

など、必ずしも市町村の責めに帰すべきでない事由について、保険料の格差が生じないよう、国が市町村に調整交付金を交付することにより必要な財政調整を行っている。さらに、小規模の保険者においては財政主体が小さいことにより、給付費の高騰等を招くことが好ましくないことから、これまで、広域連合の設立など、保険者の広域化を推進し、財政の安定化を図っている。

また、介護保険は、地域住民のニーズにきめ細かく対応するため、住民に最も身近な地方自治体である市町村が制度運営の主体となっており、市町村は介護保険事業計画において国の定める基本指針による基準に従ってサービスの種類ごとの量の見込み等を定めるとともに、地域ごとに住民のニーズに応じて、介護サービスの事業量や保険料の設定を行う仕組みとなっている。これらについては市町村の選択、判断の結果として地域差が生じうるものであるが、本来あるべき地域差である。

しかしながら、高齢者の地域における自立した生活を支えるため、在宅重視の考え方に立ち、また、介護保険給付費は、当該地域に居住し、サービスを受ける第1号被保険者だけでなく、第2号保険料、公費負担でまかなわれており、国民全体に影響を与えるものであるという観点に立って、地域間の施設サービスの偏在の問題、地域ごとの要介護認定の公正性・中立性の問題を要因として生じている地域差については、是正を図る必要がある。

2 高齢者介護についてのこれまでの国と地域の取組みと今後

(1) 介護に関する国と地域の役割分担及びそれぞれの取組み (高齢者介護について制度の構築とその実施)

高齢者介護については、介護保険制度の導入以前より、老人福祉法による老人福祉施設に関する基準の設定など国が制度の企画を行い、地方自治体が高齢者に対するサービス提供の実施を担ってきた。

介護保険制度においては、地域において高齢者が活力ある生活を送れるようにするため、従来家族等が行っていた介護を公的サービスとして実施するものであることから、介護問題に取り組むのに最もふさわしい主体として、地域住民に最も身近な行政主体である市町村が保険者となっている。市町村は、地域ごとの介護サービス水準の違いや介護ニーズの相違などの特性を反映した保険料の設定を行い、住民の要介護認定の申請を受け付け、認定を行い、保険給付としての費用の支払い等を行っている。国としては市町村が行う要介護認定、保険給付等の基準を定めるとともに、全国的にバランスのとれた介護サービスの基盤整備を行うための施設整備等の補助や各市町村の保険料基準額の格差是正のための調整交付金の交付等の財政的支援を行っている。

また、都道府県は広域的な事項に係る調整等、市町村の事業の基盤整備に係る支援を行う仕組みとなっている。

また、介護サービスの基盤を整備し充実させていくために、国の定める基本指針に即して、市町村では、介護サービスの確保・円滑な提供等について3年ごとに5年を1期として、各年度の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み及びその見込み量の確保のための方策等を内容とした市町村介護保険事業計画を定め、当該計画に基づく制度の運営を行うとともに、都道府県では、保険給付の円滑な実施の支援のため3年ごとに5年を1期として、各年度の介護保険施設の種類ごとの必要入所定員総数等、介護給付等対象サービスの量の見込み及び施設の整備に関する事項等を内容とした都道府県介護保険事業支援計画を定めている。

（介護保険制度に関する様々な担い手）

介護サービスは、実施主体としては、社会福祉法人、NPO法人等の様々な事業者が存在している。居宅サービスにおいては、訪問系サービス（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護ステーション）の事業所数は、総数23,266のうち、営利法人8,299（35.7%）、社会福祉法人4,155（17.9%）、医療法人3,999（17.2%）、NPO法人781（3.4%）などであり、通所系サービス（通所介護）の事業所数は、総数12,498のうち、社会福祉法人6,144（49.2%）、営利法人2,391（19.1%）、医療法人989（7.9%）、NPO法人495（4.0%）などとなっている。また、施設サービスにおいては、介護老人福祉施設の開設主体は、総数5,084のうち、社会福祉法人4,520（88.9%）、市区町村322（6.3%）などであり、介護老人保健施設は、総数3,013のうち、医療法人2,203（73.1%）、社会福祉法人481（16.0%）、市区町村118（3.9%）などであり、介護療養型医療施設は、総数3,817のうち、医療法人2,852（74.7%）、市区町村等182（4.8%）などとなっている（「介護サービス施設・事業所調査」2003年10月1日現在）。

在宅の要介護者・要支援者に対する訪問介護や訪問看護等の居宅サービスについては、原則として、サービスごとに定められた指定基準を満たすものとして、申請により事業所ごとに都道府県知事の指定を受けた指定居宅サービス事業者が提供する。ただし、サービスの確保が困難な離島等の地域においては、基準を満たしていない事業者であっても、居宅サービスに相当するものを実施する場合に保険給付の対象とすることができる。

また、在宅の要介護者等が介護保険の居宅サービス等を適切に利用できるように、要介護者等の依頼により行われる居宅サービス計画の作成、サービス事業者との連絡調整や、介護保険施設への紹介等のケアマネジメントについても、指定基準を満たし、事業所ごとに都道府県知事の指定を受けた指定居宅介護支援事業者が行っている。要

介護者からの相談に応じ、その希望や心身の状況から適切な居宅又は施設のサービスが利用できるように市町村、居宅介護サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行うといったケアマネジメントを行うのが介護支援専門員（ケアマネジャー）であり、要介護者の家庭において家事や身体介護などを行うホームヘルパーとともに、介護保険制度において重要な役割を担っている。

介護保険施設に要介護者を入所させる施設サービスについては、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3種類がある。介護老人福祉施設は、特別養護老人ホームのうち、指定基準を満たして都道府県知事の指定を受けたもの、介護老人保健施設は、地方自治体・医療法人・社会福祉法人等であって、都道府県知事の開設許可を受けたもの、介護療養型医療施設は、療養病床等を持つ病院・診療所のうち、指定基準を満たして都道府県知事の指定を受けたものがそれぞれ運営することができる。

（介護保険制度以外の高齢者に対する保健福祉サービスの提供）

介護保険制度とは別に、市町村では、介護予防・地域支え合い事業として、高齢者が要介護状態になったり状態が悪化することがないようにする介護予防施策や、自立した生活を確保するために必要な支援を行う生活支援施策が進められている。さらに、老人保健事業として、生活習慣病予防・健康づくりを通じた介護予防が行われている。

介護予防・地域支え合い事業は、高齢者に対して、要介護状態にならないための介護予防サービス・生活支援サービス・家族介護支援サービスを提供し、これらの者の自立と生活の質の確保を図ること、さらに、在宅の高齢者に対する生きがいや健康づくり活動・寝たきり予防のための知識の普及啓発等を通して健やかで活力ある地域づくりを推進し、高齢者等の総合的な保健福祉を向上させていくことを目的とし、国がメニュー事業を示し、市町村が事業の実施主体としてサービスを提供している。

また、地域での老人保健福祉事業全般にわたる提供体制の確保について、市町村と都道府県は、それぞれ老人保健福祉計画を策定している。老人保健福祉計画は、老人保健法の医療等以外の保健事業についての老人保健計画と、老人福祉法の老人福祉事業についての老人福祉計画を高齢者への総合的なサービス提供体制整備の観点から一体で作成するものであり、高齢者に関する政策全般について、基本的な政策目標を設定するとともに、その実現に向かって取り組むべき施策全般が盛り込まれたものである。

これら高齢者への保健福祉サービスについて、市町村は地域の特性に応じて、介護保険事業計画・老人保健福祉計画により一体的に整備を行い、有機的に連携させて高齢者に最適な形で総合的に提供することが求められている。

なお、後述する介護保険制度の見直しにおいて、要支援・要介護状態となることを予防するとともに、要支援・要介護状態となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるように支援するため、「地域支援事業」を創設し、現行の老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業を再編したところである。

（家族の介護を行う労働者に対する支援）

「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に基づき、労働者は、その事業主に申し出ることにより、要介護状態にある配偶者、父母等の対象家族1人につき、常時介護を必要とする状態に至るごとに1回、通算して93日まで介護休業をすることができることとされている。介護休業を必要とする労働者が希望どおりに休業を取得できるよう、引き続き事業主に対して指導等を行うとともに、介護休業が企業において定着し、その利用が一層促進されるよう、周知・啓発に取り組んでいるところである。

（介護保険制度の見直しについて）

介護保険制度については、介護保険法施行後5年を目途として制度全般に関して検討を加えることとされていることから、2003（平成15）年5月より社会保障審議会介護保険部会において審議が行われ、2004（平成16）年7月に「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられたところである。この意見において、「「介護予防」の視点から、高齢者の心身機能、活動、参加といった生活機能の低下を予防して、要介護状態に陥らない、あるいは状態が悪化しないようにすることを重視する「予防重視型システム」へと切り換えていくことが求められる」等の指摘がなされた。

図表2-1-11 ▶

図表2-1-11 介護保険制度の見直しに関する意見の概要

第1 制度見直しの基本的な考え方

見直しの基本的視点

1 3つの論点

「基本理念」を踏まえた施行状況の検証

「将来展望」に基づく新たな課題への対応

「制度創設時からの課題」についての検討

2 見直しの基本的視点

(1) 制度の「持続可能性」

(2) 「明るく活力ある超高齢化社会」の構築

(3) 社会保障の総合化

基本理念の徹底 - 施行状況の検証 -

- 1 サービス改革の推進 - 「量」から「質」へ -
- 2 在宅ケアの推進 - 「在宅支援の強化」と「利用者負担の見直し」 -
- 3 地方分権の推進 - 市町村の保険者機能の強化 -

新たな課題への対応 - 将来展望 -

- 1 介護予防の推進
- 2 痴呆ケアの推進
- 3 地域ケア体制の整備

第2 制度見直しの具体的内容

給付の効率化・重点化

1 総合的な介護予防システムの確立

- (1) 「予防重視型システム」への転換
- (2) 「総合的な介護予防システム」の確立のための制度見直し
- (3) 関連サービスの見直し

2 施設給付の見直し

- (1) 保険給付の範囲・水準の見直し
- (2) 施設サービスの在り方を見直し

新たなサービス体系の確立

- 1 地域密着型サービスの創設
- 2 居住系サービスの体系的見直し
- 3 医療と介護の関係

サービスの質の確保・向上

- 1 ケアマネジメントの体系的見直し
- 2 地域包括支援センター（仮称）の整備
- 3 情報開示の徹底と事後規制ルール確立
- 4 専門性を重視した人材育成と資質の確保
- 5 公正・効率的な要介護認定

負担の在り方を見直し

- 1 1号保険料の在り方
- 2 2号保険料・納付金の在り方

制度運営の見直し

- 1 保険者機能の強化
- 2 事業計画、基盤整備の在り方を見直し

見直しの進め方

第3 被保険者・受給者の範囲について

- 1 これまでの経緯
- 2 問題の所在
- 3 本部会における審議状況

これを受け、厚生労働省は、総合的な介護予防システムの確立、施設給付の見直し、新たなサービス体系の確立等を内容とした「介護保険法等の一部を改正する法律案」を第162回国会に提出した。この法案は、2005（平成17）年5月10日に一部修正の上、衆議院において可決され、同年6月22日に参議院で可決・成立した。

その主な内容としては、新予防給付の創設や地域支援事業の創設により、「明るく活力ある超高齢社会」を目指し、市町村を責任主体とし、一貫性・連続性のある「総合的な介護予防システム」を確立することや、在宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険施設に係る給付の在り方を見直すことなどがあげられる。

また、当該改正法では、日常生活圏域において、小規模で多様かつ柔軟なサービスを展開するため、小規模多機能型介護、夜間対応型訪問介護などの「地域密着サービス」を創設し、市町村が事業者を指定し、地域の実情に応じて運営基準・介護報酬等も変更できることとされており、それぞれの市町村ごとに地域の状況に応じた取組みが展開されることとなる。

図表2-1-12▶

図表2-1-12 介護保険法等の一部を改正する法律の概要

1 予防重視型システムへの転換

(1) 新予防給付の創設

「自立支援」をより徹底する観点から、軽度者に対する保険給付について、現行の要支援者を対象とする「予防給付」と要介護者を対象とする「介護給付」の一部を再編成し、現行の「要支援」及び「要介護1」を対象とし、給付内容を見直した「新予防給付」を創設する。

(2) 地域支援事業の創設

要支援や要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化する観点から、市町村が効果的な介護サービスを実施する「地域支援事業」を創設し、要支援、要介護になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な介護予防事業を介護保険制度に位置づける。

2 施設給付の見直し

(1) 居住費・食費の見直し

在宅と施設の利用者負担の公平性、介護保険と年金給付の調整の観点から、介護保険施設などにおける居住費、食費を保険給付の対象外とする。

(2) 低所得者に対する配慮

低所得者の施設利用が困難にならないよう、負担軽減を図る観点から新たな補足的給付を創設する。

3 新たなサービス体系の確立

(1) 地域密着型サービスの創設

認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加等を踏まえ、一人一人ができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供が可能となる「地域密着型サービス」を創設する。

(2) 地域包括支援センターの創設

地域における介護予防マネジメント、総合的な相談窓口機能、権利擁護、包括的・継続的マネジメントの支援を担う「地域包括支援センター」を創設する。

(3) 居住系サービスの充実

ケア付き居住施設の充実、有料老人ホームの見直しを行う。

4 サービスの質の確保・向上

(1) 情報開示の標準化

利用者の適切な選択と競争の下で、良質なサービスが提供されるよう、介護サービス事業者に事業所情報の公表を義務づける。

(2) 事業者規制の見直し

指定の更新制の導入、欠格要件の見直し等を行う。

(3) ケアマネジメントの見直し

ケアマネジャーの資格の更新制の導入、研修の義務化等を行う。

5 負担の在り方・制度運営の見直し

(1) 保険料の在り方

保険料の設定方法について、低所得者に対する保険料軽減など負担能力をきめ細かく反映した保険料設定に見直すとともに、保険料の徴収方法について、特別徴収（年金からの天引き）の対象拡大等を見直しを行う。

(2) 要介護認定事務の見直し

居宅介護支援事業者等による申請代行や認定調査が、利用者の意志に反した過度の掘り起こしにつながっていると指摘等を踏まえ、公平・公正の観点から、申請代行・認定調査の見直しを行う。

(3) 保険者機能の強化

保険者機能強化の観点から、都道府県知事の事業者指定における市町村長の関与を強化、市町村長の事業所への調査権限の強化を行うとともに、市町村等の事務負担の軽減と効率化を図る観点から、行政事務の外部委託について、守秘義務規定等の整備を行う

6 被保険者・受給者の範囲

政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、平成21年度を目途として所要の措置を講ずるものとする。

(地域における介護施設等の整備の促進について)

高齢化の進展や高齢者単身世帯の増加が見込まれる中で、高齢者が住み慣れた身近な地域で暮らし続けることができるよう、地域における介護サービス基盤の計画的整備を推進するため、2005（平成17）年度から、「地域介護・福祉空間整備等交付金」を創設した。本交付金の交付にあたって、市町村においては日常生活圏域を設定し、面的な配置構想を基に小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスや介護予防拠点等の整備を盛り込んだ「市町村整備計画」を、都道府県においては特別養護老人ホームなどの広域的な施設の整備（個室・ユニット化のための改修を含む）を盛り込んだ「施設生活環境改善計画」をそれぞれ策定する必要がある。国は、それぞれの計画全体に対し交付金を交付し、交付を受けた都道府県・市町村は、交付金総額の範囲内で地域の実情に合わせて、各事業者への助成の程度を柔軟に変更できることとなっている。

この交付金により、地方自治体の創意工夫をいかしながら、介護サービス基盤の整備を計画的に進めることができる。

(2) 地域の特性に応じた介護に関する取組み

(地方自治体における介護に関する取組みの具体例)

NPO・ボランティアを中心とした介護予防事業（愛知県高浜市）

高浜市は、人口40,981人、高齢化率15.79%（2004年10月現在）であり、介護保険サービスの基盤整備がほぼ整っており、介護保険料額は3,388円で全国平均を上回っている。同市は介護予防の観点から国の基準以上に利用できるサービスを上乘せし、要支援等の比較的軽い段階から手厚い居宅サービスを提供するとともに、横出しサービスとして要介護者等に対する介護用品等の購入ができる介護支援券の支給や要介護者等

及び自立の高齢者に対する住宅改修給付を実施している。

介護予防事業は、NPO等が主体となって運営されており、具体的に次のような事業を実施している。

- ・ 宅老所

おおむね65歳以上で見守り等の必要がある者を一時的に預かり、一緒に話や食事をする事で利用者の精神的サポートを行うとともに、保健師による認知症予防講座等を積極的に実施し、利用者の認知症予防に役立てる。

図表2-1-13 宅老所「じい&ばあ(喫茶コーナー)」のボランティアの様子



- ・ わかぎ塾

認知症予防事業として、宅老所において、レクリエーションなどによる右脳刺激訓練及び体操やゲームなどの軽運動を中心に、高齢者の身体各部の廃用性萎縮を防ぐために実施するものである。運営には専属ボランティアも参加し、参加者の健康と生活の見守りとしての役割も担っている。

図表2-1-14 わかぎ塾「大型犬棒カルタ」の様子



- ・ かまど塾

虚弱等高齢者に対して介護を要する状態をできるだけ防ぎ、元気の度合いを増加することを目的に、保健師や管理栄養士をスタッフとして、栄養診断、会食会等を行う。

- ・ IT工房「くりっく」

パソコンをツールとした高齢者同士や子、孫との交流、他の地域の高齢者との積極的な交流により介護予防施策として閉じこもり予防、認知症予防を図る。

主治医、専門職、民生委員等が連携したケアマネジメントへの取組み(広島県尾道市)

介護保険制度においては、ケアマネジメントが制度化されており、これに基づいてケアプランを作成し、サービス提供が行われているが、尾道市では、地域の医師会の協力の下、基本的にすべての利用者について、医師が参加したサービス担当者会議を開催し、ケアプランの作成、サービスが行われている。これにより、退院して在宅復帰した後に、在宅介護と在宅医療が、利用者ごとに包括的・継続的に提供されるようになってきている。また、尾道市では、主治医だけでなく、社会福祉協議会、民生委員が連携して、地域の高齢者を支える体制ができており、こうした専門職や地域の関係者が参加したケアマネジメントにより、介護保険だけでなく、医療や地域の支え合い等が連携した地域ケアの取組みが進められている。

図表2-1-15 ケアカンファレンス風景



要介護状態になっても地域で住み続けることができる取組み（兵庫県神戸市）

神戸市では、高齢者向けの災害復興市営住宅（シルバーハウジング）に、特別養護老人ホーム、高齢者介護支援センターを併設し、要介護状態になってもできる限り住み慣れた住居で生活を続けられるようにする取組みが行われている。災害復興市営住宅には、生活援助員等が巡回訪問して日常の相談等に応じるとともに、緊急通報装置、生活リズムセンサー（熱感知センサーなど）を整備し、併設の高齢者介護支援センターでも安否確認をしており、いざという時は、併設の特別養護老人ホーム等の職員が駆けつけるようにしている。

介護予防事業（兵庫県篠山市）

篠山市においては、介護予防に積極的に取り組んでおり、平成16年度には、閉じこもり予防・口腔ケア・筋力向上トレーニングなどに取り組んでいるほか、市独自に、要支援・要介護認定の対象とならないお年寄りを対象に水中運動を実践する「シルバーウォーター・スクール」等を開催しており、健康を維持増進させ、要介護状態になることを予防する取組みをしている。

見守り支援サービス事業（山形県鶴岡市）

山形県鶴岡市においては、平成14年11月から、認知症の高齢者の在宅生活を支えるため、独居などの認知症の要介護者に対して、介護保険のサービスが利用されていないすきまの時間帯に、一定の研修を受けた者が見守りや話し相手などを行っている。

ホーム・シェアリング方式事業（鳥取県南部町）

鳥取県南部町においては、在宅生活を希望しつつも、在宅での生活に不安を抱いている要介護者・家族を支え、安心して、在宅生活を継続してもらうために、要介護者2～3人を一組として、1～2ヶ月間ごとに特別養護老人ホームの一室を交互に利用、入所する「ホーム・シェアリング方式」事業を行っている。

（3）国と地域の役割分担・連携についての課題と今後の在り方

これまで地域における介護保険の状況を検証してきたが、介護保険制度は、制度の成り立ちから家族の担ってきた高齢者介護を地域の公的サービスにより補完していくものであり、制度創設時点から市町村の参加を得て地域に受け入れられる制度を目指して作られたものである。介護保険について、国としては満たすべき介護サービスの水準を示しているが、地域住民に身近な市町村が主体となって運営され、各市町村において介護のメニューや事業量を決定し、サービスが提供されている。介護サービス

に関する地域差についても、それが高齢化の状況や世帯構成の違いに起因するものであれば受容すべきである。ただし、それが保険料の格差につながるような場合には国が財政的に支援を行うこととされている。また、地域の選択の結果による地域差については、本来あるべきものと考えられる。ただし、高齢者の地域における自立した生活のためには、在宅サービスによる支援をより推進していくことが必要であり、また、要介護認定等の事務が適切になされていないことや地域の施設サービスの偏在などに起因する地域差については、介護保険給付費の増加という形で国民全体の負担増という影響を与えるものであり、こうした格差については是正すべきである。

今回「介護保険法等の一部を改正する法律」における要介護認定事務の公平・公正の観点からの見直し、施設サービスと居宅サービスの利用者の公平性の確保の観点からの施設給付の見直し、介護予防の観点からの軽度者に対する保険給付の見直しなどを図ることにより、結果として介護給付費の地域差の縮小にもつながるものと考えられる。

その一方で、それぞれの地域の包括的なケアシステムを確立するため、地域支援事業や地域密着型サービスの創設、市町村の保険者機能の強化などを行うこととしており、地域の実情にあわせた市町村それぞれの積極的な取組みを支援することとしている。

また、2005（平成17）年度から「地域介護・福祉空間整備等交付金」を創設し、各地方自治体が地域の実情に合わせて裁量や自主性をいかしながら、小規模特別養護老人ホーム等の地域密着型の介護サービス拠点等を整備することを国が支援していくこととしている。

このように、今後は、それぞれの市町村が地域で介護を必要とする高齢者が適切な介護を受け、暮らしていけるよう、地域の実情に応じた介護サービスなどの地域ケアの体制の確立を目指した積極的な取組みがますます求められるとともに、国は、それぞれの市町村の独自性を尊重して、介護サービスの基盤整備を推進するなどの支援を行うことが重要である。

第2節

障害者を取り巻く地域の状況と取組み

1 障害者の福祉及び雇用に関する制度と地域差の要因

(1) 障害者の福祉及び雇用に関する制度の沿革

(措置制度から支援費制度へ)

戦後の障害福祉施策は、1949（昭和24）年に制定された身体障害者福祉法に基づいて、戦傷病者などの対策を中心として出発したものであり、現在は、同法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法などに基づいて、実施されている。その間、1993（平成5）年のいわゆる福祉八法の改正により、従来は都道府県の事務であった身体障害者の施設入所の措置に関する事務が市町村に権限委譲されるなど、全国的なサービス水準を確保するための企画立案を国が行いつつ、地域の多様なニーズに応じ、住民に身近な市町村が中心となって障害福祉サービスを提供する体制づくりが進められてきたところである。

障害者に関する施策については、1993年に心身障害者対策基本法が障害者基本法に改正されるとともに、同年に国の障害者対策推進本部（1996（平成8）年に障害者施策推進本部に改称）において、従来の「障害者対策に関する長期計画」（1983（昭和58）年～1992（平成4）年）の後継計画として、1993年度からおよそ10年間の我が国の障害者施策の基本的な方向を示す計画として「障害者対策に関する新長期計画」が策定された。また、1995（平成7）年に障害者対策推進本部において策定された「障害者プラン」は、福祉サービスなどに関する具体的な数値目標を定めており、これらの法律や計画に基づき、総合的・横断的に様々な施策が進められてきた。

身体障害者（児）や知的障害者（児）の福祉サービスの利用については、社会福祉基礎構造改革の一環として、障害者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービスの提供を実現するため、2000（平成12）年の身体障害者福祉法等の改正により、利用者ニーズへの対応の視点から、行政が行政処分によりサービスを決定する措置制度を改め、障害者自らがサービスを選択し、事業者との対等な関係に基づき、契約によりサービスを利用する「支援費制度」を導入することとされ、2003（平成15）年4月から実施されたところである。

2002（平成14）年には、障害者対策に関する新長期計画及び障害者プランに引き続くものとして、2003年度を初年度とする新しい障害者基本計画（新障害者基本計画）が閣議決定され、障害者基本計画の具体的な目標を定める重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）が障害者施策推進本部において策定された。

また、障害者の雇用対策については、1960（昭和35）年に、身体障害者雇用促進法が制定され、国による障害者に対する職業紹介、事業主に障害者の雇用を義務づける雇用率制度等が定められ、国において実施する雇用対策の中に障害者雇用対策が明確に位置づけられた。1987（昭和62）年には、「身体障害者雇用促進法」が「障害者の雇用の促進等に関する法律」に改正され、対象者が身体障害者から知的障害者、精神障害者を含むすべての障害者に拡大された。

1992年には、障害者の雇用の促進等に関する法律の一部改正により、障害者雇用対策を総合的かつ計画的・段階的に推進するため、障害者雇用対策基本方針を策定することとされた。

（2）障害者の福祉及び雇用の地域差とその要因

（障害福祉サービスの状況は地域ごとに大きな差がある）

地域における障害福祉サービスについて、支援費制度の中心となるホームヘルプサービスの都道府県別の利用者数や平均利用時間、サービス実施市町村数などの指標により、サービスの利用状況や提供体制の地域差を検証する。

2003（平成15）年度に支援費制度が始まってから、障害福祉サービスの利用者は増加している。例えば、ホームヘルプサービスの支給決定者数は、2003年4月から2004（平成16）年10月までの間に、身体障害者で1.36倍、知的障害者で1.77倍、障害児で2.41倍に増加している。

一方、サービスの地域差を見てみると、2003年4月における都道府県別の人口1万人当たりの支援費ホームヘルプサービスの支給決定者数は、最大の滋賀県26.8人から最小の福井県3.4人まで7.8倍の地域差がある。また、人口10万人当たりの身体障害者ホームヘルプサービスの利用者数は、最大の大阪府116.5人から最小の静岡県21.2人まで5.5倍の差、人口10万人当たりの知的障害者ホームヘルプサービスの利用者数は、最大の大阪府45.1人から最小の茨城県1.9人まで23.7倍の差、人口10万人当たりの障害児ホームヘルプサービスの利用者数は、最大の滋賀県28.8人から最小の富山県0.7人まで44.4倍の差となっている。さらに支援費制度の対象サービスではないが、人口10万人当たりの精神障害者ホームヘルプサービスの利用者数は、最大の青森県26.7人から最小の佐賀県2.3人まで11.6倍の差が存在している。

利用者数だけでなく、1人当たりの利用時間についても、2003年4月における都道府県別の支援費ホームヘルプサービスの1人当たり平均利用時間数は、最長の東京都40.6時間から最短の石川県8.6時間まで4.7倍の地域差が存在している。

図表2-2-1 ▶

図表2-2-2 ▶