

施策・サービスの基本理念について

自立と社会参加・ノーマライゼーションの理念に基づくサービスを

この間、財源問題をきっかけにして介護保険制度と支援費制度の統合が取りざたされていますが、サービスの内容などについて何ら確認されていない状況の中で、財源論だけで統合するという安易な結論に立つことは、これまで長年に渡って障害者が懸命に積み上げてきた「自立と社会参加」を基調とした障害者福祉の理念と制度とサービスが一挙に崩されてしまう大きな危険があるので、このような「無前提な統合」には断固として反対です。

ノーマライゼーションの理念（障害者が地域の中で自立し社会参加していく）に従って、サービスを拡充していくことが必要であり、そのことを前提とした財源論でなければなりません。まず、統合か否かという議論ではなく、どんなサービスを確保・充実していくのかを当事者が全面的に参加し充分討議・立案していくべきであり、その中でこそ財源についてはっきりさせていくべきなのです。（地域団体）

重度障害者の脱施設・地域での自立を

入所施設中心から地域での自立生活の推進が基本であることは確認されていると思いますが、「脱施設」の取り組みを進めるためにはホームヘルプやグループホーム等の直接サービスの充実、相談や生活支援のトータルなシステムが必要です。特にこれまでは「障害が重度であれば施設へ」でしたが、これからはどんな障害でもどんなに重度でも地域生活を支援するシステムが必要です。介護保険ではこうした観点が欠けており、家族支援が期待できない重度障害を持つ高齢者は施設入所が前提となっています。（地域団体）

自立の捉え方、医療モデルと生活モデル

自立＝介護や支援の必要の無い状態とする概念がそのままでは支援費の理念と根本的に対立してしまう。制度自体の目指すべき理念が食い違っているとも言えるので決して無視できない問題である。また介護保険では介護度認定などでの医者や医療機関の役割が非常に大きいですが、障害者の自立生活はこうした「医療モデル」からいかに脱却するのかが大きな課題だったとも言える。支援費ではいわば「生活モデル」が基本となっており統合によって逆行する危険がある（地域団体）

「介護」と「生活支援」という基本視点が違う制度を統合する際の問題

制度発足の流れとして、介護と生活支援の違いがある中で、それをどう統合するのか。制度の視点を明確化してほしい。方針を出して欲しい。生活支援の視点で制度を作って欲しい。介護保険と支援費では、申請から利用するサービス決定までのプロセスや決定方法が違う。それをどう考えるか。（障害学生支援団体）

介護保険見直し議論での自立理念の違いへの疑問

最近、「要支援の人」および、介護度が上の人でも一人歩きできない人には車いすのレンタルを行わないということがマスコミ報道されている。

しかし障害者の場合、「脳性マヒの2次障害を遅らせ、歩く機能を維持する」ために、長距離では車いすを使用するなどという、柔軟な使い方がされている。電動車いすにしても、単に「手が使えないから」ではなく、買い物、ゴミ捨て、通院、通勤などの「生活の主体者」として、その必要性の元に支給されている。

そのような柔軟な必要性が保障されていくか（自立生活センター）

精神障害者の生活ニーズと自立理念

「自立」の概念がまったくちがう。介護保険における「自立」とは「人の助けを借りず自分でできるようになる事」という古い考え方で、現在の精神障害者施策における「自立」とは「人の助けを上手に借りながら、社会参加していく」というノーマライゼーションの考え方である。また介護保険ではケアマネジメントが義務づけられているが、ケアプラン（個別支援プラン）を作成するためのケア会議（支援会議）に当事者が参加する権利もなく、またケアプラン（個別支援プラン）の変更に際しても、ケアマネジャーを通してしかできないし、医師を中心とした「認定審査会」では医療の視点が重視される傾向が強く、当事者の生活ニーズが反映されにくいし、生活ニーズが掘り起こされるシステムとは言いがたい。（精神障害当事者団体）

障害学生のニーズの多様性と介護保険との違い

身体状況と必要なニーズの関係を考えた時、一見同じような身体状況でも、学生の場合ニーズは一律ではない。障害学生の場合、今の介護保険の中の基準にはあてはまらない。生活状況が違うから。（障害学生支援団体）

当事者運動の歴史の視点から

障害者運動・ノーマライゼーションへの歴史をふまえた議論を

地域での自立生活を支えるシステムは長年の障害当事者を中心とした運動の中で実践が積み重ねられ、少しずつ国や自治体の制度化を進めてきたものです。支援費制度によって「自立と社会参加」を基調とした制度が全国規模の制度として進められたとも言えますが、この流れが介護保険との統合の中で逆行してしまいかねないと危惧しています。この間の障害当事者の運動によって町や交通機関などのバリアフリーも大きく進展してきています。世界的にもノーマライゼーションを掲げながら入所施設を増やしていくことは許されません。「施設も地域も」ではなく「脱施設」、地域での自立生活推進のための支援費制度見直しであることを明らかにすべきだと思います。

私たちは地域で身体・知的・精神の障害の違いを超え、地域での自立生活を進める取り組みを進めています。ホームヘルプサービス自体もまだまだ不十分ですが、介護保険との統合では基本的な理念の違いとともに具体的なサービス内容の点での大きな違いがあり、こうした中身の議論を明確にすることが統合議論の前提だと思います。（地域団体）

ピアサポート、当事者によるエンパワメント活動の後退を危惧

全国的に芽の出ている「当事者相互の支えあい - ピア・サポート、ピア・カウンセリング」は資格の面で否定される事は十分予想される。障害当事者のエンパワメントなど介護保険の発想にはまったくないのである。(精神障害当事者団体)

支援費制度で生み出された変化が後退するのでは

地元自治体と交渉を重ねて時間数の上限撤廃など、だいぶと地域生活にふさわしい介助制度になってきました。が、しかしながら今年度から厚生労働省の単価改正に伴って、地元自治体は夜間12時以降の支援費の使用を認めないことを打ち出してきたので、交渉を進めてきました。財源不足を理由に、市レベルでも障害者施策は枠に入れよう入れようとしているのですから、まして介護保険など枠だらけの制度に支援費制度を統合させようなんて、絶対に反対であり、これまで作り上げてきた諸先輩の皆様のご苦労が水の泡になってしまいます。

地域で自分らしく生きるために作られた支援費制度の意味はどこかに消えていくでしょう。(自立生活センター)

重度障害者の自立生活を求めてきた歴史と介護保険はなじまないのでは

これまで私たちは運動を通して、重度の障害があっても親元を離れ、地域で自立した生活が出来るよう社会を変えてきた。家族介護ありきで、その補助的性質で出来た介護保険とは根本的な部分でなじまないのではないかと。高齢者のほうは現実施設偏重に拍車がかかっているのではないかと。(自立生活センター)

・信頼関係や統合議論の進め方について

介護保険移行に伴うメリット・デメリットが分からない

介護保険に移行することによって、メリット、デメリットが良く分からない。従いましてメリット、デメリットについて詳しく説明を受けたい(入所施設自治会)

行政庁との信頼関係との問題

そもそも地域で生きることを保障するという観点であれば介護保険でも支援費でもどちらでもよいと思う。支援費に近づける形で統合され、制度を良くしていくのであれば高齢者にとっても良いことであろう。しかし、このところの行政庁の動きをみていると、どう考えても信頼できるものではない。信頼関係のない段階での統合は断固反対である。(自立生活センター)

拙速な「介護保険との統合」議論への疑問

支援費制度が掲げてきた理念に対して現状は課題が多くあるのも事実です。それらの課題は、当事者団体が取組実践として提起され、支援費制度を今以上に当事者主体の制度にしていかなければな

りません。財源論もそういった取組の途上でおこった課題であり、行政はこういった取組に真摯に耳を傾け、必要なシステム、財源を確保していかなければなりません。そのためには現行のサービスが決して後退してはならず、この間の介護保険との統合議論はあまりにも拙速であり、統合には断固反対します。(地域団体)

脱施設(病院) - 地域で自立に向けた財源の転換が前提

支援費課題解決に向けた議論を抜きにした統合議論には反対であり、三位一体改革による一般財源化に対しても地域間格差の拡大を引き起こすものとして強く反対していく所存です。財源がないならまず「脱施設・病院」の方向に則り、入所施設の新規建設を即時に完全凍結するとともに計画的に減少させながら、入所施設と地域施策の財政配分のあり方を見直していくことが必要です。(地域団体)

リスクが大きすぎる精神障害者施策と介護保険の統合

介護保険と精神障害者施策との統合は、私たち精神障害者にとってリスクが多すぎ、さしてメリットがあるとも考えられないので、私は介護保険との統合には反対である。

厚生労働省 - 政府は手前勝手な施策を、私たち精神障害者に押しつけるのを止め、退院促進事業の全国的推進、精神科オンブズマン制度の全国的確立、地域生活支援センターの設置率を30万に2カ所に最低引き戻す事、グループホーム事業のボトムアップ(質的量的機能的向上方策)をただちに確立・推進する事、住まいの確保のため公営住宅への単身入居の門を開く事や公的保証人制度の確立、就労支援施策の確立・障害者雇用の中に精神障害者の就労をただちに位置づける事等、現実の課題を解決する事を国策として推進することが本業だ。(精神障害当事者団体)

精神障害者施策に対する基本姿勢への疑問

にわかに精神障害者施策の介護保険との統合問題がもちあがってきた。

今回の障害者施策と介護保険との統合問題にあまりにも遅れている精神障害者施策が利用されているとも聞く。「国は財政危機なんですよ。財源を確保するとともに精神障害者施策もすすめる事ができるんですよ。ホームヘルプの時間もふえますし。地域生活支援センターを未設置地域に設置する事もできます。」「うつ病を発病する成人が増えています。その人たちを支援するためにも、財源確保のため介護保険に統合するしかありません」と。精神保健・福祉現場を知っている者が少し考えただけでも、「高齢者介護のしくみである介護保険」と精神障害者施策との統合は無茶な事だとわかる。だが、それを押し進めようとする厚生労働省には「施策の妥当性」を考える知恵もなければ、「約7万2千人といわれる社会的入院者の退院促進、住宅施策・地域生活支援施策・就労支援施策の充実等」をまじめに確立・推進する気概も感じられないし、「国精神保健福祉プラン」を実現する責任感も感じられない(精神障害当事者団体)

・要介護認定

障害状態のみではなく、本人ニーズに基づくサービスの認定を

支援費では本人がどういう生活を望むのか、どんな生活状況にあるのかを勘案事項で聞くことになっていますが、介護保険の要介護認定システムでは本人の障害状態のみの判定となっています。単に障害の軽重でなく必要な人には必要なサービスを認定し、供給するシステムが必要です。(地域団体)

きめ細かなニーズ把握(社会参加・住環境等含む)ができるか

受給量決定に対し、介護保険では機械的に機能の状態で介護時間が決められてしまう。しかし、家族と共に生活している人と、ひとり暮らしでは、必要な介助の量は異なる。また、社会活動の状況や、住宅の状況によっても必要な介助の量は異なってくる。支援費では、そのあたりはきめ細かに調査し、対応されているが、介護保険に統合された場合はどうなっていくのか(自立生活センター)

精神障害者と要介護認定の問題

「認定審査」の中に精神障害者の障害のあり方や生活ニーズが位置づけられる見込みも薄く、精神保健福祉手帳1級の当事者でも最重度の「要介護5」認定を取得する事はまず見込めないだろう。せいぜい「要介護3」くらい、精神保健福祉手帳2級の当事者の場合「要介護2～1」場合によっては最軽度の「要支援」認定になる事も考えられるので、精神保健福祉サービス向上に向かうどころか、サービスは現状維持のままそこに自己負担がプラスされたという結果を見る可能性も非常に高い(精神障害当事者団体)

・上限問題

長時間介護を必要とする人のためのサービス(「日常生活支援」)

全国の自治体で1日24時間に近い介護サービスが実際に提供されています。当該地域でも不十分なながらも月200～400時間の支援費と生活保護特別介護料などを活用して自立生活を送っている障害者が多数います。入所施設よりも質の高い介護を受け生活を送っています。介護保険で受けるサービスの上限に合わずようになると多くの障害者は現在の生活が維持できなくなります。一律の上限設定があるような制度は認められません。(地域団体)

重度障害者の支給量の維持・確保は

支援費では、(当該の自治体では)重度の全身性障害者には「1日20時間相当」の受給量が認められているが、それは維持されるのか。(自立生活センター)

「二階建て」方式への疑問

介護保険との統合に関してマスコミや一部団体などで、介護保険以上のサービスを必要とする者にはサービスの上乗せを行ういわゆる「二階建て」に関しても、現在の支援費制度のサービスを受けている量が確保されるのか。また、要介護度5以上にどういった障害者がその対象になるのか不明であり、すでにサービスを受けている人だけでなく、これから新しくサービスを利用する人(ニューカマー)で長時間介護が確保されるか疑問です。(地域団体)

「二階建て方式」と財源確保の困難さ

これまでもかなり深く議論されていると思いますが、私どもも一番気がかりな問題です。現実、介護保険の枠内では到底生活できない人が多数出てきます。統合の場合、二階建てが現実的議論として進められているようですが、現在にも増して予算の獲得が困難になってきそうなのは議論に上っているとおりです。(自立生活センター)

「財源問題」と「二階建て方式」のあやふやさ

もともと介護保険との統合問題は「施策の内容問題」として厚生労働省から出されてきたのではない。その理由はひとえに「財源問題」であり、出所が怪しすぎるのである。ならば「二階建てにすればよい」と考える専門家もいるだろうが、ならばそのような財源は国や都道府県や市町村のどこにあるのだろうか。そもそも歴史的に貧困なこの国の精神保健福祉施策自身をいかに具体的に質的に充実させるのかという行政的課題に厚生労働省はしっかりと向き合う必要があるのではないだろうか。(精神障害当事者団体)

サービス内容

障害と高齢者のニーズの違い

たとえ社会参加というニーズが統合後考慮されたとしても前線の行政マンがそのニーズを汲み取って運用できるかどうか甚だ疑問である。現在の支援費の理念さえ解らない行政マンにそのような運用は不可能と思われる。(自立生活センター)

社会参加のための「ガイドヘルプサービス」

障害者の自立生活と社会参加のためのガイドヘルプは切り離せないものです。自由な外出は基本的な人権ですが、これなしには自立生活もあり得ません。これは高齢者でも基本的には同じですが、特に障害児、障害者の場合はライフステージから考えても社会参加のためには外出は不可欠であり本人の経験の幅や生活の質やそのものに関わってきます。当該地域でも知的障害者の自立生活の実践の中が進められていますが、ガイドヘルプを使って外出先を広げていくことが本人の自立や生活の質そのものを高めることにつながっています。また特に一人暮らしで長時間の介護が必要な場合は居宅内とが外出での介護を明確に区分することは不可能でできるだけ一体的に使える仕組みも必要です。(地域団体)

社会参加について

社会参加（通院、旅行等）にサービスは使えるか。（自立生活センター）

コミュニケーション支援（通訳介助など）

聴覚、視覚、言語障害など障害者の多くはコミュニケーション支援が必要だが、介護保険にはそもそもこうした支援やサービスは含まれていない。こうしたサービスは社会生活をする上で必要不可欠なものだが、今後の支援費制度の見直しでどう扱われるのでしょうか。（地域団体）

知的障害者等も含めた長時間介護のサービスを

また、知的障害者や全身性障害1級以外の身体障害者などに、長時間介護が認められていないことはそれら障害者の自立を妨げる問題であり、早急に日常生活支援の適用が図られるべきです。（地域団体）

精神障害者ヘルプサービス確立こそが先決

精神障害者ホームヘルプサービスの歴史も非常に浅く、ホームヘルプの単価内容に「相談支援」は位置づけられていないし、「当日キャンセル」という事例をどう考えるのか、各自治体の検討会で論議も煮詰められていない。そんな状況の中で介護保険に移行すれば、当事者の生活ニーズにそぐわないホームヘルプが蔓延し、ホームヘルプサービスを受けたいのに受けられない状況が生み出されるだろうし、地域生活支援の内容が著しく後退するだろう。（精神障害当事者団体）

家族・社会の中での役割を果たせるか

介護保険は、「個人の機能を補う」というイメージが強い。障害者の場合、生活の主体者として家族の中での役割（家事分担等）を負っていたりする。家事分担として家族全員の洗濯や食事づくりを担っている場合、その介助を依頼できるのか。（自立生活センター）

. 自己負担

個人負担金の問題

私たちの自立生活センターでは、支援費で介護が賄えるようになったので、短時間労働という形で無理しない勤務時間とわずかな給与で、生活保護から離れた方々が多数おられます。現状の介護保険の個人1割り負担がそのまま適用されると、体を無理して勤務時間を延ばして収入を増やすか（それが可能なケースは恵まれているケースで多くの場合収入を増やすことは並大抵ではない）、生活保護に逆戻りせざるを得なくなる。（自立生活センター）

一律「1割」負担問題

自己負担が一律に「1割」とされると、長時間利用者は負担しきれなくなる。そのあたりをどう考

えるか。(自立生活センター)

費用負担問題(応能負担と応益負担)

現在の制度ではほとんどが費用負担は無料か低額になっており重度で長時間介護の利用者でもサービス利用が可能です。多くは生活保護か年金のみ、あるいは作業所等での月数千円程度の作業報酬で生活しています。支援センターで働くスタッフもいますが、多くはパートであり、介護保険の1割負担がそのまま導入されると利用を減らすか、生活保護に戻るかという選択になります。生活の質や展望そのものが大きく悪化してしまうことになり、非常に大きな問題です。(地域団体)

精神障害者に過大な負担を強いる1割負担

介護保険の「要介護5」で月額約35万円分のサービスの上限で自己負担が約3万5千円くらいになる。サービスの上限をこえたサービス利用分はすべて自己負担となるしくみになっている。生活保護をとらず、障害年金となにがしかの生業で細々と生活している精神障害者のなかまは、サービスを得るためには自己負担が必要となるため、生活保護取得の方向に向かわざるをえなくなるだろう(精神障害当事者団体)

ケアマネジメント

セルフケアマネジメント

ケアマネージャーが必ず介在するということになれば、現在セルフケアマネジメントで自分らしい生活を行っているケースにとっては、逆に使い勝手が悪くなる。(自立生活センター)

ケアマネジメントの内容の相違と制度的位置づけの問題

ケアマネジメントのあり方は支援費では制度として明確には位置づいていない事は課題ではありますが、当該地域では実践的な取組として自立と社会参加の視点に立ったケアマネジメントを基本としながら、当事者を中心に支援センターや作業所、介護派遣事業所などが連携してマネジメントが行われてきている。

特に一人暮らしで支給決定を越えたニーズを持っている長時間利用ケース、複数の事業者の利用、ヘルパー派遣以外の社会資源との連携が必要な場合などで本人のマネジメントに援助の必要なケースなどではほとんどがこうした連携の元で実際の生活支援がなされています。多くは今あるサービスだけでなく行政への提案も含め積極的に社会資源の開拓が行われています。こうした実態もふまえた見直しが必要です。

当該地域では障害者ケアマネジメント従事者の研修が行政施策としてもまた、自主的な研修においても積極的に行われていますが、介護保険でのケアマネジメントとは理念的にも実態的にもまた、資格制度という点でも大きな差があります。

これらの取組は、今後の支援費制度の仕組みの中に反映させていくべきでだと考えます。介護保険制度のケアマネジメントは、決められたサービスを割り振る形に対して、支援費制度は、当事

者の意向を中心に必要なサービスの内容・量を考えると共に必要な社会資源との連携を計るという、創始・連携型であるといえます。質の違ったケアマネジメントを無理やり統合することは、障害者の自立と社会参加が阻害される危険を多く含んでいます。(地域団体)

精神障害者地域生活支援センターの変質をまねくのでは

精神障害者地域生活支援センターの「よろず相談所」としての機能は著しく後退するだろう。地域生活支援センターが介護保険の「居宅サービス」の中に入れてしまわれる事によって当事者が地域生活支援センターを利用し、相談する事に対する煩雑な手続きをセンター側が行わなければならないため、利用者との関係が事務的なものに覆われいびつな関係になってしまう事をとても危惧する。相談利用者は相談料の自己負担を強いられる事になるだろう。介護保険に移行する事で地域生活支援センターは質的に変化し、ただの「契約相談を取り扱う一事業所」に転落してしまうだろう(精神障害当事者団体)

その他

ヘルパー資格問題の整理

ヘルパー資格制度の大きな問題としては、介護保険制度下の資格講座と、支援費制度下の資格講座の内容と利用者のニーズが大きく違うのにも関わらず、介護保険制度下の資格講座修了者が支援費利用者のサービスに従事できるという事です。

介護保険との統合となれば、資格制度も統合されると思われませんが、障害者の場合、社会参加や障害者固有のニーズ等があり、介護保険での資格になじまないケースも多くあります。実際に事業者でヘルパー募集をした時に、介護保険制度下のヘルパー級を持っていても採用に至れないことが多くあります。障害者の自立支援にとって実際に意味のある資格制度のあり方を検討することなしに、安易に介護保険のシステムの中に組み込むべきではありません。(地域団体)

入院中のヘルパー派遣

病院に入院中の介護保障や施設入所の個人的な外出時でのガイドヘルプ利用などがあります。入院中は特にコミュニケーション保障が必要なケースでは病院側での対応は不可能なので実際にはヘルパー派遣をせざるを得ません。この時も普段介護に入っていて慣れているヘルパーでなければ意味がないのでボランティア的な対応には自ずと限界があります。現状でも自治体の判断で制度利用が可能なところがあると聞いていますが、この問題は重度障害者の地域での生活支援の中では避けて通れないものであり、早急に検討されるべきです。(地域団体)

入院中のヘルパー派遣

現在、自治体さえ認めれば院中のヘルパー派遣は可能であるが、それが全く不可能になる。(自立生活センター)

通学でのサービス利用がさらに難しくなるのでは

現行の支援費制度では、一部の市を除いては通学で使えないが、それがさらに介護保険になることで制約が厳しくなるのではないか。(障害学生支援団体)

福祉用具

(一人ひとりの)体にあわせたものではなく、既製品のレンタルが奨励されるのではないか。(自立生活センター)

障害別を超えたグループホームの制度化と拡充を

この10月にグループホーム支援費の見直しが予定されていますが、重度障害者のグループホームでは国基準以上に多様な支援が実施されていることに鑑み、区分1よりも更に上の区分が必要です。また、身体障害者のグループホームもいくつかの自治体で制度化されてきていますが、自治体だけの努力では限界があり、早期に国で制度化される必要があります。また、精神障害者の補助額が低いことも問題です。3障害で使えるグループホームの制度化と拡充が必要であるとともに、各地域に確実にグループホームを増やしていくために物件確保・改造の課題にも対応した制度づくりが検討される必要があります。(地域団体)

介護保険統合によりNPO等の地域活動の衰退を危惧

お金にものを言わせて「居宅サービス」を取り扱う事業所が次々に立ち上がっていく姿と地域でコツコツと実績を積み重ねてきたNPOをはじめ小さな団体が衰退していく姿がおぞましくも見えてくる(精神障害当事者団体)

知的障害、精神障害、若年者等の申請・契約手続きのサポートは？

知的障害・精神障害・若年者なども申請・契約手続きにサポートを要する人がいるが、そのサポートをどう考えているか。(障害学生支援団体)

若年障害者の保険料負担は？

対象年齢が決まった場合に若年層(15~20歳ぐらい)に対する保険料負担はどうなるのか?(障害学生支援団体)