

## 障害ヘルパー等を介護保険と統合するとおきる18の問題

### (1)ヘルパー時間上限問題 (巻末に補足)

介護保険では最高の要介護5でも身体介護1日3時間が上限。(深夜なら1日2時間が上限)。介護保険と支援費ヘルパーの2階建て方式では、9割の市町村で介護保険の1日3時間の上限が、全制度の上限になる。しかも今後、制度は伸びなくなる。日本のほとんどの地域で施設から出られない世の中になる。

(介護保険では、1日3時間＝月90時間程度の上限がある。現在、1人暮らしの全身性障害者がいない9割の市町村では、月90時間以下のヘルパー利用実績しかないので、介護保険に統合すると、介護保険だけで介護需要が充足する。このため、介護保険と支援費ヘルパーの2階建て制度が実施されたとしても、2階建て制度が実施されるのは、東京や大阪など1部の都市部だけにとどまる。9割の地方の市町村では、上乗せ用の障害ヘルパー予算は必要なくなり、廃止される。また、2階建て障害ヘルパー利用者1人程度の市では、年間予算が数十万円という、きわめて小さい予算の制度になってしまう。こうなった場合、数年後に重度全身性障害者の同居家族が死亡した場合、または、施設に入っている重度障害者が自立を希望した場合、その市町村には、2階部分の支援費ヘルパー予算は0か、きわめて少ないので、必要なヘルパー時間が決定されることはできなくなる。(0や数十万円の予算の制度を、補正で1000万円予算にすることは不可能)。市町村の財政部や理事者や議会は、1階部分の介護保険だけで十分と判断し、支援費ヘルパー予算を大きく増やす補正を許可しなくなる。この結果、毎年、順調に伸びてきていた障害ヘルパー制度は今後は伸びることはなくなる。日本の9割の地域では、3時間以上介護の必要な障害者は施設から永久に地域に自立することはできなくなってしまう。)

### (2)別の方法の2階建て制度を採用した場合でも問題がある

一方、2階部分の制度を「新たな時間数決定方式」をもつ障害ヘルパー制度として1から組み立てなおす方式もあり、「このような障害者ならこの時間数を2階部分で出すべきである」と全国共通の時間数決定のガイドラインをつくるという方法もある。この方式は、現在、長時間の利用者がいない地域でも、たとえば、家族と同居の最重度全身性障害者でも、ある程度はヘルパー利用時間を強制的にのばす効果がある。そうすれば、予算は0ではないので、重度障害者が突然1人暮らしをはじめても、補正予算などで長時間のヘルパー時間を確保できる可能性もある(ただし、2階部分の予算規模が、現在の障害ヘルパー制度全体より小さくなっていけば、長時間のヘルパー時間が受けられる可能性は現行制度よりも低くなる)

この方法の欠点は、以下の2点。

(1)全国共通の時間数決定のガイドラインというものは、現状の先進自治体(24時間介護保障の実現している自治体)の時間数決定の考え方よりどうしても(かなり)水準が下がってしまう。

(2)今までは、1人暮らしをはじめた最重度障害者が市町村と交渉をし、命にかかわるということで市町村も補正予算を組んで、ヘルパー制度を伸ばしてきたという全国での実績と歴史があるが、この方法が同じようにとれなくなる(水準の低いガイドラインを作ると、それ以上には、ヘルパー制度が伸びなくなる)。

### (3)要介護認定(アセスメント)の問題

(知的・精神・聴覚・視覚・内部障害は、介護保険の要介護認定では多くが自立になってしまう。別項目で判定するアセスメントが必要。しかし、多くの老人は肢体障害である。同じ障害である若い肢体障害者は現在の介護保険の判定方法を使うしかない。介護保険の肢体不自由むけの判定は、施設での介護職員から受ける介護時間を基に算定されているため、いつあるかわからない「緊急事態」や「トイレ」や「水分補給」や「物を取る」などのために介護者が見守り待機することが必要な時間数が反映されない。15分おきの車椅子の上でのじゆくそう防止の体位交換なども必要性が時間に反映されない。このため、障害者の在宅生活で、健常者家族との同居の場合に、家族の介護も足し合わせて何とか生活できる水準でしか、介護保険はサービスが提供されない。また、介護保険は1人暮らしでもヘルパー時間数が増えない。1人暮らしの場合などは別のアセスメント方式が必要。)

### (4)要介護3・4の人は十分上乘せできるか？

(旧全身性障害者介護人派遣事業の対象者(特別障害者手当受給者で1人暮らしなどが対象で、東京では毎日8～24時間が決定されている)でも、要介護2・3・4の人はかなりいる。たとえば、食事が自分でできる場合は、要介護4以下になる。要介護が5でない場合に、十分な上乘せが受けられるかどうか、疑問がある。特に制度利用者の少ない地方の市町村では要介護5でないで上乘せを認めない運用になる可能性が高い)

### (5)ヘルパー資格問題 (日常生活支援など)

(現在日常生活支援毎日8時間の利用者の場合、このうち3時間が介護保険ヘルパーに切り替わった場合、なれた介護者は日常生活支援の資格しか持っていないが、どうするか。介護者は平均2～3年程度で退職するので、無資格者を求人して補充が必要で、面接採用後に2日で受講できる日常生活支援の研修を受けさせている。(無資格者の求人でない、求職者が少ないため、男性ヘルパーで休日・夜間・早朝・とまり介護ができ、正月も働け、きちんとした介護のできる人材は確保できない。)2～3級ヘルパー研修はなかなか受講機会がない。)

また、全身性障害者の場合は支援費前は無資格者に障害者が教えて介護に入れていくという方法をとっていた。日常生活支援ではなく身体介護型ヘルパーの決定を受けている障害者は、支援費以後は、自分の介助者に3級を受けさせている。しかし、3級は介護保険では90%に減算される。

### (6)セルフケアプランが事実上不可能になる問題

(支援費制度では、自分で自分の計画を決める制度であるので、ヘルパーが時間変更に対応できる限り、毎日、障害者が、仕事などの終わる時間に合わせてヘルパー利用予定を変えることも可能。しかし、介護保険では、このようなことは不可能。介護保険でも、自己プラン制度はあるが、多くの市町村は認めていない。しかも、自分で点数計算して複雑な書類を毎月市町村に提出する能力がある障害者以外は、自己プランは選択できない。また、その能力があっても、市町村に毎日変更されたケアプランを(点数計算して)出しに行くことは不可能。現在の介護保険制度では、99%の障害者がケアマネージャーを利用するしかない。)

#### **(7)介護保険のケアマネージャーに管理される**

(支援費では毎月・毎週・毎日、障害者が自分の予定を変えることが可能だが、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、ケアマネージャーにさまざまな管理をされ使い勝手が悪くなる。これは、現在介護保険利用をしているALSの障害者などで、実証されている。ケアマネージャーを使うか、ケアコンサルタントを使うか、選択できるようにすべきである。(ケアコンサルタントとは、支援費と同様に、障害者は利用希望時間を毎日変えることが可能で、ケアコンサルタントは社会資源の情報提要や制度の仕組みの情報提供や保険点数計算の補助のみを行い、管理権限はない。))

#### **(8)介護保険では健常者家族同居の場合、家事援助や窓拭きなどの規制がある**

(障害ヘルパーでは家事援助の規制はなく、健常者の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なヘルパー時間が決定されるが、介護保険では健常者家族がいる場合は、家事援助が利用できない(多くの市町村の介護保険課はそういう運用を行っている)。子育て支援や草抜きや窓拭きも障害ヘルパーでは可能だが、介護保険では禁止されている。)

#### **(9)入院時のヘルパーの問題**

支援費の障害ヘルパーでは自治体が認めれば、(国庫補助を使わずに)全身性障害者が一時入院中もヘルパーを利用できる。(東京都、札幌市、さいたま市などで実績あり)。1日24時間介護が必要な障害者の1日3時間が介護保険ヘルパーになると、3時間分はこのような措置がなくなる。介護保険は国の縛りが大きく、障害者団体の交渉による制度改善が不可能。諸外国では重度障害者の入院中のヘルパー利用が認められているので、国との交渉で今後少しずつ実現していく可能性があるが、介護保険に入ると、その道は閉ざされる。

#### **(10)自己負担の問題**

(1人暮らしの知的障害者や精神障害者は、ほとんどは月6万円台の年金が唯一の収入であり、1人暮らしの全身性障害者も8万円台の年金のみが収入という場合がほとんどである。介護保険の自己負担の上限(高額介護サービス費)として月15000円(非課税で老齢年金受給者)～約2.5万円(非課税)～約3.5万円(一般)があるが、居宅支援費の自己負担は0円(非課税)～数千円(低所得)が上限である。

また、支援費の自己負担は本人以外に配偶者と子供の収入が対象である。介護保険の自己負担の上限は、配偶者、子供だけでなく親の収入も対象になる。）

### (11)車椅子など補装具の問題

(介護保険に入ると、JIS型普通車椅子やリクライニング車椅子は介護保険レンタル事業所からレンタルできるので、非常に特殊な改造が必要な場合を除き障害制度の補装具制度での支給はされなくなる。ところが、現在でも、多くの市町村は介護保険の方が自治体負担額が少ないという理由で、体に合わない介護保険のレンタル車椅子を使うよう強制している事例がある。40歳以上の特定疾患障害者で、介護保険開始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、介護保険に入り、体の幅に合わないリクライニング車を介護保険レンタルで利用するように強制されている例がある。重度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。褥瘡ができ易くなる。しかし、更正相談所での特殊な改造の許可が出るほどでない障害者の方が圧倒的に多い。このため、「更正相談所での特殊改造の許可が出るほどではないが、既成のレンタル車椅子ではサイズなどが合わない」多くの障害者にとって、外出などが困難になり、閉じこもりや寝たきりになってしまう。

### (12)精神障害者の地域移行にはつながらず病院(療養型病床群)が介護保険で増えてしまう。

精神障害者は先進国で最悪の30万人が病院に入っており、当面7万2000人を早急に地域移行してもらうことが決まっているが、その財源が、障害分野の予算不足で、まったくめどが立たないということが介護保険統合の理由にされている。介護保険に入れば、入所施設やデイサービスやショートステイ、ホームヘルプが精神障害でも利用できるようになるとも言われている。しかし、要介護認定が改善されないと、ほとんどの精神障害者は自立判定になり、サービス利用できない。さらに、精神系列の医療法人が精神専用の療養型病床群をたくさん作ってしまい、地域移行は進まない(障害保健福祉部では介護保険に入れば精神病院の中に精神の療養型病床群のようなものができれば、介護保険の対象になると言っている)。介護保険開始時にも、老人病院を運営する医療法人は、大量に療養型病床群(介護保険対象の入所施設の1つで、医療法人が作る)を作り、介護保険を食い物にした。

### (13)小規模作業所の問題は介護保険では解決しない

介護保険に入る際に、デイサービスの1種として小規模作業所を位置づければ、飛躍的に予算が作業所に確保できる可能性があるといわれている。しかし、すでにNPO法人化して支援費の知的障害者デイサービスなどの指定を取っている作業所があるが、さまざまな問題があり、わずかである。介護保険は支援費よりも基準が高いがこれをクリアしなくてはいけない。支援費でデイサービスを取れない作業所が介護保険で取れるわけがない。

### (14)過疎地などの町村部で障害ヘルパーをほとんど行っていない地域でもヘルパー制度が受けられるようになるが、1日3時間の水準から先は制度が伸びなくなり、地域自立は不可能。

支援費制度では、障害福祉に熱心でない市町村では、極端に制度が悪い。特に、重度障害者の1人暮らしなどが無い町村の場合は、大多数の障害者は家族が介護して何とかなる場合が多いので、障害ヘルパー制度が無いところも多い。介護保険制度になれば、家族同居でも、1人暮らしでも、おなじ障害状況ならば同じ要介護認定が出るので、市町村は必ず制度を行うことになる。町村でもヘルパー制度が受けられるようになる。ただし、最重度の要介護5(全介助で、食事も介護が必要な程度が目安)でも、ヘルパーなら身体介護で1日3時間分しかなく、現状よりはヘルパー時間数がアップするが、そこから先が制度が伸びない。つまり、町村部のほとんどでは3時間以上介護の必要な重度障害者は一生家族から自立(1人暮らし)できなくなる。つまり家族が高齢になり死亡すれば施設に入るしかなくなる。

**(15) 健常者家族と同居している重度障害者のほとんどは、ヘルパー時間数がアップするが、費用負担する家族の許可がないと利用できなくなる。**

介護保険制度になれば、家族同居でも、1人暮らしでも、おなじ障害状況ならば同じ要介護認定が出るので、健常者と同居の場合は、たいていは時間数はアップする。家族と同居の場合は、時間数がアップするが、家族の収入があるので、1割負担(昼間身体介護ヘルパー利用は、1時間402円の自己負担)となり、要介護5のすべて(毎日3時間の身体介護)を使い切ると、3万5000円の自己負担となる。一般家庭にとってはかなりの高額であり、費用を負担する家族の許可がない限り、ヘルパーは使えないことになる。これに対して、現在は家族と同居の障害者のほとんどは未婚で、支援費制度では自己負担はないので、親と同居でも、ヘルパー利用に際して親が反対しない。視覚障害者団体からは「子供と同居する中高年の視覚障害者がガイドヘルパーを利用しようとしても、子どもに費用負担がかかるので、利用させてもらえない」という報告も「ありがた検討会」であった。これと同様のことが介護保険に入れば全ての障害者に発生する。

**(16) 障害者団体が自治体の障害福祉課に対して交渉し、介護制度の改善がされてきた長い歴史と実績があるが、今後、それができなくなる**

日本の障害者の在宅介護制度は、1970年代から、障害者団体が自治体や厚生省の障害福祉担当課と交渉して、制度が改善されてきた実績がある。介護保険に介護制度が吸収されると、交渉が不可能になる。特に、介護保険では、市町村が動かせる裁量の部分がほとんどなく、制度改善がされない。

**(17) 介護保険の要介護5の障害者には電動車椅子レンタルが対象外似なる問題**

先ごろパブリックコメントに出されていた、介護保険の要介護度5の者へは電動車いすのレンタルが制限される方針になっているが、これが拡大解釈されれば障害者も必要な器具の使用などにも一方的に規制され日常生活に困難をきたすことになる。

**(18) ALSなどの人工呼吸器利用者について**

人工呼吸器の管理や吸引などの医療的ケアや意思伝達方法や寝返りなどには個別性がもとめられる難病患者の介護でも、1時間などの細切れの身体介護でしか派遣しない介護保険事業者が多い。すべて介護保険になったら、患者のニーズに的確に対応してもらえるか

(1)の補足

## 障害が介護保険に入ると非常に大きな問題点がある

介護保険本体はかなりの財政難で、今後、団塊の世代が老人になるので、現在約5兆円の介護保険規模が今後、20兆円以上必要になっていくと想定されています。このため、老健局担当の介護保険自体を「上限なし」に変更するのはかなり厳しい状況です。

現状で可能性があるのは、現状のままの制度上限の介護保険ヘルパーが1階とすると、障害ヘルパーを2階とする方式だと考えられます。しかし、この解決方法では、以下のような大きな問題が発生します。

① 24時間/日のヘルパー時間が出ている市では……(介護保険ヘルパーが1階とすると、障害ヘルパーを2階とすることで、現状と同じ制度利用が可能)

介護保険ヘルパー 一3時間/日	障害ヘルパー(2階部分)21時間/日
--------------------	--------------------

② 3時間/日以下のヘルパー利用者しかない市町村では……(介護保険ヘルパーだけが残り、障害ヘルパー予算は消滅する。3300市町村の9割がこうなる)

介護保険ヘルパー  
一3時間/日が上限

3300市町村の9割の市町村で

**1日3時間以上介護の必要な障害者は施設から出られない地域になり、将来も固定化の可能性大。**

(介護保険では身体介護1時間4000円×3回×30日=36万円。1日3時間で上限突破する。現在、支援費ヘルパー利用者全員がこの水準以下の市町村では、介護保険だけが残り、上乗せ部分の障害ヘルパー予算は消滅する。消滅した予算が復活することは財政難の中で非常に難しい。)

これらの市町村で5年後に施設から自立希望者が出ても、障害ヘルパー予算は0なので、3時間以上介護が必要な障害者は施設から出られない)

## 毎年ヘルパー制度は伸びてきているが、上記の地域では、今後一切伸びなくなる

たとえば、1日16時間の介護が必要な障害者が、施設から自立希望が出たり、介護していた親が死亡した場合で、1人暮らしになった場合には、現在は、小規模市町村でもヘルパー時間数が1日8~24時間に伸びている。これは、少ないといっても、それなりの予算規模があるから。1日8~24時間のヘルパーが決定されるには、大きく補正予算を組む必要がある。予算規模が年間数十万円以下や0円の市町村では無理。しかも、介護保険に障害が入ると、少なくとも介護保険で「一階部分」が保障されているという理由で、「二階部分」が実施される可能性は極めて少なくなる。