

## 障害者福祉の介護保険制度化をめぐる問題

伊藤周平 (鹿児島大学)

### 1 消費税増税の先送りと進む社会保障削減

2014年12月、内閣府が発表した7～9月期の国内総生産（GDP）の修正値は、物価変動の影響を除いた実質で前期比0.4%減、年率換算で1.9%減と、2四半期連続のマイナスとなり、2014年度はマイナス成長となることがほぼ確実となった。安倍政権の経済政策（アベノミクス）により、円安が続き生活必需品を中心に物価が上昇、実質賃金は、2014年11月まで17か月連続で前年比減少をつづけている。これに4月からの消費税増税が家計を直撃、GDPの約6割を占める個人消費が低迷し、民間企業の設備投資も2四半期連続で減少しており、日本経済は、増税により景気後退局面に入ったとみてよい。

こうした中、安倍首相は、消費税率10%引き上げを2015年10月から2017年4月に先送りすることを宣言、衆議院の解散・総選挙に打って出た。アベノミクスへの失望が広がり内閣支持率が大きく低下する前に、長期政権を見込んで、野党の準備が整わないうちに、早めの解散・総選挙に打って出たとみられる。それが奏功したのか、総選挙で、自民党・公明党の与党は合計で300議席を上回る議席を獲得し安定政権を維持した。

もともと、今回の消費税の増税は、社会保障の充実を名目にしてしたが、安倍政権のもとでは、充実どころか、社会保障の給付抑制や患者・利用者負担の増大など社会保障の削減が進められている。すでに、2013年8月から、生活保護基準の引き下げが断行され、同年10月からは老齢・障害・遺族年金給付が1%引き下げられた（14年4月から物価上昇分を相殺しさらに0.7%引き下げられ、15年4月にも0.5%引き下げ予定）。母子世帯などに支給される児童扶養手当や障害のある子どもへの手当、被爆者への健康管理手当なども連動して減額されている（13年から3年間で1.7%減額）。

2013年8月6日には、社会保障制度改革国民会議が「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」と題する報告書をまとめ（以下「国民会議報告書」という）、それを受けて、「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」が、同年12月に可決・成立した（以下「プログラム法」という）。プログラム法の成立により、2014年から2017年にかけて、関連法案が順次、国会に提出され改革が実施に移される<sup>(1)</sup>。そして、その第一弾として、2014年6月には、医療法や介護保険法などを一括して改正する「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」が可決・成立している（以下「医療・介護総合確保法」という）。

安倍政権による社会保障削減は、日本国憲法25条1項にいう生存権を空洞化する政策であり、貧困や格差が今以上に拡大することは必至である。貧困や格差を拡大させる政策は、それが意図的か否かは別として、結果的に、貧困層の若者の経済的徴兵をうながし、集団的自衛権の容認と並んで日本を戦争のできる国にしていく基盤づくりともいえる。

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全くなく（改革の対象とはされておらず）、子育て支援や高齢者施策と異なり、消費税増税による財源投入の対象にもされなかった。とはいえ、障害者福祉関係の費用も、他の社会保障費同様、安倍政権のもとでは削減のターゲットとされていることは間違いなく、消費

税の財源から外されたことによって、先細りが懸念される。その先には、公費負担部分について消費税を財源とする介護保険制度との統合がもくろまれているといってもよい。

本稿では、以上のような状況を踏まえて、障害者自立支援法から障害者総合支援法成立までの経緯をたどり（２）、介護保険法との比較で、両者の基本構造を検討したうえで（３）、安倍政権のもとでの医療・介護制度改革の動向と障害者福祉のゆくえを展望する（４）。

## ２ 障害者自立支援法から障害者総合支援法へ

### （１）改正障害者自立支援法の成立と施行

まず、障害者総合支援法成立までの障害者福祉施策の動向についてみていく。

2006年からの障害者自立支援法の施行で、障害者の福祉サービスの利用者負担が応益負担となり、サービス利用を控える人が続出し、応益負担への批判が高まり、応益負担を違憲とする訴訟（以下「障害者自立支援法違憲訴訟」という）に発展した。障害者自立支援法違憲訴訟については、2009年９月に成立した民主党政権のもとで、障害者自立支援法の廃止が宣言されたことを受けて、2010年１月には、障害者自立支援法訴訟の原告・弁護士と国（厚生労働省）との間で基本合意書が締結された。基本合意書では、国（厚生労働省）が、障害者自立支援法により「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、反省の意を表明し、「この反省を踏まえて、今後の施策の立案、実施にあたる」ことが明記された。

これを受けて、議員立法の形で、2010年12月に、障害者自立支援法の改正法が成立し（以下「改正障害者自立支援法」という）、2012年４月から施行された。改正障害者自立支援法では、障害福祉サービスなどの利用者負担の条項が見直されて、旧法29条３項の「百分の九十に相当する額」の部分が「支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額を控除した額」に改正された。つまり、障害者の家計の負担能力などを考慮して「政令で定める額」が、障害福祉サービスなどを利用した場合の実際の障害者（利用者）の負担となる。ただし、「政令で定める額」が、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額の100分の10に相当する額を超える場合には、当該相当する額（１割負担に該当する額）が利用者負担額になる。自立支援医療費および補装具の支給についても同様である。

厚生労働省の行政解釈では、障害者自立支援法施行後に行われた「特別対策」などにより負担上限月額が大幅に引き下げられ、実質的には負担能力に応じた負担となっていたが、法律上は１割負担が原則となっていたことから、この法改正により、法律上も障害者等の家計の負担能力に応じた負担（応能負担）を原則とすることとなったとされている。しかし、これらの規定は、障害福祉サービスなどの利用者負担に、月額上限を設定し、その上限額を、障害者等の家計の負担能力に応じて設定する（これが応能負担原則といわれている）わけだから、厚生労働省の説明はどうであれ、基本的には、利用に応じた負担（応益負担）の構造となっている。利用量が少なく、政令で定める月額上限額よりも１割相当額の方が低い場合は、低い方の額を負担することとなることから、応益負担の構造が基本であることは明らかである（正確には、応能負担を加味した応益負担の構造というべきか）。

そして、これまで予算措置で行われてきた負担軽減措置の負担上限額（確かに、それも

障害者等の負担能力を考慮して決められている）が、政令（障害者自立支援法施行令17条）により、そのまま利用者負担上限月額として恒久化された。これにより、障害福祉サービスの利用・補装具については、生活保護世帯、住民税非課税世帯は負担ゼロとなった。

改正障害者自立支援法では、利用者負担の見直しのほかに、障害者の範囲を見直し障害者の定義に発達障害者を含むことを明確にした。また、相談支援の充実と支給決定プロセスの見直しが行われた。さらに、重度の視覚障害者に対する同行援護が創設され（特定障害者特別給付費の支給対象の拡大）、成年後見制度利用支援事業が市町村の地域生活支援事業の必須事業とされるなどの改正が行われた。

## (2) 障害者総合支援法の基本構造

以上のように、改正障害者自立支援法では、利用者負担の見直しは行われたものの、給付方式など基本構造については、介護保険法をモデルにした従来の構造を維持している点に特徴がある<sup>(2)</sup>。これは、そのまま、後述の障害者総合支援法にも受け継がれている。

社会福祉法制の分野では、これまで、社会福祉基礎構造改革と称して、2000年4月から施行されている介護保険法をモデルに、措置制度から契約制度に転換する改革（「措置から契約へ」）が行われ、高齢者福祉については介護保険法により、障害者福祉については障害者自立支援法により（正確には、2003年の支援費制度の導入により）、それぞれ契約制度に転換された。介護保険法や障害者自立支援法の基本構造は、①給付金方式（利用者補助）方式、②直接契約（自己責任）による利用、③費用負担（利用者負担）は応益負担を特徴としている。介護保険については、これらに④社会保険方式（主要な財源は社会保険料）という特徴が加わる（以下「介護保険方式」という）。これに対して、障害者自立支援法は、社会保険方式ではなく、財源は全額公費の④税方式をとっている。また、③の費用負担（利用者負担）についても、支援費制度のときは応能負担であったが、障害者自立支援法により応益負担とされ、さらに改正障害者自立支援法により、行政解釈では応能負担が原則となったとされている。ただし、実際には、前述のように、応能負担を加味した応益負担になっている（以下「障害者支援方式」という）。

介護保険方式と障害者支援方式の特徴として、第1に、給付（介護給付や自立支援給付など）の内容が、利用者に対する個別給付の形態をとる現金給付であることが挙げられる（①の特徴）。たとえば、介護保険の介護給付（要介護者への給付）は、居宅介護サービス費（介護保険法41条4項）というように「～費」とされており、サービス費用の一部を、要介護者に支給するものである。ただし、サービス費用は、通常は、要介護者ではなく、介護報酬の形で介護事業者・施設が要介護者に代わって受給する（代理受領）。代理受領方式を取らなければ、金銭（給付）の流れが、介護事業者・施設への支給（補助）ではなく、要介護者（利用者）への支給（補助）となるため、利用者補助方式ともいわれる。同様に、障害者自立支援法の自立支援給付も、現金給付であり、利用者補助と代理受領方式をとっている。市町村は、障害者自立支援法では、実施主体とされているが、実施責任の内容は、サービス提供の責任ではなく、サービス費用の給付責任にとどまる。

第2に、介護保険では、保険者（市町村）は要介護認定を行うのみで、介護保険サービスを提供するわけではない。給付資格を認定された要介護者が、介護事業者・施設と契約を結び、介護保険サービスを利用する直接契約方式をとっている（②の特徴）。障害者自

立支援法でも、市町村は、支給決定・障害支援区分認定を行うのみで、支給決定を受けた障害者が、事業者・施設と契約を結び障害福祉サービスなどを利用する。

第3に、介護保険では、利用者負担が応益負担となっている。介護保険法では、給付されるサービス費用は、介護報酬単価の9割で、残り1割分の費用は、利用者である要介護者が負担することになる。介護保険サービスは、それぞれ介護報酬単価という形で価格（値段）がつけられ、利用者負担は、介護保険サービスの対価としての性格を有し、介護事業者・施設に直接支払うこととなる。したがって、一般の商品取引と同様、売買価格は一律で、利用者（購入者）側の所得格差は無視され、利用すればするほど負担が増大する応益負担の仕組みである（③の特徴）。障害者自立支援法でも、当初は、介護保険と同様、利用者負担に応益負担の仕組みが導入されたが、前述のように、多くの批判にさらされ、応能負担を加味した応益負担の構造に改正されている。

### （3）新法の模索と「骨格提言」

障害者自立支援法に代わる新法については、障害当事者が参加した障害者制度改革推進本部総合福祉部会（以下「総合福祉部会」という）において検討が進められ、総合福祉部会は、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」という）として、2011年8月に公表した。

「骨格提言」は、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の廃止などの提言を行っている一方で、前述した障害者自立支援法の基本構造のうち、①給付金（利用者補助）方式、②直接契約（自己責任）による利用の仕組みは残している点で限界があった。しかも、直接契約を前提にして、障害者の相談支援の強化も提言されていた。

おそらく、「骨格提言」に至る議論の過程で、委員の間では、①と②の仕組みの改変は意識されていなかったと考えられる。実際、障害をもつ子ども（障害児）については、「骨格提言」は「すべての子どもの基本的権利を保障する仕組みの創設」を掲げながらも、「今後の総合施設及びこども園給付の制度化において、障害児の入園が拒否されないように応諾義務を課す必要がある」とし、当時、検討されていた「子ども・子育て新システム」（当時の名称。以下同じ）の導入を前提に、障害児保育も子ども・子育て新システムに組み込むことが提言されている。障害児の問題については、総合福祉部会の障害児支援合同作業チームにおいて議論されていたが、保育に関する自治体責任をなくし、現行保育制度を障害者支援方式に改変しようとする子ども・子育て新システムの本質や問題点は議論されることもなく（理解されることもなく）、障害児について考慮していないことのみが問題視されてきた。障害者自立支援法の廃止とそれに代わる新法を検討してきたはずの総合福祉部会が、障害者自立支援法をモデルにした制度の導入を容認すること自体が大きな自己矛盾というほかない。総合福祉部会の当事者委員の大半は、成人の身体障害者であり、知的障害者や精神障害者、そして障害児にとって、障害者支援方式は本質的に無理があることが十分理解されなかったのだろうか。

もっとも、「骨格提言」の公表当時から、厚生労働省は、利用者負担の無償化などについては難色を示しており、法案作成の過程で、「骨格提言」の多くは無視され（もしくは骨抜きにされ）、改正障害者自立支援法が、ほぼそのままの内容で名称だけ変えて存続するのではないかと懸念があった。そして、その懸念は現実のものとなった。当時の民主

党政権は、障害者自立支援法を廃止し新法（障害者総合福祉法）を制定するのではなく、改正障害者自立支援法に一部修正を加え「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律案」として、国会に提出し、同法案は、2012年6月20日に成立し、6月27日に公布された。

### 3 障害者総合支援法の内容と問題点

同法は「障害者自立支援法」を「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（障害者総合支援法）」と名称変更し、目的条項に、地域生活支援事業その他の必要な支援を総合的に行うことが加えられた。また、法にもとづく日常生活・社会生活の支援が、強制社会を実現するため、社会参加の機会の確保および地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念に新たに掲げている。障害者自立支援法の名称や基本理念を変え、内容も一部修正したので、障害者自立支援法は廃止したというのが政府の説明であるが、いかにも詭弁というほかに、障害者自立支援法訴訟の原告・弁護団からは、前述の基本合意書に反し「骨格提言」も無視するものだとの批判があがった。

名称・基本理念以外には、①障害者の範囲に難病等を加えること（児童福祉法における障害児の範囲も同様の対応）。②重度訪問介護の対象を「重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるもの」に拡大、③共同生活介護（ケアホーム）を共同生活援助（グループホーム）へ一元化、④地域生活支援事業に手話通訳者等を養成する事業などを追加、⑤サービス基盤の基本指針・障害福祉計画について、定期的な検証と見直しを法定化、などの改定がなされた。

また、障害程度区分については、名称が2014年4月より「障害支援区分」に変更された。障害支援区分は、障害の重さ（程度）を示す「医学モデル」とされていた従来の障害程度区分と異なり、必要とされる標準的な支援の度合いを示す「社会モデル」とされているが、実際は、従来は二次判定において付加されていた医師の意見書が一次判定により付加されることとなり、二次判定で支援区分を引き上げることが難しい仕組みになっている。二次判定を行う市町村審査会が形骸化される可能性が高まったという点では、介護保険の要介護認定により近づいたともいえる。さらに、2015年4月からは、障害者が居宅介護や日中活動で事業所などに通うなど障害福祉サービスを利用する際に支給決定を受ける際に、相談支援専門員によるサービス利用計画を作成することが義務付けられる。これも、介護保険のケアプラン（介護サービス計画）作成プロセスに近い。

いずれにせよ、障害者総合支援法の内容は、前述した①利用者補助（給付金）方式、②直接契約による利用、③応能負担を加味した応益負担の構造、つまり障害者支援方式を変えるものではなく、事実上、障害者自立支援法（児童福祉法の障害児の療育部分も含めた障害者支援方式）の恒久化といってよい。

そして、障害者総合支援法には、介護保険優先適用条項（法7条）がそのまま残され、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、要介護認定を受けなくてはならず、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、介護保険適用となる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、負担が増大している（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、この「65歳問題」は深刻な問題となっている。

#### 4 医療・介護制度改革の動向と障害者福祉のゆくえ

##### (1)医療・介護分野を中心にした社会保障削減

一方、安倍政権のもとでは、1 でみた年金・手当の削減に加え、社会保障のさらなる削減が進められている。とりわけ、削減の最大のターゲットとされているのが、医療・介護分野である。消費税率の10%への引き上げが先送りされたことで、それを口実にして、社会保障削減がさらに加速すると予想される。

すでに、2014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2014」（以下「骨太の方針」という）では、前述の法人実効税率の引き下げを打ち出す一方で、医療・介護を中心に、社会保障費について「いわゆる『自然増』も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある」としている。2000年代前半の小泉政権の時に、社会保障費について、自然増分を含め毎年2200億円の削減が断行され、「医療崩壊」などと呼ばれる社会保障の機能不全が進んだことは記憶に新しいが、「骨太の方針」では、削減額は示していないものの、「徹底的」という言葉を初めて用い、医療・介護を中心に社会保障の削減を明確に打ち出した点に特徴がある。

こうした状況の中、2015年4月からの介護保険の介護報酬の改定も、マイナス改定とされることがほぼ規定路線となり、2.27%の引き下げが確定した。単年度で過去最大の2.3%引き下げとなった2003年の介護報酬改定に次ぐ大幅引き下げである。前回の2012年改定も、全体の改定率はプラス1.2%であったが、処遇改善加算分の2%（それまでは介護職員処遇改善交付金として、介護報酬とは別枠で手当てされていた）を差し引くと、実質的には0.8%のマイナス改定であり、実質2回連続のマイナス改定となる。介護報酬は、介護保険法施行からこれまで4回の改定が行われているが、実質増額となったのは、2009年改定の1回しかなく、今回を加えると通算で実質約5%の削減がなされたことになる。

##### (2)医療制度改革－医療提供体制の改革と療養の範囲の適正化

制度改革の内容をみると、医療分野の改革では、プログラム法で、まず、医療提供体制の改革として、①病床機能報告制度の創設、②都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化および連携、③新たな財政支援制度の創設、④医療法人制度の見直しが規定され、これらの見直し項目はいずれも、前述の医療・介護総合確保法において法定化されている。そして、改革の目的は、病床の機能分化を進め、都道府県の主導により急性期医療の病床を削減し、医療費を抑制することにあるといっている<sup>(3)</sup>。

医療提供体制改革につづいて、プログラム法では、医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化として、①70歳から74歳までの高齢者の一部負担金の見直し、②高額療養費の自己負担限度額の見直し、③医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し、④在宅療養との公平性を確保する観点からの入院に関する給付の見直しが規定されている。プログラム法は、これらの改革に必要な法案を、2015年の通常国会に提出し、2017年度までをめどに順次実施するとしており、すでに、社会保障審議会医療保険部会（以下「医療保険部会」という）において議論がはじめられている。

このうち、①は、70歳から74歳の高齢者の一部負担金を法定の2割とするもので（2008年度以降、毎年度、約2000億円の予算措置で、1割負担に据え置かれてきた）、法改正は不要のため、すでに2014年4月より、70歳の誕生日を迎えた人から段階的に2割負担とされている。プログラム法の国会審議の過程で、2割への引き上げだけで1900億円の負担増、これに受診抑制による2100億円の医療費削減効果があることを厚生労働省が認めている（日本共産党の小池晃参議院議員の質問に対する回答）。また、②は、高齢者の高額療養費の月額上限を、外来・一般所得の場合で、現在の1万2000円から4万4000円に引き上げる案が提示されている。③は、紹介状のない大病院の外来受診について、定額の自己負担を求める仕組みである。現在でも、200床以上の病院の初再診料は保険外併用療養費制度の選定療養に位置づけられており、病院側は別途、自由に設定できる上乗せ料金を徴収できるが、現行の選定療養とは異なり、初再診料自体を保険給付から外したうえで、患者が支払うべき一定額（最大で1万円が想定）を国が決定する仕組みが提案されている。④は、入院時食事療養費の縮小と入院時の食費自己負担の引き上げが検討されている。現在は、一般病床や65歳未満の療養病床などの入院時食事療養費のうち、食材費相当分のみ自己負担（1食につき260円）だが、療養病床に入院している65歳以上の患者では調理費相当分も自己負担しており、これにあわせる形で見直す方向だ（同460円に引き上げ予定）。

さらに、プログラム法には規定されていなかったが、後期高齢者医療保険料の特例軽減措置も廃止される。保険料負担増、給付抑制・自己負担増の改革が目白押しである。

### (3) 介護保険制度改革－保険給付の範囲の適正化と利用者負担の増大

介護保険制度改革については、医療分野での日本医師会のような圧力団体がいないためか、医療制度改革よりも、さらにドラスティックな給付抑制・負担増の改革が進められている。

医療・介護総合確保法として成立した改正介護保険法では、①要支援者（介護保険の要支援認定により要支援1・2と判定された軽度者。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等も勘案することなどが法定化された。

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強制的に外し、市町村事業である介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」という）に、2017年度までに段階的に移行させるというもので、要支援者の介護保険給付受給権の剥奪といえる。新総合事業には、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るが、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するだろう。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る<sup>(4)</sup>。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、新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高い。しかも、厚生労働省は、新総合事業の事業費については、中期的には、75歳以上の後期高齢者数の伸び率（年間3～4%）を勘案した額に抑えられている。現在の予防給付の自然増は年間5～6%の伸びだから、このことは、実質的に、要支援者に対する事業費を年間3%ずつ抑制していくことを意味する。これで、市町村が

まともな事業ができるとは思われない。

また、②については、要介護1・2の認定者でも、やむを得ない事情があれば特例的に特別養護老人ホームへの入所が可能だが、厚生労働省は、市町村の適切な関与のもと施設ごとの入所検討委員会を経て特例的に入所を可能とすると説明し、特例の場合として、(i)知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難、(ii)家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠、(iii)認知高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要の3例を列挙している。しかし、これらは、②③のように市町村の責任による措置入所（老人福祉法11条）の必要な事例も含まれており、限定的すぎる。そもそも、高齢者福祉行政における責任主体としての市町村の能力が低下し<sup>(5)</sup>、多くの市町村が措置入所に消極的な現状があるなかで（いわゆる「措置控え」と呼ばれる）、こうした限定的な運用では、特例がほとんど認められないことも考えられる。

③の利用者負担の2割負担化は、年金収入で年間280万円（年間所得160万円）以上の者が予定されている。しかし、1割負担ですら利用の差し控えが生じている現状での2割負担化は、確実に利用抑制をもたらすだろう。

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だが、資産（単身者で貯金1000万円以上）や非課税年金（遺族年金や障害年金）も勘案されることとなり、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くる可能性がある。しかも、施設入所に際して、世帯分離していても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ある。

#### (4) 障害者福祉のゆくえと今後の課題

以上のような医療・介護制度改革の中で、障害者福祉についても、障害福祉サービスの報酬単価は据え置かれたが、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る。そもそも、障害者自立支援法自体が、支援費制度の財政的な行き詰まりから提示されてきたことを想起されたい。おそらく、厚生労働省は、今後の介護保険料の高騰や前述の医療・介護総合確保法にみられる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がわき起こるのを待ち、障害者総合支援法と介護保険法の統合の方向に舵をとろうともくろんでいると推察される。統合が実現した場合、もはや障害者福祉は解体されたに等しい。

私見では、障害者総合支援法も介護保険法も廃止し、障害者も高齢者も、65歳による区分を設けず、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る。私見の総合福祉法案は、現行の児童福祉法にもとづく公的保育制度をモデルとしている<sup>(6)</sup>。しかし、その保育制度も、民主党政権のもとで、市町村の保育の実施義務（現物給付義務）をなくし、①給付金（利用者補助）方式、②直接契約による利用といった障害者支援方式に転換させる子ども・子育て新システムの導入の動きが加速した。これに対して、保育関係者や保護者を中心とした保育運動は、反対運動を全国的に展開し、その成果として、児童福祉法24条1項の市町村の保育実施義務の規定は残ることとなった。とはいえ、保育所についても、②の直接契約ではなくなったが、施

設型給付費に組み込まれ、①の給付金方式への転換は実現している。

すでに、障害児の療育に関しては、2010年の児童福祉法改正で、障害者支援方式に帰られているが、児童福祉法を再改正して、自治体が現物給付の責任をもつ方式に戻すこと、具体的には、児童福祉法24条の2以降の規定を児童福祉法24条1項の規定と同じ条文形態に変える必要がある。少なくとも、障害児施設の入所については、自治体が責任を持つ従来の方式に早急に戻すべきだろう。

障害者運動は、保育運動が提起した、①施設補助（現物給付）方式、②自治体責任による入所・利用という利用方式の重要性を確認し、当面は、介護保険優先適用の廃止などの要求を掲げるとともに、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時ではないかと考える。「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る。

注

- (1) プログラム法についての具体的検討は、伊藤周平「社会保障の論点－社会保障改革の展開と対抗運動の課題」現代思想41巻17号（2013年12月号）156頁以下参照。
- (2) 介護保険法の基本構造について詳しくは、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。
- (3) 詳しくは、伊藤周平「医療・介護総合確保法案のねらいと課題・上」賃金と社会保障1611号（2014年6月上旬号）4頁以下参照。
- (4) 同様の指摘に、日本弁護士連合会「『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案』における介護保険体制に関する意見書」（2014年4月17日）14頁参照。
- (5) 同様の指摘に、豊島明子「高齢者福祉法制の大転換と公的介護保障の課題」三橋良士明・村上博・榊原秀訓『自治体行政システムの転換と法』（日本評論社、2014年）84頁参照。
- (6) 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章参照。