

障害者自立支援法における「応益負担」についての考察

岡部 耕典

I はじめに

2005年10月に成立した障害者自立支援法において在宅福祉が義務的経費化とされたがその見返りとして財務省から求められた「給付抑制のメカニズム」〔岡部2006〕のひとつがサービス利用に対する応益負担（定率負担）である。しかし、制度開始後3年を経た現在、その後のサービス利用者の激しい反発をうけて実施された複雑な減免により、もはやその実態は「定率負担」の体をなしてはいないという現状がある。

果たして障害福祉の制度における応益負担は継続すべきか否か。本論では、日本の社会福祉分野における応益負担のあり方やその拡大の経緯なども確認しつつ、その是非について検討をおこなう。

II 社会福祉制度における応益負担の歴史

1 利用者負担と応益負担の位置

医療や福祉における費用負担方式を公的負担方式、私的負担方式、および両者の混合方式の3つに大別するとき、私的負担方式と混合方式において生じる私的負担が「利用者負担」である〔大野1996a, p. 241〕。

さらにこの「利用者負担」を負担が一定である定額負担と負担額が変動する増進負担に分類するとき、後者におけるその増進の方式は、対象者の経済的負担能力に応じて負担額を増進させる「応

能負担」と、治療や受給を「受益」ととらえその額や量に応じて負担額を増減させる「応益負担」の二通りとなる〔堀1983, p. 322〕。

2 措置制度と利用者負担

介護保険制度および社会福祉基礎構造改革以前には、高齢者や障害者に対する福祉の給付費用はいわゆる措置費により支弁されていた。措置費とは、「社会福祉関係法の定めにもとづいて措置権者（地方公共団体の長）が『福祉に欠ける』児童や障害者、高齢者等に対して社会福祉施設への入所など、人権保護に必要な『行政措置』をとった場合に支弁される費用」〔岸田1993, p. 2〕のことであり、その概念構成上からも、また想定される多くの「福祉に欠ける」者たちの経済状況等からしても、応益負担を含む利用者負担には必ずしもなじむものではない。

一方、現実の制度においては、当該措置者に係る者またはその民法上の扶養義務者から「その負担能力に応じて、当該措置に要する費用の一部を徴収することができる」という応能負担の費用徴収規定については早くから児童福祉法・知的障害者福祉法（精神薄弱者福祉法）・老人福祉法・身体障害者福祉法等の各福祉法にビルト・インされていた。このことは戦後社会福祉制度の基本原則としてGHQから求められた「公私分離の原則」を現実にはかなりの程度民間の社会福祉資源に依存することを前提としつつ公の責任とそれにかかわる費用負担を法的に裏付けるためのしくみでもあった措置制度の性格をあらわしているといえ

る。

このような制度の二面性を内在させつつも、1960年代までの利用者負担に対する議論は、1962年の社会保障制度審議会答申以来、基本的に措置者の権利保障の視点からその軽減を示唆する方向でおこなわれてきた。しかし、その方向性は1970年の「老人福祉施設入所費用公費負担の見直し」の答申を契機として転換され、以降は「徴収の強化・拡大の方向をたどり、1980年代臨調行革のもとで『入所前及び後に要した一切の費用』の全額を対象とする徴収強化の方向が強調」されるようになった〔岸田1993, p. 4〕。

3 「受益者負担」論の台頭

この80年代における利用者負担をめぐる転換点において利用者負担増を正当化するために盛んに用いられたロジックに「受益者としての利用者負担」がある。

「受益者負担」とはすなわち「行政施策の利用者又はその家族が、行政施策による直接的かつ個別的な便益の見返りとして、その費用の全部又は一部を行政施策の実施者に支払うこと」〔堀1983, p. 314〕である。このような考え方が導かれた背景としてはいうまでもなく80年代の福祉財政の抑制をめざす流れがあり、1982～83年の各種審議会等において「福祉サービスにも受益者負担を課すべき」という提言が相次いで出されたことによって「受益者負担」という考えかたがクローズアップされ〔堀1983, pp. 313-314〕、福祉財政の膨張抑制のためのメカニズムのひとつとして利用者負担を用いるという考え方がその後定着していった¹⁾。

ただし、ここで注意しておかねばならないことは、当時の議論で利用者負担が求められていたのは利用料の一部を「受益者」が負担することが「社会の成員として当然求められる自立自助の努力」であり「応分の負担があることが自立意識の助長につながるという観点から費用負担の合理的設定について検討する必要がある²⁾」という理由によるものであったことである。

つまり、「受益者としての自己負担」というロ

ジックの是非は別として、この時点の「受益者負担」論は、「自立自助の努力」の結果獲得した稼働能力により可能となった所得をもつての「応分の負担」、すなわちそれまでも措置制度に組み込まれていた応能負担を前提としさらにそれを強化しようとするものであり、必ずしも利用量に応じた定率の負担を意識したものではなかったのである。

4 「公私の役割分担」論への接続

しかし、このような応能負担を前提とした受益者負担論は、1987年の中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会「養護老人ホーム及び特別老人ホームに係る費用徴収基準の当面の改訂方針について（意見具申）」において「入所者から費用を徴収する額の限度額を原則として措置に要する費用の全額とする考え方を特に変更する理由は見出しがたい」と述べられたこと〔小川1993, p. 1〕などを嚆矢としつつ、90年代半ばには、「有料の福祉サービスは、基本的には私的財の性格を有している」ので、「利用者負担の適正な水準を定めるにあたっては、費用の全額負担からスタートし、必要に応じてそれ以下に軽減するのが合理的」〔大野1996a, p. 60〕という応益の負担を前提とする「公私の役割分担」のロジックに基づき社会福祉の財源政策を求める主張へと接続されていく。

この「公私の役割分担」論は、地域財政論の立場からも「国、地方公共団体提供する行政サービスが、純粋公共性のものから、一部あるいは大部分私的利益性を含むものまで広範囲にわたっているとき、私的受益者からその受益に応じた負担金を徴収する方が、公平であり、効率的な費用負担配分法といえる」と歓迎され、さらに、「経済社会は、費用を無視した権利意識の上に立っているのではなく、費用と便益（効用）の効率的バランスの上に築かれている……（中略）……私的便益には私的な費用負担を、公共的便益には公共的な費用負担（租税）を対応させるべきである」という考え方を經由することで「（費用負担に対する）部分的な困窮者の存在を理由として、私的便

益にかかわる行政サービスすべてを無償化して公費負担とすることは、むしろ社会正義に反し、非効率的な社会福祉費の支出となる」〔大川・大森・江川 1994, pp. 183-184〕として応能ではなく応益の利用者負担を規範的にも当然視する主張にまで発展していく。

このようにして、応能負担を前提とした「受益者負担」論が、90年代半ばまでに応益負担を前提とする「公私の役割分担」論で置き換えられていったことを、新しく創設する高齢者介護の制度の自己負担を応益負担とする90年代後半の議論の背景として、確認しておく必要がある。

5 介護保険における応益負担の制度化

いうまでもなく、福祉の分野における利用者負担のしくみとしてはじめて「応益負担」を導入したのは介護保険である。しかし、実はその制度創設時においては、最終的な法案の与党審査の際に若干触れられたこと〔増田 2003, p. 74〕などを除き、保険料をめぐる議論に比して定率負担そのものの是非についてはさほど活発な議論はなかった³⁾。

高齢者介護の制度を応益負担とすることを最初に提言したのは、厚生省の高齢者介護・自立支援システム検討会が1994年に公表した「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題する報告である〔二木 2007, p. 72〕。そこでは、介護費用の財政方式について公費（措置）方式と社会保険方式を比較し後者が望ましいと結論づける4つの根拠のひとつとして、社会保険法式をとることで利用者負担が応益負担化されることが挙げられている。具体的な記述をたどると⁴⁾、「公費方式では現行の措置制度に見られるように所得に応じた負担（応能負担型の費用徴収システム）であるのに対し、社会保険方式では受益に見合った負担（応益負担）である」とされ、さらにそれが「年金の成熟に伴い高齢者の所得水準が向上していく状況からみて、中間所得層にとって過重な負担になる恐れがある応能負担よりは、サービスの受益に応じた応益負担を基本とすることが適当と考えられる」と補われている部分が注目される。新た

な制度創設において対象者拡大の主役と想定される中間所得層の要介護高齢者に対する負担軽減となるがゆえに「公私の役割分担」論からも強く支持される応益負担を手掛かりとし、なんとか新制度を社会保険制度に組み込みたいという当時の政策側の思惑が強うかがわれるところではないだろうか⁵⁾。

そして翌年、高齢者介護保険制度の在り方について議論をおこなった老人保健福祉審議会の最終報告「高齢者介護保険制度の創設について一審議の概要・国民の議論を深めるために一」（1996年4月22日）において、利用者負担を「定率1割負担」とすることが明記されるのである。その経緯について報告に先立って具体的な議論がおこなわれた1995年11月29日開催の老人保健福祉審議会第4回分科会の記録をたどってみると、「社会保険方式では、公費方式の場合の所得に応じた負担（応能負担型の費用徴収）ではなく、受益に応じた負担（応益負担）となり、その利用したサービスの一定率又は一定額を負担することが適当である。」「新介護システムは、保険方式でおこなうことを前提としているのだから、応能負担ではなく、応益負担をベースに考えるべきである。」「〔厚生省高齢者介護対策本部事務局 1996, p. 161〕という、前年の「高齢者介護・自立支援システム検討会」の議論をほぼ踏襲し、利用者負担を応益負担とすることが高齢者介護制度に社会保険方式を採用することの当然の帰結であるとする論調が展開されていることが確認できる。

このようにして、措置制度がその財政的脆弱性を補うために内在させていた応能による利用者負担のメカニズムを梃子とするかたちで80年代「福祉改革」における「受益者負担」論の声が高まり、それが90年代の「公私の役割分担」論によって応益負担へと転換されることで、「中間所得層の負担軽減」と「社会保険化による財源の確保」が分かちがたく結びついた介護保険制度による福祉への応益負担化の導入が実現していったことを、障害者自立支援法による障害福祉制度への応益負担導入の背景として確認しておく必要がある。

6 介護保険との統合問題と応益負担

2005年10月の障害者自立支援法の成立にいたるまでの支援費制度改革の議論において、はじめにかつ唐突に応益負担の導入が言及されたのは、2004年10月12日開催の第18回社会保障審議会障害者部会にて示された「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」⁶⁾においてである。

その「改革の基本的方向」では、財政問題に陥った障害福祉制度への「信頼性の向上」のためには「制度の公平性と持続可能性の確保」を担保するための「利用者の公平な負担と財政責任の確立」の必要性が謳われ、その具体策として、これまで裁量的経費とされてきた居宅生活支援費の義務的経費化を意味する「国・都道府県の補助制度の見直し」と同時に、「利用者負担の見直し」の一環として応益負担の導入をおこなう⁷⁾という「基本的考え方」が（図1）のように図示され説明されている。

なお、ここでいう健康保険や介護保険などの「他制度と均衡のとれた利用者負担の導入」とはすなわち具体的には医療や補装具等も含め「原則

としてサービスの利用量に応じて負担」を求める「応益的な負担の導入」であり、「入所施設と地域生活の均衡ある負担」とは入所施設における食費や日常費などのいわゆるホテルコストの自己負担を強化することを意味しているが、介護保険の創設時における同様の議論の際に示されたような「中間所得層の負担軽減」や「社会保険化による財源の確保」に対する関連づけが明示されているわけではない。しかし、この提言そのものが「介護保険と障害保健福祉の統合」に向けての政策側の布石であったことがその前後の経緯においても明らかであることから⁸⁾、「中間層の負担軽減」についてもむしろ大前提であるがゆえに高齢者と比べても低所得者が多い障害当事者の強い反発を避けるために、この時点では注意深く避けられていたと考えることもできるのではないだろうか。

III 社会保障の各制度における応益負担の実際

1 医療保険制度における応益負担

日本の医療保険制度における応益負担の歴史

【基本的考え方】

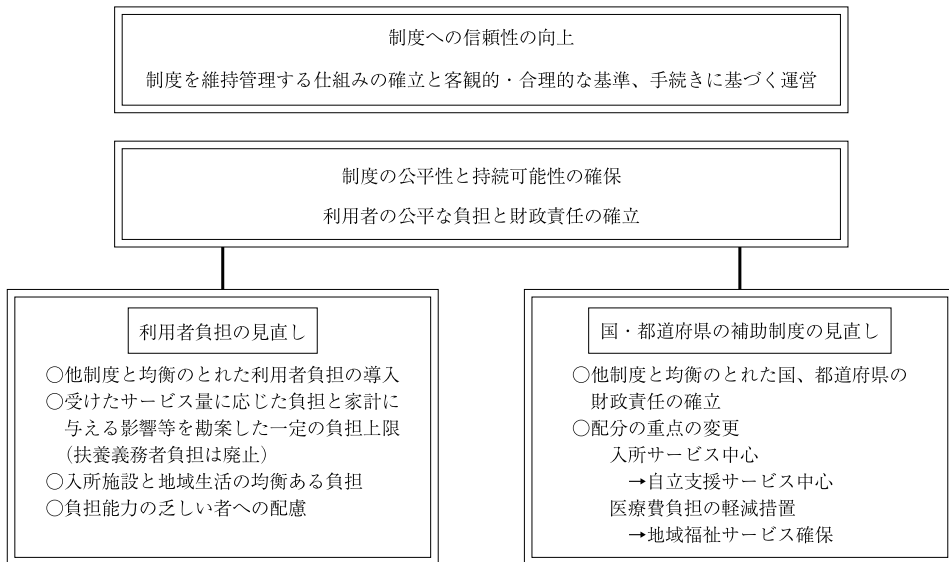


図1 公平な費用負担と配分の確保⁹⁾

は、1984年にそれまで定額であった一部負担を保険給付の定率（1割）の負担へと変更する制度改正がおこなわれることで開始されている。

このような政策動向にたいしては当時から「患者の経済的な負担により受診を控えさせて、給付費の膨張を抑制し、健全な保険財政の確保を図るのが一部負担の本質的な目的であり、この考え方を支えるのは安定した保険の経営と財政規模膨張の抑制」〔平石 1985, p. 158〕であり「社会保険による医療給付に公平と均衡を求めるのであれば、患者に医療費の一部を負担させるのもさることながら、むしろ社会保険の所得再分配機能を利用し所得比例の拠出を通じて実現するのが妥当である。」「同, p. 165〕と批判する声は高かった。しかし、その後も被保険者本人の負担率は段階的に引き上げられていき、現在では健康保険・国民健康保険等と75歳以上の後期高齢者が加入する制度を縦断して、年齢別に「一部負担」（定率負担）が定められ、3歳未満は2割、一定所得以下の70歳以上は1割、あとは3割の定額負担となっている。なお、70歳以上の高齢者以外は、負担率が所得により変わることはなく、所得等による減免措置も存在しない。ただし、一定額以上の高額医療費については自己負担の限度額が設定されている。また生活保護受給者には医療扶助が適用されるので自己負担はない。〔里見 2007, pp. 146-147〕

このように負担率が引き上げられていったことについては、制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化するといういわゆる「長瀬効果」を期待するものと考えられる。ただし、「長瀬効果」とは、患者の伸び率が制度変更後1年は低くなり、その結果医療費の伸び率も1年は低くなる結果患者数や医療費実額の全体の水準が下がり、その後1年を過ぎると伸び率は従前の水準に戻るが、患者数や医療費の絶対額は他の受診行動の変化がなければ元にはもどらず、その下がった水準から開始されるというあくまで経験則的な効果である¹⁰⁾。応益負担により受診を抑制することの是非以前の問題として、そもそも実証的な研究においてはこのような抑制効果そのものが必ずしも明

確に確認できているわけではない¹¹⁾ ことも改めて確認しておく必要がある。

2 介護保険制度における応益負担

給付対象が原則として65歳以上の要介護高齢者に限られる介護保険の場合、介護サービス計画（ケアプラン）作成を除く介護サービスを利用した場合は原則1割の定率負担となり、年齢による差はない。また、定率負担の減免については災害等の一時的特殊のケースに限定される厳しい取り扱いであり、低所得を理由とする利用者負担の減免も原則として認めないという考え方となっている。

ただし、実際の制度には低所得者に対する社会福祉法人による減免や利用者負担をしたために生活保護適用となる者への負担軽減措置等があり、また、利用者負担が世帯の所得別に定められた上限を超える部分については高額介護サービス費が支給される。具体的には、年金年額80万円未満の市町村民税非課税世帯の者および高齢福祉年金受給者の者は15,000円、年金年額80万円以上（～266万円程度まで）の市町村民税非課税世帯の者は、24,600円、それ以外の者については、要介護5の支給限度額をやや上回る37,200円となっており、要介護者が同一世帯に複数いる場合は、それを合算することができる。ただし、この自己負担限度額には、住宅改修費や福祉用具購入費の定率負担は含まれず、また、定率負担以外の自己負担である食費・居住費も除かれる。

このように見てみると、介護保険制度の応益負担は、建前としての応益負担が複雑な減免処置により一定程度応能負担化されたしくみであるといえるかもしれない。しかし、生活保護の受給者以外は負担の完全な免除はなく、またどれほど高所得であっても利用料の1割以上の負担を課せられることもない。さらに被保険者個人単位の制度であるはずの介護保険において定率負担の上限が世帯所得によって設定されていることは、持ち家を含む一定程度の財産形成を終えた厚生年金受給者世帯モデルという制度設計の前提がうかがえるところである¹²⁾。

3 障害者自立支援法

2006年4月の制度開始時における障害者自立支援法の利用者負担は以下のようなものであった。

サービス利用における自己負担は介護保険と同じく給付単価の100分の90が公費から給付され、あとの1割を自己負担するという定率負担であり、障害者自立支援法による自立支援給付、訓練等給付、自立支援医療、補装具のすべてが対象とされる¹³⁾。

定率負担には、世帯単位で月額負担上限が設定され、生活保護世帯は、0円、市町村税非課税かつ年間所得80万円以下は「低所得1」として15,000円、「市町村税均等割非課税世帯」は「低所得2」として24,600円、あとの市町村税課税世帯はすべて「一般」として40,200円が上限となる。なお、自立支援給付等同じ給付体系内であれば通所施設とホームヘルプサービスなど種別の異なった給付を受けても合算した上限管理がおこなわれるが、自立支援給付と補装具、あるいは自立支援医療など給付体系が異なればそれぞれの個別の上限まで負担を求められる。

さらに、定率負担の軽減措置として入所施設等の個別減免および社会福祉法人減免が制度化されたが、個別減免には資産要件が課され¹⁴⁾、また社会福祉法人減免はあくまで法人の負担のもとにおこなわれるものとされた¹⁵⁾。

このように、障害者自立支援法の制度開始当初における定率負担は、その月額負担上限の設定のしかたや金額および減免のしくみに至るまで介護保険制度と酷似したものであり、それは従来の応能負担と比較して以下のような問題を生じる制度変更であったといえる。

- ① 負担能力が乏しい低所得の障害者にも大きな負担が求められた¹⁶⁾。
- ② 個別減免はあっても入所施設等の利用に限られ、所得制限の他に資産要件も課せられた¹⁷⁾。
- ③ 上限設定や減免は世帯単位の所得が基準のため、障害者本人が低所得であっても、負担が求められるようになった。

④ 自立支援医療に再編されたことで、精神障害者の通院医療費自己負担が倍増した¹⁸⁾。

⑤ 複数のサービス体系の給付を利用する障害者¹⁹⁾に対して個々の上限以上の多額の負担を求められるしくみとなった。

このような利用者負担の在り方の変更に對して、2006年4月の制度開始直後から障害当事者や関連団体などからは多くの抗議の声が挙げられ、さらにそれを裏付けるアンケート調査²⁰⁾なども公表されるに及んで、早くも2006年12月には「障害者自立支援法円滑施行特別対策」が発表され²¹⁾、「利用者負担のさらなる軽減」が図られることになる。

その具体的内容とは、通所、在宅利用者の1割負担上限額を2分の1から4分の1に引き下げ、減免対象を収入ベースで600万円の世帯まで拡大する等のものであったが、さらに、翌年2007年12月には、非課税世帯の負担上限額はさらに軽減し、世帯単位を「個人を基本」とし本人と配偶者のみ勘案した所得を基準とすること、加えて障害児を抱える世帯の負担軽減を図ること等を内容とする「障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置」が公表されるに及んで²²⁾、障害者自立支援法の定率負担の減免の方式や基準は介護保険制度との整合性もほとんど確保できない状態にまで改変され、かつ利用者ばかりか福祉事務所のケースワーカーですら正確な把握が困難な状態となって現在に至っている。

4 だれにとって/なんのための応益負担化か

前述のように、障害福祉の利用者負担として応益負担が導入される過程の社会保障審議会障害部会での説明には、「他制度との均衡」以外には「しっかりとみんなで支える」「公平な費用負担」程度の説明しかされていなかったため、当時の部会長でもあった京極の主張する「応益的公私協働負担型」〔京極2003〕の議論を踏まえつつ障害福祉制度において応能負担を応益負担とすることの意味について検討していくこととしたい²³⁾。

繰り返しになるが、そもそも福祉サービスにお

いて「受益者負担」を求める議論とは、すなわち「自立自助の努力」の結果獲得した稼得能力により可能となった所得をもつての「応分の負担」であり、それゆえ直接的には「応能負担」を意味していた²⁴⁾。

これに対して、積極的に応益負担による受益者負担を求める議論を展開する代表的な論者である京極〔2003〕はそれまでの措置制度における複雑な応能負担の制度ではなく、しかし、「有料化がむしろ原則となりつつある」わけであるし、また「そうした現実的事態をふまえた根本的な方向づけが早晚必要」であるので、「利用者負担の理念及び体系といった質の問題が検討されなくてはならない」として「応益的公私協働負担型」（応益負担）を採用することを主張する。

京極〔2003〕で挙げられる応能負担の問題点とは以下のようなものである。

- ① 利用が低所得者に限定されない「公的扶助」とは異なる高齢者に対する介護サービス等に「応能負担による垂直的所得再分配」を持ち込むことは問題である。
- ② 「高額納税者」でもある高額所得者が福祉サービスの費用を全額自己負担することは「不合理」である。
- ③ 比較的所得者層であっても、「公的扶助等の充実によって、極端な例外は除いて食事代や簡単な介護サービスならば」一定の費用負担は不可能ではない。
- ④ 所得補足の問題等の「不公平税制の問題と絡む費用徴収の不公平の問題」がある。

他方、応益負担については以下の2点のみしか問題がない、とされる。

- ① 「公的負担と私的負担の割合（負担基準）」が政治関係や市民的合意により異なる「微妙な問題」であること。
- ② 低所得者に対する所得保障が未確立な段階では、低所得の利用者に過大な負担を課す結果となってしまうこと。

それゆえ、低所得の利用者に対する所得保障と

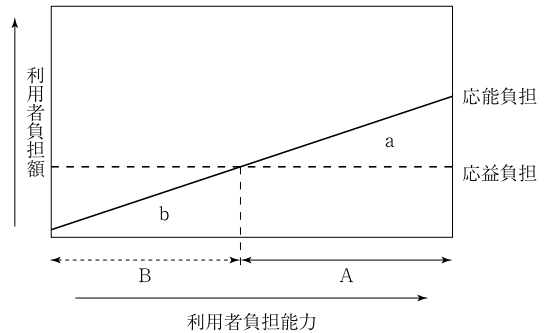


図2

適切な減免等の措置および負担率に対する社会的合意形成を丁寧におこなえば、応益負担のほうが好ましく、「応能原則が一定時期までは積極的役割を担ったことはたしかだとしても、はたして今日の状況下で、あるいはさらに21世紀の高齢社会を展望して正当性があるかは疑問なしとはいえない」と結論づけるのである。〔同, pp. 299-300〕

この京極の議論を、応益負担化することによって中所得者・高所得の一般就労世帯における福祉サービスの利用拡大できるという「益」がもたらされ、他方、その「不利益」は生活保護の受給者とそれに準じる低所得者に対する減免と所得保障に配慮すれば防げる、と要約したうえで、そこには手続的な観点と理論的な観点の双方から疑問が生じることを以下に論じる。

まず、手続的な観点からは、障害者福祉に応益負担を導入する過程において、果たして「丁寧な社会的合意形成」がおこなわれたか、さらにそこで示された「低所得の利用者に対する所得保障と適切な減免等の措置」がその後どのような変容を遂げざるを得なかったかということがある。これらの事実は、「不利益」を防止する手続は適切ではなかったことを示している。

続いて理論的な観点からの検討にうつる。それは、京極〔2003, p. 298〕で示されている「費用負担ボックス」の応能負担型と応益負担型を図2のように重ねてみることで端的に明らかとなる。つまり「応能負担の応益負担化」とは、この図のAに該当する比較的高所得者の負担を減らし、B

に該当する比較的低所得者の負担を増やす政策変更である。

もちろん現実の介護保険や障害者自立支援法における応益負担には負担の減免や上限などのしくみが加わっている。しかし、そのような修正を加えたうえでも、この図の枠組みそのものに本質的な変更はなく、利用者負担を応能負担から応益負担化するということはAに属する中高所得者の「益」でありBに属する低所得者の「不利益」となるという構造自体に変化はない。そのことをまず確認しておく必要がある。

続いて、「応能負担の応益負担化」が及ぼす政策効果について、京極〔2003〕が引用する利用者負担の政策効果に関するジャッジ〔1984〕の分析枠組みを使って確認していこう。

ジャッジが挙げた利用者負担に期待される政策効果とは、①「歳入増加」②「需要抑制」③「優先順位の変更」④「濫給防止」⑤「象徴」の5つであるが、まず、①「歳入増加」および②「需要抑制」について検討してみる。「応能負担の応益負担化」によって自己負担が増加する低所得層Bにとっては、所得が低いことから負担増は比較的大きな利用抑制効果をもたらす、結果として自己負担による歳入増とは結果しにくいであろうし、他方自己負担が減少する高所得層Aは、所得が高いので自己負担減があっても利用促進効果も相対的に小さく、自己負担減による歳入の減を利用の総量の増大による歳入の増がカバーすることは原理的には難しいといえる。そうすると、「応能負担の応益負担化」は、自己負担の総額の増大による①「歳入増加」には寄与しにくく、一方で低所得層Bに対して②「需要抑制」をもたらす政策ということになるのではないか。

それでは、③「優先順位の変更」および④「濫給防止」についてはどうだろうか。同様に負担増が低所得層Bに厳しい利用抑制効果、負担減が高所得層Aにさほどの利用促進効果をもたらさないとするならば、このような制度変更をおこなうことは低所得層Bの優先順位を下げ高所得層Aの濫給の可能性を高める一方で、利用者負担の増に耐えられない低所得層Bの濫給を増やす政

策であるということはないか。

最後に、⑤「象徴」あるいは、京極〔2003〕の述べる「権利性の確保」という効果であるが、拠出制の年金や社会保険ならともかくとして税財源による福祉の利用において、しかも保険料ではなく利用に応じて定率の自己負担を支払うことが利用における権利性の確保のために必要であるという論理構成はそもそも成立しにくいように思う。しかし、この観点から考えても、応益化により負担が軽くなりサービス量を増やすことが容易になる相対的高所得層Aにとっては比較的必要性が低いサービスを求める際に「利用料の自己負担は払うのだから」という自己弁護が「権利性の確保」として——たとえそれが濫給に近い利用であったとしても——使いうるのに対して、逆に応益化により負担が重くなり利用抑制も考えざるをえない相対的低所得層Bにおいては、真に必要なサービスであってもそのようなことは難しく、従って所得が低いゆえに必要な福祉が利用できない/不当に制限されているというルサンチマンが高まり漏給も生じるという「負の象徴的效果」が応益負担によってもたらされる可能性が高いのではないか。

このようにしてみると、ジャッジが挙げた5つの観点のすべてにおいて「応能負担の応益負担化」で得られる政策効果は、利用者負担が減少する相対的高所得層Aの「益」であり、利用者負担が増加する相対的低所得層Bの「不利益」であるということになる。

VI まとめにかえて——「普遍主義の空洞化」回避のために

「福祉サービスの普遍化」と利用における応益負担化の関係に関連し、埋橋孝文は、介護保険制度を例示しつつ、1980年代以降の日本の社会保障改革は、「応益原則志向の普遍主義」によって進められてきたとし、その結果が1981年以降の生活保護の「適正」化政策という「選別主義の限定化」を招き、さらに、「応益原則の普遍主義」は、形式的にはすべての市民に開かれているが、

応能原則の後退によって、経済的条件でこの枠組みに入ることのできない層が生み出される」という「普遍主義の空洞化」をもたらすと警鐘を鳴らしている〔宮本他2003, pp. 324-325〕〔武川2007, p. 211〕。

制度開始以降数回にわたり多くの複雑な減免策がビルド・インされ、限りなく応能負担化してきたともいえる障害者自立支援法の定率負担（応益負担）であるが、そのような措置では「中高所得層の『益』と低所得層の『不利益』」という応益負担化がもたらした基本構造そのものは変わらない。政策が真に「障害福祉の普遍化」を志向するのであれば、応益負担を再び応能負担に戻し「普遍主義の空洞化」を回避する英断が必要である。

注

- 1) 堀〔1997, p. 163〕など。
- 2) 各種審議会答申等からの抜粋。〔堀 1983, p. 313〕
- 3) 当時の関係者の一部に対する聞き取り等を踏まえている。
- 4) 堀〔1997, pp. 169-167〕参照。
- 5) 応益負担を支持する理由としては、他にも「応益負担とすることにより、サービスの利用者及び提供者の両者がサービスの内容によりいっそう関心を払うようになる」と「利用者負担を応益負担に統一することによって、現在のように施設やサービスの種類によって負担が異なるという、制度間の不整合の問題が解消される」の2点も挙げられているが、特に後者はやや無理があるように思える。
- 6) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4.html> (2008.5.30)
- 7) 当時の政策関係者からはインフォーマルには各方面に対して「在宅福祉の義務的経費化おこなう際の財務省に対する説得材料として不可欠だった」という説明がしばしばおこなわれている。
- 8) 〔岡部 2006, pp. 11-24〕。
- 9) 「資料1 今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）【説明資料】」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4a.html> (2008.5.30)
- 10) 「第2回医療費の将来見通しに関する検討会（2007年2月6日）」資料 <http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2007/02/dl/s0206-5c.pdf> (2008.5.30)
- 11) 「介護保険導入や一部負担金見直しに伴う受療行動等の変化に関する研究報告書」2001年、

〔平成16年度厚生労働科学研究費補助金事業「国民生活基礎調査を利用した高齢者の医療費・介護費の関係及び自己負担額等に関する総括研究報告書（医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構）」2004年など。

- 12) 介護保険の自己負担の減免基準として年金等のフローの所得のみが基準となり、持ち家や預貯金等のストックを問題にしないという「疑問点」（増田2003, p. 155）も、このように読み解くことも可能ではないかと思う。
- 13) 他に、これも介護保険と同じく、施設の利用における食費、光熱水費の実費負担が個々の施設ごとに設定され徴収される。
- 14) 具体的には「預貯金が350万以下であって、一定の要件以外の不動産等を有していない場合」とされた。
- 15) 実費負担に対する軽減措置としては、入所施設における食費・光熱水費の負担軽減をはかる補足給付の支給、通所施設における食費の件費費相当分の負担軽減などがおこなわれる。
- 16) 居宅介護を例にとれば、障害者自立支援法において24,200円となった市町村民税所得割非課税世帯の負担上限額は、支援費制度では、1,100円であった。
- 17) 資産要件の内容については前述のとおりであるが、応益負担化が制度の普遍化のためと説明されたにもかかわらず、選別主義の負の側面の象徴ともいえるミーンズ・テストが組み込まれていることに注意する必要がある。
- 18) それまでの5%が10%となった。ただし、「重度かつ継続」と診断される者には減免がある。
- 19) たとえば、自立支援給付と補装具の併給をうける身体障害者など。
- 20) 2006年6月におこなわれた「第1弾 障害者自立支援法アンケート調査 ～持続可能な制度というけれど、障害者の地域生活は続けられるのか!!～」（DPI日本会議）、同年10月におこなわれた「障害者自立支援法における影響調査」（きょうされん）など。
- 21) 2007年4月実施。
- 22) 2007年4月と12月の2回にわけて実施予定。
- 23) ほぼ同内容の論考が京極〔2007, pp. 36-43〕に再録されている。
- 24) 「福祉サービスにも受益者負担を課すべき」という提言が相次いでだされたのは1982～83年の各種審議会等であるが、そこでは、利用料の一部を「受益者」が負担することは「社会の成員として当然求められる自立自助の努力」であり、「応分の負担があることが自立意識の助長につながるという観点から費用負担の合理的設定について検討する必要がある」ものとして

確認されている。〔堀 1983, p. 313〕

参考・引用文献

大川政三・大森誠司・江川雅司 (1994) 『地域財政論——中央集権と地方分権の財政・経済分析——』創成社。

大野吉輝 (1996a) 「高齢者の負担能力と利用者負担——公私の役割分担の視点から——」『季刊社会保障研究』Vol. 32 No. 3, pp. 240-249。

———— (1996b) 「第2章 社会福祉の財源政策」, 社会保障研究所編 1996 『社会保障の財源政策』東京大学出版会 pp. 45-62。

岡部耕典 (2006) 『障害者自立支援法とケアの自律——パーソナルアシスタンスとダイレクトペイメント』明石書店。

小川政亮 (1993) 「はしがき」, 小川政亮・垣内国光・河合克義編著 1993 『社会福祉の利用者負担を考える』ミネルヴァ書房。

岸田孝史 (1993) 「社会福祉における費用負担と措置費制度」, 小川政亮・垣内国光・河合克義編著 1993 『社会福祉の利用者負担を考える』ミネルヴァ書房。

京極高宣 (2003) 「16章福祉サービスの利用者負担」, 『京極高宣著作集1 社会福祉学』中央法規出版, pp. 293-307。

———— (2008) 「介護保険制度と障害者の自立支援」介護保険の被保険者・受給者範囲シンポジウム 2008年1月18日&25日基調講演録。

———— (2008) 『障害者自立支援法の課題』中央法規出版。

ケン・ジャッジ (1984) 『福祉サービスと財政——政策決定過程と費用徴収』川島書店。

厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 (1995) 『新たな高齢者介護システムの構築を目指して』ぎょうせい。

———— (1996) 『高

齢者介護保険制度の創設について——国民の議論を深めるために——』ぎょうせい。

里見賢治 (2007) 『現代社会保障論——皆保障体制をめざして』高菅出版。

武川正吾 (2007) 『連帯と承認——グローバル化と個人化のなかの福祉国家』東京大学出版会。

二木立 (2007) 『介護保険制度の総合的研究』勁草書房。

日本障害者協議会 (2006) 『障害者自立支援法の影響：JD調査2006』, 「障害者の所得保障と自立支援策に関する調査研究 (厚生労働科学研究費補助金：勝又幸子主任研究者)」委託研究。

———— (2007) 『障害者自立支援法の影響に関する事例調査：JD調査2007-2007年4月以後の生活の変化を中心にして——』, 「障害者の所得保障と自立支援策に関する調査研究 (厚生労働科学研究費補助金：勝又幸子主任研究者)」委託研究。

平石長久 (1985) 「社会保険による医療給付の限界と一部負担」, 社会保障研究所編 『医療システム論』東京大学出版会, pp. 149-163。

堀勝洋 (1983) 「身体障害者福祉対策の利用者負担の現状とその在り方について」『季刊社会保障研究』Vol. 19 No. 3, pp. 312-330。

———— (1997) 『現代社会保障・社会福祉の基本問題 21世紀へのパラダイム転換』ミネルヴァ書房。

増田雅暢 (2003) 『介護保険見直しの争点——政策過程からみえる今後の問題——』法律文化社。

宮本太郎, イト・ベング, 埋橋孝文 (2003) 「日本型福祉国家の位置と動態」, G. エスピン-アンデルセン編, 埋橋孝文監訳 (2003) 『転換期の福祉国家——グローバル経済下の適応戦略』早稲田大学出版部。

(おかべ・こうすけ 早稲田大学客員准教授)