

高齢者ケアをめぐる課題

— 障害者の高齢化と認知症ケアの問題 —

吉村夕里

I はじめに

本稿の目的は、障害者の高齢化や認知症ケアの問題に着目しながら現代の高齢者ケアをめぐる課題を整理することである。少子高齢化社会のなかで認知症ケアをめぐる課題が着目されるようになってから久しいが、高齢障害者や認知症へのケアの問題を包括しながら高齢者の地域ケアの問題を考察するといった視点は乏しいように思われる。

しかし、高齢者の地域ケアの課題を考える際に、障害福祉サービスと介護保険の問題を切り離すことは困難である。それ故、今後の高齢者の地域ケアを考える際に両者に共通する問題点や課題を整理して論点の整理を行うことの意義は大きいと思われる。

なお、本稿で指摘した障害者の高齢化や認知症ケアの問題は、筆者が事例検討会や職場研修会に講師として定期的に参加している障害福祉サービス事業所や介護保険施設計5か所で得た知見や問題意識に根差した文献研究や統計資料に基づいて抽出した。また、以上の研究活動は「京都文教大学地域協働研究教育センター地域志向研究共同研究プロジェクト」の「対人援助のモラルの向上を目指した多職種相互乗り入れ型の研修プログラムの開発に関わる研究」から助成を得たものである。

II 障害者の高齢化に伴う問題

本章では、障害者の高齢化に伴う問題を「障害者福祉における65歳問題」「障害者手帳所持者と非所持者」「高齢の障害者に対する支援」等に分けて論述する。

II-i 障害者福祉における65歳問題

障害のある人が65歳になると、障害福祉サービスから介護保険サービスに切り替わることに伴い、サービスが低下したり自己負担額が増えたりするという問題が「65歳問題」「65歳の壁」等という言葉で指摘されるようになっている。以上の問題は2000年の介護保険制度導入時期から既に存在していたが、近年に至り、訴訟問題（2012年4月和歌山県ALS訴訟、2013年9月岡山県浅田訴訟）が発生する等、急速に顕在化してきた問題である。

平成25年に施行された「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」（以下：障害者総合支援法）第7条には、それ以前の障害者自立支援法と同様に「65歳以上」の障害者に対して「原則として介護保険を優先すること」という「介護保険優先原則」が定められている。したがって障害者は65歳になることで、あるいは40歳以上65再未満であっても「特定疾病」を罹患した場合には、介護保険制度によるサービス給付が優先適用されるとい

う原則が適用されることになっている。

一方、障害福祉サービスの応益負担や、食費等居住費用の原則自己負担、利用者負担上限額等を打ち出した障害者自立支援法に対しては障害者団体等の要望もあり、負担軽減措置が講じられるようになってきている。特に2010年からは利用者の9割以上を占める低所得者の障害福祉サービスと補装具に関しては、利用者負担が無料となったという経過がある。しかし、介護保険は1割負担が平等に求められるという保険制度設計になっていたため、障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行は利用者にとって経済的負担が増大することを意味する。同時に、それまで受けてきた障害に関するケアが低下したり、馴染みの関係の援助が途切れたりするといった問題が生じることにもなる。

以上の問題に対応するため、厚生労働省は2007年に「介護保険優先原則」について利用者の状況に合わせて配慮するように自治体に求める「適用関係通知」を出している（厚生労働省, 2007）。「適用関係通知」では一律に介護保険を優先させるのではなく、利用者の意向を聴き取りによって把握したうえで判断すべきことや、障害者個々人の心身の状況などに配慮して機械的な運用を避けるべきことを求めている。

しかし、厚生労働省からの通知の解釈・実施が市町村により異なること、障害のある人やその家族に周知徹底されていないと思われること等の事由により、地域格差と自治体による「介護保険優先原則」に伴うサービスの低下や打ち切りが生じることとなった。以上の実態については、一連の提訴や2014年9月の「きょうされん」の報告を受けた新聞報道等で広く知られることとなった（きょうされん, 2014）。そのため、厚生労働省も2014年8月に自治体を対象とした実態調査を実施して（厚生労働省, 2014）、調査対象となった自治体の90.9%に該

当する259の自治体（全指定都市20, 中核市34, その他市区町村205）の回答結果の集計を2015年2月に公表している。

以上の実態調査によれば、介護保険の要介護認定等を申請しない障害者が3分の一以上存在しており、その理由としては「自己負担の発生」が最も多く、次いで「介護保険優先の考え方が理解不能」「現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため」「馴染みの支援者を希望」という理由が挙げられている。また、障害福祉サービスが介護保険サービスに上乘せされ「併給」される場合の要件について「適用関係通知」の要件以外に要件を定めている自治体が74自治体（28.6%）あることや、そのうち、要件を満たさなかったことを事由として上乘せ支給（併給）を行わなかった自治体が51自治体（68.9%）もあること、利用者に対して具体的な聴き取り調査を実施して、上乘せ支給の是非の判断している自治体は半数に満たないこと（128自治体:49.4%）等が明らかになっている。さらに、2015年夏の厚生労働省の実態調査では、介護保険利用に移った人の1カ月の平均負担額がそれ以前と比べて9倍（7183円）に増えているという深刻な実態も浮かび挙がってきた。

以上の結果を踏まえて厚生労働省は「適用関係通知」を徹底させる意図を持つ「事務連絡」を発すると共に（厚生労働省, 2015）、2016年に「65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用してきた低所得の高齢障害者が引き続き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場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事情を勘案し、当該介護保険サービスの利用者負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける」こととして、障害者総合福祉法の改正を行い、2018年から施行することとしている。

しかし、法令では依然として「介護保険優先」を謳い、他方、介護保険優先の例外措置を設けるという方法では、障害者総合支援法と介護保険法という2つの制度における利用者負担の乖離、自治体間の運用実態の格差の解決について実効力を持つことは期待できず、「障害者にはその矛盾を押し付け、また単に自治体に責任を転嫁させるものである」（萩原, 2015）ことが指摘されている。さらに、近年実施された障害者

の生活の実態調査によれば、障害のある人の貧困率は同世代の人たちに比べて倍以上になるという報告（山田ら, 2015）や、障害のある人の81.6%が相対的貧困とされる122万円の「貧困線」を下回る生活を送っていて、生活保護の受給率は国民一般の6倍以上であること、50代前半まで「親依存の生活」であるとの報告がされている（きょうされん, 2016）。このように障害のある人と障害のない人との格差が「固定化」

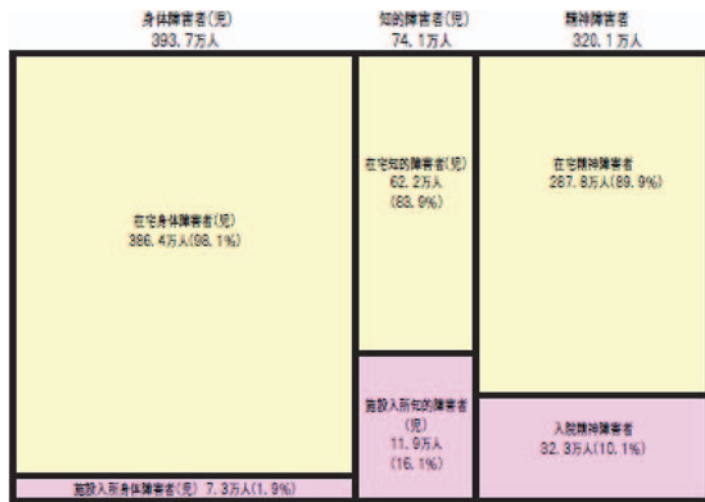


図1 障害者の総数（厚生労働省：生活のしづらさなどに関する調査，平成23年）

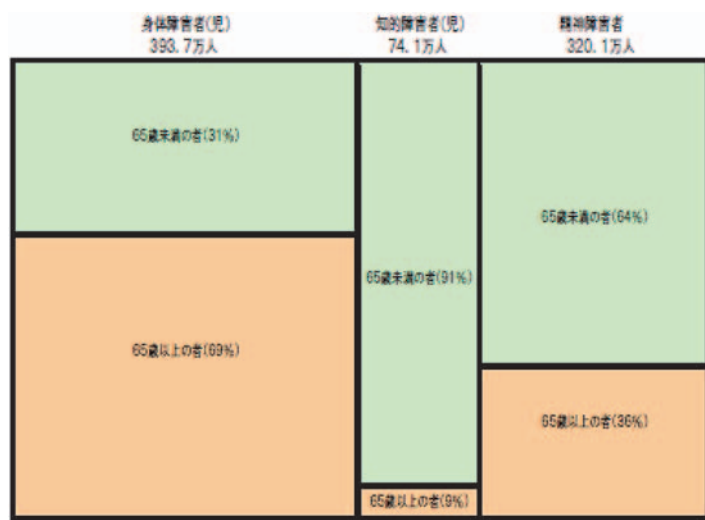


図2 高齢障害者数（厚生労働省：生活のしづらさなどに関する調査，平成23年）

しているなかで、利用者負担の制度における乖離の問題の解決が急がれる。

II - ii 障害者手帳所持者と非所持者

では、サービス提供を必要としている高齢期の障害者はどの程度存在するのだろうか。

厚生労働省の「生活のしづらさなどに関する調査（平成23年）」によれば、障害者総数は約787.9万人と増加傾向にあり、これは人口の約6.2%である。そのうち、図1のとおり身体障害者は393.7万人、知的障害者74.1万人、精神障害者320.1万人で、障害別の在宅率は、身体障害者は98.1%、知的障害者は83.9%、精神障

害者は89.9%で、知的障害者の在宅率が低く、施設入所の割合が高い（16.1%）という特徴がある。

障害者の高齢化も進行しており、障害者総数のなかで65歳未満と65歳以上の割合はちょうど半々になっている。障害別では身体障害者の69%、知的障害者の9%、精神障害者の36%は65歳以上で、身体障害者の高齢化がとりわけ顕著である。また、障害者手帳所持者数では表1及び2のとおり身体障害は65歳以上の人が大半であることに比して、知的障害や精神障害は逆に65歳未満の人が大半であるという特徴がみられる。

表1 障害者手帳所持者数（患者調査，平成23年）

（単位：千人）

	障害者手帳所持者	障害者手帳の種類（複数回答）			障害者手帳非所持かつ自立支援給付等を受けている者 ※1 ※2
		身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	
平成23年	4,792	3,864	622	568	320
前回※3	—	3,576	419	—	—
対前回比（%）	—	108.1	148.4	—	—

表2 65歳未満と65歳以上の障害者手帳所持者

（65歳未満）（単位：人）

性	総数		障害者手帳所持者		障害者手帳の種類（複数回答）					手帳非所持かつ自立支援給付等を受けている者
					障害者手帳の種類（複数回答）			精神障害者保健福祉手帳		
					身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳			
総数	2,065,100 (100.0%)	1,951,500 (100.0%)	1,183,400 (100.0%)	559,800 (100.0%)	418,700 (100.0%)	113,500 (100.0%)	113,500 (100.0%)			
男性	1,145,600 (55.5%)	1,086,100 (55.7%)	651,200 (55.0%)	322,900 (57.7%)	230,000 (54.9%)	59,500 (52.4%)	59,500 (52.4%)			
女性	917,000 (44.4%)	863,000 (44.2%)	530,300 (44.8%)	236,900 (42.3%)	187,700 (44.8%)	54,100 (47.7%)	54,100 (47.7%)			
不詳	2,500 (0.1%)	2,500 (0.1%)	2,000 (0.2%)	— (—)	1,000 (0.2%)	— (—)	— (—)			

（65歳以上及び年齢不詳）

性	総数		障害者手帳所持者		障害者手帳の種類（複数回答）					手帳非所持かつ自立支援給付等を受けている者
					障害者手帳の種類（複数回答）			精神障害者保健福祉手帳		
					身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳			
総数	3,046,500 (100.0%)	2,840,100 (100.0%)	2,680,400 (100.0%)	61,900 (100.0%)	148,900 (100.0%)	206,400 (100.0%)	206,400 (100.0%)			
男性	1,437,500 (47.2%)	1,362,800 (48.0%)	1,295,500 (48.3%)	31,900 (51.5%)	71,300 (47.9%)	74,700 (36.2%)	74,700 (36.2%)			
女性	1,585,900 (52.1%)	1,456,700 (51.3%)	1,368,200 (51.0%)	29,000 (46.8%)	74,200 (49.8%)	129,300 (62.6%)	129,300 (62.6%)			
不詳	23,100 (0.8%)	20,600 (0.7%)	16,700 (0.6%)	1,000 (1.6%)	3,400 (2.3%)	2,500 (1.2%)	2,500 (1.2%)			

資料：厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」（平成23年）

しかし、以上をもって高齢化の問題は身体障害者に顕著であると判断することは早計である。

何故なら、障害者手帳制度の創設経過は障害毎に相違があり、身体障害者手帳制度が1949年の身体障害者福祉法に規定された制度であることに対して、知的障害を対象とした療育手帳制度は1973年の厚生省の事務次官通知「療育手帳制度について」（厚生省発児第156号厚生事務次官通知）に基づいて、精神障害者保健福祉手帳は1995年に改正された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に基づいて規定された制度であるため、3者の間にはかなりの時期的な隔りがある。さらに、難病や発達障害等、独自の手帳制度を持たない障害も存在する。

現在、65歳以上の高齢期の障害者とは1951年以前に生まれた人を指すが、それ以前に手帳制度が創設されていた身体障害と、それから20～40年以上の時期を経て手帳制度が創設された他の障害の手帳所持率には当然のことながら相違が生じている。身体障害者手帳制度から20年余りの歳月を経て創設された療育手帳制度の発足当時には既に成人期に達して在宅生活を送っていたり一般就労したりして、手帳制度を申請しなかった知的障害者も地域社会には存在すると思われる。また、精神障害者保健福祉制度については制度発足から20年余りしか経っていないことや、他の手帳制度に比してメリットが少ないことから、制度普及率が低く、手帳を所持しない精神障害者がかなり存在すると思われる。既に高齢期を迎えている、あるいは今後高齢期を迎えつつある様々なケアを必要とする障害者のなかには、以上の顕在化していない層も含まれており、それらの人達を含めた対応が障害福祉サービスや介護保険サービスに迫られているという現状がある。

II - iii 高齢の障害者に対する支援

高齢の障害者に対する支援については従来からの障害福祉サービスの継続性を確保すると同時に、高齢期に達するまで障害福祉サービスの支援対象として浮かび上がらなかった人達や、障害者手帳非所持の人達、高齢期に達してから障害を持った人達への支援のあり方を合せて考える必要がある。

従来から障害福祉サービスを受けてきた障害者に対しては、障害福祉サービスから介護保険サービスへ移行する際の経済的負担の増加に配慮する必要と、サービスの質や量の継続性を保障していく必要がある。既に障害がある人達が高齢期を迎えた場合、それまでの生活歴に配慮して、従来から実施されてきたサービスの延長線上に、高齢期に必要なサービスを追加していくという発想が必要である。高齢者については住み慣れた地域以外の施設で暮らすことによるリロケーションダメージが生じやすいことから、高齢期を迎えた障害者が地域での生活スタイルの継続性を維持するためには、馴染みのある地域で馴染みのあるサービスを受けることが出来るようにすることが必要であり、以上を保障することは適応障害等の二次障害の発生予防にも有効であると思われる。

また、高齢期に達するまで障害福祉サービスの支援対象として浮かび上がらなかった人達や、障害者手帳非所持の人達、高齢期に達してから障害を持った人達に対しては、生活歴のなかで身につけた地域生活の経験知に比して、既存の制度的なサービスを利用するという経験知が乏しいため、サービス導入にあたっては一般高齢者以上の配慮が必要になることが予想される。

以上の状況に対応するためには公費負担による障害福祉サービスと、社会保険制度である介護保険サービスという2つの既存の制度の橋渡

しを円滑にするという発想や、一般高齢者等との公平性に配慮するという発想だけでは対応困難である。制度の谷間の時期に成人期を迎えて制度の恩恵を受けてこなかった人達に対しては申請主義に基づいた対応だけではなく、サービス導入に至るまでの援助についても関係機関や関係者の協働が必要である。

高齢者福祉の問題は、認知症ケアの問題のみならず高齢障害者に対するケアの問題でもあり、高齢障害者のなかには制度が確立していく谷間の層が存在しているという視点にたつて、ケアの質の継続性を確保していく必要がある。そして、そのような対策を講じることにより高齢障害者の適応障害等の二次障害の発生予防になると考えられる。

Ⅲ 高齢障害者と認知症ケア

前章では現在の高齢者ケアの問題には高齢期の障害者福祉の問題が含まれることを指摘したが、本章では高齢障害者と認知症ケアの問題点を「高齢期の施設入所者と精神科長期入院患者」「精神科医療と認知症ケア」「BPSDと薬物療法の問題」に分けて整理する。

Ⅲ-ⅰ 高齢期の施設入所者と精神科長期入院患者

障害福祉の問題として高齢に至った施設入所者や、精神科長期入院患者の問題がみられる。

施設入所の割合は3障害のなかでも知的障害が最も多いことについては前述したとおりであるが、施設入所者の割合ではなく、数に注目した場合、異なった様相が浮かび上がってくる。たとえば知的障害者の施設入所者数が11.9万人であることに対して、入院精神障害者数は32.3万人と数としては最も多い。

このうち、受け入れ可能な条件が整えば退院

可能な患者は約7万人と推計されている。古いものではあるが、厚生労働省の平成14年度の患者調査に基づいて公表された資料によれば、この約7万人のうち65歳以上の患者が約3割、50歳以上が約7割を占めているとその時点で推計されている。また、平成23年度の患者調査によれば、図3のとおり精神病床に1年以上入院している患者のうち、51.8%が65歳以上の高齢者である。

このうち、従来から大半を占めてきた統合失調症の入院患者は図4のとおり53.9%と依然として最も多いが、血管性及び詳細不明の認知症とアルツハイマー等の認知症を合わせた入院患者の割合も入院では24.8%と統合失調症に次いで多くなっている。外来患者では統合失調症に代わって気分障害の患者の割合が32.2%と近年は高くなっており、血管性及び詳細不明の認知症とアルツハイマー等の認知症を合わせた外来患者の割合も14.9%と神経症性障害や統合失調症、依存症等と並ぶようになっている。

一方、精神病院からの退院者の現状では入院期間が延びるに連れて図5のとおり「GH、CH、社会復帰施設等」「高齢者福祉施設」への退院が増加していく傾向がみられる。とりわけ、入院の長期化により帰るべき家を失った人達に対しては居住型の施設や、居住型の施設を併せ持つ多機能の障害福祉サービスが必要とされている。

しかし、知的障害者の知的障害や精神障害を対象とした障害者福祉サービス事業所のなかにはバリアフリーになっていない施設も多く存在しており、身体障害や認知症を合併するようになった高齢障害者の受け入れが困難になりやすい。また、従来から障害福祉サービス事業所を利用していた障害者が高齢期を迎えて生活介助が必要となり、障害福祉サービスから介護保険施設に移行する場合、馴染みのある施設やス

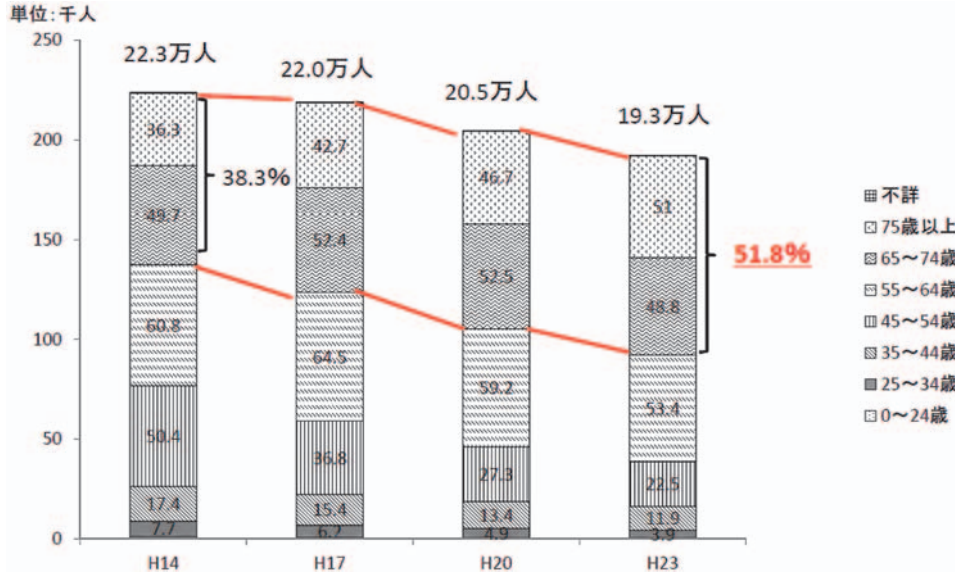
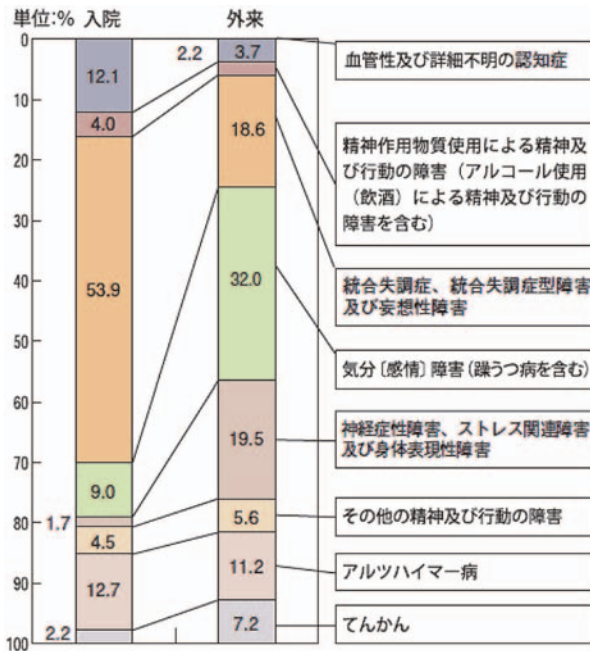


図3 精神病床上に1年以上入院している患者の年齢分布 (患者調査、平成23年)
 注) 出典: 厚生労働省 第8回 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 (平成26年3月28日) 資料4「長期入院精神障害者をめぐる現状」



資料: 厚生労働省「患者調査」(平成23年)より
 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

図4 精神障害者の疾患別構成割合 (患者調査、平成23年)
 注) 出典: 平成25年度障害者白書

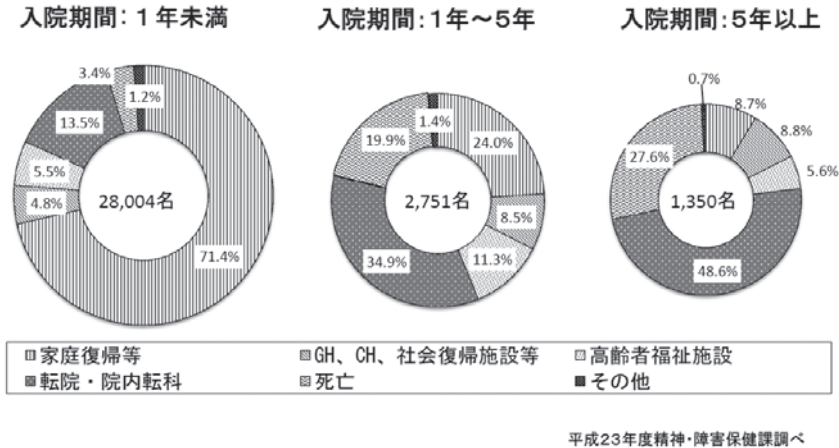


図4 精神病院からの退院者の状況

注) 出典：厚生労働省 第8回 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会（平成26年3月28日）資料4「長期入院精神障害者をめぐる現状」

スタッフから分離されることへの不安から様々な反応が生じる場合もある。加えて介護保険施設においては高齢の知的障害者や精神障害者のケアに慣れていないために、受け入れに対する不安や戸惑いがケア提供者の側に強いといった状況が生じている。

障害のある人達の老化については一般高齢者よりも早い傾向があり、様々な身体的な合併症や抗精神病薬の長期服用による副作用からパーキンソン症状等の身体障害が二次的に出現している人や認知症を合併する人もしばしばみられることから、知的障害や精神障害がある人達についても身体的なケアや日常生活上の介助が必要とされる状態に陥ることも多い。

以上は、日本の障害者福祉がサービス利用者の高齢期のケアという新たな局面に入りつつあることや、精神科長期入院患者の退院支援に際して高齢の精神障害者や認知症患者の問題にも直面している現状を反映した問題である。

Ⅲ-ii 精神科医療と認知症ケア

認知症ケアをめぐって地域包括ケアの在り方

の議論が活発化しているが、前述したとおり近年、精神科入院患者のなかで認知症の占める割合が急増しつつある。以上の問題については、2012年11月にNHKの「帰れない」認知症：急増する精神科入院」という番組のなかでも指摘され、認知症の精神科入院患者数が2012年で5万2千人に達したことや、それまでの12年間で5倍に急増している実態が明らかにされている。

認知症は中核症状に加えてBPSD（行動、心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）と呼ばれる周辺症状により地域ケアが困難になることが多いが、以上の番組においてBPSDで対応に疲弊した家族や介護スタッフの「最後の砦」として精神科医療機関が機能している実態と、一旦入院した認知症患者に生活意欲の低下等がみられて「帰れない」状態に陥っている現状が改めて浮き彫りにされた。

このような状況に精神科医療機関が置かれている現実がある反面、他方では異なった動向もみられる。従来の認知症ケアでは中等度あるいは重度になって家族が疲弊してから施設ケアに

導入されたり精神科医療に導入されたりすることが多く、状態が悪化してから精神科医療に結びつく事例が多かった。また、介護保険サービス導入以降に、リロケーションダメージへの対応にケア提供者が苦慮して精神科医療に頼るという状況も多く見られた。

以上の状況については現在においても依然としてみられる反面、近年は施設ケアに導入される以前に精神科医療機関で診断を受けたり、早期から通院して薬物治療等を受けたりしている事例も増加している。これは既に指摘したとおり、血管性及び詳細不明の認知症とアルツハイマー等の認知症を合せた外来患者の割合が14.9%と神経症性障害や統合失調症、依存症等と並ぶようになっている事態からもある程度想定できる。

従来、入院あるいは入所してきた認知症の当事者に対しては、記憶力や理解力の低下を理由としたり、生活拠点の変動に伴うBPSDの増悪に配慮したりして、敢えて理屈による病名告知や状況説明を行わずに、その場の不安を軽減する目的での「説得よりも納得」（室伏, 1985）あるいは「パッシングケア」（出口, 2004）といった対応が行われることが多かったという経過がある。しかし、以上の対応はこれから認知症になる団塊の世代の教育水準や認知症に関する情報量の変化、癌など他の疾患に対する病名告知の動向等から見ても既に限界を迎えていると思われる。

診断技術の発達によって早期から診断を受ける人たちや、若年で認知症の診断を受ける人たちが現れてきている現状においては認知症の病名告知のあり方やケア提供のあり方に変化が生じ始めている。既に告知を受けている人、MCI（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）の段階にいる人、あるいは「申請」「契約」といった人間関係に馴染んでいる団塊の世代の人たち

が、認知症が進行して施設ケアに導入される場合には、従来の中重度で診断を受けた人たちのケアモデルに準じて、「認知症だから告知をしなくてもいい」「認知症だから詳しい説明をしなくていい」という対応を行っている、「ごまかされた」と感じてケア提供者に不信を感じてBPSDの症状を悪化させることもあり得ると思われる（吉村, 2011）。

それに対して、「パッシングケア」に変わる方法として、日本においても近年はバリデーション（validation）やユマニチュード（humanitude）等のパーソン・センタード・ケア（Person Centred Care）が紹介されるようになり、BPSDに対するケア方法として現場に導入されてきているが、認知症ケア現場の主流を占めるには至っていないという現状がある。入院、入所してきた認知症に対する治療の説明やケアについては関係者の意識の変化が望まれていると考えられる。

Ⅲ－iii BPSDと薬物療法の問題

近年は比較的早期から認知症が精神科医療機関に結びつく傾向があることについては既に指摘したが、それ故、BPSDの治療に抗精神病薬が安易に使用されるという傾向がみられるようになっている。抗精神病薬による治療は適切に実施されればケアの質の向上に役立つと思われる反面、安易な使用は却ってBPSDを増悪させることもある。

また、抗精神病薬の副作用のなかで過鎮静や錐体外路症状についてはケアスタッフや家族によって気づかれることが多いが、副作用のなかにはBPSDの悪化と混同されやすいものがある。特にアカシジア（akathisia：静座不能症状）については多動、焦燥や不穏が主症状であるため、ケアの現場においてはしばしばBPSDの悪化と混同されやすいという問題が生じている。

アカシジアは抗うつ薬や、アルツハイマー型認知症治療剤等の副作用として指摘されており、認知症についてはBPSDの悪化との混同がみられると同時に、アカシジアに特徴的な症状であるイライラや焦燥感や知覚の異常は、一見統合失調症やうつ病の悪化であるかのようにも見られることも多い。以上の混同が生じれば、却って原因である薬を増量してしまう、という悪循環に陥り、病状は更に悪化することがある（厚生労働省, 2000）。

アカシジアの副作用については精神疾患の治療現場等では指摘されているものの、認知症のケアと治療の現場における問題として指摘した研究報告は乏しい現状にある。そのなかで北村らは、認知症の入院患者数は197名（男性84名、女性113名）に対する調査を行い、入院時にアカシジア様症状を認めた患者は21名（男性10名、女性11名）、入院中に症状が出現した患者は5名（男性2名、女性3名）であったとの報告をすると共に、認知症患者ではアカシジアに必須の主観的な訴えが乏しいためにアカシジアが看過されている可能性があるという問題点を指摘している（北村ら, 2011）。精神科のみならず、一般科においても抗精神病薬や抗うつ薬、アルツハイマー型認知症治療剤等が高齢期の人達に対して処方されている現状のなかで、アカシジアに限らず、副作用を見極めて適切な薬剤使用に結びつけるためには、介護保険施設や障害福祉サービス事業所のケアスタッフと精神科とのより密接な連携が求められている。

IV 高齢者ケアにおけるチームモデル

本稿では、①日本の障害者福祉が利用者の高齢期のケアという新たな局面に入りつつあり、障害福祉サービスと介護保険サービスの乖離が生じていること、②精神科長期入院患者の退院

支援に際して高齢の精神障害者や認知症患者の問題にも直面している現状にあること、③入院、入所してきた認知症に対する治療の説明やケアについては関係者の意識の変化が望まれていること、④介護保険施設や障害福祉サービス事業所のケアスタッフと精神科とのより密接な連携が求められていること、等を問題や課題として示した。

では、以上の問題に対応するために障害福祉サービスや介護保険サービスの従事者にはどのようなことが求められているのであろうか。本稿で指摘した問題は、様々な制度とそれらの制度が確立する過程のなかでサービスの谷間に陥った人達が存在していることや、現在の制度設計が障害別や年齢別に組まれており、シームレスなケアが提供されにくいという現状を反映した高齢者ケアの問題だと考えられる。

高齢障害者に対しては、3障害に対応できるような施設環境の整備や、居住型や居住型を含んだ多機能のサービスの充実等が必要であることに加えて、新たな連携モデルを構築していく必要がある。高齢の障害者に対する支援の在り方については、地域外の施設との効果的連携（垂直統合）と地域内の施設の効果的連携（水平統合）による「他制度・他職種による垂直統合と水平統合」の支援や、「障害者総合支援法によるサービスと介護保険法によるサービスの一体的提供」による支援等の試み（厚労省, 2015）が既に始まっているが、その際の連携モデルにはどのようなものが考えられるのであろうか。

多職種の連携モデルには、「①多職種チームモデル（Multidisciplinary Team Model）」、「②相互関係チームモデル（Interdisciplinary Team Model）」、「③相互乗り入れチームモデル（Transdisciplinary Team Model）」等があると言われる。

このうち、「①多職種チームモデル」は、た

例えば総合病院における各科の関係にみられるように主治医の責任が明確で医師と他職種との間で情報交換が主で、効率的に運営されているが、各職種間の意見交換は少ないといった特徴がある。「②相互関係チームモデル」は、たとえばリハビリテーションチームのように職種間で定期的な意思疎通が図られるが、個々の職種の役割・機能は決まっていて、患者の状態に合わせて対応する職種があるといった特徴がある。

「③相互乗り入れチームモデル」は、たとえば摂食・嚥下障害や起居移動動作や身の回り動作訓練に対して包括的治療やケアを行う場合に有効な方法であり、患者の必要性に合せた目標を前提において、その必要性や目標に合わせて各職種が役割分担していくような連携の在り方であり、状況に応じて役割が変動したり各職種間の相互乗り入れを許容したりするようなモデルである（Kingら、1998：地域の包括的な医療に関する研究会、2012）。

以上は医療現場を想定したモデルではあるが、高齢の障害者や認知症のケアについては、「相互乗り入れチームモデル」に基づき、障害福祉サービスや認知症ケア現場のスタッフが垂直統合と水平統合による相互乗り入れを許容して継続的な支援環境を築いていく必要があると思われる。

引用・参考文献

- ・出口泰伸. (2004). 呆けたら私はどうなるのか?何を思うのか? 老いと障害の質的社会学. フィールドワークから. 山田富秋, 編 (pp.155-183). 世界思想社.
- ・出口泰伸. (2004). ケアってなんだろう (p.171). 医学書院.
- ・荻原康一. (2015). 「介護保険優先原則」をめぐる近年の動向と政策課題—運動の生起と自治体運用の問題を中心に—. 立命館産業社会論集, 51 (1), pp.193-212.
- ・King, JC., Nelson, TR., Heye, ML., Tururro, TC., Titus, MND. (1998). Prescriptions, referrals, order writing, and the rehabilitation team function. in Rehabilitation Medicine: Principles and Practice (ed by Delisa, JA, Gans, BM.), 3rd Ed, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, pp 269 - 285.
- ・北村真希・酒井義則・得永敬信・林征太郎・北村立・倉田孝一. (2011). BPSDの薬物治療におけるアカシジアの重要性. 老年精神医学雑誌, 22 (増刊-3), pp.232-232.
- ・きょうされん. (2014). 「介護保険優先原則による利用者への影響調査の結果」.
- ・きょうされん. (2016). 障害のある人の地域生活実態調査の結果報告.
- ・厚生労働省. (2000). 重篤副作用疾患別対応マニュアル アカシジア (平成 22 年 3 月).
- ・厚生労働省. (2007). 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自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について. (平成 19 年 3 月 28 日. 障企発第 0328002 号・障障発第 0328002 号各 都道府県 障害保健福祉主管部(局) 長宛. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知)
- ・厚生労働省. (2014). 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自立支援給付と介護保険制度の適用関係等についての運用等実態調査.
- ・厚生労働省. (2015). 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自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について. (平成 27 年 2 月 18 日. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課障害福祉課. 都道府県・各指定都市・中核市障害保健福祉部(局) 宛. 事務連絡).
- ・厚生労働省. (2015). 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「高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム」. 資料 3「高齢の障害者に対する支援の在り方について」(平成 27 年 7 月 24 日)
- ・室伏君士編. (1985). 痴呆老人の理解とケア. 金剛出版.

- ・日本精神科評価尺度研究会 <http://jsprs.org/scales/bas.html>
- ・地域の包括的な医療に関する研究会. (2012). 「多職種相互乗り入れ型」のチーム医療—その現状と展望:へるす出版新書.
- ・山田篤裕・百瀬優・四方理人. (2015). 障害等により手助けや見守りを要する人の貧困の実態. 貧困研究, 155, pp.99-121.
- ・吉村夕里. (2011). 当事者が参画する社会福祉専門教育(その3)—認知症との対話—. 臨床心理学部研究報告, 3, pp.45-68.