

(第4回)
介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する
有識者会議議事録

第4回介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議
議事次第

日 時：平成18年11月22日（水） 14：00～16：56

場 所：霞が関東京會館ゴールドスタールーム（霞が関ビル35階）

1 開 会

2 介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関するヒアリング

3 閉 会

○桑田介護保険課長 それでは、定刻となりました。皆様方もおそろいのようにございますので、第4回「介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議」を開催させていただきたいと思っております。

本日は、お忙しいところ、お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

初めに、本日の委員の皆様方の御出席でございますけれども、大森委員、小方委員、紀陸委員、矢田委員、山本委員、これらの委員の皆様方からは御欠席という連絡を承っております。

なお、紀陸委員の代理として、日本経済団体連合会の経済第三本部長の高橋様にお越しいただいております。

前回7月に開催いたしましたけれども、それから今回に至るまでの間に委員の方の交代がございますので、御報告させていただきます。このたび、花井委員に代わりまして、日本労働組合総連合の小島茂生活福祉局長様に委員に御就任いただきました。

○小島委員 小島です。よろしく申し上げます。

○桑田介護保険課長 それから、事務局の方にも異動がございましたので、この場をお借りいたしまして、御紹介させていただきたいと思っております。

老健局長の阿曾沼でございます。

老健局総務課長の石塚でございます。

老健局老人保健課長の鈴木でございます。

障害保健福祉部企画課長の藤木でございます。

障害保健福祉部障害福祉課長の蒲原でございます。

障害保健福祉部障害福祉課企画官の矢田でございます。済みません。まだ到着しておりません。

以上、簡単に御紹介させていただきました。

それでは、京極座長よろしくお願いたします。

○京極座長 それでは、本日の議題に入ります。本日の議題は「2 介護保険制度の被保険者・受給者範囲に関するヒアリング」でございます。まず、事務局から簡単に本日のヒアリングについて、御説明をお願いいたします。

○桑田介護保険課長 それでは、御説明させていただきたいと思っております。

資料1をごらんいただければ、本日ヒアリングをお願いしてございます皆様方を御紹介しております。

本日は大きく前半と後半に分けてヒアリングをお願いいたしたいと考えております。それぞれ1時間半を予定しております。まず前半1時間半ということで、既に御着席いただいております方々を御紹介いたしまして、後ほどまた後半の方々を御紹介いたしたいと考えております。

日本医師会の天本様でございます。

日本看護協会の井部様でございます。

高齢者及び障害者のケアを同じ施設の中で行っておられます、このゆびと一まれの西村様でございます。

介護と障害者サービス事業を経営されておられます、南山城学園の磯様でございます。

以上の方々に、前半部分をお願いいたしたいと考えております。

資料2以下に、あらかじめ本日お越しただいておられます方々から、それぞれの御意見を簡単にまとめた資料を用意してございます。前半に御説明いただく皆様方の資料がお手元にあるかどうか、御確認をいただければと思うんですけれども、資料2が日本医師会から御提出いただきましたヒアリング資料でございます。

資料3が、日本看護協会からいただきました資料でございます。

資料4が、このゆびと一まれからいただいた資料でございます。

資料5が、南山城学園からいただいた資料でございます。

以上、資料御確認いただけましたでしょうか。

それでは、お時間といたしましては、ヒアリングにお越しただいた方々から、それぞれ10分～15分、ちょっと短くて恐縮でございますけれども、まず4人の皆様方に御説明いただきまして、その後、まとめまして、委員の皆様方に質疑応答等をお願いできればと考えておりますので、よろしく願いいたします。

以上、事務局から御説明させていただきました。

○京極座長 それでは、ヒアリングを始めたいと思います。終わりましたら、委員の方から忌憚のない御質問をいただきたいと思います。何分、今回はヒアリングのメンバーが多いものですから、事務局で10分～15分とおっしゃいましたけれども、できれば10分程度で御説明いただいて、質疑の時間をなるべく取りたいと思います。よろしく願います。それでは、まず初めに日本医師会の天本様より、資料の御説明をお願いいたします。

○（社）日本医師会 それでは、発言の趣旨を述べさせていただきます。

まず「『被保険者の範囲拡大（負担）における意見』」としまして、被保険者の拡大等が財源を確保するといった優先目的のための実施には賛成できない。介護保険制度誕生時と同じく、まずはビジョンありきで、そのビジョンを提示していただき、国民のコンセンサスを得るプロセスが必要であり、時間もかけるべきであり、今回の医療関連法案審議のような拙速な決め方は避けるべきで、幅広い議論を経ていていただきたい。

続きまして「『受給者の範囲拡大（給付）についての意見』」。基本的には受給者の範囲拡大には賛成の立場であります。現行の介護保険施設における医療の在り方においては、在宅介護・医療と異なり、個別対応できない仕組みとなっております。いわゆるパッケージ対応とか、介護度に準じた医療提供体制になっております。疾患別、状態別、医療必要度別の個別な対応が難病、知的・身体・精神障害者等には、特に必要であると考えております。

まず介護保険施設の再編。介護医療施設の廃止の方針が決められた今、再編後の地域ケアにおける医療の在り方の議論、ビジョンがまだ示されておらず、制度化されていない。

受給者範囲拡大については、検討が難しい。あるいは受給範囲を拡大するのであれば、対象者を想定し、介護と医療の在り方への検討が至急なされるべきであろうと思われます。

難病の一部、医療依存度の強い患者さんなどは、現時点において、特に介護保険における施設サービスは非常に困難であろうと思われます。ただし、現行の介護保険サービスにおける、特に在宅支援サービスにおいては、年齢、障害にかかわらず、すぐ利用できる、利用した方が多くの方々の利便性が高まり、サービス提供側にも混乱は少ないと思われるサービスが存在することは事実であります。特に通所サービス、訪問リハビリテーション、重度介護療養施設などがあると思われます。

続きまして「『介護保険制度と障害者自立支援法等の他施策との関係をいかに考えるか』」。始まったばかりの障害者自立支援法の検証がなされていない段階で、意見具申はできかねる。また、始まった直後の現状の検証ではなく、ある年数、数年を経た時点での障害者自立支援法に基づく実態把握が必要ではなかろうか。自己負担増、選択制のあるサービス、個別ケア提供体制、障害認定の平準化、サービス内容の平等性、公平性などの検証がまずあってのところだろうと思われます。例えば医療保険の急性期医療における定額制DPCの目的、効果の検証なく、慢性期医療においても医療区分を導入した病床削減、財源削減ありきのような制度設計だけは避けていただきたい。定額制の導入における本来の目的、前提条件が覆される結果のようなことに、今回の被保険者・受給者拡大が財源削減優先となり、目的、前提条件が覆されないように、強く要望いたします。

「『今後の進め方についての意見』」としまして、第一段階として、少なくとも5年間程度のスパンで計画的に、現場を混乱させないようにソフトランディングできるように進めるべきであろうと思われます。平成21年度をめどとした変革は、余りにも事前準備が皆無に等しいのではなかろうかと思われます。しかし、方向性においては、改革が外部環境に沿って、何よりも利用者にとって最善の方向性を模索する必要性は認め、現状でよしとすべきではないと認識しております。

「『制度の狭間』として想定される40歳から64歳までの者について」。受給拡大には基本的に賛成であります。特に先ほども述べました施設サービスにおいて受ける医療提供体制は、現行の介護保険対応では困難であり、至急介護保険施設における医療の在り方の議論をまず進めていただきたいと思っております。施設と専門医、主治医との連携、医療にかかるコスト等の担保をいかにするか。この辺がきちっと決められないと、まずそちらを議論していただければと思っております。

以上でございます。

○京極座長 ありがとうございます。

それでは、次に日本看護協会の井部様より資料の御説明をお願いいたします。

○(社)日本看護協会 それでは「介護保険制度の被保険者・受給者拡大に関する意見」ということで、日本看護協会の意見を述べたいと思っております。

本日はお招きいただきまして、ありがとうございます。

お手元にスライド原稿が配付されておりますが、多少順番を変えて説明したいと思しますので、御了解いただきたいと思います。

(P P)

まず、これは復習ですけれども、平成 18 年度介護保険制度改正におきまして、特定疾病に末期の悪性腫瘍患者が追加されておきまして、2 号被保険者でありますれば、介護保険が利用可能となっております。

(P P)

これは現行の介護保険の被保険者のまとめであります。

1 号被保険者は 65 歳以上で、2 号被保険者は 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者。受給権者は、厚生労働大臣が定める 16 種類の特定疾病を有し、要介護状態等が 6 か月以上にわたることが見込まれる者。6 か月以上の継続性ということが条件になっておきまして、その下に末期がんから始めまして、関節リウマチ、その他特定疾病が記載されているものであります。

(P P)

以下、訪問看護等での事例を少し紹介したいと思います。

まず事例 1 は、40 歳代の耳下腺悪性腫瘍の方で、要介護 3 の認定を受けております。日中は一人で暮らすということで、この方は耳下腺腫瘍のために脳神経の圧迫によります視力障害と歩行障害を来していた方です。

病状の進行によりまして、それに対する不安や疼痛コントロールに対して、訪問看護によります精神的な支援、状態の観察、対処、医師との連絡調整などを医療保険の範囲で行っておりまして、更に一人で暮らす時間帯には、訪問介護による身体介護、家事援助を行い、更に屋内動作による危険防止のために、介護保険によります住宅改修、手すりの設置などを行っておりまして、日中このような障害があっても、一人で在宅療養が可能となっているケースであります。

(P P)

事例 2 は、50 歳代の直腸がんの方で、この方も要介護 3 の認定で、妻と二人暮らしの方です。

本人と家族の希望によりまして、自宅に帰ったわけですがけれども、大腿部に広範な腫瘍の転移創がありまして、毎日ガーゼ交換が必要であったということで、訪問看護、これは医療保険を適用しまして、処置を実施しておりますことと、自宅での入浴が困難であったために、訪問入浴介護を利用しておりますことと、介護ベットやエアーマットなどの福祉用具の貸与を利用しております。

この方は、急変して、退院後 27 日で亡くなられておりますが、本人の強い希望であります在宅で最後を迎えるということができた方です。

(P P)

これは 3 例目の 60 歳卵巣がんの方でありまして、要介護 2 です。

この方も在宅療養を希望しますが、日中は一人で暮らさなければならない状態であることと、がん性腹膜炎、腸閉塞を併発いたしまして、小腸にストーマを造設しており、モルヒネによる疼痛コントロールが行われ、嘔気・嘔吐・食欲不振への対処が必要な方であり
ます。

訪問看護は医療保険で、療養通所介護の利用によりまして、疼痛コントロール、ストーマケア、スキンケア、点滴などを行っております。

腸閉塞によりまして、最後は病院で亡くなられています。

医療ニーズが非常に高い方でしたけれども、在宅療養が可能になったケースであります。

(P P)

療養通所介護は、平成 18 年度の介護保険の改定で新設されたものでありまして、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度者に対してのサービス提供に当たって、常時看護師による観察が必要な者となっております。

「施設基準」は記載のとおりであります。

(P P)

がん保険制度の受給者拡大によります効果であります。つまり、末期がんの患者さんが対象になるということで、保険によります必要な介護サービスの提供を行うことにより、自己負担額の軽減、あるいは療養生活の支援、家族介護の負担の軽減などがあります。これによって、利用者の Q O L の向上や危険防止や異常の早期発見によります事故や急性増悪による入院を防ぐことが考えられまして、在宅療養・在宅死への選択肢が拡大したと考えることができます。

(P P)

末期がん患者などの介護保険の適用にかかる検討課題ですけれども、1つは要介護認定に要する期間が長いので、これによって状態が変化してしまうことがあります。下に書いてありますように、症状の変化・悪化の早いがん末期患者などが制度を有効利用できない現状がありまして、介護認定が完了する以前に死亡するといったようなケースもあります。

例えば先ほど申し上げましたように、事例 2 では、退院後 27 日で亡くなられていますことや、退院時の申請では要介護 3 でしたけれども、間もなく要介護 5 に悪化したというような状況があります。

(P P)

もう一つの課題は、現行の認定基準では、一時的な状態悪化によります介護サービスニーズに対応できないことがあります。つまり、介護保険の適用条件となります 6 か月以上の要介護状態の継続に関しましては、これによって介護サービスが利用できない場合があるということが考えられます。

63 歳の小腸悪性腫瘍の方は、抗がん剤使用時のみ副作用で一時的に歩行困難となって、車いすが必要な状態になりましたけれども、末期がんの診断がないために、介護保険が適用されないといったケースもあります。

(P P)

これは「小児における『介護』ニーズへの対応」であります。最近、問題になっておりますのは、NICU等で救命された小児、あるいは慢性疾患、重症心身障害で医療処置が必要な小児の在宅療養の問題であります。

先天性疾患や脳神経系疾患、神経筋疾患、呼吸器障害など、必要とする医療処置は経管栄養、喀痰の吸引、挿管あるいは気管切開の処置、人口呼吸器の管理などがあります。

(P P)

小児の在宅療養におきましては、介護ニーズとサービス提供の現状といたしまして、現在、訪問看護では、小児を対象とした訪問看護サービスを実施している全国の訪問看護ステーションは、約四割程度であります。

訪問介護、訪問入浴、家族介護者のレスパイトケアも必要になるわけですが、ほとんど母親が一人で抱え込んでいる状況がありまして、小児に対応できる事業者の少なさ、あるいは地域差が研究等でも報告されています。

つまり、家族に多大な介護負担がかかる現状があるということです。

(P P)

「小児の在宅療養を支えるための課題」としましては、介護保険制度の適用外でありますので、介護サービスが利用できないことや、ケアマネジャーの不足という問題があります。

したがって、介護保険の受給者拡大によりまして、既存のサービスを活用した身体介助、家族のレスパイトケア、あるいはケアマネジメントが可能になると考えられます。

(P P)

受給者の拡大によります課題ですけれども、1つは介護保険給付に係る費用の増加。それから、財源確保をどうするかということが考えられまして、保険料の引き上げや被保険者の年齢の引き下げなどといったようなことが、検討される必要があるのではないかと思います。

(P P)

今後の受給者拡大に向けた検討課題でありますけれども、自立と尊厳の確立には、個別的なケアが非常に重要でありますので、高次脳機能障害のいわゆる制度の谷間の人々に対する障害程度区分制度の見直しや、ケアモデルの普及・ケアマネジメント手法の開発。受給者の特性を理解したケアマネジメント・サービスの提供ができる人材の育成が求められると思います。

以上が看護協会の見解です。ありがとうございました。

○京極座長 どうもありがとうございました。

それでは、続いてお二人からのヒアリングを行います。

まず、高齢者及び障害者のケアを同施設内でされている、このゆびと一まれの西村様より資料の御説明をお願いいたします。

○NPO法人このゆびと一まれ このゆびと一まれの西村です。

お手元にあります富山型デイサービスについてという資料は、富山県が中心になって研究した資料の中からの抜粋でございます。また読んでいただければいいと思います。

富山型デイサービスを第1番目に始めた、私どもこのゆびと一まれの活動を紹介して、その中で共生型デイサービスのメリットとかデメリットをくんでいただければいいと思います。

(P P)

「NPOが社会を変える～富山型デイサービスの13年～」を話します。

(P P)

このゆびと一まれば、平成15年7月に開始しました。だれがしたかという、赤十字病院に勤務していました看護師3人が退職金を元手に一軒家を建てて始めたデイケアハウスです。デイは通ってくる、ケアという言葉に看護、母親が手当てをする、お世話をすることから、医療的処置も含めて看護、ケアという言葉を使いました。

対象は赤ちゃんからお年寄りまで、障害児も障害者でもどなたでもどうぞということで、小さいときに隠れんぼする者寄っておいで、この指と一まれと言ったときに、指にとまった人たちは仲間外れにしない、排除しないという意味を込めて「このゆびと一まれ」というネーミングになっています。

退院許可の出たお年寄りが、自分の大好きな自宅に帰ることがだんだんできないという現実が多くなってきました。お年寄りが1日でも長く地域で、在宅で過ごしていただけるようにという思いから始めたんですけれども、1番目の利用者は障害児、3歳の脳性麻痺の男のお子さんでした。このとき初めて障害を持つ子どもさんを持っていらっしゃる親御さん、あるいは家族のニーズが大きいんだなということ学びました。

(P P)

当時の私たちです。

(P P)

私たちは「『だれもが、地域で、ともに暮らす』」。地域というのは大き過ぎます。町内でともに暮らすということを理念に掲げています。縦割り制度の中で、お年寄りだけ、障害者だけ300人、500人の施設が富山県内にもあります。そうではなくて、いろんな人たちの人間関係の中で人は育って、そんな中で喜びも大きいのではないだろうか。そして、一人ひとりが輝く、そんな社会であってほしいと思っています。

(P P)

「みんなが一つ屋根の下で過ごすことは日本の文化である」。

真ん中は2歳のももかちゃん、両隣は認知症のお年寄りです。この子たちの顔を見るだけで、笑顔が出る。この子たちといるだけで気が晴れるとおっしゃいます。左端の人は、うちに帰ってお嫁さんの顔を見るとしかめつらになるんですけれども、子どもの顔を見るとにこやかになる。

よく先駆的なことをしたねとかとおっしゃいますけれども、ごくごく普通、当たり前の生活をしているだけです。

(P P)

「このゆびと一まれの日常」です。

84歳の認知症で一人暮らしをしていらっしゃる、このゆびと一まれの近くにいらっしゃるお年寄りと、5歳になるよっちゃんです。24週で684グラムで生まれました。地元の幼稚園、保育所ではみることができないということで、お父さんが勤めにお見えになるときに、このゆびと一まれに降ろしていかれます。来年から養護学校に入学する予定です。

(P P)

男性の方もいらっしゃいます。

(P P)

小学校の先生をしていらっしゃいました。身についたものは忘れません。キーボードでいろんな曲をひいて、みんなを楽しませてくださいます。

(P P)

このゆびと一まれをしたきっかけのもう一つに、お年寄りが畳の上で死にたいと思っ
ていらっしゃるのを手助けしたいということがありました。13年間で3例の方のみとりをさ
せていただきました。少ない数だなと思うんですけども、なかなか自宅でみとりをする、
あるいはこのゆびと一まれでみとりをするというのが、まだまだ難しい時代です。

その1人目の方です。このゆびと一まれに働きに来ていると思っ
ていらっしゃいます。重度の認知症、要介護度5です。

(P P)

このゆびと一まれには、デイですからお泊りの機能はないんですけども、自主的にお
泊りを引き受けています。結果的には、5日間だけお泊りになりました。認知症では亡く
なりません。左乳房のがんでした。今、手術をしないと、あと半年の命だと言われたん
ですけれども、手術をしないで、3年半長生きされました。最終的には皮膚が破れて、大
変な状態でした。

亡くなられる2週間前の映像です。浮腫があつて、貧血が強くて、寝たり起きたりして
いました。大人の私たちがバイタルのチェックに行ったら、いじくらしいから触らないで
くれと拒否されるんですけども、子どもが行くとむっくり起き上がって、冷たい足して
おるよ、靴下履いておられと、最後の最後まで子どもの世話をしながら、2001年1月1日
に私と代表の惣万の添い寝の中で息を引き取っていかれました。

(P P)

95歳のたかさん。心房細動で総合病院で病室に入るときに、帰りますの一点張り
で、帰宅。このゆびと一まれで16日間過ごされて、亡くなられました。16日間の間で行
った医療行為は、点滴500ミリリットル1本だけです。あとは、口から入るだけ入れよう
ということで、みんなで一生懸命お世話をして、亡くなられました。

(P P)

慢性呼吸不全であつという間に亡くなられた方ですけれども、寝顔はこのままでした。

(P P)

畳の上で大往生した人たちは、本当にみんな安らかでした。

スタッフはいろんなことを学びます。でも、もう一つ、いいことの1つに、子どもたちが命あるものは、いつかはなくなるんだということを学びます。おじいちゃん、おばあちゃんはのんのさんになったんだね。半年経っても甘いまんじゅうを食べて、たかさんがいればよかったね、甘いものが大好きだったのにと思い出します。何よりの供養になります。

(P P)

こんなふうに、障害者の人といろいろ関わって生活しています。

(P P)

戦後、日本からなくなったこういうスタイルが、もう家庭からはなくなったように思います。

(P P)

寝たきりの人の手を洗っているところです。こんな姿もなくなりました。

日本は家庭から赤ちゃんが産まれることと、お年寄りが家で亡くなることを病院に委ねてしまったように思います。

(P P)

60代で難病の方です。気管切開をしておられます。本人は気管切開を拒否されたんですけども、妻と娘がお父さんの人生でもあるけれど、私たちの人生でもあるから、もう少し考えてほしい。よく検討して気管切開されました。しゃべれません。週に1回デイサービスに通っておられます。退院時前から、このゆびと一まれには、看護師がいるからということで連絡を取り合って、利用してくださっているんです。4か月のだいちゃんが毎日来ています。今はアイコンタクトしかコミュニケーションが取れませんが、だいちゃんの発育の様子を全部アイコンタクトで報告しておられます。何よりの楽しみだということ。

(P P)

行事は余りしません。誕生日だけ祝います。

(P P)

知的障害者の方が5人働いています。その一人中村きょうこさん。だっこされているのは、自閉の男の子です。

(P P)

最初、中等部と高等部のときは利用者でした。卒業と同時に、このゆびと一まれで働いています。今ではなくてはならない存在の一人です。

(P P)

下村君も働いています。

(P P)

5人のうち1人だけが、今、マンションで一人暮らしをしております。雇用契約はしていませんので、有償ボランティアです。このゆびと一まれのサラリーと障害者年金をもらいながら、それでもワンルームマンションを借りて、自活しています。みんなこんなふうになればいいなと思って、今、支援しているんですけども、なかなか難しいです。(P P)

私たちは日々事あるごとに、富山県民一人ひとりが日々感動とチャレンジ精神を持って、死にがいのあるまちづくりをしましょうと知事さん始め、皆さんに言っているんですけども、死にがいのあるまちづくりはだめだとすぐ却下されました。

(P P)

死にがいのあるまちづくりというのは、富山市で生まれて、富山市で育って、富山市で死ぬんだというまちづくりにしたい。私も畳の上で死んでよかったという、身近な死のありがたさを感じるまちづくりということです。

(P P)

先ほどの認知症の人です。

(P P)

ありがとうございました。

スライドは以上で終わりです。

受給者拡大ということに、私たちはありとあらゆる人が介護が必要になったときには、介護が受けられる社会になれば、だれもが安心して住みやすい社会になるのではないだろうかと思っています。人は生まれてから死ぬまで、生まれつき障害を持っていたとしても、学ぶ権利もありますし、結婚する、就労に就く、あるいは日々生きがいを持って楽しく過ごすということは、人間皆公平でなければいけないと思っています。

人は必ず身体加齢現象で老いていきます。あるいは病気になって、人の世話が必要になってきます。そういうときには、今、介護保険という制度が整ってきましたので、余り問題は無いのではないかと状況になってきました。でも、障害者の人たちは、本当にまだまだの状態であると思っています。

例えばよっちゃんなどは、生まれつき重度の障害を持っています。1つ目の提案は、生まれたときからケアマネジメントの制度化をしていただきたい。その子の一生涯を通じて、ケアマネジメントをしてくれる人がいるということが、必要なのではないだろうかと思っています。

障害を持っていらっしゃる方たちは、先ほど看護協会の方もおっしゃいましたが、学校に上がるまで、どこかでだれかが世話をしなければいけないというときの強化をしていただきたい。学校に上がったら、学校という保護下の中にいますので、まずは一安心。今度は、卒業してからの就労というところで、手助けが必要になってくるのではないだろうか。

私たちは、いつでも、だれでも受け入れるということをしているんですけども、介護

保険と同じようなシステムでサービスが受けられるということは賛成です。でも、やはり安定した財源が必要ですので、二十歳になったら選挙権が全員に与えられるように、二十歳から保険料を払うという方法はどうか。

それと、今までの障害者の人たちは、ただというところに慣れ過ぎていたように思いますので、これからは、先ほど言いました二十歳からは保険料も払わなければいけない。その代わり、相当料の1割負担を払うということで、その点では利用者の利用料負担の見直しをしなければいけない。

支給決定基準の策定を早急にしていただかないと、みんなが安心して生活することができないのではないだろうか。

富山市などを見ても、決定的にサービス料の不足が挙げられますので、お年寄りのサービス料と比べると、障害者に対するサービス料が不足しているように思います。

以上です。ありがとうございました。

○京極座長 どうもありがとうございました。

それでは、最後になりますけれども、介護と障害者サービス事業を運営されている南山城学園の磯様から資料の御説明をお願いいたします。

これが終わりましたら、皆様から質問や御意見を賜れば幸いです。

それでは、よろしく願いいたします。

○（社福）南山城学園 失礼いたします。南山城学園の磯と申します。

それでは、共生型サービスの事例報告ということで、私どもの法人の沿革を紹介させていただきます。

（P P）

私どもの法人は、1965年、現在創立して42年ほどになりますけれども、40年を分けまして、このように大きく3つの期に分けることができます。そんな中でいろんな課題に当たりまして、それを解決するために、組織にアレンジを加えてまいりました。それを紹介いたします。

（P P）

まず第一期でございます。

繰り返しになりますけれども、1965年、私どもの法人は知的障害者の24時間の入所施設というところから、定員30名でスタートをいたしました。

（P P）

1975年までの10年間の間に、これは時代の要請もあったかと思いますが、増設を繰り返しまして、1つの広い敷地の中に、更生施設定員220名、授産施設60名へと巨大化をしてまいります。いわゆるコロニー化をしていくわけでありまして。

その後、諸外国でうたわれておりましたノーマライゼーションの理念というのが日本にも浸透し始め、本当にこのような大きな施設でいいのかということに対する疑問がわいてきた時期でもございます。

(P P)

当時、私どもの施設においては、3つの大きな課題がございました。

1つ目は、入所時には30代であった方が、60代に近づいているという高齢化の問題。

2つ目は、障害者が少しずつ地域で受け入れられるようになりまして、入所されてくる方は重度の方が多いという重度化という問題。

3つ目は、一旦入所をしてしまいますと、生涯入所施設で生活をするといった、本来の更生施設とは異なった終身型の施設になっていた。いわゆる長期滞留化という問題を抱えていたわけでありまして。

このような課題は、全国の障害者施設はどこでも抱えていた問題であります。

(P P)

第二期に入りまして、これらを少しでも問題解決を行いまして、時代に求められる施設へ転換していこう。加えて、その基軸というものを集団的処遇から個というものに対して、力点を置いていこうという考えの下に、ここにありますように、巨大化した220名の更生施設というものを、高齢の障害者に対応する施設であるとか、自閉症の方に対応する施設といった形で、4つのグルーピングを行いまして、それぞれの施設において、課題を克服すべく、特徴ある施設づくりを進めていきました。

(P P)

第一期における課題解決を進める一方で、第二期においては、さらなる課題も生じてまいりました。

その課題の1つ目は、先ほど第一期で高齢化ということを申しましたけれども、更に利用者がお年をめされまして、障害者施設では対応できないというような高齢化問題。我々で言いますと、前期高齢化から後期高齢化へ進んでいるという問題。

2つ目は、強度高度障害と言われる最重度の方々が施設を利用されるようになりました。

3つ目は、第一期から積み残されていた長期滞留化という問題でありました。

(P P)

第二期における課題に対して、解決の糸口を模索し始めたのが、90年代半ばの第三期であります。同時に法人全体として、時代の潮流に合わせて、法人のベクトルというものを、内向きではなく外向き。つまり、地域や在宅に向けて事業の転換をシフトさせていった時期でございます。

(P P)

第三期に入りまして、第二期における課題、特に解決をし切れなかった長期滞留化への解決に向けて、本腰を入れていきました。つまり、我々のサービスというものを地域にどのようにつなげていくかということ視点を当てまして、このようにグループホームであるとか、デイサービス、また相談支援事業所などの開設を進めていきました。

我が法人の特徴は、すべての事業が知的障害者から始まり、そして身体障害へ、更に高齢者へとつながっているところであります。

(P P)

このようにグループホームなどの地域生活援助、または相談業務というものを強化し、従来からの入所事業というものに加え、通所事業や相談事業というようなもの、我々はトライアングルネットワークと呼んでおるんですけれども、ネットワークを構築することで、サービスのバリエーションを増やし、地域生活へ移行したとしても、しっかりとしたサポート体制を組めるように、利用者に安心して地域で暮らしていただけるような形で、長期滞留化の解消を図ってまいりました。

(P P)

第三期においては、後期高齢化への対応も大きな課題でございました。第二期のころより、高齢者対策には力を注いでまいりましたが、やはり障害者施設における処遇の限界というものも感じておりました。

一方で、社会福祉法人として、地域化、在宅化というものを推進するため、法人事業を知的障害者に特化するということではなく、他種別に対しても事業展開を図り、法人の多角化を図り、地域に対して、より一層の貢献をすべきという考えを持っていた時期でもあります。

(P P)

そこで、障害者の後期高齢化への対策と併せて、地域社会における一般の高齢者からのニーズに応えられるよう、ここにありますような事業展開を行いまして、介護事業への参入に進んでまいりました。

(P P)

障害者と同様に、入所、通所、在宅といった形のトライアングルネットワークを構築し、利用者に選択をいただけるよう、また、利用者のニーズがより拾えるような形で事業展開を進めてまいりました。

(P P)

当方の現在のトータルイメージでありますけれども、入所施設から始まり、そのときどきの課題を克服してきたことが、徐々に実を結んできたと感じております。この矢印のように、私どもとしては、今後も地域社会により近いところ、つまり、地域社会との両方向の関係性を築けるような距離感で事業を展開していきたいと考えております。

(P P)

このようなことが私どもの沿革でございますけれども、整理をしますと、私どもの法人は、知的障害者の分野からスタートをし、理念に基づきサービスを提供していったところ、そのときどきの必然がありまして、次の事業、次の事業へと進んでいきました。つまり、私どもの高齢者分野への事業展開というものは、地域社会の高齢化というものが大きな要因ではなく、脈々と受け継がれてきた法人の理念というものと、目の前にある利用者のニーズ、そして世の流れ、福祉の流れ、加えて言えば、当方の既存事業で蓄積されたノウハウというものの結実が高齢者福祉・地域福祉への方向性を創出したと考えております。