のニーズに沿ったかたちで柔軟に対応することが求められるが、公正さと適正さを担保するための客観的な基準がその適用の過程で変更される制度設計となっている。

現行の制度設計の下で、サービス支給量が客観的で、かつ公平さや公正さを担保しつつ、ニーズに対応する方法としては、障害の種類、内容、程度、それらに対応して定型化したニーズを踏まえた合理的な要件とともに、24時間介護を最長のものとして段階的な支給量を支給決定基準に規定することがあろう⁵⁾。段階的な支給量設定とその要件が合理的に設定されていれば、支給決定において支給決定基準に障害者が置かれている状況をあてはめるだけで足りることとなる。ただし、このような方法にはいくつかの問題点がある。当然のことであるが、障害者の個人的ニーズを支給量に反映させづらくなることである。また、財政規模の小さな町村などでは、24時間介護を制度化し、それを現実に支給しなければならなくなった場

⁴⁾ 藤岡毅「人権としての介護保障の実現を目指して」賃金と社会保障1656号13-14頁（2016年）。

⁵⁾ 私見では、現行制度から離れば、利用者や指定特定相談支援事業者が、勘案事項にもとづきソーシャルワーク的な観点から支給量などを決定する方法が望ましいと考える。しかし、現行の制度設計からすれば客観化されたニーズを支給量に関連させる方法が最も趣旨に合致したものになるだろう。

合、(1人につき約2000万円と見積もられる)甚大な財政的負担がかかってしまうことである。その結果として近隣都市への転入に伴う「転入介護」を発生させる可能性があることである。

2 介護サービス支給量決定基準における財政的事情の勘案方法

第2の問題点は、勘案事項に基づく支給決定基準または支給量決定過程において財政事情を十分に反映させることができていないことである。実際、障害福祉サービスの財政支出は急速に伸びている。厚生労働省によれば、障害福祉サービス等予算は、平成17年から平成25年までで2倍以上となっている⁶⁾。また、国分寺市の自立支援給付の支出は、平成19年から28年までで約2.4倍となっている⁷⁾。

現行の制度設計を基本として、支給量を市町村の財政的規模に合致させる方法としては、勘案事項に10番目の事項として「財政事情との均衡」を加えることがある。そして、それを支給決定基準や決定過程に反映させることであろう。

それ以外に、障害者の生活ニーズの把握とそれに基づく支給量の供給に対する公的責任を必ずしも一致させない方法があろう。現在の支給量決定の基本的な考え方は、障害者個人の生活スタイルを考慮しつつ、ニーズに対し、市町村が過不足のない支給量を公的責任の下ですべて保障するものとなっている。しかし、勘案事項の「障害福祉サービスの提供体制の整備状況」は、市町村がその公的責任の下ですべての支給量を保障することを必ずしも要求していない。市町村の役割は、障害者のニーズの把握とそれに対する支援体制の整備である。それぞれの財政事情を考慮して、ボランティアなどの社会資源⁸⁾や家族の支援⁹⁾を活用しつつ、障害者個人の生活スタイルに合った自立生活を実現することであると考えられる。

参考文献
注に掲げたもの。

(なかがわ・じゅん)

⁶⁾ 厚生労働省「障害福祉サービスの現状」(2015年)、2頁。

⁷⁾ 国分寺市障害福祉課「国分寺市の障害福祉施策について」(2017年、施策説明用PPT)。

⁸⁾ 複数の裁判例からあきらかなように、24時間介護訴訟の原告の多くは、ボランティアの協力を得て、実際に1人暮らしを送っている。したがって、24時間介護訴訟において求められているのは、24時間介護を伴う生活ではなく、公的責任の下での24時間サービス支給量の決定である。

⁹⁾ 東京地判平28・9・27民事第51部平成25年(行ウ)836号では、家族の中に介護をおこなうことが可能な者がいる場合には、市町村が支給量を決定するにあたって家族が介護をおこなう可能かつ相当な時間を考慮することは、裁量権の逸脱濫用にはならないとしている。

24時間介護の審査基準とその合理性

札幌高等裁判所平成27年4月24日判決
平成24年（行コ）第24号介護給付費支給決定取消等請求控訴事件
賠償請求事件（鬼塚訴訟控訴審判決）判例地方自治407号65頁

中川 純*

I 事実の概要

本件のX（原告、控訴人、昭和53年生まれ）は、精神遅滞により療育手帳の交付を受け、左上下肢機能全廃、右上下肢麻痺により身体障害者手帳1種1級の交付を受けている（障害程度（支援）区分6）。また、最難治の症候性てんかんを有し、無呼吸低呼吸症候群にり患している。Xは、平成19年からY市内のアパートに単身で生活しており、日中は社会福祉法人訴外Aの生活介護を受けながら生活をしてきた。Xは、平成20年にY市（被告、被控訴人）から、「障害者自立支援法（のちに「障害者総合支援法」）に基づき重度訪問介護の支給量を1か月あたり330時間（のちに540時間）とする支給決定を受けていた。Xは、介護給付費等審査基準（以下、本件審査基準）を違法無効、さらにYがXの状況を踏まえずにおこなった処分の取消、支給量を1か月720時間（24時間介護）とする介護の義務付け、国賠法1条に基づく損害賠償を求めた。また、控訴審では平成24年から26年までに受けた支給決定処分を取消す訴えを追加している。

Y市の審査基準では重度訪問介護において24時間介護給付を支給する要件が規定されている。Y市の本件審査基準によれば、その対象は、①障害程度（支援）区分が4以上であること、②4つの要件（単独での外出が困難であること、家族の支援が得られないこと、単身世帯などであって夜間の

見守りを含めた継続的な介助が必要であること、2人以上の派遣ヘルパーが必要であること）に該当していること、さらに③進行性筋萎縮症により常時人工呼吸器を使用していること、または脳性麻痺により著明な不随意運動および著明な言語障害を伴うこと、を要件としていた。

II 判旨 控訴棄却（上告棄却・不受理）

1 本件審査基準の適法性

総合支援法ないし自立支援法22条1項および規則12条において、「市町村が障害福祉サービスの支給要否決定をするに際して勘案事項を具体的に定めてはいるものの、どのような種類のサービスにつき、どの程度の支給量を支給すべきかについて具体的な基準を定めているものの、どの種類のサービスにつき、どの程度の支給量を支給すべきかについて具体的な基準を定めていない」。勘案事項のひとつである障害福祉サービスの供給体制の整備の状況は、「全国一律ではなく、地方ごとに異なるものである」とすると、法は、支給量決定の判断を「その支給要否決定をする市町村の合理的な裁量に委ねていると解する」ことができる。

「障害者に必要とされる障害福祉サービスの種類あるいは支給量は障害の程度や内容、さらには介護の必要性の異なる障害者により様々であるから、このような多種多様な障害者に対し可及的に公平かつ適切に支給決定をするため、（略）市町村

* 東京経済大学現代法学部 教授

が、その決定の基準（指針）を定めておくことは許容される。」「本件審査基準が総合支援法ないし自立支援法の規定に違反しているか否か、本件審査基準の内容がYに与えられた上記裁量の範囲を逸脱したか否かあるいは裁量権を濫用したか否かによることになる。そして、この判断に際しては、当該基準（指針）の内容が、総合支援法ないし自立支援法の趣旨目的に合致するか否か、勘案事項を適切に反映されているかの観点から検討される必要があるとともに、Yにおける財政事情を考慮することも許容される。」

「Yは、24時間介護給付の給付対象者を、24時間介護をしなければ真に生命の危機に瀕している者で他の介護給付によっては十分な援助を受けることが困難な者に限定していることが認められる。24時間介護給付は国、県からの財政的補助があるものの、これを実施するためには、Yにおいて障害者1人につき約1690万円の予算の裏付けが必要となる」ことから、「上記のとおり限定することが直ちに障害福祉サービスを実施する市町村に与えられた裁量の範囲を逸脱しあるいは裁量権を濫用したものであるとは認められない。」

「ところで、本件審査基準によれば、本件24時間介護要件に該当せず24時間介護給付を受けられない者は、重度訪問介護としては最長330（540）時間の訪問介護サービスしか受けられなくなる」が、Y市は、生活介護および短期入所のような「障害福祉サービスを実施しており、これは重度訪問介護との併用が可能である。」

2 本件処分における裁量権の逸脱・濫用

(1) 判断の枠組み

裁量権の逸脱・濫用として違法となるか否かは、「当該決定に至る判断の過程において、勘案事項を適切に調査せず、又はこれを適切に考慮しないことにより、上記の各決定内容が、当該申請に係る障害者等の個別具体的な障害の種類、内容、程度そのほか具体的な事情に照らして、社会通念上当該障害者等において自立した日常生活又は社会生活を営むことを困難にするものであって、総合支援法ないし自立支援法の趣旨目的（総合支

法ないし自立支援法1条）に反しないかどうかという観点から検討すべきである。」

(2) Xの障害の種類、内容、程度と裁量権の逸脱・濫用

Y市の「職員は、Xから適切な内容の聴取を行っており、その内容は、Xの障害の種類、内容、程度を把握する上で適切なものであったと認められる。」

さらに、「Xの障害の種類、内容、程度が本件24時間介護要件に該当するか、該当しないとしてもそこで規定する2類型と同視すべきであって、24時間介護給付の支給をしないことが」、法の趣旨目的に反しないか検討する。

第1に、Xが、「進行性筋萎縮症により常時人工呼吸を使用している者」と同視できるかについて、睡眠時「無呼吸低呼吸の状態が生じる危険があるものの、これによってただちに生命に現実的な危険が生じるものではなく」、また「使用は睡眠時のみであって、日中は不要であることからすれば」、常時人工呼吸器を使用している者と同視できない。

第2に、「脳性麻痺により著明な不随意運動及び著明な言語障害を伴う者」と同視できるかについて、「Xが、不随意運動が激しく、1人では介護が困難な程度で、かつ高い頻度で多部位にわたって発生する状態」にはないから、「『著明な不随意運動』があるとは認められない。」「Xは言語による意思疎通が可能であり、「具体的な介護場面において介護に多大な支障をきたし、常時ヘルパーを利用しなければ、（略）生命に危険性が及ぶ」とはいえないから、「著明な言語障害」があるとはいえない。

以上より、「Xの障害の種類、内容、程度は、本件24時間介護要件に該当しない上、そこで規定する2類型と同視すべき状況ともいえないから、本件処分は本件審査基準に従ったものと認められる。」

(3) Xの希望する生活スタイルと裁量権の逸脱・濫用

「地域社会の中で生活するというXの希望は、できるだけ尊重される必要がある。しかし、障害者支援をはじめとする社会福祉制度を創設しこれを維持するためには、財政的な裏付けが必要であり、しかも、社会福祉制度は、すべての国民が利用可能な制度として維持してゆく必要がある。したがって、社会福祉制度（障害福祉サービス）には自ずから限界があるのであって、当該障害者の生活スタイルの希望を常に完全に叶えることが総合支援法ないし自立支援法の趣旨目的であるとは解されないし、Xがどこで生活するかを福祉サービスによって実現されることが常に保障される基本的権利であるとまでは解されない」。Xがかつて支給決定を受けていた生活介護や短期入所を申請すれば、「540時間ないし330時間の重度訪問介護の支給量でも一応自立した日常生活又は社会生活を営むことが可能である」から、「それがXの意思に沿うものでないとしても、本件処分が裁量の範囲を逸脱し又は裁量権を濫用したものと認められない」。

3 義務付け訴訟の適法性

「申請型義務付けの訴えは、併合提起された取消訴訟の対象となる処分が取り消されるべきものであることが、その適法要件であると解されるところ」、いずれの処分も「取り消されるべきものといえないから、本件義務付け訴訟の訴えは不適法というほかない」。

III 検討

判旨の一部に疑問あり。

1 本判決の位置づけ

(1) 本判決における審査基準の合理性

ここでは、本判決の位置づけを過去の判例から評価したい。まず本件審査基準の合理性の位置づけについて考える。

Y市の審査基準は、障害の種類、内容、程度に応

じて支給量を段階的に設定している。「生命の危機に瀕している者」等の2要件に該当する場合には介護給付を1か月あたり720時間（1日あたり24時間）とする支給量を規定している。それらに該当しない場合にも、介護ニーズまたは必要性が高い者には1か月あたり330時間（1日あたり11時間）、のちに540時間（1日あたり18時間）を上限として、支給量を設定としている。また、上限まで支給量が認められたとしても、条件を満たせば、施設で排泄、食事介助そのほかを受ける生活介護、または施設に短期入所し、排泄、入浴、食事介助そのほかを受ける短期入所を併用することができた。判決は、このような審査基準が勘案事項を満たすかにあたって、2つの点について検討している。

第1に、審査基準が規定する段階的支給量設定の合理性に関しては、障害の種類、内容、程度との関連で議論している。判決は、説明の不十分さは否めないものの、24時間介護の給付を「生命の危機に瀕する」ような障害の種類、内容、程度である場合に限定していること、重度訪問介護の上限支給量に加えて施設におけるその他障害福祉サービスが24時間介護と上限の支給量の間隙を埋める制度設計となっていること、に合理性があるとしている。

本判決は、審査基準などで規定される支給量、その対象、要件などの合理性を検討したものであることを特徴としている。従来24時間介護が問題となった事案は、審査基準で重度訪問介護の支給量の上限が定められており、原告である障害者が、それを超えて24時間介護の支給量を求めるものであった。これらの判決は、市町村の裁量の下で、審査基準を超える支給量の支給決定過程において勘案事項が適正に考慮されたかを検討するものであり、審査基準そのものの合理性を検討するものではなかった。

第2に、本審査基準の合理性は、主に「財政事情」の観点から議論されている。障害者に対するサービスの「支給量の決定は、持続可能な制度として安定的に運用するため、長期的な見通しに基づく財政的な裏付けが必要である」から「財政事

情」を考慮することが許容されるとしている。そして、24時間介護の支給量を「生命の危機」に「限定」することが、そうしないことによる「財政的負担」が大きいことから、直ちに障害福祉サービスを実施する市町村に与えられた裁量権を逸脱濫用するものではないとしている。留意しなければならないのは、本判決が、支給量の決定において「財政事情」の考慮を、その制度全体の持続性を維持するため、長期的な展望から、市町村の比較的広い裁量の下でおこなうことを認めていることである。

サービス支給をめぐる基準について「財政事情」から合理性を認める立場はこれまでみられなかったものである。第1次鈴木訴訟¹⁾では、「財政上の制約」が、市が要綱で新たに定めた移動介護量の上限設定²⁾に対する合理的な理由にならないとしている。この判決では、「居宅生活支援費が公費をもってまかなわれている以上、そこに財政上一定の制約があることは否定し難く」、「その申請に係るすべての時間を居宅支援費として支給しなければならないものではない」としつつ、「本件全証拠を精査してみても、1か月当たり32時間という基準と被告における財政上の制約との間に合理的な関連性を見出すことはできない³⁾」としている。この判決では、「財政的な制約」を支給量決定基準における具体的な検討事項としているものの、支給量を大幅に減らすことと財政的な事情に事実上関連性がないとしている。

(2) 本判決における処分の合理性

次に処分の合理性、いいかえれば勘案事項が支給決定の過程において適切に考慮されたか否か、について本件の位置づけを考える。

本判決においては、支給量の要件、対象を定め

る審査基準に合理性があることを前提として、Xの障害の種類、内容、程度が、その基準が規定する要件に合致するかを確認している。具体的には、第1にXに対する調査が適切におこなわれたか、第2に、勘案事項の調査を踏まえて、Xの障害の種類、内容、程度が24時間介護を支給する要件またはそれと同視できる場合に合致するか、施設におけるそのほかの障害福祉サービスがXのニーズに合致した生活を可能にするか、を検討している。本件における勘案事項の考慮は、合理的な審査基準にXの状況が適切にあてはまるかを検討するものとなっている。そして、その両方について適切におこなわれたと判示している。

本件以外の裁判例では、本件のような勘案事項の考慮の方法を採用していない。上述のように、24時間介護の支給要件を定めた審査基準の合理性について検討された例が従来みられない。これまでは市町村の支給決定過程において勘案事項が適切に考慮されたかが検討の中心であった。そのため、考慮すべき勘案事項の手法は、本件判決のものとは大きく異なっていた。その手法は、地域において自立生活を実現するという法の趣旨目的の実現に向けて、「生命の危機」、「健康の維持」という観点から支障が出ていないかという基準に基づき、個別障害者のニーズを導く。それを満たす支給量を、実際の支給量と比較することによって処分決定過程において考慮すべき勘案事項の適切さを検討するというものであった⁴⁾。

次に、本判決は、総合支援法ないし自立支援法の射程を確認した上で、生活スタイルなどXの個人的なニーズに合致した支給量決定をおこなうことについて裁量権の逸脱濫用について検討している。判決は、法の趣旨目的から、Xの意思に沿った処分決定をおこなう必要はないとしている。

¹⁾ 東京地判平8・11・29賃金と社会保障1439号55頁（鈴木訴訟（第一次））。

²⁾ 鈴木訴訟（第1次）では、以前の移動介護量が1か月あたり124時間であったものが、要綱により32時間または42時間と設定された。

³⁾ 上掲、68頁。

⁴⁾ このような方法は、石田訴訟控訴審判決が、考慮すべき勘案事項である「障害者等…の心身の状況」を「適切に考慮しなければ、一審原告において自立した日常生活を営むことを困難にするものであって、自立支援法の趣旨目的（自立支援法1条）に反するの、一審被告はこれを適切に考慮していない」としていることに顕著にあらわれている。大阪高判平23・12・14賃金と社会保障1559号21頁。

第1に、法の趣旨目的についてみていきたい。本判決は、法の趣旨目的を「障害者の生活スタイルの希望を常に完全に叶えること」であるとは解されないとし、さらに「Xがどこで生活するかの決定を福祉サービスによって実現されることが常に保障される基本的権利」でないとしている。その理由として、「障害者支援をはじめとする社会福祉制度を創設しこれを維持するためには、財政的な裏付けが必要であり」、「全ての国民が利用可能な制度として維持してゆく必要がある」から、「社会福祉制度（障害福祉サービス）には必ずから限界がある」ことを挙げている。このような法の趣旨目的の理解は、これまでの判決とは相当異なるものと考えていいだろう。これまでの判決が、24時間介護を認めないまでも、自立した生活の実現を可能にする支給量を基準として処分取消の是非を考慮してきたことは、極力「障害者の生活スタイルの希望」を叶え、住みたい場所を自らの生活の場とすることを法の趣旨目的と理解していたと評価できる。それを反映して、「財政事情」は、過去の裁判例で重要な争点とはなっていない。

第2に、障害者が望む生活と裁量権の逸脱濫用の関係についてみてみたい。上述のように、これまでの判決は障害者が望む生活スタイルや居住場所での自立生活を極力可能にすることを前提として、必要とされる支給量が処分取消しや義務付けの根拠となってきた。一方、本判決は、生活介護や短期入所を申請すれば、「一応自立した日常生活又は社会生活を営むことが可能である」から、「それがXの意思に沿うものでないとしても」、裁量権の逸脱濫用はないとしている。この点もこれまでの判決とは異なっている。本判決は、財政的な制約があることから、制度を持続的に運営するためには、合理的な審査基準を設定し、それに基づき客観的に必要な支給量を支給するだけで十分であり、個別のニーズに応じて例外的な支給量決定をおこなう必要はないと考えている。たとえ障害者個人のニーズを完全に満たすものでない支給量やサービス内容（施設での障害福祉サービスを組み合わせること）であったとしても、一応自立した生活ができるのであれば、そのような生活を

甘受しなければならないことを示しているものと考えられる。

2 本判決の評価

この部分では、本判決が採用している判断基準に合理性があるか否かを考えていきたい。

(1) 支給量を限定する審査基準の合理性

本件は、Y市が定めた審査基準において24時間介護の支給要件が定められており、その要件に該当しないXに、希望する支給量のサービスが支給されなかった事案である。ここでは、24時間介護の支給要件を「生命の危機に瀕している者」に限定すること、さらに支給量の上限に施設サービスを組み合わせるものに合理性があるかを考えた。

総合支援法は、障害者がその有する能力および適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付そのほかの支援をおこない、人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的としている。この目的からすれば、総合支援法は、24時間介護を受けて地域生活で1人暮らしをしたいという希望が尊重するものとみることができる。しかし、そのような希望ができるだけ尊重されるべきであるとしているかもしれないが、制度上必ずしもそれを保障しているわけではない。第1に、総合支援法は24時間介護を支給することを市町村に義務づけているわけではないことである。第2に、総合支援法は、支給量を決定するにあたって「サービス提供体制の整備の状況」という勘案事項を考慮することを求めているから、市町村には支給量決定に関して、勘案事項に応じた一定の幅の裁量があることである。このような制度設計のあり方からすれば、審査基準の設定について、それが合理的になされる限り、市町村の裁量の範囲内にあり、裁量権の濫用はないと考えることができる。また、このような審査基準は、サービスの公平さや適切さを担保するという観点からも肯定されるだろう。現在の制度的枠組みからすると、このような

手法の妥当性を否定することは困難である⁵⁾。

これを前提として、本判決の審査基準が段階的に支給量を設定していることに合理性があるかを検討したい。審査基準が合理性を有するとするためには、障害の種類、内容、程度、そしてそれに対するニーズに応じて定型化、客観化された支給量が設定されていることが求められる。第1に24時間介護の支給要件を「生命の危機に瀕している者」に限定することに合理性があるかについてである。24時間介護をめぐる訴訟において裁判所は、「生命の危機」に瀕するような場合には24時間介護の支給を理屈の上では認めている。例えば、石田訴訟地裁判決は、「1日24時間介護を前提とする介護給付費の支給を処分行政庁がしなければ原告の生命身体に重大な侵害が生ずるおそれがある」場合に、そのような支給決定をしないことが裁量権の逸脱濫用になるとしている。このような考え方に基づけば、24時間介護を「生命の危機に瀕している者」に限定する審査基準には合理性があるといえる。「生命の危機」という要件と24時間という支給量との間に合理的関連性があり、また審査基準の2要件に挙げられている者は、24時間介護がなければ「真に生命の危機に瀕している者」といえるから、このような制度設計には合理的関連性があると考えられる。

第2に、審査基準が重度訪問介護の上限時間を設定し、さらに施設における生活介護および短期入所を組み合わせることによって、24時間介護支給量との間隙を埋めることに合理性があるかについて考えたい。上述のように、審査基準の合理性は、障害の種類、内容、程度に基づき客観化または要件化されたニーズと支給量との関連性によって量られる。しかし、24時間介護の支給要件とは異なり、間隙を埋める制度設計は、障害者の主観

的なニーズがそのまま反映されるかたちになっている。合理性の判断基準が、24時間介護の支給要件と間隙を埋める制度設計との間でダブルスタンダードになっているということができよう。間隙を埋める制度の合理性を述べるためには、このようなニーズを汲み取る客観的な理由と支給内容との間の関連性が求められるだろう。

(2) 合理性判断における財政事情の考慮

次に合理性判断において財政事情を考慮する方法について考えたい。24時間介護訴訟においては、個別事案における支給量の増加分が市の財政に与える影響を評価する手法がとられることがあった⁶⁾。例えば、石田訴訟控訴審判決は、裁判所が義務付けた支給量の下限と市が決定した支給量の差額分が市の財政に対して「証拠上具体的にいかなる支障が生じるか明らかではな」としている。しかし、このような手法によって個別の支給量の適正さを量ることは困難である。そもそも財政的負担の大きさをどのように量るかが問題になるだろうし、それが可能でも個別の支給量をめぐるとは市町村の財政規模からみれば小さいものと評価され、ほとんどの場合財政的に許容されると評価されてしまうからである⁷⁾。また、制度全体の公正さや持続性という点を、個別の支給量と財政的負担の対応関係から考慮することも極めて困難である。このような手法は、支給量決定基準およびその決定過程における市町村の裁量を狭く解し、障害者に生活スタイルに沿ったニーズに基づき支給量の決定を求めるものということができよう。

一方、審査基準が規定する支給量と財政事情との関連性を、行政の比較的広い裁量の下で評価する手法がありうる。このような方法は、サービス

⁵⁾ 現行制度から離れて考えれば、利用者と指定特定相談支援事業者が、勘案事項をもとにソーシャルワーク的な観点から合意により決定するほうがより満足度の高いものになると考える。その場合、支給量などをめぐり訴訟では、実態的な支給量ではなく、手続的な公正さを量る形式が採用されるべきと考える。中川純「障害者に対する福祉サービスと平等」社会保障法研究6号51-80頁（2016年）、77頁以下。

⁶⁾ 支給量と財政事情を個別具体的に審査する手法を支持するものとして、金川めぐみ「障害者の自立支援給付に関する24時間介護義務付けの今度」賃金と社会保障1559号11-20頁（2012年）。

⁷⁾ 支給量と財政事情の個別審査は、市町村が増量された支給量分について財政的に負担可能であることを前提に、財政事情の考慮を重視しないものと評価できるかもしれない。

支給を公平かつ適正に、長期的かつ継続的に実現する上で、財政事情が制度全般に与える影響の大きさを評価し、それを踏まえて個別のサービス支給量の設定が行政の比較的広い裁量の下で逸脱濫用とされるか否かを検討するものである。財政事情の考慮は、制度全体の公正さや持続性から求められるという趣旨からすると、このような方法でしかおこなわれえない。本判決は、「財政事情」の考慮を、その制度全体の持続性を維持するため、

長期的な展望から、市町村の比較的広い裁量の下でおこなうよう求めているが、そのような解釈方法は、「財政事情」を考慮する趣旨に合致しているものと考ええる。

参考文献

注に掲げたもの。

(なかがわ・じゅん)

投稿：論文

2000年代における貧困指標の変動要因 ——要因分解を通じた分析——

徳富 智哉*¹, 浦川 邦夫*²

抄 録

本稿では、2000年代における貧困指標の変動の要因を明らかにした。分析のために、貧困指標（貧困率と2乗貧困ギャップ率）の変化を、平均所得の変化、所得格差の変化、各世帯類型に属する世帯員割合（構成比）の変化、貧困線の変化という4つの要因に分解し、各要因が世帯類型別にどの程度影響しているのかを測定した。使用したデータは、厚生労働省の「国民生活基礎調査」の個票データ（2001, 2004, 2007, 2010）である。

分析の結果、2000年代の貧困率の変化については、平均所得の低下と高齢者世帯の構成比の上昇が貧困率を上昇させていたが、その影響が貧困線の下落によって相殺され、結果として貧困率がほとんど変動していないことが分かった。一方、2乗貧困ギャップ率の変化は有意な負の値を取っていた。これは、貧困層内での所得格差の縮小が有意な負の影響を与えているためである。世帯類型別の結果からは、子供のいる夫婦世帯、高齢者2人以上から成る世帯、三世帯世帯において、貧困線下落の影響が大きく、貧困線付近に貧困層が固まって存在していることが示された。また、その他に区分される世帯（世帯主65歳以上）は、2つの貧困指標の上昇に有意な正の影響を与えていた。

キーワード：貧困、要因分解

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.551-565.

I はじめに

近年、日本の貧困が大きな問題となっている。2000年代には、OECDの貧困に関する国際比較において、日本の貧困率が先進国の中で上位に位置することが指摘され〔Förster and Mira d'Ercole (2005)〕、小塩・浦川 (2008) においても、日本の貧困が深刻化していることが個票データを用いた推計によって示されるなど、貧困の実態は以前か

ら明らかにされつつあった。厚生労働省は2009年、「国民生活基礎調査」にもとづき、はじめて日本の貧困率を公式に発表し、2011年には過去の調査をもとに1985年以降の貧困率を公表した。それによると、1985年に12.0%だった貧困率は、2012年には16.1%にまで上昇しており、貧困率が上昇した要因を解明することの重要性が改めて浮き彫りになっている。

しかし、2000年代に限ると貧困率の推移（世帯員ベース）は、15.3%（2000年）、14.9%（2003年）、

*¹ 九州大学大学院経済学府 博士後期課程*² 九州大学大学院経済学研究院 准教授

15.7% (2006年), 16.0% (2009年) とほぼ横ばいとなっている〔厚生労働省 (2014)〕。これは社会全体の所得水準の低下によって貧困線 (等価可処分所得の中央値の半分) が下がり, 貧困と判定される基準が厳しくなっている影響が大きい。実際, 2000年に年137万円だった貧困線は, 2009年には125万円にまで減少している。

貧困線を例えば2000年時点 (137万円) に固定すると, 2003年, 2006年, 2009年時点で貧困とみなされる人が増え, 貧困率は上昇傾向を示すようになる。相対的貧困率だけに注目すると, こうした事実が見落とされるため, いくつかの先行研究では貧困線を固定したときの貧困率も計算されている〔Förster and Mira d' Ercole (2005); 小塩 (2010); 小塩・浦川 (2008)〕。

貧困指標が変化する要因は主に4つある。第1は, 低所得層の所得水準の低下である。小塩・浦川 (2008) や小塩 (2010) で指摘されているように, 2000年代には, 社会のさまざまな世帯類型の平均的な所得水準が低下した。これによって低所得層の所得水準が押し下げられ, 貧困率を上昇させたと考えられる。

第2は, 所得格差の拡大である。たとえ平均的な所得水準が変化しなくても, 格差が拡大すれば, 低所得層の増加や彼らの所得低下により, 貧困率が上昇してしまう可能性がある。

第3は, 各世帯類型に属する世帯員割合 (以下, 構成比) の変化である。例えば, 高齢者世帯に属する世帯員の比率が上昇すると, 高齢層が貧困率の上昇に及ぼす影響は大きくなるだろう。というのも, 日本の社会において, 高齢層は貧困に陥るリスクが高いからである。事実, 所得格差の研究では, 高齢者比率の上昇が格差の拡大に影響を与えていることが示されている〔大竹・齊藤 (1999); 小塩 (2004); 小島 (2002); 白波瀬・竹内 (2009)〕。それゆえ, 貧困率の変化を分析するときも構成比の変化を考慮する必要がある。

そして, 第4は, 上述した貧困線自体の変化である。社会全体の所得水準の変化に伴い, 相対的に

設定される貧困線も変わり, 貧困率が変動する可能性がある。

このように, 貧困指標の変化にはさまざまな要因が混在しており, その実態についてできる限り正確な把握が求められている。本稿は, 上述の問題意識を踏まえ, 2000年代における貧困指標の変化を, 平均所得の変化, 所得格差の変化, 構成比の変化, 貧困線の変化という4つの要因に分解し, それぞれの効果が世帯類型別にどのような影響を及ぼしていたかについて, 「国民生活基礎調査」の個票データを利用した分析を行う。

貧困の要因について検討した日本の先行研究としては, 阿部 (2006), 小塩 (2010) などが挙げられる¹⁾。阿部 (2006) は, 1984年から2002年までの「所得再分配調査」をもとに, 再分配所得で測った貧困率を, 「当初所得による効果」, 「税・社会保障制度による貧困削減効果」, 「人口構成比」の3つに分解している。そして, 3つの要素のうち1つだけを変化させたときに再分配所得の貧困率がどの程度変化するかをシミュレーションしている。分析結果として, 人口の高齢化よりも各年齢層の貧困率の変化の方が全体に与える影響が大きいことが示されている。

小塩 (2010) は, 1997年から2006年までの「国民生活基礎調査」の個票データを用いて, 貧困率の変化を「人口動態要因」, 「貧困線シフト要因」, 「それ以外の要因」に分解している。「それ以外の要因」は, 貧困線を1997年時点に固定したときの貧困率の変化を表している。分析の結果, 「人口動態要因」と「それ以外の要因」が貧困率を上昇させている一方で, 「貧困線シフト要因」, すなわち貧困線の下方シフトによって貧困率の上昇が相殺され, 貧困率の変化が大幅に小さくなっていることが明らかにされている。

本稿は2つの点で先行研究と異なっている。第1に, 2000年代 (2001, 2004, 2007, 2010) の個票データを用いることで, 比較的新しいデータによる貧困の要因分解を行っている。第2に, Son (2003) が提唱した要因分解の手法を応用し, 平均

¹⁾ 橋木・浦川 (2006) は, さまざまな所得要素が貧困率に与える影響を検証しており, 特に高齢者世帯において, 公的年金と医療サービスが貧困率の削減に貢献していることが示されている。

所得の変化, 所得格差の変化, 構成比の変化, 貧困線の変化という4つの要因に注目した分析を行っている。小塩 (2010) が「人口動態要因」と「貧困線シフト要因」で説明できない部分を「それ以外の要因」としているのに対して, 本稿の分析手法では「それ以外の要因」に当たる部分を平均所得の変化と所得格差の変化とによる影響に分解しており, より詳細に貧困率の変化の要因を分析することが可能となる。

本稿の構成は次の通りである。Ⅱ節では, 使用するデータの特徴と世帯の分類の仕方について説明する。Ⅲ節では, 貧困指標を分解する方法を説明する。そして, Ⅳ節では分析結果を示して解釈し, Ⅴ節において結論をまとめる。

Ⅱ データ

本稿では, 厚生労働省による「国民生活基礎調査」の個票データ (匿名データ) を使用する。データの年度は, 2001年, 2004年, 2007年, 2010年であり, 要因分解ではこれら4カ年分のデータを使用する²⁾。個票データの性質上, 個人ベースのデータではあるが, 所得等は世帯全体でしか把握できず, 税・社会保険料, 社会保障給付の詳細な項目別の金額についてはわからない点に注意が必要である。

本稿で用いる所得は, 等価可処分所得である。まず, 世帯の可処分所得を次のように定義する³⁾。

世帯の可処分所得 = 総所得 - 税 - 社会保険料
 総所得 = 雇用者所得 + 事業所得 + 農耕・畜産所得
 + 家内労働所得 + 財産所得

+ 公的年金・恩給 + 雇用保険
 + 児童手当等 + その他の社会保障給付金
 + 仕送り + 企業年金・個人年金等
 + その他の所得

税 = 所得税 + 住民税 + 固定資産税
 社会保険料 = 医療保険料 + 年金保険料
 + 介護保険料
 + その他 (雇用保険料など)

ここで, 総所得に社会保障の現物給付は含まれていない。本稿では, 各世帯の可処分所得を世帯人数の平方根で割ることで等価可処分所得を算出し, それぞれの世帯員に割り当てて世帯員ベースで所得の貧困を分析する。なお, 所得水準は総務省統計局の消費者物価指数で調整し, 2000年価格表示としている。

貧困線については, 所得分布の中央値の50% (相対的貧困基準) を用いる。生活保護基準を貧困線とすることについては, 例えば, 老齢加算, 母子加算, 児童養育加算以外の加算や, 生業扶助, 出産扶助, 葬祭扶助といった現金給付についての把握が困難であるという問題がある。また, 「国民生活基礎調査」の個票データは, 秘匿性の観点から地域情報が提供されておらず, ある世帯がどの級地に住んでいるのかを知ることができない。そのため本稿では, 生活保護基準ではなく相対的貧困基準を用いることとする⁴⁾。

税・社会保険料額が不詳の世帯や等価可処分所得がマイナスの世帯は, データの信頼性を考慮して分析から削除した。また, 単身世帯に含まれる単身赴任世帯の存在は, 単身世帯の分析結果の解釈に影響を及ぼすが, 単身赴任世帯のサンプルサ

²⁾ 本稿で用いる個票データは, 統計法第36条に基づき, 厚生労働省から提供されたデータである。これらは, 3年周期で実施する「大規模調査年」のデータに対応している。リサンプリング率 (提供レコード件数/調査本体のサンプルサイズ) は, それぞれ24.5% (2001年), 22.8% (2004年), 22.5% (2007年), 22.9% (2010年) であり, 厚生労働省が「国民生活基礎調査の概況」で公表している分析結果のデータとは, サンプルサイズが異なっている。個票データの詳細な情報は, 下記のサイトを参照されたい。「平成22年国民生活基礎調査の個票データ 仕様及び利用上の注意 (データA及びB共通)」http://www.mhlw.go.jp/toukei/itaku/dl/chui_h22.pdf

³⁾ この定義は2010年の所得票に基づいている。なお, 2001年の所得票では「雇用保険」と「児童手当等」の項目が存在せず, これら二項目は「その他の社会保障給付金」に含まれている。

⁴⁾ 山田 (2014) は, 相対的貧困基準を用いた場合と生活保護基準を用いた場合とで, 貧困層がどの程度重複しているのかを分析している。分析の結果, 生活保護基準の設定の仕方にもよるが, 5-9割の貧困層が重複していることが示されている。

イズが小さいため、分析から除外した。これらの作業によって、サンプルサイズは、2001年21,301→19,071人、2004年16,070→11,861人、2007年14,293→11,420人、2010年15,901→11,093人となった。

本稿では、分析を行う上で、データを13の世帯類型に分類した。具体的には、「単身65歳未満(男性)」、「単身65歳未満(女性)」、「夫婦のみ」、「夫婦子供あり(末子6歳未満)」、「夫婦子供あり(末子6-19歳)」、「夫婦子供あり(末子20歳以上)」、「母子世帯」、「単身高齢者(男性)」、「単身高齢者(女性)」、「高齢者2人以上」、「三世帯」、「その他(世帯主65歳未満)」、「その他(世帯主65歳以上)」である⁵⁾。65歳未満の単身世帯や65歳以上の単身高齢者世帯については、性別による貧困リスクの差に注目するため、男女ごとの類型とした。また、夫婦子供あり世帯については、子供の就学状況(就学前、初等中等教育、その後)と世帯の貧困リスクとの関係に注目するため、3種類の区分とした。その他世帯には、ひとり親でかつ子供が20歳以上の世帯が主に含まれている。注意しなければならないのは、「夫婦子供あり」と「高齢者2人以上」の指す範囲が狭い点である。「夫婦子供あり」に当てはまるのは、夫婦と未婚の子供のみから成る世帯だけで、ほかの者が同居する世帯は「その他」に分類される。「高齢者2人以上」に関しては、65歳以上の高齢者のみで構成される世帯だけが含まれ、1人でも高齢者でない者がいればほかの世帯類型に分類される。

最後に、以下の点に注意されたい。第1に、「国民生活基礎調査」の個票データでは、個人や世帯が特定されないように、観測値の一部が削除または加工されている。観測値が削除されているのは、世帯人数が8人以上の世帯、父子世帯、要介護者が2人以上いる世帯、年齢階級の差が大きい夫

婦がいる世帯、年齢差の大きいまたは小さい親子のいる世帯、同一年齢階級に4人以上がいる世帯である。観測値が加工されているのは、「総所得」、「税・社会保険料」である。これらの値には上限が設けられ、上限を超える場合、その値を当該の上限値に置き換えている⁶⁾。第2に、本稿の分析に用いた個票データは、先述の通り、秘匿性を確保する観点からウェイト、居住地域、税・社会保険料、社会保障給付の細目などの情報が付与されていない。第3に、所得については、調査年の前年の状況を調査している。例えば、2001年調査では、2000年の1年間の状況を調査している。そのため、分析結果を示すときは、2001年、2004年、2007年、2010年と表記せず、2000年、2003年、2006年、2009年と表記する。

III 分析の枠組み

I節で述べたように、貧困指標の変化を説明する要因としては、平均所得の変化、所得格差の変化、貧困線の変化、各世帯類型に属する世帯員割合(構成比)の変化の4つが考えられる。この4つの影響を計測するには、貧困指標の変化を分解する必要がある。Datt and Ravallion (1992)は、貧困指標の変化を平均所得の変化に伴う貧困指標の変化(成長部分; growth component)、ローレンツ曲線の変化に伴う貧困指標の変化(再分配部分; redistribution component)、それ以外の残差(residual)の3つに分解している。Kakwani (2000)は、貧困指標の変化を成長部分と再分配部分とに分解し、かつ残差の残らない方法を提示している。一方、Son (2003)は、貧困指標の変化を、グループごとの成長部分と再分配部分、さらに構成比の変化の影響の3つに分解する方法を提示している⁷⁾。

⁵⁾ 世帯員の中に以下の者が含まれる場合、その者については回答しないこととされている。(i) 世帯に不在の者。これに該当するのは、単身赴任者、出稼ぎ者、長期出張者(おおむね3か月以上)、遊学中の者(実家から通学する学生は調査対象に含まれる)、社会福祉施設の入所者、長期入院者(住民登録を病院に移している者)、預けた里子、収監中の者、そのほかの別居中の者である。(ii) 世帯票調査日以降に転出入した世帯および世帯員、住み込み、またはまかない付きの寮・寄宿舎に居住する単身世帯。

⁶⁾ 具体的な上限値は次の通りである。「総所得」では、単身世帯で1,100万円、2人以上世帯で2,200万円、「税・社会保険料」では、単身世帯で250万円、2人以上世帯で490万円となっている。

本稿では、構成比の変化の影響にも注目するため、Son (2003) の分解手法を基礎とした要因分解を行う。ただし、Son (2003) では、貧困線を固定したときの貧困指標の変化を分解しているため、貧困線をどの時点に固定するのが問題として残る。そこで本稿では、Son (2003) の手法を応用し、貧困線を変化させたときの貧困指標の変化を分解する手法を提示する。

まず、分析に用いる貧困指標について説明する。分析には、Foster *et al.* (1984) の提唱したFGT指標を用いる。この指標は、貧困指標 P をいくつかのサブグループに対する貧困指標に加法分離することができるため、要因分解に適した指標である〔Zheng (1997)〕。 n 人から成る社会に q 人の貧困者がいるとき、FGT指標は次のように定義される。

$$(1) P_\alpha = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left(\frac{z - y_i}{z} \right)^\alpha$$

ここで、 z は貧困線、 y_i は個人 i の所得である。また、 α はパラメータで、貧困線からの所得の落ち込みをどれだけ重く評価するのかを表している。 $\alpha=0$ のとき、 P_0 は貧困率 (headcount ratio) となる。 $\alpha=1$ のとき、 P_1 は貧困ギャップ率 (poverty gap ratio) となる。これは、貧困層について、所得が貧困線をどの程度下回っているのかに注目した指標である。また、 $\alpha=2$ のとき、 P_2 は2乗貧困ギャップ率 (squared poverty gap ratio) となる。これは、貧困ギャップ $(z - y_i)/z$ が大きい極貧層に対し、そのギャップをより重く評価する指標である。

本稿では、貧困の実態を正確に捉えるため、貧困率 P_0 ($\alpha=0$) に加え、2乗貧困ギャップ率 P_2 ($\alpha=2$) を分析に用いる。貧困率は解釈がしやすいが、Sen (1976) で述べられているように、単調性公理 (monotonicity axiom) を満たしていない。

すなわち貧困率には、貧困層がさらに貧困化しても変化しないという問題がある。一方、2乗貧困ギャップ率 P_2 は、貧困線からの乖離を考慮している点で、貧困率だけでは分からない情報を捉えている。さらに P_2 は、移転性公理⁸⁾ (transfer axiom) など、貧困指標が満たすべき公理 (axiom) の多くを満たしている〔Zheng (1997); 橋木・浦川 (2006)〕。貧困ギャップ率 P_1 も貧困線からの乖離を考慮しているが、移転性公理のほか、複数の公理を満たしていないため、分析には用いなかった。

FGT指標は、貧困線 z 、平均所得 μ 、ローレンツ曲線 $L(p; \pi)$ の3つの情報を与えることで推定が可能となる〔Datt (1998)〕。それゆえ、FGT指標は

$$(2) P(z, \mu, L(p; \pi))$$

のように表すことができる。ただし、 p は個人を所得の低い者から順に並べたときの累積割合、 L は p に対応する所得の累積割合、 π は3次元のパラメータ・ベクトルである。こうすることで、 μ の変化は平均所得の変化と、 $L(p; \pi)$ の変化は格差の変化と解釈できる。(2)式にもとづくFGT指標 (貧困率 P_0 、貧困ギャップ率 P_1 、2乗貧困ギャップ率 P_2) は次のように計算される (詳細は、Villaseñor and Arnold (1989) とDatt (1998) を参照)。

$$(3) P_0 = -\frac{1}{2m} \left[n + r(\bar{b} + 2z/\mu) \left[(\bar{b} + 2z/\mu)^2 - m \right]^{-1/2} \right]$$

$$(4) P_1 = P_0 - (\mu/z)L(P_0; \bar{\pi})$$

$$(5) P_2 = 2P_1 - P_0 - \left(\frac{\mu}{z} \right)^2 \left[\bar{a}P_0 + \bar{b}L(P_0; \bar{\pi}) - \frac{r}{16} \ln \left(\frac{1 - P_0/s_1}{1 - P_0/s_2} \right) \right]$$

⁷⁾ Son (2003) では、成長部分の効果について、「集団全体の成長効果」と「グループ間での成長の差の効果」に分解した公式もあわせて提示している。

⁸⁾ 移転性公理とは、ほかの事情が一定の場合、貧困層内の貧者から貧困層内の富者への所得移転が起こると貧困指標は必ず上昇する、という公理である。

ただし、

$$e = -(\bar{a} + \bar{b} + 1 + \bar{d}), m = \bar{b}^2 - 4\bar{a}, n = 2\bar{b}e - 4\bar{d}, \\ r = (n^2 - 4me^2)^{1/2}, s_1 = (r - n)/2m, s_2 = -(r + n)/2m$$

である。また、 $\bar{a}, \bar{b}, \bar{d}$ は推定されたパラメータ・ベクトル $\bar{\pi}$ の要素である⁹⁾。(2)式にもとづくFGT指標は $\bar{\pi}$ を推定する過程を伴うため、(1)式の、 y_i を使って計算したFGT指標とは完全には一致しない。

今、2000年から2009年にかけての2時点間の貧困指標の変化を分解する方法を考えよう。まず平均所得の変化の影響は、貧困線とローレンツ曲線とを固定し、平均所得だけを変化させたときのFGT指標の変化である。しかし、貧困線とローレンツ曲線の固定については、2000年の時点で固定する方法と2009年の時点で固定する方法との2つがある。両者を2000年の時点で固定した場合、FGT指標の変化は $P(z_{00}, \mu_{09, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) - P(z_{00}, \mu_{00, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi}))$ となり、2009年の時点で固定した場合は $P(z_{09}, \mu_{09, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) - P(z_{09}, \mu_{00, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi}))$ となる(「00」は2000年、「09」は2009年を意味する)。ここで、 μ_{tk} は時点 t における世帯類型 k の平均所得、 $L_{tk}(p; \bar{\pi})$ は時点 t における世帯類型 k のローレンツ曲線である。また、貧困線とローレンツ曲線のうち、一方を2000年に固定し、他方を2009年に固定することもできるため、固定の仕方は全部で4通りある。この問題を解決するには、4通りの固定の仕方でFGT指標の変化を計算し、それらの平均を取れば良い¹⁰⁾。そうすると、世帯類型 $k (= 1, 2, \dots, 13)$ における平均所得の変化の影響は、

$$(6) (\Delta P_k)_{inc} = \frac{1}{4} [P(z_{00}, \mu_{09, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{00}, \mu_{00, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi}))$$

$$+ P(z_{00}, \mu_{09, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{00}, \mu_{00, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) \\ + P(z_{09}, \mu_{09, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{09}, \mu_{00, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) \\ + P(z_{09}, \mu_{09, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{09}, \mu_{00, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi}))]$$

と表すことができる。

格差の変化の影響は、貧困線と平均所得とを固定し、ローレンツ曲線だけを変化させたときの、すなわち、 $L_{tk}(p; \bar{\pi})$ を変化させたときのFGT指標の変化である。これについても、貧困線と平均所得の固定の仕方は4通りあるが、平均所得の変化の影響と同様、4通りのFGT指標の変化を計算し、それらの平均を取れば良い。すなわち、格差の変化の影響は以下のように定義される。

$$(7) (\Delta P_k)_{ineq} = \frac{1}{4} [P(z_{00}, \mu_{00, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{00}, \mu_{00, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) \\ + P(z_{00}, \mu_{09, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{00}, \mu_{09, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) \\ + P(z_{09}, \mu_{00, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{09}, \mu_{00, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) \\ + P(z_{09}, \mu_{09, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) \\ - P(z_{09}, \mu_{09, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi}))]$$

ローレンツ曲線 $L_{tk}(p; \bar{\pi})$ の変化は、貧困率 P_0 の場合は、 $\bar{b} \in \bar{\pi}$ および m, n, r の変化を通して影響を与える。一方、2乗貧困ギャップ率 P_2 の場合は、 $\bar{a}, \bar{b} \in \bar{\pi}$ および r, s_1, s_2, P_0, P_1 の変化のほか、 $L(P_0; \bar{\pi})$ の変化にも影響を受ける。 $L(P_0; \bar{\pi})$ は貧困層の有する等価可処分所得が全体の所得に占める割合(以下、貧困層の所得割合)である。(5)式から、 $L(P_0; \bar{\pi})$ が上昇(減少)すると P_2 は減少(上昇)することがわかる。例えば、 P_0 が0.2(20%)

⁹⁾ ローレンツ曲線のパラメータ・ベクトル $\bar{\pi}$ の推定手順は次の通りである。まず、二次曲線 $ap^2 + bpL + cL^2 + dp + eL + f = 0$ を考える。ローレンツ曲線は $(p, L) = (0, 0), (1, 1)$ を必ず通過するので、 $f = 0$ と $e = -(a + b + c + d)$ が導かれる。ここで、 $c = 1$ と仮定すると、 $e = -(a + b + 1 + d)$ となる。 e を二次曲線の式に代入して整理し、 $L(1 - L) = a(p^2 - L) + bL(p - 1) + d(p - L)$ を得る。この式に切片なしのOLSを適用すれば、推定値 $\bar{a}, \bar{b}, \bar{d}$ を得ることができる(詳細はVillaseñor and Arnold (1989)を参照)。

¹⁰⁾ 平均を取る手法は、Kakwani (2000)とSon (2003)でも用いられている。

から0.3 (30%) に上昇したとしよう。このとき、図1 (a) のように格差が拡大すると、 P_0 が上昇するのはもちろん、 $L(P_0; \bar{\pi})$ の減少によって P_2 も上昇する。一方、図1 (b) においては、社会全体の格差は拡大しているが、貧困層の周辺では逆に縮小している。このときは、 P_0 の上昇に伴って $L(P_0; \bar{\pi})$ も上昇し、 P_2 を減少させることがある。 P_2 の減少は、貧困層内の格差が縮小し、極貧層の生活が改善していることを意味する。しかし、 P_0 の上昇を伴っていることから、貧困層の厚みは増している。このような現象が起り得るため、格差の変化の影響 $(\Delta P_k)_{Ineq}$ は、 P_0 と P_2 とで符号が反対になる可能性があることに注意する必要がある。

そして、貧困線の変化の影響は、平均所得とローレンツ曲線とを固定し、貧困線だけを変化させたときのFGT指標の変化である。これについては、平均所得とローレンツ曲線を固定する時点をそろえることで、後に出てくる、要因分解に必要な (10) 式が成り立つようになる。固定する時点が変化前の時点と変化後の時点の2通りであるた

め、貧困線の変化の影響は以下のように定義される。

$$(8) (\Delta P_k)_{Line} = \frac{1}{2} [P(z_{09}, \mu_{00, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) - P(z_{00}, \mu_{00, k}, L_{00, k}(p; \bar{\pi})) + P(z_{09}, \mu_{09, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi})) - P(z_{00}, \mu_{09, k}, L_{09, k}(p; \bar{\pi}))]$$

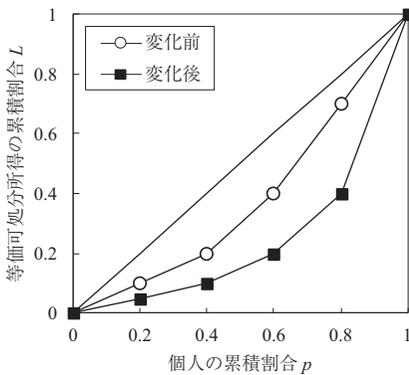
Son (2003) は、FGT指標の変化が次式のように表されることを示している¹¹⁾。

$$(9) \Delta P \doteq \sum_{k=1}^{13} \bar{f}_k \Delta P_k + \sum_{k=1}^{13} \bar{P}_k \Delta f_k$$

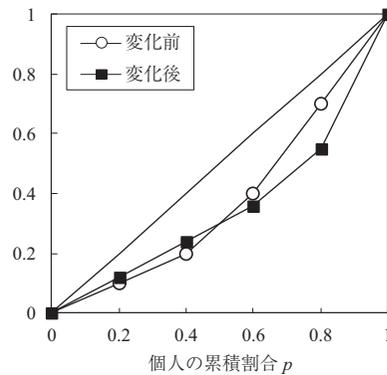
ただし、 Δf_k は世帯類型 $k(k=1, 2, \dots, 13)$ の構成比の変化である。また、 $\bar{f}_k = (f_{2001, k} + f_{2010, k})/2$ 、 $\bar{P}_k = (P_{2000, k} + P_{2009, k})/2$ である。ここで、

$$(10) \Delta P_k = (\Delta P_k)_{Inc} + (\Delta P_k)_{Ineq} + (\Delta P_k)_{Line}$$

であることに注意すると、(9) 式は以下のように



(a) 社会全体で格差が拡大した場合



(b) 貧困層の有する所得割合が上昇した場合

図1 ローレンツ曲線の変化の例

¹¹⁾ Son (2003) は貧困線固定という条件のもとで (9) 式を示しているが、貧困線を変化させた場合でも (9) 式は同様に成り立つ。また、Son (2003) では (9) 式の両辺がイコールで結ばれている。イコールが成立するのは、両辺の P_i と P_{ik} を (1) 式を用いて計算したときである。一方、本稿ではVillaseñor and Arnold (1989) の手法を用いたローレンツ曲線の推定を行っており、貧困指標の計算に (2) 式を用いている。(2) 式を用いた場合、個々の P_i と P_{ik} の計算に π の推定を伴うため、(1) 式から求めた P_i 、 P_{ik} とは若干異なる値を取り、(9) 式のイコールが成り立たなくなる。そのため、本稿では (9) 式にニアリーイコールを使用している。(9) 式と (10) 式から導かれる (11) 式についても同様である。

なる。

$$(11) \Delta P \doteq \sum_{k=1}^{13} \bar{f}_k (\Delta P_k)_{Inc} + \sum_{k=1}^{13} \bar{f}_k (\Delta P_k)_{Ineq} \\ + \sum_{k=1}^{13} \bar{f}_k (\Delta P_k)_{Line} + \sum_{k=1}^{13} \bar{P}_k \Delta f_k$$

(11) 式の第1項は平均所得の変化の影響 $(\Delta P_k)_{Inc}$ を含んでいる。同様に、第2項は格差の変化の影響を、第3項は貧困線の変化の影響を、第4項は構成比の変化の影響をそれぞれ表している。それゆえ、以後は第1項から第4項までを、所得効果¹²⁾、格差効果、貧困線効果、構成効果と呼ぶことにする。

IV 分析結果

表1は、2000年から2009年（以後、2000-2009）にかけての平均所得（等価可処分所得、万円）とその変化を世帯類型別に示したものである。表から明らかなように、2000-2009では全体で平均所得が約18万円減少している。世帯類型別では、「夫婦子供あり（末子20歳以上）」で約48万円、「そ

の他（世帯主65歳以上）」で約40万円の減少が見られる。また、「単身65歳未満（女性）」では平均所得が約29万円減少している。

表2は、各世帯類型に属する世帯員割合（構成比）とその変化を示している。表を見ると、「高齢者2人以上」の構成比が4.2%ポイント上昇している。反対に、「三世代」と「夫婦子供あり（末子6-19歳）」では構成比の減少が目立っており、それぞれ7.6%ポイント、3.1%ポイント減少している。

表3は、貧困率 P_0 と2乗貧困ギャップ率 P_2 の値とその変化を世帯類型別に示している。表を見ると、多くの世帯類型で P_0 と P_2 の値が減少していることが分かる。 P_0 では、「母子世帯」、「単身高齢者（男性）」、「高齢者2人以上」の減少幅が大きく、それぞれ26.5%ポイント、6.1%ポイント、6.2%ポイント減少している¹³⁾。 P_2 では、「母子世帯」と「単身高齢者（男性、女性）」の減少幅が大きく、それぞれ9.5、3.5、2.3減少している。一方で、「単身65歳未満（男性）」は、 P_0 が6.5%ポイント、 P_2 が1.5上昇している。これは、全世帯類型のなかで最大の上昇幅である。全体では、貧困率の変化が

表1 世帯類型別にみた平均所得（等価可処分所得、万円）

| | 2000 | 2003 | 2006 | 2009 | 変化 (2000 2009) |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| 単身65歳未満（男性） | 275.8 | 295.1 | 269.2 | 257.9 | -18.0 |
| 単身65歳未満（女性） | 228.3 | 215.7 | 201.2 | 199.5 | -28.8 |
| 夫婦のみ | 358.1 | 352.2 | 336.6 | 338.1 | -20.0 |
| 夫婦子供あり（末子6歳未満） | 236.2 | 260.6 | 255.7 | 254.2 | 18.0 |
| 夫婦子供あり（末子6-19歳） | 323.6 | 320.9 | 312.7 | 329.1 | 5.6 |
| 夫婦子供あり（末子20歳以上） | 384.0 | 369.9 | 346.9 | 335.7 | -48.4 |
| 母子世帯 | 124.2 | 126.5 | 121.7 | 157.4 | 33.2 |
| 単身高齢者（男性） | 215.7 | 208.7 | 209.6 | 218.2 | 2.5 |
| 単身高齢者（女性） | 158.5 | 149.2 | 165.7 | 156.3 | -2.2 |
| 高齢者2人以上 | 257.7 | 236.9 | 234.6 | 241.8 | -15.9 |
| 三世代 | 329.6 | 309.8 | 314.0 | 330.0 | 0.5 |
| その他（世帯主65歳未満） | 302.5 | 300.4 | 306.2 | 280.9 | -21.6 |
| その他（世帯主65歳以上） | 295.1 | 273.2 | 261.0 | 254.7 | -40.4 |
| 全 体 | 311.2 | 298.5 | 292.3 | 293.4 | -17.8 |

出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票データより著者作成。

¹²⁾ 本稿における「所得効果」は、「代替効果」と対になる用語ではないので注意されたい。

¹³⁾ 山田・四方（2016）は、総務省「全国消費実態調査」の個票データを用いて、高齢者世帯の貧困率をグループ別に計算している。その値を本稿の貧困率と比較すると、前者のほうが明らかに低くなっている。この点は、内閣府・総務省・厚生労働省（2015）の調査においても指摘されており、サンプリング法の違いなどが理由として述べられている。

-0.04と非常に小さく、2乗貧困ギャップ率の変化は-0.30となっている。

次に、2000-2009のFGT指標の変化を、所得効果、格差効果、貧困線効果、構成効果の4つに分解した結果は表4で示される。一番左下にある「合計」は、4つの効果が社会全体でどれだけ大きな影響を与えているのかを示している。なお、表3の $\Delta P_0 = -0.04$ と $\Delta P_2 = -0.30$ 、および表4の $\Delta P_0 =$

-0.003 と $\Delta P_2 = -0.36$ が一致していない理由は以下の通りである。表3の ΔP_0 と ΔP_2 は(11)式の左辺を、表4の ΔP_0 と ΔP_2 は右辺を計算している。そして、脚注11で述べているように、FGT指標の計算に(2)式を用いた場合は、計算に π の推定を伴うため、(11)式のイコールが成り立たない。表3と表4の数値は(2)式を用いて計算されているため、2つの表の ΔP_0 と ΔP_2 は若干異なる値を取るこ

表2 各世帯類型に属する世帯員割合

| | 2001 (%) | 2004 (%) | 2007 (%) | 2010 (%) | 変化 (2001-2010) (%ポイント) |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------------------|
| 単身65歳未満(男性) | 2.0 | 2.0 | 2.5 | 2.4 | 0.4 |
| 単身65歳未満(女性) | 1.7 | 1.6 | 1.8 | 1.9 | 0.2 |
| 夫婦のみ | 9.4 | 10.9 | 10.7 | 11.5 | 2.1 |
| 夫婦子供あり(末子6歳未満) | 10.7 | 13.7 | 11.2 | 10.6 | -0.1 |
| 夫婦子供あり(末子6-19歳) | 17.2 | 17.2 | 14.6 | 14.1 | -3.1 |
| 夫婦子供あり(末子20歳以上) | 14.4 | 12.6 | 14.5 | 15.0 | 0.6 |
| 母子世帯 | 1.0 | 1.3 | 1.6 | 1.1 | 0.1 |
| 単身高齢者(男性) | 0.6 | 0.8 | 1.0 | 1.4 | 0.8 |
| 単身高齢者(女性) | 2.6 | 3.3 | 3.2 | 3.2 | 0.6 |
| 高齢者2人以上 | 6.3 | 8.8 | 9.0 | 10.5 | 4.2 |
| 三世帯 | 23.2 | 16.8 | 18.2 | 15.6 | -7.6 |
| その他(世帯主65歳未満) | 7.3 | 7.3 | 6.8 | 7.4 | 0.1 |
| その他(世帯主65歳以上) | 3.4 | 3.7 | 5.0 | 5.3 | 1.9 |

注：構成比は「国民生活基礎調査」の調査年のものなので、2001年、2004年、2007年、2010年と表記している。

出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票データより著者作成。

表3 世帯類型別にみたFGT指標

| | 貧困率(P_0) | | | 2乗貧困ギャップ率(P_2) | | |
|-----------------|--------------|-------|--------|--------------------|------|-------|
| | 2000 | 2009 | 変化 | 2000 | 2009 | 変化 |
| 単身65歳未満(男性) | 23.92 | 30.41 | 6.49 | 4.11 | 5.63 | 1.52 |
| 単身65歳未満(女性) | 34.50 | 34.32 | -0.18 | 5.94 | 5.71 | -0.23 |
| 夫婦のみ | 14.39 | 12.81 | -1.59 | 1.88 | 1.85 | -0.04 |
| 夫婦子供あり(末子6歳未満) | 16.82 | 14.35 | -2.47 | 2.22 | 2.13 | -0.09 |
| 夫婦子供あり(末子6-19歳) | 8.44 | 9.61 | 1.16 | 1.00 | 1.07 | 0.07 |
| 夫婦子供あり(末子20歳以上) | 9.79 | 10.02 | 0.23 | 1.12 | 0.99 | -0.12 |
| 母子世帯 | 68.65 | 42.14 | -26.51 | 17.76 | 8.26 | -9.50 |
| 単身高齢者(男性) | 34.08 | 27.94 | -6.14 | 7.35 | 3.81 | -3.54 |
| 単身高齢者(女性) | 51.03 | 48.92 | -2.11 | 11.30 | 8.99 | -2.31 |
| 高齢者2人以上 | 20.05 | 13.86 | -6.19 | 2.81 | 1.64 | -1.17 |
| 三世帯 | 12.05 | 10.75 | -1.30 | 2.48 | 1.25 | -1.23 |
| その他(世帯主65歳未満) | 19.93 | 22.20 | 2.27 | 3.75 | 3.51 | -0.24 |
| その他(世帯主65歳以上) | 23.93 | 23.45 | -0.48 | 3.75 | 3.94 | 0.19 |
| 全体 | 15.86 | 15.82 | -0.04 | 2.48 | 2.18 | -0.30 |

注：貧困線は、2000年は138.2万円、2009年は127.8万円である。貧困率の単位はパーセントである。

出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票データより著者作成。

表4 FGT指標の要因分解の結果

| | 貧困率 (P_0) | | | | | 2乗貧困ギャップ率 (P_2) | | | | |
|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| | 所得効果 | 格差効果 | 貧困線効果 | 構成効果 | 合計 | 所得効果 | 格差効果 | 貧困線効果 | 構成効果 | 合計 |
| 単身65歳未満 (男性) | 0.06 (0.05) | 0.15*** (0.05) | -0.06*** (0.01) | 0.11** (0.05) | 0.25*** (0.08) | 0.02 (0.01) | 0.04 (0.03) | -0.02*** (0.003) | 0.02** (0.01) | 0.05* (0.03) |
| 単身65歳未満 (女性) | 0.13** (0.06) | -0.06 (0.05) | -0.08*** (0.01) | 0.07 (0.06) | 0.07 (0.09) | 0.03** (0.02) | -0.02 (0.02) | -0.02*** (0.003) | 0.01 (0.01) | 0.01 (0.03) |
| 夫婦のみ | 0.15** (0.06) | -0.11 (0.09) | -0.20*** (0.03) | 0.28*** (0.05) | 0.11 (0.12) | 0.03** (0.01) | 0.01 (0.04) | -0.04*** (0.01) | 0.04*** (0.01) | 0.03 (0.05) |
| 夫婦子供あり (末子6歳未満) | -0.26*** (0.06) | 0.27*** (0.09) | -0.28*** (0.04) | -0.03 (0.06) | -0.29** (0.12) | -0.04*** (0.01) | 0.08* (0.04) | -0.04*** (0.01) | -0.004 (0.01) | -0.01 (0.05) |
| 夫婦子供あり (末子6-19歳) | -0.05 (0.05) | 0.47*** (0.10) | -0.24*** (0.03) | -0.28*** (0.04) | -0.10 (0.12) | -0.01 (0.01) | 0.06 (0.04) | -0.04*** (0.01) | -0.03*** (0.01) | -0.02 (0.04) |
| 夫婦子供あり (末子20歳以上) | 0.40*** (0.06) | -0.13 (0.09) | -0.23*** (0.03) | 0.06 (0.04) | 0.09 (0.12) | 0.07*** (0.01) | -0.05 (0.04) | -0.04*** (0.01) | 0.01 (0.01) | -0.01 (0.04) |
| 母子世帯 | -0.18*** (0.06) | -0.05 (0.03) | -0.06*** (0.01) | 0.01 (0.07) | -0.26*** (0.09) | -0.05*** (0.02) | -0.03* (0.02) | -0.02*** (0.003) | 0.003 (0.02) | -0.10*** (0.03) |
| 単身高齢者 (男性) | -0.01 (0.05) | -0.02 (0.05) | -0.04*** (0.01) | 0.25*** (0.04) | 0.18*** (0.06) | -0.001 (0.01) | -0.03 (0.02) | -0.01*** (0.001) | 0.04*** (0.01) | 0.01 (0.02) |
| 単身高齢者 (女性) | 0.03 (0.10) | 0.06 (0.07) | -0.15*** (0.02) | 0.31*** (0.10) | 0.25* (0.14) | 0.01 (0.03) | -0.03 (0.03) | -0.04*** (0.01) | 0.06*** (0.02) | -0.004 (0.04) |
| 高齢者2人以上 | 0.21** (0.09) | -0.48*** (0.12) | -0.25*** (0.04) | 0.72*** (0.06) | 0.20* (0.11) | 0.03** (0.01) | -0.09*** (0.04) | -0.04*** (0.01) | 0.09*** (0.01) | -0.004 (0.04) |
| 三世帯 | -0.01 (0.06) | 0.07 (0.11) | -0.31*** (0.04) | -0.87*** (0.06) | -1.13*** (0.14) | -0.001 (0.01) | -0.18*** (0.06) | -0.06*** (0.01) | -0.14*** (0.02) | -0.38*** (0.06) |
| その他 (世帯主65歳未満) | 0.17** (0.07) | 0.18** (0.08) | -0.18*** (0.03) | 0.02 (0.06) | 0.19 (0.13) | 0.04** (0.02) | -0.02 (0.04) | -0.05*** (0.01) | 0.003 (0.01) | -0.02 (0.05) |
| その他 (世帯主65歳以上) | 0.23*** (0.06) | -0.13* (0.07) | -0.13*** (0.02) | 0.46*** (0.06) | 0.43*** (0.11) | 0.06*** (0.02) | -0.02 (0.03) | -0.03*** (0.004) | 0.07*** (0.01) | 0.08** (0.03) |
| 合計 | 0.87*** (0.24) | 0.23 (0.29) | -2.20*** (0.30) | 1.10*** (0.12) | -0.003 (0.31) | 0.18*** (0.05) | -0.28** (0.13) | -0.43*** (0.06) | 0.18*** (0.03) | -0.36** (0.15) |

注：貧困線は、2000年は138.2万円、2009年は127.8万円である。 P_0 内の数字の単位は%ポイントである。かっこ内の数値は、ブートストラップ法〔Wooldridge (2010), pp. 438-442〕により求めた標準誤差である(反復回数1,000回)。具体的な手順は次の通りである。①各年のサンプルサイズに等しい数の個人を復元抽出によって選び出し、新しいサンプルを構築する、②新しいサンプルを用いて各効果を計算する、③①と②の過程を1,000回繰り返し、各効果の推定値を1,000個ずつ得る、④1,000個の推定値を用いて不偏標準偏差を計算する。こうして求めた標準誤差からt値を計算し、有意性検定を行っている。***, **, *はそれぞれ、1%有意、5%有意、10%有意であることを示している。

出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票データより著者作成。

とになる。

まず、貧困率 P_0 の結果を確認しよう。最下行の「合計」を見ると、所得効果と構成効果が1%水準で有意に正の値をとり、それぞれ0.87、1.10となっている。この2つの効果によって、2000-2009に貧困率が約2%ポイント上昇していることが分かる。ところが、貧困線効果が-2.20と大きな負の値を取っているため、所得効果と構成効果(お

よび格差効果)による貧困率の上昇が相殺され、結果として貧困率に大きな変化が見られなかったことが確認できる¹⁴⁾。

次に、各効果の影響について世帯類型に注目しながら見ていく。まず、所得効果については、「夫婦子供あり(末子20歳以上)」の値が最も大きく、0.40となっている。次に大きいのは「その他(世帯主65歳以上)」であり、その値は0.23である。

¹⁴⁾ 貧困率について、所得効果、格差効果、構成効果の3効果の和の有意性検定を行った結果、1%水準で有意に正であった。

「その他（世帯主65歳以上）」には、ひとり親と20歳以上の子のみで構成される世帯の世帯員割合が（表には示していないが）3-4割に達している。すなわち、所得効果が特に大きいのは成人した子供と同居する世帯類型であることが読み取れる。

格差効果については、「単身65歳未満（男性）」、「夫婦子供あり（末子6歳未満，末子6-19歳）」、「その他（世帯主65歳未満）」の値が有意に正となっている。これらの世帯類型内では、2000年代に格差が拡大し、それが貧困率の上昇に寄与している。一方、「高齢者2人以上」の値は有意に負であり、ほかの世帯類型の多くでは非有意であった。結果として、格差効果の合計は0.23で有意とはなっていない。

構成効果は所得効果を上回る水準であり、無視できない大きさとなっている。世帯類型ごとに見ると、「高齢者2人以上」の数値が0.72で最も大きく、「その他（世帯主65歳以上）」の0.46や「単身高齢者（男性，女性）」の0.25，0.31もほかの世帯類型と比べて高めの数値となっている。したがって、高齢者世帯の構成比の上昇は、全体の貧困レベルの上昇にも相当寄与している。

貧困線効果は、すべての世帯類型において1%水準で有意に負である。絶対値で見て効果が大きいのは、「夫婦子供あり」の3類型の-0.28，-0.24，-0.23，「高齢者2人以上」の-0.25，「三世代」の-0.31である。これらの世帯類型では、貧困線付近に低所得層が固まって存在している点が特徴である。事実、貧困線の低下で貧困者が何人減ったのかを世帯類型別に計算すると¹⁵⁾、貧困線効果の絶対値にほぼ比例している（両者の相関係数は0.93）。

全体として貧困率の変化 ΔP_0 に影響を与えているのはどの世帯類型なのだろうか。貧困率 P_0 の最右列にある「合計」は、各世帯類型の ΔP_0 への影響力を示している。合計が有意に正であるのは、「単身65歳未満（男性）」、「単身高齢者（男性）」、「その他（世帯主65歳以上）」である。「単身65歳未満（男性）」は格差効果と構成効果が、「単身高齢

者（男性）」は構成効果が、「その他（世帯主65歳以上）」は所得効果と構成効果が4効果の合計に有意な影響を与えている。

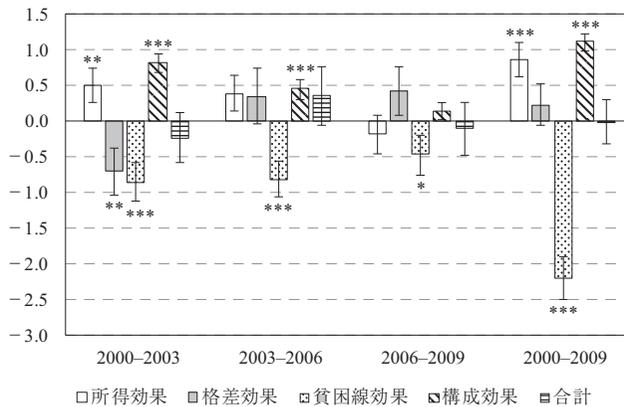
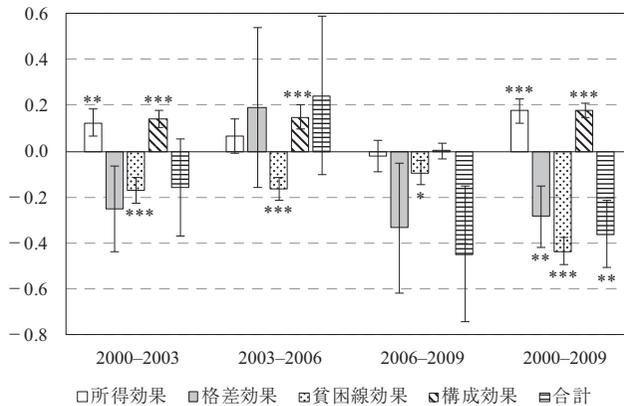
次に、2乗貧困ギャップ率 P_2 の結果を見ていこう。全合計を見ると、 ΔP_2 （=-0.36）は5%水準で有意となっており、貧困率の結果と異なっている。これは、格差効果の値が有意に負となっている影響が大きい。一方、所得効果、貧困線効果、構成効果については、符号・有意性ともに貧困率 P_0 の結果と同様である。

全体の格差効果（=-0.28）が有意に負となったのは、世帯類型別の格差効果が貧困率 P_0 の結果と異なっているからである。 P_0 では、「単身65歳未満（男性）」、「夫婦子供あり（末子6歳未満，末子6-19歳）」、「その他（世帯主65歳未満）」の格差効果が有意に正であったため、「高齢者2人以上」の有意な負の効果を相殺してしまい、全体の格差効果は有意にならなかった。しかし、2乗貧困ギャップ率 P_2 では格差効果が有意に正である世帯類型がなかった（あるいは10%有意でなかった）ため、「高齢者2人以上」と「三世代」の有意な負の効果を相殺しなかった。

なお、「三世代」の格差効果は、貧困率 P_0 で非有意だったが、2乗貧困ギャップ率 P_2 では1%水準で有意に負となっている。これは、Ⅲ節で説明したように、格差の変化の影響 $(\Delta P_k)_{Ineq}$ が貧困層の所得割合 $L(P_0; \pi)$ の変化の影響を受けるためだと考えられる。すなわち、「三世代」では、2000年代に貧困層内の格差が縮小し、それが P_2 の減少に寄与したものと解釈できる。

2乗貧困ギャップ率の変化 ΔP_2 （=-0.36）に影響を与えている世帯類型は、貧困率 P_0 と比べて変化している。 P_0 に関しては、「単身65歳未満（男性）」、「単身高齢者（男性）」、「その他（世帯主65歳以上）」において、各効果の合計が1%水準で有意に正であった。だが P_2 では、有意に正の影響を与えているのは「その他（世帯主65歳以上）」だけで、ほかの2グループでは非有意、または10%有意であった。

¹⁵⁾ 貧困線の変化による貧困者の減少数は、「夫婦子供あり」の3類型で51人，26人，36人，「高齢者2人以上」で44人，「三世代」で71人である。

(a) 貧困率 P_0 (b) 2乗貧困ギャップ率 P_2

注：エラーバーは、ブートストラップ法 [Wooldridge (2010), pp. 438-442] により求めた標準誤差を表している (反復回数1,000回)。ブートストラップ法の手順は表4の注を参照されたい。***, **, *はそれぞれ、1%有意、5%有意、10%有意であることを示している。

出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票データより著者作成。

図2 各時点間のFGT指標の要因分解の結果

なお、2004年と2007年のデータも利用し、2000-2003、2003-2006、2006-2009の3つのケースについても要因分解を行った。その結果が図2(a) (貧困率 P_0) と図2(b) (2乗貧困ギャップ率 P_2) に示されている。図を見ると、2006-2009以外のすべてのケースで貧困線効果が1%水準で有意に負となっている。所得効果は、2000-2003において P_0 と P_2 の双方で有意に正の効果を持ち、構成効

果は2000-2003と2003-2006において、 P_0 と P_2 に対して有意に正の効果を持っていた。一方、格差効果は2000-2003にかけて、 P_0 で有意に負であった。2006-2009については、貧困線効果が10%水準で有意に負となっているだけで、そのほかの効果は非有意であった。

以上の結果を踏まえて、2000-2009の貧困指標の変化に特に影響を与えた世帯類型について考察

する。第1に、「その他（世帯主65歳以上）」は、貧困率 P_0 と2乗貧困ギャップ率 P_2 のいずれでも各効果の合計が有意な正の影響力を持っていた。そのため、2000年代は主にこの世帯類型が貧困レベルの上昇に少なからぬ影響を与えていると判断できる。特に、この世帯類型には、ひとり親と20歳以上の子のみで構成される世帯が多く含まれることから、社会が高齢化を迎えるなかで新たに発生してきた貧困層として注目される。

第2に、「母子世帯」と「三世帯」は、貧困率 P_0 と2乗貧困ギャップ率 P_2 の双方で各効果の合計が有意に負の値を取っていた。「母子世帯」で有意な負の結果が得られたのは、2000-2009年に貧困率が約26.5%ポイント減少したことによる影響が大きい。2000年代には児童手当の対象年齢の引き上げ（2006年に9歳から12歳に引き上げ）や3歳未満の支給額の引き上げ（2007年に第1子・第2子も月額10,000円）が実施されているため、社会保障制度の変更が一定の影響を与えている可能性がある¹⁶⁾。

V おわりに

本稿では、厚生労働省「国民生活基礎調査」の個票データ（2001, 2004, 2007, 2010）を用いて、2000年代における貧困指標の変動要因を分析した。要因として、平均所得の変化、所得格差の変化、各世帯類型に属する世帯員割合（構成比）の変化、貧困線の変化の4つに注目し、Son（2003）の手法を応用して、各効果が貧困指標の変化にどの程度影響を与えているのかを推定した。また、世帯類型別の各効果の大きさについても詳細な把握を試みた。貧困指標には、貧困率 P_0 のほか、貧困線からの乖離を考慮し、さらに多くの望ましい性質（公理）を満たしている2乗貧困ギャップ率

P_2 を用いた。

分析の結果、平均所得の低下（所得効果）や高齢者世帯などの構成比の上昇（構成効果）が貧困率 P_0 の上昇に影響を与えるものの、それらの効果を貧困線の下落（貧困線効果）が相殺し、結果として P_0 の変化がわずかな水準にとどまっていることが分かった。一方、2乗貧困ギャップ率 P_2 の変化は有意に負となっていた。これは、貧困層内の所得格差が縮小し、全体の格差効果が有意に負となったことが主な原因である。

世帯類型別の結果からは以下の点が示された。第1に、所得効果と構成効果の大きい世帯類型に一定の特徴が見られた。所得効果では、「夫婦子供あり（末子20歳以上）」や「その他（世帯主65歳以上）」といった、成人した子と同居する世帯において、平均所得の減少が貧困指標の上昇に影響を与えていた。構成効果では、「単身高齢者（男性、女性）」、「高齢者2人以上」など、高齢者世帯の世帯員割合の上昇が貧困の拡大に寄与していた。第2に、格差効果の有意性に関して、 P_0 で有意に正だったのが、 P_2 では非有意（または10%水準で有意）となっている世帯類型がいくつか存在していた。これは、 P_2 が貧困層内の所得格差の変化にも影響を受けるためである。第3に、「夫婦子供あり」の3類型、「高齢者2人以上」、「三世帯」において、貧困線効果が絶対値で見ても大きく、貧困線付近に貧困層が固まって存在していることが示された。第4に、2つの貧困指標の変化に影響を与えていたのは「その他（世帯主65歳以上）」であり、4つの効果の合計が P_0 と P_2 の両方で有意に正であった。

最後に本稿の分析を踏まえ、今後の研究課題を2つ述べる。第1に、「夫婦子供あり（末子20歳以上）」や「その他（世帯主65歳以上）」のように、一部の世帯類型で所得効果が貧困に与える影響が

¹⁶⁾ 個票データから計算した貧困率と公表データによる貧困率とは乖離がある。表3では、「母子世帯」の貧困率は2000年に68.7%、2009年に42.1%である。これに対し、「国民生活基礎調査」の公表データでは、子供がいる現役世帯のうち「大人が一人」の貧困率は、2000年に58.2%、2009年に50.8%である（「母子世帯」と「大人が一人」の違いは、子供の年齢の上限と父子世帯の有無である）〔厚生労働省（2014）〕。個票データではウェイトの情報が公開されていないため、本稿ではウェイトを用いない貧困指標の計算を行っている。そのことが推定値の乖離に影響を及ぼしていると考えられる。

無視できないことから、平均所得の変化の要因について分析を行うことである。第2に、「夫婦子供あり（末子6歳未満）」と「母子世帯」の平均所得が2000年代を通じて低下せず、所得効果が有意に負であったことを踏まえ、子育て世帯に対する税制や児童手当などの社会保障給付が、貧困削減にどのような効果を発揮していたか具体的に検証する必要がある。本稿で使用した個票データでは、社会保障給付ならびにその細目の金額が識別できないため、所得要素に注目した分析は今後の課題である。

(平成28年9月投稿受理)

(平成29年11月採用決定)

謝辞

本稿の執筆に際して、安藤道人氏（立教大学）、本誌の2名の匿名レフェリー、日本応用経済学会2016年度秋季大会および第8回貧困研究会の参加者から貴重なコメントを頂いた。また、分析にあたり、統計法第36条に基づき、厚生労働省「国民生活基礎調査」の匿名データの提供を受けた。記して感謝申し上げる。なお、本稿で示した表は、提供された匿名データを基に筆者が独自に作成・加工した統計であり、厚生労働省が作成・公表している統計等とは異なる。

参考文献

- Datt, G. (1998) "Computational Tools for Poverty Measurement and Analysis," FCND Discussion Paper, No. 50, pp. 1-21.
- Datt, G. and Ravallion, M. (1992) "Growth and Redistribution Components of Changes in Poverty Measures," *Journal of Development Economics*, Vol. 38, pp. 275-295.
- Förster, M. and Mira d' Ercole, M. (2005) "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s," OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 22, pp. 1-79.
- Foster, J., Greer, J., and Thorbecke, E. (1984) "A Class of Decomposable Poverty Measures," *Econometrica*, Vol. 52, No. 3, pp. 761-766.
- Kakwani, N. (2000) "On Measuring Growth and Inequality Components of Changes in Poverty with Application to Thailand," *Journal of Quantitative Economics*, Vol. 16, pp. 1-17.

- Sen, A. (1976) "Poverty: An Ordinal Approach to Measurement," *Econometrica*, Vol. 44, No. 2, pp. 219-231.
- Son, H. H. (2003) "A New Poverty Decomposition," *Journal of Economic Inequality*, Vol. 1, pp. 181-187.
- Villaseñor, J. A. and Arnold, B. C. (1989) "Elliptical Lorenz Curves," *Journal of Econometrics*, Vol. 40, pp. 327-338.
- Wooldridge, J. M. (2010), *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, 2nd edition, MIT Press.
- Zheng, B. (1997) "Aggregate Poverty Measures," *Journal of Economic Surveys*, Vol. 11, No. 2, pp. 123-162.
- 阿部彩 (2006) 「貧困の現状とその要因——1980-2000年代の貧困率上昇の要因分解」, 小塩隆士・田近栄治・府川哲夫(編)『日本の所得分配——格差拡大と政策の役割』, 東京大学出版会, 111-140頁。
- 大竹文雄・齊藤誠 (1999) 「所得不平等化の背景とその政策的含意——年齢階層内効果, 年齢階層間効果, 人口高齢化効果」, 『季刊社会保障研究』, 第35巻, 第1号, 65-76頁。
- 小塩隆士 (2004) 「1990年代における所得格差の動向」, 『季刊社会保障研究』, 第40巻, 第3号, 277-285頁。
- (2010) 『再分配の厚生分析——公平と効率を問う』, 日本評論社。
- 小塩隆士・浦川邦夫 (2008) 「2000年代前半の貧困化傾向と再分配政策」, 『季刊社会保障研究』, 第44巻, 第3号, 278-290頁。
- 厚生労働省 (2014) 「平成25年 国民生活基礎調査の概況」, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saisai/hw/k-tyosa/k-tyosa13/index.html> (2017年2月15日最終確認)。
- 小島克久 (2002) 「地域別に見た所得格差」, 『季刊社会保障研究』, 第38巻, 第3号, 229-238頁。
- 白波瀬佐和子・竹内俊子 (2009) 「人口高齢化と経済格差拡大・再考」, 『社会学評論』, 第60巻, 第2号, 259-278頁。
- 橘木俊詔・浦川邦夫 (2006) 『日本の貧困研究』, 東京大学出版会。
- 内閣府・総務省・厚生労働省 (2015) 「相対的貧困率等に関する調査分析結果について」, <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/soshiki/toukei/tp151218-01.html> (2017年2月17日最終確認)。
- 山田篤裕 (2014) 「相対貧困基準と生活保護基準で捉えた低所得層の重なり——国民生活基礎調査に基づく3時点比較」, 『三田学会雑誌』, 第106巻, 第4号, 101-119頁。
- 山田篤裕・四方理人 (2016) 「高齢者の貧困の構造変化と老齢加算廃止による消費への影響」, 『社会保障研究』, 第1巻, 第2号, 399-417頁。

(とくどみ・ともや)
(うらかわ・くにお)

Poverty Variation in Japan during the 2000s: Decomposition Analysis of Poverty Measure Changes

Tomoya TOKUDOMI*¹ and Kunio URAKAWA *²

Abstract

This paper presents an investigation of the determinants of change in poverty measures during the twenty-first century. To this end, we decompose changes of poverty measures (headcount ratio and squared poverty gap) into four components: mean income change, income inequality change, individual share change for each household type, and poverty line change. These components are calculated for households of several types to ascertain their effects on the poverty measure changes. The dataset we use is four-wave surveys administered by the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Comprehensive Surveys of Living Conditions (2001, 2004, 2007, 2010).

Results demonstrate that both a decrease in mean income and an increase in shares of elderly households affect the headcount ratio increase of the 2000s. Their effects are offset by a decrease in the poverty threshold, leading to little change of the headcount ratio. Compared with the headcount ratio, the change of the squared poverty gap is significant and negative because of the negative impact of inequality reduction among poor people. Results obtained for the respective household types revealed that the poverty line effect influenced couples with children, households composed of two or more elderly members and three-generation households, and underscored the importance of low-income persons near the poverty line. Other household groups headed by someone older than 65 were strongly associated with increases in the two poverty measures.

Keywords : Poverty, Decomposition Analysis

*¹ Doctoral Program, Graduate School of Economics, Kyushu University

*² Associate Professor, Faculty of Economics, Kyushu University

投稿：論文

医療法人会計基準が診療報酬の適正化に果たす役割

海老原 諭*

抄 録

本論文では、診療報酬の改定にあたって、医療法人の経営状況を適切に把握するためには、公認会計士監査を通じて「医療法人会計基準」への準拠性が確認された計算書類を活用することが有効であることを述べる。「医療法」上、医療法人には、医療サービスの提供以外にもさまざまな業務を行うことが認められており、医療機関を対象を絞った会計数値の調査では、ほかの業務が医療サービスの提供に与える経済的効果が捨象されてしまう。また、医療経済実態調査には、調査項目がフロー情報に偏っており、また、算定根拠の明らかでない会計数値が混入するという点で問題がある。従来、医療機関が算定する会計数値の妥当性について、政府側はあまり関心を払ってこなかったように見える。しかし、社会保障財源の逼迫化が進むなかで、適切な政策決定を行うためには、算定根拠が明らかで、かつ、医療法人の経営実態をより適切に反映する会計情報を活用することが検討されるべきである。

キーワード：医療法人会計基準，医療経済実態調査，診療報酬，準拠性，会計報告単位

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.566-577.

I はじめに

昨今では、医療サービスに対する需要が相対的に高い高齢者が増加していることと、医療の高度化にともなう単価の上昇により、国民医療費は増加の一途をたどっている。厚生労働省の調査によれば、2015年度において、わが国の国民医療費は総額42兆3644億円に達しており、これは国民1人当たり直すと33万3300円になるという〔厚生労働省保健統計室（2017a）〕。

国民医療費は、単純にいえば、医療機関が提供した医療サービスの価格と、その医療サービスが

提供された数との積を、すべての医療機関、すべての医療サービスについて総計することによって求められる。このうち医療サービスの価格（以下、「診療報酬」という）は、厚生労働大臣が2年に1度改定することとされているから（「健康保険法」第82条）、国民医療費の趨勢は、ある程度コントロールが可能であるといえる。

診療報酬の改定に際して、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（「社会保険医療協議会法」第2条）は、その下部組織である調査実施小委員会を通じて、「医療経済実態調査（医療機関等調査）」（以下、「実態調査」という）を行っている。これは、医療機関の経営状況を把握

* 国際医療福祉大学医療福祉学部 講師

することを目的に行われる調査であり、調査の結果、医療機関の経営状況が悪化していることが分かれば、国民に対する医療サービスの供給を途絶えさせないために、診療報酬の増額を求める声が大きくなる。逆に、医療機関の経営状況が好調であれば、医療費を負担する国民全体の負担を抑えるために、診療報酬の抑制を求める声が大きくなる¹⁾。

このような「声」が妥当なものであるかどうかは、実態調査が医療機関の経営状況を適切に把握できているかにかかっている。しかし、この点については疑問がある。現在の実態調査に対しては、すでにいくつかの問題が指摘されているからである。そこで、本稿では、従来の方法に代えて、2015年に成立した「医療法の一部を改正する法律」(平成27年9月28日法律第74号)(以下、この法律にしたがって改正された「医療法」を「2015年改正『医療法』」という)において新設された会計規制のもとで作成された計算書類を活用することの意義を明らかにする。

まず、Ⅱ節では、現在行われている実態調査の概要を整理したうえで、その結果を診療報酬改定のための基礎資料として利用することにどのような問題があるのかについて指摘する。次に、Ⅲ節では、医療法人の一部を対象として、「医療法人会計基準」に準拠した計算書類の作成および監査を義務づけた、2015年改正「医療法」に至るまでの経緯を振り返ることを通じて、医療法人の会計にどのような問題があり、また、新たな会計規制がこれらの問題をどのように解決しようとするものであるかについて述べる。最後に、Ⅳ節では、従来の実態調査が前提とする医療機関単位の調査を、医療法人に対して作成が義務づけられる計算書類と同様に、医療法人単位に拡張する必要性について検討する。

なお、本稿では、経営実態を把握すべき対象を医療法人に限定して議論をすすめる。これは、わが国の医療機関の多くが医療法人によって開設されたものであり、その経営状況が実態調査の結果、さらにはその結果をもとに改定される診療報酬の水準に与える影響が大きいからである。実際、2016年10月1日現在、わが国には8,442の病院が開設されているが、その68.2%にあたる5,754病院が医療法人によって開設されたものである〔厚生労働省保健統計室(2017b)〕。実態調査でも、調査対象となった2,578病院のうち、医療法人によって開設されたものは1,775病院であり、これは全体の68.9%を占めている〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2016a)]²⁾。

Ⅱ 実態調査の概要とその問題点

実態調査は、1967年に開始された。その目的は、「病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備すること」〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2016b)〕にあるとされる。これは、診療報酬の改定に際して、実態調査によって把握された医療機関の経営状況が勘案されることを意味する。本節ではまず、問題の所在を明らかにするため、この実態調査の現状について述べる。

1 実態調査の概要

実態調査は、「統計法」上の一般統計調査として行われる〔中央社会保険医療協議会(2016c)〕。このため、実態調査の実施にあたっては、まず、中央社会保険医療協議会調査実施小委員会で作成したうえで、総務大臣の承認を得ることが必要になる(「統計法」第21条)。

¹⁾ 日本医師会は、1965年に同名の調査を実施している。日本医師会は、当時、開業医の生活困窮を理由として、診療報酬の増額を要求していた〔新村(2011), pp.70-78〕。日本医師会の調査は、そのひとつの証拠として示されたものである。医療機関の経営状況と診療報酬とを連動させる考え方は、このころから主張されていた。なお、日本医師会は、その後も継続して、医師(開業医)の生活を守るために影響力を行使している。詳細については、キャンベル・増山(1994)を参照されたい。

²⁾ なお、有効回答ベースでいえば、全1,365病院のうち、医療法人によって開設されているものは846病院であり、その割合は62.0%となる〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2016a)〕。

調査は、調査票方式によって行われる。前回の第20回調査までは紙ベースの調査票であったが、2017年実施の第21回調査からはインターネット上での回答を求める電子調査票を使用することが原則となり、紙ベースの調査票を使用するのは電子調査票を使用できない場合にかぎることとなった〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2017)〕。

実態調査では、大きく分けて6つの項目が調査される。具体的には、基本データ、損益、給与、資産・負債、キャッシュ・フロー³⁾、および設備投資額の6つである〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2016c)〕。医療機関の開設者、病床数、活動情報などについて尋ねる基本データ以外の5つは、すべて医療機関の会計に係る情報である。医療機関は、回答が求められた項目について、自らその金額を計算し、回答を行うことが求められる(自計申告)。

2 実態調査の問題点

現行の実態調査には、次の2つの点で問題がある。ひとつは、実態調査は、医療機関の経営実態を明らかにすることを目的としながらも、調査項目がフロー情報に著しく偏っていることである。もうひとつは、実態調査の調査票が、医療機関が租税目的または監督機関たる都道府県知事への提出目的で作成している計算書類のフォーマットと一致せず、回答にあたって医療機関に対して独自の計算を求めていることである。

(1) 調査項目の偏り

会計情報には、一定期間における発生額をあらわすフロー情報と、それらが蓄積された残高をあらわすストック情報の2種類がある。2017年に実施される第21回実態調査では、会計情報について合計86の項目が調査されるが、このうちフロー情報は76、ストック情報は10しかない(うち8つは資産・負債に係る項目、残り2つはキャッシュ・フ

ローの期首および期末残高である)。

これは、実態調査が医療機関の経営状況を把握する目的で行われていることと関係している。一般に、経営状況といった場合、それは損益計算書情報を意味するからである。診療報酬は、医療機関にとって収益、すなわちフローにあたるものである。診療報酬の改定が医療機関に与えた影響を確認するには、フロー情報を利用することが分かりやすい。

しかし、国民医療費が増加し、社会問題化している現在、診療報酬の改定に利用する情報をフロー情報に偏って収集することに、疑問がないわけではない。

まず、高度な医療を担う医療機関では、高度ではあるが、それ相応に高価な医療機器を整備する必要がある。これらの医療機器を整備するための資金は、日々の運転資金ではなく、長期的な資金計画のなかから準備されるものである。フロー情報は、基本的に1年間という短期間の間に発生した金額を集計したものであるから、このような長期的な資金の流れや、その支払いを可能にする医療機関の財務体質を把握することはできない〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2012)〕。

次に、フロー情報では、医療機関に蓄積された財産の状況を把握できない。医療機関のなかに十分な財産が蓄積されているのであれば、国民医療費の増大に対処するという社会的要請とのバランスから、医療機関の蓄えを吐き出させるという選択肢も考えなければならない。実際、次節で述べる徳洲会問題のように、医療機関のなかには医療サービスの提供を通じて獲得した資金を不適切な形で蓄積しているところがあり、その弊害はこれまでもさまざまな形で指摘されてきた。これは、フロー情報にばかり注目し、ストック情報を重視してこなかった結果、過去の診療報酬が実際には過大になっていた可能性があることを示唆している。

³⁾ キャッシュ・フローに係る調査は病院に対してのみ行われる。実態調査の調査対象は、病院のほかにも一般診療所、歯科診療所および保険薬局があるが、これらの施設にはキャッシュ・フローに関する調査は行われない〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2016c)〕。

(2) 計算書類とは異なる独自の項目

医療法人には、毎期、決算を行い、計算書類を作成することが求められている（「医療法」第51条第1項）。このすでに作成されている計算書類を実態調査への回答に利用できれば、医療機関にとっての負担は少なくなる。しかし、実態調査の調査項目のなかには、計算書類上の項目にはないものや、計算書類上の項目の内訳を求めるものがあるので、医療機関は計算書類上の会計数値をそのまま利用することはできないのが現状である。

医療機関の側には、必ずしも会計に詳しい人材が十分にそろっているわけではない。計算書類を作成するために使用した会計データを、実態調査の独自の項目にあわせて適切に加工できるかについては疑問が残る。実際、2015年実施の第20回調査では、回答率が64.6%であったのに対して、有効回答率は52.4%にすぎなかった〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会（2016a）〕。これは、回答の約5分の1が無効になってしまったことを意味する。

また、回答にあたっての手間を嫌って、実態調査への回答自体をためらう医療機関もでてきている。中央社会保険医療協議会調査実施小委員会が実態調査に回答しなかった医療機関に対して行った聞き取り調査によれば、これらの医療機関が回答を行わなかった理由で最も多いのが「多忙」、次に多いのが「調査内容・項目が難しい、細かい、多い」であった〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会（2016a）〕。これは、実態調査に対応することへの負担感が医療機関側から明確に示された結果であると考えられる⁴⁾。

Ⅲ 2015年改正「医療法」における会計規制の意義

医療法人の会計に対しては、実態調査とは別の角度から見直しがすすめられている。2015年改正「医療法」では、相対的に規模の大きな医療法人を対象として、新たに起草した「医療法人会計基準」

（平成28年4月20日厚生労働省令第95号）に準拠して計算書類を作成することと、この計算書類に対して、医療法人の監事および公認会計士から二重の監査を受けることが新たに求められるようになった。本節では、このような新たな会計制度がどのような背景のもとに構築されたものであるのかについて述べる。

1 2015年「医療法」改正に至る経緯

「医療法」では、病院および診療所の管理を医師が行うことと定められている（「医療法」第10条）。しかし、医師は、医療の専門家であって、組織運営の専門家ではない〔染谷（1997）、p.105〕。しかも、現在では、「医療法」に医療法人制度が設けられた当初よりも、医療法人の運営は複雑になっている。医療法人の業務は、「医療法」の数度にわたる改正によって、病院・診療所といった医療機関の運営以外にも、多種多様な事業を行えるようになってきているからである。それにもかかわらず、医療法人の経営管理体制の強化を促すような施策はほとんどとられてこなかった。

このような状況を変化させる契機となったのが、2012年に発覚した徳洲会問題である。この問題では、医療サービスを提供した対価として獲得した資金が、親族が代表を務める会社などにプールされ、政治献金などに使われていたことが明らかになった。2013年11月29日に国会でこの問題がとりあげられると、厚生労働省は、すでに別の目的で開催されていた「医療法人の事業展開等に関する検討会」の議題に、医療法人の会計のあり方についての問題を追加した〔医療法人の事業展開等に関する検討会（2014）〕。この検討会での議論の結果を受けて起草されたのが、2015年改正「医療法」である。

2 医療法人の会計が問題視される背景

2013年の国会審議では、医療法人の会計のあり方について、次の2つの点が指摘された。ひとつは、医療法人を対象とする会計基準が存在しな

⁴⁾ なお、インターネット上での回答が原則となった2017年の第21回調査では、一部の金額がコンピュータ上で自動的に計算されるような工夫が行われている〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会（2017）〕。

かったことであり、もうひとつは、医療法人への指導監督が十分に行われていなかったことである。

(1) 医療法人を対象とする会計基準の欠如

まず、ひとつめの問題は、医療法人を対象とする会計基準が存在しなかったことである。医療法人制度が創設されたのが1950年であるから、会計基準が存在しない問題は、医療法人制度の創設後60年超にわたり放置されていたことになる。

もちろん、それまで医療法人を対象とする会計基準の必要性がまったく意識されてこなかったというわけではない。医療法人を対象とする会計基準が存在しないという問題は、すでに1989年には認識されていたという〔五十嵐(2016), p.10〕。2003年には、「病院会計準則及び医療法人会計基準の必要性に関する研究班」が公表した報告書において医療法人を対象とする会計基準の必要性が訴えられ〔病院会計準則及び医療法人会計基準の必要性に関する研究班(2003), V, 1〕, 会計基準の制定に向けた具体的な動きも進んでいたが、会計基準の強制適用を嫌う医療提供者側からの抵抗を受けたこともあり、制度化されるには至らなかった〔浅井(2006), p.78〕⁵⁾。すなわち、2015年改正「医療法」以前には、会計基準の必要性は認識されていても、会計基準が作られないという状況が数十年にわたって続いていたのである。

(2) 都道府県知事による監督の不足

医療法人の設立には都道府県知事の許可が必要であり、設立後も都道府県知事の指導監督を受けることになっている(「医療法」第63条ないし第69条)。しかし、医療法人の会計に関しては、この監督が十分に機能していなかったようである。

1990年代に旧厚生省から発出された通知によれ

ば、それまで医療機関に対する指導監督は、公的医療機関を中心に行われており、民間部門である医療法人に対する指導監督は十分に行われていなかったようである(1994年5月24日付厚生省健康政策局長発通知・健政発第435号。同様の通知は、1996年、1997年および1998年にも発出されている)。これらの通知では、都道府県知事に対して、公的医療機関だけでなく、医療法人の会計状況についても指導を行うことが求められているが、これがどの程度実行されたのかについては明らかでない。実際、2004年に厚生労働省が行った調査には、指導監督を行う都道府県側から「会計に精通している職員が不足」しているとの声が上がっているとの調査結果も示されている〔医業経営の非営利性等に関する検討会(2004)〕。

3 2015年改正「医療法」における会計規制の特徴

2015年改正「医療法」において新たに設けられた会計規制は、これらの問題点をカバーしようとするものになっている。一定規模を超える医療法人を対象として、都道府県知事に対して届け出ることが義務づけられている計算書類を、新たに制定された会計基準に準拠して作成することが求められるようになったからである(「医療法」第51条第2項)。この新たに制定された会計基準というのが、「医療法人会計基準」である。

以前は、医療法人が計算書類を作成するにあたって準拠すべき会計基準が特定されていなかった⁶⁾。このために、医療法人が届け出る計算書類は、企業会計の基準、「病院会計準則」(2004年8月19日付厚生労働省医政局長発通知・医政発第0819001号)、「介護老人保健施設会計・経理準則」(2000年3月31日付厚生省老人保健局長発通知・老発第378号)、四病院団体協議会会計基準策定小委

⁵⁾ 2006年には、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本病院会および全日本病院協会からなる四病院団体協議会の会計基準策定小委員会から、医療法人会計基準の草案が作成されている。しかし、この草案は公表されなかった〔四病院団体協議会会計基準策定小委員会(2014), p.2〕。

⁶⁾ ただし、医療法人のうち社会医療法人債を発行する医療法人に対しては、「社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則」(平成19年3月30日厚生労働省令第38号)が定められており、以前から準拠すべき会計基準を一意に画定することができた。

員会が起草したものを厚生労働省がエンドースした「医療法人会計基準」(2014年3月19日付厚生労働省医政局長発通知・医政発0319第7号)⁷⁾など、さまざまな会計基準を利用して作成されていたという。会計数値の算定根拠となる会計基準が統一されていないと、計算書類の中身を解釈する手間が増大する。計算書類の作成に利用される可能性のあるすべての会計基準を理解し、必要に応じて、不足する情報を補ったり、情報を組み替えたりする必要が生じるからである。

しかし、新しい会計規制の適用対象となる医療法人については、計算書類を作成するにあたって準拠すべき会計基準が統一されている。これにより、新たな会計規制の適用対象となる医療法人間では、届け出られたままの形で計算書類を相互に比較することが可能になる。これは、都道府県にとって、医療法人の計算書類の中身を確認し、医療法人の経営状況を確認するための手間が減ることを意味する。

また、2015年改正「医療法」では、計算書類が「医療法人会計基準」に準拠して作成されていることを確実なものとするために、作成した計算書類について、医療法人内部の監督機関である監事および会計専門職である公認会計士(または監査法人)の両者から監査を受けることを義務づけている(「医療法」第51条第4項および第5項)。これらは企業会計における内部監査と外部監査に相当するものである。このような二重の監査の導入には、医療法人側の不適切な経理の自制を促すという意味でも、会計を専門にするスタッフが十分に整っていない都道府県が間接的に支援されるという意味でも、医療法人の会計に対する不信感を抑える効果を期待できる。

Ⅳ 実態調査における会計報告単位の妥当性

2015年改正「医療法」の新たな会計規制は、これまでの医療法人に対する会計のあり方を見直すものであった。そうであるならば、同じ会計数値を取り扱う実態調査についても、会計数値の取り方について見直しを図る必要があるのではないか。そこで、最後に、2015年改正「医療法」のもとで制定された「医療法人会計基準」に準拠して作成された計算書類を実態調査に活用する道筋について検討する。

1 医療法人には認められない計算書類の活用

中央社会保険医療協議会調査実施小委員会でも、医療法人が作成する計算書類の活用について、これまでまったく考えられてこなかったわけではない。

2008年、日本医師会は、中央社会保険医療協議会総会において、医療機関側の負担を軽減するために、実態調査独自の項目を改め、調査票を計算書類の内容を単純に転記すれば済む形式にすることを提案した〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2008)〕。議論の結果、2011年実施の第18回調査より、マンパワーが相対的に低い、個人が開設した一般診療所および歯科診療所に対しては、税務上の申告書類(青色申告決算書およびその附表)を利用して、調査票への記入を一部省略することが認められるようになった。しかし、医療法人に対しては、このような簡略な方法をとることが認められなかった。

計算書類の活用について、個人開設の一般診療所および歯科診療所と医療法人とで異なる対応がとられたのは、実態調査の調査対象が、医療機関の開設者(医療法人など)単位ではなく、医療機

⁷⁾ 2014年に四病院団体協議会会計基準策定小委員会が起草した「医療法人会計基準」と、2015年改正「医療法」において準拠することが義務づけられる「医療法人会計基準」とは別物である。前者は、すべての医療法人が計算書類を作成するにあたって準拠すべき会計基準のひとつとして位置づけられるものであり、医療法人はこの会計基準に準拠しない選択をすることも認められる。これに対して、後者は、2015年改正「医療法」において創設された新たな会計規制の適用対象となる医療法人であれば、必ず準拠しなければならない、法的強制力を伴う会計基準である。

関単位とされているためである。医療法人が複数の医療機関を開設している場合、医療法人ベースで作成された計算書類上の会計数値では、実態調査が必要とする医療機関ベースの会計数値にならない。このため、実態調査には、計算書類上の会計数値をそのまま利用できず、その調整のための負担が増えるというのが、調査実務を担当する厚生労働省側の見解であった〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会（2009a）〕。

すなわち、医療法人が作成した計算書類が実態調査に活用されない原因は、計算書類を利用すること自体にあるわけではなく、会計数値の算定対象が医療機関であるか（実態調査）、医療法人であるか（計算書類）の違いにあるのである⁸⁾。

2 医療機関調査を前提とする実態調査の問題点

さて、診療報酬を改定するにあたっての基礎資料を得ることを目的に行われる実態調査において、調査対象を法人単位ではなく、医療機関に限定する従前からの方法を維持することは果たして妥当なのであろうか。

実態調査の対象を医療機関とする理由には、大きく分けて2つのものがある。ひとつは、他の経営主体によって開設された医療機関との比較ができなくなってしまうことである。もうひとつは、医療法人単位の会計数値では、医療サービス以外の事業から生じた会計数値が混在してしまうことである。しかし、このどちらの見解に対しても疑問がある。

(1) 他の経営主体によって開設された医療機関との比較可能性

わが国では、開設地の都道府県知事の許可があれば、誰もが医療機関を開設することができる（「医療法」第7条⁹⁾）。このために、医療機関の経営主体は、官民間わず多岐にわたっている。

これらの経営主体は、法人格の違いによって、それぞれ準拠すべき会計基準が異なる。例えば、独立行政法人は「独立行政法人会計基準」、公益法人は「公益法人会計基準」、社会福祉法人は「社会福祉法人会計基準」、民間の学校法人は「学校法人会計基準」、医療法人は「医療法人会計基準」といった具合である。これらの会計基準の内容は必ずしも統一されておらず、計算書類上の会計数値を単純に比較することはできないとされている。

しかし、この点については、現行の実態調査でも、開設主体の違いに応じて集計区分を分けることによって、ある程度カバーされている。中央社会保険医療協議会調査実施小委員会が計算書類の活用について議論するために創設した医療経済実態調査（医療機関等調査）における決算データの活用に関する懇談会でも、この点について「直接的な障害にはならないと考えられる」〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会（2009c）、p.2〕と結論づけている。

もっとも、経営主体の違いを調整してまで、会計数値の比較可能性を確保すべきかという点についても考えておかなければならないだろう。地域医療における役割は、すでに経営主体ごとに異なっていると考えられるからである。

医療法人は、もともと医療機関を開設、運営することが期待されるのみで、それ以外に積極的な

⁸⁾ なお、厚生労働省は、計算書類を利用できないもうひとつの理由として、総務省の見解をあげている。総務省は、統計調査が「調査客体自らが記入した内容は信頼に足るということが前提で行われており…（中略）…調査票の記入内容に虚偽の疑いがあることを理由にほかの法律に基づく権限を行使して決算書の提出を調査客体に求めることは、統計法違反となる」〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会（2009b）〕との見解を示したという。確かに、日本医師会は、計算書類を活用することのメリットのひとつとして会計情報の信頼性が高まることを掲げていたが、計算書類を活用するメリットはそれだけではない。個人が開設した診療所について青色申告決算書の利用が認められていることとあわせて考えれば、総務省が疑問視したのは、計算書類を活用すること自体ではなく、調査票への回答の信頼性を疑ったことにあると考えられる。したがって、この見解を実態調査に計算書類を利用できない理由とすることには疑問がある。

⁹⁾ ただし、医療機関の開設申請が営利目的で行われていると判断される場合、都道府県知事は、その申請に許可を与えないことができる（「医療法」第7条第6項）。

公益性を発揮することは求められなかった（1950年8月2日付厚生事務次官発通知・発医第98号）。このため、僻地医療や災害医療など、社会的に必要な性はあるが、採算をとることが難しい事業については、公的医療機関が中心となってその事業を担ってきた経緯がある〔医業経営の非営利性等に関する検討会（2005）、pp.12-14〕。

このような事業内容の違いは、会計数値の違いとしても現れている。第20回実態調査の結果によれば、国公立病院の純損益差額（企業会計における当期純利益に相当する）は5億276万円の赤字、国公立以外の開設主体によって開設された病院の純損益差額は1425万円の黒字であった（医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計・一般病院）〔中央社会保険医療協議会調査実施小委員会（2016d）、p.13〕。

公的医療機関と民間の医療法人の事業内容、そしてこれに起因する会計数値の違いを無視して、同じ土俵のうえで経営状況を比較しようとすること自体、見直しを行う必要があるのではないだろうか。

（2）医療サービス以外の事業から生じた会計数値の混在

わが国の医療法人は、1985年の「医療法」改正ごろまでは、病院または診療所の開設・運営を主たる業務としていたが、その後、「医療法」上の規制が次第に緩和されていくにつれて、医療サービスを提供する以外にもさまざまな事業を行うようになっていく〔杉山ほか（2014）、p.75〕。2012年の調査によれば、医療法人が開設する病院のうち44%が、そのような事業を行っていたという〔日本経済研究所（2012）、p.48〕。

診療報酬は、医療サービスを提供したことに対して支払われるものであるから、医療サービス以外の事業から生じる会計数値が混在してしまう計算書類では、診療報酬改定のための基礎資料として使いづらくなっていくという意見は分からないでもない。しかし、この意見は、次の2つの理由のために支持できない。

まず、「医療法人会計基準」では、損益計算書に

において、医療サービスを提供することによって生じた損益と、それ以外の事業から生じた損益とを区分して表示することが求められている（「医療法人会計基準」第19条）。このために、医療法人単位の計算書類を活用することになっても、医療サービスの提供によって生じた損益部分を切り出すことは可能である。

次に、医療サービスを提供する以外の事業から生じた収益は、医療サービスを提供することにも役立てられている。例えば、公共性の高い事業を営む社会医療法人には、企業が行っているような、利益の獲得を目的とする収益事業を実施することが認められている。これは、公共性の高い事業を行うことによる収益性の低下を、収益事業から生じる利益によってカバーさせるためである（「医療法」第42条の2）。また、社会医療法人以外の医療法人についても、医療サービスを提供する以外の事業から生じる収益が、医療機関の収益力改善・向上といった副次的な効果をもたらしているとの調査結果がある〔日本経済研究所（2012）、p.48およびp.52〕。

このような医療法人の副収入の存在は、診療報酬の改定にあたって把握しておく必要がある。調査対象を医療機関に限定し、これらの副収入が見えないまま診療報酬を決定してしまえば、診療報酬は過大に設定されてしまう可能性がある。また、その結果、このような「副業」を行う体力のある比較的大規模な医療法人と、「副業」を行う余裕のない比較的小規模な医療法人との格差が拡大してしまうという問題も生じてしまうだろう。

V おわりに

診療報酬の水準を医療機関の経営実態にあわせて改定していくという、現在の仕組みを所与とした場合、診療報酬を適正な水準に維持するためには、医療機関の経営実態を適切に捉える必要がある。本稿では、2015年改正「医療法」に規定される「医療法人会計基準」に準拠して作成された計算書類を実態調査に活用することを検討した。

まず、II節において、現在の実態調査には、2つ

の点で問題があることを指摘した。ひとつは、調査項目がフロー情報に偏重していることであり、このために現在の実態調査は、医療機関の長期的な資金運用状況や、医療機関のなかに蓄積された財産の状況を確認できないものになっている。もうひとつは、法令で作成が義務づけられている計算書類とは異なる独自の回答項目が存在していることであり、このために現在の実態調査は、回答率の低さや、回答された会計数値の妥当性を問題視されてしまうものになっている。

次に、Ⅲ節では、2015年改正「医療法」について整理した。医療法人の会計のあり方に疑問が呈されたことを受けて、2015年改正「医療法」では、一定規模を超える医療法人を対象として、計算書類の作成にあたって準拠すべき会計基準を「医療法人会計基準」の1つに限定するとともに、医療法人内部の監事による監査と、公認会計士による監査という二重の監査を求めることになった。

最後に、Ⅳ節では、実態調査に医療法人の計算書類を利用するにあたっての障害となっている会計報告単位の問題について検討した。実態調査に計算書類上の会計数値を利用することは、すでに個人によって開設された診療所を対象として実施されており、実態調査に計算書類を利用すること自体を否定することはできない。

法人単位で作成される計算書類を利用することに対しては、異なる開設主体間での比較ができなくなるという見解があるが、医療機関に対して期待される役割は、すでに開設主体ごとに分化しており、これらを同列に比較しようとする自体に疑問がある。また、医療サービスを提供したことに対する報酬である診療報酬は、医療サービスを提供する医療機関の会計数値から検討されるべきだとする見解もある。しかし、医療法人については、医療サービスを提供する以外の事業をあわせて行っているものが少なくなく、それらの事業

を通じて得られた収益は、医療サービスを提供するという本来の業務にも利用されている。医療機関単独の会計数値だけでは、これらの事業から生じる副収入が見えなくなってしまう。

もちろん、「医療法人会計基準」に準拠して作成された計算書類が、医療法人の経営実態を完全に明らかにできるかといえば、そうではない。現在、相対的に規模の大きな医療法人は、その法人格とは別に「〇〇会」、「〇〇グループ」といった集団を形成し、その集団を単位として事業を展開している。Ⅲ節で触れた徳洲会問題も、単独の医療法人ではなく、「徳洲会」という集団を舞台にして起こったものである。医療法人単位で作成される計算書類では、このような集団内部の資金の動きを確認することはほとんどできない¹⁰⁾。この意味では、「医療法人会計基準」側にも改善すべき部分がある。

最後に、本論文の意義について述べる。従来、医療法人を対象とする会計研究は、管理会計の立場から行われることがほとんどであった。財務会計の目的は、会計情報をディスクローズさせることで、利害関係者の経済的意思決定に資することにあるが、剰余金の配当が禁じられているわが国の医療法人制度には、利害関係者として企業会計において最も重視されている投資者〔企業会計基準委員会（2006）、第1章第1項ないし第3項〕に相当する存在がないこともあって、財務会計の立場からの研究はあまり積極的に行われてこなかった。

2015年改正「医療法」では、一定の規模を超える医療法人に対して、「医療法人会計基準」に準拠して作成された計算書類をディスクローズ（公告）させる規定がはじめて設けられた。これは「医業経営の透明化」という旗印のもと、厚生労働省内で十年來にわたって行われてきた議論の成果でもある。しかし、このままではその効果につい

¹⁰⁾ 2015年改正「医療法」では、医療法人に対して、「医療法人会計基準」に準拠して作成された医療法人単位の計算書類のほかに、関連法人との取引の詳細に関する報告書（関係事業者との取引に関する報告書）を都道府県知事に対して届け出ることが義務づけられている（「医療法」第51条第1項および第52条第1項）。このような報告書は、個々の医療法人の経営実態を明らかにするうえでは一定の有用性があるが、全国規模で行われる実態調査では、集計作業を複雑にするだけで、使い勝手がよいものとはいえないだろう。

て疑問が残る。現時点では、社会保障制度全体に対して関心がある人はいても、医療法人が作成する計算書類に関心をもっている人はさほど多くないと思われるからである。

本稿では、診療報酬の改定に際して「医療法人会計基準」に準拠して作成された計算書類を活用すべきことを主張した。この主張は、本稿の主たる狙いである診療報酬の適正化に資するという意味だけではなく、会計情報のディスクローズを通じて利害調整を図ろうとする、2015年改正「医療法」における会計規制の趣旨を形骸化させないという意味でも意義があるように思われる。

(平成29年3月投稿受理)
(平成29年12月採用決定)

謝辞

本論文は、日本会計研究学会第75回全国大会の自由論題報告原稿を加筆・修正したものである。会場では、司会をお引き受けいただいた荒井耕教授およびフロアの先生方から有益なコメントをいただいた。また、本誌の2名の匿名レフリーからも貴重なコメントをいただいた。ここに記して感謝申し上げたい。なお、本研究は、日本学術振興会科学研究費助成事業(若手研究(B)・課題番号17K18052)の成果の一部である。

参考文献

- 浅井一敬(2006)「医療にも『会計ビッグバン』連結決算導入の見送りを疑問視する向きも」、『エコノミスト』, Vol.84, No.68, pp.78-79。
- 五十嵐邦彦(2016)『必携医療法人会計基準』, じほう。
- 石津寿恵(2007)「医療法人会計基準の設定のあり方」, 『経理知識』, No.86, pp.31-44。
- 医療経営の非営利性等に関する検討会(2004)「医療法人の非営利性の確保状況等に関する都道府県等調査の結果について」(第4回参考資料1-1), <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyoukeiei/kentoukai/4kai/07.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
- (2005)「医療法人制度改革の考え方～医療提供体制の担い手の中心となる将来の医療法人の姿～」, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyoukeiei/kentoukai/9kai/8.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
- 医療法人の事業展開等に関する検討会(2014)「第4回医療法人の事業展開等に関する検討会議事録」,

- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000046918.html> (2017年10月25日最終確認)。
- 企業会計基準委員会(2006)「討議資料 財務会計の概念フレームワーク」。
- 厚生労働省医政局医療経営支援課(2016)「医療法人会計基準案の概要」, <https://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=PCMMSTDETAIL&id=495150403&Mode=0&fromPCMMSTDETAIL=true> (2017年10月25日最終確認)。
- 厚生労働省保健統計室(2017a)「平成27年度国民医療費の概況」, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/15/dl/data.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
- (2017b)「平成28年(2016)医療施設(動態)調査・病院報告 結果の概況」, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/02-01.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
- これからの医業経営の在り方に関する検討会(2003)「『これからの医業経営の在り方に関する検討会』最終報告書～国民に信頼される、医療提供体制の担い手として効率的で透明な医業経営の確立に向けて～」, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0326-8b.html> (2017年10月25日最終確認)。
- ジョン・C・キャンベル・増山幹高(1994)「日本における診療報酬政策の展開」, 『季刊・社会保障研究』, Vol.29, No.4, pp.359-368。
- 杉山幹夫・石井孝宜・五十嵐邦彦(2014)『医療法人の会計と税務(八訂版)』同文館出版。
- 染谷恭次郎(1997)「病院会計の開拓(1)―ある会計学者の軌跡―」, 『会計』, Vol.151, No.3, pp.105-112。
- 中央社会保険医療協議会調査実施小委員会(2008)「医療経済実態調査の問題点」(日本医師会提出資料。第25回資料実-2), <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s11119-4.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
- (2009a)「第27回中央社会保険医療協議会調査実施小委員会議事録」, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/txt/s0218-1.txt> (2017年10月25日最終確認)。
- (2009b)「第28回中央社会保険医療協議会調査実施小委員会議事録」, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/txt/s0318-3.txt> (2017年10月25日最終確認)。
- (2009c)「医療経済実態調査(医療機関等調査)における年間(決算)データの活用について―これまでの議論のとりまとめ―」(第26回資料実-1), <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/01/dl/s0128-4a.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
- (2012)「第34回中央社会保険医療協議会調査実施小委員会議事録」, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002ru11.html> (2017年10月25日最終確認)。
- (2016a)「医療経済実態調査(医療機関等調査)に係る主な論点」(第43回資料実-2), <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2016/03/s0326-8b.html> (2017年10月25日最終確認)。

- mhlw. go. jp/ file/ 05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000140220.pdf (2017年10月25日最終確認)。
—— (2016b)「第21回医療経済実態調査について」(第43回資料実-1), <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000140218.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
—— (2016c)「第20回医療経済実態調査(医療機関等調査)関係資料」(第43回資料実-1参考), <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000140219.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
—— (2016d)「第20回医療経済実態調査(医療機関等調査)」(第42回資料), http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/jittaityousa/dl/20-houkoku_iryokikan.pdf (2017年10月25日最終確認)。
—— (2017)「第21回医療経済実態調査(医療機関等調査)の実施案」(第45回資料実-1-1), <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000148226.pdf> (2017年10月25日最終確認)。
新村拓(2011)『国民皆保険の時代 1960, 70年代の生活と医療』, 法政大学出版局。
- 日本経済研究所(2012)「医療施設経営安定化推進事業 平成22年度病院経営管理指標」(平成23年度厚生労働省医政局委託), http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho_h22.pdf (2017年10月25日最終確認)。
病院会計準則及び医療法人会計基準の必要性に関する研究班(2003)「『病院会計準則及び医療法人会計基準の必要性に関する研究』—病院会計準則見直し等に係る研究報告書—」(平成14年度厚生労働科学特別研究事業), <http://www.mhlw.go.jp/topics/isei/igyoku/igyokeiei/zyunsoku.html> (2017年10月25日最終確認)。
四病院団体協議会会計基準策定小委員会(2014)「医療法人会計基準に関する検討報告書」(この報告書は、「医療法人会計基準について」(2014年3月19日付厚生労働省医政局長発通知・医政発0319第7号)に添付されている)。

(えびはら・さとし)

Significance of the Medical Corporation Accounting Standards for Revision of Government-Controlled Medical Fees

Satoshi EBIHARA *

Abstract

The purpose of this study is to examine the effects of the Medical Corporation Accounting Standards on setting government controlled medical fees. In Japan, the government regulates medical fees covered by the National Health Insurance. To determine medical fees appropriately, the government needs information on medical institutions' economic conditions. The government has used the results of Survey on Economic Condition in Health Care to collect those information. However, for three reasons, those results could not show medical institutions' economic conditions appropriately. First, because the survey collects income information mainly, we cannot find financial conditions of medical institutions clearly. Second, because the survey does not show a guideline for calculation to medical institutions, we cannot find if amounts answered by medical institutions are calculated precisely. Third, because the survey collects accounting information for one medical institution, we cannot find economic synergies for operate multiple institutions. In 2015, the Medical Care Law was amended, and large medical corporations are now required to prepare their financial statements complied with the Medical Corporation Accounting Standards and to be audited them by certified public accountants or audit firms. By using these audited financial statements, the government will be able to assess the financial conditions of medical corporations more accurately. Financial statements prepared by medical corporations' have not utilized sufficiently so far. It is the merit of this paper to show one possibility of utilization of medical corporations' financial statements.

Keywords : Medical Corporation Accounting Standards, Surveys on Economic Conditions in Health Care, medical fees, compliance, reporting unit

* Lecturer, Department of Social Services and Healthcare Management, International University of Health and Welfare

投稿：論文

代理懐胎の法制度のもとで浮かび上がってきた課題
——オーストラリアの事例分析をもとに——

南 貴子*

抄 録

近年、日本においては生殖補助医療を巡る法制度の整備が求められている。厚生科学審議会生殖補助医療部会や日本学術会議で議論されてきたが、いまだ法制度化には至っていない。本稿では、第三者の女性に子の妊娠・出産を依頼する代理懐胎（代理出産）について、法制度化の課題を検討した。代理懐胎は、ほかの生殖補助医療とは違い、母となる女性が子を出産する女性とは異なっていることから、第三者の人体を利用することの倫理的問題、法的親子関係や出産後の子の引渡しを巡る問題など、代理懐胎に伴う独自の課題が浮かび上がっている。現在、日本産科婦人科学会は、会告で代理懐胎の実施を認めていないが、海外では代理懐胎を認めている国も存在する。オーストラリアでは、商業的代理懐胎は禁止されているが、利他的代理懐胎は認められている。代理懐胎を巡る課題について、日本における議論とオーストラリアの法制度とを比較検討することにより分析した。

キーワード：代理懐胎，代理出産，生殖補助医療，オーストラリア

社会保障研究 2018, vol.2, no.4, pp.578-590.

Ⅰ はじめに

近年、生殖補助医療を利用する家族が増加している。生殖補助医療のなかでも、夫婦の配偶子（精子，卵子）ではなくドナーの配偶子による懐胎（Donor Conception: DC）や第三者の女性による代理懐胎（代理出産）を巡る問題が浮上している。

代理懐胎は不妊治療として行われる生殖補助医療の一つとされるが、妊娠・出産できない女性に代わって第三者の女性に妊娠・出産をしてもらうものであり、母となる意思を持つ女性が子を出産する女性とは異なる点において、ほかの生殖補助

医療とは明らかに異なっている。代理懐胎には、代理懐胎を引き受けた女性（代理懐胎者，代理母）が自分自身と遺伝的つながりのある子を妊娠する場合、つまり代理懐胎者の卵子が用いられる場合（traditional surrogacy）と、代理懐胎者が子と遺伝的つながりを持たない場合、つまり代理懐胎者の卵子が用いられない場合（gestational surrogacy）とがある。特に、夫婦の配偶子が用いられる代理懐胎の場合には、夫婦の遺伝子を受け継ぐ子の出産が可能であることから、代理懐胎を望む夫婦の強い願望がある。そしてその願望は、商業的代理懐胎の利用にもつながる可能性を内包している。

代理懐胎は、第三者の女性の身体によって妊

* 和歌山県立医科大学 専任講師

娠・出産が行われることに伴う倫理的問題があることから、海外では代理懐胎を認めている国や、認めない国、さらに代理懐胎を容認していても無償である場合に限り認める、あるいは裁判所の審査を経て依頼夫婦の実子とすることが必要とされるなど、対応はさまざまである。さらに、配偶子提供者や代理懐胎者を求めて渡航する「生殖ツーリズム」が世界的規模で行われており〔日比野編著（2013）〕、親子関係や子の引渡しを巡る新たな問題も生じている。

生殖補助医療の利用に伴って生じる問題に対処するため、海外では多くの国で生殖補助医療を規制する法律が制定されてきたが、各国での法制度は今も流動的であり、社会状況の変化に応じて法改正が行われるなど世界的規模で法整備が進展している。特にオーストラリアでは、ビクトリア州で1984年に世界に先駆けて体外受精等の生殖補助医療を包括的に規制する法律が制定され、DCによって生まれてくる子の出自を知る権利を認めている〔南（2012）〕。さらに、2016年にはドナーの匿名性のもとに生まれた子にも出自を知る権利を遡及的に認める先進的な法改正がなされた〔Minami（2016）〕。代理懐胎においても、オーストラリアでは利他的代理懐胎が認められている。しかし、日本においては、生殖補助医療を規制する法律はいまだに制定されていない。日本では日本産科婦人科学会の会告において代理懐胎の実施を認めていないが、海外での代理懐胎によって生まれた子の親子関係を巡って裁判が行われるなど、早期の法整備が求められている。本稿では、生殖補助医療の法制度化の進んだオーストラリアの事例をもとに代理懐胎の法整備に向けた課題を探る。

II 日本における代理懐胎を巡る議論

日本では、これまで代理懐胎については、厚生科学審議会生殖補助医療部会¹⁾（2003）や日本学術会議生殖補助医療の在り方検討委員会²⁾（2008）で議論されてきた。議論の結果は、それぞれ、「代理懐胎は禁止する」、「代理懐胎は原則禁止とすることが望ましい」とするものであり、特に、日本学術会議では代理懐胎の法律による規制の必要性を指摘している。それらの議論においては、代理懐胎についての課題として次のような点が指摘されている。

1 妊娠・出産に第三者の人体を利用することの倫理的問題

代理懐胎は「第三者の人体そのものを妊娠・出産のために利用するものであり、『人を専ら生殖の手段として扱ってはならない』という基本的考え方に反するものである（生殖補助医療部会報告書）」こと、そして「女性の身体の商品化につながる危険をはらんでいる（日本学術会議報告書）」ことが指摘された。これらの指摘は、商業的代理懐胎のみならず、第三者の人体を出産の「道具」として利用する可能性のある代理懐胎そのものが倫理的観点から認められないとするものである。

2 妊娠・出産に伴う危険性

「生命の危険さえも及ぼす可能性がある妊娠・出産による多大な危険性を、妊娠・出産を代理する第三者に、子が胎内に存在する約10か月もの間、受容させ続ける代理懐胎は、『安全性に十分配慮する』という基本的考え方に照らしても容認で

¹⁾ 厚生科学審議会生殖補助医療部会は2003年4月28日に「精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書」（以下、「生殖補助医療部会報告書」と略す）を取りまとめた。報告書では、ドナーによって提供された精子、卵子、胚を用いる生殖補助医療を認め、子の出自を知る権利も認めているが、代理懐胎は禁止するとした。

²⁾ 2006年11月30日付けで法務省及び厚生労働省は、日本学術会議に対して、代理懐胎を中心に生殖補助医療を巡る諸問題について審議するよう依頼した。日本学術会議は2006年12月21日に「生殖補助医療の在り方検討委員会」を設置し、1年3か月にわたり検討を行った。その結果は2008年4月8日に対外報告書「代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題—社会的合意に向けて—」（以下、「日本学術会議報告書」と略す）にまとめられて公表された。

きるものではない（生殖補助医療部会報告書）。つまり、代理懐胎は「妊娠・出産という身体的・精神的負担やリスクを第三者に負わせる（日本学術会議報告書）」ことになる。これらの指摘は、医学的側面からも、代理懐胎のリスクの大きさを指摘している。

3 出生した子の権利と福祉にかかわる問題

(1) 法的親子関係

日本においては、母子関係は最高裁の判例によって、分娩した女性を母としている（「母とその非嫡出子との間の親子関係は、原則として、母の認知を俟たず、分娩の事実により当然発生すると解するのが相当である」としている）〔最高裁判決（1962.4.27）〕。つまり、現行民法は、生殖補助医療を想定して定められたものではなく、分娩上の母が遺伝的母であることを基礎に法的母子関係、さらには父子関係が基礎付けられている（民法772条1項では、「妻が婚姻中に懐胎した子は、夫の子と推定する」と定められている）。海外で行った代理懐胎での親子関係を巡る裁判事例で、2007年に最高裁は「現行民法の解釈としては、出生した子を懐胎し出産した女性をその子の母と解さざるを得ず、その子を懐胎、出産していない女性との間には、その女性が卵子を提供した場合であっても、母子関係の成立を認めることはできない」とし、代理懐胎の依頼女性が卵子提供者であっても実母とは認めないとの判断を示すと同時に、「代理出産という民法の想定していない事態が発生しており、立法による速やかな対応が強く望まれる」ことを指摘している〔最高裁決定（2007.3.23）〕。日本学術会議報告書では、「代理懐胎は原則禁止とすることが望ましい」としているが、「先天的に子宮をもたない女性及び治療として子宮の摘出を受けた女性を対象を限定した、厳重な管理の下での代理懐胎の試行的実施（臨床試験）は考慮されてよい」としており、代理懐胎依頼者と生まれてくる子との親子関係については、「養子縁組または特別養子縁組によって親子関係を定立する。試行的場合も同じとする。外国に渡航して行われた場合についても、これに準ずる」としている。しか

し、代理懐胎依頼者は、生まれてくる子については実子としての親子関係が認められることを上記の裁判事例にみられるように強く望んでいる。親子関係を成立させる制度について、さらなる検討が求められている。

(2) 出生した子の引渡し等を巡る問題

代理懐胎では、子の権利と福祉にかかわる次のような問題が指摘されている。

「代理懐胎を依頼した夫婦と代理懐胎を行った人との間で生まれた子を巡る深刻な争いが起こり得ることが想定され、『生まれてくる子の福祉を優先する』という基本的考え方に照らしても（代理懐胎は）望ましいものとは言えない（生殖補助医療部会報告書）」。さらに、代理懐胎（依頼夫婦の配偶子が用いられる場合は提供精子による人工授精（Donor Insemination: DI）と異なり、「遺伝的には依頼夫婦の子である点で違いはあるとしても、その出生の経緯それ自体またはその事実を隠そうとすることが子に与える影響は、（DIと）同様と想像される。特に、代理懐胎が営利目的のものであった場合には、たとえ、対価が妊娠・出産に対するものであったとしても、子は自分が売買の対象にされたと感じるかもしれない（日本学術会議報告書）」。

これらは、代理懐胎においてもDIと同様に、出生の経緯を巡る「家族の問題」や代理懐胎の依頼者と代理懐胎者との間で子を巡る問題の起きる可能性を指摘している。

一方、医療に携わる日本産科婦人科学会でも代理懐胎の実施を認めていない。その理由として会告「代理懐胎に関する見解」では、次の点が挙げられている〔日本産科婦人科学会（2003）〕。

①生まれてくる子の福祉を最優先するべきである。②代理懐胎は身体的危険性・精神的負担を伴う。③家族関係を複雑にする。④代理懐胎契約は倫理的に社会全体が許容していると認められない。

会告における学会の見解は、政策課題としての生殖補助医療部会や日本学術会議での代理懐胎に

関する議論と同様に、代理懐胎の問題点を指摘している。

このように、日本における議論は全般的にみて、代理懐胎に対して否定的、消極的であり、代理懐胎に伴う問題点に議論の中心があるが、海外において代理懐胎を認める法制度の特徴はどのようなものなのだろうか。また、日本における代理懐胎の議論において提示された課題をどのように克服しているのだろうか。日本学術会議が指摘しているように、日本においては、代理懐胎についての正確な実態がほとんど明らかにされておらず、社会的合意に至る議論もまだ不十分である。そこで、すでに代理懐胎の法規制のある海外の事例、特に生殖補助医療に関する法制度化の進んでいるオーストラリアの事例と比較検討する。

Ⅲ オーストラリアにおける代理懐胎を巡る法制度の特徴

オーストラリアでは、連邦政府と州（州、準州、及び特別地域）政府の間で権限を分担した連邦制度をとっており、生殖補助医療に関しては、州によって異なった法制度がとられている。生殖補助医療を規制する連邦法はないが、連邦政府の国立保健医療研究審議会（National Health and Medical Research Council: NHMRC）は生殖補助技術にかかわる医療と研究に関し倫理的ガイドライン *Ethical Guidelines on the Use of Assisted Reproductive Technology in Clinical Practice and Research* を出している。ガイドラインにおいては「商業的代理懐胎は実施、促進あるいは推奨してはならない」と規定されている。州レベルでは、2000年にオーストラリア首都特別地域で *Artificial Conception Amendment Act 2000* が施行され、*Artificial Conception Act 1985* の改正によって、代理懐胎によって生まれた子の法的地位について規定されたことに引き続き、他州でも代理懐胎について定め

る法律や規制が設けられた³⁾。

NHMRCのガイドラインは、2017年に改定が行われ、代理懐胎についての記述が大幅に増加された。商業的代理懐胎については、「代理懐胎者が、代理懐胎の処置や妊娠にかかわる費用を超えて金銭的報酬を受ける商業的代理懐胎は、倫理的に受け入れられない。なぜなら、それは、代理懐胎者、依頼者、そして代理懐胎契約の結果出生したあらゆる者の商品化、搾取の懸念を生じさせるからだ」と述べている。また、利他的代理懐胎については、「『利他的代理懐胎 (altruistic surrogacy)』は、代理懐胎者が代理懐胎の処置や妊娠や出産に直接的にかかわるさまざまな自己負担額に対する返済を超えて、金銭的報酬を受けたり、動機づけられたりしないアレンジメントのことをいう」と定義されている。〔National Health and Medical Research Council (2017)〕

本稿では、ドナーの提供配偶子によって生まれた子の出自を知る権利を認め、ドナーの匿名性を廃止するなど、子の権利の保障に重点を置いた生殖補助医療の法制度化の進んでいるビクトリア州、ニューサウスウェールズ州、西オーストラリア州を中心にオーストラリアにおける代理懐胎の法制度の特徴を検討する。

現在、ビクトリア州では *Assisted Reproductive Treatment Act 2008* (VIC) 及び *Status of Children Act 1974* (VIC)、ニューサウスウェールズ州では *Assisted Reproductive Technology Act 2007* (NSW) 及び *Surrogacy Act 2010* (NSW)、西オーストラリア州では *Surrogacy Act 2008* (WA) によって代理懐胎が法的に規制されている⁴⁾。

これらの法律では、上記のように日本における代理懐胎を巡る議論において指摘された課題について、どのように対応しているのだろうか。

1 妊娠・出産に第三者の人体を利用することの倫理的問題に対する対応

³⁾ *Artificial Conception Act 1985* は、*Parentage Act 2004* の制定により廃止となった。

⁴⁾ 南オーストラリア州では *Family Relationships Act 1975* (SA)、クイーンズランド州では *Surrogacy Act 2010* (QLD)、タスマニア州では *Surrogacy Act 2012* (TAS)、オーストラリア首都特別地域では *Parentage Act 2004* (ACT) によって代理懐胎が規制されている。

代理懐胎については、1988年にビクトリア州で初めて代理懐胎が行われ、現在ではオーストラリアのすべての州とオーストラリア首都特別地域において、合理的な出費の支払いを認めた上での利他的代理懐胎が認められている。一方、商業的代理懐胎は、北部準州を除き、すべての州とオーストラリア首都特別地域で禁止されている。北部準州では代理懐胎に関する法規制はないが、商業的代理懐胎が行われてもよいということではない。なぜなら、NHMRCのガイドラインなどにより、制限がかかるからである。このようにオーストラリアでは、代理懐胎を認めているが、商業的代理懐胎を禁止し、また代理懐胎を認める諸条件を法的に厳しく規定することによって、倫理的問題に対する課題に対応している。

ビクトリア州、ニューサウスウェールズ州、西オーストラリア州、いずれも州法において、罰則付きで商業的代理懐胎を禁止している（ニューサウスウェールズ州では海外で商業的代理懐胎を行うことについても禁止されている）。ただし、利他的代理懐胎における代理懐胎者への必要経費の支払いについては認められており、代理懐胎を行うにあたり、必要経費の支払いを巡って交わされた契約については法的拘束力がある。ニューサウスウェールズ州の州法では、依頼者側からの支払いが認められる必要経費として、①妊娠したり、しようとするための費用、②妊娠または出産にかかわる費用、③代理懐胎契約を行ったり、その履行にかかわる費用、が挙げられている。それらには、代理懐胎者の医療費、交通費、宿泊費、代理懐胎に伴う健康・障害・生命保険の保険料、生まれてきた子にかかる医療費、無給休暇による収入の喪失、また、代理懐胎者とそのパートナーがカウンセリングを受けるにあたって必要な費用、法的アドバイスを受けるための費用、親決定命にかかわる手続きの当事者となるために必要な費用（交通費、宿泊費を含む）など、契約履行に要する費用が含まれると規定されている。さらに、それらの費用は、実際にかかったもので、その金額は、領収書やほかの書類で証明されうるものでなければならない。

オーストラリアのほかの州でも出産に伴って必要とされる費用に限って代理懐胎者への支払いを認めている。オーストラリアでは、代理懐胎のカウンセリング費用が3,000～5,000ドル、法的手続きにかかわる費用が13,000～20,000ドル、胚移植と代理懐胎を行うための準備費用が一回あたり6,000ドル、代理懐胎者の旅費やそのほかの費用が6,000～15,000ドルかかるという〔Central Queensland News (2017 Mar.24)〕。

このように、代理懐胎については、商業的代理懐胎禁止や、代理懐胎者の経済的負担などへの配慮が認められるものの、依然として第三者の人体を出産のために利用するという倫理的課題は残されている。しかし、オーストラリア全土において利他的代理懐胎が認められ、実際にオーストラリア国内で代理懐胎が実施されていることは、代理懐胎を許容する社会的合意によってこの課題をクリアすることが可能であることを示唆しているともいえる。

2 妊娠・出産に伴う危険性に対する対応

妊娠・出産に伴う危険性については、医学的側面から、代理懐胎者についての条件が定められている。代理懐胎者の年齢については、ビクトリア州、西オーストラリア州、ニューサウスウェールズ州、いずれにおいても25歳以上であることが定められている。ビクトリア州と西オーストラリア州においては、代理懐胎者は既に出産経験がありかつ生児出生であったことも条件とされている。さらに、これらの州では、代理懐胎者と、代理懐胎者にパートナーがいる場合には、そのパートナーも、カウンセリングと法的アドバイスを受けることが求められている。西オーストラリア州では、代理懐胎契約はWestern Australian Reproductive Technology Councilによって事前に承認を受ける必要があるが、その承認がなされる少なくとも3カ月前までには、依頼者夫婦、代理懐胎者、配偶子提供者それぞれが、医師の診断を受け、代理懐胎契約を行うことについて医学的に適切であることが医師による診断書で確認されていることも条件とされている。

これらの条件は、妊娠・出産に伴う代理懐胎者の身体的リスクを避けるために設けられた法的規制といえる。

3 出生した子の権利と福祉にかかわる問題に対する対応

(1) 法的親子関係への対応

依頼者夫婦の配偶子を用いて第三者の女性によって妊娠・出産が行われる場合には、依頼者夫婦と子とは血縁関係にあるが、妻以外の女性の卵子や、夫以外の男性の精子が用いられる場合には、DCと同様に配偶子提供に関する問題や子の出自を知る権利（血縁関係にあるドナーの情報を知る権利）の問題が派生する⁵⁾。さらに、代理懐胎者の卵子が用いられた場合には、出産女性が子と血縁関係にあることから、子を巡る争いが起こる可能性が高くなることも考えられる。

ビクトリア州では、代理懐胎者の卵子は子の懐胎に用いられないことが条件とされており、代理懐胎者と生まれてくる子は血縁関係を持たないよう規定されている。一方、ニューサウスウェールズ州や西オーストラリア州では、代理懐胎者の卵子を用いることもできる⁶⁾。

オーストラリアでは、連邦法*Family Law Act 1975* (s.60HB) と州法の規定により、州や特別地域における裁判所の親決定命令 (parentage order) によって、産みの親である代理懐胎者側から親権が移譲され、代理懐胎依頼者は子と法的な親子関係を定立することができる。ただし、北部準州では代理懐胎における親子関係について規定する法律がないため、代理懐胎者が養子として子を手放さない限り、産みの親、すなわち代理懐胎者が子の法的親とみなされることになる。

ビクトリア州では子が生まれて28日以降6カ月以内に、ニューサウスウェールズ州では子が生ま

れて30日以降6カ月以内に、法的な親決定命令を求めて裁判所に申請を行うことができる。西オーストラリア州では子が生まれて28日以降6カ月以内に申請を行う必要があるが、代理懐胎者が子の遺伝上の母である場合、裁判所への申請には、代理懐胎者と申請した親が署名した計画書が必要で、そこには子が代理懐胎者やそのほかの者（代理懐胎者の父母など）とどの程度時間を過ごしたり、コミュニケーションをとったりするのかについての詳細、当事者同士でどの程度情報交換をしようのかについての詳細が含まれるとしている。

これらの事例では、代理懐胎者から子が強制的に引き離されることがないようにとの配慮と同時に、親決定命令によって親子関係を定立するには、子の成長に合わせて6カ月以内と申請期限を設けている点に特徴がある。また、代理懐胎者が子と血縁関係にある場合には、西オーストラリア州の場合のように、代理懐胎者と子とのコミュニケーションの機会についても審査されることは、親決定命令によって代理懐胎依頼者が子の法的親となった後も、子が代理懐胎者とのコミュニケーションを通じて、出自の事実とともに成長することを可能にするものであり、子の出自を知る権利を保障するものとなっている。

(2) 出生した子の引渡しを巡る問題への対応

代理懐胎に関しては、利他的代理懐胎においても代理懐胎依頼者と代理懐胎者との間で、親子関係のほか、生まれた子を巡る深刻な争いが起こり得ることが想定される。

ビクトリア州の法律では、代理懐胎契約を認める条件として、当事者たちには、依頼者が生まれた子の引取りを拒否したり、代理懐胎者が依頼者に子を引渡すことを拒否したりといった不測の事態が生じた場合にも対応できるようにしておく

⁵⁾ 日本学術会議の代理懐胎に関する議論では、依頼女性である妻の卵子を用いる場合について主に検討している。
⁶⁾ ビクトリア州では、性別や性的指向、婚姻状態に関係なく、「妊娠・出産できない」者に対して、代理懐胎が認められている。一方、西オーストラリア州では、医学的理由により懐胎ができない、あるいは懐胎はできても生まれてくる子に遺伝的障害・病気が残る可能性がある、また、医学的理由から子を出産することができない場合に限り、法律婚または事実婚の異性愛カップル、シングル女性について代理懐胎が認められている。ニューサウスウェールズ州では、性別を問わず、シングル、あるいは法律婚か事実婚のカップルについて、代理懐胎が認められている。

ことを求めている。代理懐胎を行うにあたっては、Patient Review Panelの承認を得ることが必要であるが、Patient Review Panelが代理懐胎を許可するに当たって検討する事項には、代理懐胎依頼者、代理懐胎者、パートナーがいる場合には代理懐胎者のパートナーが、カウンセリングと法的なアドバイスを受けていること、思い通りに行かなかった場合も含め、契約の結果を受け入れる準備のあることが含まれており、カウンセラーからの報告も考慮される。しかし、当事者間で交わされる代理懐胎契約は、代理懐胎にかかわる必要経費の支払いを巡る契約を除き、法的に強制力を持つものではないと規定されていることから、子の出生後に、子の引渡しを巡る問題が派生する可能性が存在する。つまり、法律は、代理懐胎者が子を引き渡すことを拒否する選択をし得ることも、代理懐胎依頼者が子の引取りを拒否するかもしれないことも認めている。ニューサウスウェールズ州や西オーストラリア州でも、代理懐胎契約には強制力はないとされており、代理懐胎者も代理懐胎依頼者も意思を変えることができる。出産後、代理懐胎者と子との間に法的母子関係が成立するため、代理懐胎者の承諾がなければ、代理懐胎依頼者が親決定命令によって親子関係を成立させることはできない。

このように、子の引渡しに関しては強制力はなく、当事者間の事項とされているが、依然として深刻な争いが起こり得ることも想定されることから、この課題に対して法的に十分な対応がなされているとは言いがたい。生まれてくる子の福祉にかかわる問題として、さらに検討すべき課題であると考えられる。

IV オーストラリアの法制度から新たに浮かび上がってきた課題

オーストラリアでは、法規制のもとで代理懐胎が認められているが、法制化後もなお残る問題点について検討する。

1 利他的代理懐胎を認める法制度と海外での商業的代理懐胎を求める現実とのギャップ

オーストラリア国内では、商業的代理懐胎を認めていないが、海外での商業的代理懐胎を利用して多くの子が生まれている。2004年から2011年に実施されたオーストラリア国内での代理懐胎(gestational surrogacy)によって73人の子の出生が報告されている[Wang et al. (2016)]。一方、オーストラリアの代理懐胎のサポートグループであるSurrogacy Australiaが2011年に海外の代理懐胎仲介者に行った調査によると、オーストラリア人が海外で代理懐胎を依頼して生まれた子の数は、2009年には97人であったのが、2011年には269人と報告されている[Everingham et al. (2014)]。渡航先としては、アメリカ、インド、タイ、ネパール、カンボジア、メキシコ、ウクライナなどが知られている[The Australian (2016 Mar.2)]。このように、法的に国内での代理懐胎が認められているにもかかわらず、国外での商業的代理懐胎の利用によって多くの子が生まれている。これは、国内での代理懐胎が厳しく規制されていることと、国内では代理懐胎者になる女性を見つけることが困難なためである。この事例は、果たして「商業的代理懐胎に依存しない代理懐胎は実現可能なのだろうか」、との疑問を投げかけるものとなっている。

オーストラリアでは、子の出自を知る権利を認める法制度化が進むなど、第三者の関与する生殖補助医療に対して社会的理解の進んだ国と考えられる。しかし、それでもなお、国外で、多くの子が商業的代理懐胎によって生まれている。このことは、利他的代理懐胎に求められる法規制と海外での商業的代理懐胎を求める現実との間にギャップがあることを示している。つまり、女性が身体的・精神的なリスクが伴う代理懐胎を引き受けるのは、本来ボランティアの限界を超えたものであり、その結果、代理懐胎者を見つけることが困難になっている。そして、そこに商業的代理懐胎が立ち入る要素が存在する。しかし、オーストラリアの事例では、少数であっても、利他的代理懐胎を認め、親決定命令によって親子関係を保障する

法制度に基づいて子が出生していることを示しており、血縁関係にある子の出生を願う依頼者の願いがかなえられていることを見逃してはならない。

一方、日本における代理懐胎については、オーストラリアとは異なった社会的背景も考慮する必要がある。日本学術会議報告書では、日本の社会的側面から次のような問題点を指摘している。

「代理懐胎の依頼または引受けに際して、自己の意思でなく家族及び周囲の意思が決定的に作用することも考えられる。とりわけ、「家」を重視する傾向のある現在の我が国では、(義)姉妹、親子間での代理懐胎において、このような事態が生じることが懸念される。」

これらは、代理懐胎を取り巻く社会的環境が、利他的代理懐胎実現の可能性を左右する大きな要素となっていることを示している。

2 商業的代理懐胎によって派生している問題

オーストラリアでは、依然として海外での商業的代理懐胎によって多くの子が生まれていることを指摘した。それでは、海外で生まれた子と代理懐胎依頼者との親子関係はどのようになるのだろうか。海外での商業的代理懐胎を禁止していても、親の違反行為による処罰が子の権利と福祉の毀損につながることにジレンマが存在する。その結果、海外での商業的代理懐胎によって生まれた子には、国内での利他的代理懐胎のように親決定命令によって法的親子関係を定立させることは保障されていないが、代理懐胎依頼者が帰国後裁判所に子どもの親権を求める申請をした裁判例で、親権が認められている。これらは、商業的代理懐胎を禁止する法規制の抜け道となっており、代理懐胎の法的規制が、海外での商業的代理懐胎に対して、有効に機能していない実態を示しているといえる。オーストラリア移民・国境警備省によると、2015年には海外での代理懐胎契約によって生まれた約243人の子がオーストラリアの市民権を与えられたと報告されている〔Department of Immigration and Border Protection (2016)〕。

一方、海外での商業的代理懐胎においても問題

が生じている。2014年には、オーストラリア人カップルがタイにおける代理懐胎によって生まれた双子のうち、健康な子だけをオーストラリアに連れ帰り、ダウン症で先天性心臓疾患を患っていた子を引き取っていなかったことや、依頼者夫婦の夫が過去に子どもに対する性犯罪の経歴があることが明らかになり、代理懐胎における社会的責任が厳しく問われることになった (Baby Gammy 事件)。タイでは、こうした事件をきっかけに、2015年7月30日に *Protection of Children Born from Assisted Reproductive Technologies Act 2015* が施行され、商業的代理懐胎及び外国人カップルの代理懐胎は禁止された。外国人とタイ人の夫婦の場合も、少なくとも3年間法律上の婚姻関係にあることが、代理懐胎が認められるための条件となった。〔ABC News (2015 Feb.20); Bangkok Post (2015 Jul.30)〕

世界の「代理懐胎の中心地」とされてきたインドでも *Surrogacy (Regulation) Bill 2016* が2016年8月に議会に提出された。この法案が通過すれば、商業的代理懐胎は禁止され、5年以上婚姻状態にあるインド人の不妊夫婦にのみ、代理懐胎が認められることになる。さらに、代理懐胎の依頼を受けることができるのは依頼者の近親者のみとなる〔Sengupta (2016)〕。海外での商業的代理懐胎を考えるオーストラリア人にとっては、選択肢からの除外を余儀なくされる。この法案の起草に携わった Soumya Swaminathan (the Director General of the Indian Council of Medical Research in Delhi) は、「(この法案提出の)理由は女性団体や女性自身からの数多くの抗議にほかなりません。」「代理懐胎者となった女性や子どもが放置されたり、適切に処置を受けなかった事例や、代理懐胎を求めて来る海外のカップルに生まれた子どものビザの問題について報告があります」と述べている。また、ほかの理由として、これらの女性は貧しく、「早く多額の金を稼ぐために、家族によってこの仕事を押し付けられている可能性がある。」「わが国の女性たちは、文字どおり子宮レンタル工場 (womb rental factories) となっていたのです。だから、我々はこれらの女性を保護するために法案

を提出することが大変重要だと考えたのです」とも述べている⁷⁾〔CNN (2016 Sep.8)〕。

このように、海外での商業的代理懐胎の利用に伴って代理懐胎における社会的責任が問われるさまざまなケースが生じている。商業的代理懐胎を禁止する法制度が機能するには、国家間の垣根を越えた商業的代理懐胎の規制や、違反行為に対して子の福祉を損なわない形で罰則を強化するなどの議論の必要性が示唆される。

3 代理懐胎を規制するオーストラリア連邦法の整備に向けた動向

上述のように、オーストラリア国内では、生殖補助医療を規制する連邦法はなく、各州や特別地域の法規制のもとで生殖補助医療が行われているが、オーストラリア連邦法によって代理懐胎を統一的に規制できるように法整備を求める動きが活発化している。

2015年12月2日には、連邦政府の司法長官である上院議員のGeorge Brandis QCより、国際・国内の代理懐胎に関する法規制について、審議し報告するよう下院のStanding Committee on Social Policy and Legal Affairsに依頼がなされた。そして、2016年4月には、報告書*Surrogacy Matters: Inquiry into the regulatory and legislative aspects of international and domestic surrogacy arrangements*が提出された。報告書の作成のための公開意見募集には、124件もの意見が寄せられ、2016年2月から3月にかけてキャンベラで7回の公聴会が開かれた。その結果、報告書では主に次のような勧告がなされた〔House of Representatives, Standing Committee on Social Policy and Legal Affairs (2016 Apr.)〕。

勧告では、商業的代理懐胎は非合法である(勧告1)ことや、利他的代理懐胎を促進するモデルとなる連邦法の作成を視野に検討を行うこと、その

モデルとなる法律は、次の4つの原則(以下、「代理懐胎の原則」と記す)に留意すべきであることとしている(勧告2)。

原則1:子の最善の利益が保護される(子の安全と福祉、そして子の出自を知る権利が含まれる)。

原則2:代理懐胎者は、代理懐胎を行うことについて、自由で、情報に基づいた決定をすることができる。

原則3:代理懐胎者を搾取から保護するための十分な法的保護がある。

原則4:(代理懐胎の)アレンジメントの結果生じる親子関係について、法的に明確である。

これらの原則では、生まれてくる子の最善の利益が保障されることを第一としている。さらに代理懐胎者が搾取の対象とならないように保護されることの重要性を指摘している。そして、委員長George Christensen下院議員が報告書の前書きで述べているように、この原則は商業的代理懐胎を非合法とする根拠ともなっている。

「まず、最も重要なこととして、委員会は商業的代理懐胎がオーストラリアでは非合法であることを維持することを勧告する。この勧告は、最善の法的な意図をもってすら代理懐胎者と子の搾取が生じる深刻な潜在性が存在するという観点にのっつたものである。」

さらに、委員会は司法長官に、オーストラリア法改正委員会(Australian Law Reform Commission)に対して、連邦法の作成を視野に入れて各州と特別地域の代理懐胎に関する法の調査を行うよう依頼することを勧告している(勧告3)。つまり、現状では州と特別地域がそれぞれ独立した法制度を持っていることから、まず、それぞれの法制度間での整合性の必要性を指摘している。その上で、代理懐胎の原則の観点から、調査を行うことを求

⁷⁾ インドは、他国に比べて代理懐胎にかかる費用が低価格で、医療技術も進んでいることから、世界の「surrogacy hub(代理懐胎の中心地)」と言われ、海外からも多くの人々が代理懐胎のサービスを求め、インドに渡ってきた。インド産業連合の推定によると、インドにおいて代理懐胎ビジネスは、3,000近い病院とクリニックがかかわる23億ドル市場となっているとされる。インド医学研究評議会によると、毎年約2,000人の子が代理懐胎によって生まれているという〔Cousins (2016)〕。

めている。

調査に際しての考慮すべき点としては、①子の最善の利益、②代理懐胎の契約前、妊娠中、出産後、子を手放す際における、すべての当事者に対する強制的で、独立した、個人的なカウンセリングの必要性、③代理懐胎を行おうとするすべての当事者に対するバックグラウンドチェック、医療的・心理的検査、独立した法的アドバイスの必要性、④紛争解決のプロセスを含め、すべての当事者が今後のことについて共有し、当事者たちが、(妊娠・出産における)自身の健康と子の健康について代理懐胎者が決定する権利を尊重することを保障するような、拘束力のない代理懐胎契約をする必要性、⑤代理懐胎者から、代理懐胎依頼者へ親の責任が移行されるプロセス、そしていつそれが行われるべきか、⑥代理懐胎者に対する代理懐胎に要した経費の適切な払戻しの必要性、⑦政府機関が運営する代理懐胎者と代理懐胎依頼者の情報の登録制度の必要性、⑧代理懐胎が家族に与える影響についての長期にわたる研究を可能にするよう、州と特別地域が代理懐胎によって作られた家族についての標準化された統計的情報を取っておくべきかどうかについて、などが挙げられている。

さらに勧告では、「子の出生証明書は、子が代理懐胎の結果生まれたという記録を含め、産みの親、遺伝上の親、そして代理懐胎依頼者、すべてについての情報を含むべきかについての検討」(勧告4)や、「オーストラリア政府は、国内での利他的代理懐胎を考えるオーストラリア人にアドバイスと情報を提供するウェブサイトを立ち上げること」(勧告6)などが指摘されている。

また、オーストラリア人による海外での代理懐胎については、特別委員会を設置して、その状況を調査するよう求めており(勧告7)、海外での商業的代理懐胎の利用に伴う問題が、依然として検討課題となっていることを示している。

これらの勧告の内容から読み取れることは、代理懐胎について連邦法のもとに統一した規制がなされることの必要性や、現行の州法において、代理懐胎者の代理懐胎に伴うリスク、法的親子関

係、子の引渡しを巡るトラブル、さらには、海外での商業的代理懐胎の利用に伴う問題に十分に対処できているかどうかを、連邦政府が主体となって検証することが求められているということである。

V おわりに

代理懐胎を巡るオーストラリアの法制度の特徴について分析してきた。日本での議論において提示された課題について、オーストラリアでは法規制による独自の対応がなされていることが明らかになった。特に、連邦法の制定も視野に入れた委員会の勧告で示された「代理懐胎の原則」は、法規制において重視すべき点を端的に示すものとなっている。それは、「代理懐胎者と子の権利が侵害され搾取されないよう保障する」ものであり、代理懐胎に伴う倫理的問題をクリアするための必要条件であるといえよう。

オーストラリアでは、代理懐胎を禁止するのではなく、法規制のもとで容認する立場をとっている。しかし、依然として商業的代理懐胎の利用や、親子関係を巡る課題が残されていることも明らかとなった。特に子にとって、親子関係の定立は「子の最善の利益を保障する」ことに直結するものであるが、利他的代理懐胎において、自由意思に基づいて代理懐胎を引き受ける女性と代理懐胎依頼者間で交わされる代理懐胎契約を法的にコントロールすることの難しさが浮き彫りにされた。代理懐胎契約の内容とあり方について、どのようなアドバイスと法的拘束力を持たせるのが最善であるのか、勧告に示されたように、州法の垣根を越えた全国レベルでの調査と検討が求められている。

NHMRCのガイドラインや2016年に出された委員会の勧告では、改めて商業的代理懐胎の禁止を明確にしているが、利他的代理懐胎を支える、代理懐胎者となる(意思のある)女性の有無が、利他的代理懐胎の実施の鍵を握っている。代理懐胎の条件を厳しくすることは、逆に代理懐胎者となる女性を見つけることが困難となり、商業的代理

懐胎を求めて海外に渡航せざるを得なくなるというジレンマが生じているからである。しかし、一方では、商業的代理懐胎の弊害が指摘されており、タイ、ネパール、カンボジア、インドのように海外のカップルによるこれまでの商業的代理懐胎を禁止、または禁止しようとする国もでてきている。カンボジアでは、違法に代理懐胎クリニックを運営していたとして、オーストラリア人女性が逮捕される事件も起きている〔ABC News (2016 Nov.21)〕。

「オーストラリア政府は、国内での利他的代理懐胎を考えるオーストラリア人にアドバイスと情報を提供するウェブサイトを立ち上げること」との勧告は、代理懐胎についての理解をさらに広げることや代理懐胎に伴うさまざまなリスクを避けるための情報提供が、利他的代理懐胎の実施に欠かせないものであることを示唆している。

日本学術会議報告書では、代理懐胎について、「先天的に子宮をもたない女性及び治療として子宮の摘出を受けた女性を対象を限定した、厳重な管理の下での代理懐胎の試行的実施（臨床試験）は考慮されてよい」としている。つまり、生殖補助医療としての代理懐胎を検証する必要性から、臨床試験としての実施の可能性を認めている。

しかし、「厳重な管理の下で」と指摘されているように、試行的実施に当たっても、可能な限りにおいて、想定し得る代理懐胎に伴う課題に対応した法律を制定しておくことが望ましいと思われる。代理懐胎が試行的実施の名のもとに、法的規制が不十分なまま行われることの危険性をはらんでいるからである。例えば、日本では、DIが日本産科婦人科の会告に準拠して、医師の自主規制のもとに行われているが、1949年にDIによって最初の子が誕生して以来、すでに半世紀以上にわたり、法的規制のないままにDIが行われてきた経緯がある。その結果、子の出自を知る権利を巡る問題〔毎日新聞（東京朝刊）（2014.3.26）〕や親子関係に関する裁判事例〔朝日新聞（2013.12.12）〕などが報道されている。代理懐胎について、日本学術会議報告書でも、「（日本産科婦人科）学会が倫理規範として自発的に定める会告で代理懐胎を規

制してきたことは妥当なことである」としながらも、「日本医師会などの医師らの団体が任意団体である我が国では、医師の自律的対応にこれ以上のことを求めることはできない。現在の状態は、代理懐胎が自制されることなく実行される危険性を、常にはらんでいる」ことが指摘されている。

また、日本でも、すでに海外での商業的代理懐胎が利用されていることから、その法的規制についての議論も必要とされる。

オーストラリアの事例は、海外の先行事例として、代理懐胎における法的規制とその課題を明らかにする上において多くの示唆を与えるものと思われる。これらの事例の分析をもとに、日本における法整備の進展することが望まれる。

謝辞

本研究は日本学術振興会、科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）基盤研究（C）（課題番号17K08923）の助成を受けている。

（平成29年7月投稿受理）

（平成29年12月採用決定）

参考文献

- 朝日新聞（2013.12.12）「血縁なし 父子と初認定 最高裁 性同一性障害の夫と長男 提供の精子で誕生」。
- 厚生科学審議会生殖補助医療部会（2003）『精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書』。
- 最高裁決定（2007.3.23）最高裁第二小法廷平成19年3月23日決定（平成18年（許）第47号 市町村長の処分に対する不服申立て却下審判に対する抗告審の変更決定に対する許可抗告事件）。最高裁判所民事判例集，第61巻，2号，pp.619-710。
- 最高裁判決（1962.4.27）最高裁第二小法廷昭和37年4月27日判決（昭和35年（オ）第1189号 親子関係存在確認請求）。最高裁判所民事判例集，第16巻，7号，pp.1247-1251。
- 日本学術会議 生殖補助医療の在り方検討委員会（2008）対外報告『代理懐胎を中心とする生殖補助医療の課題—社会的合意に向けて—』。
- 日本産科婦人科学会（2003）会告『代理懐胎に関する見解』，<http://www.jsog.or.jp/ethic/index.html>（2017年5月20日最終確認）。
- 日比野由利 編著（2013）『グローバル化時代における生殖技術と家族形成』，日本評論社。
- 毎日新聞（東京朝刊）（2014.3.26）「人工授精：遺伝上の

- 父，探し続ける 40歳の医師，情報開示のルール化訴え」。
- 南貴子 (2012) 「オーストラリア・ビクトリア州における生殖補助医療の法制度化による子の出自を知る権利の保障」, 『海外社会保障研究』, No.179, pp.61-71.
- ABC News (2015 Feb.20) “Thailand bans surrogacy for foreigners in bid to end ‘rent-a-womb’ tourism.”
- (2016 Nov.21) “Australian woman charged with running illegal surrogacy clinic in Cambodia,” by Anne Barker.
- Bangkok Post (2015 Jul.30) “Law banning commercial surrogacy takes effect.”
- Central Queensland News (2017 Mar.24) “Couples’ uphill battle to find a surrogate.”
- CNN (2016 Sep.8) “5 faces of India’s proposed surrogacy ban,” by Huizhong Wu.
- Cousins, S. (2016) “Only married heterosexual Indian couples will be allowed to use surrogate mothers under proposed new law,” *British Medical Journal*, 354, i4669.
- Department of Immigration and Border Protection (2016) *Inquiry into Surrogacy, Standing Committee on Social Policy and Legal Affairs, Submission 45*.
- Everingham, S. G., Stafford-Bell, M. A., and Hammarberg, K. (2014) “Australians’ use of surrogacy,” *The Medical Journal of Australia*, 201, pp.270-273.
- House of Representatives, Standing Committee on Social Policy and Legal Affairs (2016 Apr.) *Surrogacy Matters: Inquiry into the regulatory and legislative aspects of international and domestic surrogacy arrangements*.
- Minami, T. (2016) “Legislation toward allowing all donor-conceived offspring the right to know their origin: the cases of Japan and Victoria, Australia,” *Japanese Association for Philosophical and Ethical Researches in Medicine*, No.10, pp.13-22.
- National Health and Medical Research Council (2017) *Ethical Guidelines on the Use of Assisted Reproductive Technology in Clinical Practice and Research*, Canberra: Australian Government.
- Sengupta, J. (2016) “Opinions on the new draft Surrogacy (Regulation) Bill, 2016 in India,” *Journal of Reproductive Health and Medicine*, Volume 2, Supplement 1, November, p.s18.
- The Australian (2016 Mar.2) “Aussie couples exploit lax surrogacy laws in Mexico, Ukraine,” by Nicola Berkovic.
- Wang, A. Y., Dill, S. K., Bowman, M., and Sullivan, E. A. (2016) “Gestational surrogacy in Australia 2004-2011: treatment, pregnancy and birth outcomes,” *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56, pp.255-259.

(みなみ・たかこ)

Issues Concerning Surrogacy Legislation: A Case Analysis of Australia

Takako MINAMI*

Abstract

For more than a decade, the legislation on assisted reproductive technology (ART) has been called for in Japan. The issue has been discussed in the Assisted Reproductive Technology Committee of the Health Sciences Council of Japan Ministry of Health, Labour and Welfare and the Science Council of Japan, but this has not yet resulted in the regulation of ART in Japan. This paper analyzes legislation on surrogacy, the procedure which relies on the third party to conceive and give birth to children. Surrogacy is different from other ARTs in the sense that the birth mother is expected to relinquish the baby to the commissioning parents after giving birth. This causes ethical issues concerning the use of the surrogate mother's body "as a tool" and possibility of placing children born by surrogacy in a legal limbo. Currently, the Guidelines of the Japan Society of Obstetrics and Gynecology prohibit surrogacy, but there are jurisdictions which allow surrogacy abroad. Australia is one of the countries that allow altruistic surrogacy, and some of its states have comprehensive laws regulating the practice of surrogacy. Issues surrounding surrogacy will be examined by comparing the discussion on legislation in Japan with the current legislative system and the related issues faced by Australia.

Keywords : Surrogacy, Assisted Reproductive Technology (ART), Australia

* Lecturer, Wakayama Medical University

国民移転勘定 (National Transfer Accounts: NTA)

福田 節也*

I はじめに

人類未到レベルの高齢化と世界最速ペースの人口減少を前に、わが国における既存の社会経済システムとそれを支えてきた理念はことごとく危機を向かえている。高齢化と縮小の時代に対応した新しい福祉社会のあり方に向けた国民的な議論と、持続可能な社会経済システムへの転換に向けた具体的な政策が強く求められている。

人口高齢化への対応は、今世紀における世界共通の課題でもある。高齢化の時代における新たな経済統計体系として近年注目を浴びているのが国民移転勘定 (以後、NTA) である。NTAの活用によって、ジェンダーや世代間における「お金」や無償労働の形で生じる「時間」のやり取り (移転構造) を解明し、高齢化や人口減少が社会経済や人々の生活をどのように変えていくのかを量的に見通すことが可能となる。本稿においては、新しい経済統計体系であるNTAについて紹介すると共に、今後の課題について論じる。

II NTAについて

NTAは、アメリカの人口経済学者であるRonald LeeとAndrew Masonが中心となって開発した世代間所得移転の分析ツールである。近年ではIMF・世界銀行・国連などの国際機関でも解析手法として採用され、2013年には国連によりマニュアルも公

開されている (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/development/NTA_Manual.shtml (2018年2月6日最終確認))。NTAでは公的統計や行政データなど政府に散在するビッグデータを活用し、一国における勤労所得、消費、公的および私的移転、そして貯蓄・資産といったさまざまな経済フローの収支について年齢別の値を推計する。いわば世代間のお金の流れを税、年金、医療、介護、教育、労働、消費、貯蓄といったさまざまなソース毎に「見える化」する。これによって例えば、ある高齢世代の消費 (医療や介護を含む) はどのくらいの規模であり、就業、公的移転、私的移転、貯蓄・資産によってそれぞれどの程度補填されているのかが明らかとなる。同様に、子ども世代の消費 (教育を含む) に対する公私の負担割合はどの程度か? 一人当たりでみると、子どもと高齢者ではどちらに多く公的移転が行われているのか? 現役世代は子どもと高齢者に対する公的・私的な扶養にそれぞれいくら支出しているのか? 日本の状況はほかの国と比べてどのように異なるのか? NTAの構築により、こうした問いに答えることが可能となる。近年では、上記の金銭的な経済フローに加えて、家事・育児、ボランティア、家庭での介護・看護といった無償労働の形で生じる「時間」を把握し、これを金銭評価することによって世代間およびジェンダー間の移転構造を明らかにする「国民時間移転勘定 (National Time Transfer Accounts: NTTA)」に関する手法開発も進みつつあり、NTAは無償労働や

* 国立社会保障・人口問題研究所 企画部第2室長

ジェンダーをも射程に入れた包括的な経済統計体系として発展しつつある。

NTAによって計算される諸変数の値は、国民経済計算（System of National Accounts, SNA）と整合性をもつため、NTAはSNAのサテライト勘定としての性格を有している。このことは2つの点で重要である。第1に、一国におけるマクロ経済のパフォーマンスを人口の年齢構造の変化と明示的に結びつけた形で理解することが可能となる。第2に、SNAと整合性をもつことにより、一時点における世代間の私的・公的な所得移転の構造を国際比較可能な枠組みで捉えることが可能となる。人口高齢化とはすなわち年齢構造の変化であり、高齢化がマクロ経済のさまざまなフロー指標に与える影響を直接的かつ国際比較可能な形で分析しうる点において、NTAは画期的な経済統計体系であるといえる¹⁾。

III NTAの分析例

それでは、具体的にNTAやNTTAによってどのようなことが見えてくるのか。弊所の一般会計プロジェクト「少子高齢社会の諸課題に対するNTA/NTTAの応用に関する研究」では、日本学術振興会科研費（特別推進研究）「多様な個人を前

提とする政策評価型国民移転勘定の創成による少子高齢化対策の評価」（研究代表：市村英彦・東京大学大学院教授）と共同で、1999年から2014年までの5年ごと4時点におけるNTAおよびNTTAを計算した。ここでは、最新年次2014年の値（NTTAについては2011年の値）から世帯における生産および消費についての「人口一人当たりの値」を示した²⁾。

図1によって示されているのが、有償の労働や消費（政府消費も含む）を通じた財・サービスの生産と消費である。収入・消費はいずれも税込みの金額で、時系列間での比較を可能とするため、デフレーターによって調整してある。この図によって明らかなことは、若年期と高齢期には消費が生産を上回っており、この年齢の個人が必要な消費を満たすためには、①世帯内・世帯間における私的移転、②政府を通じた現金や現物による公的移転、そして③貯蓄や資産の3つの方法による世代間移転が必要となる。NTAの一義的な目標は、この移転における公私の負担割合および教育・年金・医療・介護などの個別の移転プログラム毎にみたジェンダーと世代間の負担と受益の帰着の解明にある。言い換えるならば、次世代の育成と高齢者の扶養を社会としてどのように担っているのかを、性・年齢間のフローを通じて明らか

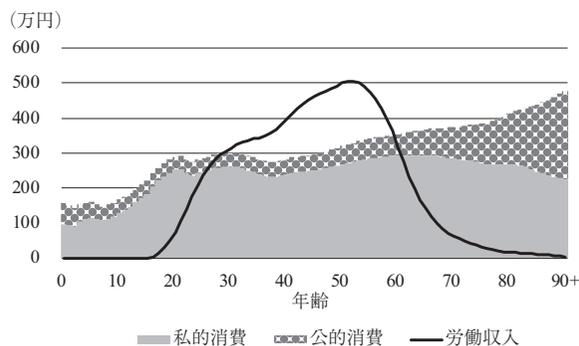


図1 世帯における生産および消費：2014年NTA

¹⁾ NTAの世界的な展開については、National Transfer Accounts ProjectのHPに詳しい。http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/（2018年2月6日最終確認）。

²⁾ NTAとNTTAの推計には、統計法第33条に基づき、総務省「全国消費実態調査」および「社会生活基本調査」の個票データを用いた（平成29年10月11日、総統調第374号および平成28年8月23日、総統調第316号）。

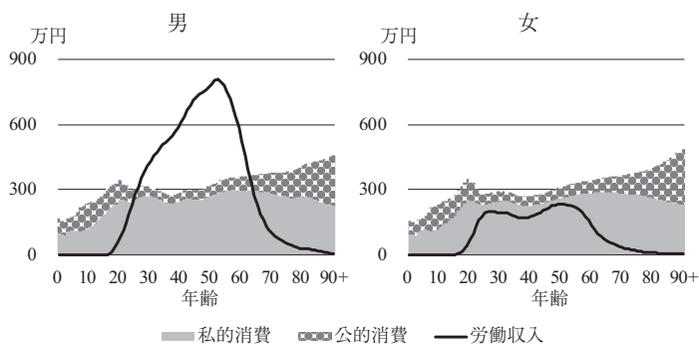


図2 性別，世帯における生産および消費：2014年NTA

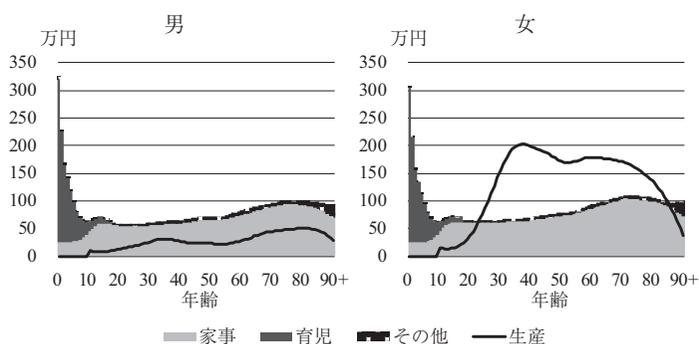


図3 世帯における無償労働の生産および消費：2011年NTTA

にする。

我々のプロジェクトは途上であり，現在，上記の3つの移転に関する変数の推計を行っているところである。しかし，図1を性別に分解した図2，ならびに無償労働によるサービスの生産と消費（家事・育児・そのほかに分類）を性別に表した図3からも多くの示唆を得ることができる。例えば，わが国では年齢別にみた生産の構造が性別によって大きく異なっている。図2をみると，女性は全年齢を通じて市場での生産が消費を下回っている。一方で，世帯内における無償労働について示した図3をみると，様相は一変して，全年齢を通じて男性の生産は消費を下回る。つまり，男性から女性へと有償の財・サービスが移転され，女性から男性へと無償労働によるサービスが移転される性別役割分業社会のありようが明瞭に示されている。以上は，性・年齢別の「平均値」からみた移

転の姿であるが，人口減少社会に望むわが国においては，ジェンダーによる移転構造を変化させつつ，新たな世代間移転のあり方を模索していく必要があることが理解されよう。

IV 今後の課題

このように高齢社会における世代間そしてジェンダー間の経済問題を記述・分析していく上でNTAやNTTAは有用であり，現状の把握はもちろんのこと，今後はシミュレーションによる政策効果の予測などさまざまな応用へと期待がかかる。一方で，わが国におけるNTAの推定および応用には課題もある。ここでは代表的な3点を挙げる。第1に，性，各歳別の公的データを得ることが難しいことが挙げられる。公的移転の推定には行政の事業報告等の公表値を用いる。性・各歳別のデー

タが公表されていない場合、一定の仮定を置いて値を推定しなければならない。事業報告の元データである行政記録情報から再集計できれば、社会保障や教育に関する公的移転の推計値の精度を格段に向上させることができるだろう。第2に、高齢者から若年世代への移転として重要なものに遺産がある。遺産は世代間格差を調整するファクターとして機能しうるが、現行のNTAにおいては遺産による世代間の移転が捉えられていない。第3に、これまでNTAで捉えられてきたのは、性、年齢別にみた移転構造の平均的な姿であり、地域や所得階層など個人の多様性に関する重要な変数が捨象されている。シミュレーション等の応用においては、個人の多様性や変数間の内生性を加味

した手法の開発がNTAのさらなる発展の鍵を握るであろう。

今後は、国内外の研究者による緊密な連携の下、NTAやNTTAの改善を進め、政策の評価や立案にも耐えうる実用性の高いツールとして洗練していく必要がある。また、NTAやNTTAのデータについては、社会の公器として広く公開した上で、さまざまなユーザーによりその応用を促していくことが望ましい³⁾。超高齢社会における諸課題を評価・分析するツールとして、わが国においてもNTAやNTTAが広く活用されるよう研究を進めていきたい。

(ふくだ・せつや)

³⁾ すでにヨーロッパでは、ヨーロッパ25カ国のNTAとNTTAのデータが公開され、ネット上からダウンロードすることが可能である。<http://dataexplorer.wittgensteincentre.org/shiny/nta/> (2018年2月6日最終確認)。

情報（各国の動向）

台湾の社会保障（第3回）
台湾の高齢者介護制度について

小島 克久*

Ⅰ はじめに

台湾では、わが国よりも急速な高齢化が見通されている。そのような中、介護制度の構築が進みつつある。そこで今回は、台湾の介護制度について取り上げる。

Ⅱ 台湾の介護制度

1 制度の基本的な仕組み

台湾の介護制度は、「老人福利法」（老人福祉法、1980年制定）、「長期照顧服務法」（介護サービス法、2015年制定）のほか、「長期照顧十年計画」（介護サービス十年計画、長照1.0、2008年から実施）に基づく税財源での制度で2016年まで実施されてきた。

その基本的な仕組みを見ると、対象者は、①65歳以上の要介護者、②55歳以上の山間部の先住民族、③50～64歳の障害者などである。介護サービスの利用希望者は、直轄市や県市政府に要介護認定を申請する。要介護（軽度、中度、重度の3段階）と認められると、公的な介護サービスを利用できる。介護サービスとして、在宅ケア（訪問介護、訪問看護など）、地域（通所）ケア（デイサービスなど）、施設ケアの3種類があり、在宅と地域ケアは要介護度別の利用限度枠（時間数）の範囲で利用できる。施設ケアは原則として重度で低所得の者が無料で利用できる。そのほかに、移送、

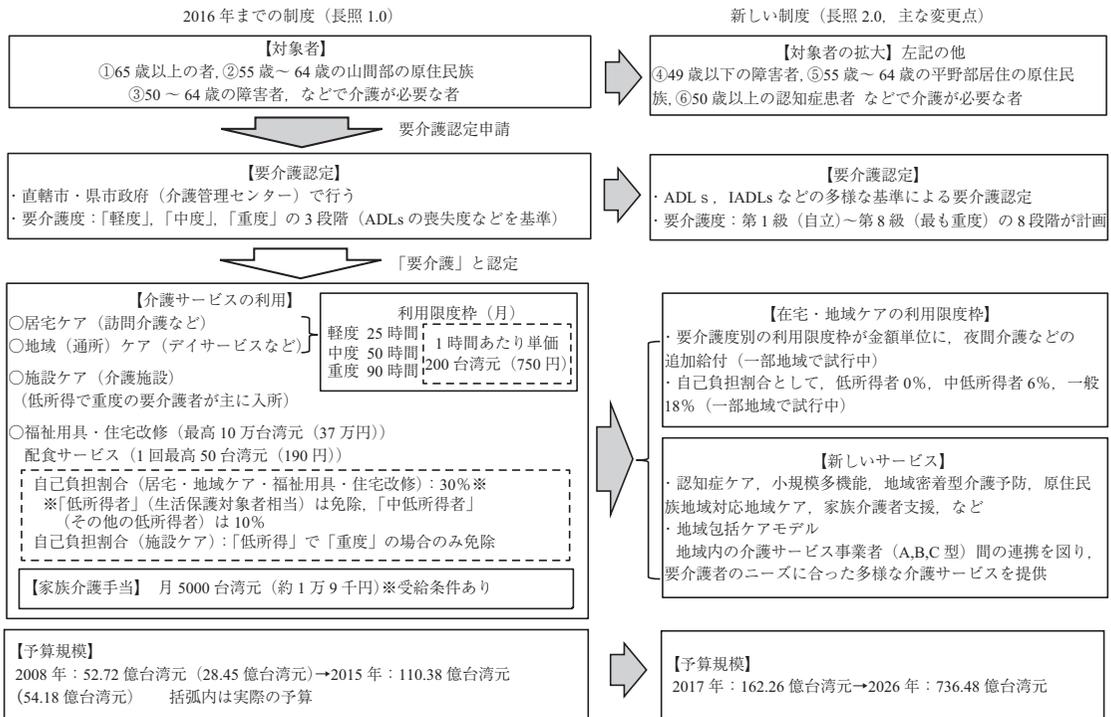
配食、レスパイトケア、住宅改修や福祉用具への補助等がある。在宅や地域ケア等での自己負担割合は、低所得者（生活保護対象者相当）は無料、そのほかの者は所得に応じて10%、30%である。そして、家族介護手当として「中低収入老人特別照顧津貼」があり、重度の要介護高齢者を同居家族（就業していないなどの条件がある）が介護している低所得世帯に月額5,000台湾元（約1万9千円）を支給する制度である（図1）。

2 「長期照顧十年計画2.0」での変更点

「長期照顧十年計画」は2016年に政権交代した蔡英文総統のもと、「長期照顧十年計画2.0」（介護サービス十年計画2.0、長照2.0）に衣替えし、2017年から順次実施されている。基本的な仕組みは変わらないが、主な変更点として、①対象者の範囲を拡大し、「49歳以下の障害者」、「50歳以上の認知症患者」などを加える、②サービスの種類を拡大し、「認知症ケア」、「地域密着型介護予防」、「小規模多機能サービス」、「原住民族地域密着型ケア」（原住民族の習慣に配慮した介護サービス整備、人材の育成）、「退院準備支援」などを加える、③地域密着の介護サービスの体制として、「地域包括ケアモデル」を構築する（後述）、などがある。

また、在宅・地域ケアの新しいサービス提供の方法が一部地域で試行されている。要介護認定が従来の3段階から、8段階（軽い方から第1級から第8級）に細分化され、第2級以上の認定者を対象に利用限度枠（金額）の中で介護サービスを提供す

* 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長



出所：衛生福利部資料から作成。

図1 台湾の介護制度の仕組み—これまでの制度と新しい制度（一部）—

る。利用限度枠の外で夜間の介護サービスなどを対象にした加算も行われる。自己負担も低所得者は無料、そのほかの者は所得に応じて6%、18%となる。この仕組みは2018年から台湾全土で実施される予定である（図1）。

長照2.0は、2017年から2026年までの10年計画である。必要な費用として、2017年は162.26億台湾元（約605億円）、2026年は736.48億台湾元（約2,747億円）であると見通されている。

3 台湾版「地域包括ケアシステム」

「長照2.0」では、「地域包括ケアモデル」（社団 整體照顧體系）の構築を目指している。これは、わが国の「地域包括ケアシステム」を参考にした、地域密着型の介護サービスモデルである。地域の介護サービスの量と種類の増加、介護事業所間の連携を図ることなどが目的である。その特徴として、地域内の介護サービス拠点を、①介護サービ

ス提供のほか、地域で指導的な役割を果たすA型、②多機能かつ専門的な介護サービスを提供するB型、③介護予防や配食などを提供するより身近な介護サービス拠点であるC型、に類型化し、A型を中心に地域内でB型やC型の拠点と連携して介護サービスを提供する。連携はA型の事業所による指導、会議、移送サービス等による。2016年10月からモデル事業が実施されているが、今後の整備目標として、A型は469カ所（市町村相当の地域ごとに少なくとも1カ所）、B型は829カ所（中学校区ごとに1カ所）、C型は2,529カ所（3集落ごとに1カ所）が掲げられている。

III 検討されていた「介護保険」

台湾では、「長期照顧保險法」（介護保険法）が検討され、国民党の馬英九総統時代の2015年6月に法案が立法院（議会）に送られた。しかし、民

進党の蔡英文政権になった2016年7月にこの法案はいったん撤回され、今に至っている。法案の主な内容は、①保険者は「中央健康保険署」（医療保険の保険者）、②被保険者は台湾の全住民、③保険料算定ルールは「全民健康保険」（医療保険）に準じる、④要介護認定を行い、給付は身体介護、訪問看護、住宅改修、福祉用具、レスパイトケア、各種家族介護者支援などの14種類、⑤介護サービス利用時の自己負担割合は15%（上限および低所得者への減免あり）、などであった。

Ⅳ 介護ニーズの大半を担う「外籍看護工」 （外国人介護労働者）

台湾では「外籍看護工」（外国人介護労働者）が多い。「外籍看護工」は、「就労服務法」（就労サービス法）に基づく手続により、要介護者のいる家庭や一部の施設で雇用される。在留期間は原則3年間である（その後は最大12年間まで延長が可

能）。2015年現在で約22万人の「外籍看護工」が就労しており、ほとんどが家庭で就労している。労働部の調査（2015年）によると、「外籍看護工」のほとんどが女性であり、25～34歳が47.6%を占める。国籍別ではインドネシア国籍が83.3%を占める。彼らの月額平均賃金は1万8,770台湾元（約7万円）と、台湾の最低賃金（2015年で月額2万8台湾元（約7万5千円））より低い。「長期照顧服務法」の中では彼らは「個人看護者」（家庭で個人的に依頼・雇用した介護者）とされ、定期的な介護技能訓練を実施する計画である。

Ⅴ 台湾の介護保障の現状

台湾の介護保障の主な現状をまとめると表1のとおりである。まず、要介護認定者（介護サービス利用者）は長照1.0が年間を通して実施された最初の年である2009年には約2.4万人であったが、2015年には約17万人へと達している。

表1 台湾の介護保障の現状

| 1. 要介護認定者（利用者） | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|-------|
| | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 年平均伸び率 | |
| 人数（名寄せ済み） | 23,963 | 70,567 | 94,337 | 113,203 | 142,146 | 155,288 | 170,465 | - | 38.7% | |
| 介護サービスカバー率（高齢者） | 5.70% | 16.30% | 21.00% | 27.00% | 31.80% | 33.20% | 33.96% | - | - | |
| 2. 居宅、地域ケア | | | | | | | | | | |
| | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 年平均伸び率 | |
| 居宅ケア | 利用者数 | 22,392 | 28,398 | 33,193 | 37,994 | 41,486 | 43,584 | 46,428 | 48,962 | 11.8% |
| | 介護サービス従事者数 | 4,794 | 5,591 | 6,353 | 7,118 | 7,463 | 7,675 | 8,368 | 8,988 | 9.4% |
| デイサービス（認知症高齢者ケアを含む） | 利用者数 | 615 | 898 | 1,206 | 1,780 | 1,878 | 2,314 | 2,993 | 3,917 | 30.3% |
| 配食サービス 移送サービス | 一人あたり利用日数 | 104.2 | 133.0 | 272.6 | 277.6 | 277.8 | 270.3 | 248.8 | 280.1 | 15.2% |
| | 一人あたり利用（往復） | 16.5 | 20.4 | 9.9 | 10.1 | 10.5 | 11.5 | 12.3 | 13.3 | -3.0% |
| 3. 施設ケア | | | | | | | | | | |
| | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 年平均伸び率 | |
| 施設数 | 1,066 | 1,053 | 1,051 | 1,035 | 1,035 | 1,063 | 1,067 | 1,082 | 0.2% | |
| 定員 | 54,567 | 55,066 | 56,090 | 56,910 | 57,675 | 59,280 | 59,869 | 61,082 | 1.6% | |
| 利用者数 | 40,183 | 41,519 | 42,819 | 42,808 | 43,496 | 45,298 | 46,264 | 47,181 | 2.3% | |
| 利用率 | 73.64 | 75.40 | 76.34 | 75.22 | 75.42 | 76.41 | 77.28 | 77.24 | | |
| 介護サービス従事者数（ヘルパーなど） | 10,707 | 11,041 | 12,212 | 12,711 | 13,069 | 14,522 | 15,097 | 16,236 | 6.1% | |
| 4. 介護手当（現金給付） | | | | | | | | | | |
| | 2009年 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 年平均伸び率 | |
| 受給者数（月平均） | 7,263 | 7,862 | 8,116 | 9,042 | 9,152 | 9,077 | 9,470 | 9,448 | 3.8% | |
| 支給総額（月平均、万台湾元） | 3,535 | 3,814 | 4,062 | 4,529 | 4,587 | 4,555 | 4,753 | 4,746 | 4.3% | |

出所：衛生福利部統計をもとに作成。

次に介護サービス利用状況をみると、居宅ケアの利用者数は、2009年の2万2,392人から2016年の4万8,962人へと増加した（年平均増加率：11.8%）。認知症ケアを含むデイサービスの利用者数は、2009年の615人から2016年の3,917人へと増加した（年平均増加率：30.3%）。また、配食サービスの提供を利用者一人当たりの日数で見ると、2009年の約104日から2016年の約280日、移送サービスは、2009年の利用者一人当たり16.5往復から2016年の13.3往復へと年による変動を持ちながら推移している。施設ケアの利用者数は、施設数の変化がほとんどないにもかかわらず、2009年の4万183人から2016年の4万7,181人へと増加した（年平均増加率：2.3%）。そして、「中低収入老人特別照顧津貼」（家族介護手当）の受給者数は、

2009年の7,263人から2016年の9,448人へと約1.3倍に増加している。

参考文献

- 広井良典・駒村康平 編著（2003）『アジアの社会保障』、東京大学出版会。
増田雅暢・金貞任 編著（2015）『アジアの社会保障』、法律文化社。
小島克久（2015）「台湾における介護保障の動向」『健保連海外医療保障』No.106, pp.1-12。
金成垣・大泉啓一郎・松江暁子 編著（2017）『アジアにおける高齢者の生活保障 持続可能な福祉社会を求めて』、明石書店。
衛生福利部webサイト <http://www.mohw.gov.tw>（2017年11月30日最終確認）。

（こじま・かつひさ）

法と社会保障研究会

黒田 有志弥*

I 本研究事業の趣旨

社会保障は、公的な主体が国民の権利・自由を侵害する作用の側面は少なく、一定の給付を行うものであるため、どのような法制度を採用するかは、基本的には立法府あるいは行政府の広い裁量に委ねられる。しかしながら、社会保障もわが国の法制度の一部であるから、憲法を頂点とした既存の法体系の枠組みの中で制度・政策を考える必要がある。また、社会保障は国民の生存権の保障に直接的に関わる制度であり、制度そのものの妥当性の検討に加え、政策決定の過程や制度の運営に関する手続きの適正性、妥当性の検証も重要な課題である。

これらの問題意識に基づき、本研究事業では、第一に、既存の法解釈論、法政策論を踏まえ、社会保障制度のあり方に関して法学的観点からの検討を行い、現在、研究の場、あるいは政策策定の場で議論されている政策オプションにつき、どのような法制度の仕組みが考えられるか、第二に、政策策定の過程や社会保障制度の運営に関する手続きのあり方を適正性や妥当性の観点から検討し、これらを通じ、国立社会保障・人口問題研究所（以下「社人研」という。）で行われている政策研究等に資する基礎的な資料を提供することを目的とする。具体的には、法学の基礎的な研究として、社会保障関連の事例に関する判例研究を行う研究会（以下「判例研究会」という。）を開催し、

その成果を研究所で刊行している『社会保障研究』に掲載するとともに、上記判例研究で取り上げた事例に関連する法政策についての研究を含め、社会保障に関する法律問題、及び法政策の課題についての基礎的研究を行う。

II 「社会保障判例研究」と「社会保障と法政策」

本研究事業の成果の1つと位置づけられるのは、本誌『社会保障研究』の「社会保障と法」である。その内容については本誌バックナンバーを参照いただくとして、ここではそれに含まれる「社会保障と法政策」及び「社会保障判例研究」の意義について述べておきたい。

『社会保障研究』の前身である『季刊社会保障研究』においても、「社会保障判例研究」が掲載されていたが、判例研究会の社人研における位置づけは明確ではなかった。そのため『社会保障研究』への移行準備時には、「社会保障判例研究」をどう扱うかも1つの論点となったが、そのころ立ち上げられた本研究事業の中に上記の判例研究会を位置づけることとなった。そして『社会保障研究』では、従来の「社会保障判例研究」を維持し、その前段として「社会保障と法政策」を置くこととした。判例研究はある意味非常に専門技術的であり、その内容は法学あるいは法律に明るくない者にとっては容易には理解しがたい（ただこのようなことは法学に限らない）。しかし、判例研究は法学研究の重要な一分野であり、その内容を「薄

* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第4室長

める」ことは、少なくとも法学研究者にとって執筆の意味もそれを閲読する意義も失われる恐れがある。そこで、『社会保障研究』の目的の1つが学際性であることを踏まえ、判例研究自体は維持するとともに、その前段として「社会保障と法政策」を置き、判例研究で取り扱っている事例に関連して、当該判決の意義や政策的な課題などを論じるものとしたのである。

社会保障の事例は、その事例の背景たる政策との関わりが大きい。ただ、ある特定の事例の社会的な影響、ひいてはそこから要請される法政策のあり方等は、判例研究の主たる目的からは若干離れる事柄であり、例えば「判例評釈の枠からは外れるが」といった枕詞を伴って末尾に簡潔に記述されることが多い。「社会保障と法政策」はそれらを独立して論じるという趣旨もあるが、判例研究で取り扱った事例の社会的な意義、あるいは、惹起される法政策の課題を正面から考察することにより、判例研究で取り扱った事例の意義もより明確化される。そしてこのことは『社会保障研究』の目的の1つである政策指向性にも適合したものである¹⁾。

Ⅲ 政策研究

もともと法学は、ある特定の政策に関して、(私の理解するところではあるが)一定の限度を超えると憲法違反になりうる、あるいはほかの制度と整合的でない場合などにそれは妥当ではないといった「消極的な」議論を行うため、白紙の状態にあるときに、特定の具体的な制度を支持または提示することにそれほど積極的ではない²⁾。その意味で、法学の政策研究は、それが法規範的に許容されうる範囲にあるといった「社会保障制度の在り方を周辺部から支えるといったアプローチ³⁾」が基本であるが、より積極的な政策論、規範的な議論がどこまでできるかが課題でもある⁴⁾。本研究事業においても個別単発の研究ではなく、「社会保障と法政策」等で提示される諸問題を含め、社会保障政策に具体的に資する研究の遂行が必要であり課題となっている⁵⁾。

参考文献

- 岩村正彦(2016)「最高裁平成28年3月1日判決の政策的意義」『社会保障研究』Vol.1, No.1, pp.238-239。
尾形裕也・小塩隆士・菊池馨実・栃本一三郎(2014)「座談会Ⅱ 社会保障研究へのアプローチ～学問分野間の対話」『季刊社会保障研究』Vol.50, No.1=2, pp.101-120。

(くろだ・あしや)

¹⁾ 一例を挙げれば、加害行為をなした、責任能力を欠く認知症高齢者の監督業務者の不法行為責任が問題となった事例(最高裁第三小法廷平成28年3月1日判決(裁判所時報1647号1頁))について、岩村(2016)は、同判決は「高齢者の介護・医療政策、障害者の地域支援政策にマイナスの影響を与える恐れがある」とするが、最高裁判例である同判決を前提として政策課題を提示している。

²⁾ 例えば社会保障の目的を達するための制度を社会保険方式で行うか税方式で行うかという論点について、基本的にはどちらかが憲法違反になるとか、法規範的にどちらの制度が妥当であるということにはならない。

³⁾ 尾形・小塩・菊池・栃本(2014) p.105(菊池発言)。

⁴⁾ 尾形・小塩・菊池・栃本(2014) p.105(菊池発言)。この点につき菊池は、「その1つのツールとして、比較法研究が1つの強み」であり、「日本の法制度の在り方を考えるに当たっての示唆を提示できる」可能性があるとする。

⁵⁾ この点について、本研究事業では、『季刊社会保障研究』50巻4号で「生活保護制度の法的課題－判例・裁判例の分析と2013年改正の意義」と題する特集で、成果を公表しているが、生活保護法の解釈と2013年改正法の意義と課題について主として法解釈論の手法で論じているものであり、積極的な政策論ではない。

新刊紹介

木下光生 著
『貧困と自己責任の近世日本史』
(人文書院, 2017年)

暮石 渉*

本書は、貧困の公的救済に冷たく、極度に自己責任を重視するといわれる現代日本社会を、近世日本の村社会にこだわって歴史的に考察しようというものである。本書の特徴は、これまで多くの研究がなされてきた都市の貧困ではなく、あえて村の貧困に焦点を当てているところである。これを可能にしたのは、1808年(文化5)に大和国吉野郡田原村で作成された『去卯年御田畑出来作物書上帳』という世帯収支報告書であり、「田原村の全世帯41軒分について1年間における各世帯の収入と支出を世帯規模と合わせて書き上げ」られているとのことである。

本書は2部から構成される。

第一部は、個別世帯に視点をおいて田原村の貧困の実像に迫るといえるものである。第1章では、近世の村の貧困・貧農の歴史研究をめぐって、従来の研究が抱える実証的弱点を批判され、続く第2章では、上記の史料からの世帯別に整理された全世帯の年間の収入や支出が掲載されている。

第3章は、本書の最も重要な箇所と思われるが、家計という観点に立って、「総収入や持高、経営健全度(赤字率)、あるいは等価可処分所得といった諸種の指標」から19世紀初頭の田原村における世帯間比較が行われている。その結果は、田原村の貧困の主因と考えられるのは、主食穀物に対する消費支出や世帯員各自の個人支出である、とのことである。前者であれば一人年間1石八斗の米・麦の消費であり、後者であれば銀50匁の個人消費であるが、これらは「たとえどれほど年間収支が

赤字になろうとも、その消費支出に象徴される一般消費水準を決して下げようとはしなかった」ことから「自身の尊厳を保つうえで最低限必要だと認識されていた生活水準」であったに違いないと結論付けられている。

また、同章では、破産と夜逃げに着目し、それらがどのような経営状況にあった世帯に生じるのかも検証されているのだが、残念ながら、詳細な世帯情報が得られる上記史料をもってしても、等価可処分所得など金銭的な客観的指標との間に法則性を見出すことはできなかったとのことである。第4章は、夜逃げや物乞いといった憂き目にあった人々の生きながらえる術と敗者復活の道を検討している。

第二部は、長期的、比較史的な観点から、近世の村社会における貧困に対して、公権力がどのように向き合っていたのかが考察されている。第5章では、近世日本の村が自村民を救済していたのかが検討される。確かに、村は「溜め」(外界からの衝撃を吸収するクッション)の機能を持っていたが、無前提で発動されたわけではなかったことが確認されている。第6章は、村の難民対策の実情に迫っている。個別領主や幕府といった公権力が救済費を村に対して支給することはほとんどなく、あくまで臨時的なものにすぎなかったことが示されている(第7章)。第8章では、8世紀から21世紀にわたる長期の時間軸のなかで、個別具体的な個に対する救済がきわめて制限主義的に立ち現れてきたことが示されたあと、終章において、

* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第3室長

得られた諸事実がまとめられ、展望が語られる。

本書は、公的な貧困の救済や生活の保障が、臨時的・恩恵的になされてきたことには、少なくとも近世以来の「歴史的伝統」があることを示した点で意義深く、生活困窮者の公的救済に冷たく、自己責任が強調される社会をひっくり返すことが

できるなどと安易に期待してはならないという警鐘に説得力を与えている（終章）。興味のある方は、ぜひ手に取っていただきたい。

（くれいし・わたる）

『社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800字に換算するものとします。

- (1) 論文：20,000字 (4) 社会保障判例研究：12,000字
 (2) 動向・資料：12,000字 (5) 書評：6,000字
 (3) 情報：3,000字

3. 原稿の構成

1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、I II III … →123… → (1) (2) (3) … → ① ②③ …の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・などを使用してください。

3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について—生活と支え合いに関する調査を用いて—」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market," *American Economic Review*, Vol.96, No.4, pp.938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/>（2010年10月5日最終確認）

4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) …〔森田（2014）、p.45〕 …〔Le Grand（2003）、p.3〕

…〔森田（2014）、pp.45-46〕 …〔Le Grand（2003）、pp.3-4〕

(例2) 著者が2人の場合

…〔泉田・黒田（2014）、p.408〕 …〔Finkelstein and McGarry（2006）、p.938〕

(例3) 著者が3人以上の場合

…〔金子他（2013）、p.311〕 …〔Poterba et al.（2014）、p.159〕

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田（2014）、p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版、p.45。

5. 表記

1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は 京極氏は→京極は

6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（例）〈表1〉受給者数の変化 〈図1〉社会保障支出の変化

7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告してください。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

9. 原稿の提出方法など

1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従ってください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

『社会保障研究』投稿規程

- 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。
- 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択してください。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文
「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。
 - 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文
 - 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告
 - 国内外における社会保障の政策動向に関する考察
 投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
- 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付してください。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送してください。
- 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受理しません。再投稿に当たるとどうかの判断は編集委員会が行います。
- 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従ってください。
- 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
- 原稿の送り先・連絡先
電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp
郵送による提出：〒100-0011
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

編集長

遠 藤 久 夫 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

大 石 亜希子 千葉大学 法政経学部教授
 尾 形 裕 也 九州大学 名誉教授
 駒 村 康 平 慶應義塾大学 経済学部教授
 高 橋 紘 士 一般財団法人 高齢者住宅財団 特別顧問
 武 川 正 吾 東京大学大学院 人文社会系研究科教授
 田 辺 国 昭 東京大学大学院 法学政治学研究科教授
 金 子 隆 一 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)
 深 田 聡 (同研究所 政策研究調整官)
 新 俊 彦 (同研究所 企画部長)
 林 玲 子 (同研究所 国際関係部長)
 小 島 克 久 (同研究所 情報調査分析部長)
 山 本 克 也 (同研究所 社会保障基礎理論研究部長)
 泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)
 渡 辺 久里子 (同研究所 企画部研究員)
 佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)
 菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)
 西 村 幸 満 (同研究所 社会保障応用分析研究部第2室長)
 暮 石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)
 黒 田 有志弥 (同研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)
 藤 間 公 太 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)
 大 津 唯 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

 社会保障研究 Vol.2, No.4 (通巻第7号)

平成30年3月25日 発行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.2 No.4

2018

Special Issue: Issues concerning Disability Policies

| | | |
|--|------------------------------|-----|
| Trends in and Problems with Social Welfare Services for Persons with Disabilities | Atsushi OZAWA | 442 |
| Guaranteeing Income for Persons with Mental Disabilities: Evaluation Criteria for Work Skills and Ordinary Life Skills for the Disability Pension | Kiyohisa AOKI | 455 |
| Disability Employment Policy in Japan for Employment for All — Cross Sectional Challenges | Yuichiro HARUNA | 469 |
| Aging of the disabled population and the challenges of their labor inclusion: an empirical study with Special Subsidiary Companies in Japan | Kohei KOMAMURA, Hiroko ARAKI | 484 |
| Support for the Life of People with Psychiatric Disabilities in Their Employment and Daily Living | Ritsu YAMAMURA | 498 |
| Liaison between Social Service for Persons with Disabilities and School Education: Focusing on After School Day Service | Keishi MARUYAMA | 512 |
| Collaboration between the Welfare Services for People with Disability and the Criminal Justice System: An International Comparative Study of Support Services for Offenders with Disability | Masahiko MIZUTO | 525 |

Social Security and Law

| | | |
|---|--------------|-----|
| Factors to be considered for 24 hour-care Services | Jun NAKAGAWA | 540 |
| Rationality of the Factors to be considered in a 24 hour-care Service Case | Jun NAKAGAWA | 544 |

Articles

| | | |
|--|--------------------------------|-----|
| Poverty Variation in Japan during the 2000s:Decomposition Analysis of Poverty Measure Changes..... | Tomoya TOKUDOMI, Kunio URAKAWA | 551 |
| Significance of the Medical Corporation Accounting Standards for Revision of Government-Controlled Medical Fees | Satoshi EBIHARA | 566 |
| Issues Concerning Surrogacy Legislation: A Case Analysis of Australia | Takako MINAMI | 578 |

Report and Statistics

| | | |
|--|------------------|-----|
| National Transfer Accounts: NTA | Setsuya FUKUDA | 591 |
| Social Security in Taiwan (3) Taiwan Long-term Care System for the Elderly..... | Katsuhisa KOJIMA | 595 |
| In-House Project “Law and Social Security” | Ashiya KURODA | 599 |

Book Review

| | | |
|--|-----------------|-----|
| Mitsuo KINOSHITA, <i>Poverty and Poor Relief in Early Modern Rural Japan</i> , JIMBUN SHOIN | Wataru KUREISHI | 601 |
|--|-----------------|-----|

Edited by
National Institute of Population and Social Security Research
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)