

の背景因子（環境因子及び個人因子）との相互作用のうちの否定的な側面を表わすものである」（ICF 2001=2002, p.205）と理解されている⁷。

以上のように「社会モデル」「ユニバーサルイズム」および「相互作用モデル」いずれもが、障害者福祉のサービスを政府の関与により提供すること、したがって一般財源を利用することの論拠となる。ただし、政府が社会保障に関与する論拠として、社会保障をセーフティネットとして捉える立場からすると、傷病や事故の後遺症として障害の種類と程度の差は多様であったとしても障害を持ちうるというリスクがどの人にもあることから、これに備えて障害者福祉を提供する必要性も、政府の関与の理由となる。障害の種類とその程度には不確実性があるが、それが多様でありどの人にも起こりうる普遍的な可能性があり、事後的には障害の種類と程度別の対応が必要であると考えれば、セーフティネットとして障害者福祉を提供することは、「ユニバーサルイズム」と「相互作用モデル」によって導くことができる。

セーフティネットとして障害者福祉を提供することの理念上の論拠に加えて、障害者数の推移を障害の種類別・原因別に見ることにより、セーフティネットとしての障害者福祉を提供する必要性を示すことができる。

障害の原因別の推移を示す調査は毎年実施されているわけではないが、参照できる直近の調査『平成13年身体障害児・者実態調査』（厚生労働省）によれば（表2）、戦傷病戦災を除く「事故」が障害の原因となる割合は障害者全体(3,245千人)の15.3%(498千人)である。また、障害原因としての疾病のうち感染症や中毒性疾患は必ずしも幼少からとは限らない障害原因であり、加齢による障害も同様の障害原因である。したがって、健康な生活を送っている人々であっても障害者となる障害原因として、「事故」と感染症、中毒性疾患及び加齢を合わせるとその割合は22.7%である。ただし、障害の原因については調査を受ける人々が応えにくい面があり、平成13年調査では不詳が22.6%ある（前回1996年調査では7.6%）。この不詳を除いて障害原因を回答した人々の中で「事故」と感染症、中毒性疾患及び加齢を合わせた障害を負う割合をみると、それは29.3%に上る⁸。このように、身体障害児・者の障害原因として出生時に関連するものよりもその後の生活において起こりうる原因で障害を負う割合が3割に達するということは、健康な人でも、突然何らかの疾患や事故によって障害を負い、身体障害者となる可能性が決して小さくないことを示唆している。

したがって、「ユニバーサルイズム」「相互作用モデル」の観点から障害者福祉をセーフティネットとして捉え、「社会モデル」が示す重層的な障害者のかかえる不利益を理解しながら、福祉サービスや所得保障およびバリアフリー施策等を通じて提供する具体的なセーフティネットの内容を検討していくことが、より有効な障害者福祉のための財政活動に繋がっていくと考えられる。

⁷ この点から、ICFは、医学モデルと社会モデルとを統合したモデル（相互作用モデル）に基づいているとされる（上田(2005)、川島(2006)）。

⁸ また、辻井(2001)では、1996年(平成8年)における在宅の身体障害児の障害原因に占める出生時の損傷ではない「その他の疾患」が障害原因となる割合は19.6%であると述べられている。

表2 障害の原因別及び年齢階級別にみた身体障害者数

		障害の原因別にみた身体障害者数(単位 千人)													
	総数	交通事故	労働災害	その他の事故	戦傷病戦災	小計	感染症	中毒性疾患	その他の疾患	小計	出生時の損傷	加齢	その他	不明	不詳
平成13年	3245 (100.0)	144 (4.4)	204 (6.3)	150 (4.6)	55 (1.7)	553 (17.0)	76 (2.3)	13 (0.4)	760 (23.4)	849 (26.2)	145 (4.5)	154 (4.7)	349 (10.8)	461 (14.2)	734 (22.6)
平成8年	2933 (100.0)	128 (4.4)	201 (6.9)	149 (5.1)	63 (2.1)	541 (18.4)	57 (1.9)	9 (0.3)	1261 (43.0)	1327 (45.2)	132 (4.5)	101 (3.4)	311 (10.6)	299 (10.2)	233 (7.6)
		年齢階級別にみた人口千人対身体障害者数													
年次	総数	18-19歳	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-69歳	70歳以上						
昭和35年	13.7	5.2	5.4	10	16	20	28.2		39.1						
45年	17.9	3.3	4.9	7.7	15.8	29.7	40.9	56.2	63.7						
55年	23.8	3.5	4.9	7	16	33.7	55.8	68.7	87.6						
62年	26.7	2.2	4.9	9.1	15.7	31.7	56.9	72.9	88						
平成3年	28.3	3.9	4.1	8.3	13.4	28.9	54.5	75.9	90.4						
8年	28.9	2.3	3.8	7	12.2	26.2	49.6	62.3	94.6						
13年	31.1	3.7	3.9	5.4	13	24.2	46.5	72.1	96.2						

注1 人口千人対の身体障害者数の基礎人口は、総務庁(総務省)統計局の「構成調査」および「推計人口」における18歳以上の人口を用いた。

注2 身体障害者数の資料は厚生労働省「身体障害児・者実態調査」

出所 「平成14年版 障害者白書」より筆者作成

3. 障害者福祉に係わる社会保障給付費の現状

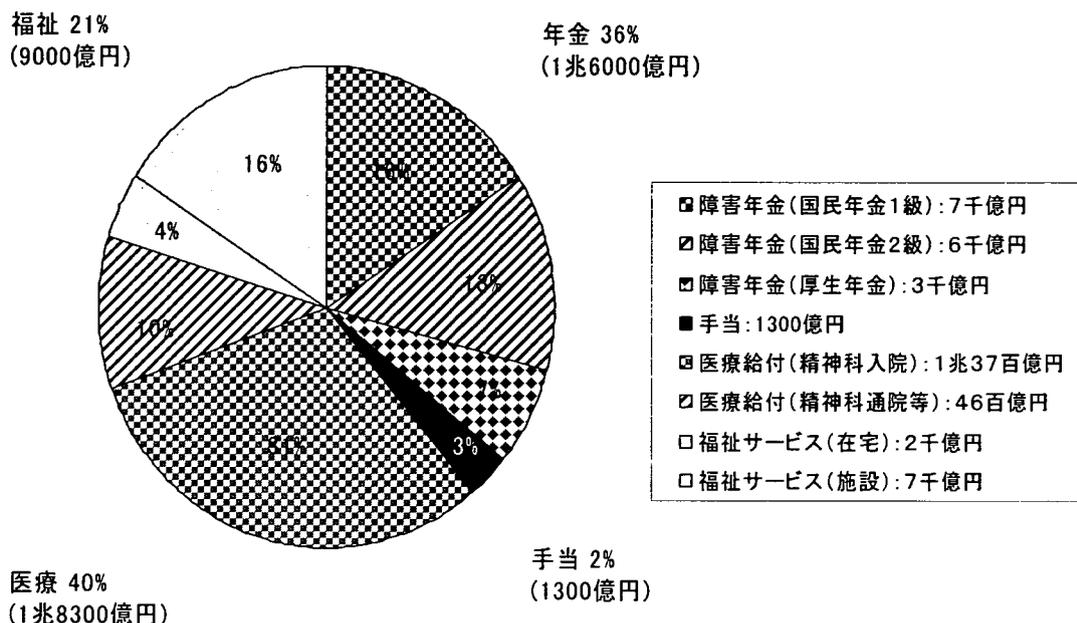
「障害」の概念が、医学的要因のみならず、障害の社会的意味づけとその普遍性が認識されるようになり、障害の種類に係わらない障害者福祉の総合的なシステムの構築が求められるようになった。このような理念を反映して、平成17年(2005年)に「障害者自立支援法」が成立し、これに基づき、平成18年(2006年)以降、図1(前掲)に示されるような年齢や障害の種類に関わりなく一元的に市町村が障害者福祉サービスを提供する仕組み(自立支援システム)が整えられることとなった。これにより、障害者のための福祉施策に関連する予算規模も増加した。平成17年度予算では7,525億円であった障害者福祉予算は、平成18年度では8,131億円となり、対前年度8.1%増となった。

自立支援システムの導入に伴い、サービス体系に対する財源構成も変化し、個別給付としての自立支援給付(介護給付と訓練等給付)と自立支援医療が国の義務的経費として国費(利用者負担1割を除く)が2分の1支出され、都道府県と市町村とが各々4分の1の負担をすることになった⁹。また、利用者負担に関しては、従来、障害の種類別に異なっていたが、「障害者自立支援法」の施行により、身体障害、知的障害、精神障害を通じて共通の体系になり、さらに障害者が低所得者である場合に所得再分配的な配慮(負担上限、特別給付金など)がなされた(京極(2006))。

このような障害者福祉に係わる関連制度ごとの給付を、政府予算規模と国民所得それぞれの比率で見ることのできる年次として平成15年度(2003年度)を取り上げて合計を求めてみると、障害関係の社会保障給付費の総額は図2のようになる。

⁹ なお、地域での様々な障害児者への支援サービスは、国及び都道府県の市町村への交付金により多様に展開されることになった(京極(2006))。

図 2 障害関係給付費の内訳(総額 4 兆 4,600 億円)



注 1: 障害年金は 2002 年度末、医療は 2001 年度国民医療費、福祉サービス・手当は 2004 年度予算による。
 注 2: 「医療給付(精神科通院等)」には更正医療、育成医療の公費負担額を含む。
 注 3: 障害に着目した給付としては、上に上げたものの他に、障害共済年金、業務災害給付金などがある。
 出典: 社会保障審議会障害者部会資料をベースに筆者作成

総額は約 4 兆 4,600 億円で、うち医療が 1 兆 8,300 億円 (40%)、障害年金が 1 兆 6,000 億円 (37%)、福祉サービスが 9,000 億円 (21%) (うち在宅: 2,000 億円、施設: 7,000 億円)、手当が 1,300 億円 (2%) となっている。平成 15 年度の一般会計予算 (81 兆 7,900 億円) に対するこの障害関係給付費の総額の割合は 5.5% となっている。国の財政に占める障害関係給付費の規模は必ずしも大きいとは言えないが、障害者の所得保障に係わる障害年金は、障害基礎年金の導入を受けて 1980 年代半ば以降、受給者数と年金総額ともに増加する傾向が見られる。2005 年の障害基礎年金受給者数は 150 万人に達している。平成 16 年度年金改正制度に基づく税制見直しにおいて、障害基礎年金受給者数は 2040 年頃まで増加し、約 180 万人に達すると推計されている¹⁰。

ただし、図 3 のように、給付の平均月額で見ると、障害年金の給付は、厚生年金・老齢年金、失業保険、公的扶助それぞれの給付と比較して低い。高齢者 2 人世帯の公的扶助の平均月額を 100 として失業保険、厚生年金・老齢年金、障害年金の給付の平均月額の比率をとると、福祉元年以前の 1972 年では失業給付の比率が高くそれぞれ 133.8、64.3、40.0 となっていた。これに対して、2003 年では公的扶助に対する失業保険、厚生年金・老齢年金、障害年金の給付の比率は、それぞれ 115.4、151.7、66.7 となってい

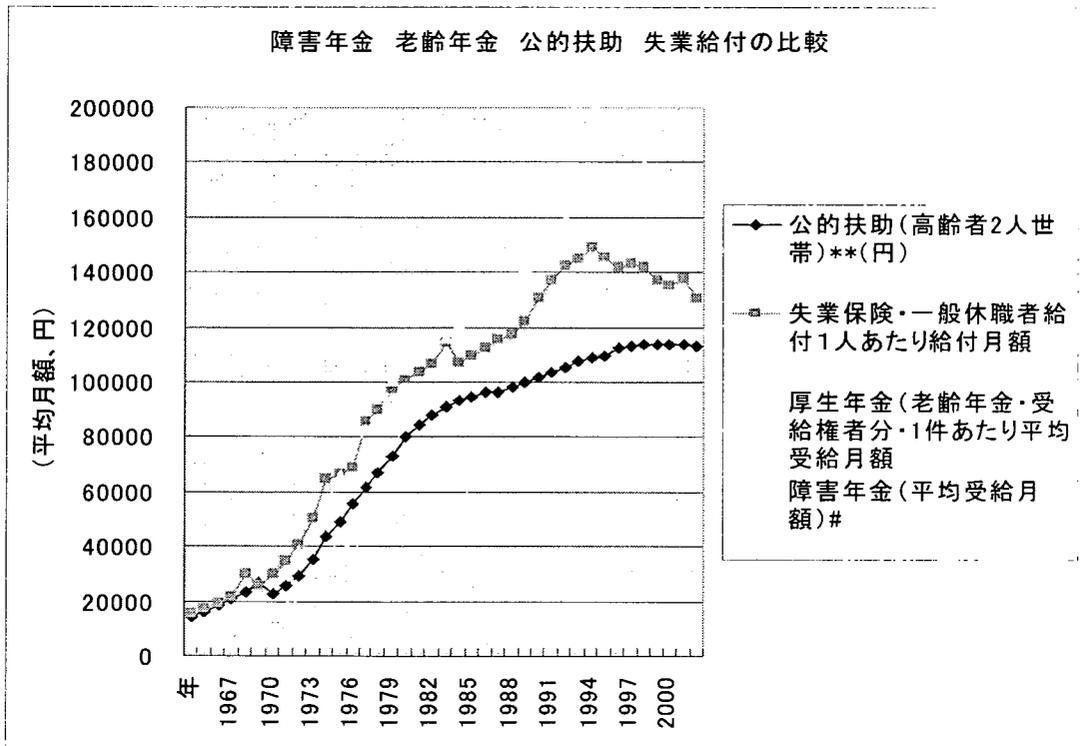
¹⁰ 社会保険庁ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/topics/nenkin/zaisei/zaisei/04/04-09-2.html> による。

る。障害年金の公的扶助に対する比率は1972年に比べて小さくなっているのに対して、厚生年金・老齢年金との格差は1972年に比べて大きくなっている。

障害年金の平均月額が失業保険の平均月額より少ないことは、西欧諸国で見られるように、支給期間に限りがある失業保険の代わりに、引退過程にある高齢者が健康状態の変化を理由に障害年金を申請し受給するような誘因が働かないことを示唆している。このように、障害年金の給付水準は高齢者の就業インセンティブを低下させるものとはなっていない点は、効率性の観点から評価できるが、その額が公的扶助の平均月額よりも低いことは、障害年金が十分な生活保障となっているかより詳しい検討を必要とすることを示唆している。

図3 障害年金・老齢年金・公的扶助・失業給付の比較



出典:筆者作成。

注* 生活扶助は、標準世帯人数が1986年の改訂で4人世帯から3人世帯に変わった。1986年以降は、標準世帯3人世帯の値をもとに生活保護手帳の計算方法に基づいて4人世帯の場合の扶助額を算出した菊地英明氏(社人研)の推計値をもとに時系列データを作成した。

注** 1965年～1981年までは「社会保障統計年鑑」の高齢者2人世帯基準額の例による。1982年以降は「生活保護手帳」各年版の高齢者2人世帯(65歳以上夫婦)より算出。

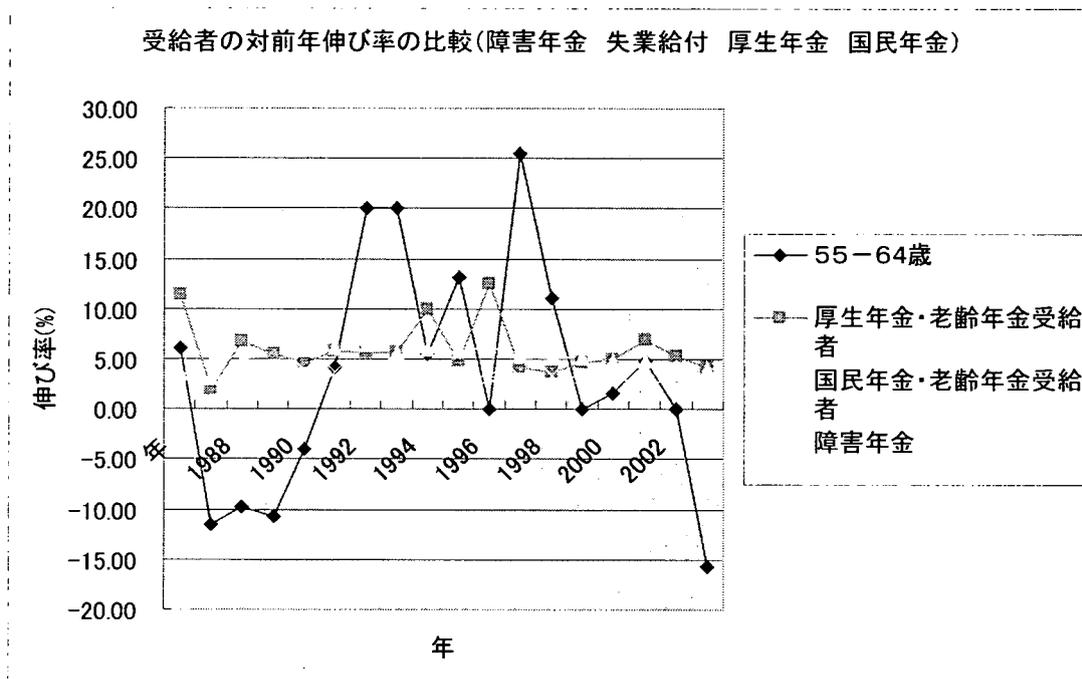
注# 1986年以降は、旧法国民年金の障害年金と障害基礎年金の平均月額、1985年以前は旧法国民年金の障害年金の平均月額。

4. 障害者の所得保障—障害年金等の再分配効果—

障害年金の受給者数の伸び率を、高年齢者(55～64歳)の失業給付受給者、厚生年金・老齢年金受給者、国民年金・老齢年金受給者の対前年変化率と比較したものが図5である。障害年金の受給者数は、図4のように、1986年の障害基礎年金の導入以後、比較

的安定した伸び率で増加している。図4によれば、高年齢者の失業給付受給者の変化率が上昇した場合には厚生年金・老齢年金受給者の変化率が低下する傾向が見られるが、国民年金・老齢年金受給者と障害年金受給者の変化率には、このような景気変動に伴う失業給付受給者の変化率との関係が明確には見られない。また、障害年金受給者数の伸び率は、1990年代以降ほぼ一貫して、厚生年金・老齢年金と国民年金・老齢年金それぞれの受給者数の伸び率よりも低い。

図4 受給者の対前年伸び率の比較(障害年金 失業給付 厚生年金 国民年金)

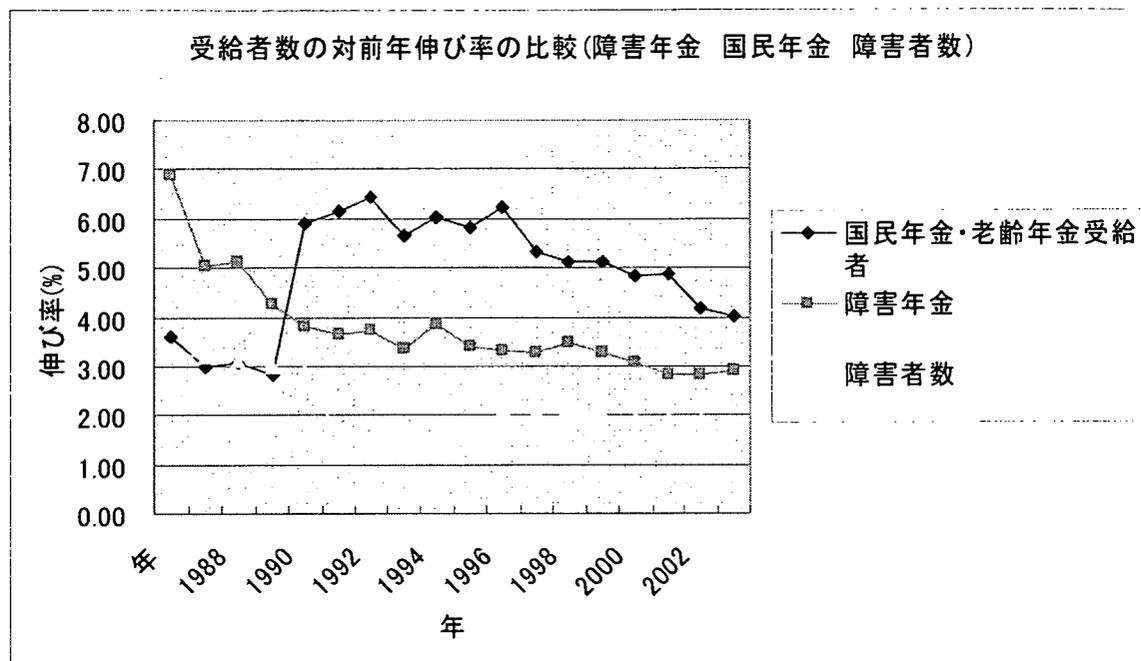


出典：社会保険庁『事業年報』、『労働力調査』各年版より、筆者作成。

これに対して、「身体障害者実態調査」の実施年の間を線形補完した障害者数の増加率と、障害年金受給者および国民年金・老齢年金受給者それぞれの変化率を比較すると、図5のように、障害年金受給者の伸び率と障害者数の増加率とが比例的に推移していることがわかる。障害者数と障害年金の受給者数との相関が高いことは、¹¹障害年金の受給のための認定が厳格であるという制度的要因があると考えられる。

¹¹ 諸外国の障害年金の受給要件に比して、我が国の障害年金の受給要件が身体障害者手帳等の申請要件に類似し厳格であることについては、鈴木静男(2001)を参照。

図5 受給者数の対前年度伸び率の比較(障害年金 国民年金 障害者数)



出典: 社会保険庁『事業年報』各年版、『身体障害者実態調査』より、筆者作成。

社会保障制度の持続可能性を考慮すると、年金受給者の伸び率が被保険者数の伸び率と乖離しないようにする必要がある。障害年金の制度的特徴を考慮すると、障害年金受給者数の伸びを過大にしないためには、ライフサイクルの過程で障害を負うリスクを減らすこと、すなわち障害を負う原因となる疾病や事故を予防することが政策課題となる。この点で、後遺症を伴うことのある脳血管障害や失明のリスクもある糖尿病などの予防に繋がる健康増進策を含む医療政策が、障害年金の財政とも関連することが理解できる。また、障害を持つ人の場合には通院、リハビリテーションなどの利用者負担と交通費などの支出もあり、障害年金の給付額を望ましい水準にする際には、こうした費用にも配慮した多面的な検討が必要である。したがって、障害者福祉を充実させるためには、サービス面と所得保障面のリンクと、それぞれの規模を社会保障制度の中で適切な水準に導くという制度横断的な検討がますます必要となっている。

しかし、障害年金の受給の有無なども含めて、障害者あるいは障害者のいる世帯の収入状況や利用者負担を把握する調査は、必ずしも多くない。年間の収入については、平成18年度に「障害者生活実態調査」が東海地方のF市で実施した調査から次のような点が指摘されている¹²。

¹² 「障害者生活実態調査研究会」第2回障害者生活実態調査：東海地方F市において個人情報保護法を遵守しながら、身体障害者手帳保持者または療育手帳保持者からランダム抽出した200人の障害を持つ人に対して調査票を郵送し回答を得た調査。有効回答数は身体障害者79名、知的障害者10名であった。精神障害者については、地域の生活自立支援センターや共同作業所・デイケアを通じて紹介して頂いた対象者のうち調査協力を得た30名から回答を得た。調査概要と収入面のより詳しい結果については、それぞれ勝又幸子(2007)、土屋

単身世帯の障害者の平均収入は153万円であるのに対して、配偶者のいる障害者の世帯（生殖家族）と親と同居している障害者の世帯（定位家族）の平均収入はそれぞれ607万円と638万円であり、その他の世帯の平均収入は231万円であった。障害者が単身で暮らす場合の収入が、配偶者や親やその他の人々と同居している世帯の場合に比べて著しく低く、生活水準で見ると単身世帯の障害者の生活には困難が伴うことが容易に想像される。もちろん、障害者本人の疾病や交通事故などが原因で配偶者がいる世帯の世帯主でありながら障害をもつに至った人の世帯（生殖家族）でも、障害者本人が障害により失業した場合には従前の所得よりも収入が減り、また親と同居している場合にも親の収入が主な収入であることが予想される。実際、世帯類型別に障害者本人の平均収入（年額）を見ると、単身世帯では153万円（前述の通り）、生殖家族では189万円、定位家族では100万円、その他世帯では128万円である。このことは、世帯類型別に見ると、親と同居している障害者本人の収入（定位家族の本人収入）が最も低く、自立生活へ移行するには本人収入の確保が条件となることを、また自立生活を始めたとしても障害者単身世帯の平均収入は一般的な平均所得に比べなお低いということを示している。

このような現実のもとで、障害年金は障害者の所得保障の上で重要な役割を担っている。この調査によれば、回答者のうち57%の障害者が障害年金を受給しており、障害年金の平均給付額（年額）104万円である。これに対して、調査対象の障害者全体では、雇用者所得の平均（年額）は178万円であり、本人の平均収入は155万円（中央値は103万円）であり、障害者の本人収入の平均で見ると、障害年金の占める割合は高いことが理解できる。

したがって、障害年金の給付の伸びを、障害を負う原因に遡って抑制することは重要な課題であるが、障害年金の役割を過小評価して過度に給付の伸びを抑制することは避けなければならない¹³。ここでは、障害年金の所得保障の役割を見るために、障害年金が無かったと仮定した場合の相対貧困率と障害年金がある現実の相対貧困率を比較して、障害年金があることによる相対貧困率がどれだけ改善されているかを、シミュレーション分析により検討する。

OECD(2005)によれば、等価可処分所得の中央値の50%以下の所得しか得ていない者の割合を相対貧困率とすると、我が国の相対貧困率は15.3%（2000年）で、OECD加盟国内ではアメリカとほぼ同じで(15.4%)、イタリア(12.9%)、イギリス(11.1%)、カナダ(10.3%)、ドイツ(9.8%)、フランス(7%)、スウェーデン(5.3%)などよりも高いことが指摘されている¹⁴。OECD(2005)では、付録第2部表2に、各国の相対貧困率の域値にあたる1人当たり等価可処分所得と世帯属性別の所得の平均値が示されている。OECD(2005)で示されている我が国の相対貧困率は、『平成13年 国民生活基礎調査』

葉(2007)を参照。

¹³ 年金給付の水準の評価については、公的扶助の給付との比較の他に、受給者の経済厚生に着目した方法がある。例えば、等価所得に着目した推計方法があるが、そのためには障害年金受給者の消費と世帯構造等に関するマイクロデータが必要である。本稿では、今後の課題としたい。

¹⁴ ただし、これらの国々に共通して年齢別にみた相対貧困率は、若年層でやや高く、現役世代で低くなり、高齢者で高くなることが指摘されている。

(厚生労働省統計情報部)に基づいているので、この調査の所得階層別・世帯構造別にみた世帯の割合と、上記の OECD(2005) 付録第 2 部表 2 に示された値を組み合わせて、世帯構造別の等価可処分所得の分布を近似的に生成することが出来る¹⁵。本稿では、このような世帯構造別の等価可処分所得を、世帯構造ごとに 1000 世帯人員分生成して、この世帯構造別の等価可処分所得から仮に障害者の所得保障のための給付が無かった場合の等価可処分所得による相対貧困率を推計し、このように推計された給付がないと仮定した場合の相対貧困率に対する現実の所得保障のための給付を含む等価可処分所得による相対貧困率の改善率を推計した。

なお、仮に障害者の所得保障のための給付が無かった場合の等価可処分所得を求めるために、現実の等価可処分所得から差し引く障害者の所得保障に係わる給付は、次のように算出した。

まず、障害基礎年金 受給人員(2001 年度末)、障害基礎年金受給総額(2001 年度末 万円)、障害年金受給人員(2001 年度末)、障害年金受給総額(2001 年度末 万円)、障害厚生年金受給人員、障害厚生年金受給総額、障害年金(厚生年金部分)受給人員、障害年金(厚生年金部分)受給総額、労働災害補償保険給付受給件数、労働災害補償保険給付受給総額、労災障害補償年金受給件数、労災障害補償年金受給総額、雇用保険・一般求職者給付基本手当受給者実人員、雇用保険・一般求職者給付基本手当給付額年度合計、生活保護・働いている者のいない被保護世帯数、生活保護・被保護実世帯数(現に保護を受けた世帯数)、生活保護・保護費総額、保護開始世帯に占める高齢者・母子世帯・その他の世帯割合、現に保護を受けた世帯の障害者・傷病者世帯数、障害年金等受給者総数、障害者の所得保障に係わる給付の受給者 1 人当たり給付額(加重平均)を求める。次ぎに、所得保障による相対貧困率の改善率を見るためには、仮に給付がない場合の等価可処分所得を推計するために、このように求めた 1 人当たり給付額を所得の低い者すなわち現実には給付を得ている者から引いていく必要がある。そのために、このように算出された 1 人当たり給付額に社会保障給付受給者のうち障害者に係わる給付の受給者割合を掛けて障害者の所得保障に係わる実効的な 1 人当たり給付額を求め、これを所得の低い者から順に現実の等価可処分所得から差し引いて、給付がない場合の仮の等価可処分所得を 1000 世帯人員分生成した。

以上の仮定と手順に基づいて、世帯構造別に障害者の所得保障があることによる相対貧困率の改善率を推計した結果は次のとおりとなった。非就業 2 人親子も有り： $(541-460)/541=17.6\%$ 、非就業 2 人親子も無し： $(659-302)/659=54.2\%$ 、非就業 1 人親子も有り： $(695-521)/695=25\%$ 、非就業 1 人親子も無し： $(659-609)/659=7.6\%$ 。

確かに、障害年金給付が伸び率で見ると増加しているが水準では他の所得保障の給付

¹⁵ 『平成 13 年 国民生活基礎調査』より全世帯の所得 10 分位別の所得上限額が分かるので、世帯構造別に 1000 世帯の 10 分位別所得データを生成し、それぞれの世帯構造ごとに OECD(2005)付録第 2 部表 2 に示された世帯構造別の平均所得(mean)が一致するように生成した 10 分位別所得データに補正係数を掛ける。こうして得られた世帯構造別 10 分位別所得データが、例えば OECD(2005)に示された子どもの有り無し別に見た相対貧困率と一致するように補正することにより、実際の社会保障給付の含む世帯構造別の 1000 世帯の所得分布の推計値を生成した。

より低い水準にあるという点には留意しなければならないが、以上のような障害者の所得保障に係わる給付による相対貧困率の改善効果は、改善率に相違があるもののどの世帯構造にも見いだされ、障害者のための所得保障はそれなりの経済効果をもっていると考えられる。

謝辞

障害年金等の再分配効果の推計に当たっては、仮定の置き方等について本研究班のメンバーから有益なコメントを得た。主任研究者の勝又幸子部長をはじめ、本研究会のメンバーの方々に記して感謝申し上げたい。また、障害福祉の財政分析と障害学の連携については、東京大学大学院経済学研究科の松井彰彦教授と長瀬修准教授による「総合社会科学としての社会・経済における障害の研究」における障害学の近年の展開に関する報告から多くの情報と示唆を得ている。お二人の先生と星加良司氏、倉本智明氏、川島聡氏、川越敏司氏をはじめ研究会のメンバーの方々に記してお礼申し上げたい。もちろん、分析視点に関する見解や推計結果については筆者の個人的見解であり、所属機関の見解ではないことを付記しておきたい。

参考文献

- Acemoglu and Angrist (2001) "Consequences of Employment Protection? The Case of the Americans with Disabilities Act," *Journal of Political Economy*, vol. 109, no. 5, pages 915-57.
- Bound and Waidmann(2002) "Accounting for Recent Declines in Employment Rates among the Working-aged Men and Women with Disabilities." *Journal of Human Resources* 37(2): 231-250.
- Burkhauser and Daly (2002), "Policy Watch: U.S. Disability Policy in a Changing Environment," *Journal of Economic Perspectives* Vol.16 No.1, pp.213-224.
- Mitchell,R.C.and Carson,R.(1989)Using Surveys to Value Public Goods(Johns Hopkins University Press)
- ジョセフ・P・シャピロ／秋山愛子訳(1999)『哀れみはいらない—全米障害者運動の軌跡—』
- 石川准・長瀬修編(1999)『障害学への招待—社会、文化、ディスアビリティ—』明石書店
- 石川准・倉本智明編(2002)『障害学の主張』明石書店
- 井堀利宏編(2005)『公共部門の業績評価』東京大学出版会
- 植田章・岡村正幸・結城俊哉(2001)『障害者福祉原論』高菅出版
- 上田敏 (2005)「世界保健機関 ICF の解説」ICFICF 日本協力センター
- 運輸省運輸政策局消費行政課監修(1997)『バリアフリーと交通』中央法規
- 大谷悟・岡井有香編著(2001)『国土交通政策研究第3号 バリアフリー化の社会経済的評価の確立へ向けて』国土交通省国土交通政策研究所
- 勝又幸子(2007)「第2回障害者生活実態調査の概要」厚生労働科学研究費(障害者保健福祉総合研究事業)『障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究』平成 18

- 年度総括研究報告書
- 金子能宏(2001)「障害者雇用政策とバリアフリー施策の連携」『季刊社会保障研究』第37巻3号
- 川島聡(2006)「障害差別禁止法における障害の定義－障害のマイノリティグループモデルとユニバーサルリズムを手掛かりに－」東京大学大学院経済学研究科・第7回長期的問題研究会報告資料
- 京極高宣(2006)『社会保障は日本経済の足を引っ張っているか』(時事通信社)
——(2007)『社会保障と日本経済－社会市場の理論と実証－』
- 国土交通省編(2006)『平成17年度国土交通白書』ぎょうせい
- 古瀬敏(1997)『バリアフリーの時代』都市文化社
- 国立社会保障・人口問題研究所(2000)『人口統計資料集 2000年版』
- 児玉桂子・小出治編『新時代の都市計画5 安全・安心のまちづくり』ぎょうせい
- 鈴木静男(2001)『障害者が自立できる年金を』(本の泉社)
- 総理府編(2000)『平成12年版 障害者白書』大蔵省印刷局
- 土屋葉(2007)「障害者世帯における本人収入と世帯収入の関係に関する検討」厚生労働科学研究費(障害者保健福祉総合研究事業)『障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究』平成18年度総括研究報告書
- 内閣府編(2005)『平成16年版 障害者白書』財務省印刷局
- 長江亮(2005)「障害者雇用と市場評価－大阪府内個別企業障害者雇用状況開示のイベントスタディー」『日本労働研究雑誌』
- 林山泰久(2001)「バリアフリー事業の便益計測」『国土交通政策研究』通巻第3号
- 星加良司(2006)『障害とは何か－ディスアビリティの社会理論に向けて』(生活書院)
- 山崎泰彦・高木安雄・尾形裕也・増田雅明(2004)『社会保障』(中央法規)

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」

ダイレクトペイメント施行から 10 年

～イギリスの障害者社会サービスの現状と課題～

主任研究者 勝又幸子（国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長）

研究要旨

コミュニティ・ケア・ダイレクトペイメント法施行から 10 年が経過し、イギリスでは 2007 年 5 月『政府調査報告：ダイレクトペイメント政策と実践』が刊行された。「ダイレクトペイメント」とは文字通り直接現金給付の形態をとる社会サービス供給方法である。イギリスにおける社会サービスとはホームヘルプサービスなどの居宅生活支援サービスから通勤援助など、障害者が生活するうえで必要とするあらゆるサービスを含んでいる。それを、障害当事者が自分で購入するために、現金給付を行うのがダイレクトペイメント制度である。イギリスにおけるダイレクトペイメントの導入背景、現状と課題を文献サーベイと現地調査を基礎としてまとめた。

地方自治体への社会サービス提供責任の移管がコミュニティ・ケア制度の導入により実行に移されてのち、障害者の自立生活運動と財政政策としての必要から、ダイレクトペイメントが解禁になった経緯を明らかにした。地方財政との関係、国民保健サービスの改革との関連が明らかになった。そして、調査報告書にまとめられている地方自治体によって多様な実践や利用率の違いの分析と課題を理解し、日本の障害者自立支援政策への示唆をえることができた。

A. 研究目的

主な目的はダイレクトペイメント導入にどのように障害当事者運動とそれに関心をもつ研究者が関わっていたのかを知ることであり、調査報告書の理解により、現状と課題を整理することである。

B. 研究方法

海外調査旅費の執行によってイギリスにおける現地ヒヤリングを 2007 年 11 月 25 日～12 月 2 日の期間に実施した。訪問先は、2007 年の報告書執筆に関わった 2 名の研究者、キャロライン・グレンディング准教授（ヨーク大学）とマーク・プレストレイ教授（リ

ーズ大学）ダイレクトペイメント開発基金の委託で支援民間団体の調査を実施した NCIL；自立生活ナショナルセンター所長スー・ポット女史、事務局長ケビン・コーフィールド氏、そして、イギリスにおける障害当事者自立生活運動のパイオニアとしてジョン・エバンス氏（元欧州自立生活ネットワーク理事・コンサルタント）である。

また、インタビューの前に調査報告書や最近の各研究者の論文に目を通し準備をした。帰国後、コミュニティ・ケアの財政構造を調べるため地方政府財政統計などのサーベイを実施した。

（倫理面への配慮）

なし

C. 研究結果

ダイレクトペイメントがイギリスにおいて導入される背景は2つの要素があった。身体障害者を中心として1980年代から活動がはじまった自立生活運動の影響とサッチャー保守党政権が目指した保健と社会サービスの分離、民営化による効率的な供給体制の整備が、ダイレクトペイメントを経済効率の視点から有効な政策手段と判断し積極的だったことである。

2001年の地方自治体のダイレクトペイメント導入義務化から5年の時点で行われた調査研究は、自治体間でダイレクトペイメントの導入は異なっている実態をあきらかにした。また、障害種別で利用率に特徴的差があることも明らかにした。ダイレクトペイメント利用者は相対的に週10時間以上のサービスを受給する重度が多いこと、一方、介助者のダイレクトペイメントには一時的利用形態が多いこと、などがわかった。

D. 考察

ダイレクトペイメント利用者に対して地方自治体が提示するサービス単価が直接提供するサービスの単価よりも低く抑えられていることは、地方自治体がダイレクトペイメントを導入するのにインセンティブになるようにおもわれるが、利用率の高いところで予算管理がなされているというような関係はみられず、現状で財政上の理由で積極的にダイレクトペイメントの導入をしているという実態は無い。むしろ、中央政府がILFを介して長時間利用者への支援をおこなっていることが、その支援を受けるための水準に達するように利用時間の調整を長めにおこなっ

ているのではないかとの調査結果は財政政策に逆行するものである。

障害種別では身体障害者の利用率が高く、次に障害をもつ高齢者、障害児をもつ親となっている。精神障害者の利用率はどの地域でも低い。介護単価も施設に比べて高く、医療的介護の必要性からNHSからの支援が中心になっている。

E. 結論

ダイレクトペイメントの導入は、障害当事者の自立生活運動と経済財政政策という2つの異なる背景により実現できた。しかし、地方自治体がダイレクトペイメント導入の財政的メリットを認識しているとは言いがたい。

2001年から政府によって地方自治体にダイレクトペイメントの導入を義務化した後も、利用率が改善したとは言いがたく、その原因は障害のアセスメントをするケアマネージャーやケースワーカーがダイレクトペイメントに積極的とは必ずしもいえないことがひとつの原因と指摘されている。

日本において、障害者の自立は、地域で生活することを基盤に議論されているが、介護労働者の賃金の低さなどから、なかなか地域生活への移行がすすんでいない。この状況を打開するために、新たなサービス供給方法を模索する場合、ダイレクトペイメントが参考になるのかどうかは検討に値する。

地方自治体の障害者プランが自立支援法の開始後どのように機能しているのかについて、イギリスのように全国レベルの調査を実施すべきだ。その場合、全国の大学研究者や障害当事者団体およびNPOの活用を視野にいれるべきである。そして、政府責任で地方

自治体に障害者プランの監視と評価を促すメカニズムを構築すべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

なし

ダイレクトペイメント施行から 10 年 ～イギリスの障害者社会サービスの現状と課題～

勝又 幸子

1. はじめに

(1) 調査の概要

コミュニティ・ケア・ダイレクトペイメント法施行から 10 年が経過し、イギリス¹では 2007 年 5 月『政府調査報告：ダイレクトペイメント政策と実践』²が刊行された。報告書はインターネットでダウンロードできるようになっている。ダイレクトペイメント制度については、障害者自立支援法の施行以前には様々な検討会で障害当事者から言及されている³。それは障害当事者や介護者が直接現金給付を得て自己管理する制度で、イギリスにおいて 1996 年に始まった。

日本では 2006 年 4 月から障害者自立支援法の施行によって新たな障害者福祉政策がスタートしたが、障害程度認定や利用者定率負担など新たな制度が、自立の妨げになる場合が出てきたことが問題になっている。障害者の福祉サービスが、「自立支援」に結びつくためには、サービスの供給量や供給体制だけでなく、利用者の自己決定が重要である。世界に先駆けてダイレクトペイメントを導入したイギリスの障害者政策に学ぶために現地調査を実施した。

本調査の主な目的はダイレクトペイメント導入にどのように障害当事者運動とそれに関心をもつ研究者が関わっていたのかを知ることだった。

2007 年 11 月 25 日に成田をたち 12 月 2 日に帰国するまでの 6 泊 1 機中泊通算 8 日間のイギリス滞在だった。その間、北はヨーク市、リーズ市から南はロンドンから 1 時間半ほどのところにある街ペーターズフィールドまで快適な鉄道網をつかった駆け足の調査旅行だったが、事前調整のおかげで大変有意義な調査旅行となった。特に、イギリス障害当事者自立生活運動のパイオニアとして知られる、ジョン・エバンス (John Evans) さんの助言や紹介により NCIL (自立生活ナショナルセンター) などダイレクトペイメント普及活動の中核で活動する人々に話しを聞くことができ感謝している。

(2) ダイレクトペイメント導入の背景

「ダイレクトペイメント」とは、文字通り直接現金給付の形態をとる社会サービス供給方法である。イギリスにおける社会サービスとはホームヘルプサービスなどの居宅生活支援サービスから通勤援助など、障害者が生活するうえで必要とするあらゆるサービスを含んでいる。それを、障害当事者が自分で購入するために、現金給付を行うのがダイレクトペイメント制度である。

社会福祉サービスが現金で支払われる国は現在でもまれである。生活や治療に密着するサービスは、仮に現金が給付されても必要なサービス供給が保障されなければ役に立たないというのが理由で、現金ではなくサービス (現物) が直接提供されてきた。イギリスでも 1996 年コミュニティ・ケア・ダイレクトペイメント法が解禁するまでは、コ

コミュニティ・ケア法においては現金給付を禁止していた。日本の介護保険は一部現金給付を認めているが、これは住宅改造費などの市場で購入が可能な場合であって介護サービスの購入のために現金給付はなく、基本的に日本では現金給付による福祉サービス供給は認められていないといえよう。

なぜ、イギリスでダイレクトペイメントが導入されることになったのか、それは2つの背景がある【イギリス：ダイレクトペイメント年表参照】。ひとつは、コミュニティ・ケア法の施行以前 1980 年代よりはじまった障害当事者の自立生活運動の成果である。イギリスの一部地域では、早くから運動のなかで障害当事者が間接給付の形ではあるが、自分の生活に密着した社会サービスを地方自治体との直接交渉で入手できるようになっていた。すなわち、自分たちでパーソナルアシスタントを選択しその人を自治体から派遣させていたのである。そのような歴史から、ダイレクトペイメントになったときにはすでに、サービスを自ら確保できる人がいたことになる。2007 年ダイレクトペイメントの調査で利用率が高かった地域、バーギンガムなどのあるウエストミッドランドは、もともと自立生活運動や障害児の親の活動が盛んな地域だったといわれている。

もうひとつの背景は政治的である。1990 年代ニューライト・ネオリベラリストと呼ばれた政治家たちによって新たな社会経済政策の模索が行われていたが、社会サービスの供給体制の見直しや効率的な福祉行政のために、直接現金給付が可能性のある政策手段と考えられて彼らの支持を得たことである⁴。

イギリスは国民保健サービス（NHS）という税金だけを財源とした医療制度をとっており、日本のように保険料拠出による社会保険制度ではない。そこで、NHS の改革は直接国の財政状況に大きな影響を与える。現在でもイギリスの政策において NHS 改革は常に政策課題の重要な位置をしめている。1980 年代サッチャー首相率いる保守党政権のもと、さまざまな改革が実施されたが NHS から社会サービスを切り離し、社会サービスの主体を地方自治体に移管した。その時代においては非効率な公営企業だった病院や施設を民営化することが大きな政策課題となった。そのような時代的背景を受けて、1990 年国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法が成立し、社会サービスの供給体制で新たな政策への模索が行われたのである⁵。1994 年 2 人の経済学者によって執筆された『自立への現金給付化：現金給付と現物給付の費用便益分析』⁶は、自立生活運動を推進する障害当事者団体であるイギリス障害者協議会から出版された。それまで社会サービスは現物給付でしか行われていなかったが、それよりも現金給付の方が費用便益分析で有利な方法であることを同論文は主張した。当事協議会のメンバーであったジョン・エバンス氏によると、この論文はきわめて戦略的に出されたものだったとのことである。すなわち、新社会経済政策の議論に乗ってダイレクトペイメントを当時の政権に採用するように促すための働きかけだった。

イギリスにおけるダイレクトペイメントの導入は、政治的流れのなかで追い風をうけて成立したのである。しかし、施行直後 1997 年には労働党ブレア政権が誕生する。それから現在まで、ダイレクトペイメントの果たしている役割はかつての社会経済政策から社会的包摂政策へと変化してきた。例えば 2000 年にダイレクトペイメントの対象者を高齢者にも拡大し、2001 年には障害児を介護する両親にも拡大した。すでに議論上は障害者だけでなく、人種的マイノリティーなども包括したものへと発展している。

イギリス:ダイレクトペイメント年表

	制度変化	備考	政治的背景	
1983年	DHSSの通達によって国民保健サービスから地方自治体へとコミュニティケア基金が直接移転となる。注1		保守党政権 (サッチャー首相)1979～90年	
1988年	グリフィス報告『コミュニティ・ケア:行動のための指針』(NHSと社会サービスの給付の供給体制の変革と財源の地方移転と地方主導福祉への移行)注2			
1989年	コミュニティ・ケア白書公表 注3			
1990年	国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法成立(1991年施行)注4	直接現金給付を禁止		
1992年	自治体が国務大臣の指示でコミュニティ・ケア計画策定義務付け			
1993年	新自立生活基金(ILF)の設立:5百万ポンド5年間、66歳以下対象			
1994年	Zarb, G and Nadash, P「自立への現金給付化:現金給付と現物給付の費用便益分析」BCODP(イギリス障害者協議会)より発表注5		(メージャー首相)1990～97年	
1996年	コミュニティケア(ダイレクトペイメント)法施行 *地方自治体にダイレクトペイメントの導入を可能にした。 18～65歳未満対象(65歳以上はそれ以前からの利用者に限定) 12ヶ月間に4週間以上の施設介護利用期間の上限 家族介護従事者への支払い禁止 知的障害者・精神障害者・HIV患者等へ適用拡大	ニューライト ネオリベラルの新社会経済政策との協調 直接現金給付を解禁		労働党政権 (ブレア首相)1997～2007年
2000年	イングランドで65歳以上へも適用拡大 他地域に波及 介助者障害児法(the Carers and Disabled Children Act)	利用可能な年齢の拡大		
2001年	2000年法により障害児を介護する両親を含む介助者等へのダイレクトペイメント適用開始(2001年4月施行) HSCA;Health and Social Care Actが地方自治体にダイレクトペイメントの提供を義務化	非同居の家族介助者に対する直接現金給付を認めた		
2002年	ダイレクトペイメント(DPDF)開発基金創設			
2003年	CSCI(875人の障害児をもつ親によって)設立			
2005年	政府グリーンペーパー「自立・厚生・選択:イングランドにおける成人社会介護の将来展望」注6 より広い選択肢ーダイレクトペイメントにおける集中介助制度に関する調査報告書ー "The Carers (Equal Opportunities)Act"(介助者機会均等法)2005年施行、地方自治体に介助者に対する援助と教育を義務付け			
2007年	○政府調査報告:ダイレクトペイメント政策と実践 注7 ○ダイレクトペイメント開発基金の実態調査報告;NCIL(the National Centre for Independent Living) 注8 ○消費者主導介助、個人勘定(インディビジュアルバジェット)評価調査報告 注9	マイノリティ・社会的包摂政策への応用	(ブラウン首相)2007年～現在	

注1 DHSS(1983)"Health Service Development :Care in the Community and Social Finance"

注2 Griffiths Report (1988) "Community Care: Agenda for Action)

注3 HMSO,"Care for People, community care in the next decade and beyond"

注4 The National Health Service and Community Care Bill

注5 Zarb, G and Nadash, P (1996), "Cashing in on independence: comparing the costs and benefits of cash and services. London: BCOOP

注6 "Independence, well-being and choice: Our vision for the future of social care for adults in England, Cm6499. London: DH." (2005) Prime Minister's Strategy Unit, Improving the life chances of disabled people, Final Report, A joint report with; Department for Work and Pensions, Department of Health, Department for Education and Skills, Office of the Deputy Prime Minister

注7 "Direct payments: A National Survey of Direct Payments Policy and Practice" LSE PSSRU(the London School of Economics and Political Science, Personal Social Service Research Unit)

注8 NCIL(2005)Wider Options, Report of a Research Project into Intensive Support Schemes for Direct Paymantets)

注9 "Consumer-directed care, Individual Budgets Evaluation," (2007)LSE PSSRU

BCODP :British Council of Disabled People→UKDPCへ名称変更

CSCI:Commission for Social Care Inspection 2003年に875人の障害児をもつ親によって設立

DHSS: Department of Health and Social Security 保健・社会保障省

DPDF: The Direct Payments Development Fund ダイレクトペイメント開発基金

HMSO: Her Britannic Majesty's Stationery Office

HSCA;Health and Social Care Act 保健社会介護法

ILF:Independent Living Fund 自立生活基金

NCIL:National Center for Independent Living 自立生活センター

NHS: National Health Service 国民保健サービス

UKDPC: The United Kingdom's Disabled People's Council イギリス障害者協議会

2. ダイレクトペイメントの実際

(1) 制度の概要

NCIL はダイレクトペイメントの普及のために、国の補助で設立された当事者団体である。パンフレットや DVD など様々な方法でダイレクトペイメントの導入を促す資料を作成している。その導入 DVD を観ると、パーソナルアシスタント（介助人）を公募で面接し、訓練し、雇用するという、まさに個人事業主としての役割を担うことが障害当事者に期待されていることがわかる。事業主は被用者の賃金のみならず、税金や法定福利費⁷の支払いについても責任を負う。『ダイレクトペイメント：初心者への案内』と題された DVD はダイレクトペイメントを利用している障害者が、この制度に興味を持っている障害者にアドバイスするというストーリーで作成されており、まさにピアカウンセリングの方法をとっている⁸。これを観るとダイレクトペイメントを利用する個人に託された多くの責任を知ることになり、障害当事者が現金給付をサービスの代わりに受け取るというような単純なことではなく自立生活を計画し運営していく能力が必要に思える。しかし、DVD の最後には、すべてを自分で負担するのではなく各地にある ILC（自立生活センター）の利用が可能であり、会計書類の作成や支払い事務などはそのセンターへ業務を委託することができることもわかり、少しほっとされられる。

1996 年ダイレクトペイメントが導入されたときには、地方自治体は「ダイレクトペイメントを実施することができる」だったのが、2003 年には保健・社会ケア法の成立によって「地方自治体はダイレクトペイメントを提供しなければならない」と義務化された。それにより、保健局は地方自治体に対してダイレクトペイメントをいかに導入するかの指導をする必要がでてきた。この変更を機会に、どの程度ダイレクトペイメントが実施されているかという実態把握が重要になり、保健局が実施した調査結果が 2007 年 5 月に刊行された報告書『政府調査報告：ダイレクトペイメント政策と実践』⁹である。

イギリス ダイレクトペイメント制度の概要

根拠法	1996年 コミュニティ・ケア・ダイレクトペイメント法	備考
対象者	コミュニティ・ケアからサービスを受給してきた高齢者 身体障害者 知的障害者 精神障害者 感覚障害者（視覚・聴覚など） 介助者（介助サービス受給者を介助する人） 家族（児童サービスを受給する障害児をもつ家族） 児童サービスを必要とする障害をもつ親	65歳以上 成人障害者（16歳以上） 必要期間の長さに関係なく
制度運営主体	地方自治体	
アセスメント（障害認定を含む）	コミュニティ・ケアサービスのケアマネージャー（自治体の社会サービス部職員）	
財源	コミュニティケアの財源と同様（国からの補助と地方財源）	
対象サービス	アセスメントにおいて決定（個別の対応が可能）	
制約条件	自治体が運営する社会ケアサービス（ホームヘルパーやショートステイ等）の購入はできない	

(2) 財源

ダイレクトペイメントは、コミュニティ・ケア制度の一部であり、コミュニティ・ケア財源そのものに依存する。しかし、コミュニティ・ケア制度そのものが地方自治体の自治事務であることから、機関委任事務で行われる措置制度のようにサービス給付の国と地方自治体の負担割合が決まっているわけではない。従ってコミュニティ・ケアの実施主体である地方自治体の財源構造に規定されることになる。また、中井(2007)が「イギリスでは、ボランティア部門の活動が地域を越えるので、地方団体は、自治主体というよりも、単に行政サービスを提供するというサービス提供団体 (providing authority) として機能 (function) が重視されてきた。」¹⁰と書いているように、中央政府からの安定した財源移転が自治体における社会サービスの供給を保障している。しかし、一方で地方自治体のサービス供給主体としての裁量はかなりみとめられているようである。中井(2007 前出)は、その状況を、『行政責任の明確化』が図られて、イギリスでは、国の委任事務が少なく、行政サービスの水準に関する『タテ』の自由度は、個別団体の直接限界責任によって大幅に認められやすい。¹¹と述べている。

Table 3.5c : Financing of revenue expenditure since 1993-94(a)

	Revenue expenditure(b)	Government grants	% of total	Redistributed business rates[c]	% of total	Council tax	% of total
	(£million)	(£million)		(£million)		(£million)	
Council tax system							
1993-94	41,506	21,685	52	11,584	28	8,912	21
1994-95	43,602	23,679	54	10,692	25	9,239	21
1995-96	44,827	23,335	52	11,361	25	9,777	22
1996-97	46,532	23,003	49	12,743	27	10,461	22
1997-98	47,256	23,840	50	12,034	25	11,241	24
1998-99	50,189	25,291	50	12,531	25	12,332	25
1999-00	53,651	26,421	49	13,619	25	13,278	25
2000-01	57,329	27,809	49	15,407	27	14,200	25
2001-02	61,952	31,469	51	15,144	24	15,246	25
2002-03	65,898	32,634	50	16,639	25	16,648	25
2003-04	75,244	41,777	56	15,611	21	18,946	25
2004-05	79,303	45,258	57	15,004	19	20,299	26
2005-06	84,429	45,840	54	18,004	21	21,315	25
2006-07(d)	87,991	47,345	54	17,506	20	22,453	26

Source: Revenue Summary (RS) returns to 2005-06 and Revenue Account(RA) budget return 2006-07.

(a) Produced on a Non Financial Reporting Standard 17 (FRS17) basis.

(b) The sum of government grants, business rates and local taxed does not normally equal revenue expenditure because of the use of reserves.

[c] 1993-94 to 2003-04 includes City of London Offset.

(d) Based on budget estimates.

Department for Communities and Local Government, "Local government Financial Statistics England No.17, April 2007, p.62

上記 Table3.5c はイングランドの地方政府財政統計表のひとつだが、1990年代当初から現在に至るまで地方自治体の財源の半分は中央政府の補助金 (Government grants) でまかなわれていることがわかる。また、事業用財産税 (Redistributed business rates) も国税であり、事業用財産税・譲渡税として地方自治体間の財源の偏在化を是正する財

政調整効果をとまなう税である¹²。両者を併せると 7 割以上が中央政府からの補助財源であることがわかる。残り 2 割をまかなっているのが、カウンスル税である。1990 年度、コミュニティ・ケア法が成立した時導入されたコミュニティ・チャージ（人頭税）が 1993 年にカウンスル税に移行した。

中井（2007 前出）によると、イギリスでは国庫支出金の交付額が決定した後で、その自治体に必要な年間財政支出予算から国庫支出金を引いた残りをカウンスル税によってまかなうという制度になっている。「福祉サービスが充実したとき、歳出予算の全体がナショナル・ミニマムの標準支出額を上回る自治体は、自治体の限界的財政責任は、居住する納税者にカウンスル税の超過課税を課すことになる。」（中井 1999）¹³。地方自治体が仮に他の自治体よりも手厚い社会サービスを実施しようとしたら、その財源はカウンスル税によってまかなわなければならないということになる。それは、住民の受益と負担が裏腹であることを意味する。

以下の Table3.5a はカウンスル税の算出根拠を具体的にあらわしている。

Table 3.5a: General fund revenue account: outturn 2000-01 to 2005-06 andj budget 2006-07

	£million	
	2005-2006	2006-2007
		Budget
Education(a)	36,026	36,994
Highways and trasport	4,840	5,335
Social Services(b)	17,355	17,761
Housing (Excluding Houseing Revenue Account)(c)	14,068	14,418
Cultural, environmental and planning	9,187	9,378
Police	10,957	10,828
Fire	2,053	2,086
Courts	58	59
Central services	2,415	3,426
Others	214	248
Net current expenditure	97,173	100,534
Capital financing	2,455	2,968
Capital Expenditure charged to Revenue Account	892	819
Other non-current expenditure (e)	3,194	3,534
Pension Interest Costs	4,785	3,014
<i>less Interest receipts</i>	1,215	909
<i>less Specific grants outside AEF</i>	18,269	18,219
Revenue expenditure	89,015	91,440
<i>less Specific grants inside AEF</i>	14,787	39,993
Net revenue expenditure	74,226	51,447
Appropriation to/from Reserves(excluding Pension Reserves)	810	-572
Appropriation to/from Pension Reserves	-4,583	-3,449
Other adjustments	24	-5
Budget requirement	70,477	47,421
Revenue Support Grant	-26,663	-3,378
Redistributed business rates	-18,004	-17,506
Police Grant	-4,353	-3,936
General Greater London Authority Grant	-37	-38
SSA Reduction Grant		
Central Support Protection Grant		
Council Tax Benefit Subsidy Limitation Scheme		
Other items	-104	-111
Council Tax requirement	21,316	22,452

Source: Revenue Summary (RS) returns to 2005-06 and Revenue Account(RA) budget return 2006-07.

(a) Includes mandatory student awards and inter-authority education recoupment.

(b) Includes supported employment.

[c] Includes mandatory rent allowances and rent rebates.

(d) Includes probation services up to 2000-01, after which it ceased to be a local authority responsibility.

(e) Includes; (i) gross expenditure on council tax benefit, (ii) discretionary non-domestic rate relief, (iii) flood defense payments to the environment agency, (iv) bad debt provision.

Department for Communities and Local Government, "Local government Financial Statistics England No.17, April 2007, p.60 FRS17 basisの一部抜粋

Table 3.5aの一部翻訳

	2005-2006	
	100万ポンド	%
教育	36,026	37.1
高速道路・交通網	4,840	5.0
社会サービス	17,355	17.9
住宅(住宅歳入勘定を除く)	14,068	14.5
文化・環境計画	9,187	9.5
警察	10,957	11.3
消防	2,053	2.1
裁判所	58	0.1
中央サービス	2,415	2.5
その他	214	0.2
経常支出総額	97,173	100.0

上記表からイングランドの地方自治体支出のうち 37.1%を教育に、次に 17.9%を社会サービスに、そして 14.5%を住宅に費やしていることが判る。まさに、サービス供給主体としての地方自治体の支出構造がわかる。ダイレクトペイメントはこの中で「社会サービス」の一部である。

(3) 実施状況

『政府調査報告：ダイレクトペイメント政策と実践』（2007）からダイレクトペイメントの利用率についてみる。（以下、調査結果や調査報告は本報告書からの引用を表す。）

2003 会計年度コミュニティ・ケアサービスを受けた 65 歳以上高齢者のうち 0.9%[0.7%]、精神障害者のうち 0.4%[0.6%]、知的障害者のうち 2.1%[3.6%]、身体障害者のうち 7.1%[6.2%]、視覚・聴覚障害者のうち 3.9%[4.9%]がダイレクトペイメントを利用した。[]内の数値は翌年 2004 年会計年度である【アネックスの Table 2.3 Table 2.4 参照】。2 年間の比較ではダイレクトペイメントを利用している人の割合はあまり増えていないように見えるが、「表 2003 年度と 2004 年度の伸び率」のように、コミュニティ・ケアサービスを受けた人の数全体が伸びているので障害種別によっては例えば精神障害者の対前年度伸び率 150%、知的障害者も 83.3%と大きな伸びを記録していることがわかる。2003 年は地方自治体にダイレクトペイメントの導入の義務化が実行にうつされた年であり、利用者が増えた背景には政策的な変更があったことがわかる。