障害学会大会シンポジウム

（介護保険とどう向き合っていくべきか）

１　障害者の６５歳問題

1. 障害者が介護保険統合に対して不安を感じる理由

2008年の単価改正に合わせて、介護保険と総合支援法との統合が構想され、成り行きが注目されている。2003年度にも同様の統合問題が起こったが、障害者側の反対のために厚労省は統合を断念した経過がある。

そのために、今回の改正では、慎重な手はずを整えているようで、介護保険の自己負担分の軽減がいち早く打ち出されている。

そのような軽減措置が講じられてとしても、まだ障害者側には多くの不安材料が残されている。この15年の間に、総合支援法の見直しや改定が進み、介護保険との隔たりが大きくなってきている。そのために、サービス低下を伴う改定をしようとすると、前回を上回る障害者の反対運動が展開されることは確実である。

障害者が介護保険との統合化に懸念を持つのは以下の点である。

・介護保険の軽度者の生活支援（家事援助など）が削減され、今後も対象限定が起こる傾向が進む。障害者とのサービス格差が広がる。

・統合化されると、重度障害者訪問介護支援を高齢者が使うようになり、財政破たんする。

・高齢の障害者が介護保険に強制加入させられて、障害程度区分と介護保険の要介護認定との障害認定の違いから、サービス低下が懸念される。

1. 総合支援法と介護保険の違いは以下のようなものである。

総合支援法には、障害種別の介助サービスや自助具・補装具の現物給付ある他に、

以下のような違いが、介護保険制度との間にあり、それが無くなることや、受けにくくなることを障害者は懸念している。

|  |  |
| --- | --- |
| 総合支援法 | 介護保険 |
| 保険料負担なし | 保険料負担あり |
| 自立支援給付の就労支援 | 介護保険の優先原則（40歳特定疾患） |
| 重度訪問介護（移動介助、見守り、長時間 | 訪問介護、訪問入浴、訪問リハ等 |
| 同行援護、行動援護 | なし |
| 1人暮らしを前提 | 家族支援が前提 |

２　障害者介助と高齢者介護の差異

1. 歴史的な違い

介護保険は、高齢者がその介護を担わさされていた嫁の疲労とストレスにより、虐待や

高齢者との自殺が頻発したために、嫁をその介助から解放させることを目的として創設された。（高齢者との自殺が原因）

障害者の介助サービスは、施設での障害者に対する虐待、差別からの解放が目的で創設された。具体的には、東京都の府中療護施設の入居者が施設内での人権侵害に抗して、都庁前での座り込み運動を起こし、その結果、施設の個室化と重度障碍者の在宅介助サービス制度が東京都において、我が国で初めて開始された。障害者運動がその後の国の「全身性障害者介護人派遣制度」→「重度訪問介護」につながった。

（府中療護事件、青い芝の運動、自立生活運動）

1. 移動　外出の自由の保障

重度訪問介護の移動介助、視覚障害者の同行援護、知的障害者の行動援護は介護保険にないサービスである。社会参加と地域での自立生活支援は権利条約の「他の者との平等」に欠かせない。

1. ８時間以上の介助が原則

重度訪問介護は、介護保険にはないサービスである。また。介護保険にはない1日8時間以上の利用を原則としている世界に類のない画期的な制度で、重度障害者の地域での自立生活を支えている。また、平成18年より、知的、精神障害者にその対象拡大がされるため、期待が高まっている。すでに、24時間の介助サービスの行われている市に介助難民移住が始まっており、今後、グループホームや親元からの精神・知的障害者の自立生活希望者が急増するとみられる。

1. 就労継続支援は障害者サービス特有

介護保険に統合されても障害特有のサービスは存続するといわれてはいるが、それは財政が許せばという条件が付きまとうことに、障害者は懸念を持っている。現に、職場に自力で通勤できない者への通勤介助は許されていない。

３　介護保険との統合問題

1. 2003年の統合失敗の原因

2003年の統合問題の焦点は、介護保険の自己負担問題と1日24時間から4時間へのサービスの切り下げ問題であった。この時も厚労省は、事前に障害者団体との協議をせず、障害者の生活実態を捉えておらず、24時間介助を受けて全国で生活している多くの障害者の生活実態を知らない政策立案者が構想したとの報告を受けている。

今回も、厚労省は、障害者団体との議論がないままに、介護保険との統合を進めようとしており、例えば、『我が事・丸ごと改革』地域共生社会実現本部）の議論も障碍者団体を入れず、一般に会議の報告書も公開されていない。

1. 自己負担を減らしただけでは解決しない問題

現状、9割の障害者は自己負担なしで総合支援法のサービスを使っている。

基本的に、統合を阻んでいるのは、制度構築理念の違い。成長期にある者と高齢期者とのニーズの違い。障害者は社会参加や就労支援が必要だという根本を厚労省が理解していない点にある。

1. 2階建て制度の持つ問題点は、（アセスメント基準の違い　精神、知的、難病は区分が低くなる）にある。
2. 財源の不足は理由にならない。

厚労省は、最後には、在源不足で、現状のサービスの継続は不可能だというが、社会参加や介助を受けて地域で生活することは、憲法25条「健康で文化的な生活の保障」と権利条約19条「施設でなく、地域で介助を受けて暮らす権利」、障害基本法第1条「全ての 国民が、障害の有無によつて分け隔てられることなく」で保障された権利であることを踏まえた制度運用が、国に求められている。

４　ユーザーズユニオンの可能性

今後、加速化するであろう統合論議が、高齢者と障害者の双方のサービス利用者のニーズに基づいたものになるように、そして、「高齢者・障害者福祉サービス・ユーザーズユニオン」の結成に向かえる状況は熟している。

1. 自己負担するサービスのほうが、権利性が高いという誤解

20年経過して、介護保険はサービス低下、負担増したが、自立支援法から総合福祉法に代わり、精神、知的、高次脳機能障害、難病へサービスが拡大した。

1. 核家族化によって家族との関係密度が低くなった

老夫婦、2世代高齢家族の増加によって、家族介護が期待できなくなってきた。

1. 福祉サービスを受けるのは恥じだという意識の減少

介護保険の普及によって、在宅サービス利用への抵抗がなくなってきた。

1. 高齢者入居施設サービスの高騰化で在宅志向

月2,30万円もの自己負担が必要で、利用できない。

1. 世界に誇るべき制度としての障害者福祉を高齢福祉に導入すべき。

　介護保険も世界にないサービスだが、重度訪問介護こそは世界一の制度である。