

第53回

高知大会

全国知的障害福祉関係職員 研究大会

平成27年

10月14日(水)・15日(木)・16日(金)

主会場 高知県立県民文化ホール

主催／公益財団法人 日本知的障害者福祉協会・四国地区知的障害者福祉協会・
高知県知的障害者福祉協会



第五分科会 | 五策

「^お老」～幸せな老いを迎えるために～

趣旨：老いること。それは生きている証とも言える。しかし、誰もが健康で幸せな老後を迎えられるとは限らない。身体的、精神的衰えはどのようにやってくるのか。一般大多数の人と知的障害者が感じる老いに違いはあるのだろうか。老いの先には嫌が応でも必ず病や死が待っている。多くの老人たちが死に場所を求めて漂流する昨今、自ら家族をつくるのが難しい知的障害者は、どこで誰に看取られ人生を終えているのだろうか。「老(おいる)」をとoshi人生の終末まで責任をもつこと、尊厳を守るために私たちが出来ること、目指すべきものは何かを考える。

[演題] 「老」～老いる～

[講師] 全国知的障害者施設家族会連合会 副理事長 南守氏

講師プロフィール

南守(みなみ まもる)氏

昭和20年5月4日生

〈職歴〉

昭和45年 高知県立児童相談所(知的障害者更生相談所) 心理判定員

昭和55年 高知県立身体障害者リハビリテーションセンター 心理判定員

昭和62年 高知県立児童相談所(知的障害者更生相談所)判定班 班長

平成1年 高知県立精神保健福祉センター 主任(心理判定員)

平成5年 高知県立児童相談所 保護班長

平成7年 高知県退職

平成7年 社会福祉法人 高知小鳩会 常務理事・知的障害者更生施設 あじさい園 施設長

平成24年 統括施設長兼管理者

(障害者支援施設あじさい園・あじさい園短期入所事業所・あじさい園障害児者相談支援事業所・生活介護事業所第二あじさい園・生活介護事業所こぼと作業所)

〈社会活動〉

昭和47年 日本ダウン症協会(JDS)高知県支部 小鳩会 顧問

昭和53年 日本臨床心理学会運営委員(平成7年まで)

平成12年 高知県知的障害者福祉協会 副会長(平成23年度まで)


平成17年 スペシャルオリンピックス高知 顧問

平成17年 高知県知的障害者施設家族会連合会 事務局長

平成20年 全国知的障害者施設家族会連合会 副会長

平成23年 一般社団法人全国知的障害者施設家族会連合会 副理事長

2015年10月14・15・16日
第53回 全国知的障害者施設家族会連合会 高知大会
資料編



老

～幸せな老いを迎えるために～

一般社団法人 全国知的障害者施設家族会連合会(全施連)
副理事長
社会福祉法人 高知小鳩会
常務理事・管理者
南 守


第五分科会の趣旨

老いること。それは生きている証とも言える。しかし、誰もが健康で幸せな老後を迎えられるとは限らない。身体的、精神的表えはどのようにやってくるのか。一般大多数の人と知的障害者が感じる老いに違いはあるのだろうか。

老いの先には嫌が応でも必ず病や死が待っている。多くの老人たちが死に場所を求めて漂流する昨今、自ら家族をつくらることが難しい知的障害者は、どこで誰に看取られ人生を終えているのだろうか。

「老(おいる)」をとおし人生の終末まで責任をもつこと、尊厳を守るために私たちが出来ること、目指すべきものは何かを考える。

最近、一人通路が増えている



南無阿彌陀佛 同好二人
弘法大師遍照金剛

西国八十八ヶ所

無縁社会

無縁死3万2千人のなかで、知的障害者と言われる人が何人含まれているのだろうか？

NHK出版新書 3

「無縁社会」の到来

出典:「人は一人で死ぬ」 島田 裕巳

死への恐れが広がっている。中略……

私たちが恐れるのは、自分が死ぬことそのものではない。死ぬこと自体への恐れが消滅してしまっただけではない。私たちが恐れるのは、自分がどう死ぬかについて恐れを抱くようになってきた。今の私たちが恐れるのは、孤独な死である。自分が誰にも看取られずに孤独に死ぬことを恐れている。それは「孤独死」と呼ばれる。

アラサー、アラフォー、お一人様

無縁死3万2千人の衝撃

「無縁社会」の放映で一番衝撃を受けたのは、アラサー、アラフォーと言われる、いわゆる生活を誰からも縛られない自由な生活をしている「お一人様」と知的障害者の家族だった。人とのつながりや身体が衰えたときに無縁となる我が姿と我が子らの姿を想像した。

家に帰って親父に「ただいま帰りました」と言わなければいけない面倒くささや、施設職員に「それ以上食べると体に悪いよ」と言われる煩わしさよりも、一人で住むほうが気軽である。しかし、そこには家族は存在しない。その面倒くささや煩わしさ、縛られることがない自由な生活をする人には、無縁死する「覚悟」がいる。

我が子らは、その「覚悟」を「する」、「しない」ことすら決めることができない。

孤独死を防ぐ

『死んでいる人を早く見つけること、死ぬ前で見つけることは同義語である。』
高齢の生活保護受給者が孤独死して、数ヶ月間放置されていることがある。
ほとんどの生活保護者の孤独死は、不審死であるので全裸のままビニール袋に入れられ、直葬(火葬)される。葬祭費は生活保護で賄われるが、お経一つ無く、行旅死亡人として処理される。
基本的人権はなく、単に物体として取り扱われる。そこには、死の尊厳はない。

パンツ一つ、浴衣一つぐらい着させて欲しい、それにお経ぐらい。最期になっても、そのようなことを気にしてくれる人が欲しい！！

本人の身元が判明した場合でも、「死体の埋葬又は火葬を行う者がいないとき又は判明しないとき」は、墓地埋葬法第9条に基づき、行旅死亡人と同様に地方自治体の取り扱いとなる。

出典:地域「施設で死をみつととき」 小知 万里

看取りとは、何も死が差し迫り、本人の意識が薄れて来たときだけを指しているものではありません。

老化も含め、生命が徐々に下降線をたどり、生命が上昇に戻れない、死に向かう過程全体を『看取り』と捉えています。

つまり、家族の縁や人間的な縁ができた時点から互いに看取りが始まると思っています。

本人、家族が悔いのない死を迎えるためには、むしろ、「必ず死ぬ存在としての人間」という観点から、まず死を視点に据えて、現状や支援のあり方を考える。

親に勝るものなし

『私が死ぬ3分前にこの子が息を引き取ってくれるなら』この言葉は、知的障害を持つ我が子を慈しむ親たちの叶わぬ共通の願い……

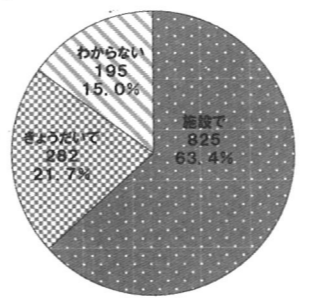
障害者福祉がいくら変遷しても、自らが羽ばたき巣立つことは難しい。我が子らにとっての解決すべき課題は、むしろますます多くなってきている。

制度上では、我が子らが障害福祉サービスの消費者として取り扱われ、親や家族の想いはまるで高い邪魔もののように扱われてきている。

意図的でなくても我が子らは、商品としての価値がなくなれば、ポイと捨てられる運命なのだろうか。我が子らが家族縁のような関係を持つ人たちに囲まれ、人たるに値する生活を送られることを強く求めたい。

施設での看取りを希望しますか？

H26全施連共同調査



知らない	195	15.0%
希望する	825	63.4%
希望しない	282	21.7%

顧客とは？

出典:ピーター・ファーディナンド・ドラック「マネジメント」

1930年代の大恐慌のころ、修理工からスタートしてキャデラック事業部の経営を任されるにいたったドイツ生れのニコラス・ドレイシュタットは、「われわれの競争相手はダイヤモンドやミンクのコートだ。顧客が購入するのは、輸送手段でなくステータスだ」と言った。この答えが破産寸前のキャデラックを救った。僅か2、3年のうちに、あの恐慌時にもかかわらず、キャデラックは成長事業へと変身した。

企業の目的は、顧客の創造である。したがって、企業は二つの、そして二つだけの基本的な機能を持つ。それがマーケティングとイノベーションである。マーケティングとイノベーションだけが成果をもたらす。

これまでマーケティングは、販売に際する全職能の遂行を意味するだけに過ぎなかった。それではまだ販売である。われわれの製品からスタートしている。われわれの市場を探している。これに対し真のマーケティングは顧客からスタートする。すなわち現実、欲求、価値からスタートする。「われわれは何を売りたいか」ではなく、「顧客は何を買いたいか」を問う。「われわれの製品やサービスにできることはこれである」ではなく、「顧客が価値ありとし、必要とし、求めている満足がこれである」と言う。

※イノベーションとは、物事の「新機軸」「新しい切り口」「新しい捉え方」「新しい活用法」を創造する行為のこと。

施設解体の論理 小沢温氏論文抜粋

サービスの統合化についても、対象の障害特性の相違、制度の歴史的な展開の相違、行政の分断(制度による縦割り)などの諸要因によって、これまで簡単にはできなかったことであったが、障害者自立支援法により一気に(しかも極めて短時間で)可能になったことは驚嘆すべきことである。それは、なぜ、このようなことが可能になったのか、可能にした最も大きな論拠は、施設はサービスを組み合わせて利用する個人の集積(同時に、個別サービスの集積)という考えである。長年、施設とは、利用者(入所者、通所者)集団に対して、サービスを提供する組織(職員集団)と建物などのサービス場所とのセットとして考えられてきたことから見ると、大きなパラダイム転換と言っても過言ではない。サービスを組み合わせる利用する個人の集積、あるいは、個別サービスの集積として施設を位置づけると、個別サービスに分解して、さまざまなサービスの組み合わせをすれば、従来の施設体系は理論的にきわめて簡単に解体することができる。ここで、「理論的に」といったのは、従来の制度の考え方とは全く違う論拠にたつた制度をきわめて短時間で推進することは、「現実的には」大きな課題に直面することが容易に想像できるからである。

障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について(抜粋)

障害者についても、65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の医療保険加入者は、原則として介護保険の被保険者となる。
ただし、当分の間、次の①～⑩の施設に入所又は入院している者については、介護保険から適用除外とする。

- ① 指定障害者支援施設(生活介護)に入所している身体障害者
- ② 障害者支援施設(生活介護に限る)に入所している身体障害者
- ③ 医療型児童入所施設
- ④ 児童福祉法において厚生労働大臣が指定する医療機関
- ⑤ 独立法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園
- ⑥ ハンセン病療養所
- ⑦ 生活保護法による救護施設
- ⑧ 労働者災害補償保険法による介護の入所支援施設
- ⑨ 障害者支援施設(知的障害者に限る)
- ⑩ 指定障害者支援施設(生活介護及び施設入所支援に限る)を受けている知的障害者及び精神障害者に限る

⑪ 療養介護

介護給付費等に係る支給決定事務等について

【概要】 平成25年4月1日(事務処理要領p62)

第2 支給決定及び地域相談支援給付決定事務
VII 支給決定及び地域相談支援給付決定

2 他法との給付調整(法第7条)(2)介護保険制度との適用関係ウ 具体的な運用

○ 下記の事情がある場合は、介護保険給付が受けられない場合として、障害福祉サービスの介護給付費又は訓練等給付費を支給することが可能。

- 1 市町村において適当と認める支給量が、介護保険のケアプラン上において、介護保険給付のみによって確保することができないものと認められる場合(併給)
- 2 利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近な場合。
- 3 あっても利用定員に空きがないなどの場合。
- 4 障害者が障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合(その事情が解消するまでの間に限り)。
- 5 介護保険の要介護認定を受けた結果、非該当と判定された場合など、介護保険サービスを利用できない場合であって、障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合(介護給付費に係るサービスについては、必要な障害程度区分が認定された場合に限る。)

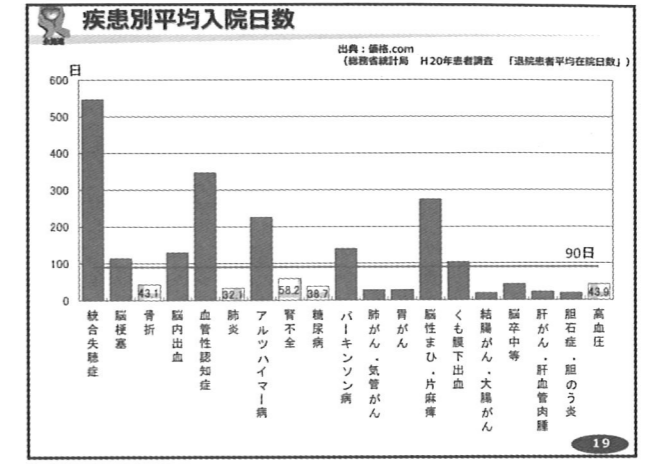
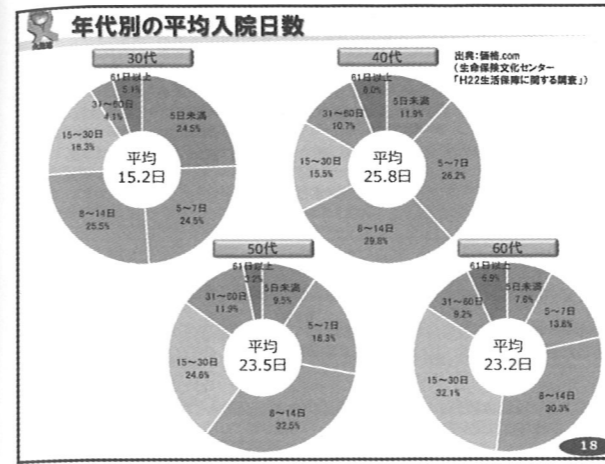
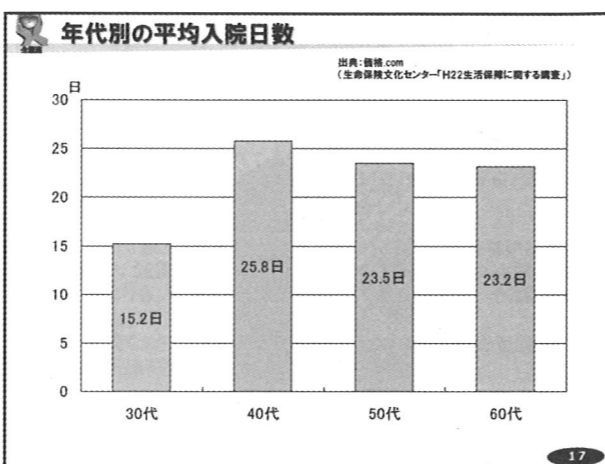
90日問題

～利用契約における

「明らかに3か月以上退院の見込みがない場合、又は入院後3か月を経過しても退院できないことが明らかになった場合」の

解約条項～

措置費制度と総合支援法の3か月問題は違う



入院とは・・・ 施設等から入院した場合

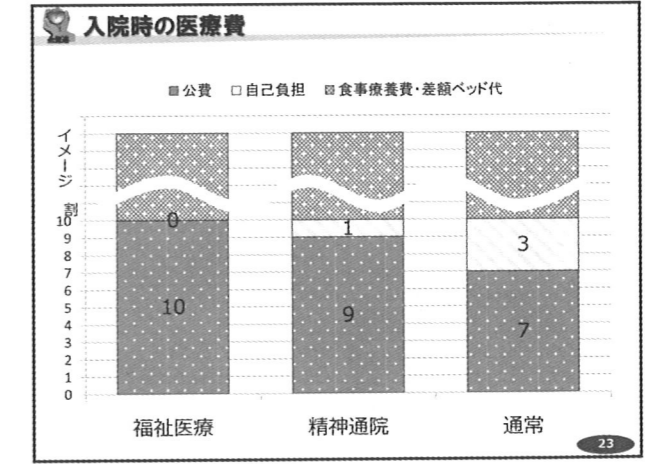
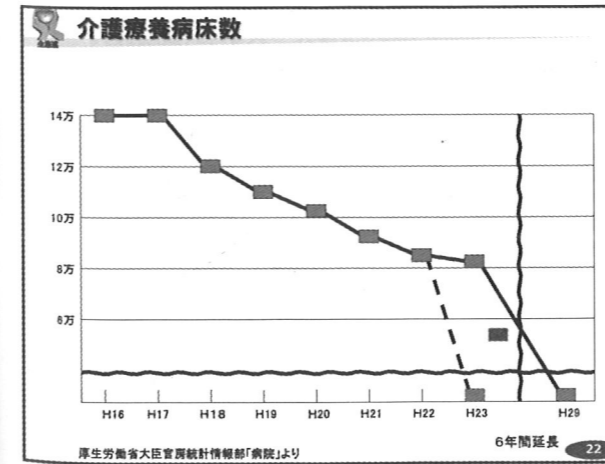
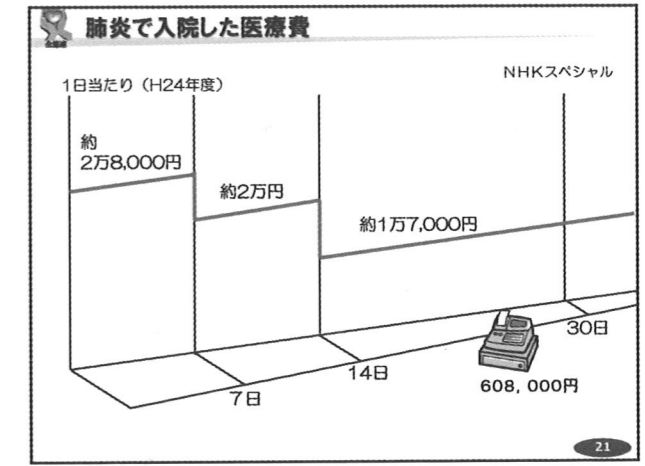
退院・訪問医療等で可能な医療か? 入院しての医療か?

入院期間約2週間

受け入れる側の事情によってその人の人生が変わる

入所施設(特養) × 自宅 × グループホーム ×

入院して、しなければならない治療や医療が終わると退院。病院では、原則的に看取りのための入院はしない。不幸にして、治療中に逝く人は付き添っている人が看取れる



入院時の医療費以外に必要な費用

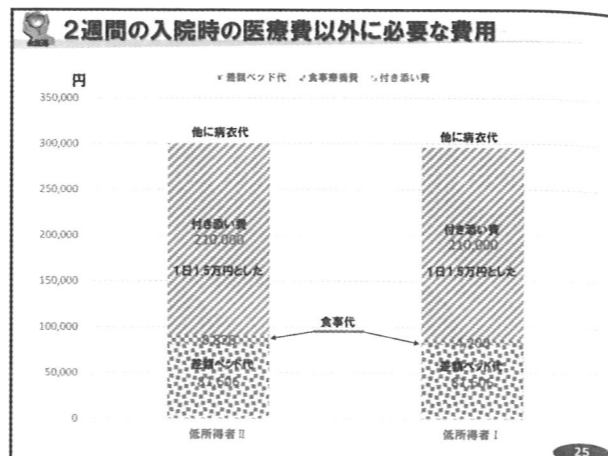
○入院時食事療養費の患者「標準負担額」 出典:プリストール・マイヤーズKK

一般・老人(住民税課税世帯)	260円/食(23,712円/月)
低所得者II(住民税非課税世帯)	過去12ヶ月の入院期間が90日以下 210円/食(19,152円/月)
	過去12ヶ月の入院期間が90日超(長期該当者) 160円/食(14,592円/月)
低所得者I・高齢年金福祉受給者(住民税非課税世帯)	100円/食(9,120円/月)

低所得者とは、市区町村長税の非課税者(低所得者II)、または標準負担額の減額を受けなければ生活保護法上の保護者となる被保護者・被扶養者(低所得者I)のことを指す。

○差額ベッド代の平均額 出典:保険の教科書
厚生労働省の調べで、1人部屋(個室)~4人部屋の平成24年(7月1日現在)の差額ベッド代の1日平均額は5,829円。
(各部屋の平均差額ベッド代)
・1人室 7,558円(229,763円/月)
・2人室 3,158円(96,003円/月)
・3人室 2,774円(84,330円/月)
・4人室 2,485円(75,544円/月)
差額ベッド代は最低で1日50円、最高で1日367,500円となりました

ただし、治療上の必要による場合、または病棟管理の必要等の理由で特別療養環境室に入院する場合は、差額ベッド代は不要。



職員数計算の参考資料

1年の365日⇒52週+1日(365日÷7日=52.14週 366日÷7日=52.28週)
1月1日が土日の年⇒土日の日数は104日
1月1日が土日の年及びうるう年⇒土日の日数は105日

※年間休日を含め計算ではなく、年度計算で計算する場合は、1月1日を4月1日と読み替えること。また、土曜日が祝日である場合は、振り替え休日はないので、土曜日と祝日が重複する場合は、結果として土日+祝日の日数は減る。
上記のことから考えると、休日が土日と祝日だけであるなら、ほとんどの年の土日・祝祭日の合計は、119日以下になる(勤務日数:365日-119日=246日)。
上記は、ネット上より <http://www.soumumomori.com/forum/thread/tid-113806>

① 有給を除外しての計算
119日+52週=2.3日(週に平均2.3日の土日・祝祭日がある)
7日-2.3日=4.7日(一人の職員は週に4.7日勤務するという意味)
7日÷4.7日=1.49倍で計算
例>1日8人の職員(実効)が必要な場合
8人×1.49=11.92人(11人は常勤、小数点以下を常勤換算するか、12人を常勤とするか)

② 有給(20日)を含んで計算
(119日+20日)÷52週=2.67日(週に平均2.67日の土日・祝祭日がある)
7日-2.67日=4.33日(一人の職員は週に4.33日勤務するという意味)
7日÷4.33日=1.62倍で計算
例>1日8人の職員(実効)が必要な場合
8人×1.62=12.96人(12人は常勤、小数点以下を常勤換算するか、13人を常勤とするか)

入院時の付き添い職員数の計算例

「職員数計算の参考資料」から導かれる付き添い職員数は、1人の利用者につき、24時間÷8時間=3人必要

(年休を除外した)
最小:3人×1.49=4.5人

(年休を含んだ)
最大:3人×1.62=4.9人

5人近くの職員を必要とする

利用しない月数と施設の損失(いわゆる90日問題)

定員60人 人員配置率1.7:1 単価はH27年度 単位:円

区分	生活介護(22.4日/月)			施設入所支援(30.4日/月)		
	基本単価	人員配置 体制加算	福祉職員 配置加算	基本単価	夜勤職員 配置加算	小計
区分6	10,990	2,120	150	297,024	3,560	120,688
区分5	8,160			233,632	2,970	102,752
区分4	5,680			178,060	2,350	83,904
区分3	5,200			115,808	1,850	68,704
区分2	4,590	106,176	1,460	56,848		

利用しない月数(生活介護は1ヶ月22.4日、施設入所支援は30.4日)と施設の損失

区分	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	1年
区分6	417,712	835,424	1,253,136	1,670,848	2,088,860	2,506,272	5,012,544
区分5	336,384	672,768	1,009,152	1,345,536	1,681,920	2,018,304	4,036,608
区分4	261,984	523,968	785,952	1,047,936	1,309,920	1,571,904	3,143,808
区分3	184,512	369,024	553,536	738,048	922,560	1,107,072	2,214,144
区分2	163,024	326,048	489,072	652,096	815,120	978,144	1,956,288

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について

保医発0330第9号(平成24年3月30日)厚生労働省保険局医務課

1 保険医^{※1}が、次の(1)から(8)までのいずれかに該当する医師(以下「配置医師」という。)である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療(特別の必要があつて行う診療を除く。)については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付(以下「他給付」という。)において評価されているため、初診料、再診料(外来診療料を含む。)、小児科外来診療料及び住診料(注:訪問医療費)を算定できない。
(1)養護老人ホームに配置されている医師
(2)指定障害者支援施設に配置されている医師
(3)指定障害者支援施設に配置されている医師
※ただし、入所者が生活介護の支給決定を受けている者に限る

いわゆる「みだり診療」
3 保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の病情が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。

下記の文書は、障害者支援施設と配置医師(嘱託医)契約を結んでいるA病院が、四国厚生支局に文書で問い合わせた回答をA病院から当該障害者支援施設長が口頭で報告を受けたものである。(平成25年)

下記文書の①が配置医師に関するすべての基本を表していることであり、②・③はA病院の具体的な事象について回答している。

「基本的に配置医師を置いて生活介護と施設入所支援を受けている障害者支援施設利用者は、配置医師以外の診療を受けてはならない」のである。

※ これらの判断は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課でなく、厚生労働省保険局医務課の所管する分野であることを認識する必要がある。

A病院から「配置医師」に関する質問事項に関して、四国厚生支局からの回答

① 入所施設の利用者は、基本的に配置医師以外の診療を受けてはならない。

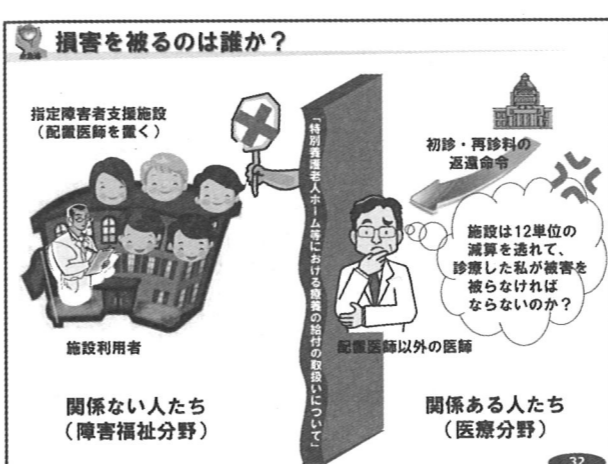
② A病院は、配置医師契約を締結している医師(精神科)以外による精神科の診療を受けてはならない。もし、他の医師の診療を受ける場合は、全ての医師と配置医師契約を結ぶ必要がある。

③ 内科診療に関して、A病院以外の日内科のC医師と配置医師の契約がある場合、A病院での内科診療を行ってはならない。同じくA病院で診療を受ける場合は、全ての医師と配置医師契約を結ぶ必要がある。

指定基準等

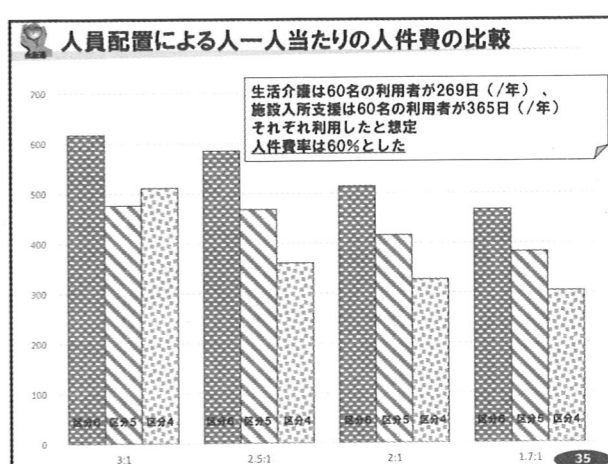
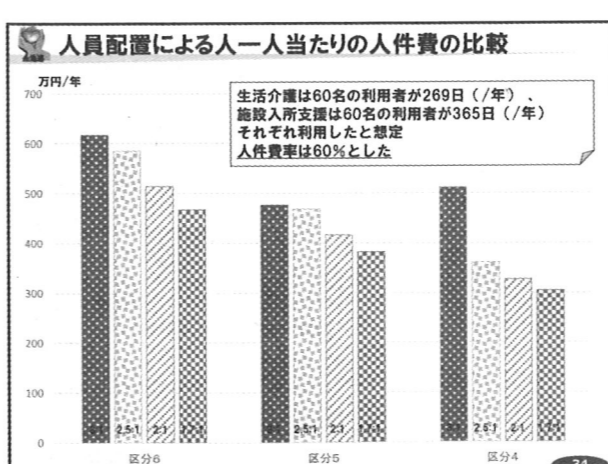
指定基準:障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づき指定障害者サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準
解釈通知:障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について

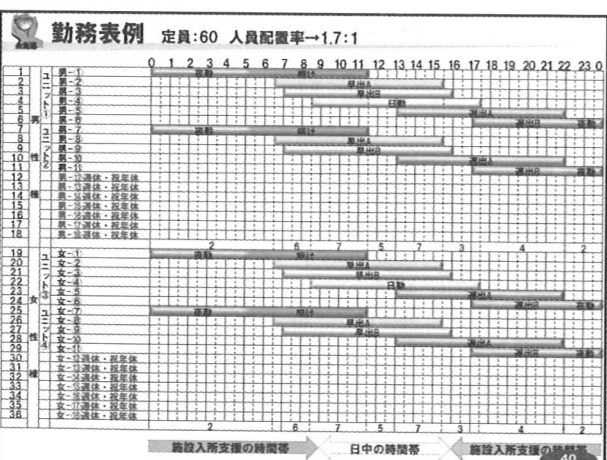
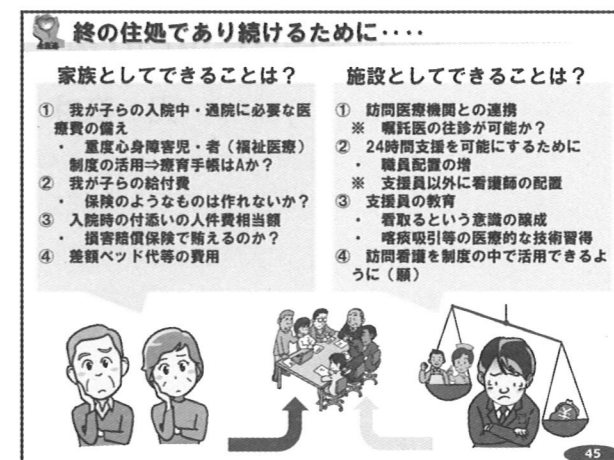
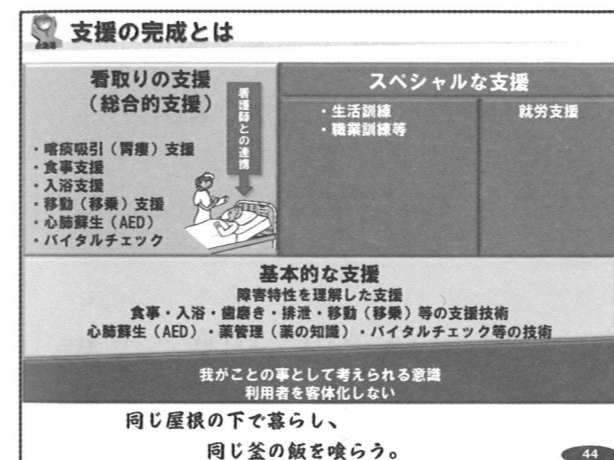
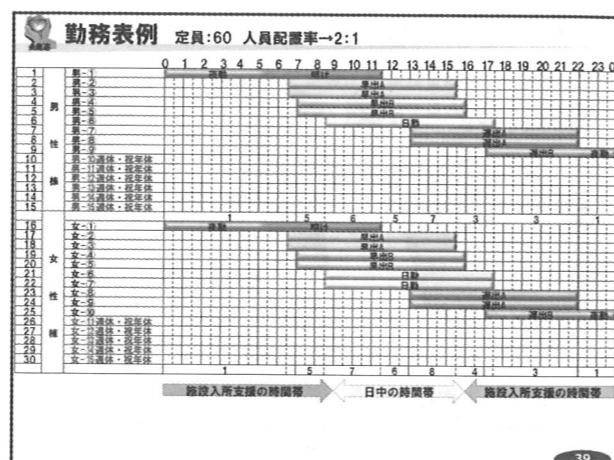
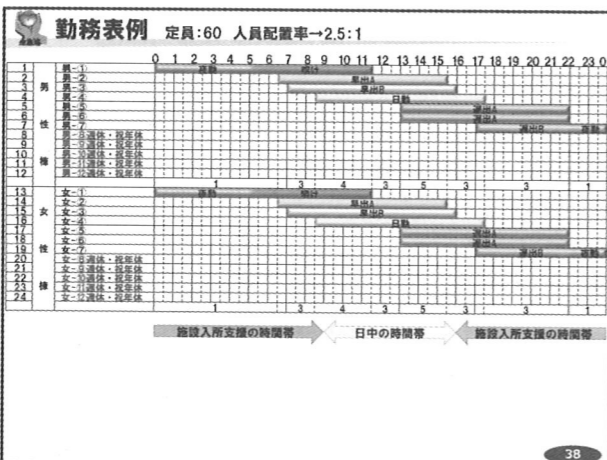
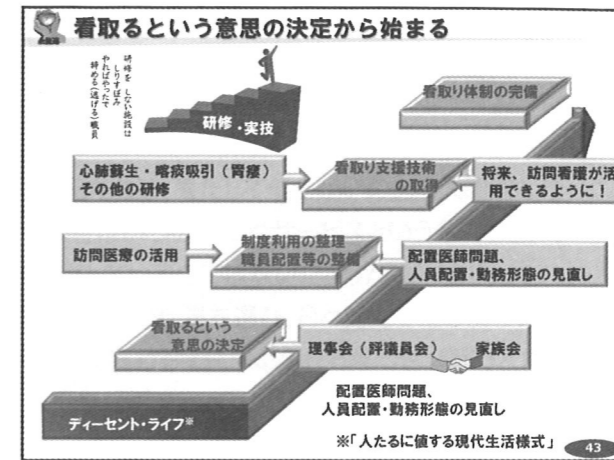
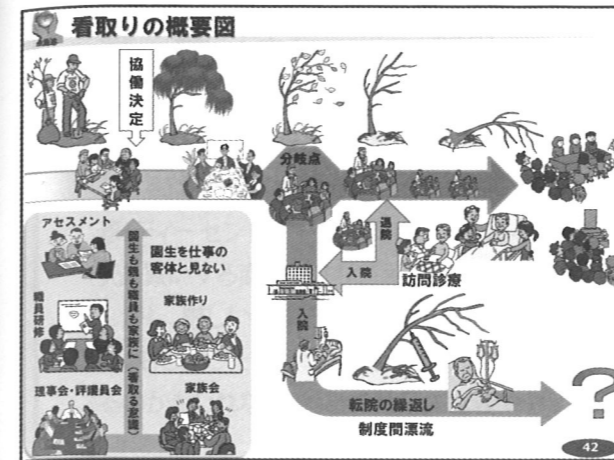
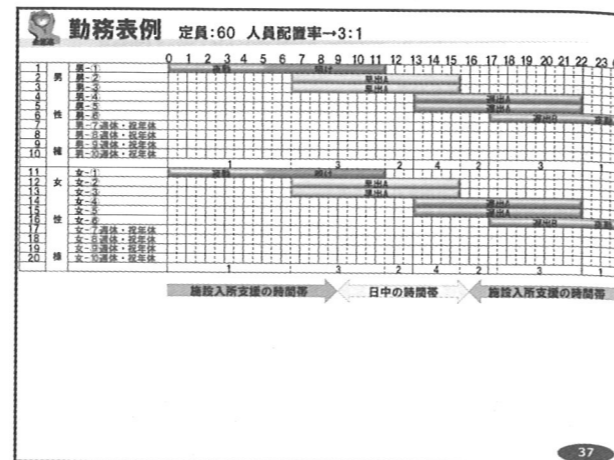
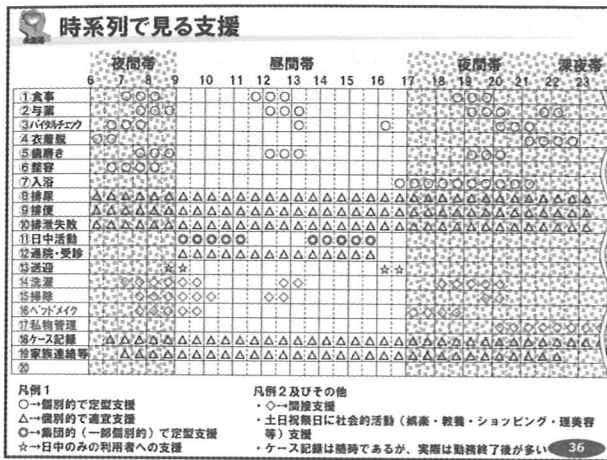
指定基準	解釈通知
【障害者支援施設】 (従業者の員数) 第4条 指定障害者支援施設等における従業者及びその員数は、次のとおりとする。(第4条) 1 生活介護を行う場合(第1項) イ 生活介護を行う場合に置くべき従業者及びその員数は、次のとおりとする。 (1) 医師 利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数 ※ 正式の雇用関係や任命によらず、ある業務に従事することを依頼すること、また、その依頼された人その身分。 ※ 28年度以降 ア 生活介護において管理職等による利用者の健康状態の把握や健康相談等が実施され、必要に応じて医療機関への連絡等により対応することが可能な場合に限り、医師を配置しない施設とすることができるとする。	第3 指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準 1 人員に関する基準 (1) 従業者の員数(基準第4条) イ 生活介護を行う場合(基準第4条第1項第1号) ア 医師(基準第4条第1項第1号イ) 日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行う医師を、生活介護を利用する利用者の健康状態の把握に必要数を配置しなければならないものであること。なお、この場合の「必要数を配置」とは、委託医を確保することをもって、これを満たすものとして取り扱うことも差し支えない。



施設、生活介護を行う障害者支援施設における人員配置(含む年間休日)から人員数(人員数60%を想定)

表: 人員配置と人員数に関する詳細データ





利用者一人当たりが受給できる支援時間

JD入所施設WG資料を参考にした

人員配置体制	利用者の1週間の利用時間 7日×24時間	職員1週間の勤務時間 4.33日×8時間 土日祭日数=119 ^分 119 ^分 ÷年休20 ^分 =139 ^分 139 ^分 ÷52 ^分 =4.33 ^日	利用者と職員1:1の場合の利用者への支援時間/1日	利用者1人につき24時間当たり受給できる支援時間
基準	6:1 (4未満)	- 168時間 -	34.6時間 +168時間 ×24時間	0時間49分 (4.9 ^分 ÷6)
5:1 (4以上5未満)	0時間58分 (4.9 ^分 ÷5)			
3:1 (5以上)	1時間38分 (4.9 ^分 ÷3)			
加算	2.5:1	- 168時間 -	34.6時間	1時間58分 (4.9 ^分 ÷2.5)
2:1	2時間27分 (4.9 ^分 ÷2)			
1.7:1				2時間53分 (4.9 ^分 ÷1.7)

「障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ」

障害者総合支援法の附則における3年後の見直し規定等を踏まえ、障害福祉サービスの実態を把握した上で、その在り方等について検討するための論点整理を行うことを目的とする。

○ 関係者や当事者の意見を聞きながら、ワーキンググループにおいて議論

- ・ 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就業の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- ・ 障害支援区分認定を含めた支給決定の在り方
- ・ 障害者の意思決定支援あり方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- ・ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ・ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

上記のうち以下については、当面、作業チームを設けて議論

- ・ 常時介護を要する障害者等に対する支援あり方
- ・ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ・ 高齢の障害者に対する支援の在り方

