

〔論説〕

## 支援障害者自立支援法がもたらした現状と課題 －障害者とその家族に焦点をあてて－

増山 道康<sup>1)</sup>

### 1 はじめに

社会福祉基礎構造改革により2000年に社会福祉事業法が社会福祉法に改正され、社会福祉サービス提供は、措置から契約による福祉にと大きく変化した。その中で、高齢者福祉は、福祉から保険へという方向に変換され、2000年に介護保険制度が開始となり、2006年までには一部制度の改正が図られた。さらに2008年度からは、75歳以上のいわゆる超高齢者について新たな医療保険制度が開始される予定となっている。

障害者に関しては、介護保険の範囲拡大により20歳以上の全ての国民に介護保険サービスを提供することによって障害者福祉サービスの保険化を図るという議論が行われたが、身体障害、知的障害、精神障害（いわゆる三障害）相互の意見対立が激しく、適用拡大に至らなかった。そのため、措置から契約へという方向のみが強調されることになり、2003年に支援費制度が開始された。これにより、段階的にはあるが、個々の福祉制度実施の責任主体が都道府県から市町村に移行され、より身近なところでのサービス提供・受給が可能となった。反面、市町村ごとに制度的な差異があるといった課題も浮上した。

支援費制度への移行は、身体障害、知的障害のみにとどまり精神障害は従前の補助金によるサービス提供のままで、精神障害の当事者や関係団体は、支援費の適用もしくは介護保険への移行をその後も希求していった。

また、障害やサービスの種類ごとに提供主体が異なる一事業者が細分化されていくため利用しづらいという声も出てきた。さらに、支援費によってサービス量需要が急速に拡大し、制度2年目に早くも国予算を超えるサービス提供料となってしまった。こうした中で、新たな障害者サービス提供の仕組みの模索が始まった。

まず、介護保険への障害者サービスの統合が議論されたが、主として身体障害から支援費継続と介護保険移行への反対が強く出され、2005年度の介護保険見直しに障害者を統合することは断念された。その結果、新たな障害者サービスの方向が提起されることになった。

本小論では、こうした経緯から創設された障害者自立

支援制度の現状と課題について障害を持つ当事者とその家族の意向に焦点をあてて検討を進めていきたい。

### 2 当事者・家族の期待

2004年に障害者福祉の改革に関するグランドデザインが発表された。その基本的な方向は、①福祉サービスの提供に関する事務を市町村移譲し、国・都道府県による支援体制を確立する②サービス受給量に応じて負担が変わる応益的な負担を導入することであった。

理念として「障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念の通り、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設する」ことを掲げている（図1）。

具体的には、障害者の福祉サービスを「一元化」を図り、障害者がもっと「働ける社会」を実現する。また、地域の限られた社会資源を活用できるよう「規制緩和」を行い、公平なサービス利用のために「手続きや基準の透明化、明確化」を進める。

費用については、増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化するために、一方で、利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」を図り、他方では国の「財政責任の明確化」を図る。但し、当事者等の費用負担については、措置から支援費制度への過程でも存続したサービス受給者の「扶養義務者の負担は廃止」し、①家計に与える影響等を勘案し、一定の負担上限（毎月）を設定する②負担率、負担上限は、他の同様の制度等を勘案して設定する③負担能力の乏しい者については低い負担上限額を設定するとしていた。

グランドデザインは、多くの障害者やその家族、特に知的障害、精神障害者の支持を受け、具体的な法制化へと進んでいった。その最大の理由は、前述した「扶養義務者の負担廃止」を身体障害者、知的障害者の家族が歓迎したからであった。また、精神障害は、一部自治体を除けば少額の公的扶助による不安定な経営と他の障害に比べてきわめて限定されたサービスしか提供しかできない

1) 青森県立保健大学健康科学部社会福祉学科

Department of Social Welfare, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

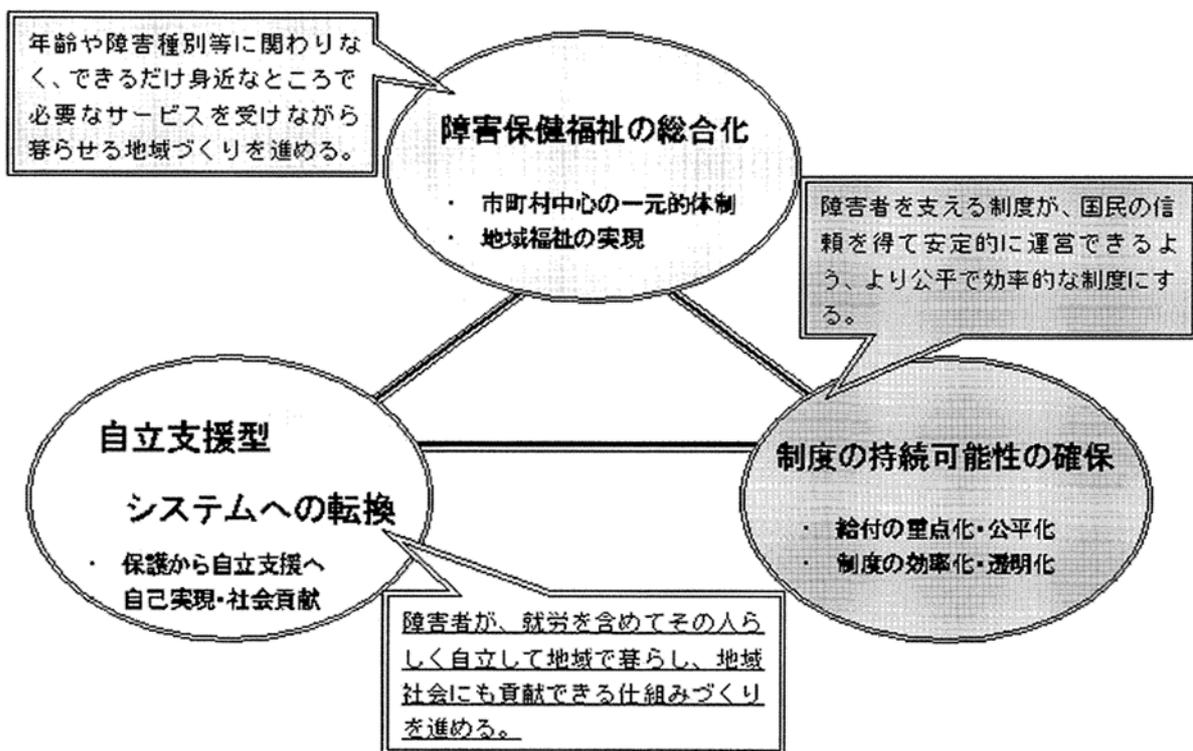


図1 グランドデザインの理念

い状況からの脱却に大きな期待が寄せていた。

### 3 自立支援法策定過程での不安と失望

自立支援法が策定されていく中で、障害の当事者や関係者の期待は不安へと変わり、多くの反対意見が提出されるようになった。

自立支援法は、保険料徴収を伴わない、つまり福祉の保険化とはなっておらず、従来の福祉制度の枠組みの中にとどまっているが、その基本的な制度運用は、介護保険とほとんど同様のものとなっている。従来の障害種別ごとに細分化されていた制度は、障害の程度や就労・生活といった能力に応じたサービス提供に再編され、簡素化され、事業者も広く民間に開放されることになった。こうしたサービス提供方式自体への反対は、当事者からはほとんど見られなかった。

不安の原因は、主として経済的な問題による。更に、満足できるサービス受給水準の確保が副次的な問題としてあげられる。

利用者は、自立度の認定を受け、介護保険と同様のケアプランを作成して必要なサービスを選択し受給する。費用の90%は公費から支出されるが、残りの10%は自己負担となる(図2)。自己負担額は、所得階層別に上限が設けられているが、法律要綱が公表された段階では、その階層区分では、利用できないとする意見が多数出された。また、所得把握が世帯単位とされたため、実質的に

は、「扶養義務者負担」が継続し、家族の負担軽減になっていないとの批判も多かった。

更に、精神障害者保健福祉法32条が廃止されるため、通院費が2倍以上になることへの不安が精神障害の当事者や関係団体から強く表明された。32条では通院費は95%公費負担となっているが、多くの自治体は、上乗せ補助を行っていて、事実上、精神疾患の通院治療は無料である場合が多い。その廃止は、精神科病院入院患者退院促進という施策に反するという意見も出された。

医療費、介護費と同様にいわゆるホテルコストは、ここでいう10%自己負担に含まれない。これまで無料で提供されていた食事や移送(通所の場合を含む)等の費用も自己負担となると、比較的収入の少ない障害者世帯や一人暮らし障害者は、生活保護世帯以下の生活を強いられるのではないかという危惧が多方面から表明された。

自立度認定は、介護保険の要介護認定に準じて策定され、調査項目も概ね介護保険の例を踏襲している。厚生労働省のモニター調査によれば、支援費や精神障害者福祉施策によるサービス提供を受けていた者でも自立支援が要と認定されない事例が報告されている。その内容を見ると、身体障害に対して、知的障害や精神障害が否となる場合が多く出る傾向が読み取れる。介護保険における認知症と同様に、生活支援の実態よりも軽い程度認定になりやすい状況であった。このため制度上経過措置はとられるものの、知的障害、精神障害から多くの不満が

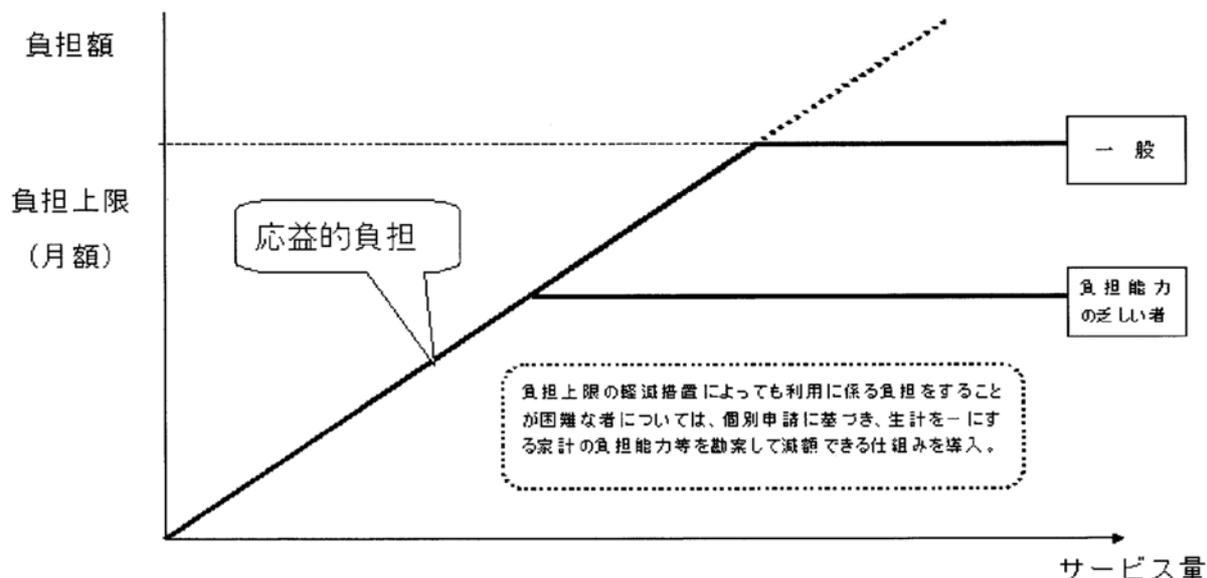


図2 自己負担額決定の仕組み

出された。

また、事業者にとって定員定額から実員実額へ変化する結果、安定した収入確保の困難からサービスの継続や質の低下が置きうるとの指摘や、サービス提供事業者の確保について地域差が大きくなるおそれへの指摘も一部でされた。

こうした不安や、不満に対して、収入が障害基礎年金のみの場合の自己負担分減免や、授産工賃の一定額を所得認定から控除の控除等の対策が打ち出された。さらに、社会福祉法人がその利用者に対して自己負担を減免した場合の補填等、低所得階層へ配慮が行われたが、当事者が十分満足するには、至っていない。

#### 4 制度開始後の自立支援法運用と今後の課題

厚生労働省が行った自立支援制度開始後の利用状況調査によれば、利用中止者の割合は、47都道府県の加重平均で0.73%となっている。その中で、通所施設の利用抑制（中止及び利用日数減等）は、平成18年4月から10月までを累計すると47都道府県の加重平均で4.75%であり、障害児サービスについては、利用者負担を理由に利用を中止した児童の割合は、同期間累計で同じく0.48%となっている。数字的には予想外に低く特に障害児は大変低い、退所理由は深刻なものが多い。

「(利用者負担を)支払ってまで施設利用する必要がない。」「工賃以上に負担したくない。」といった無料から有料化へのとまどいだけでなく、「利用者負担金の急激な増加により自宅で生活している。」といった経済的な理由や、「本人の年金は家族の生活費となっている。」といった経済生活上の困難がそのまま利用中止に追い込まれている事例も見受けられた。

DPI(国際障害者連盟)日本支部による緊急アンケート結果では、障害者年金1級受給者に経済的問題が集中している。例えば、利用料は、1級年金受給者以外に比べて20,000~24,999円の増額になった人が22.4ポイント増加している。また、生活費や預貯金の圧迫を訴える割合が多い(生活費を削った38.6%、預貯金を切り崩した23.9%等)。実際にサービスを減らした、もしくは、減らすことを考えている者も多く、特に移送、ホームヘルプ、ショートステイの利用抑制が目立つ。

こうした結果を受けて、DPIは、サービスの必要な重度障害は障害程度が重いほど負担も重い。そのため、重度者の利用抑制が目立ち制度がかえって自立を阻害している場合があると総括している。

厚生労働省による障害者団体8団体のヒアリングでも、同様の傾向がみられる。代表的な意見は以下の通りである。

「障害者自立支援法の医療モデルの認定では、身体・知的・精神の3障害を横断することはできない。具体的なサービスは個別であるべきだ。」「障害程度区分の認定結果が低く出る傾向がある。」「ホームヘルパーやガイドヘルプが減らされ、自立生活が続けられないケースが出ている。」「必要なサービス量が保障できなければ不利な状況が続く。」「サービスが応益負担では、障害者の可処分所得は増えない。また、障害程度区分の認定が出たとしても、サービス基盤の整備がないため行き場がない。」「障害者自立支援法は運用ではなく、骨格に問題がある。」「在宅ニーズのみで、就労ニーズが欠落しているため、根本から見直す必要がある。」

障害の当事者にとって、最も大きいのは、経済的負担であり、過重な負担感がサービス利用の妨げになってい

る。また、3障害統合の趣旨が理解されておらず、措置の時代と同様のサービスを求めている。

制度上では、就労自立と社会的もしくは生活自立が区別されていない。就労自立について、従来の授産施設や福祉工場を就労支援・就労提供サービスに予定しているが、本来、福祉サービスと経済的な自活とは区別すべきである。関係団体の主張のように就労支援をこの制度で充実させるのではなく、最低生活保障としての障害年金の増額や就労機会の拡大策を希求すべきであろう。

知的障害や精神障害に不利といわれている認定基準についても見直しを図る必要があり、市町村の財政状況によるサービス供給の格差の是正も課題となっている。

介護保険への統合は、19年5月現在の社会保障審議会での議論では結論が出ていない。私見では、ホームヘルプ、ショートステイといった在宅サービスの一部及びグループホームを含む入所型サービスの統合が望ましい。

障害福祉独自部分、とりわけ通所サービスや生活支援相談は、福祉サービスとし社会保険ではなく、福祉制度として運用する方向が望まれる。

また、精神障害者退院促進事業は自立支援制度とは切り離して構築すべきであろう。

このままでは退院の受皿が不足し、結果的に、入院継続となるケースが増えてしまう可能性が高い。また、退院者の生活保護受給も高い水準で推移することになる。