

介護扶助が出てくる。一般の方は高額な施設費用を払えない。預貯金を食いつぶしていくと結局は入所者のほとんどが社会扶助の利用者になる。したがって市町村が負担している介護扶助の受給者が増えてきた。このようにして市町村の財政を圧迫してきたというのが、ドイツにおける介護保険を作った一番大きな背景である。

このように、ドイツ介護保険の支給水準は、一定の割合のものをつぎ込めば全員ではないにせよ、かなりの人が社会扶助に依存しなくて済むようになるという考えで設定されている。だから、ドイツの介護保険支給水準は日本のそれよりもずっと低くても構わない。

現場の介護にかかる費用は人件費も含めて上昇しているが、介護保険の給付水準はこの10年間据え置いている。足りないところは自分で払うわけだから、据え置くことができる。払えない人が増えているので、少しずつであるが介護扶助の受給者数も支給額も増えてきている。しかし、介護保険財政は日本と比べてはるかに優等生である。保険料は一切上げていない。日本でも、介護保険を超えた部分について生活保護で見るべきかどうかという議論はあるが、それとは全く違う意味でドイツでは部分保険としての構造がはっきりしている。一般の年金を受け取っているぐらいの人が一般の施設介護費用を賄うことができるぐらいの水準をつぎ込めばいいという発想である。だから、ドイツにおいては、介護費用を考えると年金水準と介護保障は非常に関わりが深い。

日本は逆に生活保護の仕組みは国が7割を負担しているし、むしろ日本の介護保険を作った最も大きな背景は、社会的入院、高齢者を巡る医療との混同の問題、その背景にある措置制度と医療とのミスマッチを統一化していこうというものであった。ドイツは基本的に社会的入院の問題はなかった。

かつては病気、障害、死亡、高齢という誰にでも起こりうるリスクをあらかじめ保険の仕組みで全国的にファイナンスして、互助で助け合う仕組みを作ってきた。今日、要介護が特殊な人の問題ではなくて、誰にでも起こりうる一般的なリスクになるという認識が出てきた。であれば、かつて病気に対して全国で相互扶助の保険システムを作ったときと同様に、要介護リスクに対しても保険の仕組みで全国的にヘッジして、社会扶助の介護扶助の財政負担を軽減させていこうというのがドイツで介護保険を作った最大のねらいだった。

また、ドイツでも社会扶助の利用にはスティグマがあるので、そのスティグマを外していく必要があった。長い間働いて社会に貢献してきた人が、たまたま寝たきりになった、要介護になったとたんに、社会扶助のお世話になっていくというのはやはり耐え難いことであろう。そこで、自分たちでも保険の仕組みを使ってヘッジしあって、介護が必要になれば権利として介護のサービスを利用できる仕組みにしていこうということだ。大きくこの、地方財政の負担の問題と社会扶助に対するスティグマの問題の2つがドイツにはあった。

介護扶助受給者数は36万人。そのうち施設内が27万人と、施設入所者が中心である。コストが高いのは施設なので、施設入居者に介護扶助受給者が増えてきた。在宅の場合には重度か否かや内容にもよるが、施設と比べたら家族による支援もあるし、プロフェッショナルなサービスはたくさん使っていないので、社会扶助に依存する人

の割合は低い。だから、受給者も少ない。

今残っている介護扶助の受給者は、年金受給額が低い人とか介護保険で費用を埋めきれなかった人である。あと、介護保険で認められたサービス以上にサービスが必要でそれが払いきれない人も含まれる。介護保険に入っても払いきれない部分がどの程度になるかは一人ひとり異なる。

DPI 日本会議：たとえば、夜間の介護が介護保険で認められた部分を超えていたとする。そして、日中活動の社会参加部分も介護保険に入っていない。その場合、それぞれどこで担保されるのか。

田中：ドイツも施設、在宅共に給付限度額は決まっている。認定基準は社会扶助の介護扶助においてもそのまま用いられている。また、介護扶助の給付の構成は介護保険のものをそのまま引用している。ただ、個別性の原則があるので、それぞれの自治体で個別ニーズにどれだけ対応しているかは調べてみないと分からない。自治体によって違っている可能性がある。政治的な状況もあり得るかもしれない。制度的には今の質問にあった部分は保障されていない。

介護とは別に、年金からも労災からも、戦傷病者援護法からもリハビリテーション給付が出ている。それらを統合的に組み立ててパーソナルバジェットのような形で本人がそれぞれの運用主体と協議して、個人の目標を作って、自分で使えるようにしていこうというモデルが動き始めている。団体の中には、個別にもらうよりも全体で統一してしまうと、調整されて給付限度額がかえって減るのではないかと危惧しているところもある。パーソナルバジェットなので金額は一人ひとり異なるが、平均で月額900ユーロと低い。一番高い人で日本円で100万円ぐらい、平均的には10数万円というあたり。これは2008年1月から動き始めたばかりなので、障害者統合扶助とも組み合わせて全体でどういう像を描くのかははっきりしないが、おそらく日本と同様のせめぎ合いがあるであろう。

<介護保険と医療保険>

田中：介護保険は医療保険に倣うというのが原理なので、医療保険と同じ仕組みで介護保険は作られている。ドイツの医療保険は皆保険ではなくて、ごくわずかが保険に入っていない、加入義務のない人がいる。しかし、9割は公的な医療保険に強制・任意加入しており、1割の人だけが民間保険に入っている。公務員とか自営業とか、民間保険に入る人は比較的收入の高い人たち。介護保険の場合は、自分が医療保険に入っている人はその入っている先で、介護保険に入ってもらおう。つまり、公的医療保険に入っている人は公的介護保険ということで、公的な医療保険の保険者である疾病金庫がそのまま二枚看板で介護金庫を作って、その介護金庫に強制加入する。あと、約1割の民間医療保険に入っている人たちは、その民間の保険会社が運営する介護保険の商品に強制加入する。

介護保険は医療保険に準ずるということで、医療保険の仕組みに乗せたのだが、

1993年以降競争の方向に向かっていった医療保険とは逆に、ドイツの介護保険はいまだに統一性が強いし、全国の介護金庫で財政調整を行う。だから、全国どこでも保険料率は1.95%。当然要介護者が多いところと少ないところがあるわけだから、全国的にリスク調整をする。

医療保険の競争の動きが介護保険にどのように影響するか、今回の介護保険法改正でもいろいろと論議はあった。結果としては、介護のリスクについては医療保険のような競争の仕組みでは無理という判断だったのではないか。ドイツも日本と同様に、高齢者に圧倒的に集中して介護リスクが発生するから、リスク構造調整の仕組みとして競争がなじまないのではないか。やや福祉的な、連帯的なアプローチの方が介護の場合にはうまくいくという気がする。

DPI 日本会議：疾病金庫は労使折半なので、医師会よりもコンシューマーコントロールだと考えられる。そうすると、需要を抑制するよりも、もっと使いたいという発想になるのではないか。

田中：基本的には抑えたいのだが、あらゆることをやってもうまくいかない。77年から抑制策をいろいろとやってきた。大きな改革をやるといったんは大きく抑制されるが、その翌年、翌々年ぐらいには反動が来て一気に上昇する。それを受けて大きな改正をしようとする、駆け込み需要でまた増える。改正が行われるとそのときはストンと下がるけれどもまた上がる。乱高下は激しいが、その分、3～4年に1度ぐらいの頻度で激しい医療保険改革が行われる。日本はほとんど何もせずに、じわりと泥船が沈むが如く上昇しているが、それでもトータルのコストパフォーマンスで見ると日本の方がまだよい。

やはり医療は難しい。命といった人道的な部分に関わるし、公平性が求められる。また、最も高い専門性が関わっているし、コストもかかる。世界を見て、医療政策がうまくいっている国はひとつもない。

日本を見てみると、財政負担の議論を避けすぎていると思う。冷静に見て、医療・年金・福祉の水準は北欧から見て足りないところもあるが、トータルで給付水準を見たときに、消費税5%でやれるはずはない。20%強に収斂させるのがEUの方向性だが、日本の医療・年金・福祉の水準はEUとの差はそれほどはない。われわれが意識している以上に社会化が進んでいるのにもかかわらず、費用負担がそれについて行っていない。しかし、日本でガバナンスに対する信頼があるのだろうか。

＜障害者と介護保険＞

田中：身の日常的な入浴、排泄、その他の身の必要なケアを介護と定義している。この定義は障害を持っている子どもでも、高齢者でも若者でも共通なものなので、その介護リスクは介護保険で年齢を問わずにカバーしていくという発想である。

子どもは被扶養者なので、医療保険と同じように保険料を払わないで、要介護になったら介護の給付は受けられる。子どもの場合は同年齢の障害のない子どもと比較し

てプラスアルファでケアが必要な部分だけを要介護として認定する。

障害者の施設については議論があって、最終的には障害者施設に入っている方の場合、費用の10%を介護保険から払うことになった。障害と介護をどう切り分けるかはドイツでも悩んだ問題である。障害を持つ人への支援には職業リハビリテーションや職業支援もあれば、子どもであれば特別支援教育の内容もあるし、非常に広範だ。介護はその一部である。そのうちのどこまでを介護保険でカバーし、どこをそれ以外のさまざまな障害者施策にゆだねていくかというのは悩んだが、最終的には、切り分けは難しいので障害関係の施設については費用の10%を介護保険から払う形で整理した。なので、基本的には障害者施設は介護保険の主な対象となっていない。

日本でも本当は20歳以降ろすのであれば、全員を対象とすべきだと思う。子どもも同じように医療と同様カバーすべき。ただし子どもも若年障害者も、どこまでが介護保険でカバーする介護なのか、どこからが障害の特性に応じた支援なのかという悩みは残る。ドイツでも完全にきれいになっていない。

北野：障害者施設の残り90%はどこから出るのか？

田中：社会扶助の中の障害者統合扶助から出ている。介護扶助の場合は、介護保険を入れて社会扶助から抜けさせたが、障害者施設については異なった対応を取っている。

＜介護保険の金銭給付＞

田中：介護保険利用者は190万人と徐々に増えてきている。しかし、日本ほどの急激な変化は起きていない。導入当初から比べて1.26倍ぐらいになった。要介護度は3段階で、日本でいえば、中・重度に絞っている。高齢化率は19%台で日本より少し低いぐらい。

ドイツで問題視されているのは軽度者の伸びが大きいこと。在宅の人に絞っても同じことが言えて、要介護1の伸び率が高い。幸いにしてオランダのように施設に殺到するということは起きていない。オランダの場合、不用意に介護保険を導入してしまった。施設の方が家族介護の負担は少ないし、費用的にも社会が見てくれるのであれば施設に入れておいた方が楽である。ドイツの場合はとにかく在宅の生活をどう支援するかが課題で、法律の規定上もそう書かれているし、政策的にも言われ続けている。経済的に、社会的に在宅介護を支援するというのが最大のねらいだった。それは家族のケアを抜きにして考えられない。

自分は基本的には金銭給付を設けるべきと考えている。自分が理解できないのは、保険である介護保険において、保険事故とは要介護の発生なのだが、同じ要介護が生じたのに、それを家族が見るか、あるいはプロフェッショナルのサービスを使うかというのは基本的には本人や家族が選べるはずである。同じ保険料をかけていて保険事故が発生したにもかかわらず、インフォーマルケアを選択したら給付が全くなくて、外部サービスを選んだら給付をするというのは、保険の仕組みとして自分の中ではイメージできない。もう一つは介護保険を推進した人たちが、自己決定とか選択を重視

すると言っていて、それは社会サービスを選択するかインフォーマルケアを選択するというのは本人や家族の選択なのだが、それに対してバイアスのかかった判断しか制度が用意しないのは自己決定や自己選択の尊重とは異なるのではないか。

確かに、実際に「嫁を家に縛り付ける」という要素はどこの国にもある。しかし、制度設計としてそういう設計をしているのは、「サービスを利用しないと馬鹿だ」ということになる。保険料をかけていて、要介護が発生したのにインフォーマルケアを選択したら何もない、ということをやっていたら、日本でサービス利用が急増したのは当たり前。それでいて、「金がない、給付を制限しなくては」と4、5年経ってから言い始めているのは、単なるミスマッチの結果だと思っている。

ドイツはその点を完全にフェアにしている、本人なり家族なりが選べる。どういうケアがあるかは本人や家族の選択がある。ドイツでは圧倒的に金銭給付が選ばれた。金銭給付だけでなく、介護した家族の年金保険料や腰痛の際などの労災保険も介護保険の中で適用する。基本的にインフォーマルケア自体をソーシャルケアとして見なししていくという発想がそこにはある。それが当初の見込み以上に最初の積立金を積み上げさせることに役立った。

しかし、特に重度の人ほどプロフェッショナルによる現物給付の割合が高いし、高齢化が進み家族の規模の縮小も進んでいるので、じわじわと現物給付にシフトしている。これは選択の結果だからよいと思っている。

障害者本人の議論で金銭給付とか個人予算とか言われたら「それはいい」と言われ、高齢者介護の議論で家族が介護して金銭給付と言われたら「そんな嫁を縛り付けている」と言われる、というのは非論理的である。

DPI 日本会議：懸念されるのは家族介護に金銭を給付すると、20歳を過ぎた障害者の自立を妨げるという可能性だ。ドイツではどうなのか。

田中：ないわけではない。インフォーマルケアを選ぶと客観的なプロの目が入らないので、介護放棄や質の問題が出てくる。これは定期的に専門家を入れて、審査をし、アドバイスをするような仕組みを持っている。

元々オランダは介護保険ではなく、特別医療費支給費制度、つまり長期医療と施設ケアを含めたなかに介護が入っていた。そう考えるとオランダの場合は元々が医療制度だったことになる。なので、現金給付が入ってくる発想があり得ない。だから、施設給付や精神病院給付が一緒くたに入っている。

入所施設の方は、爆発的な施設へのシフトはなかったが、在宅から入所へというシフトが徐々に起きてきている。問題視されるのは軽度者の入所が増えている点。

1995年1月から保険料徴収を始めて、1995年4月から在宅給付を開始した。この3ヶ月の間に積立金を作った。1996年7月から入所給付を始めた。これは在宅の基盤ができないうちに施設に大量に流れないようにするため。この2年間は経過的な期間。1997年度からが本格的なスタートとなる。だいたい2兆円規模でずっと推移している。介護費用自体は少しずつ上がっているが、この間はずっと給付水準を据え置いている。なので、財政的に見ると日本と比べて優等生である。

単年度支出で見ると、1999年以降は赤字が続き、繰越額が減ってきている。給付総額 170 億ユーロに対して、金銭給付は 40 億ユーロとさほど多くない。在宅の現物も金銭給付ほどではない。金額的には施設給付が 85 億ユーロ。そして、障害者施設関連の給付。これは障害者関連施設については、割り切って 10%相当を介護費用として介護保険から支給するというもの。介護の質などの問題もはらんではいないが、制度としては安定しているのではないか。介護の社会化についても介護が社会の中に定着したという評価がドイツではなされている。

<介護保険の最新の改正状況>

田中：最後に今年の改正について触れる。今の大連立政権の中で議論があり、今の制度の枠組みは変えないことになった。ただ、10年経って制度が劣化してきているので、手直しされている。

ひとつは、3年かけて、在宅の現物給付なら一番軽度の人で約 5 万円のところを 6 万円ぐらいまで上げていくといった、微増だが給付水準の引き上げを行う。金銭給付はこれの半分程度。また、認知症ケアについては、その加算分を最大年額 2,400 ユーロまで引き上げる。

また、日本の影響ではないかと思うが、介護支援センターを作り、ケアプラン、ケアマネジメントを導入した。医療保険と介護保険全体の調整も担う。

日本と違うのは、日本は給付の種類が医療系と福祉系が混じって複雑なのでプランニングする人がいないとサービスのコーディネートができないという事情があったし、限度額つきの現物給付にしていくなかにはあらかじめ認める内容をプランにまとめていかないと現物給付ができないというサービス管理の二つの側面があった。ドイツの場合には、在宅のサービス体系としてはサービスステーションと呼ばれる在宅介護ステーションがあって、ヘルパーと訪問看護を中心としたものしかなく、シンプルであったことから、ケアマネジメントのようなものがさほど必要ではなかった。

さらに、認知症を中心に、地域での新たな居住形態を広げていく「敷居の低い新たな生活形態の開発」というモデルプロジェクトを行っているが、日本で言うグループホームであるとか、あるいはケア付き住宅であるとかが試みられている。ドイツでもそうした必要性を感じているようだ。

医療保険との統合論はできた当初からずっと議論はあるのだが、実態はどんどん離れていっている。医療保険は選択・競争の方向に行っているし、介護保険は全国プール制なのでくっつけようがない。最初在宅介護給付を医療保険に入れた。1989年の改正で医療保険給付の一種として在宅介護給付を入れたのだが、それだけでは不十分ということで 1994年に、この給付を抜き出して、施設介護も加えて介護保険を作った。医療との接点についてはドイツでも困っている。訪問看護をどちらで出すとか、リハビリテーションがうまく連携しないとかいうことが出ている。

個人介護者に対するサービス提供も始まる。日本でも訪問看護を個人看護師ができるようにしてほしいという要望が出ているが、まだ認められていない。日本では原則として法人格を持っていないといけな。個人のできる範囲をやるという小規模な二

ーズもあるだろう。ただ、ドイツも道を開いた、というだけで実際にどれくらい広がるか分からない。

DPI 日本会議：障害者のパーソナルな介助者がこういう仕組みを使うことで、収入が全額介助者に入ることが可能になるのか？

田中：それも可能になるだろう。ドイツの場合は3年制の老人介護士という資格があるので、ある程度プロフェッショナルを前提にしていると思うが。老人介護士は日本の介護福祉士のモデルとなったものだが、介護福祉士と異なって、介護の延長上にある医療的ケアを行うことができる。研究者によっては「老人看護師」と呼ぶべきと言う人もいるが、看護師は看護師で別にいて、基本的には介護士である。

専門職でなく、障害者が自分の判断で雇うというのは個人介護者の議論よりむしろパーソナルバジェットの議論であって、この改革とは別のものだ。パーソナルバジェットだと、金額は低くなる。個人介護者のシステムは現物給付の一環である。

今回給付水準を引き上げるのに伴って、保険料も1.95%まで引き上げた。子どものいない被保険者は追加の負担（保険料 2.2%）がある。ドイツ基本法（憲法）で婚姻及び家族は国家の特別な保護の下に置かれるという規定があり、家族や婚姻に対する制度的補助は憲法上の規定に基づいている。他にもこの規定に基づいて、法律制度の改正がいくつか行われている。育児手当、児童扶養控除についても見直されている。

当然、母子家庭や非婚家庭といった家族形態の変化に伴う柔軟さは認めている。絶対的に婚姻制度を維持するというリジッドなものではない。介護保険は完全な賦課方式なので、次世代が育成されてはじめて制度の維持ができる。だから、それに対する貢献は当然介護保険制度の中で給付面だけではなく、負担面でも配慮されるべきだという議論である。別に、結婚しないのがけしからんとかいうことではない。家族間の負担調整という経済的な考え方である。

今のところは、これらの改正で財政的にはしばらく持つであろうと評価されている。

DPI 日本会議：ドイツの場合、保険は本当に保険でやる。日本の場合、半分は税だから。

田中：ドイツでも、2003年からは保険料率を抑えるために医療保険に一部、日本で言えば3,000億円ぐらいのわずかな規模だが、連邦の公費をついに投入しはじめた。しかし、元々は社会保険というものは、当事者である労使が費用負担をするし、運営もするものだ、という当事者自治を非常に重視した国家である。税金の投入は国家の介入を招くということで、強く拒否されてきた。

DPI 日本会議：労使で考えると、使用者側に厳しい制度。こんなのでは国際競争に勝てないという声が出ているのではないか。

田中：だから保険料を抑えようという論議が続いている。社会保険料といっても、中

心は使用者側の負担である。100 年の歴史の中で労使折半は不可分の原則のように思われていたが、この 10 年の間にわずかであるがぐらついてきているし、医療保険にはわずかではあるが税金を投入するようになった。日本はビスマルク方式を下敷きにして、戦後輝いていたイギリスの NHS など平等性の高い税を使ったタイプのものをミックスした。

障害をどのように介護保険に取り入れるかは難しい議論だが、介護保険にしても保険料負担がここまで来ると、老夫婦の 1 号被保険者を考えると保険料を上げられる状況ではなくなってくるだろうし、一方で介護費用はどんどん増える。他方で障害者自立支援法もあんなことになっているが、おそらく、今の財政状況を考えれば、負担増の問題を避けては見えないのは事実。税の議論、負担の議論をきちんと並行してやっていかないといけない。

＜障害認定＞

田中：ドイツの連邦重度障害者法も改正になって社会法典の 9 編に編入された。元々ドイツは第 1 次、第 2 次世界大戦の身体障害者に対する社会的支援の文脈で障害者福祉が出てきている。その中に重度障害者法がある。

連邦統計庁が発行しているデータには、同法に基づいて手帳（証明書）を受けている方の直近の数字がある。これによると、総計が約 700 万人、人口比では 8.4% となっている。65 歳以上が 375 万人でほぼ半分を占めている。種別は身体が 448 万人、脳神経障害、知的障害、精神障害の合計が 131 万人、その他が 115 万人となっている。障害原因別を見ると、先天的障害が 30 万人、病気・疾患が 560 万人、労災、職業病が 15 万人となっている。認定された戦傷病者が、数は減ってきているが 7 万 6 千人。戦傷病者援護法を実施している役所が認定を行っているが、それぞれの障害種別について認定基準がある。それによると 50% 以上の障害が重度障害ということになる。「100% の障害」が 170 万人いる。

手帳は申請に基づいて出され、駐車の特例とかに使える。ただ、日本ほど各種の割引とか経済的なメリットはあまりない。知的障害とか精神疾患とかも認定基準には入っている。

（了）

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
「障害者の自立支援と『合理的配慮』に関する研究」委託研究

「障害者の就労状況に関する事例調査の実施
及び結果のとりまとめ」
報告書

2009 年 1 月

（有）セカンドステージ

本委託事業の概要

○事業名：「障害者の就労状況に関する事例調査の実施及び結果のとりまとめ」（平成20年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「障害者の自立支援と『合理的配慮』に関する研究」委託研究）

○実施期間：2008年6月30日～2009年1月31日

○受託機関：（有）セカンドステージ 代表 越澤 孝

○目的：障害者の就労実態について障害者就労支援を目的に活動している団体の実態を明らかにする。

○調査方法：

(1)調査依頼：関東・中部・近畿地区3地区における団体及び個人

関東地区（障害者就労支援を実施しているNPO等6団体）

中部地区（障害者の自立支援を実施しているNPO等5団体）

近畿地区（関係6団体を通じて了解を得た発症後就労経験のある精神障害者個人、約30名）

(2)調査対象：

障害者の就労及び自立支援の実績があるNPO等団体の職員

就労経験のある精神障害者本人

(3)調査方法：

対団体調査：ヒヤリング調査

対個人調査：面接調査（半構造化されたインタビュー形式での調査）

本委託調査で得られたデータは、本総括研究報告書において以下の報告書の基礎データとして利用された。

土屋 葉	障害をもつ人の生活実態および生活への支援 －支援団体へのインタビュー調査から－
大村 美保	福祉的配慮のある雇用形態における経済的自立に向けた 取り組み
山村 りつ	当事者に聞く精神障害者の就労における困難と支援に関 する調査

福祉的配慮のある雇用形態における 経済的自立に向けた取り組み

大村 美保

1. 研究の背景と目的

障害者の地域での自立した生活を可能とするためには、経済的な基盤の確立は不可欠のものであり、そのためには就労及び年金・手当などより経済的に自立した生活を総合的に支援することが重要である。近年、障害者福祉施策において強化されている一般労働市場における雇用促進の取り組みは、その有効な方法の一つであるが、障害者への配慮の多くは雇用主の裁量に委ねられている。

一方、一般労働市場に対するものとして、福祉的配慮のある障害者の雇用形態があり、福祉工場、就労継続支援 A 型といった制度上の事業所を挙げることができる。また最近では、法制度によらない新しいタイプの同種の企業が見られるようになった。本調査研究では、一般労働市場とも、授産施設や小規模作業所といった雇用契約を結ばない就労形態とも違った、こうした福祉的配慮のある雇用形態に着目するものである。そして、福祉的配慮のある雇用形態をとる 4 か所の事業所に対してヒアリング調査を行い、これら事業所における取り組みについて、障害者の地域生活を成り立たせるための経済的基盤の確保の観点から分析を行う。このことにより、福祉的配慮のある雇用形態に関する問題構成を導くことを意図している。なお、この調査は土屋氏との共同調査である。

2. 調査の概要

(1) 調査時期及び調査方法

2008 年 8 月～10 月の期間、5 か所の事業体の職員に対するヒアリング調査を実施した。

(2) 調査対象と選定方法

関東地区 3 か所、中部地区 2 か所の合計 5 事業体に対して調査を行った。

関東地区における事業体の選定にあたっては、障害者自立支援法における就労継続支援事業 A 型、もしくは障害者自立支援法による制度への移行前である福祉工場を対象とし、東京都近郊において、3 障害（身体・知的・精神）を網羅した調査となるよう配慮し、全国社会就労センター協議会に候補選定の協力をいただいた。

中部地区 2 か所の福祉的配慮のある雇用形態の事業所については土屋氏に選定方

法を一任した。うち、1 か所については調査日に交通機関が大幅に遅延し、筆者が調査できなかったため、本論文の分析から外した。

(3) 調査項目

表1に示す項目について調査を行った。調査にあたっては、調査項目を事前に調査対象事業所に示した。

表1 調査項目

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">■団体について<ul style="list-style-type: none">・団体名・事業所（施設）の種類■団体／組織に所属するメンバー・団体／組織を利用する方の概要<ul style="list-style-type: none">・人数（ 人）・男女比（男性・女性）・年齢構成（10代・20代・30代・40代・50代・60代）・障害種別構成（身体・知的・精神・その他） 身体に関しては中途障害者の割合・障害程度構成（身体：1級・2級・3級・4級・・・，知的：最重度・重度・中度・軽度，精神：1級・2級・3級）・障害別介護の必要度・出身地（県内：県外）■メンバー・利用者の状況 ※障害別，年齢別<ul style="list-style-type: none">・世帯状況（単身・家族と同居・グループホーム・その他）■就労状況<ul style="list-style-type: none">・業種・作業種目・一日の労働時間・週単位の労働時間・職務内容・労働意欲・勤続年数・就労経験のある会社数■年金・手当，賃金，世帯状況，本人の労働能力との関係<ul style="list-style-type: none">・年金受給なしの方の年齢，労働能力，工賃，就労時間，世帯状況・年金受給のある方の年齢，労働能力，工賃，就労時間，世帯状況・工賃・賃金の算定方法（年齢，労働能力，就労時間，世帯状況，年金・手当の受給状況の影響の有無）■生活状況について ※障害別，世帯状況別<ul style="list-style-type: none">・主たる介助者・一日の生活時間（平日／休日）・サービス利用状況（居宅支援／・・・）* |
|--|

- ・医療の受療状況
- ・自立支援法施行前後におけるメンバー・利用者のライフスタイルの変化の有無と変化への対応
- ・自立支援法施行前後におけるメンバー・利用者の家計状況の変化の有無
- ・所得保障制度に対する見解
- 家計収支の状況 ※障害別、世帯状況別
 - ・家計の中心者
 - ・暮らし向き（大変苦しい⇔大変ゆとりがある）
 - ・年金、生活保護受給状況
 - ・サービス利用自己負担額、「障害」関連費用など
- その他
 - ・「自立」支援に対する見解
 - ・地域の特殊性（産業の状況、社会資源など含む）
- 事例
 - ・困難ケース事例
 - ・支援の限界のあるケース事例

3. 調査結果

（1）事業体 A

①立地及び地域特性

東京から普通電車で約 1 時間の F 県 I 市にある。I 市は F 県のほぼ中央に位置し、河川の下流域に発達した平野と、それを取り囲む台地と丘陵から形成される。面積は約 70 km²で、平成 17 年の国勢調査における人口は約 26 万人である。産業別従業者数は製造業と卸売・小売業で約半数を占める。鉄道は JR 線 1 駅がある。

事業体は、JR 線の駅からバスで 20 分程度の、なだらかな丘陵地にあり、周囲には田畑が広がる自然豊かな環境である。

②事業形態

複数の施設種類の社会福祉施設等をもつ社会福祉法人が運営している。法人内の障害者数 397 名、職員数 297 名である。

このうち、事業体 A は、福祉工場（定員 30 名）＋授産施設（定員 70 名）の合築という形で平成 18 年に竣工した。現在は障害者自立支援法に移行し、就労継続支援事業 A 型、同 B 型、就労移行支援事業の 3 事業を 1 つの建物の中で実施している。その他に、法人内授産施設から 20 名が実習として通ってきている。

③利用者の状況

事業体 A のうち、就労継続支援事業 A 型は 30 名である。3 障害を対象としているが、知的障害を主な対象としており、現在の利用者は知的障害が 29 名、身体障害が 1

名（1級・聴覚障害）となっている。居住形態別では、単身が5名（うち夫婦1組を含む）、家族同居9名、GH16名である。年齢別内訳は、単身者で20代1名、40代2名、50代2名、家族同居は20代6名、30代2名、50代1名、GH利用者は20代11名、30代3名、50代2名である。単身の夫婦は民間アパートで暮らし、社会福祉協議会の金銭管理サービスを週1-2回利用しているほか、防災と見回りを事業体Aの職員が週2回行っている。利用者全員が路線バスを利用して通勤する。

④仕事内容及び就労状況

仕事は、自動車部品の組み立てを行う。他の授産施設でも組み立ての仕事を行うところは多いが、事業体Aの特徴は、組立業務を請負うのではなく、部品を購入して付加価値の高い組み立て作業を行い、それを販売するところにある。これを可能とするために、事業体Aを専門に扱う窓口会社が存在し、その窓口会社と協力して事業をすすめている。窓口会社は取引先企業との基本覚書・売買契約を行うとともに、事業体Aのために営業・資金調達・各種コスト管理を実施する。

施設内の仕事は、利用者がどの事業を利用しているかによって異なる。入荷した部品は組立準備の工程を就労継続支援A型の利用者が行い、その後、組立業務を就労継続支援B型と就労移行支援の利用者が行う。組み立てられた部品は、組立検査業務を行う就労継続支援A型の利用者が検査し、出荷される。利用者の属性はネームプレートの色で管理されている。就労継続支援B型利用者は、能力と本人のニーズに応じて、就労移行支援を経て就労継続支援A型へと移行することとなっている。

事業体Aの大きな特徴として、簡単な組み立て作業ではなく、より単価の高い精密な部品を組み立てている。そのためには、間違えず正確に組み立て作業を行う必要があるが、ここでは知的障害を補うため治工具を用いて作業が確実にできるように工夫している。治工具の製作担当者は、大手製造業の工場長の経験がある。また、各工程で必要とされる力量が具体的に示されており、その力量を取得した者でないと当該の作業に携わることができないことになっている。この力量は、教育訓練や工賃に反映している。さらに、QC活動を行うとともに、ISO 9001を2007年3月に取得するなど、事業体として品質管理に力を入れている。

30人中16人が一般企業での就労経験がある。事業体Aでは一般就労と給与・待遇面で大差はないが、それは障害者を一般就労から「かかえこんでいる」ということではなく、やりがいを持てる仕事があるという面で選ばれる積極的な意味があり、それは、仕事の中で役割を担う責任感や、やった仕事が部品として車に組みつくという目に見える達成感であるという。また、一般企業では理解してくれる人が身近に常にいるとは限らず、仕事の能力よりもむしろ、対人関係のスキルが問題となってくる。

⑤年金・手当、賃金

障害年金受給の状況は、28名が年金ありでいずれも障害基礎年金2級であり、2名が年金なしである。年金なしの理由は、A障害が軽すぎる（22歳、家族同居）、イ申請中（20歳、家族同居）となっている。

賃金の状況は、A型の場合、ボーナスを含めて平均約16万円である。事業体Aで

は最低賃金適用除外はしていない。工賃のレベルが高いため、障害年金を合わせると新卒職員よりも多く、かなり生活に余裕があり貯蓄もできる額である。しかし、人によっては遊興に使ってしまうこともある。また、家族と暮らしている場合は家に生活費を入れる場合もあるし、家族に問題があってお金を使われてしまっているケースもある。また、もし障害年金がなければぎりぎりの生活であるという。なお、B型では月平均35,000円で、年金と工賃を併せると、GHの利用にかかる約6万円を見込んで生活をしていける額となっている。

⑥退所者の状況

退所者は平成18年度で3名で、行先は1名が一般就労（親族の会社）へ、2名がB型へ移行している。平成19年度の退所者は2名で、1名はいろいろな理由をつけて自主退職し行先は不明であり、もう1名は社会性に問題があり、生活が乱れている者で、授産施設に移行している。

⑦支援の難しさ・施設としての限界

作業以外の部分で本人が崩れてしまうケースがあるが、その対応は事業体としては難しい。プライベートへの介入はなかなかできず、恋愛、金銭問題、職場帰りに遊びに行き帰宅しないといったことがあっても介入はできない。そういう意味では、仕事以外の生活面でのサポートは大きく、GHにいれば本人に関する情報があり支援ができるが、家族同居や単身の場合は難しい。事業体Aでは、現在、単身者に対して夜間の見回りを行っているが、業務として行っているわけではなく、あくまでボランティアで行っている。そのほか、犯罪に関しても対応が難しい。

対応困難な具体的事例としては、ADHDのケースと強度の自閉のケースがある。

⑧障害者自立支援法に対する意見

障害者自立支援法は障害者の雇用・就労を強調するが、所得保障の議論が少ない。官公需の優先発注制度に注目が集まっているが、むしろ優遇税制等で民間の需要を喚起するべきと考えている。また、入所施設は廃止する方向が示されているが、現状の授産施設にいる利用者がGHに入居するには家賃補助がないと難しい。

（2）事業体B

①立地及び地域特性

事業体Bは、G県最南端にあり、地域の半分が東京都に接する、武蔵野の面影を残すJ市にある。J市は面積22.8㎢で、平成17年の国勢調査時点での人口は約15万人である。産業別従業者数は、卸売・小売業、サービス業、建設業の順に高く、上位3つで過半数を占める。鉄道はJR1駅と私鉄1駅がある。事業体Bは、片側3車線の大きな幹線道路から道を入った、倉庫や工場の多い地域にある。

②事業形態

社会福祉法人が設置・運営する身体障害者福祉工場である。就労継続支援事業A型

に移行を予定している。

③利用者の状況

福祉工場で働く障害者は、利用者ではなく障害者従業員と呼ぶこととされている。事業体 B における障害者従業員は 23 名である。障害種別は、身体障害者が最も多く 19 人で、うち中途障害は 12 人であり、知的障害は 3 人、精神障害が 1 人となっている。障害程度は、身体障害では、1 級が 10 人、4 級と 6 級がそれぞれ 3 人、3 級が 2 人、2 級が 1 人である。身体障害 1 級 10 人中 2 人が日常生活において介護が必要であり、この 2 人は在宅勤務（自宅でパソコン入力業務）となっている。また、知的障害は中度が 2 人、重度が 1 人で、精神障害の 1 人は 2 級である。男女別では男性が 15 人、女性が 8 人である。年齢構成別では、30 代が最も多く 9 人、次いで 40 代と 50 代がそれぞれ 6 人、60 代が 2 人となっている。また、23 人中、正社員が 10 人、非常勤社員 13 人である。以前は工場内の寮を利用する者が多かったが、現在では寮そのものがなく、全員が通っている。中には自動車通勤の者が 5 名ほどいる。単身者は 2 名、家族同居は 21 名で、家族同居のうち障害者本人が世帯主である者は 5 名である。

事業体 B の従業員総数は 115 人であり、障害者従業員 23 人を除く健常者従業員は 92 名で、障害者従業員の 4 倍となっている。

④仕事内容及び就労状況

事業体 B の事業は大きく分けて 4 事業部に分かれている。事業体 B における売上シェアの 53% を占めるのが商品事業部で、図書館用品及び書籍の企画開発販売を行う。事業体 B は業務用ブックコートフィルムを図書館業界で初めて作った事業所であり、各種フィルム販売や、書架、ブックトラック、ブックカート、セキュリティ機器等の図書館用品やオリジナル商品の企画販売、さらには図書館の改修設計、プランニングを行っている。図書整理事業部は売上シェアの 17% を占め、図書資料データの分類・整理を行う。ここでは大学や専門図書館の図書データ入力・装綴作業やカウンター業務等の司書スタッフの出張・派遣業務ほかあらゆる図書館業務のトータルコンサルティングを行っている。これら 2 つの事業は図書館を主な取引先としており、需要が大きく景気に左右されることがないため、安定した仕事量を確保できるというメリットがある。

また、印刷事業部は売上シェアの 10% を占め、各種出版物の編集・版下製作を行う。印刷事業を行う多くの他の福祉工場が、大型輪転機を工場内に持ち自ら印刷しているのに対し、事業体 B はコンテンツ製作に特化しており、印刷そのものは外注している。このことにより、大掛かりな設備投資をせず、より専門性の高い編集・版下製作が行えるため、単価の高い仕事を受注できるという。特に理工系の出版物への強みをもつ。また、売上シェア 18% を占める介護事業部では、介護サービスおよび用品販売を行っている。内容としては、ケアプラン作成、ホームヘルパー派遣、デイサービス、専門相談員による福祉機器レンタル・販売、高齢者向け住宅改善、自ら支える健康を目的とした長寿国神縄県産品ショップ「美ら」等と多岐に渡る。

障害者従業員が従事する業務としては、パソコン入力業務（13 人）、軽作業業務（6

人)、編集管理業務(2人)、事務処理業務(1人)、調理業務(1人)となっている。

1日の労働時間は、7.5時間が最も多く10人、次いで4時間が4人、4時間未満が4人、6時間が3人、5.5時間が2人である。週単位の労働時間では、40時間以上が10人、30時間以上40時間未満が3人、20時間以上30時間未満が4人、20時間未満が6人である。仕事の内容そのものは障害者もそうでない人も同じであり、雇用条件も同じである。一般企業との違いは、障害のある仲間が働く場に存在していることと、障害のあるなしにかかわらず同一の待遇であることにあるという。

勤続年数は、勤続20年以上が6人、勤続10年以上20年未満が7人、勤続5年以上10年未満が4人、勤続5年未満が6人であり、長期に渡り勤続している者が多くなっている。事業体Bでは専門性の高い業務が多いため、5年、10年かけて人材育成を行う必要があり、これが勤続年数の高さにつながっていると考えられる。

入職経路としては、最近では職業リハビリテーションセンターの紹介によるものが多い。就労経験のある会社数は、他に就労経験がある者が17名で、うち14名が3社以上の経験がある。事業体Bが初めての就労先であるという者は6人であった。

⑤年金・手当、賃金

障害者従業員の賃金は、正社員のうち管理職2人が年収600万円超、一般職(上級)5人が年収約400万円、一般職(中級)が2人が年収約290万円、一般職(初級)1人が年収約210万円である。非常勤職員では1人あたり年収が約100万円であった。賃金は障害者も障害者でない者も差別化されておらず、給料を同等にするために本人のスキルを伸ばすのにどうしたらよいかを常に考えているという。

賃金の算定方法としては、基本給、家族手当、資格手当、専門職手当、職務手当、調整手当、時間外勤務手当、住宅手当の合計で、通勤手当は別途実費支給される。賞与は人事考課制度を経て最終決定されている。

障害年金及び障害者手当の受給状況は示されなかったが、ほぼ全員が障害年金を受給しているものと思われる。

⑥退所者の状況

過去3年間の退職者総数は6人で、退職理由としては「職務内容とのミスマッチ」2人、「定年退職」2人、「病气」1人、「死亡」1人であった。

⑦支援の難しさ・施設としての限界

聞き取りできなかった。

⑧障害者自立支援法に対する意見

事業体Bでは障害者個々人のやる気と尊厳を重んじ、仕事を通じて社会参加するために必要な環境を提供している。この環境下で障害者も最大限の力を発揮し、自己を高めるために努力しており、常に問題意識を持ち、精進を怠らない人は周りからも認められ、障害者であっても管理職として活躍する。

障害者自立支援法では福祉工場は主に就労継続支援事業A型として再編され、障害

者は利用者として位置付けられるとともに、雇用されているためこれまで発生しなかった利用料が法の下ではかかることとなった。事業体 B では、志を持ち、日々生産活動を支えている障害者を利用者と呼ぶこと自体に違和感を覚えるという。働いているのは障害者も健常者とも何ら変わらず、その障害者を利用者と位置づけること自体、つまり障害者自立支援法のあり方自体に無理があると思わざるを得ないという。事業体 B では、サービス利用料の一割負担は現状では徴収せず、事業による収益で補っており、新体系に移行後も徴収する予定がない。

(3) 事業体 C

①立地及び地域特性

事業体 C のある G 県 K 市は、古くは中山道の宿場町として発達してきた歴史を持ち、現在は新幹線各線をはじめ、JR 各線や私鉄線が結節する東日本の交通の要衝となっている。面積は約 220 km²で、平成 17 年の国勢調査での人口は約 118 万人である。産業別従業者数は卸売・小売業、サービス業の順に高く、上位 2 つで約半数を占める。事業体 C は、JR 駅からバスで 30 分ほどの、森林や田畑が残る地域にあり、近くには大規模な霊園が広がっている。

②事業形態

社団法人が設置・運営する精神障害者福祉工場である。

法人内には、精神障害者通所授産施設、精神障害者援護寮、小規模作業所、障害者生活支援センター、グループホーム等があり、精神障害者に対する福祉サービスを総合的に展開している。

③利用者の状況

事業体 C と同様に障害者従業員という位置づけであるが、現在 23 人である。うち病休中 2 人、就職活動中 2 人、講演活動のみをしている者が 5 人であり、定期的に通勤するのは 14 人である。男女比では男性が 20 人、女性が 3 人となっている。疾患別では、統合失調症が最も多く 20 人で、その他は、うつ 1 人（精神保健福祉手帳 3 級）と発達障害 2 人、重度の神経症が 1 人である。

住居形態は家族同居が最も多く 17 人で、主に 30 代・40 代である。次いで単身が 4 人（30 代 2 人、70 代 1 人、50 代 1 人）、GH2 人（60 代、70 代各 1 人）の順である。

福祉サービスを利用している人は少なく、医療デイケアへの通所者が 1 人である。休日はゆっくり休む人が多い。

事業体 C では、雇用契約を結ぶ際に、障害者生活支援センター等の事業体 C 以外の場所で相談先を作ってもらっている。事業体 C は働く場であって、相談は自分の意志ででき、生き方を選択できることを前提にしているため、「自立支援はしていない」ことが誇りであるという。

福祉工場の多くが障害者以外の従業員を雇用しているが、事業体 C では法定の職員以外に障害者以外の従業員はいない。

④仕事の内容及び就労状況

法人の前身である時代から、小規模作業所において出版・印刷事業の蓄積があったため、事業体 C では出版・印刷事業を中心とした事業を行っている。特に、事業体 C 以外に精神障害当事者の体験談や活動を紹介するようなどころはなく、独自の事業として出版活動を大事にしてきた。この出版事業と印刷事業を中心にして、他に研修事業、公園清掃事業を行っている。

仕事の内容としては、出版事業ではテープ起こし・原稿整理・割付・版下作成・販売管理・営業等、印刷事業ではテープ起こし・版下作成・HP 更新・施設事務等が挙げられる。また、独創性のある取り組みとして、精神障害当事者による雑誌の刊行や講演活動を行う研究所の運営も行っている。

就労時間は、精神障害者の疲れ易さ、統合力の弱さ、人間関係における過度の緊張といった生きづらさに配慮したものとなっており、1 日最大で 7 時間勤務だが、短時間の勤務を行う者もいる。また、週あたりの労働日数は、週 2 日が 5 人、週 3 日が 3 人、週 5 日が 2 人、週 4 日が 2 人となっている。

障害者従業員全員が企業での就労経験がある。アルバイト程度から、書ききれないほど離転職経験のある人まで多様である。

⑤年金・手当、賃金

23 人中 21 人が障害基礎年金 2 級で、1 人は厚生年金 3 級である。発達障害の 1 人は年金受給がない。

賃金は、実績により時給・日給・月給となっている。時給で週 5 日勤務の人が 1 年間で 8 割の出勤率の実績があると次年度は日給に変更し、さらに実績を積みつと月給へ変更される。給与水準としては、週 2 回勤務では 4 - 5 万円で、年金を併せると約 11 万円となる。週 5 回勤務では 13 万程度で、年金を併せると約 18 万円となる。

体調により、週 2 回働くのがちょうどよいという人にとっては、怠惰で週 2 回勤務となっているのではない。手にしていない残りの 3 日分の賃金は大きく、障害年金ではなく公費での賃金補填の必要性について意見が示された。また、良質な仕事を公的に保障する仕組みが必要との意見が示された。

⑥退所者の状況

最近の退所状況としては、高齢により講師が辞めたケースが 4 人、体調を崩して授産施設に移ったケースが 1 人、障害者自立支援法により自己負担が発生するため辞めた人が 1 人、就職による退所が 1 人であった。

⑦支援の難しさ・施設としての限界

生活の安定感がなくなり出勤できなくなった結果、揺らいてしまうケースが示された。

⑧障害者自立支援法に対する意見

障害者自立支援法への意見ではなく、自立支援をどのように考えるかという視点で

の意見を伺った。

精神障害に関しては、本人と周囲とが病気を正しく理解することが求められる。

また、障害者のもつ力を活用して仕事を作り出すことを考えている。例えば、事業体 C で取り組んできた、精神障害当事者による講師活動を、編集・執筆し出版につなげるような事業もその一つである。また、ピアヘルパーは障害者ならではの仕事であり、当事者向けのヘルパー講習を実施して資格をとり、地域にある移動支援のニーズを充足することや、精神科病院からの退院を促進する事業において精神障害当事者が支援員となり、専門職ではできないような入院患者への支援を行うことなどにも取り組んでいる。

(4) 事業体 D

①立地及び地域特性

事業体 D は、中部地区の経済・産業の中核を担う H 県に位置する L 市にある。L 市は、面積は約 330 ㎢で、平成 17 年国勢調査では人口約 215 万人である。産業別人口では、卸売・小売業、製造業、サービス業の順に高く、この 3 業種で過半数を占める。

事業体 D は L 市中心部にある駅から地下鉄で 20 分程度の、道路沿いに商店が並び近くには民家の多い市街地に位置している。

②事業形態

社会福祉法人が設置・運営する事業体で、就労継続支援事業 A 型、同 B 型、就労移行支援事業、生活介護事業を 1 つの建物内で展開している。前身は身体障害者通所授産施設である。法人では他に福祉ホーム、デイセンター、居宅介護事業所等の事業を展開している。

③利用者の状況

利用者は 40 名おり、就労継続支援 A 型が 13 人、同 B 型が 15 人、就労移行支援事業が 4 人、生活介護が 4 人である。男女比は 7:3 となっている。年齢構成としては、30 代、40 代の人が多い。障害種別は主に身体障害である。9 割が身体障害で、3・4 人が精神障害である。身体障害のうち半分は障害程度区分 4 以上である、疾患名としては脳性まひや筋ジストロフィーが多くなっている。聴覚障害との重複障害の人もある。

居住形態としては、単身者は約 3 分の 1 である。また、結婚している人は 5・6 人、ホームの利用者が 2 人で、他は家族と同居である。

④仕事の内容及び就労状況

仕事の内容は、ホームページ作成等のコンピュータを使った仕事为主である。また、学校・企業への講師派遣も行っており、これは例えば企業で障害者に関する研修があるときに講師として派遣するものである。具体的には、福祉車両に携わる自動車メーカーの人材教育や、万国博覧会で宿泊者を受け入れるホテルに対する障害者への配慮に関する教育訓練などが挙げられる。さらに、防災関係の仕事として、避難所におけ