

第4回知的障害者の高齢化対応検討会議事録

- 1 日時 平成12年4月26日(水) 14時～16時
- 2 場所 厚生省別館 共用第10会議室
- 3 出席委員 (五十音順)
- 今村理一、大林美秋、小野沢昇、北沢清司、吉川武彦、白井俊子  
末光 茂、遅塚昭彦、中野敏子、中村はる子、新堀裕二、室崎富恵  
山梨昭三

吉川座長

定刻になりましたので、第4回の知的障害者高齢化対応検討会を開かせていただきます。

きょうは事務局からかなり大量に資料が配られておりますので、こちらをご確認いただき、あるいはご説明いただければと思います。

事務局

本日は、牛谷委員、丹下委員、橋本委員、前田委員の4名の方が欠席でございます。それから、この4月に職場の異動等がございまして、牛谷委員につきましては、「れがーと」の所長から地域のコーディネーターに職種が替わられております。

前田委員につきましては、立正大学からルーテル学院大学にお替わりになりました。山梨委員につきましては、平塚市の健康福祉部障害福祉課から環境部環境事業センターにお替わりになりました。

次に資料確認でございますが、資料は大きく2分冊になっています。一つは、本日の会議の次第で、その下に委員名簿、座席表がございまして、前回、第3回の議事録が入っています。議事録につきましては、いつものようにお目通しいただきまして、修正等意見がございましたら、事務局にファクスなりで訂正をお願いいたします。

最後に、次回の開催日程の表が入っておりますので、これも記入してからお帰りの際に提出をお願いいたします。

もう1分冊の本日の検討会の参考資料として資料目次が入っています。資料1は、知的障害者施設の設備及び運営に関する基準ということで、施設の最低基準といっているものです。

資料2は、知的障害者更生施設における重度知的障害者の処遇について。

資料3は、重度知的障害者収容棟の施設及び運営について。

資料4は、知的障害者援護施設の施設整備について。

資料5は、私どもでこの4月に高齢者と高齢者棟の実際の施設の状況ということで調査をいたしましたものの調査結果でございます。

資料6以降は、本日の会議の検討によっては、こちらのほうも関係するかと思ひまして、これまでお出ししている資料ですが、つけてございます。資料6から11までが、これまで出している資料でございます。

資料12は論点の整理メモでございます。これは、これまでの検討を踏まえて論点の整理をしたものでござ

いますが、きょうの検討の材料になると思いますので、よろしくお願ひいたします。

最後に、参考といたしまして論点メモ案を配布してございます。

資料につきましては、以上でございます。

それから、私どもでの方でも4月に人事異動がありまして、障害福祉専門官の定月が山梨県のほうに替わりまして、後任の大塚専門官でございます。

大塚専門官

4月1日より定月専門官のあとを引き継いで知的障害の分野の担当をいたしております。どうぞよろしくお願ひします。

吉川座長

どうもありがとうございました。中での異動などもいろいろとありまして、それぞれ委員の先生方の職場の異動も一緒にご説明をしていただきましたが、これから本題に入りたいと思います。

前回、かなりしっかりと議論をしていただきました知的障害者の地域生活の支援ということに関して、皆さま方から大変多くのご意見をいただきました。それなりに最後のほうでまとめさせていただきましたが、前回の議事録が出ておりますので、それぞれの先生方のご発言、十分に聞き取れなかったところがあったり、あるいはそのときのご発言の趣旨をどうしても手を入れたいということがあれば、それはそれで事務局にいただければ、きちっと修正をしたうえで外に出したと思いますので、よろしくお願ひいたしたいと思ひます。

前回の検討でだいぶ知的障害者の地域生活支援については深まったような気がしますので、論点メモの中にあります第2と第3の問題に関して、本日は話を進めていきいたと思ひています。

論点メモの第2に挙げておりますのは、まず第1に「知的障害者施設における高齢化への対応について」ということでございます。これにつきましては、現場を抱えておられる委員の先生方にはいろいろなご議論もあろうと思ひます。

第2は、実際にそれでは高齢者施設、そのほか知的障害者のための施設でなくても高齢者施設はいろいろあるわけでございますが、こうした高齢者施設をどのように活用していったらいいのだろうか、その視点で議論をさせていただこうと思ひております。

きょうはその二つについてお話しをいただきたいと思ひています。

まず、「知的障害者施設における高齢化への対応について」ということで、皆さま方からご自由にご発言をいただきたいと思ひます。

事務局

その前に、事務局で先般、高齢者棟の調査をいたしましたので、その結果についてご説明させていただきたいと思ひます。

吉川座長

そうですね、それを少しご説明いただきたいと思ひます。

事務局

それでは、資料5の「高齢者棟（エリア）の状況について」ご説明いたします。

これは、4月上旬に全都道府県・指定都市に調査をお願いいたしまして、それから各施設にまた個別に調査を送付してお願いするという、2段階の調査方法で実施いたしました。まず都道府県・指定都市に対して、高齢者棟の有無、あれば、その住所、連絡先をお聞きしました。現在、知的障害者更生施設約1200カ所のうち、報告がありました

高齢者棟は、全国で50カ所でありました。

11ページの表は、県・市別の回答のあった施設数でございます。これで見ますと、59都道府県・政令市のうち、30カ県・市が未設置で、設置しているところが29カ県・市であり、約半分の都道府県・市が高齢者棟を設置しておるといふ状況でございます。いちばん多いところは岐阜県の6カ所がございまして、6カ所、4カ所、3カ所という散らばりでございます。

1ページに戻りまして、この50カ所につきまして、私どもは各施設に直接、ファクスで調査票を送りまして、必要事項を記入していただきました。

それから、ここでは集計の手法として一般棟、高齢者棟の差異が際立つような形で集計するため、混合処遇というのでしょうか、施設全体として特に区分はしていないのだけれども、高齢者の方が多く入所しているという施設もございましたので、そういったものを集計から外してございます。そして、今回34施設について集計いたしました。

34施設について、(2)の設置の形態を見ますと、まず9カ所が、一般棟と高齢者棟を併設しているタイプで、これは前回、小野沢委員からご報告がありました設置形態と同じで、一般棟の隣に高齢者棟をつくるという形です。

24カ所は、全部高齢者のみを入所している、高齢者専用棟といいますか、施設全体が高齢者のみを対象という形で運営している施設です。

1カ所は、施設のエリアを区切って処遇をするという形でございます。

設置の時期別にみてまいりますと、先ほどの34カ所集計のうちで3カ所が昭和51年の設立で、いちばん早い段階の設置でございます。それ以降、52年から55年の5年間、56から60年の5年間という形で5年ごとに設置状況をみてまいりますと、特に平成3年から7年のあいだの5年間には12カ所と、非常に多く設置されてございます。その次に56年から60年という形で、年度によって設置の状況がかなり違うのだなということがございます。

(4)の「入所時の対象年齢」では、現在、入所しておる方の年齢階級別に40歳未満、40歳以上、50歳以上という形でとりまして、40歳未満が9カ所、40歳以上のみが21カ所で、圧倒的に多くございます。

3ページの年齢階級別の分布では、高齢者棟と一般棟と全国と区分して全体との比較がみれるようにしてあります。全国分は、国がやっております社会福祉施設調査で、全施設を調査しております。たとえば高齢者棟で見ますと、60歳以上の者は約50%を占めております。一方、全国では、60歳以上の方は約7.7%と、非常に大きな差がみられます。もともと高齢者を多く入れておるといふことでございます。

ここで注意しなければならないのは、高齢者棟に40歳未満の方が約7%おります。

40歳未満というのはどういう方なのかと各施設に電話でお聞きいたしました。回答では、原則40歳以上を高齢者として入れているが、40歳未満の者は、高齢ということではなくて、むしろ重度障害者あるいは病弱者、そういった方を40歳未満であっても入れていますということ。年齢を聞きますと、19歳とか20歳とか非常に若い方もおまして、そういった方は病状からして高齢者と同じような行動能力なので、こちらと一緒に入れています、ということございました。

次に、入所期間別の人数でございます。入所期間につきましては、その施設に入ってから、つまり一般棟、高齢者棟を通算した期間でどのぐらいの割合なのか、ということをお聞きしております。ここで数とし

ては、20年以上が全国では20%ですが、高齢者棟では27%と、若干長くなっておるといふ感じでございます。

4ページは健康状況ということですが、この表は、40歳未満では、元気な方が20%、ときには風邪を引く程度が48%。

いちばん右の欄の全国という数字は、愛護協会が平成9年に全施設を対象に調査をしております、その愛護協会の調査の更生施設入所の部分の集計でございます。ここでは、たしかに年齢が上がることによって、いちばん下のほとんど病気がちで治療を受けているというところが、40歳代では21.5%とちょっと下がるのですが、そこから徐々に上がってきております。これはそれほど劇的な変化はございませんでしたが、年齢階級別によって徐々に量が増えておるのかなという感じでございます。

再掲で車椅子使用者のところでは、40歳未満の方が特に多かったわけでございます。

これは、先ほど言いましたように、40歳未満の方が病弱者とか重度者が入っているということがございましたので、車椅子が多いのかなと。

ただ50歳以降につきまして、このところは約1割近い方が車椅子を使っておりますという集計になっております。

寝たきりの人数は、これは、たとえば40歳未満で1.1%というのは実数では1人の方でございます、非常に数が少ないのですが、こういう分布になっております。率というよりも、人数でいきますとせいぜい1人とか2人とかいうオーダーでございますが、寝たきりの方もおりますということでございます。

5ページは通院状況でございます。これは、平成12年3月の1ヶ月分の通院状況について、年齢階級別に通院回数の度数分布をみたものでございます。

度数ですと見にくいので、下の欄に1人当たりの通院回数の平均を出してみました。もちろん度数分布ですから、たとえば5回から9回の回数については仮に7回で計算いたしまして、10回以上というのは10回で計算して平均を出しました。そういたしますと40歳未満がいちばん高く2.8回。これは先ほどの理由と同じことだと思います。一方70歳以上では1.95とあるのですが、予想していたよりも、高齢になることによって通院回数が多くなるということは、この表からははっきり読み取れませんでした。

6ページは居室の整備状況でございます。居室につきましては、各施設に個室の数、2人部屋の数、3人部屋の室数を、高齢者棟と一般棟で分けてお聞きいたしました。

高齢者棟につきましては、個室、2人部屋で約8割を占めております。一方、一般棟におきましては、個室、2人部屋の整備は約4割でございます。たしかにこういったところでは、部屋の整備については大きな差があるなど。高齢者棟では個室あるいは2人部屋の志向が強いのかなとみてとれます。

7ページは設備についての配慮の状況です。高齢者棟、一般棟を比較するために、それぞれの部門ごとの手すりの状況、居室等の段差解消の状況とか、個々の事項ごとに「あり・なし」をお聞きいたしました。

手すりにつきましては、高齢者棟では、廊下、浴室、トイレに8割の施設がつけております。一方、一般棟では4割、約半分の施設である。このように設備のほうで違います。

廊下の幅につきましては、数が少ないのでA、B、C、Dの施設ごとに記載いたしました。高齢者棟と一般棟の差は、いずれも高齢者棟のほうが大きくなっております。ただ、Gの施設だけがちょっと狭くなっております。あとの6/7については、いずれも高齢者棟のほうにゆったりと幅をとってあるということでございます。

それ以外の設備については、入浴設備の例、トイレ設備の例等、それ以外にどんな配慮をしておりますか、ということによって自由記載をいたしました。こういうことについて各施設がそれぞれ工夫して配慮しておりますということです。

入浴設備では、入浴の場所にもナースコール、あるいはスロープをつけて入浴しやすくする、あるいは中間入浴装置というものを設けたり、特浴も設けていますということがございます。

トイレについては、ナースコールを置いたり、あるいは身障者向けのトイレをつくるあるいはシャワートイレにした、センサーによる自動洗浄、車椅子用便器、こういったものを用意しているということで、それぞれ工夫しております。

その他の設備の例でも、床暖房、スプリンクラー、玄関先スロープ、こういう回答がございました。

8ページは直接処遇職員の配置状況ということで、配置職員の状況を職種ごとにお聞きいたしまして、高齢者棟と全国の状況とを比較いたしました。

まず保健婦、看護婦でみますと、高齢者棟の配置状況は、常勤職員で29人、非常勤で2人、合計31人配置されており、1施設当たり平均で1.29人。

一方、全国の施設の状況は、全国の全施設ですが、まず、看護婦は1.26人。ここでは高齢者棟が若干多くなっております。

指導員については、常勤が430人、非常勤9人、合計439人で、1施設当たりでは18.29人でございます。一方、全国の数では1施設当たり22.28人で、約4人ほど高齢者棟の方がむしろ低い状況でございます。

これは施設規模等の要件の影響がございますので、いちばん下の参考というところで入所者50人当たりの処遇職員数に置き換えて比べてみたのですが、高齢者棟においては直接処遇職員は高齢者棟全体で16.7人、全国では18.1人という状況でございます。

一方、看護婦のみで比較いたしますと、高齢者棟では1.08人、全国では0.96人という形で、やや多いという感じがございました。

ただ、これは24カ所の集計でございますが、看護婦を配置していないところも1施設ございました。

9ページは、施設において高齢者棟をどういう基準で一般棟とは変えて職員配置をしておるのですか、あるいは高齢者棟における職員の配置の考え方はどういうものかということで、フリーでお聞きしたものでございます。

これは事例でA、B、C、D施設とございますが、たとえばA施設では、最低基準で配置基準職員19人必要なのですが、そこに指導員を7人加配している。さらに、口腔衛生ということが大事なので、歯科衛生士を配置して口腔衛生に気を付けているということでございました。

ある施設では、そこは大型法人というのでしょうか、知的障害施設が3カ所ございまして、それ以外に特養を5カ所経営していて、法人として一体的な人事管理を行うのでそれぞれの施設の特色に合った職員配置をしております。したがって、特養で介護訓練を積んだ人がたとえば知的のほうにくるとかそういう形でやっておるので、実際に職員18人中、介護福祉士の資格がある人が6人、ヘルパー2級資格者が2人、配置しております、ということでございました。

Cの施設におきましては、指導員という言葉が高齢者の入所している施設においてはなじみにくいので、「援助員」という名前にしましたと。もちろん、指導員というのは法律の名称なのですが、援助員という形で、むしろお世話中心という生活面重視の考え方を打ち出しております。

また、援助員の採用にあたっては、医療面、介護面に応用のきく職員を採用している。このところを具体的に聞きますと、たとえば介護福祉士でございますとかそういった方ですよ、ということでございました。

もう一つのD施設、ここはさらにはっきりしてございまして、指導員の採用に際して、介護福祉士、ヘルパーの資格のある者を採用しております、ということをはっきりいってございました。

10ページは、それと併せて前回、小野沢委員から高齢者棟との比較のときに資料をいただいたのでございますが、一般棟と高齢者棟の比較ということで、入所者の処遇プログラムをいただきました。それと同じよ

うに、今回も3施設についてプログラムをいただきまして、高齢者棟と一般棟の比較をいたしました。

ここでみますのは、まず援助方針。これは、上に定員が書いてございます。つまり、独立棟という形で高齢者棟と一般棟と両方設置しているところがございますので、20人と56人と定員が違っております。

日課の流れとしては、ほぼ集団の生活ということで同じような時間の流れになっているのですが、その内容について、たとえば作業種でございますが、高齢者棟においてはゴルフボール拾いとか線香束ねとか非常に軽度の、しかも体力・機能の維持ということを目的にしてやっております。一方、一般棟においては、園芸とか養鶏とか、もうちょっと働きのいいあるとか、そういう形になっております。

B施設、これは青森県の施設でございましたが、援助方針としては、高齢者棟においてはむしろ生きがいをもち、ゆとりのある生活ということをしております。一方、一般棟においては、身辺処理の自立とか、あるいは入所者がお互いに仲よく生活できるよう、つまり施設の中での集団生活ができるようにという形で行っており、高齢者についてはゆったりとした意識を打ち出しておるということでもございました。

ここも、日課の流れもほぼ同じ時間の流れでございますが、活動内容において非常に違う。

また留意点につきましても、施設でこういったことに留意してやっているということで、本人の希望を非常に尊重した柔軟な日課という形で、非常に流動的な考えをしておるようでございます。

高知県の施設についても同じでございますが、たしかにここでは、高齢者棟においては生きがいとか老化への対応ということをしておりますが、具体的な話は聞いておりません。

日課の流れについても、時間はほぼ同じ流れでございます。

作業種が若干違っておまして、これは一般棟と高齢者棟を比べても、両方とも園芸陶芸、アルミ缶リサイクル、どちらがどうともいえませんが、留意点として健康管理、ラジオ体操は欠かさずやっておりますという状況でもございました。

調査の状況は以上でございます。

12ページからは、この調査のために用いました調査票でございます。これを集計したものが以上の説明でございます。

吉川座長

どうもありがとうございました。課でお調べいただきました高齢者棟の現実の姿と申しますか、そういうものを少しお見せしたわけでございます。先ほど申しましたようにここからは本日の第1の論議していただくテーマ、高齢者の施設のついてのいろいろなご意見をいただければと思います。今のご質問でももちろんけっこうでございます。

小野沢委員

今、説明していただいたところで、二、三、わからないところがありましたので、教えていただければと思います。

1点目は、高齢者棟という単独で運営されている施設の規模ほどの程度のものが多いのか。それから、単独で高齢者棟を運営している施設の場合、そこでどのような職員配置がされているか、もしおわかりになりましたらお願いしたいと思います。

事務局

規模でみますと、単独設置のものは24施設でございますが、定員の数字だけ申しあげますと、50、80、55、50、50、100、100、100、100、56、50、50という感じでございます。

吉川座長

50前後のところと100というところと大きく二つに分かれるということでしょうか。

小野沢委員

調査票の高齢者棟の定員というところなのですか。

事務局

高齢者棟の定員です。つまり今のは、高齢者棟のみを設置しているというところですか。

小野沢委員

更生施設の中に高齢者棟という形で高齢者を支援する場を設置している施設は相当数あると思うのですが、それと、単独で私どもの施設は高齢者の方しかお預かりしていませんよ、という施設があるかと思うのです。更生施設の中に高齢者棟ということで建物をつくって、そこでのプログラムをつくっている、私どもで行っているようなタイプですね。

仁木障害福祉課長

今、定員を読み上げましたところは、うちは施設全体が高齢者専門にやっていますというところなのですが、年齢は40歳以上というところが多いのですが、病弱の方は40歳未満でも入れていますということがございます。小野沢委員のところの「はるな郷」のような併設型も9カ所ぐらいしかなかったということがございます。

そして併設型のところは、全体が90人とか80人とかいう中の一部を高齢者棟として分離して、20人から30人ぐらいの規模でやっている、そんな状況でございます。

小野沢委員

そうしますと、先ほどの職員配置の見方を、併設している施設と高齢者専門でやっている施設と若干違う見方をしなければいけないのかなと思うのですが。

事務局

トータル34施設で申しあげますと、私どもで計算いたしまして、トータル職員の全数では配置基準上は517人、実際の配置職員数は733人おりました、実は高齢者棟と一般棟併設をしているところをみよとしたのですが、そこは私どもは計算できませんでした。といいますのは、定員区分が全部兼務になっておりまして、実際、最低基準をどのようにあてはめたのか見当がつかせません、トータルでやりました。

仁木障害福祉課長

517というのは、4.3:1という直接処遇職員の職員配置基準に照らせば517人になります。ところが、実際は職員は733人います。その差は何かというと、重度加算がつくことによって、重度者の方についてはより手厚い職員配置ということで733人が最低基準よりは多く配置されている、そのように理解しております。

小野沢委員

重度加算分の職員等はわかるのですが、それ以外に高齢者の支援をしている施設でどのくらいの独自の職員採用があるのかということを知りたかったものですから。

吉川座長

小野沢委員がおっしゃるのは、施設が工夫をして、あるいは施設が努力をして人を雇っているケースがあるのではないだろうかということでしょうか、それとも、施設の中で適当にうまく傾斜配置をしているのではないかということでしょうか。

小野沢委員

傾斜配置ということではなくて、法定数以外のところで、高齢者を支援しているところで努力して職員を配置しているところですが。

吉川座長

傾斜配置のことは、厚生省が調べられると、なかなかそれは外に出ないでしょうから（笑い）、それはちょっと難しいなと思うのですが。

小野沢委員

そういう意味ではないのです。

仁木障害福祉課長

特色ある配置については、資料の9ページが特別に配慮をした配置をしているということで記述があったところの例で、それ以外のところはそれほど特色が感じられない記述になっております。看護婦を置いておりますというのは、最低基準でも1人は看護婦を置かなければいけないことになっておりますので、看護婦が1人おりますというのは当然のことで、高齢者棟だから特別に看護婦を置いているということでもないように理解しております。高齢者棟だから特別に看護婦を2人以上置いておりますというのは、2～3の施設だけでした。

吉川座長

せっかくの資料でございますので、何かほかにご意見なりご質問なりいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

大林委員

しばらく知的障害者の基準面積等が頭に入っていないのですが、この個室のところの高齢者棟というのは、お一人が使われているおよその面積がおわかりになれば教えていただきたいのが1点目です。

2点目は、7ページの廊下幅というのは中廊下を指しているのか窓際のほうを指しているのかという点を教えていただきたいと思います。

あとは、左側の設備のところ、高齢者棟の91.2%が入浴設備の配慮がされている。その中も、大きくスロープタイプの一般浴といわれるものやら、機械浴、リフト浴も含めて、だいたいいろいろ設備が整ってきているのだなという気がしたものですから、その割合がわかれば教えていただければと思います。



事務局

廊下幅は、中廊下を除いて片側廊下部分で集計してございます。調査のときは中廊下と両方とっておりますが、比較のときには片側廊下だけで集計しました。

吉川座長

個室の面積がどれぐらいなのか。

事務局

個室は、単に何室あるかだけをお聞きいたしまして、面積はとってございません。入浴介助機器でございますが、これも「あり・なし」だけでとりましたので、内容的なことはわかりません。

大林委員

この10年間で備品についての補助が、こういったものも整備されたのかなと思ったもので、ありがとうございました。

末光委員

4ページの健康状態で、ほとんど病気がちで治療を受けている人というのは、全国平均 8.7 に比べて 30.5%と非常に高い。特に60歳以上になると、34%、31%、38%と、3人に1人以上はそういう状態ということで、このあたりは今後、医療体制あるいは保健的な問題はどうかという課題になってくると思います。先ほどの保健婦さん、あるいは看護婦さんはほとんど一般病棟と変わらないということで、医師とか診療所の併設とかそういうあたりについては、今回はアンケートには項目は挙がっていないですが自由記入で何かございますでしょうか。

仁木障害福祉課長

自由記述の中でそういうことは格別なかったと思います。

末光委員

予想外に多いなというこの事実ですね。その前の「やや病弱でよく風邪などを引き、医師にかかる」というのと、次の「ほとんど病気がちで治療を受けている」というのは格段に病状からみると違うのではないかという感じがいたしますので、この率が高いというのは気になるなと思ひまして。

中野委員

高齢者棟ということで、たとえば廊下の幅が広がるということは、居住者にとってはどういう意味があるかと考えますと、前にも発言させていただいたかと思うのですがトイレが遠くなると思うのです。たとえば個室になることはいいことなのだけれども、ユーティリティというのですか、共通ユーティリティから遠くなるということもあって高齢者棟を寝たきりになる人を想定してつくられているのか、それともどういう暮らしをそこで想定してつくられたのか、畳なのかベッドなのかとか、その辺の特徴的な配慮をしましたというような自由記述などがあれば、伺いたいと思うのですが。

事務局

ある施設を見せていただきましたときに、ここはできて20年ほどたつのですが、当初は全部畳でつくりました。それを、ここ数年間かけてみんなフローリングに改装しています。そして全部ドアにいたしまして、1室改造するのに300万円ほどかかります、というお話も聞いております。ただ、今、一部、畳の部屋も残っておりまして、これもいずれフローリングにしたい。そのほうが行動面がスムーズにできるので、とかおっしゃっていました。

そこは、廊下の幅は90とちょっと狭かったと思うのですが、フローリングというのですかベッドというのですか、そういう形での志向が強かったとお聞きいたしました。

末光委員

車椅子が増えているからではないのでしょうかね。

中野委員

車椅子、あとはベッドで移動させるとかそういうことを想定して最初から建てているということは、高齢者棟というのはそういう施設と頭で考えているということですよ。つまり、高齢期をどう生きるかというところがちょっと気になるのですが、高齢者棟というと病院パターンに非常に似てくるところで、そこは40歳未満の方もいらっしゃるわけで、これから20年、30年たつと、たしかに構造的に職員として車椅子を移動させやすいとかそういうのはあるのですが、暮らすほうからすると、はたしてそういった機能的になっているのがほんとうに暮らしよさを生んでいるのか、ちょっと気になっているので、どういう基準で新しく建て替えておられたのか、ちょっと気になります。

今村委員

この調査ではなくて、私も何回か調査をしているので、その調査の中身ですが、中高齢者棟あるいは高齢者棟とっているのですが、設備をされた年次が、今、先生がおっしゃられた平成の初めごろまではほとんど中高齢者棟だったのです。要するに、65歳とか70歳とかいうことを想定しないで、生活の場として建てています。したがって、廊下の幅等もかなり狭かったろうと思うのです。私が見て回ったところはそうだったのです。ところが、最近になってからはかなり高齢者層を意識して、車椅子が往復できるようなあるいは先生がおっしゃった職員の動線を計算するような建物も出てきていると思うのです。ただ、人数の平均値をみると20人とか30人ですので、動線を考えるほどの建物でもないのかなという気はしているのです。

たまたま私の施設は動線を考えているものですから、その場合、個室ですと、50人でも職員が現状の配置では難しいみたいなどころがあるので、そこら辺がこれから、この場でも話し合うことになるのかなという気はしています。

だから、このデータですと、建物ができた年次と職員の数と、そういうところをもうちょっと細かく分析をしてみないと、たぶん答えが出てこないのではないかという気がしたのです。それと先ほどの個室の畳の問題もそうです。私がいくつか見た施設は、ほとんどが畳でつくっていて、あとで高齢者が出てきたので畳を撤去してベッドを置いたという施設が多いのです。特に昭和の終わりごろの施設は。最近、ようやく特養などにならって、畳ではまずいのだという形の施設が出てきているようですが、歴史的にそこら辺はまだまだ不十分なのかなと。

だから、高齢者棟はこうあるべきだということをむしろここで定義をしたほうがいいのかと、聞いていてそういう気がしたのです。

#### 小野沢委員

私どもで高齢者棟をつくって23年ほどたつのですが、つくった当時は年齢的には利用者の方は80歳を超えた方もいらっしゃったのですが、寝たきりの状態であるとか車椅子を使う方とかはいなかったのです。当然、そういう方たちのゆとりある生活の場を何とかしようということでもつくりましたので、建物の中で将来的には車椅子を使うことも想定はしましたが、その建物をつくる段階では、ベッドの部屋にするとか、車椅子の方が利用するという考えはなかったですね。

それは、自分たちのかかわりのあった高齢の方たちが、寝たきりであるとか、今いわれているいろいろな身体介護とか、特別その点について配慮しなければいけないということはなかった。それよりも、もっと生活のスペースをなんとかしてあげよう、そちらの認識のほうが強かったのですが、できて20数年たった今になってみると、私どもでも車椅子あるいはストレッチャー等を利用して移動しなければいけない方が現実の問題として出てきていますので、それだけ知的障害者の方たちの変化もあったのでしょうし、対応の仕方、建物、人的な配置も含めて検討していかなければいけないのかなと考えております。

ですから、私どもで高齢者棟がつけられた時点と今を比較してみると、そこで生活している人は明らかに大きな差があります。ですから、当然、建物のいろいろな要件、設備的な面に関しても、私どもはなんとかしなければいけないという気持ちはもっているのですが、ほんとうに高齢知的障害者の方のケアをきちんとしようと考えた場合には、建物の構造、設備の面を含めて検討していかないといけないというのが、今までケアしてきたの正直な気持ちです。

#### 大林委員

もし今後、アンケート等があれば、先生のおっしゃるようなところとして、アメニティの部分が高くするか、安全管理面を高くするか、その分岐点をどこにするかによって、施設の方針、理念というのが非常に変わってくる。この10年間、知的障害の直接的に整備する部分についての理念があまりみえてこないものですから、なんともコメントをしがたいのですが、現在の指定介護老人施設の設置については、個室を設ける場合には、食堂、教養・娯楽、リハビリ、そういったものに直接面していなくてはいけないということで、個室が廊下に面しているということはないのです。逆にいうとプライバシーが、食堂なり教養・娯楽室からドアを開けると中が見えてしまう可能性は出てしまうのですが、そういう設置基準の中でも見直されてきているのが、老人福祉の中には出てきております。

そんなことと、先ほどの4.3:1のところにも重度加算というのは、これは10年前と変わらないのかなと思ったのですが、おそらく実態とすると、先ほどの資料ですと2.8か2.9:1ぐらい、非常勤換算がどのようにされているかわからなかったのですが、そのくらいにいかれているということだと、どのような施設の努力があってそうなっているのかというのも、そのことが実態とずれていて、それぞれの施設の規模とか、ほんとうに努力によってしかできないことなのか、制度として運用すればできるのかということも、今後、勉強させていただければと思います。

#### 吉川座長

今回の調査ではその辺のところはたしかに出てこなかったのだらうと思いますが、今お話しのようなそうした新しい視点で資料などができれば、これから高齢棟といいますか、高齢知的障害者の施設処遇の問題点はもう少し出てくるかもしれません。

ただ、今までお話を伺っていると、従来から更生施設等でケアをされてきて、その中のメンバーがだんだん高齢化していくという段階だと、施設はそれに応じて当然変わっていかなければいけない問題があります

し、新たにつくるといときには、新たなニーズの中で高齢棟その他をつくっていかなくてはならないというように、かなり違った意味があるのだらうと思うのです。

ですから、施設の中で高齢化を迎える知的障害者をどのように処遇していくのかということ、またそれはそれなりの生活そのものがしみつきながら、そして年をとっていくのであって、その中でどのように割りふりをしていかなければいけないのかということが出てくるだらうし、新たに入ってくれば、これは先ほど大林先生の言われる安全モデルでしょうか、医療モデルに近いパターンでつくらざるを得ないものも出てくるのだと思うので、その辺がこれからの施設問題として考えていかなくてはいけないところかなという感想をもちました。ほかに何か……。

#### 北沢委員

まだ細かく見ていないので、いちがいに言ってしまうのかどうかという点はあるのですが、一応高齢者棟というふうに県も認識し、施設の側も認識している施設の調査の数字の中で、4ページの40歳未満の車椅子使用者17.2%という数字が、ぼくからすると非常に目立っている部分です。

前回お話ししましたように、早期老化問題等、中高齢者棟等が動き始めた時期と、平成に入ってから「高齢者棟ですよ」というふうにおっしゃっているところの入所形態がだいぶ違っているのだらうなど。結果的に障害の総合化も含めて、あるいは混合利用等の部分も含めて、肢体不自由児養護学校の卒業生の中で知的障害をおもちの方たちがかなり入ってきている部分、しかし、従来までの更生施設であると、それには施設面で対応できない。そういう部分で高齢者棟なりを利用して入ってきている実態があるのかなという感じが一つある。

もう一つ、同じ表での健康状況の部分で、先ほど末光先生からお話があったのですが「やや病弱でよく風邪などを引き、医師にかかる」という部分と「ほとんど病気がちで治療を受けている」というこの「ほとんど病気がちで治療を受けている」という部分の中に、生活慣習病みたいな、簡単にいうと糖尿病とかをおもちの方は、たぶんこのランクに全部入ってくる可能性は高いのだらうなど。そういう意味で「ほとんど病気がちで治療を受けている」という中身は少し整理をしていかないと、数字だけがひとり歩きするとちょっとこわいなという感じはしているのです。

もう1点、このぐらゐの健康状況の区分は、現在の一般的な特別養護老人ホームに比してかなりきつい数字なのか、いや、ごくあたりまえの数字なんですよ、ということなのかというのを、われわれは意識しておかなければいけないのではないかと。要は、知的障害の領域でかなり特化して特別に考えていかなければならない課題と、一般的な高齢者対策の中で考えてやいかなければならない部分とは区分して論議をしないと、特化していく部分が非常にいびつな形になっていく可能性があるのだらう、数字そのものの中でそこら辺は少し整理をしていく必要があるのではないかと感じました。

#### 吉川座長

今、特に北沢先生がおっしゃいました最後のほうの問題は、次のテーマともかなり関係しますが、大変重要なお指摘ではないかと思うのです。知的障害者関連の施設の中における高齢化の施設をどのようにするかというときに、そこにおけるさまざまな医療的なケアの必要性などを考えるときには、一般老人、あるいは一般老人施設におけるケアそうした身体的な面におけるケアの内容といひましようか、そういうものとの相互の比較がないとものがいえないという気がいたしますので、北沢先生のご指摘は大変重要だとお聞きしました。

ほかにどなたか。

#### 今村委員

先ほど中野先生のご指摘などもあったのですが、このデータだけで現在の高齢者棟の像が浮き彫りになってきて、現在の高齢者棟をつくっていったままこれから高齢者の加齢の問題に対応できるかという限界みたいなのところははっきり出てきているのでぼくは興味深く思ったのです。

たとえば、生活を中心にした高齢者棟というのは小野沢先生も中野先生もおっしゃったけれど、そういう形で進んできているわけです。ところが、生活を中心にしていく規模から、高齢者が非常に多くなってきて、障害をもつ高齢者が多くなってきて、生活棟ではなくて、ある程度療養型の施設を目指さなければならなくなっている部分はずいぶん出てきているのだらうと思うのです。そういうところのジレンマというか、これからの高齢者棟の方向はこのデータでかなりはっきり出てきているので、私は興味深く思いました。

ただ、何人かの委員がご指摘になりましたが、これはもっと細かく個人のプロフィールをみつけていかなければいけない調査なので、もう一回、それぞれの個人に対応して分析をするというのは、1年がかりくらいでやらなければならないのかなと。現状では少なくとも高齢者棟の状況について、高齢者棟が今のままでいいのか悪いのかということについてのある程度の答えは出ているような、私はそう思っていました。

#### 吉川座長

それなりにかなり重要な資料だと考えます。たしかにお話のように、もう少し細かいところまで知りたいという気はしますが、これはやむを得なかったのだらうと思います。また調査そのものを深めて考えていきたい。

#### 末光委員

4ページの健康状態のことに関連して、私は、重症心身障害児施設の側から知的障害施設の保健あるいは健康、病気のことをみますと、変わってきているのですね。

10年くらい前は、われわれ重症心身障害児施設の対象児でも、成長とか訓練によって知的障害施設へ移行していくことはかなりあったのですが、現在は逆に、知的障害施設からわれわれ重症心身障害児施設への入所がかなりある、それから今も待機しておられるということで、そのほとんどが車椅子で、それから先ほど出ました生活習慣病もありますが、むしろ慢性の呼吸困難とか嚥下障害等で、常時、看護婦なりがかなりインテンシブなケアをしなればいけないという形の人が増えているのです。

それは、かなり高齢化した人もおられますし、40歳未満の若い方も若干おられるということで、先ほどの「ほとんど病気がちで治療を受けている」という内容はかなり幅があると思うのです。慢性の生活習慣病のような形で常時お薬を服用しているぐらいの人から、本来ならば重症児・者施設なり、医療体制のあるところでしてあげなければいけないという形の人まで増えている。そして、後者はかなり増えてきているのではないかという感じがいたします。

そういう意味で、先ほどの話に戻るわけですが、高齢者棟におられる方がたの保健あるいは疾病に関する現状把握をもう少ししていただくことが、今後いるのかなと。それに対して内部対応をどうするのかということがあると思います。

と同時にもう一つは、バックアップの医療体制がどうなっているのか、どうあるべきか、あるいは今回も障害福祉課長さんに変えてご努力をいただいて、診療報酬の中で障害者と一般病棟というのをスタートしていただいたわけですが、これがこういう方がたの受け皿として今後どのように地域の中で役割を果たしていただけるのかどうか、見守らなければいけないし、場合によってはそれをいろいろな角度で安定的にやっていただく必要があるのではないかという感じがいたします。

そういう意味で現状把握と現状での内部体制の問題と、バックアップあるいは連携する医療機関との関係、そのあたりが大事ではないかと、この数字からもうかがい知れるのではないかという気がいたしました。

#### 北沢委員

知的障害の問題を考えていくときに、医療的な部分も介護の部分も、あるいは訓練の部分も、社会に出していく部分も、さまざまな機能を一つの施設の中でやりきろうという志向が非常に強かったと思うのです。そういう中で、たとえば医療的な対応が必要な人の場合に、重症心身障害児施設なり、あるいは肢体不自由児施設なりが、簡単にいえば障害者療護というような施設の体系の中で、そういった方たちの受け入れがございますよ、というスタンスというかそういう形がある程度生まれてくると、少し違った構造ができるのではないだろうか。

知的障害の関係で議論をしていますと、その中にすべての機能を盛り込もうという志向が非常に強くなる。そうではなくて、さまざまな部分を上手に利用していくという論議も実は重要なのではなからうかという感じがしますので、末光先生は重心のほうがお詳しいので、実際には重心の施設の全体像がどうなっているかというのは自分もよくわかっていないものですから、ちょっとお伺いしたいのです。

#### 末光委員

障害児のたとえば内科的な、あるいは小児科的な疾病に対しては、かなり重症心身障害児施設がやってきたわけで、今後もその役割はしっかりしなければいけないのですがほんとうに障害児医療は肢体不自由児施設あるいは重症心身障害児施設だけの専売特許かというのと、これは、われわれはその中におりながら、問題だろうという気がするのです。やはり一般病院の中でやっていただく、あるいは地域の診療所の先生にやっていただけることこそ、より必要であって、そこでやれない部分を肢体不自由児なり重症心身障害児医療がやらなければいけないのではないかという気がするわけです。

そういう意味で、先ほど申しあげた、今回4月からの障害者棟、一般病棟というものは大きいのではないかという期待と、一方、われわれ重症児施設の内部の関係者には、しっかりせんとだめですよと、そちらがやられて、われわれの施設の役割がなくなっていくとか、それは長い目でみるといいことなのかもしれないけれども、そこらは気をつけなければ、専門性という点で改めて問われるのではないかということも、内部では話をしているところなのです。

障害者と一般病棟ということでご説明させていただきますと、ご承知のように国では入院医療については、長期の人と急性の短期の人と分けようということで、知的障害を含めて障害をもっている方がたは、一度入院するとおのずと長期になってしまうわけです。

そうしますと、1カ月、2カ月を超すとすると、一般病院では、もう退院してくださいといわれ、それでは困る。また、実際に病院を運営する側からすると、そういう方にベッドを占拠されても困るし、細かな話では、経営上からすると長期入院されると運営上、いろいろな収入が落ちる。そういう意味でやや敬遠される部分があったわけですが、それではほんとうに障害をもっている方がたの地域生活なりが困るのではないかということで、一般病院の中で障害児と一般病棟という形で、日数縛りのない形でやれるということを経験して、スタートさせていただいたわけです。それが今後、このあたりの対応として大きな一つの展開期になるのではないかという気がするのです。

#### 吉川座長

医療との関係もかなり情報もいただいたし、またお考えも承ることができたと思います。ほかに何かござ

いますでしょうか……。

お話がだんだんきょうの第2点、すなわち全体の第3点に移りつつあるような気がいたします。そこで、もしよろしければ第3点に少し話題を移しまして、そして高齢者棟を含む知的障害者の高齢化問題を考えるときに施設ケアをどうするかというところに戻っていただくのもけっこうだと思いますが、前回の話の延長で考えますと、地域の中でどう支援していくのかということが話し合われたわけでございまして、その支援をしていくためにも、今度は実際に地域の中にある老人施設をどのような形で利用していったらいいのか、あるいはそことどのような連携をとりながら進んでいけばいいのだろうかということを少し議論したいと思いますが、いかがでございましょうか。お戻りいただくのはいっこうにかまいません。いずれにしても関連が深い問題でございますので、ご自由にご発言をいただければと思います。

これに関しまして、何か資料から説明していただけますか。たとえば資料6は老人関係福祉施設の一覧と書いてございますが、たとえばどのような制度等があって、これが可能性としてどのように活用できるのだろうかということ、もし事務局からあれば。

#### 事務局

資料6は第1回の資料として付したもので、ここでは在宅福祉対策ということで、要援護老人という区分をしております。ホームヘルプサービス事業、短期入所生活介護事業、日帰り介護（デイサービス）と分けてありまして、それぞれの事業枠があります。

こここのところは老人保健福祉局が所管している事業で、一つは、要援護老人対策、次のページが、社会活動対策、いわゆる生きがい事業ということで、老人クラブでございますとか健康づくり事業といったものやっております。

次のページが施設対策ということで、これまで何回か、軽費老人ホーム、養護老人ホーム等の資料を出しておりますが、その関係の部分はこういうところから採ってございます。

#### 吉川座長

ここで、大林先生から何かヒントをいただけると大変ありがたいのですが。

#### 大林委員

専門家の方の前で生意気なことを言うてはなんですが、根拠法の老人福祉法の中から在宅、生きがいも含めてこういった整理をされているかと思うのですが、現状の介護保険制度での居宅サービスと施設サービスと分けた形のほうが、今後、考えるうえでは早いのではないかと。その資料はぜひいただいて、今後の一般に生きがい対策として税で行われるサービスと、保険で行われるサービスの整理をされて、どのように障害関係とがうまくできるのかという整理をするのも、一つの方法かなという気がいたします。

#### 吉川座長

では、そうした資料も整理をさせていただきたいと思いますが、ただ、障害者の問題がどのように動くかわからないところがありますね。ですから、既存のもので考えたときに、きょう、ここで改めてお出ししました資料の中で考えていただくことが、議論として深まるのかなと思っています。

#### 末光委員

大林先生のお話に関連すると思うのですが、その前に、前回、特別養護老人ホーム等でわれわれ障害者関

係者が思っている以上に大勢、知的障害の方がたを受けとめていただいているということで、若干びっくりしたというか、われわれのほうがそういう状況について、抱え込むのではなくて、もっと正しい認識をしなければいけないのではないかとということを申しあげたいと思います。

その延長線で、先ほどの大林先生との関連になるのですが、前回は入所施設と入所サービスということであったわけです。知的障害の方がたが、在宅支援ということで、たとえばデイケア、デイサービスをどれぐらい受けておられるのかとか、あるいは短期入所、ショートステイを特養とかで利用しておられるのかどうか、そのあたりについて何かお教えいただければ、今後の方向性というか、利用する人の理解、受け入れ側の取り組みということも分かってくるのではないかという思いがいたしました。

#### 大林委員

いたって個別なケースというローカルな話になるので、これは全国レベルのものになるかどうかわかりませんが、個々のケースはきょうは避けたいと思いますが、現行、措置制度としてまだ知的障害者の更生施設が残っている。そうなってくると、介護保険施設サービスとの関係ということになってくれば、どこまでが使えるか・使えないかというところぐらいの整理は今でもできるかと思います。

たとえば、これからグループホーム、福祉ホーム、福祉的就労ということも緩和されて住宅対策として今後も残るといった場合に、一般の補助金が入っていながらも、介護認定を受けたならば、いわゆる居宅サービスといわれるものが受けられるのかどうかということになってくる。たとえばそこで受けられるという判断がされれば、グループホームから地域のデイサービス、もしくはデイケアサービスに行くことも可能ですし、グループホームとか在宅で知的障害者の方が地域で生活されていて、複数経営されている施設ですと、そこにホームヘルパーさんの訪問看護、介護というような事業所を指定事業所として受けることによって、さらに手厚いサービスが複数投入できる、または地域でのグループホーム、就労後も老後はそこですごせるというヒントにもなるかと思います。

極端に在宅ということだけでなく、先ほどおっしゃられるような軽費老人ホームのAという形で、食事その他一般生活の支援はされているけれども、そこで介護が必要になった方というのは、現行の介護保険法では、ケアハウスもしくは軽費老人ホームのA、Bという中に在宅サービスを投入することができるわけですから、そこをもう少し拡大解釈すれば、そこに知的な障害のある方がご利用されているときにも、在宅からのサービスをもってくるができる。

ということになると、高齢化問題の前に中高年といわれる中の部分が、熟年問題とかそういう形で現行のものでも対応できるのではないかと。先ほどおっしゃられた医療もそうなのですが、他の機能と連携をとりながら検討していった、一つではないという方向性で検討していくのも、きょうの3番目の議題としては大事な点かと思っております。

それ以上、具体的なこととなりますと、まだ整理されていない部分はたくさんありますので、私のような者ではわかりません。

ただ、現行の養護老人ホームにつきましては、介護サービスの中では保険料は支払うけれどもサービスは受けられないというダブル給付の問題があるわけです。ということからすると、認定を受けた養護老人ホームの利用者については費用徴収はどのような扱いになっているかという点、これは移行期間ですので減額されているという点については、措置施設であります知的障害もそうですし身障関係もそうですが、そのところの費用徴収も、なんらかの認定を受けた結果、移行期間だけでも1年間とかという特例として減額という措置がされてもいいのではないかとという考え方もできますので、現行の整理もぜひやっていただければと思います。



吉川座長

二つの制度といいますか、今はその辺のところを重ね合ってきたわけで、その点ではそれぞれの制度の中で考えてきた者にとっては、隣の施設とかよく見えなかったりしたものでございますので、今のようなお話を伺うと、これから私たちもどう考えていったらいいのかというところで少し迷いそうですが、その辺のところではいかがでございましょうか。

今村委員

老人施設とも関係してくるのですが、知的障害者の高齢に伴うこれからの施設の選択みたいなところになると思うのです。先ほどの議論でも出てきたのですが、年をとるにしたがって、どうしても長期的障害をもつようになってきますので、ある年齢、ある障害をもつようになったら、療養型施設に移行せざるを得ない部分が出てくるのだろう。

片一方でなるべく生活型の施設ということではいけなくはないだろうと思うのですが、その場合に生活型の施設というのは、現行の特養などでもそうですが、通過型施設になってきて、在宅ということを中心にこれから考えていけなくはない。

在宅ということを中心に生活型の施設も併せて考えていくと、生活できる人については、たとえばケアハウスのようなものをどうやってうまく利用していくとか、特養の部分にどうやって受け入れていくとか、そういうことになってくる。生活できる人たちが、たとえばケアハウスに入って5年、10年たつと、機能の低下があるだろう。機能の低下があったときに、その人たちがどういう差別を受けるかという問題になってくる。

たまたま私は埼玉県施設と今、関係していたり、千葉県施設とも関係しているのですが、複合型の施設が最近が増えてきているのです。多機能といいますか、従来型のように特別養護老人ホームだけの施設というのではなくて、デイサービスもあるしショートステイもあるし、ケアハウスももっているし、在宅に対する支援能力ももっている。そういう中身でこれから解決していくのでしょうかけれども、現行の中でデイサービスを考えていくと、現行のデイサービスや老人のデイサービスは知的障害者を受け入れてくれないだろうと思うのです。

そうすると、デイサービスの形式はA、B、C、D、Eとか型がありますが、その中の選択肢として痴呆老人を受け入れられるような形のものが、たとえばデイサービスの中に知的障害の高齢者も受け入れますよ、というような選択を設けていく、これは一つの方向ですが、そういう方向を見出していくことができるならば、かなり知的障害者の人たちも生活型、療養型という枠にうまく対応していけるのではないかと。要するに受け入れ型の問題で、高齢者サービスの中にも知的障害者、あるいは知的障害者の中にも高齢者のノウハウを入れていくというような、もう一回原点に立ったところまで考えていく必要があるのかなという気がしているのです。

というのは、障害福祉課で用意されたデータでもみられるように、従来型の10年、20年前からのいい点も悪い点もずっと引きずったまま施設はきていますね。この辺で、先ほど中野先生も指摘されたように、もう一回、たとえば60歳、65歳になった高齢者、知的障害者を含めて、いったいどのような施設基準があったらいいのか、その施設基準に中身によってどのような形の対応をするのか、リハビリテーションはどうかということも見直してみる必要があるのではないかと。そうすれば、先ほどのデイサービスの中でも受け入れ体制ができてくる。それは早急にやらないと、知的障害者はどこにいったいいかわからなくなってしまうと思います。

介護保険が実施されるようになった場合に、ほとんどが長いあいだずっと日常生活を送っていましたが

ら、たぶん介護度1とか2にはならないと思うのです。せいぜい介護度1ぐらいだと思うのです。そうすると施設に入れません。だから、現在の施設に残ってデイサービスを受けるとか、あるいはお父さん、お母さんと一緒にケアハウスに入って、そこでデイサービスを受けるとか、あるいは現状のデイサービスではないですが養型のデイサービスという変な言い方ですが、そのようなことを考えていく必要があるのかなと、雑ですが、そのようなことを考えております。

吉川座長

かなりヒントが得られたと思うのですが。

山梨委員

知的障害者、身体障害者、あるいは高齢者のデイサービスにつきまして一つの例を挙げますと、知的障害者は知的の施設でデイサービスを受け、身体障害者の場合には身体障害者の施設でデイサービスを受けている。現在はそれぞれの障害の内容によって受けているのです。今お話しのように、それを相互利用というか相互に使えるような施設基準を設定していただいてやっていかないと、これからは施設がどんどん増えるとはいいましても、地域によっては身障の施設はあるけれども知的の施設は少ないとか、そういうバランスの問題で議論していただかなければいけないのではないかと。

要するに、身体障害者の人はある程度地域にあるから優遇を受けるけれども、知的障害の施設がないと、どうしても待機という状態が残ってしまう。今の施設基準等の内容を緩和していただいて、身体、知的、あるいは一般の高齢者がお互いに使えるような施設基準、あるいは施設の相互乗り入れみたいなことができるといいのかなと思います。

吉川座長

施設といっても、入所施設の問題だけではなくて、今は地域の中で生活していくときにどういうケアが可能なのか、それも、障害別等で縦軸で分けるのではなくて、横軸でどのようにやるのか。だけど横軸で分けるというのは、考え方としてはたしかにそのとおりなのですが、ではどういうものだったら横軸の中でできるのかということを示唆していかないといけないのだろうと思うのです。私たちが今ここで議論しているのは、知的障害で高齢になった方がたが地域の中で生きるときに、いったいどういう問題を抱えやすく、それはどのような訓練ないしはケアを受ければ地域の中で生活可能なのか、ということをごくどこかで考えながらやっていかなくてはならない。そこがないものですから、今までのような縦軸の障害別制度の中で考えてしまうのだろうと思うのです。どのように考えていったら相互利用というのは可能なのでしょうか。

大林委員

おそらく各都道府県において、身体障害者関係だけのデイサービスとか知的障害のデイサービスは数はものすごく限られている。そのかわり、高齢者問題としてゴールドプランで出てきたデイサービスは中学校区に一つということで、非常に身近な単位である。市町村単位というのは自治単位でありますので、そういう意味ではそここのところの理解を求めるといえるのはかなり早い道である。

その中で、現在でも第2号被保険者の方たちの中での介護認定が受けられる理由は特定疾病12種となっていますので、それ以外は無理という制約はあるものの、65歳以上になればそういった原因については一切関係ないということですし、障害の度合いを審査するのであって、介護のどれだけの必要量があるかということでの審査ですから、そこが重なってくれば利用することの権利は獲得できるということではもう一歩進

んでいる制度ですので、利用しない手はないと思っています。

#### 遅塚委員

今まで、高齢者と障害者の制度の乗合は、厚生省さんもいろいろ弾力化していただいているのですが、たぶん受け入れの高齢者側で障害者というのは身体障害者のことをもっぱら指していて、知的障害者の方については利用ができてこなかった。われわれ都道府県の間からみても、あまりされてこなかった。たとえばデイサービスのお話がずっと出ていますが、制度的にも当然に今までずっと身体障害者とは乗り入れてよろしいということで措置の中できていたのですが、知的障害者との乗り入れはなかった。

今度、介護保険になってくると、今までの乗り入れ自体も困難になってくるのですが厚生省の配られたソフトウェアを使って、知的障害の方は要介護はどのくらい出るのだろうと、いろいろな人を頭に浮かべながらボタンを押してやってみると、けっこう要介護にはなるのですがレベルは低い。たぶん1とか2の方が多いなという印象だったのです。

われわれが考えるときに、どうしても行動障害のある方とかを中心に考えるのですがそれを相互利用ということで介護度で切られてしまった場合に、知的障害者の人は同じ定規で測られ、切り捨てられてしまう可能性は相当多いので、われわれは今までと違う物差しとかメジャーを提示していかないと、制度上は全部使えるようになって、実際に一人ひとりやっていくと落とされてしまう危険があるなと強く感じているのです。

もう一つは同じ相互利用の話なのですが、私は今、老人福祉の仕事をしておりますが今、デイサービスは中学校区にというお話をいただきましたが、在宅介護支援センターも同じぐらいのレベルで地域に存在するわけです。在宅介護支援センターの団体からも障害者の方をこれからは視野に入れていこうというありがたいお話をいただいているのですが、たぶんそれは、身体障害の方であって、知的障害の方というのをどのくらい視野に入れていただいているか非常に疑問です。地域生活を支える制度としては、地域療育等支援事業は30万人に概ね2カ所という規定で、在宅介護支援センターのきめの細かさと比べるとあまりにレベルが違うので、できればその辺も在介センターでも障害者を少し視野に入れる展開をしていただければ、地域で助かるなど。ただ年齢的な問題で切るのではなくて、何回か前に出ましたが、高齢の知的障害者の方が地域で生きていける制度をどうしたらいいかという話をすれば、それは年をとっていない知的障害者の方でも地域で生活できるシステムを考えてやるのと全く同じ結論になってしまうので、高齢ということ視野に入れて、高齢の制度を使わせていただきながら、最終的には年齢に関係なく障害者の方はそういう制度を使わせていただけたらいいなと思っています。

#### 吉川座長

今のお話を伺って、私は精神科医ですし、精神障害のほうから入ってきましたが、精神障害の問題を考えたとしても、精神障害の人たちの在宅ケアというのは、資源がなかった時代に、知的障害の方がたのいろいろな在宅のシステムをどう活用させてもらおうかと狙った時期があります。今お伺いしていると、今度は老人のほうのをどうやって狙いながら使っていくのかというお話を伺っているような気がしまして、大変古い話ですが、なつかしい思いがしています。

#### 北沢委員

今、出ている課題の中で少し整理しておかなければいけないのは、先ほど今村先生もおっしゃったのですが、いろいろな施設の方に介護保険上のフロッピーでもし適用したらどんな介護度になるのかと。今、現行

で進んでいる中で、痴呆性の高齢者に関する部分とちょうどリンクするような問題がかなりあるだろうと考えているわけです。その痴呆性の高齢者の方に対する援助が、介護保険上の介護という部分と重なってきたときに知的障害の場合、さらにそれ以上に何か必要なのですか、というものが大きなマスの動きの中で進んできていますから、結果的に出てこないのではないかという心配をしているわけです。特別にそんなに特化してくるような問題はないのではないかと。

そうしたときに何が課題になってくるかという、でも支援は必要ですよと。先ほど出てきた介護度1とか、あるいは要支援の人たちでも、社会的な支援が必要です。これは高齢期であるからとかそうでないからということではなくて、その支援の中身を組み立てていく中で、もしかすれば高齢者の部分もそこで、たとえば今回の介護保険法と知的障害者施策との関連のズレが示されていますように、一応はたとえば身体障害のほうでも、身体障害者福祉のサービスを選択してもいいし、介護保険上のサービスを選択してもいいですよというスタイルの中でいうと、知的障害の高齢者の支援の中身と身体障害における支援の中身と、精神障害における支援の中身と、知的障害の支援の中身とどこが共通性をもっていて、どこがどうしてもその部分はやらなければいけないよということを明確にしていく作業の中で、そこら辺の問題を整理していけるのではなかろうか。

単純に一律に20歳以上の障害者の方は将来的には介護保険の適用をしますよ、という発足成立前の論議の中で出てきたような議論がありますが、そういう部分を踏まえたときには、知的障害者の場合には何が理由なのかということをしり明瞭にしておかなければいけないのではないかと。そうしますと、生活をしていく中でいろいろ支援の中身を大枠で分類してみて、大枠で分類した中でその機能を担っているのはこういうところですよ、こういうサービスがありますよ。これは単数ではなくて複数あるということのほうが重要になってくるのかなという感じはしています。

今のままでいきますと、介護度が低いという評価は当然出てくるだろう。その低いところになんでサービスがたくさんいつもいつているのですかという声や、あと5年後か10年後ぐらいには知的障害のほうに向かって出てくる心配をしておりますので。

そういう意味でいうと、入所施設も含め、通所施設も含め、グループホームも含め、どういう機能を担ってどういう支援の度合いが必要なのか、他の領域の方にもわかっていただくような整理をしておく必要があるのではなかろうかという気がしています。

吉川座長

たしかに他の方がたにちゃんとわかっていただけるということは、これから非常に重要なことで。

大林委員

先ほど来の認定ソフトの話だと思うのですが、海賊版といいますか本物といいますか手計算でもできますので、その辺をシミュレーションしてみますと、やはりおっしゃられるような状態が出ます。しかしながら、その原因が知的な障害において問題行動があるのか、痴呆によって問題行動があるのか、でも問題行動としては、たとえば介護に抵抗があるかないかということの調査になるので、今、全体的にも痴呆としての認定の度合いが比較的軽く出てしまうということで、実態の介護量と合わないのではないかと議論は老人の中でもされていますので、そういう中にも知的障害の方の全体像がみえてくるような調査になればいいなという気がいたしております。

実際にわずか14名なのですが、現在、介護度1から5まで、この4月1日からそれぞれ皆さん、旧措置者という形で利用していただいているのですが、介護度1の人が3人2が3人、3が2人、4が2人、5が4

人と、大体同じぐらい。ただし、5の方も、最初におみえになった10年ほど前にはどうであったかということを取り返って今の基礎調査で一次判定を行えば、非常に軽く出るのではないかなと。また、取り返って調査してみたいと思うのですが、そんな気がいたしております。

ですからそこでは、先生がおっしゃられるような、知的障害者であるからこそこんな特殊な行動を問われるとか、そういったところがどのように保険の中で評価されるのかというところは、今後の課題だと思っております。

その中で整理の仕方とするともう1点、先ほどの在介センターの話は大変身近な単位で、逆を言うと税で残った唯一のサービスですので、そこがどのように生かされるか、ほんとうに大切な部分だと思っております。それと一緒に地域権利擁護センターという形で成年後見法を受けて出てきた制度がありますので、この辺のところは、知的障害もコーディネーター事業も含めてどのように連携がとれてくるかというのも、在宅の中で生活を送られ、施設からいきなり在宅の話になったのですが、大事な点ではないかと思っております。

#### 今村委員

介護認定の話がずいぶん出てきているので、ちょっと私の考え方なのですが、介護認定そのものがもともとMDSから出てきて、つまり今も問題になっているのは、行動のパターンなどではなくて、むしろADLを中心にして評価をしていることの矛盾みたいなものだと思うのです。知的障害というのはADLよりもむしろレスキュー、SAみたいなものを中心にして今まで評価してきてきているので、そのSA、社会生活正常論みたいな、そういう社会生活の発達年齢というのも全然あそこに生かされていない。そういう面からもう少し、たとえば老人と知的障害者の比較みたいなもの、片一方はADLで片一方でSAがあって、もちろんIQもあっていいのですが、痴呆とか、SAという角度がもう少しあっていいのではないかという気が非常にしています。

もしこういう委員会のようなものが出発点になるのだとしたら、もう一回、知的障害者の介護度の判定の中にADLと並べてSA。ぼくは、全国の知的障害者のSAの調査をやったことがあるのですが、そういうときにひずみみたいなものが年齢によって出てきていますので、そのようなところをちょっとみてみたいと思っております。

もう一つ、これは先ほど座長がおっしゃったことなのですが、特定疾患の問題が、知的障害の場合には現状の特定疾患の判定とそぐわないような気がするのです。障害者の場合、40歳から64歳の部分にたぶん入ってくるだろうと思うのですが、あそこではほとんどが痴呆ということで下にみっていますが、もちろん痴呆という点ではなかなか評価しにくい。日常生活行動からはなかなか出てこないし。知的障害者の場合、それが気質性の疾患という形ではっきり出てくるのはかなりあとからである。そういう意味では評価しにくいので、むしろたとえばてんかんなどの向精神薬における影響がどうであるとか、あるいはてんかんの発作の頻度によって当然中に加えていくわけですから、そういう度合いがどうであるとか、そういう評価基準みたいなところを、ほかにもいっぱいあると思いますが、もう少し手を加えていただくと、また違ってくるのではないかと。

知的障害だけではなくて全体にいえるのではないかという気がするのですが、あまりにも痴呆ということにこだわると、痴呆がいちばん大事なのですが、40~64歳では早期痴呆ということもあるけれども、たとえば若年痴呆などは、たとえばぶつかって脳がだめになってしまったなどという原因で若年痴呆になる例が多いので、そういうことから考えていくと、知的障害の場合は若年痴呆の問題なども特定疾患のところでもう少し検討して、それは専門委員の方がたでやっていただけるといいなと思っております。

#### 中野委員

先ほどSAの話が出たのですが、知的障害ということ自体がいろいろな構造の中で、はたしていったいなんなのかというのが、AMRでも指摘されているように非常に難しい。こうなってくるとますます難しい。先ほど北沢委員がおっしゃったように特化することの意義の背景は二通りあると思うのです。ここ近間で考えなければならない人たちが多くの施設というのでしょうか、環境が制限された中で高齢化を迎えた人々をどう特化していくかという部分と、それから、今はまだ若いけれども、将来、高齢に向かって環境をどのようにしていくと特化はどう変わるか、その辺をどこでどう見極めていくのかというのは非常に難しいなと思うのです。

#### 今村委員

私が先ほどSAと申しあげたのは、生活年齢ではなくて、生活年齢の階位領域が六つに分かれていますね。前にやったときには、その六つの領域をやっていくと、かなり年齢によってクレバスが出てくるような気がしたのです。そのこのところを、ただSAというだけではなくて、これは作業の領域、これは言葉の領域とか、社会生活の部分とか、そのように調査をみていくと、少し違うのではないかなという気がしているのです。SAということの階位領域のところをみていく必要があるのではないかと。それはADLとはちょっと違うのですね。ADLと違うところに、たとえば社会生活の問題とか、知能の前後のところとか入ってきますので、そういう意味でSAのほうが使いやすいのかなと。

ただ、SAというのは必ずしも標準化されているとはいいいにくいところがあるので、ちょっと使いにくいですが、でも非常に多く使っています。

#### 中野委員

デイサービスと共有するときに、生活体験の乏しさというのでしょうか人のかかわりの少なさ、それはサポートする家族もそうですよね。家族自体も非常に限定された中で暮らしがつくられてきた。その総体を抱え込んでデイサービスを世代を超えて利用していくことになるわけですね。これまで、その辺のところが一つ知的の人たちがもって、この先100年、すごくいい環境ができて、そうではなくなるかもしれないけれど、過去をふり返ってこれからすぐ先、使おうとする人たちの環境の過去をみると、そういうことを非常に感じるのです。

その人たちにとって特化されたデイサービスというのはいったいなんなのかというあたりで、単純に預かるとかりハビリするとはまた違う高齢期のサポートの、本人の痴呆の状態以上の周りの状況とのサポートのあり方が一つ、特化されたところから出てくるのかなと。よくわかりませんが、そう思ったりして、難しさを感じます。

#### 今村委員

先ほど私は言い足りなくて、今のSAのことは評価の認定のことだけなのですが、その前にデイサービスのことを申しあげたときに漏らしたのです。デイサービス、たとえばケアハウス等を利用するような場合に、当人だけで利用するというのではなくてたぶん家族の問題が出てくると思うのです。家族の高齢化の問題がもっと切実な問題だろうと思うのです。この中にも出ていますが、知的障害者のことを考えていく場合には、家族の高齢化のところも一緒に考えて、一緒にサービスしていかなければ、問題は解決していかないだろう。

先生がおっしゃったので、先ほど私は抜けたものですから、デイサービスのときにはそのことも一緒に併せて言いたかったのですが、この前のとき、たしかそのことを申しあげたので。

吉川座長

はい、お話しをいただきました。

ますますいろいろと難しいことになりそうですが、少し整理させていただきますと、これはもうちょっとみんなで検討して、たとえば研究グループをつくるなりなんなりしてやっていかななくてはいけないということがあるような気がするのです。今までみたいになんとはなしに知的障害という大きなくくりだけで考えてきたとか、あるいは知的障害の方がたが年をとってきたから、ではどういうサービスが必要なのかとか、どちらかといえばそういう流れで考えてきたことだったけれども、そうではなくてもっと一般的な私たち自身が年をとっていくということとどういう関係があるのかということも含めて、まさに障害を超えたという言い方をするとおかしいのですが、要するに人間を縦軸でみるだけではなくて横軸でみるという意味での特異性をどのように取り上げながらサービスを考えていくのか、そのようにとらえることができるのだろうと思うのです。

そうすると、今までの考え方の中で研究グループみたいなものをつくるだけではなくて、新しい視点をもった研究グループをつくって、そしてソフトをつくるなりなんなりして、その人たちに適正なサービスが行えるようなシステムをつくっていかなくてはいけないのかなと考えます。

その点では、施設でどういう整備をすればいいのかということとは違って、地域の中でまた違ったソフトをつくっていけばいいのか。そのソフトは、新しいものでなくてもいいのかもしれませんが、既存のソフトをどのように動かしながらそれが使えるようになるかということかもしれません、いずれにしてもそういうことを考える研究的なグループをつくっていくことの重要性が今、いわれたのではないかと思います。

その点で北沢先生、何か。

北沢委員

そのとおりで、今村先生はかなり長くいろいろとご研究をいただいてきていると思うのですが、まだ分けのような部分もけっこう感じるということなのですが。

生活をしていく中で、知的障害の人たちにとって他の方たちと比較してここの部分が強烈なんだよ、ということがもう少し明確になってくるようなことが重要なという感じはしています。もしかすると、仮説的にはないというところから出発してもいいのではないかと。

そういう部分を明確にしておかないと、はっきりしてくることは、介護保険で5年なりたってきますと、どれぐらいのお金が出たかというのは、今以上にはっきり出てくるときに、どういう状態なのかということはずいぶん出てまいりますので、そのための部分でも必要性があるのかなと。

生活をしていく部分でこれだけ共通性がたくさんあるのだから、その共通性をもっと強調しましょうやという主張でもぼくはいいと思うのですが、知的障害だけを印籠にしてやりすぎてしまっている部分もあったものですから。私自身も含めての反省ですが。

そこら辺を今、取り払っておかないと。この問題などは、この後半は育成会の役員の立場で申しあげますが、親とすればいちばん不安な部分で、やっと今、取り上げていただいたという部分は評価できるのではないと思うけれども、では、それをみて「ああ安心ね」という部分が、単に入所施設だけではなく、きちっと示されることが重要だと思っています。そのための部分をもう少し整理していくことが、研究的にも重要だろうと思います。

吉川座長

きょうはフリートキングのような形でお話を進めさせていただきました。 まだご発言いただいていた

い先生方もおられるのですが、時間がそろそろ迫ってまいりましたので。きょうは、論点メモをベースにはいたしましたかなり自由に議論していただき今後の問題も含めていろいろとご示唆をいただいたような気がいたします。これはまとめさせていただきまして、新たにどういうことを考えていったらいいのか、提示させていただきたいと思います。

次回以降の検討会をどのように進めていったらいいのか、事務局のご予定もごございますでしょうか、これからのことをお話しいただけませんかでしょうか。

仁木障害福祉課長

次回以降の事務局としての気持ちでございますが、前回と今回で大きな検討課題3本柱について全般的にご議論をいただいたように思いますので、全体的なご議論をひとわり終わったところで、論点整理メモの1の地域生活支援のところはかなり詳しく書いておりますが、今回のご議論を踏まえて、2本目の柱、そして3本目の柱についても含めて、全体的に整理をいたしました論点メモをベースに、次回はその論点に即してさらに議論を深めていただければと思います。

本会の発足時に、6月をメドにおとりまとめいただくというスケジュールをお話ししましたが、なぜ6月かといいますと、13年度の予算の編成が7月あたりから本格化してまいりますので、その前におとりまとめをいただいて、できるだけ13年度予算に反映できるものは反映したいという段取りでございます。今回は4月ですから、場合によっては5月と6月の2カ月のあいだに3回ぐらい開催をさせていただいて、なんとか13年度予算の編成に間に合う形でおとりまとめをいただければと思っております。

吉川座長

お忙しい中を大変タイトなスケジュールでここまで議論をしていただきました、私はかなり厚生省側にもヒントになることを皆さま方からいちばんいただいたような気がするのです。それをもとにいたしまして少なくとも平成13年度予算にそれらを反映していただくことと、今もお話が出ましたように、もっと細かく検討していかななくてはいけない部分があると思いますので、それらにつきましては、この検討会とはまた別な形で、新たにそれぞれテーマによって検討会みたいなものを組織していただくなりして、今後につなげていただければと思っております。

とりあえず6月中にはできるだけまとめてほしいということでございましたので、そのスケジュールでこれからも進めさせていただきたいと思いますが、あと2回ないしは3回の皆さま方の踏ん張りをお願いしたいと思っております。

私からはここまででございますが、何か事務局からご連絡はございますでしょうか。

事務局

お手元に5月15日以降の日程表がございますので、ご都合のいいとき、悪いときを記入していただきまして、お帰りの際にこちらに提出をお願いいたします。

吉川座長

次回の日程、次々の日程は、後ほど先生方にご連絡をいたしますし、本日まで検討していただきましたメモを添えて、次回のおきにお渡ししたいと思っております。ほかにもし資料のようなものが必要であれば、できるだけ揃えるようにしたいと思っておりますので、その辺も事務局に直接ご連絡いただければと思いますので、よろしく願いいたします。



きょうは、大変お忙しいところをおいでいただきましたが、どうもありがとうございました。

問い合わせ先 厚生省障害福祉部障害福祉課

担 当 轟 (内3031)、斎藤 (内3038)

