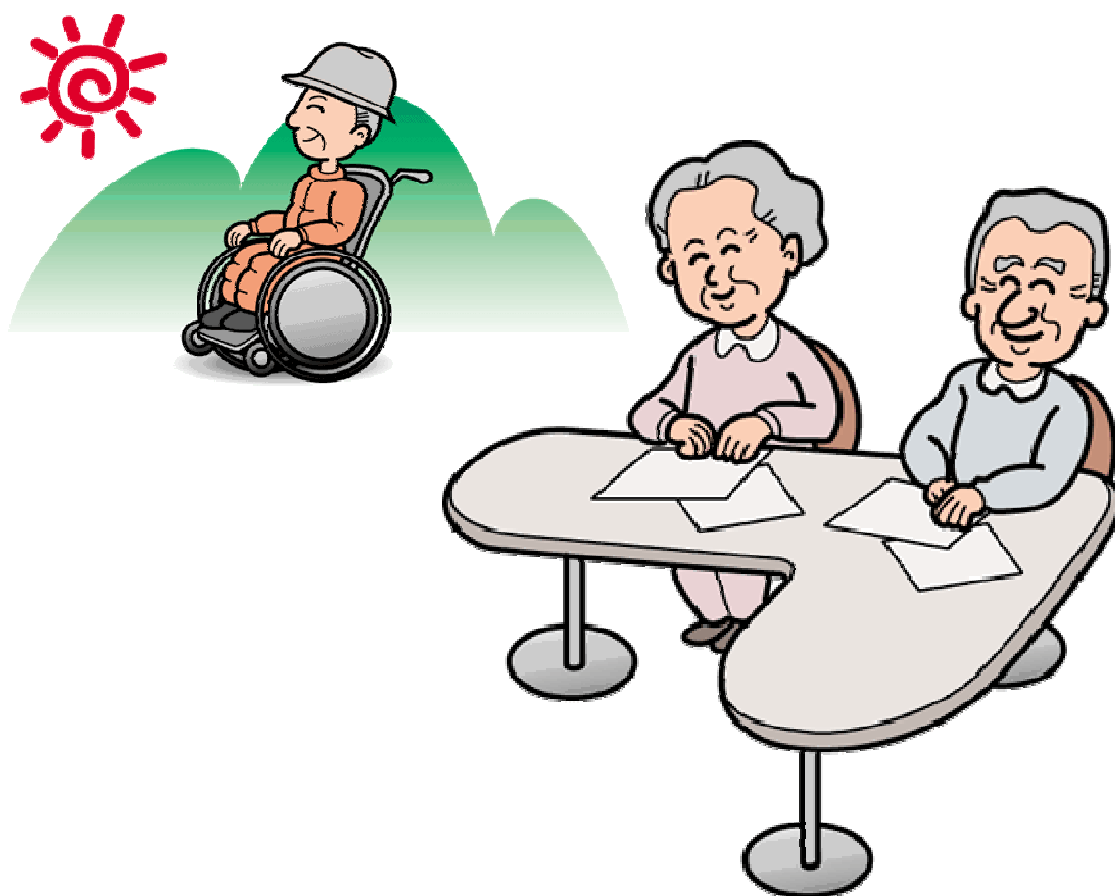


障害のある人たちの 高齢期支援プログラム



発行：障害者の高齢期を支える支援プログラム開発プロジェクトチーム
佛教大学社会福祉学部 植田章研究室
発行日：2016年5月22日

内容

高齢期の支援プログラム開発の意義.....	3
高齢期にある障害者の発達保障を考える	5
障害者の加齢・老化の特徴	11
医療と福祉の連携.....	15
日中活動プログラムの視点について.....	25
高齢期支援プログラム 日中活動における支援の留意点	25
社会福祉法人コスモスほくぶ障害者作業所における日中活動支援の事例.....	26
社会福祉法人ひがしよどがわ福祉会あすわ〜くにおける日中活動支援の事例	30
高齢支援PT 暮らしの支援(グループホーム)	32
入所施設の現状とあり方.....	39
ユニット化から見える入所施設の在り方	43
看取り	45
グリーフケア	48
障害のある人の高齢期支援に向けた制度づくりへの提言	53
はじめに.....	53
1：高齢期の障害者の老化の特徴を踏まえて	61
2、高齢期障害者の現実的課題	61
3、高齢期の障害者への支援プログラム開発の意義.....	62
4、高齢期の障害者への支援制度を考える	63
5、高齢期PT 提言・日中活動(植田章・佛教大学社会福祉学部) 2016.05.19.....	67
6、暮らしの場での支援について.....	74
○高齢期支援 暮らしの場(グループホーム)での留意点案(川本)	74
○高齢期支援プログラム 暮らしの場(入所施設)での留意点	78
【資料1：レクリエーション】	81
【資料②】障害児・者の地域生活支援推進のための機能強化の在り方に係る研究.....	82

高齢期の支援プログラム開発の意義

知的障害者支援施設の利用者の7割余りを40歳以上が占めるようになった（厚生労働省「社会福祉施設等調査」平成25年10月）。加齢に伴う心身機能の低下、生活習慣病や合併症などの健康問題、それに伴う個別対応や医療的ケアの増加がもたらす支援体制への影響などが実践現場で大きな課題となっている。たとえば、大阪府下にある障害者入所支援施設の通院に伴う介助の件数は、年間1,600件にも上る。通院介助に職員の手がとられ、日中の生活介護事業にも支障が出てきている。また、単身で生活する者の中には、家族がいても高齢であったりして、入退院に伴う医療行為の同意など、治療にかかわる判断を委ねることができる人がいないといった問題も生じている。つまり、障害に加えて高齢になることで起こる様々な問題が当事者や実践現場に大きな混乱をもたらしているのである。

本報告書は、こうした福祉現場からの声に応える内容を示すことを目的に取り組んだものである。大阪障害者センター知的障害者の高齢期支援プログラム開発プロジェクトチーム（以下、「高齢期PT」）において行った事例研究の検討を通して、知的障害者の加齢変化の特徴と日中・暮らしの場の支援プログラムについて明らかにしている。さらに、高齢期の制度的基盤の整備と拡充を求め、障害者の高齢期支援に向けた制度づくりへの提言も行っている。

知的障害者の加齢変化の特徴については、報告書の〇〇に詳しく論じているが、支援プログラム開発の意義とかかわって簡単に整理しておきたい。第一に、65歳以上の高齢割合が知的障害者の場合、一般人口に比して低く、10歳から40歳にかけての年齢層で死亡率が高いことである。有馬正高らの調査では、死亡原因の特徴として、一般の人たちとは異なり急性死または突然死が高く、その要因には、本人の訴えに周囲が気づかず手遅れになりやすいこと、生活習慣病、とりわけ肥満を伴う合併症からなる疾患を患う者が多いことがあげられている¹。さらに、重度の知的障害者の場合、内臓奇形や重い運動障害、難治性てんかんを合併する割合が高いことも要因となっている²。第二に、身体機能に関しては、40歳代後半から60歳代にかけて急激に落ち込むことである。これは障害のない人たちと比べて明らかに早い。筆者が障害者入所支援施設を対象に行った実態調査でも、身体機能の自立度は「介助なしには外出できない」「日中もベッド上での生活が主である」と回答した者が45～60歳代で増加している。また、日中や夜間のオムツ使用、食事の提供形態への配慮（「刻み食であれば摂取できる」「ソフト食、ゼリー食、ムース食であれば摂取できる」）が必要になるなど、生活全般への支援を要する者の割合も増えている。第三に、認知症に罹るリスクが高く、生まれつき障害のない人よりも発症が早い傾向にあることである。五味洋一の調査では、65～69歳の知的障害者のうち16.4%に認知症が疑われる症状が現れている。わが国の65～69歳の有病率が1.5%、65歳以上では8～10%とされていることと比較しても、知的障害者の認知症は軽視できない問題になっていると言える³。第四に、ダウン症などのように障害そのものが老いを確実に早めるということである。ダウン症もウェルナー症候群やターナー症候群と同様に早老症候群の一つである。そういう点では、早老症の症状として、白髪や頭毛の脱落、下眼瞼の皮膚のたるみ、皺など外見的な老化が進むほ

¹有馬正高「知的障害をもつ人達のライフステージと健康問題・全国居住施設へのアンケート調査から」『不平等な命——知的障害の人達の健康調査から』社団法人日本知的障害福祉連盟，1998年，10～62ページ。

²有馬正高「生涯を見通した知的障害者への医療」『発達障害医療の進歩15』診断と治療社，2003年，2～4ページ。

³五味洋一他「障害者支援施設における65歳以上の知的障害者の実態に関する研究」国立重度知的障害者総合施設のぞみの園紀要，第6号，2012年。

か、難聴、白内障、歯肉炎が認められたり、40 歳代でもアルツハイマー型の認知症を発症することがある。さらに、早老症とは別にダウン症者の加齢変化の特徴に、急激な「退行現象」がみられることがある。この「退行現象」の原因や発症のメカニズムについては未だ十分に解明されていないが、橋本創一や菅野敦らは「青年期から成人期のダウン症者に一定の割合で急激な退行が出現しており、しかも、特定の疾病・疾患診断のつかないものであったことから、ダウン症に特有の心理学的機構に起因する退行現象であることは推測される」と指摘している⁴。「高齢期 PT」が行った事例研究においても、20 歳代後半から現れた「退行現象」が 30 歳代半ばにさしかかっても改善しない事例が報告されている。急激な退行現象を発症する契機には、職場や作業所内での対人関係のつまずき、仕事内容の変更やそれに伴う過度の緊張、きょうだいの別居、両親の死亡等による別離などがあげられた。ダウン症者固有の問題を明らかにするためには、幼児期からの生育過程での自我形成の特徴、成人期の社会・家庭環境における問題、早い人では壮年期から発症する認知症などに留意した検討が必要になる。第五に、障害特性の及ぼす影響と障害があることで被ってきた不利益についてである。彼らは、障害があるがゆえに、病気の発見が遅れたり、援助行為を受け入れることができなかつたりする。また、それだけでなく、障害のない人に比べて、これまでの生活体験・社会経験の幅が狭いために、十分な知識や判断力を獲得してきたとはいえず、そのために壮年期・高齢期に自分自身や家族における様々な変化を受け止め、対応していくには多くの困難が伴ってくる。そういう意味からも障害者のライフコースは、障害の原因疾患だけでなく、障害の程度や社会環境要因に大きく規定され、障害のない人たちとは異なるものと思われる。

以上のような加齢変化の特徴や社会的不利益から、知的障害者には障害のない人の老化とは区別し、何らかの特別な支援方法なり配慮が用意される必要があるだろう。一概に身体介護の度合いだけで支援内容を決定することはできないし、一般の高齢者施設の支援とも大きく内容が異なってくる点を理解しておかなければならない。

知的障害者が歳を取り、その時々課題を乗り越えながら人生の最期を迎えるまで、継続的に支援を行った経験を有する福祉施設や職員はまだまだ少ない。しかし、壮年期・高齢期の生活は、幼少期・青年・成人期と切り離されて存在しているわけではない。青年・成人期から高齢期を見通した地域での生活のあり方を模索していかななくてはならない。そのためにも、高齢社会における障害者問題の固有の意味と課題を究明することとともに、高齢期にふさわしい障害者の新たな生活づくりを担う職員の専門性の確立と専門家集団の育成が求められている。

生まれたときから障害とともに生き、老いに面してなお、障害によって不利益を受けるといふ人生がいかに厳しいかということを一人ひとりの老いの姿から学んでいかなければならない。彼らの老いに向き合うということは、一人ひとりのかけがえのない人生の足跡、生活史を丁寧に辿っていくことである。こうした意味からも、個々の事例の検討を続けていくことの意義は大きい。

(佛教大学 植田章)

⁴橋本創一・菅野敦(1993)「ダウン症成人者の急激な発達退行現象についてⅡ——退行現象があらわれたダウン症者 1 例における行動及び知能の変化」日本発達心理学会，第 4 回大会発表論文集，318 ページ。

高齢期にある障害者の発達保障を考える

吉留英雄

はじめに 発達保障論とのかかわりで

「発達保障」という理念と理論がわが国で展開され始めたのは半世紀よりも前、当時の極めて困難な時代に生まれた。その理論的支柱は特に個人の発達については次の3つの言葉に要約されている。①人はみな、同じ発達のみちすじをたどる。②どの人にも発達において困難な時期がある。③発達は縦方向の発達にとどまらず、横方向の発達も同時に考えねばならない。この3つのことから、障害のある人もない人も、高齢期においてもまた同じ発達のみちすじをたどるといえる。しかし、実際の高齢期あるいは壮年期の障害者を見たとき、同じみちすじではあるが、より困難な状況におかれていることが多々ある。そもそも、健康で文化的な生活が保障されていない現実があり、加齢に伴うマイナスの影響は、甚だしくおおきなものとなっている。逆にまた、発達においては乳児期から成人期に至るまで幾多の支援の中で力を蓄え、人とのかかわりの中で幾度もの発達の節目を超えてきた経過がある。この点についてみると、横方向の発達という視点が極めて重要であることは論を待たない。

障害のある壮年期、高齢期の人たちは、多様な個性を伸ばすにあたり社会的、制度的関係そのものの中で、培ってきた。そういう関係なしには生きる力さえ先細ってしまう。この点で障害のない人と同じ質や量の介護保険施策で間に合わないということを示している。このとき、実際に高齢期障害者の発達をどのように考えるべきなのか、これまでまとまった議論がなされてこなかったが、問題提起として今回、まとめてみた。

1. 人生の区分—特に労働を通して

(1) 高齢期に至るまでの2つの時期

わかりやすい例として「労働」にふれてみたい。これらは発達の過程において様々な様相を見せてくれる。ここではまず、軸を労働において考えてみる。

乳幼児期から青年期を一つの区切りとすると、まず「お手伝い」に代表される、大人とのかかわりの中での役割、模倣、一緒にすることの楽しさが芽生える。そして集団に入中で友達と見通しを共有しあって、例えば「家」を作る。作品を作る前に、すでに了解があり、同じ目当てを持って取り組むという過程においてすでに、単なる遊びではない労働という側面がうかがわれる。ここでは手の運動、あるいは目的的活動としての集団活動で発達の土壌が培われる。

学童期にあっては、大人へのあこがれや大人のかかわりがあり、子ども同士で働きかけ合い、話し合い、清掃、畑づくり、当番などの労働が大切な教育課題としても位置付けられる。教科としての家庭科、技術家庭科もこの中に入ってくる。まさに、青年期以降の労働を見通した進路の決定の基礎としてこれらは重要な背景となる。

やがて青年期にあっては、自らの人生の中心となる労働を選択する時期となる。この決定にはかなりのエネルギーを要し、揺れも大きい。一生という見通しはまだあいまいであるが、当面の活動の中心として、どういう仕事、労働を選択するのかが問われる。ここで要求される進路決定の力量である、本人がもちえてきた学習や体験や社会的な役割、つながりといった人格形成の根幹部分が問われることになる。いわゆる、それまでの人生の第1の総括ともいえる大切な時期である。この時期は、賃労働など、具体的、社会的な労働をいまだ経験していない段階、つまり自分のそれまでの経験や自分の接した伝聞から自分自身の思考において進路決定をする。自分自身の選択、いわば人生は客観的に距離感を持つ

てみることはできない。そういう意味で、「密着」という言葉で表してみたい⁵。

青年期、成人期を通して、自らの当面の人生を選び取りつつ労働や社会的、文化的活動や本人を中心とした新しい家族形成がすすめられる。社会的なつながりもそれまでにない大きな規模となるし、責任も重いものとなる。ところで、「厄年」という表現が日本の文化にはある。この厄年は一般的には壮年期から中年期の過渡期をさす。「厄年」の年齢には特に科学的な根拠はないが、人生二つ目の節目としての中年期への入り口である。社会的、生涯的な発達の節目としては、次のように表現されよう。

つまり、それまではまだ自分の前には可塑性のある未来があり、もしかしたら、新たな人生に挑戦するということも可能だろうという意識があった。だが、この年齢以降になると、今の人生が一生続くものだという受け方になる。消極的に見ると、限定的に人生をとらえてしまうということになるし、積極的意味では、自分らしい今の仕事といきがいについて未来を見通すなかでも揚々としたとらえ方ができる。一方で人生の終焉についても、年老いていく両親や同僚の姿を見る中で具体的なものとして意識するものとなる。それからの人生を見通し、人生と向き合う中で、大きな葛藤が生まれる。この節目を乗り換える力においては、労働で培った誇り、つながり、そして自分にしかできない役割など、積極的な面を十分に内面にため込むことができているかということが問われる。そういう意味で人生の第2の総括ともいえる。この時期は、それまでの人生を精一杯内面にため込んだ時期であり、「充実」という表現で表すことができる。

壮年期から高齢期にあつては、労働的、社会的関係が退職など、大きなライフイベントとして間近に迫り、人生の終焉までが具体的に意識され始める。かつてない人生の転機にあつて、大きな節目となる。身体的、生理的には疲れが目立ち始め、一見マイナスにも見えるような状況を呈する。だが、一方では語り伝えていくものをおおく蓄積した時期でもある。

労働に着目しても、まさに社会的な役割でも働き手の中心といわれる存在であったが、後進にいろいろなことを譲っていくということになる。自分がそこにいないことを想定して、その場所を対象化し、人生そのものを対象化する時期である。歴史的には還暦というのが、人生の第一線から後進に引きついていくという時期となっている。

それまでの人生を締めくくり、新たな生活や役割を獲得するとともに、人生の語り部としての仕事新たに始まるといえる。このように、引継ぎが主な役割となるとき、引き継ぐべき豊かさが必要なことは言うまでもない。このように、人生を「対象化」と表現することのできる時期は人生第3の総括の時期でもある。

以上のように社会的、家族的そして生活年齢からみた発達において「密着」「充実」「対象化」という3つの総括の時期があることをおさえたうえで、障害のある人にとっての第3の総括つまり、人生の締めくくりに向けての幼少期から壮年期にいたる道筋で培ってきた財産を糧として、いわゆる知的なあるいは身体運動的な縦への発達ではなく、コミュニケーション、社会性などの横に向けた発達もまた高齢期においては大切なものとして問われるというべきである。次に、このことについて考えてみたい。

（2）高齢期障害者の「高齢期」とは

還暦で代表される壮年期から高齢期への入り口、かつては寿命が現在ほど長くはなく、それこそ還暦祝い是一个の大きな喜び事であった。調査によると、知的障害者の平均年齢

⁵ この時期の特徴として自分自身の選択やその背景、見通しについて、客観的に考察するという事は困難であり、決定に当たってはあくまでも自身の経験則によるところが大きいため、「密着」という性格が強い。

は30歳代半ばというデータがある⁶。65歳以上の年齢の人口は全人口比で25%以上に上るが、知的障害者の場合は10%にも満たないとされている⁷。単純に、寿命を比較しても、死亡原因に関して、てんかんや、摂食嚥下障害、頸髄損傷等、原疾患である障害に由来する要因も多いながら、予防や早期発見、改善可能と思われる心疾患、肺炎、がん等があると報告され、事故などの原因もある。このため、安易に障害があるから短命であるという結論は避けるべきであり、医療・福祉などの発達に伴い、より改善されるはずである。ただ、通常、日本人の初老期はどのあたりかについて法的には65歳以上と定義されており、妥当なところではあるが、障害がある人たちについてみたとき、現時点では障害や個性、そして生活実態などを考慮すると65歳の時点ですでに初老期に到達しているといえる。この間の我々の調査では活動面での変化が加齢により顕著にみられることが分かった。ことに「疲れやすくなった」「動作が遅くなった」という点が目立ち始めた頃が老化の入り口と考えたとき、障害者は65歳になるかなり前、40代、早くて30代からよりそういう状況にある例が多く見られた。

これまで私たちは主に65歳以上の高齢期福祉の現場から多くのものを学ぶことを求めてきた。しかし、すでに40代50代の障害者とともに働き、活動している私たちの実践の中に実は、高齢期実践のその答えがあるのかもしれない。つまり私たちは高齢期障害者実践の中にすでにあるともいえる。本題に戻れば、そういった一人一人の実態に応じて、その人らしく生き生きと生きることを模索してきたこと、いわば発達の源泉と原動力を常に彼らの若いころから見つめてきたことは、我々障害福祉分野において一つの確固たる財産となるし、いわば「発達」「活動」「集団」という我々の分野の切り口は、一般的な高齢分野に発信され、高齢期の発達保障実践全般をとり豊かにしていくものだともいえる。

2. いくつかのケースから学んだこと—高齢期障害者の発達保障の視点

1) 人とつながるということ

このことを確かに実感したのは、壮年期の活発なダウン症の女性に学ぶことが大きかった。彼女は若いころから機知に富み、例えば「お金がほしい」というときは、その目的のために募金箱を持って近所を回るなど、まさに予測できない工夫をしていた。また、人を嫌いとなると、とことん嫌がって小言をいう姿も見られた。やがて、初老期となり、認知症を発症してゆるやかに活動がかわってきた。彼女の場合、発症前後の2回、発達検査を行っている。

発症前は上記のような社会的なトラブルもあり、それを背景として検査したが、結論では認知・適応といった工夫や問題の解決が問われる項目の方が、言語・社会という項目より高い位置にあるということであった。しかし、発症後の検査では認知・適応領域の落ち込みと言語・社会性の能力の維持が目立っていた。つまり2領域のの関係が逆転していたのである。このことを言い換えれば、発症前は一人で工夫していろいろな問題場면을解決してきた。しかし発症後は、人との対立的な関係が抜けきり、穏やかな姿が見られるようになった。同時にお金への執着も失われた。とくに人との柔らかいかかわりができるようになってきたという事実。会話を楽しむという事実がふえてきた。これらから見えることは、機知を使いこなしてぐいぐいと進むという力強さではなく、ゆっくり柔らかに人とかかわることへと彼女の生きがいに変化してきたことである。

彼女は今も現役で、食品づくりの現場にいる。かつては縫製作業をしていたのであるが、現在のなかま同士で支えあって仕事をすすめるという、生産性でなかまを追い込まない現

⁶ 厚生労働省平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果に依拠して算出。

⁷ 厚生労働省「年齢階層別の障害者数」『平成26年度障害者白書』

場において、なかまどうしで語り、助け合いながら、働いている。

つながりを主にした仕事という、いきがいというものを意識した仕事についているとき、彼女は生き生きとしているわけである。彼女にとり、過去、現在、未来という時間軸で人生をとらえるのはたやすいことではなく、そういうふりかえりや総括は困難である。できていたことが困難になってきたという事実はあるが、それを彼女がどれほど意識しているかは不明である。ただ、時折口にする「わからへんねん」という言葉は、何らかのことが、不明になっていることの不安の言葉であろうが、若いころから関係のあるなかま達や職員、関係者の中でつながりを支えとして、あるいは求めているといえる。一人強がっていたような頃の彼女からは想像ができない。

こうしてみたとき、障害者、特に知的障害者にとっての高齢期の発達の課題は「人とつながる」ことであり、すでに早期から実践の中で大切にされ始めていたのである。そういう社会性を大切に保障することが求められているといえる。

2) 人生をつなぐということ

肢体障害のあるなかまがいる。コミュニケーション支援の中で、伝えるということの大切さを彼からは感じ取り、実感させられている。

抽象化の力に課題はあるが、知的にはそう目立った遅れは見られない彼は、若いころから作業所づくりの運動の中で青年期、壮年期を生きてきた。以前の彼の特徴は、ほかのなかまを「指導員」と同じ目線でいわゆる「指導」とするという立ち位置に自然となってしまう、孤立した状態になっていた。ほかのなかまに声をかけるが、「手が止まっているぞ」「ねたらあかんやん」、そういった一方的な声掛けで、コミュニケーションとはならない。つまり自分がその集団の一員として支え合っているという実感が薄かったわけである。会話の相手は職員に限られていた。

いま、彼は外部との納品の調整の役割で、電話かけの仕事をもう一人の若いなかまと一緒に取り組んでいる。体の変形も進み、車椅子座位も不安定となってきた。その今の彼を主に支えてくれているのは、なかまである。靴の履き替え、作業服の脱ぎ着、彼の困っている空気を読んでくれるなかまが自然と彼の身の回りの世話を始めた。そんななか、彼は困ったときになかまに普通に依頼することが頻繁にみられるようになり、「手伝い」の仕方についてもていねいに説明をしている。また、若い肢体障害のなかまについては、自分のしてきたことを「引き継いでいく」ことを意識している。ある意味ライバル的になってしまう関係であるが、職員の支えの中で自分のことを客観的に見ることのできる彼は、年齢的なことを感じ、若いなかまへの引継ぎを意識しはじめている。

後進に自分の経験を引き継ぐというとき、やはり人生を見通して、積極的な部分と消極的な部分を一つのまとまった人生としてとらえなおし、人生、そして仕事を引き継ぐということである。一人で行うには抽象的な仕事であり、かなりの支援が実際には必要であろう。しかしこの「人生をつたえる」ということが、壮年期、高齢期の大切な発達課題であるとすれば、先にこのことについては「対象化」と表現したが、これは知的な障害のあるなかまにも共通して言えることであり、自分の生きてきた人生について支えをうけつつ語り継いでいく、まとめ上げていくという自分史の作業も、伝えていくという仕事の大切な部分であろう。

3. 高齢障害者とは一発達を考えるために

これまで見てきたように、通常であれば、60、65歳といえば定年となる。しかし、障害者福祉現場のなかまたちにとってはほとんどが定年という概念がない。多くのなかま達にとって、たとえば作業所はいきがいの場であり、役割のある場、なかまのいる場、そ

して何があっても支えてくれるという絶対的な信頼のある場でもある。発達保障、あるいは福祉的就労という形で労働を軸としてきたなかまたちにとっては作業所での労働は、そういう様々な値打ちに裏付けられたものである。したがって、代替するものさえない中、機械的に彼らから労働の機会を65歳になったからといって奪ってしまうことは、うえのような社会的な値打ちから彼らを離してしまうことにもつながる。それゆえ、なかま達本人の思いはどこにあるのかを実践的、制度的な改革の中心にすべきであり、機械的な判断は避けるべきであろう。

先に、後進への引継ぎ自体が高齢期のなかま達の労働なのかもしれないということを述べたが、これは生産に限られたものではない、家事労働もあるである。保護的な状況におかれたあまり、生産労働には携わっていても家事労働には触れたこともないというなかまも多い。このことは、学童期を含めて、人生全体の課題としてたいせつな「生きるためになす営み」としての家事労働が彼らに十分に保障されてこなかったということである。現在は「できる - できない」で一人ひとりの能力や力量を細かく区切り、できないところは「支援」という形式で補うというプランが立てられることが多い。しかし本来問われるべきは、「できかた」や「できなさのありよう」をていねいに見るという科学的な発達の視点である。すくなくとも、早期からこういう視点で発達保障の営みが位置づけられるならば、そして高齢期障害者にとって安心して活動し、人とのつながりの持てる施設、制度が保障されるならば高齢期の障害者の働く、という内容や暮らすという意味は、これまでとは変わったものになるであろう。そのうえで、自らの経験を支援員などの援助を受けつつも、後進に伝えていくこと、このことが彼らの横への発達への大きな原動力ともなるし、それまでの労働や生活の中で蓄えてきた財産が源泉として高齢期の発達の確かさを裏打ちするものだといえる。

4. 文化活動の値打ち

1) 人との関係性のある文化

人間というものは、「文化」を持つ唯一の霊長類であるといわれている。文化と一言言っても、とらえ方はさまざまであろう。現在では一般的に文化は、人間以外持つものではないという定義から出発している。そして、それぞれの種族が生活を維持する営みそのものを文化とする見方もあるし、生活維持とは一步離れたところで行われる祭事や演劇などを指す場合もある。要するに、その人の生き方そのものであったり、そのひとのゆとりの中でなしうるその人らしさであったり、それが集団的に営まれたりなど、多くの側面がある。作業所実践においては、スポーツ、合唱・演奏、書写、絵画その他の様々なクラブ活動の時間が保障されていることが多い。また、一時金（ボーナス）を使つてのレクリエーション、そして宿泊を伴う取り組みと、様々ある。また近年は移動支援を使つてのプライベートな外出活動の機会も増えてきた。

障害者の青年期、成人期においてこれらの様々な取り組みを位置づけることは重要である。ただし、若いころに好きなことを、あるいはいろいろな経験を限りなく多く重ねれば、それでよいというわけではない。よく、多くの好きなことの引き出しを作ることが言われるが、それでただちに高齢期の生活が豊かになるかというと、そうではない。多くは抜け落ちてしまうわけである。あるいはそれが引き金となり、先ほどのケースのように新たな要求を生み出し金銭トラブルにまでつながることで本人の桎梏となることもある。しかし、ある文化が、生きがいとして自らの心に刻み込んだものである場合、それは最後まで生き続けるものであろうし、集団の中で営み続けた文化活動は、最後まで人とのつながりにおいてその人を支え続けるものとなる。また、周りの者にとっても、高齢期にある本人の生きている姿が、逆に励ましとなることも多い。つまり、集団としての文化は

共感を育てるといえる。あるなかまは、みんなと行く旅行が好きであった。日課はかなり単純化されたものであったが、行先によく選ばれていた神戸のことを思い出し、「バスに乗って、旅館について、お風呂にはいって、ご飯食べて、うたを歌って、寝るわ」ということを、ずっと思い出し続けていた。寡黙な彼の語る「こうべ・いくわ」という言葉に生きることへの支え、生きがいというものを見出すのは、それまでと全く異なる集団や社会的な関係の中では極めて困難である。どういう形であれその人の持っている文化を共感的に保ち続ける人間関係があること、一緒に経験してきた仲間がいること。そのいきがいの内容が変わったとしても、常に何か自分の大切なものを持っていることと、それに共感できる社会的関係があることは、高齢期障害者の発達課題として重要である。だが医療面、介護面でのケアが技術論に陥るとどうしても見落とされがちなのがこの「いきがい」であるし、人間関係であろう。

2) 自分語りの意味

壮年期、高齢期実践として自分史づくりという取り組みがいろいろなところで報告されている⁸。中心となるのは、書き言葉で自分の生い立ちからこれまでをつづるというやり方である。しかし、自分語りという形で援助者に書き留めてもらうこともあろうし、写真や映像で歴史をたどることもある。ここで何が言いたいのかというと、その人らしさは、その人の人生の中にすでにあるということだ。いまはこのような多様な取り組みが意識的になされていないのではないか。取り組みがいわば刻みつけられ、「就労」「賃金」に代表される働くことが自立への第一という視点に埋没しているのではないか。労働以外の活動が先細りにされてきた中で、再度、実践の中で、文化の営みを復活させるような取り組みが待たれている。知的障害者の「高齢期」実践のこれまでの先進例から学びながら、その人らしさをどのように遺し、後進に伝えていくか、このことが重要となっているし、このことこそ、「高齢期」実践における発達の課題ともなろう。

生涯発達という視点から改めてみると、何か新しいことができるようになったとか、別の人と一緒に出のできるようになった、ということだけではなく、人生のそれこそ経過の中でこの人の人生はかくかくしかじかであった。ということで、その人らしさを集団的、社会的に確かめ合うことがより豊かな生涯発達につながり、人生の卒業に向けての営みの大切な部分ともなろう。

5. まとめとして

以上述べてきたことから、ここではひとりの人の歴史には、3つの大きな総括の時期、それまでを締めくくって、まとめて、次に進むという原動力を持つものであると述べてきた。壮年期、高齢期における原動力はどれまで自らが選び取ってきた人生を振り返って、総括する中で生まれるのであるからである。

そしてまた、その原動力を支える源泉部分としては、「ひととつながること」「後進になぐ、伝えること」そして長年形成されてきた「そのひとらしさ」「いきがい」これらが積極的な部分となるものであろう。

逆を言えば、「つながりを切られること」「伝える相手がいないこと」「いきがいや自分らしさを混乱のなかで失ってしまうこと」は、高齢期の人生にとって源泉部分を枯渇させてしまう。まさに、命綱を断つこととなる。

現代の障害者福祉の現状は、集団的ではなく個別的、連続的ではなく断続的、一貫性のあるものではなく、刹那的であり状況によっては、まったく違った支援がなされてしまう。極端な例が、65歳問題である。障害者サービスは65歳で機械的に打ち切られることを

⁸ 第3 亀岡作業所 きょうされん兵庫大会でのレポート報告(2015)など。

強い自治体もある。「つながり」を切られ、障害者のコミュニケーションについて無理解な支援者に対しては障害者の思いは「伝わらない」、入居されている高齢者に対してはなおさらであろう。そして、まったく見も知らないところでの混乱は恐怖となってしまうわけである。

以上、高齢障害者の発達保障について中心的に述べ、最後は現在の制度がいかに高齢障害者にとってふさわしくないかを論じた。

障害者の加齢・老化の特徴

いずみ野福祉会 田岡泰子

はじめに：障害があろうと、なかろうと一般的に、加齢・老化については以下のように整理されている。「加齢」と「老化」は似たような表現のため、専門家でも混同されるが、加齢と老化は違う。「加齢」とは、人や動物が生まれてから死ぬまでの時間経過を表し、「老化」とは、加齢に伴い、筋力や肺活量、病気に対する抵抗力などの生体機能が低下することを表す。老化は一般的に、20歳から30歳以降の生殖年齢に達した後、多くの場合50歳代以降に発現する。ただし、「老化」は病気ではなく、老化のスピードには個人差があるが、誰にでも起こる肉体的、精神的な機能低下である。「加齢」は時間経過を経て歴年齢を重ねるため進行を止めることはできない。しかし、「老化」は「加齢」の間に起こる。また、生活環境や食生活などが影響するため、生活環境などを整えることによって進行を遅らせることができる。とされている。

しかしながら、当報告書でも紹介したように、一般的な加齢・老化と呼ばれる現象は、幼児期から障害を持つ人の場合若干の相違点が指摘されている。その特徴を整理すると以下のようなものがある。

- ①身体構造や機能への障害により高まるリスクの大きさ
- ②基礎体力や抵抗力の不足
- ③二次障害発生リスクの高さ
- ④社会経験・対人関係の狭さ・重篤な障害による自律観の喪失による主体性の低さ

こうした変化をとらえるために、改めて、肉体的・精神的な機能低下について整理をしておく。

1：一般的な加齢・老化の特徴

一般的に指摘される、老化の特徴としては、以下のようなものがある。

<身体面>

- ・全身性…筋力の低下、バランスの低下（平衡感覚・皮膚感覚・筋力低下等と相互に関連）、持久力の低下
- ・心臓・血管・呼吸器系…動脈硬化の進行、高血圧、肺活量の低下
運動量の減少、日常生活動作能力の低下、浮腫の増加、褥瘡などが出現
- ・腎・泌尿器系…膀胱機能低下→膀胱に溜められる尿量の減少、時間の短縮
腎機能低下→尿濃縮力低下、腎の排泄機能（薬剤の排出機能）低下
前立腺肥大（男性）→泌尿器障害
尿失禁、薬の副作用の出現、頻尿（特に夜間）
- ・免疫機能…白血球、リンパ球などウイルス・細菌などの異物除去機能の低下
→感染症に罹患しやすい、病気・傷など治りにくい
- ・運動器系…脳重量、細胞数、神経伝達物質の活性が低下、反射神経の低下
→動作が鈍くなる、転倒、つまずき

骨量の減少→骨粗鬆症

筋肉量の減少、関節の硬化

筋緊張が強まってしまう、あるいは極端に脱力してしまう。

→痛みの出現、姿勢の変化、歩行時の転倒による（場合によっては介助時の）

骨折

- ・知覚器系…老眼、白内障、高周波数の音が聴こえにくくなる。）

→視覚聴覚の低下により情報を得にくい、コミュニケーション低下

- ・栄養面…食欲低下（筋肉量低下、味覚嗅覚の低下、気力の減退（うつ）、午後の食欲低下）
低栄養（様々な要因で発現頻度高い）

体重減少

→アルツハイマー病発症のリスクが上がる。

軽減が可能な要因として

- ①疾患・治療（薬剤性） ②摂食（食事形態、口腔状態）
③精神的問題（うつ状態、アルコール依存等）等

<精神面>

- ・不安の訴えが多い（孤独感、淋しさ）
・認知症・精神症状（認知能力の低下、幻覚、妄想、夜間せん妄等）

□バイタルサインに見られる加齢変化

- ・脈拍：除脈傾向（60 回/分）、頻脈（100 回以上/分）、不整脈（脈が抜け落ちる、早く触れる等）
・血圧：動脈硬化による高血圧（140 以上/90 以上）
・体温：体温変化が小さくなり、体温低下傾向。発熱しにくい →感染症を見落としやすい

こうした一般的変化は、一般的なものではあるが、障害者の場合、こうした老化現象が、比較的早期から発現する傾向となっているため、早くからこうした視点での発見と対応が求められることとなる。

2：障害者の加齢・老化の特徴

老化による身体的・精神的機能の低下については、障害者の場合、先にも指摘したように、いくつかの特徴がある。

これについては、始めにでも紹介したが改めて、整理しておくこととする。

その特徴は、第一に、65 歳以上の高齢割合が知的障害者の場合、一般人口に比して低く、10 歳から 40 歳にかけての年齢層で死亡率が高いことである。死亡原因の特徴として、一般の人たちとは異なり急性死または突然死が高く、その要因には、本人の訴えに周囲が気づかず手遅れになりやすいこと、生活習慣病、とりわけ肥満を伴う合併症からなる疾患を患う者が多いことがあげられている。さらに、重度の知的障害者の場合、内臓奇形や重い運動障害、難治性てんかんを合併する割合が高いことも要因となっている。

第二に、身体機能に関しては、40 歳代後半から 60 歳代にかけて急激に落ち込むことである。これは障害のない人たちと比べて明らかに早い。⇒（梅の里ホームの現状と少し違っていますが、そのままにしています）

第三に、認知症に罹るリスクが高く、生まれつき障害のない人よりも発症が早い傾向にあることである。

第四に、ダウン症などのように障害そのものが老いを確実に早めるということが挙げられる。ダウン症もウェルナー症候群やターナー症候群と同様に早老症候群の一つである。

そういう点では、早老症の症状として、白髪や頭毛の脱落、下眼瞼の皮膚のたるみ、皺など外見的な老化が進むほか、難聴、白内障、歯肉炎が認められたり、40 歳代でもアルツハイマー型の認知症を発症することがある。さらに、早老症とは別にダウン症者の加齢変化の特徴に、急激な「退行現象」がみられることがある。

第五に、障害特性の及ぼす影響と障害があることで被ってきた不利益についてである。彼らは、障害があるがゆえに、病気の発見が遅れたり、援助行為を受け入れることができなかったりする。また、それだけでなく、障害のない人に比べて、これまでの生活体験・社会経験の幅が狭いために、十分な知識や判断力を獲得してきたとはいえず、そのために壮年期・高齢期に自分自身や家族における様々な変化を受け止め、対応していくには多くの困難が伴ってくる。そういう意味からも障害者のライフコースは、障害の原因疾患だけでなく、障害の程度や社会環境要因に大きく規定され、障害のない人たちとは異なるものと思われる。

第六に、原障害が基本となり、「二次障害」（例えば脳性まひ者の頸椎症併発による神経障害の増大等）や「廃用性症候群」や「骨格変形」等の副次的運動機能障害の増大等がある。

3：障害者に多い訴え／現場の気づき・課題から

現実的に、これまで経験した中でも、以下のような状況なども散見される。

呼吸器症状としては、元々飲み込みが上手くできなかったり、十分に咀嚼できなかったりといった状況があるが、くわえて飲み込みが下手になったり、咳反射が弱くなったりといった症状が現れてくる（嚥下機能の低下）。そして口腔ケアの不十分や虫歯になりやすい状況から、早期から歯の喪失が見られる場合もある。もし入れ歯を作ったとしても、入れ歯の管理が充分できずに不衛生な状態に陥り、誤嚥性肺炎になるリスクが高まる。

循環器症状としては心臓の機能低下があげられる。障害や発達の状況からも違いが出てくるが、先天的に身体障害を持っていて、寝たきりや歩行障害、姿勢障がいなどがある場合にはもともと心肺機能は低い状態にある。加齢・老化が進むと循環器機能が低下し、姿勢の影響も受けやすくなる。浮腫になりやすく、不整脈や除脈・頻脈が起こってくる場合もある。

消化器症状としては、運動していた人ならばあまり動かなくなったり、歩行していた人が出来なくなり車椅子で移動する事になったりすると、腹筋が弱くなり腹圧をかけることが不十分になる上、習慣として朝の排便習慣が保てなくなってくる。便秘や腹部膨満になりやすくなおかつ先にも述べた嚥下機能障害の低下が加わるとムセや嘔吐とともに消化器系の悪性腫瘍、腸捻転、消化管出血、あるいは脳梗塞など重大な疾患に結びついてしまう可能性もある。もともとある身体障害によって、寝たきりなどにより嚥下機能が悪く、身体を動かす等が難しい事による全身性の機能が低い場合には本来の消化器系の役割がないため、消化器系の癌の発症リスクが高くなる。障害状況にもよりますが 40 代～50 代での死亡率が高いと言われている。

骨折に関しては、骨粗しょう症のリスクが高くなってくる。嚥下機能の低下、障害・発達状況による運動の困難さ、また薬の副作用等の影響等が考えられる。歩行可能な場合には、加齢に伴う視力の低下や筋力の低下、関節の硬化、バランス不良等により転倒して骨折したり、寝たきりや車椅子生活が長い状況では、骨粗しょう症の進行は早期から始まるため介助中、移乗中、移動中などでも骨折のリスクが高まる。

てんかんを持っている場合、発作の状態が変わったり、それまでに発作が見られなかったのに出てきたりといったことが見られる。加齢によって、てんかん発作のパターンが変化する可能性がある。てんかん発作に関連して着目しなければならない点は、てんかん発作

のある障がい者は多くの場合、抗てんかん薬や精神薬など複数の種類を多く飲んでいて、飲み始めてから長期間に渡って同じ内容量の薬を飲み続けているということがあげられる。多剤を長期の服用する事による身体への影響については肝機能や腎機能障害に繋がり、また突然死を引き起こす可能性もある。

上記のように、原因がある程度推測できる場合もあるが、原因が特定できない突然死もありえる。なかなか着目されにくい状況にあるのは死亡事例の集約や整理のむずかしさもあると思われる。

□現場より

障害者支援施設 梅の里ホーム（利用者の多くは重度身体・知的障害者）での状況でも以下のような状況が進行している。

入所者の平均年齢は 45 歳、最高年齢は 68 歳、30 代～40 代の利用者が多く入所している。30 代後半～40 代前半より身体面で変化してくる利用者が多い（20 代での変化もあり）。もともと知的重度で判断しにくいこともあるが、現状では認知症を発症するケースは少ない。常時介助を必要としている利用者の加齢に伴い、重度化が目立っている。しかし、家族の高齢化もあわせて進んでいて、通院や帰省が困難になっている。また、感染症に関してはリスクが高く、高熱が出ない場合でも肺炎と診断されるなど肺炎で入院するケースも増えてきている。もともと呼吸器系や摂食・嚥下障害がある場合が多いため、回復までに時間がかかり、退院までに時間がかかってしまう。骨折の件数も増えて来ていて、介助中、移乗時など原因が分かっていることもあるが、原因不明で起こっていることも多い。元の生活に戻る過程でのケアの重要性は高い。

また、医療機関にほとんど関わりがなかった場合、病気や状態の変化が起きても受け止めてくれる医療機関が少ないという課題がある。医療機関にかかっていたとしても、診療の打ちきり等により医療とのかかわりが途切れてしまう場合もある。そのため、状態変化が起こって病気を発症しても通院・入院できるかどうか、病気を治療したあと元の生活に戻れるかどうかを心配しなければいけない状況にある。

看護師の増員配置も急務であるが、医的ケアの重要性や看取りの問題も出てきており、母体となる医療機関が併設されていない中で、施設としてどこまでを受け止めていくのかという命題が突き付けられている。

4：個別性の高い障害者の老化への対応

以上のことはありながらも障害者の老化に関しては個別性が高いといえる。それは、もともとある障害に加え、加齢と生活環境面の影響からくる、二次障害（例えば、脳性麻痺者の頸髄症など）や障害の状況から、早期老化（例えばダウン症などは 30 代後半～始まる場合あり）が起こる場合もある。

こうしたリスクの高さに加え、本人が十分その変化や予兆を訴えることが難しい場合が多いため、早期からのこうした身体的・精神的変化を発見していくことが対応の第一の課題となる。

そのためにも、彼らが辿ってきた人生、年齢、そして経過など具体的に整理し残していくことが必要となる。

障害が重い事による社会経験や対人関係の狭さから、自身の障害への認識が難しく、変化に気付けない。変化が起こっていても訴えられない。主体性が低い等の状況から、障害の重篤化、命の危険につながる事となる彼等である。

ただし、同じ障害、年齢であっても個人差は大きい。また、突然死など原因不明なこ

ともあり、変化の予測が難しい場合もありうる。

また、てんかん発作等の変化に応じて投薬の変更なども必要となるが、医療関係者への状態像の的確な提供等をおこなうようにして、はじめて適切な投薬管理ができるといえるため、この点でも家族任せにしない対応が求められる。

また、血液検査等を忌避して受けられない障害者等もあり、単なる検診では不十分であるため、家族や支援者がまさに、生活全般の中でその変化を察知していくことが肝要となる。

さらに、緊急時の治療や医療的ケアについてもその支援のあり方がシステムとして十分検討される必要がある。

医療と福祉の連携

大阪健康福祉短大 石田京子

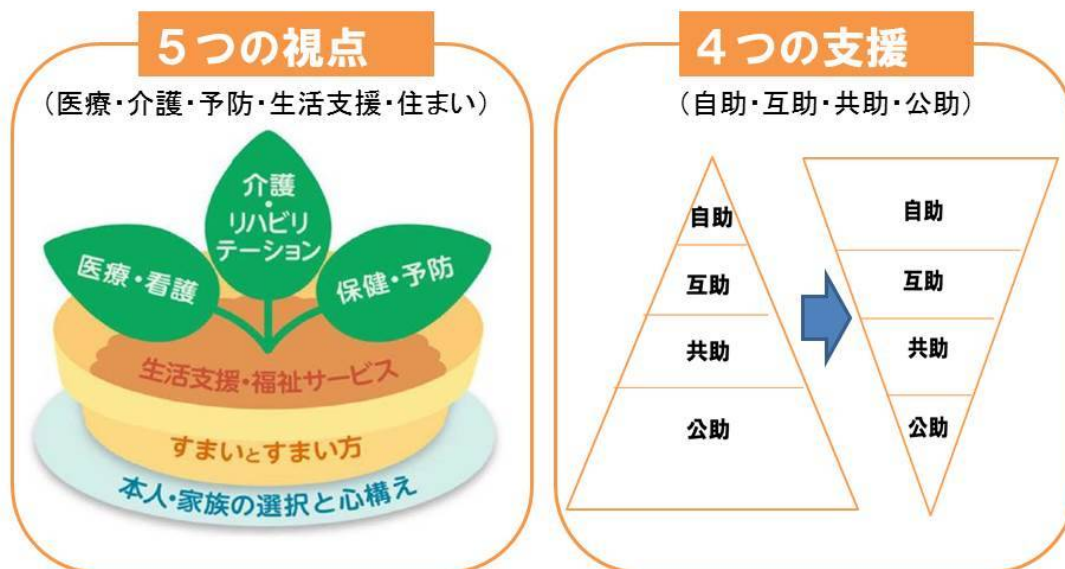
現在、高齢期の支援システムの流れは、医療、介護の連携がうたわれ、『医療介護総合確保推進方（2015.6.25 公布）』において以下のような地域包括支援システムを中心としたシステムづくりがめざされている。その方向性は必ずしも公的な枠組みとして整備されるものではなく、自己責任が前提となっている。高齢障害者の特性を考慮した政策が必要なことは言うまでもない。しかし、この枠組みを全面的に無視して高齢期の支援システムを構築していくことは出来ない。

当然入所施設も、これらの枠組みの中で多面的なネットワークを構築することが求められており、単体施設で課題を解消していくことは困難な課題と考えられ、医療を含む広範で内容を充実させた今までにないネットワークづくりとして検討していく必要があると考える。

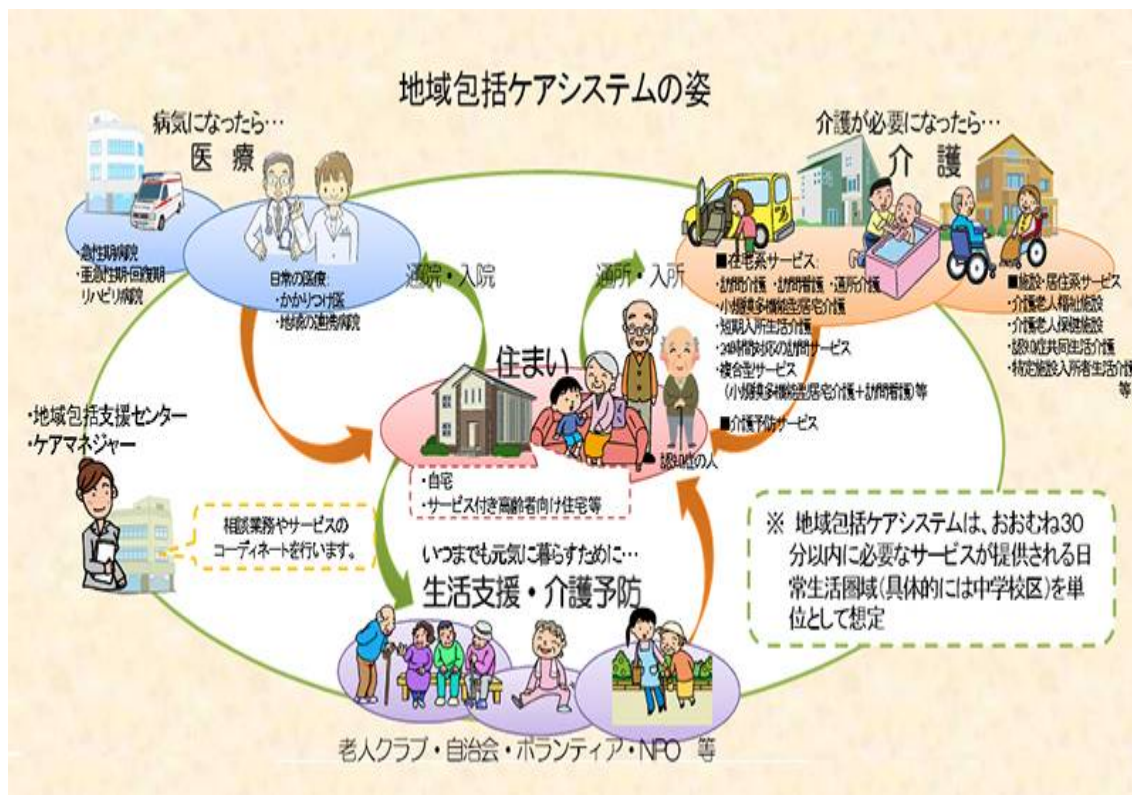
1. 高齢期ケアの考え方

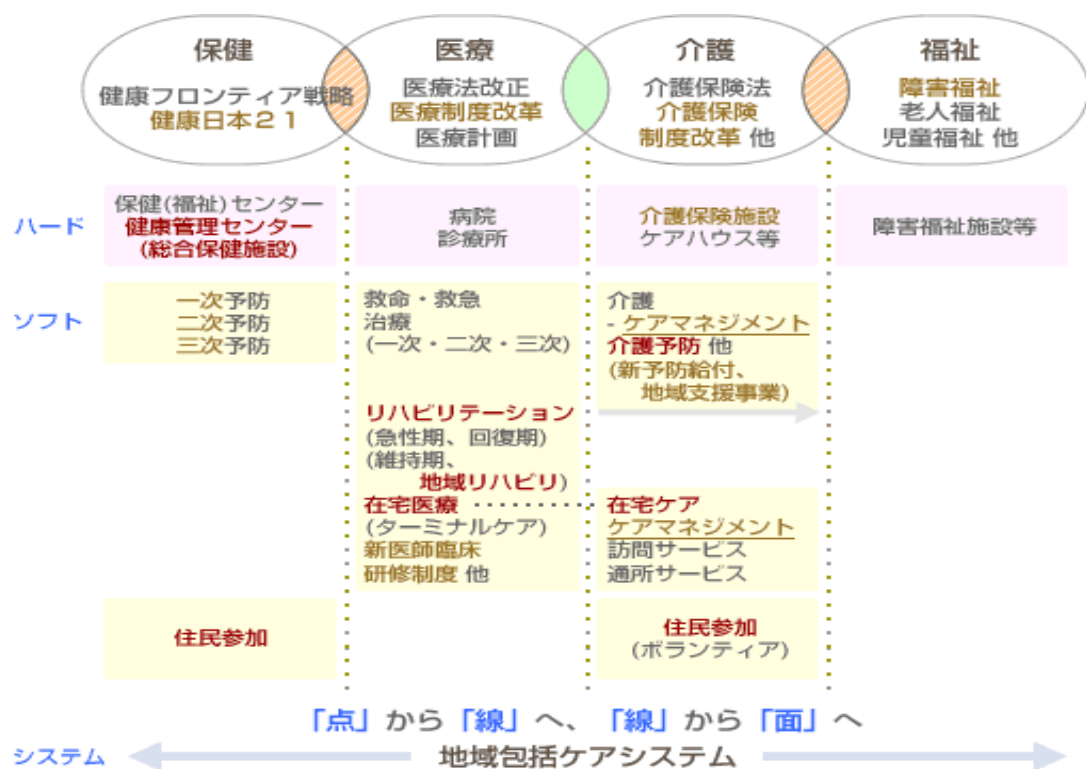
【地域包括ケアシステム】

地域包括ケアシステム



団塊世代が後期高齢者となる2025年に向けて日常生活圏域における地域連携の仕組みを構築する





2. 現在の障害福祉サービスにおける医療連携の考え方

現在の障害福祉サービスにおいては、医療連携が叫ばれ、医師・看護師配置等が基準化されていますが、必ずしもその診療報酬の低さから積極的な連携ができていない。

1) 障害福祉サービスにおける医療連携等の報酬

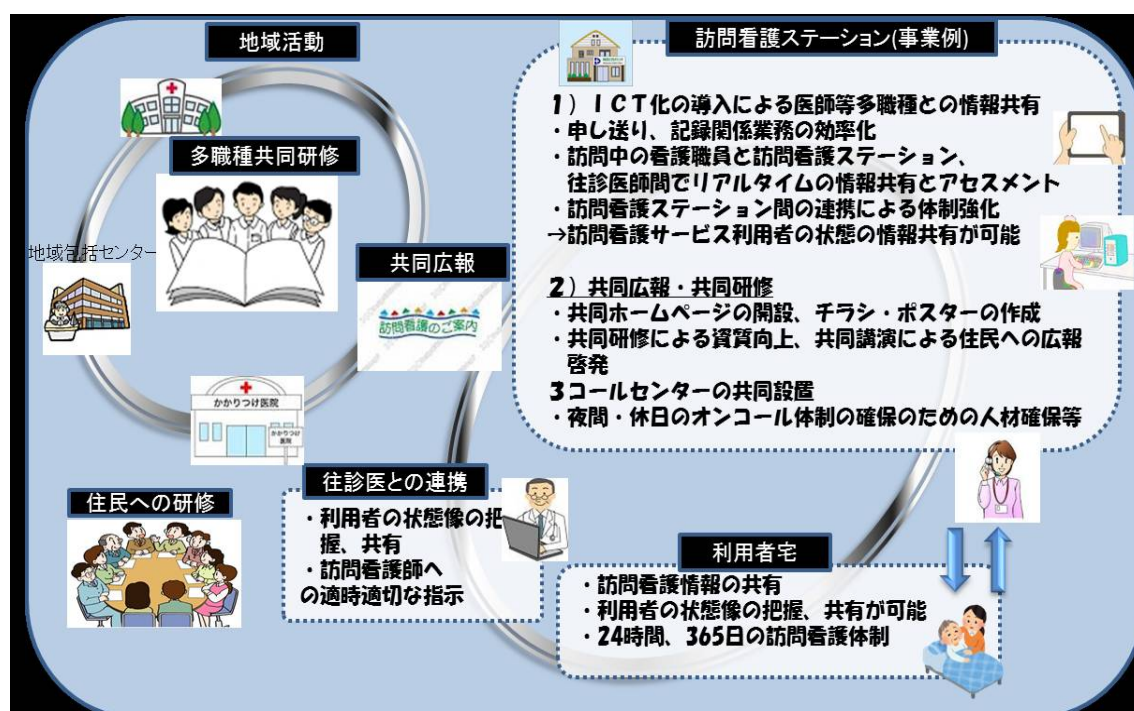
1 単位：10 円

種別		診療報酬加算	備考
居宅	喀痰吸引	100 単位	
生活介護	リハビリテーション加算	20 単位	
施設入所支援	入院・外泊加算	320 単位	60 名以下
	入院時特別支援加算	30 単位	30 日限度
	入院時支援特別加算	500 単位	月 1 回
	経口維持加算	28 単位	
医療連携加算	日中系	500 単位	
	短期入所	600 単位	
	グループホーム	500 単位	・ 自立生活支援加算 一入院：500 単位 ・ 入院時支援特別加算 (月 1 回)

			7 日以内：561 単位 7 日以上：1122 単位 ・長期入院時支援特別加算 122 単位
--	--	--	---

2) 訪問看護

訪問看護は、「かかりつけの医師の指示書」によって始めて訪問看護を実施することができ、訪問看護の内容はその「指示書」の内容によって限定されてくる。従って、「かかりつけ医」がどの程度障害者の疾病、障がいの状態、日常生活などについて理解しているかにより、指示の内容が変わってくると考えられる。そのため障がい者の支援者が、何処まで具体的かつ医療に繋がるような情報を提供できるかによって、意思の理解の程度が変わってくることは当然のことと考えられる。そこで支援者には、「かかりつけ医」に障がい者の状況が伝わるような「具体的かつ医療に役立つ情報」の観察力、知識、伝え方が求められるのである。



(1) 訪問看護料

①医療保険適応の場合

【基本利用料】

- ・老人医療受給者証の人：訪問看護に要する費用の1割（一定以上の所得の方は2割）
- ・上記以外の人：健康保険法に規定する負担割合に基づき訪問看護療養費の2～3割

②介護保険適応の場合（昼間）

【基本利用料】

- ・ 20 分未満 345 円
 - ・ 30 分未満 515 円
 - ・ 30 分以上 1 時間未満 906 円
 - ・ 1 時間以上 1 時間 30 分未満 1,243 円
- ※早朝、夜間は 25%増し、深夜は 50%増しとなります。
- ※その他各種の加算負担が発生する場合がある。

(2)大阪府訪問看護利用料助成費

概要 ; 重度障がい者(児)の在宅医療を推進し、障がい者(児)の訪問看護制度の利用を促進するため、老人訪問看護制度との格差を是正することとし、そのために利用料の助成を行う。

3)医療連携体制（厚労省）

(1)かかりつけ医の役割

- ①病気の予防・日常の健康管理をする。
- ②多くの病気の初期診療を行い、専門的診療の必要性を判断し、専門病院への紹介や入院診療への連携窓口となる。
- ③風や腸炎などの一過性の急性疾患の治療を行う。
- ④.症状の安定した慢性疾患（生活習慣病）の治療・管理を行う。

(2)病院の役割

- ①高度な検査・治療機器を活用して、専門的なチーム医療を行う。
- ②.診断と初期治療を終えて病状の安定した患者さまを、適切な診療情報を提供したうえで「かかりつけ医」へ紹介する。
- ③「かかりつけ医」と共同で患者さまの定期的な診療を行う。
- ④患者の急変時には、24 時間受け入れ体制のもとで、迅速・適切な救急医療を行う。

3. 障害者医療の問題点

1)制度の問題点

(1)医療費負担の助成の不十分さ

障害者の医療については、専門的・永続的・複合的医療が多くの場合必要となり、医療費の面でも極めて大きな負担を生じることとなる。そのため自治体レベルでは、障害者医療費助成制度等が確立されていることも多くなっている。しかし、これらの補助対象はあくまで重度を中心としたものであることと、加えて精神等の障害は別枠の対象となっている。

(2)高齢障害者に対する制度の未整備

国の制度としては、特定疾患・小児慢性疾患等の難病対象とした自立支援医療制度や精神障害通院医療等の制度が整備されてはいるが、必ずしも障害者の高齢化を想定した制度とはなっていない。

(3)障害者に対する医療体制の不備や理解不足による診療拒否や入院拒否や家族依存

身体・知的障害者の歯科や外来医療、入院衣料の面でも、障害ゆえの様々な問題があり、一般医が受診を忌避する場合も少なくない。

①障害者の受診、検査、採血等検査への抵抗による診療拒否

- ・ 検査（採血を拒否、抵抗する事例等は、診察不能となり診療拒否
- ・ 入院時の常時見守りを必要とする場合の、個室・付き添いの要請。できない場合は、入院拒否

- ・てんかん発作や向精神薬等の多用による副作用と治療上のリスクの大きさによる診療拒否
- ・骨格異常等の身体的条件の変化による病状原因究明の複雑さによる診療拒否
- ・障害者自身が行うことが困難な場合や、医療資格を持たない支援者が実施できない医療行為について、の家族依存となるケース
 (例) 胃瘻、喀たんの吸引・インスリンの自己注射、内服薬の管理等
 ※・喀たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)・経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)については、一定の条件の下、教師や介護職でも可能となっている。

□資料

【介護保険における予防リハビリ】

○訪問リハビリテーションの内容

- ・間接の可動域の改善や実用的な歩行訓練
- ・入浴・排泄・食事など日常生活に必要な活動行動訓練
- ・介護利用者や家族への指導

○デイサービス

※通所介護(デイサービス)と通所リハビリ(デイケア)は、良く似た介護サービスですが、通所リハビリは、リハビリがサービスの中心になります。通所リハビリ(デイケア)の場合でも、送迎や食事、入浴サービスまで行う施設も増えてきましたが、あくまでもリハビリが中心のサービスです。

※デイサービスの内容は、要介護者の高齢者が特別養護老人ホーム・デイサービスセンターなどの福祉施設に通って、入浴・食事・健康チェック・日常動作訓練やレクリエーションなどを受けられる介護サービスです。

4、障害者の高齢期を支える仕組みづくりをすすめるために

1)現存の制度の周知と活用

今まで障害者の家族や支援者により様々な制度やツールが、それらが医療機関や医療関係者に知られていないことも少なくなく、十分な活用がなされていない。これらを医療関係者に周知、活用できるように働きかけることが必要である

(1)『大阪府障がい者地域医療ネットワーク推進事業 協力医療機関

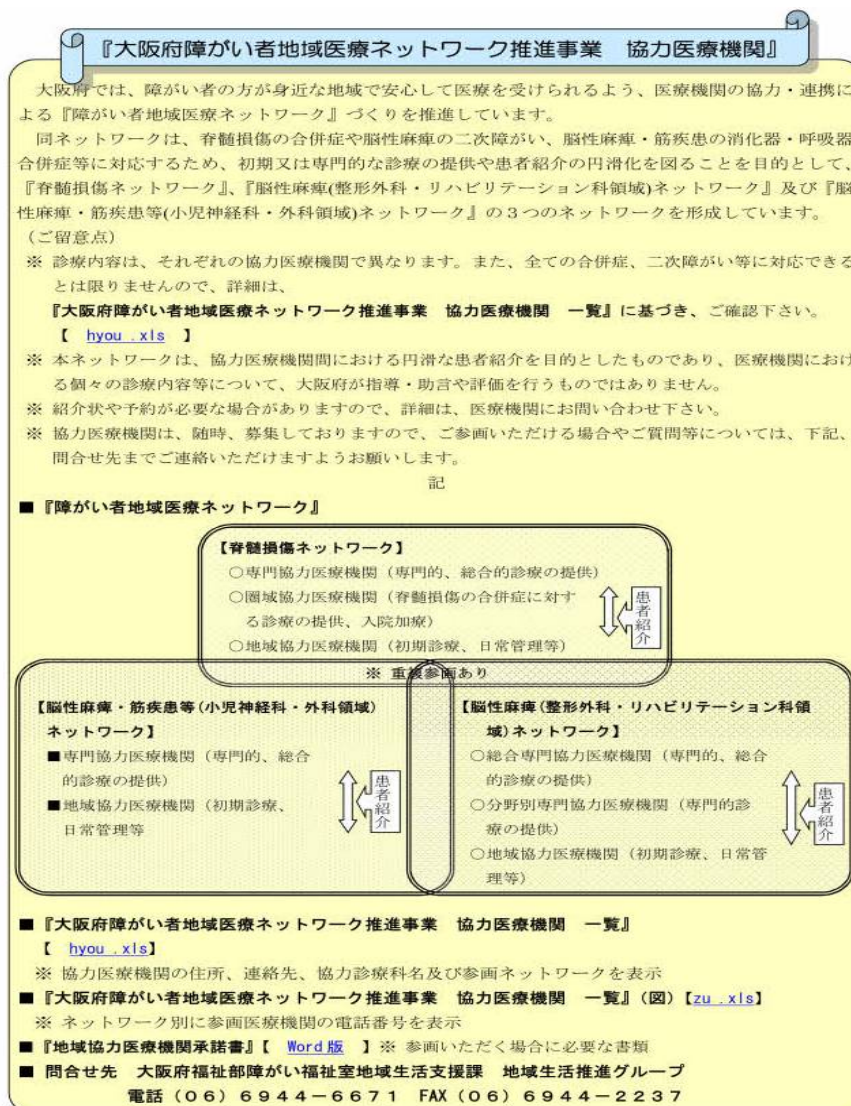
大阪府では、医療機関の協力・連携により、脊髄損傷の合併症や脳性麻痺の二次障がい、脳性麻痺・筋疾患の消化器・呼吸器合併症等に対応するため、初期又は専門的な診療の提供や患者紹介の円滑化を図ることを目的として、『障がい者地域医療ネットワーク』を形成している。また、「障がい者地域医療ネットワーク推進事業」の一環で作成した冊子等を活用して地域の障害者医療の促進を進めている。

- ①「医療機関等における障がい者配慮ガイドブック」；コミュニケーションに障がいのある方に対する医療機関等の配慮方法が掲載されたガイドブック
- ②「医療サポート絵カード」；知的障がい等がありコミュニケーションを取ることが苦手な方が、医療機関で診察等を受ける際に活用できるイラストを利用した支援ツール
- ③「医療サポート手帳」；知的障がい等がありコミュニケーションを取ることが苦手な方が、医療機関で診察等を受ける際に活用できる手帳

- ④「脊損ケア手帳」；脊髄損傷に関する情報提供及び脊髄損傷者の医療記録等を記載する冊子

2)『かかりつけ医』の拡充と看護師配置の制度の確立、リハビリの充実

特に知的障害をはじめとして、多くの恒常的医療ケアを必要としない障害者が『かかりつけ医』を持っていないことも明らかである。今後、障害者の高齢化も鑑み地域生活において、地域のかかりつけ医をどう拡充していくのか、また、訪問看護等の制度上の困難さを超えて連携を進める場合、高齢期支援の仕組みとして、GH等での看護師配置（多事業所連携事業として）等を現実的に創設する必要もある。またリハビリテーションについても、急性期リハが中心の医療制度において、慢性期リハは、基本的に医療機関からは忌避されていく傾向が強いが、この点でも、障害の特性に合った、慢性期リハと合わせて、高齢期特有のリハビリテーションが行えるよう人材の育成やシステムづくりが求められる。したがって、地域包括ケアシステムづくりの際、障害者への地域医療の提供を含めたシステムづくりが求められる。A事業所では、今まで診察を受けた医療機関の特徴や留意点、連携の内容などをデータマップ化し活用しているという成果もある。このような取り組みを教訓とし、各事業者がそれぞれの地域で医療機関と連携を図る必要があると考えられる。



3) 連携のための支援者の医療的視点の充実の必要性

当面GH等がかかりつけ医を開拓し、そこの医療連携等を図っていくための取り組みが必要となる。その際、以下のような取り組みが必要、かつ急務となる。

(1) 身体的機能の変化や病歴等の情報の集約

情報収集アセスメントシートの作成と記録（親からの聞き取りも行う）が必要である。**特に高齢化現象を早期に発見するためには、日常生活の中での身体的機能の経時敵で具体的な情報が必要である（ICFの項目を参考にすると具体的に把握し易い）。**

例) 歩行ができる

- ・ どの程度の距離の歩行ができるのかー・福祉用具（杖、歩行器、手すり等）の必要性の有無
 - ・ 室内歩行、屋外歩行なのか
- ・ 様々な地面や床面の歩行ができるのかー・段差のある地面（床面）階段、草地、舗装されていない地面等の歩行が可能か
 - ・ 動く床面（電車、エスカレーター、動く歩道等）の歩行が可能か
- ・ 動いていたり静止したりしている物、人、動物、乗り物等を避けての歩行ができるのか
 - ・ 他の人に合わせたスピードで歩行かできるのか

例) コミュニケーションがとれる

- ・ コミュニケーションの理解ー・話し言葉（音声言語）のメッセージの理解可能か
 - ・ 非言語（ジェスチャー、シンボル、絵等）の理解が可能か
 - ・ 手話によるメッセージの理解が可能か
 - ・ 書き言葉（点字を含む）によるメッセージの理解が可能か
- ・ コミュニケーションの表出ー・話し言葉（音声言語）のメッセージの表出可能か
 - ・ 非言語（ジェスチャー、シンボル、絵等）の表出が可能か
 - ・ 手話によるメッセージの理解が可能か
 - ・ 書き言葉（点字を含む）によるメッセージの表出が可能か
- ・ 会話、コミュニケーション用具や技法の利用
 - ー・ 会話（話し言葉や書き言葉、記号を使って、他の人と会話が）可能か
 - ・ 電話やFAX等を使用してのコミュニケーションが可能か
 - ・ PC、ワープロ、点字タイプライター等を使用してのコミュニケーションが可能

(2) 日常的健康管理記録の整備と永年的な変化の記録等の管理

日常管理票等の作成（てんかん発作等については、特に詳細記録が必要である。年齢によって発作パターンが変化する場合があるので、一部掲載）が必要である。この時の観察事項として、医療関係者の理解を得られる客観的な情報としての内容で記載される必要がある。そのためには、医療、福祉、教育の共通言語である『ICF（国際生活機能分類）』の項目を参考にするとより良い内容となると考える。

例）観察のポイント（静岡てんかんセンターの資料より）

【発作を起こしやすい時間と状況】

- ・ すっきり目覚めている時か、ぼんやりして眠気のあるときか、睡眠時では寝入り時か、熟睡時か、朝方か
- ・ 身体状況では発熱、興奮、睡眠不足など。生活場面では入浴、食事、飲酒、運動など。その他に光、音、テレビの刺激などが関係していないか

【発作の始まり方】

- ・ 意識の曇りで始まった場合
- ・ 動作が止まる、応答がなくなる、返事がちぐはぐになるなど
- ・ 転倒で始まった場合：転倒時の勢いとその方向、姿勢、発声があったか。
- ・ けいれんで始まった場合；どこから始まったか、眼球、頭部の位置など。
- ・ 動作の異常で始まった場合；表情、視線、発声があったか、呼吸の状態はどうか、どのような動作が見られたか。

(3) リハビリプログラムの開発

P T ・ O T ・ S T との連携によって、障害の特性に合わせた身体機能維持・生活能力維持・リクレーション等の開発を行う必要があります。当然あまりに訓練機能的なものではなく、暮らしの中に取り入れられるものや、音楽遊びレクレーション等の楽しい取り組みの中に取り入れられるものが大切です。

(4) 食生活等の改善

※医療との連携においては、本人が訴えることができないことも多く、十分客観的状況を細かく、医療機関に伝えることとともに、受診等に当たって障害の特性に合った対応を行うための支援者のかかわり方についても工夫が必要となります。

例）摂食機能－吸引機能－ストロー等を用いて口腔内に取り込むことが可能か

- ・ 咬断機能－前歯でどの程度の硬さのものを咬み切ることができるのか
- ・ 臼磨－奥歯で食物を押しつぶし、噛み切り、すりつぶすことが可能か
- ・ 口の中での食物の処理－歯と舌によって食物を食塊にし喉に送り込むことが可能か
- ・ 唾液分泌－口の中に適切な唾液の分泌があるか
- ・ 嚥下－
 - ・ 口腔内嚥下（食物や飲み物を適切に調節された速度で、口腔を通して胃へ送り込む機能）の状態
 - ・ 咽頭内嚥下（食物や飲み物を適切に調節された速度で、咽頭を通して胃へ送り込む機能）の状態
 - ・ 食道期嚥下（食物や飲み物を適切に調節された速度で、食道を通して胃へ送り込む機能）の状態
- ・ 逆流と嘔吐－胃から食道、口、体外へと、摂食とは逆の方向に液体や固形物を動かす機能の状態

排便機能－排便（老廃物を直腸から体外に排出する機能。その際の腹筋の収縮機

能を含む)

- ・便の硬さ（硬い、硬め、柔らかい、水様など便の硬さの状態）
- ・排便の頻度（毎日、週に何度排便があるのか。薬や処置の有無）
- ・排便の抑制（排便を自分でコントロールする機能）
- ・鼓腸（腸に過剰に貯まった空気やガスを腸から排出する機能）

＊他にも食事に関係する機能としては、消化機能、同化機能、体重維持機能、消化系に関連した感覚の機能などがある

4)医療系団体との組織的連携の構築

高谷、加藤は『障害者医療の思想』の医療活動のあり方の中で、「共に（患者、家族、医療従事者）健康に向かって連帯する組織であり、健康の妨害物をとりのぞき、健康への条件をつくり上げる連帯であり、未来の医療のあり方を先取的につくり上げることによって、現在の医療への批判であり、その変革への運動である」とらえていかななくてはならない」と述べている。私たち支援者は、医療への不満、批判を繰り返すことよりも、連携をつくりだす活動を、地道にひとつ一つつくり上げて行く責務を負っているといっても過言ではないであろう。医療も度重なる診療報酬の改悪のもと、人的にも経営的にも余裕のない医療の展開を強いられている現状を、障がい者支援に関わる支援者が理解した上で、個々の事例の中で連携を丁寧に作っていく必要があると考える。医療従事者はその根底には、患者の健康を願い、社会の役に立つことを切望している。これを基盤に、医療の各団体と組織的に連携して行く活動も、日々の支援に加えて必要であると思われる

(1)医師会（歯科医師会を含む）との連携

まずは地域の医師会、町や市レベルの医師会とお互いの状況を理解しあいながら、障がい者や障がい高齢者に対する連携の典型事例を今ある連携を基に個々に積み重ねることによって、町や市の政策の中に取り入れていく。その運動をもとに都道府県レベルの連携を図ることができるのではないかと考える。

(2)看護協会との連携

看護師も基準看護の中で労働強化を強いられている。共同研究や共同調査などを一緒に行う中で、相互理解と連携を深めることは可能ではないかと思われる。看護協会の支部レベルでの連携をまずはつくりだす工夫が求められているのではないかと思う。

(3 民主期間連合や)保険医協会との連携

比較的民主的といわれている民意連や保険医協会と地域レベルで連携し、その連携を拡大していく活動が必要である。

日中活動プログラムの視点について

高齢期支援プログラム 日中活動における支援の留意点

鴻上圭太

1. 働くことの意味

労働とは、本来人間が豊かに生きていくための行動であり、作業である。それらは、一方では生活者としての主体性の発揮であり、他方では、集団の一員として自らの存在を明らかにするものである。

人間は、自らの生を自ら生きるために、自ら理解し、判断し、行動する。その力がどれほど弱かろうが、この世に生を保っている限り、外界との関わりの中で生命を維持しようとしている。それが主体性の発揮であり、主体性の発揮をとおして人格を形成する。つまり、生かされるのではなく自ら生きていることの発見が、その個としての人格を認めることになるのである。

そして共同の労働をとおして、人格の存在が確認される。人間は未熟なまま生まれ、成長発達の過程で他者から助けられ生命を維持する。次第に自らが他者を助ける側になり、老化により再び助けられて生命を維持していく。このように人間は必ず、誰かに依存しなければ生きていくことができないときがある。そういった視点に立つと、そもそも人間は共同生活を必要としているといえる。共同生活の中で、その集団において各々のライフステージにおける役割が与えられる。その役割を集団の中で認識されるとともに、一つの人格の存在が確認されるのである。

また、労働は権利性の発揮でもある。労働には、必ず対価がある。それは、なにか生活に必要な（有用な）生産物であったり、その労働を通して得た自らの技能の習得であったり経験であったり、また健康であったり生きる活力などであったりする。今日的に捉えると、それは賃金として現れる場合もある。いずれにしても、労働で得られる対価は、自らの生命を維持することや生活すること、豊かな人生を迎え過ごすうえで必要不可欠なものである。よって労働に就ける条件（労働の内容、労働ができる環境、労働を継続できる生活環境、労働の内容に対して自らの意志が反映されること、など）が保障されていることは生きる権利であるといえよう。

2. 発達保障としての労働

労働は、目的をもった行動であるために、必ず何かに向かって行われる。その際に、「うまく仕上げるにはどうすればよいか」「何時までにこの仕事を終えるには、どうすればできるか」などと思考する。また「もっとうまくできるようになりたい」「あんなこともやってみたい」と、ある目的を達成するために意欲と自らに課した使命感が沸き起こってくる。その、ある目的を達成するための意欲と使命感をもって行われる、思考を伴ったさまざまな活動が心身機能を発達させ、自らの考え方や価値観、人間性をより深いものとしていくのである。

その人に与えられている労働の目的は何なのか、そして、その目的に向かってどのような意欲が掻き立てられており、どのような思考のもとに、どのような活動を行おうとしているのかについて、本人のなかに意識化されることが自らの内から発せられる、発達の原動力となる。

3. 拠り所としての、働く場＝日中活動の場

日中活動の場は、労働やさまざまな活動が企画されることによって、それが本人によっての拠り所、居場所となる。つまり「行くところがある」「やることがある」ことは、生活日課を構成し（生活リズムを作り）他者との必然的な交流を生み出す。この他者との必然的な交流が、労働やさまざまな活動をとおして保障されていることが、生きる意欲とその力の土台となる。具体的にいうと、日中の労働や活動の場面が意識されることによって、生活の基礎となる「家」での活動にも目的が与えられることになる。日中の労働や活動の場面が意識されることによって「家」が生活の拠点となり、日中の活動の場面と、「家」での場面は互いに関連しあい互いに変化をもたらすことになる。「家」での状況が日中の労働や活動に影響を与え、日中の労働や活動が「家」での活動に影響を与える。日中における労働や活動を保障するということは、そういった関連を作り出すのである。

4. 労働と健康

心身機能や身体構造の経年的なものを含む変化は、主には労働やさまざまな活動の場面をとおして顕在化される。それは、労働やさまざまな活動のなかで行われる、さまざまな動きや姿勢、意欲などの外見上の変化から露わになるのである。そのためには、継続した労働やさまざまな活動を保障していくことが求められるだろうし、それらから見えてくる外見上の変化を確実に捉える支援の目の存在が必要となる。

また、自らの健康について意識されるきっかけも労働やさまざまな活動によるものであるといえよう。自らが行ってきた労働・活動の場面での動きに変化が生じていることに気付くのも自らである。どの程度理解するかは別にして、それらをとおして自らの身体の変化に直面せざるを得ないのである。それは、労働・活動が目的をもった活動であるからこそ得られる自らの身体への理解であり、自らの健康を意識する（理解する）上での重要な手段ともいえ、また本人にとっても支援者にとっても貴重なチャンスである。

また、健康を維持させる手段となりうるのも労働やさまざまな活動があつてのことである。自らの思いや考えや思考と、身体の不具合によって、時に自らジレンマを感じることもある。そのような時に、労働・活動はその両者のバランスをとり自らの心身を安定させる（またそのような目的をもたせる）のである。労働やさまざまな活動は健康を害するものではなく、それをとおして心身のバランスをとり健康を維持させるものとして扱う必要があるうし、また、健康状態を意識し、そして維持するという視点が重要である。

以下、日中活動における障害者作業所実践の事例を紹介する。

社会福祉法人コスモスほくぶ障害者作業所における日中活動支援の事例

—作業所の高齢障害者の日中支援の報告—

岩間

1、はじめに

コスモスでは 2010 年より法人の中で「結いの里」（介護保険通所介護事業所）職員も含め、各作業所 5 施設とホーム高齢期支援担当職員が集まり「高齢事業会議」を行っている。その中で①障害者の壮年期・高齢期への支援の検討・交流②介護保険の情勢学習③家族・職員向け研修などをおこなってきた。

「人とつながる」「社会とつながる」「馴染みの人と楽しむ」「みんなと楽しむ」「自分の身体のことを知るための学習をする」「将来の自分の姿と重ねられるように、高齢施設に見学に行く」「『メモリアル推進員会議』に参加し、亡くなった仲間の事を忘れないように、いのり碑の建立やメモリアル記念行事を考える機会をもつ」など高齢期・壮年期の仲間達と職員と相談しながら仲間が主体的に意見を出しながら進めていけるように実践を模索し

てきた。以下、それぞれの作業所のとりくみを報告する。

2、一ほくぶ障害者作業所における作業所内の日中の取り組み―

2009 年度から高齢なかまのサークルが始まった。当時 61 歳の仲間の「もう仕事しんどいわ」という一言を聞いて職員が「若い仲間に合わせて仕事をするのも大変だから、ほっとできる時間が必要だ」と感じた事がサークルを始めるきっかけとなった。

1 年目は、不定期に、「コーヒーを立てて世間話でしよう」「ホットケーキを焼いて食べよう」などの取り組みをした。2 年目は、月に 1 度定期的に「取り組み」を仲間と話し合い決めた。4 月、喫茶店 5 月、公園散歩 6 月、ゲーム大会 7 月看護師と加齢についての学習会 などをおこなった。

3 年目は、週 2 回午後、職員発信ではなく仲間が自主的に サークルの時間を使うことを目標にした。例えば、ぬりえ、パズル、折り紙、テレビ鑑賞等・・・自分でやりたいことを決めた。4 年目は、3 年目を引き継ぐ形で、週に 2 回、午後からの取り組みをした。1～2 月に 1 度、仲間からの希望で外出企画や調理実習などもやった。

5 年目も、週に 2 度「自主的にサークルを進める」ことを目標に、司会を順番にしたり、少し頭を働かす事（昨日の夕食のメニューを思い出す）や少し体を動かす（軽く歌いながらストレッチ体操）などや 気になるニュースを話題に話しあったりした。

2015 年度、6 年目となり、昨年を引き継ぎながらも、仲間の自治会の 4 役会議に参加し（会長、副会長があさがおサークルに参加している事もあり）「障害を持つ高齢者が入れる施設が欲しいです」「休みが多い仲間と毎日通所している仲間のボーナスが同じなのはおかしい」など話し合った。人生の先輩としてみんなの役に立つような様々な意見を出している。またそれが 「やりがい、生きがい」になっている。

働くこと・・・

何十年も作業所で働くことに「やりがい」「生きがい」「達成感」を感じてきた仲間が、高齢になり、1 日作業をすることがしんどくなり、若い仲間の言動にイライラすることも出てくる。「〇〇班で 1 日仕事をするのがしんどいわ」「みんなが仕事をせえへんから、自分が他のなかまの分も仕事せなあかんねん」など仕事をがんばりたいが頑張れない自分もわかり、イライラする事もある。

しかし、「働く」ことは生産活動だけではなく 日中活動の場での生活する事とつながっていると考えられる。若い時のようにたくさんの仕事は出来なくても 作業所に行ったら、好きな人に会える、楽しいことがある、好きな仕事ができるなど高齢になってもいつまでも輝ける安心で安全な場所でありたい。

サークルの仲間からは「高齢になってもできる仕事をさがしてほしい」という要望も出ている。「仕事がしたい」「給料が欲しい」という願いは年齢と関係ないように思われるが、慣れ親しんだ班で 1 日、作業をすることは難しくても先輩として（アドバイザーとして）班で過ごすことも「仕事だ」と位置付けてもいいし、半日は仕事、半日は高齢のデイサービスの考えることもできる。また、1 日ゆったりと過ごす事もできる。考え方は一律ではなく、個々に違っていてもいいのではないだろうか。

仲間の主体性を大事に取り組みを進める

職員が「何か楽しいことをやってくれる」と待つのではなく、自分たちからやりたいことを発信できるようにしようと自主性を大切に組み組んでいる。（例えば、司会を順番にする、自分たちのやりたいことを発信する、自分の思いや意見を出すなど）

学ぶこと・知ること

なかまの関心のある事や学習したいこと（今年度は加齢による体の変化）を仲間自身の言葉で語り合う「仲間の語ろう会」を、「40歳以上の人集まれ！」と呼びかけてサークル以外の人も参加した。また、法人内の他施設の高齢者のサークルの仲間も参加し交流した。当日は、看護師から「何かしんどいことや困ったことはありますか」と質問されて、なかまからは、「目がぼやける事や聞こえにくいことがある」「歯が悪くなった」「腰や足が痛い」「みんなと同じ仕事をするのがしんどくなった」など加齢の伴う自分の体の変化をなどの話が出された。

「年を重ねる事でいいことはありましたか」との質問では、「若いころは、みんなの前で話が出来なかったけれど、色々経験することで今は、たくさんの人前で話すことができるようになった」「いろいろな経験をしたから、若い人にアドバイスをすることができるようになった」などしんどいことだけでなく、できるようになってきたことも振り返ってだされた。

「あこがれられる」存在・・・そして「みんなのために」

壮年期・高齢期の仲間たちは、仲間の自治会の役員会議や班長会に相談役として参加し、対市交渉や施設のボーナス交渉などに向け、どう進めていくとかどんな要求を出すのかなどのアドバイスをしている。そのような姿を若い仲間は「〇〇さんはすごいなあ」とあこがれ、尊敬のまなざしでみている。このような取り組みを通じ、壮年期・高齢期の仲間達は若い仲間の目標とされる存在になっていっているのではないかな。

節目の企画を考える活動～生きてきた時間を共有できる友達とともに

壮年期・高齢期の仲間は、無認可の共同作業所時代から何十年も作業所で働き続け、施設や法人の歴史を知っているからこそ、若い仲間にアドバイスしすすめていく事が出来る。「〇周年記念行事」や自治会活動なども中心になり進めていく役割もある。そのことを通して

- ・苦楽をともにしてきた仲間同士これまでの思い出を語り合う時間は仕事以外にも自分たちの力を見つけることができる
- ・数年後を考える、夢を語り合い共に歳を重ねていく時間を感じることができる

保健室のような安心できる場の役割も・・・

長期休所になっている仲間が、作業所に来るきっかけとしてサークルを利用することもある。週に1度、サークルを目的に来所し、来所の回数が増えていき、班に戻り通所できるようになったケースがいくつかあった。

「班」＝仕事 のイメージがあり、班にはすぐに戻りにくかったのかもしれないが その人にとっては「〇〇サークル」は「特別なもの」だったのかもしれない。

しかし、その特別なものが周りの仲間から見て「仕事しなくていいな」とうらやましく思われるものではなく、「人生の先輩たちが集まる場」「自分も高齢になったら自分の高齢のサークルに入るんやな」と思われているような気がする。

また、サークルでは、参加したなかまにバイタルチェックをして、自分の今の健康状態を知るように取り組んでいる。加齢によるしんどさを発信し、共有する事で安心できる場になりたいと考えている。

周りの環境に左右されず、自分のペースで時間を過ごすことが出来る場

仕事はしたいが若い仲間とペースが合わなくて、「しんどいわ」となるときがある。

週に 2 度、午後から「サークル」がある事で 高齢の仲間が自分のペースで過ごす時間を持つことができた。個々に自分のやりたいことに取りくんだり、(パズル、ぬりえ、折り紙など) 今話題のニュース (戦争反対、障害者が安心して暮らせるように・・・など) など話をしたりしている。

話題を共有できる仲間と過ごすことが出来る場があるから、毎日の生活を頑張る事が出来る様になるのではないかな。

3、堺とうぶ障害者作業所 ～作業療法士による支援へのアドバイスから実践をみなおす

作業療法士 (OT) の方には 2 か月に 1 度のペースで作業所にきてもらい、主に作業、食事、移動面での支援方法を専門的な視点から見てもらい①高齢になるなかまを中心に機能的な衰えや生活からくる二次障害の捉えなどを知っていく。②専門的な視点から実践内容を見直して行く。以上 2 点のねらいを持ち、作業療法士と検討をすすめてきた。

1 年間の取り組みを経て

①専門的な意見を聞き、仕事の道具などみなおし、実践への自信に繋がった。

(仕事の道具やいすテーブルの高さなど見直しなど)

②高齢に対しての考えと視点が実践の中から分かりやすく説明してもらえた。

例えば加齢による機能低下がみられる場合は、発作時や食事に現れやすいこと、体幹から筋力が衰えていくことなどが分かった。痛みによる運動量の低下に対しては疲労への配慮や同一姿勢の軽減が必要であることなど、

このような取り組みを継続的におこなうことで職員の支援の視点や環境の見直しがされていくことが課題となってきた。

4、一せんぼく障害者作業所における作業所内の日中の取り組み

2010 年、せんぼく 25 周年の実行委員会という形で、ベテランの利用者が集まるというきっかけをつくり、「フラワーチーム」が誕生した。「フラワーチーム」では週 2 回の活動を余暇活動において経験の幅を広げる事や「結の里への見学」や食事など、自分自身の老いとうどう向き合うかという視点を持って取り組みを行ってきた。

仲間の死とともに

サークル活動 3 年目。一緒にしていた A さんが闘病の末、亡くなった。66 歳だった。A さんが書いたたくさんの絵画を遺品としていただき職員が「どうする？」と相談した。仲間たちは不安で揺れる様子も見せず落ち着いた表情で「絵画は仲間の自治会に言おう。額ぶちいるな」と「本体にも第 2 作業所にもいるな」A さんの絵が花の絵ばかりだったので「A さん花すきやったな」と仲間たちはほほえましく絵をみて A さんがいるような自然な感じで会話をしていた。

A さんのことを通じ、亡くなった仲間のいのりの碑 (慰霊碑) をつくろうという話し合いをおこなった。話し合いの中で「金剛コロニーには仲間がいつでも会えるお墓があるねん。作業所でも A さん B さん C さんとか、天国に行った人も仲間やから (いのりの碑) いるんちゃうんかな」という話しがだされた。サークルの仲間たちで「かつこええのんをたてるためにみんなで見学に行こう」ということになり、神戸阪神大震災「いのちの灯」の見学もいった。「A さん死んだな。どこにいったらええの?」「(昔亡くなった仲間のお墓) みんなのお墓どこやろ、わからん」「1 周忌やな・こういう時、(いのちの灯を前に) 黙とうするねんで」モニュメントを前に、みんなで自治会役員として頑張っていた A さんの話をしながら「私ら仲間のことわすれへんで」と亡くなっても A さんはみんなの心の中にいるということを感じることができた。

仲間の死を通じ、死への不安だけではなく、「ひとりぼっちではない」つながっていると

いうこと忘れない（伝える）ということを考える取り組みをおこなっている（「メモリアルを考える会」）

5、高齢期に複数の集団の保障～将来は高齢期の日中活動の場として「のんびり交流会」

せんぼく作業所「フラワーチーム」の仲間からほくぶ作業所の「あさがおサークル」へ「見学に行きたい」と発信があり、施設をこえて壮年期・高齢期の仲間たちの交流をした。そのことがきっかけとなり、2016年（社福）コスモスの作業所5施設の高齢期（壮年期）のなかまの交流会「のんびり交流会」が発足となった。お弁当を食べながら各施設の高齢の取り組みや今の悩みを出し合ったり、介護保険通所介護スタッフによる口腔体操や笑ヨガなど身体を動かしたりして交流した。法人内で施設を異動した仲間が以前一緒に仕事をしていた仲間や職員に会い「久しぶりやな」などと懐かしそうに声をかけあう姿もあった。昔一緒に頑張ってきた仲間たちと過ごす時間はとりわけ楽しそうな様子であった。

このような取り組みが、少しずつ形を変化させて高齢障害者のデイサービスになっていったらと考えている。

6、日中支援の課題として

- ① 「高齢になっても 働きたい」という願いはあるが、身体機能が低下して それまで働いていた作業班では働き続けられない。仕事の保障をどうしていくのか。
- ② これまで培った経験を生かして なかまの自治会などでアドバイスをする、〇〇周年の集いなどの呼びかけや企画をする。（円熟、役割、やりがい、あこがれの存在）
- ③ 高齢期の心身の変化について学習する。看護師や栄養士と共に加齢による体の変化などを知り、自らの身体のことを振り返る。
- ④ 専門家（PT、OT、音楽療法、医師、看護師、栄養士など）とも連携し 二次障害の予防に心がけて、元気に高齢期を過ごす。
- ⑤ 同年代の集団と複数の集団の保障

社会福祉法人ひがしよどがわ福祉会あすわ～くにおける日中活動支援の事例

一日中活動での支援プログラムー

坂田

障害者の高齢期の支援について、現状の労働や日課を見つめなおすケースが増えてきています。40代から身体的な変化（集中力・持久力が続かない、よく寝るようになったなど）・精神的な変化（作業所に来るのを嫌がる・欠席が増えるなど）がみられる中で、その変化を「高齢期」だからゆったりとしたらいいのでは、しんどいから仕事をしなくていいのではなく、それまでの集団や活動を柱とした上で本人の意欲や主体性を尊重した日中活動に移行していく。その変化をとらえていく手段としては定期的にチェックシートを活用し経年的に変化をとらえていくことが大切だと思います。

あすわ～くでは、長時間の作業が難しい方や体を動かしたい方を対象として、机に向かう作業は午前のみとしお昼からは往復1時間かけての散歩を週3回、図書館利用も兼ねた散歩を週に1回、週に1度は全体で音楽の取り組みを行っています。音楽の取り組みでは職員が伴奏をして歌を歌ったり、音に合わせて体操をしたり、ゲーム的な要素も取り入れながら取り組んでいます。体力的な部分で長時間の散歩にしんどさを感じる方も少しずつ出

てきています。その中の一人で現在51歳のHさんは、47歳時に風邪症状が長引くなどの体の不調がありました。48歳の頃からは足の痛みや肩の痛みなどを訴えるようになり、気になるとすぐに病院に行くという流れがありました。同じ頃に午後の散歩の参加も「行かない」と自分で決めて室内でゆっくりと過ごしていました。徒歩での自力通所をされているので、自分の中で体力面を調整されている場面であるともとらえていました。作業班では、主だった役割を担っていませんが、お手紙などの日付の間違ひにはいち早く気づかれる方です。仕事内容も以前に比べると仕事量は減少されていますし、「今日はせえへん」ということもあります。ただ、お給料を使った外出はとても楽しみにしていて、年末に行う班の忘年会では「あいさつをする」と言ってくれました。同世代のなかまの姿は意識しているようで、2、3年前頃より周りの姿を言葉で表現するようになり「〇〇くん、がんばってるなー」「〇〇くん休まへんなー」「□□さんはいつもショートに行くなー」「白髪あるなー」とニコニコしながら話しています。46歳の時に、家族の入院から月に1回のショートステイの利用が始まり、今でも継続しています。その月のいつ泊まるかは本人の希望日で調整するのですが、日を決めることが楽しみでもあり使命にもなっている姿があります。ただ今年に入ってからそのショートステイも天候やその時の体調もあるのか、「行かない」と中止にすることが数回みられています。もともと宿泊することが楽しみではなかったもので、本人に毎月のショート利用を継続しなくていいよと話すと、「それはいやや。」とのことでした。Hさんを通してみると活動の範囲や活動の量が少しずつ狭まっているように見える一方、同世代のなかま同士のつながりをもう少し深めていくことも大切ではないかと思いました。同世代のなかまについて客観的にとらえている姿に、この視点を私たち支援者は大切に育てていかなければと感じ、自分の今の姿を客観的にとらえることが難しい方でも、長年一緒に過ごしてきたなかまの姿はとらえやすいのかなと思いました。現在、あすわ〜くではHさんのように日課の散歩の活動に参加されない方は施設内で過ごしてもらっていて、テレビを見たり和室で横になったりされていますが、将来的にはこのままの状態でもいいのかと不安視しています。その中では新たな取り組みの必要性を考えていますが、取り組みには、参加するなかまが主体的で意欲が持てる内容であり、同世代の方と交流が持てるものであること。また、当事者が興味を持てる内容をあらゆる角度から掘り起こしていくことが求められますが、1施設だけで多種多様なレクリエーションを確立していくことは活動の専門性や場所・柔軟な発案などの面から難しいと思います。そこで近隣の施設と共同でレクリエーションを行うとか、実際にある他施設のレクリエーションを紹介してもらい参加するという方法も一つかなと思いました。また、日中のレクリエーション活動について個人のニーズに応じて幅広い情報の収集と資源の開発が求められ、情報収集や新たな環境づくりのためにネットワークの構築が必要だと考えます。

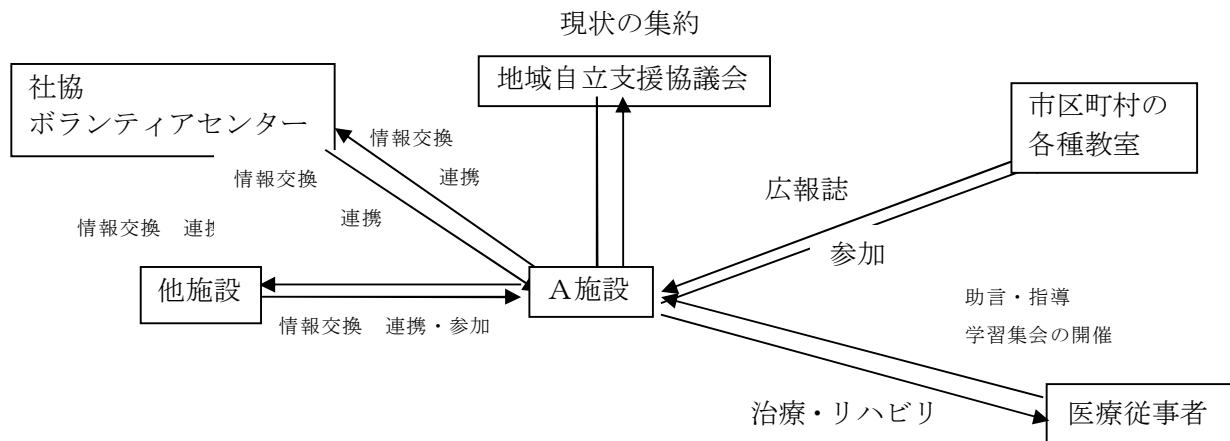
例えば、

- ◆各種教室について、市区町村単位の教室や講座を市の広報誌などから情報収集
- ◆医療的な学習については日中活動の施設のかかりつけ医に協力してもらい年に数回の身体・機能・病状についての学習会を行う。（当事者の方が自分の身体について知ってもらう場とする）
- ◆他の施設との連携を図るというところで市区町村の自立支援協議会などでお互いのレクリエーションの情報交換を行い、当事者が興味を持てるレクリエーションがあれば、他施設に訪れて参加する。
- ◆レクリエーションを担って頂けるボランティアの発掘と確保。

以上

ネットワークづくり

各市区町村



高齢支援PT 暮らしの支援(グループホーム)

さつき福祉会 森脇
社会福祉法人コスモス 川本

○高齢期支援プログラム 暮らしの場(グループホーム)での留意点案

障害のある人たちの成人期・壮年期・高齢期の暮らしの場は家族介護が前提となっているため、その選択肢は少なく高齢期を迎えても家族と同居をしている場合が多くを占める。グループホームで暮らす人たちの数は全国で増加の一途をたどり9万人(2015年3月)をこえてきているが、障害者の長寿化と共に高齢障害者の暮らしの場は介護保険においてもまた障害サービスにおいてもその受け皿として整っていない状態である。高齢障害者の暮らしの場の環境の整備、制度課題、支援の在り方などグループホームだけでは解決できない課題は多い。そのような中、ホームでの暮らしの場を通して高齢障害者へ必要な支援課題について考えていく。

1、加齢による変化をとらえ、基本的な生活の中に意志決定と生活支援プログラムの視点を

加齢に伴う心身機能の変化から排尿障害、褥瘡、視力聴力などの感覚障害、摂食・嚥下困難、低栄養などによる免疫機能の低下、骨関節の変形などの症状が現れやすい。また、活動量の減少、それに伴う意欲の低下など生活不活発病により、関節の拘縮、筋力低下、起立性低血圧、食欲不振、排尿障害などが表れる。障害のある人の場合、これらの加齢に伴う変化や症状を自ら訴えることができない場合が多い。そのため、生活の中でのADL(入浴、食事、排せつ、更衣)やIADL(掃除、洗濯、買い物など)など生活の中での変化を支援者が早期に気付く、対応することや日常的に高齢期の予防的な視点を取り入れた生活支

援がおこなっていくことが大切になっている。病気の重篤化や事故を防ぎ、生活の中で「できていた活動」「している活動」を奪わないよう高齢期に適切な支援を行っていく事が課題になってきている。

そのような状況を踏まえ、障害者の高齢化に伴う変化を正確につかみ、その身体的・精神的変化の早期発見とその変化への対応を進めるため経年的な変化が予想される状態像を理解していく事が大切である。「高齢期支援アセスメントシート」活用しながら健康状態の変化、ADL, IADL, コミュニケーション、社会とのかかわりなどの経年的にその変化をつかみ、生活の中に支援プログラム（高齢期支援の視点）が共有され、実践されることが大切になってくる。

高齢期支援の視点を取り入れた生活支援プログラムの目的は暮らしの中で「できないところ」を「できるように」することが目的ではない。高齢期になっても生活の主体者としてそれまでの暮らしの中で培ってきた役割や「～したい」活動（目標、めあて）のある暮らし、一緒に「～したい」人のいる暮らしの中でその人の尊厳が守られ、自ら働きかけることにより、横の発達、内面の深まりを視点においた暮らしの営みを支援するものでなければならない。社会とのかかわりのある暮らしの中で、充実感やハリのある暮らしの保障・発達保障の視点をもっていくことが課題である。

2、生活史を共有していく

高齢期の支援で大切なこととしてこれまで生きてきた人生、時代背景、特に、輝いていた時代のことを共有することは生活支援の中で欠かせない。生活の場として思い出のアルバムをおいたり、サポートブックなど本人の生きてきた記録や支えてほしいことを書いたものを居室に置いたりしながら複数の支援者と共有していくことでその人に人生に思いをさせ、尊厳を大切にしたい支援にしていく。また、生活習慣や好みなど探っていく上でも生活史の共有は大切である。ともにこれからの生活を考えていく時間を大切にしていき、支援者の「そのひとのことをわかりたい」という気持ちを育てていく。

3、高齢期支援の視点を取り入れた生活支援について

1) 食べる 「たべたい」と意欲をもって口からたべることができるために

食事はその人のそれまでの生活習慣の嗜好や人生の中で培ってきた暮らしぶりが表れやすい。また生きるエネルギーのバロメーターでもある。食事支援のアセスメントとしては身体・健康状態（食欲・摂食動作、咀嚼、嚥下機能等）を食前、食事中、食後、口腔ケア等を通じて把握していくことが必要である。留意点としては①食事時の変化から誤嚥の可能性を早期に発見していく。窒息を予防していく

②口渇感の低下から脱水になりやすいため、食事中の水分摂取状況から脱水予防をしていく。

食事支援において大切な視点は①自助具などを整えたり、食事形態を変えたりすることで自ら食べられることで「たべたい」という意欲がもてるような食事②低栄養は体力低下にもつながることからバランスのとれた食事③個人の食生活・食習慣を尊重しながら季節感を感じることができ行事食や彩など、食事の環境づくりなどがあげられる。

(1) 食前のチェックポイント

①嚥下体操、口腔レクレーション等の動きの変化を観察する

- ・口唇、舌、顎の動き
- ・首や顎、上肢の動き

②食膳に水分を摂ってもらい、嚥下の状態をチェックする

飲み込みにくさや誤嚥の可能性の観察を行い、加齢の状況や変化の状況を見極めていく。

（２）食事中のチェックポイント

食べ方の変化を観察し、摂食・嚥下障害がないかどうかみていく

- ①咀嚼の状態（噛めているか、口にため込んでいないか）
 - ・唾液分泌、口腔内疾患
- ②むせや咳がないかどうか
 - ・誤嚥・咽頭残留、筋力
- ③食欲があるかどうか、食事時間や、食べ方の変化を見ていく、水分量を把握する
 - ・自らたべやすいように皿やスプーンの補助具の工夫はされているか
 - ・手、腕の機能・口の開閉の筋力
- ④食欲をそそる食事を提供していく
 - ・認知機能・臭覚・視覚機能の刺激

（３）食後の口腔ケアのチェックポイント

- ①口の中に食べかすが残っていないか確認していく
誤嚥性肺炎の予防
- ②ブラッシングは自分でできる人はできるだけ自分でおこなう（口腔ケア）
腕、手のリハビリ、認知機能 虫歯 歯周病予防、
- ③入れ歯の手入れをおこなう

2) 排せつ

排せつの自立は人間の尊厳にかかわることであり、排泄支援をうけることにより羞恥心や負い目を感じやすく、自尊心を低下させないような支援が大切になってくる。障害者の場合、介助を受けることが日常的な生活支援になっている場合が多く、プライバシーや個人の尊厳を大切にしたい排せつの支援を意識することが大切である。排せつ物は臭気や感染など障害のある人にとっても周囲にとっても不快や尊厳を損なうことにもつながるため、自尊心を傷つけないような支援が大切である。

加齢に伴い消化・吸収機能の低下、腎機能や排尿機能の低下などから排せつ習慣にも変化が生じやすく、便秘や失禁などの排せつ障害を予防していく支援が課題である。また排せつ支援において適切な支援が受けられないことにより身体的不快感、皮膚トラブル、感染などの病気にもつながっていく。

（１）排せつのアセスメント

- ①尿意・便意を感じる②トイレ・尿器などを認識する③移動する④衣類の着脱をする⑤排尿・排便をする⑥後始末をする。これら総合的にアセスメントをしていき、生活の中で気持ち良く、排せつできるように支援をしていく。

（２）排せつ支援のチェックポイント

- ①排せつの自立度・習慣に合わせた排せつができているか（排泄環境）
トイレに移動できない場合はポータブルや尿器など用意
下肢筋力、移動距離、衣類の状況
- ②排便、排尿時のチェックポイント
便秘や便失禁など排せつ障害になっていないか
排泄リズム、腹筋、骨盤底筋、せんどう運動や腹圧の低下の状態をみる
排せつ物、排せつ状態（尿や便の状態、回数など）
腹痛、嘔吐などの状態

- ③排せつ後のチェックポイント
- ふき取り後の状態、肛門括約筋
- 皮膚の状態（陰部を清潔に保つことで膀胱炎の予防）

3) 入浴について

入浴は体を清潔に保つということだけではなく①体温調整など皮膚の生理機能を正常に保つ②皮膚疾患の予防、感染予防をする③感覚への刺激・血行を促す・こちよさ、リラックスを感じることにつながることからさまざまな生活への意欲につながる。また高齢者にあらわれやすい「冷え」を解消し、全身の血流や手足の末端の血流を良くする効果がある。しかし、高齢になると体力の低下により入浴そのものへ拒否的であったり、筋力の低下や動作の敏速性の低下などから浴室で転倒したりするリスクも高まる。また身体の状態によっては末梢神経の拡張により、血圧が下がり、心臓への負担になる場合もあるため、入浴前、入浴中、入浴後の支援におけるアセスメントが重要になってくる。

(1) 入浴のアセスメント

- ①入浴したいという気持ち②バイタルチェック（血圧、体温、脈拍、排便等）②皮膚疾患③その他身体状況により入浴が可能かどうか④入浴環境（てすり、脱衣場の椅子、段差、浴槽の高さ、床の状況）
- ⑤入浴でできること、支援が必要なこと

(2) 入浴支援のチェックポイント

- ①入浴前 病気やバイタルなどから入浴可能かどうか
- ②入浴中 皮膚や全身の状況、顔色、呼吸の状況
- ③入浴後 体力の消耗をしているので、体を休める。脱水状態にならないように水分補給をする。

4) 生活の中での支援プログラム

(1) 地域との関係つくりと地域活動への参加や、来客などもてなしのある生活

障害者の場合、季節やTPO（時、場所、目的）に合わせて自分にふさわしい身じたくを整えることに常より支援を受けながらしている生活している場合が多い。そのことに加え、加齢にともない外出の機会の低下により、身じたくを整える関心や機会が減ってくることから、生活のメリハリや生活の意欲の低下につながる傾向がみられる。高齢期の生活支援においてメリハリのある日課、多様な集団の保障、異性との交流、仲間同士の交流を通して楽しみや新たな関係性を広げていく事が課題である。（ホーム間交流 地域の集まりへの参加などさまざまな集団の保障）

- ・地域への外出（買い物、趣味の活動など）など時間の制約活動量の制約がないかどうか
- ・あらたな活動の場が保障されているか

これらの活動を通して洗顔、整容、衣類のコーディネートなど意欲をもって主体的に行えるような支援をおこなっていく。

(2) 配膳の準備、片づけ等家事への参加による生活支援

- ①配膳されたものをトレーに運ぶ②お茶を入れる③トレーを所定の位置に片付ける
- *自分の茶碗や自分の箸・コップをそろえる（認知症予防）
- ①自他の区別が分かるようにする②決めた位置に治すことができる

洗濯をたたむこと

たたむ動作によって①自分のものを意識する②左右、表裏を確認する。③4隅をそろえる④たたんだものを部屋に持っていく（所定の位置に片づける、置く）*たたむものや数はそ

の人にあわせておこなう

加齢に伴う変化対応事例

事例1) Mさん50才 女性、区分2、療育手帳B1

《生活のなかでのその人の尊厳を大切にしたい支援》

47歳ころより（認知症と診断はされていない）これまで洗い物や、味噌汁を作るなど簡単な調理の一連の流れはできていたが、体力の低下、記憶力の低下、時々尿失禁などがみられ、「次に何をしたいかわからない」と作業が中断し、不安な様子が見られるようになった。また、いつも歩いている道であるにもかかわらずバスから降りて「道がわからなくなった」ということもあった。

職員の働きかけ・・・・・・・・できていないことを指摘したり、調理の速さを求めるのではなく、おちついて丁寧にできるように声かけをする。物の配置など本人にわかりやすいようにおく。することを「メモに書く」「復唱する」ことで、「できていない」「わからない」という不安を取り除き、できるように支援を行う。職場のみんなの中で、役割を担ってくれたことを評価していき、自信が持てるように支援をしていったことにより、これまで調理ができていたことにプライドをもち、役割として自信をもってとりくめるようになった。

加齢に伴う変化に対応した事例

事例2) 71歳女性Aさん 要介護2、支援区分4 療育手帳A、生活保護

《同年代の人たちと一緒に過ごす、あらたな活動の場として介護保険施設の利用》

【ホーム入居までの経過】Aさんは子ども時代、奉公にだされ、学校教育を受けることができなかったため、現在でも文字や数字を読むことが難しい。両親のすすめで結婚をしたが夫がなくなり、生活保護を受けながら地域で1人暮らしていた。生活援護課の勧めにより50代にて初めて作業所に通うようになった。作業所で若い仲間たちとともにパン製造の作業をするが「休憩することはサボっている」という思いが強く、若い仲間たちがしゃべって休憩していると「あの子ら仕事せずしゃべってばかりや」と批判することが続いた。60歳過ぎたころから仕事の中で疲れがみられたり、イライラ感が強く仕事の現場で出たりするようになった。また自宅で転倒し、骨折したり、近所で火事があり、1人で暮らしていく事に不安が生じたりしたため、64歳の時ホームに入居することになった。

【入居後の生活】最初は、集団での暮らしに「安心感」をもっていたが、しばらくたつと、重度の仲間に対し、「この子らは(言ってもわからない)たかなわからへんのや」とかキーパーの対応に大声で怒鳴り、ホームを夜中に飛び出すなど精神不安定な状態が続いた。70歳、精神科受診し、MRIにより脳の委縮がみられたが軽度認知症なのか、知的障害からくるものなのかはわからないという診断結果であった。物忘れや物が盗られ「妄想」から、支援者や他の入居者への攻撃的な言動が続き、集団生活が困難になっていった。

【支援の見直し】Aさんを取り巻く支援者としてはグループホーム担当職員中心に作業所、ヘルパー事業所(障害サービス)であったが介護保険についてはケアマネジャー(以下CM)を中心にサービスのコーディネートをしていた。Aさんにとっては相談する先が分散することで情報の混乱を起こすこともたびたびであったため、窓口を1本化することでAさんに提供する情報の整理も行った。またそのころAさんが製造したパン販売に行っていた老人保健施設のBショートステイを利用することをCMとともにホーム職員もすすめた。いつもであれば「年寄りのところはいけへんで」という

A さんだが、パンの販売にいつているホテルのような B ショートを見て具体的に理解できたため「いこか」といい、数日間泊まることで、ホームでの集団に距離をおく時間を取ることができた。そしてまたホームでの生活を継続することができた。

【事例からの教訓】

高齢期の生活のなかでのさまざまな不安に対し①時間・日・空間・人等わからないことに対する不安を受け止める窓口と情報の交通整理②複数の居場所・集団をつくることで間をとることができる③自らの老いを認めにくい中、新たな場所への興味がもてるようなつながり、具体的イメージをつくっていくことが新たな支援への糸口となった。

5、健康を守る（通院、医療機関も含めた複数・重層的な支援ネットワーク）

1）日常的な生活のサポートや健康面での医療との連携と課題

加齢に伴い健康面での変化が現れ（別項田岡さんの文章）そのことによりホームでの生活にも日常的な支援が増加してくる。機能の低下等より便秘、バイタル不安定、肺炎等、高齢期ゆえの症状や疾患が増える。自ら伝えられないことが多く、日常的な体調把握と管理が重要になってくるため、訪問看護、訪問診療、専属看護師の配置で日常的な管理が必要である。また、障害者のことをわかってくれる訪問看護ステーションを地域の中につくっておくこ

加齢に伴う変化・対応 事例

事例3）Tさん 女性 自閉症 てんかん 53歳

《健康管理・通院増加、入院支援、家族からの支援の移行》

【これまでの経過】

父は20年近く前に亡くなり、一人っ子で親戚はいるが母と二人の生活からグループホームへ入居することになった。精神科通院・服薬があり、母が通院、分包して毎週末自宅帰りで準備していた。6年ほど前より、Tさんのてんかん発作が変わり始め、転倒による大怪我し救急搬送されることもあった。精神科へはガイドヘルパーで本人合流という形で、母・キーパーが同行している。便秘で漢方服用を始める。

【健康状態の変化】

4年前より、長期間に渡る服薬の副作用として蓄尿障害で泌尿器科通院開始した。また、アレルギー症状で耳鼻科通院開始した。精神科通院、薬の分包もホームに任されるようになり、通院等健康管理と生活備品購入、日中事業所や制度利用等の本人書類関係はすべてホームに移した。婦人科通院をし、月経不順への治療や乳がん検診で胸に小さな腫瘍（良性）がみつき、治療も開始した。

3年前より、母が腰と膝を痛めて毎週末帰宅していた自宅帰りが隔週になった。母もヘルパー利用されるようになる（難聴もあり、要支援2）

Tさんは2年前より、ホットフラッシュ等更年期症状が目立つようになった。発作の変化が大きく、大発作・感染症で2か月の入院もした。入院の付添はホームでコーディネートをし、主たる支援をしながら、母と作業所職員にも応援をもらって対応した。医師の説明や書類・保険等手続き等も母からの要請で同席・対応した。退院後はホームで受け止め、歩行困難のためリハビリ等支援をした。自宅帰りは「夜の対応ができない」とのことで、月1回昼間に4～5時間の帰省になり、ほぼ365日ホーム利用にかかった。母自身の書類の記入・手続きについても応援依頼を受けるようになった。

1年半前より、小発作が断続的に続いている状態が続き、精神科から脳神経外科に転院。小発作は現在も断続的に続いており相談・調整中をしている。

半年前より、便秘が強くなり内科通院でマグ服用調整開始した。日中自宅帰省では食べ続けるためホームに戻ってから頻脈、動けない、食べられない等で体調不調がみられた。衣類や布団等様々な私物購入もホームに移行になる。また、夜間の眠気が強くトイレ起床時の転倒や寝ぼけた行動が急増した。ポータブルトイレを居室に設置し、利用できるようになるまで1か月夜間付添した。トイレの回数・排尿量も多くなっている。

※現在、脳神経外科、内科、耳鼻科、泌尿器科、歯科に毎月定期通院。皮膚科、婦人科、乳腺外来に不定期通院。歯科以外はホームで通院支援をしている。

とで、24 時間体制での支援を確保していく。

2) 通院・入院の対応ができる医療機関の開拓と課題

加齢に伴い、通院箇所、回数、服薬は年々増加していく。既往症、生活習慣病の憎悪。更年期症状、てんかん発作の変化等あらたな病気への対応が求められる。そのためにも総合病院及び往診に来てもらえるようにかかりつけ医を地域に開拓しておく（入院対応の可能な大病院との連携のできるどころ）が必要である。また、これまで家族が行ってきた服薬調整が多剤服用により調整が必要であるが多機関にまたがるため、病院の整理も必要である。

増えていく通院支援への対応としてガイドヘルパーやホームの日中支援対応の制度を活用していくが（65 歳以上は通院支援は介護保険となり、院内介助は必要により介護保険対応、また診察時間は介助の介護保険の対象外となる）急な病気への対応にはガイドヘルパーでは対応できないこと、またホームの日中支援加算では報酬単価が低く、恒常的な支援に対応できないなど制度的な課題がある。

65 歳以上の高齢障害者への支援として障害の理解のある介護支援専門員と連携し、医療やリハビリなど支援ネットワークをつくっていく（介護保険の利用料負担の課題がある）また、介護認定調査時、高齢障害の実態を伝え、サービス利用の継続ができるようにしていく（要支援の場合利用できない可能性がある）が課題である。

事例 4) S さん 44 歳 水頭症

《家族状況の変化による支援の移行》

【家族状況の変化】毎週日曜朝に母か父の迎いで自宅帰りされていた S さん。3 年前、父の体調不良・入退院に伴って、母が父の介護のため自宅帰省が無くなる。2 年前、水頭症のシャント詰まりのため入院、感染症罹患で 2 か月半の長期入院になった。入院時は母と調整して日中付添支援をおこなった。父の体調悪化、母からの依頼で在宅介護手続き・ケアマネジメント依頼等事業所への連絡をホーム職員が応援しておこなった。父は自宅で訪問診療を受けながら終末期を過ごされ逝去した。満中陰法要が終わってから自宅帰省再開するが（母がさみしいため）、母が目が見えづらくなり、運転ができなくなったため介護タクシー手配での帰宅になった。1 年前、担当ホーム職員が特別代理人となって手続きをおこない、弟さんが親族後見人になる。

【S さんの変化】

体調面として、本人は足の動きづらさや疲れやすい様子が目立つようになる。通院、金銭管理、家具等生活備品の購入、作業所からの書類等、ほぼホームに移行となる。精神面で、ひとりで時間を過ごせなくなり、動けない・切り替えできない・自傷的行為…といった姿が顕著に。夜間眠りの浅いことが時々見られるようになった。

加齢に伴って、徐々に身体機能の低下、体力低下がみられ、また精神的にも支援が必要になってきている。一方、家族の病気・逝去と大きな節目を超えてきている。父の病院へのお見舞い、自宅療養時の終末期の最後のお見舞い、葬儀への参列、お墓詣りはすべてホーム職員が発信・対応するようになった。ごく近隣に本人の弟・妹がいるが、母は甘えづらく、様々な手続きもホーム職員へ相談・応援要請されてきた。父亡き後、通院や家具の購入等ますますホームに任されることは増えている。

【事例からの課題】

家族の介護・死をどう乗り切るか、本人への支援もちろん、家族の一員として本人と家族をつなぐ支援だけでなく、家族への直接支援も必要とされている。さみしさや不安を抱える家族を受け止めること、家族ができなくなったことの代わりを求められることの重みは大きく、様々な制度知識や幅広い対応ができることも同時に必要になってきている。

6、家族からの支援の移行と家族へのサポート課題

事例3、事例4を通していえることはこれまで家族介護が前提の生活が家族の病気や死去に伴い、日常生活支援で家族が行っていたことが急速にホーム（第3者）に移行を迫られることである。“家族の代わり” 具体的には通院支援や服薬管理・体調把握、日々の生活備品や衣類等の購入・金銭管理、誕生日等節目の行事、伝えられない本人に代わっての代弁、制度利用手続き等、これらは現在のホームの制度だけでは担いきれない状況である。成年後見制度の活用や他の専門職との連携なしではできない課題も多く含まれている。制度の手続きや書類の代行・同行、家族に他の介護者が出た際のサポート等。家族自身が高齢になり精神的な大きな不安を持つ時に、悩みやしんどさを受け止めてほしい気持ちが大きく、相談役・聞き役となることが増える。鬱的な状態などで不安定な家族のサポート、具体的には電話での相談や市職員との連携、家族のヘルパーとの連携等が課題である。

7、共に歩んできた仲間たちをしのぶ、いのちを大切にしていこう活動

これまで一緒に暮らしてきた家族との別れや、仲間たちの死への遭遇する場面が増えてくるその際（グリーフケア）への実践。ともに考えていく活動。気持ちを寄せていく 障害がありながらも生きてきた人生の中ではぐくんできた願い、生きてきた人生を語り継いでいく活動をしていく。また、看取りの実践、成年後見制度の活用なども進めていく課題である

入所施設の現状とあり方

はじめに

平成25年度の「知的障害者福祉協会による実態調査報告」によると、年齢別施設利用者数は60歳以上の割合は全利用者中の15.2%となっており、23年度調査時（12.9%）と比較すると徐々に高齢化している。

また表1を見ると年齢が上がるにしたがって施設入所者の割合が増えているのが分かるが、特に65歳以上の利用者となると全利用者の内80.1%が施設入所となっている。

表1 年齢別日中系利用者数内施設利用者数割合

	20～29	30～39	40～49	50～59	60～64	65～69	70～75	75～79	80以上
日中系事業	24407	28433	28552	18768	9343	5426	3398	1571	861
内施設入所者	5125	11696	16006	12215	6376	4142	2784	1348	760
施設入所者の占める割合	21%	41%	56%	65%	68%	76%	82%	86%	88%

障害程度区分（27年度より支援区分）での状況は、区分5、および6の割合が生活介護事業所では58.5%であるのに対して、施設入所支援では64.7%とこちらも高い状態である。次にこの調査項目の中で「高齢化・老化が問題となっている人への対応」についての設問で「苦慮している」と答えた施設のうち、その具体的な理由として「日常生活行動における援助・介助」で84%、「保健・医療ケア」で74.6%を上げている施設が多くみられた。

このことから、入所施設においては一般の高齢化率（23%）や他の事業所と比較しても高齢の知的障害者が多数在籍しており、それに続く40歳以上の壮年期層も多数在籍している。また重度障害者も多く、生活場面の支援や医療対応に苦慮しているという事が見えてくる。

1. 生活・日中活動場面

では実際の暮らしの様子はどうか。三島の郷（施設入所支援・生活介護事業 29歳～81歳、平均年齢51歳）が入所者95名に対して提供している食事の形態は4種類、療養食については4種類、カロリーや軟度は一人一人に合わせている。嚥下、咀嚼の機能低下などにより一人一人により個別の支援と時間が必要であり、入居者中、42%の方が嚥下や咀嚼の為の支援を常に受けている状態である。血圧や血糖値測定等のバイタルチェック、各種治療が日常的に必要な方は22%。体幹機能の低下も若年時より顕著となり、歩行の際の介助が必要な方は26%、車いす使用の方は10%となっている。排泄への支援についてもより細やかな支援が必要で、現在ケアパンツ対応をしている方は22%となっている。特に入浴場面ではリスク軽減の為に個別浴（12%）や機械浴（3%）をしており個別対応も増加、支援為の人員体制の確保やその為の時間も増えてきている。施設の年齢構成が若年時であった時は「日中は作業等の活動を行い、夜に入浴する」といった日課が通常であったが、高齢化により「作業・生産活動」を中心とした日課から、食事、排泄、入浴といった「生活支援」を中心とした日課へシフトしている。起床～朝食、午後の日中活動以降の生活支援及び夕食～入浴、就寝にかけての個別の支援が大きく人の配置が必要となっている。

2. 医療

同じく三島の郷では月平均160件の受診（検診、訪問歯科診療などを除く）を行っている。1件の受診にかかる時間は平均2時間7分。専門病院への受診も増え、入院時対応や付添も増加。入院については障害者病棟のある病院や、精神科病院でも一定の受け入れ自体は可能ではあるが、行動障害のある方は病院側の対応も困難となり、専門的治療や中長期の入院対応が出来ないといった場面も出てきている。重い障害を持った人が適切に医療を受けられる環境が必要であり、特に精神科と連携しての入院と治療が進められる医療施設の充実などが求められる。受診件数の増加と専門治療に対しては現在の常勤看護職員等配置加算では対応しきれない状態。また通院介護を活用して病院までは行けたとしても結局支援員、看護師の同席が必要となる。通院時体制加算等の創設が必要であると考える。

3. 意思決定支援について

障害者が施設入所に至る経過として「家族の高齢化」「本人の行動障害」「他者、地域とのトラブル」「社会的入院の長期化からの地域移行」などがあげられる。こういったことから意志、意向について相手に適切に伝えるといった事は自身の障害の重さと併せて非常に困難な状態である。後見人であっても権利条約12条に照らせば「代行決定」であり、権利条約違反であるともいえる。入所施設においては特に本人の意思決定に関わる支援が必要であると考え。当事者が高齢となった時、親はさらに高齢期となっており、兄弟や後見人に必ずしも移行できているわけでもなく、親族によるサポートも困難な場面が増えてきている。こうした状態での入所時、アセスメントは非常に困難となる。これまで複数の事業所を使ってきた人でさえ、「その時、その場」での支援について

の情報のみであるといった事も少なくない。その人にとっての核となる事業所が作業所であった場合は、作業のみでなく、成育歴・家庭、地域環境・本人の要求や願いなどの情報がこれからの暮らしに必要となってくるアセスメントをいかに持ち合わせているかがカギとなる。現在一人の対象者へ複数の事業所が関わり生活を組み立てているものの、それらが十分にネットワーク化されていない事もあるし、必ずしも計画相談がそれらをつなぐ役割として機能していない。暮らしを丸ごととらえる視点での考察と記録を丁寧に重ねていくことが必要である。

4. 居場所と環境

大阪府下における入所施設の状況として、2013 年大阪府障害者自立相談センターが行った調査によると、府下の入所施設 32 施設の内、完全個室は 4 施設のみとなっている。他の施設は個室があったとしても 2 人部屋或多床室と併用している所などがほとんどである。入所者割合で示すと、個室利用者は全入居者（定員 1796 名）の約 21%である。（2 人部屋は 63%、3 名以上の多床室入所者は 16%となっている。）

この完全個室化を実施しているうち、山直ホームと三島の郷の状況を見てみる。山直ホームにおいては 2009 年以降、40 名定員のうち、14 名を個室、ユニット化とし、その後残りの空間も順次改装をすすめ、2013 年にすべてのユニット化を完了した。この変遷の前後において支援員によって利用者状況の評価を行っているが、この中で、「利用者同士の関係性」「職員とのコミュニケーション」「常動行動の緩和」「食事時の落ち着き」などについて改善したとの結果が出ている。これは「個室」「環境」という因子のみでなくそれによって支援者側が一人一人の利用者に向き合うことが可能となり、より専門的な支援につながった結果であるとも同施設は分析している。

一方、三島の郷においては2012年にこれまで4人部屋であった住環境を個室、ユニット化した。各ユニットは独自の環境と支援を行い、「高齢、重複障害」の仲間をイメージしたユニット、「行動障害」のある仲間をイメージしたユニットなど、より個別性の支援につながる暮らしの空間と支援、日課づくりを進めている。

日中活動の環境においてもこれまでの作業棟のみでなく新たに生活棟の一部に日中活動場所を整備した。元来職住分離が言われてきたものの、実際の利用者の中には体温調節機能の低下した方や、血圧管理等の必要な方も多く、環境変化がリスクとなる方へも「居室」や「ユニット」で 1 日過ごすのではなく、「生活とは違う居場所・関係性」を築くことで、加齢に伴う機能低下など様々な変化、特に自身で「出来なくなってしまった」と感じる時にも、新たに自分の中で役割やかかわり、目標を持った生活につながる動きとなっている。

入所施設の新規開設は非常に困難である一方、入所ニーズは高まっている。2015 年 3 月時点での大阪府下の入所待機者は 614 名であり、年々増加傾向にある。大阪府内の入所選考は「大阪府障がい者支援施設入所調整指針」を基に進められるが、希望者はまず援護の市町村窓口で申し込み、その際に本人及び家族の状況等がすべて点数化され、各施設の入所検討委員会にて、緊急性（点数）の高い利用者からの入所となっている。よって実際に入所できるのは両親の突然の死亡や支援者の不在など非常に困窮した状態、また虐待を受けて緊急性の高い方などとなっており、十分に選択出来る場にはなっていない。本来生活施設も自宅やグループホーム、一人暮らしなどと同様、その人のライフサイクルの中で選択

可能な「暮らしの場」の一つであるべきものとするが、結果的には行き場の無い、社会的な入所につながっている現状がある。では実際の入所者の状況が悲惨であるかということという訳ではない。入所後新たな暮らしの中で自分の役割や生きがい、働き甲斐を見つけ生き生きと暮らしている。他の生活の場同様に本人が暮らしの主人公となることで、その人らしく生きることが可能である。本人が望むときに、必要な「居場所」「人との関係」「支援」などがこれからの入所施設にも必要であるとする。

空間のイメージ

三島の郷は従来型特養などにおけるユニットケア内の「プライベートスペース」「セミプライベートスペース」「セミパブリックスペース」「パブリックスペース」の構造以外にも人と人との線の距離を重視している。ユニット内や共有廊下など様々な場所に「壁や柱」、「ベンチやちょっとしたスペース」を配置した。これにより「人との距離」をとることに繋がっている。近すぎず、又離れすぎず、その人に合った距離の取り方や人との感じ方がここでは実現可能である。

ユニット A : 「介護」をイメージした構造～中心となるリビングは自由度の高い共用部分として大きな空間をとり、それを囲むように居室を配置することで、導線の確保と身体状況の変化に対応が可能となった。



ユニット B : 「利用者同士、支援者との距離」をイメージした構造～人の集まる空間へ。リビングに近い居室と少し離れた居室、それらをつなぐ廊下に隠れるようにベンチがいくつも並び、一人一人の距離を感じながら、集団も意識しながら関わりを感じることができる。



ユニット C : 「個別・独立性」をイメージした構造～リビング部分と居室エリアを明確に分け、さらに居室エリアの中にあえて死角を創ることで、プライバシー性を高め、自室での

過ごし方の多様性と関わりの可変性を実現した。



ユニット化から見える入所施設の在り方

山直ホーム 福井

- ・重度の知的障害と自閉症障害をもつ、当時（2012 年）34 歳の男性 A さん
- ・障害程度区分 5 療育手帳 A
- ・てんかん無し
- ・抗精神薬・身体の緊張緩和の薬を服用
- ・排泄、入浴など自立している
- ・タバコ（吸殻や箱の銘柄）に対するこだわりが強い

A さんは入所当初より落ち着きなく絶えず動きまわり、誰彼構わず「つねる」「噛む」が繰り返されてきた。動きも早く行動が予測できないため制止することが難しい状況であり、入所後半年たっても「つねる」などの他傷行為はなくなり、特に帰省から戻った翌朝に、また、異食や多食、他の人の残飯を食べる、食堂のお茶をなくなるまで飲み続けるなどの行為があり、制止すると他者を「噛む」こともみられた。特に他者の顔、肩、わき腹、太ももにかけて全身十数か所にわたって深い噛み傷を負わせる事故を起こすこともあり、A さんも「血、噛んだ」と認めるものの、愛想笑いをし「何をした」との問いに「キス」と答えるだけの状態であった。

職員はこの A さん直接の行動面のみでなく、本人を取り巻く様々な視点から要因について検討を行った。その結果

- ・ 「噛む」「つねる」の善悪の理解が困難であること
- ・ 集団生活での不安や恐怖があるのではないか
- ・ 日中活動や日課に対する見通しがもてないのではないか
- ・ 職員からの情報提供が不十分だったのではないか
- ・ 50 名の大集団では情報を整理できない可能性
- ・ 視覚による情報提供ができていない
- ・ 大集団での活動が多い

といった様々な環境要因が考えられた。

山直ホームでは 2009 年に別館を建て、身体介助が必要な利用者と自閉症・精神障害行動支援が必要な利用者にユニット分けを行なった。2011 年には本館を 1 階、2 階ごとにユニ

ット化、2012年6月に本館2階をさらに7名と8名の2ユニット化を行なう。このような個室・ユニット化により、全利用者の障害特性に配慮し集団生活を送ることが困難な利用者の生活の場のあり方を論議し、生活全般の改善に努める動きを進めてきた。

その結果 A さんは特定の利用者の行動が負担となっていたこと、急な予定の変更や見通しのもてない状況があったこと、歯磨き治療が嫌で不安だったことが職員間で確認できた。これらに対して、A さんにとっての居室の捉え方やユニットメンバー構成と併せての支援を行うことで、現在においては他傷行為が減少し、職員に対して「嬉しいね」「かわいいね（女性職員に対して）」といった言葉が現れ、表情も穏やかになってきている状態である。

2008年に本館で50名が生活を送っていたころは21名が怪我、47件の通院件数があった。しかし2011年の本館ユニット化以降は怪我が5名、通院件数が5件と減少している。A さんのみでなく他の利用者にとってもまた支援員にとってもあらためて一人一人の暮らしの在り方を再確認する機会となり支援に反映することが出来た結果であろう。

ただしこれらの支援を行う為には各ユニットへの人員配置は必須である。山直ホームでもADL低下による個別支援が必要となってきた方は増加している。（嚥下機能低下・拒食の利用者への食事提供方法の支援、ベッドや車椅子への移乗、補装具の装着、パット交換などの排泄介助、通院など）個別支援を行なうためにも利用者数の少ない（）ユニットの確保や職員体制が必要である。