

長野圏域高齢知的障がい者支援検討委員会

調査報告書

平成 28 年 3 月



はじめに

昨今、全国的に障がい者が高齢化、重度化することにより、様々な対応が求められています。この長野県長野圏域の施設でも様々な課題が表出されてきており、各施設が対応に苦慮している現状を受け、施設を利用する高齢知的障がい者（施設入所、GH、在宅）や支援を行なう施設の実態を調査して、課題への適切な対応を考えることが重要と判断しました。

そこで、長野圏域の入所施設（5施設）が中心となり、「検討会」を組織して実態調査を実施、集計、分析を行い、行政や長野県内の障がい者施設に提言、または情報提供を目的として本格的に調査研究がスタートしました。

「高齢知的障がい者支援の課題」は大きく分けても①住環境（バリアフリー化）などの整備の必要性、②医療、③日中活動、④家族の高齢化への対応など、様々な領域に及んでいました。それらの領域について、①ADLや医療ケアの必要度などを調査した「施設利用者調査」、②施設の現状を知る為の「施設実態調査」、③①の調査結果を基に独自の判断基準を作成して既存施設、理想型施設等に一人ひとりの利用者を振り分けた「利用者状況、状態別 サービス利用振り分け」、④専門家アドバイス、⑤先進施設との比較、⑥事例などを集めた「再調査」、⑦外部の各関係機関への「別調査」など、様々な調査を行なってきました。

そして本報告書が完成した時に思ったことは、「**しっかりと現状を把握する調査の必要性とそれを基に未来に向けたビジョン、理想を持つ事が大切**」という事でした。人は基本的に、生きるためだけに生きているわけではありません。何かの「目的、夢、希望、理想や大切な人を守る」など、大きなビジョンを持って生きています。高齢知的障がい者支援についても、それを持つ必要があるのではないのでしょうか。

確かに目の前の、例えば入浴支援は重要です。しかし、それらの目の前の業務だけをこなしていくだけでは、本当の利用者支援とは言えません。大きなビジョンを持ち、そのために行われる支援こそ、本当に意味のある支援と言えるのではないのでしょうか。

この報告書は正直、素晴らしい革新的な調査研究報告書ではありません。ただ、実態を広く把握し、根拠を持って未来へのビジョンを示すことは最低限できたと思っています。また、このような報告書を利用者の、時に家族より近い場所で支援をさせて頂くことも多い現場の支援員が発行できたことに、一定の誇りを感じています。

ただ、それができたのも、多くの皆様にご理解、ご協力をいただいたからです。本検討会の調査にご協力をいただいた利用者の皆様、施設の関係職員の皆様、専門家の皆様、先進施設の職員の皆様、各関係機関の皆様、本当にありがとうございました。

障がい者総合支援法、介護保険法など、様々な法律、制度の狭間に置かれている高齢の知的障がいをお持ちの方々が、自分らしく、また、状態に応じて適切なサービス選択をできるような明日が来ることを、本検討会の調査を終えた今尚、強く願っています。本報告書がその為の一つとなれば幸いです。

長野圏域高齢知的障がい者支援検討委員会 委員長
真鍋 彰吾

目次

第Ⅰ章 検討会の概要	1
1～5 (2) 目的、活動期間、組織、経過、調査実施期間、調査対象事業所 利用者	1
(3) 調査対象事業所及び回答協力員一覧	2
第Ⅱ章 施設利用者調査	3
1 利用者状況基礎データ ※いずれの調査結果も①は事業種別、②は年齢別で集計	3
(1) 入所系サービス利用状況 (50歳以上)	3
(2) 日中系サービス利用状況 (50歳以上)	3
(3) 調査対象男女人数 (50歳以上)	4
(4) 要介護認定人数 (50歳以上)	4
(5) 障がい支援区分別人数 (50歳以上)	5
(6) 障がい重複状況 (50歳以上)	5
(7) 服薬の有無人数 (50歳以上)	6
(8) 外科疾患罹患人数 (50歳以上)	7
(9) 内科疾患罹患人数 (50歳以上)	8
(10) 精神疾患罹患人数 (50歳以上)	9
(11) 認知症利用者人数 (50歳以上)	9
(12) 認知症利用者行動障がい別人数 (50歳以上)	10
(13) 医療ケア実施人数 (50歳以上)	11
(14) 行動障がい利用者人数 (50歳以上)	11
(15) 入浴自立度別人数 (50歳以上)	12
(16) 入浴方法別人数 (50歳以上)	12
(17) 排泄自立度別人数 (50歳以上)	12
(18) 排泄方法別人数 (50歳以上)	13
(19) 食事自立度別人数 (50歳以上)	13
(20) 食事(主食)形態別人数 (50歳以上)	13
(21) 食事(おかず)形態別人数 (50歳以上)	14
(22) 移動自立度別人数 (50歳以上)	14
(23) 移動補助具利用別人数 (50歳以上)	15
(24) 寝具利用別人数 (50歳以上)	15
2 まとめ	16
3 施設利用者調査 利用者状況、状態別 サービス利用振り分け	17
(1) 調査方法	17
(2) 振り分けをする際の注意点	17
(3) 振り分けの具体的判断基準	18

(4) 生活拠点別集計結果と分析	20
①施設入所利用者集計結果	20
②施設入所利用者分析、③まとめ	21
④GH利用者集計結果	22
⑤GH利用者分析	23
⑥在宅利用者集計結果	23
⑦在宅利用者分析	24
(5) 施設入所、GH、在宅 合算集計結果	25
(6) 施設入所、GH、在宅 合算集計・分析	26
(7) 最終分析	26

第Ⅲ章 <提言1>社会福祉施設のバリアフリー化助成事業の創設 27

1 階段	27
(1) 年齢別歩行自立度(50歳以上)	27
(2) 年齢別歩行補助具の利用状況(50歳以上)	27
(3) 居住別歩行補助具の利用状況(50歳以上)	28
(4) 2階建て以上の社会福祉施設におけるエレベーターの設置状況	28
2 トイレ	29
(1) 年齢別排泄自立度の状況(50歳以上)	29
(2) 事業種別身障トイレの設置状況	29
3 洗面所(車椅子用洗面所の設置調査結果、分析)	30
4 浴室	30
(1) 浴室から浴槽間の段差解消	30
(2) 事業種別入浴自立度別人数(50歳以上)	30
(3) 年齢別入浴自立度別人数(50歳以上)	30
(4) 特殊浴槽、措置型介護リフト設置	31
(5) 事業種別入浴方法人数(50歳以上)	31
(6) 特記回答(事例)(施設入所)	31
(7) 特殊浴槽の設置経過	32
(8) 特殊浴槽を使用して入浴されている利用者の事例	33
5 エアコンの設置	34
(1) グループホームエアコン設置率	34
(2) 施設入所エアコン設置率	34
6 電動ベッドの導入 事業種別寝具別人数(50歳以上)	34
7 まとめ	35

(1) 事故発生場所	35
(2) 家庭内事故のきっかけ	35
(3) 事故により階段での昇り降りができなくなった利用者の事例	35
(4) 最終分析	36
参考資料 検討会参加施設の浴室写真	36
第IV章 <提言2>看護師の増員	38
1 看護師について	38
(1) ～ (9) 看護師の人数等	38
2 通院について	40
(1) ～ (5) 通院について困る事、通院に同行する職員、支援員が通院を行う理由	40
3 看護師の業務について	41
(1) ～ (2) やりがいを感じていること、大変だと感じていること	41
(3) 専門家アドバイス(看護学校について)、まとめ	42
第V章 <提言3>入院時支援体制の確保	43
1 入院について	43
(1) 入院件数、理由(施設入所)	43
(2) 入院件数、理由(GH)	44
(3) 入院理由(集計結果、分析)	44
(4) 入院について困る事(特記回答)①施設入所、②GH	45
(5) 入院時の対応で困った事例(施設入所)	46
(6) 入院時の対応で困った事例(GH)	47
(7) 家政婦等派遣事業所の現状 ①A家政婦派遣事業所の概要	48
②まとめ	49
第IV章、第V章 まとめと今後の課題	49
第VI章 <提言4>施設の医療対応レベル向上と医療型小規模入所施設の必要性	50
1 基礎データ	50
(1) 医療ケア・認知症対応 実施件数	50
(2) 介護福祉士の人数	50
2 専門的医療行為 施設対応の現状と分析	51
(1) ～ (6) 各医療行為現在の対応状況と理由、支援員資格取得者数	51
3 専門的医療行為 特記回答(要約)	52
4 障がい者施設において医療ケア対応可能な範囲、手法	53

5	分析	5 3
6	医療型小規模入所施設の必要性 基礎データ	5 4
	(1) ～ (4) 利用者の移行先等	5 4
7	事例	5 5
	(1) 医療行為が必要になり退所、入所施設、介護保険施設、病院に移行した事例（施設入所）	5 5
	(2) 医療行為が必要になり退所、入所施設、介護保険施設、病院に移行した事例（GH）	5 6
	(3) ADL低下により退所、入所施設、介護保険施設、病院に移行した事例（施設入所）	5 7
	(4) ADL低下により退所、入所施設、介護保険施設、病院に移行した事例（GH）	5 8
8	介護保険施設との連携の必要性	5 8
	(1) 利用者が介護保険施設に移行する時など、弊害を感じたこと（施設入所）	5 8
	(2) 利用者が介護保険施設に移行する時など、弊害を感じたこと（GH）	5 8
9	ターミナルケアについて	5 9
	(1) ～ (5) 実施状況・件数、医療機関、嘱託医、看護師との連絡体制	5 9
	(6) ターミナルケア事例、(7) ターミナルケアが行えなかった事例、(8) 分析	6 2
	(9) 先進的な施設への視察 ターミナルケア有料老人ホーム	6 3
	(10) 分析	6 3
10	(1) ～ (5) 医療関連 今後の課題	6 4
第Ⅶ章 <提言5>PT指導実施方法の情報交換、改善の必要性		6 5
1	PT・OT指導、口腔ケアの現状について	6 5
	(1) PT指導実施の有無、方法、場所	6 5
	(2) PT指導実施頻度、時間	6 6
	(3) PT指導内容	6 6
	(4) PT指導内容（事業所別一覧表）	6 7
	(5) PT指導対象者の決定	6 8
	(6) PT指導時間の設定と理由	6 8
	(7) PT指導で支援員が継続実施するに当たり困難さを感じる部分	6 9
	(8) PT指導で最も効果があったと思われる事例	6 9
	(9) 日中活動先までの通勤方法	7 0
	(10) OT指導実施の有無	7 1
	(11) OT指導実施方法、効果	7 1
	(12) 口腔ケア指導実施の有無	7 1
	(13) 口腔ケア指導実施方法、効果（施設入所）	7 1
	(14) 口腔ケア指導実施方法、効果（GH）	7 1
2	まとめ	7 2

第Ⅷ章 <提言6>利用者の障がい特性に応じた日中活動の提供の必要性……………72

1 日中活動の現状について……………	72
(1) 日中活動内容別人数……………	72
(2) 日中活動内容（その他各事業所の日中活動内容）……………	73
(3) 力を入れている日中活動（施設入所）……………	73
(4) 日中活動の弊害について……………	76
(5) 様々な利用者が混在していることによる活動への影響……………	77
(6) 個々のニーズに応じた日中活動が提供できていない現状について……………	78
(7) 活動グループの現状と理想……………	78
(8) 活動メニューを広げるためのノウハウと今後……………	79
(9) その他日中活動で弊害を感じていること……………	79
(10) 本人の趣味や生きがいを活かした日中活動の提供事例、またはそれを必要としている事例……………	80
2 別調査 介護保険施設への視察、障がい者施設との比較等……………	81
(1) 地域密着型介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム 稲里ふれあい荘」……………	81
(2) 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム「尚和寮」……………	81
(3) 通所介護事業所「松代デイサービスセンター」……………	81
(4) 地域密着型認知症対応型共同生活介護「八幡グループホームみのり」……………	82
(5) 就労継続支援B型事業所「空風」……………	83
(6) まとめ……………	83

第Ⅸ章 <提言7>保護者、職員に対する成年後見制度の研修、利用促進、保護者やその家族との意思疎通や
交流の工夫の必要性……………84

1 保護者の高齢化の現状について……………	84
(1) 保護者の続柄（50歳以上利用者）……………	84
(2) 親、兄弟がいない利用者数……………	84
(3) 帰省の頻度……………	84
2 施設と保護者の意思疎通、交流について……………	85
(1) 方法別人数、施設数……………	85
(2) 工夫している点……………	86
(3) 高齢化による弊害を感じている点……………	86
(4) 利用者が亡くなった時の対応……………	86
3 成年後見制度について……………	87
(1) 講習会の実施状況と頻度……………	87
(2) 現在成年後見制度を利用している方の人数、今後利用が望まれる方の人数……………	87
(3) 制度利用理由別順位と分析……………	88
(4) 成年後見制度利用の事例（施設入所支援）……………	89
(5) 成年後見制度利用の事例（GH）……………	89

第X章 <提言8> 24時間見守り型GH、24時間認知症対応型GHの必要性について	90
1 現在のGHがバックアップ施設に頼っている現状について	90
(1) バックアップ施設の有無	90
(2) 緊急時の対応の現状と課題	90
(3) GHで体調変化等により、バックアップ施設が対応した事例	90
2 入所施設利用者の重度化とGHの介護機能の脆弱性について	91
(1) 利用者の移行先（GH分析）	91
(2) 施設利用者調査結果	91
(3) まとめ	91
3 医療機能の脆弱性について	91
(1) 在宅酸素、カテーテルの施設対応の現状	91
(2) 専門的医療行為についての特記回答	91
4 24時間見守り型GHの必要性について	92
(1) 施設利用者調査結果より	92
(2) 現在夜間対応GH数と今後5年でプラス何棟必要と考えているか	92
5 24時間認知症対応型GHの必要性について	92
(1) 「施設入所利用者196人分析」（施設利用者調査結果より）	92
(2) 「全生活拠点利用者352人分析」（施設利用者調査結果より）	92
(3) 24時間見守り型GHや24時間認知症対応型GHのバリアフリー機能の必要性	92
(4) 認知症利用者支援の課題	93
6 24時間認知症対応型GH（日中併設型）の必要性について	93
(1) 認知症対応事例（施設入所支援、生活介護）	93
(2) 認知症により退所され、介護保険施設に移行した利用者の事例	94
(3) 日中活動別調査より	95
(4) まとめ	95
7 最終分析	95
おわりに	96
資料編 検討委員会メンバー、アドバイスをいただいた専門家、別調査各機関一覧	97

第 I 章 検討会の概要

1 目的

長野圏域の障がい福祉サービス利用者及び事業所の状況、課題を踏まえ、改善に向けた方策を策定し、行政や各施設に提言していく。

2 活動期間

平成 25 年 4 月～平成 28 年 3 月（検討会は月に 1 回程度開催）

3 検討委員会の組織

事業所	委員	事業所	委員
長野市ひかり学園	2 人	水内荘(事務局)	2 人
須坂悠生寮	2 人	ながのコロニー	2 人
さくらの杜育豊	2 人	計	10 人

4 活動経過

- ・検討会 5 施設に各領域の現状と課題をアンケート調査し、現状と課題を確認。それを集計し、調査すべき項目、内容を列挙。
- ・調査用紙素案を作成、検討会 5 事業所にプレ調査実施、集計後分析、調査用紙を修正、完成。
- ・長野圏域知的障がい者福祉協会加盟施設を中心に調査実施（詳細（3）記載）、集計、分析を行う。

5 調査概要

（1）調査実施期間

- ①本調査 平成 26 年 10 月 1 日～11 月 14 日
- ②再調査 平成 27 年 4 月 1 日～4 月 30 日（検討会 5 事業所のみ）
- ③別調査 平成 27 年 5 月 1 日～12 月 15 日（各領域ごとに随時実施）

（2）調査対象事業所 利用者

- ①長野圏域知的障がい者福祉協会加盟施設の 50 歳以上の利用者
- ②加盟施設の法人が運営する未加盟知的障がい者施設の 50 歳以上の利用者

（3）調査対象事業所及び回答協力員一覧 詳細次ページに記載

施設入所支援：8 施設、共同生活援助：8 施設（42 ホーム）

生活介護（施設入所生活介護一体型を除く）：7 施設

就労移行：11 施設、就労 A：1 施設、就労 B：16 施設、地域活動支援センター 3 施設

※調査対象施設であっても調査対象利用者（50 歳以上利用者）が 1 人もいない場合、集計はしていない項目もある。

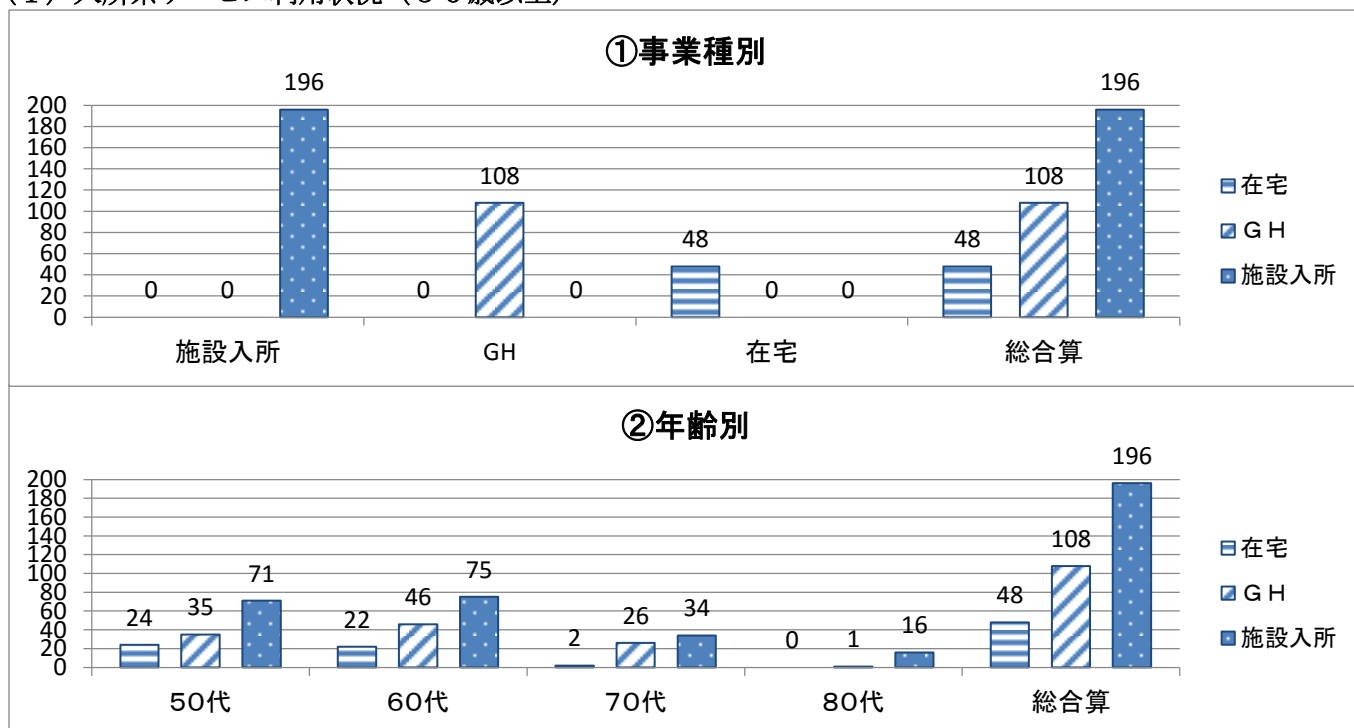
(3)調査対象事業所及び回答協力員一覧 ※ () 内の数字はホーム数

法人名	事業所名	事業種別	協力員氏名
長野県 社会福祉 事業団	水内荘	施設入所、生活介護	真鍋 彰吾 西郷 泰久
	みのちグループホームセンター(13)	共同生活援助	高橋 幸恵 棚田 英孝
	八雲日和	生活介護、就労B型	津山 奈々 阿藤 広美
	小春日和	就労移行、就労B型	荒井 弘一
	長野市地域活動支援センターこぶし	地域活動支援センター	児玉 ゆかり
長野市社会 事業協会	長野市ひかり学園	施設入所、生活介護	宇野 耕太郎 大島くに子
	ハーモニー桃の郷希望の家	就労移行、就労B型	駒村 和文
	ハーモニー桃の郷かがやき	生活介護	
	ハーモニー桃の郷はばたき	地域活動支援センター	
	はなみずき	生活介護	小須田 真人
	すまいる	就労移行、就労B型	和田 てる子
	長野市栗田園	就労移行、就労B型	寺島 裕子
	長野市ななせ仲まち園	就労移行、就労B型	青柳 與昌
	長野市ふたば園、分園	就労移行、就労B型	竹内 香苗
	空風	就労B型	深沢 孝信
	ほっとらいふ(9)	共同生活援助	原山 文彦
ながの コロニー	ワークサポート篠ノ井	施設入所、生活介護、就労移行、就労B型	高木 哲也 波母山 朗
	ハートフル五明	施設入所、生活介護	
	はあてい若槻	生活介護、就労B型	
	地域生活支援センターコロニー(2)	共同生活援助	
育護会	さくらの杜育豊	施設入所、生活介護	栗原 一憲
	さくらの杜ほたる(3)	共同生活援助	奥原いづみ
	須坂技術学園	就労移行、就労B型	森近 和幸
りんどう 信濃会	須坂悠生寮	施設入所、生活介護	神田 勲
	須坂悠生寮共同生活事業部(2)	共同生活援助	中村光
上田明照会	ともいきライフ月影	施設入所、生活介護	白鳥 文明
林檎の里	自閉症支援施設あおぞら	施設入所、生活介護	青柳 教子
	林檎の里GH(4)	共同生活援助	
	自閉症支援施設あおぞら 生活介護	生活介護	
花工房 福祉会	エコーンファミリー(篠ノ井、三輪)	生活介護、就労B型	山岸 佳代
	エコーンファミリーGH(2)	共同生活援助	
廣望会	アトリエCOCO	生活介護、就労移行、就労B型	水上 弘子
	COCO JAV JAV	就労移行、就労B型	
	クリーニング工房COCO	就労移行、就労A型、就労B型	
	ベーカリーCOCO	就労B型	
	カフェCOCO	地域活動支援センター	
	地域生活支援センターCOCO(7)	共同生活援助	

第Ⅱ章 施設利用者調査

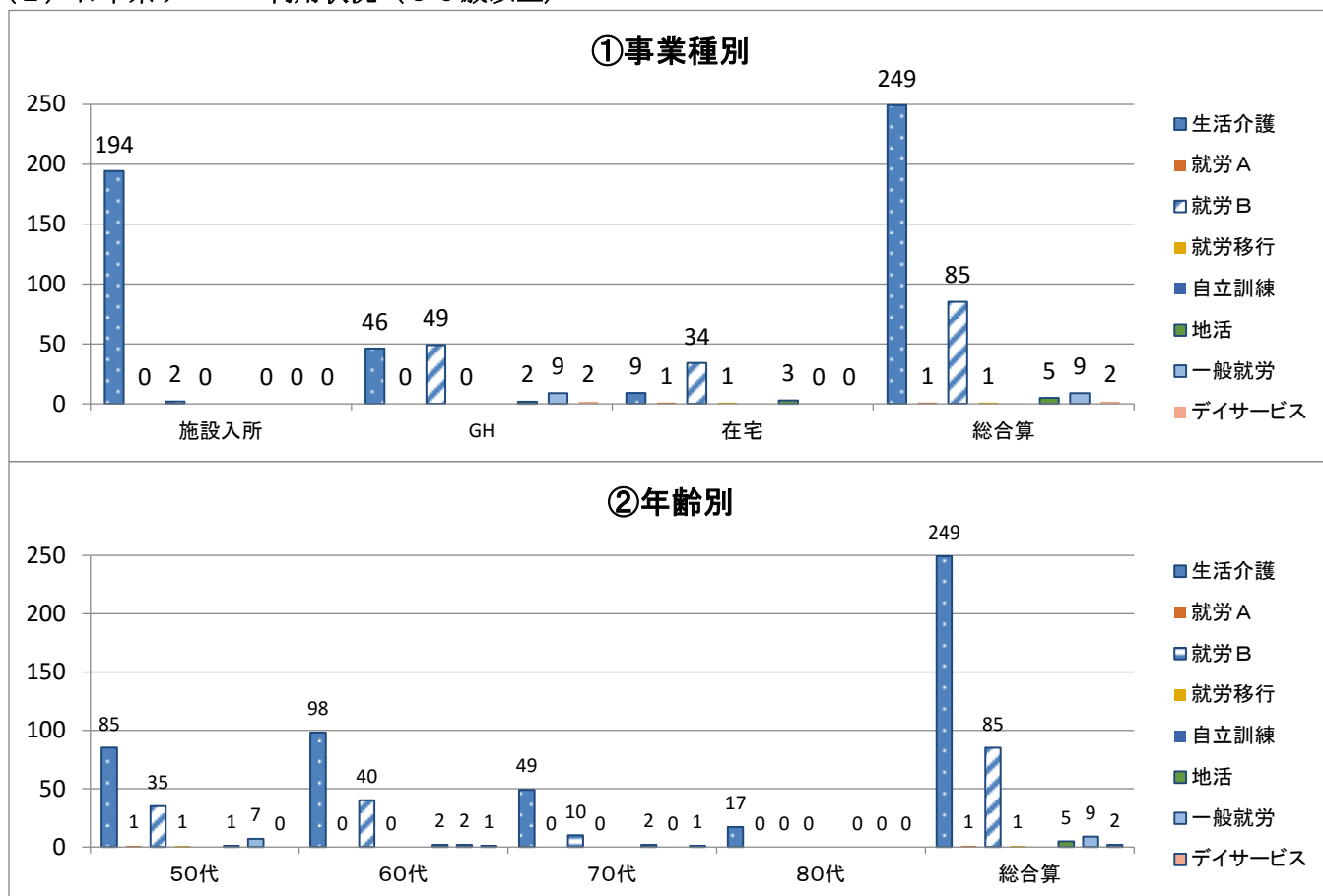
1 利用者状況基礎データ

(1) 入所系サービス利用状況（50歳以上）



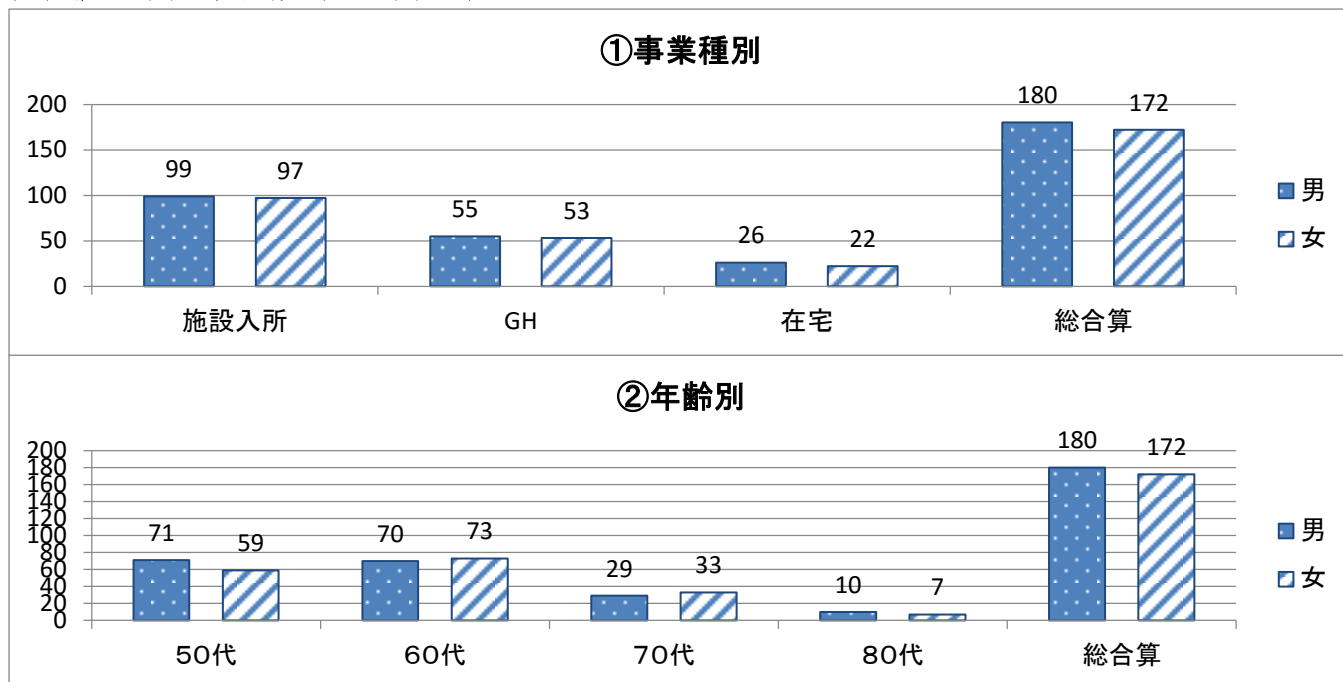
【調査結果】本調査は施設入所者196人、GH108人、在宅48人、計352人で実施した。年齢別では50代が130人、60代が143人であり、70代の62人、80代の17人より多い。これから高齢化、重度化が本格化するのではないかとと思われる。

(2) 日中系サービス利用状況（50歳以上）



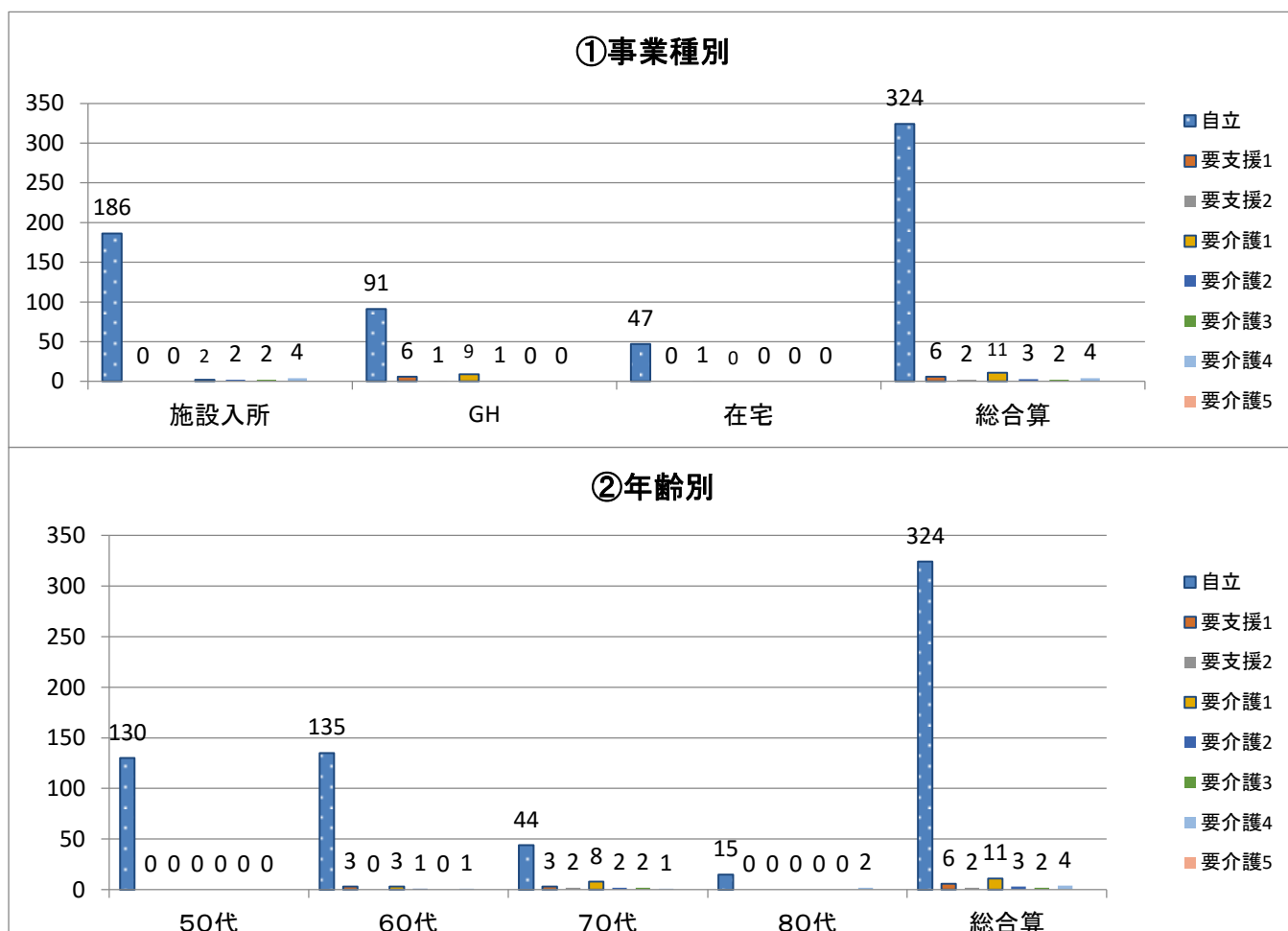
【調査結果】生活介護は全352人中249人で施設入所一体型も含めて約70%と比率が高い。50歳以上を含んでも70%は高い数値と言えるのではないかと。生活介護、介護保険デイサービス以外を全て足し上げても101人で29%程度。生活介護に様々な利用者が溢れてニーズが多様化している可能性がある。

(3) 調査対象男女人数 (50歳以上)



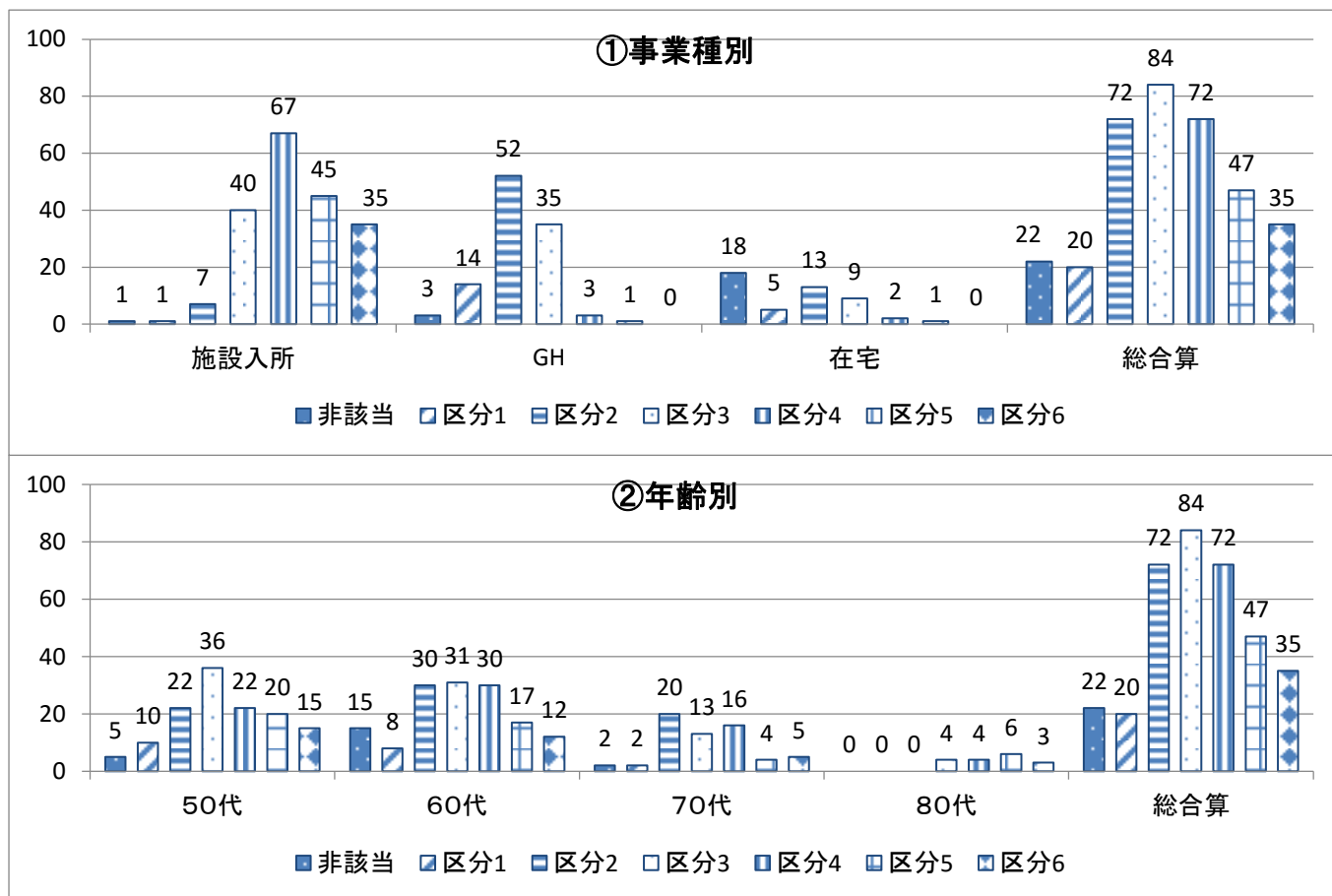
【調査結果】男性180人、女性172人、計352人。男女比は①、②のいずれにおいても大きな差はない。

(4) 要介護認定人数 (50歳以上)



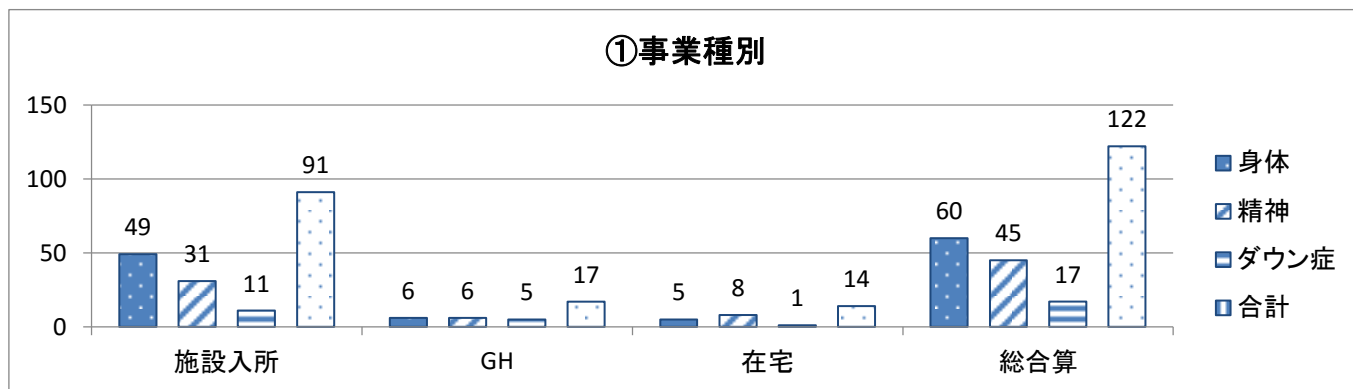
【調査結果】352人中、認定を受けているのは、28人。約8%になる。施設入所は、認定者は10人しかないが、要介護4の方が4人もいる。入所施設は介護保険の適応除外施設であるため、認定を受けている人が少ないが、潜在的にはもっといるのではないかと。対してGHは認定を受けている人は17人と施設入所と比べて多いが、要介護2が最大。要介護3以上はいない。在宅は1人。年齢別では、50代は認定者は0人。60代は8人、70代は18人おり、一気に人数が跳ね上がる。

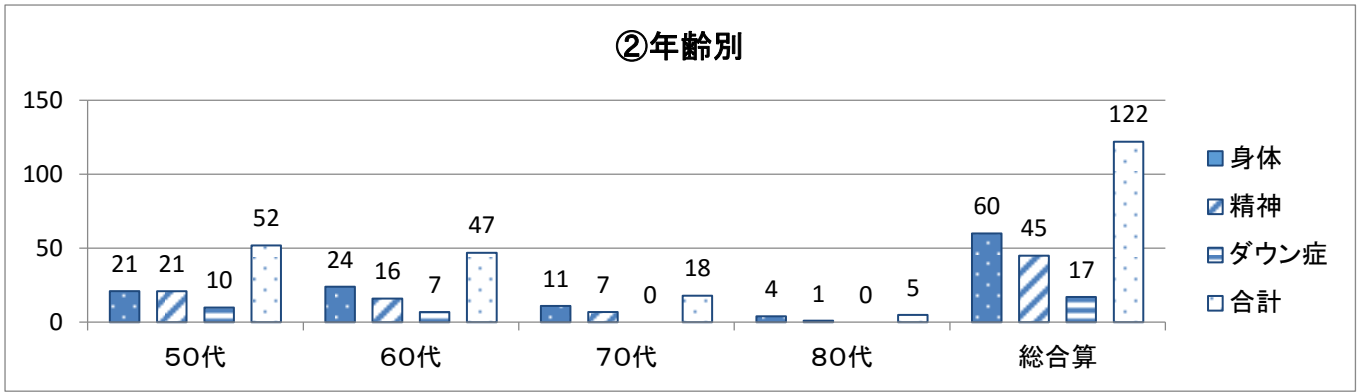
(5) 障がい支援区分別人数（50歳以上）



【調査結果】多くは区分2、3、4に集中しているが、区分4、5、6の重度利用者も多く、その割合は約44%になる。

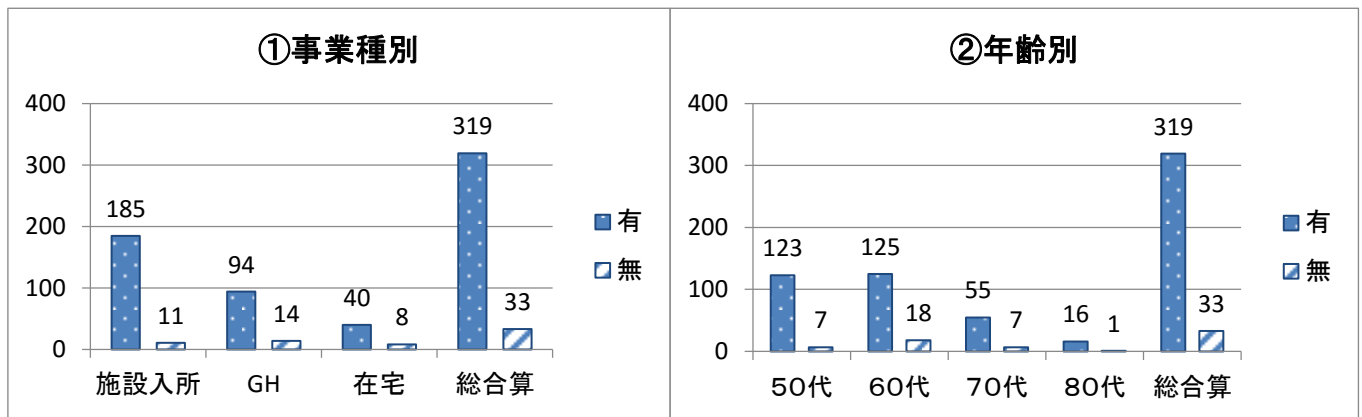
(6) 障がい重複状況（50歳以上）





【調査結果】 352人中、122人が知的障がい以外に他の障がいを重複して持っている。約35%。身体、精神、ダウン症の順になる。施設入所者はGHや在宅に比べて多く、重複障がいを持っている方122人中91人となっている。また、施設入所者196人中、約46%が重複障がいを持っている。

(7) 服薬の有無人数 (50歳以上)



【調査結果】 352人中319人が何かしらの服薬をしている。約91%の利用者が服薬支援を受けている。

(8) 外科疾患罹患人数 (50歳以上)

①事業種別	施設 入所	GH	在宅	総合算	②年齢別	50 代	60 代	70 代	80 代	総合算
筋骨格疾患	20	38	2	60	筋骨格疾患	10	22	26	2	60
白内障	21	19	1	41	白内障	11	16	10	4	41
緑内障	6	4	0	10	緑内障	4	4	1	1	10
全盲	1	0	0	1	全盲	1	0	0	0	1
弱視	10	0	3	13	弱視	5	7	1	0	13
全く聞こえない	4	1	1	6	全く聞こえない	4	1	0	1	6
耳元で大きな声 なら聞こえる	16	8	3	27	耳元で大きな声な ら聞こえる	6	9	6	6	27
補聴器使用	3	6	1	10	補聴器使用	2	4	3	1	10
言語障がい	22	0	0	22	言語障がい	14	5	1	2	22
嚥下障がい	14	1	0	15	嚥下障がい	4	6	2	3	15
拘縮	12	0	0	12	拘縮	5	3	2	2	12
骨折の影響	26	0	1	27	骨折の影響	5	9	9	4	27
前立腺疾患	11	0	0	11	前立腺疾患	1	1	5	4	11
その他	36	10	3	49	その他	27	15	5	2	49
合計	202	87	15	304	合計	99	102	71	32	304

【調査結果】

筋骨格疾患は70歳代で該当者60人中26人と非常に高い数値を示した。全体でも352人中60人で約17%と他の外科疾患の中でも1位。50代は10人と少なかったが、60代、70代は非常に高い数値を示す。順位は1位筋骨格疾患 2位白内障 3位骨折、聴力（耳元で大きな声なら聞こえる）5位言語障がい、となっている。

(9) 内科疾患罹患人数 (50歳以上)

①事業種別	施設 入所	GH	在宅	総合算	②年齢別	50 代	60 代	70 代	80 代	総合算
がん	6	3	0	9	がん	2	4	2	1	9
心臓病 (狭心症等)	7	4	1	12	心臓病 (狭心症等)	2	8	2	0	12
呼吸器疾患 (慢性肺炎、 喘息)	14	5	2	21	呼吸器疾患 (慢性肺炎、 喘息)	2	7	11	1	21
脳卒中 (脳出血、 脳梗塞)	5	2	2	9	脳卒中 (脳出血、 脳梗塞)	0	6	2	1	9
高血圧	38	26	12	76	高血圧	15	32	21	8	76
閉塞性 動脈硬化症	1	1	0	2	閉塞性 動脈硬化症	0	1	1	0	2
糖尿病	8	9	4	21	糖尿病	10	10	1	0	21
胃腸	15	14	0	29	胃腸	12	8	7	2	29
肝臓・ 胆のう疾患	4	3	0	7	肝臓・ 胆のう疾患	1	3	2	1	7
腎臓疾患	2	1	2	5	腎臓疾患	3	1	1	0	5
パーキンソン病	6	2	0	8	パーキンソン 病	1	4	1	2	8
その他難病	3	0	0	3	その他難病	0	2	1	0	3
その他	26	21	6	53	その他	21	21	10	1	53
合計	135	91	29	255	合計	69	107	62	17	255

【調査結果】 1位高血圧 2位胃腸 3位呼吸器疾患、糖尿病が上位となっている。

(10) 精神疾患罹患人数 (50歳以上)

①事業種別	施設 入所	GH	在宅	総合算	②年齢別	50 代	60 代	70 代	80 代	総合算
アルコール 依存症	1	1	0	2	アルコール 依存症	0	1	1	0	2
薬物依存症	0	0	0	0	薬物依存症	0	0	0	0	0
うつ病	2	0	2	4	うつ病	0	3	1	0	4
双極性障がい (躁鬱病)	0	0	1	1	双極性障がい (躁鬱病)	1	0	0	0	1
統合失調症	39	12	4	55	統合失調症	26	20	7	2	55
強迫性障がい	0	0	1	1	強迫性障がい	0	1	0	0	1
摂食障がい	0	0	0	0	摂食障がい	0	0	0	0	0
パニック障がい・不安障がい	10	3	0	13	パニック障がい・不安障がい	8	4	1	0	13
PTSD (外傷性スト レス障がい)	0	0	0	0	PTSD (外傷性スト レス障がい)	0	0	0	0	0
適応障がい	3	0	0	3	適応障がい	2	1	0	0	3
気力の低下	13	2	1	16	気力の低下	8	7	1	0	16
てんかん	44	8	3	55	てんかん	29	20	4	2	55
その他	8	2	1	11	その他	7	3	0	1	11
合計	120	28	13	161	合計	81	60	15	5	161

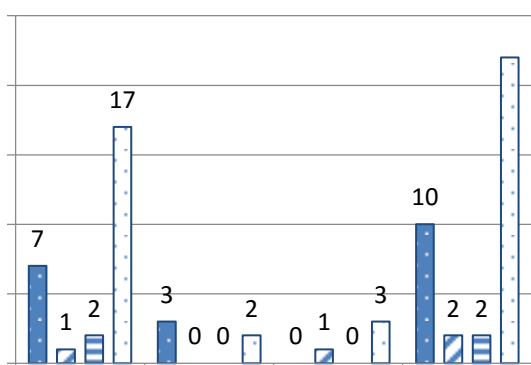
【調査結果】

・精神疾患を重複して抱えている利用者は全352人中、161人おり、約46%で高い割合を示す。精神疾患に対する専門的な知識を持った上で支援する必要が窺えるのではないかな。

・精神疾患は全体で見ると1位が統合失調症、てんかん共に55人で約16%。2位が気力の低下16人で約5%、3位がパニック障がい・不安障がい13人で約4%となっている。統合失調症は入所者が39人であり、全体割合で約11%と高い割合を示す。また、その内訳は50代、60代の入所者で大半を占めている。

・気力の低下は「精神疾患」としての項目にふさわしくない、との指摘もあり、事実上の2位はパニック障がい・不安障がいではないかな。

(11) 認知症利用者人数 ※4つ目項目「認知症」は「認知症の正式な診断はないが症状はある」方を示す



【調査結果】認知症は、全352人中36人で約10%が認知症になっている。「診断はないが、症状はある」利用者が22人で1位。2位はアルツハイマー型で10人となっている。いずれも施設入所者に高い割合を示している。各年代の母集団数に違いはあるが、60代が16人で一番多くなっている。

(12) 認知症利用者行動障がい別人数(50歳以上)

①事業種別	施設 入所	GH	在宅	総合算	②年齢別	50	60	70	80	総合算
						代	代	代	代	
記憶障がい	7	1	3	11	記憶障がい	2	7	1	1	11
徘徊	10	1	0	11	徘徊	2	5	2	2	11
失禁、漏便	16	1	0	17	失禁、漏便	5	9	2	1	17
着脱衣ができない	4	1	0	5	着脱衣ができない	2	1	1	1	5
暴言	15	0	1	16	暴言	4	7	4	1	16
暴力	11	0	0	11	暴力	3	3	4	1	11
見当識障がい (時間)	9	1	1	11	見当識障がい (時間)	2	6	0	3	11
見当識障がい (場所)	9	1	0	10	見当識障がい (場所)	2	5	1	2	10
弄便	2	0	0	2	弄便	0	1	1	0	2
幻覚・妄想	8	1	0	9	幻覚・妄想	2	3	3	1	9
せん妄	1	0	0	1	せん妄	0	0	1	0	1
その他	1	0	0	1	その他	0	1	0	0	1
合計	93	7	5	105	合計	24	48	20	13	105

【調査結果】この調査項目は延べ人数で回答を得ているため、重複回答になるため、割合は出していない。ただ、順位としては、1位が17人の失禁・漏便、2位が16人の暴言、3位が11人の暴力、記憶障がい、見当識障がい(時間)、徘徊、4位が10人の見当識障がい(場所)、5位が9人の幻覚妄想となる。認知症の症状かどうか判別が難しい項目が上位1、2位を占めている。早期検査や診断が重要となるのではないかと。

(13) 医療ケア実施人数（50歳以上）

①事業種別	施設	GH	在宅	総合算	②年齢別	50	60	70	80	総合算
	入所					代	代	代	代	
胃ろう	2	0	0	2	胃ろう	0	1	0	1	2
経管栄養	0	0	0	0	経管栄養	0	0	0	0	0
喀痰吸引	3	0	0	3	喀痰吸引	0	1	1	1	3
在宅酸素	1	0	0	1	在宅酸素	0	0	1	0	1
インスリン注射	0	1	4	5	インスリン注射	3	2	0	0	5
褥瘡のケアが必要	3	0	0	3	褥瘡のケアが必要	1	0	1	1	3
排便処置	16	0	0	16	排便処置	5	6	1	4	16
バルーンカテーテル	8	1	0	9	バルーンカテーテル	2	2	5	0	9
ターミナルケア必要	0	0	0	0	ターミナルケア必要	0	0	0	0	0
合計	33	2	4	39	合計	11	12	9	7	39

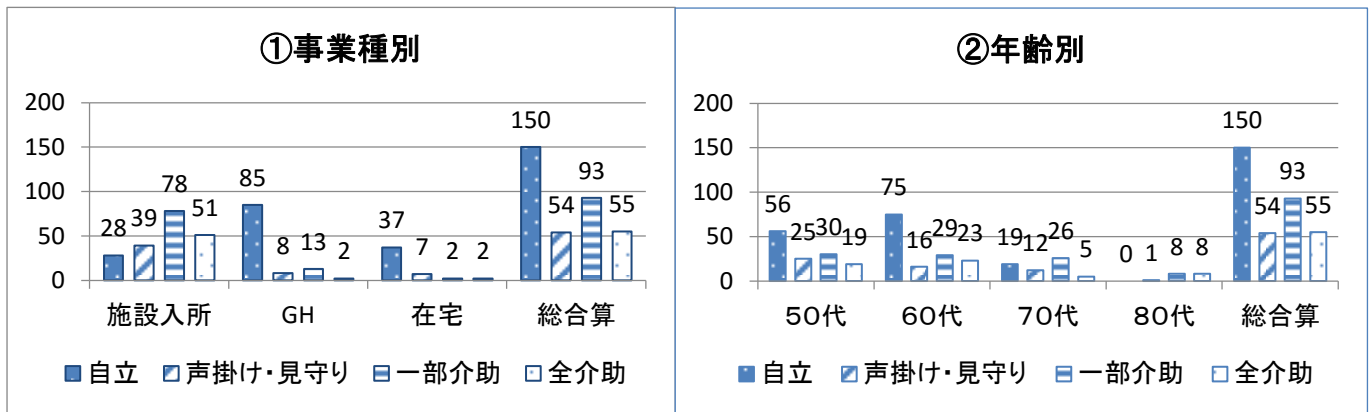
【調査結果】全352人中、39人が医療的ケアを受けており、割合は約11%になる。1位は16人の排便処置、2位は9人のバルーンカテーテル、3位は5人のインスリン注射、4位は3人の褥瘡、喀痰吸引、5位は2人の胃ろう。

(14) 行動障がい利用者人数（50歳以上）

①事業種別	施設	GH	在宅	総合算	②年齢別	50代	60代	70代	80代	総合算
	入所									
暴力	31	1	0	32	暴力	15	13	3	1	32
暴言	47	5	2	54	暴言	24	21	5	4	54
盗癖	26	2	1	29	盗癖	14	12	2	1	29
破壊行為	18	2	0	20	破壊行為	11	7	2	0	20
無断外出	14	3	1	18	無断外出	7	11	0	0	18
自傷行為	15	0	0	15	自傷行為	9	2	4	0	15
異食	7	0	1	8	異食	4	4	0	0	8
その他	5	1	0	6	その他	5	1	0	0	6
合計	163	14	5	182	合計	89	71	16	6	182

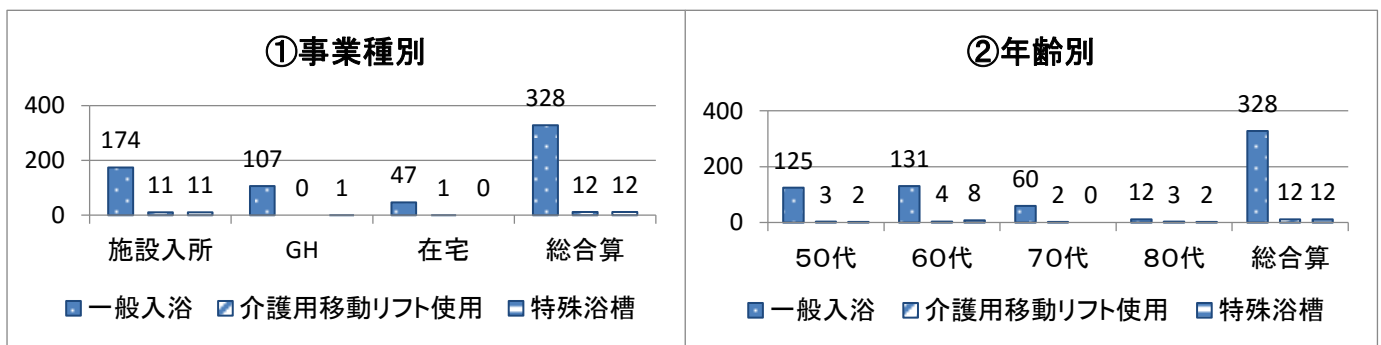
【調査結果】全352人中、182人であり、約52%の方に行動障がいがある。特養等に移行した時など、行動障がいに対する理解は重要である。障がい者の医療型小規模入所施設の必要性が分かる基礎資料になるのではないかと。ただ、これも「重複回答あり」のため実数判断はできない。順位は1位が54人で暴言、2位が32人で暴力、3位が29人で盗癖、4位が20人で破壊行為、5位が18人で無断外出。施設入所者が163人であり、割合が高い。年齢別には50代、60代が多い。

(15) 入浴自立度別人数 (50歳以上)



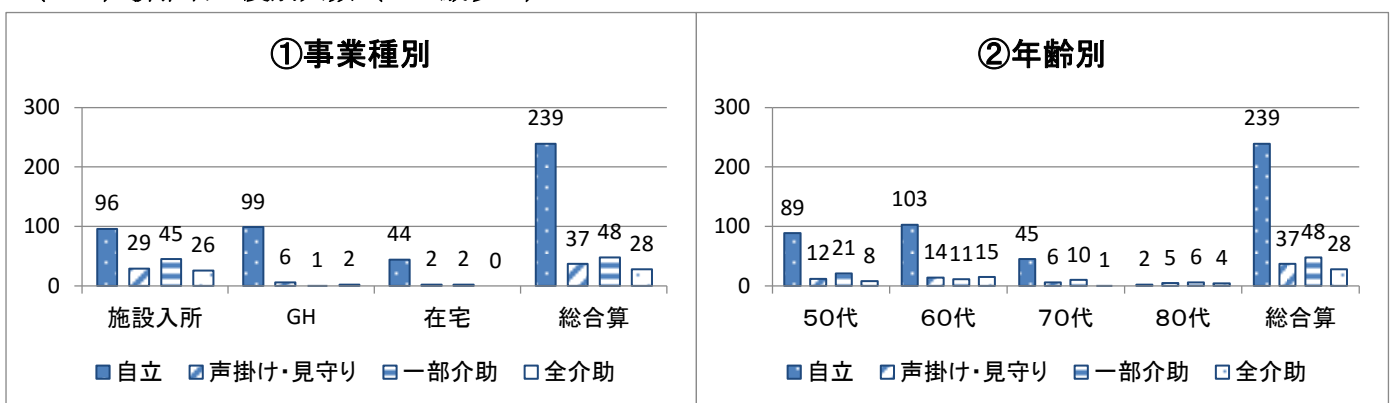
【調査結果】全体では自立が150人で約43%、声がけ見守りが54人で約15%、一部介助が93人で約26%、全介助が55人で約16%。施設入所は一部介助、全介助を足すと129人となり、全体の約37%を占めるが、GH利用者のほとんどは自立。入所施設には今後、特殊浴槽や移動リフトが必要になる可能性がある。全介助は50代、60代を足すと42人で、約12%になる。

(16) 入浴方法別人数 (50歳以上)



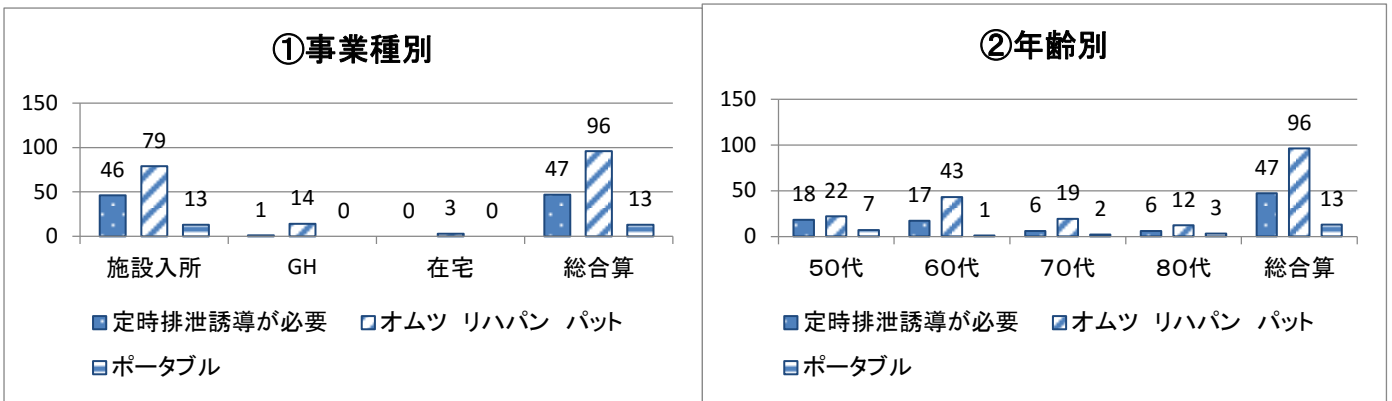
【調査結果】全352人中、328人が一般入浴者で約93%になる。介護移動リフト、特殊浴槽利用者はそれぞれ12人に留まり、割合も約3%ずつだった。ただ、入浴自立度別人数で全介助の方は、55人もいる。特殊浴槽利用の12人を除けば、43人も一般入浴（浴槽）で全介助の方がいることになり、「特殊浴槽に移行する可能性が高い方」もいる。上記考察のとおり、これから特殊浴槽や移動リフトのニーズは増していく。

(17) 排泄自立度別人数 (50歳以上)



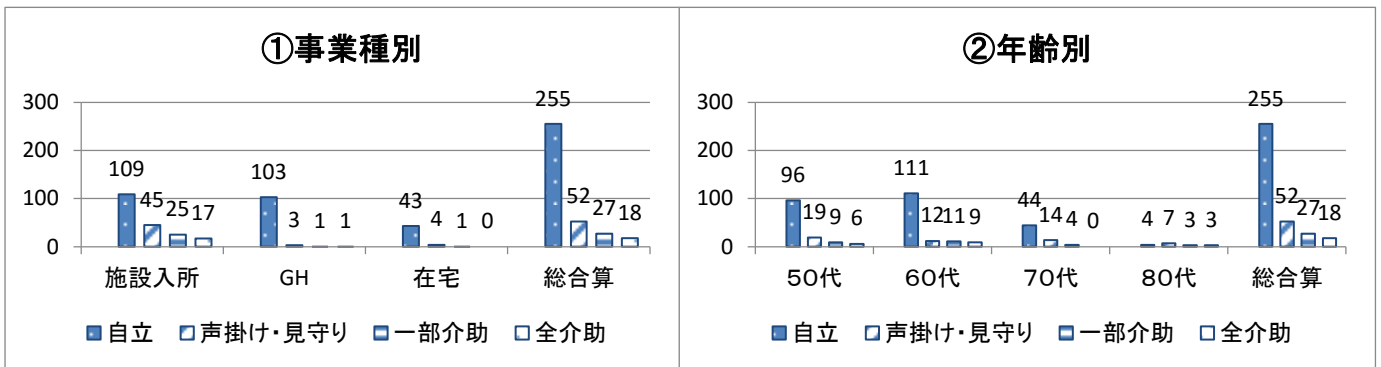
【調査結果】全352人中、自立が239人で約68%、声掛け・見守りが37人で約11%、一部介助が48人で約14%、全介助は28人で約8%。GH利用者は殆どが自立。他の調査項目でも言えることだが、「自立の方が多く」という状況は、逆にいえばGHは、重度の方の受け入れは少なく、直接介護保険施設等に移行する方が多い、と考える事もできる。

(18) 排泄方法別人数 (50歳以上)



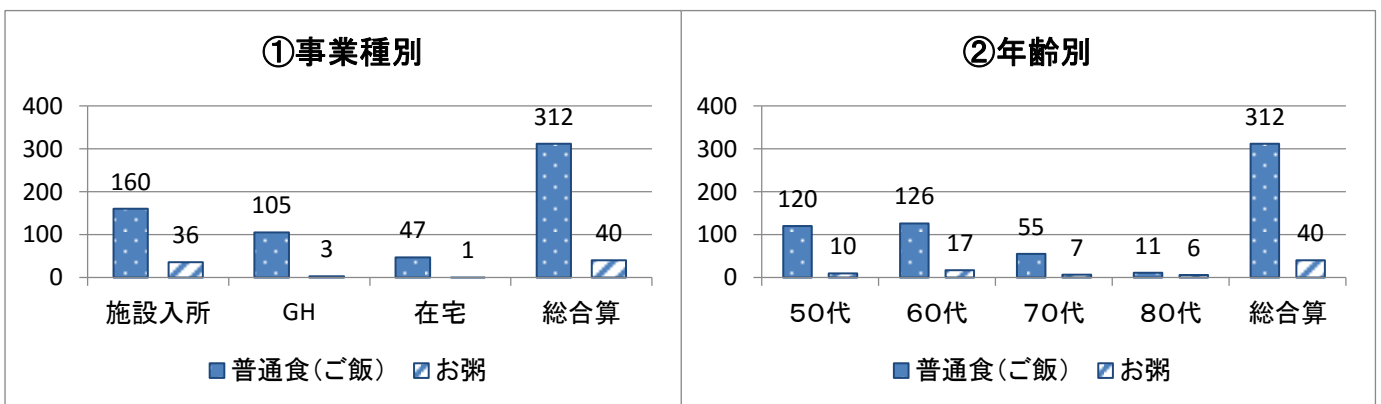
【調査結果】全352人中、156人が何らかの排泄支援を必要としており、割合は約44%になる。オムツ、リハパン、パットは96人で約27%であり、定時排泄誘導が47人で約13%、ポータブルが13人で約4%。排泄自立度別人数では自立の人が239人で約68%いたが、それは排泄という動作においてのみ自立ということであって、何の支援も必要としていないわけではない。恐らく動作は自立していても、夜間等の定時排泄誘導の必要性がある利用者が多いのではないかと。

(19) 食事自立度別人数 (50歳以上)



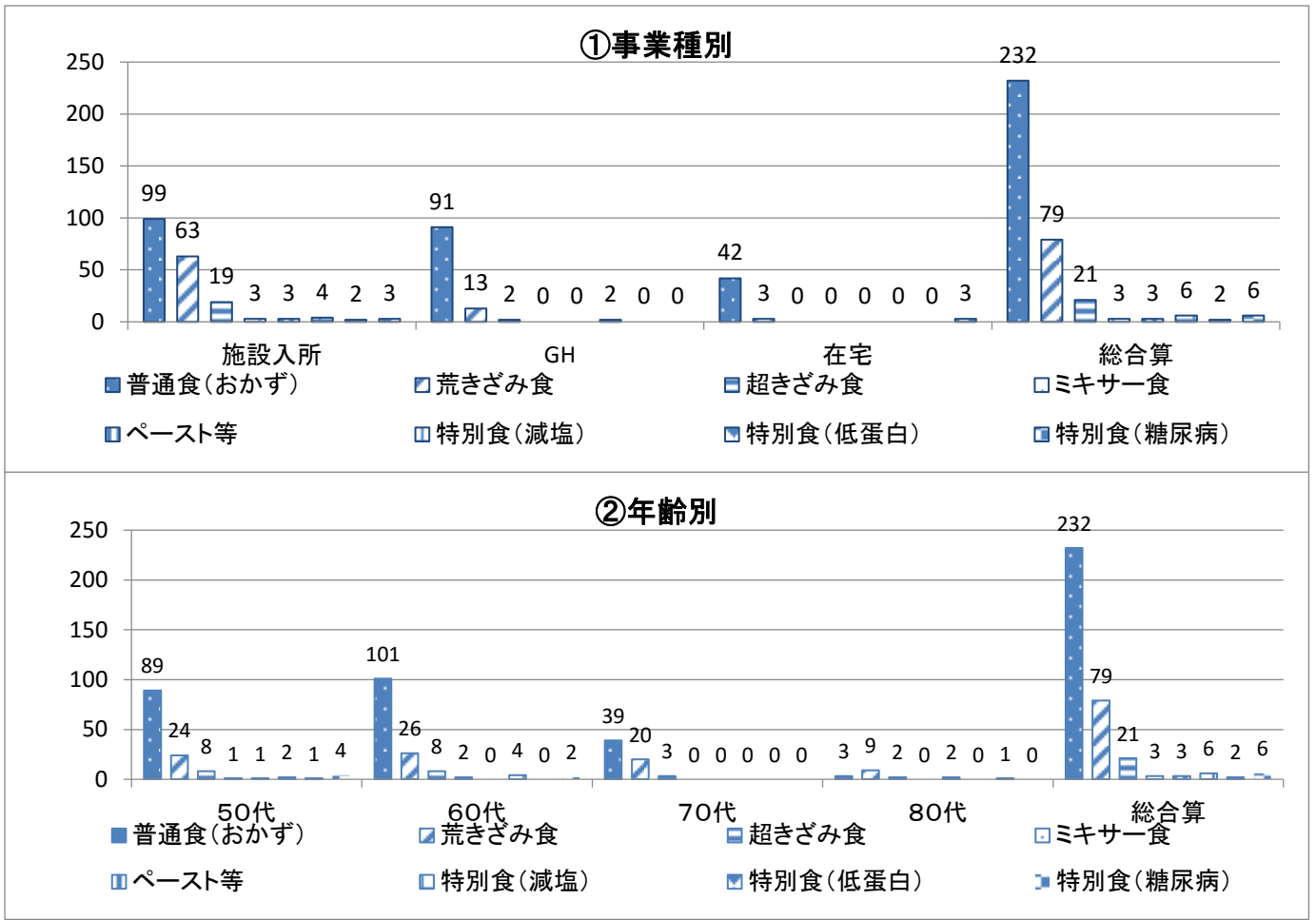
【調査結果】自立が255人で約72%、声掛け・見守りが52人で約15%、一部介助が27人で約8%、全介助が18人で約5%。

(20) 食事 (主食) 形態別人数 (50歳以上)



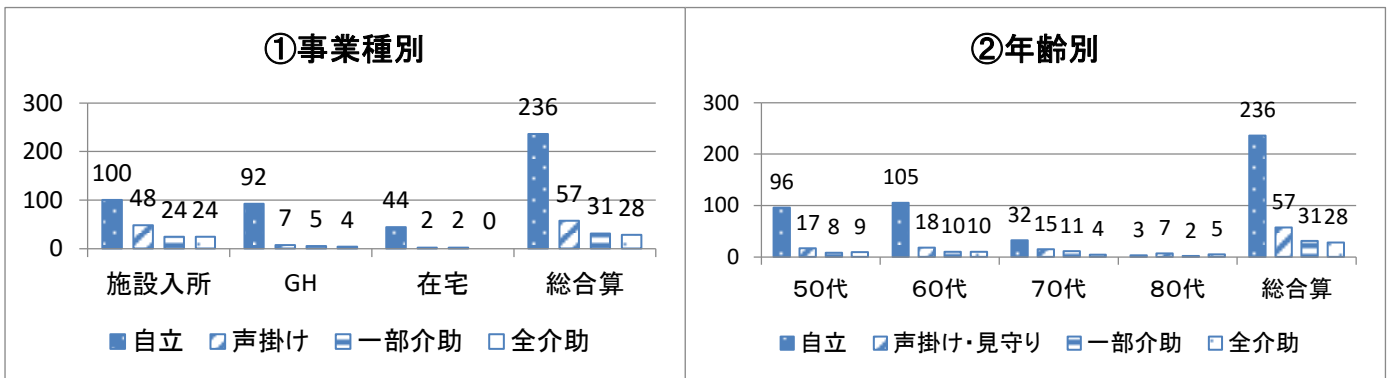
【調査結果】普通食が殆どの割合を占めている。ただ、50代、60代でもお粥の方が27人おり、約8%になる。GH利用者は普通食が多く、施設入所者が全おかゆ摂取者40人の内36人と高い割合を示す。

(21) 食事(おかず)形態別人数(50歳以上)



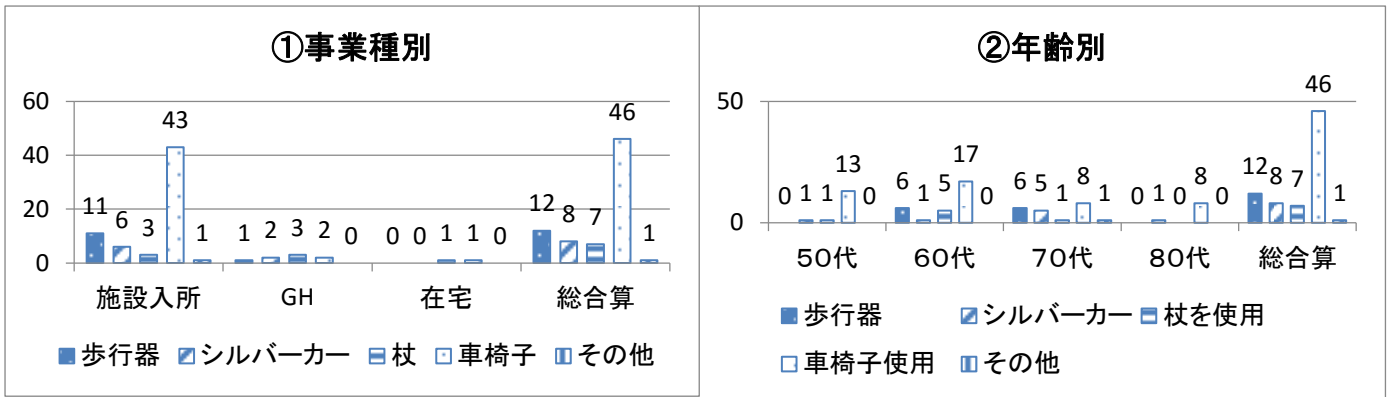
【調査結果】普通食のおかずは232人で約66%、荒きざみが79人で約22%、超きざみ以下の項目に該当した方は全て足しても41人で約12%。ただ、12人に1人が特別食と考えると割合としては大きく感じはしないか。今後50代、60代の方が高齢化、重度化すれば超きざみを含め特別食の方はもっと増えるのでは。

(22) 移動自立度別人数(50歳以上)



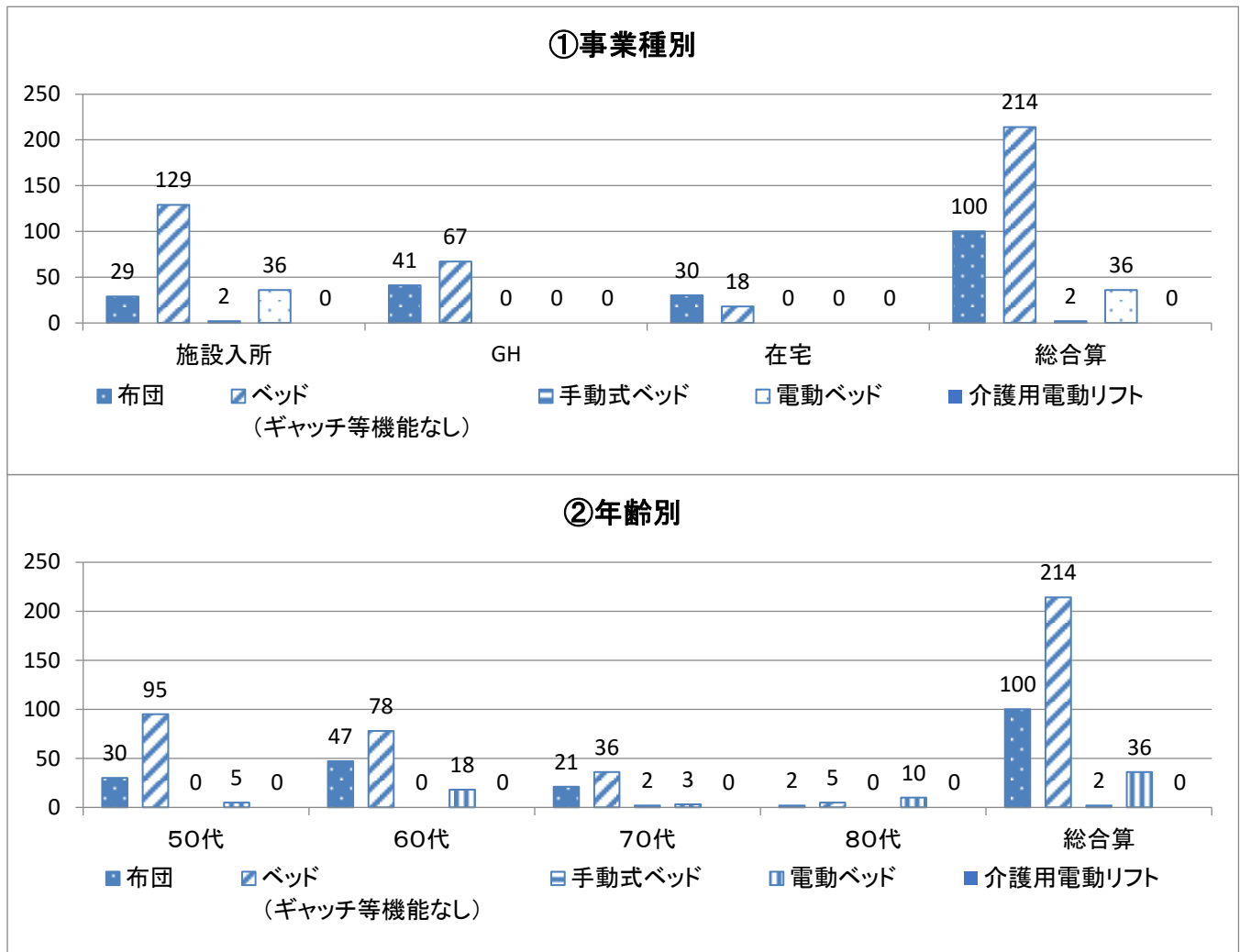
【調査結果】全352人中、自立が236人で約67%、声掛け見守りが57人で約16%、一部介助が31人で約9%、全介助が28人で8%となっている。

(23) 移動補助具利用別人数 (50歳以上)



【調査結果】全352人中、74人が移動する際、補助具を使用している。約21%になる。車椅子が46人で約13%、歩行器が12人で約3%、シルバーカーが8人で約2%、杖を使用が7人で約2%、その他が1人で約0.3%となっている。車椅子使用者46人の内、施設入所者が43人を占めており、施設入所者の高齢化、重度化が言えるのではないかと。また、GHの介護機能の脆弱性がやや窺えるのではないかと。

(24) 寝具利用別人数 (50歳以上)



【調査結果】全352人中、214人がベッド利用で約61%、布団が100人で約28%、電動ベッドが36人で約10%となっている。GHに電動ベッド利用者はいない。GHでは電動ベッド利用者受け入れ不可で介護保険施設等に移行してしまっている可能性もある。50代、60代でも23人で約7%の電動ベッド利用者がいる。今後更に電動ベッドの利用ニーズは増えていくと思われる。

2 まとめ

GHや在宅に比べて施設入所に介護が必要な利用者が多く、当然若い利用者もいるため、施設入所利用者のニーズが多様化しているのではないか。また、GHは高齢化、重度化を顕著に表すデータは少なかったが、それは逆に言えば長野圏域のGHは医療機能、介護機能が低く、入所施設や病院、介護保険施設に頼り、利用者の移行を進めている可能性を示唆するデータとして考えられる。第VI章の医療の調査結果とも関連している。また、年代別、事業種別で集計することで、各調査結果から利用者の退行の特徴を窺うことができるデータもある。

各領域の提言内容に繋がる、基礎データであることは間違いない。

それは各領域のページ掲載内容ともリンクしている。

3 施設利用者調査 利用者状況、状態別 サービス利用振り分け（判断基準を独自に作成）

（1）調査方法

- ①施設利用者調査を行ない、352人の利用者の状況、状態を調査して、利用者状況基礎データの回答を得る。
- ②352人の利用者をどのような施設に振り分けをするか、「施設タイプ」を検討会で話し合って決定。
- ③集計表への振り分けをする際の判断基準を作成する。（既存、理想型）詳細P18～P19を参照
- ④判断基準を基に352人の利用者を表に人数を落とし込む（各事業所検討委員）
一人ひとりの施設利用者調査用紙に振り分けの判断根拠となる回答チェック欄（利用者状況基礎データの各項目）を赤のマーカでマーク、裏面下の余白に100字以内で判断の理由、概要を記載する。判断に迷った際は事業所内で担当職員等から情報を得ながら判断する。
- ⑤集計は、生活拠点別（施設入所、GH、在宅）、年齢別（50歳～59歳、60歳～69歳、70歳～79歳、80歳以上）、圏域全体の総合算の集計をする。その後、全ての集計結果を見ながら考察、分析する。本調査結果、再調査等と合わせて提言の資料とする。

（2）振り分けをする際の注意点

- ①振り分けは、裏面下の余白に100字以内で記載された判断の理由、概要の回答欄を参考にしながら、利用者のADLや医療的ケアの必要度など、利用者の状態を基に振り分けを行う。
- ②判断基準だけでは完璧に振り分けをすることはできない。一つの指標として捉える。つまり、全ての基準に該当しなくても一つの該当がその利用者の振り分けをする際に大きな要因になるなら、その該当は他の判断基準への該当よりも優先されるべきと考える。必ずしも判断基準に全て該当しなくても振り分けをすることはできる。

(3) 振り分けの具体的判断基準

※バルーンカテーテルは「A在宅」以外全ての施設で対応可能とする

施設タイプ	施設タイプ、利用者像の詳細（文章化、集計振り分け判断基準）
A 在宅（既存）	本人のADL及び家族の見守りや介助等により、在宅生活が可能利用者。
B 施設入所支援（既存） バリアフリー化	特別な医療ケア（胃ろう、喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射、重度褥瘡、IVH、ターミナルケア）はできないが、通院等による健康状態の維持、日々の日常生活支援ができる施設で、利用者像は、①ADLは比較的自立している、②特別な医療的ケアが必要ない、③声掛けや見守り等は必要な利用者、④施設利用者調査結果でADL（入浴、排泄、食事、移動の4項目の内、全介助該当数が 1項目以下の方 ）、※1移動に関しては、車椅子使用で全介助以外の回答であった場合でも全介助と見なす。※2入浴に関しては特浴や措置型介護リフト使用の場合は全介助と見なす、⑤認知症がない方、⑥障がい支援区分3～6相当の利用者（医療行為なしで介護のみ）、⑦要支援1～要介護3の利用者までを受け入れすることができる。
C GH（既存） バリアフリー化されていない （民家改修型等）	特別な医療ケア（胃ろう、喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射、重度褥瘡、IVH、ターミナルケア等）はできないが、通院等による健康状態の維持、日々の日常生活支援ができるGHで、利用者像は①ADLについてはほぼ自立している（施設利用者調査でADL（入浴、排泄、食事、移動の4項目の内、全介助該当数が 一つもない方 ）、※1移動に関しては、車椅子使用で全介助以外の回答であった場合でも全介助と見なす。※2入浴に関しては特浴や措置型介護リフト使用の場合は全介助と見なす、②夜間、職員がいなくても日々の生活を送ることができる、③集団生活を送ることができるレベルの行動障がいは対応できる、④特別な医療的ケアが必要ない、⑤認知症がない方、⑥障がい支援区分1～6、⑦要支援1～要介護2の利用者までを受け入れることができる。
D 一部医療ケアが可能で、介護度が高い方も受け入れることができる施設（理想型） 完全バリアフリー化、個室	BとEの中間的な施設（特養、介護老人保健施設に相当する施設）で、喀痰吸引、膀胱留置カテーテル、在宅酸素、インスリン注射、医療的ケアが伴わないターミナルケアに対応できる施設（胃ろう、経管栄養、IVH、真皮までの褥瘡、医療的ケアが伴うターミナルケアは対応できない）で、介護度も高い利用者を受け入れることができる。利用者像は①ADLは自立していない方（施設利用者調査結果でADL（入浴、排泄、食事、移動の4項目の内、全介助該当数が 2項目以上の方 ）、※1移動に関しては、車椅子使用で全介助以外の回答であった場合でも全介助と見なす、※2入浴に関しては特浴や措置型介護リフト使用の場合は全介助と見なす、②特別な医療ケア対応可能（上記記載と同様）、③認知症があり夜間支援が必要で、中心症状、見当識障がいもある利用者、または回答結果で認知症の行動障がいがある利用者、④要介護3～要介護5までの利用者、⑤障がい支援区分5、6相当の利用者を受け入れることができる。⑥継続したリハビリを必要とする方、⑦がんや脳卒中など、重篤な疾患に罹患して、今後のためにこの施設への入所が見込まれる利用者、⑧難病または疾患で機能低下が進行すると見込まれる利用者

<p>E ターミナルケアが可能な入所施設またはGH（理想型） 完全バリアフリー化、個室</p>	<p>医師が施設長であり、特別な医療的ケア、ターミナルケアを含むほぼ全ての医療行為が可能で、リハビリ等ができる施設で重度の利用者でも対応することができる。利用者像は①ADLは自立していない方（施設利用者調査結果でADL（入浴、排泄、食事、移動の4項目の内、全介助該当数が3項目以上の方）、※1移動に関しては、車椅子使用で全介助以外の回答であった場合でも全介助と見なす、※2入浴に関しては特浴や措置型介護リフト使用の場合は全介助と見なす、②特別な医療ケアを必要とする方（ほぼ全ての医療的ケアに対応）、③要介護3～要介護5までの利用者、④障がい支援区分5、6の利用者を受け入れることができる。⑤認知症があり夜間支援が必要で、中心症状、見当識障がいもある利用者、または回答結果で認知症の行動障がいがある利用者、⑥がんや脳卒中など、重篤な疾患に罹患、又は余命宣告を受けていて今後のためにこの施設への入所が見込まれる利用者、⑦難病で機能低下が進行すると見込まれる利用者</p>
<p>F 24時間対応型認知症GH（理想型） 認知症デイサービス併設型 完全バリアフリー化、個室</p>	<p>主に重度の認知症利用者でも生活することができる施設で、日中は認知症デイサービスとしても機能できる。特別な医療ケア（胃ろう、喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射、重度褥瘡、IVH、ターミナルケア等）はできないが、通院等による健康状態の維持、日々の日常生活支援ができるGHで、利用者像は①ADLについては特に基準を設けない。（自立～全介助）②夜間支援が常時または時折必要（宿直による見守り含む）な方、③特別な医療的ケアが必要ない方（通院レベルでそれ以上は問題がない方）、⑤認知症があり、夜間支援が必要で、中心症状、見当識障がいがある利用者、⑥障がい支援区分1～6、⑦要支援1～要介護5の利用者までを受け入れることができる。</p>
<p>G 24時間見守り型GH（理想型） 介護保険デイサービスまたは宅老所的日中活動事業所併設型（介護体操、入浴等が可能） 完全バリアフリー化、個室</p>	<p>宿直職員による見守りがあれば、GHで生活することができる利用者を受け入れることができる施設。特別な医療ケア（胃ろう、喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射、重度褥瘡、IVH、ターミナルケア等）はできないが、通院等による健康状態の維持、日々の日常生活支援ができるGHで、利用者像は①ADLについてはほぼ自立している（施設利用者調査でADL（入浴、排泄、食事、移動の4項目の回答が基本的に声掛け・見守り以上の支援を必要とする方）、※1移動に関しては、車椅子使用で全介助以外の回答であった場合でも全介助と見なす。※2入浴に関しては特浴や措置型介護リフト使用の場合は全介助と見なす、②夜間支援が常時ではないが、時折必要になる方、③集団生活を送ることができるレベルの行動障がいは対応できる、④特別な医療的ケアが必要ない、⑤認知症がない方、⑥障がい支援区分1～6、⑦要支援1～要介護3の利用者までを受け入れることができる。⑧基本的には高年齢の方（60歳以上の方を対象とする）ただ、50代でも夜間の見守り等が必要であったり、日中支援が施設入所よりもゆったりとした、「宅老所」的な支援を必要としている場合、振り分けることはできる。</p>

(4) 生活拠点別集計結果と分析

①施設入所利用者集計結果(196人)(50歳～59歳、60歳～69歳、70歳～79歳、80歳以上)

施設入所利用者	年齢	年齢/50歳～59歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方○の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH
	0	41	9	10	0	6	5	
施設入所利用者	年齢	年齢/60歳～69歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方○の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH
	2	24	6	18	1	6	18	
施設入所利用者	年齢	年齢/70歳～79歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方○の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH
	0	5	0	6	1	7	15	
施設入所利用者	年齢	年齢/80歳以上						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方○の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH
	0	0	0	8	1	5	2	
施設入所 総合算		2	70	15	42	3	24	40

②施設入所利用者分析

- ・施設入所利用者196人中、109人（55.6%）がリニューアルの施設（D～G）に振り分けられた。サンプルにD～Gの施設が必要と考えられるのではないかと。
- ・Dの一部医療ケアが可能、介護度が高い方を受け入れる事ができる施設（特養、老健レベル）の施設は全生活拠点で見ても44人中42人（95.5%）が施設入所利用者であることが分かる。施設入所が既存のサービスでは一番多く重度者の支援をしており、負担が多くなっていることが分かる。また、裏を返せばGHでは介護が必要な利用者を受け入れる事ができていないのではないかと、とも捉えられるデータなのではないかと。
- ・Fも全生活拠点で32人中24人（75%）が施設入所者であり、施設入所が認知症介護もやらざるを得ない状況になっていることが分かる。Fのような施設が必要と考えられる。
- ・Gも全生活拠点で64人中40人（62.5%）が施設入所者であり、施設入所が、24時間の見守りさえあれば、地域で生活できる利用者まで支援している現状がある。

③まとめ

上記の分析から導き出される、重要な現状と課題としては、この圏域の施設入所が軽度の方から重度の方まで様々な支援ニーズに対応していること。つまり、理想だけを言うならば、D～Gのような施設が今後あれば、現在の施設入所者でも地域移行できる方が増え、重度の方もそれぞれのニーズに応じた施設で生活することができる、ということになる。そのことで、施設入所で生活される利用者像、役割や機能も明確化する、若しくはすべきではないか。そうなれば、現在のような様々な利用者が施設入所に混在してしまう、という状況は回避されるのではないかと。今回の調査はあくまで50歳以上の利用者を対象としたが、施設入所には当然、行動障がいのある方や、若い方も入所される場所である。そう考えると更に、D～Gのような施設が必要と思われる。今後に向けて動き出さなくてはならないと捉えるべきデータとして読み取れるのではないかと。

④GH利用者集計結果（108人）（50歳～59歳、60歳～69歳、70歳～79歳、80歳以上）

GH 利用者	年齢	年齢／50歳～59歳						
	既存／理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	0	0	31	0	0	0	4	
GH 利用者	年齢	年齢／60歳～69歳						
	既存／理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	1	0	34	1	1	1	8	
GH 利用者	年齢	年齢／70歳～79歳						
	既存／理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	0	0	14	0	0	3	9	
GH 利用者	年齢	年齢／80歳以上						
	既存／理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	0	0	1	0	0	0	0	
GH 総合算		1	0	80	1	1	4	21

⑤GH利用者分析

GH利用者は、108人中80人(74.1%)がGHにサービス選択としてそのまま振り分けられた。そのため、GHがやはり介護度が高い利用者、認知症利用者を受け入れることができず、介護機能が低いことが分かる。また、27人(25%)がリニューアルの施設に振り分けられ、施設入所ほど人数も割合も多くはなかったが、中でもGの24時間見守り型GHが全生活拠点で64人中21人(32.8%)がGHでの該当というのは割合として、少なくないのではないか。夜間支援や頻繁な見守り、声掛け、適切な日中支援が必要なのにも関わらず、現在の制度下のGHでリスクを抱えた状態で生活されている利用者(GH利用者108人中、21人)いる(19.4%)、ということは、今後に向けてGのような施設が必要になるのではないか。

⑥在宅利用者集計結果(48人)(50歳～59歳、60歳～69歳、70歳～79歳、80歳以上)

在宅利用者	年齢	年齢/50歳～59歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH
	12	1	8	1	0	1	1	
在宅利用者	年齢	年齢/60歳～69歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
在宅		施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH	
	17	0	1	0	0	3	1	
在宅利用者	年齢	年齢/70歳～79歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
在宅		施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH	
	1	0	0	0	0	0	1	

在宅利用者	年齢	年齢／80歳以上						
	既存／理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設入所	GH	一部医療ケアが可能、介護度が高い方○の施設	終末期ケアが可能な入所施設、GH	24時間対応型認知症GH/デイ	24時間見守り型GH
	0	0	0	0	0	0	0	
在宅 年齢 総合算		30	1	9	1	0	4	3

⑦在宅利用者分析

今回の在宅利用者48人は、調査対象施設の日中事業所に通所している方を対象としており、障がい福祉サービスを利用していない在宅の方は対象としていない。そのため、調査の母集団が少ない為、割合としても正確な分析とまではいかない。

調査結果としては、在宅利用者は48人中、30人(62.5%)がそのまま在宅にサービス選択として振り分けられた。在宅利用者は自立している方が多い為、当然の結果と言える。ただ、在宅以外の施設(B~G)の施設に振り分けられた総数は18人(37.5%)であり、B~Gの施設のニーズが少なくはないことが分かる。

(5) 施設入所、GH、在宅全352人 合算集計結果(各年代別) ①④⑥の合算集計表

施設入所 GH 在宅 利用者	年齢	年齢/50歳~59歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	12	42	48	11	0	7	10	
施設入所 GH 在宅 利用者	年齢	年齢/60歳~69歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	20	24	41	19	2	10	27	
施設入所 GH 在宅 利用者	年齢	年齢/70歳~79歳						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	1	5	14	6	1	10	25	
施設入所 GH 在宅 利用者	年齢	年齢/80歳以上						
	既存/理想型	既存			リニューアル			
	施設タイプ	A	B	C	D	E	F	G
		在宅	施設 入所	GH	一部医療ケア が可能、介護 度が高い方○ の施設	終末期ケアが 可能な入所施 設、GH	24時間対 応型認知症 GH/デイ	24時間見 守り型GH
	0	0	1	8	1	5	2	
施設入所、GH、在宅、 年齢 総合算		33	71	104	44	4	32	64

(6) 施設入所、GH、在宅 合算集計・分析

- ・一番多く振り分けられたGHは全352人中、104人(29.5%)で、既存・リニューアルの施設を含め一番人数が多くなっている。104人中80人(76.9%)が、GHにそのまま振り分けられており、現在の長野圏域のGHに介護機能、認知症対応、見守りの機能がなく、そのようなニーズを持つ利用者を受け入れる事が出来ていない、ことが明らかになっている。
- ・二番目に多く人数が振り分けられているのは、施設入所で71人(全体の20.2%)だが、196人の入所者の内、71人(36.2%)しか施設入所に振り分けられていない、つまり125人(63.8%)が他のサービスに振り分けられていることになり、施設入所の利用者が高齢化、重度化してニーズが多様化していることが分かる。施設入所に様々な利用者が混在していることを証明している。
- ・三番目は、24時間見守り型GHで64人(18.2%)。リニューアルの施設では一番多く振り分けられている。60代から70代の利用者が多く必要としている。
- ・四番目は、一部医療ケアが可能で、介護度が高い方の支援ができる施設で44人(12.5%)。終末期ケアが可能な施設4人(1.1%)を含め、長野圏域で特養レベルの方の人数は48人(13.6%)となる。割合として低いとは言えないと考えられる。今後各施設がレベルアップしていく必要があり、介護保険施設との連携も必要になる。
- ・五番目は、在宅の利用者である。以下(4)⑦の分析と同様。
- ・六番目は、24時間認知症対応型GH/デイサービス併設型で全生活拠点352人中、32人(9.1%)が振り分けられた。その32人の内訳は施設入所が24人(75%)、GHが4人(12.5%)、在宅が4人(12.5%)となっている。年齢別に見ても50代~80歳代以上まで人数が振り分けられており、今後更にニーズは増えると思われる。
- ・七番目は、終末期ケアができる施設で人数は少なかったが、Dの施設と合わせて今後必要になっていく。また、人数が少ないのは、既に終末期ケアが必要な利用者が退所され、病院や特養に移行されていて、カウントしていないこともある。

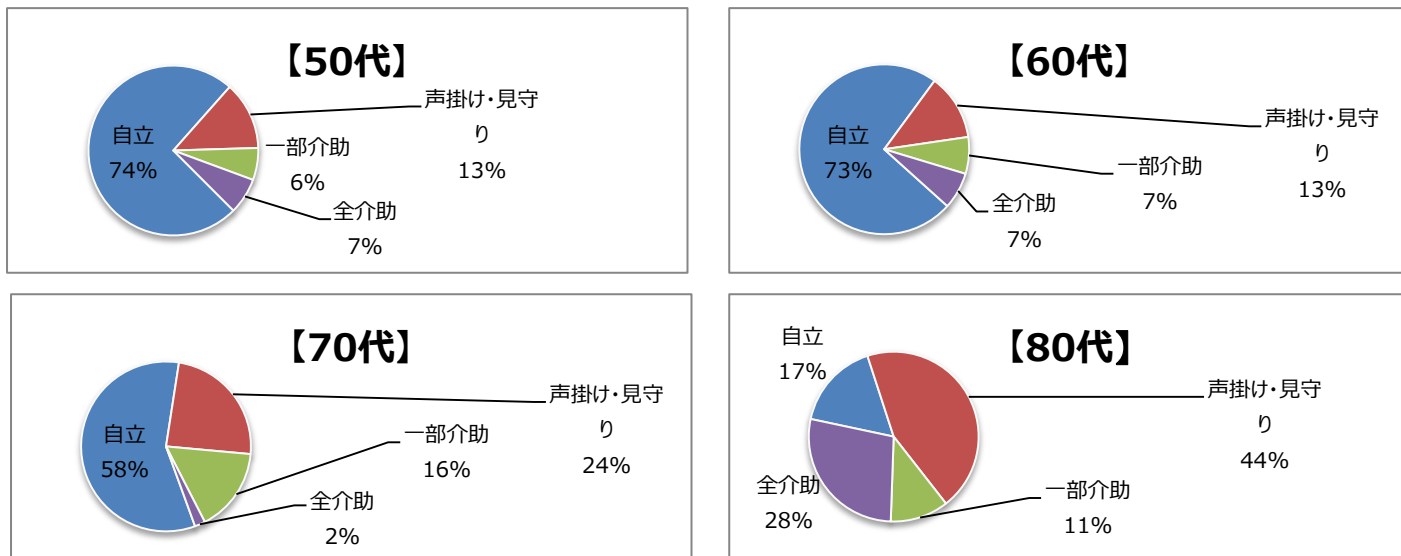
(7) 最終分析

高齢化、重度化が進み、施設入所には介護が必要な利用者、認知症利用者、24時間の見守りがあれば本当は地域で生活できる利用者、若い利用者、行動障がいがある利用者が混在してニーズが多様化している状況である。今後入所施設の役割や機能、利用者像を確定した上で、医療、介護機能をレベルアップしてニーズに合った適切な支援を行うことができるようにならなければいけない。そしてGHはG、Fのような施設機能を持ち、地域生活が可能な利用者の受け入れ範囲を拡大すべきである。または新たに建設して利用者ニーズに対応していく必要がある。また、在宅利用者が施設入所やGHに移行する可能性もあるため、やはり今後、D~Gのような施設が必要になると思われる。

第Ⅲ章 <提言1>社会福祉施設のバリアフリー化助成事業の創設

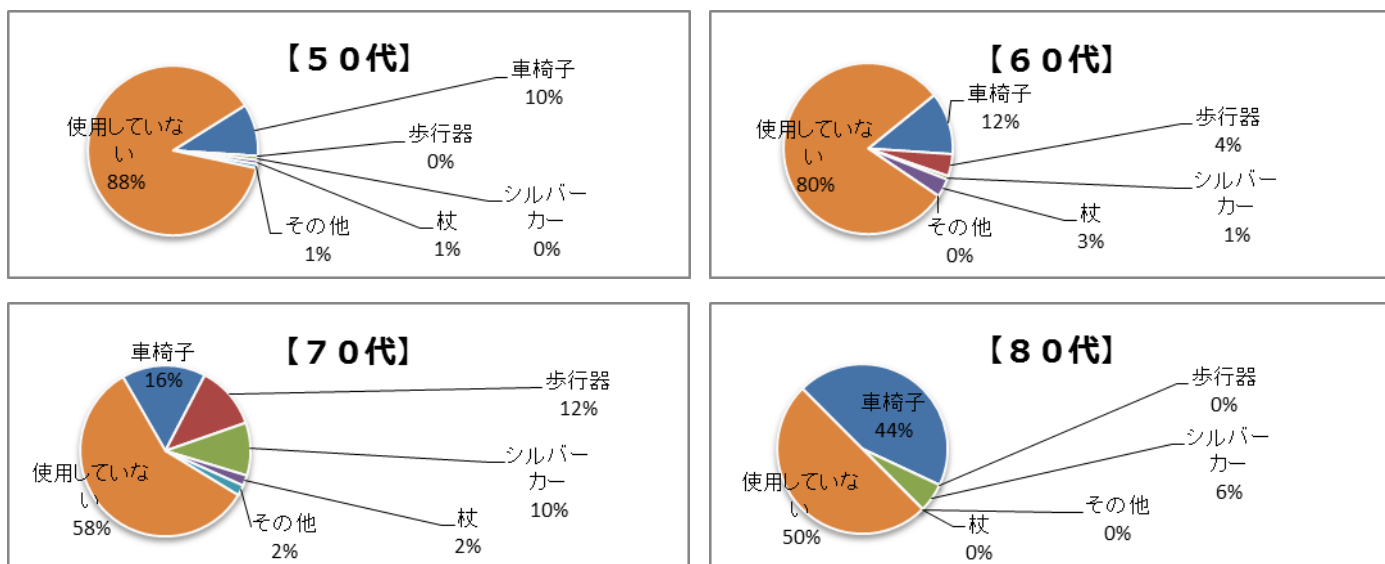
1 階段

(1) 年齢別歩行自立度（50歳以上）



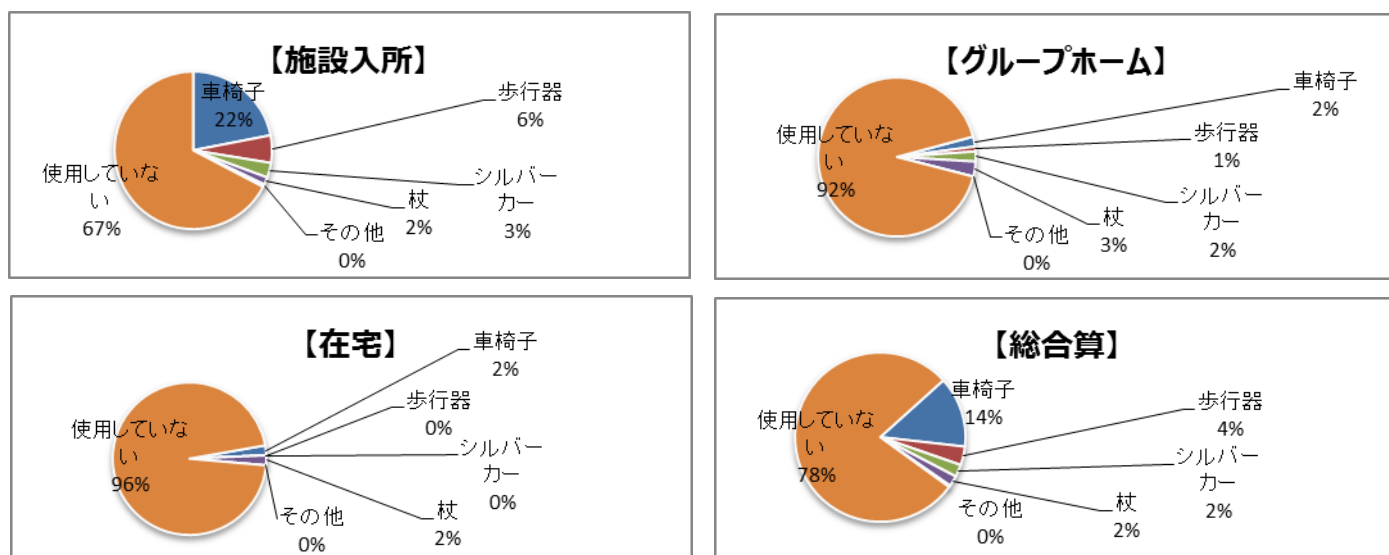
【分析】年齢別歩行自立度の調査では、自立が50代 ⇒ 74%、60代 ⇒ 73%とほぼ横ばいで、大きな変化は見られないが、70代 ⇒ 58%、さらに80代 ⇒ 17%と、70代から急激に落ちていることがわかる。

(2) 年齢別歩行補助具の利用状況（50歳以上）



【分析】年齢別歩行補助具利用の調査でも、やはり70代から急激に歩行補助具の利用率が高くなっている事が分かる。また、70代では歩行補助具の利用が、車椅子、歩行器、シルバーカー等に分散されているのに対し、80代では車椅子利用が全体の44%と急激に利用率が高くなっている。

(3) 居住別歩行補助具の利用状況（50歳以上）



【分析】施設入所では33%の利用者が歩行補助具を利用しているのに対し、グループホームでは8%、在宅では4%という結果となりグループホームと在宅では歩行補助具の使用率が1割未満となった。

(4) 2階建て以上の社会福祉施設におけるエレベーターの設置状況

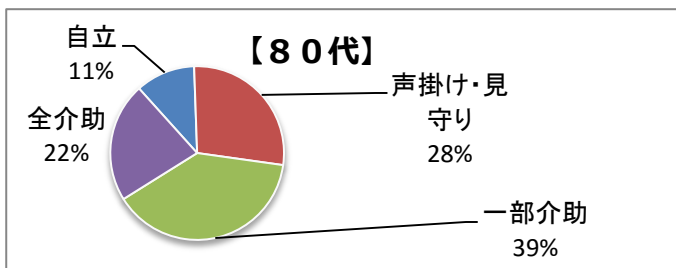
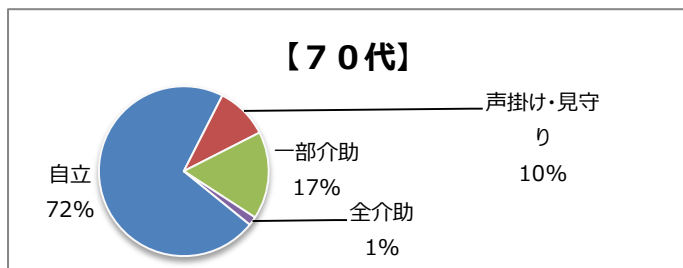
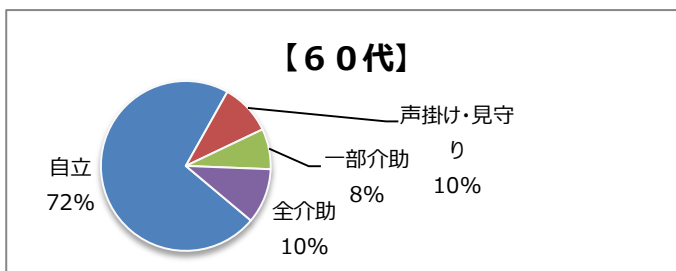
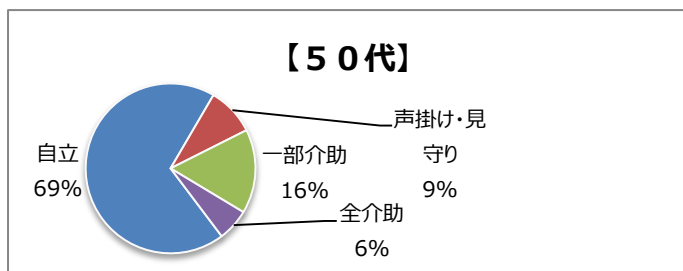
事業種別	事業所数	平屋	2階建て以上	エレベーターの設置（2階建て以上のみ）	
				有	無
施設入所	8	2	6	5	1
グループホーム	42	15	27	0	27
生活介護（日中のみ）	6	3	3	2	1
自立訓練	1	0	1	1	0
就労継続B型	18	8	10	4	6
就労継続A型	1	0	1	0	1
就労移行	11	3	8	3	5
地活	3	0	3	2	1
合計	90	31	59	17	42
	100%	34%	66%	29%	71%

【分析】

表は、居住系と日中活動系事業所における建物の構造と、エレベーターの設置状況である。エレベーターの設置がなくても、1階部分をバリアフリー構造にして対応している事業所もあり、「エレベーターの設置なし」＝「バリアフリー化されていない」と一概には判断できないが、居住系サービスでは、施設入所のエレベーター設置率が約83%に対し、グループホームでは0%と大きな差が開いた。主な要因として考えられるのは、民家転用型グループホームの割合が多く、建物の構造上の問題や設置に係る費用、賃貸住宅や公営住宅の割合が多い事などが考えられる。(2)『年齢別歩行補助具の利用状況』では、70代以上で半数近い利用者が何らかの歩行補助具を使用しているのに対し、(3)『居住別歩行補助具の利用状況』で、グループホーム利用者が8%に止まっているのは、グループホームのバリアフリー化が進んでおらず、高齢知的障がい者にとって住みにくい環境になっている事が主な原因と思われる。

2 トイレ

(1) 年齢別排泄自立度の状況（50歳以上）



【分析】歩行自立度は70代から低下がみられたが、排泄自立度では70代までほぼ横ばいで、80代から急激に落ち込んでいることがわかる。

(2) 事業種別身障トイレの設置状況

事業種別	事業所数	あり	なし	設置率
施設入所	8	8	0	100.0%
グループホーム	42	4	38	9.5%
生活介護（日中のみ）	6	5	1	83.3%
自立訓練	1	1	0	100.0%
就労継続B型	18	16	2	88.8%
就労継続A型	1	0	1	0.0%
就労移行	11	9	2	81.8%
地活	3	3	0	100.0%
合計	90	46	44	51.1%
	100%	51%	49%	

【分析】事業種別の身障トイレ設置状況では、グループホームを除き、8割以上の設置がみられた。グループホームは1割未満で、他の事業種と比較し突出して低い事が分かる。

※就労継続A型は1事業所のみのため除く

3 洗面所

【調査結果、分析】施設入所は車いす対応洗面所が100%設置されている。グループホームは設置率が10%である。施設入所では今後増設が必要とされる事業所は100%となっている。GHは直近での必要性はないが、今後は利用者の高齢化、重度化の状況に合わせて改修を行い、車椅子洗面所設置の必要性が見込まれる。ただし長野圏域のGHは、1(4)2階建て以上の社会福祉施設におけるエレベーターの設置状況、2(2)事業種別身障トイレの設置状況の調査結果から、バリアフリー化されていない部分も多いため、そもそも車いすの利用者が利用できないホームが多い。

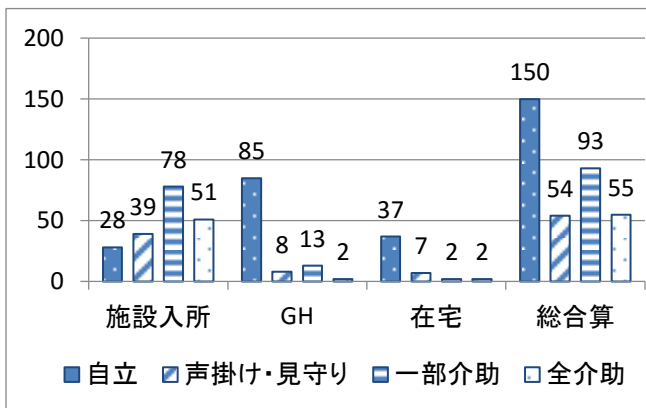
4 浴室

(1) 浴室から浴槽間の段差解消

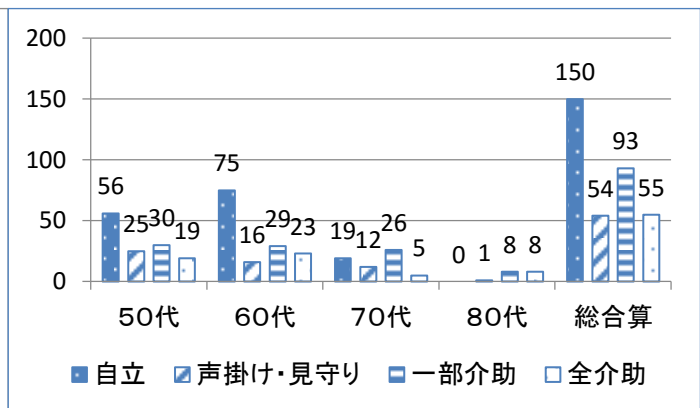
事業所名 調査項目/回答選択肢	長野圏域(入所)			長野圏域(GH)		
	あり	なし	僅かにあり	あり	なし	僅かにあり
入口段差	0	7	1	4	25	13
脱衣所～浴室段差	0	7	1	14	21	7
浴室～浴槽段差	5	3	0	29	9	4
脱衣所手摺	7	1	0	6	36	0
浴室手摺(洗髪洗体)	7	1	0	16	26	0

【分析】浴室から浴槽間の段差は入所施設で、あり5(62.5%)、なし3(37.5%)。重度の方がまたいで入浴するのは負担が大きく、手すりがあっても難しい場合がある。段差のない埋め込み型、出入りのしやすい半埋め込み型((6)⑤記載)、スロープの設置など、使い方によって浴槽段差の解消方法は変わってくると思われる。入所に比べてGHの浴室から浴槽間の段差は、あり29(69.1%)、なし9(21.4%)、わずかにあり4(9.5%)と段差ありが明らかに多い。ADLの自立した方がGHを利用しているからだが、機能低下や車いす利用となった場合には入浴できなくなってしまう。入浴場面に限らず、GH利用者が車いす利用になってしまった場合、そこでの生活を継続するのは難しくなる。今後の施設利用者の高齢化、重度化の進行を想定するとGHの設備面の整備は重要になると思われる。設備が整うことで、入所施設・介護施設への移行ではなく、GHでの生活を維持できる方が増加するのではないかと。

(2) 事業種別入浴自立度別人数(50歳以上)



(3) 年齢別入浴自立度別人数(50歳以上)



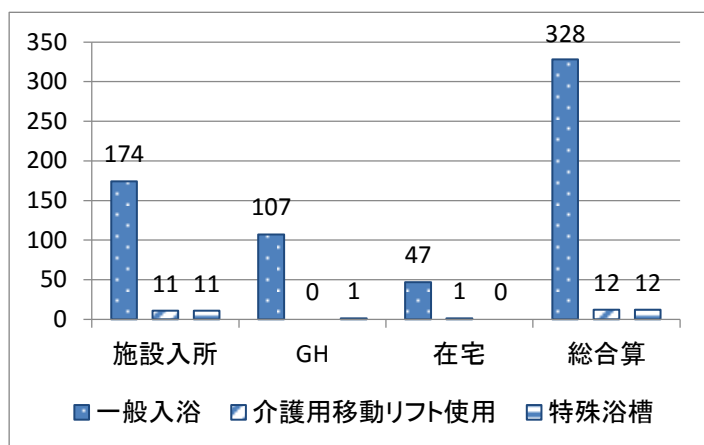
【分析】一部介助、全介助の合計は352人中148人で42%。年齢別での一部介助・全介助の方は50代で38%、60代で36%、70代で50%、80代で94%。70代から急激に入浴介助の必要な方が増加している。生活動作の中でも負担の大きい入浴は高齢障がい者には負荷が大きく、介助が必要になっていることが見て取れる。

(4) 特殊浴槽、措置型介護リフト設置

項目／対象施設	長野圏域 (入所)		長野圏域 (GH)	
	あり	なし	あり	なし
調査項目／回答選択肢	あり	なし	あり	なし
特殊浴槽	3(3)	5	0	42
措置型介護リフト	5(5)	3	0	42

※ () 台数

(5) 事業種別入浴方法人数(50歳以上)



【分析】

特殊浴槽、介護リフトの利用者数が352人中24人で6.8%。設置している施設は半数程度〔入所〕特浴あり3 なし5 介護リフトあり5 なし3)ということもあり割合は少ない。が、入浴自立度別人数では全介助55人(16%)もいるため、今後の状態の変化で必要になる割合が増加する可能性がある。入所施設の役割として、重度・高齢障がい者への対応が求められ、入浴設備として設置が必要になることも考えられる。GHでは現状そこまでの設備はなく、必要度も低い様子。

(6) 特記回答(事例) (施設入所)

①高齢化、重度化が進み身体的に段差をまたぐ行為が危険になってきている。当施設には2つの浴槽があり、1つはスロープがあり車椅子の方も入浴できるようになっている。もう1つは段差を昇降し、入浴設計になっている。女性の介助入浴の際には4人体制、スロープのある浴槽を使用しているが、男性の介助入浴の際には職員の配置上2人体制のため、スロープの浴槽を使う事が難しく、段差のある浴槽を使わざるを得ない。高齢、重度化が進んでいる中で浴槽の改修は必要だと考えられる。特浴も必要だと感じているため、現在導入する方向で進めている。介助入浴は女性が月水金、男性が火木土の午後の活動の時間に行なっている。自立で入浴出来る方は毎日夕食後、入浴出来る日課になっている。

②現在はまだ、段差をまたいで浴槽に入ることが出来ている利用者が殆んどだが、今後GHの高齢で重度の利用者が入所してきた時、介助する際に弊害を感じる事が予想される。また、現在でも体重が重い利用者、「またぐ」という行為を認識できていない重度の知的障がいのある利用者、発作がある利用者、ショートステイの利用者など、段差があることで支援に支障が出ている。

体重が重い利用者は段差があることで転倒のリスクがあり、発作のある利用者は浴槽で発作になった時、引き上げるのに相当の力を要するなど、「高齢」という枠で考えなくても支障は出ている現状にある。

③麻痺等で車いす使用の利用者についても、現在は出入りの際に介助する事で一般浴槽が利用できている。特浴も設置されているため、一般浴槽の使用が難しくなった際は、そちらでの対応を行う。特浴のみ使用している利用者もあり。出入りの際に支援者2名が両脇を支える事で、浴槽への出入りが可能な利用者もいる。一般浴槽にも手すりの設置がされており、入浴中は、手すりにつかまっただき、支援者が見守り。洗い場の移動はシャワー用車いすを使用。その他課題としては、今後、機能の低下と共に、特浴のみで対応必要な利用者が増加してくると、特浴は一機しかない事もあり、入浴の方法について（男女別で時間や曜日を分ける、日中活動の時間に入浴を行う等）全面的な見直しが必要となる。

④利用者の高齢化が進むとともに障がいが進んでいる方が増えている。そのためシャワーの後に浴槽をまたぐ事が出来ず、入浴に苦勞する場面がある。浴槽のふちに座るまでも立ち上がりが困難になってきている方もおり介助が必要となっている。入浴後、少し温まりすぎるとのぼせたように力が入らなくなってしまう方がいる。介助者が声掛けをして数分で上がるように気を付けているが、本人が湯船につかりたくてノンビリしているとのぼせてしまう。そうすると浴槽の高さまで腰を自力で持ち上げる事が出来ず、湯船から出る事が出来なくなってしまう。体の大きな方であるため、介助者が引き揚げるのも大変な状況。場合によってはリフトを使って引き揚げることもある。今後、浴槽をまたいで入浴することが困難になる方の増加が予想される。…福祉用具として、入浴用のリフト、※個別型特浴を設置し、必要な方が利用している。

⑤利用者の高齢化、疾患の重篤化などで、歩行バランスが極めて悪い状態の方を介助すると介助者もろとも段差で転倒してしまうリスクが高まっている。転倒等事故のリスクが高まっている利用者は捉え方にもよるが約2～3割はいると思われる。設備としては大浴槽が1つ、小さいバスタブが1つあり、大浴槽は高さのある段差が2段しかない埋め込み式の浴槽である。手すりは設置されているが、身体機能の低下が見られている中で浴槽を2段で出入りすることとなりバランスを崩しやすい、無理をして乗り越えなければならないなど常に危険が伴う状況にあると考えられる。安全に配慮するのであれば将来的に考えられるのはスロープの設置や小さなバスタブを複数用意しての個浴の対応、また、埋め込み式でなく浴槽への出入りがしやすい半埋め込み型への改修が必要である。

【分析】限られたスタッフで入浴介助をする中では対応には限度がある。時間や人手が足りず、また特浴やリフトなどの整備が整っていないことで転倒など事故のリスクも高まり、結果スタッフ・利用者への負担も大きくなっている。今後は特浴や介助リフトがなければ入浴できない方の増加も考えられる。

（7）特殊浴槽の設置経過

平成20年、車いす使用の利用者増加に伴い、吊り上げ式のリフトバスを設置。平成23年、施設建て替えの際、※床面昇降式の特殊浴槽を設置。

転倒の危険性や発作のある方がいること。また、障がいや持病の進行で座位の保持が不安定になってきている方もおり、浴槽での入浴に不安があったため。特浴を設置した事により、安心して入浴できる方が増えた。（※一般的な浴槽型で、車いすから移乗し足を上げてから浴槽の側面が上がるタイプ。）

開設当初より導入。当時対象者はいなかったが、法人内他事業所の状況を考慮に入れて設置した。

【分析】高齢化、重度化、また身障の重複障がいの方などで特浴の必要性が出てきている。今後も必要になって設置する施設も増加すると思われる。設置のための費用が高額なためか、開設や建替えといったタイミングで導入している施設が多い。場所をとるため設置場所の検討も必要になる。

(8) 特殊浴槽を使用して入浴されている利用者の事例

Aさん(60歳、女性、区分6、股関節骨折の影響から車いす使用、車いすの自操、床面等での自力移動不可、移乗全介助)は当施設には平成20年4月入所。本人を含め、車いす使用で入浴時、浴槽の出入りに介助を要する方が増加しました。20年秋頃、リフトを導入する事となりました。元々あった浴槽に吊り上げ式のリフトを設置(座ったいすが吊り上げられ半円を描く形で浴槽上まで移動し、いすが下がって入浴というシステム)しました。本人にも使用しますが、怖がってしまい、大きな声を上げて頭をかきむしり、またリフトのいすの上で動くとしてしまい、危険でした。何度か使用すれば慣れるかとも考えましたが、他の利用者についても怖がって使用できない事例が殆どで、リフトはほぼ使われない状態となりました。23年の施設建て替えの際はその点を踏まえ、特殊浴槽は吊り上げ式のリフトではなく、床面昇降式を導入しました。本人は据え付けのベンチに移乗したまま体が宙に浮く事なく入浴、出浴が出来るため、スムーズに使用する事が出来ました。怖がったり、不穏になる様子も見られませんでした。他の利用者も同様。吊り上げ式は、体が浮き上がる事で利用者も恐怖を感じやすく、支援する側も、いすへの確実な器具の固定、ベルトの確認、手足を挟まないよう慎重な操作等が求められ、負担も大きかったと思います。床面昇降式は、ベンチ、専用車いすにベルトで確実に固定するという行程はありますが、操作も簡便で、安全性も高いです。ただ、吊り上げ式に比べ、装置、浴槽とも大型になるため、スペースを必要とし、湯量も多くかかるという事はあります。

Bさん(68歳、男性、区分6、要介護認定なし、精神的な不安定、強いこだわりがあり、足腰の痛み、移乗などの介助、トイレなどで頻繁にコールがある)は、数年前より寮内から出る事が無くなり、介助面での関わりが増加したが、着替えや入浴はこだわりのためか拒否的でした。それでもリフトを使っての入浴で動作を少なくしていましたが、浴槽での体勢が安定せず不安がありました。そこで特浴の利用を提案し、試していただいたところ、体への負担も少なく、入浴への抵抗も少なく利用していただけています。支援員としても安心して介助する事が出来ています。特浴の形状としては、個別型特浴で、利用者の負担を軽減しながら在宅の入浴に近い形で入浴できるものを利用しています。車いすからの移乗、足上げの介助で入浴でき、またぐ動作が無いため負担が少ないと思われます。

Cさん(74歳、男性、区分5、A1)H26年9月にALS(筋萎縮性側索硬化症)の診断を受けました。上肢から下肢へと、筋力の衰えが進行していて、最近では立位の保持も困難な状況でした。洗体などはもちろん、段差の歩行も自力では行えず、特浴に切り替えました。特殊浴槽のタイプは寝浴のスライド式。特殊浴槽の使用により利用者職員が互いに負担が少なく安全な入浴ができていました。

【分析】入浴介助時には介助リフトも利用されているが、利用者の体が浮くことへの恐怖感、安全の確認・慎重な操作、などの課題もあり、座位を保持できないような重度の方への利用は難しい。そのような全介助の入浴に**特殊浴槽を導入することで、利用者、スタッフともに負担が軽減している**。肉体的な負担のみではなく、精神的な安心感、安全性を得られる点でも、全介助の方への対応に特殊浴槽を利用することは有効である。特浴の形状には数種類あるため、利用する方の状況に合わせての選択は必要になる。(寝位入浴、座位入浴、個別入浴など…)費用的には高額になるため、すぐに導入するのは難しい。購入補助があると導入しやすくなると思われる。

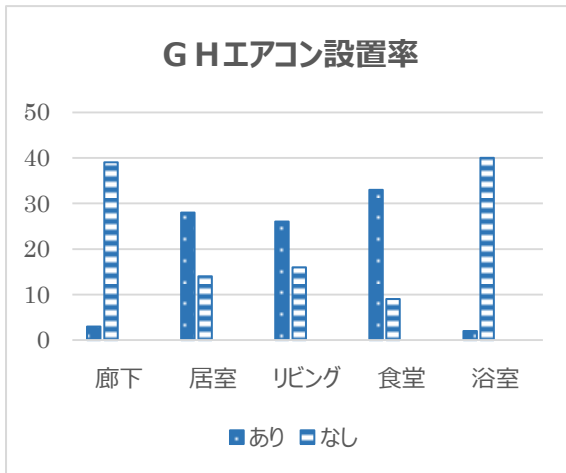
【利用できる助成金の例】

- ・赤い羽根共同募金会
- ・清水基金
- ・日本財団
- ・年賀寄付金配分事業
- ・中央競馬馬主社会福祉財団
- ・RING!RING!プロジェクト(競輪)
- ・介護労働者設備等整備モデル奨励金

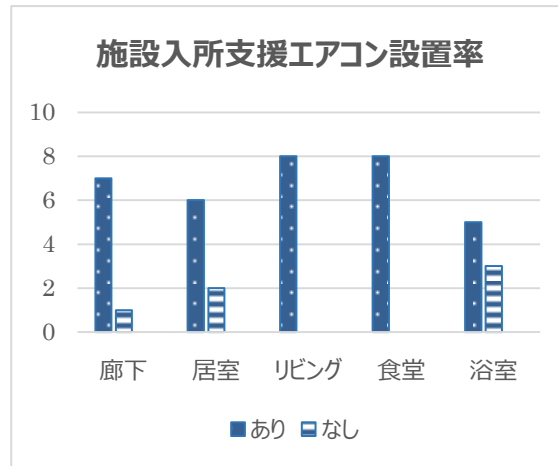
支給要件があるなど必ず補助を受けられるわけではないが、特殊浴槽などを購入する際には利用したい。

5 エアコンの設置

(1) GHエアコン設置率



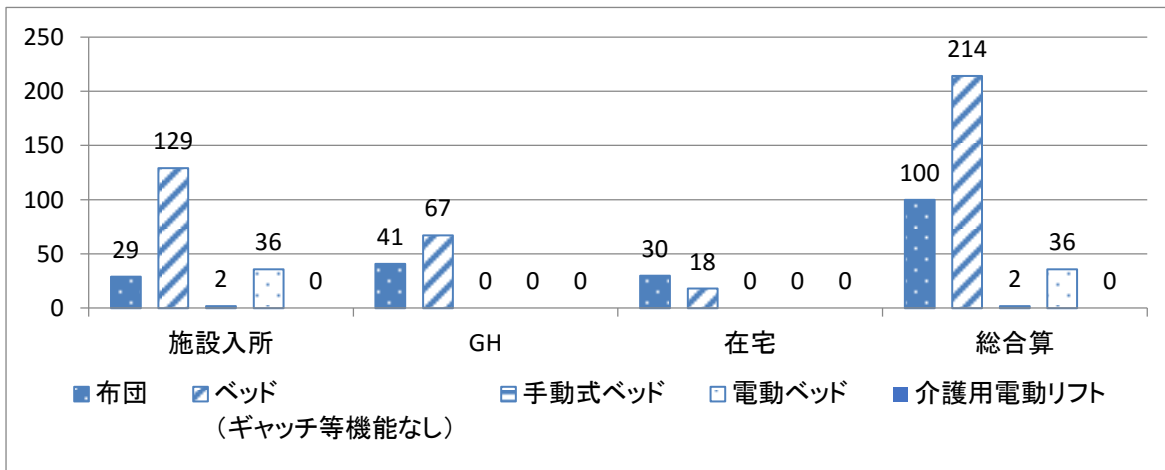
(2) 施設入所エアコン設置率



【分析】再調査の結果、今後エアコンの設置が必要な施設入所は2/5法人、GHは1/5法人がエアコン設置の補助が必要であると回答している。障がいの重度化、高齢化への対応（火事の危険・体温調節等）での設置が必要になると思われる。施設入所では居室にエアコンを設置している所が6/8事業所、廊下にエアコンを設置している所が7/8事業所、浴室にエアコンを設置している所が5/8事業所、GHでは42ホーム中、居室でエアコンを設置していない所が14ホーム、リビングにない所が16ホームある。事業所によって設置率は違うが、高齢化による必要性を考えると特にGHでの設置率は低いと言える。

6 電動ベッドの導入

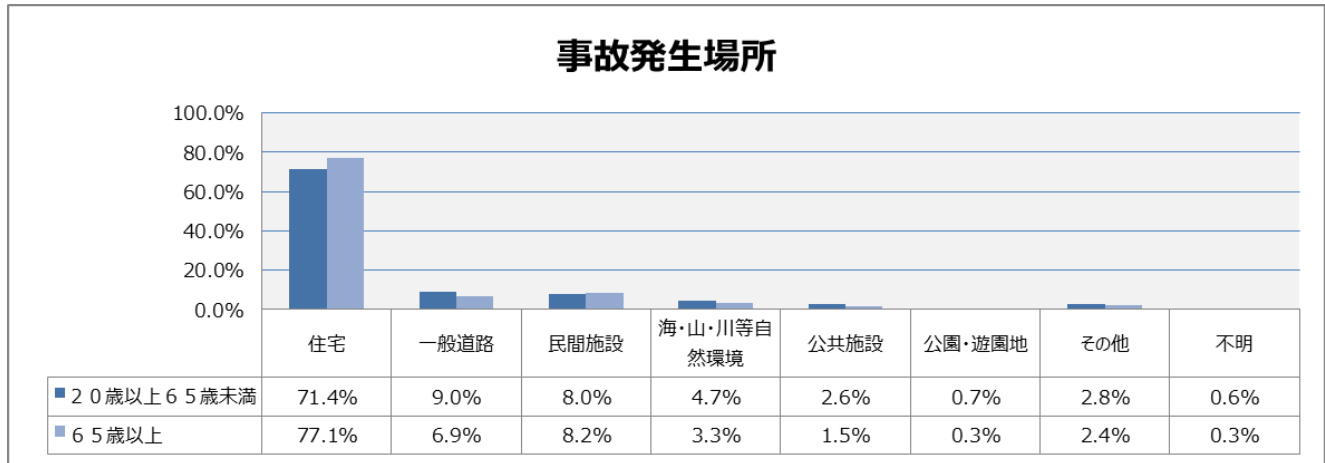
事業種別寝具別人数（50歳以上）



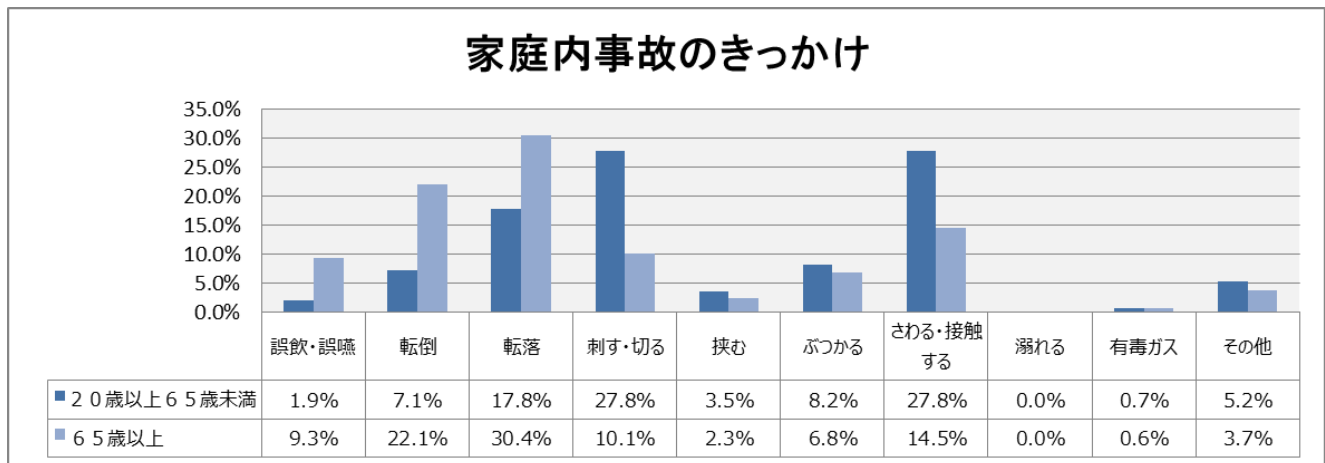
【分析】電動ベッドを導入している所が施設入所のみである。P15「(24)②寝具利用別人数（50歳以上）②年齢別」のグラフより、60代の電動ベッド利用者が多いことから、高齢だから利用率が高いとは言えないが、今後、介護保険施設への移行が進まない状況となれば必要性は高まると考えられる。施設入所では、電動ベッドが必要となった方への補助制度がない。（現在、施設入所利用者でベッドが必要となった場合、レンタルは自己負担）利用者の状況によって必要となるため、個別に給付される制度の拡充が必要となる。GHは介護保険の福祉用具貸与・福祉用具購入費支給の適用となっている。（ケアマネに要相談。状況に応じて支給は可能。）（ただし、65歳以下で必要となった場合には、身障手帳の取得が必要となる。）

7 まとめ

(1) 事故発生場所（国民生活センター「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故-高齢者編-」より）



(2) 家庭内事故のきっかけ（国民生活センター「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故-高齢者編-」より）



(3) 事故により階段での昇り降りができなくなった利用者の事例

Qさん（事故当時64歳、女性、障がい支援区分2、介護認定なし）は、平成4年から、自宅から通所を開始しました。平成22年7月、グループホームに入居しました。平成26年9月、階段から転落、頸椎損傷による四肢麻痺となりました。ホームは洗面所が1階にしかなく、洗面後、2階の部屋に戻る際に階段から転落しました。階段の昇降まで一人ひとり、見守りや介助をすることは一人の支援者（世話人）が全て行うことは現状では難しいです。以前から高齢利用者の階段の昇降に対する不安はありました。しかし、複数ある2階建てホームの全てを平屋のホームにしたり、1階の部屋のみを使用したりするような対策は、多くの利用者がある現状からはすぐに改善は難しく、常に不安を抱えながら支援をしています。

その後、病院での治療、療養を経て状態が安定したため、特別養護老人ホームに移行しました。現在も四肢麻痺の状況は変わりませんが、支援を受けながら明るく、元気に過ごすことはできています。ただ、このような事故を防ぐことができたら、と考えるとバリアフリー化されたGH（エレベーターや昇降機設置、常時の見守り体制）が必要と思われます。

(4)最終分析 内閣府 平成27年度 高齢社会白書(国民生活センター「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故—高齢者編—」によると、65歳未満と65歳以上で事故発生場所を調査(1)した結果、最も多かったのは『住宅』で、65歳未満、65歳以上ともに7割以上を占めている。「家庭内事故のきっかけ」(2)をみると、65歳以上では「転落」30.4%が最も多く、次に「転倒」22.1%と、「転落」と「転倒」を合せて約半数を占めた。また、「転落」と「転倒」の発生場所で、最も多く発生している場所は「階段」で、65歳以上の場合には、事故の被害の程度が重症化している事が分かっている。本調査で、居住系サービスであるGHの建物の構造とエレベーター設置状況を調査した結果、全42ホーム中、平屋建てが15ホーム(35.7%)、2階建て以上が27ホーム(64.3%)であった。そのうち2階建て以上の27ホームで、エレベーターを設置しているホームは1ホームもなかった。また、身障用トイレの設置状況では、全42ホーム中、「設置あり」が4ホーム(9.5%)「設置なし」が38ホーム(90.5%)と、「設置あり」が1割未満に止まるなど、GHにおけるバリアフリー整備の遅れが目立った。

厚生労働省が国会に提出した「障がい者総合支援法等の一部を改正する法案」では、障がい福祉サービスを利用して人が介護保険サービスを利用する場合、一定の所得以下であれば、利用者負担を減らす仕組みの創設など、障がい者の高齢化・重度化へ対応が柱となっている。その中で、施設やGHを出て一人暮らしすることを支えるため、「自立生活援助」(定期巡回・随時対応サービス)を創設し、これにより空いた施設やGHで高齢や重度の人を受け入れる方針となっている。しかし、本調査では、GHにおいて高齢や重度の障がい者を受け入れるだけの設備が整備されているところは少なく、住宅改修の制度においても、在宅の身障手帳保持者が対象であったり、介護保険の住宅改修費(支給限度額20万円の9割もしくは8割補助。)においてもGHは支給を適用外(長野市独自制度で要介護被保険者等住宅整備事業あり。市町村民税非課税の方が対象。上限70万円の9割補助。GHは対象外。)となっている。

政府は、「住生活基本法」に基づき、「住生活基本計画」を定めており、その中の関連指標として高齢者の住宅のバリアフリー化率を一定のバリアフリー化については平成20年(37%)⇒平成32年(75%)に引き上げる事を示している。GHにおいても、高齢や重度の障がい者の受け皿として機能していく必要があることから、今後は各市町村の障がい福祉計画等に、GHにおけるバリアフリー化の指標を盛り込んでいく必要があると思われる。さらに、「バリアフリー化(改修)にかかる経費についての助成事業の創設」を、各市町村の協議会へ提言し、高齢や重度の障がい者が、安全で安心して生活することの出来る住まい提供を目指していく必要がある。

【資料】:内閣府 平成27年度 高齢社会白書:国民生活センター「医療機関ネットワーク事業からみた家庭内事故—高齢者編—」(平成25年3月公表)(注1)事故発生場所詳細(屋内)については、不明・無回答を除く。「高齢者等の安全な住まいについて」平成26年2月 衆議院調査局国土交通調査室

参考資料：検討会参加施設の浴室写真

一般浴槽



スロープ



埋め込み型



その他



特殊浴槽

個別型特殊浴槽



床面昇降式特殊浴槽



車椅子使用時



ベンチ使用時

寝位型特殊浴槽



措置型介護リフト



第IV章 <提言2>看護師の増員

1 看護師について

(1) 常勤非常勤合算 ※ () 内は調査対象施設数

看護師数	常勤+非常勤								小計	平均
	0	0.4	0.5	1	1.5	1.6	2	3		
施設入所(生活介護) (8)				1	2	1	3	1	14.6	1.83
GH (8)	6		1				1		2.5	0.31
生活介護(日中) (6)	3	1		3					3.4	0.57
就労移行 (11)	8			2	1				3.5	0.32
就労A (1)				1	0	0			1	1
就労B (18)	13	1		3	1				4.9	0.27

※看護師数(小計、平均共 常勤換算で算出)

(2) 看護師は足りているか () 内は理想として、プラス何名必要か回答結果(入所)

内容/事業所	水内荘	さくらの杜育豊	ハートフル五明	須坂悠生寮	長野市ひかり学園
足りている	△				
足りていない		○(1)	○(1)	○(1)	○(1)

(3) (2) の回答理由(入所)

現在常勤1名非常勤2名の配置だが、利用者70名を超えている為、毎日の通院だけでも相当な業務になっている。休日、夜間の緊急時には常勤が1名しかいない為どうしても負担が大きくなってしまっている。ここ数年で入院する利用者も増え、その対応も大変になってきている。常勤でもう1名増えれば負担の分散が出来ると思われる。(ひかり)

看護師は日々の通院付き添いに加え、緊急通院、健康診断関係、薬作り、PT指導の担当など業務は多岐に渡り、2名で回すことはできているものの、決して余裕があるわけではない。

特に今後高齢で重度の利用者を受け入れたり、現在入所中の利用者が高齢化、重度化した時には、現在の2名では足りない可能性もある。(水内荘)

現在、看護師は平日勤務のため、土日は医療行為に対応できない。土日に看護師の配置が出来れば、利用者の受入れの幅が広がる。(育豊)

現在看護師1名。事業所の看護師業務を行っているが、通院付き添い、又は都合などで不在になる事がある。その間は支援員が出来ることを対応することになるが、通院が重なる等により日中支援が薄手になってしまうことも。理想としてはもう1名いると効率よく業務ができると思われる。(ハートフル)

現在2名だが、3名いれば土日でも看護師の配置が可能のため。(365日回るため。) (須坂悠生寮)

【分析】現在の看護師数では足りていないと回答した事業所が殆ど。看護師は普段の業務も多く、負担が大きい。また、多くの施設で土日、夜間は看護師不在になってしまうため、胃ろう、喀痰吸引、浣腸といった医療行為を必要とする利用者の受入れが困難となる。看護師加算は施設入所では、毎日夜間看護体制を確保していることを評価するもので、通常は夜間看護体制を取っていない施設で不定期に看護職員が夜勤を行う場合は算定できない。実際には毎日の夜間体制を確保せず、急に看護師が不定期に必要な場合や、平日より人手が薄い休日の日中に必要になる可能性も十分にある。不定期で看護師がスポット的に勤務した時や基準以上の複数配置をした事業所には給付費上、加算等で評価する仕組みがあれば、利用者のニーズに対応できる範囲が広がると思われる。

(4) 今後の増員予定 ()内は人数 (入所)

内容/事業所	水内荘	さくらの杜育豊	ハートフル五明	須坂悠生寮	長野市ひかり学園
ある					
ない	○	○	○	○	○

(5) (4) 回答理由 (入所)

増員は望まれるが今のところ緊急性はなく、人件費もかかってしまう為増員の予定はない。(ひかり)
緊急性がなければ、すぐに配置するわけにはいかない。人件費もかかるため。(水内荘)
予算の関係上、すぐに配置はできない。また、直接支援の支援員の増員が先決。(育豊)
人件費など費用的な面で増員は難しい。(ハートフル)
1名では看護師の負担も大きく、通院の回数も限られてしまう為。(須坂悠生寮)

【分析】全対象施設で看護師の増員が望まれているが、現在のところその予定はない。人件費が確保できない事が主な理由として挙げられている。

(6) 看護師は足りているか ()内は理想として、何名必要か回答結果 (GH)

内容/事業所	みのちGH	育豊GH	はあていGH	地活コロニーGH	須坂悠生寮GH	ほっとらいふ
足りている		看護師配置	○	看護師配置なし	看護師配置	○
足りていない	○(1)	なし			なし	

※看護師配置なしの施設は、バックアップ施設の看護師が対応。

(7) (6) の回答理由 (GH)

本体の看護師が月に1回ホームに訪問して利用者の健康状態を見てくれているが、高齢になるにつれて医療の必要性は多くなり、できれば週に1回訪問してくれる人がいるとありがたい。(悠生寮GH)
当センターの看護師は同法人の日中系事業所の看護師と兼務している。日中系事業所は、緊急通院以外は基本ないが、発作の対応など、支援員に近い業務も行いながら、看護師の業務も行っている。通院はGHだけでなく、法人のブロック事業所(全て町内付近にある)が協力し合っている。GHの職員(世話人ではない)が全体の通院の約4分の1(急性期病院など特殊で、利用者をより理解していることが必要な場合)、同ブロック内の入所施設の看護師が協力して通院(歯科が多い)が約3分の1、同ブロック内の居宅介護事業所の通院介助が約4分の1、そしてGH看護師が約3分の1となっている。通院介助を多く使えば(他法人など)と考えはするが、近くに他法人の事業所はなく、また利用者の情報の引き継ぎ、障がい特性を理解した上での柔軟で安全な対応を考えると、他法人の通院介助を使うことは考えにくい。何とか長野ブロック内で協力体制を構築することで日々を回すことはできているが、高齢化、重度化に伴い通院の内容やその後の対応も重く、時間のかかることも多くなってきている。そのため、長野ブロックにもう1名、看護師は必要だと考えている。(みのちGH)
GHの利用者の通院回数も多く、その対応をバックアップ施設である入所施設の看護師や支援員が行うため、人手が割かれる。GHによっては、体調面に不安を抱える利用者さんも出てきているため、GH専任の看護師がいるとありがたい。(育豊GH)
看護師は生活支援員と兼務で対応している。他の支援員とも連携しながら、支障なく回すことができている。(ほっとらいふ)

(8) 今後の看護師増員予定 (GH)

全施設「予定はない」との回答結果が出た。

(9) (8) 回答理由

人件費がかかる。

増員は望まれるが今のところ緊急性はなく、人件費もかかってしまう為増員の予定はない。

【分析】GHには看護師が配置されていない所が多いが、その分の業務をバックアップ施設の看護師が担っている。GH利用者の高齢化に伴って医療面でのケアも多く必要になるため、**今後はGH専任の看護師配置が必要になる可能性があるのではないか。**

2 通院について

(1) 困ること (要約) 施設入所支援

- ・診察、待合の間の介助。多動、不穏、こだわり等、目を離せないケース多い。
- ・トイレ介助。異性介助で対応困難。身障トイレのスペース不足。
- ・病状の判断の難しさ。
- ・通院回数の多さ。介助量多い為、一度に多くの利用者が通院する事は難しく、その為、回数が増える。重なると、現場も手薄に。
- ・通院拒否

(2) 困ること (要約) GH

- ・認知症状。多動への支援。
- ・頻回な通院要求。人手が割かれる。
- ・65歳以上になると、介護保険制度での通院等乗降介助を勧められるが、実用的ではない。知的障がい者は医師への状況報告や医師からの説明の理解が難しく、受診の立ち会いが必要な場合が多い。そのため、介護保険を優先として考えずに障がいサービスでの通院介助を給付して欲しい。高齢になると、定期通院以外にも緊急での通院が増える。通院介助は定期通院を対象にしているため、緊急通院のサービスを手厚くして欲しい。

(3) 基本、通院に同行する職員 (施設数)

	看護師	支援員	(重複)
施設入所 (生活介護)	0	0	8
GH	0	1	4

【分析】看護師のみで通院が行われている施設はない。支援員も同行することが多く、日中活動に支障が出る可能性がある。

(4) 支援員が通院を行う理由 (入所)

通院の数が多く、看護師だけでは足りずどうしても支援員が通院に行かなくてはいけない日がある。看護師と同行するだけでなく、支援員のみで行かなくてはいけない場合もあるため。

定期通院は看護師が予定を組んだ上で実施されているのに対し、**不定期の通院や入院面会は手が回らずに支援員も行う、**という傾向がある。

看護師は1名のため利用者の健康確認、嘱託医の往診、処置などがあると付き添いが出来ない事がある。

そのため通院付き添いは担当支援員で対応する事が多い。

ここ数年は2名体制⇒1名⇒現在は2名体制に戻る。看護師の業務は激務であり、負担を少しでも分散する必要がある。看護師2名体制に必要性を強く感じている。

(5) 支援員が通院を行う理由 (GH)

GH利用者の通院は、バックアップ施設の看護師が行っている。土日等に救急で通院する場合は、バックアップ施設の支援員が行う。

50名を超える利用者があり、**ほぼ毎日のように通院がある**。(慢性的な病気と突発的な通院)

通院のケースは高齢化、重度化に伴い、重くなってきている。がんなどの重いケースほど、排泄介助、度重なる検査、薬の処方への対応、支援員への周知、病院側(ケースワーカー)との調整などが大変になってくる。

付添は、定期通院は支援員で対応。緊急や突発的な通院は、本体看護師と支援員1名で対応。

【分析】通院数が多い、利用者に対する介助の必要性等から、支援員が通院を行っている。支援員のみでの付き添いと回答も多い。**人手が薄くなった時の人材確保**も必要となる可能性がある。

3 看護師の業務について

(1) やりがいを感じていること

常に利用者支援に関われるため嬉しい。様々な疾患を抱えやすい年齢の利用者が増えるに当たり、自身も学ぶことが出来る。対応の仕方や疾患に対しての知識を取り入れられることは良いことだと思う。また、突発的な事に対しての対処にも慣れが出てくるので注意が必要だが、全体的に医療としての役割が大きくなると思うのでその辺からもやりがいを感じられる。

施設は医療の現場ではないので、基本職員としては「ケア」をさせていただく場所。そのため、家庭でできるケアを日々行い、利用者の自然治癒力で病気等を治す手伝いが出来る。また、病院の看護師のように退院してしまえば関わりが終わってしまうということでもない。その人の人生全体、つまり「生」そのものに関わることができる。生活の場として「ケア」を学ぶことができる。利用者のパワーは障がいを持たない方のそれより強いことがある。予想のつかないことも起きる。癌が完治してしまうなど。そのお手伝いができることは誇りになる。

看護業務だけでなく、利用者さんとお話をしたりする時間が楽しく、日々のやりがいとなっている。

支援員と連携し、生活面を含めたケアに関われること。一人では難しいことも協力して対応していけることにやりがいを感じる。

(2) 大変だと感じていること

急変時や心疾患の発症など、今までとは違う様子が出てきている。そのような時の対応時、人手が無くとても大変である。通院のかけもちや、定時処方のセットなど、時間がない為慌ててしまう。今後、ますます重度の利用者が増える事は間違いないと感じられる。

採血など、利用者が動いてしまう時押さえたり、**支援員的な業務もあること**。夜間、休日に連絡が来てしまうこと。トイレ介助時、身障者用トイレがない時、異性の利用者の介助ができないことなど。

利用者さんに、治療等の際に抵抗されてしまう事。**通院の際に排泄の支援なども行う事**。

夜間、休日にも連絡が入ること。医療の現場とは違い、医師が現場にいないため**看護師判断で対応する場面には困難を感じる**。

利用者の体調不良をいかに速くキャッチするかどうかの判断。

ホームが地域に点在して常に目配り出来る状況にない。

(3) 専門家アドバイス 山本由紀子氏(看護学校について)

①障がい者施設での実習は行われるか。その他体験、ボランティア交流等。

障がい者施設は度外視されているケースが殆んど。体験やボランティア交流も少ない。そもそも看護師学校は病院に勤務することを前提に運営している。病院が看護師不足の中で、また高齢者の福祉施設も多くできてきた最近では、障がい者施設に初めから就職するというケースは少ない。

②就職先としての障がい者施設

まず、ある協会の看護師へのアンケートで、看護師が職場に求めることとして、①夜勤が少ない、②土日休みがある、③仕事内容に緊急性(対応)がない、④業務内容が一定していて気持ちが楽、⑤相談相手がいるなどの5つが挙げられる。これらを考慮すると病院や特養よりも障がい者施設は上記5つに当てはまるが、それでも人が集まらない要因としては、①障がい者施設の看護師という就職先を知らない、②障がい者が怖い、③病院に看護師不足、④高齢者施設も看護師不足、などが挙げられる。

障がい者施設の看護師業務の魅力や現状をもっとアピールすることが重要。また、看護師の資格取得後、結婚、出産などでブランクがあり、復帰するのが怖い看護師も多くいる。復帰を支援する動きも見られてきているが、地域によっても違い、十分とは言えない。

【分析】

上記のアンケート結果で職場に求められている項目において、障がい者施設は病院よりも看護師のニーズに適している部分が相当にあると思われる。

また、障がい者施設での看護業務のやりがいなどを伝える、障がい者施設を実習先として位置付ける、障がいについて学ぶカリキュラムを作る、気軽に交流(ボランティア等)できる機会の設定、看護学校と連携していく、などが重要になるのではないかと。

【まとめ】

施設入所では全ての事業所が看護師は足りていないとの回答結果が出た。また、GHには看護師が配置されていない所もあるが、その分の業務をバックアップ施設の看護師が担っている。GH利用者の高齢化に伴って医療面でのケアも多く必要になるため、GH専任の看護師が望まれている。それは看護師業務の負担が増えてきていることにも関係している。通院ではトイレ介助などが必要になる利用者が増えてきている。

また、休日や夜間に看護師が不在になることで、利用者の高齢化、重度化への対応や受入範囲も狭められてしまうことがある。看護師を休日、夜間に配置できるような加算の拡充と看護師を確保するための取り組みも看護学校と連携しながら少しずつ実施していくべきである。

第V章 <提言3>入院時支援体制の確保

1 入院について

(1) 入院件数、理由（施設入所）8施設回答

施設入所（生活介護）	入院件数	平均	入院理由		
平成21年	31	3.9	痙攣発作	精神的理由	皮膚潰瘍
			発熱	尿路感染	急性胆のう炎
			肺炎	腎盂炎	脳出血
			骨折	心不全	
			癌	皮下出血	
平成22年	40	5	肺炎	子宮全摘出	アナフィラキシーショック
			骨折	腸ねん転	下垂体腺腫
			尿道外傷	潰瘍	胆石
			薬調整	精神的理由	前立腺癌
			脳梗塞	検査	急性胃炎
			嘔吐	敗血症	脱水症
			食道静脈瘤破裂	胃がん	意識消失
			発熱	皮膚潰瘍	肝硬変
平成23年	46	5.8	肺炎	ヘルニア	てんかん
			骨折	心不全	腎不全
			発熱	胆のう結石	脳出血
			肝硬変	尿路感染	脳梗塞
			腸閉塞	脱水	癌
			意識 血圧低下	下垂体腺腫	胃潰瘍
			胸膜炎	蜂窩織炎	口唇腫瘍
平成24年	50	6.2	肺炎	脳出血	そけいヘルニア
			骨折	嘔吐	腎盂炎
			心不全	低体温	胆管がん
			尿路感染	腸閉塞	リハビリ的
			胆結石	胸水	
			蜂窩織炎	意識消失（てんかん）	
平成25年	39	4.9	肺炎	膿胸	心不全
			白内障手術	検査	大腸ポリープ
			食事がとれない	イレウス	てんかん発作
			皮膚手術	脳梗塞	重症膵炎
			血小板減少症	下垂体腺腫再増大	総胆管結石
			骨折	尿路感染	統合失調症

(2) 入院件数、理由 (GH) 8 施設回答

GH	入院件数	平均	入院理由		
平成21年	2	0.3	直腸がん		
平成22年	3	0.4	白内障手術	尿管がん摘出	
			偏頭痛		
平成23年	8	1	腸閉塞	骨折	頭部皮下腫瘍
			歯科治療	認知症	
			脳出血	めまい	
平成24年	7	0.9	肺炎	精神不安定	舌裂傷
			心臓カテーテル検査	脱水	
			痔	足の怪我	
平成25年	13	1.6	骨折	便秘	入れ歯を飲み込んだ
			前立腺癌	脳の萎縮	大腸炎
			精神不安定	目の手術	めまい

(3) 入院理由として多く挙げられたもの

入院理由	入所	GH	計	順位
肺炎	18	1	19	1
骨折	12	3	15	2
癌・腫瘍	9	4	13	3
痙攣・てんかん(意識喪失)	7	0	7	4
脳出血・脳梗塞	6	1	7	4
精神不安定・統合失調症	3	2	5	5
腸閉塞・腸ねん転	3	2	5	5
皮膚疾患(潰瘍等)	5	0	5	5
心不全	5	0	5	5
尿路感染	4	0	4	6

【分析】

(入所) 入院件数は、年数と比例して増大したとは言えないが、平成21年移行はその年の件数を下回っていない。高齢化、重度化をやや示している。また、入院内容は、**1位が肺炎、2位が骨折、3位ががん、同率4位が痙攣・てんかん、脳梗塞・脳出血関係**となっている。退院後、施設に戻る事が難しいがんなどの**重いケースも**少なくない。

(GH) 入院の理由は様々だが、GHでの入院件数は着実に伸びている。高齢化、重度化を示す重要な資料となる。退院後、回復するまで夜間の支援もできるバックアップ施設があるかどうか**も重要な要素**になる。

(4) 入院について困る事 (特記回答)

①施設入所

- ・病院から夜間付添いの依頼があった時、シフトの調整が発生する。(付き添い依頼があった際、本来は家族による対応だが、状況によって職員が付いたこともあった。)
- ・高齢者は骨折のリスクが大きく、そうなれば必然的に長期入院となり、ADL低下、リハビリへの意欲が望めないなどの悪循環になる。つまり、退院後の支援内容が変わることも大変。
- ・入院時の対応として、家族の同意が必要になるため、家族が遠方の方、高齢で運転免許がなく直ぐに来られない方、甥の代となり仕事で連絡が取りにくい方、身元引受人が遠縁の方は病院に来るまでに時間がかかり、入院対応に時間がかかった例がある。ご本人のことを考えるともう少しスムーズに入院対応を行ってほしい。
- ・面会時間の制限。
- ・薬拒否
- ・食事拒否・入浴拒否
- ・点滴等の抜去・入院した方の面会は、利用者に合わせ、週に1~3回ほどで対応している。病院の場所(遠方)によっては負担になってしまうことがある。
- ・入院時の対応で現場の職員体制に影響が出る。24時間の付き添いを求められる事もある。
- ・家族との関係性、高齢化により対応してくれない、対応を望めない。
- ・親族が甥、姪など遠くなってきている。
- ・市外の病院の場合、面会の時間が多くかかってしまう。

②GH

- ・夜間急に具合が悪くなったり入院したりする場合、バックアップ施設(入所施設)が対応している。
- 面会では、入院者が複数の病院に入院した際、面会先が異なるので、移動時間も含めてかなりの時間を費やすことがあり大変。休日は世話人を除く生活支援員が1人での勤務になるため、面会、入院時の対応等があれば、不在となり、支援に影響が出る。
- ・自立度は高いが、社会性に欠ける利用者さん。病院でのルールを守る事を納得してもらうまでに時間を要した。
 - ・利用者さんが複数の病院に入院し、面会により時間がかかった。

【まとめ】 本人の治療への拒否等で、入院時の付き添いを求められるケースがある。遠方、高齢で家族の協力を得られない場合、支援員が対応するケースもある。面会、対応の場合も、支援員が時間を取られる(特に病院が遠方の場合など)ことで、現場の職員体制に支障をきたす例があるため、派遣制度(代替職員の補充)などを、行政や企業などと連携していく必要があるのではないかと。また、家政婦を正式に利用できるような制度が必要なのではないかと。

(5) 入院時の対応で困った事例（施設入所）

①Aさん（53歳、男性、区分4、要介護認定なし、自閉症）は、約30年以上入所施設で生活してきました。両大腿骨を骨折。自閉症があり、1日に頻繁にトイレに通う等こだわりが強く、決まった行動をしないと声掛けにも拒否が多い方でした。いつ骨折したのか判断がつかず、骨折が判明した際にも本人の障がい特性からすぐに入院する事が出来ず、**2週間後の手術まで施設で安静に、とのことでした。**居室も職員が見守りしやすい場所に移しましたが、本人のこだわりからじっとしていることが出来ず、他害、破壊行動も見られる方なので拘束も出来ない状態でした。手術は無事に終わりましたが、**病院での夜間の見守りは当施設職員が行ない、入院期間も2泊3日でした。**退院後転倒は見られていませんが現在も骨折の為安静が必要な状態です。ですが、障がい特性上、難しく部屋の中だけですが動き回っています。こだわりの強い利用者の入院なども今後考えられます。家政婦協会等に依頼することができる方なら良いのですが、**慣れた職員が対応しなければいけない場合なども今後考えられると思います。**

②Bさん（当時59歳、女性、要介護認定なし）は、約20年間入所生活を送られてきました。平成21年（59歳）で右足大腿骨を骨折しました。しかしながら入院生活の中で安静を保つことができず、課題となっていました。急性期病院にて手術を行ないましたが、術後の足をいじってしまい、点滴を抜いたりすることもあり、病院看護師も困っていました。2回目の手術で大量出血を起こし、十分に膿を洗い流せず、その後感染が治らない場合は、敗血症、右足の切断、寝たきり等が考えられる状態になりました。多剤耐性菌に感染、数か月後右足を切断しました。この時の夜間付き添いは職員、母が交代で実施していました。その後転院、ADLのリハビリを実施して、その数か月後退院しました。その後2年間何とか通院やリハビリをしながら入所施設で生活をするまで回復しましたが、平成23年7月、左脛骨骨折で入院しました。数か月後、入所施設よりも重度の方の支援をしている他の入所施設に移行することになりました。切断という結果になってしまったのは、**入院中に見守りをしっかり行なうことができなかつたことにあります。**このケースでは家族の協力はあり、施設も状況に応じてお見舞いや夜間に付き添いも行なっていましたが、**夜間も含め更に手厚い付き添い体制が必要でした。障がい者のサービスにはそのようなサービスはありませんでした。**今後は更にこのようなケースが増える可能性があります。

③Cさん（60歳（当時）、区分6、呼吸不全のため、在宅酸素、肺炎等で年1～2回入院している状況）は、施設においても酸素のチューブを外して歩き回ったり、入院時はチューブや点滴の管をいじってしまう、興奮しがちといった状況で、**常に24時間の付き添いを求められてきました。**家族は遠方におり、また母親の病気もあり、面会に来る事もなかなか難しい状況でした。施設職員も、1～2泊であれば何とか対応しましたが、それ以上人手を割く事は困難でした。平成24年冬頃までは、施設職員以外で付き添いを依頼でき、職員は日中に面会を行ってきましたが、現在は、**日中だけでもなかなか確保できません。**Cさん自身は25年1月に亡くなりましたが、今後、同様の状況で病院側から24時間の付き添いを求められた場合の対応を考えなくてはいけないと思います。家政婦の付き添いをお願いできたら、と考えさせられる事例でした。

④Dさん（81歳、男性、区分3、要介護度なし）は、胆管結石があり、胆管のつまりのため頻繁に熱発し入退院を繰り返していた方でした。

保護者は甥の方で関わりは良かったですが、病気があったため通院や都合により連絡が取れないこともありました。Dさんが急な熱発でかかりつけ医に救急搬送された際、**入院するためのベッドの空き待ちで、外来で点滴をすることになることが多く、夜勤の看護師はいないため誰かが付き添わなくてはいけないことになりました。**その時に甥御さんには病気の関係もありお願いすることができず、**支援員で交代して付き添うことになりました。**施設での夜勤職員とは別に、交代で1名病院の付添を一晩行うため、業務にあたる職員は手薄になってしまいました。このような場合の付き添いサービスなどがあればと感じます。

⑤Eさん（68歳、女性、区分6、A1、身体1種1級）は、入院時、家族がなかなか病院に来られず、医者の説明もできませんでした。入院中の支援上の課題は、胃ろうでも誤嚥を起こしてしまう方が退院して戻って来られた時に、どのような支援体制を組むか、です。結局結論は出ず、そのまま亡くなりましたが、今後も同様のケースは続くと予想され、受け入れるのか、療養型病院に転院を勧めるのか、など、その時々で医療、ご家族、市町村などとの話し合いが必要になります。

（6）入院時の対応で困った事例（GH）

①Fさん（61歳、男性、区分2）は、腎機能低下のため、平成24年頃から数回入院。それぞれ10日から2週間程度でした。自立度は高いですが、社会性に欠ける行為（病院の看護師さんをデジカメでこっそり撮影してしまう、ディールームのテレビを占領する、病院の看護師さんに話が出来ず、施設の看護師に昼夜問わず電話をかけてくる等）への対応のため、面会で状況を聞いたり洗濯物を受け取ったりする以外に、本人と（行動を改めるよう）話をする時間を多く要しました。相手の気持ちをくみ取る事が非常に苦手な方なので、上記のような事が困る事だと言われても納得しませんでした。自立度は高いので、お一人で入院していただいていたのですが、病院側にも理解を求めながら、注意していく事が難しい事例でした。

②Gさん 入院中の付き添いの要請があった場合、家族の対応が今のところ出来ていますが、今後、家族の対応が困難な時はどうするか悩んでいます。

③Hさん（男性、入院当時65歳、区分3、介護度自立）は、昭和40年6月、知的障がい者施設に入所。平成24年2月、グループホーム入居。平成25年4月、既往歴等大きな病気なく過ごしていましたが、前立腺がんが見つかり、切除のため、入院・手術を行いました。もともと風邪をひいた際には気が滅入り、治っても寝込み続けていることがありましたが、手術後も同様、食事を受け付けなかったり、布団を破って治療拒否をしたりすることがあり、病院側が困ってしまったことがありました。

【分析】 利用者の強いこだわり、拒否、家族が遠方、病気を持っているなどの状況では、その利用者の支援ができる施設職員が付き添いをする他ない状況になる。1泊など短期の入院ならそれでもできるかもしれないが、2泊3日以上では、現場職員配置が薄くなり、影響が出る事例もあった。支援員が付き添いを行なっている間、その代替職員を派遣などで確保することや強いこだわりや拒否がない利用者であれば家政婦の利用が必要になる。そのような制度が今後充実しなければ、対応が難しくなる入院のケースも増えていくのではないかと。

(7) 家政婦等派遣事業所の現状

①A家政婦派遣事業所の概要

【サービス内容】

家事代行サービス

掃除関係、調理関係、お留守番関係、その他（来客準備、引越し前後の対応、大掃除、模様替え、公共料金支払い、住民票の取得等）

病院付き添いサービス

食事、入浴、排泄、体位変換、服薬、通院など、入院衣服、備品のお洗濯、買い物、入退院に係る各種の準備、ご家族に代わり、入院患者様へのお付き添い

介護サービス

食事、洗濯、入浴、排泄、体位変換、ベッドメイキング、通院、薬の受け取り、観戦・観劇のお供、お話相手

【料金体系等】

18:00～8:00で1回14,400円、9:00～17:00は1時間で1,356円。例えば2:00～4:00といった部分的な利用は基本対応していないが、付添いの内容によっては相談になるケースもある。この料金には家政婦の紹介料も含まれている。

【障がい者、高齢者の利用ニーズ】

在宅の高齢者の見守りなども増えてきている。週1回、または、月1回など人によって様々。特養などの施設に入って、食事介助、散歩などをすることもある。障がい者のニーズはたまにあるが、それ程多くはない。

【今までで障がい者への対応で困ったこと】

家政婦さんに対してセクハラがあるケース。また、在宅の方で家族の人が利用したいが困っている方もいた。（お金がないなど）

②まとめ

高齢知的障がい者の入院は年々増加傾向にあり、既に様々な入院事例がある。中には付き添いが必要となるケースもあった。ただ、入院に関わる対応については、事業所としては全て家族に依頼するケースが多いが、実際にはご家族の方が病気を抱えていたり、遠方に住んでいるなど、様々な状況により、全ての対応を依頼できないこともある。(入院治療の検査・処置等は本人またはそれに代わる家族の承諾が必要)背景には、入院は老人等の社会的入院が多くなり、その問題解決の為、本人や家族に施設的な療養の場としての利用は間違いであり、病気の管理は本人または家族の責任が大きいとされている、という面がある。また、家政婦は元々第三者であるため、付き添いができる対象ではない。今後は障がい者で家政婦へのニーズがある方については、特別にそれを認めるなど、病院を含めて障がい者福祉を取り巻く様々な関連機関が連携して柔軟な対応をしていく必要があるのではないかと。

第IV章、第V章 まとめと今後の課題

- (1) 看護師を不定期に配置した場合についても加算が必要、または休日看護師が対応した場合にも加算が必要。
- (2) 入所施設の看護師によるバックアップ体制に頼るのではなく、GH専任の看護師を配置できる状況を金銭的、人材確保としても作り出すこと。
- (3) 障がい者施設で働く看護師を確保するため、
 - ①障がい者施設での看護業務のやりがいなどを伝える、②障がい者施設を実習先として位置付ける、③障がいについて学ぶカリキュラムを作る、④気軽に交流(ボランティア等)できる機会の設定、などを行ない、看護学校と連携していくこと。
- (4) 利用者が入院をして、その付き添い対応を施設職員が行なった場合、施設に対する人材派遣制度の創設(入院対応する代替職員の補充)などを、行政や企業などと連携しながら行なうこと。
- (5) 入院した障がい者で家政婦へのニーズがある方については、特別にそれを認めるなど、病院を含めて障がい者福祉を取り巻く様々な関連機関が柔軟な対応をしていくこと。

第VI章 <提言4>施設の医療対応レベル向上と医療型小規模入所施設の必要性

1 基礎データ

(1) 医療ケア・認知症対応 実施件数 平成21年度～25年度

※1 褥瘡(重度)は、真皮までの損傷レベルとする。 ※2 排便処置は、浣腸、摘便、座薬使用とする。

※3 人口膀胱、人口肛門

回答順	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
病名	気管切開	胃ろう	経管栄養	喀痰吸引	褥瘡(重度)	在宅酸素	注射	※2 排便処置 インスリン	※3 ストマ	カテーテル バルーン	骨折	認知症	ターミナル ケア	その他
施設入所 (生活介護)		6		3	6	3	3	228		14	39	16	2	
GH		1					1	10		1	10	5		
生活介護(日中)										1				
合計		7		3	6	3	4	238		16	49	21	2	

【分析】高齢化、重度化を示す、重要な基礎データ。胃ろう、喀痰吸引、認知症、骨折、ターミナルケアなど医療ケアまたは専門的なケアを必要とする対応が各施設で行われている。排便処置やバルーンカテーテルは該当者が多く、今後も介護ニーズが高まることが予想される。医療職でなくとも支援が必要になる。研修や資格制度の創設等が必要になるかもしれない。

(2) 介護福祉士の人数

長野圏域入所施設	水内荘	さくらの杜育豊	ハートフル五明	須坂悠生寮	長野市ひかり学園
	8人	1人	1人	5人	11人

長野圏域GH	水内荘	さくらの杜育豊	ながのコロニーGH	須坂悠生寮	ほっとらいふ
	2人	1人	0人	0人	2人

【分析】資格取得一時金など、各事業所で様々な取り組みはなされているものの、まだまだエビデンスを持った介護を提供できる人数とは言えない。調査対象施設の中には、社会福祉士資格取得で全額、介護・精神保健福祉士資格取得で4分の3、費用を補助する施設もある。働きながら資格取得できるような制度や補助も今後は必要なのではないか。

2 専門的医療行為 施設対応の現状と分析

(1) 喀痰吸引	現在の対応状況				現在の対応状況×理由			支援員（医療資格取得者）数			
	特定		不特定					特定		不特定	
	○	×	○	×	施設方針	有資格者不在	設備不足	施設数	人数	施設数	人数
施設数	2	6	1	7	7	3	2	7	0人	7	0人
								1	14人	1	1人
								1	20人	1	2人

(2) 胃ろう	現在の対応状況				現在の対応状況×理由			支援員（医療資格取得者）数			
	特定		不特定					特定		不特定	
	○	×	○	×	施設方針	有資格者不在	設備不足	施設数	人数	施設数	人数
施設数	1	7	1	7	7	5	2	6	0人	6	0人
								1	2人	1	1人
								1	14人	1	2人

(3) 経管 栄養	現在の対応状況				現在の対応状況×理由			支援員（医療資格取得者）数			
	特定		不特定					特定		不特定	
	○	×	○	×	施設方針	有資格者不在	設備不足	施設数	人数	施設数	人数
施設数	0	8	0	8	7	5	2	7	0人	6	0人
								1	2人	1	1人
										1	1人

(4) 重度の褥瘡	現在の対応状況		現在の対応状況×の理由			
	○	×	施設方針	技術不足	設備不足	その他
施設入所（生活介護）	2	6	5	2	1	1
GH		5	3	1		1
生活介護（日中）		2	1			
就労移行		3	1			1
就労B		7	3			2

【(1)～(4)分析】喀痰吸引・胃ろうの特定は2施設で対応職員（資格取得者）が10人以上おり、現在の入所利用者で当該医療ケア対応の必要性が生じた場合には、対応可能。ただ、新規の利用者を受け入れる事はできないとの回答もあった。不特定は、1施設のみ支援員で資格取得者が2名いるが、2名では当然、施設としての対応はできない。いずれにしても、この圏域では、医療ニーズに対応ができない現状がある。他の施設も医療機能を上げて、支援員が資格取得したり、医療機能の役割分担をする必要がある。または、医療型小規模入所施設（特養、老健）レベルの施設が必要になる。

(5) 在宅酸素	現在の対応状況		現在の対応状況×理由			
	○	×	施設方針	技術不足	設備不足	その他
施設入所（生活介護）	2	6	5	2	1	1
GH		5	3	1		1
生活介護（日中）		2	1			
就労移行		3	1			1
就労B		7	3			2

(6) カテーテル等	現在の対応状況	
	○	×
施設入所（生活介護）	1	
GH	1	
生活介護（日中）	1	
就労移行		

【(5)、(6)分析】

・重度の褥瘡、在宅酸素についても、2施設のみが、対応可能となっている。

胃ろうや喀痰吸引については、資格取得も求められるが、褥瘡処置や在宅酸素については、資格要件は特になく、各施設でも必要に応じて対応が求められる可能性がある。今後は、研修制度が圏域単位で自発的に創設され、技術を習得して対応できるよう、準備することも求められていく。

・回答施設数は少ないが、カテーテルであれば、GHや生活介護でも対応できる可能性がある。ただ、管が詰まってしまうといったトラブルも考えられるため、夜間など、利用者自身で緊急連絡が出来ない方は、24時間対応のGHが必要になる。今後求められることは、全てのGH、日中系事業所が、カテーテルを使用する利用者の受け入れを可能にして、入所施設や介護保険施設への移行を防ぐことも重要なのではないかと。

3 専門的医療行為 特記回答（要約）

(1) 施設入所、生活介護

- ・喀痰吸引の資格取得、認可を得るまでに時間がかかる。緊急に喀痰吸引の必要な利用者が出た場合は対応できない。
- ・喀痰吸引（第三号研修）の資格維持の為の手続きが煩雑。
- ・現在入所中の方が医療行為を必要とした場合は出来るだけ対応したいと考えるが、既に専門的な医療行為を行っている方を新たに受け入れる事は難しい。
- ・医療行為は看護師しか対応できない為、看護・支援体制が整わない。

- ・利用者の医療行為が必要になった場合、本人が継続利用を希望しても難しくなってしまう。
- ・カテーテルを使用されている利用者は、管を気にして頻繁に触ってしまう。抜けてしまう事も。移乗、移動に見守りを要す。
- ・褥瘡の対応については、現在入所中の利用者が褥瘡になった際は対応するが、在宅等で既に重度の褥瘡がある方の受入れは難しい。

(2) GH

- ・GHにおいては専門的医療行為を行えない。
- ・医療行為が必用になった場合は、適切な施設への入所、ロングステイ等での対応となる。その際、利用者が入所利用を拒まれた場合、どの様に支援していくか、検討を要す。
- ・24時間対応ができる看護師数ではない。
- ・現状では、医療行為が必要となった場合、GHは退所となる。
- ・日常的に医療行為、介護を要する状態になった際は、バックアップ施設への入所、ロングステイ等で対応。
- ・世話人の場合、技術的な不安から、直接対応が難しい。そのため、支援員が直接確認しに行き、夜間はバックアップ施設での対応を行う。
- ・看護師が1名しかいないため、24時間で対応できる体制が組まれていない。医療行為が必要になると、退居になる。カテーテルの方がいるが、対応者は世話人も含まれる。世話人は技術に不安があり、直接的なケアが難しい。そのため夜間帯はバックアップ施設が対応する。それでも無理があるなら施設や病院に移行することになる。

(3) 就労B・業務中の応急処置について。B型事業所では看護師配置が無い為、有事の際に不安。

4 障がい者施設において医療ケア対応可能な範囲、手法

専門家アドバイス (合同会社A-line代表 山本由紀子氏)

- ・喀痰吸引は障がい者の施設では2人が限度ではないか。その2人も1日数回の吸引レベルでないと厳しい。夜間看護師がいないケースが多い為。
- ・胃ろうは1名いるだけで支援員の資格取得を求められ、容易ではないが、状態が安定している方であれば1名は可能なのではないか。実際、佐久市にある医療ケア対応の有料老人ホームでは、胃ろうは半固形(ゼリー状)にして逆流を防ぎ、朝昼夕の日勤帯に全て栄養摂取を行ない、夜間看護師不在でも胃ろうの処置が必要ないようにコントロールする手法をとっている。ただ、その場合、ゼリーには水分があるため夜間の排泄支援が増えることがあるが、それでも夜間看護師が緊急で駆け付けるリスクが減るのは大きい。

5 分析

資格取得をするなど、支援できる人材確保をした上で、上記のような専門的な知識を身に付け、障がい者施設でも胃ろうや喀痰吸引を必要とする利用者の対応が可能になるよう、レベルアップしていく必要があるのではないか。特に、胃ろうはかなりハードルが高い部分があるが、喀痰吸引やインスリン注射、軽度の褥瘡、在宅酸素などの医療行為は施設で可能となることが、今後更に求められる。

6 医療型小規模入所施設の必要性 基礎データ

(1) 利用者の移行先について（移行先ごと）（遡及期間5年 平成21年～25年）

移行先（理由ごとにまとめ）							
施設入所 (生活介護)	医療ケア		15件	GH	身体機能の低下		5件
	移行先	介護保険施設	8		移行先	病院	1
		病院	5			法人内入所施設	1
		他入所施設	1			他入所施設	1
		その他	1			その他	2
	身体機能の低下		11件		認知症		3件
	移行先	介護保険施設	7		移行先	介護保険施設	1
		他入所施設	3			法人内入所施設	1
		病院	1			他入所施設	1
	認知症		4件		医療ケア		1件
	移行先	介護保険施設	3		移行先	病院	1
		病院	1		ハード面		1件
	ハード面		1件		移行先	在宅	1
	移行先	他入所施設	1				

(2) 入所分析

介護保険施設や病院、他入所施設に移行するケースが多い。理由は1位が医療ケア、2位が身体機能の低下、3位が認知症、4位がハード面となっている。ターミナルケアは、該当はなかった。医療ケアへの対応が今後も求められることが予想される。また、身体機能の低下も移行の大きな理由になっていることから、介護福祉士の資格取得や高齢化に伴う日課の変更等も必要になる。特養、老健レベルの介護力を求められる可能性がある。

(3) GH分析

GHの移行理由は身体機能の低下が1位となっている。「医療ケアが1位ではない」ということが問題なのではないか。入所は医療ケアが1位だったが、GHは身体機能低下が1位ということは、やはりGHの介護機能が低いことが分かる。24時間体制のGHも今後更に求められている。

(4) 移行先の合算

介護保険施設	19件	その他（高齢者住宅）	3件	計41件
病院	9件	法人内入所施設	2件	
他入所施設	7件	在宅	1件	

7 事例

(1) 医療行為が必要になり退所され、入所施設や介護保険施設、病院等に移行した利用者の事例（施設入所）

①Aさん（男性 区分6 要介護認定なし）は、施設での生活を30年以上続けてきました。腸閉塞があり、下剤を服用、浣腸を行う事があり、何度か入院の経験もありました。平成24年4月、身体がぐったりとして意識状態も悪かったため総合病院へ受診。腸閉塞の診断を受けそのまま入院となりました。その日の夜に病状が悪化し、意識不明の状態に陥りました。医師からの説明で今後意識が戻る事は難しいとの話でした。呼吸器やその他の医療的行為が施設では難しいと判断し、他の病院へ移行しました。

②Bさん（当時75歳、男性、B1、区分5、要介護認定なし、重複障がいとして、脳性麻痺による体幹～両下肢の機能の著しい障がい）は、中学卒業後、47年間、入所施設で生活してきました。若い頃は施設のリーダー的存在でよく職員を助けてくれていました。理解力、自立心があり、プライドが高く、そしてシャイな方です。ただ現在は身体の自由がきかなくなり、常時車椅子での生活です。そんな中でも「何でも自分でやる」という感じで、頑張って自力でトイレにも行くことができていました。特養には行きたくないという気持ちを強く持っておられるようでした。職員としては、この施設で生活を継続できるよう、寝たきりにならないよう、毎日作業棟に顔を出してもらうこと、少しでも体を動かすこと、自分でできることは自分でできるような環境を整えること、そして無理をせず、休みたい時には休んでもらうこと。このような支援を念頭に置き、支援してきました。

そんな中、平成17年10月、軽度の肺炎になりました。平成18年には喘息の症状も出てきました。平成24年からは、再び肺炎の症状が出始め、徐々に症状は強くなっていくようでした。要介護認定を受け、要介護3と判定。体調面では呼吸が弱く体調を崩しやすい状態で、誤嚥性肺炎になりやすい状況でした。要介護度3が付いていましたが、本人は相変わらず施設での生活継続を強く望んでいました。

翌年6月急変があり、急性期病院に緊急通院しました。肺炎もあるとの診断で即入院となりました。その後喀痰吸引が必要となりました。その時点で、施設はこれ以上の対応は不可能と判断しました。資格をもった職員も看護師2名以外はおらず、夜間、休日の医療体制が整っておらず、残念でしたが対応はできませんでした。病院を転院したり、介護老人保健施設に一時的に入居したりする内に、段々症状が落ち着き始め、同年9月入所施設近くの特養に移行する事が決まりました。特養に移行してからは喀痰吸引の必要性もなくなり、ADLも維持できています。その後の経過が落ち着いただけに、施設職員として本人の強い要望である「この場所にいたい」という思いに答えられなかったことは残念でした。若い利用者さんやADLが自立している利用者も多い入所施設では、医療行為が必要になった時点で退所になります。施設の医療機能、介護機能の向上が必要です。胃ろうや喀痰吸引はレベルの高い医療行為の一つではありますが、状態が落ち着いていて、処置回数も少ない方であれば、現在の障がい者施設でも受け入れをしていく必要はあると感じました。

③Cさん（60歳（退所時）、男性、療育手帳A1）は、23年4月、鎖骨骨折により、移動・移乗とも介助が必要になり、同時に排便コントロールが難しくなっていました。同年夏から体調を崩す事が多くなり、見当識も曖昧な状況でした。同年9月、食欲不振と発熱が続き、入院。誤嚥性肺炎と、経口による食事摂取困難と診断され、胃ろうの処置の検討を始めました。胃ろう後は施設での支援は難しく、入院しながら受け入れ可能な施設を探す事となりました。11月、胃ろう手術。12月には受け入れ先の老健も決まり、同月施設を退所しました。Cさん以前にも、Yさん（当時84歳）が誤嚥の危険が高まり、いずれ胃ろうにする事を前提に、老健に移っています。またその後、別の利用者・Iさんが誤嚥性肺炎を発症。胃ろうを検討し、Cさんと同じく老健等の受け入れ先を探す事となりましたが、その矢先に体調急変し、亡くなられました。

2年ほどの間に誤嚥性肺炎のため3名の方が退所しました。長く施設で生活された方を、自分達では見られないからと送り出す事に、職員間にも忸怩たる思いがありました。まず、24年に1名の職員を研修に送り、喀痰吸引の第二号研修を取得。その後、平成25年1月、誤嚥性肺炎で1名の利用者が入院（当時48歳）しました。退院後は施設に戻り、生活したいという意向を受け、支援にあたる職員全員で喀痰吸引の第三号研修を実施しま

した。施設での受け入れ態勢を作りました。胃ろうは望まれず、介助による経口での食事に対応する事になりました。退院当初は体調も落ち着かず、喀痰の吸引も頻繁に行われました。その後、徐々に体調も落ち着き、**2年弱、施設での生活を継続する事ができました**（その後、誤嚥性肺炎を発症し、今後の経口での食事摂取は不可能と判断。現在は退所され、療養型病院に入院中です）。

④Dさん（61歳、男性、区分5、要介護度なし）は、以前より心臓、脳、下肢などに大きな病気を抱えていましたが、間食、喫煙などを我慢することができず、隠れてすることがありました。

ある冬の日、朝食に来ないため夜勤者が施設内を探したところトイレで倒れているところを発見、救急搬送となりました。検査の結果脳出血で、治療を続けましたが状態として経管栄養、点滴など外すことができず、病院から「施設へ戻ることは難しい」とのことで、療養病棟へ転院し、施設は退所となりました。家族は妹のみで、関わりは拒否的で必要な手続きのみで面会もありませんでした。生活の場としては施設にいた時には仲良くしていた利用者さんもいたため、楽しみもあったため、退所となってしまったことには本人はどのように思っているかと感じます。障がい者の施設で医療を受けながらも、生活できる場所があればと感じました。

⑤Eさん（64歳、女性、区分5、A1）は、食事の経口摂取ができなくなり、（認知機能の低下）胃ろう増設の可能性も探りましたが、施設の事情（胃ろう対象者が増えて対応できなくなった）もあり、IVHによる処置となりました。病院に入院してそのまま亡くなりました。

（2）医療行為が必要になり退所され、入所施設や介護保険施設、病院等に移行した利用者の事例（GH）

Fさん（当時59歳、男性、B1、区分4、要介護認定なし）は、比較的自立度は高く、明るく人懐っこい方で、仕事も農作業の一輪車が大好きな方です。若い頃は一般企業でも勤めた経験もありました。平成18年4月当事業所（グループホーム）に入居され、日中は生活介護事業所で農作業に取り組んでいました。

平成24年9月、肺炎、ARDS（急性呼吸促迫症候群）、右声帯麻痺、嚥下障がいによりA急性期病院に入院となりました。抗菌薬治療を行ない改善は見られたものの、その後も誤嚥を繰り返したため、経口摂取は困難と判断され、10月、胃ろう増設となりました。この時、問題となっていたのは、①介護保険の特定疾患に該当せず、介護保険の利用はできないこと。②歩行が可能であるため、療養型の病院にも向かない。また、③嚥下障がいで身障施設も検討したが、やはり動けるとなると難しい。④施設では、飲食、飲水による誤嚥性肺炎を繰り返すリスクが高い為、現在の支援体制では不可能で、制度の一部改正で介護職員の医療行為が可能となったが、事業所から複数人を研修に出すことは難しい。⑤保護者の協力が望めない状況、など、制度上の問題をはじめ、様々な課題があり、今後についての見通しが見えない状況でした。その後転院して12月から翌年2月までB病院で過ごしました。2月～5月まではC病院、5月からはD病院で過ごしました。8月、奇跡的に経口摂取ができるようになり、胃ろうを撤去。平成25年10月、同法人の入所施設に入所が決まり、現在では刻み食でゆっくり食事を摂るなど、職員の声掛けや見守りだけで普通に生活できています。入院生活中、心の支えとなった「復帰したら一輪車の仕事をやりたい」という希望も季節に応じてできるようになりました。奇跡的に胃ろうが撤去され、回復に向かったために入所施設に入所できましたが、もしそうでなければ、病院を更にとりながら、介護保険の第1号被保険者となる65歳になるのを待っていたのでしょうか。病院にも短期間しかいれず、施設に戻ることもできない。介護保険も療養型の病院も身体障がい者施設も使えない、という、まさに利用者が制度と制度の狭間に置き去りにされそうになったケースと言えらると思います。介護保険施設への移行は第1号被保険者になった時点で障がいサービスよりも介護保険サービスが優先となります。ただ、実際に移行の申請をしても介護保険施設側が障がい特性を理解できず、断るケースやそもそも一般の利用者の待ち人数も多く、結局病院をたらい回しにされている間に更に重度になり、何とか移行することができた、というケースも多いです。医療型小規模入所施設があれば、このようなケースの一時的な受け入れ先として最低でも機能する事ができたと思います。

(3) ADL低下により退所され、入所施設や介護保険施設、病院等に移行した利用者の事例（施設入所）

①Gさん（当時63歳 療育手帳A1 身障手帳2種3級 要介護認定5）は施設で31年間生活をしてきました。小柄で若い時は活発な方で言語障がいがありましたが、身振り手振りで意思を伝えようとしたり、他の方の言葉は理解できました。よく他人の部屋に入り、下着、文具、ハンカチを持ち出し収集するのが日課になっていました。洗濯も自分で行き、農作業の班にも所属していました。平成18年頃より、足腰のふらつきが見られ、転倒が増えその3年後には歩行能力の低下が顕著に見られ職員が付き添いで移動になりました。食事面でもむせが見られ、水分にはトロミが付けられました。平成25年には食事量が急激に落ちました。医師からはアルツハイマーによる症状が出ており、飲み込みも悪く食べる事も難しい状況と言われました。家族の意向としては出来る限り慣れ親しんだ施設での生活を希望していましたが、喀痰吸引、胃ろう等の医療的行為は現施設では限界があり、同法人の特別養護老人ホームに空きが出来たため入所となりました。

②Hさん（当時66歳、女性、パーキンソン病、区分4 要介護認定なし）は、約40年間入所施設に入所してきました。優しい一面のある方でしたが、他利用者とトラブルになる時や気にいらぬ事がある時は「うっせい。」と暴力的な言葉を言う事もありました。話は理解できているが、うまく意思を伝える事が出来ない時は、大声で泣いて職員の関心を引こうとする事があります。

平成22年5月、胸椎圧迫骨折、パーキンソン症状進行が原因と思われました。内服治療を開始しました。安全重視で生活面での支援をしていくことになりました。

平成25年3月 うっ血性心不全・心房細動で急性期病院にて入院治療、内服を追加しました。退院後は近くの病院内科に月1回受診して定期（週3回）の血圧測定と体のむくみ等の観察継続をしました。その後車椅子で生活が始まり、パーキンソン病の為、車椅子から落ちる事が多く、車椅子を移動すると、足をつっぱり床に足があたってしまい骨盤を固定するベルトを着用しました。トイレは、手すりに掴まり立ってもらいますが、膝折れしてしまう心配があり、職員が後ろで介助しました。手すりに掴まると、職員が手を離さないはずと掴まっている姿も見られました。排尿に時間が掛かり、トイレに座るも出ない事が多い状況でした。排便は、下剤を服用していましたが自力排泄はほとんど出来ない様で、定期的に看護師が摘便、浣腸をしました。入浴は、入浴用車椅子を使用して洗体。浴槽では、手すりに掴まり、台を利用して入浴しました。職員の見守りがかなり必要でした。脱衣場では、横になってもらい着替えを行いました。食事は、超きざみ食を提供。滑りにくいお皿を用意し強張りがない時は自力で摂取しましたが、スプーンを持ってもすくう事が出来ない時は介助しました。

その後、パーキンソン病や心不全の影響で車椅子での生活になりました。以前から特養への移行の話が出ていて、介護認定の結果、要介護「5」の判定が出ました。特養には、あまり行きたくないと思っていたようですが、施設での生活はかなり厳しくなっていました。状態を維持し穏やかに過ごせるように、不安を取り除き、特養への移行がスムーズに行くよう、支援することが目標となりました。平成25年8月、特養へ移行となりました。特養では予想以上に落ち着いて過ごすことはできていましたが、ずっと寝ていることが多くなったようでした。その後、慢性心不全(心房細動)が原因で逝去されました。退院後からそれほど時間が経ったわけではなかったため、職員も動揺を隠せませんでした。特養移行は普通の適正な判断だと思いますが、特養は障がい者制度のように生活する場所、時間と日中活動の場所、時間が分かれていない部分が多いと思います。障がい者制度下の入所施設はいい意味でそれが分断されていて、メリハリのあるリズムが多少なりにもあります。また、PT指導を受けてリハビリをしたり、他の自立した利用者にも囲まれて生活します。そのような環境はよい刺激がある環境と評価できます。ただ、いつまでも障がい者施設にいればよかったのか、ということでもありません。そう考えると、医療だけでなく、病気によるADLの低下に対しても対応できる施設が必要、若しくは職員のレベルアップが必要なのではないでしょうか。

③ I さん（当時72歳、男性、区分5、要介護認定なし）は、車椅子利用で生活していましたが、自操することが徐々に困難になり電動アシストの車いすを使っていました。更衣は全介助、入浴は介助浴…と日常的に関わりを必要とする状態でしたが、脳出血を発症し、入院。病状としては軽度で、治療により意識状態や会話は以前とほぼ変わらないまでに回復しました。しかしADLは大きく低下し、食事介助、車椅子での走行がうまくできない、移乗介助、ベッド上での生活がほとんど、以前より機能低下が進んでしまいました。Iさんは、退院後は施設へ戻り生活をしたい方向の希望をしていましたが、勤務、職員体制的に受け入れをしても対応ができない場面が想定されるため、話し合いの末退所となりました。退所後は老人保健施設へ入所となりました。

（4）ADL低下により退所され、入所施設や介護保険施設、病院等に移行した利用者の事例（GH）

Jさん（当時73歳、女性、区分2、要介護4）は、昭和51年2月～、施設入所。平成20年12月、グループホーム入居。平成23年頃から意欲の低下や失禁、入浴拒否がみられるようになりました。その後、平成24年7月、入所施設に再入所になりましたが、状態は安定しています。恐らく原因は、グループホーム同居者からの執拗な世話焼きによるストレスからとも思われます。バックアップ施設に再入所できた為、良かったものの、それができなければ、どうなっていたのでしょうか。法人のGHが24時間の見守り体制を築くことができれば、生活の場所として、最適だったと考えると、利用者の状態に合わせて、24時間の見守り体制を作れるよう、加算の拡充や世話人、支援員のレベルアップも必要ではないでしょうか。

8 介護保険施設との連携の必要性

（1）利用者が介護保険施設に移行する時など、弊害を感じたこと（施設入所）

①障がい者施設では退所しないと介護保険施設の契約が結べない為、移行が困難な場合がある。介護保険が利用できない場合、介護保険施設が使えない為、病院の転院を繰り返すか施設に戻ってくるという選択肢になる。

②医療行為が必要である場合（喀痰吸引や胃ろう）は、退院後の入所する施設がない。そのため、病院の転院を繰り返すことがある。その結果本人の要望に寄り添えない、ということになる。介護保険の被保険者であればまだいいが、65歳未満である場合、選択肢が更に病院だけに絞られる。

③連携している介護保険施設が無いので、受け入れ先を探す事が大変。

④認知症GHを見学に行った際、身体障がいがあり、車椅子利用の方は居住スペース的に難しいと思います…と言われることが多かった。身体障がいがある方のGHでの介助は受け入れが難しいところが多い。

（2）利用者が介護保険施設に移行する時など、弊害を感じたこと（GH）

知的障がいがあることを理由に断られるケースがある。

空きが無く、移行するのに時間が掛かった。

介護保険施設の事業所によって支援ができる所とできない所とあり融通がきかない。

急性期の病院は3ヶ月で退院させられてしまう。その時、利用者が65歳以上で介護保険の対象であれば介護保険施設を探すこともでき、病院以外の選択肢があるからまだいいが、そうでない場合は、受け入れてくれる病院をひたすら探すことになる。50歳以上になると、利用者は様々な病気に罹患する。そのため、病院しか選択肢がない、というのは大きな弊害である。また、病院のケースワーカーとも入院当初からしっかりとコミュニケーションが必要。（3ヶ月で急性期病院から退院させられた時、施設側が退院後に受け入れ可能と思っていることもあるため。）一時的に違う病院に数日間転院して、また対応が必要になった時、急性期の病院に入院するといったケースもある。もし、高齢障がい者のための施設があれば、わざわざ転院することはない。数日ぐらいならしょうがない、と言われそうだが、利用者にとって疾病罹患中の環境変化は、決して心身への影響は少なくない。

9 ターミナルケアについて

(1) 実施状況

事業種別	条件に関わらず 全て対応	医療行為の条件によっては対応	医療行為が伴わない 場合のみ対応	対応していない
施設 入所	0	2	0	6
GH	0	0	0	8
計	0	2	0	14

(2) 実施件数（平成21年度～25年度）

事業種別	条件に関わらず全 て対応	医療行為の条件によっては対応	医療行為が伴わない 場合のみ対応	対応していない
施設 入所	0	2施設（計4件）	0	6
GH	0	0	0	8
計	0	2施設（計4件）	0	14

【分析】ターミナルケアに対応できる施設は少ない。できたとしても医療行為の条件が重要になる。

(3) 緊急時重篤ケース、ターミナルケア対応医療連携機関（完全な契約以外でも可）数と内容

①施設入所

事業所名	機関数	連携内容
水内荘	1	配置医とは連携しているが、緊急時、重篤なケースに対応するための医療連携機関はない。利用者の状況によっては今後考えていくべきかもしれない。
さくらの杜 育豊	1	利用者急変時には施設まで往診していただけるよう依頼している。 過去、施設内で早朝に亡くなられた方がおり、その際にも緊急に来ていただき、死亡診断書を出していただいた。
ながの コロニー	1	配置医とは連携しているが、基本的には状態の低下が進むと移行になるため、ターミナルケアは想定していない。救急で搬送され、病院から次の施設へ移行…といった事例がほとんど。
須坂悠生寮	2	<ul style="list-style-type: none"> ・ S診療内科：嘱託医、ターミナルケア発生時はもちろん通常時でも、緊急時の重篤なケースが発生した場合は24時間連絡が可能になっている。精神疾患（発作的に暴力的になるなど）の場合でも電話で指示を仰ぐほか、診察もしてもらっている。緊急時に救急車で他の病院に運ばれた際も、事後連絡は必ず行っている。 ・ S病院：以前、ターミナルケア発生時に、ターミナルケアに関わる職員の心理的、技術的な側面から研修を開き、講師を務めていただいた。この時も、24時間電話受付の他、該当利用者の往診も行っていただいた。 ・ S病院：急な発熱や重度の体調不良が認められた場合は、緊急外来も備えているS病院に通院している。また、利用者個人の状態に応じ医師が施設に出向きターミナルケアに関する研修会を開催した。利用者の症状に向き合うにあたり、職員間で迷いや戸惑いがあるなかで向き合い方を教わる研修となり結果、共通認識のもと同じ方向を

		向いて利用者個人の場面にかかわることができた。
長野市 ひかり学園	1	利用者の方の健康状態に急変があった場合、連絡を入れる事で総合病院が対応できる協力体制をとる、という契約が結ばれている。契約書の内容は、①ベッドの確保に努める。②施設側は入院治療を終えた患者の退院後の受け入れ協力体制をとるものとする。③施設と病院側は利用者の健康状態を適切に把握するために常に連絡体制をとる。等の内容の契約が結ばれている。

②GH

事業所名	機関数	連携内容
みのちGH センター	2	現在はないが、緊急時、すぐに入院の対応をしていただける医療機関があれば今後はより一層の連携も考えている。急変を考え入院を依頼したが（休日の緊急外来だったこともあり専門医が不在で）、入院を断られたケースがあった。（後日専門医に受診したところ、入院に値する程度だった）。 ターミナルケアとしての医療連携はないが、検査で気になる結果が出た時などは、すぐに急性期病院などに紹介状を書いてもらえるような協力体制は整えている。医療ケアが必要になった時点で、GHでの生活の継続はできず、入所施設や他の病院、介護保険施設、療養型の介護施設を探すことになる。
さくらの杜 育豊GH	1	GHにおいてターミナルケアは実施されないが、病気の際はバックアップ施設が通院等対応。
ながの コロニー GH	1	緊急時の協力医として指定しているが、日常的な連携は無い。
須坂悠生寮 GH	1	病院の地域連携室を通して相談。行政と医療で話し合いを持ち、場合によっては 療養型に移行 。ホームの生活でターミナルの方を支えることは現実厳しい。重篤になった時などは 本体の利用に変更 するのか、療養型か、65歳以上であれば 介護保険の利用 を考えていくことになる。
ほっと らいふ	1	緊急時など、必要に応じて連携するが、日常的な連携はない。

(4) 嘱託医との契約数と内容 (施設入所)

事業所名	契約数	契約内容
水内荘	1	利用者の診療及び健康管理、薬の処方及び投与となっている。それは重いケースにならないようにするための連携で、なってしまった後は急性期病院に紹介状を書く、という形の連携になる。重篤なケース以外であれば、対応してくれるという関係。土日は除く。平日のみ。
さくらの杜 育豊	1	年1回の定期検診。処方と、服薬のある利用者の血液検査。定期通院と緊急通院での診療。 緊急時には往診の対応。
ながの コロニー	1	利用者の健康管理、診察、薬の処方。施設への月1回の往診。状態によっては紹介状を書いていただく。(開業医で入院設備は無い) 区分認定、介護認定の意見書作成。診察は平日、土。
須坂悠生寮	1	月1回の往診、 ターミナルケア発生時の24時間対応、利用者の医療指導、相談、急変時の往診。
長野市 ひかり学園	2	利用者の診療および健康管理、薬の処方及び投与となっている。内科の場合、月2回の往診、精神科の場合、月1回の往診を行なっている。どちらもグループに分け定期的に診てもらい体調が悪い方や精神的に症状が悪い方は受診なども行なっている。重篤な場合、内科は急性期病院への紹介状をもらい精神科の場合入院などの措置を取ってもらう場合がある。嘱託医ではないが、近くの内科の医院は症状がそこまで重くない場合は土日関係なく診てもらえる場合がある (医院の都合の良い場合)

(5) 看護師との連絡体制 * 24時間体制に限る (施設入所)

とっている	とっていない
3施設	5施設

(6) ターミナルケア事例

Kさん(68歳、男性)亡くなる半年前に脳出血による意識障害で入院。検査の結果悪性腫瘍が見つかりました。家族の意向で手術はせず、施設でのターミナルケアを行っていくことになりました。ホスピス病棟があるS病院の医師にターミナルケアの講演を行ってもらうなど、看取りの体制を整えながらターミナルケアがスタートしました。週1回の医師の往診、薬や食事の調整を実施しながら、余生を施設の仲間と過ごすことができました。

(7) ターミナルケアが行えなかった事例

①Lさん(61歳、女性)尿路感染症にて入院。脳出血を起こしていることが判明し転院。転院先の病院から退院後、経管栄養かIVH(中心静脈栄養)の選択を迫られ、どちらにしても施設での受け入れが困難となり療養型の病院に再転院となりました。

②Mさん(64歳、女性)誤嚥性肺炎で入院。入院前までは経口摂取で食事を食べていましたが、退院するには胃ろう造設かIVHか、何もせずに看取るかの選択を迫られました。ご家族は施設で看取ってほしい意向でしたが、施設職員の精神的負担を考慮し、施設での看取りは困難と判断されました。結果的にIVHの対応ができる療養型の病院へ転院となりました。

(8) 分析

長野圏域の知的障がい者の入所施設でターミナルケアを実施しているのは8施設中2施設という状況。その2施設も医療行為の条件によって囑託医と相談し、支援員の配置状況もみながらターミナルケアが可能かどうか判断されている。他6施設は、施設の方針により対応していない状況。しかしながら、長年生活してきた場所で一生を終えたいという、利用者のご家族のニーズは低くなく、ターミナルケアの場所を「選べる」体制づくりは必要であると思われるが、障がい者施設でターミナルケアを行うハードルは高くなっている。

たとえば介護保険施設では看取り(=ターミナルケア)の加算制度があるが、障がい者総合支援法にはそれがない。介護保険施設と比較し、看護師の配置状況は不足気味で、医療的ケアのレベルも低いという現状がある。特養など介護保険施設でも、ターミナルケアの実施については囑託医との相談のなかで決定がなされるが、看護師の配置状況を鑑み、受け入れ可能な医療的ケアのレベルは知的障がい者施設に比べ相対的に高くなっている。(経管栄養、中心静脈栄養、頻繁な喀痰吸引など)

(9) 先進的な施設への視察 ターミナルケア有料老人ホーム

この有料老人ホームはあくまで「施設」ではなく「在宅」という概念で運営していた。建物の設備自体は介護保険のGHと大きくは変わらないが、近距離にある外部の訪問看護ステーションやその他様々な外部の機関と連携しながらターミナルケアを含めた医療的な処置や介護もほぼ全て対応している点が現状の介護保険のGHとは大きく異なる部分である。印象としては「ホスピス」「小さい病院」という感じである。1階は認知症の利用者の方などが利用されている(11床)。2階は重度の方、ターミナルケアを必要としている方などが利用している(7床)。計18人入居できるが、実際は12人程度の入居状態で残りは予約、または緊急のベッドを確保している。60歳以上の疾患をお持ちの方が入居されており、入居の経緯、対象としては、①病院で死にたくない、家族との時間を大切にしたい、②急性期病院に長く入院することが出来ず、状態が安定するまでこのホームで過ごす、③特養、老健への入居待ち、④在宅訪問看護を受けている方、退院後訪問看護を希望される方、⑤寝たきりや認知症の方、などが主に挙げられる。ベッドの回転率は速い。費用面では、ホームの利用料金は、訪問看護が介護保険ではなく医療保険の対応で利用でき、更に障がいを持った方は福祉医療を使うこともできるため、月約12万9千円の利用料で利用できる。別途費用がかかっても15万円を超えることは殆んどない。また、寝たきりで経口摂取が出来ない方は食事提供をしないことになるため、食費2万円を差し引いた約109,000円で利用できるという。

ホームには介護員は若干名しかいない。夜間は救急救命士が配置されている。総数は4名、交代で1日1名配置されている。認知症の行動障がいがある方が入居したばかりの時など、夜勤者1名では大変な時もあるが、その場合はスポット的に人員をもう1人増やすなどして対応する。落ち着けば元の1名に戻すことになる。

外部の訪問看護ステーションが近距離にあり、密な連携をしている。この連携がホーム側の様々な負担を軽減している。主治医の指示によって訪問看護による医療的援助ができるからである。訪問看護ステーションの看護師は9名で状態が落ち着いている利用者に関しては、週1回の薬チェック、体調管理、往診結果をまとめる、緊急時に駆け付けるなどの業務を行なう。また、訪問看護ステーションには医者はいないが、8病院以上と連携して医師による往診が行われている。

訪問入浴サービスの提供事業所や介護保険の事業所(デイサービス、デイケア、訪問介護)とも連携している。それらは、各利用者個人が契約して利用している。また、電動ベッドは介護保険の第2号被保険者(40歳～65歳未満の方)でも介護保険のレンタル等の費用(1割負担)のみで対応している。それはこの有料老人ホームと福祉用具の企業がそのように契約をしているからである。利用者負担を軽減する密な連携もしている。

(10) 分析

今回、視察をさせていただいた有料老人ホームは、この場所をあくまで「在宅」として位置づけ、ほぼすべての医療、介護サービスに対応していた。それを可能にしたのは、訪問看護ステーションが近距離にあり、連携が密であること、また、訪問入浴サービス提供事業所や介護保険事業所など他のサービスが様々な入り込んで連携をすることで、「介護員」「支援員」の負担を減らすことができていた。その結果、「介護員」は若干名、夜間は救急救命士1日1名の配置にすることもできていた。今後、高齢知的障がい者支援をするにあたり、医療的ケアが必要な利用者、認知症の利用者は増え、施設が対応するレベルも当然広く多くなっていく。その時、医療的ケアの資格を全職員が取得したり、対応するのは、現実的ではない。このホームのように、外部のサービスと連携して施設や介護員の負担を軽減して、対応していくことが重要なのではないかと感じる。様々なところでよく言われている高齢知的障がい者の「医療型小規模入所施設」とはまさにこのホームのような施設のことだと感じた。

障がい者のGHでも医療連携体制加算などにより最近、訪問看護ステーションを利用できるようになったが、実際の利用はまだ少ない。実際それを行うスキルや人材がない、訪問看護ステーションとの連携に踏み

切れない経験の少なさが原因と考えられる。また、入所施設は介護保険の適応除外施設であるため、連携はできない。訪問看護ステーションは在宅の指導機関であるが、入所施設とも連携していく必要がある。

また、費用面では障がい者の月々の年金額はこのホームの利用料である129,000円に満たないが、少し預貯金がある方であれば、「最期の大事な時」に病院ではなく、あくまで在宅という状況で介護保険、訪問看護を利用しながら、家族に負担をできるだけかけない状況で大切な時をゆっくり過ごすこともできる。また、上記事例にもあるような65歳未満の方が急性期病院を転々としたり、移行先がなく困ることもなくなる。障がい者福祉の制度でもこのような施設があれば、多くの利用者のニーズに寄り添い、サービス提供ができると思われる。

また、「施設利用者調査 利用者状況、状態別 サービス利用振り分け」の調査結果（本報告書P25、P26）でも、「一部医療ケアが可能で、介護度が高い方の支援ができる施設」が必要とされていることが分かっている。352人中44人が該当している（12.5%）。終末期ケアが可能な施設4人（1.1%）を含め、長野圏域で特養レベルの施設が必要な方の人数は48人（13.6%）となっている。この有料老人ホームの定員が18人であるため、このような施設が、利用者の状態的なニーズから言えば、現在の状況でも2施設は必要ということになる。そう考えると今後のビジョンとしては、このような医療型小規模入所施設が障がい者制度の中で、まずはモデル的に各圏域に作られていくことが重要なのではないかと考えられる。この有料老人ホームには、障がい者福祉の一つの目指すべき姿を見せていただいた。

10 医療関連 今後の課題

(1) 医療型小規模入所施設（詳細P18『D 一部医療ケアが可能で、介護度が高い方も受け入れることができる施設』、詳細P62～63『ターミナルケア有料老人ホーム』）のような施設を新たに建設する。各圏域でモデル事業として実施されるべき。

（訪問看護ステーションや訪問入浴サービスなど外部の機関と連携しながら）

(2) (1)が無理なら、現在の入所施設が(1)に代わるものとして、支援員の資格取得、施設ごとの医療機能の役割分担などをしてレベルアップしていき、医療行為が伴わないターミナルケア、浣腸、排便、褥瘡処置、インスリン注射、バルーンカテーテル、透析治療、など、胃ろうや喀痰吸引より軽い専門的医療行為や介護をしっかりと利用者支援できるようにすること。

(3) 24時間対応GHや認知症GHを創り、認知症介護、ADL低下(介護度が重い)利用者介護ができるように体制を整備して、入所施設に重度の利用者が溢れかえらないようにすること。

(4) 医療行為が必要な利用者、介護が必要な利用者に対して、支援員が支援できる法的根拠や技術が必要、また、看取りに関する研修会（精神的負担の軽減やターミナルケアの基本としてフィジカルアセスメントが重要。支援員でも、体のサインを判断できる手法がある。専門家山本氏によれば、障がい者の施設から相談を受けた際、その講習会もやっている、とのこと。もっと各施設の職員を対象とした専門的な研修計画の必要性を感じる）や資格制度の創設（医療行為が伴わないターミナルケア、浣腸、排便、褥瘡処置、インスリン注射、バルーンカテーテル、透析治療）、またはそれに対する金銭的補助が必要。また、上記のような利用者の対応をした時は更なる加算が必要。

(5) 看護師の増員（24時間連絡体制の構築）（看護師、医療機関）等含めて
詳細第四章 <提言2>看護師の増員 P38～42を参照

第Ⅶ章 <提言5> P T指導実施方法の情報交換、改善の必要性

1 P T・O T指導、口腔ケアの現状について

(1) P T指導実施の有無、方法、場所

P T指導利用人数、指導方法（個別実施 o r 集団実施）、実施場所（来所 o r 病院等）をサービス事業ごと総数、割合で比較。

※①②は利用者人数、③④は施設数。

	① P T指導を受けている	② P T指導を受けていない	③ P T指導実施方法			④実施場所	
			個別	集団	行なっていない	来所	病院等
施設入所	72	157	7	1	1	3	2
通所生活介護	10	9	1	1	5	1	0
就労 B	0	83	0	0	13	0	0
就労 A	0	1	0	0	1	0	0
就労移行	0	3	0	0	0	0	0
地活	0	10	0	0	1	0	0
計	82	263	8	2	21	4	2

【分析】

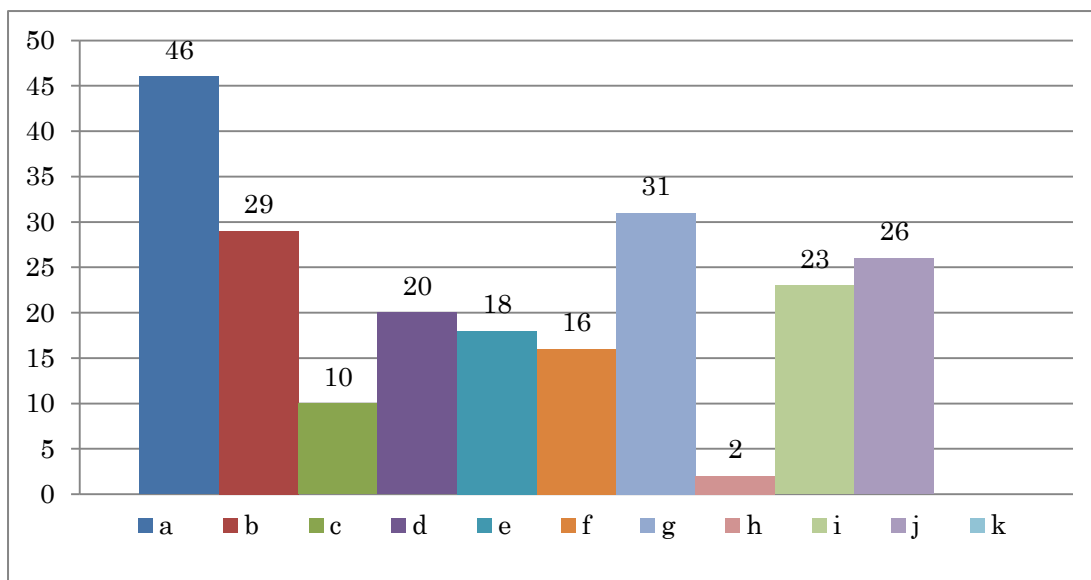
- ・機能訓練指導員は特別養護老人ホーム、デイサービス等で配置が定められており、日常生活において自立を目指せるような配置基準となっている。介護計画（ケア計画）の中で一人一人に合ったケアを提供しており、障がい施設（特に入所）でも高齢化が進んできている中でもっと機能訓練を重視した配置が必要になってくるのではないかと。生活介護サービスでは理学療法士、作業療法士は配置できるようになってはいるが、特別養護老人ホームのように配置基準にはなっていない。生活介護でも看護師等が兼務で加算がつくような配置基準になれば P T指導もより充実したものになるのではないかと。
- ・①②から就労施設では指導を受けている人はいない。仕事がメインな為、P T指導をやっている時間がない。
- ・①②から入所施設でも指導を受けている方は半数以下。（5）指導対象者の決定に記載の水内荘の事例のように全員を対象とした指導を行なう事で予防的に指導を実施していく事も特に入所施設では必要になってくるのではないかと。

(2) P T指導実施頻度、時間（実施時間を個人実施、集団実施で行なっている事業所に分けて比較）

個人実施	実施頻度					実施時間				
	月1回	月2回	月3回	4回以上	その他	15分以内	16～30分	31～45分	46～60分	その他
施設入所	11	0	0	13	0	18	1	3	2	0
通所生活介護	0	10	0	0	0	0	10	0	0	0
就労B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就労A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就労移行	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
地活	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	11	10	0	13	0	18	11	3	2	0
割合	32.4%	29.4%	0.0%	38.2%	0.0%	52.9%	32.4%	8.8%	5.9%	0
集団実施	実施頻度					実施時間				
	月1回	月2回	月3回	4回以上	その他	15分以内	16～30分	31～45分	46～60分	その他
施設入所	0	0	0	38	0	38	0	0	0	0
通所生活介護	0	0	0	10	0	0	10	0	0	0
就労B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就労A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
就労移行	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
地活	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	0	0	0	48	0	38	10	0	0	0
割合	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	79.2%	20.8%	0.0%	0.0%	0.0%

(3) P T指導内容

	P T指導内容										
	a 下肢筋力予防	b 体幹筋力予防	c 口腔機能維持	d 首肩運動	e 腰部ストレッチ	f 食事動作改善	g 座位改善	h 浮腫改善	i 福祉用具等助言	j 歩行	K その他
施設入所	36	19	0	10	8	6	21	1	13	16	0
通所生活介護	10	10	10	10	10	10	10	1	10	10	0
計	46	29	10	20	18	16	31	2	23	26	0
割合	20.8%	13.1%	4.5%	9.0%	8.1%	7.2%	14.0%	0.9%	10.4%	11.8%	0.0%
順位	1位	3位	9位	6位	7位	8位	2位	10位	5位	4位	11位



【分析】

下肢筋力低下予防を5人に1人が実施している。

(4) PT指導内容(事業所別一覧表)

PT指導を実施している施設の詳細を比較 ※施設入所7事業所 日中生活介護1事業所

※内容についてはアルファベットで記載

(a 下肢筋力予防 b 体幹筋力予防 c 口腔機能維持 d 首肩運動 e 腰部ストレッチ f 食事動作改善 g 座位改善 h 浮腫改善 i 福祉用具助言 j 歩行 k その他)

施設入所	人数	実施方法		実施場所		頻度(月)		時間		内容
		個別	集団	来所	病院	個別	集団	個別	集団	
さくらの杜育豊	1人	○			○	1回		31~45分		a,b
ハートフル五明	3人	○				4回以上		15分以内		a,j
ひかり学園	2人	○			○	4回以上		31~45分		a,b
ワークサポート 篠ノ井	1人	○				4回以上		15分以内		a
ともいきライフ 月影	7人	○		○		3回		15分以内		a,b,d,g,I,j
須坂悠生寮	10人	○		○		4回以上		45~60分		a,b,e,j
水内荘	48人	○	○	○		1回(3人) 4回以上 (5人)	4回以上	15分以内 (7人) 16~30分 (1人)	15分以内	a,b,d,e,f, g,h,i,j

通所生活介護	人数	実施方法		実施場所		頻度(月)		時間		内容
		個別	集団	来所	病院	個別	集団	個別	集団	
八雲日和	10人	○	○	○		2回	4回以上	16~30分	16~30分	a,b,d,e,f,g,h,i,j

(5) PT指導対象者の決定

平成26年度末からPT指導を実施。支援員と看護師が必要な方を選び、実施している。週に1度午前中の活動時間を利用。現在は一人一人の方にどういいうプログラムで行なっていけば良いのか先生と職員で検討している。(ひかり)
平成24年度からPT指導を開始したが、平成26年末までで、利用者は順番に入所者の9割以上の方が1度はPT評価を受けている。支援員がPT指導を受けた方が良い、と判断した利用者から優先的に評価を受け、順々に全員1度は評価を受ける方向で対象者を決定した。理学療法士が1回来所するごとに利用者は3人評価を受けた。平成27年度からは、1ヵ月に1回から2ヶ月に1回に回数を減らして、緊急性の高い対象者を決定して、力を入れて実施していけたら、と考えている。(水内荘)
支援上、必要であると判断された場合。明確な基準は設けていない。(育豊)
看護師と支援部職員で構成する健康管理委員会が中心となり進めている。(須坂悠生寮)

(6) 時間の設定と理由

1人20分程度。現在は指導を始めたばかりでプログラムの作成や先生とのコミュニケーションをとる時間になっている。今後プログラムが決まってきたら個人に合わせた時間を設定していく。施設職員に音楽療法の指導を出来る職員がいるので音楽を取り入れたプログラムも検討している。(ひかり)
1人25分程度。それは、プランナーが利用者の状況を説明したり、理学療法士が実際に利用者とコミュニケーションをとりながら、訓練方法を考案していくため、どうしても短時間、というようにはならない。(水内荘)
現在、PT指導に従ってリハビリを行っている方は1名。月1回リハビリを行なう施設に通い、支援者が共に指導を受け、施設に戻り、実施している。 時間は午前中の活動時間内に10分~15分程度。また、昼休みや夕方の、活動の無い時間に、本人の居室でできる内容のものを行う。これについては、担当者が、時間の取れる時に行っている。特別決まった時間は設定していない。理由としては、活動時間は、決まった内容のものがある程度決まった時間に行い、リハビリの効果を継続させたい為。居室にて行う際は、そのプラスアルファ、また本人とのふれあいの時間として行っている。(育豊)
年3回の某リハビリ施設によるPT指導を受けている。基本的には5分程度が目安となる。自分でできる方は声かけ随時確認などをしながら10分~30分程度行っている。 日中の活動時間帯、職員が多く関われるため。(須坂悠生寮)

(7) 支援員が継続実施するに当たり困難さを感じる部分

まだPT指導を始めたばかりで何とも言えない。現在指導を受けている人数が十数人な為、継続して出来るような方法を考えていく。(ひかり)

たくさん指導をもらい、ありがたかったが、継続してまたはすぐに支援に落とし込むことができたのは背あてクッションであったり、物を使った環境調整が多い。また、ADLが自立している利用者が声掛けのみで、または単独で行なうことができる指導は継続実施できている。ただ、ADLが低い方や、声掛けだけでなく実際の補助も必要な利用者については、本当に優先的に実施が望まれる利用者以外は実施できていない。日中活動(生活介護)の中で対応しようとしても、職員人数もその日によって違う為、継続実施は難しい。また、PT指導の内容をしっかりと行なうとすれば少なくとも10分以上は時間がかかる。施設入所の時間帯でも夜勤者や遅番のみになってしまうため、本格的な継続実施をしていくことは難しい。(水内荘)

出勤人数や、その日の活動内容により、個別に時間をとってリハビリを行う事が難しい事が多い。担当者が主となって行っているが、他の職員への意識付けが出来ていない。(育豊)

【分析】

- ・各施設、PTの実施は必要な利用者への指導は最低限行なえてはいる。しかし、日中活動同様、職員の出勤状況に影響を受け、実施できる時間が確保できない事、主となる職員以外の関わりの希薄さが伺え、日々の継続性の難しさが課題となる。
- ・現状として緊急性又日常的にPT指導が必要な方はそれほど多くは無いと考えられるが、ADL低下は全利用者に当てはまる課題である。PT等機能維持に対する予防策を活動の一環として取り入れる事は入所施設以外でも考えて行かなければいけない課題である。

(8) PT指導で最も効果があったと思われる事例(施設入所)

Aさん(男性、54歳、区分6、右半身マヒ)は、車椅子使用、右上下肢の変形が進行し、左半身での立位保持も難しい状況でした。移乗には、常に職員2名の介助を要しました。今後進めるべきリハビリの指導を受けるため、某リハビリセンターを受診しました。1ヶ月に1回の対韻、リハビリ指導を受けました。変形の進行は現在も徐々に進んでいますが、左半身での立位を一瞬ですがとる事ができるようになり、また、職員1名での介助が可能となりました。

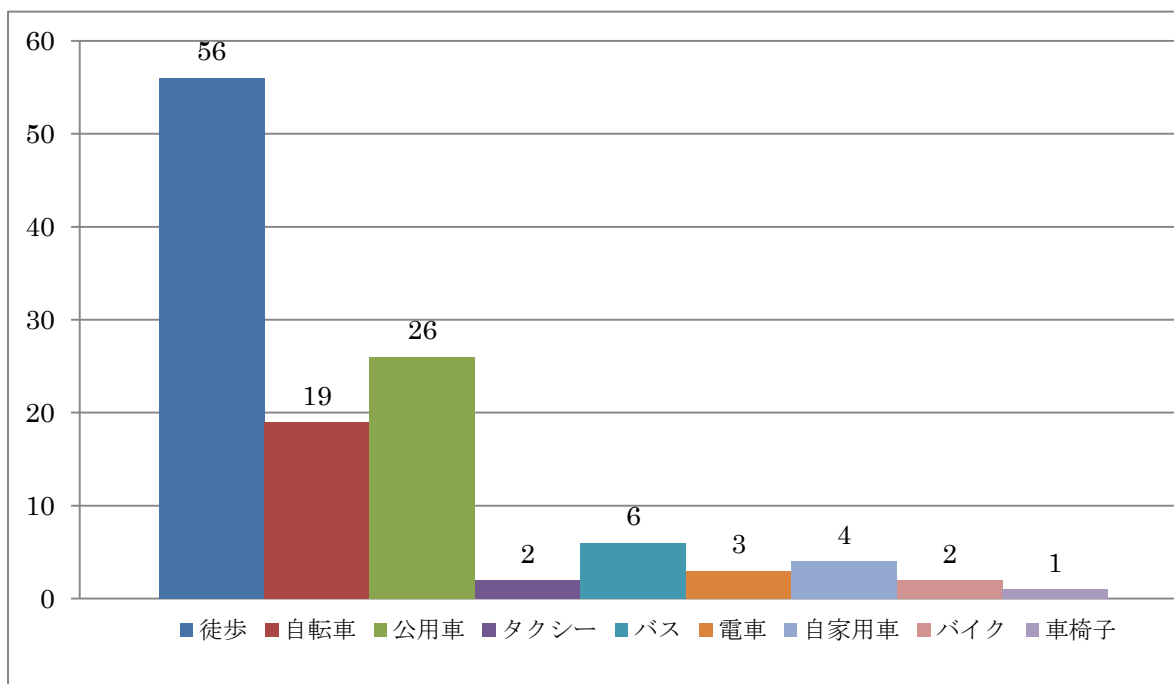
Bさん(女性、65歳、区分5、脳性麻痺による体幹機能障がい)は、1年ほど前から近隣の病院でPT指導を受け始めました。以前は毎日のように転倒が見られていましたが、PT指導を受け始めたことで、機能面で転倒が少なくなり、精神的にも前向き(色々なことへ意欲的)になりました。

Cさん(男性、76歳、区分5、介護度なし)は、背筋が丸まっており、「背筋伸ばし」のストレッチを勧められました。内容は、立位で壁と向かい合った状態で、かかとは床につけたまま万歳をするイメージで壁に手を付けて腕を伸ばします。約1か月後の訪問リハビリで、日々体操している為、前回より背筋が伸び、姿勢がよくなったと言われました。

Dさん（女性、74歳、B2、区分4、要介護2、骨粗鬆症、心肥大、変形性膝関節症）は、全身的に筋力低下傾向で、左膝伸筋々力低下により、歩行の不安定があり、そのせいで歩行機会が減少し、より筋力低下を招く、という悪循環になりつつありました。PT指導を依頼したところ、PTから杖の持つ手を左手に変え、歩行練習をすることや、①膝を伸ばす（片側10回×3回、左右）②大腿をあげる（片側10回×3左右）③つまさきを上げる（両側同時に10回×3）④前にかがむ（10回）⑤両手を上げる（10回）などの下肢、体幹の筋力強化運動を毎日（土日は除く）継続したところ、状態が改善するまでには至りませんでした。その後筋力の低下やその悪化は見られず、状態を維持することができています。また、日常的に取り組むことで、本人も「いつものをやるか」という認識になっており、そこまで「苦痛」という印象は受けません。状態改善を目指しながらも、状態を維持することも重要であると、DさんのPT指導を通して学ぶことができました。

(9) 日中活動先までの通勤方法 日中の利用施設までの交通手段をサービスごとに比較。

	徒歩	自転車	公用車	タクシー	公共バス	電車	自家用車	バイク	車椅子
生活介護	10	0	7	0	0	1	1	0	0
就労B	42	15	14	2	5	2	3	2	1
就労A	0	0	0	0	1	0	0	0	0
就労移行	0	2	1	0	0	0	0	0	0
地活	4	2	4	0	0	0	0	0	0
計	56	19	26	2	6	3	4	2	1
割合	47.1%	16.0%	21.8%	1.7%	5.0%	2.5%	3.4%	1.7%	0.8%



【調査結果から】

事業所への行き帰りだけでも歩行や自転車等であれば良い運動になり、筋力維持になると考えられる。

(10) OT指導実施の有無

項目／事業所	水内荘	さくらの杜育豊	ハートフル五明	須坂悠生寮	長野市ひかり学園
している				○	
していない	○	○	○		○

(11) OT指導実施方法、効果

主にADL低下が顕著な方について機能維持を目的に週に1回程度、作業療法士に来てもらい、個別訓練を行なっている。効果よりも相談に乗ってもらい、今後どうすればよいのか、明確な指針を与えてもらっていることの方がありがたい。近くの訪看よりOTの利用をしている。機能維持と日常生活動作の低下を緩やかにしていくことを目的にお願いしていた。(須坂悠生寮)

(12) 口腔ケア指導実施の有無

項目／事業所	水内荘	さくらの杜育豊	ハートフル五明	須坂悠生寮	長野市ひかり学園
している	○	○		○	○
していない			○		

(13) 口腔ケア指導実施方法、効果（施設入所）

定期的な訪問歯科の往診があり、ブラッシングの方法、歯石の除去、抜歯、歯間ブラシを使用しての口腔ケア等を行なってもらっている。看護師を通して先生と連絡取り、一人一人の状態を把握してもらっている。(ひかり)

歯科医の訪問を行い、歯間ブラシを使い歯の汚れを取ったり、その方法を職員数名に伝授した。半年程歯科医が施設に来て実施していたが、それ以降は職員が歯間ブラシを継続実施するようになった。が、歯科医が来なくなっただけからというもの、やや支援員の意識が薄くなり、「効果」が継続して現れているとは言えない。毎月でなくとも定期的な評価を受けることもアフターフォローとして大切なのではないかと考える。(水内荘)

年一回の歯科検診の際、利用者の口腔衛生状況を見ていただき、職員が指導を受け、利用者を実施。歯ブラシ等の口腔ケア用具についてもアドバイスを受ける。(育豊)

支援員による歯磨きの介助のみ。朝、日中活動へ行く前に支援員による歯磨きの仕上げ、介助などを行っている。専門の方による指導は実施していない。(ハートフル)

年に1回程度。歯科衛生士の協力で行う。支援員の知識や技術力の向上に役立っている。(須坂悠生寮)

【分析】口腔ケアについて、継続して経過を診てもらうことで十分な効果が得られると考えられる。利用人数の多い事業所では、外来での専門医による把握は難しい為、往診医に継続して経過観察をしてもらえると多くの利用者の把握に効果的と考えられる。また、度々訪問する事で、医師と利用者との信頼関係が築かれ、診察や処置が簡単に行えるようになると考えられる。

(14) 口腔ケア指導実施方法、効果（GH）

日中所属している事業所に訪問歯科の協力が有る場所については、不定期に診てもらっている。(ほっとらいふ)

指導までは実施していないが、歯科通院で指摘を受けたことに関しては、ホームのスタッフや事業所に伝えて確認してもらっている。(悠生寮GH)

【分析】長野圏域のGHでは口腔ケアを実施している事業所は1事業所のみ。継続してケアをしていくことがGHでは難しい状況にある。(実施している事業所は訪問歯科にて実施している。)日中利用している事業所の状況によって変わってくる。(就労関係の事業所では口腔ケアを行なっている所は少ない)

2 まとめ

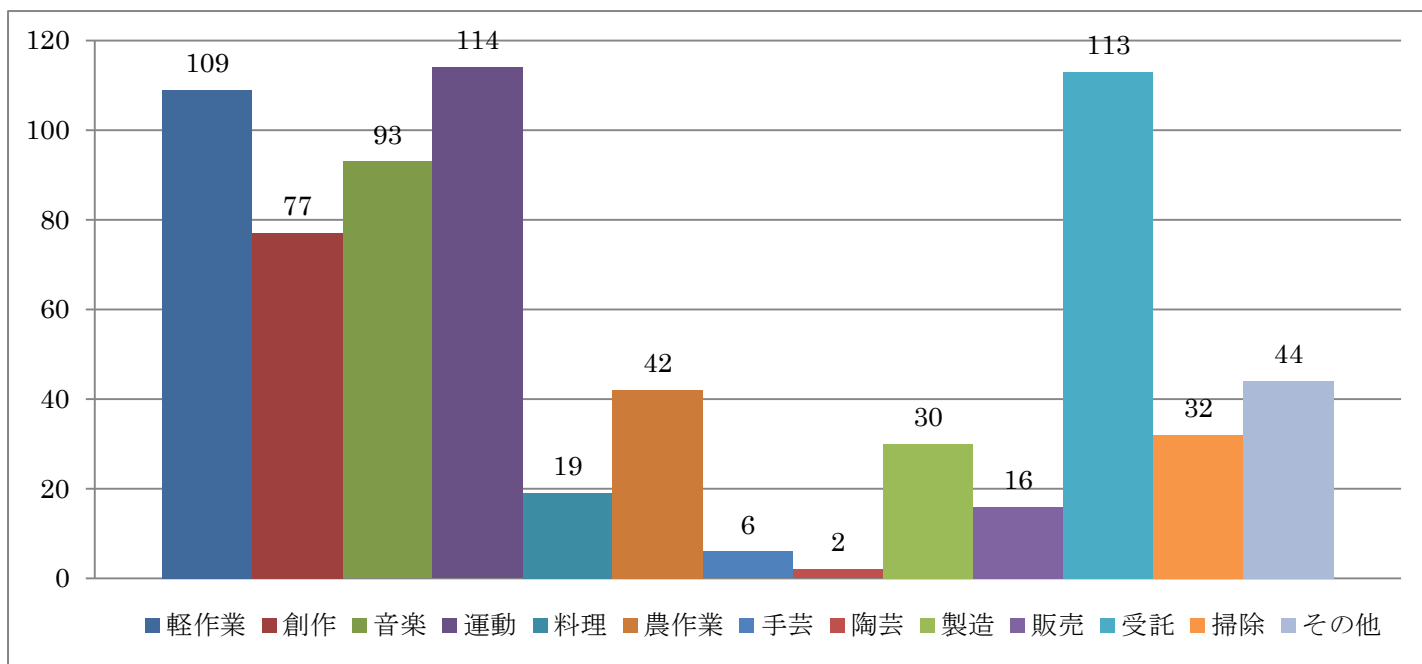
- ・各施設、PT指導が実施できる時間が適切に確保できない事、主となる職員以外の関わりの希薄さが伺え、日々の継続性の難しさが課題となっている。各施設実施方法が異なっており、情報交換をしながら少しでも改善していくべきではないか。
- ・就労系サービスの利用者についても状況によっては今後、機能訓練等が必要になるかもしれない。
- ・口腔ケア、OT指導はGHの利用者も退行の前に早めに取り入れ、介護予防としても考えられる。

第八章 <提言6> 利用者の障がい特性に応じた日中活動の提供の必要性

1 日中活動の現状について

(1) 日中活動内容別人数(重複回答あり、延数)

	軽作業	創作	音楽	運動	料理	農作業	手芸	陶芸	自主生産 品製造	自主生産 品販売	受託 作業	掃除	その他
施設入所	79	55	76	100	0	28	3	2	0	0	31	8	36
通所生活 介護	13	19	15	12	10	0	3	0	0	0	13	10	0
就労B	15	0	0	0	9	14	0	0	30	10	58	8	3
就労A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
就労移行	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1
地活	2	3	2	2	0	0	0	0	0	6	8	4	3
計	109	77	93	114	19	42	6	2	30	16	113	32	44
割合	15.6 %	11.0 %	13.3 %	16.4 %	2.7% %	6.0% %	0.9% %	0.3% %	4.3% %	2.3% %	16.2 %	4.6% %	6.3% %
順位	3位	5位	4位	1位	10位	7位	12位	13位	9位	11位	2位	8位	6位



(2) 日中活動内容 (その他各事業所の日中活動内容)

書道、パラバルーン、ブロックサークル活動、エアロビクス、季節行事、体操、リハビリ、文化活動、散歩、理学療法、調理、QOL活動、カルチャーダンス療法、清掃、エレクトーン、ダンス療法等

(3) 力を入れている日中活動 (施設入所)

施設名	水内荘
目的	自分の好きなサークルを選び、他事業所利用者、職員とも交流しながら、普段とは違う日中活動を行い楽しむ。
頻度	4月～10月の半年間で毎月第1木曜日と第3木曜日の13:30～14:30に実施。
対象者等	水内荘だけでなく、同法人の豊野町内の関連施設(日中系事業所)の利用者も活動
場所	水内荘各会場(サークルによっては所外になることも)
内容	<p>①太鼓・踊りサークル：太鼓をたたいて演奏する。踊りはJ-POPの曲を1曲選び練習。サークル発表会で発表。</p> <p>②カラオケ・音楽鑑賞サークル：1人1曲一番のみ歌う。(人数が多い為)また、発表会の曲をメンバーで合唱練習する。</p> <p>③スポーツサークル：戸隠に行きウォーキングをする、近くの体育館で卓球をするなど、所外に出た活動も多い。</p> <p>④創作サークル：たこ焼き作りなど、ちょっとしたおやつを作って食べる。また、やじろべえや紙飛行機、貼り絵製作などの創作活動も行なう。</p> <p>⑤演劇サークル：ここ数年発表の機会を、サークル発表会とは全く別の形で設けて、舞台発表を行っている。そのための練習を行なう。</p>
方法	一人につき年間500円～1,000円程度会費を集め、それぞれのサークルで活動内容を決めて実施している。サークルの最終活動日10月の第3週の木曜日にはサークル発表会を行い、一年間の活動の成果を発表したり、振り返りを行う。
活動のポイント、考察	個別支援が重要であることは当然だが、 集団で一体となった活動の提供も重要 だと考えている。集団援助の中で、更に個別的な支援ができればと考えている。また、様々な事業所からメンバーがサークルごとに集まるため、事業所を超えた交流が可能となり普段とは違う雰囲気での活動できる。

施設名	長野市ひかり学園
目的	ゆったりとしたリラクゼーション時間を過ごす。穏やかな心持で過ごしてもらえるようになる。
頻度	月～金 午後の作業時間内の13:45～14:45。平日ほぼ毎日実施。
対象者等	多動傾向グループの利用者を中心に、全利用者
場所	グループ活動の部屋、今後はスヌーズレン専用の部屋を予定
内容	人間の感覚に柔らかな刺激を与えるような機材を使用している。 ① 視覚… 1) 室内を仄暗くする。直接電気が照らされないように、布で覆うように光を和らげる。 2) レイザースカイプロジェクター 星空が天井に映し出される。 3) 光ファイバー 柔らかい光で刺激が少ない 4) バブルチューブ ライトの色が変わる、気泡が出るので、泡を見て楽しめる。 ② 聴覚…BGMでヒーリングミュージックを流す ③ 嗅覚…アロマオイルを焚く ④ 触覚…バブルチューブに触れることで振動を感じる
方法	利用者の希望やその日の様子などで、参加・不参加を決める。日々で気持ちが変わったり、元々その空間が苦手な方もいるので、無理強いはしない。
活動のポイント、考察	・H26年度に職員がスヌーズレン協会のセミナーに参加、H27年度に備品を購入して空いた居室を専用の部屋として、環境を整えている。 スヌーズレンを始めて3年が経過するが、その時間は「穏やかに過ごす時間」という習慣が出来てきていると思われる。利用者だけでなく、支援者にとっても慌ただしい生活の中で、ゆったりと過ごすということの必要性が痛感出来る時間であり、新たな場所や用具を使うことで、より効果が上がることが期待される。現在は多動グループの利用者が中心ではあるが、皆がいつでも利用できるようになると良い。

施設名	さくらの杜育豊
目的	日々の活動の中に楽しみを増やし、潤いのある生活を送る
頻度	週2回（火曜・木曜 13:30～15:00）
対象者等	生活介護利用者
場所	作業室、食堂、グラウンド等
内容	・レクリエーション活動 ○ミニ運動会・・・玉入れ、パンくい競争、輪投げ、大玉送り 等 作業室や、グラウンドを使用し、体を動かす。 ○魚釣り大会・・・磁石を取り付けた紙製の魚と竿で、魚釣りを行う。ビニールテープや色を塗った模造紙で、川釣りの雰囲気を出す。 ○パラバルーン・・・作業室にて音楽に合わせて、パラバルーンで体を動かす。 ○習字・・・講師の方を招き、指導を頂きながら、好きな言葉を楽しく書く。 ○音楽活動・・・カラオケ、楽器演奏（ピアノに合わせて、利用者さんに打楽器等演奏していただく）、合唱。 ○映画鑑賞・・・作業室の大きなスクリーンにプロジェクターで映画館のような雰囲気を出しながら、映画を上映する。

	<p>○季節の行事・・・節分、ひな祭り、こいのぼり、七夕、ハロウィン等、季節にあった飾り付けをし、楽しむ。(お花見、夏祭り、クリスマス会、新年会等は、別の大きな行事として行う)</p> <p>○クラブ活動・・・ワークマン(ドライブ、長距離の散歩 等、主として屋外に出て楽しむ) ふれあいミュージック(音楽、ストレッチ、リハビリ等 主に重度の利用者さんが、屋内でリハビリを行う) ホームメイド(織物、調理実習、裁縫 等 家庭的な創作活動を行う)</p>
方法	週2回、担当の係が様々なレクリエーションを企画し、利用者の皆さんに参加していただき、行う。
活動のポイント、考察	幅広い状況の利用者さんが混在しているため、出来るだけ多くの方が楽しめる活動を工夫している。

施設名	ながのコロニー ハートフル五明
目的	季節感や時季の行事を取り入れながら、様々な活動を楽しむ。
頻度	週2回(火・木) 午後1:30~15:00
対象者等	ハートフル五明利用者
場所	ながのコロニー内、外出先、ドライブなど
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・寮内の飾りつけ(季節に合わせて)の作成 ・カラオケ ・誕生会 ・付き添い外出(買い物、食事など) ・映画鑑賞 ・コロニー祭での発表に向けてハンドベルの練習 ・車いすサッカー、風船バレーなどのレク ・実習生のレクリエーションの実践 ・野菜作り ・焼きいも ・収穫した野菜の調理、試食
方法	活動の予算内で備品などの購入。買い物や食事は実費負担。職員が中心に実施するが、実習生のレクリエーション実践、ボランティアや外部講師の活用もしている。
活動のポイント、考察	<p>参加利用者による集団活動での実施。身体を動かすレクなどは皆で楽しむことができ、一体感が感じられる。</p> <p>買い物外出や外食は、職員の目が届くように少人数に班分けして数回に分けて実施。一人で外出ができない方には楽しみになっている。</p> <p>寮内飾りの制作、野菜作りなど、できるだけ手作りで利用者の方と一緒に作ることを意識している。活動内容は利用者の声や希望を聞いて決めているが、現状では複数の活動から選択して参加…という形では実施できていない。</p> <p>1日で一つの活動に参加していただく形で実施。</p>

施設名	須坂悠生寮
目的	「音楽療法」 音楽を通して体を動かしたり、楽器を使ったりして楽しむ時間にする。また、音楽の持つ様々な働きを、機能の維持、生活の質の向上につなげることも目的としている。
頻度	月に2回 午後に1時間程度
対象者等	須坂悠生寮生活介護利用者と職員
場所	作業室
内容	内容：①歌 ②太鼓等打楽器による演奏 ③からだを使ったリズム遊び
方法	音楽療法士の資格をもつ職員と、外部から来られる講師の方が二人で音楽療法をリード。担当職員

	も参加し、終了後には1人1人の評価（継続してみていくなかでの変化や、気が付いたことなどをケースに入力）も行う。
活動のポイント、考察	音楽療法の時間内、ひとつのことに、参加者全員が取り組むことの重要性を意識しながら行っている。職員の合図にリズムをあわせたり、タイミングよく演奏を止めたりといった過程を常に盛り込みながら、最終的には笑顔で終わられるような構成になっている。

(4) 日中活動の弊害について

	①利用者の混在	②ニーズに応じた活動が出来ない	③職員が足りない	④活動場所	⑤職員に活動メニューのノウハウが無く、活動が提供出来ない事がある
	ある	出来ない	足りない	狭い	ある
施設入所	6	6	7	3	7
通所生活介護	4	4	4	3	3
就労B	7	6	8	6	5
就労A	1	1	1	1	1
就労移行	0	0	1	1	0
地活	1	1	1	1	0
計	19	18	22	15	16

⑥その他日中活動の弊害について（特記事項）（事例記入事業所のみ）

- ・ADL低下し、排せつ介助に時間を多くとられる。車椅子利用者も多く、移動に時間がかかる。（施設入所）
- ・職員の数が足りず、ニーズに合った活動が取り組めない事がある。活動を盛り上げることで、利用者さんに楽しんでいただけるような雰囲気作りがうまくできない。（施設入所）
- ・様々な障がい特性の利用者が、安心して活動できるよう、小グループの支援を進めてきているが、活動スペースや休憩スペースが狭くなり、良好な活動環境を確保する事が困難になってきている。高齢者への個々に対応した活動が提供できない。（施設入所）
- ・利用者の障がい特性、年齢、趣味、特技に応じた活動メニューの提供(身体能力の高い利用者、知的能力が高い利用者、認知症、車椅子利用者など) ⇒ 個別支援の更なる充実が必要。全体の活動はサークル活動など、パワフルさがあるが、逆にいえば、個別支援がしっかりとできていない。PT指導などは、指導を受けただけで継続実施できていない面もある。（施設入所）
- ・午後の時間は新聞紙ちぎり、入浴、その後は居室で過ごされるなど、ゆとりがある。体力面、気力面も考慮しながら、午後の時間の更なる充実が必要。（施設入所）
- ・動きが異なる利用者の支援体制。（限られた職員の中での動き）（通所生活介護）
- ・今のところ弊害とまではいかないが、就労Bは工賃UPが目的になっており、毎日作業に追われている。自立度が高く他のサービスを受けられない高齢者にとってこのままでいいのか疑問。（B型）

- ・建物が狭くすべての活動に支障をきたしている。(B型)
- ・業務優先になってしまい、きめ細やかな個別支援にまで目が届かない部分がある。(B型)
- ・若年の利用者に精神疾患のある人が増えてきて50歳以上の利用者と興味・関心が合わない。精神疾患(障がい)の利用者が不安定になり、大声を出すなどで、活動の変更、縮小をせざるを得ない時がある。(地活)

(5) 様々な利用者が混在していることによる活動への影響

日中活動のグループを5つに分けている。昨年度まで自立訓練の事業を行っていたグループ、今年度から生活介護に変わったが、現在もグループホームへ移行する訓練、他事業所からの作業を請け負っての活動などを行っている。その他の4つのグループは、それぞれの障がい特性に合わせた分け方をしている。自閉傾向の強い方が集まったグループでは集中して活動が出来るようパーテーションで区切る、利用者の混在を防ぐために2つの部屋に分けて行なう等の工夫をしている。しかし、職員の勤務状況により、分けて活動が出来ない時もあり、毎日統一した支援提供が出来ていない。重度の方が多いグループでは、車イスの方が多く外に出る事も出来な
ないこともある。全体を通じ、職員が足りていない場合、二つのグループを同じ部屋で行なう日もある。

(ひかり)

押し車を押す高齢の利用者がいて、その横で飛び跳ねている自閉症の利用者がいるなど、必要とするニーズが違い過ぎる。そのため、活動内容はウォーキングや軽運動などになってしまい、なかなか個別支援にまで至らない。職員が常に利用者全体を把握できるような活動に絞られてしまう。(水内荘)

能力的には高いが、加齢と共に体力が落ちてしまい、作業活動が難しい利用者については、重度の利用者と同じ班での日中活動となる。しかし、その中での軽作業やリハビリ、レクリエーションとなると、能力的に高いために興味を持たず、参加に消極的。適した活動メニューを幾つも用意する事が難しい。(育豊)

作業において、利用者間の対人関係により作業をする場所に配慮する必要がある。作業スペースが限られているため、対応に苦慮する事も。

また作業量についても以前に比べてこなせる量が減少している。午前のみ作業という方が多い中、午後には数名しか作業に出ていないといった状況もあり、一日作業に取り組む方と休養をとる方での差が大きい。今後は検討が必要と感じている。創作活動について、日ごとのメニューを全体で取り組んでいるが、全盲、認知症、身障など障がいが多様なため活動が限られる。障がい特性に合わせてメニューを取り入れようと考えているが、皆さんが参加できるものにする事が難しい。参加していただいても部分的なものになってしまう。(ハートフル)

一人の職員で複数の活動グループを把握する必要があり、十分に利用者の特性や出来栄を理解して評価することが難しい。個々の能力や活動意欲の面で差があり、高齢化がさらにそういった面を助長している傾向がある。日中の活動に対する個々のモチベーションに差があり、作業をして賃金を得ることを楽しみや張り合いとしている方、そこまでの活動は求めず余暇的な過ごし方を楽しまれている方が混在している。過渡期とも捉えられ、変化に対するニーズを拾いきれていないのが現状であり、それに対する活動の体制づくりが追いついていない。どのような日中の過ごし方を提供し選択していただくか線引きも曖昧な点も残るまま活動を展開しているのも現状としてある。(須坂悠生寮)

(6) 個々のニーズに応じた日中活動が提供できていない現状について

変則勤務の影響で常勤職員がなかなか日中活動に出れていないことがある。非常勤職員の方から個々の利用者の様子を聴いてはいるが、そこから個別のニーズに応じた活動の提供までは出来ていない。(ひかり)

ADLや理解力が低い利用者に対するPT指導の実施や趣味や特技を生かした活動など、マンツーマン対応が必要になる様な支援が実施できない。支援員が足りず、時間もない。そのため、「みんなでウォーキング！」みたいになってしまう。作業種が少ない。(水内荘)

個別に活動するには職員数が足りず、全体を把握しながら、何人かのグループでウォーキング、軽運動といった活動になる。個別支援として外出なども行いたいのが、平日の活動時には実施しづらい雰囲気もある。

職員数に限りがあるため、活動をグループごとに分ける事が出来ず、日ごとのメニューを行っている。そのため、「今回は参加しない」と居室で過ごす利用者もいる状況。利用者の声を聴いてメニューを検討しているが、支援員が全体を見て対応する活動となっており、ニーズごとの個別対応が出来ていない。(ハートフル)

個々のニーズに応じられるだけの職員の質、量ともに不足している。運動したい方がいても付き添える職員がいない、高度な作業が出来る方がいても、ごく少数で簡単な作業に混ざってもらわないと職員が把握することができない。(須坂悠生寮)

(7) 活動グループの現状と理想

【状況、理由】

活動グループは5つに分けられ、畑作業、薪、きのこ栽培のグループ。外に出て園芸活動、室内でチラシ折りをするグループ。多動な方が落ち着いて過ごせる環境を整えているグループ。自閉症の方を集め、集中して作業を取り組めるようにしているグループ。車椅子を使用したり身体的に重度の方がいるグループに分けられている。

【職員不足人数】 [0]人

【今後どれぐらい、どんなグループを作りたいか】

各グループの全体数は足りているが日によって人数にバラつきがある時がある。今後は現在のグループを基本にしながらも**落ち着いて、個別に合った作業**を提供していけるよう各グループの工夫が必要。(ひかり)

【状況、理由】

生活介護で68人の利用者を2班に分けて支援を実施している。重度の利用者や高齢の利用者がいる班は、せめてその班内で二つに分けたい。支援ニーズが違いすぎるため。また、自立している利用者が多い班は運動の機会が少ない。本当であればこの班も二つぐらいのグループに分け、それぞれ運動やボールを使った遊びなどを実施していきたい。

【職員不足人数】 [5]人

【今後どれぐらい、どんなグループを作りたいか】

①重度の利用者、②高齢の利用者、③農作業などバリバリ動ける利用者 ④③以外の理解力があり、体も自ら少し動かせる利用者 (水内荘)

【状況、理由】

現在2班体制。主に屋外での農作業等を行う班と、屋内で軽作業やリハビリ等を行う重度者の班。体力、能力及び本人の希望により、所属している。しかし、それぞれの班の中でも利用者の体力、能力差は大きい。更に細分化するには職員数が不足している。

【職員不足人数】 [4]人

【今後どれぐらい、どんなグループを作りたいか】

作業班の中でも専門的な農作業に特化した班と、体力づくりを兼ねた単純作業に携わる班。屋内活動の班では、重度者を中心にリハビリ等を行う班と、体力はそれほど必要としないが、多少技術を要する軽作業を行う班。以上の4班集体勢でいけると良い。(育豊)

【状況、理由】

現在はグループ分けはせずに日ごとの内容で活動している。2グループくらいに分ける事が出来れば活動の幅や参加者は広がるが、作業をしている方もおり、そちらの対応、通院付き添い、交代勤務などあり職員は十分ではない。

【職員不足人数】 [1～2]人

【今後どれぐらい、どんなグループを作りたいか】

制作、運動、音楽など活動の内容を分類してグループ化できたらと思うが、現実的には難しい。無理なく体を動かして楽しめるもの、外部講師やボランティアの活用も検討したい。(ハートフル)

【状況、理由】 正規職員がケアワークに取られていて活動に入れない。

【職員不足人数】 [2]人

【今後どれぐらい、どんなグループを作りたいか】

クッキー焼き、発泡スチロールリサイクル、温泉同好会、空き缶リサイクル、キーホルダー作り (須坂悠生寮)

(8) 活動メニューを広げるためのノウハウと今後

理想としては一人一人に合った作業を提供できれば良い。障がい特性に合った活動を提供出来れば良いと思う。例えば自閉症の方には同じことをずっとやる事が得意な方がいるため継続的に行える作業。機能維持が必要な方には活動の時間にも個別的にリハビリの時間を設けるなどの活動が入れられれば良いと思う。(ひかり)

アニマルセラピーやアロマセラピーなども定期的にやっていけたら。日々の活動にややマンネリ化が見られる。張りのある活動メニューを提供していきたい。また、とにかく日々活動できるメニューを作り出していきたい。(水内荘)

加齢による体力低下で、農作業等が難しくなってしまった利用者向けの軽作業。重度者向けの簡単な内容だと興味も持てないため、それなりにレベルの合った内容の作業活動を用意したい。就労支援施設ではない為、外部の受注作業を行う事は難しい。自主生産品で何か作ってあげれば良いが。(育豊)

制作、運動、音楽など活動の内容を分類してグループ化できたらと思うが、現実的には難しい。

無理なく体を動かして楽しめるもの、外部講師やボランティアの活用も検討したい。

音楽の演奏、制作など達成感のあるものを取り入れたい。(ハートフル)

リサイクル (スチロールなど)、食品 (施設で作って販売する) (須坂悠生寮)

(9) その他日中活動で弊害を感じていること

その日の職員の出勤状況等とその日の活動を決めている様なところがあるため、しっかりした週間計画、月間計画のもと活動が行えるようにしたい。

利用者の高齢化で介助に手を取られる場面が増え、活動を十分に見れない。

【分析】

- ・各施設で感じている課題点はほぼ共通している。
 - ・障がいの多様性によって個々の特性を活かした活動の提供や、利用者の高齢化による機能低下や意欲低下によってこれまでとは違って、機能維持を目的とした活動の必要性が高くなってきている。
- それらの活動の実現は必要と感じてはいるが、入所施設においては職員が変則勤務の為に日中活動に十分参加で

きる職員体制が取れないこと、ハード面が限られているなどの為、少人数の職員で多くの利用者の支援に当たらなければならない、障がいや年齢・希望に応じた活動が出来ていないのが現実である。また、提供する活動内容も限られた物になってしまうことも多分に見られる。

- ・職員数を増加し、個々の特性を活かしたり希望に合った、心情豊かに楽しめる活動内容、軽作業の取り入れを望む声が多い。

(10) 本人の趣味や生きがいを活かした日中活動の提供事例、またはそれを必要としている事例

Aさん（男性、77歳、身体障がい者手帳、支援区分4、要介護無）車椅子での生活をし、在宅酸素を使用。平成26年4月～肺高血圧、骨髄炎などで入退院を繰り返していました。施設に帰ってきても体調がすぐれないことが多く、居室で過ごす事が多くありました。そんな中でも昔から芸術に興味があり、特に絵を描くことは病院でも行なっていました。絵を描く事以外にも写真を撮る事も好きな方で、本人のカメラも去年購入。しかし外出する機会が去年から激減し、施設内でしか使用する事はありませんでした。日中の生活の大半をベッドの上で過ごしている為、本人が今後生きる生きがいになるような活動を提供できればと感じています。

Bさん（当時76歳、障がい等級B1、区分2、要介護認定なし）は昭和48年に入所して以来、40年間ずっと入所施設で暮らしてきました。日中は農作業など畑の仕事を精力的に行い、利用者からも職員からも一目置かれる存在となっていました。平成19年10月右脳幹梗塞で倒れ、手足に若干の麻痺、言語に多少「話しにくさ」が残りました。その後、特に大きな体調の変化は見られず、元気であるため、平成25年4月1日からGHに移行しました。入所施設には日中活動先として生活介護に通所することとなりました。看護師からは、右脳幹梗塞の再発があった場合、命にかかわる事態になりかねない、と説明を受け、特に夏場は、外作業は朝のみでその後は室内作業になりました。しかし、担当職員がいない時に外作業に出掛けてしまったり、ホームに戻ってから世話人が来るまで庭の草取りをしてしまったり、休日には町内に一人で出かけてしまい、自分で取ったふきのとうを、優しい地域の方に売ってしまうこともありました。その後、担当職員が変わり、本人、ご家族に確認すると、「死んでもいいから外作業を自由にやりたい」、とのことで、基本自由に外作業を行ってはいましたが、①必ず職員が見守れる場所で作業を行う事、②水分を小まめに摂取すること、③夏場（5月～9月）は午前中のみ外作業をすること、④ホームの草取りは基本やらないこと、などを職員間で確認し合い、サービス提供を実施しました。また、外作業と室内作業の中間的な作業として「缶洗い」を積極的に行っていました。また、シーツ交換やゴミ捨て、掃除など、「中の仕事ではあるけど充実感のある活動」もできていました。数年後、体調を崩され急性期病院に入院、退院後にGHに戻りましたが、今後は介護保険サービス（デイサービス）を週3日と障がいサービス（生活介護）を週2日で併用することとなりました。本人はどうしても農業がしたい、といった希望があり、楽しみの部分を持ち続けながら、体調に合わせて介護保険を利用する形にしていきたいと考えています。Bさんの支援を通して、表出されたニーズ（本人の要望）と潜在的なニーズの調整が重要であることを改めて認識することができました。高齢者になっても、暮らしている場所と日中過ごす場所が違う（特養はそのような分け方はない）、というのはメリハリもあり、人との交流もあり、本人にとってプラスであるに違いありません。今後もご本人が元気に安全に暮らしていけるよう、様々な調整をしながら、支援していきたいと思えます。

2 別調査 介護保険施設への視察、障がい者施設との比較等

【見学の趣旨】

- ・障がい者施設でも高齢に伴い、必要となるニーズを特別養護老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所との日中の過ごし方、機能訓練等の違いを比較する。
- ・就労関係施設での日中活動の様子、PT指導についての現状を把握する。

(1) 《地域密着型介護老人福祉施設》

社会福祉法人 新志福祉会「特別養護老人ホーム 稲里ふれあい荘」

【入所定員】(特養) 3ユニット29名 ショートステイ 8名

【設備】 入居ユニットは全個室(全室トイレ・洗面台付き) ショートは多床室各ユニットに浴室(リフト式)

- 【職員】・介護員は各ユニットに4～5名配置。隣合ったユニットが協力体制を取り、日中は2ユニット合わせて7～8名程度、夜勤は2ユニットで1名ずつの2名。
- ・看護師 全体で2名(3ユニット+ショートステイユニット)

【日中活動・機能訓練 概要】

- ・ユニットであることから、入居者の方々にはいかに家庭に近い生活を送って頂くかが支援のメインとなり、以前からある施設の形態とは違い、全体での日課活動は設けておらず、利用者個々のニーズに合わせた日課となっている。
- ・入居者一人ひとりの24時間シートが作成されており、その中で本人の意向、本人の能力、必要な支援が組み込まれている。(ケアプランに反映されている)
- ・リハビリ的な機能訓練は設けていない。日々の生活上で、個々に必要と感じる運動や、一連の生活動作の中で訓練となりうる行動を入れている。
- ・理学療法訓練も施設内では実施していない。必要な方については病院で実施してもらうようになる。(介護保険施設においてのPTなどの医療リハビリは老健の位置づけとなるため)

(2) 《特別養護老人ホーム・養護老人ホーム》

社会福祉法人 長野市社会事業協会 「尚和寮」

(3) 《通所介護事業所》

社会福祉法人 長野市社会事業協会「松代デイサービスセンター」

【定員】

特別養護老人ホーム 30名

養護老人ホーム 50名

ショートステイ 8名(2人部屋)

通所介護事業所 30名

日中活動・機能訓練概要

【特養・養護】

- ・ 集団、一人一人に合わせた個別レクリエーションを行っている。主に体操、嚙下体操、カラオケ等。各季節に合わせた行事、個々の外出を行っている。
- ・ 機能訓練指導員は看護師が兼務しており、全員の利用者に担当と一緒にプログラムを計画し実施している。実際に歩行訓練等を職員と行なう方から、生活の中（食事、排せつの場面）で機能訓練を行なう方もいる。

【デイサービス】

- ・ 毎朝、看護師がバイタルチェックを行い、健康状態を確認。
- ・ 集団レク及び個別に合わせた脳トレや趣味活動を実施。
- ・ 季節に合わせた行事及び尚和寮と合同での運動会、尚和寮祭を実施。

（４）《地域密着型認知症対応型共同生活介護》

メディカルケア株式会社 「八幡グループホームみのり」

【入所定員】 2ユニット 9人+9人 定員18人

【職員配置】：日中3:1（3人（日勤・早・遅）） 夜間2人

【平均年齢】 84歳 男性5名 女性13名

【1部屋】 4～5畳 ベッド、サクラケアにて貸出。

【介護度】：平均2.2～2.9 認知症（アルツハイマー、脳血管性、レビー小体、ピック）

【管理者】 2名 ケアマネ1名 看護師、栄養士は置いていない。（基本的に訪問看護師が往診を行なう）

【日中の過ごし方・機能訓練概要】

- ・ 食事は職員と利用者が献立を決めている。（栄養士はいない）
- ・ 職員が主に調理し、片付け等出来る事は利用者も手伝う。
- ・ 入浴は基本的に入る日を決めている。朝から順番に。その為朝からお湯をためている。
- ・ 脱衣場は床暖房完備。脱衣場にもトイレを配置し、入浴の最中にも使えるようにしている。
- ・ 基本的な考えとして、家からの延長であるため、居室には水回りを置いていない。（トイレ、洗面所まで歩く）
- ・ 日中の過ごし方は本人に任せている。
- ・ 機能訓練等を行わず、日中過ごしている中で機能維持が出来るようにしている。
- ・ サービス計画に本人のやりたいことを記載。
- ・ 担当制は行わず、職員全員で見るとしている。理由として担当任せになってしまう事があり、怪我や虐待が判明しづらくなる可能性がある為。
- ・ 毎月ボランティアを招き交流している。（音楽、紙芝居、手品）

(5) <就労継続支援B型事業所>

社会福祉法人 長野市社会事業協会「空 風」

利用者人数 定員 40名

作業内容

- ① 調理班…弁当調理
- ② 加工班…パン製造
- ③ 自然班…ぼかし製造、しそジュース製造、農作業、
受託作業（キノコの巻紙磨き・えのきの袋詰め）
施設外就労（他施設のベッドメイキング、ポスティング、草刈りなど）

H24年開所。開所当初は生活介護も行っていたが、就労で特化していくことを目的とし、現在は就労B型のみである。

利用者平均年齢： 約45才

概要

障害者自立支援法の施行にあたり閉所することとなった同法人・障害者授産施設「小田切園」の利用者の日中活動施設として開設した背景がある。当時の入所者のほとんどの方が移行されたこともあり、開所当初から高齢の方が所属していた。開所から数年経過し、高齢による体調不良で退所された方も数名いる。

現在は養護学校を卒業したばかりの若い人達も就労してはいるが、他の就労事業所に比べて高齢化は著しいと思われる。最高年齢の方は85歳。就労施設であるので日中活動は当然「仕事」である。高齢の方々も働く意思が強く、その気持ちを尊重している。負担の掛からないように、体調をみながらゆったりと働いてもらうように考慮されている。

また、利用者の大半が同協会のGHで生活をしており、GHの職員との協力体制もとっている。

(6) まとめ

【特別養護老人ホーム】

- ・障がい分野とのニーズの違いから日中と夜間のサービスが分かれておらず、同施設ですべて完結していることが一番の違いだと言える。事業所ごとで日中の過ごし方は変わってくるが、機能維持の観点から体操・個別の機能訓練を実施している施設もある。活動も事業所ごとで特色があり、毎日日課を決め行っている事業所もある。

【デイサービスセンター】

- ・基本的に1日のバイタルチェックから始まり、機能維持を目的とした体操、認知症予防のレクリエーションを行なっている。

【地域密着型認知症対応型共同生活介護】

- ・障がい分野のグループホームとは違い、夜間のみでなく日中過ごすことも出来るサービスになっている。事業所ごとに活動は違うが、認知症の方に合った活動の提供を行っている事業所が多い。(本人の得意だったこと、日課として行ってきたこと等)

第IX章 <提言7>保護者、職員に対する成年後見制度の研修、利用促進、保護者やその家族との意思疎通や交流の工夫の必要性

1 保護者の高齢化の現状について（50歳以上利用者）

(1) 保護者の続柄

〔施設入所〕				〔GH〕			
保護者種別	人数	割合 (%)	順位	保護者種別	人数	割合 (%)	順位
①親	50	25%	2	①親	26	24%	2
②兄弟	116	59%	1	②兄弟	65	60%	1
③甥・姪	8	4%	4	③甥・姪	7	6%	4
④親戚	6	3%	5	④親戚	1	1%	5
⑤市町村長	2	1%	6	⑤市町村長	0	0%	
⑥その他	14	7%	3	⑥その他	9	8%	3
計	196			計	108		

【調査結果】施設入所で50歳以上の利用者の保護者種別の内訳をみると、最も高い割合を示すのが「兄弟」で196人中116人。次点の「親」の同50人と合わせ196人中166人と、実に**高齢の利用者のうちの約85%**は、自分と同じくらいか自分より上の年齢の方が保護者となっている。またGHでも同様に、約84%という高い数値を示していて、**高齢知的障がい者の保護者の高齢化が進行している現状がみてとれる。**

(2) 親・兄弟がいない利用者数

	両親がいない (人)	割合	兄弟がいない (人)	割合	両親も兄弟もいない (人)	割合
施設入所	150	76%	27	13%	19	9%
GH	91	84%	7	6%	10	9%
計	241	79%	34	11%	29	9%

【調査結果】施設入所、またはGH利用者の親・兄弟の状況を見ると、両親がいない利用者は施設入所196人中150人、GHでは108人中91人。兄弟がいない利用者は比較的少数で、施設入所が同27人、GHが同7人となっている。また**両親も兄弟もいない利用者は、施設入所が同19人、GHが同10人と全体のうち一割弱を占める結果となった。**

(3) 帰省の頻度

	年0回	割合	年1~3回	割合	年3回以上	割合	年10回以上	割合	その他	割合
施設入所	84人	42.8%	64人	32.6%	38人	19.3%	10人	5.1%	0	0
GH	33人	30.6%	67人	62.0%	5人	4.6%	1人	0.9%	2	1.8%
計	117人	38.4%	131人	43.1%	43人	14.1%	11人	3.6%	2	0.6%

*全体304人 施設入所196人 GH108人

【調査結果】高齢利用者の帰省頻度の実態をみてみると、全体的には年に1~3回帰省している利用者が304人中131人（約43%）と最も多くを占めているが、**施設入所だけでみると年1~3回帰省している利用者は196人中64人（約33%）とGHの同108人中67人（約62%）に比べ大幅に減少する。**年に一度も帰省していない利用者は、**施設入所が84人（約43%）、GHが33人（約31%）、全体で117人（約38%）**

と多くの割合を占めている。これは、施設入所の高齢利用者の介護度が上がり、バリアフリー環境にない、または介護技術に不安があると思われる帰省先で受け入れ困難なケースが増加しているといった現状が見て取れる。一方、GHの利用者は比較的自立度が高いため、帰省機会もそれほど多くはないが確保されている現状がある。

2 施設と保護者の意思疎通、交流について

(1) 方法別人数、施設数

家庭訪問について	実施している(人)	実施していない(人)	施設行事との連携	連携している * () 内は回数	連携していない
施設入所 (生活介護)	0	196	施設入所 (生活介護)	7施設(1~8)	1施設
GH	9	99	GH	3施設(1~4)	5施設
生活介護 (日中)	0	0	生活介護 (日中)	4施設(1~5)	2施設
就労B	0	0	就労B	13施設(1~5)	5施設
就労A	1	0	就労A	1施設	0施設
就労移行	0	0	就労移行	6施設(1~4)	5施設
地活	0	0	地活	1施設(2)	0施設
計	9	295	計	35施設	18施設

定期的な 電話連絡	実施している(人)	実施していない(人)	広報誌の 発行	発行 (回数@年)	発行していない	保護者ボラ の活動	実施 (頻度@ 年)	実施し ていな い
施設入所 生活介護	68	128	施設入所 生活介護	8施設 (2~12回)	0施設	施設入所 生活介護	6施設 (1~10回)	2施設
GH	64	44	GH	2施設(2回)	6施設	GH	1施設	7施設
生活介護 (日中)	1	5	生活介護 (日中)	2施設(2回)	4施設	生活介護 (日中)	3施設 (1~4回)	3施設
就労B	28	57	就労B	6施設 (2~10回)	12施設	就労B	6施設 (1~4回)	12施設
就労A	1	0	就労A	1施設(2回)	0施設	就労A	1施設 (2回)	0施設
就労移行	1	0	就労移行	6施設 (2~10回)	5施設	就労移行	4施設 (2~3回)	7施設
地活	1	4	地活	1施設(3回)	0施設	地活	0施設	3施設
計	164	238	計	26施設	27施設	計	21施設	34施設

【分析】

施設や利用者の特性に応じてある程度の傾向があるように見て取れる。

施設入所では、広報誌の発行や行事への参加の誘い、ボランティア活動の実施など一度に多数の保護者への情報提供及び情報交換ができる機会を設けている一方、家庭訪問や個別支援計画に関する面談頻度は多くなく、より深く利用者や利用者を取り巻く環境を掘り下げて理解する機会があまり確保されていない現状が見て取れる。

GHや就労施設に目を移しても、保護者との関わり頻度は決して多いとは言えないが、特に広報誌の発行頻度やボランティア活動の実施については施設入所に比べかなり低い数値となっている。実施している施設もあることから、事業所個々の事情が影響しているものと思われる。

今回調査対象の入所施設からの共通の悩みとして、保護者の高齢化が進み、甥や姪など利用者からの関係性が薄い親族が保護者の場合、行事への不参加など施設との関係が疎遠になっていっているという現状がある。概して制度や身元引受人の内容に知識が不足しているほか、必要な情報提供が滞ったり、協力を求めたくてもできなかったりといったケースもある。保護者への施設サイドからの積極的な働きかけがこれまで以上に必要になっている。

(2) 工夫している点 (回答要約)

広報誌の紙面内容の充実や、日中活動の見学会の開催、保護者と職員の合同研修、プランナーの自宅訪問、毎月面会日を設定し保護者同士が来所しやすい環境をつくる一など多岐にわたっている。また、GHでは、保護者が参加したケース会議の実施なども行われている。

利用者の高齢化に伴い、**保護者の高齢化や身元引受人の変更などの事態が発生し、施設から足が遠く保護者が増加している傾向にある。** 今後は、施設サイドからの質量ともに充実した保護者へのアプローチが求められている。また、GHについては、行事を開催するケースはあまり多くないが、ケース会議に保護者の参加を求めたり、家庭訪問を行ったりと年に数回は保護者との接点を持つようにしている。

(3) 高齢化による弊害を感じている点 (回答要約)

保護者の高齢化が進むことで、入所施設とその利用者が発生するさまざまな弊害も生まれている。

一つは身元引受人が甥や姪、あるいは遠い親戚などにバトンタッチされた場合、利用者本人と保護者との関係性の維持や向上が困難になっている点あげられる。施設側からどの程度、保護者サイドに働きかけていくのが適切な距離感と言えるのか手探りな状況がある。また、障がい者支援に関わる制度や身元引受人の内容についても総じて理解が薄く、施設側からの丁寧な説明が求められている。

GHについても同様に関係性の維持という問題が指摘されている。

(4) 利用者が亡くなられた時の対応 (墓、葬儀、財産分与、各種手続き) (回答要約)

入所施設において、利用者が亡くなった際にどのような対応がなされているのかについては、施設の方針等によってまったく対応していない施設と条件付きで対応している施設とがはっきり分かれている。多くの施設は原則、親族に対応してもらうこととなっているが、身寄りがない、自宅が遠方で保護者が病気などの理由で施設が葬儀を執り行うケースも数例あった。GHも同様である。

また、ライフデザインノート、エンディングノートなどの活用も重要である。墓や葬儀のことについて事前に利用者の希望を聴く書式としても重要だが、利用者の様々な内面的な思いを形にして残すことができるからである。今後は各施設で実施していく必要があるかもしれない。

3 成年後見制度について

(1) 講習会の実施状況と頻度 (施設入所 8 施設 GH 8 施設)

① 講習会の実施状況			② 講習会の実施頻度			
	行っている	行っていない		半年に1回	1年に1回	全くない
施設入所	2 施設	6 施設	施設入所	0 施設	2 施設	6 施設
GH	1 施設	7 施設	GH	0 施設	1 施設	7 施設

【分析】施設利用者の保護者に対する、成年後見制度に関する講習会の実施状況を見ると、施設入所の場合は8施設中で講習会を実施している施設は2施設のみ。またGHでは8施設中1施設のみとなっており、各施設の成年後見制度に関する保護者向けの啓発活動に必ずしも積極的とは言えない姿勢が浮き彫りとなった。

当事者といえる保護者側からしてみれば、身元を引き受けている利用者自身に成年後見制度の利用が必要とされる局面が訪れない限りは、制度を積極的に学び、利用しようという動きが自発的に出てくることはなかなか起こりえないものと思われる。しかしながら、現状として、保護者に不測の事態が発生した場合に、対象利用者の財産管理とそれに関わる諸手続きが滞ってしまっている状況も少なくなく、保護者に一番近い距離にある施設サイドからの、制度に関する積極的な啓発活動が求められている。

(2) 現在成年後見制度を利用している方の人数、今後利用が望まれる方の人数

現在成年後見制度を利用している方について (全19人)						今後制度の活用を「予定して」または「望まれる」方について (全22人)					
〔施設入所〕			〔GH〕			〔施設入所〕			〔GH〕		
利用者	年齢	主な理由	利用者	年齢	主な理由	利用者	年齢	主な理由	利用者	年齢	主な理由
A	58	イ、ロ、ニ、ホ	A	63	イ、ハ	A	81	イ	A	73	ハ
B	55	イ、ロ、ニ、ホ	B	61	イ、ハ	B	68	イ	B	53	イ、ニ、ホ
C	62	イ	C	51	イ、ハ	C	52	イ	C	59	イ、ロ、ハ
D	70	イ	D	66	イ	D	76	イ	D	59	イ、ロ、ハ
E	64	イ	E	68	ハ、ハ	E	57	イ、ロ、ハ、ホ			
F	59	イ、ニ、ホ				F	88	イ、ロ、ハ、ホ			
G	67	イ、ハ、ホ				G	57	イ、ロ、ハ、ホ			
H	75	イ、ロ、ハ、ホ				H	52	イ、ロ			
I	56	イ				I	57	ロ			
J	56	イ、ハ				J	62	イ、ハ、ホ			
K	51	イ				K	63	ハ			
L	47	イ				L	67	ロ			
M	51	イ、ハ				M	64	イ			
N	90	イ				N	60	イ			
						O	73	イ			
						P	82	イ			
						Q	60	イ			
						R	55	ニ			

*主な理由＝イ:両親が健在かどうか ロ:甥、姪がいるかどうか ハ:親戚は近くにいるかどうか ニ:家族親戚の関係は悪くないか ホ:普段から連絡や面会はあるか ヘ:その他

(3) 制度利用理由別順位と分析

イ:両親が健在かどうか ロ:甥、姪がいるかどうか ハ:親戚は近くにいるかどうか ニ:家族親戚の関係は悪くないか ホ:普段から連絡や面会はあるか ヘ:その他

制度を利用している方について				制度活用を予定または望まれる方			
〔施設入所〕(全14人重複あり)				〔施設入所〕(全18人重複あり)			
順位	理由	件数	割合	順位	理由	件数	割合
1	イ	14	100%	1	イ	14	77%
2	ホ	5	35%	2	ロ	6	33%
3	ハ	4	28%	3	ハ	4	22%
4	ロ	3	21%	3	ホ	4	22%
4	ニ	3	21%	5	ニ	1	5%
				5	ヘ	1	5%
〔GH〕(全5人重複あり)				〔GH〕(全4人重複あり)			
順位	理由	件数	割合	順位	理由	件数	割合
1	イ	4	80%	1	イ	3	75%
2	ヘ	3	60%	2	ロ	2	50%
3	ハ	2	40%	2	ハ	2	50%
				4	ニ	1	25%
				4	ホ	1	25%
				4	ヘ	1	25%
■施設入所・GH 合算				■施設入所・GH 合算			
順位	理由	件数	割合	順位	理由	件数	割合
1	イ	18	94%	1	イ	17	77%
2	ハ	6	31%	2	ロ	8	36%
3	ホ	5	26%	3	ハ	6	27%
4	ロ	3	15%	4	ホ	5	22%
4	ニ	3	15%	5	ニ	2	9%
4	ヘ	3	15%	5	ヘ	2	9%

【分析】

現在制度利用中の方は、全体で304人中19人(6%)と低い割合だが、今後利用予定の方も同22人(7%)となっている。今後利用者、保護者が高齢化することを考慮すると10年以内に約10人に1人の割合で制度利用になるのではないかと懸念される。また、主な理由では、1位がイの両親、兄弟が健在かどうかで、圧倒的に大きな割合を占める。2位はハ、3位はホであり、親戚や親族がいても遠方で疎遠になる場合、成年後見が必要となることが分かる。今後予定される方の順位でも、ハ、ホは上位であるため、少しずつ制度利用に向けて支援をしていく必要がある。または、家庭訪問を年に1度行うなど、ややアウトリーチ型の支援も必要になる可能性がある。

(4) 成年後見制度利用の事例（施設入所支援）

Aさん（56歳、男性、区分4、要介護認定なし）は、平成15年に母親が死去し、本人との血縁関係者は姉だけになりました。しかし姉も知的障がいがあり他施設で入所生活をしていました。そのため成年後見制度を利用しました。司法書士の方が後見人となりました。姉との関係については1年に1度ほど施設を訪問し面会を行っています。利用者の帰省の際には帰省先が無い為、ずっと施設にいるのではなく、一人で一般の宿泊施設にも泊まる事が出来ることから、送迎等の方法を考え、他の場所に宿泊する等の支援も必要だと感じています。

Bさん（59歳、男性、区分4、障がい等級B1、要介護認定なし）は、昭和41年1月に入所。比較的自立度は高くコミュニケーションもでき、意思表示は言葉でできます。家族関係は実父母が他界、継母、実姉が2人、異母妹が1人、甥、姪が一人ずついます。実姉の内の一人が帰省の受け入れなどしていましたが、相続目的ではないかと親戚等に言われることを心配、辞退したい旨のほか、施設に相談がありました。その後親戚間で相談の結果、親戚の方が後見人となりましたが、数年で死去（平成11年5月）。身元引受人は義母になりました。数年後義母も高齢であるため、異母妹が身元引受人になりますが、施設と遠距離であり、異母も高齢であり、新しい後見人の申し立てを行いました。甥、姪はいるものの、このような複雑な親戚間の確執関係の中では、後見人は結局選定に至らず、平成19年3月、ようやく司法書士が後見人となるよう手続きがなされました。本人は今でも家に帰りたいという希望を持っていますが、帰省は全くできていません。異母妹との関係は悪くなく、個別支援計画の送付や返信はスムーズで、電話にも出ていただいています。果物を施設に送ってくれることもあります。本人は「異母妹が大変になるから、本当は帰りたいけどしょうがない、ここで俺はいいもんで」と話しています。

(5) 成年後見制度利用の事例（GH）

Cさん（64歳、男性、区分4）は、母が他界し、父も高齢で体調不良が目立ち始めたため、従兄の男性が後見人となりました。その後、父も他界。後見人は近隣に住んでおり、時々様子を見に来ていただいています。GH利用者の中には他に、両親不在で親類も遠方の方が数名。早目に成年後見の利用を進めたいと考えています。

Dさん（68歳、男性、区分2、要介護1）は、平成19年9月、（身元引受人の）妹が亡くなりました。平成21年10月、グループホーム入居。平成24年7月、別のグループホーム転居。父・妹は亡くなり、弟はいるようですが疎遠で支援は一切ありません。母は介護保険のグループホームに入居中です。亡くなった妹の子ども（甥、姪）がいて、身元引受人になってはいますが、当時、姪はまだ中学生で、本人への支援が難しい状況だったので、成年後見制度を利用することにしました。その後、距離の問題もあり、関係はより希薄になってしまっています。身元引受人について、両親はもちろん、兄弟も亡くなり、甥姪の世代になっています。世代交代し疎遠になりがちの中で、関係を維持できるのか不安です。

Eさん（65歳、女性、支援区分1）は、親族後見から第三者後見に変更しました。母親が他界した時に、財産分与の関係で親族後見となりましたが、後見業務の大変さ、ご自分たちが年をとりこのまま後見を続けることへの不安、本人の生活を自分たちだけでなく客観的に見てもらえるように、という願いから、その後、後見人の変更がありました。親族との関係に変化はなく、これまでと変わらない関係が続いています。加えて後見人の方が変わったことでご本人の生活を考える時に相談できる窓口が増えたことは良いことだと感じました。

【分析】

成年後見制度利用の事例を見てみると、利用に至った理由はさまざまだが、親兄弟など保護者の高齢化に加え、甥や姪などの世代は日常の生活に忙しく、なかなか身元を引き受けられないケースも目立つ。家族との関係性を維持できるような支援が今後更に求められる。また、施設サイドからの、制度に関する積極的な啓発活動が求められている。

第X章 <提言8> 24時間見守り型GH、24時間認知症対応型GHの必要性について

1 現在のGHがバックアップ施設に頼っている現状について

(1) バックアップ施設の有無（ある場合は箇所数）

有無／事業所	みのちGH	ほっとらいふ	ながのコロニーGH	育豊GH	須坂悠生寮GH	あおぞらGH	エコーンファミリーGH	廣望会GH	計
ある	1		1	1	1				4
ない		○	○				○	○	4

【調査結果】比較的高齢の利用者がいるGHではバックアップ施設(入所施設)があり、比較的若い利用者が多いGHは、バックアップ施設は少ない。

(2) 緊急時の対応の現状と課題（P45 入院について困る事 特記欄 再掲載）

GH利用者が夜間急に具合が悪くなったり入院したりする場合、バックアップ施設(入所施設)が対応している。利用者情報を整備しきれていない現状があるため、利用者の服薬や既往歴等の状況説明、病状説明の際に困る可能性がある。面会では、入院者が複数の病院に入院した際、面会先が異なるので、移動時間も含めてかなりの時間を費やすことがあり大変。休日は世話人を除く生活支援員が1人での勤務になるため、面会、入院時の対応等があれば不在となり、支援に影響が出る。

(3) GHで体調変化等により、バックアップ施設が対応した事例

Aさん(当時65歳、女性、現在(障がい支援区分5、要介護2))さんは、昭和41年から、施設入所。平成17年4月、グループホーム入居(夜間世話人不在)。平成17年10月、グループホーム転居(夜間世話人不在)。

平成25年1月、夜間、駅員からバックアップ施設に電話が入りました。支援員が駆けつけ、本人であることを確認しています。

痛みを訴え、救急搬送されていますが、特に異常はありませんでした。話を聴くと、特養に行く予定だった、以前入居していたホームの鍵を返しにいくところだった等話しています。急に思い立ってのことかはっきりは分かりません。

平成25年2月、上記のことが、認知症状によるものか障がいによるものかは分からないこともあり、様子を見守るため宿直体制のグループホームに転居しました。

その後、CT等検査していますが、アルツハイマー型が少し進んでいる様子のみで治療を要するものではないとのことでした。今現在もはっきり症状が出ていないこともあり、障がいによるものか認知症によるものか判断が難しいと感じました。

Bさん(65歳 区分1)は、白内障の手術後に本体に10日間短期利用で静養しました。

Cさん(63歳 区分4)は、転倒して肋骨にひびが入ってしまい、ホームでの生活が不安になったため(痛みの訴えで頓服使用、治療、日常生活に介助が必要な場面が生じるなどで)1カ月ほど本体で生活をしました。動けるようになってきてから、暫くは、本体から事業所に通い、痛みの訴えがなくなり日常生活が戻ってからホームの生活を開始しました。

Dさん(当時73歳、女性、区分2、要介護4)は、昭和51年2月～、施設入所。平成20年12月、グループホーム入居。平成23年頃から意欲の低下や失禁、入浴拒否がみられるようになりました。その後、平成24

年7月、入所施設に再入所になりましたが、状態は安定しています。恐らく原因は、グループホーム同居者からの執拗な世話焼きによるストレスからとも思われます。バックアップ施設に再入所できた為、良かったものの、それができなければ、どうなっていたのでしょうか。法人のGHが24時間の見守り体制を築くことができれば、生活の場所として、最適だったと考えると、利用者の状態に合わせて、24時間の見守り体制を作れるよう、加算の拡充や世話人、支援員のレベルアップも必要ではないでしょうか。

2 入所施設利用者の重度化とGHの介護機能の脆弱性について

(1) 利用者の移行先（GH分析）P54 再掲載

【GH分析】GHの移行理由は身体機能の低下が1位となっている。「医療ケアが1位ではない」ということが問題なのではないか。入所は医療ケアが1位だったが、GHは身体機能低下が1位ということは、やはりGHの介護機能が低いことが分かる。24時間体制のGHも今後更に求められている。

(2) 施設利用者調査結果

「日中系サービス利用状況の結果」（詳細P3）、サービス選択「施設入所利用者196人分析」（詳細P21）「施設入所利用者分析まとめ」（詳細P21）、「GH利用者108人分析」（詳細P23）、「全生活拠点利用者352人分析」（詳細P26）

(3) まとめ

(1)、(2)より生活介護に様々な利用者が溢れてニーズが多様化している。その他施設利用者調査の結果で入所施設に多くの重度の利用者が偏り、GHには軽度の利用者が多く、介護度が高い方、医療を必要とする方、認知症の利用者を受け入れることが出来ておらず、長野圏域GHの介護機能、医療機能はバックアップ施設頼みで、非常に脆弱であることが窺える。

D～Gのような施設が今後あれば、現在の施設入所者でも地域移行できる方が増え、重度の方もそれぞれのニーズに応じた施設で生活することができる。

3 医療機能の脆弱性について

(1) 在宅酸素、カテーテルの施設対応の現状（P52再掲載）

回答施設数は少ないが、カテーテルであれば、GHや生活介護でも対応できる可能性がある。ただ、管が詰まってしまうといったトラブルも考えられるため、夜間など、利用者自身で緊急連絡が出来ない方は、24時間対応のGHが必要になる。今後求められることは、全てのGH、日中系事業所が、カテーテルを使用する利用者の受け入れを可能にして、入所施設や介護保険施設への移行を防ぐことも重要なのではないかと。

(2) 専門的医療行為についての特記回答（P53再掲載）

- ・ GHにおいては専門的医療行為を行えない。
- ・ 医療行為が必要になった場合は、適切な施設への入所、ロングステイ等での対応となる。その際、利用者が入所利用を拒まれた場合、どのように支援していくか、検討を要す。
- ・ 24時間対応ができる看護師数ではない。
- ・ 現状では、医療行為が必要となった場合、GHは退所となる。
- ・ 日常的に医療行為、介護を要する状態になった際は、バックアップ施設への入所、ロングステイ等で対応。
- ・ 世話人の場合、技術的な不安から、直接対応が難しい。そのため、支援員が直接確認しに行き、夜間はバックアップ施設での対応を行う。

・看護師が1名しかいないため、24時間に対応できる体制が組まれていない。医療行為が必要になると、退居になる。カテーテルの方がいるが、対応者は世話人も含まれる。世話人は技術に不安があり、直接的なケアが難しい。そのため夜間帯はバックアップ施設が対応する。それでも無理があるなら施設や病院に移行することになる。

4 24時間見守り型GHの必要性について

(1) 施設利用者調査結果より (再掲載)

①「施設入所利用者196人分析」(詳細P21)より

施設入所が、24時間の見守りさえあれば、地域で生活できる利用者まで、支援している現状がある。

②「全生活拠点利用者352人分析」(詳細P26)より

三番目は、24時間見守り型GHで64人(18.2%)。リニューアルの施設では一番多く振り分けられている。60代から70代の利用者が多く必要としている。

③「GH利用者108人分析」(詳細P23)より

Gの24時間見守り型GHが全生活拠点で64人中21人(32.8%)がGHでの該当というのは割合として、少なくないのではないかと。夜間支援や頻繁な見守り、声掛け、適切な日中支援が必要なのにも関わらず、現在の制度下のGHでリスクを抱えた状況で生活されている利用者が19.4%いる、ということは、今後に向けてGのような施設が必要になるのではないかと。

(2) 現在夜間対応GH数と今後5年でプラス何棟必要と考えているか

	みのちGH	ほっとらいふ	ながのコロニーGH	育豊GH	須坂悠生寮GH	廣望会GH	計
①夜間対応GH数	2	1	0	0	0	7	10
②今後何棟必要か	2	3	0	2	0	1	8

【調査結果】夜間対応のGHは圏域で10ホームと多いようにも感じるが、若い利用者が比較的多い法人を除けば、夜間対応のGHは実質3ホームであり、少ない。逆に今後何棟必要か、という調査結果では、その法人の回答を除けば、今後7ホームも圏域に必要ということになる。施設利用者調査の結果も合わせて考えると、高齢化、重度化が最大の要因であると思われる。

5 24時間認知症対応型GHの必要性について

(1) 「施設入所利用者196人分析」(詳細P21)より

施設入所が認知症介護もやらざるを得ない状況になっていることが分かる。Fのような施設が必要と考えられる。

(2) 「全生活拠点利用者352人分析」(詳細P26)より

6番目は、24時間認知症対応型GH/デイサービス併設型で32人(9.1%)が振り分けられた。内訳は施設入所が24人(75%)、GHが4人(1.1%)、在宅が4人(1.1%)となっている。年齢別に見ても50代~80歳代以上まで人数が振り分けられており、今後更にニーズは増えると思われる。

(3) 24時間見守り型GHや24時間認知症対応型GHのバリアフリー機能の必要性

第三章 <提言1>社会福祉施設のバリアフリー化助成事業の創設

P27～P36により、バリアフリー機能を携えた24時間見守り型GHや24時間認知症対応型GHが今後更に必要となる。

(4) 認知症利用者支援の課題

ハード面での課題は、グループホームでは世話人は1人での勤務に対して、利用者が4～7名いること。そのため、常時一人と関わることは難しく、別の利用者の入浴介助等があれば見守りも難しい場合がある。徘徊の場合には、特に双方の支援が困難になる。そのため、現状の支援体制では、認知症利用者の支援は難しく、バックアップ施設へ移行するケースが増えている。今後、認知症利用者が急増して、バックアップ施設の定員受け入れが困難になった場合、介護保険施設への受け入れもすぐには難しい場合、ホームでの支援体制が必要になる可能性がある。その時にすぐ体制が整えることができるのか心配。また、ソフト面では、世話人によって障がいに対する理解や認知的行動に対する知識がなく、肯定的に捉われにくいことがある。世話人の認知症に対する理解が必要。

6 24時間認知症対応型GH（日中併設型）の必要性について

(1) 認知症対応事例（施設入所支援、生活介護）

Aさん、オムツ使用者ですが、排便の感覚が無くなり、排便後は気持ちが悪いため便をオムツ外へ出してしまいます。便をいじっているという認識がないため、便だらけの手で顔面や髪をさわって便だらけになってしまい衛生面で困っています。

Bさん、認知症の症状により歩行時に緊張が見られ足が出ないことが定期的に現れています。症状が現れた時には車椅子を使用しています。

Cさん、夜間自室で排尿をすることが3日に1回の割合で見られます。定時排泄を実施していますが、排泄後にも失禁することがあり対応に苦慮しています。最近では排便後の便いじり、徘徊などの症状も見られるようになってきています。

Dさん、食事時はお手拭きの異食、行動では無届外出が何度も見られ、30分置きに所在確認を行っています。

Eさん、食事時の異食・他利用者の食事を食べる、他利用者に対する暴力行為等があり、突然行動に現れるため、被害を防ぐ方法に苦慮しています。

Fさん、トイレ、部屋の間違い、昼夜にかかわらず、大声だしなどあります。それに対して、実際に寄り添い声掛けをしています。集団生活をしていると、他利用者さんともトラブルになることがあります。対応に苦慮しています。職員間で生活記録等書くことで、原因追究を行っていますが、まだまだ支援力不足を感じています。

Gさん、夜間眠れない時に、他利用者の部屋に入り込む行動があります。

Hさん、突然施設を飛び出して外へ行こうとするため、目が離せません。

Iさん、職員が作業等に入っている時、夜勤者のみの時間などは特に注意しなくてはならない状況です。

Jさん、65歳。女性。認知症傾向の進行に伴い、ADLが低下、歩行も困難となりました。現在は車椅子使用です。支援に対し、叩く、つかむ、蹴るといった行為での抵抗があります。食事を投げてしまい、また、食べられる物にも限りがあり、栄養管理に苦慮しています。

Kさん、63歳男性。ADLの低下に伴い、生活全般に介助を要します。日中は生活介護の事業所へ通所、土日はタイムケアも利用。徘徊があり、GPSを携帯。24時間対応でないため、夜間状況に不安があります。現在は、同GHに妹が同居していますが、認知症が更に進めば、GHでの生活は難しくなります。

(2) 認知症により退所され、介護保険施設に移行した利用者の事例

Lさん(62歳、男性、障がい等級A1、区分3、要介護度2)は、自立度が高く、農作業などを非常に精力的にされている方でした。そのため、入所から法人内GHに移って生活し、日中は通所していましたが、数年前から夜尿が目立ち、動きも緩慢になり、コミュニケーションも以前のようにとれなくなってきました。その為、再入所する運びとなりました。再入所されてからは、怒りながら、大声を上げて施設内を徘徊したり、小便器に排便してしまうなど、明らかな認知症の症状が出始めていました。また、集団で行う季節行事やプログラムに参加できず、居室に帰ってしまうこともあり、常に本人の居場所が①食堂前で立っている、②居室で寝ている、③廊下で徘徊をしている、という3つの選択肢に限られ、生活リズムの確立ができない上に、これとって本人が喜ぶ支援もできていない現状がありました。認知症GHのように、居室は個室で、共同スペースもあり、絵や創作活動を行うことができ、落ち着いた人間関係、適度な運動ができるサービス提供が考えられますが、法人内のGHには、そのようなサービスはありません。同じような日々を過ごしている状況でした。今後の支援について、ご家族とも相談した結果、**近くの特別養護老人ホームに入所の運びとなりました。**移行後は、徐々にADLが落ち始め、座ったままで過ごすことが多くなり、大声もなくなりました。いきなり特養ではなく、**介護保険サービスにあるような、24時間認知症対応型のGH(日中はそのままデイサービスとしても機能する)への入居も考えられたのではないかと、とも思われます。**障がい者のサービスでは上記のようなサービスはないため、今後、認知症を持つ高齢の知的障がい者のGHも必要になる可能性があります。

Mさん(退所時64歳、女性)は、家庭より、日中は作業施設に通所していましたが、水頭症から認知症状が出るようになり、家庭での生活や作業施設の利用が困難となりました。平成16年3月、当施設の短期入所を利用開始。同年6月に入所利用となりました。活動に参加し、楽しんでいる姿も見られましたが、人格が極端に豹変する事が多くなり、理解力も衰えました。徐々に足元もおぼつかなくなり、ヘッドギアの装着、歩行器の使用、車椅子と、症状は進行していきました。平成20年には自らの身の回りの殆どに介助を要する状況となりました。やがて、一日のほとんどを寝て過ごすように。体の様々な機能に支障が出てきました。本人の状況から、介護保険の対象であろうと判断され、出身地区の福祉課にも入っていただき、介護保険施設を探す事に。導尿カテーテル等の医療対応や、身辺処理への対応を行いながら、施設での支援を続けてきましたが、平成21年12月、特養への移行が決定。認知症状については、症状が進行する過程で、人格の変容(突然の激高、大声で叫ぶ、暴力行為、泣き出す等)により、**他の利用者さんにも影響を及ぼし、施設全体が不穏な状態になってしまっていた事が、大変であったと思います。**この利用者さんが若ければ介護保険を使うことはできなかったと思います。

Nさん(71歳、女性、区分5、B1)は、平成24年入所施設に入所。1年程経過したあたりから特定の利用者に対する暴力行為や物損がエスカレートして、病院に入院。その後は病院(精神科閉鎖病棟)へ入院されました。職員の思いとしては、**認知症対応型の施設等への移行が望ましいと思いました。**

Oさん(当時66~67歳、男性、区分3、要介護5)は、昭和38年5月~、救護施設入寮。昭和40年9月~、施設入所。平成18年12月、グループホーム入居。平成19年3月頃~、こだわり、収集癖、徘徊が以前より強くなりました。認知症状が出始めました。平成23年7月、(昼夜問わず、特に早朝)徘徊するようになり、バックアップ施設で様子を見るようになりました。平成23年8月、左脳出血。救急搬送され、ICU入院。平成23年10月、療養型の病院に転院。平成23年11月、特別養護老人ホームに移行となり、グループホーム退去となりました。脳疾患が原因で入院となりましたが、世話人が常時いるグループホームでも徘徊をどこまでも見守ることは難しいと思います。また、病院のケースワーカーはいましたが、急性期の病院からの移行先を探すため、あちこち病院を探し回ったことが大変でした。**受入先がなかったことが最大の課題と考えられます。****24時間認知症対応型GHや24時間対応GHの必要性を感じました。**

(3) 日中活動別調査（特養、デイサービス、地域密着型認知症対応型共同生活介護）内容・分析

詳細P 81～83

(4) まとめ

事例では、入所施設において、認知症利用者の様々な行動障がいが見られ、ハード面でも、ソフト面でもその場所で過ごすことが難しい利用者もいた。

また、現在の介護保険のGHは世話人ではなく支援員（介護員）が24時間体制で配置されているのに対して、障がい者のGHは世話人の配置が多く、夜間体制（宿直職員勤務等）が整ったGHは少ない。

また、介護保険の認知症GHは、そのまま日中活動先（入浴、排せつ、食事、レクリエーション、リハビリ等）にもなるが、障がい者のGHでは、日中はホーム以外の場所で過ごすことが多い。そのため、必要に応じて介護保険と同等の支援体制を組めるような制度、ホームが必要なのではないか。

また、介護保険では認知症GHは、区域で設置数が限られている。障がい者施設の法人が頑張っ介護保険に参入しても一般の利用希望者の受け入れもすることになってしまうため、参入に踏み切れない部分がある。24時間対応GHや24時間認知症対応型GHを創設した時などは、一般の方も含め、圏域の障がい者を基本的に受け入れることができる、という制度が必要なのではないか。

7 最終分析

高齢化、重度化が進み、施設入所には介護度が必要な利用者、認知症利用者、24時間の見守りがあれば本当は地域で生活できる利用者、若い利用者、行動障がいがある利用者が混在してニーズが多様化している状況である。今後入所施設の役割や機能、利用者像を確定した上で、医療、介護機能をレベルアップしてニーズに合った適切な支援を行うことができるようにならなければいけない。そしてGHは、24時間見守り型または24時間認知症対応型のような施設機能を持ち、地域生活が可能な利用者の受け入れ範囲を拡大するべきである。認知症介護、ADL低下（介護度が重い）利用者介護ができるように体制を整備して、入所施設に重度の利用者が溢れかえらないようにすることが重要。

おわりに

本検討会は利用者、施設、専門家、先進施設、各関係機関などを対象に、様々な調査を行い、その中で現状を把握して今後必要な部分についてまとめてきた。

施設利用者調査の結果では、緊急性があるようなデータは少ないようにも見えるが、今後更に重度化が予想されるデータとなっていた。更に既に介護保険施設等に移行している利用者も考慮すると、実数としてはもっと跳ね上がることになる。項目によっては現在の人数だけでも重度化が読み取れるデータもあった。

また、施設実態調査では、①施設整備（バリアフリー化）の必要性が分かってきた。特にGHは入所施設に比べてバリアフリー化が進んでおらず、段差があるなどの問題により、医療的ケアではなくADL低下によって退所になってしまう、という仮説も立つことになった。入所施設も今後の高齢化、重度化に備えて浴室と浴槽の間の段差の解消、また、既存の施設設備に応じた特殊浴槽の導入、電動ベッドの導入なども課題であることが分かった。24時間見守り型、認知症GHも必要になる。

②医療では、入所施設で利用者が喀痰吸引、胃ろうなど医療的ケアを必要とした時、施設での生活を継続できず、特別養護老人ホーム等にやむを得ず移行している事例もあった。今後、利用者のニーズに応えるためには、資格や技術が更に必要になっていき、入所施設がレベルアップして介護機能、医療機能を高め、既に県内に存在する先進施設（ターミナルケア有料老人ホーム）のような訪問看護ステーションなど様々な機関と連携して運営する医療型小規模入所施設も必要になる。そして入所施設を「砦」として残すためには、GHについても、医療機能までは無理でも、介護機能は高める必要がある。その意味で24時間見守り型GH（日中はそのまま活動先にもなる）や認知症対応型GH（日中は認知症デイサービスとして機能する）が重要になっていき、そのためには世話人の介護研修等も課題である。それぞれがレベルアップする中で、今後相互に連携し合いながら、利用者のニーズに応じていくべきである。

③日中活動では、どの施設も様々な利用者が混在しており、グループ分けに必要な職員を配置できず、高齢者、若い利用者それぞれに適切な個別支援ができていない現状を把握できた。その中でも施設ごとに様々な活動を工夫しながら実践されており、情報交換の必要性と高齢者のための柔軟な活動内容の変更や調整も重要になることが分かってきた。

④保護者への対応では、やはり保護者も高齢化している現状があり、成年後見制度利用等について少しずつ支援していく必要がある。家庭訪問を行い、早めに施設側から状況を把握することも重要、という部分も分かってきた。

様々な課題がある中で、しっかりと「現状」と向き合い、その上で「理想」を掲げ、その理想を叶えるために何をすべきか、各圏域で、各施設で各職員が、そして行政が考えていかなければならない。また、今後本検討会のような組織が各圏域等で自然発生的に作られ、関係する人全員で課題と向き合っていくことを強く望む。

最後に、本検討会の調査にご協力をいただいた利用者の皆様、施設の関係職員の皆様、専門家の皆様、先進施設の職員の皆様、各関係機関の皆様に改めて感謝を申し上げるとともに、本報告書が高齢知的障がい者支援の未来のために少しでも力になることができれば幸いである。

【資料編】検討委員会メンバー、アドバイスをいただいた専門家、別調査各機関一覧

法人名	施設名	メンバー	担当領域
長野県社会福祉事業団	水内荘	真鍋 彰吾	委員長、医療、施設利用者調査 (平成25年度～27年度)
		伊東 慎一	座長 (平成25年度)
		西郷 泰久	GH調査項目、施設設備 (平成25年度～27年度)
りんどう信濃会	須坂悠生寮	中村 光	医療 (ターミナルケア)、保護者の高齢化 (平成25年度～27年度)
		神田 勲	医療 (ターミナルケア)、保護者の高齢化 (平成25年度～26年度)
		覚張 裕一	医療 (ターミナルケア)、保護者の高齢化 (平成27年度)
育護会	さくらの杜育豊	栗原 一憲	医療 (通院、入院等) (平成25年度～27年度)
		奥原 いづみ	医療 (通院、入院等) (平成25年度～26年度)
ながのコロニー	ハートフル五明	高木 哲也	施設設備 (平成25年度～27年度)
	はあてい若槻	波母山 朗	施設設備 (平成25年度～27年度)
長野市社会事業協会	長野市ひかり学園	大島 くに子	日中活動 (平成25年度～26年度)
		前坂 恵美	日中活動 (平成25年度)
		宇野 耕太郎	日中活動 (平成26年度～27年度)
		小林 郁子	日中活動 (平成27年度)
専門家			アドバイス分野
長野市社会福祉協議会	野口 一樹		成年後見制度、保護者の高齢化
合同会社A-line 代表	山本 由紀子		ターミナルケア、医療型小規模入所施設の必要性、医療全般
別調査各機関一覧			回答分野
社会福祉法人新志福祉会 地域密着型介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム 稲里ふれあい荘」			日中活動、PT指導
社会福祉法人長野市社会事業協会特別養護老人ホーム・養護老人ホーム「尚和寮」			
社会福祉法人長野市社会事業協会 通所介護事業所「松代デイサービスセンター」			
メディカルケア株式会社地域密着型認知症対応型共同生活介護「八幡グループホームみのり」			
社会福祉法人長野市社会事業協会 就労継続支援B型事業所「空風」			
合同会社A-line A-光ホーム			医療型小規模入所施設の必要性
A家政婦派遣事業所			入院時支援体制確保

長野圏域高齢知的障がい者支援検討委員会 調査報告書

発行日 平成 28 年 3 月 31 日

発行者 長野圏域高齢知的障がい者支援検討委員会

事務局 社会福祉法人 長野県社会福祉事業団 水内荘
長野県長野市豊野町豊野 2230 番地
電話 026-257-2194

印刷所 社会福祉法人 ながのコロニー 長野福祉工場
長野県長野市大字徳間 1443
電話 026-296-1411

長野圏域高齢知的障がい者支援検討委員会