

意見書

平成30年11月28日

山崎 光弘

1. 私は、NPO法人日本障害センターの事務局次長 山崎 光弘です。1973年9月、栃木県佐野市に生まれました。1996年4月早稲田大学文学部に入学、2000年3月に学士号を取得。2001年4月、埼玉大学大学院文化科学専攻 修士課程に進学、2003年3月修士号を取得。その後、2004年に東京大学大学院総合文化研究科超域文化科学研究科人間の安全保障プログラム（文化人類学専攻）博士課程に進学し、2012年に単位取得退学をしました。2006年には同プログラムでリサーチアシスタントを、2011年と2013年は埼玉大学教養学部で非常勤講師を務めました。2012年からは特定NPO法人 日本障害者協議会で政策委員となり、2014年からNPO法人 日本障害者センターで勤務しています。また、2017年からは公益財団法人 日本医療総合研究所の研究者および同研究所の医療動向モニタリング小委員会の委員も務めています（研究実績等については別紙1参照）。

日本障害者センターは、障害者権利条約の批准が焦点になっていた2000年代初頭、障害者施策の見直しが求められる中で、この動向に係る正確な情報を提供すること等を目的として2002年に設立されました。この具体化のために、当センターは相談事業・情報提供事業・調査研究事業・研修事業等を行っています。その一環として、当会は2014年に65歳問題検討会を立ち上げ、2014年～2015年にかけて介護保険優先原則の運用に係る自治体アンケート調査を行いました。この目的は、自治体における介護保険優先原則と障害福祉サービスの「上乘せ・横出し」に係る運用実態を明らかにすることでした。その後も、当センターでは介護保険へ移行した高齢障害者等の方の困りごと等に関する相談に対

応するとともに、同問題に起因する問題の情報収集を行っています。

また、特定NPO法人 日本障害者協議会（以下 JD）とは、1980年に「完全参加と平等」や「ノーマライゼーション」の実現を目的として設立され、障害の種別や立場、考えの違いを乗り越えて活動を行なっている団体です。JDは障害者総合支援法施行後三年目をめどとした見直しにあたって、6つのワーキンググループを設立、政策提言をまとめました。私はそのうちの一つ、障害と高齢・介護保険優先原則に係るワーキンググループの共同責任者を務めました。こうした経験等を踏まえて、天海さんの事件について意見を述べます。

2. 天海さんの代理人から、「障害を負う方が、満65歳に達した際の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下 障害者総合支援法）第7条の適用について、全国の自治体でどのような扱いがなされているか、どのような問題が生じているかについて、教えてほしい。」と言われましたので、そのことについて、述べます。

（1）岡山市浅田達夫さんの件

この裁判の中でも証拠として提出されていますが、岡山市在住の浅田達夫さん（非課税世帯・単身生活）が、法第7条を適用して障害福祉サービスの受給申請を却下され、訴訟提起をしたところ、平成30年3月14日、岡山地裁で原告勝訴の判決が言い渡されました。この事件については、現在、広島高裁で審議中です。

私は、上記浅田さんと本件原告の天海さんの事例以外に、65歳に達した障害を負う方が法第7条の適用により、障害福祉サービスの受給申請を却下され、障害福祉サービスが即時打ち切られたというケースを把握していません。

（2）自治体における介護保険未申請高齢障害者への対応

2014年度の厚生労働省による調査「障害者の日常生活及び社会生活を総

合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」(以下「2014年度 厚労省調査」)によれば、障害者が65歳に達する等によって介護保険の対象となった場合に、同制度へ申請せず移行しない者に対して障害福祉サービスの支給を即時打ち切る自治体は6.4%(6自治体/94自治体)にすぎず、83.0%(78自治体/94自治体)は何らかの形で障害福祉サービスを継続支給しています(甲9参照)。また、同年度に当会が実施した「介護保険と障害福祉サービスの優先関係に関するアンケート」の結果(全国の市と東京23区の回答をまとめたもの)でも、こうした自治体は9.7%(49自治体/506自治体)にすぎないことが明らかになりました(資料1参照)。当会の調査結果のほうが厚生労働省の割合よりわずかに高いですが、全体的に見れば介護保険に移行しない高齢障害者に対して、障害福祉サービスを即時全面的に打ち切るというルールを定めている自治体は例外的であると言えます。さらに、前述したように、これを理由に実際の打ち切りを断行した自治体は岡山市と千葉市以外では聞いたことはありません。

愛知県名古屋市在住の高齢障害者Tさんは、介護保険制度への申請を拒否していますが、同市は障害福祉サービスの支給決定期間を短くすることで、面会する時間を多くし、介護保険制度に申請してもらうため勧奨を続けています。また、同県一宮市では65歳を過ぎてから重度訪問介護が支給されたケースもあります。そのFさんも当初は介護保険制度への移行を求められました。しかし、Fさんから相談を受けた弁護士が複数体制で1週間、Fさんの起床から就寝までの生活実態を把握し、介護保険制度では対応が困難であるとして市と相談したところ、市が障害福祉制度の支給継続を決定したのです。

厚生労働省も「2014年度 実態調査」を踏まえた2015年2月の事務連絡「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」に

において、「要介護認定等の申請を行わない障害者に対しては、申請をしない理由や事情を十分に聴き取るとともに、継続して制度の説明を行い、申請について理解を得られるよう働きかけること（勧奨）」としており、介護保険制度へ申請させるための障害福祉サービス打ち切りを容認しているわけではありません（甲14参照）。全国肢体障害者団体連絡協議会が行った厚生労働省との懇談において、同省職員が介護保険制度への移行に係る理解を得るために障害福祉サービスを打ち切ることは問題であると回答していることから、これは明らかです（資料2参照）。

（3）自治体による障害福祉サービス継続理由と千葉市の問題点

上記のとおり、岡山市及び千葉市以外の自治体では、障害を負う方が、満65歳到達後も引き続き、障害福祉サービスを受給することを望んだ場合、それを却下することなく、障害福祉サービスの支給決定をしています。その理由を明らかにするにあたっては、まず障害者にとっての福祉サービスの意味を考える必要があります。

天海さんをはじめとして障害を持つ方たちには、福祉サービスを利用しなければ暮らしを維持すること、場合によっては生きていくことも困難な方々がいます。介護保険制度への申請をしないという理由で高齢障害者への支援を打ち切るということは、生活や生命を盾にとって介護保険制度へ申請させる強権的行為であると言わざるを得ません。

千葉市は2014年7月18日と29日に介護保険に申請しない場合には、7月31日をもって障害福祉サービスを打ち切る旨を通知しました（甲2、4参照）。天海さんは7月29日に介護保険に申請しない理由書を提出しましたが、これも認められることなく8月1日に障害福祉サービスが打ち切られました（甲3、5参照）。しかも、それは天海さんの選択であると自己責任に帰そうとしています。しかし、障害者総合支援法7条に規定される介護保険優先は原則に過ぎず絶対的なものではありません。また、そもそも介護保

険に申請しないことを理由として、障害福祉サービスの打ち切りを認める法的論拠（法律上の罰則規定）を私は知りません。天海さんからすれば、65歳になるか否かで障害の状態が変わる訳ではありません。それにも関わらず、65歳になったという理由だけで介護保険制度への移行を強要し、移行させるために障害福祉サービスを打ち切るということは、当事者からすれば年齢による不当な差別的取扱であるだけでなく、選択の自由権のはく奪であると言えます。

上述したように厚生労働省もこの打ち切りは認めていません。また、障害福祉制度および介護保険との上乗せ併用等に詳しい東京都の自治体職員によれば、この論拠を障害者総合支援法7条に求めるには無理があり、自分の自治体で法的論拠のない打ち切り通知を出すのは怖くてできないという話も聞いています。こうした事実を踏まえれば、千葉市の一連の行為は、厚生労働省が推奨する勧奨とは言えません。他の自治体の対応と比べても裁量権を逸脱した行為であることは明らかだと考えます。

仮に、千葉市や岡山市のような強権的行為が認められるのであれば、自治体や公務員には行政に従わない人たちに対する生活保障の与奪権ひいては生殺与奪権が付与されているということになります。自治体や公務員は市民の統括者・管理者ではありませんし、私見では人道的配慮を無視した権限が自治体や公務員に与えられているという法的根拠を知りません。

そもそも地方公務員の使命とは、地方公務員法第30条（サービスの根本基準）において「すべて職員は、全体の奉仕者として公共の利益のために勤務し、且つ、職務の遂行に当たっては、全力を挙げてこれに専念しなければならない」とあるように、全ての市民の安全や生活、生命等を守ることにあります。

例えば、先のTさんが所属する愛知県障害者（児）の生活と権利を守る連絡協議会（以下 愛障協）と名古屋市との交渉において、市担当者が、介護保険制度に移行しないからといって障害福祉サービスを打ち切ること

は人道上できないという回答を得ているそうです（資料3参照：愛障協の会報においてここまでの言及はないが、関係者へのヒアリングで把握）。障害者総合支援法7条において介護保険優先原則が定められているといっても、高齢障害者等に対する障害福祉サービスの即時全面打ち切りは、人道上の問題、憲法25条や13条に係る問題を引き起こします。多くの自治体が、介護保険未申請の高齢障害者に対して障害福祉サービスを給付している理由は、自治体や公務員の本来的役割に基づいているものと考えます。

3. 天海さんの代理人から、「介護保険サービスと障害福祉サービスとの相違について教えてほしい。」と言われたので、そのことについて述べます。

障害者総合支援法 第7条他法優先の原則では、介護保険法等に障害福祉サービスに相当するサービスがある場合は、介護保険等のサービスを優先すると規定されています。ここで相当するとされているのは、障害福祉サービスと介護保険サービスの内容等は同様ではないからです。具体的な両制度の違いは以下の通りです。

(1) 目的・理念の違い

障害者総合支援法と介護保険制度とは尊厳を保持するためのサービス給付法であること、障害者・要介護者等の尊厳の保持を目的としているという点では共通しています。しかし、障害者総合支援法は、障害者権利条約・障害者基本法を前提とした障害者の基本的人権を享受するためのサービス給付法であり、社会生活も含めた障害者の生活全般を支えることを目的としています。これに対し、介護保険法では要介護者の尊厳の保持は掲げられていますが、本来は家族介護の社会化（介護にかかる「手間」の代替え）を目的として創設された制度です。このため、財源との関係がより強調され、社会保険方式と利用料負担が採用されました。保険給付であるため、支援の支給量には上限が定められており、要介護者の暮らし全般を支えることは前提となっておりません。このように、障害福祉制度と介護保険制度とでは目的・基本的

理念に違いがあります。これらが異なっていれば、類似した制度であっても支援の内容等に違いが生じるのは当然の帰結です。

障害者総合支援法 第一条（目的）

この法律は、障害者基本法（昭和四十五年法律第八十四号）の基本的な理念にのっとり、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）、知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）、児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付、地域生活支援事業その他の支援を総合的に行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

障害者総合支援法第一条の二（基本理念）

障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、

制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならない。

介護保険法 第一条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（２）財源等の違い

障害福祉制度の財源は税であるのに対し、介護保険制度の財源は社会保険です。介護保険の場合、50%は公費負担（25%：国庫負担、12.5%：都道府県負担、12.5%：市町村負担）で賄われていますが、社会保険方式であるため保険料や利用料を払えない人たちは必要であっても介護保険サービスを利用することはできません。

（３）利用者負担の違い

介護保険制度と障害福祉制度の違いの一つが利用料負担です。介護保険制度は応益負担を原則としているため、介護保険サービスを利用した全ての方に利用料負担が発生します。これに対し、障害福祉の場合、後述する国（厚生労働省）と障害者自立支援法違憲訴訟団の「基本合意」によって、2012年4月から障害者総合支援法に基づくサービスを利用している非課税世帯の障害者・生活保護を受給している障害者の利用料は原則無料となり

ました。

2015年度の障害者支援状況等調査研究事業「障害者の介護保険サービス利用等に関する実態調査」によれば、介護保険制度に移行した障害者には平均7,189円の自己負担が発生することが明らかにされています（資料4の12頁参照）。しかし、回答の36.7%を占める生活保護受給者は自己負担0円として平均値が算出されていることを踏まえると、自己負担が発生する障害者の実際の利用負担平均額はより高額となり、10,000円から15,000円の間になるのではないかと推測されます。

（４）対象の違い

障害者総合支援法は先天性・若いころからの身体障害者だけでなく、精神障害者、知的障害者を対象としてきました。さらに、障害者総合支援法の創設にあたって難病等も同法の対象となり、難病等の特性も踏まえた判定基準等の改正も行われました。これに対し、介護保険法は、加齢に伴う身体障害者と認知症を主な対象として制度設計が行われています。この結果、両制度には認定基準やサービス支給量のあり方、サービス内容等に違いが生じます。

（５）認定基準の違い

障害者総合支援法で主に介護保険給付を利用する場合は、障害支援区分認定を受ける必要があるのに対し、介護保険サービスを利用する場合には要介護認定を受けなくてはなりません。しかし、障害福祉制度と介護保険制度では、上述したように目的や理念、想定している対象が異なります。このため、障害支援区分調査マニュアルと要介護認定調査マニュアルと比べると、それぞれの認定基準には主に以下のような違いがあります。

- ① 障害支援区分認定においては、運動機能の低下に限らず、意欲低下・多動・易疲労感・環境の変化や状況に応じて、「できる」場合と「できない」

場合がある時は「できない」と評価します。これに対し、要介護認定の場合は頻回な状態で評価します。

- ② 障害支援区分認定と要介護認定において、食事・口腔清潔（歯磨き等）・排尿・排便・薬の管理／服薬・買い物等を一連の行為として評価するという点では共通していますが、項目によって、この内容は支援区分認定のほうがにより充実しています（図表1参照）。
- ③ 障害支援区分認定では金銭の管理・調理・掃除・洗濯・電話等の利用・交通手段の利用も一連の行為として評価します。要介護認定は障害支援区分認定と比べて、爪切りや洗顔など身体動作に係る評価項目はより細かく定められていますが、社会生活に係る項目は少なくなっています。

【図表 1：一連の動作の内容が異なる主な項目】

	障害支援区分	要介護認定
薬の管理／服薬	薬等の用意から服薬等の確認までの行為であり、薬の必要性の理解や内服薬を服用する時間や薬の数量等の理解を含む	薬や水を手元に用意する、薬を口に入れ飲み込む（水を飲む）という一連の行為
買い物	商品の選択や代金の支払い、店員との意思疎通、商品の持ち帰り等の行為	食材、消耗品等の日用品を選び、（必要な場合は陳列棚から商品を取り）、代金を支払うこと

出典：厚生労働省「障害支援区分 認定調査員マニュアル」（2014）・
「要介護認定 認定調査員マニュアル」（2009）より筆者作成

（6）サービス量に係る支給決定の違い

障害福祉サービスにおいて、サービスの支給上限は定められていません。確かに、厚生労働省は2007年の通知「障害者自立支援法に基づく支給決定事務に係る留意事項について」において、市町村が目安として支給基準を定めること（定型の設定）が望ましいとしていますが、最終的には個々人のニー

ズに応じて支給時間を決定すること（非定型）を求めています（資料5参照）。障害福祉におけるサービス支給量の決定はこうした運用が求められているため、障害福祉制度では24時間支援を受けながら在宅生活をしている方もおられます。

これに対し、介護保険制度では支給上限が定められています。そして、この上限を超えた場合には障害福祉サービスの上乗せを例外として、原則、全額自己負担でのサービス利用が求められます。

また、それぞれの認定区分の段階も、障害者支援区分は1から6、要介護認定は要支援1・2、要介護1から5と異なっています。

（7）サービス内容の違い

障害福祉制度と介護保険制度のサービスを比べた時、主に以下の三点の違いがあります。

1）社会参加のための支援

両サービスで最も異なるのは社会参加のための支援の位置づけです。障害福祉制度は就労関係支援や社会参加のための移動支援等が制度上で明確に位置づけられています。これに対し、介護保険制度にはこうした支援はありません。

要支援者向け事業（個別給付）が介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合支援事業：裁量的経費に基づく自治体事業）に移管されて以降、介護保険制度でも社会参加のための支援の必要性が説かれるようになったことは事実です。さらに、2016年11月の第二回未来投資会議では、安倍首相がこれからの介護保険制度は「自立支援」にシフトすると発言しました。しかし、介護保険制度における社会参加の導入は、要介護者等の重度化防止、さらには要介護度の軽度化・介護保険制度からの「卒業」等により、社会保障費の支出抑制を狙ったものに他なりません。

一部報道によれば、採算性が低すぎるとして新しい総合支援事業からの

事業撤退が相次いでおり、厚生労働省の調査によってもこの実態は明らかになっています（資料6・7：厚生労働省の調査結果は非公開であること、添付した報道資料の内容に間違いがないことは同省に直接確認）。こうした中、介護保険制度では、要介護度の軽度化等に報酬上のインセンティブが紐づけられようとしています。これが実現すれば、事業所による利用者の選別は強化され、介護保険制度の公平性は崩壊しかねません。

このように、障害福祉制度の社会参加のための支援と近年導入されつつある介護保険制度の社会参加のための支援は、文言は同じでもその目的等が異なっています。

また、社会参加のための支援の有無は移動支援の制度設計にも違いを生んでいます。制度内の位置づけは異なっていますが、公官庁・病院への移動を支援する通院等介助・通院等乗降介助、社会生活（又は日常生活）に必要な移動支援は障害福祉制度にも介護保険制度にもあります（図表2参照）。しかし、介護保険制度には社会参加のための移動支援はありません。

【図表2：障害福祉制度と介護保険制度の移動支援の位置づけ】

	通院等介助 通院等乗降介助	移動支援 (日常生活)	移動支援 (社会参加)
障害福祉	居宅介護	地域生活支援事業	地域生活支援事業
介護保険	訪問介護	訪問介護	×

出典：筆者作成

2) 重度訪問介護の有無

高齢障害者の負担軽減策の対象要件の中で、障害福祉制度の重度訪問介護は介護保険相当障害福祉サービスとされました。しかし、介護保険制度に重度訪問介護に相当するサービスはありません。訪問介護・通所介護・短期入所生活介護を一体的・柔軟に提供できる小規模多機能事業は重度訪問介護

に比較的近いサービスと言えますが、移動を含めて在宅生活にかかる支援を柔軟に提供できる重度訪問介護とは実際には異なっています。

3) 「見守り」の位置づけの違い

障害福祉制度の対象には重度身体障害者だけでなく行動障害のある精神障害者や知的障害者も含まれています。このため、「見守り」は重要な支援の一つであり、居宅介護（障害福祉）や重度訪問介護（障害福祉）等において認められています。

これに対し、これまで介護保険制度の訪問介護等において「見守り」の位置づけは曖昧でした。岡山の浅田さんは、「見守り」が支援に位置づけられているかどうかは障害福祉制度と介護保険制度の大きな違いで、困ることが多いと言っています。

2018年3月30日、『『訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について』の一部改正について』（以下 老計10号）で、以下のような「自立生活支援のための見守りの援助」が明確化されました（資料8参照：下線部が引いてあるものは、一部改正。その他は新設）。

- ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。
- 認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。
- 認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。
- 本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを

理解してもらう又は思い出してもらうよう援助

- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- 車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- 上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

老計10号の改正によって介護保険制度における「見守り」が明確化され、浅田さんが直面しているような問題は今後改善される可能性はあります。しかし、図表3の「訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価」にあるように、これは訪問介護の「自立支援」の機能を高めることを目的としています。その場合、要介護度の軽度化等を望むことが困難な障害者に対してどの程度「見守り」が認められるのかは不明確です。

【図表3：訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価】

訪問介護における自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価			(参考資料)
① 身体介護・生活援助の報酬にメリハリ		② 生活機能向上連携加算の見直し	
	現行	改定後	<p>○生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位/月(新設:理学療法士等の自宅訪問は不要)</p> <p>○生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月(現行の生活機能向上連携加算(100単位)の充実)</p> <p>⇒ 連携対象として、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師を追加</p> <p>⇒ (Ⅰ)は以下の取組を定期的(原則3月毎)に行うことを評価(初回月のみ算定)</p> <ul style="list-style-type: none"> 理学療法士等(範囲は(Ⅱ)と同じ)からの助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)すること なお、当該理学療法士等は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと
身体介護中心型			
20分未満	165単位 ⇒	165単位	
20分以上30分未満	245単位 ⇒	248単位	
30分以上1時間未満	388単位 ⇒	394単位	
1時間以上1時間30分未満	564単位 ⇒	575単位	
以降30分を増すごとに算定	80単位 ⇒	83単位	
生活援助加算	67単位 ⇒	66単位	
生活援助中心型			
20分以上45分未満	183単位 ⇒	181単位	
45分以上	225単位 ⇒	223単位	
			③ 「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化
			⇒ 訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知(老計第10号(訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について))について、 身体介護として行われる「自立生活支援のための見守りの援助」を明確化 する。
			④ 訪問回数の多い利用者への対応 (H30.10施行)
			⇒ 利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から 、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、 市町村にケアプランを届け出ることとする。
			⇒ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また 市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

自立支援・重度化防止に資する訪問介護を推進・評価



出典：厚生労働省『「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の一部改正について』(2018)

4) 家事援助(障害福祉制度)と生活援助(介護保険制度)の違い

家事援助も生活援助も掃除や調理、洗濯等、障害者等の日常生活を支える支援という点では共通しています。しかし、以下の三点に違いがあります。

- ① 通知「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」(2000年11月)において、生活援助で i) 利用者本人以外のための行為、ii) ホームヘルパーが行わなくても日常生活に支障がないと判断される行為、iii) 日常的な家事の範囲を超える行為は禁止されています(資料9参照)。これに対し、家事援助ではこうした基準は明確化されておらず、

より柔軟で、幅広い支援が提供されます。

- ② 家事援助と生活援助の報酬単価と提供時間の体系は異なっています
(図表 4 参照)。

【図表 4 : 家事援助と生活援助の提供時間単位・報酬の違い】

家事援助(障害福祉)						
時 間	30 分未満	30 分～45 分未満	45 分～60 分未満	60 分～75 分未満	75 分～90 分未満	90 分以上
報 酬	101	146	189	229	264	298 15 分増すご とに+34
生活援助(介護保険)						
時 間	20 分未満	20 分～45 分未満	45 分以上			
報 酬	×	181	223			

出典：筆者作成

- ② 生活援助を一日に複数回提供する場合、間を2時間以上開けなければなりません。家事援助も原則同じルールが採用されていますが、通知「指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う留意事項についての一部改正について（2005年3月）」で「身体の状況等により短時間の間隔で短時間の滞在により複数回の訪問を行わなければならない場合はこの限りでない」と例外規定が設けられています（資料10参照）。

4. 天海さんの代理人から、「介護保険サービスと障害福祉サービスとの相違等が引き起こす問題について教えてほしい。」と言われたので、そのことについて述べます。

(1) 財源の違いがもたらす問題

介護保険制度の自己負担2015年度・2017年度の法改正により、現役並み所得世帯に2割負担・3割負担等が導入されました。こうした中、日本における貧困層は拡大していることが、みずほ総合研究所（以下 みずほ総研）の調査「日本の格差に関する現状」（2015：政府税制調査会第17回総会報告資料）等によって明らかにされています（資料11・12参照）。さらに、日本の高齢者は比較的経済的に余裕があるというイメージが広まっていますが、OECDの相対的貧困率は約20%でワースト5位（2012年時点）となっています（OECD「Poverty Rate」）。

結果として、認知症の人と家族の会のアンケート調査でも切実な声がよせられているように、利用料を払えないという理由で介護保険サービスを受給抑制する人たちが増えてきています（資料13参照）。また、一定期間介護保険料を滞納した場合には段階的に以下のようなペナルティが課されます。

- ① 保険給付の償還払い化（支払い方法の変更）
- ② 保険給付の支払の一時差止
- ③ 保険給付の減額
- ④ 資産差押え

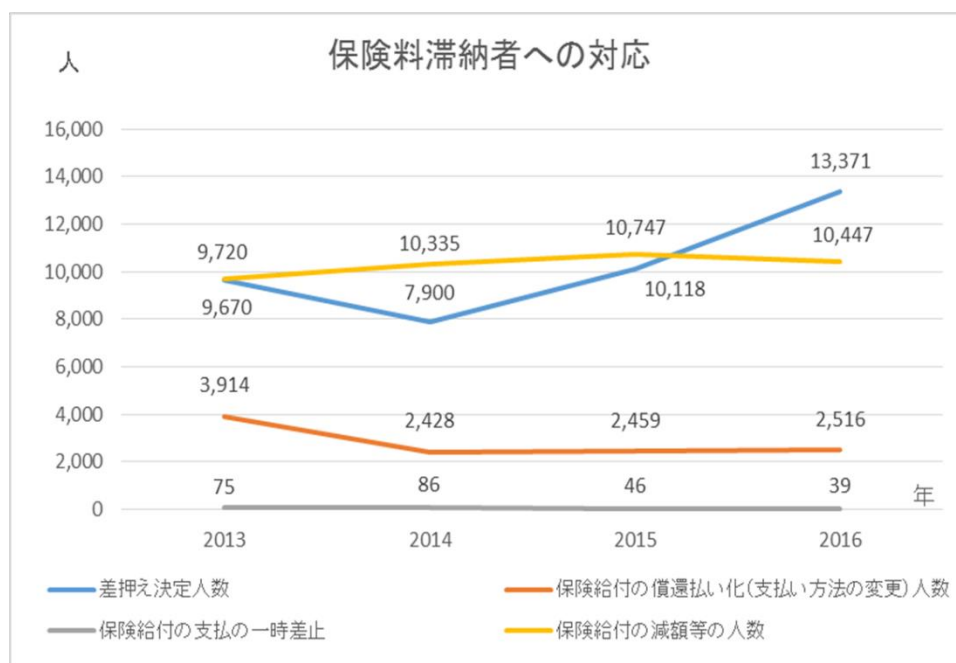
特に、介護保険料の滞納者に対する資産差押えの件数は年々増加していますが、15,000円以上の老齢年金等の受給者の場合、同保険料は年金から天引きされます。そのため、ペナルティの対象になる人は老齢年金等を受給できないか15,000円以下の年金しか受給できない65歳以上の方、および40歳以上で働くことが困難な低所得者等が想定されます。確かに、保険料は所得に応じた段階性を採用していますが、低所得者であるが故に保険料も払えない人たちにとっては非常に厳しい制度であり、資産を差し押さえられる人たちは年々増加しています（図表5参照）。

経済的に決して裕福とは言えない障害者、特に働くことも困難な無年金障害者であっても40歳以上になると介護保険料を納めなくてはなりません。彼

らが経済的支えである両親等を亡くした場合、介護保険料を納めることも難しくなり、これらの問題に直面するリスクは非常に高いと言えます。

これに対し、障害福祉制度の場合、2014年以降、厚生労働省によって障害者の9割を占めるとされる非課税世帯は利用料無料となりました（経緯は意見書5参照）。また、障害者総合支援法は社会保険方式を採用していません。このため、障害福祉制度の場合、介護保険制度のような受給抑制や資産差押さえといった問題は生じません。

【図表5：介護保険対応者に係る対応の状況】



出典：厚生労働省「介護保険事務調査結果」より筆者作成

(2) 利用料負担の違いがもたらす問題

2018年度の障害基礎年金額（月額）は1級で81,117円、2級で64,941円（子ども加算なし）です。これに自治体による手当の対象となる障害者の場合、月収は増えますが、障害基礎年金ベースで考えたとき介護保険の非課税世帯の自己負担額（利用料平均額：7,189円）は1級年金の約9%、2級年金の約11

%に相当します。65歳まで正規職員として雇用され、退職後に厚生年金も受給しながら要介護状態となった方と所得保障も就労の機会も担保されていない障害者では経済状況が全く異なっています（詳細は意見書5参照）。

天海さんの場合も、月の収入は約13万円です（甲1参照）。昼食や夕食を外食等に頼らざるを得ない等の障害があるがゆえに起因する支出も考えれば、生活はぎりぎりです。ワーキングプアの基準額は年収200万未満ですが、こうした人たちと比べても、天海さんはかなり低い生活水準で暮らしていることは明らかです。

こうした中で、介護保険制度への移行に伴う利用料負担の発生は、最低限の暮らしの維持さえ脅かしかねません。実際、岡山の浅田さん（非課税世帯）は訴訟にあたって、介護保険制度への移行によって最初の三ヶ月は当時35,800円の自己負担（月の食費に相当）が、三ヶ月目以降は非課税世帯の負担上限（償還方式）によって15,000円の自己負担（一日の一食分の食費×30日に相当）が生じ、最低限の生活さえ送れなくなると訴えていました。天海さんの場合も月15,000円の負担が発生しています。

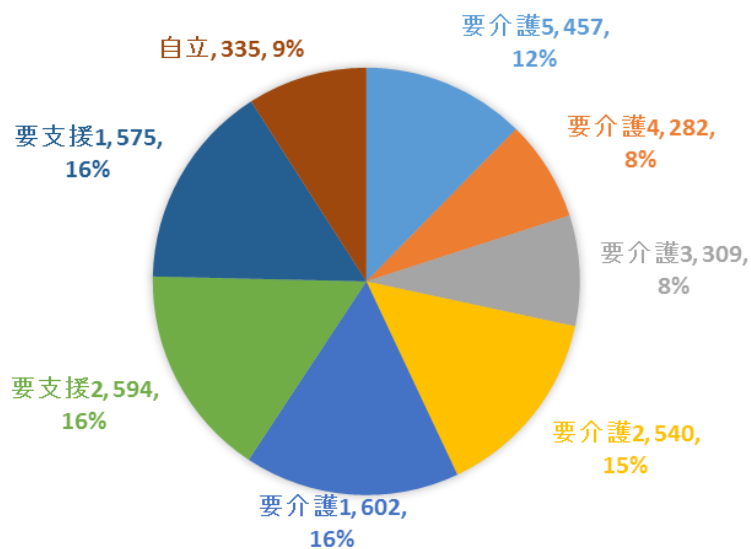
こうした介護保険制度への移行に伴う利用料負担の発生が、障害者の生活を脅かすことは明らかです。

（3）認定基準・サービス支給決定等の違いがもたらす問題

上述したように障害福祉制度と介護保険制度では目的と対象が異なるがゆえに認定基準、およびサービス支給に係る考え方等に違いがあり、結果として障害者が介護保険制度に移行すると、多くの方が障害で支給されてきたサービス支給量を維持できなくなります。「2014年度 実態調査」によれば、介護保険に移行した障害者の約32%が要支援1・2に、約31%が要介護1・2になることが明らかにされてきました（図表6参照）。障害福祉制度で支援区分6と認定される方であっても介護保険制度への移行に伴って、3.63%の方は要介護2以下になることが分かっています（図表7参照）

障害福祉は非定型を前提としているため、介護保険制度の支援支給量と単純な比較はできません。ただし、多くの自治体は国庫負担基準をもとに自治体の支給上限単位を定めているためこれを比較すると、支給上限単位だけを見れば障害福祉制度より介護保険制度の上限が高く設定されています（図表8・9参照）。例えば、支援区分4の支給上限（国庫負担基準）は10,480単位に対して、要支援2は10,473単位です。このため、この変化によって支援量は減少しないかのように思えるかもしれません。

【図表6：介護保険移行後の障害者の要介護度】



(出典：厚生労働省「実態調査結果」(2015年2月)より執筆者作成)

【図表 7：支援区分別、介護保険移行後の障害者の要介護度】

支援区分	人数	要介護度	人数	割合	支援区分	人数	要介護度	人数	割合
区分6	461	要介護5	336	72.89%	区分3	934	要介護5	11	1.18%
		要介護4	74	16.05%			要介護4	29	3.10%
		要介護3	25	5.42%			要介護3	82	8.78%
		要介護2	15	3.25%			要介護2	218	23.34%
		要介護1	7	1.52%			要介護1	208	22.27%
		要支援2	2	0.43%			要支援2	183	19.59%
		要支援1	2	0.43%			要支援1	136	14.56%
		自立	0	0.00%			自立	67	7.17%
区分5	341	要介護5	74	21.70%	区分2	1129	要介護5	12	1.06%
		要介護4	108	31.67%			要介護4	18	1.59%
		要介護3	71	20.82%			要介護3	29	2.57%
		要介護2	51	14.96%			要介護2	121	10.72%
		要支援2	14	4.11%			要介護1	232	20.55%
		要介護1	18	5.28%			要支援2	291	25.78%
		要支援1	5	1.47%			要支援1	283	25.07%
		自立	0	0.00%			自立	143	12.67%
区分4	442	要介護5	20	4.52%	区分1	387	要介護5	4	1.03%
		要介護4	52	11.76%			要介護4	1	0.26%
		要介護3	95	21.49%			要介護3	7	1.81%
		要介護2	118	26.70%			要介護2	17	4.39%
		要介護1	93	21.04%			要介護1	48	12.40%
		要支援2	37	8.37%			要支援2	63	16.28%
		要支援1	16	3.62%			要支援1	133	34.37%
		自立	11	2.49%			自立	114	29.46%

出典：厚生労働省「2014年度 実態調査」（2015年2月）

【図表 8：居宅介護（障害福祉）の国庫負担基準】

支援区分	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6
支給限度単位	2,930 単位	3,790 単位	5,580 単位	10,480 単位	16,780 単位	24,150 単位

出典：厚生労働省「「訪問系サービスに係る国庫負担基準について」の一部改正について」（2018）

【図表 9：訪問介護（介護保険）の支給限度単位】

要介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
支給限度単位	5,003 単位	10,473 単位	16,692 単位	19,616 単位	26,931 単位	30,806 単位	36,065 単位

*10を乗じた数値が利用限度額であり、その1割から3割が自己負担額となる。

出典：厚生労働省 介護情報サービス公表システム「サービスに係る利用料」、<https://www.kaigoke nsaku.mhlw.go.jp/commentary/fec.html>

しかし、支援区分・要介護等の決定によって、支給上限までサービスを利用できるわけではありません。岡山の浅田さんは障害福祉サービスの打ち切り後、介護保険制度への申請をせざるを得ませんでした。当初、障害支援

区分6が要介護3となり、障害福祉制度では249時間受けられたサービス支給量は約100時間へと激減しました。また、東京に住むNさんも介護保険制度に移行後、障害支援区分4が要支援2となり、支給量が60時間から36時間に減少。天海さんも障害支援区分4が要介護1となり、支給量が70時間から約50時間となりました。このように、介護保険制度への移行は、障害の状態は変わっていないにもかかわらず、障害者に対するサービス量の減をもたらします。

厚生労働省は、こうした制度移行に伴う支援量の減少に係る対応策として障害福祉サービスの上乗せを認めており、大半の自治体がこれを実施していることは事実です。上乗せを認める自治体は、厚生労働省の調査によれば68%（259自治体中176自治体）、当会の調査によれば92%（485自治体中448自治体）あります（甲9・資料1参照）。しかし、上乗せに際しては、2007年の通知「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」で「在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができないものと認められる場合」（以下 厚労省上乗せ基準）とあるように、介護保険制度で支給された支援量を使いきっていることが要件として課されています（甲8参照）。仮に、障害福祉サービスの上乗せで支援量が調整されたとしても、これは自己負担の問題につながります。また、経済的理由により介護保険サービスの受給を抑制せざるを得ない場合は上乗せ自体が認められません。

さらに、自治体が厚労省上乗せ基準に加えて、要介護度や障害支援区分など独自の基準を設けている自治体があります。2014年度の厚生労働省の調査によれば28.6%（259自治体中74自治体）当会の調査によれば27.5%（448自治体中123自治体）が独自基準を定めていることが明らかになりました（甲

9・資料1参照)。また、上述したように新しい総合事業での事業所の撤退が拡大しています。受け入れ事業所がなければ要支援1・2の高齢障害者は支給された介護保険給付を使い切ることはできません。この結果、自治体の独自基準を満たさせない障害者や受け入れ先がない障害者の場合、支援量が減るだけでなく、負担問題も発生します。

以上のように、多くの障害者は介護保険制度の移行によって、障害の状態は変わっていないにもかかわらず、サービス支援量が減となります。仮に、上乘せによって支給量の調整が行われても利用料負担の発生は避けられません。さらに、厚労省上乘せ基準や自治体の独自基準を満たせない障害者や受け入れ事業所がない障害者は、双方の問題に直面し、いずれの場合も高齢障害者等の生活水準は低下します。

(4) サービス内容等の違いがもたらす問題

1) 社会参加のための支援に関して

2007年通知では介護保険制度に移行した高齢障害者であっても、同行援護、行動援護、就労支援などの障害福祉に固有のサービスの利用を認めています(横出し)。その一方で、本来、地域生活支援事業は法7条の対象外なのですが、この通知で介護保険に相当するサービスがある場合は介護保険サービスを優先することが妥当な運用方法であるとしているため、日常生活に必要な買い物のための移動支援や日常生活用具などにも優先原則を適用している自治体もあります。

当センターが実施した調査では、障害福祉制度に固有のサービスについて質問しています。その結果を見ると、同行援護や行動援護、就労継続支援B型等の社会参加に係る自立支援給付はほとんどの自治体が障害固有のサービスとしています。これに対し、地域生活支援事業(障害福祉制度)に当たるサービスの回答を見てみると、⑦訪問入浴サービスは89%が無選択、④日常生活に必要な移動支援と⑧日常生活用具は選択した自治体と無選択の自治体

が拮抗していますが、社会参加のための移動支援とコミュニケーション支援は70%以上の自治体が障害固有のサービスを選択しています（図表10参照）。

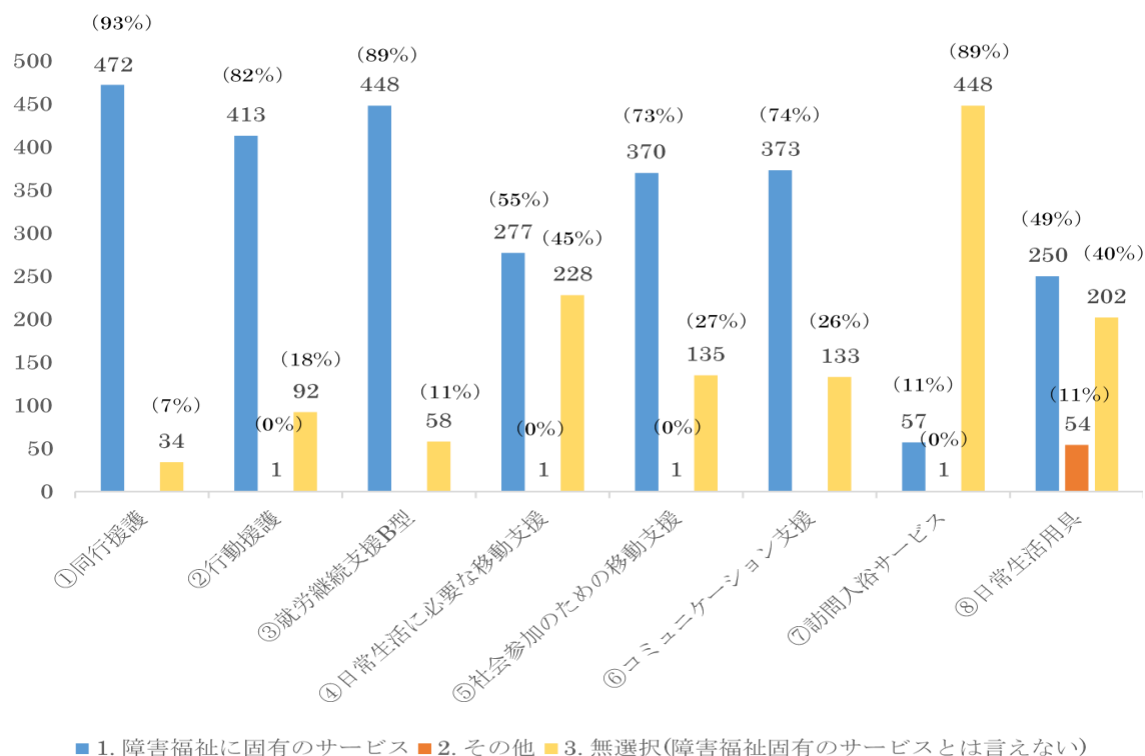
こうしたことから制度上は、介護保険制度に移行しても社会参加に係る支援に関しては横出しで対応可能と言えます。しかし、実際に社会参加のための移動支援を使えるかと言うと必ずしもそうとは言えません。例えば、現在介護保険制度に移行しているMさんは、社会参加のための移動支援を障害福祉サービスで申請、支給決定が下りました。そこでサービス提供事業所を探したところ、同サービスの利用だけでは事業所として採算が取れないという理由で、現実には支給決定はされているのにサービスを使うことができないという実態があります。この根本には報酬単価のあり方に係る問題がありますが、この結果、Mさんは遠方への外出をためらうようになったと言います。

また、報道によれば、大阪の高齢障害者 Lさんは移動支援を使ってカラオケに行き、その帰りに洗剤を買って帰ったところ、その事業所が報酬の返還命令を受けたという問題も起こっています。これは、カラオケに行くための支援は障害福祉制度の社会参加のための支援（地域生活支援事業）であるが、洗剤を買うことは介護保険制度の社会生活（又は日常生活）に必要な移動支援（訪問介護）にあたるため、Lさんのケースは制度に反しているとして事業所に返還命令がされた事例です。

Lさんからすれば障害福祉の移動支援でカラオケに行き、一度帰宅した上で介護保険制度の移動支援を利用して日常生活品を買いに行くことが求めているのです。もちろん、制度に沿った支援を提供することは重要ですが、こうした支援のあり方は制度に合わせた生活を強要します。

Mさんのように社会参加のための移動支援が、障害福祉制度で支給決定されても、受け入れ事業所がなければ利用できません。また、Lさんのように、本来暮らしを支えるための支援が、制度上の違いによって生活が不便になり、障害者にさらなる負担をかけるというのは本末転倒と言えます。

【図表10：障害福祉制度に固有のサービス】



出典：筆者作成

2) 家事援助（障害福祉）と生活援助（介護保険）に関して

介護保険制度の場合、2000年通知「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」に禁止規定があるため、家事援助では提供されてきた支援が受けられらなくなるといった問題が生じています。東京のNさんは介護保険制度への移行後、生活援助では日常生活に支障はないという理由で、冷蔵庫の上などの高いところの掃除や窓の外側の掃除等はしてもらえなくなりました。神奈川のSさんは電球の取り換えや電気の傘の掃除は大掃除にあたりと支援を拒否されました。東京のYさんは障害福祉では出してもらえた暖房器具を介護保険制では出してもらえなくなったと言います。

また、介護保険制度に移行して、上乘せを申請していないNさんの友人は、家事援助から生活援助に切り替わることで、一回当たりの支援時間が60分から45分になり、時間的制約から掃除をしても雑巾等の片づけもせずにヘルパ

一が帰ってしまうという問題に直面しています。

これらのケースのように、介護保険制度に移行することで障害福祉制度では対応してもらえていた支援が受けられなくなるということは生活の質の低下を招きます。

3) 生活介護（障害福祉）と通所介護（介護保険）について

生活介護も通所介護も通所型の日中支援事業であるという点では共通しており、高齢障害者の負担軽減策の対象者に係る基準の策定にあたって、これらは相当するサービスであることが明確化されました。しかし、支援内容を見るとこれらのサービスは異なっていることが、2012年12月24日付の佐賀新聞から明らかになります。

「佐賀市の知的障害の女性（69）は、介護保険制度の類似サービス利用に移行。通所日数は週5日から3日に減少。関係者はサービスの量だけでなく、質も下がりかねないと懸念する。女性は食事の配膳やトイレ掃除、機織りなどの軽作業にも取り組んできたが、現在はカラオケ、入浴など余暇活動がほとんど。…」(全文は資料14参照)

こうした支援内容や質の変化は、障害者の生活能力の低下を招きかねません。

4) 身体介護に関して

障害福祉制度では居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所、訪問入浴サービス等で、介護保険制度では訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能等で身体介護が提供されます。身体介護に関して、提供する支援内容の違いを明確化することは困難であることは事実です。

しかし、上述したように両制度が前提としている対象の違いにより、支援の質が異なる場合があります。ここでは福岡のIさんの事例を紹介します。

Iさんは、脳性麻痺（アテトーゼ型）による四肢の不全麻痺と二次障害としての頸椎症があり、全介助を必要とします。また、アテトーゼによる過緊

張があり、強度の場合には日常生活に著しい支障をきたすことになるため、緊張を和らげるための安定剤の服用も行っています。

このため、Iさんの障害特性やニーズを理解し、既に十分な信頼関係のあるヘルパーによって身体介助が行われないと身体的・精神的な緊張が強まります。実際、事業所で退職が相次いだことから、新しいヘルパーが入れ替わり立ち替わり入浴介助に携わるようになり、Iさんはヘルパーごとに異なる介助方法（身体を支える位置、力の入れ具合、タイミングなど）への対応を強いられ、心身に不調をきたし、精神安定剤の処方量も増えてしまいました。

主治医からは「過緊張による心身への悪影響を取り除くためには、障害特性を理解したヘルパーが、できるだけ担当者を固定して少ない人数で関わるのがよい」との助言を得たそうですが、これは実現しませんでした。

Iさんのケースの本質は、福祉人材の定着等に係る問題です。そのため、障害福祉制度と介護保険制度の身体介護の質にかかる問題ではないように思えるかもしれません。しかし、介護保険制度は加齢に伴う身体障害や認知症を前提としているため、Iさんのような障害状態と支援方法は視野に入っていない。

長年利用してきた事業所であっても、Iさんに対応することは困難でした。仮に、介護保険制度へ移行し、介護保険事業所に変更しなければならなくなった場合、制度の視野に入っていない障害を持つIさんに適切な支援の質を担保できるかと言えば、困難であると考えます。確かに、障害福祉制度と介護保険制度の身体介助の違いを明確にすることは困難ですが、前提としている対象の違いは身体介助の支援の質の違いにつながるのです。

（5）環境の変化がもたらす問題

高齢障害者等が介護保険制度の対象となり、同制度に移行した場合、それまで利用していた障害福祉サービス事業所が介護保険事業の認定を受けており、その方を受け入れ可能な状態である場合を除いて、事業所を変えなくて

はなりません。事業所を変えるということは対応してくれる職員や環境が一変することを意味します。障害の状況や必要とする支援は個人によって異なっており、支援の専門性とは技術的問題だけでなく、Iさんのケースでしてきた通り一定の年月をかけて築いていく支援者との信頼関係や支援者による当事者の快／不快の気づきのようなものが非常に重要です。

そのため、介護保険制度への移行とともに、利用する事業所が変わることは当事者にとって大きな不安と精神的苦痛をもたらします。介護保険制度への移行にあたって、一定期間の猶予を設けることでこれらの問題に対応する自治体があるのも事実です。しかし、上述の佐賀新聞（2012年12月24日付）の「…佐賀市の高齢者福祉施設の担当者も、同様のケースを数多く見てきた。発達障害など環境の変化を嫌う傾向が強い人にとって利用施設が替わるストレスは重く、『数カ月かけて移行の準備をしても負担感は大い。言葉や行動で不満を訴えられず、自傷行為に至るケースもある。慣れ親しんだ環境に、そのまま居られる選択肢もあった方がいい』と要望する」という記事からも分かるように、猶予期間を設けても対応できない障害者や最終的には自傷行為にまで至ってしまう障害者がいることを自治体職員も認識しています。

こうした制度移行に伴う環境変化は、場合によっては障害者に生命の危機をもたらしかねません。

3では介護保険制度と障害福祉制度の違いを4ではこの相違等に起因する諸問題を明らかにしました。目的や理念、前提とする対象等の違いにより、両制度には様々な違いがあり、介護保険制度への移行にあたって高齢障害者等はこれらの違いに起因する様々な問題に直面します。もちろん、これらすべての問題に天海さんが直面しているとは限りません。

高齢障害者等からすれば、両制度の違いやそれに起因する諸問題によって生活水準が低下する、または生命に関わる問題にも発展しかねないわけですから、この実態を知っている障害者からすれば介護保険制度への移行に際して大きな

不安を抱くことは当然です。

こうした違いを無視して、両制度はサービス給付法という点で同じであるとする千葉市の主張には無理があります。自治体としては、厚生労働省が事務連絡等で示しているように、何らかの形で障害福祉サービスの支給を継続しながら理解が得られるまで丁寧な説明を継続するとともに、介護保険制度への移行に係る不安の解消に努めるべきです。

しかし、千葉市は障害福祉制度と介護保険制度の違いの立証責任を天海さんに求めました。これに対し、天海さんは両制度の理念の違いや利用者負担・社会参加のための支援のあり方の違いを示した文書を提出したにもかかわらず、同市は提出側に十分な説明もなく、一方的にこれを却下、最終的に障害福祉サービスの支給を打ち切りました。仮に千葉市の却下に正当性があるというのであれば、同市には介護保険制度と障害福祉制度の支援は完全に同じであること、または相当するとはどのように相当するのか、さらに、介護保険制度への移行によって障害者の生活水準の低下等を引き起こさないことに係る立証責任が課されるべきです。そして、自治体と利害関係がない第三者による検証・調整等を含めて天海さんの理解を求めるべきであると考えます。

浅田訴訟に係る岡山地裁の判決文では、当時、「原告は地方税法上の非課税世帯であることから介護保険給付に係る1か月当たり1万5000円の自己負担を負うことが経済上難しい状況であったと考えられるのであり、原告が自立支援給付の継続を希望し、本件処分に至るまでに介護保険給付にかかる申請を行わなかったことには理由があるというべきである」と明記されています（甲23参照）。仮に、介護保険制度への移行が経済状況も含めた生活水準の低下をもたらすのであれば、高齢障害者等が介護保険制度への申請を拒否する理由としては十分であると考えます。

5. 天海さんの代理人から、「障害を負う方の収入や経済状況について、調査をしたことがあれば、その調査結果を示し、教えてほしい。」と言われたので、

そのことについて述べます。

当センターで障害者の収入や経済状況に係る調査を行ったことはありません。しかし、障害福祉事業所の団体であるきょうされんが定期的に調査を行っている「障害のある人の地域生活実態調査の結果報告」（2016年5月）によれば以下のことが分かっています（資料15参照）。

- ① 月額収入から年収を積算した結果、相対的貧困とされる122万円の「貧困線」を下回る障害者は81.6%におよんでいる。これに対し、「国民生活基礎調査」（厚生労働省 2013）で「貧困線」を下回る世帯は16.1%にすぎない。
- ② 年収200万以下のワーキングプアにあたる障害者は98.1%である。これに対し、民間給与実態統計調査（国税庁 2014）のワーキングプアに当たる人たちは24.0%にすぎない。

また、山田・百瀬・四方は「障害等により手助けや見守りを要する人の貧困の実態」（2015）において政府推計でもちいられる「国民生活基礎調査」を分析、主に以下のことを明らかにしています（資料16参照）。

- ①障害者の半数近くは100万程度以下の収入しかない
- ②相対的貧困率は25%以上であり、4人に一人以上が貧困状態にある
- ③障害のない人と比べ障害者の数値は約2倍である

このように障害者の経済状況は非常に厳しいものがあります。もちろん、先のみずほ総研の調査にもあるように、近年、貧困状態にある人は障害のない人たちの間でも広まってきています。日本の相対的貧困率はOECDでワースト6位（OECD Family database “child poverty”（2014））、一人親の子ども世帯にいたってはワースト1位（OECD Family database “child poverty”（2014））、上述したように高齢者はワースト5位となっていることから、

このことは明らかです。

子どもの貧困問題に関しては、6人に一人が貧困状態にある実態が明らかになったことで社会的な問題となりました。これと比較した場合、障害者は4人に一人以上が貧困状態にあるわけですから、障害者の貧困問題は子どもの問題よりもさらに深刻であることが分かります。こうした実態を踏まえれば、障害者が障害のない方と同じように老後に備えて資産形成をすることは困難であることは明らかです。

また、先のきょうされんによる調査では、50代の障害者であっても3人に一人が親と同居しており、「家族依存」が根強く残っています。その理由としては、障害者の選択というよりも経済状況が大きく影響していると推測されますが、障害者が65歳等に達した時、その親は死亡していたり、高齢化によって要介護状態になっていることが考えられます。そうなった場合、親が多くの資産を残していない限り、障害者が、障害がない人たちと同様の暮らしを維持していくことは困難であると言えます。また、仮に親の資産があったとしても、それを前提としないと生活ができないのであれば、障害者の個人の尊厳や基本的人権が享受されているとは言えないと考えます。

こうした障害者の収入・経済状況を踏まえれば、65歳等に達したからという理由で、非課税世帯であっても利用料負担が発生する介護保険制度への移行が強制された場合、多くの障害者の生活はさらに苦しいものになることは明らかです。仮に、それまでの生活を維持しようすれば、暮らしを維持するための支援の受給抑制をせざるを得なくなり、上乘せも認められなくなります。自治体による介護保険制度への強制移行（利用料負担の強要）は、生活や生きていくために必要な支援をうけることと生活水準の低下を強制的に取捨選択させる行為に他ならず、基本的人権や個人の尊厳を無視していると言わざるを得ません。

6. 天海さんの代理人から、「利用者負担につき、『応益負担』を導入した障害者自立支援法の違憲訴訟及び当該訴訟を経て締結された国との『基本合意』

につき、『基本合意』締結のプロセスを含めて、教えてほしい。国は、障害を負う方々を、満65歳到達時に、利用者自己負担が新たに発生、あるいは増加することとなる、介護保険に移行させることにつき、『基本合意』締結の時点において、どのように考えていたか。また、基本合意において約されている『原告団・弁護団と国（厚生労働省）との定期協議』の実施状況及びかかる定期協議において、法7条の問題につき、どのような協議がなされたかを教えてほしい。」と尋ねられたので、そのことについて述べます。

（1）障害者自立支援法違憲訴訟の経緯

2000年に施行された介護保険制度は、福祉において初めて社会保険方式を採用するとともに、利用者の権利意識を高めるという名目で利用者負担（応益負担）を導入しました。そして、障害福祉においても、介護保険制度との将来的な統合を狙って、障害者自立支援法（2005年10月成立、2006年4月施行）により応益負担が導入されました。

応益負担とは、サービスを利用すれば利用するほど利用料が高くなる仕組みです。当時、利用料が払えないという理由で必要なサービスの利用抑制をした障害者、就労継続支援B型事業所に通っても工賃より利用料の方が高くなると事業所に通えなくなった障害者、お昼に事業所を抜け出してコンビニおにぎり一つで利用料負担を抑える障害者等が数多く生まれました。2014年に日本が批准した障害者権利条約に定められているように、他の者と同じ生活を保障するための合理的配慮は差別ではありませんし、受益でもありません。

しかし、応益負担の基本的考え方は、支援を受けていること＝受益であり利用負担を課しました。結果として、上述したように応益負担は障害者の暮らしを脅かすこととなります。これにより、応益負担を定めた障害者自立支援法は違憲であるという障害者自立支援法違憲訴訟が全国各地で生じ、国（厚生労働省）は2010年1月、和解のために「基本合意」

が締結。この合意において、以下のように障害者自立支援法の廃止と新法制定が確約されるとともに、障害福祉制度に応益負担を導入したことへの反省の意が明記されました（全文は資料17参照）。

一 障害者自立支援法廃止の確約と新法の制定

国（厚生労働省）は、速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害福祉施策の充実、憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする。

二 障害者自立支援法制定の総括と反省

1 国（厚生労働省）は、憲法第13条、第14条、第25条、ノーマライゼーションの理念等に基づき、違憲訴訟を提訴した原告らの思いに共感し、これを真摯に受け止める。

2 国（厚生労働省）は、障害者自立支援法を、立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担（定率負担）の導入等を行ったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、原告らをはじめとする障害者及びその家族に心から反省の意を表明するとともに、この反省を踏まえ、今後の施策の立案・実施に当たる。

3 今後の新たな障害者制度全般の改革のため、障害者を中心とした「障がい者制度改革推進本部」を速やかに設置し、そこにおいて新たな総合的な福祉制度を策定することとしたことを、原告らは評価するとともに、新たな総合的な福祉制度を制定するに当たって、国（厚

生労働省) は、今後推進本部において、上記の反省に立ち、原告団・弁護団提出の本日付要望書を考慮の上、障害者の参画の下に十分な議論を行う。

この合意に基づいて、2012年4月から市町村民税非課税世帯の障害者に係る利用料は無料となり、利用料負担のあり方が介護保険制度とは乖離したのです。

(2) 「基本合意文書」・「骨格提言」における介護保険優先原則への言及

「基本合意文書」では「三 新法制定にあたっての論点」において、「④ 介護保険優先原則（障害者自立支援法第7条）を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入をはかること」と明記されています。

また、新法策定のために設置された障がい者制度改革推進会議総合福祉部会がまとめた「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言－新法の制定を目指して－（以下「骨格提言）」（2011年8月）では、基本合意を受けて以下のような提言がなされました（提言に係る説明等の詳細については資料18参照）。

- 障害者総合福祉法は、障害者が等しく基本的人権を享有する個人として、障害の種別と程度に関わりなく日常生活及び社会生活において障害者のニーズに基づく必要な支援を保障するものであり、介護保険法とはおのずと法の目的や性格を異にするものである。この違いを踏まえ、それぞれが別個の法体系として制度設計されるべきである。
- 介護保険対象年齢になった後でも、従来から受けていた支援を原則として継続して受けることができるものとする。

以上のように「基本合意文書」も「骨格提言」も障害福祉制度と介護保険制度に係る優先関係と給付調整を定めることに異を唱えています。

また、当時の小宮山国務大臣は第180回国会 厚生労働委員会第11号において、「総合福祉部会の骨格提言、これは障害当事者の皆様の本当にさまざまな重い思いが込められた貴重なものだと思います。これは、法律による対応に加えまして、報酬ですとか予算、それから運用など、あらゆる政策手段を組み合わせ、これは一度にできればいいんですが、予算の関係とかいろいろございますので、いただいたときから段階的、計画的に実現を目指していくとお約束をしていますので、そのことは当然変わりません。」と発言しています。

しかし、「基本合意」では新法の策定が約束されていたにも関わらず、障害者総合支援法の法律番号は障害者自立支援法と同じです。つまり、障害者総合支援法は新法ではなく、障害者自立支援法の改正法に過ぎません。名称も障害者総合福祉法から障害者総合支援法へと変更されただけでなく、「骨格提言」の多くは実現されませんでした。これは障害者総合支援法7条についても同様であり、「基本合意」や「骨格提言」に反して介護保険優先原則問題は解消されませんでした。

国（厚生労働省）は「基本合意文書」で示した、障害福祉制度に応益負担を導入したことに対する反省に対して責任を未だにはたしていないと言わざるを得ません。

（3）元原告・弁護団と国（厚生労働省）との定期協議等について

障害者自立支援法違憲訴訟の元原告と弁護団を中心とした障害者自立支援法訴訟の基本合意の完全実現を目指す会と国（厚生労働省）の定期協議は年に約一回開催されています。

定期協議に当たっては、毎回介護保険優先原則問題と障害者総合支援法7条の撤廃に係る問題提起がなされていますが、厚生労働省からの明確な回答や提案はありません。

今年4月から導入された高齢障害者にかかる負担軽減策は、「基本合

意文書」で確約された応益負担制度の廃止拡大に向けた動きの一環と位置づけることもできます。しかし、この負担軽減策の対象となるには以下のような条件が課されています（詳細は資料19参照）。

- ① 介護保険相当障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護・生活介護・短期入所）の支給決定を5年受けていること
- ② 障害福祉相当介護保険サービス（訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・小規模多機能の通い部分）を利用する者
- ③ 障害支援区分2以上
- ④ 市町村民税非課税世帯、または生活保護受給者
- ⑤ 第2号被保険者の介護保険制度利用者は対象外

さらに、厚生労働省のパンフレット等では明記されていませんが、要支援者への支援は新しい総合支援事業（自治体の裁量的経費に基づく事業）で実施されるため、⑥介護保険制度に移行後に要支援となった方も負担軽減策の対象外となります（資料20）。

こうした条件があるため、障害福祉制度にできるだけ頼らずに生活をしてきた多くの視覚障害者や聴覚障害者等は対象となりません。また、図表6で示したように、介護保険制度に移行して要支援となる約30%の高齢障害者も対象外となります。さらに、この負担軽減策は介護保険制度の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能（通所部分）にのみ適用されるため、それ以外の介護保険サービスを利用した場合には自己負担が発生するといった課題が残されています。

天海さんの場合、この要件を満たしていますが、天海さんが介護保険制度への移行が求められ、障害福祉サービスが全面的に打ち切られた2014年に同制度はありませんでした。天海さんが同サービスを利用したとしても、障害福祉サービス打ち切った千葉市の責任とは無関係であると考えます。

7. 天海さんの代理人から、「介護保険優先問題に際して、千葉市等が主張する障害者と要介護者との公平性について意見がほしい」と尋ねられたので、そのことについて述べます。

介護保険優先問題に関して、千葉市等の自治体は障害者と要介護者等の「公平性」の問題を主張します。もちろん、要介護者等は65歳以上で障害を持った高齢者、または介護保険法の特定疾患で障害をもった40歳から64歳の人です。彼らは原則、介護保険制度しか利用できません。この観点だけから考えれば、障害者であろうと介護保険制度の対象となった際、同制度が優先されるということが公平であると結論づけることは可能です。また、障害者総合支援法7条が規定されている以上、自治体として介護保険制度の対象となった高齢障害者等に対して、同制度への移行の勧奨義務があることも事実です。

しかし、意見書5で示したように、若いころから障害を持つ人と65歳以上で要介護状態になった人等は一般の人に比べて倍近く経済状況が全く異なっています。若いころから障害がある人とそうでない人の経済格差は深刻であり、介護保険制度への移行に伴う自己負担の発生は障害者にとって生活を左右しかねません。先の浅田訴訟に係る岡山地裁の判決においてもこのことは認められています（甲23参照）。

また、視覚障害者の電車ホームからの転落死亡事故や車いす利用者が電車を利用するに際して一般の人たちより長時間待たされるといった実態を考えれば、移動に係る安全性や利便性の公平性が担保されているとは考えられません。

自治体等は障害者差別（不公平）の解消責任をおっていますが、これを解消するための制度整備や保障は決して十分とは言えません。2016年の障害者総合支援法の「改正」にあたっての第190回国会 衆議院厚生労働委員会で塩

崎元厚生労働大臣は「これまでの日本の障害者の施策は、世界的に見れば、特にOECDの中で見ても、平成十二年のときに34カ国中31位、今一番近い統計で平成23年、ですから今から五年前、このときでもまだ34カ国中28位、こういう状況でありますから、これからさらにしっかりとした対応をしていかなければいけない…」、「OECD諸国の中で34カ国中の28位だのいうようなことで甘んじてはいけません（資料21参照）。この発言からも日本の障害福祉施策は、世界的に見て劣っていることは明らかです。こうした行政責任には目を向けず、障害者の生命や暮らしを脅かしかねない介護保険制度への移行問題に関して「公平性」を強調するということ自体、不公平と言わざるを得ないと考えます。

また、天海訴訟以降、65歳になった障害者の方で障害福祉サービスの継続支給が認められたというケースがあると聞きおよんでいます。最近、その方の担当者が変わり、介護保険への申請が求められ、申請しない場合には打ち切ることもありえると言われていたようですが、担当者によって対応が異なること、打ち切りを前提としていることは問題です。しかし、一時的とはいえ、65歳になっても障害福祉サービスの継続が認められた方がいることに変わりはありません。一方で、天海さんの障害福祉サービスを打ち切りながら、他方で、他の市民に対して同サービスの継続支給を認める場合があるという千葉市の対応は自己矛盾ではないかと考えます。

いみじくも、今年の8月、公的機関における障害者雇用の水増しが明らかになりました。一部報道によれば、この問題は障害者雇用制度が成立した1976年から続いたとも見られています。今年8月の厚生労働省による公表では6,867.5人雇用していたとされる障害者のうち3406.5人（0.5は短時間労働者）が、障害者雇用促進法の基準を満たしていなかったことが明らかにされました（資料22参照）。これは水増しではなく、明らかな偽装と言ってよいでしょう。さらに、千葉市・千葉市教育委員会でも同様の問題があったことが、報道等で明らかになっています（資料23参照）。

この背景に公務員定数法や掃除等の単純作業のアウトソーシング推進に起因する問題があることは推察できますが、偽装が許されるわけではありません。その根本に、「障害者は役に立たない・仕事ができない」という差別意識があったことは否めないと思います。

この事件で明らかになったのは、様々な制度の運用に当たって、市民等には厳格なルールを適用し、場合によっては法的論拠もなく、厚生労働省も容認していない障害福祉サービスの打ち切りを適切な運用であると主張しながら、公務員は身内に対しては厳格なルールの適用を求めないという実態です。結果として、市民、特に障害者は公的機関において深刻な障害者差別や偏見が根付いているのではないかという疑念や公的機関に対する強い不信感を抱かざるを得なくなっています。

自治体に取り組むべきは、市民からの信頼回復であり、障害のある方とない方の真の意味での公平性を担保するための制度等の拡充であると考えます。介護保険制度の枠内だけの「公平性」に基づいて介護保険優先を絶対化した場合、障害者差別がさらに強化されることは明らかです。千葉市の主張する「公平性」は、社会的にも経済的にも不利な状況に置かれている障害者に対して不公平を助長するものに他ならず、障害者の尊厳と人権を損なうものです。こうした「公平性」は公平とは言えません。さらに、これを理由に、自治体が独自に介護保険優先を絶対化し、この意向に沿わない高齢障害者等に対して障害福祉サービスを打ち切ることは許されないと考えます。

2016年5月、佐藤久夫（日本事業大学特任教授（当時）・元障がい者制度改革推進会議総合福祉部会部会長）は第190回国会 衆議院厚生労働委員会 第15号における参考人質疑で次のような発言をしています（詳細は資料24参照）。

「表現の自由だとか、移動だとか、居住の自由だとか、選挙への参加など政治への参加とか、こういうものは、本当に基本的人権として、どんな状況があっても、お金がないので我慢してくださいと言えない性質のものだろうと思うん

ですね。障害福祉サービスというのは、それをやるために不可欠なものですので、例えば、手話通訳でなければコミュニケーションが図れない、移動支援がなければ選挙にも行けない、そういうようなものですので、ぜいたくなものじゃなくて、本当に基本的人権に直結するものですので、財源がないからということではまずいというか、そういう社会であってはほしくないなというふうに思います。」

障害者権利条約にあるように障害がない人たちと同じような暮らしを保障することが社会福祉制度の大きな役割の一つです。佐藤氏が指摘するように支援を受けることはぜいたくではありませんし、受益でもないと考えます。

千葉市は「2014年度 実態調査」の意見において、「利用者負担や支給されるサービスの量において、自立支援給付の方が利用者にとって有利な制度となっているため、介護保険優先の適用の考え方について利用者からの理解を得ることが困難。…自立支援給付と介護保険制度について、現在そのままあいまいな状態で運用していくのは限界であると感じており、両制度を統合するか、完全に別制度とすることを望む。」と回答しており、介護保険制度が障害福祉制度よりも劣っており、介護保険が優先されることの矛盾点を認識していることは明らかです。

国（厚生労働省）との「基本合意」、厚生労働省としては障害福祉サービスの打ち切りを容認していないこと、打ち切りに係る法的論拠（罰則規定）がないこと（自治体に生活保障の与奪権・生殺与奪権が与えられていないこと）、打ち切りをする自治体はほとんどないという実態、介護保険制度への移行に伴う諸問題に起因する生活水準の低下リスク等を考えれば、天海さんが介護保険制度に申請しなかったことを理由とした千葉市による障害福祉サービスの打ち切りは裁量権の逸脱と言わざるを得ません。少なくとも、厚生労働省が示すように、障害福祉サービスを継続しながら、理解してもらうための働きかけやお願いを続けるべきです。岡山地裁の判決文にあるように、天海さんの場合も介護保険制度へ申請していない以上、この継続は二重給付には当たりません（甲 2 3 参

照)。

確かに、各自治体で定める職員倫理条例には「職員は、市民全体の奉仕者であり、市民の一部に対してのみの奉仕者ではないことを自覚し、職務上知り得た情報について市民の一部に対してのみ有利な取扱いをする等市民に対し不当な差別的取扱いをしてはならない。」と規定されています。しかし、障害者権利条約5条に「障害者の事実上の平等を促進し、又は達成するために必要な特別の措置は、この条約に規定する差別と解してはならない」と規定されているように、障害者に対する合理的配慮の提供は不当な差別には当たりません。天海さんに対する同サービスの打ち切りは障害者権利条約における合理的配慮の提供義務違反であり、差別行為に他ならないと考えます。それによって天海さんの生活や生命の危機にさらした千葉市の行為は公務員倫理に反するものであり、仮に、こうした行為が認められるとすれば、憲法25条に係る問題にも発展しかねないと考えます。

別紙 1 研究実績

- 1 (共著)「介護保険優先原則に関する提言」、日本障害者協議会、『《すべての人の社会》 に向けて― 障害者政策・6つのW ワーキングGグループの提案―』、2013年。
- 2 「介護保険優先原則の問題点～障害福祉制度と介護保険制度の併給・選択の運用実態から制度的欠陥を考える～」、全国老人問題研究会、『ゆたかな暮らし』、379号、2013年。
- 3 (共著)「低酸素脳症者と家族の生活実態と求められる対応―サークルエコーの活動から」、『Journal of Clinical Rehabilitation』、22巻11号、医歯薬出版株式会社、2013年。
- 4 「第5章 障害者の福祉サービス（障害者総合支援法と障害者支援）：障害福祉サービスの支給決定、障害支援区分、利用者負担・障害者総合支援法と他法との適用関係」、『社会福祉士シリーズ14 障害者に対する支援と障害者自立支援制度』、第3版、弘文堂、2015年。
- 5 「『障害者の介護保険サービス利用等に関する実態調査』のねらい～今求められる障害者権利条約具現化のための運動～」、日本障害者協議会、『すべての人の社会』、2015年。
- 6 「社会福祉法等の改正にみる社会保障の行方」、中央社会保障推進協議会、『隔月刊 社会保障』、461号、2015年。
- 7 「社会福祉法等の一部『改正』は何をもたらすのか～『地域包括ケアシステム』との関係から、日本の社会福祉の未来を考える」、全国手話通訳問題研究会、『手話通訳問題研究』、134号、2015年。
- 8 「『我が事・丸ごと』地域共生社会がめざすものと国民の権利」、全国保育団体連絡会、『月刊 保育情報』、no.481、2016年
- 9 「「改正」社会福祉法のポイントと問題点～政省令等を踏まえて～」、全国保育団体連絡会、『月刊 保育情報』、no.482、2017年

- 10 「介護保険制度における保険外サービス・「混合介護」の背景と課題に係る考察」、日本医療総合研究所、『国民医療』、no.334、2017年。
- 11 「『我が事・丸ごと』地域共生社会」の本質と課題」、中央社会保障推進協議会、『隔月刊 社会保障』、no.472、2017年
- 12 「介護保険優先原則問題の現在～なぜ障害者は介護保険制度を問題にするのか～」、全国老人問題研究会、『ゆたかな暮らし』、no.442、2017年
- 13 「障害福祉サービス等の報酬改定に係るポイントと課題」、日本医療総合研究所、『国民医療』、No.338、2018年。
- 14 「第5章 障害者の福祉サービス（障害者総合支援法と障害者支援）：障害福祉サービスの支給決定、障害支援区分、利用者負担・障害者総合支援法と他法との適用関係」、『社会福祉士シリーズ14 障害者に対する支援と障害者自立支援制度』、第4版、弘文堂、2018年。
- 15 （共著）「経済成長施策としての『我が事・丸ごと』地域共生社会批判」、全国障害者問題研究会、『障害者問題研究』、vol.46 no.1、2018年
- 16 「介護保険優先原則問題の本質と課題～浅田訴訟と天海訴訟を踏まえて～」、非営利・協同総合研究所、『いのちとくらし』、no.64、2018年。