



筑紫女学園大学リポジト

「障害の普遍化」と福祉

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2014-02-14 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 新家, めぐみ, SHINKE, Megumi メールアドレス: 所属:
URL	https://chikushi-u.repo.nii.ac.jp/records/180

「障害の普遍化」と福祉

新 家 めぐみ

A meaning of “the universalization of disability” in social welfare for the disabled

Megumi SHINKE

はじめに

1990年代に入って、医療・福祉政策にかかわる言説を中心に、障害という現実を人間に普遍的な状態と規定する「障害の普遍化」が提唱されるようになってきた。ここでは、主に脳血管疾患や心臓病などの慢性疾患の増加・蔓延現象が問題とされており、その発生については加齢とともにリスクが高まるために、したがってその欠損治癒＝「障害」は“誰にとっても起こりうる身近な問題”と考えられている。いまや「障害」は、一部のごく限られた者たちだけがかかえる問題ではなく、ひろく全国民のそれとして認識されはじめたと言えるだろう。

こうした状況は、1990年代から本格的に実施された社会福祉基礎構造改革において、措置制度から利用契約制度への転換と、それに伴う地方分権化、福祉サービス供給主体の多様化（民間活力の導入や規制緩和）と同時に、これまでの高齢や障害といった属性や年齢による区分にもとづく縦割り行政を廃止して、介護や訓練という福祉サービスの“機能”別再編を志向する動向と連動しているように思われる。

この点にかかわって、「障害の普遍化」をめぐる問題を「障害概念の拡散」と捉える杉野昭博氏は、『障害の普遍化 the universalisation of disability』の名の下に、意図的かつ政治的にリハビリテーションの対象範囲の拡大が図られている」と述べて、その理由を次のように説明している。

「ICIDH 2が採用した『普遍的アプローチ』によれば、『障害』とは一部の『障害者』だけの問題ではなく、すべての人間が多かれ少なかれもつ『人間に普遍的な状態』として定義される。こうした考え方は、わが国でも『人は誰でも老化による障害をもつことになる』と『誰もが潜在的には障害者である』といったリハビリ・イデオログによる言説を通じて普及しつつある。実際に、現在のリハビリ・サービスの大多数は障害当事者運動の担い手などではなく、『もの言わぬ高齢者』である。しかも後期高齢者のリハビリテーション・サービスの意義については疑問の声もあがっている（春山満『介護保険・何がどう変わるか』講談社現代新書、1999）。むしろ老人保健福祉の現場では、かつての『薬漬け・検査漬け』と同様の保険報酬めあての『リハビリ漬け』

が行われている可能性は否定できない。…中略…『障害の普遍化』というリハビリテーション・ロビー(業界団体)の主張の背景には、やっかいな障害当事者運動からの批判をかわずとともに、『高齢者』という巨大マーケットをリハビリ・サービスの対象として確保できるという事情が存在する。」⁽¹⁾(傍点引用者,以下同じ)

社会福祉基礎構造改革が何よりもまず高齢者福祉の領域から着手されたひとつの要因として、高齢者に「巨大マーケット」としての新たな価値が見出されたという事態を看過することはできない。事実、2003〔平成15〕年4月には、リハビリテーションが介護報酬のなかに組み入れられ、その効果を求めるケアプランの立案が期待されるようになってきている。それだけに、高齢者をリハビリテーションへと駆り立てる業界団体の戦略を支え・推進するイデオロギーとしての「障害の普遍化」という指摘は重要であるだろう。

しかし、ここで留意したいのは、氏の指摘それ自体よりもむしろ、「障害」の普遍性がことさらに強調され、それがもつばら高齢障害者を対象とすることによって、従来の障害問題やそれへの対応がどのように変質・変容したのかという点である。結論先取的に言えば、全国民に対象範囲を拡大させた普遍的「障害」という捉え方は、様々な生活上の問題を捨象してその意味内容を介護の問題に矮小化させており、そのために障害当事者が被ることになる社会生活上の影響は決して小さくないように思われる。

本稿では、このような観点から、「障害の普遍化」言説のひとつを取り上げ、それらに導かれるような形で進行している「障害の普遍化」の政策過程の分析を行い、そこに孕まれる諸問題について少しく考察・検討を加えることを課題としたい。

1. 「障害の普遍化」とは何か

わが国では、高齢者人口の増加に伴い、とりわけ1990年代に入って高齢患者の増加も顕著になってきた。1994〔平成6〕年、わが国の人口高齢化率(総人口に占める65歳以上の人口割合)は14%に到達し、いわゆる高齢社会に突入したことは周知のとおりである。その前年には、全入院患者に占める65歳以上の高齢患者の割合は、約5割(48%)に達している。

高齢患者の増加に伴って、国民医療費は毎年1兆円の伸幅で増加を続け、医療保険財政の悪化が露呈してきた。とくに、70歳以上の高齢者を対象とする老人医療費の増大は、この制度に拠出している健康保険制度等の財政を圧迫していた。こうした事態を受けて、これまで脳血管疾患や心臓疾患など慢性疾患として取り扱われてきたもののうち、65歳以上のそれが“老人退行性疾患”と名付けられ、それへの対応が問題として語られはじめた。

そのような状況を捉え、「障害の普遍化」を唱えるオピニオン・リーダーの一人である広井良典氏は、『後期生殖期(老年期)が普遍化する時代』としての高齢社会とは、自ずと『障害が普遍化する社会』の問題であると断じ、老人退行性疾患をめぐる問題について、「健康転換 health transi-

tion」の概念を用いて以下のように論じている。長い引用となるが、問題認識の把握のためには重要な部分であるので、煩をいとわず引いておきたい。

ちなみに氏は、「健康転換」について、「公衆衛生や国際保健の分野で近年唱えられるようになったコンセプトであり、疾病構造の転換を、人口構造や就業構造、産業構造といった社会経済システムの転換と一体のものとして、総合的かつダイナミックにとらえていこうという考え方である」と述べて、これを、飢餓・疫病から感染症への段階〔健康転換第1相〕、感染症から慢性疾患への段階〔健康転換第2相〕、慢性疾患から老人退行性疾患への段階〔健康転換第3相〕の三つの段階に区分している。

「まず健康転換第1相の段階では、原因は個々人の生活というよりは病原菌そのものや、都市環境の衛生といった、個人を超えた要素にあるのだから、予防接種や衛生水準の向上といった公衆衛生施策がキーとなる。経済学的に言えば、これはいわゆる『公共財』の提供であり、市場で提供されるのは困難であって、政府が『税』を財源に提供しなければならない。」ところが第2相の慢性疾患の段階になると、こうした公衆衛生施策は表舞台から退く。なぜなら、慢性疾患が『生活習慣病』と呼ばれるように、ここに来て“病気は『個人』の問題となる”からである。したがって、個々人が一定の保険料を支払い病気に備えるという、個人をベースにすえた、『保険』というシステムが有効になるのであり、こうして国で公的医療保険制度が整備されていったのである。また、感染症の場合と比べ、慢性疾患の治療ははるかに高度な医療技術が必要であり、...中略...治療にも一定以上の期間が必要となることから、一定以上の機器及びスタッフをある場所に集中的に投入して対応するほうが有効かつ効率的である。こうして供給面では『病院』というシステム中心の医療が浸透していった。」「慢性疾患から老人退行性疾患への『健康転換第3相』は、...中略...質的な変化を含むものであり、対応システムについても新しいフレームが求められている。ところが、...中略...これを従来の『慢性疾患』の段階のフレームで対応しようとしたために、様々な混乱や問題が生じたのである。」「老人の場合、身体の生理的な機能は、生物本来のメカニズムとして『不可逆的に』低下していくものであり、したがって若い人（ないし通常の慢性疾患）に想定されるような『治療』は本来的に困難であり、やみくもに治療を図ろうとすることはかえってその生活の質を低めることになる。つまり『医療モデル』に対する『生活モデル』、あるいは『疾病』ではなく『障害』にとらえた上での対応が求められる。こうしてこの健康転換第3相はそのまま高齢者介護問題とつながることになる」⁽²⁾。

この広井氏の論のどこに「疾病構造の転換を、人口構造や就業構造、産業構造といった社会経済システムの転換と一体のものとして、総合的かつダイナミックにとらえ」る考え方が提示されているといえるだろうか。そこでは疾病構造の転換をこれに対応する社会システムと人口高齢化によるその破綻という図式で問題を（単純化して）捉えているために、そこから近年問題化しているような若・中年層の疾病問題（慢性疾患）が捨象され、慢性疾患はもっぱら老人退行性疾患と置き換え

られて、「高齢者介護問題」へとつなげられている。

すなわち、「生理的な機能」の観点からしても、「生活の質」(QOL)の向上という点からいっても、老人退行性疾患に対する治療が望ましくないとすれば、その患者は本来的に医療モデルでの対応になじまない。また、高騰する老人医療費の削減という観点からしても、そうした患者を入院の対象から除外して地域生活へ移行させることは急務である。もとより、医療の側からすれば、このなかには1980年代にすでに顕在化していながら高齢者介護問題への対策を放置してきたために生じた社会的入院が多分に含まれているのだから、その対応を福祉が担うのが妥当とされるのである。

したがって、従来慢性疾患と捉えられていた老人退行性疾患を「障害」として捉え直し、これへの対応としては、「医療モデル」(疾病 - 治療)から「生活モデル」(障害 - 介護)への転換を基軸として、介護システムを整備する必要がある。その際、供給面での再編については、「資源の適正利用」の観点から、それぞれ機能の異なる医療と福祉を切り結ぶケアマネジメントの重要性が指摘され、財源の確保については、「『介護保険』にとどまらず、医療も視野に収めながら、高齢者医療・福祉についての統合的なシステムを築いていくことが課題となる」というのである。

ここでひとまず、氏の議論にみられる「障害の普遍化」の内実を総括すれば、それは何よりも老人退行性疾患の増大・蔓延現象として捉えられており、障害問題は高齢障害者の介護問題に矮小化されている。その原因は脳卒中や心臓病などの慢性疾患関連型が上位を占め、そのうち71%は18歳以降に、52%は40歳以降に発生しているために、“人間誰しも歳を取るのだから、みんな潜在的に障害者である”というロジックがしつらえられるわけである。

しかしながら、「障害の普遍化」をめぐる問題を、単に高齢障害者問題とその量的拡大 = 普遍化の問題として理解することは、その本質を見誤ることになる。なぜなら、広井氏の次の言説のうち如実に示されているように、これは「新しい質の問題」だからである。

「これまでの高齢化問題は、いわば『65歳問題』であり、60ないし65歳、つまり定年退職後(すなわち稼働能力喪失後)の所得保障をどうするか、ということが中心であった。『定年退職』と表裏の問題である『年金』問題がその核にあったことは言うまでもないし、そこでは医療問題もまた、関心の焦点は医療費の『経済的負担』をどうするかということであった。...中略...しかし、介護はこうした意味での高齢化問題としてとらえられるべきではない。介護問題は、そうした退職に伴う年金や医療の問題とは一段違うレベルにある問題として理解される必要があり、象徴的にいえば、従来からある『65歳問題』としての高齢化問題ではなく、『後期高齢者(75歳ないし80歳以上の高齢者)』の増加に伴う、新しい質の問題としてとらえられるべきである。なぜなら、介護リスクが急上昇するのは、60 - 65歳といった『定年退職』というライフステージにおいてではなく、75 - 80歳前後の段階以上においてだからである。」⁽³⁾

「障害の普遍化」現象のなかに「新しい質」の問題を見出す広井氏は、「高齢化問題」を「65歳問題」 = 「定年退職後の所得保障」と「後期高齢者」問題 = 介護問題とに峻別し、後者は前者の問題

に加えて発生してくる問題として「ではなく」、「一段違うレベル」、つまり所得保障とは別次元の問題であると断じている。ここでは、すでに定年退職し75歳～80歳をむかえた者、すなわち貯蓄もあり年金によって所得が一定程度保障されている後期高齢者が標準的な利用者像として想定されているために、「障害」問題は、年金や医療費の経済的負担等の所得保障の問題をあらかじめ除外した、純然たる介護問題（その供給体制や財政）に限定されていることに留意しておきたい⁽⁴⁾。

しかし、こうした問題認識は、後期高齢者の問題に限っても、公的年金制度の劣化が課題視されている現在、そこにおける問題を不問に付したまま、低所得高齢者の存在を意識的にか無意識的にか捨象して、高齢障害者問題を介護問題に矮小化しているように思われる。

2. 「障害の普遍化」への対応 - 障害者福祉の再編

1994〔平成6〕年2月以降、介護保険構想が浮上してくると、障害者福祉施策の充実に向けて「高齢者対策との緊密な連携」がにわかに叫ばれるようになってくる。先にみた、老人退行性疾患の増大・蔓延現象＝「障害の普遍化」をめぐる問題に障害者福祉の領域としてどのように対応していくかが課題とされてくるのである。

1994〔平成6〕年9月、「今後の障害者保健福祉施策のあり方全般について幅広く検討を行う」ことを目的として、厚生省内に設置された障害者保健福祉対策推進本部は、翌年7月「中間報告」をまとめた。そこでは、「脳血管疾患や心臓疾患などの慢性疾患の増加や高齢化の進展を背景として、身体障害者の半数を65歳以上の高齢者が占め、その発生年齢も18歳以降が大半を占めている。…中略…さらに、社会構造が複雑化する中で、メンタルヘルスの重要性が指摘されるなど、障害は誰にとっても起こりうる身近な問題となっており、高齢者対策との緊密な連携を含め、こうした状況に対する適切な対応が求められている」という現状認識に立って、以下のような「基本的方向と骨格」が示されている。

「この報告においては、ノーマライゼーションの理念を踏まえ、障害のある人々が社会の構成員として地域においてふつうに生活を送ることができるようにすることを基本目標とし、官民の連携と役割分担のもとに地域社会における支援体制を整備していくことを明らかにした。

このため、従来の障害種別に細分化されていた施策を、利用者の利便、サービスの効率的な提供を図る観点から次の方向で整理した。

- ① 住民にとって最も身近な市町村において必要なサービスを受けられること
- ② 障害種別により縦割りとならないようなサービス体系を確立すること
- ③ 市町村におけるサービス体制を支援する観点から、市町村、複数市町村を含む広域的圏域、都道府県それぞれの役割分担を明確にすること」

このような方向性にもとづいて、障害当事者の地域社会における生活支援は、(1)住まいの確保、

(2)働く場ないし活動の確保，(3)介護等のサービスの充実，(4)社会参加の計画的推進，(5)福祉のまちづくりの推進を行うものとされ，その具体的内容については，以下のように総括することができるだろう。

- (1) 住まいの確保：障害当事者の「自立度を高くする」ための公共賃貸住宅の整備やバリアフリー型住宅の普及，一定の支援が必要な者に対するグループホームや福祉ホーム等の整備を推進する。
- (2) 働く場ないし活動の確保：「地域における障害者の自立支援のためには住まいと就労ないし活動の場を一体的に整備していくことが重要であり」，このため，一般企業への就労や授産施設，デイサービスセンター，小規模作業所などの施設における福祉的就労を計画的に整備する。
- (3) 介護等のサービスの充実：「地域における障害者の自立生活の支援のため，介護等のサービスの充実は今後の障害者施策の最も大きな課題のうちの一つである」という認識のもと，「障害者のニーズ」に的確に応えるため，ホームヘルプサービス，デイサービス，ショートステイ，ガイドヘルパーなどのサービス供給体制を整備していく必要がある。

とくに「高齢者対策との緊密な連携」については，「地域における生活支援を図っていくという点で共通する面が多いことから，高齢者サービスと障害者サービスの共同利用など高齢者施策と十分な連携を図る」こと，さらには「医療との緊密な連携」の重要性が指摘されている。

ところで，この「中間報告」は，のちに「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略」(1995〔平成7〕年12月)へとつながる，今後の障害者保健福祉施策の「基本的な方向と骨格」が示されたものであるが，それ以前の「障害者対策に関する長期計画」(1982年3月，以下「長期計画」と略記)や，その後10年間の障害者施策の計画が示された「障害者対策に関する新長期計画」(1993年3月，以下「新長期計画」と略記)を受けて作成されたものではない。なるほど，国際障害者年で提唱されたノーマライゼーション理念の具現化がその「基本的方向」として継承されてはいるが，「新長期計画」と「中間報告」の間にはおよそ二点の断絶が認められるように思われる。

そのひとつは，施策展開の枠組みについてである。「長期計画」「新長期計画」ではともに，障害種別ごとの，その“特性”に応じた施策の充実が目指されていた。「新長期計画」では，障害者福祉サービスの充実を目指して，「障害者が社会生活を送る上での基本的な生活ニーズに対応するため，障害に応じた各種の福祉サービスの提供を確保すること，なかでも施設対策の推進にあたっては，「多種にわたる施設の種類を統合整理し，障害の特性や障害者のニーズに応じた施設体系を確立し，各地域で利用しやすい施設の整備を進める」ことが述べられていた。

ところが，「中間報告」においては，これに代わって「障害種別により縦割りとならないようなサービス体系」の樹立が目指されるようになる。なぜなら，「高齢者サービスと障害者サービスの共同利用」を実現させるためには，まずもってその「共通する面」=介護問題への対応を中心に「地

域における生活支援」体制が見直されなければならないからである。「中間報告」では、「現在の身体障害（児）者，精神薄弱（児）者，精神障害者関係の施設体系は，障害の種別や年齢等により分化している。このことは，障害の特性に応じたきめ細かな対応や施設入所を中心として処遇の専門性を確立するという面で大きな意義を有してきた」として，従来の施策体系を一定程度評価しながらも，「反面，施策が細分化された余りに，障害の種別や程度の違いが壁となって身近にある施設や各種サービスが利用できないなど，縦割りによる弊害も生じている。」それゆえ，「利用者の利便，サービスの効率的な提供」という観点から，障害の原因・種別や年齢を超えたサービス供給体制の一元化をはかっていこうというのである。

いまひとつは，障害当事者の所得保障の問題にかかわっている。すなわち，両「計画」ともに，障害当事者に対する福祉の増進の大前提として，所得の安定の確保が据えられていた点を挙げなければならない。「新長期計画」においては，「障害基礎年金等の年金，特別障害者手当等の各種手当は，障害者の生活を保障し，経済的自立を図る上で大きな役割を果たしており，その充実を図ることは大変重要である。このため，障害者に対する年金の給付額の充実を図るとともに，特別障害者手当，障害児福祉手当等各種手当についてもその充実を図る」と述べられていた。

にもかかわらず，年金や各種手当は「障害者の生活を保障し，経済的自立を図る上で大きな役割を果たしており，その充実を図ることは大変重要である」とする事態認識を一転させて，「中間報告」において，突如所得保障への言及が「障害無年金の問題」ととどめられるのは，「高齢者対策との緊密な連携」をはかるために，障害という問題が高齢障害者の介護問題に収斂された証左であるとみるべきであろう。前述したように，この問題に年金や医療費の経済的負担等の所得保障の充実を問う余地ははじめから与えられていないのである。

つまり，「新長期計画」にあっては，障害当事者の所得保障を基盤として，「社会生活を送る上での基本的な生活ニーズ」と「障害の特性や障害者のニーズ」とが階層をなして生活問題が構成されていたのに対し，「中間報告」では，そこから所得保障の問題と「障害の特性や障害者のニーズ」が捨象され，介護サービスの問題を中心に，住まい＝住宅の問題，就労・雇用問題，社会参加，「福祉のまちづくり」を内容とする「基本的な生活ニーズ」が生活問題として捉えられ直されているのである。

その上，「障害の普遍化」への対応としてのサービス供給体制の一元化の構想は，障害種別や程度と同時に年齢の枠をも解除して，福祉サービスの供給にかかる効率性・利便性の獲得と引き換えに，障害当事者が「地域においてふつうに生活を送る」ために解決を必要とする生活問題を介護問題に矮小化させていく。もしかりに，所得保障への配慮を欠いた地域生活が「ふつう」と捉えられているならば，そうした感性から健康で文化的な最低生活保障の発想を導出することは不可能であるだろう。

むすびにかえて - 「障害の普遍化」の意味

さて、前章では、「障害の普遍化」への対応として福祉サービス供給体制の一元化構想が浮上し、従来の障害問題が高齢障害者の介護問題に矮小化されていることを指摘したが、最後に、社会福祉基礎構造改革におけるその必然性について言及して本稿のむすびとしたい。その際、冒頭で引用した杉野昭博氏の『障害の普遍化』というリハビリテーション・ロビー（業界団体）の主張の背景には、...中略...『高齢者』という巨大マーケットをリハビリ・サービスの対象として確保できるという事情が存在する」という指摘を参考にして考えてみたい。

かつて、戦後最初の障害者福祉にかかわる独立立法として身体障害者福祉法 The Rehabilitation Act が制定されたとき、障害 = 欠損労働力と捉えられ、身体障害者の職業的自立を目指して、その欠損部分の補充を行うことが更生すなわちリハビリテーション援護と考えられていた。このリハビリテーション施策推進の根拠となったのは、障害のため、「社会経済生活より落伍して生活保護法による扶助を終身受けなければならなくなること」は、ただ本人の不幸であるばかりでなく、「国家全体の長期の経済的見地からしても甚だしく不利である」とする極めてネガティブな国家・公益主義の観点であった。すなわち、身体障害者に対する「更生の便宜」を講じることなく、その「困難な社会生活」を放置すること、あるいは生活保護法の対象とすることは、他でもなく国家・社会にとって「不利」とされていたのである⁽⁵⁾。

高度経済成長期において、この観点は引き続き踏襲され、1965〔昭和40〕年1月の経済審議会答申では、「リハビリテーション事業は本人の福祉のためにはもとより、国民経済的にみても国民のもつ労働能力を有効に活用するという意味から積極的に推進される必要がある」と述べられ、また、1966〔昭和41〕年11月の身体障害者福祉審議会答申では、障害者施策への投資によって、少しでも多くの障害者を税金消費者の立場から、職業的自立者つまり納税者の立場に移行させるという論理が展開され、そうした施策への国民的合意が障害者福祉やリハビリテーション政策の一定の拡充に寄与してきたとする認識が披瀝されている⁽⁶⁾。

つまり、支援費制度導入まで実施されることになる戦後更生行政においては、障害状況に応じた能力主義的選別により、経済的自立が可能者にはリハビリテーションを施して税金消費者から納税者に転換させ、それが適わない重度の障害者に対しては、その介護者の労働能力の活用という観点から、隔離・収容政策の対象として施設入所をはかり、障害者に投入する税金をできる限り縮小させるという点に国家・公益性が求められていたといえよう⁽⁷⁾。

しかし、こうしたリハビリテーションにおける国家・公益性は、1990年代に入り、障害問題が従来の欠損労働力の問題から高齢障害者の介護問題にシフトされるに伴って有効性を失い、障害者福祉施策推進の根拠としては意味をなさなくなる。なぜなら、老人退行性疾患に起因する「障害」をかかえる者に対するリハビリテーションに、なにがしかの自立に向けた効果を求めることは非現実的であり、何より、ここでは“豊かな”高齢者がその対象として想定されており、税金消費者を納税者へと転換せねばならない必要がないからである。

それでは、リハビリテーションにおける国家・公益性の現在の位相とは一体どのようなものであるだろうか。ここで想起されるのが、社会福祉基礎構造改革において進行している“再市場化”の戦略である。伊藤周平氏は、これを「かつて社会民主主義的な福祉国家論によって批判された市場原理を福祉の領域に再び導入することで、福祉国家の役割の縮小と公共支出の削減、福祉サービスの効率化を意図する」戦略であると述べたが⁽³⁾、人口高齢化によって「福祉の領域」に拓けてくるのは「『高齢者』という巨大マーケット」である。

したがって、従来採用されてきた方法、すなわちリハビリテーションを梃子としてその利用者に社会的有用性を発揮させるという方法によらずとも、市場の自由化を求めてやまない「リハビリテーション・ロビー（業界団体）」に、ただこれを拓くだけで国家・公益性に資することができるのである。

こうして、「障害」問題は「巨大マーケット」としての高齢障害者が対象とされることによって、リハビリテーションそれ自体の市場・公益性の論理のもと普遍化される。そうであるならば、「障害の普遍化」の提唱によって生じているのは、リハビリテーションの市場化であり、さらに言えば“障害の商品化”ともいうべき事態であるといわねばならない。

とはいえ、無論、障害という現実とは“他人事ではない”＝普遍性を有する問題であるという意味において、「障害の普遍化」が障害者福祉推進の理念として掲げられることそれ自体を否定するものではない。しかしながら、本来このような意味で流布されるこの「障害の普遍化」の言説が、ひとたび政策策定の道具として用いられはじめると、本論で触れたように、それがもつ実質的な意味は変化し、私たちの生活に不可欠な要素が切り捨てられていくのを看過することはできないのである。

障害当事者の自己責任・自己負担の増大を伴って、2005〔平成17〕年10月に制定されることになる障害者自立支援法が、本稿で検討した「障害の普遍化」への対応としての福祉サービス供給体制の一元化構想の延長線上にあることは言うまでもない。紙幅の関係上、現在、様々な批判にさらされている障害者自立支援法の内実とその課題についての分析・考察は今後の課題としておきたい。

注

- (1) 杉野昭博「リハビリテーション再考」『社会政策研究1』東信堂、2000年、p.159
- (2) 広井良典『ケアを問いなおす』岩波新書、1997年、p.106～112
- (3) 広井良典『前掲書』p.103～105
- (4) 1990年代以降、これまでの「弱者」としての高齢者イメージの見直しを迫る「新しい高齢者像」の要請に対して、渋谷望氏は、「『弱者』としての高齢者イメージが『画一的』であるならば、『豊か』で『意欲ある』高齢者イメージの強調も、同様に『画一的』であるといわざるをえないということである。逆にいえば、高齢者が『多様』な存在なのであれば、そのなかに『弱者』も含まれていて当然のはずである。そもそもポジティブなイメージ（『豊か』、『意欲』、『活力』）の強調と、高齢者の『多様性』の強調は、論理的に同じものではない。厚生白書にみられる両者の短絡的な接合は、『多様な』

高齢者のなかの『弱者』の存在を故意に言い落としているようにさえみえる」と述べて、高齢者をひとくくりに、競争を生き残る「能力」「意欲」「活力」を備えた経済的に「自立」した主体、そして「自己責任」において「リスク」を管理する主体となることを要請するネオリベラルな社会編成を批判している(渋谷望「高齢者アイデンティティをめぐるポリティクス」渋谷望他編『エイジングと公共性』コロナ社、2002年、p.187)。

- (5) 松本征二『身体障害者福祉法解説』中央社会福祉協議会、1951年、p.32
- (6) 身体障害者福祉審議会答申「身体障害者福祉法の改正その他身体障害者福祉行政推進のための総合的方策」(1966年11月24日)を参照。
- (7) 経済審議会答申「中期経済計画」(1965年1月)を参照。
- (8) 伊藤周平『「構造改革」と社会保障 - 介護保険から医療制度改革へ』萌文社、2002年、p.35