

障がい者と高齢者に対する自立支援と介護保障における 「公平性」に関する一考察

和田 謙一郎

(平成20年3月31日受理 最終原稿平成20年5月20日受理)

(要旨)

障害者自立支援法と介護保険法の下での各制度は、障害者自立支援法成立時に介護保険法への統合、そこでのサービスの一元化を視野に入れていたせい、酷似した制度である。しかし、社会保険制度として制度を統合するためには、社会保険とはいえ「障がい」発生という事実とそれらへのニーズについての普遍性を見出し、また、拠出・応益負担が前提となる以上、サービスを必要としている障がい者（児）と高齢者の既存の制度である所得・医療保障制度との整合性をとる必要がある。それぞれの生活環境や生活史の違いも念頭に置いて統合していく必要があるのである。これらを軽視すれば、サービスの一元化を目的に統合するといっても新たな不平等感も発生する。もともとタテ割りとなっていた既存の各制度や介護等のサービスを必要としている者の生活環境と生活史の違いを意識しながらも、それぞれのライフステージを考慮して普遍的に生活を保障する総合的な制度構築がはたして可能か、それも両者の統合で可能かを批判的に検討する。

キーワード：自立支援、生活保障、応益負担、障害者自立支援法版・資産資力調査、生活保護への移行防止

- I はじめに
- II 介護保険法と障害者自立支援法の成立からこれまで
- III 障がい者（児）と高齢者のライフステージ別・要介護状態時等の生活保障のあり方
- IV 時代背景の変遷と障がい者（児）関係法と高齢者関係各法
- V まとめにかえて

I はじめに

障害者自立支援法が施行されて第1回目の検討・改正を1年後（本稿執筆時）に迎えることになるが、同法施行前から予想されていた諸問題もさらに明確になってきている。

たとえば、同法施行前にはサービス利用について、それまでの「応能負担」から「応益負担」に変更され金銭的負担が普遍化されたことによって、社会保障の所得再分配といった機能は縮小方向に向かった。そこでは公平さを確保するという建前も不安定なものになる一方で、同時に、補足的制度である所得の再分配機能の強い生活保護制度に対して、その移行防止等につい

での考えさえもが急遽強調されるという状態になった。

ちなみに「生活保護への移行防止」という考え方は介護保険法の下では存在しない。ここが大きく異なる。介護保険制度の下でのサービス利用者については、生活保護法の原理である「他法他施策優先原理」が働きながらも、介護保険法の下での各種サービスを利用して補足的に生活保護制度を利用している例も多く見受けられる⁽¹⁾。

事実上は、介護保険制度は「高齢者」介護保険制度である。一方で、制度上は、要介護高齢者等について「高齢者であり障がいが存在する状態の者（ないしは障がい者）」⁽²⁾であるということを意図的に相当に伏せており、介護保険制度が要介護者等全体のサービス提供の根拠と錯覚が一時期生じていた。

そのようななかで、介護保険法の下での給付対象を原則として高齢者に絞り、障がい者福祉も転換期を迎え、支援費制度、それを経ての障害者自立支援法が施行されてきた。形式的には障がい児、若年障がい者と高齢者とを制度上区別し、サービスが重複するケースでは介護保険制度の優先が原則とされた。当事者のライフステージをみれば、無理やり、いわば数珠つなぎ的に介護保障制度を成り立たせてきたことになる。

なお、障がい者に対する支援費制度については財政的な限界も生じて、そこでのサービスについては介護保険制度への統合が叫ばれた。しかし、平成16年度の法改正時には実現されなかった。断続的に議論が続き、それらの統合の是非が問われている。しかし、障がい福祉サービス事業の一元化を目指しているとはいえ、「後付」の障害者自立支援法という法律・制度の施行は、大きな転換期を迎えたと同時に、実は、両者の統合の難解さ（社会保険制度ではない障害者自立支援法との統合には否定的な見解も多いし、統合の先送りといった情報もある）を現在示すことにもなっている。

本稿では、両者の関係の整理を一部でも試みつつ、両者の社会福祉・社会保障制度内での社会保険としての統合の可能性、また、その前提にあるものについて、その矛盾を指摘しながら批判的な検討をささやかであるが試みる。

Ⅱ 介護保険法と障害者自立支援法の成立からこれまで

介護保険法と障害者自立支援法を根拠にした制度（特に介護サービス部分）⁽³⁾は、社会保険方式（拠出制）を採用しているか否かの違いを除いては、広義には酷似した制度である。また、将来の統合を念頭に置いている両制度であることを伺わせている。

具体的には、運営主体、申請主義、区分認定、ケアマネジメント⁽⁴⁾、サービスの選択（自己決定）、契約によるサービス利用、サービス利用時の応益負担、応益負担時の高額介護サービス費・高額障害福祉サービス費⁽⁵⁾、審査請求前置主義、附則による法施行後5年後の検討（見直し）等の共通性は、明らかに近い将来の統合を念頭に置いたものと考える根拠となる。

もっとも、法施行に5年間の時間差があるとはいえ、双方の法律・制度の施行により、高齢者と障がい者についての社会保障制度としての、所得、医療、介護の保障は区別されライフステージ別の制度になった。そこには問題点も数多い。

ところで、高齢者・障がい者に対する所得保障については、経済発展にとり残された階層対策として、国民皆年金の下で公的年金⁽⁶⁾（障がい児の場合には社会手当⁽⁷⁾が中心）がその柱となっている。医療については、やはり国民皆保険⁽⁸⁾の下で各種医療保険制度を利用しながらの高齢者・障がい者（児）に対する公費負担医療制度が存在する⁽⁹⁾。

さらに、介護サービスについては、狭義の社会福祉サービスによる老人福祉サービスが大きく変化し、高齢者については「措置から契約へ」を謳い文句にした介護保険制度が成立した。障がい者については、旧・措置時代を経て、旧・支援費制度時代には障がい者に対するサービスすべてというわけではないが契約によるものも存在した。それらを経てから、障がい者（児）を対象とした障害者自立支援制度の公布・施行により「契約」を前提としたサービスが展開されるに至った。

もっとも、サービス利用に対する費用助成である金銭給付を採用（結果としての法定代理受領方式⁽¹⁰⁾、見た目では現物給付）しており、例外的なものを除いては、正確には旧・措置時代のような人的サービスの保障ではなくなっているので注意を要することになる。

ところで、高齢者（65歳以上の介護保険第1号被保険者）の場合には、介護保険料やサービス利用時の応益負担分について、生活保護制度による生活扶助や介護扶助で補足する場合がある。しかし、すでに生活保護制度の対象となっている障がい者（児）を除いては、障害者自立支援法の下でのサービス利用についての応益負担については、「生活保護への移行防止」⁽¹¹⁾等の負担軽減策により、原則とされている応益負担の軽減が行われ、さらに特別対策（経過措置）による軽減も行われている。そこでは、緩やかな障害者自立支援法版・資産資力調査（ミーンズテスト means test）が行われ、サービス利用時の負担は、実は相当に応能負担の要素がある形式的な応益負担になっているのである。

経緯だけみるならば、いわゆる日本版社会保障・福祉法ともいえるべき法典が存在しない各種社会保障・社会福祉関係法が、散見する個別の問題をその場しのぎで数珠つなぎ風に補いつつ、制度を少しでも統一し体系化しているようにもみえる。しかし、矛盾も大きい。各法律・制度を「後付」していった結果、現在、肯定・否定できる問題双方が障害者自立支援法と介護保険法等の關係に混在している過程にあるといえるかもしれない。

以下、障がい者（児）と高齢者の実際の生活環境と生活史の違い、本稿の目的とするものならばそれらを前提とした生活保障のあり方を念頭に置きつつも、障害者自立支援法と介護保険法の統合（一部統合も含む）の可能性の矛盾を指摘・検討する。

Ⅲ 障がい者（児）と高齢者のライフステージ別・要介護状態時等の生活保障のあり方

執筆者の調査（調査途中のものも含む）等の下での具体的な事例を考慮しつつ、障がい者（児）と高齢者の生活環境と生活史の違いを把握したうえで、障害者自立支援法と介護保険法の關係を整理してみる。

まず、「障がい」については障がい者の定義を各種の障がい者福祉法制に委ねている。それらを前提にして、障がいの発生の時期、そして、障害者自立支援法施行時の障がい者（児）や

障がいの存在する高齢者の年齢（障がい者としての期間）が大きく異なることになる。一方で、介護保険法である要介護高齢者等も、広義には「障がいの存在する状態の高齢者」ということになる。そこでも、障がい発生が先か、高齢者になって障がいが存在する状態になったのか、双方の立場の高齢者がサービス利用者として混在しているのである。これについては、介護保険制度の下ではこれらを画一的に扱っており、たとえケアマネジメントの過程ではケアマネジャー（介護支援専門員、その資質にも大きな格差があるが）の努力により、その違いについての考慮が可能でも、制度としてはそれら高齢者に関わる生活史の違いについての考慮はほとんどない。

1) 障がい児（主に重度障がい児の場合）の場合

生活保障の立場から、所得、医療、介護に的を絞る。教育等には本稿では触れない。

先天的・後天的障がいを問わず、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、各自治体の給付等積極的なもの、所得税計算上の控除等が消極的なものも含めて所得保障の中心となっている。なお、社会手当受給については、保護者や障がい児本人の所得制限がある。一定の金銭的な保障の意味はあるが、扶養義務者の所得状態等によっては、障がいに対応するために有効に手当が利用されているか否かは不明となる。たとえば、それら手当がやむを得ず当該世帯の生活費になっている場合も存在するのである。

医療の場合には、障害者自立支援法の下での医療保険適用については、自立支援医療（障がい児の場合であれば、旧・育成医療）として原則1割負担の応益負担が求められる。その他の場合には、障がい児医療として同一診療機関・診療科利用の場合には、原則として月額1,000円の負担が上限となっている。

居宅における介護サービス等の利用の場合には、障害者自立支援法の下での給付を申請し区分認定を受け、ケアプランの作成の下でのサービス利用となり、サービス利用時の負担は原則として1割の応益負担となる。

応益負担が原則となるということは、所得の再分配や社会的扶養という考え方は措置時代よりも薄くなったことを示す。さらには、扶養義務者の負担が大きいことを前提とした（障がい児を対象とした）障害者自立支援法の存在ということになる。

筆者と交流のある家庭の母親と女兒（重度障がい児）を学生と改めて調査した。先天的な難病患児（ウエスト症候群、小児慢性特定疾患治療研究事業対象疾患）⁽¹²⁾であり、当該女兒は、重複重度障がいの認定を受けており、本稿で検討する問題に直接関係する事例であった。

当該女兒は「胃ろう」を設け、加えて「気管切開」を行っており、常時、嚴重な医療的ケアを必要としている。痰の吸引等の医療的ケアも含めて介護についてはそのほとんどが母親の負担になっていた⁽¹³⁾。訪問入浴介護は看護師と訪問介護員によるサービスで対応し、また、定期的な訪問看護を利用している状態である。このようななかでも、区分限度額までの居宅サービスは現在利用していない⁽¹⁴⁾。

当該家庭の場合には、両親と当該女兒の3人世帯であるが、自宅を新築しての住宅ローン（月

額6万円)もあり、特別児童扶養手当と障害児福祉手当、地方自治体による手当があるからこそ、一定の生活水準が保たれている。ただし、あくまでも所得保障についての手当がすべて介護資金になっているというよりも、当該女児にとって必要なものも含めて生活上必要な資金となっている。仮に、当該女児に障がいが存在しない状態であれば、母親が働くことが可能になっていたものと思う。父親が被用者であるために被扶養配偶者である母親は被用者保険の被扶養(配偶)者となることのできる年間収入130万円の壁が存在するが、その合計の数字は、かなり、特別児童扶養手当と障害児福祉手当、地方自治体による手当等の合計に近い数字にもなる。

なお、この家庭の場合、残業続きの父親の収入は年間560万円程度と被用者としては年齢的にも平均以上であるが、社会保険料と税等を差引いた手取りはその80~85%強程度で計算しなくてはならない。加えて、母親にとっての義理の父親が重度の要介護状態で介護保険施設に入所しているの、この母親は、肉体的・精神的に負担が大きく、家庭全体としては障がい児独自の必要経費(一部助成はあるとはいえ、訓練用ベッドの購入など)もあり経済的な負担も大きいのである。

このように、母子(親子)の年齢によっては、父母(祖父母)の介護が必要になる時期にも重なることになり、また、新居を構える時期にもなる。もっとも、家族という強力な仕組みを崩壊させて日本的な生活保障システムが変質してきたなかで、少なくとも当該障がい児の介護については、弱体化した核家族でありながらも、社会による扶養システムによるものというよりは、依然として母親(場合によっては父親)という家庭機能への依存が強調されている事例になっているのである。

障がい者(児)の生活問題を考えた場合には、基礎となる理論としての社会保障の根拠となるライフサイクルによる生活困窮の時期は、高齢者の障がい(稼働能力の減退・喪失)とは異なり、そのまま該当しない。

なお、当該女児が障害者自立支援法の給付対象になっているために「生活保護への移行防止」のための調査があった。当初は自治体からの電話による簡単な質問であり、その電話による調査は、生活保護制度の下での資産・資力調査とは大きく異なる緩やかなものであった⁽¹⁵⁾。

ところで、サービス利用時の応益負担が大きすぎると生活困窮になる可能性がある。そこで「生活保護への移行防止」や特別対策等は、その対象が障がい児である場合と、障がい児が成人(ある程度若年の成人)になったとしても、あくまでも父母等という扶養義務者が存在する限りそれらの者による責任で可能な限り扶養することを求めつつ、障害者自立支援法の下での制度利用を認め、「生活保護への移行防止」等による負担減額策により、所得の再分配機能を若干ではあるが元にもどしたことになるのである。換言すれば、応益負担を求めた矛盾が、そのまま表れる形にもなったのである。

このようななかで、制度上の建前も一部あろうが、障がい児の将来の自立を目指しての母子分離について、施設入所(その是非も、もちろんある)という選択肢もあると思う。しかし、いずれにしても、いくら成人後の障がい児の自立を目指すといっても、先の事例をみても分かるように、経済的な面はもちろん、家庭機能への依存が強い限り「親の子離れ」、「子の親離れ」

を安心して進めることができる環境は制度上整っているとはいえない。

一方で、地方自治体によって調査方法にその差はあると思うが、「生活保護への移行防止」等を理由にしているとはいえ、障害者自立支援法の下で資産資力調査に類似するものを障がい児と保護者に課している。そこでは、生活保護制度と同様にスティグマ（stigma）の問題が再燃し、あるいはプライバシーの保護の観点からも、本来的に利用すべきサービスの利用が抑制されてしまう可能性があることも指摘しておく。

2) 成人障がい者

軽度障がい者の場合、なかでも軽度身体障がい者の場合には障害者自立支援法の下での「訓練等給付」⁽¹⁶⁾は有効な役割をもつ。

もっとも、障がい者雇用について、非常に軽度の障がいであり法定雇用率⁽¹⁷⁾の枠を利用しなくても就職がある程度可能な者と、就労を強く希望していても実際には重度障がい者であり寝たきり等の者が公的障害年金を受給している場合では、その生活環境が大きく異なる。特に、後者の場合には介護等の扶養義務者の負担が大きいが、加えて一定の所得保障と介護サービスの利用も必要になる。一応の生活保障が行われているが、もちろん、それだけでは問題解決にならない。

そのようななかで、中度障がい者が各制度の谷間に陥る。障がいの場所・種類にもよろうが、就労が困難なうえに、公的障害年金による所得保障も適用されていないのである。この部分については、障害者自立支援法の下でも就労のための適切なサービス利用が行われているか否か未知の部分が多い。

「就労」とは所得保障のみならず、その障がい者の「生きがい」にもつながる。また、就労時間中は扶養義務者のレスパイトケア（respite care）にもつながる。障がい児が成長して、一方で反比例して父母等の扶養義務者は体力が低下していく。就労による有効な時間の利用は、扶養義務者の身体的・精神的負担を軽減できるのである。しかしながら社会保障制度上の問題と捉えるならば、障がいが存在しない者と比較して減少しているといわざるをえない障がい者の稼働能力をいかに生かして、また、その可能性を引き出し就労にむすびつけ、所得保障を少しでも現実にしていくという狭義の考え方も成り立ち、それを実現していくことも理想となる。もっとも、その理想と現実が結びついていないのが現実であることも付言しておく。

他方で、重度障がい者を訓練等給付など就労支援から排除するという考え方はもちろんない。ただし、進行性の特定疾患（難病）等が原因で障害認定を受け、現に障害者自立支援法の下で重度障がい者が重度訪問介護や施設入所支援を利用している場合、近い将来の訓練等給付の利用を念頭に置いたケアマネジメントを前提としているとは考え難い。障害者自立支援法という法律名にある抽象的に表現した「自立」とは何を意味するのか再考させられることになる⁽¹⁸⁾。

なお、「生活保護への移行防止」等と同様の目的で、障害者自立支援法に関わる経過措置との関係で、先に触れた障害者自立支援法版の緩やかな資産資力調査（ミーンズテスト）を障がい者（児）と扶養義務者（保護者）等に課すということは、一見、自立のための消極的な所得

保障のようにもみえる。ただし、あらたにサービスを利用するときに同様にスティグマやプライバシー保護の問題が再燃する可能性が含まれ、何よりも、継続的に生活保護基準境界線付近での生活を障がい者（児）と扶養義務者に継続的に強いる可能性がある。これでは経済的にも自立を目指すことはできないのである。

3）要介護高齢者等（障がいの存在する高齢者等）

介護保険制度の対象となっている高齢者等⁽¹⁹⁾は、障害者自立支援法の下での給付対象者等とは少し様子が異なるが、その詳細を整理していくと制度間の矛盾が見つかる。ここでは介護保険第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）がサービス利用の対象となる特定疾病⁽²⁰⁾のうちの特定疾患治療研究対象疾患（筋萎縮性側索硬化症＜amyotrophic lateral sclerosis：ALS＞、パーキンソン病など）を兼ねている疾病の存在もあわせて念頭に置き検討していく。

先にも触れたように、国民皆年金の下で、公的老齢年金により高齢者には所得（老齢、障害、遺族）の保障が行われている。ただし高齢者が被用者であったか否か、就労期間中の報酬の状況はどのようであったか、さらには女性の場合にはいわゆる専業主婦期間中にどの程度任意加入期間があったか⁽²¹⁾等により、その老齢年金等受給額も変わってくる。その格差があるなかでの、拠出（保険料）とサービス利用（応益負担）が介護保険法ではとりあえず前提とされたのである。

ちなみに、所得がある程度保障されていても、特定疾患（難病）による要介護状態と高齢による要介護状態では、結果としてサービスに格差がつく場合も多い。

ある地方で、一定の公的老齢年金保障がある者で脳血管障害（脳梗塞）の高齢者患者（もともと身体障害者4級、最初の要介護認定では要介護4）が、高齢と障がい、医療的ケアと介護、施設と居宅サービスの谷間に陥りかけた例があった。

担当医によりその配偶者（妻）が、場合によっては気管切開が必要になるケースの説明も受けていた。これは、脳血管障害が一応落ち着いた状態の後には疾病名をつけることができず、仮に気管切開を行ったとしても（高齢者である）障がい者であり、当該医療機関では入院を続けることができないという内容であった。気管切開後は居宅介護になる趣旨である⁽²²⁾。介護者は高齢の配偶者のみであり、社会資源の乏しい地方での典型的な「老老介護」が予想された。

担当医の説明に配偶者が理解できなかったのは、ALS等の疾病名がついていれば気管切開後の医療的ケアも当該病院で可能であるが、気管切開後の障がい状態のみでは当該病院に入院しての医療的ケアは不可能であり、居宅での介護ということであった。配偶者にとってみれば、高齢者の「寝たきり状態」であり見た目も同じ障がい状態であるのに、なぜそのような格差がつくのかという疑問しか残らなかった。

高齢者になった後の障がい認定も可能である⁽²³⁾が、介護給付としては介護保険給付が優先される。介護保険給付のなかにも医療関係者による医療行為は存在するが、介護・医療共通に適切な給付を行う施設の少ない地域では、特に施設での医療的ケアが利用し難いために、重症

の疾病名が付かない限り「居宅」での医療的ケアの利用しか途がなくなってしまう。社会的入院の解消を目的とした介護保険制度導入とはいえ、その谷間には、医療的ケアの必要な重度障がい者や高齢者も存在していることを忘れてはならないのである。

当該高齢者の状態は一応安定した。そこで、気管切開が必要ではなくなったために施設（介護保険特定施設）利用が可能となり「老老介護」は避けられた。しかし、居宅における「老老介護」か、場合によっては気管切開を行わない「尊厳死」を迫られる事態にもなりかねなかった事例である。

特定疾病（難病）が障がいにつながる場合も多いと思われるが、高齢による障がいは、事例のように、脳血管障害のように基礎疾患そのものが治癒（治癒に近い状態）になれば、後遺症として障がいが存在しても、地域によっては、医療的ケアが必要でも結局は介護保険制度を居宅で利用するしかない場合も多くなってしまう。特定疾患（難病）と併行しての障がいとの関係において、これらの問題ははまだ解決が図られていないのが実情なのである。

生活史は異なるが、そのときの環境・状態が同様である高齢者同士にとってみれば、制度上とはいえ理解しがたい大きな矛盾が未だに数多く存在するといわざるをえない。

4) 介護保険「特定疾病」という矛盾

「障がい」と「高齢」を論じる場合に、一番大きな矛盾を感じる部分が先述した介護保険制度上の「特定疾病」の存在である。矛盾といっても、決して特定疾病とされている疾病患者や家族の苦難を否定するというものではない。

現在、特定疾病としては、現在16の疾病が定められているが、これらは「加齢」を原因とするものとされている。介護保険制度を形式的に年齢的な高齢者介護保険制度としないためにも、また、財源確保の保険料徴収のためにも、第2号被保険者について特定疾病が原因で要介護状態等と認定されれば、介護保険制度の下でのサービスを利用できることにしたわけである。

ところで、特定疾病のうちALS等7疾患が、45の「特定疾患治療研究対象疾患」（いわゆる難病、以下、特定疾患）⁽²⁴⁾にそのまま含まれるか、その一部が含まれている。「特定疾患」とは、原因不明、治療方法が未確立、後遺症の可能性が大きい等、いわば対処療法が中心となり症状が進行して重度の障がいに結びつきやすい疾患である。予後の悪い疾患も数多い。重症患者等は公費負担医療の対象となっており、また、「難病患者等居宅生活支援事業」の給付対象⁽²⁵⁾にもなる。

もっとも、特定疾患を基礎疾患としても重度の障がい認定を受けているならば、所得は発症時期によっては公的障害年金により、また、年齢によって医療は障がい者医療（この場合、旧・更生医療、精神通院医療は障害者自立支援法を根拠とした自立支援医療による）により、さらには、介護等は障害者自立支援法の下での給付となる。この場合は、特定疾患（難病）患者であり、かつ、障がい者ということになる。

一方で、介護保険第2号被保険者がALS等の7疾患が原因で障害認定を受けた場合、所得、医療保障は先の例と同様でも、介護サービスについては介護保険給付が優先されることになる。

ただし、介護保険給付のなかには存在しない障がい者に対する独自のサービスは、障害者自立支援法その他の障がい者関係各法の下でのサービスも利用が可能となる。ちなみに、訓練等給付の併給も理論上可能となる。

さらに、生活保護受給者である第2号被保険者には該当していない介護保険「特定疾病」患者が、同時に障がい者として認定を受けており介護サービスを必要とする場合には、生活保護法の下での「他法他施策優先原理」により介護扶助よりも障害者自立支援給付が、さらに、その他の障がい者福祉サービスの利用が優先される場合もある⁽²⁶⁾。

以上のことなどが通達で示されているとはいえ、介護等の目的が同じでも各制度の関係は非常に難解な関係となっている。これら多様な法体系の関与は、サービス利用者の側に立つならばとても理解できるものではない。藁をもつかむ思いでサービスを必要としている者にとってみれば、国家による制度面の下で、障がい者（その状態が存在する高齢者）やその扶養義務者が社会的利益という大義名分のなかに埋没してしまう可能性が大きいものになっている。不誠実な制度の関係という他ない。

Ⅳ 時代背景の変遷と障がい者（児）関係法と高齢者関係各法

1) 障がい者（児）から高齢者へのライフステージ

障がい者（児）であったものが、長期間、家族とともに、そしてひとりで障がいと闘いながらも現在の介護保険制度の給付対象となる年齢に達すれば、「生活保護への移行防止」の対象にはならなくなる。

一方で、障がい者（児）であった者が高齢者（それに準ずる年齢）になった場合には、障がいの原因となった疾病発症時期や負傷時期、障害認定を受けた時期にもよるが、本来の稼働時期の収入がその他の高齢者（高齢者になって障がいが存在するに至った者も含む）とは決定的に異なることになる。これらの者は生涯（賃金）収入が少なく、加えて、扶養義務者が存在する期間は扶養義務者の肉体的、精神的、そして経済的負担が大きいことは明確である。

なお、一定の障がい者が就労した場合には被用者年金保険料を負担することになり、これらは老後の所得保障に反映される。また、被用者が障がい者となった場合には、被用者障害年金の対象になる。しかし、仮に重度障がい児が成人となった場合で被用者となっていない場合には無拠出の障害基礎年金給付の対象となり、国民年金保険料は法定免除となる。現状では、この最低の所得保障⁽²⁷⁾が継続するなかで障害者自立支援法、そして、いずれは介護保険法のサービスの対象となるのである。

一見、同様の要介護高齢者がそこにいたとしても、それまでの本人や扶養義務者の負担や介護保険制度利用時の資産状況は大きく異なっているのである。

2) 所得調査による生活区分の限界

本稿で触れてきた公的年金制度は、いわば、被用者にとっては「国家による（公的な）強制的貯蓄」という考え方も成り立ってきたものである。被用者の定年後の、すなわち老後のため

の所得保障制度の要素も強かったので、被用者ではない者との格差は当初は理解できていたものでもあった。ちなみに、被用者ではない者同士にも収入には大きな格差があったが、一方で、逆に、被用者でない者は被用者と比べて税制上の優遇もあったので、各人の資産の状態は把握ができていなかった。

高齢者の生活は、経済的には主に公的老齢年金と資産（特に貯蓄）で支えられることになるが、生活保護制度の対象者を除いては、所得調査（インカムテスト income test）のみによる介護保険料設定やサービス利用時の負担の軽減となる。社会保険という「強制的な貯蓄」をさせられてきた被用者であった高齢者とその配偶者と、それ以外の高齢者との間では、公的老齢年金額の違いは双方の生活史の違いの表れでもある。そこでは、資産（貯蓄等）を考慮していないなど大きな不公平感が生じることになる。もっとも、プライバシー保護の観点からも資産・資力調査（ミーンズテスト）は現実的なものではなく、結局は、所得調査によるその時点だけでの評価しか可能とならないことが現状なのである。

この点は、障害者自立支援法に関わる「生活保護への移行防止」や特別対策（経過措置）による負担軽減のための障害者自立支援法版・資産資力調査の存在とは意味が異なる。

なお、一定の所得調査はあっても、原則として応益負担による公平さの確保は二面性がある。障がい者（児）に対するこれまでの福祉サービスの社会保険化、すなわち介護保険制度への統合により、限られた社会資源を公平かつ有効に利用していくという点と、反面、所得の再分配機能が薄れ、それまでの生活史とこれからの生活を見捨てて画一的な公平さの確保により、低所得者である障がい者の生活に大きく影響するという二面性である。そのようななかで、生活保障の最後の砦である生活保護制度との関係において「生活保護への移行防止」策が展開されているから、その関係はさらに複雑なものになっているのである。

3) 公的年金制度の成熟等の隠れた影響

本稿とは直接関係ないが、「年金パラサイト」という言葉がある。造語であるが、たとえばニート、フリーター等が、経済的に自立をしていない段階で親（特に被用者であった父親）の高齢化の後に公的老齢年金の受給者となった場合に、持ち家でありローン返済も完了しており親の老齢年金額も一定水準に達している場合には、その子どもは成人になってたとえ就労していなくても、何とか食べることについては世帯単位の収入でみれば親の年金で生活が成立しているというものである。

ところで、成人障がい者の経済的自立を考えた場合には、先天的ないしは20歳前に初診日のある障がいの場合等には、無拠出の障害基礎年金の対象となるが⁽²⁸⁾、その額はとても経済的「自立」のできる金額ではない。

結局、重要なことは、障がい者が「就労」するということである。公的年金制度側としては、障がい者が被用者となった場合には、公的年金「1人1年金」の第2の例外として障害基礎年金と老齢厚生年金の併給を可能とするなど⁽²⁹⁾、公的年金制度は、第一歩ではあるが障がい者の就労について踏み出した。これは障がい者が就労した場合のライフステージを考えた経済的自

立にもつながるものであり、高齢になってからの生活を考えたものであり評価できるものである。

しかしながら一方では、障がい者が障害者自立支援法にもとづく就労移行支援事業を利用して必死に働き工賃を得ても、同時に負担も増加するという逆行現象も生じた。思うように施設等利用ができなくなり、それが影響してか「引きこもり」等が生じるという問題も一部では生じていたことも記憶に新しい。仮に、扶養義務者の老齢年金等が一定のものであれば、その「引きこもり」を、扶養義務者が健在の間はやむを得ず受け入れるしかなくなり、あらゆる意味で障がい者の自立を阻害したのである。

ニート、フリーター等の問題とはその性格が異なるが、これは扶養義務者の公的年金制度の成熟に障がい者の就労問題を重ねて生活が成立しているという、政策推進側の逃げ道も作ることにも結果としてはつながってしまったのである。すなわち、高齢者（扶養義務者の高齢化）に対する所得保障である公的年金を介護保険制度と関連させることは、高齢者の生活をヨコの関係でみるとしても（それでも生活困窮の問題が生じてくるが）、その家族である（被扶養者であった）障がい者については、あくまでもひとりの独立した人間として、就労支援を含めて所得、医療、介護の保障の対象とすることを前提としなくてはならない。負担を普遍的にするのではなく、あくまでもサービスを普遍的に行う必要があるのである。

加えて、障がい者の就労は、障がい者をひとりの「人」として、経済的のみならず「いきがい」をもつことになる継続的・総合的な障がい者と扶養義務者に対する有効なものである。つまり、就労支援等は、障がい者がひとりの「人」として生きていくためにも有効な施策なのである。

ただし、既存の社会保険にある雇用保険制度とは性格が異なるし（ここでの失業とは、働く意思と能力があるにもかかわらず職を失っている状態）、また、介護保険制度にはその周辺に「いきがい」対策はあっても、年齢的に就労支援はないという違いがある。社会保険間でも性格も異なり目的にも異同がある。さらには、障がい者の就労は、その機会が的確か、その機会が与えられていても指導者の能力があるかなど、介護保険制度とはさらに異なる問題が存在しているのである。

加えて、障がい者の就労は扶養義務者の公的年金等の所得と関係ないことを強調しておく。すなわち、扶養義務者の老齢年金は、あくまでも高齢者としての扶養義務者の生活保障なのである。総合的な障がい者に対する生活保障を行わなければ、障がい者自身も扶養義務者も家族全体で疲弊していくのである。

はたして障害者自立支援法は、以上のような問題についてその疲弊を食い止める防波堤になっているのであろうか。

V まとめにかえて

障害者自立支援法のどこが「自立」なのかと、何度も尋ねられた経験がある。確かに、何が障がい者（児）、それも、身体、知的、精神という種類の違いと障がいの軽重を考慮して、さらには家庭環境を考慮しての生活保障としての「自立」であり、加えて何が「平等・公平」で

あるのか、この「自立、平等・公平」も各障がい者（児）の関係においてのものなのか、それとも障がい者が存在しない者と障がい者（児）やその扶養義務者との関係を考慮してのものなのか、それらも絶対的なものなのか相対的なものなのか等々、実は障害者自立支援法とその関連各法からは理解が難しいものが多い。サービスの一元化を目指し普遍的なサービスを保障していくというよりも、皮肉なことに普遍的になった応能負担という費用徴収と、そこでの形式的な自立という言葉だけが先走っている感が強いことだけが目立つ。

あえて指摘するならば、就労可能とされる障がい者には訓練等給付も有効に働くが、たとえ寝たきり等の重度障がい者が就労の場を求めたとしても、それに応えられる制度になっているとはいえない。この点は、要介護高齢者等を対象とした介護保険制度とは大きく異なる点でもあり、重度障がい者の「生きがい」、すなわちその能力に応じたなかでの自立の一環を奪うという障害者自立支援法の大きな欠点ともいえるのである。

一方で、当該障がいの発生時期や種類、必要とされるサービスの質と量の問題がほとんど考慮されていない点も矛盾が大きい。要件およびサービス内容の画一化・定型化は、障がい者（児）と扶養義務者の生活環境に起因するニーズの多様性を保障外にするおそれがある⁽³⁰⁾。これは、心身の状況のレベルでも、介護保険法の下で寝たきり高齢者と徘徊等の多い認知症高齢者についてそれら介護の質と量の異同の問題が叫ばれながらも、いまだに解決できていないことに追従し、その類似した問題を拡大していくことになる。介護保険制度の場合には、介護保険財政やそこでのマンパワーの確保の問題が表面化している状態であるが、障がい者（児）に対するサービスについても同じ問題が明確になっていくことになり、そこが皮肉なことに「統合」ではなく「共通の問題」になりつつあるのである。

さらに、障がいについてのサービスについては、その年齢と独特の扶養義務者の負担についての考慮が乏しい。つまり、障がい者（児）対応のための固有の経済的負担が大きいのである。なお、介護保険制度（高齢者）同様にその区分認定には差はない。しかし、扶養義務者である家族の肉体的、精神的、そして経済的な負担の意味が大きく異なる。将来、仮に介護等のサービス部分だけ考えても、障がい者（児）とその扶養義務者はもともと固有の経済的負担があるために、障がい者からの保険料徴収等の金銭負担を普遍化していくことは、既存の所得保障（就労保障も含める）が大きく異なっている以上、高齢者と比較してその生活環境と総合的な保障の性格が異なることが容易に想像できるのである。併せて、障がい者に対する就労保障も含めて所得保障が乏しいなかで、さらに公的年金（長期給付）とは異なり、医療給付や介護給付が理論上・制度上は短期給付と位置づけられている点も留意しなくてはならない。このうち、後者のふたつの給付は、特定疾患（難病）や障がいの特徴によっては、実際には長期間、場合によっては恒久的に必要とされる給付になる点も見逃せないのである。理論・制度と現実の間に大きな溝があるのである。

これらの状態で障害者自立支援法と介護保険制度の統合を将来目標とするならば、端的な例をあげるならば、裕福な高齢者と先天的な重度障がい者（児）も、保険料徴収についても、あるいは同じ枠内のサービスを利用すれば同様の負担（応益負担）も、所得調査（あるいは、緩

やかな資産資力調査)による負担軽減はあっても、広義には絶対的平等を目指すことになる。実際の生活上では、障がい者(児)本人と扶養義務者の肉体的、精神的、そして経済的な負担は、高齢者の問題とは性格が異なり不平等感も大きいものになる。

たとえニーズに普遍性を見出すことはできても、障がい者(児)については、抛出、応能負担には限界がある。障がい発生の時期とその原因、継続性等を考慮すれば、やはり、社会扶養性の強い障がい者(児)に対する制度の確立が必要となる。障がい者(児)やその扶養義務者の幸福追求権(憲法第13条)、生存権(同25条)の権利性を明確にしてより強く保障する制度が必要なのである。

障がい者(児)やその扶養義務者のニーズを探り、障害者自立支援法の下でのサービスが障がい者を統合して「介護給付」と「訓練等給付」等として普遍化したことは一定の評価はできよう。しかし、それらも個々の障がい者(児)の生活実態を本来的に把握したうえでのものとはいえない。普遍性と個別性の確保双方の両立は厳しい課題である。一方で、高齢者を対象とした介護保険給付以上に、法律・制度の施行が「後付」となってしまった障がい者(児)に対する自立支援給付では、それらの両立が統合の前提条件となる。そのうえで、サービスは押し付けるものではなく、障がい者(児)が積極的に利用するものであるということも併せて求められているのである。

現状では、障害者自立支援法と介護保険法の統合は実態を無視したものとなり、一部共通性のある介護部分のみでも難しいという結論となる。

門外漢である筆者が自由に主観を交えて問題を指摘・検討させてもらった。不十分な指摘・検討しかできなかったことは大きな反省点である。しかし、そこには「人」として生きていくためにもサービスを必要としている障がい者(児)と扶養義務者がいる。社会福祉教育・研究に少しでも携わる者として、あくまでもサービス利用者主体を意識して、本来的に当事者の「生活の質」の向上を目指す総合的なサービス確立について、平成21年度の障害者自立支援法と介護保険法の検討・改正を注意深く見守り、その時、さらに詳細に問題の指摘と検討を行うことにしたい。

(査読委員の先生には、厳しくも非常に丁寧で暖かいご助言を頂戴した。厚くお礼申し上げます。)

(註)

- 1) 平成17年度では被保護人員は1,475,838人であるが、その実人数に対して介護扶助率は11.7%となっている。厚生労働省「社会福祉行政業務報告」より。
- 2) 「老」「害」のもつ意味からも人が誤解を招くと「老人」を「高齢者」と、また「障害者」を「障がい者」と表現し、なかには「障碍者」と表現する者もいる。たとえば、大野智也「障害者は、いま」pp.26-27(岩波書店1988)など。そのなかで大野が指摘するように、筆者も「人の意識に変化がなければ意味がない」と考えるひとりであるが、現在、適切な用語を模索している過程でもある以上、本稿でも法律・制度用語以外では、原則として「高齢者」「障がい者(児)」の表現を使用する。
- 3) 介護保険制度創設時には、障害者プランによる基盤整備の進捗状況の進展を踏まえつつ、若年障がい者については、その取扱いについて再検討が必要とされた。そこで介護保険法附則第2条において、法

- 施行後5年を目途とした見直し事項のなかに、「保険給付を受けられる者の範囲」という項目が明示された。月刊介護保険編集部編「平成18年改訂版・介護保険ハンドブック」pp.38-39（法研2006）
- 4）介護保険法の下では、ケアマネジャー（介護支援専門員）によるケアマネジメントが前提であるが、障害者自立支援法の下では、ケアマネジメントの考え方は成り立っていてもその担い手としての専門職は確立しているとはいえない。
- 5）たとえば高額障害福祉サービス費の負担上限月額、所得区分別に37,200円（一般）、24,600円（低所得Ⅰ）、15,000円（低所得Ⅱ）、0円（生活保護受給世帯）となっている。ちなみに、障がい児施設入所にかかわる給付は児童福祉法にもとづくものであるが、そこでも「高額障害児施設給付費」の支給がある（児童福祉法第24条の2、6）。なお、補装具費の支給、自立支援医療等にも負担上限額が設けられている。
- 6）昭和34年4月の国民年金法の成立によって、国民皆年金は昭和36年4月に達成した。佐藤進・児島美都子編「社会福祉の法律入門（第3版）」p.47,p.129,pp.143-144（有斐閣1996）。なお、そこでは老齢（退職）、障害、遺族（死亡）を保険事故として所得保障を行っている。
- 7）障がい児についての社会手当は、重度（一部中度）障がい児について、父母またはその他の養育者に特別児童扶養手当を、障がい児本人に障害児福祉手当があるがそれぞれ所得制限がある。なお、特別児童扶養手当は障がいの程度によって、本稿執筆段階で、月額50,750円ないしは33,800円である。さらに、障害児福祉手当は重度障害児に対して月額14,380円の支給である。
- 8）昭和33年11月の新・国民健康保険法の成立によって、昭和36年4月に達成。佐藤・児島、前掲6）p.47
- 9）医療保険を優先しながら自己負担分の全部または一部を国庫ないしは公費で負担する。自立支援医療、自立支援医療以外の障がい者（児）医療、特定疾患研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業等、各種制度がある。
- 10）利用者に代わって、事業者や施設が法に定める事項に従い給付（金銭）を受取り、利用者にとれば結果としては現物給付の形になる。杉本敏夫・他編著「ケアマネジメント用語辞典（改訂版）」p.457など（ミネルヴァ書房2007）
- 11）高額障害福祉サービス費を念頭に置きつつも、別に、資産・資力状態によりサービス利用時の負担に上限が設けられ、結果、軽減措置が設けられた。さらに、特別対策として利用者負担のさらなる軽減がある。生活保護手帳編集委員会編「生活保護手帳2007年版」pp.538-553（中央法規2007）、平成20年1月改訂「社会保障の手引き—施策の概要と基礎資料—」pp.109-110（中央法規2008）
- 12）悪性新生物、慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、膠原病、糖尿病、先天性代謝異常、血友病等血液・免疫疾患、神経・筋疾患、慢性消化器疾患の11疾患群。公費負担医療の対象となる。対象女児の疾患であるウエスト症候群は神経・筋疾患に含まれる。杉本・他編著、前掲10）p.516　なお、対象女児は身体・知的双方の重度障害認定を受けているので、障がい者（児）医療の対象となり基本的に自己負担はない。
- 13）家族に依存した療養体制は、介護者である家族を疲弊させる。一部の難病等については、条件つきで医師・看護師以外の介護職にも医療行為が認められつつあるが、居宅における医療行為の問題も積極的に解決していかなければ、医療的ケアを必要とする障がい者（児）と扶養義務者の尊厳や、ましてや「自立」は成立しない。ヘルスケア総合政策研究所編「ホームヘルパーの悲鳴」pp.187-194（日本医療企画2005）
- 14）対象家庭の場合には区分支給限度額のサービスを利用していないからこそ利用者負担が特別対策による軽減の対象とらず、1割負担の応益負担になっている。仮に、満額のサービスを利用したならば高額福祉サービス費の月額37,200円を限度とする負担ではなく、特別対策による軽減対象として月額9,300円の限度となった。なお、この家庭に対する第2回目の調査の際には、世帯主の預金通帳のコピー等も求められている。
- 15）本来的な資産・資力調査（ミーンズテスト）は、貧しい者に給付を行うという厳格な選別主義であり、

貧しい者ということを立証されたうえでの給付対象になることにスティグマの感覚を伴うために、社会保障のあり方としては望ましいものとはいえないとの主張もある。里見賢治「現代社会保障論」p.295（高菅出版2007）。なお、障害者自立支援法にかかわる特別対策は、障害者自立支援法版の緩やかな資産・資力調査を行いながらも、制度としては普遍的な応益負担を原則としている複雑な制度といえる。

- 16) 自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助が該当する。
- 17) 障害者雇用促進法による障がい者（身体、知的、精神）雇用率は、一般事業主1.8%、特殊法人2.1%、国および地方公共団体2.1%、一定の教育委員会2.0%である。
- 18) 知的障がい者と精神障がい者の就労促進ももちろん目指さなくてはならないが、次回以降の検討事項とする。一方で、稼働能力があっても障がいを理由に就労しようとしにくい問題や障害年金の不正受給も一部には存在する。このモラルハザード（moral hazard）の問題も解決しなくてはならない。
- 19) 要介護被保険者、要支援被保険者、要介護・要支援の認定を受けていなくても地域での何らかの支援を利用する被保険者を示す。具体的には、和田勝・唐澤剛「介護保険の手引・平成19年版」（ぎょうせい2007）など参照のこと。
- 20) 「加齢」と関係のある疾病はもとは15疾病であったが、「末期がん」が追加され16疾病となった。ただし、末期がん患者の居宅におけるターミナルケアを考えた場合には、もはや「加齢」つまり年齢は関係なくケアを必要とする。なお、末期がん患者が障がい認定を受けることも可能であるが、介護保険被保険者である場合には介護保険給付が優先される。
- 21) 昭和36年4月以降、仮に任意加入していなくても受給資格期間を満たすための合算対象期間（いわゆるカラ期間）になるが、老齢基礎年金の年金計算額の基礎には算入されない。昭和61年4月以降は国民年金第3号被保険者となり、被扶養配偶者である専業主婦等が保険料を直接納めていなくても第3号被保険者期間は保険料納付済期間となり年金計算額の基礎に算入される。
- 22) この場合、居宅における訪問看護等による医療行為は可能である。
- 23) 越智登代子「改訂新版・介護保険」pp.172-173（創元社2006）
- 24) 特定疾患治療研究事業自己負担限度額は、所得区分が生計中心者が市町村民税非課税、生計中心者が前年の所得税非課税、生計中心者が前年の所得税課税の3段階で、入院、外来、生計中心者が患者本人の場合別になっている。詳しくは、週刊社会保障編集部編「平成20年版・社会保障便利事典」pp.151-152（法研2008）など。
- 25) ホームヘルプサービス、ショートステイ、日常生活用具の給付の各事業を行っているが、介護保険法、老人福祉法、障害者自立支援法等から同種のサービスが受けられない患者が対象となる。
- 26) 生活保護手帳編集委員会編、前掲11) pp.437-440
- 27) 本稿執筆時、障害基礎年金は1級の場合990,100円＋子の加算額、2級の場合には792,100円＋子の加算額である。仮に国民年金保険料をすべての期間法定免除とするならば、老齢基礎年金は792,100円×1/3となるので、就労期間（被用者期間）が長期であればともかく、一般的には裁定替えはせずに障害基礎年金を高齢になっても受給し続けることになる。
- 28) 全額税負担によるもので、社会手当の要素が強い。本人の所得制限もある。
- 29) 「1人1年金」が原則であるが、その例外として老齢基礎年金＋遺族厚生年金等と、新たに障害基礎年金＋老齢厚生年金ないしは遺族厚生年金の併給も可能になった。
- 30) 加藤智章・他「社会保障法（第3版）」pp.323-324（有斐閣2007）

（参考・引用文献）

佐藤進・児島美都子編「社会福祉の法律入門（第3版）」（有斐閣1996）

- 加藤智章・他「社会保障法（第3版）」（有斐閣2007）
- 里見賢治「現代社会保障論」（高菅出版2007）
- 平成20年1月改訂「社会保障の手引き—施策の概要と基礎資料—」（中央法規2008）
- 週刊社会保障編集部編「平成20年版・社会保障便利事典」（法研2008）
- 生活保護手帳編集委員会編「生活保護手帳2007年版」（中央法規2007）
- 社団法人日本精神保健福祉士協会「障害者自立支援法」（へるす出版2006）
- 障害者生活支援システム研究会編「障害者自立支援法と応益負担」（かもがわ出版2005）
- 大野智也「障害者は、いま」（岩波書店1988）
- 中井まり「命耀ける毎日」（青志社2008）
- 小竹雅子「こう変わる！介護保険」（岩波書店2006）
- 越智登代子「改訂新版・介護保険」（創元社2006）
- ヘルスケア総合政策研究所編「ホームヘルパーの悲鳴」（日本医療企画2005）
- 月刊介護保険編集部編「平成18年改訂版・介護保険ハンドブック」（法研2006）
- 和田勝・唐澤剛「介護保険の手引・平成19年版」（ぎょうせい2007）
- 杉本敏夫他編著「ケアマネジメント用語辞典（改訂版）」（ミネルヴァ書房2007）
- 岡本祐三「高齢者医療と福祉」（岩波書店1996）
- 増田れい子「看護」（岩波書店1996）
- 水島裕・西岡久寿樹監修「在宅看護・介護のための難病ガイド」（日本医学出版2002）
- 山田昌弘「近代家族のゆくえ」（新曜社1994）

障がい者と高齢者に対する自立支援と介護保障における「公平性」に関する一考察

A Study on “Fairness” in the Independence Support and Care Security for the Disabled and Aged

Kenichiro WADA