要　請　書

（第１７回定期協議において回答を求める事項等）

厚生労働大臣　殿

内閣府特命担当大臣（こども政策 少子化対策 若者活躍 男女共同参画）　殿

2026 年 11 月 9 日

障害者自立支援法違憲訴訟団

第一　【議事録公開】は前進です。次は会議の【一般公開】です。 2
第二　国連障害者権利条約・総括所見の尊重と実現を 3
第三　利用者負担に関する再確認 5
第四　障害者自立支援法施行２０年、深刻化する福祉の営利化問題と人手不足問題～「恵」問題、「絆」問題の示唆する日本の障害福祉行政の課題～ 9
第五　報酬支払い方式と職員不足問題について 13
第六　「高額療養費制度」見直しの問題点について 17
第七　障害児福祉における利用者負担の撤廃を 20
第八　重度訪問介護を子どもも対象としてください 22
第九　介護保険優先原則について 24
第一〇　重度訪問介護等の支給決定の在り方について 26
第一一　入通院時ヘルパー利用について 27
第一二　支給決定における「理由付記」に関する改善について一定の評価をします。 29
第一三　食事提供加算と送迎加算について 30
第一四　自立支援医療の利用者負担の低所得者無償化 30
別紙１　「介護保険優先原則」問題の最近の具体例１～３
別紙２　各地の原告の声

第一　　【議事録公開】は前進です。次は会議の【一般公開】です。

2010 年 4 月の第 1 回に始まり[1]、昨年 2025 年 11 月の第 16 回まで、政務三役含む冒頭の双方代表者挨拶部分の 15 分程度だけがマスコミ公開され、肝心の議論・意見交換の時間帯は訴訟団関係者だけが傍聴を許される「非公開」扱いとされてきました。

また、議事録も作成はされてきましたが、「非公開」とされてきました。

しかし、本定期協議の議論対象は、日本の障害福祉政策全般にわたり、その成果はこの国に[2]暮らす全ての人に影響します。

定期協議は公費で運営される日本の公的会議体です。

そのため当訴訟団は

①協議について、マスコミ含む一般公開

②せめて議事録の一般公開

を求め続けてきました。

厚労省、こども家庭庁（国ら）は 15 年間それらを拒んできましたが、令和 8 年 4 月 27 日、

【令和 8 年度定期協議から議事録を公開する。厚生労働省のホームページに掲載する。】

との連絡を頂きました。これは本定期協議の意義に照らして当然の運用とはいえ、訴訟団の長年の要望に応える運用として**一歩前進**であり、その判断に敬意を表し、評価致します。

また、訴訟団から提出した「要請書」も掲載するとのことで、ありがとうございます。

さらに、前回第 16 回定期協議から始まった「資料配布」、第 1 ～15 回まで答弁に関する資料が一切無かったことが改善され、一定の前進として、評価いたします。**この資料についても、議事録掲載箇所に合わせて掲載する**とのことで、定期協議に関心をもった国民・市民にとっても、国にとっても有益な情報提供となると考えます。

今後、**【協議本体の一般公開】**も引き続き、ご検討頂くようお願いします。

[1] 第 1 回だけ、厚生労働大臣出席のもと、日弁連会館において、全時間フル公開で実施されました。

[2] 在外日本人含む

第二　国連障害者権利条約・総括所見の尊重と実現を

1　障害者権利条約の国内法規としての重要性

障害者権利条約を批准している日本は、2022 年 9 月（配布 10 月）の国連権利委員会の日本への総括所見を尊重し、実現することが重要です。

近時、最高裁含む司法も障害者権利条約を法規範として尊重する姿勢が顕著です。

当訴訟団は今まで要請書においていわゆる**「警備業法違憲訴訟」**の一審、二審判決を繰り返し強調してきました。

例えば 2015 年第 15 回定期協議要請書を再掲します。

> 2022 年 11 月 15 日「旧警備業法欠格条項違憲訴訟」名古屋高裁判決[3]は、
>
> 障害者権利条約を批准しても、求められている措置が国政において実施されなければ国際的に条約に加わったという形だけのものになってしまうのである。
>
> として、権利条約が求めている措置を具体的に国政で実現しなければならないと司法から強い勧告がなされています。
>
> 国はこのような判例の動向も踏まえ、権利条約を具体的に国政において実施することお約束下さい。

そして、同訴訟について、最高裁大法廷は 2026 年 2 月 18 日、結論は請求棄却ながら、

> **（成年後見制度を利用すると警備員として失職させる）旧警備業法は憲法 22 条 14 条に違反し違憲である**

と 15 名の最高裁裁判官全員が断じました。

その理由中判断に次の記載があります。

> **平成 23 年から 25 年にかけて障害者権利条約の批准に向けた国内法の整備が進められ、平成 26 年には同批准がされ平成 28 年には障害者差別解消法等が施行されるに至った。障害者権利条約の批准に伴い整備された国内法は、障害者の定義を新たなものとした上で、障害者が人権を保障され、尊厳を尊重されるべき旨を明示するなどしており、社会における障害の捉え方の変化等を受けて、福祉や保護を中心とした障害者施策を法的な権利の保障を中心とするものへと転換していく流れを反映させたものであったということができる。**
>
> **これら障害者権利条約の批准やこれに伴う国内法の整備等の一連の動きとあいまって、徐々に障害者を取り巻く社会や国民の意識の変化が進み、障害者の権利の保障の在り方が大きく変容することとなった。**

すなわち、障害者権利条約の批准と批准に向けた国内法整備により、従来保護の客体扱いだった障害者が権利保障の主体として大きく転換したことが描かれ、**障害者権利条約の存在が日本の障害者政策にとって重要な位置を占めることが明確に打ち出されています。**

---

[3] 実践成年後見 103 号 4 頁・賃金と社会保障 1827 号 15 頁

2　　総括所見の尊重と実現を

国連権利委員会は総括所見にて次の勧告をしています。。

8.　　委員会は、締約国に**勧告する。**

(e)移動支援、身体的支援、コミュニケーション支援など、地域社会で障害者に必要なサービスや支援を提供するための地域や自治体の格差をなくすために、必要な立法措置や予算措置を講じること。

パーソナルモビリティ（第 20 条）

第 43 パラ（a）

国連の懸念「法的な制限が、地域生活支援サービスを、通勤や通学、又はより長い期間を目的に利用することを許容しないこと。 」

第 44 パラ（a）

国連の要請「全ての地域における障害者の移動が制限されないことを確保するために、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の下での制限を排除すること。」

d)　**職場でより集中的な支援を必要とする人への個人的支援の利用を制限する法的規定を撤廃する。**

改めて次の事項を強く求めます。

国連が障害者総合支援法を名指しして、通勤・通学・長期間外出に対する障害福祉サービス給付の制限の撤廃を要請していることを国は深刻にかつ真摯にうけとめるべきです。

平成 18 年厚労省告示第 523 号「通勤・営業活動等の経済活動に係る外出時、通年かつ長期にわたる外出時及び社会通念上適当でない外出時における移動中の介護には支給しない」**による制限を撤廃せよ**との**国連要請**です

地域生活支援事業という自治体任せではなく、国の責任事業として重度訪問介護・居宅介護・同行援護を職場・通勤・通学・学校内等で利用出来る運用として下さい。

2020 年（令和 2 年）10 月から開始され、国の進める「就労特別事業」の実施割合について、昨年 2025 年 11 月の第 16 回定期協議では

令和６年度における「地域生活支援事業」による支援メニューの実施状況については、市区町村において **72 自治体 291 名**の方が利用

との回答でした。

４年間掛けて　72/1718≒４%に過ぎません。

およそ機能しておらず、制度の仕組みとして破綻しています。

違法な告示を撤廃し、重度訪問介護等を職場で利用できる制度に今すぐ変更すべきです。

第三　利用者負担に関する再確認

基本合意文書は次の確認をしています。

一　障害者自立支援法廃止の確約と新法の制定

国（厚生労働省）は、速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害福祉施策の充実は、憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする。

二　障害者自立支援法制定の総括と反省

１　国（厚生労働省）は、憲法第13条、第14条、第25条、ノーマライゼーションの理念等に基づき、違憲訴訟を提訴した原告らの思いに共感し、これを真摯に受け止める。

２　**国（厚生労働省）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、拙速に制度を施行するとともに、**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、原告らをはじめとする障害者及びその家族に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。

３　略

三　新法制定に当たっての論点

原告団・弁護団からは、**利用者負担のあり方等に関して、**以下の指摘がされた。

①　支援費制度の時点及び現在の障害者自立支援法の軽減措置が講じられた時点の負担額を上回らないこと。

②　少なくとも市町村民税非課税世帯には利用者負担をさせないこと。

略

国（厚生労働省）は、「障がい者制度改革推進本部」の下に設置された「障がい者制度改革推進会議」や「部会」における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、上記に示した本訴訟における原告らから指摘された障害者自立支援法の問題点を踏まえ、次の事項について、…しっかり検討を行い、対応していく。

①　利用者負担のあり方

四　利用者負担における当面の措置

国（厚生労働省）は、障害者自立支援法廃止までの間、**応益負担（定率負担）制度の速やかな廃止のため、平成22年4月から、低所得（市町村民税非課税）の障害者及び障害児の保護者につき、障害者自立支援法及び児童福祉法による障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料とする措置を講じる。**

なお、自立支援医療に係る利用者負担の措置については、当面の重要な課題とする。

しかし、一例として次のような気になる動きがあります。

令和７年１２月２日財政制度等審議会「令和８年度予算の編成等に関する建議」[4]

68 頁以下に障害福祉が言及されています。

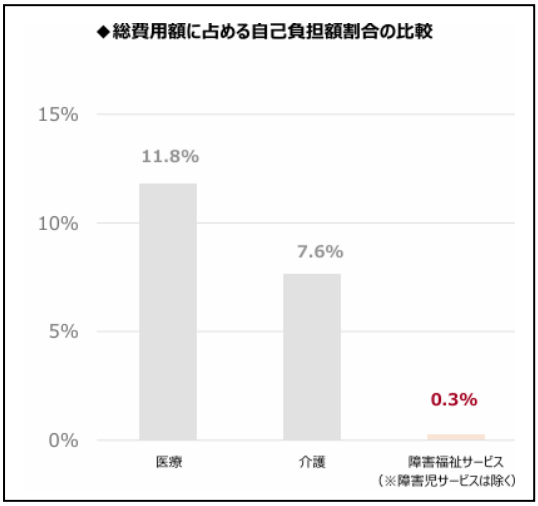
同頁の下から 6 行目以下は次の記載です。

> **障害福祉サービスの利用者負担割合は医療・介護サービスに比べて僅少であるため、医療・介護保険制度よりも報酬（サービス料金）の上昇や 利用量の増加による負担増を利用者が感じにくく、供給側である事業所数の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造となっている。**

資料Ⅱ-1-101 頁も次の記載です。

> 障害福祉サービス等の総費用額（＝自立支援給付費（公費負担）＋利用者負担）は、利用者の増加や一人当たり利用額の増加により、 直近 10 年間で約２倍に増加。
>
> 利用者負担割合は他のサービスと比べても僅少であり、医療・介護保険制度にも増して障害福祉サービス等報酬（＝サービス料金） の上昇や利用量の増加による負担増を利用者が感じにくく、供給サイドである事業所の増加に応じて総費用額が増加しやすい構造。
>
> こうした中、サービスの質の確保と総費用額の抑制を両立し、制度の持続可能性をどのように確保していくかが大きな課題

自己負担割合比較のグラフ



総費用額における実質自己負担割合が

医療が　　１１．８％

介護が　　７．６％

に対し、

障害福祉が　０．３％　と対比されています。

昨年 2025 年 11 月の定期協議における国側の答弁として、基本合意の効果により障害

[4] https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20251202/01.pdf

福祉費用が無償となった人数は

基本合意により障害福祉サービス等の利用者負担額が無償となった人数については
低所得Ⅰ・２の区分の人数になりますが直近の令和７年６月の国保連データによると、
障害者　約 83 万人
障害児　約　６万人
合計約 90 万人　となっています。

との答弁でした。**このように障害福祉の実質自己負担割合が低いのは基本合意文書の成果に他なりません。**

すなわち、**障害者の憲法上の人権保障として約束されている現行の障害者福祉の低所得者無償制度であるという重要な前提**を再確認しておきます。

上記の「医療・介護に比べて自己負担割合が低い」という強調は、**文脈として、障害福祉の利用者負担は他の制度に比べて低いことが問題であるとの印象を植え付ける意図を与えます。**

すなわち、障害福祉の利用者負担割合を引き上げようと企図する国の布石ではないかとの警戒感を禁じ得ません。**なぜ障害福祉の利用者負担が低くなければならないのか、１割負担の過ちを繰り返してはならないという教訓を厚労省が率先して、財務省を含む他の部署にも正しく理解頂くようご尽力頂きたい。**

「負担増を利用者が感じにくい」という表現には、

あたかも利用者である障害当事者のせいで、**障害福祉の総費用が無駄に増加しているかのごとき印象を読む人に与えます。**

しかし、A 型事業所を巡る絆ホールディングスの事件、障害者グループホームを巡る恵の事件等に象徴されますが、事業所と障害当事者の力関係は対等ではありません。

事業所が報酬・事業費を引き上げて不正に儲けても、障害者に利益があるどころか、不利益がもたらされ、犠牲者になるだけです。

無駄な費用があるとしたら、障害福祉の目的をはき違えた一部の事業所であり、それを監督するべき行政の責任です。

必要とする障害福祉サービスが必要な人に必要なだけ行き渡っている実態などありません。

また障害福祉の総費用額が 2015 年と 2024 年と比べて約２倍になっていると強調しています。

しかし、障害福祉サービス提供は、障害者の視点からいえば、全く足りていません。

負担感がないから無駄な利用をしているという実態はおよそ聞いたことがありません。

日本の障害関係予算配分はＧＤＰ比１％程度と、他国に比べて低いのです。

令和 7（2025）年 7 月 29 日公表の厚生労働省の外郭団体である国立社会保障・人口問題

研究所の令和５年度データ[5]では

「令和５(2023)年度 社会保障費用統計の概要」３頁

「表２」政策分野別社会支出2023年度において

対GDP比「障害、業務災害、傷病」１．２３％　です。

「労災保険給付や傷病手当」等を含めての数字です。

金額で７兆３２８９億円。

「労災年金給付が３７１６億・労災休業給付が１００１億、傷病手当が６３８０億」小計１兆１０９７億。

これを引くと障害支出は６兆２１９２憶円。

つまり、日本の障害予算はGDP比率１．０４％です（令和５年度）[6]。

対GDP比「障害、業務災害、傷病」の国際比較でも2021年度データですが

スウェーデン　３．８５％

アメリカ　　１％

ドイツ　　３.４５％

フランス　　１.７９％

確かに、アメリカとは同水準です。しかしアメリカ憲法には日本国憲法にあるような生存権規定がないのです[7]。憲法上の生存権が保障されている日本がアメリカに合わせる必要はありません。**ＯＥＣＤの平均も約２％と言われており、日本は半分程度です。**

現在の財政審等で展開されている議論における障害福祉の現実に対する無理解を厚労省は正すような姿勢と動きをしていただくようお願いします。

厚労省として、障害福祉の低所得者無償は国是・国約であるという大原則の重要性を財政審において説明して下さい。

例えば、財政審の会議の場に障害当事者や障害当事者団体が実情を説明する機会を設けるなどの工夫があって然るべきではないでしょうか。

障害福祉サービスの利用者負担割合の引き上げは基本合意の根本に抵触するものであり、絶対に認められないことをここに釘を刺します。

以上の状況も踏まえ、改めて確認します。国は、基本合意文書及び障がい者制度改革推進会議総合福祉部会2011年８月30日付骨格提言を尊重して障害者福祉法制を推進する方針で間違いありませんね？

---

[5] https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R05/I/R05-gaiyou.pdf

[6] しかも、障害福祉予算以外の障害基礎年金・障害厚生年金を含む額と思われます。

[7] 尾形健「福祉国家と憲法構造」（2011年有斐閣）24頁、葛西まゆ子「生存権の規範的意義」（2011年成文堂）83頁（なぜ合衆国憲法には社会権規定がないのか）、植木淳「平等原則と差別禁止法理」（2023年成文堂）247頁

第四　障害者自立支援法施行２０年、深刻化する福祉の営利化問題と人手不足問題～「恵」問題、「絆」問題の示唆する日本の障害福祉行政の課題～

1　福祉サービスの規制なき営利化を直ちに見直し、人権侵害を防ぐ仕組みの構築を

今年は、障害者自立支援法施行２０年、障害者権利条約の国連採択２０年、そして、障害者自立支援法に代わる新法の提言である障がい者制度改革推進会議総合福祉部会の「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」（骨格提言）が提起されて１５年です。

2000 年の社会福祉基礎構造改革により福祉の営利化・市場化が持ち込まれ、

〇利用者と事業者との対等な関係を確立するとした「措置」から「契約」へ、

〇規制緩和・市場原理によりサービスの質と効率性の向上させることを名目に、利用契約制度と営利企業の参入が行われました。

そして同年、改革のフロントランナーとして介護保険制度が実施され、障害福祉では、2004 年支援費制度、2006 年障害者自立支援法として公的責任を縮小させる構造改革が推進されました。

この改革による福祉サービスの「商品化」は、利益を最大化するために人件費の削減、職員の非常勤化やパート化を一気に進め、支援の質を大きく低下させました。

また、事業者による利用者の選別（とくに手がかからず利益を出しやすい利用者を選別し、重い障害のある人や対応困難な人を排除する傾向が強まること）をはじめ、本来、共同関係を築くべき事業者と利用者を対立構造にするなど、改革の提案当初より指摘されていた福祉の営利化・市場化がもたらす問題点が、現実に起こっており、障害福祉の貧困化させています。

当訴訟団も 2010 年 1 月 7 日の基本合意書締結とともに基本合意と一体とした文書として提出した【要望書】[8]において【契約制度のもつ根本的問題の解消】として「障害者の権利行使としての公的支援制度を構築し、福祉を市場原理に委ねる「商品」と考えず、人権としての福祉はあくまで公的責任で実施されるという理念に立つ根本的な制度改革を望みます。」と要請しています。

しかしながら、国・厚労省は、障害者自立支援法の審議過程より「民間企業の参入や営利化（市場原理の導入）がサービスの質を向上させる」「複数事業者の競争によりサービスの選択肢が増え、利用者のニーズに合った質の高い支援が提供される」などの説明を繰り返してきました。

法の施行２０年を迎える中で、実態は、株式会社恵のような深刻な人権侵害を行う事業者を長期間放置し、また、株式会社絆ホールディングスのような大規模な不正受給の横行を許しています。

なお、この不正受給問題については、6 月 6 日に共同通信が、2020～24 年度の５年間に全国の障害福祉サービス事業所で約 80 億円以上の不正受給があったと伝えています。

---

[8] https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001292379.pdf

これらの深刻な実態は、福祉事業者のモラルハザードだけが起こした結果ではなく、国・厚労省が、福祉サービスの商品化をバラ色に描き、上記に指摘されていた利潤追求による人権侵害が起こりうるリスクと向き合おうとせず、きちんとした対策をとってこなかったことに最大の原因があると言わざるを得えません。これは 2013 年障害者総合福祉法への変更でもなんら解決せず、むしろ福祉の営利化が引き起こす問題は放置され、さらに悪化の一途をたどっています。

国・厚労省は、法の施行２０年にあたり、福祉サービスの「商品化」が引き起こす問題と真剣に向き合い、障害のある人への人権侵害を防ぐための制度的仕組みを構築すべきです。

人権侵害を防ぐための制度的仕組みの構築にあたっては、サービスの質の低下を防ぐための独立した強力な外部監視機関や評価システムの整備が必要であり、福祉サービスを営利化しながらもきちんとした仕組みをつくっている諸外国の事例などを参考にして、次の制度・政策を提言します。

①人権・安全・ケアの質を評価・公表する監視機関の創設

厳格な品質・監査基準の制度化。

【イギリスのケアの質委員会やスウェーデンの保健福祉庁・県行政庁など】参照

②営利の使途制限

営利企業が利益の過剰な配当、過剰な内部留保や人件費・サービス水準を切り詰めることによる利益創出が出来ないようにする仕組み。

③厳格な職員配置基準と指定要件の厳格化規制

利用者人数に対する職員割合の厳密な規定、専門職の配置義務：単なる人員数だけでなく、資格者の配置割合など。

これらを早急に検討し、福祉サービスの規制なき営利化を直ちに見直すべきです。

2　　営利至上主義が目に余る事業所問題の規制の必要性

「恵」問題や「絆」問題以降、同じような大規模かつ全国的規模での不正問題は起きていませんが、事業所における虐待問題や不正受給問題は後を絶ちません。むしろ「恵」問題以降も、営利法人が設置・運営する事業所は増え続けています。

2024 年 12 月現在、生活介護 12,973 事業所のうち営利法人は 18.6%(2,411 カ所)と少ないですが、就労継続支援 B 型 18,427 カ所のうち営利法人は 37.1%(6,831 カ所)と、社会福祉法人の設置・運営事業所数を超えました。またグループホーム 14,247 カ所のうち営利法人は 40.0%（5,764 カ所）を占めており、グループホームでは、すでに 2024 年 12 月の時点で、営利法人が社会福祉法人を超えました。日中サービス支援型グループホームに至っては、営利法人が 67.0（832 カ所）と他の非営利法人を凌駕しています[9]。

[9] 2025 年 6 月 25 日報酬改定等検討チーム、資料３「障害福祉サービス等について」より

つまり、「恵」問題以降も、グループホーム分野では営利法人の増勢が続いています。すべての営利法人ではありませんが、**儲け本位、目に余る営利至上主義**の不適切な営利法人は、「誇大広告な宣伝」、「不動産投資による利益追求」、「大量のスポットバイトによる支援体制」、「重度重複障害の人よりも、介助・支援度の少ない障害支援区分の高い利用者を優先する」など多くの問題点が指摘されています。

2027 年度報酬改定に向けて厚労省では、儲け本位の不適切な営利法人への対応策として、事業所管理者への実務経験と特別の研修受講の義務付け、サービス管理者への勤務時間数の制限、そして自治体による総量規制が検討されています。

管理者等への実務要件など指定審査段階での要件を設けることは賛成です。けれども事業所の管理者の実務要件だけでは、問題は解決しません。儲け本位の不適切な営利法人は全国チェーン展開している営利法人に多くみられるため、法人経営者に対する実務経験の厳しい要件などを課すべきではないでしょうか。

また財務省の 2025 年度「予算執行調査」では、すべての自治体で「指定基準の見直し」が多くを占めました。確かに政令指定都市、中核市では「総量規制の拡大」を求める割合も 5 割ありました。ただし、ここで注目すべきは、指定権限を有しないその他の市区町村の要望です。「指定基準の見直し」について、45%の自治体が「指定権限を有する自治体における審査プロセスの見直し」を求めていることです[10]。

これは、設置自治体である市区町村・自立支援協議会等に、審査や意見提出を求められても、それが審査プロセスに反映されないためです。こうした設置自治体ならびに自立支援協議会等の審査権限を強めることも求められる点です。

○ 令和７年度予算執行調査に当たって自治体の意見を聴取したところ、事業所の指定等に関して自治体の権限を強化すべきと考える自治体が多く、その具体的な方法としては、**指定基準の見直しや総量規制等を掲げる自治体が多かった。**

○ 厚生労働省においては、こうした自治体の意見などを踏まえつつ、令和９年度障害福祉サービス等報酬改定に向けて、具体的な議論を開始すべき。

Q. 上記の問で、「そう思う」、「どちらかと言えばそう思う」と回答した場合は、その具体的な方法として有効と考えられるものを選択してください。

	総量規制の拡大	意見申出制度の活用	指定基準の見直し	指定権限を有する自治体における審査プロセスの見直し	その他
都道府県	36%	**61%**	**89%**	29%	7%
指定都市	**50%**	7%	**64%**	29%	21%
中核市	**52%**	15%	**80%**	35%	11%
その他市区町村	31%	35%	**62%**	45%	6%

さらに、こうした儲け本位の不適切な営利法人の参入・増勢問題については、指定のあり方等を検討することは必要なことですが、「行き過ぎた規制緩和ではなかったのか」などの視点から総括的な検討が求められます。

[10] 2026 年 6 月 26 日　財政制度等審議会「建議」、資料Ⅲより

そのためには、障害者自立支援法から 20 年を経たいまでからこそ、改めてこの時期に、法律・制度の総括的な検討を行なうべきではないでしょうか。成果や評価ならびに課題を明らかにし、とくに課題については抜本的・根本的な改める必要があるといえます。

3　社会福祉事業の存在意義とは

社会福祉法第 60 条は次のものです。なぜでしょうか。

> **社会福祉事業のうち、第一種社会福祉事業は、国、地方公共団体又は社会福祉法人が経営することを原則とする。**

人の一生に影響するような種類の社会福祉事業の経営実施は、憲法上の人権に直結する以上、本来・国・地方公共団体の責務であり、例外として、厳格な法規制に服す社会福祉法人にだけ経営が許されているものです。**いうまでもなく、社会福祉事業とは憲法第２５条の人々の生存権保障業務に他ならず、本質的に公務なのです。とりわけ、障害福祉事業はそのほとんどが公費に基づくものであり、第１種以外の社会福祉事業だから公務でないということなどなく、全ての障害福祉事業は障害者の人権保障を目的とする公益事業です。**

いまこそ原則・本質に立ち返って、障害福祉事業のあり方を根本から見直すべきです。

障害福祉事業を社会福祉法の規制に服しない営利企業に託し、金儲けの目的としての商品として市場に委ねた末路が現在の現実です。**その犠牲者は障害当事者です。市場に任せれば障害福祉は向上するという幻想を反省しましょう。**

障害福祉の理念の実現、障害福祉事業者の責務・使命を自覚した事業者しか障害福祉事業を営むことはできない仕組みにするべきであり、障害福祉事業者には原則として社会福祉法の規制が及ぶこととする法改正が必要ではないでしょうか。

もちろん、事業規模に比例して、規制の程度・あり方を考える必要があります。小規模であるからこそ丁寧に障害者に寄り添う事業運営が可能な場合があるからです。

第五　報酬支払い方式と職員不足問題について

1　社会福祉法一部改正に対する意見

2026 年第 221 回特別国会で可決成立した社会福祉法改正案の概要を国は「地域の実情に応じた包括的な支援体制の拡充」と銘打っています。

これは、障害者総合支援法・児童福祉法等も対象としています。

例えば、

「中山間・人口減少地域での地域の実情に応じた配置基準や包括的な評価の仕組みが導入可能となる特定介護サービスの類型（「特定地域サービス」）の新設」

「地域のサービス提供主体が少ない場合に市町村が事業として居宅介護サービス等を実施できる「特定地域居宅サービス等事業」の創設」

などを新設しています。

一見すると、過疎地域等に目配せした配慮ある優良政策のような響きです。

しかし、その正体は、「過疎地域斬り捨て」「公的責任放棄」であり、ナショナルミニマム（生存権）を国が社会の隅々まで保障する責務を崩壊させるものであり、この国の基本的あり方を変質させかねない危険な政策転換として認めることができません。

国は**「特定地域サービス」**の説明として、**「配置基準の弾力化や包括的な評価の仕組み（月単位の定額報酬）の導入」**、**「特定地域居宅サービス等事業」**の説明として、**「市町村が地域支援事業として、介護保険財源を活用して、給付に代えて居宅サービス等を実施可能な仕組み」**などとしています。

介護保険も障害福祉も全国どこに住んでいても、同質の社会福祉サービスの提供が国の生存権として保障されるというサービスの質の維持ラインが確保されることが肝です。

配置基準弾力化・包括的な評価の導入とは、「地域の実情に応じて柔軟に」という甘美な響きと裏腹に、そのことの意味することは、生存権保障ラインに関する国の関与も責任も放棄し、都道府県・市町村に丸投げすることに他なりません。

すなわち、国の人権保障義務を放棄し、山間部・人口減少地域等の人権状況の劣化を正当化するための仕組み、生存権保障の仕組みを根本破壊するものとして、認めることができません。

制度変更を検討する際の要点は、サービスの質の維持・確保であり、人材確保施策であり、国の責任の明確化です。

今回の制度変更は、国の全国一律に保障されるべき基準の消失であり、地域で生きていく権利の剥奪です。

福祉職の人材不足の原因は国が福祉職の基本報酬を他の職種に比べて低廉のままにしておくからに他ならず、国の責任を棚上げして、地域のサービスのレベルを下げることで悪い事態を「追認」する過ちです。

安易な人員配置基準の緩和により、低い支援体制や低い基準が定着するでしょう。

それでは人権は守られません。

訪問介護等に**「月単位の低額報酬等の包括払い」**導入は一見すると**「骨格提言の月払い方式（施設系）」**と似た響きです。

しかし、国の狙いは、地域が弱体している現状の追認・正当化です。

そうでないというならば、まず提案することは、基本報酬の大幅引き上げのはずです。訪問サービスの包括報酬は、利用回数の制限（総量規制）につながりかねません。

骨格提言の狙いは、全ての地域で全ての施設系（入所やＧＨ含む）に導入し、事業の安定運営を確保することです。

当訴訟団は今回の社会福祉法改定により障害のある人の人権が脅かされることを懸念し、安易な人員配置等の規制緩和に反対します。

少なくとも今後、法の施行にあたり、政省令等の準備が進められる中で、障害のある人の人権が守られる制度となるよう、以下のことを要望します。

中山間・人口減少地域を理由に、訪問系サービスに月単位の定額報酬（包括的な評価の仕組み）を導入しようとしていますが、これは骨格提言の報酬支払い方式（施設系の運営費は月払いに）とはまったく違うものです。

過疎地域における居宅介護サービス等の障害福祉サービスを維持・確保するのであれば、基本報酬を大幅に引き上げて、出来高報酬＋過疎地域補助（月単位）等を別枠で加算すべきです。

都市部や小規模市町村を問わず、障害福祉サービス等の存続が危機的状況にある中で、訪問系サービスの継続・確保とともに、施設系の報酬改定の根本的見直しも必要です。

本来、骨格提言が求めている施設系支援の報酬は、「利用者個別給付報酬」（日払い）約２割と「事業運営報酬」（月払い）約８割であり、これを早急に実現してください。

2　深刻化する職員不足問題と報酬の基本報酬の抜本的増額を

2027 年度報酬改定にむけた検討が進められていますが、検討課題の一つに上げられているのが職員不足問題です。「ヘルパーが確保できないため、食事や身体介助の回数を減らさざるを得ない」、「グループホームの夜間支援員を確保できないため、通所施設の管理者や職員が応援に入り疲弊している」などの問題は、まったく解決していません。

厚労省は、2025 年 12 月 11 日の第 50 回検討チームの資料 1 で、2024 年度の有効求人倍率を示し、全産業の 1.14 倍に対して、障害福祉関係職員は 3.36 倍もあり、全産業に比べて職員確保がきわめて困難にあることを明らかにしました。その要因の一つには、障害福祉職員の賃金水準の低さがあり、2026 年 4 月 28 日第 55 回障害福祉サービス等報酬改定検討チームの資料 4 では、厚労省の「賃金構造基本統計調査」から 2025 年度実績で、障害福祉分野の職員の平均賃金は 31 万 9 千円で、全産業平均（役職者抜き）39 万 6 千円から約 8 万円低い現状を明らかにしました。

政府内閣は、介護・障害福祉職員の賃金水準を「他の職種と遜色のない水準に引き上げる」ことを掲げて、2026 年度の臨時報酬改定を行ないました。しかしその内容は、処遇改善加算の加算率を 3.3%に引き上げるにとどまり、全産業平均に迫る水準ではありませんでした（一部＋1%）。

そのため、2027 年度報酬改定検討チームで実施した障害関係 53 団体のヒアリングでは、多くの団体が「職員不足問題」と「物価高騰問題」への対応を取り上げました。

厚労省は、工賃水準や一般就労支援、自立生活支援、ピアサポート実施などの成果で評価する仕組みを強化し、また基本報酬よりも加算で評価する傾向を強めてきました。しかしこうした評価による報酬算定では、前述した職員不足の根本問題を解決することはできません。

深刻化する職員不足の解決と、障害のある人たちへの必要十分な支援を確保するためには、基本報酬の大幅な引き上げが求められます。

3　福祉現場の深刻な人手不足の解決ため【国家公務員福祉職俸給表】の準用を！

現在の深刻な福祉現場の人手不足は、障害のある人の生活を壊し、福祉現場の貧困化を招いている。この人手不足の解消やサービスの質の確保を図るには、障害福祉は対人援助業務である以上、サービス提供を担う職員の人件費水準を確保できる報酬体系とすることが必要です。

本来、障害福祉は公務としての憲法 25 条生存権保障業務に他ならないことから、**社会福祉職に人事院規則の国家公務員「福祉職俸給表」[11]水準の給与を保障するべき**です。それが可能な国の報酬告示とするべきです。現在、国立障害者リハビリテーションセンターに勤務する職員等に限定されて適用されていますが、上記したとおり、障害福祉事業は憲法に基づく公務に他ならず、同センターの給与水準と同程度の給与が保証されるよう国が責任を持つべきです。

換言すれば、国家公務員「福祉職俸給表」水準の給与が保証可能な障害福祉基本報酬の設定こそが国の義務だということです。

4　就労継続支援 B 型への「時間区分報酬」導入に断固反対

財務省の 2023 年度「予算執行調査」以来、就労継続支援 B 型への営利法人の増勢と短時間利用問題を背景に、就労継続支援 B 型への「時間区分報酬」の導入が提案されてきました。2026 年 6 月 26 日の財務省・財政制度等審議会は、以下のような「建議」を提出しました[12]。

---

[11] 「一般職の職員の給与に関する法律」「人事院規則九―二（俸給表の適用範囲）」等参照

[12] 2026 年 6 月 26 日　財政制度等審議会「建議」、資料Ⅲより

○ 就労継続支援B型（利用者と雇用契約を結ばず工賃支払い）について、利用者の平均利用時間と収支差率の関係に着目すると、利用時間が短い４時間未満の事業所における収支差率は、全事業所平均と比較して高くなっており、提供されるサービスに対して報酬が過大となっている可能性がある。また、**利用時間が４時間未満の事業所における営利法人の割合が高くなっている。**

○ 就労継続支援B型の報酬体系について、就労支援の実態のないものがあるという指摘も踏まえ、令和９年度障害福祉サービス等報酬改定に向けて、利用者の平均利用時間を勘案する等、**就労継続支援A型のスコア方式も参考に、サービスの質をよりきめ細やかに評価する報酬体系への見直しを検討すべき。**

これによると、「利用者の平均利用時間を勘案する」に加えて、具体的に「就労継続支援A型のスコア方式も参考」にすることを提案しました。このスコア方式は、7つの評価項目の筆頭に「労働時間」があり、1日当たりの平均労働時間を2時間未満から7時間以上の8区分に分けて、より平均労働時間が長い事業所ほど高く評価される仕組みです。これを参考にして就労継続支援B型に「時間区分報酬」が導入されてしまった場合、就労継続支援B型の運営はきわめて困難になってしまいます。

とくに就労継続支援B型は、もっとも精神障害のある人の利用が多く、2025年12月時点で、全利用者のうち 44.9%を精神障害のある人が占めています[13]。「時間区分報酬」が導入されてしまうと、多くの精神障害のある人を支えている就労継続支援B型の運営がきわめて困難になってしまいます。

そのため、就労継続支援B型への「時間区分報酬」の導入には断固反対です。

[13] 2026年4月28日報酬改定等検討チーム、参考資料１「障害福祉サービス等について」より

第六　「高額療養費制度」見直しの問題点について

1　「高額療養費制度」の趣旨

高額療養費制度とは、医療機関の窓口でひと月に支払う医療費が高額になって、一定の上限額を超えた場合、その超えた額を支給する制度です。

令和７年 12 月 25 日、厚生労働省は、高額療養費制度の見直し案（以下「本改定案」という。）を公表しました。

本改定案は、令和８年８月から、新たに自己負担年間上限を導入することで長期療養者に一定の配慮をしつつも、すべての所得階層で自己負担月額上限を引き上げるものです。更に、令和９年８月からは、「所得区分の細分化」との名目のもと、細分化された後の多くの所得区分において、令和８年８月の改定後の限度額から更なる自己負担月額上限額の引上げが予定されています。

しかし、本改定案は、障害者が地域で暮らし社会参加できるようにするために、適切な医療の提供を受けることを含む障害者の基本的人権を脅かすものであり、当訴訟団として容認できません。

2　障害者権利条約第２５条の遵守を！

障害者権利条約２５条は、**「障害者が障害を理由とする差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利」**を有することを認め、具体的には、①障害者に対して他の者に提供されるものと同一の範囲、質及び水準の**無償の又は妥当な**保健及び保健計画を提供すること、②障害者が特にその障害のために必要とする保健サービス（適当な場合には、早期発見及び早期関与を含む。）を提供すること、などを定めています。

そもそも、地域で生活する障害者は、障害の種類にもよりますが、外来等により反復継続して医療を受ける必要がある場合が多く、その経済的負担は本人の負担能力に比して過重となりやすいものです。また、必要な医療が適時的確に受けられるようにすることは障害の重度化を予防する観点からも重要であり、経済的負担の過重感からこれが妨げられることがあってはなりません。

こうした観点から、「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言」（骨格提言）においても、「障害者が地域で暮らし社会参加できるようにするためには、適切な医療の提供が不可欠である」、「医療は、福祉サービス及び保健サービスとの有機的連携を確保しながら提供される必要があるという、障害者総合福祉法の理念は医療保健の分野にかかる法律においても確立されるべきである」といった基本的な考え方を踏まえて、「障害者の医療費公費負担制度の見直しに際しては、現行の自立支援医療制度のみならず、…高額療養費制度…等を総合的に検討の対象とする必要がある」と述べられています。

3　破滅的医療支出の危険

ところが、まず、本改定案による負担増は、患者に対し深刻な生活破綻を来します。家計全体の所得から食費等の最低限の必要経費を除いた「支払い能力」のうち、医療費の割合が４０％を超える状態になることを「破滅的医療支出」といいます。これは、WHO（世界保健機関）が国家の医療保障制度が機能しているか評価するための指標であり、日本は、高額療養費制度が存在するために破滅的医療支出になりづらい国とされてきました。

しかし、現行制度でもすでに一部の所得階層で破滅医療支出の要件を満たしていると指摘する専門家の試算があります。本改定案に対しては、令和８年２月 19 日に、全国保険医団体連合会が、全国から寄せられた約２５万筆の署名を厚生労働省へ提出しました。その中には、これまでに高額療養費制度により救われた患者からの、制度維持を求める声が多数寄せられています。本改定案では、多くの収入区分で負担増となることは明らかであり、破滅的医療支出を回避するどころか、新たに生み出すものです。物価高騰や実質賃金の低下に苦しむ国民生活の実態に鑑みれば、むしろ負担を引き下げてもおかしくないところ、わずかでも負担を増やせば、最も弱い立場にある患者を医療から排除し、その生存権を実質的に剥奪するに等しい結果となります。

さらに、高額療養費制度における所得区分は原則として前年の所得に基づき決定されます。がんや難病などの重大な疾病に罹患した場合、治療のために休職や退職を余儀なくされ、稼働能力が急激に低下することが一般的です。負担額の根拠となる「過去の能力」と、治療中の「現在の能力」のタイムラグを無視し、健康時の所得基準で引き上げられた高額な負担を課せば、収入が激減した患者にとってはその負担感は数字以上に過酷なものとなります。これは、現実に即さない架空の支払い能力に基づく負担の強制であり、病気に罹患したことの「ペナルティ」として機能してしまい、深刻な受診抑制に直結することは明らかです。

4　憲法・条約・基本合意・骨格提言に抵触

以上の通り、今回の改定案は、最も弱い立場にある患者から必要な医療を受ける権利を実質的に奪うものであり、憲法が保障する生存権（憲法第２５条）及び個人の尊厳（憲法第１３条）、並びに「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」（社会権規約第１２条、障害者の権利に関する条約第２５条）を脅かしかねないものであり、基本合意及び骨格提言の趣旨に反しています。

5　附帯決議の尊重を

更に、第 221 回国会において健康保険法改正法が成立した際、衆参両院の厚生労働委員会は重要な附帯決議を付しています。

まず、参議院附帯決議第１１項は、高額療養費制度が「日本国憲法第１３条が保障する個人の尊厳及び同第２５条が保障する生存権が著しく毀損されることのないよう、国民皆保険制度において国民の生命及び生活を守る上で欠くことのできない中核的な役割を果た

している」と明記し、将来の見直しに際しても、高額療養費の支給を受ける者が療養等に必要な費用の負担により生活に困窮することのないよう配慮することを求めています。

また、衆参両院の附帯決議（衆議院第 11 項、参議院第 12 項）は、「多数回該当や年間上限に該当しない患者であっても必要な医療へのアクセスが阻害されないように留意すること」及び「所得区分別、年齢別、疾病別など詳細な影響を継続的に検証し、必要に応じて速やかに見直しを行うこと」を政府に求めています。さらに、衆参両院の附帯決議（衆議院第 10 項、参議院第 11 項）は、見直しの手続において、患者、医療従事者、有識者、保険者・労使等を社会保障審議会に参画させ、意見を聴くための措置を講ずることを政府に求めています。

6　まとめ

以上見たような基本合意及び骨格提言の趣旨、並びに国会における附帯決議を踏まえれば、令和８年８月施行後の実態について、所得区分別・年齢別・疾病別など詳細な影響を継続的に検証し、その結果を十分に踏まえることなく、令和９年８月の更なる見直しを実施することは許されません。

憲法第２５条の生存権及び第１３条の個人の尊厳、「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」（社会権規約第１２条、障害者の権利に関する条約第２５条）、並びに基本合意及び骨格提言の趣旨を踏まえ、令和９年８月に予定されている見直しは、当事者の意見を聴いた上で、令和８年８月の月額上限引き上げによる影響等を十分に検証した上、その結果を踏まえ、ゼロベースで再検討すべきです。

第七　　障害児福祉における利用者負担の撤廃を

1　　数字の検証

日本の現在の障害児者の利用者人数と無償化の数字を検証すると次のとおりと思われますが、あっていますでしょうか。

障害福祉利用者

令和７年６月

大人　　110万9000人

児童　　58万7000人

合計　　169万6000人

令和８年１月

大人　　113万人

児童　　63万1000人

合計　　176万1000人

無償利用者

令和８年１月

大人　　84万3000人　（低所得者）

18万8000人　（生活保護）

児童　　6万5379人　（低所得者）

1万3437人　（生活保護）

基本合意の効果による無償人数　90万8379人

生活保護世帯含めた無償人数合計110万9816人

大人の無償割合

1,031,000/1,130,000＝91％

大人こども合計の無償割合

1,109,819/1,761,000＝63%

つまり、現在、大人（18歳以上）だけみれば

90%以上が障害者福祉を無償利用している。

↓

ところが、児童を含めると収入認定問題が未解決のため、自己負担ある児童が多く78,816/631,000≒12%だけが無償・78%に負担がある。

この実態は矛盾ではないでしょうか。

大人　（障害者）は９１％　無償

こども（障害児）は１２％　無償、７８％が有償。

せっかく、基本合意の効果として障害者の９割が利用者負担無く障害福祉を活用できているにも関わらず、所得のない障害児の場合は、反対に８割が有償。

制度の矛盾・背理です。

障害児の子育ては、障害のない子の子育てより、障害に起因する様々な経済的負担、精神的・肉体的負担があるのが通常です。

親が仕事を辞めざるを得ない場合は多く、より手厚い経済的公的支援が必要な、障害児子育て世帯に重い負担を強いている現行制度は矛盾に満ちています。

こども家庭庁さんへ

どうかこの問題に本気で取り組んで下さい！

2　収入認定方法の変更を実現して下さい

基本合意三条は

> **③　収入認定は、配偶者を含む家族の収入を除外し、障害児者本人だけで認定すること。**

としています。

訴訟団は**「利用者負担は本人だけの収入で算定する仕組みに転換」**するよう一貫して要請してきました。

これは基本合意それ自体の実現であり、2010 年 1 月から約１６年間にわたりその実現を求めている基本合意の履行の根幹に関わる事項です。

15 周年フォーラムでも議論されたとおりです。

どうか基本合意の本質に関わるこの項目の実現を本気で実現して下さい。

3　国の補装具の所得制限撤廃を訴訟団として評価しています

令和 6 年 4 月から障害児の補装具費支給制度の所得制限が撤廃され、すべての障害児が補装具費の支給対象となったことは、**基本合意の精神に合致する望ましい政策実行として訴訟団として高く評価しています！**

むしろ、このような政策実施を国はもっと周知・広報するべきと考えます。

訴訟団としても国と足並みを揃えて日本の障害者福祉政策の前進に取り組むきっかけの一つになるとも考えます。

ぜひ、さらに政策を一歩進めて、上記１、２を実施し、**障害児福祉における利用者負担の事実上の撤廃政策に舵を切るべきです。**

第八　重度訪問介護を子どもも対象としてください

1　重度訪問介護の対象年齢の引き下げを

昨年第 16 回定期協議でのこの点に関するこども家庭庁の答弁は

> **障害児については、重度訪問介護のような長時間にわたり居宅において支援を行うというよりも、日中において多くの時間を過ごす学校に加え、放課後等デイサービス等の利用や、居宅介護、短期入所等のサービスを組み合わせることで、必要な支援を提供していくものと考えており、対象年齢を引き下げることは困難でございます。**

という木で鼻をくくったような答弁が第 15 回から繰り返されています。

こども家庭庁の存在意義はこのような政策でこそ発揮させるべきではないでしょうか。

「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（医療的ケア児支援法）について、「超党派医療的ケア児者支援議員連盟」（野田聖子会長）を中心に、１８歳の壁を無くし、18 歳前と以降で切れ目のない重症心身障害児及び者の一体的支援の衆議院提出法が令和 8 年 7 月 24 日、成立しました。

家族に依存している重い障害児の支援を 18 歳の壁を無くして切れ目なく行うべきだというのが社会的要請と思われます。

現行第 11 条

> （日常生活における支援）
> 第 11 条　国及び地方公共団体は、医療的ケア児及びその家族が、個々の医療的ケア児の年齢、必要とする医療的ケアの種類及び生活の実態に応じて、医療的ケアの実施その他の日常生活において必要な支援を受けられるようにするため必要な措置を講ずるものとする。

↓　改正法

> **第 11 条　国及び地方公共団体は、医療的ケア児等及び重症心身障害者の地域社会における自立を支援し、並びにそれらの家族の身体的及び精神的な負担を軽減するため、医療的ケア児等及び重症心身障害者並びにそれらの家族が、個々の医療的ケア児等及び重症心身障害者の年齢、必要とする医療的ケアの種類及び生活の実態に応じて、医療的ケアの実施、一時的に預かり必要な保護を行うサービス、夜間に居宅において提供される保健医療サービス又は福祉サービス、通学等の移動の支援、重度訪問介護（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（平成 17 年法律第 123 号）第 5 条第 3 項に規定する重度訪問介護をいう。）**その他の日常生活において必要な支援を受けられるようにするため必要な措置を講ずるものとする。

要約すれば

「医療的ケア児が重度訪問介護その他の必要な支援を受けられるよう必要な措置を講ずるものとする。」とされています。

重度訪問介護の適用対象を児童に広げることは、本法改正の趣旨、社会的要請に正面から応え、こども家庭庁の社会での役割をまた一つ明確化する、大変意義ある政策変更です。

どうか真剣にこの課題実現を検討して下さい。

2　児童福祉法の改正及び運用改善を

第 15 回、第 16 回の定期協議において、**児童福祉法 63 の 2，63 条の 3 の 15 歳以上の障害児について、重度訪問介護等の障害者総合支援法の障害福祉サービスを児童相談所長の判断により認める例外規定を引用し、「15 歳以上」とする現行法の引き下げと運用改善を**求めました。

この点の国の答弁は

> 義務教育課程を修了した障害児が、職業的・社会的な自立を目指すため障害者を対象としたサービスを必要とする場合があることから設けているものでございます。
>
> この規定の適用については、児童相談所長が、個別具体のケースに応じて、児童の発達の状態、生活環境等の状況を総合的に把握した上で、児童の健全な発達を妨げないかという専門的な判断に基づき行うこととなっており、様々なケースがあるものと承知しております。
>
> 御指摘の「多くの重症心身障害児や医療的ケア児等が重度訪問介護を積極的に運用する方針」につきましては、現行の運用上、この児童相談所長の判断は、児童相談所が行う相談援助活動を踏まえて適切に行っていただいているものと認識しており、先ほど申し上げたような制度の趣旨を踏まえますと、障害児については、放課後等デイサービス等の利用や、居宅介護、短期入所等のサービスを組み合わせることで、必要な支援を提供してまいります。

と、ケンモホロロの回答ぶりです。

適切に対応していないという指摘ではありません。

この条項を適用することで適切な対応が出来た「好事例」を（当然個人が特定されないよう事案は抽象化して）周知・共有するなどして、こども家庭庁として、この条項を有効活用した社会課題解決のヒントを現場に共有するなどの工夫を検討して下さいと提案しているのです。

こども家庭庁の答弁は、およそ当訴訟団の指摘をはなから受け付けない頑なな姿勢を感じます。比較的新しい省庁として、ぜひ、新たな工夫と検討をお願いします。

第九　介護保険優先原則について

1　訴訟団の基本方針

訴訟団は、基本合意三条④号**「介護保険優先原則（障害者自立支援法第７条）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。」**を国に改めて強く求めます。

2　令和５年６月30日付事務連絡の評価について

第15回定期協議にて「令和５年６月30日付事務連絡」[14]次の部分は訴訟団の要請を反映したものと評価しました。

障害福祉サービスの利用を認める要件として、一定の要介護度や障害支援区分以上であること、特定の障害があることなどの画一的な基準（例えば、要介護５以上でかつ障害支援区分４以上、上肢・下肢の機能の全廃、一月に利用する介護保険サービスの単位数に占める訪問介護の単位数が一定以上等）のみに基づき判断することは適切ではなく、障害福祉サービスを利用する障害者について、介護保険サービスへの移行を検討する際には、個々の障害者の障害特性を考慮し、必要な支援が受けられるかどうかという観点についても検討した上で、支給決定を行うこと。
居宅介護や重度訪問介護を利用する障害者について、個々の障害者の障害特性を考慮し、介護保険の訪問介護の支給対象とならない支援内容や時間（例えば、家事援助として認められる範囲の違いや、日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守りなど）が必要と認められる場合に、介護保険の訪問介護の支給とは別に居宅介護又は重度訪問介護の利用を認める。

3　事務連絡を実効性あるものとすること

①　介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）に書き込むこと

第14回の要請について、定期協議で国は「検討する」とし、実際、令和６年４月版の「事務処理要領」に入れ込んだことは国が訴訟団からの要請を誠実に受け止め履行していることの一例であり、定期協議の意義を再確認できることとしてその対応を評価しました。

② 自治体が国の障害福祉に関する通知・事務連絡に違反している場合の通報窓口の設置を

しかし、当該事務連絡の趣旨に反する支給決定基準を設けている市町村が多くあることを指摘し、**国からの個別指導等の実効的な具体的な措置**を求めました。

この点の国の答弁は第15回も第16回も次のものだけです。

法令上、支給決定は市町村が行うこととされており、国としては、引き続き市町村において適切な運用がなされるよう周知してまいります。

昨年も求めましたが国の事務連絡が機能せず、違法な対応が現場で横行する現状を黙認するならば、自治体の違法行政を国が放置・追認しているとも言えます。自治体が国の障害福祉に関する通知・事務連絡に違反していることに関する**通報窓口の設置**を是非ご検討下さい。

---

[14] **令和５年６月30日付「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及び運用の具体例等について」**

③　国の方針に照らして問題ある事例が各地で噴出しています。

国の上記事務連絡等にも関わらず、「介護保険優先原則」を自治体が高齢障害者等に硬直した適用をすることによる不合理な事案が各地で噴出しています。

最近の具体例を後記「別紙１」に記載しました。

国は理不尽な現実を直視して下さい。これらを放置して自治体任せにすることは国の責任が問われと考えます。

4　国庫負担基準における介護保険対象者の減額措置を廃止すべきです。

このことは、第 14 回～第 16 回定期協議でも求めています。

この点の国の答弁は次のもので、全く変動がありません。

> **居宅介護の国庫負担基準については、障害福祉サービスの居宅介護と介護保険サービスの訪問介護の利用時間を比較すると、障害福祉サービスの障害支援区分５，６の利用者については、介護保険サービスの利用者（要介護４，５）よりも支援時間数が長くなっており、この支援時間の差分については、障害福祉サービスにおいて支援が必要と考えられることから、新たに、居宅介護の介護保険対象者の障害支援区分５，６について、国庫負担基準単位を創設したところです。**

介護保険対象障害者の居宅介護の時間数と介護保険の時間数に差があるので差額を埋める必要があるとの説明です。

これはとりも直さず、国が介護保険対象障害者について一律に介護保険を利用することを強要することを前提とする措置であり、そもそも、平成 19 年課長通知において、一律・機械的に介護保険を優先する扱いを戒めている国の方針と矛盾しています。

差額補償など誤魔化しです。介護保険利用を一律に決めることができないという国の基本的考えからすれば、国庫負担基準により介護保険対象障害者に対する減額措置の一切を廃止するべきです。

第一〇　重度訪問介護等の支給決定の在り方について

1　定期協議の成果として国の適切な指針の例

令和７年及び令和８年３月の障害保健福祉関係主管課長会議資料[15]によれば、「重度訪問介護は、介護保険の訪問介護と違い、見守り等を含む比較的長時間にわたる支援を想定しているものであることから、利用者一人ひとりの障害の状態、その他の心身の状況及び利用意向等を踏まえて適切な運用及び支給量の設定を行う」、**「深夜帯に利用者が就寝している時間帯の体位交換、排泄介助、寝具のかけ直しや見守りなどの支援にかかる時間についても、医療的ケアの有無だけでなく、利用者一人ひとりの事情を踏まえて適切な支給決定を行うこと」**などとされており、**かかる考え方は妥当なものと評価**できます。

2　国の指針に反する自治体の支給決定基準が多数あります

しかし上記の国の指針に関わらず「夜間に体位変換や排泄等の具体的な介助が必要な事態に備えて見守り等の支援を行っている時間帯については支給量の積算を行うが、昼間に同様の支援を行っている時間帯については積算しない」、「医療的ケアが必要な障害者に対して見守り等の支援を行っている場合は支給量を積算するが、それ以外の障害者については積算しない」といった不適切な運用をしている市町村が多く見受けられます。

一例として、群馬県前橋市の要綱（**前橋市介護給付費等支給決定基準に関する要綱**[16]）では24時間介護の要件として「意思疎通を図ることに著しい支障がある者」で、かつ「常時人工呼吸器を使用していること」等を求めており、明らかに国の指針に反しています。

そこで、重度訪問介護の支給決定のあり方について、国において**実態に関する調査**を行うと共に、昼夜を問わず、医療的ケアの要否など障害特性を問わず、見守り等の支援を行っている時間について支給量の積算に含めるよう、**より踏み込んだ通知を出す等、適切な支給決定がなされるための更なる方策**をとってください。

3　違法な「併給禁止」の解消を！

訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ、往診、訪問鍼灸等と重度訪問介護の併用は、法律上個別事情により必要性があれば認められており、併用を認めている裁判例も複数あります。

ところが一部の市町村では、支給決定基準に「訪問診療や訪問看護等の保健医療サービスを利用している時間帯は、診療報酬でまかなわれるので、当該時間について重度訪問介護の支給決定はできない。」などと記載されており、明らかな誤りです。

一例として、**神戸市の障害福祉サービスガイドライン**[17]　を指摘しておきます。

国は、個別事情を踏まえて、訪問看護等と重度訪問介護等の自立支援給付の併用を適切に認めるべきである旨、市町村宛に通知を発出するなどして周知すべきです。

---

[15] www.mhlw.go.jp/content/001684690.pdf

[16] https://www.city.maebashi.gunma.jp/material/files/group/39/H31kaigokyuufuhisikyuuketteikijunn.pdf

[17] https://www.city.kobe.lg.jp/documents/5127/202410_01_houmon.pdf

第一一　入通院時ヘルパー利用について

1　　入院時ヘルパーの対象者拡大について

①　　定期協議の成果として評価します。

訴訟団が長年求めてきたこの論点について

令和６年４月から、区分４・区分５の者にも対象者が拡大しました。

昨年の定期協議において、この点の国の改善を訴訟団として高く評価しました。

この点も本定期協議の成果として確認できる事項です。

②　　そして、第16回定期協議での質問

区分４・区分５への対象拡大後の利用実績や課題についてお知らせください。

に対する答弁は

> **重度訪問介護の対象者は障害支援区分４から６の障害者となっておりますが、令和６年度報酬改定において、入院中に重度訪問介護が利用できる対象者について、障害支援区分６の障害者のみから、障害支援区分４、５の障害者で、特別なコミュニケーション支援が必要な利用者に拡大したとこでございます。**
>
> **入院中の重度訪問介護利用者への報酬算定状況については、**
>
> **令和６年３月は128人であったところ、**
>
> **令和７年３月では184人と増加しており、引き続き利用実態を把握しながら、必要な方がサービスを受けられるよう、努めてまいります。**

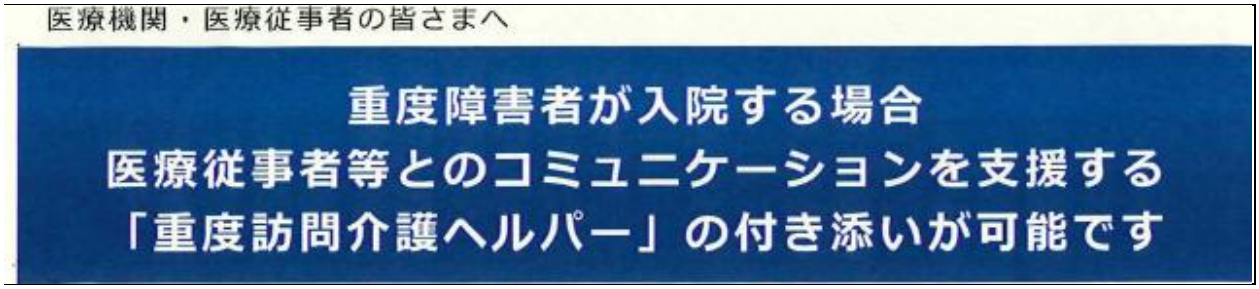
とのことでした。

利用者が初年度から2年度で1，4倍増であり、拡大の効果が認められます。

ただ、おそらく、障害当事者、支援者、医療関係者に制度改善の情報が行き渡っていないと思われます。

冒頭で触れたとおり、昨年、定期協議における国側からの資料配布が始まりました。

配布資料32頁に次の表題のチラシがあります。



このようなチラシ・パンフ等を有効活用して制度を周知することは重要であり、望ましい取り組みです。

ただ、このチラシには利用対象者が「区分４・５」に広がりました！　という点の説明はまだのようです。

今どき、ＡＩ等を活用すれば、人目を引く判りやすいチラシ・パンフ類の制作は容易で

すので、ぜひ、制度の存在を知らないことで不利益を被る人が無くなるようにお願いします。

③　　また、第 16 回定期協議での訴訟団からの「国による良い制度改善例である以上、医療関係者への周知徹底を更に進めて下さい。」に対する答弁は

令和５年 11 月の事務連絡発出と主管部局長会議での周知

でした。

しかし、**病院内ヘルパー利用と区分４，５への拡大は、社会にほとんど知られていません。宝の持ち腐れ・広報下手というか、制度周知に国はもっと力を入れて下さい。**

せっかくの良い制度でも、医療関係者・患者に分かりやすい情報が届かないと、「知られない制度」は、「存在しない制度」に近いものがあります。

厚労省も分野や政策課題によっては、YouTube 動画[18]での解説なども実施しており、やろうと思えばできるはずです。

この政策でも、従来の広報周知方法の踏襲に留まらず、**現代に即した効果的な広報活動**をがんばってください。

④　　診察室でのヘルパー利用が自治体により認められない場合があることについて

第 16 回定期協議での国の答弁は次のものでした。

なお、通院時に病院等の診察室内で本人に代わって診療情報の聞き取りや受け答えなどを行うことについては、障害特性等やむを得ないと認められる場合には、報酬算定の対象となる旨、障害保健福祉関係主管部局長会議の場を通じて周知しております。

言語障害等を有する多くの障害者にとって、通院の際のヘルパーによる医師とのやりとりの援助は大変切実な問題です。

しかし、表題にあるとおり、この場合のヘルパーの援助に対する報酬を認めないという自治体が散見されます。

自治体による制度への無理解により被害を被る当事者を無くすよう、この点の更なる周知徹底を、周知方法の見直しを含めて、改めてご検討下さい。

[18] https://www.youtube.com/MHLWchannel

第一二　支給決定における「理由付記」に関する改善について一定の評価をします。

1　　第 16 回定期協議での要請に対する国の改善実施を評価します。

昨年 2025 年 11 月の第 16 回定期協議要請書第一二項において、障害者相互支援法の支給決定における一部却下決定において、具体的理由を付するよう事務処理要領に明記することを求めました。

この訴訟団の要望に対し**厚労省は令和 8 年 3 月 31 日付事務処理要領**[19]99 頁において、

「支給申請却下通知書の記載事項の例」の「理由」のあとに（一部不支給決定とする場合を含む）を加筆明記する改善を図りました。

このことは、訴訟団の活動、本定期協議が、訴訟団関係者のみならず、すべての人の社会課題の改善に役立っている一例を示すものであり、厚労省の対応を評価すると共に、このような**本定期協議の具体的成果**を社会に広く伝えたいと考えております。

2　　残る課題

もっとも、改正後の事務処理要領においても（一部）却下決定を行う際の理由付記の具体的な記載例の提示はなく、どの程度の理由を提示すべきかについては示されていません。

この点、最高裁判例（最高裁 2011 年 6 月 7 日第三小法廷判決[20]等）を踏まえれば、行政庁の恣意的な判断を抑制すると共に、処分を受ける市民に対し、その結論に至った具体的な根拠を伝えることで、決定内容の理解を助け、不服申立てを検討する上での実質的な機会を保障するという行政手続法が定める理由付記の意義に照らし、（一部）却下処分の「理由」として少なくとも次の①～③を示すことを求めているものと解されます。

①　処分の根拠規定（根拠法条）

②　処分の原因となる事実（単に根拠規定を示すだけで、それによって当該規定の適用の基礎となった事実関係をも当然知りうるような場合を除く）

③　処分基準（審査基準）の適用関係（いかなる理由に基づいてどのような処分基準の適用によって当該処分が選択されたのか）

したがって、厚生労働省は、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスに係る介護給付費支給決定において、（一部）却下処分を行う際には行政手続法第８条に基づき、その具体的な理由を書面によって付記することを全国の市町村に対し、改めて周知徹底し、事務処理要領において、（一部）却下処分を行う際の理由付記の具体的な記載例（どのような事実に基づき、いかなる審査基準を適用したか等）を提示する等、却下決定通知書の様式を更に改善することにより、全国の市町村による理由付記の運用の見直しを主導すべきです。

---

[19] https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001470632.pdf

[20] https://www.courts.go.jp/assets/hanrei/hanrei-pdf-81379.pdf

第一三　食事提供加算と送迎加算について

廃止も検討されていたこの点は、**栄養士が献立作成に関わることなど一定の要件を設けた上**で「**令和９年３月 31 日まで経過措置を延長する。」**とされました。

基本合意３条は「障害者の現在の生活実態やニーズなどに十分配慮した上で、権利条約の批准に向けた障害者の権利に関する議論や、「障害者自立支援法の施行前後における利用者の負担等に係る実態調査結果について」（平成 21 年 11 月 26 日公表）の結果も考慮し、しっかり検討を行い、対応していく。」としています。

引き続き訴訟団として、食事提供加算の継続・拡充を求めます。

また、物価の高騰、長年「経過措置」が継続されている実態等から、制度の恒久化が方向性であると考えます。

第一四　自立支援医療の利用者負担の低所得者無償化

第１回～第 16 回協議まで一貫して強く要請しています。

この点の毎年毎年紋切型の次の回答は次のものです。

厳しい財政状況の中で実現に必要となる多額の恒久的な財源を確保することは困難であり、引き続き重要な課題として検討していく

日本の精神科病院の入院患者は約２７万人であり世界で突出しています。

障害者権利委員会は日本に対して、これらの入院患者が退院し、地域で生活出来るように求めています。

現在、低所得世帯の自己負担額については上限額が定められていますが、遅々として進まない精神科入院患者の地域移行を進めるためにも**少なくとも低所得者の精神科への通院費用負担を無償化することは不可欠な制度設計**と思われます。

この点の実現を真剣に検討してください。

以上

別　紙　1

「介護保険優先原則」問題の最近の具体例

事例１

自治体：岡山県玉野市

当事者：身体障害者手帳１級・非課税世帯

対象施策：障害者総合支援法の居宅介護（家事援助）の申請

不利益処分等：令和６年６月、介護保険優先原則を理由に申請却下処分

行政不服審査手続の結論：**岡山県知事による令和 8 年 3 月 12 日裁決**により、**原処分は取り消された。**

その理由：以下により、裁量権を逸脱して違法。

市町村民税非課税世帯に介護保険優先原則を適用すべきは合理的判断が求められる。

①申請者は経済的に困窮している。

②平成 22 年 1 月 7 日付基本合意文書の存在

③浅田訴訟判決

④障害者権利条約 19 条障害者の自立の権利

課題：個別の事情を考慮せず、介護保険優先原則を自治体が強引に適用している現状が浮き彫りになっている。

事例２

自治体：熊本県水俣市

当事者：令和６年３月時点で 68 歳・

対象施策：水俣市の地域生活支援事業に基づく訪問入浴サービス

不利益処分等：水俣市による令和７年 12 月 25 日付却下処分

却下の理由：水俣市の地域生活支援事業実施要綱の「原則として 65 歳未満」に該当しない。

介護保険による訪問入浴を受けることができる。

事案の現状：令和８年３月 11 日、水俣市長に対する審査請求が申し立てられている。

不服の理由：介護保険優先原則を機械的に適用するべきでなく、個別事情に即して判断するべき。

課題：介護保険優先原則を自治体が機械的に適用して、個別事情に応じた柔軟な判断がなされていない現状が露呈。

事例３

自治体：兵庫県宝塚市

当事者：７７歳女性

対象施策：障害者総合支援法に基づく居宅介護、同行支援

不利益処分等：宝塚市による令和７年１月２４日付却下決定、同年４月１日付一部却下決定等。

却下の理由：本市における介護保険との併給要件に該当しないため。

事案の現状：令和７年１１月２５日提訴。**神戸地裁にて訴訟係属中**。

不服の理由：介護保険優先原則を機械的に適用するべきでなく、個別事情に即して判断するべき。

課題：宝塚市では、介護保険適用以前は障害福祉サービスを利用していなかったが、介護保険適用後、介護保険の支給限度額の制約から、不足分を新規に障害福祉サービスとして申請する場合に、

- **介護保険適用以前に障害者手帳等を取得していること、**
- **介護保険の要介護認定で、要介護５であること、**
- **介護保険の支給限度額までサービスを利用していること、**
- **支給限度額のうち５０％以上を訪問介護で利用していること、**
- **障害支援区分４以上で、重度訪問介護の要件に該当すること、**
- **障害者手帳取得時の障害に関連する支援であること、**

を求めており、いずれかの要件を１つでも欠くと障害福祉サービスに係る支給決定はなされないこととなっている。

このような**宝塚市の併給要件は、厚労省が令和５年６月３０日付事務連絡でいう「障害福祉サービスの利用を認める要件として、一定の要介護度や障害支援区分以上であること、特定の障害があることなどの画一的な基準のみに基づき判断すること」に外ならず、当該事務連絡に違反していることは明らかであり、介護保険優先原則を自治体が機械的に適用して、個別事情に応じた柔軟な判断がなされていない現状が露呈している。**

別　紙　２

原告・補佐人等の声・意見（第17回定期協議･2026年11月）

【埼玉県】

■Ａさん＜元原告＞

＜第17回定期協議に向けて、僕の思い・願い＞

ぼくは、3つの難病があり、健康管理のためグループホームの利用をして14年目となります。今ぼくが困っていることは、グループホームに職員がこなくて困っています。例えば、職員がケガをしてもかわりの職員がみつからず、世話人さんが連続して勤務をしていました。とても大変そうだったです。

ホームの責任者にどうして職員がこないのか聞いてみたら、①仕事がきつい、②給料が安いことと話していました。このことを埼玉県や日高市にはなしをしましたが、前向きのこたえはありませんでした。

僕の夢は、土日にはいろんなところに出かけて、おいしいものをいっぱい食べたいのですが、今はとても出来ません。

国のみなさんには、このような現状をしっかりふまえ、誰もが安心をして楽しく過ごせるグループホームにしてほしいことです。

もうひとつ困っていることは、物価高騰で生活が厳しくなっていることです。年金をアップしてください。

■Ｂさん＜元原告＞

今いちばん心配していることは、Ｂ型事業所に「時間区分」が入ることです。もともと「日払い方式」をやめてほしいと訴えてきました。

また、グループホームの職員不足はどんどん厳しくなり、障害者の暮らしへの影響がますます大きくなっています。職員の処遇改善をしっかりしてもらいたいです。

基本合意を守って政策をすすめてください。

■Ｃさん＜元原告＞　｛記：元原告補佐人･母Ｃ’さん｝

定期協議17回目、元原告Ｃさんは51才になりました。

最重度知的障害、強度行動障害のＣさんは71人原告の１人として、基本合意と骨格提言の実現は今も願っていますが、政策が後退しているように感じます。

Ｃさんは障害者支援施設で暮らしています。施設への報酬が日払いどころか、時間割払へと感じます。

生活介護の土・日は、１ヶ月８日がカットされています。元原告は土・日も平日と同様、介護、医療的ケアを受けています。土･日も平日同様、生活介護報酬にする様にして下さい。

■Ｄさん＜元原告＞　{記：元原告補佐人・母Ｄ’さん}

基本合意を結んだのだから、ちゃんと守ってもらいたい。

職員の兼務やパート職員が増えて、働き方が変わってきています。職員不足が深刻なので、待遇が良くなるようにしてください。

■Ｅさん＜元原告＞　{記：元原告補佐人・母Ｅ’さん}

息子は病院のベッドで頑張っています。

反応は大分にぶくなっていますが、時折ひげそりや温タオルで顔を拭いてやると、結んだ口からビーッとよだれがいっぱい流れ出て、何かを感じてくれているなと思います。

障害者をとり巻く事業所、働く場、くらしの場では、利用者も親も高齢化、重度化がとどまる訳もなく、ずっと続く職員不足は、この酷暑のもと体調不良なども抱えながら、利用者への影響を考えて頑張っておられます。

いつまでも現場の頑張りに頼ることは無理だと思います。

２年間だけの食料品消費税減税よりも、社会保障財源をしっかり確保してこちらに回して頂きたいです。

＜元原告のＥさんは９月 12 日に 58 歳で永眠されました。補佐人がこの文を記された時は入院中でした＞

■Ｆさん＜元原告＞　{記：元原告補佐人・母Ｆ’さん}

（最近思うこと）

週に一度は息子の施設に面会に行き、昼食を食べさせるようにしています。職員さんは丁寧で笑顔で対応してくれています。

しかし、土日の支援費の報酬は改善されません。制度はほとんど改善されておらず、福祉への公的関与が縮減され続けているように思えてなりません

（近況報告）

昨年６月、息子の父親が亡くなりました。告別式の日、息子に父親に会わせようとしましたが顔を見ようとせず、「ヤダ!!」と頑固な態度。仕方なく、父親が施設に面会に行くときに「おおい、たっく～ん」と声をかけながら入っていくのが習いだったので、母親がその真似をして呼びかけました。すると、ニコッと笑顔になり、やっと父親の顔を見て複雑な顔ではありましたが、別れの挨拶ができました。父親が亡くなる前しばらく面会ができず、「逢いにも来ないで」という気持ちが強かったのかもしれません。

■Ｇさん<元原告>　{記：元原告補佐人・母Ｇ’さん>

国と私たち訴訟団とが調印した基本合意文書には、「障害者福祉施策の充実は、憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする」と明記されました。

元原告Ｇさんは一昨年７月に５２歳の生涯を閉じましたが、定期協議のたびに一歩一歩進むものと信じ希望を持ち続けてきました。

人は誰でも病気にもなり、けがもし入院もします。報酬の日額払いは、人間に対する施策では断じてないことを厚労省は受け入れないばかりか、時間払いまで持ち込んできたこと、基本的人権の行使を支援するとどうしていえるでしょうか。

基本合意を結んだあの日より、制度と実態の乖離が著しく進み、娘が命を閉じるその日まで「現場の職員のみなさんに担わせ続けて良いのだろうか」と、補佐人の私は苦しく思う毎日でした。

人材不足が深刻の極みのなか、否応なく人権が脅かされる現実に直面しています。入浴の回数を減らさざるを得ない現実、車いすからの移乗の回数を減らさざるを得ない現実に、障害者も家族も支援者も苦しい思いの渦中にいます。

人材不足のなか人材紹介事業会社が、大手を振って事業を展開しています。恒常的な人手不足に悩む現場は頼らざるを得ない現実にあります。

厚労省は、この現実をどう見ているのでしょうか。

一例を紹介します。紹介事業会社からの雇用が成立し 160 万円の紹介料を支払いましたが、３か月後に退職したというのです。

160 万円は、本来、障害のある人たちへの支援に充てられるべきものです。この視点に厚労省は立ち、手を打つべきではありませんか。

「基本的人権の行使を支援する」その立場にしっかり立ち、尽力されるよう心から要請いたします。

【滋賀県】

■Ｈさん<元原告>

（元原告の現在の暮らしや思い・ねがい）

５８歳。全盲だけど元気。彦根市内のデイサービスに週６日、通っています。９時３０分くらいに迎えに来られ、１６時くらいに帰ってきます。本人はとても喜んで通っているので、それはありがたい。

太ってきているので、以前はこぐ自転車に乗っていたが、今は動く馬(ナショナル製)に１５分位乗っています。外を歩くのが苦手で、絶対に外に出ない。

（元補佐人・母の現在の状況・ねがい）

母親８２歳、足も腰も痛い。１８年前に足の手術をして３カ月に１回、長浜の病院まで父

親に送迎してもらい通っています。父親８５歳。
将来は、彦根学園(盲と知的障害の入所施設)に入れようと思っていて、施設側も受け入れ可能と言われているが、本人がいかないと言っているのでどうしようか? 椅子に座っていたらずっと座っています。本人は視覚情報がなく、聴覚情報だけなので、より一層不安なのか? 親が亡くなったら何とか覚悟をしてくれるのか?
親子３人が安心して暮らせるのが一番良い。

裁判起こして２０年もたつと、知らない職員や親がいるので、それをしっかり伝えてほしい。自分たちのやってきたことが、今でも利用料無料となっていることの意味を、もっとしっかり学んでほしい。

私たちの自由な時間は平日の１０時～１５時までなので、関係者で顔見れたら、うれしい…。めざす会の人達も頑張ってほしい。いい話があったら教えてほしい。

■Ｉさん<元原告>

(元原告の現暮らしや思い・ねがい)
46 才になり、現在も昨年と変わりなく、日中はB型事業所で古紙回収、ペットボトル・アルミ缶回収や缶つぶしなどの仕事に関わる。暮らしの場は、行動障害専用のホームに入居し、土・日や作業所の長期休暇は自宅に戻り過ごしています。
ホームの仲間や日中の仲間との相性、送迎バスの乗車位置などで、時々イライラして作業所やホームの壁紙を破ってしまうこともあります。
本人は、月に１回の大きな温泉に、行動援護のヘルパーさんと出かけることをとても楽しみにしています。また、自宅に戻ってきた土・日のヘルパーさんとの散歩や買い物も楽しみにしていますが、先日もヘルパーさんが約束の時間になっても来られず、一人で散歩に行き、小さな小屋を破壊するということがあり、警察のパトカーが来て作業所職員が駆け付けたりしました。親を含めとても困惑されています。

長期の夏休みも「行けるのは通院の付き添いばかり…」と親の通院の付き添いばかりと嘆いています。

(元補佐人・母の現在の状況・ねがい)
父も母も 86 才、母親は週２回はデイサービスに行き通院しています。父親も、母親の通院や自分の通院には自家用車が必要ということで、運転されています。父親も心臓にバイパスを通しており、身体障害１種１級です。
土・日の自宅帰りにずっと家にいると、本人がいらいらするので、外出させたいが、行動援護のヘルパーさんが人手不足ということで、なかなかヘルプが取れずにとても悩んでおら

れます。
お母さんは自宅に帰ってきてほしい、お父さんは母親も本人を見られないので、ホームにいてもらいたいと、思いが違うようです。

（支援者の思いやねがい）
本人のイライラは、いろんなことが原因であると思いますが、ヘルプなどでのマンツウマン体制の時は、とても落ち着いています。当法人のヘルパーステーションも人材不足で、他の利用者の希望も多く、十分希望にこたえられていません。福祉人材の確保・定着の必要がありますが、処遇改善加算ではなく、本体報酬を抜本的に引き上げていただきたいです。

■Ｊさん＜元原告＞

（元原告の現在の暮らしや思い・ねがい）　｛記・事業所支援員Ｚさん｝
施設入所の生活になり約５年が経過しました。言葉にして自分の想いを口にすることは難しいですが、同じ班やユニットの利用者と仲良くしたり、支援員のサポートを受けたりする中で、たくさんの人と出会う中での喜びを感じながら過ごしています。

（元補佐人の現在の状況・ねがい）　｛記・元原告補佐人・母Ｊ’さん｝
元原告本人は、仲間や職員のみんなに支えてもらって生活や日中活動に取り組んでいます。
止まらない物価上昇に、危機感とこの先どうなるのか不安を感じています。
施設利用料（生活費）がここ１～２年で上がり続けています。施設にとっても大きな痛手です。
全国的に職員不足が大きな問題になっていることも危惧しています。職員不足は利用する私たちに跳ね返ってきます。利用者が安心して生活や活動が保障される環境であるためには、職員の働く環境や賃金が保障されなければと思います。
平和な社会と私たちが収める税金が、一人ひとりの国民に還元される施策や制度を充実してほしいと願います。

（支援者の思いやねがい）　｛記・事業所支援員Ｚさん｝
在宅での生活とは違い、施設入所での生活しづらさはあります。もっと、自分らしい暮らしができるような社会になっていってほしいと願っています。
施設入所では、夜間配置を含む入所支援のサービス水準が低く、現在の制度設計・水準では従業員を雇用するだけの十分な保障はなく、従業員を手厚く配置するほど経営状態が悪くなります。法人内の他事業所の経営に支えてもらい、夜間配置など指定基準よりも多く配置しているのが現状です。特に、職住分離といった日中活動の場と暮らしの場の職員を分ける等、より“あたりまえの暮らし”に近づけるための職員配置はより多く必要です。入所施設

のみの運営では、看護師の夜間配置や支援者の体制を手厚くすること、一対一の対応の支援が必要な利用者の受け止めなどは、法人の自助努力になるのが現状です。

昨今、福祉現場を就職希望する人は年々減少している状況です。このままでは、支援者不足が続き現在の暮らしの水準までもが脅かされてしまうような危機的な状況だと感じています。

地域での暮らし（移行）をするにも受け止めるだけのホームを含む資源が足りない現状です。国の予算も少なく新設も思うように進みません。また、ホーム自体も重度化した人の受け止めに限界があります。

骨格提言や障害者権利条約に基づいた“他のものとの平等”にむけて、福祉先進国に合わせた制度水準を希望します。

■Ｋさん＜元原告＞　｛記：事業所支援員Ｚさん｝

（元原告の現在の暮らしや思い・ねがい）

原告として訴訟に参加し 10 年以上が経過し、今年で６４歳になります。心臓を患い、手術を行いましたが、経過は良好です。現在は、加齢に伴って車いす利用が多くなってきましたが、作業にも意欲的に取り組んでいます。現在の施設には約 40 年間暮らしてきています。

（支援者の思いやねがい）

これからも、慣れ親しんだ場所での暮らしを望むところですが、施設入所での医療体制には不安があります。夜間配置を含む入所支援のサービス水準が低く、現在の制度設計・水準では従業員を雇用するだけの十分な保障はなく、従業員を手厚く配置するほど経営状態が悪くなります。法人内の他事業所の経営に支えてもらい、夜間配置など指定基準よりも多く配置していることが現状です。特に、職住分離といった日中活動の場と暮らしの場の職員を分ける等、より“あたりまえの暮らし”に近づけるための職員配置はより多く必要です。入所施設のみの運営では、看護師の夜間配置や支援者の体制を手厚くすること、一対一の対応の支援が必要な利用者の受け止めなどは、法人の自助努力になるのが現状です。

医療的ケアが常時必要になってきた時に施設では看護師の雇用や夜勤職員を加配する等、今以上に必要になります。現在の制度設計・水準では、従業員を雇用するだけの十分な保障はなく、法人の自助努力になります。

昨今、福祉現場を就職希望する人は年々減少している状況です。このままでは、支援者不足が続き、現在の暮らしの水準までもが脅かされてしまうような危機的な状況だと感じています。

地域での暮らし（移行）をするにも受け止めるだけのホームを含む資源が足りない現状です。国の予算も少なく新設も思うように進みません。また、ホーム自体も重度化した人の受け止めに限界があります。

骨格提言や障害者権利条約に基づいた“他のものとの平等”にむけて、福祉先進国に合わせた制度水準を希望します。

その取り組みが、職員不足や次世代継承の課題の解決につながるきっかけになるよう、平和で誰もが大切にされる世のなかにつながるように、と思います。

■Ｌさん＜元原告＞

（元原告の現在の暮らしや思い・ねがい）

今も毎日作業所に通所していますが、今年６３歳になり、体調の不調が増え、毎週のように受診しています。腰も痛くならないように、毎日コルセットをつけています。薬も増えて、飲む時に落とさないように家族やホームのキーパーさんがいつも横にいてくれます。グループホームでは、訪問看護師さんや PT さんにきてもらって、毎週火曜日の夕方にリハビリをしています。土曜日は、ヘルパーさんとプールに行ったり、福祉センターで楽しいスポーツや遊びに参加しています。ヘルパーさんの都合がつかなくて、出かけられなくなる時は残念です。週末に家に帰って家族と出かけるのが楽しみですが、母の体調が心配です。今は、妹と病院や買い物に行っています。

これからも、グループホームでゆっくり過ごして元気に作業所に通いたいと思います。

（元補佐人の現在の状況・ねがい）

元補佐人であるお母様も８０歳を過ぎてから入退院を繰り返し、要介護の状態となられ、ご自分の介護も原告の介護も原告の妹さんに担ってもらっている状態です。

子どもたちに悪法を残していくことはできない、という強い思いで補佐人として頑張ってきた思いが、基本合意の実現につながることを願っておられます。

原告ももうすぐ６５歳になります。加齢で必要な支援も増えてきています。介護保険との関係がどのようになるのか、費用負担の問題だけでなく、本人の望む暮らしを支えるために必要な支援が受けられるのかとても不安です。障害のある人たちが安心して高齢期も自分らしさを大切に必要な支援を受けながら、生き生きと生きていけるような障害福祉の制度であってほしいです。

（支援者の思いやねがい）

６３歳の原告と高齢になられた元補佐人の今までの尽力で、仲間とともにつくってこられたのが、今の作業所とグループホームと制度です。私たちは、この思いを引き継ぎ、もうすぐ原告が迎える６５歳からの人生が、豊かで安心して過ごしていける毎日となるように、改めて基本合意、骨格提言、障害者権利条約の内容をしっかり学び、原告とともに今の制度の課題を超えていけるように、と思います。

【兵庫県】

■Mさん（元原告）

・バリアフリー問題として、タッチパネル方式が増えてきて、食べたいものを食べに行けない。

・JR のみどりの窓口がなくなってきており、不便になった。

・駅のホーム柵が、まだまだ少なくて安全に歩けない。

・介護と経済問題として、妻（全盲）が 57 歳でパーキンソン病を発症。当初は要支援 1（5 年後要介護 2）だったので、自宅で介護。８年介護した。その後、要介護 5 となり、NPO 法人の施設に入所。きっかけは自分の声かけが荒くなってきて、限界を感じたから。入所してからはお金の不安があった。二人分の年金を合わせても足りなかった。

・一人暮らしになって区の相談員をしているが、一人暮らしの方が増えていると実感する。自分としてもいつまで健康でいられるか、80 歳までは単独歩行をしたいと思っている。

■Ｎさん<元原告>　{記：元原告の父}

・障害を持って産まれた息子Ｎさん 42 歳は、加西市の障害者施設「きずな」に入所して 10 年。週 2 回面会に行っています。施設では、「ここがボクの終のすみかです」といった感じで過ごしています。父が押す「キャスター付き介護ベッド」に横になり、緑豊かな山間の道に出て「散歩」としゃれこんでいるときが一番楽しいようで（親父ばか）、私の声かけに「アーアーウーウー…」と声を出して応えてくれます。

・今後も多くの人の支えがあることを信じています。私もまだまだ明るく生きていきたいと思っています。

■Ｏさん<元原告>　{記：元原告補佐人・母Ｏ’さん}

元原告Ｏさんは、今年６０歳になりました。

平日の日中は作業所に通い、夕方～朝は別の場所にあるグループホームに（母も高齢になってきたので）３６５日泊まらせてもらっています。

重度の知的障害があり、身体障害もあり、しんどいとか痛いとかの言葉も一言もありません。

夜中も、てんかん発作が何回もあったり、紙おしめ交換や布団から身体をはみ出していて冷たくなっていたりということもあるので、泊まりの職員さんにＯの横に、もう一つ布団を並べて敷いてもらい、すぐキャッチしてもらっています。

職員さんは、日中もいろいろな世話に忙しくされていますが、夜勤務の職員さんは、夜中なのに熟睡されていないという仕事をしてくださっています。

こうした厳しい労働をしてくださっているのに、待遇は一般企業勤務の労働者の平均より大幅に下廻っています。施設が求人募集を呼び掛けても応募してくださる方が少なく、どこの施設も年中職員不足に悩まされています。

ぜひ障害（児）者施設や介護施設職員さんの待遇が大幅に上がりますよう、国は早急に大幅な応援をしてくださいますようお願いします。

この子らが「生きていて良かったよ」といつ迄も思ってくれるよう、また、暖かくこの子らを日々支えてくださる職員さんらが、体調をこわしたりしませんよう、国に強く強く訴えます。

■Ｐさん（元原告）　{記：元補佐人・母Ｐ’さん}

我が家は、Ｐさん中心でペースを乱さない様に合わせています。

土日祝日が分からないので、毎朝５時前に起床、父母を起こし朝食を要求。

月～金、施設の開所時間、９時半まで待たせるのに、日々、対策に苦労と体力を消耗してます。

もし、父母のどちらかの入院とか有れば、施設の送迎は、家事とかNの世話は誰がと不安で、年々疲弊してます。ショートステイがあるので、何とか頑張れてます。

突発的な通院は私１人では無理、主人に仕事を休んで貰って凌いでいます。

１日も早く、かがやきのグループホームに入所したい。

自傷他傷があるのと、言語がほとんどないので、他のグループホームは、本人も嫌がるのと、受け入れても貰えない可能性が高いし、緊急性が低いから断られる。

■Ｑさん<元原告>　{記：元原告補佐人・母Ｑ’さん}

この夏、大きく体調を崩さず過ごしてくれたこと、介護している親も大きな病気がなかったことで今の生活が保てています。

月に４～６泊ぐらいショートステイを利用していますが、泊まりの女性職員の採用は厳しく連泊はできません。Ｑさんの生活を守るためには、「親が健康でいること」は不可欠です。

明日はどうなるかわからない・・・。大きな希望は持てませんが、過剰な心配、不安は持たないで「今日一日を大切に」「今日一日を楽しく」暮らしています。

障害者を守るべき制度は現状と離れていくばかり。

【奈良県】

■Ｒさん<元原告>　{記：元の事業所支援員Ｙさん}

ずっと、一人暮らしでがんばってきたけど、病気になって、今は老人のホームに入っています。食事はおいしいけど、スタッフとうまくいかなくて、精神的にしんどくなって、精神科に２回入院しました。

みんなと何回も話し合いをしたけど、やっぱり、精神障害と知的障害と両方のしんどさがわかってもらえない。

もっと外出もしたい。69 才だから障害者のグループホームはもう入れません。

東京に行って、原告のみんなとか、藤岡弁護士とかと会いたいと思って、いろいろ考えてもらったけど、やっぱり遠くて、排せつの病気もあって、難しい。

一日男性のヘルパーさんをつけてもらうといくらになるか、後見人さんが計算をしてくれたけど、このホームは、毎月払うお金が高いので、お金が残りません。

でも、何とかできないか、以前いた事業所支援員のＹさんに考えてもらっています。

障害者のグループホームと、老人のホームはお金が全然違います。国は、65 歳で差別しないでほしい。精神と知的の障害は、年をとってもずっとあります。職員の数が足りてない。

もっと福祉にお金をかけてほしいのが、ぼくのねがいです。

【大阪府】

■Ｒさん＜元原告＞

私は一昨年 12 月上旬に風邪をひいて以降、左手の機能が低下し、iPad の操作が困難になりました。現在はヘルパーさんに代筆・入力してもらいながら、この文章を届けています。

私たちが日々の生活に苦しむ一方で、相変わらず政治家は国民の感覚とかけ離れた言動や生活を続けているように見えます。私たちの切実な生活を託すことはできないと思ってしまいます

皇室の方々が、障害者施設をご訪問されているニュースを目にします。大変ありがたいことですが、どうか私が利用している「谷町 subaco」のような、より重度の障害者が生活する現場にも足を運んでいただき、実際の暮らしのリアルを見ていただきたいとも思います。

地域で命を守る病院は医療機器が壊れても修理費用が出せず、経営破綻に追い込まれています。物価高騰は止まらず、外食産業をはじめ多くの現場が経営危機に瀕しています。物価高が止まらず、大変苦しいです。

今年６月から年金額が約２万円アップしたものの、この物価高のもとでは年金も実質的な引き上げにはなっていません。

実際の制度では、私たちのような重度障害者にとって欠かせない「重度訪問介護」において移動加算が４時間までしか算定されないルールの見直しが必要です。移動に伴う負担はヘルパーさんにとっても非常に大きいため、長距離移動の単価引き上げや制度の柔軟な運用を求めます。障害を持つ私たちも、野球観戦や日帰り旅行など、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を高める外出を楽しむ権利があるはずです。

国や行政の都合で切り捨てられるのではなく、誰もが人間らしく生きられるよう、今一度各種制度の根本的な見直しをお願いいたします。

以上