

社会福祉基礎構造改革と「ケアの自律」



はじめに

利用者本位

利用制度化 / 給付制度化

受給者本位

福祉の保険化

給付調整モデル(「ものさし」の問題)

支援のモデル(「ルール」の問題)

利用者本位

利用者本位 ...社会福祉基礎構造改革のキーワード

福祉サービスの供給において、考えや行動の基準を供給者ではなく利用者におく

当事者主体 ...障害者運動のキーワード

障害をもつその人は、自分自身の人生の主人公として、生活や生活に必要な支援の在り方を決定し運営することに自覚的・意志的に参加し、イニシアティブをとる権利をもっている

利用者本位ということばでは、

- ・「自分自身の人生の主人公としての個人」
- ・「社会の責務と個人の権利」

ということは必ずしも明確となつてはいない。

利用制度化 / 給付制度化

福祉サービスの利用制度化

福祉サービスの利用を措置権者の行政処分に基づくものから利用者による事業者との利用契約に基づくものへと転換させること

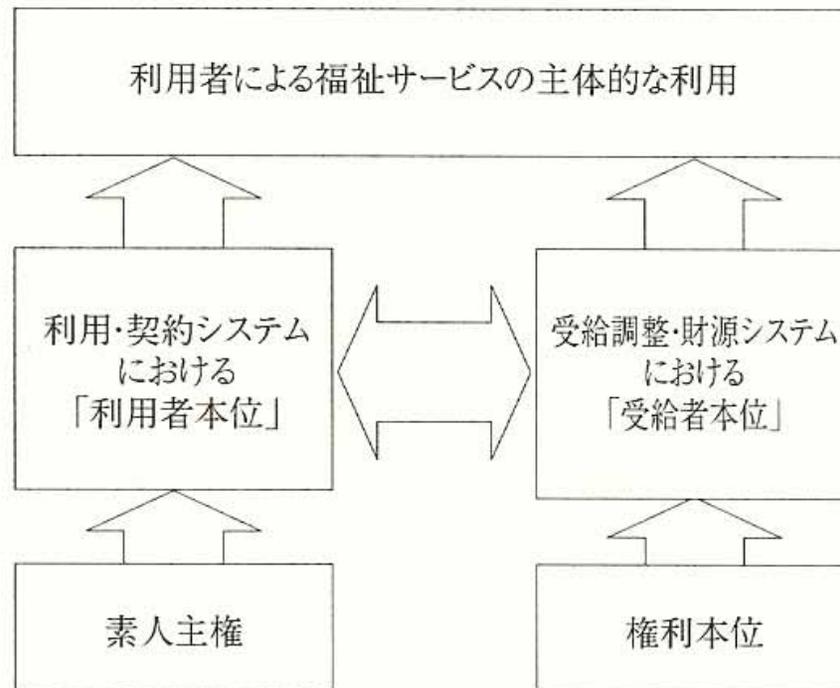
福祉サービスの(現金)給付制度化

介護保険制度や支援費制度は、「現金給付」の制度である

公の費用負担と民によるサービスの供給が前提となる**擬似市場(quasi-market)**においては、必要なサービスの選択がその購入に見合った資金によって適切に担保されなくては、利用者の意思決定は現実化しない。つまり、措置権に基づく行政の意思の優位が、実質的には支給決定における行政のイニシアティブにかたちを変えて保全されてしまわないためには、「利用制度化」だけでなく、「給付制度化」にも大いに着目し、利用者ひとりひとりの受給の権利を確認する必要がある。

受給者本位

素人主権に権利本位が結びつき、利用者本位と受給者本位を支えることで、単なる「専門家に頼らない」という消極的主権に留まらず、消費者としての権利及びその行使を前提とし、供給者との関係を捉えるという視座が成立するのであり、利用者による福祉サービスの主体的な利用が可能になる。



福祉の保険化

「第1に介護保険はサービスを創り、第2に介護保険はものさしを創り、第3に介護保険はルールを創る」[\[1\]](#)

介護保険は単にサービス給付のための財源を創出しただけでなく、それを配分するための要介護認定制度という給付管理の「ものさし」をつくり、膨大な政省令という厚生省が決める「ルール」により、提供される便宜の内容や単価がこと細かに規定されている。

割当(rationing) = 「資源が必要量に対して不足しており、且つ、価格が配分機能を果たさない状況において用いられる資源配分の総称」[\[2\]](#)

介護保険制度は、給付コントロールに都合がよい「割当優位」の制度である。そのメカニズムが「支援費制度の財政破綻」以降注目され、障害の分野も含めて普遍化させようとする「福祉の保険化」[\[3\]](#)という政策動向が顕在化する。

[\[1\]](#) 池田省三, 1999. 「介護保険制度の“読み方”」. 山崎康彦他, 1999. 『介護保険システムのマネジメント』. 医学書院 (p.28)

[\[2\]](#) 坂田周一, 1991. 「割当」, 大山博・武川正吾編. 『社会政策と社会行政 新たな福祉の理論の展開を目指して』. 法律文化社 (p.99)

[\[3\]](#) 伊藤周平, 2005. 「障害者福祉改革の動向と福祉の権利」. 『賃金と社会保障No.1398』等

給付調整モデル(「ものさし」の問題) 1.

介護保険制度

利用申請より先に要介護認定が必要である。
要介護認定により受給量に「枠(上限)」が設定される。
「抽象的 / 要介護度基準・第三者型」の給付判定システムである。
給付抑制メカニズムとして応益負担がもちいられている。

支援費制度

利用者が希望を申請するところから開始される。
サービス受給量の「枠(上限)」はない。
「具体的 / 生活支援の必要度基準・当事者参加型」の給付判定システムである。
給付抑制には働きにくい応能負担の制度となっている。

第三者判定モデルと交渉決定モデル

給付調整モデル	第三者判定モデル	交渉決定モデル
分配のイニシアティブ	供給側 (supply side)	需要側 (demand side)
支配的な調整原理	適格性 (eligibility)	折衝 (negotiation)
給付調整の在り方	抽象的 / 要介護度基準・第三者判断型	具体的 / 生活必要度基準・当事者参加型
現実の制度	介護保険制度	支援費制度

給付調整モデル(「ものさし」の問題) 2.

障害者自立支援法

交渉決定モデルに障害程度区分と市町村審査会というしくみを組み込んだ「折衷構造」

利用者が希望を申請するところから開始されるが、障害程度区分の判定はうけなくてはならず、一定の障害程度区分に該当する者しか支給申請できないサービスがある。サービス受給量の「枠(上限)」はないが、障害程度区分により、国庫負担基準が決められ、間接的なコントロールをうける。

「抽象的 / 要介護度基準・第三者判断型」の給付判定と「具体的 / 生活支援の必要度基準・当事者参加型」の給付判定というふたつのプロセスが組み合わされている。給付抑制に働きやすい応益(定率)負担の制度が、複雑な減免制度で補完されている。

支援費制度に給付コントロールのメカニズムをビルトイン

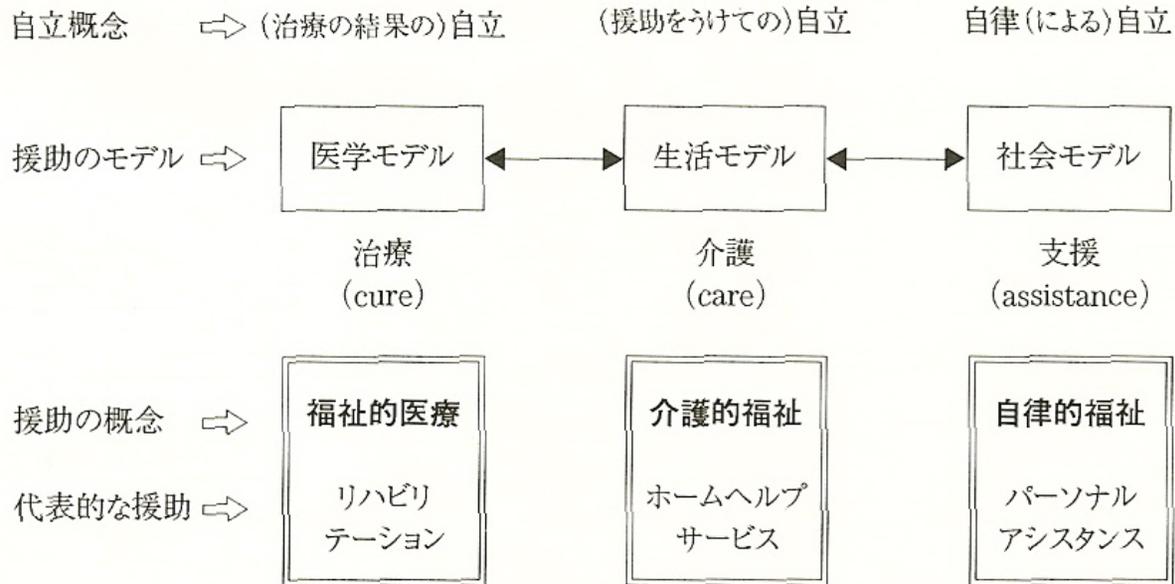
+

将来の介護保険との統合に向けての制度の整合性確保

強力な給付抑制と利用制約が生じる懸念

支援のモデル(「ルール」の問題)

障害者自立支援法の基本的な考え方には
「自律による自立」という考え方が欠落



障害者運動により獲得されてきた「介助(パーソナルアシスタンス)」を中心とする「自律的福祉」の利用者が前提とするのは、「交渉決定」により獲得された公的給付を用いつつ、利用者自らが「ケアの自律」をおこなう「社会モデル」のケアシステムであり、介護保険や障害者自立支援法のような厳格かつ中央集権的な「ルール」に基づく「システム志向」の体系とは本質的になじまない。

おわりにかえて(少し長い引用)

障害者が「社会・公共」から適切な援護措置を受けようとするならば、自分たちが障害者であることを「科学的」にも証明し、自他の確認を得る必要があるのである。これは具体的にいえば、行政当局が障害の程度を認定することである。

そこで、障害者とそうでない人間をわけるところの「科学的・客観的」な基準を設ける必要が生じてきて、それを専門家に作らせることになる。そして、行政当局はそのような専門家である医者や心理学者などの作った基準をただあてはめることによって障害者の認定を行うわけである。

ここにみられるのは、一人一人の健常者が障害者に対する対応を行政当局に求め、行政の当事者は「大切な税金を使うのだからというわけで、障害の認定やその対応を専門家としての科学者に求め、科学者は「障害者のための科学」と称してその要請に応えるといういたちごっこである。

その結果、障害者の問題は、税金の何パーセントをどのように使ったら最も効率的かという、一種の社会工学の問題へと還元され、また政治のかけひきの問題とされることで、私たち一人一人から遠ざけられてゆくのである。[1]

[1]山下恒男,2002.「<新装版>反発達論 抑圧の人間学からの解放」現代書館(p.87) (初版1977)



[写真提供]
[図表等の出典]

DPI日本会議

「障害者自立支援法とケアの自律 ダイレクトペイメントとパーソナルアシスタンス」
(明石書店より2006年6月刊行予定)