

# 海外社会保障研究

SPRING 2006

No. 154

## 特 集：介護と障害者施策の関係をめぐる国際的動向

特集の趣旨	京極 高宣	2
高齢者介護と障害者福祉の関係に関する視点	峯村 芳樹	4
ドイツにおける介護給付と社会参加給付との関係	松本 勝明	16
オランダにおける高齢者および障害者に対する ケアに関する施策について	井原 辰雄	26
イギリスの介護施策と障害者施策	植村 英晴・柳田 正明	37
スウェーデンにおける障害者政策の動向 — 高齢者ケア政策との異同を中心に —	奥村 芳孝・伊澤 知法	46
デンマークにおける障害者・高齢者福祉と 地方自治体の行政改革	下垣 光	60
アメリカの長期ケア (Long Term Care) における 障害者支援と高齢者支援	北野 誠一	70

## 論 文

イギリスの若者の教育と職業への非参加に対する貧困の効果 — 貧困政策と実証分析の課題 —	卯月 由佳	83
---	-------	----

## 書 評

高木邦明著『オーストラリアの障害者福祉』	本田 達郎	95
----------------------	-------	----

# 海外社会保障研究

SPRING 2006 No. 154

国立社会保障・人口問題研究所

---

## 特集：介護と障害者施策の関係をめぐる国際的動向 趣 旨

---

周知のとおり、我が国の介護施策や障害者施策においては、近年さまざまな動きがある。まず、2000年4月には、それまでの高齢者福祉を抜本的に改革した介護保険法が施行され、また、障害者福祉サービスの提供について2003年4月から従来の福祉措置制度から一歩踏みだし、障害者のサービス選択権をとり入れた支援費制度が導入された。さらに、2005年には、三障害の種別にかかわらず一元的にサービスの提供をする仕組みの創設等を内容とした障害者自立支援法が成立し、2006年4月から一部分施行される。

介護保険制度と障害者施策との関連でいえば、40歳以上65歳未満の第2号被保険者について、15種類の特定疾病を除く障害者には介護保険が適用されないという矛盾を引きずったまま、2004年度における介護保険制度見直しの検討の中で、40歳未満の若年障害者の取り扱いについても議論がなされたが、被保険者の範囲（現行制度においては、40歳未満の若年者は被保険者の範囲となっていない）の拡大についての合意が得られなかった。その結果、障害保健福祉施策の中で介護保険制度の仕組みを一部活用すること、すなわち若年障害者が介護保険のサービスを利用することについては、さらに検討されることとなったところである。

このような我が国における状況を踏まえ、欧米諸国における介護と障害者施策との関係について、現状、問題点および今後の予想される展開などを分析し、介護と障害者施策の関係に関する今後のあるべき姿を考える上での基礎となる情報を得ることが本特集の目的である。

本特集で取り上げた国は、ドイツ、オランダ、イギリス、スウェーデン、デンマーク、アメリカの6カ国である。このうち、ドイツとオランダにおいては、介護サービスは高齢者に限らず、障害者に対しても社会保険制度で対応されている。ドイツは介護保険、オランダは例外的医療費保障制度という社会保険である。一方、高齢者と障害者に対する介護サービスを基本的に税方式で対応している国が、イギリス、スウェーデン、デンマークである。イギリスはコミュニティケア法、ケア基準法、障害者法等に基づき、国民保健サービス（NHS）等により、スウェーデンは社会サービス法、LSS法等により、デンマークは社会サービス法等により、それぞれ施策が行われている。この両方式（社会保険方式、税方式）と異なるタイプの国がアメリカで、主に高齢者の介護の一部を担っているメディケアと、低所得高齢者と障害者の介護および支援を担っているメディケイドで対応している。

これらの国々については、歴史的沿革、文化的背景、国民意識、社会経済状況等が、複雑に絡み合っている現在の制度となっているが、この特集において介護施策や障害者施策への国民のニーズの高まりや変化、行政改革や地方分権等の動きの中でさまざまな課題をかかえ、課題への対応が試みられていることが明らかとなっている。

したがって、障害者自立支援法が施行直前になり、また、介護保険制度の被保険者の範囲の見直しについての検討が本格化しようとしているこの時期に、欧米諸国における高齢者介護と障害者施策の関係について現地視察を踏まえて論じ、政策的示唆を得ることを試みたこの特集は、非常に意義深いものとなったと

---

考えられる。また、これまで欧米諸国における高齢者福祉自体については比較的よく紹介されてきたが、障害者施策との関連を取り上げた研究はきわめて少ない。この意味でも本特集は意義のあるものと言える。

なお、この特集における各論文については、各執筆者の関心事項や分析手法が必ずしも同じでないことから、各論文において記述している論点や問題のとらえ方に差異がある点については、ご了解をいただきたいと考えている。

最後に、障害者施策としては、① 障害者の経済的基盤を形成するための障害者就労の促進、② 被介護者のアメニティを高めるとともに介護者の負担を軽減する先進的な福祉機器の研究開発、③ 障害者の生活の基盤であるバリアフリー等の要件を満たした住宅の確保、④ 障害に見合った障害者への教育と、心のバリアフリー化につながる一般の生徒への障害者への理解を深める教育の推進、⑤ 障害者の社会参加を促進する上で欠かせない条件である障害者のための街づくり(街全体のバリアフリー化等)、などといったことも大きな論点になるが、本特集では介護との関連において障害者施策をとらえることとしており、これらの点については可能な範囲で触れるにとどめられている。したがって、これらの点について欧米諸国と我が国の施策を比較研究することは、今後の課題としたい。

(京極高宣 国立社会保障・人口問題研究所所長)

## 高齢者介護と障害者福祉の関係に関する視点

峯村 芳樹

### ■ 要約

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

### ■ キーワード

障害者自立支援法、利用者負担、ケアマネジメント

### I はじめに

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

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

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

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

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

析し、今後の再編成の方向性を論じることを目的とする。

## II 高齢者介護と障害者福祉をめぐる状況と課題

### 1. 我が国の高齢者介護と障害者福祉に関する沿革について

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

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

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

表1 戦後の我が国の社会福祉の沿革

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. 高齢者介護と障害者福祉の適用関係

### (1) 我が国における現状

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

#### ① 65歳以上の障害者

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

#### ② 40歳以上65歳未満の障害者

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

「2003年度介護保険事業状況報告(年報)」によ

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

### ③ 40歳未満の障害者

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

## (2) 諸外国における高齢者介護と障害者福祉の状況

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

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

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

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

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

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

表2 年齢階級別ドイツ介護保険受給者数 (人)

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

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



### 3. 介護保険制度と障害者福祉の関係をめぐる議論

#### (1) 介護保険制度創設時における議論

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

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

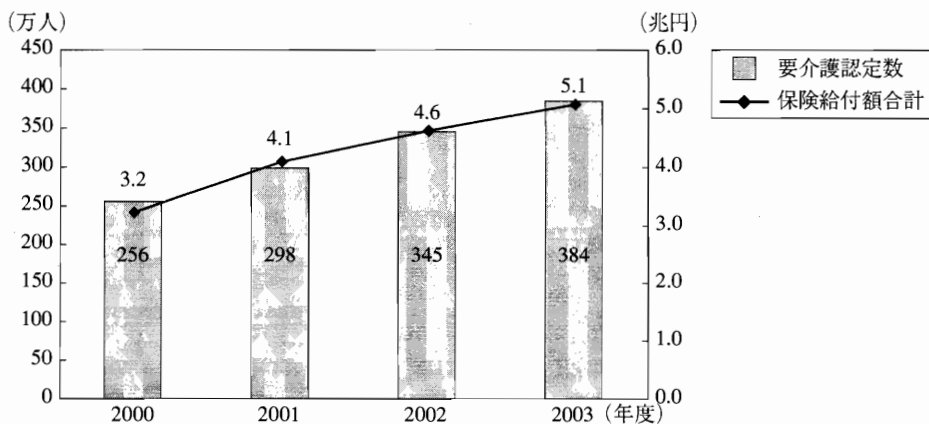
サービスを取り出して社会保険の対象にすることが適当かどうか、慎重な検討が必要である。」とされ、慎重な姿勢が示された。

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

結局、厚生省（現厚生労働省）は、

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

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



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

図1 保険給付額および要介護認定者数推移

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

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

## (2) 2005年介護保険制度改正における議論

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

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

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

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

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

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

との報告を行ったが、最終的に関係者の意見が一致しなかった。

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

表3 ホームヘルプサービス支払額の推移(支援費制度)  
(億円)

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

注：事業費ベースである

資料：障害保健福祉関係主管課長会議(2004年3月3日開催)資料

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

### III 具体的な視点

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

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

#### 1. 制度体系に関する課題

##### (1) 給付の在り方

##### ① 個別ニーズと支給限度額の取扱い

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

界が生じることになりやすい)。

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

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

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

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

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

##### (2) 財政構造の在り方

介護保険制度の場合は、給付に必要な費用の

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

一般的に、社会保険方式の長所としては

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

などが挙げられている。

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

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

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

### (3) 利用者負担について

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

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

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

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

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

表4 諸外国における障害者福祉サービスの利用者負担について

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

資料：厚生労働省作成

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

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

## 2. 実施手続に関する課題

### (1) サービスの必要性を決定する判断基準

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

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

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

生じたことは記憶に新しい<sup>18)</sup>。

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

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

## (2) ケアマネジメントについて

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

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

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

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

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

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

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

#### IV 総括と今後の展望

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

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

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

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

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

#### 注

- 1) 村川浩一・峯村芳樹他編『高齢者福祉論—大学社会福祉・介護福祉講座—』第一法規, 2004, p.60
- 2) 財団法人厚生統計協会『国民の福祉の動向』2003年, p.61
- 3) 障害児(18歳未満で身体に障害のある児童又は知的障害のある児童)に関しては児童福祉法の中で対応が図られることとされ、障害福祉施策は児童(障害児)と成人(障害者)の二本立てにより展開されることとなった(重症心身障害児のように児者一貫の取扱いとなっている例外あり)。
- 4) 「介護保険と障害者施策との適用関係について」(平成12年3月24日障企第16号・障第8号, 厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長通知)
- 5) この他、身体障害者福祉法第30条に規定する身体障害者療護施設, 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設等に入所等している者については、当該施設から介護保険におけるサービスに相当する介護サービスが提供されていること, 当該施設に長期に継続して入所等している実態があること等の理由から当分の間は介護保険の被保険者とはならず、保険料が免除されている。
- 6) 1995年4月から在宅介護サービスが、1996年7月には施設介護サービスがそれぞれ施行された。
- 7) 本沢巳代子『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ—』日本評論社, 1996, p.31
- 8) 松田晋哉「フランスの要介護高齢者対策「上」」社会保険旬報, 2000, p.10
- 9) 松田晋哉「フランスの要介護高齢者対策「下」」社会保険旬報, 2000, p.13
- 10) 当時、身体障害者施策は市町村で行われていたが、精神薄弱者は市および都道府県(町村部)で、また、障害児は県・指定都市(児童相談所)で行われた。
- 11) 第140回国会衆議院厚生委員会1997年2月21日江利川政府委員答弁
- 12) 1996年6月10日付け身体障害者福祉審議会(意見具申)より
- 13) 増田雅暢「若年障害者に対する適用問題」月刊介護保険2003年5月号, 法研
- 14) 介護保険法改正法附則第2条「政府は、介護保険制度の被保険者および保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成21年度を目途として所要の措置を講ずるものとする」
- 15) 2005年7月衆議院厚生労働委員会附帯決議「②発達障害や難病などを含め普遍的な仕組みとすること」
- 16) 利用者にとって負担が高額にならないよう高額サー

ビス費の支給制度が設けられている。

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

#### 参考文献

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

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



## ドイツにおける介護給付と社会参加給付との関係

松本 勝明

### ■ 要約

ドイツでは、介護保険により、高齢者に限らず要介護者全般に対し必要な介護給付が行われている。一方、障害者の就労、社会生活への参加のための社会参加給付は社会扶助などの給付として行われている。このため、要介護者である障害者は、それぞれの給付を異なる制度から受けている。ドイツの状況からは、我が国の介護保険を一般的な要介護のリスクを対象とした制度とする場合の論点について、次のことが指摘できる。まず、要介護認定については、子供や知的障害者および精神障害者の場合の援助の必要性を適切に判断するために、認定の対象とする援助の範囲および評価の方法が重要となる。また、両給付の関係については、純粋な介護給付の範囲には含まれないが介護給付との一体的な提供が必要な給付や障害者支援のための施設における介護給付の取扱いなどが検討される必要がある。その際には、受け手にとって望ましい給付のあり方が追求されなければならない。

### ■ キーワード

ドイツ介護保険、介護給付、社会参加給付、要介護者、障害者

障害があることにより必要となる援助には、介護のほかにも、保健・医療、教育、就労、社会生活への参加のための支援などさまざまなものがある。ドイツの社会保障制度は対象とするリスクや対象者に応じて分立した諸制度から成り立っており、このような援助の必要性に対応する給付についても、それを統一的に行う制度は存在しない。我が国の場合には障害者福祉施策として一元的に行われている障害者に対する介護給付とリハビリテーション、就労、社会生活への参加のための給付（以下「社会参加給付」という。）も、ドイツでは、それぞれ、介護保険の給付および社会扶助などの給付として、異なる給付制度により行われている。

我が国においては、介護保険の被保険者および保険給付を受けられる者の範囲についての検討が行われることとされている。その結果、それら

の者の範囲を拡大し、介護保険を高齢者に限らず要介護者全般を対象とした制度とする場合には、ドイツと同様に、障害者に対する介護給付と就労、社会生活への参加のための給付がそれぞれ異なる制度により行われることが考えられる。

したがって、ドイツにおける要介護の障害者に対する給付の状況について考察することにより、我が国における介護保険と障害者福祉施策との関係を考える上での重要な示唆を得ることができる。そこで、本稿では、ドイツにおける要介護の障害者に対する介護給付と社会参加給付との関係を中心に検討を行うこととする。

### 1. 介護給付および社会参加給付の概要

#### (1) 介護給付

ドイツにおいて、介護給付は社会法典

(Sozialgesetzbuch) 第11編に規定する介護保険を中心として行われている<sup>1)</sup>。ドイツの介護保険は、一般的な要介護のリスクに対応する制度となっている。このため、要介護者に対しては、その年齢や要介護の原因である障害等の種類にかかわらず、介護保険から必要な介護給付が行われる。介護保険の給付は、可能な限り、要介護者が自立しかつ自己決定に基づく生活を送れるよう援助することを目的としている。介護保険の給付には、別表に掲げるように、在宅介護および入所介護の場合のさまざまな種類の給付が含まれている。これらの給付は、要介護者にとって必要なあらゆる援助を対象とするわけではなく、それぞれの給付ごとにその対象とする援助の範囲が定められている。例えば、在宅の要介護者に対して行われる介護現物給付(我が国の場合の訪問介護に相当)は、基礎介護(後述する日常生活活動のうち「身体の手入れ」、「栄養摂取」および「移動」の分野における活動に対する援助をいう。)および家事援助をその内容としている。

## (2) 社会参加給付

社会参加給付は、社会法典第9編および個別の給付法<sup>2)</sup>に基づき行われている。社会法典第9編

は2001年に新たに設けられたものである。同編は、既存の個別給付法と並列して存在し、個別給付法間の整合性を図るため、それら全般にかかわる事項を定めている<sup>3)</sup>。各給付の給付主体および給付要件は、引き続き、個別給付法によって定められており、社会法典第9編の規定は、個別給付法に別の定めがない限りにおいて適用される。これにより、ある社会参加給付が行われるかどうかは基本的に個別給付法に依拠するが、それがどのように行われるかは、個別給付法だけでなく、社会法典第9編にも依拠する。社会参加給付は、障害者の自己決定および社会生活への参加を促進することなどを目的として行われている。社会参加給付は、ア. 医学的リハビリテーションのための給付、イ. 労働生活への参加のための給付、ウ. 前記ア. 又はイ.の給付を受ける期間における生計保障のための給付およびエ. 家族、近隣などの共同体<sup>4)</sup>での生活への参加のための給付から構成される。

社会参加給付は、前述のとおりさまざまな給付制度を通じて行われているが、重度の障害者にとっては、とりわけ社会法典第12編に規定する社会扶助(Sozialhilfe)の給付として行われる統合扶助(Eingliederungshilfe)が重要な役割を担ってい

(別表) 給付の種類

介護保険の給付	統合扶助の給付
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護現物給付</li> <li>・ 介護手当</li> <li>・ 組合せ給付</li> <li>・ 介護者に支障が生じた場合の給付</li> <li>・ 介護補助具の支給</li> <li>・ 住宅改造への補助</li> <li>・ デイケア・ナイトケア</li> <li>・ ショートステイ</li> <li>・ 終日入所介護</li> <li>・ 障害者支援のための終日入所施設での介護</li> <li>・ 介護者の社会保障</li> <li>・ 介護講習</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医学的リハビリテーション</li> <li>・ 労働生活への参加のための給付</li> <li>・ 認定作業所における給付</li> <li>・ 共同体での生活への参加のための給付</li> <li>・ 学校教育のための援助</li> <li>・ 職業教育のための援助</li> <li>・ その他の適切な活動の養成訓練のための援助</li> <li>・ 認定作業所に匹敵する他の就労場所での援助</li> <li>・ 診療の効果および労働生活への参加を確保するための付随的な援助</li> </ul>

る。統合扶助には、別表に掲げるような障害者の社会参加のためのさまざまな給付が含まれている。統合扶助は二つの使命を有している。ひとつは、障害の防止並びに障害又はその影響の除去・軽減であり、もう一つは、障害者の社会への統合である。具体的には、共同体での生活への参加を可能又は容易にすること、適切な職業その他の活動を行うことを可能にすること、できる限り介護に依存する必要がないようにすることなどがそれに含まれる。社会への統合は、障害そのものの軽減のみならず、障害者とその周辺との関係を変化させることによって行われる<sup>5)</sup>。統合扶助は、個々のケースにおいて、これらの目的が達成される可能性があると思込まれる場合に限り行われる。

## 2. 障害者に対する介護給付が介護保険により行われる理由

ドイツの介護保険においては、被保険者の範囲および要介護者の定義に年齢に関する要件は設けられておらず、若年の障害者であっても、要介護者に該当する場合には、介護保険による給付を受けることができる。このことは、次に述べるように、ドイツにおいて介護保険制度が必要となった状況と密接な関連を持っている。

1995年に介護保険が実施されるまでは、特定の要介護者を対象とした個別の給付<sup>6)</sup>が行われていただけで、要介護の原因や対象者の職業にかかわらず一般的な要介護のリスクに対する社会的な保障を行う制度は存在しなかった<sup>7)</sup>。このため、要介護者とその家族は、多くの場合、要介護により発生する費用をまずは自ら負わなければならなかった。それだけではどうしても対応しきれない場合には、社会扶助による介護扶助 (Hilfe zur Pflege)を受けなければならなかった。

社会扶助は、本来、個別のケースにおいて、社会保険その他の制度による社会給付では十分な対応が行われず、かつ、対象者自身にも資力がな

い、例外的、緊急的な状況の下で最後の手段として行われるべきものとして位置づけられている。しかしながら、特に、入所介護の場合には、多くの要介護者およびその家族にとって、その費用のすべてを自ら負担することは困難な状況にあった。このため、特に重度の要介護者に対しては、社会扶助の給付は、まるで要介護に関する通常の給付のように極めて頻繁に行われていた。

社会扶助がこのような機能を果たすことは、要介護者自身にとっても決して好ましいものではなかった。なぜならば、社会扶助の適用を受ける場合には、経済的に困窮していることを証明しなければならず、また、家族にも費用負担を求めなければならなくなるからである。このことは、要介護者にとって屈辱的なことと受け止められた。また、社会扶助が適用されることになれば本人にも負担が求められるため、要介護者に年金等の収入があっても、本人の手元に残るのは一律の小遣きだけになってしまう。さらに、介護のための社会扶助費用の増加は、それを負担しなければならない地方自治体にとって財政的に大きな問題となった。

これらの問題を解決するために、疾病のリスクに対する医療保険のように、一般的な要介護のリスクに対する保障を行う制度として介護保険が必要と考えられた<sup>8)</sup>。したがって、介護保険の対象となる要介護のリスクを加齢に伴うものに限定することは、このような介護保険導入の目的にそぐわないものである。また、介護保険の施行前には高齢者だけを対象に介護給付を行う制度は存在しなかったにもかかわらず、一定年齢以下の要介護者を介護保険の対象から除外し、それらの者については、従来どおり社会扶助の適用が行われる状態にとどめることを正当化できる根拠も存在しない。

## 3. 「要介護」の概念と「障害」との関係

介護保険による給付を受けるための基本的な要件は、被保険者が社会法典第11編に定める要介

護者に該当することである。同編第14条によれば、要介護者と認められるのは、疾病又は障害のために、日常生活において日常のかつ規則的に繰り返される活動（以下「日常生活活動」という。）を行うのに、継続的（最低6か月）に相当程度以上の援助<sup>9)</sup>を必要とする場合である。したがって、一定の障害が存在することだけで要介護者に該当するというわけではない。通常、日常生活活動に相当程度の援助が必要となるのは、顕著な障害が存在する場合であるので、要介護者に該当するのは障害者の一部であると考えられる<sup>10)</sup>。

障害の概念は、社会法典第9編第2条第1項において法的に定義されている。それによれば、障害があるとは、その者の身体的な機能、知的な能力又は精神的な健康が、高い蓋然性を持って6か月以上にわたりその年齢に典型的な状態から乖離し、そのためにその者の社会生活への参加が阻害されている場合をいうものとされている<sup>11)</sup>。

日常生活活動には、身体の手入れ(Körperpflege)、栄養摂取(Ernährung)、移動(Mobilität)および家事援助(hauswirtschaftliche Versorgung)の各分野における特定の活動<sup>12)</sup>が該当する。したがって、社会参加のための活動(例えば、就労、学習、余暇、コミュニケーションのための活動)についての援助の必要性は、要介護者に該当するかどうかの判断においては考慮されない。

要介護認定の対象となる「援助」には、日常生活活動を手助けすることおよびその一部又は全部を要介護者に代わって行うことのほか、要介護者が自立して日常生活活動を行えるように監督又は指導することが含まれる。身体障害者に対する援助は、通常、前者のような形態、すなわち日常生活活動を手助けすることおよびその者に代わって行うことにより行われる。後者のような形態での援助が前者と同等に位置づけられている理由は、知的障害者、精神障害者又は認知症患者に対する援助の必要性に対応するためである。これらの者の場

合には、そのような活動を行う身体的な能力はあるが、そのような活動の必要性が適切に認識できない、そのような活動を行う意欲がない、あるいは、それを一人で行った場合には問題(例えば、調理の際の火の消し忘れ)が生じるケースがあると考えられるため、本人がその活動を適切に行えるようにするための監督又は指導の必要性が援助の必要性として認められている<sup>13)</sup>。ただし、この監督又は指導は、あくまでも具体的な日常生活活動との関連性を持って行われるものに限られることに留意する必要がある<sup>14)</sup>。

援助が必要となる原因としての疾病又は障害は加齢に伴うものに限定されないため、子供であっても、前述の要件を満たす限りは要介護者として認められる。ただし、子供の場合の要介護認定は、健康な子供との比較により行われる。つまり、低年齢の子供や乳児の場合には、その年齢に応じて当然に必要な援助ではなく、それを越えた追加的な援助の必要性が判断の基準となる<sup>15)</sup>。例えば、疾病や障害があるために必要となる頻繁な栄養摂取又は追加的な身体の手入れの必要性などが考慮される。0歳児の場合には、特別の理由がある例外的な場合のみ要介護者として認定される。そのような例外的な場合としては、例えば、内臓機能の重篤な障害により、在宅での栄養摂取に相当の困難を伴い、そのために何時間もの追加的な援助が必要なケースが考えられる<sup>16)</sup>。

#### 4. 介護保険の給付と社会参加給付との関係

ドイツの場合には、介護給付および社会参加給付が異なる制度により行われている。このため、要介護者である障害者にとっては、どのような種類の給付が介護保険による給付又は社会参加給付として行われるのか、それぞれの給付によって具体的にどのような範囲の援助が提供されるのか、両方の給付は相互にどのような優先関係に立つのが重要な意味を持つことになる。

### (1) 給付の種類

介護保険の給付および社会参加給付として行われる給付の種類に関して注目される点は、医学的リハビリテーションが介護保険の給付ではなく社会参加給付の一つとして位置づけられていることである。介護保険について規定する社会法典第11編においては、要介護の発生防止、克服、軽減および悪化防止のためにリハビリテーションが介護給付よりも優先することが強調されているにもかかわらず、医学的リハビリテーションは、実際には、介護保険ではなく、社会参加給付として医療保険、年金保険、社会扶助(統合扶助)などにより行われている。介護保険の保険者である介護金庫は、必要がある場合には、リハビリテーションの給付主体に対してリハビリテーションの実施を働きかけることが義務づけられているに過ぎない<sup>17)</sup>。

このような仕組みでは、リハビリテーションの給付主体は、リハビリテーションの実施による要介護の防止、軽減等を通じて介護保険の給付が減少しても、それによって特段の経済的なメリットを受けない。このため、リハビリテーションの給付主体がその責務を必ずしも十分に果たさないことが危惧された。そこで、介護金庫が、要介護認定に関する審査などを行う専門機関である医療保険のメディカルサービス(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)に対して要介護認定のための審査に併せてリハビリテーションの可能性についても審査させることなどが義務づけられた<sup>18)</sup>。しかしながら、介護保険の限られた財源を考慮して、医学的リハビリテーションを介護保険の給付に取り込むことにはならなかったものである<sup>19)</sup>。

これまでのところ、リハビリテーションは要介護の防止、軽減等に必ずしも満足のいく成果をあげておらず、そのため、要介護の予防およびリハビリテーションのあり方を見直す必要性などが指摘されている<sup>20)</sup>。ドイツの例は、リハビリテーションの給付主体が、リハビリテーションを通じた要介護

の防止、軽減等より経済的なメリットを受けない制度では、リハビリテーションの実施は十分に進まない恐れがあることを示している。

### (2) 援助の範囲

#### ① 社会的な世話

介護保険は、入所介護の場合には、介護に関する費用のほかに社会的な世話(soziale Betreuung)に関する費用も負担している。社会的な世話は、特に、要介護者が、孤独になること、無関心になること、抑うつ状態になることおよび不活発になることを防止し、それによって、要介護状態の悪化を防止し、あるいは要介護状態を軽減することを目的としている。社会的な世話には次のような援助が含まれる<sup>21)</sup>。

- ・ 時間、場所および人を認識させるための援助(例えば朝の巡回によって行われる)
- ・ 個人的な日常および共同体の中での生活を形成するための援助(例えば、遊び、文化的な活動、会話のための催し、散歩の付添い)
- ・ 人生の危機を乗り越えるための援助(個人的な問題について話す機会の提供)および臨終の付添い
- ・ 個人的な事柄の処理に関する援助(例えば、役所への同行、現金の取扱いに関する助言)

社会的な世話は、1996年に制定された社会法典第11編第1次改正法(Erstes SGB XI-Änderungsgesetz)により、入所介護給付の対象に追加されたものである<sup>22)</sup>。その理由は、入所介護施設は、介護だけを行う施設にとどまるものではなく、自宅における介護が困難となった要介護者が生活の拠点とする居住・生活空間であるからである。したがって、入所介護施設には、必要な居住性と併せて、要介護者が自己決定に基づき暮らすことができるような生活の質が備わっていなければならない。そのためには、社会的な世話が重要な意味を持つと考えられた<sup>23)</sup>。なお、在宅介護の場

合には、社会的な世話に相当する援助は、家族や近隣の人によって行われるとの理由から、介護保険による介護現物給付の対象に含まれていない<sup>24)</sup>。

社会的な世話は、その目的および内容において、社会参加給付との間に一定の共通性を有している。例えば、社会的な世話にも人間相互の交流を促進するための援助が含まれる。しかしながら、それは、あくまでも、居住者と職員によって構成される入所介護施設という環境において、それらの者の相互交流を図るためのものであり、社会参加給付の場合のように、社会において相互交流を行う能力の維持・改善を目的とするものではない。つまり、社会的な世話は、あくまでもその施設における介護の一環として行われるものであり、それゆえ、社会参加給付とは異なり、要介護との関連性が直接的かつ一体的でない援助の必要性を対象としない<sup>25)</sup>。

## ② 能力の維持・回復およびコミュニケーションへの配慮

社会法典第11編第28条第4項第1文は、介護は、要介護者の残存能力を維持し、喪失した能力を可能な限り回復させるため、要介護者を能動的にすることを目的としなければならないと定めている。そのような介護としては、例えば、日常生活活動を要介護者に代わって行うのではなく、要介護者を励まし、要介護者ができる限り自分でできるよう援助することがあげられる。また、同項第2文は、要介護者が孤独に陥ることを防ぐため、介護の実施に当たっては要介護者のコミュニケーションに対するニーズを考慮に入れなければならないと定めている。つまり、介護者は、介護の作業のみを行うのではなく、要介護者とのコミュニケーションを図ることも求められる。

ただし、これらは、介護保険における独立した給付として、能力の維持・回復のための給付やコミュニケーションの給付が存在していることを意味

しているわけではない。また、能力の維持・回復やコミュニケーションへの配慮は、あくまでも、介護給付の提供との関連において行われるものであり、対象者の社会参加を目的として行われるものではない。

### (3) 優先関係

社会扶助の補足性の原理は統合扶助にも適用される。したがって、統合扶助を受けようとする者は自らの収入および資産の活用が求められる<sup>26)</sup>。また、統合扶助の給付は他の主体による社会参加給付が行われない場合のみ行われる。しかしながら、介護保険の給付は社会参加給付には該当しない。また、社会法典第11編第13条第3項の規定によれば、統合扶助の給付は介護保険の給付による影響を受けないとされているが、この規定では両者の関係は必ずしも明確ではない。このため、両者の優先関係を巡っては、関係者の間でも意見の対立がみられた<sup>27)</sup>。

この問題を解決するため、社会法典第11編第1次改正法によりこれを補完する規定が付け加えられた。これにより、統合扶助の給付は補足性の原理が適用される社会扶助の給付ではあるが、それに対して介護保険の給付が優先するわけではなく、両者は並列的な関係に立つことが明確にされた。したがって、要介護者である障害者に対しては、基本的に、介護保険の給付と統合扶助の給付が並列的に行われる。

ただし、障害者のリハビリテーション、労働生活、共同体での生活への統合、教育、養育などを主たる目的とする終日入所施設および部分入所施設<sup>28)</sup>（以下「障害者支援のための入所施設」<sup>29)</sup>という。）においては、付随して行われる介護給付も統合扶助の一部として社会扶助の負担により行われる。これに対応して、障害者支援のための入所施設は、介護保険による給付が行われる介護施設には該当しないこととされている。この規定は、障害者支

援のための入所施設においては統合扶助の給付と介護給付との一体的な提供が必要であることに配慮して設けられたものである<sup>30)</sup>。しかし、一方では、これにより、障害者支援のための入所施設に関しては、社会扶助の補足性の原理が打ち破られたことになる。これに対しては、障害者団体や民間福祉団体から、それらの施設を利用する要介護者である障害者にも、その他の要介護者と同様に介護保険による給付の請求権を付与することが求められた<sup>31)</sup>。

このような給付提供の一体性と補足性の原理との対立を緩和するため、次のような財政面での対応が行われることになった。すなわち、介護保険は、障害者の労働生活、共同体での生活への統合、教育又は養育を主たる目的とする終日入所施設に入所する要介護者に対して、介護に関連した費用を補填するため、社会扶助の給付主体と施設を設置運営者との合意に基づき取り決められたホーム報酬の10%（ただし、月額256ユーロが上限）<sup>32)</sup>を負担する。この費用補填を受けることができるのは要介護者本人であるが、それを通じて社会扶助が負担しなければならない費用が軽減される。

この費用補填の導入後も、社会扶助の給付主体が、自らの支出を軽減するため、これらの施設に対して、当該施設又はその一部を介護施設又は介護部門に転換することや入所者である要介護の障害者を介護施設又は介護部門に移すよう求める動きが見られた<sup>33)</sup>。このため、2001年に社会扶助法に新たな規定（第40条a）が設けられるなどの対応が行われた。この規定によれば、要介護者である障害者を他の施設に移すことは、その者に対する介護が現在の施設では確保されない場合であって、介護金庫、社会扶助の給付主体および施設を設置運営者が合意した場合にのみ可能とされる。また、その際には、当該障害者の希望が考慮される。

この費用補填の対象は、終日入所施設に入所する要介護者に限られるため、障害者のための作業

所のような部分入所施設を利用する要介護者に対しては、部分入所施設における介護に関連する費用についての介護保険からの費用補填は行われず、介護に関連した費用を含めた費用を社会扶助が負担しなければならない。

なお、障害者支援のための入所施設への滞在が継続している間は、介護保険による在宅介護給付に対する請求権は停止するとされている（社会法典第11編第34条第2項）。ただし、この規定は、要介護者が実際にそのような施設に滞在する期間についてのみ適用される。したがって、居宅で生活する要介護者が、障害者支援のための部分入所施設（例えば障害者のための作業所）に通所する場合は、これに加えて在宅介護給付が受けられる。また、障害者支援のための終日入所施設に入所する要介護者が週末を自宅で過ごすようなケースでは、自宅で過ごす時間に応じた在宅介護給付が行われる<sup>34)</sup>。

## 5. むすび

ドイツにおける介護給付と社会参加給付との関係についての上記の検討を通じて、日本において介護保険の対象を加齢に伴う要介護のリスクから一般的な要介護のリスクへと拡大する場合の論点について、次のように指摘することができる。

### (1) 要介護認定

介護保険が一般的な要介護のリスクを対象とする場合、要介護認定は対象者の年齢や要介護の原因である障害等の種類にかかわらず行われる必要がある。このため、特に、低年齢の子供の場合や知的障害者および精神障害者の場合の援助の必要性を要介護認定においてどのように評価するかが問題になると考えられる。

前述のとおり、ドイツの要介護認定においては、これらの者に係る援助の必要性を適切に評価するために、評価の対象とする援助の形態や評価方

法において一定の対応が行われている。しかしながら、現行の仕組みでは、要介護認定において考慮される援助の必要性は、あくまでも具体的な日常生活活動との関連性を有していることが条件となっている。このため、知的障害者、精神障害者、認知症患者の場合には、具体的な日常生活活動と関連しない一般的な見守りや世話が必要であり、特に在宅介護の場合にはそのことが介護に当たる家族等にとって負担となっているにもかかわらず、そのような援助の必要性が要介護認定において考慮されていない。この問題を根本的に解決するために、ドイツでは要介護の概念そのものの見直しが議論となっている。

このことが示すように、要介護認定の対象者を拡大する場合には、具体的な日常生活活動とは直接関連しないものも含めた援助の必要性を要介護認定においてどの範囲まで考慮するのか、また、それをどのような方法により適切かつ公平に評価するかが重要となると考えられる。

## (2) 介護給付と社会参加給付との関係

介護保険が一般的な要介護のリスクを対象とする場合、障害者である要介護者に対しては、基本的には、介護給付は介護保険により、また、社会参加給付は障害者福祉施策として行われることになると考えられる。

このような場合であっても、ドイツの例が示すように、具体的な日常生活活動についての援助という意味での「純粋な介護給付」の範囲に含まれるものではなく、その目的および内容においては社会参加給付との間で一定の共通性を有しているものの、介護給付と一体的に行われるべき給付が存在すると考えられる。したがって、このような給付のうち具体的にどのような範囲のものを介護保険の対象とするかが問題となると考えられる。また、その際には、家族が果たす役割との関係も検討されなければならない。

障害者のための施設には、ドイツの障害者支援のための入所施設のように労働生活、社会生活への参加を中心的な目的としながらも、併せて介護給付を行う施設が存在する。このような施設で行われる介護給付については、ドイツの例のように、一体的な給付供与の必要性に配慮して障害者福祉施策の対象にするのか、あるいは、介護保険の対象とするのが検討される必要があると考えられる。さらに、前者の考え方をとる場合には、ドイツの場合のように、介護保険による費用補填を実施するかどうか、併せて検討される必要がある。

いずれにせよ、両給付の関係についてこれらの問題が検討されるに当たっては、財政的な観点だけでなく、給付の受け手となる障害者にとって望ましい給付のあり方が追求されなければならない。

### 注

- 1) 介護保険以外にも、労災保険などが特定の要介護者に対する介護給付を行っている。
- 2) 個別の給付法としては、社会法典第5編(医療保険)、第6編(年金保険)および第12編(社会扶助)、連邦援護法(Bundesversorgungsgesetz)、連邦教育促進法(Bundesausbildungsförderungsgesetz)などが挙げられる。
- 3) 例えば、社会参加給付の給付主体が障害者の専門的な相談に応じるために各地に共同で設置するサービス所(Servicestelle)や各給付主体間の相互連携などについて規定している。
- 4) ここでいう共同体には、家族、近隣のほか、学校などでの同世代の仲間、教区、スポーツグループなどが含まれる。
- 5) Pöld-Krämer S., Anhang, in : Klie T./Krahmer U. (Hrsg.), *Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar*, 2. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 1063.
- 6) 例えば、労働災害を原因とする要介護者には労災保険により、兵役を原因とする要介護者には戦争犠牲者援護により、また、官吏が要介護となった場合にはその雇い主である連邦又は州が、在宅介護および入所介護のための費用の負担や介護手当の支給などを行ってきた。(Vgl. Bundestagdrucksache 12/5256, Begründung, A. Allgemeiner Teil, III. Die derzeitigen Regelungen der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.)
- 7) このような状況に対応するため、介護保険の導入に先立ち、医療保険の給付として在宅の重度要介護者を対象に、家族等が一時的に介護できない場合の代



- 替介護人費用の負担(1989年から)並びに在宅介護現物給付および現金給付(1991年から)が行われた。
- 8) Bundestagdrucksache 12/5256, Begründung, A. Allgemeiner Teil, I. Die Notwendigkeit der Absicherung des Pflgerisikos.
  - 9) 「相当程度以上の援助」に該当するためには、少なくとも1日1回の基礎介護を必要とするともに、介護のために必要な時間が平均して1日90分以上であり、そのうち基礎介護のために必要な時間が45分以上でなければならない。
  - 10) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Pflegeversicherung, Schutz für die ganze Familie*, Berlin 2004, S. 14.
  - 11) この障害の定義は、WHO(世界保健機関)におけるICIDH(障害分類)の改正に関する国際的な議論を基礎にしている。(Vgl. Bundestagdrucksache 14/5074, S. 98)このように定義することにより、障害は、ある人の属性としてではなく、社会的な状態として理解される。(Vgl. Schulin B./Igl G., *Sozialrecht*, 7. Aufl., Düsseldorf 2002, S. 444 ff.)
  - 12) 具体的には、それぞれの分野における次の活動が定められている。
    - ① 身体の手入れ  
洗淨, シャワー, 入浴, 歯の手入れ, 整髪, 髭剃り, 排便・排尿
    - ② 栄養摂取  
食べ物を食べやすくすること, 食べ物の摂取
    - ③ 移動  
起床・就寝, 衣服の着脱, 歩行, 起立, 階段の昇降, 家からの外出および帰宅
    - ④ 家事援助  
買物, 調理, 住居の清掃, 食器洗淨, 下着および衣服の交換および洗濯, 住居の暖房
  - 13) Begutachtungs-Richtlinien vom 21.3.1997, D. Erläuterungen zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäss SGB XI, 5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, III. Ermittlung des Hilfebedarfs, 6. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen.
  - 14) 連邦社会裁判所(Bundessozialgericht)は、在宅介護の場合の要介護の判定に関して、具体的な日常生活活動と関連しない知的障害者および精神障害者の一般的な見守りおよび世話の必要性は考慮されないと判断を示している。(BSG SozR 3-3000 § 14 Nr. 8; § 15 Nr. 1 und 5)
  - 15) 介護金庫の中央連合会が定めた要介護認定指針(Begutachtungs-Richtlinien vom 21.3.1997)においては、子供の場合の要介護認定が適切に行われるよう、日常生活活動の種類ごとに、健康な子供の場合には通常その活動が自分でできるようになる年齢が示されている。その年齢以上の健康な子供の場合には、当該日常生活活動について年齢に相応の援助の必要性は想定されない。例えば、排便・排尿についてはこの年齢が6歳とされているので、6歳以上の子供の排便・排尿について必要な援助はすべて追加的な援助に該当することになる。一方、定められた年齢未満の子供の場合には、年齢に相応の援助の必要性と疾病又は障害があることによる追加的な援助の必要性の両方が存在しうるものと考えられる。このような場合の追加的な援助の必要性を適切に把握するため、健康な子供の場合に、身体の手入れ, 栄養摂取および移動の各分野で最大必要となる援助の時間が年齢区分ごとに示されている。
  - 16) Begutachtungs-Richtlinien vom 21.3.1997, D. Erläuterungen zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäss SGB XI, 5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit, III. Ermittlung des Hilfebedarfs, 7. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung.
  - 17) 当該要介護者に対して、リハビリテーションの早期実施が必要であり、介護金庫が実施しなければ早期実施が危ぶまれる場合に限り、介護金庫は、リハビリテーションの担当給付主体に連絡の上、例外的、暫定的に自らリハビリテーションを実施することができる。
  - 18) 介護金庫は、このほかにも、介護給付の実施に当たりリハビリテーションの給付主体と協力すること、個々のケースでリハビリテーションの実施が適当な場合にはリハビリテーションの給付主体に連絡することおよび被保険者が行うリハビリテーション給付の申請等を手助けすることとされた。
  - 19) Igl G, *Pflegeversicherung*, in : von Maydell B./Ruland F. (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch*, 3. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 1073.
  - 20) Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, *Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Informationsdienst* Nr. 295, Köln 2003, S. 14 ff.
  - 21) Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996, § 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen および Pöld-Krämer S., *Inhalt der Leistung*, in : Klie T./Krahmer U. (Hrsg.), *Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar*, 2. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 458による。
  - 22) この対象拡大は、特に施設側にとって重要な意味を持っている。なぜならば、社会的な世話は、介護保険の導入前から入所介護施設が提供するサービスに含

まれていたものであるが、介護保険の給付対象に含まれることにより、社会的な世話のために入所介護施設に生じる費用（特に人件費）が介護報酬の対象に含まれるからである。ただし、算定される介護報酬の額はこの対象拡大の前から給付上限額を大きく上回っており、かつ、この対象拡大に伴う入所介護給付の上限額の引上げは行われなかったため、この対象拡大による施設利用料の増加は、利用者の負担増につながる。それを要介護者又はその家族が負担しきれない場合には、社会扶助による介護扶助の給付を増加させることになる。

- 23) Bundestagdrucksache 13/3696, Begründung, zu Nr. 18.
- 24) Pöld-Krämer S. (Fn. 21), S. 458.
- 25) Ibid., S. 459.
- 26) 統合扶助が障害者の生活にとって重要な意味を持っていることおよび統合扶助のための費用が高額となるケースも少なくないことに鑑み、受給者および扶養義務者の収入および資産の活用については、例外が設けられ、補足性の原理の適用が緩和されている。（Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Übersicht über das Sozialrecht*, 2. Aufl., Nürnberg 2005, S. 642.）
- 27) 介護保険制度を所管する連邦労働・社会省および介護金庫の中央連合会は、両給付は並列的な関係にあるとの考え方をとった。これに対して、社会扶助の給付主体である地方自治体は、介護保険の給付は統合扶助の給付に優先するので、統合扶助に含まれている介護給付に相当する部分の費用は介護保険により負担されるべきであると主張した。（Vgl. Lachwitz K., *Soziale Pflegeversicherung und Sozialhilfe*, in: Schulin B. (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 4. Pflegeversicherung*, München 1997, S. 249.）
- 28) ドイツでは、終日ではなく、1日の特定の時間帯のみ利用する施設を部分入所施設として位置づけている。
- 29) リハビリテーション施設、障害者のための居住ホーム（Wohnheim）、作業所などが含まれる。
- 30) Wilde, Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen, in: Hauk K./Noftz W. (Hrsg.), *SGB XI Soziale Pflegeversicherung*, Berlin, Loseblatt, K § 13 S. 26.
- 31) Pöld-Krämer S. (Fn. 21), S. 474.
- 32) この割合は、ホーム報酬に占める介護のための費用の割合を基に定められた。ただし、入所者の高齢化による介護費用の増加が介護保険の負担増につながらないよう、介護保険が補填する費用の最高額が

設けられた。（Ibid., S. 482.）

- 33) Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagdrucksache 15/4125), S. 53.
- 34) Bundessozialgericht, Urteil vom 29.4.1999, B3P 11/98 R.

#### 参考文献

- Bauer F., Zum Verhältnis von Behinderung und Pflegebedürftigkeit, *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, Heft 6/1998, S.176 ff.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Pflegeversicherung, Schutz für die ganze Familie*, Berlin 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Übersicht über das Sozialrecht*, 2. Aufl., Nürnberg 2005.
- Castendiek J./Hoffmann G., *Das Recht der behinderten Menschen*, Baden-Baden 2002.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, *Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Informationsdienst* Nr. 295, Köln 2003.
- Hauk K./Noftz W. (Hrsg.), *SGB XI Soziale Pflegeversicherung*, Berlin, Loseblatt.
- Klie T./Krahmer U. (Hrsg.), *Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar*, 2. Aufl., Baden-Baden 2003.
- Kruse J./Reinhard H.-J./Winkler J., *Bundessozialhilfegesetz (BSHG)*, München 2002.
- von Maydell B. / Ruland F. (Hrsg.), *Sozialrechtshandbuch*, 3. Aufl., Baden-Baden 2003.
- von Maydell B./Pitschas R./Schulte B., *Behinderung in Asien und Europa im Politik- und Rechtsvergleich*, Baden-Baden 2003.
- Mrozynski P., *SGB IX Teil I Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen*, München 2002.
- Niesel K., *Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht*, München, Loseblatt.
- Schulin B. (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 4. Pflegeversicherung*, München 1997.
- Schulin B./Agl G., *Sozialrecht*, 7. Aufl., Düsseldorf 2002.
- Udsching P., *SGB XI Soziale Pflegeversicherung*, 2. Aufl., München 2000.

（まつもと・かつあき

国立保健医療科学院福祉サービス部長）

## オランダにおける高齢者および障害者に対する ケアに関する施策について

井原 辰雄

### ■ 要約

オランダの高齢者および障害者に対するケアの基本的仕組みは、AWBZ(例外的医療費支出保障法)に基づく、年齢制限によらない個人単位の国を保険者とする保険制度である。

近年の地方分権の流れの中で、AWBZからWVG(障害者サービス法)に基づくサービスへの移管が見られる。要介護認定、ケアマネジメントのあり方は我が国と大きく異なるが、「サービス提供者による分類から機能に基づく給付内容の定義づけ」、「疾病、障害による区分から機能制限の観点からの支援施策の検討」という思想の変化は、我が国において被保険者・受給対象年齢の引き下げの議論など介護と障害者施策の関係を議論する際にも参考となる。

また、WMO(社会支援法)による社会サービスの統合の動きが見られるところであるが、今後、これが具体的にどのような実施されていくかを見ていくことも我が国の制度改革を議論していく上で参考となる。

### ■ キーワード

例外的医療費支出保障法、障害者サービス法、個人単位、利用者負担、社会支援法

### I はじめに

オランダにおいては、高齢者、障害者に対するケアについては、基本的に例外的医療費支出保障法(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)(AWBZ)および障害者サービス法(Wet Voorzieningen Gehandicaptten)(WVG)によりカバーされている。我が国においては、2005(平成17)年度の介護保険制度改正において被保険者・受給者の範囲についての議論が行われたが、国会において、2006(平成18)年度末までに結果が得られるよう新たな場を設けて検討を行うことを政府に求める旨の附帯決議が行われている。また、医療制度については、政府案では平成20年度に新たな高齢者医療制度が創設されることとなっている<sup>1)</sup>。このような状況において、長期医療と介護にかかる費用をひ

とつの制度でカバーしているオランダの保険制度およびこれに関連する障害者支援制度を我が国の介護保険制度、障害者自立支援制度と比較しながら考察していくことは、上記の我が国の今後の議論の参考になるものと考えられる。

### II オランダにおける高齢者、障害者の状況

2004年1月1日現在のオランダの人口は1625.8万人、65歳以上の人口割合は13.8%である。この割合は、2017年には18.0%、2027年には21.3%、2037年には23.7%まで上昇すると推計されている<sup>2)</sup>。障害者の状況については、WAO(被用者を対象とする障害保険制度)の受給者が2004年平均で772.6万人、WAZ(自営業者のための障害給付制度)の受給者が55.5万人、Wajong(若年者のため

の障害給付制度)の受給者が140.1万人となっている<sup>3)</sup>。

### III 介護保険制度の歴史的経緯

オランダの社会保障制度は、第二次世界大戦後、ベバレッジ報告の影響を受け、オランダ政府が設置したVan Rhijn委員会の報告書を基礎に構築された。報告書においては、疾病金庫の加入者、私費による患者、地域における患者(医療費は、低所得者のための市町村基金から支払われる)に分かれていた医療制度を一つの制度とすること、医療サービスの運営の第一義的責任を地域あるいは地区保健当局に移すこと、医療サービスは国民を対象とし無料とすることとしていた。また、委員会は、事業主拠出を愛好するが、国民が制度の対象となることから、一般財源と社会保険料の差異をあまり認めていなかった<sup>4)</sup>。政府は、医療以外に係る報告書の提言の多くを受け入れたが、医療については、既存の疾病金庫を賃金労働者のための医療サービスの財源調達のための資源として維持することおよび地方政府の権限強化よりも従来の被用者と事業主による共同運営を愛好した<sup>5)</sup>。

具体的な制度としては、1964年に一定の所得以下のすべての労働者に対する保険料の支払義務を事業主に課する医療保険法(Ziekenfondswet)(Zfw)が議会で可決されたが、その際に、重篤、

高額な健康リスクの問題を解決するための特別法の制定が条件とされた<sup>6)</sup>。1967年にAWBZが創設された<sup>7)</sup>が、これは1964年のZfwと異なり、すべての住民を対象とするものであった。冒頭において述べたとおり、オランダにおいては、高齢者、障害者に対するケアは、基本的に長期医療とともにAWBZによりその費用がカバーされており、AWBZは世界で最初の介護保険制度であると言える。

当初の給付対象は、1年以上の入院と精神病院への入所、ナーシングホームへの入所、精神障害者施設への入所であったが<sup>8)</sup>、従前、国の予算から支出されていたサービスに対する財源調達を第一義的には意図していたとされる<sup>9)</sup>。また、議会で付された条件にもあるように、長期にわたる疾病、障害、特に重篤な先天性の心身の障害を有する障害者、長期の療養を必要とする精神障害者をケアするコストの重大な財政的な結果をカバーすることを意図したものであった<sup>10)</sup>。

その後、制度目的の重点が、人々の身近な場所(施設ではなく)で軽度の介護をできるだけ多く提供するサービスおよび個人のニーズに適した介護に対する一貫性のある財源調達を行うことに移行してきた<sup>11)</sup>結果、給付範囲が拡大し、現在では表1に掲げるサービスが対象となっている。保健大臣は、AWBZの持続可能性を確保する観点から、制度本来の目的に戻すことを期待し<sup>12)</sup>、短期の精

表1 AWBZにおける給付

栄養指導、入院サービス、ナーシングホームおよび身体障害者施設でのケア、ArnhemのHet Dorpにおける障害者ケア、身体障害者ホステルへの入所、身体障害者デイサービスセンターへの通所、ナーシングホームにおける外来ケア、在宅ケア、リハビリテーション、精神病院における精神医療、一般・大学病院の精神病棟における精神医療、精神科外来の地方施設(RIAGG)によるサービス、地方組織によるsheltered accommodationにおけるサービス、非診療所精神科ケア、精神科外来、パートタイムの精神科治療、視覚障害者のケア、聴覚障害者のケア、知的障害者のケア、知的障害者のデイセンターへの通所、知的障害者のホステルへの入所、妊娠中のB型肝炎の検査、親子に対するサービス、先天性代謝異常の検査、児童に対するワクチン
--

資料：参考文献7,表1

神保健医療は2006年1月実施の短期医療保険(Zorgverzekeringswet)(Zvw)<sup>13)</sup>に移行することとなっている。また、支援サービスについては、2006年7月実施予定の社会支援法(Wet Maatschappelijke Ondersteuning)(WMO)に移譲されることとなっている<sup>14)</sup>。

#### IV 基本的枠組み

オランダにおいては、前述のとおり、全国民強制加入のAWBZ、市町村が車椅子、移動サービス、住宅改修などのサービスを提供するWVGに基づく制度がある。前者が全国一律の給付内容であるのに対し、後者は市町村により給付内容が異なる。近年の地方分権の流れの中で、前者から後者への給付の移管が行われている。AWBZ、WVGの内容等については、既に識者により我が国に紹介されているところであり<sup>15)</sup>、本稿では、その概略の説明を行いつつ、我が国の高齢者および障害者に対するケアに関する施策との比較を試みることにしたい。

#### V AWBZ

##### 1. 基本的性格

AWBZは、全国民を対象とする保険制度であり、長期にわたる療養、障害を有する人のケアの費用をカバーすることを目的としている。

##### 2. 対象者

基本的に次の者が対象となる。

- ・ オランダに居住する者
- ・ 非居住者であって、オランダにおいて雇用され、所得税の支払い義務を負う者

AWBZにおける受給資格を得るためには、執行機関のひとつに登録を行わなければならない。健康保険委員会<sup>16)</sup>に登録を行った短期医療保険

の保険者は、当該被保険者のAWBZ執行機関となる<sup>17)</sup>。

##### 3. 保険者

保険単位は全国であるが、実際には、短期医療保険の保険者が、それぞれの加入者のためにAWBZの制度運営を行っている。その運営を行う機関は地区ごとに「地域医療事務所」(Zorgkantoren)として1つ設置され、サービス提供者との契約、利用者負担金の徴収等を行う<sup>18)</sup>。

我が国との比較においては、オランダの人口規模を考慮する必要があることはいうまでもないが、1600万人規模での保険単位で被保険者の制度運営への参加がどのように確保されるかが問題となろう。実際には全国民を対象とするため、被保険者か国民かという属性の違いはオランダではあまり議論とされないと考えられる。

これに対し、我が国の介護保険制度の場合、住民に最も身近な自治体である市町村を保険者とするにより、住民が主体的に制度運営に参加するとともに、市町村の保険者機能の発揮が求められている<sup>19)</sup>。実際には、保険運営における被保険者の位置付けという視点で見れば、被保険者の保険運営への参加の程度は弱いと言わざるを得ず、市町村の権限強化の一方で、それを「被保険者」が適切に監視する制度の構築が必要であると考える。介護保険料等は市町村の条例等で決定されることになり、市町村議会を通じての間接的な監視機能が働くとも考えられるが、これはあくまでも市町村「住民」としての議会への参加であり、「被保険者」としての保険運営への参加とは異なる。「保険制度」を採用することの根拠としては「給付と負担の関係の明確化」、「権利性の強化」があげられるが、十分とはいえない。オランダと異なり、地域単位の保険を構成する場合、「被保険者」として制度運営に参加するのか「住民」として参加するのかと言う違いは重要である。

#### 4. 給付内容

ケアの提供可能性よりもケアの受給資格者のニーズに重点が置かれている。このため、受給権は2003年4月1日以降、サービス提供者による分類ではなく、以下の7つの機能に応じて定義されている<sup>20)</sup>。

- ・家事援助(掃除、炊事等)
- ・個人的ケア(入浴、食事等)
- ・看護(傷の手当て、投薬、注射等)
- ・支援的ガイダンス(日常管理支援等)
- ・能動化(activating)ガイダンス  
(行動上、精神的問題がある場合の患者に対する助言等)
- ・治療(疾病に関連するケア等)
- ・住居

この思想の変化は個別化された介護の提供に道を開くものであり、また、供給側からのアプローチから需要側からのアプローチへ変化していくことの必要性は、人々が自らの要求をより主張し、自己に適した方法で生活を行うことを求めることになった社会の変化に起因するものであるとされる<sup>21)</sup>。

2005年11月に成立した障害者自立支援法においても、障害者の状態やニーズに応じた適切な支援が効率的に行われるように、既存の施設・事業の再編が行われているところであり、障害種別ではなく、利用者のニーズに応じた給付という点において同様の思想を見ることができるとは考えないかと考える。

これは、「自己決定と自己選択」、個人の視点を重視する立場からは当然に要請されるものではないかと考えるが、個人のニーズへの適合性と社会保険による給付形態との関係が問題となる。つまり、社会保険の場合、「定型的な所得喪失事由」を給付事由とするのに対し、社会福祉の場合には、障害者、高齢者等の一人一人の「多様かつ非定型的な生活障害」を給付事由とするという違いがある<sup>22)</sup>ことをどう考えるかである。これは、次に見

る受給資格の審査、ケアマネジメントのあり方にも関連する問題である<sup>23)</sup>。

#### 5. 受給手続き

##### (1) 審査

給付を受けるためには、まず、審査機関で給付の必要性、サービスの種類、量についての審査を受けなければならない<sup>24)</sup>。審査機関は、これまで、独立の組織(RIO)(Regionaal Indicatie Orgaan)として、地域に74存在していたが、2005年1月から、中央に1つの機関(CIZ)(Centrum Indicatiestelling Zorg)(中央審査機関)となった。

我が国の介護保険制度においても要介護認定基準等は国が決定しており、一面、介護サービスの標準化に資するものの、保険者自治に反する面もある。国を保険者とするオランダと市町村を保険者とする我が国では、中央の関与の強化の意味合いが異なることに留意する必要がある。

審査は、審査機関の作成する指標に基づき実施される。審査の項目は、疾病、障害、意思疎通、移動、日常生活などにおける制限、社会的活動、学習、労働参加についての問題、家族等からの支援の可能性など<sup>25)</sup>であるが、これは、高齢者、障害者の区別なく適用されるものである。

高齢者と障害者の区別なく適用することが可能であるのは、受給者の個別ニーズを踏まえた柔軟な審査が可能であるからではないかと考えられる。我が国の場合、第一次審査においてコンピュータによる審査が実施されるが、オランダにおいては、個別のニーズに対応するため、審査項目のどの項目に重点を置くかなど審査に従事する職員の裁量に任されている部分が多い<sup>26)</sup>。また、我が国のような段階別の要介護度の認定の仕組みもない。

これについては、柔軟性がある一方で、審査の透明性を図る必要があるとされ、CIZにおいて、審査のための3種のソフトウェアが導入されて

いる<sup>27)</sup>。

我が国の障害者自立支援法においては、障害の種類にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスはひとつの制度で給付されることとなったが、同法に基づく介護給付の支給決定における統一的な認定がどの程度受給対象者の実際のニーズを反映したものとなるか検討が必要であることはここで指摘するまでもないことであろう。ただし、オランダにおける審査手法の見直し(統一化への動き)は、このバランスを考える際の参考にはなるであろう。

### (2) サービス内容の決定

サービス内容は、利用者とサービス提供者の間の契約により決定され、我が国のように、ケアマネジャーがケアプランを作成するという手続きは存在しない。利用者は、審査により受給が認められたサービスの範囲内で、サービス受給、後述の個人介護予算(Persoonsgebonden budget)(現金給付)、両者の組み合わせを自由に行うことができ、複数のサービス提供者と契約を結ぶことも可能である<sup>28)</sup>。

サービス内容の決定についても、サービス提供の柔軟性と標準化のバランスの問題があり、高齢者と障害者を統一的な制度の対象とする場合には、この点が問題となるであろう。

### (3) サービス提供者

サービス提供者は、AWBZにおいてサービスを提供するためには、AWBZ執行機関(前述のとおり、短期医療保険の保険者は、執行機関を通じてその被保険者のためにAWBZの運営に当たる。)と契約を結ぶ必要がある。この契約により、提供されるサービス量、価格等が規制される<sup>29)</sup>。

## 6. 個人介護予算

原則として、AWBZによる介護を3か月以上必要とする者は、個人介護予算の受給資格を有する。個人介護予算の用途は限定されており、4で述べた機能のうち、治療および住居は対象とならない。それ以外については、いつ、誰からサービスを購入するか自由であり、親族、隣人、事業者からも購入でき、また、他の現物給付サービスとの併用も可能である<sup>30)</sup>。実際にサービス購入に使用されたかどうかは、領収書により確認することとなっている。

次節で説明する利用者負担については、個人介護予算から直接引かれることになっている。

個人介護予算の導入は、利用者の選択の幅を拡大し、事業者間の競争を働かせる効果を持つとされるが、購入されるサービスの質についての検証のシステムはない。

我が国における介護保険制度の創設時には、介護手当については、家族介護の固定化、高齢者の自立阻害、家族による介護の質の低下、新たな給付による費用負担の増大等の消極意見があった<sup>31)</sup>。オランダの個人介護予算の場合、利用者が自らのニーズに応じたサービスを購入できるという利点があり、問題点である質の検証の仕組みを導入すれば我が国においても検討に値する制度であり<sup>32)</sup>、既存の社会手当等との関係に留意しつつ検討すべきであると考えられる。

## 7. 利用者負担

18歳以上の者は、費用の一部を負担しなければならない。その額は、在宅介護、施設介護の別、課税所得水準により異なっている。2006年度からは、結婚しているか否か、65歳以上か否かによっても異なってくる<sup>33)</sup>。以下は、2005年度の状況である<sup>34)</sup>。

## (1) 施設介護

### ① 高額負担

AWBZの施設介護を6カ月以上利用する予定の者またはすでに6カ月以上利用している者は高額負担の対象となる。高額負担は2005年1月1日現在、月額で最大1,728ユーロである。

しかし、利用者が昼間介護または夜間介護だけを週5回以上利用している場合などの例外的な場合には、6カ月を経過した後も低額負担の対象となる。

### ② 低額負担

AWBZの施設介護利用が6カ月に満たない者は低額負担の対象となる。6カ月以上にわたって入居する必要が生じた場合には、その時点から高額負担に移行する。複数の施設にわたる入居期間は(それ以前の病院入院を含めて)、60日以上の間隔が空いているのでないかぎり、合算するものとされる。

低額負担は、負担料支払いの対象となる収入の12.5%で、2005年1月1日現在、最低132.60ユーロ、最高696.60ユーロである。

## (2) 在宅介護

利用者負担額は現物サービスの場合には1時間当たり11.80ユーロ、個人介護予算からの支給の場合には予算に定率を乗じたものとなる。現物サービスの場合にも個人介護予算の場合にも、負担には上限がある。既に何らかの施設介護の利用者負担を支払っている者には、在宅介護の利用者負担を支払う義務はない。

### (3) 最低所得保障

施設に入居する利用者には必ず、自身の収入から利用者負担を支払った後、娯楽費も含めて小遣いおよび衣服費に使える金額を残しておかなければならない。その金額は2005年1月1日現在、単身入居者について、月256.02ユーロ、夫婦入居者

について月398.25ユーロである。

このように利用者負担の水準は、在宅介護、施設介護の別、課税所得水準、家族構成、年齢により異なっており、また、最低水準の所得も保障されている。この点については、我が国の介護保険制度、障害者自立支援制度が、所得水準に応じた一定の上限付原則1割負担であることと異なっている。

利用者負担の目的、機能としては、(a) 受益に応じた負担、(b) 財源確保、(c) 需要の適正化、(d) 利用者而非利用者の公平性の確保、(e) 利用者到自己責任を自覚させること、(f) 給付に価格を設定することによる資源配分の効率化が挙げられる<sup>35)</sup>。オランダの場合、AWBZの創設当初の目的が長期にわたる疾病、障害、特に重篤な先天性の心身の障害を有する障害者、長期の療養を必要とする精神障害者をケアするコストの重大な財政的な結果をカバーすることを意図したものであったことを踏まえると、論理的には、受益に応じた負担ではなく、利用者負担はゼロか所得等に応じたものとなるであろう。なぜなら、利用者の選択の可能性がないところでは、(c)、(d)、(e)、(f)の観点からの利用者負担の目的は達成されにくいと考えられるからである。マクロレベルでの財源の確保(b)が主な目的、機能ということになるであろう<sup>36)</sup>。同様の議論は、我が国の入院医療、介護、障害者自立支援の定率負担の考え方にも妥当するものと考えられる。

## 8. 保険料

毎年、政府は課税所得の一定割合として、AWBZの保険料を設定する。

保険料は、所得比例となっており、2005年の保険料率は13.45%である<sup>37)</sup>。被用者の場合、事業主が給与から天引きして税務当局に納めることとなっているが事業主負担はない<sup>38)</sup>。自営業者の場合には、AWBZの保険料を含め課税評価を受け、自らが税務当局に納めることとなっている。15歳未満の被保険者および15歳以上であっても自らの



課税所得を有しない被保険者は保険料の支払い義務はない<sup>39)</sup>。

保険料の支払形式は被保険者の単位とも関連するものであるが、AWBZの場合は個人単位である。子供への適用は親の適用関係とは関連せず、また、年齢による適用範囲の制限もない<sup>40)</sup>。

我が国の介護保険の場合、第1号被保険者については、個人単位であるが、第2号被保険者については、医療保険の加入者を単位としているため、雇用関係、扶養関係が問題となってくる。このため、被保険者・受給対象年齢の引き下げを議論する際には、単に医療保険の加入単位で年齢を引き下げるというだけでなく、被保険者の単位をどう考えるかも検討対象とすべきである。被保険者の自律という視点で見た場合、オランダのように個人単位の設計が望ましいであろう。つまり、第2号被保険者については、健康保険、市町村国保いずれの場合も被扶養者、世帯員の保険運営への参加が問題となる。むしろ、被用者保険の被扶養者を含め、各個人を被保険者としてとらえ(地域を単位とする介護保険の場合、地域住民という属性が被保険者に共通のものとなる)、保険料の納付義務等も個別に課した上で、保険運営への参加を認めることが適当であると考えられる。その上で負担能力を考慮した保険料額、保険運営への参加の支援ということを考えるべきである。

## 9. 財政構造

AWBZのマクロの財政構造(2004年度)は、次のとおりである。費用総計は、21,646.5百万ユーロであり、その91.3%を保険料で、8.7%を利用者負担でまかなっている。利用者負担の内訳は、その約8割が施設介護に係るものであるが、2004年度には、在宅の割合が、前年度の9.7%から19.2%に大幅に増加している。これは、利用者負担の引き上げにより、前年度の総額155.1百万ユーロから362.8百万ユーロに増加したためである。

施設介護と在宅介護の別では、施設が費用総計の約82%、在宅が約18%となっている。

## VI 障害者サービス法(WVG)<sup>41)</sup>

### 1. 基本的性格

WVGは、1994年に施行され、市町村による障害者のための施策実施の促進を目的とするものである。この法律は、市町村の裁量を大幅に認めており、詳細は、市町村の条例により定められることとなる。換言すれば、市町村ごとにサービス内容が大きく異なるということである。市町村の条例は、サービス提供の条件、形態、サービス利用者に対する助成額、サービス提供の決定、変更、終了の手続きなどを定める。WVGのもとで、市町村は、中央政府の財源により、住宅改修、移送サービス、車椅子などの独自のサービスを実施するが、これは、AWBZの補完をなすものである<sup>42)</sup>。この法律の基本的な考え方は、疾病や障害の観点からではなく、機能制限の観点から支援方策を検討するというものである。しかし、関係団体は、市町村への責任の移管、高齢者との統合には、批判的であるとされる<sup>43)</sup>。これは、AWBZにおける市場競争の導入がこの分野にも及ぶことの懸念が背景にあるものと推察されている<sup>44)</sup>。

### 2. 対象者

障害を有するすべての人であり、障害の区別はない。ただし、実際の利用者の多くは、高齢者であり、新規の利用申請者の6~7割が65歳以上の高齢者である<sup>45)</sup>。

### 3. 給付内容

住宅改修や移動手段としての車椅子の利用など、住居、移動手段にかかわるサービスである。しかし、これは、日常生活にかかわるものであり、労働条件にかかわるものではない。また、短期間

必要となるに過ぎないサービス、広く一般的になっているサービスについては対象とならない。

近年の地方分権の流れの中で、AWBZからWVGへの給付の移管(具体的には、20,420ユーロ以上の住宅改修(2000年以降)およびAWBZの施設入所者のうち、一定の者に対する車椅子の支給(2003年以降))が行われている。

#### (1) 住宅関連サービス

住宅関連サービスとは、高齢者または障害者が自身の居住空間を通常通り使用する場合の移動の制限となるものを除去ないし軽減するためのサービスである。その費用は45,378ユーロを超えないものとされている。このサービスは、住宅のあらゆる改修を対象とするものである。ごく一部の改修(たとえば、トイレのハンドグリップまたは車椅子用カーペット)から(増築、台所、トイレまたは浴室の改築など)全面的な改造に至るまで、このサービスの対象となる。

#### (2) 移動関連サービス

このサービスの目的は障害者の「自立」を支援することであり、日常生活に対する障害を最小化するものでなければならない。この考えに基づき、車椅子の提供が行われているが、障害者用自動車の利用なども行うことができる。また、市町村は個別移動サービスと並び、またはその代わりに、共同移動サービス(共同タクシーの利用等)を実施することができる。

#### 4. 受給手続き

Vの5で述べたAWBZと基本的に同様であるが、受給申請は、市町村に対し行う。両者により提供されるサービスの調整は、基本的には利用者サービス提供者が行うこととなっている。市町村と地域医療事務所との間の連携はないが、NGO等による利用者への情報提供等のサービスは存在

する。

この点については、我が国においても介護保険制度、障害者自立支援制度、医療制度等の異なる制度に基づくサービス利用に際しての利用者の視点に立ったサービス連携が同様に課題としてあると考える。オランダの場合、後述の社会支援法(WMO)において、市町村の位置付けの強化を図ることとしている。

#### 5. 利用者負担

車椅子は利用者負担の支払対象とならず、また、その他のWVGに基づくサービス(45,378ユーロを上限とする住宅関連サービスを含む)については財政的補助を受けることができる。

利用者負担額は個人の支払能力に基づいて決定される。所得が現行の社会保障基準の1.5倍以下である場合には、利用者負担額の総額は暦年当たり最大45ユーロである。これを上回る所得がある場合には、45ユーロに、所得のうち現行の社会保障基準の1.5倍を超過した収入分に地方自治体が定めた率(8.75%~12.5%)を乗じた額を加算する。

また、AWBZの自己負担をはじめ障害に由来する経費は利用者負担額から差し引くことができる。

なお、2006年より、利用者負担の上限は、AWBZの上限と同じ水準に設定され、市町村は、自己負担額がこの水準に達するまで利用者を利用料を負担させることができることとなる。

#### 6. 財政構造

WVGに基づくサービスの費用は、AWBZの保険料を財源とする市町村に対する拠出によりまかなわれるが、市町村が財政に責任を持たないため、その財政規律が弱い可能性がある。総費用は、2002年度で約800百万ユーロであり、2000-2002年度の間に約24%増加している。その内訳は、表2のとおりである。

表2 WVGに基づくサービスの費用

(単位：100万ユーロ)

	2000年	2001年	2002年
総計	645.0	692.6	798.9
個別住居サービス	167.4	189.7	223.2
個別移動サービス	249.6	249.2	266.5
共同移動サービス	121.8	133.7	165.7
車椅子	98.0	111.6	132.2
共同サービス <sup>注)</sup>	8.2	8.4	11.2

注：共同サービスには、集合住宅における改修、リフトの設置などを含む。

資料：参考文献4, 62頁, Table 102

## VII 今後の動向と我が国への示唆

オランダ政府は、現在、WVG、社会福祉法およびAWBZの一部を統合した、新しい社会支援法(Wet Maatschappelijke Ondersteuning) (WMO)の制定を検討しており、議会で可決されれば、2006年7月1日よりすべての市町村に導入される予定である。社会福祉法、WVGのもとで提供されていたサービス、在宅サービス、支援、能動化ガイダンスなどのAWBZのサービスもWMOに移管される<sup>46)</sup>。市町村は、人々の自立支援に向けて、管理者、サービス提供者、評価実施者などさまざまな役割を期待されている。

WMOは、高齢であるか否か、障害を有するか否かなどにかかわらず、すべての人々が社会に参加することを可能とすることを目的としているが<sup>47)</sup>、その背景にあるオランダ政府の思想は、(a)可能な限りの自己責任、(b)社会連帯、(c)支援と可能な限りの社会参加、(d)真に必要とする人に対する適切なケア、(e)官僚的硬直性の軽減である<sup>48)</sup>。

オランダの場合、高齢者および障害者に対するケアの基本的仕組みは、AWBZに基づく、年齢制限によらない個人単位の国を保険者とする保険制度であり、また、近年の地方分権の流れの中でサービス提供の地方への権限委譲が見られるところである。要介護認定、ケアマネジメントのあり方

は我が国と大きく異なるものであるが、「サービス提供者による分類から機能に基づく給付内容の定義づけ」、「疾病、障害による区分から機能制限の観点からの支援施策の検討」という思想の変化は、被保険者・受給対象年齢の引き下げの議論など介護と障害者施策の関係を議論する際にも参考となるものとする。特に、保険制度を維持するのであれば、サービス利用における個人の重視とともに、被保険者の自律的な役割を重視していくことが必要であり、この点からも個人単位のオランダの制度設計は参考になるであろう。

また、社会サービスの統合の動きが見られるところであるが、その基本的な思想は我が国の制度改革の理念に相通するものと言ってよく、この理念のもと、今後、WMOが具体的にどのように実施されていくかを見ていくことも我が国の制度改革を議論していく上で参考になるものとする。

[謝辞] 本稿の作成に当たり、E.F.Kraanen氏をはじめオランダ保健、福祉、スポーツ省の担当者の方に、インタビューに応じていただくなどご協力をいただいた。この場をお借りしてお礼申し上げます。

### 注

- 1) これについては、二木の「厚生労働省が将来的に高齢者医療保険制度と介護保険制度との統合の選択肢を捨てていないことを示唆している」との指摘もあるところである。二木立「厚生労働省「医療制度構造

- 改革試案」を読む 「医療費適正化」部分を中心に」『社会保険旬報』No. 2261 (2005.11.11), 18頁。
- 2) Statistics Netherlands, Voorburg/Heerlen 12/6/2005.
  - 3) 同上.
  - 4) Okma, K.G.H. “Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law” Doctoral dissertation, University of Utrecht, 1997, p47.
  - 5) Okma, 前注, p88.
  - 6) Piet Keizer “Social Security and Welfare in the Netherlands Before and After the Year 2000”, Changing Patterns of Social Protection, Neil Gilbert and Rebecca A. Van Voorhis ed., Transaction Publishers 2003, p282.
  - 7) 1968年1月1日施行.
  - 8) 参考文献8, 47頁.
  - 9) 参考文献2, 5頁.
  - 10) 参考文献5, 49頁.
  - 11) 参考文献2, 5頁.
  - 12) Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005, “Preliminary Policy Statement on Health and Long-term Care”, p15.
  - 13) Zfwのもとでは、一定の所得以下の者が保険に加入しなければならないこととなっていたが、この法律のもとでは、すべての者が法定の給付を行う保険に加入することとなる。(加入する保険は自分で選択でき、保険者は加入を拒否できない。) Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, “The new health insurance system in brief” 参照.
  - 14) 注12.
  - 15) 例えば、廣瀬真理子「オランダの長期医療・介護保障制度」『海外社会保障研究』No.131 (2000) 47-55頁。大森正博「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」『海外社会保障研究 No.136 (2001) 59-71頁。「オランダ医療関連データ集(2004年版)」2005年、医療経済研究機構の廣瀬、大森執筆担当部分。松田晋也「オランダにおける医療制度改革」『社会保険旬報』No.2263 (2005.12.1) 20頁。
  - 16) 健康保険委員会は、短期医療保険制度の日々の運営の監視等の機能を有するほか、短期保険の保険者等によるAWBZの適正かつ効率的な実施の推進等の責任を有する。参考文献5, 35, 58頁参照。
  - 17) 参考文献5, 51頁。
  - 18) 同上
  - 19) 平成12年版厚生白書, 144-146頁。
  - 20) 参考文献5, 55頁。
  - 21) 同上。
  - 22) 佐藤進・河野正輝編『新現代社会保障法入門(第3版)』2005年, 法律文化社, 277頁。
  - 23) 我が国の介護保険制度の創設に際し若年障害者を対象とすかどうかが議論された際、障害者の介護サービスの内容は高齢者に比べて多様であり、これに対応したサービス類型を確立するには十分な検討が必要であることなどが指摘されていた。(増田雅暢「介護保険見直しの争点」2003年, 法律文化社, 136頁)また、今回の介護保険制度の見直しにおいても、介護保険の被保険者・受給者の範囲の拡大について、ケアマネジメント体制の確立等に時間を要することから、受け皿の準備が十分でない現状では時期尚早であるとの慎重な考え方が示されていた。(「介護保険制度の見直しに関する意見」平成16年7月30日社会保障審議会介護保険部会)
  - 24) 参考文献5, 52頁。
  - 25) Protocol indicatiestelling AWBZ-zorg (20 December 2002) 等参照。
  - 26) 審査の画一化については、インタビューに応じた担当者は極めて否定的であった。
  - 27) 最終的には、1つのソフトウェアに統合する予定であるが時間を要するとのコメントがインタビュー対応者よりあった。
  - 28) 参考文献5, 52, 53頁。
  - 29) 参考文献5, 51, 53頁。
  - 30) 参考文献5, 53頁。
  - 31) 増田・前掲書182頁以下。
  - 32) 増田・前掲書195頁には、介護手当創設の試案が示されている。
  - 33) これについては2003年度以前に採用されていたものの再導入である。参考文献5, 54頁参照。
  - 34) 参考文献6, 22頁以下参照。
  - 35) 堀勝洋「社会保障法総論(第2版)」2004年, 東京大学出版社, 62, 63頁。
  - 36) もっとも、現在の給付対象は本来の意図よりも拡大されてきており、この点を踏まえての議論が必要である。
  - 37) 所得帯1の場合、総所得最高16,893ユーロ、所得帯2の場合総所得最高30,357ユーロ。これらに、この料率を乗じたものが保険料上限となる。
  - 38) 1990年以前は労使負担であったものを全額被用者負担とし、従来の事業主負担分については、特別手当として支給されているのが一般的であるとされる。(参考文献8, 45頁参照)
  - 39) 参考文献5, 57頁。
  - 40) 参考文献5, 50頁。
  - 41) 参考文献6, 61頁以下参照。
  - 42) インタビュー対応者のコメント。
  - 43) 参考文献1, 27頁。
  - 44) インタビュー対応者のコメント。
  - 45) 参考文献4, 60頁。
  - 46) 参考文献2, 6頁。
  - 47) 参考文献2, 9頁。
  - 48) 参考文献2, 7頁。

参考文献

- 1 Netherlands Institute of Care and Welfare, 1999, "Who Cares ? an Overview of the Dutch Systems of Health Care and Welfare"
- 2 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, "En route to a sustainable system of long-term care and social support"
- 3 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, "Health Insurance In the Netherlands Status as of 1 January 2004"
- 4 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, "Sector Report Care 2000-2003"
- 5 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005, "Health Insurance in the Netherlands The new health insurance system from 2006"
- 6 mr. Annemarie Hop (Eindredactie), 2005, "De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid 2005.1", Kluwer Deventer
- 7 大森正博 2001「オランダ」仲村優一, 阿部志郎, 一番ヶ瀬康子編集代表『世界の社会福祉年鑑2001』旬報社
- 8 池田省三 2002「第3章オランダ」鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』中央法規
- 9 医療経済研究機構 2005「オランダ医療関連データ集(2004年版)」

(いはら・たつお 九州大学大学院法学研究院助教授)

## イギリスの介護施策と障害者施策

植村 英晴  
柳田 正明

### ■ 要約

イギリスの介護施策は、国が運営する国民保健サービス(NHS)、地方自治体のソーシャルケアサービス(Social Care Service)、各種手当等の金銭給付、民間団体(主に非営利団体)による各種サービスに大別され、児童・大人に対しても、高齢者・障害者に対しても共通のサービス提供体制がとられている。障害者施策については、さらに、教育、雇用、住宅、社会参加に関する施策等が加わる。

イギリスにおいても他の先進諸国と同様にコミュニティケアを推進しているが、まだまだ施設ケアへの希望要望が高く、施設ケアから地域ケアへの移行が必ずしも順調に進んでいないのが現状である。また、ケアの水準もまだまだ充分と言えず、ケアにかかわる人材も不足し、ケアワーカーの知識技能の水準も必ずしも十分ではない。さらに、障害者施策の分野では、地域ケアや地域での生活支援を効率的効果的に進めるための専門職間の連携不足が政府の報告書等でも指摘されているのが現状である。

### ■ キーワード

イギリス、介護施策、障害者施策、コミュニティケア

#### 1. イギリスの介護施策と障害者施策の概要

イギリスの介護施策は、国が運営する国民保健サービス(NHS)、地方自治体のソーシャルケアサービス(Social Care Service)、各種手当等の金銭給付、民間団体(主に非営利団体)による各種サービスに大別される。そして、介護施策に関しては、障害者でも高齢者でも共通のサービス提供体制が取られている。障害者施策には、介護施策に加えて、教育、雇用、住宅、社会参加に関する施策が含まれている。

国民保健サービスは、予防からリハビリテーションを含む包括的な保健医療サービスを全国民に保障する制度で基本的には租税を財源に運営されている。現在の国民保健サービスの基本的な枠組みは、ベヴァリジ報告の理念を具体化するた

めに制定された1946年の国民保健法を根拠法として1948年から実施されている。この国民保健サービスで提供されるサービスには、家庭医(GP)や歯科医の医療や薬剤サービス、病院の専門医の医療、地域看護師等による地域保健サービスがある。すべての国民は、家庭医に登録し原則無料で医療保健サービスを受けることができる。これは在宅や施設で介護サービスを受けながら生活する高齢者や障害者についても同様である。具体的には、ナーシングホームやレジデンシャルホームに入居している高齢者・障害者にも、それぞれ家庭医が付き、医療サービスが提供されている。また、地域保健サービスとして、在宅で生活する高齢者や慢性疾患の患者には、看護師が患者の家を訪問して包帯を交換したり注射をしたり投薬の管理

をしている。また、障害者については、病院でのリハビリテーションの他に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が在宅の身体障害者を訪問して在宅でのリハビリテーションを実施している。在宅の知的障害児・者については知的障害専門の看護師、精神障害児・者については精神障害専門の看護師が定期的に訪問し、保健医療サービスを提供すると共に社会サービスが必要とされる場合には自治体のソーシャルワーカーと連携して支援している。

イギリスの地方自治体は、「国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法(National Health Service and Community Care Act 1990)」に基づいてコミュニティ・ケア・プランの策定が義務づけられ、高齢者、障害者、児童に対する福祉サービスを総合的に提供している。イギリスは、第二次世界大戦後、社会保障、国民保健サービス(NHS)、教育、住宅などに重点を置いた施策を展開してきた。しかし、シーボム報告(1968)は、对人的な福祉サービスが質量共に不足していること、福祉サービスの部門が細かく分割され、総合的な対応がなされていないことなどを指摘した。そして、高齢者、障害者、児童に対する福祉サービスを自治体の役割として統合し、総合的な福祉サービスを提供する必要があると報告した。この報告を受けて、地方自治体社会サービス法(1970)が制定され、各自治体に「ソーシャルサービス部(Department of Social Service)」が設けられ、ここに配置されたソーシャルワーカーを中心に総合的な福祉サービスが提供されるようになった。具体的には、地域住民の福祉サービスについての要望・希望は、本人、家族、あるいは、家庭医を通じて自治体のソーシャルサービス部に相談や利用申込が入る。ソーシャルサービス部(主にソーシャルワーカーが担当)は、保健省が示した基準に従って、この相談を①緊急、②重度、③中度、④軽度の4段階に分類して対応している。一般的には、緊急と重度について

は自治体が直接対応し、中度と軽度についてはボランティア団体等を紹介して問題解決を図っている。

介護サービス(ケア・サービス)が必要な場合には、高齢者でも、障害者でもケアマネジメントの体制が取られる。そして、情報の公開、ニーズ・アセスメント・レベルの決定、ニーズ・アセスメント、ケアプラン作成、ケアプラン実践、モニタリング、ケアプランの再評価等の一連の過程が実施される。しかし、障害者は複雑な問題を持っている可能性があるために最初から総合的なニーズアセスメントを実施しなければならないと規定されている。このソーシャルサービスは、基本的には租税を財源に運営されているが、利用者は、その所得とサービスの利用量に応じて負担が求められる。

地方自治体が高齢者や障害者に介護関係として提供する主な福祉サービスを在宅サービスと施設サービスに分けて示すと次の通りである。まず、在宅サービスとしてホームヘルプサービス、デイケアサービス、給食サービス、レスパイトサービス、福祉用具の給付、緊急通報などがある。施設サービスとしてはナーシングホーム、レジデンシャルホーム、ケア付き住宅などがある。主に障害者に提供するサービスとしては、相談支援、エンパワーメント、移動サービス、住宅改造、手話通訳、点字や音声情報の提供、教育支援、雇用支援などがある。

各種手当等の金銭給付は、無拠出制給付として障害に伴う追加的費用を補うために、また、介護を要する障害者や介護を行う人に介護負担を補うなどのために現金を給付する制度である。この手当は、基本的には政府(労働年金省: Department for Work and Pension)が直接給付しているが、一部自治体に依託しているものもある。

政府が介護障害関係で現在給付している手当等として、介護者手当(Carer's Allowance)、介助者支援(Help for carers)がある。

介護者手当は、16歳以上で週に35時間以上重度障害者を介護している人に支給される。介護対

象となる障害者は、家族でも友人知人、近隣者でもよい。支給額は、2005年6月現在（以下手当等の金額の年は同じ）、週45.70ポンドであるが、さらに重度の障害がある人を介護する場合には週27.30ポンドまでの加算がある。しかし、支給総額が週82.00ポンドを越えてはならない規定になっている。

介護者支援は、介護者に休息を与えるための支援で短期間要介護者をナーシングホーム等で預かったり、介護者を派遣する現物給付の制度である。介護者支援が必要な人は、地方自治体のソーシャルサービス部に申し込むことによりサービスを受けることができる。

障害に関する手当としては、就労不能手当（Incapacity Benefit）、重度障害手当（Severe Disablement Allowance）、障害者生活手当（Disability Living Allowance）、付添手当（Attendance Allowance）、ワクチン被害手当（Vaccine damage payments）などがある。

就労不能手当は、国民保険を拠出し、病気や障害のために4日以上にわたり就労できない状態にある人に支給される。支給金額は、就労できなかった期間によって異なり、4日から28週末満が週57.65ポンド、28週から52週末満が68.20ポンド、52週以上が76.45ポンドである。さらに、年齢により加算するシステムが導入されている。

重度障害手当は、病気や障害のために28週以上にわたり就労できない状態であるが、国民保険の拠出が不十分なために就労不能手当を受給できない人に支給される。基本手当は週46.20ポンドであるが、年齢加算があり、40歳未満の場合16.05ポンド、40～49歳までが10.30ポンド、50～59歳が5.15ポンド加算される。

障害者生活手当は、65歳以前に疾病などによって介護が必要になった人や移動が困難になった人に支給される。支給額は、表1に示すように介護の必要度や移動の困難さの程度によって異なる。

表1 障害者生活手当支給額（2005年6月現在）

介護関係	
高	£ 60.60
中	£ 40.55
低	£ 16.05
移動関係	
高	£ 42.30
低	£ 16.05

出典：英国労働年金省ホームページより

<http://www.dwp.gov.uk/lifeevent/discare/>

要介護度が最も高い人で週に60.60ポンド、低い人で16.05ポンド、移動の困難度が高い人で42.30ポンド、低い人で16.05ポンドが支給されている。

付添手当は、65歳以降に障害者になり、過去6ヶ月以上日常生活の介護を必要とする人に支給される。支給額は要介護度などによって異なるが、要介護度の高い人で週60.60ポンド、低い人で40.55ポンドが支給される。

民間団体（ボランティア団体）は、市民社会に深く根ざし、イギリス社会の発展に大きく寄与してきた。高齢者介護や障害者の領域でも、当事者団体として、また、さまざまな相談や支援を行う団体として多数存在し、高齢者や障害者に各種サービスを提供してきている。さらに、コミュニティケア改革以降、地方自治体との契約により介護サービスや障害者福祉サービスを提供する事業者としても重要な位置を占めるようになってきている。

## 2. ソーシャルケアサービスの現状

地方自治体が高齢者や障害者などに提供する福祉サービスは、ソーシャルケアサービスと呼ばれ、その現状についてはさまざまな媒体を通じて公表されている。イングランドのソーシャルケアサービスを評価指導するために2004年に設置されたソーシャルケア監査機構（Commission for Social Care Inspection）は、2005年12月に2004-05年のイングランドのソーシャルケアサービスの現状について



国会に報告している。この報告書によると、2004-05年にイングランドでは、25,000の民間、公的、ボランティアのサービス事業者が提供するソーシャルケアサービスを170万人が利用し、175億ポンドの公費が支出されている。また、160万人がソーシャルケアの領域で働き、500万人が無給で何らかのケアを提供していると公表している。

次に、子どもと、知的障害者、精神障害者、身体および感覚障害者、そして高齢者に区分して、ソーシャルケアサービスの利用状況を見る。

子どものニーズ調査に基づく地方自治体の報告によると、2003年には388,200人の子どもが、何らかの問題を抱えており、このうち約61,000人の子どもがソーシャルケアサービスを利用していた。

イングランドの知的障害者総数は、約800,000人で大多数は65歳以下である。そして、2021年には11%増加して、約890,000人に達すると予測されている。さらに、重度の知的障害者が15年で約1%増加すると見込まれている。2004年にソーシャルケアサービスを利用した18～64歳の知的障害者は、約116,000人であった。

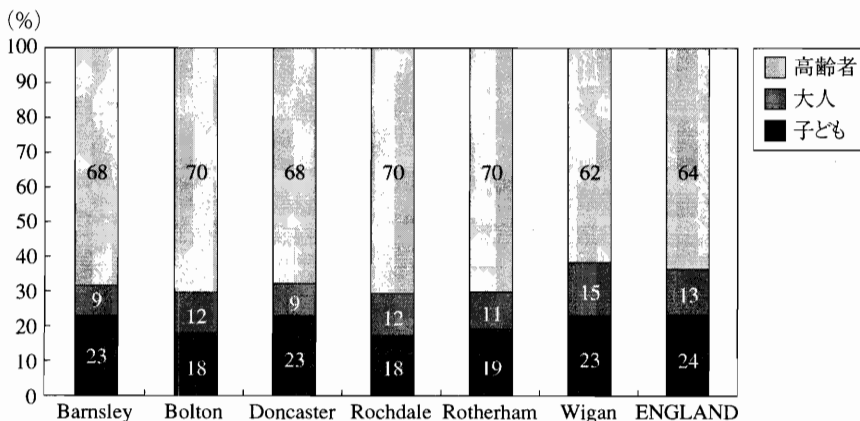
イングランドの統計調査によれば、約200人に1人が何らかの精神疾患を経験し、約25人に1人に

人格障害があり、約4人に1人に何らかの精神保健上の問題がある。そして、約100人に1人が統合失調症や不安障害に苛まれており、これも増加傾向にあると報告されている。2004年にソーシャルケアサービスを利用した18～64歳の精神障害者は、約141,000人であった。

2003年の調査によれば、イングランドの人々の約20%は、慢性疾患や身体障害があり日常生活に支障がある。2004年にソーシャルケアサービスを利用した18～64歳の身体障害者は、約201,000人であった。

イングランドの65歳以上の高齢者人口は、現在約800万人で総人口の16%である。2005年から2015年の間に65歳以上人口は、総人口の20%に達し、そのうち85歳以上は31%を占めると予測されている。さらに、85歳以上の高齢者も25年間でほぼ倍増し、総人口の約2%の100万人に達している。また、認知症のある高齢者も1998年の461,000人から2031年には765,000人に達すると予測されている。2004年にソーシャルケアサービスを利用した高齢者は、約1,254,000人であった。

社会経済状況が類似する地方自治体のソーシャルケアサービスに対する支出割合を、子ども、大



出典：The state of social care in England 2004-5 P.45

図1 子ども、大人、高齢者別の地方自治体の支出割合

表2 2001-02年度から2003-04年のサービス支出の変化

Type of service	2001-02 £ Millions <sup>1</sup>	2003-04 £ Millions	Real Increase <sup>2</sup>
Domiciliary care	£ 1,769	£ 2,091	12.4 %
Residential care	£ 4,225	£ 5,030	13.2 %
Nursing care	£ 1,510	£ 1,685	5.8 %
Day care	£ 1,100	£ 1,215	4.7 %
Direct Payments	£ 59	£ 128	113.5 %
Social work	£ 1,129	£ 1,456	23.2 %
Other	£ 1,134	£ 1,414	19.0 %
Total	£ 10,926	£ 13,020	13.4 %

注：1) 数値は概数である。

2) インフレ率を補正した数値である。

出典：The state of social care in England 2004-5 P.47

人、高齢者別に示したのが図1である。イングランド全体の平均は、高齢者が64%、子どもが24%、障害者が13%になっている。しかし、人口比率に比べて子どもへの支出割合が高くなっていること、自治体によってかなりのばらつきがあることなどが特徴である。

次に、大人に対するソーシャルケアサービスの地方自治体の年度支出の変化を見ると、表2に示すとおりである。地方自治体の支出は、2001-02年の109億2600万ポンドから2003-04年の130億2000万ポンドに13.4%増加している。この支出の増加は、主に高齢者に対する施策の充実によるものである。支出の変化の動向をサービスの種類別に詳しく見ると、直接支払いが113.5%、ソーシャルワークが23.2%増加しているのが特徴的である。また、在宅ケアサービスが12.4%増加したのに比べて、レジデンシャルケアが13.2%、ナーシングケアが5.8%と施設ケアサービスも依然として着実に増加している。また、2003-04年度の支出を見ても、レジデンシャルケアとナーシングケアを合わせた施設ケアが67億1500万ポンドであるのに対して在宅ケアは20億9100万ポンドと3分の1にも満たない金額になっている。

イギリスも1990年代から施設から地域へと在宅

福祉(コミュニティケア)を強力に推進している。しかし、2001-02年度から2003-04年度への地方自治体の支出の変化、また、2003-04年度のサービス種別の支出の状況を見ると、施設から地域へとというイギリスの福祉施策が必ずしもスムーズに進行していない状況が窺える。

### 3. イギリスの介護と障害者施策の比較

イギリスの介護と障害者福祉に関わる施策を大別し、また、障害者福祉については精神障害者施策の項目を起こして、表3に実施主体、利用手続、ケアマネジメント、給付、負担の形態などをまとめて示した。

イギリスのケアサービスは、「コミュニティケア法2003」(Community Care Act 2003)、「ケア基準法2000」(Care Standards Act 2000)等に基づき、地方自治体が民間サービスを斡旋、購入して介護サービスを提供している。また、国民保健サービス(NHS)の地域看護師等が訪問看護・医療サービス等を提供している。さらに国が介護に関する手当等を給付している。ケアサービス(介護サービス)については、地方自治体が高齢者にも障害者にもほぼ同じ手続きで同じようなサービスを提供している。しかし、障害者は、複雑な問題を抱えてい

る可能性があることから総合的なニーズアセスメントの実施が義務付けられている。

サービス対象者は、基本的にはニーズアセスメントを行い、環境条件を総合的に判定することによって決まる。しかし、障害者には、発達障害や学習障害のある人、慢性疾患のある人(HIV/AIDS)、アルコール中毒、薬物依存のある人等も含まれ、障害の範囲が広く、また、多様なサービスが提供されている。

サービスの種類は、介護も障害者施策も、在宅サービス・施設サービス・金銭給付の3つが基本的なサービスである。しかし、障害者については、相談支援、エンパワーメント、移動サービス、教育・雇用支援など社会経済活動へ参加を支援する施策が多く含まれている。また、精神障害者については、専門ソーシャルワーカーの支援など医療と福祉が連携したサービスが含まれている。

サービスの利用限度については基本的には明記されていない。高齢者や障害者にニーズがあれば地方自治体がサービスを用意するのが基本である。しかし、実際的には財政的にも利用できるサービスにも限界があることから地方自治体のソーシャルワーカーがサービスの総量管理をしているのが現状である。さらに、サービス利用者は、サービス利用量と負担能力に応じて、サービス利用料の一部負担が求められている。このこともサービス利用を抑制する要因となっている。しかしながら、国はより公平な負担施策(Fairer Charging Policies for Home Care and other non-residential Social Services)を示し、在宅サービスについては利用者の所得が所得援助水準プラス25%以下の水準にならない範囲で費用を徴収するように定めている。

表3 イギリスの介護施策と障害者福祉施策

項目	介 護	障 害 者 福 祉		
		障害者福祉	精神障害者福祉	
概 要	[コミュニティケア法](Community Care Act 2003)、[ケア基準法]2000(Care Standards Act 2000)等に基づき、地方自治体が民間サービスを斡旋、購入して介護サービスを提供している。また、国民保健サービス(NHS)の地域看護師等が訪問看護・医療サービス等を提供している。さらに国が介護に関する手当等を給付している。	[コミュニティケア法](Community Care Act 2003)、障害者法(Disabled Persons Act 1986)等に基づき地方自治体が障害者の総合的なアセスメントを行い、民間サービスを購入したり、直接現金を給付したりして、さまざまなサービスを提供している。また、国民保健サービス(NHS)の知的障害者や精神障害者担当の看護師等が訪問看護・医療サービス等を提供している。さらに国が障害に関する手当等を給付している。なお、障害者には、慢性疾患のある人(HIV/AIDS)、アルコール中毒、薬物依存のある人等も含まれる。		
実施主体	自治体	自治体	自治体	
利用 手続	サービスの対象者	介護が必要な高齢者・障害者・障害児およびその介護者	国民援助法(National Assistance Act)に規定される障害者	国民援助法(National Assistance Act)に規定される障害者
	サービスの対象者の決定	介護の場合、基本的には自治体が国の基準(ケアサービスに対する公平なアクセス; Fair Access to Care Services)に従って決定する。	ケアサービスについては左記の介護の場合と同様である。他のサービスについては、ニーズアセスメントによって決定する。	ケアサービスについては左記の介護の場合と同様である。他のサービスについては、ニーズアセスメントによって決定する。
	決定の手続き	介護、障害者福祉(精神障害者福祉も含めて)共に、本人、介護者またはその代理者が自治体に申請し、自治体のアセスメント・チームがアセスメントを実施する。その結果によってサービス対象者とするかどうか決定される。	左記に同じ	左記に同じ

利用手続	判断基準	判断基準は、介護、障害者福祉(精神障害者福祉を含めて)共に、国の基準(ケアサービスに対する公平なアクセス; Fair Access to Care Services)に従ってアセスメントの結果が、1緊急、2重度、3中度、4軽度に分類され、一般的に、緊急と重度は自治体が直接対応し、中度と軽度についてはボランティア団体等を紹介することで対応している。	左記に同じ	左記に同じ
	ケアマネジメント	介護、障害者福祉(精神障害者福祉含む)共に、ケアプランの作成、モニタリングなどケアマネジメントは、原則的に実施される。自治体の社会サービス部のソーシャルワーカーがケアマネジャーの役割を果たすが、最近では民間団体のソーシャルワーカーに委託することも行われている。	左記に同じ	左記に同じ
給付	サービスの種類	在宅サービスでは、ホームヘルプサービス(Home Care)、デイケアサービス(Day Care)、給食サービス(Community Meals)、レスパイトサービス(Respite Care)、福祉用具の給付(Special Equipment)、緊急通報(Emergency Alarms)等。施設サービスは、ケア付き住宅(Sheltered Housing)、レジデンシャルホーム(Residential Home)、ナーシングホーム(Nursing Home)。金銭給付では、国の介護手当等の給付、自治体のサービス購入資金の直接給付(ダイレクトペイメント)がある。	左記のサービスは障害者にも提供される。また、障害者福祉では精神障害者福祉と異なるサービスがある。その他に、在宅サービスでは、相談支援、エンパワーメント、移動サービス、住宅改造、手話通訳、点字・音声情報の提供、教育訓練支援、雇用支援等がある。施設サービスは先述の介護サービスと同様である。金銭給付は、国の障害関連手当の給付、自治体のサービス購入資金の直接給付(ダイレクトペイメント)がある。	在宅サービスでは左記の介護サービスに加えて、相談支援、介護者の支援、専門ソーシャルワーカーの支援、教育訓練支援、雇用支援等がある。施設サービスも介護サービスで示したものの他に支援者付きの宿泊施設、病院の緊急対応ベッドがある。金銭給付については、先述の障害者福祉と同様である。
	利用限度額	限度額は設定されていない。	左記に同じ	左記に同じ
	個々のサービスの量	ニーズアセスメントの結果、個々のサービスの量は決定される。	左記に同じ	左記に同じ
	サービス提供者	民間中心。民間非営利団体、営利団体、自治体出資公社等。	左記に同じ	左記に同じ
	費用の支払い方法	自治体がサービスを一括購入し、支払う方法と、必要に応じて購入・支払う方法が混在している。利用者は、自己負担分をサービス提供者に直接支払う場合もあるが、自治体に支払う場合もある。	左記に同じ	左記に同じ
費用負担	費用負担	税による。イングランドの478自治体の2003-04年の支出は、130.2億ポンドである。このうち地方税が26%、国の交付金が74%となっている。	左記に同じ	左記に同じ
	利用者負担	給食サービスについては利用者が定額の均一料金を負担する場合が多い。しかし、他の在宅サービス、施設サービスについては、応能・応益負担が一般的である。ただし、国はより公平な負担施策(Fairer Charging Policies for Home Care and other non-residential Social Services)を示し、在宅サービスについては利用者の所得が所得援助水準プラス25%以下の水準にならない範囲で費用を徴収するように定めている。	基本的に左記に同じである。しかし、障害者については所得援助水準プラス25%の他の障害関連経費の加算が認められている。具体的な項目としては、食料費、暖房費、掃除・ガーデニングサービスの費用など。	基本的に左記に同じである。しかし、障害者については所得援助水準プラス25%の他の障害関連経費の加算が認められている。具体的な項目としては、食料費、暖房費、掃除・ガーデニングサービスの費用など。

#### 4. イギリスの介護と障害者施策の課題

1997年に誕生したブレア労働党政権は、政権政党として広く国民に政策の優位性を示す必要があり、1998年には、「ソーシャルサービスの近代化(Modernising Social Services)」1999年には「未来の建設(Building for the Future)」などの白書を出し、高齢者の介護や障害者施策の改革に重点を置いて施策を展開してきた。しかし、寝間着に着替えることなく寝かされた要介護高齢者の例など質の低い在宅介護サービスや十分な知識と経験のないケアワーカーの事例などが、福祉関係の専門誌のみならず新聞などでもしばしば取り上げられている。政府は、児童・障害者・高齢者の介護やサービスに関する病院・施設・学校にケアの基準を示す「ケア基準法2000(Care Standards Act 2000)」などを制定し、ケアサービスの質を高める取組みを行っている。また、ケアサービス提供事業者がケアワーカーを採用する場合、最初の段階で一定の訓練を義務付けたり、ソーシャルワーカーの資格制度や教育訓練制度の改革を行い、また、ソーシャルワーカーの登録制度を新設するなどさまざまな取組みを行っている。しかし、ケアワーカーは、慢性的な人材不足の状態にあり、十分な介護サービスが提供できる状況にはない。このために家族が介護の重要な役割を担っているのが現実である。

介護を担う人材であるが、都市部では非白人や移民労働者が多く、郊外や農村部では子育てが終わった40～50歳の女性が中心である。したがって、ケアワーカーの賃金も安く、都市部のケアワーカーは幾つかのケアサービス事業者に登録して、1日10時間近く働く事例も報告されている。

次に、イギリスの介護や障害者施策の中心である施設から地域へのコミュニティケア施策の推進状況について述べる。イングランドの地方自治体のソーシャルケアサービスへの支出状況を表2に見ると、2001-02年から2003-04年への在宅ケアサービスへの支出が12.4%増加したのに比べて、

レジデンシャルケアが13.2%、ナーシングケアが5.8%と施設ケアサービスが依然として高い伸びを示している。また、2003-04年度の支出の状況を見ても、レジデンシャルケアとナーシングケアを合わせた施設ケアが67億1500万ポンドであるのに対して在宅ケアは20億9100万ポンドと3分の1にも満たない金額になっている。これはイギリスにおいてもまだ施設ケアを中心としたサービスから在宅ケアサービスへの方向転換が十分に行われていないことを示している。その結果として、在宅ケアの充実が遅れ、在宅ケアを担う人材不足、在宅ケアを担う事業者の育成の遅れとなって表れている。

イギリス政府は、現在、直接支払い(Direct Payment)、個人予算(Individual Budget)などの新しい制度を導入し、ソーシャルケアサービスの効率化公正化を推進している。しかし、第二次世界大戦後の経済状況が比較的よい時期に施策の充実が図られた児童福祉や子どものケアは、予算も比較的配分されているが、1970年代以降経済状況が比較的厳しい時期に福祉施策の取組みがなされた、介護施策や高齢者施策は予算的にも人の配置においても十分でないというのが現場のソーシャルワーカーたちの認識であり、また、これは地方自治体のソーシャルケア関係の予算にも反映している。

イギリスの障害者施策は、身体障害者、知的障害者、精神障害者はもちろん発達障害者や学習障害者、慢性疾患のある人(HIV/AIDS)、アルコール中毒、薬物依存のある人等も対象にして、コミュニティケアから教育・雇用にいたるまで多様なサービスが提供されている。しかし、現在のイギリスの障害者施策では、ソーシャルケアサービスを利用できる人は限られていて、日常生活でさまざまな困難を抱えている人たちがソーシャルケアサービスに十分アクセスできていないと報告されている。特に、精神保健に関するニーズを持っている人に

対するソーシャルケアサービスが不十分であるとの指摘がなされている。

障害者施策の実施体制の問題としては、保健医療サービスは国民保健サービス(NHS)、ソーシャルケアサービスは地方自治体、手当等金銭給付は国の労働年金省と施策の主体も実施方法もまったく異なっており、大変複雑な様相を呈している。入所施設でケアサービスが提供される場合、ケアにかかわる専門職は限られており、専門職間の連携も比較的スムーズであった。しかし、施設から地域へと障害者のコミュニティケアを推進するためには、保健、医療、教育、雇用、住宅にかかわる多数の専門家が効果的効率的に連携を図る必要がある。現在、施設から地域への移行が進んでいる知的障害者や精神障害者のソーシャルケアの分野では、医療関係者と福祉関係者の連携不足が政府報告書等でも常に指摘され、大きな課題となっている。そして、この専門職間の、また、専門組織相互の連携を図るために、その連絡調整者であるソーシャルワーカー(ケアマネージャー)の資質向上の必要性が求められている。

イギリスについてここまで、①施設ケアから地域ケアへの移行やケアの水準の不十分さ、②ケアに係る人材の不足や知識技能の水準の不十分さ、③医療関係者や福祉関係者の連携不足といった問題を指摘してきた。これらの問題はわが国においても、高齢者および障害者の福祉サービスに関する重要な課題である。①については、高齢者に関しては2000年に施行された介護保険法、障害者については2003年に施行された支援費制度や2005年に成立した障害者自立支援法といった一連の流れの中で、脱施設化とそれに伴う課題の克服が重要となっている。②については、例えば、1988年に導入された介護福祉士について、現在、

期待される介護福祉サービスと介護福祉士像を議論した上で養成課程を見直すための検討が始まっている。そして③についても、例えば、介護保険制度における介護支援専門員(ケアマネージャー)とかかりつけ医との連携が重要な課題として指摘されている。このような意味からイギリスにおける課題の取組状況を今後も注視することが重要であると考えられる。

#### 参考文献

- Barnes, C and Mercer, G. 2003. Disability, Polity Press.  
 Barnes, C., Oliver, M., and Barton, L. 2002. Disability Studies Today, Polity Press.  
 CSCI. 2005. The state of social care in England 2004-5, December 2005.  
 Department of Health. 1991. Care Management and Assessment, Practitioners' Guide.  
 Department of Health. 2005. Independence, Well-being and Choice, Our vision for the future of Social Care for adults in England, March 2005.  
 Goodwin, S. 1997. Comparative Mental Health Policy, From Institutional to Community Care, SAGE Publication.  
 Lovelock, R. and Powell, J. 1994. Disability: Britain in Europe, Avebury.  
 Modernising Social Service, Presented to Parliament by the Secretary of State for Health, The Stationary Office Limited, November 1998.  
 Payne, M. 1995. Social Work and Community Care, Palgrave.  
 Prime Minister's Strategy Unit. 2005. Improving the Life Chances of Disabled People Final Report, January 2005.  
 Rogers, A. and Pilgrim, D. 2001. Mental Health Policy in Britain, Palgrave Macmillan.  
 Skelt, A. 1993. Caring for People with Disabilities, Longman.

(うえむら・ひではる

日本社会事業大学専門職大学院教授  
 日本社会事業大学社会事業研究所長)  
 (やなぎだ・まさあき 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園企画研究部研究課長  
 前日本社会事業大学実習教育センター助教授)

## スウェーデンにおける障害者政策の動向

— 高齢者ケア政策との異同を中心に —

奥村 芳孝

伊澤 知法

### ■ 要約

スウェーデンにおける障害者政策の動向を中心に、高齢者政策と障害者政策の異同について、社会サービス(ケアの提供)の観点から考察を行った。この結果、普遍主義を原則とするスウェーデン社会福祉政策においては、その内容面(法体系・サービス・負担方式・利用手続等)において高齢者・障害者政策間に基本的な差異がない事が明らかになった。他方、LSS法の制定により、重度の障害者の自己決定権の強化等のため、パーソナルアシスタント制度の導入等が行われているという、障害者政策に特有の事情も明らかになった。今日では、スウェーデン・日本両国の高齢者・障害者政策の歴史的な展開経緯・サービス内容ともに大きな違いが無いことから、今後、日本制度においてもスウェーデンのように、高齢者・障害者政策が普遍化・一元化されていく可能性、また、その際の障害者ケアの特性を踏まえた解決方法の方向性が示唆された。

### ■ キーワード

スウェーデン、高齢者ケア、障害者ケア、知的障害者、LSS法

### 1. はじめに

本稿では、普遍性をその特徴とするスウェーデン社会福祉サービスにおいて、高齢者ケアと障害者ケアがどのような関係に立っているのか、またその内容面においてどのような異同があるのかについて考察する。日本においては既にスウェーデンの高齢者(ケア)政策についての紹介・研究は相当程度進んでいることから、本稿では、障害者(ケア)政策に絞り、その歴史的展開も含めて正確な紹介を行うとともに、スウェーデン高齢者(ケア)政策と障害者(ケア)政策との異同について考察を行う。その上で、最後に、スウェーデンの現状との比較から、我が国への示唆について論じる<sup>1)</sup>。

### 2. スウェーデン障害者政策・高齢者政策の歴史的展開

まず、スウェーデンの障害者政策・高齢者政策

の歴史的展開から、その特徴を考察する。スウェーデンの高齢者ケアの歴史的展開については多くの先行研究<sup>2)</sup>があるので、ここでは簡単に次の3点だけを確認しておきたい。①スウェーデンにおいても救貧法(後に社会扶助法)に基づく最貧困層老人の老人ホームへの収容という形態からスタートした。②1960年代からホームヘルプ等が進展するとともに、1970年代から老人ホームのサービスハウスへの改築が行われた。他方、医療施設であるナーシングホームへの入院者も多く、いわゆる社会的入院が問題となった。③1982年の社会サービス法の施行、1992年のエーデル改革により、ナーシングホームを含む基本的なサービスがコミュニティ(日本の市町村に相当)に一元化され、施設系のサービスも「特別な住居」(かつての分類で言えばサービスハウス、グループホーム、ナーシングホーム等)におけるサービスと一元的に整理さ

表1 スウェーデン障害者政策略史

1900年代～	施設入所措置時代。
1960年代	(スカンジナビア諸国で)ノーマライゼーションの理念が普及。ノーマライゼーションに加え、社会への統合(integration)の理念が普及。集団型の施設が徐々に廃止されるとともに自宅に近い形の施設が普及。
1967年	精神病院・施設の運営主体を国からランスタングに移管。精神保健医療の社会化・地域化が進展。地域精神保健医療区、地域精神保健医療センターの整備。
1968年	知的障害者ケア法(Lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, 1967:940)施行。
1970年代	障害者に対する在宅サービス、地域精神保健医療(オープンケア)が進展。
1982年	社会サービス法(Socialtjänstlagen, 1980:620 なお現在は新法(2001:453))施行。
1986年	知的障害者ケア法全部改正(Lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.,1985:568)。法律上、知的障害者施設を廃止し、ランスタングに施設の廃止計画を策定させ(同法施行法(1985:568)第3条)、新規入所措置を禁止(同法施行法第5条)。脱施設化と知的障害者の地域生活への移行を目指す。
1990年代	障害者ケア改革(handikappreformen)を実施。
【1992年	エーデル改革】
1994年	特定の機能障害者に対する援助およびサービスに関する法律(Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade: LSS法, 1993:387)、アシスタント補償法(Lag om assistansersättning: LASS法, 1993:389)の施行[知的障害者ケア改革]。
1995年	精神保健福祉改革(psykiatireformen)。精神障害者ケアの責任をランスタングからコミュニティに移管。
1997年	知的障害者関係施設廃止法(Lag om avveckling av specialsjukhus och vårdhem, 1997:742)により、1999年12月31日までに、知的障害者等を対象とする特別な病院(specialsjukhus)および知的障害者施設(vårdhem)を全廃することを規定。
2000年	「障害者政策国家行動計画(患者から市民へ)」を国会で可決。
2002年	国家行動計画の進捗状況に関する政府報告書を公表。

出典：訓覇1995、二文字2002、Swedish Institute 2000等から伊澤作成。

れた。

時期的な差はあるものの、障害者ケアも同様の流れである(表1参照)。スウェーデンにおいても知的障害者<sup>3)</sup>向けのサービスは、家族では扶養しきれないようなケースを施設において24時間ケアすることから始まり、1970年代に在宅サービスが進展するまでは入所者数は増加した。LSS法(特定の機能障害者に対する援助およびサービスに関する法律)の母胎となる知的障害者ケア法は1968年から施行されていたが、1986年に全面改正され、ノーマライゼーションの理念の下、施設の廃止計画作成をランスタング(県レベルの広域地方自治体)に義務付けるとともに、児童・成人ともに施設への新規入所を禁止した。この結果、在宅・地域ケアへの流れは加速した<sup>4)</sup>。同時に、高齢者ケ

アと異なる障害者ケア特有の課題として、特に重い機能障害の者を中心とした自己決定権の強化の重要性が認識され、1993年のLSS法制定へとつながった(同法の内容は後述)。

次に、精神保健福祉の流れを見てみると、我が国と同様に、精神病という疾病に対する医療サービスとしてスタートし、精神病院への入院治療が中心だった。その後、1967年に国から精神病院などの運営がランスタングに移管されるとともに、60年代の精神医療における脱施設化の動きを受けて、精神病院/精神科における医療が入院治療からプライマリケアを中心とした通院治療(オープンケア)に変わっていった<sup>5)</sup>。1995年には精神保健福祉改革が行われ、精神病を有する者を患者としてではなく障害者として見ることにより、知的障



者と同様に、施設から地域サービス・在宅への移行が促されるとともに、サービス提供責任の原則コミュニケーションへの一元化が行われた。

こうした流れを経て、1997年の国会による(立法形式での)知的障害者施設廃止宣言があるのである(施設入所者数の推移に関し、表2を参照)。なお、「医療(施設中心)から社会サービス(在宅中心)へ」、「ランスタングからコミュニケーションへ」という改革

内容を受けて、1994年の知的障害者ケア改革・1995年の精神保健福祉改革は、高齢者ケア改革になぞらえて、第2・第3のエーデル改革とも称される。現在では、ノーマライゼーションの理念を徹底すべく、障害者への社会的アクセスの改善、就労支援の充実等、包括的なアプローチにより、社会的包摂をさらに進展させることがこれからの障害者政策の主な課題である。2000年には「患者か

表2 施設入所者数の推移

(人)

	知的障害者	精神障害者
1950年		32,821
1960年		33,752
1968年	14,000	
1974年	13,150	
1976年	11,809	
1979年		28,289
1982年		25,349
1983年	9,504	
1985年	8,000	21,420
1986年	7,650	
1988年	6,025	16,921
1990年	5,098	
1991年		14,581
1992年	3,640	
1993年	2,500	
1994年	2,083	11,239 (うち精神病院入院患者は2,800)
1995年	1,785	
1996年	1,269	
1997年	959	5,747
1998年	717	
1999年	440	
2002年	92 (4施設、1/3は65歳以上の者)	

注：1) 児童向け・成人向けの施設入所者数の合計。

2) あくまで傾向を見るために、さまざまな資料から得た数字をまとめたものである。数字としての一貫性に欠けることに注意。

3) 利用可能な統計では正確な数字の確認がとれなかったが、精神保健改革により大規模な精神病院は閉鎖されたといわれる。

出典：河東田他 2002, p11, 訓覇 1995, p84 等より伊澤作成。

表 3

		日本				スウェーデン 1)	
		高齢者	障害者	(うち、24時間対応等が必要な者) 重度肢体不自由者 重度知的障害・ 精神障害者等		高齢者	障害者
在宅	訪問サービス	介護サービス 移動介護 特別な支援 リハビリ	訪問介護、訪問入浴介護、小規模多機能型居宅介護	居宅介護 地域生活支援事業	生活介護 行動支援	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	ホームヘルプ パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	デイサービス	介護サービス デイアクティビティ リハビリ	訪問リハビリテーション 通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	在宅系サービス	ショートステイ 配食サービス	短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	夜間・緊急	夜間対応型訪問介護	夜間対応型訪問介護	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	福祉用具等	福祉用具貸与、特定福祉用具販売	福祉用具貸与、特定福祉用具販売	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	移送サービス	移送サービス	移送サービス	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	手話通訳等	手話通訳等	手話通訳等	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	就労支援	就労支援	就労支援	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	グループホーム等	グループホーム等	グループホーム等	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
	施設系サービス	施設系サービス	施設系サービス	地域生活支援事業	生活介護	ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイダンスヘルパーなど 保健医療法によるリハビリ(K+L)	パーソナルアシスタント パーソナルアシスタント 又はガイダンスヘルパー
施設	医療 (一般医療以外)	医療 (一般医療以外)	介護療養型医療施設(再掲) 介護老人保健施設(再掲)	介護療養型医療施設(再掲) 介護老人保健施設(再掲)	療養介護	訪問看護(K) 訪問看護(重度なケース、L)	訪問看護(K) 訪問看護(重度なケース、L)
	医療 (一般医療以外)	医療 (一般医療以外)	介護療養型医療施設(再掲) 介護老人保健施設(再掲)	介護療養型医療施設(再掲) 介護老人保健施設(再掲)	療養介護	訪問看護(K) 訪問看護(重度なケース、L)	訪問看護(K) 訪問看護(重度なケース、L)

注：1) スウェーデンでは、厳密には「在宅」「施設」という区分は存在しない。  
 2) LSS法の対象である障害者は社会サービス法の対象でもあることを排除されていないので、LSS法に含まれない援助形態については社会サービス法によって得ることも可能である。  
 3) 特に制度としては設けられていないが、必要であればコミュニティの福祉局に行く、精神障害者の場合は、最近個人代理人制度が設けられつつある。  
 4) LSS法対象のケア付き住居は、原則的には社会サービス法の特別な住居と同じであるが、概して管理単位が小規模である。  
 ※児童を除く。  
 ※自立支援法のサービスをベースに比較対照を行うために作成したため、必ずしも実際のサービス体系を反映していない部分がある。  
 ※スウェーデンでは、法令上個々のサービスに名称はついていないため、法令名等で整理した。  
 ※スウェーデンのサービス中、(K)はコミュニティが、(L)はランスタングがサービス提供に責任を持つ、特に断りがないサービス提供の責任はコミュニティ。  
 出典：筆者作成

ら市民へ」と名付けられた障害者政策国家行動計画が国会で決定されている。

本稿の主な目的ではないので、日本の高齢者・障害者政策の歴史的展開の詳細には触れられないが、今般の自立支援法の成立に至るまで(時期は異なるが)概ね同じような流れにあることは多言を要しないと思われる。すなわち、スウェーデンの障害者・高齢者政策に限らず、日本の障害者・高齢者政策をも視野に入れた場合でも、両政策の間には次のような共通性が認められる。一点目は権利の拡大あるいはT.H.マーシャルの言う「社会権」の拡大であり、特定の者(社会的弱者・サービスニーズが極めて高い者)に対する限定されたサービスから、普遍的なサービス(ある一定以上のニーズがある者には隈無くサービスを提供)への移行である(富永 2001, p112)。また、この過程で、サービスを受けることに対する脱スティグマ化が起り、サービス供給量の拡大が見て取れる。二点目は「施設サービス」から「在宅サービス」への流れで、「大規模施設から小規模施設、住み慣れた地域でのサービス」という流れである。

では、両国・両制度の実際のサービス体系に共通性は見られるであろうか。現段階での両制度間・両国間におけるサービスのおよその類型化を行うことでこの点を考察する(表3参照)。表3を見ると、各サービス間のサービスメニューにおいて大きな違いはないことが確認できる。これは、両国・両制度の歴史的展開の共通性に鑑みればある程度予測された答えである。他方、スウェーデン制度・日本の障害者自立支援制度双方が「施設」という概念を廃し(脱施設化)、「住宅」という方向性を強く打ち出しているのに対し、日本の介護保険では「在宅サービス」と「施設サービス」とでサービス体系を峻別している点が際立ったものとなっている。

### 3. スウェーデン障害者ケア・高齢者ケアの法体系とサービス

次に、スウェーデン障害者ケア・高齢者ケアについて、障害者ケアを中心にその内容を考察する。

#### 1) 法体系の概要

スウェーデン障害者ケア・高齢者ケアにおいて重要な法律は社会サービス法、LSS法、LASS法(アシスタント補償法)、保健医療法などであり、所得保障などについては社会保険法<sup>6)</sup>である。他の関係法として、移送サービスについての移送サービス法および全国移送サービス法、学校法、計画・建築法などがある(表4参照)。

#### 2) 社会サービス法

##### 背景

社会サービス法は母子福祉、社会扶助、障害者ケア、高齢者ケアなどを含むスウェーデン社会サービスにおける包括的基本法である。社会扶助法等複数に分立していた関連法を整理・統合し、1982年から施行された。また、2001年には新社会サービス法が国会で可決された(2002年1月施行)<sup>7)</sup>。なお、障害者ケア・高齢者ケアについては、社会サービス法制定以前にも、既に同一の法律(社会扶助法)下で提供されていた。

##### 特徴

社会サービス法の特徴は次のとおりである。第一に、この法律は枠組み法であり、福祉における目的、原則、住民の権利、行政の義務などを定める。地方自治体は地方自治法、行政法などの他の法律も考慮しながら、この枠組みの範囲内で自由に運営を行う。具体的には、例えば、ホームヘルプに何を含まかについての法律上の定義はなく、個々のサービス内容の決定については自治体が広範な裁量を持っている。もっとも、この枠組み内ならば全く自由という訳ではなく、法律の解釈等については社会庁(Socialstyrelsen)の庁令・ガイドライ

表4 障害者ケアの提供体系

主体	責務	法令
コミュニティ	地域住民とその生活に対する究極的な責任	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会サービス法 (Socialtjänstlagen, SoL (2001:453))</li> <li>・ 特定の機能障害者に対する援助及びサービスに関する法律 (Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS)</li> <li>・ 移送サービス法 (Lag (1997:736) om färdtjänst)</li> <li>・ 全国移送サービス法 (Lag (1997:735) om riksfärdtjänst)</li> <li>・ 住宅改修法 (Lag (1992:1574) om bostadsanpassning)</li> <li>・ 学校法 (Skollag (1985:1100))</li> <li>・ 計画・建築法 (Plan- och bygglagen (1987:10))</li> </ul>
ランディング	地域住民への保健医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ハビリテーション/リハビリテーションの提供、補装具の支給</li> <li>・ 手話通訳サービス</li> <li>・ カウンセリング、他の形での LSS 法対象者への助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保健医療法 (Hälsa- och sjukvårdslagen (1882:736))</li> <li>・ LSS 法</li> </ul>
国 社会保険 労働市場	経済的支援 就労支援 障害に伴う特別なコストの補償	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国民保険法 (Lag (1962:381) om allmän försäkring)</li> <li>・ 社会保険法 (Socialförsäkringslag (1999:799))</li> <li>・ 障害手当及び介護手当法 (Lag (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag)</li> <li>・ アシスタント補償法 (Lag (1993:389) om assistansersättning)</li> <li>・ 障害者に対する自動車補助令 (Förordning (1988:890) om bilstöd till handikappade)</li> <li>・ 障害者に対する特別な手段に関する政令 (Förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med handikapp)</li> </ul>

出典：Socialstyrelsen, 2002, p16 より筆者作成。

ンおよび行政裁判による解釈が制限を加える。同庁は国レベルでの監督機関としても機能し、県行政庁 (länstyrelsen) が県レベルにおける監督機関として機能している。

第二に、この法律は権利法であり、国民は同法に基づく決定 (行政決定) に対しては行政不服訴訟を起こすことができる。これは、同法が国民に対し具体的な権利を付与しており、行政決定に処分性があるからである。一方、保健医療法のような義務法は行政および医師などの義務を規定しているが、例えば医師の医療行為は行政決定ではないことから、これに対する行政不服訴訟を起こす

ことは出来ない。このように、スウェーデンの法制度上、権利法か義務法かという違いは大きな意味を持つ。なお、保健医療法に基づくサービス (医療の提供等) であっても、個々の医療ミスや違反行為に対して訴えることは可能である (SOU, 2004, p3)。

第三に、社会サービス法はいわゆる社会福祉分野における基本法であり、その対象も包括的である。同法第2章第2条の規定により「コミュニティに滞在する人々」すべてが対象とされ、住民登録も国籍も必要条件ではない。

第四に、社会サービスの目的・原則等であるが、

自己決定権と人格の尊重(第1章第1条)、また、自助・自立のための援助であるという点が強調(特に第1章第1条後半部および第4章第1条後半部)されている(奥村 2000, p53)。

「社会サービスは民主主義と連帯とを基盤に、人々の経済的、社会的安心感、生活条件の平等および社会生活への積極的参加を促進しなければならない。社会サービスは自己および他の人の社会的状況に対する人々の責任に考慮しながら、個人および集団の資源を開放、発展させることを目指さなければならない。(社会サービスの)業務は人々の自己決定と人格の尊重に基づかなければならない」(第1章第1条)

#### 援助を受ける権利

社会サービス法第4章第1条において援助を受ける権利が明記されており、先に述べたように、この援助に対して行政不服訴訟を行うことができる。さらに同法第4章第2条において、コミュニティは必要ならば第4章第1条以外の援助も行うことができるということが明記されているが、これに対する行政不服訴訟は行えない。

社会サービス法第4章第1条に基づく援助は生計援助および生活その他のための援助に分けられ、すべてが行政不服訴訟の対象である。この生計援助はいわゆる社会扶助で、「生活その他のための援助」には高齢者および障害者のためのホームヘルプや特別な住居の提供などの援助だけでなく、アルコール依存症患者のケアなども含まれる。

社会サービス法第5章において、対象となる各

グループに関する特別規定が記載されている。同法第5章第4条から第6条までが高齢者に関する規定で、第5章第7条と第8条が障害者に関する規定である。条文中で多少言葉に違いはあるが、高齢者ケアと障害者ケアの内容はほぼ同じである(本稿第4章を参照)。

### 3) LSS 法

#### 背景

1994年からLSS法が施行された。これは特定の機能障害者(重度障害者)の自己決定権を強化するために以前の知的障害者ケア法が発展的解消を遂げたものであり、前述の社会サービス法を補完・補強する法律である。LSS法も社会サービス法も権利法であるが、社会サービス法上の権利は絶対的なものではなく、他の方法によって必要性が満たされるのであれば、申請された援助は認められない。他方、LSS法上の権利は、その必要性が他の方法によって実際に満たされない限り保障される。

#### 対象者

LSS法の対象となるのは、コミュニティに居住している者であって、次の3つのグループのいずれかに該当する特定の機能障害者である。① 知的障害者、自閉症または自閉的症候にある者。② 成人期における外傷あるいは身体疾患によって生じた脳障害による重度かつ恒常的な知的機能障害を有する者。③ その他の恒常的な身体的あるいは精神的な重度の機能障害を持つため、日常生活に

表5 社会サービス法に基づくサービスの対象者(2004年、10月1日現在)

(人)

	ホームヘルプ受給者	コミュニティの訪問看護のみ	特別な住居
64歳以下	16376	4378	5325
65歳以上	132317	14541	104787
合計	148693	18919	110112

注：スウェーデンの人口は約900万人

出典：Socialstyrelsen, 2005c, Socialstyrelsen, 2005dから奥村作成

において相当の困難を伴い、援助およびサービスを必要とする者（明らかに加齢に伴う場合は除く）。3つのグループのうち、最初の2つのグループは知的障害者ケア法においても対象とされていた。従って、3番目のグループが新しく加わったことになる<sup>8)</sup>。

LSS法の対象は65歳以下の者であるが、一部例外が存在する。65歳になるまでにパーソナルアシスタントを得ていた者は、65歳になってからも引き続きパーソナルアシスタントを保持できる。ただし、LSS法上では時間の増加は認められない。介護時間の増加が必要と認められる場合には、社会サービス法に基づきその分の援助を申請することになる。

#### 10の権利

LSS法により明確化されているのは、以下の10の権利である。

- ① 相談その他の個別援助  
専門的な助言および個別援助。
- ② パーソナルアシスタント(詳細後述)  
個人専属の介護者。
- ③ ガイドヘルパー  
外出時に付き添うヘルパーで、パーソナルアシスタントがいない障害者も利用できる。
- ④ コンタクトパーソン(生活アシスタント)  
必要に応じて家庭を訪問し、障害者の日常生活の助言を行ったり、孤独にならないために社会生活に参加することを援助したりする者。
- ⑤ 一時的介助者  
障害者の両親の介護負担を軽減するために、一時的あるいは定期的に両親の代わりに介護を行う者。
- ⑥ ショートステイ  
障害者がレクリエーションに参加したり、介護者が休息したりできるように定期的あるいは緊急時にショートステイを利用できる。

- ⑦ 12歳以上の障害児に対する学童保育  
12才以上の障害児を、登校前後および休暇中世話する。
- ⑧ 青少年のための里親あるいはケアつき住居  
家族と同居できない児童・青少年が里親あるいはケアつき住居に住むことができる。このケア付き住宅の場合、青少年は多重障害のため介護が重度であることが多い。
- ⑨ 成人のためのケア付き住居<sup>9)</sup>  
いろいろな形態があるが、大きく分けると3つの形態がある。一つは、障害者対応住居(サービスアパート)で一般集合住宅の一部を使ったものが多い。職員が近くに常駐している場合としていない場合でさらに区分される。もう一つは、グループホームで、この場合は職員がグループホーム内に勤務している。
- ⑩ デイケア  
就労あるいは勉強していない障害者は、デイケアを受けることができる。

#### サービス受給者数

2004年10月にLSS法による援助を得ていたのは合わせて約5万3000人である(スウェーデンの人口は約900万人)。1999年に比べ20%増加しており、制度が順調に定着していることが伺える。なおこの数字にはランスタングによる助言と援助のみを得ていた人は含まれていないので、実際にはさらに多くの者が何らかのサービスを受給していたことになる。対象別には知的障害者、自閉症の者などが81%とその多くを占める。成人期における外傷などによる機能障害者が3%、その他の身体的あるいは精神的な重度の機能障害者が16%である。年齢別には12歳までの障害児が13%、13-22歳が16%、23-64歳が65%、65歳以上の高齢者は6%である(以上2004年)。援助内容としてはデイケアが一番多く、次に多いのがケア付き住居とデイケアの両サービスを同時に受けている者である(Socialstyrelsen, 2005a, p17)。

#### パーソナルアシスタント制度

LSS法の施行により障害者の自己決定権および生活を最も向上させたのは、パーソナルアシスタント制度の導入である<sup>10)</sup>。パーソナルアシスタントは本人の手足の代わりとなる個人専属の介助者で、介助時間が週に平均20時間以下の場合にはLSS法に基づきコミューンが決定・費用負担を行う。介助時間が週に20時間を超える場合は、LASS法に基づき社会保険事務所が決定し、居住による社会保険給付として補償する。なお、2年毎に再審査・再決定が行われる。障害者の自己決定を強化する観点から、自分に適した介助者を自ら選んでコミューンに雇用してもらうことも、あるいは自分で雇用することもできる<sup>11)</sup>。LASS法によるパーソナルアシスタント雇用費用補償は1時間当たり219クローナ(2006年)である。なおパーソナルアシスタントとして特別な資格を持った人(例えば看護師)が必要な場合、社会保険事務所の決定を経て、最高12%まで補償額が増額される。支払いは6ヶ月を一期間として月単位で雇用主に概算額が支払われる。期間中の月々の実使用時間数に対しては柔軟であり、期末に実費用との精算が行われる。

2004年10月現在LASS法によって約1万2600人(利用時間が20時間を超える者)が、LSS法によって約3900人(利用時間が20時間以下の者)がパーソナルアシスタントを得ている。

#### 4) 保健医療法

保健医療分野における基本法は保健医療法である。これも社会サービス法と同じく枠組み法であり、詳細は規定されていない。この法律は、住民の健康増進を図り、住民の経済状態、居住地区に関わりなく、十分な医療を等しく提供し、住民の総合的なニーズに基づいた保健医療の拡充と組織化を図ることを目的としている。社会サービス法の説明で述べたように、保健医療法は義務法で

あって、社会サービス法・LSS法のような権利法ではない。医療の責任主体はランスティングであり、原則的にランスティングの税収入によって運営されている。同法第3条において、ランスティングは県内に居住する住民に対して良質の保健医療を提供しなければならないことが定められている。さらに同法第18条によって、保健医療におけるコミューンの責務が定められている。

エーデル改革と同時に、医療の一部がランスティングからコミューンに移された。社会サービス法による特別な住居(高齢者・障害者)およびデイケアにおける保健医療(ただし医師によるものは除く)の提供はコミューンの責務である。また特別な住居におけるリハビリおよび補助器具の貸与もコミューンの責務となっている。さらにランスティングとコミューンが合意すれば、コミューンは在宅における訪問看護を行うことが出来るようになり、現在およそ半分のコミューンが訪問看護を行っている。なおこの場合は、リハビリおよび補助器具の貸与もコミューンの責務となる。LSS法によるサービス付住居における保健医療(ただし医師によるものは除く)もコミューンの責務である。障害者・高齢者を問わず、ランスティングとコミューンとの合意がない限り、リハビリ、補助器具、手話通訳を含む保健医療の責任はランスティングにある(SOU, 2004, p77)。

#### 4. スウェーデン高齢者ケアと障害者ケアに関する考察

以上のように、スウェーデンにおいては高齢者ケア・障害者ケアで法律・制度体系が分立している訳ではなく、社会サービス法に基づく普遍的サービスとして原則一元化されている。これに対する例外がLSS法である。それでは、社会サービス法上、高齢者ケア・障害者ケアは内容面で異なっているのか、両法に基づく障害者ケアの関係はどうなっているのか、そのほか、手続き面等で異

なる点はあるのか。こうした点について考察する。  
**法体系・サービス内容**

社会サービス法第5章第5条は「社会委員会は、高齢者が良い住居が得られ、また必要な人には在宅で援助、その他の利用しやすいサービスを与えなければならない。コミュニティは特別に援助を必要とする高齢者のために、サービス、介護の付いた特別な住居を用意しなければならない」と定められている。

同様に障害者に関しては、同法第5章第7条が「社会委員会は、身体的、精神的あるいは他の理由により日常生活において大きな困難を伴う人々が、社会生活に参加し他の人々と同じように生活できるように務めなければならない。社会委員会は、各個人が有意義な活動を行い、また本人の援助の必要に適應した住居に住めるよう寄与しなければならない」「コミュニティは第1項の理由によりそのような住居が必要な人に対して、特別なサービスが受けられる住居を用意しなければならない」と定めている。

この様に社会サービス法における援助に関する文言は微妙に異なるが、高齢者・障害者ともにコミュニティが同様の援助を与えることを規定している。すなわち、住み慣れたコミュニティ・住居で住み続けられるようにすること、援助を必要とする人に適した形態の住居・サービスを提供することである。具体的な援助の内容に関しては明確な定義はないが、実態面では各コミュニティ間で大きく異なることはない。

一方、特定の機能障害者を対象とするLSS法による援助は、先に見たように、社会サービス法上の援助とは異なりその内容が法律上具体的に10の権利として規定されている。しかしながら、このことはLSS法上の援助を受ける者は社会サービス法上の援助を受けられないという意味ではない。LSS法は第4条で「本法は、他の法律で定められている個人の権利を何ら制限するものではない」

と規定している。すなわち、LSS法の適用は社会サービス法の適用を何ら妨げるものではない。一般的には社会サービス法よりもLSS法の方が個人にとって有利なことから、LSS法の適用が最初に検討され、LSS法の援助以外について社会サービス法が適用される。

また、LSS法の対象とならない者でも、必要と認められれば社会サービス法によりLSS法に規定される10の権利に基づく援助を受けられる。従って、「LSS法の対象に含まれない障害者」および「LSS法の対象者であるがLSS法に含まれる援助形態のみでは不十分な場合」には、社会サービス法による援助を申請することができる。このように、スウェーデンでは、社会サービス法により普遍的サービスの実現を確保しつつ、特に重度な障害者に対しては、LSS法によりインテンシブなケアの提供を実現するという、普遍的かつ合理的な制度体系を構築していると評価できる。

#### 利用手続き

高齢者ケア・障害者ケアとも、その申請はコミュニティの福祉事務所に対して行う。コミュニティにおいては、介護ニーズ認定者と呼ばれる援助の決定を行う専門職が置かれている。この介護ニーズ認定者は申請の受付、介護ニーズの調査および決定も行う。福祉事務所においては高齢者担当、障害者担当とサービス体系ごとに担当が分かれているのが通常である(奥村 2000, p72)。さらに、LSS法担当者が別に設けられている場合もある。なお20時間を超えるパーソナルアシスタントに関しては、本人が直接社会保険事務所に申請することも可能であるが、コミュニティを通すことが多い。

#### 質と監査

社会サービス法第3章第3条において、「社会サービス法による援助は良質でなければならない」ことおよび「業務における質は系統的にまた継続的に発展させられなければならない」ことが明記されている。また同法第14章第2条において、



問題行為は監督庁に報告しなければならないといういわゆるサラ法が規定されている。LSS法にも同様の規定が2005年7月から導入された。社会サービス法・LSS法とも、その監査は県行政庁および社会庁が行う。このように質や監査に責任を持つ行政機関は両サービス間で共通である。

#### 財源

コミュニンが行っている社会サービス法による高齢者・障害者に対する援助およびランスティングの保健医療は、それぞれコミュニンおよびランスティングの税収入によって運営され、一時的な援助を除いて原則国の補助は存在しない。他方、LSS法の費用はコミュニン、ランスティング、国で分担される。LSS法による助言等はランスティングの業務であり、ランスティングが費用を負担する。週当たりの援助が20時間を超えるパーソナルアシスタント費用はLASS法の対象であり、社会保険庁の責務となり社会保険(国)が負担する。その他のLSS法関係費用はコミュニンの負担である。なおLSS法による各コミュニンの負担の格差が問題となっていたため、2004年3月から費用の平衡システムが導入されている<sup>12)</sup>。

#### 利用者負担

社会サービス法による援助は、同法第8章第2条によって各コミュニンが決定できるものとされ、利用者本人の収入に応じた費用徴収が認められている。この場合、第一に「実費を超えてはならないこと」、第二に「すべての利用料を支払った後、生活費が残らなければならないこと」、第三に「夫婦の一人が特別な住居に入居した場合、在宅に住んでいる配偶者の生活が経済的に悪化しないようにコミュニンは保障しなければならないこと」が定められている。2003年には社会サービス法が改正され、最高負担額および最低保障額が規定された。現在の制度の概要は次のとおりである。

- ・ 介護費用、デイケア費用、コミュニンの訪問看護費用は、合わせて物価基礎額の48% (2006年

価格では1か月当たり1,588クローナ)を超えてはならない(最高負担額)。なお物価基礎額とは給付額の計算に使われるもので、毎年物価スライドが行われる。

- ・ 特別な住居等で賃貸法が適用されないものの場合、その家賃は物価基礎額の50% (2006年価格では1か月当たり1,654クローナ)を超えてはならない。
- ・ 介護費用、デイケア費用、コミュニンの訪問看護費用、賃貸法が適用されない住居等の家賃を徴収した後に最低保障額が利用者の手許に残るようにしなければならない。この最低保障額に含まれるのは食費、衣服費、余暇費、衛生品代、消耗品代、新聞、電話、テレビ代、家具・台所用品代、家庭保険費、電気代、交通費、歯科費用、通院費、医薬品代である。単身者の場合は物価基礎額の129.4%、同居している夫婦の場合は一人当たり108.4%である(それぞれ2006年価格では1か月当たり4,281クローナ、3,586クローナ)。これに住居費(家賃)を加えた額が最低保障額になる。
- ・ 費用計算の根拠となる収入の定義は1年間の見なし収入であり、社会保険から支払われる住宅手当<sup>13)</sup>も収入に含まれる。他方、財産は費用計算に含まれない。夫婦の場合、両者の収入総額を2で割ったものを個人の収入と見なす。
- ・ 費用決定に対しては、行政裁判を通じて不服申請ができる(Socialstyrelsen, 2005b)。

LSS法によるサービスの場合、基本的には無料である。ただし、コミュニンは家賃、余暇費などについては実費を徴収することが出来る。

#### 5. 我が国への示唆

以上、スウェーデン障害者(ケア)政策の動向・内容を中心に、スウェーデンにおける高齢者(ケア)政策・障害者(ケア)政策の異同を見てきたが、最後に日本制度を念頭におき、スウェーデンの現状

から、我が国に対しどのような示唆が得られるかを考察してみたい。

第一に、高齢者ケア・障害者ケアについてサービス面から見たときに、日本・スウェーデンともにサービスメニューには大きな違いが無くなってきている中で、現在の日本のように「年齢」あるいは「保険原則に馴染むかどうか」といったメルクマールに着目して制度を峻別することが果たして妥当かどうかということである。そもそも社会保険の普遍的な定義というものも存在せず、各国の歴史的、政治的状况によってその内容が決められている。財源論での議論を先立たせるのではなく、「要介護状態」に対するサービスであるという内容面での共通性に着目し、「必要なサービスが必要な者に公平にもたらされるためにはどのようなサービス体系がベストなのか」という形で今後の議論を立てていくことが必要である。また、そのように今後議論が進むことを期待したい。

第二に、サービス体系の組み立て方についてである。スウェーデンの制度では、高齢者・障害者といった対象者による区分は無い。また、ケアの内容面では、ホームヘルプ、訪問看護などを受けながら出来るだけ長く一般住居に住めるようにすることを前提とし、それが難しくなった場合(主に24時間常時介護が必要になった場合)に初めて特別な住居への入居が考慮される。そして特別な住居も自宅であり、死ぬまで住居として住み続けられる。特別な住居など(施設系サービス)は限りなく一般住居に近づいてきているが、同時に、後期高齢者の増加とともに、施設系サービスの対象者が24時間常時介護が必要な人に限定される傾向も出てきており、歴史的にはさまざまな形態を持っていた特別な住居が同質化してきている。スウェーデンのこうした状況は、特に、日本の介護保険制度において、「在宅」「施設」という切り口でサービスを体系化していることの意義や、現行のように三施設を類型分けしていることの意義について考え直

す必要性を示唆しているのではないだろうか。また、同時に、社会保障政策における「住居」の位置付け、既存の住宅政策との関係を整理する必要性も生じてくるだろう。

第三に、障害者ケアの財源論とも関係する問題であるが、サービスを行うあるいは責任を持つ地方自治体と中央政府との関係である。サービスを受ける者により近い行政主体が制度の設計・運営を行うことが望ましく、特に日本においては、今後とも地方自治体の自由度(および責任)を増やすことが必要である。他方で、全国的な公平性という観点からどこまで(あるいはどのようにして)中央政府が関わっていくかという点も十分議論をする必要がある。この点、地方自治体に広範な裁量・自立した財政基盤を認めつつ、国の機関により事後的監査・是正指導を行うというスウェーデンにおける政策の組み合わせ方は参考になるのではないだろうか。

第四に、利用者負担に関する問題である。日本制度においては、低所得者等に配慮したさまざまな負担軽減措置があるが、複雑で分かりにくいものとなっている。他方、スウェーデン制度では、最低保障額制度を設け、家賃・自己負担等を支払った後でも一定の額が利用者の手許に残るよう利用者負担等を減額するというシンプルな制度になっている。国民の安心感という意味では、どんなにサービスを受けても最低保障額は残るという制度は参考に値すると考えられる。また、これに関連し、年金受給者を対象とした住宅手当制度も参考になると思われる。

最後に、両国・両制度間で多くの共通点があることを踏まえると、日本制度の今後の方向性として、スウェーデン制度のようにさらにサービスの普遍化が進んでいくのではないだろうか。上記に述べたようなさまざまな検討課題等はあるが、近い将来には、高齢者・障害者政策の結合点としての制度一元化・普遍化という可能性も見えてくるのでは

ないかと思われる。制度の一元化を見据えた場合、高齢者ケアとは異なる障害者ケアの特性に応じたサービス(就労・自立支援等)が確保されるかという点がかつては不安材料であったと思われるが、障害者自立支援法で強固な権利としてメニュー化されたことにより、こうした懸念はかなり解消されているものと考えられる。

#### 注

- 1) なお、本来、障害者政策は「ケア」「医療」にとどまらず、所得保障・教育・社会参画の促進(ノーマライゼーション、社会へのアクセス権等)等々、「障害者」という個人を巡る全人的で包括的な内容を持つものであるが、本稿では紙幅の関係もあり、本稿のねらいに則し、障害者ケア関連政策の考察にとどまる。
- 2) 例えば、社会保障研究所編 1987 第6章「社会保障の歴史」(小野寺百合子著)、奥村 2000を参照。
- 3) 「知的障害者」に該当する用語はスウェーデンにおいても歴史的に変遷してきているが、ここでは用語の正確性よりは、現在の政策との継続性を重視し、「知的障害者」という用語の使用で統一した。なお、時々の用語のニュアンスを伝えるため表1においてスウェーデン語での法律名を併記した。
- 4) 施設入居者数が急速に減少する一方、グループホーム入居者は1980年から1987年までに2倍になるなど、急速に増加した(Socialstyrelsen, 1998b, 河東田他 2002, p11)。
- 5) 知的障害者の施設解体に関しては、社会庁(Socialstyrelsen)は大きな役割を果たしたが、精神医療の入院医療から通院医療への変更に関しては、同庁は知的障害者の場合ほど積極的ではなく、対応は遅かった。なお強制入院は1979年から1994年までに80%減少している(Socialstyrelsen, 1995, p221, Socialstyrelsen, 1998a, p104)。
- 6) スウェーデンの社会保険制度は基本的に社会保険法によって規定され、居住を要件として支給される「居住に基づく給付」とスウェーデン国内での就労を要件(必ずしも居住していなくとも良い)として支給される「就労に基づく給付」に分かれている。ただし、疾病保険の一部については国民保険法によって規定されている。なお、2006年1月現在、社会保険関係諸法を整理・統合した「社会保険法典」の編纂が提案されている。
- 7) 保育は1982年の施行以来、社会サービス法(福祉)に含まれていたが、1998年から学校法に移され、教育に含まれるようになった。同様に、移送サービスも1998年から社会サービス法による援助ではなく、交

通政策の一部として社会サービス法から外された。

- 8) 2番目のグループにおける「外傷」とは交通事故などによる障害、「身体疾患」とは腫瘍、脳溢血、脳炎症などを指す。認知症やアルコール依存症は2番目のグループには含まれず、3番目のグループに含まれ得るが、③に掲げたすべての要件を満たす必要がある(Carl Norström & Anders Thunved, 2001, p376)。
- 9) 高齢者ケアにおける介護単位は8-15人位が普通であるが、障害者ケアにおける介護単位は4-8人と小規模であり、また、車いすでの生活を前提としているため、居室面積も広い。
- 10) LSS法によってパーソナルアシスタント制度が全国一律のサービスとされたが、同様のサービスは既に80年代には一部のコミュニティにおいて社会サービス法による一援助形態として存在していた(SOU, 2005, p64)。
- 11) もっとも、2004年の調査によると、パーソナルアシスタントの雇用主は約62%がコミュニティであり、次に多いのが民間会社の約23%である。さらにパーソナルアシスタントのワーカーズコープが約12%であり、障害者自身が雇用しているのはわずか4%未満である(SOU, 2005, p80)。
- 12) この様に20時間を超える場合、社会保険(国)から出費されるのは、すべての費用をコミュニティの予算の中から補うのは困難であると考えられているため、財源の二元化については当初より議論があった。なお政府は、LSS法およびLASS法制度の見直しのために、2004年に審議会を設置した。
- 13) 年金のみを収入源とする様な低所得の年金受給者に対し、社会保険から住宅手当が支払れ、特別な住居に住むものも対象とされる(奥村 2005, p43, 健康保険組合連合会 2005, p309)。

#### 参考文献

- 奥村芳孝 2000『新スウェーデンの高齢者福祉最前線』筒井書房
- 奥村芳孝 2005『スウェーデンの高齢者・障害者ケア入門』筒井書房
- 河東田博・孫良・杉田穂子・遠藤美貴・芥川正武 2002『ヨーロッパにおける施設解体』現代書館
- 訓覇法子 1995『スウェーデンの精神障害者ケア』総合社会福祉研究第8号
- 健康保険組合連合会編 2005『社会保障年鑑2005年版』東洋経済
- 高島昌二 2001『スウェーデンの社会福祉』ミネルヴァ書房
- 社会保障研究所編 1987『スウェーデンの社会保障』東京大学出版会
- 富永健一 2001『社会変動の中の福祉国家』中公新書
- 二文字理明編訳 2002『スウェーデンの障害者政策』[法

律・報告書』現代書館

- Carl Norström & Anders Thunved, 2001, “Nya sociallagarna”
- Swedish Institute, 2000, “Disability Policies in Sweden”
- Socialstyrelsen, 1995, “Sjukvården i Sverige 1995”
- Socialstyrelsen, 1998a, “Sjukvården i Sverige 1998”
- Socialstyrelsen, 1998b, “Avveckling av vårdhem 1998”
- Socialstyrelsen, 2002, “Handikappomsorg, Lägesrapport 2002”
- Socialstyrelsen, 2005a, “Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2004”
- Socialstyrelsen, 2005b, “Uppgifter för beräkning av avgifter

för ålder- och handikappomsorgen 2005”

- Socialstyrelsen, 2005c, “Äldre – vård och omsorg år 2004”
- Socialstyrelsen, 2005d, “Funktionshindrade personer år 2004”
- SOU, 2004, “2004:68 Sammanhållen hemvård”
- SOU, 2005, “2005:100 På den assistansberättigades uppdrag”
- Svenska Kommunförbundet, 2004, “Planering av boende för personer med funktionshinder”

(おくむら・よしたか 前富山大学経済学部非常勤講師)  
(いざわ・ともりのり 在スウェーデン日本国大使館一等書記官)

## デンマークにおける障害者・高齢者福祉と地方自治体の行政改革

下垣 光

### ■ 要約

デンマークにおける行政改革は、近年大きな見直しを余儀なくされている。高齢者の増加は、予算とサービスの質のバランスに無視できない影響をあたえつつある。特に地方自治体において、県と市の役割分担の見直しが求められている。デンマークの障害福祉サービスは、県と市の役割が重なり合っている点に特徴がある。高齢者福祉サービスと障害者福祉サービスとの関係は、いずれのサービスも社会サービス法に基づいて、高齢者と障害者を区別することなく、サービスが提供されている。また行政における役割分担としては、高齢者福祉については市が主体となるが、障害者福祉については市とともに県の役割も重要である。デンマークにおける「コムーネ」(市)と「アムト」(県)の再編成は、重度障害児を対象とした特殊教育や職業紹介事務もコムーネに移管をはじめとした障害者福祉・高齢者福祉の枠組みの変化が想定され今後とも引き続きその動向から目を離すことは出来ないものと考えられる。

### ■ キーワード

社会サービス法、市議会、地方分権化、現金支援給付

### I はじめに

デンマークにおける行政改革は、過去にも何度もあったが、近年大きな見直しを余儀なくされている。高齢者の増加は、予算とサービスの質のバランスに無視できない影響をあたえつつある。特に地方自治体において、県と市の役割分担の見直しが求められている。県の役割は医療において大きなウェイトを占めていた。予算にしめる割合に対して、サービスを受ける側は、それに見合う医療サービスを受けているかどうかについて不満があるとされる。しかしながら世界的にみれば医療や福祉のサービスに対する満足度が高いこともデンマークの特徴でもある。

おそらく行政改革における問題とは、県と市の役割分担の背景に、市町村合併が進んでいる現状

があるといえる。現状に大きな不満があるとはされていないが、国民共通の認識として、今後100年の人口の動態や経済の動向を見据えて、行政の規模や役割を現在の時点で見直していくことに大きな注目があつまっている。

デンマークにおいて効率的にかつ適切なサービスを展開していくための市の規模は、3万人程度が望ましいと考えられているが、しかし現状では1万人や2万人規模の市も決して少なくなく、そのため合併が今後数年来で増えていく傾向にある。市町村の合併については、我が国でもさまざまな賛否両論があるが、デンマークにおいても合併によりサービス低下が危惧されている。特に市町村により財政の規模が異なることや、合併する相手の自治体が時に負債を抱えている場合に、合併後のサービス低下の不安が住民に生じる可能性もある。

現状では県は13、市は271あるが、市町村合併の大きな流れは、県を無くして5ないし6の地域ブロックになる計画が浮かび上がっている。2007年のスタートが予定されている。

デンマークの障害福祉サービスは、県と市の役割が重なり合っている点に特徴がある。

障害福祉に関しては、質の高いサービスを3万人程度の市だけではできないということは明らかであるとされている。しかし児童および高齢者についてはサービスの主体は市であり、また医療については県が担っている。本稿ではこの行政改革にともない大きな変化が余儀なくされるだろう障害福祉サービスの現状を地方自治体の現状からレポートしていく。

## II デンマークの社会福祉

### 1. デンマークの社会施策と福祉

デンマークの市町村合併や県から広域行政体への移行などの行政改革と社会福祉の関連をみていくときに、現在に至るまでの社会施策と福祉の展開を振り返ってみる。1960年代の世界的な高度経済成長にともないデンマークにおいて積極的な社会施策が展開された。

この時期の社会施策の特徴は以下の3点があるとされる<sup>1)</sup>。

- 1) 社会生活における適用領域（公共政策領域）の拡大
- 2) 個別制度における適用対象の拡大および給与水準の相対的引き上げ
- 3) 予防的およびリハビリテーション的施策の重視  
また1970年代になると、石油危機や経済的危機により現在につながる大きな社会政策についての論争がされた。主な論点を以下に示す<sup>2)</sup>。

- 1) 社会的施策に対する資源の効率的配分
- 2) 劣悪な状態にある人々に対する社会的給付の優先的配分

- 3) 社会サービスにおける無料原則の再検討
- 4) 社会・保健行政における職員の非専門化
- 5) 脱施設化
- 6) 地域における住民の社会的ネットワークの重視
- 7) 社会的実験の重視

これらの論点は、必ずしも経済動向により生み出されたものではなく、脱施設化は、ノーマライゼーションの方向性に大きな影響を受けたものであり、さまざまな背景により生み出されたものといえる。これらを踏まえて制度改革では、社会改革の目標を「安心」、「快適さ」および「資源の効率的活用」の3つとし、これらの目標実現の手段として、「予防」および「リハビリテーション」を重視することとなった<sup>3)</sup>。

1980年以後の方向性では、さらにさらなる脱施設化や社会的実験の促進や市民の権利の改善などの社会サービスの革新、民間の役割の増大などが一層顕著になってきている。

### 2. 地方自治制度改革と社会福祉の法制度

70年代以降のデンマークの社会福祉は、「コムネ」を基礎とした地域福祉に特徴があるとされている。以下「世界の社会福祉デンマーク・ノルウェー」(旬報社)から一部抜粋する<sup>4)</sup>。

地方自治体が1640あった「市町村」が275の「コムネ」に統合されたのが1970年代の大きな改革の特徴である。さらに我が国県にあたる自治体単位の「 Amt」は、27から14に統合された。これに並行して「社会福祉および特定の保健行政事務の管理に関する法律」が制定され、従来国が所管していた多くの福祉および保健に関する行政事務が移管されることになった。社会福祉に関する総合的法律として「生活支援法」が制定された。

1990年代に入り、人口の高齢化やさまざまな新しいニーズの発生、若年人口の失業問題を背景として、さまざまな議論を経て生活支援法は廃止され、以下の4つの法律が制定された。

- 1) 社会サービス法
  - 2) 積極的社会政策に関する法律
  - 3) 社会的領域における権利保障および行政管理に関する法律
  - 4) 社会年金に関する法律および部分年金に関する法律の改正法
- さらにこれに付随して

- 1) 社会行政管理法
- 2) 社会行政不服審査庁法が廃止された<sup>5)</sup>。

これらの制度の変更は、社会福祉のあり方が、自助や個人の自己責任に重点をおきながら、社会的共同責任にも留意していることと同時に、サービスの活性化を目指して労働市場との関連を強化している点に特徴があるとされる。

### III 高齢者福祉と障害者福祉の役割分担

#### 1. 社会サービス法

社会福祉サービスの内容は、社会サービス法を背景として展開されている。

社会サービス法は、第一のレベルは、国内に滞在するすべての人に対する助言サービスの提供とされている。助言サービスは、社会問題の予防と、現在直面している問題に対する援助、長期的視野に立った、問題の自主解決を可能にするための援助の3つが目的とされている。

また第二のレベルでは、一般的に援助が必要な人への幅広い社会サービスの提供とされている。ここでは自立や、日常生活の過ごしやすさ、生活の質の改善が目的とされる。

さらに第三のレベルでは、特別な問題を持つ人に対する特別なサービスの提供とされている。ここではその対象が、身体的または精神的機能が著しく低下した者、疾病等により日常生活が困難を来している者等などとされている。このレベルは提供されるサービスがより専門的で高度であることと、第二のレベルのサービスが保障されることが

目的とされている。

社会サービスの具体的な障害者への実践としては、1993年の「障害者に対する平等取り扱いと機会均等」の決定に基づいて行われている<sup>6)</sup>。詳細は避けるが、実際のサービスの実践には課題がさまざまにあることとされている。特に行政単位の地域格差があるとされている。また、第三のレベルにある専門的で高度なサービスを必要とされるサービスの受給者にとって無視できない問題があるとされる。

#### 2. 社会福祉分野における役割分担について

以下「社会省ホームページ Opgavefordelingen paa det sociale omraade」から社会福祉分野における行政の役割分担について紹介する。

##### (1) 高齢者福祉

高齢者へのサービスの組織/計画責任は、市であり中でも市議会にある点に特徴がある。

市議会は、高齢者へのサービスの政治的な公的責任を負う。しかしながら市が高齢者へのサービスやケアを直接的に運営し、業務を遂行することは、法的には求められていない。

以下、高齢者福祉について「市」と記載している場合は、「市議会」が中心的役割を果たしていることとする。

市の公的責任には主に下記のような任務が含まれる：

- 高齢者向けのすべてのサービスに対する市としてのレベルを設定する。
- 高齢者福祉分野に対する市の予算を設定および調整する。
- 行政リーダーおよび行政局が、法律面および市の政治的決定を履行することができる専門知識と資格を有するようにすることへの責任
- 支援に関する申請および支援決定の判断
- 法律枠内におけるターゲットグループに対する

総合的な努力の組織/計画、ここにはセクターの壁を越えた協力(典型的な例は、県との「グレーゾーン協力」)も含まれる。

- 各利用者に対する支援努力および高齢者政策の大枠の目標が満たされているかのフォローアップと監督

高齢者サービスやケアの運營業務は、主として判定が下された各種社会的サービス(パーソナルケアおよび家事的支援、トレーニング、ショートステイ等)を提供することである。

## (2) 障害者福祉

障害者福祉分野における社会サービス法に関する県と市との間の公的および運営上の役割分担は、市が一般的な課題に対する責任を負い、県はより大きな人口基盤を要する、より専門的な課題に対する責任を負うという原則に基づくとされている。ただし障害者福祉分野における2つの全国的機能である国立眼科クリニックおよびケネディー研究所は、国が管轄するものとされている。

障害者福祉における市の公的責任は下記の通りとされている:

- 各利用者が一定の支援をどの程度受ける権利があるか、または認可された支援の変更(例えば支援を削減、増加または停止するかどうか)が必要かを決定(判定)する。
- 社会サービス法で、市に対して市民個人への供給義務を課している分野における供給義務を果たすこと。
- いかに市の課題が解決されているかを監督する。
- 法的枠内におけるサービス基準を設定する。

また市が実施しなければならない運営任務は:

- 市民に対して相談窓口を設ける。
- 経済的なサービス
- サービス(例えばケア)の確立と運営
- 住宅改造の確立
- 住宅サービスの運営

- デイサービスの運営

県の公的責任は下記の通りとされる:

- 各利用者が一定の支援をどの程度受ける権利があるか、または認可された支援の変更(例えば支援を削減、増加または停止するかどうか)が必要かを決定(判定)する。
- 社会サービス法が、県に対して市民個人への供給義務を課している分野における供給義務を果たすこと。
- いかに県の課題が解決されているかを監督する。
- 法的枠内におけるサービス基準を設定する。
- 民間が行っている住宅サービスの許可と監督

県が実施しなければならない運営任務は:

- 市および市民に対する特殊な相談の窓口を設ける。
- 障害を補填する特殊補助器具を供給する。
- 一時的および長期的住宅サービスの運営
- デイサービスの運営

課題としては障害の種類によっては、県や市の規模や議会の政策の力点によってサービスの内容や援助活動の水準に差があり、その障害を持つ人が少ないと十分なサービスが受けられないという問題がある。これは同時にその財政の基盤となる税金の税率をこれ以上あげることが出来ないという問題へとつながる。また高齢者人口の増加は、同時に若年人口の減少にともなう、年金制度の改定が必要な状況になっていることは我が国と同様な課題であるといえる。また財源不足の背景もあり、エルシノア市にある高齢者共同住宅であるハムレットでは、障害者も同居している。若い20歳代から30歳代の障害者が居住している。この背景には、自立の教育や就労支援が完全に達成されているわけでないという現状もある。

## (3) 地方自治体における役割分担

デンマークは、13の県(デンマーク語で amt あるいは amtskommune)と271の市(デンマーク語で kommune あるいは primaerkommune)に区分されて



おり、ここには県と市両方の機能を持つコペンハーゲンとフレデリクスベアが含まれる。

社会福祉分野における県の主な役割は、障害者および資源の乏しい人々(社会的に自立生活が困難な人という意味で、必ずしも経済的な意味ではない)への社会的サービスである。さらに県は、67歳以上の市民(注:国民年金受給者、現在は65歳以上)に対する社会福祉経費の一部負担に参加している。社会福祉分野における市の主な役割は、特に福祉サービス分野および現金支援の給付に特徴がある。

社会福祉分野における実際の経費は、主に市が負担している。しかしながらいくつかの分野、例えば国民年金や児童手当(注:通称子ども小切手、未成年全員が対象)などは、国がその経費を100%負担し、市に償還される。その他の社会福祉分野、例えば早期年金(注:日本の障害者年金に相当)、現金支援サービス、住宅家賃援助および住宅補助金などは、その経費の一部を国が負担し、県および市に償還される。通所施設など多くの分野や社会福祉分野の大半のサービスは、市および県が最終的に負担している。

社会福祉分野においては、市および県が総経費の約48%を負担している。県および市の経費は、特にサービス分野およびごく一部あるいは全く国からの償還がない現金支援サービスである。

さらに県および市は徴税することができ、ある程度税率水準を設定することができる。

その他に県および市は、国からブロック補助金と呼ばれる年間一般補助金(注:日本の地方交付金に相当)を得、これは県および市の課税基盤の割合により分配される。

市によって課税基盤および経費ニーズが異なるため、市相互間には均等化システムがある。この均等化は、2つに大別できる。

- 課税基盤の均等化
- 社会福祉面の経費ニーズの均等化

均等化の換算には、社会構造(例えば高齢者人口や失業者数等)が考慮される。同じような均等化システムは、県相互間にも存在する。

#### (4) 高齢者福祉サービスと障害者福祉サービスとの関係

高齢者福祉と障害者福祉については、いずれのサービスも社会サービス法に基づいて、高齢者と障害者を区別することなく、サービスが提供されている。また、前述のとおり、行政における役割分担としては、高齢者福祉については市が圧倒的に主体となるが、障害者福祉については市とともに県の役割も重要である。この点は、日本の障害者福祉について、現在市町村の比重が非常に高くなっていることと比較して考えると興味深い。

### IV フレデリクスボルグ県における成人障害者政策

Frederiksborg Amt Politikomraade 26:  
Voksne med handicap

次に、実際の地方自治体の高齢者福祉と障害者福祉のサービス役割分担について、フレデリクスボルグ県の施策からみていく。本稿は、成人障害者における県の社会福祉委員会(注:市議会の下部委員会)の報告による。

#### 1. サービスの内容

フレデリクスボルグ県は、当分野の法律に従い、多種多様な障害を持つ人々に対し多くのサービスを提供する。このサービスのターゲットグループは、重度な障害を持つ人々である。このグループの大半は、mentally retarded person(知的障害者)であるが、決して均一的なグループではない。ここには、数多くの異なる障害およびいくつかの障害を併せ持つ人々が含まれる。

県はこのほかにも難聴者、視覚障害者、聴覚障

害者、後天性の脳損傷障害者、身体障害者および特殊な障害を持つ人々等に対してもサービスを提供している。

重度な障害を持つ成人には、専門的判断および経済的な可能性を鑑みながら、各自の希望とニーズに適する住宅および仕事が提供される。これらのサービスは、各個人が自分の資源を活用する可能性を得ることを保証するものであり、必要以上のサービスであってはならないとされる。また各個人のニーズを考慮するとともに、選択の可能性を提供する幅広い住宅および就労サービスが必要であることが強調される。

また重度な障害を持つ人々には、健常者と同様の余暇活動やさまざまな体験をできるため、独自の活動を達成するための付き添いサービス、および運動能力の刺激と機能維持に焦点を置くサービスが提供されることが目標に含まれている。

近年、重度および永続的機能低下が見られる成人障害者に対する県のサービスへの申請が増加している傾向が見られている。

なお、フレデリクスボルグ県内の市においては、①各利用者が支援をどの程度受けるか権利があるのか等についての決定、②一般的な相談への対応、③住宅サービス、デイサービス等の提供等を行っている。

## 2. 現在の政策の目標

### (1) 相談業務

県の相談業務を強化する。下記の目標を置いて努力する。

- 県の役割の明瞭化と解明化
- 目的達成努力のコーディネートと首尾一貫性をはかる。
- 方法論の開発、知識情報収集およびコミュニケーションに焦点を置く。
- 市との協力関係を発展・強化する。
- 利用者/利用者組織の介入を促進する。

- 県は身体障害者および後天性の脳損傷障害者へのサービス枠を拡大する。

### (2) 住宅水準の改善

住宅水準の改善をはかるために、県が所有する施設で時代にそぐわない住いを壊し、これに代わり一般住宅法に基づく住宅サービスを設定する。今後新築される住宅や現存の施設を大幅に改築する際に、各世帯に独自のトイレ・シャワールームを設置することは、成人および高齢者市民にとり必須であるというのが県の考え方であり、住宅は普通最低正味35m<sup>2</sup>の広さを有し、さらにその上共同設備を設けることが望ましい。可能なところに、カップル用のフレキシブルな住宅を設ける。

### (3) 新知識、中でもコミュニケーション・テクノロジーの活用

脳の研究や神経心理学分野における新しい知識を継続的に利用し、(サービス提供者の)教育レベルを向上させ、これにより各利用者のより個人的な目標達成をはかる。これは、各利用者がそれぞれの生活を自分でより管理できるように、常に支援を適合させるためのものである。このプロセスにおいて、近代的なテクノロジー、特にコミュニケーション・テクノロジーをおおいに補助器具として取り入れ、いろいろなレベルにおいて、言語を持たないあるいは重度な言語障害を持つ約400名の利用者の障害を補填することが期待される。県は障害を補填するためのテクノロジーの可能性を活用することを強化する。2002年度予算では、障害の補填としてテクノロジーを利用することに関する知識部門を設置する可能性が開かれた。

(4) 一般労働市場における就労の可能性

県は、より多くのワークショップ利用者(注：障害者のための通所施設利用者)が、特定の支援付きで一般労働市場に参入できるための努力を強化する。そのために、関心を持つすべての利用者に下記のようなサービスを提供する：

- 能力判断
- 資格向上
- 明確な目的でおこなわれる研修
- (通所施設において)活動/仕事部門間の移動を可能にし、いろいろな体験を可能にする。

(5) 特殊教育

特殊教育を強化するために、県は下記のことを希望する：

- リーダーおよび教師の教育および資格向上
- 教育学的および専門的な分野の監督強化
- 特殊グループ、例えば精神障害者、外傷脳損傷者、後天性の盲目や聾啞者等に対する特殊教育ニーズの高まりへの対応
- 2002-2004年の期間中に特殊教育センター「Egedammen」の物理的フレームの調整と改善をはかる。
- ヒレロドに障害者スポーツ・文化センターを設置する

3. サービス目標、成果目標、目標達成状況

市との提携

<p><b>サービス目標1</b> 県の相談業務を強化する。 「県の相談業務開発計画」中の推薦事項を現実化する。</p>	<p><b>成果目標</b> 県の新しいアドバイスセンターを段階的に設置する。 第1段階：各地域の成人用相談機能を県庁に移し、総合ユニットとする。 第2段階：児童および成人障害者のための総合的な相談窓口を設置する。</p>	<p><b>現状</b> 2003年6月1日付で各地の相談窓口が県庁に移転。</p>
<p><b>サービス目標2</b> 住宅水準の改善をはかるため、年間40-50の時代にかなった障害者住宅を建て、現存する同数の住宅を撤去する。</p>	<p><b>成果目標</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. エルシニア市に42戸、2003/04年に使用開始。</li> <li>2. スティーンリュース市に21戸、入居年04年。</li> <li>3. ヘルシング市に26戸、入居年05年。</li> <li>4. イエガスブリース市に12戸、入居年05年。</li> <li>5. ヒレロド市、Noedeboに20戸、入居年04年。</li> <li>6. ヒレロド市、28戸、入居年04/05。</li> <li>7. ファールム市21戸、入居年05年。</li> <li>8. スケーヴィング市12戸。</li> <li>9. グレストッド/ギレライ市、12戸。</li> </ol>	<p><b>現状</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 03年に10戸使用開始。04年にMeretheparkenの21戸が使用開始予定。残りのKampfeldtgrundensの戸数は、エルシニア市の決断待ち。</li> <li>2. タイムスケジュール1年遅れ</li> <li>3. 計画スタート</li> <li>4. その他の住宅建設計画との関連で行われているニーズ調査の結果待ち。</li> <li>5. Noedebo:ローカルプランが20戸承認。</li> <li>6. ヒレロド市と場所につき交渉中。</li> <li>7. 開始されておらず。</li> <li>8. 開始されておらず。</li> <li>9. 開始されておらず。</li> </ol>

	このほかにも他の市と住宅設置に関する協力関係あり。経済的な可能性に応じて現実化をはかる。	
サービス目標3 新たなファイナンスモデルに基づく支援/アクティビティーセンター(訳者注:成人障害者通所施設の新しい名称)に関する市との提携モデルを準備する。	成果目標 提携モデルは早急に施行されること。	現状 提携モデルは、現在市と交渉中。

## 能力開発につながる教育

サービス目標4 県は、いくつかのデイサービスおよび成人教育センターとの協力により、障害者が一般の労働市場における課題解決に必要な資格を身に付けるための能力開発をもたらす教育および研修プロセスを構築する。但し一般労働市場への進出は、障害者個人の事情に即し、県の就労サービスとの繋がりを保持しつつおこなわれる。  労働市場における障害者の可能性を強化するために、職業斡旋機能を設置することを決定した。これにより、light job/flex jobの領域で弱者グループが労働市場に進出できる可能性が強化されなければならない。 目標は、職業安定所とフレデリクスボルグ県の産業界間の協力を強化し、職業斡旋に関する方法を開発し、ITの活用、および市民へのサービス向上をはかる。	成果目標 04-07年にかけて、毎年通所施設の8-10名の利用者が、一般労働市場において特別な条件の下で、就労すること。	現状 02年には、合計12名がlight job/flex jobに就き、03年前半期にはさらに5名がlight job/flex jobに就いた。  通所施設利用者の中の93名が、全面的あるいは部分的に、Next-jobプロジェクトにかかわってきた。
---	---	---

## 開発プロジェクト

サービス目標5 県は、障害を補填するためのテクノロジーの可能性を試みるプロジェクトを完了し、機能低下のある人々のために補填として利用されたテクノロジーに関する知識セクションを設置した。  目標は、テクノロジーを一部教育的な道具として、また一部は障害(例えばコミュニケーション障害)を補填するものとして実用化することである。	成果目標 目標は、実用化に向けての作業を強化すること。	現状 04年度予算交渉には、同作業の強化に関する提案が含まれている。
--	--------------------------------	---------------------------------------

4. 資源消費

表1は、児童および成人に対する特殊教育支援、保護就労、各種アクティビティーサービス、知的・身体障害者等のための長期的住宅サービス、特殊ニーズを持つ市民のための市の一時的住宅サービス、年金受給者への住宅補助金にかかわる経費および収入である。2001年までは、リハビリテーション部門も政策分野26：成人障害者に含まれていた。

2002年からはリハビリテーションに関する経費および収入は、政策分野27：リハビリテーションに掲載されている。

基本料金ファイナンスへの変換は、2002年1月1日付で実施された。そのため基本料金ファイナンスに対する初めての経費決算は2002年からとなっている。

表2には、ケアサービス、ナーシングホーム+保護住宅、保護就労、アクティビティーサービス、特殊ニーズを持つ市民に対する市の一時的な住宅サービスおよび補助器具/便利用品/住宅改造に関する経費が含まれる。

V おわりに

我が国の社会福祉制度は、さまざまな面で、デンマークを始めとする北欧の社会福祉制度の取組みに影響を受けながら展開されてきたところであるが、デンマークの社会福祉制度の現状を踏まえて二三気付いた点を述べてみたい。

デンマークは1970年代に我が国に先行して地方自治制度の改革を行い、社会福祉を含めて多くの権限が基礎自治体である「コムーネ」(市)に移譲される地方分権を実施した。障害者福祉に関しては「アムト」(県)と「コムーネ」(市)で役割分担がなされているが、基礎自治体である「コムーネ」(市)間でサービス水準の格差が課題となっていることは、我が国の障害者自立支援法の創設に際し、支援費制度における自治体間のサービス格差問題の議論がなされたこともあり、興味深いものがある。

また、デンマークにおいては障害者および高齢者向け住宅の建設・改造等在宅福祉を支える基盤整備が重点的に実施されている。我が国においては、2005年の介護保険制度の見直しや障害者自立支援法の創設の際に、在宅支援の在り方が課題となったところであり、デンマークの取組みは示唆を与えるものとなっている。

表1 成人障害者に対する運営経費および運営収入 1999-2004年(2004年価格)

(単位：1000 クロウネ)

	99年度決算	00年度決算	01年度決算	02年度決算	03年度予算	04年度予算
運営総経費	732,231	767,404	780,767	716,866	675,697	710,135
運営粗利益	515,453	514,664	542,773	508,565	448,641	489,583
運営純経費	216,778	252,740	237,994	208,301	227,056	220,552

表2 成人障害者のための基本料金ファイナンスにおける経費 1999-2004年(2004年価格)

(単位：1000 クロウネ)

	99年度決算	00年度決算	01年度決算	02年度決算	03年度予算	04年度予算
運営総経費	0	0	0	124,126	111,486	129,113
運営総収入	0	0	0			
運営純経費	0	0	0	124,126	111,486	129,113

さらに、介護保険制度の創設を契機として、我が国においては高齢者の在宅福祉サービスに代表されるように民間参入が拡大しているが、公共主体で福祉サービスを提供してきたデンマークにおいてもサービスの民間委託が進められつつある（ただし、サービスの必要性の認定権限はコムーネにある）。労働者の半数が公務員であることなど、従来行政主体で担ってきた福祉サービスにおいて民間企業が参入・展開していくことは、我が国以上に試行錯誤があると思われる。

デンマークにおいては、既に述べたように、2007年1月を目途に「コムーネ」(市)と「 Amt」(県)の再編成が行われ、現在16の「 Amt」(県)を廃止して、5～6の「リージョン」(広域行政単位)に再編するとともに、コムーネ(市)も人口3万人規模を基準として再編され、所掌事務も大幅に拡大することが予定されている<sup>7)</sup>。一例を挙げれば、重度障害児を対象とした特殊教育や職業紹介事務もコムーネに移管されることとされている<sup>8)</sup>。今後、障害者福祉・高齢者福祉の枠組みの変化が想定される場所である。

デンマークにおける障害者福祉・高齢者福祉も決して完成された姿ではなく、新たな変革の時期に直面しているところであり、今後とも引き続きそ

の動向から目を離すことは出来ないものとする。

#### 注

- 1) 世界の社会福祉デンマーク・ノルウェー, p185, 旬報社 1999.
- 2) 世界の社会福祉デンマーク・ノルウェー, p186, 旬報社 1999.
- 3) 同上.
- 4) 世界の社会福祉デンマーク・ノルウェー, p157, 旬報社 1999.
- 5) 世界の社会福祉デンマーク・ノルウェー, p244, 旬報社 1999.
- 6) 世界の社会福祉デンマーク・ノルウェー, p65, 旬報社 1999.
- 7) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「海外労働情報—最近の海外労働情報—デンマーク」, 2004年8月, p1 <[http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2004\\_8/denmark\\_02.htm](http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2004_8/denmark_02.htm)>.
- 8) 同上, p1.

#### 参考文献

- Principles and Resume of Acts of Social Service and Social Pension, Euro-Japan Communication, March 2005.
- Social Policy in Denmark, Ministry of Social Affairs, 2002.
- Denmark's National Action Plan to Combat Poverty and Social Exclusion, Ministry of Social Affairs, 2002.
- The Social Sector in Figures 2002, Ministry of Social Affairs, 2002.
- National strategy report on the Danish Pension System 2002, Ministry of Social Affairs, 2002.

(しもがき・ひかる 日本社会事業大学助教授)

## アメリカの長期ケア (Long Term Care) における 障害者支援と高齢者支援

北野 誠一

### ■ 要約

今後、先進諸国共通のベビーブーム世代の高齢化に伴う、長期ケア (LTC) ニーズの増大に対して、各国はどう対応しようとしているのか、その共通点と特異性を明らかにしようとしたものである。その中で、この論文では、先進諸国の中でもやや特異な、アメリカの急性期ケア (AC) と LTC の両者に関係するメディケアとメディケイドの設立およびその歴史的展開、そしてその現状と抱える問題点を概括した。さらに、その AC と LTC の関係および障害者支援と高齢者支援の関係とその問題点を考察した。

### ■ キーワード

メディケア、メディケイド、長期ケア (Long Term Care)、急性期ケア (Acute Care)、国際生活機能分類 (ICF)

### I はじめに —問題提起—

長期ケア (Long Term Care) が深刻な問題であるのは、先進諸国共通である。OECD は、最近「高齢者の長期ケア (Long-term Care for Older People)」<sup>1)</sup> という、19 の OECD 加盟国の長期ケア政策の最新動向に関する報告書を出した。今後、先進諸国共通のベビーブーム世代の高齢化に伴う、長期ケアニーズの増大に対して、各国はどう対応しようとしているのか、その共通点と特異性を明らかにしようとしたものである。

その全体的な比較対象表 (表1) の項目のひとつに、各国の長期ケアの給付の資格要件があり、そのことに関して、以下のような説明がなされている。

「多くの国では、長期ケアプログラムは、すべての年齢のグループを対象にしている。韓国と日本はその点では例外であり、アメリカのメディケアプログラムもまたそうである。」(p.21)

本稿においては、この例外とされた3国のうち、

わが国とアメリカの特異性と、それが向おうとしている方向性、さらには、向うべき方向性(とるべき戦略)について、若干の考察を行なうこととする。

ここでまず、表1を見てみたいと思う。これは、OECD の報告書からの引用だが、私の少しは理解できる5カ国に絞って訳してみた。別に間違ったことが書かれているわけではないが、例えば、カナダで言えば、資格要件は全年齢と書かれている。すべての州を調べたわけではないが、例えば、ブリティッシュ・コロンビア州では、確かに、継続ケア (Continuing Care) という名称で、肢体障害者と高齢者は窓口が一体化されているが、知的障害者と精神障害者は、それぞれ、その相談の窓口もアセスメントも、支援システムもまったく別である。それが、スウェーデンの場合には、各自治体ごとに、違いはあっても、窓口は一本化されているわけだが、それでも、小規模な自治体では、高齢者や身体障害者に比べて、知的障害者や精神障害者に対する支援がきちんとなされていないことが判明

表 1

	ケアタイプ	プログラム	財源の出所	給付のタイプ	資格要件
カナダ	在宅ケア	州 (Provincial) プログラム	税財源	現物給付	全年齢 一般的に資産調査あり
	施設ケア	同上	同上	同上	同上
ドイツ	在宅ケア	介護保険	保険拠出	現物給付+現金給付	全年齢 普遍的
	施設ケア	同上	同上	現物給付	同上
日本	在宅ケア	介護保険	保険拠出+税財源	現物給付	40～64歳15疾病のみ、65歳 以上すべての障害 普遍的
	施設ケア	同上	同上	同上	同上
スウェーデン	在宅ケア	公的長期ケア	税財源	現物給付	全年齢 普遍的
	施設ケア	同上	同上	同上	同上
アメリカ	在宅ケア	メディケア	保険拠出	現物給付 (看護ケアのみ)	障害者および65歳以上 普遍的
	施設ケア	同上	同上	同上	同上
	在宅ケア	メディケイド	税財源	現物給付	全年齢 資産調査あり
	施設ケア	同上	同上	同上	同上

して、元厚生大臣のリンクビスト達 노력によって、より権利性の強い「障害者援助サービス (LSS) 法」が制定されたわけである<sup>2)</sup>。

OECD の報告書では、その第2章で、ケアの継続化が議論されているが、そこでは、障害者支援と高齢者支援の連続性や継続性が議論されているのではなく、主に医療ケアと長期ケアの連続性や継続性が取り上げられている。そこでは、在宅ケア利用者の8割、施設ケア利用者の9割が高齢者なので、長期ケアプログラムと高齢者長期ケアは互換可能な概念とされている (p.25)。

OECD の報告書が、高齢者問題に関するものだからそうなのだろうが、これではその問題点も、これからの議論も深まりようがない。ここで、いくつか問題点を明確にしておきたいと思う。

① アメリカや OECD 等で、長期ケア (Long Term Care) と呼ばれているものは、そもそも、いかな

る概念で、何が含まれ、何が含まれないのか？

② 次に、長期ケアに対する概念として急性期ケア (Acute Care) や医療ケア (Health Care) が使われるが、その2つの対概念は矛盾しているのではないか？

③ 障害者支援と障害者ケアを同義語とするのか、それとも、障害者ケアは障害者支援のうち、ケアに関する部分のみだとするのか。となれば、そもそもケアをどう定義するのか。さらに、ケアを限定的に使うのであれば、高齢者ケアと高齢者支援も明確に分けるのか？

④ 障害者に対する長期ケアと一言で言うが、そもそも、精神障害者と知的障害者と視覚障害者と頸椎損傷者と脳性マヒ者と難病者にと、共通した長期ケアの概念など成り立つのか？

⑤ もし、それらに共通する支援をして、長期ケアと呼ぶのだとして、かつそれが、急性期ケアでは



ないとすれば、例えば、わが国に7万人以上存在するといわれる、精神病院の社会的入院患者は、当然長期ケアということになり、とすると、わが国の精神病院は、その多くが、長期ケア施設と位置づけられることになるのか？

これらの問題は、使用する概念を明確に定義づけておかないことからうまれる。

まず、それを、簡潔に行なっておこう。

## II 概念整理

まず長期ケア(LTC)について、その国際的な使われ方をみてみよう。

IでみたOECDの報告書の定義は、次のとおりである。

「基本的な日常生活動作(ADL)に支援を必要とする人のための一連のサービス。その中心的なパーソナルケアは、しばしば、傷の手当、痛みの処方、投薬、健康管理、予防、リハビリ、あるいは緩和的ケアサービスといった基本的な医療的サービスと共に提供される。」(P.17)

これは、きわめて、曖昧な定義である。中心的なパーソナルケアの定義が無いために、どこまでのサービスが含まれるのか不明である。さらに、基本的な医療サービスを、含めているのか、共に提供はするが、長期ケアに含まないのかも不明である。

では、もう一つ、今度は、世界保健機構(WHO)の出版物「5つの先進国の長期ケア法の概観」<sup>3)</sup>の定義を見てみよう。

「各国によって違いはあるものの、一般的にそれは、出来る限り自立して生活したいと望む、身体的・精神的・知的に制限を持つ人に対する、保健サービス、社会サービス、住宅サービス、移動サービス、および支援サービスのいくらかを包摂したものである。多くの国では、施設ケアよりも地域-在宅ケアのほうが好まれており、障害者の家族に対す

る補足的な支援も見られる。」

社会サービスや支援サービス等曖昧な概念もあるものの、要するに、「障害の種類や程度や年齢を問わず、出来る限り地域で自立して生活したいと望む人に必要な各種のサービスの組み合わせ」のことだとは理解できる。

問題は、なぜ各国は、医療サービスや介助サービスや住宅サービスや移動サービス等の組み合わせとしての長期ケアという概念を必要としたのかである。

答えは、幾とおりか考えられる。

一般的なものは、栄養・衛生・医学の進歩と社会構造の変化からくる慢性疾患と精神疾患の増大や、寿命が延びたことによるその長期化や重度化、重篤な事故や急性疾患の死亡率が下がったこと等である。そのための支援は、その種類や量も多くかつ長期間に及ぶために、その要する費用は、個人的にも社会的にもきわめて大きいものがある。

つまりは長期ケア(以降LTCと略す)を、一時的に費用のかさむ入院中心の急性期ケア(Acute Care以降ACと略す)と分離することで、社会的に位置付けようとしたのである。

第3章で見ると、アメリカのメディケアの設立後の大きな制度変更は、基本的に、このACとLTCの関係の変更というより、どこまでをACで行い、どこからをLTCでやるのかの線引きの変更である。

では、このACとLTCの線引きは、費用問題だけなのか？

実はこの問題は、財政政策上の視点やサービス提供上の視点から見ていただけでは解けないことが分る。日常生活や社会生活に困難をきたすために、さまざまな支援を極めて長期間にわたって必要とする、障害者や慢性病者にとっては、費用問題と同様、あるいはそれ以上に、そのことは本人とその家族の生活のあり方やライフスタイルの問題である。OECDの報告書でも、その第3章は利用

者本位と選択 (Consumer Direction and Choice) となっていて、最近では現金給付や利用者がその給付をコントロールする仕組みやモデル事業が増えていと述べている。

たとえば、カリフォルニア州の在宅介助サービス (IHSS) の仕組みをみれば、それはもともと重度の身体障害者の自立生活運動から生まれたこともあって、年齢を超えて高齢者も利用でき、かつ利用者のサービス管理権や選択権も明確である<sup>4)</sup>。

このことを、図示すれば、次の図1、図2のようになる。

図1は、ACとLTCの関係を示した図である。OECDの定義は、一見医療モデルのように見えるが、医療サービスと社会サービスを対比的あるいは並列的にとらえてしまうと、両者共に必要としているこの関係は、見えなくなる。ACとLTCの違いは、医

療サービスと社会サービスの質と量の違いである。

ACは、本人にとっては、病院等で、病気・障害を治す・軽減する・安定させることを目的とする生活、つまりは闘病生活のことである。それゆえ、当然治療(リハ)計画が個人支援計画の中心になるわけだが、それでも、本人の望むライフスタイル(参加と役割)の展望に可能な限りふさわしい治療方針やリハ計画が、本人と医療スタッフの間で、インフォームド・コンセントされることになる。さらに、個人支援計画には、社会サービス中心の自立生活支援計画も加えられる。図2にあるように、所得保障問題や家庭生活支援等は、入院生活等でも無関係ではないからである。

一方、LTCは本人にとっては、病気・障害とうまく付き合いながら、本人らしいライフスタイル(参加と役割)を最大限実現する、つまりはエンパワー

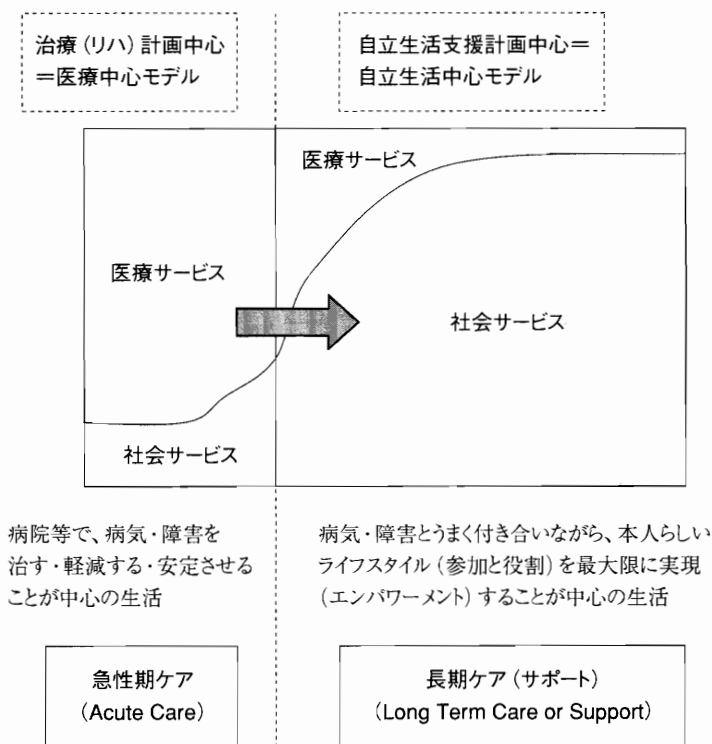


図1 日常生活に影響を及ぼす何らかの病気・障害に必要な支援の方向性

医療サービス	医療(支援)	医療(支援)	医療(支援)
	保育(支援)	就労(十所得支援)	年金(支援)
	教育(支援)	生涯学習(支援)	生涯学習(支援)
	余暇(支援)	余暇(支援)	余暇(支援)
	家庭生活(支援)	家庭生活(十住宅支援)	家庭生活(十住宅支援)
相談支援			
社会サービス			
	児童期	18~22歳	大人期
			65~70歳
			高齢期

図2 児童期・大人期・高齢者期それぞれが必要とする医療サービスと社会サービスの内容

メントすることが中心の生活である。ここでも、医療サービスは終わったわけではなく、病気や障害によっては、相変わらず、そのことにかかなりの時間を要することも多い。人工呼吸器を使用する人や、人工透析使用者等がそうだが、それは、量の問題だけではない。本人の望む社会参加や家庭内での役割等を遂行するためには、病院生活では困難であり、在宅医療や社会サービスを駆使しながら、在宅や地域で生きることが求められる。

図2は、そのことを、児童期から高齢期に至るライフサイクルの視点から見た図である。OECDの報告書もいうように、一見LTCのニーズは、高齢期に集中しているような錯覚にとらわれやすい。それは、LTCを医療的サービス中心にとらえてしまい、社会サービスをとらえ損ねているからである。そして、そのことが、まさにアメリカやわが国の身体障害者中心の自立生活運動や、知的障害者中心のピープルファースト運動が訴えたことである。

図1でLTCをLT Support長期サポート(支援)に変えたのには、意味があるのだ。LTCを、「障害の種類や程度や年齢にかかわらず、その長期的な障害のゆえに支援を必要とする人に、出来る限り地域で自分らしく生活できるように、医療サービスや各種社会サービスを提供すること」と定義すれば、

それが医療モデルではなく、自立生活モデルに基づく支援であることは明確だが、だとすれば、それは、ケアという、どちらかという、支援する側のイニシアティブが感じられる表現より、サポート(支援)という、利用者の側のイニシアティブを含んだ表現の方が望ましいといえよう。

ところが、問題は解決していない。このような、エイジフリーでかつすべての障害に対応する定義にすると、例えば、主に児童期に関係する成長・発達や教育に関する支援や、主に大人期に関係する就労に関する支援をどう位置づけるのかがまず問題となる。それらを除いたものをLTCとみなす考え方もありうる。私は、そのような考え方に組まない。LTCの障害者・高齢者にとって持つ意味を鑑みれば、これらを除くと、彼らの主体的な社会参加や役割というエンパワーメントの側面が弱められて、ケアする側中心の医療モデルが強められてしまう。これは、ICF(国際生活機能分類)の概念を使えばきわめて明解である。特定の時代と社会におけるその本人の性別と年齢において一般的な社会的参加と役割を前提として、そのうち、本人が希望するその参加や役割を制約する阻害的環境要因をどう改善し、それを展開させうる促進的環境要因をどう支援して

ゆくのかということである。

もう一つ、今までの議論とは違った視点からの議論も必要となる。つまり、その支援がいかに関与者の参加と役割にとって重要であろうとも、費用が掛かりすぎる場合や、本人に負担能力がある場合に、誰がその費用を負担するのかという問題である。これは、まさにその社会が、社会的合意の下に、ある種の線引きをするほかない。例えば図2の中で、児童期・大人期・高齢期すべてに入っている社会サービスとしての、余暇支援をどう考えるかである。

それを一括りにして、そのような遊びは極めて個人的なものだから、それは本人またはその家族の支出すべきものという見解もある。そうではなく、特に障害をもつ児童の場合は、健常児のように自然に社会的集団や社会的経験を積むことが困難であり、ひいてはそのことが本人の参加と役割の決定や実現に困難を引き起こすがゆえに、それに対しては、一定の社会的サポートがあつてしかるべきという考えも成り立つ。

### III メディケア

#### 1. メディケアとは

アメリカは、国民健康保険ではなく、極めて政治的な配慮から、1965年にスタートした高齢者を中心としたメディケア(Medicare)と、低所得者を中心としたメディケイド(Medicaid)の2本立てで行くわけだが、それぞれの縄張りや線引きの政策的駆け引きが、連邦政府と州や自治体間で行なわれている。

さらに、病院関係者とナーシングホーム関係者と在宅ケア関係者、さらには、医師会とマネジドケア関係者が、そして高齢者の最大団体であるアメリカ退職者協会(AARP)と障害者団体といった、利害関係者(Stakeholder)達が、入り乱れて、「民主主義の実験」なるものを演じているらしいが、私たちにとっては、なんとも、追いかける

だけでも大変な国である。

それでもわが国と違って、説明責任と情報公開と自己主張の好きな人たちの国では、連邦保健福祉省(DHHS)のみならず、それぞれの立場から見た制度政策の問題点や要求点が、それぞれのホームページで臆することなく展開されていて、面白かつ見晴らしがよい。

まず、メディケアから述べる。昨年メディケアは、生誕40年を迎え、AARPから記念の報告書も出された<sup>5)</sup>。

メディケアは、OECDによれば、極めて特異な主に高齢者のみを対象としたACとLTCの制度だと言われている。メディケアには、入院等の保険である強制加入のパートAと、医師等に対する診療報酬をカバーする任意加入のパートBがある。それが、基本的に65歳以上を対象とし、さらに、強制加入のパートAと任意加入のパートBに分けられたのは、基本的に自由診療を標榜する医師会(AMA)と、高齢者の支払いの困難性に苦慮する病院協会(AHA)の両者に対する政治的配慮ゆえの折衷案と言われている。65歳未満については、医師会、病院協会共に受け入れていないが、パートAについては病院協会は受け入れており、あくまで自由診療を求める医師会に対してパートBを任意加入とすることによってその妥協を引き出したと言われている。そしてその後もクリントン政権下の国民医療保険の不成立のゆえに、未だに国民医療保険を持たないために4000万人以上の未保険者の存在する国なのである。

ここで、LTCの部分だけを見ておこう。と言っても、実は、メディケアは、ナーシングホームに対する給付も、在宅保健サービスにおいても、ACの流れの一環、あるいはPost ACの枠内であって、LTCとして登場するとは云い難い。と言うのは、ナーシングホームの給付を受けるためには、直前の入院歴や、医師が連続して専門的な看護を必要とすると認められた場合しか適応されないからである。

それでも、施設ケアから在宅ケアという政策誘導は、一応なされている。というのは、ナーシングホームは100日間の給付のみで、あとは全額自己負担、さらに100日間も20日を越えると1日につき119ドル(2006年の額)の自己負担がある。一方、訪問看護のほうは支給期間の制限も費用負担もない。2003年現在で、総支給額2800億ドル、そのうちナーシングホームや訪問看護等のLTC(統計では、まさにその内実どおりPOST-ACUTEとなっている)には9%が使われている。

## 2. メディケアの歴史的展開

### ① 1972年の改正

2年間継続して障害年金を受給する者と、末期腎臓病患者が、その資格要件に含まれた。このことは、メディケアが、高齢者と障害者の両方を対象にするようになったとは言えるが、それはあくまで、一部分であって、一般就労と繋がっていない多くの障害者は対象外である。

ちなみに、2003年度のデータによれば、65歳以上の対象者は3500万人、64歳以下の対象者は600万人である。

### ② 1984年のDRG-PPSの導入

アメリカの診療報酬方式は伝統的に「出来高払い(fee for service)」であるが、医療費の上昇を抑えるために、この「診断群別定額前払い制(DRG-PPS)」を導入した。その結果、ACとしての病院入院期間が切り詰められ、メディケアのLTCは、極めてPOST-ACあるいはSUB-ACとしての側面が強まったといえる。そもそもアメリカには、医療保険上のLTCしかなく、さらに公的医療保険のメインが高齢者中心の医療保険ということになれば、自ずと医療モデル中心にならざるを得なかったのである。LTC施設としてのナーシングホームは、わが国の特別養護老人ホームや老人保健施設だけでなく、身体障害者療護施設を兼ねているが、まさに

アメリカの重度の身体障害者の自立生活運動はこの高齢者中心の医療モデル施設からの解放運動でもあったのである。統計を見れば、65歳以下のナーシングホーム利用者は、1977年13.0%、1985年10.9%、1999年9.7%と着実に減少してきている。逆に85歳以上の後期高齢者が、34.8%、40.9%、46.5%と過半数に迫りつつある<sup>6)</sup>。

これまでの、アメリカの障害者からのヒアリングでは、高齢者特に後期高齢者と若年障害者の年齢を超えたナーシングホーム利用の評判が悪いのは、医療モデルと高齢者支援がその中心だとすれば、当然であろう。

では、知的障害者や精神障害者もナーシングホームを利用しているのかといえば、さすがに違う施設体系を持っている。ただし、精神障害者の場合は、1970年代からの地域での受け皿なき脱病院化の中で、高齢者を中心にナーシングホームにかなりの精神障害者がいると言われている。

### ③ 1997年の改正

1990年代に入って、施設入所を必要とするレベルという訪問看護の利用要件が、緩和されたために在宅サービスが大きく展開されたが、その後、1997年の改正で一旦抑制され、その後も抑制と緩和を繰り返している。

アメリカでは、施設支援と在宅支援は、メディケアやメディケイドの政策誘導によることが多いが、それは、財政事情と共に、サービス関係者や障害者の運動によることが多い。さらに、在宅の各種のサービスはもちろん、ナーシングホームの単価も私費とメディケアとメディケイドでは同じ施設においても異なっており、州によっても大幅に異なる。(例えば、2001年のデータによれば、Wisconsin州とCalifornia州を比べれば、メディケイドで一日一人190ドルと78ドルと2.5倍以上の差がある。在宅の場合もメディケイドの地域住宅サービス(HCBS)で121ドルと60ドルとこれまた2倍の開きがある<sup>7)</sup>。)

#### ④ 2003年の改正

「the Medicare Modernization Act of 2003」は、2つの大きな変化を引き起こす可能性がある。

一つは、2006年にこれまでメディケアには組み込まれていなかった薬剤の処方に関するパートDが始まるのだが、その給付を受けようとする者は、基本的にマネジドケアの民間保険に加入しなければならない。(現状の出来高払いの制度を使う場合は、民間の薬剤処方保険に加入しなければならない。)そのために、2003年現在480万の加入者にとどまるマネジドケアの利用者は、急激に広がると思われる。マネジドケアの最大の特徴は、保険受給者がサービスを利用するごとにサービス提供者に一定の費用を払うのではなく、マネジドケア業者が保険料の範囲内で、受給者の支援計画とサービス受給量をコントロールする方式である。

もう一つは2006年には、各County(県)に2つ以上のマネジドケアの選択肢を用意するということである。

つまりは、さまざまなサービスがパッケージされているが保険料も高いマネジドケアと、保険料は安いサービスの種類の少ないマネジドケアの選択を求められることになる。Countyごとに、マネジドケアとの契約内容は異なるが、2004年、2005年とも、当初のしほりを越えて、出来高払いよりも8%高い単価になっていることもあって、いよいよメディケアもマネジドケアを中心とするシステムに向う模様である。

## IV メディケイド

### 1. メディケイドとは

メディケイドも、メディケアと同じ1965年の社会保障法改正によって成立したのだが、メディケアと違ってほとんど議論されないまま、いわばニッチ的な存在として生まれたといえる。当初は、一部の企業の民間医療保険が適応されない貧困層のた

めの、まさに「医療扶助」と呼ぶにふさわしい制度であった。ところが、その歴史的展開の中で、その対象やサービス内容をどんどん拡大しながら今に至っている。1972年当時は総支給額62億ドルだったメディケイドは、2005年のデータによれば、その総支給額は3290億ドル(約40兆円)、3420億ドルのメディケアとほぼ同額にまで膨れ上がった。今年1月20日のABCニュースによれば、2004年度の各州平均の総予算に占めるメディケイドの支出割合は、ついに義務教育費の21.5%を超えて、第1位の21.9%になったという。わが国の国家予算の半分にもなろうとするメディケイドは、これはもうニッチなどといった存在ではなく、アメリカの低所得の児童・母子・障害者・高齢者を包括する、さらに保健医療と社会福祉を、ACとLTCを、医療サービスと社会サービスを包括する制度である。まずはその概要を、簡単に見ておこう。

### ① 対象者

資産調査(Means-Test)を伴うために、生活保護の一メニューのように思われがちだが、SSI(Supplemental Security Income: 補足的保障所得)受給者は、無条件で対象となることに注意する必要がある。低所得の障害児・者と高齢者のためのSSIは、もちろん資産調査を伴うわけだが、2005年12月の受給者総数713万人のうち、障害児104万人、障害者487万人、高齢者122万人である。これを2004年度のわが国の生活保護統計による受給世帯総数100万世帯(実保護人員142万人)のうち、傷病・障害世帯の35万世帯と比べてみよう。世帯単位と個人単位の違いはあるが、国の人口が2倍以上違うことを差し引いても、この桁違いの受給者数の違いは、どこから来るのであろうか? それは、極めて簡単で、障害者のうち、一定以上の低所得家庭の障害児と、18歳を超えて就労できない、あるいは、一定以下の所得の障害者は全員、申請さえすれば親兄弟に所得があろうとなかろう

と、一緒に暮らしていようとなかろうと、SSIを受給できる。一定以上の障害をもつ人の一般就労の困難性は、世界共通であり、アメリカにおいても、障害者の就労率は、非障害者と比べて低いものであるが、そのことは即SSIの権利となり、さらにそれが、メディケイドの権利性(Entitlement)とリンクしているのである。

さらにいえば、すべての州に義務づけられたSSI受給者のような絶対的困窮者(Mandatory Needy)ではなく、州が裁量できるオプションな困窮者(Optional Needy)には、最高でSSI連邦給付水準の300%までの施設入所者や在宅サービス利用者が受給可能であり、さらに州の裁量で利用者負担をとることができ、また、所得や資産要件が、医療の多大な利用によらなければ満たされない人等の医療的困窮者(Medically Needy)を含めれば、その対象はもう、わが国の国民健康保険に近いものがある。ちなみに、2004年度受給者の半数以上が、その会社が医療保険を提供しない勤労者家族のメンバーである。

### ② 給付内容 (ここでは、LTC 関連に限定して説明)

給付には、すべての州に義務付けられたナーシングホーム等の基礎的サービスと、州が自由に選択できる知的障害者の中間ケア施設や在宅ケア等のオプションなサービスがある。これらのサービスについては、一旦その内容や支払い方式を州が決定すれば、利用者制限や地域限定をすることは許されない。その意味で、メディケイドのサービスは権利性(Entitlement)を有すると言われている。ところが、そのような、許されない制限を課す事が出来る方法がある。それがMedicaid Waiverつまりはメディケイド権利放棄である。これは、州がサービス量を一定の枠内に抑えるため等のゆえに、あるサービスの対象者を限定したり、地域を限定したりする許可を連邦政府に取り付けるやり

方である。主なメディケイド・ウエーバーは、Home and Community Based Services Waiver(地域在宅サービス・ウエーバー以下HCBSWと略す)と呼ばれているものである。

実は、その権利性も含めて、メディケイドの給付のどこに位置付けられるのが大きな問題である。たとえば、カリフォルニアのIHSSは、メディケイド・ウエーバーを使わずに、オプションなサービスのメニューである在宅ケアを主な給付財源としている。そのことは、ACとの関連を問題とすることなく、かなり広範な介助ニーズに対応が可能な側面と、それがウエーバーではないがゆえに、受給要件に当てはまるすべての州民にとって、待機リストなき権利性(Entitlement)を付与する側面を持つわけである。

### ③ 費用支払い方式

メディケイドは、資格要件対象者も、またその州も、連邦政府に対して権利性(Entitlement)を有すると表現される。それは、資格要件に当てはまる人が申請すれば、その予算状況にかかわらず、州はサービスを提供しなければならないし、連邦政府もその応分の負担をしなければならないからである。これは、わが国で言うところの、国の裁量的経費ではなく、義務的経費であるというに近い。実際に、クリントン政権下の共和党多数派が、その義務的経費化を嫌って、それを、州ごとに予め決められた方式に基づいて配分する案として提出したが、クリントンのビーター(拒否権)にあって廃案にされている。

メディケイドは、メディケアパートAのような労使による保険料としての社会保障税等により連邦政府が管轄・運営する制度ではない。それは、連邦政府が、全国平均に対するその州平均の個人所得に基づいて立てられた連邦医療費補助率(Federal Medical Assistance Percentage)に基づいて、費用の全体の50%から83%までを按分負担し、州政府

が連邦政府の決めた大枠の基で、大きな裁量権をもって管轄・運営する制度である。といっても、メディケア同様、実際にそれを運用するのは、各 County (県) であり、カウンティごとの違いは、マネジドケアの取り扱い一つをとっても大きく異なる。補助率をこのように州ごとに違えているのは、医療・福祉サービスの特定の州への集中や追い出しを防ぐためといわれている。

#### ④ 受給対象者および支出の内訳

2003年度の受給者5100万人(総人口の18%)の内訳は、2500万人の児童(全児童の4分の1)、1300万人の低所得の労働者、600万人の高齢者、そして800万人の障害者である。

2003年の総支給額2680億ドルの内訳を見てみよう。大きくは、ACが58%でLTCが36%、その他6%である。LTC36%の内訳は、ナーシングホーム17%、知的障害者のための中間施設(ICF-MR)4%、精神保健サービス2%、在宅ケア13%である。ここで、もう少し知的障害者のサービスを見ておこう。(アメリカでは、てんかんや自閉症候群だけでなく、一部の脳性まひ等も含めて発達障害という概念を使うが、わが国の発達障害者とはまったく異なる対象概念のゆえに、誤解を避けるために、その主な対象である知的障害者をここでは使うことにする。)

#### ⑤ メディケイドにおける知的障害者支援<sup>8)</sup>

メディケイドは、アメリカの知的障害者支援に関する総費用346億ドル(2002年度)の実に77%を支出している。2000年の統計によれば、メディケイド受給者総数4270万人のうち、障害者総数が658万人で、そのうちの27%の180万人が知的障害者で、さらにそのうち135万人は、一般的な医療的ケアのみの受給者で、残りの45万人はLTCの受給者である。LTCの内訳は、以前説明したHCBSWが29万人、知的障害者のための中間施設(ICF-MR)

が12万人、そしてその他の施設が3万人である。

このような概要だけを見ても、これを安易に「医療扶助」と、生活保護の一メニューのように訳してしまうことなどとてもできないことが理解できると思われる。そこで次に、その歴史的展開について、簡単に見ておきたいと思う。

### 2. メディケイドの歴史的展開<sup>9)</sup>

①1965～1972年(毎年53%の予算拡大 3億ドルから46億ドルへ)

メディケイドの設立と、アラスカ・アリゾナ以外のすべての州で施行された時期

②1973～1980年(毎年15%の予算拡大 46億ドルから140億ドルへ)

1972年のSSIの成立と、3種類の施設サービス(中間施設(ICF)、知的障害者のための中間施設(ICF-MR)、21才以下のための精神科病棟(IPH under21))への拡大による展開期

③1981～1989年(毎年11%の予算拡大 168億ドルから346億ドルへ)

レーガン政権による、連邦支払いを抑制するための諸法律や制度設計の提案と、その多くが不成立となった時期

④1990～1992年(毎年28%の予算拡大 411億ドルから678億ドルへ)

無保険者等が多数利用する病院に対する、一般的な償還金を超えた補助金制度である、不均等配分病院費(Disproportionate Share hospitals 以下DSHと略す)が、13億ドルから177億ドルに一気に突出して拡大したために、メディケイド全体の伸び率が増大した時期

⑤1993～2000年(毎年6%の予算拡大 758億ドルから1150億ドルへ)

DSHの突出が抑えられ、1996年に児童扶養世帯扶助(AFDC)が制度転換し、かつ1997年のBalanced Budget Actによる利用抑制効果が出てきた時期



⑥2001～(毎年概ね10%の予算拡大)

徐々にアメリカ経済がほころび始め、特に州の予算におけるメディケイドの占める割合の大きさとその更なる拡大傾向の中で、教育等の予算を圧迫しつつある現在、如何にしてその拡大を食い止めるのかという論調が目立ち始めた時期

では、実際に各州にメディケイドの拡大を食い止める手立てはあるのであろうか？ もっと言えば、本当に各州は、メディケイドを抑制しようとしているのであろうか？ 次にそのことを見ておこう。

### 3. メディケイドの特質とその展望

メディケイドが肥大化した理由は2つある。

一つは、何といても、この国には、国民の大多数が加入する公的医療保険制度がなかったし、今もないのだ。

そのため、今もメディケイドは他の制度政策動向や経済動向によって、その利用対象を変化させている。たとえば不況が長引けば、障害認定が多くなってSSIの受給者が増え、勢いメディケイドの受給者も増加することになる。経済動向の悪化に対する、その影響をもろに受けた市民に対する、一定のセーフティーネットとして、SSIやメディケイドが機能するのだとすれば、税収の厳しい折に、それをもってメディケイドを抑制するのが得策とは、誰も考えまい。

もう一つは、連邦政府と州政府の負担関係にある。連邦が、基本的事務的経費の50%と、給付費の50%から83%を義務的経費として負担する制度設計で、しかも州政府にかなりの裁量権があるとすれば、州政府は出来る限り州の医療と福祉に関連する事業をそこに組み込もうとするインセンティブが働く。さすがに教育関連事業をそこに組み入れるところまでにはいたっていないが、例えばIV-1-⑤で見たように、かつては州政府の事業であった知的障害者支援の8割弱が、メディケイド

に組み込まれている。その中身も、医療や施設サービスだけでなく、HCBSWを使って発達支援や余暇支援や住宅支援や就労支援にまで及んでいる。

その意味では、メディケイドは、まさに児童から高齢までのシームレスな制度であり、かつ医療サービスから各種社会サービスを包括する制度だとは言える。ところが、何度もいうように、この制度はアメリカの基本的に企業任せのAC中心の民間医療保険と、高齢者でAC中心のメディケアと4000万人を越える無保険者という制度・政策の狭間で機能する制度である。資産調査を伴うという意味で普遍的ではないのみならず、他制度のほころびを補足する制度なのである。

では、この制度は、ほころびを繕いながら肥大化するだけの制度なのであろうか？ そうとだけは言えない部分が、この制度にはある。

一つは、州の自由裁量の大きい制度ではあるが、義務的サービスメニューと選択的なサービスメニューは、かなり連邦政府の政策誘導をはらんでいる。例えば、精神医療施策に関しては、16床以上の成人病棟を義務・選択ともオミットしている。また選択的メニューである知的障害者のICF-MRは、基本的に15床以下となっている。

もう一つは、メディケイド・ウエーバーが、連邦政府とのネゴシエーションなくしては、州が実施できないことである。ここでも、連邦政府の政策誘導によって施設支援からHCBSという形で、地域支援にシフトしてきているし、そのメニューも介護を中心とするケアではなく、発達支援や住宅支援や就労支援や余暇支援等が利用可能である。つまりは、表向きは医療中心のケアの看板だが、中身は、各種社会サービスを組み込んでいる。

それは、一つにはアメリカには介護保険のような全国的な予算立てもシステムもないからである。もう一つは、多様な住民ニーズの高まりと絶対的な予算不足の中で、連邦一州一自治体の役割分担

が不明確になり、しかもメディケイドの制度的枠組みがそれを誘発する側面があったということである。もっと明確に言えば、州政府は、まずは使える限りメディケアを使い(これは100%連邦予算)、それが無理なら、メディケイドに何とか組み入れる算段をし(これは、50%以上連邦予算)、どうしても無理なものは、州や自治体の予算でやるという戦略をとらざるを得ない。

しかしいかんせんメディケアは、65歳以上が中心のサービスであり、出来る限りLTCにも活用したいわけだが、その直前の入院歴等のAC条件を緩和することは、労使折半の保険料にもろに跳ね返るだけに、簡単ではない。とすれば、メディケイドを出来る限り活用するしかない。たとえ州予算の中でメディケイドが義務教育費を超えて最大になったとしても、それを抑制することは、かえって州や自治体の単費事業予算を増やすだけとなる。

## V おわりに 一残された課題とその展望一

ここで、もう一度最初概念整理のときの2つの課題を見ておきたいと思う。

一つは、どこまでを普遍的なLTCの制度として立ち上げ、どこからを児童、成人障害者、高齢者特有の、あるいは、障害においても、肢体、聴覚、視覚、知的、精神、自閉、重心等に特有のと考えるかである。考えれば、児童、成人、高齢よりも、身体、知的、精神の方が、ニーズや支援の固有性としてはより明確である。それは例えば、知的障害者のことを考えた場合に、児童期、成人期、高齢期のニーズや支援の固有性と、知的障害者のニーズや支援の固有性を考えれば、一般的にはそうである。問題は、高齢化が引き起こすさまざまな障害と、先天的あるいは成人期以前に起こる障害のもつ共通性と異質性である。特にICFで言う社会参加や役割のニーズの共通性と違いに対する、支援の共通性と異質性の問題である。

これは、政策的にはかなりの難問である。場面場面のスポットをとらえれば、共通の食事介助やトイレ介助に見えたとしても、就労の場面での食事やトイレ介助と、教育の場面でのそれと、デイサービスのそれと、自宅でのそれとでは、参加や役割がまったく異なるがゆえに、それは参加や役割の全体の支援の一環としての介助であって、一般的な身体介護なのではない。

しかしそのことを強調しすぎると、逆にそれぞれの支援が専門特化しすぎて、費用が掛かりすぎるだけでなく、専門家や専門性による閉鎖性や、利用者支配が生まれ、利用者のエンパワーメントを損ねかねない。さらに、マジョリティーである高齢者や一般市民の理解を得ることも困難である。設計された制度に対して、誰がどのように負担するのかという問題を抜きに、議論は出来ない。

例えば、アメリカにおいても、重度障害者の就労支援政策には、不透明な部分が多い。職業リハビリテーションの一環として高等教育に参加する場合を考えても、その生活費はSSIで、学費や教育上の配慮は教育省の職業リハビリテーションプログラムと、リハビリテーション法504条項で一定までは可能なわけだが、必要な介助は州ごとの制度でばらばらな状態である。さらに、実際に就職した場合の就労に必要な支援や介助保障はどうなっているのかといえ、それも州ごとに異なる。例えばカリフォルニア州では、かなり就労に配慮されるようになってきたとは言えるものの、SSIと連動している在宅介助サービスであるIHSSは、所得が一定以上になると使えなくなり、職場内での介助どころか、在宅の介助すら失うことになりかねない。

一方、障害をもつアメリカ人法(ADA)は、一般的な差別を禁止しているだけでなく、例えば、視覚障害者の朗読者や聴覚障害者の手話通訳者を、それが過剰な負担(Undue Hardship)でない限りは、企業側にその負担を義務づけている。ADAは、連邦から州や自治体に強制(Mandate)のための費

用負担もなく、一部の合理的配慮 (Reasonable Accommodation) としての、本人に合った入力装置等の補助金は職業リハビリテーションプログラムが使えるとしても、ほとんどすべてが企業や事業者にまかせられた制度であり、職場内での介助までは行き着いていないのが、その現状である。

それでも、ADA の地域で暮らす権利 (the Most Integrated Setting) をその法理として使用した 1999 年の Olmstead 判決以降、アメリカの各州の知的障害者と精神障害者の脱施設 (病院) 化と地域生活支援は着実に展開しつつある<sup>10)</sup>。

また、重度の身体障害者を中心とする自立生活運動が提起した、メディケイドを使った連邦レベルでの普遍的な介助サービスに関する法案である MICASSA (Medicaid Community Attendant Services and Support Act, メディケイド地域介助支援サービス法) が、1997 年以降毎年民主党を中心に提起され、徐々に支持議員を獲得しつつある。さらに、この法案の支援者が若年障害者のみならず、ナーシングホームではなく地域での生活を希望する高齢者にも広がりつつある。今後の日本の展開を見る思いがする。

#### 注

- 1) OECD Health Project “Long-term Care for Older People” OECD PUBLISHING 2005
- 2) このことについて、詳しくは、平成 13 年度厚生科学研究成果報告書「障害者福祉における行政と当事者のパートナーシップの可能性に関する研究」22～58 ページ 大熊由起子・北野誠一・竹端寛によるリンクピストへの長時間インタビュー 2002 年 3 月を参照のこと。
- 3) J. Brodsky, J. Habib, I. Mizrahi. “Long-Term Care Laws In Five Developed Countries A Review” p.5 WHO 2000
- 4) カリフォルニア州の IHSS (在宅介助サービス) については ① 参考文献の北野誠一の第 2 回(1999 年 4 月号) ② D. Waterstone “California In-Home Supportive Services Program: Who is Served?” California Health Care Foundation 2004

- 5) “Medicare at 40: Past Accomplishments and Future Challenges” AARP July 2005
- 6) F. H. Decker “NURSING HOMES 1977-99 What Has Changed, What Has Not?” National Center for Health Statistics 2005
- 7) E. Fishman “The Olmstead Decision and Long-Term Care in California” California Health Care Foundation 2003 p.14
- 8) R. Hemp. D. Braddock “Ten Questions: on the Role of Medicaid for Persons with Developmental Disabilities in United States” A Working Paper University of Colorado 2003
- 9) A. Schneider. D. Rousseau “the Medicaid Resource Book” Kaiser Family Foundation 2003 p.91-92 等を参考にした。
- 10) Olmstead 判決については参考文献の北野誠一の第 12 回 (2000 年 5 月号) を参照されたい。

#### 参考文献

- カール・ベグルズ(岡本祐三訳)1985『アメリカの老人医療』勁草書房
- ミュディンガー(岡本祐三訳)1986『アメリカの在宅ケアと老人医療保険』勁草書房
- 藤田伍一・塩野谷祐一編 2000『アメリカ』東京大学出版会
- 李啓充 2000『アメリカ医療の光と影』医学書院
- 河野圭子 2002『病院の内側から見たアメリカの医療システム』新興医学出版社
- 住居武編著 2004『新版アメリカ社会保障の光と影』大学教育出版
- 大津和夫 2005『介護地獄アメリカ』日本評論社
- 北野誠一 1999～2002「シリーズ 北米における権利擁護とサービスの質に関するシステム 1～27 回」月刊ノーマライゼーション 日本障害者リハビリテーション協会
- R. Stancliffe and C. Lakin Edited. 2005. *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Jim Klein. 2005. *A Researchers Guide to MEDI-CAL DATE*. State of California DHS.
- M. Bailit. 2004. *State Budget Cuts and Medicare Managed Care*. NASHP.
- K. Allen. 2005. *Long-Term Care Growing Demand and Cost of Services Are Straining Federal and State Budgets*. GAO.
- P. Posner. 2005. *21<sup>st</sup> Century Challenges: Reexamining the Base of the Federal Government*. GAO.

(きたの・せいいち 東洋大学ライフデザイン学部教授)

# イギリスの若者の教育と職業への非参加に対する貧困の効果

— 貧困政策と実証分析の課題 —

卯月 由佳

---

## ■ 要約

イギリスでは教育を媒介とした社会的流動性の低下を背景に、貧困世帯に育つ若者が十分な教育訓練機会を得ていないことが問題視され、現在の貧困政策では社会保障よりも教育訓練に投資することが優先されている。そこで本稿は、18歳時の若者の教育と職業への非参加(Not in Education, Employment or Training)に対する、16歳時の世帯所得の効果进行明らかにし、教育投資を通じた所得再分配政策の妥当性を評価することを目的とする。世帯パネル調査の分析を通じて、16歳時の世帯所得は若者の非参加に対して有意な効果をもつが、詳細に検討すると、若者本人が16歳時にフルタイム就学したかどうか重要な効果をもつことが明らかとなる。この結果からイギリス政府の方針の妥当性を認めるとともに、その限界がどこにあるのか、今後の分析課題として指摘する。

## ■ キーワード

イギリス、貧困、若者の非参加、パネル調査

---

## I はじめに

貧困は先進国でも依然として大きな社会問題であり、その要因と帰結をデータに基づいて確認し、どのように改善の道へとつなげるのかということは、学問と政策の両方が取り組む課題である。イギリスもその取り組みが盛んな国の1つである。高度な技能をもつ労働力への需要が増えるなかで、個人の教育達成や技能レベルが人生の長期にわたってライフチャンスとリスクを決定していることが実証分析で明らかにされている(Hobcraft 2002; Sigle-Rushton 2004)。しかし、このことは本人の実力によって移動が可能になったことを意味するわけではない。むしろ世代間移動は減少しており、その理由は親の所得が教育達成を規定する傾向が強くなっていることにであると指摘される(Blanden and Gregg 2004; Hills 2004)。1980年

代から1990年代にかけて子どものいる世帯の相対的貧困が拡大したことを背景に(Bradbury and Jäntti 2000; Gregg, Harkness and Machin 1999)、イギリスでは貧困世帯の子どもの被る不利益が、個人と社会の両方にとって深刻になっている。

こうした状況のもと、若者が教育訓練機会を逃すことは本人が将来貧困に陥るリスクを高める要因となるばかりか、それが親世代の貧困の帰結であるという点で切実な問題と見なされる。本稿は後者の問題について検討する。教育にも職業にも職業トレーニングにも参加していない(本稿ではこの状況を「教育と職業への非参加(non-participation)」と定義する)16歳から18歳の若者は、1997年に労働党政権のもとで設立されたSocial Exclusion Unit(SEU)によって、問題解決の必要なグループの1つに指定された。その報告書によれば、16歳から18歳の若者の約9%が非参加

の状況にあり、貧困世帯に育つ若者において特にそのリスクが高い(SEU 1999)。しかし、貧困と非参加の間に関連があるとはいえ、本当に貧困そのものが非参加の要因となっているのか、貧困に関連のあるその他の特徴が要因となっているのではないかということを検証することは単純ではなく、適切なデータと方法による詳細な検討を必要とする。本稿は先行研究で応用されている方法を検討し、実際に British Household Panel Survey (BHPS) のデータを分析することを通じて、若者の教育と職業への非参加に対する貧困の効果について論じることを目的とする。

本稿は貧困指標として世帯所得を用いて分析する。次節では世帯所得が若者のライフチャンスに及ぼす影響についての主要な先行研究を整理し、世帯所得を指標とすることの限界と意義について確認した上で、本稿の分析課題を明確にする。III 節ではデータと変数について説明し、IV 節では分析結果を提示する。最終節ではイギリス貧困政策の方針の妥当性について評価し、今後の分析課題と日本へのインプリケーションを述べる。

## II なぜ世帯所得の効果を検討するのか

### 1. 所得の効果—先行研究のレビュー

世帯所得が若者のライフチャンスに負の影響を及ぼすことは、既によく知られている(Blanden and Gregg 2004; Clark-Kauffman, Duncan and Morris 2003; Duncan and Brooks-Gunn 1997; Ermisch and Francesconi 2001; Ermisch, Francesconi and Pevalin 2001; Mayer 1997)。この知見は世帯所得に関連すると考えられる他のさまざまな特徴、例えば親(大人の世帯メンバー)の失業、教育レベル、年齢、また単親世帯であるかどうかなどを、可能な限り統制した上で導き出されている。しかし、これらの特徴のほか、観察不可能な世帯間の不均一性が各世帯の所得の違いを生み出している可能性が

あり、これを統制するためには方法論上の工夫が必要である(Blanden and Gregg 2004)。

主に英米で蓄積されてきた方法論上の工夫として、社会実験、きょうだいの固定効果モデル、「結果」以後の所得の統制などが挙げられる(Blanden and Gregg 2004)。本稿はそのうちMayer(1997)が提案した、「結果」以後の所得の統制を応用する。たとえ「結果」以前の所得に差が見られなくても、将来の所得が上昇するかどうかで親の能力に、将来の所得増を予期しているかどうかで現在の消費・貯蓄行動に、それぞれ違いがあると考えられる。そうした「結果」以前のデータでは観察不可能な世帯の特徴の影響を、「結果」以後の親の世帯所得を代理変数として統制することによって取り除く(Mayer 1997)。

この代理変数を用いると、パネル調査が可能にした貧困への動態的アプローチが重視する、貧困の2つの要素に着目することも可能になる。一時点で観察される貧困は、変動的貧困と恒常的貧困から成り立っている(Hill and Jenkins 2001)。測定可能性の問題からそれぞれに普遍的かつ厳密な定義を与えることは難しいが、ここでは前者が一時的な貧困、後者が長期にわたる貧困であるとおおまかに区別して構わない。本稿は、前者を変動的所得、後者を恒常所得によってとらえることにする。生活水準に対する影響は変動的貧困よりも恒常的貧困のほうが大きいと考えられるが、観察可能なのは変動的貧困の要素を含む、ある一時点での貧困である。恒常的貧困は任意に切り取られた期間のなかで測定するしかなく、仮にそれが妥当であるとしても、十分長い期間の情報を入手するためには調査コストがかかる。そのため貧困政策はたいてい現在所得か、または直前の過去の情報に基づいて実行される(Hill and Jenkins 2001)。そこで、ある時点の現在所得が目的となる「結果」(若者の非参加)に本当に影響を与えているのかどうかを検証することが、政策インプリケーションにとって

重要となる。そのとき、「結果」以後の所得を恒常所得の変数として統制するのが有益であることを、後で詳しく説明する。

ある時点の変動的貧困に関するこれまでの知見としては、アメリカでは5歳以下の低年齢時における貧困政策が後々の教育達成に対して最も強い効果をもつこと(Clark-Kauffman, Duncan and Morris 2003)、イギリスでもやはり5歳以下の時期の貧困が後々の教育・経済的地位達成に最大のマイナス効果を及ぼすことが明らかにされている(Ermisch, Francesconi and Pevalin 2001)。一方、ライフコースのさまざまなタイミングの間の比較とは別に、16歳時の所得が23歳時の労働市場での成功や義務教育以降の教育への参加に対して、恒常所得を統制した上でも統計的に有意な影響力をもつことも明らかにされている(Blanden and Gregg 2004; Gregg and Machin 2000)。本稿もこの16歳時の世帯の現在所得の、18歳時の教育と職業への非参加に与える効果を検証する。

16歳時に着目する理由は、先行研究と問題を共有するほか、イギリス政府が義務教育以降、つまり16歳(16/17歳)以降の教育へと若者を参加させることに熱心であり、そのための貧困政策を進めている点にある(次項で概要に触れる)。SEUは16歳から18歳の若者の非参加を問題としたが、16歳時に参加していても年々ドロップアウトするものが現れ、18歳時には特に非参加率が高くなる(本稿のサンプルに関する数値は付表1を参照のこと)。そのため、18歳時の帰結を問題とすることが重要である。ここに本稿の分析のオリジナリティがある。この研究領域で用いられてきたイギリスの主なデータはNational Child Development Study(1958年生まれのコーホートパネル)とBritish Cohort Study(1970年生まれのコーホートパネル)であるが、これらは18歳時には追跡していない。毎年追跡しているBHPSでは18歳時の情報入手することが可能だが、BHPSがこの目的で分析さ

れ始めたのは比較的最近のことである。数少ない研究事例のなかでErmisch, Francesconi and Pevalin(2001)はBHPSを用いているが、分析対象の年齢コーホートは本稿よりも幅広く、また若者の経済的な帰結についても特に18歳時に焦点を当てているわけではない。

## 2. 低所得世帯への政策的支援

イギリスでは、低所得世帯の若者に16歳以降もフルタイムの教育を受けるよう促すことを目的とする教育扶助手当(EMA: Education Maintenance Allowance)が2004年から本格的に導入された。これは若者の教育と職業への非参加に対する政策としても提案され(SEU 1999)、本格実施以前にも1999年から15の地域で試験的に導入されていた。年間の課税前所得が30,000ポンド以下の世帯の若者が就学を条件に受給可能であり、世帯所得の額に応じて1週間当たり10ポンド、20ポンドまたは30ポンドの現金給付を受けられる。教育を継続して受け、良好な成績を収めた場合には100ポンドのボーナスも与えられる(DfES 2005)。EMAの若者の就学に対する効果に関して全国的な調査結果はまだ得られないが、試験期間のパイロット調査によれば、統計的に有意なプラス効果が報告されている(Middleton et al. 2003)。

## 3. 貧困指標としての世帯所得の限界と意義

本稿は世帯所得を貧困の指標として用いるが、当然のことながら現金収入が生活水準のすべての側面を表せるわけではない。所得の指標に対する第一の批判は、Townsendの剥奪指標とSenの潜在能力アプローチに代表される、貧困を多元的にとらえることを提唱する立場から向けられる(Sen 1993; Townsend 1979)。しかし、現金収入が人間生活の最終目的ではないことを理解するのが重要であり、現金収入が何らかの目的に対する手段となり得る事実は、Senも否定していない。同じ量の現

金収入があっても、ある目的を実現する可能性は潜在能力によって異なるということである(Sen 1993)。後述する本稿の分析モデルは、世帯所得が若者の教育と職業への非参加を抑制する手段となるのかどうかを検討した上で、世帯所得が同程度の場合に、他のどのような条件が非参加のリスクを高めるのかという問題にも着目することができる。第二の批判は、世帯所得を指標とするときに、世帯の内部では所得が平等に分配されていることが前提とされている点に向けられる(Bradbury, Jenkins and Micklewright 2001)。世帯の内部で、例えば親と子ども間で所得が不平等に割り当てられている場合、この前提は意味を失う。しかし、この問題に対する解決方法を一般化することはまだ難しく、多くの先行研究で世帯内の平等という前提を保持したままである(Bradbury, Jenkins and Micklewright 2001)。本稿もその慣例に従うことにする。

世帯所得はいくつかの限界を示しつつも、貧困の長期的な趨勢を観察する場合や国際比較をする場合には信頼性の高い指標となるため、世界的に広く採用されている(Hills 2004)。イギリスの全国サンプルの可処分所得データをもとに世帯の消費水準を推計し、貧困の趨勢について分析しているHouseholds Below Average Income (HBAI)シリーズでも、世帯所得を指標とし、世帯内の平等を前提としている(DWP 2005)。このように広く流通する指標に合わせて変数を作成することは、実際的なインプリケーションを導くためには有益だろう。

#### 4. 分析モデル

世帯所得の2つの要素を考慮に入れた上で、16歳時の世帯所得の18歳時の教育と職業への非参加に対する効果を説明するモデルを説明する。まず、両者の関係を最も単純な形で表すと、

$$N_{i18} = \beta Y_{i16} + \varepsilon_{i18} \quad (1)$$

となる。 $N_{i18}$  は個人*i*の18歳時の非参加を、 $Y_{i16}$  は同じ個人*i*の16歳時の世帯の現在所得を表し、 $\varepsilon_{i18}$

は誤差項である。ところが、時点*t*の現在所得である $Y_{it}$ は、変動所得 $Y_{it}^{tra}$ と恒常所得 $Y_{it}^{per}$ という2つの要素から成っている。

$$Y_{it} = Y_{it}^{tra} + Y_{it}^{per} \quad (2)$$

そこで分析の戦略は、 $Y_{i16}$ を $Y_{i16}^{per}$ で統制し、(3)式に示す係数 $\beta_1$ を検討することにある。

$$N_{i18} = \beta_1 Y_{i16} + \beta_2 Y_{i16}^{per} + \varepsilon_{i18} \quad (3)$$

係数 $\beta_1$ は18歳時の非参加に対する、世帯の恒常所得を統制した上での16歳時の世帯の現在所得の効果を表す。ただし、恒常所得は観察不可能なので観察可能な変数から求められる代理変数を用いる。その変数と実際の恒常所得との相関係数が1であれば、係数 $\beta_1$ は16歳時の変動所得の真の効果を表すことになる。だが、ここでは代理変数としてある数年間における現在所得の平均値を用いるので、平均値の算出のもとになった時期の変動所得の要素が含まれることになる。恒常所得の代理変数として19歳以降の親の世帯所得を用いれば、それがそれ以前である18歳時の「結果」に影響を与えることはあり得ないため、その問題は軽減されるだろう(Blanden and Gregg 2004)。

さらに $Y_{it}$ は、世帯の経済的水準とは異なる質的な特徴 $C_i$ とも関連している。そのため係数 $\beta_1$ は、実際の値よりも大きく推定されてしまう。(3)式は $Y_{i16}^{per}$ を投入することで、 $Y_{i16}^{per}$ と関連する世帯の質的な特徴の影響を部分的には統制しているが、 $\beta_1$ のバイアスを抑えるためには、さらに世帯の質的な特徴を統制する必要がある。ただし、(4)式で示すように、世帯の質的な特徴もまた観察可能な要素 $Q_i$ と観察不可能な要素 $R_i$ から成っている。

$$C_i = \alpha Q_i + R_i \quad (4)$$

変数として手に入るのは観察可能な特徴なので、これを統制変数として投入すると、(3)式は(5)式へと変換される。

$$N_{i18} = \beta_1 Y_{i16} + \beta_2 Y_{i16}^{per} + \beta_3 Q_i + \varepsilon_{i18} \quad (5)$$

(5)式は、恒常所得とその他の質的な世帯の特徴を統制した上での、16歳時の世帯の現在所得の

効果を説明しようとするモデルである。この式では観察不可能な世帯の特徴  $R_i$  は省略される。そのため、これが実際の世帯の特徴と関連をもっているという前提のもとでは、係数  $\beta_1$  は引き続き大きめに推定されてしまう。そのバイアスがどの程度なのかを知ることはできないが、 $Q$  をいくつかの要素に分けて順に統制し、どの要素が  $\beta_1$  を下方修正するのかに注目しながら、世帯所得の効果について解釈する。

最後に、16歳時の現在所得が、本人の16歳時の就学状況 ( $E_{i16}$ ) を統制した上でも効果をもつかどうか、それとも所得の効果に見えるものが実は就学の効果であるのか、次の(6)式で確認する。

$$N_{i18} = \beta_1 Y_{i16} + \beta_2 Y_i^{per} + \beta_3 Q_i + \beta_4 E_{i16} + \varepsilon_{i18} \quad (6)$$

### III データと変数

#### 1. データとサンプル

本稿は、BHPSの第1ウェーブから第10ウェーブのデータセットから作成したサンプルを用いる。BHPSのサンプルは1991年(調査開始時)におけるGreat Britain全域の世帯<sup>1)</sup>を母集団とし、層化抽出法によって選ばれた約5,500世帯と、それを構成する10,000人の個人からなる<sup>2)</sup>。各世帯の16歳以上の大人全員が、毎年インタビュー調査の対象となる。メンバーがもともとの世帯を離れた場合、移動先の新しい世帯もサンプルに含まれ、その世帯の大人全員が新たにインタビュー調査の対象となる。その世帯の子どもは16歳に達すると、それ以降毎年インタビュー調査の対象となる。第3ウェーブ以降のデータ回収率(前年の回答者が引き続き回答した割合)は約95%であり、2000年の第10ウェーブでは、第1ウェーブで回答した個人の60%強が追跡されている(Taylor et al. 2005)。そのためBHPSのサンプルの脱落は深刻なものではないと考えてよいだろう。

BHPSには、イギリスの他のパネルデータに比

べて次のような長所がある。第一に、BHPSはより若い世代のコーホートを含んでおり、貧困がより深刻化しつつある時代に育った若者に焦点を当てることができる(Ermisch, Francesconi and Pevalin 2001)。第二に、BHPSは世帯所得について毎年質問しているため、恒常所得を知る必要のある本稿の目的に適している。親の世帯の所得は、若者がその世帯を離れた後についても追跡可能なので、「結果」以後の親の世帯所得(恒常所得の代理変数)を入手することができる(Blanden and Gregg 2004)。一方で、BHPSには次のような短所もある。まず、出生コーホート調査ではないため、特定の年齢コーホートを取り出そうとすると、必然的にサンプルサイズは小さくなる。もう1つの短所は、BHPSに限らず多くの大規模な社会調査が抱える問題であるが、ホームレスの人や公共の住居施設に住む人は母集団から除かれている。つまり、社会の最も周辺的な位置に隔絶されているグループにはアクセスできないのである。

分析に使用する擬似コーホート・サンプルのデータセットは、1974年9月から1979年8月の間に生まれた若者のデータをプールして作成した。このコーホートはSEUが問題提起した時点での16-18歳よりも古い世代にあたる。図1に示すように、1974/75年(1974年9月から1975年8月)生まれの若者については、16/17歳(16歳)時のデータをウェーブ1から、18/19歳(18歳)時のデータをウェーブ3から得られる。同様にして、それ以降の各年に生まれた若者についても、各年齢時のデータを図中の対応するウェーブから得られる。そして各年齢時の変数が、プールされたデータセットでは同一の変数となるように、それぞれの年齢コーホートのデータを結合した<sup>3)</sup>。サンプルサイズの限界は、観察不可能な時代効果を統制するという利点によって補うことができ、現存するデータのなかでは、現代のイギリスの若者に関する分析に非常に適したサンプルであると言える。



ウェーブ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
調査年	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
生年										
1974/75	16/17	17/18	18/19	19/20	20/21	21/22				
1975/76		16/17	17/18	18/19	19/20	20/21	21/22			
1976/77			16/17	17/18	18/19	19/20	20/21	21/22		
1977/78				16/17	17/18	18/19	19/20	20/21	21/22	
1978/79					16/17	17/18	18/19	19/20	20/21	21/22

注：太線のなかの数字は、それぞれのウェーブにおける調査対象者の年齢である。

図1 擬似コーホート・サンプルの作成

2. 変数<sup>4)</sup>

① 教育と職業への非参加（従属変数）

従属変数は18歳時においてフルタイムの教育にも職業にも政府の職業訓練にも参加していない場合を1、その他の場合を0とする2値変数である。非参加のカテゴリーには、付表1で示される「失業者」と主に家事労働に従事する「その他」が含まれる。ここでの失業の定義では、求職活動の有無は問題とされていない。ただし、障害や病気を理由に非参加である場合には、明らかに貧困とは異なる要因の影響が大きいと考えられるので、分析対象からは除く。また、非参加の状況はその期間の長さによって深刻さが異なるが(SEU 1999)、サンプルサイズの都合により細かい分類は今後の課題とする。

② 世帯所得（独立変数）

多変量回帰分析では、世帯の16歳時の現在所得と恒常所得という2つの世帯所得変数を用いる。恒常所得の代理変数は、先述したように19歳以降の親の世帯所得の平均値とする。ただし、4年以上にわたる平均値を用いるとサンプルサイズが著しく縮小するため、19歳から21歳までの世帯所得を用いることにする<sup>5)</sup>。世帯所得は、2003年1月の物価を基準にデフレートし、McClements Before Housing Costs (BHC) の尺度を用いて世帯規模を調整した年間世帯純所得を用いる<sup>6)</sup>。使用する所得変数の値の分布は正規性を満たしていな

いため、その自然対数を回帰分析に投入する。

③ 統制変数

まず(3)式を確認するため、基本的な統制変数として性別(男性ダミー)、エスニシティ(ホワイトダミー)を投入する【モデル(a)】。次に(5)式を確認するため、世帯の特徴として誕生時の親の年齢、世帯類型(16歳時に単親世帯で暮らしていた場合を1とするダミー変数)を統制する【モデル(b)】。親の年齢を統制するのは、それが親の経済的地位に影響を与えると考えられるからである(Ermisch, Francesconi and Pevalin 2001)。単親世帯で育った若者について父親の情報の欠損が多いため、母親の変数で代表させる。単親世帯の所得は低い傾向があり、その環境で育つことが子どもの福祉や教育に影響を与えることが明らかにされている(Ermisch and Francesconi 2001; McLanahan 1997)。さらに、若者のアスピレーションや学業成績などに影響を与えると考えられる特徴として、世帯の就業状況(親がどちらも働いていない場合、単親世帯では母親が働いていない場合を1とするダミー変数)、親の教育レベル(親がいずれの教育資格ももたない場合を1とするダミー変数)を投入する。親の教育レベルについては、誕生時の親の年齢と同様、母親に関する変数を用いる。世帯の就業状況と親の教育レベルには強い相関があり、本稿のサンプルでは、母親が教育資格を全くもっていない場合は何らかの資格をもっている場合に比べ

て、非就業世帯となるオッズは約4.2倍である。そこで、まずはこれらの変数を別々に投入してそれぞれの効果を確認し【モデル(c) (d)】、続いて両方を投入したモデルを検討する【モデル(e)】。最後に(6)式を検討するため、以上5つのモデルに、本人が実際に16歳時にフルタイム就学したかどうかのダミー変数を加えたモデルを検討する【モデル(f)～(j)】。

#### IV 分析結果

18歳時の教育と職業への非参加に対する16歳時の世帯所得の効果を検討するための、プロビット・モデルの推定結果を表1に示す。モデル(a)で、恒常所得を統制した上でも16歳時の世帯所得が効果をもつことが示される<sup>7)</sup>。さらにモデル(b)と(c)から、世帯の特徴のうち、親の年齢、世帯類型、親の就業状況を統制した場合も、係数の絶対値は小さくなるものの、世帯所得は引き続き効果をもつ。所得の効果は親の失業という世帯環境が子どもに及ぼす影響によっては説明しきれない。しかし、モデル(d)と(e)で親の教育レベルを統制すると、世帯所得の効果は統計的に有意ではなくなる(5%水準)。これは親の教育レベルが世帯所得に影響を与えているためだろう。またもう1つの理由として、モデル(d)と(e)では本人の教育に関する変数を統制していないことも考えられる。親のリテラシーや教育レベルが子どものそれに影響を及ぼすことはイギリスでも確認されている(Moser 1999)。そのため親の教育レベルは、子どものリテラシー、学業成績や就学の有無に影響を与えるという経路を通じて、子ども(若者)の非参加率にも影響を与えているという解釈も成り立つ。BHPSではリテラシーや学業成績を示す変数は手に入らないが、就学の有無については知ることができる。そこで、義務教育以降のフルタイム就学が非参加率を低下させるのかどうかを次に確認する。

モデル(a)から(e)に16歳時のフルタイム就学のダミー変数を加えたのがモデル(f)から(j)である。モデル(f)と(g)では、就学ダミーを統制した上でも世帯所得の効果は有意であるが、係数の絶対値は減少している。そのため、よりシンプルなモデルで見られた世帯所得の効果が、部分的には本人のフルタイム就学の効果であったことを示す。ただし、モデル(f)と(g)では世帯の質的な特徴が十分に統制されていないモデル(a)と(b)との対応であるため、世帯所得の効果について有力な結論を導けない。そこで、世帯の就業状況や親の教育レベルを統制した上で、世帯所得とフルタイム就学の相対的な効果を示すのがモデル(h)から(j)である。それぞれ、モデル(c)から(e)に比べて世帯所得の係数の絶対値は減少し、特に(c)では有意であったのに対して(h)では有意でなくなる(5%水準)。16歳時のフルタイム就学の効果は、モデル(j)を除いて5%水準で有意である。ただし、III節2.③で述べたように、世帯の就業状況と親の教育レベルを同時に統制するべきかどうかは明確ではないので、モデル(h)と(i)の結果も重視したい。以上の分析結果は、18歳時の非参加の問題を軽減するために、EMAの導入によって貧困世帯の子どもに義務教育以降の教育への参加を促すことの妥当性を支持している。

それと同時に、就学のために世帯所得の不足を埋め合わせるだけでは、非参加の問題を十分に解決できないことも、以上の分析結果から示唆される。最後まで有意な効果をもつ性別と親の教育レベルについて、この点を補足する。貧困に関するあらゆる要因を統制した上でも、女性は男性に比べて18歳時に非参加となる確率が高い。親の教育レベルは、モデル(i)と(j)でも依然として有意な効果をもち、特にモデル(j)ではフルタイム就学の独立した効果が消えた後でもなお、有意な効果をもち続けている。就学するか否かは、当然のことながら世帯所得だけではなく、先述したように親

の教育レベルの影響が現れるリテラシーや学業成績、さらにはアスピレーションにも左右されることからこうした結果が生じると考えられる。また、親の教育レベルは本人の進学後の学業成績や就学を継続する意欲に対しても影響を与えていると予想され、そのことがこの変数の効果を持続すると

いう解釈も可能である。そうであれば、単に所得補助によってフルタイム就学の機会を得られるかどうかだけでなく、その機会を本人が有効利用するかどうか、後に非参加となるリスクに影響することを示す。

表1 18歳時の教育と職業への非参加についてのプロビット・モデルの推定結果

	(a)		(b)		(c)		(d)		(e)	
	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.
性別(女性基準)	-0.447	0.204 *	-0.513	0.211 *	-0.517	0.215 *	-0.492	0.215 *	-0.496	0.218 *
エスニシティ(マイノリティ基準)	0.134	0.562	0.152	0.565	0.180	0.567	0.145	0.594	0.184	0.596
16歳時の世帯所得(対数)	-0.711	0.261 **	-0.669	0.280 *	-0.597	0.284 *	-0.508	0.289 +	-0.457	0.293
19-21歳時の平均世帯所得(対数)	-0.124	0.268	-0.073	0.271	-0.002	0.275	0.018	0.277	0.066	0.280
誕生時の母親の年齢			-0.042	0.025	-0.040	0.025	-0.039	0.025	-0.037	0.025
16歳時の世帯類型(両親世帯基準)			-0.099	0.304	-0.223	0.324	0.037	0.312	-0.070	0.331
16歳時の世帯の就業状況(就業基準)					0.548	0.290 +			0.444	0.299
母親の教育レベル(資格あり基準)							0.574	0.222 *	0.526	0.227 *
定数	6.682	2.323 **	6.898	2.395 **	5.376	2.528 *	4.167	2.606	3.092	2.723
-2 ln L	193.65		190.33		186.84		183.71		181.54	
df	4		6		7		7		8	
p	0.001		0.001		0.001		0.000		0.000	
サンプルサイズ	322		322		322		322		322	
	(f)		(g)		(h)		(i)		(j)	
	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.	$\beta$	S.E.
性別(女性基準)	-0.508	0.210 *	-0.561	0.216 **	-0.567	0.220 *	-0.539	0.219 *	-0.544	0.222 *
エスニシティ(マイノリティ基準)	-0.097	0.568	-0.069	0.571	-0.037	0.573	-0.055	0.597	-0.017	0.599
16歳時の世帯所得(対数)	-0.636	0.264 *	-0.595	0.281 *	-0.529	0.286 +	-0.458	0.289	-0.411	0.293
19-21歳時の平均世帯所得(対数)	-0.040	0.274	-0.007	0.276	0.054	0.279	0.064	0.280	0.108	0.283
誕生時の母親の年齢			-0.038	0.026	-0.035	0.026	-0.035	0.025	-0.033	0.026
16歳時の世帯類型(両親世帯基準)			-0.049	0.308	-0.172	0.328	0.073	0.316	-0.034	0.334
16歳時の世帯の就業状況(就業基準)					0.523	0.297 +			0.428	0.305
母親の教育レベル(資格あり基準)							0.531	0.224 *	0.487	0.228 *
16歳時のフルタイム就学(就学以外基準)	-0.546	0.225 *	-0.509	0.228 *	-0.491	0.231 *	-0.458	0.231 *	-0.449	0.234 +
定数	5.790	2.392 *	6.023	2.457 *	4.650	2.575	3.700	2.623 *	2.702	2.733
-2 ln L	187.85		185.44		182.41		179.87		177.94	
df	5		7		8		8		9	
p	0.000		0.0003		0.000		0.000		0.000	
サンプルサイズ	322		322		322		322		322	

注： \*\* p<.01, \* p<.05, + p<.10.

## V 結論

若者のライフチャンスの平等を目的とした所得再分配政策に実効がなければ、その公共支出が非効率的になるばかりか、目的とする平等が達成されないという問題が生じる。本稿は、実際にイギリスで導入されている貧困政策(EMA)を念頭に置きつつ、18歳時の教育と職業への非参加に対する16歳時の世帯所得の効果について分析した。その結果、世帯所得が非参加率を決定する要因となっているように見えたが、より詳細に検討すると、本人がフルタイム就学したかどうかはその直接の要因として重要であることが明らかとなった。そのため、教育への投資を条件とした所得再分配政策、すなわち社会保障よりも教育訓練を重視しようというイギリスの貧困政策の方針は妥当であると言える。

しかしながら非参加の問題は、義務教育以降の就学を可能とする所得補助によってすべて解決するわけではない。この点については分析結果の解釈でも最後に触れたが、再びその論点に立ち戻り、今後の実証分析の課題を指摘する。まず、世帯所得を一定とした場合にも親の教育レベルが非参加率に影響を及ぼすことから、義務教育以前と以降のどちらにおいても、親の教育レベルが子どもの学業成績や就学に影響を及ぼす経路を断ち切る必要がある。各世帯への所得分配とは別の意味での社会的な教育投資の重要性が示唆される。このような政策インプリケーションの妥当性を検討するため、リテラシー、学業成績やアスピレーションについての変数を用いたさらなる実証分析が求められる。この問題把握は既に多くの先行研究で共有されているが、本稿の結果もその意義を強調することとなった。

一方、貧困対策としての教育投資を考えると、ききにそれほど着目されていないのは、教育達成をその後の参加へと結びつけられない場合の問題である。本稿では踏み込むことができなかったが、

非参加に対する性別の効果がこの問題を浮き彫りにする。世帯所得を含めた他の条件を一定としたとき、女性のほうが18歳時に非参加に陥る確率が高いという傾向は一貫して確認された。だが、現在のイギリスで教育における男女差としてイシューとなっているのは、就学前の認知的スキルから、学業成績、義務教育以降の中等教育就学率に至るまで、女性の優位である(West and Pennell 2003)。なぜ教育達成がその後の非参加を必ずしも防止することができないのか。これを明らかにすることは、所得の再分配により教育訓練の機会を提供する貧困政策だけでは不十分な点について見極め、参加の促進を目的とした、より包括的な政策インプリケーションを導くための鍵となる。

日本でも、教育にも職業にも参加しない若者の存在が注目されている。高度に発展した産業社会として、日本とイギリスには社会移動の構造に共通点もあると考えられ、教育訓練を重視した類似の貧困政策が有効であると予想される。そのため、日本の調査データが入手できない間は、イギリスに関する知見も参照に値するだろう。しかし長期的な視野に立てば、日本でも適切な調査データが収集され、独自の実証分析によって貧困政策の根拠となる知見が出されることが望ましい。

投稿受理(平成17年11月)

採用決定(平成18年2月)

### 注

- 1) BHPSにおける「世帯」とは、Office for National Statisticsが採用している定義に従い、住所が同じで、住居または一日に少なくとも一度は食事をともにするメンバーのことである。先に挙げたHBAIもこれに従っている(DWP 2005)。
- 2) BHPSのサンプリング方法に関して、調査対象となる個人は個々独立に選ばれているのではなく、世帯と地域といったより大きなクラスターを通じて選ばれているという点に注意する必要がある。このことは統計的検定の前提に反してしまう。世帯所得の効果を分析する場合には、世帯を共有するきょうだいの類似性が特に問題となる可能性がある。しかし、クラスター

を考慮に入れずに分析を行った場合の推定結果の歪みは極めて小さいことが報告されているため (Lambert 2001)、本稿でも特別な処置は取らずに分析を行うことにする。

- 3) こうして作成した擬似コーホート・サンプルは、厳密にはある調査年の母集団について一般化することを目的としていないため、サンプルの脱落や無回答を調整するための重み付けは行っていない。異なる調査年のデータをプールしたものに重み付けすることは不適切であると指摘されている。また、回帰分析を行う場合の重み付けには、重みが標準誤差を増大させる可能性があるため賛否両論ある (Buck and Gershuny 2005)。
- 4) 変数の単純集計と基本統計量を付表1に示す。
- 5) BHPSのデータで同様の手法を採用している Blanden and Gregg (2004)は、18歳から21歳までの平均世帯収入を用いている。
- 6) この調整は、世帯の人数と構成 (大人と子どもの数)

を考慮に入れ、実際の生活水準を表す指標を求めることを目的としている。この方法はHBAIでも用いられており、詳細はDWP (2005)のAppendix 2を参照のこと。BHCの難点は、大都市で住居の質とは不釣合いに住居費が高い場合に、生活水準を正確に反映しないことである。しかしAfter Housing Costs (AHC)を用いたとしても、BHCとは逆に、質の高い住居に高額な支出をすることからもたらされる生活水準を過小評価するという限界が残される (DWP 2005)。本稿は、Bardasi and Jenkinsの貢献により入手可能になっているBHCの変数を採用した (Bardasi and Jenkins 2004)。

- 7) 分析の結果、本稿のサンプルでは恒常所得の効果は有意ではないが、理論的にはII節で説明したように、恒常所得の効果を経済制した上で16歳時の現在所得の効果を確認するほうが説得的である。また、恒常所得の変数を投入することによって $\beta_1$ の値が減少する点は、16歳時の就学を従属変数としたBlanden and Gregg (2004)の分析と一致している (ただし、その論

付表1 変数の単純集計と基本統計量 (n=322)

変数	全体 (%)	男性 (%)	女性 (%)
<b>18歳時の就学・就業状況</b>			
就学 (フルタイム)	44.4	43.6	45.2
就業	40.7	43.6	37.6
職業訓練	4.7	6.1	3.2
失業	7.8	6.7	8.9
その他 (主に家事従事)	2.5	0.0	5.1
			非参加
<b>16歳時の就学・就業状況</b>			
就学 (フルタイム)	77.3	74.6	80.3
就業	13.4	17.0	9.6
職業訓練	5.6	5.5	5.7
失業	3.7	3.0	4.5
<b>性別</b>			
男性	51.2		
女性	48.8		
<b>エスニシティ</b>			
ホワイト	96.6		
その他のエスニック・グループ	3.4		
<b>16歳時の世帯類型</b>			
両親	86.7		
単親	13.4		
<b>16歳時の世帯の就業状況</b>			
親のどちらかが就業	90.1		
親がどちらも (単親世帯の場合は母親が) 非就業	9.9		
<b>母親の最終的な教育資格</b>			
大学以上	6.5		
高等職業資格	20.2		
Aレベル	5.3		
Oレベルまたはそれと同等の資格	28.3		
Oレベル未満	10.6		
無資格	29.2		
	平均値		標準偏差
16歳時の世帯所得 (対数)	9.49		0.46
19-21歳時の親の平均世帯所得 (対数)	9.81		0.45
誕生時の母親の年齢	26.18		4.11

文では16歳時の現在所得の限界効果のみが報告されている)。

#### 参考文献

- Bardasi, Elena, and Stephen P. Jenkins. 2004. *Documentation for Derived Current and Annual Net Household Income Variables, BHPS waves 1-12*. Colchester: UK Data Archive.
- Blanden, Jo, and Paul Gregg. 2004. "Family Income and Educational Attainment: A Review of Approaches and Evidence for Britain." *Oxford Review of Economic Policy* 20:245-263.
- Bradbury, Bruce, and Marcus Jäntti. 2000. "Child Poverty Across the Industrialised World: Evidence from the Luxembourg Income Study." Pp. 11-32 in *Child Well-being, Child Poverty and Child Policy in Modern Nations: What Do We Know?*, edited by Koen Vlemminckx and Timothy M. Smeeding. Bristol: Policy Press.
- Bradbury, Bruce, Stephen P. Jenkins, and John Micklewright. 2001. "Conceptual and measurement issues." Pp. 27-61 in *The Dynamics of Child Poverty in Industrialised Countries*, edited by John Micklewright, Bruce Bradbury, and Stephen P. Jenkins. New York: Cambridge University Press.
- Buck, Nick, and Jonathan Gershuny. 2005. *BHPS 2 Day Introductory Training Course*. Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex.
- Clark-Kauffman, Elizabeth, Greg Duncan, J., and Pamela Morris. 2003. "How Welfare Policies Affect Child and Adolescent Achievement." *American Economic Review* 93:299-303.
- DfES (Department for Education and Skills). 2005. "Education Maintenance Allowance: Be in the Know." <http://www.dfes.gov.uk/financihelp/ema/>.
- Duncan, Greg J., and Jeanne Brooks-Gunn (Eds.). 1997. *Consequences of Growing Up Poor*. New York: Russell Sage Foundation.
- DWP (Department for Work and Pensions). 2005. *Households Below Average Income: An Analysis of the Income Distribution 1994/5-2003/04*. Leeds: Corporate Document Services.
- Ermisch, John, and Marco Francesconi. 2001. "Family Structure and Children's Achievements." *Journal of Population Economics* 14: 249-270.
- Ermisch, John, Marco Francesconi, and David J. Pevalin. 2001. *Outcomes for Children of Poverty*. DWP Research Report 158. Leeds: Corporate Document Services.
- Gregg, Paul, and Stephen Machin. 2000. "Childhood Disadvantage and Success or Failure in the Labour Market." Pp. 247-288 in *Youth Employment and Joblessness in Advanced Countries*, edited by David Blanchflower and Richard B. Freeman. Chicago: University of Chicago Press.
- Gregg, Paul, Susan Harkness, and Stephen Machin. 1999. *Child Development and Family Income*. York: York Publishing Services for Joseph Rowntree Foundation.
- Hill, Martha S., and Stephen P. Jenkins. 2001. "Poverty among British Children: Chronic or Transitory?" Pp. 174-195 in *The Dynamics of Child Poverty in Industrialised Countries*, edited by John Micklewright, Bruce Bradbury, and Stephen P. Jenkins. New York: Cambridge University Press.
- Hills, John. 2004. *Inequality and the State*. Oxford: Oxford University Press.
- Hobcraft, John. 2002. "Social Exclusion and Generations." Pp. 62-83 in *Understanding Social Exclusion*, edited by John Hills, Julian Le Grand, and David Piachaud. Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, Paul S. 2001. "Individuals in Household Panel Surveys: Dealing with Person- group Clustering in Individual Level Statistical Models Using BHPS Data." in *British Household Panel Survey Research Conference*. University of Essex, Colchester, UK.
- Mayer, Susan E. 1997. *What Money Can't Buy: Family Income and Children's Life Chances*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McLanahan, Sara S. 1997. "Parent Absence or Poverty: Which Matters More?" Pp. 35-48 in *Consequences of Growing Up Poor*, edited by Greg J. Duncan and Jeanne Brooks-Gunn. New York: Russell Sage Foundation.
- Middleton, Sue, Sue Maguire, Karl Ashworth, Kate Legge, Tracy Allen, Kim Perrin, Erich Battistin, Lorraine Dearden, Carl Emmerson, Emla Fitzsimons, and Costas Meghir. 2003. *The Evaluation of Education Maintenance Allowance Pilots: Three Years Evidence, A Quantitative Evaluation*. DFES Research Report 499. Nottingham: DFES Publications.
- Moser, Claus. 1999. *Improving Literacy and Numeracy: A Fresh Start*. London: Department for Education and Employment.
- Sen, Amartya 1993 "Well-Being and Capability." Pp. 30-53 in *The Quality of Life*, edited by Martha C. Nussbaum and Amartya Sen. Oxford: Oxford University Press.
- SEU (Social Exclusion Unit). 1999. *Bridging the Gap: New Opportunities for 16-18 Year Olds Not in Education, Employment or Training*. London: The Stationery Office Ltd.

- Sigle-Rushton, Wendy. 2004. *Intergenerational and Life-course Transmission of Social Exclusion in the 1970 British Cohort Study*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics.
- Taylor, Marcia F. (ed.) with John Brice, Nick Buck, and Elaine Prentice-Lane 2005. *British Household Panel Survey User Manual Volume A: Introduction, Technical Report and Appendices*. Colchester: University of Essex.
- Townsend, Peter. 1979. *Poverty in the United Kingdom: A Survey of Household Resources and Standards of Living*. Harmondsworth: Penguin.

West, Anne, and Hazel Pennell. 2003. *Underachievement in Schools*. London: RoutledgeFalmer.

[付記] 本稿は、文部科学省科学研究費補助金の交付を受けた研究成果の一部である。BHPSのデータはUK Data Archiveから入手した。このデータはエセックス大学のESRC Research Centre on Micro-social Change(現在はInstitute for Social and Economic Researchに編入されている)によって収集された。分析の誤りと解釈の責任は筆者のみが負う。

(うづき・ゆか 日本学術振興会特別研究員)

## 高木邦明著『オーストラリアの障害者福祉』

(相川書房、2005年)

本田 達郎

### I はじめに

わが国の障害者施策については、関連する分野を含め近年種々の改革が行われている。2000年に65歳以上の高齢者については一元的に介護サービスを提供する介護保険法が施行され、また、同年の社会福祉基礎構造改革の一環として障害者福祉サービスの提供について2003年4月から従来の措置制度から支援費制度が導入されたところである。また、2005年には、支援費制度導入以降の居宅サービスの利用の増加に適切に対応した安定的・効率的な制度を目指し、障害の種別にかかわらず一元的にサービスを提供する仕組みの創設等を内容とした障害者自立支援法が成立し、2006年4月から施行される<sup>1)</sup>。しかし、改革の動きはこれで終わりではない。この障害者自立支援法の成立に当たっては、障害者等の範囲や就労の支援を含めた障害者等の所得の確保に係る施策の在り方について検討を行い、その結果に基づいて必要な措置を講ずる旨の検討規定が法律の附則に盛り込まれている。また、2005年の介護保険法の改正の附則においては、65歳未満の障害者に対する介護サービスに関して「政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成21年(2009年)度を目途として所用の措置を講ずる」とされており、障害者施策に関する改革の

動きは今後も続く見込である。

このような中で諸外国の障害者施策の内容や改革の動向についてわが国との比較を行うことは意義のあることである。また、オーストラリアの障害者福祉施策については、比較的よく知られている同国の高齢者福祉施策に比べて、その沿革、施策の体系、対象者数等の各種統計資料、改革の動向やこれらから浮かび上がる諸課題について現地での実践活動もまじえて取り上げた著書は知り得る限りほとんど皆無である。このように、本書は、時宜を得ていることおよびこれまでの研究蓄積が少ない分野に焦点を当てたことにおいて意義のある著書であると言える。

### II 各章の概要と考察

本書は、第1章：オーストラリアの障害者福祉の変遷、第2章：重度障害者の地域ケア、第3章：障害者の状況と福祉サービス体系、第4章：連邦・州政府障害者協定(CSDA)の締結と見直し、第5章：在宅・地域ケア事業(HACC)と障害者支援、第6章：施設福祉から地域福祉へ/脱施設化の動向、補遺(抄訳)：施設閉鎖：脱施設化に関する洞察と意見という構成となっている。以下、各章の概要とそれに対する考察を述べる。

第1章は、オーストラリアの障害者福祉の変遷について、19世紀前半以降を、1981年の国際障害者年の前後で区切って概観している。第6章の



オーストラリアにおける脱施設化の沿革においても意味を持っているが、19世紀末までは収容保護が主であったことが指摘されている。一方、同国の社会保障・社会福祉政策の見直しの中で障害者福祉が1980年代後半から抜本的に見直された<sup>2)</sup>ことは、1981年の国連・障害者年やその前後のノーマライゼーションの理念の浸透という国際的な動きと通じている。この点は、国際的な潮流が各国の社会システムに影響を与えている例といえる。また、選別的・限定的性格が強いものの世界に先駆けて20世紀初めにオーストラリアで廃失年金(invalid pensions)<sup>3)</sup>が導入された事実も興味深い。

第2章は、2カ所の重度障害者デイサービスセンターの実践活動に参加して観察・経験したことおよびそれに基づく考察が述べられている。「マンリーワリングCA」という通所施設においては、爬虫類公園へのピクニック、室内温泉プールでの水治療訓練、アートセラピーといった地域社会参加のプログラムがきめ細かく実施されている様子が記述されている。また、「ミニンバATC」という施設においては、近くの公園へのドライブや室内装飾(クリスマスの飾り付け)活動といった地域社会参加プログラムの体験が記述されている。これらの活動の中には、地域社会参加の目的が十分に達成されているとみられるプログラムがある一方で、利用者も職員も戸惑いがあり目的が十分に達成されていないとみられるプログラムもあると考えられる。室内装飾について「(スタッフが)特別に利用者に語りかけることもなし、自分のペースで進めているように見える。7人の利用者はただそこにいるという感じである。」(p. 39)と観察されているように、ピクニックや水治療等と比べて、アートセラピーや室内装飾における地域社会参加の実施は容易ではないのであろう。この章の考察において、「(地域社会参加促進)の実施で重度の障害を持つ人の生活・活動の場を確保する」といった形での統合は確実に図られているように見えた一方で、人

と人とのふれあいや心の交流といった機能的・社会的な統合を実質的なものにしていくことについては、オーストラリアでも今後解決していく課題として抱えているとの印象を拭えなかった。」(p. 46)と観察されているのが印象深い。

第3章は、オーストラリアにおける障害者の状況と障害者福祉サービスの制度内容や実施体制について述べられている。制度が障害者を対象とした個別法と関連一般施策によって構成されていることや手帳制度が存在していることなどがわが国と共通している点であり、所得保障制度について種類が多く就労施策と結びついていることや在宅・地域ケア事業(HACC)において障害者と高齢者の双方が対象とされていることなどがわが国と異なっている点と指摘されている。オーストラリアとわが国の両方の障害者施策に通暁した研究者ならではの明快な分析であると思われる。ただし、関連一般施策について、保健サービスや雇用就労支援が障害者に対してどのように実施されており、どのような課題があるかについてさらに詳しい分析がなされれば、近時わが国でも注目されている論点であるだけに、さらに示唆に富む分析となるのではないかと考えられる<sup>4)</sup>。

第4章は、連邦・州政府障害者協定(CSDA)の締結と見直しについて、連邦と州・準州政府がそれぞれ障害者支援サービスに対して、資金援助をどのように行っているか、1991年の第1次協定から1998年の第2次協定に移行するに当たってどのような方向を目指すべきとされたのかなどについて分析されている。オーストラリアの障害者福祉に関する連邦と州の役割や責任の分担を定めている協定の見直しの作業において、さまざまな提言がなされ、オーストラリアの障害者福祉が抱える課題とそれらの解決の方向について熱心な議論がなされているのが興味深い。また、わが国では、地方分権や近年の三位一体改革などを背景に、福祉サービスの実施主体としては地方公共団体(特

に市町村)が中心となってきたのに対して、連邦国家であるオーストラリアにおいては、もともと州・準州政府の権限であった障害者福祉行政に連邦政府が1980年代以降関与してきて州・準州政府との間で障害者支援施策における役割分担を行いながら進められるようになってきている。戦後改革後の一時期は別として、近年の日本とは逆の動きが見られるのも興味深い<sup>5)</sup>。

第5章は、高齢者と障害者の両方に介護サービスを提供している、在宅・地域ケア事業(HACC)について、その沿革、近年の動向、オーストラリアにおける関係者からのヒアリングの結果がまとめられている。HACCは、わが国で現在議論されている高齢者と障害者の介護サービスの統合について参考となる先行事例として注目されるものである。関係者からのヒアリングの中で、HACCのサービス利用において高齢者では利用者数は多いが一人当たりのサービス利用量は少ないのに対して、障害者では利用者数は高齢者に比べて少ないが一人当たりの利用量あるいは利用量全体は多いこと、障害者に対するケアマネジメントは高齢者のそれよりも不十分な状況であることなどが指摘されている。この章で特に示唆的と考えられるのは、高齢者と障害者の両方に対する介護サービス提供制度であるHACCにおいても、デイケアについて高齢者は利用するが若年障害者は利用していないこと、あるいは高齢者と若年障害者の両方を対象としているデイケアはないことに見られるように一つの制度の中でも高齢者と若年障害者がすべてのサービスを共通に利用している訳ではないという事実である。制度として統合・一体化をするにしても利用者の各々のニーズに応じたサービス内容の構築の必要性が導き出されていると考えられる。

第6章は、今日のオーストラリアにおいては引き続き、地域に暮らすことが障害者の共通の目的とされ、そしていわゆる「脱施設化」が各行政の明白

な政策となっていることを踏まえ、同国の障害者福祉分野における「脱施設化」の動向が探られている。そもそも、「脱施設化」のアンチテーゼである入所施設の在り方が、元の宗主国イギリスの19世紀の「院内救済」まで遡るといふ指摘は興味深い。また、従前は入所施設に入所していた利用者が、「脱施設化」を経験した際に、当初は悲しんだが長い期間を経て、グループホームでの自立した自由な生活を現在では喜んでいるのも印象的である。そして、この章のまとめでは、「脱施設化」が、施設から地域社会に移行する障害者の選択と自立を本当に促進するためにはさまざまな課題や条件があることが幅広く示されている。

### III 全体的考察

最後に全体を通しての考察を述べる。

第一に、本書のはしがきにおいて「オーストラリアは、社会福祉・社会保障の最先進国の一つとして従来から知られてきた。」(はしがき p iv)とされているが、本書においてはオーストラリアの障害者福祉についてもさまざまな課題があることが浮かび上がっている。例えば、第2章においては、地域社会参加促進の実施に当たり人と人とのふれあいや心の交流といった機能的・社会的な統合を実質的なものにしていくことは今後の課題とされている。第5章においては、HACCにおける高齢者と障害者のサービス利用において両者の完全な統合が難しいことが浮かび上がっている。また、第6章では「脱施設化」について肯定的な見方と批判的な見方のいずれもが指摘されている。これらのことが、第2章では現地において実際の活動に参加した経験、第5章では現地の関係者からのヒアリングの結果、第6章においては現地における議論を整理したものをもとに、特定の立場に偏ることなく客観的に分析がなされており、同国の抱える課題を知り、わが国への政策的含意を考える

上で貴重なものとなっていると考えられる。

第二に、本書は1980年以降2000年までのオーストラリアの障害者福祉の状況を中心に分析しているが、わが国における障害者施策の動向の変化の早さを考えると、オーストラリアについても2000年以降の動向(例えば、「脱施設化」の最近の動向等)について、別の機会に取り上げて欲しいと思う。

第三に、はしがきにおいても本書の筆者自らが認めるとおり、過去に投稿した論文を結果的にそのまま使うことが多かったため、本書の構成がやや前後するところや重複するところがあるように思われる。例えば、第3章のサービス体系の記述の前に重度障害者の地域ケアの実践活動の報告が述べられているが、サービス体系が前にあった方が読者の理解にとっては良かったのではないかと考えられる。また、重ねて述べた方が良いのかも知れないが、第2章において重度障害者の地域ケアの展開の経緯を述べているところは第1章の変遷の一部と重複している。本書の改訂をする際にさらなる手直しがあれば本書はオーストラリアの障害者福祉論の代表的研究として評価されるものとなるのではないかと考えられる。

#### 注

- 1) 旧居宅系のサービスの新支給決定手続きの実施、利用者負担の見直し、公費負担医療の見直しは2006年4月から施行されるが、障害福祉計画や施設・事業の新体系への移行は2006年10月から施行される。また、障害程度区分の見直しや施設・事業の新体系への移行は2006年10月以降も段階的に行われる。

- 2) 「社会保障の充実のほかに、他文化主義、アジア重視の外交姿勢、製造業の国際競争力強化重視、労使関係改革とストライキ件数の激減など、現代オーストラリアの特色といえる動きは1980年代後半以降に本格化したものである。」西村「先進諸国の社会保障② ニュージーランド・オーストラリア第11章」(1999)(p.210)という分析にもあるように、1980年代後半はオーストラリアの社会全体にとって大きな転換期であったと考えられる。
- 3) 本書においても明示されているが、現在では障害年金(Disability Support Pension)となっている。
- 4) 就労支援については、わが国においても、障害者自立支援法において日中活動事業としての就労移行支援事業等の創設やハローワーク等との緊密な連携を市町村の責務とすることが盛り込まれるとともに、障害者の就業機会の拡大を目的とした障害者の雇用の促進等に関する法律の改正が行われるなど、重要な課題となっている。
- 5) わが国の障害保健福祉行政においては、これまで、1993(平成5)年に身体障害者福祉法の入所事務が町村へ、知的障害者福祉法の事務が指定都市へ、1996(平成8)年に精神保健福祉法の事務が指定都市へ、2002(平成14)年に精神保健福祉法の在宅サービス事業(ホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム)が市町村へ、2003(平成15)年に知的障害者福祉法の短期入所等が市町村へ委譲されている。

#### 参考文献

- 京極高宣2005『介護保険改革と障害者グランドデザイン—新しい社会保障の考え方—』中央法規
- 京極高宣2005『障害者自立支援法の解説』全国社会福祉協議会
- 小松隆二・塩野谷裕一編1999『先進諸国の社会保障② ニュージーランド オーストラリア』東京大学出版会
- 柴谷倭子1999『オーストラリアの高齢者福祉』中央法規(ほんだ・たつお  
国立社会保障・人口問題研究所企画部長)



## 『海外社会保障研究』執筆要領

### 1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字(図表を含む)  
本文のほかに要約文(400字以内)およびキーワード(3～5語)を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字(図表を含む)
- (3) 動向：8,000字(図表を含む)
- (4) 書評：6,000字

### 2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3)…→①②③…→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・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

### 3. 引用

本文中の引用の際は、出典(発行所、発行年)を明記してください。

### 4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要などときには、西暦の後に( )入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

### 5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

### 6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

### 7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997 「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」 藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63-87.

檜原朗 1998 「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56-72

新藤宗幸 1998 「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260-267



## 海外社会保障研究 投稿規程

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限りません。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名され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。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。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 原稿の送り先、問い合わせ先      〒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  
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係  
Tel: 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816  
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

### 編集委員長

京極 高宣 (国立社会保障・人口問題研究所長)

### 編集委員

岡 伸一 (明治学院大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

沙 銀華 (ニッセイ基礎研究所主任研究員)

高橋 紘士 (立教大学教授)

武川 正吾 (東京大学教授)

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

島崎 謙治 (同研究所・政策研究調整官)

本田 達郎 (国立社会保障・人口問題研究所企画部長)

小島 宏 (同研究所・国際関係部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

### 編集幹事

米山 正敏 (同研究所・企画部第1室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)

菊地 英明 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

佐藤 格 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

## 海外社会保障研究 No. 154

平成18年3月31日発行

ISBN 4-900849-84-7

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

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3丁目27番11号

祐真ビル新館12階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: [books@infoasia.co.jp](mailto:books@infoasia.co.jp)

homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062

# THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

---

Spring 2006 No. 154

---

## Special Issue: International Trend on Interaction between Long-term Care Policy and Disability Policy

Foreword.....	Takanobu Kyogoku
Current Situation and Overview of the Policies for Caring for the Elderly and the Disabled in Japan .....	Yoshiki Minemura
Relation between Care Benefits and Participation-oriented Benefits in Germany .....	Katsuaki Matsumoto
Policies and Measures for Caring for the Elderly and the Disabled in the Netherlands.....	Tatsuo Ihara
Long-term Care Policy and Disability Policy in UK .....	Hideharu Uemura, Masaaki Yanagida
Policy for Caring for the Disabled in Sweden: Considering the Differences from the Elderly Care Policy .....	Yoshitaka Okumura, Tomonori Izawa
Administrative Reform of Local Government regarding Welfare for the Disabled and the Elderly in Denmark .....	Hikaru Shimogaki
Long-term Care (Support) for the Disabled and the Elderly in U.S.A. ....	Seichi Kitano

## Article

The Effect of Poverty on the Non-participation of Young People in Education or Employment in the UK: Implications for Anti-poverty Policies and Further Research.....	Yuka Uzuki
--	------------

## Book Review

Kuniaki Takagi <i>Disability Services in Australia</i> .....	Tatsuo Honda
---	--------------

---