

## 知的障害者の自立支援施策 —オランダと日本の比較—

研究協力者 曾根 翠：東京都立東大和療育センター  
末光 茂：旭川荘理事長  
岩崎正子：桃花塾理事長

Anthony Millenaar

### 1. はじめに

2006年（平成18年）に成立した障害者自立支援法は、①障害別に細分化されていた障害者福祉施策を統一し、②利用者のニーズに合わせたサービスを提供し、③地域の特色を生かしたサービスを作り、④提供されるサービスの根拠を明らかにし、⑤利用者の自己負担を受けるサービスの質と量に合わせたものにするを目的として作られた。これらの目的は、障害者の地域移行とインクルージョンのために必要なことを網羅しているように理解される。

しかし、実際に地域生活をしている障害者と家族は、この法律ができてから生活がむしろ苦しくなったと訴える声もある。今回、日本より数10年前に同じような法律の導入をしたオランダを参考に、日本の福祉制度に光をあて、日本の自立支援法を真の自立支援法にするための課題について検討した。

### 2. オランダの社会福祉制度の変遷

オランダでは、健康と社会福祉制度の費用は、税金ではなく拠出義務として定められた保険制度より集められている。この保険制度は、1967年（昭和42年）に制定された「特別

医療保険制度」(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten、AWBZと略す)に基づいている。

AWBZが制定される以前は、365日以上の長期療養を必要とする慢性疾患を持つ患者や障害者は、健常者の善意に頼って生きることしかできなかった。AWBZは、人は誰もがいずれ慢性疾患や障害を持つようになると述べ、このような疾患や障害のケアにかかる費用は全国民から集められるべきものであると強調している。

そして同時に、このような慢性疾患や障害にかかる費用を一般の医療保険から支払われるようにすると、健康保険会社が支払わないおそれがあることも指摘している。こうした理由から、オランダでは慢性疾患や障害にかかる費用は、他の健康保険や税金とは別の保険として、全国民から集められ、その用途のみに使われるようになった。負担率は、2006年（平成18年）の平均で、収入の12.55%であった。

しかし、この法律の下では障害者が自立を強いられ、逆に地域で孤立するおそれがあることも指摘されるにいたった。そこで、2007年（平成19年）にAWBZは大きく改正され、

福祉従事者に費用を支払うのではなく、障害者が生活するためのニーズに合わせた「ケアパッケージ（ZZP）」が策定され、それに基づいて障害者に費用を支払うシステムになった。

### 3. AWBZについて

#### (a) 目的と給付対象者

この保険の目的は、障害者や慢性疾患患者にとって地域に統合された形での社会参加ができるために必要な特別なニーズを満たすことにある。

給付対象者は障害者だけでなく、高齢者や障害をもつリスクのある人まで広範囲にカバーしている（表1）。給付を受けるには、まず医師による障害や慢性疾患の診断を受ける必要があり、その後ケア認定事務所で給付通知までの手順についてガイダンスを受ける。

給付額は、表2に示した社会生活項目のうちどの分野に対する給付が必要か、地域の給付通知事務所の専門家によって検討され、給付分野と各分野への給付額が表3の要支援区分に応じて決定され、給付通知が行われる。

#### (b) AWBZ改正後の経過

AWBZは、2003年（平成15年）の改正後数年をかけて個別の給付通知を終了し、現在は地域生活をしているすべての対象者が評価に見合った保険金を受け取っている。

あと2-3年で、施設に入所している人も含めた全ての対象者がケア認定事務所の援助を受けて、給付通知を受け取れると見積もられている。

保険料は利用者に支払われ、ケア保険事務所が利用者とケアを行う団体との間を仲介

し、利用者にとって最も適切なケアを受けられるようにした。

人口約1,600万人のオランダには、32の福祉圏域があり、各福祉圏に一つのケア認定事務所が置かれている。2003年からは全ての福祉サービス事業所が複数の社会生活項目に対する全てのケアを実施できるようになった。その結果、以前は障害者の援助のみを行っていた事業所が、高齢者の援助もできるようになった。こうして、利用者が選べる事業所の幅は拡大された。

### 4. 利用者とサービス提供者についての新たな可能性

#### (a) 利用者にとっての可能性

AWBZの改正により、利用者には新たな傾向が見られてきている。一つは障害児の両親たちが協力して新しいグループホームを設立する動き等である。子供のケア保険料を受け取った両親が、その保険料を持ち寄り、設立費用に充当する。

グループホームでのケアには、自分たちの子供のケアに最も適した事業所を親たちが選んでいる。そして、設立後もそれぞれの能力と社会におけるネットワークに応じて、グループホームに貢献し続けているのである。

もう一つは、大きな事業所から独立してケアサービスにたずさわりたいと思う職員が、独立して自分の事務所を持ったり、フリーランスで仕事をしたりしやすくなったことである。こうした職員たちが利用者に給付される保険料の使い方について、新たな可能性を追求し始めている。

#### (b) 事業所にとって

先進的な事業所は、利用者中心の、より柔

軟性のあるケアを供給するよう職員研修を始めた。また利用者やその家族が必要としているサービスやケアの種類を自分の意志で選択できるよう励まし、支援している。

特別なニーズをもつ人々の希望を基礎として、事業所は、家庭を基本とした地域生活支援やレスパイト・ケア、里親といった、より多彩なケア・支援を供給しなければならなくなっている。

このように多様化したサービスを紹介するために、ウェブサイト等のテレコミュニケーション方法が、大いに効果的であった。事業所は一洋装店の店長のように一自分たちが用意したケア・支援を、利用者が心惹かれるような方法で、ウェブサイトで紹介するようになった。

また、今後は在宅介護、地域生活支援、レスパイト・ケア、里親のような新たなケア・支援方法を開発しなければならないのである。

## 5. 改正AWBZを施行する段階で起きた諸問題

AWBZ改正の過程で、より多くの利用者が自分のニーズに基づいた権利を主張するようになった。第一にオランダの高齢者人口の増加に伴い、より多くの高齢者が支援を必要とするようになった。次にAWBZの基本的対象者のうち、他の保険制度ではカバーできない、障害を持つリスクのある患者の場合は、ケア給付の対象とみなされなかった。

例えば、治療を待っている患者がAWBZ給付を何度も求める、また特別支援学校での教育を受けている障害児がケアを求めて給付の上積みを求める、またインフォーマルな介護

を受けている人が専門家によるケアを希望するといったものがある。これらは両親、家族やボランティアが責任を負うべきものである。

この結果AWBZ給付金額は、この3年間毎年20%の増加率となり、2007年（平成19年）には収入の12.25%となった。このまま方針を変更せずに継続すると、2022年（平成34年）の負担率は収入の25%に跳ね上がると見積もられた（改正前の1996年は7.35%、1997年は8.86%であった）。

この費用のもう一つの欠点は、給付通知と審査、支援の質を調整する評価基準の開発などに多数の職員を必要としたため、別の機関を新設しなければならなくなったことである。2004年（平成16年）に政府は機関の縮小を図るため、利用者がケア団体を選択した後の保険給付は健康保険会社に責任を負わせた。

そして、家事援助等については、AWBZから除外し、2007年（平成19年）から新たに、市町村団体に直接給付を決定するよう業務を委譲した（社会支援法Wmo制定）。

また、改正された保険制度は、利用者に過度な行動障害があるときは適切な給付額決定ができないという問題も残っている。従って、知的障害と強度の行動障害を持つ利用者には、継続的にその利用者の相談に乗ってきた機関が給付内容を評価する、「セカンドオピニオン」のような制度が必要である。

この機関は「特別専門支援コンサルティングセンター（Center for Consultation & Expertise）」と呼ばれる。

## 6. ケア強度パッケージ (Care Intensity Package, CIP)

公的強制保険の改正が行われて以来、入所施設の利用者の保険料をどのように決定するかが懸案であった。2006年(平成18年)政府の要請に応じて、入所施設利用者の評価のためにケア評価パッケージが作られた。

ケア評価パッケージでの評価に応じて、ケア強度パッケージにおける適応区分が決定され、保険料が支給された。

「ケア強度パッケージ(CIP)」の支給対象者は、一般社会から護られ、医療を受けることのできる生活環境下で、24時間の援助がないと生活できない障害者である。

CIPができる以前は、施設の方針や資産・受け入れ可能人数・ベッド稼働率に対して、ケア費用が支払われてきたが、CIP施行後は、利用者全員をそれぞれ表4に示したような「ケア評価パッケージ」で評価し、利用者全員のCIPを合計した量を基本とした算出法に変更された。表5に利用者の概要別のケア強度パッケージ数と、CIP開始時の1週間当たりのケア時間を示した。

知的障害者の基本的な「ケア強度パッケージ」は、7つの区分に分けられている。表6に障害の程度と支援の必要度、社会参加、日常生活や問題行動のたまかな状況を示した。

施設入所利用者全員のアセスメントは2006年(平成18年)に終了し、2007年(平成19年)にCIP給付が開始された。開始1年後からケア強度パッケージの有用性を評価するため、質問票による調査が開始されている。54の質問はすべての利用者に送られ、知的障害者についてはさらに障害を適切に評価するための32項目が追加されている。

これらの質問は①社会において独力でできるスキルと心理・社会的機能、②日常生活動作、③問題行動の3つの軸で、本人の能力を想定できるものになっている。今後の分析で、パッケージ当たりの費用設定の妥当性と、施行が施設経営に与える影響が明らかになるであろう。

また、施設利用者へのケアパッケージ給付が実施された頃、政府はケアパッケージを自宅でケアを受けることを選択した人にも適応を拡大すべきだと提案した(「在宅生活とケアのためのフルパッケージ」)。

今後は、設立された研究グループによって、フルパッケージを受けた介護者(利用者とその家族やケアに携わる人たち)が受けた影響の第一次調査が行われる。この研究は、地域生活を選択した重度重複障害者に焦点を当てて実施される予定である。

## 7. 日本の介護保険制度との比較

日本の支援費制度も障害者一人一人に必要なケアを供給し、自立生活を援助することを目的としており、オランダの制度と似ていると思われる。そこで二つの国の制度の違いを表7に示す。

どちらの国も利用者を主体とした給付に変更された。しかし、日本ではまだ利用者が選べるケア・支援団体が少なく、利用者が選ぶ権利を主張することは難しい。

また、施設入所から地域生活へ移行することは、どちらの国でも難しく、今なお施設入所している障害者が多数存在する。その原因は地域生活に必要な支援費用が確保できないことにある。

給付額決定の方法は両国とも類似してい

る。オランダの評価方法は日本より遙かにきめ細かく、利用者のニーズをよくとらえているが、必要な支援をすべて給付するには資金が不足している。

日本では評価方法が知的障害者の特徴を適切に把握されないため、適切な給付がされていない。さらに、費用も税収で上限が決められているため、介護給付が不足し、生活が困難になっている。また、ヘルパーの不足も生活支援を困難にしている。

## 8. 日本の制度改革への見解

日本では制度改革が同時進行している(図1)。オランダの公的強制保険に近いものとして介護保険が導入された。一時期、つまり細川内閣時代に「福祉目的税」の導入が検討されたが、国会で否決されて今日に至っている。しかし、消費税等を上げる理由として、「福祉」にしぼった目的を理由にした論議もなされつつある。さらには介護保険と後期高齢者医療費の一本化という提言も出されるようになった。ただし、介護保険、障害者自立支援法との一体化についての自由民主党のプロジェクトチームの見解は否定的である。

そこにあるのは、医療・福祉費用の国民負担のあり方に関する国民的合意の難しさである。

公助と自助と共助のバランスについて、北欧とアメリカとドイツ・オランダでは大きく異なる制度下で運営されてきた。その点で今回のわが国の制度改革は、どのあたりに着地すべきか問われているといえよう(図2)。

日本は戦後ゼロからの出発の後にかかなりの期間、北欧を目標、モデルにした。そして小泉改革前後からアメリカモデルつまり「市場

主義」の考えが加わった。

そして、「介護保険」導入を契機に「ドイツ・オランダモデル」が、それらの上に加わったといえよう。

これからの日本は、国のあり方、そして社会保障の形はどこに向かうのか。それと無関係で障害者自立支援法の方向性を論じることは不適當である。

また、具体的な面では、障害者自立支援法下での障害認定や障害程度区分のあり方、さらには日々の支援の範囲と個々のニーズに応じた本人中心の支援内容の実践的展開、そしてより客観的、専門的立場での第三者評価と苦情解決体制、専門的バックアップシステム等については、オランダでの長年の実践を参考に、わが国向きものを構築することが求められる。

もちろんオランダのみに偏るのではなくて、アメリカの「支援ニーズ尺度 Supports Intensity Scale」等も大いに参考にすべきであろう(表8)。

付記：オランダでは、日本の「介護」即ち身体的測面を主として世話する「介護」よりも、「ケア」即ち心理的測面への支援も包括的に取り入れているため、ケアの用語を使用した。

**表1 AWBZ保険給付対象者**

A	知的障害者または身体障害者
B	慢性精神疾患患者
C	身体障害や加齢に伴う障害のためにナーシングホームでのケアを要する高齢者
D	障害を持つリスクを減らす治療を受ける患者

注：A～Cは施設入所者、地域居住者のどちらにも給付される

**表2 社会生活項目**

A	自宅での生活を支援するケア
B	地域生活を維持するための個人的ケア
C	慢性疾患への医療ケア
D	日常生活を構築するうえでの支援についてのガイダンス
E	日常生活のパターンを変えるための行動のガイダンス（例：デイケアセンターへの参加やジョブコーチング）
F	心理療法や治療

注：これらの概念は24時間の居住施設滞在や24時間のケアに基礎を置いている

**表3 要支援区分**

A	時々（例：限定された時間、毎週、毎月）行われる支援／介護の強さ
B	介護／支援が継続されると予測される期間／時間
C	必要とされる専門知識（例：知識、信条、技術や経験）のレベル
D	必要なガイダンスの種類（例：遠方からの支援、1:1の集中的な介護）
E	申し立て者の住環境に関連した特別な状況
F	生活状況をバリアフリーにするために必要な住環境の適合

**表4 ケア強度パッケージの評価基準**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の概要（この種類により生活状況の評価が異なる）             <ul style="list-style-type: none"> <li>生活状況：日常生活動作の状況、看護度、移動能力、社会参加の状況、問題行動</li> </ul> </li> <li>・介護量（時間／週）：在宅生活可・生活構造化に要支援・要治療（心理的／医学的）に分類</li> <li>・居住環境による介護量の分類：予約で供給できる短時間の介護・監督・数時間の保護・24時間の保護に分類</li> </ul>
---

表5 CIP（ケア強度パッケージ）と開始時支援時間

利用者の概要	CIP 区分の数	開始時支援時間（時間/週）
高齢	10	4～30
知的障害	7+6（特殊な心理療法が必要な人を対象としたパッケージも含む）	12～36
身体障害	7	17～33
感覚障害	8	12～55
慢性精神障害	7	9～39

表6 知的障害者のためのCIP（ケア強度パッケージ）の区分と例

障害の程度	区分	例
軽度	CIP 1	週 2-3 時間の支援を受け、アパートで一人暮らしをする
	CIP 2	店、レストラン、パン屋、農家、庭の清掃などの職場で働く 問題行動はほとんどない
中等度	CIP 3	ほとんどの利用者は、週 2-3 時間の支援を受けグループで暮らす 作業所で働くか、労働訓練を受けている 問題行動はほとんどないが、日常生活に介助が必要な人もいる
重度	CIP 4	すべての利用者は、1 日 2-3 時間の支援を受けグループで暮らす 作業所で紙工芸、縫製、陶芸、リサイクル品の分類に従事する 問題行動はほとんどないが、日常生活に多くの介助を要する
最重度	CIP 5	利用者は 2-3 人単位の小集団で、24 時間の介護を受けながら生活している。
	CIP 6	
	CIP 7	生活に関連した個別作業を 1 日 2～3 時間行う 問題行動を持つ

表7 日本とオランダの比較

	日本	オランダ
利用者	すべての障害者が利用できる	すべての障害者、高齢者、慢性疾患患者が利用できる
支援内容	生活に必要な支援を給付。家事援助も含む。医療は含まない。	生活に必要な支援を給付。家事援助は含まない。慢性期の医療も含む。
費用の出所	国税と地方税。歳出に占める割合は国会や地方議会で決定。	ケア保険料として全国民から徴収。費用の増減に連動して介護保険料も変更。2007年は収入の12.5%。
利用者の負担	10%	なし
支援内容決定機関	市町村の委員会	各福祉圏域にあるケア保険（認定）事務所（全国に32カ所）
支援内容決定方法	居住支援：在宅者以外は区分で決定。在宅者は細かく検討 それ以外の支援：個別に検討	居住支援：在宅者も入所者もパッケージ区分で決定 それ以外の支援：パッケージ区分で決定
区分数と摘要	障害の種類に共通した6区分。入所施設利用者に摘要。	障害の種類別に区分が異なる。知的障害者は7区分だが、特別な心理療法等が必要な人に対しては別途6区分
問題行動を伴う知的障害者	判定基準は明確ではない	問題行動があれば最重度障害と判定
支援内容決定方法	医師意見書、係員の訪問による評価	医師の障害診断、専門家による生活状況の評価
支援区分決定過程	明確な基準を定める(市町村による違いは容認)	明確な基準を定める(全国同じ)
支援量	月単位で決定。各区分での支援内容は概ね全国共通。	週単位で決定。各区分での支援内容は支援開始時は全国共通。
支援費支給方法	利用者へは利用可能単位数を通知。費用は市町村から施設へ支払う	利用者に支払われ、支援費用は利用者から施設へ支払う。
重症心身障害児居住施設の運営	(現状は未施行であるが)収入の激減が見込まれる。	現状はデータがない(心身障害のサービス提供事務所の設置基準が異なっているため)



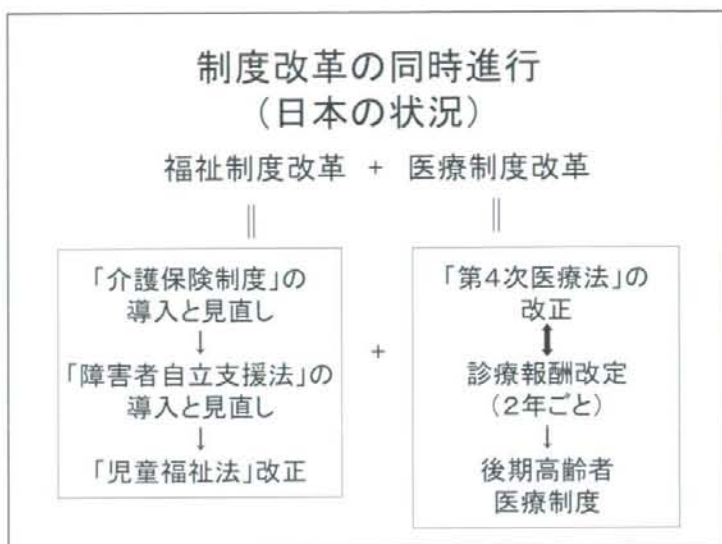


図 1

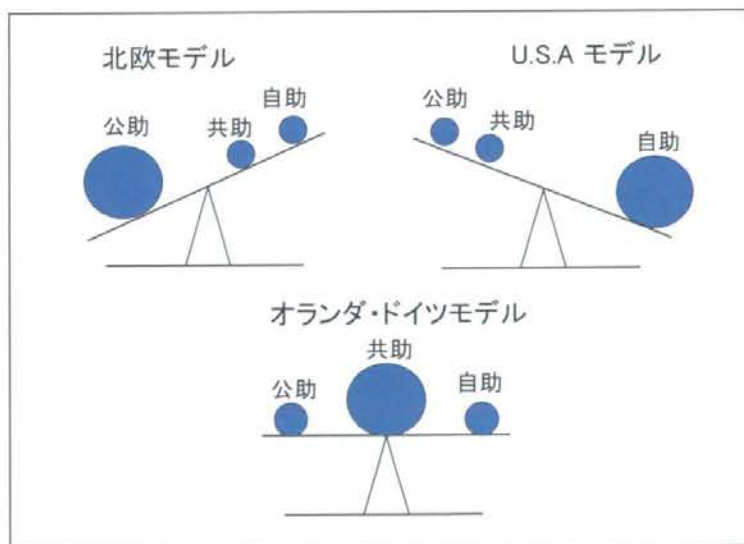


図 2

表 8

## 支援ニーズ尺度

(生活にかかわる49の活動)

1. 家庭生活
2. 地域社会での生活
3. 生涯学習
4. 雇用
5. 健康と安全
6. 社交

+  
補足尺度

「障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する  
施設サービスの効果的な在り方に関する研究」総括・分担研究報告書

編集責任者 澤野 邦彦（日本重症児福祉協会理事）

発行日 平成21年3月30日

発行 社団法人 日本重症児福祉協会  
〒162-0051 東京都新宿区西早稲田2-2-8  
電話 03-3204-2202 FAX 03-3204-2205

制作 (株) 藤 印刷  
〒102-0072 東京都千代田区飯田橋2-13-1  
電話 03-3262-8641 (代) FAX 03-3262-8643