

障害を持つ自分に誇りを持って地域で生活し続けるため、私は65歳になっても介護保険の申請を拒否し従来からの障害者総合支援法のままていくことを求めます。

2017年11月17日

大阪市長 吉村 洋文 殿

脳性まひ者の生活と健康を考える会
大阪市西成区岸里 3-7-1-904 在住
古井 正代

戦後になって賃金でも社会保険制度でも生活が支えられない場合には、国民の権利として公的扶助制度を利用できる社会保障制度体系が日本で初めて整えられ、国民の生存権を保障する体制が整いつつありました。

しかし、社会的入院や増え続ける高齢者医療費や寝たきり老人問題への解決策として2000年から介護保険制度が施行されました。残念なことに、それまで障害者支援で培われた当事者の声を反映しようとするポリシーが全く引き継がれないまま、急を要する国策として作られたのです。

当時こんなことがありました。身体障害者の制度で体にあった車いすをオーダーメイド出来ていた40歳以上の脳卒中片麻痺者の人の低床型の車いすについてです。2000年介護保険に切り替わったとたん、自分の片手片足でこげないようなリース品にしろと言われたのです。考えてもみてください、3月31日まで国民の権利として保障されていた移動の自由を、4月1日から年齢を理由にいても簡単に「共助制度」の責任だとされたのです。それまで身体障害福祉でやってきたことは税金の無駄使いだったのでしょうか？「機能低下を来させることが介護保険の目的なのか」と厳重に抗議すると、今度は何の謝罪もなしに低床型オーダー車いすを業者に買わせて「これでいいだろう」とリース品使用を押し付けたのです。

このように介護保険は初めから、40歳以上の障害者の権利や人間としての誇りなど眼中になく、我慢させることから始まったのです。一定以上の年齢の障害者に対し、障害の本質である個別性とは真逆の画一性を強引に押しつけ、権利を放棄させようとする歴史が今も続いていると言わざるをえません。

介護保険によって普遍的な保障を理念とした措置制度から契約制度へ移行し、応能負担から応益負担への転換が老人福祉に導入されました。定率の利用者負担が採用され、低所得者の利用を絶対的・相対的に抑制しているともいわれ、本来の利用ニーズにプレッシャーがかかってきたのです。

現実に脳性まひ者の私自身には、2003 年から頭部外傷と脊髄腫瘍で動けなくなった母を我が家で引き取って、2010 年まで同居して看取った経験があります。最後の 2 年、母は要介護 5 でした。「横だしサービス」の全額と利用料自己負担 1 割で月額 10 万円以上支払い、それだけではケアが足らず、この重度障害者の私が母を毎日 3 時間くらい「介助」してなければ生活が成り立たちませんでした、さしずめ今なら「自助」の鏡とでも言うのかもしれませんが。

それにしても、なぜ老いた母が重度障害者の私を頼ったのか、素朴な疑問がわきませんか？

おそらくその答えは、障害を持つことが悪いことだという優生思想が、あまりに世間に蔓延していて、道具や他人の力を利用しながらでも誇り高く生きられる生活モデルが、「障害者自立生活」以外に見当たらないからだと思います。

さらに、日本の脳性まひ者は障害者運動のパイオニアで、日本中に自立生活センターが普及する 1980 年代よりも 15 年以上前から、地域社会で自律的に生活してきた歴史があります。制度のない時代から、地域に生きる脳性まひ者は、自分で介護者を見つけ、人間関係を築きながら介護を教え、人間のあり方を世間に問い、自分たちの介護体制を自分たちのイニシアティブで作ろうとしてきました。

共生社会を目指すことが、どんなにいばらの道であったのか、私たちは身をもって体験し、骨身を削りながら、世に問うてきました。

大阪市営地下鉄の、すべての駅に全国に先駆けてエレベーターがついたのも、ガイドヘルパーや支援費制度など、まがりなりにも、現在まで障害者支援やバリアフリーが整ってきたのも、私たち日本の脳性まひ者をはじめとする重度障害者の長年のいばらの道の副産物といえるのです。

たとえば、身体障害者の等級制度にしても、傷痍軍人での四肢の欠損がモデルで、画一的な階層性が戦後の当初にはあったのです。しかし、手足があっても上手く動かない、だから社会的不利は手足のない人よりはるかに大きい、そんな全

身性運動障害の当事者が脳性まひ者なのです。その当事者が直接、生の声で粘り強く国に改善を求め交渉を重ねたからこそ、その後、さまざまな中枢性運動障害に対応できるような障害表記や等級となった経緯があるのです。

このように障害者制度は、当事者の身体をはった、骨身を削った取り組みや、生の声が羅針盤になって様々に形作られたり、変わったりしてきたのです。私自身も 20 代から障害者の人権を主張し、地域社会のユニークなメンバーとして、誇り高く生きてきました。これからも脳性まひ者、障害者として、引き続き地域に根を張って生活していきたいと思っています。

介護保険制度は障害者の特性を軽視するだけでなく、マジョリティ重視の市場主義を導入し、障害支援や介護を商業化させたのです。民間企業の参加しやすさに気を配るあまり、利用者や当事者の主体性や社会参加への視点は、障害者支援制度に比べはるかに薄いのが介護保険です。障害者から見ると、介護保険は専門家と行政主導で推進・運営されてきたように思えるのです。介護予防にしても、つまりは利用者を減らす事が目的で、障害者排除の思想にいつでも接近する危険をはらんでいると感じています。

介護保険制度は障害者支援とは目的・出所・成り立ちから違います。そのパターンリズムの証拠は、介護保険で「自立」と言えば、何もかもを独りで介助なしにすることをいい、障害者の「自立生活」の概念との整合性など一切考慮されていないことで明らかです。このような健常者モデルの身辺自立一辺倒の発想では、障害者権利条約における合理的配慮の何が「合理的」なのかについて、私達障害者とは真逆の解釈をしているに違いありません。

私は今年で 65 歳を迎えます。障害者が 65 歳になれば従来受けてきた障害者総合支援法のサービスから、高齢者専用の介護保険のサービスに切り替わる（介護保険優先の原則）と言われても、私は幼いときから脳性まひの障害とともに生きてきましたし、これからも脳性まひ者として生きていきます。繰り返しますが、産まれてこのかた一度たりとも「健常者」であったこともないし、今後の私の人生でも障害が軽くなる見込みなどありません。それなのに 65 歳になると、なぜ普遍的保障の障害者総合支援法から健常者モデルの自立観に立脚した介護保険になってしまうのか、全く納得ができません。

負担の公平性ということを建前にするなら、なぜ差別解消法が必要だったのかと問いたいと思います。そもそもわれわれ障害者が合理的配慮をもって健常者と公平に扱われてきたことがないからこそ、それを解消する必要があったのではなかったのかと。私の脳性まひ者としての誇りと 65 年の道程と、それに続

く未来を黙殺しないでください。

私が介護保険のサービスを受けることを仮定するだけで、当然ながら様々な矛盾・問題が噴出します。以下に、想定される問題・矛盾を列挙しますので、これらに対する大阪市の見解・見識を私にもわかるように説明してください。

- ① 障害者が 65 歳になると、今まで受けてきたサービスが継続できなくなる恐れがあります。障害者総合支援法の補装具給付で自分に見合った電動車いすが支給されたものの修理やメンテナンスは、65 歳を過ぎるとどうなるのでしょうか、不安になってしまいます。
- ② 2015 年からは介護保険の自己負担額が 2 割になって介護保険サービスが変わると、今までのサービス料金体系が変わり負担が増えることを危惧します。もしも母が入院・入所していたらコストはもっとかかっていたでしょう。母には元気なとき働いて余分に掛けた年金と定年まで蓄えた貯金があったので何とかしのげましたが、若いときから収入が障害基礎年金しかない私には、そのような自己負担もできないでしょう。いくら要介護 5 になっても、母よりもはるかに薄いサービスしか購えず、1 日のかなりの時間を介護なしに放置されるでしょう。生まれながらの重度障害者に自助や応益負担を求めるのは、こういうことを意味するのですか？
- ③ 障害者総合支援法と介護保険の制度上の違いにより、サービス利用の区分・格差の不合理な問題が起きて、障害者本人や家族たちを混乱させ、サービスの利用における内容制限や新たな負担問題などをつくり出しています。
- ④ 障害者総合支援法第 7 条（介護保険優先原則）の規定によって、障害福祉サービスであっても、介護保険に「相当」「類似」するサービスは介護保険での提供とされ、その結果、住民税非課税世帯でも介護保険サービスは利用料を徴収されてしまうでしょう。
- ⑤ 私は現在、障害者総合支援法の「重度訪問介護」等のサービスを受けていますが、介護保険には重度訪問介護のサービスはありません。重度訪問介護のサービスが打ち切られる可能性があります。私の誕生日が過ぎても、特別措置で重度訪問介護が認められるかもしれませんが、私の障害の変化によって、重度訪問介護の介助量が増えていくことも考えられます。そのような場合、介護保険適用では支給量のアップは認められないのではないのでしょうか。
- ⑥ 障害者基本法の第 1 条には《障害者の自立及び社会参加の支援のための施策の推進》が唱われています。そしてまた、この障害者基本法の基本理念に則った障害者総合支援法の第 1 条では《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」と規定されていますが、これに対し介護保険法第1条では《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医療を要する者について、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わる給付を行うため》と規定されています。このように、障害者総合支援法と介護保険では明らかに大きな違いが見られます。

⑦介護保険は個別的な社会参加という概念がまったく含まれていません。これまで私は、障害者問題・社会問題に取り組みながら多くの人々と関係を築きながら、街の中に出かけたりしてきました。にもかかわらず、65歳を過ぎると、障害者支援にあった外出に対する支援が介護保険になく、事実上社会参加が制限されてしまうのです。これでは、介護の必要な者は、ますます介護者を見つけるのも困難になり、結果的に更に社会から孤立することになりませんか？

⑧「重度訪問介護」では都道府県知事から必要な知識及び技術を有すると認められる旨の証明書の交付を受けた者及び重度訪問介護従事者養成研修を受けた者もヘルパー資格が認められています。私の友人の中には自分たちで努力して開設した事業所でヘルパーを派遣している人もいますが、そのヘルパーの多くは、友人たちと長い時間を共有して脳性まひの介助の仕方を学んでいます。しかし、介護保険関係の事業所に私たちの特殊性を理解し、当事者のイニシアティブを尊重する介助を行えるヘルパーが育つ余裕があるでしょうか？介護保険になった途端に、障害特性を「我儘だ」などと誤解されながら、また長い時間とエネルギーを費やし教育に取り組まなくてはなりません。障害が重くなればなるほど、障害の特殊性を理解し、言葉にならない思いを傾聴する態度が重要となってくるので、事態はさらに深刻です。

何が何でも介護保険に無理やり一体化するというのは、全身性障害者の視点から眺めればあまりにも多くの問題・矛盾があり、重大な人権問題なのです。

以上、私の65年培ってきた障害者としての生き様と、介護保険の障害者の立場からの問題点を述べてきました。その上で私は、障害者として地域での生活を維持していくために、65歳になっても介護保険を拒否し、障害者総合支援法のサービスの適用を要望します。

現在、全国の65歳を過ぎた全身性障害者の仲間たちと各地方自治体との間で

多くの摩擦が生じ裁判沙汰になっている地方自治体もあるようです。社会保険には【短期受給者証】があつて1年にならなくとも何か月かごとに受給者証の交付を行なうことができ、東京や神奈川では1か月から半年間の短期証として65歳以上でも障害者総合支援法の受給者証の交付を継続している例があります。介護保険と障害者総合支援法との関係で、ある人が厚生労働省に問い合わせたところ、「65才になれば原則介護保険が優先されます。しかしこれはあくまで優先で、全身性障害者の場合等は必要に応じて100%総合支援法を適用することは可能です。個別事例については自治体の考え次第です」と述べています。

私の求めを黙殺せず、共生社会に向かって「大阪を前に進める」そんな心の通った市長と大阪市であるようにと、心より願っています。

資料

2017年11月17日

○福島・郡山に住む白石さん

2015年4月から障がい福祉課との話し合いを持ち、課長は「65歳になれば介護保険の対象に誰もがなるので、とにかく介護保険の申請をしてくれ」「介護保険の申請をすれば、いままで滞っていたサービス支給料を支払う」「介護保険の申請をすれば今まで通りのサービスを提供する」「介護保険の申請をしなければサービス支給料を支払わない。その理由は、もしも厚生労働省の郡山市に対する監査が入った場合に、介護保険に入らないで支給料を出していたことがバレると大変だから。」とすることを繰り返すのみで話し合いは平行線のままで終わる。2015年10月中に郡山市障がい福祉課課長宛てに、「私のサービスを4月から打ち切っているのは、私の人権を無視した違反行為である。もし、私の手紙を無視するようであれば、郡山市障がい福祉課の違反行為をおおやけにしていく」という手紙を書いて手渡す。

2016年2月の交渉で課長が、「あれから(私が手紙を渡してから)いろいろと調べたら、社会保険では【短期受給者証】というものがあつて1年にならなくとも何か月かごとに受給者証の交付を行なうことができる。東京や神奈川ではこの方法を使って、1か月から半年間で障害者総合支援法の受給者証の交付を行なっている。白石さんの場合に

限って郡山市でも短期受給者証を交付するので、なかなか大変だけれど3か月に一度受給者証の申請手続きをお願いします。3か月に一度は、障がい福祉課として介護保険への申請をお願いすることになります。」とのこと。8か月に及ぶ郡山市障がい福祉課との介護保険65歳問題に関する攻防に一応終止符が打たれる。

DPI 日本会議の事務所に出向いて、人権擁護委員の八柳さんという方からもお話を伺って来ました。以下にその内容を記しておきます。

○東京・町田市に住む関根さん

Sさんの奥さんが2013年に65歳になる。その時点で、代理人の弁護士と共に町田市役所に出向いて、「今まで通り障害者総合支援法でいくので、その受給を受理してください」と話して、受理証を受け取ったとのこと。その後も弁護士立会いのもとに町田市と話し合っている。最初の頃は一カ月に1度、町田市から障害者総合支援法の申請手続きを求められていた。現在でも2カ月に1度申請手続きを行なっている。

○神奈川・相模原に住む栗城さん

栗城さんは私の養護学校の同級生である。私より少し歳上で4年前に介護保険を申請する歳になったが、今でも介護保険を申請しないで、総合支援法のサービスを受けている。栗城さんは相模原で地域活動センターと居宅派遣事業を行なう有限会社の代表を務める。栗城さんに対して、相模原市の障害福祉課長は「介護保険は申請主義なので、申請しなければそれまでなのだから、申請しないでも良いのでは」と言ったそう。栗城さんも最初の頃は一カ月に1度、相模原市から障害者総合支援法の申請手続きを求められていた。現在では半年に1度申請手続きを行なっているとのこと。

○東京・八王子に住む中西庄司さん

中西さんは厚生労働省にも顔がきくので(わが国で初めてCILを立ち上げた方)、厚生労働省の職員から東京都に連絡させて、東京都から八王子市の方に連絡がいて、八王子市の福祉部長と中西さんが話し合った結果、介護保険の申請をしないで従来のサービスを受けているとのこと。

【7/27 介護保険と支援法統合問題に関する学習会に向けての問題提起 代表 杉浦

貢】

障

害のある人が65歳になると、障害福祉から介護保険のサービスに変わることで、サービスが減ったり負担額が増えたりするケースが各地で相次いでいる実態が、障害者団体の調査で明らかになりました。これを受けて2016年5月25日、改正障害者総合支援法などが参議院本会議で可決され、成立しました。

今回の改正は高齢となった障害者本人やその家族に、深く影響を与えることになりそうです。7月27日の学習会では、ヒューマンケア協会の中西正司さんをお招きし、この問題に対する見解を伺いたいと思います。以下はその基礎知識です

《問題視されていた「高齢障害者の壁」》

現在、9割の人が障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスを、負担ゼロで利用しています。しかし、65歳を過ぎると同等のサービスがある場合には介護保険サービスを優先利用するように決められていました。介護保険サービスは原則1割負担ですので、利用者の金銭的負担が大きくなってしまいます。昨年夏に厚生労働省が行った調査では、介護保険利用に移った人の平均負担額は7,183円/月。障害福祉サービス利用時の9倍という結果となりました。金銭的負担が増えるだけでなく、福祉サービスの時間や受けられるリハビリの回数が減ることもあり、高齢障害者にとって介護保険サービスに切り替わる“65歳の壁”は大きな問題でした。

《地域による格差も》

2007年、厚生労働省は全国の自治体に対し、「65歳以上の障害者が介護保険だけでは福祉サービスが十分に受けられない場合、障害福祉サービスも併せて受けられる」という通知を出しました。しかし、具体的な対応は自治体に任されていたため、地域によってサービスに格差が生まれています。

《ポイント1：切り替えで生じる金銭的な負担を軽減》

今回の改正によって高齢になった低所得の障害者に対し、市町村は「高額障害福祉サービス費等給付費」を支給することで、金銭的な負担を和らげることとなりました。低所得の障害者が金銭的負担を理由に、介護保険サービスの利用を控えないようにするのが目的です。一見すると市区町村の負担が増えてしまうように思えますが、高齢の障害者が介護保険サービスを利用することで、自然と障害福祉サービスにかかる費用が減ることが見込まれています。厚生労働省は、こういった理由から「この改正によって財政は膨らまない」と説明しています。

《ポイント2：同じ事業者を利用できるように後押し》

障害福祉サービスを利用してグループホームで長年暮らしている人や、同じヘルパーなどから支援を受けていた人が、介護保険サービスへの切り替えにより、住み慣れたグループホームを退所したり、ヘルパーなどを変えなくてはいけなかったりというケースがありました。改正法では、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所も兼ねられるよう、指定を後押しする仕組み作りも含まれています。

《国は配慮を求めるが…》

国は、「介護保険優先原則」は、あくまで原則として、自治体に対しては、利用者の状況に合わせて配慮するよう通知しています。このため、自治体が独自にサービスを補うこともできますが、その内容はまちまちで、住む場所の財政状況によって格差が生じている実体もあるようです。

すべての自治体がこうした配慮ができるわけではありません。配慮ができているケースは、財政力や自治体側に深い理解があったり、当事者の障害が重度だったりといった特段の事情があるからです。

【注】ヒューマンケア協会の中西氏より、「介護保険と支援法統合問題に関する学習会」に向けて、論点整理の原稿をいただきましたので掲載いたします。7/27の学習会ではパワーポイントのスライドでの説明もあるとのことですが、合わせて参考にさせていただければより理解が深まるものと思われます。ぜひご活用ください。（編集部）

【介護保険と支援法統合問題に関する学習会に向けて 介護保険統合の問題点 ヒューマンケア協会代表 中西正司】

1. 重度訪問介護の確保

①ALS の 24 時間と呼吸器, 経管栄養などの医療付ケアについては、介護保険と同等の単価を要求し、ALS 者の支持を得る。

②移動と見守り付き添いが重度訪問介護の特色であることから、知的障害者の行動援助と、精神障害者の見守り付き添い, 金銭管理や、視覚障害者の手紙の読み上げ介助やパワポ作成支援などを重度訪問介護で使えることにして、三障害団体からの支援を得る。

2. 現在障害制度の、居宅介護の身体介助と家事援助のみを使っている人について、および 40 歳からの特定障害者で介護保険対象となっている者が、65 歳になると同時に介護保険の居宅サービスへ切り替えられ、重度訪問介護をカットされて介護保険の居宅サービスに強制的にいれられる例が出ている。これで困る事例としては

①視覚障害者の居宅介護利用者がこれまで（手紙の読み上げ、冷蔵庫の賞味期限切れ

食料品の選別、買い物の付き添い) などをやってもらえたのが、介護保険の保険事業者はやってくれず、また行政も障害福祉課でのサービス内容と介護保険課のサービス内容の調整ができない市が多く、原則としてすべてのサービスが縮小・停止されている。

②身体障害者の軽度者、知的障害者の一人暮らし者が介護保険世代になった場合、居宅サービスの事業範囲が狭まり、行動援護や移動介護、買い物付き添い、金銭管理、家族の料理作り、洗濯物などに幅広く使えていた家事援助が本人のみに限定されることから、これまでの地域生活が維持できなくなっている。

3. アセスメント基準が異なること。

①八王子市役所の内部規定によると、重度訪問介護の継続利用ができる対象者は、介護保険のアセスメントにおいて要介護度 5 以上を取らなければならず、かつ居宅サービスで介護保険点数の 50%以上を使わなければ、重度訪問介護利用の対象者とならない。

②この基準を介護保険の要介護度 2, 3, 4 でも使えるように基準を下げ、50%以上の利用基準も無くすことによって、障害手帳所持者のうち障害福祉サービスの居宅介護や重度訪問介護を利用している者の継続利用を可能とするという基準を厚労省に設定させる。

4. 上記基準を実施させるために、障害者ケアマネジメントの中のセルフケアプラン制度を完全に維持し、居宅サービス計画の作成についても障害福祉サービスの居宅サービスや重度訪問介護を主に提供している事業所の認定基準を緩和することによって、全国で障害手帳所持者は障害福祉サービス派遣事業所のケアマネジャーの支援によるセルフケアプラン作成を従来の基準通りの認定基準で、介護保険対象者にも継続して利用できるようにし、この基準自体が介護保険の認定基準と齟齬しないようなアセスメント基準表の統一性を介護保険の中で障害者のみ適用できるようにするとともに、障害手帳所持者が 65 歳以降も現状のサービスが完璧に使えるようにすること。

①都道府県における障害者ケアマネジャー養成研修を、従来通り継続し、介護保険統合後も同じケアマネジャーが計画して、当該障害者の支援に充てられるような制度構築とすること。

「ノーマライゼーション 障害者の福祉」2016 年 7 月号

65 歳問題に関する現状と課題

長岡健太郎

1 65 歳問題とは

介護保険と障害者総合支援法（以下「総合支援法」）が交錯する領域での問題事例（65 歳問題）として、

- 総合支援法に基づき、訪問介護（重度訪問介護）を1日10時間利用してきたが、65歳を迎えると、介護保険を優先的に利用しなければならなくなり、新たに利用料の1割負担が発生した。また、介護保険では1日3時間しか認められないが、市町村が総合支援法の上乗せ利用を認めてくれない（事例1）。
- 総合支援法により、日中活動の場として生活介護へ通っていた。知り合いも多く、プログラムも気に入っていたが、65歳を迎え、別の事業所で介護保険法によるデイサービスを利用するよう市町村に求められた（事例2）。

といったケースがある。

総合支援法7条は、「自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法…の規定による介護給付…のうち自立支援給付に相当するものを受け、又は利用することができるときは…、行わない」と規定している。つまり、障害のある人は、介護保険、総合支援法の両方を利用できるときは、介護保険を優先的に利用しなければならない。その結果、総合支援法を利用していた者が65歳を迎え、介護保険対象年齢となると、介護保険をまず利用しなければならなくなる。具体的には、1. 介護支給量をはじめとして支給内容が大幅な変容をきたす問題と、2. 利用者負担が生じる問題として現れる。これがいわゆる65歳問題である。

以下、1と2に分けて、65歳問題に関する現状を整理した上で、本年5月26日に成立した改正総合支援法の内容も踏まえ、今後の課題について述べる。

2 現状～1. 支給内容の変容について

(1) 現在の枠組み

厚生労働省による平成27年2月18日付事務連絡「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」が、現在の介護保険と総合支援法の関係を示している。

基本的な考え方は次の通りである。

- ある障害福祉サービスについて、介護保険に相当するサービスがない場合（移動支援や行動援護など）は、介護保険対象年齢になっても引き続き障害福祉サービスを受けられる。
- 介護保険法に相当するサービスがある場合でも、それを使っても十分な支援が受けられない場合は、上乗せで障害福祉サービスを利用できる。

- 介護保険法のみで適切な支援を受けられるか否かは、個別のケースに応じて、障害福祉サービスの利用意向を障害者からの聴き取りにより把握した上で、適切に判断しなければならない。
- 介護保険利用前に必要とされていたサービス量が、介護保険利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいから、個々の実態に即し、適切に総合支援法の上乗せ利用を認めなければならない。

(2) 事例 1 について

冒頭の事例 1 においては、介護保険を優先的に利用しても、1 日 7 時間は介護支給量が不足するから、1 日 7 時間は重度訪問介護の上乗せ利用が認められなければならない。

ここで、現実には多くの市町村が、総合支援法の上乗せ利用について「介護保険の要介護度 4 以上の者に限る」、「総合支援法に基づく障害支援区分 5 以上の者に限る」など、内規で制限を設けている。しかし、これらの内規はすべて違法である。総合支援法の上乗せ利用を適切に認めることによって、65 歳の前後で当事者に認められる介護支給量は変化しない、というのが現行制度上あるべき姿である。

(3) 事例 2 について

事例 2 でも、前記の考え方を踏まえ、介護保険法に基づくデイサービスが利用できるからといって、直ちに生活介護を打ち切るべきではなく、生活介護とデイサービス双方での具体的な支援内容や当事者の意向などを踏まえ慎重に検討しなければならない。特に、こだわりがあったり、環境の変化に弱い当事者の場合や、当事者が生活介護で受けていたプログラムの継続を望む場合などは、介護保険に相当するサービスがない場合として、生活介護の継続利用が認められることとなろう。

3 現状～2. 利用者負担について

総合支援法の利用者負担に関しては、平成 20 年に障害者自立支援法違憲訴訟が提起され、平成 22 年 1 月には国（厚生労働省）と原告団・弁護団との間で「基本合意文書」が交わされた。これを受け、同年 4 月より、市町村民税非課税世帯等の低所得者については、利用者負担はゼロとなっている。

一方、介護保険法では、生活保護利用者は利用者負担がゼロとなるが、市町村民税非課税世帯でも 1 割負担が生じる。そのため、総合支援法 7 条を前提とする限り、優先利用した分の介護保険に関する利用者負担は免れない。このような介護保険優先原則に関しては、現在、岡山地裁や千葉地裁で裁判が提起されており、結果が注目される。

4 総合支援法改正と今後の課題

(1) 改正内容

今回の法改正では、総合支援法7条の介護保険優先原則は維持された。利用者負担について、介護保険に移行後、新たに1割負担が生じる低所得者につき、負担軽減策が設けられることとなった。ただし、具体的な軽減内容や対象者の範囲は未定である。

(2) 今回の法改正の意義と今後の課題

国との間で交わされた基本合意文書においては、原告団・弁護団から「介護保険優先原則を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入をはかること」との指摘がなされ、国は、「新たな福祉制度の構築に当たっては、現行の介護保険制度との統合を前提とはせず」検討を行うこととされた。

基本合意文書を踏まえ、障害者を中心として新たな総合的な福祉制度を制定するために設けられた障がい者制度改革推進会議の総合福祉部会が平成23年8月に取りまとめた骨格提言では、障害者福祉制度と「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」から「それぞれが別個の制度として制度設計されるべき」とされた。また、「介護保険対象年齢となった後でも、従来から受けていた支援を原則として継続して受けられるものとする」とされた。

基本合意文書及び骨格提言では、自立支援法は廃止するとされたが、現実には、自立支援法を一部改正した総合支援法が平成25年4月から施行されたに留（とど）まる。しかし国も「骨格提言は段階的・計画的に実現したい」とし、総合支援法附則では、骨格提言に盛り込まれた多くの項目について、施行後3年の見直し時に所要の措置を講ずるとされた。「高齢の障害者に対する支援の在り方」も見直し事項に含まれている。

今回の総合支援法改正は、骨格提言の積み残しを実現するための見直しとして位置付けられる。法改正の内容を評価し、今後の課題を考える際には、基本合意文書及び骨格提言がどの程度尊重され、実現したかという観点が不可欠である。まず、
1. 支給内容の変容に関し、「介護保険対象年齢となった後でも、従来から受けていた支援を原則として継続して受けられるものとする」という骨格提言の指摘については、現行制度の下でも、65歳を越えても従来から受けていた支援を引き続き受けられるはずである。が、現実には多くの市町村でそのような取扱いにはなっていない。次に、
2. 利用者負担については、今般の法改正で介護保険優先原則が維持されたことに対し、65歳を越えた途端、1割負担が発生するのでは、応益負担制度を廃止すべきとした基本合意文書に反するとの批判がある。

このように、基本合意文書及び骨格提言は、今でも、高齢の障害者の分野においても到底実現したとはいえない。

今後も、さらなる制度の見直しがされていくであろうが、そこでは基本合意文書及び骨格提言の趣旨を実現するという観点が不可欠である。

(ながおかけんたろう 弁護士)

総合福祉部会 第7回 H22.9.21 資料 1-3

「障害者総合福祉法」(仮称)の論点についての意見(分野Ⅰ その他)論点Ⅰ-1-2) 現行「自立支援法」第7条では「介護保険優先」の原則がうたわれている。介護保険対象となった際に、「自立支援法」のサービスが利用できなくなったり、サービスの量・種類が削られたりする事例が生じている。こうした事態を避けるためには、どのような制度とすることが必要と考えるか？

【朝比奈委員】

○ 結論

障害のある人一人ひとりの生活を勘案して支給決定していくことが必要であるにも関わらず、制度ありきで整合性、統一性を図ろうとする思考が働く限り、このような事態は起き得る。原則は原則として、具体的に制度間調整を図る必要が生じた際には、都道府県のレベルで何らかの協議組織に協議を委ね、その意見を参考に市町村が支給決定するような仕組みが考えられるとよい。そこで集まった事例を蓄積していくことにより、制度のモニタリング機能も一部、果たせると考えられる。

【荒井委員】

○ 結論

介護保険が適用される年齢に達した際に、介護保険とあわせて必要なサービスが支給されるよう、わかりやすい基準をつくる等サービスのあり方を再整理するとともに、きちんと財源が確保されるべき。

○ 理由

介護保険が適用される障害者に対し、本人や家族が納得でき、区市町村にも過大な事務処理負担が課されないような、制度間調整の基準が必要である。

【伊澤委員】

○ 結論

介護保険と自立支援法の併用を可能にしていく方向と、支給決定に責任を持つ機関が、判断できる仕組みを作る。現状の「自立支援給付と介護保険制度の適用関係

について」通知（平成19年3月28日）（2）適用関係②ア・イならびに③具体的運用の強調や実施強化の実現

○ 理由

介護も必要で障害福祉サービス事業所の支援が必要な方がいる。必要な人に必要な支援が届くようにしなければならないので、現状適応されている上記通知内容の強調ならびに実施強化が必要である。

【石橋委員】

○ 結論

ケアマネジャーが、ひとり一人の必要とするサービスの種類、量を的確に把握し、継続性のある個人の支援計画を作成できる制度。

【氏田委員】

○ 結論

どちらか一方ではなく、不足については従来のサービスの継続や新たに不足が生じた場合には他のサービスの利用が可能であることが望ましい。ひとりの人の支援が年齢で分断されることでサービスの低下を招くことがあってはならない。利用者の最善を優先すべきである。切れ目のない支援をするためにライフステージに合わせ、その時々、障害や年齢に応じた支援がプラスされるような制度設計が出来るのと良いと考える。例えば、高齢になった時に、福祉サービスのメニューや内容がその人に合っていれば、介護保険であれ、障害者福祉であれどちらでも使えるようにするなど、それまで使えていた必要なサービスが使えなくなるということがないように配慮しなければならない。

○ 理由

年齢でサービスが切り分けられることは、地域生活を送る上での不安材料となる。一方で、身体障害者手帳の所持者の70%以上が65歳以上の高齢者という現状を考えれば、介護をベースとした介護保険に障害者支援をプラスするなど、介護保険内でもきちんとしたサービスが受けられるように制度改革をすべきである。

【大久保委員】

○ 結論

まず、本論点において重要なことは、65歳未満の障害者と65歳以降に障害者となった人について、「他の者との平等を基礎」として考える必要がある。さらには、「法の下での平等」にも関連してくるものとする。

つまり、65 歳以上の障害者について、現状においては、等しく介護保険をベースとした福祉サービス利用を原則とし、障害福祉サービスの活用は、介護保険のみではサービスの量や種類が不足する場合、介護保険と同種のサービスであっても知的障害等の障害特性に配慮する必要がある場合などとすることが妥当と考える。

【大濱委員】

○ 結論

- 介護保険優先の仕組みを変えて、障害者が介護保険か障害福祉サービスかを選択できるようにすべき。その上で、障害福祉サービスを選んだ障害者の財源は、介護保険会計から障害者施策会計に移転する仕組みを設けるべき。

○ 理由

- 重度訪問介護のような長時間介護を介護保険の制度でカバーすることは明らかに不可能である。特定の介護者が必要な重度障害者は、障害者独自の制度とする必要がある。ただし、一般会計ベースでは、障害福祉サービス（4分の1）よりも介護保険（8分の1）の方が市町村負担が軽いので、市町村の福祉部局では介護保険の利用を勧める誘因となる。よって、財源移転は不可欠である。

【岡部委員】

○ 結論

重度訪問介護等現在受けているサービスに相当する類型が介護保険に存在しない場合は介護保険財源から要介護認定等級に相当する給付を受けて障害福祉サービスの費用として使うことを認めればよい。（不足分については障害福祉サービスの給付を行う前提）

○ 理由

65 歳以上の高齢障害者はそもそも第一号保険者であり介護保険の受給資格をもっているため要介護度に相当する給付を受ける権利があるため。

【小田島委員】

○ 結論

介護保険優先の決まりはなくす。

○ 理由

障害者が利用しやすいサービスを選べるようにするため。

【河崎（建）委員】

○ 結論

「介護保険優先」の原則を即刻撤廃すべき。

○ 理由

要介護状態に適用する介護保険と、自立を図るための自立支援法は対象も目的も手法も全く異なる。一体化を画策したところにボタンの掛け違いがある。

【川崎（洋）委員】

○ 結論

「介護保険優先」ではなく並列の制度とすべき。障がいを持った高齢者が、その必要性に応じてどちらの制度も使える、選択制にすべきである。

○ 理由

高齢者の必要とするサービスと、障害者が必要とするサービスは必ずしも一致しない。共通の必要性に応じたサービスは選択すればよいことで、年齢で区別することは不合理である。

【北浦委員】

○ 結論

介護保険の被保険者として、必要な保険給付を受けるのは当然の権利であり、そこで補いきれないものは、一般の障害福祉サービスとするもので、介護保険制をなくさない限り優先の原則対応は変わらない。問題は障害福祉給付の方で削除されたりすることがないようにすることにある。このため、障害者福祉サービスとして、介護保険サービス、障害福祉サービスを含めたマネジメントを確立、トータルとしてのサービス支援計画・支給必要量等を策定できる制度とする必要がある。

○ 理由

介護保険で実施されるべき給付が不十分であることに問題があるが、本来、障害者福祉サービスは、介護保険制度になじまない性質のものもあり、給付に当たっては、障害保健福祉サービスとしてトータルの給付制度とする必要がある。

【倉田委員】

○ 結論

高齢期に達し加齢とともに肢体不自由等の障害者となり、身体障害者手帳を取得するという事例が増えてきている。このようなケースは、国民の共同連帯の理念に基づくという介護保険制度の趣旨からも、介護保険財政でサービスを負担すべきである。従って、「介護保険優先」の原則は堅持すべき。ただし、壮年期以前からの障害者が高齢者となった場合に、障害特性に応じたサービス量が確保されるよう、介護保険、自立支援の両サービスを総合的にコーディネート、利用計画が策定できる権能、責務を持つ資格職を創設、制度化すべきと考える。

○ 理由

現行制度では、地域ケア会議等においてサービス必要量の検討が行われる仕組みとなっているが、現実には介護保険、自立支援サービスが個別に利用調整されるケースが多く、結果として自立支援法のサービス廃止、量の不足等の指摘に至っている。

若年障害者においては、障害の受容から障害特性に応じた生活支援等幅広い関わりが必要であり、そのことを前提として生活設計してきた障害者が高齢者となった場合については、介護保険、自立支援の両サービスを包括的かつ継続的な支援ができる制度の創設が必要と考える。

【近藤委員】

○ 結論

第7条を削除し、自己選択の利用を可能とするべきである。（個人的には一少なくとも満65歳未満に受けていたサービスの量・種類については継続して利用できる仕組み）

○ 理由

本人にふさわしい、希望するサービスの利用を担保するため。現行の通知では、市町村により解釈が異なり、希望するサービスが利用できない実態が多く生じている。

【齋藤委員】

○ 結論

違憲訴訟原告団・弁護団との基本合意文書には、介護保険優先原則の廃止がうたわれているが、高齢者になってから障害者になる人々への介護を含めて高齢者への障害者介護の適用原則を別途定める必要がある。

【清水委員】

○ 結論

西宮の青葉園の人で、65歳以上となった人がいます。その人はおおい障害はあるけれど、とても活動的で元気です。ですので、青葉園で今も活動していますし、ケアホームで暮らしています。その人の生き方に応じて、そのことをちゃんとすすめていく仕組みとしないとだめだと思います。

【田中（伸）委員】

○ 結論

どこまでを新法の領域とし、どこまでを介護保険法の領域とするかを明確にする必要がある。

○ 理由

新法における支援は、障害特性に応じたものであって、障害者の人権保障の実質化のために必要なものであることを明らかとした上で、目的の異なる介護保険法との役割分担を明らかとすることが必要である。

【田中（正）委員】

○ 結論

障害により支援が必要な状況と加齢によりサービス利用が始まる状況の差異を検討する必要がある。特に介護保険の2号保険者に生じる課題に関連づけて、利用の始まりが何によるもので、それが65歳からの区切りでよいのか等の問題も含めて、現状の課題を整理すべきである。その際、加齢による障害と65歳以上での何らかの事情による障害、難病による障害等で、それぞれ支援が必要となる状況の比較整理も必要。現状を整理した上で、全てに谷間を生じないシームレスな仕組みを目指し、できることからなすべきである。

○ 理由

障害者自立支援法の見直しを、谷間に落ちる人がいる前提を解消するために行うのであれば、介護保険も同様の視点での見直しが必要である。この前提を一致させなければ、障害者の立場からの改善だけでは新たな谷間を生み出し問題は解消されない。

【中西委員】

○ 結論

利用者が介護保険でも総合福祉法のサービスでも自由に選択できるようにすべきである。

○ 理由

先進的な市町村では既に行われているが、介護保険の優先利用条項には付則があり、介護保険にないサービスはそれを使えることになっており、現行法のままでも介護保険を選択せず自立支援法の重度訪問介護などのサービスのみを使うことは可能である。これを法的に明確に位置づけ、利用者が介護保険でも総合福祉法のサービスでも自由に選択できるようにすべきである。その場合、両方のサービスへの負担が求められることのないよう、主なサービスでの負担のみにとどめる必要である。

【中原委員】

○ 結論

新しい支給決定の仕組みを構築し、真に必要な支援がとぎれることなく提供できるようにする。例えば、セルフマネジメント・ケアマネジメントについても障害当事者に合わせて選択できる仕組みにするとともに、決定後のモニタリングを徹底できる仕組みとする。

○ 理由

介護保険制度は高齢者の介護を基本としたものであって、障害者にとっての介護は支援の一部にすぎない。特に障害者への支援は生涯にわたる継続的なものであるとともに、自立と社会参加を目的としていることから、65 歳以上の障害者については介護保険によるサービスを優先とせず、本人の希望を優先することが必要。

【奈良崎委員】

○ 結論

ぜひ、福祉サービスには一人ひとりのサービスを考えてほしいです。

○ 理由

今の日本の（障がい者）福祉サービスは、高齢者福祉サービスと同じです

【西滝委員】

○ 結論

1. どちらが優先という考え方をなくし、個々の障害者が効率的・有効に障害福祉サービスが利用できるよう「ケアマネジメント」を実施し、本人の選択を基

本とし、どちらか利用しやすいサービスを利用する仕組みをつくる必要がある。

○ 理由

1. ろう重複障害者（聴覚障害者）が利用できるサービス（社会資源）が少ない中で、地域活動支援センターや生活施設等では、若年から高齢者まで多様な年齢層およびニーズの方が利用しているのが現状である。

単に年齢等で利用できるサービスを限定すると、必要なサービス（社会資源）のない地域では必要なサービスが受けられない事態が起こることは必至である。

【野原委員】

○ 結論

新法では、介護保険優先の原則はなくし、障害者の実情に応じて、選択して利用できるようにすべきです。介護保険による福祉施策と障害者施策との整理は必要ですが、谷間を生まないためには、双方の制度がある程度重なるように制度設計をすべきです。