

【介護保険の被保険者・受給者範囲に関する有識者会議】

共生型サービスに関する意見

平成18年11月22日
社団法人 全国老人施設協議会
研修担当 村上勝彦

[1] 共生型サービス(同施設内で高齢者及び障害者に対して行う給付サービス)を実施した場合のメリット・デメリットについて

(1) 制度の基本的視点

1. 介護保険制度
 - ・予防重視型システムの確立
 - ・施設給付の見直し
 - ・新たなサービス体系の確立
 - ・サービスの質の確保・向上
 - ・負担のあり方・制度運営の見直し
2. 障害者自立支援法
 - ・障害者施策を3障害一元化
 - ・利用者本位のサービス体系に再編
 - ・就労支援の抜本的強化
 - ・支給決定の透明化、明確化
 - ・安定的な財源の確保

(2) 相互利用を想定する根拠と理念

1. 特別養護老人ホームは、常時著しい介護を必要とし、かつこれを在宅で行うことが困難な者に対し、その者が尊厳ある生活を送れるよう支援を行う場である。
一方で、障害者自立支援法における「施設入所支援」とは、その施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排泄又は食事の介護その他の便宜を供与するものである。なお、障害者施設支援については、法上の定義はないものの、政省令において障害程度区分による利用要件が定められているように、実質上は介護老人福祉施設と同じく「中

重度」の状態像の者の入所を想定している。

このことから、高齢者・障害者施設双方とも、心身状況(要介護度・障害程度区分で判定)だけでなく、環境因子(家族の状況・住環境その他)を含めて在宅生活が困難な者について入所により支援を行うことが適切な場合を想定していることについては同じ理念に立つものと考えられる。

2. 障害者自立支援法では、従来の33種類に分かれていた施設体系を6つの事業に再編するなど、抜本的な見直しを行ったが、同時に従来の居宅(居宅生活支援費)―施設(施設訓練等支援費)という区分を「介護給付」―「訓練等給付」という群で再編した。施設入所支援については、夜間(及び土日)の「介護その他の便宜の供与」するものとして、介護給付に位置づけしている。
3. 有識者会議における厚生労働省資料では、若年要介護者向けのサービス提供については、障害者サービスの改革により、数年後にはサービスの機能再編・分化が進み、このうち「介護」に該当するサービスは介護保険に移行してくることが可能となるとしている。
4. 以上の論理から、「介護」という概念で区分した場合には、今回の再編により生活介護・施設入所支援として指定を受ける事業所・施設、居宅介護等の「介護給付」に位置づけられるサービスと、介護保険における介護給付に表面上の差がなくなる。
高齢者・障害者の「心身状況」「環境因子」から在宅生活が困難な者に対して「介護その他の便宜の供与」する施設として「普遍性」を持つことは不可能ではない。

(3) 共生型サービス実施で想定されるメリットと課題

1. 上記の理念に照らし、施設の共生利用は利用者の生活と生命の尊厳・尊守という観点からも必要である。
2. そのメリットとして第3回有識者会議(18・7・25)の調査概要にあるように、デイサービスにおいては・障害者・高齢者の枠にとらわれず、共にハンデを背負うものが共生、共存、協働していく・高齢者と障害者の共生はともに生命を活性化させる上で効果的 等共感を得るものである。
3. また、サービス基盤整備の現状から、1990年代以降のゴールドプラン・介

護保険制度により飛躍的に整備が進んだ老人福祉施設及びそれと一体的整備された在宅基盤に比べ、努力義務であった市町村障害者計画による障害者福祉サービスの整備は大きく立ち遅れている。

特に、都道府県格差だけでなく、都市部・山間部での格差も大きい。都市部では「迷惑施設」として建設反対を受ける一方、山間部では在宅基盤が殆どない状況の中で、障害者自立支援法における日中一夜間の機能再編により、利用者本位のサービス体系の再編が進むことが期待できる。

さらに、整備が進んだ老人福祉施設の機能を障害者も利用できれば、高齢者・障害者の施設相互利用を可能とするための条件整備(人員・設備・報酬体系等)の困難性や障害特性の多様性を勘案した上で、障害者サービス基盤の地域格差是正に寄与するものとする。

4. 改正介護保険制度は、予防給付の創設によるサービス制限により地域で「安心して」暮らす環境(地域包括ケア)の確立を求められている。

しかし、現行の要介護認定及び障害程度区分は「心身状況」のみに着目した報酬体系となっている。この状況で施設は「心身状況」のみならず「環境因子」による在宅生活困難者のセーフティーネットとしての使命を果たすことが期待されている。

特に、認定でいわゆる「軽度」と判定された者で、環境面で在宅生活維持困難者の入所が極めて困難となっており、自立支援法では要件上も実態的にも入所不可能となっている。

このことは、認定における二軸評価の検討を深めなければ、相互利用以前の問題として、施設が地域に存する意義が失われ、ひいては利用者の最期の「安心」を失わせることになる。

5. 施設においては24時間(障害者支援施設では夜間及び土日)の連続した支援が必要であるが、高齢者・障害者の特性は多様であり、共生型サービス実施にあたって、共通性はもとより相違点、多様性に柔軟に対応しうる環境、支援技術、専門職の確保が必要である。
6. 共生利用の実施にあたって、施設利用者の対象年齢、心身状況、障害種別といった要因の違いが施設での支援のあり方に直接影響する。施設ごとの利用者状況の差異に円滑に対応するためには、人員、環境の評価つまり報酬上の工夫が不可欠である。

「2」要介護者すべてを制度適応することで想定される課題

(1)[1]—(3)—5に挙げた課題が大きい。

特に、乳幼児期は適切な療育により障害の軽減も可能であり、それに対応する体制が不可欠である。

また、強度行動障害等の知的障害児者は人、空間等環境条件の特異性を考慮すべき者もあり、高度の専門性による支援体制が必要である。さらに、身体障害者にあつては、知的、精神的に障害のない者もあり、生活スタイル、リズムに対応できる環境が求められる。

(2)要介護認定は1分間タイムスタディの各要介護者等への介護サービスの提供時間によって設定されている。対象者が1人の場合、多数の場合の調査結果が提示されている。(18.10.10 第1回要介護認定調査検討会)

この中で、集団を単位とする介護保険施設では、例えば1分間の介護サービスが6人を対象とすれば、要介護者1人10秒間の算定にしかない。これは要介護度と介護報酬のダブル低下を招く結果となる。このような仕組みで知的障害の認定、サービス内容のみならず認知症高齢者のケアが適切に評価されるのか疑問である。

(3)老施協総研の調査(平成18年度 老人福祉施設における地域障害者ケアについての調査研究)では、特養、身体障害者療護施設、知的障害者厚生施設、全入所者523人について領域別支援時間及び直接支援比率を調べた。その結果、生活介護比率は3施設とも大きな差はなかったものの、「見守り・声かけ」の比率が知的障害厚生施設に圧倒的に多く、先の要介護認定での評価では知的障害に対する質の高いサービス内容が的確に反映されないことが示唆された。

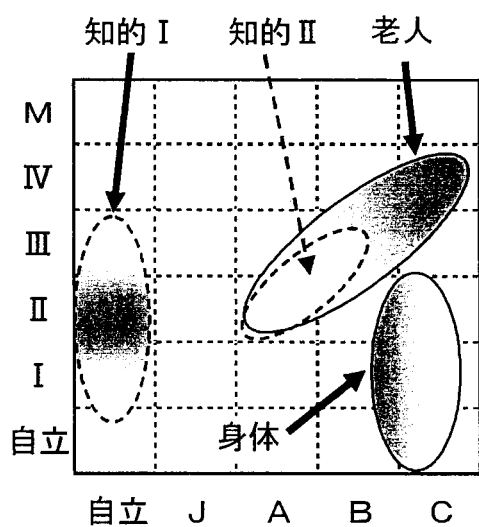
「老人福祉施設における地域障害者ケアについての調査研究」
～ 法制度及びタイムスタディに見る施設特性 ～

(参考資料抜粋)

老施協 総研

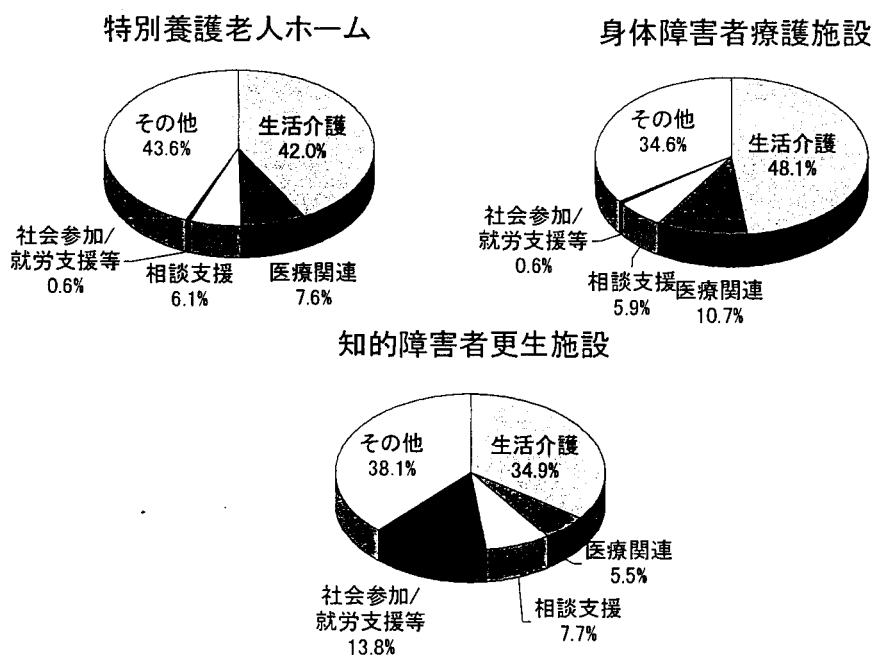
社団法人 全国老人福祉施設協議会

(施設入所者のADL)



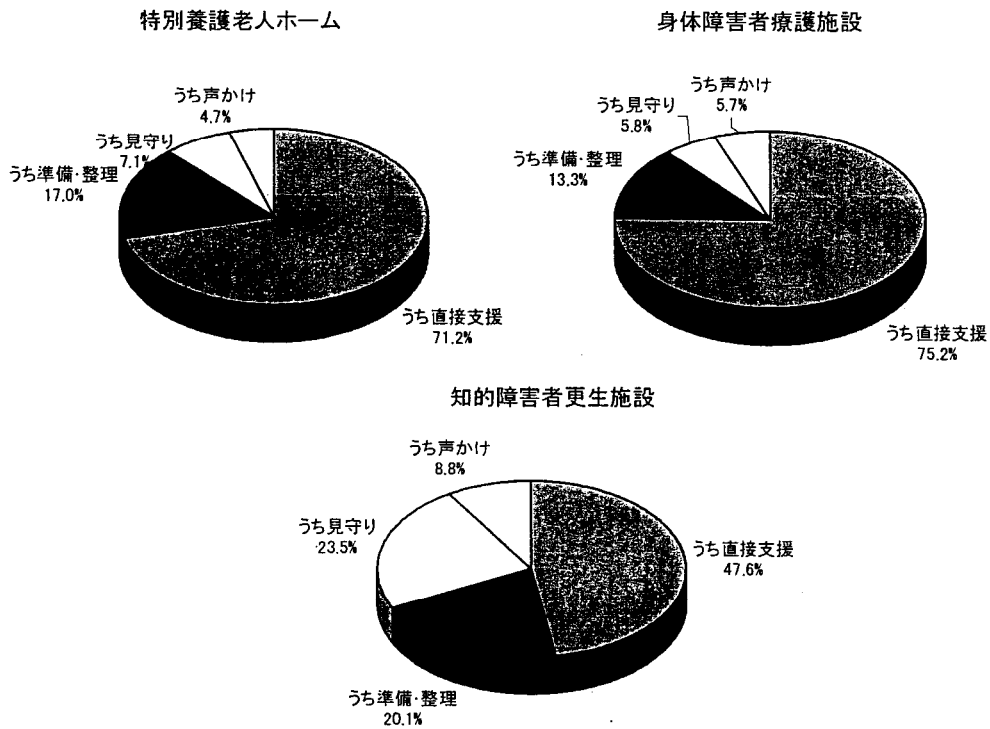
左図は、各施設入所者の ADL 分布のうち構成比率の高い領域を見たもの

(施設入所者に対する領域別支援時間の構成比率)



直接支援・間接支援を問わず、知的障害者の支援は大きく異なり、また介護部分を明確に分離できるものではない。

(うち、生活介護業務における直接支援・間接支援比率)



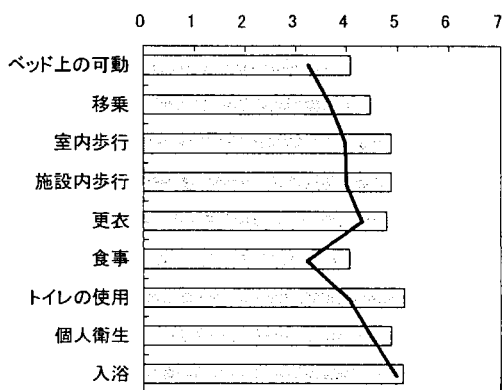
5-1 個々の動作・状態①-身体動作 (図表5-1)

本項目では、“ベッド上の可動、移乗、室内歩行、施設内歩行、更衣、食事、トイレの使用、個人衛生、入浴”の9動作について、“1 (自立) から7 (全面依存)”までに分類し判定した結果を集計している。

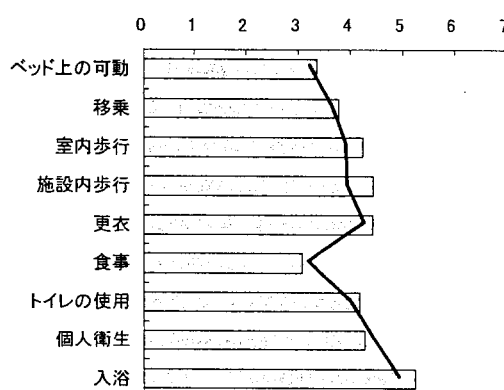
折れ線の加重平均に対し、身体障害者療護施設利用者はいずれの動作においても依存度が極めて高く、知的障害者更生施設では①がやや高いものの、いずれも加重平均を下回っている。

図表5-1

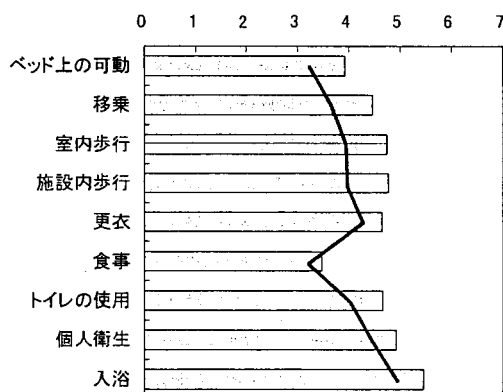
特養①



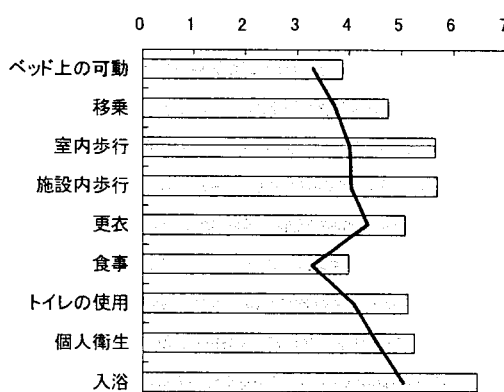
特養②



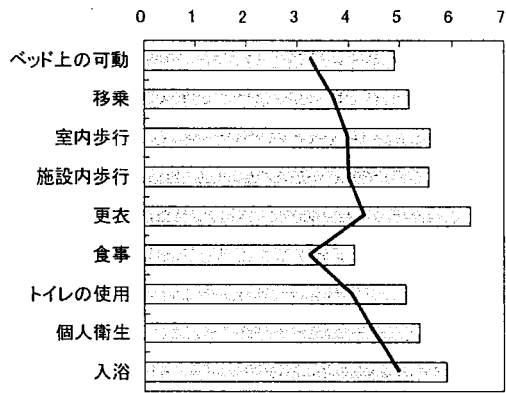
特養③



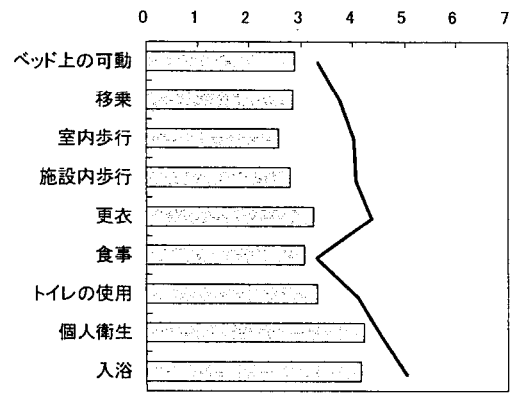
療護①



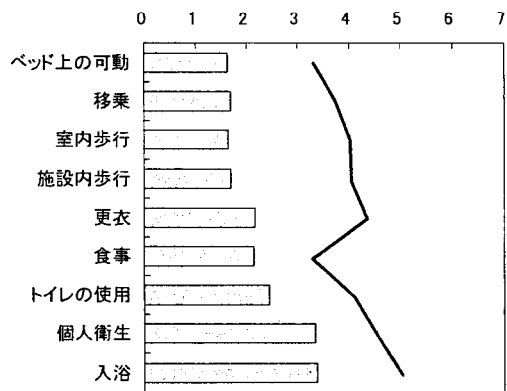
療護②



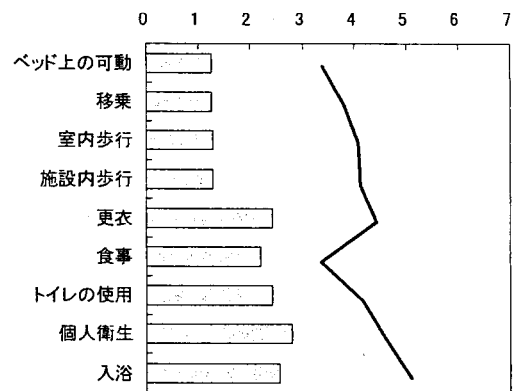
知的更生①



知的更生②



知的更生③



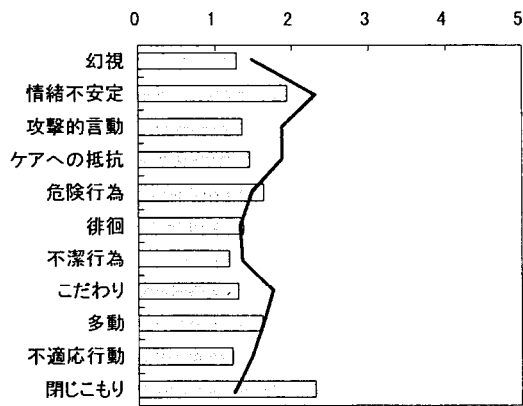
5-2 個々の動作・状態②—精神状態等 (図表5-2)

本項目では、“幻視・幻聴・妄想、情緒不安定・睡眠障害、攻撃的言動、ケアへの抵抗、危険行為、徘徊、不潔行為・食行動異常、激しいこだわり、多動・騒がしさ、集団への不適応行動、閉じこもり”の11について、“1(ない)から5(ほぼ毎日)”までの頻度で分類し判定した結果を集計している。

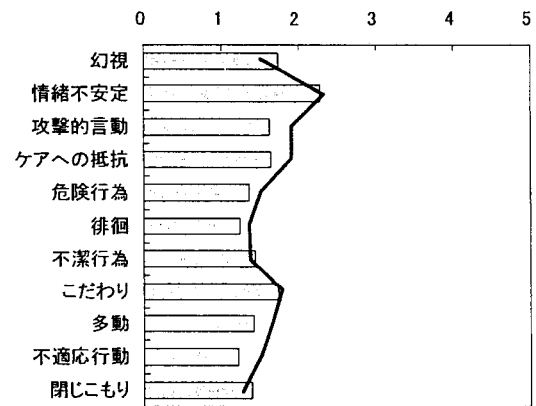
ここでは、先に見た身体動作等と異なり、施設種別で大きな差異は認められないが、知的障害者更生施設は全体的に高い傾向となっている。また、知的障害者更生施設①(全領域)と、身体障害者療護施設②(不潔行為以下の領域)についてはその頻度が高い結果となっている。

図表5-2

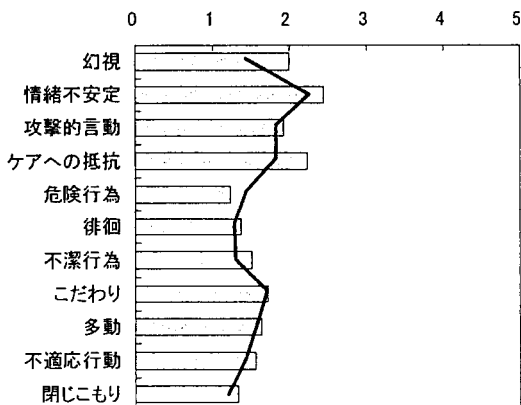
特養①



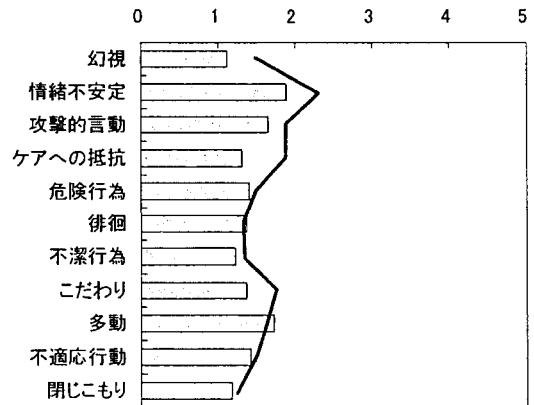
特養②



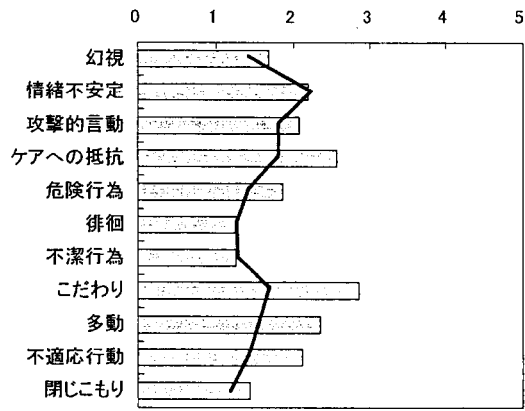
特養③



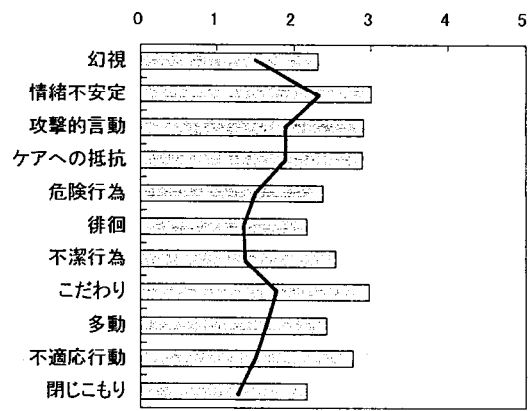
療護①



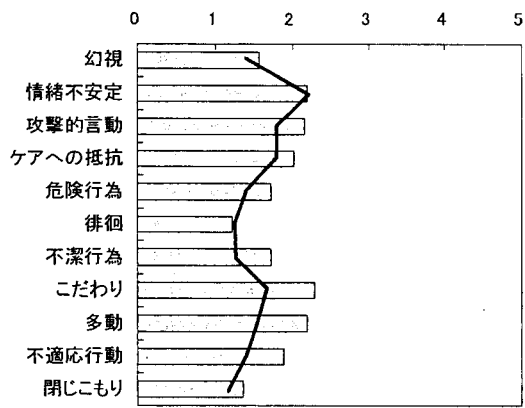
療護②



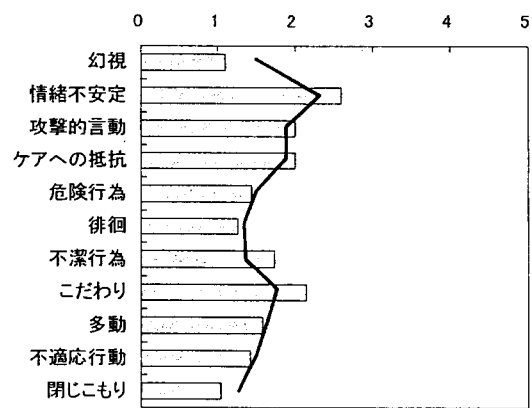
知的更生①



知的更生②



知的更生③



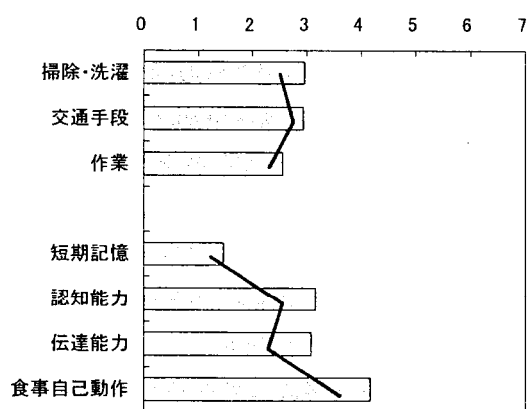
5-3 個々の動作・状態③—生活機能・認知活動（図表5-3）

本項目では、“調理・配膳、掃除・洗濯、交通手段の利用、作業”の4生活機能について、“1（できる）から3（全介助）”までに分類し判定した結果と、“短期記憶（2）、意思決定の認知能力（5）、意思の伝達能力（5）、食事自己動作（7）”の4つに係る認知活動についてそれぞれカッコ内に分類し判定した結果を集計している。

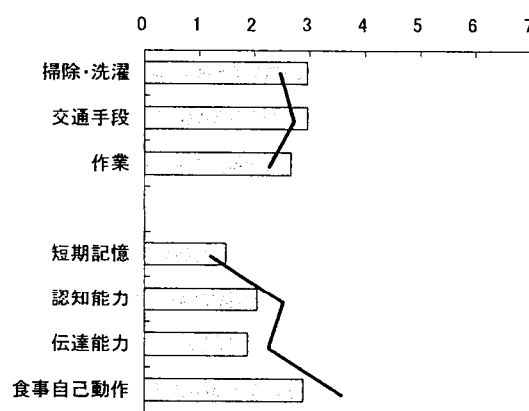
生活機能については、特別養護老人ホーム及び身体障害者療護施設はその年齢・身体特性からも介助の度合いが高い結果となっている。認知活動については、意思決定の認知能力において、特別養護老人ホームと知的障害者更生施設に介助の度合いが高いという共通点が見られる以外には、施設種別ごとの特性として集約される特徴は認められない。

図表5-3

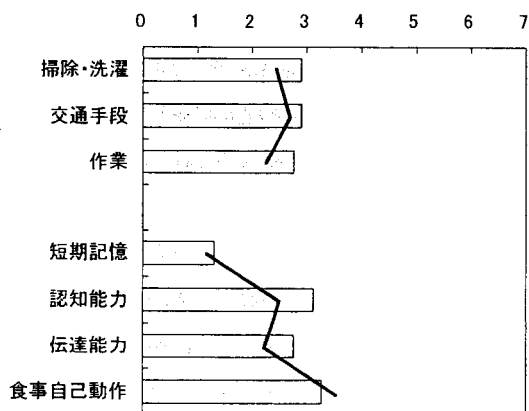
特養①



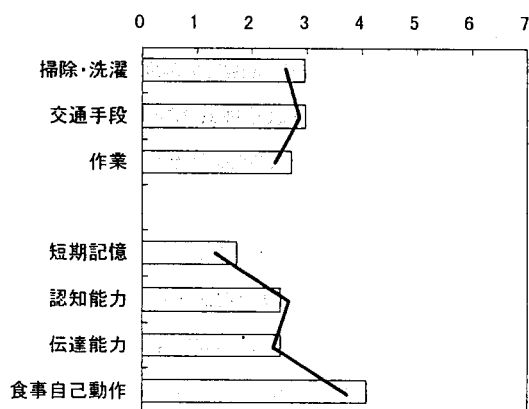
特養②



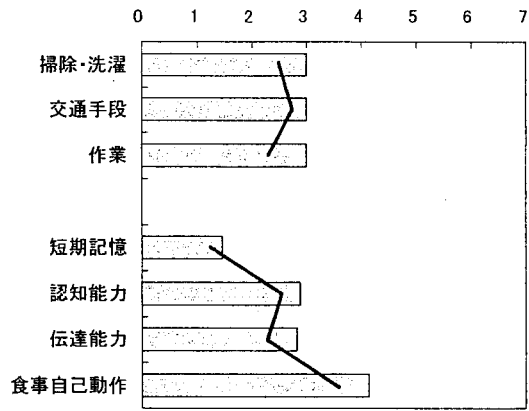
特養③



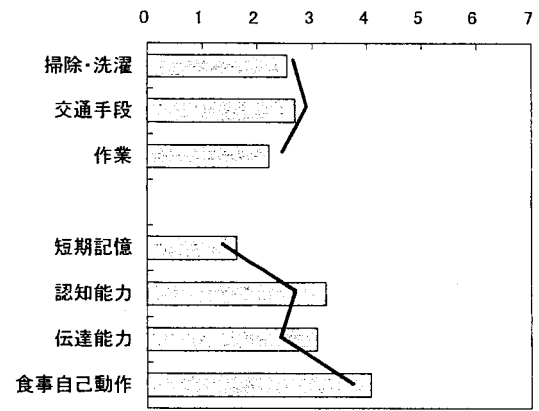
療護①



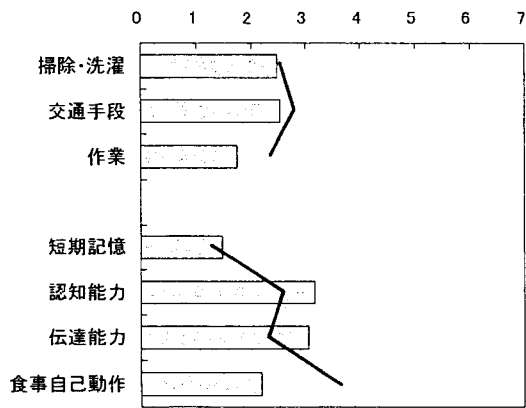
療護②



知的更生①



知的更生②



知的更生③

