

# 社会福祉の制度分類と受給権の新たな動向 —介護保険から障害者自立支援法まで—

The System Classification of Social Welfare and the New Trend  
of Receipt Right : from Elderly Care Insurance to  
the Disabled Person Independence Support Law

有 馬 晋 作

2006年から障害者福祉の分野に、総合的で新たな給付制度である障害者自立支援法がスタートした。この制度は、2000年からの介護保険など一連の社会福祉基礎構造改革に基づく障害者福祉での一大改革である。だが、原則1割の利用料負担をめぐって負担が大きいと福祉現場では混乱が生じ、この障害者福祉の新給付制度への評価は低いように見える。しかし、この新給付制度をよくみると、措置制度時代から権利性が低いとされた受給権がかなり改善されている。本論文は、社会福祉基礎構造改革で揃いつつある各種の社会福祉制度について、新たな分類方法を提示すると同時に、障害者自立支援法と、依然として評価の低い介護保険の受給権について、あらためて評価するものである。

キーワード：社会福祉基礎構造改革、介護保険、障害者自立支援法、受給権、制度分類

## 目 次

はじめに

- I 措置制度と介護保険の受給権の比較
- II 予算の制約克服の効果
- III 障害者福祉分野での新給付制度の仕組みと受給権
- IV 社会福祉の制度分類の新たな考え方

おわりに

---

## はじめに

高齢者福祉の分野においては、介護保険スタート前、介護保険の方が、措置制度より良いとされた理由として、①介護リスクへの対応は社会保険方式がふさわしい、②利用者に対してサービ

ス選択の保証やサービス受給の権利性が高い、③多様な事業主体の参入によるサービスの量的拡大と質の向上、④給付と負担の関係が明確であること、が一般的にあげられていた<sup>(1)</sup>。

このなかで、①④はリスク分散を目的とする保険技術であって収支相応の原則をもつ社会保険方式に起因するものである。しかし、②③は、社会保険というよりサービス提供方式に由来するものである。このように、この時点では、介護保険特有のサービス提供方式とはいえない特色も介護保険の特色として論じられることがあった。だが、この主張は、2003年から障害者福祉の分野で公費負担方式なのに介護保険のサービス提供方式を採用した支援費制度が登場したことにより、覆されたといえよう。

この支援費制度は、ホームヘルプサービスで、利用が著しく促進され国の予算（国庫補助金）が不足する事態が生じた。このような経緯を経て、国は以前から検討していた障害者福祉の一大改革といえる障害者自立支援法を2005年に制定し、2006年4月から順次スタートしている。だが1割の利用者負担について、負担が大きくなると強い批判が出ている。

このように、1990年代後半から展開される社会福祉基礎構造改革によって多様な制度が作られつつある社会福祉制度について、本論文は、サービス提供での利用者優位の仕組みを、予算の制約の克服という観点などから明らかにする。と同時に、サービス提供方式と資金調達方式を分けた新たな分類方法を提示する。この分類は、社会福祉制度の分析に新たな視点を提供するであろう。この一連の分析は、介護保険の受給権が低いという社会保障法学者の一般的な見解に反することになるが、さらに利用料問題を中心に批判にさらされている障害者自立支援法の持つ受給権の新たな意義にもスポットをあてたい。

## I 措置制度と介護保険の受給権の比較

以前、介護保険は措置制度に比べ受給権が向上したと筆者は主張した<sup>(2)</sup>。だが、依然として、社会保障法学者の福祉サービスの受給権論議においては、介護保険の受給権は現物給付でなく費用請求権であるとして、権利性への評価は一般的にかなり低い。本論文は、この点について、あらためて、従来分析手法としてあまり用いられていなかったサービス提供における予算の制約に注目し、データとともに介護保険におけるサービス利用での利用者優位の側面にスポットを当て検証する。その前に、高齢者福祉での措置制度と、介護保険の2つの制度のサービス利用の仕組みを、簡単に説明したい。

### 1 サービス利用の仕組み—措置制度と介護保険—

#### (1) 措置制度の仕組み

現在の我が国の社会福祉は、生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、老人福祉法、母子福祉法、社会福祉法や介護保険法などを根拠に運営され、2000年4月の介護保

険スタート以前は、措置制度を中心に福祉サービスが提供されていた。

措置制度は、1947年制定の児童福祉法の中核的な仕組みとして設けられた。措置という言葉は社会福祉でさまざまな意味・内容で用いられている。ここで整理すると、社会福祉施設への「入所措置」のように狭義に用いられる場合、生活保護法を除く各社会福祉法に規定される「福祉の措置」のすべてを指す広義に用いられる場合、「措置費」のように社会福祉の費用負担に関連して用いられる場合の3つに分かれる<sup>(3)</sup>。本論文で取り上げる措置とは、1つ目の狭義の措置である。

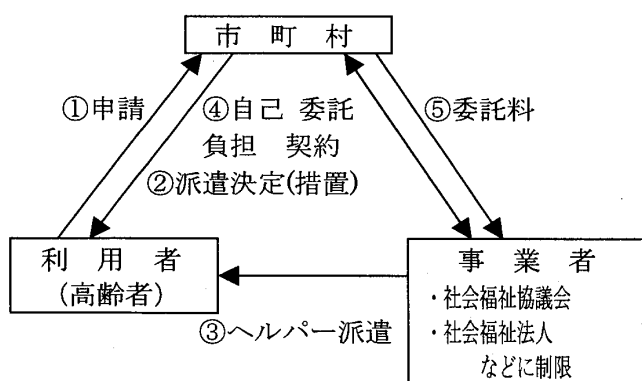
高齢者福祉については、社会福祉のなかでも、また政府の政策全体から見ても地方分権の先駆的な分野として位置付けられていた。それは今から10年以上前、1990年の老人福祉法改正を契機にする。この改正で、施設入所と在宅福祉の市町村への権限一元化が図られ、たとえば、在宅福祉の要とされるホームヘルプ事業は、実施主体を市町村とし国庫補助事業を導入して運営されていた。そこで、措置制度の仕組みをホームヘルプの利用を例に見たい（図表1-1）。

利用者がホームヘルプを利用したいときは、ヘルパー利用の申請を市町村の担当窓口①「申請」し、市町村は、必要に応じ家庭を訪問したりして、その環境を確認してサービス内容や派遣回数を検討し②「派遣決定（措置）」を行う。市町村自ら又は委託している事業者、たとえば社会福祉協議会や社会福祉法人から、利用者宅に家事援助や身体介護を行うため③「ヘルパー派遣」する、という流れになっていた。なお利用者は、ヘルパーの派遣事業者を選択できず、市町村が事業者を決めていた。

そして、利用者の④「自己負担」は所得によって決まる応能負担で、事業者はヘルパー派遣に要する経費を市町村から⑤「委託料」として受け取っていた。また、その財政面つまり財政制度は、国庫補助事業（国庫補助金）で、その負担割合は国50%、県・市町村25%ずつとなっていた。

このように利用者の申請に対して市町村が給付内容を一方的に決定するという措置制度は、申請や利用希望に対して予算措置が追いつかないときは、その行政側の優位性によって利用者の申請や希望どおりのサービスを提供しないということに対応していた。つまり、実質上、措置は需給調整の役割を果たしていたといえ、その利用は、低所得者を中心ということが多かった<sup>(4)</sup>。

図表1-1 措置制度でのホームヘルプ事業



○措置制度の財源構成

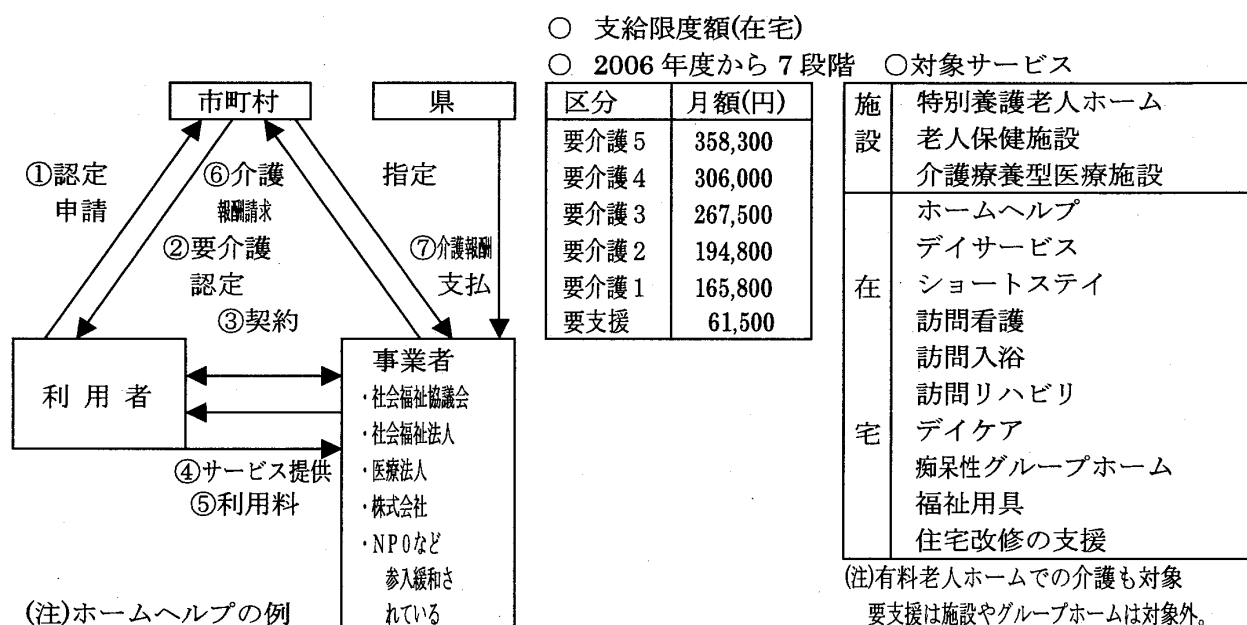
自己負担（応能負担）		
公 費	国費	50%
	都道府県	25%
	市町村	25%

## (2) 介護保険の仕組み

介護保険は、保険者を市町村とし、40歳以上の者を一定の保険料を支払う強制加入の被保険者とする社会保険制度である。この制度は、1990年代後半からの社会福祉基礎構造改革の一環として、2000年度にスタートした。その財源構成は、保険料50%、税（公費）50%となっている。

介護サービスを受けられるのは、65歳以上の被保険者（1号被保険者、なお40～64歳は2号被保険者）が一定の介護を必要とする状態となったときである。具体的な手続を見ると（図表1-2）、利用希望者は市町村に①「認定申請」し、介護度を調べる訪問調査を受け、その調査や医師の意見を基に専門家からなる第三者機関の認定審査会の決定による②「要介護認定」（5段階と要支援、なお2006年度から要支援が1と2に分かれている）を市町村から受ける。

図表1-2 介護保険の仕組み



## ○介護保険の財源構成

利 用 料 （1割負担）				
公 費	国費 25%	定率 20%	保 險 料	1号被保険者 17%
		調整交付金 5%		2号被保険者 33%
	都道府県 12.5%			
	市町村 12.5%			

そして、認定された利用者は各認定の支給限度額内で、ケアマネジャーにケアプランを作成してもらい、サービス事業者を選択し③「契約」を結ぶ。その後、事業者から④「サービス提供」を受け、1割の⑤「利用料」を事業者に支払う、という流れとなっている。なお、この利用料は措置制度の所得に応じた「応能負担」に対し「応益負担」と呼ばれる。

またサービス事業者は、一定基準を満たすと県から介護保険でのサービス事業者としての「指

定」を受け、介護サービスを提供でき、在宅福祉を中心に営利企業など事業者参入の緩和がなされている。さらに保険者たる市町村、または県国民健康保険連合会が市町村に代わって、事業者の⑥「介護報酬請求」に基づき、たとえばホームヘルプ30分以上1時間未満で家事援助1,530円（2003年からは生活援助と名称変更し2,080円に改訂）、身体介護4,020円を、⑦「介護報酬支払」する。なお、サービス事業者の指定基準と介護報酬額、また支給限度額も厚生労働省が審議会を経て定めている。

このように介護保険は、社会福祉で初の社会保険方式を採用し、サービス提供方式は措置から契約に移行するなど、社会福祉基礎構造改革の先駆け的な制度であった。

## 2 措置制度と介護保険の受給権の比較

### （1）措置制度をめぐる問題・改善と介護保険の受給権

措置制度の福祉サービス受給権については、その権利性は、従来から低いと解されていた。たとえば、介護保険と比較する高齢者福祉をとりあげてみると、特別養護老人ホームへの入所は、老人福祉法の条文では「措置しなければならない」という義務付け規定であるにもかかわらず、職権主義で申請権が規定されていないため、行政側の職権による一方的行政処分で利用者にとっては反射的利益と解され、請求権はないと解されていた。このため、行政解釈も判例も、同じく措置という行政処分の反射的利益あって、利用者には請求権がないと解釈していた。これに対し学説は、義務付け規定なので、申請権や措置請求権を認める説が有力であった。ただ、在宅福祉は、「措置することができる」という権限付与規定（いわゆる「できる規定」）のため、学説をみても請求権を認める説と認めない説に分かれていた<sup>(5)</sup>。

このような権利性が低いと解釈をされている措置制度では、十分な予算措置やサービスの基盤整備がないと、前述したようにニーズに対する受給調整のような役割を果たしていた。この状況に対し、措置制度においても、申請権の法律への明記や、事業者の選択など利用者の権利保障を手続き面を含め法整備して、かつサービスの量的拡大を図れば、権利性が高まると従来から主張<sup>(6)</sup>されており、この結果、介護保険より受給権が向上するとの主張があった。

一方、介護保険の受給権については、サービス利用の契機になる介護保険の要介護認定と、措置制度の措置を比較すると、前者は、法に申請権が明記され認定に際し行政裁量の余地がないので、権利性は向上していると筆者は以前分析した<sup>(7)</sup>。だが、社会保障法学者の間では、介護保険の受給権の評価は低いのが一般的となっている。

その理由は、要介護認定は、あくまで被保険者の抽象的な権利の発生であって、支給限度額内でサービスを利用したときに具体的な権利になり、それも要した費用の9割を保険給付として受給する権利つまり費用請求権だからである。これでは、サービスの基盤整備が進まないと、その権利は、絵に描いた餅になってしまうという批判がある。また、保険料未納の場合、受給権を喪失するが、これは全て税を財源とする措置制度では起こりえないからである<sup>(8)</sup>。

このような理由で、介護保険の受給権は低いと一般的に主張されるが、後述するように介護保険は認定されたあとのサービス提供内容の形成が、利用者優位に行なわれること、実際、介護保険スタート後に、サービス利用もサービス事業者も在宅を中心に著しく増えたことを考えると、介護保険の方が措置制度に比べ実質的に権利性が高いと考えられる。この点について、次に詳しく考察する。

## (2) 措置制度と介護保険の受給権の比較—サービス提供方式の相違から—

措置制度支持者は、措置制度の低い権利性を改善すれば介護保険に比べて良いと主張する。そこで、それが改善されたとして、介護保険と比較したい。

まず、措置制度であるが、権利性が低いとされた措置制度の措置も、いったん措置されたら、利用者は、行政自らのサービス提供の義務がある受給権を得ることになる。この点で、措置制度支持者は、サービスを利用しないと費用請求権が生じない介護保険に比べ、権利面では措置制度の方が優れているとする。だが、措置は対象者の選定、サービス量、事業者の選択なども含め行政側が決定する。つまり、行政優位のサービス提供方式である。そこで、措置制度支持者は、従来から、これらの面を中心に手続き面を改善すれば、権利性が高まると主張する。ただ、この改善を行なうには、十分なサービス量確保が必要で、そのためには十分な予算措置やサービス基盤が必要である。これは、自治体内の資源配分に関する事項であるので、短期的には予算の制約を受け、中長期的には、財政（財源）の制約を受けるので、簡単には実現しない。

これに対し介護保険をみると、その要介護認定は、介護度の専門的技術的な確認行為であって予算の制約がなく、認定を受けた利用者は事業者からサービス利用したとき、行政へその費用請求権を持つ。この費用請求権は、実質的には、利用者にサービス購入権を与えることを意味する。そして、利用者は、支給限度額の範囲内でサービス量と事業者を契約を通して自ら選択する。また介護保険は、措置制度の措置のようにまず予算のコントロールを受けないので、利用者には支給限度額までスムーズに資金が供給される。

このように介護保険の方が、利用者が事業者と直接契約する方法をとり予算の制約を克服したので、支給限度額の範囲内ではあるが、利用者によるサービス量、サービス種類、事業者の選択について、利用者のニーズが表に出やすい性質を持つ。また、従来の措置制度より利用手続きの規定の整備も進んでいるため、措置制度に比べると、サービスの利用内容について利用者がリードして形成されていく、つまり利用者優位のサービス提供方式となっている。ただ、この支給限度額などをとらまえて、きわめて限定的な介護保障の権利と批判<sup>(9)</sup>されることもあるし、より一層の対象者の拡大や支給限度額引き上げには、中長期的に財源確保という財政の制約が生じる。

以上のように、改善された措置制度と現行の介護保険を比較すれば、どちらも、対象者の拡大や給付引き上げには、中長期的には財政の制約があることが分かる。だが、改善された措置制度も、行政が自らサービスを提供する以上、まず予算の制約を克服する必要がある。実は、これが

かなり難しい。これに対し介護保険は、最初から予算の制約を克服した利用者優位のサービス提供方式を採用したため受給権がかなり向上し、後ほどみるようにサービス利用の大きな伸びを示すことになる。その上、このいったん向上した受給権によって増加するサービス利用を、いかに維持するかということを、財源確保問題として行政や政治サイドに突きつけることが可能となったといえよう。

## II 予算の制約克服の効果

介護保険のサービス提供方式の利用者優位の要因は、利用者による選択を核にして利用内容が利用者のリードで進むことが、大きな要因であるが、もう一つ、既に述べたように、これまであまり指摘されていなかった予算の制約を克服したことが大きな要因であると考えられる。この点について、行政組織内部での予算の規範性として考察した上で、介護保険での予算の制約を克服する仕組みと実際のサービスの利用の伸びを検証する。

なお、予算とは、国や自治体の毎年の歳出と歳入の計画であり、調達と管理である財政制度の、単年度の執行計画といえる<sup>(10)</sup>。

### 1 予算の規範的意味

社会保障の権利をめぐる議論は、憲法の生存権論としての展開と、実定法としての権利を軸としての展開の2つがある<sup>(11)</sup>。憲法的な考えをとれば、憲法の第一の目的が、自由権など従来の人権の尊重であれば、新しい人権といえる生存権は最低限の保障となる恐れがある。なぜなら、より充実した社会保障を税で実現しようとするればするほど財源確保が必要になり、それは自由権の一種ともいえる財産権への課税つまり自由権への侵害が大きくなるからである。

一方、社会保障法学者は、社会保障の充実を主張するので、当然、実定法に権利を規定し、それを裁判規範として行政に権利に対応した義務の履行を迫る。この行政の義務は、行政執行機関内部の義務に転換することになる。だが、資源配分にかかわるものなので、同じく行政組織の資源配分の内部規範である「予算」に従わざるを得ない。

社会保障法学者の主張のように、資源配分で福祉サービスを十分に確保するためには、福祉を自治体の政策・施策・事業の上位に位置づけないといけない。だが、予算という組織内部の規範が立ち上がる。措置制度支持者も含め社会保障法学者は、この予算の規範性を軽視していた。だが、行政の現場では、この予算の壁が大きい。法的には、自治体には、様々な政策、施策、事業があり、それは、憲法によって権利として裏付けられるものも（たとえば、教育を受ける権利など）多く互いに競合している。だから、福祉の権利を主張する社会保障法学者は、福祉の優位性について、憲法を通して体现させないといけない。といっても、福祉サービスの他施策に比べての優位性は、必ずしも明確でない。

憲法学説は、25条1項は最低限度でこれのみ権利の問題で、2項は、それ以上の生活だから政策問題とする。社会保障法の学説では、25条1項と2項で裁判規範としての効力や立法指針の差を認めるが、1項に強い効力を持つ。しかし、1項の生活保護だけでなく、2項の福祉サービスなど様々な法政策で実施されるべきであるとする<sup>(12)</sup>。

本論文は、やはり憲法学者の説を採用する。なぜなら、福祉は自治体の数ある施策のひとつであるからである。ということは、生活保護は25条1項で権利として確立しているが、福祉サービスは2項で政策問題である。つまり、最終的には、福祉サービスのレベルは、立法政策にまかされており、自治体では、その実定法の方針に沿いながら、財政状況や他の施策との優先順位を比較をしながら予算編成を通じて1年のサービス量が決まってくる。この傾向が、行政自らのサービス提供を基本とする措置制度に如実に現れていた。だが、介護保険は、次に述べるように、この予算による統制を在宅サービスを中心に克服した点に、大きな意義があったといえよう。

## 2 介護保険における予算の制約克服の仕組みとその実際

介護保険は措置制度に比べ、予算の制約を受けない仕組みを持つので、その点を詳しく考察する。

まず、サービス利用者を確定する要介護認定は、身体上の介護の必要性を客観的に認定するが、その認定の際は、予算措置に関係なく一定の基準を満たすと自動的に認定される。

次に、サービス事業者の指定の際でも、同じく予算の影響を受けない。申請して一定の基準を満たすと、事業者の指定がなされる。それも、市町村でなく都道府県が指定する。そのため、事業者のサービス提供の見込みに沿った予算措置を事前に行うことなく、事務処理として淡々と指定がなされる。これに対して措置制度は、行政自らサービス提供することを基本に、社会福祉法人に委託してヘルパーを派遣していたので、この委託契約の際は、自治体の財政当局の目を通り予算の影響を受けていた。

以上を見ると、介護保険においては、要介護認定、事業者指定が、いずれも一定の基準を満たすと、予算措置の状況に関係なく認定、指定され、サービスの利用内容の形成がスタートする。つまり予算の制約を受けずにサービス提供が展開される。そして、以前、筆者が指摘<sup>(13)</sup>したように、介護報酬の事業者への支払いについて、予算は組織内部の規範であって外部の債権である介護報酬の支払いを拒否できないという実態もある。その結果、2000年の介護保険スタート後、在宅サービスを中心に利用者の伸びは著しくなった。

たとえば、図表2-1のように、2000年と2004年を比べると、高齢者数の12%増を大きく超えて要介護認定者数は59.8%（1.6倍）増加し、それに対応して、ホームヘルプ2.2倍、デイサービス1.8倍、ショートステイ2.0倍、デイケア2.5倍も伸びている。しかし、これは在宅サービスの分野だけの特徴ともいえる。図表2-2をみると、特別養護老人ホームの定員は21.7%、同じく老人保健施設は21.0%しか伸びていない。



施設の分野では、在宅サービス同様に一定の基準を満たすと事業者指定を受けられるが、その前段階の施設建設に多額の費用を要するし、設置主体は制限され社会福祉法人や医療法人で、民間企業、NPOは参入できない。たとえば、50人の特別養護老人ホームで約10億円を要し、当然、事業者は国、県の施設整備補助金がないと採算のとれた経営ができない。なのに、国の施設整備補助金の総額が押さえられている<sup>(14)</sup>。在宅福祉重視の観点から、介護保険の事業計画の整備基準をみても特別養護老人ホームの定員は抑制ぎみなのに、施設整備補助金に予算の制約があるため、施設数、定員がニーズに応じて増えず、多くの入所待機者<sup>(15)</sup>を生じさせているともいえる。

図表 2 - 1 在宅サービス利用者数の推移

単位：千人

年 度	2000	2001	2002	2003	2004	2004/2000
ホームヘルプ	518.0	753.0	916.2	1074.7	1150.4	2.2 倍
デイサービス	536.7	673.5	769.2	882.4	966.1	1.8 倍
ショートステイ	95.2	142.2	157.7	178.4	194.7	2.0 倍
デイケア	295.1	359.6	387.5	420.3	437.7	1.5 倍
(参考)						
高齢者数 (千人)	22,422	23,168	23,934	24,494	25,111	12.0%増
要介護認定者数 (万人)	256	298	345	384	409	59.8%増

(出所) 厚生統計協会 (2006) p 19,21 のデータを一部加工

図表 2 - 2 施設の整備状況

年 度	2000	2001	2002	2003	2004	2004/2000
特別養護老人ホーム数	4,463	4,651	4,870	5,084	5,291	18.6%増
定員	298,912	314,192	330,916	346,069	363,747	21.7%増
老人保健施設数	2,667	2,779	2,872	3,013	3,131	17.4%増
定員	233,536	244,627	254,918	269,524	282,513	21.0%増
介護療養型医療施設数	3,862	3,792	3,903	3,817	3,717	△3.8%
病床数	116,111	120,422	137,968	139,636	138,942	19.2%増

(出所) 厚生統計協会 (2006) p 19,21 のデータを一部加工

一方、在宅サービスに区分されたグループホームと有料老人ホームは、介護保険スタート後大きく伸びている。この伸びは異常といえるほどに大きい。図表 2 - 3 のように、グループホームは施設数が8.1倍、利用者は10.2倍も増え、有料老人ホームの利用者は4.7倍も増加した。その理由は、グループホームは建設費が少なくてすみ、規制緩和で幅広い民間企業が参入可能なこと、同じく有料老人ホームも民間企業が参入可能で、介護保険前より安い一時入居金としたため、所得の高めの高齢者を対象に、建設が進んでいるからとされる<sup>(16)</sup>。

以上のことより、予算の制約を受けない利用者優位のサービス提供方式は、事業者参入が緩和され同時に初期投資に大きな経費がかからず介護報酬だけで採算性が取れやすい在宅サービスを

中心に、大きな効果が出ていることが分かる。この結果、在宅サービスを中心に利用が増え介護保険の財政規模も拡大し、将来、保険料引き上げが大きくなると予想された。そのため、2005年の法改正で予防重視に制度の見直しが図られることになる。つまり、急増した軽い介護者の認定区分を見直し、要支援が要支援1と要支援2と分けられて給付の総額の抑制を図ろうとしている<sup>(17)</sup>。

図表2-3 グループホームと有料老人ホームの利用者数推移

年 度	2000	2001	2002	2003	2004	2004/2000
グループホーム数	675	1,273	2,210	3,665	5,449	8.1 倍
利用者数 (千人)	8.7	19.5	36.0	62.9	89.1	10.2 倍
有料老人ホーム利用者数 (千人)	9.8	15.6	23.3	32.8	46.4	4.7 倍

(出所) 厚生統計協会 (2006) p 19,21 のデータを一部加工

### Ⅲ 障害者福祉分野での新給付制度の仕組みと受給権

これまでみてきたように、社会保障法学者の間では、権利性が低いといわれる介護保険も、その利用者優位のサービス提供方式によって、在宅サービスを中心に利用が著しく伸びた。一方、このような状況に、障害者福祉において、介護保険とほぼ同じサービス提供方式を採用した支援費制度や障害者自立支援法という新制度の創設によって、受給権のあり方は新たなステージに上がったとみることもできる。

#### 1 支援費制度の登場

##### (1) 支援費制度の仕組み

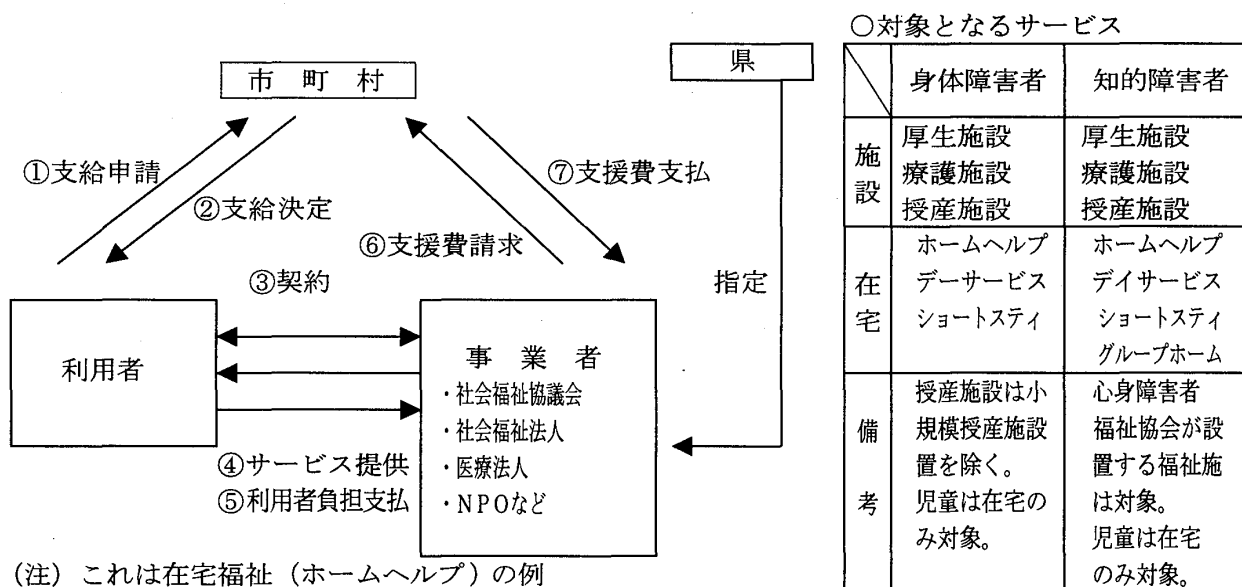
障害者福祉における社会福祉基礎構造改革の一環として、2003年4月からスタートした支援費制度の仕組みを、具体的なサービス利用の流れから順を追って見てみたい(図表3-1)。まず、利用者は、市町村の障害者福祉窓口からサービス利用の情報提供を受け、市町村に①「支給申請」をする。市町村は、面接等の調査を経てサービスの種類、支給量、支給期間などの②「支給決定」を行う。なおこの際、自己決定・自己選択や施設から在宅・地域への理念に基づいて自立を支援するという積極的運用が求められている。そして利用者は事業者を選択し③「契約」を結び、支給決定の範囲内で事業者が④「サービス提供」する、という流れになっている。なお、⑤「利用者負担」は、所得のよって自己負担額が違う「応能負担」で、これは措置制度のときと変わらない。

サービス提供事業者は、介護保険と同じく在宅福祉で参入規制が緩和され、事業者指定は都道府県が行い、サービスを提供した事業者は、市町村に⑥「支援費請求」を行い、市町村からは⑦「支援費支払」がなされる。たとえば、ホームヘルプの単価は、身体介護が30分未満2,110円、30

分以上1時間未満4,020円、家事援助は30分以上1時間未満1,530円と、事業者の参入促進の観点から、旧補助制度の単価より大幅に引上げ介護保険並の水準となっている。その財政制度は、介護保険が社会保険方式であるのに対し、支援費制度は国庫補助事業（国庫補助金）で運営され全額租税のため公費負担方式と呼ばれている。

以上のように、支援費制度は、国庫補助事業で運営されること以外は、介護保険とほぼ同じサービス提供システムを採用しているが、次に述べるような受給権の特色を持つ。

図表 3-1 支援費制度の仕組み



（注）これは在宅福祉（ホームヘルプ）の例

○ 支援費制度の財源構成

自己負担（応能負担）		
公費	国費	50%
	都道府県	25%
	市町村	25%

(2) 支援費制度の受給権の特色

支援費制度の受給手続きをみると、市町村の支給決定は、利用者の申請に基づき市町村職員の面接等の調査を経て、決定することになっている。そして、決定の際の勘案事項として、ア. 障害の種類・程度、イ. 介護を行なう者の状況、ウ. サービスの整備状況がある。介護保険のようにサービス利用の上限はないが、ケアマネジメントが制度化されていないため、障害者へのサービスの種類・量の決定、つまり支給決定は、前述の勘案事項に基づく、市町村の裁量によって左右される<sup>(18)</sup>。

しかし、図表 3-2 のように、国の予算不足が生じるぐらいに、ホームヘルプを中心に利用が大きく伸びた。この結果をみると、地域での自立という理念にそって、支援費制度を積極的な運

用を行なった市町村が多いことがうかがえる。全体として見ると、支援費制度は介護保険と同じ利用者優位のサービス提供方式を採用し、事業者指定で規制緩和された予算の制約を受けないため、措置制度の時代に比べ、サービス利用内容の形成が利用者優位に展開されたといえよう。

図表 3－2 国の在宅サービスの予算不足の状況

単位：億円

年度	2002	2003	2004	2003/2002	2004/2003
当初予算	493	516	602	4.7%	16.7%
予算不足	12	128	274	—	—

(出所) 厚生労働省資料「障害者自立支援法による改革—地域で暮らすを当たり前に—」(厚生労働省ホームページ)

## 2 障害者自立支援法の仕組みと受給権の特色

障害者福祉の一大改革とされる障害者自立支援法の概要をみるとともに、利用料問題のため、あまり指摘されることのない受給権の大きな改善面について、支援費制度との違いからスポットをあてる。

### (1) 障害者自立支援法の概要とサービス内容

1割の利用者負担(応益負担)などをめぐって活発な国会審議が行われた障害者自立支援法は、2005年8月の郵政民営化を問う衆議院解散の煽りで廃案となってしまったが、総選挙後の特別国会で、一部の関係者の反発がみられたものの障害者代表の全国団体の支持を得て2005年10月に可決成立した<sup>(19)</sup>。

この障害者自立支援法による今回の新給付制度(以下「障害者新給付制度」と呼ぶ)は、障害者が地域で安心して暮らせる自立共生の社会と、障害者がもっと働ける社会実現を目的に、①障害者福祉サービスの一元化、②障害者がもっと働ける社会に、③地域の限られた社会資源を活用できるよう規制緩和、④公平なサービス利用のため手続きや基準の透明化・明確化、⑤増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支えあう仕組みの強化(利用したサービス量等に応じた公平な負担、国の財政責任の明確化)の5つから成り立っている。

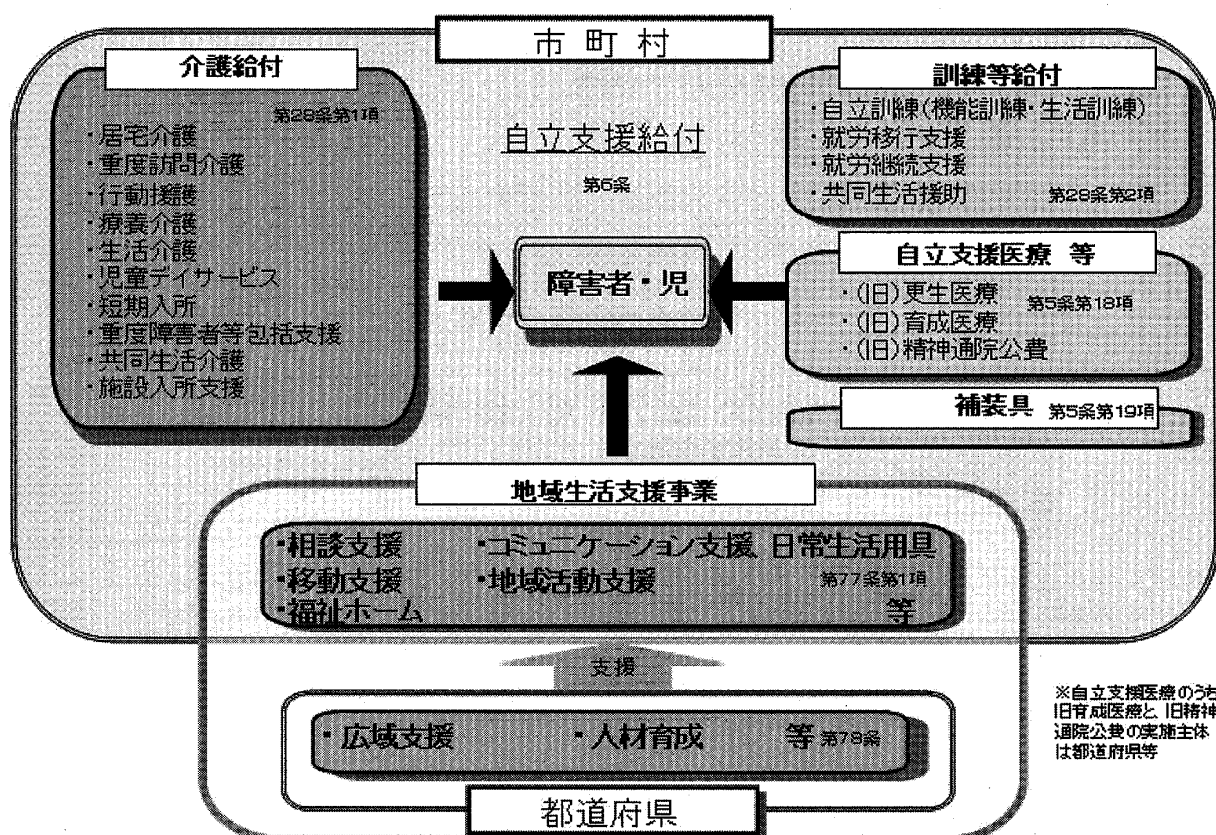
具体的には、障害者の地域生活と就労を進め自立を支援する観点から、サービス提供主体を市町村に一元化するとともに、これまで分かれていた身体障害、知的障害、精神障害ごとのサービスを、自立支援を目的とする共通の制度によって提供する。と同時に、一般企業での就労移行事業を別途創設し、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるように支援するという総合的な施策である。また、国の財政責任として、これまでの国の裁量的な負担だった国庫補助金を、義務的な負担の国庫負担金に改める。しかし同時に、サービスの利用量や所得に応じた公平な負担を求めるとして、1割の利用者負担という応益負担(軽減措置あり)が導入されている。現在、施設を中心に応益負担に強い批判があって、自治体単独で利用料の軽減措置を行なうところが出て

いる<sup>(20)</sup>。

さらに、障害者新給付制度のサービスは、従来の細かく分かれていたサービスを再編成し、その体系が大きく変更されている。在宅サービスは、ホームヘルプ等介護サービスの介護給付、就労支援などの訓練等給付や自立支援医療、舗装具で構成される「自立支援給付」と、相談事業や移動支援などの地域で全体的に行う「地域支援事業」の2つの大きな事業に区分される（図表3-3）。

施設福祉については、現在の障害者福祉施設である療護施設、厚生施設、授産施設、小規模授産施設、福祉工場、精神障害者生活訓練施設などの機能を見直し、「日中活動の場」と「住まいの場」の2つの体系に再編する。これによって、現在の入所施設は地域のニーズに沿って「日中活動の場」と「住まいの場」の両機能を合わせ持つ施設として機能したり、1人の障害者が「住まいの場」としての入所施設を利用しながら昼間は「日中活動の場」で別のサービスを利用することも可能となる<sup>(21)</sup>。これは、これまでの施設サービスが、ニーズの異なる障害者を同一の施設に混在させてきたことをあらためて、いわば「人が箱に」あわせる方式から、「箱が人に」合わせる方式に転換させることにあるといわれる<sup>(22)</sup>。

図表3-3 総合的な自立支援システムの概要



（出所）厚生労働省社資料「障害者自立支援法による改革—地域で暮らすを当たり前に—」（厚生労働省ホームページ）

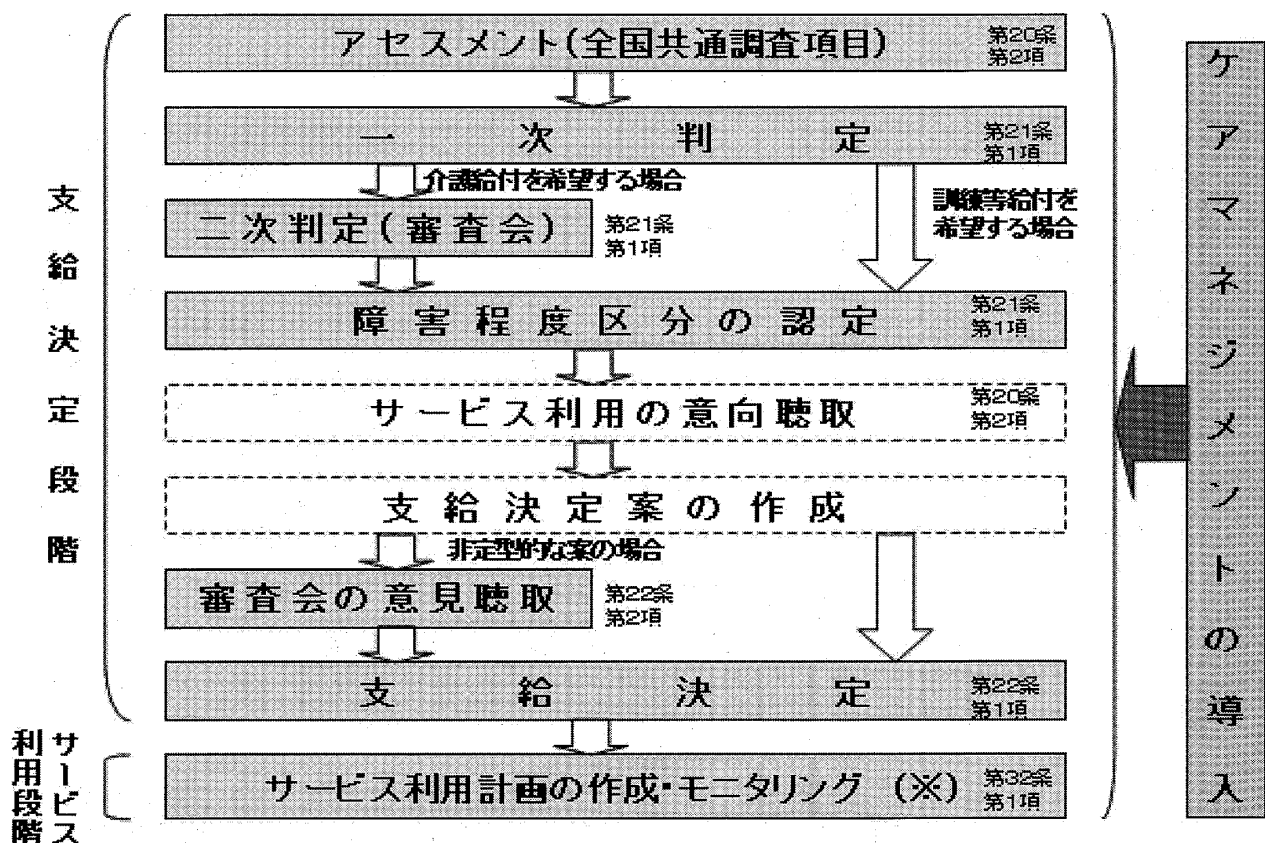
## (2) サービス利用の仕組みと受給権の特色

障害者自立支援法の全体の仕組みは、支援費制度と大きく変わっているが、サービス利用の仕組みは、支援費制度を引き継いでおり、その改善が図られたものとみることができる。

サービス利用の手続きをみると、まず利用希望者や保護者による相談支援事業者・市町村に対する利用相談に基づく利用申請でスタートする。この申請に基づき、市町村は約100項目の訪問調査を行い、障害程度区分（6段階）の一次判定（認定）を行う。なお介護サービスなど自立支援給付利用の場合は、市町村審査会において二次判定を行う。二次判定（認定）では、必要に応じ障害者本人、家族等、医師の意見を求めることができるとされる（図表3-4）。

このようにして認定された障害程度区分を、市町村は利用希望者に通知すると、利用者は相談事業者とともに市町村の示す標準サービスの範囲内で、サービス利用計画を作成し、市町村はそれを踏まえて支給決定する。もし、利用計画が標準的なものを超える場合は、市町村審査会で審査して支給決定するとなっている。

図表3-4 支給決定までのプロセス



（出所）厚生労働省社資料「障害者自立支援法による改革―地域で暮らすを当たり前―」（厚生労働省ホームページ）

利用者は、この支給決定に基づき、サービス事業者との契約を結びサービスを利用する。利用料は1割の定率負担であるが、低所得者のための負担軽減の特別措置がある。そして、サービス提供後、サービス事業者は、市町村に報酬を請求し支払いを受ける<sup>(23)</sup>。

このような利用手続きの流れをまとめると、まず、利用者と市町村の間に、①申請、②訪問調査、③（障害程度区分）認定、④利用計画提出、⑤支給決定、の流れが生じ、次に利用者と事業者の間に、⑥契約、⑦サービス提供、⑧利用料支払い、そして、事業者と市町村の間に、⑨報酬請求、⑩報酬支払い、という流れになっている。なお、事業者は支援費制度同様に県によって指定されるが、在宅サービスは介護保険の事業者参入によって規制緩和されている。

また、極めて重度な障害者に対しては、重度障害者包括支援の名称で自立支援給付など様々なサービスが、事業者の単独またはチームを組んで包括的に提供される。対象者は、身体障害者ではALS（難病性筋萎縮性側索硬化症）等の極めて重度な障害者で専門機関が判定した者とされ、支給量変更等の手続きを経ずに、時々必要に応じた臨機応変な対応が可能になるとする。ただ、事業者に支払われる報酬は、提供されたサービスの内容にかかわらず一定額となっているので、この範囲内で工夫して効果的なサービスを提供すべきとの趣旨にも取れる<sup>(24)</sup>。

以上のように、重度障害者包括支援の導入を除いたサービス利用の仕組みは、介護保険や支援費制度と非常に似ており、違いは、介護保険が要介護認定で支給限度額が決まり、その範囲内で利用計画を立てて利用するが、この障害者新給付制度は、障害程度区分認定をしてから利用者の作成した利用計画を、市町村が支給決定するという二段構えになっている点である。この利用の仕組みは、区分認定が介護保険を参考に作成されたので、知的・精神障害で軽く認定されるのではないかとの指摘<sup>(25)</sup>もあるが、行政裁量を小さくする効果がある。介護保険での客観的な介護度からの要介護認定と支援費制度の利用者の希望に沿った支給決定を折衷した仕組みであって、受給権の観点から見ると改善されたものといえよう。

## IV 社会福祉の制度分類の新たな考え方

1990年代後半からの社会福祉基礎構造改革により、社会福祉には、措置から契約にというかけ声の下、様々なサービス提供方式が導入されているといえる。そのため今後、社会福祉の制度には、これまでにない新たな分析の視点が求められるといえる。そこで、ここでは、社会福祉制度の新たな分類方法を提示してみたい。

### 1 社会福祉制度の新たな分類

社会福祉の制度分類を試みる前に、既にオーソライズされている社会保障の制度分類をみてみたい。社会保障は、従来、社会保険のほか、公的扶助、社会福祉（さらに社会手当）といった制度があげられるのが、一般的であった。これに対し、保障方法に着目して社会保険と社会扶助を

あげる見解が有力になりつつある。社会扶助には、生活保護など公的扶助のほか、所得に関係ない公費負担方式の福祉サービスの提供も含まれている<sup>(26)</sup>。

なお社会保険の定義は、リスク分散のため保険技術を用いて保険料などを財源として給付を行なう仕組みである。そこでは、給付反対給付均等の原則（加入者の給付する保険料は、その偶然に受け取ることのあるべき保険金の数学的期待値に等しい）、収支相応の原則（保険者の収受する保険料の総額が、その支払う保険金の総額と等しい）という保険原理を持つ。ただ、保険料が所得に応じた負担だったり、一部公費が投入されていたりして、所得再分配機能を持つ。これに対し、社会扶助は、租税を財源として保険技術を用いずに給付を行なう仕組みといえる<sup>(27)</sup>。

社会保障制度の分類は、以上のようなものである。しかし、社会保障の一分野の社会福祉に目を転じると、1990年代後半からの社会福祉基礎構造改革を契機とした、介護保険や支援費制度の導入により、より一層、複雑多様化した様相を呈している。そこで、ここでは、社会福祉制度での新たな分類方法を提示することにより、サービス提供方式に起因する特色と、資金調達方式に起因する特色に分けて分析することを可能にする。と同時に、利用料問題で批判にさらされつつある障害者自立支援法の革新性にスポットをあてるものである。

前述した社会保険と社会扶助の分類は、保険料か税かという資金調達方式の分類であるといえる。その意味で、必ずしもサービス提供方式の違いは、その分析の射程範囲に入っていなかった。しかし、社会福祉基礎構造改革の進展に伴い、介護保険のサービス提供方式を採用した税を財源とする支援費制度が登場した。これによって、社会福祉制度の分類は、社会保障制度の分類のような資金調達方式の分類に加え、サービス提供方式の分類も加味しないといけなくなったといえよう。

ここで、これまでの社会福祉制度のサービス提供方式の分類の代表的分類として、受給権の権利構造に古くから取り組んでいる河野氏の分類を紹介したい。それは5分類で、障害者自立支援法を自立支援方式と称し、①代理受領方式、②直接支給方式、に分け、そのほかの方式を、③選択利用方式（保育所）、④措置方式、⑤介護保険方式とわけている<sup>(28)</sup>。

一方、倉田氏は、障害者自立支援法制定以前の分類であるが、河野氏と違い保育所については実態は依然として措置制度であると指摘し措置制度に含め、軽費老人ホームなどの利用は施設との自由契約で、行政は単に運営費に補助金を出す役目を負っていることから、これを利用・運営費補助という1つの方式に分類にして、①利用・運営費の補助、②支援費制度（これは2006年からは前述の自立支援方式に該当）、③社会保険（介護保険）、④措置制度（申請型、これは前述の選択利用方式に該当）、⑤措置制度（職権型）に区分している。さらに倉田氏は、これらを大きく2つに分けて、①措置制度（財やサービス供給に必要な費用を調達する市町村行政が、その実施についてもなお中心的な地位を占め続けるもの）、②介護保険・支援費制度（市町村行政が財やサービスの供給に必要な費用の調達を主に担当し、財やサービス供給実施については、受給者と事業者という契約当事者が中心になって物事を決定していくもの）に分類している<sup>(29)</sup>。



本論文は、在宅サービスを中心に考察して、社会福祉制度の新たな分類を受給権と絡めて試みるものである。そこで、受給権に大きな影響を与える、サービス量、サービス種類、事業者の選択が、行政優位で決められていくもの（措置制度）と、利用者優位で決められていくもの（介護保険、支援費制度、障害者自立支援法による障害者新給付制度）に、サービス提供方式を分ける。この点については、既に〔I 2(2)〕詳しく述べたところであるが、前者を行政優位、後者を利用者優位と2つに分ける。それに、資金調達方式を社会保険方式と公費負担方式の2つにわけ、図表4-1のような、社会福祉制度の新たな分類のためのマトリックスを提示したい。

図表4-1 社会福祉制度の新たな分類

		資金調達方式	
		公費負担	社会保険
サービス提供方式	行政優位	措置制度	——
	利用者優位	支援費制度 障害者新給付制度 (障害者自立支援法)	介護保険制度

(注) ここでは障害者自立支援法による新給付制度を「障害者新給付制度」とした。

## 2 新たな分類に基づく分析

このような新たな分類方法を用いることについて、従来の法解釈中心の法律学者においては意義が低いという批判が予想される<sup>(30)</sup>。だが、ここでは、サービス提供方式と資金調達方式を分けての分析は、たとえば制度設計の際に、より角度の高く現実的な分析に道を開くことを示したい。

たとえば、介護保険のサービス提供方式は利用者優位で予算の制約を克服したため、在宅サービスを中心に利用が大きく伸びたが、資金調達方式が社会保険なので収支均等の原則が適用され、中長期的には、財政規模の拡大に伴う保険料の上昇が懸念され財源確保問題が生じた。これが、予防重視で軽度要介護者へのサービス見直しを行った2005年の制度改正につながる。ただ、収支均等の原則が適用され、総額ベースで負担能力に見合った給付額が自動的に決まる仕組みであるので、現在、さらに今後の厳しい財政状況の下でも長期に維持可能な制度とも評価できよう。さらに、規制緩和の進んだ在宅サービスで利用が進んでいることから、建設にそれほどコストのかからない小規模な施設や在宅サービスを地域密着型に展開する方策が期待される。

次に、支援費制度は、利用者優位のサービス提供方式を採用しているため、介護保険同様に自治体レベルで予算の制約を克服してホームヘルプを中心に利用が大きく伸びた。だが、国レベルの予算で大幅な不足が生じ、自治体への助成金も少なく交付される事態に陥った。これに対応し、

障害者自立支援法による障害者新給付制度は、国に負担義務がある国庫負担金に変更したため、自治体レベルでは、国からの助成金が不足するという事態は避けられる。だが、国は財政状況が厳しいため社会保障費の伸びを抑えたいとしている。この考えが、1割という利用者負担を導入したとの考えもあり得る。全体としてみれば、この障害者新給付制度は利用者優位のサービス提供方式なので、障害者福祉が充実することが予想されるが、利用が伸びれば、当然、中長期的にはやはり財源確保の問題が生じるであろう。しかし、この仕組みは、障害者福祉の充実が進むとともに、財源確保問題を行政と政治に突きつける効果がある。実際、介護保険と障害者新給付制度の部分的統合が、従来から検討課題にあがっている。

ところで、障害者新給付制度は、利用料に関し支援費制度より扶助原理が後退したのは問題であるが、受給権向上という面では大きく評価できる。その理由は、「利用者優位サービス提供方式+公費負担方式」という、介護保険前よく議論されていた社会保険か社会扶助かの分類を超える新たな組み合わせ方法を、支援費制度に引き続き採用したからである<sup>(31)</sup>。特に自治体サイドからみれば、国に支出義務がある国庫負担金にすることにより財源確保を確かなものとしているし、本論文で述べたように受給権の仕組みが改善されているからである。ということは、障害者新給付制度は、従来の制度の質的变化、言い換えればパラダイムの転換に匹敵するほどのものであり、社会福祉基礎構造改革の一層の進化を意味するものかもしれない。

## おわりに

本論文は、筆者の介護保険の受給権が従来の措置制度に比べ高いという主張が、社会保障法学者の受給権論議では評価が低いことから、反論として、介護保険のサービス提供方式が、予算の制約を克服しつつサービス利用内容を利用者優位に形成されることが、受給権向上の背景になっていることを説明した。この観点からみると、今、利用料問題で批判を受けている障害者自立支援法も利用者優位のサービス提供方式を採用したものであるし、サービス提供方式と資金調達方式を分けた新たな社会福祉の分類方法からみれば、これまでにない画期的な制度といえる。

社会福祉制度は、障害者自立支援法の利用料問題などで大きく揺れているし、同制度の介護保険への統合も今後の大きな課題である。このような大きく変革されつつある社会福祉制度に関する研究に新たな分析視点を提供することが、本論文の最終的な目標と考える。

## 【注】

- (1) 増田雅暢 (2003) p125～127。なお、介護保険の優位性についての最初の政府側の研究会、いわゆる大森研究会では、サービス選択性・権利性が強い、ニーズに対してのサービス提供拡大、負担と受益の明確化をあげており、国会での法案審議のなかでの政府答弁は「利用者の自由な選択を可能にし、かつ給付と負担の対応関係が明確な社会保険方式が適当」と答えている

〔佐藤・河野（1997） p 33〕。

- (2) 有馬晋作（2005） p 64～67。
- (3) 堀勝洋（1998） p159。なお措置制度ができた理由について、この制度ができた第2次大戦後は、社会福祉施設の数が少なかったので行政庁が入所者の優先順位をつける必要があったからとの指摘されている〔堀勝洋（1998） p172〕。
- (4) 需給調整や低所得者中心の実態は、増田雅暢（2003） p127。
- (5) 伊藤周平（2005） p 18、堀勝洋（1998） p182。堀氏は、在宅福祉は学説でも請求権はないと指摘している。行政解釈は、厚生省社会局老人福祉課（1987） p88。
- (6) たとえば、伊藤周平（2005） p 26。
- (7) この主張は、有馬晋作（2005） p 64～67で展開。
- (8) 介護保険の受給権の低い理由は、本沢・日本社会保障法学会（2001） p 158, 159。河野正輝（2006） p163。伊藤周平（2005） p72。
- (9) 伊藤周平（2005） p 72。
- (10) 堀江・魚谷（1994） p 124, 125。
- (11) 日本社会保障学会（2001） p 58。
- (12) 憲法学説の説明は、日本社会保障学会（2001） p 62。
- (13) 有馬晋作（2005） p 69, 70。
- (14) 施設の整備状況については、鹿児島県庁高齢者対策課2006年9月インタビュー調査。
- (15) 厚生労働省の発表によると、2004年の特別養護老人ホームの待機者は、全国で約34万人に及ぶとされている〔伊藤周平（2005） p 58〕。
- (16) 増田雅暢（2003） p 149, 150。
- (17) 詳しくは、有馬晋作（2005）「介護保険制度改革の全体像」みやざき経済研究所編『調査月報・2005.4』みやざき経済研究所、を参照のこと。
- (18) 勘案事項については、河野正輝（2006） p 279参照。
- (19) 朝日新聞2005年7月16日「障害者負担どう軽減」記事、福祉新聞社「福祉新聞」2005年10月3日、10日の関係記事参照。
- (20) 以上の法の概要は、全国社会福祉協議会・京極（2005） p 13～17。なお利用料軽減の自治体は、全国で8都道府県（17%）、242市区町村（13%）となっている〔NPO法人大阪障害者センター・障害者生活支援システム研究会（2006.10.25）「10月22日厚生労働省・障害者自立支援法の実施状況についての見解」（大阪障害者センターのホームページより）〕。
- (21) 以上のサービス内容は、障害者生活支援システム研究会（2005） p 34～36。全国社会福祉協議会（2005） p 44, 45。厚生労働省資料「障害者自立支援法による改革—地域で暮らすを当たり前に—」（厚生労働省ホームページ）。
- (22) 河野正輝（2006） p 77。

- (23) 以上のサービス利用の手続きは、障害者生活支援システム研究会（2005a） p 34～36。全国社会福祉協議会（2005） p 44, 45。厚生労働省資料「障害者自立支援法による改革―地域で暮らすを当たり前に―」（厚生労働省ホームページ）。
- (24) 障害者生活支援システム研究会（2005） p 34～36
- (25) フリー百科事典「ウイキペディア」障害者自立支援法の最近の状況より。  
<http://ja.wikipedia/wiki/>
- (26) 菊池馨美（2001） p 260。社会保障の分類の推移を、法的側面から論じたものとしては、河野正輝（2006）「第3章・社会保障法体系論の展開」（p263～267）が詳しい。
- (27) 菊池馨美（2001） p 260
- (28) 河野正輝（2006） p 84
- (29) 倉田聡（2001） p 3～7
- (30) 河野氏は、社会保障法を分類・体系化する研究について、法的紛争の解決にはほとんど役に立たないという批判があるが、法政策指針の基礎的・規範的研究としての意義があるとする〔河野正輝（2006） p 267〕。
- (31) この点について筆者は2006年3月未発行の研究論文「福祉構造改革の新局面と福祉運営の安定メカニズム」で既に指摘していた。河野氏も旧支援費制度は公費を財源とし応能負担で措置制度と共通していたが、サービス利用については直接契約方式と改めた点で、「措置制度のパラダイムを転換するものであった」と指摘している〔河野正輝（2006） p 116〕。なお、この指摘は筆者と同じ2006年3月発表である。

## 【参考文献】

- 有馬晋作（2005）「第2章・介護サービス受給権と地方の保険財政」山田誠編著『介護保険と21世紀型地域福祉』ミネルヴァ書房、p 45～84
- 伊藤周平著（2005）『改正介護保険と社会保障改革』山吹書店
- 河野正輝著（1997）『社会福祉の権利構造』有斐閣
- 河野正輝著（2006）『社会福祉法の新展開』有斐閣
- 菊池馨美著（2001）『社会保障の法理念』有斐閣
- 京極高宣（2005）『介護保険改革と障害者グランドデザイン』中央法規
- 倉田聡著（2001）『これからの社会福祉と法』創成社
- 厚生省社会局老人福祉課監修（1987）『改訂・老人福祉法の解説』ぎょうせい
- 厚生統計協会編（2006）『図説・統計でわかる介護保険』厚生統計協会
- 佐藤進・河野正輝編（1997）『介護保険法』法律文化社
- 障害者生活支援システム研究会編（2005）『障害保健福祉改革のグランドデザインは何を描くのか』かもがわ出版

社会福祉の制度分類と受給権の新たな動向—介護保険から障害者自立支援法まで—（有馬晋作）

- 全国社会福祉協議会編（2005）『障害者自立支援法のポイント』全国社会福祉協議会  
全国社会福祉協議会編・京極高宣著（2005）『障害者自立支援法の解説』全国社会福祉協議会  
日本社会保障学会編（2001）『講座社会保障法 1 巻・21世紀の社会保障法』法律文化社  
堀江甚監修・魚谷増男編（1994）『現代行政学の基礎知識』ぎょうせい  
堀勝洋著（1998）『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房  
増田雅暢著（2003）『介護保険の見直しの争点』法律文化社  
増田雅暢著（2004）『介護保険の見直しへの提言』法研  
山田誠編著（2005）『介護保険と21世紀型地域福祉』ミネルヴァ書房