

【論文】 障害者総合支援法の改正とその問題点

[住民と自治 2016年11月号より](#)

2016年11月15日

伊藤 周平 (いとう しゅうへい)
鹿児島大学教授

改正された障害者総合支援法は、介護保険優先適用原則を恒久化させ、介護保険との統合の布石ともいえるものです。自治体責任に基づく総合福祉法の制定運動が求められます。

問題の所在—加速する社会保障削減と障害者総合支援法の改正

安倍晋三首相は、2016年6月1日、2017年4月に延期していた消費税率の10%への引き上げを、2年半再び延期し、2019年10月からとしました。消費税増税の再延期については、マスコミでも社会保障の財源不足が生じることへの懸念を表明する論調が目立っていますが、そもそも、安倍政権のもとでは、消費税率が8%に引き上げられたにもかかわらず、社会保障の充実どころか、社会保障費の抑制や削減（以下「社会保障削減」と総称）が進められています。

すでに、2015年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2015」にもとづき、社会保障費の自然増（高齢化などにより制度改革を行わなくても増大していく費用で、毎年8000億円から1兆円増大していくと推計されています）を3年間で1兆5000億円に抑えることとされました。年間では3000億円から5000億円の削減で、「医療崩壊」を引き起こしたとされる小泉純一郎政権（2001年～2006年）時の削減幅（毎年2200億円）を上回っています。実際、2016年度予算でも、診療報酬の引き下げなどで概算要求時の自然増分6700億円が5000億円に圧縮されました（1700億円の削減）。

社会保障削減の最大のターゲットとされているのが、医療・介護分野です。2013年12月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（以下「プログラム法」）にもとづいて、2014年6月には、病床を削減し、安上がりの医療・介護提供体制を構築することを目的とした「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下「医療・介護総合確保法」）が成立、2015年5月には、2018年度からの国民健康保険の都道府県単位化などを定めた「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、医療・介護分野で給付抑制と患者（利用者）負担増を内容とする一連の改革が実現しています。

一方、プログラム法の成立の前日（2013年12月4日）に、国会では「障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）」の批准が全会一致で承認されました（2014年2月19日発効）。しかし、社会保障改革の工程表であるプログラム法には、障害者福祉についての言及はなく（改革の対象とはされておらず）、子育て支援や介護保険などと異なり、消費税増税による財源投入の対象にもされていません。とはいえ、障害者福祉関係の費用も、他の社会保障費と同様、安倍政権のもとで削減の対象とされていることは間違いなく、消費税財源投入の対象から外されたことにより先細りが懸念されま

す。その先には、消費税を公費負担部分の財源とする介護保険制度と障害者福祉の統合がもくろまれています。

こうしたなか、2013年に施行された「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」）の附則にあった3年後の見直しに向け、社会保障審議会障害者部会（以下「障害者部会」）で議論が進められ、2015年12月には「障害者総合支援法施行3年後の見直しについて」と題する報告書がとりまとめられました。それを踏まえ、2016年3月に、障害者総合支援法と児童福祉法の改正法案が国会に提出され、同年5月に参議院で可決・成立しました（平成28年法律65号）。

本稿では、社会保障削減という政策のなかで改正された障害者総合支援法の問題点を指摘し、介護保険制度改革の動向との関連で障害者福祉のゆくえと運動の課題を展望します。

障害者総合支援法の成立から改正まで

2006年の障害者自立支援法の施行で、障害福祉サービスなどの利用者負担が1割の応益負担（利用に応じた負担）となり、サービス利用を控える人が続出し、応益負担を違憲とする訴訟に発展しました。その後、2010年1月には、同訴訟の原告・弁護団と国（厚生労働省）との間で基本合意書が締結されました（以下「基本合意」）。これを受けて、当事者が参加した障がい者制度改革推進会議総合福祉部会が、障害者自立支援法に代わる新法の検討を進め、2011年8月に、新法の構想を「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」）としてまとめ公表しました。

立法的には、議員立法の形で、2010年12月に、障害者自立支援法が改正され、厚生労働省の行政解釈では、この法改正により、障害者などの家計の負担能力に応じた負担（応能負担）が原則となったとされています。

しかし、この法改正は、障害福祉サービスなどの利用者負担の月額上限額を、障害者などの家計の負担能力に応じて（政令で）設定するもので、応益負担の仕組みは残っています。このことは、サービスの利用量が少なく、政令で定める月額上限額よりも1割相当額のほうが低い場合は、1割負担相当額を負担することとなることから明らかです。障害福祉サービス・補装具の利用については、住民税非課税世帯は負担上限額がゼロとされたため、負担がなくなったのですが、自立支援医療については、上限額ゼロの設定がされず、依然として負担が発生しています。

一方、「骨格提言」は、障害福祉サービスの利用者負担の原則無償化や障害程度区分（現在は障害支援区分）の廃止などの提言を行いました。これらの提言の多くは無視され（もしくは骨抜きにされ）、結局、改正障害者自立支援法を一部手直ししただけの前述の障害者総合支援法が成立しました（2013年施行）。

こうした経緯から、障害者総合支援法の附則に、「基本合意」や「骨格提言」を反映させる見直しを行うとの趣旨で、3年後の見直し規定がおかれたのですが、今回の改定でも、一定の改善はなされたものの、「基本合意」や「骨格提言」は、またもほとんど無視されました。法案成立に当たって、衆議院で10項目、参議院で17項目もの附帯決議がなされていることは、問題の多さを如実に物語っています。それどころか、介護保険サービスとの統合の布石ともいえるべき内容も含まれています。

障害者総合支援法の仕組みと介護保険

もともと、障害者総合支援法は、①給付金方式（支給決定を受けた障害者への現金給付）、②直接契約（施設・事業者と支給認定障害者との契約）による利用の仕組みです。この利用方式は、介護保険の利用方式と同じです。

介護保険は、利用者負担について、住民税非課税世帯でも負担上限がゼロとはならず 1割負担が生じる点、社会保険方式をとっている点で違いがありますが、①給付金方式（要介護認定を受けた要介護者への現金給付）、②直接契約（施設・事業者と要介護者との契約）による利用の仕組みなのです。

したがって、障害者総合支援法は介護保険との統合が可能な仕組みになっており、将来的な統合をもくろんでいる安倍政権としては、介護保険優先適用条項（障害者総合支援法 7 条）は、ぜひとも残す必要があったのです。

しかし、この介護保険優先適用条項により、障害者が 65 歳以上（介護保険法令で定める特定疾病による障害の場合には 40 歳以上）になると、介護保険法の適用となり、要介護度ごとに支給限度額（実質的な給付上限）が設定されるため、介護サービスの利用が制約され、また利用者負担も完全な応益負担となり、負担が増大します（いわゆる「65 歳問題」の発生）。障害福祉サービスの利用者の高齢化に伴い、「65 歳問題」は深刻な問題となり、介護保険優先適用条項の違法性を争う裁判にまで発展しています。

改正障害者総合支援法の内容と問題点

つぎに、改正障害者総合支援法の内容をみていきます。改正内容は、①自立生活支援の新設、②就労定着支援の新設、③重度訪問介護について医療機関への入院時も一定の支援を可能とすること、④65 歳にいたるまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度などの事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける、というものです。

このうち、①は、障害者支援施設やグループホームなどを利用して一人暮らしを希望する障害者に、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助言などを行うサービス、②は、障害者の就労に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家族との連絡調整などの支援を一定期間にわたり行うサービスとされています。③は、日常的に重度訪問介護を利用している最重度の障害者（障害支援区分 6 以上の者を想定）で医療機関に入院した者が対象となり、利用者の状態などを熟知しているヘルパーを引き続き利用し、そのニーズを的確に医療従事者に伝達するなどの支援を行うことができるようにするものです。④は、前述の「65 歳問題」への対応ですが、対象者はかなり限定され（障害支援区分の程度と低所得者の範囲については政令で規定）、障害福祉サービス事業所が介護保険事業所になりやすくするなどの見直しを行い、介護保険サービスの円滑な利用を促進するとされています。

いずれも、微修正にとどまり、とくに④については、「骨格提言」で廃止が求められ、裁判でその違法性が争われている介護保険優先適用原則を実質的に固定化するものといえます。すでに、法案の国会提出前から、財務省の財政制度等審議会が、障害福祉サービスの利用者負担について、軽減措置を廃止するよう主張したり、厚生労働省内に設置されている「新たな福祉サービスのシステム等のあり

方検討」プロジェクトチームが、介護保険サービスと障害福祉サービスの事業所兼用の方針を打ち出したりしています。

今回の見直し議論では、「普遍」「他制度とのバランス」「公平」という言葉がたびたび用いられ、介護保険制度は「普遍的な」制度ゆえに介護保険優先原則は妥当であり、両制度を一体的に考えていくことの必要が論じられ、利用者負担も障害者福祉制度だけが多くの障害者において無料になっていることは「国民の納得が得がたい」という意見が出されているとの指摘もあります。応益負担化と介護保険との統合の議論が再び台頭しつつあるといえます。

介護保険制度改革の動向とゆくえ

(1) 2015年の介護保険法の改正と介護報酬のマイナス改定

一方、介護保険制度改革については、障害者福祉分野とくらべて当事者団体の運動が脆弱なためか、障害者福祉よりはるかに厳しい給付抑制・負担増の改革が進められています。

具体的には、医療・介護総合確保法として成立した改正介護保険法により、①要支援者（現在約160万人）の訪問介護・通所介護利用を保険給付から外す、②特別養護老人ホームの入所資格者を原則要介護3以上の高齢者に限定する、③一定所得以上の介護保険サービス利用者の自己負担を1割から2割に引き上げる、④補足給付の受給要件について資産なども勘案することなどが法制化され、2015年4月より施行されています（③④は2015年8月より実施）。

このうち、①は、法改正により、訪問介護・通所介護にかかわる予防給付から要支援者を外し、市町村事業である介護予防・日常生活支援総合事業に、2017年度までに段階的に移行させるというものです。

総合事業には、統一的な運営基準はなく、現在の訪問介護、通所介護の報酬以下の単価で、利用者負担も1割負担を下回らない範囲で市町村が決めますが、ボランティアや無資格者を使って低廉なサービスを提供することが常態化しつつあります。サービスの質の低下は避けられず、ただですら劣悪な介護労働者の労働条件の引き下げにもつながります。また、低い単価設定では、訪問・通所介護事業者の撤退が予想され、ボランティアなども担い手不足で、総合事業が十分機能せず、必要な介護が保障されない要支援者が続出する可能性があります。

④の補足給付は、特別養護老人ホームなど介護保険施設入所者や短期入所（ショートステイ）利用者に対して、食費や居住費を軽減するものですが、資産や非課税年金（遺族年金や障害年金）も収入と勘案されることとなり（非課税年金は2016年8月から）、収入が少なく住民税非課税世帯であっても資産があるため補足給付（つまりは軽減措置）を受けられない人が出てきています。しかも、世帯分離していても、別居の配偶者に所得があり課税されている場合は、補足給付の対象外とするという徹底ぶりです。

さらに、介護保険施設や事業者を支払われる介護報酬も、2015年改定で全体2・27%のマイナス改定となりました。介護職員処遇改善加算の拡充分（プラス1・65%）などを除けば、基本報酬は4・48%のマイナス改定で、過去最大の引き下げ幅です。なかでも、小規模通所介護の基本報酬は最大で9・8%も引き下げられ、特別養護老人ホームも全体で平均約6%の引き下げとなっています。要支援者の総合事業への移行を見越し、要支援者の通所介護サービスは20%以上の引き下げとなったほか、

他のサービスについても、要介護 1、2 が要介護 3 以上よりも引き下げ幅が大きく、軽度者の冷遇があからさまです（そのため、露骨に軽度者はお断りという事業者も現れています！）。基本報酬の引き下げで、多くの介護事業者は軒並み減収となり運営が苦しくなっています。実際、2015 年の介護事業者の倒産は 76 件と過去最多を記録、中小事業者の倒産が目立ち 6 割を占めています（東京商工リサーチ調べ）。倒産に至る前に廃業した事業者を含めればさらに大きな数になるでしょう。

(2) 介護保険制度改革のゆくえ

そして、安倍政権は、2016 年 7 月の参議院選挙が終わるのを待っていたかのように、さらなる給付抑制・患者（利用者）負担増を内容とする介護保険制度改革を進めようとしています。

具体的には、①高額介護サービス費の負担上限引き上げ、②要介護 1、2 の人に対する訪問介護の生活援助サービス、福祉用具貸与や住宅改修などを原則自己負担（一部補助あり）にする、③要介護 1、2 の人に対する訪問介護、通所介護を市町村事業に移す、④65 歳から 74 歳の利用者負担を原則 2 割とする、⑤75 歳以上の利用者負担を原則 2 割にする、などです。このうち、②③④については、速やかに関係審議会で検討のうえ、2017 年通常国会に所要の法案を提出するとされていて、すでに、2016 年 2 月から 2 年ぶりに再開された社会保障審議会介護保険部会で、見直しの検討がはじまっています。

いま介護現場は、職員の献身的努力に支えられて、なんとか支えられているのが現状です。しかし、それにも限界があります。現場の献身的努力に支えられている制度に「持続可能性」があるとは思われません。人手不足に対して人員配置基準の緩和など小手先の対応策に終始し、基本報酬は引き下げるといった施策を続けていけば、早晚、担い手不足、施設・事業者不足が深刻化し、介護保険は制度崩壊の危機に直面するでしょう。

障害者福祉のゆくえと今後の課題

障害者福祉については、2015 年の改定で、障害福祉サービスの報酬単価は据え置かれたものの、事業者への報酬は実質 1・78%の引き下げとなっており、今後、サービス事業者の運営に影響が出ることが懸念されていますが、前述の「基本合意」や「骨格提言」が歯止めになって、いまのところ介護保険のような厳しい給付抑制策はとられていません。

とはいえ、前述のように、介護保険と障害者総合支援法とは、給付金方式と直接契約という点で共通した利用の仕組みをとっています。そして、従来の高齢者・障害者措置制度から給付金方式への転換の結果、市町村が高齢者福祉サービス・障害福祉サービスの提供に責任を負わなくなり（公的責任が後退し）、市町村の高齢者福祉・障害者福祉行政における責任主体としての能力が低下しました。本特集の井上論文でも指摘されているように、相談支援事業も民間の相談支援事業者に丸投げされ、自治体では高齢者・障害者担当の専門ワーカーが姿を消しているのが現状です。

こうした公的責任の後退のなか、安倍政権は、介護保険料の高騰や徹底した介護保険の給付抑制（利用者負担の増大、要支援者の切り捨てなど）に、多くの高齢者が悲鳴を上げ、被保険者の範囲の拡大を求める声わき起こるのを待ち、応益負担化の徹底、さらには障害者総合支援法と介護保険法の統合へと舵をとろうともくろんでいると推察されます。障害者福祉の介護保険化が実現すれば、もはや障害者福祉は解体されたといってよいでしょう。

私見では、訪問看護や老人保健施設などの給付は医療保険に戻したうえで、介護保険法と障害者総合支援法は廃止し、①施設補助（現物給付）方式、②自治体責任による入所・利用、③税方式の総合福祉法を構築すべきと考えます。

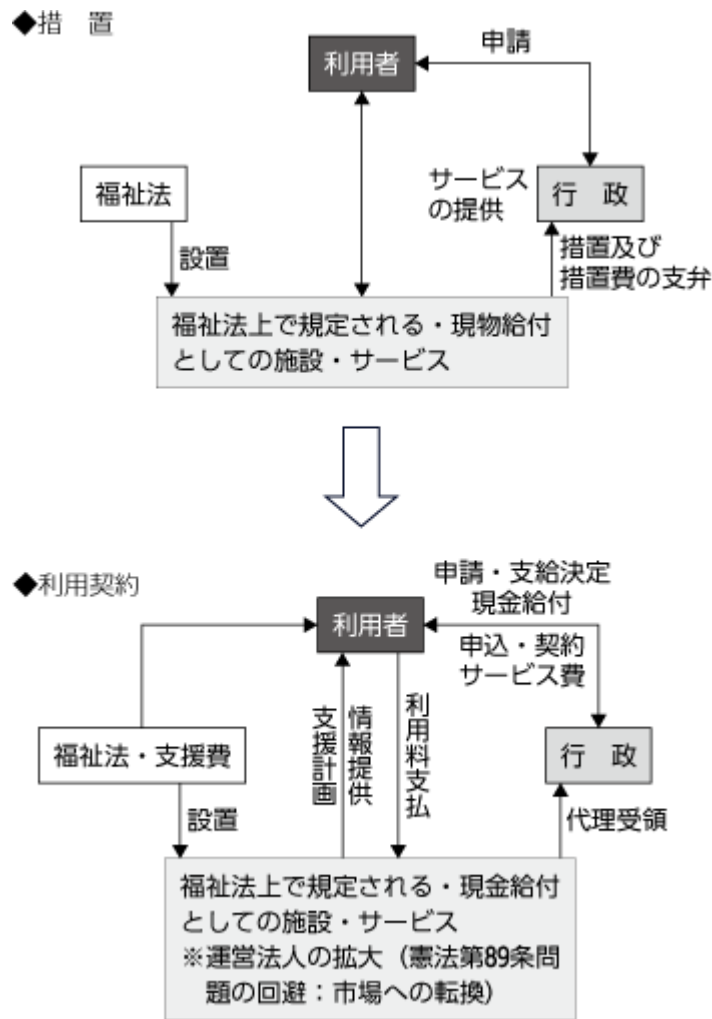
障害者運動は、当面は、介護保険優先適用の廃止など、「基本合意」や「骨格提言」の完全実現をめざしていくべきですが、着々と外堀は埋められつつあることを忘れてはなりません。高齢者の医療費負担や介護保険サービスの利用者負担が2割、さらには3割に引き上げられるなか、障害者だけ負担ゼロが続くのは優遇されている、同じ要介護の状態にある高齢者が、一方は65歳以前に障害者であったというだけで支給限度額を超えたサービスが利用でき負担がゼロなのは不公平だ、など、介護保険法と障害者総合支援法の並存状態が続く限り、こうした批判は必ず出てくるからです。実際、障害者部会が障害関係団体のヒアリングを行った際、一部の委員から、こうした批判が、ほとんど詰問ともいえるような形で、障害者団体の当事者に投げかけられたといえます。

障害者運動は、介護保険制度改革にも関心を向け、その改善を訴えるとともに、中長期的には、障害者総合支援法のみならず介護保険法の廃止を打ち出し、総合福祉法の制定運動に踏み出すべきではないでしょうか。「65歳問題」を根本的に解決し、障害者権利条約を生かすには、介護保険法の廃止と総合福祉法の制定しかないと考えます。

※社会福祉基礎構造改革による公的責任性の転換

①利用契約制度の導入：「現物給付」から「現金給付」方式への転換

【制度転換のイメージ】



【市場化の促進】

- ※「現金給付方式」により、行政は個人へ現金を給付後、個人の契約によってサービスの提供を受ける方式に転換したことで、憲法第89条問題を回避、株式会社等各種法人が福祉サービス提供を可能とした。
- ※イコールフットィングでの抜本制度改革・社会福祉法改定・退職金共済制度への公金支出の中止・建設補助金制度等の後退
- ※諸種の規制緩和：新たな福祉提供ビジョン：（児童・障害・高齢）多世代・多機能型事業の可能性の拡大・ワンストップ型相談支援

②財政コントロール装置の確立

●各種区分制限の強化と選別化（要介護認定：要支援者の保険外し、障害支援区分：各種施策の区分制限の拡大、保育度認定：保育時間）

・「報酬」による財源管理・医療保険、介護保険の適用範囲の制限 ※マネジドケア方式の導入への模索と財政内での制度運用

（大阪障害者センター 井上泰司作成）

【注】

- (1) 同法について詳しくは、伊藤周平『社会保障改革のゆくえを読む—生活保護、保育、医療・介護、年金、障害者福祉』（自治体研究社、2015年）第4章参照。
- (2) 中央法規編集部編『速報・障害者自立支援法の改正』（中央法規、2011年）5頁参照。
- (3) 同様の指摘に、きょうされん常任理事会声明「改定障害者総合支援法の成立にあたって」（2016年5月25日）参照。
- (4) 介護保険法の基本構造については、伊藤周平『介護保険法と権利保障』（法律文化社、2008年）第2章参照。
- (5) 障害者の「65歳問題」について、裁判の動向も含めて詳しくは、藤岡毅「65歳以上障害者の『介護保険優先原則』が生み出す権利侵害」賃金と社会保障 1630号（2015年3月下旬号）4頁以下参照。
- (6) 山下幸子「障害福祉制度と介護保険制度の関係—障害者総合支援法施行3年後見直し議論から」賃金と社会保障 1654号（2016年3月下旬号）47～48頁参照。
- (7) 総合事業について詳しくは、伊藤周平・日下部雅喜『新版改定介護保険法と自治体の役割』（自治体研究社、2016年）第5章（日下部雅喜執筆）参照。
- (8) 介護保険制度のさらなる見直しについては、伊藤・日下部・前掲注（7）第4章（伊藤周平執筆）参照。
- (9) 総合福祉法の構想については、伊藤周平『保険化する社会福祉と対抗構想—「改正」された障害者・高齢者の法と社会保障・税一体改革』（山吹書店、2011年）第5章、および、障害者生活支援システム研究会編『権利保障の福祉制度創設をめざして—提言・障害者・高齢者総合福祉法』（かもがわ出版、2013年）第3章参照。
- (10) 佐藤久夫「障害者総合支援法見直し法をどう見るか」賃金と社会保障 1661号（2016年7月下旬号）12頁参照。

住民と自治 2016年11月号より



伊藤 周平（いとう しゅうへい）

鹿児島大学教授

東京大学大学院社会学研究科博士課程単位取得満期退学。2004年4月から鹿児島大学大学院司法政策研究科教授。専攻は社会保障法。主な著書に『社会保障改革のゆくえを読む』自治体研究社など。