

のみが量的な条件を満たしているのみであり、他はほとんど少量の雇用可能性しか考えられない小規模で、しかも非常勤やボランティアで構成されている組織である。

しかし、一方で、NPOで働くようになった理由を個人に聞いた、前出の調査では、「社会の役に立てるから」「NPOの活動内容に共感したら」「NPO活動の必要性を感じた」が40%を超えており、単に賃金などの雇用条件でなく、NPO活動のミッションに共感して参加する人が少なくないことを示している。

そのため、年収が300万円を超える常勤の労働者の割合はきわめて少なく、したがって、企業の賃金制度の変更によっていかに生涯所得のリスクが増大するといっても、企業における雇用機会と、非営利組織の雇用機会とでは、所得の期待値に大きな格差があることは明らかな現実である。

したがって、日本の現状では、非営利組織によって企業の雇用機会の所得リスクの増大を補うだけの雇用機会の創出は難しいといわざるを得ない。しかしながら、一方でこのような非営利組織の提供するサービスの多くは、介護保険事業など今後の社会保障制度を支えるものであるから、各種福祉サービスの提供と雇用機会の創出を同時に期待できる領域であることも忘れてはならない。

今後、企業の雇用機会における生涯所得の不安定化が進むことで、仕事と生活のバランスを求める労働者層が、企業での雇用からみずからNPOなどの非営利組織を運営することで、その目的を達成しようと参入することが期待される。

非営利組織による多様な雇用機会提供の可能性については、現在われわれのもとで調査が進行中であり、今後さらに詳細な雇用可能性の検討を行う予定である。

[参考文献]

- 今村 肇[2001]、「経営戦略における人材マネジメント戦略 —人材タイプ別の戦略等—」、
これからの賃金制度のあり方に関する研究会『経営戦略における賃金制度を中心とした処
遇』、(財)雇用情報センター
- 今村 肇[2002a]、「業績・成果による評価制度と人的資源管理」、これからの賃金制度のあり
方に関する研究会『業績・成果を重視した賃金制度における評価とその結果の反映』、(財)
雇用情報センター
- 今村 肇[2002b]、「シンポジウム報告[2]—雇用・福祉における世代間関係を中心に— (東
洋大学・アルザス諸大学合同シンポジウム「日仏における世代間関係の変化」の報告)」、
『東洋大学・先端政策科学研究センター年報』、第1号
- 今村 肇 [2003] 「企業業績連動型賞与の実態—アンケート調査の結果分析」、これからの賃金制
度のあり方に関する研究会『業績連動型賞与の実態に関する調査分析』、(財)雇用情報センタ
ー
- 今村 肇 [2004] 「勤労者からみた賃金制度に対する意識と生活」、これからの賃金制度のあり方
に関する研究会『勤労者生活の安定を図る賃金制度のあり方に関する調査分析』、(財)雇用情
報センター
- 神奈川県商工労働部労政福祉課[2004] 「多様な働き方に関する実態調査 結果概要」、神奈川県商
工労働部 (内部資料)
- 菊本義治・松浦昭・生越利昭編[2002]、『成熟社会のライフサイクル』、リベルタ出版
- 生産性に関する調査研究委員会[2002]、『少子・高齢化時代における生産性に関する調査研究
報告書』、(財)社会経済生産性本部
- 瀧澤弘和・今村肇・小苺米清弘[2003]、「企業システム(1)—ICT革命、企業統治、雇用戦略
—」、植草益 (編)『21世紀日本の社会・経済システム』NTT出版
- 中馬宏之[2001]、「ホワイトカラー職場におけるIT化のインパクト —総合旅行会社3社の
事例から」、尾高煌之助・都留康 (編)『デジタル化時代の組織革新』、有斐閣
- Demazière, Didier[1995]、La Sociologie du chômage (都留民子訳[2002]、『失業の社会学
フランスにおける失業との関わり』、法律文化社)
- Dore, Ronald [2001]、Stock Market Capitalism: Welfare Capitalism (藤井真人訳[2001]、
『日本型資本主義と市場主義の衝突—日・独対アングロサクソン』、東洋経済新報社。)
- Johnson, Norman[1999]、Mixed Economies of Welfare A Comparative Perspective、(青
木郁夫・山本隆監訳[2003]、『グローバリゼーションと福祉国家の変容 国際比較の視点』、
法律文化社)
- Porter, Michael E. [1980] 、Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries
and Competitors, New York: The Free Press.
- 宮島 洋[1992]、『高齢化時代の社会経済学 家族・企業・政府』、岩波書店
- 守島 基博[2001]、「経営戦略の人材マネジメントにおける重要性」、これからの賃金制度の
あり方に関する研究会『経営戦略における賃金制度を中心とした処遇』、(財)雇用情報セ
ンター

第3章 市町村における民生費と地方団体の人口規模

共同研究者 上村敏之

<要旨>

民生サービスを担う市町村の民生費と人口規模の関係について実証的に分析を行った。人口規模と面積を説明変数とする場合、被説明変数の一人あたり民生費は人口規模に対してU字型の関数となる。このことは、多数を占める小規模自治体において民生サービスがコスト高で供給されており、広域化を図ることで平均費用を削減できることを示唆している。また、民生サービスが最低費用となる人口規模は10,000人程度となった。同じ分析を、民生費の細目である、社会福祉費、老人福祉費、児童福祉費についても行い、概ね同様の結果を得た。

I. はじめに

市町村は基礎的自治体として、住民に最も近い社会福祉サービスを担っている。目的別歳出の項目でいえば、社会福祉サービスの費用は民生費として計上されている。具体的に民生費とは、児童、高齢者、心身障害者等のための福祉施設の整備や運営、生活保護の実施などの費用であり、更に細かく、社会福祉費、老人福祉費、児童福祉費、生活保護費、災害救助費から構成される。

総務省(2003)『地方財政白書』によると、地方財政における2001年度の民生費は140,544億円であった。このうち、都道府県の民生費は44,146億円、市町村は109,082億円であり、民生サービスは主として市町村が担っていることがわかる。

今後の高齢化の進展により、民生費が再び膨張することは容易に予想できる。過去の地方財政における民生費の推移を普通会計純計ベースでみてゆくと、1991年度における民生費を100としたとき、2001年度は156%となっている。2000年4月より介護保険制度がスタートし、民生費はいったん1割ほど減少したにもかかわらず、この15年間で民生費は1.5倍以上に膨らんだことになる。なかでも、社会福祉費と老人福祉費の増加は、より急速な高齢化で避けられないであろう。

本稿では、市町村財政における民生費を分析対象とする。国や都道府県の財政と同様に、市町村財政が悪化しているなかで問われるべきは、地方団体による福祉サービスの供給が効率的になされているかどうかであろう。供給システムの変革により、よりコストを抑えることが可能になるかもしれない。本稿の目的は、今後が増大が見込まれる市町村の民生費の費用関数を推計し、費用構造を明らかにすることで、より効率的な供給システムの構築を模索することである。

本稿の構成は次の通りである。第2節では地方団体の人口規模と費用関数の関係について、既存研究の紹介を交えながら考察する。第3節では、推定式とデータについて解説し、第4節では推定結果を示す。最後の第5節で本稿で得られた分析結果をまとめる。

II. 地方団体の人口規模と費用関数

地方団体の人口規模と歳出には、一定の関係があることが知られている。例えば、中井(1988)、吉村(1999)や西川(2002)では、1人あたり地方公共サービスの歳出を人口で説明し、関数を推定している。これによって、地方団体の最適人口規模を探ろうという試みである¹。この方法は伝統的に用いられてきた。その理由は、歳出の積算根拠に人口が用いられることにある。

例えば、地方交付税交付金を計算するためには基準財政需要が必要であるが、1人あたり基準財政需要は人口と面積でよく近似できることが知られている。これは、基準財政需要の計算に用いられる測定単位が、人口と面積に連動すると考えられる変数を利用することが多いためである²。上村・鷺見(2003)は、市町村合併に伴う人口と面積の増加が、基準財政需要と地方交付税に与える影響についてシミュレーションを行っている。

このように、地方団体の歳出は人口と面積で説明されることが多い。面積以外にも、地方には様々な社会経済的な要因が存在すると考えられるが、これらを考慮する必要があると強調しているのが林(2000,2002)である。林(2000)では人口と面積以外にも、多くの地域環境変数を説明変数として用いることで、17万人～20万人が都市の最適規模だといわれる通説に対して批判を展開している。

本稿では、これらの既存研究をうけて、費用関数の推定を市町村の民生費に適用したい³。地方財政の費用区分には性質別と目的別があるが、後者の目的別は住民ニーズに合わせた区分であり、目的別歳出項目で費用関数をとらえることが重要である。上記の既存研究では、説明変数に歳出総額ないし基準財政需要が用いられており、個々の歳出に関する分析ではなかった⁴。

民生費に適用する場合は、民生サービスの性質を考慮した説明変数が採用されなければならない。費用が最小となる人口規模は、歳出を全体でとらえた場合と、個々の歳出に区分した場合とで、結果が変わってくることは容易に想像できる。次節では具体的な推定式とデータの提示を行う。

III. 推定式とデータ

¹ 最適人口規模という言葉は厳密には正しくない。地方公共サービスの1人あたり便益が一定と考えるならば、1人あたり歳出が最小となるポイントが最適になるが、地方公共サービスに混雑現象などが生じて限界便益が減少する場合は必ずしも最適にはならないことに注意しなければならない。

² 基準財政需要は単位費用、測定単位、補正係数を掛け合わせて算出される。

³ 本来ならば、インプット(生産要素)とアウトプット(生産物)の関係から費用関数を推定することが、よりエレガントであろう。林(2000,2002)にも指摘されているように、人口や面積などで説明する費用関数は理論的背景が乏しい。一方で、生産関数から費用関数を導出し、推定した論文としては、國崎(1989)、國崎・田平(1992)、國崎・中村(1994)がある。しかしながら、本稿では老人福祉サービスのインプットとアウトプットのデータの入手が困難なため、アドホックな形で費用関数を推定せざるを得なかった。

⁴ 目的別歳出の推定に関する数少ない文献としては田中・上村(2002)がある。

まず、推定式には次式を用いた。ここで c は人口 1 人あたり民生費、 n は人口、 x や y は地域環境変数である。 $\alpha \sim \varepsilon$ のギリシャ文字は推計値であり、 u は誤差項を意味する。人口に関してのみ、既存研究にならい、2 次の項を採用している。 $\beta < 0$ かつ $\gamma > 0$ が有意である場合、費用関数は人口 n に対して U 字型となり、いわゆる最小費用となる人口規模が存在することになる。

$$\ln c = \alpha + \beta \ln n + \gamma (\ln n)^2 + \delta \ln x + u$$

データについてはやや古いものの、1999 年度を対象として、個々の市町村の決算書データと朝日新聞社(2002)『民力』を用いた。クロスセクションのデータ数は 3210 市町村である。政令指定都市と特別区については、行政サービスの権限が他の市町村と異なるため、サンプルから除去している⁵。

人口 n には『民力』より市町村ごとの 2000 年 3 月末の人口 (単位: 人) を利用した。更に、1999 年度の各市町村の民生費 (単位: 1,000 円) から人口 1 人あたり民生費 c を算出した。また、地域環境変数 x としては、面積 (単位: km^2) を用いている。

これらの説明変数と被説明変数は、自然対数をとったものを採用している。面積が広くなれば、行政コストは大きくなると考えられるから、 δ の符号は正と期待される。なお、民生費は経費の性質によって細かく区分される。本稿では、民生費の総額とともに、その細目である社会福祉費、老人福祉費、児童福祉費についても分析対象とした。

IV. 推定結果

OLS による推定結果は下記の図表 1~4 のようになった。また、本稿の最後にデータの散布図と推定された理論値を図示している (図表 5~8)。推定結果の係数はおおむね有意であり、期待された符号条件を満たしている。

したがって、民生費は地方団体の人口規模に対して U 字型の費用関数をもつことがわかる。推定式を人口で偏微分することで、最小費用となる人口規模を求めることができる。民生費の総額は 116,776 人、社会福祉費は 120,649 人、老人福祉費は 1,092,715 人、児童福祉費は 118,869 人が最小費用で民生サービスを供給できる地方団体の人口である。

⁵ また、データの都合上、1999 年に周辺町村を編入合併した新潟県黒埼市 (新潟市へ)、茨城県潮来町と牛堀町 (潮来市へ)、岩手県三陸町 (大船渡市へ)、市に昇格した滋賀県栗東市と千葉県白井市も除かれている。

〔図表1〕 1人あたり民生費の推定結果

	回帰統計		係数	標準誤差	t
重相関 R	0.737863 切片		11.66647	0.216358	53.92193
重決定 R ²	0.544441 人口		-1.33018	0.04419	-30.1016
補正 R ²	0.544015 人口 ²		0.057001	0.002266	25.15675
標準誤差	0.293421 面積		0.095823	0.005059	18.94227
観測数	3210				

〔図表2〕 1人あたり社会福祉費の推定結果

	回帰統計		係数	標準誤差	t
重相関 R	0.668792 切片		11.29569	0.28922	39.05574
重決定 R ²	0.447283 人口		-1.48854	0.059071	-25.1992
補正 R ²	0.446766 人口 ²		0.063609	0.003029	21.00096
標準誤差	0.392234 面積		0.068907	0.006762	10.18995
観測数	3210				

〔図表3〕 1人あたり老人福祉費の推定結果

	回帰統計		係数	標準誤差	t
重相関 R	0.752243 切片		9.854528	0.278619	35.36923
重決定 R ²	0.565869 人口		-1.06721	0.056906	-18.754
補正 R ²	0.565463 人口 ²		0.038377	0.002918	13.15256
標準誤差	0.377857 面積		0.146993	0.006514	22.56426
観測数	3210				

〔図表4〕 1人あたり児童福祉費の推定結果

	回帰統計		係数	標準誤差	t
重相関 R	0.158332 切片		4.978844	0.360801	13.79943
重決定 R ²	0.025069 人口		-0.33552	0.073691	-4.55304
補正 R ²	0.024157 人口 ²		0.014356	0.003779	3.79932
標準誤差	0.489311 面積		0.011416	0.008436	1.353312
観測数	3210				

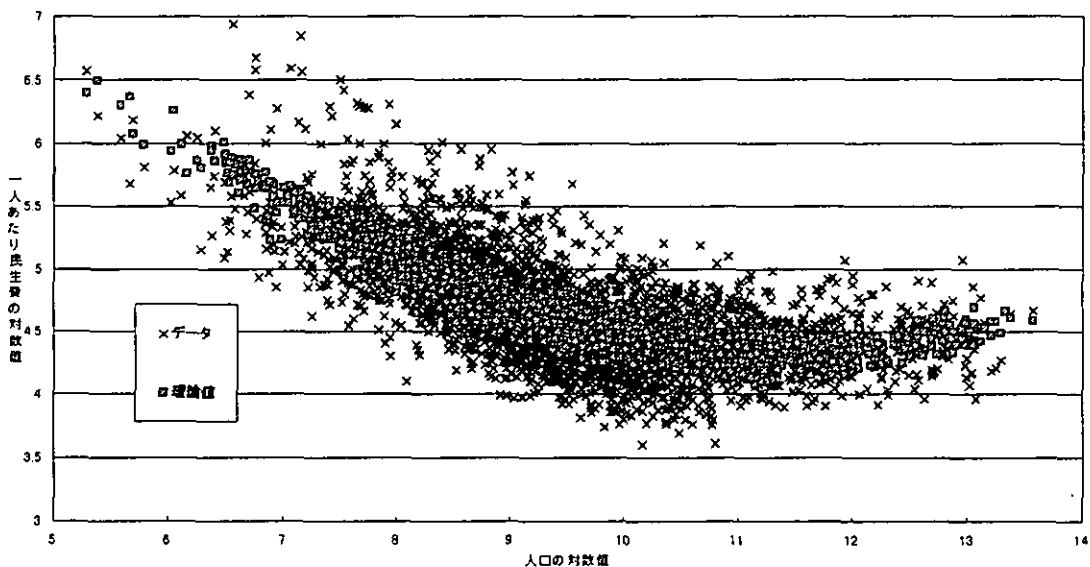
V. おわりに

本稿で得られた政策的インプリケーションは次の通りである。現在の市町村の民生サービスは、特に 100,000 人以下の地方団体において 1 人あたりの民生費が比較的高く、非効率に

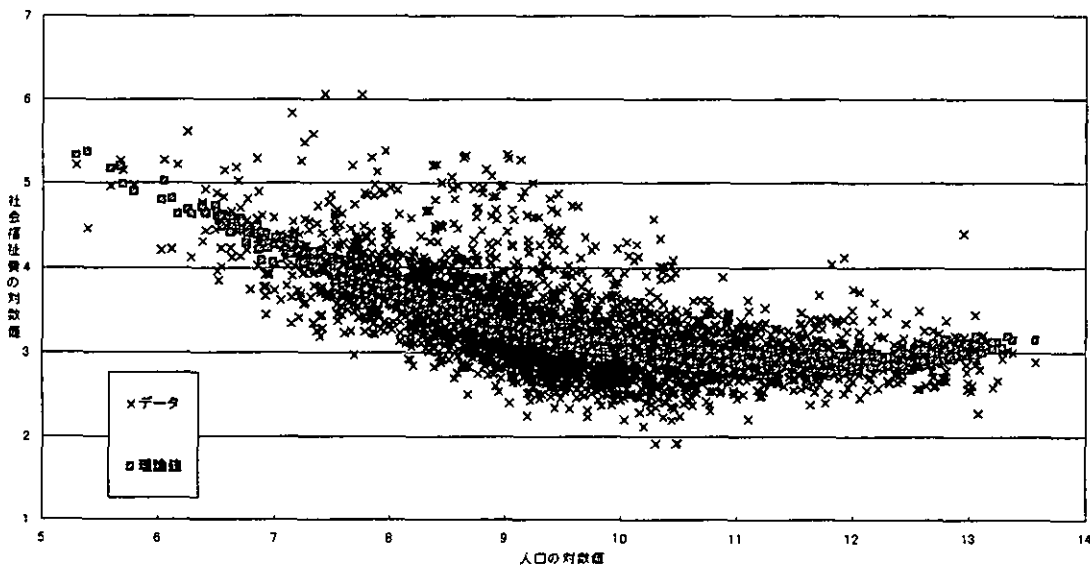
なっている可能性がある。今後の高齢化と人口減少の進展を考慮すれば、民生費の膨張が容易に想像されることになる。

既に介護保険は市町村の枠組みを越えて一部事務組合として共同事務がはじまっており、更に国民健康保険も都道府県ごとの再編がなされた。地方団体による社会福祉サービスは、ある程度の人口基盤がなければ効率的な供給が困難であり、民生サービスについても市町村の行政区域の枠組みを越えた取り組みが必要であろう。このことは、必ずしも市町村合併を勧めるものではないが、地方団体の共同事務や地域のボランティア団体との提携が今後の民生サービスの効率的な供給にとって、重要であると考えられる。

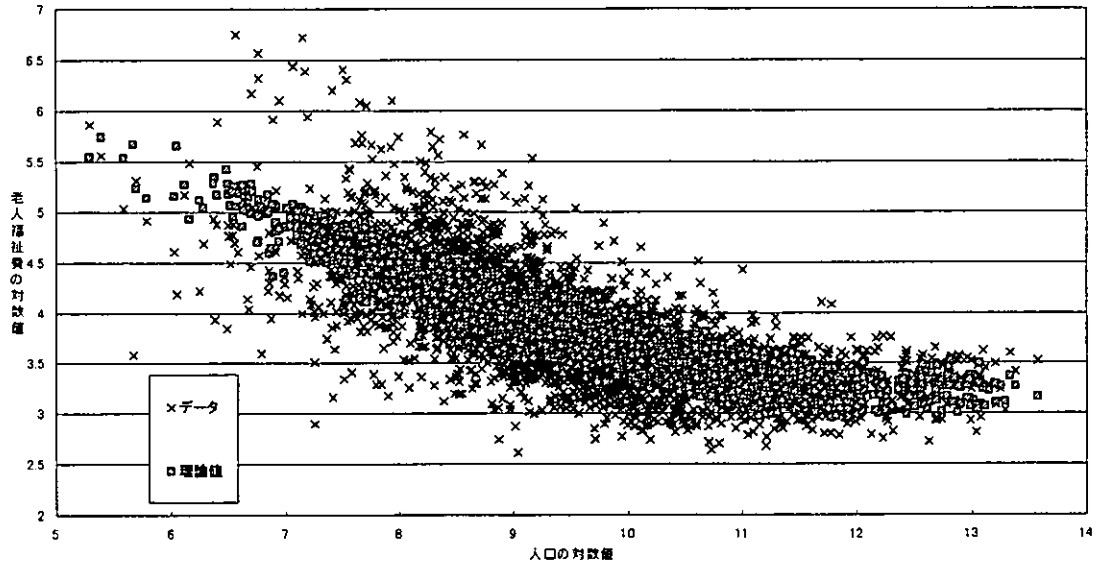
〔図表5〕 1人あたり民生費と推定結果



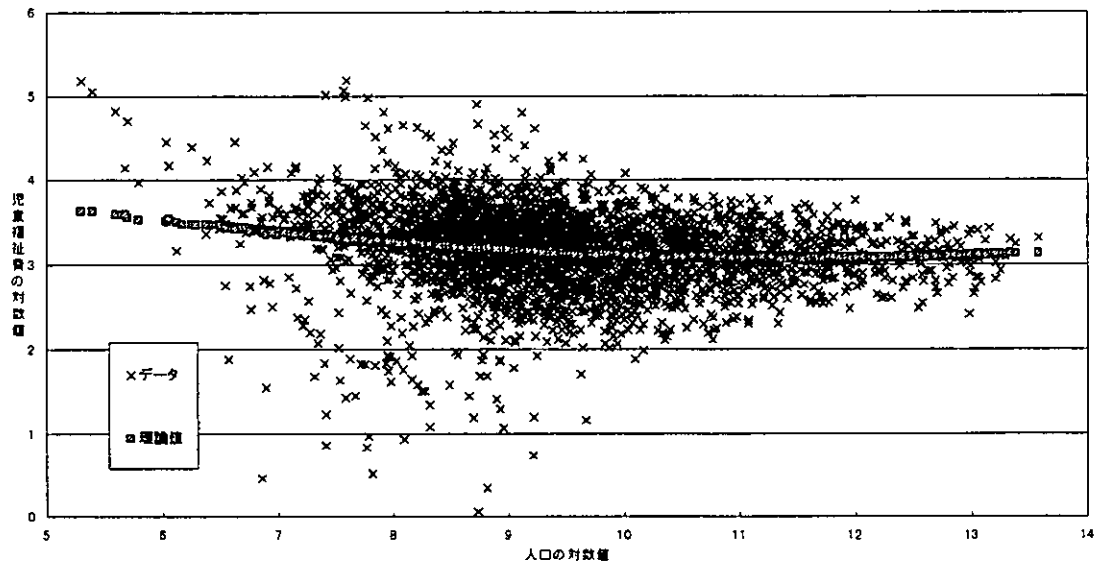
〔図表6〕 1人あたり社会福祉費と推定結果



〔図表7〕 1人あたり老人福祉費と推定結果



〔図表8〕 1人あたり児童福祉費と推定結果



参考文献

上村敏之・鷺見英司「合併協議会の設置状況と地方交付税」

(会計検査研究、2003年第28号)

國崎 稔「地方公共サービスの費用関数の推定」

(星陵台論集(神戸商科大学)、1989年第22巻第1号)

國崎 稔・田平正典(「地方公共サービスについての規模の経済・不経済：トランスログ

型費用関数による推計」

(経済経営論集 (桃山学院大学)、1992 年第 34 巻第 1 号)

國崎 稔・中村和之(1994)「地方公共サービスの生産効率性」

(富大経済論集 (富山大学)、1994 年第 40 巻第 2 号)

田中宏樹・上村敏之「都道府県制度改革の経済効果:「州府制」の導入による財政収支の計測」

(月刊自治フォーラム、2002 年 Vol.519)

中井英雄「現代財政負担の数量分析」有斐閣 1998 年。

西川雅史「市町村合併の政策評価:最適都市規模・合併評議会の設置確率」

(日本経済研究、2002 年第 46 号)

林 正義「地方自治体の「最適」規模:U 字型費用関数の推定と批判」

(経済研究 (明治学院大学)、2000 年第 119 号)

林 正義(「地方自治体の最小効率規模:地方公共サービス供給における規模の経済と混雑効果」

(フィナンシャル・レビュー、2002 年第 61 号)

吉村 弘「最適都市規模と市町村合併」東洋経済新報社 1999 年

第4章 介護保険制度と障害者福祉の統合を巡って

研究協力者 (和泉 徹彦¹⁾)

<要旨>

介護保険制度の2005年度改革を見据えて活発な議論が始まっている。最も注目を集めているのは障害者福祉を介護保険制度に統合するか否かという問題である。市町村の決定する介護保険料の負担感が強まり、増え続ける介護ニーズに対応する財源を確保するためにも20歳以上40歳未満の若年層を被保険者にしたいという介護保険側の都合がある。一方で、障害者向けサービスの一部が支援費制度となったために財源不足が懸念されている。しかしながら介護保険の重視する身体介護中心のメニューでは、障害者の社会参加ニーズを満たすことができないといったジレンマもある。

介護保険制度改革の手続きとして、厚生労働省サイドの動き、障害当事者団体との対話、地方自治体の反応を取り上げる。2004年1月から始まった障害当事者との対話は、具体的なたたき台が示されることもなく、理解・合意を取り付けるには至らなかった。一方で、地方自治体は支援費制度の財源不足に直面したことで、統合には大多数が賛成している。

制度改革の方向性では、日本の社会保障全体の見直しの中から介護保険の発展形を考えようという意見、障害者と高齢者を包括的に支援するサービスのあり方から検討し始めようという意見がある一方で、統合には全面的に反対であったり慎重な意見も見られる。

障害者福祉サービスの現状を検証しながら、望ましい介護サービスのあり方を検討する議論もある。特に障害者ケアマネジメントがソーシャルワークモデルによって成り立っており、介護保険が高齢者を対象にするときに欠落している部分だという指摘もある。また、障害者と高齢者の介護技術は共通性があり、障害者独自固有のサービスを別基準で測ることも一つの解決策だとする意見もある。

抜本的な改革とするならば吸収合併のように障害者施策のみを操作することを考えるのではなく、高齢者を対象とする介護保険のあり方自体を再検討するべきであり、2004年6月頃には方向性をまとめるという厚生労働省方針は極めて拙速に過ぎると言える。

たたき台を出して障害当事者との合意を取り付けること、介護支援のあり方を国民的議論にすること、そして地域格差も大きい障害者向けサービス・人材養成の基盤整備を早急に進めることが、制度統合の前提条件となると考えられる。

なお、介護保険制度と障害者福祉のそれぞれの財政問題が指摘されるなかで、具体的なシミュレーションをしている論文に行き当たらなかった。今後、社会保障制度審議会にこの制度改革の議論は場所を移すだろうが、どれほど財政問題が改善されるかについて具体的な試算とその評価について明らかにされなければならない。介護保険だけの問題ではなく、年金制度改革も含めた社会保障全体の問題として捉えるならば、若年層を被保険者に含める制度変更は世代間公正をさらにゆがめる可能性を有しているのである。

¹ 千葉商科大学非常勤講師

I. はじめに

介護保険制度の 2005 年度改革を見据えて活発な議論が始まっている。最も注目を集めているのは障害者福祉を介護保険制度に統合するか否かという問題である。市町村の決定する介護保険料の負担感が強まり、増え続ける介護ニーズに対応する財源を確保するためにも 20 歳以上 40 歳未満の若年層を被保険者にしたいという介護保険側の都合がある。一方で、障害者向けサービスの一部が支援費制度となったために財源不足が懸念されている。しかしながら介護保険の重視する身体介護中心のメニューでは、障害者の社会参加ニーズを満たすことができないといったジレンマもある。

毎日新聞と日本経済新聞はそれぞれの社説を通じて、財源問題が引き金になって統合が議論されていることを紹介し、介護サービスの中身を十分に検討しなければならないと慎重な態度を示している。

最大のテーマは、要介護認定者の増大を踏まえて財源をどう確保し、持続可能な制度にしていくかである。

ポイントは、被保険者の範囲を現行の 40 歳から 20 歳以上に拡大して保険料を徴収する制度改革と、それとセットになる障害者福祉と介護保険との統合問題だ。若い人から保険料を徴収し、その見返りに障害者福祉を介護保険の枠で手当するという案だ。

(中略)

障害者福祉との統合には、賛否両論がある。2003 年度から始まった障害者支援制度は利用の増加で大きな予算不足が生じている。障害者福祉の基盤を安定させる狙いだ、財政が厳しい両制度の統合は慎重に判断すべきだ。さらに、障害者福祉と介護保険には仕組みの違いもある。

(毎日新聞社説 2004 年 1 月 26 日朝刊)

(財政のため) 20 歳以上から保険料を徴収するとなると、また別の問題が生じる。20 歳以上の介護を必要とする人、つまり障害者も介護サービスの対象としなければならなくなる。現在の障害福祉のあり方を大きく変えることになる。サービスの水準や質が維持、あるいは向上するなら望ましい変更になるだろうが、相当に緻密な検討が不可欠である。

(障害区分によって) サービスの内容も異なるだろうし、自立支援に重点を置くことが求められる。高齢者に対する介護と同列に論じることはできない。その具体的なノウハウの整備をしないで踏み切れば、大きな混乱を招くだろう。

(日本経済新聞社説 2004 年 3 月 8 日朝刊)²

毎日新聞は、高齢者の介護保険の財源安定という狙いに加え、障害者支援費制度も財政難であり、財政が厳しい両制度の統合には慎重な姿勢を示している。また、障害者福祉と介護

² 文中括弧書きは筆者注

保険の仕組みの違い、すなわち税・保険、応能負担・1割自己負担、上限無し・要介護認定上限額も重要であるとしている。日本経済新聞も同様で、障害者福祉の介護保険制度への統合は、支援費の財政問題のみならず高齢者介護における財政の問題とも関係しているとしている。20歳以上を被保険者とすることで、障害者への介護サービスを介護保険制度に取り込まざるを得ないという理解である。混乱を避けるための努力は最大限行わなければならないとする。

介護保険制度と障害者福祉の統合についての議論を包括的に概観するため、最初に厚生労働省・障害当事者団体・地方自治体の姿勢を取り上げ、賛否両論渦巻くそれぞれの論拠について紹介する。続いて、介護保険か障害者福祉かといった選択論を越えたところにある、真に求められている介護サービスとは何かという議論に立ち入る。最後に議論を総括するとともに、2005年介護保険制度改革において障害者福祉統合を選択すべきかどうかについて検討する。

II. 介護保険制度改革の手続き

1. 厚生労働省サイドの動き

2004年1月8日、大塚義治事務次官を本部長とする厚生労働省介護保険制度改革本部が設置された。重要な検討事項として「介護保険と障害者保健福祉施策の関係」が挙げられた。年齢や障害の種別を越えて、地域生活支援、自己決定、利用者本位といった支援費が目指した理念をどう具体化できるのかといった観点からの議論が必要であるとしている。

改革本部の立ち上げに際し、坂口厚生労働大臣は障害者福祉の介護保険統合について、介護保険制度の課題として①障害者制度と介護制度の問題②財政問題③介護サービスの質の問題を挙げた³。

今回の改革の注目点は、坂口大臣が一番に言及した障害者制度と介護制度の問題である。前年から導入された障害者支援費制度の財源不足問題も大きな影響を与えることとなっている。障害者支援費制度の状況については塩田幸雄・障害保健福祉部長が詳細な報告を行っている。

2004年1月20～21日に開催された全国厚生労働部局長会議にて、塩田幸雄・障害保健福祉部長は、支援費制度の状況について次のように述べている⁴。

- 障害者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービス提供を基本とする支援費制度がスタートした。居宅サービスについては当初の予想を大きく上回る利用が見込まれる状況にある。
- 15年度予算のホームヘルプサービス：事業費ベースで実質3割増に耐えられる予算を編成していたが、当初の予想を大きく上回る利用が見込まれる結果、居宅生活支援費について国庫補助金の所要額が予算を2割程度上回る見込みとなった。

³ 2004年1月9日日経新聞夕刊

⁴ 週刊社会保障 58(2268) [2004.1.26]pp.53-54

- 16年度予算案は、一般会計予算4.0%、社会保障関係予算4.2%の伸びという大変厳しい財政状況のもと、居宅生活支援費については概算要求額の満額の約602億円、対前年度比16.7%増、平年度化分を除くと6.9%増の伸びを予算案で確保した。ホームヘルプ23.0%増、知的障害者グループホーム27.5%増の予算を確保した。
- 厳しい予算編成の中で新規事業等はあきらめざるを得ない状況となっている。支援費基準額の見直しなど運用上のさまざまな工夫を行う。

このように障害者の支援費制度が財政的な問題を抱えていることを明らかにし、抜本改革のためには介護保険制度との統合やむなしという事情をにおわせている。次に取り上げる障害当事者団体との対話相手となっているのも塩田・障害保健福祉部長である。仮に2005年介護保険制度改革に統合を間に合わせるためには、2004年夏前には意志決定がなされるスケジュールであると考えられており、検討のために残された時間は少ない。

2. 障害当事者団体との対話

介護保険制度改革に障害者福祉を含める議論については、厚生労働省と障害者関係団体が2004年初めより継続的な対話を行っている。代表者を出している団体は次の8団体である。

1. 社会福祉法人日本身体障害者団体連合会
2. 日本障害者協議会（JD）
3. 特定非営利活動法人DPI日本会議
4. 社会福祉法人日本盲人会連合会長
5. 財団法人全日本聾唖連盟
6. 社団法人全国脊髄損傷者連合会
7. 社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会
8. 財団法人全国精神障害者家族会連合会

中でも、日本障害者協議会が取りまとめている対話記録及び質問・要望は、現時点で当事者が制度改革に対して抱えている不安や疑問点を提示している点で意義深いものがある。

障害当事者の不安や疑問点を紹介する前に、日本における障害者の現状を数値によって明らかにしておきたい。障害当事者団体が8つにも分かれている理由や、どの程度の規模の障害者に影響がある制度改革なのかということを知っておくことは、障害当事者団体の議論を理解する助けとなるに違いない。

表11-1「障害者数」は、平成11～13年に調査された障害者数を表している。身体障害児・者、知的障害児・者、精神障害者が別の実態調査が実施されていることについては、障害者の定義がだんだんと拡大されてきたときに、縦割り行政の仕組みによって別個となっているという説明ができる。

2003年より実施された障害者支援費制度は、在宅サービスを対象としており、一部を除けば施設入所者は対象となっていない。障害者数で在宅者が把握されていることは、支援費制度を介護保険制度に統合したときに影響を受ける人数と見て差し支えない。さらに、統合

⁵ <http://www.normanet.ne.jp/~jadh/jdnews2004/>

する障害者福祉を施設サービスにまで広げるのであれば、まさに全ての障害者に影響することとなる。身体障害者へのサービスレベルに比較して立ち後れている精神障害者に対するサービスを考える上で、204万人という総数は大きな意味を持っている。III-2で佐藤氏が触れているように3障害に加えて難病も含めた障害概念が必要だとすれば、ここに挙げられた数値でも未だ足りないということになる。

【表11-1】障害者数

(単位：万人)

	総数	在宅者	施設入所者
身体障害児・者	351.6	332.7	18.9
身体障害児 (18歳未満)	9.0	8.2	0.8
身体障害者 (18歳以上)	342.6	324.5	18.1
知的障害児・者	45.9	32.9	13.0
知的障害児 (18歳未満)	10.3	9.4	0.9
知的障害者 (18歳以上)	34.2	22.1	12.1
年齢不詳	1.4	1.4	0
精神障害者	204	170	34

(資料) 内閣府編『障害者白書 平成15年版』、厚生労働省「身体障害児・者実態調査(平成13年)」「社会福祉施設等調査(平成12年)」「知的障害児(者)基礎調査(平成12年)」「患者調査(平成11年)」

表11-2「身体障害者数の年次推移」は、身体障害者数が増加傾向にあることを示している。医療技術の進歩による延命率の向上と説明されることもあるが、それだけではなく障害者手帳交付の対象に内部障害を加えるようになったりと行政上の都合によるところも無視できない。表11-1と比較して容易に理解できるが、ここで示す身体障害者数は18歳以上の在宅者のみを対象としている。

【表11-2】身体障害者数の年次推移

(単位：千人)

年次	総数	対前年比 (%)
1951	512	-
1955	785	153.3
1960	829	105.6
1965	1048	125.4
1970	1314	125.4
1980	1977	150.5
1987	2413	122.1
1991	2722	112.8
1996	2933	107.8
2001	3245	110.6

(資料) 厚生労働省「身体障害児・者実態調査(平成13年)」

障害当事者団体と厚生労働省の話し合いは、1月29日よりほぼ毎週開催されている。特に第3回の2月12日には、団体側から「介護保険のサービスメニューを検討していた時に、一人暮らしの重度の障害をもつ者のメニューは検討されていなかった。自助と互助がまだ分離されていない問題がある。」、「介護保険は、その前に10年間のゴールドプランがあって基盤整備がされてきた。障害者のサービスも、まず基盤整備に取り組むべきではないか。」、「大事なものは扶養義務で、これが公的責任をあいまいにしている。国民的な議論になるが、せめて厚労省の中で自立を理念とするなら扶養義務の問題を考えて欲しい。」といった意見が出された。⁶

第4回の2月19日には、「知的障害者の場合は定義がなく、したがって認定ができず、手帳制度もできなかった。介護保険でそれができるのか。」という疑問が出され、厚生労働省側からは「知的障害者のニーズについても、他障害と同様に、生活の中でどんなケアが必要かという観点から捉えられると考えている。痴呆性高齢者に対する“見守り”も含めたアセスメントを行うようになってきている。」といった回答がされている。さらに、支給限度額を超えたサービスを必要とする人への対応については、「介護保険で全てまかなうのではなく、税によるサービスや医療保険も含めて様々な方策がある。」と回答されている。⁷

障害当事者団体は「厚生労働省側と様々な意見交換の場を持ってきましたが、話の中身が介護保険統合問題に終始し、施策を支える基礎的な理念や展望が全く見えてきていません。介護保険制度が障害者の地域生活や社会参加を保障するものとなりうるのかという点に関して大きな疑念を持っており、財政論のみの理念なき統合の議論をみると、政府の障害者施策の方向性について非常に危惧せざるを得ません。」⁸という立場を表明しており、一連の話し合いを通じて相互理解が深まったとは言えない状況となっている。塩田・障害保健福祉部長に宛てた「介護保険と障害者施策の統合に関する質問」においても、介護保険統合後の障害者サービスの水準が低下する恐れが無いのかについて多くの質問事項が割かれている。

このように、障害当事者の理解を得ることが目的であったはずの話し合いも、具体的な改革内容に踏み込まなかった厚生労働省側は不信感を残しただけに終わったと言えよう。

3. 地方自治体の反応

地方分権研究会（慶應義塾大学 G-SEC 内）の障害者支援プロジェクトチームは、「障害者福祉施策（支援費制度等）に関する市町村アンケート調査結果（2004年2月）」を公表した。メンバーが所属する宮城県・神奈川県・岐阜県・和歌山県・鳥取県・佐賀県、6県内334市町村中322市町村から調査票を回収している。

・支援費制度の見直しに大切なこと（重複回答上位3つ）

- ① 安定的な財源の確保…市町村の約78%
- ② 障害者ケアマネジメントの充実（ケアマネジャー制度の導入など）…市町村の約69%
- ③ サービス提供基盤の充実…市町村の約67%

⁶ <http://www.jdnet.gr.jp/JDWebLetter/2003/20040219.htm>

⁷ <http://www.jdnet.gr.jp/JDWebLetter/2003/20040227.htm>

⁸ <http://www.normanet.ne.jp/~jadh/jdnews2004> 「今後の障害者施策の基本的な方向性に関する質問事項」

- ・68%の市町村が「障害者福祉サービスと介護保険制度の一元化」に賛成
- ・一元化に賛成な主な理由
 - ① 分かりやすく整合性のとれた障害者施策体系の構築…賛成市町村の約51%
 - ② 安定的な財源の確保…賛成市町村の約48%
 - ③ 両制度の共通性…賛成市町村の約43%
 - ④ サービス提供基盤の効率的な整備……賛成市町村の約42%
- ・精神障害者施策と他の障害者施策との制度の統一には約76%の市町村が賛成
(地方分権研究会(慶應義塾大学 G-SEC 内)【障害者支援プロジェクト】)⁹

地方自治体においても、介護保険制度と障害者施策との統合は財政問題が第一と考えられており、障害者福祉サービスと介護保険制度の一元化に賛成する市町村が68%に上ったことは注目に値する。冒頭の調査結果からも分かるように、2003年に実施された障害者支援費制度が地方財政に極めて大きな影響を与えたことがうかがえる。それを受けて財政安定化に寄与するであろう一元化に賛成するという構図がある。地方自治体任せになってしまった障害者ケアマネジメントの負担も重く感じられたであろう状況が、充実を求める回答として現れている。

III. 制度改革の方向性

1. 障害者福祉に関する7県共同アピール

富田昌吾・龍谷大学非常勤講師は、「障害者福祉は介護保険で??」(『季刊地域精神保健福祉情報・Review 2003 No.46』第12巻2号、精神障害者社会復帰促進センター、2003.8所収 pp47-49)にて、「障害者福祉に関する7県共同アピール(平成15年2月15日)」を論評する中で障害者福祉を介護保険で実施することについて提言を行っている。

「障害者福祉に関する7県共同アピール」は、増田寛也・岩手県知事、浅野史郎・宮城県知事、堂本暁子・千葉県知事、國松善次・滋賀県知事、北川正恭・三重県知事、片山善博・鳥取県知事、潮谷義子・熊本県知事という7県の知事が2003年2月15日に滋賀県で開催されたシンポジウムで発表されたものである。アピールは2つの柱からなり、1つ目は「障害者福祉は介護保険で」、そして2つ目は「新障害者プランの大幅見直しを」となっている。

富田はシンポジウムの結論は「障害者福祉は介護保険でいきましょう」ではなく、「(浅野知事の言った)障害者福祉は介護保険の”イイトコ取り”で」というものであったと述べ、この都合の良い結論の裏には現状の介護保険・支援費制度の抱えるそれぞれの利点と欠点が見え隠れしているのだと指摘する。

介護保険は財源も含めた市町村主体の仕組みを生み出したことは利点と評価し、支援費の財源問題を解決するためには、介護保険の”イイトコ取り”が必要だとしている。2004年初頭に問題化したホームヘルプ国費負担分の財源不足は、裁量的経費となっていて補助を出さ

⁹ <http://www.bunken.gsec.keio.ac.jp/>

ない選択もあり得たことが原因であった。

介護保険導入時の議論を振り返ると障害当事者からの強い反発は、社会参加ニーズへの対応やケアマネジメントの欠如に由来し、現在の生活や生命が脅かされる制度は受け入れられないというものであった。

障害者福祉と介護保険を分けて議論するのではなく、また単なる財源論に陥ることなく、当事者の地域生活のニーズに応えるパーソナルサービスの在り方を考える議論が必要だとしている。

7 県の知事がアピールしたことは、財政ありきではなく、本質的にニーズに応えるサービスとは何かを基本に介護保険制度も障害者福祉も見直す、そこから改革の議論が始まらなければならないということなのである。本質的な議論から始めなければならないと主張するのは、次に取り上げる佐藤久夫氏にも共通している論調である。

2. 介護・支援保険へ

佐藤久夫・日本社会事業大学教授は、「介護保険の見直しと障害者施策」(『月刊ノーマライゼーション』第 23 卷 11 号、日本障害者リハビリテーション協会、2003.11 所収 pp.9・13) は障害者福祉と介護保険の統合をより大きな枠組みで議論すべきだと主張する。

介護保険の被保険者年齢を引き下げた場合に、保険料を払わなかった、払えなかった人への介護保障はどうなるのか。国民年金・国民健康保険の未納者は増えており、年金から強制天引きもできないこれらの人々の加入をどう確保するのか、といった展望は見えない。

日本の社会保障制度は縦割り・制度分立の歴史を経てきており、それが立ちゆかなくなるにつれて年金制度など統合化が図られてきた。この歴史は障害者の福祉分野でとくに顕著で、三障害¹⁰と難病の 4 つの縦割り管理が続いている。

障害者福祉と介護保険を統合する場合であっても二重基準にしない、つまり自己負担・支給上限・サービスの種類や内容などの差を設けない、と伝えられる政府方針を支持する。何歳になろうと社会参加する人をサポートする「介護・支援保険」とすべきだからである。年齢によらず一人ひとりのニーズが尊重され必要なサービスが提供されることなど、一部の自治体における支援費制度で実現できていることを介護保険に広げていくことが望ましい。

障害当事者団体が反対するか、意見が割れているならば、2005 年度の見直しでの障害者の組込はあり得ない。しかし、JDF (日本障害フォーラム) がすべての障害者・関連団体の合意を形成し、必要な注文を付けつつ介護保険への参入を要望するならば、統合は実現するだろう。それは、障害種別の縦割りの解消という目標を飛び越えて、一挙に年齢による縦割りも無くした総合的な地域生活支援への大きな一歩となりうる。

大きな枠組みで統合した本質的な姿を示さなければ、日本の社会保障への理解が得られないし改革も成功しないということである。佐藤氏が「二重基準にしない」ことに賛成しているのは独特である。障害者に対しては特別の配慮を要するという論者が多い中で、一つの基準によって障害者も高齢者も包括する社会参加する人をサポートする「介護・支援保険」と

¹⁰ 筆者注：身体障害・知的障害・精神障害

すべきだと主張するのは、大きな枠組みがどれだけ大きいかを改めて認識させてくれる。

3. 包括的な制度改革提案

地方分権研究会（慶應義塾大学 G-SEC 内）障害者支援プロジェクトチームが 2003 年 12 月に「障害者福祉サービスと介護保険制度の一元化」と題する中間取りまとめ報告書を発表している。¹¹

(1) 基本的な考え方

【障害者福祉サービス】

- サービス提供基盤の充実
- 障害者福祉サービスにおける安定的な財源確保
- 一貫した総合的な障害者支援施策体系の構築
- 利用者（障害者）の権利性の確保

【介護保険制度】

- 保険財政の安定（高齢者に対する保険料負担上昇の回避）
- 2号被保険者（40～64歳）の不公平感の是正

上記の課題解決に有効な手法は、障害者福祉サービスを介護保険制度の中へ組み入れ（新たな保険制度の創設）

(2) メリット

- ①サービス提供基盤の充実
- ②安定的な財源の確保
- ③一貫性のある総合的な障害者支援施策体系の構築
- ④利用者の権利性の明確化

(3) 課題とその解決に向けた考え方

- ① 障害者福祉施策は、社会保険方式及び税方式のいずれで対応すべきか（障害者施策は公の責任として公費（税）で対応すべきではないか）。
 - 介護システムの財政方式として、社会保険方式・税方式のいずれが適切か。その解答は、国の介護政策の歴史、国民の意識、財政状況等、種々の要因から導き出されるものであり、簡単に結論を出せるものではないのではないか。
 - 我が国の場合、社会保険方式の優位性を評価して、高齢者分野において社会保険方式（＝介護保険制度）を採用。
 - その場合の社会保険方式は、財政面では「税と保険料の混合方式」。
 - こうしたことから、障害者福祉施策は必ず税方式でなければならないとまでは言えないのではないか。
- ② 障害者福祉サービスの対象とした場合、保険料負担を若年層にも求めることになる（例えば 40 歳以上⇒20 歳以上）が、社会的コンセンサス（国民の理解）が得られるか。
 - 障害者となる可能性は、全ての国民が等しく有するもの。

¹¹ http://www.bunken.gsec.keio.ac.jp/bunken/health&welfare/draft_report.pdf

- この考え方は、社会的連帯を基礎とする社会保険制度の理念に合致。
 - また、1人当たりの保険料負担の抑制が図られるので、高齢者の保険料負担の上昇を抑制することも可能。
 - ③ 障害者福祉サービスでは、社会参加や自立支援を目的としたメニューが重要な役割を果たしており、サービスの質が高齢者介護サービスと異なるのではないか。
 - 社会参加や自立支援など、障害者の特性に配慮したサービスメニューを整備。
 - 高齢者においても、同様の配慮が大切。
 - ④ 障害者福祉サービスにおいて、(現行の介護保険制度のように)利用限度額や利用量の上限を設定することは不適當ではないか。
 - 障害者の実態を事前に十分に把握。
 - 利用限度額や利用量の上限を設定するにしても、障害種別や状態に応じて真に必要なサービスが受けられるような制度設計を。
 - ⑤ 障害者の場合、低所得者も多い。保険料負担や利用者負担(応能負担から応益負担への移行等)に耐えられるか。
 - 障害者・高齢者に共通する課題。
 - それぞれの年金制度との整合性にも配慮。
 - 障害者・高齢者共に、所得状況等に十分に配慮。
 - ⑥ 障害者本人・家族・関係団体の理解を得られるか。
 - 障害当事者や家族、障害者団体の意見を十分に聴取。
 - 障害者福祉サービスの低下とならないように配慮。
 - 若年世代に対して保険料負担を求めることについても、その全体構想を早急に国民に対して開示した上で、十分な国民的議論を。
- とりあえず最初に着手すべきは支援費制度の総括(施行後の現況調査)である。

障害者福祉サービスと介護保険の課題を解決するためには一元化が有効な手段であるとし、社会保険と言っても日本では「税と保険料の混合方式」なのであるから、障害者福祉を社会保険でやっても構わないとする。当然のことながら、障害者福祉のサービス水準が低下しないようにする措置、基盤整備等の配慮が求められることを主張している。国民的議論無しには改革は成功しないという立場である。

4. 統合反対論

峰島厚・立命館大学教授(当時、愛知江南短期大学教授)は、「社会福祉基礎構造改革と障害者福祉制度改革の課題」(『障害者問題研究』Vol.28 No.4, 全国障害者問題研究会, 2001.2 所収)にて、「国の負担額は介護認定の基準操作で決まるのである。」p.19 と批判し、介護認定における中間評価項目の点数化の例を示しながら「痴呆の人が軽くみられる」「視覚・聴覚障害老人が軽くみられる」仕組みを指摘している。

「最終的に要介護度認定の基準によって国庫負担の金額が操作できる、となる。しかも重要なことは、金額統制を通して、ケアプラン、サービス提供(実践)まで統制していることである。」p.20, しかも措置自体には金額に換算されるのは支払い過程のみであったことを指

摘するのと併せて、支援費制度の運用について懸念を投げかけている。「支援費認定の基準(本来は受給資格認定と考える)については、介護保険制度の要介護認定を機械的にモデルとすべきではない」p.21と問題提起し、社会生活総体と関係して障害は定義されるべきだと主張している。

後に要介護認定のあり方が修正された痴呆性高齢者の問題にとどまらず、国が裁量的に財政を操作できる仕組みに対する批判が大きく、予算主義的にサービス量が制限されてしまうことに対する懸念が反対表明につながっている。

伊東弘泰・特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会会長は、「介護保険で後退した障害者福祉を問う！」(『月刊総合ケア』Vol.12 No.3, 医歯薬出版, 2002.3 所収 pp52-57)にて、日本アビリティーズ協会・全国脊髄損傷者連合会・日本リウマチ友の会の3団体が実施した介護保険制度の利用実態に関する調査結果(分析調査担当: 堺園子・早稲田大学非常勤講師)を論拠に障害者福祉を介護保険制度に統合することに反対の立場を表明している。

アンケートの有効回答数は6095であり、その内で要介護認定を受けた者は1132(18.6%)であった。

〔表11-3〕身体障害等級と要介護認定結果の実態 (単位:人)

	回答数	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明
身体障害1級	619	3	27	127	151	110	109	80	12
	100.0%	0.5%	4.4%	20.5%	24.4%	17.8%	17.6%	12.9%	1.9%
身体障害2級	402	5	33	109	119	35	35	60	6
	100.0%	1.2%	8.2%	27.1%	29.6%	8.7%	8.7%	14.9%	1.5%
身体障害3級	59	2	13	22	13	5	0	0	4
	100.0%	3.4%	22.0%	37.3%	22.0%	8.5%	0.0%	0.0%	6.8%
身体障害4級	33	2	7	11	3	2	2	1	5
	100.0%	6.1%	21.2%	33.3%	9.1%	6.1%	6.1%	3.0%	15.2%

(資料) 日本アビリティーズ協会・日本脊髄損傷者連合会・日本リウマチ友の会「介護保険制度の利用実態に関する実態(2001)」

表11-3「身体障害等級と要介護認定結果の実態」が示すものは、身体障害者手帳の等級と介護保険の要介護認定が全くと言ってよいほど一致していないという状況である。身体障害1級というのは重度障害であるが、自立から要介護5まで大きく分散している。つまり、身体障害の程度と要介護状態とは必ずしも一致しないし、さらには障害者ケアマネジメントと高齢者介護ケアマネジメントでは質的に異なっていることが示唆されている。

2000年3月24日付の厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課長と障害福祉課長連盟の障企16号「障害者についても、40歳以上の者は、原則として介護保険の被保険者となる」との通達により、障害者全体が介護保険優先の下におかれることになった。障害者に対しては高齢者に対するような十分な説明もないままに介護保険の対象となり、市区