

## はじめに

わが国において急速に高齢社会が進展していく中、知的障がいのある人たちへの支援でも、高齢化に伴う様々な課題が生じてきております。特に近年、1990年代以降に知的障がい者の地域生活移行がグループホーム等の推進により積極的に進められた結果、地域において高齢期を迎える人たちも数多く見られるようになってきました。また、2000年代に入ると介護保険制度の創設、さらには福祉制度改革に伴う措置制度の原則廃止等により、老人福祉と障がい福祉分野との連動性といった面が弱まりました。こうしたことの結果、地域で老いる高齢知的障がい者の人たちに対する福祉サービスは、いわば制度の狭間に陥っているような面もあります。悪い言い方をすれば福祉行政の現場では、両制度間で押し付け合っているような状況さえ感じるところです。

元々、知的障がいのある人たちは自分たちの思いや要求を言葉にして表現していくことが苦手です。そのような意味では、最も身近な立場で支援してきた障がい福祉関係者こそが、高齢になった知的障がい者の生活の安定と安心を求めて、その声を代弁していく姿勢が大切になってきています。しかし、そのためには、まずは現状をきちんと把握していくことが必要となりますし、またできる範囲ということではあっても、新たな取組みに向けた、新たな一歩を踏み出してみることも大切だと考えます。

さて、今回の取組みのきっかけは旭川荘内の知的障がい分野で働く中堅職員を中心とする勉強会での議論でした。話し合いを進めていく中で、旭川荘内でこれだけ深刻な課題となってきたのだから、他法人等の状況はどうなっているのだろうかという、いわば好奇心も事業に取組む一つの動機となっていました。そして実際、他法人等の取組みを視察し、調査活動等を行っていく中で、旭川荘における問題意識が他法人や他の地域とも重なり合う面もあれば、旭川荘の例が少し特殊であるといった面も見えてきました。詳しくは、本報告書をお読みいただきたいと思います。

もう一つ、今回の視察や調査活動等を通じて感じたことは、障がい福祉分野における市町村の福祉行政のあり方の重要性ということでした。実際のところ、介護保険制度と比べて障がい福祉分野での市町村行政の裁量権は大きいようです。比較的用户者や現場サイドに理解ある運用に心がけている自治体もあれば、国から示された基準等を盾に拘り定規な運用に留まっている自治体もあると感じられました。とはいえ、このことの意味は単に市町村行政の批判ということだけではなく、障がいのある人たちの《生活》という曖昧なものを支援していく福祉制度においては、地域性の問題や自治体規模、さらには各法人、各事業所の成り立ちや歴史の違い等も大きな意味を持つ

ていることを改めて感じたということでもあります。言い換えるなら、地域・地域において大きな格差が生じることは望ましいことではありませんが、北海道から東京、沖縄まで全国一律の基準でしっかりと縛りをかけたような制度運用のあり方も、決して望ましい結果には結びつかないだろうということです。

そのような意味では、私たちのように民間の福祉現場でサービス提供に当たる者が他法人・他地域の状況を知るだけではなく、制度運用に携わる市町村行政の人たちにもいろいろな現場や地域を知ってもらう必要性を感じました。ただ国の定めた制度面のみならず、障がい福祉の現場状況を広く見ていくことで、例えばこの知的障がい者の高齢化問題等といった新たな課題に関しても、福祉現場と市町村とが協力し合いながら、地域・地域に見合った創意工夫ある対応が検討できるのではないかと思います。

最後に、今回の事業取組みに当たってご協力いただきました旭川荘職員や利用者、関係自治体の皆さま、アンケートにご協力をいただきました中四国の知的障がい者共同生活援助事業所の皆さま、またお忙しい中にもかかわらず気持ちよく視察・調査を受入れていただき、懇切丁寧に現場案内等をしていただいた施設関係者等の皆さま、本当にありがとうございました。皆さまのご協力に見合うだけの報告書となったのかどうか心許ないところではありますが、少しでも本報告書が高齢知的障がい者福祉の向上のつながるものとなれば幸いと考えています。

「高齢知的障がい者の地域生活継続支援事業」委員会を代表して

旭川荘研修センター 所長 森 繁樹  
(特別養護老人ホーム 旭川敬老園 園長)

# 目 次

第1章 高齢知的障がい者の地域生活継続支援事業について	1
第1節 事業実施に向けて	
第2節 本事業に取り組むまでの経過	
1. 旭川荘内における知的障がい者の高齢化に関する勉強会のスタート	
2. 旭川荘内における知的障がい者の高齢化の現状（平成26年1月時点）	
3. 勉強会において各施設から出された高齢化対策に関する課題	
4. 勉強会で出された意見とその後の進め方	
第2章 グループホーム利用者を対象とした制度外、短期宿泊（入所）事業を実施してみた	15
第1節 グループホーム利用者を対象とした制度外、短期宿泊（入所）サービス事業の運営実施	
1. グループホーム利用者の制度外、短期宿泊（入所）サービス事業	
2. 本事業に参加・協力したグループホームの拠点施設	
3. サービスを利用した利用者の状況	
4. 制度外、短期宿泊（入所）サービス事業を実施してみた	
第2節 制度外、短期宿泊（入所）サービス事業を利用した当事者の声	
第3節 グループホームに勤務する世話人及び支援員に対するアンケート調査	
1. 対象及び方法	
2. アンケート結果の概要	
3. 調査対象の属性	
第3章 地域生活を送る高齢知的障がい者の支援実態に関する調査 ～ 中四国の知的障がい者共同生活援助事業所へのアンケート調査	57
1. 調査概要について	
2. 回答結果について	
- 1 現在、利用者の高齢化の問題について深刻に考えているか？	

- － 2 利用者の障害支援区分の状況
- － 3 要介護認定を受けている者の状況
- － 4 認知症診断について
- － 5 日中生活の状況
- － 6 退所後の生活の場
- － 7 土日等の日中支援について
- － 8 夜間の支援について
- － 9 共同生活援助と併用利用されている介護保険サービスについて
- － 10 現在、65歳児用以上の利用者が土日、夜間の支援が必要となった時の対策として、利用できるサービスや支援はあるか？
- － 11 高齢になった知的障がい者が、地域の中のグループホームで長く暮らすには、どんなサービスが必要だと思うか？
- － 12 グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等含む）は、一般にどのように望んでいると考えていますか？

### 3. 夜間支援のあり方の違いによる分析結果

- － 1 現在、貴事業所は利用者の高齢化の問題について深刻に考えているか？
- － 2 運営主体（法人格）による夜勤支援体制等の違い
- － 3 運営主体の形態による夜勤支援体制等の違い
- － 4 夜勤支援体制等の違いからみた利用人数
- － 5 夜勤支援体制等の違いからみた年齢別利用人数
- － 6 夜勤支援体制等の違いからみた障害支援区分別の利用人数
- － 7 夜勤支援体制等の違いから見た要介護認定の状況
- － 8 夜勤支援体制等の違いから見た認知症との関係
- － 9 夜勤支援体制等の違いから見た日中活動の状況
- － 10 夜勤支援体制等の違いから見た退所後の生活の場（含む：若年層）
- － 11 夜勤支援体制等の違いから見た土日等の日中支援の状況
- － 12 夜勤支援体制等の違いから見た介護保険サービスの併用状況
- － 13 高齢知的障がい者が地域の中のグループホームで生活し続けていくために必要なサービスは？
- － 14 グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等を含む）は、一般的にどのように望んでいると考えるか？

4. 回答のあった事業所の状況
  - － 1 事業所の所在地
  - － 2 事業所の運営主体（法人格）
  - － 3 運営主体の形態
  - － 4 年齢別施設利用者数
5. 考察 ～ アンケート調査から見えてきたこと
6. 資料（調査票）

#### 第4章 先駆的取組みを行っている先進事例の視察・調査

・・・・・・・・・・ 103

- 1 だて地域生活支援センター（社会福祉法人 北海道社会福祉事業団）
- 2－1 障がい者支援施設 侑愛荘
- 2－2 指定共同生活援助事業（グループホーム）つぐみ荘  
（社会福祉法人 侑愛会）
- 3－1 サポートセンターふかふか浜田
- 3－2 サポートセンターふかふか金城
- 3－3 ハートレットミレ青山（社会福祉法人 いわみ福祉会）
- 4 独立行政法人 国立重度知的障害者総合支援施設 のぞみの園
- 5 第6いたるホーム「ワルツ」（社会福祉法人 いたるセンター）
- 6 訪問・視察、意見交換を終えての感想

#### 第5章 高齢知的障がい者支援の現状と課題 ～ 地域生活支援を中心に

・・・・・・・・・・ 133

##### 第1節 福祉制度の成熟化に伴い生じた新たな課題

1. 知的障がい者の地域生活移行の始まりからこれまで
2. 措置から契約へ ～ 介護保険の創設、支援費制度、障害者自立支援法へ

##### 第2節 障がいを持つ人たちのライフサイクルを考える

1. 成長、成熟の後、やがて衰え、そして死を迎えるのは自然である
2. 知的障がい者の老化の進行 ～ 確かに人それぞれで異なるものだが
3. 高齢知的障がい者だけ集め直すことは、ノーマル（普通）な生活とはいえない

### 第3節 地域に暮らす高齢知的障がい者の生活課題

～ 何が一般高齢者と異なるのか？

### 第4節 高齢知的障がい者への生活支援のあり方と留意点

1. 高齢期における「生活障がい」の現われ～「できない」ことの意味するところ
2. 高齢知的障がい者への支援の特徴  
～ 「できないのか」「できなくなったのか」が判断しにくい
3. 継続的なアセスメント・ケアプラン、そして記録の重要性

### 第5節 高齢期に生じやすい認知症とその介護のあり方を理解する

～ 特にダウン症の人たちは早期に発症するリスクが高い

1. 認知症介護に関する理解の必要性
2. 中核症状とBPSDは異なる ～ 残された意欲や能力に着目して支援する
3. 認知症による症状の特徴と支援の留意点

### 第6節 高齢化した知的障がい者への生活支援

1. 高齢の地域生活者に対するサービスの連携から統合化へ
2. 「生活リズム」の再構築を図る ～ 充実した日中活動が大切になってくる
3. 《見通し》を持つての支援 ～ 「介護予防」や「悪化の防止」といった視点
4. 高齢期の支援 ～ 「現在の姿」は、「過去」と「未来」の間にあるもの

### 第7節 アセスメント及び支援サービス計画書等の記入（例）

1. 現在、グループホームで暮らしているが、能力低下の見られるLさん
2. 知的障がい者支援施設D寮に暮し、能力低下見られるOさん

### 委員会の開催状況等

・・・・・・・・・・ 187

1. 開催日
2. 参加者等

## 第1章

# 高齢知的障がい者の地域生活継続支援事業 について

## 第1節 事業実施に向けて

### (1) 事業実施の背景

当法人ではグループホームが制度化される以前から、知的障がいのある人たちの施設から地域生活移行への支援を先駆的に実施し、現在では知的障がい者のグループホームだけで38箇所のホームを運営しています。しかし、当法人が運営するグループホームで生活する知的障がい者の中には60代、70代はもとより、中には80代の利用者も散見されるようになってきました。こうした利用者の中には高齢に伴う身体・生活機能の低下と合わせて、軽度の認知症の症状を有する者も見られますが、要介護度はまだ高くないために特別養護老人ホームに入るのは困難である反面、年齢の問題から障がい者施設に入所することは行政サイドが認めてくれない現状があります。

こうした状況を踏まえ、当法人では5年ほど前から複数のバックアップ施設が協力し、グループホーム利用者等地域に暮らす障がい者の緊急時対応のため、夜間宿直職員を独自に配置してきたところです。しかし、地域に暮らす知的障がい者が今後ますます高齢化し、支援を必要とする利用者数が増加してくると共に、心身機能及び生活障害の重度化が見込まれ、早晚、今のやり方では行き詰ると考えられます。とはいえ、以下のような点で制度・政策的な面においても地域に暮らす知的障がい者の高齢化対応には、現在、課題があるといえます。

- (1) グループホームで生活する利用者は、日中は通所サービスを利用し、職員から専門的な支援を受けられるが、グループホームでの世話人の仕事は朝・夕の生活の支援であり、休日の徘徊等が起きた時や夜間緊急時への対応は困難である。
- (2) 地域のグループホームで生活している知的障がい者は、障害者総合支援法に基づく施設の短期入所サービスを利用できず、軽度の認知症等が生じた際や病気がちの時、地域での生活継続に不安が生じやすい。
- (3) 介護保険法に基づく特別養護老人ホームの入所要件は、原則、要介護3以上の重度者が対象となっており、また一般の入所待機者も多い現状から早期での特例入所は困難である。
- (4) 認知症の診断が明らかであれば、認知症高齢者グループホーム（以下「認知症GH」）の利用も考えられるが、普通の高齢者とは生活経験が違うため軽度の段階では生活に馴染めない可能性が高い。また、認知症GHは一般的に利用料が高いため障がい者の利用は困難であるのも事実である。
- (5) 高齢知的障がい者も一般高齢者と同様に切れ目のない支援体制を構築していくためには、在宅・施設の二分法的発想を脱し、中間サービスや中間施設的な発想が求められてくるが、まだそうしたモデルは見出せていない。

### (2) 事業概要

本事業では、これまでの当法人独自の事業を足掛かりに、制度外の知的障がい者の



短期宿泊（入所）サービスを実施しました。また、併せて中四国の知的障がい者共同生活援助事業所にアンケート調査を行い現状認識等を把握するとともに、先駆的な取組みを行う他法人の状況等を視察・調査していきました。こうした一連の取り組みを通じ、地域に暮らす高齢知的障がい者の地域生活継続支援の現状と課題を整理するとともに、高齢知的障がい者支援のあり方等について、ここに報告書をまとめました。

### （3）事業の柱立てと実施スケジュール

柱立て1：グループホーム利用者を対象とする短期宿泊（入所）事業の運営実施

柱立て2：中四国の知的障がい者共同生活援助事業所へのアンケート調査

柱立て3：先駆的取組を行っている先進事例の視察・調査

柱立て4：委員会の開催

時期	事業実施内容
平成 28 年 4 月	(委員の就任依頼・連携団体への協力依頼)
8 月	● 第 1 回委員会の開催
9 月	
10 月	● アンケート調査票の発送
11 月	● 社会福祉法人 北海道社会福祉事業団 訪問 ● 社会福祉法人 侑愛会 訪問 ● 社会福祉法人いわみ福祉会 訪問
12 月	● アンケート調査票の回収・分析 ● 独立行政法人 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園 訪問 ● 社会福祉法人 いたるセンター 訪問
平成 29 年 1 月	● 事業成果について中間報告会の開催 ● 第 2 回委員会の開催
2 月	
3 月	● 第 3 回委員会の開催 ● 事業成果報告会の開催

## 第2節 本事業に取り組むまでの経過

### 1. 旭川荘内における知的障がい者の高齢化に関する勉強会のスタート

#### (1) 勉強会の背景・目的

障害者自立支援法の実施以来、福祉サービスを利用して地域に暮らす知的障がい者のあり方も多様化するとともに、様々な課題が散見されるようになってきております。その中でも近年、旭川荘においては高齢になった知的障がい者が地域生活を継続していくため何らかの支援策を検討していくことが必要性だとの意見が多く聞かれるようになってきました。特に、施設からグループホームに出て地域に暮らす高齢知的障がい者の人たちへの支援策については、ちょうど制度の狭間に落ち込む形となっており、このままではいわば介護（支援）難民化する危険があるとの指摘が現場サイドからの不安として挙がってきました（図2参照）。

そこで平成26年2月に旭川荘の知的障がい福祉分野の中堅職員を中心に施設横断の勉強会を立ち上げ、荘内の知的障がい者の高齢化の現状と課題を整理するとともに、全国的な関心や傾向等を検討していく取組みがスタートしました。メンバーとしては、知的障がい関連の入所・通所・グループホームに携わる現場の中堅職員約20名を中心に、助言者として法人内特別養護老人ホームの施設長、障がい者支援施設の施設長にも入ってもらい、この時点での課題等を幅広く検討していくこととなりました。

#### (2) 主な検討課題

- ① 地域生活を営む高齢知的障がい者への支援のあり方、サービス利用について
- ② 入所施設における高齢知的障がい者への支援のあり方について
- ③ 要介護状態に至った高齢知的障がい者のサービス利用について
- ④ 高齢化に対応できる職員の知識・技能の向上について（介護や認知症等）

#### (3) 勉強会の内容

第1回 旭川荘の知的障がい者の高齢化の現状と課題

第2回 介護保険制度について

- 第 3 回 入所施設における高齢化事例の検討①
- 第 4 回 通所施設における高齢化の現状と課題
- 第 5 回 入所施設における高齢化事例の検討②
- 第 6 回 養護老人ホームについて「島根県 いわみ福祉社会視察報告」
- 第 7 回 グループホームにおける高齢化事例の検討①
- 第 8 回 グループホームにおける高齢化事例の検討②
- 第 9 回 地域で在宅生活する人の高齢化の現状と課題
- 第 10 回 入所施設から認知症 GH、特養に生活の場を移した人の事例検討
- 第 11 回 それまでの議論の整理
- 第 12 回 特別養護老人ホーム 旭川敬老園 見学

## 2. 旭川荘内の知的障がい者の高齢化の現状（平成 26 年 1 月時点）

旭川荘内の入所施設 5 か所、通所施設 6 か所、グループホームの 36 か所を対象に実施した知的障がい者の高齢化の現状を調べたところ、以下の通りでした。

### （1）入所施設（表 1～表 3 参照）

岡山県内で旭川荘が運営している入所施設 5 施設（総数 290 人）の高齢化率（全体における 65 歳以上の割合）は、7%で人数にすると 21 人。60 歳～64 歳を加えることで予想できる 5 年後の高齢化率は、11%（34 人）で、10 年後の高齢化率は 23%（68 人）となりました。

なお、今後 10 年で全体の約 4 分の 1 の利用者が 65 歳以上の高齢者となることが予想されたことで、入所施設においても高齢化に備えたハード面、ソフト面の整備が課題となってくるが見込まれました。

### （2）通所施設（表 4～表 6 参照）

岡山県内で旭川荘が運営している通所施設 6 施設（総数 218 人）の高齢化率は、5%で人数にすると 10 人でした。60 歳～64 歳を加えることで予想できる 5 年後の高齢化率は、13%（28 人）で、10 年後の高齢化率は 20%（43 人）の見込みとなりました。

### （3）グループホーム（表 7～表 9 参照）

岡山県内で旭川荘が運営しているグループホーム 36 か所（総数 136 人）の高齢化

率は13%で人数にすると17人でした。グループホームについては、既に調査時点で1割以上の方が65歳を超えており、高齢化に対する対応が喫緊の課題となってきたことが分かりました。

表 1

### 旭川荘内の知的関係施設の高齢化の現状 [入所系 5施設 (n=290)]

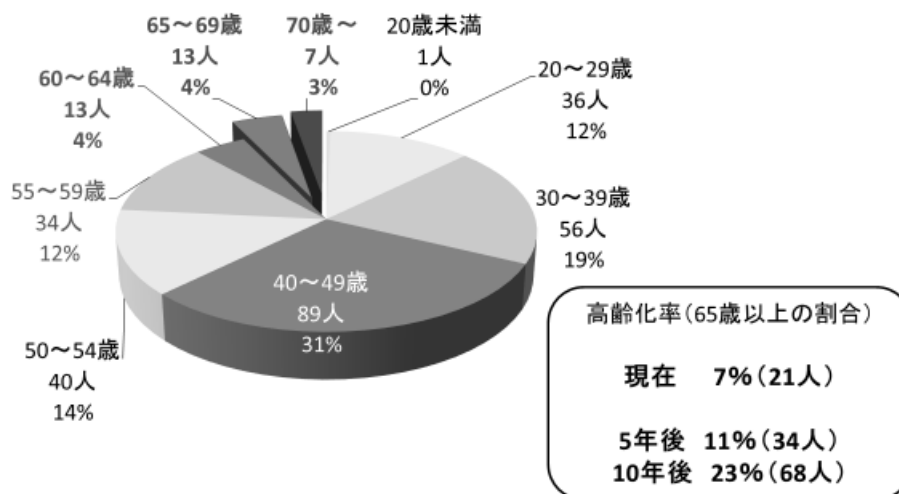


表 2

### 旭川荘内 知的障がい施設利用者の高齢化実態(入所系)

※ 高齢化率: 現員に占める65歳以上の割合

施設名	現員	50歳未満	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65歳以上	高齢化率		
							現在	5年後	10年後
I寮	74	42	8	16	4	4	4	8	24
		57%	11%	22%	5%	5%	5%	11%	32%
AI寮	74 (5)	31	25	12	2	4	4	6	18
		42%	34%	16%	3%	5%	5%	8%	24%
K寮	50	32	3	2	4	9	9	13	15
		64%	6%	4%	8%	18%	18%	26%	30%
T寮	48 (10)	40	4	2	0	2	2	2	4
		83%	8%	4%	0%	4%	4%	4%	8%
T. S寮	44 (10)	37	0	2	3	2	2	5	7
		84%	0%	5%	7%	5%	5%	11%	16%
荘内 入所施設計	290	182	40	34	13	21	21	34	68
		63%	14%	12%	4%	7%	7%	11%	23%

※ ( )内の数字は、在宅から生活介護利用のための通所者数

表 3

## 2年前との比較(入所系)

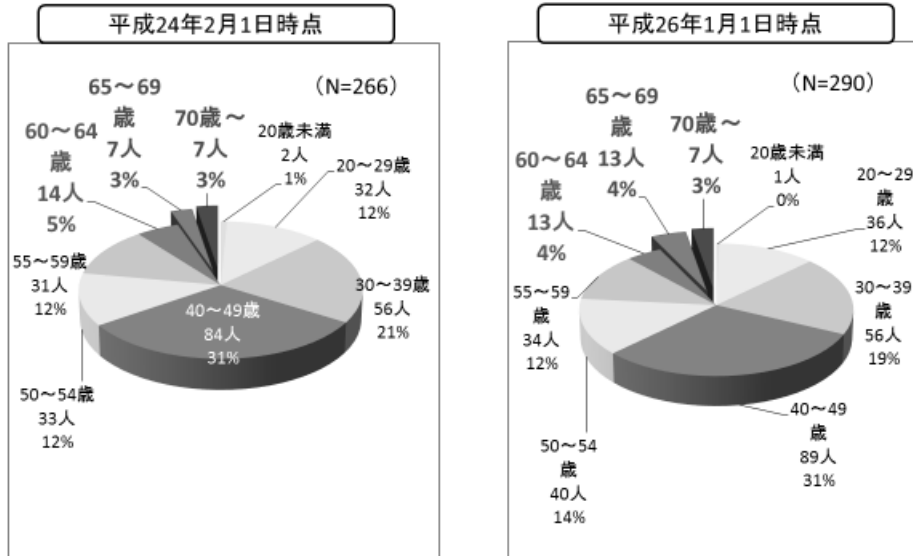


表 4

## 旭川荘内の知的関係施設の高齢化の現状 [通所系 6施設 (n=218)]

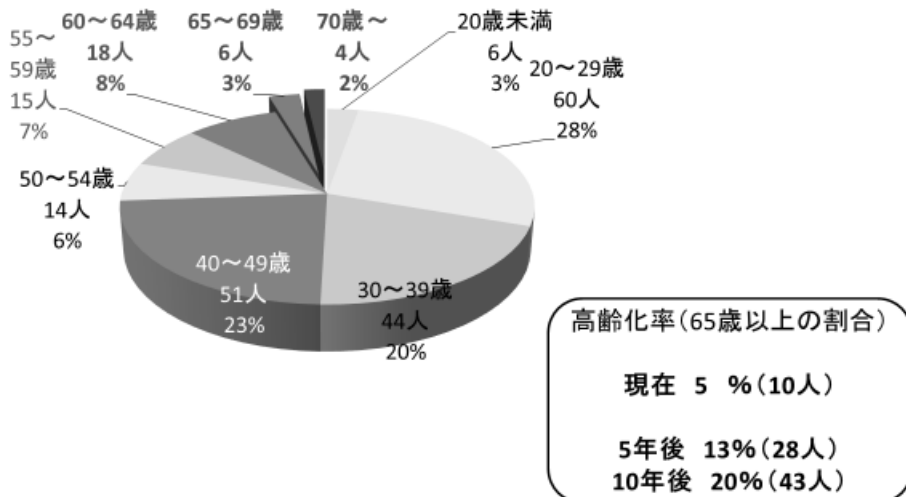


表 5

旭川荘内 知的障がい施設利用者の高齢化実態(通所系)

施設名	現員	50歳未満	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65歳以上	高齢化率		
							現在	5年後	10年後
WS寮	31	25	4	0	1	1	1	2	2
		81%	13%	0%	3%	3%	3%	6%	6%
Mセンター	35	34	0	0	1	0	0	1	1
		97%	0%	0%	3%	0%	0%	3%	3%
MWセンター	33	27	2	2	2	0	0	2	4
		82%	6%	6%	6%	0%	0%	6%	12%
N作業所	26	12	3	3	4	4	4	8	11
		46%	12%	12%	15%	15%	15%	31%	42%
ST旭川荘	54	36	3	6	7	2	2	9	15
		67%	6%	11%	13%	4%	4%	17%	28%
I.Tセンター	39	27	2	4	3	3	3	6	10
		69%	5%	10%	8%	8%	8%	15%	26%
荘内 通所施設計	218	161	14	15	18	10	10	28	43
		74%	6%	7%	8%	5%	5%	13%	20%

表 6

2年前との比較(通所系)

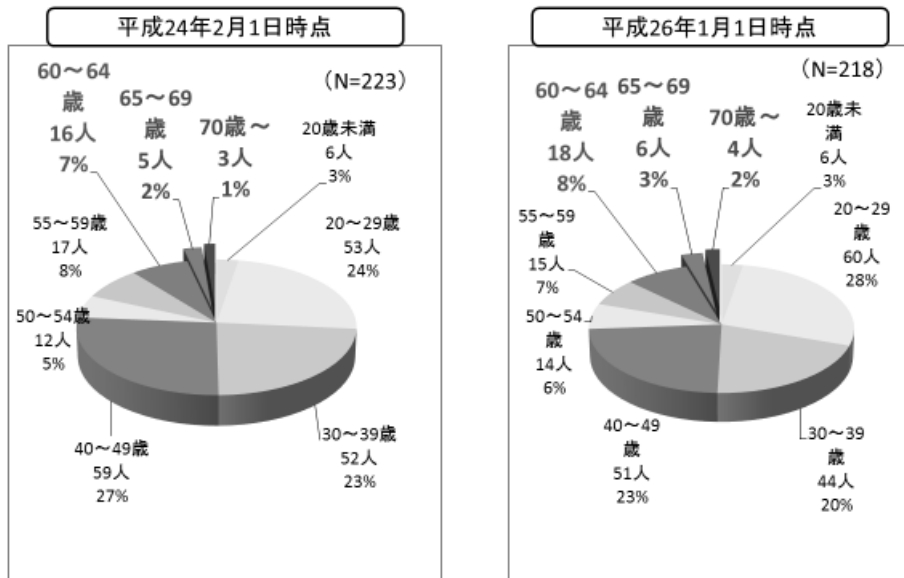


表 7

旭川荘内の知的関係施設の高齢化の現状  
[グループホーム 9施設 (n=136)]

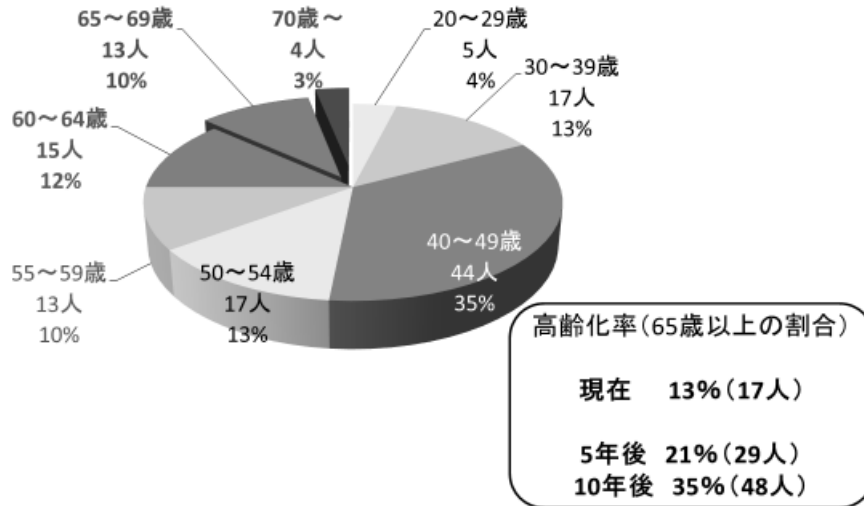


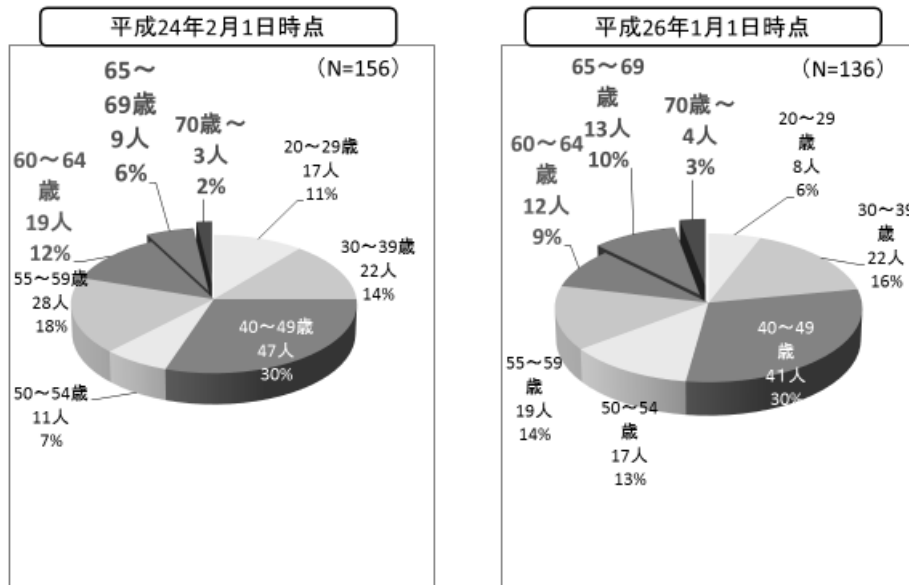
表 8

旭川荘内 知的障がい施設利用者の高齢化実態(グループホーム)

施設名	現員	50歳未満	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65歳以上	高齢化率		
							現在	5年後	10年後
I寮 GH	26	11	3	6	3	3	3	6	12
		42%	12%	23%	12%	12%	12%	23%	46%
A寮 GH	23	13	6	1	2	1	1	3	4
		57%	26%	4%	9%	4%	4%	13%	17%
W寮 GH	18	12	2	0	1	3	3	4	4
		67%	11%	0%	6%	17%	17%	22%	22%
WS寮 GH	4	1	0	1	0	2	2	2	3
		25%	0%	25%	0%	50%	50%	50%	75%
G/ハイツ GH	26	17	1	6	0	2	2	2	8
		65%	4%	23%	0%	8%	8%	8%	31%
T.S寮 GH	17	9	4	1	2	1	1	3	4
		53%	24%	6%	12%	6%	6%	18%	24%
N作業所 GH	13	7	0	3	2	1	1	3	6
		54%	0%	23%	15%	8%	8%	23%	46%
S旭川荘 GH	6	1	1	1	2	1	1	3	4
		17%	17%	17%	33%	17%	17%	50%	67%
A園	3	0	0	0	0	3	3	3	3
		0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	100%
荘内 地域生活計	136	71	17	19	12	17	17	29	48
		52%	13%	14%	9%	13%	13%	21%	35%

表 9

## 2年前との比較(グループホーム)



### 3. 勉強会において各施設から出された高齢化対策に関する課題

(1) 高齢化に伴って医療・介護ニーズが高まっているが、次のような課題がある。

- ① 障がい者施設で出来る医療対応には限界がある。
- ② 機能低下に伴い、施設内のバリアフリー化が必要となってきた。
- ③ 一般的な知的障がい者の生活支援と介護ニーズが求められる障がい者支援は、支援技術が異なるが、職員の知識・技術が追い付いていない。

(2) 65歳以上の障がい福祉サービスの利用に課題がある(制度の枠・狭間の問題)。

- ① 市町村によっては65歳以上での障がい福祉サービス受給が認められない(介護保険優先を指導される)。
- ② 障害福祉サービスの生活介護事業に加え、施設入所支援を提供している事業所は介護保険適応除外施設となっているため、64歳以前より入所している人については65歳を過ぎても利用が可能(今後、介護の必要性が高まってくる)。

(3) 高齢障がい者の生活の場について課題がある。

- ① 生活能力の低下により、在宅・地域生活の継続が困難になるケースが増え始



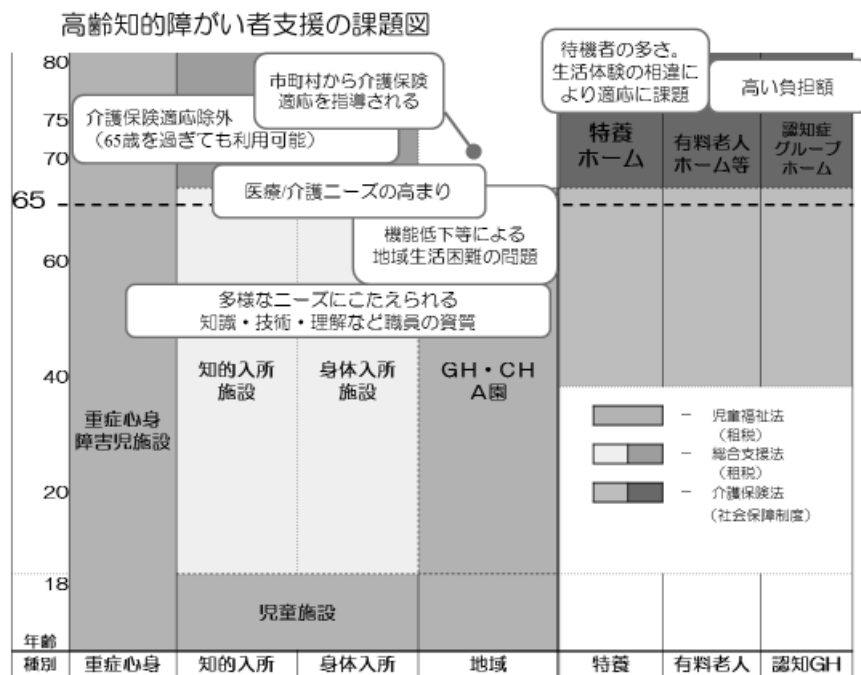
めている。

- ② 障がい者本人のみならず、家族の高齢化（介護問題）や認知症の進行が問題になってきている事例が散見される。
- ③ 在宅生活者やグループホーム等利用者が家族状況の変化や機能低下等により、障がい福祉サービスの入所施設利用を希望しても、65歳を過ぎた人の入所は現実的に難しい。

（4）介護保険制度への利用移行に関して課題がある。

- ① 障がい福祉サービスと比べ、介護保険サービスは1割の自己負担額が必ず生じるため、利用者本人の負担額が増加する。
- ② 要介護度により利用制限があるため、利用日数などが減る可能性がある。
- ③ 特別養護老人ホームは待機者が多く、必要に応じた入所が難しい。また、要介護3以上が必要。認知症GHの利用であれば認知症診断が必要。
- ④ 生活体験の違いなど、高齢者施設で障がい者が適応するには課題も多い。

図 1



#### 4. 勉強会で出された意見とその後の進め方

計 12 回開催された勉強会のまとめとしては、以下の人々に対する支援のあり方につ

いて、引き続き検討を進めていくことが必要だとされました。

(1) 地域生活が困難になりつつあるが介護度はまだ低い 65 歳以上の知的障がい者

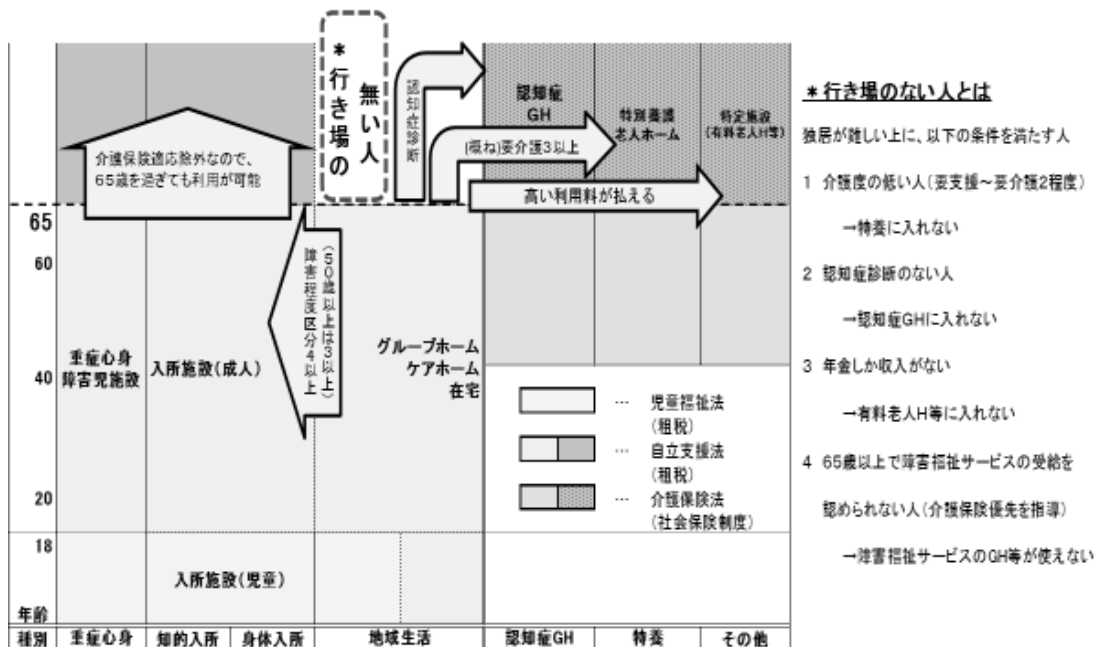
機能低下などの理由で地域生活の継続が困難になりつつある人で、下記に該当する者は、自分に適した住いの場への移行ができずに《住いの場》自体を失ってしまう状態になり得る可能性が高い。

- ① 障害者総合支援法における居住系の障がい福祉サービスについては、65 歳以上であることを理由に受給できない者
- ② 特別養護老人ホームなど高齢者施設の利用にも要介護度が満たない者
- ③ 認知症診断がないため認知症GHを利用できない者
- ④ 障害年金しかないのでは、有料老人ホームなどが利用できない者

図 2

サービス継続性の課題図

地域で生活していた障がい者が65歳を過ぎると、利用できる居住系のサービスがなくなり、難民化する可能性がある



## (2) 高齢化等により多様なニーズを持ちながら入所施設で暮らす利用者への支援

医療ニーズ、介護ニーズの高まりがある中で、障がい福祉サービスにおける入所施設では、施設、設備のバリアフリー化や職員の専門性の向上（介護知識・技術）、また医療的対応の強化などが求められている。

## (3) 検討事項とその後の進め方

このうち(2)の課題に関しては、施設の改築や福祉機器の活用、さらには職員研修等の充実により、まずは旭川荘内でできることから取り組んでいくこととなりました。しかし、(1)の課題に関しては旭川荘だけの問題ではなく全国的にも課題となってきたこと、また全国各地を見ると先駆的にこの課題に取り組む法人等も見られることから、グループホーム利用者の制度外短期宿泊（入所）事業をモデル実施するとともに体系的に調査研究を行っていくことを目的に、独立行政法人 福祉医療機構に社会福祉振興助成金を申請することとなりました。



## 第2章

グループホーム利用者を対象とした制度外、  
短期宿泊（入所）事業を実施してみても

## 第 1 節 グループホーム利用者を対象とした制度外、短期宿泊（入所）サービス事業の運営実施

### 1. グループホーム利用者の制度外、短期宿泊（入所）サービス事業

#### （1）事業に取り組んだ目的

当法人が運営する地域のグループホームで生活する知的障がい者の中には 60 代、70 代はもとより、中には 80 代の利用者も見られるようになってきています。こうした利用者の中には、高齢に伴う身体・生活機能の低下と合わせて、軽度の認知症の症状が見られる者もありますが、要介護度はまだ高くないために特別養護老人ホームへの入所は困難<sup>i</sup>です。また、有料老人ホームはもとより認知症 GH の利用については利用料が高く、経済的負担の面から利用できない人がほとんどです。にもかかわらず、65 歳以上を過ぎると介護保険制度を優先利用すべきという行政指導があるために、障がい者施設に入所することは行政サイドによってほぼ認められません。さらに、グループホームで生活している知的障がい者は障害者総合支援法に基づく短期入所サービス事業の利用が併用できないため、病気や怪我、軽度の認知症等が生じた際にも一時的に避難（休息）するような場所がなく、地域での生活継続に不安が生じやすいという現実があります。

こうしたことから今回、地域のグループホームで生活する高齢の知的障がい者を対象として、当事者の声や状態像の把握、さらには支援していく上での課題を把握していくことを目的に当法人所有の自由契約施設を利用し、制度外の短期宿泊（入所）サービスを実施することとしました。

#### （2）サービスを提供した施設の概要

今回、短期宿泊（入所）サービスとして使用した社会福祉法人旭川荘内にある「A 園」は、1959（昭和 34）年に開設した 50 年以上の歴史を持つ自由契約施設で、開設当初は 10 数名の利用者が生活していたものです。しかし、時代とともに本人の状態や家族の状況が変化しただけではなく、知的障がい者福祉の制度も大きく変わり利用者も徐々に減少していきました。途中、2006（平成 18）年には老朽化した建物を建替えし、現在ではすべてがバリアフリー化していますが、最終的には 2013（平成 25）

年に隣接する障がい者支援施設・A I 寮と施設統合することとなりました。現在では、改めて施設入所支援サービスを受けることができなかつた 65 歳以上の高齢利用者 2 名だけが生活しており、利用していない空所スペースがあります。

当法人内では、以前から建替えたA園について、将来的には高齢知的障がい者向けの認知症GHにしていこうという構想がありましたが、行政の介護保険計画等との関係で具体化するには至りませんでした。しかし、高齢になった地域生活を送る知的障がい者を支援する取り組みとしての今回のモデル事業は、こうした新しくも十分に活用されていない空所スペースがあったからこそ実現したものでもありました。

### 施設内外の様子

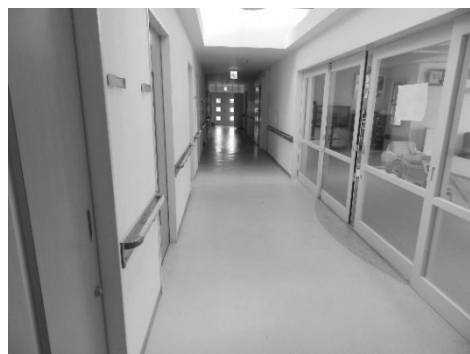
A園玄関



A園外観



車いすもすれ違える、ゆったりとした廊下



玄関を入ると、車いすがすれ違うことのできる幅の広い廊下が続いています。廊下には、今回の事業のために両横に手すりを設置しました。

高齢になったA園利用者もリハビリ目的で、この手すりをよく利用しています。

開放的な食堂



ベッド、TVを設置した居室



開放的な食堂は、東側にテラスもあり、天気のいい日はテラスで過ごすこともできます。食堂のテーブルは今回の事業で購入したもので、サービスを利用される利用者にも好評で、今まで以上に憩いの場所になっています。

また、利用者が実際に使用した部屋は、もちろん個室で、ベッド、ロッカー、TV、エアコンを設置しました。高齢者向けということで、ベッドは介護や足腰の弱い利用者のために昇降装置を付いたものとし、安全面を最大限考慮しました。これまでの知的障がい者施設には、こうした発想も、また実際の設備面でも弱いところであったため、職員の意識改革という意味でも効果があったと思います。

ゆったり入れるお風呂



ひろびろとしたトイレ



その他、トイレ、お風呂も写真のとおり、ゆっくりとできる空間を確保しています。なかなかこのような設備を整えるのは大変ですが、今後、利用者の介護量も増えていくことを考えれば、すべての施設でこのように改造できれば高齢になっても利用者が安心して継続的に生活できていけると思います。



## 2. 本事業に参加・協力したグループホームの拠点施設

本事業の取組みに当たっては、当法人内でグループホームを運営している知的障がい関係施設に広く参加（利用）を打診しましたが、遠距離施設の場合、利用者の送迎が困難であるという問題が生じました。また、仮に送迎ができたとしても、2泊3日の宿泊となった時、施設側がそれまで利用してもらっていた日中活動（生活介護、就労支援）に係る収入が入らなくなり、現実的に通所施設では運営にも特に大きく影響することが考えられました。

そのため今回は、まずは送迎が比較的容易な岡山市北区祇園地区にある3施設に関わるグループホーム利用者だけで、本事業を活用していくこととしました。

参加施設は以下の通りです。

- 施設名 ① 障がい者支援施設 AI寮 岡山県岡山市北区祇園  
 ② 障がい者支援施設 I寮 岡山県岡山市北区中原  
 ③ 障がい福祉サービス事業所 AB 岡山県岡山市北区中原

なお、参加・協力施設が運営しているグループホームの箇所数及び実利用者数（定員）は以下のとおりとなります。

- ① 障がい者支援施設 AI寮（6棟、21人（定員23人））

現在は60歳以上が4人と全体の2割ですが、今後10年考えたとき5割の利用者が60歳以上となり、平均年齢も50歳を超える状況となります。

GH数	実人数（定員）	年齢構成	平均年齢	日中活動場所
男性：2棟	7人（8人）	20代・0人 30代・3人 40代・1人 50代・2人 60代・0人 70代・1人 80代・0人	45.8歳	一般企業：3人 就労A型：1人 就労B型：1人 生活介護：1人 デイサービス：1人

女性：4棟	14人（16人）	20代・2人 30代・3人 40代・2人 50代・4人 60代・3人 70代・0人 80代・0人	49.2歳	一般企業：2人 就労A型：1人 就労B型：5人 生活介護：5人 デイサービス：1人
-------	----------	--	-------	---

全体平均年齢：47.5歳

② 障がい者支援施設 I 寮（7棟、25人（定員28人））

この中には80歳の地域のグループホームで生活する男性利用者が含まれています。今後、こうした高齢知的障がい者も増えてくる中で、どのようにその生活を支えていくのかという意味でも、一つのモデルケースになると考えられました。

GH数	実人数（定員）	年齢構成	平均年齢	日中活動場所
男性：5棟	17人（21人）	20代・1人 30代・0人 40代・6人 50代・3人 60代・5人 70代・1人 80代・1人	53.4歳	一般企業：0人 生活介護：6人 就労A型：6人 就労B型：5人
女性：2棟	8人（8人）	20代・0人 30代・1人 40代・3人 50代・0人 60代・4人 70代・0人 80代・0人	53.1歳	一般企業：1人 生活介護：1人 就労A型：5人 就労B型：1人

全体平均年齢：53.2歳

③ 障がい福祉サービス事業所 AB（1棟4人（定員4人））

現時点で平均年齢を見ても 65 歳に近づいており、このまま利用者の入れ替わりがなければ、10 年後には平均年齢が 70 歳を超える状況になってきます。

GH数	実人数（定員）	年齢構成	平均年齢	日中活動場所
女性：1棟	4人（4人）	20代・0人 30代・0人 40代・0人 50代・1人 60代・3人 70代・0人 80代・0人	61.5歳	一般就労：1人 就労B型：1人 デイサービス：2人

※：デイサービスは、介護保険サービスを表しています。

### 3. サービスを利用した利用者の状況

#### (1) 利用者の概要（平成29年2月1日時点）

- サービス契約者数 8人（実利用者数8人）
- 延利用者数 32人（男性12人、女性20人）
- 延利用日数 32日

性別	男性	女性
年齢構成	60歳代2人、70歳代1人、80歳代1人	60歳代4人
平均年齢	68.2歳	66.2歳

#### (2) 利用状況の概要

今回の事業実施に当たっては、利用者から事前に希望を確認し、宿泊可能な利用者を選定した状態で取り組みました。そのため、利用者の普段の生活についての状況把握もでき、利用者自身も落ち着て過ごせただけではなく、受け入れスタッフも余裕をもって支援することができました。とはいえ、やはり一人の利用者は、現在生活しているグループホームへの移行以後、他の場所での宿泊経験がなかったため、精神的に不安定となり、途中、利用中止となりました（後述、事例A○さん）。

なお、当初は8月よりの開始予定で準備を進めてきましたが、隣接する施設より腸管出血性大腸菌O-157が発症したため、スタートが9月26日にまで順延することとなってしまいました。さらに、O-157で開始時期が遅れたことに加え、今度は12月から1月にかけて、隣接する施設でインフルエンザが蔓延したため、やはり一時的に利用停止せざるを得ませんでした。さらに、介護・福祉をめぐる人材不足の影響もあり、本事業のための宿泊専門職員を2名しか雇うこともできませんでした。こうしたことの結果、延利用者数が計画段階よりも大幅に減少することとなってしまいました。

#### (3) 利用に当たっての費用負担等

- 利用者の自己負担 0円（光熱水費、食費は、A園が負担）
- 利用者の送迎費 無償（参加・協力施設で担当、収入は0円）
- 宿泊した際のグループホームの収入は、利用者の外泊扱いのため0円

グループホームで生活する利用者は、基本的に1か月単位で生活費を支払っているため、こうした臨時外泊のために宿泊費や食費を負担するだけの経済的余裕はあまりないのが現実です。また、行政に相談したところ、現行制度ではこうした取り組みであっても、グループホーム利用としては外泊扱いになり、A園に宿泊する日は利用日からは外し、グループホーム側に収入は見込めないという判断が示されました。

このような事情であっても、今回は福祉医療機構の助成事業として実施したため、全額施設・法人の持ち出しにより行うことができましたが、今後、こうした取り組みを継続的に実施していこうとする際には、この費用面は施設・法人の持ち出しが前提ということだけでは、なかなかその拡がりが見込めないだろうと考えられます。

#### (4) A園側から見た、利用時の生活の様子の紹介(3人の事例から)

※ 当事者側の声は第2節で

##### ① 利用者・T〇さん(80歳、男性)、グループホームでの生活歴16年

障害支援区分4、療育手帳A、身障手帳なし、障害年金1級

(当事者インタビュー P )

家族：10人姉弟であったが、所在が確認できている姉は救護施設入所のため、市町村申し立てで成年後見人がついている。

成育歴：義務養育を受けておらず、身元引受人宅で作男として働いていたが、身元引受人が高齢になり、1984(昭和59)年にI寮へ入所となる。その後、65歳の時にI寮地域生活ホームへ異動し現在に至る。

生活面：グループホーム内での流れは理解できており、食事、洗濯、更衣等は基本的に自分で行うことができる。文字の読み書き、日にちの理解、計算等の理解力は乏しい。

以前は単独で買い物にも出かけていたが、無料のものと勘違いして持ち帰って来たり、その後、万引きする結果になることがあったため、現在、外出の際には職員か、ヘルパーの付き添いとなっている。

健康面：高血圧のため塩分は控えているほか、慢性腎炎、前立腺肥大症などもあり、日ごろから注意が必要である。

日中活動：I寮の生活介護に通所し、園芸班に所属している。

#### 短期宿泊(入所)利用の際の状況

- ・ 2月現在で、計3回宿泊を体験する。1泊2日を2度、2泊3日を1度。

- ・ 今回の短期宿泊（入所）事業の利用については本人も納得しており、初回の来園時は少しの緊張はあったようであるが、知った職員もいたことで笑顔も見られた。
- ・ I 寮の職員が送迎を行っているが、日中も A 園のことを楽しそうに話しており、普段と変わりはないと報告があった。
- ・ 短期宿泊（入所）のサービス利用中は、食事以外に入浴後にも食堂でティータイムをしながら、職員との会話を楽しんでいた。
- ・ 入浴は一部職員が介助にて実施する。

#### 今回のサービスを利用して見えてきたこと

- ・ 地域を見渡してみても、80 歳以上の一般の人が数多く生活されている状況なのに、高齢で持病も抱えているという情報があるだけで、施設職員側はすぐに高齢者施設等の入所の必要性を考えてしまっていた。
- ・ A さんは、現在でもグループホームでも生活はできているというだけではなく、若い頃に鍛えているため年齢の割には身体も丈夫で、必要な支援さえあればまだまだ地域で生活できていくことに問題はないことを実感することができた。そのためにも、障がい福祉サービスと介護保険サービスの垣根をもう少し低くしてもらうだけではなく、今の状況が維持できるように関係する支援者が知恵を出し合い、支えていくといった発想に転換していく必要があることを理解した。

#### ② 利用者・C○さん（69 歳、女性）、グループホームでの生活歴 10 年

障害支援区分 4、療育手帳 A、身障手帳 1 種 2 級、障害年金 2 級 + 障厚年  
(当事者インタビュー P )

家 族：両親はすでに他界、兄妹のうち兄 2 人は所在不明。妹は本人との交流を拒んでおり、現在すでに成年後見人制度を利用している。

成育歴：1963（昭和 38）年、16 歳の時に障がい児施設・A 学園に入園。1967（昭和 42）年に退園し、隣市の K 市内で約 30 年間住み込みにて働く。その後、当法人の生活支援センターが支援することとなり、関連するグループホームを利用。現在、障がい福祉サービス事業所 A B が所管するホームで生活している。

生活面：食事はやわらかめの食材を提供し、肉などは一口大にカットするなど見守りが必要である。極度の人見知りで、慣れない環境だと話しかけてもほぼ返

答がない。

最近では物忘れが激しく、置いたところがわからなくなり探し回ることもしばしば見受けられるが、本人も多少自覚しているようである

健康面：いくつもの病気を抱えており、特に心臓系の疾患に関しては手術も困難であり、油断を許さない状況にある。

日中活動：週5日、デイサービスを利用している。

#### 短期入所利用の際の状況

- ・ 2月までに、計5回利用している。
- ・ 初回利用時には、初めての場所で、知らない人ばかりなので大変緊張しており、付き添いの担当職員から離れができなかった。
- ・ その後、居室を見たり、宿直者とも会話を交わすうちに緊張もほぐれ、夕食の時間になると、宿直者に促されテーブルに着くことができ、笑顔で食べることができた。
- ・ 5回の利用の際にはすべて入浴しており、見守りは必要であるが、1人で行うことができ、表情から大変満足している感じがうかがわれた
- ・ 所属事業所の担当者からの報告通り、夜間にトイレに起きることはあるが、睡眠はどの利用時にも約8時間とれていた。
- ・ 高齢になり病気を抱えての初めての経験であり、受け入れ側として不安を抱えての対応であったが、症状も落ち着いており、回を重ねるごとに本来の性格等も垣間見ることができた。

#### 今回のサービスを利用して見えてきたこと

- ・ 障がいが高齢であっても、また年齢が高齢であっても、体験や経験することの重要性を再認識させられた。「この人は重度だから」とか、「今まで行ったことがないから」など、現実的には支援者側の固定観念によって支援内容が決まってしまうことも多く、利用者の生活圏を狭くしてしまっているのは制度やサービスの問題ばかりではなく、支援する職員側の意識の持ち方も大きいと考えさせられた。
- ・ Bさんのように、いろいろな病気を抱えて地域のグループホームで生活を続けていくためには、病院などから退院した際に一定期間、夜間対応ができる場所の確保が重要となってくる。そうした場所として、今回のA園のような施設が必要不可欠であることが理解できた。本事業終了後も、何らかの方法でこうしたニー

ズに対応できるよう検討していきたいと考えている。

③ A○さん（61歳、男性） グループホームでの生活歴 16 年前

障害支援区分 6、療育手帳 A、身障手帳 4 級、障害年金 1 級

（当事者インタビュー P ）

家 族：弟が身元引受人となっており、長期休暇中は弟宅へ外泊もできている。

成育歴：幼少期より当法人内にある知的障がい児施設 A 学園に入所し、18 歳の時に、同じ法人内の成人施設 I 寮に異動している。I 寮で 28 年間生活した後、45 歳の時に地域生活ホームに移行し、現在に至っている。

生活面：言葉が不明瞭だが、会話は単語やジェスチャーを交えて自分の思いは訴えることができるなど、コミュニケーション能力は十分にある。時にこだわりが強く、服も決まったものしか着ないということもある。

排泄は自分でできるが、2 年ほど前より夜間・早朝にグループホームの外で排尿することが見られるようになってきている。

健康面：最近視力の低下がみられ、歩行時には見守りと必要に応じた付添と介助を要する。また、足も上がらなくなっているため、つまずいたり、転倒したりする回数も増えている。

日中活動：I 寮の生活介護に通所し、手工芸グループに所属している。

A 園での短期入所利用の際の状況

- ・ 施設担当者と来園する。普段から心配性ではあるが、担当者がすぐに帰園したため、表情陰しく落ち着かなくなる。
- ・ 部屋に荷物を置きにいくが、その時点で「今日は帰る」という発言が出始める。
- ・ 宿直者と本人と面識のある A 園職員で説得するが解決せず、施設担当者に応援を頼むこととなる。
- ・ 担当者が来園すると幾分かは落ち着いたが、帰る気持ちに変わりはない。
- ・ 担当者が食事、入浴を進めると、最初は拒否し「もーえー帰る」を連発していたが、徐々に気分が変わり始め、担当者が横で一緒に食べるという条件で食事を開始する。
- ・ 当初は入浴も拒否していたが、グループホームに帰ってもお風呂はないことを根気強く説明すると、担当者の介助なら入浴するという気持ちに変わり、担当者介助で入浴を行う。



- ・ その後も、部屋に行き、ベッドの機能やTVのことを説明するが、結局、本人の帰る気持ちに変化はなく、その日は担当者と共に退園する。

なお、その日の様子から本人の気持ちにも徐々に変化があり、4割ぐらいは泊まってもいいという気持ちになっていたように思えた。もう少し説得すれば泊まったかもしれないが、ただ無理をすると、この機会だけではなく他の場面でも拒否が続く可能性も考えられるので、今回は帰ることとした。



施設担当者と一緒に食事



食後のティータイム

#### 今回のサービスを利用して見えてきたこと

- ・ 本人は学校時代の修学旅行などは参加していたが、成人施設に異動してから、またグループホームを利用するようになって以降、今回のように一人で泊まる経験をしたことがなかった。そのため体験不足、経験不足は否めない。しかし、今後、入院等の事態も生じることを考えれば、グループホームに暮らす利用者もこのような機を利用し、異なる環境で生活する体験をしていく必要があることも再認識することができた。

#### (5) 今回のサービスの利用時における利用者の声

##### ○ 80歳・男性

今生活しているグループホームは築が古く寒いですが、ここは、新しく温かいのでとても満足した。TVもあるし、グループホームのめんどくさいやつもないのでゆっくりできた。

##### ○ 62歳・男性

ご飯もおいしくて、楽しく食べられるのでうれしい。ここにずっと住みたい。明日も泊まっていいか？

(この男性は、次の日もグループホームに帰らず、A園に帰ってきた。ただ、こ

こに来たいということではなく、単に間違っていただけであった。)

○ 67歳・女性

宿直者が知った人だったので安心した。今度はいつ来れる？

○ 61歳・女性

部屋にテレビがついていて、部屋や食堂、廊下が温かく、お風呂もゆっくり入れたのでとても楽しかった。こんな家に住んでみたい。また来たい。

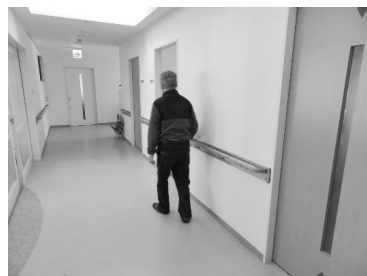
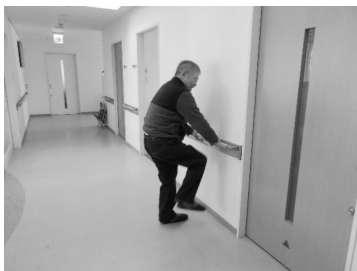
全体としては、利用した人たちからは好評だったと思います。皆さん、普段いつも暮らしているグループホームが嫌だ、ということではないのですが、やはり、新しく、風呂も広く、暖かいということは魅力的であったことを、改めて利用者さんの声から感じ取ることができました。

#### (6) A園の利用者の反応

現在、A園には男女1名ずつが生活しています。女性利用者のAさんは、自分から積極的に関わっていく人ではなく、普段は食事が終われば、すぐに居室に帰ってしまいます。しかし、短期宿泊（入所）事業実施中に女性利用者が宿泊している時は、特に言葉を交わされることはありませんが、食後も食堂に残ることも多く、その場の雰囲気を楽しんでいる様子が見られました。

男性利用者のBさんは、宿泊されている利用者とは話されることはありませんが、女性のAさん同様、いつもとは違う雰囲気を楽しまれているようでした。

また、このBさんは少し前に、日中通所しているデイサービスの事業所で転倒し、車いす生活を余儀なくされていました。現在は回復され、歩行も以前のように行えるようになっていますが、その過程で、今回設置した手すりを利用して、リハビリも兼ねた歩行訓練を楽しそうに行っていました。



歩行訓練、足の上げ下ろしのリハビリ訓練を行うA園の利用者さん

#### 4. 制度外、短期宿泊（入所）サービス事業を実施してみても

当法人のグループホームの大半は、築年数が古くて段差等も多いため、高齢の利用者にとっては生活しづらい現状もあるようです。その点、今回のA園は築約10年と新しいだけでなく、当初より高齢者も念頭に置いてバリアフリー化された構造となっていたため、高齢及び重度の利用者にも生活しやすいと感じたのではなかったかと思われまます。今回の事業実施を通じ、職員側も改めてハード面の重要性を感じました。

また、今回利用した人たちは、概ね来園しても普段のグループホームでの生活と変わりなく過ごすことができていましたが、やはり宿泊できない利用者もいらっしゃいました。そもそも知的障がい者は新しい環境に慣れるのが苦手といわれています。仮に、グループホーム入所以降、新たな生活体験を積み重ねることがなければ、今回のように慣れていない他施設に一人で宿泊しなければならない事態に遭遇した場合、混乱し、食事、入浴も拒否してしまう人がいても当然だと思いました。グループホーム利用者であっても、やはり普段から新しい体験を徐々に積み重ねることの重要性について、改めて再認識する機会にもなりました<sup>ii</sup>。

さらに今回の取組みは、A園の空きスペースを試験的に利用して実施しましたが、先に指摘した費用負担以外の面でも継続的に事業を実施していく上では、いくつかの課題があることも浮かび上がってきました。

- i こうしたサービスを継続していくには、地域性やニーズの増大といったことを考えれば、本来、A園以外にも複数の場所を確保しておく必要がある。
- ii 今回は、本事業の専属の宿直員を雇用したが、宿直専門員を雇用することはなかなか困難であり、施設職員が行う方が合理的な面もあるが、そうした中では責任体制や勤務体制も大幅に見直していく必要がある。
- iii 今回は、祇園地区の施設のみでの参加であった。各地域において、同じような取り組みができるよう、積極的な情報交換と連携を進めていく必要がある。
- iv 最も大きいのは、先にも述べた費用負担の問題である。地域のグループホームに暮らす高齢知的障がい者は、ある意味、施設利用者でも在宅世帯でもなく、制度の狭間に置かれたような状態にある。こうしたことに関しては、国レベルでもその課題についての検討を進めていってもらう必要がある。

今回の取組みが対象としたのは、時代や利用者の変化の中で生じた新たな障がい福祉分野のニーズであり、多岐にわたって解決しなければいけない問題があることを改

めて浮き彫りにしたと感じます。そのような意味では、ただこれまでと同じような仕事を続けていくだけではなく、地域における施設の役割とは何か？職員の責務とは？ということ常を問い続けていくことの大切さを再度、考え直すいい機会ともなりました。

こうした新たな福祉ニーズに関しては、行政や制度に働きかけていくことももちろんですが、社会福祉法人である本法人としても地域公益活動の一環として積極的に取り組んでいかなければならない問題でもあります。今回の地域継続支援事業が継続性のない一過性の実施に終わることのないよう、法人全体としても本事業の趣旨を生かした取り組みを継続していく必要があると考えます。この助成事業の成果を活かし、これからも知的障がいのある人たちが末永く地域の一員として暮らしていけるよう、地域において地道な実践に取り組んでいきたいと思えます。

ご協力いただきました利用者の皆さん、さらには関係各施設・事業所の職員の皆さん、ありがとうございました。

---

i 平成27年4月以降、介護保険制度の改正により特別養護老人ホームへの入所に当たっては「要介護3」以上ということが要件とされた。

ii 高齢化が進むグループホームで、今後、入院等の事態に備えた、一人でも宿泊できる経験を積むことの重要性を支援者側が理解できたことは、このケースからの大きな教訓であったと思う。宿泊にこだわらず、慣れない場所での食事、入浴だけでもできるようになれば、また支援のあり方や方向性も広がってくるのではないだろうか。

## 第2節 制度外、短期宿泊（入所）サービス事業を利用した当事者の声

### （1）はじめに

本来、当事者主体の支援を行っていくためには、本人たちの思いや意見が最大限尊重されていく必要があるのは当然のことです。しかし、地域に暮らす高齢知的障がい者の支援を考えていく際、どうしても介護の手間や夜間の徘徊の心配等、支援者の目線でその対策を考えがちであったことに気が付きました。確かに、一般の高齢者の介護問題の中でも特に認知症高齢者への介護に対しては、本人自身が的確に自分の置かれた状況を把握することができにくいいため、当事者本人の思いよりも介護者の考えや意見が優先されがちになってしまっています。しかし、高齢知的障がい者の人たちすべてが認知症になるわけではないことを思えば、やはり当事者の思いや声をきちんと聞き取っていく姿勢も重要ではないかと改めて考えました。

そこで、事業を実施に当たって、ただ利用時に当事者の声を聞くばかりではなく、日ごろ支援に当たっている担当者が地域に暮らす今の思いや短期宿泊（入所）を利用して感じた感想等について、当事者からの声を聞き取りました。利用者の多くは、自分の思いや意見を上手く言葉にできない人たちではありますが、本人の語るライフヒストリーを含め、ここにも高齢化した知的障がい者支援のあり方を考えていくヒントがたくさんあると感じました。

### （2）聞き取りを行った利用者の概要

- |                       |         |            |
|-----------------------|---------|------------|
| （1） Y○さん（女性、67歳）…AB所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分6 |
| （2） C○さん（女性、69歳）…AB所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分4 |
| （3） T○さん（男性、80歳）…I寮所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分4 |
| （4） J○さん（男性、62歳）…I寮所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分3 |
| （5） A○さん（男性、61歳）…I寮所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分6 |
| （6） Y○さん（女性、61歳）…I寮所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分5 |
| （7） T○さん（男性、70歳）…I寮所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分4 |
| （8） Y○さん（女性、67歳）…A寮所管 | グループホーム | 障害支援区分：区分6 |

(3) 当事者からのヒアリング (具体的な思いや声)

氏 名：Y〇さん (女性、67歳) … AB所管 グループホーム

障害支援区分：区分6 介護保険の利用…あり (デイサービス)

日中は (Kデイセンター) を利用している。

ご本人の生活歴：就労経験はなし。在宅での生活を行っていた。若いころに家事手  
伝いをしていた時期もあるが、31才頃より知的障がい者通所施設を利用  
する。57歳よりグループホームでの生活をはじめ、現在に至る。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)について  
実家におったんです。高校は〇和裁洋裁、専門学校です。〇〇へはバスで実家か  
ら通った。お父さんは私が中学の時に亡くなった。

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？

また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？

もうええ。(顔を横に振り、手もよろしいサイン)

知らん人がおった

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？

あれば、それはどんなことでしたか？

いけん

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？

ホームの方が美味しい ふつうでした 温かくなかった

・お風呂 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

入っていない

・トイレ きれいでしたか？ 使いやすかったですか？

いやもう、ふつうでした

・居室 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

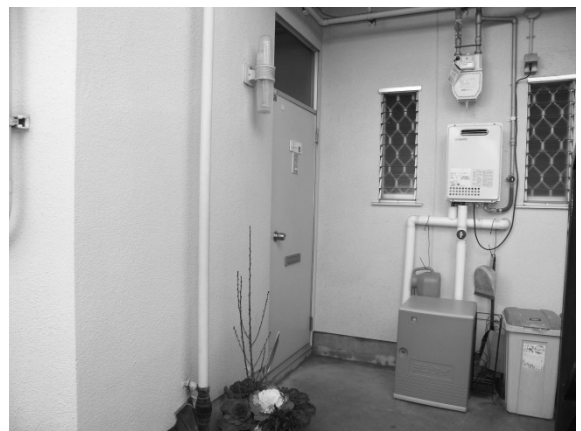
よかった。一人部屋だったから。こっちに反対側にベッドがあって、  
ベッドの向きが良かった

- ・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか？話しやすかったですか？  
声をかけてくれた。話はあまりしなかった
- ・周りの利用者の方 気になりましたか？ 気にならなかったですか？  
周りの人は気にかからなかった
- ・その他 何かこうして欲しいとか、希望はありましたか？  
ないです

○今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。

- ・A園のよかったところ…  
ないです      デイは楽しいです
- ・グループホームの良いところ  
ちょっとわからん。ホームはふつうです

○将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか？  
ちょっとようわからん



聞き取り実施日：平成29年2月10日

氏 名：C〇さん（女性、69歳） … AB所管 グループホーム

障害支援区分：区分4 介護保険の利用…あり（デイサービス）

日中は（デイサービスセンターY）を利用している。

ご本人の生活歴：20歳ごろから30年以上、住み込みで縫製関係の仕事についていた。

職場の閉鎖にともないアパートでの2人暮らしを開始するが、支援の  
目が必要とのことから生活ホームの利用を開始し、現在まで約14年  
間グループホームでの生活を続けている。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)について

・・・Sさんと暮らしとった。その次はAホーム。その後、ここに来た

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？

また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？

うん。えかった。楽しかった

また行きたい

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？それはどんなことでしたか？

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？

美味しかった。気に入った

・お風呂 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

うん。広かった

・トイレ きれいでしたか？ 使いやすかったですか？

(・・・無言で笑顔で頷く)

・居室 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

(・・・無言で笑顔で頷く)

・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか？ 話しやすかったですか？

(・・・無言で頷く)

・周りの利用者の方 気になりましたか？ 気にならなかったですか？

えかった。話をしてくれる人がいた

・その他 何かこうして欲しいとか、希望はありましたか？

ない。全部良かった



○今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。

・A園のよかったところ…

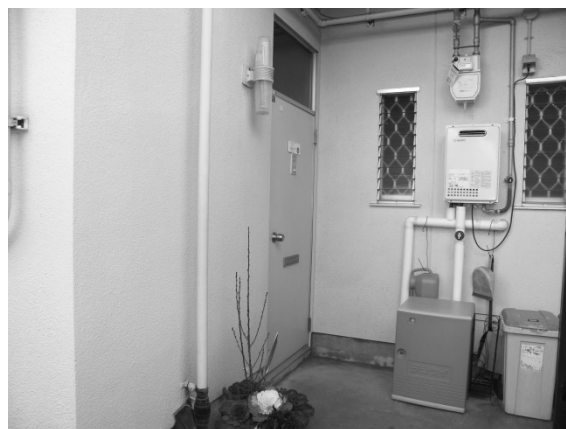
ベットが新しく、よく寝れた。お風呂も広かった

・グループホームの良いところ

Tちゃんと話ができるから良い

○将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか？

(・・・無言)



聞き取り実施日：平成 29 年 2 月 8 日

氏 名：T○さん（男性、80歳） … I寮所管 グループホーム

障害支援区分：区分4 介護保険の利用…認定なし。

日中はI事業所（生活介護）を利用している。

ご本人の生活歴：就労経験はないが、18歳のころから約30年にわたり住み込みで土木、農作業を行っていた。世話をしていた人が亡くなったために以後障がい者施設へ入所する。その後グループホームへ入居し、現在まで17年間生活を送っている。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)について  
TY市で生まれた。お父さんとお母さんと兄貴が5人おった。1人大阪へ行って、あとは死んだ。今はお姉さんがTY市に一人いる、施設へ入っとる。  
何歳かわからないが、TK市へ行った。Tさんが一緒におった。今はおらんけど、一緒に畑をしとった。畑に肥をまいたり、野菜を作っていた。おじさんがおった（おそらく住み込みの本人を世話してくれていた人）。  
そのあと、I寮に来た。はじめは農業班だったけど、花（園芸作業）に変わった。昔は通勤寮にもおったし、OOホーム（GH）にもおった。それから△△ホームになった。はじめは●●歯科の奥に家があったが、途中で変わって今の所になってる。△△ホームがいいけど、前の△△ホームが良かった（途中で移転・引っ越しがあったための発言）。TとNとIちゃんと一緒におった。

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？  
楽しかった（笑）。部屋が良かった。

また行きたい。むこう（A園）が良かった。あそこには知ったもんがおるから…Kさん（職員）さんもおるし。

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？ あれば、それはどんなことでしたか？  
なかった

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？  
おいしかった。△△ホームと同じだった。気に入った

- ・お風呂      きれいでしたか？      気に入りましたか？  
お風呂はこまかった（小さかった）。2つ（浴槽が）あった…ちょっこまいけど。  
お風呂は△△ホームのほうがいい…少し大きいから
- ・トイレ      きれいでしたか？      使いやすかったですか？  
2つあった。きれいだった。はじめに職員がついてきたから、わかった。トイレは一人で行ける
- ・居室      きれいでしたか？      気に入りましたか？  
部屋は良かった。ベッドもあるし、テレビもあるし、きれいだった。気に入った
- ・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか？ 話しやすかったですか？  
いつも部屋へ見に来てくれる。話も聞いてくれる。よくわからんけど、話しを聞いてくれるのは良かった
- ・周りの利用者の方      気になりましたか？      気にならなかったですか？  
気になった、知らんもんがおるから…。でも、おっても大丈夫
- ・その他      何かこうして欲しいとか、希望はありましたか？  
もっと泊まらせてください。2つ（2泊）は泊まりたい

○今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。

- ・A園のよかったところ…

とまる所が良かった。ベッドが良かった

- ・グループホームの良いところ

Rちゃん（支援員）がくるから良い

○将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか？

グループホームでも、A園みたいなどこでも良い。もし行くのであれば、一人暮らしも良い。近くに建った新しいアパートに一人でも良い



聞き取り実施日：平成 29 年 1 月 5 日

氏 名：J〇さん（男性、62歳） … I寮所管 グループホーム

障害支援区分：区分 3 日中はM事業所（就労継続支援B型）を利用している。近年  
老化に伴う症状のためか、元気がない状態や、以前はできてい  
た動作（洗濯干しなど）が丁寧にできないことが増えてきた。

ご本人の生活歴：幼少期より障がい者入所施設での生活を送っていた。就労経験はな  
く、グループホームへ入居した後に M 事業所の利用を開始している。  
現在まで 11 年間グループホームで生活を送っている。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)について

W町におった。そのあとでI寮に来た。W町の家にはお父さん、お母さん、おじい  
ちゃん、おばあちゃんがいて、おにいちゃんとおねえさんがいた。おにいちゃんは  
死んで、おねえさんは一人でW町におる。

家では草取りや水やりをしていた。掃除もしていた。

〇〇寮ではずっと園芸班だった。

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？

また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？

はい。楽しかった。寝たり、トイレに行ったり、歯磨きしたりしていた。お風  
呂にも入ってよかった

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？ あれば、それはどんなことでしたか？

なかった

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？

おいしかったです。ホームと同じだった

・お風呂 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

大きいお風呂だった。お風呂が2個あった。1個入った、良かった

・トイレ きれいでしたか？ 使いやすかったですか？

ひとりで行けた。きれいだった。使いやすかった

- ・居室           きれいでしたか？           気に入りましたか？  
良かった。ちょっとせまいけど…
  - ・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか？ 話しやすかったですか？  
M先生と、もうひとりおった。他にMさんがおってくれた。元気にしようかなあ
  - ・周りの利用者の方    気になりましたか？    気にならなかったですか？  
気になることがあった。テレビの音が気になった。ちょっとうるさいことがあった
  - ・その他    何かこうして欲しいとか、希望はありましたか？  
返答なし
- 今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。
- ・A園のよかったところ…  
コーヒー飲んだのが良かった。お弁当が出て、良かった。前に園芸におった人がいた、元気にしてるのかなあ…
  - ・グループホームの良いところ  
良い。悪いところはない
- 将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか？
- わからんなあ…



聞き取り実施日：平成 29 年 1 月 23 日

氏 名：A○さん（男性、61歳） … I 寮所管 グループホーム

障害支援区分：区分6 介護保険の利用…認定なし。

日中はI事業所（生活介護）を利用している。

ご本人の生活歴：幼少期より障がい者施設へ入所しての生活を送っており、就労経験はない。その後グループホームへ入居し、現在まで17年間生活を送っている。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)についての質問

TM市○○におった。おとうさん、おかあさんは病院で死んだ。Sくん(弟)、T(弟の妻)、M(弟の娘)がおる。今は●●ホームにおる。I寮(生活介護)では工芸(グループ)におる。楽しい。

(実際には幼少期より障がい児施設、その後I寮(施設入所)での生活を送っていた)。

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？

また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？

あっちでパン食べた。おいしかった。楽しかった。

「また行く？」の問いには「もうええ、行かん」

「Iさん(現ホーム担当者)と一緒に行く？」の問いには「ご飯食べに行く」「風呂も入る」「泊まん」

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？ あれば、それはどんなことでしたか？

わからん

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？

おいしかった。また食べたい

・お風呂 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

きれいだった。良かった

・トイレ きれいでしたか？ 使いやすかったですか？

行かんかった

・居室 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

問いに対して「うん」「うん」と肯定はされる。

- ・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか? 話しやすかったですか?

良かった

- ・周りの利用者の方 気になりましたか? 気にならなかったですか?

「仲良くできる?」の問いに「できる」

「気になる?」の問いに(首を横に振る)

- ・その他 何かこうして欲しいとか、希望はありましたか?

回答なし

○今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。

- ・A園のよかったところ…

わからん

- ・グループホームの良いところ

良い。好き

○将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか?

ここ(●●ホーム)が良い



聞き取り実施日：平成29年2月21日

氏 名：Y〇さん（女性、61歳）… I 寮所管 グループホーム

障害支援区分：区分5 日中はA事業所（就労継続支援B型）を利用している。病気がちで体力低下が目立ち、老化が顕著なため、今回の取り組みを利用した。

ご本人の生活歴：幼少期より障がい者入所施設での生活を送る。8年前よりグループホームへ入居し、現在まで生活を送っている。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)について  
市内北部で生まれて、おばあさん、おじいさん、お父さん、お母さん、Gさん（姉の夫…混同?）、Nちゃん、I、Kちゃん…他姉妹の名前を話される。

〇〇学園と△△学園（いずれも障がい者入所施設）、●●病院にいた。〇〇のヒ素ミルクにかかっている…病院とかにいた。学校は△△（学園）だった。お父さんのオートバイの後ろに乗って行った。赤痢の病気が流行って、職員もかかっていた。検便があった。

作業はミシンで縫ったり…わからない。I寮ではタオルたたみ、A事業所では編み物をしている。

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？

また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？

B先生と会った、それが良かった。もう一人の先生は男の人がご飯を食べに来ないから、ふりかけを持って行ったり、呼んでも来ないから迎えに行ったりしていた。

良かったけど、楽しくはなかった。次も泊まってみても良い。

夜、人（職員）がいたのが良かった。

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？ あれば、それはどんなことでしたか？

嫌なことはなかった。牛乳をあけてくれて良かった。

部屋がわからなくなることがあった、教えてくれた。

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？



おいしかった。牛乳がでた、おかずは忘れたけどおいしかった

- ・お風呂 きれいでしたか？ 気に入りましたか？  
はいらなかった。(受け入れ側の都合により入浴支援が行えず、ホームで入浴してからA園を訪れた)

- ・トイレ きれいでしたか？ 使いやすかったですか？  
ちょっと失敗した。なんか使い方が難しかった
- ・居室 きれいでしたか？ 気に入りましたか？  
部屋を間違えることがあった。教えてくれてよかった。布団もきれいで良かった

- ・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか？ 話しやすかったですか？  
女の人が話を聞いてくれた。男の人はやさしかった
- ・周りの利用者の方 気になりましたか？ 気にならなかったですか？  
気にならなかった
- ・その他 何かこうして欲しいとか、希望はありましたか？  
返答なし

○今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。

- ・A園のよかったところ…  
部屋の布団がよかった
- ・グループホームの良いところ  
…沈黙…返答なし

○将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか？

(小さい声で)グループホーム。ひとりでグループホーム。お友達はあるかわからない

A園の女の先生に会って話を聞いてほしい



聞き取り実施日:平成 28 年 12 月 31 日

氏 名：T〇さん（男性、70歳） … I寮所管 グループホーム

障害支援区分：区分4 介護保険の利用…認定なし

日中はI寮（生活介護）を利用している。

ご本人の生活歴：35歳の頃に障がい者入所施設に入所し、生活を送っていた。61歳の頃よりグループホームへ入居し、現在まで約9年間生活を送っている。就労経験はない。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)について

わからん…お父さんはおらん、お母さんはおらん、おにいちゃんはおらん、おねえちゃんがおるだけ…（現在の状況を話される）。おねえちゃんはやさしかった。今は工芸班（I寮手工芸グループ）でこまいビーズ（通し）を頑張っている。

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？

また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？

楽しかった。

「ゆっくりできましたか？」の問いに「うん…」

また行く。やめとかん。

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？ あれば、それはどんなことでしたか？

なかった

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？

おいしかったよ。何が出たかおぼえてない

・お風呂 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

きれいなお風呂、良かった。お風呂がふたつもあった

・トイレ きれいでしたか？ 使いやすかったですか？

きれいなトイレ、一人でいけた

・居室 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

うん…

・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか？ 話しやすかったですか？

きいてくれた

・周りの利用者の方 気になりましたか？ 気にならなかったですか？

気にならん

・その他 何かこうして欲しいとか、希望はありましたか？

なかった

○今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。

・A園のよかったところ…

(答えられず…)

・グループホームの良いところ

(答えられず…)

○将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか？

ない、ここでいい



聞き取り実施日：平成 29 年 2 月 25 日（水）

氏 名：Y〇さん（女性、67歳） … AI寮所管 グループホーム

障害支援区分：6 介護保険の利用…あり 要介護2

日中はKセンター（デイサービス）を利用。

ご本人の生活歴：障がい者入所施設で長く生活されており、就労経験はない。以後グループホームへ入居し、現在まで8年間生活を続けている。

○ご本人のライフヒストリー(家族、学校、利用してきた施設、活動等)について

△△寮から〇〇寮に変わり、そのあと□□ホームに移った。平成26年に●●ホームきた。コーヒーと甘い物が好き、食べることが大好き。みんなとのおしゃべりが好き。

○この度、A園ショートステイを利用してみて、楽しかったですか？

安心できたでしょうか？

また次も利用してみたいですか？その理由は何ですか？

楽しかったです。きれいで良かった

○困ったこと、嫌だったことはありましたか？ あれば、それはどんなことでしたか？

なかった

○具体的な項目についての質問

・食事 おいしかったですか？ 気に入りましたか？

おいしかった 気に入った

・お風呂 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

良かった

・トイレ きれいでしたか？ 使いやすかったですか？

良かった 広かった

・居室 きれいでしたか？ 気に入りましたか？

きれいだった

・対応した職員(当直者) 希望を聞いてくれましたか？ 話しやすかったですか？

知っている職員だったので良かった。話しができた

・周りの利用者の方 気になりましたか？ 気にならなかったですか？

気にならなかった

・その他 何かこうして欲しいとか、希望はありましたか？

○今のグループホームの良いところとA園ショートステイの良いところを教えてください。

・A園のよかったところ…

広くて良かった

・グループホームの良いところ

コーヒーが飲めるところ

○将来、どこで、誰と暮らしていきたいと思っていますか？

解らない



聞き取り実施日：平成 29 年 2 月 9 日

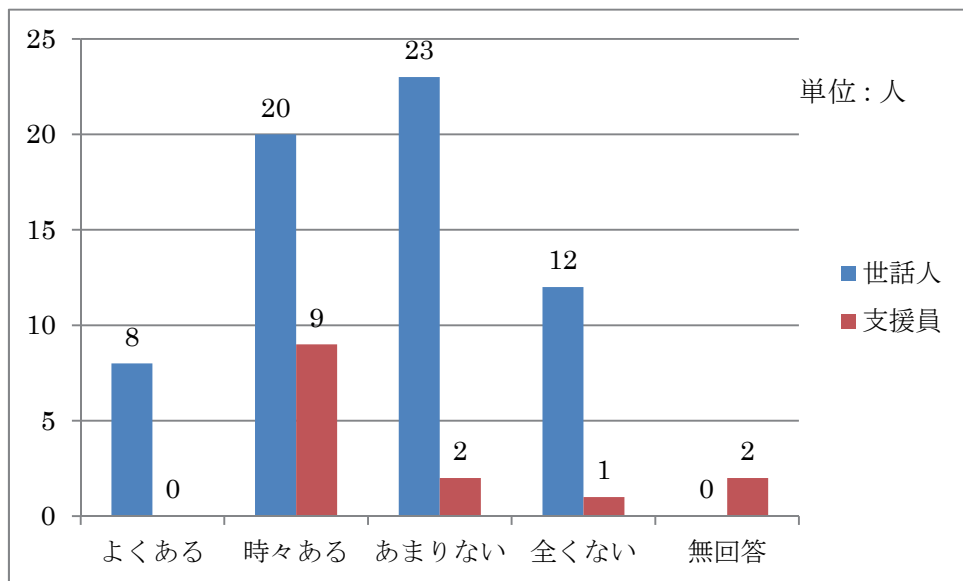
### 第3節 グループホームに勤務する世話人及び支援員に対するアンケート調査

#### 1. 対象者及び方法

現在、旭川荘内の知的障がい施設がバックアップするグループホームに勤務する世話人及び支援員を対象に質問票を配布し、利用者の高齢化に伴う支援上の課題等に関するアンケート調査を実施しました。その結果、世話人 63 人、支援員 14 人、計 77 人から回答を得ることができました。

#### 2. アンケート結果の概要

(1) 今までグループホームで高齢となった利用者への対応に困ったことはありますか？



(2) 「よくある」「時々ある」と答えた方に、具体的にそれはどのような内容ですか？

世話人から出された意見

1)以前できていたことができなくなった（洗濯物片付け、たたみ、掃除、衣類の調節など）

2)歩行機能の低下（ふらつきやつまづき、歩行困難）により介助が必要になってきた
3)階段の昇り降り
4)頻繁に転倒する
5)運動機能の低下により動作が鈍くなった
6)視力・聴力の低下
7)尿漏れの頻度が上がる、それに伴い紙パンツなどの使用頻度が上がる
8)排尿便の失禁対応
9)食事介助や嘔吐（吐き出し？）の対応
10)物忘れや勘違い、被害妄想が度々ある
11)決まりが守れなくなった
12)認知症による幻聴や思い込み、それに伴う暴言や暴行がみられる
13)周囲の人への過剰な反応から大声を出したり、暴力がでることもある
14)何度も呼びに来る
15)話が理解できない
16)こだわりが強くなる
17)人の嫌がる話を何度もするため対応に困る
18)いつまでも怒りつづける
19)ぼんやりしており、反応が鈍い。また行動（身の回りのこと、入浴等）ができないことがある
20)何をしているのかわからず、時々我に返ることがある
21)夜間にホーム内をうろうろして、他の利用者とトラブルになる
22)夜間に行動して色々なものを触ったり動かす。また転倒して怪我をする
23)いつの間にか青あざになっている。どこで怪我をしたか記憶にない
24)他の年代の利用者との共同生活が身体的にも精神的にも難しくなった

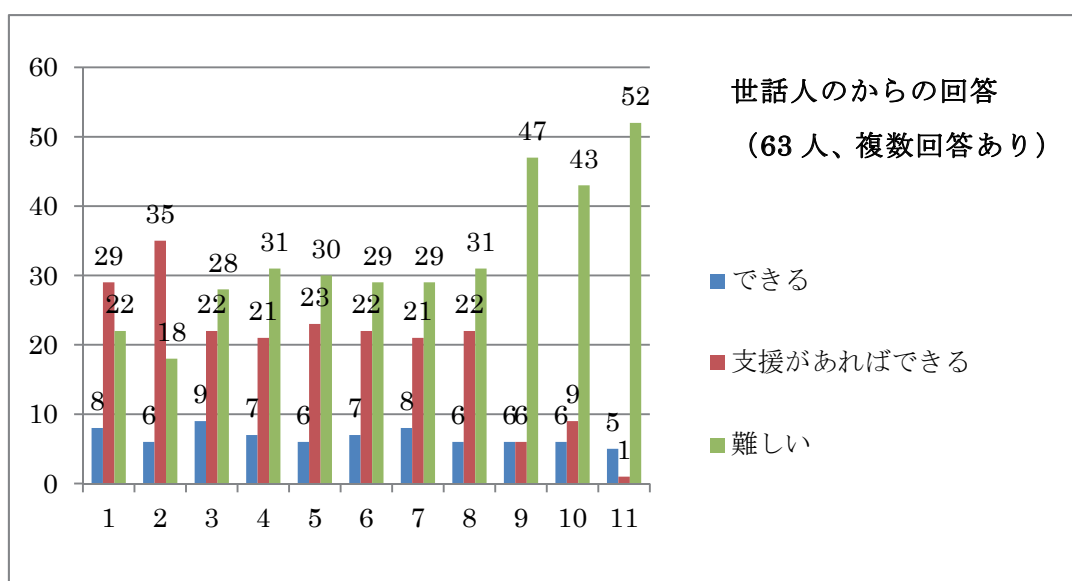
支援員から出された意見

1)手足が不自由になり（運動機能の低下により）転倒が多い。長距離の歩行が難しく、休日に昼食の買い物へ行くのも不安を感じる
2)身体機能の低下から入浴などの介助が女性では身体的負担が大きい
3)視力・聴力の低下
4)食事中のむせが目立ち、誤嚥の危険性を感じる

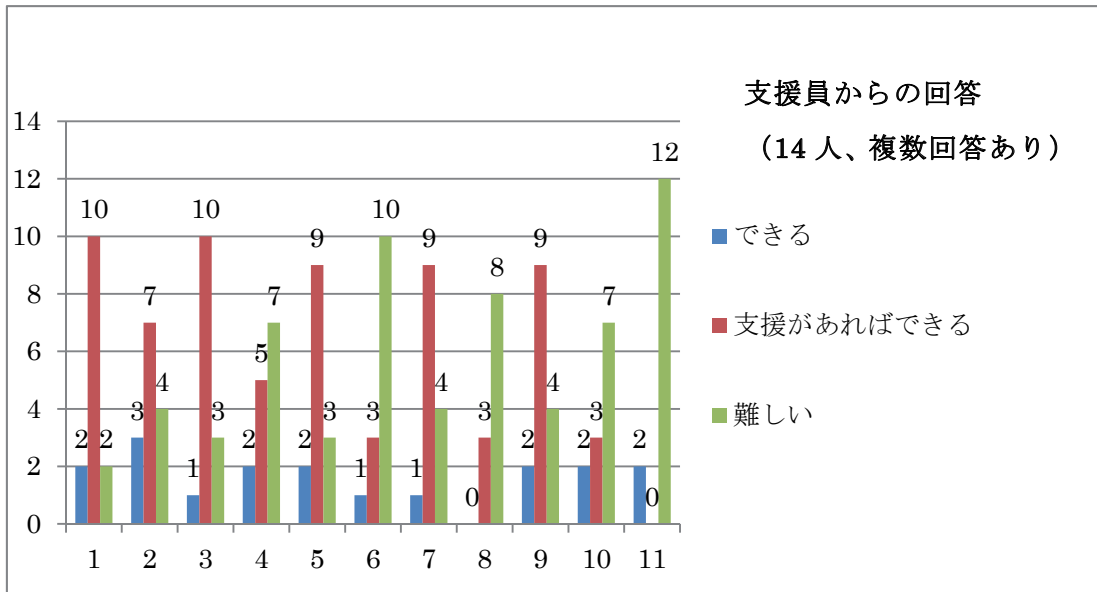
5)ホームがバリアフリーではないため転倒が多い
6)浴室の狭さ、浴槽の深さ、トイレの構造など環境のバリアが多い
7)認知面の低下により物忘れ、行動の停止、意思の疎通ができないことが増えた
8)他の利用者に対して怒りやすくなった
9)昼夜逆転、昼間の傾眠傾向
10)家族も高齢のため、通院などの対応について施設側の負担が増加

(3) グループホームで高齢となった利用者に1～11までの下記のような状態が  
みられた場合、今のグループホームを継続して利用できますか？

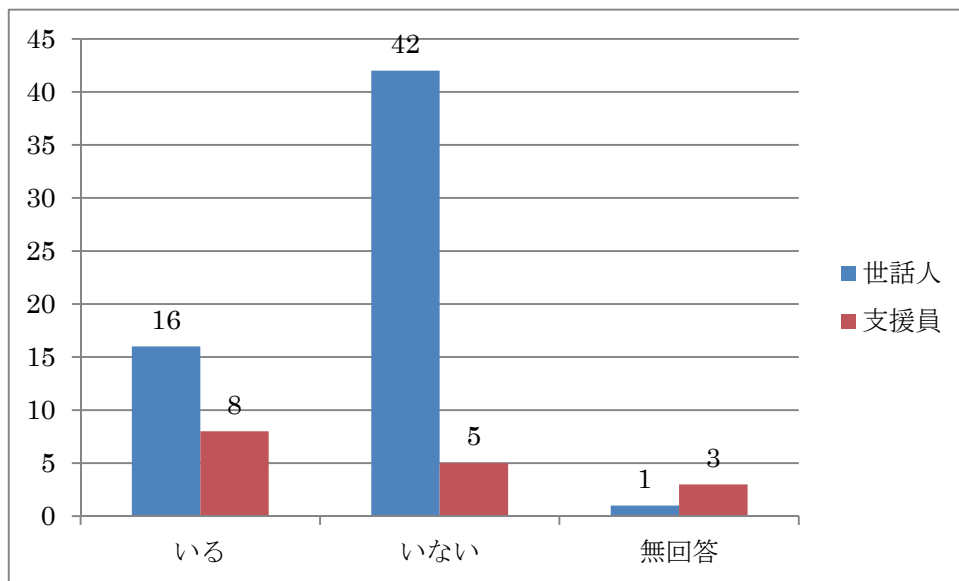
1	物忘れが多くなり、他者とトラブルになったり、混乱したりする。
2	声かけをされてもボーとして、以前よりも反応が鈍くなり、身の周りのことができなくなる。
3	自分の物と他人の物との区別がつかなくなる。
4	排便も失敗をすることが多くなる。
5	被害妄想的な言動が多く、周りの利用者や世話人に怒ることが多くなる。
6	食事中にむせることが多く、飲みこみ(嚥下)に不安が出てくる。
7	一人での食事ができず、食事の介助が必要な時がある。
8	歩行中に転倒して、怪我をすることが増える。
9	一人で外出をして、グループホームに帰ることができなくなる。
10	生活リズムが昼夜逆転し、夜中にゴソゴソと行動することが増える。
11	夜間、グループホームから出て徘徊するようになる。







(4) 現在のグループホームに、上記問(3)に列記したようなトラブルを抱える高齢知的障がいの利用者はいますか？



「いる」と思われる具体的な内容について教えてください。

世話人から出た意見

- |                             |
|-----------------------------|
| 1)できないことが増えて、支援の度合いが大きくなった時 |
| 2)身体的な介護が増えた時               |
| 3)歩行機能の低下(ふらつき、転倒)          |

4)失尿便の増加、屋外での排泄
5)食事のむせが増え、嚥下状態が不安。日中支援者が不在のため昼食や間食
6)食事の摂取が不安
7)物忘れ（自分の持ち物がわからない）
8)物忘れの進行にともない、ひとつひとつの行動に声かけが必要
9)声かけの内容が理解できていない
10)怒ることが増えた（突然怒る、被害妄想的な言動に伴い怒る、聞く耳をもたず怒る、思い込みで怒る）
11)思い込み、被害妄想により「物を盗まれた」と不安定になる
12)暴言、暴力がみられるようになった
13)昼夜逆転傾向、夜中に動き回り、怪我が増えた
14)部屋でぼんやりしていることが増えた
15 汚れているものがわからなくなった

**支援員から出た意見**

1)歩行機能の低下、つまずきや転倒の増加
2)体力の低下（少し動いただけで疲れやすくなった）
3)車椅子の利用
4)夜中に動き回り、怪我することが増えた
5)思い込みや過去のトラブルを思い出して怒る
6)物忘れ

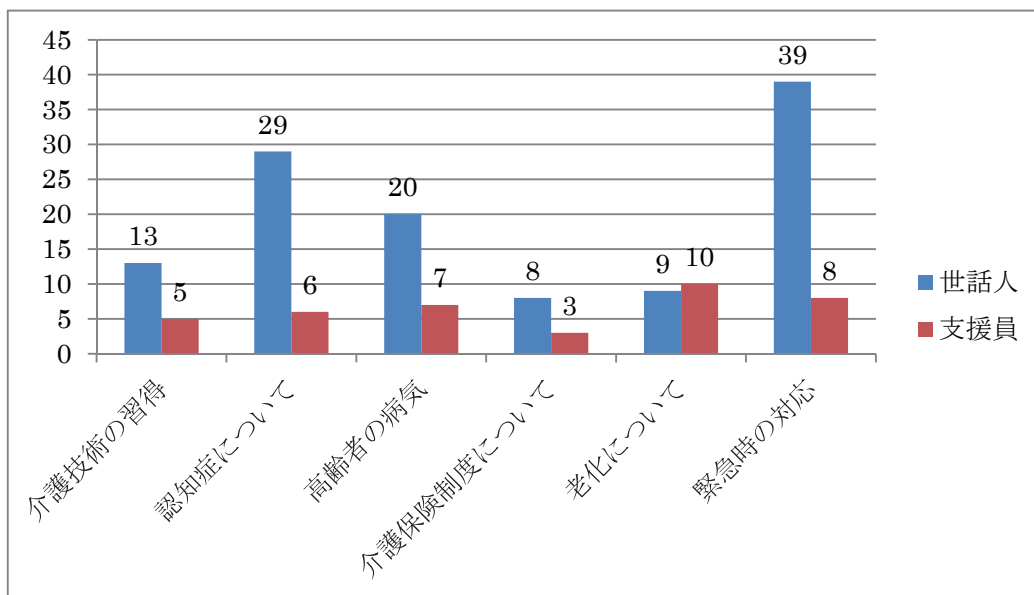
(5) 今後、高齢となった利用者がグループホームでの生活を継続していくために、どのような支援やサービスがあれば良いと思われますか？

**世話人から出た意見**

1)バリアフリー化、屋内設備の改修（浴室など）
2)ナースコールの設置
3)耳が聞こえなくなった人への支援と設備（拡声器、光での合図）
4)入浴・食事の支援についてマンツーマン体制
5)24時間の支援体制（当直・夜勤体制、休日の日中支援）
6)支援者を同時に複数配置し、支援を手厚くする

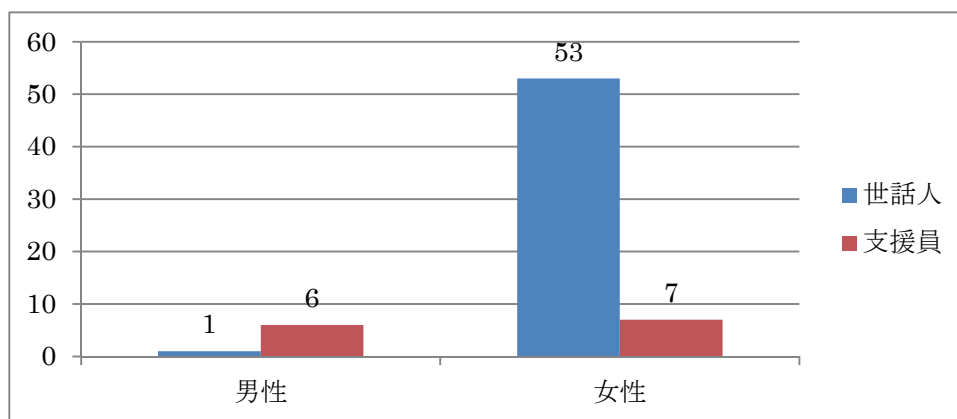
7)個別の歩行対応など機能維持を目指す支援
8)利用者にあった形態や内容の食事提供
9)介護技術の向上、高齢者対応の知識を身につける（研修、勉強会）。
10)同性介助の垣根をはずす
11)思い出話しや楽しいことを一緒にする
12)信頼感                    同じ目線での対話
13)通所（生活介護）もしくはデイサービスでの入浴介助
14)ヘルパー（移動支援）の頻度を上げる
15)介護保険サービスの利用（必要なサービス…身体介護、ショートステイ等）
16)利用者に応じたデイケアサービス
17)男性支援者（世話人・支援員）の配置…入浴や移動の介助負担が大きい
18)看護師の配置
19)緊急時の医療、看護師への連絡網
20)病気・衛生管理などについての対応方法のマニュアル作成。
21)本人に適した施設への移行を進めてほしい、荘内高齢者施設への移行がスムーズになると良い
22)同じような年齢、認知症などの対象者を集めてのグループホームの構成、設置。
23)夜間の巡回や介護が行える専用の施設
<b>支援員から出た意見</b>
1)バリアフリー化（浴室やトイレの改修を含む）
2)入浴時の見守り
3)世話人不在時の見回り
4)常時の支援者の配置
5)職場や日中サービスへの送迎
6)医療に関する判断と指示ができる職員の配置
7)荘内にヘルパー事業所を作る
8)入浴、食事など必要な場面でのヘルパー利用など外部サービスの利用
9)入浴支援専門サービス
10)状態悪化時などに一時的に短期入所等受け入れをしてもらえる支援機関
11)利用者に適した施設への移行

(6) 今後、利用者の高齢化がテーマの研修会において、どのような内容で学びたいですか？

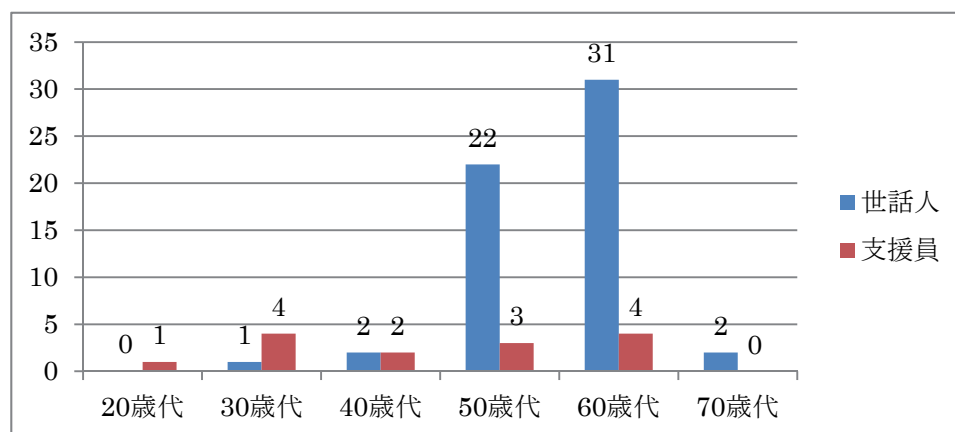


### 3. 調査対象の属性

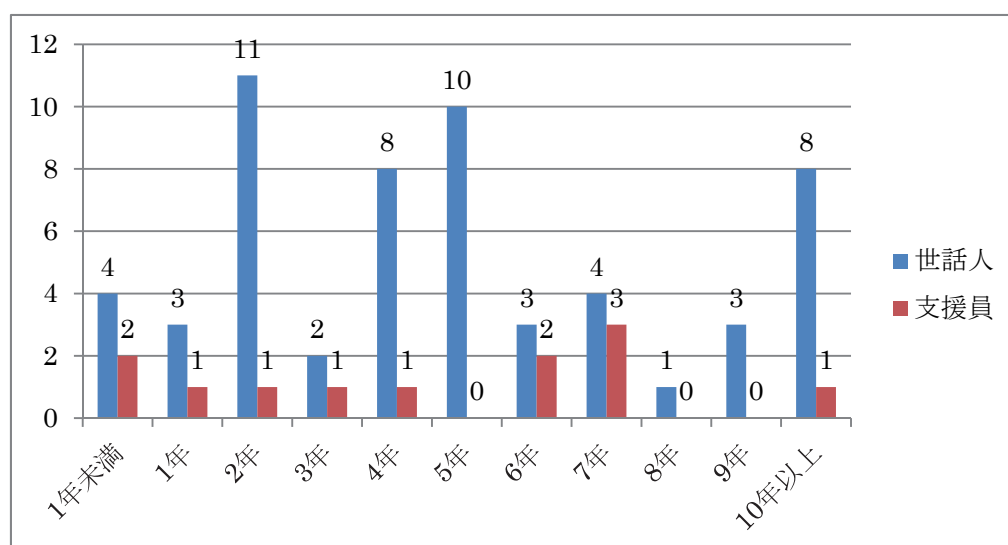
#### (1) 性別



#### (2) 年齢



#### (3) 経験年数





## 第3章

# 地域生活を送る高齢知的障がい者の 支援実態に関する調査

～中四国の知的障がい者共同生活援助事業所への  
アンケート調査

## 1. 調査概要について

WAMNET 障害福祉サービス事業所情報に基づき、中国・四国地方の知的障がい者共同生活援助（グループホーム）を運営する 404 か所に調査票を発送した。指定事業所単位ごとに回答を依頼し、245 か所から回答を得た。回収率は 60.6%であった。なお、知的障がい者の方以外に他の障がい（精神障がい者等）の方が混在しているグループホームについても、混在した形での集計となっている。

また、倫理的配慮として、調査内容には個人を特定できる内容は含まれておらず、事業所についても特定されぬよう結果の処理を行った。

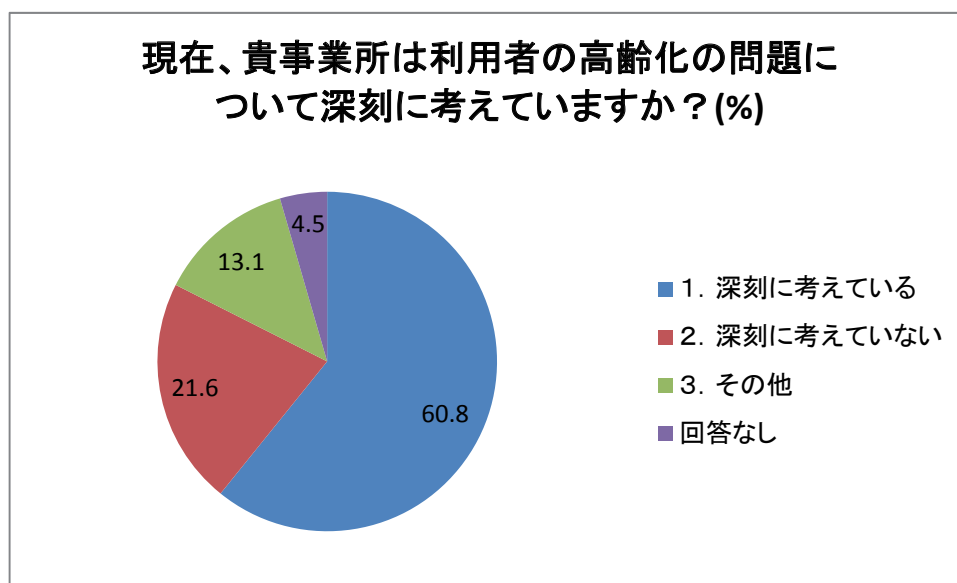
## 2. 回答結果について

	男性（人）	女性（人）	合計（人）
平成 28 年 10 月 1 日現在の利用者	2,870	1,688	4,558
利用定員			5,006

回答のあった 245 か所の事業所の合計利用者数は、男性が 2,870 人、女性が 1,688 人、男女合計が 4,558 人であった。

なお、245 か所の合計利用定員は、5,006 人となっている。

### 2-1. 現在、利用者の高齢化の問題について深刻に考えているか？



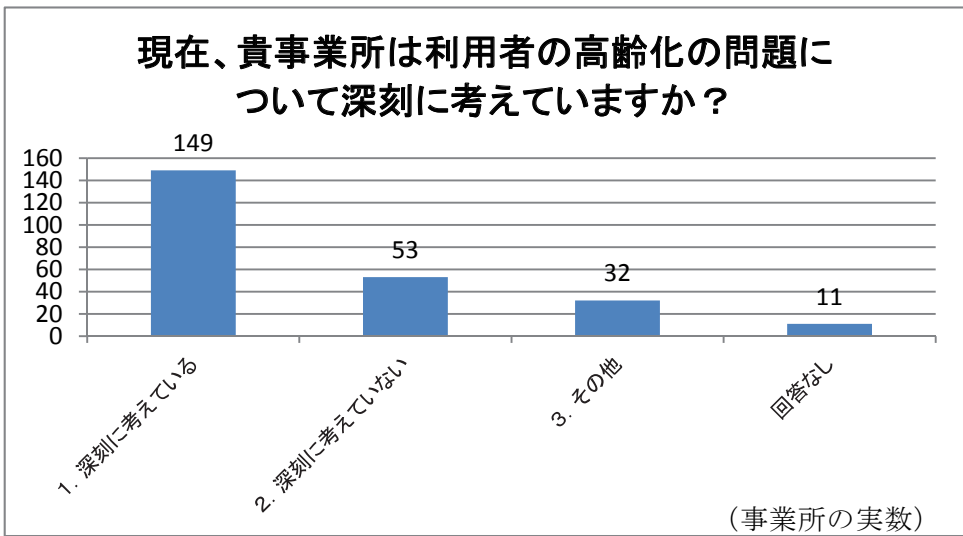


「現在、貴事業所は、利用者の高齢化の問題について深刻に考えていますか？」という問いに対して、「深刻に考えている」69.8%、「深刻に考えていない」21.6%、「その他」13.1%、「回答なし（記入なし）」4.5%であった。

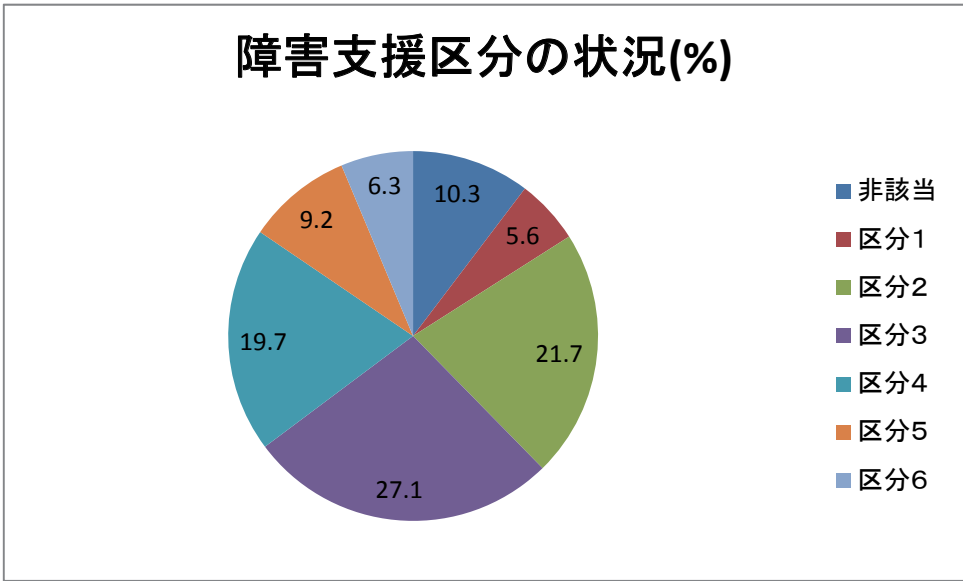
「その他」の回答については、下記の通りであった（原文そのまま、重複回答は除く）。

(1)年長者が51歳ということもあり、今のところ深刻に考えていない。
(2)考えておく必要はある。当事業所は今すぐにといった状況ではない。
(3)利用者個別に対応を考えている。
(4)現時点では考えていないが、将来的には必ず課題となる。
(5)遠くない将来のことなので検討課題となっている。
(6)契約の要件として18歳以上65歳未満の方としています。
(7)将来的には…と考えている。
(8)いずれは来るだろうと考えている。
(9)今現在ではないが、5年後ぐらいより具体的な対応が必要となってくると思われる。
(10)特に今現在大きな問題事項として考えていない。
(11)今の所高齢化の問題がでていないため、現在のB型利用を継続する。
(12)5年以内には、何らかの対応が必要と考える。
(13)深刻ではないが考えて行かなければいけない。
(14)54才のご利用者がいるため将来に向けて思案している。
(15)対象に近い方は、次のライフステージに向けて少しずつ準備を進めている。
(16)事業所としては深刻にとらえているが法人は不十分。
(17)利用者は40代となり保護者へも将来について話をしている。
(18)利用者も1人しかいないので考えたことはない。
(19)考え始める。
(20)該当利用者が今は利用していない。
(21)今後深刻化すると考えている。
(22)深刻ではないが考えている。
(23)高齢化の対応について考えてはいるが、皆さん、元気なので深刻にとまではいかないかもしれない。
(24)そこまで深刻ではないが、考えていかなければいけない状況。
(25)これから大きな課題となってくると考えている。

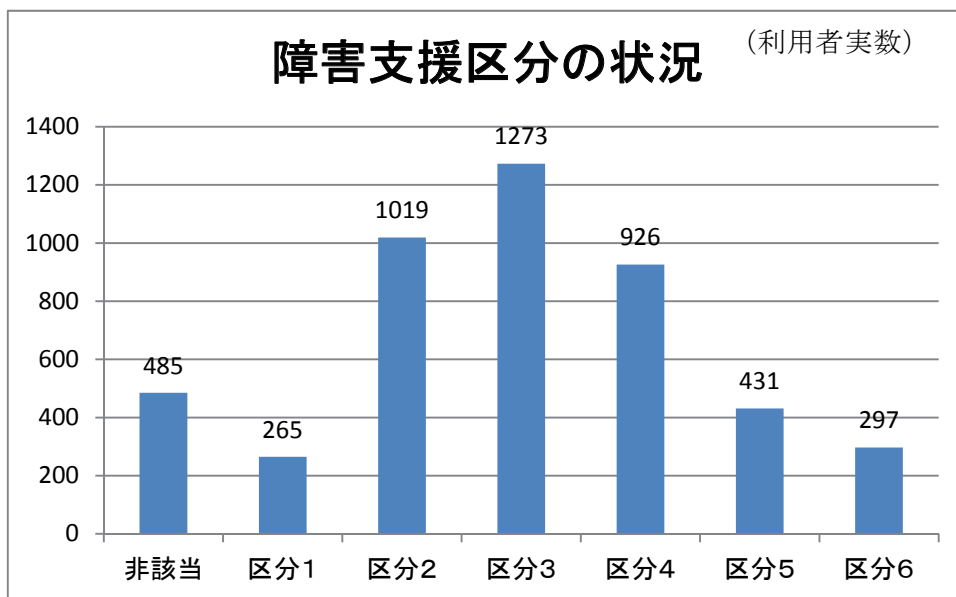
(26)GH 利用者の高齢化もあるが、ホーム利用を希望されている在宅者の高齢化も課題。
(27)高齢の入居者がいない。
(28)今後の課題として考えている
(29)個別に日中活動や医療的に配慮をしている。
(30)徐々に深刻になりつつある。
(31)他所程は考えていないかもしれないが、将来のことは考えている。



2-2. 利用者の障害支援区分の状況



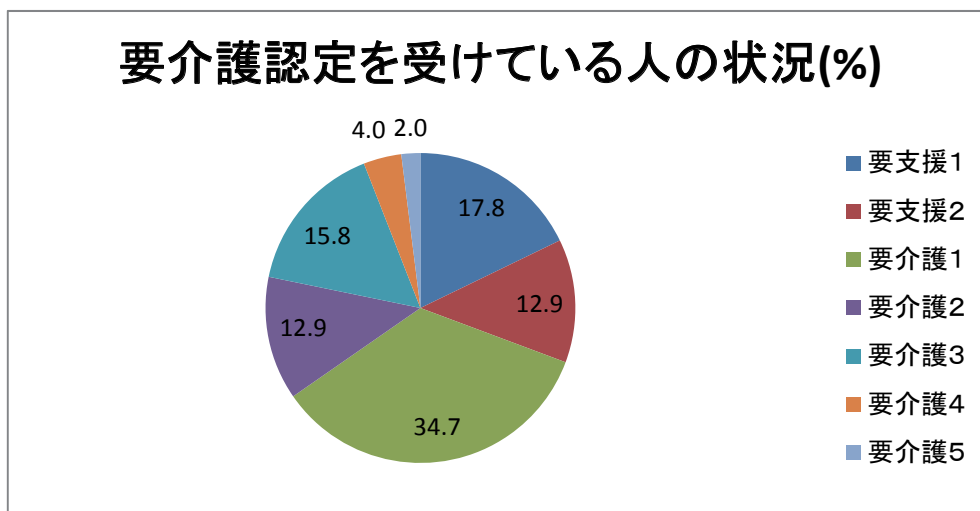
障害支援区分の状況については、非該当が10.3%、区分1が5.6%、区分2が21.7%、区分3が27.1%、区分4が19.7%、区分5が9.2%、区分6が6.3%であった。



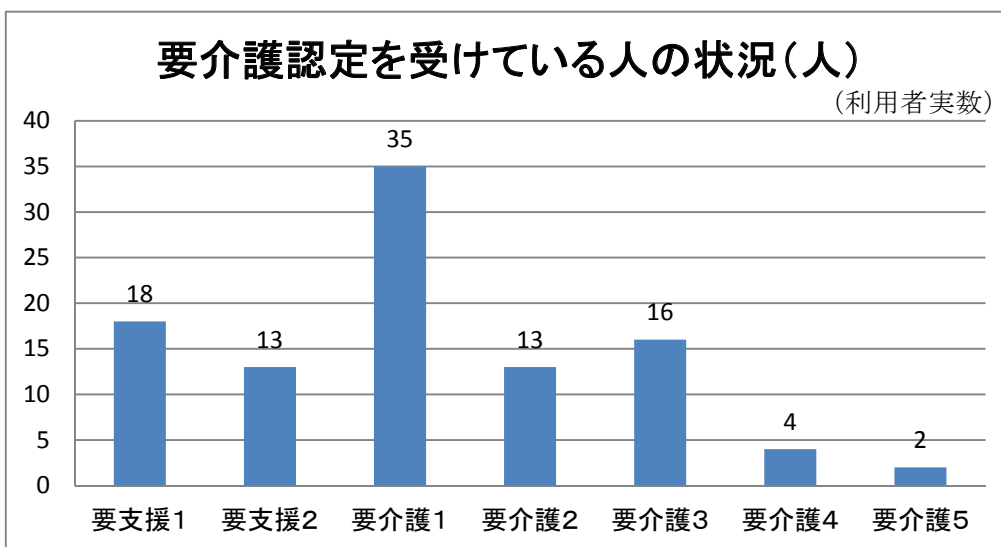
### 2-3. 要介護認定を受けている者の状況

要介護認定を受けている者は4,558人中101人と全体の2.2%に過ぎなかったが、受けているうちの約4分の3は要介護2以下(※)となっていた。

なお、要介護認定を受けている人の状況を百分率で集計すると、要支援1が17.8%、要支援2が12.9%、要介護1が34.7%、要介護2が12.9%、要介護3が15.8%、要介護4が4.0%、要介護5が2.0%であった。

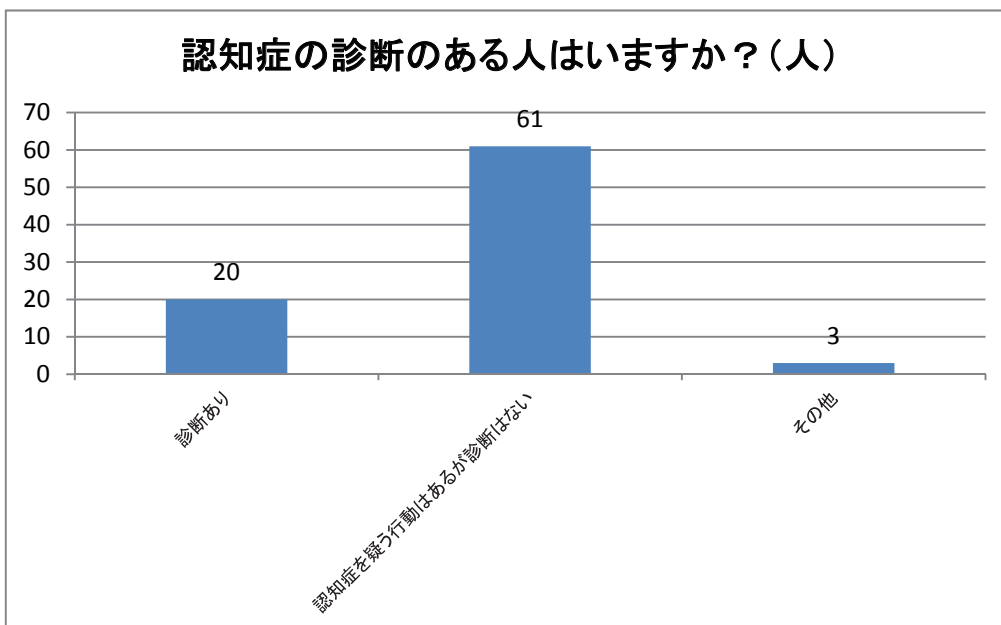


※ 特養入所は要介護3以上が要件

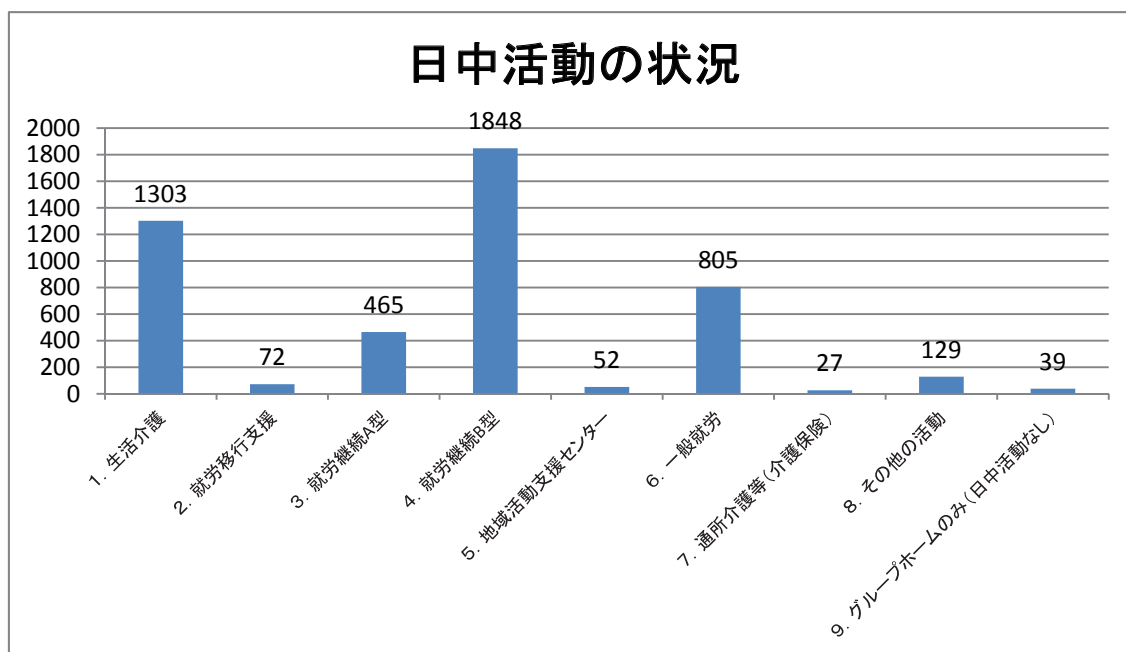


#### 2-4. 認知症診断について

平成 28 年 10 月 1 日現在の利用者 4,558 人の内、「認知症の診断を受けている人」は、20 人(0.44%)であった。「認知症を疑う行動はあるが診断はない」人は 61 人(1.3%)であった。「その他」と回答した人は、3 人であった。「診断を受ける必要がない人」は、4,474 人(98.2%)であった。

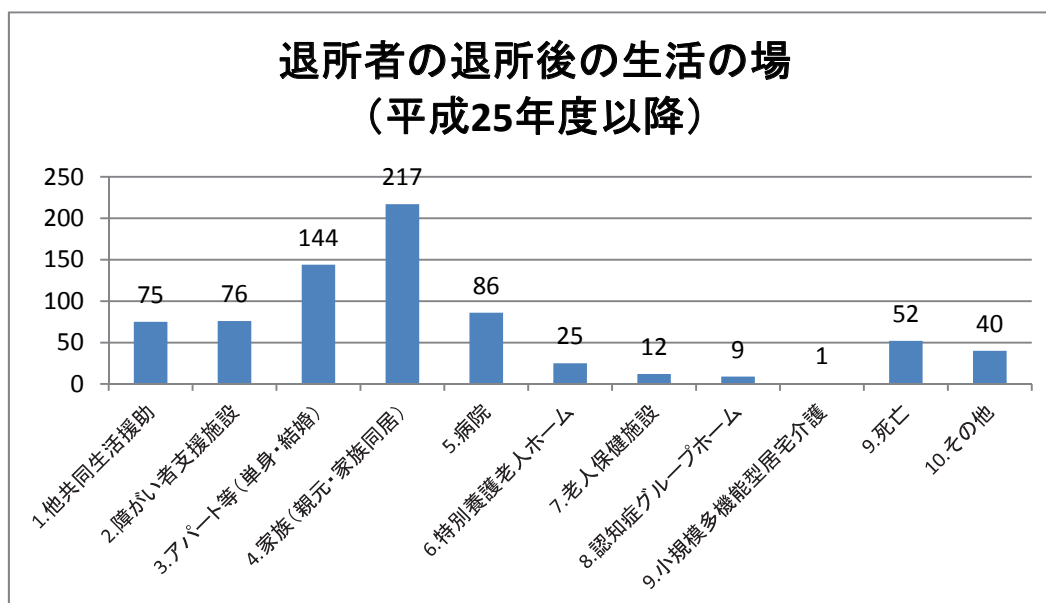


## 2-5. 日中活動の状況（重複回答があるため%では表示せず）



グループホームを利用している方の日中活動の状況については、「生活介護」1,303人、「就労移行支援」72人、「就労継続A型」465人、「就労継続B型」1,848人、「地域活動支援センター」52人、「一般就労」805人、「通所介護等（介護保険）」27人、「その他の活動」129人、「グループホームのみ（日中活動なし）」39人であった。

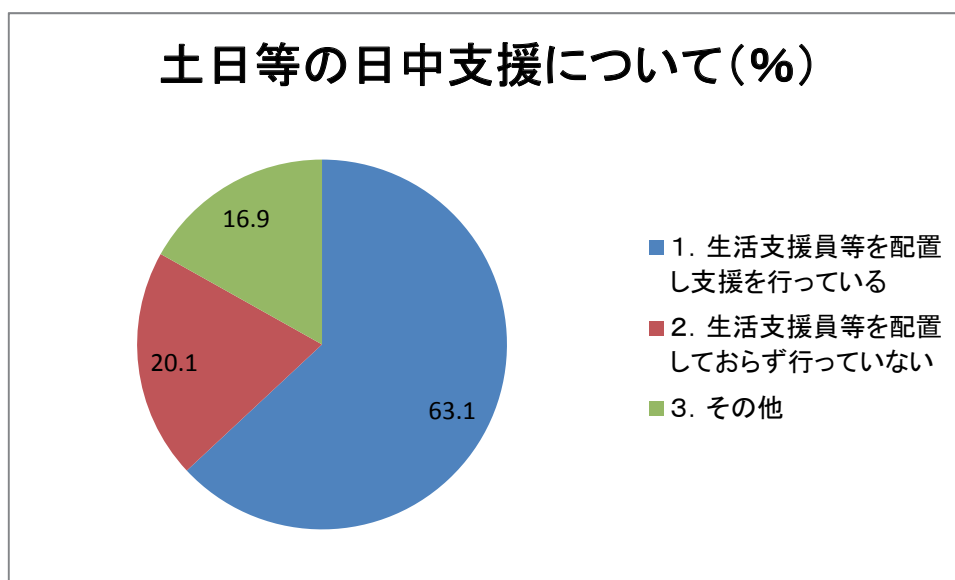
## 2-6. 退所後の生活の場（母数が確定できないため%では表示せず）



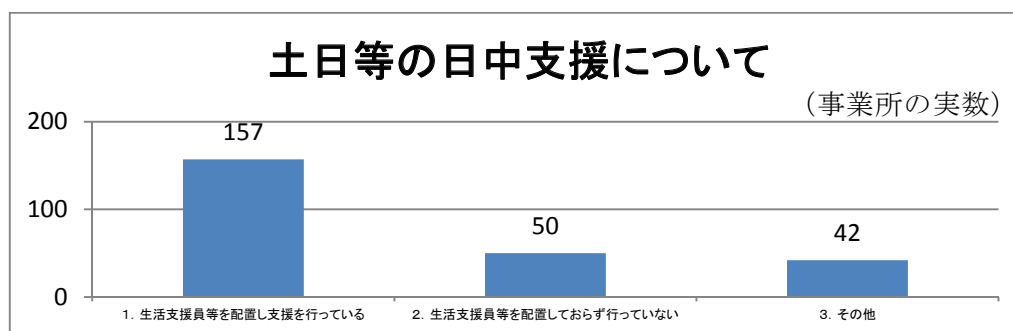
平成 25 年度以降（調査日である平成 28 年 10 月 1 日まで）の退所者の退所後の生活の場について、「共同生活援助」75 人、「障がい者支援施設」76 人、「アパート等（単身・結婚）」144 人、「家族（親元・家族同居）」417 人、「病院」86 人、「特別養護老人ホーム」25 人、「老人保健施設」12 人、「認知症グループホーム」9 人、「小規模多機能型居宅介護」1 人、「死亡」52 人、「その他」40 人であった。

「その他」の内容については、以下の通りであった（原文そのまま、重複回答は除く）。①有料老人ホーム、②高齢者賃貸住宅、③養護老人ホーム、④サービス付高齢者住宅、⑤宿泊型自立訓練、⑥短期入所、⑦社員寮。

## 2-7. 土日等の日中支援について



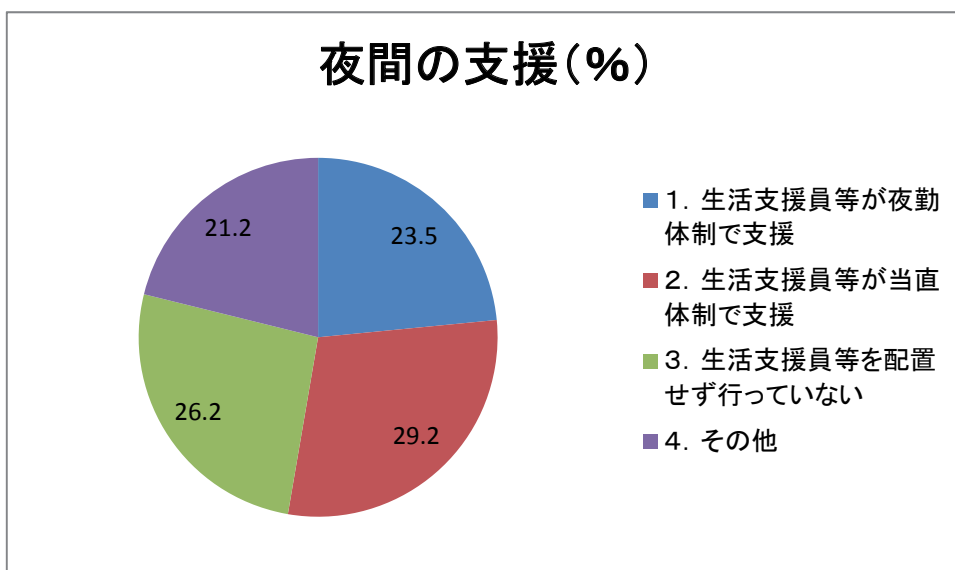
土日等の日中支援の有無については、「生活支援員等を配置し支援を行っている」63.1%、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」20.1%。「その他」16.9%であった。



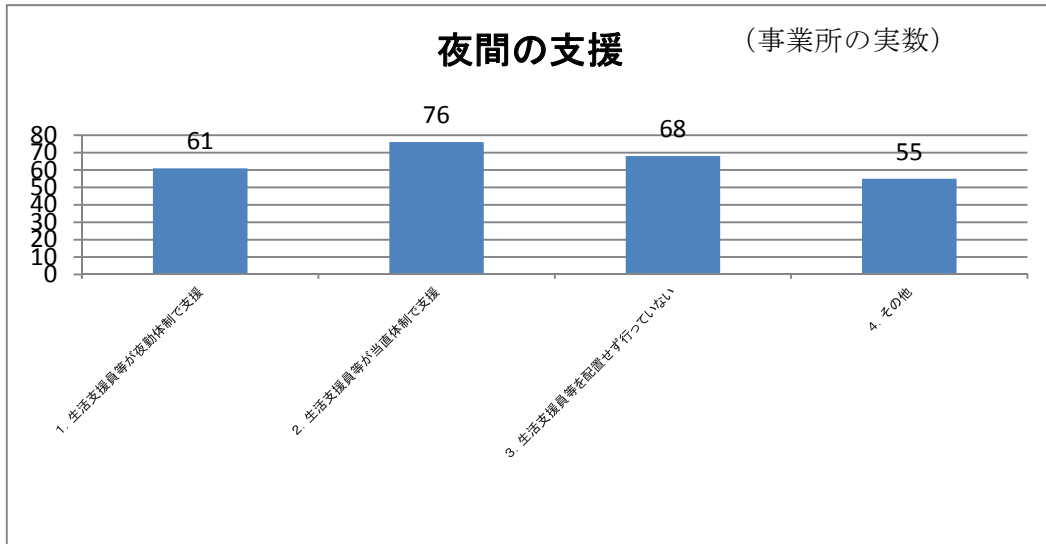
「その他」の内容については、下記の通りであった（原文そのまま、重複回答は除く）。

(1)必要に応じて土・日出勤し対応している。生活支援員を配置していない土日もある。
(2)平日が休みの利用者があり、日中生活支援員を配置している。
(3)食事時間帯のみ世話人を配置。11～13時（昼食）のみ対応している。
(4)ホームによって支援のあるなしがある。4ホームの内1ホームのみ支援員配置。
(5)支援員配置はあるが、自立度が高く、各自で外出をしたりしている。
(6)世話人さんが支援 外出については、世話人さん、ガイドヘルパー対応。
(7)バックアップ施設での日中一時支援を時々利用している。
(8)日、祝日は、食事提供のみ行っている。
(9)ヘルパーによる移動支援や地域における行事参加等外出支援は支援員で対応。
(10)移動支援や行動援護の調整も行ない余暇充実と図っている。
(11)土曜日のみ生活支援員等を配置している。
(12)通所が行うリクレーション等に参加。
(13)電話対応。
(14)土日は、基本的に開所していない。全員親元の自宅へ帰宅。
(15)バックアップ施設にて昼食提供など。
(16)移動支援で外出したり、デイサービスに行ってもらっている。

## 2-8. 夜間の支援について



夜間の支援については、「生活支援員等が夜勤体制で支援」23.5%、「生活支援員等が宿直体制で支援」29.2%。「生活支援員等を配置せず行っていない」26.2%。「その他」21.2%であった。



「その他」については、今回の調査が指定事業所単位ごとの回答であったため、複数のグループホームを有する事業所において、1カ所は夜勤体制あり、1カ所は夜間支援を実施していないといった回答が含まれていた。

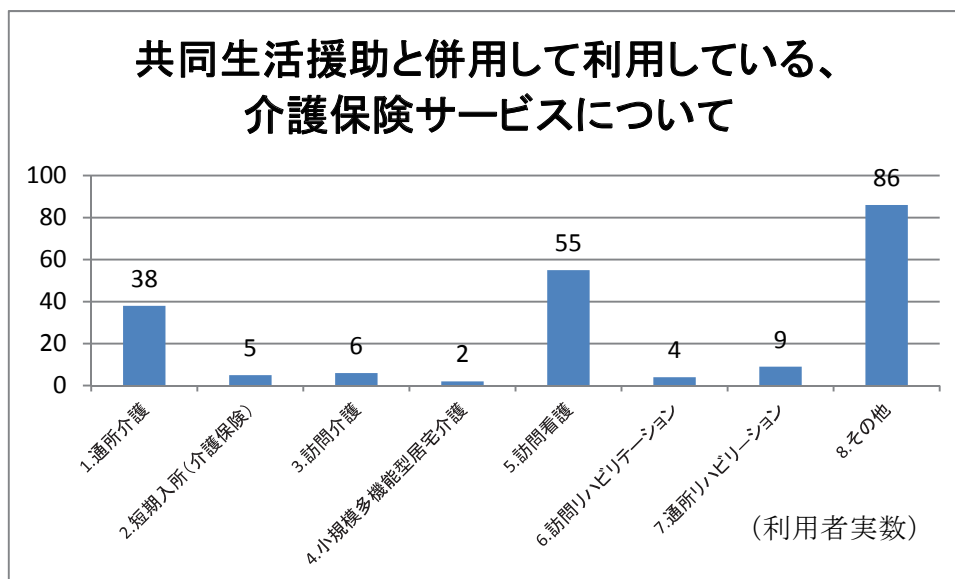
「その他」の内容については、下記の通りであった(原文そのまま、重複回答は除く)。

(1)緊急時の連絡体制をとっている。
(2)ホームによって職員を配置している所と、配置していない所がある。
(3)近くにある系列病院の当直者による入所者の確認。
(4)緊急時には、入所施設のバックアップ。サビ管の支援が入る。
(5)同一敷地内のバックアップ施設の支援及び警備会社による。
(6)待機者として20時～翌朝6時迄敷地内で待機。
(7)電話対応。
(8)毎日ではないが週3日当直体制。残りの日は警備会社を利用。
(9)近隣のGH運営施設と共同で宿直体制を実施。

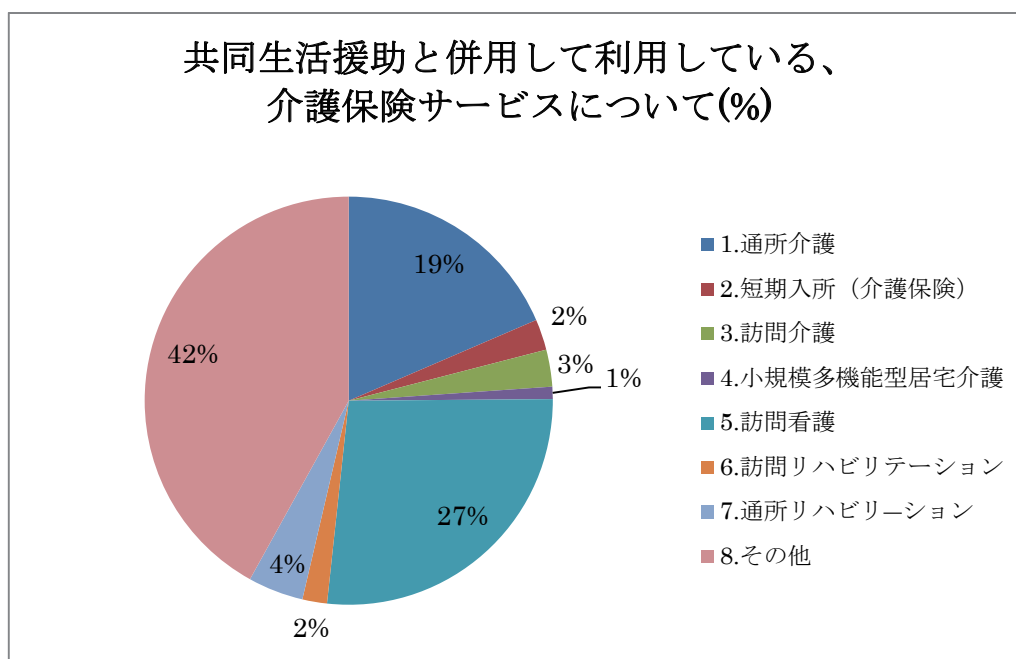


## 2-9. 共同生活援助と併用利用されている介護保険サービスについて

共同生活援助と併用して利用している介護保険サービスについては、「通所介護」38人、「短期入所（介護保険）」5人、「訪問介護」6人、「小規模多機能型居宅介護」2人、「訪問看護」55人、「訪問リハビリテーション」4人、「通所リハビリテーション」9人、「その他」86人であった。



「通所介護」19%、「短期入所（介護保険）」2%、「訪問介護」3%、「小規模多機能型居宅介護」1%、「訪問看護」27%、「訪問リハビリテーション」2%、「通所リハビリテーション」4%、「その他」42%であった。



「その他」の内容については、下記の通りであった(原文そのまま、重複回答は除く)。

- ①福祉用具貸与、②認定は受けているが利用はしていない、③訪問リハ(医療保険)、  
④医療による訪看。

## 2-10. 現在、65歳以上の利用者が土日、夜間の支援が必要となった時の 対策として、利用できるサービスや支援はあるか？

「65歳以上の利用者が、土日、夜間の支援が必要となった時の対策として、現在、利用できるサービスや支援はありますか？」という質問に対して、「利用できるものや、考えられるもの」を自由記述にて回答を得た(原文そのまま、重複回答は除く)。

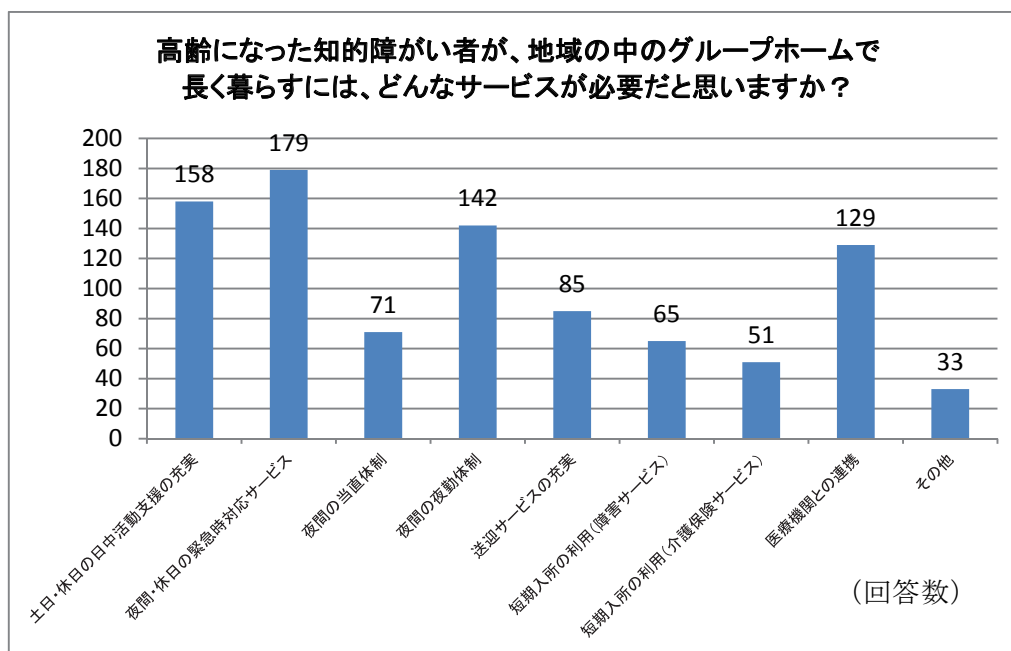
(1)訪問看護。
(2)移動サービス。
(3)介護保険のサービス。
(4)土日等の日中支援の職員配置。
(5)夜間支援体制の再考。
(6)短期入所、生活介護、日中一時等のサービス。
(7)ホームヘルプサービス。
(8)介護保険・在宅医療・緊急通報装置 ボランティア等。
(9)土、日は、日直対応。夜間は、夜勤者で対応を行っている。
(10)同行援護。
(11)近隣に利用できるサービスは多くなく、当事業所で支えることが困難になった場合は、ケースによるが、特養等、居住サービスを変更せざるを得ない可能性が高いと思う。
(12)デイサービス、老人施設へのショートステイ。
(13)土・日・夜間共、支援員が訪問。
(14)居宅介護、行動援護等の外部サービス。
(15)通所介護や通所リハビリテーション。
(16)夜勤体制の整ったグループホーム。
(17)土日に支援者のいるグループホーム。
(18)入所施設によるバックアップ支援(休日の食事、静養時の支援)。
(19)生活支援員の配置で対応(対応が難しくなってくれば、サービス利用の変更を考

えている)。
(20)夜間支援が必要になれば、夜間支援がある事業所へ変更。
(21)移動支援。
(22)他事業所（生活介護、自立訓練）の利用。
(23)生活支援員の採用等日中活動の充実。
(24)ショートステイを利用中、（夜間）介ゴ保険の範囲内。
(25)祝日、土日、日曜など日中、障害サービスが休みの日はデイサービスを利用中。
(26)夜間職員がいないので、緊急電話を持ち、何かあればすぐ対応出来る体制をとっている。
(27)居宅介護事業所による移動支援等の利用。
(28)民生委員の方や地域の方をまきこんだ見守りを強化していく。
(29)同法人内の福祉入所施設。
(30)現在グループホームで対応しているが介護度が増すようなら高齢介護福祉サービスへの移行が要件となってくる。
(31)生活支援員の配置・介護保険サービスとの併用。
(32)夜間対応型訪問介護。
(33)地域密着型通所介護。
(34)短期入所療養介護。
(35)通所介護。
(36)定期巡回・随時対応型訪問介護看護。
(37)現在 土曜日 5：30～9：30、16：00～20：00 日曜日 7：00～10：00、16：00～20：00 の時間帯で世話人を配置している。 又、夜間 21：30～5：30 の時間帯で夜間支援員を配置している。
(38)移動支援、行動援護。
(39)夜間の支援員を増やす。居宅介護等を入れる。緊急通報サービスを利用する。
(40)看護師、支援員は本体事業所と兼務の状況だが、不測の事態や緊急時は緊急連絡網により応援、協力体制を内部整備している。
(41)待機職員の配置（生活支援員、看護師）。
(42)現状の制度では難しいが、家事支援などを利用すれば生活の質は向上すると思われる。
(43)65才以上に限定はされないが土日移動支援サービス（ヘルパー利用）。

(44) (支援の度合により) 重度訪問介護→個別契約も含む。
(45)夜勤専門職員の雇用。
(46)24 時間訪問看護及び訪問診療。
(47)24 時間コールセンター。
(48) (支援の度合により) 緊急通報の体制 (可能な方のみ)。
(49)余暇は移動支援 (障がい) サービスを利用して個別対応。
(50)24 時間の訪問看護及び訪問診療。
(51) (使えるなら) 24 時間コールセンター。
(52)支援の度合により緊急通報の体制 (可能な方のみ)。
(53)個別の支援者の個別契約。
(54)夜勤専門職員の雇用。
(55)夜勤体制の介護サービス包括型のグループホーム。
(56)訪問看護 (24 時体制)、居宅介護、民生委員等の訪問、地域行事の参加。
(57)短期入所 (介護)。
(58)精神の方でホステル (短期宿泊)。
(59)休日等の往診。
(60)訪問介護 (24 時間体制)。
(61)サビ管の携帯電話に連絡が入るか、近くにある入所施設に連絡が入る。(内容によってはサビ管に情報連絡があり、対応を行なう)。
(62)母体の通所事業所の余暇支援で対応している。
(63)小規模多機能型なので、緊急の場合は利用している。
(64)現在、土日の日中は日中一時支援事業を利用。今以上に支援が必要になった際、区分に応じて生活支援員を配置する以外に利用できるサービスはありません。
(65)養護老人ホームに入所する。
(66)職員配置を見直し、夜間支援体制をつくる
(67)介護タクシー。
(68)短期入所 (障害、介護含む)。
(69)運営主体の入所施設にお願いし見守り及び介護をしてもらう。
(70)夜間は、管理責任者宅が隣接し、支援中。土、日の日中活動は職員当直制でカラオケ室 (施設内) 及び外出 (買物、公園) を支援中。
(71)「介護」が必要になった利用者さんについては介護保険サービスを使ってもらう

べき、としているので、そこに至るまでの手伝いをしている。
(72)同法人の小規模多機能特養など。夜間のヘルパー利用については、地域に事業所が少ないため、障害者の利用は困難です。
(73)当事業所は、夜間も職員配置をしている為、今のままで支援は行えています。
(74)当事業所のソフト面、ハード面を工夫して対応できるケースはできる範囲で対応していきたい。
(75)日中の障害福祉サービス以外に、土・日・祭日などに利用できるデイサービスなどがあればよい。 健康増進、趣味の活動などができるサービスがあればよい。外出（買物など）。
(76)単身での生活が困難になれば介護施設等の入所を考えている。
(77)認知症デイケアを利用。
(78)入浴サービス（ヘルパーでの訪問）。
(79)小規模多機能施設の利用など。
(80)将来の自立に向けて、ステップアップを行いグループホームよりは次のステップに向う計画。
(81)夜勤者・日中支援者で対応し、現在はサービス利用していない。
(82)考えられるものはない、介護保険の施設利用を考えるしかないと思う。
(83)土日の支援はしているが、夜間の支援はありません。
(84)現在の支援員の体制では、これといった体制対策はない。
(85)現在は必要ないが将来的に訪問看護・訪問介護が必要となってくると考えられる。
(86)考えられるサービスや支援がなく不安な状況です。

2-11. 高齢になった知的障がい者が、地域の中のグループホームで長く暮らすには、どんなサービスが必要だと思いますか？



高齢になった知的障がい者が、地域の中のグループホームで長く暮らすには、どんなサービスが必要だと思いますか？という問い（複数回答可）に対する回答は、「土日・休日の日中活動支援の充実」158、「夜間・休日の緊急時対応サービス」179、「夜間の当直体制」71、「夜間の夜勤体制」142、「送迎サービスの充実」85、「短期入所の利用（障害サービス）」65、「短期入所の利用（介護保険サービス）」51、「医療機関との連携」129、「その他」33であった。

「その他」の内容については、下記の通りであった（原文そのまま、重複回答は除く）。

(1)働くことが難しくなった方への日中活動支援。
(2)介護保険サービスとの併用。
(3)すべて介護保険サービス。
(4)介護保険の適所事業所。
(5)障がい者 GH の体制では認知症や病変等の対応は難しいと思います。
(6)看護師の配置（夜間を含む）。
(7)入浴（特殊浴槽等）。
(8)栄養士による栄養管理。

(9)入院・手術が必要になった時、同意書がとれない時に困ります。
(10)平日に日中活動の場を事情により休むこととなった場合の日中支援。
(11)住居環境の整備～家屋の内外ともにバリアフリー、スロープ・手すりの設置。
(12)リハビリテーション。
(13)65歳になるまでの予防内活動。
(14)親が亡くなった後の支援のあり方、準備。
(15)身元引受人がいない方の将来の生活の場の確保。
(16)法人にはケアハウス等があるが高齢者とまでいかない年令の時の生活の場。
(17)国のお金がないとより良いサービスはできない。
(18)地域の人達のちょっとした（温かい）見守り。
(19)高齢者用グループホームの増設と介護職員増員。
(20)認知症を疑うようになったときの相談機関。
(21)現在の支援費では当直職員を雇うことはできない。単価を上げてもらわないと十分なサービス提供は困難。
(22)公共交通機関がないので、本人の自転車による移動が中心であるが、冬期（積雪有）は送迎サービスが必要となる。
(23)グループホームと、高齢障がい者を継続的に同施設で受け入れられるような、施設としての対応（有料老人ホーム）。
(24)介護が必要になるとグループホームの体制では毎日の入浴支援もままならない。生活介護で日中入浴している状態。
(25)栄養面に対してのサポート、住環境の整備 余暇の充実。
(26)歩行困難な利用者が多いが、居室は2階にあり転倒リスクが高い。GH の環境も整備が必要。
(27)介護保険サービスとの併用が必要と思うが、サービス内容等々をよく知らない。
(28)歯科等の訪問（できればブラッシング指導やフッソ塗布）。
(29)ヘルパーステーションとの連携（GH 専属）。
(30)高齢、認知症が出て来た時に、療養介護をメインにお世話できる人員確保が必要。
(31)高齢になる前に、本人にとってもっと自由度が高く、自己選択の幅の大きい暮らしにステップアップしてほしい。
(32)相談支援事業者との連携。
(33)介護支援専門員との連携。

(34)高齢者がいませんので考えておりません。

なお、特に回答数が多かった「医療との連携」の内容としては、下記の通りの具体的記述があった（原文そのまま、重複回答は除く）。

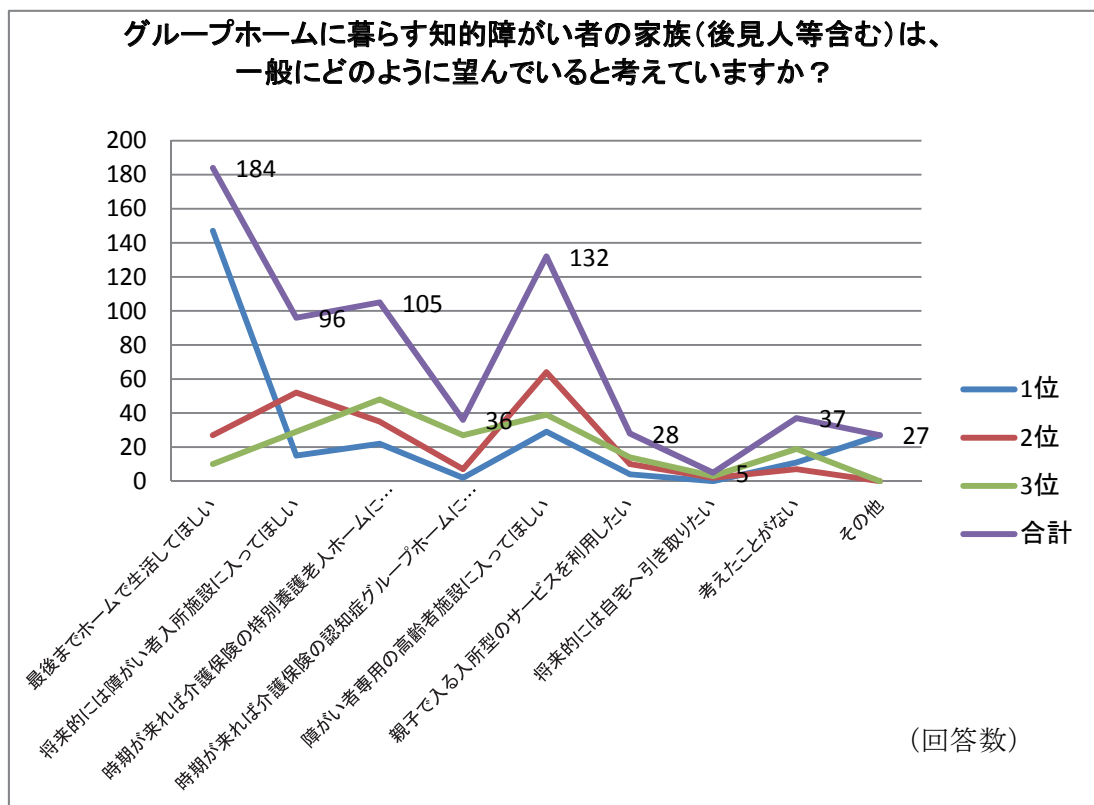
(1)寝たきりになった際の訪問看護。
(2)体調を悪くした場合、緊急対応を速やかに行ってくれる。
(3)在宅医療・訪問看護・レスパイト入院等。
(4)かかりつけ医どうしの連携。
(5)医療従業者の配置または、運営主体施設との連携。
(6)急病時にスムーズな受診、入院等ができる。
(7)健康管理の点でのアドバイス。
(8)医療型の障がい者施設の創設。
(9)訪問看護 看取りに際して行う医療行為、終末期に対する判断と対応。
(10)グループホームでの生活が精神的に困難になったとき入院する。
(11)夜間の往診。緊急的な入院への対応。
(12)定期通院。
(13)情緒や睡眠のコントロールは生活リズムの構築に不可欠であり服薬調整等で連携が必要である。
(14)地域の医療機関や訪問看護等と連携し、高齢化・重度化に対応できる安定的な提供を確保する。
(15)訪問看護、歯科。主治医やよく行く（知っている）医療機関に必要な時に電話等で助言をもらう等。
(16)加齢とともに医療的ケアの必要性が高まり、医療型 GH が望ましい。 （例）骨折（手術を伴う）の予後管理、定時導尿等の対応。
(17)24 時間医療の必要な方への対応。
(18)急変時における、かかりつけ医との日頃よりの体制作り。
(19)夜間等の人員が手薄な時間帯における小さな相談事も含めた連携。
(20)通院の介助・付き添い・送迎。
(21)慢性的な疾患の増や緊急の時の対応が多くなる事から、医療機関との連携は今後ますます重要になる。
(22)往診医療。



(23)高齢化に伴い体調や身体機能の低下があります。特に導尿等の医療行為について対応が難しい。
(24)緊急時、障がい者を受け入れてもらえるように、常からの情報交換（受診・訪問診断等より）。
(25)定期的な健康診断。
(26)訪問看護、薬の調整、処方、往診。
(27)精神的な不安定になることも考え、精神科との連携をして生活の安定を目指し、将来的に認知症を発症した時のことを考え、スムーズな対応につながる体制づくりを確立していくことが必要である。
(28)定期的（週に何度か）に訪問に来てもらえたり、健康診断を年に何度か行ってほしい。
(29)休日、夜間の救急窓口のある総合病院が隣接。

2-12. グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等含む）は、一般にどのように望んでいると考えていますか？

※ 先順位 1～3 位をつける形での回答



グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等含む）は、一般にどのように望んでいると考えていますか？という問いに対して、優先順位 1～3 位をつける形で回答を得た。

優先順位 1～3 位を合計すると、「最後までホームで生活してほしい」184、「将来的には障がい者入所施設に入してほしい」96、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入してほしい」105、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入してほしい」36、「障がい者専用の高齢者施設に入してほしい」132、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」28、「将来的には自宅へ引き取りたい」5、「考えたことがない」37、「その他」27であった。

ちなみに、優先順位 1 位だったのは「最後までホームで生活してほしい」147、「将来的には障がい者入所施設に入してほしい」15、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入してほしい」22、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入してほしい」2、「障がい者専用の高齢者施設に入してほしい」29、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」4、「将来的には自宅へ引き取りたい」0、「考えたことがない」11、「その他」27であった。

優先順位 2 位は「最後までホームで生活してほしい」27、「将来的には障がい者入所施設に入してほしい」52、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入してほしい」35、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入してほしい」7、「障がい者専用の高齢者施設に入してほしい」64、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」10、「将来的には自宅へ引き取りたい」2、「考えたことがない」7であった。

優先順位 3 位は「最後までホームで生活してほしい」10、「将来的には障がい者入所施設に入してほしい」29、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入してほしい」48、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入してほしい」27、「障がい者専用の高齢者施設に入してほしい」39、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」14、「将来的には自宅へ引き取りたい」3、「考えたことがない」19であった。

「その他」の内容については、下記の通りであった（原文そのまま、重複回答は除く）。

(1)一担入居できたなら、契約時に年齢制限の説明や明記していなければ、最後まで生活できると考えるのではないか。
---

(2)若い利用者が多く、高齢期のことまで考えている方は少ない。
---------------------------------

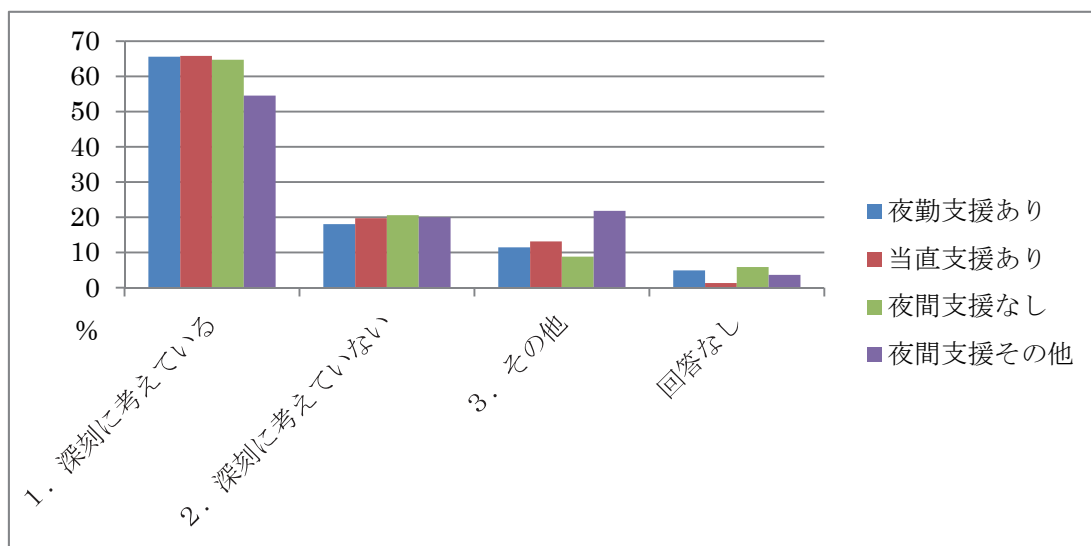
(3)アパート、公営住宅、自宅（当グループホームは主に精神障害者）
-----------------------------------

(4)その人それぞれの障がい特性や状況によって望むことは異なると思いますが、当事
--

者が安心して楽しく暮らせる場を望んでいると思います。
(5)グループホームを退居して自立してほしいと考えている保護者もいます。
(6)実際に耳にしたことはないですが、今後必要になると思うので調査は必要と思う。
(7)H28年度に事業所内でアンケート実施済（意向調査）した。
(8)親亡き後、一人で生活する場を心配されている声が多い。
(9)家族によって異なると思う。
(10)GHでは看取りができるのか？
(11)家族としては、本人の慣れた場所での生活を望んでいる家庭も多いが、家族そのものと疎遠となってしまう、どう思われているのかわからない家庭もある。
(12)本人が望む場所でできるだけ長く（最期まで）生活してほしい。
(13)利用者や利用者家族の状況やニーズに応じて、限定した選択しかできないものではなく幅広く柔軟な選択ができることを望まれていると考えます。
(14)特別養護老人ホームの希望が多く聞かれるが待機者が多く仲々入所ができない。
(15)利用者のほとんどがグループホーム以前に入所施設利用を経ており「なんとかしてくれる」と思っている人が多いかもしれない。しかし、軽度の方については、金銭的な事情で（年金等収入をあてにして）同居を希望する家族もある。
(16)1人暮らしをしてほしい。
(17)グループホームを出て、地域で福祉サービス等を利用しながら生活（アパート等）
(18)ご家族の要望は、現在住んでいるホームを希望されていると思うが、現実的には、障害サービスだけの対応がどこまで可能か不安である。我々支援者としても、慣れ親しんだホームで最後までという気持ちはあるが。
(19)グループホームを終の棲家とするのではなく、支援を受けながらも、より自立度の高い暮らしを送ってほしいと願っている。
(20)必要な時期に必要なサービスを検討していく。
(21)親や家族自身の生活が精一杯で本人のことまでかまっていられない。 何でもいいのでどこかでお世話になってほしい。（引き取る気持ちはない）。
(22)日々を生き生きと過ごせたらという思いで毎日生活していて、そこまでをじっくりと考えないようにしているのではないか。
(23)入所者は皆身よりがないため分からない。
(24)ご本人、ご家族の状況、ケースによって希望も様々だと思うので、「一般的に」との質問の為優先順位をつけることができませんでした。

### 3. 夜間支援のあり方の違いによる分析結果

#### 3-1. 現在、貴事業所は利用者の高齢化の問題について深刻に考えているか？



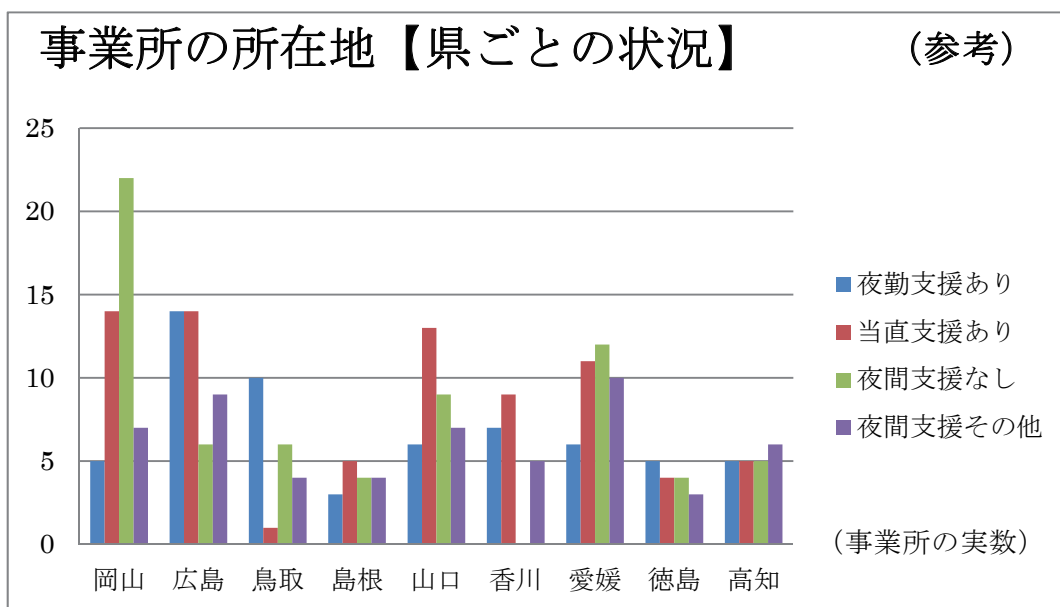
「現在、貴事業所は利用者の高齢化の問題について深刻に考えていますか？」という問いに対しては、夜勤支援ありでは、「深刻に考えている」65.6%、「深刻に考えていない」18.0%、「その他」11.5%、「回答なし（記入なし）」4.9%であった。

当直支援ありでは、「深刻に考えている」65.8%、「深刻に考えていない」19.7%、「その他」13.2%、「回答なし（記入なし）」1.3%であった。

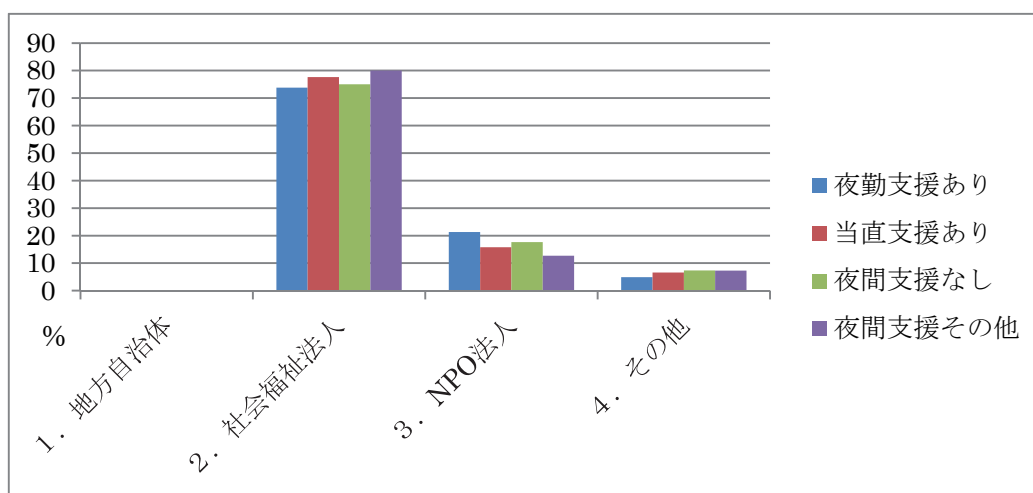
夜間支援なしでは、「深刻に考えている」64.7%、「深刻に考えていない」20.6%、「その他」8.8%、「回答なし（記入なし）」5.9%であった。

夜間支援その他では、「深刻に考えている」54.5%、「深刻に考えていない」20.0%、「その他」21.8%、「回答なし（記入なし）」3.6%であった。

なお、事業所の実数としては、夜勤支援ありでは、「深刻に考えている」40、「深刻に考えていない」11、「その他」7、「回答なし（記入なし）」3、当直支援ありでは、「深刻に考えている」50、「深刻に考えていない」15、「その他」10、「回答なし（記入なし）」1、夜間支援なしでは、「深刻に考えている」44、「深刻に考えていない」14、「その他」6、「回答なし（記入なし）」4、夜間支援その他では、「深刻に考えている」30、「深刻に考えていない」11、「その他」12、「回答なし（記入なし）」2となっている。



### 3-2. 運営主体（法人格）による夜勤支援体制等の違い



運営主体については、夜勤支援ありでは、「地方自治体」0.0%、「社会福祉法人」73.8%、「NPO法人」21.3%、「その他」4.9%であった。

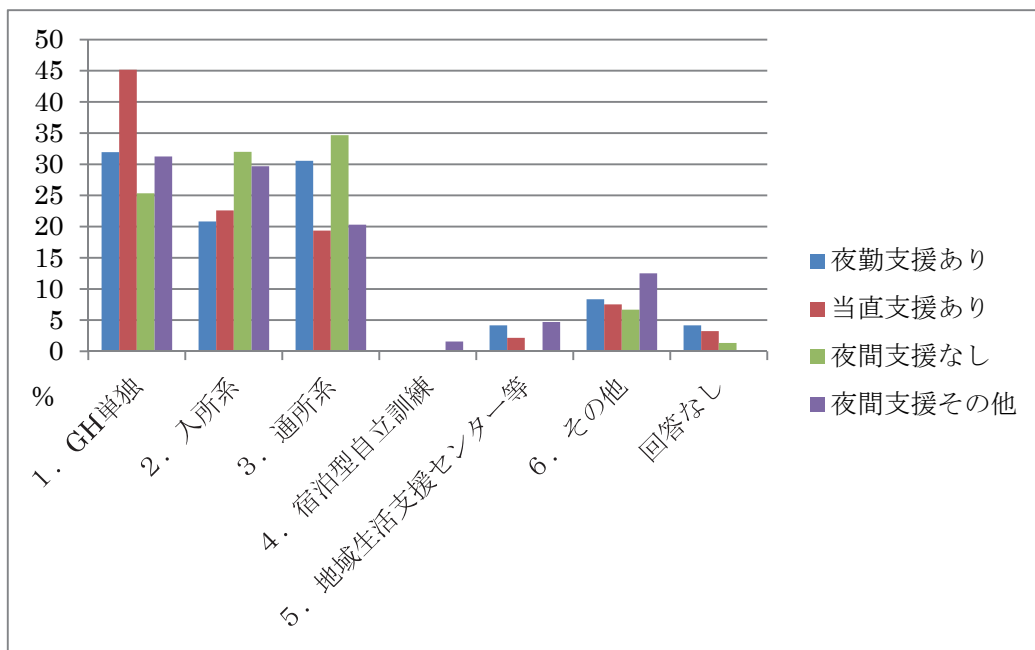
当直支援ありでは、「地方自治体」0.0%、「社会福祉法人」77.6%、「NPO法人」15.8%、「その他」6.6%であった。

夜間支援なしでは、「地方自治体」0.0%、「社会福祉法人」75.0%、「NPO法人」17.6%、「その他」7.4%であった。

夜間支援その他では、「地方自治体」0.0%、「社会福祉法人」80.0%、「NPO法人」12.7%、「その他」7.3%であった。

運営主体の違いに関する事業所の実数については、夜勤支援ありでは、「地方自治体」0、「社会福祉法人」45、「NPO法人」13、「その他」3、宿直支援ありでは、「地方自治体」0、「社会福祉法人」59、「NPO法人」12、「その他」5、夜間支援なしでは、「地方自治体」0、「社会福祉法人」51、「NPO法人」12、「その他」5、夜間支援その他では、「地方自治体」0、「社会福祉法人」44、「NPO法人」7、「その他」4となっている。

### 3-3. 運営主体の形態による夜勤支援体制等の違い



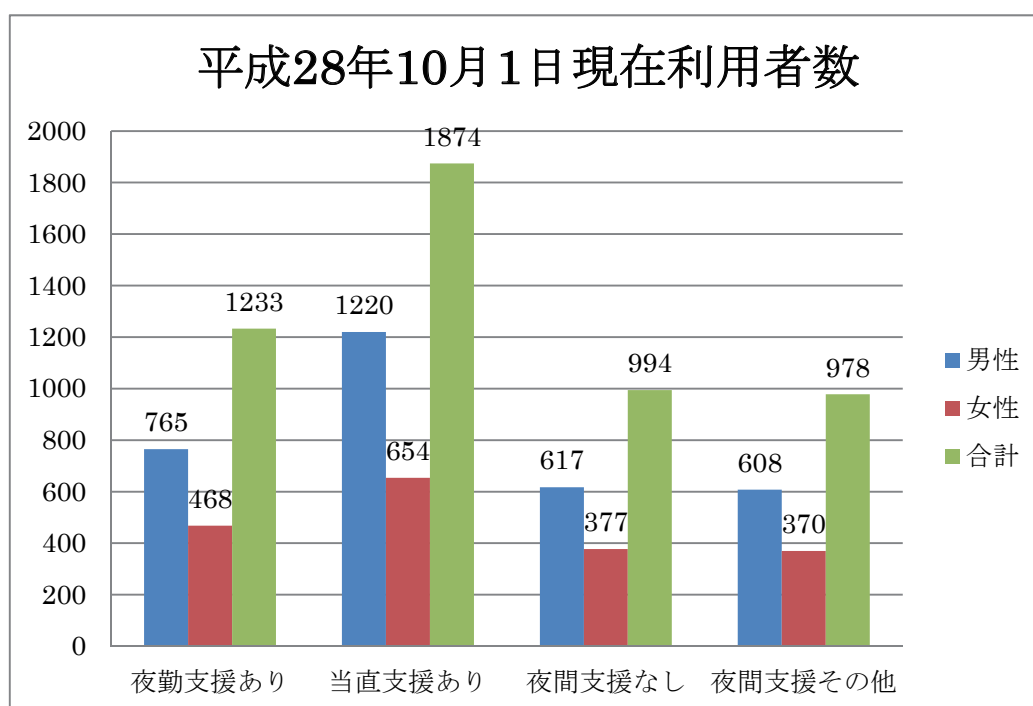
運営主体の形態については、夜勤支援ありでは、「GH単独」31.9%、「入所系」20.8%、「通所系」30.6%、「宿泊型自立訓練」0.0%、「地域生活支援センター等」4.2%、「その他」8.3%、「回答なし（記入なし）」4.2%であった。

宿直支援ありでは、「GH単独」45.2%、「入所系」22.6%、「通所系」19.4%、「宿泊型自立訓練」0.0%、「地域生活支援センター等」2.2%、「その他」7.5%、「回答なし（記入なし）」3.2%であった。夜間支援なしでは、「GH単独」25.3%、「入所系」32.0%、「通所系」34.7%、「宿泊型自立訓練」0.0%、「地域生活支援センター等」0.0%、「その他」6.7%、「回答なし（記入なし）」1.3%、夜間支援その他では、「GH単独」31.3%、「入所系」29.7%、「通所系」20.3%、「宿泊型自立訓練」1.6%、「地域生活支援センター等」4.7%、「その他」12.5%、「回答なし（記入なし）」0.0%であった。

なお、運営主体の形態については、複数回答の結果がみられた。これは、本アンケート調査が、指定事業所単位ごとに回答を得たためと考えられる。

運営主体の形態に関する事業所の実数としては、夜勤支援ありでは、「GH単独」23、「入所系」15、「通所系」22、「宿泊型自立訓練」0、「地域生活支援センター等」3、「その他」6、「回答なし（記入なし）」3、宿直支援ありでは、「GH単独」42、「入所系」21、「通所系」18、「宿泊型自立訓練」0、「地域生活支援センター等」2、「その他」7、「回答なし（記入なし）」3、夜間支援なしでは、「GH単独」19、「入所系」24、「通所系」26、「宿泊型自立訓練」0、「地域生活支援センター等」0、「その他」5、「回答なし（記入なし）」1、夜間支援その他では、「GH単独」20、「入所系」19、「通所系」13、「宿泊型自立訓練」1、「地域生活支援センター等」3、「その他」8、「回答なし（記入なし）」0であった。

### 3-4. 夜勤支援体制等の違いから見た利用人数

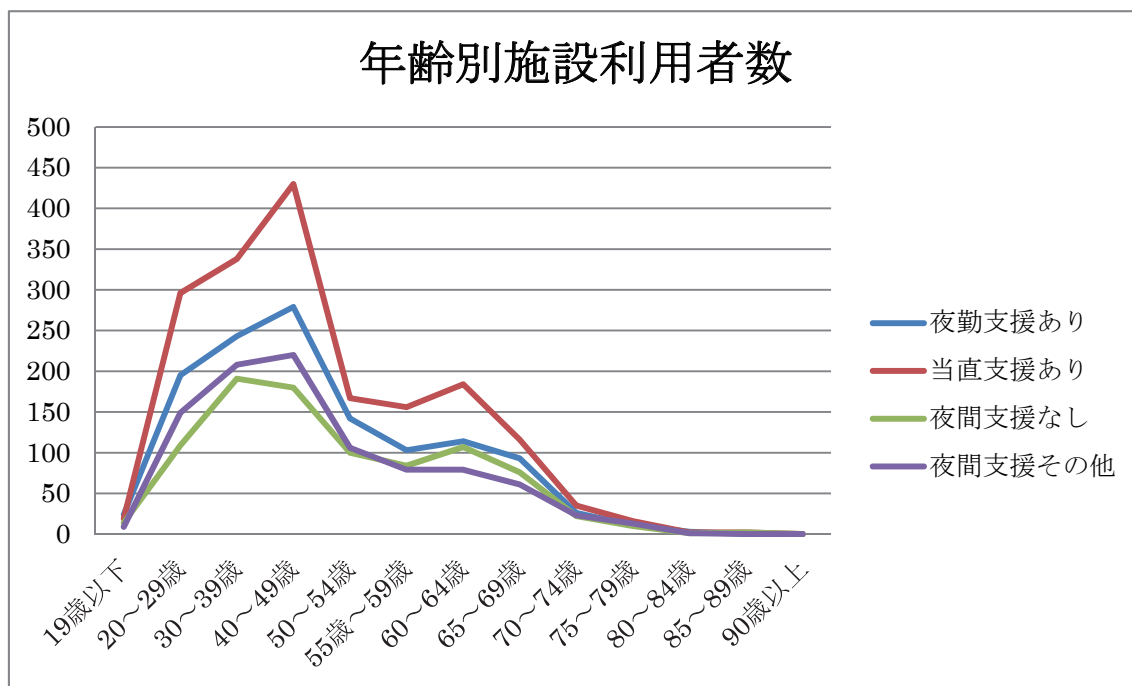


平成28年10月1日現在の利用者数は、夜勤支援ありでは、男性765人、女性468人、男女合計1,233人、宿直支援ありでは、男性1,220人、女性654人、男女合計1,874人、夜間支援なしでは、男性617人、女性377人、男女合計994人、夜間支援その他では、男性608人、女性370人、男女合計978人であった。

なお、定員としては、夜勤支援あり1,424人、宿直支援あり2,047人、夜間支援な

し 1,081 人、夜間支援その他 1,113 人となっていた。

### 3-5. 夜勤支援体制等の違いから見た年齢別利用人数



年齢別施設利用者数（男女合計）は、夜勤支援ありでは、19歳以下が24人、20～29歳195人、30～39歳が243人、40～49歳が279人、50～54歳が142人、55～59歳が103人、60～64歳が114人、65～69歳が93人、70～74歳が26人、75～79歳が11人、80～84歳が3人、85～89歳が0人、90歳以上が0人であった。

当直支援ありでは、19歳以下が19人、20～29歳296人、30～39歳が338人、40～49歳が430人、50～54歳が167人、55～59歳が156人、60～64歳が184人、65～69歳が116人、70～74歳が35人、75～79歳が16人、80～84歳が2人、85～89歳が2人、90歳以上が0人であった。

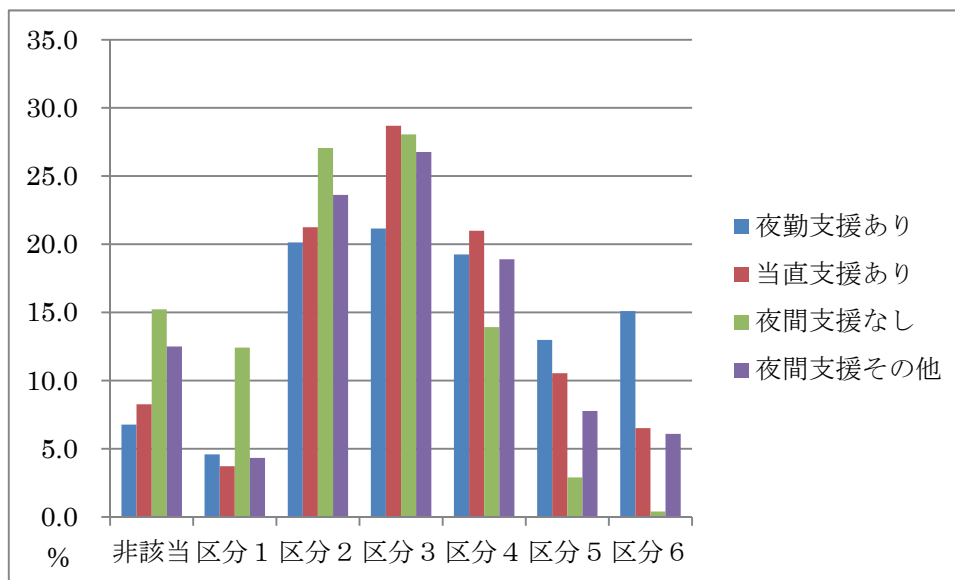
夜間支援なしでは19歳以下が14人、20～29歳109人、30～39歳が191人、40～49歳が180人、50～54歳が100人、55～59歳が84人、60～64歳が107人、65～69歳が76人、70～74歳が22人、75～79歳が10人、80～84歳が1人、85～89歳が2人、90歳以上が0人であった。

夜間支援その他では19歳以下が9人、20～29歳149人、30～39歳が208人、40～49歳が220人、50～54歳が106人、55～59歳が79人、60～64歳が79人、65～69歳が61人、70～74歳が23人、75～79歳が13人、80～84歳が1人、85～89



歳が 0 人、90 歳以上が 0 人であった。

### 3-6. 夜勤支援体制等の違いから見た障害支援区分別の利用人数



障害支援区分の状況は、夜勤支援ありでは、非該当が 6.8%、区分 1 が 4.6%、区分 2 が 20.1%、区分 3 が 21.2%、区分 4 が 19.3%、区分 5 が 13.0%、区分 6 が 15.1% であった。

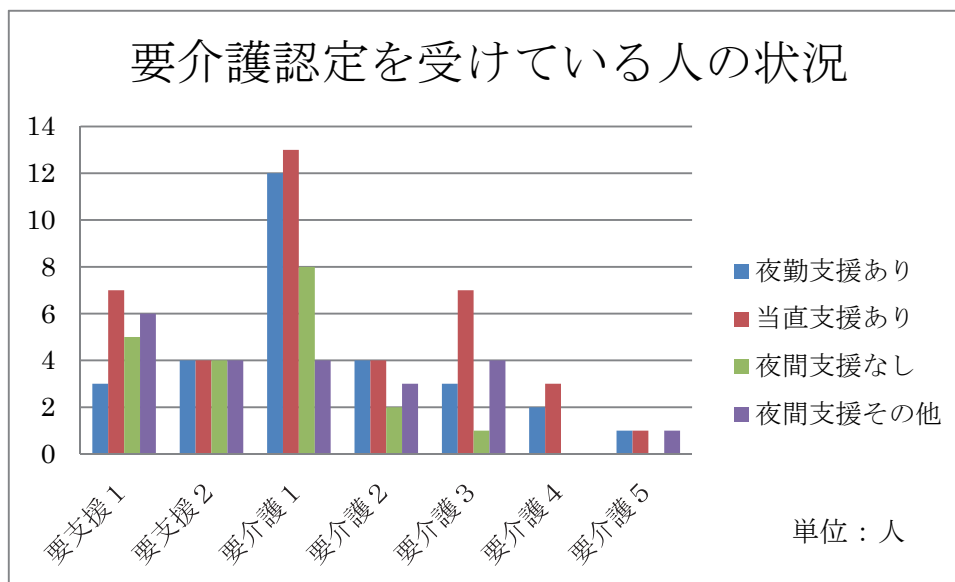
宿直支援ありでは、非該当が 8.3%、区分 1 が 3.7%、区分 2 が 21.3%、区分 3 が 28.7%、区分 4 が 21.0%、区分 5 が 10.5%、区分 6 が 6.5%であった。

夜間支援なしでは、非該当が 15.2%、区分 1 が 12.4%、区分 2 が 27.1%、区分 3 が 28.1%、区分 4 が 13.9%、区分 5 が 2.9%、区分 6 が 0.4%あった。

夜間支援その他では、非該当が 12.5%、区分 1 が 4.3%、区分 2 が 23.6%、区分 3 が 26.8%、区分 4 が 18.9%、区分 5 が 7.8%、区分 6 が 6.1%であった。

なお、障害支援区分の状況の利用者実数としては、夜勤支援ありでは、非該当が 93 人、区分 1 が 63 人、区分 2 が 276 人、区分 3 が 290 人、区分 4 が 264 人、区分 5 が 178 人、区分 6 が 207 人、宿直支援ありでは、非該当が 160 人、区分 1 が 72 人、区分 2 が 411 人、区分 3 が 555 人、区分 4 が 406 人、区分 5 が 204 人、区分 6 が 126 人、夜間支援なしでは、非該当が 152 人、区分 1 が 124 人、区分 2 が 270 人、区分 3 が 280 人、区分 4 が 139 人、区分 5 が 29 人、区分 6 が 4 人、夜間支援その他では、非該当が 127 人、区分 1 が 44 人、区分 2 が 240 人、区分 3 が 272 人、区分 4 が 192 人、区分 5 が 79 人、区分 6 が 62 人となっていた。

### 3-7. 夜勤支援体制等の違いから見た要介護認定の状況



要介護認定を受けている人の状況は、夜勤支援ありでは、要支援1が3人、要支援2が4人、要介護1が12人、要介護2が4人、要介護3が3人、要介護4が2人、要介護5が1人、当直支援ありでは、要支援1が7人、要支援2が4人、要介護1が13人、要介護2が4人、要介護3が7人、要介護4が3人、要介護5が1人、夜間支援なしでは、要支援1が5人、要支援2が4人、要介護1が8人、要介護2が2人、要介護3が1人、要介護4が0人、要介護5が0人、夜間支援その他では、要支援1が6人、要支援2が4人、要介護1が4人、要介護2が3人、要介護3が4人、要介護4が0人、要介護5が1人であった。

### 3-8. 夜勤支援体制等の違いから見た認知症との関係

「認知症の診断はある人はいますか？」という問いに対して、夜勤支援ありでは、「認知症の診断を受けている人」は7人、「認知症を疑う行動はあるが診断はない」人は19人であった。「その他」と回答した人は3人であった。当直支援ありでは、「認知症の診断を受けている人」は、10人であった。「認知症を疑う行動はあるが診断はない」人は20人であった。「その他」と回答した人は、0人であった。夜間支援なしでは、「認知症の診断を受けている人」は、1人であった。「認知症を疑う行動はあるが診断はない」人は18人であった。「その他」と回答した人は、0人であった。夜間支援その他では、「認知症の診断を受けている人」は8人であった。「認知症を疑う行

動はあるが診断はない」人は15人であった。

認知症の診断のある人はいますか？				
	診断あり	認知症を疑う 行動はあるが 診断はない	その他	診断を受ける 必要はなし
夜勤支援あり	7	19	3	1,204
当直支援あり	10	20	0	1,844
夜間支援なし	1	18	0	1,954
夜間支援その他	8	15	0	955

### 3-9. 夜勤支援体制等の違いから見た日中活動の状況

グループホームを利用している方の日中活動の状況については、夜勤支援ありでは、「生活介護」529人、「就労移行支援」19人、「就労継続A型」113人、「就労継続B型」435人、「地域活動支援センター」28人、「一般就労」202人、「通所介護等（介護保険）」8人、「その他の活動」13人、「グループホームのみ（日中活動なし）」10人であった。

当直支援ありでは、「生活介護」662人、「就労移行支援」21人、「就労継続A型」196人、「就労継続B型」686人、「地域活動支援センター」19人、「一般就労」298人、「通所介護等（介護保険）」8人、「その他の活動」38人、「グループホームのみ（日中活動なし）」22人であった。

夜間支援なしでは、「生活介護」102人、「就労移行支援」20人、「就労継続A型」141人、「就労継続B型」501人、「地域活動支援センター」4人、「一般就労」176人、「通所介護等（介護保険）」4人、「その他の活動」45人、「グループホームのみ（日中活動なし）」7人であった。

夜間支援その他では、「生活介護」217人、「就労移行支援」19人、「就労継続A型」108人、「就労継続B型」412人、「地域活動支援センター」3人、「一般就労」219人、「通所介護等（介護保険）」10人、「その他の活動」58人、「グループホームのみ（日中活動なし）」12人であった。

日中活動の状況									
	1. 生活介護	2. 就労移行支援	3. 就労継続A型	4. 就労継続B型	5. 地域活動支援センター	6. 一般就労	7. 通所介護等(介護保険)	8. その他 の活動	9. グループホームのみ(日中活動なし)
夜勤支援あり	529	19	113	435	28	202	8	13	10
当直支援あり	662	21	196	686	19	298	8	38	22
夜間支援なし	102	20	141	501	4	176	4	45	7
夜間支援その他	217	19	108	412	3	219	10	58	12

### 3-10. 夜勤支援体制等の違いから見た退所後の生活の場（含む：若年層）

退所者の退所後の生活の場（平成25年度以降）											
	1. 他共同生活援助	2. 障がい者支援施設	3. アパート等（単身・結婚）	4. 家族（親元・家族同居）	5. 病院	6. 特別養護老人ホーム	7. 老人保健施設	8. 認知症グループホーム	9. 小規模多機能型居宅介護	10. 死亡	11. その他
夜勤支援あり	27	16	21	56	21	9	6	7	0	21	17
当直支援あり	28	29	50	104	48	16	1	6	1	24	18
夜間支援なし	14	21	39	33	13	3	2	0	0	13	11
夜間支援その他	9	15	47	47	18	4	4	1	0	4	5

平成25年度以降（調査日である平成28年10月1日まで）の退所者の退所後の生活の場について、夜勤支援ありでは、「他共同生活援助」27人、「障がい者支援施設」16人、「アパート等（単身・結婚）」21人、「家族（親元・家族同居）」56人、「病院」21人、「特別養護老人ホーム」9人、「老人保健施設」6人、「認知症グループホーム」7人、「小規模多機能型居宅介護」0人、「死亡」21人、「その他」17人であった。

当直支援ありでは、「他共同生活援助」28人、「障がい者支援施設」29人、「アパー

ト等（単身・結婚）」50人、「家族（親元・家族同居）」104人、「病院」48人、「特別養護老人ホーム」16人、「老人保健施設」1人、「認知症グループホーム」6人、「小規模多機能型居宅介護」1人、「死亡」24人、「その他」18人であった。

夜間支援なしでは、「他共同生活援助」14人、「障がい者支援施設」21人、「アパート等（単身・結婚）」39人、「家族（親元・家族同居）」33人、「病院」13人、「特別養護老人ホーム」3人、「老人保健施設」2人、「認知症グループホーム」0人、「小規模多機能型居宅介護」0人、「死亡」13人、「その他」11人であった。

夜間支援その他では、「他共同生活援助」9人、「障がい者支援施設」15人、「アパート等（単身・結婚）」47人、「家族（親元・家族同居）」47人、「病院」18人、「特別養護老人ホーム」4人、「老人保健施設」4人、「認知症グループホーム」1人、「小規模多機能型居宅介護」0人、「死亡」4人、「その他」5人であった。

### 3-1-1. 夜勤支援体制等の違いから見た土日等の日中支援の状況

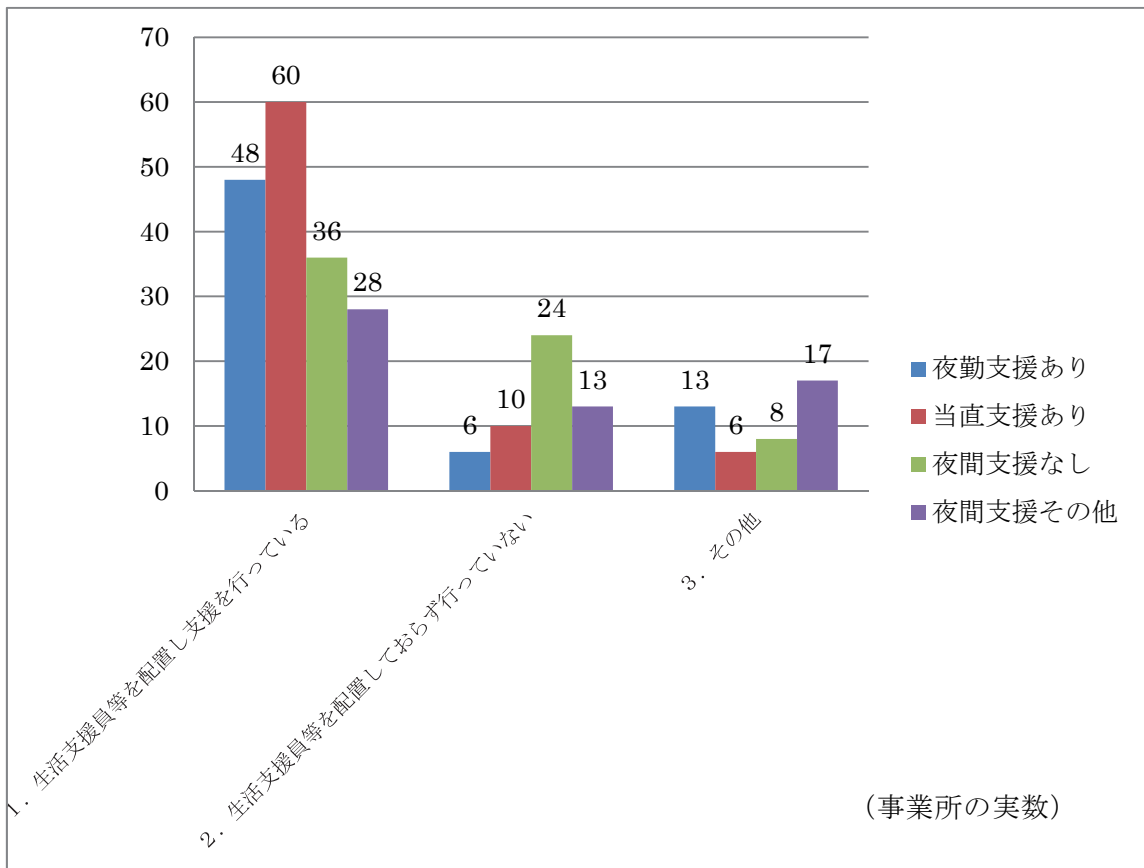
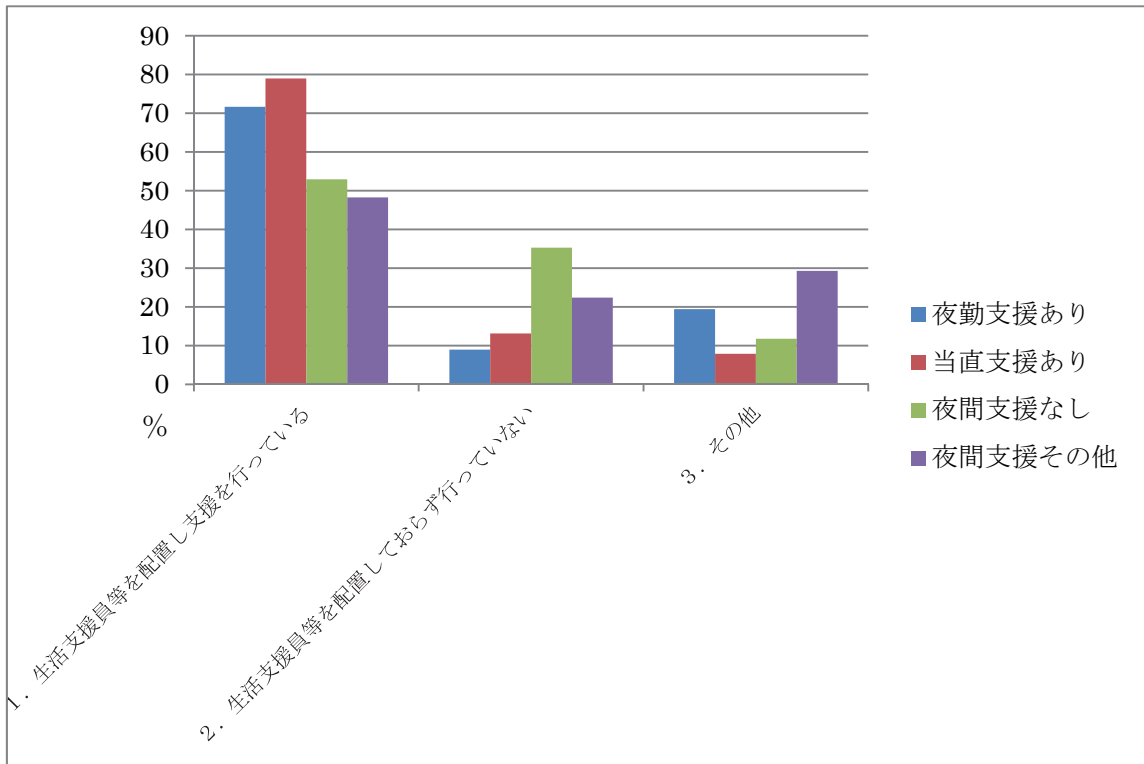
土日等の日中支援の有無については、夜勤支援ありでは、「生活支援員等を配置し支援を行っている」71.6%、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」9.0%。「その他」19.4%であった。

宿直支援ありでは、「生活支援員等を配置し支援を行っている」78.9%、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」13.2%。「その他」7.9%であった。

夜間支援なしでは、「生活支援員等を配置し支援を行っている」52.9%、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」35.3%。「その他」11.8%であった。

夜間支援その他では、「生活支援員等を配置し支援を行っている」48.3%、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」22.4%。「その他」29.3%であった。

なお、土日等の日中支援の有無について事業者の実数としては、夜勤支援ありでは、「生活支援員等を配置し支援を行っている」48カ所、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」6カ所。「その他」13カ所、当直支援ありでは、「生活支援員等を配置し支援を行っている」60カ所、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」10カ所。「その他」6カ所、夜間支援なしでは、「生活支援員等を配置し支援を行っている」36カ所、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」24カ所。「その他」8カ所、夜間支援その他では、「生活支援員等を配置し支援を行っている」28カ所、「生活支援員等を配置しておらず行っていない」13カ所。「その他」17カ所であった。



### 3-1-2. 夜勤支援体制等の違いから見た介護保険サービスの併用状況

共同生活援助と併用して利用している、介護保険サービスについて								
	1. 通所介護	2. 短期入所 (介護保険)	3. 訪問介護	4. 小規模多機能型居宅介護	5. 訪問看護	6. 訪問リハビリ テーション	7. 通所リハビリ テーション	8. その他
夜勤支援あり	13	2	2	1	2	1	6	3
当直支援あり	11	2	1	0	36	0	4	2
夜間支援なし	5	1	2	1	13	1	0	1
夜間支援その他	13	0	1	0	11	2	0	0

共同生活援助と併用して利用している介護保険サービスについて、夜勤支援ありでは、「通所介護」13人、「短期入所（介護保険）」2人、「訪問介護」2人、「小規模多機能型居宅介護」1人、「訪問看護」2人、「訪問リハビリテーション」1人、「通所リハビリテーション」6人、「その他」3人、宿直支援ありでは、「通所介護」11人、「短期入所（介護保険）」2人、「訪問介護」1人、「小規模多機能型居宅介護」0人、「訪問看護」36人、「訪問リハビリテーション」0人、「通所リハビリテーション」4人、「その他」2人、夜間支援なしでは、「通所介護」5人、「短期入所（介護保険）」1人、「訪問介護」2人、「小規模多機能型居宅介護」1人、「訪問看護」13人、「訪問リハビリテーション」1人、「通所リハビリテーション」0人、「その他」1人、夜間支援その他では、「通所介護」13人、「短期入所（介護保険）」0人、「訪問介護」1人、「小規模多機能型居宅介護」0人、「訪問看護」11人、「訪問リハビリテーション」2人、「通所リハビリテーション」0人、「その他」0人であった。

### 3-13. 高齢知的障がい者が地域の中のグループホームで生活し続けていくために必要なサービスは？

高齢になった知的障がい者が、地域の中のグループホームで長く暮らすには、 どんなサービスが必要だと思いますか？									
	土日・休日の 日中活動支 援の充実	夜間・休日の 緊急時対応 サービス	夜間の当 直体制	夜間の夜 勤体制	送迎サービ スの充実	短期入所の利 用（障がいサー ビス）	短期入所の 利用（介護保 険サービス）	医療機関 との連携	その他
夜勤支援あり	48	47	9	42	18	16	9	36	11
当直支援あり	46	51	29	43	23	18	14	42	12
夜間支援なし	42	48	24	37	22	19	16	27	3
夜間支援その他	39	49	19	31	26	18	13	32	13

高齢になった知的障がい者が、地域の中のグループホームで長く暮らすには、どんなサービスが必要だと思いますか？という問い（複数回答可）に対する回答は、夜勤支援ありでは、「土日・休日の日中活動支援の充実」48、「夜間・休日の緊急時対応サービス」47、「夜間の当直体制」9、「夜間の夜勤体制」42、「送迎サービスの充実」18、「短期入所の利用（障がいサービス）」16、「短期入所の利用（介護保険サービス）」9、「医療機関との連携」36、「その他」11であった。

当直支援ありでは、「土日・休日の日中活動支援の充実」46、「夜間・休日の緊急時対応サービス」51、「夜間の当直体制」29、「夜間の夜勤体制」43、「送迎サービスの充実」23、「短期入所の利用（障がいサービス）」18、「短期入所の利用（介護保険サービス）」14、「医療機関との連携」42、「その他」12であった。

夜間支援なしでは、「土日・休日の日中活動支援の充実」42、「夜間・休日の緊急時対応サービス」48、「夜間の当直体制」24、「夜間の夜勤体制」37、「送迎サービスの充実」22、「短期入所の利用（障がいサービス）」19、「短期入所の利用（介護保険サービス）」16、「医療機関との連携」27、「その他」3であった。

夜間支援その他では、「土日・休日の日中活動支援の充実」39、「夜間・休日の緊急時対応サービス」49、「夜間の当直体制」19、「夜間の夜勤体制」31、「送迎サービスの充実」26、「短期入所の利用（障がいサービス）」18、「短期入所の利用（介護保険



サービス)」13、「医療機関との連携」32、「その他」13であった。

### 3-14. グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等を含む）は、一般にどのように望んでいると考えるか？

※ 優先順位 1～3 位をつける形で回答

グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等含む）は、 一般にどのように望んでいると考えていますか？									
	最後まで でホームで生 活してほ しい	将来的に は障がい 者入所施 設に入っ てほしい	時期が来れば 介護保険の特 別養護老人ホ ームに入っ てほしい	時期が来れば 介護保険の認 知症グループ ホームに入っ てほしい	障がい者専 用の高齢者 施設に入っ てほしい	親子で入る 入所型のサ ービスを利 用したい	将来的には 自宅へ引き 取りたい	考えたこと がない	その他
夜勤支援あり	55	25	21	6	36	9	1	13	10
当直支援あり	57	23	36	13	38	15	2	8	11
夜間支援なし	44	28	32	13	39	4	2	12	1
夜間支援その他	42	26	25	8	30	2	0	8	12

グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等含む）は、一般にどのように望んでいると考えていますか？という問いに対して、優先順位 1～3 位をつける形で回答を得た。1～3 位を合計し、夜勤支援ありでは、「最後までホームで生活してほしい」55、「将来的には障がい者入所施設に入ってほしい」25、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入ってほしい」21、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入ってほしい」6、「障がい者専用的高齢者施設に入ってほしい」36、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」9、「将来的には自宅へ引き取りたい」1、「考えたことがない」13、「その他」10であった。

宿直支援ありでは、「最後までホームで生活してほしい」57、「将来的には障がい者入所施設に入ってほしい」23、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入ってほしい」36、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入ってほしい」13、「障害者専用的高齢者施設に入ってほしい」38、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」15、「将来的には自宅へ引き取りたい」2、「考えたことがない」8、「その

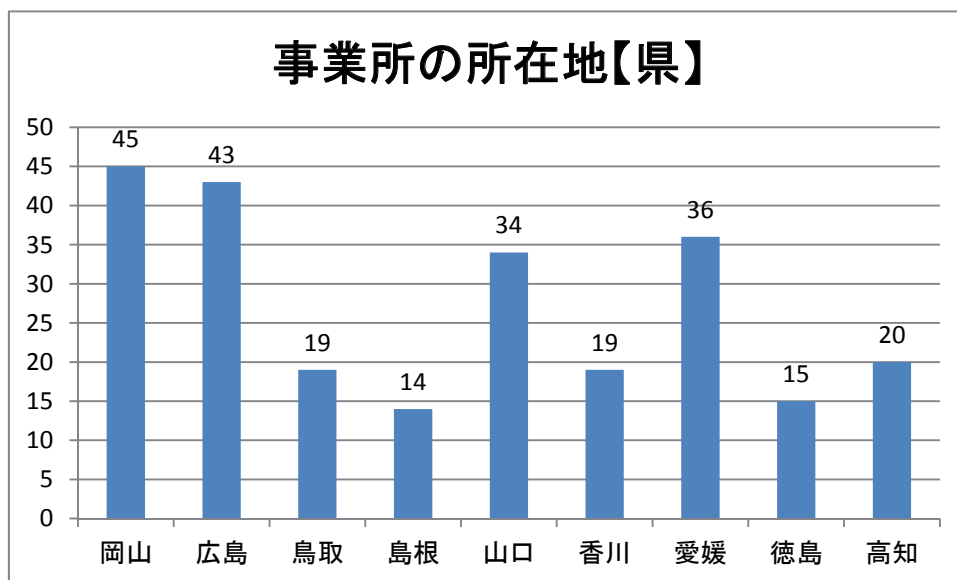
他」11であった。

夜間支援なしでは、「最後までホームで生活してほしい」44、「将来的には障がい者入所施設に入してほしい」28、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入してほしい」32、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入してほしい」13、「障がい者専用の高齢者施設に入してほしい」39、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」4、「将来的には自宅へ引き取りたい」2、「考えたことがない」12、「その他」1であった。

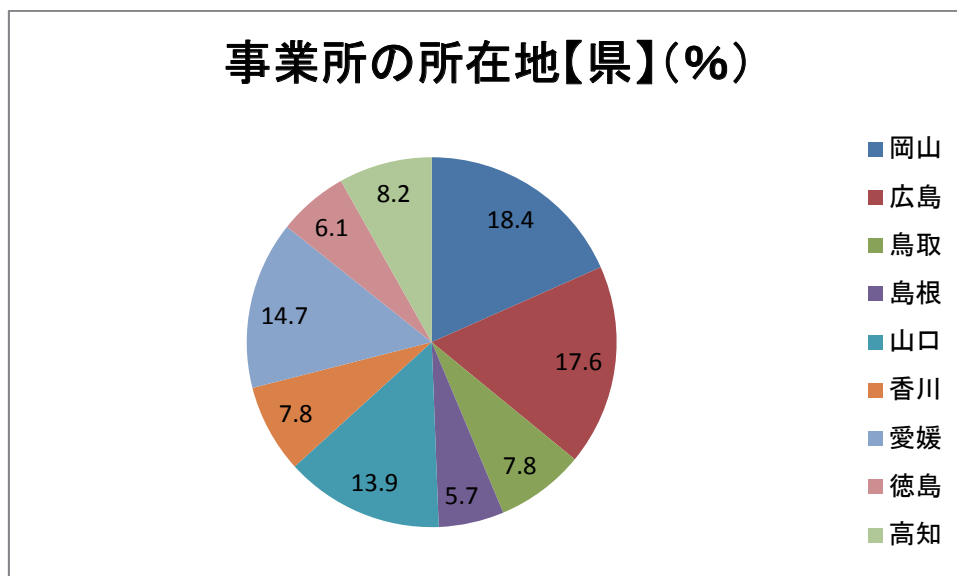
夜間支援その他では、「最後までホームで生活してほしい」42、「将来的には障がい者入所施設に入してほしい」26、「時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入してほしい」25、「時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入してほしい」8、「障がい者専用の高齢者施設に入してほしい」30、「親子で入る入所型のサービスを利用したい」2、「将来的には自宅へ引き取りたい」0、「考えたことがない」8、「その他」12であった。

#### 4. 回答のあった事業所の状況

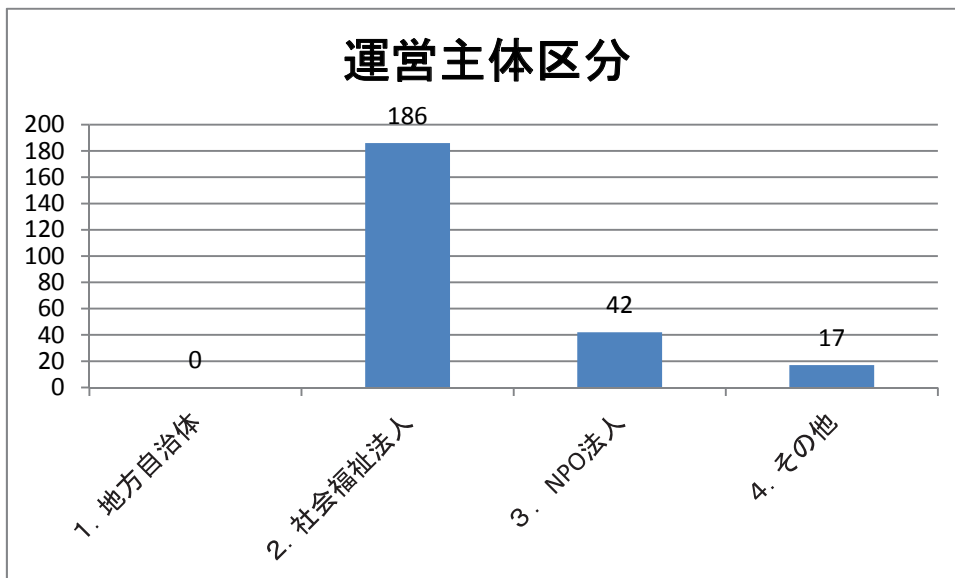
##### 4-1. 事業所の所在地



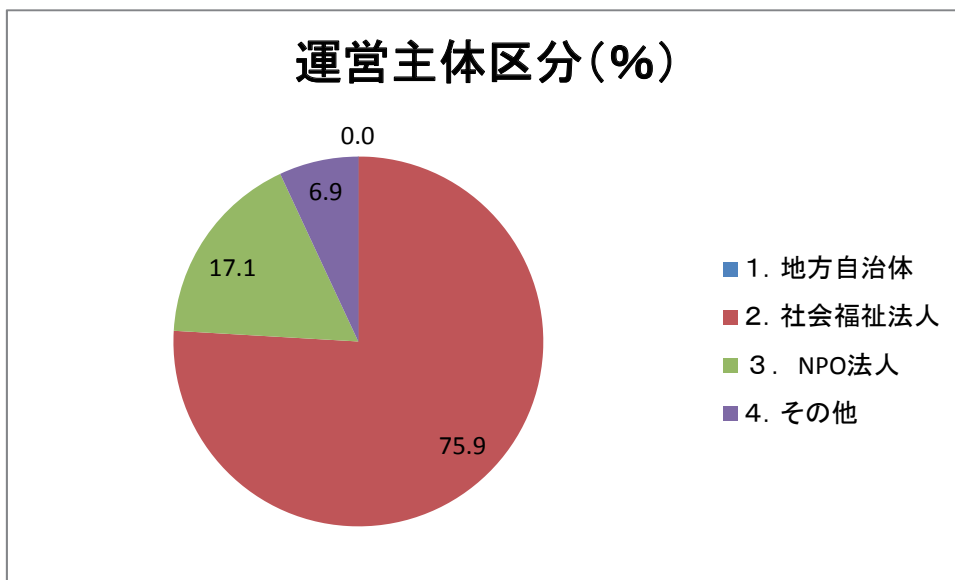
回答を得た事業所の所在地について、「岡山県」45、「広島県」43、「鳥取県」19、「島根県」14、「山口県」34、「香川県」19、「愛媛県」36、「徳島県」15、「高知県」20であった。



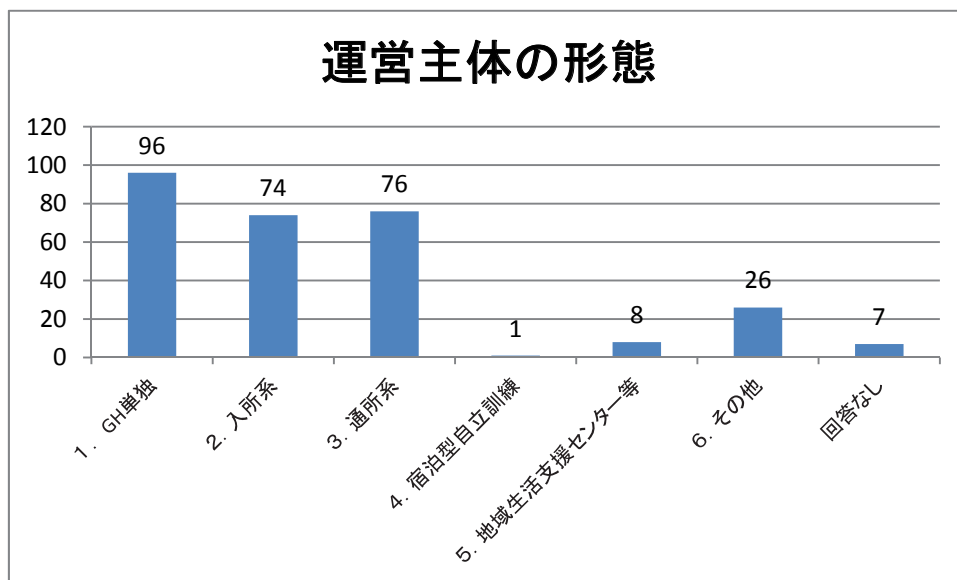
#### 4-2. 事業所の運営主体（法人格）



運営主体については、「地方自治体」0、「社会福祉法人」186、「NPO法人」42、「その他」17であった。

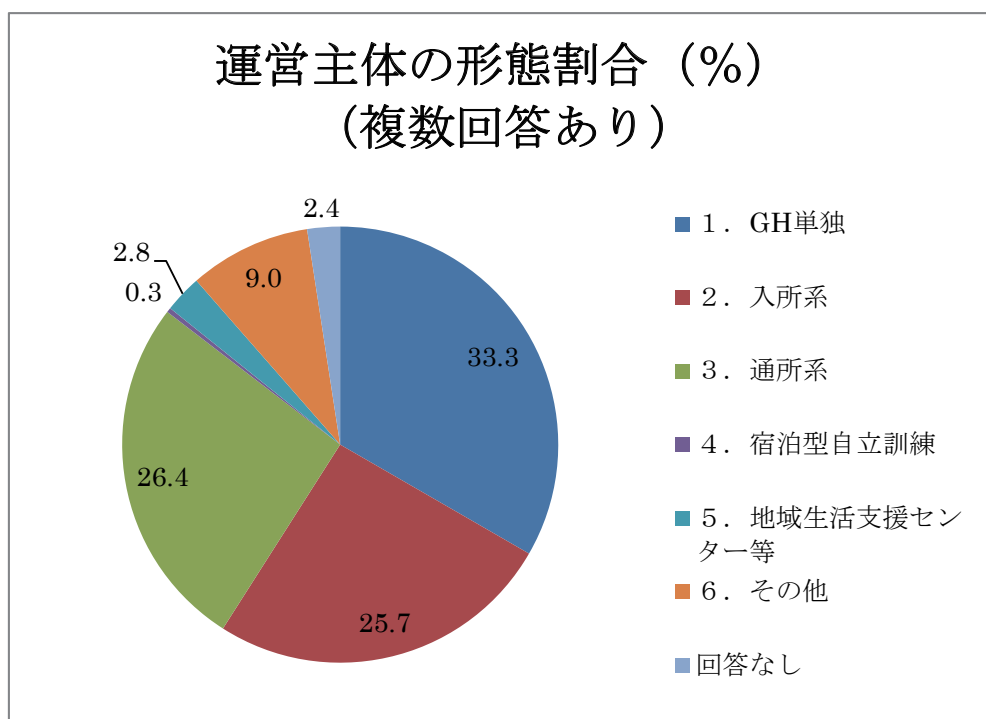


### 4-3. 運営主体の形態

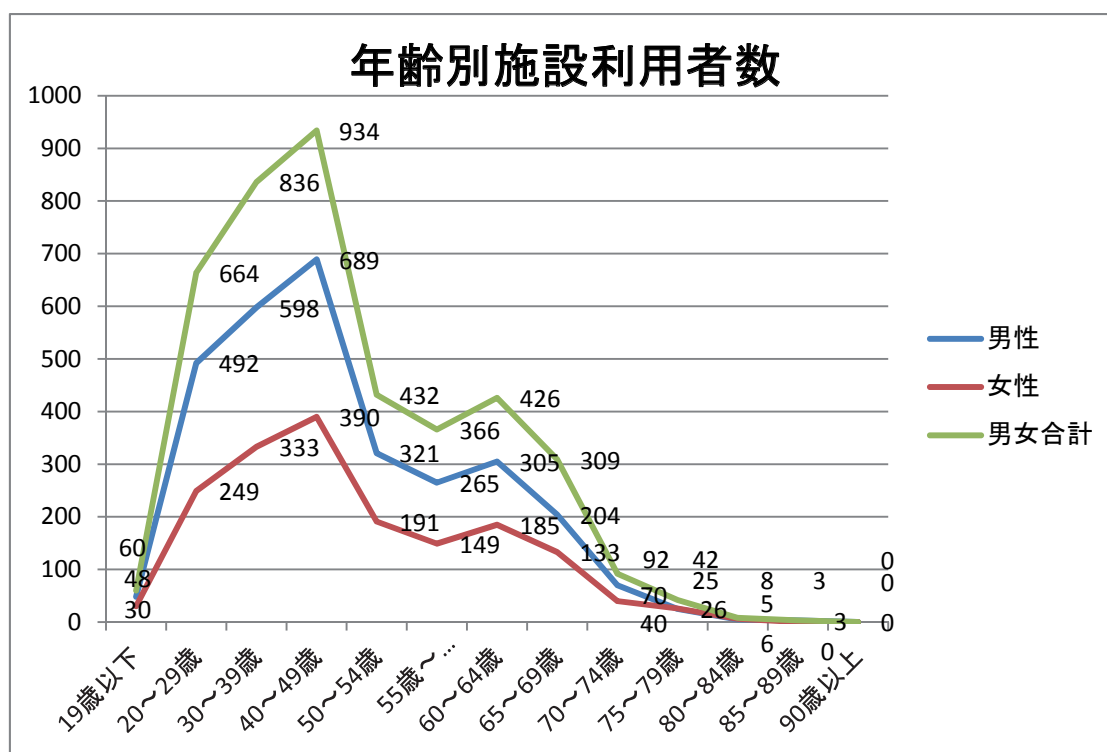


運営主体の形態について、「GH単独」96、「入所系」74、「通所系」76、「宿泊型自立訓練」1、「地域生活支援センター等」8、「その他」26、「回答なし（記入なし）」7であった。

なお、運営主体の形態については、複数回答の結果がみられた。これは、本アンケート調査が、指定事業所単位ごとに回答を得たためと考えられる。



#### 4-4. 年齢別施設利用者数



年齢別施設利用者数は、男性の19歳以下が48人、20～29歳492人、30～39歳が598人、40～49歳が689人、50～54歳が321人、55～59歳が265人、60～64歳が305人、65～69歳が204人、70～74歳が70人、75～79歳が25人、80～84歳が5人、85～89歳が3人、90歳以上が0人であった。

女性の19歳以下が30人、20～29歳249人、30～39歳が333人、40～49歳が390人、50～54歳が191人、55～59歳が149人、60～64歳が185人、65～69歳が133人、70～74歳が40人、75～79歳が26人、80～84歳が6人、85～89歳が0人、90歳以上が0人であった。

男性女性合計の19歳以下が60人、20～29歳664人、30～39歳が836人、40～49歳が934人、50～54歳が432人、55～59歳が366人、60～64歳が426人、65～69歳が309人、70～74歳が92人、75～79歳が42人、80～84歳が8人、85～89歳が3人、90歳以上が0人であった。

## 5. 考察 ～ アンケート調査の結果から見えてきたこと

(1) 今回の調査結果から、グループホームで暮らす知的障がい者の高齢化問題に対して半数以上の事業所が深刻に考えていたり、また今後に向けて何かしらの対策を講ずる必要性を感じたりしていることが分かった。また、総数からいえばグループホーム利用者の少ない割合ではあるが、要介護認定を受けている者や介護保険サービスを併用して利用している者も、一定数はいることがわかった。

このうち介護保険サービスを利用している者は、デイサービスや訪問看護、福祉用具のレンタルといったサービスを利用する者が多くみられた。デイサービス利用については、それまでは就労していた者などが、新たな日中活動の場として利用しているのだろうと考えられる。また、訪問看護は歳をとり医療面でのサポートや健康管理面を目的として、福祉用具のレンタルでは筋力低下等による能力低下を機器の活用で補うことを目的に活用されているのだろうと推察された。

(2) 退所者の退所後の生活の場については、今回の調査では高齢者に限らずグループホームの退所者すべての退所後の生活の場を問う質問となってしまう、若干、焦点がぼやけてしまった面があった。しかし、回答の中には特別養護老人ホームや老人保健施設、認知症グループホーム等もあり、いわゆる一般の高齢者と同じく高齢者介護サービスへ移行している人も一定数はいることがわかった。また「その他」の回答の中には、有料老人ホームやサービス付高齢者住宅のほか、養護老人ホームといった回答がみられ、利用者本人の経済状況や生活能力、精神状態等も勘案した上で、次のステップへの移行支援が行われていると推察された。

(3) 土日等の日中支援については、生活支援員等を配置し支援を行っている事業者の方が、生活支援員等を配置していない事業所よりも多い結果が見られた。グループホームが制度化された当初は、こういった支援を必要としない人がグループホームを利用する前提となっていたが、時代の変遷とともにより重度の人たちの地域生活移行も進み、夜間支援等を受けながら地域で生活する人が増えてきたことが推察された。このことは、夜間の支援体制の有無の結果からも窺い知ることができた。つまり、制度化当初は就労可能な中軽度の知的障がいのある者が対象であったグループホームのあり方も、より重度の者の地域生活を支援していくために夜勤又は宿直体制と土・日の支援体制が標準となってきたのが現在の流れだといえよう。

なお、このことは県ごとでもかなり事情が異なっていることが分かったことは興味深かった。

(4) 「高齢になった知的障がい者が、地域の中のグループホームで長く暮らすには、どんなサービスが必要だと思われるか」という質問への回答結果では、「夜間・休日の緊急時の対応サービス」が必要という声が最も多く聞かれた。この背景には、高齢化に伴い病気の発症や、筋力低下による転倒リスクの増大などといった課題があると考えられる。「医療機関との連携」についても四番目に多く聞かれた意見であった。このことは緊急時の対応だけではなく、利用者の医療ニーズが増えてきている中で、これまで以上に医療との連携の必要性を支援者が感じていることの裏返しといえるだろう。

(5) 「グループホームに暮らす知的障がい者の家族（後見人等含む）は、一般にどのように望んでいると考えるか」という質問に対しては、「最後までホームで生活してほしい」と「障がい者専用の高齢者施設に入ってほしい」という回答が多く聞かれた。一般の高齢者と同じように、可能な限り馴染みのグループホームでの在宅生活を継続したいという思いと同時に、グループホームでの生活が困難になった際、一般の高齢者と一緒に暮らすことは障がい特性を考えると難しいのではないかと、この思いを持つ人も多いことが推察される。

(6) 夜間支援のあり方の違いを基に調査結果を分析した結果、利用者の障害支援区分の状況を見ると、区分の重たい人ほど夜勤支援又は当直支援があるグループホームで生活している傾向がみられた。

- ① 利用者数で見ると、「当直支援あり」のグループホームが 1,874 人と最も多く、次いで「夜勤支援あり」のグループホームが 1,233 人、「夜間支援なし」が 994 人という結果であり、夜勤支援又は当直支援ありのグループホームで生活されている人が半数以上に上ることがわかった。
- ② グループホームの年齢構成をみると、60 歳以上の利用者が一番多いのは「宿直支援あり」の 355 人であり、次いで「夜勤支援あり」の 237 人、「夜間支援なし」の 218 人、「夜間支援その他」の 178 人であった。夜間帯に支援者がいるグループホームの方が、夜間支援がないグループホームに比べて 60 歳を超えた人が多く利用している傾向がみられた。

なお、県別では岡山県において、夜間支援のないグループホームが多い傾向が



みられた。

- ③ 次に、障害支援区分ごとにみると、区分 1 では「夜間支援なし」が最も多く、区分 2 では「当直支援あり」、区分 3 でも「当直支援あり」、区分 4 でも「当直支援あり」、区分 5 でも「当直支援あり」となっているのに対し、区分 6 では「夜勤支援あり」が最も多い結果であった。障害程度区分が軽い人は「夜間支援なし」のグループホームで生活する人が多く、中程度の人は「宿直支援あり」のグループホーム、重度の人になるにつれて「夜勤支援あり」のグループホームで生活されていることが、この調査結果からも明らかになった。
- ④ 夜間支援がないグループホームにおいては、土日等の日中支援についても、生活支援員を配置していない傾向がみられた。逆に、夜間支援を行っているグループホームでは、土日等の日中支援も行っている傾向がみられた。

(7) 要介護認定の取得状況をもみても、夜勤支援又は当直支援があるグループホームで生活している人ほど取得している人が多い傾向がみられた。グループホームと併用している介護保険サービスについては、「宿直支援あり」において訪問看護の利用が特に多い傾向というがみられた。

(8) 「グループホームに暮らす知的障害者の家族（後見人等含む）は、一般にどのように望んでいると考えるか」という問いに対し、「最期までホームで生活してほしい」と回答したところは、「夜勤支援あり」、「当直支援あり」のホームが多い傾向がみられた。こうしたことから、もともと夜間支援のないグループホームで生活していた人の周囲の者は、生活が困難になれば次のステップへ移行することを仕方ないとする傾向があり、もともと夜間も支援が入っているグループホームでは、最期まで地域のグループホームで過ごしてもらいたい思いが強いのではないかと考えられる。

6. 資料（調査票）

グループホームにおける高齢知的障がい者の地域生活支援に関するアンケート調査

[ 平成28年10月1日 現在 ]

- ① 本調査は住居（ホーム）単位ではなく、**指定事業所単位**でご回答ください。  
 ② 設問には**平成28年10月1日現在**で記入してください。  
 ③ 空欄には記入を、選択肢には○・「」チェックをつけてください。

現在、貴事業所は利用者 の高齢化の問題について 深刻に考えていますか？	<input type="checkbox"/> 1. 深刻に考えている	<input type="checkbox"/> 2. 深刻に考えていない
	<input type="checkbox"/> 3. その他( )	

1. 事業所の名称			
2. 事業所所在地	県	区・市・町・村	
3. 運営主体 (法人等)	名称:		
	区分:	<input type="checkbox"/> 1. 地方自治体 <input type="checkbox"/> 2. 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 3. NPO法人 <input type="checkbox"/> 4. その他	
4. 運営主体の形態	<input type="checkbox"/> 1. GH等単独 <input type="checkbox"/> 2. 入所系 <input type="checkbox"/> 3. 通所系 <input type="checkbox"/> 4. 宿泊型自立訓練		
	<input type="checkbox"/> 5. 地域生活支援センター等 <input type="checkbox"/> 6. その他( )		
5. 事業所の定員 及び利用者数	定員[ ]名	平成28年10月1日 現在の利用者数	合計 [ ★ ]名 男性[ ]名 女性[ ]名

★の欄の数字は、同じ数になるよう確認ください。

		19歳以下	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳
6. 年齢別施設利用者数	男性							
	女性							
	計							
		65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
	男性							★
	女性							
	計							名
	7. 障害支援区分の状況		非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5
								計
8. 要介護認定 を受けている人 の状況	未認定	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
								計
								★
9. 認知症診断のある人 はいますか？		診断あり	認知症を疑う行動は あるが診断はない	その他				診断を受ける 必要なし
				( )				

10. 日中活動の状況	日中活動の場	人数	日中活動の場	人数
	1. 生活介護		6. 一般就労	
	2. 就労移行支援		7. 通所介護等(介護保険)	
	3. 就労継続A型		8. その他の活動	
	4. 就労継続B型		9. グループホームのみ(日中活動なし)	
	5. 地域活動支援センター		計	★ 名
11. 退所者の退所後の生活の場 (平成25年度以降)	退所後の生活の場	人数	退所後の生活の場	人数
	1. 他共同生活援助		7. 老人保健施設	
	2. 障がい者支援施設		8. 認知症グループホーム	
	3. アパート等(単身・結婚)		9. 小規模多機能型居宅介護	
	4. 家庭(親元・家族同居)		10. 死亡	
	5. 病院		11. その他( )	
	6. 特別養護老人ホーム		計	名
12. 土日等の日中支援について	<input type="checkbox"/> 1. 生活支援員等を配置し支援を行っている <input type="checkbox"/> 2. 生活支援員等を配置しておらず行っていない <input type="checkbox"/> 3. その他( )			
13. 夜間の支援	<input type="checkbox"/> 1. 生活支援員等が夜勤体制で支援 <input type="checkbox"/> 2. 生活支援員等が当直体制で支援 <input type="checkbox"/> 3. 生活支援員等を配置せず行っていない <input type="checkbox"/> 4. その他( )			
14. 共同生活援助と併用して利用している、介護保険サービスについて	介護保険サービスの種類	人数	介護保険サービスの種類	人数
	1. 通所介護		6. 訪問リハビリテーション	
	2. 短期入所(*介護保険)		7. 通所リハビリテーション	
	3. 訪問介護		8. その他	
	4. 小規模多機能型居宅介護		( )	
	5. 訪問看護		( )	
15. 65歳以上の利用者が、土日、夜間の支援が必要となった時の対策として、現在、利用できる(考えられる)サービスや支援はありますか？	利用できるものや、考えられるものをご記入ください ( )			

<p>16. 高齢になった知的障がい者が、地域の中のグループホームで長く暮らすには、どんなサービスが必要だと思いますか？</p> <p>(必要だと思うものに○をつけてください) *複数回答可</p>	<input type="checkbox"/> 土日・休日の日中活動支援の充実
	<input type="checkbox"/> 夜間・休日の緊急時対応サービス
	<input type="checkbox"/> 夜間の当直体制
	<input type="checkbox"/> 夜間の夜勤体制
	<input type="checkbox"/> 送迎サービスの充実
	<input type="checkbox"/> 短期入所の利用(障がいサービス)
	<input type="checkbox"/> 短期入所の利用(介護保険サービス)
	<input type="checkbox"/> 医療機関との連携 具体的には [ ]
	その他 [ ]
<p>17. グループホームに暮らす知的障がい者の家族(後見人等含む)は、一般的にどのように望んでいると考えていますか？</p> <p>(優先順位をつけて1～3の番号を記入ください)</p>	<input type="checkbox"/> 最後までホームで生活してほしい
	<input type="checkbox"/> 将来的には障がい者入所施設に入してほしい
	<input type="checkbox"/> 時期が来れば介護保険の特別養護老人ホームに入してほしい
	<input type="checkbox"/> 時期が来れば介護保険の認知症グループホームに入してほしい
	<input type="checkbox"/> 障がい者専用の高齢者施設に入してほしい
	<input type="checkbox"/> 親子で入れる入所型のサービスを利用したい
	<input type="checkbox"/> 将来的には自宅へ引き取りたい
	<input type="checkbox"/> 考えたことがない その他 [ ]

ご協力、ありがとうございました。

## 第4章

### 先駆的取組みを行っている先進事例の 視察・調査

「先駆的取組みを行っている先進事例の視察・調査」として、下記の日程において、地域で暮らす知的障がい者の高齢化問題に取り組む団体等を訪問・見学し、現状と課題等を学ぶとともに、高齢知的障がい者の地域生活継続のために必要だと思われること等について、意見交換を行いました。

日 程	場 所
平成 28 年 11 月 7 日	1. だて地域生活支援センター (社会福祉法人 北海道社会福祉事業団)
平成 28 年 11 月 8 日	2-1. 障がい者支援施設 侑愛荘 2-2. 指定共同生活援助事業 (グループホーム) つぐみ荘 (社会福祉法人 侑愛会)
平成 28 年 11 月 28 日 11 月 29 日	3-1. サポートセンターふかふか浜田 3-2. サポートセンターふかふか金城 3-3. ハートネットミレ青山 (社会福祉法人 いわみ福祉会)
平成 28 年 12 月 19 日	4. 独立行政法人 国立重度知的障害者総合支援施設 のぞみの園
平成 28 年 12 月 20 日	5. 第 6 いたるホーム「ワルツ」 (社会福祉法人 いたるセンター)

## 1. だて地域生活支援センター（社会福祉法人 北海道社会福祉事業団）

代表住所：〒052-8586

北海道伊達市旭町 50 番地 62

### （1）主な役割

グループホームと居宅介護事業所等を運営し、障がいのある人の健康管理などの日常生活における支援、一般企業等に通う人の職場支援や通院介助など、利用者が安心して地域生活を送るための様々な支援を実施。

### （2）事業

- ・ 自立訓練（宿泊型）事業「旭寮」
- ・ 共同生活援助事業「らいむ」（宿直支援型ホーム 7 カ所・通勤支援型ホーム 14 カ所）
- ・ 共同生活援助事業「ぴいす」（宿直支援型ホーム 32 カ所・通勤支援型ホーム 4 カ所）
- ・ 居宅介護事業「サポートセンターまめ太」
- ・ 重度訪問介護事業

### （3）伊達市における知的障がい者の地域移行の歴史

同一法人内の知的障がい者入所施設「太陽の園」において、約 40 年前より地域移行支援が始まった。400 人の定員を持つ入所施設であったが、現在では 160 名の定員へと段階的に定員を減らしている。地域移行支援開始当初は、軽度の障がいを持つ人から地域移行支援が実施された。特に、町で働ける人からスタートした。その後、一般就労できる職場の減少に伴い、福祉的就労が増加してきた。そうした中、平成 18 年頃より重度の人についても、地域移行支援を実施しようという機運が高まった。しかし、従来のグループホームでの支援のあり方では、重度の知的障がいを持つ人の支援に限界があるとのことから、夜間についても夜勤者又は宿直者（支援者）を配置した宿直支援型ホームが開設された（具体的には、一般就労は困難であるがグループホームでの生活は可能。しかし、時間感覚がわからない、火の始末に不安が残るといった状態像の人を対象）。

現在、だて地域生活支援センターにおいては、宿直支援型ホーム 40 カ所、通勤支援型ホーム 18 カ所と、宿直支援型ホームの数の方が多くなっている。

#### (4) 知的障がい者の高齢化問題に対して、地域生活継続のための取り組み

グループホーム利用者において認知症を発症するなどし、食事・入浴・排泄などいわゆる「3大介護」が必要になった人に対しては世話人（支援員兼務という位置づけ）が支援を実施している。また、身体機能が低下し、夜間、寝返りが打てないなど支援が必要な状態であっても、グループホームに宿直者（世話人）が配置されているため、宿直者（世話人）がその都度、体位交換や下着交換など、必要な支援を実施してきた。

認知症を発症し、徘徊などの症状が顕著になるケースについては、世話人1人での支援は難しいため、別に食事を作る職員を配置するなど利用者の状態像に合わせて柔軟な対応を実施している。

グループホームでは、日中の利用者が不在の時間帯においても、日勤者がおり、掃除や洗濯といった家事を行うほか、体調不良などの理由にて日中の通所サービスを休んでホームに残った利用者の見守りを実施している。

平成25年より、看護師が日勤帯に勤務しており、日中の通院支援や夕方にグループホームへ出向き、利用者と話をする中で健康状態の把握を実施している。

緊急時の対応については、グループホーム→あさひ寮→担当支援課長→グループホームへ再度確認、の手順で報告を実施している。必要に応じて担当支援課長がグループホームへ出向いたり、救急車の要請をするなど実施する（前述の手順が基本ではあるが、臨機応変に世話人の判断で、救急搬送、警察への連絡など先行して実施される場合もある。また、世話人は、救急救命講習を受講している）。

#### (5) グループホームにおいて、高齢知的障がい者の支援が困難となるケース

日常的に「医療」の支援が必要になると、病院や老人施設へ転院する。

同一法人内の知的障がい者入所施設「太陽の園」については、バリアフリーの施設ではないため車椅子生活になるなどしても、グループホームから入所施設へ移ることは困難。同じ伊達市内の他法人では、高齢化に特化したグループホームを建設するなどの取り組みを実施しているため協力をしながら支援を実施している。

#### (6) ハード面について

グループホームの建物は、賃貸で実施してきた。もともと伊達市では大きな家が多いため、4～5部屋の確保ができてきた。

また最近では、貸主の方からアパートを立て直すのにグループホームとして使ってもらえないか、との打診もある。そういった場合、バリアフリーなど使い勝手の良い



よう設計の段階から関わることができ、よりよい建物ができている。しかし、要望を増やしすぎると建築コストがかさみ、その分、家賃が高くなるなどデメリットも生じている。

#### (7) グループホームにおける看取りについて

当初は、グループホームでの看取りも視野に入れていたが、現在は、ハードルが高いと考えている。知的障がい者の場合、本人の意思確認が難しいことも一つの要因である。そのため、利用者の多くは、グループホームに籍をおいたまま、入院先の病院で亡くなるケースが多い。

#### (8) ご家族の希望

最期まで、グループホームでの生活を望まれる人もいるし、逆に病院を望まれる人もいる。ケースバイケースというのが実情。

#### (9) 成年後見制度の活用について

なかなか制度利用が進まず、現在はグループホーム利用者の1割程度が活用している。制度活用のきっかけとしては、親の遺産相続の手続きを実施するなど、実際に困った際に制度申請するなどのケースが多い。また、最近では、本人の親が成年後見人になっていたが、親も高齢のため、弁護士などの第三者が後見人に変更になるケースもある。

#### (10) 人材育成・職員の確保について

世話人の多くは、子育てが終わった世代で、食事作りがメインの業務にてスタートした。グループホームが増えるにつれ、また、重度知的障がいの人が増えるにつれ、世話人の業務量（個別外出・通院介助・身体介護）も増大してきた。特に、介護技術についてはもともと特養で働いたことがある等といった経験のある職員から教えてもらうなど、その都度、スキルアップを実施してきた。また、近年では、世話人スキルアップ研修を独自に実施しており、4年間かけてすべてのプログラムを受講できるよう取り組んでいる。

(1 1) 平成 23 年度～27 年度の 5 年間にグループホームを退所した人の状況

要 因	人数
グループホームにて死亡	9
高齢者施設へ入居	2
病院へ入院	2
入所施設へ入所	2
一般のアパート	5
他の地域へ移住	14
異動先にて死亡	2
合計	36

(1 2) グループホーム利用者の状況 (平成 28 年 4 月時点)

形態	戸数 (カ所)	入居者数 (人)
宿直支援型	39	241
通勤支援型	18	99
合計	57	340

	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代～	合計
男性 (人)	24	30	51	46	59	6	216
女性 (人)	8	13	29	19	43	12	124
%	9	13	24	19	30	5	100

平均年齢：50.8 歳

障がい支援区分	非該当	1	2	3	4	5	6	合計	平均
人数 (人)	1	2	48	90	115	63	21	340	3.7
%	0	1	14	26	34	19	6	100	

## 参考写真

(1) 民家を借りたタイプ



(2) グループホームとして建てたタイプ



(3) 当直室（室内には仮眠用のベッドも完備）



(4) 洗濯機の横に汚物処理用の流しを完備



(5) 手すりを完備しバリアフリー構造のトイレ

## 2-1. 障がい者支援施設 侑愛荘（社会福祉法人 侑愛会）

当別地区（ゆうあいの郷）住所：〒049-0282

北海道北斗市当別 697

### （1）主な役割

知的障がい者更生施設などで 40～50 代の人の身体機能低下が早く、若い世代と一緒に支援を実施することに限界が生じてきた。そこで、高齢期支援に特化した入所施設として昭和 51 年 10 月に開設。

### （2）事業

生活介護+施設入所支援事業 定員 80 名（短期入所 空床型 2 名）

### （3）社会福祉法人侑愛荘の歴史と障がい者支援施設侑愛荘

法人としては、保育園から始まり、障がい児施設、成人施設、授産施設を開設。また、地域移行支援に合わせグループホームを開設するなど、時代や利用者のニーズに合わせて施設数も増えてきた。そんな中、成人の施設の中で高齢化が問題となり、知的障がい者の高齢化問題に的を絞り作ったのが、障がい者支援施設侑愛荘である。

開設当初の平均年齢は 45 歳であった。

### （4）知的障がい者の高齢化問題に対する取り組み

① 平成 11 年と平成 26 年に新棟を増改築し、バリアフリーや個室化の促進などハード面の体制を強化した。

「医療ニーズ」への対応として、往診にて対応できるよう仕組みを変更した。それまでは 1 日に 2～3 人の入所者を職員が車で往復 90 分近くかけて、市内の病院へ通院していた。そこで、眼科などニーズの多い科目については施設へ往診してもらい、また、どうしても通院が必要な方についても同じ病院へ一度に複数人で受診するなど、効率化を実施した。

② 職員の意識改革への取り組み。

入所者に対して、いわゆる「がんばれ」の支援から「楽しみながら自然に体を動かす」など、職員の意識を児童・成人期の知的障がい者への関わり方とは異なる「高齢

期支援」であることへの認識改革を行った。地域移行や就労移行などの若いころの目標とは違い、高齢期にふさわしい目標設定を実施した。

日中活動については、自由参加。毎日何かの活動に参加しなければならないという強制参加の仕組みではない。また、週に2日はゆったりと過ごす日として、プログラムを設けていない日を設定している。

③ 専門性を高め、高齢知的障がい者支援の知識や介護技術を高めていくことを目標に、専門チームを組織化（食事ケア検討チーム、排泄ケア検討チーム、入浴ケア検討チーム、施設連携検討チーム、虐待防止検討チーム）。

#### （5）侑愛荘へ入所となるタイミング

知的障がいを持つ55歳以上で、加齢による身体機能が低下した人（転倒を繰り返すようになったなど）。また、認知症の発症により、成人施設やグループホームでの生活が困難となった場合。

ダウンの人については、老化が早いとされるため40歳ごろより入所可能。

多くは、法人内の入所施設やグループホームで生活をされていた人であるが、長年、在宅生活を親としていたが、親自身が高齢になり面倒をみれなくなり、侑愛荘へ入所となるケースもある。

#### （6）侑愛荘において、高齢知的障がい者の支援が困難となるケース

看護師の勤務が平日と土日祝日を含めて日勤帯のみであり、夜間に吸引が必要など「医療」依存度が高まった場合。

毎日の点滴実施やインシュリン注射、胃ろうなど経管栄養の人でも受け入れを実施するが、施設全体で3～4人が限度であり、その定員を超えた場合。

「医療」が問題となって病院などへ退所となるケースはあるが、「介護」を理由に特養などへ移るケースはない。

#### （7）施設における看取りについて

年間5～6人が死亡により退所となるが、その多くは病院で亡くなるケースである。中には、ガン末期でホスピスに通院し痛みが増せば、入院の予定であったが急変し施設で亡くなるケースもあった。知的障がいを持つ高齢者は症状悪化が急激であり、一般の特養での老衰のような「徐々に衰える」といったケースは少ない。そのため、タ

一ミナル支援が難しいが、できる限り侑愛荘での生活を続けられるよう支援している。

(8) 外部通院の状況

平成 25 年度以降、比較的用户の状態が安定していること、また最も通院の多かった眼科が敷地内の診療所での内部受診が可能になったことから、外部への通院件数は減少している。

年度	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
外部通院 件数	1,266	1,174	973	1,099	1,139	999	1,200	736	724	666

(9) 平成 12 年度～平成 27 年度の間に入所した方の状況

要因	人数
死亡	36
病院へ入院	16
施設入所	10
地域移行	1

※1 死亡者の平均年齢 71.7 歳

※2 病院への入院者の平均年齢 72.1 歳

※3 施設入所については、介護保険制度導入後は 0 人。

(10) 入所者の状況 (平成 28 年 4 月時点)

平均年齢の推移

年次	S51	S60	H7	H17	H24	H28
平均年齢	45.6	53.8	60.6	67.6	71.4	70.7

年齢	～49	50代	60代	70代	80代	90代	合計	最低	最高	平均
男性	2人	2人	20人	10人	8人	0人	42人	46歳	86歳	69.6
女性	2人	4人	7人	13人	7人	2人	35人	45歳	91歳	72.1
比率	5%	8%	35%	30%	19%	3%	100%	—	—	70.7

障がい支援区分	非該当	1	2	3	4	5	6	合計	平均
人数（人）	0	0	0	2	8	18	49	77人	5.5
比率（％）	0	0	0	3	10	23	64	100%	

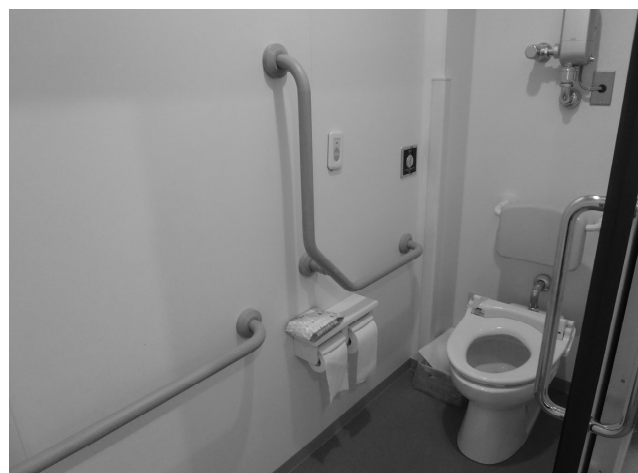
## 参考写真

（1）新棟の外観



（2）腰をかけて靴を履けるよう配慮された玄関

（3）手すりの設置された居室入口



（4）手すりなどが設置されバリアフリー構造のトイレ

(5) トイレ横には、汚物処理用の流しを完備



(6) 男性用トイレ

(7) 浴室



(8) 車椅子の駐車スペース

リビング内で車椅子から椅子に座り替えた際に、乗っていた車椅子を駐車するスペース



## 2-2. 指定共同生活援助事業（グループホーム） つぐみ荘

（社会福祉法人 侑愛会）

代表住所：〒049-0111

北海道北斗市追分7丁目8番9号

見学施設：グループホームのどか

### （1）主な役割

地域で生活を営む利用者に対し、必要な支援活動を展開することによって障がい者の地域での暮らしの保障と社会経済活動への参加促進を図る。

### （2）事業

グループホーム 24 か所（宿直支援型ホーム 1 か所・通勤支援型ホーム 23 か所）

### （3）知的障がい者の高齢化問題に対して、地域生活継続のための取り組み

つぐみ荘は 25 年前、福祉ホームとしてスタート。構造としては、ノンバリアフリーであった。現在は 24 時間職員が常駐するため、障がいの重い人や初めてグループホームでの生活を始める人を対象に運営を実施している。

また、1 人分の短期入所（以下、ショートステイ）枠を設けており、病院を退院後に夜間に支援が不在のグループホームでの生活に不安がある利用者に対して、ショートステイを実施している。グループホーム利用者は、制度上ショートステイは使えないため費用は法人が負担し実施している。

平成 26 年に玄関先にスロープがついているなど、車いす利用者でも生活ができるような物件が見つかる。その中古住宅を法人が買い取り、グループホームのどかとして運営を開始。実際、常時車いすを利用するような人の入居はこれまでに前例がないが、将来的には宿直者も配置できるよう部屋を確保している。

通院については生活支援員、又はサービス提供責任者等が付き添っている。そのほか通院介助専門の職員を 2 人雇用している。軽度の人で歯科と整骨院について、1 人で行ける人は 1 人で通院しているケースもある。

### （4）グループホームにおいて、高齢知的障がい者の支援が困難となるケース

身体機能が低下し転倒の危険など、夜間の世話人が不在時にリスクが高い人については、法人内の侑愛荘や侑ハウスへの移行を行っている。侑ハウスについては、侑愛

荘に比べると軽介助で済む人が対象である。基本的に 65 歳以上の人は介護保険優先であるが、障がい特性などを踏まえ侑愛荘であれば移る許可が自治体からはでている。

#### (5) 人材育成

世話人については、良くも悪くも人間関係が構築されるため、4～5年で担当のグループホームを移動している。

月に1回、世話人会議を開催。虐待防止、インフルエンザ、ノロウイルスなどの啓発や研修を開催し、情報伝達の間としても活用している。

#### (6) 今後、問題としていること

- グループホーム利用者において、老化によりグループホームでの生活が困難となった際、入所施設には入りたくないという本人の希望に対してどのように対応していくか。
- バリアフリー設備の整ったグループホームを増やしていくこと。
- 成年後見人がついている人は3名のみであり、必要な方へ制度活用を行っていく。
- 日中活動について、グループホーム入居者において、70～80歳の人だと職住分離は移動だけでも体力的にしんどい。また活動自体も若いころと同じ様にはいかないため検討が必要。現在、介護保険のデイサービスを利用されている人は0人。

#### (7) 利用者の状況（平成28年4月時点）

男性	81人
女性	34人
男性平均年齢	51歳
女性平均年齢	55歳
平均年齢	52.6歳

60代以上が3割を占める。

## 参考写真

(1) 外観 (玄関に続くスロープを完備)



(2) バリアフリー構造の玄関

(3) トイレ



(4) 共有スペース



### 3. 社会福祉法人 いわみ福社会

代表住所〒697-0123

島根県浜田市金城町七条ハ 559 番地 2

#### 3-1. サポートセンターふかふか浜田（共同生活援助事業）

- 夜勤/日直型の GH 1カ所
- 夜間支援なしの GH 6カ所

#### 3-2. サポートセンターふかふか金城（共同生活援助事業）

- 夜勤/日直型の GH 3カ所
- 夜間支援なしの GH 6カ所

#### 3-3. ハートネットミレ青山（共同生活援助事業）

- 夜勤/日直型の GH 1カ所
- 夜勤支援なしの GH 3カ所

#### (1) 高齢知的障がい者の高齢化問題に対して、地域生活継続のための取組

- 高齢障がい者がいつまでも働き続けるのではなく、障がいのない人と同じように落ち着いた生活を送れるよう支援している。
- 家族会への働きかけを行い、高齢になる前にショートステイなどのサービスを上手に使っていけるよう支援している。
- 病気などを理由に夜間支援者のいない GH での生活が不安な場合、一時的に宿直者のいる GH へ移り、調子が良くなればまた今までの生活へもどるような体制の確保している。もともと宿直体制型の GH については、障がいの程度により夜間支援を必要とする方のために整備したものであり、高齢を理由に宿直型の GH を活用するのは一時的な考え方の下に実施している。
- 平日の日勤帯は、看護師を配置し、GH 全体をみられる体制の確保している。
- 相談支援専門員の資格と介護保険のケアマネージャーの資格を両方持つ職員を育成することで、障がい者サービスと介護保険サービスの双方に理解を深め、円滑なサービスの移行や、柔軟な対応ができるように努めている。
- セキュリティー会社と契約し、すべてのホームに導入している。

(2) グループホームから次の住家に移るタイミングについて

- 介護保険では、特別養護老人ホームへの入所は原則要介護 3 以上の方に限定されている。そんな中、高齢の知的障がい者において、加齢などにより現在住んでいるグループホームでの生活が難しくなってきた要支援や要介護 1・2 に該当する人は行き場がない。ケースによっては、一般の有料老人ホームや認知症グループホームに移行できる人もいれば、養護老人ホームなどへ移るケースも考えられる。
- 知的障がい者だからと画一的な支援はできない。その人一人ひとりに合った次のサービスへのタイミングを検討していく必要がある。

(3) 看取りについて

- 元々法人としては、障がい者支援施設として「桑の木園」を開設し、入所施設から GH などへの地域移行を推進してきた。高齢になったから、GH から入所施設へ再入所ではなく、地域で住み続ける支援を行っていく。
- 看取りについても GH の役割としてではなく、ライフステージにあった場所を提案していく取り組みをしている。

(4) サポートセンターふかふかの状況

(グループホーム名は、A～P と仮称表示しています)

グループホーム名	夜勤/日直	定員	平均年齢	最高齢
A	○	9	38.1	54
B	—	4	45.5	47
C	—	4	48.6	59
D	—	4	44.0	47
E	—	4	32.0	40
F	—	6	50.6	68
G	—	4	33.0	47
H	○	10	41.5	61
I	○	6	57.6	69
J	○	7	60.1	71
K	—	4	38.6	47

L	—	6	41.6	57
M	—	6	36.3	51
N	—	4	50.0	68
O	—	4	51.7	61
P	—	4	41.2	49

年齢	認定無	区分 1	区分 2	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6	合計
30 歳未満	8		2	1	2		1	14
30 歳代	5	1		4	2	1		13
40 歳代	8	1	3	5	5	1		23
50 歳代	5		3	2	4		1	15
60 歳～65 歳	1			2	4		1	8
65 歳以上	1		1		2	2		6
合計	28	2	9	14	19	4	3	79
構成比	35%	3%	11%	18%	24%	5%	4%	100%

## 参考写真①（複数のグループホームの写真が混在しています）

（1）グループホームの外観



（2）グループホームの玄関に設置されているスロープ

(3) 手すりの設置されている廊下



(4) 駐車場に向かって伸びるスロープ

(5) 開放的なリビングルーム



## 参考写真②（養護老人ホーム ミレ青山）

（1）外観



（2）廊下の様子（休憩スペースと手すり）



（3）高齢知的障がい者の受け入れも想定し、ユニットに併設されている汚物処理スペース





#### 4. 独立行政法人 国立重度知的障害者総合支援施設のぞみの園

代表住所：〒370-0865

群馬県高崎市寺尾町 2120-2

##### (1) 法人概要

国立のぞみの園は、昭和 46 (1971) 年 4 月に全国から受け入れた重い知的障がいのある人たちなどを終生保護するための施設「国立コロニーのぞみの園」として開設。その後、2003 年 10 月に独立行政法人への組織変更を機に、重い知的障害のある人たちなどの自立のための支援と、その調査研究、そして支援者の養成や研修などを総合的に行うことにより、知的障がいのある人たちなどの福祉の向上を図ることを目的とした「国立のぞみの園」に生まれ変わる。

##### (2) 事業

###### ① 施設利用者等に対するサービス

- ・ 施設入所支援 (13 寮)
- ・ 共同生活援助 (宿直支援型ホーム 4 カ所)
- ・ 生活介護
- ・ 自立訓練 (生活訓練)
- ・ 就労移行支援
- ・ 就労継続支援 B 型
- ・ 短期入所
- ・ 相談支援
- ・ 児童発達支援
- ・ 放課後等デイサービス
- ・ 地域生活移行支援 (法人独自のモデル事業)

###### ② 調査・研究

###### ③ 養成・研修

###### ④ 援助・助言

###### ⑤ 診療部

##### (3) 知的障がい者の高齢化問題に対して、地域生活継続のための取り組み

- のぞみの園は、全国から重度の知的障がいを持つ人を入所者として集めた経緯

もあり、地域移行として生まれ育った土地へ帰った人も多い。そうした中、高崎市内には、直営のグループホームを 2007 年より 4 カ所開設している。これは、高齢化や重度化、故郷に身寄りがない人、自閉症を併せ持つ人などのために展開をしてきた。重度の人のグループホームということで、夜間の宿直態勢を確保しており、発熱などの体調不良時でもホームでの対応が可能となっている。また、日中は、ホームに支援者がいるため、通院時の付き添いや風邪で日中活動を休んだ場合でも、ホームでの生活が成り立っている。

- ケースにもよるが、高齢化に伴い、介護保険のデイサービスと障がい者サービスの生活介護を組み合わせるなど、柔軟な対応を市町村と協議し、実施している。
- 車椅子の人が生活できるよう設計されたグループホームを建設している。

(4) グループホームにおいて、高齢知的障がい者の支援が困難となるケース

- 「医療」が必要になった場合。  
(例) 重度のてんかん発作を繰り返し、緊急搬送される。訪問看護だけでは、まかなえない「医療行為」が必要となる場合。

(5) グループホーム入居者の状況（グループホームの名称は、W～Z と仮称）

GH名	特徴	定員	現員	最高齢	平均年齢	平均障害支援区分	介護認定を受けている人
W	重度介護者対応	9	8	81歳	72歳	6.0	6人
X	行動障害対応	8	8	76歳	67歳	5.3	4人
Y	一般住宅型	4	4	70歳	65歳	4.7	1人
Z	自閉症型	6	6	56歳	50歳	5.5	0人

(6) 施設入所支援における高齢化対策

- 「医療的配慮寮（車椅子、胃瘻）」「高齢者支援寮」「特別な支援を必要とする寮（激しい行動障害を有する方）」「自立を支援する寮」の 4 つに再編し、それぞれ 3 か寮、2 か寮、2 か寮、6 か寮ある。

- 加齢に伴って自ら参加していた活動が難しくなり、見て楽しむなど参加方法の変更している。
- 嚥下状態に合わせた食事形態の変更している。
- 成年後見制度の活用や家族との連絡手段の取り方について、家族も高齢化し連絡がとれなくなるケースもあって対策をとっている。

## 参考写真（複数のグループホームの写真が混在しています）

（1）段差のない玄関入口



（2）車椅子の方が離合できるよう広めにスペースのとってある廊下



（3）トイレ



（4）居室内にも手すりが設置されている



（5）各ホームに設置されている AED と非常災害時持ち出し袋

## 5. 第6 いたるホーム「ワルツ」(社会福祉法人 いたるセンター)

〒167-0043

東京都杉並区上荻 2-7-9 イータル上荻

### (1) 主な役割

重度(障害支援区分4以上)及び高齢の利用者対応のグループホームの運営。

### (2) 事業(共同生活援助)

- 宿直体制型 ワルツⅠ 8名定員(女性)
- 宿直体制型 ワルツⅡ 5名定員(男性)

### (3) 知的障がい者の高齢化に対して、地域生活継続のための取組み

- イータル上荻の建物は、法人内における既存のグループホームの老朽化等に伴い、平成28年2月に完成した。障がい者が高齢になっても住み続けられるようハード面の工夫を実施している。当初予定より、部屋数は少なくなったが廊下を広くするなど工夫を行っている。建物内に、訪問看護ステーションを併設している(現在、未稼働)。
- 医療面では近隣の病院と連携し、24時間対応や外来パス(既往歴・内服中の薬)などスムーズに受診ができるシステムを構築している。
- 宿直者に加えて日勤者を配置することで、体調不良時にはホームで過ごすことができるよう体制を整えている。
- 包括型のグループホームのために介護保険のヘルパーはつかえないが、福祉用具のレンタルやデイサービス等と障害者サービスの併用については、市区町村と相談しながら対応している。
- 夜間緊急時など、宿直者とは別に応援にかけつける職員を配置している。

### (4) グループホームにおいて、高齢知的障害者の支援が困難となるケース

- 「常時医療」が必要となる人については、医療機関と要相談となる。
- 認知症状による「徘徊」が見られる人については、認知症対応型グループホームなど他のサービスを紹介している。

### (5) 看取りについて(終末期の対応)

実際に、ホーム開設から日が浅く、ホームで看取った人はいない。今後もどのような対応をすべきか検討中。

(6) 利用者の状況

	30代	40代	50代	60代	70代	平均
ワルツⅠ	1名	3名	2名	1名	1名	51.75歳
ワルツⅡ	2名	2名	1名			44.2歳

	支援区分3	支援区分4	支援区分5	支援区分6
ワルツⅠ	3名	1名	3名	1名
ワルツⅡ		1名	2名	2名

参考写真

(1) 外観



(2) トイレ及び持ち手の体格に合わせて利用できるトイレ内の手すり



(4) 便座からずり落ちた際に押せるよう床に近い場所に設置されているブザー



(5) 可動式の手すりがついた浴室



## 6. 訪問・視察、意見交換を終えての感想

### (1) 総括

今回の訪問・視察を行っていく中で、知的障がい者の高齢化問題といっても、元々の状態像やそれに合わせた支援の度合い、法人や事業所の歴史、さらに各市町村自治体の福祉行政のあり方等により、焦点化すべき課題が大きく異なっていることを理解することができました。

まず、当法人においては夜勤者又は宿直者を常時配置しているグループホームが存在しない中、訪問先によっては「夜勤又は宿直体制はスタンダードです」といった話しを聞くこともあり、当初、意外な感を受けたのも事実です。しかし、同じように知的障がいのある人たちの地域生活を支援する目的のグループホームではあっても、その設置経緯や利用者の状態像には多様性があり、必ずしも当法人が抱えていた課題が全国的な問題であるとも言い切れないこともわかってきました。

そもそも当法人の課題は、これまで長期にわたり地域で暮らしてきた知的障がいのある人たちが、徐々に歳をとってくる中で身体的・精神的・病的な課題を抱えるようになり、夜間支援等のない状態では地域生活の継続が困難となってきたことでした。こうしたことが生じた最大の理由は、当初、施設を出て地域生活を始めたのは中軽度の就労できる人たちで、それからすでに20年、30年経つ中、一般の人たちと同様、老化による衰えが見られているということです。

しかし、他法人の状況を見ると、確かに同じ課題を抱えているところもあれば、そうした状況下でグループホームの再編成をしているところ、あるいは当初より重度の人たち向けのグループホームとして設置したため、初めから土・日や夜間も支援者を置いてきたところなど、様々な法人・事業所の事情が存在していました。また、古くから施設入所支援を行ってきた法人では、当法人と同様、施設に入所している利用者の高齢化も課題になってきていました。地域生活支援のみならず、まさに5年先、10年先には高齢知的障がい者支援のあり方が全国的に大きな課題となってくると考えられました。

### (2) 地域生活する高齢知的障がい者支援の方向性

「グループホームでの地域生活をいつまで支えられるか」といった考え方は、運営する法人の考え方や歴史、また地域性の違い（各市町村自治体の考え方や地域で暮らす一般の人の意識等）等により、その実態はかなり異なっていると考えられました。

見方を代えれば、全国一律の基準や考え方だけでは、なかなか課題解決できる問題ではないということでもあるだろうと思われました。

また、訪問・視察させてもらった法人・事業所の話聞いていくと、グループホームで生活する知的障がい者への高齢化対応として、①最期の看取りまでグループホームで実施できる体制を整えようとしているところ、②看取りまでは難しいが医療的ニーズへの対応も含め、高齢になってもできる限りグループホームでの生活を支えていこうとするところ、③年齢や状態像によって次の生活の場（高齢者に特化した知的障がい者の入所施設、一般の高齢者と同じ特別養護老人ホーム、認知症グループホーム等）への移行を勧めようとするところ、といった3つのパターンに大別できました。実際のところ、どういった方向性が望ましいのかは、地域特性や法人・事業所の置かれた状況、地域にある社会資源の状況等によっても大きく異なってくるものであり、全国一律で判断できるものではないことも理解することができました。

なお、現状では地域で暮らし続けてきた知的障がい者が高齢期にどのような生活を送っていくのかについて、本人の状態像（身体面・精神面・社会面・金銭面など）を考慮し、利用者本人や家族、現在の支援者それぞれの思い（意向）を勘案しつつ、ケースバイケースで支援が実施されていました。その際、市町村レベルでの障害福祉制度や介護保険制度の運用実態の差も大きく、その影響から支援の組み立て方にも大きな違いが生じている実態があることも、改めていろいろな地域を廻ってみたことで確認することができました。

### （3）訪問・視察結果を終えて

今回の訪問・視察結果には、本事業の柱の一つである「グループホーム利用者を対象とする短期宿泊（入所）事業」等を運営実施していく上で参考となることも少なくありませんでした。ハード面では、既存の建物等も活用する中での工夫（手すりの設置など）だけではなく、やはり風呂やトイレ設備等について、どこでもかなり工夫しながら高齢者用に見直したり、整備したりと苦勞していました。また、利用者の直接支援に関わる部分では、薬の管理方法や緊急時の対応についても、従来とは異なる工夫をしているだけではなく、職員の配置（勤務の組み方の工夫）や職員研修に関しても、従来の発想とは異なる工夫をしながら、積極的な取組みが行われていました。さらに、安全確認のためにセキュリティー会社と連携したり、地域住民との関係性の構築に努めたりと運営上、全国各地で様々な工夫や苦勞をしながら、高齢知的障がい者の地域生活継続に向けた取組みがなされていることもわかりました。こうした知見



の中には、すぐに活用できる内容から長期的な視点での検討事項もありましたが、全国的に高齢知的障がい者の地域生活継続への支援のあり方が大きな課題になってくる中、今後、こうした情報の共有化が図られていくことの必要性も感じたところです。

最後になりましたが、お忙しい中、訪問・視察を快く引き受け、お邪魔した際には懇切丁寧にいろいろとご案内、ご説明をいただいた各施設・事業所の皆様方に深く感謝いたします。働く場所は違っていても、同じ福祉を志す仲間であると感じるとともに、新しい課題に取り組んでいこうとするチャレンジ精神にも深い感銘を受けました。本当に、ありがとうございました。



## 第5章

### 高齢知的障がい者支援の現状と課題

～ 地域生活支援を中心に

## 第1節 福祉制度の成熟化に伴い生じた新たな課題

### 1. 知的障がい者の地域生活移行の始まりからこれまで

平成 28 年度現在において、知的障がいのある者が親元を離れて一人暮らしをするとか、数人の仲間とともに共同の地域生活を送っていくことは特別なことではなくなっています。しかし、知的障がい福祉の歴史を少しでもさかのぼってみれば、そうしたことが当たり前のことでも、普通のことでもなく、30 年近い時間を経て、徐々にではあっても本人たちや家族の意識、あるいは制度や福祉関係者、さらには地域住民等の考えが少しずつ変化しながら実現してきたことだとわかります。

30、40 年前に知的障がい福祉の充実といえ、50 人～100 人規模の施設建設をしていくことを意味していました。入所施設を利用するレベルにある知的障がい者が一人、もしくは数人の仲間たちと一緒に地域生活を送るといったことは、ごく例外的な取り組みでしかなかったといえます。しかし、昭和 56 (1981) 年の「完全参加と平等」をテーマとした国際障害者年のキャンペーン、さらにその後のノーマライゼーション理念の浸透等<sup>ii</sup>により、障がいを持つ人たちもできる限り普通の生活、普通のライフサイクルの中で人生を過ごせる支援のあり方こそが重要だ、との認識が関係者の間にも広まっていきました。また、昭和 61 (1986) 年には障害基礎年金も創設され、経済保障の側面から徐々にではあっても障がい者の自立を支える制度が整っていきました。

こうした中、知的障がい者のグループホーム事業が国の制度として予算化された<sup>iii</sup>のは、平成元 (1989) 年のことです。当時はまだ賛否両論ある中での取り組みであり、いわばモデル事業的にスタートしたものでした。まず当初は「一般就労可能な者」ということがグループホーム利用の条件であり、とりあえず施設を出て地域で普通の生活を始めることを支援する仕組み作りが、このときの趣旨であったといえます。また当初は、地域でのより普通の生活を実現していくために定員規模も 4～7 名程度とされ、緊急時対応はバックアップ体制を取る入所施設が行うものとされていました。そのため、夜間や土日・祝日においても特別な支援を行わないことが基本と考えられていました。こうした方針からもわかるように、この当時、知的障がい者のグループホームがめざしていたのは、軽度や中程度までの知的障がい者については 50 人～100 人規模の入所施設で生活を送っていくのではなく、地域の中で同年齢にある者と同じようなライフサイクルの中で人生を過ごしていけるよう、その支援体制の見直しを図

っていくことでした。

その後、平成 2（1990）年に行われたいわゆる福祉八法改正において、この知的障がい者のグループホーム事業も第 2 種社会福祉事業に組み込まれ、制度的な仕組みとして広がっていくこととなります。また、平成 7（1995）年に策定された「障害者プラン（ノーマライゼーション 7 ヶ年戦略）」においては、より重度者への拡充策が検討され、翌 8 年からは療育手帳 A を有する者の利用に当たっては、運営補助金の増額が図られました。さらに、平成 12 年からはグループホームの利用にあたっての「一般就労可能な者」という要件が廃止され、より重度の知的障がい者にも地域での共同生活への道が開かれるようになりました。

## 2. 措置から契約へ ～ 介護保険の創設、支援費制度、障害者自立支援法へ

社会福祉をめぐる制度変更の歴史において、最も大きな転換点となったのが、平成 12（2000）年にスタートした介護保険制度の創設であったといえます。それまでは老人福祉制度も障害福祉制度も税を財源とするいわゆる「措置制度」の中で運営されていたため、公的関与の仕組みや費用負担のあり方等についても大きな違いはありませんでした。そのため介護保険制度以前は、障がい者福祉施設で生活していた者が 65 歳に達すると、「措置替え」といって特別養護老人ホームに移ってることが普通のこととして行われていました。

しかし、介護保険制度が創設されたことで高齢者介護の制度と障がい福祉の制度については、片や社会保険に基づく制度、もう一方はそれまで通り税を財源とする措置制度ということで公的関与の仕組みから財源、さらには費用負担のあり方等についても、全く異なるものとなりました。それ以降、障がい者福祉施設で生活してきた者であっても、ただ 65 歳を過ぎたからといって簡単に特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に移るようなことはできなくなりました。なぜならば、介護保険制度の利用に当たっては新たに要介護認定も受けなければなりませんし、利用料負担に関しても減免措置はあるものの、応能負担であった措置制度とは異なり 1 割負担が原則であるとされたからです。

また、介護保険創設と合わせて、この年には民法が改正されて「成年後見制度」が発足するとともに、成年後見を利用するまでに至らぬ者を対象とする地域権利擁護事業がスタートすることとなりました。この成年後見制度の発足により、知的障がい者についても親兄弟がインフォーマルな形で財産管理を行ったり、法的な権利行使をし

たりするのではなく、裁判所の管理下において当事者本人の利益を第一に考えていくべき仕組みが作られました。

さらに介護保険制度に遅れること 3 年、平成 15（2003）年には障害福祉分野においても基本的には措置制度が廃止され、利用者と事業者との契約に基づきサービスが提供される「支援費制度」がスタートしました。しかし、この支援費制度に関しては、目指すべき理念は立派であったものの、それを実現していくための国の予算制度は不十分なものでした。そのため制度発足の初年度から全国各地で混乱をもたらし、障がい当事者をはじめとする関係者や関係団体等から激しく批判を受けることとなります。その後、すぐに国は制度見直しのための検討委員会を立ち上げ、より抜本的な障がい福祉制度の改革に向けた議論を行っていくこととなりました。

知的障がい者福祉をめぐる主な政策動向	表 1
昭和 61（1986）年	障害基礎年金制度の創設
平成元（1989）年	グループホーム事業を国が予算化
平成 2（1990）年	グループホームが第 2 種社会福祉事業に位置付けられる
平成 7（1995）年	障害者プラン（ノーマライゼーション 7 ヶ年戦略）策定
平成 11（1999）年	精神薄弱者福祉法から知的障害者福祉法に名称変更とされる
平成 12（2000）年	介護保険法スタート（老人福祉における措置の基本的廃止）
※	障害者福祉施設から特別養護老人ホームへの措置変更が困難となる
同 年	成年後見制度及び地域権利擁護事業の創設
平成 15（2003）年	支援費制度の創設（障害福祉分野の措置制度を廃止）
平成 18（2006）年	障害者自立支援法（全面施行は 10 月から）
※1	三障害一本化、昼・夜の支援の分離、授産から就労支援へ 等々
※2	利用料の一部負担金をめぐり世帯分離の徹底（親世帯からの独立）
平成 23（2011）年	障害者虐待防止法（障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援に関する法律）
平成 24（2012）年	障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律）成立
平成 25（2013）年	障害者差別解消法（障害を理由とする差別の解消の促進に関する法律）
平成 26（2014）年	障害者権利条約（障害者の権利に関する条約）締結

幅広い議論や検討の結果、平成 18（2006）年にはそれまでの知的、身体、精神といった障がい種別に基づく福祉制度を「三障がい一本化」という形で全面的に見直すとともに、サービスの利用に当たっては要介護認定審査に似た障害程度区分の制度を採り入れ、かつ利用料についても原則 1 割負担とする障害者自立支援法が施行されました。

なお、それまでは障害福祉年金を受給した上で施設に入所していても、世帯としては親元で扶養に入っている障がい者が少なくありませんでした。しかし、この段階で入所施設に入っていて現実的には親と同居していない場合、障がい福祉サービスの利用にあたって適用される減免措置の関係から世帯分離をした方が有利であるとされました。そのため、これ以降は入所施設を利用している障がい者も独立世帯となっていく者が多くみられるようになりました。

とはいえ、この時の制度改革に伴いサービス利用料の負担が急に増えた者が多かったこと、また改革のスピードがあまりにも急激であったことなどから、ここでも再度、障がい当事者をはじめとする関係者や関係団体等から大きな批判を受けることとなります。その結果、再度見直しの議論が行われ、平成 24 年からは現在の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（障害者総合支援法）」に改められて再スタートし、現在に至っています。こうした制度変更のほか、平成 23（2011）年には障害者虐待防止法が制定され、平成 25（2013）年には障害者差別解消法が成立するとともに、翌 26（2014）年 1 月には「障害者権利条約」が締結される等、障がい者福祉を取り巻く状況は、ここ 10 年で大きく変化してきています。

このように、この 30 数年間で経済的側面における社会保障制度の充実だけではなく、障がいのある人たちの住まいや働き方に関する制度も充実され、重い障害があっても同年齢の人たちと同じようなライフスタイルを地域で普通に送り、より自立した生活ができる社会的環境が整えられてきています（表 1 参照）。しかし反対に、この 30 数年という時間の経過は、地域で暮らす障がいのある人たちに新たな支援課題を生み出してきました。それは障がいのあるなしに関わらず、同じように年齢を重ねていくことで発生する老化に伴う生活機能の低下や健康状態の悪化、さらに医療ニーズの増大や介護に関わる支援体制の必要性です。ノーマライゼーション理念に基づく障がい者福祉施策が推進されてきたからこそ生じてきた知的障がい者の高齢化に伴う介護等の問題について、今こそノーマライゼーションの視点から新たな対策が求められていると思います。

## 第2節 障がいを持つ人たちのライフサイクルを考える

### 1. 成長、成熟の後、やがて衰え、そして死を迎えるのは自然である

障がいのあるなしに関わらず、人は成長し、大人になり、そして歳を取れば衰え、多くの人は介護を必要とするようになり、そして最後に死を迎えることとなります。これまでの障がい者福祉の政策的な方向性においては、より重度の障がいのある人たちでも若いうちに力をつけ、地域において自立した生活の実現ができるよう支援していく、ということに力が注がれてきたといえます。それは具体的に「就学」の問題であり、「就労」の問題であり、そして「住まい」と「支援のあり方」等といった問題です。そして、こうした面に関しては、先に述べたようにここ数十年のうちに大きな進展を見たことは間違いありません。しかしその反面、地域に暮らす障がい者に対して、また施設に暮らす障がい者に対して、その高齢期の生活をどのように支えていくのか、といった観点からの議論はあまりなされてきませんでした。その理由の一つには、10 数年前までは年齢別に区切られた福祉措置の制度があり、65 歳を過ぎたなら高齢者福祉問題の範疇の中で考えたらいい、という福祉関係者間の暗黙の前提があったからかもしれません。

ところが、平成 12 (2000) 年にスタートした介護保険以降、高齢者福祉・介護と障がい福祉の制度は全く異なったものとなり、その連続性は失われてしまいました。さらに重度の障がい者も含めた多くの人たちが地域で生活するようになってから、これまでにかかなりの時間が経過し、近年では老化に伴い要介護状態となる者、あるいは認知症を発症して地域生活が困難となる者も散見されるようになってきています。

日本人全体の平均寿命の伸びといった観点から考えてみても、昭和 60 (1985) 年から 30 年後の平成 27 (2015) 年には、男性が 74.48 歳から 80.79 歳、女性は 80.48 歳から 87.05 歳へと、それぞれ 6 歳から 7 歳延びています。この間、地域においても施設においても、障がいのある人たちの平均寿命も大きく伸びてきていることには間違いありません。そのような意味では、障がいのある者の成長期や成年期のみならず、高齢期、さらには看取りまで含めたライフサイクル全体を視野に入れ、その支援のあり方を検討すべき時期にきているといえます。

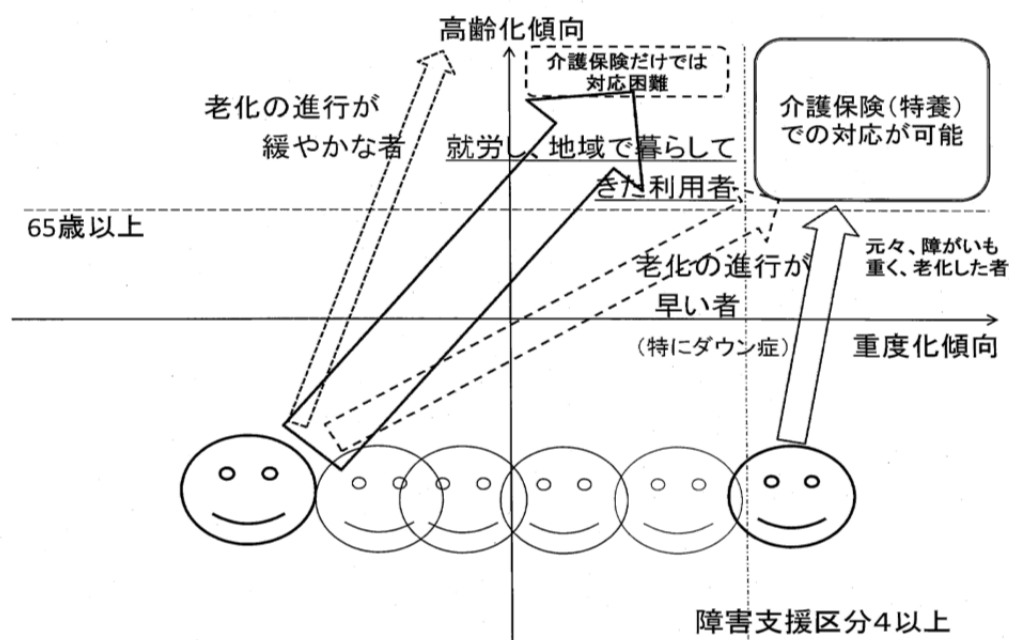


## 2. 知的障がい者の老化の進行 ～ 確かに人それぞれで異なるものだが

知的障がい者の人たちも障がいのない人たちと同様、老化に伴い心身機能の低下や健康状態の悪化といったことが見られるのは当然です。しかし、老化のスピードや健康状態については、障がいのない人たち以上に個人差が大きいのも事実です（図1参照）。そのため高齢になった知的障がい者を支援していく場合、やはり障がいのない人とはいくつかの異なる特徴があることについて、その支援に当たる者は十分な注意を払っていく必要があります。

図1

### 知的障がい者の高齢化・重度化の類型



第一に、そもそもの障がい程度が一人ひとりで大きく異なっているため、元々有している生活能力や生活体験、さらには受けてきた支援サービス等の量も個人差が大きいということです。その上、生活の場も施設、グループホーム、一人暮らし、さらには結婚して家庭を持っていた人たちなど様々であり、それぞれの場での支援課題や課題の発生時期が異なってきます。しかし、高齢期になったからといって本人たちは自分の困っていることをうまく伝えることがなかなかできない人が多いのが事実<sup>iv</sup>です。中には、「知的障がい」という特性に着目することなく一般の介護施策で対応可能なものもあれば、やはり高齢知的障がい者固有の支援課題もあると思われます。まずは、この辺りの課題から整理していくことが必要なのが、現状の高齢知的障がい者支援をめぐる状況ではないでしょうか。

第二に、高齢知的障がい者の人たちは障がいのない人たちに比べて「老化の自覚が薄い」という面があります。その理由として、やはり障がいのない人と比較して、就労や結婚、子育て、さらには定年といったライフイベントの機会が少ないといったことのほか、長く支援を受けて生活してきたことで受け身の生活態度が身に付いてしまっている、といったことが考えられます。特に、同じ入所施設でずっと暮らしてきた人たちの場合、職員の入れ替わりはあっても周囲の仲間たちと同じスピードで歳を取っていき、就職や定年、結婚や子育てといったライフイベントの機会もほとんどないのが事実です。

障がい者本人のライフサイクルを見据えた支援の構築という意味では、年齢相応の支援のあり方について、まだまだ工夫していく必要があると考えられます。この辺りに関しては、同じ高齢知的障がい者といっても、施設生活が長かった人と地域においてずっと就労を続けていた人や、あるいは結婚や子育ても経験して来た人、さらには一人暮らしでずっと頑張ってきた人たちとの間にも意識の違いがあると考えられます。

第三に、知的障がい者の人たちの中には、精神科系統の服薬を長い間継続してきた人たちが少なくないことです。その中には、元々精神疾患を有する人たちもいますが、必ずしもそれだけが理由であるともいえません。たとえば、納得できないまま親元から引き離され、施設といったやはり多少不自然な生活環境の中で精神的に不安定になる人、あるいはなかなか落ち着きが持てないという人たちもいます。特に、つい 10 年ぐらい前までは、成人の知的障がい者施設であっても 2 人部屋、4 人部屋といった状況は珍しくありませんでした。さらに、障害者自立支援法以前の知的障がい者入所施設では夜勤職員による支援ではなく、夜間は宿直体制での支援が一般的でした。そのため夜中の対応を含め、なかなか個別的な支援にまで手が回らなかったのも事実です。ただでさえ、一般の人たちよりも生活の適応力が弱い知的障がい者の人たちにとって、いつも誰かと一緒にいなければならない施設生活がずっと続くことは、精神的にもストレスの高いものであったと思われれます。当然、医師の管理下における服薬なので必要があつてのことではありますが、やはり精神科系統の薬を長く飲み続けるのであれば、心身の健康状態に何らかの影響が出てくる人も生じてきます。

なお、知的障がい者の中でもダウン症の人たちはアルツハイマー病を発症しやすく、60 歳以上では 30~70%の有病率があるという研究報告もなされています。また、ダウン症の人たちは早い人であれば 30 歳代にはアルツハイマー病を発症し、発症年齢のピークは 50 歳代前半であるとも言われています。

### 3. 高齢知的障がい者だけ集め直すことは、ノーマル（普通）な生活とはいえない

介護や支援のことだけを考えるのであれば、地域のグループホームや一人暮らしをする似たような状態像の高齢知的障がいの人たちを7～8人集め、新たなグループホームを設立する方が、運営面も介護・支援の面からも合理的だといえます。しかし、それまで地域においてできる限り「普通」に近い生活環境で暮らしてきた知的障がい者の人たちを、高齢で心身機能の低下が見られるからという理由で集め直して住まわせる発想は、そもそもノーマライゼーション理念に反するのではないのでしょうか。また、生活環境が変化することへの対応力が低い知的障がい者の人たち、その中でも高齢になり、もしかすると認知症も発症し出しているかもしれない人たちの住まいの場を、支援者側の都合で動かしていくことが適切であるとは思えません。特に、認知症が発症し出した人たちは生活環境の変化に弱く、急激に認知症状が進んだり、行動・心理症状（BPSD）<sup>vi</sup>が激しくなったりしやすいといわれています。

現在、高齢者介護サービスの分野では、要介護高齢者の住み替えに伴うリロケーションショックを少しでも軽減できるような様々なサービスの工夫や施策の展開がなされています。小規模で家庭的な雰囲気の中で暮らせる認知症高齢者グループホームやユニットケアの推進、さらには住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるようデイ・ショート・ヘルパー事業を一体的に提供する小規模多機能型居宅介護事業等といったものも、そうした発想の流れの中から出てきたものです。ここでの考え方の基本は、介護のしやすさではなく、介護を受けて生活する当事者の「暮らしの安心感」を尊重していこうというものです。高齢者介護分野においても高齢知的障がい者福祉の分野においても、こうした理念を大切にしていけることが重要であることは共通のはずです。

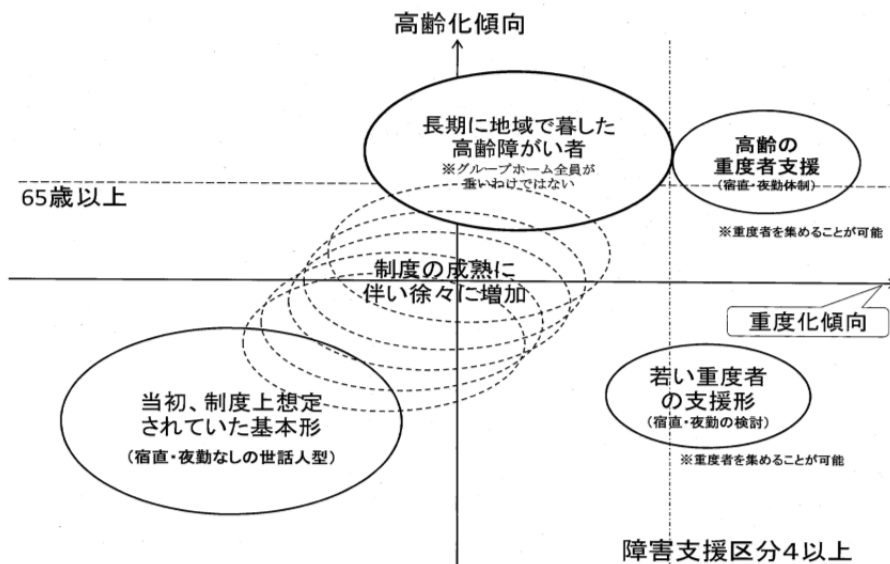
そのような観点から考えれば、比較的若くて重度の障がい者が夜間や土日の支援も受けて地域生活をしていくことと、加齢に伴う心身機能の低下により追加の支援を必要とするようになった高齢知的障がい者が地域生活を継続して行く上での課題については、切り分けて考えていく必要があるでしょう（図2参照）。つまり、高齢知的障がい者の加齢に伴って必要になってくる介護・支援のあり方については、障がい福祉の視点のみならず、現在のライフステージに至るまでの生活史の尊重といった高齢者支援の視点も大切だということです。

そのような意味では、できる限りそれまでの生活スタイルや生活の場の継続が図られるよう、政策的な面からも介護保険制度と障がい福祉制度の相乗りや重複利用の一般化、あるいは小規模多機能型居宅介護の障がい福祉版といったことが、今後、検討

されていく必要があると考えます。

図 2

## 高齢化・重度化の課題を抱えるグループホームの類型



### 第3節 地域に暮らす高齢知的障がい者の生活課題

#### ～ 何が一般高齢者と異なるのか？

地域に暮らす高齢知的障がい者の生活課題については、地域の一般高齢者が抱えるものと同様のものも数多くありますが、やはり異なっている側面もあります。その一番の理由は、高齢で知的障がいのある人たちの場合、生活体験や生活経験等が一般高齢者と異なる面があるばかりか、一人ひとりでもその能力や経験が大きく異なっていることではないでしょうか。

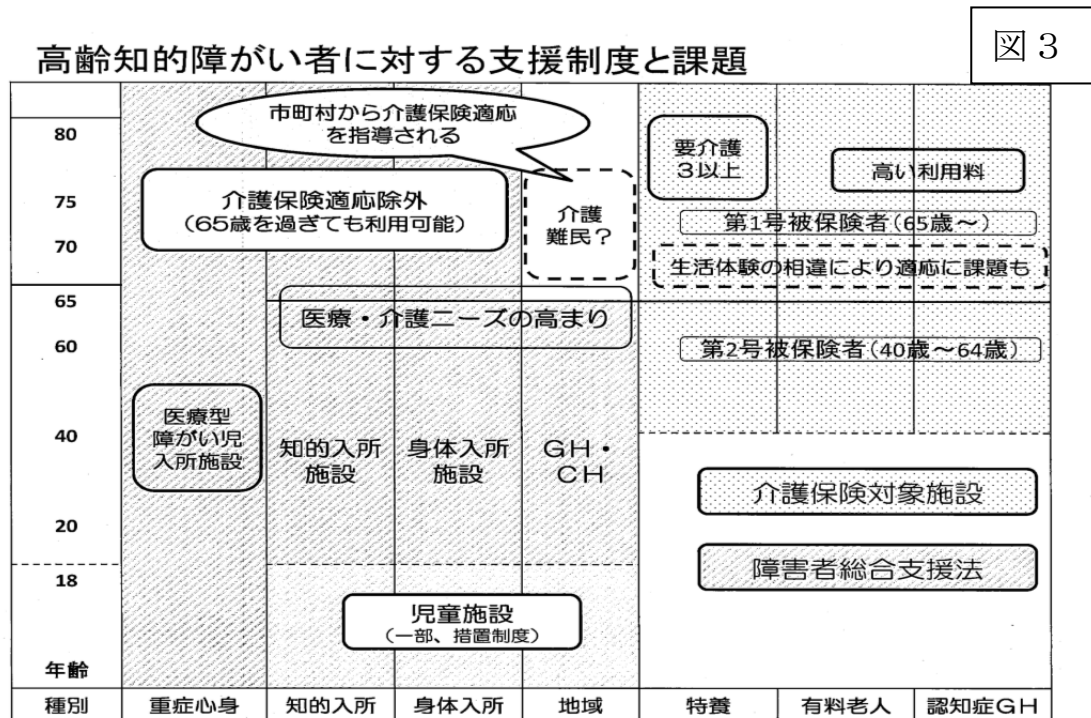
そうしたことのため知的障がい者の場合、高齢になって介護や支援サービスを新たに必要とするようになっても、まだ比較的軽度の場合には、なかなか一般の高齢者と一緒に過ごすことが難しい人たちも少なくありません。また、今の時代、高齢になって介護サービスを利用する人たちは80歳代後半や90歳代の人たちが多く、高齢知的障がい者といってもまだ60歳代、70歳代であれば、年齢的な面でも多少の違和感があると思います。こうしたことから知的障がい者支援をしている人たちの中には、知的障がい者専用の介護施設等を求める声が一定程度生じてくる<sup>vii</sup>のだと考えられます。

また、一般高齢者の場合、仮に認知症が進んでいたとしてもそれまでの人生経験に基づく知恵や対人関係能力といったものが、かなりの程度、残っているものです。あるいは、家族等の身寄りが少ない高齢者もいますが、多くは息子や娘といった身近な肉親がいて、本人の身の回りの世話をしたり、本人に代わって介護者にその要望等を伝えたりといったことが当たり前のこととして行われています。しかし、高齢知的障がい者の場合、自分自身で自分の思いや生活史、あるいは培ってきた人生経験といったものを的確に他者に伝えることのできる人はあまりいません。また家族といっても、親はすでにはないかかなりの高齢になっており、兄弟といってもやはりそれなりに高齢になっている人がほとんどです。そのため身近な身内といっても、甥や姪といった存在が一般的になっているのではないのでしょうか。さらに、今の時代であれば後見人の人たちが本人の代弁者になっていることも多いと思います。一般の高齢者でも後見人が身元引き受けの役割を担っている場合が増えてきていますが、やはり基本的には年をとってからの親子関係の縁が薄い人が多いといったことも、高齢知的障がい者の人たちと一般高齢者の人たちと違いといえるでしょう。こうしたことのためか高齢知的障がい者の場合、ややもすると本人の意向よりも家族や支援者の思いや意向といったことが優先されやすい面もあるようです。

さらに現在では、介護保険制度に介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所

要件は要介護3以上となっており、これは一般高齢者の場合を見ても、かなり要介護度が進んだ状態であるといえます。実は、この特別養護老人ホームの入所要件が厳しくなった<sup>viii</sup>ということは、経済力が弱く、生活能力も低かったり、身近に生活の支援をしてくれる者に恵まれない一般の高齢者の場合に大きな問題となっています。しかし、この状態像と最も重なり合ってくるのが、実は高齢知的障がい者です(図3参照)。特に、高齢知的障がい者の場合、一般高齢者と比較するとそれまでの生活経験の違い等から、生活技能や生活能力といったことに課題を持つ者が少なくありません。そのため地域生活を送る者が老化に伴い心身機能が低下した場合、一般高齢者以上に支援の手を必要とすることが多くなりますが、それが必ずしも要介護度の問題につながるわけでもないのです。

本来、支援を必要としていても介護度も比較的軽く、経済的にも豊かでない人たちの制度的な老人福祉サービスの施設としては「養護老人ホーム」が用意されています。しかし、平成17(2005)年に一般財源化されて国の直接的な形での負担がなくなつて以降、多くの自治体で「措置控え」といって、養護老人ホームの措置利用を制限する状況が続いているようです。つまり、一般高齢者も含めて、経済的負担能力の低い要介護3にまで至らない要介護の生活困窮者の行き場所がないということが、全国的にも現在の福祉制度上、大きな課題になってきています<sup>ix</sup>。そのため現実的には、高齢知的障がい者の人たちにとっても養護老人ホームの利用はなかなか困難なようです。



※資料 第1章第2節

こうしたこと以外でも、例えば年齢を超過してそのまま障がい者入所施設で生活する高齢知的障がい者の場合、年齢幅の広い仲間たちとの共同生活となるため、生活リズムや支援のあり方、あるいは食生活等に関しても、ある程度、より若い年代層の人たちに合わせざるを得ません。さらに、一般的に知的障がい者施設職員の場合、高齢者介護に関する知識や技術が乏しいばかりか、老化に伴う心身機能の衰えや健康状態の変化等についての理解も薄いと思われます<sup>x</sup>。また、施設建物の構造等についても通常、高齢者向けにはなっていないし、福祉用具や介護機器等についても十分用意されているわけではないと考えられます。そして、比較的まだ若い利用者との関わりが多い職員自身、支援の中での気持ちを切り替えていくこともなかなか難しい課題だと思われます。そのため施設利用者の中に少数の高齢知的障がい者がいても、どうしても生きていく上での最低限の支援である「食事介助」や「排せつ介助」、あるいは「清潔の保持」といったこと以上の支援にまで、なかなか気持ちも手も回らないのが現実ではあるようです。

しかし、高齢者介護の基本的な考え方からいえば、過小介護も過剰介護も当事者本人の能力低下を進めていくこととなります。高齢期にある者の介護支援においては、丁寧にアセスメントしていくことで本人の「できること」と「できないこと」を見極め、自分で「できること」はできる限り自分でできるよう、介護や道具の工夫をし、レベル低下のスピードを少しでも遅らせていきます。それはライフサイクルの延長線上にある「加齢に伴う衰え」も認めた上で、当事者本人のQOLを大切にした生活の支援をしていこうとする視点だと言うことができます。

## 第4節 高齢知的障がい者への生活支援のあり方と留意点

### 1. 高齢期における「生活障がい」の現われ～「できない」ことの意味するところ

一般の高齢者が老化に伴い「できなくなる」ことと、知的障がいのある者が高齢になって「できなくなる」ことの意味するところは、若干の違いがあると考えられます。そもそも一般高齢者を介護していく場合、そこで必要とする情報の収集・分析を行っていく際、当事者本人はそれまでの生活で他者の手を借りることない「生活自立」であったことを前提としています。その上で、老化による衰えのために「できない」ことや「不自由になった」ことを確認していくのが、高齢者介護におけるアセスメントの基本的な考え方<sup>xi</sup>です。しかし、元々知的障がいがあった者の場合、まず利用者一人ひとりの状態像の違いにより、その支援度が若い頃から異なっています。そのため、それまでの生活における「生活の自立度」も一人ひとりで大きく異なってきます。それゆえに知的障がいのある人たちへの支援を考えていく場合、元々有していた生活能力がわからないまま、高齢になって衰えた状態像を基に情報の収集・分析を行い、それに基づく判断だけで支援を組み立てていくことは適切とはいえません。

また、知的障がい者の支援をしてきている職員は、普段、一般的には若い利用者や中年層の利用者と関わるが多いために、高齢になって衰えの見られる利用者の「やりたくてもできない」という感覚がなかなかわかりにくいようです。そのため「できない」という事実だけから、どうしても「頑張ればできる」とか、「やろうとしない」といった判断に傾きがちになるのではないのでしょうか。その結果、必要以上に励ましたり、促したり、あるいは自分でもできるような工夫をさせたりと「自分でできる」ようにしていく、といった支援方法を探りがちになってしまうようです。しかし、こうした対応の仕方は高齢期にある者に対しては、ただ相手に強いストレスを与えることになるだけであり、本来的には逆効果だといえます。

一方、高齢者介護の仕事に従事している職員の場合、一般的に利用者の老化による衰えということへの理解が求められますし、また衰えが徐々に進行していくものであることを自然に理解している面もあるようです。また、高齢の利用者本人から「やりたくても、できなくなった」辛さ、といったような言葉を聞くこともあるため、できる範囲のことをできる範囲でもらう、といった支援の方が、本人にも無用なストレスを与えずに済むことを理解しやすい面があります。

そもそも障害の有無にかかわらず高齢期にある利用者への支援においては、老化に

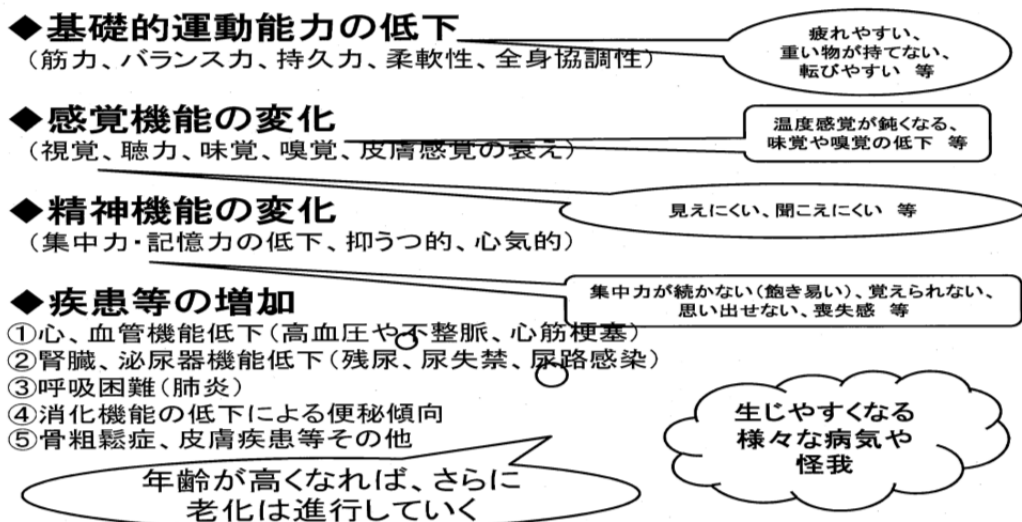


伴う「衰え」や「できなくなること」について、ただマイナスの価値を与えて捉えるのではなく、心身機能や生活行為の一つひとつの衰えの意味を考え、その進行具合や支援の工夫について検討していく必要があります。具体的に言えば、60歳の者より70歳の高齢者の方に衰えが見られるのは当然ですし、これが80歳にもなれば、さらに衰えが見られるのも当たり前のことです。ただし、高齢期の健康状態にはかなりの個人差が見られ、同じ70歳、80歳、90歳といっても、個々人によってずいぶんと違いがあることも頭に入れておく必要があります。

本来、老化による「衰え」といっても、専門職がそれに対処していく必要があるのは、「衰え」による生活のし辛さであるとか、あるいは病気や怪我のように医療やリハビリによってまだまだ改善の可能性があるといった状態にある人々たちへの関わりです。反対に、年齢相応の老化や衰えについては否定的に捉えていくよりも、いわば自然な変化として、本人も周囲にある者も上手に認めて受け入れていく方が、ストレスの少ない生活を過ごすことができます（図4参照）。そのような意味からいえば、高齢者介護における支援者の役割とは、老化や衰えそのものへの対処ではなく、老化や衰えにより本人だけでは対処できずに生活の中での不便や不自由を感じることをサポートし、本人が自分なりに暮らしていけるように支援していくことだといえます。

図4

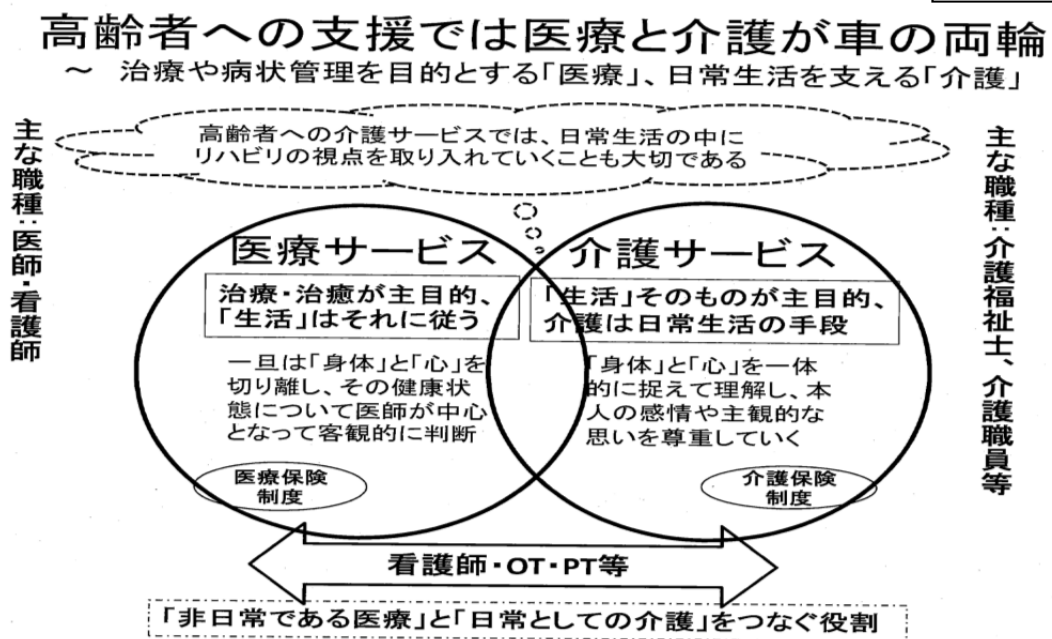
## 加齢によって生じる心身機能の自然な変化



確かに、高齢者の場合であっても病気や怪我などにはっきりとした理由があり、治療や改善が可能な場合もあります。しかし、高齢といっても80歳も超えた者の場合には、病気や怪我による心身機能の不調と老化による衰えを、きれいに分けて

考えることが難しい場合が少なくありません。過度な安静や保護的対応は不可逆的な機能低下を招き、最悪の場合には、いわゆる「寝たきり状態」にしてしまうことがあります。それゆえに、心身に障がいのある高齢者への生活支援においては、保健医療・福祉専門職の多職種連携が重要とされます。つまり、「治療的な医療」や「回復期リハビリ」、さらには「生活の中でのリハビリ」や「日常生活において無理なくできる生活行為」等を分けて考え、それぞれの専門職が適切な形で計画的に関わっていくことが必要とされているのです（図5参照）。

図5



このような観点からも、「衰え」による能力低下の見られた高齢知的障がい者への生活支援においては、丁寧に情報の整理を行い、計画的に支援を組み立てていくことが重要になってきます。先にも述べたように、一般の高齢者の場合には「生活自立」していたことを前提に、その時点での能力等の把握に努め、何ができて、どこに支援が必要なのかを考えていくこととなります。しかし、高齢知的障がい者の場合、そもそも一人ひとりで生活の自立度が異なっているために、過去の生活記録や生活能力等がある程度は整理したアセスメント情報がなければ、元々、何ができて、どんなことには支援が必要であったのかを理解していくことが困難です。それゆえに、理由もわからぬまま、ただ「放任（過小介護）」のような対応や「手を出し過ぎ（過剰介護）」といった事態に陥り、結果的に状態悪化を招いてしまう可能性があります。

介護の専門性の観点からいえば、過小介護も過剰介護も利用者本人の残存機能の低

下を招き、心身機能の更なる低下を加速させていくことになりがちです。だからこそ、本人の生活習慣や元々有していた生活能力等を勘案した上で、ADLのみならずIADLに関しても、「本人ができること」「支援が必要なこと」「支援に当たっての留意点」等について、細かくアセスメントしていくことが求められます（表2参照）。

表2

**生活行為の能力を細かく把握していく視点（アセスメント）**

各種生活行為（例）	以前の状態	現在の状態	できること	できないこと
洗面				
着替え				
食事				
排せつ				
入浴				
.....				

記載例：参考事例1（グループホーム生活者、P〇参照）

2. 高齢知的障がい者への支援の特徴

～ 「できないのか」「できなくなったのか」が判断しにくい

高齢知的障がい者への生活支援と一般の高齢者への生活支援のあり方で異なる点として、元々知的障がいのある人たちの場合、介護者に対して自分の思いを適切に伝えることができない、あるいはそれが困難だということが挙げられます。先にも書いたように、基本的には「生活自立」であった一般の高齢者の場合と、元々何らかの形で他者からの支援を受けていた知的障がい者の場合では、何を手助けし、何は手助けをしないかの判断基準が異なってくるといった側面があります。しかし、それまでの人生における生活体験や生活能力、あるいは思いといったことをうまく伝えることが出来なければ、高齢期において納得できる生活支援を受けていくことはなかなか困難です。なぜならば、高齢期にある者が納得できる生活支援を受けていくには、それまでの生活経験や培われた能力等といった「生活史」の要素がきちんと理解され、その上で計画的な支援が組立てられていく必要があるからです。

例えば一般の高齢者の場合、多少、他の人とは異なる生活習慣や生活の中でのこだわりといったことがあったとしても、生活史を含めた「その人の人生」の歴史を見て

いく中で、何となくではあっても「その人らしさ」を理解していくことが可能です。また、少し変わったような生活習慣や生活の中でのこだわりといったことであっても、それが人迷惑なものでない限り、特段、問題視されることもありません。しかし、小さなころから知的障がいがあり、かつ自分のことを自分で十分に説明できないまま高齢になった者の場合はどうでしょうか。若い頃から継続的に支援してきた職員であればわかることであっても、高齢になった段階から支援を受け持つこととなった職員の場合、他の人とは異なる生活習慣や生活の中でのこだわりといったことの意味を理解していくことが困難です。普通、やはりそれを止めさせようとしたり、理解不能とただ放置したりすることで関係がこじれたり、生活が混乱しがちとなり、当事者本人にとっても不安定な生活環境となってしまうのではないのでしょうか。

障がいの有無にかかわらず、高齢期にある者への生活支援の介護とは、それまでの生活習慣や生活リズムを本人自身だけでは維持することができずに、本人が不自由や不便だと感じることに必要支援を組み立てていくことです。傍から見ておかしな生活習慣や生活リズムであったとしても、それで本人も周囲の者も困らないのであれば、本来、それを取り立てて支援課題として考えていく必要はありません。しかし、こうした判断の前提としては、それまで利用者本人が「生活自立」をしていた者であり、特段、本人自身がそのことで不自由さや不便さを感じていなかったはずだという理解があつてのことといえます。

先にも書いたように、高齢になった知的障がい者の場合、この「生活自立」の前提が個人によってかなり大きく異なってくるにもかかわらず、本人自身が自分でできていたことをうまく伝えることができないという困難さがあります。とはいえ、障がいの重さや程度の違いということがありますが、高齢になった知的障がい者だからといって何もできなくなるわけでも、まだ軽そうだからといって何でもできるままでいるわけでもありません。

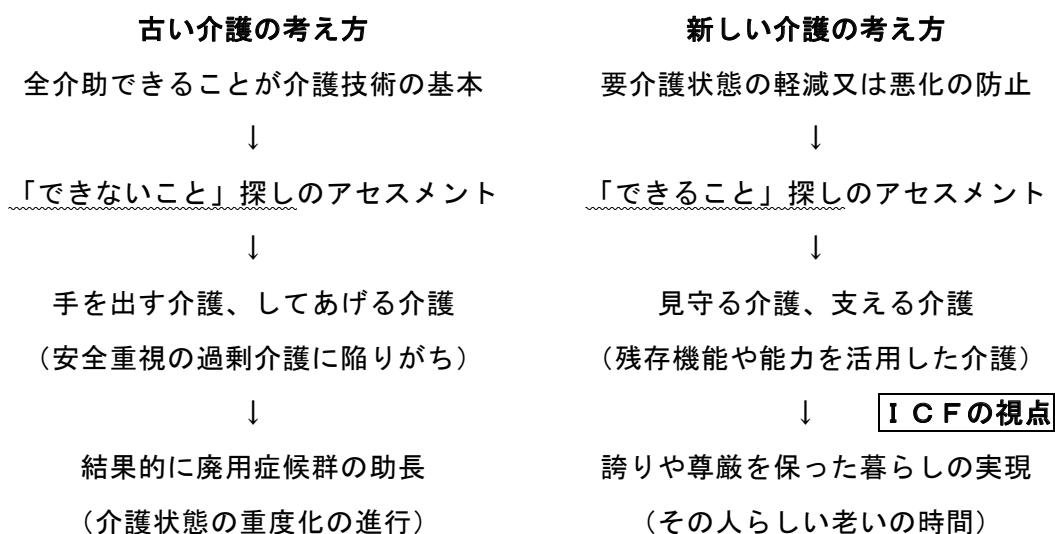
さらに、一人ひとりの生活体験やそれまで過ごしてきた生活環境によっても、その人の元々有していた生活能力が大きく異なる場合も少なくありません。障がい者施設で多くの仲間たちと暮らしていたのか、地域においてグループホームで共同生活をしてきたのか、親元を離れずずっと世話を受ける形で暮らしてきたのか、あるいは専門職等の支援を受けながら地域生活を頑張ってきたのかといったことで、生活経験の幅や対人関係の能力といったことが大きく異なってきます。たとえば、同じ「できない」という状態像であっても、元々能力的に「できない」のか、「できたのができなくなった」のか、あるいは「やる機会がなかった」のかということにより、その支援のあり

方も変わってきます。つまり、高齢知的障がい者の場合、老化に伴う「衰え」についての判断が生活能力の面においても、心身機能の面においても、一般の高齢者と比較して「難しい」ことを、しっかりと支援者側が理解しておく必要があります。

また、だからこそ支援を必要とする一つひとつの生活行為について、その意思と動作能力の連動という観点も踏まえ、「できること」「できないこと」を分析的にとらえ、情報の整理していくことが大切となります。その上で、「できなくなった」ことについては無理強いをすることなく支援し、まだ「できること」を含めて残された能力については介護機器の活用や介護方法の工夫により、できる限り自分でできるように支援していきます。高齢になった者への生活支援においては、どのように小さな生活行為であったとしても、自らの力で継続的にできるようにしていくことが生活の中でのリハビリテーション機会となり、その能力低下を防いでいくこととなります(表3参照)。

**表 3**

### ICFの視点を生かした介護展開



(参考文献)「事例で読み解く介護過程の展開」(中央法規出版、2015)

### 3. 継続的なアセスメント・ケアプラン、そして記録の重要性

誰にとっても老いによる衰えは自然な変化であり、避けることのできない現実でもあります。そうした意味では、障害の有無にかかわらず老化に伴う心身機能の衰えをただ否定的に捉えるのではなく、心身機能の衰えによってどんな不自由や不便が生じているか、またそれは他者からの手助けを必要とするレベルなのかどうか介護の必要性の判断となってきます。こうした観点からいえば、一般の高齢者の場合、徐々に

老化が進んでいく中で生活状態に乱れが生じるようになっていたり、不安を訴えることが増えたり、といったことが一つのシグナルとなることが多いようです。具体的には、部屋の片づけやごみの処理ができなくなってゴミ屋敷のようになってしまったり、買い物に行って同じものを何度も購入するようになっていたり、食生活が乱れから極端な偏食傾向が見られたり、一日のうちに何度も何度も同じような電話をかけてきたりすることで家族や近隣の者が、少し様子がおかしいと気付くことが多いようです。つまり、こうした生活状態の現われは、それまでできていた「生活自立」が成り立たなくなってきた、という合図だといえます。

しかし、知的障がいがあることで元々他者からの支援を前提として暮らしてきた者の場合「片付けができない」とか、「買い物ができない」とか、「食生活の組立てができない」といった生活状態に関する情報だけでは、それだけで老化に伴う心身機能の低下が生活状態に影響しているのかわかりません。適切な支援を組み立てていくとするのであれば、元々はどのようなことができ、どのようなことは支援を必要としていたのか、それはどのくらい前から生じ、具体的にはどのようなことができにくくなり、どのような支援の工夫があればまだ自分でできるのか、といった情報の整理が不可欠です。つまり、ただいまある状態像だけで支援を組み立てるのではなく、支援者が変わったとしても、それまでの生活史や生活能力を尊重し、他者からは奇妙に見える生活習慣やこだわりも、その意味をきちんと理解した上で必要な支援に当たっていくことが求められます。そして、そのことが当事者本人の生活上の不要な混乱、さらには能力低下といったことを避けることにもつながっていきます。

言い換えれば、ただ歳を取って重度化したからという理由で他の施設や事業所に移ってもらうよりは、やはり暮らし慣れた生活環境の中で、理解ある職員に継続的な支援を受ける方が望ましいということです。そのためには日ごろから、仮に他の施設や事業所に移ることとなったとしても、その後も継続的な支援を行ってもらえるよう、それまでに関わってきた職員がきちんとアセスメント・ケアプランを定期的実施(参考事例2、P〇参照)し、しっかりとした記録を残しておくことが重要だといえます。

## 第5節 高齢期に生じやすい認知症とその介護のあり方を理解する

～ 特にダウン症の人たちは早期に発症するリスクが高い

### 1. 認知症介護に関する理解の必要性

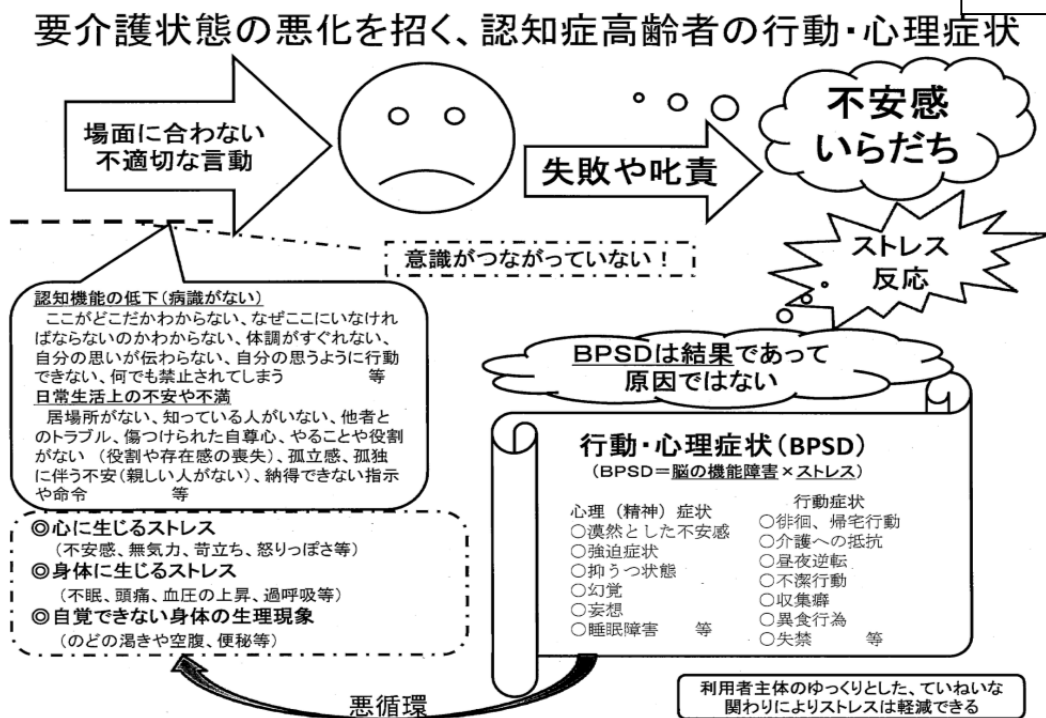
一般の高齢者と同様に、知的障がいをもつ人たちも高齢になればなるほど認知症<sup>xii</sup>を発症するリスクは高くなります。特に、比較的若くてアルツハイマー病を発症した場合、認知症の進行も早く、その状態変化のスピードに本人も周囲も意識が追い付いていくことができず、本人の生活も介護者側もかなりの混乱状態に陥ることが少なくありません。症状を緩和し、少しでも当事者主体の落ち着いた生活を支援していくためには、当然、専門医との連携も不可欠となってきます。また、先にも述べたようにダウン症の人たちの場合、早い人であれば30歳代から発症し、60歳代になるまでには多くの人たちがアルツハイマー病を発症していくとされています<sup>xiii</sup>。

アルツハイマー病をはじめ認知症を発症した人たちの場合、記憶障害等の症状が急速に進行し、自分だけでは身の回りのことが管理できずに本人の《生活状態》が急速に悪化していきます。また、認知症の人たちの大きな特徴は「病識がない」ということです。つまり、本人自身は「自分がおかしい？」ということに気付いていないので、他者からの介入や手助けに対して拒否的な対応をします。その結果、健康管理や栄養管理はもとより、さらには体調管理もできずに心身の状態が悪化していく場合が少なくありません。高齢になった者に急に生活の乱れが見られるようになり、そのことを指摘しても頑なに拒否的な態度を取ったり、怒ったりということが増えてくるようなら、まず認知症の進行を疑ってみてもいいかもしれません（図6参照）。

さらに、認知症の場合には顕著な「記憶障害」が伴うことが大きな特徴です。具体的には、ただ物忘れが増えるというだけではなく、道具の使い方がわからなくなったり、約束や決まり事を守れなくなったり、時間がわからなくなったり、道に迷ったりといったように、生活の中での混乱が見られるようになります。こうしたことにより本人自身も戸惑い、混乱していきませんが、本人には病識がないために、自分自身に問題があるという自覚がありません。にもかかわらず、本人自身がただでさえも混乱している中、他者から無用な注意を受けたり、本人にとってはいわれない非難をされたり、一方的に間違いを指摘されたりといった、本人からみて不愉快な事態が続きます。こうしたことのため、周囲の者から見ると認知症の初期症状にある者は怒りっぽくなったり、すぐに言い訳をしたり、都合のいいように言い繕いをしたりと、自分勝手に、

まるで性格が変わったのかのような印象を受けることもあります。しかし、高齢期になってそうした症状が現れるようになったとしたら、それは決して歳をとって性格が変わったからというわけではなく、認知症の初期症状かもしれません。

図 6



支援する側に認知症についての理解がないと、先のように病識がなく他者に対して否定的な言動を取る相手に対して、「怒りっぽくなった」とか、「嘘をつくようになった」といったマイナスの評価を下し、その上で説得して訂正させたり、叱ったりといった対応を取りがちになります。しかし、実のところ当事者本人には「おかしいことを言っている」といった自覚は全くありません。そのため周囲に対して本人は「急に冷たくなった」とか、「意地悪をされている」だとか、「馬鹿にして言うことを聞いてくれない」だとか、といった不信感を抱きがちです。こうした形で相互の不信感が重なり合い、繰り返されていくと、お互いの関係はさらに悪化し、結果的に認知症の進行が加速されていくこととなります。こうした事態を招かないためにも、今の時代、年齢の高い知的障がい者への支援に関わる職員にも、認知症介護に関する理解が不可欠となってきているxivといえます。



## 2. 中核症状とBPSDは異なる ～ 残された意欲や能力に着目して支援する

さて、病気の結果として脳の機能に支障を来たした認知症の人たちは、それまで当たり前に行っていたことが、当たり前にはできなくなります。また、私たちが「当たり前だ」と思うことがうまく理解できなくなったりしますし、その結果、それまでできていた社会生活が困難となってきます。その上、先に書いたように認知症の人たちの特徴は「自らに病識がない」ということです。つまり、当事者である認知症の人自身は、脳の病気の結果として、自分が生活していく上で何らかの支障を来たしている状態だとか、それまで以上に他者の支援を必要とするようになってしまった状態である、といったことを理解することができません。

認知症の人たちとの関わりにおいては、その人の行動の間違いを指摘したり、できなくなったところを訓練させたりしようとしても、本人にはその理由を納得できない場合がほとんどです。それゆえに、こちらが一生懸命になればなるほど当事者本人の気持ちの中には、何か「無理強いをされた」だとか、何か「嫌なことをされた」という思いだけが積み重なっていきます。そうした当事者本人と支援者との「思い」のずれが、認知症の人たちと周囲の人たちとの間の人間関係をより困難なものとしていきます。

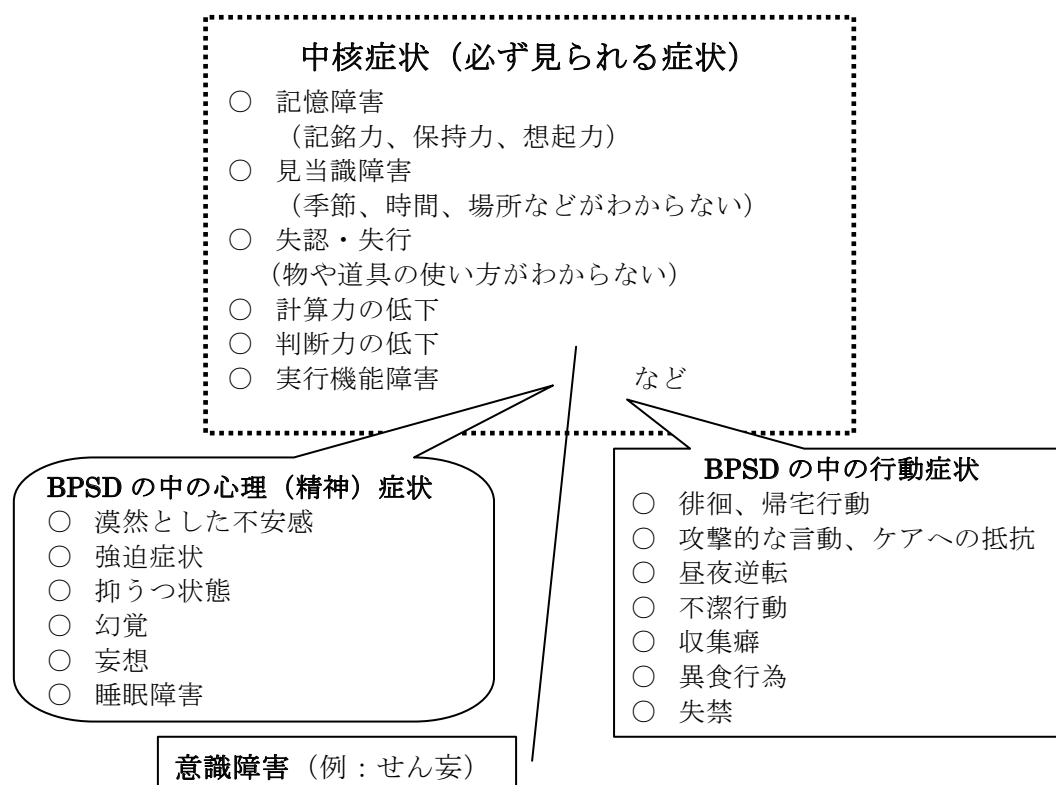
ところで認知症による症状については、脳の病気の結果として生じる「記憶の障害」や「見当識障害」、「失認・失行」、「実行機能の障害」といった《中核症状》と、それが原因で派生的に生じる《行動・心理症状（BPSD）》とに分けて考えねばなりません（図7参照）。このうち認知症の《中核症状》を引き起こす疾病に関しては、基本的にその治療方法の目途がまだ経っていないため、現代医学においては「治る」といえる状態にまでは至っていません。しかし、認知症の行動・心理症状（BPSD）に関する発生メカニズムについていえば、それは認知症になった本人の置かれた状態と、そこから生ずる心理的反応という側面を持つことがわかります。見方を代えれば、当事者本人のストレスが少ない生活環境が用意され、かつ健康面に関しても十分な配慮がなされた上で適切な介護サービスが提供されるならば、認知症の進行を遅らせたり、行動・心理症状（BPSD）の軽減を図ったりしていくことは可能です。

認知症の人たちへの支援で求められるのは、認知症になることによって当事者本人が必要以上に不安を抱えたり、不便を感じたりすることのないよう日々の「生活」を支援していくことです。それゆえに、利用者その人の心理状態を思いやった上での対応といったことが必要となってくるのです。

## 認知症の中核症状と行動・心理症状

(図7)

行動・心理症状 (BPSD Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)



### BPSD は身体具合や環境によって影響される

(参考資料) 新・介護福祉士養成講座 12「認知症の理解」(中央法規出版)

認知症を抱える者への支援として「利用者主体」のサービスを提供していくためには、その人自身がまだ有する力を発揮し、その人なりの生活、その人なりの人生を送っていくことを支えていく視点のあり方が重要です。そのためには、利用者その人の「できないこと」や「失われてしまった能力」ばかりを見ていくのではなく、残された能力や意欲を見出していくとともに、その人の生きてきた歴史をしっかりと理解していく姿勢が求められています。また、高齢知的障がい者の場合、一人ひとりで元々の生活能力が大きく異なるばかりか、それまでの自分の人生や今の思いをきちんと語るができない人が少なくありません。だからこそ、知的障がい者支援に当たっては、まだ元気な今現在のうちから、きちんと継続的にアセスメントし、支援の記録も残し、高齢となってさらに要介護状態が進んだとしても、利用者主体の継続的な生活支援が可能となる取り組みが求められています。

### 3. 認知症による症状の特徴と支援の留意点

高齢期にある者に対する介護サービスの目的は、利用者の状態像を良くしたり、治したりといった、いわば医療による治療的側面にあるわけではありません。高齢者介護サービスにおいては、老いそのものを治そうとするのではなく、老いからくる心身機能の低下に伴う生活の不自由さや、不便さを補っていくことを目的としています。これは認知症介護においても同様に必要とされる視点です（図5参照）。

一般的に認知症は、ある日突然発症しておかしくなっていくというものではありませんし、また顔の色や形の変化といった目に見える状態で理解できるものでもありません。医療管理や良い介護の結果、その生活状況等に改善が見られることはありますが、病気の結果、脳に生じた器質変化等を原因として起こる様々な認知症の症状については、それが完全に消失することはありません。しかし、認知症になったことで生じる過度の不安感や生活していく上での戸惑いといったことが軽減されれば、それだけで一定程度、落ち着いた生活を送っていくことが可能になります。つまり、認知症になることそのものが問題であることよりも、認知症になることで安心できる適切な生活環境を自分一人では得ることができなくなるということが本人にとっての課題だといえます。こうしたことは、元々知的障がいのある者であっても、元々は普通に暮らしてきた一般的な人たちの場合であっても同様です。

なお、認知症の人たちとの関わりやコミュニケーションをとっていく際には、次のような特徴があることを理解し、その対応の工夫を考えていくことが大切です。

#### （1）「記憶障害が生じている」ことを理解する

認知症の人たちの特徴的な症状の一つは、「記憶障害」があることです。記憶障害があるということは、「わかっていない」とか「理解していない」という状態像とは全く異なります。具体的なイメージとしては、話をした時点ではきちんと理解していても、少し時間が経つと忘れてしまいますし、さらに進行していけば数分後には話をしたこと自体も忘れてしまっています。そして、認知症による記憶障害とは「忘れてしまっていること自体も忘れていく」という特徴があります。そのため本人としては、「聞いていない」という心理状態に近いと思われます。そのような心理状態にある中で、本人に何度注意しても、あるいは「本人が忘れたのだ」という事実を理解させようとしても、本人が納得することはありません。なぜならば、本人の心理状態としては「忘

れた」とか「覚えていない」ということではなく、そもそも「聞いていない」状態にあるわけなので、自分のせいではないという思いを強く持っているからです。なので、しつこく相手のミスを指摘すると、反発し、怒り出すという反応になりがちです。

認知症による記憶障害が生じている者、あるいは生じかけている者とのコミュニケーションにおいては、相手に記憶障害があることを認めた上で、あまり込み入った話はせず、口約束をしたり、相手に責任を持たせたりするような話の進め方はしないよう、気を付ける必要があります。また、記憶障害が生じてくると、段取りや計画性を持って物事を進めたり、あるいはその場の雰囲気や常識に即した行動がとれなくなったりといったことも生じてくるようになります。そうしたことにより、一人では社会的な生活はもちろんのこと、さらに進行していけば日常的な普通の生活を送っていくことも困難となってきます。しかし、自分が認知症になって記憶障害が生じてきたため、他者からの支援を必要としているという事実も本人がなかなか認めないのが普通です。それゆえに一般の高齢者の場合、介護する側は支援だと考えていても、本人は「人の生活に勝手に口を出す」、「おせっかいばかりをする」と感じ、その支援を拒むといった事態がよく見られます。

では、高齢になり心身機能の低下や認知症が生じた知的障がい者の場合はどうでしょうか。実は、元々他者からの支援を受けていた知的障がい者の場合であっても、それまで受け入れていた支援以上に新たな介入を受け入れることに拒否的なことには一般の高齢者と変わらないようです。しかし、高齢知的障がい者の場合は、一般の高齢者以上に本人が言葉で状況説明していくことは困難ですし、特に認知症が発症していれば記憶障害や精神的な混乱といったことも見られます。その結果、傍から見る限りは、理由もなく怒りっぽくなったと感じたり、頑固で拒否的になったりといった印象を受けることになるようです。

認知症介護や高齢者への支援に慣れていないと、こうした表面的な態度から性格が難しくなったように思われがちですが、実のところ、「怒り」や「拒否」といった態度は不安や戸惑い、自信のなさの裏返しにすぎません。それゆえに、表面的な態度に振り回されることなく、目を見てゆっくりと、ていねいに一つひとつ確認しながら相手を受入れた態度で話を聞いていくと、信頼感も高まり、怒りや拒否的な態度ということがあまり見られなくなります。認知症になり、記憶障害が生じてくるということは、それまでの理解力がただ失われるだけではなく、戸惑いの気持ちや不安感から他者への不信感を抱きがちとなるということです。支援者には、自分の感情ではなく、相手（利用者）の不安な思いに共感しながら接していく姿勢や態度が求められてきます。

## (2) 理知的能力は落ちても、感情的・感覚的機能は十分に残っている

認知症を発症した人たちとの対応の中で、もう一つ注意しておかなければならないことは、記憶障害や論理的思考展開は困難になっていたとしても、知的能力そのものが全て低下するわけではないということです。たとえば、うれしい、悲しい、腹が立つといった感情的機能、あるいは見ることや聞くこと、匂いをかぐことや味わうこと、さらには熱い、冷たいといった五感に関することは、認知症になったからといって急な衰えや変化があるわけではありません。とはいえ、認知症の人たちは理屈や場に即した行動や考え方ということができなくなり、周囲の状況に関係なく、思ったことをそのまま口にしたたり、行動に移したりすることで生活に混乱を来すようになります。

そうした一面だけを見ると、「認知症の人＝何もわかっていない人」のように思ってしまうがちですが、当事者本人には本人なりの理由や思いがあるので、一方的に注意したり、やめさせたりしようとしても納得することはありません。反対に、まだまだしっかりと残っている感情的機能の側面から「嫌なことをされた」、「気に障る人」といった印象だけを記憶として残すこととなります。なぜならば、認知症の人たちは記憶障害により個々具体的な事実は覚えられなかったとしても、何度か繰り返されると「嫌な人」「親切な人」「嫌な場所」「楽しかった場所」といった形で、印象の伴う記憶として何となくであっても覚えているからです。

この「印象の伴う記憶は残る」ということを理解できるかどうか、認知症の人たちとの関わりの一つのポイントにもなります。見方を代えれば、認知症の人たちも残された機能や能力の中で、精一杯、自分を取り巻く世界を理解しようとしているといえます。なので、支援者が相手に対して「呆けてしまって」とか、「どうせわからない」といったマイナス感情で対応していると、「人のことを馬鹿にしている」という印象から、認知症の人たちは敏感にこちらのマイナス感情をキャッチしていきます。

一般的に認知症の初期症状の人が怒りっぽくなったり、すぐに苛立ったりして機嫌が悪くなる背景には、理屈はわからなくても「感覚的な理解」はできているという心理的メカニズムがあります。それゆえに、頭ごなしに否定したり、指示的に命令をしたり、あるいは反対に間違えを指摘し、それを納得するまで説明するといった対応の仕方は、記憶障害があっても病識のない認知症の人への対応としては、逆効果にしかありません。こうしたことは元々、一般の高齢者の場合であっても、知的障がいがあり高齢化により認知症が現われ出した人でも、同様だといえます。

(3) 認知症は徐々にではあっても進行し、悪化していく

～ 頑張っても良くならない

認知症を発症した人は、それが徐々にではあっても進行していくという一般的な経過を辿ります。

通常、知的障がいのある者への支援を行ってきた職員の場合、どうすれば利用者本人の「できること」が増えるか、という視点から関わっていくことが多いと思われます。そのためには環境や道具の工夫をしたり、促し方や指導の仕方を工夫したり、さらには上手に励ましたりといったことが支援方法の一部として身に付いていると思います。しかし、高齢期のある人たちへの支援の場合、「できること」を増やすことだけを目指す支援のあり方は、時に相手に無用な負担感をもたらすことに注意しなければなりません。老いによる衰えは確実に進行していきますし、歳を取ればとるほどできないことが増えていくのは、いわば人間の摂理として自然なことでもあります。

認知症介護のポイントの一つは、無用なストレスを少しでも軽減し、本人にとって少しでも安心できる生活環境を整えていくことです。そのような意味からいえば、心身機能の衰えによりできないことが増えていく中で「頑張れ、頑張れ」と励まされることは、当事者本人にとっては「やりたくてもできない」現実に直面させられるだけであり、決して良い精神状態をもたらすことにはなりません。年齢による影響は人それぞれであり、ただ年齢が高くなったから皆が一律に衰えていくわけではありませんが、高齢者支援に当たっていく者には、どこかに「老い」や「衰え」といった事実を受容していく視点が求められます。「老い」は病気ではなく、自然現象そのものです。

また、だからこそ利用者個々人の「できない」ことの原因や「衰え」の状態像についての情報をきちんと集めた上で、しっかりと分析し、「できること」や「やれること」についてはしっかりと支援し、「できないこと」についてはさりげなく補っていく計画的な個別支援の充実が求められています。そのためには、ただ現場職員の頑張りだけではなく、医療職やリハビリ専門職への相談や必要な連携、さらには高齢者介護に関する専門的な知識・技術といったことが求められてきます。

## 第 6 節 高齢化した知的障がい者への生活支援

### 1. 高齢の地域生活者に対するサービスの連携から統合化へ

現在、障がい福祉分野では地域生活支援でも、施設入所支援でも、「昼間」と「夜間」のサービスが分かれて提供されています。そして、昼・夜それぞれの事業所にサービス管理責任者が配置された（入所施設の場合、共通であることも）上で、それぞれに「個別支援計画」が策定され、両者をつなぐものとして相談支援専門員が存在する形となっています。ただし、相談支援専門員が作成するサービス等利用計画に関しては今のところセルフプランでも良いこととなっているために、相談支援専門員がすべての障がい福祉サービス利用者に関わる形とはなっていません。

通常、施設入所支援のサービスを利用する者に対しては、双方のサービス管理責任者が同じ職場に働く同僚であり、サービス管理責任者の上に共通の管理者が存在しているのです。全くバラバラの観点で昼・夜のサービスや支援が組み立てられることはないと思います。ところが、地域において一人暮らし、もしくはグループホームにおいて生活している障がい者の場合、利用しているサービス事業所が全くの別法人、別施設である場合も少なくありません。そのため、本来的には相談支援専門員を介してのサービス管理責任者同士の連携といったことが不可欠だといえますが、なかなか制度上想定されているようには機能していない面もあるようです。

しかし、徐々に高齢になり、少し認知症状が出るようになったり、体調不良が続くようになったりした場合、利用者の生活全般の様子を誰かが把握していくことが必要不可欠となってきます。なぜならば、昼と夜のそれぞれの支援場面から「ちょっと様子がおかしい」と感じたとしても、そこからだけで原因を考えたり、対策を検討したりしていくことには困難が伴うからです。というのは、そうしたことの最大の理由は生活そのものの乱れにあり、生活が乱れた結果、昼間や夜間の行動に様々な変化が現れてくるのであって、問題と思える行動や態度とその原因が、必ずしも一対一の因果関係の中で結びついて答えが出せる状態ではないからです。

「生活」というのは一日 24 時間の中で営まれるものであり、それが一週間、一か月と続いていくことで成り立っています。その一日一日の睡眠リズムや食事、栄養状態、人間関係の変化、さらには排便状況（たとえば便秘気味ではないか）等といった、当たり前の生活の積み重ねが安定してこそ、当たり前の生活を送っていくことができます。反対に、当たり前に見える生活に少しのずれが生じ、それが少しずつ毎日

積み重なっていくことが生活の乱れにつながっていきます。つまり、昼だけの様子や夜だけの様子で問題だと感じる行動の理由等を考え、「昼だけ」、あるいは「夜だけ」の支援部分で一生懸命に対応してみても、おそらくは根本的な問題解決には至らないと思われま

す。そうした意味では、高齢になって生活の乱れが生じてきているような場合、制度上期待される相談支援専門員が行うのかどうかに関わらず、支援者のうち誰かが責任を持って総合的なサービス管理を行っていく必要性が生じる場合が多くなってきます。そこで必要とされるのは、それまで利用者自身で何とかできていた自己管理（セルフマネジメント）が困難となった段階をきちんと見極め、関係する支援者が利用者本人に代って、継続的かつ組織的に生活全般を見守っていくチームケア体制の構築です。

具体的には、利用者の生活行動等の部分・部分に光を当てて様子観察を行っていくだけではなく、連続的に営まれる生活全般を視野に入れ、一週間や一か月といった時間単位の中で継続的に生活状況を把握していくとともに、関係者間での情報共有を行っていくことが求められます。つまり、地域に暮らす高齢期の知的障がい者支援では昼・夜のサービス提供事業所が異なっていたとしても、多くの場合、ある段階からサービスの連携という以上に、統合的なサービス提供を視野に入れたチームケアが必要になってくるということです。

## 2. 「生活リズム」の再構築を図る ～ 充実した日中活動が大切になってくる

人が生きていく上で食事や栄養の確保、清潔の保持といったことは確かに重要ではありますが、QOL（Quality of life「生活の質、生命の質」）という観点から考えれば、人間はただ食事をするために、あるいは寝て、起きているためだけに生きているわけではありません。「生きる」こと自体、さらに言えば「充実して生きる」ことが人生の目的であり、そのために心身の健康管理や安定した「生活リズム」の構築といったことが必要となるのです（図 8 参照）。しかし、病気や障がい、老化等により自分だけでは心身の健康維持がうまくできなくなると、生活が不活性になり、日中の活動量も不十分となって眠りが浅くなったり、十分に眠ることができなくなったりといった事態も生じてきます。

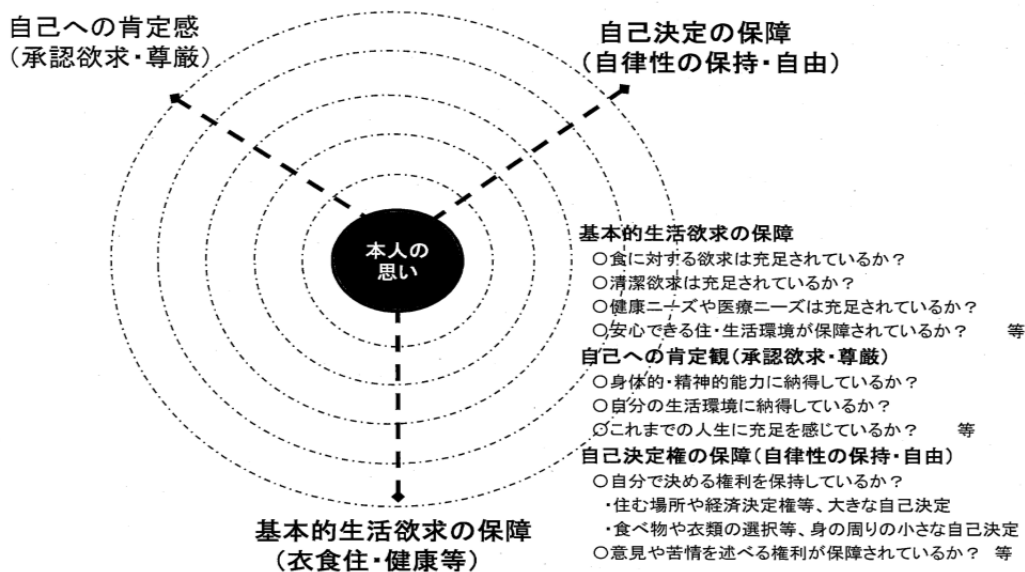
高齢になった知的障がい者に生活の乱れが見られるといった時、夜間の不眠や寝不足が続いたり、さらに不安定になれば夜間に無断外出したり、徘徊したりすることを心配することが多いようです。契約により利用者を預かっている事業所側の立場を考



えれば、万が一の事故発生も未然に防ぐことは当然のことです。また、そうしたことの結果、施設・事業所側の関心が夜間の管理体制強化といったことに目が行きがちなのも当然のことであるばかりか、必要なことだといえます。

図 8

## QOLを考える3つの視点(人はなぜ、何のために生きるのか?)



平成11年度 要介護高齢者等のQOL評価に関する実践的研究報告書 (一部改題) より 主任研究者 江草安彦 川崎医療福祉大学学長

しかし、先にも述べたように、生活の乱れにつながる原因には様々な要素が考えられるとともに、普通、その要因も複雑に絡まり合っています。そのような意味から考えれば、夜間の不眠や寝不足等も含めて生活に乱れが生じてきたのなら、そのこと自体を問題視するだけではなく、「生活リズム」という観点から生活全般に着目してみることも必要です。その際、最も注意して観察したり、記録を確認したりすべきなのは、日中の活気や活動量、活動状況といったことに、どのような変化が生じているかということです。

人間の「生活リズム」において、最も基本となるのは日中の活動であり、夜間の不眠や寝不足等といったことが生じた場合には、やはり日中の活動状況等にもそれまでとは異なる何らかの変化が生じている場合がほとんどです。よく高齢者介護施設等で利用者に夜間の不眠が生じたり、寝不足等が続いたりした際、不慣れな職員は親切のつもりで昼間寝ることを許容しがちですが、多くの場合、こうした対応は逆効果であり、昼夜逆転の生活リズムを助長することとなります。あるいは、昼夜逆転してしまった利用者に対して安易に睡眠薬等に頼ろうとする施設等もありますが、一般的に睡

眠薬は睡眠導入を促す役割を果たすのであって、眠りそのものを安定的に保障していくわけではありません。結果的に、安易に睡眠薬を使ってしまうことで、利用者の睡眠リズムそのものがおかしなものとなり、要介護状態の重度化につながってしまうような事態も生じがちです。

それゆえに、生活に乱れが生じたり、生活が不活性になってきたりしたような場合、病気や怪我の影響といったことが明らかな場合は別ですが、利用者自身の生活管理に支障が生じていないのかを確認するとともに、日中活動の活性化を図っていく支援が求められます。そもそも活動的な形で日中過ごすことができなくなってきた理由としては、体力の衰え等により活動内容が合わなくなって来たり、興味を無くしていたり、食事や栄養面で問題を抱えていたり、どこか身体や歯の痛みで悩みを抱えていたりといったことが、その背景にある可能性があります。つまり、生活が不活性になっている理由を考えて行くためには、改めて生活全般にわたっての状態把握に努めていくことが必要となります。

そうした際、気をつけなければならないことには、「もう歳だから」とか、「体力が落ちたのだから」と支援者側が勝手な理由付けをして、本人にとっても支援者にとっても、いわば短期的には楽に思える方向に支援を持っていくことがないようにすることです。こうしたことを避ける意味からも、先に述べた《サービスの連携から統合化》といった視点を持ち、その上で利用者を取り巻く生活課題を洗い直し、利用者の現状に合った形での「生活の再構築」を図っていく姿勢が求められます。

自然の営みという観点から見れば、歳を取ることで体力低下や身体の不調が現われてくることは、いわば仕方のないことではありますが、それだからといって利用者の生活意欲が低下したり、生活全般が不活性になったりしていくことも自然の営みだと割り切ってはなりません。本人自身で自己管理（セルフマネジメント）ができなくなった高齢知的障がい者の活動低下は、利用者本人の問題ばかりでなく、支援者側の力量不足や怠慢によるところも大きいと認識していく必要があります。高齢になって活動低下の見られる知的障がい者に対しても、少しでも利用者本人により望ましい生活が実現できるよう、介護保険法でいわれる「介護予防」や「悪化の防止」といった視点<sup>xx</sup>からの支援の組み立て直しが求められます。

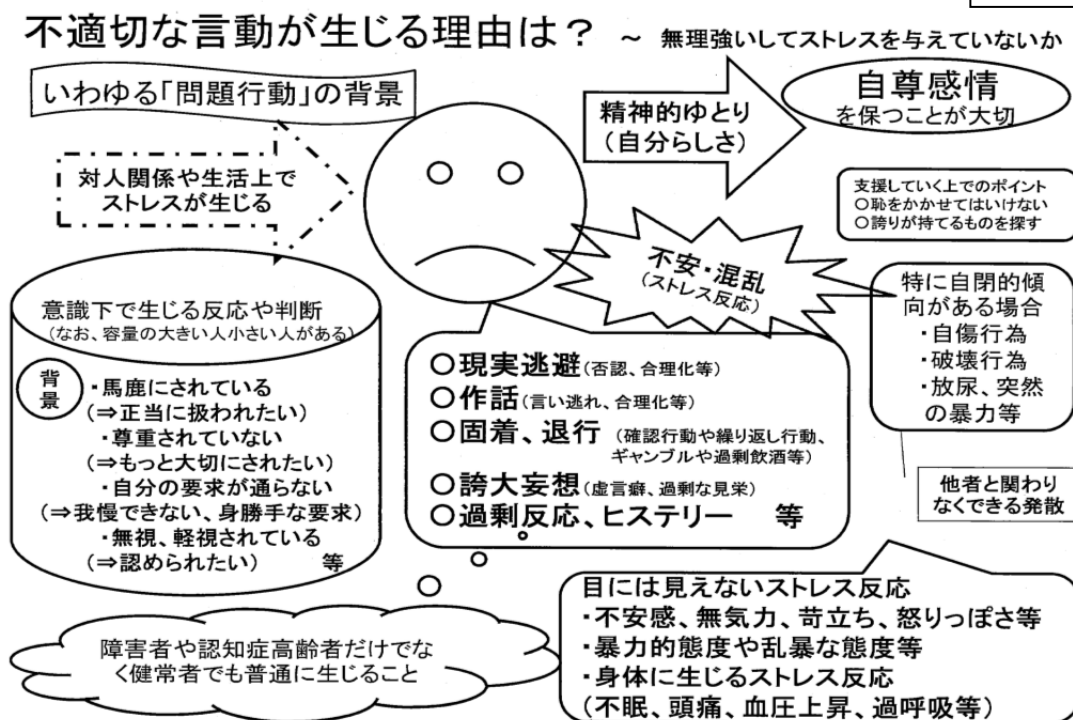
### 3. 《見通し》を持つての支援 ～ 「介護予防」や「悪化の防止」といった視点

専門職による支援においては、利用者の状態像の変化に合わせて後追い、後追いで

対処していただくだけでは、専門的なサービスが十分提供できているとはいえません。「専門」といえる質の高いサービスを提供していくためには、それぞれの利用者の障害特性を理解し、その上で行動予測を行い、危険やトラブルを回避し、当事者本人がその人らしく安心して過ごせる支援を組み立てていく必要があります。

知的障がい者の高齢化問題に関しても同様の視点から、「介護予防」や「悪化の防止」といった観点を持ち、行く末を見据えつつ必要な支援を組み立て、老化に伴う衰えのスピードを少しでも緩やかなものとしていくことが望まれます。その際、やはり参考となるのが、高齢者介護サービスに携わる施設や事業所での経験であり、高齢者介護の専門職が持つ知識・技術だといえるでしょう。とはいえ、一般の高齢者と高齢になった知的障がい者の人たちとの間には、必要とされる知識・技術、あるいは支援の視点の持ち方についても、多少異なる面があることに注意が必要です。

図 9



具体的には、先に書いたように利用者一人ひとりでそれまでの生活体験や生活能力、さらには生活の自立度といったことの多様性が大きいということです。そのため高齢になってからだけ関わった職員では、介護や支援に当たって利用者本人が「できない」のか、「やらない」のか、といった判断がなかなかできないだけでなく、元々「できていた」のか、「できていなかった」のかもわかりません。そうしたことの結果、「できない」ことを無理やりやらせようとして無用なストレスを与えたり、ちょっとした

反応や態度から「できる」ことを職員側が「できない」と一方的に決めつけてしまったりといったことが生じがちになります。利用者本人の有する能力把握が正しく行われないまま介助を続けた結果、時間をかければ不器用なりに「できていた」ことも、次第に「できなくなる」といったことが生じてくるでしょう。さらに、「できない」ことを無理強いされたり、「できる」ことを取り上げられたりすることで利用者に強いストレスが生じ、それが原因となって暴力的な言動や徘徊、あるいは放尿や自傷行為といったことを引き起こすかもしれません（図9参照）。

高齢者介護の観点から言えば、「過剰介護（過干渉等）」も「過小介護（放任等）」も共に、要介護状態の悪化を招くこととなります。つまり、本人の能力と意欲に見合った適切な介護サービスが提供できてこそ、利用者自身も今ある状態、今ある現実を受入れ、納得した形で自分なりに「生活の再構築」を図っていくことが可能となります（表3参照）。そうしたことの結果、よりストレスの少ない生活を送っていけるようになることで、状態悪化や衰えのスピードが緩やかになっていくことも少なくありません。それが高齢者介護における「悪化の防止」の意味するところです。

#### 4. 高齢期の支援 ～ 「現在の姿」は、「過去」と「未来」の間にあるもの

高齢者への支援とは、長い人生を過ごしてきた人たちの最終章に向かう場面での関わりという意味を持ちますが、それは障がいのある人たちにとっても同様です。そして、誰でも歳を取ればとるほど体力や身体機能が低下していくことも、いわば仕方のないことです。こうした点は、頑張れば頑張るだけ、努力すれば努力するだけ何かできることが増えたり、体力や生活能力の向上を図ったりすることのできる若い人たちや子どもたちへの支援との大きな違いです。だからこそ、高齢者への支援や障がいの重い人たちへの支援においてはADLの向上のみならず、QOLの向上が大切であるとされます。

さらに、もう一つ高齢期にある者への支援において意識しておきたいことは、「現在の姿」とは「過去」と「未来」の間に存在しているということです。言い換えるならば、支援する側が利用者その人のそれまでの姿、それまで過ごした人生に興味を持つことなくしては、それは支援ではなく、ただの「お世話」<sup>xvi</sup>といった域を超えることはありません。なぜならば、誰にとっても高齢期とは人生の統合期<sup>xvii</sup>であるという意味を持つものであり、それまでの人生を振り返り、その意味づけを行っていく時期でもあるからです（図10参照）。高齢期に生じる様々な生活の不自由さ、不便さに対す

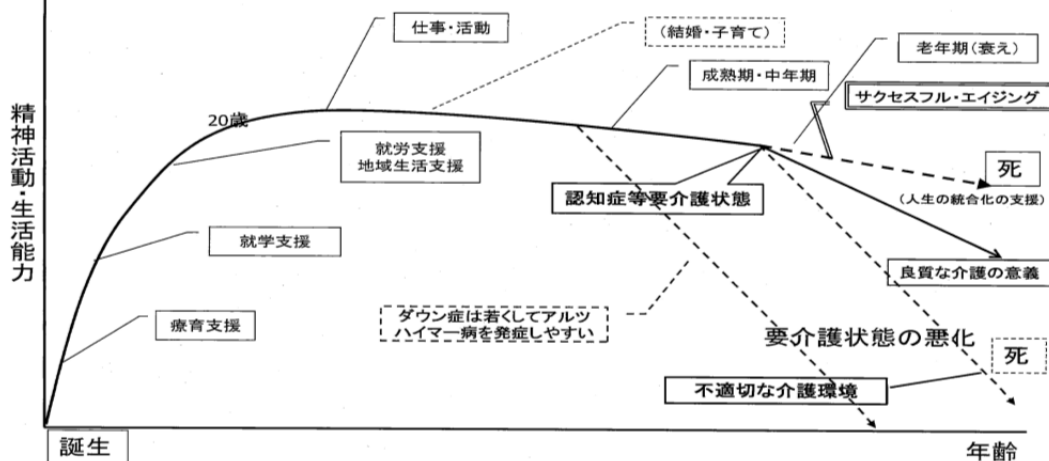
る支援が「お世話」のレベルを超え、専門職による「支援」と呼べるレベルに達していくためには、利用者のそうした精神面への配慮<sup>xviii</sup>が不可欠だといえます。

図 10

### 誰にも「老い」の衰えは自然であり、死も避けられない現実

※ 高齢知的障がい者への支援においても「ライフサイクル」の視点を持ち、老いや衰えを一時的に否定しない

～ 人は各成長段階において必要な社会的知性を身に付け、そして老いていく。しかし、障がいのある人たちの場合、「衰え」は一般的な人たちと同様でも、「老い」の意味が異なっている面もあるので、その支援には専門的知識や経験が求められる。



では、高齢者にとっての「未来」とは何を意味するのでしょうか。当然のことですが、高齢になるということは残された時間が少なくなっていくことを意味しています。もしかすれば今日明日にも体調を崩して生命が尽きてしまうことがあるかもしれませんし、病気の発症等によりベッド上で寝たきりの状態になってしまうかもしれません。あるいは身体的には元気なままであっても、急な認知症の進行によって自分自身で思うような生活を送ることができなくなってしまうかもしれません。つまり、残された「未来」の時間が少ないからこそ、「今現在」の時間を大切にして、今できることをできる限り行い、今生きている充足感や充実感が持てる支援こそが必要となるのです。

高齢知的障がい者に対する支援に関する議論は、社会全体が豊かになり障がいのある人たちも長生きするようになってきたこと、また先に述べたように政策動向の変化の中から生じてきたものであり、まだまだ始まったばかりのものといえます<sup>xix</sup>。しかし、利用者が長生きできるようになったことに対して支援者側が、ただ介護が大変になったといった否定的な捉え方をしてしまったり、せつかくのこれまでの努力や取り組みがむなしなものになってしまいます。

日本社会全体の超高齢社会が進展しつつある中、知的障がいのある人たちも巻き込む形で高齢者介護の問題がさらに深刻化していくことは間違いありません。しかし、見方を代えれば、ノーマライゼーションの理念に基づき、地域で働き、地域で老いて、

そしてさらなる支援や介護を必要とするようになってきている高齢知的障がい者の人たちの存在とは、まさに日本の福祉社会の成熟を証明するものだともいえます。そして、こうした人たちが「やはり地域の中で暮らし続けて良かった」と思えるサービスや支援体制の構築が、今全国各地で求められてきているのです。そのためには、高齢者介護分野と知的障がい分野の知識や技術、経験を融合しつつ、地域で高齢知的障がい者を支える専門性の高い知識・技術の構築と、それを担う人材育成が急務となっているといえます。

- 
- i 知的障がい者のグループホーム制度が始まった当初の状況や関係者の声としては「豊かな福祉社会への助走 Part 1,2」（浅野史郎著、ぶどう社、1989年、1991年）、「グループホーム出発（たびだち）」（中澤 健：編著、中央法規、1997年）等が参考になる。
  - ii 最も初期の段階に一般向けに紹介された文献が「ノーマリゼーションへの道」（江草安彦著、全国社会福祉協議会、昭和57年8月）である。
  - iii 当初は精神薄弱者福祉法に基づく「精神薄弱者地域生活支援事業」としてスタートしたものであり、当時の運営のあり方等については「精神薄弱者地域生活援助事業（グループホーム）設置・運営マニュアル」に示されている。
  - iv 本事業における第2章第2節の「当事者の声」でもこうした傾向を伺うことができる。
  - v 「認知症の知的障害者～アセスメント・診断・治療及び支援の手引き（日本語版）」国立のぞみの園10周年記念紀要、2014
  - vi 「行動・心理症状（BPSPDP）」については、23～24頁を参照のこと。
  - vii 今回、中四国の知的障がい者共同生活援助（グループホーム）を運営する事業所に対して行った調査結果でも、将来の生活の場として「グループホームで暮らす知的障がい者の家族（後見人等を含む）は、一般的にどのように望んでいると考えるか」を問うたところ、「障がい者専用の高齢者施設に入ってほしい」という声も多く見られている。詳しくは、第3章のアンケート調査結果を参照。
  - viii 平成27年4月以降、介護保険制度の改正により特別養護老人ホームの入所に当たっては「要介護3」以上ということが要件とされた。
  - ix 「養護老人ホーム・軽費老人ホームの今後のあり方も含めた社会福祉法人の新たな役割に関する調査研究事業」報告書（委員長 京極高宣 平成26年3月、一般財団法人 日本総合研究所）等参照
  - x 第2章第3節の「グループホームに勤務する世話人及び支援員に対するアンケート調査」の結果でも、支援員の14人中10人（7割強）が「老化について」を研修会テーマとして希望していた。
  - xi 「事例で読み解く介護過程の展開」（森繁樹編著、中央法規出版、2015年）を参照。
  - xii 認知症を引き起こす主な原因疾患としては、アルツハイマー病、脳血管系の疾患（脳梗塞や脳出血等脳卒中）、レビー小体病等があり、それぞれ原因疾患により症状も異なる。現在、認知症に関しては、新書版等でも様々な書籍が出ているので、興味ある人は何冊か読むとよいでしょう。
  - xiii 前述「認知症の知的障害者～アセスメント・診断・治療及び支援の手引き（日本語版）」より
  - xiv 本事業における第2章第3節の「世話人及び支援員に対するアンケート調査」の結果でも、高齢になった利用者への対応として困ったことやグループホームでの生活にトラブルを抱える高齢知的障がい者の言動について、「決まりが守れなくなった」、「こだわりが強くなった」、「いつまでも怒りつづける」、「暴言、暴力」といったように、典型的な認知症の症状である物忘れ等とは異なった行動・心理症状についての指摘がなされている。
  - xv 介護保険法第2条第2項  
前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
  - xvi 平成6（1994）年当時、介護保険制度の創設に当たり厚生省に設置された「高齢者介護・自立支援システム研究会」報告においては、次のような指摘がなされている。

「従来の高齢者介護は、どちらかと言えば、高齢者の身体を清潔に保ち、食事や入浴等の面倒をみるといった「お世話」の面にとどまりがちであった。今後は、重度の障害を有する高齢者であ

---

っても、例えば、車椅子で外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが、介護の基本理念として置かれるべきである」

xvii 老年期の意味を考えていく上では、E・H・エリクソン、J・M・エリクソン、H・Q・キブニック、朝長正徳、朝長梨枝子訳「老年期—生き生きしたかかわりあい」（みすず書房、1990年）等が参考になる。

xviii 社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項で、介護福祉士の定義は次のように記されている。  
「・・・「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう」

xix 第3章にあるように、中四国の知的障がい者共同生活援助（グループホーム）を運営する事業所に対して行った調査結果では、この高齢化の問題について6割の事業所で「深刻に考えている」という回答があった一方、2割強の事業所では「深刻に考えていない」という回答であった。またこの時点で、65歳以上の利用者は6.7%であった一方、60歳から64歳までの利用者も同じく6.7%いることを考えると、5年後にはより深刻な問題となっていることが予想される。

現在、グループホームで暮らしているが、能力低下が見られるLさんのアセスメント(参考事例1)

利用者氏名( L様 男性 55歳 )  
作成者氏名( I職員 )

作成日 平成 〇 年 〇 月 〇 日

【健康面】

①自立 ②ほぼ自立 ③必要に応じて介助が必要 ④多くの面で介助が必要 ⑤全面的な介助が必要

項目	以前の状況	現在の本人の状況	まだ自分でできること	援助の留意点	介助度
1 病気	ダウン症、貧血	ダウン症、洞不全症候群(加齢による心臓機能の低下、不整脈)、白内障、認知症の疑い(脳の萎縮は確認)			
2 服薬	特になし。服薬が処方された際は、世話人が管理し、服薬分のみ渡していた。	〇〇〇、〇〇〇	お盆の上、または小皿に入れておくとか錠剤を自分で飲む。	事前に薬を容器に入れ、本人のわかりやすい状況で準備する。服用後の容器やトレー内に飲み残しがないか確認する。	④
2 身体機能の状態	麻痺、拘縮なし。関節の可動域問題なし。大きくつまずくことなく歩行していた。	麻痺、拘縮なし。関節の可動域問題なし。歩行時に足を踏むように歩き、足の上がりは今ひとつつまづきやすい。	自分で歩くことができる	そばに寄り添い、段差、階段、坂などの移動には支えが必要。	③
3 健康管理の状況	ささいなことでもよく訴えていた。	怪我をした時には自らの訴えもあるが、多少の体調不良に関しては申し出ることはなく、周囲の観察は欠かせない。	痛い時には知らせることができている。		③
4 体力面	長距離での歩行もある程度は可能であった。特に休日にはよく歩いていた。	以前に比べ長距離の歩行には疲れを感じるようになり、体力の低下が見られる。心臓の状態も不安定なため、過度の運動は避け、適度な散歩を取り入れる程度。日中も居座りすることが時折見られる。		息継ぎなどの観察をし、体調を見極めて歩行中に休憩を取り入れる。	③
5 記憶の状態	曜日については概ね間違えることなく答えることができた。行動についても一連の流れをほぼ理解し、動くことができた。	短期の記憶に関しては近年(2~3年)での低下が著しい。すでに行っていた行動(服薬、歯磨き、洗面など)を行っていないかとも尋ねたり、もう一度行っていることなどがある。音の出来事についてはあまり話すことがなく、長期記憶については判断が難しい。	ご飯を食べること、トイレに行くことは忘れずにできる。	自分でできることは行なっていただき、出来たことを認めるよう声をかける。物忘れによる繰り返しの行動に対して否定的な声かけはさける。	⑤
6 感情のコントロール	比較的確約やかに過ごすことがほとんどであった。	本来は明るく穏やかな性格だが、他利用者からの指摘などに対して腹を立てることが時々ある。また、気分が落ち着かない時には周囲の様子に気がなり、注意してトラパルになることがある。		利用者と関わりのなかで不機嫌な時には話題を変えるなど、感情の安定にむけた配慮をする。	④
7 その他	曜日については理解しており、活動日、休日の区別はできていた。	平日と休日の区別がつきにくくなりつつあり、日中の活動時にグループ作業が休みの日が続くと混乱することがある。		作業日(活動日)の内容が変更なく、安定して提供される。	④

【日常生活】

①自立 ②ほぼ自立 ③必要に応じて介助が必要 ④多くの面で介助が必要 ⑤全面的な介助が必要

項目	以前の状況	現在の本人の状況	まだ自分でできること	援助の留意点	介助度
1 洗面・歯磨き	自分では行わず、声かけと確認が必要。	自分でヘアブラシを持って口の中に入れ動かすことはできるが、磨く動作にはならず、仕上げ磨きが必要。洗面は擦が流すことがきている。	食後には歯を磨くため洗面所に行ける。	やっことを忘れて再度行う時には、そつと声かけ、次の行動へ移行できるようにする。	④
2 衣類関係(着脱・衣類の調整)	更衣は適直声かけを要し、前後ろ反対であったり、下着シャツが出ていることが多い。	季節による衣類の調整は行えず、支援者がすべて行っている。着脱衣は自分で行えるが、裏裏や前後の判断は十分でなく、確認と手直しを要す。シャツなどを出したままの為、入れるなどの配慮は必要。	用意してある服を着る。	着衣後の身だしなみの確認。	④
3 食事	米飯を食べることができず、食べると吐き出していた。そのため、パンや麺類を主に食べていた。	偏食が多い。パン、麺類を好み、米は苦手だが、昨年ごろより食べることができている。野菜もあまり好きないが、盛りつけてあるものは概ね食べることができている。少量ずつ口に入れ、噛んで飲み込む。現在はムセなどは見られず。食べこぼしは多く、つまみにくい物や取りこぼしたものは時々手を使得って食べることもあり、配膳はお盆を出すまでは行えるが、一通りの動作は行えず、途中で「できず」と止めてしまう。	箸を使って御飯が食べられる。	食事用エプロンを使用。硬い物や大きいものは食べやすい大きさに切って提供する。	④
4 排泄	失敗することはほとんどなく、介助も必要とせず、概ね自力で行っていた。	尿意はあり、必要時にはトイレに行くことができるが、間に合わないことも多い。汚れた衣類をきれいな物に入れてしまおう。排便時に便器のなかにできず、周囲に散らして衣類や便器を汚してしまうことがある。排便時の拭きとりは自分ででききれいに行えず、手を汚すため介助を要する。	汚れた服は脱いで、新しいものを着ることができている。	洗濯前に汚れた衣類の有無の確認、トイレへ行く際に同行し、見守り必要。排便時には拭くことは介助。	⑤
5 入浴	ある程度は自力でできたが、部分的には介助を要した。	声をかけると毎日嫌がらずに入浴する。自分では洗いやすい部分のみタオルを動かすが、全体的に介助している。	自分なりにタオルで体を洗う(軸)ことができている。		⑤
6 起床	特に問題なし	6時30分までには自ら起床することが多い。	朝食までには自分で起きることができている。眠い時も声をかけられたら、すぐに起きる。		①
7 睡眠	特に問題なし	21時頃には入眠し、睡眠状態は良好。途中で起き出すことも少ない。	夜になつたら眠れる。		①
8 整髪・つめきり	爪切りは全介助。	爪切りは全介助。爪の爪は硬く切りにくい。			⑤
9 服薬	特になし	薬を飲むことを覚えていて忘れられている時がある。食事の際に目の前(トレー内または小皿)に出して服用。飲み忘れが時折ある。	目の前の薬は自分で飲むことができる。	小さい容器(小皿など)やトレー内に錠剤を入れ、目の前に置き示す。食事後片付けの際に飲み忘れがないか確認する。	④
10 移動・歩行	つまずくことなく、歩くことができていた。少し遠くの目的の地まで徒歩で行って帰ることができた。単独での公共機関の利用はむずかしい。	足、主につま先の足がりが少なくなってきたため、以前より歩行時につまずきやすくなった。足元を踏まずに歩くため、水たまりにはまったり、足を踏み外すことあり。慣れた環境でないところではそばについて介助が必要。	自分で歩くことができる	外出時にはそばについて見守りを要する。また、階段や坂を歩行する際には手すりの利用や必要に応じ柵を持つなどの介助を要する。	④



11	危険回避	車の通行や段差等はある程度認知し、回避することができた。	車の通行、信号の判断、周囲の状況などにについて、概ね認知できるが、以前より低下みられる。休日にふらっと一人で外出する。コンビニやスーパーに行きたいという目的を持っているが、いつも通る道を外れると状況判断できずに帰れなくなることがまれにある。	一人で近くのコンビニに行ける。	休日の朝勤務の世話人が帰る時には、携帯電話(GPS)を身につけてもらう。	④
12	余暇・興味関心	ホームから出て、近所のスーパーやコンビニ、また友達がいるホームへ行くことが好きで、休日はよく出歩いていた。	余暇時間にはTVをみて過ごすか寝ていることが多い。休日には近所のコンビニに行き、好きなあんぱんを見るのが日課となっている。その他、カラオケやボーリングを好む。			④

### 【行動面】

項目	以前の状況	現在の本人の状況	援助の留意点	配慮・介助度
1 自傷行為	なし	なし		
2 他傷行為	なし	なし		
3 こだわり・強迫	なし	なし		
4 衝動性 (突発的に飛び出し、爆発的なパニック、怒り 他)	なし	なし		
5 多動 (ひと時もじっとしてられない、無目的に歩回る 他)	なし	なし		
6 もの壊し (衣類類、もの入れ、破損行為、ガラス割り、扇状物破壊 他)	なし	なし		
7 騒がしさ (大声、不快な音を発する 他)	なし	なし		
8 睡眠 (昼夜逆転、不眠、寝過ぎ 他)	なし	なし		
9 食事 (興奮、反すう、過食、摂食障害 他)	米飯を全く食べない。	なし		
10 不潔行為 (臭い、つば吐き、壁や床を舐める 他)	なし	なし		
11 性行為 (不適切な場面での自慰行為、異性への過剰な接触 他)	なし	なし		
12 その他				

### 【社会生活】

項目	以前の状況	現在の本人の状況	まだ自分でできること	援助の留意点	介助度
1 社会生活上のマナー	自らTPOにあったあいさつをすることができる。ジュースや菓子など欲しい物は他人の物でも盗食することがあった。	あいさつは自分からすすんで行なう。他の人のジュースやお菓子を飲食することがあり、周囲から嫌がられることがある。また衣類や帽子などは他の人のものと同混同することはない。	あいさつは自分からできる。機嫌の良い時は友達と仲良くできる。	菓子類は世話人が預かるとともに、一度に多量に購入しないよう見守りと配慮を行なう。他の人の物を自分のと言いつつには自分の物を提供し、思い違いを解消するようにする。	④
2 交通ルール	信号は自ら確認して渡ることができる。	信号があるところでは番号を確認して横断歩道を渡ることはおおよそ理解できているが、交差点で長い時間立っていることもあり、判断に時間がかかるところになったのかは不明。道の端を歩くことは難しく、車道に寄りかちなことがある。	歩道があれば、歩道を歩ける。	道路通行時には道の端を歩くよう見守りと声かけを行なう。	④
3 金銭管理	自らは行わず、世話人が管理している。	金銭管理は行えない。店で欲しい物を買う時にはお金を払わなくてはならないことについて理解している。		本人の持ち物やゴミ、またシートを確認し、支払いが行われているかどうかを確認する。	⑤
4 電話・手紙の使用	使用できない。	使用できない。かかってきた電話に出て話しをすることはできるが、相手の話を十分に理解はできず、自分にかかってきたことに満足感を覚えていない様子。			⑤

## 【対人関係・コミュニケーション】

### 【基本的な性格】

明るくほらかな性格かつ寂しがりやで、人との関わりを好み、自分から話しかけることも多い。幼ない面があり、主に職員に甘えたがる様子がみられる。

### 【コミュニケーション】

項目	以前の状況	現在の本人の状況
本人からの要求・要望の伝え方	本人の言葉にして訴えることができる。自己中心的な発言が多く、自分の都合のよいウソをつくことがよくあった。	やや言葉は不明瞭であるが、概ね伝えることができる。ただし、先の予定に関しては要望が二転三転し、前回に言ったことを覚えていないことが懸念される状態。
他者からの伝達の理解の状況	日常的なことを平易な言葉で伝えられるとほぼ理解することができていた。	簡単かつ日常的内容であれば理解できている。ただし、行事等先の予定の説明などは伝達時に「わかった」というが内容は十分理解できておらず、すぐ後に異なることを言うこともある。尋ねられたことにその都度応えるが、事実とは異なることもあり、「ウソをついた」と周囲から言われることもある。

### 【日中の活動】

【利用しているサービス】

【事業所（生活介護）…

基本的には月・火・木・金は手芸グループにて生産活動  
水は絵画や散歩など余暇的活動

項目	以前の状況	現在の本人の状況	まだ自分でできること	援助の留意点	介助度
1 興味や関心	以前は罵たテレビ番組の話をすることが多かった。行事などを楽しみ、何度も話題に上っていた。	人にかまってもうごころに関心が返るためか、蘭麝香や作業の出来ばえを自分からアピールすることを繰り返す。行事やテレビ番組などの話題も聞かれず、興味の対象が減少しているように思われる。	支援者が提供すれば絵本をみたりする。自分で名前を書くのが結構好き。	何もしていない時や、ぼんやりしている時には話しかけて活動に興味をもてるようにする。	
2 作業への取り組み	糸通しを使わずにビーズに糸をおとすことができ、どんな色でも通すことができた。物の置き場所なども自分で覚えており、毎回準備ができた。	現在、手芸グループでビーズ通しの作業を行う。日課の中で活あはないが、動内容がパターン化しているため、毎回戸意なく取り組める。作業中に道具箱などの置き場所を忘れてしまることがある。ビーズの素材によって糸が通らないなど歩する。色によって穴が見にくい。	ビーズの穴が大きいければ糸を通すことができる。ビーズが無くなった時には自分から報告することができる。	題材や道具を工夫して通しやすいうように工夫する。また、しっかりとほめて、達成感を味わえるようにする。	
3 余暇的な活動	テーマを決めていたら自分から意欲的に絵をかくことができていた。	絵を描く時に、直前に何を描くか話していたにも関わらず、描こうとして「何を描くか」を忘れ、静止してしまふ。使用する色がはっきりした色のみになってきた。	自分なりに絵を描いて色をむることができ。	最後まで描きあげたり作り上げられたものを展示するなど、満足感を味わえるようにする。	
4 利用者との関わり	急に原因もなく怒りだすことはなかった。他の人を作業に呼びに行くなど世話を焼きたがっていた。	特に理由もなく怒りだすことがある。その際に特定の人が自分に向かって何か言ったと話すことが多い。（現実にはない幻聴か、過去の経緯の思い出しかは不明。）	気分が良い時には他の人にやさしくできる。	他の人が何か言ったという時（原因のない時）は、誰も話しかけていないことをそっと説明する。	
5					

## 参考事例2

### 知的障がい者支援施設D寮に暮らし、能力低下が見られるOさんのアセスメント(例)

Oさんの概要について

(1)プロフィールについて

- ①Oさん(60代後半、男性)
- ②療育手帳A、障害支援区分6

(2)成育歴について

<施設入所前>

- ・母子家庭で生活。自宅からはほとんど出たことがなかった様子。
- ・母が仕事で外出するときは、一人で留守番をしていた。
- ・母親以外との接点がなく、現在の身元引受人の叔母にも、怒鳴る等で意思表示をしていた。
- ・母親が認知症と病気のため入院となり、51歳の時に知的障がい者入所更生施設Bへ短期入所となる。
- ・短期入所利用中に母親死去。

<施設利用中>

- ・知的障がい者入所更生施設B短期入所中に、無断外出する。
- ・50代半ばで当時の知的障がい者入所更生施設C寮(現障がい者支援施設)へ入寮となる。

H棟の一日の流れ

時間	活動日(入浴あり)	活動日(入浴なし)	時間	休日(入浴あり)	休日(入浴なし)
7:00	起床(更衣)		7:00	起床(更衣)	
8:00	朝食(服薬)		8:00	朝食(服薬)	
	歯磨き、洗面			歯磨き、洗面	
9:00	トイレ誘導		9:00	トイレ誘導	
9:30	ティータイム		9:30	ティータイム	
10:00	活動準備		10:00	余暇時間	
10:10	活動		↓	↓	
11:00	水分補給		11:00	水分補給	
	トイレ誘導			トイレ誘導	
11:30	昼食準備(手洗い)		11:30	昼食準備(手洗い)	
12:00	昼食		12:00	昼食	
	歯磨き・洗面			歯磨き・洗面	
12:30	トイレ誘導		12:30	トイレ誘導	
	休憩			休憩	
13:30	入浴	活動準備	13:30	入浴	余暇時間
↓	↓	活動	↓	↓	↓
15:00	水分補給	ティータイム	15:00	水分補給	ティータイム
15:30	ティータイム	トイレ誘導	15:30	ティータイム	トイレ誘導
	トイレ誘導			トイレ誘導	
16:30	夕食準備(手洗い)		16:30	夕食準備(手洗い)	
17:00	夕食		17:00	夕食	
18:00	歯磨き・洗面		18:00	歯磨き・洗面	
18:30	更衣		18:30	更衣	
	トイレ誘導			トイレ誘導	
20:00	入床		20:00	入床	

1. 健康

項目	支援の有無	実態(出来ること)	実態(できないこと)	配慮・要望・特記事項 (本人に聞いたことも含む)
疾病の状況	<p>要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> </ul>	<p>大腸ポリープの様子観察。 冷え症。 急性腎不全。 便秘。 白内障。 顎が外れやすい。</p> <p>&lt;内服薬&gt; 現在は緩下剤(毎食後)のみ 以前は精神科系の○○○(眼前)を服用。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>大腸ポリープについては、定期検査を行っていく。</li> <li>冷え性のため、体の末端が変色することがある。季節を問わず保温と血行を良くする配慮は必要。</li> <li>急性じん不全については、排尿量に気をつけ、引き続きの様子観察を行う。</li> <li>便秘については、引き続き緩下剤を服用し、様子観察を行う。</li> <li>誤嚥性肺炎のリスクがあるため、定時検温、胸部X-Pが必要。</li> <li>浮腫(原因として、車いす生活になり運動不足による筋肉の衰え、それに伴うポンプ機能の低下から冷えや血行不良がある)あるため、臥床時の下肢の拳上。</li> <li>緩下剤服用のため、軟便になることがある。</li> </ul>
拘縮・麻痺	<p>要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>麻痺・拘縮ともなし(Ns.に確認済み)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>右手の震戦あり。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>左脚だけでなく、下肢全体の拘縮が進む可能性も考えられる。そのため、Ns.・OTに相談し、指示を仰ぐ。必要に応じて動かせる時には職員が両脚共動かす機会を設ける。また、マッサージ等も行い血行を良くしむくみが出ないようにする。</li> <li>臥床時にクッションを使用したかしの曲げ伸ばしが必要。</li> </ul>
目・耳の状態	<p>要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>耳の聞こえはよい。</li> <li>白内障の既往があるが、見えている。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>加齢からくる変化の可能性も含め、日々の様子(見え方、聞こえ方)に十分注意していく。</li> </ul>
精神症状・行動傾向	<p>要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>不安定になることはほとんどない。</li> <li>他者の動向が気になり、自分のルールに従い(大きく一般常識からは外れていないが)注意するために大きな声を出すことがある。</li> <li>特定の利用者に過剰に反応し、急に理不尽に怒鳴ることがある(○○、歩くな!!等)。</li> <li>不愉快な時には、自分の手を噛んで怒りを表現したりする。</li> <li>静かな環境を好む。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>他者の動向に対し、怒鳴るように注意をしたり、職員に訴えるため、そのような時はしっかりと本人の思いに寄り添い、その思いを認めた上で、怒鳴らなくても大丈夫なこと、職員が代わりに注意することを根気よく話をしていく。</li> <li>自分の思いや気持ちは職員をそばに呼び、囁くように話すことができるため、しっかりと耳を傾ける。</li> <li>様々なことが気になり、落ち着かない時は、自室等の静かな環境を提供し、気分転換が図れるようにする。</li> <li>生活場面や日中活動場面を工夫する取り組み(高齢者のグループ化)を行う。</li> </ul>
服薬管理	<p>要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> </ul>		<p>薬の管理はできない。服薬も震戦が強く薬袋が破れない。また、震戦のため、薬を自分の口に入れることが難しい。</p>	<p>飲みこぼし、口内や湯飲みの中に飲み残しが起こりやすいため、服薬後の確認が必要。</p>
食事管理	<p>要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> </ul>	<p>セレクトメニューでは、メニューの写真を見て選ぶことができる。</p>	<p>配膳は職員がしている。</p>	<p>引き続き、セレクトメニュー等の自分で決めれることについては、その機会を大切にしていく。</p>

2. 日常生活

項目	支援の有無	実態(出来ること)	実態(できないこと)	配慮・要望・特記事項 (本人に聞いたことも含む)
起き上がり	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要		・左足大腿骨頸部骨折のため、歩行困難となつてからは、起き上がりには支援が必要。 ・ベッドの手すりを持って、仰臥位から横臥位になることは可能。	・一人で起き上がることは難しく、介助が必要。 ・筋力の低下がみられ、また、介助に不安があるため、起き上がりの介助にしっかりと声掛けとゆっくりと本人のペースで介助することが大切。
起床	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	・目覚めていても、職員が起床支援に行くまでベッド上で過ごしている。 ・起床支援の際は、ベッドの柵を持つことができ、座位からお尻を支えると立つことができる。		立位後も、ふらつきがあるため、支えが必要。
歩行	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要		骨折後、歩行困難となり、車いす使用。手術後、主治医より能力的に歩行訓練はできないとの診断を受け、PTによる歩行訓練もする必要ないと言われる。専門家による歩行訓練が出来なかったため車椅子を使用している。	歩行はできないが、紙パンツ交換時や移乗時に立位保持できるため、その機会を大切にしながら、今現在できることは今後もできるようにしていく(今後、OTによる評価を受ける)。
食事行為	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	・利き手の震戦が強いため、反対の手でスプーンにて食べる。刻み食にトロミをつけて提供。水分にはトロミなし。かき込むように食べる上に、一度に口に入れる量が多いため、一口分づつ適量をお椀に分けて提供し、それを食べている。H27.春よりムセや詰りが増え、ムセがひどい時は全介助にて食べている。 ・お椀に副食を分ける際、どのおかずが良いか選ぶことができる。 ・鼻汁等の風邪症状がみられる時などは、ムセることが頻回になるため、全介助となることがある。 ・食事時に顎が外れやすい。		・歯がなく、噛まずに食べようとする。 ・食べこぼしがある。 ・ムセや詰まる事が増えているため、職員の介助にて引き続き食事をしてもらう。好きな物やコーヒーなど、自分のペースで食べたり飲んだりしようとしムセることがあり、その結果、「もういらん」と食べるのを途中でやめようとするため、その点も含め、安心しながら、楽しみながら食事ができるようにしていく。
排尿	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	・紙パンツ使用。 ・定時排泄時には声掛けをしてトイレへ移動し洋式トイレにて排尿する。定時排泄時以外でも、トイレへ行きたいという意思表示があれば、トイレに移動する。しかし、既に紙パンツに排尿していることもある。そのため、尿意が確実ではない。交換の際は、手すりを持ち、立位保持できる。		尿意や便意はあり、たまに自ら「トイレ」と言うこともあるため、今後も引き続き本人への確認をしていくことが必要。
排便	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	・紙パンツ使用。 ・様式トイレに座ることができ、ほぼ毎日排便がある。	・便意の訴えはない。	
生理		—	—	

着脱衣	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上半身は、自分で着脱及びボタンのはめ外し(掛け違いあり)やファスナーの上げ下ろしが可能。</li> <li>・服の前後の区別ができる(肌着は難しい)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手の震戦があるため、ファスナーのはめる部分は難しい。また、着衣後に整えることはできない。</li> </ul>	現在、できていることは引き続きできていくように、上半身の着脱及びボタンのはめ外しは継続していく。
整容	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主に特定の職員に髭そりをして欲しいと訴えることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・髭剃りや、髪の毛を櫛でとかすとはできない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・髭そり後や洗面後には「素敵になりましたね」等の声かけを行い、身だしなみが整うことが嬉しいことだと理解してもらえるようにしていく。</li> </ul>
歯磨き	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口をあけることができ、口内を簡単に歯ブラシでこすることができる。</li> <li>・うがいも不十分だが、できる。</li> <li>・歯がないため、口内のブラッシングを職員が行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯磨き粉を付ける等はできない。</li> </ul>	
入浴行為	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・風呂は好き。</li> <li>・上半身の前側は雑だが洗体することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全介助。</li> <li>・職員に抱えられる(移乗)ことが怖いため、浴槽に入ることを嫌がる。</li> <li>・浴槽に浸かった際には、座位ではなく仰臥位になる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分で洗える部分については、引き続き洗ってもらう(胸や腹部のみ軽くこする程度)。</li> <li>・本人に適した福祉用具が足りていないので、リハビリ専門職とも相談して適切な道具を購入・設置し、安心で快適な入浴ができる様工夫していく。</li> <li>・浴槽に浸かる際には、座位が保てるよう工夫をする。</li> <li>・特浴の設置の検討。</li> </ul>
洗濯	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要		できない。	
掃除	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要		できない。歩行していた頃は、雑ではあるが目の前を雑巾で軽く拭いたり、ほうきではく等はできていたが、車いすになり、その機会がない。	雑巾にて、手擦りや窓、窓のさん等、手の届くところは掃除の時間に、拭く機会を設けていく。
整理整頓	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要		車椅子になってから、行動範囲に制限ができてしまい、狭い自室での整理整頓は難しい。	自分の物品の整理ができる環境を準備する。歩行できていた頃は、自分の衣類は自分で片づける等できていたため、環境を準備することでできていたことは再びできるように支援していく。
ベッド メイキング	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要		していない。	好みの枕や枕カバー等準備し、シーツ交換の際に、職員と一緒に枕カバーの交換等してもらう。
屋内移動	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車椅子を使用し、本人の要求に合わせて介助にて移動している。</li> <li>・ブレーキ介助は自分でできる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動中、車椅子から不用意に手を出したり、手擦りなどをつかもうとすることがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動中に不用意に手を出すことがあるため、声掛けや注意が必要。</li> </ul>

### 3. コミュニケーション

項目	支援の有無	実態(出来ること)	実態(できないこと)	配慮・要望・特記事項 (本人に聞いたことも含む)
意思伝達手段・意思表示	要 ・ 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思表示は単語か二語文。</li> <li>・嬉しいことや楽しかったことがあると、泣きそうな笑顔で、囁くように「○○行った」等を職員に何度も教えることができる。</li> <li>・嫌な時は手を横に振り意思表示する。</li> <li>・簡単なジェスチャーで気持ちを表現することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・声が小さいため、聞き取りが難しい。</li> </ul>	積極的な意思表示はないが、今後も本人が話したい思いや教えたい気持ちを受け止め、職員に「伝えたい」思いを継続的にもてるようにしていく。
言語理解度	要 ・ 不要	簡単な日常会話程度の内容は理解できている様子。		日常会話の理解度が低下しないように、しっかりと声かけや話しをしていく時間を設けていく。
電話・筆記等	要 ・ 不要		<ul style="list-style-type: none"> <li>・電話は掛けられない。また、言語不明瞭のため、電話での会話は難しい。</li> <li>・数字の認識が曖昧で、電話機の数字を押す行為も支援が必要。日常生活の中で経験がほとんどない。</li> <li>・字は書けない。</li> </ul>	
対人関係	要 ・ 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・好きな利用者に関わりたい。しかし、関わり方が大声を出して注意する等であるため、嫌がられたり、トラブルの原因になりやすい(大声を不快と感じている他の利用者から、きつかけがあると逆に危害を加えられることがある)。</li> <li>・他者の言うことが気になったり、行動はよく見ており、大声で注意したりするが、直接本人に言うことはなく、遠い場所から叫んでいることがほとんど。</li> <li>・利用者との直接的な関わりは上手くできないが、好きな利用者や気になる利用者は常に自分の視界には入れておきたい。</li> <li>・一人になることを好む時がある。</li> <li>・大声を出して、なんらかの反応がある利用者のことを好んでいるようす。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者との関わりは様子を見ていく。併せて職員との関係は今後もしっかりと持てるようにしていく。</li> <li>・本人からよく名前が出る利用者については、尋ねると「好き」と答える。一方で、名前があまり出ない利用者について尋ねると聞こえないふりをしたり、話題を変えたりするため、他者の好き嫌いをしっかりと認識していると思われる。</li> </ul>

### 4. 社会生活

項目	支援の有無	実態(出来ること)	実態(できないこと)	配慮・要望・特記事項 (本人に聞いたことも含む)
屋外活動	要 ・ 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・屋外での活動参加を好むが参加しても積極的にはあまり活動はしない。</li> <li>・職員と一緒に車椅子にてウォーキングに参加。その他、屋外であるイベントや合同朝礼等には参加している。</li> <li>・寮外での活動に参加した後は、職員に活動した内容を話す。</li> </ul>		引き続き、職員と共に車いすにてウォーキングを行う。また、高齢者スポーツ活動や芸術活動等にも参加していく。

交通機関の利用	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出等は福祉車両(公用車)を利用。</li> <li>旅行等はリフト付きバスで参加している。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>介助の元、利用は可能だが利用中には十分な本人への配慮が必要。</li> </ul>
買い物	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>買い物に職員と出かけ、欲しい物を選んだり教えたりすることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分で買い物自体はしていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出先にて、自分の欲しいものを選択し、買い物ができるように援助する。</li> </ul>
金銭管理	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要		<ul style="list-style-type: none"> <li>金銭感覚についての認識が持てなかった。</li> </ul>	
危機管理	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要		<ul style="list-style-type: none"> <li>危険回避に対する理解は乏しい。また、自力での回避も難しい。</li> </ul>	
食事準備	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要		<ul style="list-style-type: none"> <li>自分ではしていない。</li> </ul>	
入浴準備	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>服を選ぶことはできる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分ではしていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服を選ぶことはできるため、今後も服を選べるようにしていく。</li> <li>選んだ服、下着、靴下等、自分のダンスから入浴用のカゴに入れる等、できる準備ができるよう環境を整え、支援していく。</li> </ul>

## 5. 社会参加

項目	支援の有無	実態(出来ること)	実態(できないこと)	配慮・要望・特記事項 (本人に聞いたことも含む)
就 労・ 日中活動	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出や買い物、日中活動に参加する意欲はある。</li> <li>外気浴、高齢者スポーツ活動、芸術活動に参加している。</li> <li>芸術活動では、ちぎり絵や水彩絵の具を使った絵を描くのが得意。</li> <li>高齢者スポーツ活動では、積木ゲームやボール投げが得意。</li> <li>参加後は参加したこと、活動したことを職員に教えることが多い。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>買い物は本人にとっては楽しみの一つのため、欲しいものをゆっくりと選べるような時間にゆとりのある外出計画を立てて実施していく。</li> <li>外出、活動参加後には、そのことを話したい思いが強いため、話を聞いたり、共感したりし会話も楽しめる様にする。</li> <li>活動は本人の意向を確認して、参加していただく。</li> </ul>
レクリエーション・趣味・ 旅行等	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>外出や旅行等は楽しみにできるため、前もっての情報提供は可能。</li> <li>情報の中から行き先を選ぶことができる。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>外出や旅行等は楽しみの一つのため、今後も可能な内容を提供し、参加していただく。</li> </ul>
各種社会的 活 動	<input checked="" type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会的活動は、近隣施設で行われる地域の行事(○○コンサート)に参加する程度。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>年齢等も考慮し無理はせず、本人が望むものの、好むものにできる限り参加できよう促す。</li> </ul>



6. 生活基盤

項目	支援の有無	実態(できること含む)	配慮・要望・特記事項 (本人に聞いたことも含む)
経済環境	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	障害者年金1級。	
住環境	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	約築40年過ぎの平屋建てだが、個室。10人の利用者と共に生活。	車いすでの生活であり、現在の○施設が車いす対応の設備となっていないため、不自由な生活をしている。本人に合った施設を探しつつも、○施設での生活がより快適になるよう設備を整えていく必要がある。

7. 家族支援

項目	支援の有無	実態	実態(できないこと)	配慮・要望・特記事項 (本人に聞いたことも含む)
家族	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・父親とは離婚時に離別。母親は約15年前に入院中に死亡(認知症も思う)。</li> <li>・ずっと母子家庭で生活し、母親が他人に頼らずに本人と生活してきたよう。そのため、母親が病気になった際には、叔母(母親の妹)が母親と本人の世話をしていた。</li> <li>・クリスマス等、プレゼントを送ってきたり、職員と電話で話す際には、本人の事を大変気にかけてくださっている。</li> <li>・叔母がキーパーソン。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・叔母の家族は本人との関わりを拒否したため、施設利用後も叔母のみが身内の状態である。その叔母も、高齢となり体調を崩すことが増え、本人への面会等は数年前からない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人に変化があれば家族に連絡を入れ、情報を伝える。また、書類等のやり取りの際にも本人の様子や近況を報告するようにする。</li> <li>・叔母が大変高齢となり、本人への様々な働きかけが難しくなっていることを叔母自身も気にしている。成年後見人制度の活用について、叔母と話をしていく時期に来ていると思われる。</li> </ul>

8. 支援課題①

項目	支援の有無	課題・実態	配慮・特記事項
本人から見て支援すべき生活上の課題	要・不要	・食事をすることやコーヒーを飲むことが好きだが、むせるため、自分のペースで食べれない。また、自分のペースで食べるとむせて呼吸困難になる。	・引き続き、トロミを使用し、食事時の体勢の見直しを行い、ムセルことなく安心して食事ができるようにする。 ・ムセると食事意欲がなくなるため、好きな食事が楽しく安心して食べれるようにする。
	要・不要	・好きな利用者と関わりたいが上手く関われない(大声で注意をしたりするため、嫌がられることが多い)。	・好きな利用者とは関わりたいが、関わり方が一方的であり、相互関係が作れない。職員の介入の元、本人が特に好んでいる利用者に関わりが持てるようにしていく。
	要・不要	・職員に話を聞いてもらう時間が好きだが、ゆっくりと聞いてもらう時間が少ない。	・選択決定ができるため、常に選択ができるように会話していく。 ・会話や選択をすることで、認知機能低下防止、コミュニケーション力の低下防止も図っていく。

9. 支援課題②

項目	支援の有無	課題・実態	配慮・特記事項
施設・職員から見ての生活上の課題	要・不要	・加齢に伴う、ADLの低下と本人の認識や職員の意識のズレ。	・加齢に伴うADLの低下に対し、知的障害が影響してか実状と本人の認識にズレがあり、「以前のようにできる」「今のように今後も変わらずできる」という「変わらない」無意識の思いがあるが、状況に応じて受け入れていくような支援も必要となっている(職員の意識の持ち方も含む)。

10. 課題の優先順位

優先順位	課題	配慮・特記事項
①	・身体機能の維持・低下防止。 ・本人が安心できる介助・支援。	・生活の中で、「自分でできること」「自分でしたいこと(可能なこと)」ができるようにしていく。 ・日常生活の中で、移乗時等に自力で立ち上がる、立位保持をする、上半身の更衣でできることは引き続き行う。 ・OTに助言をもらい、適切な介助・支援を行う。
②	職員や他利用者の中でも居場所があり、安心できる生活環境を整えてほしい。	・日常生活の中の様々な場面で選択ができるため、会話をする際には「選択できるやりとり」を入れ、本人の話したいこと、聞いて欲しいことを聞き共感するだけでなく、選択できるやり取りを大切にしていく。 ・職員と会話を楽しむ中で、本人がやりたいと思っていること、以前はできておりもう一度やりたいと思っていること等を汲み取る。それを日常生活に反映できるように工夫し、生活の中で、「自分でできること」「自分でしていくこと」という役割とし、生活のほりにもつなげていく。
③	楽しく安全に食事をしたい。	・引き続き、トロミを使用し、食事時の体勢の見直しを行い、ムセルことなく安心して食事ができるようにする。 ・ムセると食事意欲がなくなるため、好きな食事が楽しく安心して食べれるようにする。
④	安心して快適に入浴したい。	・リハビリ専門職と相談して適切な福祉用具を購入・設置し、入浴介助の方法についても職員間で統一できるよう介助マニュアルを作成する。

支援サービス計画書A(施設入所)

作成日：平成〇年〇月〇日

利用者氏名：〇様 ○○施設長(管理者)：○○○

性別：男・女 年齢：60歳 サービス管理責任者：○○○○

担当者(記入者)：○○○

障害程度区分：1・2・3・4・5・6

看護師：○○○

<p>本人・家族の意向 状況及び要支援事項</p> <p>&lt;意向&gt;  <ul style="list-style-type: none"> <li>・行事や外出、楽しかった事、嬉しかった事、腹が立った事等があると、そのことを職員に話しかけたり、訴えたりする。楽しかった事等を話す時は、満面の笑みで話をする。もっと、職員と話がしたい。</li> </ul> </p> <p>-----                  &lt;状況・要支援事項&gt;  <ul style="list-style-type: none"> <li>・特に支援が必要な項目として①情緒の安定②日中活動の充実③身体機能の維持 等といった事が考えられる。</li> <li>・自分の危険回避ができないので、居住棟の入口については安全確保のため、必要に応じて施錠を行う。</li> </ul> </p>	
---	--

<p>健康面に対する支援 (医療面から)</p>	<p>精神的安定を図れるよう医師と連携をとり確実な内服管理をする。 手足の冷えがあるので、足浴や衣類調整に配慮する。 左足骨折部の痛みの観察、疼痛時の対応をする。</p>
------------------------------	---

<p>総合的な支援の方針</p>	<p>情緒の安定、日中活動への参加を通じての身体機能の維持を軸に支援を提供する。                  他者に対して大声を出す事に関しては周囲への迷惑となる為、その都度、注意を行うが、一方で本人の何かしらの気持ちの訴えであると捉え、個別で対応し気持ちを受容していく。                  日中活動への参加については車椅子でのウォーキング及び外気浴、芸術活動・スポーツ活動等に参加する事で気分転換を図っていく。また、スポーツ活動に参加することで身体機能の維持・向上を図る。                  また、外出の機会などは本人の楽しみでもあるので、引き続き本人の希望に沿った計画立案を行い、実施していく。</p>
------------------	--

## 長期目標(内容、期間等)

日常生活で自分でできることは自分で行うようにする。  
身体機能の維持に努めながら、張りのある生活を送る。

優先順位	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	支援目標		サービス内容	担当者	頻度・時間	適要(提供先等)
		目 標	期 間				
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>車いす生活のため下肢筋力が落ちたり、機能が低下しないようにしたい(できていることは、今後もできていたい)。</li> <li>安心できる支援・介助をしてほしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体機能の維持に努める。</li> </ul>	6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッドやトイレへの移乗時など自力で立ち上がる機会を維持し、立位保持能力、下肢筋力の維持に努める。</li> <li>正しい座位姿勢を保持し、安定して座位保持ができるようにする。</li> <li>介助方法の見直しを行い、本人が安心して介助を受けられるようにしていく。</li> <li>一つひとつの動作の前には必ず声かけを行うとともに、日々の出来事等についても話しかけたり、本人からの話を傾聴する。</li> </ul>	サービス提供職員 OT	随時 1回/月	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>余暇時間に何をしたらいいのかわからず、時間を持て余してしまう。</li> <li>話をするのは好き。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>余暇時間の充実。</li> </ul>	6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>休日等を利用して、塗り絵や折り紙等自室や一人で静かにできる題材に取り組めるようにする。</li> <li>取り組み時、最中、作品が出来上がった際は、「楽しい」「嬉しい」という思いができるように称賛し、継続してできるように支援する。</li> <li>出来上がった作品等は芸術活動の講師にも見せたい、褒めてもらうことや、取り組んでいること、作品について、本人と関わる際に、話題にする等し、職員と話す楽しい時間となる機会も設けていく。</li> <li>自室へ戻りたいという訴えがあった際には速やかに自室へ移動し、2～3分程度でも良いので、話をする時間を設ける。この時のやり取りは記録に残し、新たな趣味への糸口とする。</li> </ul>	サービス提供職員	休日 余暇時間	

3	好きな食事を自分で食べ続けたい。	自分で(安全に)食事を摂る。	6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>•食べ物を勢いよく口に入れ、ほとんど嘔まずに飲み込むため、一口分づつお椀に分けて提供する。</li> <li>•食事中は職員が必ず見守る。</li> <li>•喉詰めやムセに注意する。</li> <li>•本人が食べたい副食を選んで食べられるよう、本人と話をしながら食事を提供する。</li> </ul>	サービス提供職員	食事時	
---	------------------	----------------	-----	---	----------	-----	--

支援サービス計画書A(生活介護)

作成日：平成〇年〇月〇日

利用者氏名：〇様      〇〇施設長(管理者)：〇〇〇

性別：男・女      年齢：60歳

サービス管理責任者：〇〇〇〇

担当者：〇〇〇

障害程度区分：1・2・3・4・5・6

看護師：〇〇〇

本人・家族の意向  
状況及び要支援事項

<意向>  
 ・行事や外出、楽しかった事、嬉しかった事、腹が立った事等があると、そのことを職員に話しかけたり、訴えたりする。楽しかった事等を話す時は、満面の笑みで話をする。職員全体として、もう少し居場所や役割、安心感といたことへの配慮をしてほしい。  
 ・日常の中で、選択することができると、より今後も自分で選べる機会を増やしていく。  
 <状況・要支援事項>  
 ・特に支援が必要な項目として①飲食の際、むせることが増えており、注意が必要。②車椅子での生活が長くなっており、また、加齢から身体機能の低下の可能性がある。③活動や外出等楽しめるため、その機会を継続して設ける。

健康面に対する支援  
(医療面から)

手足の冷えがあるので、足浴や衣類調整に配慮する。  
 左足骨折部の痛みの観察、疼痛時の対応をする。  
 飲食時、むせることが増えており、誤嚥性肺炎になる可能性があるため、十分留意し、必要な健康管理、場合によっては検査を行う。  
 精神的安定を図れるよう医師と連携をとり確実な内服管理をする。

総合的な支援の方針

日常生活の中でOT等の評価やアドバイスを受けながら、本人ができることではできるだけ自分のできる環境を準備し、ADL低下防止とQOL維持に努める。  
 日中活動への参加を通じての身体機能の維持を軸に支援を提供する。  
 日中活動への参加については車椅子での外気浴、芸術活動、スポーツ活動等に参加する事で気分転換を図っていく。また、スポーツ活動に参加することで身体機能の維持を図る。  
 日常の会話から本人の思いやしたいことや興味を持っていること等を汲み取り、暮らしに反映させたり充実につながるよう支援していく。  
 外出の機会などは本人の楽しみでもあるので、引き続き本人の希望に沿った計画立案を行い、実施していく。お楽しみ旅行等遠方へ行く等の場合は年齢や好みを考慮し、無理のない範囲での参加を本人と相談しながら決めていく。

長期目標(内容、期間等)  
 日常生活で自分でできることは自分で行うようにする。  
 身体機能の維持に努めながら、張りのある生活を送る。

優先順位	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	支援目標	期間	サービス内容	担当者	頻度・時間	適要(提供先等)
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加する各種活動で褒められる機会や展示会等を設け、居場所や役割があると感じられるように配慮してほしい。</li> <li>買い物や食事が好きなので、外出先で楽しみたい。</li> </ul>	芸術活動に参加し、作品を作る。(絵画展示会への出展を目指す)	6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>芸術活動に継続して参加する。</li> <li>参加の際には、楽しくまた、意欲的に活動に取り組めるような声かけなどの働きかけを行う。</li> <li>絵画展示会に作品が出版された際には、外出計画を立て、見学に行く。その際にも、展示されていることへの喜びが増すような声かけ等を行う。</li> <li>外出は本人の楽しみ、励みにもなるので意向を聞き取り、計画を立案し実施していく。</li> <li>活動や外出後には、どうだったかを尋ねる等し、会話をしていく中で、本人の思いを次回へ取り入れていく。</li> </ul>	サービス提供職員	活動時	
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体機能維持の為に、気分転換・楽しみでもある日中活動に参加したい。</li> </ul>	高齢者対象のスポーツ・プログラムに参加する。	6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>高スが活動に継続して参加する。</li> <li>楽しく、また、意欲的に体を動かしたくなるような声かけを行う。</li> <li>高スが活動がない日は、車椅子で外気浴を行い、気分転換を図る。</li> <li>他者と協力しながら行う内容の際には、職員が仲介し、双方が意思疎通しながら活動ができるよう支援する。</li> </ul>	サービス提供職員	活動時	

3	<p>・車いす生活のため下肢筋力が落ちたり、機能が低下しないようにしたい。</p> <p>・安心できる支援・介助をして欲しい。</p>	<p>生活リハビリを取り入れ、身体機能の維持に努める。</p>	6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドやトイレへの移乗時など自力で立ち上がる機会を確保し、立位保持能力、下肢筋力の維持に努める。また、本人の状態に合わせて立位保持時間を延ばす等も行っていく。</li> <li>・正しい座位姿勢を保持し、安定して座位保持ができるようにする。</li> <li>・身体機能が低下しないように、OTに助言をもらい、それに従った統一した介助を行う。</li> <li>・介助方法の見直しを行い、本人が安心して介助を受けられるようにしていく。</li> <li>・一つひとつの動作の前には必ず声をかけを行うとともに、日々の出来事等についても話しかけたり、本人からの話に傾聴する。</li> <li>・入浴に係る福祉用具を購入・設置するとともに、入浴介助マニュアルを作成して職員間で統一する。</li> </ul>	サービス提供職員 OT	随時 1回/月	
4	<p>好きな食事を自分で食べ続けたい。</p>	<p>自分で(安全に)食事を摂る。</p>	6ヶ月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勢いよく口に入れ、ほとんど嘔まらずに飲み込むため、小分けにして、一口分づつお椀に分けて提供する。</li> <li>・食事中は職員が必ず見守る。</li> <li>・食事中の姿勢の確認を行う。</li> <li>・喉詰めやムセに注意する。</li> <li>・本人が食べたい副食を選んで食べられるよう、本人と話しながら食事を提供する。</li> <li>・看護師、栄養士と相談しながら、食事形態についても検討していく。</li> <li>・必要に応じてOT等の専門職の助言を受けらる。</li> </ul>	サービス提供職員 看護師 栄養士 OT	食事時	



## 委員会の開催状況等

## 1. 開催日

事業の進捗確認や支援ケースの検討を目的として、委員会を開催した。

	実施日
第1回	平成28年8月8日
第2回	平成29年1月26日
第3回	平成29年3月17日

## 2. 参加者等

いずれも旭川荘サービスセンター会議室において開催し、旭川荘内関係者、及び連携団体からオブザーバーとして参加をいただいた。

(1)	小林 由典	愛育寮 寮長	委員長
(2)	森 繁樹	旭川敬老園 園長	調査担当
(3)	岡田 光生	いづみ寮	短期宿泊担当
(4)	井上 友和	あおば	委員会担当
(5)	浅倉 周二	愛育寮	WAM 経理担当
(6)	花田 達紀	旭川敬老園	WAM 調整担当
(7)	小幡 篤志	企画広報室 室長	旭川荘
(8)	秋山 哲生	いづみ寮 寮長	旭川荘
(9)	濱口 喜直	かえで寮 寮長	旭川荘
(10)	木村 友浩	愛育寮地域生活ホーム	旭川荘
(11)	矢幡 伸世	あおば地域生活ホーム	旭川荘
(12)	池田 佳代	いづみ寮地域生活ホーム	旭川荘
(13)	釜付 美弥子	ぎおんハイツ地域生活ホーム	旭川荘
(14)	佐々木 亮治	吉備地域生活ホーム	旭川荘
(15)	平林 孝雄	せとうち旭川荘地域生活ホーム	旭川荘
(16)	宮崎 暁弘	望の丘地域生活ホーム	旭川荘
(17)	摸利 大輔	愛育寮	旭川荘
(18)	林 純子	愛育寮	旭川荘
(19)	福本 悦子	愛育寮	旭川荘

(20)	信木 修	岡山市保健福祉局 参事	オブザーバー
(21)	森本 隆	岡山市保健福祉局障害福祉課 係長	オブザーバー
(22)	新谷 秀樹	総社市障害福祉部福祉課 次長 福祉課長	オブザーバー
(23)	大西 隆之	総社市保健福祉部福祉課 係長	オブザーバー
(24)	岡田 光生	岡山県知的障害者福祉協会	オブザーバー

執筆者一覧（五十音順）

池田 佳代（いけだ かよ）

社会福祉法人旭川荘 障害者支援施設「いづみ寮」 地域支援主幹

.....第2章第2節

井上 友和（いのうえ ともかず）

社会福祉法人旭川荘 障害福祉サービス事業所「あおば」 支援主幹／あおば地域生活ホームサービス管理責任者／旭川荘総合研究所研究員／旭川荘研修センター所員

.....第1章、第3章

岡田 光行（おかだ こうせい）

社会福祉法人旭川荘 障害者支援施設「いづみ寮」 地域支援課長心得／旭川荘カレッジ開設準備室主幹

.....第2章第3節

小林 由典（こばやし よしのり）

社会福祉法人旭川荘 障害者支援施設「愛育寮」 寮長／愛育寮地域生活ホーム管理者／あかしや園 園長／デイセンターあかしや 所長

.....第2章第1節

花田 達紀（はなだ たつのり）

社会福祉法人旭川荘 特別養護老人ホーム「旭川敬老園」 生活相談員／旭川荘総合研究所研究員

.....第3章、第4章

森 繁樹（もり しげき）

社会福祉法人旭川荘 特別養護老人ホーム「旭川敬老園」 園長／認知症高齢者グループホーム「はなみずき」 所長／旭川荘研修センター 所長

.....全体監修、第5章

高齢知的障害者の地域生活継続支援事業

報告書

平成 29 年 3 月

発行 社会福祉法人 旭川荘  
〒703-8555 岡山県岡山市北区祇園 866  
代表電話番号：086-275-0131 FAX：086-275-5640



(平成 28 年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業)





