

## 「我が事・丸ごと」地域共生社会のねらいは何か

### 「地域包括ケアシステム強化法案」の問題点と障害福祉への影響

きょうされん理事会

#### 1. 国民・当事者不在のまま、突然提案された「地域包括ケア強化法案」

政府は2月7日、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」(以下、「地域包括ケア強化法案」として、介護保険法の見直し案のほかに、30本の法律の見直しを一括で提案しました。その中には、障害者総合支援法をはじめ、健康保険法、児童福祉法、社会福祉法、生活保護法、社会福祉士及び介護福祉士法、看護師等の人材確保の促進に関する法律などが含まれます。つまり「地域包括ケア強化法案」は、介護保険にとどまらず、国民の生活と福祉全般に深く関わる法案です。

その同じ日、厚生労働省(以下、厚労省)の「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部(以下、実現本部)は、当面の改革工程を発表しました。この改革工程を検討してきた実現本部は、厚労大臣を本部長に厚労官僚のみで構成され、昨年7月15日に25分間の第1回を開きました。3つのワーキングチームを設置し、「地域力強化検討会」と社会保障審議会福祉部会・介護人材確保専門委員会は開かれてきましたが、厚労官僚だけで構成された実現本部の開かれた回数やその内容は、ほとんど明らかにされていません。

今回発表された当面の改革工程では、核家族化と共働き世帯の増加によって、家族や地域住民のつながりが希薄になる一方、「縦割り制度」によって「社会的孤立」や「制度の狭間」が生じて、さまざまな生活困難や支援の要望が複合化してきたと強調しています。その解決のためには、生活困難な人の問題を地域住民が「他人事」とせず「我が事」と捉え、また支援制度のあり方は、「縦割り制度」ではなく、地域住民が相互に支え合い、それを含めた包括的な支援体制をつくる「丸ごと」の視点を強調し、「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現を提起しています。その第一弾の法改正が「地域包括ケア強化法案」です。

地域社会の人びとの暮らしを変えてきたのは、経済と社会の変化です。核家族化などは、経済・産業による社会の変貌の結果です。また「社会的孤立」や「制度の狭間」は、厚労省・実現本部自らが認めているように、「縦割り制度」が起因しています。

さらには、企業社会による貧富の拡大や弱者切り捨て、非正規雇用の増大、一人親世帯の子どもの貧困などの社会問題、そして福祉・介護の抑制、年金や生活保護の切り下げなどの社会保障全体に対する財政抑制も、「社会的孤立」や「制度の狭間」を生み出した大きな背景・要因です。ところが実現本部は、こうした問題にまったく触れていません。このような社会問題や抑制政策に真摯に向き合い、根本的に反省する姿勢を欠いた厚労省が掲げる「地域共生社会」とは、いったいどんな未来社会像なのでしょう。

介護保険法の見直しをめぐっては、3割負担の導入や要介護1・2の介護保険給付からの除外などがニュース等で報道されてきましたから、影響を受ける国民は強い関心をもっていました。しかし、31本の法律を一括した「地域包括ケア強化法案」は突然の提案であり、

「我が事・丸ごと」地域共生社会にいたっては、国民にとって寝耳に水の話です。

これほど多くの法律の見直しを含む「地域包括ケア強化法案」は、子ども、高齢者、生活困窮者、そして障害のある多くの人たちの生活に大きく影響します。それを一括で提案し、短期間に国会を通過させてしまおうというのは、あまりにも乱暴なやり方です。障害者自立支援法制定のとき、障害のある人たちは「私たち抜きに、私たちのことを決めないで(Nothing About Us Without Us)」と、大きな声で何度も訴え続けました。障害者自立支援法違憲訴訟団と国(厚労省)が結び、訴訟和解文書となった「基本合意」には、「国(厚労省)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」したことについて「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」とあります。

にもかかわらず、またもや国民や当事者に一切の説明のないまま法案を提出した政府・厚労省に対しては、深い疑問と疑念を抱かざるを得ません。

## 2. 「3割負担の導入」は介護サービスを本当に充実できるのか

昨年 NHK は、独自の調査を行ない「いま日本では、2週間に1度“介護殺人”が起きている」と報道しました。また警察庁は、介護保険がスタートした2000年から2015年までに生じた「介護・看病疲れ」による殺人事件を663件と公表しています。こうした痛ましい事件は、介護保険法の施行以降減るどころか、むしろ毎年微増しています。しかも警察庁の発表は、遺書があるか加害者の供述が認定された事件だけです。心中事件で加害者も亡くなったケースや、遺族が穏便な事後処理を求め事件として扱われなかった介護関連死の総数は、国も自治体も把握していないのです。2006年、京都で起きた無理心中事件で命を取り留めた加害者に対して、京都地方裁判所は懲役2年6カ月、執行猶予3年の判決を下しました。判決理由の中で裁判官は次のように述べ、貧しい福祉制度に苦言を呈しました。「裁かれているのは被告だけではない。介護制度や生活保護制度のあり方も問われている」(毎日新聞社大阪社会部編『介護殺人』、2016年11月)。

2015年の2割負担の導入や要支援1・2の人の生活支援を介護保険給付から除外する(経過措置あり)などは、高齢者や介護する家族、そして自治体に大きな影響をもたらしました。そもそも介護保険法は、「介護の社会化」や「公的介護保険の充実」を掲げて、2000年にスタートしたにもかかわらず、17年後のいま、このような悲惨な現実と直面しているのです。

認知症の人と家族の会は、2割負担の導入を実施した2015年の介護保険の改定を「撤回してほしい」と、2016年4月に厚労省に要望しました。また同年6月には、「2015年改定による認知症の人と家族への影響」調査を行ない、寄せられた回答から81事例の悲痛な声を選び出し、厚労省に提出しました。さらに8月には、さらなる負担増が懸念される社会保障審議会・介護保険部会の議論を受けて、あらためて「2割負担の撤回」を強く求めました。それは、「介護の社会化」を掲げた原点に戻ってほしいという強い願いからでした。

しかし「地域包括ケア強化法案」の介護保険法見直し案は、何のためらいもなく3割負担の導入を提案し、課税世帯の応益負担(以下、利用者負担)上限をすべて月44,400円にすることを盛り込みました。厚労省は、「3割負担の人は介護保険給付者の3%に過ぎない」と説明しますが、識者の一部は「2018年に3割に上がる。当たり前です。今は一定所得以上の人だけ、そのうち全員が3割になる」と述べています(2017年1月27日、朝日新聞)。ま

まったく報じられていませんが、見直し案には、介護保険料滞納者に「4割負担」を課すことが提案されています。

ケアプラン策定の「1割負担」の導入、要介護1・2の人の介護保険給付からの除外、福祉用具の全額自己負担などは、今回見送りになりましたが、今回の見直し案が通ってしまえば、いずれ提案されることは明らかです。

しかも、提案された見直し条文を含めると、介護保険法の文字数は約 23 万字にもなりません(日本国憲法は約1万字)。また、きわめて難解な条文には「政令で定める」が 204 カ所、厚労「省令で定める」が 574 カ所もありました。介護保険給付と利用者負担の負担率は法律の条文に明記されているのに、介護サービス事業所の支援者数や施設の面積、必要な設備と運営基準など、もっとも大切な介護サービスの内容・水準は、国会の採択を必要としない「政令・省令」の通知で、すべて決めるといいます。ということは、この見直し案では、「どのくらいの介護が、どのような水準で提供されるのか」まったくわからないのです。そんな法案の良し悪しを、国会は何を基準に判断するのでしょうか。

### 3. 新たに盛り込まれた「共生型サービス」とは

介護保険法の見直し案で、もっとも字数を割いているのが「共生型サービス」と介護医療院の創設です。「共生型サービス」の条文は、障害者総合支援法・児童福祉法にも同じように盛り込まれ、これら3つの法律は別々のままですが、1カ所の事業所で3つの法律にまたがった複数のサービスを提供できるというものです。

「共生型サービス」の対象サービスは、以下の通りです。

障害者総合支援法については、すべての介護給付・訓練等給付の 15 事業です。また児童福祉法は、すべての障害児通所給付の5事業です。介護保険法は、介護給付の居宅サービス(12 事業)、地域密着型サービス(9事業)、予防給付の介護予防サービス(10 事業)、地域密着型介護予防サービス(3事業)で、合計 34 事業です。つまり、介護保険の施設サービスの特別養護老人ホームや介護老人保健施設などを除いた居宅、通所、ショートステイ、グループホームなどです。ただし当面の対象事業は、2018 年3月までに厚労省令で定めるとしていますので、法案だけでは「共生型サービス」の具体的な姿を読み取れません。

また、支援員数や施設・居室の面積、設備・運営基準、利用者定員は、厚労省が通知する厚労省令をもとに、「共生型サービス」独自の基準が自治体条例で定められます。しかも、介護保険の「地域密着型サービス」は、市町村条例であり、それ以外はすべて都道府県条例です。つまり「共生型サービス」の具体的な内容・基準は、自治体条例を定めるための厚労省令が示されなければ、法案だけでは評価・判断のしようがないのです。

それに対して、利用者負担と負担上限額は、すでに明確です。障害福祉ならびに障害児通所事業については、一人当たりの「1割相当額」を算定しますが、生活保護ならびに非課税世帯は負担上限がゼロ円です。課税世帯の負担軽減対象は障害福祉が月 9,300 円、障害児が月 4,600 円となり、それ以外の課税世帯の負担上限は月 37,200 円となります。その際の収入認定は、障害児は世帯収入で、また成人は家族同居でも本人の収入のみですが、配偶者の収入は認定対象となります。

介護保険は、現在の1割、2割の利用者負担に加えて、3割負担が提案されました。負担上限は、現行の生活保護と低所得1が月 15,000 円、低所得2が月 24,600 円に加え、新た

に課税世帯をすべて月 44,400 円にすることが提案されています。収入認定はすべて世帯単位であり、年金収入を含めて年収 280 万円未満が1割負担、340 万円未満が2割負担、340 万円以上が3割負担となっています。

#### 4. 「共生型サービス」の問題点

「共生型サービス」の具体的な姿とその内容は、法案では明らかになりませんが、そのねらいと問題点は、これまでの厚労省の関連文書から浮き彫りにすることができます。

そもそも「共生型サービス」は、厚労省が 2015 年に設置した「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」に端を発しています。そこで示された方向性は、「サービスを効果的・効率的に提供するための生産性の向上」であり、それは、少ない人数で福祉サービスの提供が可能となるあり方をめざすというものです。また、このプロジェクトチームの検討を引き継いだ「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部では、この「共生型サービス」の人員体制のあり方として、介護福祉士と保育士、介護福祉士と准看護師などの「ダブル資格」の取得を可能にしていく方向性を提案しました。この背景には福祉や介護、看護などの人材不足があります。また地域包括的な相談支援体制の確立には、「地域力」という名のもとでボランティアの積極活用を提案しました。それらを受けて政府は、「介護離職ゼロの実現」政策の9番目に「地域共生社会の実現」を位置づけた「一億総活躍プラン」を 2016 年6月に閣議決定しました。

このように「共生型サービス」の出発点には、安上がりな人員体制で複合的なニーズに対応するという方向性があることを読み取ることができます。さらに、こうした「共生型サービス」の制度化の背景には、遅々として整備のすすまない地域包括ケアシステム確立を促進するという問題意識も強くあります。一括法案の名称を「地域包括ケアシステムの強化」とした理由は、この点にあります。

他方、利用者負担については、大きな問題をはらみます。具体的には、福祉・介護・児童と別々の法制度で利用する人たちが同一の事業所で一緒に活動していながら、制度によって利用者負担が異なり、また収入や世帯の状況に応じて負担額が異なるということです。障害福祉では、現在でも配偶者のわずかな収入によって課税世帯に認定され利用者負担が課せられてしまう人と、軽減される人の間で、不公平感が生じてしまっているにもかかわらず、介護保険の1割や2割の負担が課せられてしまう人と軽減される人の間には、ますます不公平感を増長してしまうことが予想されます。その結果、「基本合意」の「応益負担の廃止」が、反故にされてしまうのではないかという危機感が募ります。むしろ「基本合意」の考え方を介護保険にも活かすべきです。

#### 5. わたしたちの求める福祉・介護の改革の方向性

生活困難が複合化している人や家族が増えており、縦割りの法律や制度では対応できないことは、実現本部の指摘の通りです。けれども、厚労省および実現本部の「我が事・丸ごと」の出発点が、「効率化」「生産性の向上」「自助・互助・共助の優先」「地域住民の支え合い」など、福祉・介護の財政抑制にあることは明らかです。そうした問題意識による法改正の行き着く先は、本来あるべき「地域共生社会」ではなく、公的な社会保障の薄い社会ではないでしょうか。

現段階で最も重点を置くべきは、子ども、高齢者、生活困窮者、障害者等の各分野について、それぞれの質的な側面と量的な側面を整備、拡充することです。それぞれの基盤が確立していない中での「我が事・丸ごと」は、支援内容に混乱を持ち込むだけではなく、「共倒れ」をもたらすのは必至です。本来の地域共生社会の実現に向けて今とirikむべき基本は、政策面からも支援内容の面からも、まずは分野別に深め、拡充することです。その上で応用問題の一つとして、人口減少地域への対処等の観点から個々の分野の組み合わせなども考える必要はあるでしょう。いずれにしても現状は、障害分野をみただけでも到底、応用問題に踏み込む段階には至っていません。

以上を踏まえ、障害者権利条約を実現する観点から「地域包括ケア強化法案」に対して、以下の見解を述べます。

第1に、介護保険法は、多くの高齢者、介護者、支援者が求めているように、「介護の社会化」や「公的介護保障の充実」を謳った原点に戻るべきです。「制度の持続可能性」を強調して、財政抑制と介護保険サービス対象者の絞り込み、市町村への丸投げなどの見直しでは、多くの高齢者とその介護者を見放してしまうだけで、介護保険がめざした「介護の社会化」は、さらに遠退いてしまいます。前述した「介護殺人」報道の多くの事例は、要介護認定の抑制によって、わずかな在宅介護サービスしか利用できないため、家族の介護に頼るしかありませんでした。懸命に介護した家族たちは、長期にわたる睡眠不足とストレスからうつ病を患い、預貯金も底をつき、残された道が痛ましい無理心中だったのです。今回の介護保険法の見直し案では、こうした悲劇を断ち切ることはできません。

第2に、「共生型サービス」は、「効率化」や「生産性の向上」から考えるべきではありません。もちろん、障害のある人や高齢者の支援の交流・連携はあるべきです。しかしそれは、「生産性の向上＝安上がり」という考え方からとirikむべきではなく、地域社会で尊厳ある生活と人生を支える視点から、障害や困難による個別のニーズに対する専門性に裏付けられた支援が基礎にあるべきです。そのうえで、支援の発展・深化の結果として、分野や領域を越えた連携・共同が、「共生社会」のあるべき福祉の姿です。

2割負担を導入した2015年の介護保険見直し以降、利用者の減少した営利法人の介護保険事業者の多くが、障害福祉分野に参入しました。「1年で黒字化できるフロンティアビジネス」などのコピーに飛びついて、とくに放課後等デイサービスなどに参入する営利法人事業者が増えました。その結果、「人権よりももうけ本位」「手厚い支援よりも安上がりなサービス」を増長しただけでした。それは厚労省自身も経験して懲りているはずです。

第3に、福祉・介護の人材の確保については、人材不足の根本問題を解決することです。人材不足の要因は人口減少だけでなく、福祉・介護分野の低賃金かつ劣悪な労働条件にあります。その根本問題解決が最優先課題です。そのうえで、福祉・介護の積極的な連携や、制度の谷間を改善するために「縦割り制度」を改善することが求められます。地域包括ケアシステムで強調されている「地域力」は、町内会やボランティアへの依存が中心です。ボランティアは、あくまでも地域社会の文化として醸成するものであり、それをもって不足する人材を補うものではありません。まして財政制度等審議会は、2017年度の障害福祉予算の編成に対して、障害支援区分の軽度化や継続利用に対する期限の導入、給付費の抑制などを求めています。こうした財政政策のもとで、厚労省までが「効率化」「生産性の向上」をめざしてしまうならば、福祉・介護分野の人材不足は、さらに深刻な事態を招いてしまいます。

第4に、「共生型サービス」の考え方では、障害者自立支援法違憲訴訟団と国（厚労省）が結んだ「基本合意」が曖昧にされかねません。むしろ「基本合意」で約束した「応益負担の廃止」を、介護保険にもひろげていく視点が大切です。「基本合意」は、現在の障害福祉のあり方に、きわめて大きな影響を与え、利用者負担の増大や福祉の抑制に対するくさびの役割を果たしています。政府は、「共生社会」の美名のもとで介護保険の改悪に障害福祉を巻き込む前に、介護保険制度そのものの全面的な総括をするべきです。

第5に、障害者権利条約を批准した日本は、法律制度・施策のあり方を検討する際、「同年代の他の者との平等」という原則を基調にすべき点です。縦割りの法律や制度の谷間で、貧困や「生きづらさ」が生じている元凶は、社会のひずみや法律・制度の欠陥にあるのです。財政の抑制を出発点とした法律・制度のすり合わせという消極的な視点ではなく、「同年代の他の者との平等」の生活水準を指標に、法律・制度、支援体制のあり方を検討すべきです。それでこそ、誰もが分け隔てなく「共に生きる社会」を実現できると考えます。