

第5回介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議 議 事 次 第

日時：平成19年2月5日（月） 14：00～17：00

場所：厚生労働省専用15会議室（中央合同庁舎第5号館7階）

- 1 開会
- 2 介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関するヒアリング

資 料 一 覧

- | | |
|------|------------------------|
| 資料 1 | ヒアリング出席者名簿 |
| 資料 2 | 「日本身体障害者団体連合会」からの提出資料 |
| 資料 3 | 「全日本ろうあ連盟」からの提出資料 |
| 資料 4 | 「全国脊髄損傷者連合会」からの提出資料 |
| 資料 5 | 「DPI日本会議」からの提出資料 |
| 資料 6 | 「日本障害者協議会」からの提出資料 |
| 資料 7 | 「全日本手をつなぐ育成会」からの提出資料 |
| 資料 8 | 「全国精神障害者家族会連合会」からの提出資料 |
| 資料 9 | 「日本盲人会連合」からの提出資料 |

介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議

- 大島 伸一 国立長寿医療センター総長
- 大森 彌 東京大学名誉教授
- 小方 浩 健康保険組合連合会副会長
- 小島 茂 日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
- 貝塚 啓明 中央大学研究開発機構教授
- 喜多 洋三 全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（大阪府守口市長）
- ◎京極 高宣 国立社会保障・人口問題研究所所長
- 紀陸 孝 日本経済団体連合会専務理事
- 関 ふ佐子 横浜国立大学大学院国際社会科学研究科助教授
- 竹中 ナミ 社会福祉法人プロップ・ステーション理事長
- 堀 勝洋 上智大学法学部教授
- 松下 正明 東京都立松沢病院顧問
- 矢田 立郎 兵庫県国民健康保険団体連合会理事長（兵庫県神戸市長）
- 山本 文男 全国町村会会長（福岡県添田町長）

（五十音順、敬称略）

※ ◎：座長、○：座長代理

ヒアリング出席者名簿

森 祐司 社会福祉法人 日本身体障害者団体連合会常務理事

安藤 豊喜 財団法人 全日本ろうあ連盟理事長

大濱 眞 社団法人 全国脊髄損傷者連合会副理事長

三澤 了 特定非営利活動法人 DPI日本会議議長

藤井 克徳 日本障害者協議会 常務理事

松友 了 社会福祉法人 全日本手をつなぐ育成会常務理事

江上 義盛 財団法人 全国精神障害者家族会連合会専務理事

笹川 吉彦 社会福祉法人 日本盲人会連合会長

(敬称略)

平成19年2月5日

介護保険制度の被保険者・受給者範囲の拡大に関する見解

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会
会長 小川 榮一

介護保険制度を65歳未満の障害者の介護にも拡大するかどうかは、障害者当事者にとってきわめて重要な事柄であり、通常の状態下であれば、障害者の生活や自立支援にとってプラスになるかどうかという視点や制度のユニバーサル化の視点などから慎重な検討を加えた上で、その適否を判断することになる。

しかしながら、現在の障害者施策を取り巻く状況は、昨年4月からの障害者自立支援法の施行に伴って、サービス利用時の利用者負担の増加や事業者収入の減少、その結果としてのサービス利用の差し控えや施設職員のパート化といった問題が生じ、全国各地の現場で多くの混乱が引き起こされたところである。幸い、これらの問題については、年末の補正予算及び平成19年度予算案の中で解決に向けた道筋が示され、一安心できる状況になったが、自治体等での具体的な運用に反映させる作業はこれからであり、障害者自立支援法が本来の目的に沿った効果がもたらされるようになるかどうかは、いまだ注視しなければならない段階である。更にさかのぼると、障害者施策においては、平成15年の支援費制度導入以降、毎年のように補助金の廃止や予算不足の問題が持ち上がり、そのたびごとに、障害者団体、行政、国会・地方議会等の各所での必死の取り組みが行われてきた経過があり、ようやく今回の障害者自立支援法の施行と補正予算等での手当てにより、一定の落ち着きを見せるきざしが見えたところである。

こうした数年にも及ぶ障害者施策の断続的な制度見直しとそれに伴う現場の混乱が続いてきた中、ましてや障害者の所得保障が十分ではない上、本年10月、障害者自立支援法が施行され間もないこの時期に、介護保険制度の年齢拡大を議論することは、時期の適切さを欠くものであると考える。今は、障害者にとっては、障害者自立支援法が地域生活の支援や自立支援のためにどのように機能を発揮できるかを見守ることに力を注ぐべき時期であり、別の大問題まで議論を広げて現場の混乱を再来させることは避けねばならない。したがって、障害者自立支援法等が定着するまでの間は、介護保険の適用問題の検討は凍結すべきである。

なお、補足であるが、将来的に介護保険の適用問題を検討する際には、今回の障害者自立支援法の施行過程においても明らかになったように、障害者施策のこれまでの経緯や障害者の生活状況等を含めた特性（特に、障害者に特有な介護必要度の判定、重度の障害者向けのサービス類型、低所得者が多いことを踏まえた利用者負担の設定など）に十分配慮すべきであり、介護保険制度の基準や水準をそのままの形であてはめることにこだわるのではなく、柔軟な姿勢で臨むべきであることを申し添える。

以上

被保険者及び受給者の範囲拡大に対する意見

財団法人全日本ろうあ連盟

1. 障害者自立支援法の課題

平成18年4月から障害者自立支援法が段階的に施行となり、10月から本格的実施となった。この施行に関係して明らかなことは、十分な期間をかけた検討や準備期間が設けられず、障害者、家族、施設関係者、市町村の十分な理解や合意が得られないままに法定化され、性急な施行となったことである。

課題をあげれば、

- ① 障害区分が障害特性を的確に判定できるものになっていない。
- ② 障害者の所得レベル、生活実情が十分に考慮されず、負担に耐えられない障害者・家族が出ている。
- ③ 入所施設等の経営を脅かし、専門職員の継続雇用を困難にしている。などである。

2. 有識者会議ヒアリングのタイミング

現在の障害者、家族、団体等の思いは、上記の課題をどう解決するかである。

障害者自立支援法が、障害者の所得や生活現状を踏まえ、自己選択、自己決定による自立を支援する法律にすることが急務であり、この解決なくして、介護保険との統合や相互利用を論じることは不可能である。

障害者自立支援法は、障害者・家族・障害者団体・施設経営者などからの大きな懸念の声を振り切る形で短期間に実施されることになった。

今、その影響を障害者・家族・施設経営者がもろに受けているときであり、ヒアリングの時期、内容とも障害者の感情を逆なでするものと言わざるをえない。

3. 介護保険に関する被保険者、受給者の拡大について

被保険者の拡大については現段階では意見を持ち合わせていない。

受給者拡大が障害者福祉〔障害者自立支援法〕をイメージしているのなら、現時点では、基本的に反対を表明せざるを得ない。

その理由は、現今の障害者自立支援法は、応益負担、障害区分等に見られるように介護保険法をモデルとしており、結果的に障害者福祉を後退させている現実があるからである。

自己選択・自己決定による自立を理念とする障害者福祉と、本人、家族のための要介護を目的とする介護保険は、理念、手法、内容とも異なる制度であるべきである。また、対象者数、予算規模等を見ても介護保険と障害者福祉には格段の差があり、統合や相互利用は障害者福祉の理念や手法を埋没させる危険性がある。

従って、障害者自立支援法が、その理念に沿い、障害を有する当事者が歓迎し納得できる法律となり、その理念や手法が、拡大策の中でも堅持されるという保障が具体的に示されなければ賛意は表明できない。

平成19年2月5日

介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議
座長 京極 高宣 様

社団法人 全国脊髄損傷者連合会
理事長 妻屋 明
副理事長 大濱 眞

「介護保険制度の被保険者・受給者の範囲拡大」について

1. 障害福祉の介護保険編入について

○要介護となった理由や年齢の如何に関わらず介護を必要とするすべての人を介護保険制度の適用とした場合のメリット又はデメリットは何ですか。

[12月に予定されていた際の、厚労省質問事項]

被保険者の範囲の拡大による障害者の介護保険制度適用は、主として財源論(介護保険の財源不足)からの発想である。

○介護保険は、平成27年度までの9年間で給付費が年平均4.7%伸びると推計されている。さらに、団塊の世代の高齢化により、平成37年度には給付費が17兆円にまで急増すると予想されている^[1]。

○一方、障害者自立支援法の給付費の伸びは、平成32年度までの14年間で年平均1.4%~3.8%程度と推計されている。しかも、障害者人口に増加要因がないことから、たとえ1人あたりの給付水準が従来どおり続伸したとしても、平成30年度前後には給付費総額の伸びは落ち着くとされている^[2]。

これに対して厚生労働省は「障害福祉が介護保険に編入されることで、特定財源となり安定する」と説明するが、現行(H18年)障害者財源9000億円、介護保険財源6.6兆円である、介護保険はH27年10兆円(本年4月改定前は13兆円)と予測されているが、障害者の介護を今後どんなに手厚くしても財政規模が2兆円(国庫負担ベースで1兆円)を上回ることはない。

また、特定財源による各省庁の財源確保は、

○省庁の天下り先が増える

○社会保険庁に象徴されるように不正の温床となりやすい等の弊害があり、可能な限り避けるべきである。

^[1] ただし平成32年度の給付費は参考推計だが、平成18年度からの給付費伸び率が年平均で5%を超える。

^[2] 1人あたりの給付水準が伸びないと仮定すると、給付費の伸びの頭打ちは平成25年度前後にまで早まる。

よって、障害福祉の財源は一般会計としてきちんと議論し、必要な予算の確保について合意を形成すべきである。

障害当事者団体としては、

- ①介護保険側の理由によって企図される統合によって、障害者の生活にいかなる影響が生じるのかを吟味し
- ②影響が甚大で、解決不能な問題が山積するのであれば、拙速な統合によって弱者（障害者）を切り捨てることのないようにする

ということが国の責務であると考える。

有識者の皆様には、「ユニバーサル介護」「共生型サービス」というもっともらしい言葉に惑わされることなく、慎重に議論していただくようお願いしたい。

特に現在の特別養護老人ホームは、体のよい「姨捨山」的存在に変貌しつつある。現在の介護保険財源の拡大論議は団塊の世代の高齢化に備えてのことであるが、介護保険を加速させることにより、後世「国の姨捨制度の拡大」と批判されることがないように願いたい。

(1)9割の市町村で重度障害者が地域生活できなくなる

- ①1990年代の措置制度から現在の自立支援法に至るまで、障害福祉のホームヘルプサービスは「個々人の状況に応じて上限なく」支給決定することが基本理念として掲げられてきた。
- ②一方、介護保険の財政規模拡大が予想される中で、介護保険のヘルパー制度自体を「個々人の状況に応じて上限なく」に変更するのは不可能。
- ③1日24時間のような長時間介護が必要な重度障害者に対するヘルパー制度が存続するには、「介護保険ヘルパーを1階、障害ヘルパー(税金)を2階」とする方式が考えられる。
- ④現状で24時間/日の障害ヘルパーが支給決定されている市町村
⇒「介護保険ヘルパーが1階と、障害ヘルパーを2階」とすることで、
現行と同じサービス量が利用可能

介護保険ヘルパー 5時間/日	障害ヘルパー(2階部分) 10時間/日
-------------------	------------------------

現状で5時間/日^[3]以下の障害ヘルパーしか支給決定していない市町村
⇒介護保険ヘルパーだけが残り、障害ヘルパーの制度と予算が消滅する。

介護保険ヘルパー 5時間/日	
-------------------	--

^[3] 介護保険の要介護5の利用限度額 358,300 円を31日で割ると、1日あたり 11,558 円。これは、訪問介護の身体介護では連続5時間(11,650 円)に概ね相当する。

- ⑥一方、現状で障害ヘルパーの支給量が5時間/日に達していない自治体でも、
- ・施設から地域に出て自立生活を送りたいとの希望を持つ重度障害者が現れた場合
 - ・親の入院や死亡により、同居家族が重度障害者の介護を担えなくなる場合等により、1日5時間を超える介護を必要とするヘルパー利用者が生じる可能性がある。
- ⑦ところが、自治体財政が逼迫している現況では、一度消滅した予算が復活することは非常に困難。
- ⑧この結果、全国1800市町村の9割の市町村は、1日5時間以上の介護を必要とする障害者が施設から出られない地域となり、将来的にも固定化してしまう。**
- ⑨たとえば、施設退所の場合や同居家族が死亡した場合等、障害者が1日16時間の介護を必要とする障害者が出た場合、現在では小規模市町村でもヘルパー時間数が1日10～16時間に伸びている。このように障害ヘルパーの1人あたり支給量は毎年伸びているが、障害ヘルパーが介護保険に編入されてしまうと上記の地域では一切伸びなくなる。
- ⑩しかも、介護保険に障害ヘルパーが編入されると、少なくとも保険給付で「1階部分」が保障されているという理由により、「2階部分」が実施される可能性は極めて少なくなる。

(2) 制度利用者のための制度改善のルートの必要性

介護保険制度は、要介護者のすべてのニーズのうちの一部をサポートする思想の制度である。制度の主な対象者が高齢者であるため、家族介護を担う者がいたり、長年の貯蓄があつたりするのが一般的である。このため保険対象外のニーズについては、そのニーズが深刻なものであっても、「今まで育ててきた子供世帯から介護を受けなさい」「貯金を使って自費でサービスを購入しなさい」「介護保険はすべてに対応しません」と、断られる。

そもそも介護保険は、個々人の状況に合わせて市町村が柔軟に対応することができない制度である。たとえ介護利用者が生活できないような困難が生じたとしても、市町村と話し合っても制度改善は不可能である。

一方、障害福祉の制度は、どんな特殊なニーズであっても、それが個々の障害者にとって深刻なものであれば、市町村が個別に判断して対応するという思想である。たとえば、国庫負担に基づくヘルパー制度でも各市町村によって柔軟に運用されている。特に、家族の介護を受けられない最重度障害者が出た市町村では、地方の財政力のない小規模自治体であっても、生命に関わるような場合であれば市町村と障害者等の話し合いにより、給付水準の改善が図られてきた。

このように、障害者の生活を支える「最後の砦」であり、収入もなく、家族の支援も受けられない障害者の場合、介護の最終責任は市町村にあるとされている。

介護保険のような硬直した仕組みでは、先進国の福祉制度としては問題がある。先進各国では、民主主義の下、住民と地方自治体(議会や行政)が話し合っただけで福祉制度を改善してきた長い歴史がある。住民が制度を改善できる仕組みを制度の根幹に持たないと、長いスパンで見ると、非常に劣悪な状況を放置することになる。

2. いわゆる「共生型サービス」について

○共生型サービス(同施設内で高齢者等及び障害者に対して行う給付サービス)を実施した場合のメリット・デメリットは何ですか。

[12月に予定されていた際の、厚労省質問事項]

「ユニバーサルデザイン」とは「誰にでも使いやすい仕組み」のことであるが、「使う人、すべての人に少しずつ我慢を強いる仕組み」に転化する恐れがある。

「ユニバーサル介護」「共生型サービス」は一見もっともらしい言葉があるが、人と人の関係で成り立つ介護分野にユニバーサルデザインの着想を持ち込んだ場合、「使う人、すべての人に少しずつ我慢を強いる仕組み」へ転化する恐れがより大きくなるか危惧される。

(1) 共生型サービス論はライフステージの違いを捨象している

高齢者と障害者が同一施設内でサービスを受けると、施設内で毎日(定期的に)行われている高齢者向けレクリエーションに参加せざるを得ない。この点について、現に地方の高齢者デイサービスに通っている障害者から不満の意見が寄せられている。

また、多くの高齢者(特に認知症の高齢者が多い場合)に囲まれて生活する場合、若年障害者に社会参加の意欲、就労の意欲が薄れて、前向きな生き方ができなくなる恐れがある。

(2) 介護保険ではヘルパーの長時間連続利用を認めない市町村がある

障害ヘルパー制度では、障害程度が重度であるヘルパー利用者については長時間利用が前提となっている。

一方、介護保険では障害程度に関係なく長時間連続のヘルパー利用を認めない市町村が多く存在する。中には1回のサービス上限が2時間までという市(中部地方の県庁所在地)もある。

(3)介護保険ではヘルパーの業務が障害ヘルパーに比べ限定されている

障害ヘルパーの制度では

- ・ 最重度障害者に対する、介護と介護の合間に見守りながらの待機
(障害程度が最重度で、生活全般に介護が必要な場合、体位変換等の介護が24時間いつ必要になるか不明なため)
- ・ 最重度障害者の泊り込んでの深夜介護
- ・ 自宅で自主的に行う障害の進行防止のマッサージ
- ・ 身体介護の合間に行う趣味や社会貢献・社会参加活動の自宅内の介助
(地域福祉サークルのボランティアでの運営準備等)
- ・ パソコン等の機器の操作の介護
- ・ 社会貢献・社会参加活動等の自宅外介護

等が認められている

一方、介護保険は身体介護の内容が限定的に運用されているため、これらの介護内容は認められていない。

(4)ヘルパー資格の問題

- ①長時間介護を必要とする最重度障害者で、重度訪問介護を利用する場合、そのヘルパーは、
 - ・ 深夜泊込みや盆暮れ正月も休みなく勤務可能で、
 - ・ 個々人でまったく異なる高度な介護技術を習得する適性があり、
 - ・ 重度障害者と関係を保てる性格上の適性がある、等の条件に合わないとは務まらない。
- ②このような厳しい労働条件にもかかわらず、給与が安く^[4]、転職した方が給与が上がるため、ヘルパーは平均2～3年程度で退職する。このため、ヘルパー事業所では毎週のように求人・補充が必要とのことである。
- ③ヘルパー2級以上の有資格者に限定して求人すると、上記の要件を満たすヘルパーを採用することができない。そこで、求人の対象を無資格者にまで広げる必要がある。
- ④現行の重度訪問介護では、無資格者の採用後に2日間で従事者研修(20時間)を実施し、最重度障害者の個別的な介護技術はオンジョブトレーニングで習得させることが可能である^[5]。
- ⑤ところが、重度訪問介護の従事資格では介護保険サービスを提供することができない。このため、障害ヘルパーが介護保険に編入されると、1日5時間は介護保険サービスとなるので、サービス提供が不可能になる。

^[4] 介護保険や自立支援法の身体介護の介護報酬が1時間 4,000 円なのに対して、重度訪問介護の介護報酬は1時間 1,600 円に過ぎない。

^[5] 高齢者向けのヘルパー1級研修であれ重度訪問介護の従事者研修であれ、最重度障害者に対する個別的で高度な介護技術を、座学の資格研修でマスターすることは不可能である。

⑥また、介護保険のヘルパー資格制度は、

- ・ ヘルパー3級を2年後に廃止
- ・ そのあとヘルパー2級(130時間研修)も廃止されて、介護職員基礎研修(500時間研修)に再編
- ・ さらに将来的には介護福祉士に一本化

という方針が打ち出されている。このような資格制度では、最重度障害者のヘルパーを24時間体制で確保することはできない。

(5)セルフケアプランが事実上不可能になる

障害ヘルパーは自分で自分の介護計画を決める制度なので、ヘルパーが時間変更に対応できる限り、仕事等の終わる時間等に合わせて毎日ヘルパー利用予定を変更することも可能である。

一方、介護保険ではこのようなことは不可能である。介護保険にも自己プラン制度はあるが、多くの市町村は認めていない。たとえ自己プランが認められたとしても、自分で点数計算して複雑な書類を作成する能力がある障害者以外は、自己プランを選択できない。また、自己プランを作成する能力があっても、市町村に毎日変更されるケアプランをその都度提出しに行くことは不可能である。現在の介護保険制度の中に障害ヘルパーが編入されれば、99%の障害者がケアマネージャーを利用するしかない。

(6)介護保険のケアマネージャーに管理される

障害ヘルパーの制度では、毎月・毎週だけでなく、毎日、障害者が自分の予定を変えることが可能である。

一方、介護保険ではプラン変更のたびにケアマネージャーの許可を受けなくてはならないため、迅速なプラン変更が不可能になる。そのほか、自分の生活に対してケアマネージャーから様々な管理を受けるため、ヘルパー制度の使い勝手が悪くなる。このような事態は、すでに介護保険を利用しているALS等の障害者で顕在化している。

(7)健常者家族同居の場合、介護保険では家事援助の利用を規制される

障害ヘルパーの制度では、健常者家族が同居している場合でも、障害者が自立して生活するのに必要であると認められれば、家事援助の支給決定を受けることができる。

一方、介護保険では、健常者家族が同居している場合は生活援助が利用できない(多くの市町村の介護保険課がそのように運用している)。

また、子育て支援、草抜き、窓拭き等は、障害者のみの世帯等であれば障害ヘルパーでは利用可能だが、介護保険では禁止されている。

(8)車椅子等の補装具の問題

障害福祉における補装具の制度が介護保険に編入された場合、身体障害者人口の中で圧倒的多数を占める「中程度」の障害者にとって問題が生じる恐れがある。

①補装具が横出し制度になった場合、

- ・ JIS型普通車椅子やリクライニング車椅子は、保険給付に基づいて介護保険レンタル事業所からレンタルすることができる。
- ・ 非常に特殊な改造が必要な場合は、障害福祉制度から補装具費を支給されることになる。

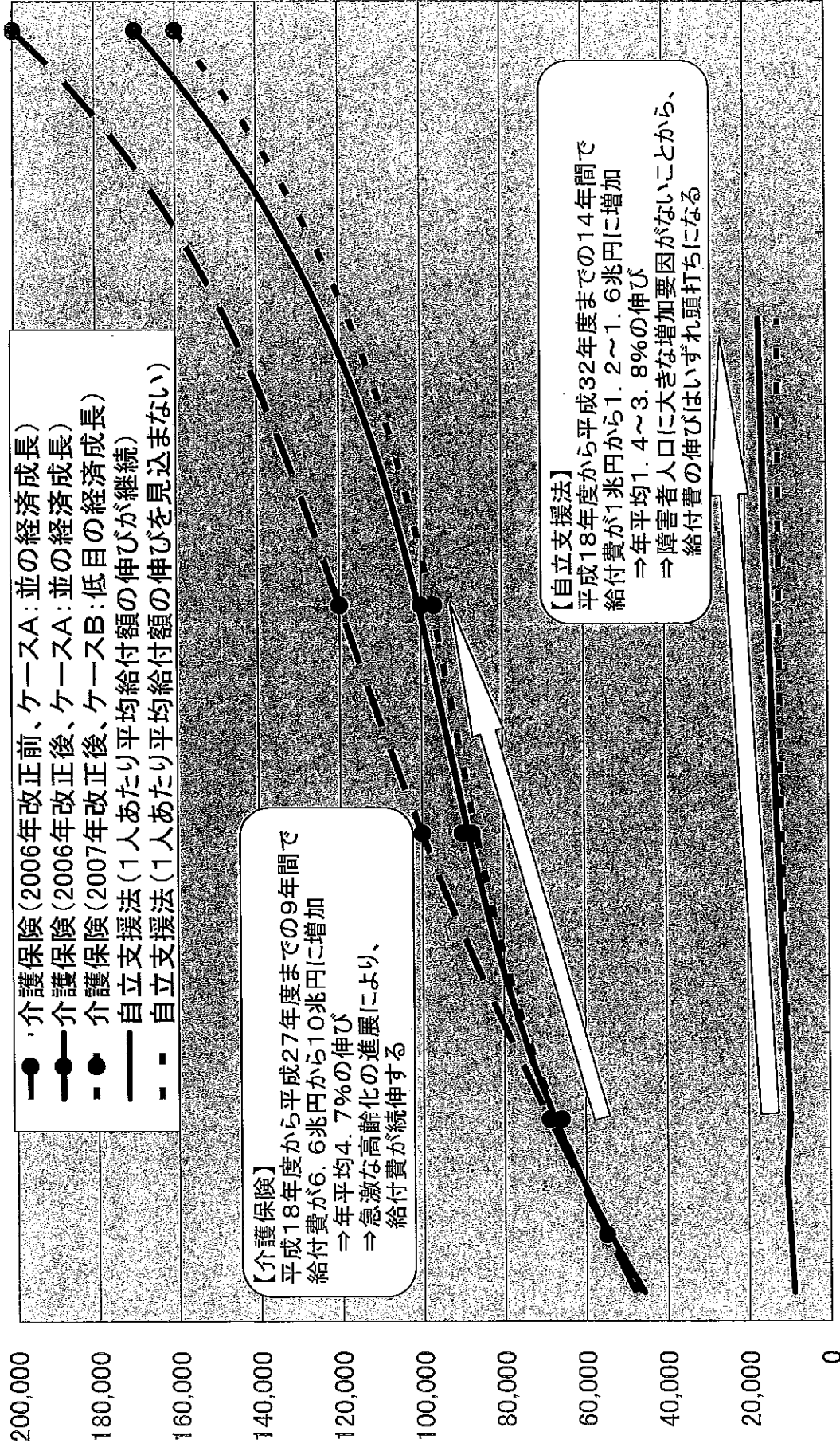
②ところが、多くの市町村では、保険給付によるレンタルの方が自治体負担額が少ないという理由から、中程度の障害者に対して、体に合わないレンタル車椅子を使うように強要される恐れがある。

この問題は40歳以上の特定疾患の障害者において既に顕在化している。介護保険制度の施行前は、自分の体の幅に合わせたリクライニング車椅子を補装具制度で作ってもらっていたが、介護保険制度の施行により、体の幅に合わない既製品をレンタル利用するように強制されている事例がある。

③全身性障害者にとっては、車椅子の各部分のサイズが体に少しでも合わないと、座位が保てないので、使い物にならない場合も多い。逆に褥瘡ができやすくなる恐れもある。このため、「更生相談所での特殊改造の許可が出るほどではないが、既製のレンタル車椅子ではサイズ等が合わない」という「中程度」の障害者は、外出等が困難になり、閉じこもりや寝たきりとなってしまう。

【グラフ】介護保険と障害者自立支援法の給付費の将来推計

(億円)



(平成)

【出所】「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月)、第21回社会保障審議会障害者部会(平成16年11月26日開催)資料4

2007年2月5日

「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」ヒアリング資料

特定非営利活動法人・DPI日本会議

議長・三澤了

1. 意見陳述の基本視点

DPI日本会議は、これまで一貫して、地域生活と権利の実現を目指して、身体・知的・精神・難病等の障害種別を超えた当事者主体で活動を進めてきた。

これまで制度・政策提起を行ってきたが、その際の基本的な判断基準は、以下の2点に資するかどうかである。

①どんなに重度の障害があっても地域で暮らすことができるといった自立生活を進めるものであるかどうか、

②施設や病院から地域生活への移行を進めていくものであるかどうか

制度やサービスについて、ある構成要素・パーツを取り上げてメリット・デメリットを述べるのは困難であり、また、私達の団体の評価軸との関係も不明なままになる。今回のヒアリングに当たっての意見陳述も、上記の2点の基本視点から行いたい。

2. 介護保険の適用拡大に関して

- 障害者自立支援法の実施に伴い、障害者の地域生活の後退につながる影響が出ている。何よりも、「自立支援法」の施行による重大な影響の解決が早急になされることが先決である。
- この間指摘されている「自立支援法」の施行による問題は、現行の介護保険になぞらえた制度設計からもたらされていると思われるところが多い。

つまり、

①応益負担を基本とする負担の仕組みの変更、

②要介護認定をベースにした障害程度区分に基づく支給決定の仕組みの問題、

③障害者の社会参加にとって重要なガイドヘルプ等のサービスを国の個別給付から外し自治体任せにしてしまったこと、

④義務的経費と言いながら、介護サービスについては国庫負担基準の範囲内での負担しかされずないこと等

※これらの点の解決が早急に必要なのであり、現行の介護保険が適用されれば、これらの問題の解決が遠のいてしまうことにならないか。

- 現在、検討されている「自立支援法」の見直し案では、「介護保険とほぼ同様とした元々の負担の仕組みについて、上限額を4分の1に設定する」等の見直しが打ち出されている

全面施行からわずか2ヶ月での見直し自体が異例であり、施行の影響の深刻さを物語っている。さらに、「障害程度区分に基づく支給決定コンピューター判定も含めた支給決定の仕組みの見直し」等も引き続き課題とされており、現行の介護保険の（あるいは、それになぞらえた）仕組みをそのまま障害者施策に持ち込まれた場合に、生じる問題の大きさが示されたと言えよう。

- 介護保険制度の持続可能性という点からの被保者拡大の検討がなされているが、その結果若年障害者もサービス対象となり、それに連動する形で障害者施策の理念・サービス内容、制度にどのような影響を与えるかが明らかにされなければならない。そのことが明らかにならないと、メリット・デメリットを断じることはできない。

- 諸外国における制度研究等がなされているとのことだが、例えば、ドイツの介護保険の場合は1割負担等の仕組みはないし、コンピューター判定をベースにした要介護認定の仕組みもないと理解している。介護保険と障害者施策の関係を考える時に、応益負担の仕組みや要介護認定の仕組みを抜本的に変えること等も、介護保険のあり方を抜本的に変更することも含めて考えるのか、それとも現行の介護保険に重なる部分を組み入れるという形で進むのかでは、その結果する内容は全然違うものになる。

- 現在の「自立支援法」の体系を前提に、今後、介護保険の被保険者拡大に伴い、「障害者自立支援法」の介護給付部分が介護保険に組み入れられることになった場合は、個別給付で残るのは訓練等給付と重度訪問介護等一部のサービス程度で、事実上の障害者施策の介護保険への吸収になりかねないとの危惧を持つ。また、「自立支援法」では障害程度区分だけでなく本人の利用意向や社会参加等を勘案してサービス量を決定する仕組みになっているが、これが介護保険に組み入れられると程度区分に基づいて機械的に上限が設定されるのではないか。

また、さらに、今回の「自立支援法」の見直しで負担上限額一つとっても大きく異なることになったが、これらの点についても、介護保険の被保険者拡大となった際にはどう調整するのか？

以上のように、制度の体系面からも、障害者一人ひとりのサービス確保の面からも、そして、利用者負担の面からも大きな疑問が残る。

- 今後の介護保険との関係は不鮮明な部分が多いが、重度障害者の地域生活や施設・病院からの地域移行が停滞・後退することは認められない。

そのためには、前述の通り、「自立支援法」の施行がもたらした問題点をふまえならば、以下の4点の解決・確保が求められる。

- ① 応益負担がもたらした問題の解決、
- ② 要介護認定をベースにした障害程度区分に基づく支給決定の仕組みの問題の解決、
- ③ 重度障害者が地域で暮らしていくために必要なサービスを確保できること
- ④ サービス利用を一人ひとりのニーズにあわせて確保するということ

が、どんな形の制度になっても担保されなければならない。

※いずれにせよ、「自立支援法」の施行が与えた障害者の地域生活後退につながる問題の解決が真っ先の優先課題であり、障害者の地域生活のためのサービス基盤整備の飛躍的充実が進められる仕組みや財源確保が求められる。

ちなみに、元々のヒアリング項目にあった「共生型サービス」についての意見に関しても、以下の通り考えるものである。

3. 「共生型サービス」について

「共生型サービス」の意味するものについて不明な部分があるが、障害者の立場からの「共生」といった場合には、「障害のある人」と「障害のない人」の間での「共生」が最も基本的な視点ではないか。障害者が自立し社会参加できる社会的条件の確立が不可欠であり、そのためには、

● そのためには、

①障害者の自立と社会参加を基本とした支援の仕組みが形作られる必要がある。特に、障害のない人が通常行っていることを、居宅内に限らず、雇用・就労、教育、社会活動、政治活動、余暇等様々な場面も含めて、一人ひとりにあわせ、当事者の主体に基づく方法で直接援助を得られること。単に身体介護や家事援助だけでなく、見守りやコミュニケーション支援も含めた自己決定支援、ガイドヘルプ等の社会参加全般の支援を含んだものでなければならない。(諸外国では、パーソナル・アシスタンス・サービスという形で実現されている)

※『本人が選んだ生活において、通常は本人がする(はずの)ことを、障害があるために他者が直接援助すること』(WID=世界障害研究所の介助の定義)

②「障害のある人」に対して、直接・間接差別や、合理的な配慮の欠如等をあらゆる形態の差別を禁止する法制度と当事者の立場に立った権利擁護システムの確立が不可欠である。

● そうした点から、障害者の立場からの「共生型サービス」ということから求めたいのは、パーソナル・アシスタンス・サービス等のような、当事者主体の一人ひとりのニーズにあわせた柔軟なサービス提供が可能となる制度の実現である。また、その際には、どんなに重度の障害があっても地域で暮らせるような長時間サービスの提供も可能となるような必要なサービスが得られるような支給決定の仕組みと財源が用意されなければならない。

● また、「共生型サービス」をある障害種別や年齢層に限定しないサービスという意味でならば、すでに障害者の自立生活センター等は、身体、知的、精神といった障害種別や、難病者等障害手帳を有していない者、さらには障害児や高齢障害者の生活支援等も行っている。当然のことながら、いずれの障害や年齢層に対しても、一人ひとりのニーズに対応したサービス提供を基本としている。制度・事業にあわせて障害者の生活があるのではなく、障害者の主体的な生活に合わせた支援がなされるべきだからである。

そうしたサービス提供レベルであれこれの制限を設けないということと、制度設計をどのような形で行うかということについては次元の異なる問題であると考える。

● さらに、「共生型サービス」が、単に、障害者、高齢者、児童等、各種の福祉分野のサービス提供を共通の提供体制で行うということならば、特定の法人による集中と大規模化が生じ、「共生」というイメージとはかえって逆行することにもなりうるのではないか。事実、措置時代にあつては、障害者関係のサービスは、地域によっては一つの法人が身体・知的や障害児等の施設を一手に運営してきた。そのために、往々にして幼いときから成人・高齢になるまで一定の限られた敷地内、人間関係の中で住むという隔離的な環境がつくられ、共生とは反する結果がつくられてきた。

●厚労省・第5回介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議<2007年2月5日>

介護保険制度との統合策に関する意見書

団体名：日本障害者協議会
発表者：藤井克徳（常務理事）

■はじめに

厚労省老健局より照会のあった「障害者施策からみた介護保険制度」について、以下に日本障害者協議会（JD 理事会）としての基本的な考え方を記す。意見表明に先立って、一言述べておきたい。それは、2006年4月から施行されている（完全施行は同年10月より）障害者自立支援法についてであるが、障害当事者ならびに家族への影響は極めて甚大であり、介護保険との統合問題など、この時点で論議を深める状況にはないということである。厚労省として、まずは障害者自立支援法に関する問題解消に向けて、効果的で永続的な対応を図られることを、あらためて強く要望する。

■障害分野に関する主要な基幹的政策課題

日本障害者協議会は、一貫して障害分野に関わる基幹施策の立ち遅れを主張してきた。「介護保険との統合問題」を論じる以前に、基幹的な政策課題を整理することであり、それらの実現をどう展望するのか、これらにエネルギーが割かれるべきではなかろうか。本日のヒアリングにおいても、あらためて主要な基幹的政策課題を列挙しておきたい。

- ◇ 「個」の尊重と当事者主体の法制の構築
- ◇ 障害者総合福祉法（仮称）の制定
- ◇ 法的な措置を伴う社会資源の拡充策
- ◇ 本格的な所得保障制度の確立
- ◇ 「障害」の定義、等級制度、手帳制度の改訂
- ◇ 関連基礎データの集積

■現状の福祉施策の課題、問題点

障害者福祉施策と介護保険制度の統合を論ずるにあたっては、現状にみる次のような課題や問題点を押さえることが必要である。

- ① ニーズに応じきれないサービス：現行の介護保険制度にあっても、「上乘せ」「横出し」が成されているが、高齢者の尊厳を保ち、そのニーズを満たすには余りに不備が多い。こうした不完全な介護保険制度に、自立や社会参加に関して多様なニーズを持つ若齢の障害者が加わった場合に、一体どうなっていくのか、率直に言って展望が見出しにくい。
- ② 障害者福祉サービスの絶対量不足：入所施設中心（知的障害者）ならびに入院中心（精神障害者）の政策がとられてきたわが国にあって、地域生活を支えるサービスは極端に不足している。また、質的な面からも、事業提供者が十分育っているとは言えない（高齢者分野も同様では）。まずは、障害関連のサービス基盤の量的な拡充に政策エネルギーを割くべきではなかろうか。

- ③ 権利擁護システムの未確立：当事者主体のサービスを実施するにあたり、これまで弱い立場に置かれがちであった利用者、特に自ら主張することに困難がある人々を護るための権利擁護システムについては、課題が多く、まだまだ未確立と言わざるをえない。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などの利用が進み、地域包括支援センターなども位置づけられたが、新たな課題も指摘されており、権利擁護について踏み込んだ検討が必要である。
- ④ 制度成立過程の相違：介護保険制度による高齢者福祉と、支援費制度を経て障害者自立支援法によるサービスがスタートした障害者福祉とでは、その成立の過程や求められるサービスに大きな違いがあり、単純に統合することは困難である。地域での支援にあたって重要な役割を果たす相談支援・ケアマネジメントの位置づけや、実際の支援にあたるケアマネージャーの役割・養成過程なども異なっている。2つの制度を統合するにあたっては、実績についてのデータ蓄積と、今後のあり方について十分な議論を尽くすための時間が必要である。

■当面の検討課題

介護保険制度と障害者福祉施策の沿革や理念の違いを含め、当面、次のような検討が求められる。

- ① 統合についての議論：上記のような相違を踏まえ、時間をかけて十分な論議を尽くすことがまず必要である。利用者、事業者、行政、企業、市民など、異なる立場の意見を集約し、これからのあり方を総合的に論議すべきである。
- ② 財源のあり方：高齢者福祉と障害者福祉の財源について論ずるだけでなく、現在の雇用システム、老齢年金のあり方なども含め、社会保障全般について、経済界の考え方等をも踏まえて検討していくことが必要である。単純に租税か保険かではなく、諸外国の例なども参考に、国政全般を踏まえてあり方を具体化することが求められる。
- ③ したがって、当面は障害者福祉サービスと介護保険制度とは、それぞれの相違を踏まえて異なるシステムで運営し、あるべき方向性を探りながら、実践的な論議を積み重ねるべきと考える。

■結論

以上を踏まえて、日本障害者協議会としては、拙速な統合論議は避けるべきと結論づけざるをえない。なお、ヒアリング項目としてあげられている、①「共生型福祉サービス」については、国連で採択された障害者の権利条約を踏まえ、インクルージョンや「包括型サービス」という視点で検討すべきと考える。また、②「介護保険制度の適用者の拡大」のメリット・デメリットについては、上記のような提言を踏まえて、十分に議論を尽くすべきと考える。

添付資料
・日本障害者協議会加盟団体一覧

問い合わせ先

日本障害者協議会
〒162-0052 東京都新宿区戸山 1-22-1

(財)日本障害者リハビリテーション協会内
Tel 03-5287-2346 Fax 03-5287-2347

正会員一覧

(2007年1月1日現在：69団体)

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| (財)安全交通試験研究センター | 長野県障害者運動推進協議会 |
| きょうされん | 奈良県障害者協議会 |
| 車いす姿勢保持協会 | (社)日本オストミー協会 |
| (独立行政法人)高齢・障害者雇用支援機構 | 日本音楽療法学会 |
| (財)国際障害者年記念ナイスハート基金 | 日本介助犬アカデミー |
| 埼玉県障害者協議会 | (社)日本筋ジストロフィー協会 |
| (社福)視覚障害者文化振興協会 | (NPO)日本ケアヒットサービス協会 |
| 障害者(児)を守る全大阪連絡協議会 | (社)日本作業療法士協会 |
| 障害者の生活と権利を守る全国連絡協会 | (社福)日本肢体不自由児協会 |
| 障害者の生活保障を要求する連絡会議 | (社)日本自閉症協会 |
| (社福)聖恵会 | (社)日本社会福祉士会 |
| 世界身体障害芸術家協会 | 日本手話通訳士協会 |
| 全国LD(学習障害)親の会 | (財)日本障害者スポーツ協会 |
| 全国救護施設協議会 | (財)日本障害者リハビリテーション協会 |
| 全国ことばを育む親の会 | 日本職業リハビリテーション学会 |
| 全国視覚障害児(者)親の会 | (社)日本整形外科学会 |
| 全国肢体不自由児施設運営協議会 | (社)日本精神保健福祉連盟 |
| (社福)全国重症心身障害児(者)を守る会 | (社)日本精神保健福祉士協会 |
| 全国障害者自立生活確立連絡会 | (社)日本知的障害福祉連盟 |
| 全国障害者とともに歩む兄弟姉妹の会 | (社)日本てんかん協会 |
| 全国障害者問題研究会 | (社福)日本点字図書館 |
| (NPO)全国障害者生活支援研究会 | 日本難病・疾病団体協議会 |
| (社)全国腎臓病協議会 | 日本脳外傷友の会 |
| (NPO)全国精神障害者団体連合会 | 日本病院・地域精神医学会 |
| (NPO)全国精神障害者地域生活支援協議会 | (社福)日本盲人社会福祉施設協議会 |
| 全国聴覚障害者親の会連合会 | (社福)日本盲人職能開発センター |
| 全国特別支援教育推進連盟 | (社)日本リウマチ友の会 |
| 全国盲重複障害者福祉施設研究協議会 | (社)日本理学療法士協会 |
| (社)ゼンコロ | (社)日本リハビリテーション医学会 |
| 全社協・全国社会就労センター協議会 | 発達障害療育研究会 |
| 全社協・全国身体障害者施設協議会 | 福岡市障害者関係団体協議会 |
| (社)全日本難聴者・中途失聴者団体連合会 | (NPO)福祉用具適合技術協会 |
| (財)鉄道弘済会 | (社福)ぶどうの木・ロゴス点字図書館 |
| (社福)鉄道身障者福祉協会 | 無年金障害者の会 |
| 東京都身障運転者協会 | |

「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」に対する意見書

＜介護保険制度の拡大＞については結論を出せる状況ではない

2007年2月5日

社会福祉法人全日本手をつなぐ育成会 常務理事 松友 了

■はじめに

「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」の場において、私たちの会の意見を述べる機会をいただいたことに感謝いたします。また、＜12月13日＞との前회のご案内を、私たちの強い要望により今日までご延期いただいたことに対し、その配慮と決断に敬意を表します。本日は、理事長の藤原に代わりまして、常務理事の私が発言させていただきます。

しかしながら、私たち全日本育成会は今回、組織としての正式な『意見書』を提示することが出来ません。それは、これまでこの問題に対する正式な文書は、理事会での機関決定を経たものであり、今回は時間等の関係でその手続きが取れなかったからです。そのため、今回は私の『発言』をもって、会としての意見表明といたします。

■ヒアリングについての異議

与えられた項目、すなわち「介護保険制度の被保険者・受給者の範囲を拡大するとの考え方について」を述べる前に、今回のヒアリングについて、そのプロセスや手法について異議を申し立てます。それは、今回、正式な『意見書』を提示できない理由の説明でもあります。

12月の案内の時、なぜ私たちは反発したのか。そして、その問題は今回解決したのでしょうか。2年半前、私たちは社会保障審議会障害者部会において、同様の意見を求められました。しかしその時は、介護部会が平行して開催され、その動きが伝えられる中で、障害部会でも議論が進められていたのです。その上での意見の聴取でした。今回は、動きがまったく掴めません。

確かに今回も、改正介護保険法の付則に従い、昨年3月より「有識者会議」が開催されてきました。しかしその議論の内容は、私たち障害団体には十分に伝わっておりません。それは、障害団体の委員が一人もいない、ということも原因しています。当事者（団体）を抜きに論じることに、時代錯誤の感が否定できません。情報が不足する中で、『意見』を求められたのです。

ご存知のとおり、私たちは障害者自立支援法の全面施行に伴う、混乱の渦中にあります。この法に対する評価は団体によって異なりますが、具体的な内容における厳しさは、同様に痛感しております。そのため、現実的に運用の改善策を論じ、要望しなければなりません。特に、介護保険制度では前提となっている「応益負担」に関し、その負担の力が論じられている時、「介護保険制度の拡大」を論じることは、かなりの抵抗感を与えることになります。

確かに、障害者自立支援法は3年後の見直しを前提としており、その「見直し」議論の一環に「介護保険制度の拡大の是非」が含まれることは、理論的には理解できます。しかしながら、現実的な厳しさに直面している関係者が、この議論に抵抗感や拒否感を抱くことも、同様に理解できることです。その中で、迅速に結論を出すということは、まさに拙速の誇りを免れません。

「もっと時間が欲しい」というのが、都道府県と指定都市の組織を正会員とし、全国でおおよそ2,500の地方組織と30万余の個人会員を抱える全国組織として、私たちの率直な気持ちです。

■全日本育成会の取り組み

前回（2004年）の改正の時は、私たちは3月の定期理事会で『見解』を決議し、6月に臨時理事会を開催して『意見書』を決議しました。特に、社保審への『意見書』の作成ためには、全国に広く意見を求めました。その結果、「介護保険制度との統合は必然」という結論に達しました。この2種の文書は、障害者部会でのヒアリングでの発言と共に、ホームページに掲載しています。当時の結論として、その決定の手順と共に、今でも適切であったと自負しています。

今回は、ヒアリングのご案内をFAXでいただいた12月26日、11日の「説明会」の資料と前述の2種の文書を添付し、都道府県と指定都市の組織へ意見を求めました。年末年始の忙しい時期でしたので、56の正会員団体の内、14団体（4分の1）と4個人・地方組織しか回答がありませんでしたが、正会員（14都道府県・指定都市育成会）の回答は興味深いものがあります。

賛否がほとんど拮抗しているのです。前回のときと比べると、「反対」が増えたともいえますが、自立支援法による混乱を経てきた今では、「賛成」が半分を占めることも意外でした。この結果も、「今回結論が出せない」状況の一つです。それぞれの意見を分析・吟味することをもって、今回の課題についての全日本育成会の『現在の意見』といたします。

■拡大に「賛成」の理由

まず第一に、安定した財源を求める意見です。支援費制度が財政的に破綻し、自立支援法が単価や予算等で厳しい現実を目の前にして、将来の財源への不安が否定できません。そのため、介護保険制度に期待感を寄せるのも、ある意味では当然かと思えます。しかし、そのためには、「受給者」の範囲の拡大と共に、「被保険者」の範囲の拡大が必然となります。それゆえに、国民各層の負担についての理解への不安も同時に語られています。

その意味で、第二の「障害（介護）は年齢に関係ない」とする意見が、拡大の賛意の最大のものかもしれません。それは、「障害」を特別なものとするのではなく、国民の普遍的な問題と捉え、それゆえの保険（共助）システムを求めたものです。そこで、国民各層の負担についての理解は、「障害」を特別なものとする税方式（公助）より得やすいと考えるものです。

「賛成」の立場は、この2点に集約されています。しかし、賛意を表しながらも、「要介護度認定」については、現在の「障害程度区分」への不満を反映し、危惧と疑問が多く呈されています。これは、介護保険制度の問題ではなく、サービスの受給システムの根本的な問題であり、納得いく解決策が求められます。しかし、次に示すとおりこの問題が、「応益負担」と共に、介護保険制度の議論の時も大きな比重を占めています。

■拡大に「反対」の理由

まず第一に、「高齢者と障害者は、そのニーズが異なる」という主張です。いうなれば、「障害」を特別なものとして捉え、それゆえの普遍的な保険（共助）システムはなじまない、とするものです。これは、具体的な支援（ケアやサポート、介助・介護）の視点より、財の有無による負担能力の違いに基づく視点からの意見です。年齢というものが、財の形成との関係で論じられています。

それ以前に、国の責任を求め、それゆえに税方式（公助）でやるべし、というのが強調されています。そのため、財源確保の視点からの議論に、厳しい批判が加えられます。「はじめに財政削減があり、その代替りの財源確保のための統合実態には反対です。」と明確に述べられている県組織もあります。政府（税制）の責任を国民（保険）へ転嫁するな、という意見です。

「反対」意見の多くが、障害者自立支援法にも批判的です。それは、国のこの間の施策への不信であり、この点を改善する（信頼を取り戻す）ことなしには、今後の改革を進めることは厳しいものがあります。すなわち、「介護保険の拡大」等の政策の大幅な転換は、政府に対する信頼を前提とします。しかしながら、法の理念や骨格に高いものを掲げながら、運用においては現実を無視し、方向性が不明確な迷走状況では、国民の信頼を得ることは出来ません。

第三の意見は、介護保険制度の先行きへの不安感です。障害福祉の関係者は、財源問題でさんざん苦勞させられてきました。そこで、財源問題を理由に介護保険制度の拡大を主張されても、その（介護保険）制度自体に財政不安が報じられると、にわかには期待が持てないということになります。特に、被保険者の拡大に国民（特に若い層）が納得するか、その理由に「障害者への受給者の拡大」を利用されるのではないかと、という不信感が拭い去れないのです。

■本質的な問題への対応

「賛否」を超えた意見も注目すべきです。単なる「介護保険制度の拡大」の可否の議論でなく、保険制度をはじめとする社会保障制度について、国家予算における社会保障のあり方で遑って議論する必要がある、という鋭い指摘がありました。少子高齢化等に伴う社会構造の変化や累積した国・自治体の財政危機状況を理由に、社会福祉制度の見直しが進行していますが、「給付と負担のバランス」を基本にしながら、国民的同意を確立する方向での議論が進んでいるのか、大いに疑問のあるところです。いわゆる「格差の拡大」が指摘される現状において、真の社会的安全網（セーフティーネット）を確立するために、その議論を先に行うべきでありましょう。

その意味では、障害分野においては、所得保障制度の確立が不可欠である、という意見が強く出されています。政府（厚労省）は先般（1月17日）、「障害者自立支援推進本部」に障害者の所得確保策を検討するチームを発足させた、と報じられています。この課題は、法の付帯決議で明記されたことであり、対応が遅すぎます。また、報道によれば「工賃の引き上げや一般就労への移行など就労支援を中心に課題を整理する」とされています（福祉新聞 No2325）。それでは、社会保障政策における所得保障策となるのか、期待するゆえに疑問が否定できません。

「障害程度区分」の問題は、障害者自立支援法において大きな問題となっていますが、介護保険制度との関係では、さらに影響は深刻です。それは、「介護」と「支援」の共通部分と相違点についての、正確な理解と対応策の提示の問題です。いわゆる「法と財政の総合化」と「サービスの個別化」が、この間の議論や対応においては混同されている感が否めません。財政論が支援論を支配する傾向は、施策の貧困化へ繋がります。そこに、当事者は不安を抱くのです。

■さいごに

障害者自立支援法は、当初から「3年後の見直し」を前提としており、すでにその1年は終わろうとしております。そのため私たちは、「白紙撤回」でなく「予定された見直し」として、積極的な取り組みが行われることを期待しますし、その議論に参加したいと願っています。その過程において、その一つの方策として、「介護保険制度の拡大」も論じられることになるでしょう。ただし、どちらにしても、障害の特性を尊重しながらも、それを特殊（個別）化する方向であってはならない、と考えています。「障害」問題は、種別や年齢等に関係なく、国民総体の課題とされるべきであり、関係者が自らその可能性を閉じてはなりません。

大変簡単ですが、これにて『意見』表明といたします。ご清聴、ありがとうございました。

平成19年2月5日

介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議

座長 京極 高宣 様

財団法人 全国精神障害者家族会連合会

理事長 小松 正泰

介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する意見

*わが国における精神障害者への福祉についての経緯

本会は昭和55年以来、精神障害者福祉法の成立を希求してきた。昭和59年宇都宮精神病院事件以降、精神衛生法の改正で序々に社会復帰・福祉の条項が整備され始めた。その後、国際障害者年決議やWHO・ILOの影響もあり、精神障害者には医療とリハビリテーション・福祉サービスが必要との認識で障害者基本法の対象となり、精神保健福祉法で社会復帰施設の促進、そして障害者雇用促進法にも対象化された。この間、社会福祉基礎構造改革でわが国の社会福祉施設に対する措置費が支援費制度に改定されるとともに障害者自立支援法が制定された。

このように、精神障害者はいわゆる福祉サービスを受け始めた途端に、社会福祉構造改革の障害者自立支援法が施行され、施設利用料の自己負担、また今迄唯一の福祉制度であった精神障害者通院公費負担も自立支援医療となり、いずれも自己負担増のダブルパンチと受け止めている。

* 精神障害者の現状と問題

- ・ 精神障害者の多くは、精神科医療を受けつつ地域作業所や授産施設、グループホームなど福祉サービスを利用しながらリハビリテーションに励み、社会参加・社会復帰をめざしている。
- ・ 従来も自力で自立生活や復職・就労生活をした人もいるが、長期療養などの人の多くは親を中心とする家族と同居もしくは世帯を同一にしている、住居、食事、被服、医療費ほか金銭援助など生活上の支援を受けている。しかし、精神障害者を抱える家族の多くは高齢で平均所得は低く困窮層も多い、そして自らも病気や身体的不自由を持ち介護保険制度の利用者であることが多い。
- ・ 入院を必要とする精神疾病・障害者は、精神科医療機関で治療しているが、多くは精神科外来などを利用し、適正なリハビリテーション・福祉サービスの受給があれば自立方向に向かえる者が多い。ここでの福祉サービスとは、住居、所得保障、生活・就労支援、ケアサービス（心理的・精神的支援）、福祉施設などである。
- ・ 精神障害者の主な介護は、食事、買い物、室内片付け、金銭管理など心理的・精神的な助言を含めた日常生活の介護であり、身体的な介護は高齢者等を除けば殆ど必要ない。
- ・ 精神障害者の多くは長期療養などで無職者が多い。そのため障害年金以外の収入が乏しく医療費、保険料、施設利用料等の自己負担は減免・軽減の措置が不可欠である。
- ・ 第2回有識者会議資料によれば、65歳未満の精神障害者168万人のうち、要介護者の推計値が2.7万人となっているのは、過小な数値ではないかと思われる。この数は、ホームヘルプ制度未実施の自治体の多さとデータ採用年度の古さに起因していると思われる。

精神の障害特性を考慮し基準の見直しをした場合には、かなりの数の増加が見込まれるので配

慮していただきたい。

- ・ 精神障害者の「要介護」者のイメージが明瞭ではない。支援法対象の多くの方は、「介護」というより本人の意思が優先されるより良いリハビリテーション・サポートを必要としている。
- ・ 障害程度区分の認定で、精神障害者の場合コンピュータによる1次審査が低くでる傾向がある。2次審査で修正できるようになっているが、審査委員の恣意的判断に偏る危険があるため、1次審査でも精神障害者の特性が反映される工夫が望まれる。

*改善していただきたい他法・他施策・諸制度

- ・ 障害者手帳制度は3障害を統一すること。
- ・ 障害年金の認定に当たり、統合失調症等の特性を鑑み初診日主義から発症時主義に改めること。
- ・ 障害者能力開発事業などに「就労支援施設」への支援・助成制度を設けること。
- ・ 障害者自立支援法における施設体系は、就労と介護に2極分化しているが、精神障害者の現状を見ると、むしろ両方にまたがる者が多く、その特性に合う「施設種目」を設けること。
- ・ 住宅確保のためにはグループホームや公営住宅への入居支援と保証人・低金利制度など物心両面の支援制度を確立すること。
- ・ 障害者雇用促進法における精神障害者雇用率を義務化とすること。
- ・ 生活保護法において、障害者手帳保持者については勤労控除額を引き上げること。また同一世帯内での世帯分離を運用して社会復帰を図らせること。
- ・ 医療法における「精神科特例」を見直すこと。
- ・ 所得保障は、障害年金のみで自立生活できる額とし、親から独立できるようにすること。

* 介護保険の被保険者・受給範囲を広げるかどうかについての意見

- ・ 介護保険は高齢者の介護を目的とした制度で、高齢者については①誰もが必ずなる②若い時から働き保険料負担は当然③資産もあり老齢年金を受給し介護利用料負担は苦にならない。一方、精神障害者は①誰もがなるわけではない②若い時から働かず保険料の負担は重荷③障害年金は少額で利用料は払えないという状況にある。
- ・ 障害者福祉は保険制度ではなく、公的資金で賄うべきとの意見がある。
- ・ 障害者自立支援法の施行直後に激変緩和や3年後の見直しなど議論沸騰の最中に介護保険との関連についての論議は、時期尚早といわざるを得ないが、障害者自立支援法の推移を見守りつつ検討したい。
- ・ 現時点で言えることは、介護保険の現行各種サービスを見ると、身体介護もしくは生活介護と二分されるが、精神障害者の「障害の特性（心理・精神面側面）」に配慮した新たなサービス内容を創設すること。例えば受容・傾聴的共同行動、家事協力、同行支援など。
- ・ 現行高齢者世帯に介護ヘルパーが訪問した場合、同居している精神障害者へのサービスができてないといえる向きがあるが、並行して行えるようにすべきである。
- ・ 精神科医療の訪問看護とホームヘルプとの調整を行うべきである。
- ・ 上記の各項の問題点を整理しながら介護保険の被保険者・受給範囲の論議をすべきと考える。

以 上

平成19年2月5日

社会福祉法人 日本盲人会連合
会長 笹川 吉彦

厚生労働省介護保険制度の被保険者・受給者
範囲に関する有識者会議に対する意見

標記の件については、ご承知のとおり障害者自立支援法の改善について全力をあげている状況です。したがって、現状では本連合としての意見を提出することが不可能ですので、保留とさせていただきます。

これほどの大きな問題が十分な資料もなく全国組織で検討し、結論を出すにはそれなりの準備が必要です。この点ご配慮いただきたい。

障害者自立支援法の円滑な運営のための 改善策について

○ 障害者自立支援法は、地域移行の推進や就労支援の強化など、障害者が地域で普通に暮らせる社会の構築を目指すものであり、この改革を着実に定着させていくことが必要。

○ しかしながら、本改革が抜本的なものであることから、さまざまな意見が存在。こうした意見に丁寧に対応するため、法の枠組みを守りつつ、3年後の見直しまでの措置として、以下の3つの柱からなるもう一段の改善策を講じる。

【改善策の規模：1, 200億円(国費)】

- ① 利用者負担の更なる軽減 (19年度当初、20年度当初：計240億円)
 - ② 事業者に対する激変緩和措置 (18年度補正：300億円)
 - ③ 新法への移行等のための緊急的な経過措置 (18年度補正：660億円)
- ※ ②及び③は、18年度補正で都道府県に基金を造成し、20年度まで事業を実施

改善策の概要

1. 利用者負担の更なる軽減

→ 負担感の大きい通所・在宅、障害児世帯を中心とした対策を実施

・通所・在宅 1割負担の上限額の引下げ(1/2 → 1/4)

軽減対象の拡大(収入ベースで概ね600万円まで)

※障害児については通所・在宅のみならず入所にも対象拡大を実施

・入所 工賃控除の徹底(年間28.8万円まで全額控除)

2. 事業者に対する激変緩和措置

→ 日割り化に伴い減収している通所事業者を中心とした対策を実施

・旧体系 従前額保障の引上げ(80% → 90%)

※旧体系から新体系へ移行する場合についても90%保障の創設

・通所事業者 送迎サービスに対する助成

3. 新法への移行等のための緊急的な経過措置

→ 直ちには移行できない事業者の支援と法施行に伴う緊急的な支援

・小規模作業所等に対する助成

・移行への改修等経費、グループホーム借上げのための初動経費の助成

・制度改正に伴うかかり増し経費への対応、広報・普及啓発 等

1. 利用者負担の更なる軽減

現行制度の概要

自立支援法においては、1割負担について、所得に応じた負担の上限額を設定。その際、通所・在宅利用者及び障害児に対しては、社会福祉法人が提供するサービスを利用する場合に、上限額を2分の1に引き下げる措置を実施(平成20年度まで)

(参考1) 1割負担の上限額と通所・在宅利用者に対する社会福祉法人軽減

- ・ 市町村民税課税世帯(一般) 月37, 200円→上限額の引下げなし
- ・ 市町村民税非課税世帯(低所得2) 月24, 600円→2分の1軽減→12, 300円(通所の場合は7, 500円)
- ・ 年間収入80万円以下(低所得1) 月15, 000円→2分の1軽減→7, 500円

(参考2) 通所(平均事業費14. 9万円)の場合の食費を含めた実際の利用者負担額

- 一般……………29, 200円/月(1割負担14, 900円+食費14, 300円)
- 低所得1、2…12, 560円/月(1割負担 7, 500円+食費 5, 060円)

現行制度の課題

利用者負担を理由とする施設退所者は例外的な状況(※14府県のデータによれば、退所率は単純平均で0. 39%)。しかしながら、現行の軽減措置には以下の課題あり。

- ① 在宅の場合、稼働能力のある家族と同居していることが多く、軽減の適用が少ない。
(参考)入所では軽減(個別減免等)の適用を受けている者が68%に上るのに対し、在宅では24%
- ② 授産施設など工賃収入のある利用者について、「工賃より利用料(自己負担)が大きい」等の指摘。
(参考)平均工賃額は15, 000円(工賃額が数千円程度の利用者も多い。)

- ③ 障害児のいる世帯は、若年世帯が多く、在宅・施設を問わず、家庭の負担感が大きい。

軽減措置の内容

I 通所・在宅利用者

① 1割負担の上限額の引下げ(現行2分の1→4分の1)

※ 社会福祉法人による軽減という仕組みではなく、政令改正により、NPO法人の利用者などすべての利用者が負担能力に応じて軽減措置を受けられるようにする。
この結果、軽減を行った事業者の持ち出し(軽減額の一部を法人が負担していたもの)も解消される。

② 軽減対象世帯の拡大

- ・ 収入ベースで概ね600万円まで(市町村民税の所得割10万円未満まで)拡大
- ※ 資産要件について、単身の場合は現行350万円から500万円まで、家族がいる場合は1,000万円まで拡大

(参考1) 1割負担の更なる軽減

- ・ 市町村民税課税世帯(所得割10万円未満の場合) 月37,200円→4分の1軽減→9,300円
- ・ 市町村民税非課税世帯(低所得2) 月12,300円【2分の1軽減】→4分の1軽減→6,150円
(通所は月 7,500円【2分の1軽減】→4分の1軽減→3,750円)
- ・ 市町村民税非課税世帯(低所得1) 月7,500円【2分の1軽減】→4分の1軽減→3,750円

(参考2) 通所(事業費14.9万円)の場合の食費を含めた実際の利用者負担額

- ・ 一般(所得割10万円未満の場合)・29,200円/月→14,360円(※)
- ・ 低所得1、2.....12,560円/月→8,810円(※)

※いずれの場合も軽減により平均工賃15,000円を下回る負担に

Ⅱ 障害児のいる世帯

- ① 1割負担の上限額の引下げ(現行2分の1→4分の1)(通所・在宅利用児童)

※ 通所・在宅利用者に対する軽減措置と同様の内容

- ② 軽減対象世帯の拡大(通所・在宅利用児童に加え、入所施設利用児童も対象)

・ 収入ベースで概ね600万円まで(市町村民税の所得割10万円未満まで)拡大

※ 資産要件については1,000万円まで拡大

【負担額の例】

- 通所施設(事業費14.4万円)を利用する児童の場合(1割負担と食費)
- ・ 一般世帯(所得割10万円未満の場合) 28,700円 → 14,360円
 - ・ 市町村民税非課税世帯 9,040円 → 5,290円

Ⅲ 入所利用者等

- ① 入所施設について、工賃引上げに対する意欲を更に高めるため、工賃が年間

28.8万円(これを超えた部分の30%を含む)までは、定率負担と食費等の負担が全くかからないよう、工賃控除を徹底

※ 現行の工賃控除は1割負担について認められていたが、年間28.8万円(これを超えた部分の30%を含む)までは、食費等の負担もなくし、工賃全額が手元に残る仕組みとするもの。

併せて、グループホームについても、年間28.8万円までの工賃控除を導入

- ② 入所施設利用者の個別減免の資産要件を現行350万円から500万円に拡大

2. 事業者に対する激変緩和措置

激変緩和措置の考え方

自立支援法の施行後も全体としてサービスは着実に増加。

※ 事業者への支払いは、自立支援法の下で、サービスの利用がなくとも一定額を月単位で支払う仕組みから、利用実績に応じて日単位で支払う仕組みに変更。これにより、利用者は日々のサービスを選ぶことが可能に。

しかしながら、

- ① 通所事業者を中心に、報酬が日払いとなった結果、利用者が思うように確保できず減収が大きい事業者の支援や、
- ② 法施行に伴い新体系に挑戦するも保障のない新体系移行事業者への支援が必要

【給付費の伸び(4～7月)】

対前年同月比	
居宅サービス	+5.8%
通所(授産施設等)	△6.0%
入所	+2.7%
計	+1.6%

※ 6国民健康保険団体連合会によるデータ

措置の内容

- ① 旧体系において、従前報酬の80%保障を90%保障となるよう保障機能を強化する。併せて、旧体系から新体系に移行した場合の激変緩和措置(90%保障)も新たに設ける。
- ② 利用者が通所サービスをより利用しやすくするため、送迎費用を助成。
- ③ 入所施設の利用者が入院した場合の保障措置を強化(現行6日分を1か月間→8日分を最長3か月まで)する。

3. 新法への移行等のための緊急的な経過措置

激変緩和措置の考え方

- ① サービス体系が抜本的に見直される中で、直ちには移行できない事業者を経過的に支援

※ 小規模作業所（法定外施設）

→ 地域活動支援センター等

→ デイサービス及び精神障害者地域生活支援センター

（本年9月までで廃止されたが、経過的な事業として平成18年度まで存続）

→ 生活介護などの新体系サービス

- ② ①を行う一方で、新法への移行についても丁寧に対応
- ③ 地域移行等を理念とする新体系サービスが始まったことに伴う需要に緊急的に対応

措置の内容

- ① 新法に移行するまでの経過的な支援

- ・ 直ちに移行するのが困難な小規模作業所に対し、従前と同水準（定額110万円）の補助を実施

- ・ 従来のデイサービスや精神障害者地域生活支援センターが移行する（平成20年度）までの間、経過的に支援

② 新法への移行のための支援

- ・ ケアホームのバリアフリー化や既存施設が新法に移行する場合の改修、新体系における設備の更新、改修等〈ハード面の支援〉
- ・ 移行のためのコンサルタントの配置や専門家の派遣〈人的支援〉
- ・ 地域移行の推進(グループホームの立ち上げ経費への助成等)、重度訪問介護事業の人材確保等を含めた体制確保のための支援
- ・ 雇用、教育等との連携強化(就労支援のための実習受け先の開拓、就労支援ネットワークの構築等)〈ソフト面の支援〉

③ 制度改正に伴う緊急的な支援

- ・ 障害児の早期発見・早期対応、障害児とその親のための交流の場の設置
- ・ 相談支援体制の充実強化のためのスーパーバイザー派遣
- ・ オストメイト(人工肛門・人工膀胱造設者)の社会参加促進のための基盤整備
- ・ 制度移行期に係る事業コスト増に対する助成
- ・ 制度改正の周知徹底のための広報啓発費 等

今後の取組

- 法の施行後、就労支援、地域移行などに関して、法の趣旨に沿った取組も見られるようになってきている。
- また、報酬の日払い化や1割負担の中で、利用者から選ばれるような事業展開を行う事業者も生まれつつある。

- 19年度予算案においては、全体的に厳しい財政事情の中で、障害福祉サービスとして、4,873億円と、11.4%の増額を確保。
- 引き続き、障害サービスの充実を図りつつ、こうした好事例を育てていくことにより、法の定着を目指す。

第5回介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議

日時 平成19年2月5日(月) 14:00~17:00
 場所 厚生労働省7階(専用15会議室)

