

( P P )

先ほど知的障害者のグループホームのお話をさせていただきましたが、そのグループホームは昭和 55 年、国の制度になかったような時代にスタートをし始めました。

( P P )

制度と制度の間には、今もなおたくさんのニーズがこのように存在をしております、それをいかに拾い上げ、トライアングルネットワークというものが、実はネットではなく、1つの面となるような創意工夫をしていきたいと考えております。

( P P )

以上が私どもの流れでございますけれども、その流れの中で、本日のテーマである共生型サービスを実施している事業所を御紹介し、それについての若干の考察を加えたいと思います。

現在、私どもの法人で共生型サービスを行っている事業者は、ここにお示しをしております3か所でございます。

介護老健施設の方は、定員 100 名。個室ユニットタイプで、10 人×10 ユニットで構成されています。そのうち、1 ユニットの高齢の知的障害者に御利用いただいております。入居前の住まいは、先ほど沿革で紹介をしました私どもの入所更生施設の方々であります。要介護度でいいますと、大体要介護 2 ぐらいまでは障害者施設で対応ができますけれども、3 以上になりますと、やはりサービス内容が異なってまいりますので、高齢者施設に移行をいただいております。御利用いただいて約一年ほどになりますけれども、独立したユニットタイプでございますので、他の利用者とのトラブルというのは、皆無であります。時として、レクリエーションなどで他のユニットの方とも接していただきますけれども、スタッフの対応でトラブルの発生は現在ございません。ただ、老健施設は、基本的にはリハビリ施設でございますので、今後の行き先、例えばグループホーム等を考えておりますけれども、そこが課題になっております。

一方、老健施設は特養と異なりまして、医療面の充実が少し図られておりますので、ベースに障害があるということから考えますと、老健施設の方が有用かと考えております。

2つ目の通所リハビリセンターでございますけれども、こちらの方も約 10% 程度、知的障害者の方に御利用いただいております。住居は知的障害者のグループホームの方々であります。先ほどの老健施設とは異なりまして、障害者の方と健常者の方が混合の利用をされておりますので、時として、コミュニケーショントラブルのようなものが生じているようでもありますけれども、それもスタッフの対応によって、大きな問題は生じておりません。

3つ目の訪問介護でありますけれども、こちらの方は、障害者の方が 60~70% 御利用いただいております。知的、身体、そして精神の障害の方であります。このサービス自体は、御承知のように、御自宅に寄らせていただいている個別対応ということになりますので、大きなトラブルはありません。ただ、障害特性ということに対する理解であるとか、知識であるとか、サービス提供者側のスキルアップというものが必要かと考えております。

老健の施設は介護保険、通所リハビリも介護保険、訪問介護に関しては、自立支援給付という形で御利用いただいております。

( P P )

先ほどの老健施設について、もう少し詳しく説明をいたします。

定員 100 名で 1 ユニット 10 名の知的障害者が御利用されています。一般の方は、9 ユニット 90 名おられます。

平均年齢は知的障害者が 68.1 歳、一般の高齢者は 85.1 歳。知的障害者の場合は、我々健常者から比較しますと、文献上、約 10 年老化が早いと言われておりますが、この数字はそのことを如実に表しております。

平均の IQ が 20.4。これは旧来の療育手帳上でいいますと、大体重度判定の方々であります。現在の自立支援法の障害程度区分では、この方々は大体 4 ～ 5 程度と推測をしておりますけれども、平均の要介護度は知的障害者の方が 4.1、高齢者の方が 3.0 というところでございます。

( P P )

もう一つ、これは私自身が医者として、インプレッションとしてお話をさせていただくことでありますけれども、一般の高齢者の方と知的障害者の高齢者の方は、同じ要介護度 3 といった場合でも、サービスの必要量というのは、知的障害所の方がやはり多くかかるということでもあります。一般の高齢者の場合は、大体まだらの場合が多いわけでもありますけれども、自立をされているところと、お示ししているように介護を必要とする部分に対しまして、知的障害者の場合は、もともとのベースというのが低うございますので、やはり介護量がここの斜線部分のように、一般の高齢者よりも多くかかるということであろうと思っております。

( P P )

共生型サービスを私どもで実際に提供した結果から見えるメリット・デメリットについて、ざっと整理をしますと、利用者にとってのメリットは何か。それは恐らくアクセスは勿論のこと、相談窓口などの使い勝手がよいということであろうと思えます。

2 つ目は、年齢にとらわれない継続的な利用が可能になるということ。

3 つ目は、先ほど苦情があるといいましたけれども、逆に高齢者の方であったとしても、例えば通所リハビリセンターで障害者の方と接しられます。そうしますと、やはり何かお世話をしてあげたいと高齢者の方も思われるようでありますし、また、障害者の方からお礼を言われますと、自分自身が必要とされているという存在感を感じるという相互扶助的な意識が高揚していくのではないかと考えております。

デメリットは、先ほど申しましたように、多様な利用者が混在することによる苦情であります。繰り返しになりますけれども、それは事業所の工夫により、おおむね解消できるのではないかと思います。

現在、私どもの方では 10% の方が利用しているという報告をさせていただきましたが、

例えばその数値が逆転した場合、障害者が90%、健常者が10%という状況を考えた場合、恐らくさまざまなトラブルが起こるということは想像に難しくありません。しかしながら、全人口の3%と言われる障害者の方々が、その割合でそれぞれの地域で、それぞれの事業所で利用をされれば、大きなトラブルが生じるとは決して思えないわけであります。もし、それが存在するとするのならば、その事業所の質、またはスタッフのレベルが低いことになるのではないかと考えております。

( P P )

次に事業者側のメリット・デメリットを少し考えてみました。

2つでありますけれども、1つ目は、ハード面を有効活用できるということ。

2つ目はソフト面、特にスタッフなどの柔軟な配置ができるということだろうと思いません。

一方、デメリットについていいますと、障害者の場合は、時として、問題行動を起こす場合がありますので、問題行動が起こった場合に、個別対応ができるスペースの確保が必要になってまいりますけれども、これは認知症の強い方にも同様なことが言えますので、大きなデメリットであるとは思いません。

あえてもう一つ挙げますと、デメリットというより課題かもしれませんけれども、総合的な、つまり、介護、障害、両方の知識、スキルというものを持ち合わせたスタッフの養成が必要になってくるであろうということであります。

( P P )

「被保険者・受給者拡大の制度上のメリット・デメリット」でありますけれども、これは先ほどと同じような話になりますけれども、まず1つ目は、高齢、障害に関係なく、やはり自宅の近くでサービスを利用できるということ。

そして、保険料を払うことになりまして、サービスを受けるという権利関係がはっきりしてくるということ。

障害者の場合、おおむね長期的・継続的なサービスが必要になりますけれども、それに対応ができる。高齢者の場合、単純に平均寿命から健康寿命を引きますと、大体7、8年になります。そこが介護サービスが必要になると思いますが、障害者の場合は、やはり何十年というスパンになりますので、そういった長期的なサービスに対応ができることになり、それに対する安心感が生まれてくるだろうと思えます。

デメリットは、言わずもがなでありますけれども、保険料負担であろうと思えます。

( P P )

まとめますと、障害者施設からスタートした法人が、共生型サービスに至る一事例を報告いたしました。

共生型サービスの流れは、地域社会の高齢化が大きな要因ではなく、既存事業の蓄積によるものであり、ニーズに対応した結果である。

( P P )

そして、共生型サービスのメリットは、継続的サービス利用と利便性の向上である。

一方、デメリットは、おおむね運営上の工夫により解消できると考えられる。

(P P)

今後は、年齢や障害による分類ではなく、ユニバーサルデザインによる、より普遍的なサービス設計が求められます。

その推進が、地域社会に対し、福祉事業の理解を深め、地域啓蒙、地域文化の醸成に寄与すると考えられます。

以上でございます。

○京極座長 どうもありがとうございました。

皆様に時間を守っていただきましたので、質疑の時間がかなり取れます。とりあえず、15時30分まで、今お話いただきました天本様、井部様、西村様、磯様の四方に対して、御質疑、御意見などがありましたら、有識者会議のメンバーの方からどんどん御発言いただきたいと思います。どなたでも構いませんけれども、質問については、だれだれについてと人を絞っていただきまして、あとの御意見は御自由をお願いいたします。どなたからでも結構でございますが、どうでしょうか。

紀陸委員の代理の高橋様も発言は自由でございますので、どうぞ。

松下先生、どうぞ。

○松下委員 いろいろなことを教えていただきまして、どうもありがとうございました。

南山城の磯さんに御質問ですが、さまざまな障害をこれからも含めて発展させていきたいとお話があったんですが、精神の場合がちょっと抜けていらして、児童の精神、自閉症とか、最近ではアスペルガーも含めて対応なさっているだろうと思うんですが、いわゆる一般的な精神障害も共生サービスにもしも受け入れるとすると、どういう問題、メリットとかデメリットとか、その辺はいかがかということをお話していただければと思います。

○(社福)南山城学園 法人のできた経緯からしまして、精神障害の方を多く扱っているわけではありません。ただし、身体障害または知的障害の方でも、精神障害を重複しておられる方もおられますので、そういった方に対応した結果になりますけれども、先ほど御報告をさせていただいたように、やはり問題行動が起こった場合に、リラクゼーションでできるスペースであるとか、そういったものへの対応ということは必要になってくるかと思えます。そして、障害自身の理解というものが周りに浸透していけば、大きな問題はないんだろうと思えます。いわゆる触法と言われるような方々に対しては、別扱いになろうかと思えますけれども、それ以外は、大きな問題があるとは考えておりません。

ただ、繰り返しになりますが、やはり割合の問題だと思えますので、普通の一般社会と同じような割合であれば、大きな問題はないんだろうと思えます。

○京極座長 ほかにどうでしょうか。精神に絡んだことで、もし質問がございましたら、どうぞ。竹中委員、お願いします。

○竹中委員 今お話を聞きまして、質問というよりも、特にこのゆびと一まれさんと、今

の南山戒学園さんの御発表に大変感銘を受けました。

私たち自身も障害種別に関わりなく、その人が学び、働きたいという希望を持たれたときに、一緒にコンピュータの勉強をしたり、あるいは企業などを巻き込んで、その人とお仕事をつながるようにしたり、そのときに高齢の方が昔から使っていたコンピュータの技術でボランティアをしたり、教えてくださったり、経験上その仕事のとりまとめ役をしてくださるといような障害者、高齢者、全く区別のない形で活動を進めてきているわけです。

そのときに、今、最後に磯さんがおっしゃったみたいに、介護保険が該当することによって、障害者が一固まりに何かをするということではなく、全国各地にそれぞれの比率で存在されるということで、むしろ、そういった介護がやりやすくなるし、普遍的なものになっていくのではないかというのは、大変説得力があって、私も自分の長年の経験から全く同感ですので、それをお話したいと思いました。

○京極座長 ありがとうございます。

ほかにございましたら、小島委員、どうぞ。

○小島委員 西村さんのこのゆびと一まれの施設の御紹介をいただきまして、大変ありがとうございました。

西村さんに少しお聞きしたいのは、最後にまとめのところでお話をされたんですけども、障害を持ったお子さんが生まれました。生まれたときからの一生を通じたケアマネといえますか、そういう必要があるということをお話されましたけれども、なるほどなと思いついて、その際には、今回、障害者自立支援法も一応10月からは障害度別の認定をして、個別サービスをつくるという、言わば介護保険でいうケアマネ的な機能を持つということなんですけれども、障害者自立支援法の方も、まさにこれからどう充実するかという話だと思います。

既に介護保険は5年スタートして、一応ケアマネの活動がそれなりについてきているということなので、障害者自立支援法、言わば障害者施策の方でのケアマネとか、そういうマネジメントを充実していくというカバーでいいのか、やはり介護保険のような、もう少しシステム的なところをベースにというか、言わばそこを一緒にするような、余りそこは年齢とか障害という区別をしないような形で考えてみる。そういうことの方が、より個人にとってはいいんだということで、言わば介護保険の対象者を拡大するという方向で考えるべきなのか、そこはどういうふうにお考えなのでしょう。

○NPO法人このゆびと一まれ 一緒にするという考え方で私は考えています。

でも、介護保険という障害を持って生まれて、生まれたときからずっと障害を持ちながら生活をしていくときに、今の介護保険というのは、高齢者の人たちに対して老化現象か加齢現象かで、老いを感じて人にお世話にならなければいけないというときに、介護保険が適用になりますね。疾病でお世話が必要なときにもなります。そういう介護保険の「介護」という言葉と、生まれながらに障害を持ちながら、やはり自立というようなところに

向かって人の力を借りないと生活を維持していくことができないという人たちの場合の使う「介護」というのは、名称的なものになるんですけども、そのときには、介護保険という言葉でいいのかどうかは、検討しないといけないなとは思っています。

それと、もしかしたら、これは富山市、富山県のことになるかもしれないんですけども、自立支援法が始まったんですけども、障害者の人たちのケアマネジャーというのが、本当にまだしっかりしていないです。包括支援センターでも、まだしっかりしていませんし、だから、今の自立支援法になって、区分決定もされる、支給額も決定されるときも、何か本当にこれでいいのかなと思うところがいっぱいあります。

特に先ほどスライドにありましたよっちゃんなども、これからの長い人生、どこでだれがこの人のケアマネをしていくのかなと私たちは日々悩みながら、私たちのできるアドバイスをしているんですけども、そういう思いがあって、先ほどの発言をさせていただきました。

○京極座長 ありがとうございます。

御自由にいろいろなサイドからお話をいただければと思います。

○関委員 お話を面白く伺わせていただきました。

南山城学園さんにお伺いしたいんですけども、1点細かい点は、通所リハビリとか訪問介護の方の平均年齢は何歳ぐらいなのだろうかという点です。

2点目は、平均年齢とも関係するんですけども、老健施設の方は、結局、共生型といっても、知的障害者の方の平均年齢は68.1歳となっているのを見ると、そういう意味では、高齢の障害者の方が一緒にここで共生している形なのかなと、よくわからないのでイメージしますと、第二期では、障害特性に応じて、高齢者対応型とか自閉症対応型とか分けていったということなんですけど、今もそのまま障害者と高齢者とでは分けている形で、その中で、高齢の障害者が共生しているというイメージなのか。それとも将来的には、例えば若年の障害者であっても、高齢者と共生するような形の施設にそれぞれがまた別の形で再編していった方がいいというふうにお考えなのか、そこら辺をお伺いできればと思います。

○(社福)南山城学園 1点目の御質問ですけども、通所リハビリを利用されている方の平均年齢も、ほぼ70歳前後だろうとイメージしております。

今、訪問介護を利用されている方のデータは持ち合わせておりませんので、またお調べをして、報告をさせていただきたいと思います。

それと施設の再編の話でありますけれども、1つは大きな障害者施設であったものを4つにグルーピングをしていったわけです。当時は、20年ほど前になりますけれども、例えば小学校の給食を食べるように、220人が、障害が重たい方も軽い方もみんな一斉に給食室に集まって食事をしていたような時代があったんです。そうしますと、時として、てんかんを起こしている方がごろごろ転がっているであるとか、重度の方は1時間かかるけれども、軽度の方は10分で御飯を食べてしまうという状況がありまして、やはりそれぞれの年代に応じて、障害特性に応じて、処遇の仕方があるんだろうということで、知的障害者

の中の高齢者というグルーピングを、220名の中から80名にまず分けたんです。

当時、知的障害を有し、年齢が55歳に達した方々に対して、何という検査だったか覚えておりませんが、老化に対する検査をしましたところ、55歳でも我々健常者の65歳ぐらいの老化をしているというデータが出ました。ほかのコロニー等で、その当時出していたデータからも、やはり10年ほど老化が早いと言われていたんです。

障害者においては、55歳から65歳の間が、我々の前期高齢者であろうと。65歳であれば、つまり、我々でいうと75歳ぐらいに達している。高齢障害者を知的障害者の施設で処遇をしていくことへの困難さを非常に感じ出しまして、最近でありますけれども、老健施設を建てて、そちらの方に移行をしていただいたということです。要介護度でいいますと、大体2ぐらいまでは障害者施設で対応できますけれども、3になりますと、ちょっと難しいかなというのが、これはデータはありませんけれども、私の実感でございます。よろしいですか。

○京極座長 ありがとうございます。

私、前の介護保険部会ができる前に、いろいろ質問をしたことがあるんですけども、40～64歳の方で、特に知的障害の方で、老化が早い場合で、老化に伴う介護といった場合、適用できるのではないかと質問をしたことがありましたけれども、しかし、法的にはできるという意見もありましたけれども、原則としてはできない。重度の特定疾病にしかないということになったので、そこに矛盾があるなということできておりますが、今後どうするかですね。

貝塚委員、お願いします。

○貝塚委員 非常に一般的な質問ですが、私は介護保険にある程度、今まで関わってきたんですが、介護保険というのは、やはりある年齢に達してから、要するに、どちらかといえば身体的な不自由さを助ける制度なんです。それと今までのいろいろあった制度というのは、知的障害にしても、あるいは身体障害にしても、要するに子どものときからとか、若いときからずっと続いているという話です。

したがって、制度として、障害というものと今までのそういう方々を、介護保険と一緒にがちゃんと入れてしまうというのは、基本的に、もともとの出発点は違ったものだと私は思います。

そうすると、恐らく今の介護保険の場合は、ケアしている人も身体的な介護を中心にケアしていると思います。最近では認知症の話とかいろいろ出てきていますが、したがって、サービスの内容というのは、かなり違った内容のものがあって、そして、現在の介護保険のサービスというもののの中に障害者を入れていく場合に、やはり発想法において、どこかで違和感があるはずで、そこをうまくやっていかないと、ぎしぎししたところが出てくるような感じがします。私は全く素人なんですけれども、だから、その辺のところの、要するにサービスを提供している方々がだれを対象にしているかということで、サービスの提供の仕方が違ってくるということが当然あり得て、そこを余り全体のシステムで均一化し

てやるのも、もともとこの種のサービスというのは個別的なサービスであって、人によって、相手がどうであるかによって随分変わってくるんですけども、余り制度全体をうまく平準化できるというものでも決してないような気がして、これは結構難しい問題だと思いますが、何かその点について、御感想がありましたら、お願いします。

要するに、介護保険でやっている種類のサービスと、それぞれに今まであったサービスの間には、かなり差違があつて、しかし、そこをある程度克服しないと、1つのものに取り込むというようなことは、割と難しいので、その辺の御感想を伺いたいです。

要するに、65歳以上の方とそうでない方々に対するサービスには、やや違いがもともとあつたのを、今度はどこかで共通化するというアイデアが今あるわけですけども、その辺のところは、どういうふうにやればうまくいくのかなということです。どなたでも結構ですが、御感想をお願いいたします。

○京極座長 では、せっかく貝塚先生の御質問なので、もしよければ、四方とも個別に御意見をいただいた方がいいかなと思います。

○（社）日本医師会 共通項はあるんでしょうけれども、当然対象者によって個別、異質なサービスも不可欠です。しかし、今ここで議論になっているのは、多分介護保険はかなり普遍化した。でも、障害者の方々の基本的なサービス量が足りないということから、何か使えるものはないかというなかでの議論で、例えば通所サービスなど、今日の事例にありますような形で一部は活用できる部分があるんだろう。当然その中に障害者も難病も、疾病とかによって個別性がありますが、それは個別の対応があると思うんですけども、磯先生、西村先生、ご指摘のようにいろんな配分の仕方といいますか、余り偏った、集中的に集めることでのメリットとデメリットがある。それが集団の構成上ばらばらにうまく入ることによって、自然な生活、要するに暮らしの中での社会性とか喜びだとか、介護サービスでうまく引き出される場合もあるけれども、このまま一体化というのは無理で、まだまだいろいろ研究をしていかなければいけないところだろうと私は思います。

○（社）日本看護協会 これは私個人の考えですけども、つまり、介護というのはケアを必要としている人たちの保障というふうに考えますと、それを障害とか年齢とかに関係なく、手助けが必要な人たちはいると思いますので、その意味では、私は介護保険の被保険者で病名がずらっと並んでいるんですけども、この病名は余り意味がないと個人的には思っています。介護度がどのぐらいなのかということによって、サービスとか支給を決めるべきだと思っているので、病名とか、あるいは障害の疾病の名前を並べて、それで判断しなくてもいいのではないかとずっと思っています。

ですから、手助けが必要な度合いによって、サービスが受けられるような仕組みというのがあつて、私はこのゆびと一まれのような活動が、あのような仕組みが、将来的にいろんなところで見られるような、それがひとまずのゴールではないかなと、ずっとこのゆびと一まれは注目しているところなんですけれども、単にお年寄りだけが私的なところでこそと集まって食事をするというのを見ても、いかに建物が立派で、人々は一生懸命やっ



ていますけれども、何となく違和感があるのは禁じ得ないところであります。

○NPO法人このゆびと一まれ 貝塚先生が懸念される場所は、私も何となくすっきりはしていないんです。自分で一緒になった方がいいとは思っているんですけども、一緒になった方がいいというのは、先ほど磯先生もおっしゃったように、とにかく使い勝手のいいシンプルなものになってくれればいいなというのが基本的にあって、今は介護保険と一緒にすればいいかなとは思っているんです。先ほどもいいましたように、名称だけではなくて、中身も検討していかないといけないと思います。やはりどなたでもお世話が必要になったときに受けられるシステムであればいいなと思っています。

対象の人数がたくさんだと、とても難しいと思います。ですから、一人ひとりに関わるときには、個別ケアですので、その人がたまたま障害を持っていた、それがたまたま高齢で認知症を持っていた、その人はたまたま子どもで自閉症であったという人たちの集まりで、だから、大人数ではとても難しいので、私たちは小規模で関わりを持っていきたいなと思っています。

先ほどの話に戻るんですけども、このゆびと一まれにも精神障害の方が来ていらっしゃる。1人は女性で、輪の中にも、突然きゃーと言われるんです。そうしたら、認知症のお年寄りがどうした、どうしたと言われると、その子はまた一瞬元に戻って、幻聴なんだと言う。それは何と云ったら、幻に聴こえると書くのと本人が説明していて、おばあちゃんたちが、いとしげにいとしげにと背中をさすっている。こんなデイはないだろうなど思いながら、スタッフは周りで見ているんです。その子は知的障害もあって、精神の手帳は持っていないんですけども、精神領域で治療は受けておられます。

精神の男性の方たちが2人、3人とお見えになるようなときに、たばこをよく吸われるんです。私たちのところはたばこを吸うところがないものですから、何となく本当に煙たい存在になって、私たちは拒んではいけないんですけども、本人たちが察知されるのか、余り長続きはしません。

そんな状況です。

○（社福）南山城学園 基本的には軸がどこにあるかというお話だろうと思うんですが、やはり障害者の場合は自立支援ということが基本のベース。高齢者の場合は、介護ということになるかと思います。カテゴリーからしますと、やはり支援という大きな枠の中に介護があるんだろうと私は考えていまして、算数でいいますと、自立支援引く介護が障害者にとって必要な残りなんだろうと思いますので、不適切な発言にならない方がいいんですが、やはり財源的な問題もひしひしと私は経営をする側からしますと非常に感じますので、その部分を障害者の枠の中だけで制度をつくっていくことに関しては、恐らく限界があるんだろうと思います。

先ほどの話にもう一点加えますと、自立支援といった場合の定義を何にするかということとは決めないと、つかむことのできない夢までもつかめるようにするためのことが支援なのか、それとも日常生活など普通の一般の方々と同じような程度のことが、できるこ

とが自立支援なのか、そこの定義をはっきりしておかないといけません。青天井な状態が出てくることは心配ですので、そこはまず整理をしなければならないと思います。

もう一点ですけれども、以前ですが、これは実は介護保険が始まるちょっと前なんです、私が所属をしておる団体で、ある分析をしたんですが、身体障害者の場合は、タイムスタディーを取りますと、ほぼ7割は介護保険に近いようなデータが出ます。知的障害者の場合は、大体3割ぐらいです。そうなりますと、身体障害者の場合は、残りの3割、知的障害者の場合は、残りの7割というのが、先ほどの引き算の答えになってくるのかなと印象は持っております。

○京極座長 どうもありがとうございました。

大島委員どうぞ。

○大島委員 ありがとうございました。

磯先生と西村さんにお伺いしたいんですが、財源のお話について余り触れられなかったので、少しその辺について教えてください。

特に磯先生のところは、高齢化、重度化、長期滞在化というような問題が時々刻々と変化してきているというような、制度と現実とがうまくシンクロしていけば、多分財源確保というのは、それなりにうまくいくんでしょうけれども、その乖離が非常に大きくなったときに、経営問題は一体どうするのかという現実的な問題に当然ぶつかると思います。そのときに、質をどう確保していくのかという問題と真っ向から多分正面衝突するだろうと思うんですが、そういったようなときに、一体どういう対応策をとられてきたのかというようなことを少しお伺いしたい。

西村さんの方には、財源の問題というのを一体どうされているのか。非常に小さなところであるにしても、それを経営していくためには、最低限必要なお金というのは必要だということになると思うんです。伺っていて思ったんですが、こんな言い方が適切かどうかよくわからないんですけれども、お金というのは、あればあるほどいいに決まっている。こんなことはだれでもわかっているわけですけれども、基本的には、多分いつも足らぬのだろう。いつも足りない状況があって、その足りない状況をどうやって補っているのかということですが、障害を持っている人が、ほかの人の障害を助けているというのか、家庭のような雰囲気の中でお互いが介護し合っているのではないか。足りないものを家庭のような雰囲気でお互いに補っている部分というのがあるのかなという感じをしながら、スライドなどを見させていただいたんですけれども、それを一つひとつ切り離して考えると、例えば今の介護保険制度の中の介護度の何かに換算すれば幾らだとか、というような形に換算できるようなものがひょっとしたらあるのかなと思います。しかし、それを1つのこういう集団の中で、全体で足りないところを補いながら、それはある意味では家族のようなものかもわかりませんが、そういったような形態で全体で補いながら、非常に満足度の高いようなものを実現しているのかなという印象を持ちながら伺っていたんですが、そういう点については、いかがなんでしょうか。

○京極座長 では、お二人どうぞ。

○（社福）南山城学園 まず経営的なことからいいますと、今までの障害者施設においてはスタッフの規制が非常にありまして、正規職員だけでなければならないという状況があったんですが、その規制が徐々に緩和をされまして、多様な雇用形態に進むことができるようになってきました。

先ほどいいましたように、私どもの方で重度の方であるとか、高齢者の方であるとか、そういうふうな4つのクラス分けをし、更には多様な雇用形態を進めていくことによって、やはり必要なところと必要でないというところ、ちょっと語弊があるんですが、障害の軽い方で、例えば一人で20人を見ることができれば、重度の方に対し、その将来を見据えた状況でプランニングをしていくためには、専門性の高いスタッフが必要となります。たとえば、介護のおむつをかえるであるとか、そういった場合は、そんなに誤解を恐れずという話になりますけれども、そんなにレベルの高い話でないだろうと思いますので、そこは業務の内容を見直してみて、必要なところには、多くの人を配置する。そして、専門性の高くないところに関しては、パート雇用で補っていくというような工夫が、今まで社会福祉法人が余りしてこなかったことでありますけれども、そこは考え直していかなければならないだろうと思います。しかし、限界もありますので、リミットがどこかという判断はし切れておりません。

あとは、もろもろの支出等々で見直しをかけていくことは、絶えず必要かなと思っております。

○京極座長 手短にお願いします。

○NPO法人このゆびと一まれ このゆびと一まれは、介護保険をベースにやっております。介護保険の指定事業者になっていて、以前は特区で支援費の人たちも受け入れていたんです。この10月に制度になり、自立支援法の人たちも受け入れていきますので、定員の中に介護保険の人たちと自立支援法の人たちを受け入れて、今、定員18名のところにスタッフが13人ほどいます。それから、向かい側にも定員10名のところで、自立支援法の人を受け入れて、スタッフが9人おります。大体、普段のところよりも人員的には多い形でやっております。

先生は家庭的とおっしゃいましたけれども、スタッフはスタッフとして、きちんといて、その中で利用者の構成と私たちとで合わせて、たとえ障害を持っていらっしゃる方たちでも自分の持てる力を発揮しながら、そこで支えたり、支え合いをしたりしながら、活動をしているという意味で、その人たちが人手になっているということはないと思います。手助けはすると思いますけれども、それで人手にしているということはありません。私はそんなふうを受け取ったんですけれども、違いますか。

○大島委員 人手ということではなくて、お互いがお互いを、ある意味ではその瞬間には必要としているということが、例えばそれはひょっとしたら、公式的に言えば、介護の仕事に非常に近いことをやっているんだというようなことが、現実にありますね。

○NPO法人このゆびと一まれ それは日常的には行われています。

○大島委員 それをトータルに考えたときに、お互いがお互いを補うような、足りない部分を埋めている。要するにすき間を埋めているようなことになっているのではないかなという感じで、私は受け取ったんです。

○NPO法人このゆびと一まれ それはスタッフの人手が足りなくてやっているということも、たまにはあるかもしれませんがね。

○大島委員 別にそういう意味で言ったわけではありません。

○NPO法人このゆびと一まれ わかりました。お互いに相乗効果という面で共生型というのは、私たちは意味があると思っています。

今のところは介護保険の制度の中での収入で、何とかやれています。NPO法人なんですけれども、ほんのわずかですけれども、税金も納めています。

自立支援法の方は単価が低いので、もしも一緒になったとすれば、その辺の単価の問題もあるかなということ、その辺は言ってくるようにと代表から言われてまいりました。

よろしいでしょうか。

○京極座長 どうもありがとうございます。

そろそろ時間の関係もございしますが、堀先生、最後にひとつお願いします。

○堀委員 済みません。天本さんにお伺いしたいんですが、レジュメの2つ目の\*で、介護保険がパッケージ対応でということで、身体障害者とか知的障害者は疾患別、状態別、医療必要度別と書いてあるんですが、高齢者もさまざまな病気を持っていらっしゃるし、今お話があったように、若い障害者がだんだん高齢者になって介護保険に頼る。その辺は具体的にどういうことかなと思ったので、教えていただければと思います。

2点目ですけれども、最初の\*で、財源確保のための実施というのは賛成できない。これはおっしゃるとおりだと思うんですが、受給者の範囲拡大について賛成ということなので、やはり拡大には財源が必要だと思います。それから、そもそも私は保険のシステムというか、ファイナンスのシステムだと思います。だから、サービスを拡大するとか、そういった場合には、財源というものは非常に重要で、それをどうやって確保するのかというところも非常に重要だと思っています。

○(社)日本医師会 勿論、財源は必要なわけですから、それを保険とするか、社会保障的なもので対応するかということなんだろうと思いますが、保険でスタートしたとしても、介護保険の場合には、事業計画に基づく保険料に見合う給付水準であり、利用者拡大とともに、だんだん給付の枠が狭められている。体験からして、受給者を広げて、保険料を幅広く取って、でも、実際にだんだんと給付の範囲が狭められていくと、今日示されたようなすばらしいサービスモデルが本当に普遍化できるんだろうかという危惧を持っているということが1点です。

それとパッケージというのは、施設サービスに限ることです。在宅のサービスは医療もそれぞれ別々の中に、在宅の介護サービスの中には、医療といっても、訪問介護だとか、

そういうものは入っておりますけれども、純粋な医師が行う行為に関しては、在宅はそれぞれ個別に乗せられるようになっていきます。介護療養型医療施設、老人保健施設といった1つの施設サービスの中の介護というのは、薬代も医療費も全部入っているということで、しかも、医療必要度というような考え方の介護保険の中に入っていないので、要介護度ごとの中で、例えば要介護1でパーキンソンのお薬を、非常に費用がかかるものも、その中に含まれている。そういうようなことの趣旨をいっているわけです。

○京極座長 ありがとうございます。

それでは、時間の関係で申し訳ありません。もう後半のヒアリングの方がいらっしゃっておりますので、今まで御協力いただきました日本医師会の天本様、看護協会の井部様、このゆびと一まれの西村様、南山城学園の磯様ありがとうございます。

この後、入れ替えがございますので、5分程度休憩というか、トイレ休憩も入れまして、休みを挟みたいと思います。よろしくお願ひします。

どうもありがとうございます。

( (社) 日本医師会・(社) 日本看護協会・  
このゆびと一まれ・(社福) 南山城学園関係者退室)

(休 憩)

( (社) 全国老人福祉施設協議会・(社) 全国老人保健施設協会  
(社) 日本介護福祉士会・(社) 日本社会福祉士会関係者入室)

○桑田介護保険課長 それでは、予定の休憩時間が終了いたしましたので、後半の部分に入るということで、まず事務局の方から残り4名の方にお忙しい中をお越しいただいてございますので、まず、事務局の方から御紹介させていただきたいと思ひます。

まず、全国老人福祉施設協議会の村上様でございます。

全国老人保健施設協会の漆原様でございます。

日本介護福祉士会の木村様でございます。

日本社会福祉士会の鈴木様でございます。

以上、後半にお話いただく方、それぞれから資料を同じくいただいておりますので、御確認いただければと思ひます。

資料6が、全国老人福祉施設協議会様からいただいている資料です。

資料7が、日本介護福祉士会様からいただいている資料です。

資料8が、日本社会福祉士会様からいただいている資料です。

以上、御紹介と資料の確認をさせていただきました。

○京極座長 それでは、後半の部分のヒアリングを始めたいと思ひます。

初めに、全国老人福祉施設協議会の村上様から、資料の御説明をお願いいたします。

○（社）全国老人福祉施設協議会 村上でございます。よろしくお願ひいたします。皆様方にお配りました「共生型サービスに関する意見」、これをお話ししますと時間がなくなりますので、発言要旨ということで、私の発言の部分はこれに沿ってまとめてきましたので、その中でお話をさせていただきたいと思ひます。

まず最初に「制度の基本的視点」というところでございますけれども、介護保険法、障害者自立支援法、両制度は、ともに従来の施設対在宅というサービス体系から、住居対地域というサービス体系にその仕組みが改変されたと思っております。

これに伴ひまして、施設利用者の再スクリーニングにより、地域生活が可能な人がその能力に応じて必要なサービスを受けられるための形態が、新たに再編されたというふうにとらえております。

しかし、この改革の最も基本にあるものは、社会保障費の大きな膨脹による制度持続性の危機だったのかなと考えております。このことについて、制度の持続可能性というものは否定するものではないと考えておりますけれども、その中で共生型サービスというのは、年齢とか障害種別など、そういうものは関係なく、それぞれの個人が尊重されて、相互が関わり合うことによってより豊かで充実ある生活を提供する仕組みであると考えております。

ですけれども、今後一人暮らし、あるいは高齢者世帯は、高齢者人口の70%になるのではないかと推計されているわけですが、その結果、地域、在宅での生活維持が困難になる人たちが増加するのではないかとというふうにも考えます。

このときに、施設がそれらの者の尊厳ある地域生活を提供して、安心して暮らす環境と命を守る拠点になることが求められているのではないかと私たちは考えております。

この理念の実現に当たっては、高齢者、障害者、それぞれに対する負担の在り方、利用者のニーズに応えるサービスの体系、それを支える障害特性の認定の客観性の検討がまずは必要ではないかと考えております。

更には、高齢者、障害者はともに、その時々々の社会の情勢だとか、経済状況だとか、あるいは家族関係が大きく影響されてくるわけです。

そういう意味から、共生型サービスの構築に当たっては、各人のライフステージに対応した、柔軟な仕組みをつくることによって高齢者、障害者の命と真に尊厳ある生活を守る制度設計が必要ではないかと考えております。

2番目の相互利用を想定する根拠と理念ということですが、障害者の施設入所支援というのは、これは土日も含めて夜間の介護、その他便宜の供与するものとして介護給付に位置づけられております。

また、障害者施設支援については、政省令において障害程度区分による利用要件で4以上、50歳以上は3以上に定めてありまして、介護老人福祉施設と同じく、中重度の状態の入所を想定しているものと思ひます。

ただ、特養の入所要件は、介護度1以上であります。施設相互利用において、制度上の

矛盾がここに生じてくるのではないかという心配をしております。

更には、施設入所要件の重点というのは、高齢者、障害者ともに心身状況が中重度であると同時に、環境因子上でも在宅生活が困難である者を排除してはいけないのではないかということを私たちは考えております。特に、障害者、認知症高齢者の在宅維持の条件としては、環境因子が大きく影響をすると考えております。ですから、介護度による施設入所要件だけで決定されるべきではないと考えたいと思います。

また、相互利用によって利用者の利益を満足する施設運営、報酬の仕組み、あるいは体制、環境等の整備が必要でありまして、その検討には時間をかけていただきたいと思っております。

共生サービス実施の課題ということですが、施設の相互利用の中では、施設利用者の年齢、心身状況、障害種別といった要因、更にそれらの特性に対応する環境支援技術、専門性の確保等の検討が不可欠だと考えております。加えて、施設は24時間の連続した支援が必要でありますので、施設ごとの利用者状況の差異に円滑に対応する人員、体制の整備をする報酬上の工夫もまた必要ではないかと考えます。

このような前提において、認定の制度を高めると同時に、施設利用者の利用要件である中重度者に限らず、地域居宅生活を送るのに困難になった軽度者、あるいは非虐待者等へのセーフティネットとして施設を位置づけるべきではないかと考えております。その際、特に障害者の入所支援施設の不足をしている地域において、介護老人福祉施設の機能利用というのは、障害者の自立支援への、あるいは安心して暮らす的確な対応として相互利用が必要ではないかと考えております。

次に、大きな2番目の要介護者すべてを制度適応の課題ということですが、それに関しましては、(1)にあると思っております。特に、乳幼児期は適切な療育によって障害の軽減も可能であります。それに対応する体制が不可欠であると考えております。

また、強度行動障害等の知的障害児者は、人あるいは空間等環境条件の特異性を考慮しなければならないことがたくさんあります。ですから、高度の専門性による支援体制が必要ではないかと考えておりますし、更に身体障害の方々にとっては、知的、精神的に障害のない方々もたくさんいらっしゃるわけですから、生活スタイルだとか生活リズムに対応できる環境というものが必ず必要ではないかと考えております。

次に(2)要介護認定の介護サービス提供時間の設定ということです。

要介護認定は、障害程度区分認定の選考手法として踏襲されることになるであろうと考えておりますが、その際に、各障害者の個別的な1分間タイムスタディを集積することを希望したいと思います。その理由というのは、本ヒアリング意見書にも書いてあるとおりですが、特に強度行動障害や非虐待障害者等の突発的、あるいは情動的行動支援では、具体的な介護業務とともに、専門的で心理的な介護支援を要する場合が多方面に生ずるのではないかと考えておりますので、これらを評価する認定手法が求められるのではないかと考えております。