

# ヒューマンケア通信 (Vol.17 H23 年8月 1日)

## = 迷走する障碍制度 (1) =

今回は、読者の方からあった下記の問いかけについて 私の考え、2回にわたりまとめてみます。

現在、障害者自立支援法の廃止を前提に新制度（総合福祉法）が検討されている。障害者自立支援法を検討する際に、介護保険制度との一体的運用も視野に入れられていた。誰もが受給対象となるという意味での社会保険制度の考え方に障碍給付というのはなじまないのでは？という疑問は当時からあったが、障碍制度と介護保険の一体的運用のメリットとデメリットや今後の方向性について意見を聞きたい。

### <障害者自立支援法が必要だった理由～支援費制度の失敗>

障害者の自己選択・自己決定を前提としたノーマライゼーションの実現を目指して、「社会福祉基礎構造改革」との理念を基に、支援費制度として、2000年の制度改正、3年の準備期間を経て2003年4月に施行されました。しかし、財政的な措置が脆弱なままの制度実施のため、サービス利用が急激に増加したことで、施行初年度から数百億単位で資金不足が顕在化し、事実上、財政破綻を来しました。

この財政破綻は、利用者の急増、1人当たりの利用時間・時間当たり単価の上昇、給付率の上昇により生じたものですが、その発生要因は、

「措置（行政決定）から契約へ（自由契約）」  
「支給上限、支給基準なし」  
「利用者負担の軽減（扶養義務者負担単純廃止）」  
「介護保険との均衡を理由に単価引き上げ」  
という、現実的な制度整備が全くないままに、理念先行で実施されたことに起因しています。

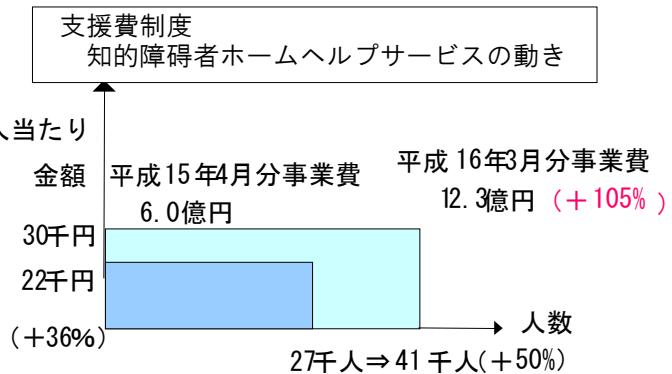
後日、財務省の主計局（国の予算を担う局）の厚生労働担当の責任者に、なぜ、この制度を合意したのか？と聞いたことがあります。その答えは、「財務省の中でも、後日、問題になったが、当時は予算非関連法案だったので、その問題を見逃した」というものでした。

通常、予算支出に大きな影響を与える法案は、財務省の了解を得ないと国会に提出できないのですが、毎年の予算関連法案にどうしても精力を注ぎ、数年後に実施されるような予算非関連法案（その年の予算に関連のない法案）はチェックが甘くなることの狭間で生じた、ある意味、「行政の失敗」の制度です。

また、この支援費制度は、「対象者が身体障碍・知的障碍に限定されていたこと」「サービス体系は基本的に数十年前の旧態依然としたものを温存していたこと」「本来伸ばすべき在宅サービスが負担金ではなく奨励補助金の対象となっていたこと」「障碍別の予算編成が温存され効果的な資源配分ができない状態であったこと」等の構造的な問題も持っていました。

さらに、身体障碍や精神障碍に係る医療費負担の軽減制度（公費負担医療制度）も、実際にかかる費用と予算額に2割近い格差が生じているにもかかわらず、補正予算も編成できず、地方公共団体への国庫の支払いを次年度に遅らせて凌ぐなど、その財政健全化も喫緊の課題となっているなど、2003年（平成15年）当時は、行政として、障碍関係の予算の大きな構造変化が必要とされていた時代です。

幸か不幸か こうした時代に 私は障害保健福祉部に異動し、結果的に この財政問題の解決を担うこととなってしまいました。



## <財政問題解決を念頭に 介護保険移行可能性も視野に制度設計された自立支援法>

障害保健福祉保健部に異動して間もなく、高齢者対策本部に併任になりました。

理由は、当時から、介護保険の見直しの課題であった、介護保険料の納付負担者の年齢を40歳から20歳等に引き下げるといった検討のためです。元々、介護保険の創設時に、現役世代の保険料負担は、親の世代の介護の社会化という観点から40歳以上に限定されていました。言い換えれば、40歳であれば、概ね親は高齢者であり、介護保険の給付を受ける可能性がある＝間接的に給付を受けるという論理です。

この論理からは、保険料負担者の年齢を引き下げる理由は出てきませんので、年齢を引き下げるためには、当該世代への介護給付の可能性＝障害者への給付という切り口が模索されたのです。当時の厚労省の幹部は、この方針の実現可能性の検討に、ご執心でしたが、私を含め若手は冷めた見方をしていました。あまりに支援費制度と介護保険制度の間には、実際の制度面で大きな隔たりがあったからです。

理念面を除き、主な基礎的な制度面での違いは次のような点です。

- ① 障害サービスには介護的なものと訓練的なものが混在している。特に、施設サービスは、施設名称と実際のサービス内容に大きな乖離があった。
- ② 介護保険では、給付決定の段階で第三者によるチェック計画策定があるが、障害サービスでは、そうした標準的な手続きはない。特に、声の大きな方に給付が手厚くなる実態が顕在化していた。
- ③ 在宅サービスについて介護保険では要介護度に応じて上限があるが、障害には上限がない。特に、当時の支援費では、年間2千万使用する人、外国に行って支援費で現地の人を雇う人がいる等の問題も顕在化していた。
- ④ 障害サービスは、施設事業者への報酬は、利用者が実際に行ったかどうかに関わらず月額定額払であり、その結果、利用者は同じ月で日を分けて別のサービスを受ける（週の3日は介護、2日は機能訓練等）ができなかった。
- ⑤ 利用者負担も介護保険は制度上は定率1割（軽減措置等で実際の平均的な負担は8%程度）であるが、障害は所得に応じて定額（実際の平均的な負担は2～3%程度。従前は5%程度であったが扶養義務者負担を単純廃止し軽減された）であった。

こうした基礎的な制度面の違いを無視して、障害制度と介護保険を統合・融合するのは、土台無理な話です。このため、その時は、介護保険制度とは別に、自立して制度改正を行うことを考え、具体的には右表のような方針としました。

このうち、介護保険と関わる3を中心に、「介護系サービスと訓練系サービスを区分」「第三者のマネジメント等の透明性を確保」「障害程度区分・国庫負担の支給基準設定」「報酬の日額払い・同月の複数施設利用可」「利用者負担の定率1割・個別の軽減措置」という枠組みとし、将来の介護保険との融合に関する検討土台としつつ、2005年3月に障害者自立支援法案を国会に提出する段階までたどり着きました。

法案審議中には、社民党の議員から「北川企画官は心の冷たい人」と名指しで質疑の中で言われたり、民主党の議員（後日、厚労省政務官に）から「自殺支援法」と名付けられ、「この法案で自殺した人の数を教えろ」と質問されたりと、思い出深いこともありましたが、紆余曲折を経て何とか衆議院を通過し、間もなく成立という段階で、小泉総理の「郵政解散」に巻き込まれ廃案の憂き目にあい、これで燃え尽きた感が強かった私は、法案の国会への再提出前に、政策担当者から国立病院機構経営へと異動しました。

### <障害者自立支援法案を考えたポイント>

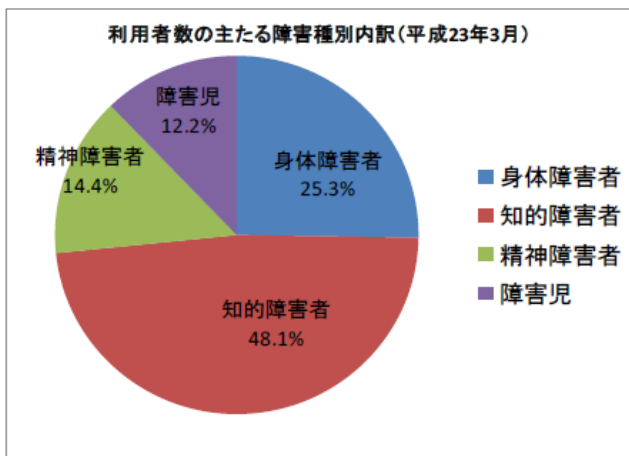
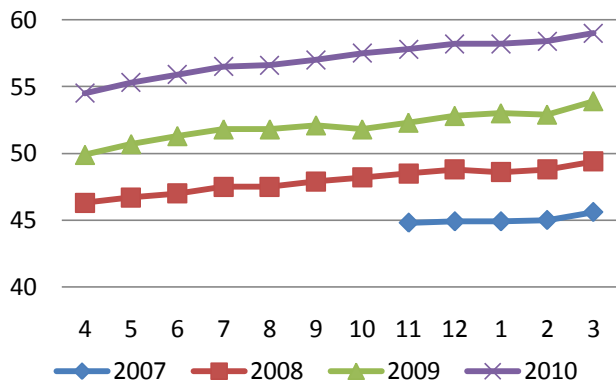
- 1 過去を清算する。
  - 支援費制度の出血を止める
  - 障害に係る公費負担医療の予算不足を解消する
- 2 予算の壁を乗り越える。
  - 義務的経費と裁量的経費の壁を越える
  - 過去の組織沿革そのままの予算構造を解消する
- 3 未来につながる基盤を創る。
  - 既存の給付、サービス体系を全面的に見直す
  - 施設・設備要件を原則なくす等、徹底した規制緩和

## ＜障害者自立支援法の施行後の状況＞

さて、法案成立・施行後、現在まで、障害者自立支援法は、どのようになっているのでしょうか？

まず、利用者数については、当初毎月45万人程度の利用者数だったものが、本年3月には59万人を超え、31%の増加となっています。利用者の構成は、知的障害が1/2、身体障害が1/4、精神障害が1/7となっており、平成20年3月からの伸び率では、精神が約2倍、障害児が約4割の増、知的・身体が約2割の増と、当該法律が当初念頭に置いていた精神障害の地域サービスの充実には、一定の成果を挙げてはいます。

毎月の利用者数の推移(万人)

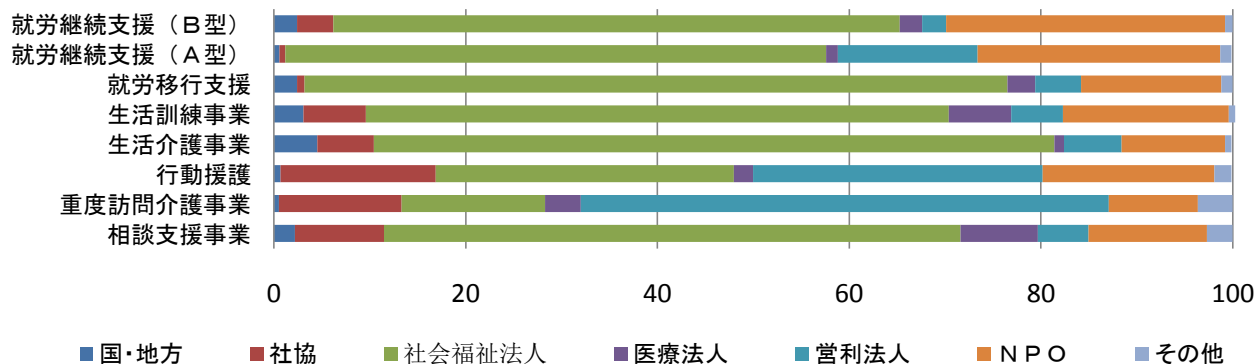


また、サービス別に、2008.1⇒2011.3の増加の状況をみると

- ① 在宅では、行動援護が+77%、児童デイサービスが+68%、ショートステイが+49%、居宅介護が+34%と高い伸びを示しており、在宅全体では約6.3万人の利用者の増加  
(行動援護など適正利用がなされているかは極めて疑問ですが)
- ② 住まいでは、ケアホームが+78%、グループホームが+21%と合計で約2.2万人の利用者の増加。
- ③ 日中活動では、旧法施設からの移行も進み、生活介護が+208%、就労移行支援が+113%、就労継続支援では、A型(雇用)が265%・B型(非雇用)が251%の増加と大きな変化を見せました。

こうした供給拡大には、事業所展開に関する徹底した規制緩和も背景にあります。従来は、ほぼ社会福祉法人の独占供給でしたが、自立支援法では、法人であれば誰でも参入できる(特に就労系を念頭)ようにしたことから、営利法人・NPO法人の構成比が飛躍的に拡大しています。特に、就労継続支援のA型では営利法人の参入が増えており、雇用契約を結ばれる障害者も増え、経営者の能力が相対的に高いA型では賃金水準も高くなっています。この意味では、規制緩和の効果はありました。

## 事業所の設置主体の多様化(構成比)



## < 障害問題に係る現在の課題 >

私が考えるに障害問題に係る現在の課題は、「事業者の質の問題」「障害問題を考える枠組みの問題」「国・地方の財政負担能力の問題」の3点にあると考えます。

私のような業態では、医療・介護・障害の事業者を総称する言葉として、「制度ビジネス」という言葉をよく使います。文字通り、制度を相手にビジネスをするという意味で、①サービスの範囲・値段は国等が決める、②サービスの枠組みに公的な規制等が強い、③サービス対価を利用者は一部しか払わない、といった事業環境の下で、事業者の特徴としては、④他産業等との技術交流をしない(狭い世界)、⑤サービスのアウトカムを数値として示さない、⑥経営問題の解決を事業内部ではなく外部に求める という共通の行動特性もあります。

個人的には、この3つの分野の中で、障害事業者は最も事業管理の水準が最も低レベルにあると考えています。長年、措置制度(行政受託制度)と社会福祉法人制度に守られ、新規参入もほとんどなく、行政の示す通りに行動していれば経営が成立した時代に慣れ切って、自己努力で改善を図るという意識が特に低いようです。就労支援事業では、最大手と思われるCネットグループでさえも、その事業管理の水準としては、個人的な印象では、個人事業並みと言っても過言ではない面が多くあります。

行政はどうしても既存事業者を相手に仕事をしますが、本来、障害者本人にとっては、自分の意欲・能力を伸ばし、達成させてくれる事業者であれば、誰でもよいはずですが、新規参入組のほうが、アウトカムが高い事例が多いと感じる(経営者の手腕の高さ)一方で、既存事業者のサービスの質の向上の面では大きな課題があると言わざるを得ません。極端に言えば、事業者の質が高ければ、どんな制度を作っても大丈夫ですが、逆に、事業者の質が悪ければ、どんな制度を作っても、ただ無駄に金を使うだけになりかねません。現状は、実は制度論以前の、良き事業者をいかに増やすかが、最も大事な課題だと考えています。

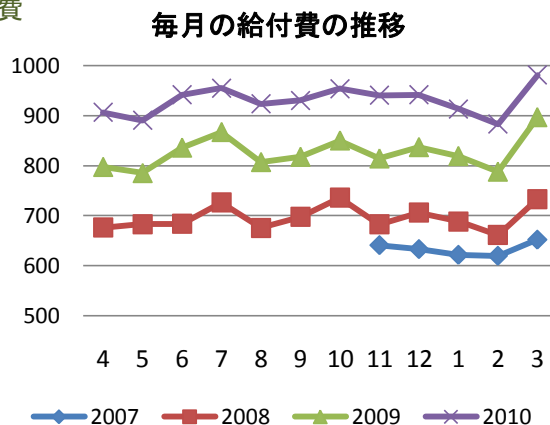
また、障害問題を考える枠組みが全く社会を代表する形ではなく、利用者を隠れ蓑にした事業者よりで議論が進むのも問題と考えています。医療や介護は保険制度であることから、負担者である保険者・利用者サービス提供者である事業者の代表が、ほぼ同数で議論し合意形成を図る形で、各種制度改正の議論が進んでいきます。

しかし、現在、自立支援法廃止後の新制度を検討する「総合福祉部会」の構成は、極めて特徴的な構成です。事業者(肩書は別でも事業者の立場のある人を含む)が4割強、当事者・家族が3割強、学者が1割、負担者である自治体は1割満の構成です。議論の様態・評価は次回に譲りますが、この構成をみるだけで、どのような意見が主流であるかは、皆さんも想像できるはずですが、こうした社会から遊離した「良いところ取り」の議論が流布することは、決して、障害問題の前進にはつながらず、かえって、世の中の不信感を高めるだけにならないかと懸念しています。

最後の課題は、利用者の急増・8割以上を無料にした利用者負担軽減・2009年の破格の5%の報酬改定による、破綻直前の財政状況です。2007年段階では、7千億程度の給付費

が、2010年では1兆1千億と、毎年1千億を超える伸びを示しています。年間1割以上の伸びです、医療費等の伸びからみて、桁違いの伸び方であり、このままで制度が持続することは不可能なことは、国・地方の財政状況から誰でもわかることです。

消費税の5%引上げ(できるかどうか不明ですが)では、年金・医療・介護分を賅うにも足りないことは自明ですし、障害の伸び・充実は、政府与党がまとめた社会保障の財政試算に含まれていません。今後も伸びゆくであろう障害に係る費用をどのようにファイナンスするかは、今のところ誰も考えていません。与党のお手並み拝見です。



今回は、以上のような経過、認識を前提に、介護制度との関係について考えます。

ヒューマンケア・システム研究所  
代表 北川博一