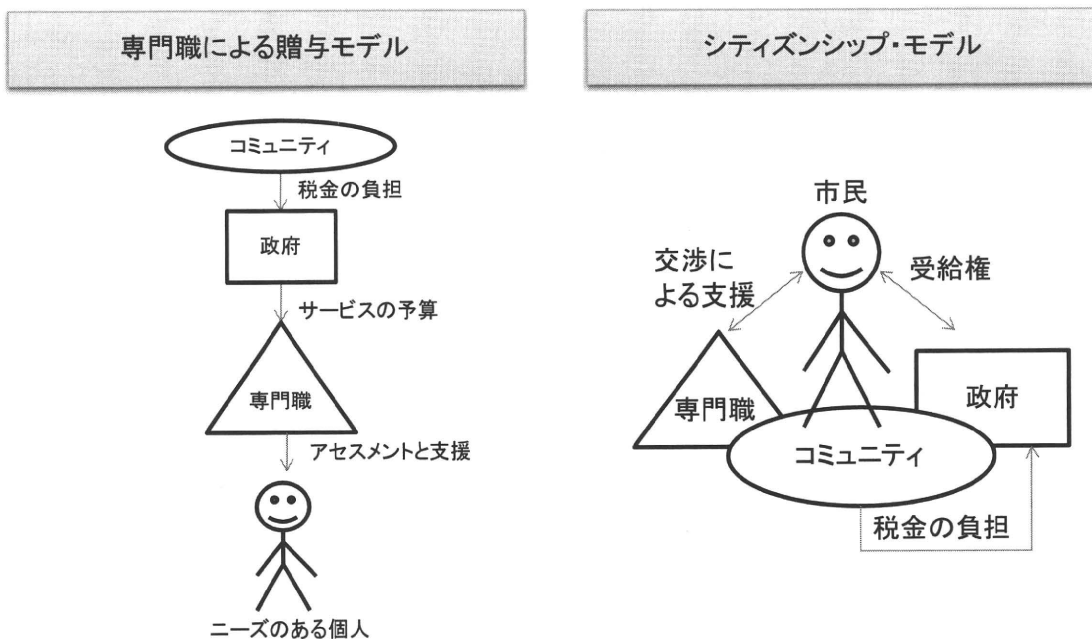


納税をする。それによって、サービスの受給権が市民に与えられる。そして、受給権に基づいて、個人は専門職と必要な支援について交渉し、サービスを受けることになる。これを表したのが図1であり、パーソナライゼーションはこうした転換を促進し、自立生活を推進するものだと考えられている。

図1 「専門職による贈与モデル」と「シティズンシップ・モデル」



出典：Duffy, 2010: 204 をもとに作成。

表1 パーソナライゼーションに類似した概念

本人中心の計画 (Person-centred planning)	知的障害者への支援に関するアプローチ。サービスに人を合わせるのではなく、人にサービスを合わせる計画。
本人中心のケア (Person-centred care)	利用者中心の計画と同義だが、認知症ケアや高齢者向けサービスの領域でよく使われる用語。
本人中心の支援 (Person-centred support)	上記とほぼ同義。「ケア」ではなく「支援」と表現。
自律的な支援 (Self-directed support)	In Control プロジェクトで用いられた呼び方。パーソナライズされたケアの多様なアプローチと関連。
自立生活 (Independent living)	障害者問題対策局がパーソナライゼーションのゴールとして位置付けている。

出典：Carr, 2010 をもとに筆者作成。

現在のところ、ケア／支援サービスの文脈では、パーソナライゼーションは、本人中心の計画 (Person-centred planning)、本人中心のケア (Person-centred care)、

本人中心の支援 (Person-centred support)、自律的な支援 (Self-directed support)、自立生活 (Independent living) などと類似した概念として、渾然一体となって言及されることが多い。これらの概念それぞれについて、要点をまとめたものが表 1 である (Carr, 2010: 3-22)。

けれども、上記の概念はパーソナライゼーションとまったく同義とは言えない。本人中心の自律的なケア／支援や自立生活の考え方は、障害者運動やそれに呼応したソーシャルワーク実践の中から出てきたものである。田中 (2005:110-111) によれば、アメリカに比べて、イギリスの自立生活運動では必ずしも先鋭的なく反専門家主義が標榜されることはなかったといわれている。

だが、本人中心のケア／支援という発想が、提供者側の視点に基づく従来のサービスを批判していることに違いはない。強いて言えば、アメリカではとりわけ医師やリハビリテーション専門職を想定して専門家批判が展開された点が、イギリスと異なるように見受けられる。イギリスの障害者運動が批判した対象には、医療専門職だけでなく、福祉の専門職であるソーシャルワーカーも含まれていた。地方自治体の官僚機構に取り込まれた福祉職による上からの「贈与」としてのケア／支援の在り方が問題視されていたのであった<sup>3</sup>。

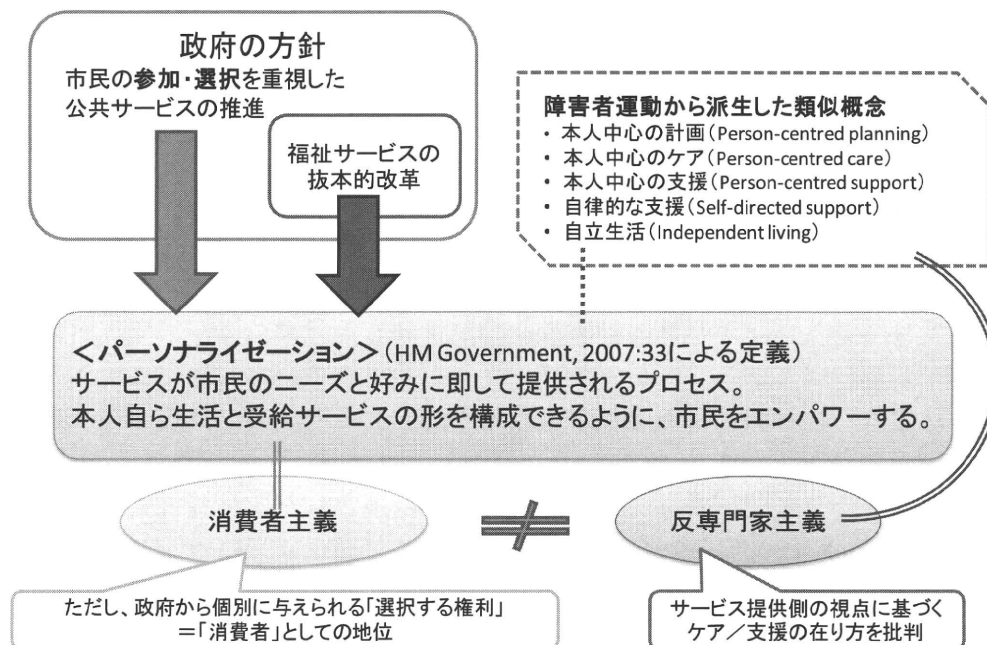
他方、パーソナライゼーションは政府によって推進された、消費者主義に基づく政策である。Barnes (2007: 179) は、パーソナライゼーションに対して、障害の社会モデルが必ずしも反映された施策ではなく、障害者と支援サービスが対等な関係に位置付けられていないとしている。なぜなら、パーソナライゼーションによって、一部の市民は「消費者」としてサービスの選択が可能になるが、その「選択する権利」はあくまで政府によって上から与えられるものだからである。つまり、誰が自律的に意思決定することができるのか、選択することができるのかを決めるのは、医療・福祉に係わる何らかの専門職であることに変わりない。パーソナライゼーションには、こうした一連の選別プロセスが残されることになる。

以上のように、パーソナライゼーションは、一瞥しただけでは本人中心の自律的な支援をもたらすものであるかのようにも見受けられるかもしれない。だが、反専門家主義の立場とは必ずしも相容れず、「消費者」たり得るものとそうでない者について、選別主義を強化する要素も含まれる概念であると理解できる。この構図を描いたものが図 2 である。公共サービスにおける市民参加・選択の重視、社会福祉サービスの抜本的改革という大きな政策目標に導かれ、労働党政権は「パーソナライゼーション」の推進を図ってきた。「市民のニーズと好みに即したサービス」という概念は、本人中心の自律的な支援と一致するかのようにも見受けられる。しかし、その内実は消費者主義的な価値観に基づくものであり、その上、障害者自立支援の文脈においては、誰

<sup>3</sup> 杉野 (2007: 92) は、アメリカ、イギリス両国で障害の「社会モデル」が異なる様相を示しているのは、理論的な相違や対立ではなく、それぞれの国内事情や政治的状況の相違、障害者運動の戦略の違いに起因するとしている。たとえば、アメリカ障害学を代表する論者であるゾラやハーンが、患者会や高齢者団体、マイノリティ運動などと提携する戦略をとったのに対して、オリバーなどイギリス障害学は、旧労働党左派支持者と連携した障害者運動に基づく「社会モデル」を構築したといえる。

が「消費者」なのかは依然として医療・福祉の専門家によって決められる。すなわち、依然として障害者支援は専門家主義を脱却したとは言いきれず、きわめて限定的な消費者像を前提にしているにすぎない。

図2 パーソナライゼーションをめぐる消費者主義と反専門家主義の構図



出典：筆者作成。

### 3. 自立支援施策に見るパーソナライゼーションの様相

#### (1) 障害者施策の総合化と自立生活支援

2005年1月に、首相戦略部門と労働年金省、保健省、教育技能省、副首相室は合同で報告書『障害者のライフチャンスの改善』を発表した (Prime Minister's Strategy Unit, 2005)。この報告書は、「機会ある社会 (opportunity society)」という視点で、障害者が完全に社会参加するための意欲的な行動計画を策定するものであり、障害者の参加と包摂の段階的達成を目指している。そして「2025年までにイギリスの障害者が生活の質を向上する完全な機会と選択権を持ち、社会の平等な構成員として尊重され、包摂される」 (Prime Minister's Strategy Unit, 2005:7) ことを最終的な目標とした。具体的には、以下の4分野について障害者のための将来戦略を探っている。

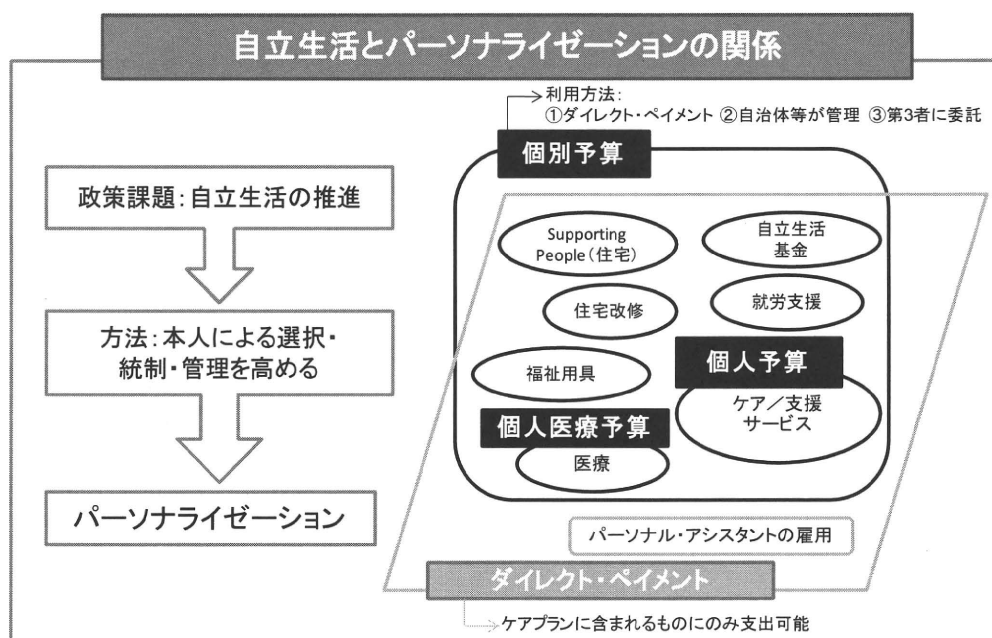
- ① 個別予算の導入による自立生活の実現を支援
- ② 障害児の家族へのサポートを充実
- ③ 児童向けサービスから成人向けサービスへの円滑な移行
- ④ 就労および雇用継続の促進と支援

イギリスで障害者関連の給付を受けている者は300万人程度であるが、障害を幅広く定義した場合、およそ1,100万人の障害者、77万人の障害児がいると見積もられて

いる（Prime Minister's Strategy Unit, 2005:9）。そのため、上記の戦略を推進していくために、政府の新たな機関として、多様な省庁が所管する障害者施策の調整を図る障害者問題対策局（Office for Disability Issues）が設置された。

自立生活の推進は障害者問題対策局の主要課題であることから、2008年2月には報告書『自立生活：障害者の自立生活に関する省庁間戦略』が発表された（Office for Disability Issues, 2008）。幼少期から高齢期まで障害者があらゆるライフステージの様々な日常生活の場面で、自立して生活できるようにするため、選択とコントロールを高め、医療・住宅・交通・雇用等における障壁を取り除く5年間の戦略が策定された。本人による選択に基づく支援のありよう、それを通じて実現される自立生活は、様々な様相を示す。多様な社会資源の組み合わせによって、それぞれが独自の自立生活を構築する上で、障害者問題対策局は障害者施策を総合的かつ包括的にとらえ、今後の戦略を推進する重要な機能を担うと予想される。

図3 自立生活とパーソナライゼーションとの関係



出典：小川（2009: 88）を参考に筆者作成。

パーソナライゼーションと本人本位の支援や自立生活は、先述のとおり、まったく同一のものと見なすことはできない。障害者問題対策局の取り組みを通じて浮かび上がる両者の関係を整理すると、図3のように示すことが可能であろう。まず、政府の政策課題に「自立生活の推進」があり、その実現のための方法として「本人による選択・統制・管理を高める」施策が位置付けられる。たとえば、ケア/支援サービスにおいては、個別予算やダイレクト・ペイメントなどの制度が、「本人による選択・統制・管理を高める」具体的な制度として挙げられる。そして、「本人による選択・統制・管理を高める」一連の取り組みを、「パーソナライゼーション」と呼ぶ。パーソナライゼーションは、1つの制度に集約される概念ではなく、関連する様々な制度を包括する

ものだと考えられる。

このように障害者施策の最終目標であるライフチャンスの改善に向けて、パーソナライゼーションを進める総合的な取り組みが始められたところである。では、パーソナライゼーションに関連した諸制度間の関係はどのように位置付けられるのか、次項で検討する。

## (2) 自立支援関連制度とパーソナライゼーションの関係

1997年にダイレクト・ペイメントが開始されて以降、この10数年の間、パーソナライゼーションに関連した制度が次々に導入された。ここではまず、開始された年譜にしたがって、各制度の概要をまとめる。それに基づいて、制度間の関係を探ることとする。

### ①ダイレクト・ペイメントの開始

1996年に制定されたコミュニティ・ケア（ダイレクト・ペイメント）法に基づき、1997年にケア／支援サービス費用の現金の直接給付制度が開始された。当初は16～64歳の障害者のみを対象としていたが、その後、高齢者や障害児の家族にも拡大された。

地方自治体のアセスメントを経て、ダイレクト・ペイメントが必要と認められた場合には、サービス受給者の銀行口座に予算が振り込まれる。利用者は予算をもとにケア／支援サービスを自ら選択、契約し、その費用を提供者に直接支払う仕組みである。

また、ダイレクト・ペイメントの予算でパーソナル・アシスタントを雇用することも認められている。パーソナル・アシスタントの雇用によって、自治体やサービス事業者の提供する定型的なサービスではなく、自立生活を実現するための多様な形態のサポートを受けることが可能となる（小川,2005）。ただし雇用時には、利用者は自ら面接および訓練をし、労務管理等もしなければならない。すなわち、利用者は個人事業主としての役割を担うことになる（勝又,2008: 157）。パーソナル・アシスタントは、医療・福祉の専門職資格保有者の場合もあれば、気心の知れた近隣住民や友人、知人が雇用される場合もある。

### ②住宅に関する総合的な支援

2003年に開始された高齢者、ホームレス、精神障害者、DV被害者などを対象として、住宅に関連した支援を提供するプログラムとして、**Supporting People**がある。地方自治を管轄する**Communities & Local Governments**が運営している。住宅関連支援サービスの資金調達、計画、モニタリングをすることで、地域レベルでのサービスの質と効果の改善を目指す。**Supporting People**のサービスには、債務返済の相談、生活技能のトレーニング、書類の記入、請求書の支払いに関するアドバイス、緊急アラームの設置などが含まれる（Directgov, 2010）。

### ③自律的な支援（Self-directed Support）を実践する事業

自律的な支援の実現を目指し、保健省や知的障害者団体の協力の下、2003年に6

つの地域で **In Control** プロジェクトが開始された。**In Control** プロジェクトを母体として、社会的企業が設立され、現在もイギリス各地でケア／支援サービス提供の改革を目指し、自律的な支援の在り方を推進する活動を行っている。このプロジェクトで実施された予算管理手法やアセスメント及びサービス提供プロセスは、個別予算のモデルとなった (**In Control**, 2010)。

#### ④個別予算 (Individual Budgets) の導入

保健省の主導により、2005年11月から2年間、13地域で「個別予算」を導入するパイロット事業が実施された。これは、ケア／支援サービスに加え、自立生活に関連した様々な給付について、個人ごとに統合した予算を配分し、総合的な見地から障害者本人が必要な支援を選択できるようにした。個別予算は、ダイレクト・ペイメントに比べて柔軟性があり、なおかつ多様なサービスが統合化されている特徴を持つ。たとえば、予算の取り扱いには4つの方法があり、①ダイレクト・ペイメントと同様の直接現金給付、②第三者への委託による間接的支払い、③自治体による現物給付、④以上①～③の組み合わせとなっている。従来のダイレクト・ペイメントがケア／支援サービス費用のみを対象としていたのに対して、個別予算は住宅その他の様々なニーズへの対応を可能とした点が異なっている (**IBSEN**, 2008; 長澤, 2009a: 55-58)。ただし、すべての地域で導入されている訳ではない。

個人予算に含まれる費用の中でも、地方自治体のケア／支援サービス (**social care/support**) 部分に関しては、特に個人予算 (**Personal Budgets**) と呼ばれる。これは、個人ごとのアセスメントに基づいて予算を配分し、その範囲内で本人がサービスを選択し、契約できるようにするものである。個別予算と同様に、予算の取り扱いは4通りの方法から選ぶことができる。2007年にケア制度改革の構想を示した **Putting People First** は、パイロット事業中であつた個人予算の全国展開を提言した<sup>4</sup>。

#### ⑤医療に関する個人予算 (Personal Health Budgets) の試み

2009年に開始され、目下のところ全国70ヶ所で実施中である。**National Health Service** のもとで提供される医療についても、退院患者の継続ケア、長期療養、リハビリ、精神保健などの領域に関して、患者ごとに予算を配分し、利用するサービスを本人が選択できるようにした。

当初は医療には現金給付を導入しないとされていたが、2010年からは個人医療予算にダイレクト・ペイメントを取り入れるパイロット事業も開始された。

こうした障害者支援施策におけるパーソナライゼーションの進展を経て、現在の諸制度間の関係は図3の右図のように示される。個別予算には、自立生活基金、**Supporting People** による住宅関連支援、住宅改修費、福祉用具、就労支援、医療、

<sup>4</sup> **Putting People First (PPF)** はケア・サービス改革の今後の方向性と構想を示した文書であり、全体としてパーソナライズされたケアを目指していた。**PPF** は4つの重点領域として、①普遍的サービスの実現、②早期介入と予防、③利用者による選択と統制・管理、④ソーシャルキャピタルの充実、を挙げていた。

ケア／支援サービスなどが含まれる。個別予算の取り扱い方法は、先述のように4つの方法から選ぶことができる。初期のダイレクト・ペイメントはケア／支援サービスのみであったが、それに相当する部分が現在の個人予算である。個別予算の導入によって、各個人に配分されたケア／支援サービス費用について、利用者本人はサービス内容を選択できるだけでなく、予算管理の仕方も現金給付に限らず自分の好みの方法で行うことができるようになった。また、療養生活に関する医療費の一部も個人予算として配分され、ダイレクト・ペイメントとして受け取ることも可能となっている。

自立生活を構成する上で、本人による選択・統制・管理が最も強力に実施されるのは、ダイレクト・ペイメントであろう。しかし、ダイレクト・ペイメントを活用した自立生活を実質的に送ることができるのは、一定の管理・運営能力のある者に限られる。事実、2007年度の在宅ケア／支援サービス給付では、65歳未満の身体障害者へのダイレクト・ペイメントが2億1,700万ポンドを超えていたのに対して、知的障害者には8,530万ポンド、精神障害者には1,275万ポンドであった。高齢者については、すべての障害種別を合わせて1億2,000万ポンド程度であった（The Information Centre for Health and Social Care, 2009）。

以上から、パーソナライゼーションの進展は、自律的な選択を可能にする側面があると同時に、一部の利用者にとっては困難を感じさせる側面もあると推測される。そこで、以下では、自立生活支援におけるパーソナライゼーションの可能性と課題を考察する。

#### 4. 自立生活支援へ向けた可能性と課題

##### (1) パーソナライゼーションの可能性

ここまで見てきたように、パーソナライゼーションの進展は、本人本位の支援の実現に向けて、少なくとも一部の障害者には選択権を拡大したことがわかった。しかし、それだけではパーソナライゼーションがなぜこれほどまでに、イギリス政府によって熱心に推進されているかの説明には十分ではない。この間行われてきた新しい制度の導入やパイロット事業に対する評価から、パーソナライゼーションには次の4つの効果が期待されている。

第一に、利用者の各自のニーズを反映し、ライフスタイルに合った支援を実現可能だという点である。個別予算のパイロット事業に参加した人々の大部分は、従来のケア・サービスに比べて、自らの生活を今まで以上にコントロールできるようになったと好意的に受け止めていた（IBSEN, 2008）。ただし、利用者グループごとに評価には違いもあった。精神保健サービス利用者、身体障害者は生活の質がめざましく向上し、支援サービスの質にも満足したとしていた。それに対して、高齢者は支援計画作成とその管理プロセスを負担に感じて、心理的な健康状態が低くなった。パーソナライゼーションは制度の運用の仕方によって、利用者グループごとに良くも悪くも影響を及ぼしうる。この点は、次項の課題に関するも議論でも言及する。

第二に、自立支援関連サービスの費用効率性の向上が挙げられる。特にダイレクト・

ペイメントの導入は、地方自治体が直接サービスを運営したり、事業者に委託したりするよりも、費用を低く抑えることが可能であると、いくつかの文献でも指摘されているという。たとえば、イギリス南東部の自治体では、ダイレクト・ペイメントによって 15 人の利用者で 3 万ポンドの節約になり、さらに直営サービスに比べて 2 万 3,000 ポンド分相当の追加的なサービス提供が可能になったとの報告もある (Glasby et al, 2009: 122-127)。障害者問題対策局が行ったレビューにおいても、自立生活の実現は、従来型の支援システムに比べて費用対効果が高いと結論づけられている (Hurstfield, 2007: 97)。2010 年 5 月に政権交代があったものの、高齢化が進む中でケアの持続可能性で高めるために、いかに財源と人的資源を確保するかは、政府の重要課題として問われ続けている。現在の連立政権は福祉制度改革に関する審議会の設置と合わせて、個人予算やダイレクト・ペイメントの拡大を明言している (Cabinet Office, 2010: 30)。パーソナライゼーションに関する政府の議論は、今後も費用対効果の側面が重要な論点の一つとなることだろう。

第三に、パーソナライゼーションを通じた社会的企業や民間事業者の振興が期待されている。先述の In Control プロジェクトは、自律的な支援計画の作成と運用を先導する社会的企業として活動を続けている。Patterson (2010: 227) によれば、パーソナライゼーションはサービス事業者にとって絶好の機会だという。利用者へのより良いアウトカムを実現するだけでなく、新たなビジネス・チャンスや柔軟な労働環境をもたらすと考えられている。ただし、この取り組みが成功するか否かは、地方自治体の福祉予算の管理担当者 (Commissioners) とのパートナーシップをどれだけ達成できるかに係っている。

第四に、多様な予算から構成された個別予算の導入は、様々な施策間の連携や統合を促す可能性があり、とりわけ医療と福祉の連携、統合されたケア／支援が促進されると考えられている。Dickinson ら (2010) は、従来型の医療・福祉関連組織によるパートナーシップの取り組みという形ではなく、利用者が主体的にサービスを組み合わせる中で、新たな連携の枠組みが構築されるであろうと指摘する。そして、サービス間のパートナーシップを伴わない、パーソナライゼーションの推進を危惧している。

以上のように、パーソナライゼーションは、障害者の生活の質を向上させるという主たる目的の実現に加え、福祉財政、社会資源の開拓、サービス連携の側面にも期待が寄せられている。

## (2) パーソナライゼーションの課題

しかし、他方でパーソナライゼーションには、「選択」を促すことに伴う、以下の 3 点の問題が懸念されている。

第一は、選択を必ずしも積極的に望まない人の存在である。パーソナライゼーションには、個人の責任が増大することに伴う制度上の限界がある。IBSEN (2008) でも指摘されていたように、個人予算の導入に心理的な負担を感じている高齢者もいる。同様の指摘は自立生活に関する別の報告書にもあり、障害者や高齢者の中には、若干の選択とコントロールさえ含まれているならば、従来通りのサービスのほうが安心感



もあり、自身の責任も軽いので好ましいと考える者もいる (Hurstfield, et al, 2007:89)。つまり、予算管理やサービス確保を自ら行うことができるのは、一部の障害者に限られており、誰もが対応できるわけではない。政府が「選択」や「コントロール」を強調するのであれば、その能力が十分にある人とそうでない人との格差の存在に、いかに対処するのが問われることになるだろう。「選択を強く望まない」という意思の尊重と、選択を促すエンパワメントの兼ね合いをどこに求めるのか、今後の議論のゆくえが注目される。

第二に、上述の内容とも関連して、自ら選択することに制約のある人への配慮の必要性である。パーソナライゼーションはDuffy (2010) のモデルにしたがえば、シティズンシップ・モデルに基づく支援である。だが、ケアや安寧、健康に関して発言することを想定したシティズンシップ・モデルを、知的障害者にあてはめ、エンパワメントするには限界があると指摘されている (Redley et al, 2007)。その意味で、もしパーソナライゼーションがダイレクト・ペイメントへの一本化に向かっていくのだとしたら、非常に危険だと言わざるをえない。Boxallら (2009) は、パーソナライゼーションの現状は、ダイレクト・ペイメントよりむしろ個別予算を基盤とするものだと評している<sup>5</sup>。Boxallらの指摘のとおりであるならば、予算管理の仕方も含めて選択が可能な個別予算は、権利擁護制度が適切に整備されることによって、障害種別によらずニーズに即した形で利用可能な好ましい制度になりうると考えられる。

第三は先の2点に対応する必要から、パーソナライゼーションは必ずしも福祉予算の節減には繋がらず、むしろ新たな費用が生じるというものである。従来型の直営サービスの運営に比べて、個別予算やダイレクト・ペイメントは、サービス提供従事者を抱えずに済むだけでなく、予算総額の管理も容易となる。けれども、すべての利用者が同様に、本人による選択を行うことが可能ではない以上、選択をサポートするための施策が不可欠となる。けれども、選択のための情報提供や、選択を促す適切な支援の方法は、いまだ模索されている段階である。利用者の選択を手助けし、モニタリング、再検討するための費用に加え、制度運用上必要なITの導入、書類の作成、人材育成などへの投資が今後必要とされることになる (ADASS, 2010: 5)。

## 5. おわりに

ここまでのパーソナライゼーションの概念整理、関連制度との関係、施策の可能性と課題について検討を行った。政府による消費者主義の推進と、障害者が目指してきた自立的かつ自律的な支援の方向性は、必ずしも一枚岩であるとは言えないことが概念を整理する中で浮かび上がった。そうしたアンビバレントな状況下で進められる施策への考察を踏まえると、パーソナライゼーション施策が社会福祉政策全体にもたらす影響として、以下の3点は将来に課された重要な検討事項となろう。

---

<sup>5</sup> ただし、ダイレクト・ペイメントが障害者運動から発展したのに対して、個別予算はどちらかというと専門家主義かつ市場主義のモデルでもある (Boxall et al, 2009: 510)。

第一に、パーソナライゼーション施策は総じて、地方自治体の役割に変化をもたらすことになるだろう。かつての自治体は、障害者支援サービスの直接的な提供者であった。そこに委託 (Commissioning) 契約が導入され、サービス調整の役割が重要になった。政策としてパーソナライゼーションを進めていくなれば、今後は情報提供者、権利擁護者としての機能をいかに充実させるかが問われると考えられる。

第二に、パーソナライゼーションによって本人本位のサービス、自立支援を推進していくことは、ソーシャルワーカーの援助方法にも変化を促すことになるだろう。これは、先に述べたエンパワメントの限界の問題と関連している。支援者にとっての望ましい支援の在り方を実現するのではなく、本人の意思決定をサポートする役割に留まることは、現場のソーシャルワーカーにもストレスや困難を感じさせることになるかもしれない。従来よりも「一歩引いた」介入しすぎない支援の仕方は、最終的にはソーシャルワーカー養成カリキュラム等にも改革を迫るものとなる可能性がある。

第三に、2010年5月に成立したイギリス連立政権は、政策アジェンダとして引き続きパーソナライゼーションを進める意向を示している。しかし、労働党政権が地域社会の再生も視野にパーソナライゼーションを主張していたのと、現政権の論調とは若干の相違もあるように見受けられる。今後のパーソナライゼーション言説は、サービスの個別性や個人化だけを強調してはいないか、本人本位であると同時に社会への包摂が志向されているか、今後の展開を検証することが求められる。

さて、ダイレクト・ペイメント制度など支援に要する費用を障害者に現金で直接支給し、本人による選択・管理・統制を拡大する方策には、日本でもこれまで多くの関心が寄せられてきた。最後に、イギリスの動向が日本に投げかける示唆を指摘しておきたい。

2010年4月に札幌市で重度障害者介助に、欧米を模した「パーソナル・アシスタンス制度」が導入された。これは、介助に要する費用を障害者が直接受け取ることができるようにするもので、既存の制度下であっても、地方自治体の独自事業という形で、障害者の主体性をより尊重した介助サービスを実現できることを示している。

今後こうした札幌市のような取り組みが各地に広がる可能性も視野に入れると、やはり日本においても上記3点と同様の事柄が論点となるだろう。それは第一に情報提供や権利擁護など、予算を自己管理するためのサポート体制の構築である。第二に、サポート業務を行う支援者の養成および介助者であるパーソナル・アシスタントの質的・量的な確保である。そして何よりも考えなくてはならないことは、第三の論点として、制度が何を指したもののなのか、自立生活に関する理念の明確化とそれに即した制度設計という問題である。

確かにパーソナル・アシスタンス制度を利用することで、同じ費用の範囲内で長時間の介助を受けることも可能になる。しかしそれが単なる低予算でのサービスの実現ではなく、自律的な支援を通じた障害者の社会参加を促すような制度設計になっているのか、慎重な検証に基づいて、制度の有効性、普及可能性を吟味する必要がある。

## 参考文献

- 秋元美世, 2010, 『社会福祉の利用者と人権：利用者関係の多様化と権利保障』有斐閣.
- Barnes C & Mercer G, 2006, *Independent Futures: Creating User-led Disability Services in a Disabling Society*, Policy Press.
- Boxall, K, Dowson, S & Beresfoed, P, 2009, “Selling individual budgets, choice and control: local and global influences on UK social care policy for people with learning difficulties”, *Policy & Politics*, 37(4):449-515.
- Cabinet Office, 2010, *The Coalition: our programme for government*.
- Carr, S, 2010, *Personalisation: a rough guide* (revised edition), Social Care Institute for Excellence.
- Department of Health, 2009, *Personal Health Budgets: First Steps*.
- Dickinson, H & Glasby, J, 2008, “Not throwing out the partnership agenda with the personalisation bathwater”, *Journal of Integrated Care*, 16(4): 3-8.
- Directgov, 2010, “Supporting People programme”.  
[http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HomeAndHousingOptions/SupportedHousingSchemes/DG\\_4000297](http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HomeAndHousingOptions/SupportedHousingSchemes/DG_4000297) (2011年1月14日閲覧).
- Duffy, S, 2010, “The Future of Personalisation”, *Journal of Care Services Management*, 4(3):202-216.
- Heywood, F & Turner, L, 2007, *Better Outcomes, Lower Costs*, Office for Disability Issues.
- Hurstfield, J, Parashar, U, & Schofield, K, 2007, *The Costs and Benefits of Independent Living*, Office for Disability Issues.
- In Control, 2010, *A Report on in Control's Third Phase: Evaluation and Learning 2008-2009*.
- Individual Budgets Evaluation Network (IBSEN), 2008, *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme*.
- 勝又幸子, 2008「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」厚生労働科学研究費補助金・障害保健福祉総合研究事業『障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究』平成19年度総括研究報告書：151-172.
- Leadberter, C, 2004, *Personalisation through participation: A new script for public services*, Demos, [www.demos.co.uk](http://www.demos.co.uk) (2010年9月22日閲覧).
- 内閣府, 2009『平成20年度内閣府「障害者の社会参加推進等に関する国際比較調査研究」調査研究報告書』WIP ジャパン株式会社.
- 長澤紀美子, 2009a「消費者主導型現金給付の展開：国際動向とイギリスにおけるケアの「個別化」」『高知女子大学紀要』(社会福祉学部編) 58: 47-61.
- 長澤紀美子, 2009b「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革：高齢者ケアに関わる連携・協働と疑似市場における消費者選択」『海外社会保障研究』169: 54-70.

- Office for Disability Issues, 2008, *Independent Living: A Cross-government Strategy about Independent Living for Disabled People*.
- 岡部耕典, 2006 『障害者自立支援法とケアの自律：パーソナルアシスタンスとダイレクトペイメント』明石書店.
- 岡部耕典, 2010 『ポスト障害者自立支援法の福祉政策：生活の自立とケアの自律を求めて』明石書店.
- 小川喜道, 2005 『障害者の自立支援とパーソナル・アシスタンス、ダイレクト・ペイメント：英国障害者福祉の変革』明石書店.
- 小川喜道, 2009 「障害者福祉：ダイレクト・ペイメントの行方」『海外社会保障研究』169: 83-94.
- Patterson, M, “Personalisation: What it means for providers”, *Journal of Care Services Management*, 4(3): 217-228.
- Priestley, M, Woodin, S, Matthews, B & Hemingway, L, 2009, *Choice and Control/Access to Goods and Services: A Rapid Evidence Assessment (REA) for the Office for Disability Issues*, Office for Disability Issues.
- Prime Minister’s Strategy Unit, 2005, *Improving the Life Chances of Disabled People*, Final Report.
- Redley, M & Weinberg, D, 2007, “Learning disability and the limits of liberal citizenship: interactional impediments to political empowerment”, *Sociology of Health and Illness*, 29(5): 767-786.
- Simmons, R, Powell, M & Greener, I, 2009, *The Consumer in Public Services: Choice, Values and Difference*, Policy Press.
- 杉野昭博, 2007 『障害学：理論形成と射程』東京大学出版会.
- 田中耕一郎, 2005 『障害者運動と価値形成：日英の比較から』現代書館.
- 所道彦, 2009, 「ニューレイバーの社会保障の10年」『海外社会保障研究』169: 4-14.
- The Information Centre for Health and Social Care, 2009, *Community Care Statistics 2007-2008; Referrals, Assessments and Packages of Care for Adults, England*.
- Williams, B, Copestake, P, Eversley, J & Stafford, B, 2008, *Experiences and Expectations of Disabled People: Executive Summary*, Office for Disability Issues.

## IV. 研究協力者報告

# 障害福祉と地方分権について

西山 裕

## 1 はじめに

我が国における障害福祉サービスに関しては、従来の措置制度から、社会福祉基礎構造改革による支援費制度の創設、そして障害者自立支援法の制定と制度改正が実施されてきた。

これらの制度改正は、大別すると、国による全国一律の福祉制度から、住民に最も身近な市町村が拠点となった地域の実情に応じた福祉サービスの整備実施という方向と、行政による福祉サービスの実施から、障害者自身が選択し契約によりサービスを受給する利用制度への移行という方向という、2つの方向に整理できる。

そして、現在、障害者当事者や障害問題の有識者等を構成員とする「障がい者制度改革推進会議」において、2006(平成18)年に国連総会で採択された障害者の権利条約の批准のために必要な、障害者に関連する様々な分野の現行制度についての見直しや、2010(平成22)年1月の障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と国(厚生労働省)による基本合意文書に明記された「遅くとも平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し、新たな総合的な福祉法制」の実施を目指し、精力的に検討が進められている。

本研究においては、こうした状況を踏まえ、平成20年度は、第二次世界大戦後の我が国の障害福祉制度における制度改革の流れを踏まえ、障害者自立支援法における支給決定の在り方及び福祉サービス契約に関して障害者の利益を保護する仕組みの在り方について検討を加え、また、障害者の権利に関する条約のうちでも、地域における福祉サービスと最も関連が深い条項である第19条及び第20条からみた障害者自立支援法の問題点について考察した。

また、平成21年度においては、障害者の権利に関する条約第19条との関係で問題があると思われる障害者自立支援法の実施決定に関連して、障害者の選択と決定を重視した仕組みである「ダイレクトペイメント」について、英国における仕組みを参考に、日本に導入する場合の制度的問題点を検討した。

このように、平成20年度及び21年度の研究では、障害者自身による福祉サービスの選択権の保障という観点から、あるべき福祉サービスの支給の姿を検討してきたところであるが、そうした福祉サービスの選択権が、制度的に保障された場合であっても、福祉サービスが、各地域において、市町村の責任で整備・提供されるという現在の仕組みの下では、市町村当局の姿勢や地域におけるサービスの整備状況等によって、障害者が受給できるサービスの量や質に差が出てくることは避けられない面がある。従来は、そうした地域格差については、国による規制や財政面の負担により拡大が抑えられてきたところであるが、最近のように地方分権のさらなる推進が国の進むべき



方向として議論されている状況においては、国による関与が減少し、その結果、市町村の間における差はさらに大きくなっていくのではないかとの心配も出てきている。そこで、平成 22 年度においては、障害福祉と地方分権について、現在の状況を踏まえて議論するものである。

以下、まず、我が国の障害福祉の制度改革の経緯について、地方自治の推進と福祉サービスの保障という 2 つの観点を中心に整理する。次に、支援費制度における地域間格差の是正を制定目的の一つとした障害者自立支援法の支給決定の仕組みが、障害者による福祉サービスの選択への制約となったことを指摘し、それを踏まえ、あるべき福祉サービス支給の仕組みについて検討する。さらに、最近の地方主権改革の動向を整理するとともに、それを踏まえ、障害者制度改革と地方主権改革との調和の方向について検討するものである。

## 2 日本における障害福祉制度の改正と地方自治

### (1) 措置制度の見直しと地方自治

我が国の障害福祉施策は、長い間、高齢者福祉や児童福祉と同様、「措置制度」を中心に行われてきた。

第二次世界大戦後の我が国においては、社会保障は国自らが実施することが基本との考え方があった。身体障害者福祉法、知的障害者福祉法（当時は「精神薄弱者福祉法」）及び児童福祉法においては、保護ないしは援護が必要な障害者（児）を社会福祉施設に入所させる措置を講じるのは都道府県知事（市町村長）であり、また入所先の施設は社会福祉法人が設立・経営する施設であることも少なくなかったが、その際も、措置を講じるのは「国の機関」である都道府県知事（市町村長）であり、また、社会福祉法人に対し、その施設への入所を、国の機関である都道府県知事が「委託」という枠組みであった。

このように全国一律の仕組みであることから、仕組みの上では、全国どこでも、国の責任による福祉サービスが提供されることとなるが、実際は、障害者のニーズに対して福祉サービスの供給量が絶対的に少なかったため、障害者福祉に熱心な地方自治体や熱意ある社会福祉法人のある地域とそれ以外とでは、受けられる福祉サービスの量も質も大きな格差があった。

こうした国による一律の実施という状況に変化をもたらしたのが、機関委任事務の見直しである。従来、国の機関委任事務として地方公共団体が実施していた各行政分野の各種事務について、地方公共団体自身の事務として位置づける法改正が 1986(昭和 61)年に行われる中で、福祉に係る措置事務も、従来の「国の機関」としての事務（機関委任事務）から地方公共団体の事務（団体事務）とされた。これは、地方分権化の世界的な流れの中で、これらの事務は本来的に地方公共団体が行うのがふさわしいこと、これらの事務が地方公共団体に同化定着したことなどの理由にもよるが、厳しい国家財政状況の下での社会福祉改革の一環として行われた措置費の国庫負担率引き下げの見返りとして導入されたという側面もあった。

また、1990(平成2)年には、「社会福祉の運営、実施については、専門性、広域性、効率性等の観点について十分配慮しつつ、住民に最も密着した基礎的地方公共団体である市町村をその主体とすることが適当である」との考え方の下、福祉八法改正により、身体障害者福祉については、施設入所措置権の町村への委譲や在宅サービス実施を市町村の事務として位置づけたこと等により、制度的に、「都道府県が、広域的な観点から各種サービスの総合的な調整を行いつつ、市町村段階で、在宅・施設を通ずる福祉サービスを一元的に提供する」という体制が確立された。

ここまでの経緯は、国の事務として全国一律の実施であった障害福祉制度が、基礎的自治体である市町村が自らの事務として実施する制度へと変更されていったものであり、その意味で、障害福祉施策において、制度として、地方自治が保障されるようになったものとして位置づけられる。

ただ、市町村による主体的な行政といっても、ニーズに対して施設や在宅サービスが絶対的に少なく、地域間格差も依然として大きい状況の下では、少ない福祉サービスを、いかに必要度のより高い障害者に対して優先的に提供していくかが、多くの市町村の障害福祉行政の実態という面は否定できない状況であった。

こうした状況に大きな変化をもたらしたのが、社会福祉基礎構造改革である。

## (2) 社会福祉基礎構造改革と障害福祉制度の改正

障害福祉制度が社会福祉基礎構造改革によってどのように改正されたかについては、既に本研究の平成 20 年度報告書において概観したところであるが、これを要約すると、以下のようになる。

① 社会福祉基礎構造改革は、従来 of 公的福祉サービス提供制度であった措置制度が、人口高齢化、都市化、核家族化等のわが国の社会経済状況の変化に伴う福祉サービス需要の急増に対し、施策の財源となる国家財政の厳しさ、サービス供給体制の弱さという大きな問題を抱えていたために対応できなかった状況を打ち破るために実施されたものであり、それは主に次の 2 点の狙いがあったと考えられる。

(ア) 高齢者介護施策について、介護保険制度という社会保険方式を採用することにより、保険料という、税財源とは別の財源を持つことができ、国や自治体に大きな財政的負担を課すことなく、施策を推進する財政的基礎を持つことができるようになったこと。

(イ) 福祉サービスの受給資格の認定と、サービスの提供とを分けることによって、サービス提供主体を大幅に拡大したこと。すなわち、福祉サービスの提供はあくまでサービス事業者と利用者との間の契約により行うものとし、行政は、この福祉サービスの提供に対し、①公的支援が必要と認定(受給資格の認定)した者に対し利用料を助成、②適切なサービスが提供されるよう、サービス事業者に対し規制したり、関係者の間を調整、③地域計画の策定等により、サービス事業者を育成して、供給体制を整備、という役割を担うものとしたこと。

この改革により、サービス事業者は行政の委託を受ける者ではなくなるので、



営利法人や NPO 法人などもサービス事業者になることができるようになるとともに、利用者は、④行政に対しては、保険者たる市町村に対し利用費助成を申請する被保険者として、行政の決定に不服な場合は不服申し立てや行政訴訟を提起することができ、また、⑤サービスの利用については、契約の当事者として、第三者機関に苦情を申し立てたり、事業者を相手に訴訟を提起することもできるといった、福祉サービスを受給する権利の明確化が実現したこと。

- ② 障害福祉サービスについて、社会福祉基礎構造改革により導入された支援費制度においては、上記のうち、社会保険方式は導入されなかったため、保険料という独自財源は導入されなかったが、2番目の「福祉サービスの受給資格の認定と、サービスの提供の分割」は導入され、その意味で、障害福祉分野においても、サービス提供者の拡大と、障害者の権利の明確化という点は実現した。
- ③ 介護保険制度と支援費制度の間では、受給資格の認定（介護保険では「要介護認定」、支援費では「支援費の支給決定」）の仕組みについて、大きな違いがあった。

すなわち、介護保険の要介護認定手続きは、市町村職員の訪問調査等の結果について、国が定めた判定項目でのコンピュータ処理による一次判定結果を踏まえ、学識経験者により構成される認定審査会が最終判定（二次判定）するというもので、判定は基本的に客観的（画一的）基準により行われている。

これに対し、支援費の支給決定では、市町村は、申請者の障害の種類及び程度その他心身の状況、介護を行う者の状況、支援費の福祉サービス等の受給の状況、申請者のサービス利用に関する意向の具体的内容、申請者の置かれている環境及び申請しているサービスの提供体制の整備状況を勘案して、支給の要否を決定するものとされていた。これは、国は支給決定にあたっての勘案事項を定めるに留め、その勘案事項を踏まえどのように支給決定を行うかを市町村の判断に委ねたものと考えられる。

ここで、支援費制度が支給決定について介護保険制度と異なる仕組みを採用したことについては、当時の厚生省当局の審議会における発言から、全国一律の仕組みとする要請が強い保険制度である介護保険と比べて、支援費制度については、市町村の自治事務として、地方の自主性を尊重するとともに、市町村格差については国庫補助基準によってあまり大きな格差が生じないように調整する意図であったことが伺われる。ここで、障害福祉において、少なくとも支給決定に関しては、地方自治が、従来の制度的保障に留まらず、実質的に推進されたものと見ることができ

### （3）障害者自立支援法の制定

このように地方の自主性を尊重する仕組みとしてスタートした支援費制度であったが、サービス利用の急速な増加に伴い予想を上回る国庫負担急増をもたらしたこと、各市町村間の地域格差が指摘されたこと、及び、多くの国庫補助負担金の廃止・地方への委譲が求められた「三位一体改革」の大きな流れに直面したことから、障害者自立支援法が制定された。

障害者自立支援法は、「行政による受給資格の認定と、契約によるサービスの利用」という支援費制度の基本的枠組みを承継した上で、身体障害者及び知的障害者に加えて精神障害者も対象としたこと、サービスの体系を従来の居宅・施設の区別から機能に応じた事業単位で整理したことなどを内容とするものであったが、支援費制度の直面した、急激な給付増と市町村格差の問題については、次のような対応がとられた。

まず、財政面では、在宅サービスも含め、国家補助を義務的経費（定率補助）とすることにより財源を確保した。

また、地域間格差への対応については、支給決定について、介護保険と同様、まず障害程度区分（1～6）の決定が行われ、それを踏まえ、サービスの要否決定が行われる仕組みとした。この障害程度区分は、介護保険と同様、市町村職員の訪問調査等の結果について、国が定めた判定項目でのコンピュータ処理による一次判定結果を踏まえ、学識経験者により構成される認定審査会が最終判定（二次判定）するもので、判定は基本的に客観的基準により行われるものとされた。この改正により、支給決定における市町村の裁量は狭められ、その意味で、地方自治という点からは後退したことになる。

給付面では、給付体系が、従来の、障害の種類ごとの施設サービス・居宅サービスという体系から、障害の種類を超えて「機能」に応じた事業として、介護給付、訓練等給付、地域生活支援事業の3つに再編した。これにより、就労支援サービスが充実されるとともに、サービスを組み合わせる利用できるようになった。また、地域生活支援事業は、財源を統合補助金として補助する仕組みにすることにより、市町村が創意工夫によって利用者の状況に応じて柔軟に実施することができるようにされた。このような地域生活支援事業が新設された点は、その限りで地方自治が尊重されたと見ることもできるだろう。

なお、支給決定については、介護保険法と同様の仕組みといっても、異なる点もあった。それは、介護保険法の要介護認定においては、居宅サービスの受給については要介護度に応じた支給限度額が設定されており、その限度額を超えてサービスを受給することはできないが、その限度額内であれば、受給するサービスの種類については制度的な制約はない。これに対し、障害者自立支援法においては、支給限度額といった制約はないが、反面、障害程度区分によって、受給できるサービスの種類に制約が加えられた。

#### （４）障害者自立支援法の廃止と新たな総合的な福祉法制の検討

障害者自立支援法については、従来それぞれ別々の法律によって異なった扱いがされていた身体障害者、知的障害者及び精神障害者について、一つの法体系で統一的に福祉サービスを提供することとしたこと、就労支援にかかるサービスが充実されたことなど、評価できる面もあったが、利用者負担について従来の応能負担の仕組みに代えて定率負担を導入したこと、そして、支給決定について障害程度区分に基づくサービスの要否決定が行われる仕組みを導入したこと、移動支援（行動支援や重度訪問介護等に含まれるもの以外）やコミュニケーション支援（手話通訳派遣等）を法律上の自立支援給付でない地域生活支援事業としたこと等が各方面から強い批判を受けるこ

とになった。そして、違憲訴訟と政権交替を機に、国と原告団との合意に基づき、内閣府に設けられた障害者制度改革推進会議で「遅くとも平成 25 年 8 月までに、障害者自立支援法を廃止し、新たな総合的な福祉法制を実施」を目指して、制度全般について検討が進められている。

### 3 障害福祉と給付の地域間格差

#### (1) 障害者自立支援法の支給決定と地域間格差

障害者自立支援法が、支給決定について上記 2 に述べたような仕組みを採用した理由については、次のように説明されている。

#### 「(2) 地域間格差をなくし、公平で効率的なサービス利用を可能とする仕組み

従来までに支援費制度では、①障害の程度を客観的に測る指標がないこと、②サービスの種類によって必ずしも対象者像が明確になっていないことなどにより、同じ程度の障害の方であっても、地方公共団体によって受けるサービス量が大きく異なっていたり、必ずしも障害の程度や支援の必要性に応じていないサービスを利用しているなどの指摘もあった。また、支給決定が地方公共団体の担当者と利用者の二者の間で決定される仕組みとなっているなどの批判もあり、支給決定の過程が不透明になりやすいとされていた。

このため、障害者自立支援法においては、

- ① 支援決定の過程において市町村審査会の意見を聴くことができることとし、第三者の意見を聴く機会を設ける仕組みとしたこと（平成 18 年 10 月までに実施）
  - ② 障害の程度を測る尺度として、障害程度区分設定を行う仕組みを取り入れたこと（なお、支給決定は、障害程度区分のほか、家族の状況等障害者等のおかれた状況を勘案して行われる）（平成 18 年 10 月実施）
  - ③ 介護を提供するサービスについては、障害程度区分が一定以上のもの（一定の介護が必要なもの）を対象とし、支援の必要性とサービスを関連つけたほか、長期入院・入所から地域生活へ移行する場合などの計画的な支援を行う必要があるものについては、サービス利用計画を策定する仕組みとしたこと（平成 18 年 10 月実施）
  - ④ 障害程度区分に応じて国庫負担の配分基準（いわゆる国庫負担基準）を定めることにより、低い基準でサービスを実施している地域に対し、一定の標準的なサービス水準を示し、サービス水準の底上げを図り、また限られた公費の効率的・公平な配分を行えるようにしたこと（平成 18 年 10 月実施）
- などにより、支給決定過程の客観性・透明性を確保し、また、地域間格差の縮小を目指すこととしている。」<sup>1)</sup>

すなわち、支援費制度においては、障害程度の客観的基準がないために、支給決定

に地域間格差が生じていたのを、障害者自立支援法では、障害程度区分を設定することにより、障害の程度の客観的基準を導入し、この障害程度区分と受給できるサービス種類や国庫負担の配分をリンクしたものとすることにより、「支給決定過程の客観性・透明性を確保し、また、地域間格差の縮小を目指す」こととされたもの、とされている。

(なお、障害者自立支援法が、介護保険制度のような受給限度額という仕組みを採用しなかったことについては、障害者自立支援法が税を財源としていることから、介護保険のような「保険」としての負担と給付のバランスを考慮する必要がないこと、また、支援費制度創設時から、支給限度額の設定については障害者団体側から強い拒否反応があったこと等から、支給限度額という制約でなく、障害程度区分による受給できるサービス種類の制約という方法が採用されたものと思われる。)

ここで、上記の制度導入の説明において、「同じ程度の障害の方であっても、地方公共団体によって受けるサービス量が大きく異なっていたり、必ずしも障害の程度や支援の必要性に応じていないサービスを利用しているなどの指摘もあった。」ということをもって地域間格差であるとしていることに注目したい。

サービスを受給する側からすれば、同じ程度の障害であっても、家族の状況や自分が送りたい生活目標等によって、受きたいサービスの種類や量が異なることは不思議ではない。それは「①障害の程度を客観的に測る指標がないこと、②サービスの種類によって必ずしも対象者像が明確になっていないことなど」により生じるものではなく、個々の障害者のニーズを反映したことによるもので、むしろ、それは、「利用者自身によるサービス選択」を重視した社会福祉基礎構造改革の趣旨にも合うものである。だからこそ支援費制度においては、市町村が、「申請者の障害の種類及び程度その他心身の状況、介護を行う者の状況、支援費の福祉サービス等の受給の状況、申請者のサービス利用に関する意向の具体的内容、申請者の置かれている環境及び申請しているサービスの提供体制の整備状況を勘案して、支給の要否を決定する」こととされていたのであろう。

サービスの受給量等に差が生じるもう一つの要因として考えられるのは、市町村の状況による差、もう少し具体的に言えば、市町村当局の障害福祉に対する考え方や姿勢の差、あるいはサービスの整備状況の差である。ある市町村の首長や部門の責任者・担当者が、障害福祉全般あるいは特定障害分野の対策に熱心であったり、あるいは、その市町村における障害者関係者が市町村当局に対し非常に熱心に働きかけを行い、その結果、当局の積極的対応を引き出した場合は、他の市町村よりサービスの受給者数や供給量が多くなることが考えられ、逆に、サービスの整備状況が悪い地域では、利用できるサービスが乏しく、サービスの供給量が少ない、といったことが考えられる。これは、上記の経緯にも見られるように、機関委任事務を廃止し、障害福祉にかかる事務を地方自治体の事務として位置づけたことによるものである。

地域の間で大きな格差が生じているとすれば、障害者個人の状況による差よりも、むしろ、こうした市町村の状況による差の方が大きいのではないかと考えられる。なぜなら、地域ごとの平均を比較する際には、様々な事情を持つ多くの人々の平均となるため、そうした個人間の差はかなりの程度ならされることが通常であるからである。