

ここで主として考える障害者の属性；介護料受給者でI種及び特I種の脳損傷者

在宅介護（約70%）、親が介護している（約71%）、患者の年齢は20歳代～30歳代（事故時は10歳代～20歳代、従って親の年代は50歳代後半から70歳代；約50%弱、）介護歴10年程度。排泄・食事・移動全てにわたって障害がある。吸引は必要なときもある。

1、現状の病院事情（医療）

現在の保険医療制度では、救命救急処置の後には、2週間程度で転院を促される。回復期病棟は意識障害がある場合は、リハビリの効果が薄いとして受け入れを断られる。最近では転院先を見つけるのも患者の家族に任される場合がほとんどである。病院に任せると長期療養型病院を紹介される。長期療養型病院ではリハビリはなく、オムツの交換とチューブからの栄養の注入、入浴は月に数回、寝かせきりにするケースがほとんどで、身体の関節はどんどん硬くなり、動かすことが難しくなり、オムツの交換すらもきつくなる。困ったことに最近では療養型病床の削減の施策（5年後に38万床→15万床の計画）により、長期療養型病院ですら探すのが難しくなってきた。意識障害がある場合は、選択肢は在宅か長期療養型かになる。長期療養型病院に入院してもリハビリのないことを、我が子にとってあまりにあわれに思い在宅を選択する人や、結果として在宅しか選択肢がなかった、という方々が当会の会員のほとんどである。

意識障害から脱却できても、気管切開をされていて、医療的ケア（痰の吸引など）が必要な人であれば、転院先は、やはりない。長期療養型病院だけでなく通常の病院でも、昨今の看護師不足の中、夜間の看護体制は格段に落ち、3時間おきくらいに見回るのが現実であり、その間に痰を詰めれば、ナースコールを押せない障害者は極めて危険な状態に陥る。ALSの方や筋ジスの方にも「入院すれば死んでしまう」と意見を言う人はかなり多い。家族や夜間泊り込みのヘルパーが患者を支えているのが実情である。

2、現在の厚労省の福祉制度

交通事故による重度障害者のうち、施設で暮らす人は痰の吸引などの医療的ケアのない人が多い。18歳までの事故であれば療育手帳（知的障害の手帳）が取得できるため、重症心身障害児療護施設も利用できるが、どこも満杯である。私の住む大阪府では3箇所しかない。

在宅を選んだ場合に、障害者自立支援法に基づく福祉制度で適用されるのが多いのは、重度訪問介護であり、基準単価は1時間1600円程度である。仮に24時間介護で1日使えば、 $1600円 \times 24時間 = 38400円$ になるが、これは介護事業所へ支払われる金額である。実際のヘルパーの時給は800円～1000円であり、現在のファストフード店のアルバイト料が、都市圏では1000円前後であり、介護職が激減している。一方、障害者自立支援法の利用時間の認定の中で、月間で介護時間を720時間（24時間×30日）支給されることはまずない。月間で200～250時間程度がほとんどであり、部分的に身体介護（基準単価が4000円）

で1日2時間程度つくこともあるが、残りは家族介護に頼っている。

重度障害者等包括支援の制度に至っては、基準単価が月額45万円あまりであるが、この事業を請け負う事業所は全国的にもほとんどない。

3、施設介護の介護者の人員について（作成；桑山）

障害が重度化すれば、最終的にはサポートのための人件費が重要である。施設で暮らすとすれば、以下のような制度がある。実際には多くの事業を組み合わせるので、人員はもう少し多いが、いずれも3交代勤務であることを念頭に置く必要があり、最も看護（介護）状態の良い重心施設でも夜間については、50人を2人程度で看ているのが実情である。

- 救護施設（生活保護法） 入所50人規模で介護者約10人
- 身体障害者更生援護施設（身体障害者福祉法） 入所50人規模で介護者約8人
- 知的障害児施設（児童福祉法） 入所50人規模で介護者約12人
- 肢体不自由児施設（児童福祉法） 入所50人規模で介護者5人
- 重症心身障害児療護施設（児童福祉法） 入所50人規模で介護者約32人

4、 民事裁判での判示

交通事故により「24時間介護が必要」という判示があっても、それに伴う経済的保障の判示はない。介護料については、高額判決もあるものの、判決の多くは家族介護で1日5000円、介護人を雇用しても1日10000円というものが圧倒的に多い。また一括払いの場合はこのような低金利の時代でありながら5%で中間利息が控除され、司法の判断は「親亡き後」を考えたものであるとは言い難い。

5、今後の考え方と、横浜市で一つの取り組み

横浜市でKさんが中心となり、横浜市単費のグループホームの制度を基盤にして、訪問看護ステーションに併設した9世帯（4人は気管切開、1人は人工呼吸器）程度の共同住宅の取り組みが計画されている。入所施設と異なりグループホームのような「地域」であれば、自由度が高く障害者には向いているのは事実である。医療保険で訪問看護、保護者の経済状態に応じ生活保護、24時間介護のヘルパー派遣は現在の障害者自立支援法の重度訪問介護や身体介護の制度を使いながら、「共に生きる」ことが模索されている。交通事故被害者もこの中に数名存在する。

自治体の既存制度や、小規模多機能事業、療養通所介護事業（介護保険では部分的に認められているが、訪問看護ステーションに高齢者や障害者が通うための施設）、また高齢者と障害者の共同入所施設のモデル事業などを組み合わせても、なおかつ不十分な場合に、自賠責運用益を是非投入して頂きたい。その一方で、運営法人に対して成年後見制度を組み合わせ、介護する親の財産の処分も委任すれば、「親亡き後」も障害者が生きていけるのではないだろうか。

最後に、交通事故を契機に家庭はガタガタになる。もう「待ったなし」の家庭は本当に多い。酔っ払い運転や大幅なスピード違反による「大馬鹿野郎」に撥ねられたケースや、横断歩道を歩いていた正直者の子どもが交通犯罪の被害に遭うこともあり、その解決は急務である。