

参 考

検討委員からのご意見・ご感想

【参考】

検討委員からのご意見・ご感想

平成 24 年度推進事業

地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究 への 意見・感想

末光 茂

限られた予算と短期間のなかで、よくぞこれだけの多角的・多面的な調査（2000ヶ所を超える事業所を対象に）を実施し、取りまとめられた努力に敬意を表します。

さらにアンケート調査と併行して訪問調査を実施している点は、過去に例を見ない調査研究と評価できます。

せっかくのかけがえのないデータをどう分析し、今後の支援のあり方や制度設計に役立てるかが、大事ですが、今回の期限内で、それを十分に生かし、しっかりした提言として、とりまとめるのにはおのずと無理があるように思います。

このあと（次年度に）、この報告書を叩き台にして3つの取り組みをしていただければ、大いに今回の調査が生かされるように思います。

- (1) 国内の各方面からの積極的な意見の集約・・・継続した委員会を中心に、ご利用者や家族、支援者からのコメントや提案を聴くとともに、インターネットでの情報収集をはかる。
- (2) 国際的な視点での検証ならびに助言
 - ①国際知的障害研究協会（IASSIDD）の中の特別研究グループ「Aging グループ」からこの報告書へのコメントと提言を得る。
 - ②本年 8 月に開催の IASSIDD の第 3 回アジア・太平洋地区会議（早稲田大学にて）で発表し、直接参加者から評価とコメントを求める。
- (3) イギリスの取り組みに学ぶ・・・Jim Mansell 教授が今回と似た個別面接調査（対象は重症心身障害児・者）に基づく政策提言報告書を取りまとめています。その手法を参考に、関係者と意見交換をはかる。

平成 24 年度推進事業

「地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究」について

中原 強

障害福祉現場にいる者の共通の心配事（課題）として、利用者の方々の高齢化への対応、対策とことがあります。この課題は超高齢少子社会へと突き進むわが国にとって、障害福祉現場に限ったことではなく、もはやわが国の普遍的な課題であることはいまさら言うまでもないことでもあります。

そして、わが国の障害者に対する福祉施策の進展を、極端に近視眼的に概観した場合、「児童から成人へ」、「障害の軽い方から障害の重い方へ」、「入所施設中心の施策から地域福祉へ」、等々順次整備されてきた経緯があります。そして、その時々対策（施策）は決して十分なものではなかったということも残念ながら事実であります。これらのことを改めて考えると、本年度推進事業におい

て現状における「高齢障害者の暮らしとその支援ニーズの実態把握」とそれらに対応する「居住支援サービス体系のあり方や支援方法」について研究する機会を得られたことは、誠に意義深いものと感じています。

今回の調査・研究事業における特徴であるところの実態調査がアンケート調査のみならずヒヤリング調査も行われたことに大いに意義があると思っており、その成果について期待しているものがあります。調査に当たられた気鋭の方々の努力とご苦労に心からの敬意を表するものであります。是非ともこれらの実態調査の成果を生かし、高齢の障害者の生活の実態と課題に対応した具体的で実効性のある提示をしていきたいものだと考えます。単なるあるべき論にとどまらぬ積極的提言に至るべく、今後更に、調査内容の分析の視点を明確にしていくことが今後の研究の課題のポイントのひとつではないかと思えます。

冒頭述べましたように、高齢知的障害者の支援をどのようにしていくかは、障害福祉現場にいる者の共通の心配事であることから、千葉県協会の任意の研究会において旧法時代に、この課題について継続的に検討した経緯がありますので、その際の焦点となった事柄について参考までに述べさせていただきます。なお、本検討例については、「入所施設の果たすべき機能、役割」という大項目の中でのテーマであったので、居住の場が入所施設（障害者支援施設）を想定しています。「入所施設での居住」と『地域での居住』とあえて対比、区別して考えることが適当かどうかの問題提起にもなるかとの思いもあります。

以下は抜粋であります。

① 問題意識

千葉県内各施設においての高齢知的障害者の状況は、施設設立の経緯や年数等の背景により当然のことながらまちまちである。しかし、歴史の長い施設や、終身型を標榜する施設を中心として加齢化が急激に進み、日常生活や日中活動、夜間支援において介護度が高くなり、従来は必要としなかった支援の必要に迫られ、その対応に苦慮している。併せて医療や医療的支援も不可欠になることから、その内容次第では施設の許容量を超える支援の提供が必要となり、困難さは更に増幅される。そしてこの状況はいずれの施設においても、地域での生活においてもやがて必ず発生する問題であり、これらを普遍的な課題ととらえその対策を推進する決意をするべきであります。

それは、現在の居住の場の建物設備や人員の配置、そしてグループワークを基盤とした日中活動のノウハウでは対応しきれない問題であることを認識すべきである。そして行政には、これらを支えるための行政責任としての適切な対応を望むものであります。

② 検討される課題（大項目）と必要な対策

1 日常生活（日中活動）での特別な配慮

- 支援の現場における厚介護化に伴う職員の絶対数の確保
- 支援職員の介護技術や援助技術の向上のための機会の確保
 - ・高齢知的障害者への基礎知識、認知症を発症した人への支援方法
- 高齢知的障害者が生活しやすい可能な限りの建物、設備の改善

2 医療的な支援

- 障害者施設等で、利用者さんだけでなく、職員が安心して支援できるための制度の確立
 - ・医療と生活支援や介護支援との明確な業務分担化
 - ・看護職員を適正に配置可能な報酬単価の設定
 - ・医療機関の利用が便宜的になされるような行政等の支援や介入

3 建物、設備等の問題

- 建物改修工事費用の助成
- 高齢、厚介護障害者に特化したモデル住宅、モデル施設の建設、運営

4 家族がいなくなることによる問題

- 「親亡き後」も安心して施設等利用ができる契約制度の確立
 - ・措置制度の利用緩和
 - ・利用しやすい後見人制度の確立

- 5 高齢者福祉等の障害者福祉制度との連携
 - 高齢者福祉制度（介護保険制度等）や障害者福祉制度（障害者自立支援法等）との連携・相互活用等の仕組みの整備
 - ・介護を必要とする高齢知的障害者が必要なサービスを受けられるよう関係機関との連携、連絡、調整が取れるための施策の整備
- 6 支援者の知識、技術の啓発
 - 障害種別を越えた介護技術の向上のための機会の創設
 - ・介護施設等との相互研修 専門技術の研修会の実施等

平成24年度障害者総合福祉推進事業

地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究 への 意見・感想

最上 太一郎

研究委員の皆様のご尽力と情熱に感謝申し上げます。

本事業は24年度の単年度の研究事業ということで、短期間での研究とまとめには大変な時間と労力が必要であったと思います。しかしながら、郵送調査や訪問調査をしていただいたことで、高齢障害者の支援の実態と今後のあり方の一助となる資料が示せることだろうと確信しております。

日本知的障害者福祉協会の政策委員会委員長として検討委員の一席に座らせていただきましたが、本研究の結果と残された課題等について協会の政策委員会で改めて検討するとともに、障害者総合支援法の衆参議員の付帯決議「障害者の高齢化・重度化や「親亡き後」も見据えつつ・・・」の背景等も踏まえ、「新たな制度設計に向けた障害者サポート体系案」を福祉協会の政策委員会として作成し、提案させていただきます。

障害のある人の高齢化対策に関する課題

光増 昌久

障害のある人が在宅でも、施設入所でも、グループホーム等でも高齢化が進んでいる実態は明らかになっている。

障害者自立支援法が施行され施設入所支援と生活介護を利用する人は、介護保険の被保険者から除外されてしまった。したがって平成24年4月時点で国内の施設入所支援と生活介護を受けている人は全て介護保険の被保険者から除外されてしまった。この論議は、公的にはどこでなされたのであろうか？介護保険がスタートするときに、重症心身障害児施設、身体障害者療護施設、救護施設、国立のぞみの園など施設種別で除外された。当時の解釈は、十分当該施設では介護の手が行き届いている理由からであった。施設入所支援の夜から朝までの支援や介護の実態が十分な状況になっているわけではないのに、今まで介護保険を払っていたのに！

介護保険料分支払いがなくなった分、施設入所者は楽になったかもしれない。

しかし、施設入所支援を受けて高齢化した場合、常時医療ケアが必要になった場合等、施設入所支援での対応ができなくなった時、病院の入院か、医療ケアが可能な介護保険施設への入所か、療養介護（障害程度区分5、6で身体障害者手帳が1、2級かつ療育手帳A）への入所か、選択肢が限られてくる。全国的には、少ないがケアホームで医療ケアを受け、訪問看護、訪問リハビリを受け重度訪問介護のヘルパーで生活している重症心身症者、全身性障害のある人の地域生活の事例はある。

では介護保険の適用除外施設で暮らす人が、介護保険のサービスを受けたいと希望した場合どうすればいいのか。

「生活保護法による介護扶助の運営要領に関する疑義について」（平成12年3月29日付け社援保

発第 22 号) には、以下のように記載されている。

「…介護保険の適用除外施設に入所する者であっても、3ヶ月以内に退所する予定であれば、当該適用除外施設所在地の市町村（保険者）による要介護認定を受けること出来ることとされている。」

現実には3ヶ月以内に退所して特別養護老人ホームへの入所は可能であろうか？

せめて3ヶ月以内の変更をすべきではないだろうか。要介護認定の継続と計画相談の組み合わせも必要だろう。

グループホーム等では、介護保険のサービスを利用している人がいる。低所得であれば障害福祉サービスの利用料は0円になっている。介護保険のサービスを利用する場合原則1割負担をしなければならない。社会福祉法人減免等の周知を事業者、利用者にも徹底して負担を少なくする事も必要ではないか。

グループホーム等では医療連携体制加算などで少しずつ地域での生活が可能になる体制が整備されつつある。希望する人が一人暮らしの前に利用するグループホーム等でも、必ずしも就労、日中活動（生活介護、就労継続等）を望まないでホームで暮らしたり、居宅介護を使って外出する選択肢があっている。日中支援体制加算の見直しと、高齢でホームで暮らしたい人の支援ができる報酬構造の見直しが必要でないだろうか。また高齢者を支える人的な配置も必要で、安全を図る上で当直者、夜勤者を配置する場合の報酬にも直しも必要ではないか。

地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究への意見

菅野 敦

今、成人期にあるダウン症者をもつ保護者のほとんどは、その診断と告知において二十歳までは生存しないと告げられたという経験をもっている。一方で1981年に正木らは、その当時の我が国のダウン症の平均寿命はほぼ50歳であることが考えられると学術論文に報告している（Masaki. et al 1981）。しかし、先の保護者たちの回想を思うと、正木らの知見が当時、一般の医師や支援者、さらに保護者にまでは広く伝わっていなかったということは明らかで、この間、ダウン症の支援を積み重ねていく上で、非常に残念な時期が長く続いていたといえる。正木らの報告から30年を経過した現在、医学の進歩に伴う健康管理や福祉政策上の処遇の改善、さらに、それらを支えている社会経済の発展が社会全体の長命化の傾向を促進するのに伴って、短命が常識のように思われていたダウン症においても一層の長命化・高齢化がもたらされていることは容易に想像できる。しかし、ダウン症という知的障害の中でも古くから一般に知られていて、しかも、その原因においても生物学的レベルで診断可能である希な障害の新たな姿、高齢化に伴って、支援課題として老化問題と、老年期の暮らしの問題が顕在化してきたことは言うまでもないことである。

ただ、そのような状況にありながらもダウン症の成人期以降の実態は、十分に把握されていない現状が、この間長く続いている。私が、知的障害のある方々の成人期の問題、なかでも老化に関する問題に出会ったのは、このような状況にダウン症が置かれていることを知った20年数年ほど前に遡る。

その後、我々が取り組み、ダウン症の成人期の問題に関連して明らかにできたことは、成人期以降のダウン症者には、その発達経過から少なくとも3つの発達タイプがあることであった。具体的には、健康高齢タイプ、高齢退行タイプ、若年退行タイプである。これら3つの発達タイプのなかで最も一般的なものが、健康に50歳代、60歳代を迎える健康高齢タイプである。その一方で、アルツハイマー病をはじめとするなんらかの原因により認知症に罹患し、生活に制限や制約を負う者もおり、その割合は健常者同様、ダウン症においても一定の割合で存在している。これが高齢退行タイプである。一方で、20歳前後という成人期への移行期から成人期の初期段階に、急激に生活適応能力の低下である、いわゆる早期退行を示す状態を示す者がいることも明らかにしてきた。これは、その年齢段階と変化の様相から若年退行タイプ（急激退行）と称してきた。支援機関において、支援者が注目するのは、より高い支援を要する高齢退行タイプと若年退行タイプであろう。しかし、高齢健康タイプが健康に40歳代、50歳代を経過していく過程や、どのような特性をもったダウン症者が、どのような環境に生きていくことでそれが可能となるのか関しての情報は今後、さらに高

齢化を迎えるであろう彼らの支援を支える上で、非常に重要である。しかし、未だ明らかではない。同様に、認知症や急激退行に関しても、どのような特性をもつ者が、どのような環境や条件にさらされることにより現れるのかも明らかではない。これらを解明することはダウン症の成人期以降、壮年期・老年期の生活を豊かなものにする上で非常に重要なことである。

本調査は、その目的からダウン症に限ったものではなく、また、老化・退行症状の発生の状況やそのメカニズムを明らかにするものではない。現状として、高齢の障害者がどのような場でどのように暮らしているのか、さらに、どのような支援を要しているのかに関して、かなり明らかにし得たと考える。具体の一例として、老化を伴う症状が顕著な人への支援として今後必要なもの、なかでも知的障害の場合は、「地域医療との連携協力体制、関係機関との連携等、支援ネットワークの整備、各種日中サービスの創設、権利擁護、そして、障害者支援施設のさらなる機能強化など」が挙げられた。本報告書を手にしたひとり一人が、さらに分析を進め、それを支援に生かし、そして、一般化していくことによって、かつてダウン症においてあった不幸な状況に置かれる者が一人もでないような取り組みに繋がることを期待したい。知的障害においても各ライフステージにおいて、最も長い成人期以降の生活をより豊かに、さらに、生涯にわたる支援をめざした時、各ライフステージは、それぞれの時期にある課題や経験に取り組む生涯において唯一の時期であるという考え方を成人期以降、壮年期・老年期の日々にも広げ、取り組んでいきたいものである。明日を、将来をみすえて今日を、今現在を精一杯に支援することを通して。

平成 24 年度障害者総合福祉推進事業

地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究
検討委員・研究委員・厚生労働省担当者・事務局 の 皆様

河東田 博

1. コメントを記す前に、調査を担当された方々、データ分析にあられた方々、報告書作成にあられた方々、事務局等関係された方々のご苦勞に対し、衷心より御礼と感謝を申し上げます。

2. 調査報告書（素案）へのコメントは、主として「施設・事業所用調査の結果」「訪問事例まとめ」を拝読し、気づいたことを中心に記させていただきます。

(1)「施設・事業所用調査の結果」に対して

<申し分のない実態把握>

今回の調査には回収率や施設・事業所・ホームの内訳等に偏りが見られていたものの、「事業実施計画書」に記されている「障害者支援施設、生活介護事業所、グループホーム・ケアホー等の高齢障害者の実態を把握する」ことや「地域で生活する高齢の障害者が、抱えている様々な障害に加え、身体機能や精神機能の低下、医療的ニーズなどにより、多くの困難に直面している実態を把握する」ことが十分できたものと思われまます。今後は、把握した実態や課題をどう整理・分析し、考察していくのかが問われていくものと思います。

<報告書作成に向けてのお願い>

・「施設・事業所用調査の結果」に関する「総括的なまとめ」が必要だと思ひます。このような「まとめ」がありますと、後述します本調査・研究の「全体のまとめ」や「提言」等を整理しやすくなると思ひます。

・結果の整理・分析に際して、統一性がとれ、まとまりのある結果の明示の仕方を工夫する必要があると思ひます。例えば、

節（または項目）により使用されている図表に違い（図表共使用・図のみ使用・表のみ使用の章、数種類の図・グラフ、行列への項目が異なる表、他）が見られたり、コメントがない節（または項目）があるなど、統一性を保つ必要があるように思ひます。

「医学的ケアが必要な人の数」など、項目により（知的障害）施設種別毎の結果が示されていない節（または項目）があります。

(2)「訪問事例まとめ」に対して

＜申し分のない実態把握とまとめ＞

訪問事例が示されていないものがありますが、「事業実施計画書」に記されている「障害者支援施設、生活介護事業所、グループホーム・ケアホー等の高齢障害者の実態を把握する」ことや「地域で生活する高齢の障害者が、抱えている様々な障害に加え、身体機能や精神機能の低下、医療的ニーズなどにより、多くの困難に直面している実態を把握する」ことを質的に十分把握できたものと思われま

す。とりわけ「知的障害者参考事例のまとめ」は力作で、説得力があり、今後の方向性、提言、モデルの提示、支援ネットワークの構築にも役立てることのできる内容になっていたと思います。

＜報告書作成に向けてのお願い：事例表記の統一性と「まとめ」を巡っての意見交換を＞

・「知的障害者参考事例のまとめ」を力作と上述しましたが、この「まとめ」が調査・研究グループ全体のものにはなっていないような気がします。説得力のある内容となっているだけに、十分な意見交換を通して、報告書の「まとめ」の一つとして生かせるようにしていただきたいと思います。

・事例が十分に示されていないものや表記の仕方が不揃いですので、事例表記に工夫が必要だと思います。

(3)「最終報告書」作成に向けて「事業実施計画書」に明示した内容の検討を

「施設・事業所用調査の結果」や「訪問事例まとめ」を受け、「事業実施計画書」に明示された調査・研究目的・成果の生かし方等を検討する必要があると思います。具体的には、次のような内容です。

- ・ 高齢障害者への支援体制やサービス体系のあり方及びグループホームや障害者支援施設等において今後必要となる支援技術や専門性等に焦点を当て、総合的に研究・検討し今後の方向性を示すこと。
- ・ 増大が予想される高齢の障害者に対する今後の支援の在り方と方向性を示すこと。
- ・ (職員の支援技術並びに専門性の向上とともに、支援の質の確保や向上のために) 支援上の留意点を明らかにし必要な提言を行うこと。
- ・ 居宅等で生活する高齢障害者の支援に際して、介護保険サービスと障害福祉サービスの有効な組み合わせモデルの提示を行うこと。
- ・ 関係機関や関係サービスとの連携・協力の在り方などを提示することによる、地域における高齢障害者への支援ネットワークの在り方について提示すること。

なお、「事業実施計画書」「事業の目的」に記されている「小規模入所施設」に関する整理がなされてこなかったように思います。「小規模入所施設とはどのような施設を指すのか」、「施設・事業所用調査の結果」を受けて「小規模入所施設での高齢障害者への支援体制やサービス体系のあり方をどのように示すのか」などの検討が必要だと思います。

これから益々重要になる高齢知的障害者の支援のあり方

志賀 利一

平成 12 年に旧厚生省において「知的障害者の高齢化対応検討会」の報告書が提出された頃から、高齢知的障害者の支援にあり方についての興味・関心が高まってきた。当時、障害福祉の分野は措置制度であり、高齢者福祉分野では介護保険制度がスタートした時期であった。

この検討会の報告書では、高齢になっても地域で生活できる体制作りを基本に、在宅福祉サービスメニューを増やし、単身者に対する公営住宅、さらにグループホームへのヘルパー派遣といった、現在の取り組みに繋がる提言がなされている。また、老人保健や地域療育の健康診査、高齢者施設や高齢者支援を弾力的に利用する等、今だに明確な方向性が見えない領域も記されている。そして、この報告書の中で、障害者支援施設について、自己完結型ではなく、地域に開かれた入所施設を指向するよう提言されている。

その後の 12 年間で、支援費制度から、障害者自立支援法、そして新たに総合支援法へと、知的障

害者を支える福祉の仕組みは目まぐるしく変化してきた。一方、知的障害者の高齢化も着実に進んでいる。今年度、のぞみの園の調査では、知的障害者のうち65歳以上の者が概ね5万人いることが推測されている。また、旧知的障害者入所更生・入所授産施設では、利用者の12.8%が65歳以上で、50歳以上になると43.7%を占めていることがわかった。高齢知的障害者に対する、具体的な指針と対策が必要な時期に至ったと考えられる。このタイミングで、日本知的障害者福祉協会が本調査研究（地域における高齢の障害者の居住支援等の在り方に関する調査・研究について）を実施することは、非常に意義がある。

以下には、高齢知的障害者支援に関する課題について、私が考える内容を簡単に紹介する。

《早期にそして速いスピードで高齢化する》

高齢の知的障害者支援に直接携わる支援員の多くは「知的障害者の高齢化のスピードは速い」と言う。障害のない高齢者の「老い」を想定すると、身体的あるいは認知的機能の低下が急激に訪れるといった印象をもつようである。例えば、外出時に「疲れやすくなった」と心配しはじめると、すぐに、ふらつきや転倒のリスクが高まり、車いす中心の生活となり、普通食の食事がとれなくなるなど、介護技術が求められる状態に短い期間で変化する経験をもっている。

高齢化が早いとするデータが少しずつ集まってきた。例えば、高齢になると、明らかに女性の割合が増える（療育手帳所持者全体では男性が明らかに多い）。身体障害者手帳の所持者が多い（65歳以上では20%を超える）。障害者支援施設では、前期高齢期（65－74歳）の知的障害者のうち普通食を食べているのは半数以下、さらに4人に3人は何らかの身体介護が必要である。医療的には、男女関係なく早い段階から骨粗しょう症の診断を受ける人が多い、高齢になり初めててんかん発作が見られる人が増えるといった事実も、高齢期の支援にとって大切な情報である。

《新たに福祉サービス利用を希望する高齢知的障害者》

一方で、障害福祉や高齢者福祉のサービスをうけていない高齢知的障害者もかなりの数いることがわかっている。65歳以上の知的障害者のうち、障害者支援施設に入所しているのは4人に1人に過ぎない。高齢者施設への入所、医療機関への入院、グループホーム等の利用者もかなりの数にのぼると推測される。それでも、自宅で生活し、通所や居宅サービスを利用していない人は、相当数になる。

例えば、同居していた家族の死去をきっかけに、民生委員が自治体の窓口にご相談に来た事例がある。自宅での生活維持が困難と周囲は判断しているが、要介護状態区分や障害程度区分でも入所の支援に該当せず、措置として養護老人ホームや救護施設を検討する場合がある。事実、救護施設入所者の20%以上が、65歳以上の知的障害者である。施設ではなく、地域で支えるにしても、介護保険と障害福祉サービスの選択（あるいは併給）、費用負担と財産管理等、一人ひとりの生活を支える制度とその運用の課題は大きい。

《高齢知的障害者の実態と支援についての情報不足》

平成12年から現在に至る間に、高齢知的障害者の様々な問題点が、かなり明瞭になってきた。多くの現場から、「支援のあり方の混乱」や「制度上の課題」が訴えられるようになってきた。全国で、先駆的な支援の取り組みも少しずつ始まっている。しかし、高齢知的障害者の問題を総合的に整理することは、残念ながらできていない。高齢知的障害者の実態についての「正しい情報」をもっていないために生じる不安は決して少なくないと考えられる。

幼児期から成人期まで、知的障害児者の成長を見守り、生活を支えてきた障害者支援施設や福祉サービス事業所では、高齢になり介護が必要な知的障害者を「支え続ける」ことを想定していない場合が多い。

- 介護保険を代表として高齢者支援の現場で高齢知的障害者を支えるのだろうか？
- 高齢者福祉に移行するのは何歳で、どんな状態の時ののだろうか？
- 現在、多くの知的障害者はどこで、どのような支援を受けながら生活しているのだろうか？
- 一人ひとりの健やかな高齢期の生活を支えるためにはどんな仕組みや支援が必要なのだろうか？

地域単位で高齢知的障害者（高齢障害者）支援の体制整備を具体的に考え始めているところは、現時点でほとんどない。まず、高齢知的障害者の実態に関する正確な情報、そして問題点の整理が必要である。

※ のぞみの園では、平成24年度より、厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）において、「地域及び施設で生活する高齢知的・発達障害者の実態把握及びニーズ把握と支援マニュアル作成」の調査研究を実施している。平成27年春には、同マニュアルを作成し公開する予定である。

「地域における高齢の障害者の居住支援の在り方に関する調査・研究」
結果から明らかになった課題への取り組みに対する意見

國光 登志子

当研究委員会の一員として本件の調査・研究に参加させていただき、貴重なデータを共有し、関係各位の意見を伺う機会をいただきましたことに改めて御礼申し上げます。

今回の量的調査と訪問事例に関する質的調査の結果に関しましては、要介護・要支援高齢者分野に置いても障害者支援の分野からも、さらには地域福祉やまちづくりの関係者に置いても深く掘り下げるべき分析課題が多数あると考えます。介護保険制度に関する高齢者問題に関わることが多い個人的立場から、本調査結果の概要を受け止めて意見を述べさせていただきます。

1 介護保険における高齢者問題との共通点

加齢に伴う要介護高齢者問題は、介護保険制度を社会保険に位置付けたことにより、家族を中心とした介護から、社会全体で介護を支える「介護の社会化」の考え方を普及させることになりました。しかし対象者の増大、重度化傾向、認知症問題、世帯構成や地域社会の変化、財源と制度の持続性問題などを受けて制度改正が繰り返されている中で、個々の介護支援専門員やサービス提供従事者から「支援困難ケース」として挙げられている事例は、本人あるいは家族が障害者、精神疾患ケースに対する医療とケアの対応方法、認知症に対する診断・援助方法、在院日数短縮に伴う常時医療を要するケースへの医療・介護スタッフの不足等によるもので、全国的にも顕著に表れています。いずれも個別ニーズに対応できていない状況は、今回の障害者の高齢化問題で明らかにされた課題と共通しているところで、対応策としては、医療や障害者関係の専門職との連携、チームケアによる協働や役割分担、そのための地域ケア会議の開催等が挙げられていますが、活用できる社会資源が乏しい状況の中では、根本的な解決策は今後への課題となっています。

2 将来的には高齢者問題、障害者問題の一本化を

障害者も高齢者も、若年者であっても高齢期に達しても、ひとり1人がその人らしく地域で安心して暮らしていける自立を支援する基本は、社会福祉法の理念であり、ノーマライゼーションの実現に向けての課題でもあるところです。将来的には、障害者問題も高齢者問題も一つの枠組みで対応し、個々の医療やリハビリテーション、住まい、介護、生活支援、経済、自己実現、社会参加等を総合的にニーズとして把握し、社会資源や対応策を考えるシステムが必要であると考えます。

3 当面の対応策

施設に置いても居宅サービスに置いても、高齢障害者問題を高齢者サイドからと障害者サイドから具体的に明らかにし、今回の訪問事例でも提示されている「今後の課題と対応策」を実践課題として取り組み、全国的に継続的にデータを積み重ねていく必要があると考えます。既にモデル事例等で件数は少ないものの、特区の枠組みを活用したり、民間の独自の取り組みとして始まった宅老所などの成果と課題を重ね合わせながら方向性を明らかにする調査研究も必要でしょう。また65歳到達をもって障害者支援から介護保険の対象に一律に移行させる問題や、障害者手帳等の認定者で

あっても介護保険優先であるという表面的理解から、介護保険制度には含まれていない障害ニーズへの支援やサービスを利用できることが認められているにもかかわらず、介護支援専門員等にその知識や経験が不足しているために、情報提供されていない等の課題への取り組みは、「給付の抑制」、「サービスの出し惜しみ」といった苦情としても上がっているところです。基本的には高齢者・障害者支援に関わる全ての関係者が、重複している課題を有する利用者のニーズをそれぞれの生活背景を受けとめて適切にアセスメントし、ニーズを解決するために社会資源の見直しや開発にも役割を果たすことが求められますが、当面は、いわば「高齢・障害専門ケアマネジャー」のようなエキスパート人材の配置も有効かと個人的には考えるところです。