
特集：市区町村は少子高齢社会に対応できるか

市町村による障害者支援：ポスト障害者総合支援法の課題

茨木 尚子*

抄 録

わが国の障害者地域支援は、障害当事者による運動とその成果による自治体単独事業により促進されてきた。その結果、20世紀末までに障害者地域支援制度の自治体格差は極めて大きなものとなった。国は自治体格差、また障害種別の支援格差を解消することを目的として、2006年障害者自立支援法を施行した。現在の障害者総合支援法では、在宅介護についても国の義務的経費となり、自治体格差解消が目指された。しかし、現状では自治体格差は是正されていない。介護給付における障害者支援区分認定から支給決定に至る自治体ごとの実態を示すデータからは、財政基盤の弱い自治体ほど長時間介護の支給決定がなされていない状況も明らかになっている。また、手話通訳派遣などのコミュニケーション支援等においても、市町村の実施状況には看過できない格差がみられる。障害者権利条約批准後のわが国において、障害者権利保障の観点から、障害者地域支援に対する国の財政支援体制のあり方、特に国庫負担基準のあり方についての再検討が必要である。

キーワード：障害者総合支援法、障害者地域支援事業、重度訪問介護、支給決定、市町村格差

社会保障研究 2017, vol. 1, no. 4, pp. 762-777.

I はじめに

21世紀に入り、わが国の社会保障制度改革の流れは急となっているが、中でもとりわけ社会保障制度における自治体の役割への期待が高まっている。そこでは少子高齢化において、限られた財源、人材をどのように地域での要援護者支援に振り分けていくのかについて、自治体ごとの特徴を生かしたシステムとその運用が問われている。一

方で、国も地方自治体も、社会保障施策を支える財源の見通しは極めて厳しい状況にある。

障害のある人たちへの支援は、このような状況下においてどのように検討されているのだろうか。現在進行中の社会保障制度改革全体の議論においては、障害者制度は介護問題に包含され、その中でも十分には取り上げられていない¹⁾。高齢者介護、子育て支援と比較して、自治体における障害者支援のあり方については議論される機会も極めて限られているのが現状である。

* 明治学院大学社会学部社会福祉学科 教授

¹⁾ 2012年からスタートした社会保障・税一体化改革以降の社会保障改革推進会議等では、少子化対策、医療・介護、公的年金制度の枠組みで検討がなされており、各枠組みにおいて、議事録等を見ても障害者に関する議題はほとんど上がっていない状況である。

ここでは、社会保障制度における自治体の行政のあり方を考える上で、障害者支援に焦点を当て、これまでの施策の歴史的経過とその中での市町村の役割について振り返り、今後の障害者支援のあり方について検討していくこととしたい。

II 市町村による障害者支援の歴史的経過とその背景

ここではまず自治体における障害者支援は、どのような経過を辿ってきたのか振り返ってみたい。わが国の障害者施策は、第二次世界大戦後にその法的整備が開始された。1949（昭和24）年に成立した身体障害者福祉法は、当初は身体障害者の更生を目的とし、視覚、聴覚、肢体不自由に限定的リハビリテーションによって職業自立が可能と見込まれる身体障害者を対象としていた。その後、1960（昭和35）年に、知的障害者福祉法が制定されたが、その後長期にわたり障害者福祉は、措置制度のもと施設福祉中心で進められ、地域生活への支援は長らく制度的な対応はほとんどなされなかった。結果として、多くの常時介護が必要な重度障害者にとっては、施設入所以外は、家族介護のもとでの地域生活しか選択肢がない時代が長く続くこととなった。

しかし1970年代以降、次第に成人として独立した地域生活を求める重度障害者たちが、ボランティアなどの支援を得て単身での地域生活を開始させる中で、介助の有償化を求める当事者運動を始めるようになった。これに対して国は、「1日4時間以上他人介護が必要なものは、その処遇を施設によって図るべきである」（厚生省社会局保護課通知35号1975年）という方針をとっていた。在宅介護保障を求める先駆的な障害者運動の多くは、比較的人口の多い都市部中心で活動しており、その要求運動は、在宅支援が国の制度に位置付けられない中、東京、大阪をはじめとして大都市の地方自治体行政へ向けられた。その結果、地

方自治体独自の重度身体障害者の在宅介護制度が策定されていくこととなった。例えば、東京都では、1974年に「重度脳性麻痺者介護人派遣制度事業」が制定され、月4回以内、1回半日程度、1回につき1760円の有償介助制度が開始された。東京都の制度は次第に内容を充実させ、1997年には、1日8時間、1カ月31日全日までの有償介助を保証する制度となり、多くの重度肢体不自由者が地域で自立生活を成立させるための基盤的な在宅支援となった²⁾。ほかに、1980年度以降、札幌市、大阪、兵庫、京都、都市部を中心に自治体独自制度として有償介護制度が制定されたが、これらの制度は、障害当事者による自立生活を求める運動の結果として成立したものであった。したがって当事者運動の基盤が弱い地域では、自治体による在宅介助制度は無く、障害者の在宅介助制度は次第に地域格差が大きい状況となっていった。

身体障害者福祉法は、1990（平成2）年改正により、法律の目的が「身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するため、身体障害者を援助し、および必要に応じて保護し、もって身体障害者の福祉を図ること」とされた。これにより法律の目的に、障害者の自立が明記され、ホームヘルプ事業などの在宅福祉サービスが法律に位置付けられ、ようやく障害者福祉は、施設福祉偏重から在宅福祉を整備するという国の方針転換が示された。しかし、実際には障害者の在宅介護制度は、行政の職権による派遣決定を前提とし、実施に関しては自治体による要綱等に委ねられた結果、すでにある自治体独自の制度と組み合わせで24時間365日の介護保障を必要に応じて提供する体制をとる自治体から、国が示した週18時間を上限とする自治体、さらにそれすらも保障しない自治体まで、その格差はさらに大きなものとなっていった。

ところでわが国の障害者制度のもう一つの特徴として、障害種別による法整備が進められてきたことが挙げられる。先に述べた身体障害者福祉法

²⁾ 東京都の重度障害者介護制度の歴史については、全国障害者介護保障協議会「全国障害者介護制度情報」を参考にした。<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/adhoc8/convention131015.html#ARTICLE19>（2016年12月10日最終確認）。

制定後、10年を経て1960（昭和35）年、知的障害者福祉法（旧精神薄弱者福祉法）が制定された。さらに遅れて1995（平成7）年、精神保健福祉法が成立し、20世紀末になり、身体、知的、精神障害の三障害ごとの福祉法がようやく整備されるに至ったが、この時点で、障害種別による支援の大きな格差が生じていた。先に述べた在宅介護制度のみでなく、例えば障害者のグループホーム、就労支援の場である小規模作業所なども、そのいずれも当事者やその家族の運動の結果生まれた事業であり、それを支える制度は、もともとは市町村の単独事業として成立したものである。その後国が制度化するまでに、障害種別、また自治体の整備状況には大きな格差が生まれていた。

こういった障害種別による制度格差、また自治体格差をどのように解消していくかが、21世紀に入り、国の障害者福祉の課題となっていた。2000年に入り、高齢者福祉において、介護保険による利用契約制度が導入されたことを受け、障害者福祉においても、2003年に支援費制度が導入された。支援費制度は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法の施設入所、居宅介護、児童福祉法における居宅サービス等について、利用契約制度を導入し、その利用にかかる費用を市町村が支援費として、サービス実施組織に支給する制度であった。ただし介護保険とは異なり、税を財源とし、利用者負担はその支払い能力に応じた応能負担となっていた。支援費制度の導入により、特にこれまで潜在化していた全国レベルでの在宅サービス、特にホームヘルプ事業やガイドヘルプ事業といったサービスの利用が急増し、その結果として国は「当初予測を上回る利用実績となり、初年度から130億円の予算不足が生じた」として、この制度の見直しを決定した。

2005年に、新たな障害福祉制度として、障害者自立支援法が成立した。この法律では、精神障害者も含めた施策の一元化、在宅および施設サービスの一元化、利用にあたる手続き、基準の明確化として障害程度区分とその認定審査の導入、また福祉サービス等の利用では応益の自己負担の徴収が行われることとなった。

支援費制度においては、福祉サービスを受けるにあたり、市町村が利用者の意向等と聞き取り、その調査結果をもとに行政の裁量によりサービスやその支給量を決定するシステムとなっていた。これが自治体格差を是正できない要因になったとして、国は自立支援法では、全国一律に障害程度区分を導入し、サービスを利用するすべての障害者に対して106項目の調査項目を設定し、その一次判定と市町村審査会による二次判定により障害程度区分の認定を行うこととした。さらに自立支援法では、障害程度区分により利用可能なサービスが設定されており、在宅、施設サービスとも、障害程度区分の認定結果によってそのサービス内容は大きな影響を受けることとなった。

また自立支援法では、在宅サービスにかかる費用の国の負担について、これまでの裁量的義務から義務的経費として位置付けられたことにより、全国一律の水準での提供が行われることが可能になるとされ、在宅サービスの自治体格差の是正が期待された。一方で、居宅介護をはじめとする一部サービスについては、障害程度区分に応じて国庫負担基準が設けられた。国庫負担基準によって国の負担が義務付けられる上限が定まっているということは、それを超過して支給することになれば、その費用は市町村の全額単費負担となる。そのため、財政力の乏しい自治体はなるべく国庫負担基準内に支給量を抑えようとするため、結果として国庫負担基準を支給上限とする自治体も多く存在した。結局、自立支援法では全国共通の介護給付事業が開始されたが、自治体による介護サービスの支給量には新たな格差が生まれることとなった。

また自立支援法では、国の義務的経費の対象となる事業のみでなく、地域生活支援事業として、相談支援事業、移動支援事業、意思疎通支援（手話や要約筆記などの派遣）などを位置付け、利用手続き、報酬や利用者負担などの運用基準はそれぞれを実施する市町村、都道府県の実情によって決めてよいものとした。支援費制度で大きく需要の伸びた移動支援は地域生活支援事業とされ、その後大きな市町村格差を生むこととなった。

自立支援法をめぐるっては、特に利用に際しての応益負担の導入に対して、当初から多くの反対の声があり、重度の障害当事者らが応益負担は憲法に違反するとして、全国で違憲訴訟が提起された。2009年に政権交代が行われ、2010年に国と訴訟団の間で合意文書による基本合意が成立した。この合意文書に基づいて、国は2013年8月までに障害者自立支援法を廃止し、新たに総合的な福祉法制を実施することとなった。

基本合意に基づいて、2010年4月から障がい者制度改革推進会議の総合福祉部会において、障害者の新たな総合福祉法制のあり方が検討された。部会での検討は「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」（骨格提言）としてまとめられたが、結局、その内容の多くは新法には直接盛り込まれることはなく、2012年6月に成立した障害者総合支援法は、おおむね従来の障害者自立支援法の体系をもとにした一部改正にとどまった。

以上、障害者福祉制度の歴史的経過を振り返ると、国レベルでの障害者福祉は長く施設整備中心で進められ、1980年以降、障害者の地域生活を求める運動の結果として、長時間在宅有償介護制度、小規模生活拠点（グループホーム、ケアホーム等）などの地域生活支援体制については、自治体独自の事業として発展してきた。その結果として、障害当事者や家族がまとまって運動を展開してきた都市部を中心に、自治体先行型で障害者の地域支援は促進され、大きな地域格差を生んできた。これを是正する目的で、21世紀に入り、国レベルでの制度改革が行われ、障害者自立支援法からは国の制度として地域生活支援が明確に位置付けられたが、いまだ自治体による障害者地域支援の資源格差、供給格差は解消されていない状況にあるといえる。

Ⅲ 介護給付の支給決定と自治体格差の要因

1 認定審査における自治体格差

ここでは障害者の自立生活にとって大きな影響を及ぼす在宅介護支援について、自治体での実施状況と格差の実態、およびその要因について分析する。2006年の障害者自立支援法以降、在宅介護支援は介護給付として個別給付となり、国の義務的経費による制度となった。この介護給付を受けるに当たって、障害者は、障害種別によらず障害支援区分認定（旧障害程度区分）という統一した審査を受けることとなっている。障害者自立支援法以降、一定の調査項目による一次審査と、市町村の審査会による二次審査により障害程度区分が認定されるシステムが導入された。障害程度区分では、この調査項目の大半が介護保険の調査項目と同じであった結果、多様な障害種の利用者の障害状況を明らかにすることが難しく、とりわけ知的障害、精神障害者にとっては一次審査では障害状況が正確に反映されないとされた。その結果、市町村の審査会による二次審査でそれぞれの障害状況が把握されることにより、多くの一次審査結果が変更される事態となった。2009（平成21）年の厚生労働省資料によると、全国の知的障害、精神障害者の二次審査での変更率は約50%と報告されている³⁾。

一方でこの二次審査の変更率は自治体により極めて大きな差があることも明らかとなった。結果として同じ客観的指標を使用しているにもかかわらず、自治体による障害程度区分の各区分の割合には、かなりの違いが生じることとなった。例えば、2009（平成21）年の厚生労働省資料をみると、6段階の障害程度区分で、重度の区分（認定区分4以上）の割合は、全国平均では49.85%となっているが、都道府県別にみると、最も低い高知県で32.27%、最も高い岐阜県で64.90%とその差は大きなものとなっている⁴⁾。これほど自治体により、重度障害者の実態に差があることは考えにくく、

³⁾ 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会相談支援・支給決定作業チームへの厚労省提供資料（2010年）による。

⁴⁾ 前掲厚労省提供資料、「都道府県別障害程度区分結果（平成21年10月から平成22年9月）一覧」より筆者作成。

表1 都道府県別障害程度区分割合（全国平均、岐阜県、高知県抜粋）2009年10月～2010年9月

	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	割合%
全国平均	0.13	6.92	20.3	22.8	17.28	14.02	18.56	100
岐阜県	0.1	2.21	12.31	20.47	19.43	20.08	25.41	100
高知県	0.32	14.84	26.93	25.63	14.84	9	8.43	100

出所) 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会厚生労働省資料(2010)からの抜粋。

審査のあり方の違いが大きいことが数値に表れていると想定される。

国は、このような自治体格差を是正するには、一次審査の客観的指標の精度を上げることが必要として、障害者総合支援法では障害程度区分を全面的に改定し、新たに障害支援区分を導入した。支援区分導入後の実態については、厚労省資料によれば、自治体別変更率の格差は大幅に是正している⁵⁾。しかし財務省からは、未だ二次審査の変更率の高い自治体があるとして、さらなる是正の必要性が指摘されている。新たな障害支援区分では、一次審査での判定結果が二次審査で変更されることのないことが是とされ、一次審査結果が最終的な認定結果に反映されることがより一層強化されることが予測される。

今回の支援区分への変更については、障害程度区分の二次判定の変更要因を新たに勘案して審査項目に加えた一次審査となったので、変更率が全体的に減少したことは当然といえる。一方さらに確認が必要なことは、支援区分の各区分の割合の自治体格差についても、支援区分変更後に是正されたか否かであるが、これについてはデータが開示されていないため明確となっていない。この点についての確認がなされていない状況では、今回の支援区分導入により認定審査の自治体格差が緩和されたとは明確にはいえない。

さらに現状では、支援区分の程度により利用可能な個別給付が決められているため、この支援区分認定は、サービスの支給決定にあたって極めて重要な要素となっている。例えば施設入所に関しては、支援区分4以上が原則とされている。一方で自治体ごとの障害者制度の整備状況を見ると、

未だ入所施設以外の在宅介護体制やグループホームなどの居住支援がほとんど整備されていない地域も多い。その結果、親なきあとの生活の場として、支援区分の程度にかかわらず入所施設を利用せざるをえない状況もある。自治体ごとの支援体制の整備状況の格差が大きい中で、「客観的指標」として導入された支援区分に基づいて、利用可能な障害者福祉サービスが規定されている現状の制度のあり方は、すべての障害者にとって平等なシステムであるのかについての根本的な検討も必要である。全国的に障害者支援体制の整備状況の格差がある状況において、支援区分とサービス利用が直結しているこのシステム自体の是非を検討しないままに、自治体の支援区分認定方法のみの均一化を強化することは必ずしも障害者支援そのものの格差是正にはつながらないと思われる。

2 サービス支給決定、特に訪問系サービスにおける自治体格差

次に、自治体ごとの在宅介護給付における支給決定(支給量)の状況をみていきたい。総合支援法における訪問系サービスには、居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援等があり、それぞれ支援対象や支援内容が異なる。このうち重度訪問介護は、先に述べた障害当事者による先駆的な地域生活運動において生まれ、自治体ごとに制度化された長時間介助制度を国の制度に統合したものである。重度訪問介護の特徴としては、単身の重度障害者の介助を想定して制度化されたものであり、家事援助や身体介護を区別せず同一の介護者からの提供を受けることが可能であること、さらに見守り支援や外出支援も含めて

⁵⁾ 社会保障審議会障害部会第66回厚労省配布資料(2015) http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000091249.pdf (2016年12月10日最終確認)。

総合的かつ長時間の介護を受けることが可能な点
があげられる。これまで重度訪問介護の対象は、
障害支援区分4以上の重度肢体不自由者に限定さ
れてきたが、新たに総合支援法では、その対象に
重度知的障害、精神障害者が加わることになっ
た。

総合支援法の介護給付を受けるに際しては、市
町村による支給決定を受けることとなるが、その
際市町村は、以下の勘案事項についての聴き取り
を行うこととされている。勘案事項とは、障害者
支援区分、障害種別および程度、そのほか心身の
状況、障害者の介護を行う者の状況、障害者等に
関する介護給付等の受給の状況、ほかの法律、制
度に基づくサービスの利用状況、障害福祉サービ
スの利用に関する意向の具体的内容、障害者の置
かれている環境、障害者福祉サービスの提供体制
の整備状況等である。これをもとに市町村は相談
支援事業所作成のサービス利用計画等を踏まえて、
支給決定を行うこととされている。

在宅介護給付の場合、それぞれの事業により、
対象となる障害、程度があらかじめ決められてい
るので、本人の意向があったとしても申請ができ
ない場合もある。特に重度訪問介護については、
支援区分4以上となっているため、これより支援
区分が低いと判断された肢体不自由者、知的、精

表2 北海道各市町村における訪問系サービス支給
基準の設定方法について

	居宅介護	重度訪問	行動援護
国庫負担基準を上回って設定	24自治体	21	22
国庫負担基準を下回って設定	10	15	11
国庫負担と同一の設定	97	98	99
障害区分ごとに設定が異なる	4	1	3

出所) 北海道庁2008。

神障害者は支援区分決定の時点で支援を受けるこ
とが不可能となる。

重度訪問介護等の支給決定にあたり、多くの市
町村で支給決定基準（ガイドライン）を設定して
いる。この支給決定基準については、これを一般
公開している自治体としていない自治体がある。
この支給決定基準の設定、またその運用方法が市
町村によってかなり異なる実態であることが、北
海道内の市町村の支給基準実態（2008年）により
明確となっている⁶⁾。この調査によれば、支給決
定基準の設定にあたり、支援区分ごとに設定され
た国庫負担基準が指標となり、これをその区分の
支給量上限に設定している自治体が大半を占めて
いることが示されている。結局、国家負担基準以
上に基準を設定すれば、その財源は原則市町村が
原則全額持たねばならない仕組みになっている制
度下では、国の負担基準の上限が、多くの市町村

表3 重度訪問介護における自治体規模別支給決定量および利用率調査結果（2013年）

	全体	政令市・特別区	中核市・特例市	一般市
重度訪問介護平均支給時間 (時間)	6766.8 n=123	14848.4 n=39	5955.1 n=16	2322.7 n=68
重度訪問介護平均支給人数(人)	43.0 n=124	106.8 n=40	25.0 n=16	9.7 n=68
重度訪問介護1人あたり月平均 支給時間	227.7 n=109	229.9 n=39	240.7 n=15	222.5 n=55
重度訪問介護最長支給時間平均 (時間/月)	445.0 n=104	646.9 n=23	547.7 n=16	348.3 n=65
重度訪問介護利用率(%)	70.5% n=109	69.0% n=39	79.3% n=15	69.1% n=55

出所) 中根成寿「障害者総合支援法における地域生活サービス支給決定量及び利用率調査結果」2014年障害学会報告より引用⁷⁾。

⁶⁾ この調査は2008年度に北海道庁がとりまとめ、同庁HPに掲載されていたものである。現在はHPには掲載されて
いないが、以下のURLから閲覧可能である。[http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/shf/jireisyu_jirusienhou/
08syogaifukussikyuketteikijun.pdf](http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/shf/jireisyu_jirusienhou/08syogaifukussikyuketteikijun.pdf) (2016年12月10日最終確認)。

⁷⁾ 中根成寿「障害者総合支援法における地域サービスの支給時間・利用率調査」2014年第11回障害学会大会（沖
縄国際大学）ポスター報告資料データを引用した。

表4 生活介護における自治体規模別支給決定量および利用率調査結果（2013年）

	全体	政令市・特別区	中核市・特例市	一般市
生活介護平均支給日数（日）	9223.7 n=111	13742.6 n=39	13152.4 n=14	5236.8 n=58
生活介護平均支給人数（人）	453.3 n=120	750.3 n=40	604.0 n=15	235.8 n=65
生活介護1人あたり月平均支給日数 日/月	22.0 n=111	22.7 n=39	22.0 n=14	21.6 n=58
生活介護利用率（%）	81.2% n=104	78.4% n=37	77.9% n=14	84.0% n=53

出所) 中根成寿「障害者総合支援法における地域生活系サービス支給決定量及び利用率調査結果」2014年障害学会報告より引用。

の支給決定量の上限になることは必然ともいえる。特に、財政力の弱い自治体ほど、国庫負担基準以上の支給量を基準として設定することは極めて困難と考えられる。

中根は2013（平成25）年に重度訪問介護請求が200名以上存在する都道府県の市・区を対象とした支給決定量および利用率調査を実施している。この調査では、北海道、埼玉県、東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県の134自治体（回収率36.9%）からの回答があった。この結果をみると、重度訪問介護の平均支給総時間数は6766.8時間（月）で、平均支給人数は43名、全体の1人当たりの月平均支給時間は227.7時間（政令市・特別区229.9時間、中核市・特例市240.7時間、一般市225.5時間）とされている。一方、支給最長時間は全体平均で445.0時間、政令市・特別区は646.9時間、中核市・特例市は547.7時間、一般市は348.3時間となっており、明らかに国庫負担基準を超える長時間介護の支給決定に関しては、大都市ほど支給されやすい状況であることがわかる。

中根は、支給決定がなされた時間や日数のうち、実際に事業所を通して利用された「利用率」を合わせて調査している。その結果によれば、重度訪問介護の全体の利用率は、70.5%（政令市・特別区69.0%、中核市・特例市79.3%、一般市69.1%）とすべての自治体で総じて低い。一方で、施設系サービスの生活介護については、利用率は全体で81.2%（政令市・特別区78.4%、中核市・特例市77.9%、一般市84.0%）であった。施設系サービスの利用率と比較して、重度訪問介護等の訪問系サービスの利用率の低調さは何を物語る

のであろうか。

中根も分析しているように、介護保険と異なり多くの利用者が自己負担のない現状の障害者制度では「経済的理由での利用控え」が起こることは想像しにくい。支給決定量が実際の利用者ニーズより過剰に決定されているという推測も、先に述べたように多くの市町村が国庫負担基準を前提とした支給決定基準を設けていると考えれば成り立ちにくい。最も考えられうる要因は、支給決定量に見合う供給量が不足しているという供給体制の不備である。特に重度訪問介護は、ほかの介護給付より長時間の介護を保証する介護事業であるが、その時給単価は低く設定されており、また利用者数も多くないため介護保険事業所と比較して重度訪問介護を提供する事業者数は多くない。特に在宅重度障害者が少ない市町村においては、重度訪問介護を提供する事業者が少なく、支給決定量に見合うサービス提供が難しい状況にあると考えられる。結果として支給決定がなされても、支給量を十分に利用することが困難な状況にあるのではないかと推察される。以上から、結局障害者総合支援法下でも在宅支援の支給決定において、自治体による格差は是正されたとは言い難い。またそのような支給決定の差を生み出す根本的な要因としては、在宅支援の整備状況の格差が大きいと考えられる。

IV 地域生活支援事業にみる自治体格差の実態と要因

障害者総合支援法では、国の義務的経費による

介護給付、訓練等給付のほか、地域生活支援事業を制度化している。地域生活支援事業とは、具体的なサービス内容、利用手続き、報酬や利用者負担については、事業を実施する市町村・都道府県の実情に応じてそれぞれ定めることができるとされている事業である。また市町村の事業費に対しては、国が2分の1以内、都道府県が4分の1以内で、都道府県の事業に対しては、国が2分の1以内でそれぞれ補助を行うことができるとされている。実際には統合補助金として、国が事業ごとの補助基準を設けず地方自治体において執行が柔軟にできる仕組みとなっている。

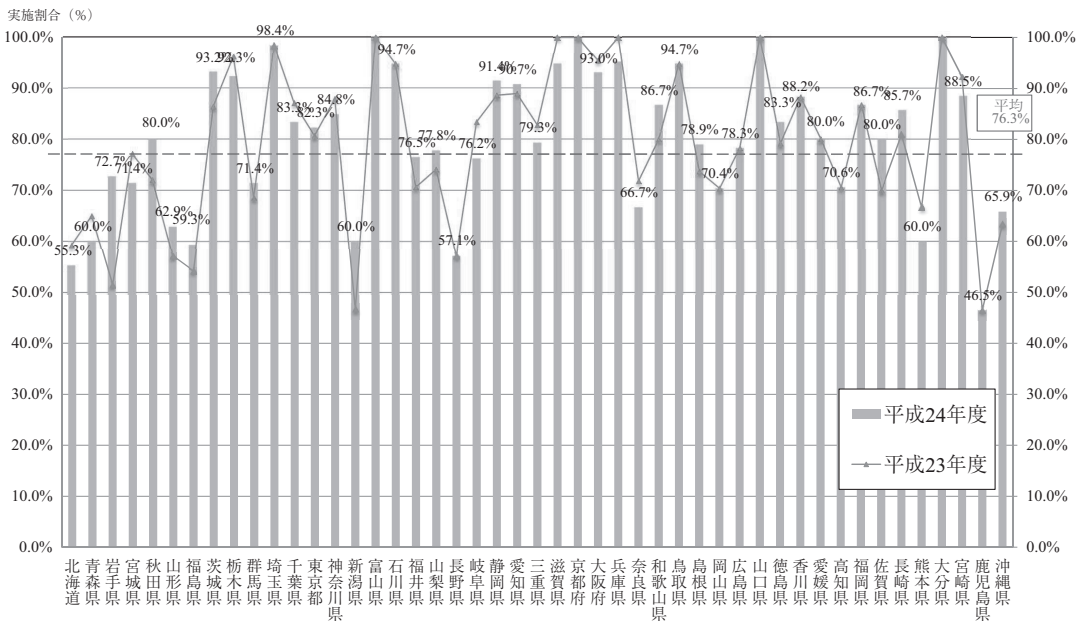
一方、自治体の裁量に委ねるとはいえ、必要不可欠な事業が実施されないことのないように、国は地域支援事業において都道府県、市町村それぞれに必須事業を置いている。市町村必須事業には、市民の障害理解促進研修・啓発事業、相談支

援事業、成年後見制度利用促進事業、日常生活用具給付事業、意思疎通支援事業、移動支援事業、地域活動支援センター機能強化事業が含まれている。これらの事業をみれば、地域生活支援事業には、地域生活を営む障害者にとって極めて重要な支援内容が多く含まれていることがわかる。例えば意思疎通支援（以下コミュニケーション支援）とは、聴覚障害者やALSなどの全身性障害者にとっては、他者とのコミュニケーションをとるために必要不可欠な支援であり、手話のみでなく、要約筆記、サイン言語など多様な手段を用いての対応が必要となる。自治体によるこの事業の実施状況について、国が示したデータによってその実施状況をみていく⁸⁾。

2012（平成24）年度のデータをみると、コミュニケーション支援のうち、手話通訳派遣事業を実施している市町村は全体の74.7%、要約筆記派遣

表5 意思疎通（コミュニケーション）支援事業の都道府県別実施状況（2012）

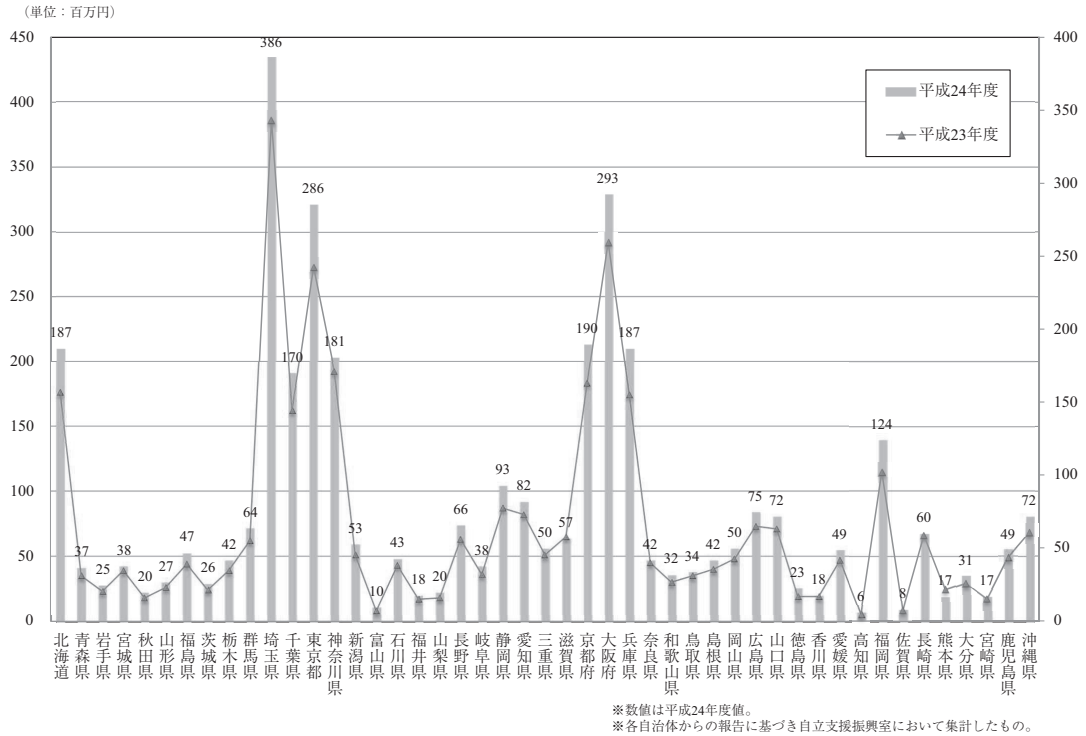
- 各都道府県内の全市町村に対する事業を実施している市町村の割合である。
- 全体では1,330市町村／1,742市町村（H25.3.31現在）で実施割合は76.3%である。



出所) 厚生労働省障害保険福祉部企画課自立支援室。

⁸⁾ 厚生労働省障害保健福祉部企画課自立支援振興室「地域生活支援事業の実施状況（平成26年3月）」による。

表6 意思疎通（コミュニケーション）支援事業の都道府県別事業費（2012）



出所) 厚生労働省障害保険福祉部企画課自立支援室。

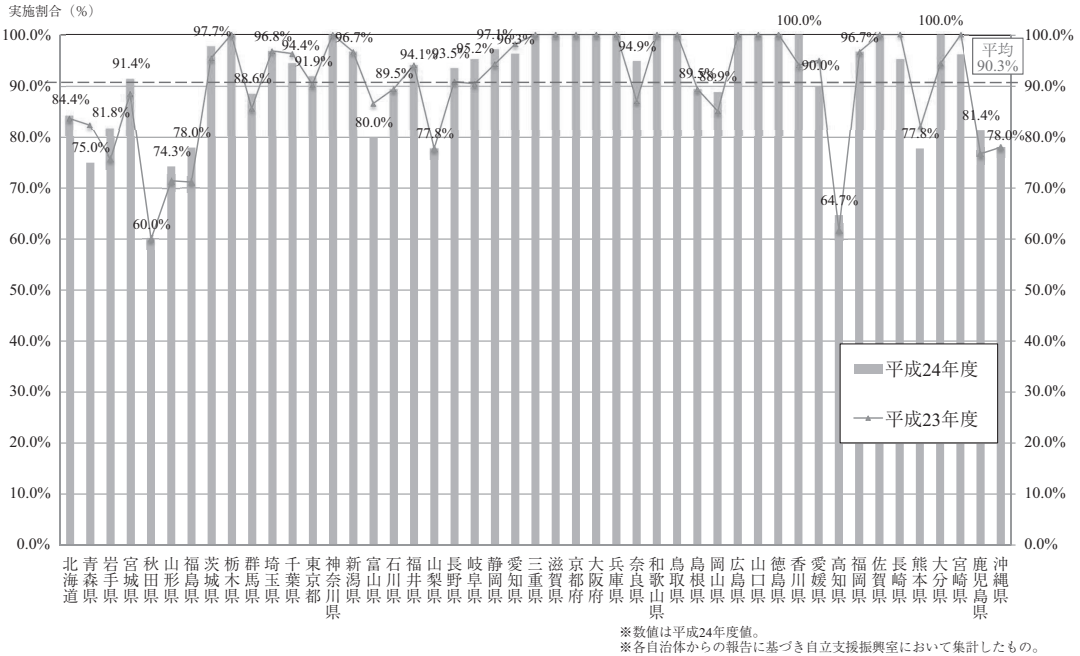
事業は51.7%となっている。また独自に手話通訳を設置している市町村は30.8%にとどまっている。さらに各都道府県別にその実施状況をみると、すべての市町村がコミュニケーション支援事業を実施している京都府や、大分県、山口県、富山県など9割以上実施の都道府県が10カ所以上ある一方、46.5%の鹿児島県、55.3%の北海道等、6割に満たない都道府県もあり、都道府県ごとの実施の格差が大きいことが示されている。全市町村で実施している京都府では、特に手話通訳に関しては、92.3%の市町村で手話通訳者を配置し派遣事業を実施している。一方で、鹿児島県では手話通訳者を配置している市町村は18.6%、派遣事業は46.5%の市町村の実施にとどまっている。手話を使用する聴覚障害者の割合は、聴覚障害者全体では半数以下と言われており、要約筆記の派遣事業でも、京都府は全市町村実施となっている一方、鹿児島県は16.3%とこれも低い実施状況であ

る。聴覚障害者にとって、多様な場面での情報保障は極めて重要な社会参加の条件であることはいうまでもない。地域支援事業による聴覚障害者の情報保障には、現状では自治体により極めて大きな格差が生じており、これは看過できない問題であるといえる。

さらにコミュニケーション支援の総事業費を都道府県別にみると、最も多い埼玉県で年間3億8600万円、最も少ない佐賀県では800万円となっており、極めて事業費の差が大きい。地域支援事業は自治体の裁量が大きい事業となっており、実施していてもその実施内容（派遣条件、実施時間数等）は自治体により大きく異なっていることがこの事業費額の差から推察される。コミュニケーション支援の提供する条件や内容などについて、全国的なコンセンサスが十分ないままに、自治体にその運用を委ねるシステムがこの格差を生み出しているといつてよいのではないだろうか。

表7 移動支援事業の都道府県別実施状況（2012）

- 各都道府県内の全市町村に対する事業を実施している市町村の割合である。
- 全体では1,573市町村／1,742市町村（H25.3.31現在）で実施割合は90.3%である。



出所) 厚生労働省障害保険福祉部企画課自立支援室。

次に、移動支援事業についてみていく。支援費制度では個別給付化された結果、予想以上の需要があり予算を超過したとされ、自立支援法から個別給付ではなく地域支援事業となった事業である。市町村による移動支援の実施率については、全国で90.3%となっている。以前は個別給付だった事業であるが、これも実施状況には地域差が生じており、すべての市町村で実施している都道府県が15カ所ある一方、秋田県では6割の市町村の実施にとどまっており、市町村実施率が8割に満たない都道府県が8県となっている。

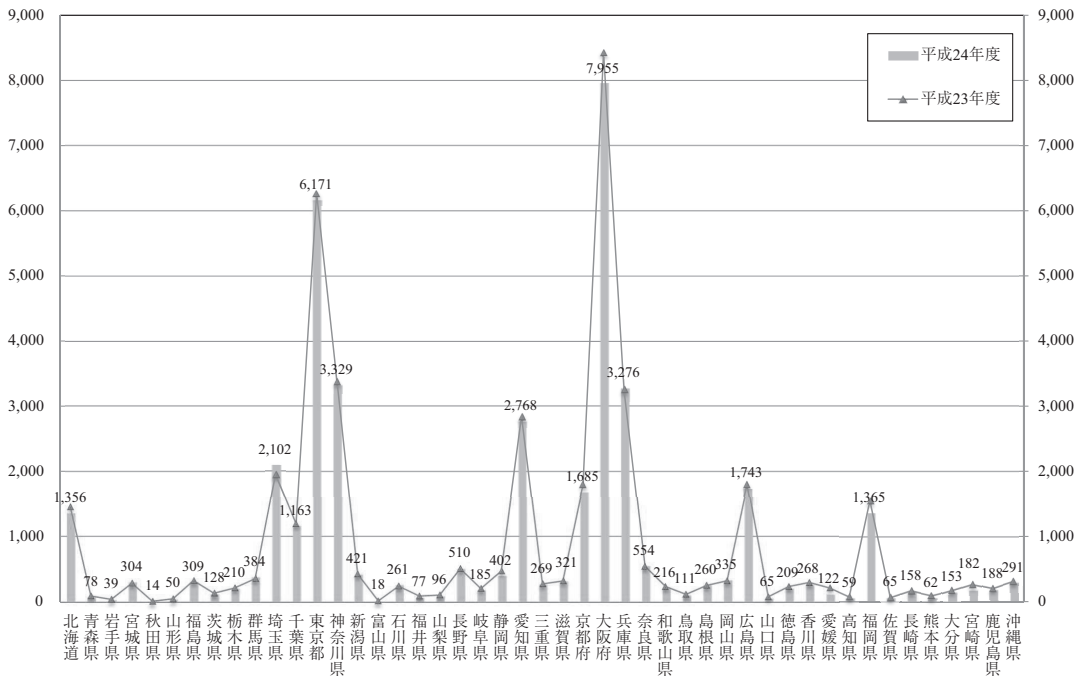
また事業費の差も大きく、最も高い大阪府が年間79億5500万円であるのに対して、最も低い富山県では1800万円となっている。移動支援の内容としては、個別支援型、グループ支援型、車両を用いた外出支援型など多様であるが、特に突出して多い自治体の外出支援は、一人ひとりの外出を支援する個別支援型による支援を中心として運営さ

れている。そこで、個別支援型を利用している実人員の都道府県別データをみると17,270名の大阪府から、33名の秋田県まで、その差は人口比を考慮に入れても歴然としている。また一人あたりの利用時間をみると、1カ月あたり平均20.1時間の大阪府から、4.7時間の山梨県まで大きな開きが生じている。重度障害者が日常的な外出支援として移動支援を利用できる自治体と、特定の外出での利用に限定した対応となっている自治体の差が、この数値には表れている。社会参加にとって極めて重要である外出に際しての移動支援に、これほどの自治体による格差が生じていることをどう考えるべきなのだろうか。

移動支援事業に関する詳細な調査研究をもとに、市町村格差の実態を明らかにした谷口は、「もとより、地方自治体の企画立案能力、財源調達能力、地域調整能力が十分に醸成されているかという点について厳しい評価は必要であろうが、十分

表8 移動支援事業の都道府県別事業費（2012）

(単位：百万円)



※数値は平成24年度値。
 ※各自治体からの報告に基づき自立支援振興室において集計したもの。

出所) 厚生労働省障害保険福祉部企画課自立支援室。

な自主財源を持たない（あるいは自主財源において市町村格差が大きい）現状にあって、市町村の裁量であるという理由だけで国家が放置し続けることは果たして妥当であるかという点について、今一度検証すべきであろう。」と現状の地域支援事業の枠内での移動支援のあり方について厳しく批判している⁹⁾。

V 自治体格差をどうとらえるか

ここまで障害者総合支援法における個別給付としての在宅介護の市町村の支援実態、また自治体の裁量的事業である地域生活支援事業の実態について、それぞれ自治体格差の観点から概観した。これまで述べてきたとおり、自立支援法以降、国

の施策目標としての自治体格差解消については、大きく前進したとは言えない状況にある。もちろん以前の自治体単独事業としての障害者の長時間介助制度が、自立支援法以降、個別給付として全国一律の支給体制となったことは、施設支援中心から在宅支援へ向かう国の方針を示す意味で大きな前進ではあった。しかしその後の在宅介護支援の実施状況については、自治体による大きな格差が依然として存在している。住む地域により利用できる支援内容や支給量に差があることは、在宅介護支援は障害者が地域で生活するために基盤的な支援であることから大きな課題である。国は、総合支援法が新たに成立した際、段階的、計画的にその施策の充実を諮るとして、施行後3年を目途に主要な地域支援のあり方を見直していく

⁹⁾ 谷口泰司（2010）「障害福祉サービス提供基盤の地域格差に関する一考察-移動支援事業の実態調査を通じて-」、『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』第23号，pp.119-126。

とした。しかし社会保障制度改革全体として社会保障費の大幅な増加は厳しい現状では、見直しの内容は必ずしも抜本的な改革の方向へは進んでいない。

長時間介護が必要な障害者への支給決定の自治体格差については、いくつかの是正施策が国によって行われてきた。国庫負担基準については、訪問系サービスの支給額が国庫負担基準を超過している市町村については、地域生活支援事業による助成を行う等、財政支援を実施している。また国庫負担基準は、市町村に対する国庫負担の上限であって、利用者ごとのサービスの上限ではないことを示して、国庫負担基準よりサービス利用の少ない利用者から、サービス利用がそれを超過している利用者に対し、国庫負担基準額を回すことが可能とする柔軟な運用をしてよいとしている。こういった措置により、国は、2012（平成24）年度からは、訪問系サービスにかかる全国の総費用額は、国庫負担基準額より少ない額に収まるようになったとしている。しかし中根の調査研究にみるように、そもそも支給決定量と実際の利用率が一致していない状況で、その利用にかかる費用総額が、国庫負担基準額以下であることで問題がないとしてよいのだろうか。おそらく支給決定に基づく支給量を100%利用した場合の費用総額は、国庫負担基準額を大幅に上回るのではないかと推察される。先に述べたように、供給体制の不足により本来受けられるはずの在宅介護サービスを受けることができない実態の有無を検証することのないままに、費用総額のみで国の財源保障基準の是非を問うことはできない。

さらにいえば、障害者の介護時間は、その生活環境による違いが大きく、誰とどこで暮らしているかによってその必要量は大きく変化する。特に、家族と同居せず、単身生活を送る重度障害者は、日常的な生活介護の必要量は格段に高くなる。また家族と同居していても、家族介護に依存せず、在宅介護を利用して生活を独立させている重度障害者も同様の状況になる。こうした暮らし方の選択が、どの自治体でも同じように重度障害者に可能となっているだろうか。障害当事者によ

る活動が活発で、多様な暮らし方があることを自覚できる比較的大都市で暮らす障害者とは異なり、過疎地域では、重度の障害者はおそらく家族と同居する生活、もしくは入所施設での生活が未だ主流であり、長時間介護を利用するの在宅生活そのものを選択すること自体が難しい状態にある。そのような状況下では、当事者側からは国庫負担基準を超えた長時間介護を求める声は出てこないと推察される。また自治体も当事者側からのニーズが無い中で、国庫負担基準を超えて支給決定をすることは無いと思われる。むしろ重度障害者のほとんどが家族介護を中心した在宅生活か、もしくは施設入所生活を送っている地域では、在宅介護支給量は全体として低くなることは想像に難くない。

また長時間介護を利用する障害者がある程度数としてまとまって存在しなければ、重度訪問介護を提供する事業所も増えることはない。そういった現状を前提に考えれば、国全体の訪問系サービスの総費用額が、国庫負担基準額より低い額にあることで、現在の国庫負担基準額が、重度障害者の長時間介護にかかる費用をすべてカバーできていないの見直しの必要性がないとはいえないのではないだろうか。大都市を除く多くの市町村では、在宅介護基盤の整備の遅れが前提にあり、それにより重度障害者のニーズも低く抑えられており、そこに自治体格差を生む根源的な要因がある。このような潜在的ニーズの存在を検討しない中で、国庫負担基準のあり方の是非を問う議論には疑問を感じざるをえない。

また聴覚障害者などのコミュニケーション支援や、重度障害者の移動支援に、大きな地域差が生まれる要因も同様のことがいえる。手話通訳派遣などについて、一定数の利用層がおり、そのニーズがまとまってあれば、市町村も支援体制を構築しなければならないというインセンティブがはたらくが、きわめて少数のニーズにすぎない場合、支援体制の整備は遅れていく。自治体によっては、都道府県レベルで手話通訳士を養成し、広域で手話通訳士や要約筆記者を派遣する体制を構築しているところもあるが、当事者によるまとまっ

た要請運動が起こりにくい自治体ではそのような体制の整備がとられていないところも多い。しかしごく少数であってもコミュニケーション支援がなければ、一般市民としての暮らしが成り立たない人たちがどの自治体にも存在していることも事実である。本来一人ひとりの障害者の社会生活にとって必要不可欠な支援を、地域支援事業として自治体の裁量に委ねている制度設計のあり方そのものが問われるべきではないかと思われる。またこれまで移動支援として自治体の裁量に委ねられていた視覚障害者の外出支援が、総合支援法により同行援護という新事業として個別給付になったことと、聴覚障害者等の情報保障が未だに地域支援事業に位置付けられていることとを比較すると、そこに障害種別による制度格差も感じざるを得ない。

Ⅵ 障害者支援の今後の方向性

さて、こういった障害者支援における格差について、今後どう考えていくべきなのだろうか。国庫負担基準を設定して、支援区分ごとの国の費用負担基準を示す現在のシステムは、国レベルで障害者支援予算を確保する際には有効な方法であろう。しかし、こういったシステムを設定するのであれば、支援区分ごとの国庫負担基準額は、その支援区分にある障害者に真に必要な支給量に基づいた金額設定になっていなければならない。重度訪問介護の国庫負担基準額は、そもそも市町村の支援区分ごとの支給実態に基づいて算出されている。具体的には9割の市町村の支給実態がカバーできるように金額設定をしているとされている。しかしこれまで見てきたように、重度訪問介護の支給決定は自治体格差が大きく、実際の支給量もその自治体の供給量に左右されており、実際の利用率も低調である。そのような自治体格差がある支給実績をもとに算定している国庫負担基準額では、結局在宅介護体制整備が遅れている自治体が、在宅介護の支給量を引き上げて、それにより事業者が増え、重度障害者の地域生活を保障する体制整備が行われるインセンティブは働かない。

自治体の在宅支援への国庫負担の現状のあり方では、その地域で暮らす障害者側からの要望が高く、必要に迫られて国基準以上の支給決定を実施している自治体以外は、結局支給決定量を上げ、それによって在宅介護支援制度を充実させ、新たに地域での重度障害者の生活の選択の幅を広げる資源整備をする方向に全国レベルで進むことは期待できない。

長時間介護が必要な重度障害者の支給決定は、市町村の裁量に委ねられているが、その介護財源については、国はさまざまな補てんの仕組みを示してはいる。しかし結局それによっても自治体格差は大きくは是正されてきてはいない。重度障害者といっても、一律に介助時間が決められるわけではなく、個人によって必要な介助時間数はさまざまな要因（同居人の有無、日中の活動状況、住まい等の環境要因、医療的ケアの必要性など）によって違いが生じる。実際に、市町村が定めた基準以上の支給決定が必要となる場合、その判断は主に支援区分の審査会に委ねられる。しかしこの判断も、自治体により大きな差があることが想定される。

重度障害者の在宅支援における国と自治体の役割について、今後どう考えていくべきか。2011年にまとめられた障害者制度改革推進会議における総合福祉部会が示した骨格提言では、国と自治体の役割分担について、いくつかの新たな提案をしている。このうち在宅介護給付の国庫負担基準を上回る長時間介護の費用に関しては、原則として国の負担とすべきと述べている。またそれが難しい場合でも、1日8時間を超える支給量部分の費用に関しては、市町村負担を5%、都道府県45%、国50%という割合を提示し、長時間介護の市町村負担を減じることにより、自治体の格差の是正を踏ることを提案した。しかし新たな法律において導入されることはなく、その後の国の審議会でもこの提案については、ほとんど検討されていない¹⁰⁾。

この骨格提言の指摘は非現実的な提案なのであるか。他国の状況を見ると、福祉制度の地方分権では長い歴史を有しているスウェーデンにおいても、長時間介護を必要とする重度障害者の在宅

介護については、国が責任と権限を持つシステムとなっている。スウェーデンでは、介護が必要な高齢者等を対象とした普遍的なホームヘルプサービス等を提供する社会サービス法（SOL）がある。また、それとは異なる障害者に特有の支援ニーズに基づき介護サービスを提供する障害者サービス法（LSS）がある。このLSSにより、地方自治体は月20時間を上限として障害者に介護サービスを支給している。LSSはその予算が地方税によるものであるため、支給については自治体の査定員が自治体毎の判断に基づいて決定している。判断基準の根拠については、2010年に筆者らがマルメ市で実施した市の査定員のインタビュー¹⁰⁾では「同じ地域の障害を持たない市民との平等の観点からガイドラインを決定している」ということで、自治体ごとに支給決定ガイドラインを策定していた。このような状況では、自治体格差が生まれやすいとも思われたが、必ず近隣自治体でのガイドラインの共有、また査定状況の情報交換（新たな長時間介護の査定が行われた際の条件等の情報共有など）、さらには行政裁判所の判例などにも基づき、自治体間格差が出ないようにしているとのことであった。

一方、月20時間を超える介護時間が必要な場合については、介助保障法（LASS）の対象となる。LASSは国の権限と責務により実施される。つまり自治体は月20時間を上限として介護サービスを実施し、それ以上の長時間介護については、国が実施責任と財源を持つという障害者介護システムとなっている。査定に関しては、国の社会保険事務所の査定員により、国のガイドラインに従って行われている。国のガイドラインは、実際の査定事例をもとに毎年改変されており、おおむね、(a) 身体の衛生管理、食事、(b) 衣服の着脱、(c) (d) 他者とのコミュニケーション、(d) 専門的な知識

が求められる個別の特別な介助、という5領域のニーズ判定から策定されている。夜間の体位交換、もしくは見守り介助などについても細かく規定されており、結果として2名以上による複数介助体制まで認める上限設定のない1日24時間までの長時間介護システムとなっていた。もちろん、24時間体制の介助査定は、全国的にみても決して総数としては多くなく、受給者も年々増加している中で、法とガイドラインに基づく公正な執行が求められる極めて難しい業務であるとのことではあった。

スウェーデンの長時間介護に関しての国と自治体の責任分担のあり方は、どの地域に住んでいても、国により長時間介護の妥当性が検証されるという意味で、重度障害者にとって平等なシステムともいえる。地方分権による福祉制度の長い歴史をもつ北欧でも、国の権限で実施している障害者の長時間介護を自治体の裁量に委ねている日本の障害者介護制度で、果たして地域格差を是正することが可能なのか、疑問を持たざるをえない。

また地域支援事業に規定されている意思疎通支援、移動支援についても、自治体の裁量に委ねる現在の体制下では、今後全国的に整備が促進されていくことは想像しにくい。もちろん今年度施行された障害者差別解消法により、行政機関は合理的配慮の提供について法的な義務が課せられたことで、自治体の聴覚障害者の手話通訳配置等が一定促進される可能性もある。しかしそれも国基準のモニタリング機能が働かなければ、法施行の影響はそれほどの実質効果は生まないのではないだろうか。

また障害者の外出を支える移動支援についても、通学、通勤にかかわる移動支援はどの分野が責務を負うべきなのかについて、必ずしも明確にはなっておらず、当面障害者総合支援法ではこの

¹⁰⁾ 2015年から、総合福祉法の3年後見直し項目についての議論が社会保障審議会障害部会で行われた。ここでは国庫負担基準額負担基準額についても議論されたが、骨格提言にある国と自治体の費用負担のあり方について踏み込んだ議論はされなかった。

¹¹⁾ 2010年8月北野誠一、竹端寛、土屋葉、茨木尚子によるスウェーデンパーソナルアシスタンスサービス訪問調査を実施した。この訪問調査結果については、以下の報告がある。北野誠一（2011）「スウェーデンとイギリスのサービス支給決定と権利擁護に関する調査報告」『月刊ノーライゼーション障害者の福祉』6月号、pp.57-59。

部分については対応しないこととなっている¹²⁾。一方で、自治体によっては、通勤、通学の移動支援利用を一部認めているところもある¹³⁾。障害者の地域生活に必要な支援の国家レベルでの提供水準、いわゆるナショナルミニマムの設定がない中で、地域生活における重要な支援となるコミュニケーションや移動の支援が、自治体に全面的に委ねられている状況についてこのままでいいのか、さらなる検討が必要なのではないだろうか。

Ⅶ おわりに

児童支援や高齢者支援と異なり、障害者支援はその人口比から言って、自治体の主要な福祉課題とはなりにくいリスクを負っている。わが国は2014年国連障害者権利条約に批准している。この条約の19条には、「障害者の自立した生活及び地域社会への包摂」が権利として明記されている¹⁴⁾。この条約にある障害者の権利保障を国レベルで明確にし、障害者の地域生活水準を「障害を持たないほかの者との平等のもとに」定めていくことが今後一層必要となるであろう。地域での特別な支援が無ければ、その社会でほかの者と平等に生きていくことが困難となる重度障害者の生活支援水準については、より国家レベルでの議論が必要と

思われる。その上で、地方自治体の障害者支援のあり方について、現在の格差の実態をより明確にした上での抜本的な改革をめざした検討が必要なのではないだろうか。

参考文献

- 中根成寿(2012)「重度訪問介護支給決定時間から見る障害者の地域生活支援制度の検討：京都府における重度訪問介護支給決定時間に関する調査から」『福祉社会研究』13号, pp.101-109。
- (2014)「障害者総合支援法における地域生活系サービスの支給決定量及び利用率調査」, 第11回障害学会大会(沖縄国際大学)ポスター発表資料。
- 谷口泰司(2010)「障害福祉サービス提供基盤の地域格差に関する一考察-移動支援事業の実態調査を通じて-」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』第13号, pp.119-126。
- 丹波勇氣(2014)「障害者ホームヘルプサービスの自治体間格差の実態とその要因」『産研論集』関西学院大学産業研究所, pp.75-82。
- 藤岡毅・長岡健太郎(2013)『障害者の介護保障訴訟とは何か!』現代書館。
- 横川正平(2014)『地方分権と医療福祉政策の変容』創成社。
- 岡部耕典(2010)『ポスト障害者自立支援法の福祉政策』明石書店。
- 厚生労働省社会保障審議会障害者部会(2015~2016)部会配布資料。

(いばらき・なおこ)

¹²⁾ 障害者の移動支援に関しては、通勤、営業活動等の経済活動にかかる外出、通年かつ長期にわたる外出および社会通念上適当でない外出は認めないことが原則となっている。

¹³⁾ 神奈川県視覚障害者福祉協会(2011年)「地域生活支援事業における地域間の差異に関する調査」(厚生労働省総合福祉推進事業研究)によれば、通勤、通学に関して制限を設けていない自治体も2割程度あることが明らかになっている。

¹⁴⁾ 障害者権利条約公訳(外務省)。

Municipal Support for People with Disabilities: Issues in Post-General Support for Persons with Disabilities Act

Naoko IBARAKI*

Abstract

Community support for people with disabilities in Japan is independently provided by municipalities through the efforts of the disabled themselves. Therefore, gaps in the municipalities' local support systems for the disabled had become extraordinarily large at the end of the 20th century. In 2006, the national government enacted Services and Supports for Persons with Disabilities Act to eliminate any remaining gaps in municipalities, along with any gaps in support for different types of disabilities. Further, under the current General Support Law for Persons with Disabilities Act, in-home care is the financial responsibility of the national government, and a shift from this approach is intended to eliminate disparities in municipalities. However, these gaps have not yet been plugged. According to current data on municipalities and their grant-paying decisions based on certified support classifications for nursing care benefits for the disabled, it is clear that the weaker a municipality's fiscal position, the fewer decisions it makes on grants for long-term care. In addition, municipalities notably vary in the amount of aid they provide for communication, such as providing sign language interpreters. Because Japan has ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the country's fiscal aid system for providing local support to those with disabilities, particularly national treasury billing criteria, needs to be re-evaluated from the perspective of protecting the rights of the disabled.

Keywords : General Support for Persons with Disabilities Act, Community Life Support Service, Visiting care for persons with severe disabilities, Grant Decision, Gaps in the municipalities

* Professor, Faculty of Sociology & Social Work, Meiji Gakuin University